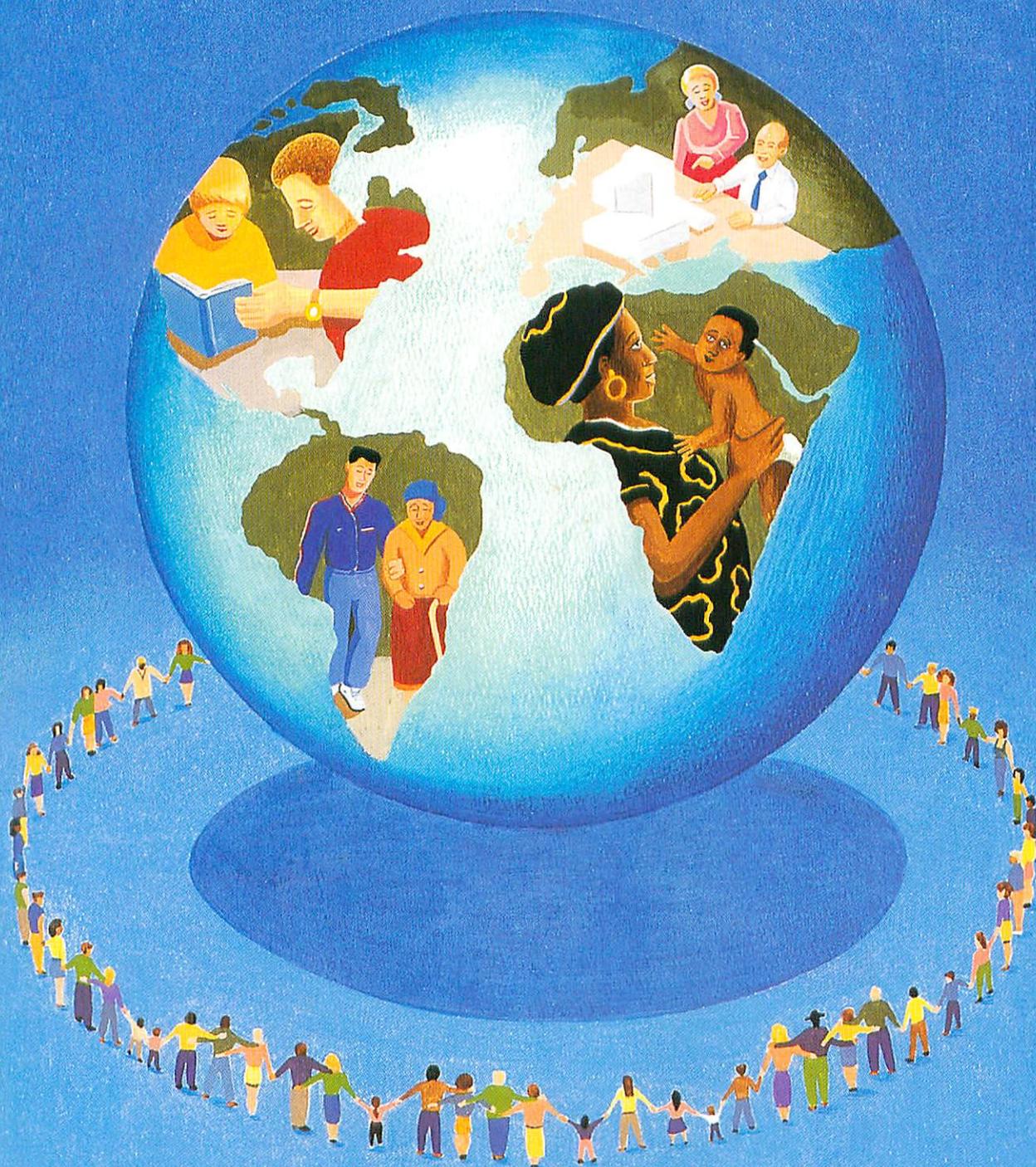
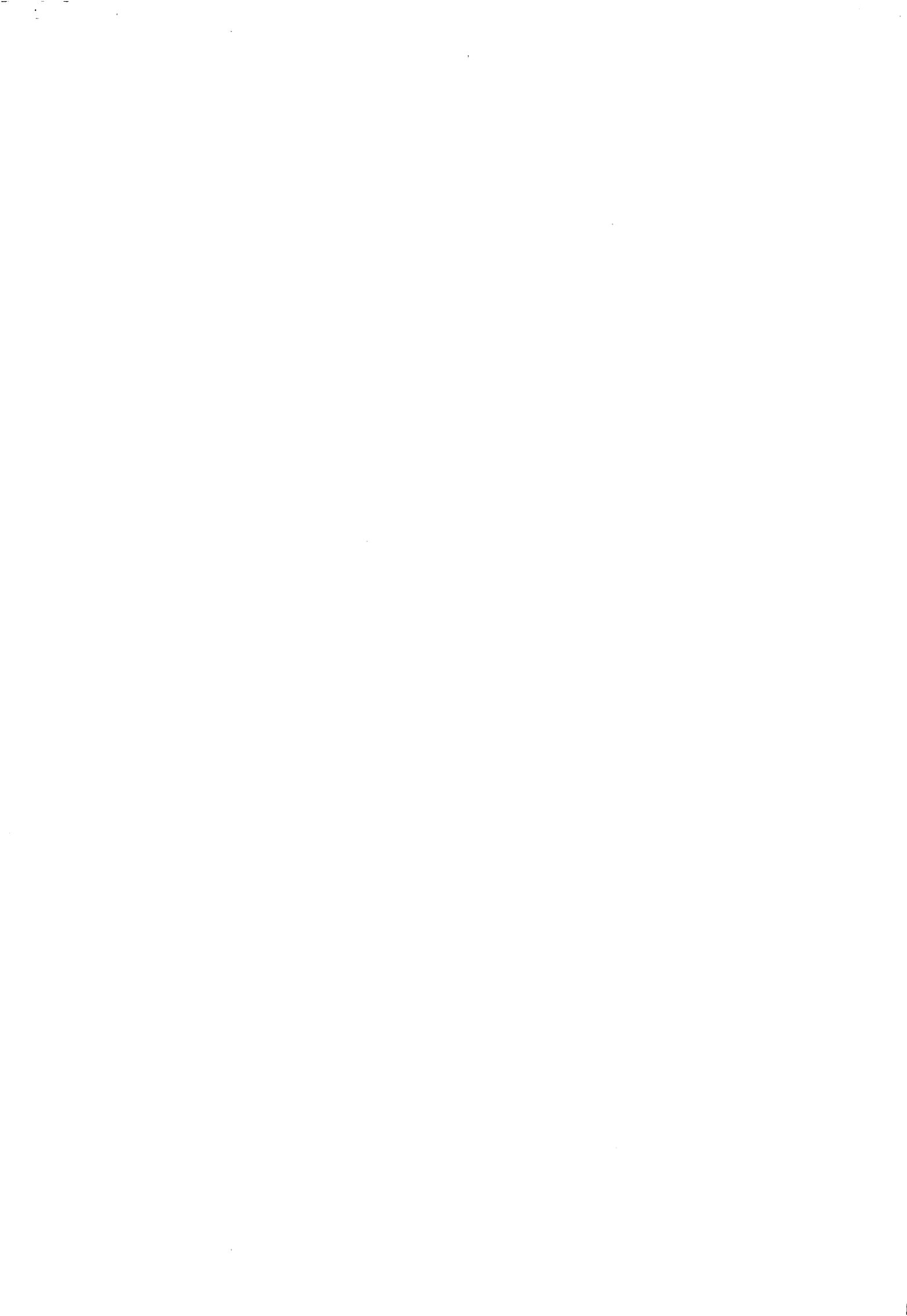


人口問題ブリーフィング・キット

2000年版



UNFPA
United Nations
Population Fund



序文

1999年の国連総会においてUNFPAにとって中心的な課題である次の分野、リプロダクティブ・ヘルスと性行動に関する健康、妊娠婦死亡率、思春期へのリプロダクティブ・ヘルスのニーズ、妊娠中絶の低減と危険な妊娠中絶がおよぼす健康への影響に対する取り組み、HIV/AIDSの予防、ジェンダー、教育の分野における新しい目標が採択された。

新しい数値目標（第10章参照）は、1994年に開催された国際人口開発会議（ICPD）行動計画の実施を成功に導くために不可欠なものである。過去数十年間にわたる各国および国際的な協議と活動によって、このような地球規模の合意が可能となった。

現在、多くの国々では、青年や高齢者または移民の問題が多くの注目を集め、人口の分布と構造に関わる問題が課題となっている。しかし最も重要な問題は、今なお高い出生率と急速な人口増加である。持続可能な開発と有限な自然資源の保護のためには、人口増加を抑制することが重要である。家族の規模が小さければ、家族の規模が大きい場合に比べて貧困、不健康、非識字との闘いが容易になり、国民だけではなく国家にとっても経済的に満足できる状態を長期間にわたって確保しやすくなる。

“子供を持つかどうか”、“いつ出産するか”を選択するのは個人の問題であり、政府の政策の問題ではない。女性と男性が社会的にも身体的にも力をつけてくれば、彼ら自身の選択の結果として、より小さな、より健康な家族をつくることになる。現在開発途上国の女性の60%近くが家族計画を利用しており、1950年以来その出生率は半減した。これまでの経験から、（人口、リプロダクティブ・ヘルスに関わる）個人の権利、ニーズ、願望を満たすことは同時に国家の目標であり、地球規模の緊急課題であることがわかる。

今日、まず優先的に取り組まなければならない問題は、広く蔓延しているHIV/AIDSと女性に対する暴力の問題である。この2つとも抑止されなければならない。リプロダクティブ・ヘルスを含む、より良い教育とヘルス・ケアを通して、女性が“社会的にも身体的にも力をつけること（エンパワー）”ができればこれらの抑止に貢献することになる。女性は自分自身を守ることができるようになるべきであり、男性も女性がそうできるようにしなければならないのである。

この「人口問題ブリーフィング・キット」最新版は、人口問題は単なる人の数の問題ではなく人々の問題であるという私たちの信念を強調している。それは地球規模の合意の前提となるものであり、私たちがこれまで成し遂げてきた進展の基盤であり、今後の成功のカギとなるものである。

国連人口基金（UNFPA）事務局長
ナフィス・サディック



目次

第1章	リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツ	3
第2章	女性のエンパワーメント、暴力の終焉	6
第3章	人口と持続可能な開発	10
第4章	人口—その規模（数）と傾向—	13
第5章	地域別の人口の趨勢	15
第6章	都市化と人口移動	17
第7章	エンパワーをもたらす知識	20
第8章	データ収集の障害を破る：何を優先的に研究するか	22
第9章	新しい“世代”と家族	24
第10章	21世紀への課題	27



Cover art : Gary Francis-Williams (Jamaica),
third place, age category V (19 years and above),
UNFPA International Poster Contest 1998.

Photo credits : Marie Dorigny, pages 7 and 17 bottom;
Chieko Ishikawa, page 17 top; and Viviane Moos, page 5.

Designed and produced by : prographics, inc., U.S.A.,
International Graphic Communications Services



第1章 リプロダクティブ・ヘルスと リプロダクティブ・ライツ

“すべてのカップルと個人は子供の数と出産の間隔を自由に責任を持って決定する権利を有し、そのための情報、教育、手段を得られなければならない。”

—国際人口開発会議（ICPD）行動計画、原則8

子供の数と出産の間隔を自由に責任を持って決定すること、この権利は何百万人もの女性にとってより良いリプロダクティブ・ヘルス（人口再生産に関する健康）^{（注1）}のカギとなる。これには情報、教育、避妊用具や出産前のケア、HIV/AIDSのような性行為感染症の予防を含む家族計画サービスを必要とする。しかし、多くの地域では健康と人間的性的能力に関する知識があまりにも乏しく、女性は自らの生活を維持する自由を否定され、少女は就学する代わりに若いうちに結婚し、出産することを期待されている。このような要因およびその他の要因が女性とその家族の健康を危険にさらし、女性の持てる可能性を制約している。

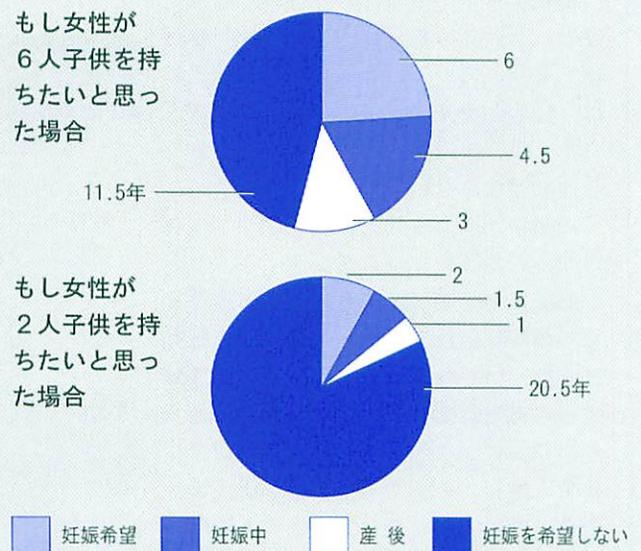
リプロダクティブ・ヘルスと 性行動に関する健康は人権

- 毎年585,000人以上の女性が妊娠に関連した原因で死亡し、おそらくその15倍の女性が後遺症を受け、感染症に罹患している。妊娠に関連した要因で死亡する女性の比率は、北ヨーロッパでは1万人に1人、南アジアでは35人に1人、アフリカでは23人に1人と地域により大きな格差がある。
- HIV感染者の半数以上が25歳以下である。昨年だけでも59万人の子供と15歳から24歳までの青年男女250万人が感染した。3,300万人以上がHIV/AIDS感染者として生存している¹。
- 毎年7万人の女性が安全でない妊娠中絶で死亡するが、そのほとんどが開発途上国で起こっている。国際人口開発会議において、各国は安全でない妊娠中絶が健康に与える影響を主要な公衆衛生の課題として扱うことに合意した。妊娠中絶が違法でない場合、安全であるべきである²。
- 60カ国以上の開発途上国への調査が示すところによると、現在避妊を実施していない女性のなかで1億人を超える女性が、つぎの子供の誕生までもっと間隔をあけたいと望み、これ以上子供を持ちたくないと望んでいる。
- 3億5千万組ものカップルが安全で手頃な価格の避妊法を利用することができない現状にある。
- 難民、国内避難民、その他紛争や緊急状況下においては、家族計画のニーズから性的暴力や強姦が起きた場合の治療とカウンセリングまで、リプロダクティブ・ライツに関する特別の対応が必要となる。

女性が希望する子供の数が少なくなればなるほど 避妊の必要な時間が長くなる

女性にとって、教育、情報、ヘルス・ケア・サービスとともに出産を計画するための効果的な避妊法が利用可能になることが必要である。避妊法の利用率は増加しているものの、いまだに避妊を望んでいるにもかかわらず利用できない人々が存在している。

20歳～45歳までの時間配分



注) この時間配分は女性が20歳で結婚し、20歳～45歳まで妊娠の可能性があると仮定している。

出所: The Alan Guttmacher Institute, 1995, *Hopes and Realities Closing the Gap Between Women's Aspiration and Their Reproductive Experience*.

