



一九九九年 世界人口白書 The State of WORLD POPULATION 1999

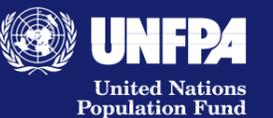
世界人口60億

選択の時



*The
State of
World
Population
1999*

世界
人口
白書



国連人口基金
事務局長
ナフィス・サディック

THE STATE OF WORLD POPULATION 1999

世界人口白書 1999

世界人口60億

選択の時



UNFPA

United Nations
Population Fund

国連人口基金

事務局長 ナフィス・サディック

目 次



第1章

概要と 序論

人口動向	3
ICPD：選択に向けての課題	5
人口と開発	6
リプロダクティブおよびセクシュアル・ヘルスとライツ	7
ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント	10
パートナーシップと参画	11
資源の問題	12
未来に向けての前進	14

リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの 統合と拡大	35
NGOによるリプロダクティブ・ ヘルス・サービスの提供	36
質のよいサービスへのアクセスの増加	37
コミュニケーションと教育	40
人材開発	40
モニタリングと評価	41
思春期の若者に対する情報とケア	42
男性の参加と責任	43
難民および避難民のための リプロダクティブ・ヘルス	44



第2章

人口変動と 人々の選択

人口と開発：政策の変化	16
人口増加と人口高齢化	18
死亡率の半減	18
出生率の不均一な低下	19
教育レベルと出生率の低下	20
高齢化する人口	22
若者の要因	22
エイズの影響	23
出生率が低い国々の将来展望	24
世界人口の分布の変化	25
地域分布の変化	25
世界的な都市化傾向	25
国際人口移動	26
人口増加と環境問題	27
水、土地、食糧	27
気候変動、天然資源の減少、 生物多様性	28



第4章

パートナーシップと エンパワーメント

市民社会の新たなビジョン	46
エンパワーメント、ジェンダー の平等、リプロダクティブ・ライツ	46
女性のエンパワーメントのための活動	46
リプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱	47
ジェンダーに基づく暴力との闘い	48
数の力：ネットワークと同盟	48
政府と市民社会のパートナーシップ	49
市民社会のその他の部門との連携	51
宗教指導者	51
リプロダクティブ・ヘルス／ライツを 求めて結集した国会議員	51
民間セクター	51
医師会	52
パートナーシップの強化	52
現状での制約	52
UNFPAとNGO	53



第3章

リプロダクティブ・ヘルスと リプロダクティブ・ライツ

リプロダクティブ・ヘルスのアプローチ	29
リプロダクティブ・ヘルスの内容	30
家族計画	31
安全な母性	31
HIV/エイズと性感染症 (STD)	32
女性性器切除	33
リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供	34
ICPD以降の政策の変化	34
保健部門の改革と地方分権化	35



第5章

資金の調達

開発への投資	55
資金面の課題	56
資金の増加に向けて	56
資金拠出の現状	57
外部援助	57
国内資金	58
効率の向上	59
健康のためのパートナーシップ	60
誰が負担するか？どのように決定すべきか？	60
リプロダクティブ・ヘルス・サービスを 確実に貧困層にまで行き届かせる	61
結論	62

囲み記事

1. 2050年の世界人口は89億か	3
2. 長寿+出生率の低下=人口増加の鈍化	4
3. ICPDの目標と新しい基準	5
4. 女性に対する暴力と性的強要に対抗する	10
5. UNFPA：合意の形成.....	13
6. 人口と開発：新しい結論	16
7. 東南アジアの危機：開発による進歩が払拭される可能性	17
8. 人口推計の低下	20
9. アフリカにおけるHIV／エイズによる破壊的な影響	24
10. 2050年には4人に1人が直面する水不足	28
11. リプロダクティブ・ヘルスの権利	30
12. 日本が経口避妊薬の使用を承認	31
13. 安全でない中絶に関するICPD行動計画	33
14. ウガンダ：性感染症とHIVとの闘い	34
15. セネガル：識字グループの女性性器切除に対する闘い	35
16. 保健部門の改革	36
17. ウガンダ：サービス提供レベルでの統合	37
18. 仲間（ピア）教育によって思春期の妊娠を減らす	42
19. 男性に家族計画の利点を教える	43
20. ケニア：レイプが日常茶飯事の難民キャンプ	44
21. UNFPAと国会議員.....	51
22. 避妊具（薬）のニーズを満たすために民間セクターを巻きこむ	52
23. 効果的な連携を可能にする環境	54
24. 債務救済と財源の問題	57

グラフと図表

図 1： 世界人口の増加：1950年-2050年	3
図 2： 男女別・地域別にみた教育の達成度	21
図 3： 地域別年齢構造	23
図 4： サハラ以南のアフリカ地域におけるエイズの影響：エイズの有無による人口推計の違い（1980年-2050年）（最もエイズによる被害が大きい29カ国の推計）	24
図 5： 地域別人口分布：1950年-2050年	26
図 6： 世界の都市化傾向：1950年-2030年	27
図 7： 性体験のある未婚女性（15-19歳）の避妊実行率	41

表

表 1 市民社会とのパートナーシップを進展させるためにとられた方法	47
表 2 保健に関する公共支出および民間支出	60

指標

カイロ会議の目標の検証	67
人口・社会・経済指標	70
人口の比較的少ない国・地域の指標	73
指標の注	74
テクニカル・ノート：指標の解説	74

概要と序論



UNICEF / 714 / Nicole Tournonji

1999年10月12日、世界の人口は60億人に達する。わずか12年の間に人口は10億増加したのである。60億の人口のうちほぼ半数は25歳未満であり、また、10億あまりが次代の親となる15歳から24歳の若者である。

世界人口は毎年7800万人ずつ増加しており、これはドイツの全人口よりわずかに少ない数である。1960年時点の人口からは、ほぼ倍増している。人口増加の95%以上は開発途上国で起きている。ヨーロッパ、北アメリカ、日本では人口増加のペースが鈍化し、あるいはとまっている。アメリカ合衆国は先進国のなかで唯一、大幅な人口増加が見込まれているが、その多くは移民による結果である。

世界人口が60億に達することには、好ましい面と好ましくない面がある。肯定的なことというのは、それが「より健康で長生きできる人生」に向けて個人レベルの選択があり、集団での行動もあつた結果である、ということである。例えば、それは次のようなことに反映される。

すべての新生児が
健康な妊娠期間を過ごした
母親から生まれる。

すべての若い女性が
HIV（ヒト免疫不全ウイルス）
感染から身を守ることが
できる。

すべての高齢者が
若いときから自分の健康を
守っている。

すべての乳児が
適切な食事を与えられ、
予防接種を受ける。

すべての女性が
妊娠の間隔を
あけることができる。

すべての人が
正しい情報を得て、責任ある行
動をとることによって健康リス
クを回避できる。

すべての女兒が
よりよい栄養を摂取し、ま
た、よりよい保健ケアや教
育を受ける。

すべての男性が
自分自身と家族のウェル・
ビーイング（福利）を守る
責任があるということを受
け入れる。

すべての人が
自分の人生の重要な決定に
ついて、選択肢を持ち、自
ら決めることができる。

人口増加の低下は必然的に起こったわけではない。それは今後10年間の選択と行動にかかっている

1969年以来、アジア、アフリカ、ラテンアメリカの諸国ではヘルスケアや教育が向上し、より多くの人々がそれらを楽しむようになった。

その結果のひとつとして、ほとんどの国で男女が共に子どもの数は少ない方がいいと考えようになり、前世代と比べて家族の規模が小さくなった。そして、生後1年間の最も危険な時期を無事に生き延びる新生児の数が増え、高齢者はますます長寿になった。

開発途上国では、出生率が1969年当時の女性1人当たり6人程度から3人以下とほぼ半減している。その結果、人口増加の速度が抑えられている。

好ましくない側面としては、最貧国の人口増加率が一番高いことがある。アフリカ、アジア、ラテンアメリカの62カ国では、人口の40%以上が15歳未満である。さらに、最貧国は、世界の中でもリプロダクティブ・ヘルスのレベルが最も低く、妊産婦死亡率が最も高く、また、家族計画実行率は最も低く、その多くは1969年当時の開発途上国の平均的な家族計画実行率である15%にいまだに到達していない。

1969年に、UNFPA（国連人口活動基金、後に国連人口基金に改称）が活動を開始して以来、世界人口は37億人から60億人に増加した。ただし、年間増加率は当初の2.04%から1.33%に低下しており、今後一層低下すると思われる。年間増加数が最大を記録したのは、1985年から1990年の期間の8600万人台であった。今後、年間増加数は20年間は徐々に減り続け、その後は急激に低下すると推測されている。

この人口増加の低下は必然的に起こったわけではない。多くの人々の過去30年に及ぶ努力の成果として、人口増加の低下が可能になったのである。この低下がこのまま続くか、それと共に人々の福利（ウェル・ビーイング）が向上するのか、それともストレスがさらに増すのかは、今後10年間の選択と行動にかかっている。

それは、人口・開発政策が成功するかどうかによって決められる。なかでも、リプロダクティブ・ヘルスを含む健康を享受する権利を人々が行使できるようになることが重要である。今のところ、この目標の達成からはほど遠い。

その例としては、次のようなことがある。

- 出産が可能な時期にある女性が健康を害する総日数のうち、半分以上が妊娠、妊娠合併症ならびに出産にかかわる障害に関連している¹。
- 開発途上国では出産可能年齢にある全女性の3分の1近くにあたる3億5000万人の女性が、いまだに近代的で安全かつ受け入れ可能な家族計画の方法を入手することができない。もし、家族計画がもっと広く利用でき、理解され、地域や家族の支援があり、質の高いプログラムが実施されていたとしたら、家族計画を利用する女性は現在よりも1億2000万人増える。

- 開発途上国では毎年58万5000人の女性が妊娠の結果死亡しており、その何倍もの数の女性が感染症や傷害に苦しんでいる。
- 安全でない人工妊娠中絶によって、毎年7万人の女性の命が奪われている。
- 世界中に読み書きのできない人たちが9億6000万人いるなかで、女性が3分の2近くを占め、女性・女兒が世界の貧困層の5分の3を占めている。
- 女性に対する暴力はあらゆる国で起きているが、多くの国では法的制裁がなく、あったとしても執行権限がない。女性の半数近くが生涯のある時点でジェンダー（社会的・文化的な性別）に基づく暴力の被害にあっている。毎年、200万人もの女兒・女性が女性性器切除（FGM）の危険にさらされている。
- HIV／エイズ（ヒト免疫不全ウイルスおよび後天性免疫不全症候群）の蔓延が著しい国々では、人の寿命が短くなっている。男性よりも女性の方がHIVに感染しやすく、新たな感染者の半数は若者である。
- 国際開発援助は、1992年の約610億ドルをピークとして減り続け、1997年には480億ドル強まで減少した。援助拠出金の中で人口関係の援助が占める割合は1.3%から3.1%まで増加している。しかし、そのもととなる援助総額が漸減している中で人口援助の占める割合が増加しているのにすぎないのであって、合意目標金額にははるかに及ばない。

貧困は最貧国に限られているのではない。10億人以上の人々が、いまだに基本的ニーズを満たす権利を奪われたままにいる。開発途上国の48億人のうち、5分の3近くは基本的衛生環境が整っていないところで生活しており、ほぼ3分の1は清潔な水を手にしていない。4分の1には適切な住居がなく、5分の1は近代的な保健サービスへのアクセスがない。子どもたちの5分の1は小学校5年まで行かずに中退してしまう。約5分の1は、食事から十分なエネルギーやタンパク質を摂取していない。微量栄養素欠乏症の人はさらに多い。世界中では、20億人もの人が貧血で、その中には先進国の5500万人も含まれる²。

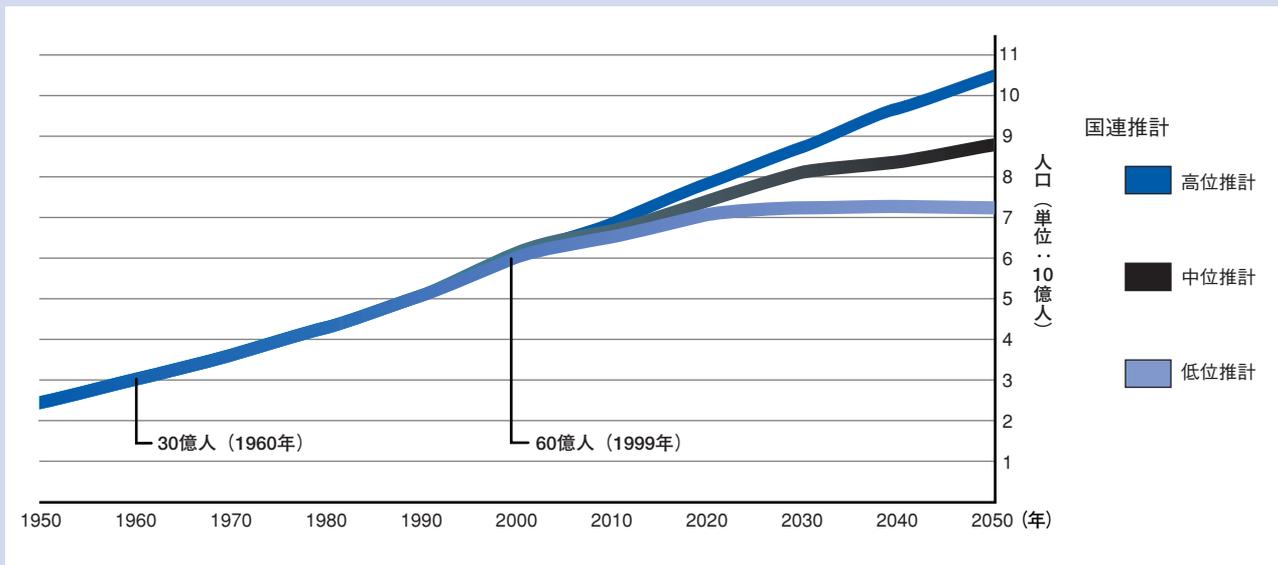
貧しい人々は煙や河川の汚染といった危険にさらされることが多く、また、そういった危険から自らを守る力も最も弱い。大気汚染による死者は年間270万人いると推定されるが、そのうち220万人は屋内空気汚染によるものであり、80%は開発途上国の農村部に住む貧しい人たちである。

2050年の世界人口は89億か

国連の経済社会開発局人口部の推計によると、世界人口は、1999年の60億から、2050年には73億から107億の間に達し、そのうち89億が最も可能性の高い数字である。高位推計と低位推計の間に34億もの差があるのは、将来の出生率の推定値に幅があるためだが、こ

の34億という数字は1966年当時の世界人口に匹敵する。現在の人口増加率は1.33%である。中位推計では、年間増加数が、現在の7800万人から2020-2025年の期間には6400万人と徐々に低下し、その後2045-2050年の期間には3300万人に激減すると推計されている。

図1：世界人口の増加 1950年-2050年



Source: United Nations. 1998. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*.

将来に向けたニーズ

将来的には、食糧安全保障が重要な問題となるであろう。89億もの人口を十分に養うとすれば、現在消費している基礎カロリーの約2倍は必要である。水の確保も、深刻な問題である。

1987年に世界の人口が50億人を超えてから、無駄の多い不均等な消費パターンと人口増加があいまって、地球の気候に深刻な影響を与えていることを示す証拠が蓄積されてきた。1992年の国連環境開発会議では、所得レベル、生産技術、消費パターンとならんで、人口学的要因が環境に影響を与えることが認められた。地球の大気圏が徐々に温暖化しているのは事実であるが、それがどのような影響をもたらすかは疑問のままである。相反する傾向が相互に刺激しあうようなことがあれば、地球の気候の大規模な変化が急速に起こることも考えられる³。

温暖化によって起こりうる、海面の上昇、一部の場所での降雨量の増加、または他の場所での気温上昇といった変化によって、何十億もの人々が影響を受ける。海面が50センチ上がると、世界の13の大都市のうち11都市は水中に没してしまう。現在、世界人口の半分以上、32億人は、

海岸から200キロ以内に住んでいる。

貧しい国々で貧困層が増加していることは社会正義・環境・開発に関心をもつ人々にとっては嘆かわしいことである。政府や国際社会は、極度の貧困に終止符を打つ責任があるということを認めるべきである。人口の急増は、数多くある問題の中のたったひとつにすぎないが、環境に被害を与え、土地や水源に対して圧力をかけ、また、政情不安に拍車をかける。

広範囲に及ぶ貧困、栄養不良、不健康の継続、教育やリプロダクティブ・ヘルスを含む保健のような重要な分野でのジェンダーによる差別と不公正、HIV/エイズなどの新たな脅威、環境の変化、国際開発援助資金の減少などが積み重なった結果、出生率の低下による地球規模での成果が相殺されてしまう恐れがある。

人口動向

UNFPAが1969年に活動を開始して以来、今ほど人口動向が多岐にわたっていることはない。

高い出生率 人口増加の速度が最も速いのは、基本的ニーズの提供や機会の創出が最も困難な最貧諸国である。どの国でも、「貧しい人ほど大家族」の傾向があ

地球規模での 「出生飢饉」 の兆候はない

るが、選択肢が乏しいことは、家族の規模を決める手段が乏しいことと同じように深刻である。人口増加の影響を最も強く受けている国や人は、アフリカと南アジアに集中しているが、開発途上地域全域が、なんらかの影響を被っている。

世界のなかで最も人口増加が激しいのは、サハラ以南のアフリカ、南アジアと西アジアの一部である。これら諸地域の人口が世界人口に占める割合は、過去40年間、一貫して増加し続けている。しかも、これらの地域は、他の地域と同じように、都市化が進みつつある。

低い出生率 同時に、61の国では、出生率が人口置き換え水準またはそれ以下に低下しており、長期的には人口が減少に転じることもありうる。今後、他の国々でも出生率が低下するにつれて、世界人口の3分の2を占める国々にこの影響が現れる可能性もある。ただし、地球規模での「出生飢饉」("birth dearth")の兆候はない。出生そのものは、今後50年間は毎年1億人以上というペースで続くからである。しかし、人口の高齢化が進むため、この間の死亡数は増加する。

このようなゆっくりとした人口変動によって、現在、政策の見直しが必要とされている。これらの政策は、ヘルスケア、年金、社会保障の構造や家族関係、世代間の責任に密接に関係することになる。出生率が低い国では、必要なサービスにおける人手不足を補い、国の経済に貢献してもらうため、活動的な高齢者や外国からの移民に期待するようになる。

低出生率の国には、出生率を上げ、家

族の規模を大きくするという選択の自由がない。一度低下しはじめた出生率を、長期にわたって再び高めることに成功した国は史上例がない。

死亡率の増加と寿命の短縮 HIV/エイズの影響を最も強く受けている国々では、死亡率が上昇し、平均余命が急速に短くなり、過去20年間の成果を相殺しつつある。公表された数字は推定の数値であり、この疾病の影響を過小評価していることが考えられる。事態がどれほど深刻かを認めながらない国が多いが、これまでの証拠を見れば、この感染症の蔓延を防ぐために、即刻、断固たる措置をとらなければ、より大きな惨禍につながることはあきらかである。最も被害のひどい国の多くは世界で最も貧しい国々であり、この病気と闘うには外国の援助に大きく依存せざるをえない。

人口移動 人口増加とその分布の変動は、国内の政情不安、自然災害、社会的混乱の影響下にある多くの国にみられる特徴である。急激な人口流入を体験した国がある一方、国外移住のために人口を失った国もある。これは特に旧ソ連の中央アジア諸国に著しい。このような人口の減少は、一時的な現象かもしれないが、国外移住した移民の技術をどのように補っていくかといった政策上の問題を提起する。

1300万人の難民が、迫害、武装抗争、または暴力から逃れるため、自国を去っていったと推計されている。正確な数は不明だが、社会的な理由、もしくは環境的な理由で国を出ることを余儀なくされながら、難民として認定されていない人々が相当数いる。また、何千万人もの人たちが国内難民となっており、その多くが都市の貧困層の数をさらに増加させている⁴。

世界のどの地域でも、国際移民の問題が政策議題の最優先事項となってきている。移民数が増加し、それに関する問題の解決がますます急を要するようになってきたからである。世界人口のうち、移民は2%にすぎない。しかし、その影響力は、送り出す国にとっても受け入れ国にとってもその数に比べて甚大なものとなる。移民が母国に送金する額は、毎年700億ドル以上にも達する。受け入れ国の産業によっては外国生まれの労働者の労働力と技能に依存しているところもある。

国際移民の発生に関連する諸国の数は、ここ20-30年の間に増加している。

国内移住もまた、その国の開発の展望や何百万もの人々の生活条件に大きな影響を与える。都市人口は、都市内の自然増加と農村からの移住人口によって拡大している。多くの国や地域では、都市から都市への移住、農村から農村への移住が目立つようになってきている。こうした人間の流れが、環境とサービス提供システムに作用し、それらに対して一層強い圧

図み2

長寿+出生率の低下= 人口増加の鈍化

長寿になれば、それだけ生きている人が多くなるのに、それが人口増加を遅くするというのはどういうことだろうか

人間は、健康状態がよくなり、寿命が長くなると、「人生はくじではなく、投資である」(life is an investment, not a lottery)という考えをもつようになる。これまでの経験から、多くの人々が、選択の可能性が出てくるようになるとこれまでの世代よりも家族の数を少なくする選択肢を選ぶことがわかっている。より多くの人たちが何人子どもを産むかを選ぶようになれば、家族の人数が減り健康状態が向上する。その結果として、人の寿命が延び、人口増加率の低下をもたらす。

家族の規模が小さくなるのに、なぜ人口は相変わらず増加するのだろうか

多くの国で出生力と出生率が長期にわたって落ち込んでいる。家族の人数が少なくなれば、人口増加率は低下し、最終的には、世界人口の年間増加数も少なくなる。現在、開発途上国の女性が産む子どもの数は、1969年当時と比べて半分に減っている。

しかし、現在出産年齢にある女性の数は当時からみると2倍に近い。子どもの生存率が高まったことと寿命が延びたことが相まって、過去10年間の世界人口は毎年約8000万人ずつ増えてきた。年間の出生数は、今後20年もの間、ほぼこれに近いレベルで推移すると見込まれる。

ICPDの目標と新しい基準



国際人口開発会議（ICPD）は、相互依存関係にある一連の人口と開発の目標を採択した。その中には、持続可能な開発の枠内での持続的経済成長やジェンダーの公正・平等も含まれている。また各国に対して、すべての開発戦略の中に人口要因を含め、ジェンダーに基づく暴力や女性性器切除などの有害な伝統的慣習を撤廃するための行動をとるよう要請している。特に、次の3つの分野では数値目標が採択された。

- 万人のための教育—初等・中等教育での男女差別を2005年までに撤廃し、小学校ないしそれに相当する学校への男児・女児の全員就学をできるだけ早く、遅くとも2015年までに達成する。
- 死亡率の低下—乳児死亡率と5歳未満児死亡率を、2000年までに少なくとも3分の1に減らす。つまり、乳児死亡率は出生1000対50、5歳未満児死亡率は出生1000対70未満にまで減らす。2015年までにはそれぞれ35以下、45以下にする。妊産婦死亡を1990年のレベルから2000年までに半減させ、2015年までにさらに半分にする（特に死亡率の最も高い諸国では、出生10万対60以下にする）。
- リプロダクティブ・ヘルス—2015年までに、すべての人が、幅の広い、安全で信頼のできる家族計画の手段と関連のリプロダクティブおよびセクシュアル・ヘルス・サービスを受けられるようにする。

1999年に行われた5年目の評価（ICPD+5）では、ICPDで掲げられた目標の実施状況を測定するための新しい基準について合意に達した。

- 2005年までに女性・女児の非識字率を1990年当時の半分に減らす。2010年までには、初等教育の就学率を男女とも最低90%にするようにする。
- 2005年までに、プライマリー・ヘルス・ケアと家族計画のサービス提供施設の60%が、できるだけ幅広い安全で効果的な家族計画の手段、基礎的な産科ケア、性感染症（STD）を含む生殖系感染症（RTI）の予防と管理、それらの感染を防ぐバリア法による避妊法を提供できるようにする。これらのサービスを2010年までには80%の施設が、そして2015年までにはすべての施設が提供できるようにする。
- 2005年までに、妊産婦死亡率の非常に高い諸国においては全出産のうち少なくとも40%、世界全体では80%に専門技能者の立ち会いをつけるようにする。2010年までには、この数字を50%と85%、2015年までには60%と90%まで引き上げる。
- 出産間隔をあげたい、あるいは子どもの数を制限したいと考えている人の割合と実際に避妊を実行している人の割合とのギャップを2005年までには50%減らし、2010年までには75%、2015年までには完全になくす。ただし、数値目標を設定したり、割り当て制度を用いたりして、この目標を達成しようとするべきではない。

ICPD+5では、HIV/エイズの状況がICPD当時の予測よりも悪化していることを認め、HIV/エイズ感染につながる無防備状態を減らすことに合意した。その合意内容とは、2005年までに、15歳から24歳の男女の少なくとも90%が、女性用・男性用コンドーム、自主的検査、カウンセリング、追跡検査・検診などの予防法を利用できるようにし、これを2010年までに95%に伸ばす。また15歳から24歳の年齢層のHIV感染率を、最も感染率の高いところで2005年までに25%減らし、世界全体では2010年までに25%減らすというものである。

Source : United Nations 1999 Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly (A/S-21/5/Add.1)

力がかかることになる。自分たちの属するコミュニティからの移住が増大すると、高齢者と貧困者、特に高齢女性が一層、社会の周縁部に追いやられることになる。

ICPD: 選択に向けての課題

今日の若い新しい世代は、将来、選択の重荷とその結果の両方を引き受けることになる。現在の世界人口に更なる10億、そして、その後の10億が加わるのにどれだけの時間がかかるのか、また人口が再び倍増するかどうかの決定権は彼らの掌中にある。新しい10億が貧困や人権を奪われた生活環境に生まれてくるのか、男女の平等と公正が確立していくのか、人口増加が天然資源と地球環境にどのような影響を及ぼすのか、それらのことすべてが彼ら若い世代の選択によって大きな影響を受ける。いずれも決定するのは個人だが、個人は国や地球社会の政策の選択に影響を受ける。

人口の不確定要素、多くの国における開発の停滞、開発のための国際的資源の減少にもかかわらず、選択をめぐる環境は世界人口が50億の大台にのった時と比べて、次の重要な2つの点において改善されている。

- 人口と開発に関して各国が地球規模で幅広く合意に達しており、その合意を実行に移す計画にも賛同している。その計画は、「各主権国がそれぞれの優先順位と認識にそって計画を実行する」、「世界的に人口増加を遅らせ、一層バランスのとれた増加を達成するには、個々の男女が自由に、かつ十分な情報に基づいた上で自発的な選択をすることが重要である」、「そのような選択をするため、女性にも男性にも能力強化（エンパワーメント）が必要である」という理解に基づいている。
- この計画が人々や各国のニーズを満たすこと、あらゆる障害にもかかわらず、実際に実行に移されていることを示す証拠が増えている。

1994年にカイロで行われた国際人口開発会議（ICPD）において、参加179カ国は人口と開発の関係性について合意に達し、2015年を目途とする目標を立てた。1999年の5年目の評価では、ICPDの目標は、実践的かつ現実に則したものであったばかりでなく、個人の向上とバランスのとれた開発に必要であったことがあきらかになった。

ICPDでは、各国が生活の質、個人の選択および人権に基づいて、人口・開発政策を施行する必要性が認識され、5年後の評価では、それらが確認、強化された。これらの政策は、貧困、食糧安全保障、

資源活用、環境への影響などの問題に関連するものであり、人口の数、分布、増加率に関するデータは、限られた目標のためでなく、幅広い開発を推進するために活用されている。

リプロダクティブ・ヘルスやその関連サービスの成否を、出生レベルに与えた効果ではなく、人間のニーズや願望を充足させることができたかどうかによって評価している国が増えている。そして、説明を受けた上での選択を可能にするための配慮、貧困人口と農村人口に対するアクセス、一貫した高いサービスの質などが最優先事項となっている。

ICPDではさらに、リプロダクティブ・ヘルスのニーズを満たすことは、家族計画を含めた幅広いサービスの提供を含むこと、そして同時に、権利を保証し、女性に対して生活すべての側面について情報を与え、能力を強化し、男性を支援パートナーとして巻き込んでいくための行動をとることが含まれると認識された。出生率は、カップルと個人の自発的意思で決定されるという点は、ICPDにおける合意の中心である。そこには、家族の規模の縮小や全体としての人口増加の鈍化は、すべての人、特に女性が人生のあらゆる領域で選択権を行使できるような政策の結果として起こるであろうという明確な認識がある。

各国は、これらの目標を達成するために、法的枠組を改革し、既存の法律を施行に移している。また、ICPDの目標支援を目指した政策提言（アドボカシー）や政府と市民社会の間のパートナーシップ確立も強調されはじめている。

必要とされる資金については合意があるが、各国も国際社会もその合意を実現してはいない。

ICPDで合意に達した目標に向けて、多くの国がかなり大きく前進した。すべての国がなんらかの対策を講じており、必要な資金が利用可能になることによって一層の進歩を果たせる国は多い。同時に、多くのグループ、なかでも女性と若者を代表するグループは、ICPDの約束を実現するためのより敏速な、焦点を絞った行動を求める圧力をかけている。

「ICPDから5年後」の1999年は、ICPD行動計画の実行状況を検討し、将来に向けた行動を考える機会であった。UNFPA、国連人口部、その他のNGO（非政府組織）が調査を実施し、UNFPAは、1999年2月にハーグで開かれた国際フォーラムに到る一連の専門家会議を開催した。最終的に、1999年6月30日から7月2日にかけて、第21回国連人口開発特別総会（ICPD+5）が開催された。

ハーグ・フォーラムと国連人口開発特別総会は、政府、国会議員、NGO、民間の助成団体が、それぞれの経験と知識を共有する機会であった。彼らは行動計画の目標達成に向けた進捗状況を評価し、

人口移動や高齢化といった新たな問題について検討し、行動計画実施の程度を測定する新しい基準を策定し、そして、変容する状況にあわせた活動を行うための提言を行った。

そこでは、人口と開発、リプロダクティブ／セクシュアル・ヘルス、ジェンダーの平等・公正および女性のエンパワーメント、パートナーシップと連携、資源の活用といった分野における行動について合意に達した。

人口と開発

ICPDから5年の間に、各国は新しい政策を採用するかそれまでの政策を変更し、また政策論議を強化し、新しい分野での対話を開始している。

- 約半数の国が、開発を進める上で人口が果たす役割についての新しい理解にそって、政策の見直しを行っている。
- 3分の1以上の国が、人口政策の内容を更新して、ICPDの目標に一致させるようにし、また、ヘルスケアの質、ジェンダーの平等と公正、情報システムの改善に関連する要因を長期的な開発計画の中に組み込むようにしている。
- 世界全体の3分の2にあたる国で、政策または立法手段を導入し、ジェンダーの公正・平等と女性のエンパワーメントの促進を目指している。その中には、相続、財産権、雇用の分野やジェンダーに根ざした暴力からの保護が含まれる。

さらに、プログラムの戦略と実施手続きにも変化がみられた。新しいモニタリングのメカニズムが開発され、データの収集方法や利用方法が改善されてきている。そして、立法担当者、女性、若者、伝統的指導者、文化・保健などに関する政策提言者、政策立案者、といった多様な人々が構成する組織が、人口と開発の分野に参画している。

民主主義が発展し、ボランティア組織への参加の道が広がり、また、通信手段が改善されたことなどによって、ICPD行動計画の核心をなす参加型アプローチが広まってきている。また、公的責任の委譲、行政の地方分権化、その他の組織的変化も加速しており、人口・開発関連の活動状況を変えつつある。

高い人口増加率が続くと、その国の開発の選択肢は狭められる。利用可能な資金は、基本的なサービスの方に割り当てざるをえないからである。人口増加の速度を下げることで、途上国は社会、経済、政治の構造を強化することができる。出生が減り、労働年齢人口が増加することで、保健や教育の向上、職能教育への投

リプロダクティブ・ヘルスやその関連サービスの成否を出生レベルに与えた効果ではなく人間のニーズや願望を充足させることができたかどうかによって評価している国が増えている

資、富の形成の加速、社会参加の拡大のための潜在的能力を高めることができる。

以上は、東アジア、東南アジア、そしてその他多くの途上国でみられたパターンであった。出生率と死亡率が共に低下したことによる相乗的な効果によって、総人口に占める労働年齢人口が急速に増加したのである。この変化によって、世帯としても国としても貯蓄や投資が増大し、なかでも国の社会支出額の増額に結びついた⁵。

しかしながら、この開発の過程は順調に進展したわけではない。1997年、東南アジアで始まった金融危機は、何百万もの人々を貧困と深い困窮の淵に追いやった。その結果、国によっては社会の結合力が失われたり、信頼に足る政治組織が失われたところもある。UNFPAの調査⁶は、この金融危機と、結果として社会事業の予算が削減されたことによって、甚大な社会的影響があったこと、そしてその影響は、女性の権利とリプロダクティブ・ヘルスの分野で最も深刻であったことを指摘している(17頁参照)。

開発途上国は、人口と開発に関する新しい合意に応じて社会政策を変更した。この新たな合意を弱めるのではなく強化するためには、開発途上国における変化と同じような国際経済の構造の変化も必要である。

しかしこれまでのところ、人口と開発に関する認識が変化した程には、それに対応する経済的な変化は起こっていない。地球規模での消費ならびに個人消費は、1998年には24兆ドルに達し、UNFPAの設立時の2倍以上になっている。そして、最も富裕なグループと個人の占める消費割合が一層大きくなっている。世界で最も経済的に豊かな5分の1の人々は、最も貧しい5分の1の人々が消費する物とお金の66倍以上も消費している。経済が発展すると、所得が上がる一方、物価も同時に上がる。最も貧しい人たちは、経済発展の利益を最後まで得ることができない。彼らは、所得の大部分を食料と住宅などの根本的なものに使わなくてはならず、特に保健、教育、交通・輸送手段などについては、公共サービスに最も強く依存している。

ICPDでは、人口と開発が密接に関連していることが確認された。5年後の評価では、政府は次のことを実行すべきであると提言された。

- 人口、貧困、ジェンダーの不公正・不平等、保健、教育、環境、財源および人的資源、開発の関係性についてよりよく理解するよう努める。
- 出生率の低下と経済成長、およびその公正な配分との関係性についての最近の研究を再検討する。

- マクロ経済政策、環境政策、社会政策の関連性について注目し、その促進をはかる。

社会投資、人口変動、開発

以下に挙げる分野への投資に関して、重要な選択をする必要がある。すなわち、教育、とくに女兒・女性の教育に関する分野と、リプロダクティブ・ヘルスと死亡率低下を含む保健分野である。これらの分野への投資は、人々の生殖に関する行動に劇的な変化をもたらし、将来の人口を決定する。

出生率の低下と死亡率の低下は、相互に関連してその傾向を助長する。出生率の低下は、最初の出産時期が遅くなる、出産間隔が長くなる、また、出産可能時期の後半になってから生まれる子どもの数が少なくなる、といったことに関連していることが多い。

子どもの数が少ない家族は、子どもの保健や教育に投資する額が多くなる⁷。その結果、子ども1人にかかると考えられる費用は増えることになるが、同時に数は少ないが、よりよく育てられた子どもによって、親の得る利益も増えることになる。

学校教育を受けた経験のある女性は、適切な子どものケアには子どもの教育を支援することも含まれることを理解する。女性の教育レベルが高ければ高いほど、その子どもたちの教育レベルも高くなる傾向がある。教育を受けた母親は、そうでない母親に比べて、子どもたちの健康に投資し、子どもの健康を守るために情報とサービスを利用する傾向がある。

一部の国における死亡率の上昇

東ヨーロッパと旧ソ連諸国では、貧困の悪化、栄養不足、ストレスの増加、過密化、感染症、ヘルスケアの劣悪化が原因で、成人の死亡率が上昇している国が多い。

しかし、短期間での人口変動をもたらしている最も致命的な要因は、HIV/エイズの蔓延である。サハラ以南のアフリカには、エイズの流行が人口増加率を低下させ、家族や地域社会に大きくかつ悲劇的な犠牲をもたらしている国が数カ国ある。

リプロダクティブおよびセクシュアル・ヘルスとライツ

ICPD5年後の評価では、保健部門の改革においてリプロダクティブ・ヘルスを含み健康を享受する権利を保障することの重要性が認識され、家族計画、母性保健、HIV/エイズを含む性感染症(STD)の予防、思春期保健をプログラムの優先事項

子どもの数が
少ない家族は
子どもの保健や教育に
投資する額が多くなる

リプロダクティブ・ヘルス：

リプロダクティブ・ヘルスの定義については、国際人口開発会議の行動計画第7章2項に次のように記されている。「リプロダクティブ・ヘルスとは、人間の生殖システム、その機能と(活動)過程のすべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。従って、リプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつことを意味する。」リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、日本では一般に「性と生殖に関する健康/権利」と訳されることが多い。

とすることが提言された。各国政府に対しては、特に次の点に関して緊急対策を実施するように要請がなされた。

- 出産介助の専門技能者による立ち会いを増やす。
- リプロダクティブ・ヘルスに影響を与える法律を見直す。
- 自発的で質の高い家族計画など、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスに関するサービスの質の向上と利用の拡大を目標とした投資を増加させる。
- プログラムの企画、実施、モニタリング、評価に地域社会、NGOおよび民間セクターを巻き込む。
- 自分自身やパートナーのセクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスの保護、望まない妊娠や性感染症の予防、家事・育児の分担、有害な慣習や性的強要および性暴力の撤廃に関する男性の責任を促す。
- すべてのカップルや個人が子どもの数、出産間隔、出産時期を決定し、そのための情報と手段を手にする権利を行使するために、リプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスおよび避妊具（薬）を利用できるようにする。
- 妊産婦死亡と貧困の関連性を認識し、公衆衛生の優先事項として妊産婦死亡率と罹患率を減らす取り組みを実施する。
- 基本的産科ケアと適切な妊産婦ケア・サービス、出産における専門技能者の立ち会い、緊急産科ケア、必要に応じての高度医療施設への照会と移送、産後ケアと家族計画を女性がいつも利用できるようにする。
- プライマリー・ヘルス・ケアの一部として、性感染症とHIV感染を予防するための教育とサービスを提供する。そのサービスの中には、自主的なHIV検査とカウンセリング、女性用・男性用コンドームの利用を可能にすることなどが含まれる。
- HIVのリスクやそれに対する無防備さにつながる社会・経済的要因について社会的関心を喚起し、性的関係における相互の尊重とジェンダーの平等に基づいた責任ある性行動を推進する。
- 若い女性と子どもに対する性的搾取を防止する。

- 難民および緊急事態にある人々にセクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルス・ケアや情報を提供し、性暴力やジェンダーに基づく暴力を防止する。
- 女性性器切除などの有害な伝統的慣習を撤廃する。
- 両親、地域社会、学校、若者と協力して、思春期の若者に適切な情報、支援、サービスを提供し、性や生殖に関して、責任のある健康的な行動を促す。

選択肢の広がり と 質の向上

国によって進展の度合いに差はあるものの、リプロダクティブ・ヘルスのニーズに基づくアプローチというICPDの合意内容に従って、プログラムや政策の焦点が、サービスを提供する側からサービスを利用する側に移行してきている。成功したプログラムの中では、サービスの質やサービス提供者の対応の速さ・専門性などによって結果が評価されるようになってきている。

しかしながら、単に数を数えるのと違って、質を評価するのは難しい。このため、ICPD以降、新しい基準に基づくプログラム評価の必要性が高まり、信頼できる方法を見つける取り組みが数多く行われてきた。その一例が参加型の計画・モニタリング・評価の確立である。現在、この参加型の取り組みが、計画・実行・見直しという通常のサイクルの中に採り入れられつつあり、その結果、プログラムの内容が向上し続けている。この過程は、サービス提供者に対してトレーニング、または再トレーニングを行ったり、あるいは、彼らに質のよいサービス提供を行うという責務を確実に果たさせることで一層強化されている。

ネパール、フィリピン、ガーナ、ケニアその他の諸国の経験から、スタッフを適切に訓練することで、質の高い情報とカウンセリングを受ける利用者の数が短期間に劇的に増加すること、さらにコミュニティの参加があるとその効果は何倍にも増幅されることがわかっている。十分な資金と運営上の支援体制があり、さらに保健問題のさまざまな側面に対応できる、順応性が高く利用者中心のプログラムは、利用者の満足度や期待感を高める。その結果、さらにそのサービスの利用が増え、統合的なサービスへの要求も一層高まってくる。サービスの質は利用者側の選択に影響を与え、健康増進への行動を促すようになる⁸。

このような努力によって、国のプログラムを、状況の変化にあわせて調整・適応させる能力が一層向上し、また、プログラムの対象者への対応の迅速性や説明責任の明確さも高められる。また、政府、

情報提供と

カウンセリングを改善し
コミュニティを
巻き込むことが
利用者の満足度を高め
サービスに対する需要を
増やすことにつながる



出産の危機を低減させるという点では、ほとんど進歩がみられていない。シエラレオネの看護婦が、妊産婦病棟で産前のケアを受けていない産婦の検査を行なっている。彼女の子どもは死産であった。シエラレオネは世界で最も妊産婦死亡率の高い国のひとつである（出生10万対1800）。

民間セクター、社会組織、ボランティア組織、草の根組織の努力を最大に引き出すことにもつながる。

障害

ICPD行動計画の中に盛り込まれたリプロダクティブ・ヘルスに関わる事柄については、すべてについて要請された通りの対応がなされたわけではない。

- 妊産婦死亡率を低減させるための技術が広く普及し、それをプログラムの優先項目にすべきであるとの世界的な合意があるにもかかわらず、そのために必要な財源を確保し、優先政策とすることは依然として困難なままである。ある研究は、妊産婦死亡率が100人中1人以上と非常に高い国では、周産期ケア、危険な兆候に関する情報、緊急医療サービスを提供することで、死亡率を80%も減らせることをあきらかにした⁹。
- これまで、多くの国では、思春期から成人にいたるまで「未婚の若者」に対して、適切な情報とサービスを提供することが難しかった。
- HIV／エイズは、1994年のICPD開催時に予測されたよりもさらに速いスピードで感染が広がっている。

妊産婦死亡

1987年の「母性保護イニシアティブ」(Safe Motherhood Initiative)の開始以来、妊産婦死亡率と罹患率を減らすことは、国の政策目標と事業目標のひとつとなっているが、進展はほとんどないと言っている。妊産婦の危険全般を減らす体系的

努力には、幅広い政策介入が必要である。例えば、出産中および産後の専門技能者による介助、緊急時の専門医への照会と産科ケア、健康・妊娠・出産に関する情報と教育の拡大、産前・産後のケア、栄養改善、女性が自己決定できるだけの財源、情報、能力を手に入れること等が必要である。ICPDの見直しでは、妊産婦死亡率の低減を目指す新しい基準値が決められた。

若者をめぐる議論

現在、15歳から24歳の人口は10億人を超え、史上最大の数となっている。一世代前より割合としては低いとは言え、この年齢層の多くはすでに結婚しており、性的に活発になっている。今日の若者は、望まない妊娠、HIV／エイズその他の性感染症、性的搾取、親やコミュニティーからの疎外といった危険にさらされることが多い。そして、家族と離れて暮らす、あるいは、崩壊した家庭状況の中で生活する若者の数が増加傾向にあることが懸念される。

若者のリプロダクティブ・ヘルスのニーズにどのように対応していくかについては議論が分かれるところであり、国がそれぞれに決定すべきことである。これまでのところ、親としての重要な役割と、若者が成長するにつれて獲得していく自己決定能力との間に折り合いをつけること、また、本来家族内で解決すべき問題を調整するために社会がどのような役割を果たすべきかという点を明確にすることは困難である。

しかし、この問題を見做すことは、不健康、人生のチャンスの喪失、社会的混乱といった高い代価を支払うことにつながる。若者に十分な知識を与えた上で選択肢を提示することは、彼らの責任感を強め、責任ある大人および親になるこ

女性に対する暴力と 性的強要に対抗する



国際人口開発会議（ICPD）と北京会議以降、世界中の女性NGOの努力によって、女性の人生において暴力および暴力への恐怖が頻繁に起こっており、これがリプロダクティブ・ヘルスの権利をはじめとする女性の人権の否定に大きく影響しているという理解がしだいに広まっている。

1999年3月に行われた国連女性の地位委員会の会議では、さまざまな形のジェンダーによる暴力について検討した。

この委員会は、女性差別撤廃条約の選択的付随書を採択し、これを総会に提出することになっている。この付随書では、国内での法的救済（あるいは権利の実現方法）の手だてがなくなった場合や、審議が不当に長引かされた場合、または救済にこぎつけることがなさそうだとわかった場合に、個人またはグループが文書化した権利侵害の請求を女性差別撤廃委員会に提出する手続きを設定している。付随書によって、合意した諸国において女性の権利の深刻または組織的な侵害が起きた場合、委員会が調査を開始できるようになる。

エンパワーメント：

エンパワーメントとは一般的には「力をつけること」の意味であるが、特に女性の社会的・経済的・政治的地位の向上のための運動や女性学の中で戦略的概念として使われるようになったのは、1980年代である。この意味において、エンパワーメントは女性の社会的地位の向上を目指して、個人で経済活動、社会に参画するために必要とされる知識や能力をつけ、さらには自助・自立を通して力をつけた女性がさまざまな意思決定過程に加わる力をつける、そのプロセスをいう。（国際開発ジャーナル社刊「国際協力用語集」より）

とを促すことが確認されてきている。この事実を基に多くの国では、若者を対象とするリプロダクティブ・ヘルス・プログラムや政策への取り組みを開始している。同時にこうしたプログラムを成功させるためには、準備や実施の段階に若者自身が参画することが不可欠であるという認識も広まりつつある¹⁰。プログラムによっては若者に助言したり、情報を与えるのに、家族内の年長者やコミュニティを巻き込んで成功している例もある。

ICPDでは、若者のリプロダクティブ・ヘルスの権利に関しては微妙で慎重な取り組みを要することを認めながらも、それに関しては若者も年長者と同じ権利をもつということで合意に達している。それゆえに、思春期のリプロダクティブ・ヘルスに関する目標をどのように達成するかについては、それぞれの社会が異なるアプローチを用い、異なる結論を出すことになるであろう。

HIV／エイズ

現在、1分に11人の割合で新たにHIV感染が起こっており、その半数以上が24歳以下の若者たちである。その他の性感染症についても若い男女の感染率が非常に高い。性感染症を、治療しないまま放置した場合、HIV感染の危険度は10倍も高くなる。

特に若い女性は感染の危険が高い。なぜなら、生物学的な理由で男性よりもHIVに感染しやすく、望まないセックスや性的強要といった事態にさらされやすく、また、安全なセックスをするよう相手と交渉する力が比較的弱いからである。

リスクの高い行動をとっているグループの中では、1-2年の間でHIV感染率が5%から50%以上まで増大することもある¹¹。ウ

イルスは、このようなグループ（例えば、売春婦とその客、複数を手相に無防備で性関係をもつ人々、注射器を共用している麻薬使用者など）から、社会的なネットワークや汚染血液を通じて、一般の人々にも広がっている。

積極的な予防プログラムを実施することで、最悪の事態を回避することができる。感染の広まった国の中には、若者の間での新たなHIV／エイズ感染を減らすことに成功したところもある。ウガンダとタイでは、集中的な情報・予防キャンペーンによって新規の感染者、特に若者の感染者を3分の1に減少させた。思春期の若者の中でも、特に妊産婦検診を受ける若い女性の感染レベルは減少している。

ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント

ICPDは、女兒・女性に対する暴力を許容しないことや男性側の責任を高めることを盛り込んだ政策を含め、各国が女性と女兒の人権の推進と保護に努めることを要請した。

UNFPAの30年間の活動によって、女性全体の地位の向上と個々人の将来展望の拡大という点では大幅な改善が見られた。ICPD行動計画と1995年に北京で開かれた第4回世界女性会議の行動綱領には、女性による女性のための何十年にもわたる努力の成果が反映されている。完全ではないが、前進があった点としては、次の分野がある。

- 就学率と識字率の向上
- 有給労働への参加の増加
- 管理・行政職への参加の増加
- 投票参政権行使の拡大と政治への代表権の獲得
- 女性の結婚、相続、財産の権利を確立し保護する法律の制定・改正を目指す行動
- 雇用および小規模事業貸付制度による資金獲得の増大及び資金管理の拡大
- ジェンダーに基づく暴力が家庭内の問題ではなく社会的問題であるとの認識。多くの国が法律や家族法を改正して、女性性器切除、レイプ、強制結婚、家庭内暴力、「ダウリー」殺人や「名誉」殺人に対する取り締まりを強化した。アフリカの15カ国が女性性器切除を非合法化している。
- 女性の権利の問題に基本的人権の問題として取り組むメカニズムの強化

1969年からのリプロダクティブ・ヘルスの向上は、女性のエンパワーメントに直接的に貢献している。女性は、子どもの数、出産間隔、出産時期について情報に基づいた自発的な選択をする能力を持つことで、若年での妊娠や早婚によって中断されることの多い教育へのニーズを満たせるようになる。また、母子保健を向上させ、就業と家庭の両立を考慮するようになる。これがさらに実生活面での選択の幅を広げ、より健康な家族を構築することにつながっていく。

ICPD以降、多くの前進がみられたのは、女性団体があらゆるレベルで力をつけ、政府、立法担当者、その他の市民社会で活動を行っている人々との間に、ICPDでの合意に基づいて、建設的な関係を築くことができるようになった結果である。これらの人々と一緒に活動することで、立法改正とそれを支持する行動を確実にし、行政機構を改革し、さらにジェンダー問題の底流にある意識の変化を促すことができたのである。

