

## 第9章

# アジアの人口政策



中国吉林省延边朝鲜自治区の人口目標（2002年7月）

人口政策には、政府が主体となつて、人口規模、人口増加や人口構成に関して、一定の目標を設定し、その目標と目標達成のための手段が組み合わさつた狭義のものと、教育、投資、男女雇用機会均等法などの社会経済政策のように、直接的には人口に作用しないが、間接的には影響を与える広義のものがある（岡崎 一九九七）。特に経済成長や教育の普及<sup>①</sup>によつて女性の就業機会が拡大すれば、女性の余暇や家事・育児労働の機会費用が高くなり、出生力低下に結びつく可能性がある（野上・早瀬 一九九七）。アジアをはじめ途上国の人口政策は、狭い意味での人口抑制、そのための家族計画の普及を中心とした政策から、女性の地位向上など、より広い分野を対象とした社会政策をも含むものへと変化している。本章では人口問題や人口政策に対する国際会議の動向と、アジア諸国の人口政策について紹介する。

## 1 人口問題をめぐる世界の動き

第二次世界大戦後に起こつた発展途上国における人口爆発により、食糧、資源、環境問

題に関して世界的に注目が集まり、その解決のため、人口増加の抑制を中心議題とする家族計画運動がインドをはじめとする途上国で活発になった（岡田 二〇〇二）。国連が一九七四年を世界人口年と定めた年にブカレストで開催された国連主催の世界人口会議では、「開発は最上の避妊薬」とする途上国と、高すぎる人口増加率を抑えるための家族計画の実施を求めた先進国側との対立があったが、最終的には一三六カ国が「世界人口行動計画」を採択した。これは五〇〇年代の新マルサス主義<sup>(2)</sup>対マルクス主義という人口論争の構図に対して、新たに南北対立を加えた意味で重要である（岡田 二〇〇二／岡崎 一九九七）。

一九八四年メキシコシティーで開催された「国際人口会議」では、七四年のようなイデオロギーの対立がなく、政府主導の家族計画が国際的に認知され、「人口と開発に関するメキシコシティー宣言」が採択された。途上国にとっても、高い人口増加率は経済発展にとって負担であることを経験していたためである。両会議で合意された原則は、国家の主権の尊重、家族規模について個人が自由に選択できること、そして人口を一つの重要な要因として含む総合的なプロセスとして開発を認識することである（岡崎 一九九七）。中国をはじめ多くの国が、国家経済開発計画の中に人口政策を組み入れるようになった。

一九九四年のカイロの国際人口開発会議（ICPD）は、ブカレストやメキシコシティにおける会議と性格が変わって、女性の地位向上（エンパワーメント）に焦点を当てた会議となった。これまでの会議がマクロ的な視点からの議論が中心であったのに対し、ミクロ的な視点に焦点を移した会議であったといえよう。「人口と開発に関する国際会議の行動計画」では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（reproductive health and rights）という概念が重要な位置を占めるようになった。その内容は、人間の生殖機能・生殖活動過程において、肉体的にも精神的にも健康であり、男女等しく性生活を享受し、出産をするか否か、その時期や数についても完全な自由をもち、そのための出生抑制の情報や手段を提供されることである（岡田 二〇〇二／岡崎 一九九七）。とりわけ、妊娠や出産に関するリプロダクティブ・ヘルス／ライツに対するサービスは、これまで多くが既婚夫婦に関するものであり、<sup>③</sup>青春期の未婚の男女に対しては何のサービスも行なわれてこなかった。「行動計画」では、青春期の性行動の問題と重要性が指摘された。その中では、彼らに正しい性教育を行ない、現在増加中の望まれない妊娠や性感染症、エイズに感染することから予防することが指摘された（UN 2001a）。

