

第20回人口と開発に関する  
アジア国会議員代表者会議  
報告書

<カザフスタン国・アルマティ、2004年9月28日・29日>

財団法人 アジア人口・開発協会

# 目 次

開 会 式 .....	7
主催者挨拶：清水嘉与子 APDA 副理事長 .....	9
開 会 挨拶：ヌルタイ・アペイカエフ カザフスタン上院議長 .....	11
歓迎挨拶：ベクスルタン・トゥトウクシェフ .....	12
カザフスタン上院家族委員会委員長	
挨拶：谷津義男 AFPPD 議長（代読 武山百合子 議員） .....	13
挨拶：和気邦夫 UNFPA 事務局次長 .....	15
基調講演：人口と開発に関する国会議員活動について －ICPPD から 10 年・その進捗と挑戦－ .....	18
講 師：桜井新 議員 AFPPD 前議長、ICPPD 事務総長（日本）	
セッションⅠ：中央アジア地域における人口問題－人口扶養力・持続可能性・未来へー .....	23
議 長：ジュナイディー・ワハビ 議員（マレーシア）	
講 師：ナシム・ツムカヤ UNFPA ウズベキスタン・カザフスタン・キルギスタン・ タジキスタン・トルクメニスタン駐在代表	
セッションⅡ：人口と高齢化－未来への影響－ .....	41
議 長：マレニー・スカヴェジョウオラキット AFPPD 事務総長（タイ）	
講 師：ソロコ・エフゲニー・ロホビッチ ロシア科学アカデミー経済予測研究所 人口・人類生態学センター主任研究員（ロシア）	
セッションⅢ：人口と公衆衛生－「アルマ・アータ宣言」の再考－ .....	51
議 長：清水嘉与子 APDA 副理事長（日本）	
講 師：アカンノフ・アイカン カザフスタン保健第一副大臣（カザフスタン） ：シャルマノフ・T. Sh. カザフスタン栄養研究所総裁（カザフスタン）	
セッションⅣ：達成と残された課題 ICPD PoA の 10 年 －ICPD 行動計画「原則」、ミレニアム開発目標、持続可能な世界サミットー .....	65
議 長：バヤラール・ラヴィ 議員（インド）	
講 師：和気邦夫 UNFPA 事務局次長 ：サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長	

セッションⅤ：ストラスブール ICPD 宣言に向けたラウンドテーブルディスカッション 国会議員の役割－ICPD 行動計画 これからの 10 年に向けて－ アルマティ宣言の協議と採択	81
議長：グラサガラン・ガウダー 議員（フィジー）	
閉会式	87
閉会挨拶：清水嘉与子 APDA 副理事長	89
挨拶：ラージ・カリム IPPF-ESEAOR 局長	91
挨拶：サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長	93
挨拶：ベクスルタン・トゥトゥクシェフ カザフスタン上院家族委員会委員長	94
人口と開発に関するアルマティ宣言	95
参加者リスト	100

# 日 程

カザフスタン国・アルマティ・アラタウ・ヘルス・リゾート  
2004年9月28-29日

## ICPPD+20 への挑戦

—ICPD PoA のこれからの 10 年に向けて—

### 2004年9月28日(火)

- 10:00～10:30 開会式  
主催者挨拶：清水嘉与子 APDA 副理事長  
開会挨拶：ヌルタイ・アベイカエフ カザフスタン上院議長  
歓迎挨拶：ベクスルタン・トゥトゥクシェフ  
カザフスタン上院家族委員会委員長  
挨拶：谷津義男 AFPPD 議長  
代読 武山百合子 衆議院議員  
挨拶：和気邦夫 UNFPA 事務局次長  
(司会：尾崎美千生 APDA 常務理事・事務局長)
- 10:30～11:00 集合写真 / 休憩
- 11:00～11:30 基調講演：人口と開発に関する国会議員活動について  
—ICPPD から 10 年・その進捗と挑戦—  
講師：桜井 新  
参議院議員 (AFPPD 前議長、ICPPD 事務総長)
- 12:00～13:30 APDA 主催昼食会
- セッション I：中央アジア地域における人口問題—能力・持続可能性・未来へ—  
14:00～14:30 講師：ナシム・ツムカヤ UNFPA ウズベキスタン・カザフスタン・キルギスタン・タジキスタン・トルクメニスタン駐在代表
- 14:30～15:30 討議
- 15:30～15:45 休憩
- セッション II：人口と高齢化—未来への影響—  
15:45～16:15 講師：ソロコ・エブゲニー・ロホビッチ  
ロシア科学アカデミー経済予測研究所  
人口・人類生態学センター主任研究員
- 16:15～17:15 討議
- 17:30～19:30 AFPPD 運営委員会 (AFPPD メンバーのみ)
- 19:30～ ヌルタイ・アベイカエフ カザフスタン上院議長主催夕食会

2004年9月29日(水)

セッションⅢ：人口と公衆衛生－「アルマ・アータ宣言」の再考－

09:00～09:30 講師：アカンノフ・アイカン カザフスタン保健第一副大臣  
：シャルマノフ・T. Sh. カザフスタン栄養研究所総裁

09:30～10:30 討議

10:30～10:50 休憩

セッションⅣ：達成と残された課題 ICPD PoAの10年

－ICPD 行動計画「原則」、ミレニアム開発目標、持続可能な世界サミット－

10:50～11:20 講師：和気邦夫 UNFPA 事務局次長

：サフィエ・シャール UNFPA 情報・渉外・資金動員局長

11:20～12:00 討議

12:30～14:00 谷津義男議員（AFPPD 議長）主催昼食会

セッションⅤ：ストラスバーグ ICPD 宣言に向けたラウンドテーブルディスカッション

国会議員の役割－ICPD 行動計画これからの10年に向けて－

アルマティ宣言の協議と採択

14:30～15:30 討議

15:30～15:35 休憩

15:35～16:15 討議（アルマティ宣言の採択）

16:15～16:45 閉会式

閉会挨拶：清水嘉与子 APDA 副理事長

挨拶：ラージ・カリム IPPF-ESEAOR 局長

挨拶：サフィエ・シャール UNFPA 情報・渉外・資金動員局長

挨拶：ベクスルタン・トゥトウクシェフ

カザフスタン上院家族委員会委員長

17:00～19:00 市内視察

19:30～ 清水嘉与子議員（APDA 副理事長）主催レセプション

# 開 会 式

## 主催者挨拶

清水嘉与子 参議院議員  
財団法人アジア人口・開発協会（APDA）副理事長

ヌルタイ・アベिकाエフ・カザフスタン上院議長閣下、ベクスルタン・トゥトゥクシェフ・カザフスタン上院家族委員会委員長、谷津義男 人口と開発に関するアジア議員フォーラム（AFPPD）議長、各国代表議員の皆様、そして和気邦夫 UNFPA 事務局次長、ラージ・カリム IPPF 東・東南アジア太平洋地域局長、講師の先生方、本日は、「人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」にご参集いただき、誠にありがとうございます。心より御礼申し上げます。会議開催にあたり、上院議長が先頭となって、ご尽力いただいたと聞いています。アベिकाエフ上院議長、トゥトゥクシェフ AFPPD 副議長・カザフスタン上院家族委員会グループはじめとするカザフスタン上院の準備委員会の皆様にも心から感謝申し上げます。また、今回、カザフスタン、ウズベキスタン、キルギスタン、タジキスタンの駐在代表として実務的な準備を担当いただいたツムカヤ UNFPA 駐在代表、UNFPA カザフスタン事務所の皆様にも心より感謝申し上げます。

今回、この APDA 会議がカザフスタンの旧都アルマティで開催されるということには、大きな意義があると思います。本年は 1994 年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議（ICPD）から 10 年という記念すべき年であり、世界各地で様々な記念行事が開催されています。その一環として 8 月末から 9 月にかけては、ロンドンで世界の NGO を集めて IPPF のラウンドテーブルが開催されました。国会議員活動としては、10 月にフランスのストラスブールで、人口と開発に関する国際議員会議が開催される予定です。

この ICPD から 10 年という記念すべき年に、私ども財団法人アジア人口・開発協会が主催する「人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」も 20 回を迎えました。この記念すべき会議をここカザフスタンで開催できますことを、主催者として大変喜んでます。

アルマティは「全ての人に健康を」と高らかに歌いあげたアルマ・アータ宣言が採択された都市でもあります。私は厚生省の技官としてこのプライマリー・ヘルス・ケア国際会議に参加し「健康は基本的人権である。“2000 年までに全ての人々に健康を”を目指して、プライマリー・ヘルス・ケアの考え方を実践しよう」と世界の保健大臣・財務大臣が真剣に討議する様子に感動したことを思い出します。それから四半世紀の時を経て、私たちは、国際人口開発会議をアジアの国会議員の立場から総括し、次の新たな 10 年に向けた決議を行うために、ここに集っています。

私自身、看護師として長年医療に携わってきました。看護師という職業は直接人間の生命と向き合う職業です。私たちの偉大なる先人であり医師でもあるアルベルト・シュバイツァー博士の著名な言葉に「生命への畏敬」という言葉があります。アフリカのランバレネで長年医療活動に携わられ、密林の聖者と呼ばれた博士の言葉であるだけに大変な重みがある言葉です。私たちは、この「生命への畏敬」という言葉を改めて思い起こす必要があると思います。

医学を含む科学技術の進歩は大きな恵みを私たち人類にもたらしました。しかし、私たち地球社会に生きるものにとって留意しなければならないのは、人口増加が地球に大きな負荷をかけていると同時に、技術の進歩はエネルギーの過剰消費を引き起こしているということです。私たちは、化石燃料や原子力を使用することで、太陽から得たエネルギーで営々と営まれてきたこの地球のエネルギーの循環をはるかに越えた、エネルギー消費を行っているのです。このような状況を長期間維持することは極めて困難でしょう。

持続可能な開発という観点から考えれば、私たちの経済システムそのものを見直す必要があるかもしれま

せん。現在の世界では、富める国と貧しい国の間で、そして多くの国では国内の所得格差も広がっています。貧困の中であえいでいる人々が数多く存在しています。このような格差が現在の世界的な不安定さの元凶になっているといえます。そこには、機会の平等すら得られない数多くの人々が存在しているのです。そのような環境の中で、真っ先に被害を受けるのが女性であり、子どもです。情報を得ることもできない、家族計画の機材を入手することもできない、医療や介護、カウンセリングを受けることもできない中で、数多くの女性が望まない妊娠を強いられています。アフリカでは、猖獗を極めているエイズで親を失ったエイズ孤児の問題が深刻になっています。

さらに、現在、世界中でテロが発生し、かつて考えられなかったほど悲惨な事件が世界各地で発生しています。先日もチェチェン紛争のあおりを受けて北オセチアで学校がテロリストに占拠され、児童を含む多くの犠牲者が出ました。それぞれに信念や主義、信条があるとしても「生命への畏敬」そして「弱く自らを護りえないもの」に対する配慮なくして、いかなる主義信条も、正当化しえないものであると思います。

人口問題に対する活動は、「生命への畏敬」に基づいた活動であると確信しています。いかなる理由があるとしても、生まれてきた生命がその尊厳を保ちながらその生をまっとうできる社会を作るということは、私たち共通の目的であろうと思います。

ICPD で人口は持続可能な開発の文脈の中に位置付けられました。そしてリプロダクティブ・ヘルス・ライツの促進を果たすことで女性を中心とした環境の改善がその活動の中心に置かれました。まさしくこれは、命を大切にすることという他にありません。

今回、ICPD から 10 年の反省にたつて私たちの活動を見直すことがこの会議の主な目的であると思います。今回の会議では ICPD・ICPPD から 10 年の反省にたつて宣言文が採択される予定になっています。この宣言文は事実上アジアの国会議員の意見を集約できる唯一の機会でもあります。この宣言文は 10 月にフランスのストラスブールで開催される、国際人口・開発議員会議にも反映されることとなります。その意味でも今回の会議は大きな意義を持つものと申せましょう。

皆様方の積極的なご討議を期待し、主催者挨拶といたします。

## 開 会 挨拶

### ヌルタイ・アベイカエフ カザフスタン上院議長

ご参集くださいました各国国会議員の皆様、また会議を主催してくださった APDA、AFPPD、UNFPA、そして UNFPA カザフスタン事務所をはじめ、協力してくださった様々な組織の皆様、この記念すべき第 20 回の APDA 会議の開催をわが国カザフスタン・アルマティで開催されることに心より感謝申し上げます。

人口問題に関する記念碑的なカイロ会議が開催されましたのは 1994 年になります。皆様すでにご存知のように、カイロ会議では、人口問題の基礎問題に関わる規模の大きな行動計画が採択されました。本年はカイロ会議からの 10 年となります。その意味で今回の APDA 会議は、カイロ会議から 10 年経過して得られた成果をまとめる記念すべき大会と位置付けられます。

この 10 年は経済的な意味でも、政治的な意味でも、地球環境的な意味でも、様々な意味で大規模な変化が起こった 10 年でした。この 10 年の間には重要な進展も見られました。例えばリプロダクティブ・ヘルスが大きく改善され、死亡率も低下しました。また教育機会の増加や女性の地位の向上も各所で見られるようになりました。しかしながら、他方で、経済的に厳しい状況に置かれている女性はまだまだ多数存在していますし、また大規模に経済格差が広がっている実情も歴然と存在しているのです。

新しい時代の問題として環境問題も充分認識すべきでしょう。闇雲な増産も原因となって、環境破壊は次々に進んでいるのです。

カザフスタンは、独立後、人口政策の改善に積極的に取り組んできました。また環境問題に積極的に取り組んでいます。カザフスタンは、核兵器の拒絶を最初に始めた国であり、実際、ソ連時代の核実験施設であるセミパラチンスク施設の停止を実施しました。

また、カザフスタンは社会福祉を最も優先順位の高い政策の一つに掲げてきました。国会では、リプロダクティブ・ヘルスに関する法律を採択するのみならず、実際に保健医療制度の整備や、医療品の供給などを積極的に行っています。

今、皆さんのいらっしゃるアルマティで、26 年前 WHO が主催する保健衛生会議が行われたことはすでにご存知のことと思われます。その際、採択されました「アルマ・アータ宣言」は保健衛生の分野で極めて重要な宣言であり、カザフスタン政府自身、その重要性を理解して積極的に保健問題に取り組んでいます。

このような積極的な姿勢は諸外国からも評価され、2010 年まで実施が予定されている一連の政策に対する支援が得られています。ただアラル海の水資源の問題もますます深刻化していますので、今後は特に淡水に関する政策を推進するようにしたいと考えています。

カザフスタンでは 2004 年を健康のための年と位置付け、これまで保健衛生分野の政策について予算を増額することとなりました。その意味でも、今回の APDA 会議でアジアからの国会議員の皆様方と意見交流を進め、リプロダクティブ・ヘルス政策の考え方を話し合うことができる機会は大変貴重なものとなりました。会議では、この 10 年の行動の成果が話されると同時に、今後の行動計画を示されると聞いています。積極的な意見交換と議論によって、この会議が実り多きものとなることを祈念し、挨拶とさせていただきます。ご静聴ありがとうございました。

## 歓迎挨拶

ベクスルタン・トゥトゥクシェフ  
カザフスタン上院家族委員会委員長

この記念する会議にご参集いただいた清水嘉与子 ADPA 副理事長をはじめ、他の参加者の皆様に、感謝いたします。

記念すべき第 20 回の APDA 会議がカザフスタン・アルマティで開催されるこの機会を利用し、わが国の様子を知ってもらうのは、カザフスタンの国会議員として大変喜ばしいことです。カザフスタンは現在、目覚ましい発展を遂げています。

この会議ではカザフスタンのみならずアジア地域で成し遂げてきた 10 年間の成果を発表され、それを集約して、「アルマティ宣言」が作成できるものと思われます。会議が成果をあげ、成功裏に行われることを心より祈念いたします。

## 挨拶

谷津義男 衆議院議員  
人口と開発に関するアジア議員フォーラム（AFPPD）議長

代読  
武山百合子 衆議院議員

ヌルタイ・アベिकाエフ・カザフスタン上院議長閣下、清水嘉与子 APDA 副理事長、ベクスルタン・トゥトクシェフ・カザフスタン上院家族委員会委員長、各国代表議員の皆様、そして、和気邦夫 UNFPA 事務局次長、ラージ・カリム IPPF アジア太平洋地域局長、講師の先生方、第 20 回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議に御参集賜り、厚く御礼申し上げます。会議開催にあたり、アベिकाエフ上院議長、トゥトクシェフ AFPPD 副議長・カザフスタン上院家族委員会委員長をはじめとするカザフスタン上院の準備委員会の皆様に大変ご尽力いただき、心から感謝申し上げます。

また、今回、カザフスタン、ウズベキスタン、キルギスタン、タジキスタンの駐在代表として実務的な準備を担当いただいたツムカヤ UNFPA 駐在代表、UNFPA カザフスタン事務所の皆様にも心より感謝申し上げます。

また会議を主催してくださったアジア人口・開発協会の中山太郎理事長、清水副理事長、尾崎常務理事をはじめとする APDA の皆様の AFPPD に対するご支援に深く感謝申し上げます。

今回の APDA 会議ではカイロで開かれた「国際人口開発会議：ICPD」と「国際人口開発議員会議：ICPPD」から 10 年を踏まえ、アジアの国会議員の人口と開発に関する意見を集約するために、宣言文を作成することになっているとかがっています。

本年は、ICPD から 10 年を記念して世界中で様々な活動が繰り広げられています。8 月の末から 9 月の初めにかけても IPPF の主催で国際 NGO 円卓会議がロンドンで開催されました。

わたくしも IPPF の円卓会議では、開会式でご挨拶をさせていただきましたが、10 年の間に人口と開発に分野で著しい改善がなされました。同時に、HIV/エイズの想像以上の蔓延など、考慮すべき問題が数多く出てきたことを痛感いたしています。

ICPD の後、いくつも重要な会議が開催されました。その中でも 2000 年にニューヨークの国連本部に世界中の首脳を集めて開催された「ミレニアムサミット」とその合意文書である「ミレニアム開発目標」および 2002 年に南アフリカで開催された「持続可能な開発に関する世界サミット」は重要なものであると思います。

特に南アフリカで開催された「世界サミット」ではブラジルのリオデジャネイロで開催された（地球サミット：UNCED）から 10 年を経て会議の名称が「環境」から「持続可能な開発」へと変化したこと、そして「ミレニアム開発目標」で開発の基本として貧困撲滅が大きく取り上げられたことは注目すべきであろうと思います。

この「世界サミット」でその名称が大きく変化した理由としては、この地球で私たち人類が生きていくためには、環境と人口という問題を、持続可能な開発という文脈の中で統合するしか方法がないということが明確になったことがあげられると思います。

いうまでもなく、闇雲に開発を進めることで、公害や環境破壊を引き起こし、生存のための条件そのものを破壊してしまつては元も子もありません。その意味では環境を維持しながら、開発をするという難しい綱渡

りを強いられることになるのです。カイロの「国際人口開発会議」の名称にもあるとおり、人口問題は「持続可能な開発」という文脈の中で扱うということがすでに合意されています。

その意味では人口問題に関わる活動は環境問題に先駆けて、人類がこの地球で生きるという視点から、「持続可能な開発」という文脈を重視していたということが出来ます。それではもう一つの重要な課題、「人口と貧困問題」は持続可能な開発の文脈の中でどのように位置付けられるのでしょうか。

現在、国際的な開発の課題として貧困問題が強く論じられています。現在では、ICPD の行動計画も「ミレニアム開発目標」の中に位置付けられています。貧困撲滅が重要であることはいまでもありません。貧困は、何よりも開発に参加する可能性、自己の意思決定、そして情報を得た上での選択、健全な競争に参画する機会を奪います。これは活力ある社会を作る上でも決定的に重要な損失であり、「リプロダクティブヘルスを全ての人に」という、ICPD 行動計画を実施する上でも、大きな障害となるものです。

国際社会の現状を見れば、貧富の格差は縮小するどころか拡大しています。また各国でも同じ現象が発生しています。最低貧困線以下で暮らす人々に対して、そこから抜け出すために必要な対策を行うことは極めて重要なことです。

この地球が扶養できる人口に限界がある限り、人口が増え続ける中でこのような貧困撲滅も、環境の維持も行うことは不可能なのです。国際社会に今一度人口問題が全ての問題の基礎であることを強くアピールする必要があります。そして、人間が人間らしく生きることのできる社会を構築するという私達の共通の目的を実現するために働こうではありませんか。

今回、この APDA 会議では、10 月にフランスのストラスブールで開催される「国際人口開発議員会議 (IPCI)」に向けてアジアの意見を集約する宣言を取りまとめるとうかがっています。

この会議は ICPD から 10 年を踏まえアジアの意見を集約する唯一の機会でもあります。「全ての人に健康を」と高らかに歌いあげたアルマ・アータ宣言が採択されたこの地で、アジア国会議員の宣言文が採択されることの意義は極めて大きいと確信しています。

そしてまた ICPD から 10 年を踏まえ、次の 10 年に向けた私たちの活動方針を考える好機であろうと思います。皆様の活発な討議と会議の成功を確信致しています。ご静聴ありがとうございました。

## 挨拶

### 和気邦夫 国連人口基金（UNFPA）事務局次長

ご来賓のアベイカエフ上院議長、清水嘉与子 APDA 副理事長、桜井新先生、武山百合子先生、長濱博行先生、尾崎 APDA 常務理事・事務局長、ラージ・カリム IPPF 地域局長、ならびにご出席の国会議員の先生方、今回、高名な皆様方へ開会式でご挨拶できるのを大変嬉しく思います。また太平洋地域の皆様方や中央アジアの国々の国会議員にお会いすることができ、大変嬉しく存じています。今回、この緑の多いすばらしい環境の下で第 20 回 APDA 会議が開催されますこと、そしてカザフスタンの皆様から大変温かいおもてなしをいただきましたこと、心から御礼申し上げたいと思います。また東京で働く APDA のスタッフや、バンコクの AFPPD スタッフ、そのほか、アルマティのスタッフの方々にも御礼を申し上げたいと存じます。

皆様方からは是非、歴史、文化、国民についてとりわけ、中央アジアについて、お話しいただきたいと思います。私自身個人的にこの地域について、特に歴史的な面、文化的な面についてロマンチックな側面に興味を抱いてきました。その理由は中央アジアが中国・日本と強いつながりを構築していたことと関係しています。以前、日本の古都・奈良での美術館を訪問した際、日本の文化は中央アジアの影響が非常に強いことを理解することができました。その意味からも、興味を抱き続けてきたのです。

開会式でのこの挨拶とは別に、明日（29 日）、私が一つセッションを受け持つこととなっています。セッションでは、ICPD 行動計画の進捗状況をお話しするとともに、まだまだ残されている今後の課題について話す予定になっています。また、今回、同席していますサフィエ UNFPA 情報・渉外・資金動員局長と一緒に、これまで国会議員の皆様方が成し遂げられた役割、そしてこれからも果たされるであろう役割などをお話したいと思います。また本日（28 日）午後、タシケントに駐在する私ども UNFPA の中央アジア代表ナシム・ツムカヤが中央アジア地域の人口と開発の問題についてお話しすることになっており、大変喜んでおります。

この開会式では、今日の国際的な政治経済環境を含んだ「大きな構図」についてご紹介し、その上で開発協力に関します最近の傾向についてお話ししたいと思います。本日は、開発協力に関しまして、五つの特徴に焦点を当ててみたいと思います。

まず、第一に、実際に実施されている政策がどのような成果をもたらしているかを考える場合、その成果・結果を重視する傾向が強まっています。2000 年に開催されました国連ミレニアムサミットやミレニアム宣言は極めて重要なものです。その政治的なそして実質的な重要性は強調してもし過ぎるということはないでしょう。特にそこで定められた具体的目標としてのミレニアム開発目標（MDGs）は、各国でも関連した目標が掲げられていることから、各国でそれぞれの成果を達成するために特別な努力が払われているのはもちろんですが、それだけではなく、地球規模で展開している問題に対処する際、この MDGs が優先的に掲げられるようになってきており、その重要性が一層増加しているといえるでしょう。これは国内の政策だけにとどまらず、他国との開発協力についても同様です。単に投入することだけではなく、成果や結果がより強く求められているのです。先日、コフィ・アナン国連事務総長が国連総会でミレニアムサミットのレビューを行いました。そこでも、実施された政策の成果・結果を重視する方法が重要であると改めて強調されました。

来年（2005 年）は、MDGs に関する全体的なレビューが行われる予定です。またサックス教授が中心となったミレニアムプロジェクトの進捗状況が報告されることになっていますので、MDGs を達成するために

どのような政策が今後必要となり、どれほどの資金・リソースの提供が必要となるのかが明確になるでしょう。

このことは、私たちにとって次のような二つの意味を持つこととなります。第一には、人々の福祉のためにより明確な目標が掲げられ、提供されるようにさらに努力をしなければならないということです。第二には、ICPD の行動計画に掲げられた目標が国家の目標設定・開発戦略と密接に結びつくよう努力を続けなければならないということです。このことを成し遂げるためにも、リプロダクティブ・ヘルスと人口が MDGs 全体の目標達成のための中心に位置付けられるのだということを、より明瞭に打ち出していく必要があります。

第二に、この結果・成果を重視するということは、資金・リソースの問題と関係していることに触れたいと思います。実際に、この結果・成果に関する問題は、実施された資金・リソースの提供にかかわる問題と密接に結びついています。UNFPA でも、また開発協力全体としても、これまで資金提供に関する説明責任を果たしてきました。実施された政策の成果は実際に計測されています。これは、民主主義の原理である透明性と関係している問題です。現に成果を計測できることで、その透明性を充足していることができるのです。

モンレーで開催されました国際会議の宣言に象徴されるように、現在 MDGs や ICPD に対する資金・リソースの提供は増加傾向にあります。私たち自身がこのような傾向を大変嬉しく思っていますし、歓迎しています。支援国もこのような成果を重視するために、実験的なやり方を実施しているようにも思います。

国連を通じたコア資金および非コア資金の提供、グローバルな基金の設立、予算援助やその他の開発援助の方法が行われています。また成果が明らかになることで、民間部門からの支援も積極的に行われるようになってきました。このような新しい資金援助の形は喜ばしいことです。UNFPA をはじめとする機関がより一層責任を持って質の高いサービスやアドバイスを提供する上での動機付けとなるでしょう。しかしながら、資金の流れは ICPD 目標を達成するにはまだ不十分だといわざるをえません。海外・国内からの資金・リソース提供をより積極的に利用し、今後はより戦略的に資金を利用するようにしていかなければならないのです。

第三に開発戦略の枠組みについて触れましょう。世界銀行が実施しています貧困削減プログラム (PRSP) やセクターワイドアプローチ、あるいは国連でいうならば我々の分析・計画してきた種々のアプローチにも、結果・成果と資金やリソースが密接に結びつけられて議論されるようになってきました。そのため、今後はリプロダクティブ・ヘルス問題をより積極的に国の政策対話の中に導入することが重要となります。ICPD の行動計画を国の政策・計画・戦略の中に導入していくことが重要なのです。

その意味では、今後は様々な関係、すなわち人口問題とより広い社会的・経済的な状況との関係や、“下からの”プロジェクトと“上からの”プロジェクトである国の政策の関係、さらに人々と政策の関係、といったものを強化することで、ICPD の行動計画が実施されることが必要となると思います。貧困とリプロダクティブ・ヘルス・ライツとの関係がどのようになっているのかという点についても、正確に把握していくことが大切です。そのことを踏まえて、政策の成果・結果を見ていく必要があるのです。さらに、水資源問題、食料の安全性、さらにグローバリゼーションの進展に伴って大変微妙な問題となっている国際的な安全保障、国際的な人口移動や移民の問題や HIV/エイズの蔓延など、慎重に見ていく必要のある問題が山積しています。今回の APDA 会議でこれらの諸問題も話し合うことができることは大変喜ばしいと思います。

第四に、開発協力の効率的な提供について触れてみたいと思います。国家間の開発協力が効率的に実施されるために、今求められるのは、各国間でどのような開発協力が行われるべきか、その国のオーナーシップ、対応能力の開発 (キャパシティ・ビルディング)、またそのための制度作りといえます。当事国と援助国の間で、どれほど意味のあるオーナーシップと参加を実施していくことができるのかという問題です。これには、政府だけでなく、議員を含む幅広い市民社会を巻き込んでいく必要もあります。また南南協力の必要性も意

識され始めています。

さらに、先の点とも密接に結びついていますが、一致協力、簡素化、連携を通して、開発をより効率的にすることが重要となります。これは、事務総長が推し進めています改革プログラムの主眼でもあります。さらには、OECD-DAC メンバーである援助国は、手順を共通化することで、取引コストを削減することができるようになりつつあります。このような潮流の中で真のパートナーシップを構築していくことや、柔軟性、常識的判断の重要性が強調されています。この点は、我々開発コミュニティがこれまで必ずしも重要視してきた点ではありませんでした。

最後に、五番目として、人権と開発の原則について触れたいと思います。今月初めの国連総会における事務総長のスピーチの中で、国際社会の多様性を保持する原則について改めて想起し、尊重すべきであると言及されました。

カイロ会議は、人口問題の焦点を「数の問題」から「人の問題」へとシフトした歴史的な会議でした。わたしは国際公務員として、皆様は国会議員として、また私たち全員が世界市民として、人権の重要性・一貫性を我々の任務の中で明確にしておく必要があります。新しい枠組みや、新しい専門用語、新しい開発のやり方が出てきたとしても、私たちはこの原則から逸れることなく、この原則のもとに、全ての人々のリプロダクティブ・ヘルス・ライツを達成するために努力し続けなければなりません。

今回、会議で皆様と話し合いができることを楽しみにしています。そして今後も皆様とともに力を合わせ、ICPD とミレニアム宣言の大望を現実のものにしていきましょう。

ご清聴ありがとうございました。

## 基 調 講 演

### 人口と開発に関する国会議員活動について

#### －ICPPDから10年・その進捗と挑戦－

桜井 新 参議院議員（日本）

人口と開発に関するアジア議員フォーラム（AFPPD）前議長

国際人口開発議員会議（ICPPD）事務総長

ヌルタイ・アベイカエフ・カザフスタン共和国上院議長閣下、ベクスルタン・トゥトクシェフ・カザフスタン国会家族委員会委員長、清水嘉与子 国際人口問題議員懇談会事務総長・APDA 副理事長、各国代表議員のみなさま。そして、和気邦夫 UNFPA 事務局次長、ラージ・カリム IPPF 地域局長、ご参集の皆様、本年は1994年にエジプトのカイロで開催された「国際人口開発会議（ICPD）」ならびに「国際人口開発議員会議（ICPPD）」から、ちょうど10年という節目の年です。ICPDが目標とした2015年までのちょうど中間点でもあり、世界各地で様々な行事が行われています。この記念すべき年に、当地アルマティで開かれた「第20回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」に基調講演者としてお招きをいただいたことに心より感謝を申し上げます。

皆様ご存知のとおり、ICPDで採択された「行動計画」は、各国別に人口増加抑制の数値目標を設定し、各国がその目標のために努力するというこれまでの方式を大きく変化させました。そこでは、リプロダクティブ・ヘルスを中心として、女性の置かれた環境の改善、情報を得た上での選択の実現、さらにそのために必要な家族計画の機材を提供することで、結果として人口の増加を安定化させるという、大きなパラダイム転換が行われました。これと同様に重要なことは、人口問題が「持続可能な開発」という文脈の下で扱われるべきである、という視点が明確に示されたことです。カイロ会議の名称そのものに初めて「開発」という名称が冠されたことがこれを示しています。この10年間の人口問題に関する活動はこの行動計画に従って行われてきました。これは、地球規模での人口問題を持続可能な文脈の中に位置付けると同時に、その具体的な方法として厳しい状況のもとに置かれた女性を中心に一人一人の環境の改善、まさしく草の根の人々の健康・生活の改善を目指すものです。この考え方は国会議員としての私たちの活動の方向性ともまさしく合致するものです。

