

世界の人口戦略における公衆衛生的アプローチの有用性

公衆衛生活動を重視するフィリピン家族計画・母子保健プロジェクトの事例報告

ユアサ モトユキ ミヤケ クニアキ ナカハラ トシタカ
湯浅 資之* 三宅 邦明^{2*} 中原 俊隆^{3*}

目的 世界のとりわけ開発途上国の人口増加は著しく、社会、経済、環境に大きな影響を与えつつある。人口増加率が2.0%と東南アジア諸国の内でも特に高率なフィリピンでは、人口増加は貧困と負の連鎖を形成し発展の大きな足かせになっていると指摘されており、人口問題の緩和は同国の優先的政治課題であった。そこでフィリピン政府は我が国に人口対策における技術協力を要請し、国際協力事業団（JICA）を介した支援が展開されることとなった。

方法 人口政策における過去の経験則を集約したカイロの「国際人口開発会議（ICPD）行動計画」は、家族計画の半強制によるマクロの人口抑制を主体とした方策から保健、教育、男女平等の社会的参画実現など社会開発を重視する戦略への転換を提唱した。JICAによる技術協力はこのICPD行動計画に則り、母子保健や住民参加による地域保健活動など公衆衛生的アプローチに基づいて、フィリピンの人口対策を支援した。

成果 JICAによる「統合母子保健プログラム」は包括的な妊産婦・乳幼児健診を定着させ母子保健の向上に寄与した。また「リプロダクティブ・ヘルス推進プログラム」ではリプロダクティブ・ヘルスの理念を啓発普及した他、家族計画活動への男性の巻き込み、思春期保健活動などモデル事業の開発に貢献した。「地域住民組織支援プログラム」に分類される多様な地域保健活動支援により、住民自身による衛生・保健活動が活発化し自立した継続が図られた。

結論 当事例は人口家族計画の政府開発援助の一環であるが、カトリック教会の影響が強いフィリピンの文化背景を考慮して避妊具の配布などの家族計画を一切支援せず、専ら公衆衛生的アプローチに基づく地域保健活動を支えてきた。こうした戦略は公衆衛生の有用性を確認したICPDの理念に適っている。

Key words : 世界人口の増加、人口戦略の変遷、ICPD行動計画、公衆衛生的アプローチ、リプロダクティブ・ヘルス、フィリピンJICA家族計画・母子保健プロジェクト

I 緒 言

世界の人口は急増している。その増加率は一時ほどではないがなお高く、今後も年間7500万人ずつ増加すると見込まれている¹⁾。国連経済社会開発局人口部によれば1999年に60億人であった人口

は2050年には73億～107億人の間に達し、最も蓋然性の高い中位推計値を89億人であると算出している²⁾。今後半世紀の間に人口は約1.5倍に膨れ上がることは違いない。また、2000年現在の世界全体の年平均人口増加率は1.3%であるが、先進国の増加率が0.3%であるのに対し開発途上国では1.6%、国連分類による後発開発途上国に至っては2.4%と高率である。すなわち、世界人口の増加の95%以上が開発途上国で生じている³⁾。

こうした途上国での人口急増に対し、少子化に直面している我が国ではまだ社会的に広く関心を集めるには至っていないが、当事者である途上国ではすでに政治、経済、社会、環境など様々な分

* 国際協力事業団フィリピン家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ2

^{2*} 在フィリピン日本大使館

^{3*} 京都大学大学院医学研究科公衆衛生分野
連絡先：〒Dr. Motoyuki Yuasa C/o JICA Family Planning/Maternal and Child Health Project, Building No. 10, Department of Health, San Lazaro compound, Sta. Cruz, Manila, Philippines

野に大きな影響を与えはじめており、その対策が盛んに議論されている。

1990年代以前の人口対策は専ら家族計画の普及による産児制限が主体であったが、その後論議の変遷と事例の集積によりこの10年の人口対策は大きく変貌した。その結果家族計画を錦の御旗とした人口政策は影を潜め、代わって教育、公衆衛生、女性の地位向上などの社会開発に人口対策が統合されることとなった。すなわち世界の総意は、人口を半強制的に抑制しようとする戦略から、人々の能力と健康を向上させる地道な実践に基礎を置く戦略へと方針転換を遂げ、今日に至っているのである。