新たに生まれた脅威と未解決の問題に取り組むためには、まだ多くの課題が残されている。HIV／エイズの感染の広がり、1994年の予測をはるかに上回っている。認識、参加、組織化ならびに行動の面で前進があったにもかかわらず、いまだに、貧困の女性への偏り¹²を解消することはできず、妊産婦死亡率および罹患率も下がっていない。

次の分野で一層の努力が必要である。

- 女性が望まないセックスと妊娠、HIV／エイズを含む性感染症を避けることができるようにする。
- 依然として続く男性の性的な攻撃性を減少させ、それを支える価値観を弱める。
- 配偶者間または親子間における性や生殖に関するコミュニケーションを向上させる。
- 家族や社会に対する女性の貢献度を正しく評価する。
- 女性の社会的、経済的参加の場を拡大する。
- 男性の家庭参加を拡大する。
- 男性が女性と期待や責任を共有できるようにし、ジェンダーに基づく暴力につながるストレスを少なくする。

男性の役割

女性のリプロダクティブ・ヘルス/ライ

ツを向上させるには男性を巻き込む必要があること、また男性のリプロダクティブ・ヘルスも保障する必要があることがわかってきた。そのため、プログラムの立案と方向性に関して根本的な疑問が生じている。これらの問題にどう取り組むかについては、合意に達することは難しいことが証明されている。

男性と比べて女性の方が性感染症など健康上のリスクが高い。しかし、多くの社会では、セクシュアル・ヘルスに関する決定権を持つのは男性である。男性は、ジェンダーの不平等による女性のリスクや機会喪失といったことについて正しく理解する必要がある。男性は女性の社会的権利やリプロダクティブ・ライツを支援し、それらを達成するための緊密なパートナーシップを築く方法を学ぶ必要がある。

各プログラムは、男性が家族や公共の場での女性の権利とエンパワーメントを支援し、男児を適切に社会化させ、女性の健康を増進し、ジェンダーによる暴力と性的搾取を撤廃するために行動することを促す必要がある。

パートナーシップと参画

ICPDの5年目の評価では、あらゆる点で、ICPDの目標達成におけるパートナーシップの重要性について言及している。

ICPDでの合意に責任があるのは各国政府であるが、その合意に関しては国会議員、民間セクター、NGO（非政府組織）も重要な役割を果たした。ICPDから5年後の評価のプロセスに参加したNGOと市民グループには、開発機関、女性団体、保健・青少年擁護団体、宗教団体、専門職業団体、先住民族団体、地域団体なども含まれていた。

各国がICPD行動計画を実行し始めて以来、市民社会の参加が増大している。40カ国以上で、すでにNGOを政策討議に参加させる公的なメカニズムができおり、非公式のメカニズムが存在している国はさらに多い¹³。

しかし、いくつかの懸念がまだ残っている。多くのNGOは、比較的小規模で財源不足の状態にあり、外部の技術と資金に依存している。また、だれの利益を代表しているか疑わしいグループも存在する。NGOは、時に、国の開発政策を建設的に批評するのではなく、攻撃しているとしか受け取れないような疑問を投げかける場合もある。

こうした懸念は正当ではあるが、ICPD+5では、これらの問題に正面から取り組むべきであり、政府職員、民間セクターの代表、その他市民社会組織の間の協力を進めるメカニズムを確立する必要があることを認めている。そこでは、異なる組織を比較してそれぞれの長所と可

すでに40カ国以上でNGOを政策討議に参加させる公的なメカニズムができている

人口と リプロダクティブ・ヘルス に対する国際援助は 開発途上国の ニーズを満たすには あまりに不足している

能性を探り、さらに有効に活用する必要がある。例えば、国が行動計画を提唱し、実行する上で、市民社会組織は貴重な力となる。

基本的社会サービスの提供者としての政府の役割が変化していることから、行動計画実施にあたり、NGOと民間セクターを巻き込んでいくことは特に重要である。運営管理と方針決定の地方分権化を行っている国の数は増加している。また、地域社会、および、放っておくと社会の周縁に追いやられるか忘れ去られてしまうかもしれない人々（例えば貧困層、未婚者、両親のない若者たち）にまで声を届け、情報とサービスを提供するという意味で、草の根組織の参加は不可欠である。NGOはまた、危機や災害時の援助において、必要物資を供給したり、犠牲者の利害を代弁したりといった価値ある活動も行っている。

政府は、地域社会とその代表が人口・開発問題についての議論に参加することに対して、前向きな決定をする必要がある。この選択をすることによって、有害かつ危険な慣習を撤廃しながらも、伝統と文化の貴重な側面は残していくことが可能になる。対話と協調の成果の一例として、ウガンダのカプチョルワ県にあるサビニー高齢者協会の実践が挙げられる。そこでは、女性性器切除の代わりに若い女性を大人の社会に迎え入れる式典を挙行するという取り組みを実施している¹⁴。

参加の拡大と情報の改善は相互に刺激し合う。（全国的なネットワークをもつ）マスメディアと、それよりはもう少し地域に密着した地方型コミュニケーションをバランス良く活用することで、情報を伝達するのに必要な経費を削減することができる。情報とコミュニケーションを活用して、人々の意識を高めると同時に行動の変容をもたらすことを意図した場合、それによって、サービス提供に関するよりよい質と説明責任を要求する動きを促すことができる¹⁵。

ICPD行動計画の目標を達成するためには、リプロダクティブ・ヘルス/ライツも含めて、広い範囲の利益、展望、開発目標を代表する人たちの間でパートナーシップを構築していくことが必要である。市民社会には、政策立案とプログラム実施において果たすべき役割がある。市民グループは、さまざまな問題に取り組んでおり、その経験と対象領域の幅広さによって、どちらかといえばおざなりにされがちな分野での進展を促すことができる。例えば、ジェンダーによる暴力の問題に取り組む、リプロダクティブ・ライツの保障を目指す、社会が年齢構造の変化に適応していくための運動を行う、持続が不可能な資源利用のパターンを変えていく、移民問題に対応する、ジェンダーの平等を推進するといったことである。市民グループの関心はさまざまな問題に

及んでいるが、社会・経済開発の加速ならびに公共機関の対応が最も効率的であるという必要性については、共通の関心を持ち合わせている。

資源の問題

パートナーシップには国際的側面もある。ICPDの実施を成功させるには、先進国と開発途上国の間の協力が必至である。

ICPD行動計画では、リプロダクティブ・ヘルスと人口に関するプログラムの基本パッケージに必要とされる資金が詳細に説明されている。そして、投資が必要な分野は、女性のエンパワーメント（能力強化）、死亡率と罹患率の低下、（特に女兒・女性のための）基礎教育の提供であると指摘している。

行動計画を実行する上での財政的制約は厳しく、時と共にさらに悪化しつつある。開発途上国ならびに移行経済諸国では、自国予算から必要な財源を確保することが困難であり、開発協力予算も不足している。国民総生産の0.7%を開発援助に拠出するという国際的な合意目標を達成している先進国は、デンマーク、オランダ、ノルウェー、スウェーデンなどごく少数である。他にも、イギリスなどのように拠出を約束した国もある。しかし、ドイツ、アメリカなど最大の援助国の中には、目標を大幅に下回ったままの国もある。

ICPDにおいて、各国政府は、会議の合意内容の実行に必要な国内調達資金ならびに国際援助による拠出金の額と時期についての詳細も含めて、具体的合意事項に関する交渉を行った。現在、これらの国は自らの描いた将来像を実現するために必要な資金を拠出するかどうかについて重要な決定を迫られている。会議では、人口・リプロダクティブ・ヘルス活動に関する基本的統合パッケージを成功裡に実施するには、2000年まで毎年170億ドルが必要になると推定された。そのうちの約3分の1（57億ドル）は、海外援助から各国に供与され、約3分の2（113億ドル）はそれぞれの国が自己財源でまかなうことになることになると推計している。

1997年の時点で、先進国の拠出は19億から20億ドルに到達しており、開発途上国は約77億ドルに達していた。しかし、1998年には全体的に目に見える改善はなく、2000年までの目標額は大幅に下回ることが予測される。

この財源不足を人間への影響に置き換えてみると、女性は望まない妊娠という重荷に耐え、人工妊娠中絶に頼り続ける、妊娠に起因する女性の死亡（妊産婦死亡）が続き、その子どもたちも命の危険にさらされる。そして、HIV/エイズの急速な拡大が続き、ヘルスケアを平等に受けることと人権の確立に向けた進歩は以前

UNFPA：合意の形成

UNFPA（国連人口活動基金のちに国連人口基金と改称）が1969年に活動を開始した段階では、国連で人口と言えば国連人口部の人口調査のことを意味した。国際レベルで人口活動を議論にのせることなど、ほとんど不可能であった。1966年当時、国が家族計画プログラムを実施していたり、政府が家族計画に対して実質的な支援を行っていた開発途上国は26カ国にすぎず、先進国以外で家族計画について少しでも知識がある人は少数派であった。

当時の人口増加は、世界全体で年間2%、開発途上国では2.5%と史上最大のピークであったことが後に証明された。開発途上国の合計特殊出生率も女性1人当たり6と最も高いレベルにあった。この分野の専門家の間では、開発途上国での家族計画の推進が成功するかどうか、あるいは、家族計画プログラムが人口増加率を引き下げるのに役立つかどうか、大いに疑問視されていた。女性の健康に関するプログラムは、出産または子どもの健康と関連したもの以外はほとんどないに等しかった。

UNFPAは、活動開始当初から対話のプロセスをもって活動を行い、現在もその方法を続けている。例えば、アフリカ諸国が人口データを収集し、それを分析する専門知識を蓄積することに主に関心をもってることがわかると、UNFPAは30カ国以上で国連人口統計プログラムの実施を支援して、結果的に21カ国がその国最初の人口統計を実施することができた。ラテンアメリカ諸国は、人口に関する情報を開発計画に取り込んでいくことに関心をもっていた。そこで、UNFPAはラテンアメリカ地域人口調査センター（CELADE）を支援した。アジアでは、すでに政府が家族計画に大きな関心をもっていたため、

UNFPAは政府の母子保健事業に家族計画を統合する支援をし、国内の家族計画協会のような革新的な組織を奨励した。国連システム内の組織・機関が、UNFPA拠出のプロジェクトを多く実施し、人口と開発に関する専門性とこの問題に対する理解を蓄積していった。

1974年の世界人口会議までに、UNFPAは、5200万ドルの資金と97カ国での事業をもって、世界規模で存在を知られる組織として確立していた。

閣僚レベルで人口問題を討議した世界会議というのは、これが最初であった。また、この会議で採択された世界人口行動計画は、人口と開発の分野における行動についての初の政治的合意だった。初代事務局長ラファエル・サラスは、イデオロギーの異なる諸国において信頼できるパートナーとしてのUNFPAの地歩を固め、この過程で重要な役割を果たした。

UNFPAは、初期の頃から、女性の権利と地位はそれ自体が大切なだけでなく、人口・開発政策および人口・開発プログラムの成功にとっても欠かせないことを理解していた。初代事業部長で後に事務局長となったナフィス・サディックのもと、UNFPAは女性団体をUNFPAのパートナーとして歓迎し、各国政府に対しても女性団体を開発プロセスに巻き込んでいくことを要請した。

UNFPAとドナー（援助国・機関）ならびに開発途上国とのパートナーシップは、人口が開発戦略の中に組み入れることが可能な要素であり、人口分野での援助はイデオロギー的な意味を含めることなく、主権国家の優先項目と価値観にあわせて効果的に配分できることを示してきた。現在の世界的な合意を形成する上で、このような理解は不可欠であった。

にも増して遅れることを意味する。

先進国からの開発援助が減る一方で、緊急支援や災害救助や平和維持活動への拠出金は急速に伸びている。効果的な開発援助が行われれば、多くの災害や緊急事態を防ぐことができ、その方が長期的な経費が少なくなることは誰の目にもあきらかである。しかし、強い要請があり、多くの国のコミットメントがあるにもかかわらず、いまだに最大のドナー（援助国・機関）の一部には、認識を行動に移す意思がみられない。

同時に、援助諸国、なかでもアメリカの民間機関や財団がより大きな役割を果たすようになった。国際パートナーシップ国連財団（United Nations Foundation for International Partnership）、パッカード財団などが5億ドル以上を拠出して向こう5年間のプロジェクトを支援している。幅広い保健と開発の事業を支援するため、ウイリアム・H・ゲイツ財団の資金

として70億ドルが追加された。これら新規の援助資金は特定分野にとっては重要な貢献ではあるが、国際開発に対する各国の公約の代わりとなるものではない。

長期的開発にうまく投資をすれば、開発管理能力の構築と自立促進につながり、国の安定と安全保障を危うくする条件を未然に防ぐことができるというのが、ICPD合意の基本であった¹⁶。

公約した資金の規模や拠出源を拡大すること、ならびにそれらの使用に関する運営・管理活用法を改良することが緊急の優先課題である。ドナー間の連絡調整と政府および市民組織との連絡調整を改善する新しい努力の結果、期待される取り組みがみられている。その中には、南南協力、20/20イニシアティブ、UNFPAの協力のもとヨーロッパ連合が実施しているアジア・イニシアティブがある（第4章参照）。

未来に向けての前進

今年の「世界人口白書」では、ICPD行動計画に示されている20年計画の最初の4年間の活動報告に、1999年に実施されたハーグ・フォーラムと国連人口開発特別総会という国際的な検討の場での結論も加えている。

最初の結論は、行動計画の実行努力に関してかなりの進展がみられた点である。資金面での厳しい制約にもかかわらず、実行5年目の評価では、個人のニーズと願望を中心とした開発への取り組みが、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスの統合的なプログラムを始めることにつながり、女性のエンパワーメントを前進させ、政府と市民社会との新しいパートナーシップを築いていることがあきらかとなった。

昨年行われた専門家会議、円卓会議、地域会議ならびに政府間会議の議事録、および政府や国際機関、NGOの行なった多くのアンケート調査には、広範にわたる進歩が報告されている。これらの会議・調査・研究報告では、次の実行段階で一層の進歩があるように、主要分野に関して提言を行った。中には実施が比較的容易なものもあるが、その進展度は国情や組織の事情に左右されている。

ICPDの5年目の検討では、今後のさらなる進展に必要な事柄をあきらかにした。開発途上国については、次のことが必要である。

- 達成に要する資金を確保した上で、幅広い目標を設けている人口・開発政策
- 変化する政策に適応できるような組織機構
- ジェンダーの公正・平等、政策および意思決定の場での女性の参画の拡大、男性とのパートナーシップ、ジェンダーに根ざした暴力をなくすための行動を実現するための公約
- リプロダクティブ・ヘルス・サービスの統合に向けた早急な移行と照会システムの向上
- 利用者のニーズにより迅速に対応するサービス。利用者に対する説明責任の向上。スタッフのトレーニング・定着・管理の重視
- エイズの蔓延を防ぐための断固たる行動
- 未婚女性を含む若者に対する質の高いリプロダクティブ・ヘルスのサービスおよび情報の提供

- 地方分権の効率化
- データの質と利用の改善
- 政府と市民社会とのより緊密な協調

しかしながら、他のどれにも増して必要とされているのは、資金提供の公約を履行することである。これなしには、開発途上国での努力は遅れ、多くの国で、進歩が止まってしまう。開発途上国には、国のニーズとその自国のニーズを満たす国としての能力との間にギャップが存在する。その差を埋めるという重い責任は援助側の国々にある。

新たに設置された機構や新たに課せられた機能を調整するのに、国家プログラム・プロジェクトや戦略が困難をきたすことがある。しかし今後、さらに進歩すれば、ますます困難が増すかもしれないが、それは力が伸びるときの一時的な副作用であるかもしれない。今後の開発は国内および国際社会での政治的コミットメントと財源次第である。

ICPD+5での検討は、30年前から続くプロセスが最近のどのような段階にあるのかをあきらかにした。この期間に、人口問題は人口学者や統計学者など少数派の関心事から、人間開発に関わるすべての人を抱え込んだ世界的な合意にまで成長した。そして、主に数と増加率の問題であった人口が、リプロダクティブ・ヘルスとジェンダー間の公正といった分野を包括するまでになった。

家族の規模と出産間隔を決定する権利、そのために必要な情報と手段を得る権利は、1968年に初めて宣言された。当初、この権利を行使していたのは一部の恵まれた人たちだけだったが、現在では世界のカップルの半数以上が行使するに至っている。女性も男性も教育とヘルスケア（リプロダクティブならびにセクシュアル・ヘルスを含む）を普遍的かつ平等に利用できるようにする、ということは、国レベルでも国際レベルでも開発政策の目標として認められており、次第に実践されるようになってきている。人権と人間のニーズに基づく人口政策が、開発戦略の中で必要不可欠かつ実践可能な部分を構成するようになってきている。

UNFPAは、国内および国際レベルで、新しい問題に人々の関心を呼び、合意を形成し、行動を奨励する上で牽引的な役割を果たすパートナーとして活動してきた。次の段階としては、ICPD行動計画の目標を達成するための意思と資金を結集させることが今後10年間の課題である。

人口変動と人々の選択



UNICEF / 1029 / Betty Press

20世紀は、人口のダイナミックスにおいても人間開発の進展においても未曾有の変化が起きた世紀だった。世界中の多くの男女にとっては、人生の機会が史上例を見ないほど拡がっている。しかし同時に、人類の多くは貧困、不健康、不平等の悪循環から抜け出せないままである。

このように、現代は人口学的に見ても社会的に見ても、非常に多様な傾向が共存する時代である。そしてこのような時代は、我われの将来に関する決断を行なう重要な時期となる。我われは今、世界規模で人々のウエル・ビーイング（福利）と人権を保証し、大きな経済的・社会的利益を得る唯一の機会を得ている。断固たる行動をとり必要な財源や人材を提供することで、この好機をとらえ、悪循環を断ち切ることができる。

1994年の国際人口開発会議（ICPD/カイロ会議）では、貧困の軽減、ヘルスケアと教育の提供、環境保全など、人類社会が直面している根本的課題の多くを扱う人口と開発への包括的アプローチを明確に打ち出した。この会議で強調されたジェンダーの平等と公正、（特に、リプロダクティブ・ヘルスの情報とサービスに対する）個人のニーズの充足は、それ自体として非常に重要な目的である。

上写真：ルワンダ人の親子。この母と子は内戦のために6ヶ月に及ぶ別離を経て1994年に再会した。世界中で何千万人もの人々が、戦争などの緊急事態のために住む場所を追われている。

ICPDにおいても、その5年後の評価(ICPD+5)においても、人口増加、人口構造ないし人口分布に関する数量的な目標は採択されなかった。同時に、どちらの会議でも、行動計画を実行することが、世界人口の早期安定化に貢献し、ひいては持続可能な開発を達成する上でも重要な貢献を果たすということが確認された。

世界の現状

- 世界人口は100年間で4倍に増加しており、これほどの増加率は記録がない。
- 平均余命はほとんどの国で伸びている。

る。今日生まれた子どもは、これまで以上に、乳児期を無事に生き延び、長く健康な人生を送る可能性がある。

- 15歳から24歳の若い世代の人口が10億人以上とかつてないほどに多くなっている。開発途上国の多くでは、労働年齢人口に占めるこの世代の割合がかつてないほど高い。同時に、高齢人口もかつてないほど多く、人口は確実に高齢化している。
- 子どもの数と出産間隔を決定するための情報と手段を手に入れている女性・男性の数がさらに増加している。
- 男性だけでなく女性にとっても教育を受ける機会が増加しており、教育の重要性が以前にも増して広く認められるようになっている。

囲み6

人口と開発：新しい結論

死亡率と出生率が共に低下したことで、開発途上国のほとんどは、総人口に占める労働年齢人口の割合がかつてないほど高くなるという一度しかない好機を迎えている。出生率低下の速度が速ければ速いほどこの好機も大きくなるが、その分期間は短くなる。この「人口ボーナス」を利用して国の経済開発を前進させるには、教育と保健（特にリプロダクティブ・ヘルスとセクシュアル・ヘルス）へのアクセスを拡大すること、情報とサービスの提供、社会参加と意思決定過程での女性に対する差別の撤廃が必要になる。

データの質が改善され分析方法が向上したおかげで、死亡率と出生率の低下（また程度は弱い、人口の増加と人口密度の上昇）が経済成長にどのような影響を与えるかがはっきりしてきた。もし潜在的可能性をうまく利用することができれば、最貧国は死亡率と出生率の低下から最大の恩恵を得ることができる。

女性の正規労働市場への参加の拡大は、出生率の低下と教育機会の拡大を伴うことが多く、またそれらをさらに強化することも多い。それは結果として経済の向上にもつながる。将来の所得向上に関する推計には、現段階では計算されていない天然資源の減少に伴うコストとともに、女性が家庭やインフォーマル・セクターで行なっている労働も考慮する必要がある。

人口変動や経済的变化も、貧困層の割合を左右する。貧困諸国で出生率が高いと、経済成長が停滞し、貧困層に対する所得分配が少なくなり、貧困の度合いがさらに高まる。

人口転換の初期の段階では、貧困世帯での死亡率低下の速度が出生率低下の速度を上回るが、この時に貧困世帯とそうでない世帯の所得格差が広がる可能性がある。貧困家庭でも子どもの数が減るようになると、子どものための投資または貯金に回せる資金が増えて、貧困と不平等が軽減される。ブラジルでは、1970年生まれの人々の25%が貧困層であったが、もしこの年の家族の規模が1900年当時と同じであった場合は、貧困層に生まれる子どもは37%に達していたはずである。出生率を下げずにこれと同程度の貧困軽減を達成するためには、1人当たりの国内総生産（GDP）において、年間経済成長率をさらに0.7%引き上げなくてはならなかった。

出生率が高いと貧困がさらに悪化するという証拠があるので、幅広い社会開発戦略の一環としてのリプロダクティブ・ヘルスと自発的な家族計画のプログラムへの投資が正当なものであるということが出来る。

- 情報伝達や旅行が容易になり、国内および国家間での考え方や人の流れが加速している。
- 女性が、ますます自分の人生の選択をコントロールできるようになっている。さまざまな文化背景の中で、女性は社会的・経済的参画、意思決定および財源の管理といった分野で男性との平等を要求している。
- 環境の悪化と気候の変化、新しい疾病、社会の混迷、経済の不安定などは、すべて人々の健康、生計、安全保障を脅かすものであり、しかもそれらはより広い範囲により速いスピードで広まっている。幸いなことに、好機、技術、社会の進歩といったものも同じように広まっている。

今後に向けての課題は、社会・経済開発を加速させること、生殖に関することも含めて男女とも自分の人生の決定権を拡大していくこと、そして、男女とも基本的人権を享受できるようにすることである。これらの目標を達成することが、人口増加の安定化につながり、また、人口が安定すれば目標の達成も容易になる。

人口と開発：政策の変化

国連人口基金（UNFPA）が設立された1969年当時、多くの国には人口政策がなかった。開発途上国の多く、なかでも後発開発途上国のほとんどは国勢調査を実施したことすらなかった。基本的情報が不足していたため、国家開発戦略の中に人口増加、地理的な人口分布、（国内および国境を越えての）人口移動、年齢構造の影響を考慮にいれたものは皆無

Source: Birdsall, Nancy, Allen C. Kelley and Steven Sinding (eds.). *Population Does Matter: Demography, Growth and Poverty in the Developing World* (forthcoming) Report of the Symposium on Population Change and Economic Development, a Conference sponsored by the Rockefeller Foundation, Packard Foundation and UNFPA, 2-6 November 1998, Bellagio, Italy.

に等しかった。

データが入手できるようになるにつれて、多くの政府は、自国の人口が予想以上に速い速度で増加しており、そのことが社会・経済開発を阻害していることを認識し始めた。あらゆる地域で、母子保健・家族計画に関する情報とサービスの利用を増やすための援助を求める要請が高まった。政策の策定、調査、組織の支援、人材養成、基本データの収集は、人口援助の重要な部分であったが、当時はサービス提供に向けられる投資の割合が増加していた。

家族計画に関する情報とサービスの利用を増加させることによって、当時高まりつつあった、より小規模な家族、より健康な家族への要求を満たすことができた。その結果、1969年以降、避妊具（薬）を使用しているカップルの割合は4倍に増えた。またこの間、基本的な保健サービスへのアクセスも増加し、開発途上地域では、平均寿命が10年以上も延びた。国民1人当たりの年間国内総生産（GDP）は、開発途上国全体では増加したが、後発開発途上国では足踏み状態が続いている。

国連人口部の定期アンケートによると、開発途上国の中で出生率と死亡率の抑制に取り組み始めている国の数が増えてきており、人口移動や人口の年齢構造についての政策上の関心も増してきている。

ICPD行動計画は、社会開発戦略にお

いて人口が重大な役割をもつことを再確認し、人口と社会・経済開発、貧困の軽減、環境の質、女性のエンパワーメントの間にはダイナミックな関連性があることを強調した。

1994年以降、開発における人口の役割についての認識が高まり、開発途上国の半数近くが自国の政策の見直しに着手している¹。3分の1以上の国がICPDの諸目標に合致するように人口政策を刷新したり、ヘルスケアの質、ジェンダーの平等、人口関連の情報システムの向上といった要因を長期的開発計画の中に組み込んでいる。

アフリカでは、貧困や人的資源の開発など、幅広い人口と開発の問題に見直しの焦点を置いてきた国が多い。アジア・太平洋地域では、リプロダクティブ・ヘルスと死亡率に焦点を置く国が多い²。ラテンアメリカでは、政策の見直しをしている国が他と比べて少ない。しかし、メキシコ、ジャマイカ、ドミニカ共和国、パナマ、トリニダード・トバゴなど、見直しを実施したところでは、サービスが行き届いていない若者や高齢者のニーズ、人口分布など、それぞれの国内の問題について扱っている。

世界の3分の2の国は、ジェンダーの平等・公正ならびに女性のエンパワーメントを推進するために、政策または立法措置を導入している。ラテンアメリカでは、ほぼすべての国が女性の権利の保護を目指して、政策評価の実施、法律の制定、

囲み7

東南アジアの危機：開発による進歩が払拭される可能性

1 1997年に始まった東南アジアの経済危機は、世界規模の金融の大混乱によって、社会部門への投資によって得られた開発の成果が払拭されてしまうこともありうるという冷酷な警告を発している。

ほぼ30年間にわたって、アジア地域は保健・教育分野への多額の投資を伴うめざましい経済成長を体験した。そのことが、家族の規模を縮小し、生活水準を高め、女性の地位を向上させるのに大きく寄与してきた。

インドネシア、マレーシア、フィリピン、タイで起こった経済危機によって、貧困と失業が増え、教育参加が低下し、人口・リプロダクティブ・ヘルスのプログラムをはじめとする社会事業への資金配分が減少した。その結果、過去30年にわたるこの地域のめざましい開発の成果が後退しており、女性と子どもに最も多くしわ寄せがいつていることを示唆するような暫定的な証拠もある。

また、この危機によってアジア全域で学校の中退率が目立って増加した。（特にインドネシアで）失業が急増し、また、女性が働いていた部門に偏って失業が増加している。都市での仕事が減ったため、農村から都市へというこれまでの人口流入の形態が逆転し、また都市貧困層という新たな貧困層が生まれている。

実質所得の落ち込みと食料など基本的日用品の価格高騰が

あいまって、インドネシア各地で乳児・幼児の栄養不良が増加している。

危機の結果、女性の生活の厳しい現実はさらに悪化し、ジェンダーの平等・公正の目標達成はさらに遠のいた。貧困が増加したことで、女性が性産業に参入せざるを得ないような圧力が高まっている。利用できるサービスが不足しているため、このような新しく性産業に関わるようになった女性にはHIV/エイズを初めとする性感染症（STD）から自分の身を守る備えがほとんどできていない。

飢餓、貧困増加、失業、社会崩壊の対策に予算配分が優先されるため、リプロダクティブ・ヘルス関連のプログラムは打撃を受けている。今の段階でも、安全でない中絶が増加している一方で、中絶後に家族計画のカウンセリングを受ける機会は限られていることを示す証拠が出てきている。現に、HIV/エイズ・性感染症の予防と治療に関するプログラムも含めて、健康増進活動や医療サービス活動の予算は削減されている。思春期の若者、特に少女に対する適切なリプロダクティブ・ヘルス・サービスがないという問題も深刻化している。

Source: UNFAP, 1999. *South-east Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*, New York: UNFPA.

制度上の変更を行ない、半数近くが国としての政策ないし行動計画を施行している。アジア諸国の半数以上と多くのアフリカ諸国（ボツワナ、ブルンジ、ナミビア、ナイジェリア、南アフリカ、ウガンダ、ザンビアなど）が相続、財産、雇用の分野での女性の権利を保護するための措置をとっている。

多くの国が法律や政策を強化して、レイプ、近親相姦、家庭内暴力、女性性器切除などのジェンダーに基づく暴力と闘っている。セネガル、ブルキナファソ、コートジボアール、ガーナ、トーゴなどアフリカの15カ国が女性性器切除を禁止した。

雇用関連法や子どもの扶養に関する法律などを通して、男性の性や生殖に関する行動、社会的役割、家族の役割への責任を高める措置をとっている国は、ラテンアメリカ・カリブ海地域では3分の2近くになるが、世界全体では半数以下にしかない。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツへのコミットメント（公約）を強化する政策変更が67カ国で実施された。40カ国以上で、保健サービスの提供の中にこの視点が盛り込まれた。多くの国がリプロダクティブ・ヘルス・サービスの質の向上を目指した対策をとっている（第3章参照）。世界全体で半数近くの国が、思春期のリプロダクティブ・ヘルスのニーズを扱うために新しい対策を講じているが、その多くがNGOや民間セクターとの連携によって行われている。

以前に比べて多様になった情報に基づいて、現在、政策の評価が行なわれている。1970-1980年代には、多くの国が幅広い人口・開発政策を立案したが、その行動計画の中心はまず第一に母子保健と家族計画であった。国家開発計画の人口の部分には、雇用、教育、保健、食糧安全保障、環境保護、女性の社会参加、地域社会の行動と地方行政など多くの分野での政策が含まれている。政策の見直しに関与する人が、人口の趨勢やその意味についての正確で時宜を得た情報を得ることで、これらの多岐にわたる分野での法的な改正や政策の変更がより効果的に進められる。

同時に、現行の政策の再評価も、激変する社会的・政治的環境のなかで行なわれている。ほとんどの開発途上国では、国内経済と世界経済の関係を自由化することを目的とした経済改革を実施した。その改革の中心は、国・政府の生産部門からの撤退、緊縮的金融財政政策の適用、国の行政のスリム化、貿易の自由化、労働市場の規制撤廃であった。この新しい環境の下、国も企業もますます効率と競争力を高める必要が出てきた。この結果、規模が小さくより貧しい経済はさらに世界の主流からはずれていく危険がある。

国内経済の改革とグローバル化、なか

でも都市化傾向の加速は人口移動と人口の再分布に大きな影響を与えた。このような人口変動が起こると、貧困、保健、住宅、環境などの要因に影響を与え、人口政策と開発戦略にも関連してくる。

このような変化は国の行政機関の役割に影響を与えている。開発関連の活動の民間セクターへの依存度が高まり、権限と行政の地方分権化が進むと、政策に関わるような人口学的な情報とその分析結果を広く利用できるようにすることが必要になる。公的機関は、競争経済のシステムを発展・維持するために必要な情報を提供する上で重要な役割を担うことになる。

ICPD行動計画の実施に関する5年目の評価では、政策の優先順位が重要な焦点のひとつであった。専門家による円卓会議、技術専門家会議（Technical Meeting）、人口と開発に関する地域会議では、人口と経済開発、国際移動、市民社会、リプロダクティブ・ヘルス／ライツ、高齢化が取り上げられた。

人口増加と人口高齢化

20世紀初頭、世界の人口は約15億人だった。これが1960年までには2倍になり、1999年後半には4倍の60億人に達する。今後の世界人口は、過去数十年、なかでもここ12年間で10億も増加したほどの急速なスピードで増加することはないと見込まれている。

世界人口の年間増加数は、1950-1955年の間の4700万人から、ピーク時には1985-1990年の8600万人まで達した。この前例のない増加数は、もともと高いレベルにあった出生率と死亡率のうち、死亡率の方が速く低下したことによって純増加が増えた結果である。その結果として、世界人口が40億、50億そして60億に到達するのに、それぞれ14年、13年、12年しかかからなかった³。

今日では、高出生率・高死亡率から低出生率・低死亡率への「人口転換」が、世界のほとんどの国ですでに完了しているか、あるいは過渡期の状態である。さまざまな観点からみて、現在の開発途上地域は、先進国がほぼ半世紀前に移行を果たした人口転換の中間段階にあるといえる。

死亡率の半減

1960年の30億人から1999年には60億人まで人口が急増した要因としては、これまでにない死亡率の低下が最も重要である。実際に死亡率低下の傾向は19世紀から20世紀初頭には始まっていたが、第2次世界大戦後に、基礎的な衛生、清潔な飲料水、近代的なヘルスケアが世界の

リプロダクティブ・ヘルス／ライツへのコミットメント（公約）を強化する政策変更が67カ国で行われた

1950年以降
死亡率は半減しており
これが急速な
世界人口の増加に
大きく関係している

より広い範囲に普及したことによって、本格的に低下した。死亡率は、1950年以降人口1000対20から10以下に半減している。同時に、世界全体の平均寿命は46歳から66歳に延びている。

世界の人口は乳児から高齢者にいたるまで、かつてないほど健康になっている。世界全体の乳児死亡率は、1950年以来3分の2も低下し、出生1000対155から出生1000対57となっている。2050年までにはさらに3分の2の低下があると推計されている。妊産婦死亡率も低下したが、乳児死亡率に比べてその低下速度はかなり遅く、しかもばらつきがある（第3章参照）。その他の上向きな保健関連の傾向としては、予防接種率の向上と保健教育の向上があげられる。

寿命が延び、医療が向上したことによるプラス面の効果のひとつが、年間死亡数の減少であった。1955年から1975年の間に、世界人口は15億人ほど増加したが、この期間に年間死亡数は実際に10%以上も減少した。その後、死亡数はまた増えはじめている。現在の年間死亡数は5200万人であるが、これは総人口が現在の半分以下だった1950年当時と同じ数である。

死亡率は開発途上地域では1950年以降低下したが、先進地域では高齢人口の比率が増えたため、ほぼ横ばい状態にある。

出生率の不均一な低下

年間出生数は、1950年の9800万から、ピーク時の1980年代後半には1億3400万にまで増加し、今後20年間は1億3000万弱の数値で推移する見込みである。一方、死亡率は世界的な人口の高齢化によって、ゆっくりとではあるが上昇する。

人口そのものが減少している国はごくわずかだが、61の国々（世界人口の44%前後を占める）では、すでに出生率が人口置き換え水準（女性1人当たりの子ども数が2.1人）を下回っている。このような国の数は、2015年までには世界人口の3分の2に相当する87カ国に増える見込みである。

しかしその一方、2050年の時点でプラスの人口増加率を維持している国が依然として130カ国あり、そのうち44カ国は、1965年当時の先進国にみられた率とほぼ同じ、年間1%以上を維持する。

先進国の平均出生率は、1950-1955年までの期間で女性1人当たりの子ども数2.8人であった。これが現在では1.6人にまで低下し、今後はわずかながら上昇しはじめて21世紀半ばまでには1.8人になると推計される。開発途上地域では、1950年当時ほぼ6.2だった出生率が、1999年には3弱になり、2045年には2.1未満にまで下がると推定される。

出生率が最も急速に低下したのは、ラテンアメリカとアジアであった。この2

地域に比べると、北アフリカと中東は若干遅く、サハラ以南のアフリカはさらに遅い。アジアの出生率は、過去50年間で女性1人当たりの子どもの数5.9人から2.6人へと急激に低下した。サハラ以南のアフリカではより緩慢で6.5人から5.5人に減少した。ラテンアメリカ・カリブ海地域では5.9人から2.7人に、北アフリカと西アジアでは6.6人から3.5人に減少している。

ヨーロッパの出生率は、2.6から人口置き換え水準よりだいぶ低い1.4にまで低下した。しかし、北アメリカの出生率は1950-1955年の3.5から1970年代後期に1.8に低下したものの、その後、再び上昇して1.9から2.0の範囲で落ち着いている。21世紀半ばまではおよそ1.9の数値で横ばいと見込まれている。

出生率低下の速度は、異なる地域間に限らず、同一地域内でも国によって、また同一国内でも異なる人口グループ間で、かなりの差がある。ブラジルや韓国のような国では、出生率が人口置き換え水準に近いが、それ以下にまで急速に移行した。一方、ナイジェリアやグアテマラのように、出生率の低下がごくわずかしかみられない国もある。しかし、ブラジルでもナイジェリアでも、その低下速度には同じ国の中でも地域によって相当な違いがある。

人口転換⁴に関する単純で一貫性のある説明を見つけることは、国内の実績データ⁵が示す現実を見るかぎり非常に困難である。実際に、開発関連の指標と出生率との間には、密接な統計的関連性があるわけではなく、出生率低下の理由については、人口学者、経済学者、政策立案者の間で広く議論が行われている。開発が出生率低下の重要な要因と考えられていることに変わりはないが、なぜ出生率転換がある箇所でも他より早く起こるのかについてはいまだに明確な答えが出されていない。開発のペースが、出生率転換の開始やその程度に影響を及ぼすということではない。ただし、一度出生率の転換が起こると、開発レベルの高い国ほど、出生率低下の速度が速くなる⁶。

家族規模についての希望を実現する手助け

男女が望む家族の規模は、死亡率の低下、（特に女性にとっての）社会的機会の増大、雇用機会、所得、教育へのアクセスなど、さまざまな要因に左右される。しかし、社会的な機会や選択肢を実際の行動に移す手段がなければ、女性も男性もその希望を実現することはできない。過去30年以上にわたる人口プログラムの立案⁷と、その前進・強化によって、より効果的で安全な避妊法の開発と普及が可能になった。そして、そのことが出生率低下の重要な触媒となっている⁸。

人口プログラムが 過去30年以上にわたる 出生率低下の 重要な触媒となっている

1960年以来の出生率低下の半分は人口プログラムの功績によるものだと評価を受けている⁹。ICPD以降の人口プログラムは、個人の権利やニーズに基づくアプローチを採用している。

家族計画の技術に関する情報や、リプロダクティブ・ヘルスや機会均等など女性の権利も含めた社会問題に関する新しい考え方が普及すると、出生率転換が促進される¹⁰。親類、友人、隣人などとの話し合いや議論から始まって、考え方がコミュニティーの間にもたがって伝播し、さらにマスメディアのイメージなどが引き金となって人の嗜好が変化し、出生に関わる行動にも変化が起きる。このことは、地域や個人を結ぶチャンネルが多様にある国では出生率の変化が急速に起こり、社会的対話が難しいところは変化が遅いことが多いのはなぜかということの説明しうる。もしこれが本当ならば、コミュニケーションを向上させることで、これまで転換の遅かった地域での出生率転換を加速させることができるかもしれない¹¹。

ある国で出生率転換が完了したときに何が起こるのか、出生率は人口置き換え水準以下で安定するのか、近似値または置き換え水準以上の数値で安定するのか、あるいはまた反転して上昇するのか、それとも他の不規則なパターンをとるのか。これらを予測することは、人口学者にとっても重要な課題である。

将来の出生率に関する仮説の変化

国連人口部は1998年後半に、最新の世界、地域および各国の2050年までの人口推計を発表した（3頁参照）。国連人口部は、人口データの更新と推計方法の見直しに基づいて、2年ごとに新たな推計を発表している。1998年改訂版の場合、この両方の要因が長期推計にかなりの影響を与えている¹²。

現時点では、2050年までに世界人口は73億から107億の間になると予測されている。最も可能性が高いと考えられる中位推計は89億である。この結果は、世界全体の出生率を想定して導かれている。2050年までに出生率は2.5から1.6まで低下すると見込まれている。中位推計のシナリオでは、開発途上地域にあるすべての国の出生率が2050年までにちょうど2.1にまで下がると仮定されている。先進地域の出生率は、国によって、1.7から1.9の間になると推測されている。

これらの仮定は、人口推計につきまとう不確実性を指摘している。国連推計は新しい情報に合わせて次々に数字を調整しており、長期的にはかなりの精度を有する。しかし、現在の出生率が6.1のコンゴ、4.4のニカラグア、2.3のカザフスタンでも2050年までに他と同様に2.1の出生率になるとは考えられない。同様に、中位推計で予測されているように、2050年までにイタリアの出生率が1.2から1.7に上がり、アメリカの出生率が2.0から1.9まで下がるかどうかは確かではない。各国の出生率を、長期にわたって予測することは不可能のままである。国連を含む各組織で働く人口学者たちは、推計のシナリオを向上させるか何らかの科学的な確実性をもつ境界線を引くために分析を行なっている¹³。

図み 8

人口推計の低下

国 連人口部による最新の世界人口推計では、2050年の世界人口が（中位推計で）89億となっているが、これは1996年推計の94億と比べるとかなり減少している。それに対して、「消失」した人々についての懸念を表す声もあるが、これは誤解を招くものである。

推定値が下がった主な理由は、よい報告によるものである。世界全体の出生率が予想以上に速く下がり、リプロダクティブ・ヘルスを含むヘルスケアが予想以上に早く改善され、また、男女共により小規模な家族を選ぶようになってきた。

しかし、長期人口推計において人口増加が減少した理由の約3分の1は、サハラ以南のアフリカとインド亜大陸の一部で、死亡率が高騰したことによる。最も重要な要因は、当初の予想よりも急速に広まりつつあるHIV/AIDSである。

加えて、国連の人口学者は以前よりも精巧な予測技術を採用した。以前は、出生率が人口置き換え水準以下の国については、2050年までにこれが置き換え水準に戻ると想定していた。現在の想定では、これらの諸国の出生率は、2050年までに（2.1にはならず）1.7から1.9になると推計されている。

教育レベルと出生率の低下

過去40年間に、開発途上地域全体で男女共に識字率、就学年数が向上している¹⁴。人口学者および社会学者は、女性・女兒の教育の向上が保健の向上と出生率の低下とに密接に関連していると考えている。

就学率は1960年以來、どの地域、どの教育レベルにおいても向上している。特に、初等教育レベルでは上昇が著しい¹⁵。ただし、サハラ以南のアフリカでは、初等教育の就学率は1995年の段階で75%にしか達しておらず、1980年からは低下している。他にも最近になって金融危機の影響で就学率が下がっている国がある¹⁶。

低所得国および中所得国では、1995年に中等教育就学年齢層の子どもの53%が就学しており、1980年の41%から増加している。しかしこの数字も、子どものほとんどが何らかの中等教育を受け、その35%が大学や大学院での高等教育を受

けている高所得国とは比較にならない。

在学年数についての入手可能なデータはごく限られているが、それをみる限り男女間にあきらかな格差があることがわかる。例えばブルンジでは、平均就学年数が男児で5年、女児で4年である。コスタリカでは、男児10年、女児9年、カナダでは男児18年、女児17年である。

低所得国では、教員の中にも生徒の中にも、いまだにはっきりしたジェンダーの格差があるが、状況は改善されつつある。1980年には女子生徒の割合が42%であったのが、1995年には44%に増加している。女性の教員の割合も、1980年には32%であったが、1995年には39%に増加している。中所得国および高所得国では、生徒、教師ともジェンダーによる格差が少なく、どちらの場合も男性の方が女性よりも多いものの、その比率の差はわずか数パーセント程度である。

授業料を免除したり、女子の出席に対して給食や少額の給付金を出したり、あるいは、女子の就学を促すために学校制度そのものを改革するなどの措置を通じて女子の社会的発達を支援するため、女子教育を促進しはじめている国がいくつかある。例えば、バングラデシュ農村開発委員会（BRAC）は、1990年以来インフォーマルな初等教育を行なう学校を3万校以上開校した。この生徒の70%は女子である¹⁷。

世界銀行向けに最近実施された分析によると¹⁸、子どもの就学率には所得により大きな格差があり、貧困層については、地域ごとに明確なパターンがあることがあきらかになった。ラテンアメリカでは、1年生の就学率は貧困層の間でもほぼ100%であるが、それ以降は学年を追うごとに中退者が増える。これに対して、南アジア、西アフリカおよび中央アフリカの貧困層は、ほとんどが学校に入学していない。

貧富の差による平均就学年数の差は国によって大幅に異なり、1年しか違わないところもあれば、10年もの開きが出る国もある。親の所得レベルによる影響の方が性差を上回る場合が多い¹⁹。しかし、貧困層の女児は、所得の面でも男児優先という面でも二重の不利な立場に置かれており、その結果教育の機会が厳しく制限されている。

世界の成人の4人に1人近く、総数にして約10億人が、読み書きも簡単な計算もできない²⁰。

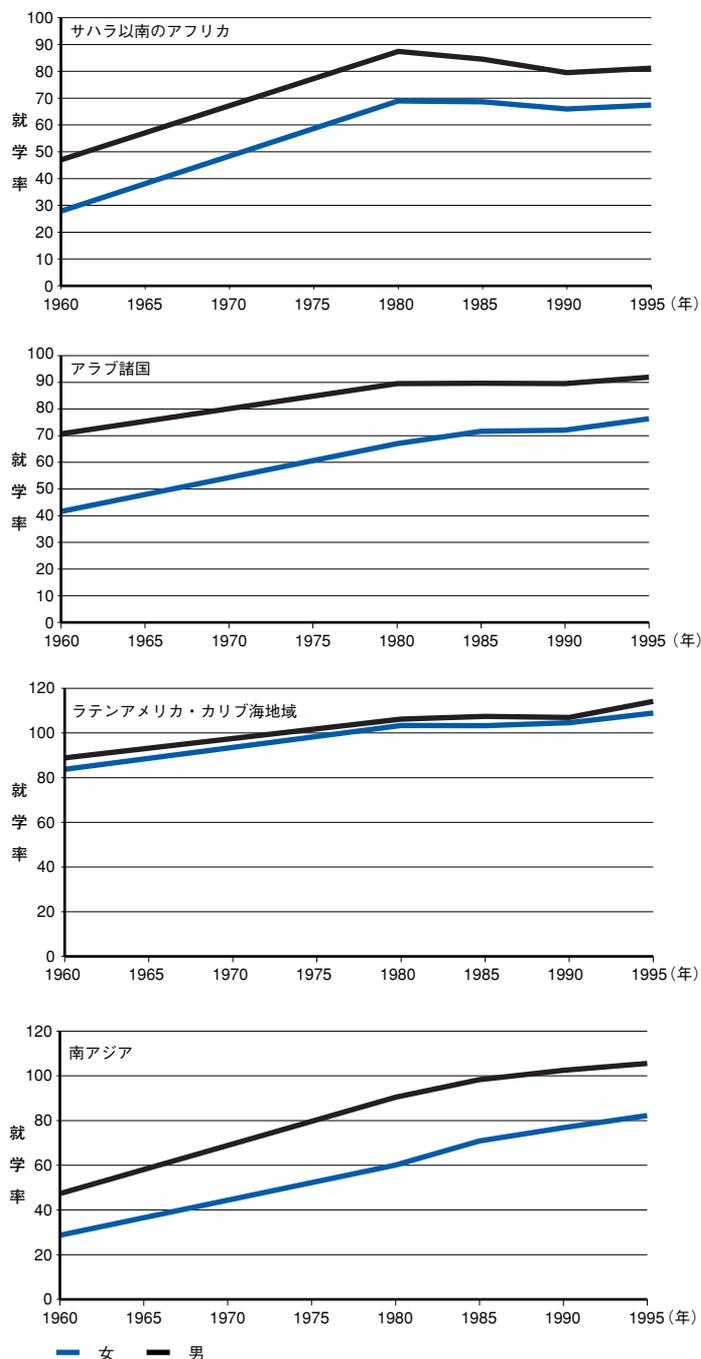
小規模で健康な家庭につながる教育

人口分野における最も密接かつ一貫した関連性のひとつに、母親の教育レベルと乳児死亡率の関係があげられる。教育年数が長い女性から生まれた子どもは乳児期の生存率が高い²¹。教育レベルの高

い母親は、自身もよりよいヘルスケアを受けており、結婚年齢も高く、出産間隔をとるために避妊を実践する可能性が高い。ヘルスケアや病気の予防、栄養についての情報を入手したり、それらを評価する能力も高い。賃金労働や結婚を通して、現金を手にする機会も多く、すぐれた管理能力も持っている。また、子どもに教育を受けさせる利点についてもよく認識していることが多い。

女性の教育レベルと出生率の間の相関関係も複雑だが、ほとんどの国にみられる基本的なパターンとしては、学校に行った年数が多ければ多いほど子どもの数が少ないという傾向がある。ごく少数の

図2：男女別・地域別にみた教育の達成度



注：初等教育就学率はある学齢年齢の人口100人当たりの該当学年での在学者数を示す。100を超える率があるのは、遅れて入学したり休学・復学したり、留年したりしたものも含まれるためである。

Source: UNESCO, World Education Report 1995.

