

国際人口会議の潮流とインドの人口政策

— 1990年代の動向を中心として —

西 川 由比子

1. はじめに

多くの最貧国があるアフリカ地域を除いて、開発途上地域の人口増加率は逓減傾向にある。2006年国連推計によれば、2000-05年における全世界の年平均人口増加率は1.24%、このうち出生率が低水準で推移している先進諸国の人口増加率は0.36%である。2030年以降、先進地域における人口増加率はマイナスに転じ、人口減少局面に入ると予測されている。これに対し、2000-05年における途上地域の人口増加率は1.44%であり、最貧国を除いた人口増加率は1.28%とさらに低い水準となる。しかしながら、途上地域の中でも多くの最貧国があるアフリカ地域における人口増加率は依然として高く、2.32%である。

人口増加率の低下は死亡率転換に引き続き出生率転換が進行したことによるものである。この過程における開発途上諸国の特徴は、死亡率と出生率のそれぞれの低下局面において人口政策の果たす役割が大きいことである。死亡率の低下に関しては、先進諸国から医療・衛生に関する技術移転あるいは援助の貢献が大きかった。出生率転換は死亡率転換よりも遅れて進行しているが、出生率が高水準であった1960年代の開発途上地域の状況に関してミュルダール（Gunnar Myrdal）は著書『アジアのドラマ』（Asian Drama）の中で、先進諸国と南アジアにおける人口政策の相違を次のように述べている。南アジアで人口政策を実施すべきだという主たる論拠は、経済発展および生活水準の上昇等経済的な要因から発せられたものであり、政策の焦点は人口の規模にかかってくる。その主要な要請は出生率低下に主軸を置いた人口増加抑制であるが、公的なモラルと個人的なモラルとが調和し、出産調節が広く行われている大半の西欧先進諸国と比較し、南アジアにおける出産調節は自発的にも、また必要とされる速度では広まっではないのが現状である（Myrdal, vol. II, 1968, pp. 1498-1500）。『アジアのドラマ』から40年余り、開発途上国における人口過程の進行には地域差が生じてきている。NIEs 諸国における人口転換過程は最終段階となり、死亡率と出生率は低水準で均衡し、低い人口増加率が達成されている。さらに

少子化が進行し、人口減少の局面に入る第2の人口転換期を迎えつつある諸国もある。このような人口過程の進行に関して、ミュルダールは南アジア諸国の事例ではあるが、開発途上地域には潜在的に非常に有利な、初発条件における2つの重要な差異があることを指摘している。第1は公共政策措置によって人口制限を意図的にに行えること、第2は避妊の技術的手段に頼れることであり、南アジア諸国において開始された公的なキャンペーンは、当初から西欧諸国よりもはるかに大幅に、技術的な避妊の利用を可能としている(Myrdal, vol. II, 1968, pp. 1522-1523)。

このようにミュルダールの指摘する南アジアに見られるような途上地域の人口政策は、人口政策の中でも出生抑制に中心を置いている。こうした政策が議論されるようになったのは、1950年代以降、開発途上国において人口の急増が、社会経済発展に深刻な影響を与えてきているという認識がでてきてからのことである。『アジアのドラマ』が上梓された1960年代末の南アジア諸国では、個人レベルにおける出産調節の必要性は強く認識されていなかった。したがって策定された政策の多くは、国家の社会・経済発展というマクロ的な要請から履行されたものが主流であり、貧困の悪循環を断ち切るための「発展が最良の人口抑制政策」という論議の延長線上として考えられていた。開発途上国における社会・経済的、あるいは出生決定をめぐる文化的設定の中では、子供の需要を変容させるのは難しい状況にあった。したがって、出生率低下を促進するための第1の課題は、直接出生率をコントロールするものではないが、自然出生率、子供の生存確率を上昇させることにより、供給サイドに働きかけ、需要と供給の差を大きくすることである。この超過供給に対して出生抑制の動機形成が行なわれることを人口転換過程に関連させて言えば、第2の局面への移行すなわち死亡率低下とくに乳幼児死亡率低下を促進することにより、家族計画への動機が形成されることを意味している。ついで第2の課題は、第3の局面への移行すなわち出生率低下にあたって、需要サイドのニーズをどのように変容させるかである。この局面では、ミュルダールが指摘した公共政策の機能が大きかったといえよう。

開発途上国における家族計画政策の実施段階において政府の果たす役割が大きいことは自明のことであるが、同時に各国における人口政策策定の過程とその変遷は、国際社会における人口政策の動向と無縁ではありえない。本論文においてはこれら国際社会と各国の人口政策の相互関係について考察するとともに、インドにおける人口政策の現状について論述するものである。

