

---

 資 料
 

---

 リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス  
 - 国連人口開発委員会におけるカイロ会議の第1回フォローアップ -

阿藤 誠・中川聡史

## I 第29回人口開発委員会の経過

本年2月26日(月)～3月1日(金)の5日間、ニューヨークの国連本部において第29回国連人口開発委員会(UNCPD)が開催された。この委員会は、昨年(1995年)の第28回委員会において人口委員会から人口開発委員会に名称変更されるとともに、その目的、規約、メンバー構成の改定(27ヶ国から47ヶ国に拡大)が提言され、それがその後、経済社会理事会および総会において承認され、本年、変更後の第1回として開催されたものである。内容的に重要な変更点は、1994年のカイロ会議(国際人口開発会議:ICPD)で採択された行動計画(Programme of Action)に盛り込まれた主要課題を、毎年(1995年)の人口開発委員会で順次ひとつないし二つずつ採り上げ、1999年に中間的な総括的レビューを行うというものであった。今回はこのような重点課題方式で開かれる最初の委員会であり、とり上げられたテーマはリプロダクティブ・ライツ(reproductive rights)とリプロダクティブ・ヘルス(reproductive health)(以下、両方併記の場合はリプロダクティブ・ライツ/ヘルスと省略)および人口に関する情報・教育・コミュニケーション(IEC)であった。

日本政府からは、国連代表部の小西正樹大使、小林弘裕参事官、岡庭健一等書記官、外務省の大塚雅也外務事務官(国際社会協力部地球規模問題課)、本研究所の阿藤 誠(所長)および中川聡史(人口構造研究部研究員)が参加した。

議題は以下の通りである。

- (1) 役員選出
- (2) 議題採択
- (3) 一般討論
- (4) 国際人口開発会議の勧告に関するフォローアップ  
 - リプロダクティブ・ライツ/ヘルスに焦点を当てる -
  - 1) 世界の人口情勢
  - 2) 人口プログラムのモニタリング
  - 3) 国連諸機関の連携タスクフォースの成果
  - 4) 政府間組織および NGO の活動
  - 5) 国際協力のための資金の流れ
- (5) 経済社会情報・政策分析局(DESIPA)人口部の活動
  - 1) 1995年の事業報告
  - 2) 1996～97年の事業計画
- (6) 第30回委員会の暫定議題

## (7) 第29回委員会の決議と事業報告の承認

第29回委員会の役員として、議長に A. Klinger (ハンガリー)、副議長に Cliquet (ベルギー)、S. Berquo (ブラジル)、J. Yasay (ラポルトゥール兼任：フィリピン)、Bullut (ケニア) が選ばれた。

委員会は、DESIPA 局長 J. C. Milleron, UNFPA 事務局長 N. Sadik, DESIPA 人口部長 J. Chamie の冒頭スピーチで始まり、第3議題の一般討論では多数の参加国が自国の人口動向とカイロ会議以後の自国の人口(関連)プログラムの実施状況について報告した。日本政府は、小西大使が、国内的にはリプロダクティブ・ヘルスの理念に沿った活動が進められていること、NGO が家族計画、母子保健などの分野で有効な役割を果たしてきたこと、国際的には地球規模問題イニシャチブ (GII : Global Issues Initiative) の下、世界的な人口・エイズ分野の取り組みに積極的に寄与していくことを表明するとともに、カイロ会議のフォローアップには、目標達成を測るための適切な指標の開発が必要であり、目標達成の評価はできるだけ国毎に行うべきことを要望した。

なお議題(4)を中心に事務局 (DESIPA 人口部) からの報告と討議が続く一方で、ヨーロッパ連合 (EU) から二つの決議案が提出されたため、これについては主としてインフォーマル・グループで討議が進められ、最終的に両決議案ともに全会一致で採択された。決議案のひとつは、従来から国連人口部が行ってきた研究・情報提供・技術協力活動を高く評価するとともに、国連が置かれた厳しい財政事情の下でも、今後もそれが継続されることを要望する内容となっている。もうひとつの決議案は、議題(4)の各種報告書についての改善すべき点を指摘したもので、NGO の活動状況の再報告 (1998年)、毎年のトピックに関する情勢報告に加えて全般的な世界人口の動向の情勢報告を2年に1度行うこと、などを求めている。

## II ICPD の勧告に対するフォローアップの5つの報告書の要旨

前述の通り、本委員会では、議題(4)の下で、リプロダクティブ・ライツ／ヘルスに焦点を当てて ICPD の勧告をフォローアップすべく、事務局サイドから5つの報告書が提出された。以下、それらの内容を、順次、要約紹介する。

### A 世界人口の情勢報告<sup>1)</sup>

#### 1. はじめに

リプロダクティブ・ヘルスとは、リプロダクティブ・システム及びその機能とプロセスに関連するすべての事柄において身体面、精神面、社会面における完全に健全な状態を意味する。したがって、リプロダクティブ・ヘルスは出産可能年齢に限らず、それ以前とそれ以後をも含んでいる。さらに、リプロダクティブ・ヘルスは誰もが満足かつ安全な性生活を享受し、生殖の能力を持ち、生殖を行うのであればそれをいつ、どのくらいの頻度で行うかを自分たちで決定できることを意味している。また、リプロダクティブ・ヘルスを獲得することによって、女性は妊娠期間および出産を安全に乗り切ることが可能になり、カップルは健康な子どもを得るためにもっとも良好な環境を得ることができる。

リプロダクティブ・ライツはリプロダクティブ・ヘルスを達成するための中心的な概念である。リプロダクティブ・ライツには国内法、国際人権文書、その他の関連する国連の合意文書において既に認められている特定の人権が含まれている。リプロダクティブ・ライツの定義は、すべてのカップルと個人が、自分の子どもの数や出産の間隔を自由に、かつ責任を持って決め、それを行うための情報や手段が彼らに与えられるという基本的な権利、そして、差別や強制、暴力を受けることなく、生殖

1) United Nations, Commission on Population and Development, Concise Report on the World Population Monitoring, 1996 : Reproductive Rights and Reproductive Health, E/CN. 9/1996/2, 1996.