権利が尊重される時、リプロダクティブ・ヘルスと 性行動に関する健康は劇的に改善される

- 過去30年にわたる現代的な避妊法の開発が家族計画を行う自由と能力を与えた。
- 40年前、避妊を利用していたカップルは10%以下であったが、現在はおよそ60%へと増加した。
- 家族の規模（大きさ）は、1960年代には子供の数が平均6人であったのに対し、現在では3人以下へと減少した。
- 望まない妊娠を避けることができる現代的で安全かつ効果的な家族計画サービスをすべての女性が利用できれば、妊産婦の死亡（死亡率）、障害と感染（罹病率）の3分の1は回避できるはずである。
- 情報、教育、ヘルス・ケアに対する青少年のニーズが満たされた時、それらが相乗効果を発揮して、大きな違いを生み出すことになる。思春期のリプロダクティブ・ヘルス・プログラムは、UNFPA、コミュニティの指導者、

親、そして若者自身にとっての課題である。今日、年齢が15歳から24歳までの人口は10億人以上である³。

リプロダクティブ・ライツは世界各地で認識されている

家族規模と出産の間隔を計画する権利は、1968年テヘランで開催された国際人権会議において合意された。1974年ブカレストで開催された世界人口会議では、以下のように記述された。

世界人口計画行動(原則14f)：すべてのカップルおよび個人は、子供の数と出産の間隔を自由に責任を持って決定する権利を有し、そのための情報、教育、手段を得られるようにしなければならない。この権利を行使する際にカップルと個人が担う責任には、生活と将来の子供に関するニーズ、コミュニティに対する責任感が考慮されなければならない。

1994年国際人口開発会議(ICPD)において、180カ国がリプロダクティブ・ライツおよび性行動に関する権利を保護するための20年計画を承認した。ICPDの行動計画は、いかなる形の強制もない家族計画と性行動に関する健康を含む男性と女性のリプロダクティブ・ヘルス・ケアに対する権利、そして子供の数と出産の間隔を自由に責任を持って決定する権利を確認した⁴。行動計画においてリプロダクティブ・ヘルスとは、身体、精神、社会的に満足のいく状態であり、単に病気や疾患がないということではないと主張している。従ってリプロダクティブ・ヘルスとは、人々が満足のいく、そして安全な性生活を送り、子供を産むことが可能である場合には、子供を産むかどうか、いつ産むか、何人産むかを決める自由を持っていることも意味している⁵。

ICPD行動計画の目標

- **すべての人に教育を**——2005年までに初等および中等教育におけるジェンダーによる格差を解消すること、遅くとも2015年までの可能な限り早い時期に、いかなる場合においても少女と少年がともに小学校あるいはそれに相当する教育を十分に受けることができるようにする。
- **死亡率の低減**——乳児(0~1歳)および5歳以下の乳・幼児死亡率が少なくとも3分の1になるよう低減し、2000年までに出生数1,000人に対する死亡数が乳児死亡率で50、乳・幼児死亡率で70以下になるよう減らし、2015年までに乳児死亡率35、乳・幼児死亡率45以下とする。2000年までに妊産婦死亡率を1990年代の半分とし、2015年までにさらにその半分にまで減らす(特に、死亡率の最も高い国々においては、出生100,000に対し60以下にする)。
- **リプロダクティブ・ヘルス**——2015年までに全世界で、安全で信頼できる家族計画手法および関連するリプロダクティブおよび性行動に関するヘルス・サービスを十分に利用できるよう準備する。

ICPDから5年後の1999年、世界の指導者たちはICPDの目標(第10章参照)の進捗状況を検討し評価するために再び集った。出席者たちは、これらの活動はICPD行動計画の目標達成を確実にするためのステップとして、カギとなる将来の活動について集中的に協議した。今日では、HIV/AIDSにより一層の注意を向けることは言うまでもないが、高齢者と若者の急増、都市人口の膨張、国際人口移動の急増が緊急の課題となっている。行動が必要とされる領域としては、女性のエンパワーメント、貧困の撲滅、環境、少女のための教育、

個人とカップルが有する権利は：

- 子供の数、出産の間隔と時期を自由に責任を持って決定する権利。
- リプロダクティブ(人口再生産)を選択するための情報とその手段に関する権利。
- 家族計画と関連するヘルス・サービスの両方を利用する権利。

性行動に関する権利とリプロダクティブ・ライツに含まれるのは：

- 全生涯を通じた健康の一部であるという認識。
- 生活のすべての領域における女性と男性に対する平等と公平。
- リプロダクティブおよび性行動に関する安全の保障、性的暴力からの解放、プライバシーに対する権利。

進展と成功の例

- ガーナ、ウガンダ、ナイジェリア、ベトナムでは、アメリカ看護婦・助産婦カレッジ(the American College of Nurse-Midwives)により開発された訓練方法のパッケージを利用して、助産婦に救命技術の訓練が行われた。これには、出産介助の際に緊急事態が発生した場合、女性の生命を救うために必要となる技術で、どのような事態が生じるかという危険性の具体的な理解と把握、それらに対する対処法、臨床管理技術などが含まれる。
- ICPD開催後数年の間に、会議に参加した国の3分の2が、遺産相続、財産権、雇用、ジェンダーに基づく暴力からの保護などの領域を含むジェンダーの公正と平等、および女性のエンパワーメントを促進する政策と立法上の措置を導入した。
- ジャマイカでは、早すぎる妊娠によって何千人もの少女たちが退学に追い込まれ、その後、彼女たちはほとんど仕事を見つけることができない。UNFPAの資金により、闘ジャマイカ女性センターは職業訓練とカウンセリングサービスを提供し、多くの少女たちの復学を支援した。
目的：教育に対する真剣な取り組みを強調し、若い少女たちが性行動や人口再生産に関する生活の管理を自分で行えるよう援助することにより、貧困の循環を打破すること。
- ウガンダとタイでは、徹底した情報提供と予防キャンペーンにより新規のHIV/AIDS感染者が特に若い人口において約3分の1にまで減少した。思春期の女性のなかで産前ケアを受ける女性がそうでない女性より多くなった。

より良いデータ・システムの構築などがある。

訳注1) Reproductive Health: 翻訳しにくい概念であるため、カタカナでリプロダクティブ・ヘルスと表記する。“性と生殖に関する健康”と翻訳する場合もあるが文意から言って、ライフサイクル全体を含む人口再生産の過程すべてに関する健康のことであるため、翻訳する場合には“人口再生産に関わる健康”と翻訳する。黒田俊夫著APDAリソースシリーズ1『国連人口会議20年の軌跡——ブカレストからカイロへ——』参照。

¹ UNAIDS, December 1999

² 出所) *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)*, 邦訳 財団法人アジア人口・開発協会『リソースシリーズ9 国際人口開発会議行動計画の更なる実施に向けた主な行動』1999年

³ 多くのアフリカの国々では、すべての女性の半数近くが20歳前に最初の子供を出産し、ラテンアメリカのほとんどの国では3分の1以上である。アメリカ合衆国では、約10人に1人が20歳前に出産する。

⁴ 国際人口開発会議 (ICPD) 行動計画、原則8、パラグラフ7.2、7.3

⁵ 国際人口開発会議 (ICPD) 行動計画、パラグラフ7.2、7.3



第2章 女性のエンパワーメント、暴力の終焉

“ジェンダーの平等と公正の向上、女性のエンパワーメント、女性に対するあらゆる種類の暴力の排除、女性が自らの生殖能力をコントロールする能力を守ることは、人口・開発関連プログラムの基礎である。”

—国際人口開発会議（ICPD）行動計画、原則4

少なくとも女性の3人に1人がその生涯において暴力を受け、性を強制され、また別の方法で虐待されてきた。虐待を加えるのは家族のなかの人間であることが最も多い。ジェンダーに基づく暴力は主要な公衆衛生の課題であり、人権の侵害であると認識されている。暴力は、多くの社会において女性の社会的地位が低さを示すものである。

- 世界銀行（The World Bank）⁶の資料によると、15歳から40歳までの年齢層の死亡や障害の原因としては、世界各地における少女と女性に対する暴力が、癌、マラリア、交通事故、戦争よりも多い。
- 男子を好む（男子選好）という形態の差別は、積極的・消極的な女兒の遺棄や性選択を目的とした妊娠中絶を引き起こしかねず、人口に占める女性の比率は本来あるべき状態より低くなっている。
- 毎年200万人の女性が女性器切除の危険にさらされている。
- 毎年230万人の女性がHIV/AIDSに感染している。2000年⁷までに1,400万人以上の女性が感染し、そのうちの400万人が死亡するものと見られている。

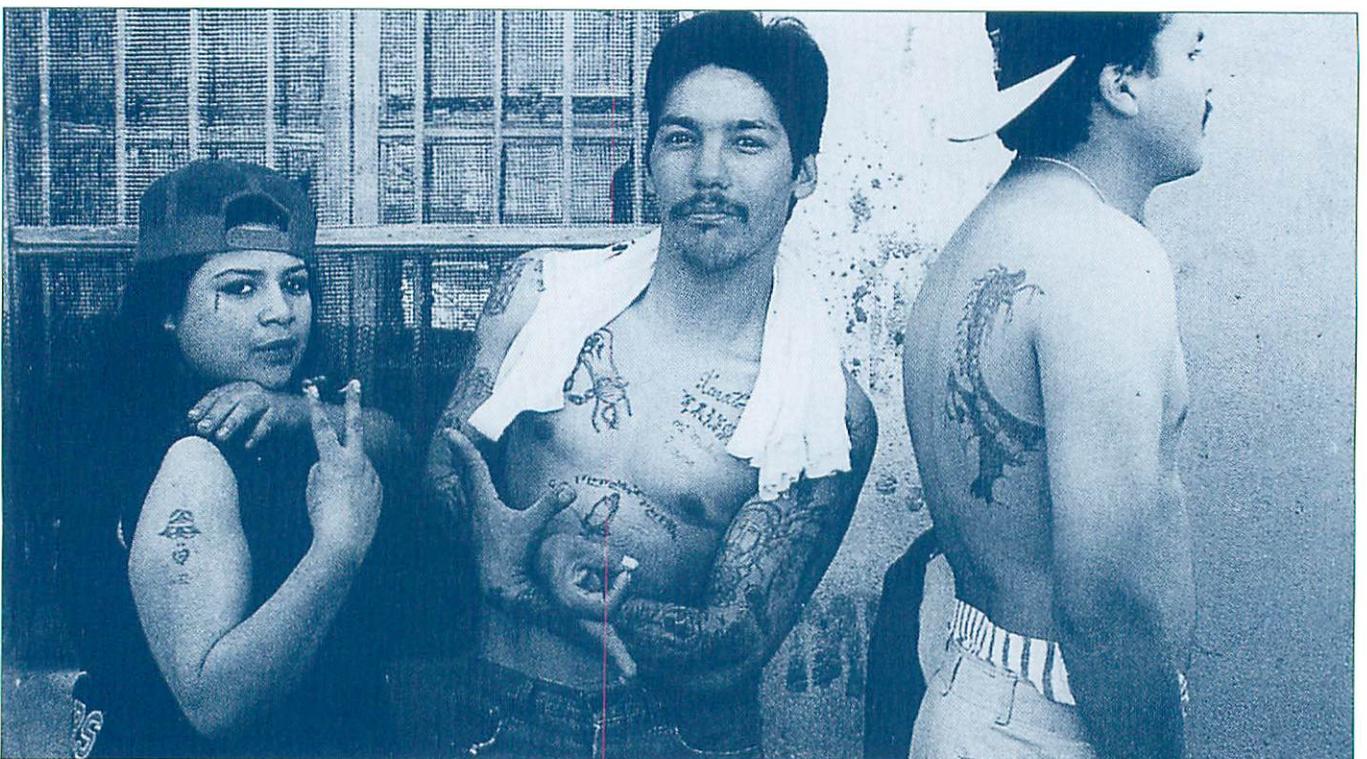
- アメリカ合衆国では、15秒に1度女性が暴行を受けており、そのほとんどは夫によるものである。インドでは18%から45%の既婚男性が妻を虐待しているという研究報告がある。

機会均等、権利、責任

平等と公正は、女性とその家族のより良い生活であると言い換えることができる。社会的にも身体的にも力をつけた（エンパワーされた）女性は、男性との関係の解消、コンドーム使用の促進、必要なサービスを得ることで暴力や病気から自分を守ることが可能となる。生活のなかにおける女性の役割が単に子供を産む能力であると定義される場合、女性には選択の自由はほとんどない。経済活動を行う機会が少なく、社会的地位が低いため、女性が自らの生活を管理する能力には限度があり、特に結婚や家族規模の決定に関してはその傾向が強い。

今なお多くの国々において、法律や慣習が女性の権利を制約している。その制約されている権利とは以下のものである。

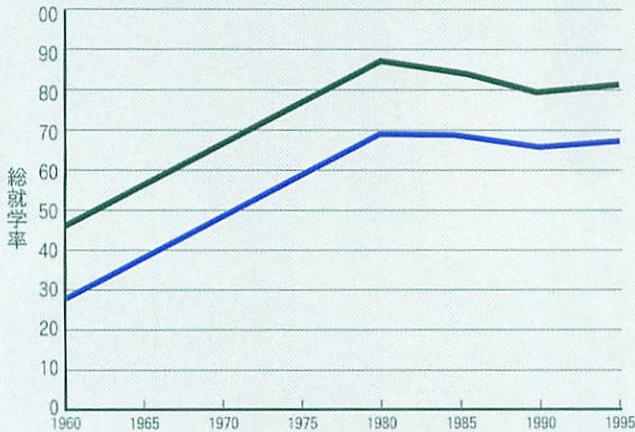
- 土地所有と財産継承権。
- 融資を利用する権利。
- 学校に通学し在学する権利。
- 就労して所得を得て、昇進し、職業上の差別から解放される権利。
- 性行動に関する健康とリプロダクティブ・ヘルスのニー