## 2 国連調査からみられる 各国の人口政策の変化

人口増加に関する  
認識と政策的対応

国連は、一九七四年にブカレストで開催された世界人

口会議を契機として、各国政府に対して自国の人口動向に関する認識と政策的対応に関する調査を定期的に実施するようになった。調査内容は、人口増加率、出生力、死亡力、人口分布と国際移動である。人口の現状認識とその対策に対する各国の対応は国ごとにさまざまである。表29は七四年以来の人口増加に対する政

表29 人口増加に対する政府の認識

(%)

	高すぎる	満足	低すぎる	合計	国数
<b>世界</b>					
1974	27.6	47.4	25.0	100.0	156
1983	36.3	45.2	18.5	100.0	168
1993	43.7	45.3	11.0	100.0	190
1998	41.1	44.4	14.5	100.0	180
<b>先進地域</b>					
1983	0.0	69.2	30.8	100.0	39
1993	1.8	85.7	12.5	100.0	56
1998	2.2	68.9	28.9	100.0	45
<b>途上地域</b>					
1983	47.3	38.0	14.7	100.0	129
1993	61.2	28.4	10.4	100.0	134
1998	54.1	36.3	9.6	100.0	135

(出所) UN[1999, 37-38].

表 30 人口増加に対する政府の対応

(%)

	抑制介入	維持介入	引上げ介入	不介入	合計	国数
<b>世 界</b>						
1974	25.0	0.0	19.9	55.1	100.0	156
1983	25.6	13.5	19.0	41.9	100.0	168
1993	37.9	13.1	11.6	37.4	100.0	190
1998	38.9	7.8	10.0	43.3	100.0	180
<b>先進地域</b>						
1983	0.0	28.2	30.8	41.0	100.0	39
1993	1.8	33.9	16.1	48.2	100.0	56
1998	2.2	8.9	20.0	68.9	100.0	45
<b>途上地域</b>						
1983	33.3	9.3	15.5	41.9	100.0	129
1993	53.0	4.5	9.7	32.8	100.0	134
1998	51.1	7.4	6.7	34.8	100.0	135

(出所) 表 29 に同じ (p. 40)

府の認識について示している。人口増加率が高すぎると考える政府の割合は七四年の二八%から九三年には四四%に増加したが、九八年には四一%に低下している。途上地域では八三年に四七%が高すぎると認識していたが、九三年には六一%に増え、九八年には五四%に低下した。これに対し先進地域では高すぎると認識する政府はすべての年次で二%以下と少ない。一方、人口増加率が低すぎると考える政府は途上地域では一〇%前後で低下しているが、先進地域では約三〇%である。人口増加率が満足すべき水準であると考え政府は先進地域では七割前後に対し、途上地域は三割前後にすぎない。

この結果から、人口増加率の変化に対応して各国政府の認識が変化していること、また、途上国では急速な人口増加は経済開発に不利であるとの認識が広まっていることがうかがわれる。

表30は自国の人口増加率に対する政府の対応を示している。途上地域では抑制介入を行なう政府は増えており、一九九八年には抑制介入が五一%に対し、不介入は三五%である。先進地域では抑制介入を行なう政府は一九九八年に二%にすぎず、現在の増加率を維持介入が九%、引上げのための維持介入が二〇%に対し、不介入は約七〇%と多数を占める。人口増加の引上げには出生率の引上げが必要となり、そのための直接的な介入が困難であるため、不介入の立場をとる国が多い。

出生力に対する  
アジア諸国の  
政府の認識と対応

表31は国連の調査（一九九八年時）から、アジアの国別に一九九五～二〇〇〇年のTFR（合計出生率）と自国の出生力に対する政府の認識と対応を示している。これより、出生力がすでに低水準（TFRが二・四以下）の国では、大部分の国が満足、あるいは低すぎると認識している。低すぎると認識した国で、政府が引上げの介入を行なうとするのは、シンガポール、グルジアとキプロスである。TFRが二・五～二・九の国では、高すぎる、