この「行動計画」の策定に際して、私たち国会議員の活動が大きな役割を果たしました。国際人口開発議員会議（ICPPD）がICPDの直前に開催され、その成果が人口問題と持続可能な開発の関係を明瞭にするという形でICPDの行動計画の前文と原則に反映されたからです。

人口問題は全ての地球規模的問題の基礎にあるとあってよい問題ですが、特に経済開発や環境などの問題と不可分な問題です。人口問題を単独で扱うことは、専門家の議論に終始してしまい、現実的な影響力を失うこととなります。人口問題が指し示す人類社会の未来を、国際社会に反映させることが非常に重要なのです。

ここにご参集の皆様は国会議員として各国の政策形成に責任を持っていらっしゃいます。この私たち、国会議員には共通の特性があると思います。それは現実を踏まえつつ、草の根の厳しい現状を良く知り、肌で実感しながら、次の社会、あるべき理想に向かってその理想を一步一步実現していく、ということです。こ

れはまさしく国会議員に求められる役割であり、私たちは各国の国民の利益を求めつつも、人類社会の明るい未来を願っている存在です。国会議員は各国政府と協力して活動を行います、その力の源は民主主義的な体制のもとで、人々から選ばれたという1点にあります。その意味で私たちは政府と独立した地位を持っています。民意を代表している私たち国会議員が、人類の未来を決める人口と持続可能な開発問題に携わることは大きな意味があります。

私たちはこの限られた地球という星に住む運命共同体です。この地球の扶養力を超えたエネルギーの消費を永遠に続けることはできません。その意味では私たちが代表している各国の、そして各地域の利益もまた人口と持続可能な開発問題の解決なくして達成することができないことは明白です。いかにしたら、私たちを選出した人々の福利を達成することができるのでしょうか、そして、いかにしたら人類社会全体の未来と福利を達成することができるのでしょうか。

人口と開発問題は、私たちに、まさしく政治家として取り組まなければならない課題であると申さねばなりません。この課題を実現するためには世界中の国会議員が力を合わせる必要があります。

しかもそれは一つの組織が統一的に国会議員活動をコントロールするというものではありません。人類共通の課題を解決するという同じ目的の下に、国会議員の自主性を尊重しながら緩やかな連帯のもとで地域の多様性を尊重し、それぞれの地域の特性を踏まえた活動であるべきであると考えます。

このような理想を実現するために、私自身、カイロの国際人口開発議員会議（ICPPD）では運営委員会議長として世界の地域議連に呼びかけ皆様方の力強い支援をいただき、ICPD に合わせて同会議の開催に尽力いたしました。その会議には世界 117 カ国、300 人以上の国会議員が参加しました。

当時、地域議連として存在していたのは、私たち「人口と開発に関するアジア国会議員フォーラム（AFPPD）」と「アメリカ地域人口・開発議員グループ（IAPG）」だけでした。まだアフリカ・アラブ地域、ヨーロッパ地域ともに国会議員フォーラムは存在していなかったのです。

ICPPD 以降、国際的な人口と開発に関する国会議員活動を活性化するために、AFPPD が音頭をとって数多くの国会議員会議を開催してまいりました。1995 年には「世界社会開発サミット」に合わせて「国際人口社会開発議員会議（IMPPSD）」をデンマークのコペンハーゲンで開催。同年 8 月には「第 4 回世界女性会議」にあわせて「国際女性人口開発議員会議（IMPGPD）」を東京で開催。1996 年には FAO の「世界食料サミット」に合わせて、スイスのジュネーブで「国際人口・食料安全保障・開発議員会議（IMPFSPPD）」を開催しました。さらに 1999 年には ICPD から 5 年の検討にあわせて、オランダのハーグで「人口と開発に関する国際国会議員会議（IFP）」を開催し、この内容は同年開催された国連人口特別総会の決議文書にも反映されました。この間に、カイロの議員会議でアフリカ・アラブ地域およびヨーロッパ地域から参加した国会議員に呼びかけた地域フォーラムの設立も現実化しました。1997 年には南アフリカのケープタウンで「人口と開発に関するアフリカ・アラブ議員フォーラム（FAAPPD）」が設立され、1999 年にはルーマニアのブカレストで「ヨーロッパ地域人口・開発議員フォーラム（IEPPD）」の設立が決まり、2000 年には正式に発足したのです。その他、各国議連のレベルでもアジアのほとんどの国に国内委員会が形成されるに至りました。1994 年からの活動によって、アジア・太平洋地域、アフリカ・アラブ地域、南北アメリカ、ヨーロッパと世界の全ての地域に、国会議員の自主的な人口と開発に関する議員フォーラムのネットワークが形成されたのです。

私たち国会議員にとって、人口問題で活動する意味は何でしょうか。様々な考え方があると思いますが、私は「全ての人々が人間らしく尊厳をもって生きることのできる社会を作ること」ではないかと考えています。

はじめに、国会議員の特性として、「草の根の厳しい現状を良く知り、肌で実感しながら、次の社会、あるべき理想を実現していく存在である」ということを申し述べました。人口問題について政治家が取り組むことが持つ意味もまた、この政治家としての特性に深く関わります。私たちは日々人々の代弁者として活動しています。そこでは一人一人の生活の実感を汲み上げ活動することが求められます。例えば、健全な競争は望ましいことですが、グローバリゼーションが進む国際社会の中でも、一国の中でも社会的・経済的な格

差が広がっています。

私はこの8月に西アフリカ諸国を訪問しましたが、国際社会の努力によって絶対的貧困は減少してきていますが、今なお、生存線ぎりぎり生きることを強いられている人々が数多く存在しています。このような貧困の中で多くの女性が、社会的な条件も、経済的な裏付けもなく、選択を行う機会も与えられないまま、望まない妊娠を強いられ、その結果として数多くの女性が死亡し、そして様々な障害を強いられている現状があります。これらの問題を政治的にも最優先の課題として取り組むことが求められています。このような草の根の課題を各国政府の優先的な課題として取り上げることは国会議員の重要な仕事であると考えています。さらに国会議員として政府とは異なった立場で議論しなければならない問題があります。

政治家は目の前の問題を考えると同時に、長期的な視点で私たちの社会の在るべき姿を考えることが重要です。その意味では理想を失ってしまっただけで私たちの存在意義はなきに等しいでしょう。人口問題に携わるということは、通常よりも長い幅で物事を考えることでもあります。例えば、経済原則では人口はマーケットとして考えられますがその変化については通常考慮に入れられません。企業でも国家でも利益という考え方は永くても5年程度の幅でしか考えられていません。しかし、人口が指し示す未来は20年、30年、場合によっては100年という長い幅です。これらは長いようですが、人類が生きてきた歴史を考えればそれほど長いものではないことがわかります。

国際社会の舞台では様々な利害がぶつかり合っています。具体的な一例として食料問題を考えてみましょう。WTO協定は比較優位原則という経済原則を金科玉条として進められてきました。食料問題を純粋な経済問題としてとらえ、目の前の合理性という視点から考えれば、この考え方は妥当なものです。

しかし、私たちが取り組んでいる人口という視点から考えると、これはそれほど単純な問題ではないことがわかります。人口問題という視点から考えれば食料は経済的な財であるより以前に人々が生きるために不可欠なものです。食料なくして人々が生きることはできないからです。

人口という視点が指し示す未来は厳しいものです。それは、どんなに努力を続けても人口はまだ増え続ける反面、新規に耕作可能な土地はほとんどなく、現在高い生産性で世界人口を支えている灌漑農地は塩害の拡大などでその生産性の低下が予測されているのです。インドでも現在、パンジャブやハリヤナなど主要穀倉地帯で、地下水位の低下が深刻になっています。インドの人口密度は現在すでに日本と同じ水準に達しており、今後大変な挑戦が待ち受けていると思います。中国でも同じような状況が懸念されます。もちろん各国の努力によってこれらの問題を回避するための努力が続けられていますが、これまでのような人口増加を上回る増産をこれからも続けていくことは非常に困難であることは間違いありません。わが国日本は、カロリーベースでの自給率は30%を切り、農産物の輸入なくして、もはやその国民を扶養していくことはできません。

世界的に見て耕地以上に人類生存の制約条件となりそうなのが淡水資源です。大まかに言って、この資源量は2000年前も現在も変わりません。しかし、2000年前に比べて一人あたり利用できる淡水資源の量は30分の1になってしまいました。わずか140年前と比べても6分の1、40年前と比べても2分の1に減ってしまいました。日本は降水の多い、水資源の豊かな国ですが、現在食料輸入の形で輸入している水の量は、日本の全河川水に匹敵する量といわれています。

人口の将来予測を踏まえ、さらに私たちが直面している、これらの厳しい現状を考えれば決して楽観的にはなれないことがわかります。カイロ会議が人口を持続可能な開発の文脈の中に位置付けたこともこの危機感を裏付けていると考えられます。

「持続可能な開発」という分脈から農業問題を考えたとき、人々にいかに食料を供給していくのかということは、極めて重要な問題であることは言を待ちません。そして同時に人口という視点から考えたとき、現在主流となっている経済的な原則だけに基づいて農業問題を考えることがいかに危険であるかがわかります。そして人口問題という視点から考えれば長期的な視点で、農業問題を含む経済の問題を考えなければならない

いことがわかります。

WTO の場というものは各国の利害が直接ぶつかり合う場所です。貿易の自由化を通じて全体の効用を増大させることを目的として作られた場であったはずですが、現実には補助金をつけて輸出を行っている先進国の利益を擁護する場となってしまいました。各国には各国の政治があり、農産物輸出を行っている先進国もそれぞれに国内事情を抱えています。しかしながら補助金付きの農産物輸出は途上国の経済を破壊し、農業の生産基盤を揺るがすものです。現在の国際社会の主流の考え方にはこの長期的な視点が欠けているといわざるを得ません。むしろ経済原則といった、ある条件の下でしか成立しない原則を敷衍することが主流となっているのです。短期的な利益の極大化は、長期的に見て環境破壊を引き起こし、この地球の扶養力を失わせます。簡単に例をあげますと、様々な工業製品を生産する過程で、汚染防止の努力を行わず、汚染物質を海や山に垂れ流し放棄すれば、公害が起こり数世代に渡って、大きな影響を与え続けます。企業としては公害防止の費用は膨大で、短期的には公害防止措置を講じないほうが利益があがることは確かです。企業経営の点から経済合理性だけを考えれば、公害を起こすほうが得ということになってしまうのです。このような利益の極大化が許されるものではないでしょう。私たち国会議員が、短期的な利益だけの原則で物事を決めてしまっても良いのでしょうか。

人口が指し示す未来を考えれば、人口が増加し、食料生産がそれに追いつかなくなった時、食料は経済的な財ではなくなり、政治的な財、もしくは戦略的な財になることは容易に予測がつかます。この意味でも国際社会で行われる国際合意や協定に、それが純粋に経済的なものであったとしても、人口という視点を取り込むことは非常に重要なことだと確信しています。

人口問題に携わっている皆様方の中に、経済的に利益が得られるのなら、それで人の尊厳が踏みにじられてもかまわないと考えている方は一人もいないと思います。私たち国会議員が人を愛し、国を愛するものであるならば、この考え方にご同意いただけるのではないのでしょうか。

現在 WTO の閣僚級交渉で、各国に特別な利害のある農産品についての例外的な取り扱いが認められるようになりました。これはこれまでの AFPPD 活動をはじめとする国際的な人口と開発問題に関する議員活動が関係各国の理解を生み出し、その成果として結実したものであると考えています。

私たちが国会議員としての立場から人口問題に取り組むことで、草の根の意見をくみ上げ、同時に長期的な私たちの社会のあるべき姿を考えることが、私たちの未来を希望あるものにするに確信しています。「悲観することは誰にでもできる、しかし現実を踏まえて楽観的に行動することは意志の問題だ」と述べた哲学者がいますが、まさしくそのとおりであろうと思います。

国会議員がその存立基盤である国民の意見を代表し、長期的視野に立って各国政府の政策や施策を正しい方向に向かわせることは重要な役割です。また地球的課題について国際的協調を進めるために国際機関を支援し、その役割を強化・激励することは重要な仕事です。国会議員は各国の国民に責任を持っています。したがって、国会議員の活動が国際機関や政府によってコントロールされることになれば、その活動の意味を失う恐れもあります。UNFPA などとの協力関係を強めながらも、国会議員活動はあくまで、自発的にそして自立的にその活動を行うべきであると考えています。

2002年にカナダのオタワで開催された IPCI でも AFPPD の谷津議長が招聘者となって運営委員会を形成し、会議開催国カナダの所属するアメリカ地域議連 (IAPG) がホストとなって、国会議員会議が開催されたとうかがっています。また本年 10 月フランスのストラスバークで開催される第 2 回目の IPCI もヨーロッパ地域議連 (IEPPD) がホストされるとうかがっています。国会議員活動が、国際社会や政府の活動と密接に連携してその実をあげる努力を行うと同時に、国会議員活動の独自性を失ってはならないと考えています。

今後、私たちの役割はより一層大きなものとなってくると思います。「人間が平和に尊厳をもって生きることのできる社会を作る」という理念をこの記念すべき機会に改めて思い起こし、この理想を達成するためにともに手を携えていこうではありませんか。

26年前に「全ての人に健康を」というすばらしい人類に向けたメッセージを発信したこのアルマティの地で基調講演の名誉を与えていただいたことに改めて感謝申し上げ、私のスピーチを締めくくりたいと思います。ご静聴ありがとうございました。

## セッション I

### 中央アジア地域における人口問題

—人口扶養力・持続可能性・未来へ—

# 中央アジア地域における人口問題

## —人口扶養力・持続可能性・未来へ—

講師：ナシム・ツムカヤ UNFPA ウズベキスタン・カザフスタン・キルギスタン  
・タジキスタン・トルクメニスタン駐在代表  
議長：ジュナイディー・ワハビ 議員（マレーシア）

はじめにカザフスタン国会議員の皆様、そしてお集まりの各国国会議員、NGO 関係者ならびにご出席の皆様方に心から御礼申し上げます。中央アジアで実施される人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議で報告できますことを、大変名誉に思っています。この地域の UNFPA の駐在代表としても嬉しく思っています。しかしながら、今回に関しては、駐在代表という立場ではなく、科学者・人口学者として報告したいと思います。

中央アジアは世界でも特異な地域といえましょう。ご存知のように、歴史的にはソビエト連邦の一部でありました。1990-91年のソ連崩壊後、このカザフスタンは独立しました。ソ連から独立した国々は、一様に困難な時期を経ながらも、経済体制の移行を続けており、今では人々の様々な局面に影響を及ぼしています。多くの国々は、生活水準が低下し、これまで保障されていたものの多くが失われ、システム、教育、投資、人的資本が崩壊しました。これらが人口学的にどのような影響を及ぼしているのか、このことを説明したいと思います。

中央アジアの国々は多くの共通点を持っているのですが、そうはいつでもそれぞれの国には違いがあります。カザフスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタン、キルギスタンはトルコを起源にする地域です。タジキスタンは民族的に異なっています。社会経済開発のレベルでも異なっています。保有している自然資源の量も異なっていますが、ソ連時代の管理体制によって、あらゆる国が環境問題に苦しんでいます。そういった環境問題の中には規模の面からも、影響を及ぼす時間の問題としても、非常に大きな問題が含まれています。詳細をご説明したいのですが、残念ながらその時間はありませんので、人口の変化について見てきたいと思います。ここでは人口は増加というのではなく、変化としておきます。というのも中央アジアの場合、人口学的には、変化といった方が適切だと思うからです。

それでは、人口の変化を引き起こす三つの要因として、出生、死亡、そして移住をあげ、それについて説明をしていきたいと思えます。出生は人口にプラスの影響を与え、死亡はマイナスの影響を与えます。移住については、プラスの場合も、マイナスの場合もあります。

ここでは、スライド1をご覧ください。ここは各国の人口を表しています。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、ウズベキスタンの五カ国全体で1990年には5000万人でしたが、2004年には5800万人になりました。20年後には、7000万人になると推計されています。キルギスタン、タジキスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタンはすべて人口が急速に増加しています。カザフスタンは、1990年から2004年まで人口が少し減っています。これから20年、だいたい人口は同じレベルとあると予測されます。カザフスタンで人口が、緩やかに減っているのは、出生率ではなくて、移民があるからです。カザフスタンから多くの人々が国を離れていってしまったわけです。

次のスライド2は人口変動率です。キルギスタンはおよそプラス1%の増加です。今後20年間程プラス1%の増加になります。カザフスタンは90年代から2005までマイナスでした。2005年から2025年はだいたい0%になると思われます。

<b>POPULATION CHANGE</b>			
Total Midyear Population (thousands)			
	<u>1990</u>	<u>2004</u>	<u>2025</u>
<b>Kazakhstan</b>	<b>16809</b>	<b>15403</b>	<b>15388</b>
<b>Kyrgyzstan</b>	<b>4395</b>	<b>5208</b>	<b>6484</b>
<b>Tajikistan</b>	<b>5303</b>	<b>6298</b>	<b>8193</b>
<b>Turkmenistan</b>	<b>3668</b>	<b>4940</b>	<b>6549</b>
<b>Uzbekistan</b>	<b>20515</b>	<b>26479</b>	<b>33774</b>
<b>Total</b>	<b>50690</b>	<b>58328</b>	<b>70388</b>

Source: UN Population Division, internet data base

スライド 1

<b>Average Annual Rate of Population Change</b>		
(percent)		
<u>Country</u>	<u>1990-2005</u>	<u>2005-2025</u>
<b>Kazakhstan</b>	<b>-0.60</b>	<b>0.00</b>
<b>Kyrgyzstan</b>	<b>1.22</b>	<b>1.02</b>
<b>Tajikistan</b>	<b>1.21</b>	<b>1.27</b>
<b>Turkmenistan</b>	<b>2.08</b>	<b>1.26</b>
<b>Uzbekistan</b>	<b>1.80</b>	<b>1.14</b>

スライド 2

人口の変動を見る場合は、出生、死亡、移住の3つが主要な要素になりますので、それを様々な指標で見てください。計測方法にしても、指標にしても、様々なものがあります。今回は、出生率、平均余命、移民数で変化を見ていきましょう。

出生率で最も信頼できるものは、女性が一生のうちで産む子どもの数を示す合計特殊出生率（TFR）、それから年齢群ごとの出生率を示す年齢別出生率（ASFR）です。中央アジア諸国で、TFR、ASFRにどういった変化があったかを見てみましょう。

まず、TFR（スライド 3）ですが、カザフスタンでは 90-95 年には 2.46 でした。現在では、およそ 1.95 になっています。その他の国では、ごらんのように 3 よりも高い数値を示していました。タジキスタンなどでは、4 よりも高かったのです。今では、だいたい 2-3 の間です。

ここで TFR について重要なことを指摘したいと思います。これは、理論的な数値ですが、TFR が 2.1 を示した場合、人口が増えたり、減ったりしないということがいわれます。つまり、人口増加は 0 であると。他の要素が変わらなければ、たとえば、死亡率とか移民がないとすれば、人口増加がないと見られるわけです。TFR が 2.1 より高いということは、人口が増加するという事です。つまり、死亡よりも出生が高い

<b>Levels of TFR</b>			
	<u>1990-1995</u>	<u>2000-2005</u>	<u>Ratio</u>
	(1)	(2)	(2/1)
<b>Kazakhstan</b>	<b>2.46</b>	<b>1.95</b>	<b>0.79</b>
<b>Kyrgyzstan</b>	<b>3.45</b>	<b>2.64</b>	<b>0.76</b>
<b>Tajikistan</b>	<b>4.43</b>	<b>3.06</b>	<b>0.69</b>
<b>Turkmenistan</b>	<b>4.03</b>	<b>2.70</b>	<b>0.67</b>
<b>Uzbekistan</b>	<b>3.60</b>	<b>2.44</b>	<b>0.68</b>
<b>Japan</b>	<b>1.49</b>	<b>1.32</b>	<b>0.89</b>
<b>Nigeria</b>	<b>6.38</b>	<b>5.42</b>	<b>0.85</b>

Source: UN Population Division, internet data base

スライド 3

ということです。2.1 より TFR が低いということは、人口が減るということです。

ここで、もう 1 点、強調したいことがあります。まず、TFR2.1 の国というのは、必ずしもすぐに人口に変化が現れるのではなくて、実際に人口に変化が生じるのは 30 年から 40 年後という点です。ですから、TFR が 2.0 であっても、すぐに人口が減っていくというわけではないのです。30 年から 40 年たって初めて人口が減少するという点です。このことは、人口のモメンタムと呼ばれているものです。

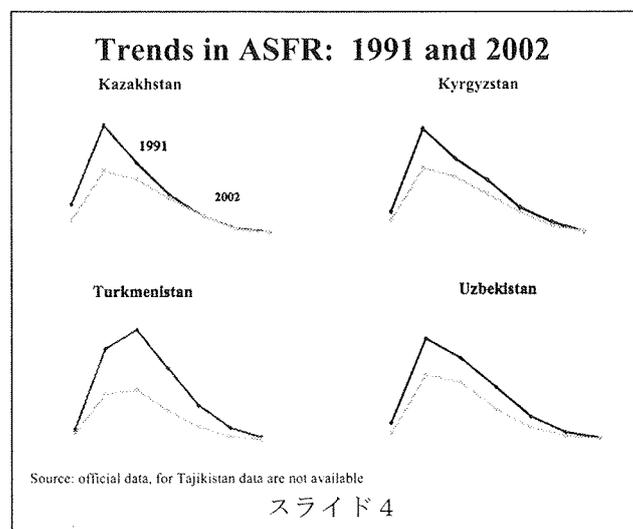
ですから、TFR が 2.1 に近づきつつある国といっても、人口がすぐに減るというわけではありません。これでおわかりいただけたと思いますが、カザフスタン以外の国での TFR は、置き換え水準 2.1 よりもかなり高くなっています。つまり、こういった国では今後、人口が増加するということになるわけですね。比較対照になるよう、日本とナイジェリアを入れてみました。日本の TFR は、大変低くなっています。ナイジェリアの TFR ははるかに高いものになっている。世界的に見れば TFR が 3~6 というところがまだ多いわけですね。だからこそ、世界人口はこれから 50 年ぐらいで 30 億人増加するといわれています。中央アジアでは、今後 20 年すれば、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、ウズベキスタンの 5 カ国で 7000 万の人口になるといわれています。

次に、年齢別出生率 (ASFR) を見てみましょう (スライド 4)。上の線が 1991 年のもの、下の線が 2002 年のものです。年齢区分は記載されていませんが、左はおよそ 15-19 歳、20 歳代、30 歳代といったような年齢層になっています。

一番出生率が高いのが 20 歳から 30 歳の間です。世界でどの国でも共通しています。日本では 25 歳から 35 歳の出生率が最も高くなっていますが、一般的な他の国々では 20 歳から 30 歳の年代の出生率が一番高いものです。

ここでは出生率の経年変化を国ごとに見てみましょう。ここでは、タジキスタンのグラフは残念ながらありません。データが不足しているために作っていないのです。カザフスタンを見ると、最近では、若い年齢層の人たちの数値が低くなっています。キルギスタンはあまり減っていません。トルクメニスタンでもあまり変化が見られません。ウズベキスタンでもあまり減っていません。

では、これら TFR、ASFR のグラフは何を意味するのでしょうか？ 先程お見せした TFR は明らかに減っています。これは、全く疑問がありません。その減少の内訳を ASFR で見ると、一番減っているのは、20 歳から 30 歳の間です。カザフスタン、タジキスタン、ウズベキスタン、キルギスタン、これらすべてで減少率が激しくなっています。特にカザフスタンの場合には置き換え水準を超えて低くなっているといえるでしょう。というのも、現在、置き換え水準と同じ程度になっていますから。タジキスタン、ウズベキスタン、キ



ルギスタンなど TFR が置き換え水準を超えている国々では今後 30-40 年にわたってその人口は増えるという事です。

では、なぜ、出生率は下がったのでしょうか。ここで、一番大きな理由としてあげられるのは、近代的な避妊方法の普及です。スライド 5 をご覧ください。

**Contraceptive Prevalence Rate  
among married women age 15-49**

Country	Modern methods	IUD %
Kazakhstan (1999)	52.7	42.0
Kyrgyzstan (1997)	48.9	38.2
Tajikistan (2000)	27.3	25.1
Turkmenistan (2000)	53.1	39.0
Uzbekistan (2000)	62.5	56.3

Source: PRB, Family Planning Worldwide, 2002 Data Sheet  
スライド 5

カザフスタンでは、その実施率はもう 52%を超えています。半分以上の人が近代的な避妊方法を使っています。各国別に見るとキルギスタンで 48%、タジキスタンで 27%、トルクメニスタンで 53%、ウズベキスタンで 62%です。タジキスタンだけが 27%と低い数字になっています。

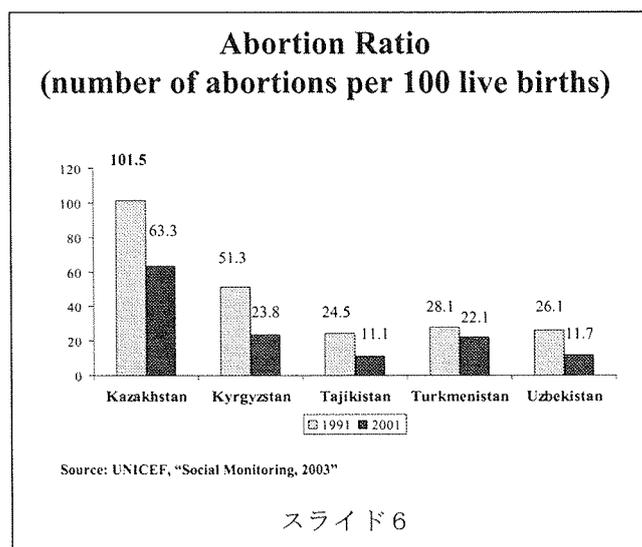
この普及率の高さは誇るべきですが問題点もあります。それは、その近代的避妊法が子宮内避妊器具(IUD)に頼っているということです。こういった地域の医療界では、やはり避妊の大きな手段として IUD を使っています。この地域には貧血が多いのですが、IUD は貧血の女性や若い女性にとってあまり良い方法ではありません。

良いリプロダクティブ・ヘルスというのは、選択肢があることといえるでしょう。つまり、家族計画の際、避妊方法の情報が入手可能であり、様々な避妊方法の選択肢があるということが、リプロダクティブ・ヘルスが充足されている状態だといえるのです。実際、この中央アジアにおいて、あまり質の良くない避妊方法があることも事実です。ですので、この点について、我々はまだ努力していかなくてはならないと思っています。

中絶についてご説明したいと思います。次にスライド 6 をご覧ください。ソ連時代、望まない妊娠を止めるために中絶に依存していました。現在は、あまり奨励していませんし、奨励する必要はないと思います。中絶というのは、避妊が失敗したときに起きます。従って、避妊方法が手に入らないとき、あるいは人々が近代的な避妊方法について十分な知識がないときに中絶が起こるわけです。中絶というのは望まない妊娠を終えるためのものです。ですから、よいリプロダクティブ・ヘルス・サービスがあるときには、中絶は起こらないはずで、リプロダクティブ・ヘルス・サービスがなかったからこそ、ソ連邦においては、中絶の割合が高かったのです。

しかし、幸いにも中絶率は下がっています。1991 年の中絶率と 2001 年ものを比べたこの表でおわかりいただけるとおり、どの国においても大幅に中絶率が下がっています。これは大変望ましい展開です。リプロダクティブヘルス・プログラムがこういった国々においてしっかり機能しているといえるでしょう。

しかしながら、中絶は低下していますが、なくなっているわけではありません。そこには、まだまだやらなければならないことや、やるべきことがあります。カザフスタンではまだ中絶は多く行われています。こ



の妊産婦死亡率の3分の1が中絶によるものです。ですから、中絶は、全くなくすことが望ましいのです。ただ、究極的には選択の自由の問題だと思いますから、中絶禁止を訴えたくはありません。ただ、リプロダクティブ・ヘルス・サービスがあれば、また避妊方法が使えれば、中絶は必要ないものになると思います。そんなものだと思います。

次に、出生率から死亡率のほうに話を移したいと思います。

死亡率でも二つの指標を見てみたいと思います。一つが出生時平均余命 (LE)、もう1つが年齢ごとの死亡率 (ASDR) です。出生時における平均余命というのは、よく使われる指標です。人間開発の分野でもよく使われます。つまり、その時々々の死亡リスクを考えた上での乳幼児の余命になるわけです。特に生活水準、また貧困のレベルに関係があります。また、年齢ごとの死亡率 (ASDR) ですが、年齢層ごとにどの程度の死亡率かを示したものです。

次のスライド7をご覧ください。これは出生時の余命で、大変重要なものです。1991年と2004年を比べています。ほとんどの国でこの年齢が低下していることにご注目ください。カザフスタンが61.3から60.7に減っています。キルギスタンでは62.7から少し増えています。タジキスタンでは64.7から61.5になっています。こういった国々において一貫して出生時の平均余命が、ほぼ同じか減少しています。本来なら増え

### Life Expectancy at Birth, 1991 and 2004 (years)

Country	Male		Female	
	1991	2004	1991	2004
Kazakhstan	61.3	60.7	71.2	71.7
Kyrgyzstan	62.7	63.8	71.4	72.1
Tajikistan	64.7	61.5	70.5	67.5
Turkmenistan	60.3	57.9	67.4	64.9
Uzbekistan	63.5	60.7	70.4	67.7
Japan	76.1	77.7	82.2	84.5

Source: US Bureau of the Census, internet data base

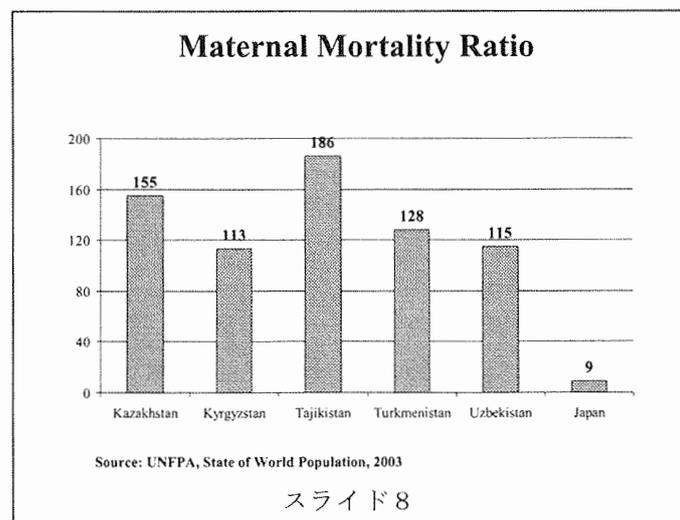
スライド 7

るはずですが、開発が進んでいますから、余命も延びるはずなのですが、そうでありません。余命が一定、あるいは減っているのです。これは、現在の生活水準について多くを語っていると思います。つまり、生活水準がこの地域で悪化したということです。

日本の数字と比べてみてください。日本のほうがずっと高くなっています。中央アジア諸国よりも10年以上高くなっています。2004年の値では、男性は78歳、女性は85歳ですね。ところが、中央アジアですと、およそ60から65歳です。

この違いはご出席いただいている国会議員の皆様には少し刺激的なことではないでしょうか。つまり、日本の例を見ていただければ、中央アジアの国々などではまだ死亡率を減らす余裕、平均余命を延ばす可能性がある、そんな風に言えるのではないのでしょうか。皆さんの国ではどうでしょうか。

