

第2章

出生率低下と その要因



バンコク市内スラム地区における家族の幸福に関するポスター（2003年8月）

一九六〇年代中期まで、アジアを含め、大部分の発展途上国では家族規模を制限するための出生抑制を行なっていなかったため、十九世紀同様高水準の出生力が維持されていた。しかし、六〇年代中期以降再生産行動に急速な変化が起こり、出生力は七〇年代、八〇年代にかけて画期的な低下を示した。世界の合計出生率（女性一人当たり生涯平均子供数⁽¹⁾）は、七〇～七五年から九五～二〇〇〇年に四・五人から二・七人へと三九%もの低下を示したのである。一方、発展途上地域は同期間に五・四人から三・〇人へと二人少なくなり、先進地域は二・一人から一・六人へと人口置き換え水準（replacement level）以下にまで低下した。ここで、出生力（fertility）とは、人口再生産の実績を示すもので、潜在的な妊孕力（fecundity）とは異なる。出生力は、粗出生率（crude birth rate）、合計出生率（total fertility rate）、総出生率（general fertility rate）、既往出生児数などによって表現されるが、これら特定の指標とは区別して用いられる。また、出生や死亡の人口動態統計が整備されていない途上国で出生力を測定する方法として、婦人子供比率（child-woman ratio）がある。これは五歳未満子供人口の再生産年齢（十五～四九歳）の女性人口に対する比である。

アジア諸国は、戦後死亡率の急速な低下を経験したが、出生率の低下趨勢は国により多様である。一九三〇年代には日本がいち早く多産多死から少産少死への人口転換を完了し

たが、六〇年代には香港、シンガポールや台湾で出生率低下が始まり、六〇年代後半から七〇年代には、韓国や中国で、八〇年代にはタイで人口転換を経験した(Chan and Yeoh 2002)。アジアの一部諸国における少子化は、近代的避妊技術の普及はもとより、女性の高学歴化と職場進出などによる晩婚化・晩産化の進行が大きく影響している。婚姻や出生動向は、各国の社会経済的水準や慣習はもとより、女性の社会的地位を反映するものである。本章では、アジア諸国の出生率の状況と年齢別出生パターン、出生率に大きな影響を与える初婚年齢の動向について紹介する。

1 出生率の推移

世界とアジアの 主要地域の出生率

表3は国連推計による、一九五〇年以降二〇二五年までの世界の地域、アジアの地域・主要国に対する粗出生率⁽³⁾(普通出生率ともいう)を示している。途上地域の粗出生率はすべての期間をとおして先進地域の二倍以上の高さで、途上地域の中では、アフリカがアジアやラテンアメリカより各

粗出生率と合計出生率

合計出生率			
1950～55	1970～75	1995～00	2020～25
5.02	4.48	2.83	2.33
2.84	2.13	1.58	1.69
6.16	5.42	3.11	2.41
6.74	6.71	5.22	3.52
5.89	5.03	2.72	2.04
5.89	5.06	2.72	2.13
5.68	4.46	1.76	1.82
6.22	4.86	1.80	1.85
5.40	4.28	1.51	1.52
6.08	5.59	3.65	2.31
5.97	5.43	3.45	2.14
5.94	4.08	2.10	1.85
5.95	5.53	2.81	2.02
5.49	5.20	2.60	1.94
7.29	6.00	3.64	2.19
6.40	2.62	1.57	1.46
6.40	4.97	1.95	1.85
6.46	5.66	3.73	2.67
7.18	7.30	5.09	2.70
6.90	5.15	2.70	1.85

段に高い水準であることが注目される。アジアでは、五〇～五五年には、粗出生率が人口一〇〇〇人当たり四三の高水準であったが、七〇年以降出生率は低下を開始し、九五～二〇〇〇年には同二二へ大幅な低下となっている。アジアの地域別粗出生率は五〇～五五年には地域間の格差は小さいものであったが、その後の出生率の趨勢は地域間で異なり、地域間格差が拡大し、東

アジアが他地域に比べ著しい低下であることが注目されよう。アジアの粗出生率はすべての地域で低下を示したが、その水準は地域により多様である。

合計（特殊）出生率 (total fertility rate、以下、TFRと略記) は、

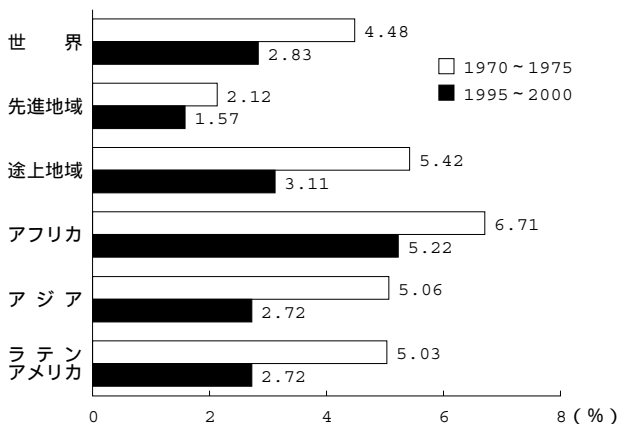
表3 世界およびアジアの地域・国別

	粗出生率(‰)			
	1950～55	1970～75	1995～00	2020～25
世界	37.6	30.9	22.7	17.2
先進地域	22.4	16.2	11.3	10.2
途上地域	44.6	36.2	25.5	18.6
アフリカ	49.1	46.8	38.8	29.1
ラテンアメリカ	42.0	35.4	23.3	15.8
アジア	43.0	33.8	22.4	15.9
東アジア	40.8	27.7	15.6	11.4
中国	43.8	28.6	16.2	11.8
韓国	37.0	29.0	13.7	9.4
南部・中央アジア	45.3	39.2	28.3	18.8
インド	45.4	38.4	27.0	17.2
スリランカ	38.5	27.2	17.1	12.7
東南アジア	43.9	38.2	23.7	16.0
インドネシア	42.7	38.6	22.5	15.0
フィリピン	48.2	39.3	28.4	18.1
シンガポール	44.4	21.2	13.9	9.4
タイ	44.3	34.5	18.2	13.2
西アジア	46.7	39.1	28.2	20.8
サウジアラビア	49.0	47.6	32.9	21.2
トルコ	50.8	37.9	23.0	14.5

(出所) United Nations, *World Population Prospects, The 2002 Revision*.