教育レベルの 高い女性は 避妊実行率が高く 結婚時期が遅い傾向 もある

国、特にサハラ以南のアフリカの国では、最初の2、3年だけ学校に行った女性の間でわずかに出生率が上昇するが、それ以上の年数にわたって就学した女性の間では減少する国もある²²。最近行われたすべての調査は、女性がさらに中等教育にまで進むと出生率の低下につながることを示している。

教育程度の高い女性は近代的避妊法を利用している可能性が高く、結婚時期が遅い傾向もある。両親とも高い教育を受けていると、教育レベルの低い人に比べて、家族の人数は少ない方がいいと考える傾向が強く、教育を受けた女性は子どもの数を少なくしたいという望みにそった行動をとることが多い。つまり、就学年数の長い女性ほど、自分の望む数の子どもをもつ傾向が強い²³。

エジプトの家庭に関する調査によると、子どもたち特に娘に対する両親の教育願望が、何人の子どもの望むかに影響を与える大きな要因になるという。娘により高い教育を受けさせようとする親は、少人数の家族を望む傾向がある。少人数の方が、子どもたちにできるだけのことをしてやれると考えるからであろう²⁴。

教育レベルや経済的地位に関係なくあらゆる女性が、子どもの数と出産間隔を選択する方向に進んでいる。女性がそれを実行できるかどうかは、教育だけではなく、周囲の環境、資金、慣習などにも左右される²⁵。人口プログラムは、そのための方法を提供する助けとなっている。

高齢化する人口

今後数十年間で世界の人口が徐々に高齢化していくのは確実である。この傾向は、乳児死亡率と子どもの死亡率の低下、栄養、教育、ヘルスケアおよび家族計画へのアクセスの向上、平均寿命の延びなど、今世紀における人類の大きな進歩を反映している²⁶。

高齢化への転換は先進国ではすでに進行中で、この地域の総人口の中位数年齢は1950年の29歳から今日では38歳に上がり、2050年には46歳前後で横ばいになると予想されている。開発途上地域では、この転換がまさに始まったところで、1950年以来、中位数年齢は19歳から現在の24歳の間で変動している。人口増加が世界で最も急激なアフリカは、中位数年齢が18歳であり人口構造も最も若い。開発途上地域全体の中位数年齢は徐々に上がり、2050年までには37歳になると推計されている。

先進国であれ開発途上国であれ、どのような社会でも、住民の中位数年齢が上がり、若者に対する高齢者の割合が高くなることに適応できると考えられる。しかし、新しい時代が新たな課題を突きつけていることも確かである。世界人口が

これほど健康でこれほど長寿であったことはない。世界の平均寿命は1950年に46歳だったのが、2050年には76歳に延び、中位数年齢は38歳になると推測される。

先進国は、この前例のない人口転換とそれに付随する労働力のプール、高齢者介護、人口減少の可能性などの問題に取り組んでいる。

世界中で、特に先進地域においては、高齢化の進む諸国が高齢者に支援と医療を提供するという課題に直面することになる。若年従属人口の割合が低下するが、老年従属人口の割合は増加するからである。

若者の要因

過去の高い出生率の結果として、現在、世界全体で15歳から24歳の人口が10億人以上と、これまでになく若者の人口が多くなっている。そして、彼らは出産年齢のピークに達しつつある。開発途上国全体では、15-24歳の年齢層が人口全体に占める割合は1985年の21%でピークに達した。1995年から2050年の間に、この年齢層の割合は19%から14%に減少するが、実数は8億5900万人から10億6000万人に増加する。

これだけの数があると、たとえ若者が親の世代よりも規模の小さい家族を選んだとしても、人口は増加し続けることが確実である。実際に、出生率が今すぐに「人口置き換え水準」にまで下がったとしても、今後数十年にわたって、人口は増え続けるのである。

「人口モメンタム」として知られるこの現象は、世界の人口増加の3分の2を占めており、出生率が最も急速に低下した国では、その占める割合が一層大きくなる。例えば、人口10人中3人が15歳未満のタイでは、一組の夫婦が平均して2人以下の子どもしかもたなくても、人口は1999年から2025年の間に19%増加すると推計される。しかし、女性の第一子出産の平均年齢を18歳から23歳に引き上げるだけで、人口モメンタムを40%以上減らすことができる。

世界的には、出生率が低下することによって、開発途上地域に今後数十年に渡って「人口ボーナス」が生まれる大きな可能性がある。生まれる子どもの数が減る一方、現在の子どもたちが成長して若者人口が「膨らみ」、彼らが労働力の一部を担うようになるからである。十分な雇用機会が創出できれば、新しい労働者たちは生産性を高め、経済開発を促す力となり、ヘルスケア、教育、社会保障のための多額の歳入をもたらす²⁷。先進国、途上国のどちらの社会も、この変化から恩恵を受けると考えられる。

エイズの影響

現在、HIV／エイズはアフリカにおける死因の第1位であり、世界全体では第4位の死因である²⁸。国連エイズ合同計画（UNAIDS）では、1998年12月時点でHIV感染者は3340万人、同年の死亡者は250万人で、そのうち200万人がアフリカでの死亡者だと推計している。新たなHIV感染者の半分が15歳から24歳の若者である。

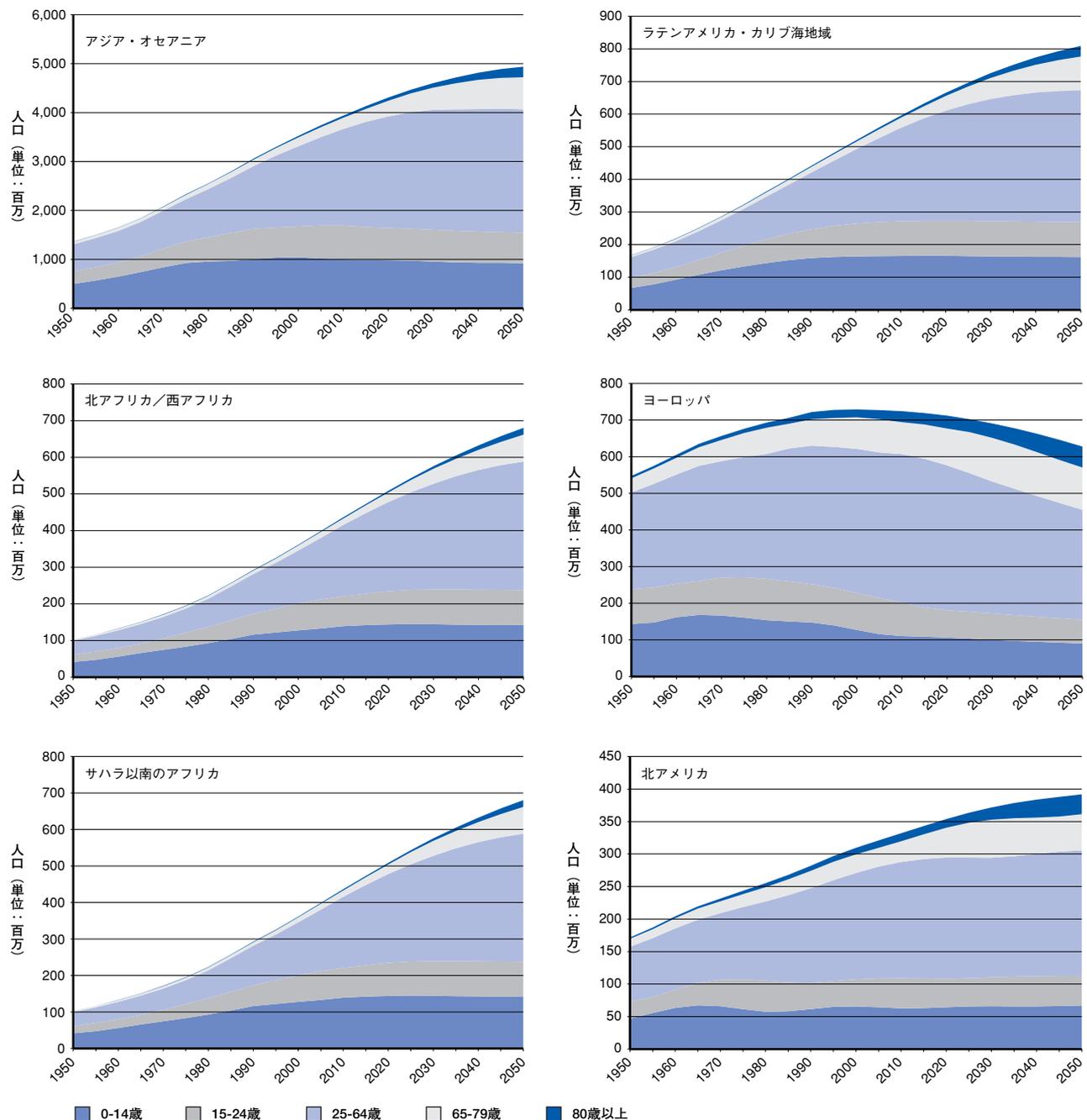
現在の推定では、感染者の95%は開発途上国で生活しており、そのうちの3分の2は、サハラ以南のアフリカに住んでいる。サハラ以南のアフリカでは15歳から49歳の人口の8%がHIV陽性である。

エイズは、働く人々を打ちのめし、子どもたちを孤児にし、ヘルスケアと社会システムに膨大な圧力をかけており、個人や地域社会に多大な影響を及ぼしている。

人口学的には、エイズが将来に及ぼす影響は地球規模では比較的少ないが、アフリカの数カ国にとっては衝撃的な影響を与える。出生率が高いため、サハラ以南のアフリカのほとんどの国では、今後も人口増加が見込まれているが、エイズの影響を最も強く受けている国々では、エイズの蔓延がない場合と比べて増加のペースがかなり落ちると推測されている²⁹。

多くの国で、子どもの死亡率の低下や平均寿命の延びといった何十年もの進歩を、エイズが相殺している。HIV／エイ

図3：地域別年齢構造



Source: United Nations. *Sex and Age Quinquennial 1950-2050 (The 1998 Revision)*.

アフリカにおけるHIV／エイズ による破壊的な影響

HIV感染率／エイズ発症率に関する新たな推計値によって、この疾病の広がりが以前に予想されたよりもずっと深刻であることがわかった。国連エイズ合同計画（UNAIDS）と世界保健機関（WHO）が1998年に発表した予測によると、世界のHIV感染者は、1998年に10%増加して3340万人になった。去年1年間だけでも、推定580万人がHIVに感染している。

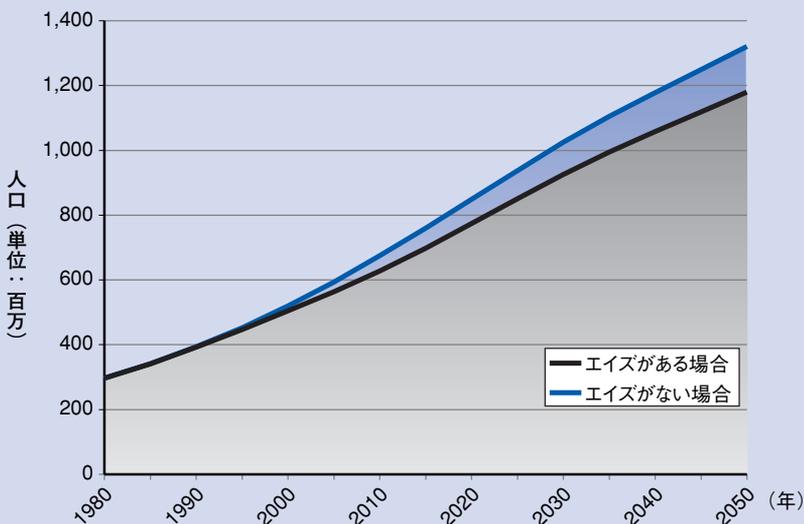
昨年、国連人口部は、現在HIVに感染している人の数に関するUNAIDSの予測を使って、感染が最も広がっている34カ国（うち29カ国はアフリカ）における将来のHIV感染率を推計し、人口面にどのような影響がありうるかという予測を立てた。この34カ国は、現在の感染者総数の85%、今日までのエイズ死亡者の91%を占めている。

これらアフリカの29カ国では、エイズがないと仮定した場合と比べて平均寿命が7年も縮まっている。成人のHIV感染率が10%以上の9カ国（ボツワナ、ケニア、マラウイ、モザンビーク、ナミビア、ルワンダ、南アフリカ、ザンビア、ジンバブエ）の平均寿命は48歳と推定されており、エイズがなかった場合よりも10年も短い。しかし、これらのどの国でも人口減少の見込みはない。

世界最大のHIV／エイズ蔓延国であり、成人の4人に1人が感染しているボツワナでは、平均寿命が1980年代後半の61歳から今日の47歳に短縮し、2005-2010年の間には38歳に急落すると見込まれている。2015年のボツワナの人口は、エイズの影響を考慮しない場合よりも23%少ない。それでも、高い出生率が続くため、人口そのものは1995年から2050年の間にほぼ倍増する。

第2の被害国ジンバブエでは、成人の5人に1人が感染している。推定平均寿命は44歳で、2000-2005年の間に41歳に短縮する。これはエイズの影響がない場合の予想よりも25年も短い。人口増加率はエイズがなかったとした場合が2.4%なのに対して、1.4%にまで低下する。ジンバブエの2015年の人口は、この疾病がなかった場合の予想よりも19%も少なくなると見込まれる。

図4： サハラ以南のアフリカ地域におけるエイズの影響：
エイズの有無による人口推計の違い（1980年-2050年）
（最もエイズによる被害が大きい29カ国の推計）



Source: United Nations. World Population Prospects: The 1998 Revision.

ズは、死亡率の上昇に加えて、感染した女性の出生力を弱め、結婚年齢、性行動ならびに避妊具（薬）の使用に影響を与えることで、人口動態にも変化をもたらしている。

この疾病が今後世界的にまた特定の国々においてどのように広まって行くかは、まだ確定していない。希望的兆候として、多くの国々で感染率・死亡率が共に低下していることがあげられるが、その一方で、増加している国々も存在する。南アジアと東アジア、特にインドと中国における今後のエイズ拡大の動向には注目すべきである³⁰。エイズの蔓延速度を遅らせ、また、これ以上の蔓延を阻止するためには、HIV感染の危険性とその結果についての一般の人を対象にした教育を改善するとともに総合的なリプロダクティブ・ヘルスケアの向上が必要である。

出生率が低い国々の将来展望

人口学者の間では、現在（および近い将来）の低出生率諸国の将来展望について活発な議論が行われている。どの社会でもある時点で出生率低下が「底」をつき、再び上昇に転じると思われるが、人口学者たちがなんらかの確信をもってそのような予測をすることはできない。

ひとつの考え方は、人口置き換え水準以下の出生率はそれほど長く続かないというものである。この考え方によると、若い女性の方がより出産年齢が高くなっている場合は、現在の出生率の測定法に完結出生率の傾向が考慮されていないので、出生率低下の推計が誇張されている可能性がある³¹。

例えば、アメリカとスウェーデンの出生率は、それぞれ1970年代と1980年代に置き換え水準を下回ったが、1990年代初めには2.0以上に回復した。ところが、イタリアの出生率は、1970年代後半に置き換え水準以下に落ち込んだまま減り続け、1990年代後半には1.2となった。

ほとんどのヨーロッパ諸国では、子どもがいる人たちの完結出生率が置き換え水準を上回っているという事実は重要な意味をもつと考えられる。希望する子どもの数についての陳述も置き換え水準と同じか、それ以上の数値を示している。希望する子ども数が減らない限り、結婚年齢の上昇傾向が止まれば、現在推測されている出生率の低下が止まることも考えられる。

もうひとつの考えは、置き換え水準以下の出生率、特にヨーロッパでの出生率は、すでに定着したものであり、望ましい家族の規模が小さくなっていることに関連しているというものである³²。

世界全体の
都市人口は
年間6000万人の割合で
増加している

その一方で、すべての国が置き換え水準以下の出生率に達するかどうかはあきらかでない。事実、国によっては、出生率の低下が置き換え水準以上のレベルで足踏みしている³³。

世界人口の分布の変化

世界人口の増加は一定の地域に集中するようになり、それ以外の所では、人の数は横ばいまたは減少するようになる。国内では、農村から都市地域への人口移動が続き、一方で、高齢化と高学歴化が進行する。国家間にまたがる人口移動は、国際関係と国内の人口構成のますます重要な要因となる。

地域分布の変化

世界人口が40年間で倍増したことと同様に、倍増した人口の地理的分布がどのように変化したかも注目に値する。1960年には、世界人口30億人のうち、21億人（70%）が、開発途上地域に住んでいた。1999年後半には、開発途上地域に48億（世界の80%）の人がいることになり、2050年までの世界人口の増加の98%は、開発途上地域で起こると推測されている。

この全期間を通して平均出生率（女性1人当たりの子ども数）が5人を超えるアフリカは、開発途上地域の中でも最も急速に人口が増加した。現在、アフリカの人口は7億6700万人を数え、1960年から比べると約3倍にも増えている。現在のところ最大の人口を抱えた地域であるアジアは、地域全体としては人口が2倍以上に増えて36億人を超えている。ラテンアメリカ・カリブ海地域でも同様に人口が倍増した。対照的に、北アメリカの人口増加は50%、ヨーロッパはわずか20%で、現在ではほぼ横ばい状態にある。

世界人口に占めるアフリカの割合は、（1960年にはわずか9%だったものが）2050年には20%まで増えると推計される。一方、同じ期間にヨーロッパの割合は20%から7%に低下すると見込まれている。1960年当時、ヨーロッパの人口の半分以下だったアフリカの人口は、2050年にはヨーロッパの3倍近くまで増加しているかもしれない。

世界のあらゆるところで開発が進み、人口増加と社会的・経済的能力の発展の釣り合いがとれている限りは、地域間の人口分布のバランスが変化すること自体は問題とはならない。課題として残るのは、すべての地域で国が公正な開発を促す政策や戦略を実行することができるような条件をつくり出すことである。

世界的な都市化傾向

過去40年間に、特に開発途上地域で都市への人口移動が加速している。世界人口のなかで都市に居住している人の割合は、1960年の3分の1から1999年には47%（28億人）にまで増加した。現在、世界の都市人口は年間6000万人の割合で増加しており、農村人口の増加のおよそ3倍にもなっている³⁴。

都市化の拡大の原因は、都市部での出生によるものと周辺の農村部からの継続的な人口流入によるものがほぼ半々を占める。これらの圧力が都市のスプロール現象を押し進めている。かつて都市周辺の農村入植地であったところが近郊の都市に組み込まれたり、商業によって大きな都市と結ばれた中型の都市が拡大するからである³⁵。

開発途上国で、都市に住む人口の割合が1960年以降（22%弱から40%強に）ほぼ倍増したのに対して、先進地域での都市人口の割合は61%から76%に増加した。この農村部から都市部への人口移動と平均的家族の規模が縮小したことには重要な関連がある。

アジアとアフリカは、開発途上地域の中で最も都市化が進んでいない地域である（共に38%未満）。ラテンアメリカ・カリブ海地域の住民は75%以上が都市に住んでおり、（都市人口が75%から79%の）ヨーロッパ、北アメリカ、日本と肩を並べている。

都市化は21世紀になってもしばらくは続くと思われる。2030年までには、81億の世界人口のうち50億（61%）が都市に住むと推測される。開発途上地域では、57%以上が都市人口になる。ラテンアメリカ・カリブ海地域では、ヨーロッパよりも高い割合の都市人口を抱えることになる。

どの地域でも、都市と町は社会変革の機動力となってきた。しかし、都市の急成長は、将来の開発に向けての機会だけではなく、深刻な問題も生み出している。都市人口の増加は、雇用、住宅、サービス、その他の社会的・物理的基盤の整備を上回る速度で進行してきた。その結果、都市と都市周辺地域での貧困が依然として続き、開発の成果を公正に配分することを保障するための政策が失敗したことを示唆している。とりわけ貧困女性の数は、都市部でも農村部でも増加している。（都市部では、仕事の機会が依然として限られており、農村部では機会を求めて都市に出て行った夫や子どもたちにとり残された女性が増えている。）

人々が都市に向かって移動するにつれて、情報は外に向かって流れていった。コミュニケーションと交通が発達したことで、今では経済的にも社会的にも都市と農村地域が結びついている。その結果、生態学的にみても社会的にみても、都市の「足跡」がどんどん広範囲に広がり、都市と農村の間に双方のライフスタイル

1960年に
人口1000万を超えて
いたのは
2都市だけだった。
それが現在は
17都市になり
2015年までには
26都市になる

をあわせもつコミュニティをつくり出している。この地球上で、都市のダイナミクスに無縁でいられる場所はますます少なくなってきた。

マスメディアの普及によって、都市と農村の境界があいまいになってきている。新しい考え方、評価の基準、人生の可能性がより広い範囲で認識され、評価され、求められるようになっていく。この現象は、リプロダクティブ・ヘルスも含めたヘルスケアにもいろいろな意味で影響を与えている。例えば、テレビやラジオの番組によって、これまでは孤立していた農村の人々にも、ジェンダーの公正、家族の規模に関する希望、家族計画の選択肢についての情報が届くようになった。これによってサービス、避妊実行率の向上、望まない妊娠の減少への要求を生み出すことができる³⁶。

世界的にみて、住民1000万以上の都市は急速に増加しており、これら新しい「メガシティ」のほとんどは開発途上地域に生まれている。1960年には、人口が1000万を超えていたのはニューヨークと東京だけであった。1999年現在、メガシティの数は17になり、そのうち13都市は開発途上地域に存在する。2015年までにはメガシティの数が26になり、そのうち22は開発途上地域（18がアジア）にあると予測されている。このようなメガシティに住む人口の割合は、1950年当時の1.7%から増加しつづけ、2015年には世界人口の10%以上がこれらの都市に住むことになる。

国際人口移動

国際人口移動は、国際関係および自国に対する概念において、より表面化した重要な問題となりつつある。

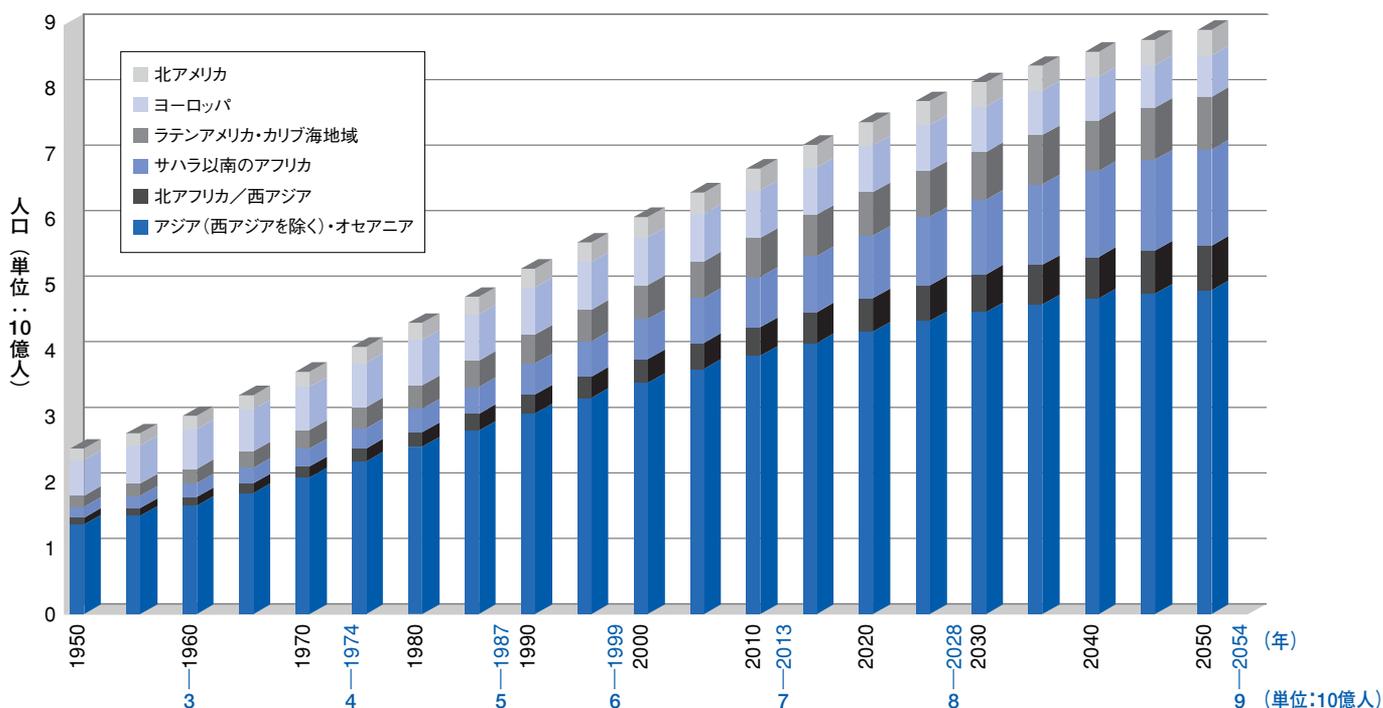
国際移民の数は人口増加と速度を合わせて、1965年から1990年の間に、世界全体で7500万人から1億2000万人まで増加した。この結果、世界人口に占める移民の割合は、総人口の2%前後で落ちている³⁷。1990年に、先進国の人口の4.5%、途上国では1.6%を移民が占めている。

これらの世界的な推計は、移民のデータ収集における重要な問題を覆い隠している。外国人の入国と国外からの帰国者を定期的に集計している国はほんの一握りであり、定期的な国勢調査を除けば、外国で生まれた移民の数を推計するのは実際には不可能である。移民は、国勢調査の調査員を避けたり、あるいは逆に彼らから無視されることもある。また国によって、移民の算定や分類方法が異なる場合もある。移民は紛争、迫害、災害などの結果として発生することが多い。このため、移民数はその年によって大きく上下し、大混乱を伴うこともあるため、正確な数を掌握することが難しい。

実際に、世界的な規模で敏速な交通網がはりめぐらされている今世紀には、すべての国がいずれかの移民の移住先となっている。1965年以来、受け入れる移民の数の上でも、総人口に占める割合という意味でも、受入国は多様性を増している³⁸。30万人以上の移民人口を抱える国の数は、1965年から1990年の間に50%以上も増加した。

ここ20-30年の間に移民に占める女性の割合が増えており、1990年には国際

図5：地域別人口分布：1950年-2050年



Source: United Nations. World Population Prospects. The 1998 Revision.

移民の48%が女性であった³⁹。雇用目的で国境を越える女性のほとんどが、低い階層の仕事に集中しており、多くは搾取や嫌がらせに対して弱い立場にある。

資本と貿易のグローバル化が、開発途上国の将来に不測の変化をもたらしている。途上国の脆弱な経済の中で、資本投資が急速に行われたり、急速に引き上げられたりするためである。そして、こうした資本の流動が、国内および国際的な移住へとつながっていくのである。多くの国の経済のインフォーマル化により、不正な雇用と不法移民の間にある相互関係の深刻さが増している。

出生率低下とその結果としての人口高齢化の影響を埋め合わせる手段として、数多くの人口学者と経済学者が移民の受け入れを増やすことを提言してきた。例えば日本では、労働力不足を（日系移民の子孫も含めて）入国可能な外国人の数を増やすことで補ってきた。1985年から1995年の間に、日本に合法的に居住する外国人の数は60%も増え、それと共に非合法な外国人の数も増えている⁴⁰。

移民による経済効果は双方にある。先進国に移住した移民からの開発途上国への送金が、依然として国際移民が国の開発に影響を与える重要なメカニズムとなっている。

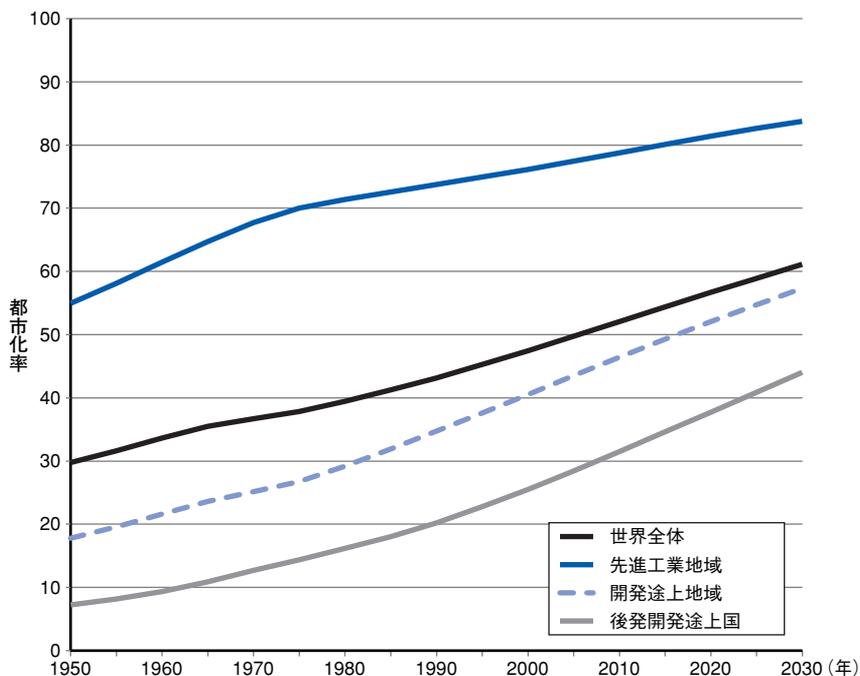
人口増加と環境問題

環境面からみた人口増加の限度はあるのか？

人口増加が土地の食糧生産力を上回るであろうという200年前の黙示録的な予言⁴¹やそれ以降に出てきた警鐘の数々⁴²は、幸いにも現実にはならなかった。人間の知恵と農業技術の不断の向上によって、今までのところ、地球の食糧供給は、少なくとも人口増加と同じ速度で増加してきた。しかし20世紀が終わりに近づくにつれ、科学者は、今でも底流にある疑問に考えをめぐらせるようになっていく。それは、地球が支えられる人間の数と生活の質に環境面からの限界はあるのかという疑問である。

自然条件、技術、消費・流通パターンは絶えず流動しており、「許容能力」について普遍的に合意を得た定義はないため、明確な答えが出ることはないだろう。この疑問を熟考した科学者のほとんどは、何らかの限度があるという予測をしたが、その限度には40億人から160億人まで、非常に大きな幅がある⁴³。人口がこの限度に到達したとき、地球規模であるいは局地的に何が起こるかは、ライフスタイル、環境保護、公正に関して人類がどのような選択をするかにかかってくる。

図6：世界の都市化傾向：1950年-2030年



Source: United Nations. *World Urbanization Prospects (The 1996 Revision)*.

水、土地、食糧

サハラ以南のアフリカとインド亜大陸の一部を合わせると、世界人口の約3分の1を占めるが、ここでは死亡率が増加しており、世界の長期人口推計にみられる人口減少の3分の1を占める⁴⁴。これらの地域の出生率は、他の地域のような速度では低下しておらず、地下水の枯渇と1人当たりの耕作地の減少が今後予想される人口動態と資源消費における中心的要因である。

急速に人口増加が進んでいる国の多くは、1人当たりの耕作地が縮小していることが緊急課題である。ナイジェリアでは、1人当たりの穀物耕作地が2050年までに現在の0.15ヘクタールから0.07ヘクタールに縮小すると予想されている。パキスタンの1人当たりの穀物耕作地は、同じ期間に0.09から0.04ヘクタールに減る⁴⁵。日本、韓国など現在1人当たりの穀物耕作地が0.03ヘクタール以下の国は、自国で消費する穀物の約70%を輸入している。地球全体での1人当たり穀物生産量は、ここ10年以上にわたって低迷しており、また、世界全体の繰越備蓄穀物量が減ってきているため、これらの現象が国際的な食糧供給、市場、流通に与える影響を懸念する疑問が出てきている。食糧輸入に頼っている諸国とその国民は、将来にわたってそれらを輸入し続けられるのだろうか。

先進国・途上国を問わず、多くの場所ではすでに水の需要が持続可能な供給量

を上回っている⁴⁶。インドでは、揚水量が地下水回復速度の2倍に達しているとみられており、その結果、地下水位が毎年1~3メートルも下がっている⁴⁷。国際水資源管理研究所では、インドでは灌漑用水が不足し、穀物生産が25%も減少することもありうると予想している。これは、1999年に人口が10億人に達した上に年間の増加数が1800万人、しかも子どもの53%が栄養不良という現状を抱える国としては大変深刻な問題である⁴⁸。

1950年以降、人口増加によって世界全体の1人当たりの穀物生産地が半分に減少している⁴⁹。農地として使える土地で、未開拓のまま残っているものはほとんどなく、既存の農地は、工業用地の拡大あるいは住宅地の開発によって失われ続けている。農地の面積が増えないとすると、1人当たりの食糧生産量を現状で維持するためには、年間1.3%の人口増加率と同じペースで穀物収量を向上させなくてはならない。

農業技術と作物生産性が継続的に向上

すれば、穀物収量をさらに増やすことができるであろう。しかし、ここ数十年間の「緑の革命」と同規模での増産が可能になるとは考えられない。穀物収量には生物学的な限界があるかもしれないということを示す証拠もある。

気候変動、天然資源の減少、生物多様性

人口増加が続くと、漁業の衰退、森林面積の縮小、気温の上昇、動・植物の種の絶滅など、他の環境要素にも影響が出る。

地球の温暖化は、燃料消費、土地利用の転換、食糧と水供給の潜在的限度も含めて、人口関連問題と切り離せない要素である。「気候変動に関する政府間パネル」は、国連が支援する科学者2500人によって構成される委員会であるが、この予測では、二酸化炭素排出による温室化傾向が現状のまま続くと、地球表面の平均気温は21世紀に摂氏1度から3.5度まで上昇する⁵⁰。同パネルの「最良予測」シナリオによると、2100年までに海面が15センチから95センチ上昇すると予測されている。海面が上昇することによる生態系ならびに人間への影響としては、洪水の増加、海岸浸食、地下水と海岸付近の耕作地の塩分化、海岸付近の住民の大量避難が考えられる。

降水量のパターンも変化する可能性があり、平均気温の上昇とあいまって、いろいろな地域の相対的な農業生産性を大きく変化させることもありえる。

二酸化炭素排出による温室効果も、人口増加や開発と密接に関連している。人口増加の速度を遅くすることで、排出量の削減がより容易になり、気候変動に対応するための選択肢を広げることができる。

囲み 10

2050年には4人に1人が直面する水不足

水 ピュレーション・アクション・インターナショナル (PAI) の最近の調査によると、2050年までに世界人口の4人に1人が、慢性的水不足または水不足の頻発に苦しむ国に住むことになるという。

この調査では、すでに世界人口の8%にあたる4億3000万人以上の人々が、水不足の危機にさらされているか、または完全な水不足の国に住んでいることがあきらかになった。21世紀半ばまでに、この人数は4倍の20億人近くになると見込まれている。

すでに灌漑用および発電用の水資源をめぐる、熾烈な国際競争が始まっている。特にチグリス・ユーフラテス川とナイル川の流域の競争が激しい。ユーフラテス川流域では、イラク、シリア、トルコがひとつの主要な水源を確保しようと競争している。もし3カ国の人口が、推計どおりに今後30年の間に50%近くも増加すれば、この争いは一層激しくなる。

現在水不足が最も深刻な地域は中東と北アフリカだが、サハラ以南のアフリカも、人口が2倍あるいは3倍に増加する可能性があり、今後半世紀の間に次第に水問題に直面すると思われる。すでに拡大しつつある工業部門からの需要に見合うだけの水の供給ができていない国が数カ国存在する。今後10年の間に、ケニア、モロッコ、ルワンダ、ソマリア、南アフリカが水不足国に加わると予測されている。

一方、人口増加の速度が以前の予想よりも遅いインド、パキスタン、ヨルダン、スリランカ、エルサルバドルでは、水不足の脅威が減少し、水資源保全戦略を考える時間が増えるかもしれないと推測される。

この調査は、スウェーデンの水文学者マリリン・ファルケンマークが開発した、広く普及している方法論を基礎にしている。その研究では、再使用可能な新鮮な水を1人当たり年間1700立方メートル未満しか確保できない国は、断続的または恒常的な「水ストレス」を経験するようになり、1000立方メートル未満しか確保できない国は「水不足」に直面し、経済開発は妨げられ、人々の健康とウェル・ビーイングが脅威にさらされると述べている。

Source: Population Action International. 1997. *Sustaining Water, Easing Scarcity: A Second Update*. Washington, D.C.

リプロダクティブ・ヘルスと リプロダクティブ・ライツ



Nigel Dickenson / Still Pictures

リプロダクティブ・ヘルスのアプローチ

国際人口開発会議（ICPD／カイロ会議）において、リプロダクティブ・ヘルスとセクシュアル・ヘルスの権利は人権の一環として承認された。リプロダクティブ・ヘルスに関する人権には次のものが含まれる。

男女平等の基本的考えに基づいた生殖に関する意思決定権。これには、結婚および子どもを産む時期、出産間隔、子どもの数などを自らの意思で選択できることが含まれる。

性と生殖に関する安全が保障される権利。これには性暴力や性的強制を受けない権利とプライバシーの権利が含まれる。

上写真：ブラジルのスラムに暮らす母と子どもたち。世界中の何百万人もの貧しい女性たちが、妊娠の時期を遅らせるか妊娠を防ぎたいと思っているが、家族計画の情報とサービスを利用できずにいる。

妊娠が原因で 死亡する女性の数は 毎年58万5000人を 超えている

すべての人が質の良いサービスを受けられるようにすることが、リプロダクティブ・ヘルスを守る基本的な手段であり、ICPD行動計画の中心的な目的である。

以下のニーズは、今日でもなお1994年当時と変わらず緊急の課題である。

妊産婦死亡率 妊娠が原因で死亡する女性の数は毎年58万5000人を超えている¹。少なくとも700万人の女性が出産後、深刻な健康障害に冒され、5000万人もの女性は何らかの後遺症に苦しんでいる。

安全でない中絶 開発途上国では毎年、約2000万件の安全でない人工妊娠中絶が行なわれており、7万人もの女性が死亡している。これは妊産婦死亡数の13%に相当する²。

性感染症 (STD) 治療可能な性感染症 (STD) の件数は、毎年3億3000万件以上になる。ヒト免疫不全ウイルスおよび後天性免疫不全症候群 (HIV/エイズ) と共に生きる人は3340万人いる。毎年580万人、つまり毎分11人が新たに感染している。

望まない妊娠 年間約1億7500万件の妊娠のうち、約半数に及ぶものが望まない妊娠もしくは望んだ時期ではない妊娠である。約1億2000万人の女性が、今後2年間は次の子どもを産みたくない、あるいは全く子どもを産みたくないと思っているにもかかわらず、家族計画に関する情報、手段、あるいは家族や地域社会の支持が得られないために、避妊法を何も利用していない。3億5000万人以上の女性が、安全かつ効果的な避妊法を選択できないでいる。年間約1億3000万件の出産のうち、助産訓練を受けた人の介助なしに行なわれる出産の数は6000万を超えており、その98%以上が開発途上地域で起きている。

ジェンダー (社会的・文化的性別) に基づく暴力は、心理的、身体的健康に大きな傷害

を与える。医学的な処置を必要としている、あるいはそうではないにしてもレイプ、近親相姦、家庭内暴力で受けた衝撃に苦しんでいる女性は何百万人もいる。また、暴力に対する恐怖から話し合いをもつことも、健康を守ることも、人生の機会をつかむこともできずにいる女性の数は、それよりさらに何百万人も多い。全女性の半分以上が、生涯のある時点で、ジェンダーに基づく何らかの形の暴力を受ける。毎年200万人以上の女児・女性が、多くの場合強制されたり窮余の策として、性産業にかかわっている。また、毎年200万人の女児および若い女性が、女性性器切除 (FGM) の危険にさらされており、すでに性器切除をされた女性の数は1億3000万人になると推計されている。

思春期のリプロダクティブ・ヘルス 若い女性は特にリプロダクティブ・ヘルスを損なう危険性が高い。毎年1400万人以上の思春期の女性が出産しているが、その大部分は望まない妊娠であり、世界保健機関 (WHO) の推計によれば、思春期の女性による人工妊娠中絶の件数は毎年440万件にものぼる。女性性器切除のような有害な慣習や、児童結婚とそれに続く早い時期の出産に対する期待も、さらに一層リプロダクティブ・ヘルスを損なう危険性を高めている。

ほとんどの国では、いまだにリプロダクティブ・ヘルス・サービスの中心的な内容は家族計画である。しかしICPDから5年を経て、すべての国がセクシュアル・ヘルスおよびリプロダクティブ・ヘルスに関する包括的な情報とサービスを確実に提供する何らかの対策を打ち出している。多くの国がICPDでのリプロダクティブ・ヘルスの定義を採択し、リプロダクティブ・ヘルスのニーズを満たすために利用者中心のアプローチをとる方向へと進んでいる。すでに、いくつかの国ではその実施が急速に進められている³。

それに対して、統合的なリプロダクティブ・ヘルスのプログラムの実施という点では、あまり進展がみられない。その理由は、サービス提供のためのインフラが弱く、財源と人的資源が不足しているためである⁴。

囲み 11

リプロダクティブ・ヘルスの権利

ICPD行動計画の原則8は、次のように述べている。

「誰でも、できる限り高い水準の肉体的、精神的健康を享受する権利をもつ。国家は、男女平等を基礎として、家族計画と性的健康を含むリプロダクティブ・ヘルス・ケアを含めた、ヘルス・ケア・サービスへの普遍的なアクセスを確保するため、あらゆる適切な措置を実施しなければならない。リプロダクティブ・ヘルス・ケア・プログラムは、強制という形を一切とることなく、最大範囲のサービスを提供すべきである。」 [外務省監訳]

さらに、ICPD行動計画の第7章3項では、次のように述べている。

「リプロダクティブ・ライツは、国内法、人権に関する国際文書およびその他の同意文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、すべてのカップルおよび個人は、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産の時期を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができる基本的権利、ならびに、最高水準の性に関する健康とリプロダクティブ・ヘルスを得る権利を認めることにより成立している。その権利には、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行なえる権利も含まれている。」 [外務省監訳]

リプロダクティブ・ヘルスの内容

リプロダクティブ・ヘルスの主な内容には以下のものがある。

- 家族計画のニーズを満たすこと
- 妊産婦の健康を守り、乳児死亡率を下げる
- HIV/エイズを含む性感染症 (STD) の予防と治療を行うこと
- 女性性器切除のような、女性のリプロダクティブ・ヘルスとウェル・ビーイングにとって有害な慣習を根絶すること

各国ではこの他にも、例えば子宮頸ガン、

乳ガン、不妊症の予防といった新たな要素も加えはじめています。

家族計画

開発途上国では、避妊実行率が1990年から1995年にかけて年間1.2%の増加をみせていたが⁵、約20-25%のカップルのニーズがいまだに満たされていない。アンメット・ニーズ（満たされないニーズ）の割合は、サハラ以南のアフリカが最も高く（29%）、ラテンアメリカ・カリブ海地域が最も低かった（それぞれ18%と20%）。ネパール、ブータンなど一部の国々では、家族計画へのアクセスが劇的に向上している。中央アジアのカザフスタン、ウズベキスタン、キルギスタンでは、結婚した夫婦の家族計画実行率が、1990年には20%未満であったのに対し、今日では59%になっている。

多くの国々において、避妊方法の選択範囲を広げる努力がなされている。それらは、個々のセクシュアリティやパートナーとの関係および社会的関係、ジェンダーに関する問題などを理解した上で避妊方法が選択できるように、情報とカウンセリング・サービスを改善すること、また、副作用とその対処方法に関するより正確な情報とカウンセリングを提供すること等の取り組みである。

8カ国における調査の結果、家族計画を実行し家族の規模を小さくすれば、経済面でも健康面でも利点があることを男女共に納得している一方で、家族計画プログラムには、まだ多くの改善の余地が残っていることがわかった⁶。例えば、避妊の方法によっては、提供者側が考えている以上に女性にとって副作用が問題となっていることがあきらかになっている。

サービスの質についてはすべての国で改善の余地がある。具体的にいうと、避妊に関するカウンセラーは、ジェンダー規範が男性にとっても女性にとっても家族計画を実行しようとする際に障害となりうることを配慮しなければならない。特に、家族計画サービスがまだ始まったばかりのところや、女性が自分が避妊をしていることを隠す傾向がある場合、また副作用を理由に避妊を継続しないとといった問題があるところでは、家族計画をすでに実行している経験者らのネットワークによって、新たな利用者を支援する必要がある。また、男性および家族内で影響力を持つ人を教育して、女性が避妊方法を選択するのを支援するようしなければならない。

サービス提供者が多様化したことで、世界各地で家族計画サービスへのアクセスが増加してきている。例えば、ソーシャル・マーケティング（市場販売）の恩恵を受けたカップルの数は、1997年には55カ国で1600万となり、1996年の1440万より13%増加した。1997年にソーシャル・マーケティング事業で販売されたコンドームの数は9億3700万個で、1996年の販売数よりも20%増加した。この数が大幅に増加したのは、インドとインドネシアでソーシャル・マーケティング事

業が実施された結果である。コンドーム販売数が増加したことは、コンドームがHIV/エイズを含む性感染症予防の面で重要であることも示している。

月1回の注射法と女性用コンドームという2つの新しい避妊方法が1994年から利用可能になった。女性用コンドームの有効期間が3年から5年に延長されることで、世界中の女性にとってさらに使用しやすくなっている。また、1994年以降、緊急避妊薬（女性が性交後に妊娠を防ぎたい時に使用する高用量の経口避妊薬）もさらに入手しやすくなっている。

しかし、男性側の避妊方法に関しては、いまだに極めて不十分である。性感染症の感染と妊娠の両方を防ぐためには、女性側のバリア法と同じく新たな男性の避妊法の研究開発に対してさらに投資を増やす必要がある。避妊具（薬）のための海外援助は、1994年から1996年までの期間に15%増加している⁷。

安全な母性

ICPDその他の国連会議において、妊産婦死亡は開発の問題であると同時に人権の問題でもあることが強調された。ICPDの目標は、妊産婦死亡率を1990年のレベルから2000年までに半減させ—これは達成できない見込みだが—、2015年までにはさらにそれを半分に減少させる（具体的には、死亡率が最も高い国々において出生10万当たり60未満まで下げる）ことである。

1997年に「母性保護に関する超機関グループ」（Inter-Agency Group on Safe Motherhood）⁸によって開催された会議では、伝統的助産婦のトレーニング、リスクの高い妊婦に対する出産前検診の実施、簡単な出産用具一式の提供が不十分であるという結論が出された。とりわけ農村地域では熟練した助産婦の存在が必要とされている。同時に、助

囲み12

日本が経口避妊薬の使用を承認

製薬会社のグループが、厚生省に低用量経口避妊薬（ピル）の販売を申請してから9年後の1999年6月に、厚生省の中央薬事審議会は、その承認を決定した。それまで日本は、国連加盟国の中で経口避妊薬の使用を認めていない唯一の国だった。

このピル解禁は、望まない妊娠を防ぐ上で大きな役割を果たすと期待されている。今日の日本で最も一般的な家族計画の方法はコンドームで、女性が自分で完全にコントロールできる避妊方法は限られていた。より効果的な方法への移行は、毎年34万件といわれている人工妊娠中絶を減らすことにもなるだろう。

中央薬事審議会がピルの承認に慎重だった理由のひとつは、コンドームの使用が減少し、HIV/エイズを含む性感染症が増加するという心配であった。厚生省は、ピルを使用する女性に医師の処方箋を義務づけると共に、医師用情報提供資料と服用者向け情報提供資料を作成することにより、性感染症の拡大を最小限にとどめたいと述べている。

ピルの承認は、より完全な男女平等への動きを加速するだろう。改正男女雇用機会均等法が4月に施行され、男女共同参画社会基本法もまもなく採択されるとみられている。※（同基本法は99年6月23日に採択されている。）

資料：「ピル承認」毎日新聞、1999年6月4日

産婦たちが出産に必要な処置と産後のケアを行なうことを認める法的な整備、緊急時には搬送できるだけの体制を整えた上での十分な医薬品・医療機器の供給、彼女たちの活動を支援するような監督・モニタリング体制が必要である⁹。

進展状況は不満足なものであるが、安全な母性に財源を拠出した政府もある。例えばチュニジアは、1990年に安全な母性プログラムを発足させた。ICPDの後、保健省が生殖器系ガンの検診、性感染症の予防と対策なども加えた広範なリプロダクティブ・ヘルス戦略を打ち出したのである。インドネシアでは、政府が5万4000人以上の地域助産婦の研修計画を打ち出してから、産前のケアおよび助産婦立ち会いの下で行なう出産がめざましく増加した。

ガーナ、ウガンダ、ナイジェリアおよびベトナムでは、アメリカ看護婦・助産婦養成大学（アメリカン・カレッジ・オブ・ナース・ミッドワイフ）が開発した研修パッケージを用いて助産婦に救命技術のトレーニングを受けさせている。このパッケージには危険度評価、問題解決法、および緊急産科ケアを要する事態にある妊産婦の救命に必要な臨床処置の方法が含まれる。ウガンダの保健省は、持続可能な照会体制を確立するためのパイロットプロジェクトを1県で発足させた。このプロジェクトには、照会施設、コミュニケーション、輸送手段の強化も含まれている。その結果、産科系の照会や帝王切開の数が、1995年から1996年の間に3倍に増加した。

妊産婦の健康を向上させるためには、保健施設の改善、後方支援体制、適切かつ効果的なケアを保障するためのトレーニングが必要である。また、サービスの利用を妨げている社会的な障害を克服することも課題のひとつである。その中には女性の健康に関する男性の役割と責任について男性の理解を高めることも含まれるが、このことが極めて重要となる場合がある。例えばネパールでの最近の調査によれば、妊婦および産後の女性がケアを受けるかどうかの決定は、夫がするというケースが最も多く、夫の母親がそれに続き、当事者である女性自身は決してその決定に関与しないことがあきらかになっている¹⁰。

安全でない中絶の予防と対策

ほとんどの国では望まない妊娠を防ぐための努力を強化しており、安全でない中絶による健康への影響を減らすために組織的な活動を行なっている国もある。安全でない中絶は、依然として深刻な公衆衛生上の問題である。

中絶の合法化は国が決定する問題である。国連人口部によれば、世界193カ国のうち、母親の命を救う場合に中絶を認めている国が189カ国、母親の身体的健康を維持するという理由で認める国が120カ国、母親の精神的健康を維持するためという国が122カ国、レイプおよび近親相姦の場合が83カ国、胎児に