に関して決断を下すことのできる権利を認めている。これには、男女が自らの選択のもとに安全かつ効果的で、値段が手頃で容認できる家族計画の方法についての情報を得て、かつそれらを利用できる権利という意味も含まれている。

上記のように、リプロダクティブ・ヘルスは幅広く、包括的なアプローチを特徴とし、その点において従来の家族計画プログラムや母子保健プログラムと異なっている。これらの個々のプログラムの重要性を否定するわけではないが、リプロダクティブ・ヘルスのアプローチは対象を出産可能な年齢に限定せず、また女性だけではなく、男性をも対象としているのである。

## 2. 青年期

青年期は子どもから大人への移行の時期であり、そのタイミングや期間は生物学的に規定される側面もあるが、むしろ社会的に決定されるものであり、国ごと、人口のサブ・グループごとに大きく異なっている。青年期に達するタイミングは出生力とリプロダクティブ・ヘルスを強く規定し、それはひとりひとりの将来のライフ・コースにも強い影響を与える。本報告では青年期を10歳～24歳と定義するが、中心に扱うのは15歳～24歳である（これはWHOが「若者」と定義する年齢）。近年はティーンエイジャーの妊娠やHIV感染に関心が集まっている。

初婚年齢は生殖行動の始まりとして大きな意味を持つ。初潮年齢は先進国を中心に低下しているものの、初婚年齢は開発途上国（特にアジア諸国）、先進国ともに近年上昇している。この初婚年齢の上昇には教育レベルの上昇が関わっている。また、初婚年齢の男女差は世界的に縮小の傾向にある。ヨーロッパの場合、法による初婚年齢の上昇はコハビテーションの増加に合致している。初婚年齢の上昇は、出生の多くが婚姻のなかで生じる多くの国においては、出生率低下に直接結びついている。だが、婚姻外の出生、とくにティーンエイジャーが出生する例が増加しているので、初婚年齢の上昇がそのまま生殖の期間の短縮を意味するわけではない。さらに、初婚年齢や婚姻外出生率の高さは地域によって大きく異なっている。男女を比較すると、大半の地域において、男性の方が若く性行動を開始し、より多くの相手と経験し、また初体験から初婚までの期間が長い。先進国においては青年期の性行動はより活発化しつつあり、初婚年齢は上昇しているものの、性行動の初体験年齢は低下し、多くの青年期男女がコハビテーションをおこなっている。サハラ以南のアフリカ、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国では初婚年齢が上昇しているが、性行動の初体験年齢は近年変化していない。すなわち、婚前の性行動が増加していることになる。アジアにおける青年期の性行動については十分に知られていない。婚前の性行動は一般的ではなく、アジア諸国では初体験と初婚は比較的一致しているとする調査結果があり、そうすると初婚年齢の上昇は性行動初体験年齢の上昇に結びつくと考えられる。

## 3. 生殖行動

現在の世界全体の合計特殊出生率は3.1である。合計特殊出生率における先進国（1.7）と開発途上国（3.5）の差はかつてより縮小したものの、依然として大きい。地域別にみると、もっとも高い値を示すのはアフリカ（5.8）であり、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国（3.1）、アジア（3.0）が続く。国単位で見ると、合計特殊出生率のもっとも高いのはイエメン（7.6）、最低はイタリアとスペイン（1.2）である。

過去10年間、合計特殊出生率は低下を続けている。世界全体では1980～1985年の3.6から1990～1995年には3.1へ低下した。開発途上国では同期間に4.2から3.5へと大きく低下したが、その中の最貧国では6.4から5.8と低下幅がやや小さい。一方、先進国では1970年代後半以降、合計特殊出生率が人口の置き換え水準を下回っており、過去10年間はわずかな低下にとどまっている。

近年は、先進国においても開発途上国においてもティーンエイジャーの妊娠が増加している。この問題は母子の健康上危険であるだけでなく、妊娠した少女が教育機会を失い、結果的に将来の職業選択の幅が狭くなってしまおうという点で憂慮されている。また、教育は生殖行動に大きな影響を与え

ると考えられており、国連の調査でも女性の教育と低出生率の間には強い関係があることが確かめられている。

第一子出生時の母親の年齢は多くの国では女性の平均初婚年齢よりも1年あるいは2年後となっている。先進国においても、開発途上国においても、第一子出生時の母親の年齢は上昇する傾向にある。

理想子ども数は地域によって大きく異なっているが、近年、女性はより少ない子ども数を希望する傾向が認められる。だが、理想子ども数と実際の子どもの数の差をみると、女性の希望は実現されていないことがわかる。開発途上国では望まない妊娠によって実際の子どもの数の方が希望する子ども数よりも多くなっている。先進国では理想とする子ども数よりも実際の子どもの数の方が少ない。だが、避妊の実行が十分に普及している先進国においても、望まない妊娠はかなり多い。

全カップルの8～12パーセントが生殖期間を無出生で過ごすが、このうち先天的な不妊は5パーセント未満であり、大半は予防が可能な後天的な理由による不妊である。

#### 4. 避妊

家族計画はリプロダクティブ・ヘルスの必須要素の一つであり、1960年代以来、開発途上国における避妊実行率は上昇を続けている。1960年代初頭の開発途上国における合計特殊出生率は6.1であり、当時の避妊実行率は10パーセント未満であったが、1991年には開発途上国の避妊実行率は53パーセントまで上昇している。避妊実行率の上昇はカップルおよび個人が子どもの数や妊娠のタイミングを自分たちで決定したいという意志の現れであり、開発途上国における効果的かつ近代的な避妊方法やそれに関連する情報とサービスの普及にともなって、避妊実行率は上昇している。

避妊は多くの場合、女性によって実行され、世界で実行される避妊のうち「近代的」避妊方法は87パーセントを占めている。代表的な「女性」の避妊方法として、女性不妊手術、子宮内避妊器具（IUD）、経口避妊薬が挙げられ、これらの3つの方法は世界で実行される避妊の3分の2以上、開発途上国の避妊の4分の3に達している。

このように急速な避妊の普及にもかかわらず、開発途上国（中国を除く）のカップルの20～25パーセントが避妊が実行できないために、望まない妊娠をする危険にさらされている。多くの開発途上国では、都市居住者や教育歴の高い女性の方が農村の女性、教育水準の低い女性よりも避妊実行率が高くなっている。