本稿でははじめに世界人口増加の現状を概観し、次に方針転換に至った人口政策の変遷を述べる。また、その新たな戦略に基づき我が国が支援しているフィリピンでの具体事例を紹介しつつ、人口対策で公衆衛生活動が重要な方策に成っていることに焦点を当てたい。

II 世界の人口増加の現状と貧困への影響

過去30年にわたる努力の結果、確かに人口増加率は徐々に減少してきた。例えば、人口増加率が最大であった1960年代後半の世界全体の年率は2.0%、途上国のそれは2.4%であったが、1990年代後半の年率は前述の通り世界全体と途上国ではそれぞれ1.3%、1.6%と低下している¹⁾（日本の増加率は0.2%）。にもかかわらず年間の増加数は依然7500～8000万人と高い水準を維持しているのは、母数の総人口が増大し続けているからである。

1995年～2000年の年平均合計特殊出生率は世界全体で2.71、途上国で3.00である¹⁾（日本は1975年に2.0を下回ってから低下を続け、1998年現在1.38、東京に至っては1.05²⁾）。これは30年前に比べ半減しているものの、アフリカやアジアではいまだ6～7と高率な途上国も多い。

人口増加によって高齢人口も急増しつつあり、21世紀半ばには先進国ばかりではなく多くの開発途上国にも高齢化社会は到来すると予測されている。過去の高い出生率の結果として今後30年間（1世代）は一時的に労働年齢人口が膨張し、その後この年齢層が高齢期に入るためである。国連は労働年齢人口膨張のこの時期を「人口ボーナス」と呼び、多くの途上国が経済発展できる好機とす

べきことを提案している⁴⁾。しかし、人口ボーナスを使い果たした後には高齢者による多数の従属人口を背負うことになり、21世紀前半期の経済開発が後半期以降の社会の動向に大きく影響するとしている。

人口増加が国際社会で大きく注目されている理由のひとつは、それが貧困と密接な関連性があるからである。かつて先進国での人口増加は経済成長へのカンフル剤としての役割を演じたが、途上国においてはその増加が急激であるために上手に労働力を吸収し経済成長を遂げることが難しくなっている。人口増加のペースに経済発展が追いつけない結果、経済繁栄の裨益から取り残された貧困に苦しむ人達の絶対数は確実に増えているのである⁵⁾。「低水準均衡の罟」理論によれば低所得水準のもとでは貧困の悪循環が発生しやすいので⁶⁾、貧困家庭から更に多くの貧困から抜け出すことの困難な子ども達、すなわち低教育歴、低労働生産性の子ども達を生み出す構図がつくりだされている。また「貧しい者の子沢山」と言われるように貧者ほど妊孕する率が高いことを考え合わせると、貧困層はより多くの貧困予備軍を生み出すという人口増加と貧困の負の連鎖が形成されていることがわかる⁷⁾。

III 1980年代までの人口政策の変遷

国際社会では、前述の人口増加による悪影響を最小限にするために「然るべき人口対策」を選択すべきである、との意見が多数を占めてきた。その糸口を探る国際会議が過去半世紀の間に6回開催されてきた（表1に「世界人口会議小史」として示した）。そこでは人口増加による影響は総論として共通認識できたとしても、しばしば各論としての「然るべき人口対策」において意見の一致をみるのが難しかった。特に、人口妊娠中絶や避妊方法の取り扱い、若者への性教育に対する親の関与といった論点では激しい意見の対立が認められてきた⁸⁾。

会議の論点を辿ると時代毎の特徴が反映されている。例えば、第1回および第2回世界人口専門家会議は、概して言うところマルサス主義・新マルサス主義者とマルクス主義者とのディベート会議の色彩が濃厚であった。社会の貧困や不平等の原因を社会ではなく過剰人口に帰した前者は主に米