2. 世界人口会議における人口政策の転換点

1990年までの国際社会における人口政策の動向についてはすでに「インドにおける人口政策」(西川, 1991, pp. 156-169)において論じた通りである。拙論において述べたように、人口に關する基礎統計資料の不足が指摘され、人口実態調査が活発化したのは1950年代のことである。

1950年代には、人口推計に関しては国連人口部、家族計画運動の推進に関しては国際家族計画連盟（IPPF: International Planned Parenthood Federation）、国際社会における人口に関する情報提供および情報交換に関してはポピュレーション・カウンシル（Population Council）が創設されており、人口に関するアプローチが国際的に、また多面的に行われた時期でもある（Bongaarts, 1994, p. 4）。1960年代には世界人口の大半を占める開発途上国における人口の急増がデータにより検証され、人口増加の社会・経済的影響が論議されるようになった。この時期における開発途上地域の主たる問題は、増加人口が経済成長を相殺してしまうため、1人当たりの所得の停滞という事態をもたらし、生活水準の向上が阻まれるという貧困の悪循環であった。このような開発途上地域の社会・経済発展に関連して1961年の国連総会において、1960年代を「国連開発の10年」とする決議が出され、国際社会における人口問題への取り組みが開始された。1962年の国連総会では、福祉のみならず経済・社会発展の立場からも人口増加に注目する必要性が論じられた。次いで、1966年国連総会においては、国連が人口分野における開発途上国への支援を行うことが決議され、これを受けて1967年に人口活動基金（UNFPA: United Nations Fund for Population Activities）が設立された。このことは、人口問題解決の必要性が、国際社会の共通課題として認知されたことを示しており、人口問題における関心の深まりは、各国における人口政策にも影響を与えてきた。

1970年代に入ると国際社会における人口問題への取り組みはさらに高まってきた。1970年の国連総会において1974年が世界人口年に指定され、1974年にはブカレストにおいて世界人口会議が開催された。人口に関する国際会議はブカレストに先立ち1954年および1965年に2回開催されていた。前2回の会議が人口関連分野の専門家によって構成されていたのに対し、ブカレストにおいては政策担当者がこれに加わっており、会議は人口政策を討議するための政府間会議の性格を持つものであった。会議においては人口増加の加速化を緩和する方法として、経済開発政策と人口政策の関連について議論がなされ、世界人口行動計画が採択された。しかしながら、人口増加抑制に対する各国政府の見解は多様であり、人口と社会・経済変数間の関連性の複雑さが露呈された。

続く1984年メキシコシティで開催された世界人口会議では、この計画策定後10年間の実施状況をレビューし、人口政策実施のための勧告が行われた。メキシコ宣言においては「人口増加率が自らの国家の開発計画を阻害すると考える国は適当な人口政策及びプログラムを採用すべきである…時宜を得た行動により人口過剰、失業、食糧不足、更には環境破壊等の諸問題の顕著化を防ぐことができよう」（外務省、1985）に示されるように、開発における人口要因の重要性が明示されている。また、人口と開発政策は個人、家族、さらにはコミュニティのニーズに応える上で、相互に補強し合うものであり、人口政策履行に関する国際援助の重要性も言及されている

(外務省, 1985)。さらに同宣言においては人口に関する援助を含めた国際協力についても明示されており、人口問題の重要性が国際社会において共有された会議がメキシコ会議であったといえよう。