年齢構造に影響されな
 いたため、出生力を比較
 する場合には粗出生率
 より優れた指標である
 (解説参照)。図4より
 アジアのTFRは一九
 七〇～七五年には五・
 〇六と先進地域の二倍
 の高さであったが、九
 五～二〇〇〇年には
 二・七二となり、二五
 年間に約五割の低下を
 示している。アジアの
 TFRは九五～二〇〇
 〇年の先進地域のそれ

図4 世界の地域別合計出生率



(出所) United Nations, *World Population Prospects, The 2002 Revision*.

より一・一ポイント高いが、途上地域より〇・四ポイント低い水準である。表3より、東アジアが同期間に、四・四六から一・七六へと六割もの低下を記録し、人口置き換え水準を下回り、先進地域の水準に近づいている。一方、東南アジアも五割を超える低下であったが、南部・中央アジア、西アジアは四割の低下にとどまっている。その結果、地域間のTFRの格差は拡大している。南部・中央アジアや西アジア諸国における高出生率は、早婚、皆婚でかつ高出生を支える社会的規範や宗教の影響も少なくないであろう。イスラム社会では、子供の出生は神の意志とする考え方があるために、家族計画

解説 ● 合計出生率の計算方法

$$\text{合計出生率} = 5 \times \sum B_x \div P_x$$

B_x : x 歳の女性から生まれた出生数

P_x : x 歳の女性人口

x : 15~19 歳, 20~24 歳, … 45~49 歳

表4 合計出生率の計算方法

女性の年齢 (歳)	女性人口 (1)	出生数 (2)	出生率 (3)
15~19	3,654,181	119,772	0.00541
20~24	4,114,218	161,361	0.03922
25~29	4,825,032	170,833	0.09758
30~34	4,339,792	196,901	0.09146
35~39	4,018,579	126,409	0.03146
40~44	3,976,084	114,848	0.00373
45~49	4,448,236	402	0.00009
		合計	0.26895
合計出生率		5×合計	1.34475

(注) 日本の2000年出生数に基づき作成。

(出所) 国立社会保障・人口問題研究所編

2003『人口統計資料集2003』。

の導入に宗教的な制約が強く、普及が困難であったことが高出生を支える要因の一つである（加納・店田 二〇〇二）。次にアジアの国別出生率の状況について観察する。

アジア諸国の出生

率低下とその背景

(1) 東アジア諸国——出生率の大幅な低下 一九六〇年代前半のアジア諸国の出生力はいずれもTFRが五〇と高く、当時人口置き換え水準に達していた国は日本のみであった。七〇年代後半以降、

新興工業経済地域（NIES、「はじめに」参照）や中国でも出生率は徐々に低下を始め、シンガポールは七五〇年に、香港と台湾は八〇〇年に、韓国は八五〇年に、そして中国は九〇〇年にTFRが二・一に達した。このような出生力転換は、中国文化圏に属する国や地域のみならず、タイも九〇〇年に人口置き換え水準を達成した。NIESやタイで日本に続きわずか四半世紀内に人口置き換え水準に達したのは、経済社会の発展と政府の家族計画への積極的な支持によるものである。以下にこれら諸国の低下の背景や特徴について概観する。

中国における急速な出生率の低下は強力な人口政策（第9章）であることはいうまでもないが、一九八〇年代後半以降の改革・開放政策により、多産を避ける傾向が、少数民族世帯も含む中国全土に広がった。少数民族地区の経済も以前と比べ大きく発展し、農業以

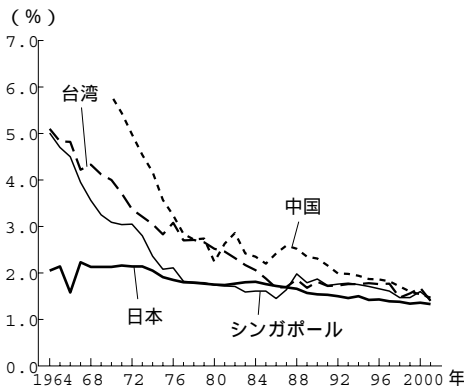
外の収入も増え、家庭内労働力がそれほど重要でなくなり、多産は家計に負担がかかると認識する人が増えた。また、全国の農村に設置されている家族計画機関が避妊具や避妊薬を無料で提供したことが、出生数の引下げに大きく貢献した。出生数の減少による少数民族の消失を懸念する声もあるが、朝鮮族は出生率の低下により、人口が減少に転じた（『日中新聞』二〇〇二年十月十五日）。

シンガポールでは経済開発の進展と家族計画の普及により、出生率は一九六五年のTFRが五の水準から七五年に二・一へ低下し、八〇年代以降は一・七前後となり、八六年には一・四の超低出生率を記録した。これは経済の停滞の他、寅年であったことも関係している（YAP 2002）。九八年も寅年で前後の年と比べ、落込みが明らかである。一方、辰年の七六年、八八年、二〇〇〇年には前後の年と比べ、上昇している（図5）。シンガポールの出生率について人種別にみると、合計出生率は八〇年から二〇〇〇年にかけて、中国系が一・七三から一・二一へ、インド系が二・〇三から一・五〇へ低下したが、マレー系は二・一九から二・四五へ上昇した（YAP 2002）。このように人種間の出生力格差が大きい。マレー系のTFRの上昇は、シンガポールで八四年から人口政策が抑制策から出産奨励策に変化したためである（第9章参照）。