表1 世界人口会議小史

開催年	会議名(開催地)	会議の性格・主な論点・関連の出来事
1954年	第1回世界人口会議 (ローマ)	・国連と国際人口学会の共催による専門家会議
1965年	第2回世界人口会議 (ベオグラード)	・専門家会議 ・1969年国連人口活動基金(UNFPA)設立(現在の国連人口基金の前身) ・60年代後半途上国の人口増加率は史上最高を記録(年率2.4%)
1974年	第3回世界人口会議 (ブカレスト)	・政府間会議 ・先進国は「人口抑制」を主張、途上国は「経済開発優先」を主張 ・「世界人口行動計画」を採択 ・1974年国連世界人口年(1970年国連総会で決議)
1984年	国際人口会議 (メキシコ・シティ)	・政府間会議 ・「新世界人口行動計画」と「人口と開発に関するメキシコ・シティ宣言」を採択
1994年	国際人口開発会議 (ICPD)(カイロ)	・政府間会議(179カ国)、約1,400のNGO参加 ・「行動計画」の中で「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」を提唱し、人口政策におけるパラダイム変換を図る ・1995年第4回世界女性会議(北京)
1999年	第21回国連人口開発特別 総会(ICPD+5)	・地域別専門家会議 ・カイロ会議の「行動計画」の進捗を評価 ・新しい評価基準を定めた

国、世界銀行など西側諸国に受け入れられ、過剰人口は資本主義社会の内在的現象であると結論着けた後者はソ連など社会主義諸国の人口理論となった。おりしも東西冷戦の最中で両陣営の対立が人口会議にも持ち込まれた格好となった。

1974年にブカレストで開催された第3回世界人口会議以降の人口会議はすべて政府間討議の場となった。この会議と引き続き1984年にメキシコ・シティで開催された国際人口会議では、人口抑制を強調する先進国と「経済社会開発の優先こそ最良の避妊薬」と主張する途上国とが激しく議論を戦わせた。この時期は、人口抑制を急ぎこれを途上国に押し付けようとした先進国と「新国際経済秩序」に基づいた新たな開発支援を先進国に要求していた途上国との駆け引きが繰り広げられた時代に相当する。

この頃の人口対策は世界全体のとりわけ途上国の人口増加を抑制するという「マクロ的戦略」に基づくものであった。これは人口制御という大義名分の元に国家が性という勝れて私的領域に介入してきた歴史でもある。やみくもに避妊具の配布や避妊手術など家族計画を普及することが主流で

あり、時には人権侵害を招くような事態が生じることもあった⁹⁾。例えば、衣類や報奨金をインセンティブに避妊手術を施行する場合には高齢者や未成年者など必要のない者が受けたり、非衛生的な状況下で手術が行われかえって命を落とす例も少なくはなかった。こうした「マクロ的戦略」における家族計画は、主として人口増加を経済と貧困への脅威と捉える新マルサス主義の発想を前提として、論じられかつ実践されてきたものであった。

IV 新たな人口戦略への道程

一方、これとはまったく異なる発想から産児制御や家族計画を唱えた活動が展開されてきた。例えば、1910年代アメリカのマーガレット・サンガーらを中心として開始された「バース・コントロール運動」¹⁰⁾や、1960年代に始まった女性の健康を考える運動から発展した「生殖の権利を求める地球規模女性ネットワーク」¹¹⁾などがそれである。これらの活動により推奨された家族計画は、女性の健康と性の尊厳を前提とし、妊娠・出産を自己の判断でコントロールしようとするときに採用される手法であった。個人の幸福と健康を最優

先ずこうした活動とその家族計画は、女性層の支持を獲得して着々と広まっていった。

さらに、「マクロ的戦略」の取った半ば強制的・高圧的な戦術は成果が期待できることは少なかった。むしろ、基礎教育が充実し公衆衛生活動が活発に展開されていた地域に出生率が低く家族計画の利用率が高い事例があることがわかってきた¹²⁾。例えばインドのケララ州は、女子の5学年までの初等教育中途退学率がほぼ0%でインド全土の50%より著しく低く、乳児死亡率が全国83に対して17と低いなど基礎教育と公衆衛生が充実している地域であった。そこでは女性の平均出生児数が1.9と全国4.0に比して低く、かつ家族計画実施率は全国43%に対して89%と倍以上高かった¹³⁾。こうした同様の事例が多数集積されるにつれ、「マクロ的戦略」に多くの疑問が呈されるようになっていったのである。