次のスライド8をご覧ください。妊産婦死亡率を国ごとで比較したものです。先程、中絶率についてお話ししましたが、妊産婦死亡率は、まだこの中央アジア諸国では大きな問題です。先進国に比べて高い率になっています。また、国家が発表した公式な統計とその他の独立した機関による統計の間には大きなギャップがあります。

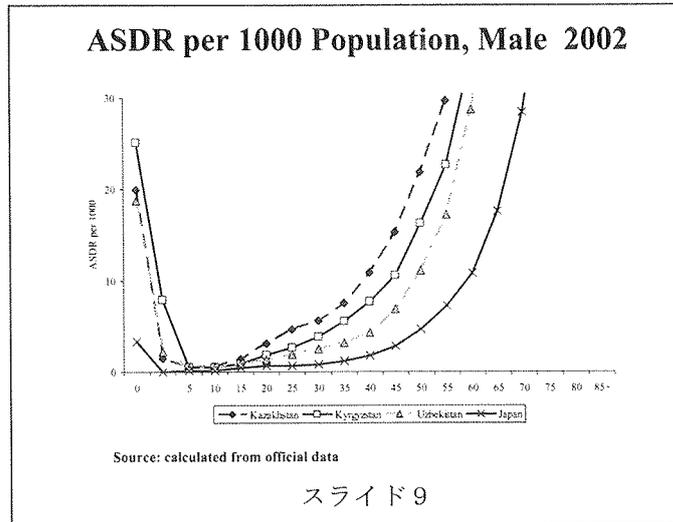


ここに示された公式な統計はあまり信用できません。問題の一つはその計測方法、またもう一つが定義の仕方です。こういった国々はソ連時代のやりかたを踏襲しています。そうすると乳幼児の死亡率も妊産婦の死亡率も低く出ます。実際そういった統計を見ましたが、全く信頼に値しませんでした。そういうわけで、公的な数値はまったく信用できません。独立機関の数値の方が信用できます。そこで、独立機関の数値を見ますと妊産婦死亡率はかなり高くなっていることがわかります。それだけに、まだ妊産婦死亡率を減らす上でやらなくてはいけない仕事があると思います。

それではさらに詳しく、別の視点で死亡率を考えて行きたいと思います。

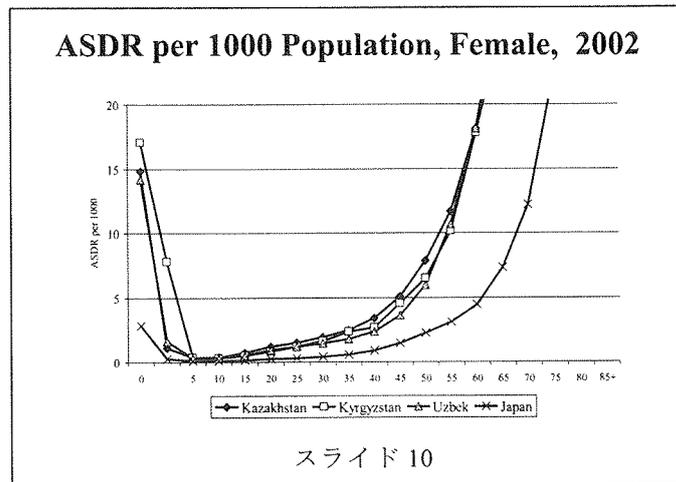
次のスライド9をご覧ください。これは年齢別の死亡率です。1年間に1000人当たり何人死亡しているのか、それを年齢別に見ているものです。こちらの数字をご覧ください。カザフスタン、タジキスタン、下が日本になります。これは5歳未満の乳幼児死亡率です。ここでは、日本とその他のアジア諸国とにかなり大きな格差があります。また、他の年齢層でも格差があります。5歳から15歳の間、死亡率は低くなっていますが、ここでは大きな格差はありません。しかしながら、20歳を上回るとまた大きな格差がでてきます。そして、その後は、格差がさらに大きくなるわけですが。日本の死亡率は、どの年齢群においても、とても低くなっています。特に中央アジア諸国と比べると非常に低いものです。ただ、このことが示す事柄は悲観的なものではなくて、むしろどの年齢にわたっても死亡率をかなり大きく減少させる可能性があるということが

いえます。



特にカザフスタンの男性の死亡率は非常に高く、ウズベキスタン、キルギスタンよりも高くなっています。どの年齢層でもそうです。5歳から、そして年齢が高くなるに従って死亡率が高くなっています。25歳から30歳の間の死亡率も非常に高いということがおわかりいただけると思います。この年齢層の死亡率が高いということは、カザフスタンでは、事故が増えているということです。また、冒険的な、あるいは暴虐的な生活スタイルということが死亡率につながっているということになります。

次のスライド 10 をご覧ください。こちらは女性の死亡率です。やはり男性のものと非常に似た形になっています。日本が最も低くなっています。ここでも大きな開きが日本と中央アジア諸国にあります。このギャップを、開きを狭めていくためには、やはり生活水準というものを見直していく必要があると思います。



それでは死亡率についてはまとめて見ましょう。先にご説明したように、タジキスタン、トルメニキスタン、ウズベキスタンでは、死亡率が高くなってきたということです。カザフスタンとキルギスタンではほぼ同水準というところですが、カザフスタンでは死亡率が、もちろん先進国と比べると高いわけですが、特に妊産婦死亡率が高くなっています。また、新しい驚異としては HIV/エイズがあります。HIV/エイズの影響はまだ小さいわけですが、残念ながら他の国々と状況は、今後 5 年、10 年は、この HIV/エイズが大きな驚異になってくると思います。ですから、この HIV/エイズの問題を考えられないほど大きな驚異になる前に、何ら

かの対策を打つ必要があるでしょう。

次に、人口移動の変化スライド 11 を見ていきたいと思います。これは、公式な統計資料に基づいたものです。ここで示された数値は、国に入ってくる人数と出ていく人数の差を示しています。カザフスタンの箇所を見てください。ここでは、マイナスの数字が出ていますが、これはカザフスタンから離れていく人が多いということを示しているのです。1999年に比べて多少低くなっていますが、2000年でも6万人程度の人が国を離れています。ですから、この場合移民が人口減少の大きな要因になっているといえます。この中央アジア地域の国全てで、人口移動がマイナスになっています。カザフスタンではマイナスの数字が大きくなっています。政治的あるいは民族的な理由からが国を離れる人が多かったのですが、最近では経済的な理由から国を離れる人が増えています。

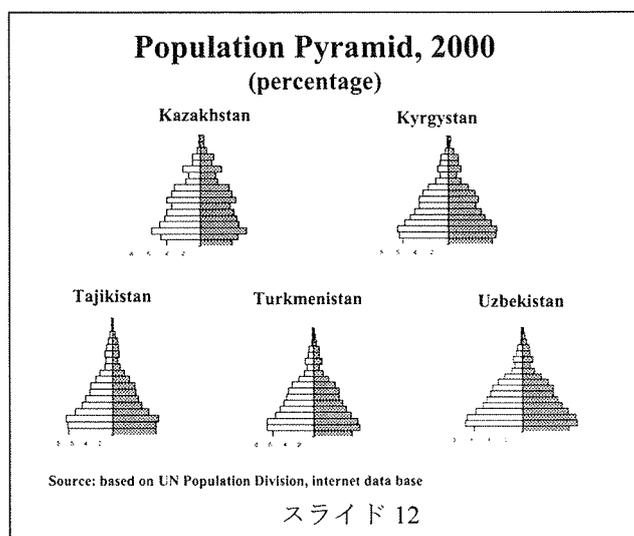
**MIGRATION**  
**Net Migration per Annum (thousands)**

Country	1999	2002
Kazakhstan	-123.6	-62.0
Kyrgyzstan	-10.0	-27.7
Tajikistan	-14.9	-13.5
Turkmenistan	-9.4	-8.6
Uzbekistan	-62.1	-83.3

Source: official data, \* for 2000

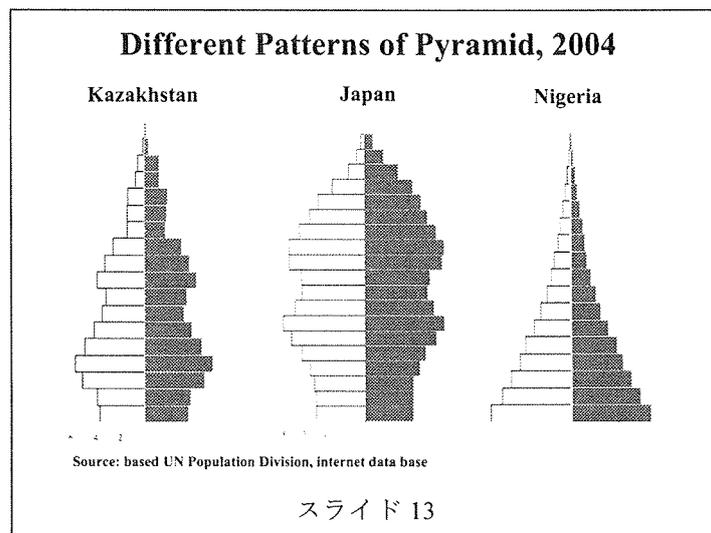
スライド 11

人口規模やその構成年齢、性別といった人口構造は、出生、死亡、移住のバランスに影響を受けます。その詳細を概観するために、人口ピラミッドをスライド 12 で見ていきたいと思います。この人口ピラミッドは、人口構造を見るのによく利用されます。これは、パーセンテージで表したピラミッドになります。右側が女性、左側が男性になります。横軸の目盛りは、パーセントを示します。縦軸の目盛りが年齢です。5歳ごとに区分しています。



このピラミッドからわかることは、まず人口が一番集中しているのが、15歳から20歳ということがわかります。カザフスタンでは15歳から20歳。他の国々でも15歳から20歳の人口が多いということになります。他方で、5歳から9歳の人口割合は、15歳から20歳のブロックより小さくなっていますし、0歳から4歳はさらに小さくなっているということがわかります。これは出生率が下がっているために下のほうがしぼんでいるのです。

ここでも、各国の比較を試みたいと思います（スライド13）。カザフスタン、日本とナイジェリアとの比較です。ナイジェリアは、本当にピラミッドの形をしています。若いほど人が多くて、上にいけばいくほど人が少なくなっています。カザフスタンとはずいぶん形が違います。ナイジェリアがなぜこういう形になるかという、出生率が非常に高く同時に死亡率も高いからです。出生も死亡も高い場合に、このような人口構造になるのです。たくさん生まれてもすぐに死んでしまうのです。日本はここ15年ぐらいは出生率も人口もほとんど同じで動きがありません。ただ、15年から30年ぐらい前を見ると、出生率がかなり下がってきてしまっています。そのためにこのような形になっているのです。カザフスタンは出生率がここ10年から15年の間に減少を始めているので、このような形になっているということです。



ここで、人口構造についてももう少し詳細にお話しします。このピラミッドでは年齢、性別に分けているわけですが、これは生活の質や開発に大きく関わりがあります。例えば、下の部分は子どもたちです。表の右側は女性の人口です。若い女性の人口を見れば、子どもを産む可能性がある女性がどれくらいいるのかわかります。また労働人口を見れば、どの程度、働いているあるいは失業中の人々がいるのかわかります。また上の部分を見れば、高齢者、すなわちすでに仕事を退職している人の割合がわかります。どれだけの人口が従属してくるのか、年少従属になるのか、あるいは高齢従属になるのか、あるいは労働人口がどのくらいなのかということも見ることもできるのです。

それをさらに次のスライド14で見ていきたいと思います。年齢ごとの人口割合が示されています。先ほど人口ピラミッドでご説明したように若い年齢が減っているのですが、0歳から14歳までの人口割合がパーセントでも減っていることがおわかりいただけます。どの国でも減少傾向にあります。日本でも減少しています。

では、15歳から64歳までの労働人口を見てください。1990年から2005年に、かなり増えていることがわかります。日本は例外的に若干減少しています。

では、65歳以上の高齢者を見てみましょう。この高齢従属人口を見て、特に注目したいのは、中央アジア諸国では高齢者の割合が上昇し始めていることです。まだ割合としてそれほど大きくありませんし、上昇率

もそれほど大きくはありません。カザフスタンの場合、この 90 年から 2005 年に 5.2%から 8.6 %に上がっています。キルギスタンは 5.0%から 6.5%、ウズベキスタンは 4.0%から 5.2%ということですから、上昇率は少ないわけですが、上昇はしています。

	0-14		15-64		65+	
	1990	2005	1990	2005	1990	2005
Kazakhstan	31.8	23.5	63.0	68.0	5.2	8.6
Kyrgyzstan	37.6	30.5	57.4	62.9	5.0	6.5
Tajikistan	43.2	34.3	53.0	60.7	3.8	5.0
Turkmenistan	40.5	32.0	55.7	63.3	3.8	4.7
Uzbekistan	40.9	31.7	55.1	63.2	4.0	5.2
Japan	18.4	14.0	69.6	66.3	12.0	19.7

Source: UN Population Division, internet data base

スライド 14

ただ、この高齢従属人口というのは、中央アジア諸国では、まだ小さい。そして若い人口も減っています。そして経済活動年齢人口は非常に増えている。高齢人口が一定している、もしくは若干しか増えていない。こういった現象のことを、デモグラフィック・ウインドー・オブ・オポチュニティーと我々は言っています。「人口の窓」、「チャンスのある窓」というのでしょうか。経済活動によって人口も増えていきます。ですから、今こそ、この機会を利用していくことをお考えいただきたいのです。

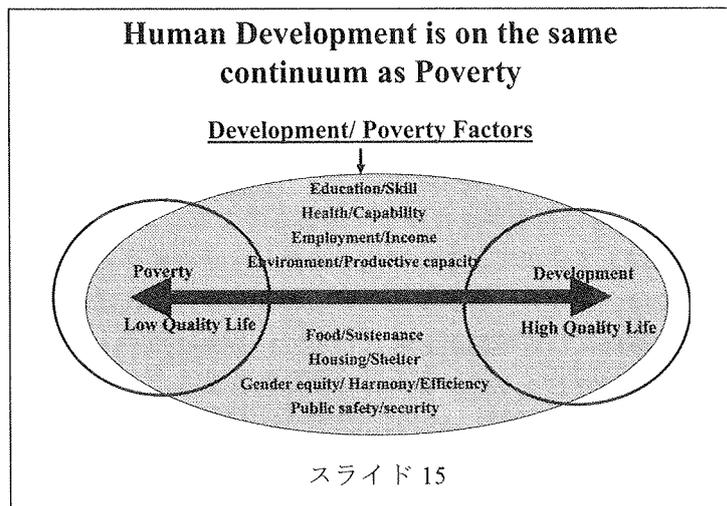
ここでは、中央アジア諸国が、今こそチャンスを抱えていますと指摘したいと思います。このチャンスをつかまないと、この先 5 年、10 年の間に開発が非常に難しくなってしまうわけです。今こそ、このチャンスをつかんで開発を続けていく、人口構造から見て今まさにその時だというわけです。

それでは、人口、開発、そして貧困についてお話をしたいと思います。ここでは、この人口、開発と貧困を関連づけることがなぜ重要なのかをお話ししたいと思います。

まず、開発と貧困といいますのは、一つの延長線上であるといえると思います。貧困は延長線上の端にあり、その反対側の先に開発があると思います。開発して国は栄えていくわけです。開発という定義をそのまま考えますと生活の質の向上、生活水準の向上になります。健康、教育、自由、公の安全性、家庭、雇用、環境、食物、そしてジェンダーの平等といったものを、開発をはかる指標と見ることができるでしょう。こういったことが、人間開発の指針となるわけです。それには、開発というものが本当に人間の開発につながっているのかということ、常に考えながら国の開発を考えていく必要があると思います。生活の質を向上させなければ、人間開発にはつながらない。死亡率、出生率、そして人口構造を踏まえながら開発を考えなければなりません。一つ一つ説明する時間はございませんが、関連付けて考えることによってわかることが数多くあります。人口が増えれば、雇用も増やさなければならない。家も増やさなければならない。雇用のチャンスが減ってしまえば、ここでまた問題があるということで、人口と全てが関連付けられているということになります。

簡単な図（スライド 15）をご覧ください。これは人口の要素と貧困、開発の要素を位置付けたものです。この図ですけれども、左側には貧困があります。

各国はもちろん開発に向かう必要があるといえます。しかし、今あるところにとどまることもできるし、逆戻りするということもできます。過去 10 年間を見ると、アジアの国々の中には逆戻りをしてしまっている



国もあります。健康状態が悪化していたり、雇用や死亡率が高まったりするという点で、逆戻りをしている国もあるわけです。ただ、右側に進んで開発を促進している国々もあります。そのためにも、教育を高める必要があります。教育が向上すれば、スキルを身につけて経済発展に貢献できるからです。また、生活の質も向上させていく必要があります。そのためには雇用を増やしていかなければなりません。また、衛生的な環境も必要になります。そうすることによって、人口を増やすことができるのです。それゆえに、人口、性別、そして死亡率、出生率などが、開発・発展などをはかっていくための大きなパラメーター＝指標になるといえるわけです。

国会議員の方々も誰であっても、自分の国を発展させたいと考えています。人間開発を達成させたいと考えていることでしょう。そのために政府は開発・発展のための要素にその努力を集中していく必要があります。この努力を通じて、より良い健康、より良い教育、そして平等、より良い住居、適切な収入の確保を達成することができるようになります。時として、経済的な発展だけで充分ではないかという声もきかれることがあります。しかしそうではありません。経済発展だけでは、あるいは所得が増えるだけではダメなのです。所得の増大だけで人間の発展というものを支えていくことはできません。その他の側面も見なければならぬのです。

最後に今回の報告をまとめたいと思います。開発と貧困は関係があります。一つの延長線上での対極に属しているということがいえると思います。ただ、前進するためには、社会的なパラメーター、教育、ヘルス、家庭、環境など、先程申し上げた要素も考える必要があるということです。そして人間のあらゆる側面を考える必要があります。経済側面だけでは不十分です。また、開発は持続可能なものでなければなりません。そのためには、天然資源を賢く使っていく必要があります。そうすることで持続可能な開発が可能となり、今後、未来を傷つけない形で、今あるものを維持し、そして発展していくことが可能になるのです。

出生率がまだまだ高く、またリプロダクティブ・ヘルスについてもニーズに追いついていないという状況が中央アジアにはあります。この状況を改善していかなければなりません。理想的な人口については、いろいろな見方ができると思います。多くの地域からいらした国会議員の皆様方ですから、人口について様々な論議がなされていることをすでにご存知のことと思いますが、理想的な人口は多ければいいというものではないことを確認したいと思います。持続可能な開発をサポートできる規模が、最も適切だと私はいえると思います。最適な形での開発を行うことは、人口が増えなくてもできるわけです。あるいは人口が減っている状況でもできるわけです。人口を増やして開発していくことが必ずしも必要ではありません。逆に早いスピードで人口が増えているから開発が可能であるとはいえません。

先程申し上げたように、中央アジアは、人口構造を利用した開発のチャンスをつかむ良い時期にあるわけ

で、それを利用していく必要があるでしょう。何らかの理由で人口を増やしていきたいと考えている場合には、政府は出生率だけを考えるのではなくて、人の移動や死亡率についても考える必要が出てくるでしょう。人の移動もコントロールしていくことが必要でしょう。移民を多く受け入れるのも、人口を増加させる要因になるかもしれません。また、この地域では、死亡率がまだ高いのです。特に妊産婦の死亡率が高くなっているわけで、その改善が必要になってくると思います。

私自身、こういったことには、ソ連の影響がまだ残っているものと思います。私が調査しているだけでも、やはり郊外での人口がどんどん増えています。これは他の世界とは逆の傾向です。通常は都市化が進んでいるはずなのですが、この地域では、郊外の人口が増えているわけです。これは都市への移住が法律で管理・制限されているためでしょう。移住には許可証が必要になっているわけです。この点について、やはり自由を提供していくことが必要ではないでしょうか。自由に移住できるように、そのような自由を提供していくことが重要だと思います。

また、このスピーチを準備する中でいろいろさせられた点でもあるのですが、現在、まだ適切な統計が手に入らないということです。これも、やはりソ連の悪影響だと思うのです。秘密主義が横行しています。統計というもの、これは開発のために使われているわけで、現状を分析するためにデータがあるべきです。天候など気象情報などを検討するためにもデータが必要になってきます。もちろん、経済政策を決めるためにもデータは必要です。現在、出生率、死亡率、生活水準、あるいは様々な統計が必要になっています。しかしながら、なかなか統計データが手に入りません。これはウズベキスタン、トルクメニスタンなどが特にその傾向が見られるわけです。

ですから、政府の方々にはこの状況を考えていただきたいと思います。統計データをオープンにして人々の研究・調査のために利用できる環境にしていきたいと思います。

どうもありがとうございました。

## < 討議 >

### 議長：

ツムカヤさん、どうもありがとうございました。ご存じのとおり人口は持続可能な開発の問題の一つです。持続可能な開発という言葉は理解しにくい言葉です。今回のご説明では、“現在の世代のニーズを満たしながら、その際に将来の世代のニーズを満たす能力に危害を加えない開発”ということでした。それから、人口は、人口の移動、出生率の増加、死亡率の低下といったものに影響を受けるということです。マレーシアの平均余命は、男性が 70.1 歳で女性が 75 歳ぐらいです。特に農村地域では、高齢者の人口比率が増加しています。それではご質問をどうぞ。

### ベトナム：

二つ質問があります。第一に、ジェンダーの問題はどうなっているのでしょうか。報告の中では、男女の平均余命に 10 年ほどの格差がありました。他の国は 3~5 年なのですが、これほどまで男女間に格差があるのは、なぜですか？ お酒を飲むからでしょうか？

第二に、都市化です。カザフスタンでは都市化の状況はどうなっているのでしょうか。ソ連は人口移動を掲げていましたが、ソ連邦崩壊後、都市化はどうなりましたか。農村から都市への人口の移動はどうなりましたか。

### ナシム・ツムカヤ：

まず、ジェンダーの問題についてですが、男性の死亡率はいつも女性を上回ります。このことは普遍的に観

察されていることです。例外は世界の中でもバングラデシュとインドといった2~3カ国に過ぎません。

しかし、この状況も変わりつつあります。それらの所では、男性と女性の死亡率はいつも差があります。女性は頑丈なのですね、死亡率が低い。全ての年齢層でそうです。文献によれば、生理学的な、生物学的な理由であるということです。しかし、国ごとに格差があります。ご指摘のように、カザフスタンでは男性の死亡率は高いです。その理由は、いろいろなリスクに晒されているからといえます。カザフスタンからの参加者が、この点を説明してくれるのではないのでしょうか。確かに、お酒を飲む、無謀な運転をする、そういうような死亡原因と、暴力によるもの、交通事故等々があるわけです。こういうことでも格差が出てきます。

では、次に都市化について。先程の繰り返しになりますが、カザフスタンでは農村人口の比率が上がってきています。つまり、都市化は生じていません。世界とは逆の傾向を示しています。世界では、都市化が進行しています。都市化は通常、近代化に伴って生じる一つの現象であるといえます。農村人口が増加して、農業から解放され、人々が都市に入ってきます。そして賃金をもらう仕事をします。こうして都市自体も大きくなるのです。都市人口が増え、都市部の人口比率が高くなるのです。ところが、カザフスタンではその逆が起こっています。私の見るところ、理由は二つあります。第一の理由は、都市から海外に出ていった人が多いということ。第二の理由は、人の移動が農村から都市への移動が未だに制限されているためです。つまり、人口の移動の制限があるためです。

#### **カザフスタン：**

この場をお借りしまして、現在のカザフスタンの状況を説明したいと思います。

わが国カザフスタンはとても難しい経済状況にありました。2000年になって、ようやく90年代の水準までGDP水準を向上させたのです。

各国にはその国名前のもとになっている民族とその民族に属さない人々があります。カザフスタンは旧ソ連邦時代、中央アジア諸国の中で、カザフ族以外の人口比率が最も高かった国でした。それだけに、経済状況が困難な時期に、多くのカザフスタン人以外の民族が国を出たのです。例えば、ドイツ入国が容易になったとき、80万人のドイツ系カザフスタン人が出国しました。ロシアには150万のロシア系カザフスタン人が移住しました。

ツムカヤ氏が言われたように、中央アジアでは統計が十分に公開されていません。情報が公開されていないのです。統計によるとキルギスタンの死亡率の方がカザフスタンよりも高いのですが、これはあり得ないと思います。統計に関する情報が手に入らないだけだと思います。カザフスタンの状況が、キルギスタンより悪いとは思えません。

それから、先程お話のありました男性の死亡率についてですが、カザフスタンでは、自殺率がとても高くなっています。2002年の統計では、カザフスタンにおける自殺は殺害、殺人よりも多かったのです。理由は、カザフスタンが市場経済へ移行にあたって最も厳しい道を選択し、そのため心理的な障害を受けた人が多かったといわれています。2002年に4000人以上のカザフスタン人が自殺したのですが、その8割は男性でした。

これまでの10年間に生じた事柄を踏まえて、カザフスタン政府が人口問題を改善するためにどういうことに取り組んでいるのかについて説明したいと思います。

今でもWHOの基準にまだ到達していませんし、1人当たりのGDPのレベルも低いレベルにとどまっていますが、大統領が今年(2004年)承認した人口問題の改善プログラムでは、2010年まで医療に予算を増やす計画を立てることや、国民への淡水の提供のために、予算支出を大幅に増加することが決まっています。キルギスタンは淡水資源が豊富ですが、それに比べてカザフスタンは乏しく、キルギスタンから購入する必要があります。また、出産時の補助金や、子どもを育てている母親に対する手当ての支給なども検討されています。また、来年(2005年)から住宅建設に対する国家予算も増大します。現在、カザフスタンでは42%の人口が農村地域で住んでいます。多くの農村地域は衛生状況があまり良くありません。そのため、カザフ

スタン政府としては、都市化を進めるようにしています。また、都市部の出生率は以前からずっと低いままです。経済開発の潜在力を高めるためには、その都市における出生率を、農村での出生率と同じような水準に持っていかなければなりません。また、報告の中にあったように、国民が自由に移住できるように、住居を備えます。さらにカザフスタンの経済的な状況がより改善されることによって、ロシアなどに移出したロシア系民族が戻ってくる例に見られるようなことが生じることでしょう。また、明日の発表の中で、カザフスタンの活動に関してさらに詳細な情報が公開されると思います。

#### 質問：

すばらしいお話でした。私の知る限り補足いたしますと、男性よりも女性の方の余命が長いことについて、私が聞いた理論をご紹介しますと、遺伝的に女性の方が体が強く、飢餓に強かったり、水がなくても育つ、そういうようなことがあるそうです。

それから人口の移動、農村から都市への移住について意見を言わせてください。これは人権の問題だと思います。開発の問題でもあるとおっしゃったようですが、その中で農村から都市への移住を促進すべきであると発言されたと思います。私は個人的に、農村の人は農村にとどまるべきだと思います。教育、医療、雇用、そのようなものが問題になっているにせよ、それらは農村で提供されるべきです。農村の近代化を進めるべきです。農村の人は農村に残っている方がいいと思います。都市化を進めるというよりは、農村の環境を良くすることが大切で、農村に移住する環境を作るべきだと思います。

#### カザフスタン：

カザフスタンのことを補足させてください。私はカザフスタンの獣医をしています。すでにお話のあった問題については、私たち自身、真剣に取り組んでいます。報告は大変興味深いものでした。特に人口構造は印象的です。すでに説明されたように、人口移動（移住）の問題は重要です。第二次世界戦争後、様々な民族が強制移住させられました。一般的にいつて民族問題に関連して、民族紛争がよく見られるものですが、しかしながらカザフスタンではそういう紛争がありませんでした。これは、とても喜ばしいことです。現在、カザフスタンでは 130 ほどの民族が住んでいます、民族間に平和が保たれていることでカザフ族以外の民族の人口が増加しているなど人口にも影響を与えています。もちろん、ソ連が破壊されてから、人口減少が生じました。これは報告にあったように、ヨーロッパ系やロシア系のカザフスタン人の移動が自由になったことで国外に移住したことや、出生率の減少が原因だといえましょう。しかしながら現在、経済活動年齢人口（労働人口）の割合が増えているというのは、80 年代出生率が増えた結果です。つまり、今は、人口増加のためのいろいろな政策が施行されており、その成果が現れてきたということです。現在は特に住宅・住居政策が実施されています。これは、若い国民が家族を形成していく上で住宅が問題にならないようにするためです。このような政策が将来成果をあげるものと思います。

また、移民がカザフスタンに帰国することも起こると思います。例えば、1930 年代に強制移住させられた中国系のカザフスタン人はおよそ 130 万人。また、ウズベキスタンに住むカザフスタン人が 100 万人ぐらいです。ロシアにいるカザフスタン人の中では、現在、カザフスタンの経済状況は改善され、また民族間の紛争がないという点が高く評価されていて、カザフスタンに戻ってくるようになりました。それ以外の民族の方々、ロシア系やドイツ系のカザフスタン人も戻ってくるようになりました。

ただ一つの大きな人口問題として、男子の死亡率がカザフスタンで大きいことを改めて指摘しておきたいと思います。ただ良く理解していただきたいのは、こういったことは伝統的な現象だということです。つまり、女性を守る男子の死亡率が高くてもおかしくない、そんな伝統的な理由があるのです。ソ連時代もそうでありましたし、ソ連時代以前でもやはり男子の死亡率は高かったのです。また、先程、話のありました自殺の要因というののもですが、現在ではその自殺が減少している状況にあります。自殺が多かったのは、様々な理由で生活が苦しかった地域に限られていました。アラル海の付近とか、核兵器実験場の近くなどで、自殺による死亡率が高かったのです。現在は、社会的発展、経済的発展、GDP 成長などの見られるようになって

ています。それゆえ、今後はプラスの効果が見られると思います。

**韓国：**

韓国から来ました。二つほど質問します。この10年間、経済、社会的な水準は上がっていると思います。ですから、常識的に考えれば、死亡率が下がるはずだと思うのですが、なぜ中央アジアで死亡率が増え、平均余命が下がっているのでしょうか。そして妊婦の死亡率が高い、乳児の死亡率が高いのはなぜでしょうか。

今回、大変興味深く思ったことは、カザフスタンと韓国の人口ピラミッドが極めて類似している点です。韓国では10年程前から深刻な人口問題が発生しています。それは一方でTFRが低く、他方で高齢者の増加が急速に進んでいるという問題です。なぜ類似しているのかその理由は良くわかりませんが、カザフスタンの国会議員の皆様にも、韓国の例がカザフスタンにとって参考になるのではないかとお伝えしたいと思います。

**フィジー：**

死亡率、特に妊婦と子どもの死亡率が、他の国と比べるとカザフスタンはずいぶん高いと思います。この妊婦と子どもの死亡率というこの二つの問題を封じ込めれば、多くの問題が解決されます。そこで、質問したいのですが、医療、ヘルス・サービスの平均的な予算の金額はどれくらいになるでしょうか。医療関係の予算の比率は何%になるでしょうか。報告と関係ない点かも知れませんが、良ければ教えてください。

**韓国：**

今回の報告では取り上げられなかった二点を質問します。第一に、文化について触れられませんでした。そのことについて、中央アジア諸国の伝統・文化についてコメントをいただきたいと思います。第二に、SARS等感染症の予期できない発生があった場合、人口構造や出生率にも変更が生じるのではないかという懸念です。これを人口変動に影響を及ぼす三つの要素について報告がなされましたが、こういった感染症の発生なども研究の中に含めていったらどうでしょうか？