合計出生率と干支

国により出生に影響する干支が異なっているのは興味深い。

図5 中国文化圏の合計出生率と干支



(出所) Singapore Department of Statistics, *Yearbook of Statistics Singapore*, 各年鑑; Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, *Statistics Yearbook of the Republic of China*, 各年鑑; 国家統計局『中国統計年鑑』各年鑑; 国立社会保障・人口問題研究所編・2003『人口統計資料集2003』。

解説 中国語 中国文化圏の

出生動向は社会経済の変動や人口政策を反映する。中国文化圏の国々では古来出生行動について、干支に関するこだわりがある。日本では丙午（1966年）、中国では羊年（89年、91年）、シンガポールでは寅年（86年、98年）に子供を産むのをタブーとする風潮があり、この年には出生数が前年または翌年に比べ極端に少なくなった。日本では丙午の66年の出生数が136万人と前年65年の182万人から極端に減少し、その反動で67年には193万人に跳ね上がった。一方、辰年（76年、88年、2000年）は縁起の良い年として知られ、中国、シンガポールや台湾ではこの年の出生数が前年または翌年に比べ増加した（『日中新聞』2002年9月23日／YAP 2002）。2000年の辰年には、世紀の転換期でもあったことから、図5より、シンガポール（1999年から2000年に1.47から1.60へ上昇）と台湾（同1.56から1.68）で合計出生率は上昇した。中国は統計の調査漏れなどの影響により干支による明確な変動は確認できない。経済が豊かになった国においても、干支が人々の出生行動に影響しており、同じ中国文化圏の国でも

韓国の出生力転換はアジアNIEESの中では比較的遅く始まった。一九六二年に出生抑制政策を開始したが、当初国民の間に国防のための人口増強を支持する者が少なくなかったため、六〇年代は晩婚化による緩やかな出生率の低下にとどまった。七〇年代の急速な工業化の進展と軌を一にして出生率は急速な低下を示し、八五年には人口置き換え水準に到達した。韓国の出生力転換は、家族計画、経済開発と都市化がその牽引車であるが、人々の家族規模制限に対する強力な動機によるものである (Park and Cho 1995 / Kwon 1993 / 早瀬 11000a)。

ASEAN諸国の中で、シンガポールに次いでタイで出生率が急速に低下した要因として、ノデル (John Knodel) 等は、次の四つをあげている。①急速な経済発展が、社会に基本的変化をもたらし、子供に対する親の考え方が、数よりも質を重んじる方向に大きく変わった。②仏教の教えに基づくタイの文化や環境が、産児制限の容認を容易にしている。③夫婦の間で避妊に対する潜在的な需要があった。④政府の家族計画の努力が、社会における産児制限の必要性の認識を高め、さらに避妊手段が容易に入手できることが、利用者増大に寄与したとしている (Wongboonsin and Ruffolo 1993)。

中国、韓国や台湾では、現在でも強い男児選好傾向がみられる。中国、韓国、台湾の一



バンコク市内スラム地区の子供(2003年8月)

九九〇年近傍の出生性比(出生時の性比、通常女児一〇〇に対し、男児一〇六前後)は、それぞれ一一四、一一四と一一二で標準を上回る。とりわけ出生順位が高まるほどこの傾向は強まり、第三子の場合にはそれぞれ一二四、一九五と一三四と高い性比を示す(Park and Cho 1995)。男児選好の文化は、韓国では経済発展が進んだ現在も根強く、男女別構造にもたらず影響も少なくない。

このような出生性比の歪みが顕在化する直接的なきっかけは、その国または地域における出生率の低下である。伝統的な家族意識(家系継承や男子労働力確保のため、少なくとも一人の男児を確保したいという男児選好)を残したまま、出生率の低下が近代化または強力

な人口政策の結果起きた場合、性を選択しようとする意識が強まる。選択基準は現存する子供の性別に依存する。性選択を行なう方法は、妊娠中の胎児性別判定（超音波診断などが用いられる）により人工妊娠中絶を行なう方法、また犯罪行為ではあるが嬰兒殺しもある（林 二〇〇二）。中国は胎児性別判定による性別選択を禁止しているが、上述の結果はかなりの規模で行なわれていることを示唆するものである。

(2) 人口置き換え水準到達が見込める国 国連推計より、一九九五～二〇〇〇年にTFRが三未満で、出生率低下が比較的顕著な国として、スリランカ（九五～二〇〇〇年のTFRは二・二）、ベトナム（同二・五）、イラン（同二・五）、インドネシア（同二・六）、ブルネイ（同二・七）、トルコ（同二・八）とイスラエル（同二・九）があげられる。これらの国は二〇一〇年頃までにはほとんどが人口置き換え水準に到達すると推計されている。

イランは人口センサスによると、合計出生率が、一九七六年から九六年に六・三から三・四へと半減した。このような著しい低下は、同期間に女性の平均初婚年齢が十九・七歳から二二・四歳へと上昇し、識字率が上昇し（九六年に女性の識字率は八〇%）、政府も出生抑制を支持していることによる（大友 二〇〇〇／UN 1999, 158）。イランはイスラム化政策をとりつつも、革命後に生じた人口急増に直面し、出生抑制政策を開始した数少な