死亡率が持続的に低下していく中で、人口の量的コントロールについての主要な関心は出生力の調整に向けられた。出生力に関しては家族計画プログラムへのアクセスに関する政府の政策的関心は高まっているが、同時にプログラム実施における個人の選択にも関心が向けられるようになってきている。『世界人口白書 1994』は、「選択と責任 (Choices and Responsibilities)」をテーマとしている。白書に示されている選択とは、女性が妊娠・出産を自由にコントロールできること、すなわち「妊娠・出産について選択できることは、女性の健康を向上させ、教育・結婚・就業・居住・移動に関する選択の幅を広げる」ことを意味しており、「個人の発展のためのこれらの選択は、社会全体の発展にもつながる」としている (国連人口基金, 1994, p.1)。白書は「女性のエンパワーメントと持続可能な開発」、「家族計画 — 公共政策と個人のニーズ」、「リプロダクティブヘルスに関する課題」、「選択と責任 — 教訓」、「世界の責任と選択」の各章により構成されている。この白書に示された構成は、女性の地位と能力の強化、性と生殖にかかわる健康、持続的な発展に関する問題を取り上げたものであり、1994年9月、エジプト・カイロにおいて開催された世界人口開発会議で取り上げられた主要テーマと関連性を持つものであった。カイロにおける討議は、人口増加の抑制は一国の経済発展というマクロのレベルで必要とされているが、人口を抑制する主体は、個々の夫婦の単位というミクロのレベルで行われるという2つのレベルの統合の難しさを示しているものといえよう。会議においては、『世界人口白書 1994』においても論じられている「性と生殖に関する健康」(Reproductive Health)あるいは「性と生殖に関する権利」(Reproductive Rights)に関する議論がなされた。この性と生殖に関する健康とは、人間の生殖に関するシステム全体にかかわるものであり、医学的な面のみならず、文化的、法律的、社会的、心理的な側面も含めた概念である。これは生殖にかかわる「産む」権利、その時期の決定、子供数の決定、さらに「産まない」権利等、また、これらをサポートする社会的、あるいは医学的環境の整備とサービス提供まで含む広範な概念として示されている。人口に関しては「再生産」(Reproduction)への言及がされたことは、ミクロのレベル、すなわち、出生行動の主体である夫婦、それも女性の地位にかかわるアプローチの重要性が再認識されたためであるといえよう。1994年カイロ会議においてはリプロダクティブヘルスおよびライツが強調されているが、これはミュルダールが指摘した開発途上国における出生抑制政策実施における優位性が変容しつつあることを意味している。この点に関し、リプロダクティブヘルス/ライツ登場の第1の変化は、個人とりわけ女性の妊娠・出産の決定権が強調されたことで、ブカレストおよびメキシコシティにおける人口会議において強調されたマクロ=国家的視点が大幅に後退し、

政府による人口増加抑制を求める人口政策的アプローチがほとんど姿を消したことが指摘されている。さらにこの背景として国家的家族計画プログラムが効率性を追求するあまり、女性の人権を無視して行われるなど、プログラムの行き過ぎが起こる場合があり、これに対する女性団体の批判に発している面があることが言及されている（阿藤，2000，p.67）。このような指摘は人口のコントロールが社会全体の発展に不可欠であるが、その実践主体はミクロレベルの個人であり、ミクロレベルの最適効用と社会的要請の一致が難しいことを示している。

1974年ブカレスト会議以降、世界人口会議の経過は国際社会における人口問題対応の中心的役割を担ってきたわけであるが、この間の各国における人口増加に対する政府見解はどのように変遷したのであろうか。表1は1976年から2005年に至る人口増加に関する各国政府の見解および人口政策実施の有無について示したものである。人口増加に関して高水準であるとの見解は1970年代および1980年代に急速に増加した後、1996年をピークとして低下し始めている。このことは先に示した開発途上地域における人口増加率が逡減傾向にあることを反映したものと考えられる。一方、人口増加率を低水準とする政府は先進地域において増加しており、少子化が懸念されていることが窺える。人口規模を適切とする政府見解は先進地域で減少する一方で、開発途上地域では適切とする見解は増加している。このことは人口問題の主流がブカレスト以降の世界人口会議の主要関心事であった途上地域における人口増加と開発の問題から、2000年代において先進地域における少子高齢化へと変容しつつあることを示している。

表1 人口増加に対する各国政府の見解およびアクション

地域/年次	人口増加に対する政府見解(国数)			人口増加に対する政府のアクション(国数)				各人口政策実施の比率(%)		
	低水準	適切	高水準	人口増加政策	維持政策	人口抑制政策	不干涉	増加政策	抑制政策	不干涉
全世界										
1976年	34	67	49	28	0	39	83	18.7	26.0	55.3
1986年	26	73	65	26	12	53	73	15.9	32.3	44.5
1996年	31	83	79	25	16	71	81	13.0	36.8	42.0
2005年	37	81	76	29	32	70	63	14.9	36.1	32.5
先進地域										
1976年	11	32	1	8	0	0	26	18.2	0.0	59.1
1986年	6	28	0	8	8	0	18	23.5	0.0	52.9
1996年	13	34	1	11	6	1	30	22.9	2.1	62.5
2005年	21	27	0	17	8	0	23	35.4	0.0	47.9
開発途上地域										
1976年	23	43	48	20	0	39	57	17.5	34.2	50.0
1986年	20	45	65	18	4	53	55	13.8	40.8	42.3
1996年	18	49	78	14	10	70	51	9.7	48.3	35.2
2005年	16	54	76	12	24	70	40	8.2	47.9	27.4

資料：United Nations, *World Population Policies 2005, 2006*.