表 31 出生動向に対する政府の認識と対応

政府の認識 対応 / TFR	高すぎる			満足できる			低すぎる	
	抑制介入	非介入	引上げ介入	維持介入	抑制介入	非介入	引上げ介入	非介入
2. 以下	タイ		アルメニア ペラルーシ		中国	韓国	シンガポール ケルジブ キプロス	日本
2. 0-2.4	スリランカ	ミャンマー		北朝鮮	バーレーン	ブルネイ レバノン	イスラエル	
2. 5-2.9	イラン インドネシア ベトナム トルコ			モンゴル クウェート				
3. 0-3.4	パナマ インド マレーシア フィリピン					アラブ首長国連邦		
3. 5-3.9				カタール		リビア		
4. 0-4.4	ネパール					シリア		
4. 5-4.9	カンボジア ヨルダン							
5. 0-5.4	モルデイブ パキスタン							
5. 5-5.9				ラオス オーストラリア		ブータン	イラク	
6. 以上	イエメン	アフガニスタン						

(出所) UN, 2000 World Population Monitoring, 2000 Population, Gender and Development (DRAFT).

または、満足と認識する国に分かれており、イスラエルのみが低すぎるとし、引上げ介入を行なうとしている。モンゴルは維持介入、ブルネイは非介入としている。TFRが四以上の国は、大部分がパキスタンなど南アジア諸国やヨルダンなど西アジア諸国で、高すぎると認識し、抑制介入を行なうとしている。アフガニスタンは高すぎると認識しているが、介入は行なわれないとしている。南アジア諸国で、人口問題への認識が高まり、行動を開始したのは、自国の開発に人口問題が重要であるという認識に加え、九四年カイロの国際人口開発会議の「行動計画」や国際協力による影響が少なくないであろう。一方、シリア、イラクもTFRが四以上の高出生力国であるが、シリアは満足、イラクは低すぎると認識し、引上げ介入を行なうことを表明している。人口問題の開発への重要性から発展途上国で関心が高まっているが、各国の出生力への認識や対応は、それぞれの政治、経済、文化的な多様性を反映し、一様ではないことを本調査は示している。

アジア諸国の  
人工妊娠中絶に  
対する各国の対応

表32は一九九〇年代におけるアジア諸国の人工妊娠中絶に対する各国の対応を示している。無条件で人工妊娠中絶を法的に許可している国は中国、モンゴル、韓国、カザフスタン、シンガポール、ベトナム、シリアとトルコである。一方、人工妊娠中絶は非合法で女性

表 32 中絶に対する各国の対応

	女性の 生命救 助	身体的 健康保 持	精神的 健康保 持	レイプ	異常 胎児	経済・ 社会的 理由	無条件
東 ア ジ ア 中 国 日 本 モ ン ゴ ル 韓 国					×		×
南部・中央アジア							
バングラデシュ		×	×	×	×	×	×
インド		×	×	×	×	×	×
イ ラ ン		×	×	×	×	×	×
カザフスタン		×	×	×	×	×	×
ネ パ ール	×	×	×	×	×	×	×
パキスタン		×	×	×	×	×	×
スリランカ		×	×	×	×	×	×
東 南 ア ジ ア							
ブルネイ		×	×	×	×	×	×
カンボジア			×		×	×	×
インドネシア		×	×	×	×	×	×
マレーシア				×		×	×
ミャンマー		×	×	×	×	×	×
フィリピン		×	×	×	×	×	×
シンガポール							
タイ					×	×	×
ベトナム							
西 ア ジ ア							
クウェート				×		×	×
シリア							
トルコ							
アラブ首長国連邦		×	×	×	×	×	×
イエメン		×	×	×	×	×	×

(注) は中絶可，×は不可を示す。

(出所) UN [ 1992 ; 1993 ; 2002a ] .