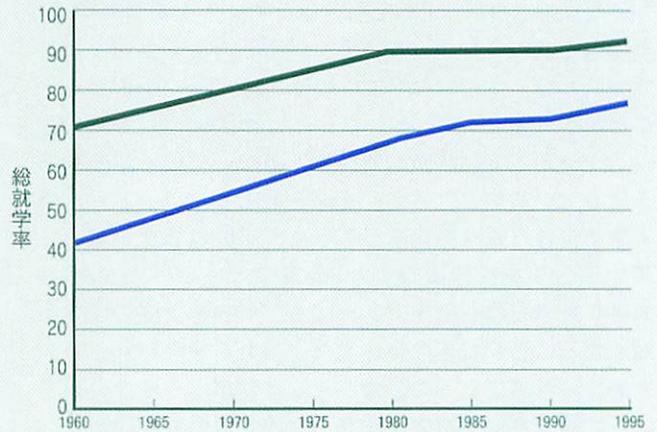
男女、地域別の教育達成度

教育は、女性が自らの生活を維持し、経済的な機会を切り開き、情報やサービスへアクセスする能力を構築する上で非常に重要である。教育を受けた女性は、避妊を利用し、そうでない場合に比べて結婚が遅くなる傾向にある。教育は、より小さな、より健康な家族を導く。しかし世界の多くの地域では今なお、少女と少年では教育の達成度に格差がある。

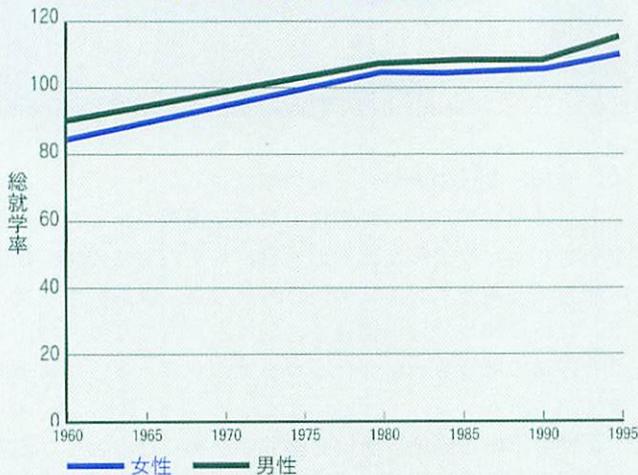
サハラ以南のアフリカ



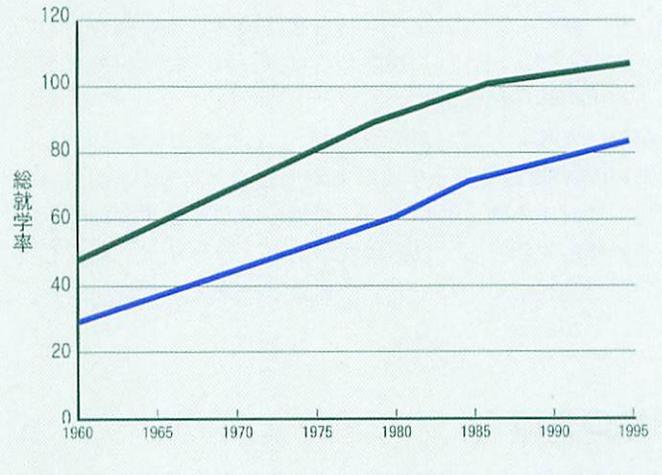
アラブ諸国



ラテンアメリカおよびカリブ海諸国



南アジア



注) 初等教育の総就学率は、就学年齢にある児童100人当たりの就学者数を示している。100を超える比率は、就学開始の遅れ、学校教育の中断、留年などによる。

出所) UNESCO, World Education Report 1995.

ズを満たすサービスを利用する権利。

教育はより良い生活を実現する可能性を提供する最も良い機会であるが、以下の統計が示すように差別は依然として顕著である。

- 世界の非識字成人9億6,000万人の3分の2が女性。
- 小学校に入学していない子供1億3,000万人の3分の2が少女。

教育と家族計画の利用を組み合わせることで、より小さな、より健康な家族をつくることができる。教育を受けることは乳児死亡や妊娠の低下に強く結びついている。さらに利用できるヘルス・ケアが限られたものしかない多くの貧しい国々では、学校教育が乳幼児死亡の低減に大きな影響を与え、その進展により乳幼児死亡を毎年5%から10%減少させている。

女性器切除 (FGM) の廃絶

少女や女性の性器切除という有害な伝統的慣習に反対する機運が高まっている。コミュニティや宗教グループの認識が高まり、各国政府は法律を通過させ、FGM終結のための国際的な合意形成も間近である。通常若い女性あるいは結婚年齢に達しようとしている思春期の少女に施されるこの処置は、医療システム外において、麻酔もなく、不清潔な器具を使用して行われる。FGMは深刻な心理的、健康上の影響をおよぼす。

- 推定1億3,000万人の世界の女性が、何らかのかたちでこの処置を受けたことがある。
- 毎年何千人もの少女と女性がFGMの結果、感染や出血が原因で死亡したり出産時に死亡したりする。
- 毎年200万人の少女が性器切除の危険にさらされている。

- 全体の80%がクリトリスと小陰唇の切除であり、15%が最も過激な形態である陰部封鎖である。

暴力は女性のHIV/AIDSにつながる

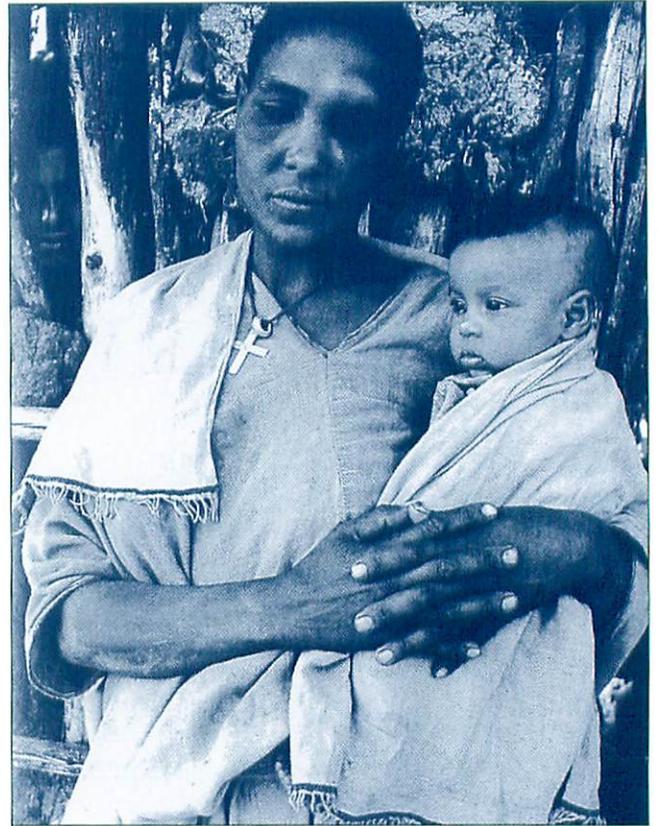
家庭内暴力、強姦、その他の形態の性的虐待は人権を侵害するだけではない。AIDSを引き起こすウイルスであるHIVの蔓延に密接につながっている⁸。何百万人もの女性と少女は社会において従属的な地位にいたるため、自らをHIVから守ることが不可能ではないとしてもそれが困難になっている。パートナーがすでに感染していると気づいている場合やそれを知っている場合でさえ、貞節を要求し、コンドーム使用を求め、性行為を拒絶することは不可能な場合が多い。

また多くの場合、経済的な力があまりないためにHIV感染の大きな危険を伴う関係であっても、それを女性のほうから解消することができない。また、暴力を振るわれたり、打ち捨てられることへの恐怖から、女性がボーイフレンドにコンドーム装着を要求したり、貞節について問いかけたりすることは到底考えられない。感染したことが知られた場合や、感染したとみなされた女性は殺される可能性があり、家から追い出され、家族から遺棄され、職場を解雇されるなどの事態に直面する。

AIDSとの闘いに男性がパートナーとして参加することで、このAIDSの蔓延を抑止することができる。文化的な“男らしさ”に対する観念や期待が、男性の向こう見ずな性行動や薬物使用を助長している場合がある。いわゆる“男らしさ”が、男性とそのパートナーをより一層大きな危険にさらすことがあるのである。

男性の参加

男性の支援、協力、参加がより公平な世界であれば、女性に対する暴力のない世界を実現する動きを加速させることができる。女性のエンパワーメントは、子供の数に関する意思決定、政府のあらゆるレベルにおける政策や計画におよぼす影響、避妊に対する責任を男女が分担することを求めている。男性も家庭内暴力、児童売春、強姦を根絶する努力をし、娘、妻、母親、姉妹に対する虐待をやめると



め、積極的な役割を果たさなければならない。

数多くの文化において男性の意向が優勢であるため、リプロダクティブに関する意思決定に対する男性の協力が避妊用具の使用を高めるためのカギとなる。家族計画プログラムは妊娠婦や子供の健康を力説するだけでなく、次のような方法で男性を引きつけるサービスを行うようになってきている。

男性専用の診療所、男性が訪問しやすくなるような既存の診療所の改修、職場でのサービス提供、地域ベースでコンドーム配布と情報提供を行う、男女の協力が建設的な役割を果たすというイメージをつくる社会的な意見の醸成などである。

進歩と成功の例

- エチオピアでは家族計画を提供する際に、それまで必要であった配偶者の承諾を必要としなくなったとたん、診療所のサービス利用がほとんど即座に26%増加した。女性はこれまで男性からの暴力や遺棄されることに対する恐れから、家族計画を利用する許可を得たり、そのサービスを求めたりすることができなかったのである。
- マリでは、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(Family Health International's Women's Study Project)の一環として行われた新しい避妊利用者の将来に関する研究で、リプロダクティブ・ヘルスにおけるパートナーとして男性が参加することがいかに重要であるかが示された。
- 北ウガンダで一人前の女性となる通過儀礼としてFGMの慣習が行われていた。REACH (Reproductive, Educative and Community Health) プログラムは、文化的な背景を十分考慮し、伝統的なリーダーシップを活用し、FGMの慣習をお祝いの品の贈呈や公の場でのお祝いに切り替えることで大幅に削減することに成功した。
- ヨルダンでは、22以上のNGOが女性問題に取り組んでいる。そのほとんどが、社会経済的に低い階層の女性に対する法的権利に関する教育を行っている。1997年ヨルダン女性ユニオン(Jordan Women's Union)は女性に法的カウンセリングを提供するホットラインを開設した。

国際人口開発会議（ICPD）行動計画およびその他の宣言文

1994年国際人口開発会議（ICPD）は、その行動計画においてジェンダー²⁾の平等、女性のエンパワーメント、女性が自らの生殖能力をコントロールする能力を承認した。また女性器切除を含む女性に対する暴力の排除を要求した⁹⁾。

世界社会開発サミット（The World Summit for Social Development）（1995年 コペンハーゲン）宣言および行動計画は、女性の教育と職業の機会均等を求めた。

第4回世界女性会議（1995年 北京）では、2015年までに質の高いヘルス・サービスをすべての人が利用できるようになること、女性が土地所有や融資を受けることができるようになること、雇用が公平であること、実効力のある個人の権利および政治的な権利の確立、女性のエンパワーメント促進の重要な手段として少女と若い女性の教育、などを要求した。

国連人権高等弁務官事務所は1997年、女性の権利は基本的な人権であると繰り返し述べた。

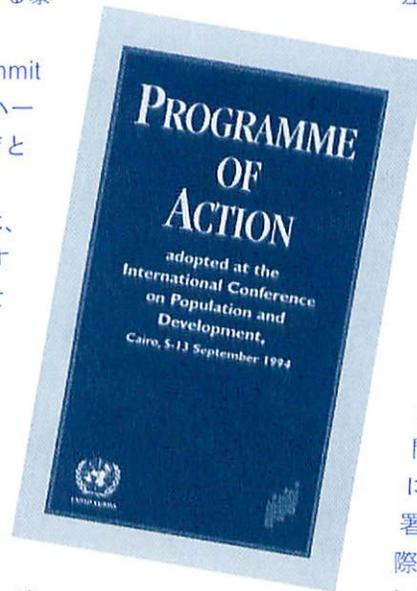
1993年国連総会は以下の事項を決議した

“女性に対する暴力とは、女性の権利と基本的な自由の侵害……（中略）……等からなる。女性に対する暴力を明確かつ包括的に定義し、あらゆる形態の女性に対する暴力を排除するために適用される権利を明確に示し、その問題に各国が積極的な取り組み（公約：Commitment）を行い……

（中略）……そして女性に対する暴力の排除を国際社会全体が公約とすることが必要である。”

1999年10月、国連総会は、女性に対するあらゆる形態の差別を排除するための条約（女子差別撤廃条約：

the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women：CEDAW）に、21項目の任意議定書（Optional Protocol）を採択した。これには2つの手続きが含まれている。①女子差別撤廃条約により保護された権利の侵害に関する要求を女性個人あるいは女性グループが提出することを可能にする連絡手段の形成。②議定書はまた審問手続きを設立し、この手続きにより重大なまたは組織的に女性の権利に対する侵害が起こった場合、審問委員会が調査を開始することができるようになった。2000年3月現在、33カ国が議定書に署名した。CEDAWは、女性の権利に関する国際的なアジェンダであり、差別に対する行動のための協議事項である。



⁶⁾ World Bank, Development Report 1993: *Investing in Health*

⁷⁾ UNAIDS 1999

⁸⁾ UNAIDS, Speech to Commission on the Status of Women, March 1999

⁹⁾ ICPD行動計画、原則4、パラグラフ4.22

訳注2) Gender：生物学的な区別としてのSEXと異なり男女の社会的、文化的、文化的区別を示す概念。



第3章 人口と持続可能な開発

より高い生活水準、教育、ヘルス・ケア、経済的な機会など“より良い生活”という目標はすべての人に共有されるものである。この“より良い生活”という目標は今日の私たちにとっての目標であるばかりでなく、将来の私たちの子供たちにとっての目標でもある。今日、約13億人が絶対貧困線以下の生活水準で生活をしている。その生活水準を改善しなければ、世界人口の5分の1、そしてその子供たちが栄養不良、疾病、非識字に苦しめられ続けることになる。

