

人口問題に関する総論と課題（前編）

—総論、出生率とリプロダクティブ・ヘルス／ライツ、死亡率とHIV／エイズ—

平成13年3月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研

J R

00-73

人口問題に関する総論と課題（前編）

一総論、出生率とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、死亡率とHIV/エイズ一

阿藤 誠

国立社会保障・人口問題研究所所長

佐藤 龍三郎

国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部長

小松 隆一

国立社会保障・人口問題研究所人口動向研究部研究員

平成13年3月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

本報告書は、平成 12 年度国際協力事業団客員研究員に委嘱した研究の成果を取りまとめたものです。

なお、本報告書に示されている様々な見解・提言等は、当事業団の意見を代表するものではないことをお断りします。

目 次

要 約	i
1 . 総論：世界の人口問題の概観（阿藤 誠）	1
1 - 1 はじめに	1
1 - 2 世界の人口動向：南北間のコントラスト	2
1 - 2 - 1 世界人口の動向：世界の人口爆発沈静化の兆し	2
1 - 2 - 2 途上地域の人口動向：サハラ以南のアフリカと南アジアが焦点	3
1 - 2 - 3 先進地域の人口動向：超高齢・人口減少社会の到来	5
1 - 3 人口と持続可能な開発	8
1 - 4 カイロ会議の「行動計画」とその評価	10
1 - 4 - 1 カイロ会議以前	10
1 - 4 - 2 カイロ会議「行動計画」の意義・人口政策のパラダイス転機	10
1 - 4 - 3 カイロ「行動計画」の数値目標と資金調達目標	12
1 - 5 ジェンダ - と人口問題	14
1 - 5 - 1 カイロ行動計画とジェンダ -	14
1 - 5 - 2 女児過剰死亡地域とジェンダ -	14
1 - 5 - 3 ジェンダ - と結婚・出産・避妊	15
1 - 5 - 4 ジェンダ - システムの変革と人口転換	16
参考文献	20
2 . 出生率とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ（佐藤龍三郎）	23
2 - 1 はじめに	23
2 - 2 世界の出生率の動向と要因	23
2 - 2 - 1 出生率の動向	23
2 - 2 - 2 出生率低下の要因	25
2 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念と背景	27
2 - 3 - 1 リプロダクティブ・ヘルスの概念	27
2 - 3 - 2 リプロダクティブ・ライツの概念	29
2 - 3 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの背景	29
2 - 3 - 4 「女性の健康」運動	30
2 - 3 - 5 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの意義と内容	32
2 - 4 家族計画の普及と課題	33
2 - 4 - 1 避妊法とその普及	33
2 - 4 - 2 未充足ニーズとその充足	34

2 - 4 - 3	サービスの質とインフォームド・チョイス-----	34
2 - 4 - 4	家族計画プログラムの役割 -----	35
2 - 5	性と生殖の健康と権利：家族計画以外の主要な個別課題 -----	35
2 - 5 - 1	母性保健 -----	35
2 - 5 - 2	人口妊娠中絶 -----	36
2 - 5 - 3	思春期 -----	36
2 - 5 - 4	性感染症 -----	36
2 - 5 - 5	性差別と性暴力 -----	36
2 - 6	リプロダクティブ・ヘルス/ライツと出生率のゆくえ-----	37
2 - 6 - 1	出生率の将来予測 -----	37
2 - 6 - 2	途上国における出生力転換(置き換え水準実現)の条件-----	37
2 - 6 - 3	リプロダクティブ・ヘルス/ライツと途上国における出生力転換のゆくえ -----	38
参考文献	-----	39
3 .	死亡率と HIV/エイズ (小松 隆一) -----	42
3 - 1	世界の死因 -----	42
3 - 2	人口問題としての HIV/エイズ -----	46
3 - 2 - 1	HIV の性質 -----	46
3 - 2 - 2	死亡パタンの変化 -----	47
3 - 3	世界の HIV/エイズ流行状況 -----	48
3 - 3 - 1	感染者数の世界推計 -----	48
3 - 3 - 2	地域別状況・感染要因 -----	49
3 - 3 - 3	人口への影響 -----	51
3 - 3 - 4	社会的影響 -----	53
3 - 3 - 5	ニーズ -----	53
3 - 4	HIV/エイズ対策 -----	54
3 - 4 - 1	予防 -----	54
3 - 4 - 2	ケア -----	56
3 - 4 - 3	研究 -----	56
3 - 4 - 4	タイの成功例 -----	57
参考文献	-----	59

要 約

1．総論：世界の人口問題の概観（阿藤 誠）

以下は本文の節に対応。

1 - 2 世界の人口動向：南北間のコントラスト

20世紀後半の世界人口は“爆発”的增加を続け、1999年には60億に達した。近年人口爆発沈静化の兆しがみえるものの、国連推計によれば2050年の世界人口は90億前後となる見通しである。世界人口増加の中心は途上地域であり、世界の人口問題のhot spotは、第1にアフリカ、とりわけサハラ以南のアフリカであり、第2に南アジアにある。またアフリカにおけるエイズの蔓延による死亡率の低下停滞（あるいは上昇）や市場経済への移行期にあるロシア・東欧諸国における寿命の悪化は新たな人口問題として注目される。

他方、「多産多死」から「少産少死」への人口転換を終えた先進地域の人口増加率はほぼ0に近く、国連推計によれば、先進地域の人口は全体として2020年代に減少を始めるとみられる。同時に長寿化（中高年死亡率の低下による平均寿命の伸び）と少子化（人口置換水準以下への出生率の低下）が重なることによる人口の超高齢化が進行している。このような状況は「第2の人口転換」ともいわれ、先進諸国は恒常的な移民受け入れ国に転化するとの見方もある。また人口高齢化は先進諸国の“専売特許”ではなく、中国などすでに出生力転換を終えた途上国ですでに高齢化が始まっている。

1 - 3 人口と持続可能な開発

第2次大戦後の途上地域における急速な人口増加は、人口増加と経済開発の関係についての大きな関心を呼び起こした。人口増加を経済発展の阻害要因とみる正統派（orthodoxy）に対して、人口増加率と経済成長率が必ずしも負の関係にはないとみる修正主義派（revisionists）の議論も生じたが、1980年代～1990年代の状況では、低い人口増加率の方が人口開発問題の解決を容易にするとみる主張が強まっている。また1970年代以降、人口と開発の議論に「環境への配慮」が加わってきており、人類の目標はたんなる開発（development）から、資源・環境に配慮した開発、すなわち持続可能な開発（sustainable development）へと変化した。一般的には、人口増加率が低いほど、地球規模的あるいは地域的な資源・環境・開発問題の解決は容易になると理解されている。

1 - 4 カイロ会議の「行動計画」とその評価

1994年にカイロで開催された国際人口開発会議（ICPD）は、新たに20年間の「行動計画」を採択した。この「行動計画」は、男女平等と女性のエンパワーメント（empowerment 能力向上）の重

要性の強調、 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの新概念の導入、 数値目標と資金調達目標の盛り込みの3点において、それまでの人口戦略とは明確に一線を画するものであり、「人権アプローチ」へのパラダイム転換と呼ばれた。また5年後の1999年、「行動計画」をモニターするために行われた国連人口特別総会（カイロ+5）の合意文書では、カイロ会議の数値目標の中間年次における到達目標を定め、新しい指標に基づく目標を若干追加した。

1 - 5 ジェンダーと人口問題

「行動計画」は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの推進に加えて、「ジェンダー間の平等達成が人口開発問題解決の基盤である」という原理を提示し、男女の平等・公平を達成し、女性のエンパワーメントを図ることを重要な目標のひとつに掲げた。

人口転換の2つの構成要素、死亡転換と出生力転換を理解するうえでジェンダー的視点はきわめて有効である。一部の途上地域にみられる“ 女児過剰死亡 ” は女児に対する差別の反映であり、強固な父権の家族構造が背景にあるといわれる。また教育の普及などを通して女性の社会的役割が拡がり、家庭内・社会における地位が強まることで晩婚・晩産・低出生力に寄与し、女性の自立性を高め人生の選択肢を増やすことにつながるといえる。

2 . 出生率とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ（佐藤龍三郎）

先進諸国と一部（主に東アジア、東南アジア）の途上国はすでに出生力転換を終えて、人口置換水準を下回る低出生率となり、人口静止ないし減少の局面を迎えている。他方、多くの途上国はいまだ出生力転換を終えておらず、置換水準を上回る高出生率にあるため、なおも人口増加が続くことになる。21世紀中には、途上地域でもほとんどの国で出生力転換が完了し、これまで増加の一途をたどってきた世界人口の静止がついには実現する可能性も視野に入ってきたといわれる。ただし問題は、いつそれが実現するのか、その実現のためにどのような要因が重要なのか、また どのような政策や取り組みが有効なのか、出生力転換後の出生力はどうなるのか、といった点について、われわれはまだ十分わかっていないことである。

出生力水準の決定要因についての研究の枠組みとしては、近接要因アプローチ、経済合理性アプローチ、文化的価値規範アプローチなどがある。また政策的介入も重要な要因であり、多くの途上国では家族計画プログラムが政府によって推進された。しかし家族計画プログラムのあり方に対する批判や問題提起もなされるようになり、1994年のカイロ会議以後、家族計画プログラムは、より包括的な「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」プログラムの一部として再編成されることになった。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの登場の背景には、フェミニズム運動（とりわけ「女性の健康」運動）人口に健康の視点を結びつける動き、従来の「家族計画プログラム」中心のアプローチを見直す動きなどがあつたとみられる。リプロダクティブ・ヘルス/ライツは妊娠・出産をめぐる健康と自己決定権にとどまらず、人々の生涯にわたる性と生殖に関わる健康と権利を網羅しており、妊娠・出産を含め広く性をめぐる健康と自己決定権（セクシュアル・ヘルス/ライツ）を包含しているともい

える。

「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」アプローチは、ジェンダーをめぐる社会経済的問題を視野に入れており、全人的・包括的アプローチであることから、出生力決定要因の需要側と供給側の両面においてある種の現状打開（ブレークスルー）をもたらすことにより、既存の「家族計画」アプローチを超えて大きな出生力低下をもたらす可能性を秘めているという見方もできよう。

3. 死亡率と HIV/エイズ（小松隆一）

20 世紀には死亡率の低下による寿命の向上が世界のほとんどの地域で起きたが、まだ十分とはいえない地域や国も多い。途上地域の平均寿命を見るとオセアニアやポリネシアなど太平洋の諸国や中央・南アメリカの諸国と東・西アジアでは高く、東南アジアや北アフリカでもやや高いが、中央ならびに東西アフリカ地域では現在でもきわめて低い。とりわけ妊娠、分娩や産褥に関連した疾病による死亡率や周産期疾患そして感染症による粗死亡率がきわめて高い。なかでも新しく台頭してきた HIV/エイズには目を見張らざるをえない。

HIV/エイズはその特徴的な性質のために人口問題としてきわめて重要となっているが、同時に、感染者数の推計や感染の対策を立てることもある程度可能となっている。また、感染の結果が最終的に早期死亡であるため、HIV/エイズを理解することは途上国を中心に各種の政策立案のための基本である人口予測においても欠かせなくなっている。世界規模での感染者数の推定と将来予測は国連合同エイズ計画（UNAIDS）などによって行われているが、現状を理解しニーズを的確に解明するためには質の高いデータの収集と分析が必要である。現実には多くの国のデータは十分でないため、データの収集力と分析力の涵養が世界共通の重要課題である。このような努力と流行についての理解なしでは、例えばアジアやアフリカでの予防の重要性を見過ごすことになりかねない。

HIV/エイズ対策の基本は、予防、ケア、研究の 3 領域に及ぶ。なかでも健康教育、人権への配慮、社会的弱者に対するセイフティネットの整備、女性用コンドームを含む多種類のコンドームの普及、性感染症の治療の徹底や抗ウイルス剤による母子感染の予防などが重要であり、成功例としてタイの事例が挙げられる。医療のみならず、社会・行動領域での研究も重要である。

1 . 総論：世界の人口問題の概観

1 - 1 はじめに

1970年頃までの世界の人口状況は、古典的な人口学のパラダイム(人口転換理論はその中心)で理解できるものであった。先進地域では、19世紀初頭以来の死亡率低下が一段落し、19世紀半ば以降の出生力転換が1930~1950年代に終わった後、ゆるやかな人口増加と高齢化を経験しつつあった。途上地域では、主として第2次大戦後に死亡率が急低下したことにより人口の爆発的増加が起こり、出生力転換がいつ起こるか、あるいはどのようにしてそれを起こせるかが大きな関心事であった。

1970年頃から今日までの世界の人口状況についても、従来の人口学のパラダイムで説明できる部分も少なくない。途上諸国の出生率は、理由はどうであれ、死亡率の低下を後追いする形で低下を始め、人口増加率が低下し始めているが、その多くはなお出生力転換の途上にある。しかし一部の国ではすでに出生力転換が終了し、人口増加率が大きく低下し、高齢化も始まっている。

しかしながら、この時期に従来の人口学のパラダイムでは予想しえなかった新たな人口現象が観察され、あるいは新たな政策パラダイムが登場してきた。第1は、先進諸国における人口置き換え水準以下への長期の出生率の低下であり、これにより先進諸国の人口が、大規模な移民なしには将来的に減少を続ける可能性が大きくなってきた。第2に、先進諸国では、そのような少子化と並んで中高年の死亡率低下による長寿化が続き、これによって人口の急速な高齢化が進み、従来の予想をはるかに超える超高齢社会が到来することが確実視されるようになった。しかも、このような急速な高齢化は、急激な出生力転換を経験した途上諸国が、今後例外なしに直面せざるをえない現象とみられている。

第3に、人口転換における疫学的転換においては、従来型の感染性疾患による死亡が克服された後は慢性疾患による死亡が中心となり、平均寿命は間断なく伸びを続けるものと予想されていた。しかるに、1980年代以降、HIV/エイズのような新たな感染性疾患が登場し、国・地域(特にサハラ以南のアフリカ)によっては、平均寿命が伸びを止める(あるいは平均寿命を縮める)だけの影響力をもち、それが人口増加を弱めるほどの勢いをもつようになった。さらには旧ソ連・東欧圏でも長期にわたって寿命の停滞が続き、経済体制転換後は寿命の縮小が起こっている国すらある。

第4に人口転換理論では、人口転換は経済発展にともなう工業化・都市化とともに進行すると考えられていた。そこでは、経済発展が進み、都市の雇用機会が増えることにより農村から都市への人口移動が起き、これによって都市化(都市人口比率の高まり)が進むとみなされ、都市化は近代化の有力な指標と考えられていた。しかるに多くの途上国で、経済発展による雇用吸収力以上に大都市の人口が膨れ上がる、いわゆる“過剰都市化”という現象がみられることが認識されてきた。

第5に国際人口移動の拡大と多様化がみられる。第2次大戦前までは移民の大きな流れはヨーロッパから「新大陸」への移動であった。1960年代に西欧諸国の労働力不足により、周辺途上諸国からの労働移動が起こった。また「新大陸」への移動は途上国からの流れが中心になっていった。このような途上国から先進国への移動に加えて、途上国間の移動(石油産出国への移動、経済成長の著しい途上国への移動)、体制転換後の旧ソ連・東欧圏から西欧諸国への移動、世界各地の地域紛争にともなう

大量の難民発生が続いている。

第6に、1990年代に、人口増加問題への国際的取り組みにおけるパラダイム転換が起こった。1980年までの経済発展を阻害する人口増加、それを抑えるための家族計画の普及というマルサスの発想に基づく政策理念に対して、女性の人権の一部としてのリプロダクティブ・ライツ、女性の健康の一部としてのリプロダクティブ・ヘルスという理念が登場し、マクロ的視点からの人口抑制という考え方は後退し、家族計画はリプロダクティブ・ヘルスの一部として位置づけられるようになった。

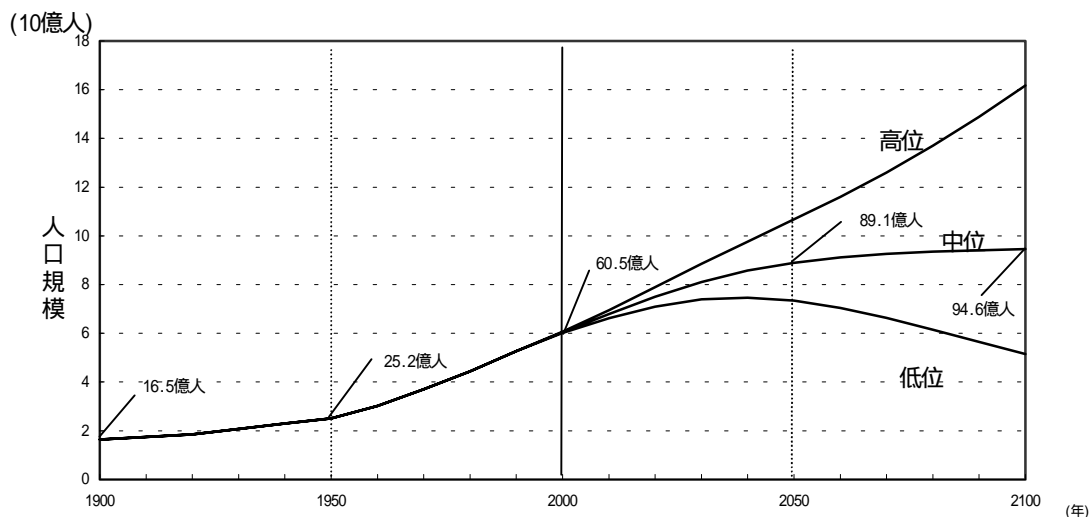
本報告書では、総論において、世界の全般的人口動向、人口と持続可能な開発との関係、カイロ会議以前と以後の人口戦略の変化、リプロダクティブ・ライツ/ヘルスとジェンダー的視点の重要性を論じ、続いて、主として1970年代以降に特に注目を集める前述の人口問題を個別に順次検討したい。

1 - 2 世界の人口動向：南北間のコントラスト

1 - 2 - 1 世界人口の動向：世界の人口爆発沈静化の兆し

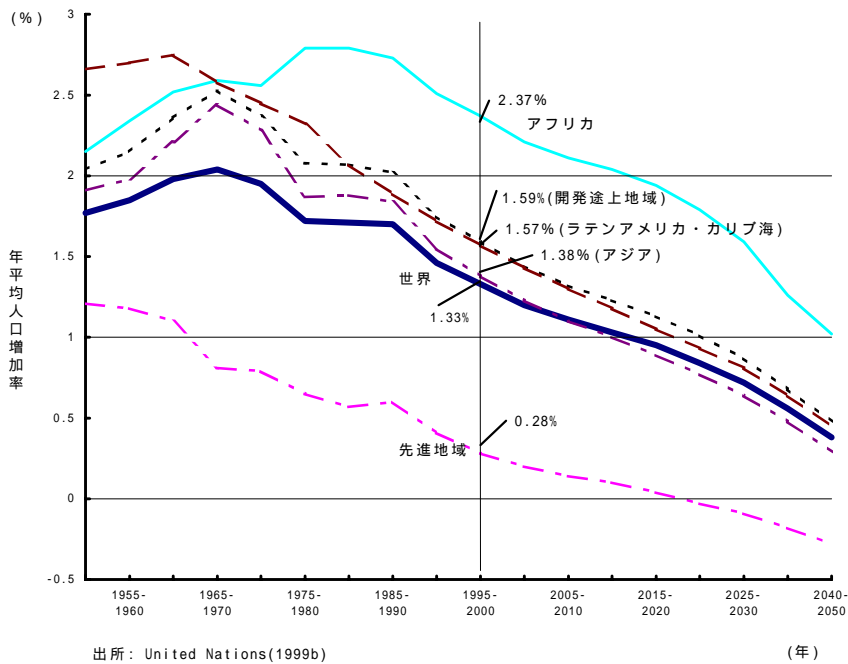
20世紀の世界は一方で科学技術の発展と経済成長の時代として特徴づけられるであろうが、人口の面では爆発的な人口増加の世紀として人類史に記録されるであろう。世界人口は、18世紀半ば頃に先進地域の人口転換の開始を契機として増加率を高め始め、1800年には9億5000万人、1900年には16億5000万人となった。20世紀の前半、世界人口の年平均増加率はおよそ1%に高まり、1950年の人口は25億2000万人となった(図1-1)(United Nations 1999a)

図1-1 世界人口の推移と見通し



20世紀後半の世界人口はまさに“爆発”と呼ぶに値する増加を続けた。年平均人口増加率は1950~1955年に1.76%に跳ね上がり、そのまま上昇を続けて1965~1970年にはおそらく人類史上最大の2.04%に達した(図1-2)。世界人口の増加率は、(世界人口の5分の1を占める中国の人口増加率が低下したことにより)その後低下に転じたが、1987年には50億人を突破、1999年には60億人に達した(United Nations 1999b)。

図 1 - 2 世界の主要地域別年平均人口増加率の推移



1990年代に入って、世界人口の動向に新しい兆候が見え始めた。それは、世界人口の増加率の予想外の低下である（1995～2000年で年率1.33%）。国連の1990年における世界人口の将来推計では、2050年の世界人口は100億人と推計されていた。しかるに、その後2年ごとの改訂で2050年の世界人口見通しは下がり続け、最新の1998年推計では89億人の見通しとなった（2100年の世界人口は94億6000万人の見通し（United Nations 1999c））。このような国連による世界人口推計の下方修正の理由は、出生率の全世界的な低下傾向とサハラ以南のアフリカとロシア・東欧圏における死亡率の低下停滞あるいは上昇である。

世界人口の増加率は顕著な減速傾向を示しているものの、年々ベースとなる人口が大きくなっているため、年間の人口増加規模は1995～2000年で年平均なお7800万人に達し、今後2015年頃まで7000万人台が続くとみられている。

1 - 2 - 2 途上地域の人口動向：サハラ以南のアフリカと南アジアが焦点

18世紀半ば以降の世界人口の増加は先進地域が中心であったが、20世紀半ば以降の世界の人口爆発の中心は途上地域であった。途上地域の人口は、すでに1950～55年に、その年平均増加率が2.04%と先進地域の最高値（約1.5%）を超えていた（図1-2）。しかし、途上地域の人口増加率はその後も加速し、1965～70年に2.53%とピークに達した。1970年代以降、人口増加は減速し、1995～2000年には1.59%となった。戦後、途上地域の人口増加率は先進地域のそれを大きく上回ったため、途上地域の人口が世界人口に占める比率は、1950年の67.8%から2000年の80.4%へと高まった。

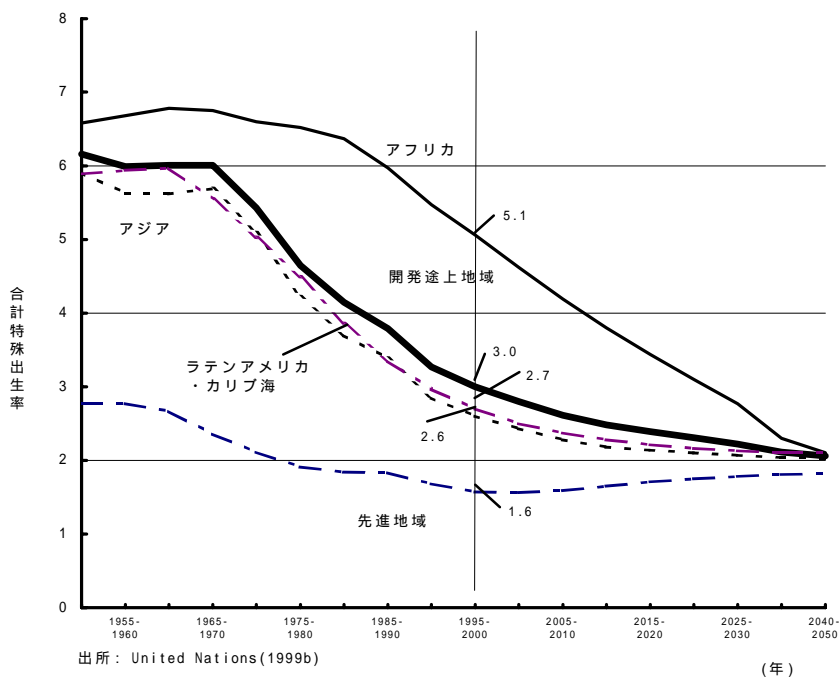
途上地域の年齢別人口構造は、戦後、人口増加率が上昇を続けたため若返りを続け、1965年には

15歳未満人口が41.8%を占めた。その後は人口ピラミッドの「底辺からの高齢化」が始まっているものの、2000年現在、15歳未満人口はなお33.4%を占める。

途上地域の人口増加率の低下は各地域で例外なく起こっている。1950～1960年代に年率2.5%前後の増加を記録したアジア、ラテンアメリカの人口増加率はその後低下を続け、1995～2000年には各々1.38%と1.57%になった。アフリカの人口増加率は1970年代に実に2.79%まで高まったが、その後低下して1995～2000年には2.37%（サハラ以南のアフリカでは2.64%）となった。