**ナシム・ツムカヤ：**

ご発言いただいたカザフスタンの国会議員の方々に御礼申し上げます。大変明確にカザフスタンの状況をお話いただいたと思います。また、ご意見ありがとうございます。

今、韓国の議員の方から質問がありました。

第一に、死亡率の上昇についてです。死亡率が上がっている最大の理由は、これまであった社会・経済制度が悪化したことに伴うものだと思います。ソ連邦の崩壊後に、今までの制度というもの、教育や住宅、雇用、所得というものが、全く崩壊してしまいました。職が失われ、貧困状況に陥りました。それだけで貧困のレベルも上がってしまいました。医者など全く給料を受け取れなかったケースもありますし、病院の施設などそういったものの質も悪化してしまいました。それゆえ、貧困水準が上昇し、生活水準が下がった、それが主要な原因だと思います。

しかし、改善も見られています。ようやく制度が整いつつあるのです。この改善によって、古い制度よりもよい制度が確立できればと思います。これは時間がかかると思います。ただ、これについて大きな懸念があることを、声を大にして言いたいと思います。これはぜひ議員の方々に聞いていただきたいのですが、政府の公衆衛生や医療制度に支出額が大幅に減ってきています。カザフスタンでもそうです。つまり、医療サービスに使われる政府の予算が低下してきたわけです。これは国民が医療に対して自分でその費用を支払わなくてはならない状況になってきたことを意味します。ただ、これによって、国民にどのような影響が生じているのかはまだ良くわかりません。しかしながら、死亡率の上昇は、やはり、この政府予算の減額が大きな理由の一つだと思います。通常は、開発レベルが上がるにつれて所得が上昇する。そして、医療費が払えるようになる。しかし、今では、貧しい人の多くは医療費が払えないという状況になっています。

二つ目の質問について、乳幼児と妊産婦の死亡率ですが、これも、同じ答えになると思います。私自身が携わったウズベキスタンの調査結果からお答えしたいと思います。これは非常に驚くべきものでした。これまで、中央アジア地域は先進地域であると思っていました。しかし、実際は先進地域ではなく、開

発途上国の水準以下の場合もあります。調査結果によっては開発途上国でも今まで目にしなかったほど低い水準のものもありました。例えば、産院などの機器などは大変古く、診断内容の質も低いものなのです。また、医者への給料もあまり高くなく、なおかつ給料の未払いも長く、モラルも低くなっています。実際には、こういう要因が複雑に絡んでいるのだと思います。そのために、乳児死亡率や妊産婦死亡率が高くなっていると思います。

それから、韓国での年齢構造とカザフスタンが似ているという点、非常に興味深いと思いました。今後、研究しないといけないと思います。

フィジーの方の質問、妊産婦死亡率に関してですが、これは大変深刻な問題です。この理由はやはり中絶だと思います。中絶が高い妊産婦死亡率の原因だと思います。もう一つ考えられるのは、古い制度からの移行ということです。古い制度のもとでは、妊産婦死亡率がどれくらいだったかはわかりません。古い制度のもとでの統計というのは全く信頼できないからです。しかも、この出生という定義と妊産婦死亡率という定義が全く不適切であったと思います。現在は若干有効なものになってきていると思います。同時に、医療制度にも問題があるために、妊産婦死亡率が高くなっています。実際、医師による医療過誤の結果として妊産婦死亡が引き起されているという面もあるわけです。

貧困水準ですが、多くの指標を見ますと、貧困水準が以前より高くなっています。そのために、所得を稼ぐ機会が失われてしまいました。また、無料で与えられていた医療サービスが、今では無料で与えられていないということで、これも死亡率を高くしている一つの理由だと思います。

文化が、とても重要な役割を果たすということに同意いたします。私もそのような文化的な要素を考慮したいのです。この地域においては、文化・伝統というのは、とても強力です。例えば、家族関係が密で、家族がお互いのことをケアするというわけです。そういうような文化的な要素が社会的な安全網となっているわけです。

今、貧しい人たちはやはり家族に頼っているわけです。それが人口にどのような影響を与えているかというのもまた、明らかです。例えば早く結婚する。ウズベキスタンでは、大卒の人々が早く結婚して、早い年齢で子どもを産んでいるという、西側とは逆の現象が見られます。これはやはり伝統とか、文化的な要素によるものです。こういうような伝統を使って、死亡率、あるいは妊産婦死亡率を減らしていきたいと思っています。

それからまた、高齢化については、今年 12 月にクアラルンプールで議論することになっていますので、その時にお話ししたいと思います。

**議長：**

ありがとうございました。この地域の状況をご丁寧に説明していただきましたので、非常に良くわかりました。ツムカヤさんに大きな拍手をお願いします。

## セッションⅡ

### 人口と高齢化 —未来への影響—

# 人口と高齢化—未来への影響—

講師：ソロコ・エブゲニー・ロホビッチ

ロシア科学アカデミー経済予測研究所 人口・人類生態学センター主任研究員（ロシア）

議長：マレニー・スカヴェジジョウオラキット AFPPD 事務総長（タイ）

議長：

ソロコさんは、モスクワにあるロシア科学アカデミー経済予測研究所人口・人類生態学センターの主任研究員です。

ソロコ：

議長ありがとうございます。私は今年で設立 16 年を迎える人口・人類生態学センターで活動をしている人口学者です。センターでは、今年で 10 回目になる年次発行の“ロシア人口報告書”と“人口と社会”という月刊広報を発行しています。

私のプレゼンテーションの主眼は高齢化についてです。ここでいう高齢化とは、人口における高齢者の比率が増加するという現象です。この現象は 20 世紀の半ばに一部の先進国で始まりました。そして、ここ 20—30 年の間に他の先進国でも同様の現象が起こり、多くの国で高齢者人口の相対的な規模が大きくなっています。現在、この現象は先進国に限らず開発途上国でも広がっており、世界的に広まった現象であるといえるでしょう。

高齢化は、いろいろな用語で定義することができます。第一に、人口年齢性別のいわゆる人口ピラミッドでいえば、このピラミッドの形が上辺がより左右に広く、底辺が狭い形の逆三角形になると、高齢化をあらわす人口ピラミッドといえます。第二に、人口の平均年齢でそれを示すことができます。人口の平均年齢とはある国の全人口の平均年齢を意味します。人口が高齢化する時に、それに比例し平均年齢も高くなります。第三は、従属人口指数です。経済活動に従事しない高齢従属人口比率は、人口の高齢化が進めば高くなってきます。

これらの現象は出生率と死亡率が低下することによって起こる、人口年齢構造の基本的な変化を意味し、高齢化は避けることのできない人口転換の過程なのです。高齢化には 2 種類あるといわれており、一つは高齢者の増加によって生じるもので、もう一つは年少人口＝出生数の低下に伴って生じるものです。

ここで討議すべき問題をあげてみましょう。

まず問題となるのは、高齢化とは純粋な人口のプロセスなのか、その性質は単に人口だけではなく、もっと広い分野でも影響し得るのかということです。

人口学者たちはこうした性質を予測し、人口統計を行っておりその成果には大きな価値があるといえます。その結果によると、この人口のプロセスによって経済、社会、文化的な関係やそれらの構造、さらにはその他の側面にも大きな変化が起こっていることがわかりました。したがって、高齢化とは人口分野を越えた 21 世紀のチャレンジであるといえます。これらは国民だけの重要な問題なのでしょうか。あるいは、政府にとっても重要なのでしょうか。

前述したように、この問題は多くの側面を持っており、一国の国民のみならず国家を超越した問題です。ですからこの高齢化という問題が今、ますます社会に反映されるようになってきているわけです。そして多くの国際的会議、国内会議、フォーラムで高齢化という題材が討議され、注目を得るようになってきました。政府や国民の関心は、まず第一に高齢者の社会、経済的地位が高齢化によってどのように変化するかにあるでしょう。そして、またその地位の変化が文化、経済、政策に対して持つ結果や影響も重要な問題です。

さらに問われることは、高齢化問題における優先順位は何か、高齢化に対しどのような政治、経済的な対策が実施できるかということです。

まずここで、高齢化の規模は大きくなる一方であり、その問題は拡大し続けるものであることを強調しておきたいと

思います。新たな課題が生じる中で、私たちは十分な知識と情報がなければ適切な行動をすることはできません。高齢化に関連する問題をより深く研究、測定、分析、理解し、討議をする必要があります。この十分な研究を通してのみ、新しい政治的、社会的な行動をつくりだすことが可能になるのです。

国連や他の国連機関はこのような研究に関して、豊富な経験を持っています。国連は1999年を「国際高齢者年」と宣言し、いくつかの高齢化に関する国際的な文書を発表しました。例えば、「国際高齢化行動計画」「国連高齢者原則」「2001年高齢者年における国連の目標」などです。また、国連欧州経済委員会は各国政府、NGOがこれらの課題に対して円滑に活動できるように、UNFPAの財政支援を受け、何年もこの問題について取り組んでいます。この活動の中で、高齢者は社会や経済に貢献することができると位置付けられています。したがって高齢化とは社会への負担ではなく、社会が発展する上での良い機会であると考えられています。高齢者はジェンダー、社会・経済的状況、文化的な背景、身体的な状況の違いという多様な背景を持っています。

国連、国連欧州経済委員会、UNFPAでは様々なデータを收拾し、調査・研究活動を行っており、多くの情報を適切で良く整理された資料にするための活動も行っています。このような資料は社会経済、高齢者の研究に使用されたり、国家的な政策策定が行われたりする場合や緊急事態に対応する上で大きな役割を果たしています。

既存のこれまでに実施されたヨーロッパにおける高齢者に関する研究の調査およびリストに拠れば300件以上のプロジェクトが高齢化問題を扱い、高齢者に関する研究書を発行しています。この研究書はアジアをはじめ世界各国における高齢者に関する研究にも貢献できる大変合理的な研究であると思います。

それでは、高齢化に伴って生じるいくつかの結果についてお話いたします。この高齢化という現象はこれからも継続します。したがって地域社会や政府は適切な対応をすることが重要になります。現在、先進国での65歳以上の高齢者の割合は10-15%で、2030年までに20-30%にまで増加すると予測されます。ある国では85歳以上の最高齢者は高齢者のうち20%を占めており、将来この割合も高齢化の進展とともに増加します。高齢者の男女比は大変非対称的であり、男性6に対し女性は10です。最高齢においてはより非対称性が強まり男性が減少、女性が増加すると予測されています。この割合は数十年後でも変わらないでしょう。

このような人口学的な変化はその国の置かれた歴史的背景、文化的、政治的な制度の違いによって異なると考えられますから、世界各国で様々な形態をとることになるでしょう。したがって、各国はそれぞれの国で自国に合う対処法を考え措置をとらなければなりません。

多くの高齢者、特に最高齢者は医療、健康、経済的に脆弱な立場に置かれているといえます。高齢化とは、疾病、あるいは障害、死亡の原因、医療のニーズ、関連するコストに関して新しい構造を構築することが必要となります。特に医療に関係する問題は、これからもますます深刻になり今後の課題になるでしょう。高齢化は各国の死亡率、あるいは寿命の違いにより、生じてくる課題も異なっているため国ごとで比較研究が必要になります。

また、社会保障、医療保障、年金制度も高齢化により大きな圧力を受けることになります。公的、あるいは民間の財源をどのように振り分け、その財源をどのように確保していくのかなど、今後、どのような方向性にシフトしていくかを充分検討することが重要です。さらに、高齢化によって人口構造そのものに変化が起こるため、様々な変化が始まります。まず、労働人口の減少から高齢者による労働参加の必要性も出てくるため退職年齢も同時に変化し、また、出生率の低下、結婚率の低下、離婚率の上昇、高齢者の独居数の増加、老人施設のあり方なども問われるでしょう。

このように人口の高齢化は様々な問題と相互に関係しており、21世紀の大きな問題となります。これからさらに研究を重ね国民に、いろいろな情報を提供していく必要があります。また、対策としては地域が一体となり取り組むことです。

次に私が掲げる二つの架け橋についてお話します。一つはヨーロッパとアジアの架け橋についてです。アジアでも多くの高齢化研究が行われていると思います。これまでヨーロッパでは何百もの研究が行われてきました。この経験は大変役に立つと確信していますし、ヨーロッパでの研究を利用することは極めて合理的です。二つ目の架け橋は多くの人に人口に関する知識を普及させるということです。先の報告者により言及されたような目標につながります。

人口と開発のプログラムを成功させるためには、質の良い情報がその社会にあるかがカギとなります。そしてその目

的とテーマを熟知しておく必要があります。そうでなければ、間違った政治行動を起こすことになり、社会は違った方向に向き、人々は間違った理解をすることになるのです。

私たちがロシアで行っている国民や政策決定者への“架け橋”の一つとして、週1回、3年以上続けているインターネットウェブ上の人口統計新聞があります。約30のセクションに分かれており、CIS、ロシア・バルト三国、ヨーロッパおよび世界の時事、科学、生命、人口指標、データベース、ディスカッション等々を掲載しています。

本日出席されている皆様にもウェブ新聞発信のような活動に参加していただき、各国で普及していただきたいと思えます。このようなデータを分かち合い、共有化し、普及させる、それは我々全員の共通の目標に叶い、利益になるでしょう。

## <討議>

### 議長：

ソロコさんありがとうございました。

いろいろな研究がヨーロッパで、あるいはアジアで行われています。そうした研究結果をお互い橋渡しする必要があるというお話でした。また、それらの結果を科学者と政治家と一般国民が理解をするということが重要であるという点でした。したがって、私たちはこの3者に対し知識を提供し、普及させなくてはなりません。そうでないと誤った方向に国が向いてしまうからです。それでは議論に入りたいと思えます。

### タイ：

私は、高齢化により高齢者が社会の負担になってはいけないと思えます。高齢者たちは頭脳が集結しているといえるでしょう。例えばタイの場合、女王が高齢者のためのブレインバンクというクラブを組織しています。私はタイ北部の山岳民族と仕事をする機会がありました。そこでは高齢者が若者と高齢者をつなぐ橋渡し役をしていました。主に伝統などを若者に教えてくれるということがあります。こうした場合においても、高齢者の果たす役割、重要性を強調したいと思えます。

これまで、宗教の役割についての話があまり出ていませんでした。先住民の人々は、哲学、宗教、平和な生活、そして幸せな生活、これらは物質やテクノロジーに依存しなくても幸せがあるということを知っているのです。こうした側面から宗教がどのように移行し人々に影響を与えてきたのかご意見をうかがいたいと思えます。

### インド：

高齢化とはグローバルな問題です。国がより発展をしていくために労働力が必要になり人口が増えていきます。近年の乳児死亡率や死亡率の低下からも自ずと高齢者の人口が増えることがわかります。そして、当然人間は年をとります。では、どこまで社会が高齢者を保護し、尊敬し、彼らの幸福を考え、そして社会が何を高齢者に求めているのかということが問題となります。

まず、社会が高齢者に対しどのように関与していくかが問題です。これは政府が積極的に監視をしていく必要があると思えます。しかし、アジア、ヨーロッパ、アメリカ、ラテンアメリカではそれぞれが持つ歴史的背景や慣習、社会、考え方の違いがあり、国や地域によって取り組み方が違ってくることを認識しなければなりません。

例えばインドの場合、地域によっていろいろなシステムの違いがあり、母系、父系、父系家族、母系家族の違いも関係があります。しかしほとんどの場合、郊外や農村部では高齢者は常に尊敬されています。

ヨーロッパの場合、高齢者たちがなかなか暮らしにくいという状況になっている傾向があるかもしれません。やはり習慣の違いにより、社会が高齢者に与えるインパクトが変わってきます。インドの場合は人々が高齢者の世話をします。農村地域では周りの人々が高齢者の世話をすることは当然なのです。したがってここでは政府が高齢者に直接関与するという必要はありません。

**議長：**

とても素晴らしいコメントをいただきありがとうございました。そこで私から質問です。私はある疑問が心に浮かびました。それは高齢化に関することで、私たちにはいつまで生きていてほしいのかということです。私たちは60歳で死んでほしいですか？ それとも70歳？ 80歳？ そして、私たちが高齢者と呼ばれる時に、私たちの役割は何か？ということをお聞きしたいと思います。

**ソロコ：**

生きていくのか死ぬのか、それを決めるのは私の役目ではなく、ご自身で決めることだと思います。また、文化や習慣などによっても違うかもしれません。

ここで先程お話した“橋渡し”の一つをもう少し明確にしたいと思います。高齢化に関する問題を解決する場合、そこに関連する全ての習慣や宗教、地域特有のその他の要素も考慮した上で、橋渡しを考えていかなければいけません。例えば、インドで政府が高齢者に年金を配給するといった、ヨーロッパと同じシステムをそのまま導入することは良いと思いますが、橋渡しを行う場合、インドの若者にヨーロッパで行う方法をそのまま押し付けるというやり方はお勧めできません。

高齢者に対しどのようにサポートし医療サービスを提供していくのか、年金はどのように支払うことができるのかなど、様々な疑問点があげられていますが、これまでヨーロッパで行われた約500のプロジェクト研究を生かし、アジア諸国で自国に適した活動をしていただきたいと思います。

**議長：**

生と死に関しては自分で責任を持って決めるということですね。

それではマレーシアの方の質問どうぞ。

**マレーシア：**

高齢化について、議員の観点、政府の方針、そして医療側面から見ていきたいと思います。インドでの例にあるとおり、同じ“高齢化”について文化や民族、宗教の違いから生まれる様々な状況が存在します。ある国では年を取った親を老人ホームなどの施設に送ってしまうケースもありますが、マレーシアでは若者は高齢者を受け入れており、私たちの文化は親を死ぬまで看取っていくということが当然なのです。このような側面もあることを研究の要素に取り入れていただきたいと思います。

**会場：**

私はタイ議員の方のコメントをサポートしたいと思います。とても新しい考え方だと思います。彼女は山岳地帯に足を運び、原住民とともに仕事をした経験から、山岳民族では高齢者が知識を若者につなぐ役割を果たしている事例を紹介してくれました。高齢者が新しい社会に自ら進んで参加してその社会の人々やシステムを支えるということは重要なことであると思います。現在私たちが住む社会だけに必要なことを考えるのではなく、もっと広い目を持って取り組むことが、その近隣地域にも新たな風を吹き込み発展していくのではないのでしょうか。保健医療、社会保障の面から見たら高齢者は社会にとってコストがかかるかもしれません。しかしそれ以上の良さもあり、ひいてはその国のメリットになる可能性を大いに秘めていると思います。

**韓国：**

韓国でも高齢化は非常に早いペースで進展しています。もちろん韓国はアジアの一国ですが、農村地帯では若者の過疎化が進み、都市への人口移動が盛んです。農村地帯の2割では、すでに65歳以上人口がその地域の人口の20%を上回っています。昔は、高齢者が自分たちの孫の世話をするという光景が見られていましたが、最近では自分たちの老後生活を楽しまたいといったことや、自分たちの生活の質を上げたいといったことから、家族の中での高齢者の役割について考え方が変わってきています。また、高齢者自身の考え方も“自分の子どもに世話になる”という観念から“独立する”というように変わってきており、それと同様に韓国の社会自体も変化しています。それは、人口構造の変化や離婚率が高まってきたということに現れていると思います。2002年の離婚率は1.17、2003年には1.19へと増えています。これは驚くべき傾向です。社会の状況自体が変化し構造も変化するのです。

先例にありましたインドは韓国のような経験はしないかもしれませんが、今後、このような私たちの経験がたくさん  
の国でモデルになり、皆さんが経験をするということがあるのかもしれない。

アジア諸国内はもちろん、西欧とアジア諸国との社会の架け橋を作っていくということが非常に重要だと思います。  
韓国の経験と西欧の経験は必ずしも同じではありません。しかし、昨今のグローバル化に伴う物や人、知識、考え方な  
ど様々な交流が行われています。このような情報の共有化は今後も人口や持続可能な開発をする上で非常に重要なこと  
になります。将来を考えると、様々な問題が山積し、次から次と新たな課題が起こり、楽観的な将来を描くことが難か  
しい状況にあります。このように各国から参加されている議員の方々と専門家の方々と意見交換や情報やデータの共  
有をできる会議があるというのは、大変有益なことだと思います。今後もこのような会議を組織していただきたいと思  
います。

### フィジー：

これまでの皆さんの意見には賛成です。しかしこの高齢化の問題に対する簡単な答えはないのです。高齢化の問題は  
どのような国で問題となっているのでしょうか。途上国でしょうか、それとも先進国でしょうか。先進国の問題といっ  
ても、社会制度、価値の問題、サービスの問題が違うために、やはり一概にはいえませんが、こうした社会保障システ  
ムや財源が存在する結果として国が高齢者をサポートすることができ、人々が長生きできるのです。一方途上国では毎  
日多くの人々が亡くなっています。そして様々な問題が存在します。特に財源の問題が深刻で、資金が不足しているの  
で高齢者を支えることができないのです。このような社会的衰退は途上国に限らずどの国にも起こり得る普遍的な問題  
です。

これまで話されてきたように、各国で直面する課題は様々です。例えばインドでは古い価値が残っている中で対応し  
ていかなければならないし、韓国では過去においては良かったが、いろいろな変化、特にグローバル化がもたらした核  
家族化、家族の価値の変化に伴う問題があります。それでは、どのようにして解決していくかが大きな課題です。どの  
ように取り組むことができるでしょうか。

最近、私たちの国でニュージーランドやオーストラリアのものを参考にした家族法が制定されました。その背景とし  
て、フィジーには社会保障制度がなく、貧困者に区分すべき高齢者が存在するにもかかわらず、その人たちの世話を誰  
もしないという問題があります。年金も 35—50 ドル程度で、ろくにバスにも乗れないのが現状でした。この新しい法案  
で、子どもが親の面倒をみなければならぬと義務付け、親が自分の子どもを訴えることができるようになりました。  
この法律に対しては、このような法律を施行することで我々の望むような社会をつくることのできるのか等々、国内で  
もいろいろな意見があります。

この状況の中で、とても興味深く、同時に普遍的な答えがないであろうと思われる問題が考えられます。一つには、  
政府が上記の内容を含んだ条項を法律化をするべきかどうかです。もう一つの問題としては、高齢の親の世話をする責  
任は子どもにあるのか、あるいは社会保障制度などで国が責任をとるべきかという問題です。

### ソロコ：

国連などによる予測によると、今後の全体的に出生率の低下が進み、50—60 年後には人口増加そのものが停止する  
といわれています。したがって、途上国、先進国を問わず 5 年後、20 年後、あるいは 30 年後には人口の高齢化が全ての国  
で始まるということです。高齢化は世界の問題になります。人口に対する高齢者の比率も問題になり、各国はこの比率  
が上昇することを避けることができないでしょう。

### ニュージーランド：

高齢化の問題に大変関心を持っています。今後、10—20 年で人口高齢化の比率は劇的に高まるでしょう。今では、誰  
かが 100 歳になっても、すでにニュースにならなくなっています。特に日本では、100 歳以上の人が大勢いらっしゃると  
聞いています。

フィジーと違ってニュージーランドでは子どもが親の世話をしてくれると考えることはできず、全ての親は独立した  
生活をしなければならないと思っています。そして、自分たちは老後のために充分なお金を持っていなければいけ  
ないと認識しています。資金を蓄えるには二つの方法があります。まず年金です。大蔵省では現在の課税制度の中で、将来

増加する高齢者のための年金に充当できる財源を確保しています。まだ完全ではありませんが、今後 15—20 年計画で、ニュージーランドの高齢化の進展をカバーできるでしょう。二つ目は、なるべく高齢者が自立した生活をできるように支援することです。つまり、高額な高齢者施設に頼らず自立しようということです。社会が高齢者施設にかかる予算は大変高額であり、高齢者が自分の家で独立し、自立して自宅で生活ができるように支援することが経済的であるといえます。これから、24 時間ケアを必要とする高齢者が増えると思いますが、なるべく自立した生活をしようということです。

最後になりますが、前の発表者もスピーチしましたが、非常に重要なことだと思うのは、医療予算のことです。人口や健康関係の問題は長期的なプロジェクトが必要になります。ニュージーランドでは、若者の糖尿病が増えています。主な原因はファーストフードを食べ過ぎるなど、摂取する栄養バランスが悪いこと、運動不足などがあげられます。こうした問題を、単一的にとらえるのではなく、長期的な健康の問題として解決しなければ、必ずや高齢化の中で、“時限爆弾”となるでしょう。高齢者の中で 24 時間ケアを必要とする数が増加していく中で国全体の平均余命が短くなってしまふでしょう。社会にとっての重要なことは、このような状況を踏まえて投資をするということです。

例えば、健康問題について長期的に勉強会を行う、禁煙をする、食事や栄養プログラムの指導を行うことに、課税等を通して充分に対策をとることが大切だと思います。そして、高齢者の年金制度を充実させるということを今こそやるべきだと思います。

#### **日本：清水嘉与子議員**

先程、少し話が出ましたように、日本が世界で一番平均余命が長くなっています。高齢化も加速しており、2050 年には 100 歳以上の方が 47 万人になると予測されています。大変な数字です。今日、ここにいらっしゃる方で 65 歳以上の方がどれほどいらっしゃるでしょうか。65 歳とは人口の中で高齢者と分けられますが、65 歳は、昔と比べてれば、まだまだ若く 65 歳を高齢者と言っているのか、という問題も出てきているのではないのでしょうか。私たちは是非、若々しい元気な高齢者に税金を支払ってもらえるよう、もっと社会に貢献してもらいたいと思います。こうした人々を増やしていくことが必要ではないかと思ひます。

しかし、同時に医療や介護にかかる経費が高額に昇っているのが実情です。日本では医療保健制度と介護保険制度があり、前者は 20 歳以上の国民、後者は 40 歳以上の国民の税により維持されています。介護保険制度の財源確保は 5 年前から始まりましたが、介護サービスを受ける人が多くなり、40 歳以上の国民に掛かる負担が大きく、保険料支払いの仕組みの見直しが始まっています。

その中で対策として考えられるのは、元気な高齢者を作っていくことです。予防介護を行うことで、介護を受けなくてもよくなるような高齢者を増やす政策を進めようという、これまでの考え方を大きく変えていこうとしています。

日本は、非常に経済が良い時に数多くの医療・介護施設を作り、質の良い医療を受けることができるようになりました。しかし、今考えてみますと、あまりにも多くの施設を作り過ぎてしまったのではないかと思います。多くのお年寄りがそうした施設に入居したきりになり、なかなか自宅に帰らない状態になり、施設に長くいることが当たり前になってしまっていることは、やはり高齢者にとっても決して幸せなことではありません。

先程、ニュージーランドの議員がコメントしたように、地域の中でもっと生活し続けられる仕組みをつくらうとすることが大切だと思います。このためにはやはり医師、看護師も施設の中だけではなく、もっと地域や家庭の中で働かなくては行けないと思います。それらが難しいのであれば、グループホームのような小さな枠組みの中で活動できるのではないのでしょうか。

私たちは、政治家としてこうした活動を押し進めていかなければならないと思っています。日本では高齢社会、高齢社会対策基本法という法律を持っています。最近では少子化対策基本法という法律ができました。少子・高齢社会、双方の問題ですが、政府にまかせていると、どうしても、子どもの問題にしても老人の問題にしても、それぞれの役所ごとに縦割りの行政が行われてしまうのです。しかし、実際子どもの問題にしても、老人、高齢者の問題にしても、やはりトータルで支えていかなければならないものがたくさんあります。私たち議員はそうした法律を作りながら、日本が豊かな少子高齢社会が送れるような仕組みを作っていくと努力しています。年金等の問題で大変なこともありますが、

やはり、元気な高齢者がずっと社会に貢献し続けながら、生活し続けられるような仕組みをつくらうと思っています。世界的に見ても日本が一番先に高齢者社会になり、その今後の行方が他の国のモデルにもなる可能性があります。そうした意味でも一所懸命努力しているところです。

#### **日本：桜井新議員**

今、日本の清水議員から高齢化医療対策についてのお話がありましたが、各国でいろいろな事情があると思います。もともと日本は社会共通で高齢者を支えるのではなく、自分たちが働いてお金をしっかり貯め、将来そのお金で自分たちの老後を養うという発想があったので、今でも日本の金融資産の6割は高齢者が持っています。その高齢者が持っているお金を、個人が自分の老後の生活の補助のために蓄えてきましたが、欧米の、共通の社会保障制度という概念が入り、年金や医療制度等、たくさんの新しい制度をこの半世紀の間に採り入れ、先程清水議員が説明したような現状になりました。

日本の高齢化社会に対する対策を考える時、その会計制度をどうするか、ということをしっかり考え直さないと、想像もしていなかった結果になってしまうのではないかと思います。現在、日本ではアメリカ型の会計制度に合わせて時価会計や現存会計といわれている制度を採用し始めています。これは、お金を預託した先の状況によってお金の価値の変化を毎日の変化に合わせて決算をする会計制度です。しかし、預金などの制度は、やはり今までの日本の簿価会計制度が良いのではないかと思います。現在、年金などもそれに基づいて全体の仕組みができていますので、部分的に変更すると整合性がなくなってしまいます。そうでなければ個人の努力が金融政策や、制度の変化で水泡に帰してしまいます。このようなことがあっては安定した老後保障を作ることはできないでしょう。

私はこうした分野に精通して人たちが新しいグループを作り、強い提言をしよう準備しています。各国の参加者の皆様、他の国の部分的なことを真似するのではなくて、国の全体の通貨制度についてはしっかりと勉強していただきたいと思います。定住民族と移動民族とでは基本的な価値観の違いがあるということが非常に大切なことだろうと思っていますので、ひと言、清水議員の発言に付け加えておきます。

#### **韓国：**

先程桜井議員がコメントされたように、ただ他のものをコピーするなということでしたが、韓国は日本のやり方をずっとコピーしてきました。類似した文化、あるいは高齢化の状況に直面しているのです。

第一の質問ですが、ソロコさんが老人は寂しいというお話をされましたが、バイアグラはどうでしょうか？ これはほんとに高齢者のためのものなのでしょうか。半分はジョークです。韓国では、高齢者の半分が性行為感染症に冒されています。これはやはり寂しさと関係していると思います。やはり性的な生活がないことが寂しいのだと思います。したがって、バイアグラと関係しているのではないかと考えたのです。そこで、高齢者の寂しいという状況をどういうように解決するかが問題になると思います。高齢者のための雇用を創出する必要もあると思います。現在、私は新しい法律を作ろうとしています。一つは健康で教育のある高齢者が、貧しい、病気の高齢者の面倒をみるということです。豊かな経験を持つ高齢者がボランティアを行います。そうすることで、自分の尊厳を高めることもできると思います。もう一つは政府がある程度の予算を出すことです。例えば、高齢者の交通費などは政府が負担することなどがあります。こうしたことも、一つの手助けとなるかもしれません。

約10年前、世代交代制度という、高齢者が若い人を教育するというものを作りました。つまり、高齢者が10-15歳くらいの若者を教育するということです。そうしたことにより伝統の受け渡しができ、若者が高齢者を尊敬するようになることを目指しています。この制度は成功すると思います。

#### **シンガポール：**

私たちも高齢化の問題に直面していると思います。高齢化は家屋や医療の問題など、本当にいろいろな分野に影響を与える現象です。しかし、高齢者は、各自が独立し、自立しており、プライドがあります。ただ単に制度だけが整えればいいということではないと思います。労働の面では、やはり高齢者が雇用される状況にしておくことが大切だと思います。インフォーマルの分野で、それほど賃金が高くなくても何らかの雇用があるようなシステムが必要だと思います。

シンガポールでは、高齢者の積立制度というものをかなり前からやっています。しかし、さらに重要なのは、こうし

た制度からはずれてしまうという人がいるということです。したがって、何らかの社会的な安全網が必要だと思います。医療に関しては、高齢者に対して貯蓄しろというだけでは充分ではありません。シンガポールでは国民健康保険の制度としてLSEを使っています。例えば、在宅看護ケアがあります。ですから、自立的な個人の積み立てや貯蓄だけではなく、政府の資金をその用途により振り分けることが必要だと思います。現在取り組んでいるのは、省庁間と委員会を持ち、高齢化について何らかの提言をしてもらい、意見交換を行い活発に活動しています。