特定の避妊方法をずっと続けているカップルもあるが、避妊の実行を途中で取りやめたり、別の方法に変えようとするカップルも多い。これらの理由として、効果的な避妊方法は一般的に副作用が多いことが挙げられる。

これまでの避妊に関する調査はおもに女性を対象として実施されてきたが、近年は男性にも調査をおこなうようになってきた。いくつかの調査によると、夫に反対されるために妻が避妊を実行できない例があり、理由としては夫が避妊を好まない場合と夫と妻の間で希望する子どもの数や出産のタイミングが異なる場合が考えられる。

#### 5. 中絶

1990年に世界で約2,500万の合法的な中絶が行われた。この数字は全出生数の6分の1にあたる。これは合法的な中絶のうち報告された例のみを数えたものであり、報告されていない合法の中絶は含まれていない。また、WHOは危険な中絶が1年間に約2,000万件ほどあったと推計しており、合計すると少なくとも年間に4,500万件の中絶が世界中で実行されたことになる。この値は出生数の3分の1である。

人工妊娠中絶については社会的な関心が極めて高い。理由のひとつは危険な中絶は妊産婦死亡や妊産婦疾病を引き起こす要因となることであるが、もうひとつの理由は中絶の道徳的、法的な地位や国家が中絶を認めるか否かが社会的な論議の的となるからである。1994年の国際人口開発会議で中絶は

もっとも活発に議論されたテーマの一つであり、次のようなコンセンサスを得た。いかなる場合も中絶を家族計画の手段として推進してはならない。すべての政府、そして関連のある政府間および非政府組織には、女性の健康に対する自らの関わりを強め、公衆衛生の大きな懸念事項として安全でない中絶の健康上の影響に取り組み、拡大され、改善された家族計画サービスを通じて中絶への依存を低減することが求められている。

人工妊娠中絶はもっとも古い出産調整の方法の一つであり、もっとも広く用いられた方法の一つでもある。中絶自体はさまざまな国や地域において行われている。だが、中絶が法的に認められ、普及している国においては、中絶が女性のリプロダクティブ・ヘルスを損なう危険は大きくないが、法的に禁止されている国における中絶は通常医療水準や衛生水準の低い状況で実施されるため、女性にとって危険であることが多い。

情報が得られる世界の193ヶ国のうち、大半（98パーセント）の国で妊娠した女性の生命を守るための中絶は法的に認められている。また、女性の身体的な健康を確保するために中絶の実施を認めている国は11ヶ国（62パーセント）、女性の精神的な健康を確保するための中絶が認められている国は98ヶ国（50パーセント）である。また、妊娠が強姦または近親相姦によって生じた場合に中絶が認められている国は81ヶ国（42パーセント）、胎児の損傷を理由に中絶が認められる国は78ヶ国（40パーセント）である。さらに、経済的あるいは社会的な要因で中絶が認められる国は55ヶ国（29パーセント）、希望すれば中絶が可能な国は41ヶ国（21パーセント）となっている。

#### 6. 妊産婦死亡率・疾病率

健康・死亡関連の諸指標のうち、死亡率水準は経済発展の度合に応じて大きな地域差が認められる。妊産婦死亡率をみることで、社会における女性の地位、女性のヘルスケアへのアクセス、女性の需要に合ったヘルスケアのサービスが実施されているか否かが理解できる。しかしながら、妊産婦死亡率を得るためには15歳～49歳の女性の死亡について死因、妊娠していたか否かなどの情報が必要であるため、国レベルで妊産婦死亡のデータを得るのは容易ではない。開発途上国の妊産婦死亡率推定のための調査もいくつかなされているが、まだ十分ではない。そこで、UNICEFとWHOは単純なモデルによる妊産婦死亡率推定方法を開発した。このモデルに必要な変数は普通出生率と分娩の際に専門家が立ち会った割合の2つの変数のみである。このモデルに基づいた推計値は表1のようになり、著しく大きな地域差がみられる。

年間に約800万の乳児死亡があると見積もられているが、その3分の2近くは出生後1ヶ月以内の新生児死亡とされている。約500万の新生児死亡のうち、350万は出生後1週間以内の死亡であり、その多くは産前・産時・産後の不十分、不適切な処置によって引き起こされていると考えられる。

これまで、妊産婦死亡と妊産婦疾病の問題については十分に議論されてこなかった。妊産婦死亡率を下げるための手段の検討、そうした手段を持続可能な

表1 妊産婦死亡数、妊産婦死亡率の推計値（1990年）

地 域	妊産婦死亡	
	死亡数 (1,000)	死亡率 (出生100,000あたりの率)
世界	590	429
先進地域	4	27
開発途上地域	586	479
アフリカ	238	878
アジア	323	383
ヨーロッパ	3.2	36
ラテンアメリカとカリブ海諸国	23	194
北アメリカ	0.5	11
オセアニア	2.0	382

Source: WHO, Maternal Mortality Ratios and Rates: A Tabulation of Available Information, 4th ed. (Geneva, forthcoming).

限られたシステムのなかで実現するための方法の検討など、残された課題は多い。

#### 7. HIV/AIDSを含む性行為感染症

これまで性行為感染症の予防は多くの国や援助団体にとって重要度の高い課題であると認識されていなかったし、注目されていたのは主に合併症（二次的予防）であった。しかし、現在はHIV/AIDSの流行によって、感染の一次的予防への関心が高まっている。

HIV流行は依然として拡大を続け、1日に数千人の新たな感染者が発生している。これまでの累積のHIV感染者数は成人が1,850万人、子どもが150万人に達している。このうち、700万から800万人の感染者が女性であり、その70パーセントは出産可能年齢である。WHOによると、現在生存している感染者は成人・青年がおよそ1,300万人から1,500万人、子どもが約50万人である。

WHOはHIV感染者数の将来推計をおこなっている。この推計はやや少な目の見積もりと考えられているが、推計によると、1990年代にさらに1,000万人から1,500万人の新たな成人感染者が主に開発途上国で発生する。また、母親を通じてHIVに感染して生まれる新生児が同期間にサハラ以南のアフリカを中心に500万人から1,000万人となると見積もられている。2000年までに累積で3,000万人から4,000万人のHIV感染者の発生が見込まれるが、その90パーセントは開発途上国での発生である。