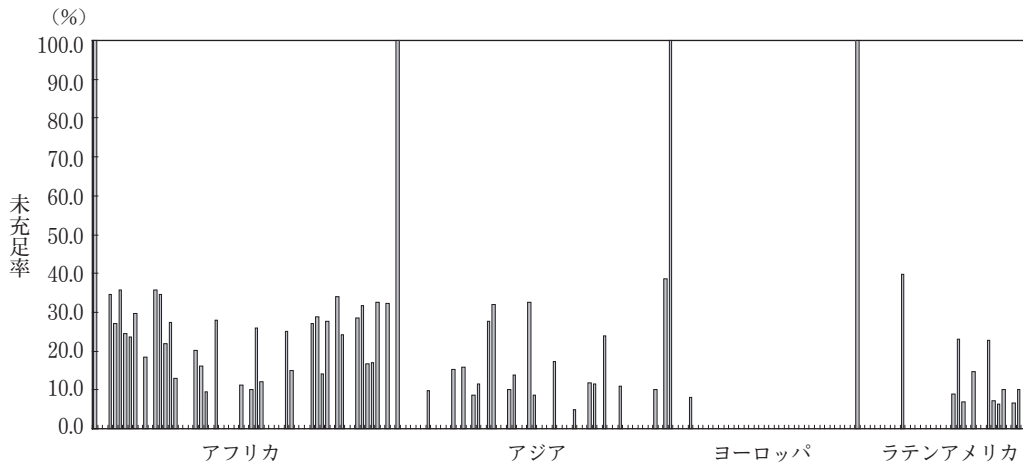
このような人口増加に対する政府見解に対して、政府の政策施行の間には差があるが、不干涉比率は減少しており、人口政策実施についての難しさはあるものの、人口動向に対する政府の関心は高まってきているといえよう。特に先進諸国においては政府が関与しない比率が高かったが、2005年における人口増加維持政策を実施する政府が増加しつつあることは、少子高齢化問題が深刻化していることを推測させる。一方、途上地域においては抑制政策あるいは維持政策の比率が依然として高く、同地域における人口問題は依然として人口増加率が高いことに起因することが示されている。

開発途上地域における人口抑制についてはその手段として、各国政府は出生力水準修正への関心を高めている。表2にあるように開発途上地域において出生力低下に関する政策を導入している政府比率は増加傾向にあったが、2005年には低下し、維持あるいは増加政策へ転じている。しかしながらこれら諸国において出生率に関して産児調節手段の利用および入手に関して直接的支援を与えている政府の比率は増加しており、出生力水準に関する見解にかかわらず人口調整に対する政府の積極的姿勢がうかがわれる。開発途上地域においては出生力に関する政府の関心の高さや出生力抑制政策に対する継続的努力が出生力低下への貢献につながっている。出生力調整を目的とした政府の介入は、1960年代および1970年代において人口政策導入に課題を残していた諸国、たとえばカソリック人口比率が高く、人口抑制政策の導入に問題を残していたラテンアメリカ諸国においても家族計画プログラムは推進されており、人口問題の深刻さが政府介入を容

表2 出生力に対する各国政府の見解およびアクション

地域/年次	出生力に対する政府見解(国数)			出生力水準に関する政策				出生抑制手段提供に関する政策				
	低水準	適切	高水準	増加政策	維持政策	出生抑制政策	不干涉	手段を規制	支援なし	間接支援	直接支援	直接支援比率(%)
全世界												
1976年	16	79	55	13	19	40	78	10	28	17	95	63.3
1986年	22	75	67	19	16	54	75	7	18	22	117	71.3
1996年	28	78	87	27	19	82	65	2	26	18	143	75.7
2005年	46	69	79	38	21	78	47	1	15	35	143	73.7
先進地域												
1976年	7	27	0	7	7	0	20	3	4	6	21	61.8
1986年	9	25	0	8	6	0	20	3	4	8	19	55.9
1996年	19	28	1	16	4	1	17	1	12	7	28	58.3
2005年	31	17	0	24	8	0	16	1	9	20	18	37.5
開発途上地域												
1976年	9	52	55	6	12	40	58	7	24	11	74	63.8
1986年	13	50	67	11	10	54	55	4	14	14	98	75.4
1996年	9	50	86	11	15	81	38	1	14	11	115	81.6
2005年	15	52	79	14	23	78	31	0	6	15	125	85.6

資料：United Nations, *World Population Policies 2005, 2006*.



資料：United Nations, *World Contraceptive Use 2005, 2006*.