**タイ：**

とても重要な問題を1点、コメントしたいと思います。こうした問題について、自分で自立できない人がいるということです。例えば、タイやビルマの国境付近に住んでいる、家族やコミュニティはあるが、国がない人々です。このように自分たちの声も上げることができない、国に所属しない人々に関してどうすればいいのかという課題もあります。

**議長：**

残念ですが時間になってしまいました。ソロコさん、何かコメントがなければこれで閉会にしたいと思います。参加者の皆様、大変良い意見交換ができたと思います。ありがとうございました。

## セッションⅢ

### 人口と公衆衛生

#### —「アルマ・アータ宣言」の再考—

## 人口と公衆衛生－「アルマ・アータ宣言」の再考－

講師：アカンノフ・アイカン カザフスタン保健第一副大臣（カザフスタン）

シャルマノフ・T. Sh. カザフスタン栄養研究所総裁（カザフスタン）

議長：清水嘉与子 APDA 副理事長（日本）

議長：

おはようございます。それではこれからセッションⅢ「人口と公衆衛生－アルマ・アータ宣言の再考－」を開始いたします。

このセッションでは2人の方にご報告いただきます。お1人目が、シャルマノフ・トルゲティーさんです。シャルマノフさんは、アカデミー会員であり、1978年にアルマ・アータで開かれたプライマリー・ヘルス・ケア国際会議が開催された時のカザフスタンの保健大臣であり、主催者のお一人です。現在は、栄養学研究所の所長を務められています。お2人目が、アカンノフ・アイカンさんです。お手元のプログラムには、ドサエフ・カザフスタン保健大臣のお名前がありますが、今日は公務のためどうしてもご参加がいただけませんでした。そこで保健省副大臣であるアカンノフさんに、ご講演いただきます。アカンノフさんは健康生活研究所の所長を歴任後、現在は保健省の副大臣をされています。

私自身、1978年のプライマリー・ヘルス・ケアの会議に参加し、会議終了後にアルマティのコミュニティ・ヘルスを視察しました。視察では、プライマリー・ヘルス・ケアはここから発祥したのではないかとと思われるほど熱心な取り組みがなされていました。カザフスタンが、アルマ・アータ会議を開催した理由は、プライマリー・ヘルス・ケアに対するこのような熱心な姿勢があるからだと思いました。カザフスタン独立後は、保健大臣が大変なご尽力をなさっていると思います。今日はその実態をおうかがいすることができるということで、大変楽しみにしています。それでは、お願いします。

**アカンノフ・アイカン カザフスタン保健第一副大臣：**

親愛なる皆様方をここカザフスタンへお招きすることができ、大変嬉しく思います。カザフスタン保健省ならびにカザフスタン政府を代表して、各国代表者の皆様へ歓迎の気持ちをお伝えしたいと思います。今回、皆様のお話を聞くことができ、大変興味深く思っていますし、大変喜んでいきます。本日、保健大臣が参加する予定でしたが、大統領との重要な会議が入り、残念ながら参加することができなくなりました。そこで、私が保健大臣の代わりに、わが国の人口と公衆衛生に関する報告を短く行いたいと思います。

人口学的な要因というのは、カザフスタンの社会開発のうちで最も重要な要素の一つとなっています。とりわけソ連からの独立後、大きく注目を集めてきた課題であり、公共保健システムの改革に代表される人口問題はわが国の国家政策の中でも、最重要課題の一つといえます。

カザフスタン共和国は巨大な面積を持つ国ですが現在は出生率がわずかに減少し、安定的な水準にあります。今日、わが国にとって大きな人口問題となっているのは人口減少の問題です。カザフスタンがソビエト連邦からの独立後、カザフスタンからソビエト連邦や東欧への大規模な移住が生じ、人口減少が一層悪化しました。現在、政府としても、人口の規模というよりも、人口の減少に関心があります。現在、カザフスタンの周辺の国では人口が増えています。カザフスタンでは人口が減少しているという症状が見られます。このような環境のもとでは、カザフスタンで安定的な経済成長が維持されるとしても、問題は複雑なものとなると思います。

現在、中央アジアの人口は5000万人ほどです。そのうちカザフスタンの人口は1500万人程度です。カザフスタンの人口はここ100年間に様々な要素から影響を受け、変化してきました。20世紀を通して、最大の影響を与えた要素は、民主化です。1950年代ならびに60年代には、出生率が最も大きな影響を及ぼす要素でした。また1980年代には人口増

加率が低下してきました。二番目に大きな影響を与えた問題は、移民・移住の問題です。すでに申し上げましたように、ソビエト連邦の崩壊と CIS 諸国の独立によって政治体制が大きく変わりました。その結果、中央アジア共和国ではソ連時代に中央アジアに移住していたウクライナやベラルーシなどの多くの民族グループが歴史的な母国へ帰ることになったのです。

1993 年はカザフスタンにとって分水嶺といえる年でした。人口規模が歴史上最大の 1700 万人を記録しました。現在は、カザフスタン人口は 1500 万程度です。1993 年から 2000 年まで著しく減少しましたが、そのうち何年かは出生率が増加するなど、いくつかの傾向が見られます。人口減少の問題は、直接は労働力に直結する話なので、カザフスタンにとっては重大な問題なのです。

別の指標を見ると、次のことがわかります。まず、この 12 年間で出生率が 20%程度減少し 1000 人当たり 17 人になりました。死亡率は 1996 年に最高を記録し 1000 人当たり 10.4 人となりました。2000 年以降再び増加しています。死亡率の主要な原因としては、循環器障害、事故、心的外傷、腫瘍、がん、呼吸障害、感染症があげられます。公衆衛生に関していえば、予防ケアと健康増進により注意を払う必要があります。

旧ソビエト体制からの移行期には、結核や HIV/エイズといった社会的な疾病が数多く見られるようになりました。また乳児死亡率も 1990 年に最高を記録し 1000 人当たり 28 人になりました。2000 年以降減少を始め、現在は 1000 人当たり 15 人となっています。この数値は高過ぎるわけではありませんが、かといって低過ぎるのもではありません。例えば、日本の乳幼児死亡率はその半分以下です。もちろん、乳児死亡率はプライマリー・ヘルス・ケアによって大きな影響を受けます。乳児死亡率を改善するためには乳幼児や妊産婦に対するケアを提供する保健施設のネットワーク全体を構築が重要になります。私達はこの全体的なネットワークの構築が最も重要な仕事だと考えています。

妊産婦の死亡率も 10 万人当たり 42 人程度と、平均のレベルです。平均余命は、最近安定してきて男女合計で 65 歳～66 歳、男性は 60.5 歳と女性は 71.5 歳になっています。先進諸国に比べて、16 年から 17 年短く、我々カザフスタンとして努力しなくてはならないところです。

このような状況の下、カザフスタン政府は、人口問題の重要性を良く理解し改善に力を注いでいます。人口政策の枠組みを作成し、家族・女性問題委員会をカザフスタン政府の下に設置いたしました。また移民法が採択され、移民問題にも取り組んでいるところです。カザフスタンに市民権を持つ人々の帰還の推進や国内での移住手続きに関する法律も整備しています。移民・人口省がありますが、その支部がカザフスタン全土に置かれ、この機関が持つ特別な情報システムに基づいて政府は割当を分配し、帰還した人々へ可能な限りの支援をしています。

カザフスタンの保健開発は、現在最も重要な局面にあります。先日 9 月 13 日に、政府は保健開発改革（2005 年～2010 年）プログラムを採択しました。この改革で優先的に取り組むことになっていることの一つに、母親と子どもの健康増進、それから妊産婦への無料健康サービスの提供、さらに医療保険による子どもに対する無料ケアの実施などがあります。プライマリー・ヘルス・ケアについて多くの注目が集まっており、実際にも多くの活動が行われています。私どもが考えていますプライマリー・ヘルス・ケアについて、また、予防サービス・診断について、また治療や社会的に重要な疾患のリハビリを含めたりハビリについては、シャルマンフ・カザフ栄養研究所総裁が詳しくお話しすることになっています。

また、カザフスタンは人口問題に取り組むために人口省、移民省、教育省、科学省といった諸機関や社会保健庁や運動・スポーツ庁が連携して事業を進めています。その上で、直接・間接に公衆衛生に関わる様々な環境機関や環境団体からの協力も取り付けた新しいアプローチを導入しようと考えています。さらに、より健康的なライフスタイルを確立するための政策に取り組んでいます。もし、我々がこの政策プログラムの実施に成功すれば 1 年間に 10 人の命を救うことができます。そういう健康なライフスタイルのためのプログラムを実施し、その法律に基づいた教育施設を建設するという試みを行っているわけです。

以上の人口政策のうち、重要目標をまとめると以下ようになります。

- ・第一に、人口規模を増加する。これには、移民政策や国内外の移住政策を調整させながら、人口規模を増加することを意味します。

- ・インセンティブを高めることによって、国内の出生率を増加させる。
- ・母子双方に対する社会支援を整備する。
- ・若年層世代で出生に対するポジティブな精神が広がるように、リプロダクティブな考え方を若者に拡大させる。

我々は、あらゆる世代グループに適合した特別な保健改善策を実施し、水準の高い保健システムを導入することで、死亡率を低下させていこうと考えています。

地方によって、出生率の格差があり、大きな問題となっています。それを平準化し、平等な機会を地方の人たちに提供したいと思っています。このような政策をとることで平均余命を伸ばしていきたいと考えています。新しい政策プログラムで公衆衛生システムの改革が新しい方向に進み、健康と公衆衛生のための技術に対して予算が配分されるものと思われます。これら政策によって、人口問題に大きな成果が上がるものと信じています。ご清聴ありがとうございます。

**議長：**

ありがとうございます。続きまして、シャルマノフさんの方から、お願いします。

**シャルマノフ・T. Sh. カザフスタン栄養研究所総裁：**

お招きいただきまして、ありがとうございます。とりわけお招きくださったトゥトゥクシェフ上院議員、カザフスタン上院にお礼を申し上げたいと思います。

去年（2003年）は二つの意味で重要な年であったといえます。まず一つ目が、ワトソンとクリックによるDNA構造の発見50周年であり、第二に医療、公衆衛生分野で世界的に重要な「アルマ・アータ宣言」から25周年でした。この二つの出来事は、我々の生活の仕方全てを変えたわけです。

ワトソンとクリックによってDNAの構造が解明され、科学に変化が生じ、また遺伝子工学が発展しました。医療技術が向上し我々の医療の仕方全てが変わりました。これは人間にとっても大きな意味があります。今までは治療不可能だった病に冒された人の治療も可能になりました。そして疾病なく、長い期間、高齢まで生きることができるようになったのです。

また「アルマ・アータ宣言」のおかげで医療への権利が認められ、また世界中にこの考え方が広がりました。その結果、国際社会はこの医療への権利を認め、世界的に認識の大きな変化が起こったのです。この「アルマ・アータ宣言」が採択された会議に主催者の一人として参加しましたが、これは大きな仕事でやり甲斐のあるものでした。

これまで人間は、科学技術という面で大きな進歩を遂げたわけですが、この21世紀になって、進歩に対して不安な気持ちを抱くようになってきました。というのは、自然環境が、我々にとってあまり扱いやすいものではなくなったという点があげられるでしょう。また、災害だけではなくチェルノブイリ事故に見られるように、人的な文化と自然との対立が見られるようになってきているともいえます。あるいは、アラル海が干上がるといった問題もあります。そういうような大きな問題、環境的な問題があるわけです。それだけに、人間の文明が崩壊しているのではないか、人間がこれからは種の保存をやっていけるのかどうかという不安が生じるわけです。

他方で、現在は、かつてないほど多くの人たちが貧困に直面しています。貧困を原因として健康の問題が生じ、それが翻ってまた貧困を引き起こすわけです。また、貧困を原因とした栄養失調から乳幼児の死亡が高くなったりします。世界の疾病者のうちの90%を開発途上国の人たちが占めています。彼らは世界全体の健康維持のために利用されている資源のうちの10%にし利用できていないのです。こういった開発途上国、特に一定地域の国で人口が爆発的に増大しています。まさに21世紀においては“医療へのアクセス”を一つの大きな優先項目にする必要があるのです。

わが国の保健省は、重要な医療サービスを、最も弱い人たちに対して提供できるようにしています。1979年の9月から、「アルマ・アータ宣言」の決定が実行されているわけです。特にプライマリー・ヘルス・ケアの分野では、「アルマ・アータ宣言」が元となって全ての国民に対してプライマリー・ヘルス・ケアを提供することとなりました。宣言が施行されてから5年ごとに、カザフスタン政府は見直しを行っています。

去年（2003年）、この「アルマ・アータ宣言」の25周年が祝われました。ブラジルで開催されたアルマ・アータ会議を祝う会議に私も出席しました。そのときに提出された新しい課題は、グローバル化でした。つまり医療が本当に効率

的に対処するようになるためには、多面的なアプローチが必要です。そして、国際社会が一緒になって、国際的な流れと同調しながら、良い部分を積極的に取り込みながら対処する必要があります。そういうことが確認されたわけです。また、マイナス影響についても、その影響を最低限にするために、国内的あるいは国際的に資源を動員する必要があるということも指摘されました。つまり今日の医療サービスにおいては国と国のパートナーシップが重要になるわけです。

これは経済分野の現状とも類似しているといえます。つまり、グローバル経済の中では1国だけで解消することができる問題はあまりありません。感染症も同様で、国境を越えて蔓延していくものであり、それに対処するためには多くの国の協力が必要となります。HIV/エイズあるいは肝炎といった疾病のリスクに対処するためには、国際間の協力が必要になります。我々はやはり一致団結してこのような医療リスク、疾病のリスクに対処しなければならないのです。

このためには、プライマリー・ヘルス・ケアのコンセプトを、そしてこれまで拡大してきた活動をより一層推進していく必要があります。そのためには、まず第一に、新しい社会的な関係、例えば、いろいろな国家の間の様々な制度間でパートナーシップを構築することが重要であるということです。また第二に、公平性を目指す、つまり医療サービスの質を高め、世界的な水準で医療サービスの優先項目を決めていくことが重要になります。

「アルマ・アータ宣言」が採択された会議の出席者が言ったことを思い出します。1980年代のブラジルで軍事政権を倒した時に、反軍事政権は公約に、その時の医療サービスを全ての国民に提供することを掲げました。つまり、「アルマ・アータ宣言」がうたっていることを掲げ、革命を実行したのです。ミレニウム宣言でも、ヘルス・ケアに関する目標が六つ掲げられています。ですから、「アルマ・アータ宣言」でうたったものは、全ての国でまさに実現されるよう望まれ、またそのための具体的な行動が示されているのです。

また、医療ケアについても、費用などといった経済的な観点からだけではなく、高品質の医療をプライマリー・ヘルス・ケアの分野でも提供するということが重要です。最近のエレクトロニクス技術、テレコミュニケーション技術も導入して、プライマリー・ヘルス・ケアの質を高めるということが重要です。これには、政府が重要な役割を果たさなければならないのです。

カザフスタンには国の医療ネットワークがあります。すでにアルマティの10カ所で実際に行われています。これはプライマリー・ヘルス・ケアの施設が充分にないところをネットワークで結んでやっていこうというものです。このネットワークシステムを使えば、プライマリー・ヘルス・ケアの施設は、自動車や道路などの状況に制約されずに都市にいる専門家からの診断をネットワークを通じて受けることができるようになります。ですから、本当に遠隔地・僻地でも都市と同じような医療サービスを受けることができるようになるわけです。医療サービス側でも現地に出かけることなく、必要な情報をテレコミュニケーション技術を通じて遠隔地にも伝えることができます。カザフスタンは、この21世紀の新しい技術を医療の面でも導入しています。遠い将来を見込んだ投資をして、このような医療サービスに貢献しようとしているのです。

この試みは、国際的な意味でも重要だと思います。世界で初めて、このような世界の最先端の技術をカザフスタンがヘルス・ケアの分野で初めて導入できたということはとても重要です。国家の予算という点から見れば、プライマリー・ヘルス・ケアは外来医療に属し、あまり重視されてきませんでした。従来はどちらかといいますと、施設、医療施設向けに振り分けられてきたわけですが、現在ではだいたい75%をこのようなプライマリー・ヘルス・ケアの分野に割いています。その結果、質の高い医療を受けることができる人が増えています。プライマリー・ヘルス・ケアの既存のネットワーク、それを使って、そういうところ充分に利用して医療を提供していこうとしています。

現在この分野での改革も行われています。隣にいらっしゃるアイカン保健第一副大臣はプライマリー・ヘルス・ケアの分野で大変なご尽力をしてきた方です。また、患者と医者との関係の改善、それによって社会的な公正を図り、人権の保護を図ろうと尽力され、まさに実現化している段階です。医療ケアの従事者と患者さんとの関係を改善し、ガン、心臓疾患、そして糖尿病などを効果的に、治療する体制を構築しています。また患者に対して健康なライフスタイルを送るように勧めるなど、予防活動も熱心に取り組んでいらっしゃいます。

アイカン副大臣は、副大臣になられる前は健康増進センターで働いていました。その時、WHOが2002年にうたったことですが、医療サービスを自由に選択する権利を提唱しました。同時期にWHOは非感染症の危険性について提唱し

ています。これには、高血圧、飲酒、煙草、また安全な飲料水が入手できないということ、また、貧血、微小元素の欠乏症、また、肥満、過食といった生活習慣病につながる要素が原因としてあげられています。世界の死亡率の60%を見ますと、こういった生活習慣病が原因となっています。高脂肪、甘い食べ物などを摂るということは不適切な栄養を摂取しているということになります。

ユニセフとアジア開発銀行がこの国の6地域において貧困を削減するために栄養プログラムを実施し、カザフスタン栄養アカデミーの栄養専門家が参加しました。そこでは、国会議員の役割は、人の健康に害を与えるというリスクを取り除くように取り組むことであると指摘されています。行動計画として、このようなことをしっかりと行い、確認していくことが大切だと思います。この戦略を継続することで、今後数十年の医療サービス・医療制度にプラスの影響が出てくると確信しています。ご清聴ありがとうございました。

## 〈討議〉

### 議長：

ありがとうございました。今、お二人から、カザフスタンでのプライマリー・ヘルス・ケアの進捗状況、そしてその先頭に立ってお仕事をいらっしゃるお話をうかがいました。時間の関係上、質問をいったん全て出していただき、その後、お二人からお答えいただきたいと思います。それでは皆様方から、ご意見、ご質問を頂戴したいと思います。

### シンガポール：

ご報告ありがとうございました。6割の人間が何かしらの生活習慣病で亡くなっているということですから、やはり健康なライフスタイルを作っていくというのは非常に重要だと思います。それには、栄養が重要だということも理解できます。これに関しては、私どもでは、最も効果的にライフスタイルを提案するためのネットワークを作りました。もちろん、学校で健康的なライフスタイルについての教育もしています。運動をすべきこと、煙草しないこと、ストレスをどうやって解消していくのかということなどを教育しています。加えて、次の問題なのは、原則的な話だけではなくて、健康的なライフスタイルを作るには具体的にどうしたら良いのかという問題です。もちろん誰もが健康的なライフスタイルが重要だということはわかっているわけですが、それを具体化する作業が難しいのです。どのように具体化するかを考えていかなければいけないと思います。ご意見をうかがえますでしょうか。

### ベトナム：

多くの発展途上国も同じだと思うのですが、ベトナムでもやはりプライマリー・ヘルス・ケアが重要な課題になっています。しかしながら、実際には予算の15%か20%くらいしかプライマリー・ヘルス・ケアに使っていないのが実情です。なぜそのような状況になっているのか、これが問題です。同様に多くの国がプライマリー・ヘルス・ケアを提供できない。なぜ、そんなに、その程度の少ない予算しかとれないのか。実際は多くの病院施設に予算が投じられ、プライマリー・ヘルス・ケアに向けられる予算があまりないという現状があります。問題は、なぜこういう状態が生じてしまうのかということを考える必要があると思います。

### タイ：

タイでは、プライマリー・ヘルス・ケアに関しては、非常にうまくいっていると思います。私たちは、実際にカザフスタンの「アルマ・アータ宣言」を非常に誇りに思っています。この宣言のお陰で、タイのヘルス・システムが変わりました。ベトナムの方が予算の話に触れました。プライマリー・ヘルス・ケアに割り当てる予算は、病院に割り当てる予算より少ないという問題です。しかしながら、病院ではかなりお金がかかります。例えば、医療機器が非常に高価であるのも事実です。そして活動の質が問われると思います。我が国の場合には、教育にもお金をかけました。また、村を代表した人たちの教育も行っています。保健省として、よいNGOを選出し、そして協力して作業していくことにしています。政府だけでは達成できませんから、NGOとの協力は不可欠なのです。つまり予算ばかりに頼っていても改善は望

めません。情報を、あるいはメッセージを草の根まで届けていかなければ、成功できないのです。

シャルマノフ先生に質問したいと思います。「アルマ・アータ宣言」を2000年までに成功させるという話がありましたが、その後のフォローアップはどうしたらいいのでしょうか。世界のヘルス・ケア・システムを改善させていくにはどうしたらいいのでしょうか。世界中にどのように広めていったらいいのでしょうか。今後、この宣言を利用してヘルス・ケア・システムをどのように高揚させていったらいいのでしょうか。おうかがいしたいのは、このあとのフォローアップです。宣言の後どのようなフォローアップが行われたのかを教えてください。

#### **ニュージーランド：**

参加者として自国とは異なった状況の実情を聞くというのは興味があるものです。この点については多くの国も同様の印象を持たれたのではないのでしょうか？

さて、プライマリー・ヘルス・ケアについてですが、二つ申し上げたい点があります。一つは、長期的な研究に対する資金が必要だということです。ニュージーランドでも北部の一地域で、糖尿病が非常に大きな問題になっているために長期的な研究が必要とされています。特に、若い人たちが糖尿病にかかっているという現状があり、そのためにも、巨額の予算を投じなければなりません。栄養をどうしていくのか、そしてライフスタイルを健康なものにどのように変えていくのかが、課題となっています。そのためにも、現状をしっかりと把握する必要があります。ニュージーランドでは、どのようにして適切な金額をそのような長期的なヘルス・ケアの調査にあてていくのかということを検討しているのです。

第二に、教育です。より詳細にいうのなら、ライフスタイルについての教育です。ライフスタイル教育の難しさは、対象者をひとくりにまとめてしまうことはできないことにあります。例えば、若者を対象にする場合、煙草を吸うのはなるべくやめましょうというようなことを説明する、あるいは、性生活を見直しましょうというようなメッセージを発するわけです。しかし、高齢者に対しての教育とは全く違うわけです。したがって、誰に対して話をするかによって、内容が変わってくるわけです。プライマリー・ヘルス・ケアに関しての教育であれば、問題は“どのようにして伝えていくのか”、“教育していくのか”という点にあって、そのために“何に焦点を当てていくのか”、文化的・民族的に異なった人々に“どのようにして伝えていくのか”ということにあるわけです。プライマリー・ヘルス・ケアの教育を、違った対象者に対して、どのように伝えていくのかを考えながら教育することが、大事だと思います。

#### **マレーシア：**

私自身の体験からお話をしたいと思います。我々マレーシアは非常に良いヘルス・ケア・システムを持っています。他国の目標になるほどのものだと考えているほどです。このために割り当てられた政府の予算は最近の統計資料でも25%程度でした。予算配分については、もちろん専門スタッフと話し合いをしてから決めます。

プライマリー・ヘルス・ケアに関して一例をあげると、マレーシアのジョホール州では結婚前のカップルは、義務としてHIV検査を受診しなければなりません。必ず受診しなければいけないのです。これは義務なのです。そしてその結果を若い人たちに伝え、今後結婚するのか否か、そのような話までするわけです。第二に、子どもに対してですが、新生児に対してBCGやその他の様々なワクチンの予防接種を無料で行っています。

その上で、付け加えたいのですが、マレーシアは、他の国と同様、人口密度に大きな地域差があります。人口が密集している地域もあれば、まばらな地域もあるわけです。そのような状況でヘルス・ケアを全員に提供するのはいかぬか難しいものがあります。そこで、いろいろな手段を使っています。医師がヘリコプターなどで僻地まで飛んでいくこともあります。その場合であれば1月に1、2回、医師が遠隔地まで飛んでいき、医療アドバイスを提供したり、治療したりしています。

最も大事なことは、全ての人々が公共のヘルス・サービスを受ける権利があると政府が宣言したことであり、それによって省庁すべて協力するようになったことです。保健省、厚生省、女性省、全ての省が協力したのです。全ての関係者がプログラムを手元に置いて、出動準備を整えました。健康的なライフスタイルについて先程、言及がありましたが、マレーシアでは省庁が、健康的なライフスタイルに関するプログラムを全て作成しました。

## インド：

インドでは、子どもたちに対するヘルス・ケアが最も重要視されています。インドの人口規模は非常に大きなもので、州ごとに異なったシステム・状況がありますので、健康に関する問題は、州の管轄になるわけです。ただし、国のプログラムとしては、例えば、マラリア、HIV/エイズ、結核、チフス、ポリオといった感染症については、国家レベルで対応するわけです。大臣自らが様々な地域に出かけてキャンペーンを実施しています。

HIV は世界どこでも問題だと思います。インドでは、特にエイズや結核が大きな問題になっています。とりわけ田舎や農村地では、なかなか医療制度が整っていませんので、問題はなかなか解決しないのです。そういった所にプライマリー・ヘルス・ケアを提供していかなければならないわけです。そのような地域では、一度感染症を撲滅しても、再発しかねません。私たちにとってのヘルス・ケアについての課題は、子どもそして僻地に住む人々を対象にしたものが充分に実施できない可能性があるということなのです。このようなケースに関しては、国がイニシアティブをとっていくことになります。

ヘルス・ケアを提供するのに、民間部門も重要な役割を果たしています。都市では民間部門が中心になって、多くの貢献をしています。都市に住んでいる豊かな人は、民間の医療施設を利用するようになっているのです。

インド政府は、州政府とともに、子どものヘルス・ケアに目を向けています。今後、そのための施設をもっと増やしていかなければいけません。予算の制約がありますが、患者2〜3万人に対して一つのプライマリー・ヘルスの病院を建築し、二人の医者を配置するようにする、あるいは10床程度の診療所を作るという計画を持っています。ヘルス・ケアを全ての人に提供する。これが重要になってくるのです。「アルマ・アータ宣言」にある、“全ての人に対してヘルス・ケアを提供する”というコンセプトを実践しているわけです。特に貧困の妊婦にヘルス・ケアを提供できるよう積極的に取り組んでいます。そのためにも、プライマリー・ヘルス・センターには、必ず女性の医者を派遣するよう、義務付けています。インド政府は、今後もまた「アルマ・アータ宣言」をもとに、必要なことを実施していきます。

## インド：

非常に重要な、そして興味深い指摘がニュージーランドの方から述べられました。糖尿病が増えているということですが、我々にとっても重要な問題になっています。我々の予想では、2023年には人口の25%が糖尿病にかかるのではないかと推測されています。これによって、大きな経済的負担が生じると考えられています。これからのヘルス・ケアに即していえば、この糖尿病の影響に触れずに語ることはできないほどです。それほど、糖尿病は未来にとって重要な課題になると思われます。

それからマレーシアのメンバーのご提案。義務でスクリーニングをやるということですが、この「義務」という言葉はよい言葉ではありません。人権の問題に抵触する恐れがあるからです。「義務」というよりは、「習慣」といったほうがいいのではないのでしょうか。

それからシャルマノフ先生。非感染症のほうはどうなのでしょう。安全な飲み水、それから感染症以外の病気ですが、水が安全でなければ、病気が蔓延するということでしょうか。

## 韓国：

韓国では劇的な変化が「アルマ・アータ宣言」によって起こりました。韓国では、国民皆保険が実施されており、国民全てをカバーしていますが、それでも現実にはプライマリー・ヘルス・ケアを受けることができない人がいることも事実です。

他方、最近、プライマリー・ヘルス・ケアの概念が変化してきました。すなわち、ケアの質に的を絞らなくてはいけないということになりました。量ではなくて質、量から質へというのが問題になってきたわけです。そこで問題になっているのは、ケアの質でも、とりわけ糖尿病や高齢者介護といった長期ケアです。また、生まれてから墓場までのケアを、量から質への転換と結びつけて取り組んでいるところです。

現在、アジアの各国で出生率がいろんなところで低下しています。したがってシャルマノフ先生の提案がご提案されたように、プライマリー・ヘルス・ケアの概念を少し変えるべきではないかと思っています。つまり、量ではなくて質に変えるべきではないかということです。同時に、あらゆる世界の高齢者もアクセスができるようなシステム、つ

まり全ての人々がプライマリー・ヘルス・ケアにアクセスできる、そんなシステムが必要なのではないかと思います。

高齢者も含め、実際に全ての人にアクセスできるようにすることが重要なのではないのでしょうか。「アルマ・アータ宣言」以来、その重要性が意識されてきたプライマリー・ヘルス・ケアですが、今後は、ここにお集まりのリーダーの皆様方が的をしぼるべき課題であると思います。調査が必要であるという意見も先にうかがいました。本当に必要性のある、質の高いプライマリー・ヘルス・ケアを提供する、全ての人たちがアクセスできるように実現する、そのように歩みを進めるべきなのではないのでしょうか。

#### シャルマノフ：

まず初めに、プライマリー・ヘルス・ケアの問題に関係した点から取り上げていきたいと思っています。これは今後のグローバルな開発、世界の開発にとって必要な問題です。だからこそ、歴史的な WHO 会議いわゆる「アルマ・アータ会議」が開催されたのです。私どもは、その会議で採択された「アルマ・アータ宣言」が世界各地で実行され、ヘルス・ケアの状況が改善されていると思います。いずれの国でもプライマリー・ヘルス・ケアの動向に変化が生じています。これは、経済発展の程度にも関係しているものですから、これこそが絶対的な方法だというものはないでしょう。

その上で、簡潔に栄養学者として、個人的に述べてみたいと思います。すでにご存知のことと思いますが、WHO は、優先的な課題を明らかにしました。その中で重視されているのは、主に感染症と感染症以外の疾病です。それが地球規模の課題だとされているのです。去年発表された最大規模のプロジェクトでも、感染症・感染症以外の要因がリストアップされています。これらが基本的な要因だということができます。

多くの国々には地域差がありますので、感染症が蔓延する原因・要因はそれぞれ独立的なものであるはずですが、しかしそれが死亡原因として上位にあります。つまり、非伝染的なものが感染症の原因になっているのです。例えば水です。なぜ、水がリスクの元となる原因の一つなのでしょう？ それは、安全な飲み水がないとするならば、コレラ、それから肝炎といったものを蔓延させる感染源となりうるからです。感染症・感染症とこれらの要素は関連しています。重金属それから殺虫剤といった汚染物質も、水を通して感染します。

それ以外にも、多くの問題があります。例えば、糖尿病に関する問題です。なぜ、糖尿病が重要なのでしょうか。実は世界の死亡者の中で約 60%が栄養不良や不適切な栄養に関係していると考えられています。その理由は何でしょうか。もちろん、国による違いはあります。国による違いは糖尿病に関係しています。例えば、多くの人が脂肪の多いものを食べる、コレステロールの高いものを食べる、そして微量栄養素をとらない、ミネラルをとらない、そういうものが直接糖尿病に関係しているわけです、また、骨粗鬆症の場合も同様です。そういったものが要因になっているわけです。それゆえ優先順位の高い課題となっています。糖尿病は、過食、肥満の問題です。安価な食べ物、例えば、炭水化物の摂取比率が多ければ発生しやすいともいえます。