HIV流行は個人、家族、コミュニティに破壊的な影響を与える。HIV/AIDSは青年期にとくに多く、HIV感染の50パーセントは15歳から24歳で発生していると推定されている。これらの年齢は労働力として最も有用な年齢であり、多くの国の経済に重大な影響を与えている。

性行為感染症はとりわけ女性や新生児にとって影響が大きいが、開発途上国の公衆衛生分野ではこれまで十分な取り組みが行われてこなかった。若い女性はとくに性行為感染症にかかりやすいが、適切な治療を受ける機会が男性よりも少ない。

#### 8. リプロダクティブ・ライツ

リプロダクティブ・ヘルス/ライツは人口政策の分野において比較的新しい課題であり、とくに論議の多いテーマである。過去3回の国際人口会議および第4回世界女性会議で示されたように、リプロダクティブ・ライツはすべてのカップルと個人が自分の子どもの数や出産の間隔を、自由にかつ責任をもって決め、それを行うための情報や手段が彼らに与えられているという権利を含んでいる。また、このリプロダクティブ・ライツには、高い水準のセクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスを得る権利、さらに差別、強制、暴力を受けることなく生殖に関して決断を下すことのできる権利も含まれている。そして、これらすべての権利は、国際人口開発会議の行動計画および世界女性会議の要綱に明記されているように、国内法、国際人権文書、その他関連する国連の合意文書に基づいたものである。リプロダクティブ・ライツ概念の基礎の重要な点の一つは、家族計画を行うための手段や情報を得る権利である。この権利なしでは、リプロダクティブ・ライツは何の意味もなくなってしまう。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現のためには多くの障害がある。これらにはセクシュアリティ、避妊、女性のエンパワーメント、家族関係などの微妙で論議を呼び起こしやすいテーマが含まれているため、リプロダクティブ・ライツの普及・拡大には抵抗がつきまとう。多くの国にとって人権やリプロダクティブ・ライツは馴染みが薄い上に、これらの概念は抽象的に過ぎ、従来の経験や考え方、伝統と異なることが大きな問題となっている。こうした障害を克服するための戦略として、モニタリングのシステムを強化・活用すること、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する情報や教育の拡充を図ることが上げられる。さらに、きわめて重要なポイントとして、リプロダクティブ・ライツの考え方を地域レベルで普及させることがある。そのための方策としては国レベルの憲法や人口政策などにリプロダクティブ・ライツの視点を取り入れるようにすること、地域レベルでリプロダクティブ・ライツを支持するような社会運動を盛り上げていくこと、基本的なヘルスサービス、家族計

画や教育などの具体的な活動を地域レベルで展開し、それらをリプロダクティブ・ライツに結びつけていくこと、などが挙げられる。

## B 人口プログラムのモニタリング<sup>2)</sup>

### 1. はじめに

この報告は、リプロダクティブ・ライツ／ヘルスに関わる人口プログラムの進展度を国ごとにまとめたものであり、対象国は開発途上国および市場経済へ転換途上の国（countries with economies in transition）である。報告に必要な情報を得るために、国連人口基金（UNFPA）はすべての開発途上国と市場経済へ転換途上の国（合わせて130ヶ国以上）に調査票を送付し、78ヶ国から回答を得た<sup>3)</sup>。

主な調査項目は以下の通りである。(a)家族計画プログラムのリプロダクティブ・ヘルスへの統合、(b)リプロダクティブ・ヘルスのプログラムにおけるケアの質、(c)国際人口開発会議の行動計画の普及活動、行動計画が各国語に翻訳されているか否か、(d)リプロダクティブ・ヘルスに関する情報・教育・コミュニケーション、(e)青年期のリプロダクティブ・ヘルスのニーズ、(f)リプロダクティブ・ヘルスプログラムの企画への女性の参加、(g)男性のリプロダクティブ・ヘルスプログラムへの参加、(h)NGOの役割。

### 2. 家族計画プログラムのリプロダクティブ・ヘルスへの統合

リプロダクティブ・ヘルスアプローチについてのワークショップやセミナーを組織することによって、国の人口プログラムにリプロダクティブ・ヘルスアプローチを組み込もうとしている国は18ヶ国である。また、50ヶ国において、国際人口開発会議の行動計画に基づき、現在の家族計画プログラムを拡張し、他のリプロダクティブ・ヘルス関連事項も含めようとしている。サハラ以南のアフリカ諸国17ヶ国を含む30ヶ国以上では既存の人口政策の修正を始めている。また、いくつかの国では、行動計画に従って、ヘルスサービス機能の地方分権を進めている。家族計画プログラムのリプロダクティブ・ヘルスへの統合について、既に基本的なヘルスサービスの普及が進んでいる国ではリプロダクティブ・ヘルスアプローチの導入が可能であるが、そうしたサービスの遅れている国ではリプロダクティブ・ヘルスの普及にはもうしばらく時間が必要であろう。

### 3. リプロダクティブ・ヘルスにおけるヘルスケアの質

行動計画に従ってヘルスケアの質を向上させるための活動を開始したと回答した国は52ヶ国に達し

2) United Nations, Commission on Population and Development, Monitoring of Population Programmes, E/CN.9/1996/3, 1996.

3) 回答が得られたのは以下の78ヶ国。アルジェリア、アルゼンチン、バングラデシュ、ベニン、ブータン、ボリビア、ブラジル、ブルキナファソ、ブルンジ、カンボジア、カメルーン、カーボベルデ、中国、コモロ、コスタリカ、コートジボアール、キューバ、キプロス、エクアドル、エジプト、エルサルバドル、赤道ギニア、エチオピア、フィジー、ガンビア、ガーナ、グアテマラ、ギニア、ギニアビサウ、ハイチ、ホンジュラス、インド、インドネシア、イラン、イラク、ジャマイカ、ヨルダン、ケニア、ラオス、リトアニア、マダガスカル、マラウイ、モルディブ、マリ、モーリタニア、モーリシャス、メキシコ、モンゴル、モロッコ、モザンビーク、ミャンマー、ナミビア、ネパール、ニカラグア、ニジェール、パキスタン、パナマ、パプアニューギニア、パラグアイ、ペルー、フィリピン、ルーマニア、セネガル、セイシェル、シエラレオネ、南アフリカ、スーダン、タンザニア、トーゴ、チュニジア、トルコ、トルクメニスタン、ウガンダ、ウルグアイ、ベトナム、ザイール、ザンビア、ジンバブエ。