開発を継続的に“持続的”に行うことができれば、環境を破壊することなく生活水準を向上させることができる。しかし世界人口が増加を続ければ汚染はさらに発生し、動植物の生息地は破壊され、天然資源を使い果たすこととなる。

- 世界の人口のうち、最も所得の高い国に生活する20%の人々が個人消費全体の86%を消費するが、最も所得の低い国に生活する20%の人々はわずか1.3%を消費しているに過ぎない。
- 最も豊かな5カ国で世界の二酸化炭素排出量の53%を占めているのに対し、最も貧しい5カ国は世界の二酸化炭素排出量の3%を占めるに過ぎない。
- 先進国で生まれた1人の子供は、その生涯で開発途上国の子供30人から50人以上の消費を行い、汚染物質を排出することになる。

世界人口の増加を緩和することで、天然資源にかかる負荷をある程度減らし、各国の淡水資源の保持、より持続可能な農業のやり方の導入、および温室効果ガスの排出削減

の能力を高めることができる¹⁰。

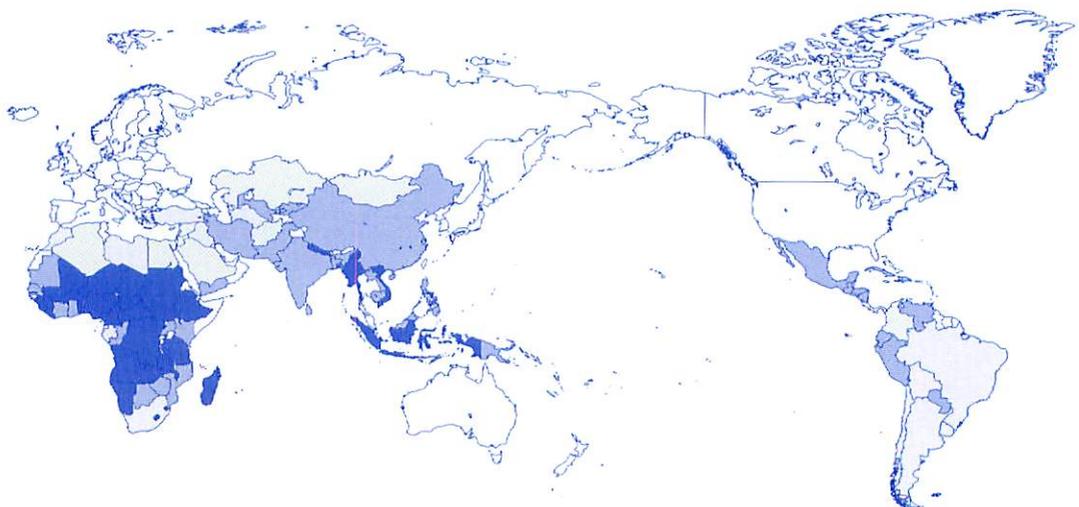
環境への影響

局地的な環境への被害ははっきりとわかりやすい。例えば、家畜の放牧により破壊された熱帯雨林、褐色のかすみが覆う都市、灌漑のための過剰な取水によって枯渇した巨大な湖などである。しかしながら、大気中の二酸化炭素濃度、漁獲量の低下、農薬やその他の化学物質が健康におよぼす影響など地球規模での影響となると、それほどわかりやすいわけではなく、その傾向や影響を理解するにはより高度な研究が必要となる。環境に対し人間が与える影響は、人口の規模、1人当たりの消費量、消費されるものを生産するために利用されるテクノロジーが要因となる環境破壊などが関連しあって生じるものである。

- アジアでは、2010年における発電容量の70%、およびその時点で使用されているであろう自動車の90%までが、1998年から2010年の間に増加する予想される¹¹。この増加が大気の質に与える影響は深刻である。世界全体で、大気中の二酸化炭素濃度はすでに工業化以前のレベルを28%上回っている。専門家は、このまま増加が続くと海水面が上昇し、農業生産を大規模に崩壊させることになると懸念している。
- 現在、世界の陸地の6分の1——ほぼ20億ヘクタール——が過剰な放牧や劣悪な農業のやり方のために劣化している。さらに、1,600万から2,000万ヘクタールの熱帯林や

環境から健康被害を受ける可能性：開発途上国

この地図は、環境が健康におよぼす様々な脅威の地理的分布を描いたものである。開発途上国において生じる貧困と結びついた生物学的な危険性および工業化に関連した化学的な危険性が健康に与える様々な環境の面での脅威の拡大を示している。



出所) : World Resources Institute, World Resources 1998-99.

森林地帯が毎年失われている。

人間の健康への影響

急速な人口増加と貧困は、環境がおよぼす健康への脅威を増大させる。排泄物が飲料水に混入することによる汚染は、今なお世界規模で見た場合、最大の死亡原因の一つであり、加えて蚊を媒介とするマラリアにより毎年多数が死亡する。室内に過剰な人数が生活していることや、調理あるいは暖房により室内に発生する煙が原因となる呼吸器疾患による死亡はさらに多く、そのほとんどが子供である。

- 毎年大気汚染により死亡する推定270万人のうち、220万人が室内汚染によるもので、その犠牲者の80%が開発途上国の農村に住む貧困者である。貧しい人々は、煙や汚染された河川に身をさらすことが最も多いにもかかわらず、自らを危険から守るすべをほとんど持たない。
- 1994年において、11億人が清潔な飲料水を利用できず、28億人が衛生的なトイレを利用できないと推計されている。毎年およそ2億5,000万人が水系感染症（飲料水を媒介とした疾病）に感染し、そのうちの約1,000万人が死亡する。
- 現在、18カ国の1億6,600万人が“水の欠乏”^{（注3）}に悩まされており、さらに他の11カ国の約2億7,000万人以上が“水事情の逼迫”にさらされているものと思われる¹²。

今後の環境問題と健康問題の大きさがどのくらいのものになるかは、今日の行動次第である。

耕地と食料への圧力

今日、ほとんどの農業はすでに“持続不可能”となっている。これは、そのような農業のやり方では農業を永続的に維持できないことを意味している。現在、世界各地で行われている農業のやり方は、侵食を引き起こし、水路を汚染し、淡水浪費の原因となっていることが多い。また、食料の栽培に利用可能な地球上の大部分の土地はすでに利用されている。人口増加の圧迫のもと、農業従事者は農地を拡大することなく同じ規模の農地からより多くの食料を生産する方法を見出す必要に迫られることになる。

過去50年間、農業生産は需要を上回る生産を実現してきた。その農業生産が将来どのようなようになるかを予測することは自然条件、技術、消費・分配パターンなどが常時変化しているため困難である。ただ、各国が国民の食料調達のため食料を購入する必要に迫られた場合、その財源は恐らく社会および経済開発の資金から転用されることになる。

- 80カ国が、その国の国土と水資源では自国民に十分な食料を生産することができない。
- FAO（国連食料農業機関）によると、2025年までに78億人になると予想されている人口の食料安全保障に備えるには、世界の食料生産を現在の2倍にする必要がある。

- 土壌劣化や急激な都市化の進展によって、毎年、推定500万から700万ヘクタールの農地が失われている。

女性と環境

地方レベルで見れば、女性は環境関連の問題から最も被害を受けている——それでも女性は変化を創り出す最も大きな可能性を持っている存在でもある。教育、金融、土地の平等な利用、また法的権利の行使は、個人としての女性に利益を与えるだけでなく、女性の家族やコミュニティの環境と経済の福祉に貢献することになる。

- 開発途上地域のいかなる場所——地方であっても都市であっても——食物の準備のため水や燃料用の薪を確保するのは主に女性の責任となっている。この薪や燃料用の家畜の糞から出る煙は、人体に有害な煙草の煙よりもさらに大きな危険を健康におよぼす。
- 地方では、女性が家畜の世話をし、収穫物の番をする責任を負うことが多いが、法律や伝統によりこれらの所有は認められていない。

女性が経済的な資本——土地、所得または金融のいずれであっても——を自分で管理することが可能であれば、バングラデシュ、コートジボアール、グアテマラ、スリランカのような国々ですでに実例として記録されているように、女性は男性よりも多く自らの収入を食料、衣料、その他の基本的なニーズのために使うことになると考えられる。

解決と方向性

リプロダクティブ・ライツの促進：

リプロダクティブ・ライツの尊重は人口増加率の緩和に貢献する。これは、天然資源への圧迫の軽減を意味する。人口増加率の速度が緩和されたことで、各国は、人口増加が緩和したとしてもなお避けられない今後の人口増加に備えるための時間を獲得することができる。

女性の地位向上：

環境を保護し人口の増加を緩和するには、女性に目を向けることである——女性は環境の劣化による影響を最も受けやすく、同時に環境の変化に最も大きな影響を与えることができる存在でもある。従って、少女と女性に対する教育、リプロダクティブ・ヘルスおよび性行動に関する健康の情報とサービス、収入を得る機会などは行動のための最も重要な分野の一部である。

環境的に健全なテクノロジーの共有：

自然生態系に与えるダメージを最小限にするために、先進国は既存の技術を利用し新しい技術を開発する必要がある。そしてそれらの技術を開発途上国がより広範に利用できるようにしなければならない。

消費者行動の変化：

大量消費、大量廃棄を続けるライフ・スタイルを持つ世界で最も所得の高い5カ国の人々はほとんど“北”に住んでいるが、世界で最も貧しい5カ国に住む人々の基本的なニーズを満たす権利と調整を図らなければ、これ以上その生活スタイルを維持することはできない。例えば、自然保護戦略はエネルギー消費を劇的に削減することができる。

貧困の削減：

貧困の緩和は、長期的な経済および環境の持続可能性という点から極めて重要である。南北協力は、絶対貧困に終結をもたらすために不可欠であり、また公正な市場、債務の削減、開発援助と海外からの直接投資にとっても非常に重要である。農業、工業、林業、漁業、運輸、観光事業などを含む経済活動すべての分野における究極の目標は、その活動を永続的に維持することである。

¹⁰ Population Action International

¹¹ WRI, World Resources 1998-99

¹² Population Action International 1999

訳注3) 原文では“水の欠乏：Water Scarce”と“水の逼迫：Water Stress”という用語を使っている。通常“水の欠乏”はその国の人口1人当たりの再生可能な年間流出水量が1000m³以下を指し、“水の逼迫”は1700m³以下を指す。(出所：APDA Resource Series 7『欠乏の時代の政治学—引き裂かれる水資源—』APDA 1998)



第4章 人口—その規模(数)と傾向—

世界の人口構成は、かつてないほどの規模と速度で変化を遂げている。特にその傾向は最年少年齢の人口と最高齢の人口で著しく、さらに都市への人口移動が拍車をかけている。人口増加率が緩和されてきたとはいえ、これまでに増加した人口が子供を産み、人口の再生産を行うため、今後も世界人口は毎年大きく増加し続けることになる。この増加の95%以上が開発途上国におけるものである。

人口増加率の緩和は何の努力もなしに手に入れられるものではない。人口増加がこのまま低下し続けるのかどうかは、今後10年間に個人が政府の人口・開発政策、および貧困の軽減や人権の向上に関する国際的な公約を果たす選択をし、行動を起こすことにかかっている。

- 1999年世界の人口は60億人に達した。50億から60億人になるのにわずか12年しかかからなかった。世界人口のほぼ半数が25歳以下である。
- 人口は毎年7600万人ずつ増加している。これから少なくとも15年間にわたって、世界人口は毎年7000万人以上増加し続ける。
- 国連の人口学者は2025年の人口を3種類推計している。——“低位推計”では72億8千万人、“中位推計”によれば78億2千万人、“高位推計”では83億8千万人である——。低位、中位、高位の違いは、将来の出生率に対する予測のわずかな格差によるものである¹³。
- 世界人口の年間増加率は、1960年代初期に約2%でピークを記録した。その後、人口増加率は徐々に低下し現在では1.4%以下となった。しかし、かつてない規模に増加した世界人口が人口を再生産するため、毎年の増加数は増え続けてきた。

小人数の家族が望まれ、実際に家族は小人数化している

家族の小人数化という傾向には、質の高い、安全なまた手頃な価格の家族計画サービスが広く利用可能となったこと——特に女性がサービスを容易に利用できるようになったことが大きく寄与している。それでもなお、望んだ数以上に子供が生まれている。

- サハラ以南のアフリカは世界のどの地域よりも高い出生率となっている。調査から明らかになったことは、彼女は、彼女たちが実際産んだ子供の数よりも少ない子供の数を希望していたということである。
- ケニアにおける出生率は現在までに大きく低下してきており、1970年代には女性1人当たり8人以上という高出生率であったものが、1990年代後半には4.5人以下となった。しかし、今なおケニアにおける希望出生数と実際の出生

数との格差は2人となっている。ボツワナ、レソト、ナミビア、スーダン（北部）、ジンバブエを含むケニア以外のサハラ以南のアフリカ諸国においても、出生率は下降しているようである。

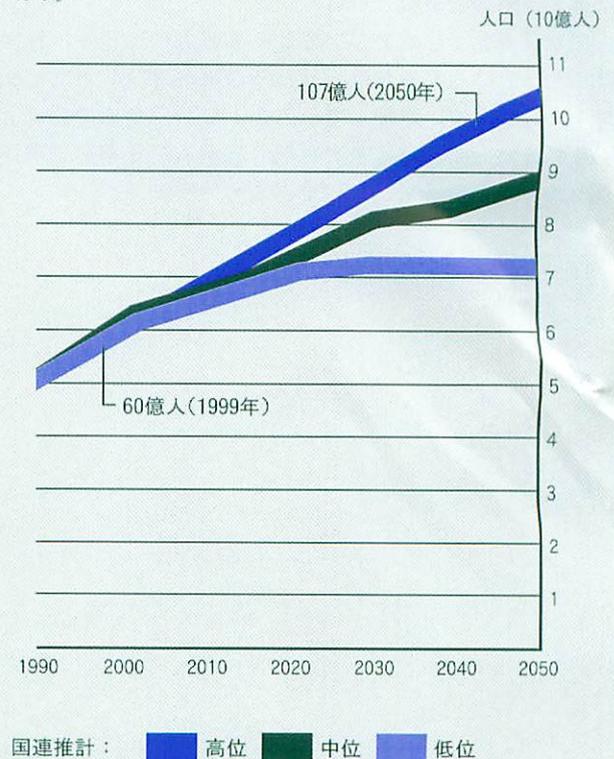
かつてないほど多い年少人口

年少者（乳児、幼児、青年を含む）人口の数はかつてないほど多く、そのうち15歳から24歳までの年齢層の人口だけをとっても10億人を超える。開発途上国全体を見れば人口の3分の1以上が15歳以下であるが、これに比較すると、先進国では人口の5分の1以下でしかない。開発途上国における多数の年少者が就労する年齢に達すると、経済開発を促進させることができるかもしれない¹⁴。

- これらの年少者の人口が巨大な規模であるため、現在の年少者の世代が出産可能な年齢に達すると、たとえ出生率が激減し、今すぐ置き換え水準¹⁵まで低下したとしても、それだけで現在予測されている人口増加の4分の3以上が生じることになる。

世界の人口増加、実数および推計（1990年—2050年）

国連人口部は、世界人口は1999年の60億人から、2050年には73億人から107億人の間に増加すると予測している。将来の出生率次第であるが、最も可能性が高いのは、89億人程度である。



出所) United Nations, 1998, World Population Prospects: The 1998 Revision.