障害がある場合が76カ国、経済的あるいは社会的な理由がある場合が63カ国、要請があった場合に認める国が52カ国となっている¹¹。1985年以来、少なくとも19カ国が新しく中絶に関する法律を制定したり既存の法律を改正して、女性の中絶へのアクセスと選択の範囲を広げている¹²。

さまざまな調査およびプログラムから得られた経験から、中絶を減らす最善の方法は、家族計画サービスを利用しやすくして望まない妊娠を防ぐことであるとあきらかになっている。例えば、中央アジアの3つの共和国、カザフスタン、ウズベキスタン、およびキルギスタンでは、サービスと情報が受けやすくなった結果、1990年以降、近代的避妊法の実行率が30%から50%増加し、中絶率が50%も減少している¹³。

ケニア、タンザニア、ウガンダ、エチオピア、ガーナ、ザンビア、ナイジェリア、マラウイ、南アフリカ、ジンバブエ、メキシコ、ブラジル、エクアドル、ペルー、パラグアイ、チリ、ニカラグア、ホンジュラス、グアテマラ、エルサルバドルなど多くの国々で、安全でない中絶による健康への影響を中絶後のケアによって軽減することに焦点を置いている。一部の国では、中絶の繰り返しを防ぐために、家族計画サービスとの連携も含めて中絶後のケアが提供できるように助産婦などのサービス提供者をトレーニングしている。

ガーナにおける調査によって、一次レベル（末端レベル）または二次レベル（中間レベル）の保健施設にいる助産婦でも中絶後のケアの提供が適切に行なえるということがわかった。その調査では、地域病院（県・州レベル以上の病院）への照会が改善され、安全でない中絶に関する地域社会教育が進み、またこれらの助産婦たちの地域社会内における地位も向上したということをあきらかにした¹⁴。

HIV／エイズと性感染症（STD）

HIV／エイズは、ICPDで予測された以上に深刻な公衆衛生上の問題となっている。とりわけ、2080万人つまりHIV感染者全体の70%近い人々が集中しているサハラ以南のアフリカでは重大な問題である（第2章の囲み記事「アフリカにおけるHIV／エイズによる破壊的な影響」を参照）。

これらの数値にもかかわらず、いまだにHIVを公衆衛生に対する重大な脅威として認識していない国がいくつかある。それに加えて、毎年約3億3300万に及ぶ新規の性感染症の症例があり、しかも多くの国は、それらに関する診断と治療の能力をもたない。性感染症を治療しないままにしておくと、HIV感染の危険性は10倍にも高まる。

1996年に、国連エイズ合同計画（UNAIDS）が活動を開始した。UNAIDSの目的は、HIV感染の防止、ケアと支援の提供、HIV／エイズにかかりやすい個人および地域社会の危険を減らすことのためのより一層の対応を統率、強化、支援することである。UNAIDSの活動は、国連人口基金（UNFPA）など国連機関の

中絶を減らす
最善の方法は
家族計画サービスを利用しやすくして
望まない妊娠を防ぐことであると
あきらかになっている

安全でない中絶に関するICPD行動計画

ICPD行動計画第8章25項には次のように述べられている

「いかなる場合も、妊娠中絶を家族計画の手段として奨励すべきではない。すべての政府、関連政府間組織および非政府組織は、女性の健康への取り組みを強化し、安全でない中絶が健康に及ぼす影響を公衆衛生上の主要な問題として取り上げ、家族計画サービスの拡大と改善を通じ、妊娠中絶への依存を軽減するよう強く求められる。望まない妊娠の防止は常に最優先課題とし、妊娠中絶の必要性をなくすためにあらゆる努力がなされなくてはならない。望まない妊娠をした女性には、信頼できる情報と思いやりのあるカウンセリングがいつでも利用できるようにすべきである。保健に関する制度の中で、妊娠中絶に関わる施策の決定またはその変更は、国の法的手順に従い、国または地域レベルでのみ行なうことができる。妊娠中絶が法律に反しない場合、その妊娠中絶は安全でなくてはならない。妊娠中絶による合併症に対しては、いかなる場合も、女性が質の高いサービスを利用できるようにしなければならない。妊娠中絶後にはカウンセリング、教育および家族計画のサービスが即座に提供される必要があるが、それらの活動は妊娠中絶が繰り返されることを防ぐことにも役立つ。」〔外務省監訳〕

1999年の第21回国連人口開発特別総会で行われたICPDの5年目の評価においても、「中絶が法律に反しない場合、保健に関する制度の中で保健サービスの提供者に対する訓練と物資・設備提供を行い、その中絶が安全で利用可能なものにならなければならない」ということに合意した。

Source: United Nations 1999. *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the Twenty-first Special Session of the General Assembly (A/S-21/5/Add.1).*

共同スポンサーとの全面的な提携体制の中で行なわれている。1996年1月からは、国連の活動をより効果的にすると同時に各国のエイズ・プログラムとの協力を図る目的で、ほとんどの国においてUNAIDSテーマ・グループが設立された。なかでも、ブラジル、カンボジア、チリ、コンゴ民主共和国、インドネシア、ヨルダン、ルワンダ、スワジランド、ベトナムなどでは、NGOもテーマ・グループもしくは専門家グループのメンバーになっている。

リプロダクティブ・ヘルスのプログラムでは、次のような手段でHIV/エイズを含む性感染症を減らすことができる。つまり、セクシュアリティ、ジェンダーに基づく役割分担、男女間の力の不均衡、HIVの母子感染などといった重要な問題に関する情報とカウンセリングの提供、女性用および男性用コンドームの配布、性感染症の診断と治療、感染経路をあきらかにするための戦略、HIV感染者に対するさらなるサービスへの照会などの対策である。

ヘルスケアを提供するスタッフが、必ずしも性感染症/HIV/エイズの情報とサービスを提供するための十分なトレーニングと支援を受けているとは限らない。しかし、アフリカ4カ国（ブルキナファソ、コートジボアール、ウガンダ、ザンビア）での事例研究によれば、サービス提供者はセクシュアリティや性感染症について受益者と話し合うことに積極的であり、性感染症に感染する危険がある個人を特定する必要性を理解できるということがわかった¹⁵。

予防教育が若者の性行動にどのような影響を与えるかに関する1997年のUNAIDSの報告によれば、良質の性教育は思春期の若者に対して、性交体験を遅らせ、安全な性行動を増加させるのに有効であるという¹⁶。ICPD以降、64の国々において、学校内外の教育プログラムにHIV/エイズ予防に関する課程を組み入れるための援助がなされている。

スワジランドでは1990年に、HIV/エイズの蔓延を阻止し、14歳から19歳までの生徒による10代の妊娠を減らすことを目的として、SHAPE（HIV/エイズ・人口に関するスワジランド学校教育プログラム）を発足させた。1997年にはICPDの結果として、このプログラムが小学校にも導入された。このプログラムの効果は行動よりも、性に関する知識と態度の面を改善している¹⁷。

現在、HIV陽性でありながら、それを知らない人は推定で約2700万人いると推測され、簡単なHIV感染の診断方法に対するニーズがあることを強く示している。各国ではすでに女性団体の組織的な要求に応える形で、女性による感染防御を支援する重要性を認め、女性用コンドームを導入している。それは、HIV感染を女性の側で防ぐことができる唯一の方法である。

タイでの調査は、HIV陽性の母親から生まれた乳児でも、母乳で育てずに1カ月間抗レトロウイルス薬を投与することにより、HIV感染の危険性を半減できることをあきらかにした。1998年にUNAIDS、UNFPA、ユニセフ（国連児

童基金）およびWHOは、11のパイロット国において、妊婦に対する自発的かつプライバシーを保持したHIVのカウンセリングと検査の提供を開始した。感染が判明した妊婦に対しては、抗レトロウイルス薬が与えられ、また出産時にはよりよいケアが提供され、産後のカウンセリングが行なわれ、安全な授乳法および家族計画の方法が指導されている¹⁸。

女性性器切除

ICPDは、女性性器切除（FGM）の撤廃を要求した。これは女性の外性器の一部もしくは全部を切除するもので、精神的、身体的健康に深刻な後遺症を残す有害な慣習である。世界全体で1億3000万人の女児・女性が何らかの形の女性性器切除をすでに受けていると推定され、また毎年200万人が新たにその危険にさらされているとみられる。その大部分はアフリカとアラビア半島の28カ国で行なわれている。毎年、女性性器切除の結果として、感染症や出血、あるいは出産時に死亡する女性が何千人もいる。

行動計画は、各国政府に対し「女性性器切除が行なわれているあらゆるところでその慣習を禁止すると同時に、その廃絶に努力しているNGO（非政府組織）、地域組織、宗教団体に対して強力な支援を行なう」ように要請している¹⁹。

ここ数年の間に女性性器切除と闘う努力が勢いを得てきているが、その多くは「伝統的慣習に関するアフリカ委員会」（Inter-African Committee on Traditional Practices）の各国内組織

ウガンダ：性感染症とHIVとの闘い

アフリカでは、HIV／エイズは単なる個人や家族の悲劇ではなく、社会・経済開発に対する重大な脅威となっている。ウガンダでのこの疾病の流行は前例のない国家的な惨状を引き起こした。ウガンダの全人口2100万人のうち150万人が感染していると推定され、エイズで親を失った子どもは100万人にのぼる。また、家族や労働力、社会の指導層は、最も被害の大きい年齢層（15-50歳）に依存しているのである。

政府は、早い時期にエイズが国の発展に与える破壊的な影響と、性感染症がエイズの蔓延に大きな役割を果たしていることを認識し、1980年代末に国連人口基金（UNFPA）をはじめとする主要援助団体から経済的支援を受けて国家プログラムを開始した。いくつかの省庁が関わるこのプログラムには、広報キャンペーン、調査研究、自発的検査とカウンセリング、輸血用の安全な血液確保、学校保健教育、エイズと共に生きる人々の在宅ケア、性感染症の治療の全国的キャンペーンなどが含まれている。

性感染症／HIV制御プログラムは、十分なサービスを受けていないグループ、特に若者たちにサービスを届けることと、親やコミュニティの参加を強調している。全国的に政策とプログラムの調整を行なうウガンダ・エイズ委員会は、国会議員、政府高官、宗教界の指導者などで構成されている。

こうした努力が実を結びつつある。今や、ほとんどすべての成人がHIVの恐ろしさを知っている。産前ケアを受けにくる女性の感染率が3分の1あるいはそれ以下になった地方もいくつかある。キャンペーンのおかげで、セクシュアル・ヘルスの問題を非常にオープンに扱えるようになり、また、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを国民のあらゆる層に提供するための政府のコミットメントも強化された。若者たちの間のHIV感染率も今では横ばい状態になりはじめている。

Source: L. Ashford and C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC: Population Reference Bureau.

をはじめ、NGOによるアドボカシー（提唱）活動によるところが大きい。1999年初頭には、セネガルが女性性器切除を違法化して、ブルキナファソ、中央アフリカ共和国、コートジボワール、ジブチ、ガーナ、ギニア、タンザニア、トーゴといった国々の仲間入りを果たした。ベナン、ナイジェリア、ウガンダでも同じ様な禁止法が提出されている²⁰。1997年、エジプトの最高裁判所は、国内におけるあらゆる形態の女性性器切除を有罪とする1959年の法律を支持するとともに、外科医の立ち会いによる女性性器切除も禁止するという内閣法令に対しても支持を決定した。

女性性器切除の慣習は文化的伝統に深く根ざしており、これを廃絶するには粘り強い努力が必要である。年長の女性の中には、娘や孫娘に結婚資格をもたせるためには切除を受けさせねばならないと言い張る者がいる。そして切除を受けなければ社会的に拒絶されてしまうことを恐れている若い女性の中にも同じ考え方をする人がいる。

文化的側面に考慮した、さまざまなイニシアティブが実施され、有害な伝統的慣習もその文化的価値を損なうことなく形を変えていくことができることが証明されてきている。ウガンダでは、「生殖・教育・地域保健プログラム」（REACH）によって、大人の女性になる際の通過儀礼を、女性性器切除ではなくて贈物の贈呈と大人の女性になったことを公に祝う行事に替えた。1995年に始まったこの活動の結果、ウガンダのカプチョルワ県では1996年に女性性器切除が36%減少した。UNFPAの支援によるこのプログラムは、地域

社会のあらゆるレベルの人々、特に地元の年長者たちを巻き込んだ活動を行っている。女性性器切除を行ってきた人々に対しては、伝統的助産婦となるためのトレーニングが提供されている。

同様に、ケニアの女性団体「マエンデレオ・ヤ・ワナワケ」（Maendeleo ya Wanawake）は、地域社会に伝わる文化的伝統のよい面に重点を置き、女性性器切除を中心とした成人儀礼に代わる方法を奨励している。女性性器切除の施術者たちは、これに代わる生活の糧を探す支援を受けている。

セネガルとエジプトでは、女性性器切除に関わる法律と慣習を変えていくことを要求する、女性の権利に関する活動家たちの主張が実を結んでいる。活動家、研究者、医師、フェミニストらで構成するエジプトのFGMタスク・フォースは、デリケートでしかも強烈な論争の種である女性性器切除の問題についての議論を拡大し、政府によるこの行為の非合法化を促す重要な役割を果たした。マリとナイジェリアでは、女性に対する暴力と女性性器切除に対抗するための政府とNGO間の連携が生まれている²¹。

リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供

ICPD以降の政策の変化

ICPDの目標は、リプロダクティブ・ヘルス・ケアに対する普遍的なアクセスの実現であり、そのためには、各国の政策の変更が重要である。ICPD以後、40か国以上がこの分野で行動を開始している。包括的なリプロダクティブ・ヘルスに関する国家政策を打ち出した国々がある一方、リプロダクティブ・ヘルスの特定の側面だけしか取り上げていない国々もある。成功した政策の策定の鍵となったのは、広範な利益に対応してきたかどうか、またセクター間にまたがるアプローチをとってきたかどうかであった。

インドは、数十年來の数値目標に基づく家族計画政策に代わって、個人のリプロダクティブ・ヘルスのニーズに応える利用者中心のアプローチを採用し、避妊法の選択範囲の拡大を含む一連のサービスを提供している。この政策変更はICPD以前にすでに始まっていたが、それは女性の健康に関する提唱活動（アドボカシー）を行う人々やその他の変革を求める人々による継続的な努力の成果であった。

バングラデシュでは、政府、ドナー、NGOの三者による合同組織（コンソーシアム）が1997年に「人口・保健セクター戦略」を打ち出し、その中でICPDの原則が正しいことを承認した。またザンビアも、国のリプロダクティブ・ヘルス政策を新たに立案するに当たり、地方の保健管轄区、NGO、援助機関、民間組織を参画させた。ザンビアでは、広範囲にわたるニーズ評価の過程で、ジェンダーの問題も取り上げており、その中には男性の巻

き込みや事業実施のための資金配分も含まれている。南アフリカでは、州政府が女性の健康に関する政策を打ち出すのに際して、NGOが重要な支援を行った。

ブラジルはICPDの10年前に包括的な女性保健政策を打ち出していたが、ICPDの後、リプロダクティブ・ヘルスを統一された保健システムの中へ統合する動きが加速化した。1997年に議会が全国家族計画法を通過させ、すべての一時的避妊法を認めると共に自由意思による不妊手術を標準的処置として承認した。

中国では、国内32の県に、UNFPA支援によるプログラムが導入されつつあり、ICPDで提言された利用者中心のアプローチが採用されている。もしこれが成功すれば、プログラムはさらに他の地域にも拡大される予定である²²。

ガーナやネパールなどの国々では、幅広い国家政策に加えて、実際にサービスを提供する場でのリプロダクティブ・ヘルス・サービスの実施を指導するための実施政策も策定している。多くの国々が、家族計画サービスの利用を制限している規則や政策、例えば配偶者の許可、既婚・未婚による区別、年齢制限などを撤廃しつつある。しかし、1997年までの段階でいまだに14の国々で女性が避妊具（薬）のサービスを受けるのに配偶者の許可を必要としていた。不妊手術を受けるのに配偶者の許可を必要とする国はその他にさらに60カ国ある²³。

一方、ジェンダーの問題に取り組むために政策を変更するという点ではそれほど進展はみられていない。女性の地位向上の必要性を認める政策もみられるが、性と生殖に関する意思決定に影響を及ぼしているジェンダーの問題やジェンダー間の力関係を具体的に扱っている政策はほとんどみられない。

保健部門の改革と地方分権化

リプロダクティブ・ヘルスへの取り組みは、保健部門全体の改革と同時に、つまり多くの国においては保健サービスの権限を中央省庁から地方政府へ移譲する過程で行われることが多い。保健部門の改革の一環として、ほとんどの国が投資の優先分野を決定する作業を行なっている最中であり、限られた人材、財源、組織の分配に関して苦しい選択を行なっている。

保健部門の改革と地方分権化が行われれば、リプロダクティブ・ヘルスがその中に含まれるという保証はなく、逆の結果になることもある²⁴。しかし、そのプロセスは全体として費用効果が高く、結果として消費者の満足度も高くなり、より効率的な情報とサービスの利用につながっていくことが期待できる。

インド、バングラデシュ、メキシコ、フィリピン、南アフリカ、ザンビアなど、保健部門改革の一環として基本サービス・パッケージのアプローチを採用した国では、たいていリプロダクティブ・ヘルスをその中に盛り込んでいる。例えば、バングラデシュの基本サービス・パッケージには、妊産婦保健（産前・分娩時・産後のケア、月経調節法、中絶

後の合併症に対する治療など）、思春期保健と家族計画、生殖器系感染症（RTI）・性感染症（STD）・HIV／エイズの予防および管理、子どもの健康が含まれている。

地方分権化は、地方政府に対してより大きな責任を負わせるがそれに見合う財源は拠出しないということが多かった²⁵。そのため、地方政府の中には基本的なサービスにまで料金を課すところが出てきており、貧しい人々、特に女性と子どもたちがケアを受けられないことが多いという状況を生んでいる。重要なことは、保健部門の改革と地方分権化によって、ICPDで約束されたリプロダクティブ・ヘルス・ケアの向上が無視されてはならないということである。

リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの統合と拡大

ほとんどの国は、現在、統合的・包括的なリプロダクティブ・ヘルスのプログラムを確立する道を探る上で重要な段階にある。潜在的な利用者に対して期待を抱かせながら、その期待に応えるだけのサービスを提供できな

囲み 15

セネガル：識字グループの女性性器切除に対する闘い

1 1997年以来、何十ものセネガルのコミュニティーが女性性器切除の廃止を宣言し、他の地域にも賛同するよう圧力をかけている。これらの活動が大統領と議会を動かし、1999年1月にこの慣習は非合法化された。

こうした草の根の力強い行動は、「トスタン」（現状打破）という名のNGOの努力が生み出したものである。「トスタン」は、11年前にグループ討論を中心にして作られ、女性のための識字教育および技術訓練プログラムとして出発した。ユニセフの資金援助を受けて、トスタンは村人をクラスの指導者として雇い、学習帳を地元言葉で出版した。

女性性器切除のような問題と正面から対決する代わりに、「トスタン」はゆっくりと数カ月をかけて女性の健康をテーマに持ち出した。「それでもまだ、私たちは決してセクシュアリティに関する話はしませんでした。健康と権利についてだけ話したのです」と、グループの設立者で理事のモリー・メルチングは語る。村人たちによると、感染症、出産、性的苦痛について何カ月も話し合ううちに、話是否応なく女性性器切除に行き着いたという。「トスタンは私たちに、私たちが心で思っていることを口に出してもいいということを教えてくれたのです」とある女性は語っている。

女性だけでなく男性も関わってきた。「オレたちやオレたちの先祖が代々ずっと正しいと考えていたことが、実は誤りだったと認めることは、本当につらいことだ」と話合いに参加した年配者の1人は語った。

メルチングは、女性性器切除を政治問題化したり野蛮な慣習だときめつけても、多くの人を納得させることはできないと言う。「この女性たちは心から子どもを愛しています。」トスタンは人権侵害を強調するが、実際に多くの人が理解するのは健康上のリスクである。依然として女性性器切除を続ける人々を犯罪者扱いすることは、「慣習を地下に潜らせることにはりしはないか」とメルチングは危惧している。

女性性器切除廃止の計画に、村人全員に納得して署名してもらうというトスタンのやり方は、誰にも汚名を着せないということを保証したものであり、村人たちの決定のニュースが全国に広がるにつれ、運動はますます勢いを得ている。

切除施行者としての仕事を失ったある女性は、何カ月も話し合った末に慣習を捨てることを納得した。「切除が不妊や感染症の原因になるかもしれないと知って、自分がそんなことの原因になるのはいやだと思った」と彼女は語った。

Source: Vivienne Walt. 11 June 1998. "Circumcising a Ritual". Los Angeles Times-Washington Post News Service.

多くの国々が リプロダクティブ・ヘルス・サービスを 統合する方法を 試みている

ければ逆効果になってしまいます。しかし現状では、それを実施するための過程においても財源においても多くの問題がある上に、模範となるようなモデルがほとんどない。

バングラデシュ、ブラジル、カンボジア、エジプト、ガーナ、インド、ジャマイカ、メキシコ、ペルー、フィリピン、セネガル、南アフリカ、タイ、チュニジア、ウガンダ、ベトナム、ザンビアなど多くの国々が、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを統合する方法を試みている。最も一般的に行なわれている改革は、共通の機関の傘下に家族計画と母子保健を統合する方式である。例えばエジプトは、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを新たに設立した保健人口省の下に統合した。リプロダクティブ・ヘルスの構成要素を、特に家族計画・母子保健・性感染症およびHIV/エイズのサービス間で行われている照会システムを通じて連携させた国もある。

サハラ以南のアフリカにある多くの国々が、クリニックを拠点にした母子保健・家族計画サービスの中に性感染症およびHIV/エイズに関するサービスを組み入れはじめています。性行為を行っている女性とそのパートナーを最も多くカバーでき、かつ最もコストが低い方法として取られた方法である。しかし、サービス統合後まもない時期にボツワナ、ガーナ、ケニア、ザンビア、ジンバブエで行われた調査結果では、家族計画サービスの利用者の中で実際に性感染症ないしHIV/エイズの診断または治療を受けた人は全く存在していなかった。この調査から、プラス面としては少なくとも症状や感染経路、感染を予防するための行動についての情報を提供すること

は可能であるということが示された²⁶。

機関や行政構造の統廃合はとりわけ困難な事業である。多くの国々、特にアジアの国々においては、家族計画事業と保健事業は長年別々に運営されており、かなりのコストがかかっていた。しかしICPD後に行われた改革も、官僚組織が惰性的であったり、計画、トレーニング、評価の仕方が異なっていることから、名ばかりのものとなっている。各国とも、サービス提供レベルの現場での統合の方が進んでいる。多くの国で家族計画と母子保健のサービスはすでに統合されていたが、ICPD以後はさらに統合が進んでいる。そして、両者の統合に加えて性感染症およびHIV/エイズの予防・検査・治療のサービスも統合されてきている。例えば、これらのサービスの提供は、同じ場所でも提供者が別という形式になるかもしれないし、同じ担当者が日ごとに違うサービスを提供するという形式になるかもしれない。

バングラデシュのように、あらゆる基本サービスのパッケージが一カ所で提供されている国もあれば、インドのように、より高度なサービス、例えば性感染症の治療や緊急産科ケアなどにも対応できるサービス提供ポイントに利用者を照会している国もある。

公式な統合を行わなくても、補足的なトレーニングを行うことで、現存のサービス提供場所で行われているサービスの内容を拡大することも可能である。モザンビークやブルキナファソなどの国では、HIV/エイズを含む性感染症の予防と治療を家族計画サービスの中に取り入れた。その他のアフリカの国々では、家族計画プログラムと性感染症/HIV/エイズのプログラムを、相互照会システムによって連携させている国が多い。

囲み 16

保健部門の改革

管理能力や組織力、そして保健サービス基盤の維持が不十分なことが理由で、多くの国の保健サービスが悪化しつつあり、また、都市部の大病院へ資金や人材が集中し、地方の一次レベル（末端レベル）での資源が不足している。保健部門の改革の内容には、管理の地方分権化、財政改革とコスト抑制、サービス提供組織の再編などが含まれる。そして、新たにリプロダクティブ・ヘルスを含むプライマリー・ヘルス・ケアと予防保健に新たな重点が置かれている。

保健部門の管理者たちは、リプロダクティブ・ヘルスのアプローチと全体的な保健改革を同時に実施することを求められている。この2つは潜在的に補完関係にあり相互に強化し合っている。事実、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの有効性は、保健システム全体がいかによく機能しているかの指標となりうる。それにもかかわらず、改革プログラムの企画と実施の段階で問題が起こりうる分野がある。それは、改革以前のサービス提供方法と、それをどのようにリプロダクティブ・ヘルスのアプローチに移行させるかについてである。

リプロダクティブ・ヘルス・ケアの財源と運営は、改革の大きな課題のひとつである。家族計画、予防接種、あるいは性感染症予防などの具体的なプログラムの責任者たちは、リプロダクティブ・ヘルスのアプローチを、自分たちのサービスを一連の保健プログラムへ統合する要求ととらえている。一方で、保健改革者たちのリプロダクティブ・ヘルス・アプローチに対する反応の中には、統合的リプロダクティブ・ヘルス・サービスは、もうひとつの「縦割り」のプログラムに過ぎないと見るものもある。

Source: T. Merrick, 1999. "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities." Work in progress

NGOによるリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供

国によっては、政府のサービスよりもNGO特に国際家族計画連盟 (IPPF) に加盟している世界各国の家族計画協会や女性団体などが事業の変更やスタッフのトレーニングにおいて柔軟性がある。NGOは、特に思春期の問題やジェンダーに基づく暴力といったデリケートな分野では、政府機関よりも容易に活動を行うことが出来る。バングラデシュ、コロンビア、メキシコ、ペルー、ジャマイカなどの国々では、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの拡大、特にリプロダクティブ・ヘルスの一環としての家族計画サービスの提供、男性や思春期の若者へのサービスの拡大などの分野において、NGOが率先して活動を実施している。

ザンビアでは、NGOが保健制度改革を全面的に支援しており、政府もNGOを保健部門における重要なパートナーとして認めている。NGOは、リプロダクティブ・ヘルスのアジェンダ (課題) を前進させること、政府より斬新かつ創造的であること、リスクを引き受けること、公共セクターがその規模を拡大して実施できるような統合的なサービス提供のモ

ウガンダ：サービス提供レベルでの統合

現 ウガンダでは保健センターが、家族計画、産前・産後のケア、性感染症/エイズのカウンセリング、栄養教育、子どもの予防接種サービスといったすべてのサービスを毎日提供している。それは指定日に異なるサービスを提供するものではなく、看護婦たちはサービス統合については、功罪両方ありと考えている。つまり彼女たちの仕事量は増えたが、それに見合う給料の増加はない。しかし統合のおかげで、看護婦と利用者双方の時間が節約できている。そして責任が増えた分、彼女たちの地位も高くなっている。

統合の進み具合は、病院より保健センターの方が速いが、病院の方がより広範囲のサービスを提供している。報告によると、家族計画と性感染症治療のサービスがより大きなパッケージの一部となってからこれらのサービスの利用者が増えたという。この2つは、以前はコミュニティによって非難されていた。リプロダクティブ・ヘルス・サービスがプライマリー・ヘルス・センターのプログラムに統合されたことで、負担が減ったという女性もいる。妊婦の1人は、「最近はこちらへ来るのがずっと楽になった。1日で全部診てもらえるから。お金も節約できる」と言っている。

Source: L. Ashford and C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

デルを試してみることも、などができる。公共セクターの実施要件に制約を感じるドナー（援助国・機関）や技術援助専門機関は、NGOに対して自らのアイデアを推進することができる²⁷。

スリランカでは伝統があり地域に根ざした組織が開発にかかわってきた。NGOはNGO事務局を通して互いに連携している。スリランカ家族計画協会を含む4つの主要な家族計画のNGOがその草分け的存在とみなされており、家族計画とリプロダクティブ・ヘルスに関する教育、啓発（アドボカシー）、サービス提供の活動を続けている。UNFPAは、これらの4つのNGOに資金援助を行ない、家族計画に関する教育と情報提供を行うより小さな地域組織を統括するための支援を行っている。UNFPAはまた、他の4つのNGOに対しても資金援助を行ない、リプロダクティブ・ヘルスをそれ以外の開発問題と連携させたり、リプロダクティブ・ヘルスに関する情報を新たな対象層に届ける活動を実施している²⁸。

NGOのサービスは政府のプログラムよりも費用効果が低いことが多い。間接費や能力開発に関わるコストが高いこと、規模が小さいことによる非経済性、対象地域が狭いことなどが原因で、サービス利用者1人当たりのコストは政府プログラムよりも高いことが多い。しかしながら、NGOは、ICPD以降その行動計画の実施において、ますます重要な役割を果たしてきている。

ICPDの行動計画の実施状況に関する8カ国での最近の調査では、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供については、NGOが常に政府よりも成功していると報告されている。バングラデシュ、インド、ネパール、ヨルダン、ガーナ、セネガル、ジャマイカ、ペルーからの回答には、NGOがサービスの拡大に対して柔軟性があるのは、その合理的な組織体制によると記されている²⁹。

NGOは、サービス提供者に対して、利用者中心のサービスを提供するためのトレーニングを行うことに関しても先駆的である。例えば、ジャマイカの家族計画協会FAMPLANは、最近、性感染症のサービスを家族計画サービスと統合するプロジェクトに参加した。このプロジェクトでは、性感染症の患者に対する提供者側の偏見をなくすための研修も行ない、提供者が利用者のためにかける時間を長引かせることなく、コンドームの使用を増やすことに成功した。

またNGOは地域社会と近い関係にあると認められてきた。ペルーでは、女性と活動を共にしている地域レベルのNGOの方が、政府の機関よりも女性の広範囲なリプロダクティブ・ヘルス・ニーズを正しく把握している。これらのNGOは医療従事者と緊密な連絡を保ち、女性が適切な組織に照会され、援助を求めることができるようにしている。

大部分の国では、NGOが提供するサービスの規模は公共セクターの機関ほど大きくはない。しかし、NGOは規模が小さいためにサービス内容を柔軟に変更できるという利点がある。セネガルでは、大手のNGOで

あっても、実施している家族計画およびリプロダクティブ・ヘルス・サービスの割合は、全体から見ると小さい。しかし、NGOはサービスの質に基準を設けており、また専門的な知識や技術をもってこの分野のプログラムに貢献しているという回答が述べられている。より小規模なNGOも地域社会にとって重要な要素となっており、特にHIV/エイズと女性性器切除の問題に関しては重要な役割を担っている。また、地域の女性団体は、公共セクターのヘルス・ワーカーが時間をかけられないことが多いリプロダクティブ・ヘルスに関する教育活動を行っている。

しかし現時点では、NGOにはリプロダクティブ・ヘルスのあらゆる項目のサービスを提供するのに必要な財源がない。大部分の国において、NGOへの資金が増加することは有効な投資となるであろう。しかしその一方で、NGOが、将来的に公共セクターの機関と同程度の利用者数と地理的な範囲をカバーすることを期待されたならば、その活動の柔軟性と革新性を失ってしまうかもしれない。

質のよいサービスへのアクセスの増加

リプロダクティブ・ヘルス・ケアの質は、サービスが利用者の期待に応えるものであるかどうか、つまりはサービスが利用されるかどうかを決定する重要な要素である。質のよいケアの構成要素は、すでに十分に確立されている。利用者が必要とするのは、避妊法の選択肢、正確かつ完全な情報、専門的能力によるケア、サービス提供者との十分な相互の意思疎通、ケアの継続、そして関連サービスを一括したサービス提供である³⁰。これらは他のリプロダクティブ・ヘルス・ケアの構成要素についても同様である。

利用者は、選択が可能である場合は、最も優れたケアを提供してくれると思う施設や提供者を利用する。世界各地での調査³¹によれば、利用者は次のものをサービスに求めている。

- 利用者に対する**敬意**、親切、礼儀、秘密保持、プライバシーの尊重
- 各利用者の状況やニーズに対するサービス提供側の**理解**
- **完全で正確な情報** 利用者はすべての事実、特に避妊具（薬）に関する副作用について知りたいと思っている
- **専門的技術能力** 利用者はクリニックの清潔さや、検査の完全性、与えられた薬剤の種類を判断し、最終的には自分のニーズが満たされたかどうか、問題が解決されたかどうかを判断する
- **ケアおよび供給された避妊具（薬）に継続してアクセスできること** 利用者は便利で迅速、かつ信頼できるサービスと避妊具の供給を求めている。この場合のアクセスとは、そのサービスが信頼でき、費用負担が可能であり、利用を妨げるものがないことも意味する
- **公正であること** 利用者は、情報とサービスが社会的階級や民族・部族の違いに関係なく、すべての人に提供されることを求めている
- **何らかの結果が得られること** 利用者は、待つように言われたり、また別の日にもう一度来るようにと言われたり、あるいは不満を訴えても重要でないとして取り上げてもらえなければ失望する

ジャマイカ、ケニア、マラウイにおける調査によれば、一般的に利用者は、待ち時間、カウンセリングの時間、提供される情報などについて、提供者が考えているよりも低い評価をしている³²。モロッコの調査では、提供者側が上から見下すような関係で接することや女性のスタッフがいないことに起因するコミュニケーションの問題があきらかになった。女性たちは、避妊方法に関するさらに多くの情報、また、単に家族計画だけでなくもっと多くのサービスを提供して欲しいと述べている³³。アルバニアでは、サービス提供地区のなかで、女性に対する家族計画サービスの提供を行っていない地区がある。ある調査の中で1人の女性が次のように述べている。「私たちの地区のスタッフは女性に対するサービスを行っていません。『私たちのここでの仕事は子どものワクチン接種だけ』と言うのです。ですから、私たちはどこに行けばこのサービス（家族計画）を受けられるのかわかりません。」³⁴

利用者にとってはサービスの質が問題である。ボリビアでは、ある調査の中で女性たち

が、よりよいサービスが受けられるなら遠くのクリニックでもわざわざ出かけて行くとして述べている。ある女性は、「例え遠くても、私はサービスのよい方（家族計画クリニック）へ行きます。そちらのクリニックでは私に話をしてくれます。説明もしてくれます。費用を支払わなければなりません、それでもかまいません」と言っている³⁵。タンザニアにおけるもうひとつ別の調査でも同様のことがわかっている。ケアの質によって、利用者がサービスを受ける場所が変わるのである³⁶。バングラデシュでは、ある女性が次のように述べている。「私は（サービス提供者の）オフィスの中にある椅子に腰を下ろしました。すると彼女が「お名前は？」と聞き、私について、「子どもは何人いるか」とか、「1番下の子どもは何歳か」とか、その他にもいろいろ尋ねました。彼女は、何か心配なことが起こったらまた相談に来なさいと言いました。とても感じよく応対してくれました。難しいことは何もありませんでした。」³⁷

調査・研究や評価を行うことによって、改善のために何が必要であるかを示すことができる。ポピュレーション・カウンスルによるサハラ以南のアフリカにおける状況分析調査では、資金・人的資源などが積極的に利用されないことによっていかにサービスの質が悪化し利用者の選択肢がせぼめられるかが示された³⁸。それ以外の場所では、水、電気、設備、あるいは物資供給の不足により、特に農村地域で質の向上が妨げられている。例えばパキスタンでは、家族計画サービスが利用できるのは、人口の約10%でしかない³⁹。ブルキナファソとコートジボアールでは、家族計画サービスを受けることができない保健施設が多数ある。

サハラ以南のアフリカの5カ国における状況分析調査により、良質のケアを提供する機会が失われている状況例がいくつかあきらかになった⁴⁰。

- 妊娠の間隔を開けたいと望んでいる新規の利用者に対して、その施設で提供できる方法を全部提示しないために、利用者は最も適切な方法、あるいは最も望ましい方法を選択できない。
- 情報教材を使えば、利用者の理解が増し、より完全な情報に基づいた上での決定を行なう手助けになるにもかかわらず、提供者が普段教材を使用していない。
- ほとんどのサービス提供者は、1日当たりに訪ねてくる家族計画の利用者は3人以下であるので、面接時間の延長、提供される情報の改善、提供するリプロダクティブ・ヘルス・サービスの拡大ができる提案している。
- サービス提供者は、利用可能であれば血圧計や超音波診断装置などの機器を普通に使用する。しかしその一方で、検査室内に清潔な水と手袋がある場合

利用者は
自分に対する敬意
正確な情報
便利で迅速かつ
信頼できるサービスを
求めている



メキシコのヘルス・アシスタント。村の女性に家族計画とリプロダクティブ・ヘルスについて話している。サービスにつながるコミュニケーションはリプロダクティブ・ヘルス・プログラムの重要な一部分である。

でさえも、内診の際に手を洗わないといったことが多く、受診者を感染の危険にさらしている。

- 提供者は、パートナーが何人いるか頻度はどのくらいか、またパートナーも避妊することに同意しているのかどうかについて問わないことが多く、そのため、適切な避妊方法を選んで推薦することができない。
- 提供する避妊方法が、性感染症の感染を防止することもできるかどうか、特に、コンドームの二重の防止効果（妊娠と感染の双方を防ぐ）のメリットについて話し合いがほとんどなされていない。

ケアの質を改善するためには、意思疎通と情報の共有、手続きや検査に関する最低限の基準の設定、利用者のニーズに合致したサービス提供の保証など、サービス提供の手順に焦点を当てる必要がある。スリランカのような一部の国では、利用者本位で質の高い包括的なサービスの提供をICPD以前から開始しており、めざましい進歩をとげている。

調査の結果、質の改善は手頃な費用で実現可能であることが示されている。改善を行わなければ、人々はサービスを利用しに来なくなるし、また継続して利用しなくなる⁴¹。いろいろな手法を駆使して⁴²、ケアの質の向上を目的とした家族計画サービスの提供者と監督者向けのトレーニングが世界中で行なわれている。これらのトレーニングによって、彼らは問題を解決するという強い意欲を持つようになる。

チームによる改善方法のなかで、最も広く用いられているツールのひとつに、COPE (Client-Oriented and Provider Efficient 利用者本位・効率的提供) がある。これは「国際安全避妊協会」(AVSC: Association for Voluntary and Safe

Contraception International) という民間組織が、家族計画クリニックのワーカーおよび監督者のために開発した、簡単な自己査定方法である。スタッフは、クリニックを訪れる利用者の流れを分析し、利用者とは面接を行ない、サービス提供のあらゆる側面について書かれた質問表を埋めていく。COPEは、すでに35カ国以上の国々で使用されている。アフリカの11カ所のクリニックで行ったCOPE査定の結果では、COPEのプロセスにより確認された109件の問題のうち、64件を各チームが解決したことがわかった⁴³。

ケアの質に関するトレーニングによって、問題が起きたときにそれを解決しようという意欲が生まれてくる。その本質は、利用者に丁寧に対応すること、利用者が望む方法を提供すること、各個人に応じたケアを行うこと、積極的な相互のやりとりを目指すこと、情報過剰を防ぐこと、備忘手段の活用および提供を実践することである⁴⁴。インド、ネパール、エジプト、インドネシア、ヨルダンなどのように、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの質を保証するための手続きを設けつつある国々もある。エジプトのゴールド・スター・プログラムは、サービスの質を保証することを目的としたプログラムとしては世界で最大のもののひとつである。これは、サービスの質を向上させるだけでなく、さらによりサービスへの期待を創出することも目的として構築されたプログラムである。1998年末までに、保健人口省のすべての部局のうち約半分が、ゴールド・スター基準に到達した⁴⁵。

多くの国において、公共セクターのサービス提供者が、民間セクターでもパートタイムの提供者として働いている。民間のサービス提供者を好む利用者が多いのは、民間セクターのクリニックの方が便利で混んでいないため、また、民間の提供者の方が有能であると信じられているためである。しかしこの認識は、事実と言うよりむしろ迷信であるといえ

るかもしれない。民間セクターでの質の改善には、リプロダクティブ・ヘルスに関する医学的な教育の継続、質を保証するメカニズムの確立、そして公共・民間セクター間の提供者どうしの連携強化などの方法がとられてきている。

コミュニケーションと教育

よいプログラムは計画的なコミュニケーションによって強化される。しかし、サービスの伴わない情報は、不満をもたらすだけである。リプロダクティブ・ヘルスに関する認識を高めることと、サービスの利用を増やすことは同じではない。多くの国で、地域のサービス提供者、コミュニティー、対象層の代表者を巻き込まないまま、広報キャンペーンが展開されている。メッセージも、ほとんどが成人女性向けに考えられたものであり、男性、思春期の若者、新婚カップル、地域のオピニオンリーダーといった重要な対象者を無視したものである。

コミュニケーション戦略は、サービス活動と常に連携がとれているわけではない。例えばキャンペーンによって避妊の知識は高まるかもしれないが、そのキャンペーンでは、どこでそのサービスが受けられるかについては知らせていないかもしれない。あるいはサービスが提供可能になる前に、潜在的な利用者の意識を高めてしまうかもしれない。リプロダクティブ・ヘルスに関するIEC（情報・教育・コミュニケーション）戦略は、例えば生殖器系感染症、望まない妊娠、産科系の合併症の予防法などに関する情報提供の大切さを認識させるというだけでは十分ではない。緊急相談のホットラインやラジオの視聴者電話参加番組は、正確で信頼できる情報を提供するのに適している。複数のメディアを組み合わせる利用することもメッセージの効果を高める⁴⁶。

リプロダクティブ・ヘルスと人口・開発の問題に関する広報・教育戦略には、人々の認識を高める以上の活動が求められる。政策策定者もプログラムの受益者も、自分の決断の助けになり、またその決断にしたがって行動する際にも助けとなる有益な情報を必要としている。彼らが必要とする情報とは、例えば、性感染症（STD）のリスク、妊娠中の危険兆候、利用可能な避妊法などに関するものである。また、誰が助けられるのか、どこでサービスが受けられるか、利用者が期待でき、また要求する権利のある治療にはどのようなものがあるかといったことに関する情報も必要である。

情報は、それを必要とする人すべてに届かなければならない。マスメディアは実用的な情報を届けるのに有効であるが⁴⁷、伝統的な地域型のコミュニケーション・ルートも必要である。また、NGOと地域グループも必要な存在である。

IECの改善を望む国は、ゼロから始める必要はない。多くの国に豊富な教材がある。特に家族計画、母子保健、性感染症／エイズ、

セクシュアリティに関しては豊富な教材があり、リプロダクティブ・ヘルスに合うように改訂することができる。例えば、フィリピンでの家族計画に関するIECの戦略と手引書は大変優れており、リプロダクティブ・ヘルスに合うように簡単に改訂することができる。

人材開発

サハラ以南のアフリカだけでなく、ネパール、インド、パキスタンをはじめとする多くの国または地方、特に農村部では、スタッフ（特に女性のサービス提供者）の不足によってリプロダクティブ・ヘルス・サービスの普及が遅れている。インドなどではスタッフの離職率が高く、多くのポストが長期間空席のままになっている。また、スタッフ、特に医師が農村部の保健施設への派遣を嫌がる国も多い。

状況分析調査の結果は、より質の高い家族計画サービスだけでなく、利用者のリプロダクティブ・ヘルスおよびセクシュアル・ヘルスのニーズも満たすようなその他のサービスも提供できるようにスタッフをトレーニングすることが可能であることを示している。サービス提供者はリプロダクティブ・ヘルスのアプローチに肯定的であるが、特にヘルスポストで働くワーカーなどの場合、1人のワーカーがトレーニングを受けてこなすことのできる任務の数は限られている。インドの例では、1人の准看護助産婦（Auxiliary Nurse Midwife）がこなすように求められている任務がすでに40種類にもなっている。これ以上、1人でどれだけのことができるというのだろうか。

各国は、リプロダクティブ・ヘルスのアプローチが成功する鍵はトレーニングにあると認識している。ペルー、メキシコ、コロンビア、ジャマイカは、統合的トレーニングのためのカリキュラムを開発した。バングラデシュは、リプロダクティブ・ヘルスの全分野にわたってサービス提供者をトレーニングするためのプログラムを開発中である。ルーマニアでは、プライマリー・ヘルス・ケアの中に家族計画を組み込むために、スタッフに家族計画のトレーニングを提供している。しかし、一般的には、トレーニングがサービス拡大のペースに追いついていない。

ほとんどの国で、初期トレーニングと現場トレーニングの双方のカリキュラムが、利用者中心のニーズに基づくリプロダクティブ・ヘルスのアプローチに合わせて徐々に改訂されてきている。しかし、セクシュアリティやリプロダクティブ・ライツ、ジェンダーの関係が利用者とサービス提供者の相互関係に及ぼす影響などについては、触れられていなかったり、扱い方が不十分な場合が多い。どの国でも、新規採用者のトレーニングに加えて、現職のサービス提供者全員を再トレーニングするには時間がかかる。

トレーニングに関しても、他の場合と同様、人材が不足している。事前トレーニングや現場トレーニングのカリキュラムを改訂し、指導

多くの国で

トレーニングを受けた
スタッフの不足によって
リプロダクティブ・
ヘルス・サービスの
普及が遅れている

者トレーニングを行うことができる専門家の数が足りない。プログラムの地方分権化によって、地方レベルでトレーニングができるスタッフがいかに少ないかがあきらかになった。

リプロダクティブ・ヘルスのトレーニングは、医学、看護学、助産学の授業で始めるべきである。事前トレーニングは、一般に現場トレーニングに比べてサービス提供システムに支障を与えず、費用も安く、持続させやすい⁴⁸。しかし、事前トレーニングにリプロダクティブ・ヘルスを組み入れるには、医学校とトレーニング機関のカリキュラムを改訂しなければならない。ほとんどの国では、トレーニングの継続的監視とフォローアップを強化する必要がある。

サービス提供者が、受けたトレーニングの成果を最大に活かすためには、設備と消耗品、報酬、評価、新しい技術を実践する機会が必要であり、また採用状況や仕事の割り当てを改善することも必要である⁴⁹。

モニタリングと評価

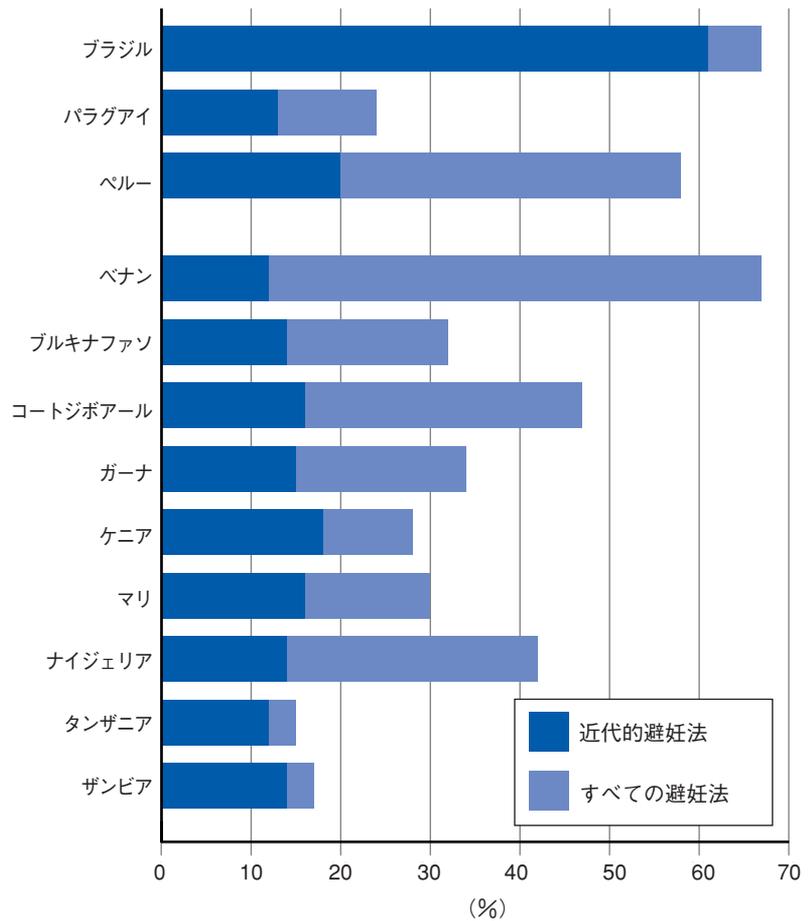
国際人口開発会議（ICPD／カイロ会議）の行動計画は、同会議から得られた政策やプログラムにおける成果を持続させるため（また欠点を明らかにするため）に、リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する課題の実行を注意深くモニタリングするように求めている。理想としては、プログラムの中に以下のような情報システムがあることが望ましい。つまり、サービス提供現場で簡潔明瞭に使い、最も重要なデータのみが集められ、適切な技術が使われ、情報がサービス提供レベルだけでなくヘルスケア・システムの上層レベルでもすぐに利用できるような情報システムである。多くの国で、この分野の進歩がみられている。例えばイランとインドのラージャスターン州のケースは、効率的な国内情報システムの設計に関する好例である。

UNFPAなどの国際組織が率先してリプロダクティブ・ヘルスに関する指標を開発している。これは、リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関するプログラムの実行状況をモニタリングするために、各国が行なう管理情報システムの改善を支援するためである。情報を利用できる利害関係者（コミュニティの代表、サービス提供者、プログラム担当者、研究者など）のすべてが情報システムの設計に参加した国では、大きな進展がみられた。

例えば、「ラテンアメリカ・カリブ海地域健康ネットワーク」は、同地域内のいくつかの政府と協力して、各国でモニタリングすべき一連の問題点をあきらかにした。この中には、思春期のリプロダクティブ・ヘルス、ケアの質、安全でない中絶の管理、男性の参加、意思決定への女性の参加などが含まれる。以上の問題ひとつひとつに関して、質的・量的指標が確立されていて、これらの指標は各国のリプロダクティブ・ヘルスの状況評価に利用できるものとして期待されている。

NGO、特に女性グループが、ICPD行動計画の進展に関して政府に説明責任（アカウンタ

図7：性体験のある未婚女性（15歳-19歳）の避妊実行率



Source: B.S. Mensch, J. Bruce and M.E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage. Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.