#### 回答のあった国（地域別）

サハラ以南のアフリカ	33ヶ国
北アフリカ・西アジア	8ヶ国
アジア（西アジアを除く）・オセアニア	17ヶ国
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	17ヶ国
市場経済へ転換途上の国	3ヶ国
合 計	78ヶ国

ている。

- a. 人的資源の開発：行動計画に従って、医者、看護婦、助産婦の養成を拡大し、より広範な地域においてヘルスケアを提供する試みは多くの国で行われている。
- b. インフラ：20ヶ国でヘルスケア関連のインフラ改善のための活動を始めている。13ヶ国では増大する避妊需要に応じて、そのためのインフラの改善を行っている。
- c. 医療プロトコル：いくつかの国ではリプロダクティブ・ライツ／ヘルスに応じて、医療プロトコルの改訂を行った。
- d. リプロダクティブ・ヘルスのサービスの提供の状況：以上のようにヘルスケアの質を改善するための活動は一部の国では始まっているものの、表2をみると、多くの国のヘルスケアはまだ不十分であることがわかる。

表2 リプロダクティブ・ヘルスの各要素の提供状況

リプロダクティブ・ヘルスの要素	(国の数, ( )内は%)			
	可 能	不十分	不可能	不 詳
家族計画のカウンセリングと情報提供	49ヶ国 (63%)	19 (24)	3 (4)	7 (9)
産前・産後のケアと教育（特に母乳哺育と母子保健）	55 (71)	11 (14)	5 (6)	7 (9)
不妊の予防と治療	30 (38)	18 (23)	23 (30)	7 (9)
中絶（国際人口開発会議の行動計画8.25による）	25 (32)	16 (21)	30 (38)	7 (9)
生殖器系感染症の治療	30 (38)	17 (22)	24 (31)	7 (9)
性行為感染症、生殖器の癌など	38 (49)	19 (24)	14 (18)	7 (9)
セクシュアリティ、リプロダクティブ・ヘルス、親としての責任についての教育とカウンセリング	35 (45)	15 (19)	21 (27)	7 (9)

Source : UNFPA Inquiry, 1995.

#### 4. 人口に関する情報・教育・コミュニケーション

リプロダクティブ・ライツ／ヘルスの宣伝・普及のための情報・教育・コミュニケーション（IEC）の各国の活動状況が表3にまとめられている。IEC活動を実施している国と実施に向けての準備をしている国を合計すると全体の50%に達する。

表3 情報・教育・コミュニケーション（IEC）への取り組み

国際人口開発会議の行動計画を自国語に翻訳しているか否かに関しては、78ヶ国のうち38ヶ国で自国語に翻訳されている。しかし、その38ヶ国の多くは自国語が国連の6つの公用語の一つであって

地 域 名	回 答 を 国	IEC活動 を 実施	IEC活動 を 準備
サハラ以南のアフリカ	33	11	7
北アフリカ・西アジア	8	2	2
アジア（西アジアを除く）・オセアニア	17	6	4
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	17	5	3
市場経済へ転換途上の国	3	1	0
合計	78	25	16

Source : UNFPA Inquiry, 1995.

自らは翻訳の必要がない。自らの翻訳では現在のところ6ヶ国語のみに訳されている。

#### 5. 特定グループについて

- a. 青年期：国際人口開発会議の行動計画では各国政府に対して、青年期のリプロダクティブ・ヘルスの問題に関して、とくにサービスとカウンセリングの充実を図ることを奨励している（国際



人口開発会議行動計画パラグラフ7.44参照)。今回の調査結果により、国際人口開発会議が多くの国にとって、青年期のリプロダクティブ・ヘルスに対する取り組み強化のきっかけとなったことが明らかになった。回答した78ヶ国のうちのほぼ三分の二が青年期のリプロダクティブ・ライツ／ヘルス問題への取り組みに着手している。取り組みの形態は国によって異なり、政府によるもの、政府とNGOの協力によるもの、NGOのみで実施するものがある。

- b. 女性の参加：女性がリプロダクティブ・ヘルスの分野においてどの程度に意志決定プロセスに参加しているかはリプロダクティブ・ヘルスの達成にとって重要である（国際人口開発会議行動計画パラグラフ7.7参照）。今回の調査により、女性の参加の程度は国により大きく異なっていること、41ヶ国でヘルスケア分野において女性が意志決定に参加していることなどが明らかになった。ただし、ヘルスケアの分野は景気の変動の影響をもっとも受けやすく、国が経済的危機に陥るとヘルスケア分野の女性は大きな打撃を被る。女性の参加がもっとも目立つのは、急速に増加しているリプロダクティブ・ヘルスに関わるNGOであり、これらのNGOでは代表者やスタッフの多くが女性である。国際人口開発会議以降、各国政府はこうしたNGOとの協力を積極的に進めているため、この分野における女性の意志決定への参加は今後徐々に増えていくと考えられる。

- c. 男性の役割：調査によると、多くの国でリプロダクティブ・ヘルスのプログラムに男性を組み込むことの必要性を認識しており、表4に示されるように、36ヶ国で男性の参加のための特別プログラムを既に始めている。リプロダクティブ・ヘルスと家族計画の分野に

表4 リプロダクティブ・ヘルスへの男性のより活発な参加を促すための特別プログラムの有無

地域名	回答をした国	特別プログラムの ある国
サハラ以南のアフリカ	33	20
北アフリカ・西アジア	8	2
アジア（西アジアを除く）・オセアニア	17	9
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	17	4
市場経済へ転換途上の国	3	1
合計	78	36

Source : UNFPA Inquiry, 1995.