おりしも、1990年代に入ると国連開発計画 (UNDP) が中心となって「人間中心の社会開発」、いわゆる人間開発理論¹⁴⁾が体系化され、人々の能力付与 (Empowerment) に開発の関心が注がれるようになってきた。開発の受益者であると同時に主体者でもある人々の教育、保健、雇用への投資を保障することを通して「人々の選択の幅を広げること」¹⁵⁾を究極の目的とした開発戦略が、徐々に国際社会で受け入れられるようになってきた。

V 新たな人口戦略の誕生

以上のごとく、成果に行き詰まっていた「マクロ的戦略」は人口と経済の理論武装を残しつつも、女性の健康と幸福追求を第一義とする運動の手法を取り入れ、根底から戦略の見直しを余儀なくされた。この作業には、個人の能力開発を基盤とする人間開発の発想が大きく影響を与えた。

1994年カイロで国際人口開発会議 (ICPD) が開催されると、人口政策の大転換が「ICPD 行動計画」¹⁶⁾という形で具現化された。この行動計画では人口対策を社会開発に統合することにより、直接的には教育、保健、男女両性間の公平と平等など基本的ニーズの向上を謳い上げた。特に保健領域では、住民参加に基づくプライマリ・ヘルス・ケアの推進、乳幼児や妊産婦死亡低減などの母子保健の充実、家族計画サービスへのアクセスの改善、性感染症やエイズへの対応あるいは思春

期保健の有用性が提言され、いわゆる公衆衛生的アプローチがICPD 行動計画の重要な位置を占めるようになった。それは、前述のように家族計画一本槍の戦術よりも裾野の広い保健活動を包含した正統的戦術の方が、出生率や家族計画実施率に大きく貢献するとの経験律が在ったからである。

さらに、ICPD で提唱された公衆衛生的アプローチには、女性の健康を守る活動と人間開発の思想を凝縮した「リプロダクティブ・ヘルス (Reproductive Health, 以下 RH)」と「リプロダクティブ・ライツ (Rights)」という理念が与えられた。表2はICPD 行動計画に記載されたRHとリプロダクティブ・ライツの定義および具体事項の一部抜粋である¹⁶⁾。ここでは、性と生殖に関する多様な健康課題がRHという概念の基に包括されている。例えば、RHは女性の健康だけに限定せず、「人々」、「男女」、「カップル」という表現からわかるように男女両者の性の問題をあつかっている。また、RHは「生殖」の時期のみの課題だけではなく少年少女期、思春期から高齢者に至る全ライフ・サイクルの「性」をも視野に入れた概念となった。カップルが子どもを産むか産まないかを決める自由を持つ権利には不妊のカップルも対象にしており、それゆえ不妊症の人が子どもを持つための情報と手段の提供をも求めている。さらに、性と生殖に関する権利には性差による差別、強制あるいは性的暴力といった社会性を有した課題も包含している。

こうして誕生したICPDの新行動計画は、従来の「マクロ的戦略」が個人の性への権力的介入を行ってきたのとは対照的に、個々人の人権を尊重した「ミクロ的戦略」でありながら集団を対象とした公衆衛生的介入をもって実施しようとする特徴がある。そこで著者らはかかる行動計画の適応事例として、フィリピンにおいて公衆衛生的アプローチの実践を支援してきたので、以下に紹介したい。

VI フィリピンにおける新人口戦略の適応事例

1. フィリピンの人口問題

フィリピンの人口は1995年に実施された人口センサス調査によれば6,862万人であり、うち18歳未満の子どもは3,082万人で45.0%を占めてい

表2 ICPDにおいて採択された行動計画におけるリプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツの定義および具体事項の抜粋