- 1980年以降、サハラ以南のアフリカでは年少人口が50%以上増加した。実際の増加数ではアジアの年少人口のほうが多いが、それはアジアの人口が世界人口に占める割合が大きい(60%)ためである。
- 思春期人口は、最低開発国(LLDC)では43%であり、低開発国(LDC)では34%、先進国では19%となっている。

高齢者人口の高い比率

年少人口比率および高齢者人口比率の変化は、人口構造を変化させており、今後10年の間に、すべての国で徐々に人口高齢化へ向かうという人口学的な変化が起きることになる。基本的な衛生設備、清潔な飲料水、現代的なヘルス・ケアにより寿命が延び、幼少時から高齢に至るまでより健康な生活を送ることが可能になっている。平均寿命の延長に伴った死亡率の低下(1950年以来、死亡率は半減した)は、近年の急速な人口増加の大きな要因となっている。

- 現在、高齢者人口増加の74%が開発途上国におけるものであり、2011年までには80%以上となる。
- 2050年には、年間2,800万人の人口が増加するが、高齢人口は年間約3,300万人の割合で増えることになる。この増加の99%は現在の開発途上地域におけるものである。

65歳およびそれ以上の人口の比率が最も高いのはヨーロッパであり、これは今後少なくとも30年は継続されることになる。北アメリカ、オセアニアでも65歳以上の人口比率は高い。より先進的な地域では、65歳以上人口の比率は1950年の7.9%から現在の14%へと増加し、2050年までには25.9%に達するものと予測される。

アフリカおよび西アジアでは、高齢人口の比率は比較的低くなっている。それは、サハラ以南のアフリカでも65歳以上人口は急速に増加しているが、高い出生率のため人口規模が増大しており、その結果、高齢人口比率の上昇が緩やかなものとなっているのである。

様々な人口学的傾向

健康状態の改善と避妊具の利用は、高出生・高死亡から低出生・低死亡という“人口転換”に貢献している。多くの点から見て、低開発地域は現在この人口転換過程のおよそ半分の地点にあり、先進地域の半世紀前の状況とほぼ同じであると考えられる。出生率は、61カ国で置き換え水準を達成するか、置き換え水準より低くなっている。

しかし現在の傾向を詳細に検討すると、人口増加に影響を与えている影響力には様々なものがあることが判明した。

- 基本的ニーズを充足すること、および様々な機会を創出することがほとんどできない最貧国で、人口増加が最も急速に起こっている。
- HIV/AIDSの影響を大きく受けている国では、死亡率が上昇し平均寿命が低下している。
- 人口移動や都市の成長も現在の人口動向の特徴である。
- 推定1,300万人の難民が、迫害、武力紛争または暴力を避けるために自らの国から逃げ出した。各国の国内で移動を余儀なくされた避難民は非常に多く、都市貧困者の数は膨れあがっている。
- 先進国への移民は、受入国の人口に加算される。

¹³ World Population Prospects : 1998年改訂、国連人口部/DESIPA、1999年による数値。地域によっては、死亡率低下の減少あるいは死亡率の上昇(特に初期の予想に比較した場合の)も同様にその原因となっている。

訳注4) 雇用環境が満足に与えられない限り、膨大な数の失業を生む可能性が高く、社会的不安定要因や社会的負担の増大につながる可能性がある。

訳注5) 現在の死亡率の水準で、女性がその生涯で平均2.1人程度の子供を産む出生率の水準を指す。この出生率が長期間続けば、その人口は死亡の出生で相殺することができ、人口は増えも減りもしない。



第5章 地域別の人口の趨勢

人口の増加率は地域により大きく異なり、同一地域内であっても国によって大きな格差が存在する。人口増加の95%以上が開発途上国で起きている。その一方で、ヨーロッパ、北アメリカ、日本における人口増加は微増または停止している。

開発途上国と先進国の比較

低開発地域：

- 48億人が住んでいる。
- 年間の人口増加率は1.6%である。
- 今後30年間における世界人口の増加のおよそ98%が開発途上国で起こると予測されている。

先進地域（オーストラリア、ニュージーランド、日本、ヨーロッパ、北アメリカ）：

- 12億人が住んでいる。
- 年間の人口増加率は約0.3%であるが、出生率および出産年齢人口の比率が下降し続けた場合、高位推計を除くすべての推計で、2025年までには0以下に下がると予測されている¹⁴。

先進国のなかでは、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、アメリカ合衆国の人口増加率が最も高く、1%程度を前後しているが、これはおそらく移民によるものであろう。増加率が0に近いか、もしくは下降している国は、ハンガリー、イタリア、ラトビア、ポルトガル、ロシア連邦、スペインとなっている。

東ヨーロッパの多くの国で人口は減少している。これは劣悪な健康状態、高死亡率などが要因となっている。ドイツ、ギリシャ、イタリア、スペインで出生率は最も低くなっている。

アフリカ諸国における比率の変動

7億8,400万人のアフリカの人口は、2040年までに2倍近くになると予測されている。アフリカ大陸の最近の人口増加率は平均2.4%であった。しかし、北アフリカおよびアフリカ南部地域の2.6%~1.6%から、西および中央部アフリカの2.5%~2.7%まで格差がある。

- 出生率が最も高いのはニジェール、マラウイ、ウガンダ、アンゴラで、女性は平均で約7人の子供を持っている。その他に人口増加率が高いのは、コモロ、ガンビア、ギニア、リビア・アラブ共和国、モザンビーク、西サハラである。

今日、アフリカにおけるほとんどの国の女性たちは自分の母親よりも“小さい家族”を望んでいる。家族計画の利用が増加し、家族計画サービスへ利用率も増加している。しかし、10年以上にわたり1人当たりの食料生産が低下していること、また1人当たりの所得が停滞していることが負担

となり、アフリカの多くの国の政府にとってヘルス・ケア・サービスの一層の普及が困難になっている。また、HIV/AIDSやその他の性行為感染症への感染率が高いことがさらなる重荷となっている。リプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画を含むヘルス・ケアの向上、教育、女性のエンパワーメントに対する国際社会の援助が非常に重要となる。

人口増加率の高いその他の地域

サハラ以南のアフリカ以外で人口増加率の最も高い地域は、西アジア（2.2%）、北部アフリカ（2.0%）、中央部アフリカ（1.9%）、南・中央アジア（1.8%）である。さらに各地域内でも各国には大きな格差がある。

- アルジェリア、エジプト、モロッコ、およびチュニジアでは、家族計画サービスと少女に対する教育の双方が利用できるようになった結果、出生率は4人以下まで低下した。
- これらの国では人口増加率が約2%であるのに対し、サウジアラビア、イエメンでは3.3%もしくはそれ以上であり、家族計画サービスの利用が限定されている結果、女性1人当たりの子供数は平均5.5人近くあるいはそれ以上となっている。

アジア各国の対比

アジアは全体で、世界人口の60%を擁している。今後30年間この比率が大きく変化することがなければ、アジアの人口は37%以上増加し、2025年には中位推計で47億人に達すると予測されている。

南・中央アジア域内における、各国の人口増加率は様々である。地域全体として、子供を産む際に女性の意見がより一層反映できるように、リプロダクティブ・ヘルス・ケアと教育の普及を含む女性の地位向上への努力が必要である。インド亜大陸、イラン、旧ソビエトの5つの共和国を含むこの地域の人口は、国連の中位推計によると今後30年間に約50%増加し、15億人未満から21億人になると予測されている。

- パキスタンにおける出生率は依然として高いが、バングラデシュの家族規模は現在着実に小さくなってきている。
- インドは、北部における高出生率、南部における低出生率、というように高出生率と低出生率が混在している。
- 南インドやスリランカでは、家族計画サービスの十分な利用と女性の教育水準の高さが出生率の低下を支えた。

アジアのその他の地域では、中国、大韓民国、タイの人口増加率は約1%、カンボジア、マレーシア、フィリピンでは2%以上となっている。特に大韓民国とタイでは、質の

HIV/AIDS感染者

—成人および子供の推定数 (1999年末現在)—

UNAIDSの最新予測によると、1999年には3,360万人のHIV/AIDS感染者が生存していた。1999年のHIV新規感染者は560万人、HIV/AIDSによる死亡数は260万人であった。流行開始以来、HIV/AIDSの累積死亡者数は1,630万人。



合計：3,360万人

出所) UNAIDS December 1999, AIDS Epidemic Update

高い、自発的な家族サービスの利用と女性の教育水準の向上が、家族の規模（人数）を少なくすることにつながったと考えられる。

ラテンアメリカとカリブ海諸国

ラテンアメリカとカリブ海諸国の人口は世界人口の8%をわずかに超える程度である。この地域の人口は5億1,900万人で、その人口増加率は過去30年間で3分の1以上低下し、女性の平均出生数は3人以下となっている。ラテンアメリカの平均寿命は北の先進国の水準に近く、乳児死亡率は世界の開発途上国の中では最も低い。

アジアでは、家族計画プログラムに対する政府の財政援助が家族計画サービス利用拡大のカギとなってきたが、ラテンアメリカでは、NGOを含む民間部門が政府よりもはるかに大きな役割を果たしてきた。ある程度はその結果として、今なお多くのラテンアメリカの国ではサービスを求める者の経済的な状態次第で家族計画サービスの利用に大きな格差が存在する。

HIV/AIDSの影響

アフリカ南部では、出生時の平均余命（寿命）が1950年代初期の44歳から1990年代初期の59歳へと上昇したが、2005年から2010年の間にはHIV/AIDSが原因となり45歳にまで低下する。1950年当時、南アジアの人々のなかで40歳の誕生日を迎えることはまれであったが、2005年には、AIDSによって荒廃したアフリカ南部地域の人々より22年長生きすることが可能であると予想されている。HIV/AIDSは労働人口や孤児に襲いかかり、ヘルス・ケアや社会システムにも大きな負担を強いている。

国連HIV/AIDS合同プログラム (the Joint United Nations Program on HIV/AIDS : UNAIDS) および世界保健機関(WHO)の新しい予測によると、1999年末には3,240万人の成人および120万人の子供がHIV感染者であった¹⁵。

- およそ560万人が1999年中にAIDSの原因となるヒト免疫不全ウイルス（HIV）に感染した。
- また1999年にはHIV/AIDSによる死亡者が260万人となった——豊かな国では抗レトロウイルス剤による治療がAIDSおよびAIDSによる死亡を防いだが、世界全体で見ればその流行が始まってから最も多くの人々が死亡した年となった。
- HIV感染者のおよそ半数が25歳までに感染し、35歳の誕生日前にAIDSと呼ばれる命を脅かす疾病により死亡するのが典型的なパターンとなっている。HIV/AIDS感染および死亡が特定の年齢層に集中しているため、HIV/AIDSは他に例のない子供への脅威となっている。1999年末までに、累計で1,120万人の子供がAIDSで母親を失ってAIDS孤児となった。このAIDS孤児は15歳に達する以前に母親を亡くした子供と定義されている。これらのAIDS孤児の多くが父親をも亡くしている。
- HIV感染者の圧倒的多数——世界全体の感染者数のほぼ95%——は、開発途上国に居住している。貧困、劣悪な保健システムのもと感染防止とケアのための資金も人材も限られている国々では、ウイルスの蔓延をさらに拡大させてしまうため、この割合は今後もさらに増加していく。

HIV/AIDSの蔓延を緩和し阻止するためには、HIV感染を予防するためのより良い公共教育と共に、包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアの向上が必要となる。

¹⁴ 今後10年を超える期間の予測は、過去の推定増加と異なり、移民の影響があり得るが、ここでは考慮に入っていない。移民の影響で先進国の実際の増加率はおそらくこれより高くなる。

¹⁵ 1999年末の感染者数は1998年末における世界HIV感染者総数に比べて比較的小さい増加にとどまっているが、実際の増加はこれより多いと考えられる。なぜならば、現在調査の改善により、ラテン・アメリカおよびアジアの人口の多い国における1998年の国内感染者数が過大に予測されたことがわかったからである。HIV/AIDSに関するすべての数値は、1999年12月現在のUNAIDSによるもの。



第6章 都市化と人口移動

人々の移動は開発のパターンに影響をおよぼす。今日、急激な都市化、難民および避難民の移動、国際的な人口移動など明らかな移動が生じている。人口移動の拡大、また暴力的な紛争や戦争、都市化、貧困、天災、その他の原因による人口移動が家族に大きな負担を与えている¹⁶。

- 現在から2030年までの間に起こる人口増加のほとんどすべては、世界の都市地域に集中することになる。2007年までには、歴史上初めて都市の居住者数が農村の居住者数を上回ると考えられている¹⁷。都市の拡大に雇用やサービスが追いつかず、またしばしば貧困を伴うが、都市は社会的変化や経済発展の機会を提供する。
- 国際人口移動も重要な問題となりつつある。その数は世界人口の約2%ではあるが、増加を続けており——現在1億2,500万人——、彼らが生まれた以外の国に居住している（難民、非公式の移民を含む）。

世界の人口の半数が2006年までに都市の居住者となる

2000年には世界人口の47%にあたる29億人が都市部に居住している。2030年には49億人、世界人口の60%が都市居住者となると予想されている。この人口増加のほとんどは低開発地域の都市部に吸収され、その地域の農村人口の増加は非常に緩やかとなる。人々は雇用や教育の機会、そしてより高い生活水準を求めて都市や町へ移動する。そのなかには、理由は何であれ、その土地ではもはや生活していけなくなった者もいる。