い国の一つである(加納・店田 二〇〇二)。

一九九五～二〇〇〇年にTFRが三・三・九の国々はマレーシア(TFRが三・三)、ミャンマー(三・三)、インド(三・五)、フィリピン(三・六)とバングラデシュ(三・九)があげられる。これらの国は二〇二五年頃までにはほとんどが人口置き換え水準に到達すると推計されている(Bongaarts and Amin 1997)。

(3) 高出生率国 一九九五～二〇〇〇年にTFRが四以上で二十一世紀中葉頃まで、人口置き換え水準到達が困難な国は、アフガニスタン(TFRが六・九)、ネパール(四・七)、カンボジア(五・三)、ラオス(五・三)、ブータン(五・五)、パキスタン(五・五)とイエメン(七・三)で、このうちイエメンは二〇四五～五〇年においてもTFRが三・二と置き換え水準に到達しない。カンボジアの出生率は、一九九八年人口センサスによると、四五～四九歳の既往出生児数が五・五六人、地域別にTFRを観察すると、全国が五・三、都市が四・四二に対し、農村が五・四七と農村が都市のTFRより高い。識字者、非識字者のTFRはそれぞれ四・九、五・九で両グループの間に一人の格差がある。ネパールは人口の九割が農村に居住し、保健衛生のインフラが整備されておらず、家族計画や母子衛生サービスは主に都市に限られていることが、高出生率の要因である。人口の九七

%がイスラム教徒のパキスタンは、六〇年代より家族計画プログラムを開始したが、不安定な政治経済状況がその実行を妨げている (Shah and Cleland 1993 / 早瀬 11000a)。

イラクは一九五〇～五五年から九五～二〇〇〇年にTFRが七・二から五・三へ低下したが、その低下率は二六%にすぎなかった。イラクの高出生率は、政府の出生促進政策によるものである (UN 1999, 159)。西アジアや南部・中央アジア諸国の高出生率の背景として、女性の早婚、低い教育水準、家族計画の普及率の低さ、高い乳幼児死亡率、親の強い男児所有願望などによるが、さらにイラクやサウジアラビアのように出生奨励または出生維持政策をとる国があることに関連している。外国人労働力に対する依存率が高い国で出生奨励政策をとる国が多い (Al-Qudsi 1998 / Mohajerani 1997)。

高出生率諸国は、概して低所得国で (一人当たりGNPが二〇〇一年に三〇〇ドル以下)、乳児死亡率が高く (乳児の一〇人に一人が死亡)、女性の成人の非識字率が五割以上で、国の家族計画への取組みもあまり熱心でないことが特徴としてあげられる。

人口転換と

人間開発との関係

国によって人口置き換え水準に到達する年数は異なる。ボンガーツは途上国一四三カ国の一九五〇年から二〇〇〇年までのTFRのデータから将来の出生力転換の方向性について次のようにまとめている

る。まず第一に、人口転換過程の最終段階の期間には（すなわち、多産多死から多産少死を経て少産少死に近づいた時）、出生率低下速度が減速する。すなわち人口転換過程の初期段階の頃には、出生率は間断なく急速に低下するが、TFRが四以下に到達してからは、その低下は減速する。第二に、国連推計によると、ほとんどの途上国も最終段階でTFRが二・一に収束することを仮定しているが、そのような可能性は低いと思われる。第三に、将来の出生率の低下は、人間開発や家族計画の進展如何によっている。途上国ですでに人口置き換え水準に到達したNIESなどの人口動態の変化に基づくと、人口置き換え水準に到達するには、平均寿命が七五歳くらいで、識字率が九五%の水準であることが必要である。多くの途上国では、まだこのような水準に達する国は少なく、したがって人口転換へのさらなる進展は困難である（Bongaarts 2002）。

2 出生の年齢パターン

一九六〇年代から九〇年代の出生率の変化は、女性の年齢別出生率の水準と形状を大き

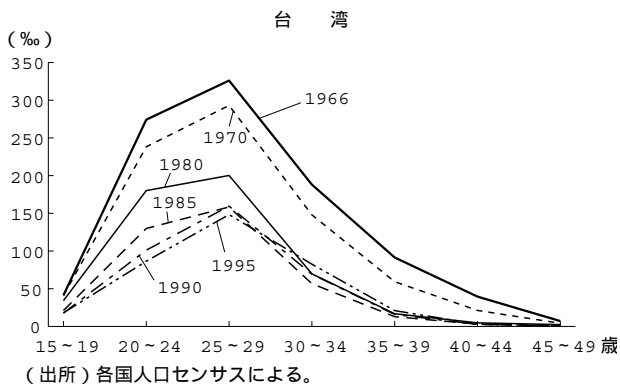
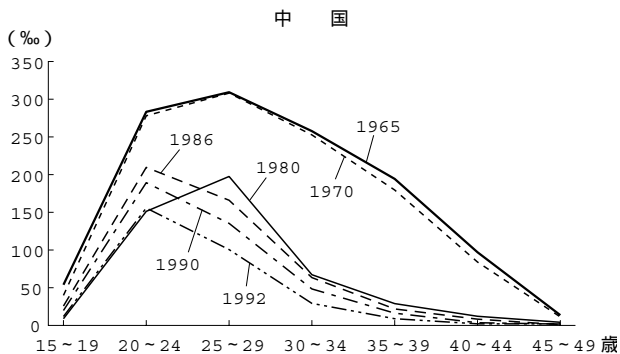
く変化させた。近年の女性の教育水準や労働力率の上昇による晩婚化により一〇代での出生率は低下し、避妊の普及と少子化につれ、三〇歳以上の出生率が著しく低下し、二〇〜二四歳、または二五〜二九歳の年齢層に出生が集中する傾向が、図6より顕著である。また日本をはじめ韓国や台湾など女性の晩婚化傾向が著しい国では、晩産化の結果三〇〜三四歳の年齢別出生率がわずかではあるが上昇するケースもみられる。ここでは、九〇年代における世界主要国の出生の年齢パターンをとりあげ、その特徴を概観する。