世界ならびに途上地域の人口の増加率が予想外に低下した理由のひとつは途上地域の出生率の急激かつ全面的低下である(図1-3)。1950年代、途上地域の出生率(以下、合計特殊出生率(Total Fertility

図1-3 世界の主要地域別合計特殊出生率の推移



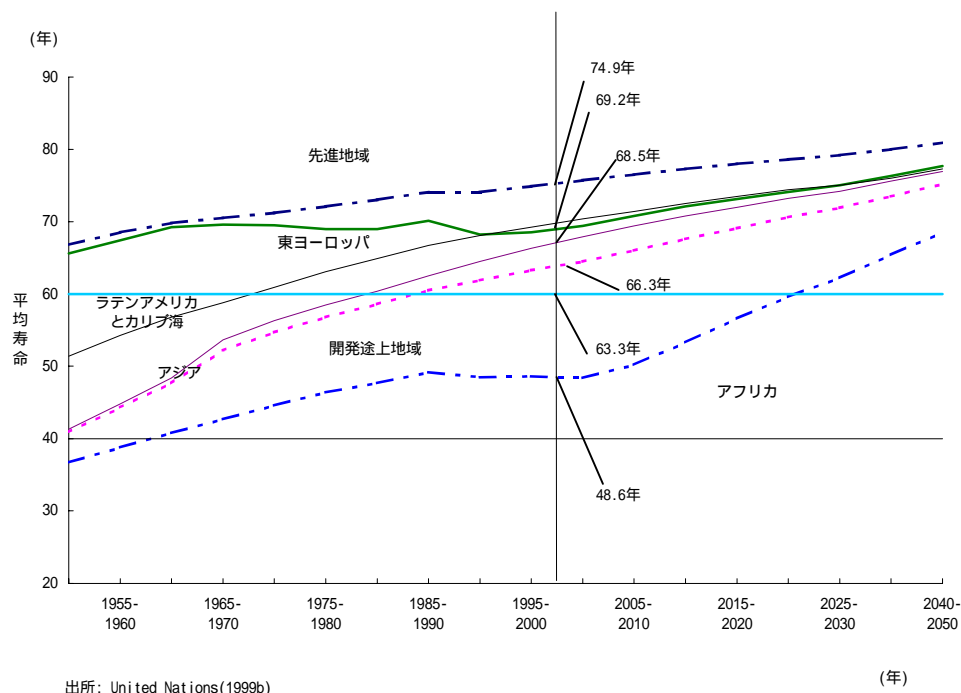
Rate: TFR)の意味で用いる)の地域間の差は小さく、おおむね6～7の水準にあった。しかるにアジア、ラテンアメリカの出生率は70年以降に順調に低下を続け、1995～2000年には各々2.6と2.7となり、全体として出生力転換の最終段階に達したとみられる。ただし、アジア内の地域差は大きく、中国を含む東アジアはすでに出生力転換を終え(TFR=1.8)、東南アジアは最終段階に近づいているのに対し(TFR=2.7)、南アジアと西アジアはなお転換の中間段階にある(TFR=3.4と3.8)。他方、アフリカは全体として出生力転換のなお初期段階にあるが(TFR=5.1)、北・南アフリカはすでに転換の中間段階にあるのに対し、サハラ以南のアフリカの出生率はなお5.5と例外的に高水準にある。このように出生率と人口増加率の高さからみた世界の人口問題のhot spotは、第1にアフリカ、とりわけサハラ以南のアフリカであり、第2に南アジアにある。

世界ならびに途上地域の人口増加率が予想外に低下したもうひとつの理由は、サハラ以南のアフリカにおける死亡率の低下停滞(あるいは上昇)である(図1-4)。その主たる理由はエイズの蔓延で

ある（UNAIDS 1998）。1998 年現在、世界全体の HIV 感染者の総数ならびに新規感染者は各々 3340 万人と 580 万人であったが、サハラ以南のアフリカはそのうち各々 2250 万人と 400 万人を占めた。サハラ以南のアフリカで最もエイズの影響を受けている 29 カ国の平均寿命は 1995～2000 年で男女平均 47 年であるが、これはエイズ禍がなかった場合よりも約 7 年短いと計算されている（United Nations 1999a）。エイズ禍はまた死亡率を通して人口増加率にも大きな影響を与えている。国連は、1994 年推計においてはアフリカの人口は 2050 年に 21 億 8000 万人（世界人口の 21.8%）になるものと推計していたが、1998 年推計では 17 億 7000 万人（同 19.8%）へと大きく下方修正した。これはエイズ禍のアフリカ人口への影響を大幅に見直したためである。

死亡率の低下停滞（または上昇）は、90 年代に入って市場経済への移行期にあるロシア・東欧諸国でも進行している（図 1 - 4）（Bobak 1999；Andreev 1999）。これらの地域では体制転換以前から寿

図 1 - 4 世界の主要地域別平均寿命(男女込み)の推移



命の伸びが停滞気味であったが、体制転換後はむしろ悪化する傾向にある。1995～2000 年の東欧の平均寿命（男女込み）は 68.5 年で、ラテンアメリカの 69.2 年を下回る。これらの地域の寿命の悪化には、経済混乱による生活水準の悪化、保健・医療サービスの質の低下、体制転換にともなう社会混乱によるストレスの増大などが関係していよう。

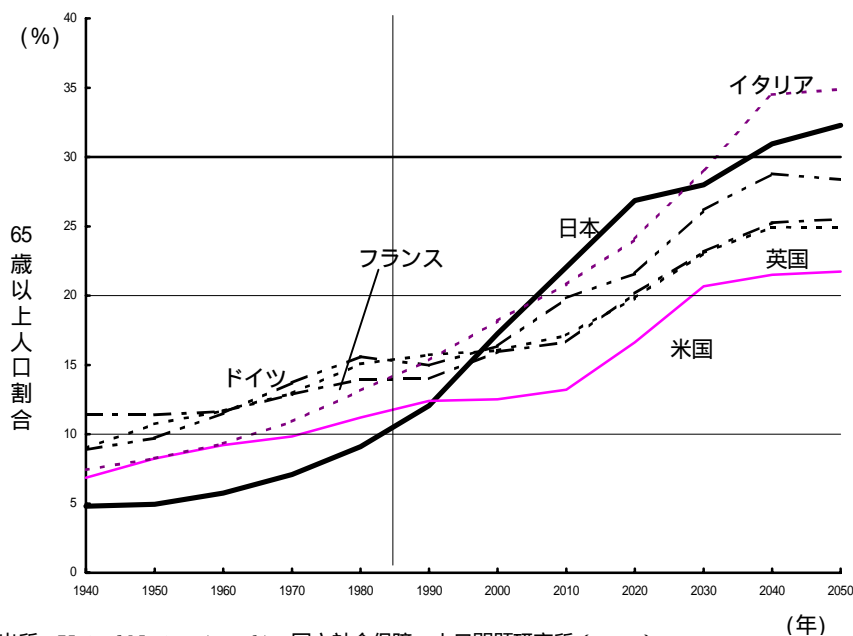
1 - 2 - 3 先進地域の人口動向：超高齢・人口減少社会の到来

先進地域の人口は、おおむね 19 世紀から 1930 年代にかけて「多産多死」から「少産少死」への人口転換を終えた。そのため先進地域の人口増加は減速化に向かったが、同時に人口の高齢化が始まった。第 2 次大戦直後には、先進地域の人口増加率は年率 1% を超えていたが、その後低下を続け 1995

～2000年には0.28%となった。国連の将来推計によれば、先進地域の人口は、全体として2020年代に減少を始めると予想されている（図1-2）(United Nations 1999b)。

一方、年齢構造の方は20世紀初頭から高齢化が進み、1950年には、先進地域全体で、65歳以上人口割合が7.9%となった。65歳以上人口割合はその後長寿化（中高年死亡率の低下による平均寿命の伸び）と少子化（人口置換水準以下への出生率の低下）が重なり上昇を続け、2000年には先進地域全体で14.4%まで上昇した。国連は先進諸国の長寿化、少子化は今後も続くとみており、そのため先進地域の65歳以上人口割合は2025年に20.9%、2050年には25.9%まで上昇すると予想している。21世紀半ばの先進諸国の多くは、程度の違いはあれ、ほぼ“超高齢・人口減少社会”となっていると考えられる（図1-5）。

図1-5 主要国の総人口に占める65歳以上人口割合の推移



出所：United Nations(1999b)、国立社会保障・人口問題研究所（1998）

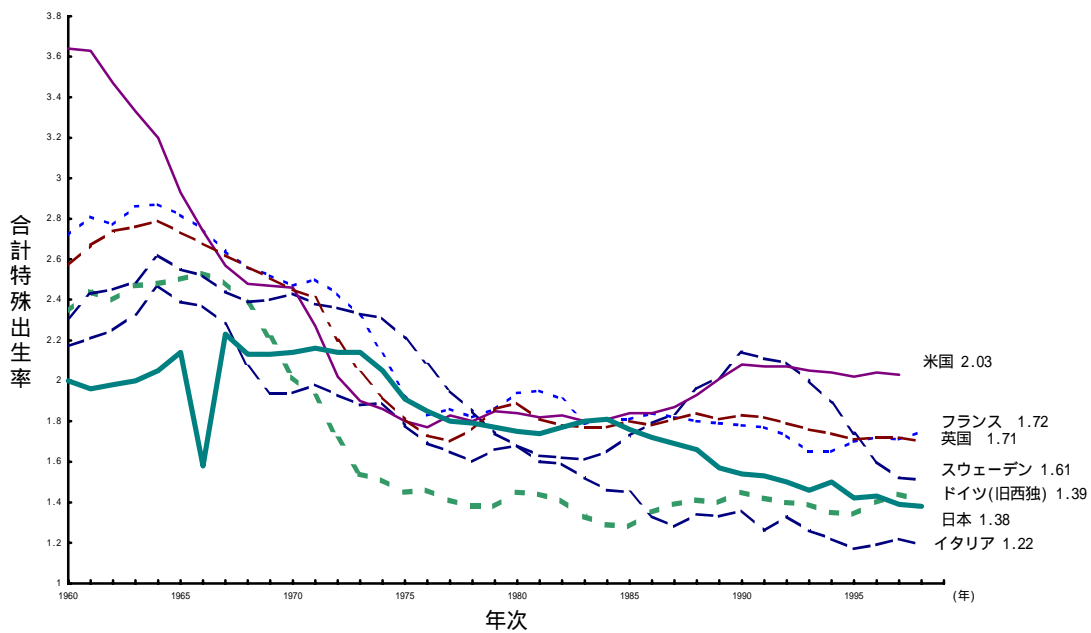
人口高齢化は先進諸国の“専売特許”ではない。すでに出生力転換を終えた途上国では高齢化が始まっており、今後、出生力転換を終える途上国も順次高齢化を経験していく。その際、高齢化のスピードは、その国がどれほど急激に出生力転換を成し遂げたかに左右される。例えば1970年代に急速な出生力転換を経験した中国の65歳以上人口割合は、2000年に6.8%となったが、2025年には13.2%、2050年には22.6%に達するであろう。

21世紀半ばに先進地域が全体として超高齢・人口減少社会に変貌するのは、主として少子化による。先進地域の出生率は、1930年代にいったん人口置換水準に達した後、戦後、予想外に長期のベビーブームがあり（1940年代半～1960年代半）置換水準を大きく上回った（TFR=2.5～3.5）。しかるに1960年代半を境にして出生率は再び低下を始め、70年代には、ほぼすべての先進国で置換水準を下回った。その後すでに四半世紀以上にわたって先進国の出生率は低迷を続けており、特に南欧、ドイツ語圏、

日本などはTFR=1.1~1.4の低さである(図1-6)

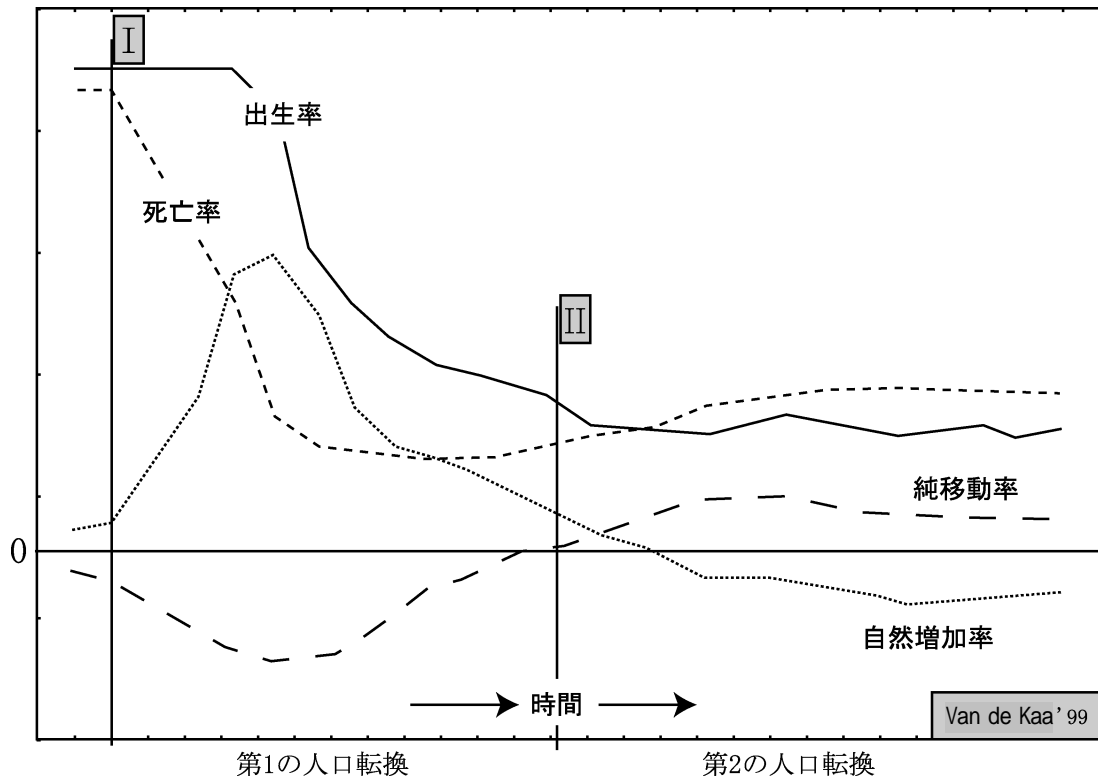
このように先進地域における長期にわたる出生率の低迷状況を踏まえて、一部の論者は、先進諸国の人口は「第2の人口転換(the second demographic transition)」を経験しつつあると主張する(Van de Kaa 1987; 1999)。それによれば、先進諸国においては価値観の転換(世俗化=個人主義化、「子どもは王様」から「カップルは王様」への転換など)によって、出生率は恒常的に人口置換水準を下回ることになる。そのため普通出生率(CBR)は普通死亡率(CDR)を恒常的に下回るため、自然増加率も恒常的にマイナスとなる。自然減による人口減少を補うべく、先進諸国は恒常的な移民受け入れ国に転化する、とみる(図1-7)

図1-6 主要先進国の合計特殊出生率(TFR)の推移:1960~1998



出所: Council of Europe(1999), U.S. DHHS(1998).

図 1 - 7 「第 1 の人口転換」と「第 2 の人口転換」



出所：Van de Kaa, Dirk(1999) pp.1 - 76 をもとに筆者作成。

1 - 3 人口と持続可能な開発

第 2 次大戦後の途上地域における、人類史上稀にみる急速な人口増加は、人口増加と経済開発の関係についての大きな関心を呼び起こした。この問題に関して正統派 (orthodoxy) は、高出生率により人口増加が続くと、増大する子ども人口を養うために資源が消費され、貯蓄 = 投資が妨げられるため経済開発が進まないと論じた (Coale et al. 1958)。これは、人口増加が続くかぎり、資源 (土地) の制約により生活水準は低下せざるをえないとみたマルサスの議論に通ずるものがあった。

正統派の議論は一見自明の理のように思われたが、1960 年代、1970 年代の途上地域では、人口増加率と経済成長率が必ずしも負の関係にはないという事実が観察され、修正主義派 (revisionists) の議論を生み出した。修正主義派の祖ボズラップは、人口増加は資源の制約により一方的に規制されるとみるマルサスの考え方を排し、人口増加自体が技術進歩を促し生活水準の向上につながっていくという人口増加の積極的側面を強調した (Boserup 1965)。サイモンは人間こそが「究極の資源」であり、人口増加は短期的にはマイナスでも長期的には経済開発にとってプラスであると主張するとともに、市場経済こそが経済成長を促し、人口環境問題を自ずと解決すると主張した (Simon 1981)。

人口増加と経済成長の関係については経済学者の間で必ずしも決着がついているわけではない。た

だし、1980年代～1990年代の状況では人口増加率と経済成長率が負の関係にあったこともあり、低い人口増加率の方が人口開発問題の解決を容易にするという主張が強まっている（Ahlburg 1998）。

1970年代に入って、人口と開発の議論に「環境への配慮」が加わった。1972年にローマ・クラブが発表した「成長の限界」は、コンピューター上に世界モデルを構築したうえで、1960年代並の人口増加と経済成長が続けば、世界システムはやがて資源の枯渇、環境汚染により「破局」（経済生産の行きづまり、死亡率上昇による人口の急減）を迎えることを提示した（メドウズ他 1972）。ローマ・クラブは1992年の第2報告書において、1人当たりの産業生産の目標値（現状の50%増）をたて、出生率を人口の置換水準（TFR=2.1）に引き下げ、そのうえで省資源、汚染防除技術を全世界的に適用し、農業生産増加に努力するならば、世界人口は77億人で静止し、世界システムは安定化し、少なくとも21世紀中は現在よりも高い生活水準を享受しつづけることができることを示した。しかし同時に、これらの行動が20年遅れれば人類は21世紀中にやはり破局に直面せざるをえないとも警告した（メドウズ他 1992）。

同様の思考法で、生物学者のアーリック等は、環境問題を中心にすえたうえで、環境、人口、経済、技術の関係を環境負荷（Impact）＝人口（Population）×豊かさ（Affluence）×技術（Technology）のように定式化した（Ehlich et al. 1971）（この式は、 $A=C/P$ （1人当たりの資源消費量）、 $T=I/C$ （資源消費1単位当たりの環境負荷）とすれば、 $I=P \times (C/P) \times (I/C)$ であるから恒等式として成立する。）ボンガーツは、アーリック等の $I=P \times (C/P) \times (I/C)=P \times (I/P)$ として簡略化し、これを用いて、世界人口（P）の増加と1人当たりCO₂排出量（I/P）の増加が、地球温暖化の主要因である二酸化炭素（CO₂）の排出量（I）の増加に及ぼす影響を計測している。この分析では、1985～2100年でCO₂は4.35倍に増加し（その結果、平均気温は4.4度上昇し）、世界人口は48億7000万人から104億2000万人へと2.14倍になるものと仮定している。これを前提にした分析の結果は、将来における世界のCO₂の排出量増加の65%は1人当たりCO₂排出量（すなわち経済活動量）の増大により、残りの35%は世界人口の増加によることを示した（Bongaarts 1992）。

「成長の限界」モデルもアーリック等の議論も、人口増加自体が経済活動量の増大と結びついて、資源消費、環境破壊につながり、それが結局開発の成果自体を損ねるという見方であり、これまたマルサスの思考法の延長線上にある。これらの「正統派」（あるいは警告派 alarmist）の見方に対しては、環境破壊の原因として人口増加に過大なウェイトを置きすぎている、資源・環境の問題も「市場のメカニズム」が解決できるという修正主義派などからの批判があることは言うまでもない。

資源・環境問題が地球規模的あるいは地域的な問題として登場して以来、人類の目標はたんなる開発（development）から、資源・環境に配慮した開発、すなわち持続可能な開発（sustainable development）へと変化した。持続可能な開発は、ブルントラント報告の言葉をかりれば「未来の世代のニーズ達成能力を犠牲にすることなく、今日の世代のニーズを満たす開発」である（Brundland 1987）。今日、「未来の世代のニーズ達成能力」を脅かしている資源・環境問題は、地球規模的なものと地域的なものに分けられる。前者には、オゾン層の破壊、地球温暖化、有害化学物質・放射性廃棄物の蓄積、生物多様性の喪失などが含まれる。後者には放射能汚染、酸性雨、大気汚染、水質汚染、砂漠化、水不足、土壌の流出・劣化、再生不能資源の減少などが含まれる。これらの問題に人口の要素がどのように関わっているかについては、ひとつひとつ経験的に検証していく他ないが、一般的に

は、人口増加率が低いほど、これらの資源・環境・開発問題の解決は容易になると理解されている (UNFPA 1992)。

1 - 4 カイロ会議の「行動計画」とその評価

1 - 4 - 1 カイロ会議以前

第2次大戦直後の途上地域における人口爆発は、西側先進諸国を中心とする人口学者、家族計画の運動家、有識者の注目するところとなり、米国を中心とする非政府組織 (NGO)、西側先進諸国の政府が相次いで家族計画普及のための人口援助を開始した。1969年には国連人口活動基金 (UNFPA: 現在の国連人口基金) が設立され、1974年にはその UNFPA が中心となり、ルーマニアのブカレストにおいて、人口問題に関する初の政府間会議としての世界人口会議 (World Population Conference) が開催された。

このブカレスト会議では、途上国における人口爆発がその経済発展を阻害するとの認識の下、政府による人口増加の抑制とそのための家族計画プログラムの実施を求める米国を筆頭とする西側先進諸国と、「開発は最良の避妊薬」として人口抑制よりも経済発展こそが重要とする多くの途上国および社会主義圏諸国とが対立した (Johnson 1994; 黒田 1974)。両者の妥協の結果採択された「世界人口行動計画」(1975年から20年間についての計画)は、「人口政策は社会経済政策の代替物ではなく、不可分の一部である」と開発優先派の主張をとり入れているものの、全体的には、(それを望む国という条件つきではあるが) 政府による人口増加抑制政策と量的目標に言及し、出生率低下に役立つ開発目標を列挙し、政府による人口抑制政策の推進を勧告した内容となった。

その10年後の1984年にメキシコ・シティーで開かれた国際人口会議 (International Conference on Population) は、世界人口行動計画をその中間年において再検討するという意味をもった。そこで採択された「世界人口行動計画を継続実施するための勧告」は、家族計画プログラムを採用する途上国がブカレスト会議以降に大幅に増加した状況を反映して、家族計画プログラムに関する勧告を多く盛り込んだ文書となった。メキシコ会議は、家族計画が国際的に認知された初めての政府間会議であったと言える (Johnson 1994; 岡崎他 1984)。

ブカレスト会議とメキシコ会議における人口政策の戦略は、マルサスからコール＝フーパーを経てローマ・クラブにつながる、人口論における「正統派」の考え方に沿ったものであった (UNFPA 1993; McNicoll 1995)。すなわち、急激な人口増加は、資源の制約を生み出し、経済開発を阻害し、豊かさの実現を妨げる。したがって経済開発を進め、豊かさを増大させるためには、人口の増加を抑制しなければならない。そのための有力な手段が、政府による大規模な家族計画プログラムの推進、それによる出生率の低下であった。

1 - 4 - 2 カイロ会議「行動計画」の意義：人口政策のパラダイム転換

1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議 (ICPD) は、「世界人口行動計画」に代わる、新しい20年間の「行動計画 (Program of Action)」を採択した (United Nations 1994; 外務省 1996)。この「ICPD 行動計画」は、1.男女平等と女性のエンパワーメントの重要性の強調、2.