今日のような規模で都市が急激に成長すると、水、電気、下水のような最も基本的なサービスを提供する地方および各国政府の能力に大きな負担がかかることになる。環境、天然資源、地縁・血縁などの社会的なつながり、そして個人の権利が危険にさらされる。リオデジャネイロの丘の中腹にしがみついたスラム街であるファヴェラスや、その墳墓を数万の人が住居として使用しているカイロの“死者の町”のように、不法占拠居住地（スコッターエリア）や過密スラムは、数千万人もの人々の居住地となっている。開発途上国のなかには——特にアフリカで顕著に見られるが——この都市の拡大が、都市を基盤とした開発を意味しているのではなく、農村の崩壊を反映している国々もある。

しかし都市は、人間——特に女性にとって——開発の新しい道を開きつつ、社会的変容を早める場所でもある。都市は女性に対し、農村に比べより多くの学校教育、家族計画および性行動に関する健康を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスなどの利用機会を与え、正当な賃金を得られる労働などの機会を与えることになる。

都市化の趨勢

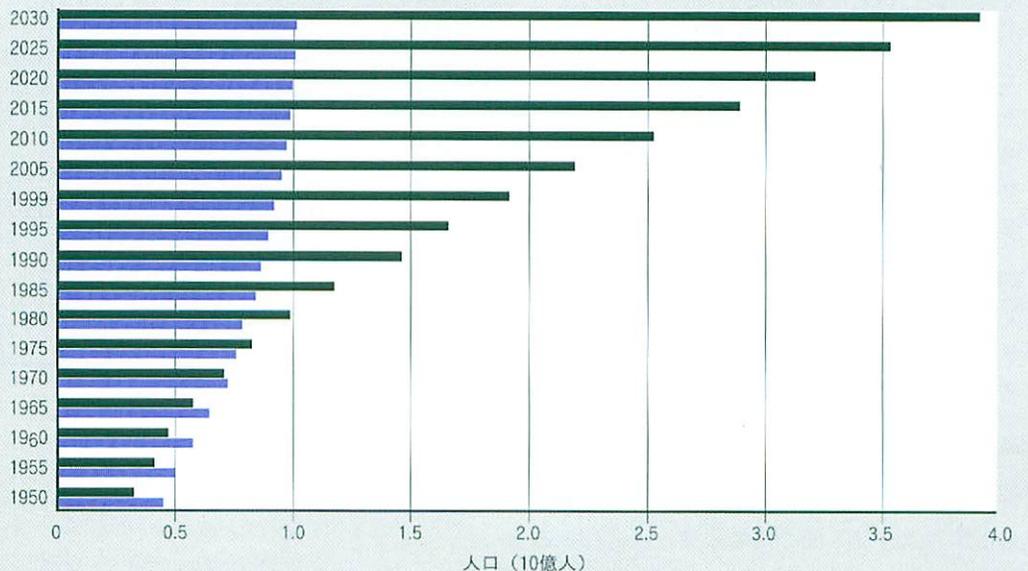
ラテンアメリカおよびカリブ海諸国はすでに都市化が高度に進んでおり、2000年の時点で人口の75%が都市に居住している。2030年までには人口の83%が都市居住者となる¹⁸。

- アジアおよびアフリカは都市化が著しく遅れているが、今後、急激に都市化が進むと考えられる。アジアにおいて2000年の都市人口比率（総人口に占める都市人口の割

都市人口（1950年—2030年）

現在から2030年までの実質的な人口増加のすべては、主として低開発地域の都市部に集中する。

■ 低開発地域
■ 先進地域



出所) United Nations, 1999. World Urbanization Prospects 1999.

合)は37%であるが、2030年には55%まで上昇すると予測される。同様にアフリカの都市人口は、2000年の38%から2030年には53%まで増加するだろう。

- 先進国では人口の多くがすでに都市に居住している。ヨーロッパおよび北アメリカにおける、都市人口比率は2000年でヨーロッパ75%、北アメリカ77%であった。2030年にはヨーロッパの都市人口比率は83%、北アメリカは84%へと増加するものと考えられている。
- 世界人口のなかに占める1,000万人あるいはそれを超えるような非常に巨大な大都市圏¹⁶⁾に居住する人口の割合はそれほど多くなく、2000年に4.3%であったものが2030年には5.2%まで増加すると考えられている。100万人以下の小規模な都市に居住する人口が世界人口に占める割合は大きく、2000年の28.5%から2030年の30.6%へと増加する。
- 東京は世界最大の大都市圏であり、その大都市圏人口は2,640万人にのぼる。人口の増加はないものの、今後も最大のままであると予想されている。都市の規模として東京について大きいのは、メキシコシティ、ボンベイ、サンパウロ、ニューヨークである。

人口移動はより多くの国とより多くの人を巻き込んでいく

出生した国以外で生活する1億2,500万人以上の半数は開発途上国に住んでいる。国内移動に比べれば少ないものの、国際人口移動(国際移民)も増加している。

- より多くの国が増え続ける国際人口移動を受け入れるようになってきている。これは受け入れ数の上でも各国の人口に占める比の面から見てもそうである。1965年以降、この状況は国によって大きな格差が出てきているが、かなりの数の国際人口移動(30万人以上)を受け入れ、かなりの割合(その国の総人口比で15%以上)を受け入れた国が増加した¹⁹⁾。
- 女性の人口移動は家族再統合政策とあいまって雇用やその他の理由のためにますます増加しそうである。今日、そのような女性が国際人口移動人口の半数近くを占めてきている。しかし、女性が人口移動をした場合、その女性たちの多くは低い地位の、低賃金の製造業やサービス業に就くことが多く、特に性的虐待を含む搾取や虐待を受けやすい。

国際人口移動には、恒久的な移動や一時的な移動または労働移動(これには長期にわたることも多く、なかには何十年にもおよぶ場合もある)や、同様に難民や非公式移民も含まれる。国際人口移動の動機となる要因は、

- 自らと家族のためのより良い生活の追及
- 地域間および地域内の所得格差
- 送出国および受入国の労働政策と人口移動政策
- 政治的な紛争(これは人口を国内で移動させるのみならず、

国境を越えた人口移動へと追いやることになる)

- 農地、森林、牧草地の喪失を含む環境悪化(“環境難民”の大多数は海外ではなく都市へと移動する)
- “頭脳流出”あるいは先進国における労働力の需給格差を埋めるために開発途上国における高学歴の若い人口の移動

多くの受入国では、産業と経済基盤の一部は移動労働力によって形成され、維持されている。人口移動の経済効果は2つの方向がある。1つは労働力の低開発地域から先進国への移動であり、もう1つは送金という形での先進国から低開発地域への資金の移動である。

難民のほとんどは女性と子供である

世界の難民、帰還民、国内避難民は総計で推定2,150万人を数える。国連難民高等弁務官事務所(UNHCR)の統計によれば1992年以降、難民、帰還民、国内避難民は減少している¹⁷⁾。しかし、難民、帰還民、国内避難民に関する正確な統計を入手することは困難であり、その数は現在の出来事により大きく変化するものである²⁰⁾。

- 1989年から1998年の間における人口の趨勢が示すところによると、1998年における推定難民数(1,150万人)は過去10年のうちで最低であった。その10年のほとんどの期間においてアジアが難民の最大の受入先であり、世界の各地域のなかでヨーロッパだけは難民の増加が続いた。

難民のなかで最も多いのは、女性と子供である。1998年には世界の難民の50.4%が女性であった。緊急状況下用のリプロダクティブ・ヘルス・キットは、コソボ紛争から逃れアルバニアのキャンプへ移動した数十万人の難民のニーズを満たすために役立てられた。そして、性的暴力を受けた難民のために働くカウンセラーの訓練に対する支援を準備した。

解決法と今後の方向

人口増加を低減し、国家間および国内の不平等を減らし、経済成長および雇用創出を促進し、持続可能な開発を推進することはすべて、多くの人々を都市への移動、あるいは国内および国際的な人口移動へ駆り立てる圧力を軽減させる手段である。具体的な戦略としては、経済的な機会の強化、農業生産の維持と改善、およびヘルス・ケアと教育の提供のための努力が含まれる。これらの戦略と同じように重要な戦略には、政治的な紛争の解決、人権侵害を終焉させ、さらに良い行政(Good governance)の促進などがある。

¹⁶⁾ ICPD行動計画、パラグラフ 5.1および9.21

¹⁷⁾ United Nations, *World Urbanization Prospects: The 1999 Revision*

¹⁸⁾ *World Urbanization Prospects: The 1999 Revision*による推計。

¹⁹⁾ United Nations, "International Migration 1965-96: An Overview", *Population and Development Review*, Vol.24, No.3, September 1998

²⁰ UNHCR統計（1998年7月現在）。

訳注6) Urban agglomerationの訳。ここでいう大都市圏とは行政上の区分を意味するものではなく、実態としての大都市圏を一つの地域と考えた概念である。東京の場合、東京大都市圏は東京を中心に千葉、埼玉、神奈川へと広がっており、行政的に見ると都市の複合体であるが、事実上一つの大都市圏を形成している。

訳注7) 難民に関して言えば、1992年の18,306,400人をピークに減少を続けている。UNHCR統計2000年。



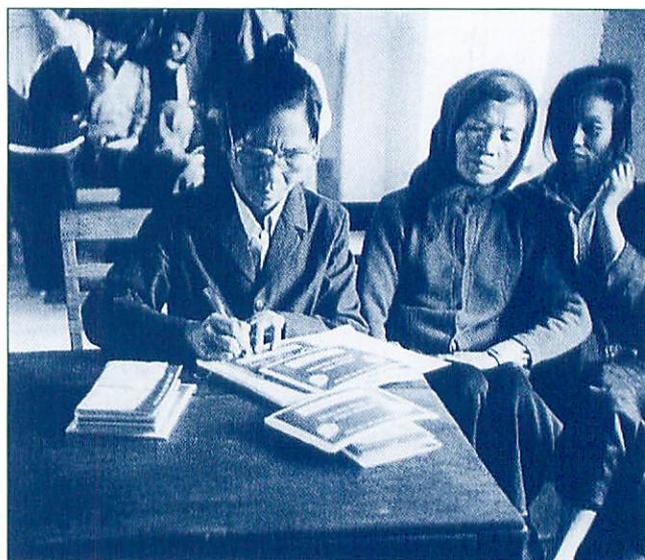
第7章 エンパワーをもたらす知識

出産の間隔をあけ、HIV感染を回避するなど、人々がその行動を変化しようと思う動機を与えるメッセージを伝える活動は、“情報・教育・コミュニケーション（IEC）活動”として人口問題の専門家の間では知られている活動分野である。IECプログラムは、人々が自由に責任を持って自らの意思決定を行うための情報や動機を与えるものである。

情報・教育・コミュニケーション（IEC）プログラムの主な目的は：

- カップルや個人が、子供の人数や出産の間隔に関し自由に責任を持って決定するための基本的権利を行使する能力を強化すること。
- 個人、国家、あるいは国際のいかなるレベルの意思決定であっても、意思決定を行う場合に、その問題と人口に関わる諸問題との関連性について認識と理解を高めること。

一人一人と十分な意思疎通ができ、カウンセリングを行う技能はIECの基本である。特に人口問題を解決に向けての上で、IECの専門家が家族計画やリプロダクティブ・ヘルスに関し思いやりや繊細な感性を持って、正確な情報を伝えることで、人々の不安を軽減し、十分な知識を得た上での選択を行うことができるようにする技能を修得することは絶対に不可欠である。このことからICPD行動計画は各国政府に対し、IECの専門家を訓練しその水準を維持することを最優先するよう勧告している²¹。



様々なコミュニケーションのチャンネルを通じた若者への到達

- フィリピンでは、ビデオを使って少女たちに妊娠や早すぎる結婚を延期するよう奨励している。このビデオの特色は、十代の少女が自分の無計画な妊娠のために直面するつらい話を流行歌としたことである。そのほかにも、先住民の思春期の少年少女に対し、慣習に従った早婚をするのではなく将来への投資として教育を続けることを奨励するといった、文化的な配慮をしたドキュメンタリーがある。
- ウガンダでは、思春期リプロダクティブ・ライフ向上プログラム（The Programme for Enhancing Adolescent Reproductive Life）（PEARL）が、若者への支援、啓発活動、情報とサービスの提供を通じて若者をエンパワーしている。PEARLはそのメッセージを、メディア、ワークショップ、地域の会合、村レベルでの討論、保健サービス、レクリエーション施設、競技会、学校および教会での発表会、ピア・エデュケーション（仲間教育）プロジェクトを通じて広めている。
- マーシャル諸島では、Youth to Youth in Health（健康は若者から若者へ）というプログラム（現在はNGO）を支える力となっているのは若者である。このプログラムは、1対1のカウンセリング、小グループの討論、大規模会合を通じて健康教育を提供するために教育者やカウンセラーを訓練するものである。若い教育者たちは、彼らの健康についてのメッセージを伝えるのに、各地方の文化的な要素を取り込んだ音楽、ダンス、芝居、ビデオを利用している。

出所）UNFPA 1998, A Time Between : Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People.