大淵は、一九七〇年代の世界六一カ国のTFRと母の年齢別出生率の分布を検討し、また、早瀬は八〇年代の途上国の出生力について分析し、両者の研究から出生の年齢パターンの特徴として、次のような事実が指摘された(大淵 一九八二/早瀬 一九九二c、二〇〇三a)。

(1) 高出生力国では、出生力が特定の年齢層に集中せず、広い範囲に分布している。年齢曲線の形状はなだらかで、特に三〇歳以上の比重が高い。

(2) 低出生力国では、出生力がピークの年齢層に集中し、年齢パターンは尖った形状をとる。ピークは二〇〜二四歳、または二五〜二九歳に集中し、その前後の年齢層とは水準に大きな差がある。

図6 中国と台湾の女性の年齢別出生率



(3) 出生力の低下は、出生の年齢パターンを右記(1)から(2)へ変化させる。そして、出生力の低下率が高い国ほど、全年齢で出生率の低下がみられるが、二〇歳未満と三〇歳以上の年齢別出生率は他の年齢に比べ低下が著しい。

図7より、一九九〇年代における主要国の母の年齢別出生率パターンをみると、次のような特徴が見てとれる。まず、①アフリカ・南アジア諸国では、ナイジェリア(TFRが六・〇)とケニア(TFRが五・三九)が、前記(1)に該当する。バングラデシュ(TFRが三・四四)とインド(TFRが二・八四)は、ケニアやナイジェリアと比べ、各年齢層の出生率も低いが、三〇歳以上の出生率が著しく低く、ピークの年齢層が二〇〜二四歳に集中している。②の中国文化圏にある東・東南アジア諸国は、(2)に該当する。いずれも高学歴化や中国の晩婚化政策を反映し、十五〜十九歳の出生率が非常に低く、年齢パターンは尖った形状をもち、ピークの年齢層が中国(TFRが一・八六)では二〇〜二四歳であるのに対し、韓国(TFRが一・七二)など他の国では二五〜二九歳に集中している。中国は一人っ子政策の影響で、出生力が過去二十年間に大幅に低下した結果、年齢パターンは(1)から(2)に移行している。第二のピーク年齢が二五〜二九歳であるのは、農村では一定の条件の下に、第二子出産が認められている状況を反映しているためであろう。③の東南アジ

ア諸国では、フィリピンの高出生力国（TFRは四・〇九）からほぼ人口置き換え水準に達したタイ（TFRは二・一八）まで、各国出生水準が異なり、出生の年齢パターンも異なる。フィリピンやベトナムは、ほぼ(1)に該当するが、タイは(2)、インドネシアは両グループの移行期に該当する、①のアフリカ諸国と異なる点は、十五～十九歳の出生率が格段に低いことである。ピーク年齢は、フィリピンを除き、二〇～二四歳で、インドネシアは二〇～二四歳と二五～二九歳の出生率が同水準である。④の日本・ヨーロッパ諸国では、いずれも十五～十九歳の出生率が非常に低く、ピーク年齢は二五～二九歳であるが、三〇～三四歳との出生率の差が小さくなっている。三〇～三四歳の出生率は、(1)に該当する高出生力国では、第二子以上の出生を反映しているが、④はむしろ晩産化を反映したものである。阿藤（一九九六）は欧米先進諸国の出生率低下・低迷の一般的背景として、ピルなど近代的避妊技術の普及と人工妊娠中絶の合法化、女性の高学歴化・職場進出、価値観の個人主義化、青年層の窮乏化をあげている。このような状況の下で、個人が結婚や出産時期を自由に選択できるようになったことが、出生の年齢パターンに反映している。今後は、出生率のピークが二〇代後半と三〇代前半がほぼ同一水準になるか、三〇代前半に移行する可能性もあるだろう。⑤の北米・オセアニア諸国の年齢パターンはほぼ④と同様の形状

である。異なる点は、十五〜十九歳の出生率が④と比べ高く、特にアメリカで高い。アメリカでは婚外出生が総出生数の三割を占めており、特に黒人やヒスパニック（メキシコからの移民）が高い比率を占めている。これら、婚外出生や移民の出生の年齢パターンに及ぼす影響も少なくないであろう。⑥のラテンアメリカ諸国では、メキシコ（TFRが三・九二）、ペルー（TFRが三・五四）は前記(1)に該当するが、ブラジル（TFRが二・五六）は(2)に、アルゼンチン（TFRが二・七二）は(1)から(2)への移行期にあると思われる。

以上から、出生の年齢パターンは各国の人口政策、社会経済的背景・社会規範などにより、多様であることが明らかとなった。結婚の年齢パターンと同様、同一国において、女性の学歴、就業状況や宗教などにより出生パターンが異なることはいうまでもない。

3 平均結婚年齢の国際比較

ボンガーツ (John Bongaarts) は出生力の近接要因⁽⁵⁾として七つの変数を考え、そのうち結婚、産後不妊、避妊と中絶の四つを生物人口学的に出生率を決定するものとして特に重要

と考えた（佐藤 一九九二）。このうち結婚のタイミング、すなわち結婚の延期、晩婚化は出生力低下への影響は大きく、日本、台湾、シンガポールなどの低出生力は晩婚化による影響が大きい。中国など多くの途上国では、晩婚化政策が出生抑制政策の必要な要素である。一般に早婚皆婚社会のアジアも晩婚化の傾向が顕著で、一九六〇年代から九〇年代にかけて、平均初婚年齢は三歳以上高くなっている（早瀬 二〇〇三a）。