リプロダクティブ・ライツ/ヘルスの新概念の導入、3.数値目標と資金調達目標の盛り込みの3点において、それまでの人口戦略とは明確に一線を画するものであり、人口政策における「人権アプローチ」へのパラダイム転換と呼ばれた。以下本節では2と3を順次議論し、1については次節で扱う。

まず、ICPD 行動計画における最大の特徴は、リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health) ならびにリプロダクティブ・ライツ (reproductive rights) という新しい言葉が中心的概念として用いられるようになったことである。

リプロダクティブ・ヘルス (以下リプロ・ヘルスと略す) の概念は、WHO が 1972 年以来続けてきた特別プログラムのなかで、人間の再生産過程に関わる保健ニーズを総合的に把握するために生み出された概念である。リプロ・ヘルスの下で取り扱われる保健分野には、(1) 出生調節 (fertility regulation) (2) 不妊、(3) 性に関する保健 (sexual health) (4) 母性保護 (safe motherhood) (5) 乳幼児の生存、成長、発達である。具体的には、家族計画 (避妊) 各種避妊法の有効性ならびに安全性、新しい避妊法の開発、望まない妊娠、人工妊娠中絶一般の問題、不法な中絶にともなう問題、二次的不妊の原因対策、不妊治療、女性の性器切除 (FGM) 性行為感染症 (STD) 特に HIV/エイズ、妊産婦死亡、母子保健が含まれる (Khauna et al. 1992)。

一方、リプロダクティブ・ライツ (以下リプロ・ライツと略す) の方は、医学・保健分野とは無関係に、1970 年代のフェミニスト運動に端を発し、1985 年の国連国際女性会議を通じて国際的に広まった考え方である。この概念の根幹は、女性が出産の有無、タイミング、子供数についての決定権をもつことを意味しており、その権利の行使に必要な手段についての情報、教育、質の高いサービスが十分に与えられることが条件となる。また男女の性的関係は平等、相互の尊敬、責任の原則に基づくべきであり、女性は性的関係を強要されないという意味で「性に関する権利 (sexual rights)」をもつことも併せて主張される (Mazur 1994)。

カイロ会議の「行動計画」においては、リプロ・ヘルスは次のように定義された。「人間の生殖システム、その機能と活動過程のすべての側面において、単に疾病、障害が少ないというばかりでなく、肉体的、心理的、社会的に完全に健康な状態にあることを指す。したがってリプロ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもをもつかもたないか、いつもつか、何人もつかを決める自由をもつことを意味する。この条件のなかには、男性と女性が自ら選択できる、安全かつ効果的、経済的に入手可能で受け入れ易い家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法について知らされ、利用できる権利、女性が安全に妊娠・出産でき、カップルが健康な子どもをもてる最善のチャンスが与えられるよう適切な保健サービスを受ける権利が含まれる。またリプロ・ライツは、「すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段をえることができる」という基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブ・ヘルスをえる権利」(カイロ行動計画第7章) のうえに成り立つと定義されている (United Nations 1994)。

この両者の定義からもわかる通り、リプロ・ライツを実現することはリプロ・ヘルスの一部であり、リプロ・ヘルスを達成することがリプロ・ライツの実現につながるというように、カイロ「行動計画」においては両者は不可分の関係にある。

カイロの「行動計画」においてリプロ・ヘルス/ライツが中心概念となったことによって、人口政

策の焦点がマクロ（国レベル）からミクロ（個人レベル）へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ女性に大きくシフトした。ブカレスト＝メキシコ会議においては国の経済発展を阻害する人口増加が問題とされ、政府が中心になって人口増加を抑制することが求められた。カイロ会議においては、個人、とりわけ女性が自己のリプロ・ライツを実現し、リプロ・ヘルスを享受することが目標となり、政府にはその実現を支援することが求められた（阿藤 1994）。

また家族計画の意味づけも大きく変わった。ブカレスト＝メキシコ会議では、家族計画は政府の人口増加抑制目標を達成するための手段と位置づけられた。しかるにカイロ会議では、家族計画は、人々（とりわけ女性）が自らの妊娠・出産を決めるための手段、すなわちリプロ・ヘルス/ライツの一部として位置づけられた。

またカイロ会議では中絶の是非をめぐる大論争があり、最終的には「中絶を家族計画の一方法として促進してはならない」というメキシコ会議の文章が再確認された。しかしながらカイロの行動計画全体としては、望まない妊娠や中絶の経験者に対するカウンセリングを重視し、安全でない中絶で生命を落としたり後遺症を患ったりする女性が多い現実を踏まえて、中絶を女性の健康問題として取り扱うことを勧告するなど、リプロ・ライツの理念に沿って、中絶に対する寛容な姿勢が強調されている（カイロ行動計画第8章）。

1 - 4 - 3 カイロ「行動計画」の数値目標と資金調達目標

カイロ会議の「行動計画」には、国連側の強い要望もあり、途上地域の人口動向改善の重要なメルクマールとなる数値目標が設定され、それらを達成するための資金調達の努力目標が盛り込まれた。またカイロ会議から5年後にこの「行動計画」をモニターするために行われた国連人口特別総会（カイロ+5）の合意文書（United Nations 1999d）では、カイロ会議の数値目標の中間年次における到達目標を定め、若干、新しい指標に基づく目標を追加した（阿藤 1999）。ここでは、今日の国際社会において、人口問題を解決するためにどのような指標が重視されているかを知るために、2つの会議で合意に達した数値目標を列挙しておこう。

遅くとも2015年までに、リプロダクティブ・ヘルスを、プライマリー・ヘルスケアを通じて必要とするすべての人々に行き渡らせる（カイロ行動計画）

（1-1）2005年までに、プライマリー・ヘルスケアと家族計画のサービス提供施設の60%が、できるだけ幅広い安全で効果的な家族計画の手段、基礎的な産科ケア、STDを含む生殖器系感染症（RTI）の予防と管理、それらの感染を防ぐ避妊のためのバリア法を提供できるようにすること。これらのサービスを2010年までには80%の施設が、2015年までにはすべての施設が提供できるようにすること（人口特総「提言」パラ53）

家族計画の未充足ニーズ（unmet needs）を測定し、そのニーズに応え、2015年までに家族計画の方法が誰にでも利用できるようにすべきである（カイロ行動計画）

（2-1）出産間隔を開けたい、あるいは子どもの数を制限したいと考えている人口の割合と避妊実行者の割合とのギャップを、2005年までに少なくとも50%、2010年までに75%、2015年までに100%解消すること。ただし、そのような目標を達成するために、政府の目標値が家族計画サービスの提供者に対して、利用者の獲得目標や割り当て目標の形で押しつけられてはならない（人口特総「提言」

パラ 58)。

2005 年までに、人々の自由な選択を妨げる家族計画のプログラム上のすべての制約を取り除くよう努めるべきである(カイロ行動計画)。

すべての国が 2015 年までに平均寿命が 75 歳になることを目指す(カイロ行動計画)。

(4-1) 2005 年までに HIV 感染症に対する無防備状態を減らすために、15 歳から 24 歳の男女の少なくとも 90%が女性用・男性用のコンドームなどの予防法の提供、自主的診断、カウンセリング、追跡検査・検診などのサービスを利用できるようにし、それに関する情報・教育を与えられるようにすること。2010 年までにその比率を 95%にすること。また 15 歳から 24 歳の男女の HIV 感染率を、最も感染率の高い地域で 2005 年までに 25%減らし、世界全体で 2010 年までに 25%減らすこと(人口特総「提言」パラ 70)。

乳児死亡率と 5 歳未満死亡率を 2015 年までに各々出生 1000 当たり 35 以下と 45 以下に低下させることを目指す(カイロ行動計画)。

2015 年までに妊産婦死亡率を出生 10 万人当たり 60 以下(高死亡率国は 75 以下)に低下させることを目指す(カイロ行動計画)。

(6-1) 2005 年までに、妊産婦死亡率の非常に高い国においては、全出産のうち少なくとも 40%、世界全体では 80%に、専門的技術者の立ち会いをつけるようにする。2010 年までには、この数字を各々 50%と 85%、2015 年までには各々 60%と 90%まで引き上げること(人口特総「提言」パラ 64)。

2015 年までに初等教育の普遍化を達成すべきである。(カイロ行動計画)。

(7-1) 初等教育の就学率を 2000 年の 85%から 2005 年までに少なくとも 90%に引き上げること。初等・中等教育の男女差を 2005 年までに解消すること(人口特総「提言」パラ 34)。

(7-2) 男女の非識字率を引き下げること。特に 2005 年までに女性・女児のそれを半減すること(人口特総「提言」パラ 35-C)。

つぎに資金調達目標についてふれておこう。

カイロの行動計画では、2015 年までに途上諸国と東欧諸国においてリプロダクティブ・ヘルス・ケアをすべての人々に行き渡らせ、家族計画の未充足ニーズに応えるためには、人口とリプロダクティブ・ヘルス関連のプログラム総費用として、2000 年に 170 億米ドル(家族計画に 102 億米ドル、家族計画以外のリプロダクティブ・ヘルスケアに 50 億米ドル、STD と HIV/AIDS の予防に 13 億米ドル、人口・開発データの収集に 5 億米ドル)、2005 年には 185 億米ドル、2010 年には 205 億米ドル、2015 年には 217 億米ドル(各々、138 億米ドル、61 億米ドル、15 億米ドル、3 億米ドル)が必要になると見積もっている。そしてこの総費用のうち、3 分の 2 は途上国と東欧諸国自身が負担し、3 分の 1 は先進国が負担するよう求めた。

たとえ概算とはいえ、このように人口問題解決のための必要経費を「行動計画」に盛り込み、途上国、先進国の双方に人口・開発プログラムに対して現状の数倍の努力を促したことは画期的なことであった。ただし、その後の UNFPA の報告によれば、途上国・東欧諸国は全体としてみると相当な努力を傾注しているものの、先進諸国の協力は、カイロ会議直後のモメンタムが失われ、UNFPA の試算値(57 億米ドル)の 3 分の 1 にとどまる(Conly 1998)。

1 - 5 ジェンダーと人口問題

1 - 5 - 1 カイロ行動計画とジェンダー

カイロ行動計画は、女性のリプロダクティブ・ライツの実現を人口増加抑制に優先させることによって、人口政策の「コベルニクス的展開」を図った。これに加えて、この行動計画は「ジェンダー間の平等達成が人口開発問題解決の基盤である」(カイロ行動計画第2章)という原理を提示すると同時に、男女の平等・公平を達成し、女性のエンパワーメント(empowerment 能力向上)を図ることを行動計画の重要な目標のひとつに掲げた(United Nations 1994)。そして、その目標を達成するための雇用・経済取引における女子差別の撤廃、女性に対する暴力の排除、教育・雇用面での女性の能力開発と政治・行政への女性の一層の参加、仕事と家事の両立を可能にする施策の充実を求めている。それと並んで、特に女兒について、女兒への差別撤廃、女兒の価値の見直しと福祉向上、そのための家庭内ならびに社会における女兒の見方を改めさせ、結婚年齢を高め、女兒に関する悪習を禁止することを求めている(カイロ行動計画第4章)。

このようなジェンダー間の平等達成の目標の前提として、女性のリプロダクティブ・ライツの尊重、リプロダクティブ・ヘルスの達成があることは明らかである。なんとなれば、多くの社会において、女性は若い年齢での結婚・出産を慣習づけられることによってエンパワーメントの機会を奪われているからである(United Nations 2000)。

以下では、人口転換の2つの構成要素、死亡転換と出生力転換を理解するうえで、ジェンダー的視点がどの程度有効かを検討してみたい。

1 - 5 - 2 女兒過剰死亡地域とジェンダー

一般に、もし男女兒の扱いに差がなければ、男子の乳兒(0歳兒)死亡率、幼兒(1~4歳兒)死亡率は女子のそれよりも高い傾向がある。いま途上地域における乳兒死亡率、幼兒死亡率の性差を観察すると(表1-1)、乳兒死亡率については、ほぼ例外なしに男兒が女兒を上回る。しかるに幼兒死亡

表1-1 世界の主要地域別乳兒、幼兒、5歳未満兒の死亡確率

(各々1q0、4q1、5q0)の性比

	各国の死亡率性比の メディアン			各国の人口規模重みづけ した死亡率性比の平均		
	1q0	4q1	5q0	1q0	4q1	5q0
サハラ以南のアフリカ	116	101	109	113	103	109
北アフリカと西アフリカ	111	93	104	109	89	102
東アジアと東南アジア	123	104	117	115	98	110
南アジア	108	86	103	102	84	95
ラテンアメリカ	123	105	119	124	101	117
総計	118	100	110	108	91	102
総計(中国とインドを除く)	-	-	-	117	97	109

出所：United Nations (1998)

率についてみると、南米・カリブ海諸国と、サハラ以南のアフリカ、東・東南アジア諸国の多くは男子が女子を上回るのに対して、中国、南アジア、西アジア、北アフリカ諸国の多くは逆に女子が男子を上回る。後者の地域は“ 女児過剰死亡ベルト地帯 ” と呼ばれる。また中米諸国の多くも女児過剰死亡のグループに属する (United Nations Secretariat 1998)。1970 年代と 80 年代を比べると、すべての地域で乳児死亡率も幼児死亡率も低下傾向にあるなかで、他の地域では幼児死亡率の性差は縮小傾向にあるのに対し、南アジアのみはむしろ拡大傾向にある。言い換えれば南アジアのみが男児に比べ女児の幼児死亡率の改善度合が低い (United Nations Secretariat 1998)。

女児過剰死亡が起こるのは、その社会で女児に対する差別があるからである。女児差別は食行動と保健・医療サービスの利用行動で起こりうるが、実証的には後者のみのはっきりしている。女児過剰死亡の著しい南アジアでは、明らかに男児は女児に比べて予防接種を受ける割合が高く、下痢や発熱の際にクリニックに連れて行かれる割合が高い (これはクリニックが自宅から遠い場合や費用がかさむ場合に顕著となる)。このような傾向は、弱いながらもラテンアメリカ、北アフリカ、西アジア地域でもみられるが、サハラ以南のアフリカでは逆のケースもある。また女児過剰死亡の顕著なインド北部は南部に比べて、保健・医療サービスの利用において男児優遇が目立つ (Timaeus et al. 1998)。

それでは、そもそもこのような保健・医療面での女児差別が起こる理由は何であろうか。女児過剰死亡地帯 (中国から北アフリカまで) の国々は、宗教的背景は異なるものの、強固な父系的家族構造をもつ。男性は家系を継ぎ生産労働にたずさわるとともに、家長として家族成員の行動を統制する。女性は生産労働にたずさわることが少なく、もっぱら家事・出産・育児に専念することが期待される。このような文化の下では、家族内で男児選好 (son preference) が強く働き、家族の資源が限られている場合には、男児のケアを女児のケアに優先させることになるものと考えられる (Choe et al. 1998)。インド北部のように、女児を結婚させるための持参金 (dowry) が大きい社会では女児差別は一層強くなる。

1 - 5 - 3 ジェンダーと結婚・出産・避妊

途上地域は全般的に早婚であるが地域による差も大きい。平均的にみると、南アジアは女性の平均初婚年齢が最も低く (14 ~ 18 歳)、ついでサハラ以南のアフリカが 10 歳代後半、北アフリカは 20 歳に近く、東南アジア、ラテンアメリカ諸国は 20 歳代をやや上回る。途上地域の夫妻の初婚年齢差は平均 5 歳以上であることは珍しくない。西アフリカ諸国のように一夫多妻婚の社会では、夫妻の年齢差は 10 歳を超えることも多い。

一般に途上地域で女性の結婚年齢 (あるいは性行動の開始年齢) が早いのは、女性の社会的役割がもっぱら出産・子育てにより後継者を早く確実に手に入れることにあると考えられてきたためである。男性の方は家族を養うことが期待されており、扶養力を身につけるには時間がかかるため、結婚年齢が高くなる。そのため、そのような社会では夫妻の年齢差が大きくなる。夫妻の年齢差が大きいことが夫妻間の不平等性を助長する要素のひとつとなっている。女性の結婚年齢の地域間の差は、伝統社会における差がそのまま残っている面もあるが、ラテンアメリカや東南アジアが他の地域に比べ結婚年齢が高いのは、近代化の進行とともに女性の就学率が高まり社会的役割が広がったことにより結婚年齢が上昇してきたためであろう (Smith 1983)。

一般に、途上地域における女性の早婚傾向あるいは性行為の開始年齢の早さは、若年出産と多産の傾向と結びついてきた。しかしながら途上地域でも前述の通り出生力転換が進行中であり、人口学的には結婚年齢の上昇にともなう出産年齢の上昇、ならびに避妊の普及（国によっては中絶の広がり）がその2大要因である。

途上地域の高出生力が何に支えられているかについては多くの議論があるが、女性の社会的役割が限られ、家庭内ならびに社会における地位が低いことが早婚・若年出産・高出生力に関係しているという見方もある（Oppong 1983）。この考えに従えば、女性の社会的役割が広がり、家庭内・社会における地位が強まることで晩婚・晩産・低出生力に寄与することになる。

ジェンダーの視点から出産と避妊の問題をみると、ひとつは男児選好の強さと出生率の関係がある。男児選好が強い社会では、男児を得るまで出生を続ける傾向があるため高出生率になりがちであると考えられるが、男児選好は必ずしも出生力転換の障害にならなかった。男児選好が強い東アジアはすでに転換を終えており、北アフリカも転換の中間段階にある。ただし中国や韓国では、出生力転換後に、超音波診断技術の普及によって胎児の性別判定が可能となったため女児を中絶する傾向が高まり、一部で出生性比に著しい不均衡が現れている（Yi et al. 1993; Waldron 1998）。

もうひとつは夫と妻の間の希望子ども数のギャップならびに避妊に関する夫妻間のコミュニケーションの問題である。一般に夫の希望子ども数は妻のそれを上回るゆえ、もし夫妻間で十分な意思の疎通がないと避妊が遅れ、妻は望まない妊娠・出産あるいは中絶を余儀なくされることになる（United Nations 2000）。

女性の社会的役割が出産・育児と家事に限られ、社会的にも家庭内でも女性の地位が低いと、早婚、若年出産、避妊開始の遅れ、多産の傾向につながる。他方、そのような結婚・出産行動をとる女性は、学校を続けられず、自立可能な職業に就く機会を奪われ、家庭内での発言権も弱く、伝統的な社会慣習に従って生きることを余儀なくされる。

1 - 5 - 4 ジェンダーシステムの変革と人口転換

男性は職業労働に従事し、女性は家庭内での活動、とりわけ出産・育児に専念するという考え方と、それに基づく性別役割分業、それと結びつく女児の軽視と男児の尊重などの考え方は、経済開発にともなう近代化の過程で変化する面もあるが、社会開発、とりわけ女性の教育水準の向上政策によって変化する可能性が大きい。教育は女性に、伝統社会の女性の役割とは異なる生き方があることを教え、新しい社会的役割（とくに職業）を得るための知識と技術を身につけさせ、家庭内での発言権を強める。

途上地域における教育の状況をみると（表 1 - 2）今もなお非識字率は高く、しかも男女差も大きい（女性が高い）。途上地域全体では男子で 21%、女子で 38%と推定（1995 年）されている。また初等教育の就学率が高いが（男子 106%、女子で 94%）、中等教育の就学率はなお先進国の半分である（男子で 55%、女子で 45%）。他の地域に比べ、サハラ以南のアフリカ、南アジアでは非識字率が大きく、就学率が低いうえに男女の差が大きい（ラテンアメリカでは女子の就学率が男子を上回る）。各地域の教育水準は 1980 年代から 1990 年代にかけて、全体として改善傾向にあり、その性差も縮小傾向にある（United Nations 2000）。

表 1 - 2 世界の主要地域別, 男女別非識字率ならびに粗就学率 (1980年・1996年)

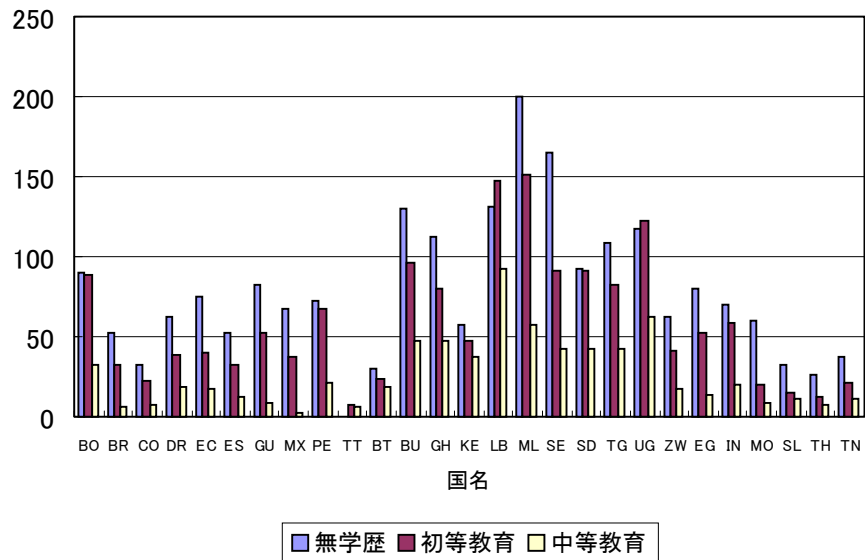
	非識字率				粗就学率							
					初等教育				中等教育			
	1980		1995		1980		1996		1980		1996	
	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子	男子	女子
世界	23	38	16	29	103	88	105	95	52	41	63	55
先進地域	2	5	1	2	101	101	103	103	89	90	99	102
開発途上国	31	53	21	38	104	86	106	94	42	28	55	45
最貧諸国	52	75	41	62	77	54	79	61	20	9	23	15
アフリカ	48	72	34	54	89	69	85	71	27	16	36	30
アジア	28	51	19	37	106	87	110	98	46	32	62	50
ラテンアメリカ	18	23	12	15	106	103	116	110	44	45	55	60

出所：United Nations(2000)

教育が女性自身ならびに子どもの健康に与える影響をみると、より高い教育を受けた女性ほど妊娠・出産の回数が少なく、出産間隔も広いため妊娠・出産にともなう疾病にかかりにくく、したがって妊産婦死亡率も低い (UNFPA 1995)。またより高い教育を受けた母親の子どもほど乳児死亡率も幼児死亡率も低い (Caldwell et al. 1982) (図 1 - 8)。ただし男児選好が強い社会でも、母親の教育と子どもの罹患率ならびに幼児死亡率の性差は必ずしもはっきりしない (Cleland et al. 1998)。女性の教育と妊娠・出産の関係をみると、より高い教育を受けた女性ほど、性行為の開始年齢は遅く、結婚年齢、出産年齢は高く、希望子供数は小さく、避妊実行率は高く、計画外出産は少なく、出生児数は少なくなる (図 1 - 9, 図 1 - 10) (UNFPA 1995 ; AGI 1998)。また教育が妊娠・出産を遅らせることが、さらに教育の継続を可能にし、女性の自立性を高め人生の選択肢を増やすことにつながる。

図8 発展途上国における母親の学歴別幼児(6~60ヵ月)の死亡確率

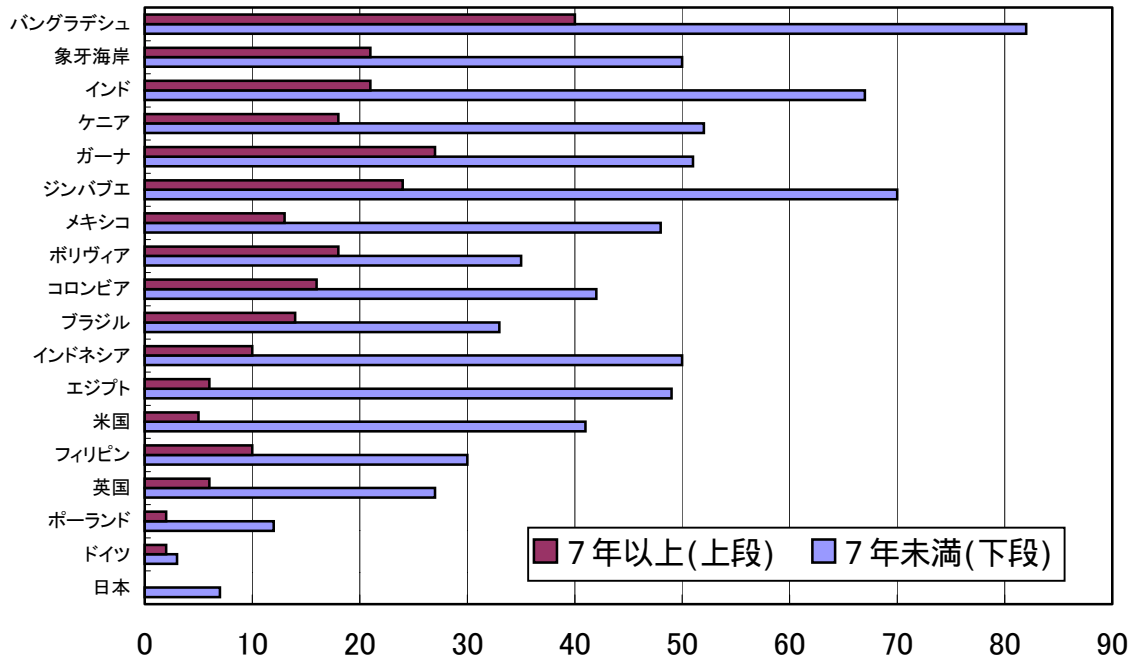
(出生千人当たり)



- | | | | | | |
|----|-----------|----|------------|----|--------|
| BO | ボリヴィア | TT | トリニダッド・トバゴ | TG | トーゴ |
| BR | ブラジル | BT | ボツワナ | UG | ウガンダ |
| CO | コロンビア | BU | ブルンディ | ZW | ジンバブエ |
| DR | ドミニカ | GH | ガーナ | EG | エジプト |
| EC | エクアドル | KE | ケニア | IN | インドネシア |
| ES | エル・サルヴァドル | LB | リベリア | MO | モロッコ |
| GU | グアテマラ | ML | マリ | SL | スリ・ランカ |
| MX | メキシコ | SE | セネガル | TH | タイ |
| PE | ペルー | SD | スーダン | TN | チュニジア |