リプロダクティブ・ヘルスの定義
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。
リプロダクティブ・ヘルスの具体事項
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、生殖能力を持ち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由を持つことを意味する。男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもを持てる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。
リプロダクティブ・ライツの定義
リプロダクティブ・ライツは、(中略)、すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任を持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という基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブ・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、(中略)、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれる。

(「カイロ国際人口開発会議・行動計画」, 外務省監訳1996⁽⁶⁾, より一部抜粋)

る¹⁷⁾。2000年の人口推計値は7,600万人で世界13番目に人口の多い国とされている¹⁾。2001年2月に公表された初のフィリピン人口白書は、現在の人口増加年率は2.0%であり35年で人口は倍増する試算となり、49年で経済規模が倍増する1.4%の国民総生産増加年率を上回っていると指摘した¹⁸⁾。アジア開発銀行もその経済展望報告の中で、こうした急激な人口増加は社会、なかんずく同国の経済発展の大きな足かせになっていると警告しており、政府に対して人口政策の積極的推進を呼びかけた¹⁹⁾。政府はすでに人口問題の重要性に注目しており、1971年には大統領直属の人口委員会を設置し家族計画の普及を開始した。1986年誕生したアキノ政権以降は保健省が実質的な人口対策を実施してきている。

フィリピンは国民の85%がローマ・カトリック教徒であるため、カトリック教会の影響が強い。このため人工妊娠中絶は法律で禁止され、避妊法もカトリック教会の認める頸管粘液法、リズム法、基礎体温法などの自然法を原則推奨している。2000年の家族計画に関する全国調査によればコンドームやピルなどの近代的家族計画法を利用している既婚女性の割合は32.3%、自然法の利用は14.7%で合計47.0%であったが²⁰⁾、この割合は1995年以降横ばいである。

政府は人口増加率、合計特殊出生率を1999年現

在の2.13%、3.46から2004年にはそれぞれ1.78%、3.08へ低下させることを政策目標に掲げている²¹⁾。しかし、フィリピンの人口は今後も確実に増加しつづけ、2020年には1億人に達する。また、2040年には総人口が1億2,600万人を超え、65歳以上人口も12.4%に達する人口過密かつ高齢化社会が到来すると予想されている¹⁸⁾。

2. JICA プロジェクトによる支援

以上のような人口問題に対する国家的要請から、日本政府は国際協力事業団（以下、JICA）を介した国際協力として、フィリピンの中部ルソン地域において家族計画・母子保健プロジェクト・フェーズ1を1992年に開始した。フェーズ1では助産婦による妊婦健診の徹底と助産婦および保健ボランティアに対する家族計画手法の普及に専ら力を入れた。

その後保健省はICPDで採択された行動計画を踏まえて「RH推進のための10項目」を掲げ（表3）、従来の家族計画プログラムと母子保健プログラムをRH政策の中に統合させた。このためプロジェクト活動の枠組みも修正することとなり、1997年フェーズ2に移行した同プロジェクトの指針は明確にRHを基本理念と位置付け、同時に各種母子保健サービス、住民参加による保健活動や保健従事者への研修など多様な機能を有した公衆衛生活動を展開すべきことが明記された。

表3 フィリピン保健省のリプロダクティブ・ヘルス10項目と対応するJICA 家族計画・母子保健プロジェクトのプログラム

保健省のリプロダクティブ・ヘルス10項目*	JICA プロジェクトの各プログラム
1. 家族計画	1. 職員研修への挿入講義のひとつ
2. 母子保健および栄養改善	2. 乳幼児健診プログラム, 栄養改善プログラム
3. 中絶に伴う合併症の予防と処置	3. 該当無し
4. STDs と HIV/AIDS を含む RTIs (生殖器官系感染症) の予防と治療	4. エイズ, 性感染症予防教材の開発
5. 性と性に関する健康についての教育と相談	5. 各プログラムで扱う
6. 乳癌と生殖器官の癌, その他の婦人科疾患	6. 該当無し
7. 男性のリプロダクティブ・ヘルス	7. 家族計画における男性の巻き込みプログラム
8. 思春期のリプロダクティブ・ヘルス	8. 思春期保健推進プログラム
9. 女性に対する暴力	9. 該当無し
10. 不妊と性的障害の予防と治療	10. 該当無し