ビリティ)をもたせることを目的として、行動計画の実施状況をモニタリングしている。例えば、「ラテンアメリカ・カリブ海地域女性の健康ネットワーク」は、ブラジル、チリ、コロンビア、ニカラグア、ペルーで実施状況をモニタリングしている。モニタリング内容は全部で6項目あり、それらは、女兒の地位の向上、男性の責任、女性の健康の運動に関する意思決定過程への参加、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの質、思春期の若者の性教育とリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセス、安全でない中絶である。

これらのモニタリング活動により、今までに以下のことがあきらかになっている。市民社会、具体的に言うと女性を実行のプロセスに参加させることが非常に困難である（5カ国中3カ国）。性別、年齢別、地域別に集計したデータが欠如している。セクシュアル・ライツおよびリプロダクティブ・ライツが法律と保健サービスの中に充分反映されていない（5カ国すべて）。リプロダクティブ・ヘルス・サービスの質が依然として低い。国レベルでの性教育プログラムの実施がない（5カ国中2カ国）。ICPD以降に行なわれたサービスと政策の変更が、妊産婦死亡率の改善にほとんど影響を及ぼさず、安全でない中絶が依然として妊産婦死亡の主要原因のままである⁵⁰。

思春期の若者に対する情報とケア

若い男女は多くの健康上のリスクを抱えているにもかかわらず、彼らが大人に至る困難な道に組み込むことを支援する情報、指導、サービスは不十分である。

思春期の若者は、自尊意識を確立し、親しい人間関係をつくることを含め人生で必要なライフスキルを磨き、ジェンダーの平等を実践するための支援を必要としている。彼らに対する第一の責任は親にある。それゆえ、思春期の若者のためのプログラムを企画するときには親を巻き込む必要がある。また親は、自分の子どもたちに、セクシュアリティやリプロダクティブ・ヘルスについて語れるようにする必要がある。多くの研究から、より良い情報を与えることは、禁欲などを含む思春期の若者の性的責任感を高めることが知られている⁵¹。

ほとんどの文化で、ジェンダーの規範が女兒と男児に対する性についての二重基準を生み出している⁵²。より多くの危険にさらされるのは女兒の方であるのに、男児に与えられる情報や機会が女兒には与えられないことが

多い⁵³。若年での出産は女兒の人生の機会を狭める。多くの国では、妊娠した女兒は就学を続けることを許されない。また、単純に女兒の教育より男児の教育に重きを置いている国も多い。1億3000万人以上いる不就学の子どもの3分の2が女兒である。ケニアだけでも、推定で年間1万人の女兒が妊娠を理由に学校を辞めている⁵⁴。

多くの国で、思春期の若者のセクシュアリティとリプロダクティブ・ヘルスは相変わらず政治的にデリケートな話題であり、ほとんどの思春期の若者にはリプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスが届いていない。しかしながら、55余りの国が、リプロダクティブ・ヘルスを含む思春期の若者の保健ニーズに取り組むために、政策を策定したりプログラムを開始したりしている。ジャマイカなどでは、思春期の若者をリプロダクティブ・ヘルス戦略の中心に位置づけている。ブルキナファソは、西アフリカ諸国の中で、若者のニーズを対象としたリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを最初に開始した国のひとつである。そのプログラムの中心は、都市部にユースセンターを開設し、そこでリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供と、ピア教育（同年代の若者による仲間教育）を行なうことである。

いくつかの調査は、若者が思春期をむかえ自分たちのセクシュアリティについて学び、性的な事柄に関心を持ち始める年頃に、適切な支援をするためには、家庭生活教育を早めに、国によっては思春期以前に始めた方がいいことを示している⁵⁵。

性的に活発な若者に伝える内容は、性行為未経験者に対するものとは異なり⁵⁶、できるだけ具体的にすべきである。例えばある調査では、アルバニアの若者が、コンドームの破損の防ぎ方や緊急避妊処置などの実用的な情報がほしいと述べている⁵⁷。

無防備な性交渉は、思春期の少女を望まない妊娠の危険にさらし、男女を問わずHIV/エイズを含む性感染症の危険をもたらすので、思春期の若者たちには、予防サービスだけでなく、診察、治療、情報、カウンセリングなどを含む、若者の立場に立った保健サービスも必要である。クリニックのスタッフは、道徳的な判断ぬきにやさしい態度で若い利用者に接するための特別なトレーニングが必要である⁵⁸。また、ヤングアダルトも、家族計画およびHIV/エイズを含む性感染症に関する情報を必要としている。

思春期の若者を対象としたプログラムはどうあるべきか。以下は世界中の経験⁵⁹から導き出されたものである。

- 若者のプログラムに対するニーズは、それぞれの性的経験やその他の重要な特徴によって異なるという事実を認識して、その事実に取り組む。
- 若者が望んでいること、またリプロダクティブ・ヘルスの情報とサービスを得るために現在若者がすでに行っている

囲み 18

仲間（ピア）教育によって 思春期の妊娠を減らす

ドミニカ共和国では、妊娠が15-19歳の女性の主な死因となっている。この年齢層の4人に1人は、現在妊娠しているか過去に出産の経験がある。主要都市の周辺には社会の周縁に追いやられたコミュニティがあり、人口の64%が集中している。これらの地域に住む若者のためのリプロダクティブ・ヘルス・サービスはほとんど行われていない。

2つのNGO、「ドミニカ家族計画協会」(Profamilia)と「ドミニカ総合開発研究所」(Dominican Institute for Integrated Development/IDDI)が、サント・ドミンゴ周辺の36の地域と3つの都市で1997年以来活動しており、若者の性教育とリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスを広げている。

仲間（ピア）による教育とカウンセリングを活用している、国連人口基金（UNFPA）の支援を受けたプロジェクトでは、若者に無防備なセックスが健康にとって危険であることを気づかせ、思春期の若者の妊娠と性感染症/エイズの感染率を減らす努力を行っている。プロジェクトでは、10代の若者たちに最初の性経験を遅らせ、1人の決まった相手と誠実な関係を続けることを勧めている。

約360人の思春期の若者が、セクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスに関するボランティアのピア・カウンセラーとしてトレーニングを受けた。彼らのひとりひとりが、15-30人の若者にカウンセリングを提供し、教育教材および、両親の同意を得た上で避妊具（薬）（コンドーム、殺精子剤、最初に医師の処方を受けた上でのピル）を配布する。これらのカウンセラーは、特殊なケースを保健サービス施設に照会したり、その患者の追跡調査も行ったりしている。また、彼らは町で集会を開いたり、コミュニティの人たちのために演劇を上演したりして、保健活動を広めている。

このプロジェクトでは2年間に9000人近くの若者のカウンセリングを行なった。その内の30%は学校へ行っていない若者である。学校、教会、地域の集会所などでも、開かれた教育活動を行ってほしいという要望が強まっている。ハリケーンの「ホルヘ（ジョージ）」が壊滅的な打撃を与えた後の状況下であきらかになったように、カウンセラーと利用者との間に強い支援の絆が生まれている。

同プロジェクトでは、保健省の医師、看護婦、精神分析医など90名に対し、統合的思春期保健のケアに関するトレーニングを行なった。また、セクシュアル・ヘルスおよびリプロダクティブ・ヘルスに関するマニュアル、ビデオなどの他の教育教材も作成した。

男性に家族計画の利点を教える

マ リで、「ファミリー・ヘルス・インターナショナル」の女性研究プロジェクトの一環として行なわれた、新規の家族計画実行者に関する調査は、リプロダクティブ・ヘルスの促進にパートナーとしての男性の参加がいかに重要かを示している。

法的には、マリの女性は避妊具（薬）を入手するのに配偶者の同意を必要としない。しかし、夫は法律上の世帯主であり、家族計画の利用についての彼らの決定は、女性の避妊実行に大きな影響を及ぼす。そのため、プログラムでは、男性のピア教育グループの活用を含めて、家族計画の利点について男性を教育する方法を考慮する必要がある。さらに、政策立案者たちは、女性の健康を決める最終決定者として夫を位置づけている法律を見直すべきであろう。サービス提供者は、夫が家族計画に反対しているという女性に対しては特別なカウンセリングを提供し、女性が夫との対立を解決しつつ、自分自身にとって最良の決定をする支援を行わなくてはならない。

Source: B. Barnett and J. Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, N.C.: Family Health International.

合っていたわけではなかった。マリで行われた調査では、あまり肯定的な結果が得られなかった。あるフォーカス・グループ・ディスカッション（一定の条件に当てはまる対象者の間で討議を行ってもらい、その結果を分析する調査方法）に参加した男性の間では、全員一致で、女性は夫の許可がなければ家族計画を利用する権利はないという結果だった⁶¹。

36カ国で、セクシュアル・ヘルスおよびリプロダクティブ・ヘルスへの男性の参加を拡大・推進する取り組みを行ったという報告⁶²があったが、ニカラグアの状況は典型的である。同国の国家保健計画には、家族計画に対する男性の責任が言及されておらず、男性に対するリプロダクティブ・ヘルス・サービスの規定が設けられていない。フィリピンでは、男性に対するリプロダクティブ・ヘルスはリプロダクティブ・ヘルス・パッケージ10要素のひとつになってはいるものの、現在のところほとんど実行されていない。ネパールではプログラムの主な対象が女性である。同国の政策では男女が家族計画に対する責任を分担することになっているが、例えば精管結紮手術を受けた男性の割合は確実に減少している。

メキシコでは、サービス提供者がほぼリプロダクティブ・ヘルスの概念を理解しているものの、リプロダクティブ・ヘルスは相変わらず「女性のプログラム」とみなされている。サービスを男性にも魅力のあるものにしたリ、パートナーとして男性を参加させる努力はほとんどなされていない。

モロッコでは、出産可能年齢の既婚女性が主な対象であり、男性に対する明確な戦略がない。これは、女性に話をするのに夫を通すのが最も効果的という農村部では、深刻な問題である。ウガンダでは、プログラムの実施担当者とサービス提供者が、男性の役割を無視してきた。ICPD以降は、男性に向けての努力がいくらかなされるようになった。それには、社会文化的な要素に根ざす態度や慣習とジェンダーに基づく暴力が、ウガンダの女兒・女性のセクシュアル・ヘルスとリプロダ

ることから始める。

- 介入活動の核として、一般的また具体的なリプロダクティブ・ヘルスに関するスキルの習得を入れ込む。
- 若者が成長し、セクシュアルリプロダクティブ・ヘルスを含む自分の生活を管理することを学べるような、より安全で支援的な環境づくりに大人を関わらせている。
- より幅広い環境とサービス提供者（公・民、臨床・非臨床を問わず）を活用し、セクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスに関する情報とサービスを提供する。
- 既存のものを最大限に利用する。既存のプログラムとサービスを新しい柔軟な方法で活用し、連携させ、より多くの若者に届くようにする。

NGOは、仲間による教育（ピア教育）、スキル習得、カウンセリングなど、思春期の若者への新しいアプローチ方法を積極的に試みている。家族やコミュニティーでの大人の理解と支援を強化するための行動も、今や重要な投資であると認識されている。コロンビアでは、NGOのコロンビア家族計画協会（Profamilia）が、リプロダクティブ・ヘルスと女性のエンパワーメント（能力強化）に関する多くの活動を行っているが、その中で、国内20都市のユースセンターでセクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスの教育を支援している。

ケニアでは、ナイロビの若いミュージシャンの歌う「I Need to Know」[「知らなくちゃいけない」というヒット曲のおかげで、思春期の若者が、学校の保健サービスにリプロダクティブ・ヘルスを加えてほしいと要望することができた。マーシャル諸島では、「若者から若者へ」（youth-to-youth）というプログラムを通じて、トレーニングを受けた若者のリーダーとカウンセラーが、同年代の若者、その家族、コミュニティーに対し、10代の妊娠、性感染症とHIV／エイズ、薬物乱用、栄養などの問題に関する保健教育を行なっている。

男性の参加と責任

ICPDの行動計画では、男性がパートナーの権利と健康を尊重し支援する義務を持つと同時に、自分自身の性行動にも責任を負う必要があることを認めている。それまでの家族計画プログラムは、一般的に男性を対象にしておらず、生殖と出生をコントロールするのは女性の責任であるとするジェンダー規範を維持するように計画されてきた⁶⁰。

ボリビアの調査で、男性は、女性が考えるほど家族計画に消極的ではないことがわかった。事実、家族計画の方法についての知識は、男性が女性よりわずかだが上回っていたのだが、子どもの数についてカップルが常に話し

クティブ・ライツに与える影響を提正する取り組みを含む。

男性に対するリプロダクティブ・ヘルス活動をしている国をみると、アドボカシーキャンペーンが最も一般的な活動である。ICPD以降、男性のコンドーム使用と精管結紮がやや増加し、男性向けの性感染症サービスが少し拡大している。

いくつかの国では、特にNGOが妊娠と子育てへの男性の参加を支援し、平等と相互の尊重に基づく関係を築くことを促す革新的アプローチを開発している。メキシコでは、助産婦のグループが、妊娠と出産は家族の問題で「女性だけの仕事」ではないことを男性に教えるために地域のヘルス・ワーカーたちをトレーニングしている。

国際的な「パートナーとしての男性」イニシアティブは、利用者としての男性のニーズに応えるために、サービス提供者をトレーニングし、ワーカーの意識を高めるためのリプロダクティブ・ヘルスのカリキュラムを開発中である⁶⁵。家庭での男性の役割、特に子育てに関して男性を支援する法制度を強化している国もある。

難民および避難民のためのリプロダクティブ・ヘルス

難民および避難民のリプロダクティブ・ヘルスを保証し、また難民女性を性暴力から守ることは、紛争や自然災害の勃発時には常に最優先の課題である。ICPD行動計画

では、特に女性と思春期の若者の緊急事態下におけるリプロダクティブ・ライツの確保とリプロダクティブ・ヘルス・ケアの必要性が確認された。

国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）の管理下にある難民、帰還民、国内避難民の数は1961年の140万人から1995年の最高時には2700万人に増えたが、1998年初頭には2230万人に減っている⁶⁴。

緊急事態下でのリプロダクティブ・ヘルス・ケアは、ICPD以降、保証されつつある。以前は、難民へのリプロダクティブ・ヘルス・サービスはほとんど無視されていた。近年、UNHCRとUNFPAが、WHO、ユニセフ、国際赤十字・赤新月社連盟、その他さまざまなNGOと協力して行ったイニシアティブの結果、緊急事態下での女性のリプロダクティブ・ヘルス・ニーズが満たされつつある⁶⁵。このイニシアティブは、アフリカのグレート・レーク地域での難民の危機に 대응して1995年に発足したものである。

このプログラムでは、以下の分野での難民のニーズに取り組むためにスタッフをトレーニングし備品と消耗品を提供している。その分野とは、避妊を含む家族計画、出産介助、安全でない妊娠中絶による合併症（中絶後の合併症による死亡は、難民生活という環境下での妊産婦死亡の25-50%にのぼる）、性交後の緊急避妊も含めた性暴力とレイプ、HIV/エイズを含む性感染症の予防である。

「難民のためのリプロダクティブ・ヘルスコンソーシアム」が設立され、ニーズ評価用のマニュアルと資料を作成した。複数の機関で構成された作業グループが、最低限必要不可欠な薬、消耗品、基礎的外科手術用備品をセットにした「ミニマム・サービス・パッケージ」を開発した。リプロダクティブ・ヘルスの緊急用キットは必要時の配布に備えて常時保管されている。

UNFPAは、1999年4月、コンゴ紛争からアルバニアに逃れてきた何十万の難民に対してリプロダクティブ・ヘルスの緊急支援を行うために、この緊急用キットを使用した⁶⁶。同時にUNFPAはコンゴ人女性に対する性暴力の調査を実施した。その結果、誘拐、レイプ、拷問の恐るべき事実が明らかにされた。UNFPAは協力機関と共に、性暴力を受けた難民を支援するためのカウンセラーのトレーニングを行なっている⁶⁷。

コンゴの人々の窮状は、アフリカやアジアで現在進行中の他の難民危機に比べ、はるかに大きな国際的関心を生んだ。しかし、世界全体の1300万人の難民のほとんどは後者の地域に見られる。そのうち最も数が多いのは、260万人のアフガン難民である（そのうち120万人がパキスタンのキャンプで生活している）⁶⁸。

今やリプロダクティブ・ヘルス・サービスは緊急事態下でも提供されるようになりつつある。しかし、一方でリプロダクティブ・ヘルスの情報やサービス技術をもつ保健スタッフの不足が、その努力をさまたげている場合が多い。

困み 20

ケニア：レイプが日常茶飯事の難民キャンプ

何千人ものソマリア人が自国内の戦乱を避けてケニアに逃げた。現在、ケニアの小さな町ダダブにある国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）が運営する難民キャンプには10万人が収容されている。しかし、彼らは常に、無法者の襲撃による略奪、殺人、レイプの恐怖と隣合わせに生活している。

34歳のサフィア・ワンデリは、夫や子どもたちと住んでいた泥土づくりの小屋を5人の武装した男たちに襲われた。ソマリアで戦っている兵らしい3人の男たちが、家族の目の前で彼女を代わる代わる殴り、レイプしたのである。この事件でサフィアの夫は彼女を責め、家族を捨てた。

サフィアは、以前には11歳の自分の娘が近所の男にレイプされたと言う。また、ダダブにいる他の多くの女性たちが同様の経験をしているとも語った。

レイプの90%以上が、女性がキャンプのはずれで薪を集めている時に起こっている。50歳のルキム・ノウア・モハメッドはある朝、薪を集めている最中にレイプされ、なぐられ、放置された。そのまま放っておいたら出血多量で死亡するところだった。彼女はキャンプまでの道を15キロ以上も必死で戻ってなんとか医療処置を受けようとした。

キャンプの救助ワーカーのジョン・アモロによると、ダダブでこれほど多くの女性がレイプされるのは、伝統的な部族間の敵対心が戦争で高揚しているのが大きな原因だという。「部族間の戦いがあるたびに、ある部族が他の部族に対して行う最大の処罰は、その部族の女性をレイプすることなんです」。キャンプの男たちが職もなくぶらぶらして、欲求不満を募らせ、さらに戦時下の経験で精神的なショックを受けていることが、問題を一層悪化させていると彼は言う。

Source: Voice of America, 18 May 1999.

パートナーシップとエンパワーメント



Mark Edwards / Still Pictures

国際人口開発会議（ICPD）の行動計画は、政府間の合意を表明したものである。しかし、同時にそこには、人間の望みや価値観を中心にした開発という概念を実生活で実現するためには、政府、市民社会、国際社会の連携が欠かせないという認識がある。多くの問題が、政府以外の組織によって初めて国あるいは国際レベルの注目を浴びるようになった。また、ICPDの提言を実行に移すためには、さまざまな関係者による行動、政策提言、責任遂行、フィードバックが求められる。

第一線にいるのは、家族計画団体、教育問題に関心のあるグループ、女性団体、ならびに家族の問題に関心のある人々など、健康・保健の提唱者である。さらに、経済開発、貧困、環境、都市問題、人権、宗教・倫理問題などに取り組んでいる団体など、幅広い関心領域にわたって多くの団体が参加している。過去5年間に行動計画の実施が進展していることを示す最も重要な証拠は、政府以外の機関の参加が増えてきていることである。

上写真：バングラデシュの村の女性に対して、コンドームの使い方を示してみせるNGOの地域保健員。国際人口開発会議（ICPD）の行動計画を実行する上で、市民社会組織が徐々に大きな役割を果たすようになってきている。

市民社会の新たなビジョン

その過程において、市民社会組織の多様性と公共セクターとの間の関係が新たに注目された。市民社会はさまざまな形態を取っているが、共通の関心をもって人々を結びつける広範な協会、団体、機関といったものと考えられるかもしれない。その中には、任意の会員グループ、民間セクターとそこに属する団体および協会、文化団体、提唱（アドボカシー）団体が含まれる。その構成要素としては、協同組合、労働組合、小規模企業、自助団体、女性グループ、保健・開発分野の提唱とサービスを行う団体、企業協会、慈善団体、宗教団体、政党、氏族など家族を基盤とする組織、ロビー活動団体、社会運動、職能協会、男性グループ、若者グループなどがある。つまり一言で言うと、政府の公式ルート以外で意見を表明し、目標を達成するための集まりである¹。

政府は、程度や状況の違いはあれ、上記のような幅広い団体と例えば後援者、共催者、主催者、資金提供者、管理者、許認可者あるいは規制者として連携することができるが、政府が果たすべき特別の役割と責任は区別されている。NGO（非政府組織）という名称はしばしば、政府機構の一部に属さない団体を言う場合に使われるが、一般には、全体を表す市民社会組織（CSO）ほど包括的ではないと理解されている²。

国会議員も国レベルの活動を達成する際に特別な役割を果たす。彼らは、地域グループや地域の指導者、その他コミュニティに影響のある人物の代弁者として、また有権者の代弁者として活動し、市民社会と公共セクターとのかけ橋になっている。地域の指導者や尊敬を得ている人たちはまた、意見や活動の促進、仲介、統一を支援することができる。

国内NGOも国際NGOも、ICPDまでの準備過程と、その後の実行および見直しに関して重要な役割を果たしてきた。行動計画の最終草案を討議した1994年の第3回準備委員会までには、934のNGOが正式に参加を認められた。ICPD本番では、138の国あるいは自治領から1254のNGOが参加を認められている。それらの団体は、直接（国の代表団のメンバーであった場合）、また間接に（提言者またはNGOフォーラムの参加者として）、会議に参加した。

NGOとその他の市民社会組織は、ICPD以降の進歩を評価することにも積極的に関わっている。市民社会との連携に関する円卓会議が1998年7月、バングラデシュのダッカで開催された³。1999年2月には、ハーグでNGOフォーラムとユース・フォーラムも開かれ、世界中から代表者が集まった⁴。行動計画の実行にあたったNGOは、1999年の国連人口開発特別総会の準備会議に参加が認められた。

ICPD以後、市民社会組織と政府の関係は成熟している。開発途上国を含む多くの国々では、NGOが意思決定に関わる機会が増えている。また、国の人口政策に関する討議に参加したり、国際会議や地域会議の公式代表団に加わったりすることも多い。NGOは、リプロダクティブ・ヘルス/ライツならびにジェンダーの公正の提言者にとどまらず、女性の地位と権利およびリプロダクティブ・ヘルス・サービスの向上を目指すプログラムにおいても活躍している。

ICPDは、NGOが政策やプログラムの立案、実施、モニタリング、評価において信頼できる政府のパートナーであると認められる分岐点となった。しかし、1998年の国連人口基金（UNFPA）の各国へのアンケートでは、政策やプログラム実施のさまざまな段階でNGOの参加を促進するために有効な措置をとったと報告しているのは、114カ国中49カ国だけであった。

この他に26カ国が、市民社会の組織面の能力を強化するための効果的な対策を実施した。この両方に取り組んでいる国もいくつかあるので、合計すると56カ国の政府が、市民社会との連携を強化する措置を取ったことになる。政策の策定に責任をもつ政府機関や、人口・開発、さらに近年ではリプロダクティブ・ヘルスに関する諸問題に取り組む委員会にNGOなどの市民社会組織の代表が参加している国が19カ国ある。

19カ国が政策やプログラム実施に関する諮問や対話にNGOを加えている。11カ国がNGOの活動に関する調整委員会を設置しており、10カ国が正規の登録手続きの確立、税金優遇措置、広範な資金調達への認可などによって、市民社会が活動を強化できる環境づくりを実施している。

著しい進展がみられるものの、ICPD以後の5年間における政府と市民社会の連携は不十分であり、その必要性が認知さえされていない国もある。

世界中の市民社会組織（CSO）とNGOの活動は、非常に幅広く多岐にわたるので、一編の報告書では掌握することができない。ここで取り上げた事例はわずかな例にしか過ぎない。

エンパワーメント、ジェンダーの平等、リプロダクティブ・ライツ

女性のエンパワーメントのための活動

ICPD以来の数年間で、法律の規定や社会的な実践の見直しを含めて、女性のエンパワーメントと社会参加を推進する基本的な戦略についての幅広い合意が得られている。

貧困層、特に貧しい女性のための小規模融資の原理が、援助国や国際的な資金

NGOとその他の市民社会組織はICPD以降の進歩を評価することに積極的に関わっている

貸出機関（国際金融機関を含む）、開発援助機関、財団によってますます広く承認・支持されてきており、また同じくその原理を認め、支援する国の数も増えてきている⁵。小規模融資のアプローチは、リプロダクティブ・ヘルス、環境保護、教育などを推進している多岐にわたるプロジェクトの中に取り入れられている。

選挙権の拡大と積極的な立候補を通じて、多くの場所で女性の社会参加と政治活動が増え続けている。選挙法の見直しを行なっている国もあり、例えばクウェートなどいくつかの国では、最近になって国政選挙または地方選挙における女性の被選挙権が認められた。世界で最大の議会制民主主義国であるインドを含め、地方議会ならびに国会において女性議員の最低割当数を義務づける国が増えている。

女性の権利擁護の活動を行なっているグループの中では、社会的な意思決定の場における女性のエンパワーメントと男性とのパートナーシップにつながる戦略についての議論が続いている。そこでは、組織や提携を通して集団としての女性の力を高めることに比べて、個々の女性の力や発言を強めることの方が相対的に重要であるということが課題として残されている⁶。

ヨルダンでは、22を超えるNGOが女性問題に取り組んでいる。その大部分が、社会・経済的に下層階級にある女性に対して法律上の諸権利に関する教育を行なっている。1997年には、ヨルダン女性連合（Jordanian Women's Union）がホットラインを開設し、女性向けの法律相談を始めている。また同年、アンマンにおいて、さまざまな国連機関が参加する

ジェンダー・タスク・フォースが女性差別撤廃条約に関する1日のワークショップを開催した。これは女性の権利に関するヨルダン国内委員会のようなフェミニストグループが、法律上の不平等の問題に積極的に取り組むきっかけとなった。

同委員会は、女性が直面している法律による制約や困難に対して取り組むという点で、すべての女性団体と緊密に連携して活動しており、法律の改正のために頻繁に政府と会合を行っている。例えば、最近行われた重要な法律改正の結果、女性は父親や夫、あるいは法律上の後見人の同意なしでパスポートの発給を受けることができるようになった⁷。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱

多くの国では、ICPDに先だって、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱活動を行う強力なコミュニティーが存在していた（バングラデシュ、ブラジル、チリ、コロンビア、インド、ペルー、フィリピンおよび南アフリカなど）。ICPDへの準備段階でそのようなコミュニティーが誕生したり、あるいは力を強めた国もあり（エジプト、メキシコ、マレーシア、およびナイジェリア）、ICPD以降に徐々に成長した国もある。家族計画の関係者が最大の提唱者になっているカリブ海諸国のような国もあれば、インドのように、より広範な開発機関が提唱活動に参加している国もある⁸。

ICPD以降、NGO、特に女性団体がリプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱活動を熱心に続けている⁹。NGOが政策や法律の改正過程にかかわっている国も

表1：市民社会とのパートナーシップを進展させるためにとられた方法

方法

国

政府への代表参加	ベリーズ、ボツワナ、コートジボアール、エジプト、ガンビア、ガーナ、ジャマイカ、ヨルダン、レバノン、マダカスカル、モロッコ、ネパール、ペルー、セネガル、スリランカ、シリア、チュニジア、トルコ
諮問／対話	バングラデシュ、ボツワナ、コロンビア、キューバ、ドミニカ共和国、ガンビア、ラオス、ラトビア、馬拉ウイ、モルジブ、マリ、メキシコ、モザンビーク、パナマ、スワジランド、タンザニア、トリニダード・トバゴ、ベネズエラ、ザンビア
協力・調整機構	コロンビア、コートジボアール、エジプト、ガンビア、ジャマイカ、マリ、ネパール、ルーマニア、セネガル、南アフリカ、スリランカ
パートナーシップ進展を可能にする環境づくり	ブルンジ、エルサルバドル、ガイアナ、韓国、メキシコ、ネパール、ルーマニア、セネガル、南アフリカ、ウガンダ
政策／国家計画内での認知	ブルキナファソ、ニジェール、サモア、南アフリカ、ウルグアイ

Source: UNFPA. 1999. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.

ある。多くのNGOや市民社会組織が、政府と協力してジェンダーの平等と公正、特に女性の識字教育やリプロダクティブ・ヘルスへの男性の巻き込みを推進するアドボカシー・キャンペーンを行なっている¹⁰。

インドには、発言力の大きい女性NGOが数多くあり、リプロダクティブ・ヘルスに関する政策に影響を及ぼしている。これらのグループは、ケアの質や利用者の権利に関する問題提起を行ったり、政府に対して（避妊の）方法を限定した目標設定や金銭による動機づけなどをやめるように働きかけている¹¹。

東南アジアでは、女性グループがイスラム教的な視点から見たリプロダクティブ・ライツの枠組を構築している。

パキスタンでは、パキスタン家族計画協会が率先してリプロダクティブ・ヘルスのアプローチを採り入れ、ライフサイクルを考慮したアプローチへの切り替えを進めている。しかし、セクシュアル・ヘルスの領域で活動しているNGOはひとつしかない¹²。

エクアドルでは、女性NGOがリプロダクティブ・ヘルス／ライツの提唱活動に非常に積極的に取り組んでいる。彼らは、女性のエンパワーメントとリプロダクティブ・ヘルスを含む女性の健康改善についての問題が、国家社会開発行動計画の中に確実に取り入れられるように働きかけている¹³。

アラブ地域におけるプログラムは、ICPD後の5年間で大きく変容したが、これはとりわけUNFPAの勧めによるところが大きい。現在では、かなりの数のNGOがリプロダクティブ・ヘルスに関するプログラムの実施と、それにかかわるジェンダーの問題についての提唱活動に参加している。このジェンダーの問題には、ジェンダーの平等と公正の推進、女性のエンパワーメント、男性の参加、および思春期のリプロダクティブ・ヘルスなどが含まれる。ICPD以降、トルコ、ヨルダン、チュニジアおよびエジプトで、国内NGOが、(UNFPAアラブ地域プログラムの下にある)各国のプロジェクトを実施する例が著しく増えている。NGOは、国内の優先事項の査定や国家プログラム活動の展開にも参加している¹⁴。

メキシコとブラジルでは、ジェンダーの視点をとり入れたリプロダクティブ・ヘルスのプログラムの立案、実施、評価を行なうために政府や地方自治体と連携するNGOが増えてきている¹⁵。

ジェンダーに基づく暴力との闘い

近年、ジェンダーに基づく暴力に対する関心と政策論議が高まっている。家庭内で暴力を受けている女性の保護を拡大するために、刑法や警察手続を改定する国が増えてきた。より多くの国で、男性

がどのように自分の家族を扱っているのか顧りみなかった長年の習慣が批判にさらされている。女性の自助ネットワークが、時には公的な支援を受けて、家庭内の虐待の犠牲者を保護している。

「ダウリー」殺人（持参金（ダウリー）の不足を理由に嫁を殺す）、「名誉」殺人¹⁶、顔に酸をかける暴行などを含む、その他の暴力行為の摘発と提唱活動に対してもさらに関心が高まってきている。

パキスタンでは、最近いくつかのNGOが、レイプ、近親相姦、その他の形態による暴力の犠牲者のための都市センターを設立した。女性開発省はこのような活動を農村部にも広げる必要を認めている¹⁷。

性的虐待や家庭内暴力など、ジェンダーと暴力の問題に取り組むモデルプロジェクトが、コロンビア、エクアドル、カンボジア、フィリピンで始まっている。これらのプロジェクトには、UNFPAの資金・技術援助による政府機関、法律執行機関、NGO、ならびに専門的な女性グループの間の共同事業も含まれている¹⁸。

モロッコでは、結婚、離婚および女性に対する暴力の問題を扱うプロジェクトを通して、UNFPAがAMEP（マグレブ人口研究協会 Association maghrebine des etudes de population）というNGOと法務省の連携を強化している。このプロジェクトは、裁判官や宗教関係の公証人のトレーニングを通じて結婚と離婚に関するデータ収集システムを強化し、女性に対する暴力を追跡するモニタリングのメカニズムを開発することを目的にしたものである¹⁹。

数の力：ネットワークと同盟

ICPD以降、行動計画実施を目的にした市民社会組織のネットワークと同盟関係がますます重要になっている。NGOのネットワークが共同で行う提唱活動は、個々の団体よりも大きな声となりえる。それゆえに、さまざまな団体がICPDの目標を達成するために幅広い同盟関係を築いて、性と生殖に関わる選択と自由を実現する際の課題を解決しようとしている。女性の健康と権利に関する組織の、南南あるいは南北の同盟も、リプロダクティブ・ヘルス／ライツを国際的な課題として掲げている²⁰。

ICPD以降、市民社会組織のネットワークと同様に、リプロダクティブ・ヘルス／ライツのために活動しているNGOの数が増えている。1998年のUNFPAの各国へのアンケート調査によると、市民社会が主要な活動をしていると報告した国の約3分の2において、NGOが女性の権利、若者、リプロダクティブ・ヘルスなど共通のテーマのもとで連合あるいはネットワークを構築していた。

インドでは
女性NGOが
避妊の方法を限定した
目標設定や
金銭による動機づけなどを
やめるように
政府に対して
働きかけてきた

NGO連合がすでに形成されている国としては、特に、ボツワナ、イラン、ケニア、マダガスカル、ネパール、エルサルバドル、パナマ、ウズベキスタン、クック諸島が挙げられる。ICPD行動計画の実施とフォローアップを進めるためのNGOネットワークづくりが特に強力に展開されたのは、ベネズエラ、アルゼンチン、ウルグアイ、ペルー、チリ、メキシコ、ブラジルおよびドミニカ共和国といったラテンアメリカ諸国である²¹。

アジアでは、欧州委員会（EC）、UNFPA、約22のヨーロッパのNGOと66の国内機関・組織による共同の努力によって、特別なイニシアティブが発足した。アジアのリプロダクティブ・ヘルスに関するEC/UNFPA共同イニシアティブは、南アジアと東南アジアの7カ国を対象に、これまでサービスが届きにくかった層に質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供することを支援し、思春期のリプロダクティブ・ヘルスのニーズに対応することを目的としている。この計画のもとに、3年間（1998-2001年）で3000万ドル以上が、バングラデシュ、カンボジア、ラオス、ネパール、パキスタン、スリランカ、ベトナムにおける43の個別のプロジェクトに拠出される。アジアのリプロダクティブ・ヘルスに関するEC/UNFPA共同イニシアティブの基本は、地域に根ざした組織の能力強化、およびNGO間またはNGOと政府事業との間の連携強化である。

トルコ家族計画協会は、ICPD行動計画および北京会議の行動綱領の実行を国や地方の政策立案者に提言していく力を備えたNGO間のネットワークを構築しようとしている²²。

アラブ諸国では、NGOの能力強化を目標にしたUNFPAのプロジェクトによって、18カ国の約162のNGOの管理能力が向上した。また、このプロジェクトは、アラブ地域全域にわたるNGOのネットワークを促し、NGOとその役割、問題点、およびニーズに関して政府や一般の人々の認識を高めた²³。

アルゼンチンの経験は、保健の専門家、地域住民、教会の連携によって、多様な文化が混ざり合う環境でどのような活動を進めることができるかを示している。1998年、リプロダクティブ・ヘルス・サービスは全く反対を受けることなく、国の人口の3分の1が集中しているブエノスアイレス州に導入された。女性のための家族計画プログラムの創設を認める法律もそのような連携の成果である²⁴。

メキシコで1992年に設立された、「性と生殖に関する選択の情報グループ」（Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE）は、政府のICPD行動計画の実行をモニタリングするために創設されたいくつかのグループに参加している。その他にも、70以上の機関が参加す

る全国規模の民間ネットワークである「全国女性・人口政策フォーラム」が、ICPD行動計画を推進するためのメカニズムの構想をまとめている²⁵。

1996年以来、「ラテンアメリカ・カリブ海地域女性の健康ネットワーク」が、ブラジル、チリ、コロンビア、ニカラグア、ペルーでICPDの実行をモニタリングする活動を行なっている。この他の国でも同様の活動の開始が検討されている。この多国間にまたがる活動は、UNFPAが積極的に調整・支援しているものであるが、行動計画に述べられている社会的説明責任（アカウンタビリティ）に関する基本原則を具現化しているものである。そこでは、政府、国内NGO（特に女性団体や保健の提唱者、国内の研究者）、国連機関、その他のドナーが協力して定期的かつ長期のモニタリングを行なうことができるような提携関係（三者委員会あるいは他の形態の組織の組み合わせ）が生まれている。

この調査によって、法律や保健サービスの中にセクシュアルおよびリプロダクティブ・ライツが十分に組み込まれていないことや、引き続きリプロダクティブ・ヘルス・サービスの質を改善する必要があることなど、現在までの進展が一様ではないことがあきらかになった。なかでも特に重要なことは、ICPD以降のサービスや政策の変更が、妊産婦死亡率にあまり影響を与えておらず、安全でない人工妊娠中絶が依然として妊産婦死亡の主要因であることである²⁶。

政府と市民社会のパートナーシップ

NGOは、女性の権利を守るために制度上のメカニズムを構築しようと政府と連携を進めてきた。コロンビア、コスタリカには新しく女性省が設立され、中国、フィジー、イラン、マリ、ナイジェリアは、ICPDと北京会議から生まれた女性に関する行動計画を施行した。ジンバブエでは、政府とNGOがジェンダーに関する新しい政策について国内協議を開始した²⁷。

ガーナでは、NGOと市民社会組織が、政策策定に参加している。人口問題を調整する責任をもつ政府の最高機関は国家人口協議会であるが、そこにはNGOの代表が加わっている。NGOは、ガーナの「リプロダクティブ・ヘルスに関する政策およびサービス基準」の文書作成にも参画してきた。ボツワナとタンザニアでは、女性問題の活動家が政府機関と一緒に、レイプ、特にHIV陽性だとわかっている人によるレイプに対してより厳しい罰則を科す活動に取り組んできた²⁸。

フィリピンでは、「フィリピン女性の

NGOの
ネットワークは
リプロダクティブ・ヘルス/ライツを
各国および国際社会の課題として
掲げている

メキシコでは、
女性NGOの
ネットワークが
政府機関との連携を
築くために
活動している

役割に関する全国委員会」が、8つの市民社会組織およびNGOネットワークと共同で、「カイローコペンハーゲン—北京の共通課題会議」を開催し、行動計画の目標達成に向けて政府のプログラムを進展させるフォーラムを継続的に開催している。モロッコでは、1998年に設置された国家人口委員会が、NGOと連携した提唱活動を実施している²⁹。

メキシコでは、「女性・人口政策全国フォーラム」という女性NGOと学術機関計70団体のネットワークが、互いに連携して政府との関係を改善する取り組みを実施している。ICPD行動計画の中で定義されたパートナーシップの概念によって、これまで政府官僚と交渉することに不慣れだったメキシコの女性の権利拡大運動はひとつの課題を課されたことになった。その上、両者には根深い相互不信が存在していた。しかし、フォーラム設立以来、NGOが政府機関とともにICPDの合意実行の責任を分かち合う提携関係樹立に向けた確かな動きがみられている³⁰。

東南アジアでは、アジア太平洋女性資料・研究センター（Asia-Pacific Resource and Research Centre for Women）とアジア太平洋開発センター（Asia and Pacific Development Centre）が、1996年に8カ国を対象にICPD行動計画実施環境調査を実施した。中国、フィジー、インドネシア、マレーシア、パキスタン、シンガポール、タイおよびベトナムにおける調査によって、政府との連携に関して、NGOをとりまく環境にはいまだに多くの問題が残ることがわかった。なかでも政策提言（アドボカシー）志向のNGOと政府との関係については微妙である。現状では、アドボカシーを行っているNGOはほとんど存在しない。女性NGOは、有効な政策提言の役割を果たす能力が弱いということもわかった³¹。

ペルー政府は、不妊手術は本人の十分な同意のある時のみに限って行われるという新しい規定を取り入れた。保健省が十分なカウンセリングなしに任意不妊手術のサービスを提供しているという女性NGOなどの主張に応じて、1997年8月に、ICPD行動計画の実施をフォローアップする三者委員会が設置された。この委員会は、NGO、大学、国際協力機関、政府機関の代表によって構成されており、持ち回り方式で運営されている。

同委員会は、保健省のプログラムの見直しを行った後、批判は多分に誇張されたものだが、サービスの質には問題があるという結論に達した。そして1998年3月から、保健省はカウンセリング手続きの強化、手術をする前の待機時間の義務化を実施し、サービス提供者と施設に対する資格基準を定めた。1999年4月、コスタリカもペルーの例にならって三者委員会を設置した。チリなど他のラテンア

メリカ・カリブ海地域の国でも同様の努力が行われている。

カナダでは、カナダ国際開発庁（CIDA）などの援助機関が、ジェンダーの平等を推進する市民社会組織の能力強化を支援している³²。経済協力開発機構の開発援助委員会（OECD/DAC）の加盟10カ国の調査によると、国内の女性組織と有意義な形で関わっていない国がある一方で、女性性器切除、人工妊娠中絶、女性に対する暴力などのデリケートな問題に取り組む女性団体を支援している国もあることがわかった³³。

現在UNFPAは、アラブNGO支援センターの拡大を支援し、NGO間のネットワークづくり・協力・調整を推進し、NGOの能力養成をはかることを目指している³⁴。「フューチャーズ・グループ・インターナショナル」の政策プロジェクト（米国国際開発庁（USAID）が支援）や、「人口・開発活動センター」（CEDPA）によるアクセス・プロジェクト（UNFPA、世界銀行、ユニセフ、USAIDその他30近くの財団が支援）などのプロジェクトを通じた国際援助によって、NGOの提唱（アドボカシー）活動やサービス活動が向上している³⁵。

上記の政策プロジェクトは、8カ国にある13のネットワークを対象に、女性の政策交渉能力を高め、ネットワーク全体としての提唱活動、人材養成、調査研究の能力を向上させることを目指している。一例として、ヨルダンでは、数多くの女性団体に提唱活動（アドボカシー）に関する研修を実施したのに加え、女性問題に関する調査研究に優先順位をつけることを目的とした全国規模のワークショップの実施を支援した。初回の調査は、1997年の総選挙での候補者ならびに投票者としての女性の参加に焦点を当てた。

南アフリカの例では、NGOの「女性の健康プロジェクト」が、3つの地方自治体と共同でリプロダクティブ・ヘルス・サービスの改革を目指して活動を行った。このプロジェクトでは、ケアの質を改善するだけでなく、社会的不平等、なかでもジェンダーの不平等が健康と保健サービスにどのように影響を与えているかについての理解を深めることを目的とした。

政府は、プログラムの立案・実施において、柔軟性にかけることがある。NGOと連携することで、柔軟性に富む革新的なプログラムの立案や実施が可能になる。政府の課題をプログラムという形にしていく際にNGOが担うことのできる役割がそこに存在する。ただし、連携が成功するには、相互支援の関係があること、既存の提携関係を効果的に利用すること、あらゆるレベルの政府官僚がこの考え方や過程を支援することが必要である³⁶。

市民社会のその他の部門との連携

ICPD以降、行動計画の実行のために、宗教団体や文化団体、国会議員、民間セクターの力を活用していくためのさらなる努力がなされている。

宗教指導者

宗教指導者は、信者に対する強大な権威と影響力をもって、人口・リプロダクティブ・ヘルスの諸問題を推進する上で、またICPD行動計画実施におけるパートナーとして、重要な役割を果たすことができる。

UNFPAはこれを認識し、宗教界の権威を関連の議論に参加させた。UNFPA アフリカ局は、1998年11月、サハラ以南アフリカの19カ国とその他の8カ国からイスラム教指導者と学者80人以上を迎えて、イスラム教と人口に関する国際会議をニジェールのニアメイで開催した。この会議では、特にイスラム教とリプロダクティブ・ヘルス、女性の地位、人口と開発に関して、行動計画の実施を一層進めることを提言した。

宗教指導者たちは、国レベルの活動への関与を深めている。現在ガーナでは、8つの宗教団体が、人口教育（家庭生活教育）を宗教活動の中に取り込み、子どもと性の問題について話すよう親に勧めるためのマニュアルを準備中である。

ウガンダでは、人口事務局が、全国NGO連合組織が実施する提唱活動やリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供について調整とモニタリングを行っている。そこには、カトリックとイスラム教の指導者が加わっている。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツを求めて結集した国会議員

国会議員は、政府と市民社会の連携を実現する上で特異な役割をもつ。彼らはいくつもの両者の架け橋的な存在であり、政府のプログラムを決定し、予算を配分するなど直接的な役割を果たすことができる。政策提言活動が盛んになったことで、ICPDの課題に関する国会議員たちの意識は高まっている。その結果、国会議員による運動も広がり、議員間でのロビー活動が増え、法律が制定され、議員たちの地域レベルや国際レベルでのネットワークもますます拡大している。

予算配分の減額ないし全額カットが決まっていた国で、議員の主張によって、その維持・持続が可能になった国がいくつかある。アジア太平洋地域では、議員も参加する会議やフォーラムを開催するプロジェクト2つにUNFPAが資金援助を行っている。

ICPD+5の一環として、1999年2月にハーグで開かれた3日間の国際フォーラムに103カ国から200人以上の国会議員が参加した。彼らは、政府がリプロダクティブ・ヘルス／ライツ、ジェンダーの公正、女性のエンパワーメント、女性性器切除を含む女性に対する暴力の防止に関するICPDの決定事項を実行するための立法化、政策提言、財源配分の増額を求める宣言に合意した³⁷。

民間セクター

民間セクターは、ICPD行動計画の実行に際して、いくつか重要な役割を果たす可能性がある。まず、消耗品、サービス、技術的ノウハウの提供で直接的な利害関係のある業者は、政府とともに、サービスや情報へのアクセスや料金の支払いができる人たちの市場を開拓するために努力することができる。彼らは、サービスと在庫管理・流通網の拡大に向けて相互に利益のある協定を結ぶこともできる。

第2に、彼らは自社の従業員に提供する福利厚生サービスのパッケージに家族計画とリプロダクティブ・ヘルス・サービスを含め、さらに、企業に対する規制の枠組の中にもそれを入れ込むことができる。

労働者に家庭生活の問題について情報と教育を提供することは、UNFPAが国際労働機構（ILO）と連携して長年追求してきた目標だった。参加企業にとっての直接利益としては、従業員やその家族の病気やストレスが減ることによって、生産性の向上が見込めることがある。近年UNFPAは、カメルーン、エリトリア、マラウイで、保健所やコミュニティーを通してのリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供、また公営企業・民間企業で働く労働者への家庭生活教育の実施を

囲み21

UNFPAと国会議員



連人口基金（UNFPA）は1969年の設立以来、国会議員と共に活動を実施してきた。

1979年、UNFPAは「人口と開発に関する列国議員会議」をスリランカのコロンボで開催した。その後も、一連のアジア議員会議を開き、そのうち1982年に北京で開催された会議は、「人口と開発に関するアジア議員フォーラム」の設立につながっている。

近年になって、「アメリカ地域人口・開発議員グループ」や「人口と開発に関するアフリカ・アラブ議員フォーラム」をはじめ、アジア以外の地域の国会議員グループも支援している。

このような世界の各地域ごとの議員グループは、1999年2月にハーグで行われたICPDの見直しに関する「国際議員フォーラム」の開催において、重要な役割を担った。

目指して、労働省への支援を実施している。

インドの大手企業グループであるタタ社は、特に成人のリプロダクティブ・ヘルスに関連し、また若者に焦点を当て、さらにHIV／エイズの予防に注目して、行動計画の実行を進展させている。タタ・グループは、大胆にさまざまなアプローチを試みている。同社は、若い女性が保健サービスを受けたり家族計画クリニックに出かける上でその承認が欠かさない姑と、提携関係をつくった。同社はまた、協議会を開き、ユースクラブとボランティア組織が運営する地域に根ざしたクリニックを開設するための支援を実施した。

企業の連合組織やコミュニティー・グループもまた、重要な役割を果たすことができる。国際ロータリーは、その組織網を駆使して、草の根で人口・開発問題に対する意識を高める基盤を提供した。国によっては、(多くの場合他国のロータリーやロータリー財団、二国間援助機関の支援を受けて)人口活動に対する財源を生み出しているロータリー・クラブもある。ロータリーでは、人口圧力の削減、環境悪化の防止、貧困撲滅を目指すコミュニティーに根ざしたプログラムを奨励している。

国際ロータリーは、1995年にセネガルで「国際ロータリー・人口開発奨学金」を設け、その活動を、他の関心をもつ国内協会にも拡大している。この奨学金は、今では国際ロータリーの中で最大の奨学金制度となっている。

タイにある「エイズ企業連合」は、こ

の疾病と闘う活動に現物支援を行う126の企業で構成されている。

医師会

英連邦医師会や国際産婦人科医連盟とその国内加盟組織などの医師会は、良質のリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスの拡大を主張してきた。これらの組織は、WHO、UNFPA、ユニセフその他の国際機関が、基本的人権を守る国内・国際的な行動規範ならびに医療基準を策定するのを支援している。彼らは、(その中でリプロダクティブ・ヘルス・サービスが提供されるような)広範囲の保健政策環境を構築する上で重要な役割を果たすことができる。

パートナーシップの強化

現状での制約

政治的意思と財源の必要性 NGOを人口プログラムの立案・実行過程に参加させている政府は増加している。しかし、そのかわりには、政府主導のプログラムの一部としてNGOが参加しているという形が多い。ICPD行動計画は、政府に女性団体などのNGOと共に活動するよう義務づけているが、これまでに成立した関係の中には、政府がNGOにサービスを委託した、というものがある。こうした委託関係では、家族計画、場合によってはリプロダクティブ・ヘルスのサービスを専門とするNGOに有利になる傾向がある。多くの国では、コミュニティーの活用、提唱(アドボカシー)活動、セクター間にまたがる政治行動を通じて長期的な女性のエンパワーメント、ジェンダーの公正、社会変革を目指すNGOを支援することに関しては、政府のコミットメントや資金援助が比較的乏しい³⁸。

プログラムの計画段階でのパートナーシップの不足 さらに、援助機関は参加と連携を推進してきているものの、政策立案やプログラム実行の過程において市民社会組織やNGOを支援するという点では、常に成功してきたわけではない。OECD/DACに加盟している10の加盟国組織に関する調査では、すべての組織が、提携関係の構築、利害関係者による協議、利害関係者の巻き込み、といった点を強調しているが、実際の政策協議となると、援助機関および非援助国の関係省庁に限定される傾向があることがわかった。概して市民社会組織、特に女性団体は、協議や対話の過程から外されることが多い³⁹。

パートナーシップについての共通理解の欠如 多くのNGOが、ICPD行動計画の実行に政府と共にNGOが「参加

囲み22

避妊具(薬)のニーズを満たすために民間セクターを巻きこむ

リプロダクティブ・ヘルスの物資管理に関するグローバル・イニシアティブ」の下で、国連人口基金(UNFPA)は、各国が今後10年間の避妊具(薬)とリプロダクティブ・ヘルス関連物資の需要をどう満たせばいいのかを判断することを支援している。

このイニシアティブでは、全国的な需要を推計し、その需要を満たす戦略を検討するための技術支援を行う。また、政府と物資供給業者との交渉を円滑にし、さまざまな国から専門家を集め、それぞれのニーズとアプローチを比較対照する。ドナー(援助国・機関)を含めた諮問グループは、定期的に会合をもち、物資供与の調整改善に貢献している。

この事業の主な目的は、民間セクターとNGOの関与を深めて、手頃な価格の製品やサービスへのアクセスを向上させ、全額自分で支払うことのできないグループのために公的資金を回すことにある。

UNFPAは、インドの国家プログラムの一環として、一時的な避妊方法を利用しやすくするために、民間セクターの生産業者と販売業者との会議を開催した。この会議の意図は、妊娠の間隔をあげたいと考えている人たちに多くの選択肢を提供することである。

Source: UNFPA. 1999. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1997*.