リプロダクティブ・ヘルスと リプロダクティブ・ライツの推進

情報と教育を戦略的に実施することは、1人1人の男女にとって役に立つのと同様に、政府の政策策定者にとっても、様々な判断を行いそれに従って行動する上で役に立つ。IECおよび人口に関する情報活動は以下のようなものを対象としている。

- 家族計画、性行為感染症のリスク、困難な妊娠の危険な兆候、そして利用可能な避妊方法。
- 誰が援助を提供できるのか、どこでサービスが受けられるのか、どのような種類の治療を個人として期待でき、要求する権利があるのか。
- 学校を基盤とした人口問題教育プログラムのための性教育とカリキュラム開発、教師の訓練、研究、評価、教材の発行。
- 女性のエンパワーメントおよび男性の参加。
- HIV/AIDSをいかに予防しHIV/AIDS感染者の権利をいかに尊重するか。
- 一生涯にわたる健康に関するニーズと危険に関する広報資料作成。
- 人口増加率と家族計画が健康に貢献するという事実。
- 過剰消費、過剰浪費のような人口と環境に関連した問題。

メッセージを伝えるチャンネル（経路）

情報、教育、コミュニケーションを効果的にするために、以下のものを含む数多くのチャンネルを利用する。

- 仲間教育、地域、宗教グループおよびその他の学校制度以外の教育。
- 公式の学校教育カリキュラムのなかに家族計画と人口問題を組み込む。
- 新聞記事、映画、ラジオのようなマスメディア、大衆向けの連続テレビドラマ。

- 職業訓練、識字プログラム。
- コンピュータネットワーク、マルチメディアなどの新しいテクノロジー。
- 伝統的な民族芸術。
- 講習会、町内会などの一般向けの集会。
- 演劇、人形ショー、音楽、ダンスの上演。
- 男性と女性のための職場プログラム。
- 個人カウンセリング。

テレビやラジオ等の電子メディアは、識字率が低く文書での情報が広く普及しない地域の膨大な人々にメッセージを伝えることが可能である。世界には、20億台以上のラジオがあり、テレビの台数も増加しつつある。

調査研究者およびその他に利用可能な情報ネットワークには、United Nations Information Network (www.undp.org/popin)、POPIN Africa, Asia/Pacific POPINが含まれる。

ターゲットとなる聴衆の教育

これらのプログラムは、その企画と実施に若者が直接参加すると、よりうまく機能する。男性、思春期年齢層、若いカップルのようにプログラムの対象を明確にすることが成功へのカギとなる。例えばティーンエイジャー（十代）向けに企画されたものは、健康のほかに性行為や早すぎる妊娠と出産によって生じる様々な危険性や負担を彼らに伝えることができる。質の高い適切な教育を通じて、子供や若者は自らの生活における権利と責任、そして他者に対する責任と他者に要求することのできる権利について学び、実感として理解できるようになる。

²¹ ICPD行動計画、パラグラフ 6.15, 8.31, 11.16



第8章 データ収集の障害を破る：何を優先的に研究するか

開発計画を立案する上で、正確な統計は不可欠であるが、それを入手することは困難である。人口と開発についての正確な統計とそれに対する深い理解がなければ、国際機関および各国政府はそれに対応した適切な計画を立て、行動のための政治的な意思を引き出すことはできない。データ収集および分析は大きく改善されたものの、今なお多くの国では、基本的な人口学的な指標でさえ、信頼性に欠け、不完全または入手が困難となっている。このいわゆる“データバリア（データ障壁）”は、多くの開発途上国の計画立案者にとって障害となっている。

- 開発計画を立案する担当者にとっては、年齢、男女、および都市・農村別の人口規模、人口増加、および人口分布の正確なデータが必要である。同様に、平均余命、出生率、出産率と死亡率、乳児、幼児、および妊産婦死亡率、婚姻、就学率、および雇用などの正確なデータが必要となる。
- 統計は、男女別、民族別、経済的状態やその他の変数ごとに詳細なものが必要である。基本的な社会・経済統計でさえ、常に男女別に分類されているとは限らず、女性の状況を不明確にしている。

データの不足する主な分野

不十分なデータは、開発プログラムの企画や最も必要とされているところへ資源（資金および人的資源）を投入しようとする努力にとっての障害となる。人口に関する正確な情報と統計は、人口が社会、経済、環境要因からどのような影響を受け、またそれらにどのような影響を与えるかについての研究と不可分なものである。

- 人口問題に関するデータ不足があるばかりでなく、利用可能な数値がある場合でも女性のリプロダクティブ・ヘルスを無視していることが多い。
- 開発途上国における女性の労働は、インフォーマルセクターや農業部門また同様に家庭内での労働であることが多いため、女性の労働力参加率は常に過少に報告されている。

- 人口移動に関する正確な統計、特に地域レベルおよび国際レベルの統計も不十分である。
- 多くの国で、人口増加および人口分布が環境や自然資源に与える影響について収集されたデータを見つけることは困難となっている。

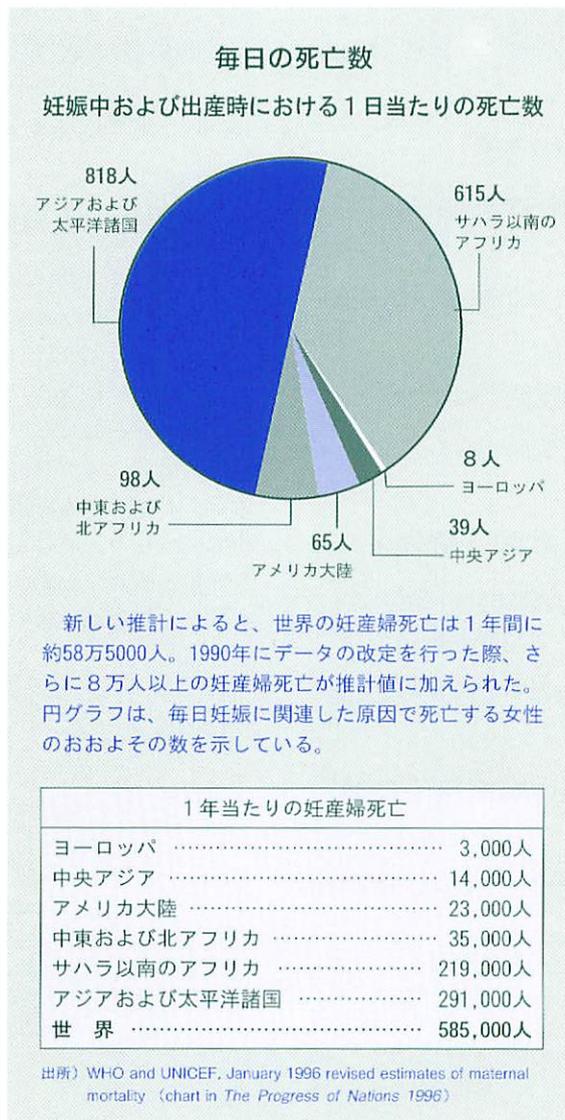
国連と国連人口基金（UNFPA）が行っている援助

不十分なデータを埋めるため、国連の機関およびプログラム、またアメリカ合衆国国際開発局(The US Agency for International Development)のような各国の援助機関が様々な活動に着手した。

- 1970年代以降、国連資金によるアフリカ人口調査プログラム(Africa Census Program)は、21カ国の新しく独立した国々の第1回目の国勢調査に資金援助を行った。国連システムおよびUNFPAは世界のあらゆる地域の国々に対し、例えば国勢調査の実施、ジェンダー、人口・開発に関するデータベースの編集と改訂、データ分析などのようなデータ収集活動を行ってきた。
- リプロダクティブ・ヘルス問題に関するデータ収集を促進するため、UNFPAは、1996年国勢調査(人口センサス)および大規模人口学的調査のための革新的技術に関する専門家グループ会合(Expert Group Meeting on Innovative Techniques for Population Censuses and Large-Scale Demographic Survey)を主催した。この会合では、各国ごとに情報システムを統合することの必要性と共に

データ収集のシステムをつくる際にジェンダーの視点を入れることの必要性が強調された。

- データの収集、処理、普及に関する技法の開発をより一層進め、新しい方法論を利用するためにUNFPAは、データシステム共通化作業部会(CDS)、国連経済社会情報システム(UNEIS)および(各国の社会統計を重要なも



のに限っては共通の尺度と項目で収集しようとする) 基礎的社会データセット(Minimum Social Data Set:MSDS)の活動に参画している。

- UNFPAは、国連統計部(the United Nations Statistics Division) および国連女性向上部(the United Nations Division for the Advancement of Women) のジェンダー、人口、開発に関するデータベース(WISTAT)の編集と改訂も支援した。1984年に始まった人口・保健調査プロジェクト (the Demographic and Health Survey Project) は、特にアフリカ、アジア、ラテンアメリカにおける女性のリプロダクティブ・ヘルスに関するデータの範囲と質の双方をさらに拡充した。

今後の調査の分析と分野

国際的に比較可能なデータの収集は緒についたばかりである。データは適切に分析され、広く公開し、開発計画のなかに正しく組み込まれなければならない。このすべてに複雑な技能が要求されるので技術的な訓練が必要となる。この点を考慮し、ICPD行動計画は各国および国際社会に対し、統計、人口学、人口・開発研究における訓練プログラムを支援するよう勧告している。

- リプロダクティブ・ヘルスと性行動や人口再生産に関わる行動の社会・文化的背景について研究がさらに必要である。
- より多くの男性用家族計画手法およびHIV/AIDSを含む性行為感染症の蔓延予防に役立つバリア法^(注8) およびその他の方法(殺菌剤・殺精子剤など)を含む新しい家族計画手法の開発が必要である。

- 女性に対する暴力やその他の虐待を終焉させ、女性器切除のような有害な慣習を廃絶するためのプログラムには、ジェンダーの役割と関係、および社会的な価値観に関する研究が必要となる。
- 家庭内やインフォーマルセクターにおける無給労働を含む、女性の社会に対する経済的な貢献をより正確に映し出すためには、男女別に分けられたデータが必要である。

今日のデータは女性の仕事を見落としている

女性の行う仕事は、明らかに生産的であり社会的な価値があるにもかかわらず、国民経済計算(National Account)や国勢調査においては、“目に見えない”ものとなっている。このように計算外となっている理由の一つは、女性の活動が小規模農業、インフォーマルセクター、家庭内での労働など、データが今なお不十分であることが周知の事実となっている分野に女性労働が集中する傾向があるためである。

さらに、水の運搬、燃料の収集、食料加工と調理、子供の世話など女性の仕事は無給であることが多い。女性の労働に与えられる価値の低さには根本的な改善が必要である。そのためには、女性労働の開発や全般的な社会福祉に対する寄与を正確に評価することが必要である。そのためには、特にインフォーマルセクターおよび農業部門に関する男女別のかなり質の高い優れたデータが必要となる。

^(注8) コンドームや女性用コンドームなど。



第9章 新しい“世代”と家族

社会の基本的な単位である“家族”は、人口増加が続き、かつて経験したことのない大きさに膨れ上がった若い世代が思春期の問題に直面し、さらに60歳を超える人口の割合が増加しているため、試練にさらされている。若者と高齢者はその数の多さと、それぞれに特別なニーズを抱えていることから、“新たな世代”と言うことができる。さらに、都市化、人口移動、国際化、HIV/AIDSの蔓延などを含む多くの社会に影響を与えている急激な変化に家族は巻き込まれているのである。

人口の規模と構造の影響

- 10億人以上の若者が15歳から24歳までの年齢である。
- 5億8,000万人以上が60歳を超えており、その数は年間1,100万人以上増加している。
- 近年出生率は下落しているが、多くの国々で今後長期にわたってその人口規模が大幅に増え続けると予測されている。世界人口は2000年には60億人以上であり、毎年7,600万人増加し続ける。
- 非常に急激な都市の成長や地域的に人口が不均衡に分布していることを含む国内および国家間での人口移動は、今後も引き続き増大することとなる。
- 2005年から2010年までは労働年齢人口の増加が続くが、その後は高齢人口が増えるにつれ、年少者と高齢者を支える労働年齢人口の割合は低下する。現在から2010年までの間に、開発途上国において7億人の若者が労働力となる

るが、これはかつて前例のない人間資源の“人口学的ボーナス”となる^{〔注9〕}。

家族の支援の減少、片親世帯の増加

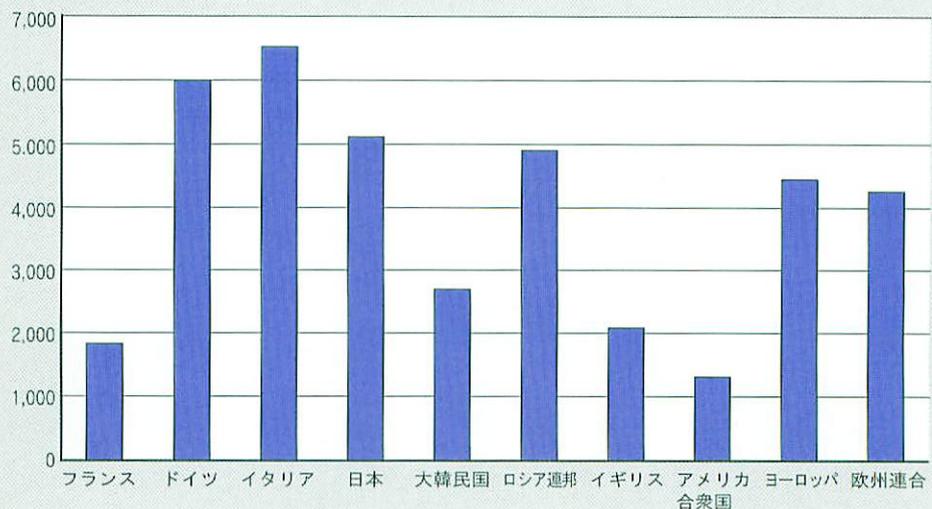
世界各地で家族に対する支援環境が弱くなり、片親世帯の割合が増加しつつある。貧困世帯は社会保障などの社会的なセーフティーネット（安全網）がない場合、最も大きくその影響を受ける。高齢者と子供は働くより他なく、両親は子供を目の届くところにおいておくことができず放任せざるを得なくなり、子供が生まれることで賃金を失い、場合によっては職を失ってしまうことすらある。さらに、女性が家庭外での仕事に就く場合、この仕事に加え、家庭内の仕事の多くをこなさざるをえないため、特に重い負担を背負わなければならない。

- サハラ以南のアフリカの農村部では、都市化が、伝統的な教育と若者に社会の価値観や規範を教え込む役割を担っていた祖父母から若者を引き離すという結果をしばしば引き起こしている。
- 中東では伝統的な大家族（大家族）が徐々に消滅しつつある。エジプトの場合、現在、全世帯の84%が核家族である。
- アメリカ合衆国では女性が世帯主となっている家庭の数が増加しており、それが“貧困の女性化^{〔注10〕}”の一因となっている。
- 多くの国で、若い成人が最も生産的な年齢に到達する時

2000年における居住者100万人当たりの労働年齢人口の規模を維持するために必要な、2000年から2050年の間の平均年間純人口移動者数

“置き換え人口移動”とは、低い出生率から起こる人口の減少と人口の高齢化を補うために必要となる国際人口移動のことをいう。グラフは、ドイツおよびイタリアが労働年齢人口の規模を現在の水準で維持するためには、現在から2050年までの間に、毎年人口100万人当たり6,000人以上の移動人口を必要とすることを示している。

居住者100万人当たりの人口移動者数



出所) United Nations Population Division, Replacement Migration. Is it a Solution to a Declining and Ageing Population? March 2000.