の生命救助以外はすべて不許可とする国は、バングラデシュ、ブルネイ、イエメンなどイスラム教徒が多い国とフィリピンのようにカトリック教徒が多い国で、宗教の中絶への強い介入が認められる。非合法の国では、中絶を許可なく行なった場合は、数年の禁固刑または罰金が科される場合が一般的である。非合法であるために、闇中絶によって女性が命を落とし、妊産婦死亡率を高める要因となっている。

#### アジア諸国の国際

#### 人口移動に対する

#### 政府の認識と対応

国連は、国際人口移動については、流入と流出の両水準に対する政府の認識と対応を二〇〇一年に調査し、二〇〇二年国際移動報告に公表している (UN 2002b)。これより、世界の四分の一の国は、流入水準が高すぎると考えており、先進諸国の四四%、途上諸国の三九%が、低下介入の対応を示している。アジアでは四六カ国中、三一カ国が流入水準を満足であると認識しており、高すぎると認識する国は十四カ国で、イラン、マレーシア、タイ、アルメニアなど旧ソ連諸国と、クウェートなど湾岸諸国、低すぎると認識する国はキリギスタン一国であった。満足すべき水準であると認識する国は、それを維持介入、または抑制介入を行なうとする国が大部分であるが、イスラエルのみ引上げの意向を示している。高すぎると認識する国はすべてが抑制介入と答えている。

流出水準については、先進諸国、途上諸国共に四分の三が満足であると認識し、五分の一の国は低下介入を行なうとしている。アジアでは流出水準が満足であると認識する国は二七カ国、高すぎると認識する国は十四カ国、低すぎると認識する国はバングラデシュ、インドネシア、タイ、ベトナムとヨルダンの五カ国である。満足であると認識する国は不介入または維持が多いが、パキスタンのように引上げ介入を表明する国もある。高すぎると認識する国は引下げ介入、低すぎると認識する国は引上げ介入を行なうとしている。グローバル化による国際移動の増加と移動の政治・経済・社会へのインパクトが重要視されるようになり、各国の国際移動に関する関心も高まっている。

### 3 アジア諸国の人口政策

#### 中国の人口政策

(1) 人口政策の特徴——中国の人口政策は、常に巨大人口問題の解決を目指しながら発展してきた。一九七〇年代以降、特に改革・開放政策以来、中国は人口増加を抑え、人口の質を高める人口政策をとり、計画出産を基本的国

策としている。その目的は計画的に人口の増加を抑制しようとするものであるため、中国語で「計画生育政策」と呼ばれる。人口政策の主な内容は、晩婚・晩産の奨励、少産、特に八〇年からは一人っ子政策（一組の夫婦に一人の子供を目標とすること）から構成される。

人口政策の特徴は、人口の増加と経済・社会の発展、資源利用および環境保全と調和させることを目標とし、徹底した出産の管理を行なうことにある。そのため、中央から地方の末端レベルにいたる計画生育機構という行政組織のネットワークをとおして、計画生育が実施されている。すなわち各地方自治体は中央から割り当てられた各年人口目標を達成するため、住民への人口教育、説得、一人っ子家庭への優遇措置（十四歳まで一人っ子手当での支給、保育所への入所優先、住居と宅地の優先的な分配、母親の産休の期間延長、これら優遇措置は地区により異なる）、超過出産など違反者への罰則（経済的制裁や行政的な処分）など、厳しい管理により、増加数を抑制することを任務とする。

(2) 一人っ子政策の問題——一人っ子政策は、多くの子供を望む夫婦の権利を抑制し、政策に違反した夫婦に超過出産費を徴収するなどしたため、「多子多福」、男児を家系継承者としてもつことなどの伝統的な出生観が根強い農村では、政府の計画出産管理に反感をもつ農民も少なくなかった。

一人っ子政策が始動した一九八〇年、八一年にはまだその実施は緩やかであったが、年とともにしだいに厳しさを増し、八二年、八三年の初期には一人の子供をもつ婦人には強制的にIUDの装着を、また計画外の出産には中絶を、二子以上の子供をもつ夫婦には不妊手術が求められた。

一九八〇年代以降、中国では改革・開放政策が始まり、農村の経済改革では、農業の生産請負制への移行（集団農業から家族労働を基盤とする自営への転換）が行なわれた。このような経済システムの変化は、むしろ大家族思考を助長するもので、一人っ子政策とは相容れないものであろう。