図1 世界各国におけるアンメット・ニードの比率

認してきているといえよう。

国連による2005年産児調節実施に関する報告書によれば、1995年から2005年の10年間にデータが得られる60カ国に関して、家族計画を実施している比率はルワンダを除くすべての国において上昇している。図1はこれらの諸国における家族計画の受け入れの希望が未充足（アンメット・ニード）である比率を示したものである。ここでいう家族計画とは避妊方法あるいは出生間隔調整に関する方法の受容である。リプロダクティブヘルス/ライツの重要性が強調される中で、人口安定化論議が低調となったという指摘がある（河野，2001，pp. 228-229）。しかしながら、図1に示されるようなアンメット・ニードがアフリカ諸国において多くみられるということは、1990年代に途上国における家族計画に対する意識が浸透し、受容に関する個人のモチベーションが形成され、人口増加率の低下が進んでいることの影響が大きいと考えられる。

3. インドにおける人口政策と国際社会における動向との対比

国際社会において人口問題が論じられ始めた当初、政策として人口に関心を向けていたのは主にアジア諸国政府であった。インドは開発途上国中最も早期である1951年に人口政策を導入した。インドにおける人口政策の優先度は高く、開発政策の中に位置づけられてきている。1990年代までの人口政策の変遷はすでに拙論文（西川，1991）において論述したが、人口政策導入以降の最も大きな転換点は1975年「非常事態宣言」時にあり、この間に家族計画に対する強力な政策的支援が行われた。人口増加を急速に鈍化させるため、家族計画プログラム履行上の中心は不妊手術の受容者を増加させることにおかれていた。インド保健家族福祉省による各年次の家族

福祉プログラム報告書を見ると、不妊手術件数がピークとなるのは1976-77年であり、826万件の不妊手術が行われている。この受容者数は非常事態前3年間の年平均手術件数222万件の4倍近い件数となっている。不妊手術を中心とした家族計画政策に対する批判は大きく、政権交代後3年間の年平均手術件数は非常事態以前の水準を下回る140万件に後退した。非常事態期間における家族計画プログラムの実施方法に対する反省はその後の政策に影響を与えている。政策の中心は出生抑制のモチベーションを形成させる方向へと転換されており、その一つは乳児死亡率を低下させ、子どもの生存確率を上昇させるような医療システムの整備に向けられた。産前産後の女性のケアにも関心が向けられ、母子保健が家族計画の中に位置づけられた。さらに、出生抑制の必要性および家族計画プログラムを適正に受容できるような知識を持つことの必要性に関心が向けられ、女性に対する教育・啓蒙活動が重視されるようになってきた(西川, 1991, p. 161)。

非常事態宣言終了後、家族計画プログラムは家族福祉プログラムに名称が変更され、家族計画受容に際しては個人の意思尊重が第一義とされた。この方針はこれ以降の5ヵ年計画においても基本路線として継承されている。第8次5ヵ年計画(1992-97年)では、家族計画の受容は自発的意思によるものであることが冒頭に記されており、政府の主要な役割は小家族規範を受け入れるための環境形成としている(<http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fivyr/8th>)。非常事態宣言時における政策批判が家族計画受容者の側に立った政策への転換を促したことは、次に記すカイロ会議以降の人口政策におけるマイクロアプローチが主流となった家族計画プログラム受け入れの素地形成に貢献してきたといえよう。

1990年代における国際社会の人口政策動向は、先述したようにカイロ会議での討議を受け、女性のリプロダクティブヘルス/ライツを優先する人口政策が基調となっているが、このような潮流はインドにどのような影響を与えているのであろうか。会議後の1996年、家族福祉プログラムはさらに「性と生殖および乳幼児保健プログラム」(The Reproductive and Child Health Programme)に改名され、女性のリプロダクティブヘルスと子どもの医療保健ニーズに応えることがその使命とされている(International Institute for Population Sciences, 2000, p. 127)。インドにおける人口政策は5ヵ年計画の中に明示されてきたが、2000年以降の人口政策指針は家族保健省から提案され、2000年に議会において承認された「国家人口政策2000」(NPP 2000: National Population Policy 2000)に基づいている。NPP 2000の基本方針は、生活の質的向上を目的とした社会経済発展とされている。短期的目標は産児調節および保健・医療に関するアンメット・ニードの充足を図ることにおかれている。この実践のための戦略は以下の12項目にまとめられている。

