

国家開発枠組と人口問題の統合—  
アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト

2013年1月22～25日

カンボジア・プノンペン

公益財団法人 アジア人口・開発協会（APDA）



## 目次

開 会 式 .....	11
主催者挨拶 阿部俊子 外務大臣政務官	
代 読：黒木雅文 駐カンボジア日本国特命全権大使 .....	13
挨拶 ポラパン・プンニャラタバン議員 AFPPD 事務総長 .....	15
開会挨拶 メン・サム・アン副首相 CAPPD 議長 .....	17
セッション 1 人口政策・立法の最優良事例と課題 .....	19
アフガニスタンにおける国家開発枠組への人口問題の統合 .....	21
環境の持続可能性と人間開発評価の統合： フィリピンにおける地方の事例から .....	25
マラウイ国家人口政策の見直し .....	29
ザンビアの人口問題 .....	33
母子保健の課題 .....	35
HIV/エイズ政策の成果 .....	39
ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントの推進 .....	43
討 議 .....	47
セッション 2 人口プログラムの実施 .....	53
カンボジアの人口動態と傾向 .....	55
2011 年カンボジア中間レビュー .....	61
討 議 .....	65
セッション 3 人口と開発における政策と啓発の連携 .....	69
2011 年カンボジア国家人口政策 .....	71
人口と開発に関する国会議員の啓発： 2012-2017 年 CAPPD 戦略行動計画 .....	75
討 議 .....	77
セッション 4 人口問題の新たな課題 .....	83
カンボジアの高齢化問題 .....	85
若者とリプロダクティブ・ヘルス .....	89
討 議 .....	93
セッション 5 視察結果に基づく国会議員の役割の検証 .....	97
シャントラム・ナイク議員 インド .....	99
ビラーロ・ガンシャンガ・エフレイム議員 ウガンダ .....	103
討 議 .....	105
宣言文採択に向けた討議 .....	113
議 長：ニドゥップ・ザンポ議員 ブータン .....	113
閉 会 式 .....	115
総 括 ペン・パンニャ CAPPD 副議長 カンボジア .....	117
閉会挨拶 秋葉賢也 厚生労働副大臣; JFPF 副幹事長 .....	119
宣言文 .....	121
参加者リスト .....	125



## 国家開発枠組と人口問題の統合

ーアジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクトー

2013年1月22～26日

カンボジア王国・プノンペン

### プログラム

時間	日程	スピーカー/議長
<b>2013年1月21日(月)</b>		
18:30～ 21:00	参加者プノンペン国際空港到着 -VIP ラウンジ利用 -サンウェイホテルへ移動  参加者登録  歓迎ディナー -場所：サンウェイホテル「グランド・メコン」 -ドレスコード：カジュアル	ペン・パンニャ議員；立法・法務委員長；CAPPD 副議長（カンボジア） 主催
<b>2013年1月22日(火)</b>		
06:00～ 07:30	朝食 -場所：サンウェイホテル「サン・カフェ」	
08:00～ 08:30	ヘン・サムリン国会議長表敬訪問 -場所：下院 -ドレスコード：ラウンジ・スーツ/ 民族衣装	メン・サム・アン副首相；CAPPD 議長（カンボジア） ペン・パンニャ議員；立法・法務委員長；CAPPD 副議長（カンボジア）
08:30～ 09:00	開会式 -場所：Wat Phnom Room  主催者挨拶  挨拶  開会挨拶  写真撮影	阿部俊子 外務大臣政務官（日本） 代読：黒木雅文 駐カンボジア日本国特命全権大使  ポラパン・プンニャラタバン議員； AFPPD 事務総長（タイ）  メン・サム・アン副首相；CAPPD 議長（カンボジア）
09:00～ 09:15	コーヒープレイク	
<b>セッション1 人口政策・立法の最優良事例と課題</b>		
	議長	チヒット・キム・イエイツ議員；外務・国際協力・情報・メディア委員長（カンボジア）

09:15～ 10:00	アフガニスタンにおける国家開発枠組への人口問題の統合	サフィ・カマル議員（アフガニスタン）
	環境の持続可能性と人間開発評価の統合：フィリピンの地方の事例から	リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員（フィリピン）
	マラウイ国家人口政策の見直し	チビング・ポール・ラクソン・ザカリア議員；保健・人口委員長（マラウイ）
	ザンビアの人口問題	ヴィンセント・マレ議員（ザンビア）
10:00～ 10:25	母子保健の課題	タウン・ラッタヴィ 保健省国立母子保健センター長（カンボジア）
10:20～ 10:50	HIV／エイズ政策の成果	ハオ・ブン・レン 国立エイズ局副事務総長（カンボジア）
10:50～ 11:15	ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントの推進	キム・シパート 女性省ジェンダー平等・経済開発局長（カンボジア）
11:15～ 12:00	討議	
12:00～ 13:30	昼食 -場所：「サン・カフェ」	

### セッション2：人口プログラムの実施

	議長	ダムリー・オック議員；CAPPD 事務総長；立法・法務委員（カンボジア）
13:30～ 14:00	カンボジアの人口動態と傾向	デルビュー・マーク・G.L. UNFPA カンボジア事務所長（カンボジア）
14:00～ 14:30	2011 年カンボジア中間レビュー	ポーチ・ソバンディ 計画省計画総局副局長（カンボジア）
14:30～ 15:00	討議	
15:00～ 15:15	コーヒーブレイク	

### セッション3：人口と開発における政策と啓発の連携

	議長	ティサ・カラリヤデ児童開発・女性担当大臣（スリランカ）
15:10～ 15:35	2011 年カンボジア国家人口政策	ポーチ・ブンナック 国家人口開発閣僚評議会副事務総長（カンボジア）
15:30～ 16:00	人口と開発に関する国会議員の啓発：2012～2017 年 CAPPD 戦略行動計画	ダムリー・オック議員；CAPPD 事務総長；立法・法務委員（カンボジア）
16:00～ 16:30	討議	

セッション4：人口問題の新たな課題		
16:30～ 16:50	議長 カンボジアの高齢化問題	エリオダ・トゥムセゲ議員（ウガンダ） チュックメル・サンテピャップ 社会問題・退役軍人・青少年更生省 国家公務員社会保障基金局長（カンボジア）
16:50～ 17:10 17:10～ 17:30 18:30～ 20:00	若者とリプロダクティブ・ヘルス 討議 夕食 -場所：「サン・カフェ」	ツアン・ボピア ユースプログラム マネジャー（カンボジア）
2013年1月23日（水）		
視察		
06:00	朝食 -場所：「サン・カフェ」	
06:45	ロビー集合	
07:00	ポーサット州へ出発	
10:00～ 11:30	ポーサット州クラコー郡手工芸コミュニティセンター視察	エム・ポンナ議員；ポーサット州ブンラニー・フンセン開発センター長（カンボジア）
11:30～ 12:00	ポーサットセンチュリーホテルチェックイン	
12:00～ 14:00	昼食 -場所：「Mlob Svay レストラン」	
14:00～ 15:30	ブンラニー・フンセン開発センター視察	エム・ポンナ議員；ポーサット州ブンラニー・フンセン開発センター長（カンボジア）
15:30～ 16:30	ポーサット州職業訓練センター視察	プム・チャンタ 労働・職業訓練省 ポーサット州訓練センター所長（カンボジア）
16:30～ 18:00	ポーサット市内視察 Sampao Island 他	
18:30～ 21:30	夕食 -場所：「Mlob Svay レストラン」	
2013年1月24日（木）		
06:30	ロビー集合	
07:00	朝食 -場所：ポーサットセンチュリーホテル	

08:30～ 10:00	コンポンチュナン州へ出発  トラペイングチャン小学校視察 -コンポンチュナン州における教育 状況	ケー・チャン・モ二議員；公共事業・ 運輸・通信・郵政・産業・鉱業・エ ネルギー・商務・国土管理・都市計 画・建設委員（カンボジア）同行  ペッチ・サムポー コンポンチュナ ン州教育・青少年・スポーツ局長（カ ンボジア）
10:00～ 11:30	トラペイングチャン・ヘルスセンタ ー視察 -コンポンチュナン州における保健 状況	ブラック・ブン コンポンチュナン 州保健局長（カンボジア）
12:00～ 14:00	昼食 -場所：「モノロム レストラン」	
14:00～ 15:30	カンボジア地雷対策センター （CMAC）研修センター視察-	チュム・ブンロン カンボジア地雷 対策庁事務総長（カンボジア） ヘン・ラタナ カンボジア地雷対策 センター（CMAC）長官（カンボジ ア）
15:30 18:30	プノンペン市へ移動 夕食 -場所：「サン・カフェ」	
<b>2013年1月25日（金）</b>		
07:00	朝食 -場所：「サン・カフェ」	
<b>セッション5：視察結果に基づく国会議員の役割の検証</b>		
09:00～ 09:45	議長  視察結果に基づく国会議員の役割の 検証	グエン・ヴァン・ティエン議員； VAPPD 副議長；AFPPD 副議長（ベト ナム） シャントラム・ナイク議員；年金・ 苦情処理・司法・法務委員長（イン ド）  ビラーロ・ガンシャンガ・エフレイ ム議員（ウガンダ）
	討議	
<b>宣言文採択に向けた討議</b>		
09:40～ 11:00 11:00～ 11:20	議長  コーヒーブレイク	ニドゥップ・ザンボ議員（ブータン） ラポーター：ソパンニャ



<b>閉会式</b>		
11:20～ 11:40	総括	ペン・パンニャ議員；立法・法務委員長；CAPPD 副議長（カンボジア）
11:40～ 11:50	閉会挨拶	秋葉賢也 厚生労働副大臣；JFPF 副幹事長
12:00～ 13:30	昼食 -場所：「サン・カフェ」	
14:30～ 17:00	国立博物館訪問等	
18:30～ 21:00	フェアウェルディナー -場所：サンウェイホテル「グランド・メコン」	メン・サム・アン副首相；CAPPD 議長（カンボジア）主催
<b>2013 年 1 月 26 日（土）</b>		
06:30～ 07:30	朝食 -場所：サンウェイホテル「サン・カフェ」 参加者帰国	



# 開 会 式



## 主催者挨拶

阿部俊子 外務大臣政務官

代読：

黒木雅文 駐カンボジア日本国特命全権大使

予期せぬ事態により、残念ながら阿部俊子外務大臣政務官はこの会議にご参加いただけなくなりました。そのため、阿部政務官の開会式挨拶を代読させていただきます。

日本政府を代表し、開会の挨拶をさせていただくことを大変嬉しく光栄に存じます。日本が重要視している人口問題に関する本会議の開催を歓迎いたします。日本は UNFPA 内に設立した「インター・カントリーな NGO 支援信託基金」を通じて、この会議を支援しています。この機会を利用して、このプロジェクトの実現のためにご尽力くださった方々、とりわけ共催団体である人口と開発に関するカンボジア議員連盟 (CAPPD) およびアジア人口・開発協会 (APDA) に対し、心からの感謝の意を表明いたします。

日本政府は、人々が尊厳のある暮らしを送り、恐怖と欠乏から解放され、生来の潜在能力を十二分に発揮できるような社会の実現を目指す「人間の安全保障」を推進するために、あらゆる努力を行っています。70 億人が暮らす世界では、貧困、食料安全保障、エネルギー安全保障、環境、雇用などの問題が以前にも増して大きな課題となってきています。地球の扶養能力を超え、持続可能な開発を実現しながら、人々が尊厳を持って生きることを可能にするための方策を見いだす必要があります。

人口問題は、貧困、エネルギー、環境といった多くの地球規模の課題と密接に関連しており、この人口問題に取り組むことなく持続可能な開発を実現することはできません。同様に、人口

問題に適切に対処することなく、ミレニアム開発目標 (MDGs) を達成することはできません。

現在、世界人口の 75%以上がアジアとアフリカに暮らしています。アジアは 21 世紀を通して世界で最も人口の多い地域の座を保ち続けますが、アフリカも 2011 年に 10 億人を超えた人口が、2100 年には 3 倍以上の 36 億人にまで達すると予想され、アジアの人口に迫る勢いです。

それと同時に、高齢化はアジアとアフリカの 2 つの地域で加速します。実際、2050 年までにアジアの人口の 24%、アフリカの人口の 10%が 60 歳以上になると見られています。従って、これら 2 つの地域の人口動向が、世界の未来に決定的な影響を及ぼすと言っても過言ではありません。

人口問題は、国、地域、国際的なレベルにおける継続的かつ長期的な対応を必要とします。その中で、国会議員の皆様は、国民の代表として極めて重要な役割を担っています。本日ご参加の皆様が、これらの課題に尽力され、リーダーシップを発揮されていることに対し、感謝と尊敬の意を表したいと思います。

最後になりますが、本プロジェクトがグローバルな活動を強化し、急激に増加する人口とそれに付随する様々な課題に効果的に対処する上で画期的なものになることを期待し、私のご挨拶の結びとさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。



## 挨拶

ポラパン・プンチャラタバン議員  
AFPPD 事務総長  
タイ

---

アジア議員フォーラム（AFPPD）を代表し、この重要な会議に参加できることを大変嬉しく思います。AFPPD は、アジア人口・開発協会（APDA）との緊密な協力のもと、特にアジア・太平洋地域において、人口・開発問題の解決に向け、国会議員のネットワーク構築、啓発活動に携わっています。

世界が急激に変化していることは、周知の事実です。私たちは現在、人口 70 億人の世界に暮らしており、人口増加は、水、食料、エネルギー、森林等の資源の枯渇・不公平な分配の大きな要因となっています。また一部の国では、高齢人口の増加や生産年齢人口比率の低下により、保健分野の課題や社会経済への影響が生じています。さらに十代の妊娠の問題が急速に増えている地域もあります。たとえばタイでは、女性や子どもへの暴力や貧困の問題とともに、健康格差の問題が依然として存在します。環境汚染

や有毒廃棄物などの問題もあり、人々の健康に害を及ぼしています。

こうした問題を解決するには、政策と行政の両面から対処する必要があります。政策策定、法律の制定と施行、モニタリング、監視によって取り組まなければなりません。そのため、人口問題に関する国会議員の能力強化は、これらの問題を国の開発の枠組みに組み入れ、効果的に実施するために必要不可欠です。

各国の強力な協調と協力、そして UNFPA をはじめとする国連機関からの支援によって、この会議が実り多い成果を生むことを確信しています。人口と開発の問題の重要性が認識され、近い将来、私たちの国家開発の枠組みに取り込まれることは間違いないでしょう。

ありがとうございました。





## 開会挨拶

メン・サム・アン副首相  
CAPPD 議長  
カンボジア

はじめに、人口と開発に関するカンボジア議員連盟(CAPPD)並びにカンボジア国民を代表し、アジアおよびアフリカ諸国の国会議員の皆様、そしてご列席の皆様に対し、この壮麗なアンコールの地で開催される「国家開発枠組と人口問題の統合—アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト」へのご参加を心より歓迎いたします。

この機会に、CAPPD の設立をご支援いただいた国際人口問題議員懇談会(JPFP)並びに国連人口基金(UNFPA)に心より感謝を申し上げたいと思います。アジア・アフリカ諸国を代表する皆様に、このプロジェクトにご参加いただけたことは、国際人口開発会議(ICPD)行動計画およびミレニアム開発目標(MDGs)を達成し、また2015年以降における国会議員の役割を果たすために、団結と決意を一層強化する上で大きな意義を持ちます。

世界の人口は2013年中に71億人に達すると考えられます。その要因には若年人口の急増と高い出生率が含まれています。この人口増加には、「競争と課題の増加」、そして「地球にとっての好機」という2つの側面があると思います。この増加率は妊産婦の健康に影響する可能性があるほか、乳幼児死亡率、貧困、天然資源への需要、人口移動、都市化、教育、人材開発、公衆衛生、ジェンダーの平等、気候変動、オゾン層破壊、その他の問題にも影響を及ぼします。

人口の急増は、直接的または間接的に、政治、経済、社会、環境の問題と関連しているため、私たちは国レベルでの協力にとどまることなく、

地域および地球規模で、団結して対応をしていく必要があります。そのためには、人口問題を国家計画に統合することが重要かつ緊急の課題であり、皆様とともに考え、行動を起こすことが不可欠です。

人口問題に取り組む皆様こそが、変化を生むことができると思います。人口問題の国家開発計画(NDP)への統合に向け、私たちは次の3つの文脈で取り組んでいます。

- (1) 人口増加は政治、経済、社会、環境に影響を及ぼす
- (2) 世界の国々は開発援助を通じた互いの支援を必要としている
- (3) 開発援助資金の有効利用を図る

この会議は、知識、情報、経験の共有を通じて、開発途上国の国会議員が広範な活動を実施するための能力を高めることを目的としています。カンボジア政府は、人口開発問題を優先事項と考え、これを国家開発計画に組み入れています。政府の努力のもと、とりわけ人口と開発の分野でこれまで多くのめざましい進歩が遂げられています。カンボジアは国家人口計画を策定し、1998年と2008年には国勢調査を実施しました。2回の国勢調査の間には、健康に関する調査を実施し、社会の改善のため、そしてMDGsの実施のためにデータを収集しました。

こうした努力により、カンボジアはICPDおよびMDGsにおけるコミットメントを達成することができました。こうした達成により、急速な経済成長と雇用機会の創出が促進され、こうした

成果によって国民の貧困率は毎年 1%削減されています。それと同時に、5 歳未満の幼児死亡率は、2012 年に出生数 1000 当たり 54 人まで減少しているほか、妊産婦死亡率も 2012 年には出生 10,000 件当たり 206 人にまで減少しています。同じく 2012 年、初等教育の純入学率は 97% にまで増えました。また、カンボジアは HIV／エイズの予防と蔓延防止においても成功を収めている国の一つです。

カンボジアはまた、国民の生活の質を向上させるという目標に向け、人口と開発に関する様々な目標を達成するよう努力を続けています。これらの成功が開発パートナーをはじめとする多くの開発当事者の貢献によるものであることは言うまでもありません。様々な開発プログラムやプロジェクトにおける開発パートナーの貢献は、開発途上国の人々を援助しようとする世界の人たちの結束の精神を反映しています。そしてこうした援助は、持続可能で平等な開発に向け、国民の健康増進と貧困撲滅にも貢献します。

透明性、説明責任の面では、カンボジア政府は海外援助の効果的な活用と管理に高い関心を持っています。実際、カンボジア政府は援助効果に関するパリ宣言の 5 つの原則を遵守しています。このパリ宣言は、援助を行う国や機関、援助を受ける国は、援助が有効に活用されることに関して同等の責任を負っているとしています。

開発パートナーの代表の方々もご出席されているこの機会に、開発がプロセスであるということを確認させていただきたいと思っております。また、

持続可能で効果的な開発を実現するためには、全ての開発当事者の公平かつ公正な参加が重要です。さらに有効かつ持続可能な開発を達成するためには、目標や期待される成果に基づき政策を策定することに加え、開発対象地域の文化や社会に根ざした開発を行わなければなりません。

本日の会議は、JPFP、APDA、UNFPA、そして CAPPD を含む開発当事者間の協力によって実現した有意義な成果であると言えるでしょう。この協力は、援助効果に関するパリ宣言の 5 つの原則に準拠したものです。

ご参列の皆様は、開発援助の有効性を高め、人口問題に取り組むために力を合わせるという強い意志と共通のコミットメントをもって本日の会議に参加されるものと思います。私たちの努力は、同世代の人たちのためだけでなく、次の世代に対して健全な地球を約束するものです。

アジアとアフリカから参加された皆様に対し、あらためて心からのお礼を申し上げます。主催者の皆様にはご尽力に感謝し、この会議と視察が期待されている成果を上げられることを祈っています。

最後に、皆様のご健勝と神秘の国カンボジアでの滞在を満喫され、任務を遂行されることをお祈りし、ご挨拶に代えさせていただきます。

ありがとうございました。

## セッション1

### 人口政策・立法の最優良事例と課題



## アフガニスタンにおける国家開発枠組への人口問題の統合

サフィ・カマル議員  
アフガニスタン

### 略歴：

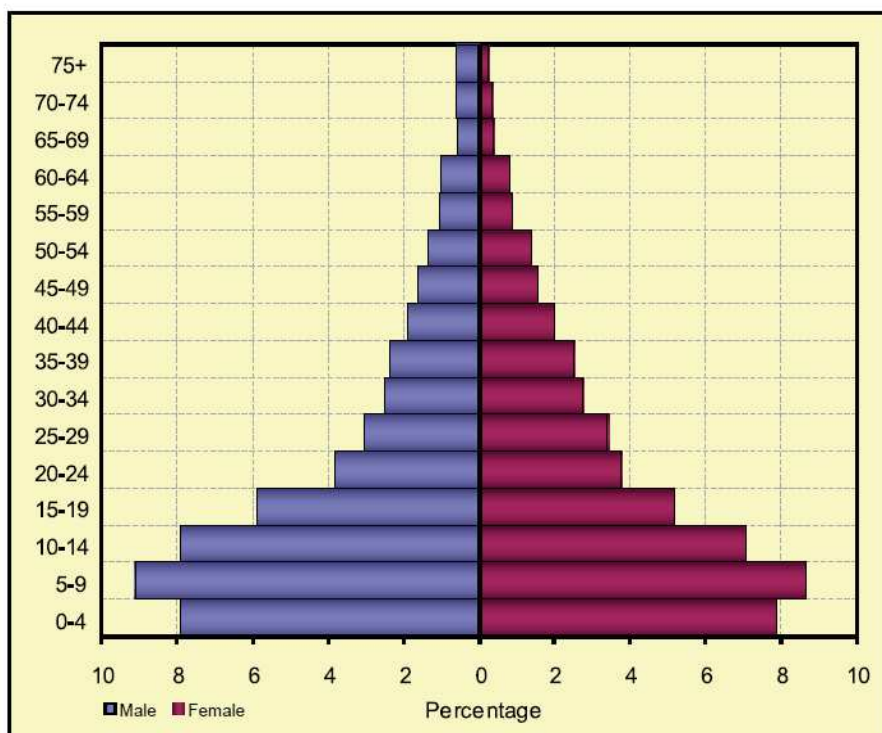
国連訓練調査研究所（UNITAR）アジア太平洋地域広島事務所で経営およびリーダーシップスキルのコース修了。国連等の国際機関によるパキスタン難民プロジェクトのチームリーダー、またアフガニスタンの NGO、SSAD の役員として、教育、開発、ジェンダー、人口、人権、DDR（兵士の武装解除、動員解除、社会復帰）事業に携わった。2010 年から国会議員。予算、財務委員会事務総長。

アフガニスタンにおける人口問題の国家開発枠組への統合について発表させていただきます。このプレゼンテーションでは、アフガニスタンの人口増加、リプロダクティブ・ヘルス、そしてジェンダーの平等という3つのトピックについてお話しいたします。

まず、アフガニスタンの人口増加についてお話しします。残念ながらアフガニスタンはまだ紛争状態にあるため、最新の正確なデータがなく、

国内の実情を分析する妨げとなっています。政府による最新の人口推計は 1979 年に実施された国勢調査に基づいていますが、当時は国全体の 3 分の 2 しかカバーしていませんでした。2003 年から 2005 年にかけて、世界銀行と WHO が家計調査を実施しましたが、アフガニスタンの人口は WHO によれば 3,200 万人、世界銀行によれば 3,500 万人となっています。

推定人口増加率は 1 年あたり 2.03% で、南・中央アジア地域で最も高くなっています。出生時平均余命は男女ともに 49 年です（SWP 2012 年）。高い人口増加率の主な原因は、女性 1 人当たり 5 人以上という高い合計特殊出生率（TFR）にあります。アフガニスタンは、世界 200 カ国の中で最も TFR が高い 10 カ国の一つです。



アフガニスタンでは1人の女性が5人の子どもを産むのに対し、パキスタンでは3人、タジキスタンでは2.8人、イランでは1.9人となっており、我が国はアジア諸国の中で最も高い数字となっています。人口ピラミッドはこのような形をしています。赤い部分は女性を、青色の部分は男性を示しています。誕生から4歳までが約7.9%、5～9歳までが約8.5%、そして10～14歳までが約7.9%です。今のペースで増え続ければ、2050年にはおよそ6,500万人に達するでしょう。推計によれば、現在約2,900万人（2012年国連推計）のアフガニスタンの人口が、2040～2045年には倍増するといわれています。

2020年以降は増加率が減少するという前提に基づく推計でも、2090年には8,300万人にまで増加すると予想されています。

妊産婦死亡率は、以下の3つの遅れによって引き起こされています。

- 家庭や地域社会における対処の遅れ
- 家から医療機関までの交通機関の整備の遅れ
- 医療機関での質の高い治療体制の整備の遅れ

家庭や地域社会における対処の遅れは、危険な兆候に対する認識不足、誤った認識、女性の地位の低さ、貧困などによって引き起こされています。アフガニスタンでの5年間にわたる戦争によって、交通機関の整備が遅れ、質の高い治療体制の整備も遅れています。家から医療機関までの交通機関については、アクセスの悪さ、高い交通費、最寄りの救急産科施設までの距離が問題となっています。

医療機関の治療体制の整備の遅れには、人材、医薬品、機材の不足、治療の質の低さが要因として挙げられます。人材については女性医療従事者が非常に不足しており、遠隔地で特に不足しています。遠隔地では交通機関もほぼゼロに

等しい状況です。また、医薬品に関しては国内では全く生産されておらず、隣国から調達しています。国境での検閲も行われていません。質の良い医薬品が不足していることもまたこの部門における大きな障害となっています。

アフガニスタンにおいて妊娠や出産が原因で命を落とすリスクが最も高いのはどのような人々でしょうか？ 私の調査によれば、早婚の女性、緊急産科ケアへのアクセスが悪い遠隔地に暮らす女性、所得が低い栄養失調で、高い出生率の女性、教育を受けていない女性、という4つのカテゴリーの女性たちです。

次に、5歳未満児の死亡の原因について見ると、急性呼吸器感染の割合が最も高くなっています。続いて、深刻な感染症、周産期に関連する障害、外傷、その他の症状、下痢、早産による出産時低体重、栄養失調、先天性異常、はしか、破傷風、その他の不明の病気、出生時仮死などがあります。

ハミド・カルザイ大統領が就任してからのここ10年間にアフガニスタンで実施された調査によれば、5歳未満児の1000人当たりの死亡率は2002年に257、2006年に191、2008年に161、2010年に97、2011年に102でした。乳児死亡率は、2002年に1000人当たり163、2006年に129と報告されています。2008年に実施された「国別リスクおよび脆弱性評価」では2008年に1000人当たり111、2010年に77、2011年に74となっています。

人々が医療を受けない理由について、調査が行われました。この調査は様々な地域で実施されたため、地域ごとに要因が異なります。一部の地域では50%が「お金がない」で、49%が「遠すぎる」、48%が「交通手段の問題」と答えています。また、41%もの人々が、「必要でない」と考えています。私たちは古い慣習を重視する伝



統的社会に暮らしており、こうした深刻な問題のいくつかはこうした慣習に関連しています。

栄養問題についてみると、アフガニスタンでは5歳未満児の3分の1近く（31%）が中度または重度の低体重状態にあり、55%が中度または重度の発育不良または低身長と推定されています。また妊娠していない女性の21%、そして妊娠している女性の16%が貧血の状態にあります。

過去10年間の保健分野における改善点としては、子どもたちの48%にポリオの予防接種が行われるようになったことです。戦争からの復興において、この10年間で達成できました。また、子どもたちの56%がはしかの予防接種を受けています。女性の6割が熟練したサービス提供者から出産前ケアを受けていますが、妊娠初期のケアや、十分な回数の診察を受けられた妊産婦は、全体の20%未満にすぎませんでした。熟練助産者が立ち会った出産は全体の3分の1で、妊娠中に出産前ケアを少なくとも1回は受けることができた女性は48%でした。これは保健省の資料の一部で、大抵は高い数字が発表されますが、問題は地方です。都市部はまだ良いものの、地方では問題はより深刻です。

出産前ケアを4回以上受けている女性は6分の1です。女性の39%が医師、看護師、助産師などの熟練技能者によって出産しましたが、農村ではゼロに等しいと思います。最近では出産の59%が新生児破傷風から守られています。我が国では、GDPの4%が保健分野に割り当てられています。このように苦労して得た成果を維持するためには、多額の投資を継続して行う必要があります。医療機関の建物も不足しており、信頼できるデータも不足しています。これらがまさに私たちが現在直面している課題です。

アフガニスタンにおいてリプロダクティブ・ヘルスを増進するためには、教育に対する意識を高める必要があります。何よりもまず深刻な問

題が認識されておらず、これは特に女性に関する問題において顕著です。男性においても女性においても教育への意識を高めなければなりません。政治的な意思とコミットメント、国会議員および政府の全てのメンバーとの対話、伝統的指導者や国家指導者との対話、また戦略が必要です。

まず、資源動員、モニタリングや報告の改善に向け、H4+（ヘルス・フォー・プラス）を構成するUNFPA、UNICEF、WHO、世界銀行とパートナーシップを組んで、データを集積し、実際の背景を調べて分析し、政策立案者に対して根拠に基づいた啓発を行う必要があります。

次はジェンダーと平等についてお話しします。結婚は両親、保護者、家族によって大きく影響され、強制されているというのが現状です。早婚の大半が強制的な結婚です。アフガニスタン独立人権委員会によれば、結婚の60~80%が強制されたものです。それは、結婚が男子と女子の意思に関係なく行われることを意味しています。伝統的社会では、家族、保護者、両親が義理の息子や娘になる候補を見て相手を決めるのです。従ってこれを強制結婚と呼んでいます。

妊産婦の26%が閉塞性分娩によって命を落としており、妊娠早期にはフィスチュラ（産科ろう孔）も多数報告されています。文化、経済、教育水準、僻地、交通の悪さ、伝統、政治、安全面といった側面が、状況を悪化させています。

児童婚も非常に厳しい現実です。2010~2011年に実施された複数指標クラスター調査によれば、アフガニスタン女性の46%以上が18歳になる前に、そして15%以上が15歳になる前に結婚しています。15~19歳の女性の10%に出産経験があり、4%が第1子を妊娠しており、14%が子育てを始めており、15歳になる前に出産をしている女性も2%近くいます。20~24歳の女性の4分の1が、18歳になる前にすでに出産していま

す。私たちは厚生労働大臣、公衆衛生大臣、宗教大臣に政策プログラムへの関与を働きかけています。

アフガニスタンは伝統色と宗教色が極めて強く、ムッラー（宗教指導者）が非常に重要な役割を果たしています。女性大臣、内務大臣、司法大

臣は、性的搾取や性的虐待からの子どもたちを保護し、児童婚に対する啓発活動をジェンダーの観点から行い、宗教指導者や教師を通じて問題意識を喚起し、女性関連のサービスやプログラムでの活動を推進するという役割が期待されています。ありがとうございました。