平均結婚年齢は、国別、男女別に大きく異なる。一般に、男性は女性より晩婚である状況は世界共通である。先進地域における平均結婚年齢は、国連資料によれば男性が二七・九歳、女性は二五・二歳、一方、途上地域では男性が二四・九歳、女性は二一・四歳である。途上地域では男女とも、先進地域より早婚で、かつ結婚年齢の男女間の差（三・五年）が、先進地域のそれ（二・七年）より開いていることに特徴がある（早瀬 二〇〇三a）。

表5より、アジア諸国の平均初婚年齢について観察しよう。ここで、平均初婚年齢は、静態統計の年齢別未婚率から計算される、S M A M (Singulate mean age at first marriage) によっている。アジアの平均初婚年齢は、男女共に中国を除く東アジアで最も高く、東南アジア、西アジア、南アジアの順に低くなる傾向がみられる。国別では男性が二二歳（ネパ

表5 平均初婚年齢の推移

(単位：歳)

	女 性			男 性
	1960	1990	2000	2000
中 国	19.8	22.1	23.3	25.0
日 本	25.0	26.9	28.6	30.8
台 湾	21.9	25.9	-	-
韓 国	21.5	25.4	26.1	29.3
カンボジア	-	-	22.5	24.2
インドネシア	18.6	21.6	-	25.2
マレーシア	19.4	24.6	-	27.9
フィリピン	22.2	23.8	-	26.3
シンガポール	24.3	27.0	-	29.8
タイ	21.6	23.4	24.0	27.2
ベトナム	-	23.2	-	24.5
バングラデシュ	-	18.1	-	24.9
インド	15.8	19.3	-	23.9
ネパール	-	-	18.8	22.0
イタリ	-	21.0	-	24.4
トルコ	-	22.0	-	25.0

(注) 各年次の近傍のデータ。男性は女性データの最新年次に対応する。2000年のデータで韓国は1995年、ネパールは1996年の数値。各国人口センサスにより、平均初婚年齢(SMAM)を算出。

(出所) <http://www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/>

ール)を最低として、最高約三〇・八歳(日本)の間に、女性は、十八・一歳(バングラデシュ)から二八・六歳(日本、香港)の間に分布している。中国では法定婚姻年齢を男性二二歳、女性二〇歳と定め、人口政策として、早婚を禁止し、法定婚姻年齢より高い年齢で結婚することを奨励している。その結果一九六〇年代に女性の平均結婚年齢は、十九・

八歳であったが、九〇年には二二・一歳に、二〇〇〇年には二三・三歳に上昇している。カンボジアの九八年人口センサスによる平均初婚年齢は、男性二四・二歳、女性二二・五歳である。結婚年齢の男女数のアンバランス（九八年人口センサスより十六〜二〇歳の女性六三万人に対し、十八〜二二歳の男性は四四万人）が、この晩婚に影響している。年少人口は男女のアンバランスが解消されるので、初婚年齢は低下する可能性がある (Huguet, Charumarathirong, Rao and Than 2000)。

男女の結婚年齢の格差は、表5の国連資料より、バングラデシュの六・八年をはじめ、五年以上離れている国は六四カ国中、三カ国（アフガニスタン、バングラデシュ、レバノン）、四年以上離れている国は二一カ国である。男性の十五〜十九歳の既婚者割合は、ネパール（十四％）やイラク（十五％）を除きほとんどの国で一〇％以下である。女性は十五〜十九歳の既婚者割合が一〇％以上である国は、六五カ国中、四六カ国に上る。日本、韓国では女性の十五〜十九歳の既婚者割合は一％未満にすぎないが、バングラデシュやネパールは四〇％以上に上る。アジアにおいても皆婚は一般的で、四五〜四九歳の未婚者割合は男女共に五％未満である国が大部分であるが、日本、香港、シンガポールの男性は他の国と比べて高く、特に日本は十四・六％とずばぬけて高く、最近のシングル化の高まりを反映し

ている。

以上から、結婚年齢は国により多様であるが、年々晩婚化の傾向にあることが明らかである。結婚年齢は、同一国においても、都市・農村別（インド女性の平均結婚年齢は、一九六六年に都市が十八・四歳、農村が十五・八歳）、教育水準別（フィリピン女性の平均結婚年齢は、九三年に小卒者が二二歳、中卒以上が二四・八歳）、宗教、職業など社会経済的差異によっても多様であることが、各種研究資料から指摘されている。女性の初婚年齢は教育水準や就業と密接な関連があるが、一般に教育水準が高い女性や非農業就業の女性は晩婚の傾向がみられる（UN 1990, 89-94）。

4 避妊実行率の国際比較

アジア諸国では政府が小家族規範を支持し、出生抑制のため家族計画に積極的に取り組む国は多く、多様な避妊手段や避妊サービスが利用可能である。その結果、有配偶女性の避妊実行率は一九七〇年代から九〇年代にかけて顕著な上昇を示している（表6）。特に

中国、韓国、香港、台湾、シンガポール、タイなど出生率低下が著しい国・地域で避妊実行率は七割から八割に達している。ベトナムも九〇年代に六五%と急速に上昇している。一方、パキスタン、ネパールの避妊実行率は二〇%前後で低い。インドやバングラデシュは四〇%台、スリランカは六六%と南アジアでは高い実行率を示している。西アジアおよび南部・中央アジアのイランとトルコは六〇%台と比較的高いが、イラクやイエメンは二〇%以下でアジアの中で非常に低い。