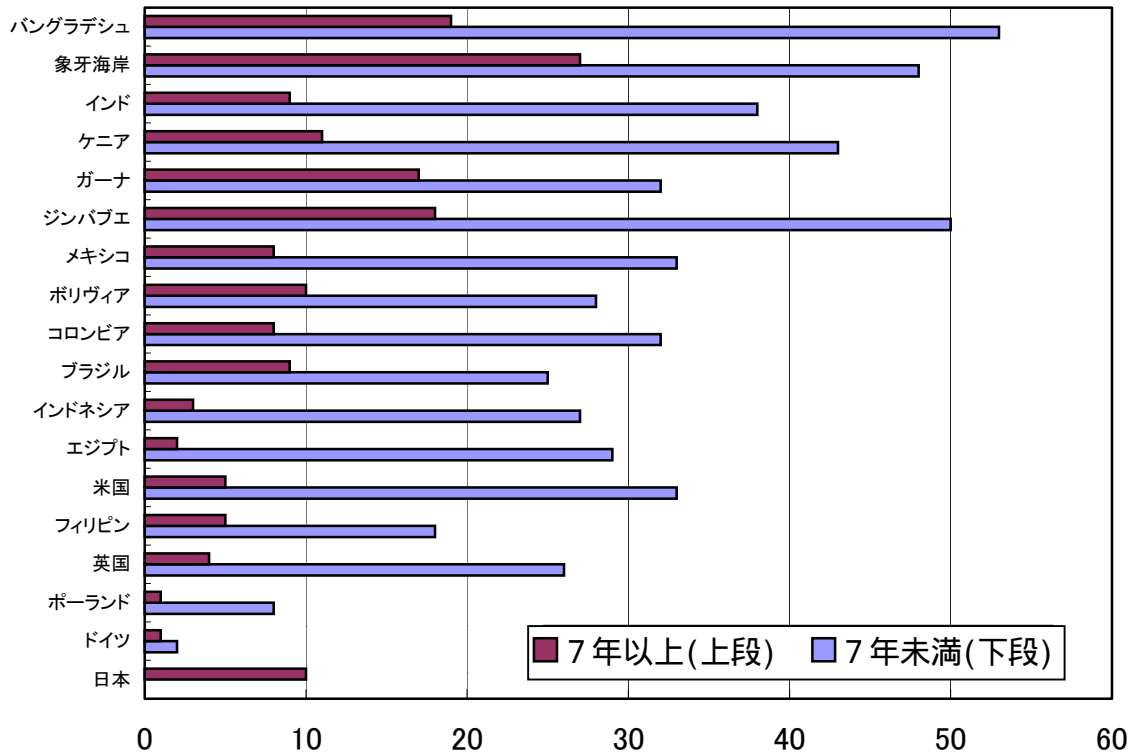
出所：United Nations(1998)

図1-9 教育程度別、18歳までに婚姻を結んだ女子割合
(20~24歳の女子について)



出所：AGI (1998)

図1-10 教育程度別、18歳までに出産経験のある女子割合
(20~24歳の女子について)



出所：AGI (1998)

参考文献

- 阿藤 誠 (1994) 「国際人口開発会議 (カイロ会議) の意義 - 新行動計画とその有効性 - 」 『人口問題研究』 50 - 3, pp.1 - 17.
- 阿藤 誠 (1999) 「ICPD+5 - カイロ行動計画 : 5年目の評価」 『人口問題研究』 55 - 3. pp.52 - 65.
- 岡崎陽一・他 (1984) 「国連国際人口会議の概況」 『人口問題研究』 172. pp.67 - 78.
- 黒田俊夫 (1974) 「国連世界人口会議報告 - 混乱から妥協、そして認識へ - 」 『人口問題研究』 132. pp.41 - 45.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (1998) 『日本の将来推計人口 (平成9年1月推計)』
- D.H.メドウズ (大来佐武郎監訳) 1972. 『成長の限界』 ダイヤモンド社
- D.H.メドウズ (松橋隆治他訳) 1992. 『限界を超えて』 ダイヤモンド社
- Ahlburg, Dennis A. (1998) “Julian Simon and the Population Growth Debate,” *Population and Development Review*, 24 (2): 317-328.
- Alan Guttmacher Institute (AGI) (1998) *Into a New World : Young Women’s Sexual and Reproductive Lives*, AGI.
- Andreev, E. (1999) “The Dynamics of Mortality in Russian Federation,” in United Nations, Health and Mortality Issues of Global Concern, Proceedings of the Symposium on Health and Mortality (Brussels, 19-22 November 1997), United Nations, 262-290.
- Bobak, Martin (1999) “Health and Mortality Trends in Countries with Economies in Transition,” in United Nations, Health and Mortality Issues of Global Concern, Proceedings of the Symposium on Health and Mortality (Brussels, 19-22 November 1997), United Nations, 203-226.
- Bongaarts, John (1992) “Population Growth and Global Warming,” *Population and Development Review*, 18 (2): 299-319.
- Boserup, Ester (1965) *The Conditions of Agricultural Growth : The Economics of Agrarian Change under Population Pressure*, Chicago, Aldine.
- Brundtland, G H. (1987) *Our Common Future, World Commission on Environment and Development*, Oxford University Press.
- Caldwell, John C. and P. McDonald (1981) “Influence of Maternal Education on Infant and Child Mortality : Levels and Causes,” *International Population Conference : Manila*, 2: 79-96. IUSSP.
- Choe, Minja Kim et al., “Son Preference, Family Building Process and Child Mortality,” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender ?*, 208-222.
- Cleland, John et al. (1996) “The Effect of Maternal Education on Child Health and Survival - Do Girls Benefit?,” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender?*, 179-207.
- Coale, Ansley et al. (1958) *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries : A Case Study of India's Prospects*, Princeton University Press.

- Conly, S.R. and S.de Silva (1998) *Paying Their Fair Share? : Donor Countries and International Population Assistance*, Population Action International.
- Council of Europe (1998) *Recent Developments in the Member States of the Council of Europe*.
- Ehlich, Paul et al. (1971) “Impact of Population Growth”, *Science* (171): 1212-1217.
- Johnson, S.P., (1994). *World Population - Turning the Tide: Three Decades of Progress*, Cambridge: Graham & Trotman.
- Khauna, J, et al. (eds.)(1992) *Reproductive Health - a Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991: Special 20th Anniversary Issue*, WHO.
- Mazur, L. A. (ed.) (1994) *Beyond Numbers*, Island Press.
- McNicol, Geoffrey(1995)“On Population Growth and Revisionism”, *Population and Development Review*, 21 (2): 307-340.
- Opong, Christine (1983) “Women's Roles, Opportunity Costs, and Fertility,” Bulatao, A.B. et al. (ed.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, 1: 547-589, Academic Press.
- Pelletier, David (1996) “Malnutrition, Morbidity and Child Mortality in Developing Countries,” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender?*, 150-176.
- Simon, Julian (1981) *The Ultimate Resource*, Princeton University Press.
- Smith, Peter C. (1983) “The Impact of at Marriage and Proportions Marrying on Fertility,” Bulatao, A.B. et al. (ed.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, 2: 473-531, Academic Press.
- Timaeus, Ian et al. (1998) “ Can Use of Health Care Explain Sex Differentials in Child Mortality in the Developing World?, ” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender?*, 154-178.
- UNAIDS (1998) *AIDS Epidemic Update : December 1998*, Geneva, UNAIDS.
- UNFPA (1992) *The State of World Population 1992 (A World in Balance)*, UNFPA.
- UNFPA (1993) *Population Growth and Economic Development*, UNFPA.
- UNFPA (1995) *The State of World Population 1995 (Decisions for Development: Empowerment and Reproductive Health)*, UNFPA.
- United Nations Secretariat (1998) “Levels and Trends of Sex Differentials in Infant, Child and Under-Five Mortality,” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender?*, 84-108.
- United Nations (1985) *Women’s Education and Fertility Behavior: Recent Evidence from the Demographic and Health Surveys*.
- United Nations (1994) “Population and Development: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development,” Cairo, 5-13 September (外務省監訳 (1996) 『国際人口・開発会議「行動計画」』世界の動き社).
- United Nations (1998) *Too Young to Die : Gene or Gender?*, United Nations.
- United Nations (1999a) *The World at Six Billion*, New York, United Nations.
- United Nations (1999b) *World Population Prospects : 1998 Revision, Volume I*, New York, United Nations.

- United Nations (1999c) *Long-Range World Population Projections : Based on the 1998 Revision*, New York.
- United Nations (1999d) “Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development,” 21st Special Session of the General Assembly, June 30 - July 2, 1999.
- United Nations (2000) *World Population Monitoring 2000: Population, Gender and Development* (Draft), ESANP/WP.159.
- U. S. DHHS (1998) *Monthly Vital Statistics Report*. 45 (11).
- Van de Kaa, Dirk J. (1987) “The Second Demographic Transition,” *Population Bulletin*, 42 (1), Washington D.C.
- Van de Kaa, Dirk J. (1999) “Europe and its Population : The Long View,” in *European Population Conference, European Population : Unity in Diversity*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1-50.
- Walderon, Ingrid,(1998)“Factors Determining the Sex Ratio at Birth,” United Nations, *Too Young to Die: Gene or Gender?*, 64-83.
- Yi, Zen. et al.,(1993)“Causes and Implications of the Recent Increase in the Reported Sex Ratio at Birth in China,” *Population and Development Review*, 19 (2): 283-302.

2 . 出生率とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

2 - 1 はじめに

総論で述べられたように、世界の人口動向の鍵を握るのは出生力の動向である。20 世紀後半においては、先進地域でも開発途上地域でも大幅な出生率低下がみられた。しかし同じく出生率低下といっても、この間に人口置換水準あるいはそれ以下の出生率水準への転換（出生力転換）を完了した先進地域と、人口置換水準に向けての出生力転換を開始した途上地域とでは、その意味が異なっていた。

世紀の転換点に立った現在、人口増加率の場合（総論参照）と同様、出生率の水準に関しても世界は対比的な様相を呈している。すなわち一方で、先進諸国と一部（主に東アジア、東南アジア）の途上国は出生力転換を終えて、人口置換水準を下回る低出生率となり、人口静止ないし減少の局面を迎えている。他方、多くの途上国はいまだ出生力転換を終えておらず、置換水準を上回る高出生率にあるため、なおも人口増加が続くことになる。

やがて 21 世紀中には、途上地域でもほとんどの国で出生力転換が完了し、これまで増加の一途をたどってきた世界人口の静止がついに実現する可能性も視野に入ってきたといわれる。ただし問題は、いつそれが実現するのか（人口静止の時期が早ければ早いほど、最終的な世界人口の規模は小さくてすむ）、その実現のためにどのような要因が重要なのか、また どのような政策や取り組みが有効なのか、出生力転換後の出生力はどうなるのか、といった点について、われわれはまだ十分わかっていないことである。

以下、本章では途上地域を中心に、出生力の動向と要因、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという新概念の登場とその出生力との関連、出生力の将来展望と課題などについて概述する。

2 - 2 世界の出生率の動向と要因

2 - 2 - 1 出生率の動向

世界の地域別合計特殊出生率の推移を示した表 2 - 1 にみるように、第 2 次大戦後の半世紀において先進地域はもちろん、途上地域でも出生率は大幅に低下している。これは長期的にみれば多産多死から少産少死への人口転換の進行によるものである。人口転換の過程では死亡率低下（死亡力転換）が出生率低下（出生力転換）に先行するため、つまりこのタイム・ラグによって膨大な人口増加がもたらされる。先進地域が 20 世紀の半ばまでに人口転換を完了し人口停滞ないし減少の局面に入ったのとは対照的に、多くの途上国では戦後大幅な死亡率低下が起こり、「人口爆発」と形容されるほどの猛烈な人口増加が起こった。その後途上地域でも出生率低下が起こったが、多くの途上国ではなおも死亡率より出生率の水準がかなり高いため、21 世紀に入ってもなお人口増加が続く見込みである。

すなわち人口のトレンドを追う上では、出生率と死亡率の水準が問題であり、特に「置換水準」に比べてどうか、という点が重要なポイントである。置換水準（replacement level）とは、ある親世代が同数の子ども世代に取って代わられるような出生率と死亡率の水準で、現在の死亡率水準に照らせ

ば、世界的に合計特殊出生率がほぼ 2.1 の状態に相当するといってもよい。合計特殊出生率 (total fertility rate: TFR) とは、ある年における女性の年齢別出生率の総和で、その年齢別出生率パターンが一定とした場合、1 人の女性が一生の間に生む平均子ども数を表す指標である。大まかにいって、合計特殊出生率が 2.1 よりも高ければ人口増加が続き、2.1 よりも低ければ人口減少へ向かうことを意味している。

表 2 - 1 世界の主要地域別合計特殊出生率：1950～2000年

地 域	1950～55年	1960～65年	1970～75年	1980～85年	1990～95年	1995～2000年
世界	4.99	4.95	4.48	3.58	2.93	2.71
先進地域	2.77	2.67	2.11	1.84	1.68	1.57
途上地域	6.16	6.01	5.43	4.15	3.27	3.00
アジア	5.90	5.62	5.09	3.70	2.85	2.60
東アジア	5.71	5.19	4.49	2.47	1.88	1.77
南・中央アジア	6.08	6.01	5.72	4.92	3.79	3.36
東南アジア	6.03	5.90	5.31	4.18	3.05	2.69
西アジア	6.38	6.18	5.57	4.96	4.05	3.77
アフリカ	6.58	6.78	6.60	6.37	5.47	5.06
東部アフリカ	6.91	6.97	6.97	6.86	6.21	5.79
中部アフリカ	5.91	6.00	6.31	6.58	6.50	6.17
北部アフリカ	6.82	7.08	6.34	5.56	3.97	3.58
南部アフリカ	6.45	6.46	4.96	4.34	3.74	3.43
西部アフリカ	6.36	6.77	6.99	6.97	5.98	5.47
ラテンアメリカ	5.89	5.97	5.03	3.86	2.97	2.69
カリブ	5.21	5.46	4.37	3.31	2.70	2.55
中央アメリカ	6.87	6.85	6.43	4.49	3.42	3.05
南アメリカ	5.69	5.76	4.65	3.70	2.83	2.58
北アメリカ	3.47	3.34	2.01	1.80	2.02	1.94
ヨーロッパ	2.56	2.56	2.14	1.87	1.57	1.42
オセアニア	3.84	3.95	3.21	2.58	2.50	2.38

出所：United Nations (1999)

このような見方に立って表 2 - 1 をみると、途上地域と一口にいっても著しい差のあることがわかる。すなわち東アジア（中国、韓国などで、本表では日本を含むが、日本を除いても大差はない）はすでに人口転換を終えており、東南アジアとラテンアメリカの出生率もこれに近い水準まで低下している。他方、南・中央アジアと西アジアの TFR は現在なお 3 以上であり、アフリカのそれは 5 を上回っている。中でもサハラ以南アフリカと呼ばれる中部アフリカ、東部アフリカ、西部アフリカの出生力水準ははずば抜けて高く、置換水準へ向けての道のりは遠いといえる。アフリカの高出生率国の共通性として、乳児死亡率が著しく高いこと、家族労働力確保のため多産を美徳とする伝統や文化、早婚と一夫多妻制、イスラムや伝統的宗教の信者が多いこと、避妊実行率が低いことが挙げられる（早瀬 1999, pp.29 - 30）。

なお期間出生率指標である TFR では、出生率低下（一般に出生年齢が持続的に上昇）の過程において出生力低下が誇張される点に注意する必要がある（Bongaarts 1999 参照）。したがって TFR 以外の出生力指標として、女性の平均出生年齢（mean ages at childbearing）、平均第 1 子出生年齢などにも注目する必要がある。これは出生タイミングの指標ともなる。途上地域においても、主に 1970

年代に実施された世界出生力調査（World Fertility Survey: WFS）データと 1980 年代半ば以降実施された人口保健調査（Demographic and Health Surveys: DHS）データの比較から、平均第 1 子出生年齢の上昇をみてとることができる（たとえば、タイ：19.5 歳 23 歳、バングラデシュ：16.5 歳 17.9 歳、メキシコ：20.8 歳 21.1 歳、コロンビア：21.3 歳 21.5 歳、ケニア：18.8 歳 19.3 歳、ス - ダン：19.4 歳 22.8 歳）(UN 1998,pp.58)

2 - 2 - 2 出生率低下の要因

(1) 出生力決定要因に関する研究アプローチ

表 1 に示されたような出生力の著しい地域差は何によって生じたのであろうか。出生力水準の決定要因についてはこれまでに数々の研究がなされているが、研究の枠組みによって大別すると、およそ 3 つのアプローチがあるといえよう。

第 1 は近接要因アプローチというべきもので、妊娠・出産の機会を直接高める（あるいは低める）結婚、妊孕力、避妊、人工妊娠中絶、産後不妊期間（母乳哺育、産後禁欲期間）といった生物人口学的要因に着目する。これらの要因は人口統計学的に出生力水準を直接規定することから、近接要因（proximate determinants）と呼ばれる。一般に途上国では早婚であり、避妊実行率が低いことが高出生力の直接のメカニズムといえる。

なお、ここでいう結婚は法的な認知の有無にかかわらず、規則的な男女の性的結合の開始を指す。結婚の定義・概念は、ことにアフリカなどにおいてしばしば不明瞭であるが、いずれにせよ 10 代の女子における早婚は、高出生率を導くのみならず、健康への影響が懸念されるとともに、教育や収入そして女性の自立の道が閉ざされる可能性がある（UN 1998, p.14）。DHS によれば、15～19 歳女子の既婚割合はケニア、パキスタン、ナイジェリア、ザンビアでは 20%以上、カメルーン、バングラデシュでは 40%以上、ニジェールでは 50%以上、マリでは 70%以上にのぼる（UN 1998, p.15）。他方、避妊についてみると、1960 年代初頭にはおそらく 10%未満であったとみられる途上地域の避妊実行率は（UN 1998, p.84）1995 年頃には 55%に上昇している。しかし地域差が大きく、ラテンアメリカ・カリブ諸国（66%）、日本を除くアジア（60%）に対して、アフリカ（20%）の避妊実行率は顕著に低い（UN 1999b）。

第 2 は経済合理性アプローチというべきもので、結婚・出産行動において、人（あるいは家族）は経済的効用を高めるよう行動を選択するという見方（すなわち家族の子どもに対する需要という観点）に立つものである。途上国では子どもは労働力として、また老後の頼りとして効用は大であり、他方教育の必要性があまり感じられていないために、親にとって子供をもつことのコストは小さい。このような状況にある途上国の高出生力はまさに経済合理性にかなった行動形態といえる。

第 3 は文化的価値規範アプローチというべきもので、人々の意識や行動が伝統的価値観や文化的規範に束縛されている点に注目するものである。このアプローチはさらに、文化あるいは知識・アイデアの変化と伝播を重視する見方と、社会制度の変化を重視する見方に大別される（Jones et al. 1997, p.5）。途上国では欧米諸国のような個人主義はまだ定着しておらず、早婚や多産を当然視する社会制度や慣習が支配的である場合が多いといえる。

このように各国、各地域の置かれている社会経済条件の差異が近接要因を介して出生力の差をもた

らずと理解されるわけであるが、ここでもうひとつ重要な要因として見逃せないのは政策的介入である。

(2) 出生力への政策的介入

政府による介入が人口過程に影響を与えることを意図してなされる場合、人口政策という。明示的な人口政策の典型例は中国である。中国の計画出産(中国語では「計画生育」と呼ばれる人口政策は強力で、1970年には5.8であった合計特殊出生率が1998年には2.0に下がったほどだが、もしこの間の出生率低下がなかったとしたら約3億多く出生があったことになり、「世界人口60億の日」(1999年)の到来は3年ほど早まっていたといわれるほどである(斉2000)。

各国の人口に関する政策の状況を概観する上では、国連が数年ごとに各国政府に対しておこなっているアンケート調査が有用である(UN2000b)。このうち途上国政府の自国の出生率に対する認識と政策をみると、「高すぎる」と答えた国、出生抑制を行っている国ともに近年増えており、1998年には途上国135カ国中、前者は83カ国、後者は78カ国に達している(河野2000,pp.216-217)。

しかし明示的な人口政策を掲げることは必ずしも一般的というわけではなく、多くの途上国では出生力に影響を及ぼしうる様々な政策的介入が、出生力低下を目的としたものかどうか必ずしも明らかにされない形で実行された。なかでも重要なのが家族計画プログラムの推進または支援である。

(3) 家族計画プログラムの広がりと限界

家族計画(family planning; planned parenthood)とは個人(あるいは夫婦、カップル)がいつ(when)何人(how many)子どもを産むか産まないか(whether)ということに関して、自由にかつ責任をもって決定し、実行しようとするをいう。具体的には安全、効果的かつ男女ともに満足のゆく避妊法を誰もが実行できるようになることが課題であり、政府または民間団体が家族計画の普及のために組織的な活動を行うとき、これを家族計画プログラムという。このように家族計画は本来、家族の健康・福祉や女性の権利に依拠したものであって、人口問題に依拠したものではない(産児調節から家族計画に至る歴史については、佐藤1998および近刊を参照)。

しかし第2次大戦後の途上国の急速な人口増加は先進国の人口学者や識者の間に強い危機感を生じ、また一部の途上国の指導者も速すぎる人口増加は経済発展の阻害要因と考えた。こうした背景の下で先進国から途上国への人口援助が活発化し、多くの途上国で家族計画プログラムが実施されるようになった。すなわち1952年に最初の政府による大規模な家族計画プログラムがインドで始まり、同じ年に国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation:IPPF)が創設された。1950年代には台湾、シンガポールなどの政府も家族計画活動を開始し、1960年代以降、政府による全国規模のプログラムが急速に広がった。

プログラムの実施理由、目的などには国によって差異があり、主に南・東・東南アジア諸国では、急速な人口増加が経済社会開発の妨げになるとの懸念(マクロの人口学的理由づけ)から、また急速な人口増加は母子保健や公共の福祉にとっても脅威であるとの認識により、政府の家族計画プログラムが実施されることが多かった。他方、ラテンアメリカ、中東、アフリカの多くの国々では、家族計画プログラムの進展はより緩やかであり、母子保健上の利益がプログラム実施の理由とされることが

多かった。これは、人口規模や人口密度の違い、また宗教、文化、社会構造の違いによるとみられる (Watson 1982)。

いずれにせよ、1980年までに全世界の途上国 152 カ国中、52 カ国 (人口 25.5 億、人口比 78.6%) がマクロの人口の観点から、また 65 カ国 (人口 5.7 億、人口比 17.5%) が保健あるいは人権の観点から家族計画を支持するまでになり、合わせて途上地域の人口の 96%にあたる 31 億もの人々が家族計画を支持する国 (117 カ国) に住むに至った (Watson 1982)。1984 年にメキシコ・シティーで開かれた国際人口会議では、家族計画プログラムは途上国の国民の健康と経済発展の両者にとって重要であるという大方の合意が形成された。

その一方で、家族計画プログラムのあり方に対する批判や問題提起もなされるようになってきた。すなわち出生抑制に重点を置きすぎて、ともすれば強制が行われたり、サービスの質がなおざりにされ、個人 (とりわけ女性) の人権がないがしろにされる傾向がみられたことへの批判である。また避妊の普及という一面にばかり注目してジェンダー関係や権力構造といった社会的背景を無視しており、家父長制、男尊女卑 (女性の地位が低く役割が小さい)、貧富の差といった根本的に家族計画の需要を低くとどめておく社会制度が変わらない限り、家族計画プログラムの出生力低下作用にも限界があるのではないかという認識がでてきた (Hartmann 1987; Dixon-Mueller 1993 など参照)。

このように 1980 年代までに、家族計画のあるべき姿について様々な模索がなされる中で、1994 年の国際人口開発会議 (カイロ会議) を迎えたのであった。後述するように、カイロ会議以後、家族計画プログラムは、より包括的な「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」プログラムの一部として再編成されることになる。

2 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念と背景

リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツ (後に述べるように両者は不可分の関係にあり、かつ重複を含んでいるので合わせてリプロダクティブ・ヘルス/ライツとも呼ばれる) は、1994 年のカイロ会議 (国際人口開発会議、ICPD) で一躍脚光を浴び、さらに 5 年後 (ICPD + 5) の国連人口開発特別総会においても「女性のエンパワーメント」と並んで世界の「人口・開発」問題への取り組みの主軸としての位置づけが再確認された (阿藤 1999; UN 1999a)。

2 - 3 - 1 リプロダクティブ・ヘルスの概念

リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health、性と生殖に関する健康) の国連における最初の定義は 1988 年に WHO (世界保健機関) のファターラ (M. Fathalla) によって唱えられたが (Mundigo 1994, p.4)、国際的に広く知られるようになったのは、1994 年のカイロ会議においてであったといえよう。カイロ会議で採択された合意文書「行動計画」(Programme of Action) においてリプロダクティブ・ヘルスは大きな位置を占めており、はじめにこれによってリプロダクティブ・ヘルスの概念を見てみよう。