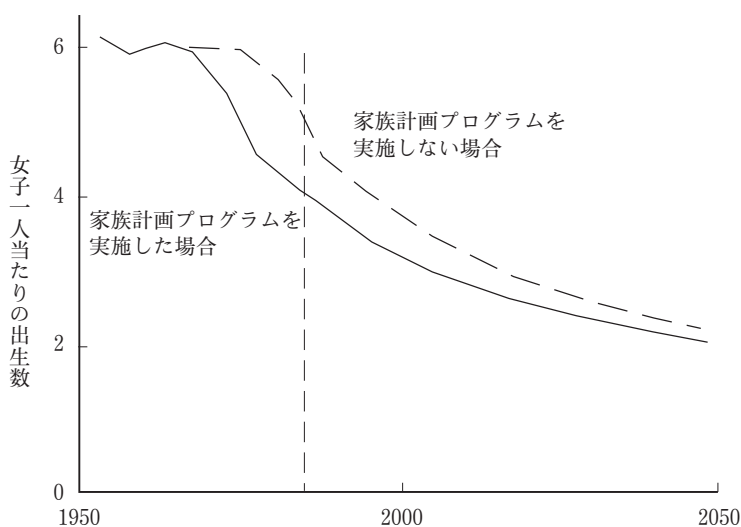
- (1) プログラム履行に関する地方分権化
- (2) 村落レベルのサービス提供

- (3) 健康および栄養水準を上昇されるための女性のエンパワーメント
- (4) 乳幼児の健康と生存
- (5) 家族計画サービスのアンメット・ニードの充足
- (6) 都市スラム人口，部族，思春期の人口を対象としたサービスおよび出産計画への男性参加
- (7) 医療スタッフの多様化
- (8) NGO および民間団体の参加と協力
- (9) 伝統的インド薬学・治療法の活用
- (10) リプロダクティブヘルスおよび子どもの保健に関する技術開発研究
- (11) 高齢者対策
- (12) 情報，教育，通信（IEC）の徹底 (<http://populationcommission.nic.in/npp-start.htm>)

上記 12 項目は家族計画および保健医療サービスに関してすべての国民が享受できることを基本としており，従来の目標を設定し，それに対するターゲットアプローチを展開する形の家族計画政策から転換しているように思われる。その意味においてリプロダクティブヘルス/ライツに力点がおかれた 1994 カイロ会議の決議を踏襲したものと考えられる。

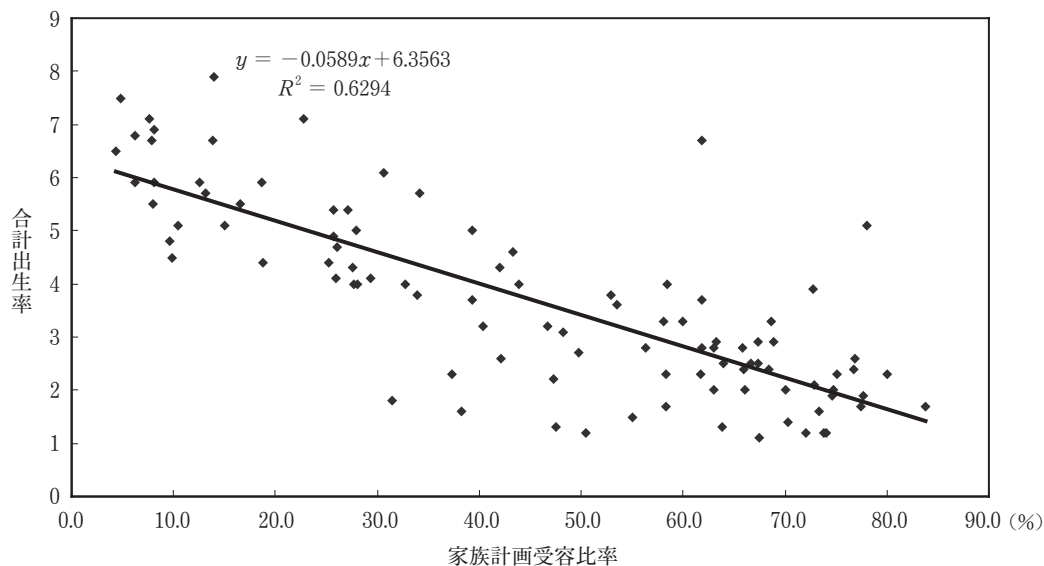
4. 家族計画プログラムの効果と今後の課題

開発途上地域において人口政策を実施している諸国の比率は 1990 年代まで上昇傾向にあり，途上地域のおよそ半数に近い 48%が人口抑制政策を採用している。この背景として出生力抑制



出所：Bongaarts, Mauldin & Phillips, 1990, p. 304.