における男性の参加と責任を高めるために、さまざまな新しい試みを実施している国（コートジボアール、フィリピン、シエラレオネ、ガーナ、ネパール、ペルーなど）も出てきている。

## 6. NGOの役割

国際人口開発会議の行動計画ではリプロダクティブ・ヘルス分野の情報とサービスの提供に関して、各国政府とNGOの幅広い協力を呼びかけている（国際人口開発会議行動計画パラグラフ7.9参照）。この調査では、リプロダクティブ・ヘルスのプログラムにおけるNGOの役割がカイロ会議から1年経って、果たして大きくなったのか否かを確認しようとした。調査結果をみると、NGOの参加の程度は国によって大きく異なることがわかったが、政府とNGOの協力がより積極的に進められる方向にあることも確認できた。調査によると、多くの国において、NGOはリプロダクティブ・ヘルスのサービス、開発と教育の分野で貢献しており、その需要はますます増加している。また、各国政府の実施している国際人口開発会議の行動計画のフォローアップのための会議や委員会にNGOが参加していることも調査から明らかになった。これまで、NGOは政府のプログラムでカバーされにくい対象、例えば困窮者、青少年、性産業従事者、未婚のカップルや政治的に微妙な問題（中絶など）を取り上げ、そのためのサービスや情報を提供することで大きな成果を挙げてきた。社会分野における公共の投資が減少するなかで、NGOや民間団体の役割はますます重要になっているが、他方でリプロダクティブ・ヘルス分野で政府がNGOに依存することにより、NGOの財政的負担が増加し、サービスの質の低下を招いていることも報告されている。一方、NGOの活動自体も国際人口開発会議をき

かけに変化していることが調査から確認できた。従来の家族計画型 NGO はサービスの対象、スタッフのトレーニングの分野をリプロダクティブ・ヘルス全般に拡張している。

#### 7. リプロダクティブ・ヘルスのプログラム化：障害と制約

国際人口開発会議の行動計画の実現のために多くのすばらしい取り組みが実施されている一方で、行動計画実現に際し困難な障害に直面している国が多いことも調査から明らかになった。障害は一般に以下の3つのカテゴリーに分類できる：(a)社会・文化的要因、(b)インフラとアクセシビリティに関する要因、(c)経済・財政的要因。表5に要約されているように、社会・文化的要因（国民あるいはヘルスケアの専門家の認識不足、伝統的価値観、宗教など）がリプロダクティブ・ヘルスのプログラム実施への障害・制約としてもっとも多く挙げられている。インフラとアクセシビリティに関する要因（省庁間の不十分な協力体制、複雑なヘルスケアのシステム、ヘルスケア専門家の質の低さ）や経済・財政的要因（ヘルスケア関連の国家予算の不足、貧困のために国民がリプロダクティブ・ヘルスにアクセスできないこと）を挙げる国も多い。

表5 リプロダクティブ・ヘルスのプログラム化への制約と障害

地 域 名	回答をした国	制約・障害の要因		
		社会・文化	インフラとアクセシビリティ	経済・財政
サハラ以南のアフリカ	33	29	26	21
北アフリカ・西アジア	8	4	4	3
アジア（西アジアを除く）・オセアニア	17	13	17	8
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	17	12	10	6
市場経済へ転換途上の国	3	2	0	1
合計	78	60	57	39
（各要因を挙げた国の割合）	100%	77%	73%	50%

Source : UNFPA Inquiry, 1995.

#### 8. まとめ

この報告は国際人口開発会議の1年後におけるリプロダクティブ・ライツ／ヘルスに関する人口プログラムの実施状況、国際人口開発会議の行動計画の各国の受容状況に関する調査結果をまとめたものである。調査の結果、開発途上国と市場経済へ転換途上の国の政府の多くが国際人口開発会議の行動計画の呼びかけに応じて行動を開始していることが明らかになった。ほぼ三分の二の国において家族計画プログラムにリプロダクティブ・ヘルスの要素を新たに追加することに着手している。

国際人口開発会議は問題を具体化し、触媒として作用することにおいて既に成果を挙げている。会議、および行動計画の成果として、これまで無視されてきた、あるいは単に見落とされていた問題を表面化させたことが挙げられる。例えば、青年期の問題が注目されるようになった。またリプロダクティブ・ヘルスのプログラムの効果的な実施のために、セクシュアリティ、家族計画、親としての自覚、家族の生活、男女の平等の分野における男性の役割と責任の重要性が多くで認識されるようになった。すでに述べたように、既存のプログラムに男性を組み込む試みや、男性を組み込むための新しい特別プログラムが活発に始まっている。こうした試みの評価には時期尚早であるが、こうした試みの増加は多くの国の政府が行動計画に真剣に取り組んでいることの証明であると言えよう。青年期、男性に次ぐ三つ目の課題としてリプロダクティブ・ヘルス／家族計画のケアの質の改善が挙げられる。各国政府は提供されるケアの質の改善とケアの質の測定に取り組み始めている。

リプロダクティブ・ヘルスのプログラム実施に関して、NGOは重要な役割を果たしている。各国政府は、政府プログラムでは十分にサービスが届かないような人々に対するコミュニティレベルの

NGO 組織の能力にこれまで以上に信頼を置くようになった。また、国際人口開発会議は NGO 自体の役割や戦略、プログラムを変化させる要因にもなった。一方、NGO に対する増大する需要は NGO にとって重い財政的負担となってきている。

リプロダクティブ・ヘルスのプログラムの実施についての好意的な兆候もみられるが、社会経済的、文化的な状況は必ずしも容易に変化しない。国家レベルでは財政不足によりリプロダクティブ・ヘルスプログラムの実施が妨げられ、個人レベルでは、リプロダクティブ・ヘルスを含む基本的社会サービスに多くの人々が貧困ゆえにアクセスできない。多くの克服すべき課題が残されており、多くの国がこうした障害を乗り越えるための人的および財政的な協力を国際社会に求めている。多くの障害は多くの開発途上国が直面している困難な経済状況に端を発しているが、煩雑な官僚機構など内部的な要因による障害もある。

リプロダクティブ・ヘルスプログラムを効果的に実行して、2015年までにリプロダクティブ・ヘルスの目標に到達するためには、多くの開発途上国と市場経済へ転換途上の国が直面している困難な経済状況、政府開発援助として提供される国際的ドナー・コミュニティからの配分の減少、不運な国内状況といった問題にも目を向ける必要がある。

人口プログラム一般のモニタリング、特にリプロダクティブ・ヘルスプログラムの進展度の測定は明確な指標なしでは困難である。男女の平等、リプロダクティブ・ヘルス、女性の参加、男性の取り込み、資源の活性化などの分野における指標の開発は非常に重要である。