「行動計画」第 7 章はリプロダクティブ・ヘルスに定義を付与している。すなわち、「リプロダクティブ・ヘルスとは、人間の生殖システム、その機能と (活動) 過程のすべての側面において、単に

疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す」(UN 1995, 訳 p.35) と、WHO 憲章の「健康」の定義(1946年)を下敷にしつつ、それがヒトの性と生殖に関わるすべての生物学的・社会的過程に適用されるとしている。

したがってリプロダクティブ・ヘルスは、「人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつ」ことを意味し、その保証として、「男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する」権利および「女性が安全に妊娠・出産でき、カップルが健康な子どもをもてる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる」権利が含まれるとする(UN 1995, 訳 p.35)。

さらに上記のリプロダクティブ・ヘルスの定義に則り、リプロダクティブ・ヘルスケアは「リプロダクティブ・ヘルスに関わる諸問題の予防、解決を通して、リプロダクティブ・ヘルスとその良好な状態に寄与する一連の方法、技術、サービスの総体」と定義される。このようにリプロダクティブ・ヘルスは「個人の生と個人的人間関係の高揚を目的とするセクシュアル・ヘルス(性に関する健康)も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウンセリングとケアにとどまるものではない」のである(UN 1995, 訳 p.35)。すなわちリプロダクティブ・ヘルスの課題は、女性と男性の生涯を通しての広範な保健ニーズに及ぶ。

それではリプロダクティブ・ヘルスは、従来から広く用いられている「家族計画」や「母子保健」とはどう違うのだろうか。まず家族計画との違いであるが、家族計画はリプロダクティブ・ヘルスの要素のひとつと位置づけられている。すなわちリプロダクティブ・ヘルスはより包括的な概念であり、避妊や出生コントロールをカップルや個人の最終的なニーズとはみなさず、カップルや個人(特に女性)の健康と自己の身体をコントロールする自由を最終的なニーズとみなす点に新しい展開があるといえる。また家族計画に人工妊娠中絶(以下、「中絶」と略す)は含まれないが、「行動計画」においてリプロダクティブ・ヘルスを支える手段のひとつとして家族計画とならんで、その他の「法に反しない出生調節の方法」という表現がみられることは注目される。WHOの1994年のリプロダクティブ・ヘルスの定義において、「出生調節」(fertility regulation)には中絶が含まれると解釈できるといわれており(Mundigo 1994, p.12)、中絶が法律で認められている国に限ってのことではあるが、これを暗に含めたとも受け取れるからである。

次に母子保健との違いは、対象を「母子」の健康問題に限定せず、リプロダクティブ・ヘルスはすべての年齢層の男女の(子どもを産む産まないにかかわらず)性と生殖に関連するあらゆる健康問題を扱う包括的なアプローチである点にあるといえよう。とりわけ大きな特徴のひとつは従来なおざりにされてきた「性に関する健康」に力点が置かれていることである(Mundigo 1994, p.2)。この点については、カイロ会議の準備段階では“sexual and reproductive health”の語も提起されたが、最終文書では(セクシュアル・ヘルスはリプロダクティブ・ヘルスに含まれるという表現で)“reproductive health”に落ち着いた経緯がある(阿藤 1994)。

2 - 3 - 2 リプロダクティブ・ライツの概念

「行動計画」第7章はリプロダクティブ・ライツ (reproductive rights、性と生殖に関する権利) にも定義を与えている。すなわちリプロダクティブ・ライツには、すべてのカップルと個人の、自由にかつ責任をもって子どもの数、間隔、産む時期を決定する権利、そのための情報と手段を得る権利、最高水準の性と生殖に関する健康 (sexual and reproductive health) を享受する権利、差別・強制・暴力を受けることなく生殖に関する決定をなす権利が含まれる。これらの権利が成り立つ基本的条件として、「行動計画」は、「この権利を行使するにあたっては、(カップルと個人は) 現在の子どもと将来生まれてくる子どものニーズおよび地域社会に対する責任を考慮に入れなければならない」こと、「すべての人々がこれらの権利を責任を持って行使できるよう推進することが、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの分野において政府および地域が支援する政策とプログラムの根底になければならない」こと、また「このような取り組みの一環として、相互に尊敬しあう対等な男女関係を促進し、特に思春期の若者が自分のセクシュアリティに積極的に、かつ責任を持って対処できるよう、教育とサービスのニーズを満たすことに最大の関心を払わなければならない」ことを喚起している (UN 1995, 訳 pp.35 - 36)

2 - 3 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの背景

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの登場の背景にはいくつかの重要な動きがあったとみられる。ひとつはフェミニズム運動であり、もうひとつは人口に健康の視点を結びつける動きであり、さらに人口問題をめぐる議論において従来の「家族計画プログラム」中心のアプローチを見直す動きである。

(1) 女性運動の高まり

リプロダクティブ・ライツあるいはリプロダクティブ・チョイス (reproductive choice) の概念は、フェミニスト運動に端を発し、「国連婦人の10年」(1975~1985年) ならびに1985年にナイロビで開かれた国連国際女性会議を通じて国際的に広まった考え方といわれる(阿藤1994)。とくに1960年代のフェミニズム運動の中から生まれたといわれる「女性の健康」運動(2-3-4参照)が大きな役割を果たしたとみられる。リプロダクティブ・ライツないしリプロダクティブ・フリーダム (reproductive freedom) の語は、リプロダクティブ・ヘルスに先行して世界の女性運動で使われており、リプロダクティブ・ライツの語は1979年に米国で結成された「全国リプロダクティブ・ライツ・ネットワーク」(Reproductive Rights National Network) というグループに由来するという推論もあるという(芦野1994)。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する国連の公式の定義に対して、女性運動による定義では、「女性の健康・権利」という面が強調されている(主語が「女性」)。中絶の権利が明記されている、妊娠・出産に関連することだけでなく、女性のライフサイクルを通じた健康課題と位置づけている、などの特徴がみられる(芦野1994)ととりわけ第3点は、自身の身体をコントロールする権利(the right to control one's own body)に通じるものであり、性的暴力、身体的暴力、望まない搾取的な性関係(インセスト、児童虐待、売春、性行為の強要) および望まない医学的介入または身体の切除からの自由を含むといわれる(Dixon-Mueller 1993, pp.12-14)。

(2) 人口と保健

人口に性・生殖分野の健康の視点を結びつける動きとしては、1980年代に各国で調査データが集積され、高出生率と乳幼児死亡率および妊産婦死亡率の高さとの関連が注目されたこと、エイズの蔓延という事態が起こり、性行動の重要性が強調されるようになるとともに性・生殖器官の感染症の問題が注目されるようになったことなどにより、生殖と健康の関わりにより大きな関心が向けられるようになったことが挙げられる（IUSSP 1996）。リプロダクティブ・ヘルスの概念は、WHOが1972年以来続けてきた「人間の生殖分野における研究・開発ならびに研究者養成に関する特別プログラム」の中で、人間の生殖過程に関わる保健ニーズを総合的に把握するために生み出されてきたともいわれる（阿藤 1994）。

(3) 国際人口援助のあり方

さらに国際的な人口問題をめぐる議論との関連でいえば、第2次大戦後先進国からの多額の人口援助をもとに途上国で展開された家族計画プログラムのあり方に対する批判や問題提起も流れを変える重要な要因になったものと推察される。先に述べたように、家族計画プログラムの実施において、従来出生抑制という「数」の目標が重視され、産む当事者である女性がないがしろにされる傾向があったことへの批判が高まるとともに、教育を通じた女性の地位向上など社会経済条件の変化が伴わなければ、途上地域の人々の家族計画に対するニーズを十分満たすこともできないし、家族計画に対する需要を掘り起こすこともできない（すなわち従来のやり方では出生力低下効果にも限界がある）という認識が、米国などの援助機関の側にも深まってきたものとみられる。このような認識の変化により、人口活動の観点においても、より包括的なアプローチが求められることになったものと思われる。

このように1980年代までに、性と生殖をめぐって様々な議論や模索がなされ、これらの動きが1994年のカイロに流れ込む形で、国際人口開発会議の舞台に劇的な転換を生じたとみることができよう。すなわち、出生コントロールは個人（とりわけ女性）の最終的なニーズではなく、真のニーズは個人（とりわけ女性）の健康であり権利であるという、より包括的かつ全人的な視点への転換である。さらにカイロ会議の翌年（1995年）に開かれた第4回世界女性会議（北京会議）では、リプロダクティブ・ライツが女性の人権の一部であることが明記され、性関係と生殖に関する事柄における女性と男性の平等な関係、同意、共同の責任がうたわれた（UN 1996, p.59）。

2-3-4 「女性の健康」運動

ここでリプロダクティブ・ヘルス/ライツの理念と活動の形成に大きな影響を与えたとみられる「女性の健康」運動（women's health movement）について一瞥しよう。19世紀後半の第1波フェミニズム運動は教育権や労働権、参政権などの実現を通して女性の地位向上をめざしたが、性と生殖に関することは必ずしも主流ではなく、性や避妊、中絶が欧米の女性運動の優先課題になったのは第2次世界大戦後の1960年代末といわれる（芦野 1998）。1960年代に米国に始まり西側先進諸国に広がった第2波フェミニズム運動は性別役割分業など社会慣習上制度上現存する性差別を実質的に変革することを求めるもので、女性の身体的性的自己決定権確立の要求が含まれていた（江原 1998）。このころ米国では公民権運動ともあいまって女のからだの自主権や中絶合法化を求める運動が盛んになった

(芦野 1998)

第 2 波フェミニズム運動は、当時繁栄の極みにあり背景に性別役割分業の強化と「女性の主婦化」がみられた米国で産声を挙げ(江原 1998) 当初既成の男権支配体制を批判する白人中産階級女性中心のリベラルな女性解放運動の流れをくむ「ウーマン・リブ」(women 's liberation)として表出した。次第に組織化が進み、リベラル・フェミニズム、ラディカル・フェミニズム、マルクス主義フェミニズム、エコロジカル・フェミニズム、レズビアン・フェミニズムなど多様な理論・運動が展開された(西山 1998)

「女性の健康」運動は 1960 年代後半～1970 年代に起こり、なかでも 1973 年に「ボストン女の健康の本集団」(Boston Women's Health Book Collective) というグループが『からだ・私たち自身』(*Our Bodies, Our Selves*, 邦訳:松香堂) を出版したことは画期的なできごとといわれており、同書はその後版を重ね世界各国で翻訳・出版されている(芦野 1994)。その後国際的にネットワーク化が進み、1970 年代末には第 1 回国際「女性と健康」大会がヨーロッパと北米の女性によってもたれたが、後に回を重ねるにしたがって「南」の国々からも多くの女性が参加するようになった。1984 年の大会では「リプロダクティブ・ライツ」が大きな問題として出現し、アムステルダムに本部を置く「リプロダクティブ・ライツのための女性のグローバル・ネットワーク」(Women's Global Network on Reproductive Rights : WGNRR) が創立された。また同じ頃、ニューヨークに本部を置く「国際女性健康連合」(International Women's Health Coalition) などが創立され、WGNRR と関心を共有しつつ、ネットワークと活動を拡大していった(Garcia-Moreno and Claro 1994)。

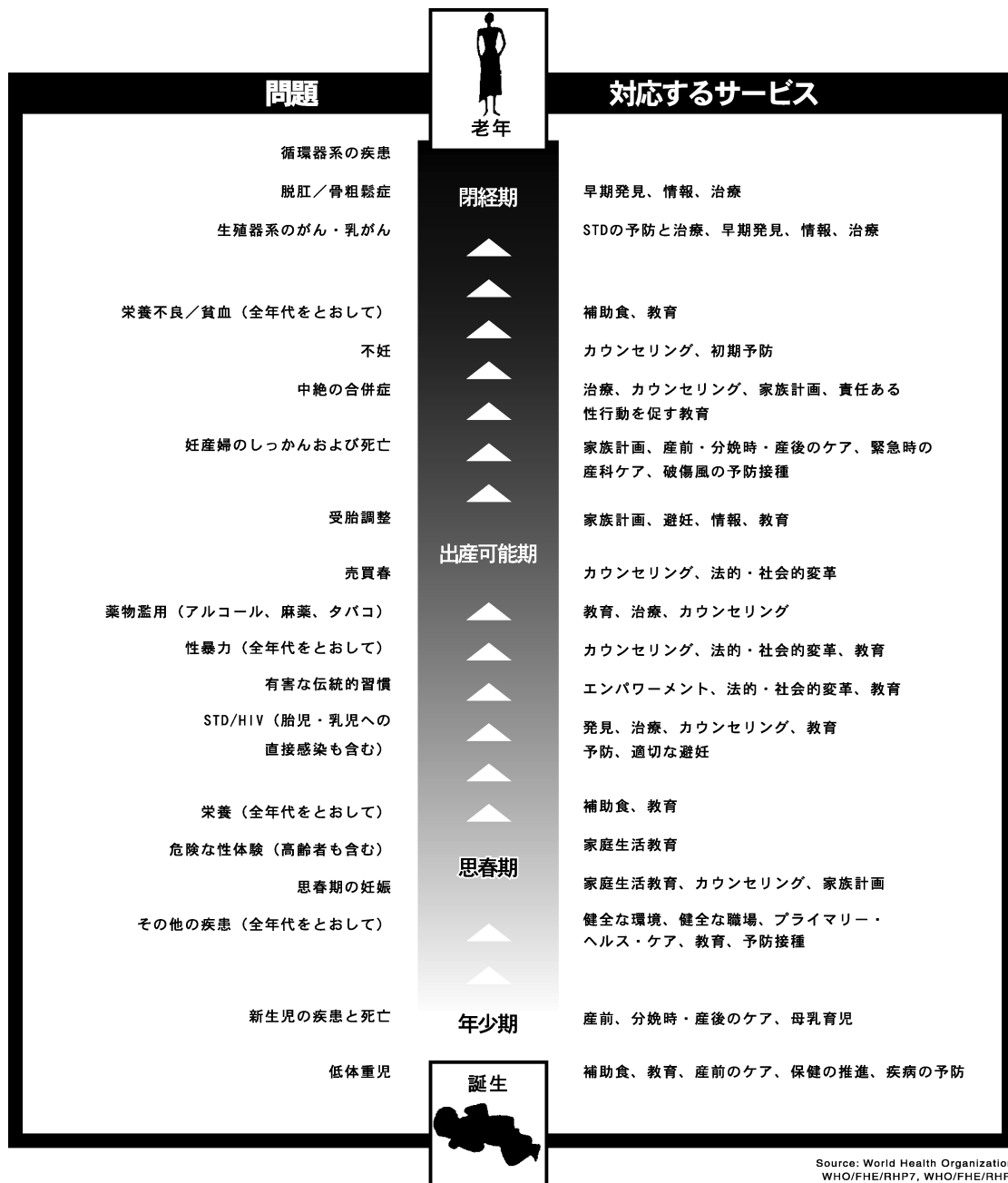
「女性の健康」運動はリプロダクティブ・ヘルス/ライツの理念の確立と普及にあずかったが、その取り組みは主に 3 つの方面に及んだ。第 1 に中絶の権利の擁護であり、1960 年代の米国での中絶論争の高まりは女性たちをリプロダクティブ・ライツの確立と擁護へ向かわせた。同様に西欧でも 1970 年代に、他のことでは様々に見解が分かれていたフェミニストたちも、中絶と離婚の合法化を求める闘いにおいて一致団結した(Dixon-Mueller 1993, pp.44-47)。第 2 は「過剰な医療」(over-medicalization) への抵抗と自助(self-help) グループ活動である。「女性の健康」運動の発端は、女性が自らのからだを知り、からだをコントロールできなければ真の女性の自立はないという女性の認識であり、まず自分たちのからだを知ろうという勉強会が各地で開かれた(ヤンソン 1997,p.128)。自助グループ、情報交換、フェミニスト・クリニックなどの活動が起こり(Davis 1999,pp.227-258) 女性の利益や関心を無視する従来の家父長制的・権威主義的な医療のあり方に対抗した。この頃、経口避妊薬(ピル)と IUD (子宮内避妊具) という強力な避妊法が開発され普及が始まったのに対し、女性運動は安全性の問題や当事者である女性が疎外されている問題を喚起した(Dixon-Mueller 1993,pp.47-50)

取り組みの第 3 は、国内外の「人口(管理)政策」(population (control) policy) への批判である(Dixon-Mueller 1993,pp.51-53)。その象徴的な出来事として、1984 年にアムステルダムで開催された第 4 回「女性と健康」国際会議では「人口管理にノー！ 決めるのは女性(Population Control No! Women Decide)」というスローガンが掲げられた(ヤンソン 1997,pp.190 ; 芦野 1994)。1990 年代には一連の国連の会議に際してのロビー活動などを通して、カイロ会議にも影響を与えたとみられる(Garcia-Moreno and Claro 1994)

2 - 3 - 5 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの意義と内容

本節で述べたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念についてまとめると、最も狭くいえば妊娠・出産をめぐる健康と自己決定権ということになるが、それにとどまるものではなく、妊娠・出産を含め広く性をめぐる健康と自己決定権（セクシュアル・ヘルス/ライツ）を包含しているともいえる。それは端的に言って、自身の身体をコントロールする自由と権利を意味しているともいえよう。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの具体的内容は多岐にわたっており、人々の生涯にわたる性と生殖に関わる健康と権利を網羅している。図 2 - 1 は女性の場合について、それを図示したものである。



Source: World Health Organization, WHO/FHE/RHP7, WHO/FHE/RHP9

図 2 - 1 ライフサイクルから見たリプロダクティブ・ヘルス

出所：国連人口基金(1995)(訳(1995))p.44.

以下リプロダクティブ・ヘルス/ライツの主要課題から、続く 2 - 4 では家族計画について述べ、さらに 2 - 5 では家族計画以外の主要な課題（妊産婦死亡、人工妊娠中絶、性感染症、性差別・性暴力など）を取り上げ、途上地域における現状と課題について概述する。

2 - 4 家族計画の普及と課題

人々（とりわけ女性）のニーズに応じた質の高いサービスをインフォームド・チョイス（informed choice）の原則の下に十分提供することが今日の家族計画プログラムの課題といえる。

2 - 4 - 1 避妊法とその普及

表 2 - 2 は国連推計による最近（1995 年頃）の世界の地域別避妊実行率を示したものである。避妊実行率とは女性が生殖年齢（一般に 15～49 歳）にある夫婦またはカップルのうち、調査時点で何らかの避妊を実行している夫婦またはカップルの割合をいう。途上地域の中でもラテンアメリカの避妊実行率（66%）は先進地域の平均値に近く、アジアもこれに近いが、アフリカ（20%）は著しく低い（表 2 - 2a）。方法別にみると（表 2 - 2b）、ラテンアメリカでは女性不妊手術（42%）、ピル（21%）などの割合が高い。ことにラテンアメリカで男性不妊手術に対する女性不妊手術の比が著しく高い（42対2）ことが注目されるが、これはこの地域に強い男尊女卑（男らしさの顕示）の気風と関連があるものと思われる（この比がヨーロッパでは 4対3 と比較的互角に近いことと対照的である）。アジアでは女性不妊手術（40%）に次いで IUD（28%）の割合が高いが、これは人口の多い中国でこれらの方法の普及度が高いことを反映していると思われる。先進地域に比べ、途上地域で全体の避妊実行率はより低いにも関わらず、不妊手術、IUD、ピルなど近代的方法ないし医療を介する方法（medical methods）の割合がより高いのは、家族計画活動の歴史が比較的浅いことによる（IUD およびピルの開発・実用化は 1960 年代のことである）。

表 2 - 2 世界の地域別避妊実行率（1995 年）

(a) 生殖年齢カップル数と避妊実行率

	避 妊 実 行 率 (%)								
	生殖年齢 カップル数 (100 万)	全方法	不妊法		ピル	IUD	コン ドーム	保健医療によ り供給される 他の方法	保健医療によ り供給されな い方法
			女	男					
世界	982.2	58	19	4	8	13	4	3	8
開発途上地域	799.2	55	21	4	6	14	2	2	5
アフリカ	111.2	20	2	0.1	7	4	1	2	4
アジア（日本を除く）	611.5	60	24	5	5	17	3	2	4
ラテンアメリカ・カリブ諸国	75.4	66	28	1	14	7	4	2	9
オセアニア	1.1	29	9	0.2	5	1	1	6	7
先進地域	183.0	70	9	5	17	6	14	2	19
日本	18.4	59	3	1	0.4	2	46	1	6
ヨーロッパ	119.6	72	3	2	20	8	10	2	26
北アメリカ	41.9	71	24	14	15	1	10	4	3
オーストラリア・ニュージーランド	3.2	76	26	12	23	5	6	1	4

(b) 全方法に対する避妊実行割合

	全方法を 100%としたときの各方法の割合 (%)							
	全方法	不妊法		ピル	IUD	コンドーム	保健医療により供給される他の方法	保健医療により供給されない方法
		女	男					
世界	100	33	7	14	22	7	5	14
開発途上地域	100	38	7	11	25	4	4	9
アフリカ	100	10	1	35	20	5	10	20
アジア(日本を除く)	100	40	8	8	28	5	3	7
ラテンアメリカ・カリブ諸国	100	42	2	21	11	6	3	14
オセアニア	100	31	1	17	3	3	21	24
先進地域	100	13	7	24	9	20	3	27
日本	100	5	2	1	3	78	2	10
ヨーロッパ	100	4	3	28	11	14	3	36
北アメリカ	100	34	20	21	1	14	6	4
オーストラリア・ニュージーランド	100	34	16	30	7	8	1	5

注：「生殖年齢カップル数」とは、女性が 15～49 歳の現在結婚しているか、または性的関係にあるカップル数をいう。「保健医療により供給される他の方法」とは、保健従事者や医療サービスによって提供または供給されるその他の方法で、注射法、ベッサリー、頸管キャップ、殺精子剤などを指す。「保健医療により供給されない方法」とは、周期的禁欲またはリズム法、膈外射精（性交中絶）、洗浄法、避妊目的で行われる禁欲、民俗的方法および切り離して報告できない他の方法を指す。

なお表 (b) は (a) の数値から割合を算出したもので、(b) の数値は丸められている。

出所：UN (1999b)。

2 - 4 - 2 未充足ニーズとその充足

しかし途上地域では近年の急速な避妊の普及にも関わらず、避妊を必要としていながら実際には避妊を実行していない女性の割合を示す「未充足ニーズ」(unmet need)の水準が依然高いことが、1980 年代後半から実施された人口保健調査 (DHS) の解析結果によって示されている。すなわち北アフリカ (4 カ国)、サハラ以南アフリカ (20 カ国)、アジア (8 カ国、中国は含まれない)、ラテンアメリカ・カリブ諸国 (11 カ国) において、望まない妊娠 (unwanted pregnancy) あるいは出産延期の失敗による妊娠 (mistimed pregnancy) の危険にされされているが避妊を実行していないカップルの割合は、おのおの 22%、29%、18%、20% を占め、全体では 24% を占める (UN 1998, pp.97-99)。また、すべての妊娠件数の約 3 分の 1 (年間 8000 万件) は望まない妊娠か、または望まない時期の妊娠であるという推測もある (AGI 1999)。

このように「未充足ニーズ」の把握とその充足への取り組みは現代における家族計画プログラムの中心概念であるが、家族計画の課題はそれに尽きるものではない。以下、「未充足ニーズ」アプローチへの主要な 2 つの批判を手がかりに 21 世紀における家族計画プログラムの課題について考えてみよう。

2 - 4 - 3 サービスの質とインフォームド・チョイス

今日の家族計画プログラムのあり方、とりわけ「未充足ニーズ」アプローチへの批判の第 1 は、避妊実行率を高めることに目を奪われ、利用者 (ことに女性) の視点が不十分ではないか、というものである。この点については、家族計画に対する未充足ニーズの定義・概念を修正し、避妊を実行している男女であっても、副作用を被っていたり、使い方が効果的でなかったり、方法が最適でない場合

も含めるという提案が最近なされている (Dixon-Muller and Germain 1992)。また避妊へのアクセスを容易にさえすれば、避妊の未充足ニーズが減少するののかという疑問もある。

多くの地域でサービスへのアクセスに困難があることは依然問題であるが、避妊を用いない主な理由は、知識不足、健康面の不安、家族(ことに夫の)不同意、の3つといわれている (Bongaarts and Bruce 1995; UN 2000a, pp.29-30)。これらのニーズに応えるために、広範囲のリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供し、避妊法の選択肢を広げ、ケアの質を保証することが重要との認識が増しつつある (Jain, Bruce and Mensch 1992)。

また子どもをもつこと(時期、子ども数)や避妊のあり方については、カップルの間でも意識の違いがあることが知られており、特にサハラ以南アフリカでは夫が妻よりも多くの子どもを欲する傾向がみられる (Bankoke and Ezeh 1999)。カップルの間で性と生殖に関するコミュニケーションを高めることは重要であり、結果として子ども数が減る効果もあるとみられる。