(* フィリピン保健省令 A-No. 43 より引用)

その結果, 2001年9月現在までに展開されたプロジェクトの成果は大きく「統合母子保健」, 「RH 推進」, 「地域住民組織支援」の3つのプログラムに分類することができる。前二者の活動は保健省の RH10項目の内6項目を取り込んだ内容であるが(表3), 後者は専ら住民参加を主体とした地域保健活動から構成されている。

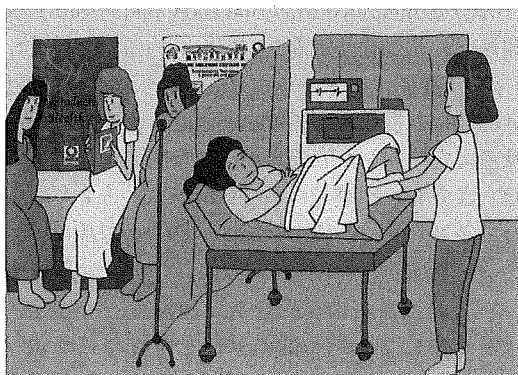
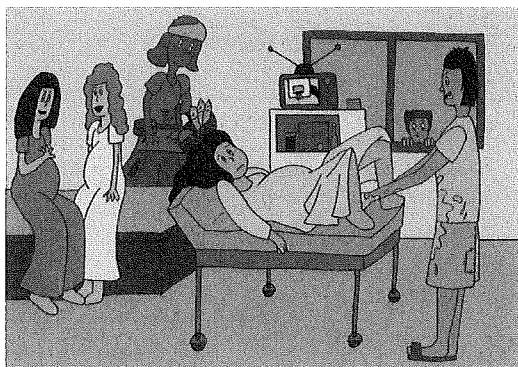
「統合母子保健プログラム」では, 家族計画と母子保健に対応するサブ・プログラムが実施されてきた。その中心は5歳未満児の乳幼児健診(Under Five Clinic, 以下 UFC)である。これは元々1975年フィリピンのバギオ国立総合病院で開始された包括的母子保健パッケージで, バギオ市の乳幼児死亡率等の改善に貢献した²²⁾。バギオの UFC では成長モニタリング(Growth monitoring), 下痢対策(経口補液療法; Oral rehydration therapy), 母乳哺育(Breast feeding), 予防接種(Immunization)の他に家族計画(Family planning), 栄養指導とビタミンAなどの微量栄養素の提供(Food)などのサービスが一括提供される。この活動は後に国連児童基金(UNICEF)により各サービスの頭文字を取って GOBI-FF プログラムとして世界へ提唱された事業の先駆例のひとつとなった。プロジェクトではバギオ病院で開発されたこの乳幼児健診に, 日本の母子手帳を導入し地域保健向けに修正した方法をプロジェクト・サイトで普及してきた。さらに, 妊産婦健診とこの UFC 事業を統合させた統一システム

(IMCH; Integrated Maternal and Child Health)を開発し, その普及定着を支援している。

「RH 推進プログラム」では, ジェンダー(社会的性)の視点から男性を巻き込んだ家族計画普及教室を開催したり, 高校生の代表者を思春期保健・性教育の伝達者(Peer educator)として育成してきた。また, 地方保健局の職員を対象にジェンダー配慮できる RH トレーニングを実施した。このとき, 抽象的な RH の理念を日常業務に浸透することを目的に RH を題材とした教材を開発し(図1), グループ討論を通して問題点を指摘させる教授法を開発した。