アイカン副大臣は、健康的なライフスタイル促進センターを主催しているお一人ですが、そこでは WHO の理念に基づきセクター間のパートナーシップを縦方向でも横方向でもやっという活動を実施しています。このような活動は一つの省庁が単独に行動したのではこの問題には対処しきれないという、もともとアルマ・アータ宣言に含まれていた考えがもとになっています。それが広範な討議の対象となってきたのです。保健省以外の他省庁、例えば社会省、経済省、財務省、また教育省の関与なしには、ものごとを達成するのは不可能だと考えています。つまり、広範な省庁、機関を横断するクロスセクトラルな相互の協力や連携なしには実施できないと考えられていますし、様々な国で様々な手段・方法がとられています。

例えば、シンガポールでは学校教育の中で、子どもたちに健康的なライフスタイルを教えて、肥満を防ごうとしています。子どもたちの間で、健康的なライフスタイルという文化が育まれるように試みているわけです。親もこのような経験を伝えています。子どもたちの側でも、学校教育を通して社会に大きな影響を与えることができる。これは非常に良いアプローチだと思います。ですから、私どもは、いろんなセクターを横断するアプローチを使うべきだと思います。多部門の関与なしには実現が難しいということで、多くの省庁の関与が必要だと思います。

ある大臣一人だけが活動しても、それだけでは十分ではありません。体に例えれば鉄不足が生じるようなものです。カザフスタンでは、教育、科学、情報、社会、こういうものを担当する全ての省庁が 3 年間この問題に一致して携わるこ

とで、多くの成果が上がりました。鉄不足からくる貧血をそれによって撲滅することができたのです。こういった貧困の撲滅こそ、セクター横断的な事業活動の成果といえるでしょう。

それからもう一つ。プライマリー・ヘルス・ケアの質についてですが、いかにして量だけではなく質をも達成するかということが問題になりました。プライマリー・ヘルス・ケアは、多くの成果を出しつつあります。例えば、僻地の村に医療サービスを提供するために実験が行われた電子通信技術を先程ご紹介しましたが、輸送機関が充実していない実情の中で、この質の高いヘルス・ケア・サービス、またはその利用可能性は最大の成果をあげているといえます。私どもの保健省は取り組みに全力を注いでいます。カザフスタンの全地域をカバーするようにと、全力を注いでいるのです。

さらに、予算のことで、カザフスタンのみならず、また、中央アジア諸国のみならず、アジア、太平洋という地域全体が同じ状況にあるということ、つまり 20-30%程度の予算しか、プライマリー・ヘルス・ケアの方に向けられていないという状況をおうかがいして驚きました。先にもご説明したように、カザフスタンにとって、今年は転換期になるでしょう。ヘルス・ケア改革を実施できたのも、国家元首である大統領それからカザフスタン議会のリーダーシップのおかげです。今後、予算は、ますます予防の方に重点を移すことになるでしょう。現在は、入院患者へのサービスではなくて、プライマリー・ヘルス・ケアの方に重点を移しています。

アイコン先生は、この分野の専門家ですから、先生の方に補足していただきたいと思います。ありがとうございます。

#### **アイコン：**

ベトナムの参加者からのご質問、なぜ 15%から 20%のお金のみがプライマリー・ヘルス・ケアのために向けられているのか、という点についてお答えしたいと思います。カザフスタンでは、全体の予算の 23%をプライマリー・ヘルス・ケアに向けています。もちろん、充分ではありませんが、むしろ問題は管理・マネジメントにあると考えています。つまり、問題は管理のために如何に組織化するかということにあります。

予算を増額するためには、公共のヘルス・ケアが果たす役割について、国会議員の方々の理解を高めていく必要があると思います。今年は、このための予算をさらに 5 割を追加して、来年さらに 5 割追加したいと考えています。そして、その追加分全てをプライマリー・ヘルス・ケアの方に向けようと考えています。これは私どもの新しいプログラムの特徴となっています。

また「アルマ・アータ宣言」のフォローアップはどのようになっているのか、プライマリー・ヘルス・ケアの分野でどういうことが起こったのかというご質問をいただきました。ご存じのとおり、現在では、我々のプライマリー・ヘルス・ケアはソ連型のプライマリー・ヘルス・ケア・システムには頼っていません。ソ連邦は崩壊いたしましたし、ソ連のシステムはすでに我々のところには残っていないのです。プライマリー・ヘルス・ケアについて、ソ連のシステムや構造を探そうとしてももう存在していません。我々がやっているのは新しいモデル、新しい公共のプライマリー・ヘルス・ケアを構築することです。もちろん「アルマ・アータ宣言」を引き継ぎましたけれども、我々の仕事は、それを実現させ、具体化させることなのです。

タイの方が NGO との連携が重要だとおっしゃいました。我々の新しいパブリック・ヘルス・ケアでも、この NGO との連携が盛り込まれました。今年の 10 月中頃に、アスタナでパブリック・ヒアリングという公聴会をやる予定です。この公聴会によって、NGO の役割を高めることが目的です。

ニュージーランドからの質問には、糖尿病に関してのプライオリティは何なのかということがございました。糖尿病は我が国でも大きな問題です。11 万人が我が国では糖尿病に苦しんでいます。ほとんど全ての人が糖尿病の素因があるといえるほどです。カザフスタンでは 10 月 15 日が糖尿病撲滅全国デーで、全国キャンペーンが開催されます。さらに、糖尿病の特別な学校を作りました。こういった活動は、ひとえに糖尿病に対する意識を高めるためであり、糖尿病を削減していくためのものです。それを実施しています。

マレーシアの代表がマレーシアの教育プログラムお話をしてくださいましたが、我々にも、そういうプログラムがあります。例えば、予防接種プログラムです。我々はこのプログラムを拡大し、無料で実施されるようにしました。この事業のために、政府が全部予算を出し、国民の 95%が無料でこの予防接種を受けています。私自身、マレーシア訪問しましたことがあります。非常によく組織化された美しい国で、よいプライマリー・ヘルス・ケア (PHC) システムを持

っていらっしゃる。マレーシアと同じように私どもも現地訪問を実施しています。それだけに似たようなシステムがあるのではないかと推測いたします。

インドの方からの質問は子どもの健康についてでした。もちろんわが国でも問題です。特に結核は深刻な問題になっています。カザフスタンはヨーロッパ地域で結核罹患率がトップになっています。ですから、現在、ヘルス・ケア予算の7~8%を結核撲滅のために向けています。他国が結核撲滅にかかる予算は3~4%だと思いますから、我々はその2倍の予算を結核に向けていることとなります。

その結果、この2年間で、結核の罹患率や死亡率を削減させることができました。残念ながら世界規模で見ますと結核に対するいろいろな耐性菌が出てきていますから、今後も注意して見ていかなければなりません。

それから HIV/エイズについての言及もあつたと思います。ロシアでは 100 万人が HIV/エイズに感染しています。実際は、もっと多いのではないかと思います。カザフスタンはもっと多いのではないのでしょうか。これも重大な問題です。また、栄養の習慣、生活習慣も大きな問題です。

韓国の方が、ヘルス・ケア・サービスの質に目を向けるべきじゃないかとお指摘くださいました。そのとおりだと思います。我々カザフスタンでは3本柱の品質保障、QA(品質管理)システムを実施しています。まず、一つ目の柱が病院。二つ目が州の QA システムを構築です。そのために、ヘルス・サービスの質や治療のコストを調査・検討する機関を作りました。三つ目は、独立した QA の問題を解決する組織を作ったということです。様々な方々の参加を得まして、独立した QA 問題解決の機関を作り上げたということです。

全ての方が、健康なライフスタイル高めていく必要があるとお話くださったと思います。実は、アルマティには国立の健康的なライフスタイル促進センターというユニークな施設があります。WHO のリー事務総長や局長が訪問した施設でもあります。

また、我々は教育プログラムをいろいろなところで実施し、健康的なライフスタイルを促進しています。初等教育の現場でも、高等教育機関、大学・専門学校でも、ヘルシーライフスタイル促進のための教育をやっています。また先にシャルマノフさんから言及されたように、全国レベル、また地域レベルで連携をとるための審議会があります。農村地域にもこの健康的なライフスタイルを促進するカウンシルがあります。関心がありましたら、是非ご訪問ください。それから非感染症、結核撲滅、禁煙に関しても様々な活動を行っています。

もう一つの今日、我々が扱っているものは人口の問題ですので、カイロ会議について触れたいと思います。これについては、この席をお借りして、UNFPA に御礼申し上げたいと思います。このようなテーマを取り上げてくださり本当に感謝しています。これまで、我々も一致協力してこの問題を取り扱ってきました。カザフスタンは開かれた国です。もちろん、多くの問題を抱えています。例えば、医療機関へのアクセスであったり、医療サービスの質といった問題です。我々の行動に問題もあるでしょう。社会的、経済的な問題も多く抱えています。しかしながら、ヨーロッパやアジアの多くの国と協力して幾多のプロジェクトを実施できているのです。

また、日本政府にも御礼申し上げたいと思います。カザフスタン政府は日本政府とも多くの共同プロジェクトを実施しています。ウラル市アラル海においてもプロジェクトを持っていますし、最近では、治療センターの設定、これは結核、また白血病の子ども治療センターの設立の合意を日本側と締結したばかりです。

また、啓発活動に関しては、中国からの協力を得ています。3000 人ほど若い人たちが中国の有名な大学で訓練を受ける予定になっています。将来は 5000 人ぐらいがこのようすばらしい教育を、中国あるいは海外で受けることになっています。このスピードはかなりハイペースだと思います。このような若い人の経験というのが、国に役に立つと思っています。また、公衆衛生や人口の問題の分野でも、こういった問題をどんどん積極的に扱っていくのが重要だと考えています。ご参集の皆さんが大変熱心にこの問題に取り組んでいらっしゃるので我々も嬉しく思っています。

また、トゥトゥクシェフ上院議員にも御礼を申し上げたいと思います。我々が取り組んできました問題をカザフスタンの上院でも取り上げてくださいました。

こういった公共のヘルス・ケアというのは本当に重要な問題です。国民全てに影響を与える問題ですから、国会議員の皆様方のご理解にわずかであっても貢献するところがあれば幸いです。本日はどうもありがとうございました。

**議長：**

非常に内容の濃いお話を続けてまいりました。健康的なライフスタイル・プロモーションを実施するに当たって、行政がいろいろな政策をやっていますけれども、それはシャルマノフさんもおっしゃったように、保健省だけでは不十分で教育省もかかわらなければなりません。保健省の中でも、保健と福祉と医療が分かれているようではダメです。みんな統合していく必要があります。例えば水の問題もそうですが、いろいろな問題を考えると、そういった行政の人たちは自分の仕事を一生懸命やりますが、それを統合して、プライマリー・ヘルス・ケアに向かって進めるというのは、やっぱりこれは政治家の役割ではないかと思います。各国の政治家が一生懸命努力をして、その成果をまたいろいろな意味でお互いに情報交換する、これがまたお互いを刺激し合う、大変良い議論であったと思います。皆さん、いかがでしょうか。これで、このセッションを終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。

## セッションⅣ

達成と残された課題 ICPD PoA の 10 年  
—ICPD 行動計画「原則」、ミレニアム開発目標、  
持続可能な世界サミット—

# 達成と残された課題 ICPD PoA の 10 年

## —ICPD 行動計画「原則」、ミレニアム開発目標、 持続可能な世界サミット—

講師：和気邦夫 UNFPA 事務局次長  
サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長  
議長：バヤラール・ラヴィ 議員（インド）

### 議長：

このセッションでは、「達成と残された課題 ICPD PoA の 10 年」と題して、ICPD PoA の 10 年における行動計画の「原則」、ミレニアム開発目標（MDGs）、持続可能な世界サミットについて検討します。このセッションはこの会議の中でも大変重要なセッションとなります。まず初めに議員の皆様、特にカザフスタン家族人口委員会の皆様方、この会議のホストとなり、この美しいアルマティにおいて会議を受け入れてくださったことに感謝申し上げます。25 年前にこの地でかの有名な「アルマ・アータ宣言」が採択されました。WHO のヘルス・アプローチの基礎となった宣言が発せられたこの地で、皆様とお会いできますことを大変嬉しく思います。このセッションでは、ICPD PoA から 10 年間での達成と残された課題について考えていきたいと思えます。特に、行動計画に目を向け、行動計画の「原則」、ミレニアム開発目標、持続可能な世界サミット、WSSD の世界サミットについて考えていきます。

ICPD から 10 年が経ちました。講演の中でもお話があると思いますが、「カイロ宣言」は 20 世紀の人間開発の中で画期的な宣言であり、世界の人口に大きな影響を与えました。それ以来、持続可能な形での開発が行われ、また拡大してきました。人間開発報告書には 18 のカテゴリーで目標が設けられています。このカイロの宣言をもとに、飢餓、貧困削減は全ての分野に取り込まれており、新しい定義と新しいフォーカスが与えられています。この会議の行動計画の批准国は 109 カ国であり、私の国も含めその実行に向けてコミットしています。我々は今やこれを実行に移す時です。そして議員として、それぞれの国でメッセージを発していかなければなりません。このセッションでお話をうかがいます和気次長は、UNICEF に長期にわたり勤務した後、現在 UNFPA の事務局次長を務めています。昨日同様、今日も我々にとって有益な話をお聞かせいただければ幸いです。特にカイロ宣言の背景に関してもお話下さるのではないかと思います。

また、UNFPA の情報・渉外・資金動員局からいらっしゃいましたサフィエ・シャー局長がその次にお話になります。サフィエ局長といえば、全世界で知らない人がいないというくらい有名な方です。議長としてお二人を心から歓迎したいと思います。その後の討議を通して、我々の課題が何なのか、どのようにしたら目標を達成できるのかについて考えていきたいと思えます。

それでは、和気邦夫 UNFPA 事務局次長に講演をお願いしたいと思います。

### 和気邦夫 UNFPA 事務局次長：

ありがとうございます。議長、議員の皆様方、おはようございます。今日は、カイロから 10 年たった現在、我々がどのような課題に直面しているのかを明らかにしたいと思います。私の後でサフィエ・シャー局長が UNFPA としてどのようなことができるのか、そして今後、特に議員の皆様方がどのような役割を果たすことができるのかを詳しくお話する予定です。

本日は UNFPA が行ったグローバル・サーベイに基づいて話をしたいと思います。グローバル・サーベイでは、カイロから 10 年たった現状、また各国の経験の評価しました。全体で 160 カ国が回答し、その内訳は開発途上国と経済体制移行国を合わせ 151 カ国、援助供与国から 18 カ国です。NGO を含めこの調査に対応して下さった方々に感謝を申し上げます。この UNFPA グローバル・サーベイは、各国における政策の実行の査定や評価を行うものではありませんが、今までの達成を確認し、どのような分野でさらに改善が必要なのかをハイライトするのが目的です。

これまでの主な成果は何でしょうか。

まず、第一に開発計画における人口の重要性が増したことがあげられます。160 カ国のうち 79% が人口問題を開発戦略に取り込むための行動をとっている、と回答しています。アジアでは、44 のうち 40 カ国もの国からそのような行動をとったという回答を得ました。

第二の成果は、貧困撲滅とミレニアム開発目標の達成のために、人口問題を社会開発経済戦略に統合していることです。57% の国々がそのような活動を行ったと回答しました。つまり、貧困削減政策の中に人口の問題を統合したということです。1994 年にはたった 13% の国がこの重要な分野で活動を行ったという回答でしたので、かなりの増加です。もちろんまだ多くの国が残されていますが、アジアでは 44 カ国のうち 38 もの国が貧困撲滅戦略の中に人口を取り込んでいます。

第三の成果は、人口問題を持続可能な開発の文脈の中で対応するようになったことがあげられます。88% の国が人口と環境の相互関係を国や地域の開発計画に取り組みだと回答しています。1994 年には大多数の国々がこれらの相互関係は考慮していないと報告したことを考えると、これは大きな前進です。アジアでは、44 のうち 37 の国が、人口そして環境の相互関係が国または分野の計画や戦略に取り込まれていると報告しています。

第四の成果として、ますます多くの国々が、国内で住居を奪われた人々（国内避難民）、移民労働者、人身売買を含め国内や国家間の人口移動の問題に注目を払っていることです。例えば、インド、インドネシア、フィリピン、バングラデシュ、イラン、モルジブ、そしてスリランカは、地域開発の対策を通して、人口再配置や人口移動を生み出す政策を行っています。例えば、農村開発、農村でのインフラやソーシャルサービスの改善、農村信用供与等の政策を通して、地域格差を縮小するための対策をとっています。

第五の成果は、より質の高い安全なリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスの改善です。我々の調査によると、多くの国でリプロダクティブ・ヘルス・スタッフの数や訓練を拡充し、そのサービスの提供施設や品質基準を導入したことです。アジアでは約半数の国で ICPD に先立ってリプロダクティブ・ヘルス・サービスが、プライマリー・ヘルス・ケア・システムに統合されました。また、それ以外の国々でも、多くが ICPD 以降そのような措置をとっています。

第六の成果は、リプロダクティブ・ライツの促進です。44 のアジアの国のうち 39 の国が、少なくとも一つ以上の対策を取り、リプロダクティブ・ライツを強化、あるいは促進しています。

第七の成果としては、ジェンダーの平等の問題に対するコミットメントが強化されています。世界的にも、アジアの地域としても、女兒及び女性の権利を守るための行動、エンパワーメントの促進、また女性のエンパワーメントを男性が支援するような政策がとられていると報告されています

我々は、今までの成果に対して誇りを持ってよいと思います。多くの場合、これらの成果は本当に素晴らしいものです。皆様方の各国におけるアドボカシーや、法律制定などにおける努力の賜物だと思います。しかし、まだ達成できていない分野も数多くあります。そのような分野の一つとしては、国の政策レベルのものもあります。しかし、今述べましたように、多くの国においては法律や政策でもって ICPD を促進しています。ただ、資金の面では大きなギャップが見られます。ICPD は、この優先行動としてプライマリー・ヘルス・ケアのシステムの分野をあげています。この中には、家族計画およびインフラストラクチャーが含まれます。また、追加的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアのサービスとしては、例えば、妊産婦検診、正常で

安全な出産、情報、啓発、通信、STI と、HIV/エイズの予防、人口とリプロダクティブ・ヘルスの研究・調査などが入ります。これらのサービスを実行するための年間コストは2000年で171億ドルです。そして、2015年には217億ドルになると予測されています。2003年には援助国が31億ドルを拠出していますが、これは行動計画に対して援助国が2000年に約束した額の54%に過ぎません。また2005年に必要な額の51%に過ぎません。支援国の側にも努力は見られますが、しかしながら資金はまだまだ目標額まで程遠いというのが現状です。国内支出は、2003年には117億ドルでした。しかしながら、この支出のほとんど大きな部分は、ほんの数カ国の大国、ブラジル、中国、インド、インドネシア、メキシコの支出です。国内支出の充足率が高いとはいっても、これらの国がほとんどの支出を占めているのです。我々は明らかに必要な資金を動員するためにまだまだ努力をしなければなりませんし、その使い道についても考えていかなければなりません。

実施の面でのギャップもあります。つまり、法律や政策を実行に移し、一番影響を受けている人たちが便益を受けられるようにすることが重要です。私はアフリカに行ったのですが、アフリカでは特に良い法律や政策、ナショナル・プログラムがあっても、実はサービスの提供という点からの実施が残念ながらうまくなされていません。その理由の一つには資金の不足があげられます。特に僻地におけるプログラムの実施と、予算の配分が充分であったのかを確認する必要があります。

例えば、我々が最近出しました「世界人口白書」という出版物によると、

- ・3億5000万のカップルが、各種家族計画のサービスを受けられていない。
- ・妊婦の3分の1が全くヘルス・ケアを受けられていない。
- ・52万9000人の女性が妊娠中、あるいは出産において合併症で死亡する。

このように妊産婦死亡率の減少という点では、残念ながらまだ成果が得られていません。最後に、今まさに台頭しつつある問題にも我々は熱意をもって取り組まなくてはならないと思います。例えば、

- ・家族計画に対するサービスの需要は2025年までに40%増加すると見られている。
- ・2007年までには、世界の人口の半分が都市に住むと予測されている。
- ・5人のうちの1人、つまり13億の人が思春期になり、今まで歴史上にないほど若者が増えることになる。

そのうちの半分は貧しい者である。

- ・2050年までに50の最も貧しい国々の人口が3倍になる。こういった国の多くは、特にアフリカなどに多くなると考えられる。
- ・世界の人口の65歳以上の人の率が2050年には2倍になる。

ここで私がアジア地域に関して特に取り上げたい問題は、高齢化とHIV/エイズの二点です。

## 高齢化

各国が人口変動を経験する中で、出生率が低下して高齢化が進むと、いくつか重要な政策上の考慮が必要になります。アジアでは44カ国のうち33カ国がこの高齢化に対応するためのイニシアティブをとっていると答えています。特にインドとマレーシアでは、「高齢者のための国家政策」を作りました。スリランカではナショナル・カウンシルを作り、高齢者の権利を守る法案を通過させました。ネパールでも国家的に、60歳以上の寡婦と75歳以上の高齢者に対して毎月年金を払うというプログラムがあります。ここカザフスタンでは、160万人の退職者が社会福祉の恩恵に預かり、年金を受けることができる政策があります。労働人口比率に対する従属人口比率に関してもいろいろな影響が出てきますので慎重に見ていかなければなりません。南アジアでは、従属人口比率に対する労働人口比率のピークは2015年から2025年の間にくると思われま

## HIV/エイズ

7月にバンコクで開催された第15回国際エイズ会議で明らかになったように、エイズは若い人や女性に特に大きな負担を強いています。若者の数は世界で10億人に上りますが、現在1000万の若者が、HIV/エイズに冒されています。また、女性は感染する危険により多くさらされています。HIV/エイズに感染している女性は増え続け、現在は全体の約50%にまでになりました。そのうち自分自身を護る手段を持たない女性がほ

とんどです。今までは男性の感染率が高かったわけですが、例えばアフリカでは思春期の人口において、HIVに感染するリスクは女性の方が男性よりも3倍も高くなっています。

今まで進展はいくつか見られましたが、HIV/エイズは、今後数年間の大きな脅威であることに変わりはありません。アジアの大国、タイやカンボジアでは、いくつかの改善が見られていますが、インド、パキスタン、バングラデシュ、インドネシアなどにおいては、我々が早急に行動をとらなければ HIV/エイズに感染者の数は、将来アフリカではなく、アジアの方が多くなることにもなりかねません。私は大変この点を懸念しています。議員の皆様方、この問題に対して大きな役割を果たしてくださることを期待しています。

このように、我々はまだまだ気をゆるめることはできません。ICPD とミレニアム宣言の目標 (MDGs) 達成するためには、我々はまだ努力を続けなくてはなりませんし、これらは緊急の課題でもあります。皆さんは国会議員として大変重要な役割を担っておられます。UNFPA は、アジアの議員の国会議員の方々に対し、知的な指導者として、また市民の権利——特に女性や本当に底辺に追いやられているもの——の擁護者として果たしてこられた役割に対して感謝を述べたいと思います。今までの成果は、皆様なくしてはとても達成できなかったことでしょう。今後、我々が自信を持って邁進できるのは皆さんのおかげなのです。ご清聴ありがとうございました。

#### **議長：**

和気先生、すばらしい講演をありがとうございました。貴重なお話とご提言をいただきました。私どもにはまだまだこれからやらなければならないことがあることもよくわかりました。我々は国家政府や NGO を巻き込んで、特に HIV のような非常に恐ろしい状況になりうる問題に果敢に挑戦していかなければなりません。次にサフィエ局長のほうからお話があります。すでにサフィエ局長についてのご紹介はございましたので、この場でサフィエ先生にマイクをお渡ししたいと思います。サフィエ局長、よろしく願いいたします。

#### **サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長：**

皆様おはようございます。この「第 20 回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」に参加でき非常に光栄です。昨日から皆様のお話を拝聴していますが、私自身も大変刺激を受けています。

和気次長や他の講演者の方々のおっしゃった言葉を繰り返しますが、(財) アジア人口開発協会 (APDA) に対して、またその理事長である中山太郎先生にお礼申し上げたいと思います。また、人口と開発に関するアジア国会議員フォーラム (AFPPD) とその議長の谷津先生にもお礼申し上げたいと思います。この会議を組織していただきありがとうございました。また、主催国のカザフスタンの議員の皆様、歓迎していただきありがとうございます。また、昨日の夕食は非常に楽しいものになりました。また、特に家族委員会委員長のトゥトゥクシェフ・カザフスタン議員に御礼申し上げたいと思います。最後になりましたが、ご参集の皆様、お時間を割いてこの重要な会議に出席いただきまして本当にありがとうございます。議員の皆様、そしてご列席の皆様、この歴史的な国に皆様と集まることができ大変嬉しく思います。トルコ国籍の私としては第二の故郷にいるような感じがいたします。トルコ、ロシア、インド、そして中国といったこの地域の国々は、何世紀にもわたって慣習、宗教、芸術、文化を共有して参りました。私ども草原地帯の人間には共通の要素がたくさんあります。

#### **1. 人口と開発における国会議員活動**

さて議題に戻りますが、今日は人口と開発に関する議員フォーラムのグローバルな活動、ICPD、そしてストラスブールの会議についてお話をしたいと思います。この人口と開発に関する活動は、私は夢から始まったと思います。国会議員を通じて、共通の目標に対して人々を団結させるという夢です。これは日本の岸元首相と初代 UNFPA 事務局長のラファエル・サラス氏との努力によって始まりました。二人は日本で何度か会い、そしてインドなどのアジアの諸国を訪問しました。その際には当時まだ若くていらした和気次長が現地でお世話をしたとうかがっています。

そのような日本や他の国々の議員の活動を受け、1974年に世界で初めて、人口問題に関する超党派の国会議員のグループとして国際人口問題議員懇談会（JFPF）が設立されました。JFPFの創立に引き続き、APDAとAFPPDが1982年に創設されました。それによって、アジア・太平洋州の国々で国内の人口と開発に関する議員組織が作られていったのです。一番最近では、去年の12月にラオスの国内委員会が創設されました。APDAとAFPPDにより、世界各地域の地域議連も設立されました。2001年12月にパリでヨーロッパ地域人口開発議員フォーラムが生まれ、このグループは今年のストラズブールで行われるグローバルミーティングを主催することになっています。

このように UNFPA と国会議員との共同活動は、このアジアから始まったといえます。30年をかけて日本からアジア諸国に、そして世界全体に広がっていきました。さらに、ここで申し上げたいのは、2000年からの日本政府の毎年100万ドルの信託基金を拠出してくださったことで UNFPA は国内、地域内において議員活動を支援していくことができるようになりました。

## 2. ICPD一教から人権への転換

人口・開発の取り組みは、初期段階では数字に焦点をあてていました。予測を上回るスピードで人口が増加し、特に開発途上国で急速に人口が増えていったことが専門家や政策者の大きな懸念になっていたからです。UNFPAはそれに対応するために作られました。25カ国の政府が当時のウ・タント国連事務総長に対し、国連がこの人口問題に何とか取り組んでほしいという要請を行いました。それを受けて1967年に、国連の事務局に組織がつくられ、1969年には国連開発計画のもとに移行され、国連人口基金（United Nations Fund for Population Activities, UNFPA）が生まれたわけです。1987年には、正式に United Nations Population Fund という名称に変更されましたが、略語は今でも UNFPA が使われています。

1994年にカイロで国際人口開発会議（ICPD）が行われましたが、これによって人口に対する焦点が数から個人一人一人に変わりました。その行動計画は二つの重要な原則、人権と女性のエンパワーメントに基づいています。その前提は、もしも人権やリプロダクティブ・ライツが尊重され、そして自主的なリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスが保障され、カップルや個人が子どもを持つか否か、またはその時期の選択が保障されれば、人口の安定化は自然と起こると考えられています。また、もしジェンダーの平等が現実になり、そして女性が教育を受けることができ、ヘルス・ケア、特にリプロダクティブ・ヘルス・ケアを享受でき、全ての社会の局面に参加する機会が与えられれば、これは家族とコミュニティが便益を受けるのみならず、その国も繁栄するであろうと考えられています。調査によれば、女性が初等教育を受けるだけで子どもの数が少なくなり、子どもはより健康になり、家族はより繁栄し、栄養不良が軽減し、そして貧困が削減されることがわかっています。国々が初期の段階で女性に投資をすれば、その国はより早く発展し、強い経済を持てるようになります。

カイロ行動計画の礎石であるリプロダクティブ・ヘルスは、ただ単に家族計画を指しているだけではありません。それには、質の高い母体のヘルス・ケアが含まれており、医療の専門家が介在する安全な出産、また緊急事態のケアの提供が入っています。また、HIV/エイズの予防も含む性病の予防も含まれます。また、その中には女性と青年が結婚時期、結婚相手を自ら決める権利、ジェンダーに基づく暴力の防止、それから女性性器切除や「オナーキリング」（名誉の殺人）と呼ばれる悪い伝統的な習慣の廃止も含まれています。

皆様のアルマ・アータ宣言の再考や、その後に出された質問には、リプロダクティブ・ヘルスや妊産婦死亡率についての言及がありませんでした。この件に関して事実を申し上げたいと思います。

- ・1分間で1人の女性が本来なら回避できる妊娠と出産に係る合併症で亡くなっています。
- ・1分間で95人の女性が出産後に重度の障害をかかえています。
- ・1分間で6人近い人がHIVに感染しています。
- ・1分間で6人がエイズで亡くなっています。
- ・1分間で640人が性病に感染しています。

- ・1分間で399人の女性が妊娠をしています。
- ・1分間で約4人の女性が女性性器切除を受けています。
- ・1分間で146人が世界の人口に加算されています。

これが世界の現状です。だからこそ、リプロダクティブ・ヘルスがこれほどまでに重要なのです。2000年に189の国が承認しましたように、人口とリプロダクティブ・ヘルス、それから国連ミレニアム開発目標は密接な関連があります。コフィ・アナン事務総長が2年前バンコクで開催された第5回アジア・太平洋人口会議に対するメッセージで述べた言葉を引用いたします。

『ミレニアム開発目標、特に、極端な貧困や飢餓の撲滅は、人口とリプロダクティブ・ヘルスの問題が真正面から取り組まれない限り、達成されることはない。つまり女性の権利を促進し、リプロダクティブ・ヘルスと家族計画を含む、教育と健康の分野により大きな投資を行うこと、これらなしには達成できない』

### 3. 国会議員の役割

ここにご参集の国会議員の皆様はグローバルな人口会議に数多く出席されていることと思います。さかのぼればブカレスト、メキシコシティ、アムステルダム、カイロ、ハーグでの会議、それから数週間前にはロンドンでも会議が開かれました。そこではNGOと政策決定者たちが全世界から結集して、ICPDから10年を祝い、話し合いの場を持ちました。また議員は、これ以外にも国内、地域レベルで会合を持っており、リプロダクティブ・ヘルスや人口の問題に対応しています。

議員は、国民を最も直接的に代表する方々です。皆さんは国民や国のニーズが何なのかを直接的に知っています。皆さんは政府の財布の紐を握っており、人々のニーズに答えるための財源を動かすことができる力を持っています。法律、政策に正しい変革を起こす力を持っています。こういう重要な役割を皆さん持っています。議員の先生方はHIV/エイズ、人口、持続可能な開発、食料の安全保障、水の安全保障、女性に対する暴力、それから性とリプロダクティブ・ヘルス、また、重要な人口開発問題を話し合うためにここに集まりました。これは国民や国に便益を与えるものです。しかし、このような努力にかかわらず、国際社会はICPDの目標の達成には程遠いのです。UNFPAが行った、カイロから10年の達成と課題についてまとめたグローバル・サーベイによると、これまでにICPD PoAの目標を達成している国も多くあります。しかし、後発の開発国、最貧国と呼ばれる国々は遅れをとっています。そこには何百万もの女性、男性、若者が未だにプライマリー・ヘルス・ケアのアクセスを持っていません。その中にはリプロダクティブ・ヘルスへのアクセス、教育へのアクセス、その他の基本的な社会サービスへのアクセスが含まれます。これは人道的に正しくないだけでなく、政策としてもよい政策とはいえません。つまり、我々はグローバルな視野で、環境や資源を守り、若者が希望を持ち、機会を持ち、貧困を削減し、命を救う、それらを実現する政策を実施していかなければならないのです。