子供を一人しかもてないために、女兒の中絶・間引きや、無戸籍の問題も生じた。その結果出生の男女比の不均衡問題も生じた（第4章、表14）。

このような国民の反感、抵抗やアメリカの中国人口政策への批判（強制墮胎の疑惑）などが一人っ子政策緩和の方向へ転じることになった。一九八四年には一律に政策を強制する方法から、世帯の実情に応じて対応することとなり、農村では第一子が女兒や身障者など特殊事情が認められた場合には、一定の出生間隔を置いて第二子をもてるようになった。第二子出産については、各省、市レベルで具体的な規定がなされており、地域によって若

干異なっている。少数民族については、当初よりその人口規模に応じ、二人またはそれ以上の子供をもつことが認められている。ただし厳密に言うところ「一人っ子政策」は、「一人っ子奨励政策」であり、すべての夫婦に二人以上子供をもつことを禁じているわけではない。例えば、都市地域の夫婦でも、夫婦が共に一人っ子であれば、第二子出産が認められている。

(3) 新人口政策——政府は人口抑制は、人口と経済、社会、資源、環境との調和のとれた発展と持続可能な発展に有利であり、そのため産児制限をすべきで、自由放任にすべきでないとの立場をとっている。人口増加率は二〇〇三年に〇・六%まで低下しているが、基礎となる人口が大きいため、二〇三二年に十四億五〇〇〇万人のピークに達するまで増加が続く見込みである (UN 2003)。二〇〇一年に制定された「人口・計画生育法」(人口、家族計画に関する法律)は、従来の政策と内容に大きな違いはないが、これまで省レベルで施行されていたものを国レベルの人口政策として法的根拠を与えたという意味で重要である。生涯に一人しか子供を産まない夫婦に「一人っ子父母荣誉賞」の交付、違法に出生した者に対し社会扶養費を納める義務、一人っ子の予期せぬ障害や死亡の場合には、父母に必要な援助を行なうことを規定している。市場経済化の深化で増大する流動人口(二〇〇

○年人口センサスによれば一億三〇〇〇万人)の家族計画の管理強化、医学的必要以外の理由で胎児の性別鑑定を行なったり、性別によって中絶したりすることを厳しく禁止している。

#### 南アジア諸国

#### の人口政策

インドの人口抑制政策としての家族計画プログラムは、第一次五カ年計画(一九五一―五六年)の一環として位置づけられて五二年にスタートし、世界で最も早い時期に着手されたことで広く知られている(嵯峨座二〇〇三)。家族計画プログラムは、当初は避妊などを行なうためのクリニックでのサービスが中心であったが、六一年人口センサスで、高い人口増加率が示されたことから、家族計画機関が設立され、農村での巡回サービスも行なわれるようになった。七一年に、人工妊娠中絶法が採択され、七五年にはインディラ・ガンジー政権による強制的家族計画政策が行なわれた結果、不妊手術件数は飛躍的に増加した。強制的な家族計画政策は出生率低下にはそれほど功を奏さず、ガンジーは失脚し、不妊手術件数も減少した。七七年から家庭福祉計画として、より広い観点から人口政策は再編成され、母子保健、女性の教育の向上、家族計画手段の選択の自由が認められるようになった(西川 二〇〇二b/野上・早瀬 二〇〇三)。七八年の婚姻法では初婚年齢を、女性十八歳、男性二二歳に引き上げた(Premi 1992)。