「地域住民組織支援プログラム」は, 広い地域保健活動の向上が人口対策に資するとの ICPD 行動計画の観点から¹⁶⁾, 本プロジェクトでは積極的に展開を図ってきたプログラムである。1978年のアルマ・アタ宣言で提唱された保健ボランティアは²³⁾, フィリピンでは地域レベルで看護婦や助産婦の補助者として活躍している。プロジェクトでは保健ボランティアの技能向上を目的に, 母子保健を主題とした研修の実施, 基礎的保健技術を記載したボランティア・マニュアルの開発を行った。また, 医薬品の入手が困難な地域には保健ボランティアが運営する回転資金による村落協同薬局の運営を支援した²⁴⁾。医薬品の基礎知識と在庫管理, 経営手技の研修を受講して開設された薬局は, 2001年5月現在96カ所に上る。トイレの無い世帯には, 基本的衛生概念の研修を受講した世帯

図1 開発されたリプロダクティブ・ヘルス教材の挿絵
挿絵を利用して問題点を指摘させ(上), どう改善すべきか議論させる(下)。
こうした教材の利用によってRHの抽象的理念を日常業務に具現化させる。



主(多くが男性)を対象にトイレの製作法を指導し、廉価な自己負担のもとに手作りのトイレ作りを支援した。この活動によって約80世帯に簡易トイレが設置され、衛生行動が著しく改善された²⁵⁾。さらに住民への健康教育として、デング熱、狂犬病、喫煙など身近な健康問題をテーマとし保健ボランティア有志が実施する人形劇活動や、州保健局による村落を巡回して健康ビデオを上映する活動を支援してきた。

この事例のように当プロジェクトは人口家族計画領域に分類される政府開発援助(ODA)事業ではあるが、避妊具の配布などの家族計画は一切支援せず、その実は専ら公衆衛生的アプローチに基づく地域保健活動から構成されてきた。こうしたJICAプロジェクトの他にもフィリピンでは

UNICEF²⁶⁾や UNFPA (国連人口基金)²⁷⁾の国別支援計画は同様に公衆衛生を重視した人口プログラムを実施している。それは現時点でフィリピン政府がICPDの行動計画を遵守し、同国の人口戦略を推進しようとしているからである。しかし、行動計画の真の成果が問われるのは、ICPD以来10年を迎えるこれからの時代であろう。

Ⅶ 結 語

公衆衛生は人口問題に対して功罪を負ってきた。公衆衛生は「公衆衛生革命」とも称されたように、死亡率を著しく低下させることに貢献した。だが皮肉にも多くの開発途上国では急激な死亡率の低下が出生率との乖離を引き起こし、結果的に人口の増加を人工の所産としてしまった。

しかし、公衆衛生的アプローチは改めてその有用性を、今日の国際社会が同意したICPDの行動計画とそこでのRHの概念において確認されるに至っている。前述のように、公衆衛生活動が人口対策の文脈において重要な役割を担えることが多くの事例で検証されてきたからである。イソップ物語に「北風と太陽」という寓話がある。従来の「マクロ的戦略」を家族計画を押し付けたその強引さにおいて「北風」とすれば、母と子の健康を守り地域保健を向上させることを優先することが延いては人口の適正化につながると考える新戦略は、物語の「太陽」にも譬えられよう。いずれにせよ、21世紀の重要課題であるに違いない人口問題への方策として、公衆衛生の取り組みが今益々求められていることは確かなことである。

(受付 2001. 1.12)
(採用 2001.12.25)

文 献

- 1) 黒田俊夫, 監修. 家族計画国際協力財団, 訳. 世界人口白書 2000, 東京: 世界の動き社, 2000
- 2) United Nation, World population prospects, 1998 Revision, 1998
- 3) 国民衛生の動向2000年. 東京: 厚生統計協会, 2000
- 4) 黒田俊夫, 監修. 家族計画国際協力財団, 訳. 世界人口白書 1998. 東京: 世界の動き社. 1998
- 5) 黒田俊夫, 監修. 家族計画国際協力財団, 訳. 世界人口白書 1999. 東京: 世界の動き社. 1999
- 6) 高木保典. 開発経済学. 東京: 有斐閣. 1992
- 7) 黒田俊夫, 監修. 家族計画国際協力財団, 訳. 世