するということがどういうことなのかをよりよく理解してもらう必要があると感じている。NGOは、プログラムの企画・軌道修正の権限がないまま、すでに実施中のプログラムに参加招請を受けることが多い。なかには、自分たちは対話や提唱活動（アドボカシー）を通して貴重な役割を果たせるパートナーとしてではなく、既定のプログラムを実施する道具としてだけみられているのではないかと感じているNGOもある⁴⁰。

調整の必要性 政府、NGO、民間セクターがそれぞれ行っているリプロダクティブ・ヘルス・プログラムの間でほとんど調整が行われていない。これらのプログラムは、個別に、しかも並行・重複して実施されている。

以上の他にも制約としては、財源不足、NGOならびに政府の組織的な能力の不足、人的資源と熟練したスタッフの不足、NGO間の調整不足、政府とNGOの間の信頼関係の不足、市民社会による問題意識または理解の欠如、パートナーシップの重要性についての意識または理解の欠如、政治的コミットメントの弱さがあげられる。

信頼できる資金の提供

さまざまな協議会の場で何度も繰り返されてきたひとつの提言は、政府に対しては、NGOと市民社会組織の参画に用途を指定したコア・グラント（無償資金援助）を提供すること、国際援助機関に対しては、被援助国のプログラムの一定割合をNGOと市民社会の参加に割り当てることである。

チャド政府は、世界銀行の国際開発援助を使って、何百万ドルもの特別基金を設立し、人口分野で活躍するNGOを援助した。ガボンでは、UNFPAの援助によって、若者NGOの全国ネットワークが設置された。カトリック青年運動連盟という強力な組織がこのネットワークに加盟している。ガンビアでは、提唱（アドボカシー）活動およびリプロダクティブ・ヘルス、セクシュアル・ヘルス、家族計画のプログラムを実施しているさまざまなNGOに対して、政府が資金その他の資源を配分した。

UNFPAが資金拠出しているインドのプロジェクトでは、プロジェクト資金総額の10%がNGOを通して使われている。同じくUNFPA拠出のフィリピンのプログラムでは、リプロダクティブ・ヘルス・サービスに用途を特定された資金の約25%が、NGOによるプログラムに使われた。

組織力の強化

少なくとも44カ国で、NGOが他の組織との協力や財源・人材の活用をはかる

などして、組織としての持続性を強化するためのイニシアティブをとっている。しかし総体的にみてほとんどの国では、組織としての財政面での持続力強化、ネットワークづくり、透明性の向上、説明責任（アカウンタビリティ）の向上、対象グループのニーズへの敏速な対応、人口活動への一般からの支持や資金援助をさらに活用するという点での進歩はあまりみられていない。

市民社会組織の専門性を高め、強化するメカニズムには、NGOの管理能力や運営能力を高めるための研修・研究センターの設置、またNGOの資格を認証し、NGO活動の基準を設定する独立機関の設立が考えられる。

UNFPAとNGO

ICPD以降、UNFPAは、積極的にNGO、政府、国際社会との協力を推進・強化する努力を行っている。

UNFPAは、NGOとの協力を推進するために、UNFPA独自のNGO諮問委員会を設置した。そこでの議論では、特に、男性の責任と参加、ケアの質、女性に対する暴力、有害な社会的慣習など特別な注意を要する問題が取り上げられている。1995年以降の年次会議で、同諮問委員会は、UNFPAに対しては国際レベル、国レベルでの行動を促す提言を行い、またNGO、政府およびドナー（援助国・機関）に対しても多くの提言を行った⁴¹。

1997年、UNFPAと「女性の環境・開発組織」（Women's Environment and Development Organization）は共同で、ジェンダーの平等と公正および女性のエンパワーメントに関する提唱活動を実施した。同時に、世界中の女性NGOの中から、組織能力養成のための1回限りの補助金を交付する国内NGOおよび地域に根ざしたNGO、25団体を選定した⁴²。

UNFPAは、プロジェクトやプログラムの執行機関としてのNGOの活用を拡大している⁴³。NGOを通しての支出は、1991-1994年の期間の9200万ドルから1995-1998年の期間の1億6300万ドルに増加し、率にして77%も増えている。132ものNGOが、UNFPA拠出の地域間または地域内プロジェクトの執行機関の候補として認められている。

1996年12月、UNFPAは、国連難民高等弁務官事務所（UNHCR）／国連人権センター、国連女性の地位向上部（DAW）と共同で、「リプロダクティブおよびセクシュアル・ヘルス/ライツを中心とした女性の健康に関する人権の視点からのアプローチ」と題する人権条約機関の円卓会議を開催した。ニューヨーク州グレン・コブで開かれたこの会議は、6つの条約機関のすべてと国連システムならびにNGOの代表が集まって実質的な問題を話し合う会議としては初めてのものだった。

NGOの
財政面での持続力強化
透明性の向上
対象グループのニーズへの
敏速な対応
という点での進歩は
あまりみられていない

参加者たちは、人権関連条約の解釈について検討し、リプロダクティブおよびセクシュアル・ヘルス関連の権利を促進し、モニタリングするための新しい手続と指標について議論した。この円卓会議の主要な成果は、条約組織、国連機関、NGOに対して、ジェンダーに敏感なリプロダクティブ・ライツと人権の視点をそれぞれのプログラムの中に統合していくことを呼びかけたことである。

UNFPAは、国連女性の地位向上部(DAW)とUNHCR、国連女性開発基金(UNIFEM)、女性差別撤廃委員会(CEDAW)と連携して、グレン・コブ会議での提言の実行努力を支援している。その活動には、UNFPA、政府、NGOのスタッフに対して人権の枠組内におけるリプロダクティブ・ライツに関する研修を実施すること、CEDAWの専門家をUNFPAのプログラム計画段階に参画させること、政府、NGOならびに条約機関が協力して、加盟国がCEDAWに報告するメカニズムを強化すること、提唱活動に関するセミナーを開催することなどが含まれる⁴⁴。UNFPAの44カ所のフィールド・オフィス(現地事務所)は、各国のNGOがCEDAW向けの「影のレポート」を作成するのを支援するように奨励されている。そのレ

ポートは、セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルス・サービスを利用する際に女性が受ける差別の撤廃に関するものである。

1997年、UNFPAは、UNIFEMなどが行っている女性に対する暴力に反対するラテンアメリカ全域の国連キャンペーンに加わった。このキャンペーンは、長期にわたってジェンダーの暴力に取り組むよう発言してきた女性の権利推進活動家に影響されたものである。この運動を通して、政府、女性グループとNGO、大学、医療関係者、学生、マスコミ、警察、宗教団体、国連専門機関の間の提携関係が制度化されることが期待されている⁴⁵。

UNFPAは、他の国連機関、ドナー、各国政府ならびに市民社会組織と連携し、国連プログラムの企画段階での調整を促進する上でも積極的な役割を果たした。UNFPAの事務局長は、「すべての人のための基本的社会サービスに関するタスク・フォース」の委員長を務めている。同タスク・フォースは、国連の現地駐在調整官が各国の開発計画策定を支援するのに用いるガイドラインを配付している。さらにUNFPAは、援助の重複を減らし、能力や長所に応じて仕事を配分し、市民社会組織を含む利害関係者すべてを開発努力に巻き込んでいくことを追求する「国連開発援助の枠組」の策定にも関与している。

困み 23

効果的な連携を可能にする環境

1 1998年、国連人口基金(UNFPA)と国連人口部は、ICPD行動計画実行のための市民社会との連携に関する円卓会議を開催した。この会議では、すべての政府は、以下の活動によって政策、戦略およびプログラムの立案、実施、モニタリング、評価における市民社会の参画を行うべきであるという提言を行った。

- 対話を進めるための共通の場を構築する
- 概念、前提条件、課題、優先事項を再検討する
- 他のパートナーの経験に耳を傾け、尊重する
- さまざまなパートナーの比較長所をみきわめ、その長所を伸ばし、また既存の関係を活用する
- 主要な問題点と関係者と組織を見きわめる
- パートナー間相互の説明責任を明確にし、透明性を確保する
- さまざまなレベルで合同行動計画を作成する
- あらゆるレベルで能力強化をはかり、持続性を確保する
- 連合関係やネットワークづくりを奨励する
- ICPD行動計画実施状況のモニタリングを続ける

Source: UNFPA. 1998. *Partnership with Civil Society to Implement the Programme of Action, International Conference on Population and Development. Round Table Meeting. Dhaka, Bangladesh, 27-30 July 1998.*

資金の調達



Mark Edwards / Still Pictures

開発への投資

国連人口基金（UNFPA）が100万ドルの活動資金で事業を開始してから30年後の現在、人口・開発関係の財源は全世界で数十億ドルに達している。国際人口開発会議（ICPD）での歴史的な合意から5年、そこで設定された諸目標は、人権と個人の福利（ウェル・ビーイング）を推進し、貧困と闘い、国と地球全体の安全性を向上させるために必要なものとして世界的に受け入れられている。

ICPD行動計画の中で定義されている、開発途上国における人口とリプロダクティブ・ヘルスのための包括的なパッケージには、2000年までに170億ドルの費用がかかるが、それは総合的な開発戦略の重要な一部分として認識されている。

開発途上地域で、社会サービスの完全なパッケージを実施するためには、リプロダクティブ・ヘルス以外にも基礎的保健、基礎教育、栄養、安価な水と衛生を加える必要がある。このパッケージの年間コストは、2000年には1990年のレベルを300-400億ドルの範囲で上回ると推計されている¹。

上写真：コロンビアの首都ボゴタの貧困地区。労働者が道を修理している。貧困撲滅と人々の生活の質の向上のためには、開発援助の増額が不可欠である

資金不足

世界の現実、これらのニーズを充足するにはほど遠い。社会的な目的だけでなく、経済的な目的なども含めたあらゆる分野の政府開発援助（ODA）は、1992年の約610億ドルから1997年には476億ドルに減少している。一方で平和維持活動や緊急援助の需要は劇的に増加してきている。

ICPD行動計画への拠出は今世紀末までに必要と予測された総額をはるかに下回っている。援助国も被援助国も共に予測されていた費用の分担額（それぞれ57億ドルと113億ドル）には達していない。援助国側はおよそ19億-20億ドルを提供しているのみである。被援助国の年間拠出77億ドルのほとんどは開発途上国の中でもごく少数の国が拠出している。

NGOや財団を含む民間セクターがこれらのギャップを埋める手助けをしており、サービスを利用者負担にすることで、開発途上国でも財源が捻出されている。しかしながら、途上国・援助国を問わず、本来政府が担っている責任を肩代わりできるものは存在しない。ほとんどの国のほとんどの人々が、ある程度は公共の教育とヘルスケア制度に依存しており、貧しい国々の貧困層の人々は、さらにそれに依存する割合が高い。

資金面の課題

資金不足は人口問題に限られているわけではない。それには次のような一時的かつ構造上の原因がある。

- グローバル化の圧力
- 国家間の貧富の差の拡大
- 国内における貧富の差の拡大
- 援助国の開発援助に対する政治的公約（コミットメント）からの後退

さらに加えて、開発途上諸国は財政・経済危機を乗り越えなければならず、また公共支出の削減に力点を置いた自国経済の「構造調整」を敢行する必要があった。

構造調整プログラムは、公共セクターの支出を削減することによって、国の経済開発の可能性を高めることを意図している。しかし、構造調整は貧困層により大きな影響を与えている。彼らは、無料または廉価な公共サービスに依存しているからである。公共サービスが削減されたり、サービスに料金が必要になったりすると、貧困層には頼るべき場がなくなる。この現象はすでに教育や保健その他の分野においても報告されてきている²。

以上のことすべてがICPD行動計画の実行に影響を及ぼしてきた。

どのような対策が必要か

ICPD行動計画を机上の論議から実行に移すための資金調達、資金の問題であると同時に政治的公約（コミットメント）の問題でもある。そのためには、次の分野への投資をさらに増やす必要がある。すなわち、公共セクターの再編・改革と人的資源を最大限に活用するための採用・トレーニング・動機づけの分野である。そのためには次のことが求められる。

- ICPDですべての国が行った**総合的な財源を増やす努力**をさらに進める。
- すでにある国際援助、公的資金、民間資金の中で**リプロダクティブ・ヘルスを含む基本的な社会サービスが占める割合を増やす努力**をさらに進める。
- **効率性の向上**。地域の実情によっては、さまざまな活動を行うことで効率を上げることができる。
- 財政状況を改善し、最も必要とされている場所に情報やサービスを提供するための政府、市民社会およびドナー間の**パートナーシップ**。

新たな開発援助資金を見つけること、それを最も創造的な方向に向けてゆくことはどちらも、各国にとって大きな課題であると同様、国際社会にとっても大きな課題である。

資金の増加に向けて

開発途上国では3つの変革が同時進行的に起こっている。ひとつは、基本的保健サービスの定義が変化し、それらのサービスを統合する方法に変化が起きていること、2つは、公共サービスシステムの中で中央から地方への責任の委譲が行われつつあること、そして3つ目には、公共サービスの役割と規模に関して、その定義が再検討されていることである。

人口・リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの実施に必要な外部からの資金援助が増加すれば、各国が上記のような変革を進める手助けになると同時に、その変化を有効に活用してICPDの提言を実行することができる。例えば、

- 変化しつつある環境の中で、受益者のニーズや優先事項に十分に対応できるようなプログラムを計画し、実行する。
- 物的・人的資源および制度的基盤の強化を支援する。
- 技術支援および物資援助を行う。

そして、以下のことを行うには、さらなる外部援助および国内資金の調達が緊

援助国側は年間およそ19億ドルを拠出しているが、これはICPDの行動計画を実施するのに必要な57億ドルの分担金の3分の1にしかない

急に求められる。

- 開発に必要な投資を求める提唱活動（アドボカシー）の拡大
- プログラムの立案・実行・監視（モニタリング）をするために必要なデータの向上
- 量的に増大し、多様性を増しているサービスに対する要求とニーズへの対応
- セクシュアルおよびリプロダクティブ・ヘルスを含む保健サービスの質の改善
- サービス提供者側が作っている自発的なサービス利用にとっての障壁—例えば、貧困状態、地理的立地、ジェンダー、年齢、あるいは特定の民族的集団や文化的集団などによる障壁—を排除するためのスタッフの再教育
- サービスが行き届いていない階層、特に貧困層に対する情報とサービスの拡大
- 情報や機会を制限する文化的・社会的・経済的な障壁への取り組み
- 中央レベルから地方レベルにいたるまで、プログラム実施に必要なスタッフの採用、教育・トレーニング、定着、動機づけの改善

資金拠出の現状

リプロダクティブ・ヘルスを含む人口・開発プログラムへの世界規模、地域レベルおよび国内レベルの資金の流れに関する推計は、1997年に各国・諸機関へ報告された情報に基づいている³。

外部援助

援助国は年間約19億-20億ドルの資金を提供している。オランダ、ノルウェー、デンマークなど1990年代の主要援助国は、GNP（国内総生産）に占める開発援助（人口分野も含む）の割合が比較的大きい。また、この他にも、とりわけオーストラリア、フィンランド、イギリスが人口分野への援助の配分を増加させている。一方、アメリカは現在も人口関連の活動に関して援助国をリードしているとはいえ、最近はその支援の水準を落としてきている。

日本は、1986年以来UNFPAに対する最大の拠出国であり、また、1994-2000年度までの期間、世界の人口問題に対して国際的な支援を行うという公約を達成している。

アジアのリプロダクティブ・ヘルス・

プロジェクトを支援する欧州委員会（EC）・UNFPA共同プロジェクト（49頁参照）は、EC加盟国がICPDに先立って宣言した公約を実行するという意思を表す一例である。しかし、ECの人口のための基金を官僚機構の中で円滑に動かすというプロセスを簡略化するには、改善の余地が多い。

ドナー（援助国・機関）の支援が増加するという見通しの中には、20/20イニシアティブが推進されることが含まれる。これは、先進国はODAの20%を、開発途上国は国家予算の20%をそれぞれ基本的な社会サービスに対して割り当てることを相互に公約したものである。1996年オスロで開かれた20/20会議で合意された定義によると、この基本的な社会サービスの領域とは、①基礎的保健、②基礎教育、③家族計画とセクシュアル・ヘルスを含むリプロダクティブ・ヘルス、④栄養、⑤基本的な水供給と衛生である⁴。

世界銀行は、リプロダクティブ・ヘルスを含む基本的な社会サービスのための資金を調達しつつある。例として、重債務貧困国の債務負担軽減措置などが挙げられる。世界銀行はまた、貧困層が経済的困難や社会変化に対応することを援助したり、難民や緊急事態によって退去させられた人々を支援したりするために、36億ドルを提供している。

これと並行して世界銀行は、健康・栄養・人口、教育、その他の社会保護部門の3分野に対する融資を行っている（1998年に84億8000万ドル）。世界銀行からの貸し出しは、直接援助、セクター間にまたがる援助、保健改革を通して行われる援助を含めて、統合的なリプロダクティブ・ヘルス・プログラムの支援が次第に増加してきている。

囲み24

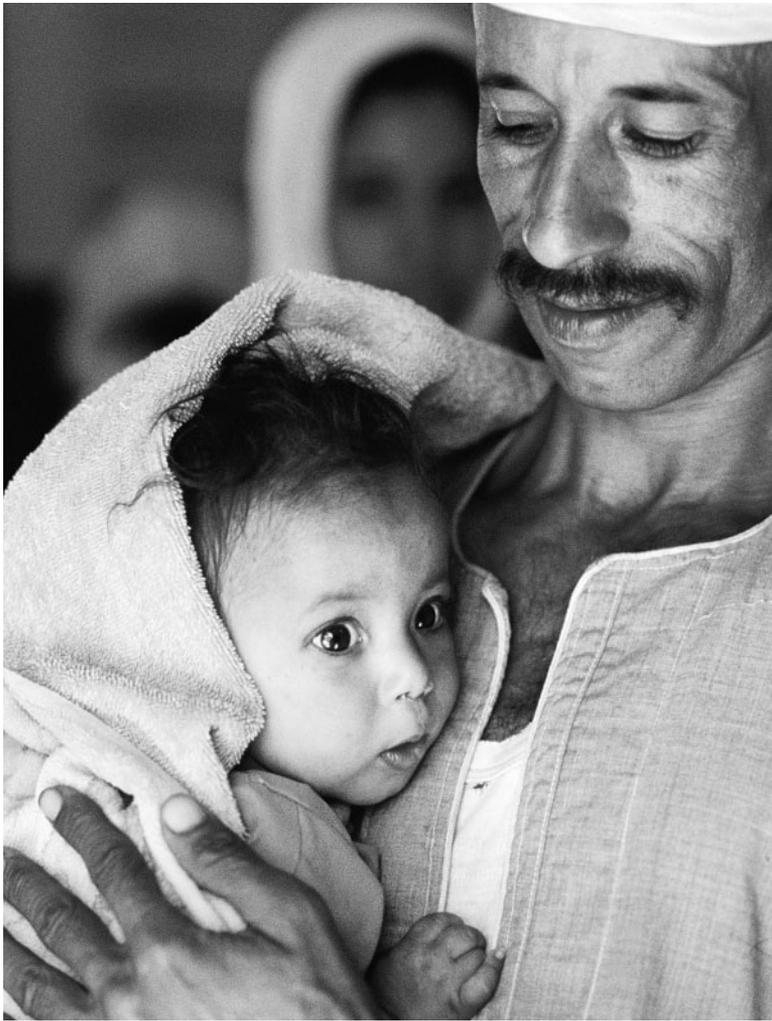
債務救済と財源の問題

貧 困国の多くが、自国内の難問に加えて巨額の対外債務を背負い込んでいる。基本的な社会投資の大切さを理解する前に、貸し出し機関の提言に従って債務を増やした結果である。債務の元利払いが保健や教育に対する国家予算の配分額の数倍に達している国もある。

援助の手

債務負担を軽減させるための新しいメカニズムのひとつとして、債務の返済をなくす代わりに社会投資を増額させるというものがある。ウガンダはすでに国際金融機関との間で「債務スワップ」を協議しており、他にもその可能性を検討している国々がある。ウガンダが債務スワップで節約した資金は、主に初等教育を無料にするのに使われている。就学率は2年間で54%から90%に跳ね上がり、他の重債務国と顕著な対照をみせている。

ドナーは、中央アメリカで起きた自然災害に対応して、二国間債務をある程度免除している。世界銀行と国際通貨基金による「債務救済プログラム」（重債務貧困国イニシアティブ）の拡大が、ドナー側から提案されている。ICPD行動計画実行の5年目の評価では、さらなる救済方法の探究を求めている。



エジプトの父と子。リプロダクティブ・ヘルスと家族に対する男性の責任感を向上させることも含めて、ICPDのアジェンダを実施するためには外部援助が重要となる。

助成財団からの寄付も重要なものになってくる。1996年には、フォード財団、ロックフェラー財団、マッカーサー財団、ヒューレット財団およびメロン財団⁵が、人口関係の活動に対して1000万ドルから3000万ドルをそれぞれ寄付し、1997年にもほぼ同額を寄付している。1998年1月に、パッカード財団は今後5年間にわたり国際的な人口・リプロダクティブ・ヘルス関連プログラムに対し3億ドル以上を拠出すると発表した。

1997年にテッド・ターナー氏が10億ドルの基金で設立した国連財団（the United Nations Foundation）は、その初年度の援助総額のうち、1200万ドルを超える額を各種のリプロダクティブ・ヘルスと女性のエンパワーメントのためのプロジェクトに供与した。その中には思春期のリプロダクティブ・ヘルスとセクシュアル・ヘルスに関するプロジェクトがいくつか含まれている。

ウイリアム・H・ゲイツ財団は地球規模で保健と教育の改善を目指す努力を支援しているが、開発途上国間の協力を支援するために、UNFPAにその使用を特定した上で、170万ドルを国連に寄付している。今年、同財団は、コロンビア大学公衆衛生学部が行っている妊産婦死亡の減少を目指す事業に対して、多年度にわたる5000万ドルの助成金を提供した。歴史的

にみて、妊産婦死亡の減少はリプロダクティブ・ヘルスに関わるすべての問題の中で最も解決が困難な領域である。さらに同財団は、ジョンズ・ホプキンス大学が行っている開発途上国のリプロダクティブ・ヘルス専門家養成事業を支援する目的に特定して、2000万ドルを提供している。1999年6月、ビル&メリンダ・ゲイツ夫妻は、同財団の基金に50億ドルを追加し、利用できる資金額を倍増させた。

国内資金

1997年に開発途上国の政府とNGOが国内財源から人口関連プログラムに費やした資金総額は、全世界でおよそ70億ドルであると推測されている⁶。さらに、より不確定ではあるが、開発途上国の民間チャンネルがこれ以外にさらに10億ドルの拠出をしたと推測される。

しかしながら、行動計画にある人口とリプロダクティブ・ヘルスのパッケージの実行に何が費やされているかを正確に把握することは非常に困難である⁷。会計システムが計上するのは、提供されたサービスではなく、給与や消費費のような一般的な支出だからである。ICPDというパッケージとは、プライマリー・ヘルス・ケアを通じて行なわれるサービスだけを計算し、病院でのケアやその他の高度医療システムで必要とされるようなサービスは計算しない。

さらに重要なのは、「個人の財布からの出費」を調べるのが難しいことである。すべての国が家計支出調査を実施しているわけではなく、その調査でも、必ずしも特定の保健サービスについての設問があるとは限らない。家族計画・母子保健サービスへの支払いに関する情報は増えているが⁸、その中では、リプロダクティブ・ヘルスの他の分野に関する出費を扱っていない。

人口・リプロダクティブ・ヘルスのプログラムに最も多くの国内資金を投じているのは、アジア太平洋地域のプログラム実施国である（50億ドル以上）。ラテンアメリカ・カリブ海地域（10億ドル以上）がそれに続いている。西アジア、北アフリカ、サハラ以南のアフリカ諸国での国内調達額はこれ以下になる。移行経済諸国では、1億ドルを超える額が調達されたと推測されている。

この国内調達資金総額の大部分を占めるのは、少数の大国の資金である。中国、インド、インドネシア、イランおよびメキシコの支出を合計すると55億ドルに達するが、これはリプロダクティブ・ヘルスと家族計画サービスのための国内調達資金全体のおよそ80%にあたる。これ以外の大部分の開発途上国、特に51の後発開発途上国には、国内のニーズを満たすだけの公的資金も民間資金もない。

いくつかの分野では、資金不足の影響

がすでにあきらかになってきている。ICPD行動計画では、性感染症（STD）／HIV／エイズ予防プログラムのために、2000年には13億ドルが必要であると提案しているが、現在のレベルは年間5億5000万ドル以下である⁹。予防プログラムは、性感染症／HIV／エイズの蔓延を後退させるにあたって最も費用効果の高い戦略である¹⁰。HIV感染者やエイズ患者のケア、およびその影響を受ける家族、地域社会あるいは国家を支援するためには、ICPDで予測された以外の資金も必要となる。

多くの国が民間セクターやNGOの貢献を増やそうとしている。1994年以前に、37カ国以上で民間セクターによる事業（多くは政府の補助金付きで避妊具（薬）を市場販売する事業）が始められていたが、ICPD以降さらに9カ国がそれを開始している。現在、ボリビアやメキシコなどいくつかの国では、国民保険制度の枠組内にリプロダクティブ・ヘルス・サービスを組み入れている。特に貧困層や社会の周縁に追いやられている層にまで到達するという点で技術的・管理的問題が多くあるとはいえ、民間セクターの参加は今後増えることが予想される。UNFPAの共催で民間セクターが事業を進めることは、民間セクターの関心を高め、パートナーシップを促進し、リプロダクティブ・ヘルスのニーズを満たすことにつながる。

効率の向上

効率を上げるためには、現行のサービスとその改善の両方に対して多額の初期

投資が必要になる。例えば、保健部門の改革によって、大きな利益が還元されるが、その移行にかかるコストを過小評価すべきではない。

効率を考える場合、それだけを切り離して捉えることはできない。例えば、アドボカシー（提唱活動）は、サービスの需要を刺激するのに効果的であるが、その時にサービスが需要に十分に対応できるように改善される必要がある。照会のシステムはクリニックのサービスを補うものとして有効であるが、それは照会先が適当な場所にあり、搬送されてきた新たな患者を受け入れるだけの体制をもっている場合に限られる。

投資は、後になって効果が上がることが多い。先進国は、より多くの施設が産科も含めたあらゆる種類の緊急事態を扱えるように設備を備えることで、妊産婦死亡率を今日の非常に低いレベルにまで引き下げた。また、自己薬物療養をしているすべての結核患者をモニタリングするというような、一見非効率にみえる投資もあるが、そのような投資の中には後になって効果をあらわすものもある。初期投資がきっかけで、確実にその投資に見合うような、より費用効果の高い方法が開発されたのである。

意思決定の時に効率を第一義的に考慮するとしたら、その結果は、できる限り広範な価値と利益が反映されているかどうかという点で測られなければならない。家族計画プログラムの費用効果が出生回避によって測定されていた時期には、一時的避妊法（経口避妊薬（ピル）、IUD、注射法、バリア法など）よりも永久的避妊法

保健サービスの
質と効率を
向上させるためには
多額の初期投資が
必要となる



インドの村の学校にて。教育などの基本的な社会サービスが資金不足によって悪影響を受けている。その資金不足の一端は、開発援助の減少によるものである。

(不妊手術など)に重点が置かれていた。しかし今日では、費用効果の測定に、避妊具(薬)の選択肢の多さやライフサイクルの様々な時点でどの避妊方法が有効であるかというケアの質を含むことを追求している。

健康のためのパートナーシップ

政府も市民社会も、保健サービスを保証するのは基本的に公共セクターの仕事であるということに合意している。同時に一方で、民間セクターの役割についての議論がある。

ICPDの行動計画は、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供するには、必然的に多くの機関が参加するパートナーシップが必要であることを認めている。さまざまな公共組織と民間組織に、サービスの提供者あるいは資金提供者としての適切な役割を割り当てることは、原則にもとづいて議論をするべき問題であると同時に、実践的な実験の問題でもある¹¹。

誰が負担するか?どのように決定すべきか?

世界銀行の試算によれば、開発途上国は所得の高い国に比べて、保健分野への支出額が少ないばかりでなく、保健分野

の支出に占める公的資金の割合も低いことが多い。

フィリピン¹²とバングラデシュ¹³における国家保健会計に関する最近の研究によれば、リプロダクティブ・ヘルスへの民間支出がこれまで認識されていた額より増えており、公共支出を上回っているかもしれないという。公共、民間を問わず、保健関係の支出の多くは治療に向けられている。もし臨床的に危ない状態でお金が必要になれば、人々は何としてもそれを工面する。一方、リプロダクティブ・ヘルス・ケアは多分に予防的なものであり、そのために進んでお金を払うという意思はあまりみられない。さらに家族計画は病気を予防するものではなく、妊娠を防ぐものである。

リプロダクティブ・ヘルス・サービスを民間財源に依存する程度は、国によってかなりの違いがある。たとえばブラジルやコロンビアのような国では、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供においてNGOが主要な役割を果たしている。他のラテンアメリカ諸国では、文化的・政治的な配慮から、政府の関与が限られているか、民間セクターの方が好まれている。ラテンアメリカでは、あらゆる保健関連支出の半分以上が民間からの拠出でまかなわれていることもあり¹⁴、民間資金によるリプロダクティブ・ヘルス・ケアの割合は、おそらくさらに大きくなる。一方、アフリカやアジアの多くの国々では、政府が主たるサービス提供者である¹⁵。

表 2: 保健に関する公共支出および民間支出¹⁷

	保健分野の支出		保健分野の1人当たり支出
	公共支出 (対GDP比率)	民間支出 (対GDP比率)	購買力平価 (ドル)
世界全体	2.5	2.7	527
低所得国	1.0	3.2	52
中所得国	2.4	2.0	183
低中所得国	2.2	1.7	119
高中所得国	3.0	3.1	427
低所得国および中所得国	1.8	2.5	133
東アジアおよび太平洋地域	1.8	1.8	118
ヨーロッパおよび中央アジア	3.9	1.0	279
ラテンアメリカおよびカリブ海地域	2.6	3.7	412
中東および北アフリカ	2.3	2.4	176
南アジア	0.8	3.8	57
サハラ以南のアフリカ	1.7	1.5	82
高所得国	6.0	3.6	2,280

出所: The World Bank 1999. *World Development Indicators 1999*. Washington D.C.: The World Bank.

民間セクターへの 移行を増やすことが 貧しい人から 保健サービスを奪う ことになっては ならない

政府や公的援助組織によるリプロダクティブ・ヘルス・サービスへの資金拠出、ならびにICPD行動計画の中に記されたそれ以外の開発戦略に関する議論は、非常に重要で基本的なものである¹⁶。政府およびドナーはつぎのことに補助金を出すべきである。

- 個人がその支払能力に関係なく利用できるべきではないと社会的に認められているサービス
- 個人だけではなく社会全体にとっても利益になる活動
- 民間セクターにとって、サービス提供の動機がほとんど、あるいはまったくないようなサービス
- 貧困を減らす助けになるようなサービス

最初の項目は、公正と権利の原則に基づいている。健康の権利、ジェンダーによって差別を受けない権利、および子どもの数と出産間隔を決める権利は人権の基本的な部分である¹⁸。

2番目の項目は、社会全体の利益を認めている。例えばこの中には、性感染症の社会的影響を弱めること、人口増加とそれに伴う環境の劣化によって生じる公共支出を削減すること、および女性の参画の拡大によって開発の速度を速めることが含まれる。

3番目はリプロダクティブ・ヘルス・サービスの調整と監視（モニタリング）、評価（テストング）、研究・開発に対する投資を正当化するものである。これはまた、リプロダクティブ・ヘルスの情報の普及への支援を正当化する。情報が多くなれば需要が高まり、民間によるアプローチが促進される。しかし、行動計画では、個々のセクターに対してどのように責任を割り当てるかに関する原則の決定は各国に任せている。同様に、サービスを体系化して総合的に一つにまとめたものが必要であると明確に述べる一方で、それについての詳細な計画は示していない。このアプローチは各国にはそれぞれ優先順位があることを認めており、国ごとのインプット、能力、将来展望、価値観および工夫を生かす余地を与えている。

最後の項目は、とりわけ貧困層が不健康や望まない妊娠といった状態に陥りやすいことへの認識である。これによって、貧しい人々はますます貧困から抜け出すことが困難になっている。

リプロダクティブ・ヘルス・サービスを確実に貧困層にまで行き届かせる

支払能力のある人には料金を請求し、

貧困層に対してのみ公共サービスを提供するというアプローチは、多くの人々にとって筋のとおった合理的なものであろう。しかし、このような制約を行うことは、政治的支援を徐々に失っていく危険も伴う。もし事業の利益を受けるのが貧困層のみということになれば、政策決定者は、特に政府予算縮少という状況にある時には、その事業に対する予算配分を減らす可能性がある¹⁹。

公的資金を正当に配分することはさらに難しい。政治的な圧力によってサービスがエリートや都市人口に有利なように偏向させられ、その結果、保健関連予算の大部分が都市の病院に流れるのである。たとえそのような圧力がなくても、学歴が高く暮らし向きが豊かな人ほど官僚機構との対応について情報を多く得ており、自信ももっている。貧しく、社会の周縁に押しやられている人々は、公務員からはほとんど顧みられない。

公共サービスを民間に移行したり、公共事業に対しても手数料を支払うようにして、支払能力のある人は支払うといった形にすれば公共資金を節約することができる。しかし、収入レベルの上限を設定したり、サービスの受け手に対して支払い能力調査を実施するのは、政治的に危険なことであり、多くの時間を費やし、節約できる額よりも多くの経費がかかってしまうことになりかねない。

家族計画は、他のリプロダクティブ・ヘルス・ケアの領域に比べて、さまざまな人口階層が利用しているという証拠が得られている。ベトナム、フィリピン、インドネシアにおける調査によれば、家族計画分野の公共投資によって行われるサービスに関して、人口の5分の1にあたる最貧層が受ける恩恵は全体の15%、人口の5分の2の貧困層が受けているのがおよそ36%であり、いずれも人口に占める割合よりも少ない恩恵しか受けていないことがわかる。

しかし、国民所得に関しては、人口の5分の1を占める最貧層が全体の9%以下、5分の2の層が22%を占めるにすぎない。したがって、国民所得の分配に比較して考えると、家族計画の補助金は、貧困層に財源を配分していることになる。また、保健給付の大部分が高所得層に行っていることは、彼らがコストの高い病院を利用する割合が貧困層に比べて格段に多いことで説明がつく。これらのサービスに料金を課すことで、公共給付をより貧しい層のために振り向けることができる。

メキシコでは、サービスを貧困層に向けるという点で、政府のプログラムよりもNGOの方がすぐれているが、それはNGOが自分たちでサービスの対象となる層を選ぶことができるからである。例えばFEMAP（家族計画民間協会メキシコ連盟Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario、

AC) のサービス対象者は、政府のプログラムよりも、都市周辺に住む貧困層の占める割合が大きい²⁰。

料金の高いサービスを利用する資力のある人々からその分多く料金を徴収したり、特定の人口階層にもサービスが行き渡るようにNGOや民間セクターと連携することによって、公共サービスの効率を高めることができる。また、そのことによって、例えばよりよいサービスを提供できるようにスタッフをトレーニングするなど質の向上をはかるために資金を配分することができる。

多くのアナリストが、リプロダクティブ・ヘルス・サービスを最も効果的に提供するためには、民間セクターへの依存を増やしたほうが良いと提言している。しかし、料金が支払えない開発途上国の多くの人々を排除することなくこれを行なうのは容易なことではない。民間セクターへの移行を成功させるには、サービス提供と資金調達に関するさまざまなオプションを試し、それらのオプションがサービスの質と公正にどう影響するかを理解するために、リプロダクティブ・ヘルスへの投資を今までよりも減らすのではなく増やすことが必要である。それはつまり、専門的な技術援助を行うために、外部援助が一層必要とされるということである。

ドナー諸国は、自分たちの責任を受け入れ、自国ではケアに対する補助金制度をどのようにしているか、また公・民のバランスをどのようにとってきたかを想起する必要がある。民間のイニシアティブは大切だが、貧困層へのサービスを犠牲にしてはならない。開発を促進させ、保健分野の向上をはかることができるかどうかは、サービスへのアクセスを増やすことができるかどうかにかかっている。

同時に、地域社会にもリプロダクティブ・ヘルス・サービスを向上させるのに必要なリスクとコストを分担する能力があり、その意思もある。フィリピンのあるプロジェクトでは社会保険制度をスタートさせ、合併症（妊娠10件あたり1件の割合で起こる）を併発した妊産婦の緊急産科治療費のかなりの額を負担することにした。この保険では、妊産婦1人につき2.48ドルの費用がかかるが、この制度から得られる経済的利益は、その約2倍になると見込まれている²¹。それでもなお、直接の受益者は実際にかかる費用の一部を負担しなければならず、その額は最貧困層にとっては重い負担になっている。しかし、個人も家族も生命を救うための治療費を工面するためにはどんなことでもしたいと考えており、この保険制度は、全体のコストを引き下げている。

ネパールの、いくつかのコミュニティーも同様に共同出資して、産科治療のための緊急搬送の資金を捻出している²²。リスクや合併症の危険兆候、迅速なケアを

支援するといったことについて夫たちを教育すれば、緊急時の照会システムによって多くの女性の命を救うことができる。

地域社会の貢献は、修理、保全、全般的な維持などの形でなされることもある。スタッフの派遣・配置や給与支払いは国が行い、地域社会がそれを補うために物資を提供したり、建設作業を行ったりすることも多い。

サービスの利用料金は事業を維持する助けとなる。しかし、そこにはひとつ疑問が残る。料金を要求することが、保健サービスの利用を減らしたり、利用を妨げることにはならないだろうかという疑問である。その答えは、是でもあり非でもある。いくつかの調査では、初めて利用料が課せられる時にはサービスの利用率が落ち込むが、時間の経過につれて回復することもあるという結果が出ている。一方で、利用料の一部がサービスの質の改善に向けられるならば、有料サービスはより受け入れられるようになるし、利用もしいだいに増加していくという調査結果もある²³。

結論

財源が乏しくその他にも制約があるにもかかわらず、先進国と開発途上国はともに人口・開発問題に取り組むための新たなパートナーシップを政府と市民社会の間に構築してきており、セクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスの統合的プログラムを作り出し、女性のエンパワーメントを推進してきた。このような進展はICPDの目指す目標が必要かつ実践可能なものとみなされていることを示している。

現代のグローバル化の時代にあっては、基本的な社会サービスを提供するのは世界全体の責任である。人口問題を含めて開発への長期的投資に対する援助をなくすことになれば、社会崩壊の可能性が増し、短期の救援に対する需要が増えることになる。社会崩壊の影響に取り組むことは、多くの命を救うことになる。しかし、その原因に取り組むことは、人々が、ひいては各国が独自の生活を構築することを可能にするのである。

本文の注

第1章

1. Murray, Christopher J. L., and Alan D. Lopez (eds.). 1996. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
2. United Nations Development Programme. 1998. *Human Development Report 1998*. New York and London: Oxford University Press.
3. See, for example: Sanderson, Warren. 1994. "Simulation Models of Demographic, Economic, and Environmental Interactions." In *Population, Development, Environment: Understanding Their Interactions in Mauritius*, edited by Wolfgang Lutz, et al. Berlin: Springer-Verlag. Recent evidence suggests that sea level fluctuations associated with past cycles of Ice Ages took place only within decades and that the Antarctic climate is currently undergoing unexpectedly rapid change. See: Stevens, William K. 7 July 1998. "Catastrophic Melting of Ice Sheet is Possible, Studies Hint." *The New York Times*; and Stevens, William K. 16 February 1999. "In Ancient Ice Ages, Clues to Climate." *The New York Times*.
4. The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) estimates that some 50 million people around the world might legitimately be described as victims of forced displacement: around 22 million who are of direct concern to UNHCR (refugees, people who are stateless or whose nationality is disputed, and some internally displaced people), an additional 20 million internally displaced people for whom the organization has no responsibility, and around 3 million Palestinian refugees who are assisted by the United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East. Figures from UNHCR Web site: <www.unhcr.ch>.
5. The emerging consensus on the important role of demographic factors in economic development is summarized in the report of the Symposium on Population Change and Economic Development, 2-6 November 1999, held in Bellagio, Italy and sponsored by the Rockefeller and Packard Foundations. The dynamics were discussed at length in: UNFPA. 1998a. *The State of World Population 1998: The New Generations*. New York: UNFPA.
6. UNFPA. 1999a. *Southeast Asian Populations in Crisis: Challenges to the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
7. The effect of education of parents (and particularly of mothers) on fertility has long been established in demographic social research (A recent review can be found in: Bledsoe, Caroline, et al. 1999. *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, D.C.: National Academy Press.). Results on the relation to children's schooling are reported in: Montgomery, Mark R., Mary Arends-Kuenning, and Cem Mete. 1999. *The Quantity-Quality Transition in Asia*. Policy and Research Division, Working Paper 123. New York: The Population Council.
8. See: Mroz, Thomas A., et al. 1999. "Quality, Accessibility, and Contraceptive Use in Rural Tanzania." *Demography* 36(1): 23-40.
9. Wall, L. 1998. "The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality Among the Hausa of Northern Nigeria." *Studies in Family Planning* 29(4): 343. New York: The Population Council.
10. UNFPA. 1998b. *Report of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Rights: Key Future Actions*. New York: UNFPA.
11. Data on prevalence increases among injecting drug users and other high-risk behaviour populations are reported in: The World Bank. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, chapter 2. New York: Oxford University Press. Simulations show that increases in prevalence in populations with unprotected commercial sex and casual sex practitioners develop more slowly but can still advance from negligible to over 15 per cent prevalence in the general population within ten years. Studies of social network influences on HIV/AIDS transmission demonstrate that a general pandemic can develop rapidly in populations with relatively few women with multiple partners and few high-risk groups when some infected men engage in relationships concurrently rather than sequentially, and that this may have been the case in the development of the general pandemic in Uganda (Morris, Martina. 1999. "Sexual Networks and HIV: The Population Dynamics of Infectious Disease." Presentation at the Population Council, New York, New York, 4 March 1999).
12. Women-headed households constitute a sizeable and growing proportion of the poor (United Nations. 1995. *The World's Women: Trends and Statistics*, Second Edition (Sales No. E95/XVI.2). Social Statistics and Indicators Series K, No. 12. New York: United Nations). Some exaggeration of the growth of women's relative deprivation may have entered the discourse (see: Marcoux, Alain. 1998. "The Feminization of Poverty: Claims, Facts, and Data Needs." *Population and Development Review* 24(1): 131-139. New York: The Population Council.). However, data on the poverty of rural women and of older women firmly identify increases in the proportions of the poor who are women.
13. UNFPA. 1999b. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.
14. UNFPA. 5 June 1998. "Winners of 1998 United Nations Population Award Announced." Press release. New York: UNFPA.
15. An overview of the principles, practice and impact of communication is found in: Piotrow, Phyllis, et al. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, Connecticut: Praeger.
16. See further: The World Bank. 1998. *Assessing Aid*. New York: Oxford University Press.
2. Some of the longest established population policies and programmes are found in Asia. India, for example, which had a long tradition of censuses and record-taking, can date its concern with population issues back to the mid-1950s. Like other countries with long-established policies, it was necessary to update the policies, strategies and institutional frameworks to be consistent with the principles of the Programme of Action. Other countries with less established policy frameworks have created policies that reflect recent population and development concerns.
3. United Nations. 1998a. *World Population Prospects (The 1998 Revision)*. New York: United Nations.
4. The demographic transition was first described by Frank Notestein (see: Notestein, Frank. 1953. "Economic Problems of Population Change." In *Proceedings of the Eighth International Conference of Agricultural Economists*, pp. 13-31. London: Oxford University Press.). He theorized that traditional agricultural societies needed high fertility to offset high mortality rates; that urbanization, industrialization, education, and the accompanying economic and social change caused a decline in deaths, particularly infant mortality rates; and that fertility then fell as children became more expensive and less valuable in economic terms.
5. Two of the best known such studies are: Coale, Ansley J., and Susan Cotts Watkins (eds.). 1986. *The Decline of Fertility in Europe*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; and Cleland, John, and Chris Wilson. 1987. "Demand Theories of the Fertility Decline: An Iconoclastic View." *Population Studies* 41(1): 5-30.
6. Bongaarts, John, and Susan Cotts Watkins. 1996. "Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions." *Population and Development Review* 22(4): 639-682. New York: The Population Council.
7. Bulatao, Rodolfo A. 1998. *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: Rand Corporation.
8. Even those who note the role of women's education, increased communication and mobility and other aspects of social and economic development recognize the important role of national programmes. See, for example: Caldwell, John C., et al. 1999. "The Bangladesh Fertility Decline: An Interpretation." *Population and Development Review* 22(1): 67-84. New York: The Population Council.
9. Bongaarts, John. 1999. "The Role of Family Planning Programs in Contemporary Fertility Transitions." In *The Continuing Demographic Transition*, edited by G.W. Jones and J. Caldwell. London: Oxford University Press.
10. Bongaarts and Watkins 1996.
11. A scientific review of the concept of social diffusion and its relation to other explanations of demographic transition can be found in: Reed, Holly, Rona Briere, and John Casterline (eds.). 1999. *The Role of Diffusion Processes in Fertility Change in Developing Countries: Report of a Workshop*. Washington, D.C.: National Academy Press; and forthcoming publications of the papers of the January 1998 workshop sponsored by the Committee on Population of the National Academy of Science.
12. The Population Division prepares high, medium and low variant projections which theoretically encompass the plausible range of demographic outcomes through 2050. While the medium variant is often misrepresented as a prediction, it is simply the mathematical outcome of a group of assumptions about future fertility and mortality. Until recently these projections were not accurate more than a decade or so into the future, and the revisions sometimes result in significantly higher or lower long-term projections. Nonetheless, the projections serve a useful planning tool for both national and international population policy and social planning.
13. See: Lutz, Wolfgang, James W. Waupel, and Dennis A. Ahlburg (eds.). 1999. *Frontiers of Population Forecasting*. A Supplement to Volume 24. *Population and Development Review*. 1998. New York: The Population Council.
14. Literacy rates are usually derived from data on self-declared literacy on censuses or from updating census or survey estimates with current estimates of school enrolment, not criteria-based literacy tests. Although UNESCO has issued guidelines for estimating literacy levels, international comparability is affected by differences in methods and completeness of coverage. A full report of educational statistics, derived from the primary UNESCO and other supplementary data, can be found in: The World Bank. 1998. *World Development Indicators 1998*. Washington, D.C.: The World Bank.
15. Net primary enrolment measures the percentage of the school-age population that is enrolled in primary education. Data are typically collected at the beginning of each school year; a more accurate measure of participation rates would require data on daily attendance by age, grade, and gender. Secondary enrolment figures are likely to be biased upwards, because data are often based on assumptions about promotion, repetition and attrition rather than actual student records. (The World Bank 1998, p. 37.)
16. Some sub-regions also experienced enrolment declines at some grade levels in the 1980s, but did not regress to 1960 levels. See: United Nations Educational, Social and Cultural Organization. 1998. *Trends and Projections of Enrolment by Level of Education, by Age, and by Sex 1960-2030 (as Assessed in 1998)*. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization.
17. The Population Council. 1996. *The Unfinished Transition*. The Population Council Issues Papers. New York: The Population Council.
18. See: Filmer, Deon, and Lant Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: Evidence from 35 Countries." *Population and Development Review* 25(1): 85-120. New York: The Population Council.
19. See: Filmer and Pritchett 1999; and Knodel, Johan, and Gavin Jones. 1996. "Post-Cairo Population Policy: Does Promoting Girls' Schooling Miss the Mark?" *Population and Development Review* 22(4): 683-702, 814, 816. New York: The Population Council.
20. For a complete analysis of the statistics and challenges of adult literacy and education, see: United Nations Educational, Social and Cultural Organization. 1997a. *Adult Education in a Polarizing World*. Paris: United Nations Educational, Social and Cultural Organization.
21. This relationship is regularly graphed in the *World Education Report* series. See, for example: United Nations Educational, Social and Cultural Organization. 1997b. *World Education Report 1997*. Paris: United Nations Educational,

第2章

1. The statistics reported in this section represent shares of the 114 countries that responded to the UNFPA survey whose results are presented in: UNFPA. 1999. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry: Progress in the Implementation of the ICPD Programme of Action*. New York: UNFPA.