インドの人口政策は一九五〇年代から八〇年代にかけて、政権による政策変更、財政基盤の脆弱性、家族計画の普及を支える医療スタッフの不足など各種インフラの未整備の問題、行政の非効率性など、さまざまな問題を抱えながら実施されてきた。各五カ年計画における人口目標が頻繁に変わることとも少なくなかった。各政権により人口抑制政策に対する政治的支援は異なり、またインドの各州により、人口抑制政策への優先度は異なっていた。ケララ、マハラシュトラなどは高い優先順位を与えているが、ビハールやラジャスタンなどの取組みは遅れていた。家族計画普及のための予算も実施に要する額よりはるかに少ないものであった。各五カ年計画における全予算に占める保健や家族計画に対する予算は、これまで二・七%から七・六%の間を推移していて一〇%を上回ることなく、第八次五カ年計画（一九九二―一九九七年）においてもこの傾向は変わっていない。国際機関からの家族計画への援助は、停滞していたが七〇年代後半にかなり増加した (Premi 1992)。

インドにおける避妊手段は、一九五〇年代には禁欲、安全期（オギノ式）など伝統的な避妊方法が一般的であったが、六六年以降、不妊手術、IUDやコンドームなど多様な近代的避妊手段が利用できるようになった。中絶や不妊手術はすでに多くの子供がいる夫婦を対象に行なわれた。不妊手術実施者には、賃金保障を行なうことなどにより、利用者を増

やす努力が行なわれたが、財政的な制約により、この保障は長続きしなかった。九一年人口センサスでは総人口が八億四〇〇〇万人を超え、政府の予想を越えるものであった。政府は家族福祉のための行動計画を九二年に出したが、内容はこれまで出されていたものを一部改定したにすぎなかった。それらは、家族計画の質の改善、高出生率地区に対する家族計画普及のための対策、予防接種制度と母子衛生の改善、家族計画普及のための人口教育 (IEC) の拡大と改善などである (Premi 1992)。

バン格拉デシユは独立以来マスメディアによるキャンペーンや民間機関の協力により家族計画プログラムを推進している。家族計画および母子衛生を含む総合健康プログラムが一九八〇年代に始まり、九〇年までに出生率を人口置き換え水準まで下げ、避妊普及率が三三%にするなどの目標が設定されたが、実績値との間に大きなギャップが存在する。八九年人口保健調査の分析によると、家族計画について夫婦が対等にコミュニケーションをはかることが、今後の出生率低下の鍵であるとしている (Ullah and Charkraborty 1993)。

#### 東南アジア諸国の人口政策

シンガポールでは一九六〇年代から八〇年代初めまでは、人口抑制政策を実施していたが、八〇年代には人口置き換え水準を下回る状況が続いたため、八四年から出生率回復のために選択的な人口増加支援政

策が実施されるようになった。その政策は、子供をもつ大卒または専門職の母親に限り、所得税減税を子供三人まで認めるものなどであったが、この政策は不人気で功を奏しなかったため、一年で廃止された。シンガポールは高齢化の急進と労働力不足から、七二年以来実施されていた「子供は二人まで」から八七年に「子供は三人またはそれ以上」とする新人口政策を発表した。その骨子は、女性の就業と家族の役割を考慮して支援することと、出産と育児に対する財政的支援を与えることである。その後若干の出生数の増加がみられるが、二〇〇一年の合計出生率は一・四二と超低出生力を記録している (Yap 1995, 2002)。

インドネシアは一九六〇年代初期には、政府は出生抑制に批判的であったが、六〇年代後期より政府主導の家族計画運動が開始された。スハルト政権の下に、新秩序アジェンダ (New Order Agenda) の下に行政改革を行なうとともに、教育の普及に努力し、農村地域にヘルスサービス拡大を重点目標とした人口抑制策を実施した結果、七〇年代中期以降出生率は著しい低下を示した。他のアジア諸国同様、母子保健を中心とするクリニックが都市から農村にその活動を広げていった (Alam and Lee 1993a)。