## 環境の持続可能性と人間開発評価の統合： フィリピンにおける地方の事例から

リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員  
フィリピン

### 略歴：

国内に 460 の支店を持つ金融会社 Villarica Pawnshop, Inc. の元取締役副社長兼財務担当。中部ルソン地方財務担当者協会および女性国会議員基金代表メンバー。ブラカン州第 4 地区選出国會議員。女性の平等および環境保全に取り込む。



ました。彼女はスクォッターエリア（不法占拠居住地）に暮らし、治療を受けていない胆石の痛みと毎年続いた出産に起因する慢性疲労に悩まされています。でも一番悲しいのは、「私たちが本当に欲しかった子どもは 3 人だけ。でも次から次へと産まれてしまって。時々どうしたらいいかわからなくなって、ひたすら泣くの。特に子どもたちが喧嘩するとね」という彼女の言葉を聞いた時です。

スクリーンに映し出されているのは、ロザリー・カベナンさんです。彼女は、今年 1 月 17 日に施行されたばかりの歴史的な「責任ある親の立場とリプロダクティブ・ヘルスに関する法」の可決にあたり、若い女性たちに対して説得力のある提唱者となった人です。彼女の話は、最近になってフィリピンの主要日刊紙や海外のオンライン・ニュースでも紹介されました。

ロザリーとはどういう人でしょうか？ 彼女は生産寿命の半分を出産と子育てに費やしてきたといえる人です。現在 48 歳の彼女は、14 歳で最初の子どもを産み、それから 22 回も出産し

ロザリーにはもう遅すぎますが、彼女はこの新しい法律のイメージ・キャラクターになりました。彼女は、「開発は、人々が尊厳ある生活を送るために必要となる選択肢を増やすこと」という事実を、私たちの心に強く訴えかけます。しかし、今日のプレゼンテーションでは、私たちの選択肢や機会の窓がかつてないほど狭まっていることについてもお話ししたいと思います。そしてその影響を最初に受けるのは、最も弱い立場にいる人たちだということです。

このプレゼンテーションのテーマは、環境の持続可能性と人間開発評価の統合です。フィリピン

ン国ブラカン州下院議員として、現地での体験に基づいてお話しさせていただきます。

主要な人間開発指標（HDI）については、通常は下記の側面から測定します。

- 出生時平均余命
- 成人識字率（比重 3 分の 2）と初等・中等・高等教育入学者数の合計（比重 3 分の 1）によって測られる教育達成率
- 生活水準

つまり HDI は、平均余命、識字率、教育、生活水準、一人当たりの GDP を測る標準的尺度となっています。それは福利、特に児童福祉を測る標準的な手段です。

写真はブラカン州の私と同じ通りに住んでいた子どもです。下にある見出しには「洪水に浸かったトウモロコシを食べた子どもが死亡」と書いてあります。気候変動によって 2009 年には台風オンドイのような前代未聞の台風や洪水が発生しました。この台風は、台風ケツァーナとしても知られています。

2012 年 8 月に発生したモンスーンによる大雨は、水位を上昇させ、人々の命と健康を危険にさらしました。スクリーンにある私の地元の写真と

同じような光景はよく東南アジアで見られますが、他の地域でも見られるところもでてきているでしょう。災害というのは、起きて初めてその困難に気が付きます。この無名の南西モンスーンの後、我が国の大統領ベニグノ・アキノ 3 世はフィリピン全土の主要河川システムに関して、包括的基本計画を立てるよう命じました。これからは以前にも増して、環境の持続可能性が人間開発に不可欠な要素として理解され、評価されなければなりません。

「責任ある親の立場とリプロダクティブ・ヘルスに関する法」は、我が国の国会で 14 年間にわたり審議され、やっと可決されました。施行規則も近々発表されるものと期待しています。私もこの法案の通過に賛成票を投じた一人ですが、これに反対する議員が繰り返し主張していたのは、彼ら自身が 8 人、12 人、またはそれ以上子どもがいる家庭の出身であるということでした。それにもかかわらず彼ら全員がきちんと育ったのだから、家族の規模と貧困の間に関連はないと彼らは言うのです。しかし、彼らが見逃している致命的な問題があります。それは、50~60 年前に彼らが育った環境は、今は大きく異なっているということです。



私の地元にあるプレンザ・ダムは、隣接する田んぼの灌漑のためにドミニコ修道会の人たちが 1825 年に建てたものです。私の夫は、そのきれいな水で泳ぎを覚えたと言っています。私の親友と彼女の兄弟姉妹は、かつて栄えた養魚場の労働者だった父親のおかげで全員が大学を卒業することができました。

この川が今どれほど汚染されてしまったか見てくださ



して下さいました。起工式も済ませ、稼働が始まっています。国家予算に河川システム再生のために予算を組み入れるための努力を、これからも続けていきます。

ここで、水害対策と人口に関連する問題をもう一つ取り上げたいと思います。最近策定された水害対策基本計画では、河川システムが最優先分野となっており、これに基づいて河川の洪水を緩和するための改修工事を行うために、

い。ニューヨークに拠点のある環境監視団体ブラックスミス研究所が2007年に作成した「世界で最も汚染された場所」として、この川もリストに載りました。かつて私たちの命の源であったこの川が、なぜこのような姿になったかについての詳細は省略いたしますが、人がいるところにはゴミが出るということに反論の余地はないと思います。

川に捨てられたゴミは、分解する際に水中の酸素を使い切ってしまう。川の生き物の命を片端から奪ってゆく黄色いパックマンは家庭排水です。さらに下水処理施設がないことで事態が悪化しています。水生生物が生きていくことができるクラスCの格付けを得るためには、今後10年の間に102億ペソをつぎ込む必要があります。102億ペソはもちろん大金です。アメリカ国際開発庁（USAID）が行った調査によれば、適切な下水処理と下水管理がなされていないために、フィリピンは毎年780億ペソを失っています。つまり、これは間違いなく経済的発展と生態学的にも健全な未来への投資なのです。

幸運なことに、2011年の国会予算公聴会では、環境天然資源局が私に賛同して、下水処理施設の試験的プロジェクトの初期段階の予算を拠出

35,320人の近隣住民に移住してもらう必要があります。全国的にもその他11の優先プロジェクトにおいて、併せて75万人以上を安全な場所に移住させる必要が出てきます。2000年の国勢調査に基づけば、フィリピンの人口は2040年までに1億4,000万人を超えると予想されています。現在の人口は約9,500万人です。

2007年の気候変動に関する政府間パネル(IPCC)の第4次評価報告書によれば、気候変動、洪水、そして土地利用の変化、大気汚染、資源の過剰採取、その他の地球規模の変化が複合的に影響し合い、多くの生態系の回復力（または自然に適應する能力）を上回る可能性が高まっています。

人間開発において、環境の持続可能性は切り離すことのできない、必要不可欠な問題です。「自らの活動が環境の劣化をどれだけ助長しているのか」という、難しく責任を求める問いに答えるときに初めて、環境問題を解決へと導くことができ、それが環境を守るためのエンパワーメントへととなります。

フィリピンでは、2012年の「責任ある親の立場とリプロダクティブ・ヘルスに関する法」によ



って、私たちが望む未来像を懸命に描いているところなんです。気候変動に関する委員会を発足させ、気候変動を国家統治の中心的分野に組み入れるとした 2009 年の「気候変動法」制定に続く画期的なものです。

また、アルコールやたばこのように「悪行」製品への課税を増額し、フィリピンの健康保険を拡大するための資金を増強する「悪行税改革法」もあります。人々は汚染された環境の存在を、自らの健康への影響で感じており、癌は依然として死因の三大要因の一つとなっています。家計にあまり余裕のない人たちは、手遅れになるまで地域の医療センターに行くことすらしません。今はこれを転換する時です。環境の持続可

能性を取り入れた包括的な人間開発を行う時なのです。

私の国では環境改善の火付け役は女性です。環境活動家の人たちは、女性たちが、健康とエコロジー、平和と環境、人権と持続可能な暮らしといった、生活の様々な領域を橋渡しする有機的な視点を持っていることに気づきました。つまり女性は、自身の環境を害しているものがあれば、家族の幸せと健全な社会という自らが一番大切にしているものを守るために事態を好転させようと努力するのです。つまり、私たちの役目は、子どもたちが夢をかなえられる社会をつくることなのです。ご清聴ありがとうございました。

## マラウイ国家人口政策の見直し

チビング・ポール・ラクソン・ザカリア議員  
保健・人口委員長  
マラウイ

### 略歴：

1987年臨床医学分野の高度専門士学位取得。臨床医として公立病院に12年間、キリスト教病院に3年間勤務する。2002年から45床、従業員63人を抱える自身の病院を経営している。

2009年に国会議員初当選。保健・人口委員長および法務委員会メンバー。

「マラウイってどこにありますか？」とよく聞かれますので、まずマラウイの場所から簡単に説明したいと思います。マラウイはアフリカ南東部にある国で、西はザンビア、南はモザンビーク、東はタンザニアという3つの国に囲まれています。

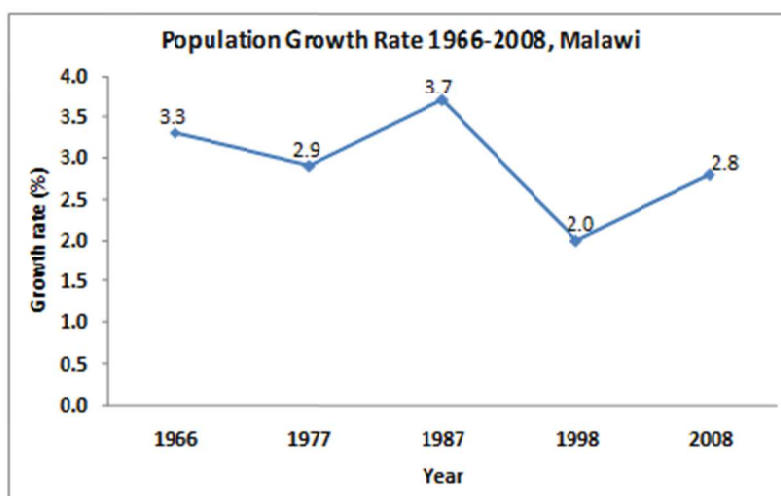
マラウイはアフリカの温かい心の国として知られますが、アフリカではボツワナに次ぐ重債務国です。美しい湖があり、このマラウイ湖には素晴らしい砂浜のビーチがあります。ムランジェ山という大きな山もあります。いつかお越しいただければと思います。

今日は、マラウイ主要な人口指標と国家政策についてお話ししたいと思います。マラウイは1964年に独立した小さな国ですが、独立以降、短期間に人口が急激に増えました。それは我が国の人口政策を真剣に見直す必要があることを知らせる警鐘でした。

1966年に初めて国勢調査を行ったとき、人口は400万人に過ぎませんでした。しかし

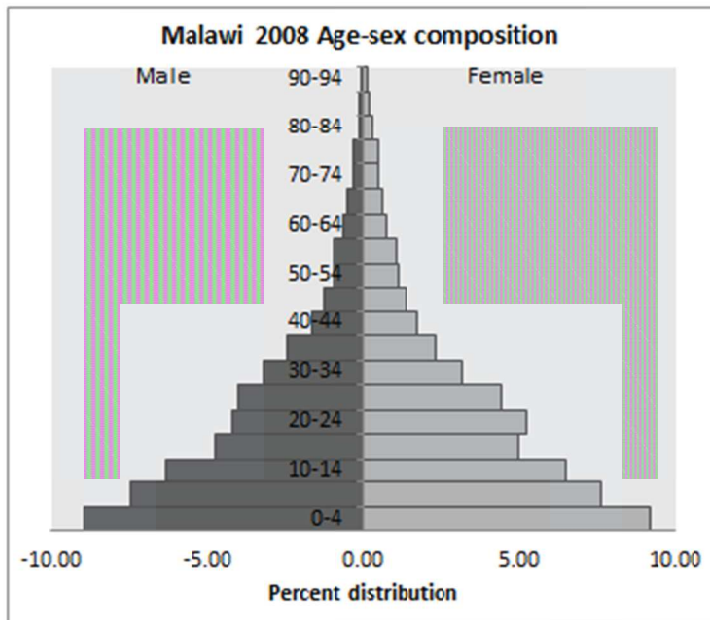
2008年に行った最新の国勢調査では、人口が1,310万人まで増えており、現在では1,480万人に達していると推計されています。

これが1966年から現在までの人口増加の状況ですが、ある程度の介入により、今は少し改善されています。増加率はかつて3.3%でしたが、今では2.8%になっています。マラウイは北部、中部、南部という3つの地域から成っています。人口の地域分布は、北部は比較的小さく、全人口の13%を占めています。中部は広大ですが人口は約42%、南部が45%となっています。南部には産業が多く、仕事を求めて多くの人たちが



やってきます。

首都であり最大の都市であるリロングウェには全人口の9%が暮らし、それに次ぐのがマラウイ湖沿岸にあるマンゴチです。リロングウェには会社や工場が建てられており、その成長を見越して地方から人々が流入し、人口が増えています。リロングウェの現在の人口増加にはこのような背景があります。私の出身地ムワンザは、南部にある小さな県です。そこでも人口増加率は4.1%と高く、耕地を求めて人々が流入しています。



2008年の我が国の人口ピラミッドはきれいな形をしています。0~4歳はしっかりとしたピラミッドの底辺を構成しています。しかし、90~94歳の人口が非常に少なくなっています。5歳未満の子どもが人口の22%を占め、15歳未満は45.9%となっています。この人口グループは人口増加につながる年齢層であり、何の施策もないため、懸念材料となっています。65歳以上の人口は全体の3.8%に過ぎません。中位数年齢は18歳で、18歳以上の人口は全体の48%を占めます。

人口グループごとの人口分布を見ると、1998~2008年には0~14歳の人口が43.7%、15~64歳が52.4%を占めています。マラウイの人口の大半が農村部に暮らしています。1987年の時点で都市部に暮らす人口は11%に過ぎませんでした。私たちにとって大きな懸念は、こうした人々の大半が農業のみに依存しているということです。人口が急激に増えた時、何もしなければ耕地が不足します。

1998年になると、一部の人は教育を受け仕事を探すようになり、都市の人口比率はわずかに増え14%になりました。現在15.3%です。それでもまだ大部分の人は農村部に暮らしていますが、都市部の人口は急激に増えており、増加率はリロングウェで4.3%、北部のムズズで4%、ゾンバで2.9%、ブランタイヤで2.8%となっています。

都市部に住む人たちの大半は、家族計画についての知識があり、民間病院で避妊具を買うことができるのに対し、農村部では避妊具の入手は容易ではありません。マラウイの家族

計画の普及率は46%ですが、満たされていないニーズの割合は依然として高く、26%となっています。

人口密度、つまり1平方km当たりの人口は、1998年には1平方km当たり105人でした。北部で46人、中部で114人、南部で146人でした。マラウイの面積は94,276平方kmで、最も高い人口密度はマラウイ湖にあるリコマ島の1平方km当たり580人で、北部ルンピ県の人口密度は1平方km当たり35人しかいません。

次は 1977 年から 2010 年にかけての合計特殊出生率（TFR）についてお話しします。1977 年には一家族当たり 8 人の子どもがいましたが、現在では一家族当たり 5.7 人になっています。それでもまだ高い数字です。都市部の TFR が 4.6 であるのに対し、農村部は 6.3 です。これは、都市部に暮らす人たちは、家族計画を利用しやすいことを如実に示しています。都市では、避妊具を民間の病院で購入することができます。農村部には娯楽がないので、早く床につきます。よって出産間隔を空けることができず、また避妊具を入手できる医療センターもほとんどありません。

乳幼児死亡率については、1992 年には出生数 1000 人に対し、234 と非常に高い水準でした。乳児死亡率は、出生数 1000 当たり 134 でした。政府が診療所の開設や家族計画への介入を行って対策を講じた結果、現在では乳幼児死亡率は 112 まで下げることができました。乳児死亡率に関しては、1992 年は 134 でしたが、66 にまで下げることができました。しかし政府としては、これはまだ非常に高い数値と考えています。

妊産婦死亡率の低減は、マラウイが取り組まなければならない非常に大きな課題の一つです。2000 年には出生 10 万件当たり 1,120 というと

ても高い水準でしたが、今では 675 まで下げることができました。これに関しては、大統領自らが高い妊産婦死亡率に取り組むため、母性保護イニシアチブに力を入れています。この数値を 150 まで下げることが目標ですので、さらに努力が必要です。

こうした高い妊産婦死亡率の原因は、医療センターの数にあります。農村部では大半の母親が自宅で出産します。今では伝統的な出産方法は高い妊産婦死亡率の一因となっているため、許可されていません。そのため、病院で出産できるよう、クリニックの数を増やす努力をしています。政府は大統領の主導のもと、妊婦のための待機施設を建設しているところです。

現在の平均余命は 47 歳です。2008 年には、女性が 51 歳、男性が 48 歳でしたが、低下しています。HIV 陽性で妊娠する女性が数多くいることがわかっており、HIV に関して多くの介入を行う必要があります。HIV は平均余命を男性で 45 歳、女性で 47.8 歳まで引き下げるといった影響を及ぼしています。

ご清聴ありがとうございました。





## ザンビアの人口問題

ヴィンセント・マレ議員  
ザンビア

---

### 略歴：

ザンビア大学でプランニング・マネージメントの学位を取得後、ザンビア家族計画協会のプログラムオフィサーとして4年間活動。ザンビア人口・開発議員連盟（ZAPPD）決算委員会のメンバー。現在2期目。

---

はじめに、この会議にご招待くださった主催者の皆様に感謝の意を表したいと思います。アジアおよびアフリカ諸国の方々と経験や実例を共有できることを本当に嬉しく思います。

ザンビアについて簡単にご紹介させていただきます。2010年の国勢調査によれば、ザンビアの人口は1,300万人で、その大半が若者です。そして人口は20年ごとに倍増する傾向にあります。今から20年後に2,600万人に達していることは間違いなく、これは大きな懸念です。妊産婦死亡率は出生10万件当たり591で、人口の80%以上が貧困状態にあります。また、国民の約16%がHIV/エイズとともに生きています。

主な人口問題を列挙してみます。貧困は最大の問題です。それに加えて失業、ジェンダーの問題、HIV/エイズ、妊産婦の健康、水の衛生、家族計画、食料安全保障、農村部における（特に女性）低識字率、気候変動などの問題があります。それ以外にもこのリストに収まらないほど多くの人口に関する課題があります。これらの問題は、実際は分野横断的に関連しています。それぞれの問題が他の問題に直接影響を与えます。

では、どのようにこれらの人口問題に取り組むべきなのでしょうか？ 我が国政府は「ビジョ

ン2030」という方針を策定し、人口問題への取り組みについて言及しています。我が国としては、2030年までに貧困を撲滅し、全ての女性、特に若い人たちが家族計画を利用できるようにしたいと考えています。現時点では、家族計画を利用できず、その結果として望まない妊娠や計画外の妊娠をしていることが問題となっています。そして、2030年までに全ての人が飢えないようにしたいと考えています。

「ビジョン2030」は、我が国が抱えるこれらの問題に真剣に取り組むことへの意思表示なのです。また、我が国の今後5年間の人口問題への取り組みの指針となる「第6次国家開発計画」も策定されました。この計画には、水を必要とする場所や農村医療センターを必要とする場所など、どこでどのようなサービスを提供すべきかが詳細に記されています。

もちろん、我が国も国際的に合意された開発目標、ミレニアム開発目標（MDGs）を重視し、これらの開発目標に取り組んでいます。目標達成に関しては、まだ芳しい結果を出すことができていませんが、2015年までに教育、そして水と公衆衛生のミレニアム開発目標は達成できるかもしれません。それ以外の目標については、2015年までに達成できるかどうか定かではありませんが、懸命に努力しているところです。

予算編成のプロセスにおいても、これらの問題に取り組んでいます。毎年予算案が可決されるに当たり、妊産婦死亡、乳児死亡、家族計画、その他のあらゆる健康問題に対処するため、資金の大半を保健医療に割り当てています。例えば、今年は 600 の医療センターを農村地域に建設する予定です。これらの農村医療センターにより、妊産婦死亡を改善し、若者への性とリプロダクティブ・ヘルス（RH）サービスを提供することができます。今年度予算でこれを達成することができれば、妊産婦死亡への取り組みにおける大きな前進と言えるでしょう。

我が国の妊産婦死亡率が高いのは、女性がプライマリー・ヘルスケアを利用できないことに原因があります。彼女たちは長い距離を移動して、出産を助けてくれる専門家を探さなければなりません。若者たちは、診療所が遠く、また訓練を受けた人たちがいないため、RH サービスを受けることができません。そこで予算の中期的支出枠組みの中で、この問題に取り組もうとしています。今後 3 年間の予算のあり方を検証し、人口問題への対応を進めていく予定です。

また、我が国では人口政策の実施計画も策定しました。人口政策はすでに整備されています。人口がどのようにあるべきか、そして持続可能な増加率、持続可能な出生率がどれくらいかわかっています。その上で人口政策を実施するための計画を立てました。ジェンダーに関する政策、人口政策、環境政策など、良い政策は数多くありますが、ほとんどの場合、政策の実施の面が問題になります。そのため、これらの政策を実施するための明確なプランが必要になります。そこで私たちは主要な課題に対応するために、人口政策をどのように実施するかについて、明確なプランを立てました。

現在、我が国の人口は、経済成長率よりも速いペースで増え続けています。つまり、経済成長は遅く、一方で人口増加率は高く、望ましい状況ではありません。この問題に長きにわたり直面しており、私たちは解決に向けようと懸命に取り組んでいます。

SRH に関する政策、ジェンダーに関する政策、HIV／エイズに関する政策、また人口問題の対策を実施している行政や全ての機関をモニターし、監視することができるようにすべきです。しかし、我が国にはそれがありません。現時点でどのくらいの雇用が創出されているか、水の衛生問題を解決するためにどのくらいの水道管を設置したのかもわかりません。気候変動によってどのくらいの人たちが住む場所を失っているのかもわかりません。私たちには情報がないのです。適切な情報を持っていないため、これらの問題に取り組むための計画を立てることが困難なのです。現在、私たちは議会として、この是正を推し進めており、中央統計局もこうした情報を明らかにしようとしています。

また、我が国は権力の地方分権化でも遅れをとっています。実際の問題に地方レベルで対応できるようにするため、地方自治体に権力を委譲する必要があります。現時点では、中央政府が国全体の全ての問題に対応しなければなりません。この地方分権こそが、問題解決の上で効果的だと信じています。ぜひ改善したいのですが、まだ時間がかかります。

我が国が直面している、主な人口問題について、そしてそれを国家開発計画の枠組にいかにか組み込もうとしているかについて、我が国の実情に基づいてお話しさせていただきました。

ありがとうございました。

## 母子保健の課題

タウン・ラッタヴィ  
保健省国立母子保健センター長  
カンボジア

---

### 略歴：

民族友好大学の内科医師。ロシア・モスクワで医学を学ぶ。タイバンコクのマヒドン大学で公衆衛生およびリプロダクティブ・ヘルスの修士号取得。国立母子保健センターにて産科／婦人科医師として勤務。また NMCHC 病院の産科／婦人科医師、国家出産間隔調整政策テクニカルワーキンググループメンバー、国家リプロダクティブ・ヘルス戦略プログラム次長、NMCHC 副所長、国家リプロダクティブ・ヘルス戦略のプログラムマネジャーを務め、2012 年 1 月から同センター長を務める。

---

カンボジアにおける母子保健における成果と教訓について、簡単にご紹介させていただきたいと思います。まずカンボジア・ミレニアム開発目標（CMDGs）、とりわけ目標 4 と目標 5 の達成状況と、母子保健に関し、得られた教訓についてお話しします。

カンボジアの人口は 1998 年から 2008 年の間に 1,100 万人から 1,300 万人に増え、年増加率は 1998 年が 2.5%、2008 年が 1.54% でした。すでにお聞きになっているように、我が国には多くの課題があります。アフガニスタン、マラウイ、ザンビアといった国々と同様、我が国には女性と子どもの健康に関する課題があります。しかし、我が国はミレニアム開発目標（MDGs）に関しては良い方向に歩んでおり、とりわけ MDG4、MDG5、MDG6 に関しては、すでに目標を達成しています。それについては国立エイズ局の同僚から後で紹介させていただきます。

2000 年から 2010 年にかけて、乳幼児死亡率と妊産婦死亡率に関する保健指標が大幅に改善されました。ご存じかと思いますが、MDG4 は乳幼児死亡率の低減に焦点を当てています。この点に関して、カンボジアで 3 回実施された人口

と保健に関する調査からのデータをご紹介します。

最初の調査は 2000 年、2 回目の調査は 2005 年、そして最後の調査が 2010 年に実施され、次回は 2015 年に予定されています。乳児死亡率は、2000 年には出生 1000 人当たり 95 人だったのが、2010 年には 1000 人当たり 45 まで半減しています。2015 年の目標は出生 1000 人当たり 50 人でしたので、この目標をすでに達成してしまったことになります。5 歳未満の乳幼児死亡率は 2000 年の出生 1000 人当たり 124 人から 2010 年には 54 人まで改善されています。これも目標は出生数 1000 人当たり 65 人でした。

カンボジアは 2000 年にポリオ撲滅を達成しました。そして 2001 年から現在まで、この状態を維持しています。もう一つ申し上げておきたいのは、2012 年の時点で我が国に麻疹が存在しないということです。2012 年に麻疹の症例は発見されておらず、この状態を維持できれば、今年中に麻疹無発生の証明をいただければと思います。先ほど申し上げた、我が国で実施したカンボジア人口健康調査（CDHS）のデータをいくつかご紹介します。

最初の行の青い線は、全ての予防接種を受けた子どもたちの比率を示しています。カンボジアでは、乳児のときに BCG、麻疹、4 種または 5 種混合ワクチン、小児麻痺 3 回を全て受けた場合に、予防接種済みと呼んでいます。全ての予防接種を受けた子どもは、2000 年には 41%でしたが 2010 年には 79%まで増加しています。

2 行目は誕生時に破傷風から守られている子どもたちの比率です。我が国では 3 つの基準を満たせば、子どもは誕生時に破傷風から守られていると見なしています。第 1 に、妊娠中の母親がその子どもの出産前に破傷風トキソイド注射を 2 回受けている、または母親が妊娠中に破傷風トキソイド注射を受けた上で当該妊娠の前に追加の注射を受けている、または母親が妊娠中に破傷風トキソイド注射を受けていないものの、当該妊娠の前に別の注射を少なくとも 5 回受けていることです。この出産時保護（PAB：母親への適切な予防注射によって保護された出生）の割合も、2000 年の 30%から 2010 年の 85%まで上昇しているのがわかります。

最後の緑の線は、誕生から 6 ヶ月目まで完全母乳の育児をしている人の比率が、2000 年の 11%から 2010 年の 74%まで増えていることを示しています。私たちの働きかけにより、乳児や 5 歳未満の乳幼児の死亡率を低減させることができた理由はここにあります。

1990 年、カンボジア政府は国連機関と共に国内の妊産婦死亡率の推計を行い、出生 10 万件当たり 900 という数字が出されました。1995 年にはこの数字は出生 10 万件当たり 690 となりましたが、最も劇的な変化が見られたのは 2005 年以降のことです。2010 年には妊産婦死亡率が出生 10 万件当たり 437 から 206 まで半分以上まで下がりましたが、これもまた 2015 年の目標値を下回っています。

2010 年の合計特殊出生率は 2000 年の 4.0 から 3.0 まで下がりました。これもまた 2015 年の目標をすでに達成したことを意味します。避妊普及率は 2010 年に 19%から 35%まで上昇していますが、2015 年に設定した目標にはまだ届いていません。ご存じのとおり、妊産婦死亡率を出生 10 万件当たり 200 まで下げするためには、熟練した助産師を 80%まで増やすか、避妊普及率を 60%まで増やす必要があることが調査によりわかっています。我が国が避妊普及率を 60%まで増やそうとしている理由はそこにあります。

妊産婦の健康の指標を一つご紹介します。まず青い線は、出生前ケアを 2 度受けた女性の割合を示しており、2000 年の 22%から 2010 年の 84%にまで増えています。特別な指標として、熟練した助産師による出産の割合を見ています。これを 80%まで増やすという目標を掲げています。この数字は 2000 年には 32%でしたが 2010 年には 71%にまで改善しました。保健医療施設での熟練した助産師による出産の割合も 2000 年の 10%から 2010 年の 54%まで増えています。

妊産婦死亡のもう一つの原因として、妊婦の HIV 感染があります。私たちは母子感染を防ぐ介入を導入することによって、妊婦の HIV 感染を低減させるための努力をしてきました。妊婦の HIV 感染率は、31%だったものが 2012 年で 8%まで減少しています。

先見的なビジョン、政治的コミットメント、適切な介入が全てそろわなければ、このような進捗をもたらすことはできません。死亡率の低下は何によってもたらされたのでしょうか？ 第一に、カンボジア政府の国家開発に向けた強い政治的コミットメントがあります。今朝のメン・サム・アン副首相のスピーチでもお聞きになったように、我が国の貧困率は年率 1%で減少しています。しかし、我が国は経済が成長しているだけでなく、保健分野への予算も毎年増えています。2005 年には 1 億 600 万ドルだった政



府の保健分野への予算割り当てが、今年には3億8000万ドルにまで増額されます。

第二が貧困率の低減です。これは全ての人に関わる問題です。第三は優れた国家戦略と計画です。カンボジア政府は優れた計画と戦略によって国民を導いています。カンボジア政府の三辺形戦略を引き継いだ四辺形戦略や、目下更新中の国家戦略・開発計画があります。保健分野の戦略計画はすでに二度策定されており、最新のものは2000年から2015年にかけて妊産婦死亡と乳児死亡を低減するための「ファストトラック・イニシアチブ・ロードマップ」と呼ばれています。

あらゆる計画や戦略の中で、我が国は母子保健を特に保健セクターにおける最優先課題としています。次がインフラの改善です。道路、橋、交通、電話などの公共インフラの改善は医療施設への到着の遅れを減らすことができるかもしれませんが、これはとても大きな助けになるでしょう。また、医療インフラの改善については、全ての医療施設が現在機能しており、スタッフや機能が整った新しい医療施設が建てられています。

ヘルスポストの数も1995年の0から2012年には123に増加しています。医療センターの数も514だったものが2012年には1,029まで、そして公立（紹介）病院も同様に67から82まで増えています。国立病院の数に変動はありませんでした。これらの施設のうち産科救急ケア施設

の数も2008年の44から2012年の101にまで増加しています。これによって妊娠、出産時、出産後のケアに関連する様々な困難な事態にも対応できるようになりました。