2 - 4 - 4 家族計画プログラムの役割

批判の第2は、避妊実行率上昇(ひいては出生率低下)にとって、家族計画サービスへのアクセスが容易になること(供給面)はさほど重要ではなく、希望子ども数の減少(需要面)の方が重要ではないかという指摘である。ボンガーツはこのような指摘 (Pitchett 1994a, 1994b) に一理あることを認めつつも、家族計画プログラムの実施によって出生コントロールについての知識と社会の受容性が伝播したことが出生力転換において決定的役割を果たしたという見方 (Knodel and van de Walle 1979; Retherford and Palmore 1983; Cleland and Wilson 1987) を支持する。また家族計画プログラムは、とりわけカップルにより小さな家族をもつことを励ますような実質的な情報、教育、コミュニケーション (IEC) キャンペーンが含まれるとき、希望子ども数自体を減らす効果もあると考えられることから、たんに避妊法へのアクセスを容易にするにとどまらず、家族計画プログラムがより効果的に実行されることによるいっそうの出生率低下作用に期待する (Bongaarts 1997)。

2 - 5 性と生殖の健康と権利：家族計画以外の主要な個別課題

一般に保健医療水準が低く社会開発基盤も弱く、女性の地位が低い途上地域では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの推進は、性と生殖に関する健康と権利の水準を実質的に高めることが期待される。本節では、家族計画以外の、途上国におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの主要な課題(図2-1参照)について各種指標により水準を概観する。

2 - 5 - 1 母性保健

WHO などの推計 (1990年時点) によれば、全世界で毎年60万近くにのぼる妊産婦死亡のほとんどが途上国で起こっており、途上国の妊産婦死亡率は出生10万対480(最も高いアフリカ地域は870)と推計されている (UN 1998, pp.146-147)。妊産婦死亡のおよそ8分の1(件数にして5万ないし10万)は「安全でない中絶」の合併症の結果かもしれないとみられており (UN 1998, pp.156-157)、闇中絶は途上国の高い妊産婦死亡率と深く関わっている。国連は妊産婦死亡率低下への取り組みの指標

として、全世界で 2005 年までに分娩の 80%、2010 年までに 90% が熟練した介助者の立ち会いによって行われるようになることを目標に掲げている (UN 1999a)。

2 - 5 - 2 人工妊娠中絶

1999 年時点で途上地域の 15 ~ 44 歳の女性 (11.3 億人) を中絶が許される理由に関してどのような条件に置かれているかということで分類すると、32% もの女性は中絶がまったく許されないか、母体を救う場合のみ認められる国に、13% の女性は身体的・精神的健康を守る目的でも中絶が許される国に、22% の女性は加えて社会経済的理由で中絶が許される国に、33% の女性は理由については問われない国に住んでいるとみられる (AGI 1999, p.22)。このように途上地域では中絶が非合法の国がかなり多いにもかかわらず、実際の件数は少なくないとみられる。全世界で年間 4600 万人もの女性が中絶を行っているとは推定されているが、このうち 3600 万人 (78%) は途上国の女性とみられる (AGI 1999, p.25)。「安全でない中絶」(unsafe abortion) すなわち必要な技術を欠く者によって、あるいは最小限の医療設備も備わっていない環境で行われる中絶は、全世界で毎年 2000 万件にものぼり、その 90% は途上国で行われているという見積もりもある (UN 1998, pp.155-156)。

2 - 5 - 3 思春期

カイロ『行動計画』の第 7 章「リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス」は「思春期の若者たち」(adolescents) という一節をもうけており、人口・開発問題における思春期の重要性を喚起している。従来未婚の男女は家族計画サービスの対象外とされ、意図しない妊娠、性感染症などのリスクにさらされることが多かった。若者のリプロダクティブ・ヘルスニーズに応え、適切な教育とサービスならびにケアが行われることは、若者 (特に女性の) の健康と自己決定権を保証するのみならず、妊娠・出産の開始年齢を高めることにより、高出生率の途上地域において出生率低下効果も期待できる。

2 - 5 - 4 性感染症

毎年世界で約 3 億件の治療可能な性感染症 (淋病、梅毒、クラミジアなど) が発症しており、その大部分は途上国に起こっているとみられる。女性の罹患率は男性の 5 倍も高く、不妊のおよそ 3 分の 2 は性感染症が原因ともいわれる (UNFPA 1997, p.20)。また UNAIDS (国連合同エイズ計画) によれば、エイズウイルス (HIV) の感染者数は 1999 年末現在全世界で 3430 万人に達し、その大多数はサハラ以南アフリカ (2450 万人)、南・東南アジア (560 万人)、ラテンアメリカ (130 万人) など途上国で占められており、ことにサハラ以南アフリカ諸国の感染率は高い (UNAIDS 2000)。なお HIV/エイズについては、本報告書の第 3 章で詳しく述べられる。

2 - 5 - 5 性差別と性暴力

リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、たんなる健康問題にとどまらず、セクシュアル・ハラズメント (sexual harassment: 性的嫌がらせ)、ドメスティック・バイオレンス (domestic violence: 夫や恋人からの暴力) などを含めて、あらゆる性差別、強制、性暴力の撤廃を視野に入れている点に新

しい展開があるといえる。とりわけ性に関する暴力の中でも、甚だしく有害な伝統的慣習として最近注目を集めている女性性器切除 (female genital mutilation:FGM) は、主にアフリカとアラビア半島の 28 カ国で行われており、これまでに 1 億 3000 万人の女性がこれを受けさせられ、現在でも世界で毎年 200 万人が危険にさらされているといわれる (芦野・戸田 1996 など参照)。最近になって廃止を求める女性の運動も高まり、カイロ会議「行動計画」に FGM 廃絶が明記されるとともに、禁止措置をとる国もでてきた (UNFPA 1999,33-34)。

2 - 6 リプロダクティブ・ヘルス/ライツと出生率のゆくえ

2 - 6 - 1 出生率の将来予測

国連の 2000 年版世界人口推計によれば、1995～2000 年における世界全体の TFR は 2.82 であり、64 カ国 (うち 43 カ国は先進地域) は置換水準あるいはそれ以下の水準にあるが、123 カ国 (うち 122 カ国は途上地域) は TFR が 2.1 を超えている。後者のうち、48 カ国は TFR が 5 以上であり、その大部分は最貧国 (least developed) に分類されている国である。前者のグループ (2000 年の人口は 27 億で世界人口の 44%) は 2050 年までの将来において顕著な出生率上昇はない見込みである。他方、後者のグループ (2000 年の人口は 34 億で世界人口の 56%) は、全体としてみると出生率低下が続くものの、2050 年の人口は 64 億に達する見込みである (UN 2001)。

中でも高出生力が持続し、現在出生力転換の開始が確認されない 16 カ国 (ほとんどがサハラ以南のアフリカ) はたとえ 2005 年以降 10 年ごとに TFR が 1 ずつ低下したとしても 21 世紀半ばに置換水準に達することはないとみられる。またバングラデシュ、ナイジェリアといった人口の多い国で 1990 年代に予期されたほどの出生率低下が起こっておらず、またインドの出生率低下もわずかながら前回推計時の予想を下回っている。こうしたことから、2050 年の世界人口は、2000 年版では (前回 1998 年版より 4 億多い) 93 億と推計されている (UN 2001)。

2 - 6 - 2 途上国における出生力転換 (置き換え水準実現) の条件

コールドウェルも述べているように「今や世界の人口のほぼ半分は置換水準あるいはそれ以下の社会に住んでおり、将来世界人口が緩やかな減少に転じる可能性は、以前よりはるかに増してきている」といえる (Caldwell and Caldwell 1997, p.24) しかし、つい最近発表された国連の 2000 年版世界人口推計で 2050 年の世界人口が上方修正されたことから窺えるように、途上地域の出生率低下にある種頭打ちないし鈍化の傾向が見て取れる。これは出生率低下の条件の整った国で出生率低下が一段落し、困難の多い国が残ったためと考えられる。また長く続いた晩婚化傾向の終止や家族計画プログラム支援資金の減少も影響している可能性がある (National Research Council 2000, pp.68-76)。

今後、世界のほとんどの地域で出生力転換が進行し、出生率が置換水準前後まで低下するための条件は何であろうか。これには、経済学的視点、社会学的視点、人類学的視点、ジェンダー的視点、また政策的介入の視点など様々な見方が重要といえよう。おそらく単一の視点ではなく、複合的な視点が必要であろう。コールドウェルは、そのような条件として「男児のみならず女兒も十分な教育を受け、男性のみならず女性も家庭の外で働いて賃金を得る、そんな一つのグローバルな社会の形成」を

挙げているが (Caldwell and Caldwell 1997, p.24) 国境や宗教・文化の垣根を超えた情報、交易、社会活動 (NGO 活動を含む) などの交流の活発化はおそらく出生力転換を促す条件の一つであろう。

2 - 6 - 3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツと途上国における出生力転換のゆくえ

カイロ会議における人口論のパラダイム転換は伝統的人口学者を当惑させたといわれる (河野 1997)。すなわちカイロ会議以後、国連などが推進する「家族計画プログラムのリプロダクティブ・ヘルス/ライツへの統合」の動きなど、総じていえば「女性の権利」アプローチは、途上地域における出生力低下を強力に推進し世界人口の安定化を図るという従来の戦略に水を差すのではないかという懸念である。しかし、他方「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」アプローチは、ジェンダーをめぐる社会経済的問題を視野に入れており、全人的・包括的アプローチであることから、出生力決定要因の需要側と供給側の両面においてある種の現状打開 (ブレークスルー) をもたらすことにより、既存の「家族計画」アプローチを超えて大きな出生力低下をもたらす可能性を秘めているという見方もできよう。

それゆえ、リプロダクティブ・ヘルス/ライツと女性のエンパワーメントを土台とした積極的な政策介入は、今後世界に残された高出生力地域における出生力転換を促す鍵の一つと考えてよいであろう。

参考文献

- 芦野由利子(1994)「リプロダクティブ・ヘルス/ライツと避妊・中絶を選ぶ権利」『インパクション 89:人口が問題なのか?』インパクト出版会、pp.36-41。
- 芦野由利子(1998)「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ概論」北村邦夫(編著)『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ:性と生殖に関する健康と権利』メディカ出版、pp.10-22。
- 芦野由利子・戸田清(1996)『人口危機のゆくえ』岩波書店
- 阿藤誠(1994)「国際人口開発会議(カイロ会議)の意義:新行動計画とその有効性」『人口問題研究』50巻3号、pp.1-17。
- 阿藤誠(1999)「ICPD+5:カイロ行動計画:5年目の評価」『人口問題研究』55巻3号、pp.52-65。
- 阿藤誠(2000)『現代人口学:少子高齢社会の基礎知識』日本評論社
- 江原由美子(1998)「フェミニズム」『岩波思想・哲学事典』岩波書店、p.1361。
- 北村邦夫編(1998)『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ:性と生殖に関する健康と権利』メディカ出版
- 河野稠果(1997)「フェミニズムは地球を救うか?:カイロ・プログラム再考」『人口学研究』第20号、pp.37-47。
- 河野稠果(2000)『世界の人口(第2版)』東京大学出版会
- 佐藤龍三郎(1998)「家族計画とリプロダクティブ・ヘルス」濱英彦・河野稠果編『世界の人口問題』大明堂、pp.143-162。
- 佐藤龍三郎(近刊)「リプロダクティブ・ヘルス/ライツと現代社会」阿藤誠・早瀬保子編『ジェンダーと人口問題』大明堂
- 斉玉玲(2000)「中国のリプロダクティブ・ヘルスの現状と挑戦」『世界と人口』311号、pp.44-51。
- 西山千恵子(1998)「現代フェミニズムの諸潮流」『イミダス1998』集英社、pp.672-673。
- 早瀬保子(1999)『アフリカの人口と開発』アジア経済研究所
- ヤンソン柳沢由実子(1997)『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ:からだと性、わたしを生きる』国土社
- AGI (1995) *Hopes and Reality: Closing the Gap between Women's Aspirations and Their Reproductive Experiences*, The Alan Guttmacher Institute (New York).
- AGI (1999) *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, The Alan Guttmacher Institute (New York).
- Bankoke and Ezeh (1999) "Unmet need for couples: an analytical framework and evaluation with DHS data", *Population Research and Policy Review*, 18:579-605.
- Bongaarts, John (1997) "The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions" in G.W. Jones, et al.(eds.) *The continuing demographic transition*, Clarendon Press (Oxford), 422-443.
- Bongaarts, John (1999) "The fertility impact of changes in the timing of childbearing in the developing world," *Population Studies*, 53(3): 277-289.

- Bongaarts, John and Judith Bruce (1995) "The causes of unmet need for contraception and the social content of services," *Studies in Family Planning*, 26(2):57-76.
- Caldwell, John C. and Caldwell, Pat (1997) "What do we know about fertility transition" in Jones et al. *The Continuing Demographic Transition*, 15-25.
- Cleland, J.G and Wilson, C. (1987) "Demand theories of fertility transition: An iconoclastic view", *Population Studies*, 41(1):5-30.
- Davis, Flora (1999) *Moving the Mountain: The Women's Movement in America since 1960*, University of Illinois Press (Chicago).
- Dixon-Mueller, Ruth and Germain (1992) "Stalking the elusive" unmet need" for family planning," *Studies in Family Planning*, 23(5):330-335.
- Dixon-Mueller, Ruth (1993) *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, Praeger (Westport, USA).
- Garcia-Moreno, Claudia and Amparo Claro (1994), "Challenges from the women's health movement: Women's rights versus population control" in Sen, Gita ,et al. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights*, Harvard University Press (Boston), 47-61.
- Hartmann, Betsy (1987) *Reproductive Rights and Wrongs: The Global Politics of Population Control and Contraceptive Choice*, Harper and Row(New York).
- IUSSP Committee on Reproductive Health (1996) "IUSSP activities: A research agenda for reproductive health", *Newsletter*, (54): 10-19.
- Jain, Anrudh, Judith Bruce and Barbara Mensch (1992) "Setting standards of quality in family planning programs," *Studies in Family Planning*, 23(6):392-395.
- Jones, Gavin W. et al. (1997) *The Continuing Demographic Transition*, Clarendon Press (Oxford).
- Knodel, J. and van de Walle, E.(1979) "Lessons from the past: policy implications of historical fertility studies", *Population and Development Review*, 5(2):217-245.
- Mundigo, Axel I.(1994) *Reproductive Health: Definitions and Research Challenges*, Nihon University Population Research Institute (Discussion Paper Series, 94-3).
- National Research Council (2000) *Beyond Six Billion: Forecasting the World's Population*, National Academy Press (Washington, D.C.)
- Pitchett, L.H.(1994a) "Desired fertility and the impact of population policies", *Population and Development Review*, 20(1):1-55.
- Pitchett, L.H.(1994b) "The impact of population policies: Reply", *Population and Development Review*, 20(3):621-630.
- Retherford, R.D. and Palmore, J.A.(1983) "Diffusion processes affecting fertility regulation", in R.A. Bulatao and R.D. Lee (eds.) *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol.2, Fertility Regulation and Institutional Influences, Academic Press (New York), 295-339.
- UN (1995) "Population and Development: Programme of Action adopted at The International Conference on Population and Development", Cairo, 5-13 September 1994 (外務省監訳『国

際人口・開発会議「行動計画」』世界の動き社).

UN (1996) *Platform for Action and the Beijing Declaration*, United Nations (New York) .

UN (1998) *World Population Monitoring 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*, United Nations (New York).

UN (1999a) “Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development”, 21st Special Session of the General Assembly, June 30-July 2, 1999.

UN (1999b) *World Contraceptive Use 1998*, United Nations (New York).

UN (2000a) *World Population Monitoring 2000: Population, Gender and Development (Draft)*, United Nations (New York).

UN (2000b) *Global Population Policy Database 2000*, United Nations (New York).

UN (2001) *Draft: World Population Prospects: The 2000 Revision: Highlights*, (28 February 2001), United Nations (New York).

UNAIDS (2000) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (Geneva).

UNFPA (1997) *The State of World Population 1997*, United Nations Population Fund (New York).

UNFPA (1999) *The State of World Population 1999*, United Nations Population Fund (New York).

UNFPA (2000) *The State of World Population 2000*, United Nations Population Fund (New York)

『世界人口白書 2000 : 男女共生と見えない格差 : 変革の時』世界の動き社 .

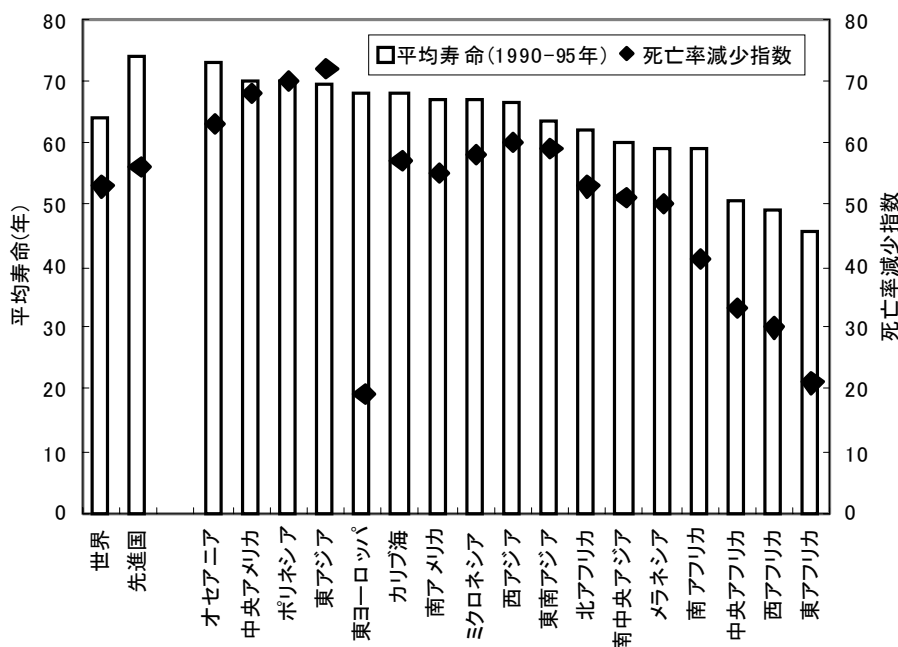
Watson, Walter B.(1982) “Family planning programs: Developing countries,” in Ross, John A.(ed.), *International Encyclopedia of Population*, The Free Press (New York).

3 . 死亡率と HIV/エイズ

3 - 1 世界の死因

20 世紀には死亡率の低下による寿命の向上が世界のほとんどの地域で起きたが、まだ十分とはいえない地域や国も多い。国連の推計によれば、1950～1955 年から 1990～1995 年までの過去半世紀の平均寿命の変化は世界全体では 46.4 年から 64.1 年に改善されているが地域差も大きい（UN 2000）。地域別に平均寿命をみるとオセアニアやポリネシアなど太平洋の諸国や中央・南アメリカの諸国と東・西アジアでは高く、東南アジアや北アフリカでもやや高いが、中央ならびに東西アフリカ地域で

図 3 - 1 おもな地域ごとの平均寿命（1990-1995 年）と死亡率減少指数



出所: UN (2000)

は平均寿命は現在でもきわめて短い（図 3 - 1）。国連の報告書では、地域・国ごとに 1950～1955 年の平均寿命を基準にして、1990～1995 年に実現された世界最高の平均寿命（日本の平均寿命）までの改善可能年数に対する実際に変化した平均寿命年数の割合を死亡率減少指数としている¹。その死亡率減少指数を検討してみると、サハラ以南アフリカと東ヨーロッパの死亡率の減少度はきわめて悪いことがわかる（図 3 - 1）。つまり、オセアニアやミクロネシア、南アメリカ、東・西・東南アジアなどで死亡減少率が 60 程度あったのに対し、サハラ以南のアフリカや東ヨーロッパでは 50 に到達せず、サハラ以南アフリカでは 1950～1955 年の出生時の余命が 40 年程度であったものがようやく 50 年前

¹ 死亡率減少指数 = $\frac{(1990 \sim 1995 \text{ 年の地域・国の余命}) - (1950 \sim 1955 \text{ 年の地域・国の余命})}{(1990 \sim 1995 \text{ 年の日本の余命} : 80 \text{ 年}) - (1950 \sim 1955 \text{ 年の地域・国の余命})} \times 100$ (UN 2000) p.52.

後まで改善し、東ヨーロッパでは 65.6 年から 68.2 年へとほとんど改善していない。死亡率減少指数を国別にみると、ロシア（-6）、ウクライナ（14）、ラトヴィア（16）、エストニア（27）などの東ヨーロッパの移行経済国、ルワンダ（-41）、リベリア（3）、シエラ・レオーネ（8）、ソマリア（13）、アフガニスタン（25）、カンボディア（30）など長期の内戦などのあった国、そして HIV 感染率が高い多くのサハラ以南アフリカの国々がとりわけ低い。また、1995～2000 年の乳児死亡率が最も高い 20 カ国を挙げると、出生 1000 対 160 のアフガニスタンと 150 の東チモール以外は、サハラ以南アフリカの国であり、アフリカの死亡状況の悪さを如実に示している（表 3-1）。

表 3 - 1 1995～2000 年に乳児死亡率が高かった国の出生 1000 人あたり乳児死亡率
(1990～1995 年、1990～1995 年、1995～2000 年)

国名	1950-1955	1990-1995	1995-2000
シエラ・レオーネ	231	195	170
アフガニスタン	227	160	151
マラウイ	212	147	138
東チモール	264	150	135
ギニア・ビサウ	211	141	130
アンゴラ	231	125	125
ギニア	222	135	124
ルワンダ	160	135	124
ソマリア	207	165	122
ガンビア	231	132	122
ブルンディ	167	122	119
マリ	213	123	118
リベリア	194	190	116
エチオピア	208	123	115
ニジェール	207	124	115
モザンビーク	205	116	114
チャード	211	122	112
赤道ギニア	204	117	108
ウガンダ	160	118	107
ジブティ	207	115	106

出所：UN (2000)

死亡の問題を原因からみてみると、大きな流れとして、抗生物質やワクチンの開発と普及や公衆衛生と栄養の向上によって先進国を中心に感染症による死亡率が激減する反面、長寿化やライフスタイルの変化のために悪性新生物（癌）や循環器系疾患による死亡が重要課題になったことがある。感染症による死亡率は多くの途上国でも減少傾向にあり、上述のとおり余命は向上しつつあった。このような死因の現状は世界保健機関（WHO）の 2000 年の報告書で明らかに見て取れる。この WHO 報

告書では、各国を地域²及び出生から5歳に至るまでの死亡確率 ${}_5q_0$ と15歳から60歳までの死亡確率 ${}_{45}q_{15}$ の高低をもとに14種類に分類して分析している。いわゆる先進国を中心とした成人・子どもともに死亡率が「低³」いか「極低」い国々では、悪性新生物と循環器系疾患による粗死亡率が高い(表3-2a)。悪性新生物と循環器系疾患は比較的高齢になってからの死因であり3-2aのどの地域でも重要であるのに対し、これら粗死亡率が低い国々で目立つのは、東地中海地域での下痢性疾患による死亡率、東南アジア地域の結核や周産期の疾病等による死亡率が、そして西太平洋地域の子供と成人の死亡率が「低い」地域での呼吸器系疾患による死亡率が他の地域と比べてはつきりと高いことである。もちろん、それぞれの人口集団での子どもの占める割合や、出生率の違いがある程度は説明するだろうが、この比較によってこれらの地域で優先すべき対策が見えてくるといえる。つまり、東地中海地域ではOral rehydration therapy (ORT)の普及がまだ優先的に行われる必要がありそうな一方、東南アジア地域では結核治療が、そして西太平洋地域の子供と成人の死亡率が「低い」地域では呼吸器系疾患の予防と治療が優先課題といえよう。

表3-2a 地域及び子どもと成人の死亡率で分類した1999年死因別粗死亡率の推計値
(人口10万対)