一九八〇年代以降アジア諸国ではピル、IUD（子宮内にリングなどの避妊具を装着）、女性の不妊手術やコンドームなど、近代的避妊手段を利用する者が増えたが、フィリピン、マレーシアや南アジア諸国ではリズム法（周期的禁欲法、女性の排卵時期を基礎体温法などで推定し、妊娠可能な時期に禁欲する方法）、膈外射精（性交中絶法）など伝統的避妊手段を利用する者も少なくない。不妊手術は世界でも西アジアを除くアジアと北アメリカでの実行率が最も高い。とりわけ韓国は世界でもカナダに次いで高く、全避妊手段中四〇%を占める。韓国に次いで高い国・地域は、中国（全避妊手段中三六%）、台湾（同三四%）、スリランカ（同三〇%）、タイ（同二八%）、シンガポール（同二三%）、香港とインド（いずれも二二%）である。さらに中国はIUDの利用率も三〇%で、台湾は二七%である。ピルは

表6 15～49歳有配偶女性の避妊実行率
(%)

	1970年代	1980年代	1990年代
中国	-	72	83
日本	52	57	59
香港	50	72	86
台湾	69	78	82
韓国	44	70	79
インドネシア	18	48	55
半島マレーシア	33	48	-
ミャンマー	-	17	33
フィリピン	36	36	46
シンガポール	60	74	-
タイ	33	59	74
ベトナム	-	53	65
バングラデシュ	8	19	49
インド	14	34	41
ネパール	3	14	28
パキスタン	5	8	18
スリランカ	32	62	66
イラン	36	49	65
イラク	15	14	-
トルコ	37	51	63
イエメン	1	10	21

(注) タイとインドは15～44歳の女性。

(出所) Ross, Stover, and Willard[1999] UN[2000]
国立社会保障・人口問題研究所編『人口統計資料集』各年版。

タイで利用率が高く、二〇%である。周知のとおり、日本のコンドームの利用率は世界一(七八%)であるが、アジアでは台湾とシンガポールも高く、いずれも二四%である(UN 1989, 2000b/社人研 一九九八/Freedman, Chang and Sun 1994)。

避妊実行率が低く、また、近代的避妊手段の利用が少ない国においては、国民のニーズに沿った家族計画サービスが行なわれていない場合が少なくない。近代的避妊手段の利用者が少ない地域は、それを使用した場合における副作用への危惧、体内に避妊具を入れることに対する宗教的な忌避、多子願望、夫の反対、避妊知識の欠如や避妊手段へのアクセスの問題がある場合が少なくない。また、このような地域で、未充足ニード (unmet need)⁽⁶⁾、すなわち、子供を希望していないか、妊娠の延期を望んでいる女性が、避妊手段を利用していないこと、が高く、各国で改善に努めることが一九九四年国際人口開発会議行動計画で勧告された。各国人口保健調査から作成された、九〇年代後半の未充足ニードの割合は、バングラデシュが十五・三%、インドが十五・八%、ネパールが三一・四%、そしてパキスタンが三七・五%であった (Chaudhury 2001)。未充足ニードの割合が高い国ほど、避妊実行率が低く、したがって高出生率である。政府は今後、家族計画の未充足ニードの改善に努めることが重要で、その成功如何がアジアの出生力転換の鍵となるろう。

5 居住地、教育水準による出生力格差

人口のさまざまな特性による出生力の格差は、今後、社会経済の発展や都市化につれて出生力が変化する可能性を示すものである。居住地別の有配偶出生率⁽⁸⁾を示す表7より、都市は農村より低い出生力であることがわかる。とりわけ中国、インドとトルコでは両地域の出生力格差が大きい。例外はパキスタンで、都市が農村の出生力をわずかに上回っている。都市化の初期段階においては、都市の出生力が農村を上回る場合がある。それは、出生率水準に影響を与える伝統的な行動である母乳哺育の習慣が都市ではしだいに行なわれなくなること、都市の女性の健康改善、生活水準の改善、都市人口の急増に伴い、農村出身の都市定住者が増加することなどによる (Rele and Alam 1993, 29-30)。

次に女性の教育水準と出生率との関係について観察する。一般に出生率は教育水準が上昇するにつれ低下する傾向がみられる。学歴が高いほど、晩婚化や避妊実行率は高く、したがって出生率も低い。表8より中等教育以上の女性と無就学の女性との出生率格差は、中国、インドやトルコでは歴然としており、中等教育または教育年数七年が有配偶出生率

第2章 出生率低下とその要因

表7 都市・農村別有配偶合計出生率（1990～95年）

	全 国	都 市	農 村	格 差 (都市/農村)
中 国	2.10	1.30	2.36	0.55
インドネシア	2.93	2.86	2.96	0.97
フィリピン	3.99	3.72	4.30	0.87
タイ	2.71	2.29	2.80	0.82
バングラデシュ	3.07	2.82	3.10	0.91
インド	2.90	2.30	3.10	0.74
パキスタン	4.19	4.48	4.07	1.10
スリランカ	3.30	2.73	3.41	0.80
ヨルダン	5.61	5.37	6.27	0.86
トルコ	2.75	2.46	3.32	0.74

(注)(1) 有配偶女性は、婚姻持続期間が14年以下の女性。

(2) 中国はTFRの値。

(出所) Muhuri et al.[1994] Mboup and Saha[1998]