図 2 開発途上地域における出生率予測



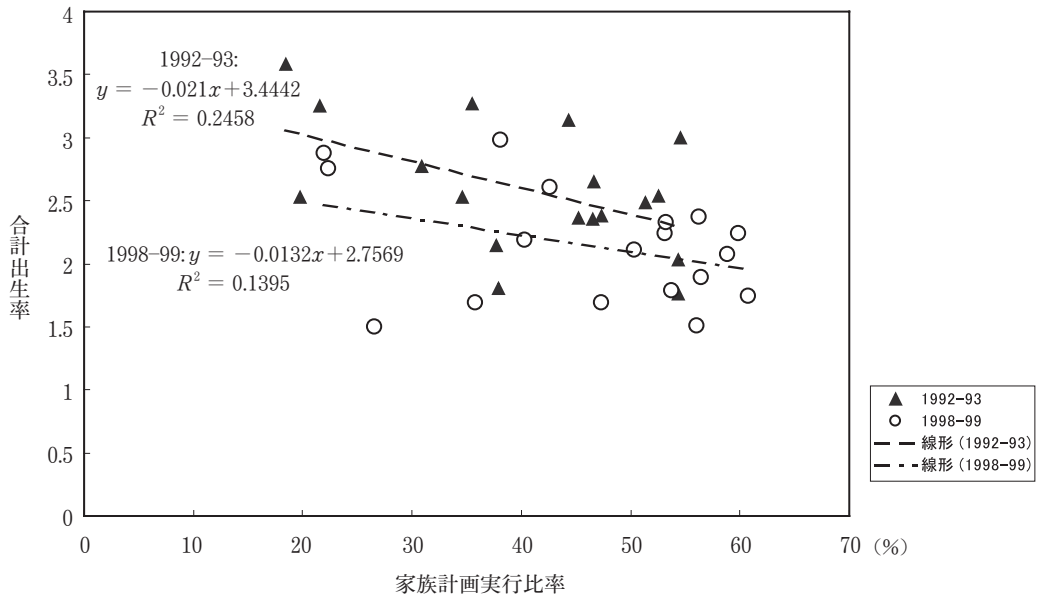
出所：United Nations, *The World's Women 2005: Progress in Statistics* (<http://unstats.un.org/unsd/Demographic/products/indwfm/>)

図3 合計出生率と家族計画受容比率

に関する政策効果が認められてきていることが挙げられる。図2は開発途上国における家族計画プログラム実施の有無による出生力推計である (Bongaarts, Mauldin & Phillips, 1990, p. 304)。国連推計によれば1950年代および1960年代において出生率はほぼ横ばいのまま推移し、それ以降1985年にかけて急速に低下している。国連推計では1970-75年から1980-85年において出生力は5.4から4.2へと低下しているが、家族計画プログラムが実施されていなければ、点線が示すように、出生力低下開始時期は遅れ、低下速度は鈍化することが推計されている。

家族計画実施による人口増加抑制効果について、2000-2005年近傍の95の開発途上国における家族計画受容比率 (CPR) と同期間における合計出生力 (TFR) の関係は、図3のように示される。両変数間には負の相関 (-0.79) があり、家族計画受容比率が高い場合、出生力が低いという結果が得られている。

インドにおける状況はどうであろうか。図4は1990年代に実施された2度の家族・保健調査 (NFHS: National Family Health Survey) による21州の出生率と家族計画受容比率の関係を示したものである。家族計画受容と出生率間には弱い負の相関がある。図は1990年代に各州において出生力が低下していることを示しており、2時点間における回帰直線は下方へシフトしている。しかしながら、家族計画受容と出生率間の相関係数は低下している。1998-99年調査におけるアンメット・ニードの比率はインド全体で15.8%であり、主要州ではウッタル・プラデーシュ州がもっとも高く25.1%、もっとも低いのはパンジャブ州の7.3%である。合計出生率とアン



資料：International Institute for Population Sciences, *National Family Health Survey 1998-99*, 2000.
International Institute for Population Sciences, *National Family Health Survey 1992-93*, 1995.