- 界人口白書 1992. 東京：世界の動き社. 1992
- 8) 日本家族計画協会, 編. 家族計画便覧. 東京：社団法人日本家族計画協会. 1994
- 9) 国際協力事業団. 国際協力総合研修所. 国際協力概論—地球規模の課題. 東京：国際協力出版会. 1995
- 10) 日本家族計画協会, 編. 現代の家族計画. 東京：日本家族計画協会編. 1986
- 11) ヤンソン柳沢由美子. からだと性. わたしを生きる. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ, 東京：国土社, 1997
- 12) Jean Dreze, Mamta Murthi, Anne-Catherine Guio. Mortality, fertility and gender bias in India; A district level analysis, Population and development review 21, 1995
- 13) United Nations Children's Fund. The state of world's children 1996, 1996
- 14) United Nations Development Plan. Human development report 1990, Oxford university press, 1990
- 15) マブール・ハク. 植村和子, 佐藤秀雄, 澤良世, 富田晃次, 小山田英治, 訳. 人間開発戦略—共生への挑戦, 東京：日本評論社, 1997
- 16) 外務省, 監訳, 国際人口・開発会議「行動計画」—カイロ国際人口・開発会議 (1994年 9月 5-13日) 採択文書一, 東京：世界の動き社, 1996
- 17) United Nations Children's Fund and Philippine National Statistics Office, The situation of maternal and child health in the Philippines, 1997
- 18) Commission on Population. the Philippines, State of the Philippine population. 2000, 2001
- 19) Asian Development Bank. Asian Development Outlook 1999. Manila. 1999
- 20) Philippine National Statistics Office. Final report on 2000 family planning survey. 2000
- 21) Philippine National Economical Development Authority. Plan 21. 1999
- 22) Bagio Health Department. Annual report of Health. Bagio city. 1999
- 23) WHO, UNICEF, Report of the international conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR. Geneva. 1978
- 24) 田中政宏, 小林廉毅, 花田 恭, 菅波 茂, 中原俊隆・フィリピン農村における薬剤回転資金に基づく協同薬局の運営. 日本公衆衛生学雑誌 44(9), 713-723, 1997
- 25) Dolores J. Tizon. Report on impact evaluation of Tosang manufacturing in Calumpit and Bataan, JICA family planning/maternal and child health project. 2001
- 26) United Nations Children's Fund. Fifth Country Programme For Children (GPCV) in the Philippines. Manila. 1999
- 27) United Nations Population Fund. Fifth Country Programme in the Philippines. Manila. 1999
-

UTILITY OF THE PUBLIC HEALTH APPROACH FOR THE WORLD POPULATION STRATEGY

Motoyuki YUASA*, Kuniaki MIYAKE^{2*}, and Toshitaka NAKAHARA^{3*}

Key words : World population increase, Transition population strategy, Programme of action adopted at ICPD, Public health approach, Reproductive health, JICA Family Planning/Maternal and Child Health Project-phase 2 in the Philippines

Objective The populations of developing countries have so dramatically increased over the past two centuries that it has tended to undermine sustained economic growth and development. The population growth rate in the Philippines, in particular, remains at 2.0%, one of the highest in the other southeastern Asian countries. This has exacerbated problems of economic disparity and deterioration in development so that the Philippine Government has declared it a political priority to address the population problem. and for this purpose has asked the Japan International Cooperation Agency (JICA) for assistance.

Method Based on past experience with the world population issue, the International Conference on Population and Development in Cairo (ICPD) declared that the population strategy should be merged into socio-economic development strategies that aim to achieve basic human needs, such as, education, public health and gender equality. JICA assistance to improve maternal and child health status and promote community health initiatives in the Philippines is based on this new paradigm; the ICPD plan.

Output and Conclusion JICA has supported a diverse range of public health activities, such as the establishment of a comprehensive maternal and child health care system, advocacy of reproductive health, performance of adolescence health education and assistance for participatory community action. The efforts were generally geared towards sustainable implementation of health activities in the community. The JICA project employed the public health approach that gained a global consensus at Cairo to challenge the problem of a continuously high rate of population growth.

* JICA Family Planning/Maternal and Child Health Project in the Philippines

^{2*} Embassy of Japan, Republic of the Philippines

^{3*} Department of Public Health, Graduate School of Medicine, Kyoto University