国際人口開発会議の行動計画では各国政府に対して、もっとも高い政治レベルにおいて行動計画の目標達成のために専念し、プログラム実施の調整、フォローアップにおけるモニタリングと評価においてリーダーシップをとることを求めている（国際人口開発会議行動計画パラグラフ16.7）。リプロダクティブ・ヘルスプログラムの実施のためには社会の全てのレベルにおける継続的な政治的参加が重要であり、そのためには中央政府だけでなく、様々なレベルの政府職員、議員、地域のリーダー、労働組合、マス・メディアも参加する必要がある。社会の全てのグループが参加することによって、はじめて国際人口開発会議の行動計画の呼びかけに十分に応えられるのである。

### C 国連機関の連携タスクフォースの成果<sup>4)</sup>

国連人口開発委員会では、毎年、ICPD の行動計画達成のために設置された国連諸機関の連携タスクフォース（Inter-Agency Task Force）の検討結果の報告を検討することとなった。タスクフォースは14のメンバー機関から成り<sup>5)</sup>、UNFPA の Sadik 事務局長が座長を勤める。タスクフォースはすでに1994年12月に第1回、1995年の7月に第2回の会合を開催するとともに、その下に6つの作業部会を設けている<sup>6)</sup>。

4) United Nations, Commission on Population and Development, Work of the Inter-Agency Task Force for the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, E/CN.9/1996/4, 1996.

5) タスクフォースのメンバー機関は以下の通り。

国連事務局（DPCSD, DESIPA, ECE）、UNICEF、UNDP、UNDFW、UNEP、UNFPA、WFP、UNHCR、ILO、FAO、UNESCO、WHO、世界銀行、IMF。

6) ICPD の行動計画を実施するための国連諸機関の連携タスクフォース：1995年における作業部会

作業部会のタイトル	主導機関
1. (特に性差に着目した) 基礎教育に関する作業部会	UNESCO
2. 政策関連問題に関する作業部会	UNFPA
3. 乳幼児・妊産婦死亡率把握のための各国の能力向上に向けた共通アプローチに関する作業部会	UNICEF
4. 女性のエンパワーメントに関する作業部会	UNDFW
5. リプロダクティブ・ヘルスに関する作業部会	WHO
6. 国際人口移動に関する作業部会	ILO

各作業部会は1995年中に会合を開き、各々のテーマにつきガイドラインを設定し、そのテーマに関連する国連諸機関の活動の概要を作成した。本年の委員会では、リプロダクティブ・ヘルスに関する作業部会の報告書が提出された。とりあげられた国連諸機関は国連事務局、UNICEF、UNDP、UNIFEM、UNFPA、WFP、ILO、FAO、UNESCO、WHO、世界銀行である。

本報告書では、2005年までにリプロダクティブ・ヘルスをすべての国の個人が享受できるようにするというICPDの目標達成に向けて、タスクフォースが取り組むべき課題を9項目に要約している。それらは、(1)各国の目標の優先順位の設定、(2)女性のエンパワーメントと参加、(3)サービスの質、(4)政治的コミットメントをとりつけるための説得活動、(5)研究と訓練、(6)資金・人材の調達、(7)情勢観測と評価、(8)NGOの役割の評価と活用、(9)国連機関間の連携と調整である。

#### D 政府間組織および非政府組織（NGO）の活動<sup>7)</sup>

国連人口部は1995年10月に、世界の95の政府間組織ならびに国際的、地域的、国内的に活動しているNGOに対し、本年のトピックであるリプロダクティブ・ライツ／ヘルスと人口分野におけるIEC活動に関する質問票を配布し、38の団体から回答を得た<sup>8)</sup>（95の内訳は女性団体が15、家族計画／リプロダクティブ・ヘルス関連のNGOが41、40は調査研究機関であった）。

調査された項目は以下の通りである。すなわち、(1)政府間組織のリプロダクティブ・ライツ／ヘルスへの関与、(2)NGOが関与する主要分野、(3)家族計画からリプロダクティブ・ヘルスへの転換、(4)リプロダクティブ・ヘルス・プログラムにおけるサービスの質の向上、(5)思春期の若者の健康、(6)リプロダクティブ・ヘルス・プログラムの計画策定・実行段階における女性の参加、(7)リプロダクティブ・ヘルスプログラムへの男性の参加、(8)IEC分野におけるNGOの活動、(9)各国政府とNGOとの協力である。

このなかで特に(2)と(3)について若干解説する。まず(2)の「家族計画を中心に活動しているNGOが関与する他の主要分野」としては、①RTIとSTDの予防と治療のためのサービス提供（回答NGOの約60%）、②セクシュアリティ、リプロダクティブ・ヘルス、家族計画の教育（60%）、③（母乳教育を含む）産前・産時・産後のケア（37%）、④中絶の防止および中絶後への対応（29%）、⑤不妊（15%）が挙げられている。

(3)の「家族計画からリプロダクティブ・ヘルスへの転換」については、すでに国際的NGOの多くは「リプロダクティブ・ヘルスと家族計画に関するワーキング・グループ」を設け検討を進めている。多くの国際的、国内的NGOは、すでに、総合化のための革新的アプローチをとり始めているが、伝統的な家族計画を実施するNGOの間では、リプロダクティブ・ヘルスの概念についての混乱がみられる。多くのNGOは、家族計画をリプロダクティブ・ヘルスに総合化することのメリットを認識しているが、多くの障害も感じている。メリットとしては、最もサービスを必要とする人々（特に貧しい女性）の未充足ニーズの認識、女性の参加と女性への態度の変化、現場レベルでの総合化の重要性

7) United Nations, Commission on Population and Development, Activities of Intergovernmental and Non-Governmental Organizations in the Area of Reproductive Rights and Reproductive Health, E/CN.9/1996/5, 1996.