図4 合計出生率と家族計画実行比率の関係

メット・ニード間の相関係数は0.487であり、正の相関関係にある。したがって、NPP 2000の指針にあるように、アンメット・ニードが充足されることにより、さらに出生率が低下する可能性があると考えられる。

カイロ会議で示された人口政策におけるリプロダクティブヘルス/ライツを重視する考え方は出生抑制政策の履行を遅らせているという議論もあったが、インドに関する限りは、50年以上の人口政策に対する継続的努力が出生力低下のモチベーション形成に貢献していると考えられる。現在家族計画を受け入れていない女性のうち、12ヶ月以内にあるいは将来利用しようと考えている女性の比率は60%に近く、前回1992-93年調査のおよそ2倍となっている (International Institute for population Sciences, 2000, p. 158)。さらに、地域格差はあるもののより豊かな生活への希求あるいは子どもの教育水準を高めようとする考え方が、出生抑制としての家族計画を受容する方向へと動き始めている。ただし、家族計画の方法の大半は女性不妊手術によるものであり、受容した手段の70%を超える比率である (International Institute for Population Sciences, 2000, pp. 138-142)。リプロダクティブヘルス/ライツの重視からみると、このようなより女性への負担が大きい手段に関しても再検討されるべきであろう。

参考文献

- Berelson, Bernard, 1971, "National Family Planning Programs: Where We Stand", S. J. Behrman and others ed., 1994, *Fertility and Family Planning: A World View*, The Univ. of Michigan Press, Ann Arbor, pp. 341-387.
- Bongaarts, John, 1994, *Population Policy Options in the Developing World*, The Population Council Working Papers No. 59.
- Bongaarts, John, W. Parker Mauldin, and James F. Phillips, 1990, "The Demographic Impact of Family Planning Programs", *Studies in Family Planning*, Vol. 21, No. 6, pp. 299-310.
- Bulatao, Rodolfo A, 1984, *Reducing Fertility in Developing Countries: A Review of Determinants and Policy Levers*, World Bank Staff Working Papers No. 680, Washington D. C.
- Bulatao, Rodolfo A. and Ronald D. Lee, 1983, *Determinants of Fertility in Developing Countries, Fertility Regulation and Institutional Influences*, Academic Press, New York.
- Eldridge, Hope, 1968, "Population Policies", *International Encyclopedia of the Social Science*, Vol. 12. Gov. of India, *The Five Year Plan*, (the first to 10th Plan.) (<http://planningcommission.nic.in/data/dataf.htm>)
- , *Family Welfare Programme in India*, Year book, various issues.
- International Institute for Population Sciences, 1995, *National Family Health Survey 1992-93*.
- , 2000, *National Family Health Survey 1998-99*.
- Mauldin W. Parker & John A. Ross, 1991, "Family Planning Programs: Efforts and Results, 1982-89", *Studies in Family Planning*, Vol. 22, No. 6, pp. 350-367.
- Myrdal, Gunnar, 1968, *Asian Drama*, Vol. I-III, The Twentieth Century Fund, New York.
- United Nations, 2006, *World Population Policies 2005*.
- UNFPA, *Programme of Action of the ICPD* (http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm)
- 阿藤誠, 2000『現代人口学』日本評論社。
- 外務省, 1985『わが外交の近況』(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/bluebook/1985>)
- 河野稠果, 2001『世界の人口 (第2版)』東大出版会。
- 国連人口基金, 1994『世界人口白書 1994』。
- 西川由比子, 1991「インドにおける人口政策 — 実効性と課題」『研究報告』第38集, pp. 155-166。

《Summary》

Trend of World Population Conference
and Indian Population Policy in 1990s

By Yuiko NISHIKAWA

Population policy in developing countries was settled on under the influence of the international conferences of population and development (ICPD) which was held every 10 years since 1954. ICPD at Bucharest in 1974 was the first epoch in promotion of population policies in the developing countries. It was the worldwide conference to be argued with government representatives about interrelationship between population and economic development. Its programme of action was built on the considerable international consensus and was taken in national population policies and programmes in most of developing countries.

The next epoch of ICPD was the 1994 conference held in Cairo, that was explicitly given a broader mandate on development issues than the previous population conferences. In order to integrate the population concerns into development policies, programmes were based on meeting people's needs rather than demographic targets. There were some differences in attitude among the foreign people and their leaders in regard to the concept of reproductive health and rights.

The concept of the above ICPD influenced to the population programmes in developing countries including India. India was the first country in the world to launch a national population programme, emphasizing the family planning to decrease the population growth rate consistent with the requirement of national economy. In India, the first turning point of promoting population programme was made during the emergency period in the middle of 1970s. In that period, sterilization was main family planning method to reduce fertility rate. In general, the population policy affirms the commitment of government towards voluntary choice to meet the reproductive and child health needs. The orientation programme was reinforced since ICPD in Cairo.

India is now in the second phase and moves towards the third phase of demographic transition. The change in the population growth rates is relatively slow, but steady and continues. The Dept. of Family Welfare drew up the National Population Policy in 2000, and it provides a reliable and relevant policy framework to improve the quality and coverage of family welfare programme. However, the using contraceptives is still useful to female sterilization. The family planning programme should be reconsidered by viewing the women's reproductive health and rights.