2001年の末、UNFPAは人口と開発に関わる国会議員の皆様とお会いしました。APDAとAFPPDの皆様方ともお話ししました。そしてICPDの実施における二つの誓約について一緒に取り組んでいこうと約束しました。それはまさに政治的な意志が必要です。そして援助国と開発途上国の政府や国会議員の皆様方の努力が必要なわけです。この二つの問題のうち一つ目は、援助国と開発途上国の資金を動員することです。そして、ICPDの資金目標を達成することです。二つ目はICPDを実施する上にあたって、それを可能にできる環境を作る法律や政策を作っていくことです。2002年11月に100人以上の国会議員や閣僚の方々が72の国や地域からカナダのオタワ集まり、会議が開かれました。皆様方のうち多くの方がご参加されたことと思います。その時に、2年ごとに会議を開き、多くの分野での協力と対話の継続を約束しました。また、フランス・ストラスブールで数週間後に会議が開かれます。このストラスブール会議は、国会議員の皆様方が集まる世界的な会議としては今年唯一のものになります。そして、この過去10年間ICPDの実施の進捗状況と、この先10年の間に必要な行動は何かを議論する唯一の場です。この会議の結果、オタワ宣言に基づいた将来を見

据えた宣言が出てくるものと期待しています。そして、これから10年間の方向性がはっきりと見えてくるでしょう。皆様方はアルマティ宣言を採択されるとのことですが、これはストラスブルでの会議での布石となることと思います。

カイロ会議以来、またオタワ会議以来、多くの進展が見られました。我々の“The UNFPA Global Population Policy Update”というニュースレターを見ていただくとおわかりいただけると思います。これはオタワ会議の結果に基づき、政府や国会議員の方々がこの2年間、どのようにして資金の動員に成功したか、またICPDの実施への環境作りを行ってきたかということが書かれています。また、UNFPAは前述のグローバルサーベイレポートや、2週間前に出された“State of World Population report on ICPD at 10”等の我々の成果を示す出版物を発行しました。しかしながら私がここで強調したいのは、私たちはまだまだやるべきことがあるということです。これから歴史上で若い世代の人口が最多になりますが、彼らが出産についてどのような決定をするのかによって、世界の人口がどの方向に向かうかが決まります。彼らに必要なのは教育、サービス、機会です。妊産婦死亡率はあまりにも多くの国であまりにも高いままです。エイズの蔓延も今阻止しなくてはなりません、サハラ以南でもまだひどい状況にありますし、アジアでもエイズは蔓延してきています。ストラスブル会議での議論がオタワ宣言と、このアルマティ宣言に基づいて行われるように、我々はここアルマティで意思表示しましょう。ICPDの実施に向けて、我々はさらに努力していきましょう。皆様方がまさにこれができる立場にあるわけです。

最後に、オタワ会議の有名なスローガンについて述べたいと思います。「生と死は政治的な決定である」というものです。議会の皆様方、ご参集の皆様方、まさに生と死は政治的な決定です。その決定を握っているのは皆様方です。UNFPAは、皆様方との関係をととても誇りに思っています。そしてまた、今後も我々のミッションを達成するために皆様方と協力していきたいと思っています。

ありがとうございました。

## <討議>

### 議長：

ありがとうございました。非常に内容に富んだ価値あるスピーチをいただきました。

持続可能な人口、そして最も重要なこととして、人が生きていくか死んでいくかは政治的な決定に関わるということでした。ここでさらに議員の一人一人としての関与がどれだけ重要かということを含今のスピーチの中で強調していただきました。先程のお話にもありましたように、私たちはもちろんいろいろなことを成し遂げました。しかしながらまだまだやる必要があります。この会議を通じて、さらに私たちの取り組みを一步先に進めていきたいと思っています。そして、会議の中に皆様方から何かご意見があれば是非おっしゃっていただきたいと思っています。

### 韓国：

サフィエ局長からのお話の中にもありましたが、リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツというものは関連が深いと思います。女性がきちんと教育を受けることによって、自分たちの権利がわかり、リプロダクティブ・ライツ、子どもを産むのか産まないのかというような権利が理解できるわけです。中絶するかどうかという権利、あるいはこのような選択があるかどうかということはこの場ではおいておきたいと思っています。やはり女性に対しての啓発活動が重要だと思います。私が強調したいこととしては、少女を教育していく必要が非常に重要です。少女たちが将来的には大人になって母親になるわけですので、少女の段階できちんと教育をしていくことが必要なのです。私は産婦人科医ですので、韓国での経験を少しお話した

と思います。私は少女のためのクリニックを作っていくよう働きかけています。病気の少女たちを治療するだけではなく、助けを求めている少女たちに手をさしのべる場所でもあり、彼女たちの健康を促進する場でもあります。思春期の少女たちに対して、いかに健康状態に保っていくか、食事療法や性に関する選択に対応できるクリニックを今を設立しています。それが非常にうまくいっていると思います。また 10 歳から 12 歳の少女向けの性教育の教材も作っています。このような形は今後他の国でも使っていけるのではないのでしょうか。

サフィエ局長の方でも、リプロダクティブ・ヘルスの重要性について話がありました。議員の一人一人がこのリプロダクティブ・ヘルスの重要性ということを考えていただきたいと思います。全ての人たちが女性の子宮から生まれてくる訳ですから、みんなが女性問題にかかわっているといえると思います。選択肢を自分で作って、そして選択していくという状況に女性をしていきたいと思います。

女性として、私は子どもを産む力があります。そして家族の健康を世話し、人類の健康を促進している力があると思います。皆さん一人一人にこの問題の重要性について認識していただきたいと思います。

#### **インド：**

サフィエ局長のお話を聞いて、HIV を今ストップしなければいけないということについて私の意見を述べたいと思います。私の国、インドの状況を考えますと、強制的な HIV/エイズ検査は人権無視になってしまうということがあります。しかし、そうすることにより HIV の新たな感染や蔓延を防ぐことができます。この問題に関して皆様のご意見をおうかがいしたいと思います。

#### **タイ：**

私は女性なので発言は控えようと思っていました。私の専門からいえば、私は男性と女性が違うとは思っておりません。一緒に勉強して、男性を追い抜く女性もいます。しかし議員となると、私は男性と女性の違いを実感しています。女はやっぱり男性の影に隠れがちで、私は非常に残念に感じます。もっと多くの女性が議員になればと願わずにはおれません。女性は社会的な問題に多くの関心を寄せています。男性は経済にばかり注意を払いがちです。大臣の多くは男性です。そして GNP とかお金のことしか考えていません。密輸などの問題には注意を払いません。女性は違うと思います。UNFPA がどのようにしてより多くの努力を女性に向けることができるのか。女性問題に対してもう少し力を入れていただきたいと思います。そうでなければ、やっぱり不公平は存在すると思います。私が男性と競って副首相になろうとしてもどうしても負けてしまう。ぜひもっと女性の問題に目を向けてください。

#### **ニュージーランド：**

おもしろいお話です。私の国の首相は女性です。またニュージーランドでは検事総長も、法務大臣も女性です。そしてまた、知事も女性、内閣の官房長も女性、厚生省大臣も女性です。それ以外にもたくさんの女性が重要な地位についています。ですから、ニュージーランドはその点ではとても進んだ国だと思います。個人的には非常に素晴らしいことだと思っています。私の娘たちには、お手本がいて、それをもって将来のことを考えられます。常に女性がいろいろな重要な地位についているので、わざわざ女の子にそういうことを教育する必要はないわけです。

ここでは、簡単に統計をご紹介します。家庭内暴力に関する統計です。ニュージーランドは経済的には途上国と考えられていますが、この家庭内暴力がニュージーランドの女性の死亡率の第 5 番目の理由になっています。そして、ニュージーランドで起こる女性に対する殺人の半分は、現在、もしくは過去のパートナーの手によるものです。そして女性の 3% がパートナーによって殺されてしまうのではないかと、恐れています。あるいは、家庭内暴力で逮捕された男性の 6% が妊娠中のパートナーに暴力をふるっているのです。そして、家庭内暴力から逃れてきた女性達の 15% が、暴力によって永久的な障害に苦しんでいます。

私が冒頭に申し上げたような女性に対する進んだ国とはいえども、慢心してはいられない現状があります。ここで申し上げたいのは、この家庭内暴力に対して国としても対策をとっていかねばいけないわけです。

が、もう少し現実的な形で、草の根レベルで対策を実施していく必要があります。私の町ハミルトンでは、家庭内暴力に介入するプログラムがあります。警察が、家庭内暴力や家庭内で起こった何らかの事件で呼ばれた時、専門機関がまとまって取り組んでいきます。そのような場合の多くは、子どもたちが危ない状況にさらされています。司法機関、警察、あるいは児童介護施設、保護施設というようなところが関与し、対処します。どこでも実現可能というわけではないと思いますが、これは一つの現実的なアプローチの例です。子どもと女性が家庭の中で安全でなければ、リプロダクティブ・ヘルスの問題、自由とか、安全の問題が脅かされるは明らかなのです。私どものハミルトン市では、非常に良い取り組みをしていると思いますが、危ない状態にいる子どもたちは 12 万人もいるのです。そのために情熱を注いで対応していく努力が必要です。ニュージーランドの社会は、文化的にも社会の構造的にも皆様方の社会とは違う部分もありますが、私たちはまだまだ満足をせず、いろいろな取り組みを行っていかねばならないのです。ありがとうございました。

#### **韓国：**

和気局長がおっしゃられたように、ICPD から 10 年たち、まだまだ取り組まなければならない問題があることに同意いたします。今ある問題、乳幼児の死亡率、妊産婦の問題、そしてグローバルな HIV といった問題はまだまだ増えています。また、この会議で私たちいろいろなことをカバーしましたが、その中には糖尿病や高い HIV 感染率の問題が入っていました。それから自殺率が高いこと。高い自殺率や精神疾患の問題も言及されました。韓国を含めた民主主義的な資本主義の先進国においても問題があるのです。貧富の格差もその一つです。私どもが達成しようとしているカイロの目標、最終的にはいかにお金を確保するのかという問題だと思います。そこで富める人たちが、NGO の方にもっと資金を移転して、いろいろな人が行動をとることができるようにする、そのような資金の提供が必要だと思います。私ども国民に選ばれ議会を代表する者として最善を尽くすべきです。そのような分野における政策に対して影響力、特に予算に関する分野で、我々の力を発揮していくべきだと思います。

#### **フィジー：**

たいへんにすばらしい情報に富んだお話に感謝したいと思います。我々にとって啓発的なものでした。また、我々全員を考えさせる討議が行われていると思います。ただ、話すだけではなくて、我々は行動をとるべきです。その点で、この話し合いは我々全員にとってとても有益だと思います。直接問題に取り組もうという気が起こってきました。国に帰って、我々の仲間を教育しようという気持ちを奮い立たせました。

フィジーも小さな国ですが問題があります。HIV/エイズの問題に関しては年間 20% でエイズが増加しています。義務的な HIV スクリーニングについてのお話がありましたが、わが国では今は自発的に行っており、国は特に啓発や教育を重視しています。そういった教育を通して、自発的にテストするようにしています。フィジーはまた小国の割に犯罪率が非常に高いのです。特に性犯罪が高いのです。犠牲者は概ね女性です。また社会的なストレス、社会不安が我が国の大きな問題であり、自殺率が非常に高いのです。特に女性と若い女性の自殺率が高くなっています。

別の問題としては、近親相姦が起こっています。近年とみに表面化していて、社会的に警告を発するほどになっています。特にこの近親相姦での犠牲者になるのは幼児や若い女性です。このようなことが我々が直面している問題で、我々のやり方で戦っていますが、他の国と比べると劇的に改善されているとはいえないようです。

女性性器切除の問題は、途上国、特にアフリカ大陸で広がっていますが、UNFPA に質問したいと思います。UNFPA はこの性器切除が広がっている地域で、この問題についてどういった対策をとっているのでしょうか。

#### **ベトナム：**

ICPD が全世界において効果を持つためには、ICPD の前と後の報告を見ていかなければなりません。つまり、今日午前中に説明のあった「アルマ・アータ宣言」のように前と後の比較が重要です。ICPD において重

要で画期的なことは何なのか、どういふ変化が起こっているのか、そのようなことを世界の人は知りたがっています。ベトナムとしては、量から質への政策転換の意味で重要だと思っています。また、ICPD 前の国会議員の活動は何だったのか、その後の動きは何だったのか、報告や分析をするべきだと思います。アジア、そして世界中で、議員が人口についてより多くの活動を行うようになりました。全ての国にフォーラムや委員会が設立されています。また、いろいろな活動が行われていますが、家族計画だけでなく、より広い視野での人口問題についてのアプローチが取り入れられています。HIV の予防それからケア、特に HIV 治療薬、患者の治療薬、これらが途上国の大きな問題です。いかに HIV 治療薬の値段を下げるのか、貧しい HIV 患者がこの薬についてアクセスできるのか、これらが重要な問題です。ありがとうございました。

#### **インド：**

この HIV スクリーニングの義務化ですが、結婚相手にスクリーニングを義務付けるのは人権の問題です。一般に実施している国がありますが、母親に対するスクリーニングは母子感染による感染を予防し、出産の際の安全を高めます。インドの場合、B 型肝炎の検査は義務ですが、HIV は人権ということから義務ではありません。HIV の検査を義務化するべきだと感じてしまいます。

また、女性に対する暴力。これは文化の問題だと思います。インドでは一般的に言って、特に農村地域は伝統的に家族が強く、女性の地位が弱いのです。ところが家族が崩壊しているところで女性に対する暴力がかなり高まってしまいました。文化的な問題です。家族の制度を維持することが重要です。インドでは、この家庭内暴力の法律を作っているところです。

#### **カザフスタン：**

サフィエ局長が取り上げてくださいましたが、ジェンダーの平等の問題に未だに直面しています。ここで一定のアプローチを作るべきだと思います。これはアジアのフォーラムですので関連付けて話し合いたいと思います。アジアのメンタリーは明確なる特徴があります。我々はジェンダーの平等の目標を持ち、特に我々は議員として政策決定レベルでジェンダーの平等を進めています。しかし、真剣に現状を評価しなければなりません。我々はスウェーデンの経験を観察しましたが、我々の議会のレベルでもまだジェンダーの平等は達成されていません。その現実を直視するべきです。このような状況では、人口のより具体的な課題に対処することは難しいでしょう。我々の議会においても、女性議員の占める割合は 11% という低さです。しかし、人口に関係する問題、特に家族と女性の問題に対する政策決定もなされつつあります。我々女性議員が、女性問題を扱う議員のグループの設立を議会に提案いたしました。トゥトクシェフさんは男性ですが、彼が我々のグループのリーダーになり、それが男性議員の協力を得ることができました。現在女性の問題について強力に進めているところです。男女かかわらず平等にいろんな活動を行っています。このグループにおいて数多くの法律を起草しました。

グローバルな開発のために、開発、家族、リプロダクティブ・ヘルス、そういうものはお互いに関連し合っています。しかし、現実には、議会での男女比率の格差があることに目を向けるべきだと思います。この宣言を出すときに、そういうようなことも文章化すべきでないかという気がします。国際的なレベルでもってジェンダーの平等に対して、アジアのアプローチを強調しつつ、そういうものを APDA のアルマティ宣言に期待したいと思います。

#### **議長：**

あまり時間がなくなりましたので発言は簡潔にお願いします。よろしければここで和気局長のご返答をお願いしたいと思います。

#### **和気：**

皆様方が表明された多くのご意見やお気持ちに賛同いたします。韓国の代表のコメントに関して、私もまた若い女性のリプロダクティブ・ヘルスやその権利に対応する必要性を感じています。日本と韓国ではどの程度、若い女性たちが情報にアクセスを持っているのでしょうか。また親がどの程度までそういった話をし

ているのでしょうか。私は日本人の父親として 10 代の子どもを持っていた当時、このようなトピックを私が話すのは気恥ずかしく、いつも妻が子どもたちとそういう点で話し合っていました。ニュージーランドはたくさんさんの経験があります。オーストラリアもそうだと思います。特にこの家庭内暴力の問題への対応、それから少女、少年への教育に関して先進国だといえます。

この APDA 会議では是非知識の共有を図っていただき、また NGO や政策決定者が力を合わせて今後取り組んでいただきたいと思います。私はタンザニアで青年クリニックを訪問しました。これは若い人に的をのぼったクリニックです。病院に付属したものでした。このようなクリニックがあり、治療やカウンセリングを受けられるということを人々は口コミで知ったわけです。このクリニックで私は若いカップルに出会いました。たぶんボーイフレンドとガールフレンドだったと思いますが、ここでは一緒になって性病についてカウンセリングを受け、また検診を受けることができます。

性行為感染症に対する対策がアジアの国々で増えることが私の希望です。若者のケアが重要です。通常のクリニックは病院ではやっていません。韓国の議員がおっしゃったとおり、そういった特別な女の子のため、または女の子と男の子のためのクリニックがあれば、もっと気軽に情報にアクセスができるようになるのです。清水先生ともこの問題について話し合ったのですが、日本でももっとオープンな、開かれたディスカッションができるようになればと思っています。まだまだ保守的な NGO や、国会の中にも保守的な国会議員がいらっしゃるということでしたので、啓発・教育をもっと実施していく必要があります。

UNFPA のシステム全体を見ますと、この自主的なカウンセリングや検査を促進し、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供という枠組みの中に組み込まれていくべきだと思います。ザンビアで私の体験ですが、私は、“あなたは HIV 陽性だ”と告げられたばかりの女性やカップルにインタビューをしてくれと看護師さんから頼まれました。ケアとトリートメントの重要性を実感しました。進行を防ぐために抗レトロウイルス剤がありますが、入手できる人はわずかです。また HIV 患者の女性の栄養面、カウンセリングの面、そしてそれらをリプロダクティブ・ヘルス・サービスに統合していくことが重要だと思います。現在、HIV のプログラムと、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供の間にギャップがあります。

タイの議員の方がおっしゃったことにも賛同します。私ももともと、女性の議員の数を全世界でモニターしたいと思っています。着実に前進を遂げました。また UNDP がいろいろな報告書を作っており、「人間開発報告書」もその一つです。我々としては啓発を進め、女性議員の数を増やし、内閣における女性の数も増やすよう働きかけていきたいと思っています。清水先生のお話によれば日本の新しい内閣には女性閣僚が二人しかいないということです。この点についても、我々はもっと啓発を行う必要があると思っています。またニュージーランドからは学ぶことが多くあると思います。性差に基づく暴力、また家庭内暴力の問題にしても今まで隠されており、今やっとオープンになってきました。議員は暴力の問題に対する啓発、またそれにどう対応していくべきかにおいて重要な役割を果たすことができます。先進国においても自己満足の余地はありません。

韓国のお話では、伝染病、糖尿病、精神疾患、母子の健康、このような問題があげられました。国によって格差があるということ、そのとおりです。人口の面での問題、それから NGO がまだサービスを受けていない者にいかに働きかけていくか、その必要性、農村地域におけるニーズの充足、予算の問題、これらの重要な問題を指摘されました。全くそのとおりです。

またフィジーの同僚のお話を拝聴して、フィジーの HIV の感染率が高いことに驚きました。その問題に対する意識の向上と教育を実施していることは重要です。また FGM (女性性器切除) について UNFPA もまた、議員の方々とともに新しい法律をつくらうと働きかけているところです。私がマリの村を訪問した時のことですが、その村長と男性達は性器切除の廃止を受け入れてもよいとっていました。性器切除のセレモニーは費用がかかるものなのです。切除をする男性に対して報酬を払う上、村全体がお祭りをし、接待をしなければならぬので、かなりの費用がかかるかといっていました。我々 UNFPA は、これらの多くの国でコミュ

ニティを巻き込んで啓発運動を行っているところです。現地の習慣や、行動に関係するためなかなか変わらないのですが、我々の任務を続けて行きたいと思います。

また、ベトナムの議員がおっしゃるとおりですが、我々はデータのあるレポートを作らなければなりません。今、こうして話し合い、何かを発表しようとしていることもそうです。また、国や地域別の ICPD に関する成果について、指標使ったものが出せればと思います。近いうちに、そういうものが形になればと思っています。

HIV/エイズに関して、治療、ケア、予防の話がありましたが、これも大変重要な問題です。私ども UNFPA は WHO と密接に連携して、3×5 というイニシアティブを進めています。これは、HIV/エイズ患者 300 万人を 2005 年までに治療することを目標としています。UNFPA では WHO と協力し、通常のヘルス・サービスとして実現させようとしています。肝結核の治療については薬剤を使って成果がありました。十分なマンパワーがあって、十分にトレーニングを与えておけば、脱落者が増えることなくこの抗レトロウイルス剤の治療も成功するだろうと思います。この肺結核の治療の成功は我々を勇気付けてくれます。HIV でも同様に行いたいと思います。

インドの議員からは母子感染の予防についてお話がありました。これは出生前ケア、それから通常のヘルス・サービスを通してやるべきです。また B 型肝炎が重要な側面となっています。一部の国では B 型肝炎が通常の予防接種に取り込まれています。

またカザフスタンのお話では、ジェンダーの不平等の問題があるとお話がありました。我々のジェンダーの戦いはまだ終わっていませんが、UNFPA は少なくともプロフェッショナルスタッフに関しては男女半数ずつで、そのトップの役員 3 人のうちの 2 人が女性で、私だけが男です。男の権利を守る時には、私がかんばらなければなりません。この UNFPA の男女平等を私は誇りに思っています。しかし、未だにアジアにおいては男女の不平等が問題です。皆さんのリーダーシップでやるべきことはたくさんあります。

**議長：**

和気次長、ありがとうございました。次にサフィエ局長、どうぞ。

**サフィエ：**

和気次長からほとんど質問に対して答えていただいたと思います。しかし、いくつか皆さんから出てきた問題点、例えば HIV/エイズなどに関して追加したいと思います。先程申し上げましたが、毎分 10 人の人が HIV/エイズに感染しています。国連の多くの組織が HIV に取り組んでいます。HIV の予防に携わっているのは UNFPA だけです。我々はリプロダクティブ・ヘルスを主に扱っていますので、HIV の予防、啓発や教育を推進する立場にあります。各国の政府だけでなく、宗教的リーダー、地域のリーダーと協力し、適切な啓発活動によって、草の根レベルの人々の意識を高めるように働きかけています。11 億の若者たちが、今まさに人口再生産の年齢に入っているわけです。貧困と人口という問題に対して取り組むならば、彼らに HIV だけでなく、リプロダクティブ・ヘルスについても啓発なくてはなりません。

フィジーの議員が、フィジーにおける少女や女性の自殺率が高いことに言及されました。大変悲しいことです。おそらくその理由の一つに望まない妊娠があると思います。これもやはりリプロダクティブ・ヘルスを十分に教え、検査や自発的な家族計画を利用できれば改善されるのです。これは UNFPA のプログラムとして行っていることでもあり、より多くの人々を巻き込んでいく必要があります。

それからベトナムの議員の方の懸念ですが、ICPD の前後の変化に関する統計としては、先程も申し上げましたが、この 10 年間の進捗状況を "World Population Report" として 2 週間前に出版しました。数多くの達成があります。例えば多くの国では、リプロダクティブ・ヘルスそれから人口問題を開発戦略の中に取り込んでいます。今我々が議論している問題、つまりジェンダーに基づく暴力、思春期のセクシャル・ライツ等は、以前は多くの国では話し合うこともタブーになっていましたが、ICPD を契機として話し合いが行われるようになりました。そして政府がこのような問題を法律の中に組み込んで、こういった事態を変えようとして

いるわけです。それから近代的な避妊方法も ICPD 以来増加しました。1994 年には世界のカップルの 54% のみが近代的な避妊を利用していました。それが現在では 61% に増加しました。それから UNFPA が去年調査した世界の国のうち 4 分の 3 が、HIV/エイズ問題を国の政策として採り入れています。これは HIV を撲滅、予防するために非常に重要です。しかし、我々は全てを達成したわけではありません。まだまだ道のは長いのです。和気次長がおっしゃっていましたが、3 億人のカップルが家族計画のサービスを受けていないのが現状です。

また、途上国において妊娠、出産における合併症は、再生産年齢の女性の死因のトップです。また去年は 300 万人が HIV/エイズで亡くなり、500 万人が感染しました。そのうちの半分の 250 万人は女性でした。そしてさらにその半数は 15 歳から 24 歳の若い女性でした。この感染の多くはアフリカで起きています。これは啓発活動が大変重要になってきます。HIV/エイズの感染者の多くはアフリカ大陸に住んでいますが、実は東ヨーロッパが今一番急速に HIV 感染率が増加している地域なのです。麻薬使用による感染、つまり注射針を通しての感染が一番の原因です。

和気次長からも、今までどういったことが達成したのか、これからどういった分野が必要なのかということについて話がありました。FGM については、これは宗教的なものではなく文化的なものです。よくイスラム教と結びつけて考える方がいますが、宗教とは無関係です。文化的、伝統的なものです。和気次長がおっしゃったように、我々は啓発を通して、FGM の施行者が他の方法で収入を得られるようにし、このような習慣をやめるように働きかけています。カイロ会議以来、16 カ国がこの FGM を禁止する法律を作りました。これは大きな達成だと思います。まだ道のは長いのですが、進歩はあるのです。

カザフスタンの方の質問に対してですが、貧しい国では女性は教育へのアクセスも、医療へのアクセスもありません。これは基本的な問題で、カイロ会議でこのような問題に対して教育を通じて女性をエンパワーすべきだということで合意しました。先程申し上げましたが、小学校の教育を受けた女性のほうが産む子ども数が少なくなります。教育や知識は子どもの育児にも役に立つだけでなく、母親が子どもたちに教えてあげることができるのです。つまり女性自身の健康だけでなく、子どもの健康にとっても有益なのです。

**議長：**

それではこれで閉会したいと思います。議長としてこの議論に参加なさった皆様方に御礼を申し上げたいと思います。皆さんを代表して、すばらしい演説をなさった、お二人に対して、お礼申し上げたいと思います。本当にすばらしい演説をありがとうございました。

## セッションV

ストラスブール ICPI 宣言に向けた  
ラウンドテーブルディスカッション

### 国会議員の役割

—ICPD 行動計画 これからの 10 年に向けて—  
アルマティ宣言の協議と採択

# ストラスブール ICPI 宣言に向けた ラウンドテーブルディスカッション

## 国会議員の役割－ICPD 行動計画 これからの 10 年に向けて－ アルマティ宣言の協議と採択

議長：グラサガラン・ガウダー 議員（フィジー）

### はじめに：

「アルマ・アータ宣言」で知られるカザフスタン国アルマティで開催された第 20 回 APDA 会議は、プライマリー・ヘルス・ケアの重要性や ICPD の行動計画から 10 年経過した各国の状況を検討し、今後の行動計画を再検討するなど、ICPD に対する国会議員の関わり方を再確認し今後の活動指針を採択する場となった。ディスカッションでは、APDA が準備した草案に基づき、ICPD の行動計画を実施していく上で必要となる国会議員の役割や今後一層の資金調達必要性があることなどが再確認されたほか、その他に細かい語句の訂正を行い、文言に対する詳細な修正や意見に対する宣言文案の修正が行われた。その結果、満場一致で「国会議員の役割：ICPD 行動計画これからの 10 年に向けて - 持続可能性・環境・人口・未来」が採択された。今回の APDA 会議は、国際人口開発会議から 10 年を記念してストラスブールで開催される「ICPI：国際人口開発会議行動計画実施のための国会議員会議」に向けてアジア太平洋地域の人口と開発に関する国会議員の意見を集約する唯一の機会であり、この宣言の採択によってアジア・太平洋地域の国会議員の見解を提出できることとなった。宣言文のセクレタリーを APDA の楠本が務めた。

主だった議論は以下の通り。

### 議長：

最初に、序文にある最初のパラグラフですが、「アジア諸国の国会議員」という箇所を、「アジア・太平洋諸国」と変更することを提案したいと思います。これは太平洋地域の国会議員が数多く参加されている点を踏まえてのことですが、いかがでしょうか？ ただ会議名称の「アジア国会議員代表者会議」という箇所については、20 年間この名称で続けてまいりましたので、このままにしておきたいと思います。

皆さん、いかがでしょうか？ 宣言文にある「アジア諸国の国会議員」という箇所は、「アジア・太平洋諸国の国会議員」と変更することで、問題ないでしょうか？ 了承されました。

### コメント：

序文の第 3 パラグラフには、「地域によって社会変化やジェンダーに対する見解が異なっておりそれを尊重しなければならないとしても、持続可能な開発を達成するためには、全ての国がその国の地域ごとにリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、ジェンダー、女性に対する暴力撲滅、食料安全保障、環境、思春期の人口、青年および高齢者を含む、人口と開発における長期的展望を持つ事が不可欠である」とありますが、青年および高齢者という箇所に、子どもも加えたほうが良いのではないかと思います。青年と子どもは違った年齢グループですし、子どもに対する権利に注目が集まっているように、子どもに対する暴力、子どもが犠牲者となっているといった深刻な問題に目を配る意味でも、やはり子どもという言葉は入れておくべきだと思います。

の会議でありましたから、食料安全保障という箇所にも、水も入れておくべきだと思います。

**議長：**

それでは、二箇所について検討したいと思います。まず青年という言葉の前に、子どもという言葉を入れておくことについて、反対はありますか？ やはり子どもの権利が重視されている傾向を受けて、子どもを明記することにしましょう。第二点ですが、「食料安全保障」という言葉を「食料／水の安全保障」に変更するという提案ですが、いかがですか？ 反対がないようですので、水についてもここに入れておくことにします。

**コメント：**

性行為感染症（STI）・HIV/エイズの項目に、「エイズの治療薬が十分に手に入らないということに対して懸念がある」という一行を入れたいと思うのですが、いかがでしょうか？ 「エイズの治療薬が十分に手に入らない」また「治療薬が、特に開発途上国に対して入手不可能であることが懸念となっている」という文を入れたいと思います。また治療薬だけではなくて、治療という言葉も入れたらどうでしょうか。

**議長：**

細かいことを入れていくと大変です。本当に関連のあることだけ入れましょう。治療薬は入れてもいいと思います。「入手不可能」という言葉、また、その「貧しい国では購入可能な値段で入手することができない」という表現ですね。現に、フィジーでは10人しかこの治療薬を得られないという状況があります。ですので、入手可能性、支払い可能性という言葉を入れたいと思います。我々途上国としては、これをロビー活動の題材にしたいわけですから。治療薬をもっと安く供給するようにと、世界に向け訴えたいわけですから。どうでしょうか、何か意見はありますか？ ご賛同いただきましたので、「治療薬が入手困難である」というフレーズを挿入します。

**コメント：**

「人口の質」という項目に、文化的な多様性という言葉を入れるべきではないかと考えます。世界の国々では、一国の中でも地域によっては、文化的な背景が違っているわけです。例えば、中国には78もの民族がいます。私がここで強調したいのは、このような具体的な民族の違い、文化的な違いを尊重しなくてはいけないということです。また、ジェンダーの見方というのにも最近では変化が見られていて、最近、韓国では、婚姻外の関係というものを尊重しています。婚外子も認めています。カイロ会議からもう10年になっているわけですから、こういうような見方が拡大しているということを入れたいのですが。