第三に、保健分野における人材開発です。熟練した助産師の数を増やすのであれば、彼らを支援しなければなりません。助産師や医師がいなければ、ケアはできません。助産師、医師、専門家、その他の医療関係者の数を増やし、彼らを雇用し、これまで助産師がいなかったところに配属するため、政府は多くの努力を払いました。そうすることによって地方にも助産師を送り込むことができます。

助産師を雇って派遣するだけでは不十分であり、地方でどのように働いてもらうかが重要になります。政府はこれを大変重視しており、今では助産師のいない医療センターはなくなりました。2005年から助産師の数が増え、2008年には全ての医療センターに助産師が配属されています。

次のポイントは、医療スタッフの能力の構築と助産技能の向上を推進し、ケアの質を高めることです。助産師、医師、専門家はいますが、彼らの能力構築はケアの質を高めるため、依然として重要な要素です。私たちは助産師や助産チームを養成するだけでなく、実地訓練も提供して、出産間隔に関するサービスや出生前ケア、熟練助産師による安全な出産、産後ケア、新生児のための緊急ケア、子どもの予防接種、栄養、そしてHIVの母子感染を防ぐためのサービス等

	1995	2000	2005	2010	2012
ヘルスポストの数	0	4	44	117	123
医療センターの数	514	792	832	997	1029
公立（紹介）病院の数	67	67	69	81	82
国立病院の数	8	8	8	8	8

提供できるようにしています。

第四のポイントは、医療サービスの利用しやすさを改善することです。これまで利用できるサービスについて話をしてきました。助産師がいて、医療センターがあって、公立（紹介）病院がありますが、妊婦たちにどのようにして医療サービスを受けさせるかが問題です。他のスピーカーの方々も言及されていましたが、交通手段だけでなく、費用の支払いが大きな障壁となっています。私たちは無料を前提とし、貧しい人たちのための無償のサービス、公平な健康基金、政府補助金政策、そしてリプロダクティブ・ヘルスのためのクーポン制度などの導入によって、その障壁を取り除こうとしています。

手元にあるデータによれば、保健公正基金によってカバーされている貧しい人たちの比率は2008年の57%から2011年の78%まで増え、公平な健康基金によってカバーされる医療施設の数も2008年の145から2011年の365まで増えています。そして政府は保健公正基金を国中に広めることを目指しています。

医療サービスの利用しやすさを改善する際のもう一つのポイントとして、情報が重要となります。十分な情報が伝わらなければ人々は自宅で出産します。だからこそ男性、女性、家族、地域社会の意識を高め、行動の変化をもたらすことが非常に重要なのです。それは、我が国における母子保健を改善するために取り組む必要のある介入です。

我が国はこのようにして、人々の行動の変化をもたらすことで、母子保健を改善しています。我が国のファーストレディーは、国連事務総長の女性と子どものための共同行動計画に国を代表して取り組み、カンボジアの子どもと女性の発展と保護のために活動をしています。彼女は我が国の模範であり、私たちは妊産婦死亡率と新生児死亡率の低減に向けて前進しています。

来月の2月21日から、この日を妊産婦と乳幼児の健康の日として毎年全国で祝うことになりました。この問題に対し、政府や市民社会からのコミットメントがあり、また援助国や保健分野のパートナー、二国間および多国間活動を行うNGOからの支援があります。WHOやUNFPAなど、特にリプロダクティブ・ヘルス、そして妊産婦および乳幼児の保健の分野では多くの国際的パートナーがいます。そしてUNICEF、UNAIDS、UNDP、世界銀行、UN Womenがいます。JICA、KW、USID、USAID、DFIDなどの二国間協力を行う機関もあります。

さらにセクター・ワイド・アプローチにより、世界基金、GAVI、ADB、GMSからも資金協力もいただいています。上院議員や下院議員の方々からの強いコミットメントや支援もいただいております。母子保健への支持に加えてその代弁者にもなっております。地方自治体やコミュニティ議会からの支援もあります。

私たちは、女性と子どものフォーカル・パーソン（Women and Children Focal Persons）という特別チームを作り、地域社会と共同で女性が出産施設や医療施設を利用できるようにしているほか、村の医療ボランティアからの支援も受けています。これら全てが健康なライフスタイルの改善、そして妊産婦や乳幼児の死亡率や罹患率の低減に貢献しています。

これだけの進歩を遂げたからといって、ここで足を止めることはありません。妊産婦死亡率を下げるためには、さらなる努力をしながら前進する必要があります。250は下回りましたが、2015年までに150まで削減することを目指しています。そして乳幼児の健康改善にもまだ努力が必要です。

ご清聴ありがとうございました。

## HIV／エイズ政策の成果

ハオ・ブン・レン  
国立エイズ局副事務総長  
カンボジア

---

### 略歴：

プノンペン国際大学にて公衆衛生博士号、米国カリフォルニア大学ロサンゼルス校にてヘルス・リサーチおよび疫学分野修士号、カンボジアにて医師免許を取得。1989年から1990年カンボジア・プノンペンの NGO *Enfant du Cambodge* の医療部長、1990～1991年プノンペンにあるプレア・ノロドム・シアヌーク病院にて外科臨床医、1991～1996年カンボジア保健省国立エイズプログラム副局長、1996～1997年同局長、1999～2003年国立 HIV／エイズ、皮膚科、性感染症センター副局長を務める。現在、在カンボジア・アメリカ疾病対策予防センター（CDC）・世界エイズプログラム（GAP）副局長。

---

カンボジアが HIV／エイズを押さえ込むことに成功し、「3つのゼロ」に向けた進捗について、簡単にご紹介いたします。カンボジアにおける HIV／エイズの状況、その対策、成功例と教訓、そして「3つのゼロ」に向けてという4点についてお話をさせていただきます。

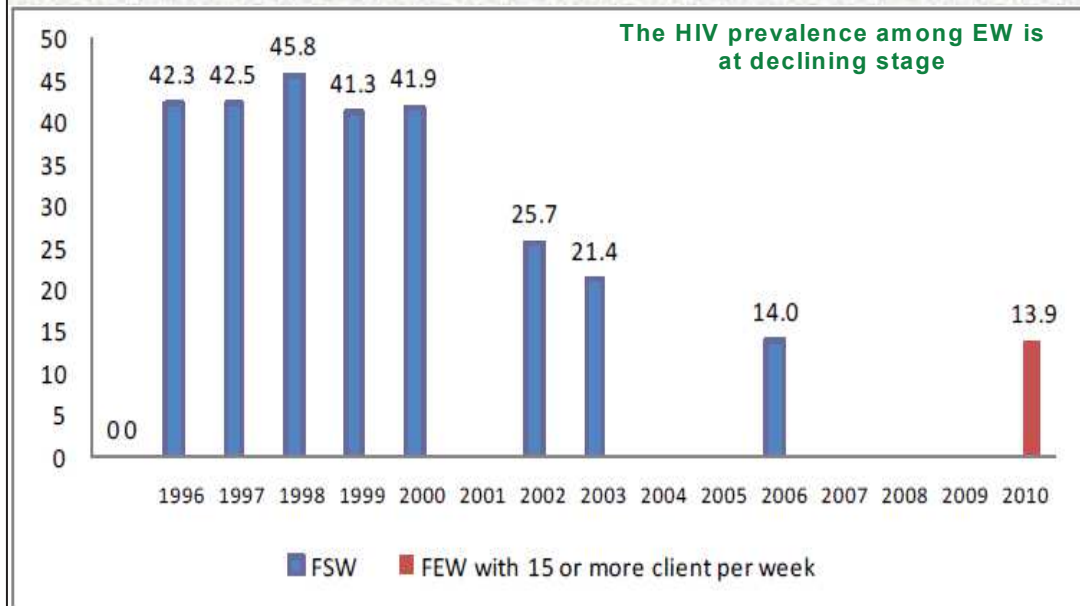
カンボジアは1998年以降、HIV／エイズの蔓延を抑制することに成功しています。最初の HIV 症例も、1991年に国立血液銀行で検査によるものでした。カンボジアは1992年に最初の調査を行い、1995年に定点観測調査（HSS）を開始し、当初は毎年行っていました。2003年以降は3年ごとになり、これまでに10回HSSを実施しました。2013年の実施で11回目になります。このHSSに基づき、一般並びに高リスクグループにおける有病率は減少段階にあり、女性性産業従事者における HIV 有病率は1998年の45.8%から2010年の約14%まで下がっています。

妊婦に関しても同じように、HIV がピーク時の2.2%から、2010年には0.4%まで下がっています。男性と高リスクグループを見ると、女性と性交

渉をする男性の有病率が1.6%であるのに対し、両性愛者は2.2%、同性愛者は2.1%となっています。一般集団に目を向けると、1998年の1.7%をピークにHIVの減少段階にあり、2012年には0.7%となっています。一貫して減少傾向であり、新規のHIV感染数を見ても同じく減少傾向にあります。2012年は1,200件の新規感染がありました。男女比率は約1なので、男性と女性の感染数に差はありません。ここでのジェンダーは平等です。

エイズに関しては、エイズ患者の数が増え続けています。ART（抗レトロウイルス薬療法）とARV（抗レトロウイルス薬）の効果が出れば、感染者の人々は生き続けることができます。そのためARTを必要とするエイズ患者の数が増えており、2012年には合わせて55,000人の感染者がARTを必要としていました。エイズによる死亡者数が減少しているということは、ARTの効力によって感染者が生き続けられることを示しており、もっと治療を行えばエイズによる死をさらに減らすことができるはずです。

図1 女性性産業従事者のHIV有病率  
(15人以上の客がいたFEWとの比較)



2012年には、カンボジアで約1,900人がエイズで死亡しました。14歳未満の子どもに目を向けると、有病率、新規感染数、感染者数はともに減少しています。2012年までに14歳以下の約87人の子どもがエイズにより死亡しています。現在カンボジアには約27,000人のエイズ孤児がいますが、2008年から2012年にかけて減っています。

カンボジアにおける今後のHIV感染はどのようなのでしょうか？カンボジアでは依然として異性愛感染、すなわち女性性産業従事者、夫から妻、妻から夫の間、というのが最も一般的な感染経路になっています。

カンボジアの対策はどのようなものだったのでしょうか？私は政治対応こそが成功をもたらした最大の要因であると考えています。立法府と行政府のリーダー、そして国王からの強力な断固たる政治的支援なしには、この成功はなかったと考えています。行政府においては、国内でのHIV対策を主導し、管理し、推進するための政府機関として、首相が国立エイズ局を設立しました。立法府では、国会議長および議員ら

のコミットメントによってHIV/エイズに関する法律を2002年に採択しています。カンボジアは、フィリピンに次いでHIVの法律を制定した国です。

政府はこの法律に基づいてHIV対策に関連する数多くの政策を打ち出しており、大臣たちもその実施を良い方向に導くため、国立エイズ局のメンバーとして多くのガイドラインの策定を続けています。全国レベルの構造的な対策に関しては、国、件、地区、コミュニティ単位に調整機関を設けています。

開発パートナーとの調整に関しては、私たちは「エイズに関する政府開発パートナー共同作業グループ」と呼ばれるフォーラムを立ち上げました。このグループは、市民社会、HIV/エイズ調整委員会、そしてグローバル・ファンドとの間で調整を行っています。また、資源を動員するための調整機構もあります。我が国の対策は次のような原則に基づいています。証拠に基づき、多部門にわたり、参加型での対策で、透明性、パートナーシップ、ネットワーキング、人



権の尊重、ジェンダーの平等、普遍的なアクセスを重視しています。

戦略的対策については、2000～2005年にかけてHIV／エイズに関する国家戦略計画I（NSP I）、2006～2010年にかけてNSP IIを実施してきました。現在は2011～2015年までのNSP IIIを実施しています。HIV感染の低減、エイズによる死亡率の低減、差別の撤廃・影響の緩和という3つの目標があります。これら3つの主な目標達成のため、7つの戦略があります。新規感染を減らし、エイズによる死者を減らし、差別を減らすための「実施戦略」は3つあります。そして資源を動員して積極的な環境を生み出すための政治的コミットメントと支援を得るための4つの分野横断的戦略があります。

HIV対策のモニタリングと評価に関しては、全国にモニタリング評価制度を配して、対策を把握し、HIV感染の傾向をモニターしています。併せて約50の全国指標があり、毎年測定しています。

成功の理由は何だったのでしょうか？ 2010年のカンボジア人口保健調査（CDHS）および行動監視調査（BSS）に基づくデータによれば、一般と高リスクグループ双方の90%以上が、HIV予防の方法を正確に知っていました。全国に整備された253カ所で、自発的かつ秘密の守られたカウンセリングおよび検査（VCCT）を無料で受け、HIVに感染しているかどうかを知ることができます。ここで4半期ごとに約10万人がHIV検査を受けており、VCCTを一貫して受けている人たちの有病率は、2005年の13%から2012年の1.8%まで下がっています。

プログラムの効果を見ると、コンドームの使用については、女性性産業従事者の顧客である男性のコンドーム使用を86%にまで増やしました。カラオケガールや女性性産業従事者の間で顧客との間でコンドーム使用を徹底させ、94%と

83%まで使用率が上がっています。HIVに感染した妊婦については、その80%以上が母子感染予防対策（PMTCT）のプログラムを利用しています。保健省の同僚からも話があったように、2012年までの母親から子どもへの感染は約8%ですが、これを2015年までに3%ぐらいにまで下げたいと考えています。

ARTの治療に関しては、カンボジアはARTを必要としている人たちの90%以上に対してARTを提供することができ、ARTを提供できる場所は約60カ所あります。施設でのケアと治療以外にも、コミュニティによるケアや在宅ケアがHIV感染者あるいはエイズ患者によって全国で自ら運営されています。

こうした成功は2つの条件によるものと考えます。1つは「必要条件」で、これは政府から草の根レベルまでのコミットメントです。もう一つは「十分条件」で、科学的、あるいは何らかの根拠に基づく情報を利用し、政策、法律、戦略、介入を行ったことです。娯楽産業労働者、男性間性接触による感染者（MSM）、注射薬物使用者（IDU）のような高リスクグループをターゲットにして、例えば娯楽産業労働者に100%コンドーム使用を促すプログラムを実施するなど、効果的な介入を行います。地域やコミュニティも積極的に参画しており、我が国の政府予算、開発パートナー、民間部門の資源を結集しています。

この成功を基礎として、私たちは「3つのゼロ」に向けて前進しています。2011年に国連が「3つのゼロ」を立ち上げました。これまでの成果をもとに、カンボジア政府は国連と手を組んで「3つのゼロ」に向けた活動を開始しました。これは、「感染ゼロ」、「死亡ゼロ」、「差別ゼロ」を意味します。

「3つのゼロ」を基本方針とすることにより、既存の法律、政策、戦略を全て見直して「3つ

のゼロ」という目標に焦点を合わせています。カンボジアですでに成功している効果的かつ効率的な介入を維持し、拡大していきます。

特に国のオーナーシップを強化し、多部門間の調整を進め、これをコミュニティ・レベルにまで進めていきたいと思えます。科学的根拠に基づく新たな介入を行い、援助効果に関わるパリ宣言と釜山宣言に対応して資源動員のための活動を倍増し、国内モニタリング評価（M&E）システムが効果的に機能するようにします。

「3つのゼロ」を達成するために重要なのは、常に HIV について啓発を行うことです。コンドームの普及活動、IDU（注射薬物使用者）のための注射器・針、メタドンを提供するプログラム、一般および高リスクグループのための VCCT、HIV 法の実施、人権の擁護、ジェンダーへの対応、治療の普及、治療の質の向上、生活の質の向上などにこれからも取り組んで参ります。ご清聴ありがとうございました。

## ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントの推進

キム・シパート  
女性省ジェンダー平等・経済開発局長  
カンボジア

---

### 略歴：

女性省ジェンダー平等・経済開発局長。女性省ジェンダー・メインストリーミング担当事務局長、女性省ジェンダー平等局次長および女性省経済開発局次長。行政学修士。

---

カンボジアにおけるジェンダー平等と女性のエンパワーメントについて、3つのポイントについてお話ししたいと思います。

- 1) カンボジアにおけるジェンダー平等推進の国家の政策とメカニズム
- 2) ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントに関する政策の進展と実績
- 3) 今後の取り組み

カンボジア政府は、権利の保護や福祉向上、とりわけジェンダーの平等と女性のエンパワーメントを推進するために、多くの重要な法律と政策を発布・実施しています。具体的には、四辺形戦略のフェーズIとフェーズIIにおいて、社会における平等と効率を推進するため、政府は女性を国家経済と社会の基幹と見なし、女子生徒のための教育の機会を増やし、女性教員の数を増やしました。具体的には、寮を提供し、地域内に学校を作り、奨学金を提供するとともに、女子が教育を受けることの価値について人々の意識を高める活動を行い、女生徒が教育を受ける機会を提供しました。

カンボジア政府は、女性の地位を向上して意思決定に女性が参画するよう、女性に技能訓練を提供し、全てのレベルで女性の能力開発を行うよう勧告を出しています。女性開発センターでは

職業訓練を実施し、技能を習得して収入を手にするによって女性が権利を手に入れ、生活の質を高めることができるよう取り組んでいます。四辺形戦略では、専門的な職業や生活技能を提供することに加え、金融機関との調整や協力によって女性の雇用を促進するために、女性たちやコミュニティーに対し、小規模・中規模融資を提供しています。

家庭内暴力の予防に関して、カンボジアは家庭内暴力予防および被害者保護のための法律の実施を採択しています。カンボジアには9つの目標からなるカンボジア・ミレニアム開発目標（CMDGs）があります。CMDGsは特にジェンダー平等と女性のエンパワーメントに焦点を当て、これを推進するための3つの目標を掲げています。カンボジア政府は、CMDGsの実現に向け、四辺形戦略および政策、計画、法律、プログラムにおいてジェンダーを主流化することでジェンダー平等を推進しています。

ジェンダー平等と女性のエンパワーメント推進のための政策を実施するにあたり、以下のメカニズムをつくりました。

- カンボジア政府は、女性差別撤廃条約（CEDAW）締結、および北京+10の実施にコミットしており、それを達成するため、カンボ

ジア国家女性評議会（CNCW）の創設を含む多くの重要な枠組を増やしています。

- カンボジア国家女性評議会は、カンボジアの女性の地位と役割の向上に関する法律、国家政策、関連する法的枠組みの実施に関するフォローアップと評価、CEDAWなどの女性の権利に関する国際条約の実施に対するフォローアップ、政府への助言の提供などに関して政府を支援しています。
- 女性省並びに女性問題に取り組む各部門は、ジェンダー平等と女性のエンパワーメントを促進しサポートすること、そして省庁や関連機関やパートナーが各部門でジェンダーを主流化するための能力を高めることに関し、重要な役割を果たしています。
- ジェンダー・テクニカル・ワーキンググループ（TWG-G）は、政府と開発パートナーの間の機構的パートナーシップです。TWG-Gは女性省が率い、開発パートナー、省庁、公共機関、市民社会と協力しながら UNDP や JICA を含むパートナー組織によって調整されています。全ての省庁と公共機関の中に設置された TWG-G は、国務大臣によって統括される部門間組織で、ジェンダー問題の主流化、啓発の追求、資源の収集、部門戦略計画の策定に向けた省庁と公共機関トップへのジェンダーの平等と女性のエンパワーメントに関する勧告の提供とモニタリングといった活動を行っています。
- 州、特別市、地区、区の行政に関する法律に従って設立された女性と子どもの相談委員会は、各自の権限下でジェンダーの平等と女性のエンパワーメントを推進するための国内機構であり、勧告を出し、ジェンダー平等、女性、青少年、子どもに関する要請を国内の行政組織に提出する責務を負っています。

一方、あらゆる部門でのジェンダーに関するデータと情報を提供するカンボジア・ジェンダー評価に関する文書を持っています。また、家庭内暴力予防と被害者保護法、そして女性に対す

る暴力予防のための国家行動計画が採択され、カンボジア国内で実施されています。女性に対する暴力予防のための国家行動計画に関しては、関係する省庁、公共機関、開発パートナー、市民社会と協力しながら目下更新しているところです。

政府の改革に関しては、公的金融改革においてジェンダーを主流化し、ジェンダーに対応した予算編成を推進しています。私たちは経済・財政省をはじめとする関係省庁や公共機関と共同でジェンダーに対応した予算計画のための TWG-G の能力強化を行ってきました。行政改革プログラムは、公務員および女性がトップの地位にいるあらゆるレベルにおいてジェンダー格差を是正することに焦点を当てています。政府は、女性職員の割合を 20~50%とすることを義務づけ、引退する男性職員の代わりに女性職員を採用する機会を提供する新しい人材募集要項を導入しています。女性退職年齢延長法令によれば、ランク B とランク C の退職年齢は 60 歳となっています。

ジェンダーに対応した地方分権化と業務分散化の枠組み、並びに通常の枠組みにおけるジェンダーの主流化を実施しています。州、特別市、地区、区の行政に関する法律は 2008 年に採択され、原則としてジェンダーの平等と女性の権利が織り込まれました。この法律ではジェンダーの平等と女性の権利という原則の推進が強調され、国内のあらゆるレベルにおいて女性の関与を推進しています。州、特別市、地区、区の行政に関する法律と 2010~2019 年までの国家行動計画によれば、国内の開発は、ジェンダーの平等に対応した形で部門間プログラムを実施します。

部門ごとのジェンダー主流化に関しては、全ての省庁と公共機関がジェンダー作業部会を作り、自らの役割や職務を果たしています。その中で 22 の省庁と公共機関が部門ごとに戦略的ジェ

ンダー主流化計画を策定し、16の省庁と公共機関が国家予算や開発パートナーからの財政支援を受け、各部門にてジェンダーを主流化するため、戦略的計画を実施しています。

女性の構成を見ると、2008年には下院議員のうち21人が女性です。その他、上院議員の15%（2012年）、大臣の7%（2008年）、首都/州議会議員の10%（2009年）、特別市/郡/区議会議員の13%、首都/州の副知事のうち24名、特別市/郡/区の副市長・区長のうち191名、コミュン/地区議員の18%、公務員の34%が女性です。

優先的事項:

我が国は、女性の技能を高め、雇用機会や起業の機会を提供することによって、経済的に女性をエンパワーメントしてきました。また、農村部や非正規部門の女性の生活水準を高めてきました。女性と女子の行動変化に関しては、彼女

らの行動を変え、女子教育の価値が認識されるように、コミュニティでの家族に対する教育を継続していきます。女性への暴力、家庭内暴力、女性と子どもの人身売買、レイプ、移住に関しては、女性と女子の保健、栄養、エイズと感染症を含めてこれらの取り組みを継続します。女性もまたガバナンスや意思決定において重要な役割を果たしています。

ジェンダー主流化に関しては、ジェンダー平等改善政策の実施について、モニタリング評価政策の策定を続け、促していくほか、教育、保健、法律、雇用に関する優先部門に重点的に取り組んでいきます。改革プログラムに関しては、気候変動プログラムの中でジェンダー主流化を継続していきます。CEDAWについてはその実施をフォローアップし、加速していきます。

ご来臨の皆様、ご清聴ありがとうございました。





## 討議

議長：チヒット・キム・イエイツ議員；  
外務・国際協力・情報メディア委員会副委員長  
カンボジア

---

### 略歴

エンジニアの経歴を持つ。メルボルンにあるモナシュ大学にて collar engineer 修士号取得。  
現在 カンボジアの外務・国際協力・情報・メディア委員会副委員長。

---

議長：ご質問がありましたらどうぞ。

シャンタラム・ナイク議員（インド）：  
アフガニスタンの方に質問です。アフガニスタンにおける多くの問題、とりわけ女性の問題についてのお話を伺いました。タリバンのせいで、女性の医師や看護師は病院に入ることを許されていません。そのような状況の中、女性の自由や健康の問題に対処するため、どのようにタリバンに向き合うのでしょうか。

議長：  
インドの議員の方、ありがとうございます。次の質問の後にアフガニスタンの議員にご回答願います。

グエン・ヴァン・ティエン議員（ベトナム）：  
アフガニスタンの議員に私も伺いたいことがあります。プレゼンテーションの中で宗教と家族計画に「誤った解釈」があると言われましたが、「誤った解釈」とはどういう意味で使われたのでしょうか？

マノハール・ブラサード・バタライ国会事務局長（ネパール）：  
私もアフガニスタンの方に質問があります。問題の根底にあるのは、人々が政府よりもムッラーの話聞くことではないのでしょうか。これが

問題の本質なので、政府はまずムッラーを教育し、その後で国民を教育する必要があるのではないのでしょうか。彼らは現代ではなく、100年前の世界に生きています。彼らは問題であり、解決策ではありません。女性が抱える全ての窮状はムッラーと密接につながっていると思われるので、何かできることがあるはずですよ。ムッラーを教育して彼らをもっとリベラルにし、女性を窮状から救う政策が政府にはありますか？

2つ目の質問はフィリピンの議員に対する質問です。子どもを産む機械とされてしまったロザリーさんの話をされ、フィリピンの女性が直面する問題を説明していただきました。この女性をひたすら妊娠させ続けた男性についても説明していただけますか？ 3つ目の質問は、ヴィンセント議員に伺います。あなたの国では、若者の間の不特定多数との性行為というだけの原因で全人口の16%がHIVに感染しているのでしょうか。コメントをいただければ幸いです。ありがとうございました。

マリアニー・モハメド・イット議員（マレーシア）：  
アフガニスタンの方に一つだけ質問があります。政策へのコミットメントについて、その中に女性と子どもの教育が見当たりませんでした。私も「ムッラーを最初に教育しなければならない」

というネパールの方の意見に同意しますが、女性と子どもの教育も同じように重要であり、看護師、助産師、医師といった女性の医療従事者の数を増やすのであれば、カギとなるのは教育ではないでしょうか。

マンモハン・シャルマ IAPPD 事務局長（インド）：

キム・シパートさんに確認したいことがあります。政府内の女性の比率について話されています。下院で 21%、上院で 15%、大臣で 7%とのことでした。Parliament とは下院のことでしょうか。両院をさすのでしょうか。2 つ目の質問はマラウイの議員に伺います。農村部で平均余命が下がっているという話をされていましたが、原因は何でしょうか？ 医療施設がなかったり、適切に機能していなかったり、政府が医療施設の管理をしていなかったりするのでしょうか？

議長：ありがとうございます。ここで一度質問を区切って、また後で伺いたいと思います。アフガニスタンの議員の方、質問に答えていただけますか？

サフィ・カマル議員（アフガニスタン）：

どうもありがとうございます。アフガニスタンやアフガニスタンの国民、特にアフガニスタンの女性のことを本当に心配していただいていることに感謝しております。インドからの質問は、タリバンとの関係における政府政策、そしてジェンダー平等と女性のエンパワーメントについてのものでした。プレゼンに対する質問というよりも政治的な質問ですね。インドは隣国ですからアフガニスタンで何が起きているかよくご存じだと思います。タリバンが体制を拒否した当初は、我が国の政府や国際社会はそれを脅威や難題だとは思っていませんでした。

当時、タリバンはもう去って誰も戻ってこないから気に留める必要はないと国際社会では考えていました。そしてムッラーたちが裁判にかけ

られ、彼らの一部が投獄されることをアフガニスタンの国民は期待していました。しかし残念ながら、実際にはあらゆる宗教や民族のグループを取り込んで政府を作るための計画が立てられ、銃を持つ人々が政府に参加しました。最初は銃しか持っていませんでしたが、今ではお金もたくさん持っています。それも何百万ドルという大金です。当時の彼らは単なる武装勢力に過ぎませんでした。現在は地元における経済勢力にもなっています。タリバン内での内部分裂もあり、その一方でタリバンの背後で彼らを支援している勢力があることも皆様はよくご存じでしょう。この勢力には皆様も悩まされていることと思います。

アフガニスタンの状況は複雑になり、国際社会はアフガニスタンの政府や国民に相談することなく、現地の実際の状況を調べもせず、何の予測も立てず「私たちは撤退します」と発表しています。来て欲しいと頼んだことはないのに、残って欲しいと請うこともありませんが、勝手にやって来て問題を引き起こしました。そして今、私たちに相談することなく撤退を始め、問題にも認識していません。おそらく撤退後は、タリバンの脅威が 2 倍になるでしょう。

我が国の政府はまた非常に弱体化している上に専門性に欠けるため、国際社会を説得できず、本格的な措置を講じることができないうちに問題はさらに複雑で深刻になり、その状況から身動きがとれない状態にあります。それは近隣諸国だけでなく、世界全体を苦しめることになることは間違いありません。アフガニスタンは東ヨーロッパの玄関口であり、そこから全世界へとつながっています。東南アジアから中央部、東ヨーロッパを経て、全世界へと至る窓口なのです。

アフガニスタンはあらゆる利害関係者や戦争当事者にとって戦場となり、彼らは私たちの問題や懸念には目もくれずに、好き勝手に振る舞っ



ています。アフガニスタンで戦闘に参加している大半の国と同様、彼らにとってアフガニスタンはフリーゾーンなのです。何にも増して脅威になっているのがタリバンであり、社会でその最大の犠牲者となっているのが女性たちだという指摘がありました。この状況が続かないことを私たちは願っており、何らかの対話を始めようともしています。彼らがどう出るかはわかりません。いずれにせよ我が国の状況は非常に複雑であり、我が国の政府には具体的な政策がありません。

ベトナムからご質問のあった宗教についての「誤った解釈」についてですが、イスラム教において本来女性は敵視されておらず、宗教が意図的に女性や社会の特定の人たちに対して悪用されてきた歴史があります。本来のイスラム教によれば、乳児は2年間以上にわたって母乳を飲む権利があるとされています。乳児が2年間母乳を飲めば、その間に別の子どもが産まれることはありません。

一方、イスラム教は社会の中で女性に本当の敬意と価値を与えていますが、宗教とムッラーは一部の知識人、政党、特定のグループに掌握されており、彼らがそれを悪用しています。本来のイスラム教は女性を重視し、尊厳を与えています。女性には権利があり、夫の財産、息子の財産、娘の財産を所有していて、家族の中で最も尊敬される存在なのですが、そのように解釈する人は誰もいません。彼らは目的を達成するために、意図的にイスラム教の間違った解釈をしています。

私たちの社会が非常に宗教的であるというご指摘もその通りです。私たちはムッラーの言うことに耳を傾けるといっても事実です。正しいムッラーか正しくないムッラーかは、それぞれの個人次第です。

政策面でのコミットメントに関し、女性への教育が非常に重要であるということはおっしゃるとおりです。教育は義務であるとは考えますが、私たちの社会は、人々が自分の権利について知らないために、非識字率の高さに苦しんでいます。ありがとうございました。

議長：

ありがとうございました。カマル議員。全ての質問に適切に答えられたかと思えます。答えるのがとても難しい質問です。中には政治に関わるものもあります。いずれにせよ、見事な回答でした。次はリナベル議員、お願いします。

リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員（フィリピン）：

まるで子どもを産む機械のように扱われている女性たちの実例をご紹介しました。その原因についてももう少しお話しさせてください。フィリピンはカトリックが多数派を占める国です。カトリックは人工的な手段による避妊を否定し、自然な産児制限のみを認めています。この女性は貧しさゆえにコンドームのような人工的な防御策を講じることができませんでした。夫の男性優位的な姿勢も一因かもしれません。自分が稼ぎ手だから好きなようにできるというような感覚です。

しかし、議会における14年の活動を経て「責任ある子育てとリプロダクティブ・ヘルス法」が2012年に採決され、私たちは一歩前進しました。自分の家族の大きさを決める選択肢が女性に与えられています。もちろん配偶者同志で家族をどうするか選択し、計画して決めるのですが、医学的に安全な質の高いリプロダクティブ・ヘルスケア・サービスを全ての人が利用できるよう、政府が援助しています。

議長：

リナベル議員、とても明快な回答をありがとうございました。次はシパット先生、質問への回答をお願いします。

キム・シパート女性省ジェンダー平等・経済開発局長（カンボジア）：

下院議員の数ですが、合わせて 123 名おりまして、その 21%にあたる 26 名が女性です。上院議員は 61 名おり、15%にあたる 9 名が女性です。

ヴィンセント・マレ議員（ザンビア）：

ネパールおよびマラウイの方から、ザンビアの人口の 16%を占める HIV/エイズ感染についてご質問をいただきました。国内では不特定多数との性行為が蔓延しています。我が国における HIV/エイズの流行は、80%近いと言われる国内の貧困率、そして女性のエンパワーメントの欠如と大きく関連しています。

女性のエンパワーメントに関するカンボジアの発表にはとても感心させられました。我が国には世代間の性交渉が多くあります。お金を必要としていて、お化粧品もしたい、ライフスタイルを必死になって維持したい大学に通う若い女性たちがいます。彼女たちは自分が欲しいものを親からも同年代のボーイフレンドからも得ることができないので、お金と権力を持っていて、セックスに対してお金を払うことができ、彼女たちに物を与えてサポートすることができる年上の男性と付き合いします。彼女たちは売春婦ではなく、良い生活がしたいだけの普通の女の子たちです。

こうした 15~25 歳の女の子たちの HIV 感染率が最も高く、男性はそれよりも 5 歳以上高くなっています。HIV の感染率が高いのはこうした人たちで、男性の方が年齢が高いことからこのことを証明しています。女の子たちがボーイフレンドのところに戻ると、年上の男性から感染した HIV を感染させてしまいます。これが我が国の抱える本当の問題です。だからこそ女性の

エンパワーメントによって教育やお金の面でサポートすることにより、この問題を解決することができるのです。感染率は 20%から 16%まで下がりました。この問題への取り組みによって感染率は実際に下がっています。

ピラーロ・ガンシャンガ・エフレイム議員（ウガンダ）：

カンボジアの CMDGs 達成の成功例について質問させていただきます。私の最大の関心は地元の医療施設における職員の確保です。カンボジアではどのような仕組みを採用したのでしょうか？ 当然のことながら、ウガンダでは公共医療施設の職員が民間部門へと移っていきます。カンボジアが達成されたのは素晴らしいことだと思います。

エリオダ・トゥムセゲ議員（ウガンダ）：

ブン・レンさんに HIV について質問いたします。一つは女性娯楽産業労働者についてです。週に 15 人の客をとるとおっしゃっていましたが、この女性娯楽産業労働者はどのような人たちなのでしょうか？ 2 つ目は、MSMW と MSMO の違いです。これらの意味がわかりません。3 つ目は、男性の医学的な割礼を奨励していますか？ また ART についても教えてください。

議長：

最初は女性省のキム・シパートさんへの質問なのでご回答いただけますか。2 つ目はブン・レンさんへの質問です。

キム・シパート女性省ジェンダー平等・経済開発局長（カンボジア）：

女性の公務員に関する質問ですが、政府は公務員の新規採用に関するガイドラインを設けており、20~50%は女性でなければならないとしています。青少年や若い女性は公務員として働くことに関心があるので、多くの応募があります。全ての省庁や公共機関はこのガイドラインに従うので、多くの女性が公務員の新規採用に応

募し、公務員として採用されています、その一方で、工場で働く女性たちもいます。

議長：

ありがとうございました。ラッタヴィ先生、少し付け加えていただけますか。

タウン・ラッタヴィ保健省国立母子保健センター長（カンボジア）：

政府が特に助産師などの医療スタッフを採用し、地域レベルで確保するために取り組みを行っています。2004年以前、女性たちが出産のために医療施設に行かなかった理由はわかっています。助産師の数が足りなく、それを解決しようとしても障害となる要因が多々ありました。

調査結果を見て、まず助産師にもっとプロ意識を持たせて魅力のある職業にした上で、全ての助産師に地元で働くことを奨励しなければならなかったことがわかりました。そのため、政府は助産師の技能向上を図るため、特に給与体系全体を低レベルから高レベルへと見直し、魅力のある専門職とし、外科医にも地元で助産技術の講習への参加を促しました。卒業後は地元に戻って働くことができるようにしました。

もう一つのポイントは、医療施設で出産を行い、それが安全に行われると政府がインセンティブを提供しています。1回の出産に対して約\$US15を政府が支給します。また女性が出産費用を支払える場合は、下位レベルの助産師も報酬を受け取ることができます。加えて、政府からインセンティブが提供されます。多大な努力を必要としますが、大きな進展も見られます。

政府による助産師へのインセンティブに関しては、今年も調査を行いました。医療施設での出産が増えているのはこのインセンティブや私たちの努力の成果なのか？ 調査の結果は「イエス」でした。この介入によって、医療施設での出産と助産師の地元での確保が増えています。

ハオ・ブン・レン国立エイズ局副事務総長（カンボジア）：

週に15人以上の客をとる女性娯楽産業労働者についてのご質問がありました。2005年にHSSを始め、直接性的サービスと間接性的サービスという2つのグループからデータを集めました。しかし、2006年以降は直接性的サービスがなくなり、カラオケやマッサージ・パーラーなどのような娯楽労働者だけになりました。従って、直接性的サービスを行う女性におけるHIVの傾向を知るため、私たちは週に15人以上の客をとったとする女性娯楽産業労働者のデータを集め、過去に直接性的サービスを提供していた女性と比較しました。

次にMSMに関してですが、男性の感染率、そして私たちが「リスクのある男性」と呼ぶ人たちを把握するため、女性とのみ性交渉をする男性のグループ、そして男性と女性のいずれもと性交渉をする両性愛者男性のグループからデータを集めました。3つ目は男性と性交渉をする男性で、これがMSMです。これら3つのグループの中で、両性愛男性のHIV感染率が2.2%と、MSMの2.1%よりも高いという結果が出ました。そして女性とのみ性交渉のある男性の感染率は1.6%でした。

ARTに関する3つ目の質問にお答えしますと、2010年以前はCD4カウントが250未満の感染者にARTを提供していました。しかし2010年からこの数値を350に変更したため、350未満の人全てが対象となっています。

割礼については、前進するために政策立案者の間で目下協議が行われています。これは我が国の政策ですが、まだ優先事項ではなく、協議が行われているところです。

議長：

ありがとうございました。ではチビング議員、お願いします。

チビング・ポール・ラクソン・ザカリア議員（マラウイ）：

インドの参加者から我が国で平均余命が下がっている理由をお知りになりたいとのことでした。HIVにより、我が国も多くの人が命を落としました。当時、HIVに感染した女性は妊娠することが許されませんでした。誰もが恐れていました。母子感染の予防法が入ってきたおかげで、そういった感染した女性たちも妊娠できるようになりました。そして妊娠女性の感染は減少していきました。

議長：

ありがとうございました。他に質問はありますか？どうぞ。

サフィ・カマル議員（アフガニスタン）：

タン先生に質問です。乳幼児死亡率の低減について、2010年に45であったのが2015年に50まで上昇すると書かれています。どのような要因があるのでしょうか？完全母乳の育児を行っている人が2000年に11、2010年に74となっています。すばらしい実績ですが、2000年の数字がこれほど低かった理由と、わずかな期間に母乳育児の数字をこれだけ上げることができた秘訣が何なのか教えてください。妊産婦死亡も、2000年に206だったのが、2015年に再び上昇していますがどうしてでしょうか。

タウン・ラッタヴィ保健省国立母子保健センター長（カンボジア）：

まず乳児死亡率ですが、2015年は目標値として入力しています。この目標値は2000年に決め

たものです。2000年に2015年、つまり15年後に達成したい数値を決めました。2015年に出生1000当たり50人までになっていればと、当時は考えていました。そして努力した結果、2015年の目標だった出生数1000当たり50人を下回る出生数1000当たり45人という数字を2010年にすでに達成してしまいました。妊産婦死亡率についても、出生数10万件当たり250という目標を2015年に設定していますが、これについてもすでに達成済みです。目標を下回る206をすでに達成していますが、それをさらに下げようとしているところです。

完全母乳の育児についてですが、2000年およびそれ以前に母親は赤ん坊が生まれるとすぐに母乳を与えたものの、それだけで育てることはありませんでした。母乳に水、砂糖水、その他の物を加えたのです。これは完全母乳の育児とはいえません。私たちは、母親による完全母乳の育児を望んでいます。だからこそ完全母乳の育児のキャンペーンを大々的に行ったのです。最初の6ヶ月間は新生児に水は与えないということテレビやラジオのコマーシャル放送、そして口コミを通じて伝えました。こうして完全母乳の育児を2005年に60%、2010年に74%まで増やすことに成功しました。

議長：

ありがとうございます。講演者の皆様、代表団の皆様、そしてこのセッションにご協力いただいた全ての代表の皆様に感謝の意を表したいと思います。講演者の皆様、そしてこのセッションに協力していただいた皆様に拍手を送りたいと思います。ご協力ありがとうございました。

## セッション2

### 人口プログラムの実施





## カンボジアの人口動態と傾向

デルビュー・マーク・G.L.  
UNFPA カンボジア事務所長  
カンボジア

略歴：

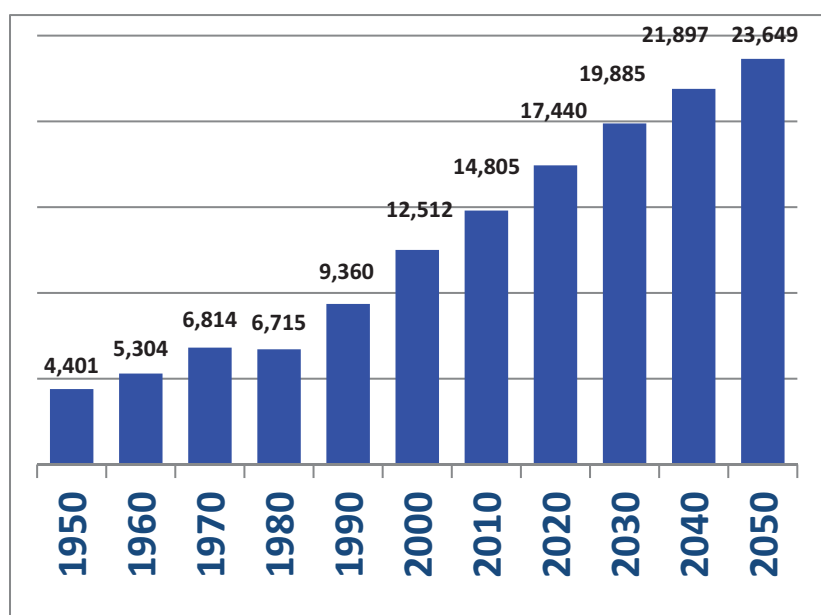
UNFPA カンボジア事務所長。

プノンペン赴任前は4年間、UNFPA インド事務所副所長および所長代行を務め、同時にブータン王国 UNFPA 事務所も担当。医師であり、熱帯医学および公衆衛生分野の学士、ロンドン大学衛生・熱帯医学大学院で保健システム管理に関する修士号取得。UNFPA において12年間にわたる経験を有し、アジア太平洋地域を担当する以前は、主に南部アフリカにおいてリプロダクティブ・ヘルス、計画、管理に関する UNFPA 地域アドバイザーを務め、中心となって国連改革を実行した。国連勤務の以前は、二国間援助機構で、学術研究を実施。通常の開発過程および緊急時での人口プログラム、妊産婦および子どもの健康、保健システム管理等の分野で活動する NGO に勤務した経歴を持つ。

以前、一緒に仕事をさせていただいた議員の方々や、以前私が働いていた国からお越しになった国々の方とお目にかかれて光栄です。今日は、カンボジアの人口動向に関連する主要な課題をご紹介したいと思います。カンボジアは、人口動態の点から見ても非常に変化が大きく、

国内の様々な要素が絡んでいます。今この国にとって最も大切であると考え、いくつかの点についてお話しさせていただきます。

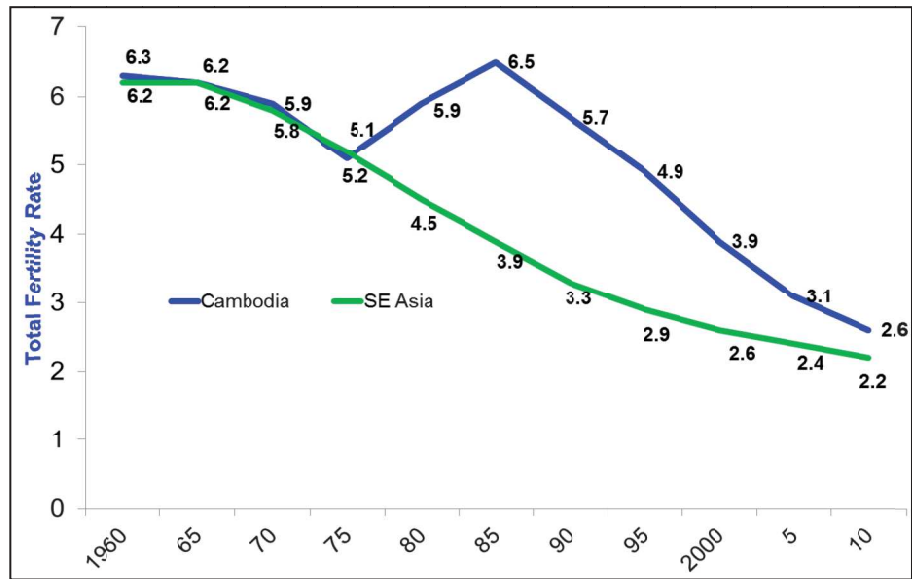
まず人口動向の全体像です。カンボジアにおける過去100年の人口増加を見てみましょう。



カンボジアの人口 (1950~2050年)

1950年当時は、カンボジアの人口は440万人で、人口ピラミッドも、裾野が広く上に行くに従ってどんどん狭くなる典型的な形をしていました。カンボジアは、1950年代から1970年代にかけて他の東南アジア諸国と同じような人口増加を体験しています。しかし、ご存じのように、1970年代からカンボジアは苦難の時代に突入します。それは全体の人口ピラミッドや1970年代の総人口に表れています。

1970年代から1980年代にかけて人口増加はマイナスになっています。1980年代までに、高い死亡率や人口移動などによって、人口が680万から670万に減少しました。そして事態が収束し、内戦が終わった後に、国は大きな成長を遂げました。このグラフを見



ていただくと、1980年代から1990年代にかけての10年で、人口が270万人増えていることがわかります。これは主にベビーブームによるものです。クメール・ルージュによる内戦の終結直後、カンボジアでは非常にたくさんの子どもが生まれ、人口の爆発的増加を体験しました。後でお話ししますが、これは現在にも影響を及ぼしています。1990年代以降、人口増加の減速傾向がずっと続いています。全体の数は増えており、実際には1.6%の増加率ですが、現在の約1,400万人の人口は2050年には約2,400万人まで増えると見られています。

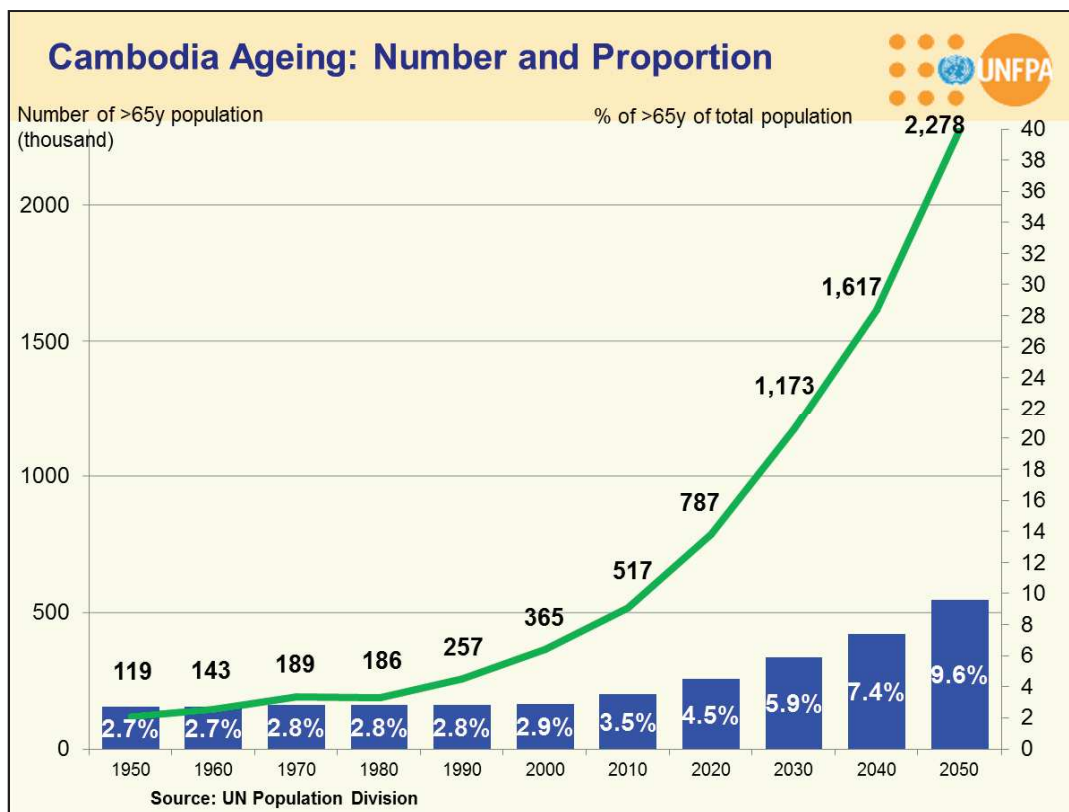
重要な点は、現在出生率が下がってきているということです。今何が起きているかをスライドでご説明しましょう。人口は今と比較して1,000万人増えます。これは、私たちが啓発を行う際、政策策定者や議員の皆様には伝えなければならない重要な点です。避妊、家族計画、出生率低減などで実績を上げているにもかかわらず、人口は2,400万人まで増えるのです。

次のスライドは、カンボジアの出生率の傾向を示しています。ここでも1960年代にまで話を戻します。地域全体及び地域ごとで見ると、出生率がかなり高いことがわかります。それはこの地域の多くの国に見られる傾向です。東南アジア全体の女性の生殖年齢期間中の一人当た

り子どもの数は、平均6.2人でした。しかし、青い線で示されたカンボジアの出生率を見ると、1960年代から1970年代にかけて下降傾向が見られ、1970年代まで東南アジアと同じ傾向を辿っていました。そして困難な時期が始まると一度ピークに達し、内戦やいくつかの動乱が出生率に影響を及ぼし、6.5という1960年代よりも高い水準にまで上昇しました。1990年代に入ると状況が安定し、事態が収束すると出生率が再び下がり始めます。

2010年代に入り、出生率は3.1ですが、これから更に下がると私たちは予想しています。カンボジアは35年近く前の苦難の時期から今ようやく回復しようとしています。カンボジアの現在の人口で、最も重要かつ最も典型的な特徴が、19~24歳までの若年人口の多さです。それは膨大な数です。1990年代の苦難の時代からの復興直後に起きたベビーブームの結果です。この人たちが生殖年齢に達しています。よってタイやベトナムなどの近隣諸国と比べて若年人口が極端に多いという特徴を持っており、これがさらに社会的にも大きな影響をもたらします。プノンペンを車で走り回っている若い人たちの数の多さに皆様もすでに気づかれていたと思いますが、それは統計にも現れています。それは、多くの国が通過した人口学的でいう「機会の窓」





をカンボジアも経験していることを意味しています。

現時点では、カンボジアには経済に貢献できる膨大な数の労働力があります。従って労働市場は大きな可能性を持っており、私のグラフに緑の線で示しているように、今後数十年はこの傾向が続きます。これが減少に転じるのは2035年ごろになってからです。

カンボジアに見ることができる2つ目の傾向は、合計死亡率と普通死亡率の減少傾向です。これに関しては1990年までの数字しか手元にありませんが、普通死亡率の減少傾向が東南アジアに見られるものと同じようなパターンを辿っていることがわかります。あまり詳しい話はいたしません、ここでご紹介しておきたいと思います。保健省の方がこのグラフを午前中にすでにお見せしたかもしれませんが、このような重要な会議において皆様にご覧いただきたいのは、カンボジアが乳幼児死亡率の大幅な低減を達成しているということです。近年の社会

インフラへの巨額投資により、カンボジア人口保健調査(CDHS)は、乳幼児死亡率が驚くほど低くなってきたことを示しています。妊産婦死亡率も同様です。政府や省庁の援助により、社会サービスのネットワークとして、これを推進すべきだと思います。それに加え、援助パートナーが大きな役割を果たし、妊産婦死亡率は23年前の900から現在では206まで減少しています。ちなみにMDGsの目標は250でした。

カンボジアの状況が好転する中、困難な時期も経験してきました。主に成人死亡率の低下、そして全般的にサービスが改善されことによってカンボジアの人たちが長生きするようになり、平均余命の主要な傾向に変化が見られました。ただカンボジアの場合は、タイやベトナムほど、高齢化は深刻ではありません。これについてはまた後程、グラフを使ってご説明いたします。

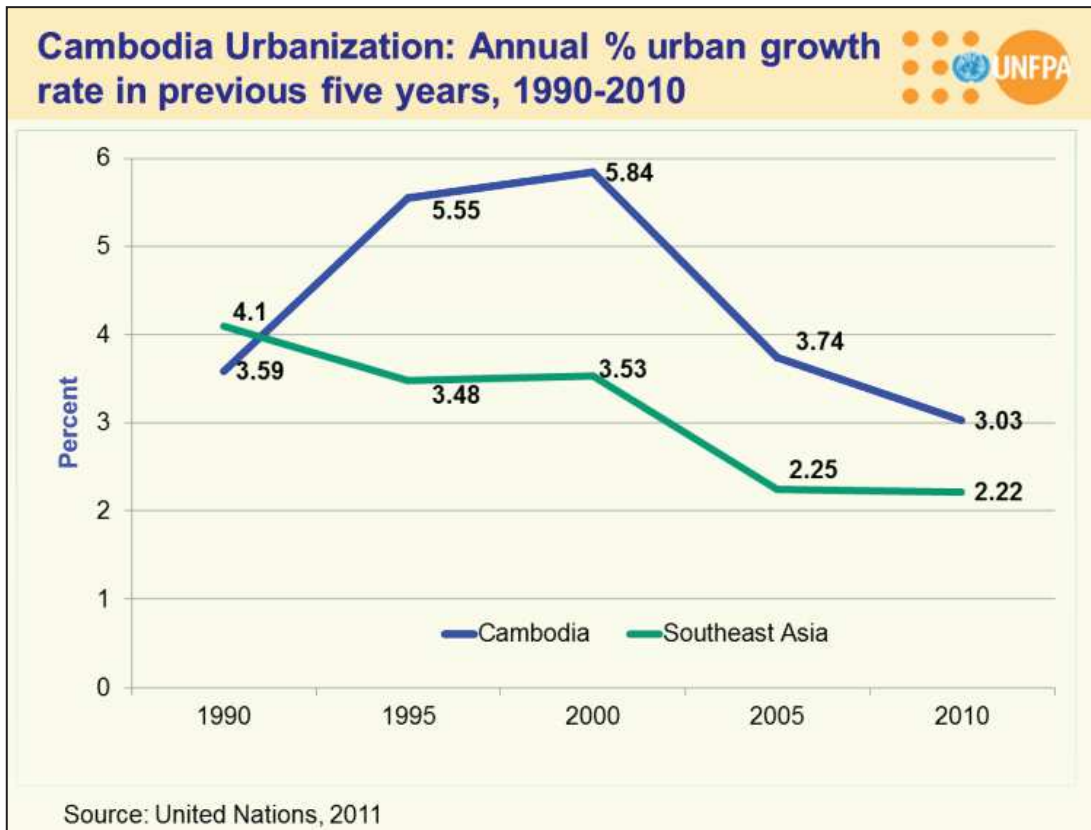
現在の平均余命は女性が63.46年、男性が60.46年まで延びています。これを2030年までに6年延ばそうというのが私たちの目標です。この

ように平均余命に関しては好ましい傾向にありますが、人口が急速に高齢化する可能性も示しています。グラフを見ながら詳細を見ていきましょう。

緑の線は 65 歳以上の高齢者の数です。青いバーは 65 歳以上の人口が全体に占める割合です。グラフは 1950 年から始まっていますが、一世紀にわたる国内の人口動態についてご説明します。1950~1990 年にかけて、全人口に占める高齢者の割合に変化はありません。2010 年になって初めてわずかに増えて 3.5%になります。2020 年になるとやや増えて、人口の 4.5%が 65 歳以上になると予想されていますが、皆様がお聞きになっているであろう本格的な高齢化プロセスが始まるのは 2030 年代の初めになってからです。グラフの 2030 年を見ると、人口の 5.9%、つまり 6%近い人々が 65 歳を超えています。増加率にも目を向けてください。2050 年には 10%近くに達し、高齢者人口は 200 万人にまで増えています。つまり倍になっています。現在の段階は、この会議に参加されているインドや他の多くの国とは違い、人口増加が始まったばかり

のととも若い人口構造です。1990 年代のベビーブームの結果として、我が国には人口転換を経験したどの国よりも多くの若者がいます。今、国内には非常に多くの若者がおり、その大半が農村部に暮らしています。

私たちは人口移動を懸念しており、計画省とともに、カンボジア農村・都市移動プロジェクト（CRUMP）調査を立ち上げ、国内の人口移動に関する実態調査を終えたばかりです。国勢調査の数字を見て、村で何が起きているか、人口動向がどうなっているか調べます。現段階では、全体を見わたし、計画省とともにこの数値を発表していますが、最近驚くほど多くの村で人口が減少しています。農村部の多くの若者がプノンペンに移ってきています。これは都市化の進行であり、これについてもお話しします。プノンペンは依然として国内最大の都市です。それ以外にバタンバンとシアヌークビルという大きな都市が 2 つありますが、人口移動について考える時には主にプノンペンへの移動です。オートバイに乗って走り回っている若者たちが多いのもそのためです。これは政策的介入を必要



としています。農村から都市への純人口移動率は4%であり、村へ戻る人はほとんどいません。

農村から都市へ人が移動する理由は、出稼ぎ労働です。国内全体の労働構造を見ると、国の経済発展に重要な位置を占める衣料産業が、若者だけでなく若い女性の最大の雇用先となっています。人が移動する最大の理由は雇用ですが、次に重要なのは教育です。政策に関し、政府は教育機関が設置されている場所を見直す必要があります。現時点では全てがプノンペンに集中しています。移動する人たちの多くは、冒険心により良い収入を求めているわけではありません。中にはキャリアをスタートさせたい人もいます。適切な教育を受けたい若者もいます。おそらく情報を得た若者たちは、より良い将来を求めているのでしょう。

ここで彼らの移動先について見てみましょう。移動する人たちの50%がプノンペンへ向かい、プノンペン以外に移動する人は6.2%です。仕事を求めた国際的な人口移動は30%で、行き先は主にタイです。詳細は省略しますが、この調査結果で最も驚かされたのは、調査対象の大多数にあたる85~89%の人々が、プノンペンで仕事を探し始めて1ヶ月以内に仕事に就いているということです。それは、これまでの典型的な貧困や都市のスラム化を生む図式とは異なります。人々はカンボジアで職を見つけているということは、非常に急速な経済成長を意味しています。都市部で本当に貧困に陥る人たちはわずかですが、前にも申し上げたように、この農村部から都市部への人口移動にあたって、都市化の重要性を見過ごすわけにはいきません。

東南アジアとカンボジアにおける都市化と都市人口比率の増加を見ると、カンボジアがはるかに高いことが分かります。これは状況が好転した1995年以降に再び始まりました。政府が設置されたこともプノンペンが主要な移住先となる要因となりました。私たちは都市化の傾向は

進んでおり、全人口に占める割合で見れば、最近更新された国勢調査のデータによれば、カンボジアの人口の25%弱がプノンペンを中心とする都市部に暮らしています。私たちの予想では、これが2023年まで続くと見えています。

これはカンボジアにとって何を意味するのでしょうか？ 前にも申し上げましたが、困難な時期と人口の減少、そして急速な回復を経て、25年前のベビーブームによって若者の数が急増しています。高齢化はまだ本格的には起きていません。高齢化が問題になるのは先のことですが、今から政策面の準備をしておく必要があります。ただ、今のところ高齢化そのものに取り組む必要はないのです。人口動態学的に見て、この国には非常に大きな可能性があることを意味しています。