Social and Cultural Organization. See also: Cleland, J., and J. van Ginneken. 1988. "Maternal Education and Child Survival in Developing Countries: The Search for Pathways of Influence." *Social Science and Medicine* 27: 1357-1368. An important early theoretical discussion of the relationships can be found in: Cochrane, Susan H. 1979. *Fertility and Education: What Do We Really Know?* Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.

22. See: Diamond, Ian, Margaret Newby, and Sarah Varle. "Female Education and Fertility: Examining the Links." In *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World*, edited by Caroline H. Bledsoe, et al. 1999. Committee on Population, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. Washington, D.C.: National Academy Press.

23. See: Cleland, J., and G. Kaufman. 1993. "Education, Fertility, and Child Survival: Unravelling the Links." Paper prepared for the International Union for the Scientific Study of Population Committee on Anthropology and Demography Seminar, Barcelona, Spain, 10-14 November. Liège, Belgium: International Union for the Scientific Study of Population.

24. See, for example: Cochrane, Susan H., M. A. Khan, and Ibrahim K. T. Osheba. 1990. "Education, Income, and Desired Fertility in Egypt: A Revised Perspective." *Economic Development and Cultural Change* 38(2): 313-339.

25. Bledsoe, Caroline H., Jennifer A. Johnson-Kuhn, and John G. Haaga. "Introduction." In Bledsoe, et al. 1999.

26. A detailed examination of the implications of population ageing was reported in: UNFPA. 1998. *The State of World Population 1998: The New Generations*. New York: UNFPA.

27. Ibid.

28. World Health Organization. 1999. *The World Health Report 1999: Making a Difference*. Geneva: World Health Organization.

29. For a good synthesis and overview of demography, reproductive health and AIDS, see: Goliber, Thomas J. 1997. *Population and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa: Population Bulletin* 52, No. 4. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

30. UNFPA. (Forthcoming.) *AIDS Update 1998*. New York: UNFPA.

31. Bongarts, John, and Griffith Feeney. 1998. *On the Quantum and Tempo of Fertility*. Policy Research Division Working Papers No. 109. New York: The Population Council.

32. Frejka, Thomas, and John Ross. (Forthcoming.) "The Course to Below Replacement Fertility: A Review of the Empirical Evidence." Special Supplement to *Population and Development Review* on the Demographic Transition. New York: The Population Council.

33. Such floors have been noted in some Latin American countries and in Bangladesh (Caldwell, et al. 1999.).

34. For a complete set of global, regional and national urbanization statistics, see: United Nations. 1998b. *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations. The updated 1998 revision is in preparation.

35. Urbanization trends and implications were the subject of: UNFPA. 1996. *The State of World Population 1996: Changing Places: Population, Development and the Urban Future*. New York: UNFPA.

36. Ibid.

37. United Nations. 1996. Trends in Total Migrant Stock. Revision 4 (POP/IB/DB/96/1/Rev.4). Database. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.

38. Zlotnick, Hania. 1998. "International Migration Levels, Trends and What Existing Data Systems Reveal." In *Technical Symposium on International Migration and Development*. United Nations Task Force on Basic Social Services for All (BSSA), vol. 1, The Hague, Netherlands, 29 June-3 July 1998.

39. Ibid.

40. Ibid.

41. Malthus, Thomas R. 1798. *An Essay on the Principle of Population*. London: Printed for J. Johnson, in St. Paul's Church-Yard.

42. Meadows, Donella, et al. 1972. *The Limits to Growth: A Report for the Club of Rome's Project on the Predicament of Mankind*. New York: Universe; and Ehrlich, Paul R. 1968. *The Population Bomb*. New York: Ballantine.

43. See: "Estimates of Human Carrying Capacity: A Survey of Four Centuries." In *How Many People Can the Earth Support?* by Joel E. Cohen. 1995. New York: Norton & Company.

44. See: Brown, Lester R., Gary Gardner, and Brian Halweil. 1999. *Beyond Malthus: Nineteen Dimensions of the Population Challenge*. Washington: WorldWatch Institute.

45. United States Department of Agriculture (USDA). 1998. *Production, Supply and Distribution (PS&D)* (electronic database). Washington, D.C.: United States Department of Agriculture. See also: Brown, Gardner and Halweil 1999.

46. See Reid, T.R. 1998. "Feeding the Planet." *National Geographic*, No. 4 (October 1998): 56-75.

47. Seckler, David, David Molden, and Randolph Barker. 1999. "Water Scarcity in the Twenty-first Century." *International Journal of Water Resources Development* 15(1&2): 29-43. See also: Brown, Gardner and Halweil 1999.

48. de Onis, M., et al. 1998. "The Worldwide Magnitude of Protein-Energy Malnutrition: An Overview from the WHO Global Database on Child Growth." Geneva: World Health Organization. See also: Brown, Gardner and Halweil. 1999.

49. United States Department of Agriculture (USDA). 1998; United States Department of Agriculture (USDA). 1991. "World Grain Database." Unpublished printout. Washington, D.C.: United States Department of Agriculture (USDA); and United States Bureau of the Census. 1998. *International Data Base* (electronic database), updated 30 November 1998. Washington, D.C.: United States Bureau of the Census.

50. Intergovernmental Panel on Climate Change. 1990. *Climate Change: The IPCC Scientific Assessment*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press; and Intergovernmental Panel on Climate Change. 1995. *IPCC Working Group I Summary for Policymakers*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.

第3章

- World Health Organization and United Nations Children's Fund. 1996. *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (WHO/FRH/MSM/96.11 and UNICEF/PLN/96.1). Geneva: World Health Organization and New York: United Nations Children's Fund.
- World Health Organization. 1998a. "Global and Regional Estimates of Incidence of Mortality Due to Unsafe Abortion with a Listing of Available Country Data" (WHO/RHT/MSM/97.16). Geneva: World Health Organization.
- This chapter is based primarily on a 1998 UNFPA field enquiry with responses from 114 countries and on country case studies conducted in 22 countries in Asia (Bangladesh, Pakistan, Nepal, India, Sri Lanka, Indonesia and the Philippines), Africa (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Senegal, South Africa, Tanzania, Uganda and Zambia), the Near East (Jordan, Egypt, and Morocco) and Latin America and the Caribbean (Brazil, Jamaica, Mexico and Peru) by UNFPA, the Futures Group Policy Project, the Population Reference Bureau, Family Care International and the Center for International Cooperation, New York University. Hardee, K., et al. 1998. *Post-Cairo Reproductive Health Policies and Programs: A Comparative Study of Eight Countries*. Policy Occasional Working Paper 2. Washington, D.C.: The Futures Group International; Ashford, L., and C. Makinson. 1999. *Reproductive Health in Policy and Practice*. Washington, DC: Population Reference Bureau; Family Care International. 1998a. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A Report of Four African Countries*. New York: Family Care International; Family Care International. 1998b. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: A South Asia Report*. New York: Family Care International; and Forman, S., and R. Ghosh. 1999. *Paying for Essentials: The Reproductive Health Approach to Population and Development*. Policy Paper Series. New York: Center on International Cooperation, New York University.
- UNFPA. 1998a. *Ensuring Reproductive Rights and Implementing Sexual and Reproductive Health Programmes Including Women's Empowerment, Male Involvement and Human Rights*. Report of the Expert Round Table Meeting, Kampala, Uganda, 22-25 June 1998. New York: UNFPA; and UNFPA. 1999a. *Report of the International Forum for the Operational Review and Appraisal of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, The Hague, Netherlands, 8-12 February 1999. New York: UNFPA. These reports are available on UNFPA's Web site: <www.unfpa.org>.
- Weighted by the number of married women of reproductive age. This estimation was made for 1990-1995. United Nations. 1998a. *World Population Monitoring 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations.
- Barnett, B., and J. Stein. 1998. *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning*. Research Triangle Park, North Carolina: Family Health International.
- UNFPA. 1998b. *Donor Support for Contraceptive Commodities 1996*. New York: UNFPA.
- Includes UNICEF, UNFPA, the World Bank, WHO, IPPF and the Population Council.
- Starrs, A. 1998. *The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade*. Report on the Safe Motherhood Technical Meeting, Colombo, Sri Lanka, 18-23 October, 1997. New York: Family Care International; and Maine, D., and A. Rosenfield. 1999. "The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?" *American Journal of Public Health* (89)4: 480-482.
- Pathak, Laxmi Raj, et al. 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, His Majesty's Government of Nepal.
- United Nations. 1999a. *World Abortion Policies 1999* (Sales No. E.99.XIII.5). New York: United Nations.
- Rahman, A., L. Katzive, and S.K. Henshaw. 1998. "A Global Review of Laws on Induced Abortion." *International Family Planning Perspectives* 24(2): 56-64. The study looked at 152 nations and independent territories with a population of 1 million or more.
- Westoff, C.W., et al. 1998. *Replacement of Abortion by Contraception in Three Central Asian Republics: Final Study Report*. Calverton, Maryland: Macro International Inc. and Washington, D.C.: Policy Project.
- Ardayfio, Rosemary. 1999. "Midwives to the Rescue." *People and the Planet*. 8(1). Web site: <www.oneworld.org/patp/>.
- Family Care International 1998b.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 1997. *Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update* (UNAIDS/97.4). A Best Practice Collection. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Shongwe, T. 1998. "The Swaziland Schools HIV/AIDS and Population Education (SPAPE) Programme." In *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, by HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. New York: International Women's Health Coalition.
- UNFPA. 1999. *A Five-Year Review of Progress towards the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Background paper prepared for The Hague Forum, The Hague, Netherlands, 8-12 February 1999. New York: UNFPA; and UNFPA. 1998c. *AIDS Update 1998*. New York: UNFPA.
- United Nations. 1994. *Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5-13 September 1994)* (A/Conf. 171/13), paragraph 4.22. New York: United Nations.
- Center for Reproductive Law and Policy. 1999. *Female Circumcision/Female Genital Mutilation: Global Laus and Policies Towards Elimination*. New York: Center for Reproductive Law and Policy. Web site: <www.clrp.org>.
- Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years after the International Conference on Population and Development*. New York: Women's Environment and Development Organization.

22. UNFPA. 1997a. *United Nations Population Fund: Proposed Projects and Programmes: Recommendation by the Executive Director: Assistance to the Government of China (DP/FPA/CP/196)*. Third Regular Session 1997 of the Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund. New York: UNFPA.
23. UNFPA. 1997b. *The State of the World Population 1997. The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: UNFPA.
24. Merrick, T. (Forthcoming.) "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities." Washington, D.C.: The World Bank. Web site: <www.worldbank.org>.
25. Sadasivam 1999.
26. Askew, I., G. Fassihian, and N. Maggwa. 1998. "Integrating STI and HIV/AIDS Services at MCH/Family Planning Clinics." In *Clinic-Based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa: Findings from Situation Analysis Studies*, edited by K. Miller, et al. 1998. New York: The Population Council.
27. Family Care International. 1998c. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: Zambia Country Report*. New York: Family Care International.
28. Family Care International. 1998d. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: Sri Lanka Country Report*. New York: Family Care International.
29. Source: Hardee, et al. 1998.
30. Bruce, J. 1990. "Fundamental Elements of Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21(2): 61-91.
31. Kols, A.J., and J.E. Sherman. 1998. *Family Planning Programs: Improving Quality*. Population Reports. Series J. No. 47. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.
32. McFarlane, C., et al. 1996. "The Quality of Jamaica Public Sector and NGO Family Planning Services: Perspectives of Providers and Clients." Final Study Report; Ndhlovu, I. 1995. *Quality of Care in Family Planning Service Delivery in Kenya: Clients' and Providers' Perspectives*. Final Report. Nairobi: Ministry of Health and Population Council; and Tavrow, P., D. Namate, and N. Mpemba. 1995. "Quality of Care: An Assessment of Family Planning Providers Attitudes and Client-Provider Interactions in Malawi." Unpublished paper.
33. Ashford and Makinson 1999.
34. Gorishti, E., and J. Haffey. ND. "We Want to Know Everything About It: Albanian Women Speak About Family Planning." Arlington, Virginia: John Snow, Inc. SEATS II.
35. Barnett and Stein 1998.
36. Mroz, T.A., et al. 1999. "Quality, Accessibility and Contraceptive Use in Rural Tanzania." *Demography* 36(1): 23-40.
37. Schuler, S., and Z. Hossain. 1998. "Family Planning Clinics Through Women's Eyes and Voices: A Case Study from Rural Bangladesh." *International Family Planning Perspectives* 24(4): 171.
38. Haberland, N., et al. 1998. "Unutilized Capacity and Missed Opportunities in Family Planning Services." In Miller et al. 1998.
39. Sathar, Z.A., and J.B. Casterline. 1998. "The Onset of Fertility Transition in Pakistan." *Population and Development Review* 24(4): 773-796. New York: The Population Council.
40. Haberland et al. 1998.
41. Kols and Sherman 1998.
42. Ibid.
43. Lynam, P.F., L.M. Rabinowitz, and M. Shobowale. 1993. "Using Self-Assessment to Improve the Quality of Family Planning Clinic Services." *Studies in Family Planning* 24(4): 252-260.
44. Murphy, E.M., and C. Steele. 1997. "Client-Provider Interactions (CPI) In Family Planning Services." In *Recommendations for Updating Selected Practices in Contraceptive Use*, vol. 1, by Technical Guidelines / Competence Working Group, USAID. 1997. Chapel Hill, North Carolina: INTRAH.
45. El Gebaly, H., et al. 1998. "Egypt's Gold Star Program: Improving Care and Raising Expectations." In Kols and Sherman 1998, pp. 20-21.
46. McCauley, A.P., and C. Salter. 1995. "Meeting the Needs of Young Adults." *Population Reports*. Series J. No. 41. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Johns Hopkins University.
47. An excellent source book of practical advice and case examples concerning health communications in the area of reproductive health is: Piotrow, Phyllis Tilson, et al. 1997. *Health Communication: Lessons from Family Planning and Reproductive Health*. Westport, Connecticut: Praeger Press (published under the auspices of the Center for Communications Programs, Johns Hopkins School of Public Health).
48. Buffington, S. deCastro. 1995. "A Framework for Establishing Integrated Reproductive Health Training." *Advances in Contraception* 11: 317-324.
49. Kols and Sherman 1998.
50. Bianco, M. 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries." In *Confound the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, by HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. New York: International Women's Health Coalition.
51. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) 1997.
52. Barnett, B. 1997. "Gender Norms Affect Adolescents." *Network* 17(3): 10-13.
53. Mensch, B.S., J. Bruce, and M.E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. New York: The Population Council.
54. Ngwana, A., and A. Akwi-Ogojo. 1996. *Adolescent Reproductive Health Rights in Sub-Saharan Africa*. Washington, D.C.: Center for Development and Population Activities (CEDPA).
55. Source: Barnett and Stein 1998.
56. Barnett, B. 1997. "Education Protects Health, Delays Sex." *Network* 17(3): 14-15, 18-20.
57. Gorishti, E., and J. Haffey. ND. "We Want to Know Everything About It." *Romanian Women Speak About Family Planning*. Arlington, Virginia: John Snow Inc. SEATS II.
58. McCauley and Salter 1995.
59. Hughes, J., and A.P. McCauley. 1998. "Improving the Fit: Adolescents' Needs and Future Programmes for Sexual and Reproductive Health in Developing Countries." *Studies in Family Planning* 29(2): 238-239.
60. Barnett and Stein 1998; and Schuler and Hossain 1998.
61. Barnett and Stein 1998.
62. For example, in the Central Asian republics in 1998, UNFPA and the Economic Cooperation Organization organized a conference on male involvement. Participating countries developed an action programme for increasing the role of men in reproductive health programmes. UNFPA. (Forthcoming.). ECO/UNFPA Conference on the Role of Men in Population and Reproductive health Programmes, Baku, Azerbaijan, 21-24 September 1998.
63. Ndong, I., et al. 1998. "Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services." *International Family Planning Perspectives* 25 (Supplement): S53-S55.
64. Office of the United Nations High Commissioner for Refugees. 1998. *Refugees and Others of Concern to UNHCR: 1997 Statistical Overview*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
65. Partner NGOs include CARE International, the International Rescue Committee, John Snow Inc., Marie Stopes International and the Women's Commission for Refugee Women and Children.
66. UNFPA. 8 April 1998. "Emergency Reproductive Health Kits en Route to Kosovo Refugees." Press release. New York: UNFPA; and UNFPA. 9 April 1998. "Lives of Mothers and Newborns at Risk in Kosovo Crisis." New York: UNFPA.
67. UNFPA. 25 May 1999. "UNFPA Report Finds Incidences of Rape and Abduction Among Kosovo Refugees: Women Want to Speak Out." New York: UNFPA.
68. See: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees' Web site <www.unhcr.ch>.

第4章

1. UNFPA. 1998. *Civil Society and Population and Development*. Background document for the Round-table on Partnership with Civil Society in Implementation of the ICPD Programme of Action, Dhaka, Bangladesh, 27-30 July 1998.
2. NGOs in one narrow sense refer to those organizations accredited by the State to enter into contracts and other formal associations with donors and/or State bodies. Organizations whose operations and management overlap with the State and which operate as agents of the State, such as parastatal enterprises, are often excluded from the common understanding of NGOs.
3. UNFPA. 1999a. *Partnership with Civil Society to Implement the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: Technical and Policy Division, UNFPA.
4. The reports of these forums, which were not a formal intergovernmental process, can be accessed through the ICPD+5 section of UNFPA's Web site (www.unfpa.org).
5. The international Micro-Credit Summit (Washington, D.C., 2-4 February 1997. Web site: <microcreditsummit.org>.) and the inclusion of micro-credit under the social protection programme of the World Bank are examples of the growing acceptance of this mechanism.
6. An interesting debate contrasts the approaches adopted under the Navrongo Community Health and Family Planning project in northern Ghana and the Consorcio Ramos Mujer in Peru. The former has been criticized by some (see, for example: Schuler, Sidney Ruth. 1999. "Gender and Community Participation in Reproductive Health Projects: Contrasting Models from Peru and Ghana." Paper presented at the Population Association of America Annual Meeting, New York, 25-27 March 1999.) for being based on a demographic rationale focussed on individual women's choices within a patriarchal setting; these critics applaud the women's association-based approach of the latter. However, it is interesting that despite their differing initial premises and rationales, the two programmes have started to converge as they develop. The Ghanaian project has facilitated the expansion of women's political role and representation in local conclaves and increasingly addressed the social context of women's decisions; the Peruvian women's groups have given greater attention to debates about whether and how to engage men in their action programmes. The basic wisdom of ICPD in recognizing the inseparability of empowerment in reproductive matters and other life spheres is ratified by the lessons learned while implementing these different approaches.
7. Sawalha, L. 1999. "Barriers of Silence: Reproductive Rights for Women in Jordan." *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): 41-46. Rome: Society for International Development.
8. Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN). 1999. "Development Alternatives with Women for a New Era: Measuring Up Cairo." Christ Church, Barbados: Development Alternatives with Women for a New Era.
9. Pitanguy, J. 1999. "Reproductive Rights are Human Rights." *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): 11-14. Rome: Society for International Development.
10. UNFPA. 1999b. *Report of the 1998 UNFPA Field Inquiry*. New York: UNFPA.
11. Visaria, Leela, Shireen Jejeebhoy, and Tom Merrick. 1997. *From Family Planning to Reproductive Health: Challenges Facing India*. Paper presented in Session F07 on Reproductive Health: Policy Development and Programme Implications, International Union for the Scientific Study of Population XXIII, General Population Conference, Beijing, China, 11-17 October 1997.
12. Family Care International. 1998. *Implementation of ICPD Commitments on Women's Reproductive and Sexual Health: Pakistan Country Report*. New York: Family Care International.

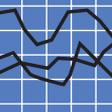
13. UNFPA. 1999c. *In Common Cause: Summary Report: Non-Governmental Organization Advisory Committee to UNFPA Recommendations and UNFPA Policies and Programmes: 1995, 1996, 1997*. Report.
14. Ibid.
15. Ibid.
16. "Honour killings" is a term used to describe the murder, at times by family members, of women suspected of or involved in sexual activity outside of traditionally proscribed bounds. It can include the murder of women already victims of sexual violence. Social ostracism is a less extreme, but often severe, manifestation of this blaming of the victims. Such practices are also used to restrict and control women's willing choices, even in the choice of life partners.
17. Family Care International 1998.
18. UNFPA 1999c.
19. Ibid.
20. Development Alternatives with Women for a New Era (DAWN) 1999.
21. Regional Meeting of NGOs from Latin America and the Spanish-Speaking Caribbean. 1998. *ICPD+5 Regional Assessment by NGOs from Latin America and the Spanish-Speaking Caribbean*. Report prepared for the ICPD+5 NGO Forum, The Hague, Netherlands, 5-6 February 1999.
22. UNFPA 1999c.
23. Ibid.
24. Ibid.
25. Bissell, S. 1999. "Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE): Finding the Middle Ground for Women's Reproductive Rights." *Development: Reproductive Health and Rights: Putting Cairo Into Action* 42(1): 89-90. Rome: Society for International Development.
26. Bianco, M. 1998. "Monitoring Implementation of the Cairo Programme of Action As A Women's Citizenship Practice in Five Latin American Countries." In *Confounding the Critics: Cairo, Five Years On: Conference Report: Cocoyoc, Morelos, Mexico, 15-18 November 1998*, by HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability. 1998. New York: International Women's Health Coalition.
27. Sadasivam, B. 1999. *Risks, Rights and Reforms: A 50-Country Survey Assessing Government Actions Five Years After the International Conference on Population and Development*. New York: Women's Environment and Development Organization (WEDO).
28. Ibid.
29. UNFPA. 1999d. *Partnership with Civil Society. A Review of Progress since the International Conference on Population and Development*. A Report Prepared by the United Nations Population Fund for the NGO Forum on ICPD + 5, The Hague, Netherlands, 6-7 February, 1999. Technical Report No. 46. New York: UNFPA
30. Bissell, S., M.C. Mejia, and P. Mercado. 1998. "The National Forum of Women and Population Policy (Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población): NGO/Government Partnership for Reproductive Health in Mexico." In HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
31. Abdullah, R. 1998. "Southeast Asia: Developing an Enabling Policy Environment for Building NGO-Government Relationships." In HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
32. Canadian International Development Agency. 1999. *CIDA's Policy on Gender Equality*. Hull, Quebec: Canadian International Development Agency.
33. Organization for Economic Cooperation and Development. 1999. *Reaching the Goals in the S-21: Gender Equality and Health (DCD/DAC/WID[99]2)*, vol. 2. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development.
34. UNFPA 1999c.
35. See the report: Centre for Development and Population Activities. 1998. *Grassroots to Global Networks: Improving Women's Reproductive Health: ACCESS: Lessons Learned Conference*. Report of a meeting, 18-19 June 1998. Washington D.C.: Centre for Development and Population Activities.
36. Xaba, M., et al. 1998. "Transformation of Reproductive Health Services Project: South Africa: A Collaboration Between the Women's Health Project and Three Provincial Departments of Health and Welfare." In HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
37. International Planned Parenthood Federation. 1999. *IPPF and Cairo+5 Bulletin*, Issue 8. London: International Planned Parenthood Federation.
38. NGO Forum and Youth Fora ICPD+5. *Report of The Hague, Netherlands: 6-7 February 1999*. Hilversum, Netherlands: World Population Foundation.
39. Organization for Economic Cooperation and Development 1999.
40. HealthWatch. 1998. "From Contraceptive Targets to Reproductive Health: India's Family Planning Programme after Cairo." In HERA: Health, Empowerment, Rights and Accountability 1998.
41. UNFPA 1999c.
42. Ibid.
43. These statistics are reported in: UNFPA 1999d.
44. UNFPA 1999c.
45. Alcalá, M.J., Division for Latin America and the Caribbean, UNFPA. 1999. Personal Communication.
2. The evidence is extensively documented in a growing literature over the last decade. It is also clear from the importance given now in the international financial institutions to social protection and to efforts for debt relief. "Development with a human face" is changing from a slogan to a set of practical and pragmatic negotiations and instrumentalities.
3. Estimates of expenditure per capita were calculated by subregion and then expanded to encompass the regions' entire populations. Data are available from 89 developing countries, 18 donor countries, 5 international lending institutions, 11 foundations, 12 United Nations agencies or organizations, 77 national NGOs and 21 university/research institutions. The compiled and analyzed data will be reported in: UNFPA. (Forthcoming.) *Global Population Assistance Report 1998*. New York: UNFPA.
4. To advance this process, a meeting was held in Hanoi in October 1998 attended by 29 developing countries, 19 donor countries, 11 international NGOs and 13 multilateral development organizations. The participants adopted the "Hanoi Consensus on the 20/20 Initiative: Universal Access to Basic Social Services" and agreed that the current economic and financial crisis underscores the relevance of the 20/20 Initiative to protect access to basic social services for the most vulnerable people.
5. UNFPA. 1999. *Global Population Assistance Report 1997*. New York: UNFPA.
6. Estimates on public resources allocated to reproductive health are based on questionnaires sent to government ministries. A few case studies (cited in: Janowitz, Barbara, Diana Measham, and Caroline West. 1999. *Issues in the Financing of Family Planning Services in Sub-Saharan Africa*. Research Triangle, North Carolina: Family Health International.) indicate that this can understate totals derived from field observations and interviews.
7. A comprehensive review of the difficulties encountered in their work is provided in: Dekker, Ari. 1999. "Background Note on Measuring Resource Flows for Population Activities: Issues and Trends." Internal project document. The Hague: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.
8. Information on fees charged for family planning and immunization, for example, are assessed in the Demographic and Health Surveys sponsored by USAID. However, there are practical limits on the number of additional questions which can be asked in an already complex inquiry and information on the source of services is subject to some misreporting.
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) and Harvard School of Public Health. 1999. *Level and Flow of National and International Resources for the Response to HIV/AIDS: 1996-1997 (UNAIDS/99.25E)*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
10. Many analysts, including McGreevey, et al. (McGreevey, William, et al. 1999. *Value for Money in Reproductive Health: Issues and Options for Governments and Donors*. Washington, D.C.: Planning and Finance Group, The Futures Group International.) have emphasized the unrealistic level of the costs resulting from a strategy focused on anti-retroviral medications, particularly in poor countries. Additional resources will be required for AIDS prevention efforts not included in the costed package of the ICPD, including specialized information and education programmes directed to high-risk populations, particularly where the pandemic is not yet generalized in the population.
11. A recent thoughtful and challenging presentation of the issues can be found in: Behrman, Jere R., and James C. Knowles. 1998. "Population and Reproductive Health: An Economic Framework for Policy Evaluation." *Population and Development Review* 24(4): 697-738. New York: The Population Council.
12. Herrin Alejandro N., et al. 1996. "National Family Planning Expenditures of the Philippines: Estimates for 1994." Unpublished manuscript.
13. Allison, Christopher. 1998. Personal communication.
14. Calculations based on data in: Conly, Shanti. 1998. *Paying Their Fair Share*. Washington, D.C.: Population Action International. Cited in Janowitz, Measham, and West 1999.
15. Private sector involvement has also been examined in: Bulatao, Rodolfo. 1998. *The Value of Family Planning Programs in Developing Countries*. Santa Monica, California: Rand Corporation. The UNFPA Global Initiative on Reproductive Health Commodity Management (described in this report) has conducted meetings on the topic and will produce future papers. A theoretical framework for examination of financing decision in reproductive health is given in: Behrman and Knowles 1998.
16. This presentation relies heavily on: Janowitz, Measham and West 1999. See also: Behrman and Knowles 1998; McGreevey, et al. 1999; and Merrick, T. (Forthcoming.) "Delivering Reproductive Health Services in Health Reform Settings: Challenges and Opportunities." Washington, D.C.: The World Bank. Web site: <www.worldbank.org>.
17. Data are most recently available from 1990-1997.
18. For a more extended discussion, see: UNFPA. 1997. *State of World Population 1997: The Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York: UNFPA.
19. This point is made in a challenging review of primary health care strategies (Filmer, Deon, Jeffrey Hammer, and Lant Pritchett. 1998. "Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain." Policy Research Working Paper No. 1874. Washington, D.C.: The World Bank Development Research Group.).
20. See the work of Julia Walsh, Malcolm Potts and their colleagues in the Bay Area International Health Group (e.g., Sylvie, Marceau, Julia Walsh, Elizabeth Townes and Tim Wade. "Can Consumers in Developing Countries Afford Contraceptives?" Draft paper).
21. Details of the economic analysis are presented in: Behrman and Knowles 1998.
22. For details see: Pathak, Laxmi Raj, et al. 1998. *Maternal Mortality and Morbidity Study*. Kathmandu, Nepal: Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health, His Majesty's Government of Nepal.
23. See: Janowitz, Measham, and West 1999; Behrman and Knowles 1998; and McGreevey, et al. 1999.

第5章

1. *The 20/20 Initiative: Achieving Universal Access to Basic Social Services for Sustainable Human Development*. December 1994. Note prepared jointly by UNDP, UNESCO, UNFPA, UNICEF and WHO. New York: United Nations. This included \$10-12 billion above the amount available for family planning in around 1990.

カイロ会議の目標の検証

指標



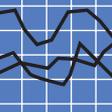
国・地域名	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標				
	乳児死亡率 (出生千対)	出生時平均余命 (歳) 男 女	妊産婦死亡率 (出生10万対)	初等教育就学率 (全体) (%) 男 女	初等教育5年目までとどまる 児童の割合 男 女	中等教育就学率 (全体) (%) 男 女	15歳以上の非識字率 (%) 男 女	家族計画の知識をもっている人の割合 (%) 手段 入手場所		15~19歳の少女1000人 当たりの出生数	すべての方法	避妊実行率 近代的避妊法
世界全体	57	63.3 / 67.6								66	58	50
先進工業地域(*)	9	71.1 / 78.8								31	70	51
開発途上地域(+)	63	61.8 / 65.0								71	55	50
後発開発途上国(†)	99	49.6 / 51.5								128		
アフリカ(1)	87	50.0 / 52.8								119	20	16
東アフリカ	101	44.4 / 46.4								132		
ブルンジ	119	41.0 / 43.8	1,300	55 / 46	76 / 78	8 / 5	48 / 67	70	62	55	9	1
エリトリア	91	49.3 / 52.4	1,400	59 / 48	73 / 67	24 / 17				119	5	4
エチオピア	116	42.4 / 44.3	1,400	48 / 27	57 / 53	13 / 10	60 / 74	63		152	4	2
ケニア	66	51.1 / 53.0	650	85 / 85	60 / 62	26 / 22	14 / 31	96	88	95	33	28
マダガスカル	83	56.0 / 59.0	660	92 / 91	49 / 33	16 / 16			45	137	17	5
マラウイ	138	38.9 / 39.6	620	140 / 127	38 / 48	21 / 12	28 / 59	90	80	162	22	14
モーリシャス(2)	16	67.9 / 75.1	112	107 / 106	98 / 99	63 / 66	14 / 22	100		37	75	49
モザンビーク	114	43.9 / 46.6	1,500	70 / 50	52 / 39	9 / 6	46 / 77			128	6	6
ルワンダ	124	39.4 / 41.7	1,300	83 / 80	58 / 60	12 / 9	31 / 48	98	86	56	21	13
ソマリア	122	45.4 / 48.6								213		
ウガンダ	107	38.9 / 40.4	550	81 / 68	82 / 73	15 / 9	26 / 50	82	74	180	15	8
タンザニア	82	46.8 / 49.1	530	67 / 66	81 / 85	6 / 5	21 / 41	74	66	125	18	13
ザンビア	82	39.5 / 40.6	230	91 / 86	89 / 84	34 / 21	18 / 35	89	81	134	25	14
ジンバブエ	69	43.6 / 44.7	280	115 / 111	78 / 79	52 / 45	7 / 14	96	93	89	48	42
中央アフリカ(3)	95	48.6 / 51.7								196		
アンゴラ	125	44.9 / 48.1	1,500	96 / 88		18 / 9				219		
カメルーン	74	53.4 / 56.0	550	93 / 84	64 / 69	32 / 22	23 / 39	72	54	140	16	4
中央アフリカ	98	42.9 / 46.9	700	69 / 45	39 / 32	15 / 6	46 / 73			142	15	3
チャド	112	45.7 / 48.7	900	76 / 39	62 / 53	15 / 4				185		
コンゴ (民主共和国) (4)	90	49.2 / 52.3		86 / 58	68 / 58	32 / 19				217	8	2
コンゴ (共和国)	90	46.3 / 50.8	890	120 / 109	40 / 78	62 / 45	17 / 33			141		
ガボン	87	51.1 / 53.8	500		58 / 61					172		
北アフリカ(5)	52	63.3 / 66.4								50		
アルジェリア	44	67.5 / 70.3	140	113 / 102	94 / 95	66 / 62	29 / 55	99		25	52	49
エジプト	51	64.7 / 67.9	170	107 / 94	95 / 93	80 / 70	37 / 62	100	93	65	47	46
リビア	28	68.3 / 72.2	220	110 / 111		61 / 57	13 / 40			56	40	26
モロッコ	51	64.8 / 68.5	372	97 / 74	79 / 77	44 / 34	42 / 70	99	94	50	50	42
スーダン	71	53.6 / 56.4	370	55 / 47	90 / 95	23 / 20	37 / 62	71	60	52	8	6
チュニジア	30	68.4 / 70.7		120 / 113	90 / 92	66 / 63	24 / 47	99	97	13	60	51
南アフリカ	62	51.5 / 57.5								71		
ボツワナ	59	46.2 / 48.4	250	107 / 108	87 / 93	62 / 68	30 / 25	95	95	78	33	32
レソト	93	54.7 / 57.3	610	102 / 114	72 / 87	25 / 37	30 / 8	79		86	23	19
ナミビア	65	51.8 / 53.0	220	130 / 132	80 / 84	56 / 66	20 / 23	89	78	105	29	26
南アフリカ	59	51.5 / 58.1	230	133 / 129	72 / 79	87 / 102	16 / 18			68	50	49
西アフリカ(6)	90	48.6 / 51.3								136		
ベナン	88	51.7 / 55.2	500	98 / 57	64 / 57	24 / 10	55 / 81	40		116	16	3
ブルキナファソ	99	43.6 / 45.2	930	48 / 31	74 / 77	11 / 6	71 / 90	66	30	157	8	4
コートジボアール	87	46.2 / 47.3	600	82 / 61	77 / 71	33 / 16	51 / 70	26		133	11	5
ガーナ	66	58.3 / 61.8	740	81 / 69	81 / 79	44 / 28	25 / 47	76	70	113	20	10
ギニア	124	46.0 / 47.0	880	62 / 33	85 / 68	18 / 6				193	2	1
ギニアビサウ	130	43.5 / 46.5	910	79 / 45		10 / 4	53 / 84			190		
リベリア	116	46.1 / 48.5		51 / 28		31 / 13	38 / 72	72	48	213	6	5
マリ	118	52.0 / 54.6	580	55 / 35	87 / 82	13 / 7	60 / 75	42	30	181	7	5
モーリタニア	92	51.9 / 55.1	800	84 / 75	61 / 68	21 / 11	51 / 73	61		135	3	1
ニジェール	115	46.9 / 50.1	593	36 / 22	72 / 74	9 / 5	80 / 93	76	33	199	4	2
ナイジェリア	81	48.7 / 51.5	1,000	109 / 87		36 / 30	34 / 53	46	34	121	6	3
セネガル	63	50.5 / 54.2	510	75 / 61	89 / 81	20 / 12	57 / 77	74	44	119	13	8
シエラレオネ	170	35.8 / 38.7	1,800	60 / 41		22 / 13		78		202		
トーゴ	84	47.6 / 50.1	640	140 / 99	74 / 58	40 / 15	34 / 65	94	81	120	12	3
アジア	57	64.8 / 67.9								57	60	56
東アジア(7)	38	68.8 / 73.4								5		
中国	41	67.9 / 72.0	115	120 / 120	93 / 94	73 / 66	10 / 27			5	83	83
朝鮮民主主義人民共和国	22	68.9 / 75.1								2	62	53
香港(8)	6	75.8 / 81.4	7	93 / 95	99 / 100	71 / 76	4 / 13	98		7	86	79
日本	4	76.8 / 82.9	8	102 / 102	100 / 100	103 / 104				4	59	53

カイロ会議の目標の検証

国・地域名	死亡率の指標			教育の指標				リプロダクティブ・ヘルスの指標				
	乳児死亡率 (出生千対)	出生時平均余命 (歳) 男 女	妊産婦死亡率 (出生10万対)	初等教育 就学率 (全体) (%) 男 女	初等教育 5年目までとどまる 児童の割合 男 女	中等教育 就学率 (全体) (%) 男 女	15歳以上の 非識字率 (%) 男 女	家族計画の 知識をもって いる人の割合 (%) 手段 入手場所		15~19歳の 少女1000人 当たりの 出生数	避妊実行率 すべての の方法 近代的 避妊法	
モンゴル	51	64.4 / 67.3	65	86 / 91		48 / 65				47	61	25
韓国	10	68.8 / 76.0	30	94 / 94	100 / 100	102 / 102	1 / 5	100	94	4	79	69
東南アジア	46	63.7 / 67.8								48		
カンボジア	103	51.5 / 55.0	900	119 / 100	56 / 42	36 / 21				14		
インドネシア	48	63.3 / 67.0	390	117 / 112	96 / 81	52 / 44	10 / 22	95	93	58	55	52
ラオス	93	52.0 / 54.5	650	123 / 101	55 / 51	35 / 23				104	19	15
マレーシア	11	69.9 / 74.3	43	101 / 103	98 / 100	57 / 65	11 / 21	99	94	25	48	31
ミャンマー	79	58.5 / 61.8	580	122 / 117		29 / 30	12 / 22			26	17	14
フィリピン	36	66.5 / 70.2	208	109 / 110	75 / 75	77 / 78	6 / 6	97	93	43	40	25
シンガポール	5	74.9 / 79.3	10	103 / 99	100 / 100	69 / 65	5 / 14	98	95	7	74	73
タイ	29	65.8 / 72.0	200	98 / 96		57 / 56	4 / 8	100	99	70	74	72
ベトナム	38	64.9 / 69.6	105	106 / 100		48 / 46	5 / 12	95		27	65	44
南・中央アジア	73	61.8 / 62.9								103		
アフガニスタン	152	45.0 / 46.0		64 / 32	86 / 80	32 / 12	54 / 84	4		153	2	2
バングラデシュ	79	58.1 / 58.2	850	77 / 66	18 / 26	25 / 13	51 / 74	100	98	115	49	41
ブータン	63	59.5 / 62.0			81 / 84					71	19	
インド	72	62.3 / 62.9	437	109 / 90	62 / 55	59 / 39	35 / 62	95		112	41	37
イラン	35	68.5 / 70.0	120	102 / 95	92 / 89	81 / 73	21 / 37	91		29	65	45
ネパール	83	57.6 / 57.1	1,500	127 / 90	52 / 52	50 / 25	47 / 81	93	80	120	29	26
パキスタン	74	62.9 / 65.1	340	101 / 45		33 / 17	46 / 76	78	46	90	18	13
スリランカ	18	70.9 / 75.4	30	110 / 108	83 / 84	72 / 78	6 / 13	99	98	20	66	43
西アジア(9)	51	65.9 / 70.2								57		
イラク	95	60.9 / 63.9	310	92 / 78	84 / 84	51 / 33				45	14	11
イスラエル	8	75.7 / 79.7	7	96 / 96		89 / 87	3 / 7			19		
ヨルダン	26	68.9 / 71.5	150		98 / 99		10 / 20	100	95	43	35	27
クウェート	12	74.1 / 78.2	18	76 / 74		65 / 65	18 / 24			34	35	32
レバノン	29	68.1 / 71.7	300	113 / 108		78 / 85	10 / 23	91		26	53	18
オマーン	25	68.9 / 73.3		80 / 76	96 / 96	68 / 65	25 / 49			80	22	19
サウジアラビア	23	69.9 / 73.4	18	77 / 75	87 / 92	65 / 57	20 / 41			113		
シリア	33	66.7 / 71.2	179	106 / 96	93 / 94	45 / 40	15 / 46	78		44	36	28
トルコ(10)	45	66.5 / 71.7	180	107 / 102	92 / 93	67 / 45	8 / 28	99	95	44	63	35
アラブ首長国連邦	16	73.9 / 76.5		96 / 92	98 / 98	76 / 84	27 / 25			73	27	24
イエメン	80	57.4 / 58.4	1,400	100 / 40		53 / 14	38 / 82	60	27	102	13	10
ヨーロッパ	12	69.2 / 77.4								25	72	46
東ヨーロッパ	18	63.3 / 73.9								38		
ブルガリア	17	67.6 / 74.7	20	100 / 98	91 / 90	77 / 77	1 / 3			49	76	7
チェコ	6	70.3 / 77.4	7	105 / 103		97 / 100				23	69	45
ハンガリー	10	66.8 / 74.9	14	104 / 102	98 / 98	96 / 99	1 / 1			28	73	59
ポーランド	15	68.2 / 76.9	10	97 / 96		98 / 97	0 / 0			23	75	26
ルーマニア	23	66.2 / 73.9	41	104 / 103		79 / 78	1 / 4			36	57	14
スロバキア	11	69.2 / 76.7	8	102 / 102		92 / 96				32	74	42
北ヨーロッパ(11)	8	73.5 / 79.5								24		
デンマーク	7	73.0 / 78.3	9	102 / 101	100 / 99	120 / 123				9	78	72
エストニア	19	63.0 / 74.5	52	95 / 93	96 / 97	100 / 108				38	70	56
フィンランド	6	73.0 / 80.6	11	99 / 99	100 / 100	107 / 125				10	80	77
アイルランド	7	73.6 / 79.2	10	104 / 104	100 / 100	112 / 120				19		
ラトビア	18	62.5 / 74.4	15	98 / 93		82 / 85	0 / 1			27	48	39
リトアニア	21	64.3 / 75.6	13	100 / 96		85 / 88	1 / 1			37	59	20
ノルウェー	5	75.2 / 81.1	6	99 / 99	100 / 100	119 / 113				13	74	69
スウェーデン	5	76.3 / 80.8	7	105 / 107	98 / 97	126 / 148				7	78	71
イギリス	7	74.5 / 79.8	9	114 / 116		123 / 144				29	82	78
南ヨーロッパ(12)	10	73.7 / 80.1								14		
アルバニア	30	69.9 / 75.9	28	106 / 108	81 / 83	37 / 38				34		
ボスニア・ヘルツェゴビナ	15	70.5 / 75.9								28		
クロアチア	10	68.8 / 76.5	12	88 / 87		81 / 83	1 / 4			19		
ギリシャ	8	75.6 / 80.7	10	94 / 94	99 / 100	95 / 96	2 / 6			13		
イタリア	7	75.0 / 81.2	12	101 / 100	100 / 100	94 / 94	1 / 2			7	78	32
マケドニア	23	70.9 / 75.3	22	100 / 98	95 / 95	64 / 62				42		
ポルトガル	9	71.8 / 78.9	15	131 / 125		102 / 111	7 / 13			20	66	32
スロベニア	7	70.6 / 78.2	5	98 / 98		90 / 93	0 / 1			17		
スペイン	7	74.5 / 81.5	7	110 / 108	98 / 99	116 / 128	2 / 4			8	59	37
ユーゴスラビア	18	70.2 / 75.5	12	69 / 70		60 / 64				39	55	12

カイロ会議の目標の検証

指標



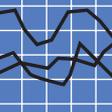
国・地域名	死亡率の指標			教育の指標					リプロダクティブ・ヘルスの指標			
	乳児死亡率 (出生千対)	出生時平均余命 (歳) 男 女	妊産婦死亡率 (出生10万対)	初等教育就学率 (全体) (%) 男 女	初等教育5年目までとどまる 児童の割合 男 女	中等教育就学率 (全体) (%) 男 女	15歳以上の非識字率 (%) 男 女	家族計画の知識をもっている人の割合 (%) 手段 入手場所		15~19歳の少女1000人 当たりの出生数	避妊実行率 すべての方法	近代的避妊法
西ヨーロッパ(13)	6	74.1 / 80.8								10		
オーストリア	6	73.7 / 80.2	10	101 / 101		106 / 102				18	71	56
ベルギー	7	73.8 / 80.6	10	103 / 102		141 / 152				11	79	75
フランス	6	74.2 / 82.0	15	107 / 105		112 / 111				9	75	70
ドイツ	5	73.9 / 80.2	22	102 / 102		105 / 103				11	75	72
オランダ	6	75.0 / 80.7	12	108 / 106	93 / 96	141 / 134				4	79	76
スイス	6	75.4 / 81.8	6							4	71	65
ラテンアメリカ・カリブ海地域	36	66.1 / 72.6								76	66	57
カリブ海(14)	36	66.3 / 71.0								74		
キューバ	9	74.2 / 78.0	36	108 / 104		76 / 85	4 / 4	100		65	70	68
ドミニカ共和国	34	69.0 / 73.1	110	103 / 104		34 / 47	18 / 19	100	96	89	64	60
ハイチ	68	51.4 / 56.2	600	49 / 46	47 / 46	21 / 20	53 / 59	81	66	70	18	13
ジャマイカ	22	72.9 / 76.8	120	100 / 99	93 / 98	63 / 67	20 / 11	99		91	62	58
プエルトリコ	12	69.4 / 78.5					7 / 7			70	64	57
トリニダード・トバゴ	15	71.5 / 76.2	90	99 / 98	98 / 99	72 / 75	2 / 3	97	96	40	53	45
中央アメリカ	33	68.4 / 74.0								81		
ベリーズ	29	73.4 / 76.1		123 / 119	70 / 71	47 / 52			95	99	47	42
コスタリカ	12	74.3 / 78.9	55	104 / 103	86 / 89	45 / 50	5 / 5	100	99	85	75	65
エルサルバドル	32	66.5 / 72.5	300	93 / 92	76 / 77	32 / 36	21 / 27	98		95	53	48
グアテマラ	46	61.4 / 67.2	190	94 / 82	52 / 47	27 / 25	27 / 43	70	64	119	31	26
ホンジュラス	35	67.5 / 72.3	220	110 / 112	45 / 51	29 / 37	30 / 31	95		115	50	41
メキシコ	31	69.5 / 75.5	110	116 / 113	85 / 86	61 / 61	8 / 13	91	72	70	67	58
ニカラグア	43	65.8 / 70.6	160	101 / 104	52 / 57	41 / 47	37 / 37	97		152	49	45
パナマ	21	71.8 / 76.4	55	108 / 104	80 / 84	61 / 65	9 / 10	95		82	58	54
南アメリカ(15)	37	65.3 / 72.3								73		
アルゼンチン	22	69.7 / 76.8	100	114 / 113		73 / 81	4 / 4			65		
ボリビア	66	59.8 / 63.2	370	99 / 90	65 / 58	40 / 34	10 / 25	73	66	79	45	17
ブラジル	42	63.1 / 71.0	160	107 / 98		31 / 36	17 / 17	100	95	72	77	71
チリ	13	72.3 / 78.3	180	103 / 100	100 / 100	72 / 78	5 / 5			49		
コロンビア	30	67.3 / 74.3	100	113 / 112	70 / 76	65 / 69	10 / 10	98	94	88	72	59
エクアドル	46	67.3 / 72.5	150	123 / 122	84 / 86	50 / 50	8 / 12	89	88	72	57	46
パラグアイ	39	67.5 / 72.0	190	113 / 110	70 / 73	42 / 45	7 / 10	98	90	76	56	41
ペルー	45	65.9 / 70.9	280	125 / 121	78 / 74	72 / 67	7 / 17	96	89	58	64	41
ウルグアイ	18	70.5 / 78.0	85	109 / 108	97 / 99	75 / 90	3 / 2			70		
ベネズエラ	21	70.0 / 75.7	200	90 / 93	86 / 92	33 / 46	8 / 9	98	68	98	49	37
北アメリカ(16)	7	73.6 / 80.2								56	71	68
カナダ	6	76.1 / 81.8	6	103 / 101		105 / 105				23	75	74
米国	7	73.4 / 80.1	12	103 / 101		98 / 97				59	71	67
オセアニア	24	71.4 / 76.3								28	29	
オーストラリア・ニュージーランド	6	75.2 / 80.9								22	76	72
オーストラリア(17)	6	75.5 / 81.1	9	101 / 101		149 / 148				20	76	72
メラネシア(18)	53	59.9 / 62.2								34		
ニューカレドニア	11	69.2 / 76.3		127 / 123	96 / 94	80 / 88				55		
ニュージーランド	7	74.1 / 79.7	25	99 / 99	99 / 99	111 / 117				34	75	72
パプアニューギニア	61	57.2 / 58.7	930	87 / 74	72 / 74	17 / 11				24	26	20
バヌアツ	39	65.5 / 69.5		101 / 94	90 / 91	23 / 18				74		
経済の転換期にある旧ソ連諸国(19)												
アルメニア	26	67.2 / 73.6	21	87 / 91		100 / 79				41		
アゼルバイジャン	36	65.5 / 74.1	44	108 / 105		73 / 81				1		
ベラルーシ	23	62.2 / 73.9	22	100 / 96		91 / 95	0 / 2			36	50	42
グルジア	20	68.5 / 76.8	19	89 / 88		78 / 76				47		
カザフスタン	35	62.8 / 72.5	53	97 / 98		82 / 91				54	59	46
キルギスタン	40	63.3 / 71.9	32	106 / 103		75 / 83				40		
モルドバ	29	63.5 / 71.5	33	98 / 97		79 / 82	1 / 3			32		
ロシア	18	60.6 / 72.8	53	108 / 107		84 / 91	0 / 2			45	74	50
タジキスタン	57	64.2 / 70.2	74	97 / 94		83 / 74	1 / 2			35		
トルクメニスタン	55	61.9 / 68.9	44							20		
ウクライナ	19	63.8 / 73.7	30	87 / 87		88 / 95				36		
ウズベキスタン	44	64.3 / 70.7	24	79 / 77		100 / 88				35	56	52