に、HIV/AIDSの蔓延が健康と生活に影響を与えることになる。孤児となった子供は（祖父母などの）年上の親族にその世話を頼ることが多い。

若者の健康と教育問題

かつてなく巨大な規模の若い人口が成人すると、“その結婚の時期”、“彼らが子供を何人つくるか”などが教育や情報そして彼らがこれから形成する家族の福利に影響を与えることになる。若い女性にとっては、性行動および人口再生産に関わる生活を彼女たちの意思でよりコントロールすることができる権利を確保し、抑圧、差別そして暴力からの開放が、より良い将来へのカギとなる。

- 差別の兆候は至るところに存在する。少女は早婚と妊娠を期待され、毎年200万人の少女が女性器切除に直面し、あるレベルまでの初等教育を96%の少年が受けているのに対し、少女はわずか76%でしかないという事実、学校教育を全く受けない子供は少女の方が少年より多い。
- 世界の出生10人のうち1人は10代の母親による。低開発国では、出生6人のうち1人が15歳から19歳までの若い女性によるものである。18歳以前の妊娠は、健康上のリスクが大きくなる。10歳から14歳までの少女の妊娠中および出産時の死亡は、20歳から24歳までの女性の5倍以上である。
- 思春期に母親になった場合、思春期以降に出産を開始する母親より子供の人数が多い。最終的な人口規模は、出産がすべて終わった時期における家族の規模だけではなく、出産をいつ始めたかにもよる——初産年齢が18歳から23歳に遅くなると、人口増加の勢いを40%以上低減することができる。
- 性行動が始まるということは、妊娠が始まるということであり、HIV/AIDSを含む健康に被害の可能性が出てくるということである。アフリカの大多数の国では、かなり多くの女性が10代の年齢で性行動が始まる——調査によれば21カ国中16カ国において80%以上が10代で性行動を始めている。ラテンアメリカとカリブ海諸国では、この年齢パターンはやや高めである。より開発の進んだ国でも、18歳以前に性行動が始まる女性の割合は50%以上にのぼっている²²。
- 世界で行われている妊娠中絶10件のうち少なくとも1件は、15歳から19歳までの年齢の女性に対するものである。この年齢グループの440万人以上の女性が毎年妊娠中絶を受けており、そのうちの40%が安全ではない状況のもとで行われている。
- 毎年50万人の若者が性行為感染症に感染している。そのほとんどは20歳から24歳までの年齢グループであり、15歳から19歳までの年齢グループがつぎに続く。
- すべてのHIV感染の半数—1日8,000件—が25歳以下の年齢層への感染である。少女は年上の男性から感染する。

UNAIDSおよびWHOが資金を提供した新しい研究によると、HIV感染率の15%から23%が15歳から19歳までの少女であり、26%から40%が25歳以上の男性、ほんの3%から4%が15歳から19歳の少年となっている。

- 若い年齢の意図せざる妊娠は通常、情報およびサービスが利用できなかった結果であり、望まない性的関係、無防備な性行為あるいは無効な避妊法を利用した結果である。未婚の妊娠は、予定外であることが多い。他のどの年齢グループより、性的に活発な若者の間で避妊の必要性が満たされていないことが多い。

若者のニーズを満たす行動

若者が望まない妊娠や早過ぎる妊娠を回避し、妊娠中絶を減らし、HIV/AIDSのような性行為感染症の蔓延を防止するには、そのための特別な行動が有用である。さらに若者の健康と教育に対する権利を尊重することは、責任のある生産的な成人として生きることを自覚させることとなる。若い男性を対象とした責任のある性行動およびリプロダクティブ・ヘルスを促進するための活動が増加してきている。若者のためのプログラムでは、以下の試みを行う。

- 健康に関するサービスと情報を利用できるようにすること。
- 若者に友好的な環境のもと若者の意見を受け止め、尊重するカウンセリングを行う。
- 両親、教師、地域のリーダーの参加。
- 学校やその他の場における性教育の増加（多くの研究から、性教育が風紀の乱れを引き起こすものではないことがわかっている）。

高齢化人口のためのサービス

より多くの世帯が年配の親族あるいは子供のいずれかを抱えるようになってきている。より多くの人々が高齢になるまで生きようになり——5億8,000万人が60歳を超えている——ほとんどの国で高齢人口の割合は歴史史上どの時代よりも高いものとなっている。医療ケアの進歩が、年齢層の両端にあたる乳・幼児と高齢者の生命を守っている。乳児死亡率は急速に低下し、人の寿命は長くなっている。寿命の伸びは出生率の低下とあいまって、高齢人口の割合が増加するという結果をもたらす。これが“人口高齢化”の意味である。

高齢化人口のための、より良い健康および社会的・経済的支援サービス、さらに世代間の公正を支援する政策選択は、高齢者がより長い間にわたって健康で、自立して、さらに生産的であり続けることを可能にする。高齢者、障害者また後遺症に悩む人々を支援するための公共システムは、その適用範囲は大きく異なるものの、現在約155の国および地域において政策的な目玉となっている。このようなサービスは、高齢者の自助活動やコミュニティへの参加に家族が対応しそれを可能にするための手助けともなる。ヘルス・ケアは、性行動に関わる健康およびリプロダクティブ・ヘ

ルス・サービスが不可欠であるばかりではなく、治療薬の費用を減らすために予防ケアも重視するべきである²³。

訳注9) 日本の場合、この年少従属人口と高齢従属人口がともに少なく、経済活動年齢人口(労働人口)が多い人口ボーナスの時期と高度経済成長期がほぼ対応している。日本の高度経済成長にはその他に様々な要因があるとしても、人口構造がもたらした社会的な負担の少なさが経済発展に大きく寄与したと言える。

訳注10) 世界で絶対貧困線以下の生活水準で生活する貧困者のほとんどが女性であり、現代の貧困は地域的な格差、社会的な階層による格差と同時にジェンダーが原因となっている。この貧困が女性を中心に生じていることを“貧困の女性化”という。財団法人アジア人口・開発協会『女性のエンパワーメントに向けて』1999。

²² United Nations, World Population Monitoring Monitoring 2000

²³ ICPD行動計画、パラグラフ7.45（若者） 6.17（高齢者）



第10章 21世紀への課題

急激な人口増加と高い出生率は、開発を阻害し貧困をそのままはびこらせることになる。1994年のICPDはこの考え方に啓発され、野心的な行動計画を採択した。1999年国連総会特別総会は、次の主要領域、リプロダクティブ・ヘルスおよび性行動に関する健康、妊産婦死亡率、思春期のリプロダクティブ・ヘルスのニーズ、妊娠中絶の低減と危険な妊娠中絶がおよぼす健康への影響に対する取り組み、HIV/AIDS予防、ジェンダー問題、教育に関する取り組みの強化を求めた。

今後の主要な行動

主要領域におけるICPD目標の達成を測定するため、ICPD+5として知られている5年目の評価で新しい数値目標を勧告した。

- 1990年における女性と少女の非識字率を、2005年までに半減しなければならない。2010年までに、男女児童の初等教育における純就学率を少なくとも90%にしなければならない。
- 2005年までに、基本的なヘルス・ケアおよび家族計画を行う施設の60%が、達成可能な限り幅広い範囲の安全で効果的な家族計画法、基本的な産科ケア、性行為感染症を含む生殖器感染の予防と管理、そして感染予防のためのバリア法を提供しなければならない。2010年までには80%の施設がこのようなサービスを提供し、2015年までには100%提供できるようにならなければならない。
- 2005年までに、妊産婦死亡率の非常に高いところでも全出産の少なくとも40%、世界全体では80%が専門技術者に介助されなくてはならない。これらの数値は、2010年までに妊産婦死亡率の非常に高いところで50%および世界全体では85%、そして2015年までにそれぞれ60%および90%としなければならない。
- 避妊手段の利用率と、出産の間隔をあけ家族の人数を制限する希望を表明している個人の割合の間に隔たりがある場合（家族計画を希望しながら利用できない状況がある場合）、この隔たりを2005年までに半減し、2010年までには75%、2015年までには100%埋めなければならない。この目標達成を試みる際に、利用者獲得の達成目標や割り当てが行われてはならない。
- HIV/AIDSに感染する危険性を減らすために、2005年までに15歳から24歳までの若い男女の少なくとも90%が、そして2010年までには少なくとも95%がその予防法——女性用および男性用コンドーム、自発的な検査、カウンセリング、フォローアップ——を利用できるようにしなければならない。15歳から24歳までのHIV感染率を、最も感染の深刻な国で2005年までに25%、世界全体では2010年

公共および民間の健康・保健分野に対する支出

	健康・保健分野への支出		1人当たりの支出
	公共支出のGDPに対する比率 (%)	民間支出のGDPに対する比率 (%)	PPP (購買力平価) \$
世界	2.5	2.7	527
低所得	1.0	3.2	52
中所得	2.4	2.0	183
中低所得	2.2	1.7	119
中高所得	3.0	3.1	427
低所得および中所得	1.8	2.5	133
東アジアおよび太平洋諸国	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諸国	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	6.0	3.6	2,280

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

までに25%減少させなければならない。

ICPD行動計画

これらの数値目標は、究極的には、すべての人に対する教育、死亡率の低減、家族計画とリプロダクティブ・ヘルス・サービスを誰でも利用できるようになるなど、1994年に発表されたICPDの目標を達成することを目的としている（第1章参照）。ICPDは、持続可能な開発という前提のもとでの持続的な経済成長、およびジェンダーの公正と平等を含む人口と開発が相互依存した目標を確認した。各国には、すべての開発戦略に人口の要素を含むこと、ジェンダーを理由とした暴力や女性器切除を含む有害な伝統的慣習の排除することを要請された。

ICPDは環境と人口の要素が経済成長にとって非常に重要であるという持続可能性の概念を重視した。そこでは数値目標から、サービス、教育、質の高いケアが中心的な要素となる包括的な統合されたアプローチを強調する方向へと移行した^{（注11）}。重要なことは、ICPDにおいて人口コントロールという考え方に終わりを告げ、より小さな家族と人口増

加のより一層の緩和をもたらすのは、人口コントロールによるのではなく、幅広い一連の家族計画や情報サービスを含むリプロダクティブ・ヘルス・ケアに関する人々の自由な選択によってもたらされるものであるということ認識したことである。おそらくこの会議の最も主要な成果は、女性がその生活を自ら管理するためには女性をエンパワーすることが必要であることを認識したことであった。

人口および人口関連プログラムのための費用の増加

ICPD行動計画により示された開発途上国における人口とリプロダクティブ・ヘルスを統合した投資総額は、2000年に170億ドルと見積もられた。低開発地域で、基本的な健康、基本的な教育、栄養、低価格の衛生設備などを総合した十分な社会サービスパッケージを準備するためには、これよりはるかに多い額が必要となる。

170億ドルのうち、3分の2を開発途上国が、3分の1までを先進国あるいは資金援助国が負担するはずであった。資金援助国とプログラム対象国のどちらも、プログラム実行のために必要と見積もられた資金分担（各々57億ドル、113億ドルの支出）を果たしておらず、資金不足に陥っている。資金援助国は、約20億ドルを提供しているのみである。少数の開発途上国が、年間77億ドルの大部分を国内資金から支出している。

- 人口問題に対処する活動への公約は増加しているものの、すべての開発活動は、政府開発援助（ODA）の減額によって影響を受けている。ODAは、1992年のおよそ610億ドルから1997年の476億ドルへ縮減した。
- 1999年、4年間にわたる資金援助の減額により、UNFPAの各国に対する事業のうち公約のわずか3分の2をカバーすることしかできなかった。この7200万ドルの不足は、

当初の予定に比べて140万件の望まない妊娠、57万件の人工妊娠中絶および67万件の望まない出産を引き起こしたと考えられる。この資金の減額を招いた要因はいくつかある。1999年にアメリカ合衆国からの拠出をすべて失ったことが最大要因であったが、その後2000年会計年度にアメリカ合衆国からの拠出は、1998年水準の2,500万ドルにまで回復した。

不十分な資金がもたらす影響には、高い割合で望まない妊娠が引き続くこと、妊娠中絶への依存、乳児・幼児・妊産婦死亡率の増加、全世界でのHIV/AIDS蔓延が早まること、患者中心のアプローチをとるリプロダクティブ・ヘルス・サービスの実施が遅れることなどが含まれるのは疑いの余地がない。また民間部門への依存が増大することで、貧困者が健康サービスを利用できなくなることがあってはならない。

もし、人口増加が緩和しなかったら、その高い人口増加率は、これまで成し遂げられてきた主要な分野——学校教育、プライマリー・ヘルス・ケア、購入可能な住宅、公共輸送機関、および道路や重要な天然資源の管理など——におけるこれまでの進展をすべて払拭してしまうことになる。

十分な資金および人口増加の緩和は、今後の進展に欠くことができないものである。資金や人的資源などの資源の逼迫やその他の制約があるにもかかわらず、ICPD目標が進展していることは、世界のあらゆる地域で、人々がその目標を必要であり現実的であるとみなしていることを示している。

訳注11) 1994年カイロのICPD（国際人口開発会議）以前のブカレスト（1974）、メキシコシティ（1984）で開催された国連主催の人口会議では、人口関連の様々な分野で数値目標を設定し、その達成が中心的な課題とされた。カイロで、数値目標を中心に置くのではなく、1人1人の生活環境の向上こそが人口問題解決の中心であるという、大きな方針転換が行われたのである。

UNFPA, 国連人口基金

UNFPA、国連人口基金は、個人の選択を基盤としたリプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画サービスを向上させるため、開発途上国を援助する。開発途上国の人口問題に対する援助を行う世界最大の国際的資金源である。またICPD（ICPD）の目標と行動計画の詳細については、

UNFPAのホームページ<http://www.unfpa.org>で見ることができる。

UNFPAは、1999年の地球人口が60億人に達した日に、これから取り組まなければならない課題を簡潔に示した。

人口とは数の問題ではない——そこに生きている人々の問題である。望まれて生まれてくる赤ん坊のために準備することであり、健康な幼児期を与えることである。それは若い女性が学校教育、リプロダクティブ・ヘルス・ケア、職場における公正で平等な機会を確実に利用できるようにし、自らの可能性を発揮できるよう支援することである。また、配偶者と共に意志決定を行うこと、女性のパートナーの人口再生産に関わる選択を男性が支援することを含む、責任ある行動を奨励するためのリプロダクティブ・ヘルス・プログラムに男性を巻き込むことである。さらにジェンダーの平等と公正、およびあらゆる形態のジェンダーに基づいた暴力を拒絶することである。加えて年配者の社会参加を尊重し、彼らの福利を考慮したコミュニティへの投資を行うことである。





UNFPA
United Nations
Population Fund

220 East 42nd Street
New York, N. Y. 10017
U. S. A.
Telephone: (212) 297-5020
Fax : (212) 557-6416

UNFPA World Wide Web site:
<http://www.unfpa.org>



APDA

The Asian Population and
Development Association

財団法人 アジア人口・開発協会
〒160-0022

東京都新宿区新宿1-5-1

TEL (03) 3358-2211

FAX (03) 3358-2233

E-mail Address: apdaty@gol.com