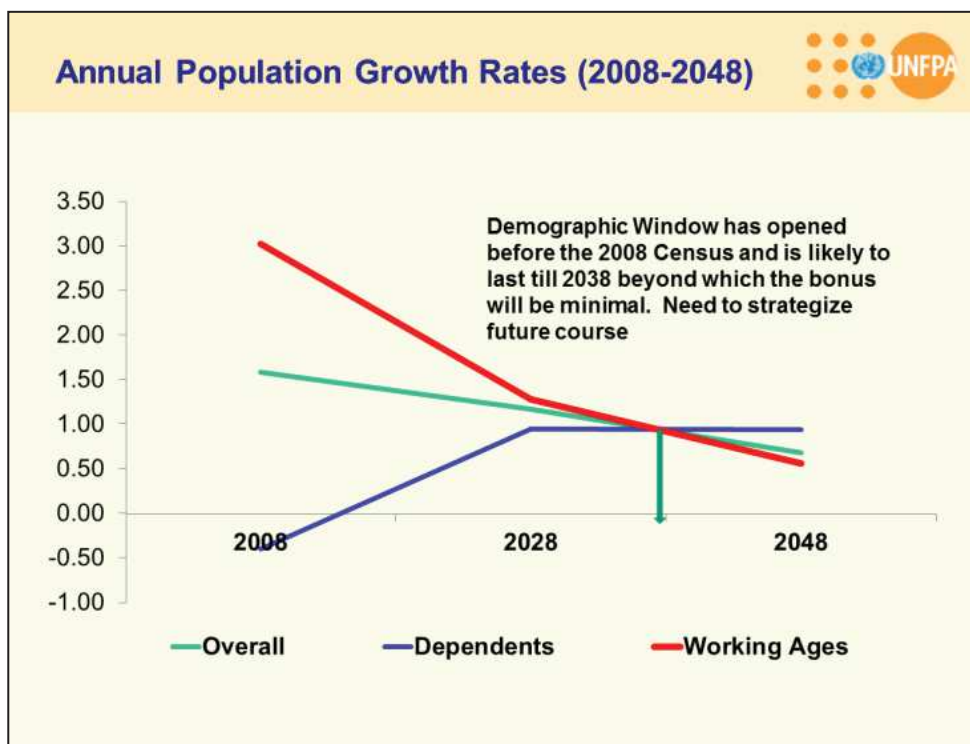
赤い矢印は全人口に占める労働年齢人口の比率を示しています。そして緑の線が全体の比率、青の線が扶養家族です。経済的な点から見てるのは、赤い線と青い線の比較です。潜在的にどのくらいの人が労働市場に加わることができるのか、扶養家族と比べて誰が経済全体の成長に貢献できるのかを見ています。扶養家族は、18歳未満の子どもと65歳以上の高齢者によって構成されています。

カンボジアの人口の機会の窓は、理論の上ではおよそ2年前の2010年に訪れました。そして今、ベビーブームの結果、扶養人口は少ない状況で、高齢化が始まる前に膨大な数の若者たちが労働市場に参入しています。この好ましい傾向は、2038年まで続くと見られています。その後は、インドのように扶養家族数が労働人口を上回るといった状況も生まれます。現在のヨーロッパ諸国のように、経済に貢献している人たちよりも政府から支給されるお金に依存している人たちのほうが多いといった状況が生まれます。

経済的な面から見れば、カンボジアの国の未来はとても明るいと言えますが、若者たちが経済と同様に裕福になるとはかぎりません。彼らは雇用、そして教育を必要としています。正規の雇用が必要です。全員がトゥクトゥクの運転手になるわけにはいきません。全員が路上で食べ物を売るわけにはいきません。今のうちに、国の人的資源に多額の投資を行う必要があります。そして 2038 年になってようやくその変化を見ることができ、その頃にはカンボジアも現在の

タイ、インドの状況に間違いなく追いついているでしょう。

あまり詳しい話はできませんでしたが、お話ししたカンボジアの 3 つの特徴はひととき重要です。今日の午後には人口・開発委員会の皆様がこの問題への政府の取り組みを発表してくれることと思います。ありがとうございました。





## 2011 年カンボジア中間レビュー

ポーチ・ソバンディ  
計画省計画総局副局長  
カンボジア

### 略歴：

1993 年プノンペン経済科学大学にて経済学学士号取得、2002 年オーストラリア国立大学人口学分野修士号取得。H.E. Tuon Thavrak 国家最高経済評議会委員のアシスタントおよび国家開発戦略計画事務局メンバーとして、国家計画、モニタリング、実施評価を担当する。現在、国家計画、特に国家戦略開発計画作成に携わり、マクロ経済政策分析および国家戦略開発計画の実施に対するモニタリング評価を行う。

プレゼンテーションを始める前に、ご出席の皆様にお伝えしておきたいのですが、今回の報告に使われているデータは 2011 年に改訂されたものです。そしてこれからご紹介するデータは各機関によって随時改訂されていきます。私の報告は二部構成になっています。まず、2009～2011 年国家戦略開発計画（NSPD）の主な実績について紹介し、そして過去 2 年間における NSPD の実施に伴う課題に取り組むため、カンボジア政府が導入した政策についてお話しします。

前半でご紹介する画期的な実績は、マクロ経済とガバナンスに関連しています。この期間、中期的な経済成長率は平均 6～7%という高い数字を誇っていますが、外部要因の影響で国内総生産（GDP）は 2009 年に減少しました。しかし、2010 年と 2011 年には GDP が 6%の上昇に転じています。カンボジア政府は、1) 世界経済の破綻、2) 一次産品価格の高騰、3) 国境における対立、4) 台風 16 号（ケツァーナ）による被害という 4 つの大きな困難を切り抜けました。

部門別の成長を見ると、農業部門は 2011 年までの過去 5～6 年の間に 3～4%ペースで好調に成長しています。工業部門は 2009 年に-9.5%と

マイナス成長に転じましたが、その後急速に回復しています。建設部門の成長率は 2009 年に -25%と急落し、後に回復しましたが、それは 2010 年以降のことです。またサービス部門は 2009 年に 2～3%の落ち込みとなりましたが、2010 年に回復しています。

歳出は全般的に歳入を上回っています。2008 年まで、歳出と歳入の差は GDP の 3～4%に相当する額でしたが、その後は政府が開発のため多額の支出を行い、この差は 6%へと拡大しています。カンボジア政府はこの差が更に拡大するのを防ぐため、成長を安定化し、税の徴収によって歳出と歳入の差を最低限に止めようとしています。2008 年には 2 桁のインフレが起きましたが、その後リエルの対ドル為替レートが 5%しか変化しない中、インフレ率は 5%から 6%に下がっています。

カンボジアの貿易収支と国際収支は全体的に不安定な状況が続いています。2008 年の貿易不均衡は GDP 比-15.3%でしたが、2011 年には-13.6%まで減少しています。経済の開放並びに世界や地域の統合とパートナーシップによって、カンボジアの歳入と輸入は増加しています。総投資

率は対 GDP 比で 24～25%で安定しています。外国直接投資は 2009 年に減少しましたが、ここ数年は回復してきています。パートナーシップは、世界金融危機が起きたにもかかわらず、開発パートナーからの協力資金が入ってきており、次第に改善してきています。

ガバナンスに関しては、反汚職法が成立し、正式に施行されました。法改正と司法改革、そして行政改革は採択に向けて目下審議中です。地方分権化・分散プログラムは着実に進展し、強化されています。投資額は年間 8,000 万ドルから 9,000 万ドルに上ります。ガバナンスも過去 5～6 年の一部の指標に現れているように、効果を発揮しています。例えば、犯罪数は着実に減少しており、地方自治体への国民の信頼並びに民間部門のカンボジアへの投資も伸びを見せています。

次に、部門ごとの実績をご紹介していきたいと思います。農業部門では、耕作面積と米の収穫量が 2010 年の計画を上回り、2010 年には 2007 年と比較して作付面積が 20%増加しました。2009 年から 2010 年にかけて作付面積は 39.6%にまで引き上げられ、そのうちの 45%は個人が小さい土地を所有して経営するゴム農園です。農林・水産部門では、内水面漁獲量が 3.85%とわずかに上昇したのに対し、海面漁獲量は昨年 40.5%もの伸びを見せています。養殖も 2009 年から 2010 年にかけて 20%生産量を伸ばしました。2010 年の森林率は 57.59%で、2009 年と比べて減少しています。土地管理に関してカンボジア政府は、国民に土地所有権を付与することに重点を置いています。2011 年前期までに、16 州の約 240 万件の土地権利を移譲し、全土の約 3 分の 1 に相当する面積に対して権利が与えられました。土地に関する紛争解決は進展しています。また、王国政府は 1,604 の土地を持たない世帯に 6,250ha の土地を与えました。

地雷除去に関しては、2009 年までに 53,575ha の土地から地雷・不発弾が除去され、2010 年にはその面積が 63,962ha にまで拡大されています。2011 年の最初の 3 ヶ月に 4,040ha の土地から地雷が除去されました。2011 年前半に地雷・不発弾によって命を落とした人は 112 人です。カンボジア政府は今後 10 年にわたり地雷・不発弾の除去を行う計画を立てていますが、予算は次第に削減されてきています。

#### 農村部開発：

最新の 2009～2013 年 NSDP は、総延長 27,658km の地方道路を農村部に作る計画に言及していません。2011 年には 3,518km が新たに建設される予定でしたが、実際には、全体で 25,055km しか完成していません。農村開発部門では、衛生的な水を農村部人口の 50%に供給するという目標を達成することができました。公衆衛生に関しては、33%の普及率達成が目標でしたが、4%しか達成することができませんでした。アスファルト舗装の道路は 2009 年に 4,024km、そして 2011 年には 3,954km にまで増えた一方、鉄道の改善はわずかにとどまりました。

一人当たりの発電量は 2008～2011 年にかけて 7%増えました。推計では、発電量は 2013 年までに一人当たり 199kWh になると見られています。情報へのアクセスをはじめとする通信手段に関しては、国民の 85%以上が通信手段を利用しています。2011 年に私たちの関心を最も集めたのは、カンボジアにおける携帯・固定電話の契約数が 1,430 万人を超えていることです。民間部門では、製造業が 2009 年に落ち込んだあと 2010 年には 2 桁の成長を遂げました。観光も 2010 年に 16%の伸びを見せました。民間部門と共に、政府は政府・民間部門フォーラム（G-PSF）を開催しており、2010 年 4 月に第 15 回 G-PSF を開催すると同時に、株式取引所も開設しましたが、こちらのほうはまだあまり機能していないようです。

カンボジア国民の生活水準：

2004 年におけるカンボジアの貧困率は 34.7%、2007 年の貧困率は 30.1%でした。資料を見ると、2010 年の貧困率は 25%となっています。しかし、計画省で目下新しい方法を使って貧困率の調査と計算を行っており、その結果は、現在政府からの承認を待っている状況です。この調査による貧困率は、2009 年が 22.9%、2010 年が 21.1%、2011 年には 19.8%にまで減少しています。社会的セーフティー・ネットに関しては、労働職業訓練省が 5 つの活動を発表しましたが、実際に計画されたのはその一部にとどまっており、効力も限られたものになっています。

教育分野では、初等教育の目標は達成されましたが、中等教育や高等教育といった面でまだ課題があります。医療、ジェンダー、母子保健などは着実に改善しています。一部の地域では医療サービスは依然として限られています。ジェンダー指標の多くは改善しており、特に女性への暴力防止への理解は進展が見られます。

第 2 部では、計画実施における課題に対する政府の方針をご紹介します。国内における課題は、物的・人的資源の不足です。行政サービス改革も限定的であり、省庁や行政区画レベルの縦割り関係についても同じことが言えます。多くの省庁、公共機関の活動は、プロジェクト・ベースのため、プロジェクトのモニタリングと評価の質も限られています。外的要因に関しては、カンボジアは ASEAN の経済統合に参加するため、労働力、輸入自由化、税制調和、資本移動など

に関する問題が生じる可能性があります。また、カンボジアは後発開発途上国のリストから外れるため、今後開発パートナーからの援助が減ることになります。この課題に対応するために、政府は個人の所得税やその他の付加税を徴収することで歳入の増加を目指しています。

ガバナンスに関しては、政府は公務員改革に加えて地方分権・分散プログラムを策定し、着実に前進しています。農業部門では、灌漑システムの拡大、種、肥料の利用、土地改革が実施されて成果を上げています。また政府は、中小の産業を拡大して全国に配置することによって、工業部門への供給計画を考慮しています。また、鉄道を敷くことによってインフラ整備にも取り組んでいます。教育部門では、中等教育並びに数学、科学などの科目に重点が置かれています。高等教育の質についてもモニターしていく必要があります。また、公共支出についてもモニターし、注意を払わなければなりません。保健部門では、女性や子どもなどを対象とした微量栄養素の提供が、ミレニアム開発目標達成の一助になります。

環境保護については、土地の資産化と森を保全して地力や地下水を維持する活動のバランスが重要視されています。一方、炭素クレジットの獲得を目的とした植林への重点的取り組みもあります。

以上で私の報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。





## 討議

議長：ダムリー・オック議員; CAPPD 事務総長  
カンボジア

---

### 略歴：

公共行政学修士号取得。医学の専門家でもあり、カンボジア赤十字の副会長を 16 年務める。CAPPD 事務総長、立法・法務委員会メンバー。

---

議長：

我が国は、2009～2013 年の四辺形国家戦略 II のレビューをちょうど終えたところですが、昨年この戦略計画を一部修正し、議会の承認を経て国家政策となり、法律として制定されました。

では質疑応答に移りたいと思います。ティエン議員、どうぞ。

グエン・ヴァン・ティエン議員（ベトナム）：お二人の講演者に質問があります。まず UNFPA 事務所に伺います。クメール・ルージュ時代の死亡が現在のカンボジアにおける人口構造にどのような影響を及ぼしたかを、UNFPA で推定することはできますか？ 2 つ目はソバンディさんへの質問ですが、カンボジアの出生時性比は、例えばベトナムと違いはありますか？ベトナムでは男子優先が大きな問題となっており、対応が非常に難しく苦慮しています。

3 つ目は、再度 UNFPA 所長への質問ですが、人口政策を啓発するために、UNFPA から CAPPD や国会に資金提供をしているプロジェクトはありますか？ ベトナムは UNFPA と長期的なプロジェクトを行っていて、非常に多くのサイクルがあります。カンボジ

アで同じようなプロジェクトは行われていますか？

また、ソバンディさんのお話についてですが、カンボジアが土地を持たない家族や世帯に 240 万件の土地所有権を発行することは良い政策だと思います。ベトナムでも同じような良い政策を実施していますが、多くの土地のない家族は、土地を受け取った後にそれを転売してしまいます。カンボジアではどのようになっていますか？また、ベトナムでは、効率的な農業のために、広い土地を持つことが奨励されています。カンボジアの現在の状況はどのようになっていますか？

ヴィンセント・マレ議員（ザンビア）：

マーク博士に質問があります。カンボジアにおける妊産婦死亡率の減少ですが、このグラフを見ると、20 年、または 15 年で半減し、さらにその後の 10 年で半減しています。このような成功を成した主な理由は何ですか？ 2015 年までに 215 という数値目標をすでに達成された背景には何があるのでしょうか？

マノハール・プラサード・バタライ国会事務局長（ネパール）：

両者のご報告をお聞きして、カンボジア政府は人口の政策と活動をしっかりと把握しているという印象を持ちました。UNFPA 所長への質問ですが、カンボジア政府が活動を実施し、人口政策をしっかりと把握していると思えるのは、国民がとても協力的だからのように思えます。人口を増やす必要がある時は増やし、その必要がない時は増やしていません。そうすると、UNFPA のような機関が現地で行うことはあまりありなのではないのでしょうか。デルビュー博士が現地でどのように仕事をされているのか、関わっている実例をご紹介いただけますでしょうか

エリオダ・トゥムセゲ議員（ウガンダ）：  
中間報告書を見ると、カンボジアには1つの特別市と26の都市があります。特別市と都市はどちらが大きいのでしょうか？159の郡と204のサンカトがあるとのことですが、サンカトというのは郡と比較してどのような存在なのでしょう？

ジェットン・シラトラノン議員（タイ）：  
質問が2つあります。まず2010年終わりに反汚職法が成立した後、国内状況にどのような進展があったのか教えてください。汚職の問題は世界共通で、私の国も同様で、どこも同じ問題を抱えているかと思えます。2つ目は地方分権についてです。地方分権についてどのような行動計画を持っていらっしゃるのか教えてください。そこには国の未来がかかっていると思えます。

デルビュー・マーク・G.L. カンボジア事務所長（カンボジア）：  
まず、ベトナムの議員の方からのクメール・ルーシュ政権の影響についてお答えします。手元に数字はありませんが、人口ピラミッドを見ると、男性の数が大幅に減っていることがわかります。従って人口減の

影響は、主に男性の行方不明者、高い死亡率、また人口移動によってもたらされました。

出生時の性比に関する2つ目の質問ですが、多くの男性の行方不明者がでた歴史があり、現在の人口ピラミッドを見ても、カンボジアではいまだに女性のほうが男性よりも多いことがわかります。将来的なリスクがあるかもしれませんが、まだわかりません。様々な社会調査によれば、ベトナムや韓国と比べて、国による対応が少ないという状況があります。

CAPPD との共同プロジェクトの有無に関するご質問については、一緒に仕事をしており、直接組織面でのサポートも行っています。人口に関連する活動について毎年合意もなされています。特定のターゲット・グループとして、若い国会議員により焦点を当てていくことでも合意しており、彼らに対する情報提供や啓発活動のための資料を当方で作成しました。

ザンビアの議員の方からは、カンボジアの画期的な妊産婦死亡率低減の要因についてご質問がありましたが、一言でお答えするのは非常に困難です。それは幾多もの要素が組み合わされて実現しました。保健省では緊急産科ケアに重点を置き、また助産師を大量に採用することにも多大な努力が払われています。過去20年続いた人材不足を補うため、年に500人の助産師を新規採用しました。二次レベル医療に多額の投資が行われていることに加え、妊産婦死亡率に対するドナーの関心が高さも重要な要因です。

もう一点、カンボジアの医療サービスが大きく貢献したと思っています。これは政府がドナーと共に作り上げたものですが、貧

困層が利用できるようにし、社会的セーフティー・ネットの性質も兼ね備えています。貧困層の人々は無料で医療サービスを受けることができます。公平な健康基金と呼ばれる、貧困層のための仕組みです。その上に地域ベースの保険システムが構築されています。ここでは多くの NGO が活動しており、その全てが協力して、社会的セーフティー・ネットを構築しています。そうした中で、な妊産婦死亡率低減には複数の要素が同時に働いていると思います。

こう申し上げますと、とても良い結果であるように聞こえますが、まだ数値は 206 という非常に高い水準にあります。専門的な分析を行い、この数値を更に下げる必要があります。アフリカ諸国に見られるような権力の不均衡といった問題はありません。先ほど申し上げた栄養に関わる問題や、分娩後出血といった問題への対応を強化しているところです。

ネパールの方、ご質問ありがとうございます。私たちはカンボジアで多くの課題に取り組み、活発に活動しています。その一つがリプロダクティブ・ヘルスです。また計画省と共同で人口データを収集しています。女性省とはジェンダーの問題、特にジェンダーに基づく暴力に共同で取り組んでいます。今回は残念ながらご紹介できませんでした。人口動態が変化すると新たな問題が生まれます。ありがとうございました。

議長：

ティエン議員とエリオダ議員から、土地所有権と土地を持たない世帯に関する質問がありました。ソバンディさん、よろしくお願ひします。

ポーチ・ソバンディ 計画省計画総局副局長  
(カンボジア)：

土地管理についての質問にお答えします。中間レビュー報告書のこの数字は 2011 年のものであるため、いくらかの変動があるかもしれません。240 万件という数字は 2011 年のもので、その後も政府は国民に土地所有権を与えているので、現在の数はそれより増えています。

土地を持たない人に土地所有権を与え、その後その人が他の人に転売することについてのご質問がありましたが、政府は現時点で対策をとっています。政府が土地を持たない貧しい人たちに土地所有権を与える際には、条件を付けています。土地の転売は禁じられており、所有権の移転を行うには、その土地で少なくとも 5 年間事業を行った後でなければなりません。

サンカトと郡の違いに関する質問に対する回答ですが、カンボジアの行政機構は、世帯、村、サンカトまたはコミューンによって構成されています。コミューンとサンカトは同列にあります。コミューンが農村部で用いられるのに対し、サンカトは都市部で用いられます。また、プノンペンを示す言葉として「municipality」という表現はもう使われていません。その代わりに「capital city」という表現でプノンペンを呼んでおり、それ以外の 23 の都市を「州」と呼んでいます。

国家開発のための地方分権化・業務分散化 (D&D) に関して、カンボジア政府が D&D に関する何らかの青写真を持っているかどうかという質問がありました。NSPD は重要政策しかカバーしていませんが、政府が D&D に関連して保健、教育、農業、その他の部門における計画を立てると、内務省には、それを基に部門戦略計画を準備する責任があります。農業分野では、農林省がこの計画を基に農業の戦略計画を策定し、保

健省もこの計画を基に自らの戦略計画を作成しています。一方、内務省が D&D 政策の 10 年の青写真を作っています。D&D 計画の開発プロセスについては、プレゼンテーションですすでにご紹介しました。年間支出額は 8,000 万～9,000 万ドルとなっています。

議長：

ソバンディさん、ありがとうございます。行政組織についてもう少し説明を加えさせていただきます。我が国では 4、5、6 または 10 のコミューンをまとめて「郡」と呼びます。そして 4、5、6 または 10 の「郡」をまとめて「州」と呼びます。プノンペンがかつて「プノンペン市」と呼んでいましたが、他の都市より大きいため、今は「プノンペン特別市」と呼んでいます。次に大きいのがシェムリアップ、3 番目がバッタンバンとコンポンソムです。州には 1 つまたは 2 つの都市があります。これは格付けによって得られる支援が異なるためです。

妊産婦死亡率において急激な改善が見られた理由について、マーク博士の回答に少し付け加えたいと思います。実は、当初国連から我が国に提示された数値は 140 でした。しかし、我が国の経済やその他状況について調査し、国連機関や国内の他のパートナーと交渉し、2015 年までに 250 を達成する

ということで合意がなされたのです。幸運なことに、我が国はこの目標を 2015 年よりも前に達成できました。我が国の妊産婦死亡率は 206 です。

あともう 1 点ほど質問を受けることができますがいかがですか。

グエン・ヴァン・ティエン議員(ベトナム)：ソバンディさんに質問があります。政府は医療と人口分野にどれくらいの予算をあてていますか？ 一人当たり 8 ドルという数字を保健課題のスライドで見ました。人口分野はいかがでしょうか？ 家族計画に向けた予算はあるのでしょうか？

ポーチ・ソバンディ計画省計画総局副局長(カンボジア)：

NSDP では、一人当たりの経費という詳しいところまで見ていません。部門別の経費のみ算出しており、それはパーセンテージのみで、実際の値ではありません。政府は保健部門を含む社会部門に 21% 近くを割いています。

議長：

これでセッションを終了します。皆様、ご協力ありがとうございました。

## セッション3

### 人口と開発における政策と啓発の連携





## 2011 年カンボジア国家人口政策

ポーチ・ブンナック  
国家人口開発閣僚評議会副事務総長  
カンボジア

---

### 略歴：

2002 年ミシシッピ州立大学社会学博士号取得（「東南アジア諸国からの移民の社会経済学的対応：統合分析」）、2005 年まで米国シカゴ大学・人口研究センター・全国世論調査センター（NORC）の博士研究員として人口動態を中心に研究を行う。

2008 年より国家人口開発閣僚評議会副事務総長、国際大学国際研究センター長、プノンペン王立大学人口研究センター長、プノンペン王立大学非常勤講師を務める。

---

2004 年の国家人口政策について簡単にご紹介いたします。カンボジアにおける人口の変化について重要なポイントとともに、人口増加と開発との関連性、改訂された 2011 年の国家人口政策についてお話ししたいと思います。

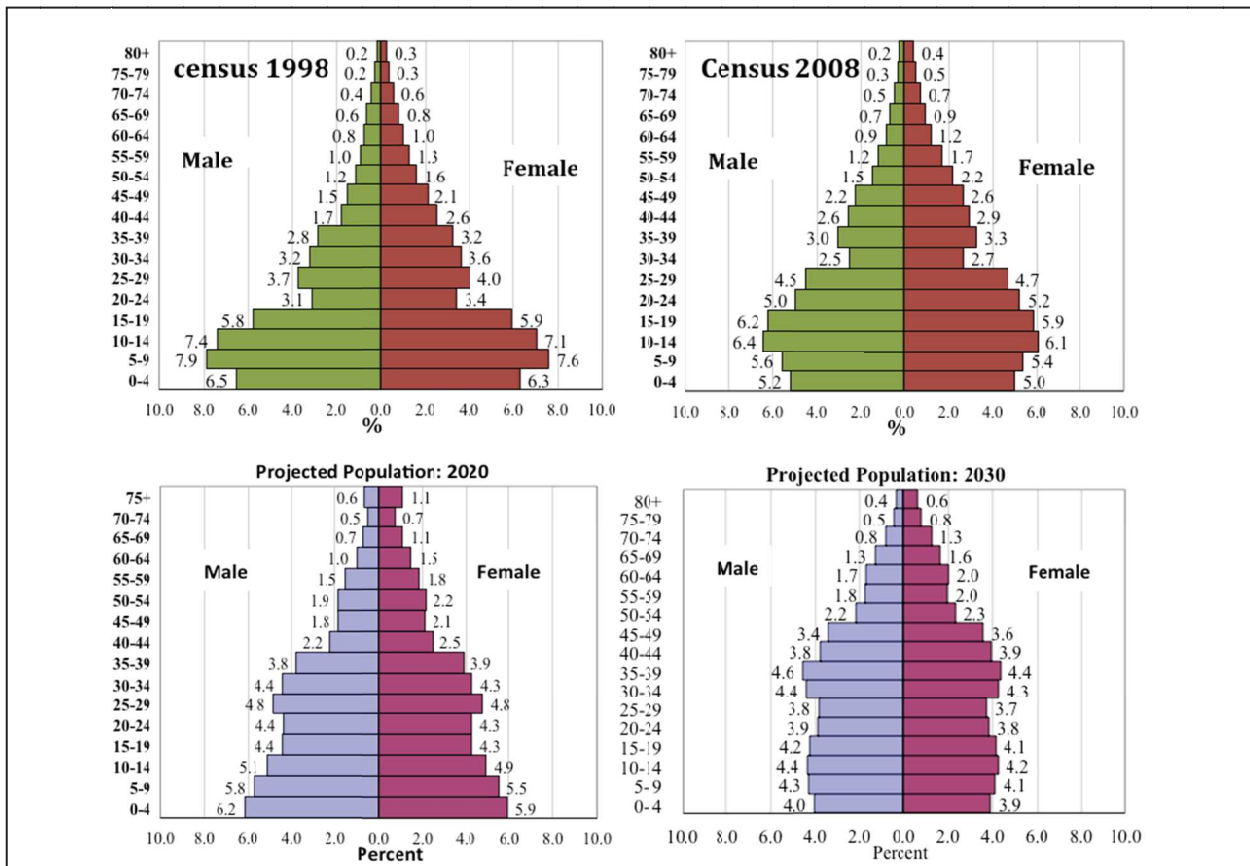
カンボジアが初めて公式な国家人口政策を打ち出したのは 2004 年です。この人口政策は 1998 年の国勢調査をもと策定されました。クメール・ルーージュ政権の後に膨大な数の赤ちゃんが生まれ、若者が多くを占める人口構造になっていました。我が国には出産を強要する政権はありません。そのため、カップルや個人が子どもの数や出産間隔について自由に決断をし、そのための情報、教育、サービス、手段を利用できるようにするための最善の政策を提供しました。それが 2004 年の人口政策です。カップルがどのような決断を下すにせよ、彼らが決断したことを実現できるよう、政府は彼らが必要とするものが確実に与えられるようにしました。

また、この政策はカンボジア・ミレニアム開発目標（CMDGs）とも関連しています。例えば、乳幼児死亡率や妊産婦死亡率の低減、農村部から都市部への人口移動の潜在的悪影響の低減、

ジェンダー平等と公正の推進、人材育成の強化、特に環境や天然資源に対する人口による影響の緩和、HIV／エイズのさらなる減弱と感染拡大の抑制、そして最後に最も重要である全てのレベルにおける社会経済政策の計画とプログラムへの人口指標の統合が含まれています。

2008 年には新たな国勢調査を実施し、その結果が 2009 年末に発表されました。それから得られた新しいデータや結果に基づき、人口政策を見直しました。2008 年のデータによって新たに明らかになった重大な課題は、マーク博士からお話のあった人口構造の変化です。この人口ピラミッドを見ていただければ、先ほどのベトナムの議員の方からのクメール・ルーージュ政権の影響に関するご質問に答えることができます。

左上の人口ピラミッドの中に 1 箇所他の世代よりも人口が少なくなっている場所があります。これがクメール・ルーージュ政権を経験し、そこで命を落とした人たちの世代を表しています。1998 年の人口構造はともに、とても若いものになっています。



2008 年になると人口構造が変化し、成人人口の割合が増えています。国内には豊富な労働人口が存在します。2006 年に国勢調査を見ると、カンボジアは 2006 年に労働力の最盛期を迎えました。次のピラミッドは計画省の予測によるものですが、カンボジアではクメール・ルーチュ政権後のベビーブーム世代が結婚することによって、新たなベビーブームが起きる可能性が高いと見られています。彼らは他の年齢グループと比べても突出して数が多いため、一人か二人しか子どもを産まなくても、その数は膨大になります。

2030 年までには、現在の多くの先進国と同じような成熟人口の年齢構造になります。それはどのような意味合いを持つのでしょうか？ 需要が変化することになります。今は若い人口、子ども、乳児、母親などのへの対処が必要であり、現時点ではまだそれを維持できています。今度は若年成人の需要に対処する必要が出てきます。彼らが求めるのは何でしょうか？ 高等教育、

仕事、幸せな結婚などです。政府は、それを視野に入れ、彼らが必要とするものを手に入れられるようにしなければなりません。

マーク博士からも人口移動の話が出ました。我が国には若者がとても多く、国の人口の 80% 近くが農村部に暮らしています。その中で、人口移動は避けられないでしょう。より良い生活、より良い仕事、より良い収入を求めて、都市、とりわけプノンペンに行くのはもちろん若者たちです。それが今の状況です。これは 2008 年国勢調査前の 5 年間における移動人口の年齢構造を見ると、15~30 歳の若者の比率が一番高くなっています。

人口の年齢構造が変わるということは、従属人口比率が変わることを意味します。労働年齢人口が増え、子どもの数が減っているので、従属人口比率は上昇しています。同時に高齢者人口は増えていますが、世界の先進国程の水準にはまだ達していません。しかし高齢化の兆候はも

う見えているので、高齢化も念頭に入れ、これから起きる事態に備えておく必要があります。

高齢者は絶対数でも人口比でも増えてきています。我が国は人口における機会の窓を体験しています。今はカンボジアが国の経済を最大限発展させることができる絶好の時期です。幸運なことに失業率が低いことも、国の経済を上昇させるには好都合です。都市にも農村にも失業者はあまりいません。政府としては、若い人たちの人的資源や技能を重視する必要があります。国の経済をより早く発展させるためにこうした若者たちが十分な技能や教育を確実に受けられるようにする必要があります。

現在、社会問題・退役軍人・青少年更正省が高齢化問題に取り組んでいます。おそらく政策がすでに準備されているか、政府によって承認されているはずで、人々が退職する時に年金や社会保障を受けられるように準備しているのは確かです。

先ほど申し上げたように、我が国の失業率は1%前後の低い水準にあります。人口移動によって都市部のほうが少し高くなっていますが、国全体で1%ぐらいです。教育は特に中学校、高等学校、大学などの高等教育が必要とされています。