人口・社会・経済指標

国・地域名	人口 (百万人) (1999)	推計人口 (百万人) (2025)	年平均 増加率 (%) (1995-2000)	都市人口 の割合 (%) (1995)	都市 成長率 (%) (1995-2000)	可耕地 1ha 当たりの 人口	合計特殊 出生率 (1995-2000)	専門技能者の 立会いの下での 出産 (%)	1人当たり GNP (米ドル) (1995)	政府支出に 占める割合 (%) 教育費 保健費		外部からの 人口援助 (1,000米ドル)	5歳未満児 死亡率 (出生千対) 男 女	1人当たり エネルギー 消費量	安全な 水の利用 (%)
世界全体	5,978.4	7,823.7	1.3	45	2.5		2.71	58				(1,646,074)	80 / 80		
先進工業地域(*)	1,185.2	1,214.9	0.3	75	0.7		1.57	99					13 / 10		
開発途上地域(+)	4,793.2	6,608.8	1.6	38	3.3		3.00	53					87 / 88		
後発開発途上国(†)	629.6	1,092.6	2.4	22	5.2		5.05						160 / 151		
アフリカ(1)	766.6	1,298.3	2.4	34	4.3		5.06	42				464,557²⁰	146 / 133		
東アフリカ	240.9	426.2	2.6	22	5.3		5.79	34					169 / 154		
ブルンジ	6.6	11.6	1.7	8	6.4	5.1	6.28	24	620	19.2		5,530	189 / 168		52
エリトリア	3.7	6.7	3.8	17	4.7	5.0	5.70	21	1,040	18.7		4,459	154 / 137		7
エチオピア	61.1	115.4	2.5	13	5.1	4.1	6.30	8	500	20.0	8.0	29,130	193 / 174	284	26
ケニア	29.5	41.8	2.0	28	5.6	5.7	4.45	45	1,160	76.6	18.4	29,270	107 / 101	476	45
マダガスカル	15.5	29.0	3.0	27	5.6	3.8	5.40	57	900	17.1		11,162	123 / 110		16
馬拉ウイ	10.6	20.0	2.4	14	4.6	4.6	6.75	55	700	38.5		22,695	223 / 217		60
モーリシャス(2)	1.2	1.4	0.8	41	1.6	1.4	1.91	97	9,230	396.9	172.0	324	22 / 13		100
モザンビーク	19.3	30.6	2.5	34	7.1	4.3	6.25	44	690			22,207	193 / 173	481	24
ルワンダ	7.2	12.4	7.7	6	4.7	4.3	6.20	26	650			5,586	213 / 191		
ソマリア	9.7	21.2	4.2	26	4.7	7.0	7.25	2				2,906	212 / 195		
ウガンダ	21.1	44.4	2.8	13	5.4	2.4	7.10	38	1,160	30.2	16.2	31,133	181 / 164		42
タンザニア	32.8	57.9	2.3	24	5.7	6.2	5.48	38	620			35,037	138 / 123	453	49
ザンビア	9.0	15.6	2.3	43	3.3	1.1	5.55	47	910	20.0	24.6	19,954	149 / 144	628	53
ジンバブエ	11.5	15.1	1.4	32	4.4	2.3	3.80	69	2,240	185.9	47.9	23,301	123 / 111	929	77
中央アフリカ(3)	93.2	184.7	2.7	33	4.5		6.17	42					158 / 139		
アンゴラ	12.5	25.1	3.2	32	5.6	2.3	6.80	17	820			5,443	217 / 199	532	32
カメルーン	14.7	26.5	2.7	45	4.7	1.1	5.30	58	1,770	51.3	17.5	6,647	120 / 109	369	41
中央アフリカ	3.6	5.7	1.9	39	3.5	1.3	4.90	46	1,310			2,546	172 / 141		23
チャド	7.5	13.9	2.6	21	4.1	1.6	6.07	15	950	22.8	31.9	4,024	184 / 164		24
コンゴ (民主共和国) (4)	50.3	104.8	2.6	29	4.3	3.9	6.43		760			1,945	148 / 130	305	
コンゴ (共和国)	2.9	5.7	2.8	59	4.2	6.9	6.06	50	1,290	80.0	42.14	1,021	147 / 116	457	
ガボン	1.2	2.0	2.6	50	4.2	1.0	5.40	80	6,560	183.7		677	143 / 127	1,403	67
北アフリカ(5)	170.0	249.1	2.0	46	3.1		3.58	64				80,806²¹	73 / 67		
アルジェリア	30.8	46.6	2.3	56	3.5	0.9	3.81	77	4,250	216.8	152.1	1,354	57 / 45	842	
エジプト	67.2	95.6	1.9	45	2.6	7.6	3.40	46	3,080	147.8	45.9	36,154	65 / 64	638	84
リビア	5.5	8.6	2.4	86	3.9	0.2	3.80	94				11	32 / 31	2,935	95
モロッコ	27.9	38.7	1.8	48	2.9	1.1	3.10	40	3,210	170.1	41.2	31,766	74 / 62	329	57
スーダン	28.9	46.3	2.1	25	4.7	1.4	4.61	86	1,370			3,931	115 / 108	397	60
チュニジア	9.5	12.8	1.4	57	2.6	0.5	2.55	81	5,050	338.4	133.9	3,751	38 / 36	735	90
南アフリカ	46.3	55.9	1.6	48	3.3		3.43	79					102 / 82		
ボツワナ	1.6	2.2	1.9	28	6.3	1.9	4.35	77	7,430	772.7		2,505	112 / 101		70
レソト	2.1	3.5	2.2	23	5.8	2.5	4.75	50	2,490	174.3		1,050	132 / 127		62
ナミビア	1.7	2.3	2.2	37	5.3	1.0	4.90	68	5,100	464.1	171.2	2,265	125 / 119		60
南アフリカ	39.9	46.0	1.5	51	3.0	0.4	3.25	82	7,190	568.0	246.0	20,540	98 / 76	2,482	59
西アフリカ(6)	216.3	382.5	2.5	37	4.9		5.47	35					162 / 149		
ベナン	5.9	11.1	2.7	31	4.6	1.7	5.80	60	1,260	40.3		5,808	142 / 124	341	72
ブルキナファソ	11.6	23.3	2.7	27	8.9	2.9	6.57	41	1,000	15.0	29.2	9,133	176 / 166		
コートジボワール	14.5	23.3	1.8	44	4.7	1.0	5.10	45	1,690	84.6	23.2	8,279	144 / 129	382	72
ガーナ	19.7	36.9	2.7	36	4.4	2.3	5.15	44	1,610		30.3	16,050	107 / 95	380	65
ギニア	7.4	12.5	0.8	30	5.5	7.2	5.51	31	1,790			10,443	207 / 208		55
ギニアビサウ	1.2	1.9	2.2	22	4.6	2.7	5.75	25				1,802	214 / 192		53
リベリア	2.9	6.6	8.2	45	4.5	4.8	6.31	58				934	184 / 163		
マリ	11.0	21.3	2.4	27	5.4	2.0	6.60	24	720	15.8	9.5	12,779	244 / 227		48
モーリタニア	2.6	4.8	2.7	54	4.3	2.5	5.50	40	1,650	84.2	24.9	1,045	155 / 142		64
ニジェール	10.4	21.5	3.2	17	5.8	1.7	6.84	15	830			6,473	198 / 181		48
ナイジェリア	108.9	183.0	2.4	39	4.8	1.3	5.15	31	860	7.7	2.4	18,678	154 / 140	722	50
セネガル	9.2	16.7	2.6	42	4.0	2.8	5.57	47	1,690	59.2		9,571	117 / 112	302	50
シエラレオネ	4.7	8.1	3.0	36	4.4	5.1	6.06	25	410			400	277 / 248		34
トーゴ	4.5	8.5	2.7	31	4.8	1.1	6.05	32	1,460	68.6	24.6	2,073	137 / 120		55
アジア	3,634.3	4,723.1	1.4	35	3.2		2.60	54				371,539	71 / 77		
東アジア(7)	1,473.4	1,695.4	0.9	37	2.9		1.77	86					39 / 50		
中国	1,266.8	1,480.4	0.9	30	3.6	6.3	1.80	85	3,070	70.6	49.1	4,701	43 / 54	902	90
朝鮮民主主義 人民共和国	23.7	29.4	1.6	61	2.3	3.7	2.05	100				2,337	27 / 25	1,063	100
香港(8)	6.8	7.7	2.1	95	0.5	5.1	1.32	100	24,350	706.2	525.5	19	8 / 6	1,931	
日本	126.5	121.2	0.2	78	0.4	1.5	1.43	100	24,400	878.4	1,284.9	(93,760) ²²	6 / 5	4,058	96

人口・社会・経済指標

指標



国・地域名	人口 (百万人) (1999)	推計人口 (百万人) (2025)	年平均 増加率 (%) (1995-2000)	都市人口 の割合 (%) (1995)	都市 成長率 (%) (1995-2000)	可耕地 1ha 当たりの 人口	合計特殊 出生率 (1995-2000)	専門技能者の 立会いの下での 出産 (%)	1人当たり GNP (米ドル) (1995)	政府支出に 占める割合 (%) 教育費 保健費	外部からの 人口援助 (1,000米ドル)	5歳未満児 死亡率 (出生千対) 男 女	1人当たり エネルギー 消費量	安全な 水の利用 (%)
モンゴル	2.6	3.7	1.7	61	2.9	0.5	2.60	99	1,490	95.4 74.7	971	72 / 75		54
韓国	46.5	52.5	0.8	81	2.1	2.6	1.65	95	13,430	496.9 299.6	119	13 / 13	3,576	83
東南アジア	511.1	683.5	1.5	34	3.7		2.69	54				66 / 57		
カンボジア	10.9	16.5	2.3	21	5.6	1.9	4.60	31	1,290	37.4	19,756	141 / 127		13
インドネシア	209.3	273.4	1.4	35	4.1	3.0	2.58	36	3,390	47.5 20.0	32,553	69 / 56	672	65
ラオス	5.3	9.7	2.6	22	5.7	4.6	5.75	30	1,300	32.5 15.0	3,409	154 / 146		89
マレーシア	21.8	31.0	2.0	54	3.4	0.6	3.18	98	7,730	402.0 150.4	843	16 / 13	1,950	60
ミャンマー	45.1	58.1	1.2	26	3.7	3.3	2.40	57			884	121 / 104	294	83
フィリピン	74.5	108.3	2.1	54	3.7	3.0	3.62	53	3,670	80.7 37.7	48,602	49 / 38	528	85
シンガポール	3.5	4.2	1.4	100	0.8	7.0	1.68	100	29,230	876.9 364.4	8	6 / 6	7,835	100
タイ	60.9	72.7	0.9	20	2.8	1.5	1.74	71	6,490	266.1 116.9	10,181	37 / 33	1,333	89
ベトナム	78.7	108.0	1.6	21	3.5	7.7	2.60	79	1,590	41.3 13.7	17,113	54 / 57	448	47
南・中央アジア	1,465.8	2,049.9	1.8	29	3.4		3.36	34				91 / 101		
アフガニスタン	21.9	44.9	2.9	20	7.7	1.8	6.90	8			1,060	257 / 257		
バングラデシュ	126.9	178.8	1.7	18	5.2	8.1	3.11	8	1,090	31.6 11.3	93,492	106 / 116	19,764	84
ブータン	2.1	3.9	2.8	6	6.3	11.3	5.50	12			1,076	98 / 94		
インド	998.1	1,330.4	1.6	27	3.0	3.2	3.13	35	1,660	56.4 8.8	46,228	82 / 97	476	85
イラン	66.8	94.5	1.7	59	3.0	1.1	2.80	74	5,690	227.6 85.0	1,791	52 / 51	1,491	90
ネパール	23.4	38.0	2.4	14	6.5	6.9	4.45	9	1,090	30.5 12.6	17,323	110 / 124	320	59
パキスタン	152.3	263.0	2.8	35	4.6	3.4	5.03	18	1,580	47.4 10.7	16,722	108 / 104	446	62
スリランカ	18.6	23.5	1.0	22	2.8	4.6	2.10	94	2,460	83.6 28.8	2,186	22 / 20	371	70
西アジア(9)	184.0	294.3	2.2	66	3.4		3.77	74			34,462²¹	69 / 61		
イラク	22.5	41.0	2.8	75	3.7	0.4	5.25	54			481	119 / 114	1,174	77
イスラエル	6.1	8.3	2.2	91	1.6	0.4	2.68	99	17,680	1,273.0 325.5	28	11 / 9	2,843	99
ヨルダン	6.5	12.1	3.0	71	4.1	1.4	4.86	97	3,350	244.6 121.8	7,897	32 / 31	1,040	98
クウェート	1.9	3.0	3.1	97	3.4	3.4	2.89	98			304	16 / 14	8,167	100
レバノン	3.2	4.4	1.7	87	2.3	0.5	2.69	89	6,090	152.3	608	39 / 31	1,164	94
オマーン	2.5	5.4	3.3	13	7.4	14.4	5.85	91			352	35 / 24	2,231	88
サウジアラビア	20.9	40.0	3.4	80	3.9	0.6	5.80	90	10,540	579.7 176.9		31 / 24	4,753	93
シリア	15.7	26.3	2.5	52	4.3	0.8	4.00	77	3,000	126.0	2,678	47 / 33	1,002	88
トルコ(10)	65.5	87.9	1.7	69	3.5	0.8	2.50	76	6,470	142.3 161.4	7,205	67 / 52	1,045	
アラブ首長国連邦	2.4	3.3	2.0	84	2.5	1.8	3.42	99			316.0	21 / 17	13,155	98
イエメン	17.5	39.0	3.7	34	5.9	5.5	7.60	43	720	46.8 4.1	10,528	112 / 114	187	39
ヨーロッパ	728.9	702.3	0.0	74	0.5		1.42	99				16 / 12		
東ヨーロッパ	307.6	287.5	-0.2	70	0.5		1.36	99			22,533^{21,23}	25 / 18		
ブルガリア	8.3	7.0	-0.7	71	0.3	0.2	1.23	100	3,870	127.7 205.1	362	23 / 16	2,705	
チェコ	10.3	9.5	-0.2	65	0.4	0.3	1.19	99	10,380	560.5 741.3	3	9 / 7	3,917	
ハンガリー	10.1	8.9	-0.4	65	0.4	0.3	1.37	99	6,970	327.6 317.2	78	13 / 10	2,499	
ポーランド	38.7	39.1	0.1	65	0.9	0.6	1.53	99	6,510	338.5 276.3	226	18 / 14	2,807	
ルーマニア	22.4	19.9	-0.4	55	0.6	0.4	1.17	99	4,270	153.7	2,740	39 / 26	2,027	62
スロバキア	5.4	5.4	0.1	59	1.2	0.3	1.39	95	7,860	385.1		14 / 12	3,266	
北ヨーロッパ(11)	94.3	95.9	0.2	84	0.4		1.69	99				10 / 8		
デンマーク	5.3	5.2	0.3	85	0.2	0.1	1.72	100	23,450	1,922.9 1,176.2	(49,990)	10 / 7	4,346	
エストニア	1.4	1.1	-1.2	73	-0.1	0.2	1.29	95	5,090	371.6		33 / 17	3,834	
フィンランド	5.2	5.3	0.3	63	1.0	0.1	1.73	100	19,660	1,494.2 1,085.1	(17,335)	7 / 6	6,143	98
アイルランド	3.7	4.4	0.7	58	0.8	0.3	1.90	99	17,420	1,010.4 998.1		9 / 7	3,293	
ラトビア	2.4	1.9	-1.5	73	-0.2	0.2	1.25	98	3,970	258.1	768	31 / 18	1,674	
リトアニア	3.7	3.4	-0.3	72	0.7	0.2	1.43	95	4,140	231.8	24	29 / 18	2,414	
ノルウェー	4.4	4.8	0.5	73	0.7	0.3	1.85	100	24,260	1,819.5 1,515.2	(54,296)	7 / 6	5,284	100
スウェーデン	8.9	9.1	0.3	83	0.5	0.1	1.57	100	19,010	1,577.8 1,415.8	(53,177)	7 / 6	5,944	
イギリス	58.7	60.0	0.2	89	0.4	0.2	1.72	98	20,710	1,118.3 1,171.5	(117,431)	9 / 8	3,992	100
南ヨーロッパ(12)	144.1	135.0	0.1	65	0.6		1.31	98				13 / 11		
アルバニア	3.1	3.8	-0.4	37	2.2	2.5	2.50	99	2,170	67.3	1,426	46 / 39	362	76
ボスニア・ヘルツェゴビナ	3.8	4.3	3.0	49	6.1	0.4	1.35	97			635	19 / 15	777	
クロアチア	4.5	4.2	-0.1	64	0.9	0.4	1.56		4,930	261.3 346.1	116	14 / 11	1,418	63
ギリシャ	10.6	9.9	0.3	65	1.0	0.4	1.28	99	12,540	376.2 630.9		9 / 8	2,328	
イタリア	57.3	51.3	0.0	67	0.2	0.3	1.20	100	20,100	944.7 1,111.4	(2,203)	9 / 8	2,808	
マケドニア	2.0	2.3	0.6	60	1.5	0.5	2.06	93	3,180	178.1		27 / 24		
ボルトガル	9.9	9.3	0.0	36	1.4	0.6	1.37	98	14,180	779.9 668.2	(414)	12 / 10	1,928	82
スロベニア	2.0	1.8	-0.1	64	1.2	0.2	1.26	100	11,880	689.0		9 / 8	3,098	98
スペイン	39.6	36.7	0.0	76	0.4	0.2	1.15	96	15,690	768.8 903.1	(7,438)	9 / 7	2,583	
ユーゴスラビア	10.6	10.8	0.1	57	0.9	0.6	1.84				18	28 / 23	1,364	

人口・社会・経済指標

国・地域名	人口 (百万人) (1999)	推計人口 (百万人) (2025)	年平均 増加率 (%) (1995-2000)	都市人口 の割合 (%) (1995)	都市 成長率 (%) (1995-2000)	可耕地 1ha 当たりの 人口	合計特殊 出生率 (1995-2000)	専門技能者の 立会いの下での 出産 (%)	1人当たり GNP (米ドル) (1995)	政府支出に 占める割合 (%) 教育費 保健費	外部からの 人口援助 (1,000米ドル)	5歳未満児 死亡率 (出生千対) 男 女	1人当たり エネルギー 消費量	安全な 水の利用 (%)
西ヨーロッパ(13)	183.0	183.9	0.3	81	0.4		1.48	100				8 / 6		
オーストリア	8.2	8.2	0.5	56	0.7	0.3	1.41	100	22,010	1,232.6	1,256.5		8 / 7	3,373
ベルギー	10.2	9.9	0.1	97	0.3	0.3 ^a	1.55	100	23,090	738.9	1,530.7	(9,814)	9 / 7	5,552
フランス	58.9	61.7	0.4	73	0.5	0.1	1.71	99	22,210	1,354.8	1,636.8	(16,500)	8 / 7	4,355
ドイツ	82.2	80.2	0.1	87	0.3	0.2	1.30	100	21,170	1,016.2	1,730.2	(122,462) ^b	7 / 6	4,267
オランダ	15.7	15.8	0.4	89	0.6	0.6	1.50	100	21,300	1,107.6	1,285.6	(146,628)	9 / 7	4,885
スイス	7.3	7.6	0.7	61	1.3	1.2	1.47	99	26,580	1,408.7	1,766.1	(16,626)	10 / 7	3,622
ラテンアメリカ・カリブ海地域	511.3	696.7	1.6	74	2.3		2.70	80				210,449	49 / 39	
カリブ海(14)	37.7	47.3	1.1	62	2.0		2.55	72					57 / 48	
キューバ	11.2	11.8	0.4	76	1.2	0.4	1.55	99				935	13 / 10	1,448
ドミニカ共和国	8.4	11.2	1.7	65	2.7	0.9	2.80	96	4,690	93.8	71.4	6,789	51 / 41	652
ハイチ	8.1	12.0	1.7	32	4.1	5.2	4.38	20	1,260		15.1	16,296	112 / 97	268
ジャマイカ	2.6	3.2	0.9	54	1.7	2.3	2.50	92	3,330	246.4	89.9	5,088	28 / 25	1,465
プエルトリコ	3.8	4.5	0.8	73	1.4	2.4	2.11	99					15 / 13	97
トリニダード・トバゴ	1.3	1.5	0.5	72	1.8	1.0	1.65	98	6,460	239.0	129.3	59	19 / 12	6,081
中央アメリカ	132.8	188.5	1.9	68	2.6		3.05	70					45 / 38	
ベリーズ	0.2	0.4	2.4	47	2.6	0.8	3.66	79	4,080			79	37 / 37	
コスタリカ	3.9	5.9	2.5	50	3.2	1.5	2.83	97	6,510	345.0	398.3	748	16 / 13	657
エルサルバドル	6.2	9.1	2.0	45	2.9	2.4	3.17	87	2,860	62.9	63.1	5,872	45 / 37	700
グアテマラ	11.1	19.8	2.6	41	4.1	3.0	4.93	35	4,060	69.0	58.7	5,568	65 / 57	510
ホンジュラス	6.3	10.7	2.8	44	4.3	1.1	4.30	55	2,260	81.4	52.7	7,422	54 / 43	503
メキシコ	97.4	130.2	1.6	75	2.4	0.9	2.75	75	8,110	397.4	216.5	23,326	41 / 34	1,525
ニカラグア	4.9	8.7	2.7	63	4.0	0.4	4.42	61	1,820	67.3	106.1	11,529	64 / 53	525
パナマ	2.8	3.8	1.6	53	2.4	1.0	2.63	84	6,890	316.9	320.3	388	29 / 26	853
南アメリカ(15)	340.8	460.9	1.5	78	2.2		2.58	86					50 / 39	
アルゼンチン	36.6	47.2	1.3	88	1.5	0.1	2.62	97	10,100	353.5	413.9	1,652	28 / 22	1,673
ボリビア	8.1	13.1	2.3	61	3.8	1.5	4.36	46	2,810	157.4	112.4	21,718	92 / 83	479
ブラジル	168.0	217.9	1.3	78	2.3	0.5	2.27	88	6,350	349.3	105.8	20,919	54 / 41	1,012
チリ	15.0	19.5	1.4	84	1.6	0.6	2.44	99	12,240	379.4	300.3	4,760	17 / 13	1,419
コロンビア	41.6	59.8	1.9	73	2.2	1.9	2.80	85	6,570	289.1	189.4	2,573	43 / 35	799
エクアドル	12.4	17.8	2.0	58	3.1	1.2	3.10	64	4,700	164.5	99.7	5,446	66 / 54	731
パラグアイ	5.4	9.4	2.6	53	3.8	0.9	4.17	61	3,860	150.5	62.1	1,994	54 / 43	865
ペルー	25.2	35.5	1.7	72	2.5	1.8	2.98	56	4,580	132.8	93.2	29,755	71 / 58	582
ウルグアイ	3.3	3.9	0.7	90	0.8	0.3	2.40	96	9,110	300.6	138.4	339	23 / 17	912
ベネズエラ	23.7	34.8	2.0	93	2.4	0.7	2.98	97	8,660	450.3	111.8	758	27 / 22	2,463
北アメリカ(16)	307.2	363.6	0.9	76	1.2		1.94	99					9 / 7	
カナダ	30.9	37.9	1.0	77	1.2	0.0	1.55	100	21,750	1,522.5	1,451.9	(34,520)	8 / 6	7,880
米国	276.2	325.6	0.8	76	1.2	0.0	1.99	99	29,080	1,570.3	1,844.1	(662,360)	10 / 8	8,051
オセアニア	30.0	39.6	1.3	70	1.4		2.38	65					31 / 32	
オーストラリア・ニュージーランド	22.5	27.8	1.0	85	1.2		1.83	99					8 / 6	
オーストラリア(17)	18.7	23.1	1.0	85	1.2	0.0	1.79	100	19,510	1,092.6	1,227.3	(45,235)	8 / 6	5,494
メラネシア(18)	6.3	10.0	2.2	21	3.6		4.28						16 / 15	
ニューカレドニア	0.2	0.3	2.1	62	2.2		2.70	98					9 / 8	
ニュージーランド	3.8	4.7	1.0	86	1.3	0.1	2.01	95	15,780	1,151.9	1,012.9	(1,806)	79 / 88	4,388
パプアニューギニア	4.7	7.5	2.2	16	4.0	6.4	4.60	53				5,158	87 / 92	31
バヌアツ	0.2	0.3	2.4	19	3.9		4.30	79	3,230			202	54 / 42	
経済の転換期にある旧ソ連諸国(19)														
アルメニア	3.5	3.9	-0.3	69	1.6	0.8	1.70	95	2,540	50.8	61.8	2,040	35 / 30	474
アゼルバイジャン	7.7	9.4	0.5	56	1.7	1.1	1.99	99	1,520	50.2	16.6	1,247	55 / 44	1,570
ベラルーシ	10.3	9.5	-0.3	71	0.8	0.3	1.36	100	4,820	294.0	222.7	25	36 / 20	2,386
グルジア	5.0	5.2	-0.1	58	1.1	1.1	1.92	95	1,980	103.0		1,018	27 / 20	291
カザフスタン	16.3	17.7	-0.4	60	1.4	0.1	2.30	99	3,530	165.9	81.7	1,270	46 / 36	2,724
キルギスタン	4.7	6.1	0.6	39	2.4	0.9	3.21	98	2,180	124.3		1,730	56 / 44	645
モルドバ	4.4	4.5	0.0	52	1.8	0.5	1.76	95	1,450	140.7		583	39 / 25	1,064
ロシア	147.2	137.9	-0.2	76	0.3	0.1	1.35	99	4,280	175.5	225.9	6,783	25 / 19	4,169
タジキスタン	6.1	8.9	1.5	32	3.2	2.4	4.15	92	1,100	24.2		943	88 / 73	594
トルクメニスタン	4.4	6.3	1.8	45	2.5	1.0	3.60	90	1,410			1,012	86 / 69	2,646
ウクライナ	50.7	45.7	-0.4	70	0.6	0.3	1.38	100	2,170	156.2		1,956	30 / 20	3,012
ウズベキスタン	23.9	33.4	1.6	41	2.8	1.4	3.45	98				2,849	69 / 56	1,826

カイロ会議の目標の検証

	死亡率の指標		教育の指標		リプロダクティブ・ヘルスの指標		
	乳児死亡率 (出生千対)	出生時平均余命(歳) 男 女	初等教育就学率 (全体) % 男 女	中等教育就学率 (全体) % 男 女	15~19歳の少女 1000人当たりの 出生数	避妊実行率 すべての の方法	近代的 避妊法
バハマ	16	70.5 / 77.1	92 / 104	77 / 97	69	62	60
バーレーン	17	71.1 / 75.3	105 / 106	95 / 100	22	61	30
バルバドス	12	73.7 / 78.7	90 / 91	89 / 80	44	55	53
ブルネイ	10	73.4 / 78.1	109 / 104	72 / 82	33		
カーボベルデ	56	65.5 / 71.3	133 / 129	28 / 26	79		
コモロ	76	57.4 / 60.2	84 / 69	24 / 19	83	21	11
キプロス	9	75.5 / 80.0	100 / 100	96 / 99	17		
ジブチ	106	48.7 / 52.0	45 / 33	17 / 12	31		
東ティモール	135	46.7 / 48.4			37		
赤道ギニア	108	48.4 / 51.6			178		
フィジー	20	70.6 / 74.9	128 / 128	64 / 65	48	41	35
仏領ポリネシア	11	69.3 / 74.6	118 / 113	69 / 86	68		
ガンビア	122	45.4 / 48.6	87 / 67	30 / 19	155	12	7
グアドループ島	9	73.6 / 80.9			29	44	31
グアム	10	73.0 / 77.4			96		
ガイアナ	58	61.1 / 67.9	95 / 94	73 / 78	58	31	28
アイスランド	5	76.8 / 81.3	98 / 98	105 / 103	24		
ルクセンブルク	7	73.3 / 79.9			12		
モルディヴ	50	65.7 / 63.3	130 / 127	49 / 49	54		
マルタ	8	74.9 / 79.3	108 / 107	86 / 80	12		
マルチニーク	7	75.5 / 82.0			27	51	37
ミクロネシア(26)	34	67.6 / 71.4			56		
オランダ領アンティル諸島	14	72.5 / 78.4			35		
ポリネシア(27)	17	69.3 / 74.2			55		
カタール	17	70.0 / 75.4	87 / 86	80 / 79	66	32	29
レユニオン	9	70.9 / 79.8			20	67	62
サモア	23	69.3 / 73.6	106 / 100	59 / 66	37		
ソロモン諸島	23	69.7 / 73.9	103 / 89	21 / 14	94		
スリナム	29	67.5 / 72.7			22		
スワジランド	65	57.9 / 62.5	122 / 115	55 / 54	90	20	17

人口・社会・経済指標

国・地域名	人口 (千人)	推計人口 (千人)	都市人口の 割合(%)	都市 成長率(%)	合計特殊 出生率	専門技能者の立会い の下での出産 (%)	1人当たり GNP	5歳未満児 死亡率 (出生千対)
	1999	2025	(1995)	(1995-2000)	(1995-2000)	(%)	(1997)	男 女
バハマ	301	415	86.5	1.9	2.60	100		20 / 15
バーレーン	606	858	90.3	2.7	2.90	98		26 / 17
バルバドス	269	297	47.4	1.7	1.50	98		14 / 15
ブルネイ	322	459	57.8	2.2	2.80	98		11 / 11
カーボベルデ	418	671	54.3	5.5	3.56		2,950	68 / 60
コモロ	676	1,176	30.7	5.6	4.80	52	1,530	112 / 101
キプロス	778	900	54.1	1.9	2.03	98		10 / 9
ジブチ	629	1,026	82.8	2.6	5.30	79		182 / 166
東ティモール	871	1,185	7.5	1.7	4.35			205 / 196
赤道ギニア	442	795	42.2	5.2	5.58	5		184 / 169
フィジー	806	1,104	40.7	2.5	2.73	100	3,860	28 / 18
仏領ポリネシア	231	324	56.4	2.2	2.85	98		14 / 14
ガンビア	1,268	2,151	25.5	5.3	5.20	44	1,440	212 / 194
グアドループ島	450	569	99.4	1.6	1.90			12 / 9
グアム	164	228	38.2	2.4	3.04	100		11 / 13
ガイアナ	855	1,045	36.2	2.9	2.32	93	2,800	90 / 65
アイスランド	279	328	91.6	1.2	2.10	100		6 / 6
ルクセンブルク	426	463	89.1	1.4	1.67	100		8 / 8
モルディヴ	278	501	26.8	4.3	5.40	90	3,340	53 / 80
マルタ	386	430	89.3	0.9	1.89	98	13,380	11 / 8
マルチニーク	392	450	93.3	1.3	1.75			10 / 8
ミクロネシア(26)	530	960	42.7	3.2	4.08			47 / 40
オランダ領アンティル諸島	215	258	69.5	1.3	2.20	98		20 / 12
ポリネシア(27)	621	909	41.3	2.6	3.38			20 / 12
カタール	589	779	91.4	2.1	3.74	97		27 / 18
レユニオン	691	880	67.8	2.3	2.10	97		11 / 9
サモア	177	271	21.0	2.4	4.15	52	3,570	25 / 29
ソロモン諸島	430	817	17.1	6.3	4.85	85	2,270	32 / 22
スリナム	415	525	50.4	2.5	2.21	91		39 / 28
スワジランド	980	1,785	31.2	5.7	4.70	56	3,690	109 / 91

この白書で用いられている表示は、いずれの国、地域または行政府の法的地位ならびに境界の範囲に関する国連人口基金の見解を表明するものではない。1990年時点の人口が20万人以下の国と地域のデータについては、この表では単独項目としては掲げず、各地域の人口を示す数字のなかに含めた。

- (*) 先進工業地域 (More developed regions) は、北アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランドで構成されている。
- (+) 開発途上地域 (Less developed regions) はアフリカ全域、ラテンアメリカ・カリブ海地域、日本を除くアジア、メラネシア・ミクロネシア・ポリネシアで構成されている。
- (+) 後発開発途上国 (Least developed countries) は、国連の基準による。
 - (1) 英領インド洋地域とセイシェルを含む。
 - (2) アガレガ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。
 - (3) サントメ・プリンシペを含む。
 - (4) 旧ザイール
 - (5) 西サハラを含む。
 - (6) セント・ヘレナ・アセンション、トリスタン・ダ・クーニャを含む。
 - (7) マカオを含む。
 - (8) 香港は1997年7月1日に中国に返還され、中国の特別行政区になっている。
 - (9) ガザ地区 (パレスチナ) を含む。
 - (10) トルコは地理的理由で西アジアに含まれる。その他の分類ではヨーロッパに含まれる。
 - (11) チャネル諸島、フェロー諸島、マン諸島を含む。
 - (12) アンドラ公国、ジブラルタル、バチカン、サンマリノを含む。
 - (13) リヒテンシュタイン、モナコを含む。
 - (14) アンギラ、アンチグア、バーブーダ島、アルバ、英領バージン諸島、ケイマン諸島、ドミニカ、グレナダ、モントセラト、オランダ領アンティル諸島、セントクリストファー・ネイビス、セントルシア、セント・ヴィンセントおよびグレ

ナディーン諸島、タークス・カイコス諸島、米領バージン諸島を含む。

- (15) フォークランド (マルビナス) 諸島、仏領ギアナを含む。
- (16) バーミューダ、グリーンランド、サンピエール・ミクロンを含む。
- (17) クリスマス島、ココス (キーリング) 諸島、ノーフォーク島を含む。
- (18) ニューカレドニア、バヌアツを含む。
- (19) 旧ソビエト連邦諸国は既存の地域により分けられる。東ヨーロッパには、ベラルーシ、モルドバ、ロシア、ウクライナが含まれる。西アジアには、アルメニア、アゼルバイジャン、グルジアが含まれる。南・中央アジアには、カザフスタン、キルギスタン、タジキスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタンが含まれる。
- (20) 別個に数値が掲載されている北アフリカを除いたアフリカ地域の総額
- (21) 北アフリカ、西アジア、東ヨーロッパの各地域内地域 (Sub-region) には、UNPFPAの区分ではアラブ諸国やヨーロッパ地域にあたる国も含まれている。
- (22) 推計値は前年度の報告に基づく。最新のデータがまもなく出される予定。
- (23) 東ヨーロッパ地域の総額の中には、バルカン諸国の一部や、北ヨーロッパ地域のバルト海沿岸諸国も含まれている。
- (24) この数値にはベルギーとルクセンブルクも含まれる。
- (25) 最新の報告によると、この数値は実際より高く見積もられている可能性がある。今後の出版物では、この報告をもとに数値の訂正を行う予定である。
- (26) ミクロネシア連邦、グアム、キリバス、マーシャル諸島、ナウル、北マリアナ諸島、バシフィック諸島 (パラオ)、ウェーク島からなる。
- (27) 米領サモア、クック諸島、ジョンストン島、ピトケアン、サモア、トケラウ、トンガ、ミッドウェー諸島、ツバル・ワリス、フテyna諸島からなる。

テクニカル・ノート：指標の解説

今年の『世界人口白書』の指標では、昨年に引き続き、国際人口開発会議 (カイロ会議) の数値目標および質的目標の達成に向けて、その進捗状況を追跡するのに役立つような指標を用いることに特別な注意を払った (とりわけ、死亡率の低下、教育の普及、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用、といった分野である)。今後の白書では、カイロ会議のフォローアップによって、検証システムが改善され、さまざまな進捗の評価方法が利用できるようなになれば、それらを取り入れていく予定である。政府、NGOならびに民間部門の資金援助を監督するシステムが改善されれば、将来は、カイロ会議の理念を実行に移すための支出および財源の調達努力に関してよりよい報告が可能になるはずである。指標の出典ならびに選択の根拠は、カテゴリ別以下に示してある。

カイロ会議の目標の検証

死亡率の指標

・乳児死亡率/男女別出生時平均余命
出典：国連人口部 *World Population Prospects: The 1998 Revision (Data diskettes,*

“Demographic Indicators 1950-2050”) (近刊予定) これらの指標は、それぞれ、(成長段階の中でも最も重大な) 生後1年間とその後の全生涯にわたる死亡率を示したものである。

・妊産婦死亡率 出典：WHO、ユニセフ、世界銀行などからのデータ提供による。*World Development Indicators 1999* この指標は、妊娠・出産にかかわる女性の死亡率の数値である。妊娠・出産およびそれに関連した合併症で死亡する女性が、出生10万当たり何人いるかを示す。精度に問題があるが、それでもおおその規模の推定はできるのでかなり有効である。推定値50以下はそのまま表記している。推定値が50から100までは最も近い5の倍数で表記し、100から1000までは最も近い10の倍数で、1000以上は、最も近い100の倍数で表記してある。推定値のいくつかは、1990年前後のものであり、各国の報告に基づく公式発表の数値とは異なっている。この推定値は、可能な限り報告に基づいた数値を使って、出典の異なる情報の比較をしやすいようなアプローチを用いている。これらは、WHO、ユニセフ、国連人口基金、学術機関など関連機関が見直しを行っている最中であり、必要があれば改訂



されていく。現在進行中の妊産婦死亡に関するデータの改善過程もその一環である。

教育の指標

・男女別初等教育就学率／男女別中等教育就学率 出典：ユネスコ *World Education Report 1995* (1995年) 就学率は、ある学齢年齢の人口100人当たりの該当学年での在学者数を示す。遅れて入学したため本来の年齢よりも高くなったもの、中退・復学、留年した人の数は含まれない。

・15歳以上男女の非識字率 出典：ユネスコ *Education for All: Status and Trends* シリーズのデータ・シートより。非識字の定義は国によって異なり、一般的には、3種類の定義が用いられている。本書では、日常生活で使う短い表記文を、理解はできるが、読み書きができないという定義を用いており、可能な限り、このデータを用いている。15歳以上の非識字率は、現在の就学率と過去の教育水準の歴史の両方を反映している。上記の教育目標は、*World Population Prospects: The 1998 Revision* (近刊予定)にある国連人口部の推計値を用いて更新されている。教育のデータは、1982年-1996年間の最新のものをを用いている。

・初等教育5年目までとどまる児童の割合 出典：ユネスコ *World Education Report* シリーズのデータ・シートより。学校中退のパターンに関する諸研究は、初等教育5年目までの在学率と初等教育修了までの在学率の間に高い一貫性を示している。今年度の白書では上記出典("Survival rate to grade 5"の項)に基づいて前者の指標を採用した。データは、1980年-1995年間の最新のものをを用いている。

リプロダクティブ・ヘルスの指標

・家族計画の手段/入手場所の知識をもっている人の割合 出典：国連人口部 *World Population Monitoring 1996* (国連出版物) (1996年) これらの指標は、サンプル調査報告から得られたものであって、家族計画の方法についての知識がある女性、および避妊薬(具)を手に入れる場所について知っている女性の割合の推計である。前者の指標には医学的方法、バリア法、自然法、伝統的方法のすべての避妊法が含まれている。後者は、医学的な避妊法とバリア法、それに近代的な定期禁欲法が含まれる。これらの数字は一般的な比較は可能であるが、調査対象の年齢構成がまちまちであり(15歳から49歳の女性を対象とすることが最も多い)、また配偶関係についても一定ではなく(現在配偶者のいる女性や以前結婚していた女性に限るか、あるいはすべての女性を対象とするか、など)、調査の時期も異なるため、各国間の比較は完全にはできない。データのほとんどは1987年から1994年の間のものである。

・15歳~19歳の少女1000人当たりの出生数 出典：国連人口部 *World Population Prospects: The 1998 Revision* (近刊予定) および国連人口部 *Age Patterns of Fertility: The 1998 Revision* (国連出版物) (1998年) 若い女性に対する出産の負担の指標である。しかし、この年齢層の女性全体の1年間の水準を示すものである以上、これは若い時期の女性の出産負担を十分に示すものではない。

い。しかし、1年当たりの女性1人の出生数の平均を示すことになるので、5倍すれば、若い女性1000人当たりの十代後半でのおよその出生数を知ることができる。しかし、この方法では出生数だけを計算しているもので、十代の女性の妊娠の全容をあらわすことにはならない。死産や流産あるいは人工妊娠中絶により、出生に至らなかった妊娠はこの数値には反映されない。

・避妊実行率 出典：国連人口部 *Contraceptive Trends and Levels 1998 (Wallchart)* (国連出版物) (1998年) この指標は、サンプル調査報告からとったもので、それぞれ(同棲を含む)有配偶女性のうち、現在、近代的な避妊法もしくはあらゆる避妊法を実践している人の割合を推計している。近代的避妊法、または診療施設による方法あるいは供給による方法には、男性・女性の不妊手術、IUD、ピル、注射、ホルモン剤埋め込み法、コンドーム、女性用のバリア法がある。これらの数字は、調査対象人口の年齢構成が国によって異なり(15歳から49歳が最も一般的で、データベースの過半数を占める)、調査時期も、質問事項の細部も異なるため、国と国の比較はおおざっぱにしかできず、完全を期すことは困難である。すべてのデータは1975年以降のものであり、入手できる限り最新の調査によるデータを掲載している。データのほぼ8割が1987年から1996年までのものである。

人口・社会・経済指標

・1999年の人口/2025年の推計人口/1995年から2000年の平均増加率 出典：国連人口部 *World Population Prospects: The 1998 Revision (Draft)* (近刊予定) および国連人口部 *Annual Populations 1950-2050: The 1998 Revision* (国連出版物) (1998年) これらの指標は、各国の人口の現在の規模、将来の推計規模、現在(1995~2000年)の年間増加率を示す。

・都市人口の割合/都市成長率 出典：国連人口部 *World Urbanization Prospects: The 1996 Revision* (国連出版物) (1996年) これらの指標は、各国の人口の中の都市人口の比率と、1995年から2000年について推計された都市地域の増加率を示す。

・可耕地1ヘクタール当たりの人口 出典：国連食糧農業機関(FAO)のデータより。国連人口部による *World Population Prospects: The 1998 Revision* (近刊予定)の総人口のデータに基づいた農業人口のデータを用いている。この指標は農業生産に適する土地における農業人口の大きさを示す。それは国の経済構造(農業労働力人口の比率)の変化ならびに土地開発技術の変化の双方に左右される。この指標が高い場合は、土地生産性に対する圧力や土地利用政策にも微妙に影響される。

・合計特殊出生率(期間1995~2000年) 出典：国連人口部 *World Population Prospects: The 1998 Revision (Draft)* (近刊予定) この数値は、15歳から49歳の間の5年齢間隔のそれぞれの女性が当該年齢において産んだ子ども数を出産可能年齢の生涯において産んだと仮定した場合の子ども数を表している。国によっては、この期間のいずれかの時点で推計レベルに達すると思われる。

・基本的なケアの利用 この指標は、関係機関の間でその信頼性と妥当性に関する懸念があるため、今年度の白書から削除され

た。保健ケアの利用に関してこれに代わる適切な指標を討議する計画がなされているところである。

・専門技能者の立会いの下での出産 出典：WHO WHO提供のデータによる。この指標は、国の報告に基づく、きちんとした技術を有する保健要員または立会人：すなわち医師（専門医またはそれ以外の医師）および／または通常分娩だけではなく産科合併症の診断・処置ができる助産技能を有する者の立会いの下での出生の割合である。データは、入手しうる最新のデータに基づいている。

・1人当たりGNP 出典：世界銀行提供の1997年の数値および世界銀行 *World Development Indicators 1999* (1999年) この指標は、国内への配当（送金）や国外からの請求は考慮せず、人口の規模に関して、居住者および非居住者によって生産された最終使用の財およびサービスの総生産額を示す。従ってある国民の経済的生産力の指標となる。また、海外からの労働賃金の送金や資本からの送金、非居住人口に対する同様の支払いを調整している点、また、為替レートの年次変化を含むさまざまな技術的な調整をしている点から、国内総生産（GDP）とは異なる。この測定値は、購買力平価を用いた、「実質的なGNP」を含むことで通貨の購買力の差異についても考慮している。購買力平価の数値の中には、回帰モデルに基づくものもあるが、そのほかは最新の「国際比較プログラム」の基準推計値から推計したものである。詳細は元となったデータを参照のこと。

・政府支出に占める教育費／保健費の割合 出典：世界銀行 *World Development Indicators 1999* (1999年) この指標は、ある国家の教育部門と保健部門に対する優先度を政府支出に占める割合から割り出そうとしたものである。部門内での配分、つまり他のレベルと対比した初等教育や基礎保健サービスへの配分については、国によってかなり差があると思われるが、これについてははっきりしない。中央政府と地方自治体の間の行政および予算権限の違い、公共部門と民間部門の役割の違いなどがあり、国と国の直接的な比較は複雑である。ここで報告されている推計値は、GNPに占める公的教育費の割合、（購買力平価を勘案した）1人当たりの保健支出、保健支出に占める公的資金の割合といったデータから計算したものである。データは、1990年～1997年間の最新の推計値を用いている。

・外部からの人口援助 出典：国連人口基金 *Global Population Assistance Report 1997* (近刊予定) この数値は、各国の人口活動に対して、1997年に行なわれた対外援助の総額である。対外援助の基金は、多国間および二国間援助機関や、NGO によって拠出されている。資金提供国の場合は、その援助額が（ ）の中に示されている。今後の白書では、いくつかの国内および国際的な資金援助団体が、人口活動やリプロダクティブ・ヘルス・プログラムに協力する資金の流れを、比較、評価するための指標も提供していきたい。また、今回の報告にある地域総額は、特記のない限り、国内レベルのプロジェクトと地域レベルの活動の双方を含む。

・5歳未満児死亡率 出典：国連のデータに基づく国連人口部作成の表および国連人口部 *World Population Prospects: The 1998 Revision*. (近刊予定) この指標は、乳児と幼

児の死亡の発生数を示す。つまり、乳児や幼児に対する病気その他の死因の影響を反映する。さらに標準的な人口統計学測定手段は、乳児死亡と1歳から4歳の子どもの死亡率で、この年齢層のさまざまな死亡の原因と頻度を反映するものである。この測定値は、乳児死亡率に比べて栄養改善や予防接種で予防可能になるものも含めて、子どもの病気の負担をよりよく表している。5歳未満児死亡率は、ある年次の出生児1000人に対する5歳未満の子どもの死亡数で表される。この推定値は、1995年から2000年の期間についてのものである。

・1人当たりエネルギー消費量 出典：世界銀行 *World Development Indicators 1999* (1999年) この指標は、年間国民1人当たりの石油1 キロに相当する商業用第1次エネルギー（石炭、褐炭、石油、天然ガス、水力・原子力・地熱電気）の消費量を示す。工業の発達度、経済構造、消費パターンを反映する。長期的な変化をみると、いろいろな経済活動のレベルとバランスの変化およびエネルギー使用の効率の変化を（浪費の減少、増加も含め）映し出すこともできる。

・安全な水の利用 出典：WHO /ユニセフ *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1996*. この指標は、十分な量の安全な飲料水が、利用者の住居から便利な距離の範囲内で入手できる人口の割合を示す。斜体の文字で記された部分は、各国の定義に従って、そのレベルを設定している。これは、不適切な衛生状態から生じるものも含めた健康上のリスクにさらされる場合とも関連する。データは1990年から1994年の間のものである。

THE STATE OF WORLD POPULATION 1999

Editor: Alex Marshall

Research and Writing: Stan Bernstein

Editorial Research: Karen Hardee and Frederick

A.B.Meyerson

Managing Editor: William A. Ryan

Editorial Assistant: Phyllis Brachman

Cover photo: Large inset of Vietnamese School girl
— Jorgen Schytte/Still Pictures

日本語版監修：

黒田俊夫（日本大学人口研究所名誉所長）

日本語版制作：

財団法人 家族計画国際協力財団（ジョイセフ）

〒162-0843 東京都新宿区市谷田町1-10

保健会館新館

電話 東京(03)3268-5875

FAX 東京(03)3235-7090

発売元：財団法人 世界の動き社

〒105-0003 東京都港区愛宕1丁目4-1

ハセビル5階

電話 東京(03)3436-5280

FAX 東京(03)3435-5240

郵便振替 00100-5-25740 番

印刷：日本印刷株式会社

この白書は再生紙を使用しています。