**コメント：**

文化的な多様性に関しては、この「人口の質」という箇所には入れなくてもいいのではないのでしょうか？ このコメントを宣言文に入れるのであれば、序文の第3の paragraph にすでに入っています。「我々諸国は豊かな歴史と多様性を持っている。持続可能な開発を達成するためには、お互いを尊重する」と。個人的には、これで充分だと思います。文化的な多様性もこの中に入っていると思います。ジェンダー、宗教、伝統的な習慣などをこの「人口の質」へ入れると、解釈が広がってしまいます。ですので、文化的な多様性を含めるのであれば、特に、どのような習慣、慣習について言及しているのか、また女性、家族といった観点から何をいうのかについて、もう少し説明する必要があると思います。そうでないと、さらに解釈が広がって、問題が拡大してしまうのではないのでしょうか。

**議長：**

そうですね。文化によっては、女性に対する暴力とか女性性器切除を許容している文化もあるわけです。特定の国ではマイノリティがそういった被害にあっているということもあります。文化的な多様性を改めて強調してしまうと、若干問題が生じると思うのです。間違うと少し違った方向に解釈されてしまう可能性があります。私としては文化の多様性という表現は、序文で既に語られていますので、この項目で改めて文章を入れる必要もないと思います。したがって、ここには文化的な多様性という言葉を入れないことにし

たいと思いますが、よろしいでしょうか。ご賛同をいただきました。

**コメント：**

「行動の呼びかけ」という箇所についてコメントしたいと思います。そこでは、「思春期の人口を含む」とありますが、全ての人ということになっていますので、特に別項目として思春期の人口という言葉を入れる必要はないのではないのでしょうか？

**コメント：**

私は思春期の人口というのは必ず入れておくべきだと思います。特にアジア太平洋地域では思春期の人口が問題になっていますので、ここは入れておきたいと思います。

**議長：**

ただ表現としては、すでに思春期の人口という言葉が入っていますのでこれで充分ではないかと思います。いかがでしょうか。ご賛同が得られたようですので、では思春期の人口という言葉を入れた原文のままで承認したいと思います。

**コメント：**

「行動の呼びかけ」全体についてです。参加されている皆さんの中には、“プライマリー・ヘルス・ケアについて触れているところが、少ないな”とあっていらっしゃる方もあると思うのです。したがって、プライマリー・ヘルス・ケアを充実させるためにも、国会議員である私たちができることを追加するのはいかがでしょうか？ 私自身は、「追加的な資金を投入していく」という言葉を入れるのがいいのではないかと思うのです。これは先進国、開発途上国、両方にとって、という意味です。先進国であれ、途上国であれ、プライマリー・ヘルス・ケアに対しての資金を投じていくということを入れたらいいのではないかと提案します。

**コメント：**

重要なのは、資金を動員して、持続可能な開発をやっていくということですね。もちろん、言葉を文言として調整する必要があると思いますが、このような考え方でいかがでしょうか。例えば「役割、使命として、人員と資金を動員し、能力を高め、そして、人口問題に対応していく」という形にしてはいかがでしょうか。「役割と使命」という言葉を入れた方が、より力強くなると思います。

**コメント：**

コメントさせてください。プライマリー・ケアのことを公約に入れるのは良いと思いますが、役割と使命をもって活動していくということはすでに第1パラグラフ、第2パラグラフでうたっていますよね。ここでは、リソースを動員しなければならないということをやより強く強調したいわけです。ですから、「私たちの政府に対して人口と開発活動を実施に移す上で必要な資源を分配するよう求める」とストレートに表現した方がよいと思います。

**議長：**

皆さんこれでよろしいですか。反対がないようでしたら、これで全体の承認を得たいと思いますが、いかがでしょうか？ 反対ありませんね。ありがとうございます。細かい文言や文法的な問題点に関しては、ここに数多くの法律の専門家がいらっしゃいますので、そのご協力いただき完成させたいと思います。これで、「人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議 アルマティ宣言」を全員のご賛同を得て採択いたします。有意義なご討議をいただきありがとうございました。

# 閉 会 式

## 閉会挨拶

清水嘉与子 参議院議員  
財団法人アジア人口・開発協会（APDA）副理事長

各国代表議員のみなさま、講師の先生方、第20回「人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」を、皆様方の熱心なご協力のおかげで成功裏に終了することができました。また、講師の先生方には卓越したご講演をいただきありがとうございました。心より御礼申し上げます。

今回の会議では皆様方の熱心な討議をいただき、「人口と開発に関するアルマティ宣言」を採択することができました。改めて深く感謝申し上げます。人口問題は全ての地球規模的な問題の基礎であると同時に、人々の日々の生活に直接関わる問題です。特に女性や子どもなど社会的に弱い立場にある人たちの生活に直接関わるという意味でもまさしく身近な問題でもあります。

早いものでカイロで開催された国際人口開発会議から10年の月日が流れました。この10年間で世界は大きく変化しました。10年前に9・11などが発生することを予言できた人は一人もいませんでした。その後のテロの連鎖、イラク戦争などで多くの人々の血が流され続けています。グローバリゼーションが進展し、世界は一層狭いものとなっています。さらに、インターネットの発達、世界中のコミュニケーションをほとんど瞬時に可能にしました。このようにかつてないほど密接な関係の中で生きている私たちが決して充分にお互いを理解していないという悲しい現実があるのです。

10年前に比べて人口問題もその多様性を増しています。日本をはじめとする東アジアやカザフスタンを含むCIS地域では、少子化と高齢化が深刻な問題となっています。また、現在人口転換の結果生じた、人口ボーナスを享受している国々もあります。さらに、残念なことにあまり人口問題に対する対処が進まずに、人口が増え続けている国々もあります。

この多様な現実の中にあるアジアですが、人口問題の重要性はより一層高まっていると思います。しかし、一見、これまでの人口増加の問題と異なっているために、国際的に見て人口問題に対する取り組みの熱意が多少薄らいでいる感があります。

しかし、10年前に比べて危機が遠のいたというわけではありません。むしろ、人口規模は着実に増加し、地球に対する負担を増し続けています。その資金を担ってきた先進国では少子高齢化の結果として厳しい年金財政の負担が現実のものとなってきています。それにかわってかつての低開発国が自らの人口問題解決のためのプログラムを実施できるほどの経済的な成長を達成しているかといえば、それもまた難しい状況にあります。HIV/エイズ問題にしても、10年前とは比較にならないほど深刻な広がりを見せています。これらが、私たちの目の前の問題として迫っているのです。

今私たちがここアルマティに集っているということには大きな意味があります。かつて冷戦時代、私たちにとってここアルマティは遠い、遠い場所でした。そしてカイロの会議が開かれた1994年は、CISの独立もない時期で、カザフスタンをはじめ、旧計画経済の国々は非常に厳しい経済状況に置かれていました。それから10年、多くの国々は自ら経済復興を成し遂げ、国際社会の一員として広く活躍されています。このように大きな成果があったのです。

今回、財団法人アジア人口・開発協会にとっても初めての中央アジアでの会議開催となりましたが、それは東西冷戦終結がもたらした平和の果実であるといえます。私たちはかつて、東西冷戦の終結でもっと大きな平和の配当が得られると考えていましたが、現実には新たな課題が浮上してきました。例えば、世界は非

常に不安定なものとなってきました。いうまでもなく、9・11をはじめとする国際的なテロ活動が私たちを不安に陥れています。先日も北オセチアで何の罪もない数多くの小学生がテロの犠牲となって亡くなるという痛ましい事件が起きました。

皆様ご存知のように人間ことを学名で「ホモ・サピエンス・サピエンス」と呼びます。「知恵ある・知恵ある・ヒト」という意味です。私たち人間に学名をつけた学者は「知恵ある」という言葉を二度も重ねて使ったほど、私たち人類の知恵に大きな期待をかけていたのだと思います。私たちの「知恵」はどこに行ったのでしょうか。カイロの行動計画も10年という折り返し点に立ってなお、まだその目標達成というには、おぼつかない現状にあります。

人間が人間らしく生きるためには人口問題の解決が最も重要な問題です。私たちは政治家としてこの目標を達成するために手を取り合って働こうではありませんか。現状を考えると決して楽観できません。しかし悲観が何も生まないことは間違いないのです。先に基調講演で述べられた「希望を持つということは意志の問題だ」という言葉を借りれば、これからの私たちの社会がどのようなものになるかということは、今に生きる私たちが「どのような意志を持つか」に、かかっていると思います。

今回ご参加の皆様のご尽力で採択された「アルマティ宣言」は、10月にフランスのストラスブールで開催される国際議員会議にも反映されるものであると聞いています。希望を胸に懐き、将来に悔いを残さないためにもできる限りの努力をいたしましょう。APDAとしても非力ではございますができる限りの協力を致したいと思っています。また、次のAPDA会議で皆様とお目にかかれることを楽しみに閉会の挨拶とさせていただきます。

## 挨拶

### ラージ・カリム IPPF－ESEAOR 局長

この第 20 回 APDA 会議に IPPF が参加する機会を与えてくださいました APDA に、IPPF を代表いたしまして感謝申し上げたいと思います。今回の会議は、大変歴史的な、しかも時期を得た会議だったと思います。先ほど採択されました「アルマティ宣言」は、ICPD の行動計画を達成する上でとても重要であり、また 2015 年までに目標を達成する上で、大変重要なものです。

我々 IPPF としましても、皆様方と一緒に、また、APDA や AFPPD の皆様方と一緒に仕事を進められたことを大変嬉しく思っています。最近では、先日開催されましたクアラルンプールでの IPPF 地域円卓会議でも一緒にできましたし、また、IPPF 国際円卓会議が開催されましたロンドンでも一緒にすることができました。特にロンドンでは、NGO が大変ユニークな経験、すなわち国会議員の皆様方と NGO が直接的に意見交換をするという機会に恵まれたわけです。

サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長が今日の報告でお話されたように、まさに国会議員の方々はこのようなことを実現できる力を持っているのです。また、政策を作り、法律を作ることができます。そういったことによって、女性がサービスや避妊のための知識、必要なサービスを利用することができるようになるわけです。また質の良い、妊娠期におけるケアを受けられるようになったり、あるいは安全な中絶を受けられるようになるわけです。また HIV/エイズなどの情報や治療を受けられることもあるわけです。

円卓会議で行われました議論では、いろいろな見解を聞くことができました。リプロダクティブ・ヘルスの問題に直面した人が個人的に意見を述べました。HIV/エイズに感染した方の話もありました。またレイプを受け生き延びた女性で、心理的・身体的なトラウマを背負った少女や、ドメスティック・バイオレンスの被害者の声も聞きました。こういった人々、特に少女、女の子、若い人たちが今日、サフィエ局長が言っていたように、毎分のように様々な病気にかかったり、いろいろな被害を受けたりしているわけです。毎日の日常の中でこういったことが実際に起きています。本当に底辺にいる人や貧しい地域の出身の人たちは、まさに政府が新しい法律などを作ってリプロダクティブ・ヘルス・サービスなどを提供できるようにしてはなりません。今の段階では、まだ、このようなサービスへのアクセスが充分にないわけです。

アジアの人口会議 2002 年で発表された ESCAP における見直し作業において NGO の役割が、大変重要になってきていると書かれています。特に若い人たちと一緒にプロジェクトを進めていくことや、恵まれない人たちと一緒にジェンダー平等や女性のエンパワーメント向上を推進していくのが重要と認識されてきたわけです。我々としましては、そういった方々との連携もこれまでどおり充分やっていますし、また他方で政府や政府関係者との関係、国会議員である皆様方との関係も継続していきます。この会議にご出席の国会議員の皆様方は、様々な方たちの声やいろいろな NGO の人たちの声を聞く機会に恵まれています。現地で実際に活動する NGO の人たちは声なき声を代表し、まさに草の根の声を吸い上げてくれるわけで、その意味でも国会議員の皆様方とこうしてお話できる機会は大変重要なものであると信じています。

最近 UNFPA の資金提供によるプロジェクトとして、UNFPA、IPPF と AFPPD の三つの組織が共同で HIV/エイズ予防のための会議を開催いたしました。このような事業を通じて、我々としては、今後さらに AFPPD と UNFPA の皆様方と国ごとのレベルでこれからも協力していきたいと考えています。

ICPD の実施の段階では様々な障害もあり、まだまだ道のりは遠いわけです。多くの課題が残されていま

すし、近年、特に HIV/エイズの問題なども台頭しています。それから、長期的な課題としては妊産婦の死亡率の改善にも対処しなくてははいけません。このような妊産婦の死亡率などのこれまでも取り組んできた課題ももう一度見直していきたいと思います。私たちには知識もありますし、技術もあります。しかしながら実施に移すうえでの政治的な意思が欠けているのです。また、資金・リソースが不足しているために、十分に妊産婦死亡率を減らすことができていません。この地域の多くの国々では、今まで良い例があります。そういったところから学ばなくてははいけません。しかし、もっと資金・リソースを動員しなくてはなりません。それによって、実際に機能するヘルス・ケア・システムを構築することが必要なのです。

我々は、26年前に、ここアルマティでこのような医療制度が重要だということにコミットしました。プライマリー・ケアを 2000 年までに全てのコミュニティに提供すると約束したのですが、残念ながらまだ達成されていないのが実情です。それだけに、もし、我々がリプロダクティブ・ヘルスに関わる目標を達成するのであれば、あるいは ICPD の行動計画に出ているものを達成するのであれば、我々は、プライマリー・ケアを総合的に、また、リプロダクティブ・ヘルス・ケアを全ての人に 2015 年までには提供しなくてはなりません。

リプロダクティブ・ヘルス・ケアを全ての人に提供するためには、有効で効率的なヘルス・ケア・システムの構築が必要です。そのためにも、先程お話ししましたように、十分な投資をしなくてはなりません。そういう面こそ、国会議員の皆様方が先頭になって、各国レベルで力を発揮していただける分野だと思います。援助国からの支援だけに頼ることはできません。支援プロジェクトであれば、実際数年だけ行われるに過ぎず、またプロジェクトが完了してしまえば、それで途絶えてしまうわけです。ですから、こういった基本的な制度は各国それぞれが自分たちで築かなくてははいけません。

IPPF は、この分野で一番大きな NGO です。IPPF は今後もアジア太平洋諸国で、AFPPD、APDA、UNFPA と協力して、是非 ICPD の目標を達成し、またミレニアム開発目標を達成していきたいと思います。

ベクスルタン・トゥトクシェフ議員、本当にありがとうございました。大変知的な議論ができたと思います。おもしろい経験も数多くいたしました。大変温かいおもてなしありがとうございました。また、APDA そして AFPPD の皆様にも感謝いたします。それではそれぞれ帰国した後、ICPD の目標達成のために努力いたしましょう。ありがとうございました。

## 挨拶

### サフィエ・シャー UNFPA 情報・渉外・資金動員局長

閉会挨拶を依頼されると思っておりませんでしたので、特別な挨拶を用意しておりませんでした。今日の午前中にお話しさせていただきました事柄を、改めてここで、重要なポイントだけを再度お話しさせていただきます。

我々UNFPAは、今後も、ご臨席くださっています国会議員の皆様と綿密な連携を取りながら、行動を進めてまいりたいと考えています。実は、国連の他の機関が我々UNFPAをうらやましく思っています。トラヤ・オベイド UNFPA 事務局長は、コフィ・アナン国連事務局長から、どのようにして UNFPA が国会議員とのパートナーシップを築いたかを、他の国連機関に教えてほしいとよくいわれているほどです。我々が国連でいろいろな機関からうらやましがられているのはそういった理由なのです。

では、UNFPA は、国会議員の先生方となぜ綿密な連携を取りながら事業を進めることができているのでしょうか。それは、次のように考えることができるのではないのでしょうか？ 私は UNFPA で事業に従事するようになってこの二年間ほど、数多くの国会議員会議に出席しました。この APDA 会議はまさに全ての方が実に積極的に参加する、「参加型の会議」であると思います。信じられないほど積極的に参加される会議だと思います。こういった積極的な参加型会議の存在が大きいのではないかと思います。

ご参集の国会議員の皆様が、信念を持ってここにいらっしゃっている。ここで議論された事柄や、採択された宣言文を携えて、国に戻られ、人口と開発に関する目標や ICPD に対するコミットメントを忘れることだけではなく、草の根レベルの人々、そして NGO の人々と一緒になって、政府に働きかけていく、そう感じられるのです。ICPD の行動計画を実施していくことは、国会議員である皆様とそれぞれの国、そして国民、またグローバルな全世界のために重要です。そういった信念を持ってお集まりくださっているのだと感じます。

国会議員の皆様のパートナーシップに心から感謝しています。今後も継続的にパートナーシップを保っていただけるよう期待いたします。また次の機会に、再会することを楽しみにしています。本当にありがとうございました。

## 挨拶

### ベクスルタン・トゥトゥクシェフ カザフスタン上院家族委員会委員長

ご参集くださいました皆様に心からの感謝の気持ちを表したいと思います。また今回ご出席できなかった谷津先生や国会議員の先生方にも感謝申し上げたいと思います。ご参集くださいました親愛なる同僚の皆様方に感謝したいと思います。とりわけ、お集まりの皆様方には遠路ご足労くださりまして、心からの感謝の気持ちを表したいと思います。この国は皆様に知られていない未知の国でありました。にもかかわらず、ここアルマティにお越しいただき、心から感謝しています。

この第20回 APDA 会議におきまして、カイロ会議から10年を記念した目標が改めて設定されました。私は皆様に5年あるいは10年後に再会することを楽しみにしています。その際にはまたここアルマティで会議を開催したい、是非その準備をしたいと考えています。

「アルマ・アータ宣言」は、1978年にここで採択されました。もちろん、あの宣言がすべての問題の万能薬ではありません。カイロ会議のようにあらゆる問題を解決できるわけではないのです。しかしながら、これらのすばらしい会議によって、一定の目標が設定されたわけです。それらの会議の結果、今後、どう進むべきかの道が明らかになってきました。

ご参加くださっている皆様の母国はそれぞれの特徴を持ち、地理的、政治的、経済的な状況が異なります。にもかかわらず、人類のためにこういう目標を採択しているのです。人類の利益のために、人類の社会のために、その問題を解決しようとしています。そのことは共通していることなのです。

人類社会はいつも問題に突き当たってきました。これからも人類は、新しい問題に突き当たるでしょう。いろいろな方法で新しい課題に取り組んで解決をしていかなければなりません。ですから、この会議のように、いろいろな経験や様々な意見を交換することによって、そういった新しい課題を方向付けることができるでしょう。その意味でこの会議は、大きな手助けになることでしょう。

国会議員、国民から選出された代表者として、我々が少なくとも一人の人間を助けることができたならば、我々は問題を解決することができ、また国会議員として国民に対する義務を遂行することができると思います。

また、アベイカエフ上院議長、そしてカザフスタンの同僚議員に対しても、この会議にご参加くださいましたことを、心から御礼申し上げたいと思います。これからはともに多くを学んでいくことになりましょう。今回のような会議により多く参加して参りましょう。

最後に私自身医師として、皆様の健康をお祈りいたします。私の国の健康を維持するために、私自身の健康が重要であるように、皆様の家族、国民、国家は皆さんの健康に依存しています。もっとお会いし議論を進めてまいりましょう、そしてお互いにもっと愛を深めましょう。再会を楽しみにしています。ありがとうございました。

**第 20 回**  
**人口と開発に対する**  
**アジア国会議員代表者会議**

**人口と開発に関するアルマティ宣言**

# 人口と開発に関するアルマティ宣言

## 第 20 回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議

カザフスタン国・アルマティ

アラタウ・ヘルス・リゾート

2004 年 9 月 29 日

### 序文

アジア・太平洋諸国の国会議員が 2004 年 9 月 28-29 日アルマティに集い、「第 20 回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議」で人口と開発問題を討議し、以下の宣言を発表する。

国際人口開発議員会議 (ICPPD) カイロ宣言および国際人口開発会議 (ICPD) 行動計画の目的と目標達成のために我々がコミットメントする事を再確認する。人口と持続可能な開発 (環境、食料/水の安全保障およびヘルス・ケアを含む) の間の相互関連の中で取り組まない限り、この地域の人口と開発に横たわる課題を解決することができないことを改めて確認する。

私たちの諸国は豊かな歴史と多様性を持っている。地域によって社会変化やジェンダーに対する見解が異なっており、それを尊重しなければならないとしても、持続可能な開発を達成するためには、全ての国がその国の地域ごとにリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、ジェンダー、女性に対する暴力撲滅、食料/水の安全保障、環境、思春期の人口、子ども、青年および高齢者を含む、人口と開発における長期的展望を持つことが不可欠である。また各国の事情に合わせて、これらの長期的展望を適用していく必要がある。

私たちアジア・太平洋諸国の国会議員は、この地域の人口と持続可能な開発の問題を解決に向けて各国政府に対し、長期戦略を展開するよう要請し、その戦略のタイムリーな実施を完全に支持する。また、私たちのこのように困難かつ重要な事業を、相互に支援するよう要請する。

この地域の人口と開発に関する状況には非常に大きな差異がある。ある国々は少子高齢化問題に直面し、ある国々は人口転換の過程の中で人口ボーナスを享受している。そしていくつかの国々は今なお急速な人口増加に直面し続けている。またいくつかの CIS 諸国は計画経済から市場経済への移行に際し困難に直面してきたのである。

### 課題

**人口構造：**それぞれの国の人口動態はそれぞれに異なっており、各国は自国の開発との関連の中で人口問題を解決しなければならない。いくつかの国では、主要な人口問題は出生率を低下させることであるが、その他の国々、出生率がすでに低下した国々では、死亡率の低減にその努力が向けられている。また、いくつかの国々では移民の問題が重要な課題となっており、この問題に関してはその (問題の性質・現状に関する) より一層の理解の促進と、各国における開発戦略の中で検討することが必要である。さらにある国々では、出生率が低下しており、高齢化問題解決の重要性が増大してきている。アジア・太平洋諸国の急速な経済発展という現状を踏まえ、適切な人口と開発のバランスを生み出すような長期的視野と戦略を展開することが必要とされている。

**リプロダクティブ・ヘルス：**質の高いリプロダクティブ・ヘルス情報、カウンセリングそしてサービスが利用できるようになるためには、(全ての当事者の) 一致した努力が必要である。経済移行期および、経済的な困難に見舞われた場合、社会的に弱い立場にいる人々が、その影響を最も強く受けことになる。これらのサービスが全ての人々に行き渡るように、注意を払うことが重要である。そうすることで貧困者、マイノリティー、そして思春期の人口を含む全ての男女が自身のリプロダクティブ・ライツを実践することができる。現在の青年は将来を担うものである。我々は、この青年達に健康的で生産的な生活を送るための手段を与え

なければならない。このためには、思春期人口の特別なニーズを確実に満たすことができるように注意を払うことが早急に必要である。多くの国において、リプロダクティブ・ヘルスの質の改善は、高い妊産婦死亡率および乳児死亡率を顕著に削減し、同様に高い妊娠中絶率および性行為感染症をも減少させ、我々国民の生活の質を向上させた。

**性行為感染症(STI)・HIV/エイズ：**この地域における「性行為感染症(STI)、HIV/エイズの急速な蔓延」と「この蔓延が私たちの人口と国々の構造に極めて悪い影響を与える可能性」、そして「その防止が適切にできなかった場合にかかる費用」に対し大きな懸念を表明する。また、その治療薬が入手できないこと、または高価なために購入できないことも懸念すべき問題である。私たちの国々の間でその流行の程度は様々に異なっているが、私たちは、特に若い人たちに対する将来の性行為感染症と HIV/エイズの蔓延を防ぐために、「今」行動することが決定的に重要であるということに同意する。

**ジェンダー：**経済移行と近年の経済開発はある部分で性（ジェンダー）の不平等を拡大し、または性の平等に関わる新しい問題を惹起した。教育や労働における機会の平等、女性に対する暴力の排除はこの分野で優先的に扱われるべき問題である。

**持続可能な開発：**アジア地域は多様なそして豊かな天然資源を持っているが、現在しばしば持続不可能な形でこの地域の天然資源が使われているところでは、その天然資源が支えることのできる人口扶養力の限界に直面している。開発戦略の中には資源の適切な利用と開発活動が環境に与える影響の分析が含まれることが必要である。この地域の伝統的な食料生産と食料供給のシステムを維持することが重要であり、同様に適切な貯蔵と分配システムを準備することが重要である。この地域の平和と安定にとって食料/水の安全保障の問題は不可欠の重要な問題であることを強く確信するものである。

**人口の質：**全ての人には幸福になる権利がある。私たちは人生の全ての側面を考慮に入れなければならない。一人一人の人生の中でできる限り長い期間にわたって健康を確保し、生活の質を改善することで人口全体の質の向上を図らなければならない。

## 行動の呼びかけ

ここアルマティに集った私たち国会議員は以下の行動にコミットすると同時にアジア・太平洋の国会議員にもともに行動するよう呼びかける：

- 人口と開発、そして質の高いリプロダクティブ・ヘルスケアの利用可能性の増大と、その質の向上を関連づけるためのより一層の努力を行い、そしてその努力を奨励する。
- 我々の政府ならびにその他の開発のためのパートナーに対して、リプロダクティブ・ヘルスを含む人口と開発問題を解決に向けてのために包括的な長期戦略を開発し実施するためにともに働くことを要請する。
- 質の高いリプロダクティブ・ヘルスサービスを思春期の人口を含む全ての人が平等に利用できるようになるよう促進し、その進展を注視する必要がある。
- 開発のための全てのパートナーに対し、全てのレベルで、これ以上の性行為感染症(STI)、HIV/エイズ蔓延を防ぐための努力を、調和的かつ一致した形で、特に思春期人口や青年に注目して、“今すぐ”行うよう奨励する。
- ジェンダーの実態に対するより良い理解を促進するとともに、女性の完全な社会参加の実現と、開発の利益を女性と男性が平等に利用できるようにするために一貫した介入を促進する。私たちは、その現状と趨勢をモニターし、そして私たちの政府に対し、この実現に向けて好意的な法環境の確立を含む必要な行動をとるよう促す。ジェンダーの平等をさらに促進する法的環境の確立を含む必要な行動を取るよう促す必要がある。
- 国際社会に対して、国際貿易ルールが人口と持続可能な開発、特に食料安全保障の問題に対して長期的展望と完全な一貫性を持つよう強く要請する。

- 私たちの政府に対して人口と開発活動を実施に移す上で必要な資源を分配するよう求める。

## 公約

私たち国会議員は、草の根レベルで、自身の選挙区で、自国における最高の政治的課題として、上記にあげた行動の重要性を主張しその実施を確実なものとするためにコミットする。そして必要な行動を実施するためには、全てのレベルで、国際社会、NGO とそれぞれのコミュニティ自身を含む全てのパートナーとともに一致協力した努力がなされなければならない。

私たち、アジア・太平洋諸国の国会議員は、平和と、リプロダクティブ・ライツを含む人権を尊重するものである。このような環境においてのみ開発を行うことができる。各国政府に対し、人権尊重と平和を促進するための全ての国際条約を厳守し、問題を平和的な方法で解決するよう要請する。同時に、私たちの活動は全ての人類に平和と安全保障を提供することを目的とすべきである。

## 参加者リスト

フィジー	Dr. Gunasagaran Gounder	Member of Parliament
インド	Mr. Vayalar Ravi	Member of Parliament Member of IAPPD
	Dr. R. Senthil	Member of Parliament Member of IAPPD
インドネシア	Ms. Sanoesi Tambunan	Member of Parliament
	Mr. Ermalena Muslim	Indonesian Forum of Parliamentarians on Population and Development (IFPPD)
日本	清水 嘉与子	APDA 副理事長・参議院議員
	桜井 新	参議院議員・JPFP 会員
	長濱 博行	衆議院議員・JPFP 会員
	武山 百合子	衆議院議員・JPFP 会員
カザフスタン	Mr. Nurtai Abykaev	Speaker of Parliament
	Mr. Beksultan Tutkushev	Senator Vice-Chairman, AFPPD
	Ms. Muzchil Tatyana	Member of Parliament
	Mr. Sultanov Kuanysh	Member of Parliament
	Ms. Dzholdasbaeva Nurlygaim	Member of Parliament
	Mr. Dosmanbetov Bakbergen	Member of Parliament
	Mr. Kassymov Magzam	Administration of Senate
	Mr. Omarov Zhanaya	Administration of President
	Mr. Omarov Baltabai	Administration of Senate
大韓民国	Mr. Jung Il Lee	Member of Parliament, Member of CPE
	Dr. Myoung Ock Ahn	Member of Parliament, Executive Member
	Dr. Ui Hwa Chung	Member of Parliament, Member of CPE
	Mr. Sang Kyeong Lee	Member of Parliament, Member of CPE
トルクメニスタン	Ms. Paltaeva Marel	Member of Parliament
ラオス	Mr. Saythong Keodouangdy	Member of Parliament
マレーシア	Dr. Junaidy Abd Wahab	Member of Parliament
	Ms. Rohani Abdul Karim	Parliamentary Secretary

ニュージーランド	Mr. Martin Gallagher	Member of Parliament
フィリピン	Mr. Reynaldo Uy	Member of Parliament
	Mr. Solomon Chungalao	Member of Parliament
シンガポール	Mr. Yeo Guat Kwang	Member of Parliament
タイ	Dr. Malinee Sukavejworakit	Senator Secretary-General, AFPPD Chair of Senate Committee of Public Health
ベトナム	Dr. Le Van Dieu	Member of Parliament, Member of VAPPD
スリランカ	Mr. Hussen Ahamed Bhaila	Member of Parliament
カンボジア	Mr. Kimsour Phirith	Member of Parliament, Vice-Chairman of CAPPD
	Mr. Eng Vannak	Assistant to Commission on Public Health, Social Work, Labor and Women Affairs, National Assembly, Assistant to CAPPD

#### リソースパーソン

Mr. Akanov Aikan	First Vice Minister of Health, Kazakhstan
Mr. Sharamanov T.Sh.	President, the Kazakh Academy of Nutrition, Kazakhstan
Mr. Eugeny Soroko	Senior Researcher

#### 国際機関

UNFPA	和気 邦夫	国連人口基金事務局次長
	Ms. Safiye Cagar	Director, Information, Executive Board and Resource Mobilization Division
	Mr. Tumkaya Nesim	UNFPA Representative and Country Director for Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tadjikistan and Turkmenistan-Uzbekistan
	Ms. Aida Alzhanova	Assistant Representative, UNFPA Kazakhstan
	Mr. Ian Mcfaelane	
	Ms. Leila Tussupbaeva	Staff, UNFPA Kazakhstan
	Ms. Gaini Kumar	Staff, UNFPA Kazakhstan
	Ms. Leila Duisekova	Staff, UNFPA Kazakhstan
IPPF	Dr. Raj Karim	Regional Director, ESEAOR, IPPF

### National Committee

インド	Mr. Manmohan Sharma	Executive Secretary, IAPPD
大韓民国	Ms. Sang Mi Lee	Director General, CPE
フィリピン	Mr. Roberto M. Ador	Executive Director, PLCPD
ベトナム	Dr. Nguyen Van Tien	Executive Director, VAPPD
ニュージーランド	Mr. Chris Te' O	Secretariat

### 財団法人アジア人口・開発協会

尾崎 美千生	常務理事・事務局長
楠本 修	事務局長補佐・主任研究員
木村 亮子	プログラム・オフィサー
竹本 将規	研究員

### AFPPD 事務局

Mr. Shiv Khare	Executive Director
Ms. Lilibelle Austriaco	Programme Associate

### 通訳

Ms. Yoriko Miyao
Ms. Satoko Watanabe
Ms. Hiroko Kodera
Ms. Oksana Barishenkova
Ms. Yukari Taniguchi
Ms. Botagoz Kausheva
Mr. Ivan Kopytov