保健に関しては、保健省がカンボジアにおけるリプロダクティブ・ヘルス制度が本来の機能を果たすように懸命の努力をしています。若者の数が非常に多いため、若年成人のリプロダクティブ・ヘルスに重点を置いています。若者は100万人近く増えます。

2010年の妊産婦死亡率は現状し、よい傾向を保っています。私は、世界保健機構（WHO）と協力して何が死亡率を下げるのかを明らかにしようとしています。それにより、我が国の経験を地域の他の国々と共有できると考えています。いくつかの重要な要素があり、今その報告書を

書いているところです。まだ仕上がってはいませんが、一つ最重要点を申し上げるならば、政府によるコミットメントです。政府の努力により、ここまで達成できたと言えるでしょう。

また、助産師のためのフォーラムが二回開催されたことにより、国家人口・開発委員会（NCPD）がこの問題に関与するようになりました。フォーラムには、国内各地から関係者が参加しました。そこで、看護師が不足していることが判明したため、看護師学校や助産師学校の生徒の数を増やしました。しかし、彼女たちは一旦卒業すると農村には戻らず、都市に残ります。それでは問題解決にはならないため、政府は別の取り組みを採用しました。それは教育を十分受け、助産師としての可能性がある学生を選んで学校に入学させ、勉強させて地元に戻って働いてもらうという取り組みです。これは成功しました。その結果、今では全国のヘルスセンターに少なくとも二人の助産師を配属できるようになりました。

成功をもたらすもう一つの要素は、サインイン・サインアウト契約（sign-in sign-out contract）と呼ばれるものです。特別業務庁（SOA）は保健省によって立ち上げられ、目標が設定されると、それを実施するためにあらゆるレベルで契約を結びます。その一つが伝統的な助産師による自宅出産をやめさせることです。農村地域では、今でも助産師は重要な役割を果たしていますが、出産の際は必ず母親を医療センターに連れて行き、そこで子どもを産むようにしています。これは目標を達成しています。

改訂された人口政策や関連政策について簡単にお話します。私たちは国際憲章や国際条約を改訂された人口政策に取り入れています。

人口動態の変化により、新たな課題が出てきていますが、こうした問題も人口政策の策定に取り込まれています。我が国の四辺形戦略および

国家戦略開発計画が、国の人口政策改訂の中心となっています。政策目標は CMDGs に深く関わっています。私たちとしては、CMDGs の達成に高い優先順位を設けています。

政策には、保健、教育、社会福祉、農業、農村開発、都市開発、インフラ整備、環境といった主要部門に焦点を当てています。また、貧困削減、人材育成、専門技術形成に焦点を当て、プログラム形成を行っています。子ども、女性、高齢者を含む、社会から取り残された人たちや

不利な立場にいる人たちには特に注意を払い、対処しています。

また HIV の蔓延を抑制・減少させるため、若者間の安全なセックスの促進、平等な開発の実現、関係者や国際社会とのパートナーシップの探求、倫理観、説明責任と透明性、情報共有の促進、インフラ整備のための資源動員、資源の賢明な割り当てなどが必要です。

ご清聴ありがとうございました。



## 人口と開発に関する国会議員の啓発： 2012-2017年 CAPPD 戦略行動計画

ダムリー・オック議員; CAPPD 事務総長  
カンボジア

---

### 略歴：

公共行政学修士号取得。医学の専門家でもあり、カンボジア赤十字の副会長を16年務める。CAPPD 事務総長、立法・法務委員会メンバー。

---

まず CAPPD の概観をご紹介し、CAPPD における進展、実績、課題についてお話しした後、CAPPD の2012～2017年にかけての戦略行動計画についてお話しいたします。

CAPPD は、16人の創立メンバーによって1998年に誕生し、2000年5月に人口と開発に関するアジア議員フォーラム (AFPPD) の正式メンバーとなりました。国民議会のリーダーの強いコミットメントにより、メン・サム・アン副首相を議長とする役員会が立ち上がりましたが、当時事務局で働いていたのはボランティアスタッフのみでした。

CAPPD はこれまで、政策策定、調査、資金動員、国際会議や地域会議への参加による国際交流などの面で大きな実績を残しています。また CAPPD 自身も、国内でワークショップや会議を主催しています。

CAPPD は、家庭内暴力防止・被害者保護法、人身売買・性的搾取禁止法、結婚・家族法、労働法、妊娠中絶法、HIV/エイズ対策・拡散防止法、基本法など、立法プロセスにも積極的に関与しています。また、刑法や民法などの法律や手続きにも携わってきました。人口問題は人口とリプロダクティブ・ヘルス・ライツの問題であるため、私たちはこのような形で人口・開発の問題に取り組んでいます。

課題もあります。第一に、財源が持続可能なものになっていないことです。これまでのところ、活動のための十分な資金がありません。第二に人材の不足です。十分な数のスタッフ、技能の点で不足しています。

CAPPD は国際会議も主催しています。一つ目は2000年に開催したリプロダクティブ・ヘルスと持続可能な開発に関するインドシナ国会議員会議、もう一つは2005年に APDA と開催した第21回人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議です。

UNFPA をはじめとする国連機関からの強力なサポートを得て、CAPPD は国会議員の能力強化に向け、戦略行動計画を策定しました。分析調査やパートナー機関や関係者へのインタビューを通じ、以下の5つの項目に優先的に取り組んでいます。

第一に、組織構造、財政、調整機能を強化する必要があります。これには人的資源が欠かせません。第二に、保健、人口、開発分野の新規の法案や政策に関する情報を周知させながら国会議員をサポートし、議員活動を促進することです。これにより彼らの啓発能力を高める目的があります。第三に、国会議員が選挙区で発生する問題の特定および報告を支援し、問題解決に



向けた法律や政策の立案・採択をサポートします。

第四に、選挙区における効果的な予算配分やサービスの執行において、国会議員のモニタリングを支援しています。最後は、地域協力と国際協力です。他国の人口議連との連携や、会議等を通じた情報や経験の共有の活発化を進めます。私たちはこれらの5つの目標を設定し、我が国の国会議員の能力を強化に向け、取り組んでいます。

カンボジアの国会議員は、人口と開発の問題解決に向けて積極的に活動しています。これに関連し、CAPPDは5つの戦略も設定しています。戦略目標1はCAPPD役員と事務局の能力向上、戦略目標2は情報の共有と普及です。私たちは人口と開発関連立法、政策立案、課題について

の国会議員の知識と能力を促進し、彼らが全てのレベルにおいて、関係者とともに積極的に啓発活動をおこなうよう目指しています。

戦略目標3は立法・政策立案に関するものです。国会議員は、人口と開発関連立法や政策立案を積極的に提案し、策定し、採択しています。戦略目標4はモニタリングと報告における能力向上です。国会議員は選挙区の人口と開発の課題に取り組むため、予算配分・執行に関するモニタリング・報告を積極的に行っています。戦略目標5は地域間協力や国際協力を強化することにより、カンボジアの国会議員が国際機関や他国の国会議員との情報・経験を共有し、その活動を強化できます。

ご清聴ありがとうございました。

## 討議

議長：ティサ・カラリヤデ 児童開発・女性担当大臣  
スリランカ

---

1994年に国会議員に初当選。以後、保健・伝統医療省副大臣、国土省、伝統医療省大臣等を歴任。現在、児童開発・女性担当大臣。

---

議長：

では質問をお受けします。なるべく短く質問と回答をお願いできればと思います。

シャンタラム・ナイク議員（インド）：

カンボジアでは家庭内暴力を防止する何らかの政策を実施していますか？ どれほど効果的に施行されているのか教えていただければと思います。2つ目の質問は、強姦や性的暴行といった刑事事件は、最終的に裁判所によって金銭的に解決されるのでしょうか。貧しい人たちがそのような状況で妥協を余儀なくされるといったことはありますか？ 3つ目に、養子縁組に関する法律が厳しくないため、子どもたちがカンボジア国外に売られていると聞きましたがこれは事実でしょうか？

エリオダ・トゥムセゲ議員（ウガンダ）：

講演者の方々、ありがとうございました。2つ質問があります。一つはお話のあった HIV/エイズに関する法についてです。この法律がカンボジアの HIV 感染率低減に貢献したと思われませんか？ 貢献したとしたら、この法律のどのような側面が効果をあげたのでしょうか？ また、HIV を人に感染させることは犯罪と見なされますか？ 我が国ではこれが問題になっています。中絶法もあるというお話でしたが、それはカンボジア国内で自由に妊娠中絶を行うことを可能にするものなのでしょうか？

ニドゥップ・ザンポ 議員（ブータン）：

ポーチ・ブンナック先生に伺います。今朝から特にアジアの開発途上国における人口動態や人口趨勢についてのお話を伺ってきました。そして人口動態については、前年比人口増加率の低減、妊産婦死亡率の低下、乳児死亡率の低下という話になります。それらは私たちが開発の要素または指標としているものです。しかし、EU、日本、韓国の人口が大幅に減少している中、人口の増減に関する両者のバランスをとるような方策はお持ちでしょうか？

ポラパン・ブンニャラタバン議員（タイ）：

ポーチ先生のプレゼンテーションの内容について質問させていただきます。現在、カンボジアで人口の機会の窓が開いているというお話でしたが、そのような中で、カンボジアの労働力や労働人口に関する国家政策・計画はどのようになっているのか教えてください。また国外へ労働者を移住させるような考えはありますか？

2つ目の質問ですが、カンボジアでは10代の妊娠は問題になっているのでしょうか。最後の質問はダムリー議員に伺います。人口と開発について国会議員を啓発するという CAPPD の戦略的な計画はとても興味深いと思いますが、この計画を実施するにあたって何か障害はありますか？ 私の経験では、国会議員はとても忙しく、特に常任委員会を設立するとグループごとに特定の関心事に集中するようになります。たとえ

ば、公衆衛生に関する常任委員会の他にも多くの常任委員会があります。例えば、農業常任委員会では、農業問題のみを取り扱うということになります。そのような中で、この人口問題に関心を持ってもらい、ワークショップに参加するよう呼び掛け、立法に加わってもらうため、どのような戦略をとっているのでしょうか？

ピラーロ・ガンシャンガ・エフレイム議員（ウガンダ）：

私の質問は特に家庭内暴力についてのお話に関するものです。この問題は、男性から女性への暴力、または男性から若い女性への暴力という文脈で取り上げられます。しかし実際は、女性から夫への暴力、また女性が小さい息子に暴力を振るう場合もあると思います。このような状況について、プレゼンターの方はどのようなお考えをお持ちでしょうか？

リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員（フィリピン）：

ブンナック先生への質問です。私はカンボジアの失業率の低さが大変印象に残ったので、成功事例を少しご紹介いただけないでしょうか。フィリピンでは実際に人口移動が問題となっています。教育は政府にとって優先順位の高い課題ですが、学生たちは卒業し、技能を身に付けるやいなや国外の、今よりも待遇のいい場所を探し求めようとします。失業率が低いのは国内賃金が安いせいなのか、貴国の報酬体系や年金制度と関係があるのでしょうか。フィリピンではこれは非常に大きな問題です。最後の質問ですが、私も貴国の中絶法と基本法に関心を持ちました。これらがどのような法律なのか説明していただき、我が国の参考にさせていただければと思います。

チビング・ポール・ラクソン・ザカリア議員（マラウイ）：

3 つ質問がありますが、そのうちの一つである妊娠中絶法については既にウガンダの同僚のほ

うから質問されましたので、私のほうからは結婚と家族に関する法律と HIV/エイズの蔓延との闘い、そして予防に関する法律について伺いたいと思います。これらの問題に実際にどのように取り組まれたのでしょうか？

ジェットン・シラトラノン 議員（タイ）：

ダムリー議員にお伺いいたします。CAPPD の功績と国際条約との関わりについて教えて下さい。一つは女性差別撤廃条約（CEDAW）ですが、これはとても重要だと思います。この条約は CAPPD 活動に組み込まれていますでしょうか？私の国やこの会議に出席している多くの国がその手法を啓発活動として利用できると思いますので詳細を教えてください。

ダムリー・オック議員（カンボジア）：

ご質問ありがとうございます。国内の法の政策に関する質問にお答えしたいと思います。それがうまく機能し、効果的を上げているのは、我が国の首相が国に平和と安定をもたらすことに重点を置いているからだと思います。フン・セン首相は、平和のないところに発展はないと言っています。これは我が国の政府によるコミットメントです。コミュニティーの安全に関する国家政策の枠組みが策定されており、これには家庭内暴力、HIV 防止、犯罪行為の防止を含む地域社会の取り組みが含まれています。これは政府および内務省から、州、郡、コムーンへとトップダウン式で進められています。家庭内暴力や犯罪への対処について勧告しています。

第二に、乳児を売るという話は聞いたことがありませんが、養子縁組法は昨年採択されたばかりですので、その後についてはまだ存じておりません。この問題を主に担当しているのは社会問題・退役軍人・青少年更正省なので、同省のホームページをご覧になっていただければ、何か情報が掲載されているかもしれません。

第三に、法律の実施についてです。カンボジアには刑法と刑事手続法があり、それを強化するための他の法律もあります。政府、議会および我々国会議員は、施行をフォローしています。うまくいかない場合は法律を改正します。国民から苦情が出ると、国会議員がその苦情を国会に上げます。国会議員からの苦情がわずか 10% に達しただけでも、改正が行われます。選挙区において国会議員が国民からの苦情の窓口となり、関連する議会の委員会・理事会に報告するのです。

HIV/エイズに関するウガンダからの質問ですが、我が国には HIV/エイズ防止法があります。ボトムアップ、そしてトップダウンの方式で普及活動を行っています。行政組織には委員会があり、様々なところで活動しています。省庁では、HIV/エイズ関連の情報普及、モニタリング、管理を行う委員会が設けられています。州レベルで専門の部局がこうした業務を行っています。さらに、コミュニティにも全て委員会があり、地域における法律の実施状況のモニタリングと、感染率のフォローアップを行っています。

妊娠中絶に関するご質問ですが、カンボジアで妊娠中絶を自由に行うことはできず、理由を付した医師の診断書が必要です。例えば、母親か子どもの命を救わなければならないときです。道義上、妊娠 3 ヶ月までは母親の命が優先されます。これらの規定に違反すれば罰せられます。

ポーチ・ブンナック 国家人口開発閣僚評議会副事務総長（カンボジア）

ブータンからは、人口増加率の減少と高齢化率の上昇とのバランスを取るために、カンボジア政府がどのような策を講じているかという質問がありました。私たちは特に人口増加を抑制するための努力をしているわけではありませんが、若い世代は一般的にあまり多くの子どもを持ちたがらず、持ってもせいぜい二人程度です。人口学の理論によれば、子ども二人では人口を維

持することはできません。それは事実ですが、子どもの数について政府から言うことはありません。国家人口政策は、カップルが自由に決断を下し、どんな結論であれ彼らが望む選択をできるように、国はそのカップルが必要とするものを提供するとしています。彼らが欲しがる子どもの数は二人でも、三人でも、五人でもいいのですが、望んだ数の子どもを持てるようにすることが大切です。それが政府の責任です。子どもが五人欲しければ、五人の子どもを育てるだけのリソースが十分になければなりません。二人だけ欲しいのであれば、二人に留めるための手段を持っていなければなりません。

そして高齢化に関しては、我が国も高齢者のグループの比率が増加していますが、まだ警戒するレベルには達していません。人口転換が進行しているため、バランスを保つことはできないでしょう。ある時点で多くの年少人口を持っていれば、後に多くの高齢人口を抱えることとなります。常にバランスを保つことはできません。子どもの数が少なければ、子どもを増やすために何らかの施策を講じるかもしれませんが、若い人たちに望む以上の数の子どもを持つことを強いることはできません。これが重要なことです。先進国はそれをすでに体験しています。

特に日本の将来人口ピラミッドを見ると、2040 年か 2050 年あたりのどちらかは忘れましたが、ピラミッドの形が逆さまになります。つまり高齢者層が一番多いのです。もちろん自然に任せるのではなく、何らかの対策を講じようとしています。私は 1980 年代に 6 年間ブルガリアに住んでいたことがありますが、当時、ブルガリア政府は三番目の子どもを産んだカップルにアパートを提供していました。カップルが望む子どもの数は、一人または多くて二人でした。子どもを三人産むことを強制はできませんが、そのような制度によってそれを奨励することはできません。ご質問への答えになりましたか？



我が国が経験する人口の機会の窓についてですが、国外への人口移動を我が国では支持しているかという質問でしたか。間違っていたら訂正してください。合法的な移民が海外に出て働いています。タイが一番多く、韓国とベトナムがそれに続きます。しかし、国民が海外で働くことをカンボジア政府が奨励しているわけではありません。奨励はしていないが、許可しているということではないかと思えます。十代の妊娠に関する CDHS の数字や国勢調査のデータは正確な数字をは、今手元にはありませんが、比率は比較的低いはずです。

人口の機会の窓に関して、人口委員会がその機会を活用するために何か行っているかというご質問もありました。それは国にとって良いチャンスですから、逃す手はありません。2011 年の国家人口政策もそれについて言及しています。そこで実現しようとしていることは 3 つあります。一つは、国にとって最も重要な労働力となる若い人たちに教育や技能を提供することによって、このチャンスを生かすことです。彼らがいつでも仕事ができるようにしておくことが大切です。

もう一つの目標は雇用の創出です。これも政策に盛り込んでいます。仕事をする能力がある若者に対して、仕事を提供していく必要があります。しかしそれだけではありません。もう一つの要素は、健康な労働力です。それにもきちんと対応しなければなりません。

ダムリー・オック 議員（カンボジア）：  
エフレイム議員のご質問についてお答えします。もちろん我が国も問題を抱えています。我々 CAPPD の機能についてもまだ課題があります。一つは人材です。もう一つは資金動員です。資金は十分ではありませんが、国内の全ての国会議員委員会と協力しながら最善を尽くしています。ホー・ノアン議員は私共が密接に協力している委員会の委員長をされており、会議等にお

ける議題への取り込みを働きかけています。首相も私たちの活動を理解し、奨励してくださっていることに感謝しています。

ジェットン先生からのご質問は、CEDAW に関するものでした。国会で新しい法律を準備しているところではありませんが、我が国は条約の締約国としてこれを支持し、国家政策でも推進しています。家庭内暴力に関するウガンダからの質問に関しましては、これを刑法に組み込み、暴力の内容に応じて罰則を課しています。

ポーチ・ブンナック国家人口開発閣僚評議会副事務総長（カンボジア）：

ご質問は、失業率を下げる成功事例についてでよろしいでしょうか。この質問に答えるためにはカンボジアの歴史を振り返る必要があります。最初はクメール・ルーージュ時代を生き延びたわずかな労働年齢人口から始まりました。その後突如ベビーブームが起きました。つまり、労働力が非常に少なく、従属人口比率が高い状況でした。そのような問題の中、高い従属人口比率に取り組むために、多くの雇用が国内に創出されました。例えば保健分野では、医療センターをつくる中、医療スタッフを募集しています、教育分野では多くの学校を建設し、教員を募集しています。これらの活動は日々とどまることなく続けられています。労働者の数が少なければ、さらなる労働力が必要となります。これが一つの側面です。

別の側面として、労働年齢に達する膨大な数の若者の存在があります。しかし幸運なことに、彼ら全員がすぐに卒業して働きにでるわけではなく、さらに高等教育に進む若者たちもいます。労働力に対する国内の需要は高まっており、若者たちは新たにどんどん労働人口に加わっていますが、大半はまだ労働人口に加わっていません。4 年前の 2008 年の国勢調査では、失業率は約 1% でした。今の状況は多少変化しているかもしれませんが、この若い世代が労働人口に加わ

ってからも、この傾向が変わらないことを望んでいます。

ダムリー・オック議員（カンボジア）：

婚姻法に関するマラウイの議員からの質問ですが、カンボジアには一夫一婦制に関する法律があり、男性は一人の女性としか正式に結婚することができないと定められています。これに違反した場合の罰則も設けられています。この法律の第4条に違反すると、20万リエルから100万リエルの罰金が課せられます。別の罰則もあります。

HIV に関しては、まだ法制化はされていませんが、結婚前に HIV やその他の慢性病を調べる血液検査を行うことが推進されています。

チピング・ポール・ラクソン・ザカリア議員（マラウイ）：

結婚は何歳からできるのですか？

ダムリー・オック議員（カンボジア）：

18 歳からです。

議長：

どうもありがとうございました。とても貴重な議論がなされ、議題に上がった事例について互いに多くのことを学ぶことができたと思います。各自が国に戻ってからもより効果的に責務を果たす助けとなることでしょうあ。時間がまいりましたのでここで終わらせていただきます。どうもありがとうございました。





## セッション4

### 人口問題の新たな課題



## カンボジアの高齢化問題

チュックメル・サンテピャップ

社会問題・退役軍人・青少年更生省 国家公務員社会保障基金次長  
カンボジア

---

### 略歴：

社会問題・退役軍人・青少年更生省 国家公務員社会保障基金次長およびキュー・ムット国家公務員社会保障基金長官、カンボジア国家高齢化委員会常任副委員長アシスタントを務める。医療助手として学んだ経験を持つ。

---

これからカンボジアの高齢化についてお話しします。フン・セン カンボジア王国首相のリーダーシップにより、これまでに全ての部門において様々な進展を遂げることができました。高齢者に関する福祉はカンボジア政府にとって重要な関心事の一つです。2011年7月25日、首相を名誉委員長とするカンボジア国家高齢化委員会の設立に向けた閣僚会議令が採択され、その導入が発表されました。委員長にはイト・サム・ヘン社会問題・退役軍人・青少年更生担当大臣が、常任副委員長にはキュー・ムット社会問題・退役軍人・青少年更生省長官兼国家公務員社会保障基金長官が、そして他の省の大臣および副大臣諸氏が副委員長およびメンバーに任命されました。カンボジア政府の高齢者に関する関心の高さと、高齢者福祉推進における改善に向けた取り組みが表明されました。とりわけカンボジア国民の平均余命が伸びたことが確認されました。

このプレゼンテーションでは、時には高齢者 (elderly) という表現、時には年配者 (older people)、高齢化 (aging) という表現を用いますので、ご了承ください。今日のカンボジアにおける高齢者は、数十年にわたる内戦を生き延びた人たちで、特に女性の比率がとて高くなっています。年配者の多くが、行政サービスがま

だ十分ではない農村部に暮らしており、過去の戦闘の結果として識字率も低くなっています。高齢者の健康問題は、感染症といった疾病よりも、慢性疾患や心の傷に関連した疾病の比率が高いと言えます。多くの年配者が依然としてインフォーマル部門の経済活動に従事しており、特に60～69歳の年齢層において高くなっています。65歳以上の人たちの貧困率は25%です。カンボジアの高齢者は、経済面と健康面で困難を抱えています。特に、目の疾病が増加しています。

### 高齢者の定義：

カンボジア人口国家政策によれば、高齢者とは60歳以上の人たちを指しますが、国勢調査を行う際には2つの異なる定義が用いられています。ここではポーチ・ブンナック先生のデータを使わせていただいています。高齢者の定義は年齢が60歳以上の人たちでしたが、これ以外に65歳以上とする定義があります。これは国家統計局 (NIS) からのものです。最初の定義は公務員が引退する年齢と一致しています。また、高齢者にも2つのカテゴリーがあることがわかります。例えば、高齢者 (older people) は60～79歳までの人々で、最高齢者 (oldest people) は80歳以上という定義です。しかし、このプレゼ

ンテーションでは、最初にご紹介した NIS による高齢者の定義を使わせていただきます。

高齢者の人口動態：

これら全てについて話をする前に、私たちはポーチ・ブンナック先生のデータを使っていますことをお断りしておきます。人口学的な調査によれば、60 歳以上の高齢者が一般集団に占める比率は毎年増えてきています。これは重要な点です。2000 年以前は、高齢者がカンボジアの全人口に占める割合は 4.4%でしたが、2008 年には 6.4%、88 万人まで増えました。この数字は 2025 年までに倍の 150 万人まで増えると予想されています。この数字は、ポーチ・ブンナック先生のプレゼンテーションとは少し異なるかもしれません。

カンボジアの年配者の状況：

大半の高齢者は家族と幸せに暮らしていますが、中には苦難を体験している人たちもいます。農村部に暮らす高齢者たちは貧しく、教育を十分に受けておらず、保健衛生についての知識が限られています。カンボジアでは、家族が年配者を尊敬し、世話をする伝統がまだ残っていますが、余裕がない家庭もあり、年配者の中には日収を得て自ら問題を解決しようとする人たちもいます。自分の子どもが仕事を探して遠くの地へ移住したり、離婚したり、HIV/エイズ、交通事故、その他の病気によって死亡したりした場合には、女性の年配者は、孫の面倒を見るという家族の重責を担っています。一部の高齢者は、年をとったらあまり仕事をするべきでないとか、家事や寺院の活動だけをこなせば良いといった伝統的な古い考えにしばられています。また、視力や聴力が衰え、移動も困難になる中で、地域開発活動に参加したり、問題を共有する機会も失っています。

カンボジア政府の高齢化対策：

高齢者が抱える課題に対し、カンボジア政府は、これを解決策すべき課題として懸念を表明し、

国家政策に高齢者問題を加え、高齢者福祉に焦点を合わせることで、この問題に対する戦略作りを進めています。1993 年のカンボジア憲法には、カンボジアの家族が高齢の両親を尊敬し、注意を払い、世話をし、面倒を見なければならぬと記されています。その後、先ほど申し上げた国家高齢者委員会が設立されました。毎年 10 月 1 日は、世界高齢者デーに併せてカンボジア王国高齢者の日に指定されています。カンボジア政府は、年金基金を含め社会保障に関する法律の拡大を進めています。カンボジアは高齢化に関するマドリッド国際行動計画（MIPAA）の締約国です。政府、市民社会、コミュニティーは、高齢者が社会活動で役割を担い、健康で尊厳のある生活が保証されるようにしなければなりません。

その他の取り組みは、以下の通りです。

- 民間部門のための国家社会保障基金（NSSF）、国家公務員のための国家公務員社会保障基金（NSSFC）、戦闘員のための国家退役軍人基金（NFV）、傷病者のための国家基金（FFI）を設立
- カンボジア赤十字、そして州や首都プノンペンの社会問題・退役軍人・青少年更正省の支局、チャリティーなどを通じて高齢者に金銭や物品等を支援する
- 退職者や傷病者のための年金を毎年増額する
- 医療サービスを最貧高齢者に無料で提供する（資金は政府や関係者の出資による医療保険制度でカバーする）
- 退役軍人（退役者および傷病者）への土地の譲渡
- 退役軍人（退役者および傷病者）のための住居建設
- バイヨン基金プログラムを通じた住居を持たない最貧高齢者のための住居建設

政府の高齢者政策：

カンボジアは、市民社会、地域社会、家族、年配者自身からのサポートを得ながら、高齢者が必要とするサポートのための負担を関係政府機関で分担しています。政府は高齢者の福祉増進に留意し、優先順位に応じて問題や適切かつ時宜にかなった措置を講じてニーズに対応しています。2003年のカンボジア高齢者政策は次の5つの分野に焦点を当てています。

#### 社会部門：

- 年配者のための福祉サービスを創設する
- 全ての年配者、特に農村部の女性の社会参加を促進する
- 次の世代のための年配者による活動や優良事例をサポートする
- 脆弱な立場にある高齢者や被災者の保護
- 高齢者を担当する政府職員の知識と専門技能を高める機会を付与する
- 高齢者のための調査、プロジェクト計画や評価におけるジェンダー問題を分析する
- 社会的貢献をした高齢者に対する、国内の史跡、名所の訪問機会の提供を検討する

#### 社会部門の実例：

- カンボジア赤十字総裁である我が国のファーストレディーは、身寄りのない高齢者の生活水準を改善するための活動に積極的に関わっています
- バイヨン・ラジオ・テレビ局会長で、バイヨン財団の総裁も務めるフン・マナ氏は「女神の家」プログラムを立ち上げ、これまでに高齢者のために数百の家を建設しました。彼女の人道的活動への関わりは、現代の全ての人々そして未来の世代にとっても、高齢者福祉をサポートするモデルとなっています。

保健分野については、ポーチ・ブンナック博士とタウン・ラッタヴィ氏からすでにご説明がありましたので、経済部門へ話を移しましょう。政府は、高齢者のサポートとして、所得創出の

ためのマイクロクレジット政策を実施しています。地域に根ざした高齢者組織が生産した商品への税を控除し、運送費の減額を行っています。また、高齢者組織が生産した商品を購入者をリサーチします。

高齢者の参画に関しては、必要な技能や経験を持つ高齢者が、民間および公共部門でコンサルタントとして働くことができるような制度を政府は構築する予定です。また、引退した公務員が政府の業務に契約ベースで従事できる制度も設けることになっています。そして、高齢者が社会開発活動に参加することを奨励し、動機づけを行っていきます。

高齢者組織（OPA）を政策面からサポートするため、政府は高齢者の福利を増進し、高齢者が抱える課題やニーズに対応することを目的とした法律、勅令、閣僚会議令、大臣令を策定しています。そして全国のコミュニティー・レベルでOPAを作ることを奨励しています。OPAは、法律で認められた地域をベースとする組織であり、様々な活動を通して高齢者本人や家族、そして彼らが暮らすコミュニティ等に恩恵をもたらすことを目的としています。OPAはカンボジア政府の承認を受けた地方の機構として設立され、また管理されており、高齢者が地元の開発事業に携わったり、コミュニティのプログラムに参加したりできるよう、サービスを提供しています。

高齢者政策に関するカンボジア政府の今後の計画としては、政府として今後とも高齢者に関する新たな政策を策定し、10月1日の世界高齢者デーに合わせたカンボジア王国高齢者デーを祝い、OPAの設立と管理に関する国の指針や、高齢者のための在宅ケアの指針の普及活動を継続していきます。これは社会問題・退役軍人・青少年更正省の賛同を既に得ており、後日首相の承認も得られる予定です。



また政府では OPA に関するデータや統計の収集を続けており、全てのサンカトやコミュニンにおける OPA の設立と管理を奨励し、OPA の設立と管理に関する研修を担当職員に施し、引退した公務員や傷病者の公務員への年金の提供と修正を強化しています。これがカンボジアの高齢者に関する施策です。高齢者は国の財産であり、知識や経験の宝庫です。彼らの思慮深くも実践

的な知識や経験は、家族にとっても、国にとっても非常に重要です。サンカトやコミュニンに少なくとも一つの OPA を作り、それを尊重し、サポートし、また積極的に参加することにより、持続的なものにしなければなりません。