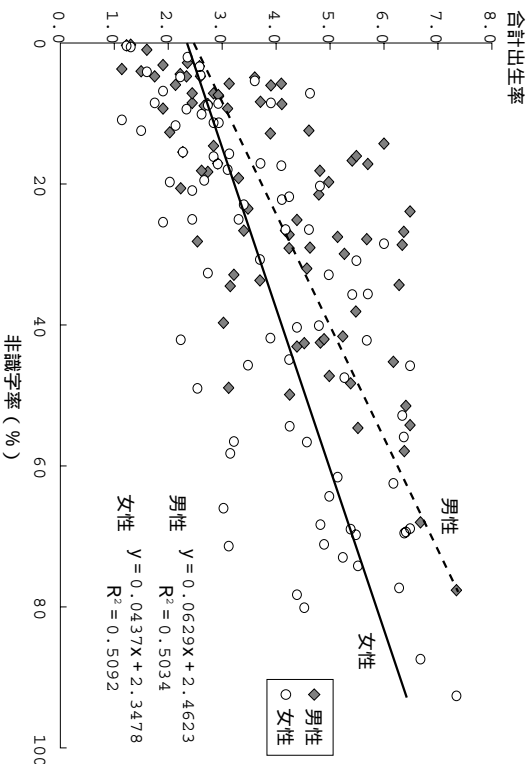
表8 女性の教育水準別、就業の有無別有配偶合計出生率
(1990～95年)

	無就学	初等 完了	中等 以上	格 差 (中等/無就学)	就業	無就業
中 国	2.53	1.82	1.47	0.58	-	-
インドネシア	2.97	2.90	2.83	0.95	3.37	3.88
フィリピン	4.22	4.63	3.64	0.86	3.26	4.48
タイ	3.64	-	2.09	0.57	2.49	3.04
バングラデシュ	3.12	3.05	2.78	0.89	2.50	3.18
インド	3.50	2.60	2.30	0.66	-	-
パキスタン	4.06	4.46	4.63	1.14	-	-
スリランカ	3.67	3.75	3.03	0.83	2.84	3.39
ヨルダン	5.82	5.66	5.52	0.95	5.08	5.68
トルコ	3.94	2.62	2.03	0.52	2.32	2.96

(注)表7に同じ。

(出所)表7に同じ。

図 8 15 歳以上人口の非識字率と合計出生率（1998 年）



(注) 途上国 82 개국 により作成。
 (出所) The World Bank, World Development Indicators 2000

の臨界点であることを示している (Rele and Alam 1993, 30)。一方、インドネシア、バングラデシュやヨルダンではその差は小さい。

図8は世界の途上国八二カ国について一九九八年の合計出生率と男性および女性の非識字率との関係を示した散布図である。これより、合計出生率は、非識字率が高いほど高く、正の相関が示される (早瀬 二〇〇一d)。

女性の就業状況と出生率について表8より観察すると、就業女性のほうが無就業女性に比べ、やや出生率が低いことが観察される。しかし、この差は教育水準による差より小さいようである。女性が就業者であっても、従業上の地位や職業の種類によって出生行動への影響は異なるためである。ここでは省略するが、出生率は、配偶者の教育水準、就業状況や所得、政府の家族計画や母子保健などへの努力度、乳幼児死亡率などによっても、大きな影響を受けることが各種の実証分析から明らかとなっている (Casterline, Perez and Biddlecom 1997/早瀬 二〇〇〇a)。

注(一) 合計出生率はある年の十五〜四九歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、一人の女性が仮にその年の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子供数に相当する。

- (2) 総出生率は一年間の出生数を再生産年齢（十五〜四九歳）の女性人口で割った数、既往出生児数は、あるコウホートがこれまでに産んだ子供数を指し、再生産年齢を経過し終わった段階の既往出生児数を完結出生力という（岡崎 一九七〇）。
- (3) ある年の人口一〇〇〇人当たりの出生数。
- (4) 出生力転換は死亡力転換とともに、人口転換理論の構成要素であり、伝統的社会における高出生力から近代社会における低出生力へ移行することを指す。
- (5) 近接要因は人間の再生産（生殖）行動に関わる要因を指し、ボンガーツは、近接要因（proximate determinants）という言葉を用い、「それを通して社会・経済・環境変数が出生力に影響を及ぼすところの生物学的・行動的要因」と定義した。（佐藤 一九九二）。
- (6) 避妊をしていないが、妊娠を避けたいと思っている女性は、家族計画について「未充足のニード（unmet needs）」をもっていると定義される。妊娠の防止には、次の出産まで間隔を開けるためと、希望子供数を産み終えた後などの望まない出産の防止の両者が含まれる。アンメット・ニードは、通常既婚女性のもので考えられがちであるが、現実には結婚していない人や、現在利用している避妊法が適当でない人も含まれる。途上国では、家族計画は、既婚夫婦のみを対象とする国が多く、薬局など市場で自由に購入できない未婚の男女もアンメット・ニードをもつとみなされる。家族計画サービスを提供する施設が遠ざがたり、情報の欠如、避妊による健康障害や合併症への不安、夫の反対、非協力などさまざまな問題が、避妊の実行を妨げて、アンメット・ニードをつくり出している（ジョイセフ 一九九七、二八一―三八）。

- (7) 「人口保健調査」(Demographic and Health Surveys、以下、DHSと略記)は、アメリカの民間調査機関 Macro International が、アメリカの援助機関 U. S. Agency for International Development (USAID) の資金協力と各国の統計局、厚生省、大学など研究機関の調査協力の下に、一九八四年以降の発展途上国における人口(出生力、婚姻と家族計画)と母子保健に関する標本調査の個人記録ファイルである。調査対象国は、二〇〇一年五月現在で、発展途上国六八カ国(サハラ以南アフリカ三二カ国、中東/北アフリカ六カ国、西アジア六カ国、南・東南アジア十一カ国、ラテンアメリカ十三カ国)に及んでいる。調査対象者は基本的には再生産年齢(十五〜四九歳)の女性に限られているが、九〇年代以降、男性も一部の国で調査されている(早瀬 二〇〇二c)。
- (8) 有配偶出生率 (marital fertility rate) とは、嫡出生の総数を有配偶女子人口で除したものである。