8) 質問案を送付した団体の種類と回収率

政府間組織とNGO	調査票配布数	回答数	回収率
国際的NGO	46	20	43.4
地域的NGO	5	2	40.0
国内的NGO	22	12	54.5
政府間組織	22	4	18.0
合計	95	38	40.0

の認識の拡がり、思春期の若者の参加などがある。主要な障害としては、リプロダクティブ・ヘルスの範囲の不明確さ、調査研究の不足、総合化コストの見積りへの欠如、従来の人口目標弱体化への恐れからくる政府の指導者の側の抵抗、などがある。将来的には、総合化に関する実際例に関する情報の普及、および独立して活動するための資金調達への努力が必要となる。

NGOの活動の全体的評価は以下の通りである。

- a) NGOの多数は家族計画をリプロダクティブ・ヘルス・サービスに統合化する方向で活動を行っている。特にRTIとSTDの診断・治療は熱心である。
- b) 特に国際的NGOは、サービスの総合化の実験室である。
- c) 多くのNGOは、リプロダクティブ・ヘルス適用のパイオニアであった。
- d) NGOは最もサービスを必要とする底辺の人々にリプロダクティブ・サービスを確保するために重要な役割を果たしてきた。
- e) 国際的NGOは、サービスの質を測る指標を開発し、質の向上を図るための技術協力を行っている。
- f) 多くのNGOは思春期の若者の健康の問題に取り組んできた。
- g) 多くのNGOは、リプロダクティブ・ヘルスのプログラムにおける男性の関与については、取り組み始めたばかりである。
- h) 政府とNGOとの協力関係は国によって異なるものの、全体としては弱い。
- i) NGO活動が長期に継続されるためには、経済的自立が必要である。
- j) 国際的NGOは、政府ならびに国際機関の実験室的役割を果たすようになってきているのに対し、国内的NGOは、各国政府のサービスが届かない部分を埋める役割を担うようになってきている。

## E 国際協力のための資金の流れ<sup>9)</sup>

### 1. 全体的資金の流れ

(1) 「行動計画」では各国のGNPの0.7%をODAとすることを目標として掲げているが、1993年現在それを達成しているのはデンマーク、ノルウェー、スウェーデン、オランダの4ヶ国のみであり、日本は0.25%にとどまる(表6)。また先進国の人口援助の総額(通常の二国間援助とUNFPAへの拠出を含む)は7.77億ドル、そのうち47%の3.66億ドルを米国が占める。人口援助がODAに占める割合は5ヶ国で2%を超えるものの、各種の会議で目標値として掲げられる4%を超えるのはノルウェーのみで、全体では1.4%にとどまる。上記の二国間およびUNFPAへの拠出に、国際機関、民間、世界銀行(ローン貸付)の人口援助を加えると総額で13.1億ドル(1993年)となる(表7)。

(2) UNFPAの人口援助は国際機関全体の約80%を占め、1990~95年に2.12億ドルから3.06億ドルに増えた。世界銀行の人口援助ローンは1993年現在総額3.44億ドルで、そのうち国際開発援助(IDA)ローンは1.95億ドル、国際復興開発銀行(IBRD)からのローンは1.45億ドルを占める。

(3) 民間セクターの人口援助は1.24億ドル(1993年)で人口援助総額の0.9%である。

(4) 地域別には、1990~1993年についてみると、サハラ以南のアフリカ、ラテン・アメリカとカリブ海の2つの地域では人口援助が増加し、アジア太平洋地域では減少した。1993年実績ではアジア太平洋、サハラ以南は各々27%、ラテン・アメリカとカリブ海は18%を占める。

### 2. カイロ会議以後の資金調達

ICPDの行動計画では、家族計画の情報・サービス、他のリプロダクティブ・ヘルス・サービス、HIV/AIDSを含むSTDの予防、研究・データ収集・分析の4分野で2000年までに170億ドル、2015

9) United Nations, Commission on Population and Development, Flow of Financial Resource in International Assistance for Population, E/CN.9/1996/6, 1996.

表6 主要援助国における政府開発援助（ODA）と人口援助

援助国	政府開発援助総額 (百万ドル)	ODA の対 GNP 比	人口援助 (百万ドル)	人口援助の対 ODA 比
ノルウェー	1014	1.01	42.9	4.22
アメリカ	9721	0.15	366.6	3.77
フィンランド	355	0.46	8.8	2.47
デンマーク	1340	1.03	29.5	2.19
スウェーデン	1769	0.98	37.0	2.09
アイルランド	2908	0.31	47.2	1.62
ルクセンブルグ	50	0.36	0.8	1.58
オランダ	2525	0.82	37.5	1.48
カナダ	2373	0.45	24.7	1.04
スイス	793	0.33	6.2	0.77
ニュージーランド	98	0.25	0.8	0.77
日本	11259	0.27	83.2	0.73
ドイツ	6954	0.37	50.7	0.73
オーストラリア	953	0.35	6.4	0.67
イタリア	3043	0.31	17.6	0.58
ベルギー	808	0.39	2.3	0.28
フランス	7915	0.63	13.4	0.17
オーストリア	544	0.30	0.8	0.15
スペイン	1213	0.25	0.6	0.05
合計	55633	0.30	777.0	1.40

Source : Global Population Assistance Report, 1993 (New York, United Nations Population Fund, 1994).

年までに217億ドルを必要とし、その2/3を途上国、1/3を先進国が分担するとしている。

しかしながら現実には、サハラ以南のアフリカ、一部の南アジア諸国は自前の調達に困難であるため先進国からの一層の分担が必要であり、経済体制転換中の諸国も一時的には先進国からの技術支援を求めている。

カイロ会議以後、国際的な資金調達を喚起

するために、1994年11月にOECDの開発援助委員会（DAC）の会議、1995年1月にはUNFPAの事務局長主催の援助機関会議、1995年6月には英国ODAとUSAIDの共催でリプロダクティブ・ヘルス遂行のためのワークショップが開かれた。

先進国政府のなかでカイロ会議の前後に人口援助の拡大を約束したのは、日本、ドイツ、英国、デンマーク、ベルギー、オーストラリア、オランダ、スイス、EUである。1995年のUNFPAの資金は、1994年度から16%増えて3.06億ドルとなったが、1996年は3.25億ドルとなることが期待されている。その他に、世界銀行は人口援助拡大の予定であり、アジア開発銀行は人口援助の開始を決定した。

途上国のなかではバングラデシュ、パキスタン、フィリピン、ナミビア、イラン政府が特に人口問題解決に向けて予算の増額を表明している。

表7 資金源別、人口援助の推移：1990-1993  
(百万ドル)

	1990	1991	1992	1993
二国間	669	774	766	777
国際機関	86	102	54	66
民間	48	76	106	124
世界銀行	169	354	107	344
合計	972	1306	1033	1310

Source : UNFPA, Global Population Assistance Report, 1993 (New York, 1994)