ご清聴ありがとうございました。

# 若者とリプロダクティブ・ヘルス

ツアン・ポピア

カンボジア家族計画協会（RHAC）ユースプログラムマネジャー  
カンボジア

## 略歴：

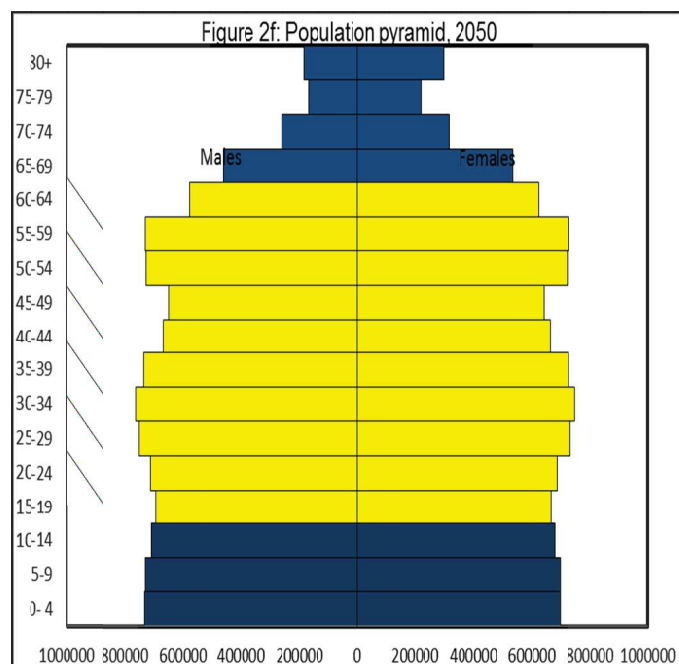
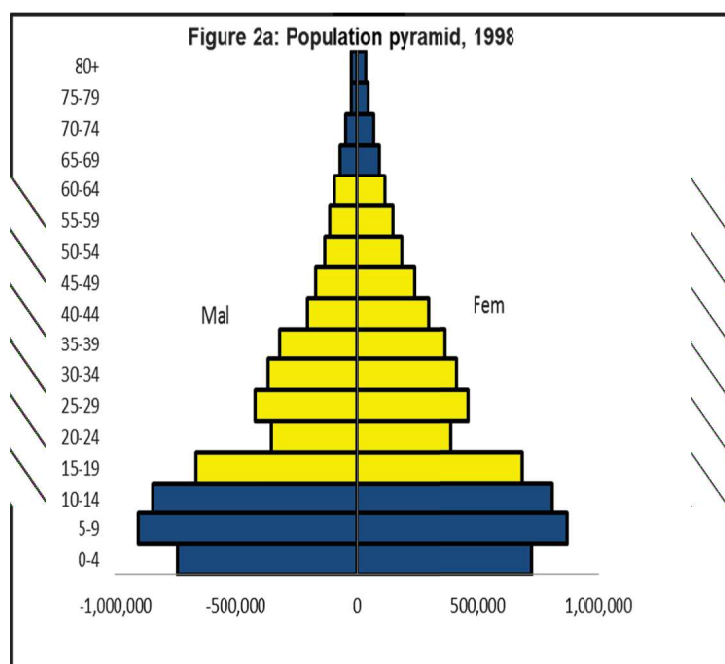
プノンペンの医大を卒業、1992年より医師。1998年にベルギー・ブリュッセル自由大学にて公衆衛生修士号、プノンペン王立大学にて開発研究修士号を取得。20年にわたり感染症、結核、妊産婦および子どもの健康、栄養、水と衛生、地域医療等の公衆衛生分野に従事。

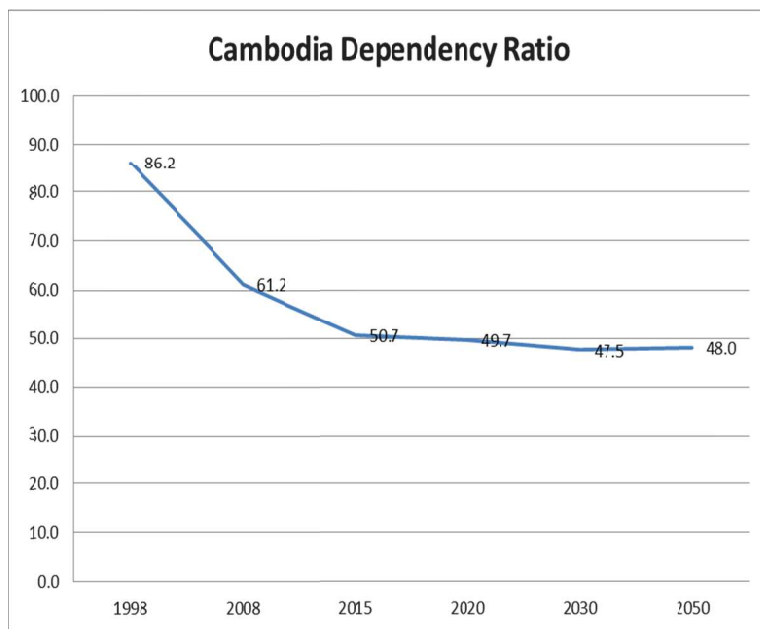
カンボジアの若者とリプロダクティブ・ヘルスについて、皆様にご紹介できることを光栄に思います。カンボジア家族計画協会（RHAC）は、カンボジアのセクシュアル・リプロダクティブ・ヘルス（SRH）の実践において、国を代表する組織です。

皆様は、すでに政策に関して多く議論されてきたことと思います。皆様方が政策立案者であるのに対し、私はSRHを実施している者なので、行っていることに少し距離があるかも知れません。

まず、1998年と2050年のカンボジアの人口動態をご紹介します。ピラミッド型から四辺形へと形が変わっています。2050年の終わりのところで、最も若い人口を示す黒い棒線がご覧いただけると思います。

次のグラフでは、従属人口比率は1998年の86.2%から2050年には48%まで下がると予測されています。それは、最若年人口と最高年人口がますます増えることを意味しています。人口ボーナスは、人口の生産性または労働人口が従





2010 年の 17%まで減少していません。15～19 歳の少女 1,000 人当たりの出生の数で見ると若者の出生率は高くなっています。

政策展開に関しては、国家人口政策を始めとしてすでにかなり議論されていると思いますが、若者と RH に関しては、我が国は 1996 年に出生間隔調節政策を打ち出し、

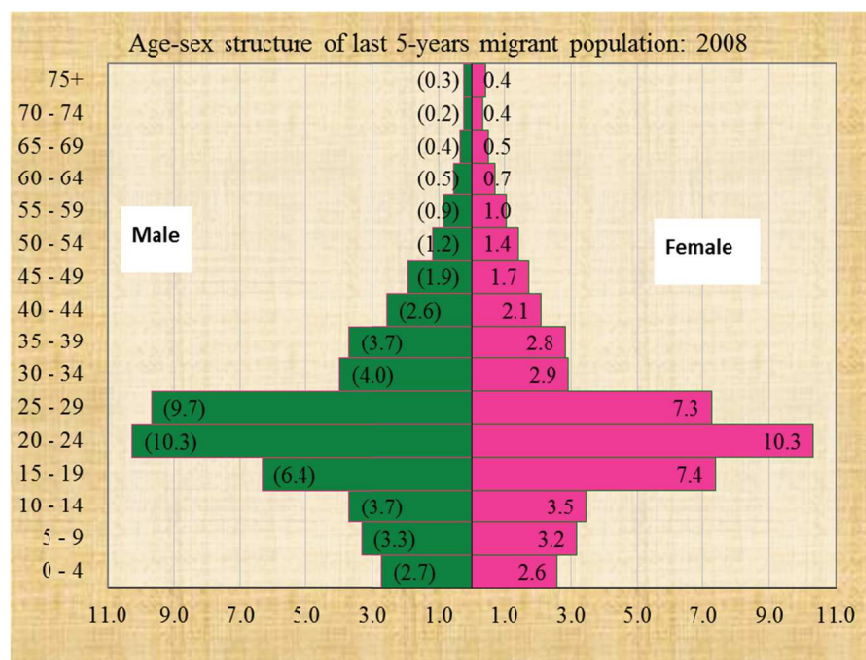
それによって政府と非政府組織が協力して出生間隔プログラムを実施することが求められています。また、国家リプロダクティブ・ヘルス戦略が拡大された結果、2012～2016 年におけるカンボジア青少年開発国家政策が最近策定され、カンボジア政府の承認を受けています。

属人口を上回っていることを意味し、これがひとつの国において一度しか起きないことは周知の事実です。そのためカンボジアは万全の準備をしてこの人口ボーナスを国の発展へとつなげなければなりません。例えば、経済、サービス、教育、医療サービス、生産性の向上に注意を払う必要があります。特に若い人たちの生産性を高めなければなりません。

これまでの進展に関連して、包括的性教育についてご存じの方もいらっしゃるかもしれません。これは、若い人たちの考える力を養うことに焦点を合わせた、新しい SRH 教育です。保健省は、関係 NGC や国連機関の協力を得て、若者向けのガイドラインを作成しています。政府の医療センターの数は増えており、若者向けサービスの提供や、若者への RH の啓発を行っています。

次のグラフは 2008 年の人口移動を表しています。数が多いのは 15～29 歳の年齢層で、特に若い女性で 20%以上と高くなっています。そして国勢調査によれば、1998 年～2008 年にかけて結婚年齢は女性で 22.5 歳から 23.3 歳へ、男性で 24.2 歳から 25.6 歳まで上昇しています。そのため、若者が結婚前に性活動を開始する年齢が若くなってきていることを意味しています。

避妊普及率 (CPR)、そして家族計画の満たされていないニーズに関しては、近代的手法の CPR が 2000 年の 19%から 2010 年の 35%まで大幅に増加しています。比率は高くなりましたが、近隣諸国と比べれば依然として低い状況です。家族計画の満たされていないニーズは 2000 年の 19%から



また、異なる性的指向を持つ若者のための RH サービスをも拡大しています。つまり、男性間性交渉者 (MSM) やゲイ・バイ・セクシュアル・トランスジェンダー (GBT)、エンターテインメント産業従事者、出稼ぎ労働者などのサブグループに焦点を当て、RH サービスを提供しています。

日本信託基金 (JTF) と IPPF/RFSU の支援によって、MSM のためのサービス改善のためのワークショップも開催されました。私たちはカンボジアのヘルスセンターの 30%前後に研修を行い、若者へのサービスは無料で提供しています。

SRH に関する教育活動に関しては、コミュニティで活動する多くの NGO が、一対一の対話、グループ・ディスカッション、ビデオの上映といった同じ伝達方法を使って若者たちにメッセージを伝えています。危険な妊娠中絶については、私どもの RHAC のクリニックで集められたデータを見ると、工場労働者約 1,000 人が、私どものクリニックで毎年妊娠中絶後のケアを受けています。

啓発活動については、保健相が積極的に啓発活動を行っている若者たちと会合を開きました。

日本の JOICFP は、アウトリーチ活動を行う若者ピア・エデュケーターに自転車を寄付しています。また私たちは、6 学年 (5、6、7、8、10、11 年生) 向けに、SRH の包括的な生活技能修得カリキュラムを作りました。

最後に、我が国は多くの政策支援を得ています。SRH への予算動員を通じて、実施を強化する必要があります。満たされないニーズは減ってきているとはいうものの、依然として多く残っており、その比率を下げるため、さらなる介入が必要です。

国内外を移動する若年移住者にも対応しなければなりません。若い女性 1,000 人の妊娠年齢を見れば分かるように、安全でない妊娠中絶は若者にとって深刻な問題です。若い人たちが望む子どもの数は減ってきており、より多くの若者が家族計画の実施を望んでいます。膨大な数の若年人口の RH と家族計画のニーズに対応するため、ドナーからのさらなる支援が必要です。

ご清聴ありがとうございました。



## 討議

議長：エリオダ・トゥムセゲ議員  
ウガンダ

---

### 略歴：

1997年にケース・ウェスタン・リザーブ大学において疫学分野の理学修士を取得。1997年～2001年まで疫学者として保健省に所属し、2001年に国会議員となる。ウガンダ国会 HIV／エイズ委員会初代委員長。

---

議長：

この課題は、カンボジア、そして世界のRHと家族計画のための基金を用意しなければならないことを示しています。インド、ザンビア、マレーシアに質問をお願いしたいと思います。ではインドの方、最初にどうぞ。

シャンタラム・ナイク議員（インド）：

カンボジアは高齢者に対する包括的な政策をお持ちのようです。この政策に関していくつか質問させていただきたいと思います。一つは、貴国の政策の1つとして民間部門や公共部門のコンサルタントとして高齢者の人たちの採用を増やすとのことでしたが、これについてはどのくらいの実績を収めていらっしゃいますか？ 2つ目の質問は、高齢者が引退後に政府の仕事を契約ベースで継続して行うという話がありました。これについてもどのくらい成功を収めているのか教えてください。

ヴィンセント・マレ議員（ザンビア）：

最後のプレゼンターに伺います。これまでの進展に関連して、学校で生徒たちに提供する包括的な性教育について言及されました。国によっては学校で子どもたちに行う性教育の内容について懸念を持つ保護者もいます。自分が認めない特定の事柄については教えるのを認めない保護者もいます。学校で生徒たちに包括的な性教育

を行うに当たり、保護者からはどの程度の承認を得られているのでしょうか？

2つ目の質問は、MSMに対してサービスを提供するとのお話がありました。私の国では同性愛が認められておらず、違法と見なされているため、MSMに手を差し伸べることは非常に困難です。私の推測が正しければ、貴国では合法です。だからこそ手を差し伸べることができるのだと思いました。

マリアニー・モハメド・イット議員（マレーシア）：

最初の方のスピーカーの方に質問です。1993年の憲法で、カンボジアの家族は年老いた両親に注意を払い、世話をし、面倒を見なければならないと記されているとのことでした。それでは家族がいない高齢者の場合はどうなるのでしょうか？ 結婚しているけれども子どもがいない人や、独身の人などです。そして拒否された場合はどうなるのでしょうか。この憲法に違反した場合、つまり親の面倒を見ながらいない子どもに対する罰則のようなものはあるのでしょうか？

議長：

最後の質問についてですが、実は中国とロシアでも法律が制定されています。親を捨てる子どもを罰することを目的としています。



ツアン・ポピア RHAC ユースプログラムマネージャー（カンボジア）：

すでにお聞きになられた通り、カンボジア政府は高齢者を政府や民間部門に取り込んだり、契約ベースで採用したりすることを奨励する政策を実施しています。これは非常に重要な政策です。例えば、定年退職後に、州議会の議員になる人もいます。また大学教授が、定年退職後1年か2年は大学学長の相談役のような仕事をすることもあります。能力のある年配者の知識や経験を若い人たちに伝えるため、この仕組みはとてもうまくいっています。

マレーシアからの質問ですが、我が国の憲法には、カンボジア国民は両親に敬意を払って世話をしなければならないと規定されています。また私たちの伝統と文化は、自分の親でなくても、若い人たちはコミュニティーにいる年配者の面倒を見て敬うことになっています。これが私たちの文化であり、その文化を憲法に盛り込んだわけです。頼る人がいない中で高齢の親を見捨てれば、子どもは非難され、コミュニティーから村八分にされます。

議長：

憲法に盛り込まれた事項を遵守するような法律を作り、年老いた親を捨てる若い人たちに罰則を科す、そして若い孤児の面倒を見ない高齢者に罰則を科すことはできないのでしょうか？ 私は法律の専門家ではないので、法律に詳しいホー・ノアン先生にそうした点を明確にしていただければと思いますが、いかがでしょうか？

ホー・ノアン議員（カンボジア）：

本会議に参加させていただきありがとうございます。法律によってどのように規制されているかという質問にお答えします。カンボジアの憲法には子どもにはその義務があると記されています。「義務」という文言から分かるように、子どもは親の面倒を見なければならないということを示しています。法律上の罰則は規定されて

いませんが、「義務」という言葉でカバーされています。子どもが年老いた親の面倒を見ない場合、親に感謝の気持ちを示さない彼らを社会が咎めるでしょう。カンボジアは伝統的に、恩知らずの子どもたちには非常に厳しい目を向けます。

議長：

最後にツアン先生、ザンビアからの包括的性教育に対する保護者の承認についての質問、そしてMSMの合法・違法に関する質問にお答えください。

ツアン・ポピア ユースプログラムマネージャー（カンボジア）：

質問をいただきありがとうございます。包括的性教育の実施ですが、これは学校内、学校外の教育の場合があります。カリキュラムを作る前には、保護者、地域住民、地域のリーダー、学生などを含む関係者を招いて、ワークショップを開催し、包括的性教育の概念を受け入れるか否かについて協議しました。それと同時に、自治体、コミュニティーのリーダー、公務員を対象としたワークショップを開催し、包括的性教育を促進および支援する環境を作っています。また、コミュニティーが行う若者のためのアウトリーチ活動に若者が参加しやすい環境を作るため、村長のための研修も行っています。

2つ目の質問はいかにMSMに手を差し伸べるかでした。私の組織では、クリニックにカウンセラーを置いています。カウンセラーはエンターテイメント施設に頻繁に足を運び、エンターテイメント産業従事者を交えたグループ・ディスカッションを開催します。そこで、はレスビアン・ゲイ・バイ・セクシュアル・トランスジェンダー（LGBT）といった話をします。カンボジアはMSMに対して厳格ではなく、汚名とみなさないようにしています。

議長：

皆様ありがとうございました。一緒に二人の先生のプレゼンテーションに感謝の意を表しましょう。自国の国家政策枠組みに組み込むべき若

者や高齢者について多くのことを学びました。ありがとうございました。



## セッション5

### 視察結果に基づく国会議員の役割の検証



## 視察結果に基づく国会議員の役割の検証

シャントラム・ナイク議員  
インド

### 略歴：

インド・ゴア州マルガオにあるチョウグル・カレッジにて学士取得、ボンベイロースクールにて法学士を取得。1972年にゴアにて弁護士として活動を開始すると同時に、インド国民会議派へ参加。ゴア・プラデーシュ国民会議派のメンバーになった後、事務局長、事務総長、および委員長を順次務める。1984年にパナジ（北ゴア）選挙区から下院に選出され、2005年には上院、2011年に再選。年金・苦情処理・立法・法務委員長。

会議1日目は人口関連の課題について徹底的な議論が行われました。その翌日はポーサット州とコンポンチュナン州の視察に出発し、移動中の車内でカンボジアの歴史について説明を受けることができました。また同僚の一人であるブータンのニドゥップ議員がガイドを買って出て、私たちを楽しませて下さいました。カマル議員も視察を興味深いものにして下さいました。ご両人ともこの視察の殊勲者と呼ぶことができるでしょう。

ポーサット州クラコー郡にあるコミュニオンでは、籠、敷物、絹、コットンの手工芸コミュニティセンターを視察しました。これらの製品を作るためにグループで活動する女性たちの情熱は素晴らしいものでした。ポーサット州議員であり、またポーサット州ブンラニー・フンセン開発センター長も務めるエム・ポンナ女史がこのコミュニオンにおける技能について説明して下さいました。

その後、ブンラニー・フンセン開発センターを訪問し、そこでもポンナ女史が女性の布織りの技能についての説明をして下さいました。このセンターで日本の秋葉賢也厚生労働副大臣が私たちと合流しましたが、彼はこのセンターにと

ても興味を示し、女性たちの織りの技術を高く評価していました。

続いて私たちはポーサット州職業訓練センターを訪問し、所長らがそこで教えられている様々なコースについて説明して下さいました。ファッションコースやハングル語コースなど、職業指向の強い講座がありました。数多くの質問がメンバーから出され、それらに対して満足のいく回答を頂くことができました。

翌日はまず、コンポンチュナン州の教育の状況を視察するためトラペイングチャン小学校を訪問し、コンポンチュナン州教育・青少年・スポーツ局長であるペッチ・サムボー氏から同州での教育の詳細について教えていただきました。その中で、カンボジアの学校では中退が深刻な問題であることを知りました。対策の一つとして、世界食糧計画（WFP）によって子どもたちには朝食が提供されています。PTAの存在について尋ねたところ、同様の活動を行う組織があるというお話でした。コンポンチュナン州のケー・チャン・モ二議員が我々に同行して下さいました。



学校訪問後、トラペイグチャン・ヘルスセンターを訪問し、コンボンチュナン州の医療事情を視察しました。ブラック・ブン コンボンチュナン州保健局長より、同センターが提供しているサービスについて説明を受けました。そこで提供されているサービスの全ての側面を見ることはできませんでしたが、見学には大きな意義がありました。かなり満足度の高いサービスが提供されていましたが、敢えてここで申し上げさせていただければ、薬は医療サービスとともに必要としている人たちに無料で提供されなければならないと思います。施設は小規模でした。

その後、カンボジア地雷対策センター（CMAC）を訪問しました。カンボジアに地雷の問題が依然としてあることを知り、参加者は愕然としました。CMACは地雷除去を行うスタッフの研修や、他国への経験と専門知識の移転も行っています。しかし、CMACが行う膨大な作業にもかかわらず、カンボジアとタイの国境地帯にある広大な地域にはまだ地雷が埋められたままの状態になっています。

当局者の話では、カンボジアから地雷を完全に撤去することは不可能であるため、「地雷ゼロ」という目標を立てることができないという話でした。その代わりにCMACでは汚染影響ゼロ（impact-free）という目標を立てています。CMACでは、メンバーのために実地デモンストラーションも行って下さいました。これは間違いなくメンバーにとって視察の最も有益な収穫の一つだったと思います。

視察からいくつか結論を導き出すとすれば、国会議員は自国の国会においてもっと頻繁に人口関連の問題を提起する必要があると思います。私たちには使命があります。質問や議論を通じて、より多くの関連する問題を明らかにしていかなければなりません。第二に、国会議員、特に宗教的に少数派に属する国会議員は、家族計画プログラムを利用することの喫緊の必要性を

国民に理解してもらう義務があります。宗教団体やそのリーダーたちは時に多くの問題に対応することができます。私たちは国民とそのニーズに目を向けなければなりません。もちろん副作用もあるかもしれませんが、そうした望まない影響も変えることができます。

全般的な識字力、そして法律に関するリテラシーを普及させていかなければなりません。教育は全ての解決策への鍵となります。健全な国家こそが裕福な国家であるというメッセージを普及させていかなければなりません。国民が読み書きをできるようになれば、私たちの問題は解決できるのです。この問題についてあまり議論をしませんでしたが、非識字から問題が生まれるからです。だからこそ非識字率の改善は私たちの責務なのです。また、国会議員は自分の選挙区の病院やその他の公共施設を訪問し、少なくともいくつかの学校に時々足を運び、保健施設や教育施設を実地で評価し、適切な提案を政府に対して提出しなければなりません。

これにはどの委員会のメンバーでも同様です。保健委員会でも、教育委員会のメンバーでも、自分の選挙区の公共施設や病院を訪問するだけで大きな違いが生まれるでしょう。それは私たちの義務なのです。地区の病院をいくつか訪問し、違いを見つけ、政府に報告します。それによって多くのことが改善されると思います。

アジア人口・開発協会（APDA）とカンボジア人口・開発議連（CAPPD）が、参加者を会場に留めず、視察を並行して開催したことは大変良かったと思います。現地視察から得られる実際の経験は、論文発表や質疑応答とは比べものにならないほど豊かなものです。一方で屋内での会議も欠かせないものですが、これからは是非参加者に外の世界に触れて実際の世界を見る機会を与えて下さるようAPDAにお願いしたいと思います。

この機会を利用して、APDA と CAPPD、その他のスタッフの皆様、視察先の運営者、病院、そして視察中にも毎回愛情のこもった食事を提供

して下さった職員の方々に感謝の意を表したいと思います。ありがとうございました。



## 視察結果に基づく国会議員の役割の検証

ビラーロ・ガンシャンガ・エフレイム議員  
ウガンダ

### 略歴：

2002年から2010年まで地方議員を務め、2011年より国会議員として活動。  
経営学修士および経営分野の優秀学位を有し、様々な企業の理事も務める。

アフリカの視点から見た、今回のワークショップ「国家開発枠組と人口問題の統合ーアジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト」会議および視察に関する所見を簡単に述べさせていただきます。

組織：本会議の主催者は、参加者の状況をよく把握し、プロジェクトの内容を十分理解して運営されていました。用意されたプログラムは、アジア・アフリカ諸国における実績と課題に関連したものでしたが、会場および宿泊施設も参加者の期待に十分沿ったものでした。配布物といった全てのワークショップ資料はタイムリーに提供されました。開会式で挨拶された方々は、特にアジアにおける人口問題への懸念を表明されていましたが、アフリカは人口の急増に対して、資源の枯渇の問題に直面してきています。各セッションの議長の方々は素晴らしい役割を果たし、全てのトピックには十分な時間が割られました。

参加：全ての参加者が熱意を持って多くの質問をし、トピックを補足し、議論に貢献しました。参加者の方々も、シエラレオネの代表のように到着が遅れた方を除けば、全てのセッションが予定通り参加されました。ホテルもその役割を十分に果たし、快適に過ごすことができました。ラポーターの方も内容をしっかりとカバーし、フィードバックをくださいました。

視察：訪問したグループや視察場所は本ワークショップの目的にかなう理想的なものでした。参加者は皆、女性グループ（コミュニティセンター）、ユースセンター、CMACをはじめとする訪問先の窮状に共感していました。女性グループはとても斬新な取り組みをされていますが、カンボジア政府からのさらなる援助を必要としていると感じました。強力なマーケティングにより、彼女たちの製品が収益を上げ、産業を成長させることができるような支援が必要です。

また若者のグループもとても魅力的でした。運営者側もとても素晴らしい仕事をしていました。若者たちは確固たる決意を持って自分たちの仕事をしているように見えました。彼らはまだ多くの課題を抱えています。運営者はこうした若者たちを「貧しい人」と呼ぶのをやめ、彼らに自信を与えなければならぬと思います。彼らに勇気を与え、貧しい人たちや立場の弱い人たちが、自分を一人の尊厳ある人間である思えるようにしなければなりません。その場でも申し上げてきました。彼らに自信を与えなければなりません。カンボジア政府とドナー・コミュニティは、これらのグループにより注意を払う必要があります。また、全ての教育制度も国際水準に合わせて改善していかなければなりません。

結論：事務局には今後、このプロジェクトをフォローアップするための会合をぜひ開いていただきたいと思います。今回の大きな成果を忘れないためにも、ここで立ち止まってははいけません。「自分が他人を尊敬すれば、他の人々も自分を尊敬する」と言います。議事録は全てまとめ、デジタル化して参加者や関係者にぜひ配布していただきたいと思います。討議された全ての事柄をのちに復習するためにも、CD か何かでいただければと思います。このような会議を通じて、さらに多くのアジアおよびアフリカ諸国が人口問題への対策を推し進めるべきです。人類を救うためにも気候変動による影響を減らす必要が

あります。気候変動が抑制されなければ人類が危機にさらされます。

メンバーの皆様には、教育、農業、女性グループ、安全保障、気候変動の影響といった課題に関するアフリカの経験をぜひ共有していただきたいと思っています。CMAC は戦争終結後の影響を未だに受けている国々にその教訓を生かすチャンスを与えてくれています。私の所見をこれで終わります。

ありがとうございました。

## 討議

グエン・ヴァン・ティエン議員  
VAPPD 副議長; AFPPD 副議長  
ベトナム

---

1979年にハノイ医科大学を卒業後、マヒドル大学にて1994年に公衆衛生の修士号を取得し、2000年には公衆衛生分野でハノイ医科大学から博士号を取得。1994年より人口と開発に関するベトナム議員連盟（VAPPD）の事務局長を務め、2006年に国会議員に選出されてからは、VAPPD 副議長およびベトナム国際医師国会議員機構（VIMPO）の副会長を務める。

---

議長：

視察を振り返り、新たな問題提起および討議を行う時間が20分ほどあります。この会議はまさに人口と開発の問題に焦点を当てたものです。民主的なプロセスだけでなく、家族計画や収入創出など、視察では多くの重要な側面を見ることができました。

現地を実際に訪問し、そこで何が行われているかを目の当たりにしました。ジェンダー、教育、医療、特にプライマリー・ヘルスケアや、それを提供するための資金調達など、多くの課題があります。

活動範囲を広げ、他の国々へも支援を行っていることで大変有名なCMAC研修センターも視察しました。主催者の方々、そしてCAPPDの温かいおもてなし、そしてカンボジア政府からの強力なご支援に感謝いたします。日本、ヨーロッパ、その他の国々はカンボジアの戦争からの復興とさらなる成長を支援しています。ではコメントがございましたらどうぞ。

サフィ・カマル議員（アフガニスタン）：  
この素晴らしいセッションに感謝いたします。まず、この貴重な会議を主催してくださった皆様、そしてカンボジア政府、国会、国民の皆様

様の滞在中の温かいおもてなしに感謝いたします。また、全ての参加者の皆様に対し、滞在中に親交を深めることができましたことに心から感謝の意を表したいと思います。この会議はいつまでも記憶にとどまり、私は生涯忘れることはないでしょう。

滞在中に大きな教訓を得ることができ、皆様から多くのことを学びました。先輩議員、大臣、副大臣の方々とも同席することができました。皆様から多くのことを学びました。私たちの使命を果たすためにいくつかご提案したいことがあります。まずプレゼンテーションを行った方々と議員の方々の間でコミュニケーションをとれるように調整するべきだと思います。あらゆる通信手段を駆使して、政府や議員の間で電子的に情報を共有し、近い将来取るべき措置を共有しようではありませんか。私たち全員が各議会で何が起きているかを知るべきだと思います。

2つ目は、この共有する情報—宣言、プレゼンテーション、ビデオ、写真、そしてこの4日間の全ての内容—を互いに共有すべきだと思います。電子メールで共有するだけでなく、関係者のホームページに掲載すべきだと思います。各自がそれにアクセスできるようにするだけでな



く、全ての議員が私たちの情報にアクセスできるようにすべきだと思います。

三点目に、この会議の成果を基に包括的な報告書を作成し、それを各国の議会、地元メディア、国民と共有すべきです。四点目は、このワークショップのドナーの方々から心からお礼を申し上げたいと思います。アフガニスタン人として、このようなイベントに招待いただき、とても光栄に思います。ありがとうございました。

議長：

アフガニスタンの同僚の方、ありがとうございました。彼の提案についてですが、皆様もご存じの通り APDA のホームページに多くのプレゼンテーションが掲載されています。アフガニスタンの方が参加するのは今回が初めてなので、ご存じなかったかもしれませんが、APDA と AFPPD は 30 年以上前に設立され、様々な会議を主催し、多くの国々が情報を共有しています。ご提案やコメントをいただきありがとうございました。次はウガンダの方、どうぞ。

エリオダ・トゥムセゲ議員（ウガンダ）：

プレゼンターの方々、会議および視察の概要をお話しいただきありがとうございます。主催者、日本政府、日本信託基金、そしてこのプロジェクト成功にコミットした私たち全員に対し称賛を送りたいと思います。日本で開催されたプロジェクトに参加しましたが、今も非常に感謝しています。私たちは徐々に一つの家族のようになりました。このプロジェクトの開催にかかわった全ての人たちに感謝いたします。また主催者の皆様には、次回の会議をアフリカでぜひ開催していただきたいと思います。ウガンダはこの会議を共催したいと思います。