地域及び子どもと成人の死亡率	アメリカ 子ども 極低・ 成人極低	アメリカ 子ども 低・成人低	東地中海 子ども 低・成人低	ヨーロッパ 子ども 極低・ 成人極低	ヨーロッパ 子ども 低・成人低	東南アジア 子ども 低・成人低	西太平洋 子ども 極低・ 成人極低	西太平洋 子ども 低・成人低
人口(千)	318,235	424,932	136,798	410,233	215,276	288,750	152,882	1,513,894
死因								
結核	1	8	10	1	9	53	3	23
性病(HIV以外)	0	1	0	0	0	0	0	0
HIV/エイズ	6	11	0	2	2	12	1	2
下痢性疾患	1	12	20	0	12	9	1	4
乳幼児感染症	0	5	9	0	5	9	1	3
髄膜炎	0	3	2	0	2	3	0	1
肝炎	2	1	0	1	0	1	3	2
マラリア	0	0	0	0	0	3	0	1
熱帯病	0	5	1	0	0	0	0	0
呼吸器感染症	32	37	27	40	34	37	63	28
妊娠、分娩及び産褥期	0	3	2	0	1	5	0	1
周産期	5	24	19	3	16	62	1	24
栄養失調	3	12	4	2	2	6	1	1
悪性新生物	199	79	54	260	115	98	220	128
糖尿病	23	23	12	21	13	13	11	9
栄養・内分泌系疾患	8	13	7	6	3	5	6	5
精神・神経系疾患	38	10	11	37	11	14	13	11
循環器系疾患	341	179	338	439	456	148	256	233
呼吸器系疾患	51	28	31	49	29	36	36	124
消化器系疾患	29	32	28	45	36	35	29	32
尿路生殖器系疾患	16	11	30	14	17	16	17	11
傷害	54	76	43	49	72	97	50	82
合計	830	586	658	996	844	673	729	739

出所：WHO(2000)をもとに作成。

注：地域はWHO地域に準じ、さらに出生から5歳に至るまでの死亡確率 ${}_5q_0$ と15歳から60歳までの死亡確率 ${}_{45}q_{15}$ をもとに合計14に分類されている。国名の詳細はWHO(2000)のp.204. 'List of member states by WHO region and mortality stratum'を参照のこと。

² ここでの地域はWHOの地域区分による。

³ 報告書では「低」「高」などの基準数値は明記していない。具体的な国名はWHO報告書を参照のこと。

一方、途上国を中心に現在でも死亡率が低い国々でも循環器疾患と悪性新生物の粗死亡率は高いが、そこでは同時に妊娠、分娩や産褥に関連した疾病による死亡率や周産期疾患そして感染症による粗死亡率もきわめて高い(表 3 - 2b)。とくに、アフリカで結核、HIV/エイズ、下痢、乳幼児期感染症、マラリア、呼吸器感染症など多種類の感染症や妊娠、出産、周産期の死亡と、栄養失調による死亡率がきわめて高く、東地中海地域と東南アジア地域では下痢性疾患、乳幼児感染症、呼吸器感染症と周産期の疾病による死亡率が高い。アメリカ地域では糖尿病や消化器系疾患による死亡率の高さが目を引く。また、ヨーロッパでは循環器系疾患と傷害による死亡率が他の地域よりも明らかに高い。死亡率の高い地域で全体的な死亡率を改善するための方策としては、これらの死因の予防と治療を優先的に実施することが一つの方向性だろう。

表 3 - 2 b 地域及び子どもと成人の死亡率で分類した 1999 年死因別粗死亡率の推計値
(人口 10 万対)(続き)

地域及び子供と成人の死亡率	アフリカ	アフリカ	アメリカ	東地中海	ヨーロッパ	東南アジア	世界合計
	子ども 高・成人高	子ども 高・成人極高	子ども 高・成人高	子ども 高・成人高	子ども 低・成人高	子ども 高・成人高	
人口 (千)	286,350	330,085	69,898	348,468	246,336	1,219,492	5,961,628
死因							
結核	45	69	30	28	14	47	28
性病 (HIV以外)	13	11	0	5	0	7	3
HIV/エイズ	160	514	24	8	2	27	45
下痢性疾患	130	119	33	78	1	78	37
乳幼児感染症	130	111	1	51	1	42	26
髄膜炎	7	7	3	6	1	5	3
肝炎	6	6	3	1	0	3	2
マラリア	168	143	0	13	0	5	18
熱帯病	15	15	0	2	0	3	3
呼吸器感染症	172	180	56	88	15	116	68
妊娠、分娩及び産褥期	36	46	9	10	0	12	8
周産期	111	90	50	82	7	55	40
栄養失調	30	29	19	11	0	12	8
悪性新生物	82	88	93	57	195	73	119
糖尿病	6	6	63	11	9	12	13
栄養・内分泌系疾患	8	7	16	6	2	0	5
精神・神経系疾患	13	13	19	13	13	12	15
循環器系疾患	156	136	137	260	747	308	285
呼吸器系疾患	36	37	27	33	50	39	60
消化器系疾患	34	35	67	30	41	35	34
尿路性器系疾患	20	19	21	20	11	16	15
傷害	131	121	83	99	160	84	86
合計	1,530	1,834	795	952	1,281	1,011	939

これらの死因の中でも途上国で新しく台頭してきた HIV/エイズにはとりわけ目を見張らざるをえない。アフリカでは HIV/エイズによる死亡率がきわめて高くなってきていて、多くの国でマラリアや呼吸器系感染症による死亡よりも高い死亡率になっている。アメリカやアジア地域の中で死亡率の高い国でも、HIV/エイズによる死亡率は低くない。HIV/エイズによる死亡について考えるとき見落してはならない事実は、HIV 感染症の潜伏期間が 8 年から 10 年前後ときわめて長いことと、アフリカの流行は 1980 年代初頭にはすでに始まっていたが、中南米やアジア、東ヨーロッパでは 1990 年代に入ってからようやく広まり始めた国が多いことである。つまり、アフリカの一部の国にみられる 1999 年時の HIV/エイズによる死亡率の高さは 1990 年代初頭の感染流行状況を示しているのに対し、その

他の地域での比較的低い HIV/エイズでの死亡率は 1990 年代初頭の流行が始まるか始まらないかの状況を反映しているに過ぎない。アフリカのみならず、これらの地域でも現在までに HIV 感染は急速に広まっているが、それが死亡率として顕在化するのには数年先のことである。

本章では以下、死因の中でもとくに HIV/エイズに焦点を当てて現状を分析し、わが国の途上国援助に際してどのような方策が取れるか考察する。途上国の HIV を中心とした感染症問題が日本のイニシアチブにより沖縄サミットで取り上げられたのをはじめ、2000 年には国連安全保障理事会の議題となり、2001 年には HIV/エイズに関して国連特別総会の開催が予定されるなど、世界規模の問題としてますます重要性を帯びるなか、HIV/エイズ問題の分析はきわめて意義が高いと考えられる。

3 - 2 人口問題としての HIV/エイズ

HIV/エイズはその特徴的な性質のために人口問題としてきわめて重要となっているが、同時に、感染者数の推計や感染の対策を立てることも可能となっている。また、感染の結果が早期死亡であり、多くの途上国で無視できない規模の感染者がいるため、各種政策の立案の基本である人口将来推計においても HIV/エイズの流行を理解することは欠かせなくなっている。

3 - 2 - 1 HIV の性質

HIV/エイズが人口問題としてきわめて重要となっている理由のひとつは、感染様態が性感染、血液感染、母子感染の 3 種類に限られていることである。日本やその他の先進国では血液製剤による感染や男性同性間性行為や注射器具の共有による感染がこれまで比較的多く、また、マスメディアなどでも強調されてきたのと対照的に、世界的には今日の感染のほとんどは異性間の性感染によって引き起こされていて、リプロダクティブ・ヘルスと深く関わる問題としてとらえることができる。また、このために HIV 感染者の多くは、性行動の活発な再生産年齢期の成人であり、他の多くの感染症は免疫力が弱く体力も十分ではない乳幼児や高齢者が罹患しがちなのは性質を大きく異にする。その結果働き盛りの労働人口が疾患を発生し死亡するので、HIV/エイズは社会的な影響も重大になる。一方で、これら 3 種類の感染経路は、基本的に人間の行動の変化によって感染予防が可能であることも意味している。つまり異性間・同性間ともに感染リスクがある性感染では、性行為を避けたり、コンドームを使用したり、感染していないことが確実なパートナーのみとの性関係に限ることで予防ができる。血液感染も輸血、血液製剤、臓器移植、注射器具の共有などの側面に応じて安全性を確保することで感染経路としては制限することができる。母子感染でも、帝王切開や抗レトロウイルス剤による感染確率の低減や、安全な飲料水と粉ミルクによる育児で感染を予防する方策を取りうる。

10 年前後という長い潜伏期間があることも HIV の大きな特色である。このことは自覚症状のないまま感染を広める可能性がある一方で、HIV 感染後も何年間にもわたって通常の生活を営めることも意味している。さらに、流行が始まってから数年の間は疾病数や死亡数にこれといった変化がないために感染流行が発見、認識されにくく、予防の実施や感染者数の推計と将来の影響の予測も困難な作業となる。

HIV 感染の症状で一番深刻かつ特徴的なのが免疫力の低下(エイズ)であり、結果として症状は様々

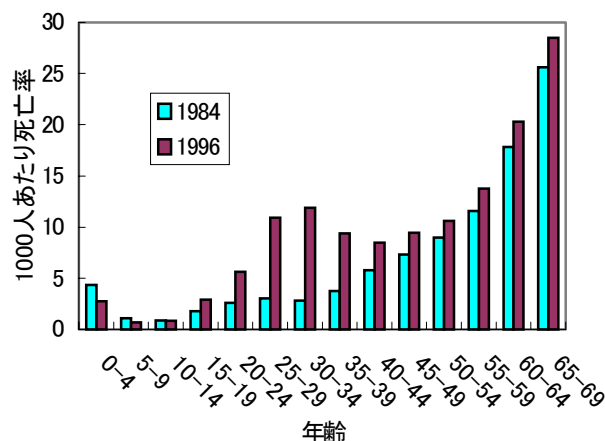
な日和見感染症や結核、癌など多岐にわたる。したがって、疫学的調査が行われないうち、各種の疾病増加の原因が実は同じウイルスであるということが認識しづらく、流行拡大以来数年を経ても HIV 流行が無視されることになる。しかし、流行の大きな国や地域では、免疫力の低下による疾病の増加に備えた医療施設の整備や看護の資源が必要になるなど、緊急を要する政策課題となる。また、エイズの発症後適切な処置がなされなければ、1年から2年程度の間にはほとんどの発症者が死亡する。エイズの発症を抑える療法として、いくつかの抗レトロウイルス剤の併用療法が効果を発揮することが判明し利用されている。しかし、現状では高額な抗レトロウイルス剤の価格と複雑な投薬管理のため、併用療法がひろく実施されているのは日本や欧米などの先進国と、タイやメキシコ、ブラジル、アルゼンティンなど少数の国であり、HIV 感染者の 95%が住む途上国地域のほとんどではまだこの療法は行き渡っていない。

以上のことから、現在、HIV/エイズの流行のほとんどは人間の行動、それも性行動によるものであり、また将来の死亡率ならびに人口に大きく影響を及ぼすので、これはまさに人口問題として扱われるべき重要な課題ということがわかる。

3 - 2 - 2 死亡パタンの変化

年齢別の死亡率には大まかにいって J 字型のカーブを描く性質がある。乳幼児や 5 歳児未満の子供の死亡率はやや高く、その後 30 歳代くらいまでは低い死亡率がつづき、やがて加齢とともに死亡率

図 3 - 2 HIV 流行前 (1984 年) と流行後 (1996 年) のタイ北部地方の男性の年齢別死亡率



出所：Im-em (1999)をもとに作成。

は急上昇していくのが典型的な死亡率の年齢ごとの変化である。HIV/エイズによる最も明白な影響である死亡の増加は、この基本的な死亡率パタンさえ大きく変化させる。たとえ HIV 有病率が数%程度であっても死亡に与える影響はきわめて大きい。成人の有病率が 2%程度になったタイ北部の HIV 流行前と後の死亡率の変化を例にみってみる。多くの途上国に比べてタイの死亡統計の精度はきわめて優れていて、たとえ死因としてエイズを挙げることが忌避され、死因別にみると過小評価される危険は

あるとしても、死亡の事実そのものは行政機関にほぼ報告されるだろう。そこで死因を問わずに年齢群ごとに図示すると、HIV が 1990 年ごろ流行し始めたタイ北部の男性の死亡率には流行前（1984 年）と流行後（1996 年）の時点できわめて明瞭な変化がみられる（図 3 - 2）。HIV 流行前には教科書どおりの典型的な J 字型の年齢別死亡率を示している。しかし、流行開始数年後にはまったく異なる形になり、1 歳未満の乳児死亡率、5 歳未満の死亡率とも低下しているが、15 歳から上、とりわけ 20 歳代から 30 歳代での死亡率の増加は著しい。5 歳未満の年少者の死亡率の低下はこの間の保健医療や栄養状態の向上によるものと考えられる。その同じ期間に 20 歳から 30 歳代中心に死亡率が劇的に増加している原因はエイズによると考えられる。このように、極端に高い有病率でなくてもエイズは死亡率にはっきりとした影響を及ぼすのである。

乳幼児の死亡率はしばしば保健衛生状態などを反映する重要な指標として使用される。しかし成人感染率が高い国では多くの妊婦が HIV に感染しているため母子感染が大きな感染源となり、適切な処置が取られなければ、感染している妊婦から生まれる子供の約 25%から 35%が HIV に感染する。その結果、乳児死亡率や子どもの死亡率を引き上げることになってしまう。つまり、成人の HIV 流行が乳幼児の死亡率にまで変化を引き起こす。

HIV/エイズはこのように死亡分布に質的な影響を与え、また後述のように量的にも大きな影響を与えるため、人口問題としての深刻さは際立っている。

3 - 3 世界の HIV/エイズ流行状況

ここでは世界規模での HIV/エイズ分布を地域ごとに記述・分析し、HIV/エイズの影響を指摘し、どのようなニーズが重要か大まかに述べてみたい。現状を理解しニーズを的確に解明するためには質の高いデータの収集と分析が必要であるが、現実には多くの国のデータは十分でないため、データの収集力と分析力の涵養が世界共通の重要課題である。このような努力と流行の理解なしでは、例えばアジアやアフリカでの予防の重要性を見過ごすことになりかねない。

3 - 3 - 1 感染者数の世界推計

まず簡単に感染者数の世界推計に触れた後、流行状況の解説と HIV/エイズがもたらす影響について概説する。現在の感染者数を推計しモデル化することでエイズによる死亡数の将来予測もできる。これらのデータは質や量に厄介な制約が付きまとい将来予測も至難であるが、エイズによる死亡は無視できない規模になっているため国連による世界人口の将来推計などに利用されている。

国連合同エイズ計画（UNAIDS）を中心としたチームによる世界の国別感染者数推計では HIV 流行の類型として大きく分けて集中的流行（concentrated epidemic）と一般的流行（generalized epidemic）の 2 つが考慮されている（Schwartzländer et al. 1999）。集中的流行とは注射薬物使用者（injecting drug user: IDU）や男性同性愛行為者（ゲイ男性やバイセクシャルの男性などを包括して men who have sex with other men: MSM としばしば呼称される）などの「ハイリスク行為者集団」に感染が集中している流行状態を指す。つまり IDU、セックスワーカー（性産業従事者つまり「売春婦」など）、長距離トラック運転手、移民労働者、軍人など、なんらかの特定集団で 5%以上の有病率が観

察されるが、それ以外の「一般」の人々の間では1%未満で HIV 感染はあまり観察されない段階である。こうした国での基本的な推計方法はそれぞれの特定集団ごとの推計値を積み上げていくことである。

一般的流行段階では「一般」の人々の中の有病率が1%以上と十分高い。その際いくつかの「ハイリスク行為者集団」での有病率はすでに高いことが多い。重要なことは人数が比較的限定されている IDU や MSM の間での流行だけでは国民全体にすぐには広まらないが、一般的流行の国では異性間性行為が主な感染様態となるので国民全体に広まる。多くのサハラ以南アフリカの国がこの状態にある。こうした国での感染者数推計では産科クリニック (antenatal clinic) に来た妊婦のスクリーニングのデータが頻繁に活用されている。産科クリニックは世界中で広く利用されている保健サービスのひとつであり、「匿名非特定 (unlinked anonymous)」にスクリーニングを行うことで倫理的な問題も少なく、15 歳から 49 歳の年齢層の「ハイリスク行為者」ではない国民の HIV 流行状況を比較的安価に調査できるからである。

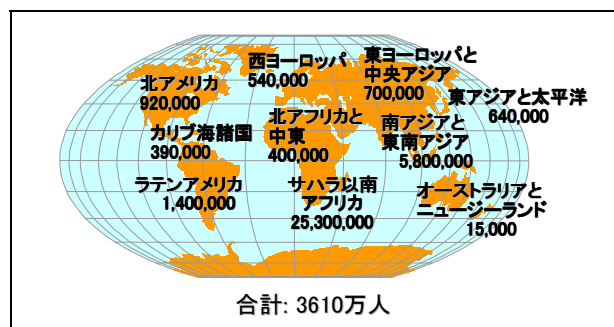
多くの国ではこのようにして感染者数は推計されるが、データは質量ともに十分とはいえない。しかしながら、このような推計値は国際援助においても現地政府にとっても、流行を察知しその集団のニーズに応えた対応策を講じる施策のための基礎データとなる。

3 - 3 - 2 地域別状況・感染要因

次に、世界の地域別の疫学的推計データをもとに現状分析を提示したい。ここでは、国際機関の報告 (UNAIDS 2000a; UNAIDS and WHO 1997, 1998a, 1998b, 1999, 2000) に沿って、地域ごとに途上国の優先的課題は何かという点を概観する。ただし、同一地域内であっても国ごとに流行状況の多様性は大きい、本稿では各国ごとの状況は詳述しない。

最新の推計によれば、2000 年末には世界の HIV 感染者数は合計で 3610 万人だったと考えられている (図 3 - 3)。この年に新たに感染した数は世界中で 530 万人であり、累積で 2180 万人が死亡したと考えられている。HIV 感染はきわめて偏った分布をしていて、全体で約 95%の感染は発展途上国

図 3 - 3 2000 年 12 月 HIV/エイズ感染者数推計



出所：UNAIDS and WHO (2000)

に集中している。

世界の HIV 感染の 70%以上が居住していて、最も深刻な状況にあるのがサハラ以南アフリカの国々である。この地域には、15 歳から 49 歳の成人の HIV 有病率 (prevalence) が 1999 年末時点で 10% を超える国が 15 カ国以上あり、このなかには成人の 3 人から 4 人に 1 人が感染するほどの国もあらわれている (表 3 - 3)。これらサハラ以南アフリカ諸国は、異性間性行為による感染を主とした一般的流行である。HIV は一般の成人男女に広く流行しているが、社会的・経済的に成功している男性が HIV に感染しつつ複数の若い女性の性パートナーをもつので、男性よりも女性のほうが多く感染している。また、女性の高い感染率のために、母子感染した乳幼児のエイズ死や、母子感染しなくても親がエイズによって死亡した「エイズ孤児」が急増している。この地域の多くの国々では、新規感染のピークそのものはすでに越したと考えられているが、高いレベルでの新規感染が続いている。

表 3 - 3 国連の人口推計で HIV/エイズの影響が考慮された国の感染者数と成人有病率の推計

国名	1997 年末		1999 年末	
	感染者数	成人有病率(%)	感染者数	成人有病率(%)
ボツワナ	190,000	25.10	290,000	35.80
ジンバブエ	1,500,000	25.84	1,500,000	25.06
レソト	85,000	8.35	240,000	23.57
ザンビア	770,000	19.07	870,000	19.95
南アフリカ	2,900,000	12.91	4,200,000	19.94
ナミビア	150,000	19.94	160,000	19.54
マラウイ	710,000	14.92	800,000	15.96
ケニア	1,600,000	11.64	2,100,000	13.95
中央アフリカ共和国	180,000	10.77	240,000	13.84
モザンビーク	1,200,000	14.17	1,200,000	13.22
ブルンディ	260,000	8.30	360,000	11.32
ルワンダ	370,000	12.75	400,000	11.21
象牙海岸	700,000	10.06	760,000	10.76
エチオピア	2,600,000	9.31	3,000,000	10.63
ウガンダ	930,000	9.51	820,000	8.30
タンザニア	1,400,000	9.42	1,300,000	8.09
カメルーン	320,000	4.89	540,000	7.73
ブルキナ・ファソ	370,000	7.17	350,000	6.44
コンゴ民主共和国	100,000	7.78	86,000	6.43
トーゴ	170,000	8.52	130,000	5.98
コンゴ共和国	950,000	4.35	1,100,000	5.07
ナイジェリア	2,300,000	4.12	2,700,000	5.06
ガボン	23,000	4.25	23,000	4.16
シエラ・レオネ	68,000	3.17	68,000	2.99
エリトリア	49,000	3.17	49,000	2.87
リベリア	44,000	3.65	39,000	2.80
チャード	87,000	2.72	92,000	2.69
ギニア・ビサウ	12,000	2.25	14,000	2.50
ベナン	54,000	2.06	70,000	2.45
カンボディア	130,000	2.40	220,000	4.04
タイ	780,000	2.23	755,000	2.15
インド	4,100,000	0.82	3,700,000	0.70
ハイティ	190,000	5.17	210,000	5.17
ブラジル	580,000	0.63	540,000	0.57

出所：UNAIDS and WHO (1998a,1998b); UNAIDS (2000a)

アジアでは 80 年代を通じて HIV の流行はきわめて限られていたが、タイでは 1988 年を境に、ま

ず注射薬物使用者 (IDU) の間に、そして直後にセックスワーカーとその客の間に HIV 感染が急速に広がるのが観測され、ついで買売春以外の性行為による感染も増加するという波状の流行が始まった。タイでの流行以降近隣諸国でもたちまち感染が拡大しはじめた。タイ、カンボディアやミャンマーなどでは買売春によって一部の女性と多くの男性客に HIV が伝播し、やがてその男性の恋人や妻などのパートナーが感染するという様態で、短期間に成人の 1% 以上にまで HIV が広まった。一方、中国雲南省、ヴェトナム、ミャンマーやインドの一部などを中心に、薬物を使用するための注射器具の共有が重要な感染様態となっている。比較的最近まで流行が始まらなかったアジアでは人口に対する割合である有病率 (prevalence) は低いし、感染者数もアフリカに比べて少ないが、人口の絶対数が大きいので将来 HIV に感染する人の数がきわめて大きくなる可能性もある。

ラテンアメリカとカリブ海諸国では HIV/エイズは主に社会的弱者の間に広がっているが、流行の状況はきわめて多様である。ラテンアメリカとカリブ海の諸国では、男性同性愛行為者 (MSM) や IDU などの間での感染が多いが、徐々に異性間性行為による女性の感染が増えている (UNAIDS 2000a)。とりわけ有病率が成人の 4% を超えると考えられているハイティやバハマをはじめ、いくつかの国では異性間性行為による流行の悪化が顕著になり始めている。

旧共産圏の東欧地域や新興独立国家には輸血や買売春、薬物注射などによる感染が劇的に増加している国がある。例えばウクライナでは 1994 年までは年間 50 人程度の感染しか報告されていなかったが、1996 年以降は 1 万 5,000 人を超える感染者が発見されている (UNAIDS 2000a)。また、セックスワーカーの間に注射薬物を使用する人が多いため、今後セックスワーカーやその相手の間で性感染による HIV が急増する可能性が高いと考えられている (UNAIDS and WHO 1998a)。

中東や北アフリカの HIV の疫学状況については限られた状況しかわかっていない。現在までのところ感染者数はそれほど多くないが、リスク行動がないわけではなく、注射器具の共有による感染の占める割合が多いと考えられている (UNAIDS and WHO 1999)。今後はより詳細なデータが得られる環境を整えていく必要がある。

3 - 3 - 3 人口への影響

国連による将来人口推計では、感染者数の将来推計モデルにもとづいた将来の HIV/エイズ死亡の影響が考慮されている (小松 2000)。1998 年の国連の人口推計では、人口の大きさ (1995 年に 100 万人以上の人口数) と流行の深刻さ (インドなどを除き成人有病率 2% 以上) という観点から選ばれたアフリカの 29 カ国とその他の地域 5 カ国 (インド、カンボディア、タイ、ブラジル、ハイティ) の計 34 カ国について将来の死亡に与える影響が検討された (表 3 - 3)。とりわけアフリカ 29 カ国での死亡数は、もしエイズがなければ 1985 ~ 1990 年の 2900 万人から 2005 ~ 2010 年には 3200 万人に増加すると考えられたが、実際にはエイズによって 4400 万人にまで増加すると推計された (表 3 - 4)。これらの国で予測される 1995 年から 2015 年までの死亡数を合計すれば、エイズなしの場合より 4100 万人の死亡数が増えて約 1 億 6900 万人になる。なかでも成人 HIV 有病率が 10% を超える 9 カ国での増加はとくに多く、1995 年から 2015 年の間のエイズによる死亡数の増加は 2100 万人におよぶことになる。死亡数は南アフリカが最も多く 740 万人、以下、ケニア (死亡数 430 万人)、ナイジェリア (430 万人)、エチオピア (410 万人) とつづく。一方、インドでは 910 万人がこの期間にエイ

ズによって死亡すると考えられている。死亡数の増加率はボツワナで 1995 年から 2015 年の間に 208%である。アフリカ以外でも、タイやハイティでは死亡数の増加が 15%を超える。