2 つ目に、アフガニスタンの同僚が話されたことを強調させてください。友人たちに名刺をいただいているのですが、この名刺をきちんと管理していない場合があるため、参加者の氏名とメー

ルのアドレスだけでもリストにさせていただくことを主催者にお願いできないでしょうか。それと写真を見れば「どこの国の誰」と顔と名前がつながります。

最後に、フン・セン開発センターの資料を提供していただき感謝いたします。ポーサット州職業訓練センターの資料もいただければ幸いです。多くのことを学ぶことができます。さまざまなコースを見学しましたが、メモを取るのが困難な状況もありましたので、職業訓練センターで行われていることの資料があると助かります。ポーサット州職業訓練センターから学んだ事柄をもとにして、私の国でも同じようなセンターを開設したいと思います。これからも家族として一つにまとめ、アジアとアフリカの社会を良くしていきましょう。ありがとうございました。

APDA：

連絡先リストに関しましては目下対応しております。名刺をいただければ、最新のものを作ることができます。ありがとうございます。

議長：

ご要望やご意見は全て対応いたします。次回開催地をアフリカでという件に関しましては未定ですが、プレゼンテーションや写真につきましては CAPPD が参加者各自に CD を 1 枚提供してください。その中に全て入っていますので会議終了後にお渡しします。ではネパールの方どうぞお話しください。

マノハール・プラサード・パタライ国会事務局長（ネパール）：

実はインドの議員の方がすでに十分詳しいお話をされたので、特に私の方から付け加えることはないのですが、それ以外のことで私の感想をできるだけ簡単に述べさせていただきたいと思いました。視察に関しては、参加者にとってとても有益でした。カンボジアの他の州について

さらに学ぶ十分な機会を得ることができました。職業訓練センター、学校や医療センターなどです。もちろん中でも最も有益だったのは地雷対策センターの訪問です。カンボジア政府は確実に正しい方向に向かっていると感じました。最善を尽くしておられ、非常に有益で印象的なプロジェクトを地域の人たちとともに始められています。

教育、保健、職業訓練、技能訓練などには非常に重要であり、開発途上国においては、地方の人々を自立させ、生活水準を引き上げることがとても有益です。特に、若者へのこうした対策が必要です。カンボジアの対策に非常に感心しました。

日本から副大臣がこの会議に参加されたことをありがたく思っています。暑い気候の中で汗をかきながら参加していただいたことに心から感謝申し上げます。またここカンボジアに我々がこうして集うことができたのも APDA のたゆまない努力のおかげです。この会議に参加する機会をいただき、どうもありがとうございました。

最後に、私たちの滞在中にご支援をいただいたカンボジア議会、国会議員の皆様、事務局の皆様に感謝いたします。どうもありがとうございました。

議長：

ネパールの議員の方ありがとうございました。これはこの種のプロジェクトの核となる会議であり、我々としてもアジアとアフリカにおいてこの人口と開発に関する会議を継続し、拡大していきたいと思っています。あと5分ありますのでどなたかいらっしゃいますか。

オーギュスティン・B・トート議員（シエラレオネ）：

何よりもまず、この会議の主催者の方々に感謝したいと思います。何よりもまず申し上げなけ

ればならないのは、飛行機が遅れたため会議への参加が遅れ申し訳ございませんでした。これは不可抗力によるものでした。アフリカ南部からアジアに行くのはとても大変なことです。しかし、今日、ここで皆様と私たちの経験を共有することができました。国会議員として国に戻ったあと、私のスタッフが報告書を作成し、報告書は国会での各討論の場で提出されます。遅れたことについて、再度お詫びを申し上げます。

議長：

遠くから参加していただいたアフリカの友人に感謝します。アフリカ大陸からの友人をいつでも歓迎します。

リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員（フィリピン）：

もっとここに滞在できればと思いますが、私たちは国に戻って各自の仕事や責任を果たさなければなりません。この会議の主催者とスポンサーに私の方からも感謝を述べたいと思います。同僚であるエブダン議員とともにこのような会議に出席するのは私にとって初めてです。一つだけ申し上げたいことがあります。それは、各国から女性と男性が一人ずつその国を代表できたらということです。ここで見ても明らかのように、参加者の大半が男性です。次回プロジェクトで実現してみませんか？

議長：

フィリピンからの提案、ありがとうございます。実は AFPPD と APDA が各国に招待状を送る際には、女性と男性を同数にするよう勧めています。それはジェンダーの平等に基づくものです。コメントをありがとうございました。

ティサ・カラリヤデ議員（スリランカ）：

私もフィリピンの意見に100%賛成です。スリランカの児童開発女性担当大臣として、今回の会議により多くの女性が参加することを期待しま

す。カンボジア政府の支援に感謝いたしております。ありがとうございました。

チビング・ポール・ラクソン・ザカリア議員（マラウイ）：

私自身、そして私の国を招待してくださった主催者の皆様に感謝しております。このようなフォーラムに参加するのは私にとって初めてですが、私個人にとっても、私の国にとっても有益なものになりました。今回の会議や視察で人々が政府によって力を与えられているのを目の当たりにしました。我々の国でも、人々に恩恵を与え、国民のエンパワーメントを促すことで国内の貧困を緩和することがとても重要な方法であると思います。あらためて、ご招待いただいたことをとても感謝申し上げます。これで終わりではなく、ぜひ継続して知識を共有していければと思います。

ヴィンセント・マレ議員（ザンビア）：

アフリカをこのプログラムに加えてくださったことを主催者である APDA、CAPPD、UNFPA、IPPF、そして日本に感謝します。多くのことが語られてきました。

それぞれの主催者の方々をお願いしたいのは、次回招待していただいて個々の国として次回プレゼンテーションを行う際に、会議から得たものを国に戻ってどのように活用したかということについて発表する時間を 1、2 分いただきたいということです。それを私に報告させていただきたいのです。次回私を招待していただいた時、私が帰国してからここで得た知識を使って自分の村で何をしたら報告したいと思います。この能力強化会議の結果として、私が情報を他の人たちとどのように共有するか、そして国会でどのような質問をするかを知っていただきたいと思っています。自分の国に戻り、会議から得た知識や情報を使ってそこにいる多くの人たちの生活を変えるのです。1 分で結構です。次

回、簡単な報告をする機会をいただければと思います。

議長：

ザンビアの同僚、ご提案をいただきありがとうございます。AFPPD や APDA の会議やそれに類した会議では、評価アンケートを採用していて、それにこの会議から戻ってからどのようなことをするか記入してもらうことになっています。「人口・開発の問題について他の国会議員と話をする」、「政府に勧告を行う」といった具合です。そのようなアンケートはいつも用意しています。おっしゃるとおり、今回はこの問題についてもっとセッションを行うべきだと思います。

マリアニー・モハメド・イット議員（マレーシア）：

まず、このプログラムの主催者とスポンサーに感謝いたします。私をご招待いただいたことにありがとうございます。カンボジアを訪れるのは初めてではありません。これが二回目、AFPPD の会合に参加するのはこれが三回目です。

基本的な問題は人口、そして若者たちです。ここで気がついたのですが、青少年の問題はこれまであまり議論されてきませんでした。私が知りたいのは、若者の麻薬の問題や十代の妊娠の問題がどのくらい深刻かということです。そしてカンボジアはこの問題にどのように取り組んでいるのか、ここで行われている事例で有効なものがあれば、ぜひ国に持ち帰りたいと思います。そしてザンビアの友人が言っていたように、自分の国に戻って何をするかという事です。私が提起したいとても重要な課題は、ジェンダーに関する予算です。ここで議論した問題への対処に予算を割り当てるのが重要だと思います。

議長：

マレーシアのご提案に感謝します。未成年の若者の問題はマレーシアだけの問題ではなく、ベトナムをはじめとする世界全体の問題です。

私たちは大きな問題を抱えています。昨日は学校を訪問し、たくさんの女生徒に会いました。すでに思春期に入っている子どもたちです。どのようにして性教育を提供するかというのは大きな問題です。いかにして各国の文化に適合した性教育を施すかという課題もあります。実際にベトナムでは結婚と家族に関する法律が改正されました。十代の若者の問題があまりにも多いためです。それに対する反論もありました。ご提案をいただき、ありがとうございます。

このセッションも最後となりました。参加の皆様を代表して、CAPPD のよく準備された 2 日間の視察、そして全ての国会議員と参加者に対しても温かいおもてなしに感謝の意を表したいと思います。カンボジアを見て、カンボジアと出会い、カンボジアを理解し、そしてカンボジアの経験から学ぶことができました。どうもありがとうございました。ここでこのセッションを終わります。

ありがとうございました。



## 宣言文採択に向けた討議





## 宣言文採択に向けた討議

議長：ニドゥップ・ザンポ議員  
ブータン

---

### 略歴

2008年初当選。環境・土地・都市集落委員会副委員長。  
2008年より文化委員会委員を務める。

---

ニドゥップ・ザンポ議員の議事の下、宣言文に対する討議が行われ、満場一致で「国家開発枠組と人口問題の統合－アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト声明」が採択されました。



# 閉 会 式



## 総 括

### ペン・パンニャ CAPPD 副議長 カンボジア

アジアとアフリカの国々を代表する国会議員と著名な専門家の方々が、2013年1月22日から25日にかけてプノンペンで開催された APDA と CAPPD の共同主催による「国家開発枠組と人口問題の統合—アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト」に集いました。また、カンボジア王国ポーサット州およびコンポンチュナン州への視察も行われました。

国民議会議事堂を表敬訪問した際には、CAPPD の名誉会長を務められるヘン・サムリン・カンボジア下院議長からアジアとアフリカの代表への歓迎のお言葉をいただきました。ヘン・サムリン議長は、人口問題や持続可能な開発においてカンボジアが達成した誇らしい実績、地方議会や議会間フォーラムへの積極的な参加、そしてカンボジアが直面する課題とその解決に向けた継続的な努力について語られました。

開会式は 2013 年 1 月 22 日にメン・サム・アンカンボジア副首相兼 CAPPD 議長によって幸先よく執り行われました。彼女はアジアとアフリカの国会の代表、外交団の代表、専門家、ゲストに向けた祝辞を述べました。この会議に参加された方々は、国、地域、世界レベルで国会議員が一致協力することへの連帯とコミットメントが強まるのを目の当たりにされたことと思います。それは、国際人口・開発会議行動計画、ミレニアム開発目標、そして 2015 年以降の人口と持続可能な開発における国会議員の役割遂行の継続を含む重要な国際的な課題への対応を目指すものです。

黒木雅文日本大使館特命全権大使が代読された阿部俊子外務大臣政務官からのメッセージでは、

人口問題には地域、世界のレベルで息の長い長期的な取り組みが必要であることが強調されていました。国会議員は人々の代表としてきわめて重要な役割を果たすことができます。彼女は、一人ひとりの国会議員がリーダーシップを発揮して献身的にこれらの課題に取り組んでいることを称賛していました。また、このプロジェクトが、人口の急増に伴う問題に効果的に対応する地球規模の努力を強化するための重要な転換点になってほしいという希望を述べられました。

AFPPD 事務総長を務めるポラパン・ブンニャラタバン・タイ国議員は、人口と開発に関して生まれる問題には政策と行政のレベルで取り組まなければならないと強調されました。国会議員の能力強化はきわめて重要です。彼女は、この会議が実りの多い成果を生み、UNFPA のような国際機関からの支援を受けながら関係諸国の強力な連携と協調につながることへの確信を表明されました。

会議は 5 つのセッションからなり、次の重要なテーマについて話し合われました。

- セッション 1 人口政策・立法の最優良事例と課題
  - ・ 教訓
  - ・ アフガニスタン国家開発枠組への人口問題の統合
  - ・ 環境の持続可能性と人間開発評価の統合への呼びかけ：フィリピンにおける地方の事例から
  - ・ 母子保健の教訓
  - ・ HIV／エイズ蔓延防止および対策の成果
  - ・ ジェンダーの平等と女性のエンパワーメントの推進



- セッション2：人口プログラムの実施
  - ・ カンボジアの人口動態と傾向
  - ・ 2011年カンボジア政府国家戦略開発計画2009-2013（NSPD）の中間レビュー
- セッション3：人口と開発における政策と啓発の連携
  - ・ 人口政策の分析
  - ・ 人口と開発に関する国会議員の啓発：2012～2017年CAPPD戦略計画
- セッション4：新たな人口問題
  - ・ 人口の高齢化
  - ・ 若者とリプロダクティブ・ヘルス

会議は参加者からのとても貴重な貢献を称賛し、意見と経験と情報の交流や優れた実践と学んだ教訓の共有に満足感とともに言及し、人口プログラムに関する質疑応答での有益な討議を高く評価しています。

視察では、代議員の方々は、ポーサット州およびコンポンチュナン州にある社会、教育、保健、開発分野のセンターへの視察、そしてCMAC/CMAAの地雷除去訓練センターへの視察に参加しました。

視察の知見に基づく国会議員の役割は検証され、支持が表明されました。非常に相互作用的でよく組織化されていたとして、この視察は国会議員によって高く評価されました。

最終日には、会議を通して、人口プログラムと政策勧告に関する声明を出し、以下を再確認しました。

- ・ 人口プログラムは、国家開発の基礎である。人口を安定させない限り、持続可能な開発を達成することはできない。人口プログラムは、人間の尊厳を改善し、人々が未来社会に責任のある選択をすることを可能にする環境を促進する。

- ・ リプロダクティブ・ヘルスを含む人口プログラムは、個人、特に貧しい暮らしをしている人たちの健康を増進させ、社会経済の発展と貧困の削減に貢献する女性の地位の向上とエンパワメントのための情報を十分に集めた上での選択によって管理されている。
- ・ 人口プログラムは、持続可能な開発への道を開く、最も費用効率の高い長期的開発への取り組みである。
- ・ 会議は、以下の政策提案を行う。
- ・ 国会議員にこの問題に関する共通の理解を形成し、活動しやすい環境作りに向けて努力する。そして政策を立案し、同僚の国会議員を啓発し、有権者からの支持を生み出すために利用する、説得力のある証拠に裏付けられた簡潔なデータと情報を提供するように国際機関を含む援助組織に促す。
- ・ 人口と開発の問題を国家計画の形成と実施に国家開発政策および国際援助プログラムの基本方針として組み入れるよう政府に促す。
- ・ 三角協力を地域にとらわれず推進し、優れた実践の共有を促す努力をする。

本会議として、このプロジェクトの成功を祝い、共同主催者であるCAPPDとAPDA、そして日本政府、UNFPA、IPPF、そしてその他のパートナー組織に対し、このプロジェクトを支持して人口問題の優先順位を高めていただいたことに感謝の意を表したいと思います。秋葉賢也厚生労働副大臣/IPPF副幹事長にこの後ご挨拶をさせていただくことになっています。

4日間におよぶ「国家開発枠組と人口問題の統合—アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト」の会議と視察は、連帯、協力、責任の精神のもと、成功裏に終了いたしました。ご清聴ありがとうございました。

## 閉会挨拶

秋葉賢也

厚生労働副大臣; JPFP 副幹事長

皆様、視察と会議お疲れさまでした。  
この事業は日本政府が国連人口基金に拠出している信託基金によって実施されたものです。この基金は、1999年にオランダのハーグで開かれたICPD 5年の見直しに関する国際会議において、人口問題の解決と持続可能な開発を達成するためには国会議員のネットワークを強化する必要があるとの決議が行われ、この決議に則り、日本政府が世界中の人口と開発に関する国会議員活動を支援するために設立したものです。

2009年から2011年までの3年間にわたって、国会議員が人口と開発に関するプログラムを推進するため、どのような役割を果たせるか協議してまいりました。その中で、特に援助が実施されている国と援助を供与している国の国会議員が、実務ベースで協力の実態を十分に理解し、その理解に基づいて、選挙民の理解を得る努力が必要であることが確認されました。

これまでの会議では、その前提としてのグッドガバナンスの必要性や、事業目的を達成するためのコンプライアンスのあり方、また国民の代表として、立法者としての国会議員の特性を活かした協力のあり方についても協議が行われました。

これはおそらく世界でも先駆的な取り組みであり、これまでのように国会議員が単に視察や会議等の事業に参加し、予算を動員するための環境形成に努力するという国会議員活動から一歩も二歩も踏み出し、国会

議員がその特性を活かして果たすべき役割を検討することとなりました。

これらの会議成果は、この事業を主催したAPDAのホームページに和英で掲載されておりますので、関心のある方はぜひご覧いただきたいと思っております。

今回の事業は、この3年間の成果に基づいて、カンボジアのCAPPDのご協力をいただき、カンボジアにおける人口プログラムの成果を学び、それを各国に適用するという目的で開催されたものです。そして私たち援助供与国の議員にはその成果を同僚国会議員に伝え、選挙民に伝えるという役割があります。

今回事業を受け入れてくださったCAPPD、カンボジア国会の皆様には、多大なご協力に改めて御礼を申し上げます。

私は当選以来、国際人口問題議員懇談会(JPFP)活動に深く関わってまいりました。昨年12月の総選挙で私の属する自由民主党が政権を奪還し、私自身、日本の厚生行政をつかさどる厚生労働省の副大臣に就任しました。特に人口問題、厚生分野での国際援助の担当副大臣となっております。

ここにご参集の皆様は十分に理解されていることと思いますが、人口の安定化は、持続可能な開発を達成するための基礎的条件です。そして、途上国における人口プログラムは、特に貧しい女性の健康の改善、社会的地位の改善につながるものです。その

意味で、人口問題への対処は持続可能な未来をつくり、一人ひとりが希望を持てる社会を構築する基盤となります。

今回の視察ならびに会議を通し、カンボジアにおける大きな成果を自らの目で確認し理解するとともに、カンボジア政府、国会、特に CAPPD さらに関係機関のご尽力に深い感銘を受けました。

このご努力がカンボジアの未来を明るくする基盤を構築すると確信しております。わが国日本としても、カンボジア和平以来、カンボジアの開発に深く関わってまいりました。その成果がこのような形で明確に現れていることを心から喜ばしく思います。

また今回、この事業にはアフリカ議連の代表議員の皆様にもご参会いただき、地域間交流を実現する場となったことを大変喜んでおります。

本年はアフリカ開発において大きな意義を持つ第5回目の TICAD（TICAD V）が日本で開催されます。今世紀における人口問題の焦点がアフリカであることは、全ての人が認めるところです。この TICAD において開発の基盤が人口の安定であること、また社会の活力を構築するためにも、貧しい女性の健康や社会的地位の向上が必要であり、そのためには人口プログラムが必須である

ことを、これまで以上に打ち出していきたいと考えております。

今日の私たちの努力は、責任ある未来を作り、未来に希望を構築するためです。ぜひ各国で長期的な視点に基づき、環境と調和した持続可能な開発の重要性を改めて訴えていただきたいと思います。

日本も厳しい財政状況ではありますが、皆様方の努力を支援できるよう政府の内部から積極的に働きかけていきたいと考えております。ぜひ今後、より一層国会議員活動が成果を挙げるためにも、ご尽力をお願いしたいと考えております。

私たちの役割は資金を動員するだけではありません。本質的な役割は、国民の代表として政策に関わり、人口プログラムを含む開発プログラムの方向性を決定し、草の根の意見をプログラムに取り込んでいくことです。ぜひ私たちに課された使命を常に意識しながら、手を携えて未来のために働いていこうではありませんか。

このたびはご参加いただき、本当にありがとうございました。改めてご参加に感謝申し上げます、無事なご帰国と、お国での活躍を念願し、結びの言葉といたします。

ありがとうございました。

# 宣 言 文



## 国家開発枠組と人口問題の統合—アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト声明

2013年1月22～25日  
カンボジア王国・プノンペン

私たちアジア・アフリカ17カ国の代表議員は、カンボジアに参集し、APDA-CAPPDプロジェクト「国家開発枠組と人口問題の統合—アジア・アフリカ国会議員能力強化プロジェクト」を通じ、各国の開発アジェンダに人口問題を優先的に取り込み、援助効果を最大にするための活動のあり方を提示する。

### I. 私たちは、以下の事実を確認する

- 1) 人口プログラムは開発の基盤であり、人口の安定化なくして持続可能な開発の実現はない。
- 2) 人口プログラムは人間の尊厳を尊重する環境形成を促進し、人々に責任ある将来への選択を可能にするものである。
- 3) リプロダクティブ・ヘルスを含む人口プログラムはよく情報を得た上での選択に基づいて行われており、一人ひとりの福利、特に貧困の中で生活している人々の福利の改善を目的としているものである。
- 4) 人口プログラムの実施によって女性の地位や権能が向上し、社会・経済発展の増進、貧困の削減につながる。
- 5) 人口プログラムは、持続可能な開発を達成するための長期的な開発アプローチとして最も費用対効果の高い開発政策である。

### II. この事実に基づき、私たちは以下の政策提言を行う。

- 1) 私たちは同僚議員に対し、この問題に対する共通認識の形成とこの問題の対処を可能にする環境構築を働きかける。
- 2) 私たちは自国政府に対し、国家開発政策および国際支援プログラムの基本原則として、国家開発計画の中に人口と持続可能な開発のためのプログラムを統合するよう要請する。
- 3) 私たちは、援助機関を含む各国機関、国際機関に対し、政策およびプログラムを形成し、同僚国会議員に対して説得を行い、そして選挙区におけるこれらの活動に対する支援を獲得するために利用できる、説得力のある、証拠に基づいた、簡明なデータを提供するよう求める。
- 4) 私たちは、各国、地域、そして国際的な調整と協力および優良事例の共有の推進に努める。

### III. 結語

- 1) 事業の成功を祝し、事業の共催者である CAPPD および APDA に感謝を表明するとともに、事業支援を行ったカンボジア政府および日本政府、UNFPA、IPPF をはじめとする援助機関に感謝を表明する。
- 2) 民意に基づき、草の根のニーズをくみ上げて人口問題を解決に向ける上で、国会議員の役割と活動、そして彼らが効果的に活動できるための基盤は絶対に必要不可欠である。ICPD 目標の達成のために、人口と開発に関する国会議員活動に私たちはコミットする。



APDA がこれまで 30 年にわたってアジアとアフリカにおける国会議員活動強化において果たしてきた成果を再確認し、その活動を継続し、より拡大するためにも、国際機関をはじめとする援助機関に支援の拡大・継続を求める。

## 参加者リスト



○ 国会議員・人口と開発に関する国内委員会

1. サフィ・カマル議員..... アフガニスタン
2. ニドゥップ・ザンボ議員..... ブータン
3. カルマ・ワンチャック議員..... ブータン
4. メン・サム・アン副首相；CAPPD 議長..カンボジア
5. ペン・パンニャ議員；立法・法務委員長・CAPPD 副議長.....カンボジア
6. ホー・ノアン議員；公衆衛生・社会福祉事業・退役軍人・青少年更正・労働・職業訓練・女性問題委員長・CAPPD 副議長.....カンボジア
7. ダムリー・オック議員；CAPPD 事務総長・立法・法務委員.....カンボジア
8. チヒット・キム・イエイツ議員；外務・国際協力・情報メディア委員会副委員長.....カンボジア
9. ニン・サフォン議員；公共事業・運輸・通信・郵政・産業・鉱業・エネルギー・商務・国土管理・都市計画・建設委員長.....カンボジア
10. プム・シチャン議員；公衆衛生・社会福祉事業・退役軍人・青少年更正・労働・職業訓練・女性問題副委員長.....カンボジア
11. ローク・ケーン議員；CAPPD 財務担当..カンボジア
12. エム・ボンナ議員；ポーサット州ブンラニー・フンセン開発センター長.....カンボジア
13. ケー・チャン・モ二議員；公共事業・運輸・通信・郵政・産業・鉱業・エネルギー・商務・国土管理・都市計画・建設委員.....カンボジア
14. シャンタラム・ナイク議員；年金・苦情処理・司法・法務委員長..... インド
15. マンモハン・シャルマ IAPPD 事務局長..... インド
16. 秋葉賢也厚生労働副大臣；JPPF 副幹事長..... 日本
17. チビング・ポール・ラクソン・ザカリヤ議員；保健・人口委員長..... マラウイ
18. マリアニー・モハマド・イット議員..... マレーシア
19. キン・マウン・レイ議員..... ミャンマー
20. ウィン・キー議員..... ミャンマー
21. マノハール・ブラサード・バタライ国会事務局長.....ネパール
22. リナベル・ルース・R・ヴィラリカ議員..... フィリピン
23. ジュン・オマール・C・エブダン議員..... フィリピン

24. オーギュスティン・B・トート議員；SLPAFPD 議長..... シエラレオネ
25. ヘンリー・リー SLPAGPD オフィサー..... シエラレオネ
26. ティサ・カラリヤデ児童開発・女性担当大臣..... スリランカ
27. ポラパン・ブンニャラタバン議員；AFPPD 事務総長..... タイ
28. ジェトン・シラトラノン議員..... タイ
29. ビラーロ・ガンシャンガ・エフレイム議員..... ウガンダ
30. エリオダ・トゥムセゲ議員..... ウガンダ
31. グェン・ヴァン・ティエン議員；VAPPD 副議長；AFPPD 副議長.....ベトナム
32. チュオン・ティ・トゥー・チャン議員.....ベトナム
33. グェン・ティ・ホアイ・トゥー元 AFPPD 副議長；ホーチミン市 HIV 予防協会理事長.....ベトナム
34. グェン・ティ・チャン VAPPD オフィサー.....ベトナム
35. グェン・トアイ・バオ VAPPD オフィサー.....ベトナム
36. ヴィンセント・マレ議員..... ザンビア

○ 省庁・政府機関

37. シム・ケーン・カーム 国立エイズ局副局長.....カンボジア
38. ホッル・ パル 社会問題・退役軍人・青少年更生省高齢者担当局長..... カンボジア
39. プロック・マイカニタ 社会問題・退役軍人・青少年更生省 高齢者福祉局副局長..... カンボジア
40. タエン・パニャトン 計画省次官..... カンボジア
41. タエ・チューンハク..... カンボジア
42. メン・サム・オン..... カンボジア
43. ヤイ・シタ..... カンボジア
44. ダウ・ルアニ IRD 事務局長..... カンボジア

○ リソースパーソン

45. チュム・ブンロン カンボジア地雷対策庁事務総長..... カンボジア

46. チュックメル・サンテピャップ 社会問題・退役軍人・青少年更生省 国家公務員社会保障基金次長...  
.....カンボジア
47. ヘン・ラタナ カンボジア地雷対策センター (CMAC) 長官.....カンボジア
48. ハオ・ブン・レン 国立エイズ局副事務総長.....  
.....カンボジア
49. キム・シパート 女性省ジェンダー平等・経済開発局長.....カンボジア
50. ペッチ・サムボー コンボンチュナン州教育・青少年・スポーツ局長.....カンボジア
51. ポーチ・ブンナック 国家人口開発閣僚評議会副事務総長.....カンボジア
52. ポーチ・ソバンディ 計画省計画総局副局長.....  
.....カンボジア
53. ブラック・ブン コンボンチュナン州保健局長.....  
.....カンボジア
54. プム・チャンタ 労働・職業訓練省ポーサット州訓練センター所長.....カンボジア
55. タウン・ラッタヴィ 保健省国立母子保健センター長.....カンボジア

○ 大使館

56. 黒木雅文 駐カンボジア日本国特命全権大使... 日本
57. 玉光慎一 在カンボジア日本大使館一等書記官.....  
..... 日本
58. 中井康博 在カンボジア日本大使館二等書記官.....  
..... 日本
59. M・ラジャムルガン 在カンボジアインド大使館一等書記官..... インド
60. ラジャ・サイフル・リズワン 在カンボジアマレーシア大使館公使参事官..... マレーシア
61. チョー・トゥン・アウン 駐カンボジアミャンマー国特命全権大使.....ミャンマー
62. ファズルル・ラフマン・カジ 駐カンボジアパキスタン国大使.....パキスタン

○ 国連人口基金 (UNFPA)

63. デルビュー・マーク・G.L. カンボジア事務所長.....  
.....カンボジア

64. ペン・ソパニャー コミュニケーション・アソシエイト..... カンボジア

○ カンボジア家族計画協会 (RHAC)

65. バー・チボーン アソシエイト・エグゼクティブ・ディレクター..... カンボジア
66. ツアン・ボビア ユースプログラムマネジャー.....  
..... カンボジア

○ 人口と開発に関するカンボジア議員連盟 (CAPPD)・国民議会事務局

67. エング・ヴァナック..... カンボジア
68. ソン・ソク・ヘン..... カンボジア
69. チ・ペンフ..... カンボジア
70. セン・モノロム..... カンボジア
71. ノン・ヴァナラ..... カンボジア
72. ミス・チャンリンダ..... カンボジア
73. ブンメン・レイ..... カンボジア
74. セン・ティ..... カンボジア
75. セン・ソパンニャ..... カンボジア
76. ペン・サモン..... カンボジア

○ 公益財団法人アジア人口・開発協会 (APDA)

77. 恒川ひとみ..... 日本
78. ファルフ・ウスモノフ..... 日本
79. 今村朋..... 日本

○ 通訳・ライター

80. ベン・ヴィスノ..... カンボジア
81. クリ・メン・アン..... カンボジア
82. カン・キスルン..... カンボジア
83. ソパンニャ..... カンボジア

## 略語

- AFPPD.人口と開発に関するアジア議員フォーラム  
(Asian Forum of Parliamentarians on Population and Development)
- APDA..公益財団法人アジア人口・開発協会  
(Asian Population and Development Association)
- CAPPD 人口と開発に関するカンボジア国会議員連盟  
(Cambodian Association of Parliamentarians on Population and Development)
- CMAA .カンボジア地雷対策庁  
(Cambodian Mine Action Authority)
- CMAC .カンボジア地雷対策センター  
(Cambodia Mine Action Center)
- IAPPD .人口と開発に関するインド国会議員連盟  
(Indian Association of Parliamentarians on Population and Development)
- ICPD....国際人口開発会議  
(International Conference on Population and Development)
- IPPF 国際家族計画連盟 (International Planned Parenthood Federation)
- JICA ....独立行政法人国際協力機構  
(Japan International Cooperation Agency)
- JPPF....国際人口問題議員懇談会  
(Japan Parliamentarians Federation for Population)
- JTF.....日本信託基金 (The Japan Trust Fund)
- MDGs .ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals)
- ODA....政府開発援助 (Official Development Assistance)
- PoA.....行動計画 (Programme of Action)
- RH ....リプロダクティブ・ヘルス (Reproductive Health)
- RHAC カンボジア家族計画協会  
(Reproductive Health Association of Cambodia)