国連の将来推計で検討された国々では粗死亡率にも影響が大きくあらわれる。サハラ以南アフリカの 29 カ国では 1985～1990 年に 1000 人あたり 16 の粗死亡率だったが、エイズがなければ 2010～2015 年には 1000 人あたり 9 まで減ると推定されている。だが、エイズによる死亡の増加の影響で粗死亡率は 2000～2005 年も 1000 人あたり 16 の粗死亡率が続き、2010～2015 年にやっと 1000 人あたり 13 まで減少しはじめる。とりわけ成人有病率が 10%を超す 9 カ国では、1985～1990 年に 1000 人あたり 12.9 から 2005～2010 年には 8.5 まで下がりうるはずの粗死亡率がエイズのために 1000 人あたり 18.6 にまで増加すると予測されている。このように粗死亡率は今後低下するとしても、死亡数についてはたとえエイズがなくても人口構造のために増加し、実際にはエイズのために急増すると考えられている。

表 3 - 4 HIV/エイズの影響の大きいアフリカ 29 カ国で HIV/エイズが死亡と人口数に与える影響

年		1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
死亡数 (千)	エイズ有り	29650	34084	38557	43289	44393	42548
	エイズ無し	28783	30901	31007	31587	32304	32826
粗死亡率 (千人当たり)	エイズ有り	16.2	16.3	16.2	16.2	14.9	12.8
	エイズ無し	15.7	14.6	12.8	11.4	10.2	9.2

年		1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
人口数 (千)	エイズ有り	340454	392019	446459	503891	562796	627010	697782
	エイズ無し	340573	393263	451820	518750	592697	673452	759252

出所：UN and UNAIDS (1999)

このようにエイズは死亡数に対して大きな影響を与えるが、途上国の人口増加に歯止めをかけるからよいというような単純化された議論には決して与えることはできない。たしかに HIV の流行が最も深刻なくつかの国では人口増加率が減少することが予測されていて、例えばボツワナでは 1990～1995 年の人口増加率は 2.9%であったが、2000～2005 年には 1.2%にまで減ると考えられる(UN and UNAIDS 1999)。しかし、アメリカセンサス局による将来推計(US Bureau of Census 2000)によると、ボツワナでは HIV/エイズのために今後 20 年間にエイズによる死亡がとりわけ 30 歳代と 40 歳代できわめて多く発生する結果、「人口ピラミッド」はきわめていびつな形になり、40 歳代や 50 歳代よりも 60 歳代の人数がやや多く煙突が乗っているかのような形「人口煙突 (Population Chimney)」になると推計されている。このようにいびつな形で人口が減少することになれば、次節に述べるように社会の大きな混乱が避けられないだろう。一方で、世界人口の大部分を擁するアジアでの有病率は低いため、世界人口は増加しつづけるのである。したがってエイズは社会を不安定にするが、人口増加を抑える決め手にはならない。

3 - 3 - 4 社会的影響

では成人の感染率が高い国で社会的な影響にはどのようなものがあるだろうか。非常に高い感染率の地域では、例えば、成人の4人に1人が現在 HIV に感染していて、やがてエイズを発症し、その後死亡する。これらの10歳代後半から40～50歳代にかけての感染者は経済的にまた社会的に貢献するはずの年代である。したがって彼らがエイズを発症のために仕事ができなくなりついには死亡にいたる事態は、感染者自身の生活の質が低下し早期に死亡することはもとより、社会においても家計においても大きな損失を引き起こすことになる。例えば教育や訓練を受けた労働力が社会から減少していく。地域によっては、定年を迎えて退職する人よりも、エイズによると見られる病気や死亡を理由に退職する人が多くなりはじめている（UNAIDS and WHO 2000）。またエイズのために教員が不足する事態も稀ではなくなっている。一方、家計における主な働き手の病気と死亡は、子どもや老人の手によるエイズ発症者のケアや生活維持の必要性を意味する。その結果、教育の機会を逸する子どもや低賃金で危険な労働に従事する子どもと老人が増加するだろう。両親がエイズを発症して死亡すれば「エイズ孤児」となり、児童労働やストリートチルドレンの増加など社会的な影響は大きい。世界の「エイズ孤児」はすでに累積1120万人いると推計され、社会的なサポートは大きな課題となっている。

このような社会であってもいまだに HIV/エイズに対する抵抗感が人々の間に根強く存在することも確かである。エイズのために死亡した人を実際に何人も知っていても、自分の近親者が死亡した時には、呪術をかけられたせいだ、などと主張する人もいる。性行為と注射器具の共有が主たる感染経路であることと症状の深刻さや致死性のため、自分や自分の近親者が感染することを恥じたり、差別を怖れたりして、HIV 感染を表立って認めたがらないからである。また、エイズは免疫力の低下を引き起こす病気であり、個人や、地域によっても、顕現する症状自体は様々であることも HIV 感染の現実の否認を助長している。差別や困難を克服して国や共同体が一丸となって HIV の予防と感染者のケアに力を注がなければ、今後も感染は増えつづけ、未来は暗いものとなるだろう。すでに困難な経済はますます停滞し、社会のまとまりが崩壊する危険性がある。エイズは途上国自身と先進国が解決に向けて率先して協力して努力すべき大きな課題である。

3 - 3 - 5 ニーズ

以上のような状況から地域のニーズを大まかに考察してみた。有病率が高く感染者数の大きいサハラ以南アフリカの国々では、予防とケアの両面の必要性が非常に高い。エイズ発症者が増加するなか、HIV/エイズの影響を軽減するための政策が不可欠であり、医療的・社会的サポートの整備は急務である。しかし医療の整備が進んでいない地域も多く、在宅ケアや NGO などによる地域支援の仕組みを充実させる必要があるだろう。老人や子供だけの世帯の支援も不可欠である。たとえ新規感染が今日以降なくなっても、すでに感染している人はエイズを数年のうちに発症して当面は疾病や死亡数が増加するので、労働力の不足、医療体制への過負荷、さらには社会不安といった問題に対処する必要がある。ここで見逃してならないことは、新たな HIV 感染も引き続き発生していることであり、予防にも継続して力を入れなければ感染による影響はさらに大きくなってしまふ。

アジアでは人口の絶対数が大きいので、今後 HIV に感染する人の数がきわめて大きくなる可能性も

ある。したがって、確実に増加しつつある感染者のケアも重要だが、有病率が比較的低い今こそ予防が強調されるべきである。世界人口の大きな部分を占めるアジアでは、有病率がごく低い状態を維持しなければ、HIV感染者数が巨大になり社会・経済に深刻な打撃を与えうるからである。そうした事態を避けるため、後述のような行動研究を触媒として予防活動を活発にすることが重要である。また、経済活動の拡大にともなう貧富の差や都市部のスラム化に端を発する買売春や薬物使用の増加を未然に防ぐ手立てが必要であろう。

中南米地域では、多様な立場にある社会的弱者の支援や予防と同時に、一般の人に向けての予防策が強化されなければならない。また、変化していく疫学状況に対応できるような包括的なサーベイランスによって疫学状況をモニタしていく必要がある。ブラジルで効果をあげている抗レトロウイルス剤の価格を下げる政策はさらに推進されるべきであろう。

東欧諸国では、輸血や買売春、薬物注射などによる感染が劇的に増加している状況に対処するため、十分な数の使い捨ての注射器具やそれを配布する方法が必要である。また、異性間性行为による感染増加の予防も促進されなければならない。大きな見地からいえば、この地域の問題の多くは社会体制の不備や貧困に起因すると考えられるので、経済活動の建てなおしと社会活動の維持が買売春や薬物の使用を抑止するために不可欠であろう。

中近東や北アフリカではいっそうの調査や研究が必要である。例えばアルジェリアの一産科クリニックで1%の有病率が確認されているが、こうした事例が特殊なものかどうかを見極めなければならない(UNAIDS and WHO 2000)。調査をとおしてニーズをはっきりさせる必要がある。

3 - 4 HIV/エイズ対策

世界中で拡大する予防とケアのニーズに応えるために具体的に何ができるのであろうか。HIV/エイズ問題に対して開発途上国で実施すべき領域を予防、ケア、そして研究の3つに分けて、それぞれどのような内容があるかを掘り下げたい。また、成功例としてタイの事例を簡単に紹介する。

3 - 4 - 1 予防

予防のためには様々な方法があるが、まず教育が挙げられる。一般の市民や特定の集団に対してマスメディア、ポスターやパンフレットなどいくつもの媒体でメッセージを訴えかけていくことが望ましい。同時に、集団の隅々までメッセージを行き届かせるために活動をする「アウトリーチ・ワーカー」や、同じ立場の仲間であるが予防について訓練を受けた「ピア・エデュケーター」の活用も望まれる。ただし、HIV/エイズ予防の教育では、ある程度の知識と理解は必要だが、最も重要なことは個人が場面場面で最良の選択をし、リスクの回避ができ、実際に安全な行動をすることやそのような生活全般にわたるスキルを身につけることである。行動がともなわなければ、知識量が増えることの意義はなく、予防は達成できない。

社会的弱者に対するセイフティネットの整備も重要である。貧富の差や都市部のスラム化、失業や借金、家庭の崩壊などによって助長された薬物使用や売春の結果として感染する事態を防ぐためには、雇用の確保や社会保障が必要であるし、少女や少年が教育を続けるために奨学金を賦与することや女

性の地位の向上も有効であろう。同時に、薬物使用や売春を止めたいという人たちをサポートする仕組みも必要である。

薬物使用や買売春などは、教育や社会的な環境の整備によって抑制は可能だが根絶は簡単ではないので、「ハーム・リダクション」の考え方を導入することが推奨される。つまり、使用目的の是非を問わずに注射器具を無料交換することで注射器具の共有による HIV 感染を効果的に防ぐことや (Des Jalais et al. 1996) あるいはメサドンと呼ばれる物質を代用に処方し医療的にコントロールすることで薬物依存による感染リスクを減らすような方法である。同様に買売春においても、タイで成果があったコンドーム 100%政策のように買売春の是非の判断をせずにコンドーム使用を 100%にすることで安全性を高めれば、HIV や性感染症の罹患を減少させることができる (UNAIDS 1998)。ただし、「コンドーム使用イコール買売春」という意識が生じないように配慮し、妊娠を望んでいるとき以外のすべての性行為でのコンドーム使用のメリットを前面に押し出すべきであろう。重要性の認識を高めるだけでなく、女性が主導できる女性用コンドームを含め多種類のコンドームをソーシャル・マーケティングなどによって手ごろな価格で流通させ容易に入手できるようにすることが、実際にコンドーム使用を向上させるために必要である。

より医療的な予防策としては、性感染症の治療の徹底や抗ウイルス剤による母子感染の予防が挙げられる。梅毒やヘルペスをはじめ性感染症は HIV の感染効率を高め、HIV の流行を助長している (Flemming and Wasserheit 1999)。したがって、診断の機会の向上や抗生物質の適切な処方と流通による性感染症治療の改善は、それ自体重要であるばかりか、HIV 予防にとっても効果的である。一方、抗レトロウイルス剤は母子感染を減少させることが判明しており (Guay et al. 1999)、女性の感染が多い地域では母子感染予防のための抗レトロウイルス剤が安価・無料で使用できるような仕組みがとりわけ重要な課題となっている。有病率の高い地域や売血が行われている地域では、輸血用血液の安全の確保も必要である。

どのような予防策でも人権に配慮することが不可欠である。差別的な態度は反発を招き、HIV 予防においても社会的なサポートという側面でも障害となり非生産的である。弱者に対する支援や HIV/エイズに関する教育の結果が差別につながらないように注意しなければならない。

予防のためのリソースを「ハイリスク行為者」に重点的に配分するのは現実的な政策かもしれないが、実際の性行動や規範、貧困や性差別などの状況いかんで、広く一般に向けた予防策を欠くことはできない。なぜなら、ハイリスク行動を行っている人以外にも vulnerable (HIV 感染に対して脆弱) な人々が多く存在するからである。買売春を例に考えてみる。買春客には「処女なら安全」「若いはまだ感染してないはずだからコンドームなしで」などの考え方がちだが、初心者のセックスワーカーはそれに対処するスキルがないために感染のリスクが高くなる。つまり仕事を始めてからのわずかな期間に感染する可能性が高いので、例えば 1 ヶ月に 1 度セックスワーカーに予防教育をするようなプログラムでは手遅れになる。したがって、「ハイリスク行為者」ではない「一般」の脆弱な人々 (例えば、貧困地域の少女) に対する HIV/エイズ教育やスキル開発 (ライフスキルや交渉スキルなど) が重要になってくる。一方、買春客に対する教育も当然必要だが、「バー」や「売春宿」などで客に対してできる対策は限られるので、「潜在的な買春客」を含んでいる「一般国民」に対する HIV/エイズ教育や行動変化の促進がやはり不可欠といえる。

3 - 4 - 2 ケア

現在世界の感染者の大部分は自分自身の感染を知らずにいるが (UNAIDS and WHO 1997) HIV 検査によって HIV に感染していることを自覚することがケアのはじまりであろう。だがその第一歩である HIV 検査は医学的に検査すると同時に、心理学的なカウンセリングが必須である。カウンセリングは検査にともなう心理的ストレスに対処するだけでなく、予防のための情報を提供し行動を変化させる機会でもありうる。また、人権に配慮し、検査は自発的でプライバシーが保護されているべきで、匿名検査体制の整備にも意義がある。カウンセリングでは、ケアとして何が得られるのかを含め、検査を行うことの利点と欠点を吟味しなければならない。このようにカウンセリングとセットになった自発的 HIV 検査 (Voluntary counseling and testing: VCT) の普及が大切である (UNAIDS 2000b)。

感染が判明しても、抗レトロウイルス剤の投与の機会に恵まれる先進国ではエイズ発症までの期間を延ばすことができるようになったが、抗レトロウイルス剤の価格と投薬管理に必要な医療リソースの不足のために途上国ではほとんど利用ができていない。しかし、ブラジルではほとんどの感染者が抗レトロウイルス剤を入手できるようにした結果、1996年から1999年までに日和見感染症は60～80%予防され、エイズ死亡も半減した (UNAIDS 2000a)。入院等に直接・間接にかかる費用の節約は大きく、また、症状のない感染者は社会に積極的に関わることもできるので、開発途上国の感染者であっても抗レトロウイルス剤が使用できるような枠組みを設立することは世界的な課題である。

免疫機能が衰えてくると日和見感染症への対処や治療などが必要となってくる。途上国では限られた医療インフラストラクチャーと予算のために家庭介護や NGO を中心とした地域ケアに大きく依存せざるをえないだろう。感染症のなかでも、世界的な脅威である結核を予防することは火急の事態である。結核は、HIV 感染によって免疫機能が低下すると発症が促進され、他人に感染させる可能性が高くなる。さらに、抗生物質治療の中断によって生じる耐性のために結核のコントロールが世界的に困難になる可能性もある。したがって、HIV と同時に結核にも重複感染している人に対して WHO が推奨する直接監視下短期化学療法 (Directly Observed Treatment, Short-course : DOTS) を活用して感染者の服薬を確実にし、結核の予防を推進しなければならない。

一方、HIV/エイズと共に生きる人々に対する心理・社会的さらに経済的なサポートの仕組みが必要である。そしてサポートグループの設立・運営のための人的・経済的資源の育成や維持、また、社会から差別をなくす努力も望まれる。HIV 感染を理由に解雇されてはならないが、収入を稼ぐ柱であるはずの成人がエイズ発症によって働けなくなったり死亡したりした場合に備えて、社会的な保障の整備も行われるべきである。とりわけ「エイズ孤児」を地縁・血縁のネットワークの中で支援し、心理的・社会的ケアを行うことは重要視されている。

3 - 4 - 3 研究

途上国での HIV/エイズ対策の一環として、研究活動を活発にすることも考慮すべきであろう。究極的には途上国の人的資源の開発を目標としつつ、実際に現地の状況を解明するための研究や現地で直に役に立つ研究が必要である。まず要となるのは疫学サーベイランスの遂行能力の向上である。疫学的な定点観測である「センチネル・サーベイランス」を拡充してより正確に現状を知る必要が多くの国である。ただし、単に HIV テストを配布し、使用法を教えるだけではなく、社会の周縁に追い込ま

れていて定点観測や標本調査の困難な人々の状況を理解するためのキャパシティーを育むことが肝要である。また、UNAIDS によって提唱されている行動サーベイランスがリスク行動の分布や増減を知るために有用であり、こうしてその国の状況を正確に把握できるようになってはじめて、各国の現状に即した対策の立案と効果の量的な評価が可能となるし、途上国が自らの社会のニーズを認識することで、自助努力が生まれる下地ができると考えられる。

医療的な研究には先進国の協力が不可欠である。まずワクチンや安価で効果的な抗レトロウイルス剤の開発が最重要であろう。しかし、ワクチン実用化のためには、その効果を証明するために必要な標本数のハイリスク行為者の追跡など困難な課題があり、抗レトロウイルス剤については現在財政的な問題と実施上の複雑さが障害となっている。また、日和見感染症は地域によってしばしば違うため、適切な治療法が開発されなければならない。安全で効果的な殺ウイルス剤の開発も必要とされている。

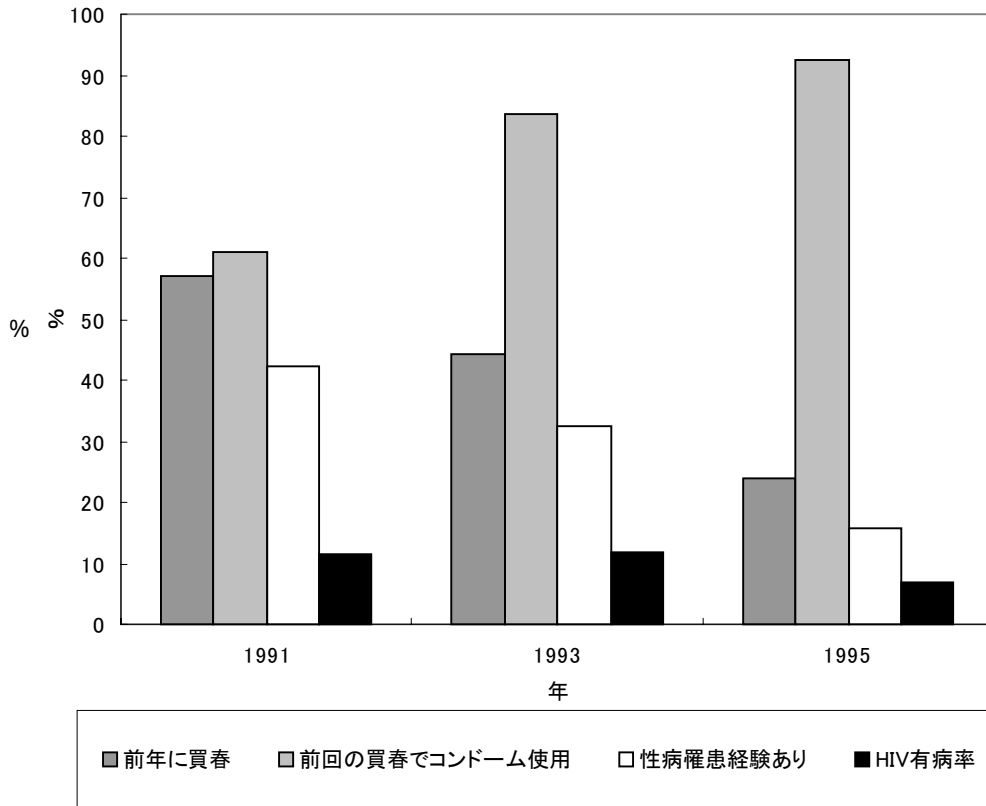
社会・行動領域での研究も重要である。まず、リスク行動の分布を調査する必要がある。科学的に全国調査を行ってリスク行動が広くみられるならば、強力な予防活動の必然性が再認識され、難しい予防策を実行するための原動力となる（小松 2001）。逆に、リスク行動が一部のみに偏在していることが確認できれば、人的・経済的資源を必要な領域に重点的に配分できるかもしれない。ただし、既述のように脆弱な立場にある人々への予防対策を怠ってはならない。科学的に妥当な調査なしにリスク行動がないと信じることは危険で非生産的であることはこれまでの世界の経験から明らかである。このような研究は、予防活動や行動変化キャンペーンなどの効果を測定するための基礎データとしても重要である（小松 2001）。コンドームの不使用、買春や薬物使用の原因と予防法やその効果についても文化的な差が大きいかもせず、各国・各文化圏での研究が必要である。

以上 3 つの観点からいくつか例を挙げたが、この他にも、ジェンダーとセクシュアリティに関する研究も HIV 感染を予防するための一助となるだろう。また、国家間移動者に対する予防や研究も途上国一国では対処が難しい問題であり、国際協力がなければ解決ができないであろう。いずれの対策もコミュニティの参画が重要である。そして何より大切なのは、風変わりとも見える対応策であっても前向きに吟味していくことであろう。

3 - 4 - 4 タイの成功例

最後に、途上国でのエイズ対策の成功例を挙げるため、タイの状況を別の角度から見てみたい。UNAIDS（1998）の報告書によればタイでは HIV の感染状況を定期的にモニタするためのサーベイランスや性行動の全国調査に比較的早いうちに着手したため、強力な予防策を行う意思決定が HIV 流行の初期の段階ででき、また、対策の効果の客観的な評価が可能となった。強力な予防策の結果、買春を行う男性が半減する一方でコンドーム使用率は大幅に増加し、ついには HIV と性感染症の新規感染（incidence）は減少しはじめ、タイの予防策は成功を収めた（図 3 - 4）。

図3 - 4 タイ北部 21 歳男性の行動変化と HIV と性病の減少



出所：Nelson et al. (1996)をもとに作成。

タイでのエイズ対策が成功した一番重要な点はタイ政府が流行のきわめて早い段階で問題の深刻さに気がつき、買売春は違法であっても国内に広く存在する問題であることを認めつつ、HIV 予防を主導したことであろう。首相自らが議長を務めた国家エイズ委員会による政治的なコミットメントをはじめ、マスメディアを有効に活用した情報キャンペーン、買売春においてコンドームを 100%使用させる政策、性感染症治療の向上、各省庁に配分されたエイズ対策予算、経済的に進学が難しい少女たちのための奨学金の整備など様々な対策がとられた。また、NGO も活発に活動を行い HIV 感染者による自助グループの結成や教育活動、ピア・エデュケーターによる活動なども比較的早くから行われた。保健省から NGO へのグラントは 1996 年には 320 万米ドルにまで達している。さらに産業界でも、エイズ対策を独自に行う企業もあり、またエイズに関するタイ産業界連合(TBCA: Thai Business Coalition on AIDS) を結成して協力した。21 世紀の途上国での死亡問題の中心課題のひとつである HIV/エイズ問題とその対策を考えると、タイの経験から学べることは多いと考えられる。

参考文献

- 小松隆一 (2000) 「HIV/エイズが人口に与える影響」『人口学研究』(27) 52 - 56.
- 小松隆一 (2001) 「アジアでのエイズ予防と行動学研究: タイの事例を中心として」『日本エイズ学会誌』3(1)(印刷中)
- Des Jalais D.C., Marmor M., Paone D., et al. (1996) "HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes", *Lancet*, 348 (9033): 987-91.
- Flemming D.T. and Wasserheit J.N. (1999) From epidemiological synergy to public health policy and practice, *Sexually Transmitted Infection*, 75(1): 3-17.
- Guay L.A, Musoke P., Fleming T., et al. (1999) "Intrapartum and neonatal Single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda", *Lancet*, 354 (9181): 795-802.
- Im-em W (1999) *Mortality Trends and Levels to Verify the AIDS Epidemic in Thailand*, Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom, Thailand.
- Nelson K., et al. (1996) "Changes in sexual behaviour and a decline in HIV infection among young men in Thailand", *New England Journal of Medicine*, 335:297-303.
- Schwartländer B, Stanecki KA, Brown T, Way P.O., Monasch R, Chin J., Tarantola D., and Walker N. (1999) "Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: methods and Limitations", *AIDS*, 13 (17): 2445-2458.
- UN (2000) *World Population Prospects: The 1998 Revision, Volume III: Analytical Report*, United Nations, New York.
- UN and UNAIDS (1999) "The demographic impact of HIV/AIDS, Report on the technical meeting", New York, 10 November 1998, UN Population Division.
- UNAIDS (2000a) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000*, UNAIDS.
- UNAIDS (2000b) *Voluntary Counselling and Testing (VCT)*, UNAIDS Technical update.
- UNAIDS (1998) *Relationships of HIV and STD Declines in Thailand to Behavioural Change: A Synthesis of Existing Studies*, UNAIDS.
- UNAIDS and WHO (1997) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: December 1997*, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO (1998a) *AIDS Epidemic Update: December 1998*, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO (1998b) *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 1998*, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO (1999) *AIDS Epidemic Update: December 1999*, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO (2000) *AIDS Epidemic Update: December 2000*, UNAIDS and WHO.
- US Bureau of Census (2000) International data base.
- WHO (2000) "The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance" (online version, <http://www.who.int>).