多民族国家マレーシアは、一九六〇年代中期より人口抑制政策を開始したが、八〇年代初期より、マレーシア経済の急成長により労働力不足となり、八四年に、二一〇〇年まで

に七〇〇〇万人口を目標とする新人口政策を開始した。この七〇〇〇万人口構想は、GNPの成長率の範囲内での人口増加率によって達成され、したがって人口増加による生活水準の低下をまねくことはないという想定の下に策定された。出産奨励策へ転じたため、その後高出生率が維持されているが、政策への対応は人種により異なる。九〇年に人口の六二%を占めるマレー系のTFRは八六年の二・一から九〇年に二・六へ上昇した。一方、人口の二九%を占める中国系のTFRは八九年に人口置き換え水準に達した。また、人口の九%を占めるインド系も近い将来人口置き換え水準に達すると推測されている (Lee and Ann 1993 / 兵井 一〇〇(1))。

タイ政府が過去長期にわたる出産奨励から人口抑制の姿勢に転じたのは、一九五〇年代末以降の人口急増が経済発展への障碍であると認識したことと、世界銀行など国外の援助機関とのタイの開発計画に関する共同作業によるものである。六〇年代中期より家族計画サービスが開始され、七〇年までには避妊具が国内で広く利用可能となった。七〇年に初めて国家人口政策が策定され国家開発計画の中に位置づけられた後、家族計画サービス体制が急速に拡大し、テレビ、ラジオ、新聞などのメディアを通じ家族計画キャンペーンが展開された。避妊具の八割は、各州 (Changwat) ・各町 (Tambon) の病院やヘルスセンタ



バンコク市内のタイ赤十字エイズセンターと HIV 研究所 (2003 年 8 月)

1、農村のヘルスボランティア、巡回車など政府機関の支援によるものであった。その他 NGO などによる避妊具の提供の他、民間のクリニックセンターや薬局でも利用可能となった。宗教界においても伝統的な避妊方法による避妊に反対は少なかった。仏教は、中絶を除き、家族規模を制限するための避妊の実行を支持し、七八年の人口会議で多くの子供を扶養できない親は家族規模を一人または子供をもたない選択についても提言した。タイのキリスト教会も伝統的な避妊方法による家族規模の制限と人的資源の開発を支持した。イスラム教会 (ムスリム) は、中絶や不妊手術に強硬に反対を唱えたが、出産間隔をあげることや膈外射精など伝統的な方法による避

妊は支持した。タイの家族計画プログラムの成功の反面、第3章で述べたように、深刻なエイズ問題が八〇年代後半から起きてきた。政府はエイズ防止・コントロール計画（八八〜九一年）に次ぎ、第一回国家エイズ防止計画（九二〜九六年）を策定し、エイズの防止と削減、エイズによってもたらされる社会経済的な問題の解決に向けて精力的に取り組んでいる。上述以外の人口政策として、人口分布と移動に関する政策（バンコクへの一極集中を緩和するために、税や優遇策によりバンコク外に企業誘致をはかる、農村の再定住化計画など）、海外出稼ぎ労働者に関する政策（技術・言語の訓練、派遣労働者の労働保護規定）、高齢者に関する政策（高齢者の健康、介護やコミュニティ活動を支援する施策）、そして二〇〇一年から始まった「三〇バーツ医療制度」（すべての国民に医療サービスを提供する制度）などがある（Wongboonsin 1995／兵井 一〇〇一／Rachapattayakorn 1998）。

ベトナムの人口政策は、中国の賞罰制を伴う政策に類似している。古くは一九六三年に少子化政策「二人または三人の子供」を提唱し、IUDによる避妊が奨励された。七五年にベトナムが統一されてからも「小家族」が奨励されたが、本格的な出生政策は、七九年の人口センサスの結果、人口増加率が二%を超えたことより始められた。政府は八八年に「子供は一人または二人まで」(mot hoac hai con) を提唱し、晩産化政策（出産の最低年齢を

提唱)も同時に進められた。避妊具や人工中絶費は無料、不妊手術を行なう者には報償が与えられるが、超過出産を行なう者への罰則規定も設けられた。政府の人口政策と八〇年代に開始した経済改革(ドイモイ政策)の進展により、出生率の低下は著しい(Goodkind 1995)。

注(1) 出産や育児など子供の養育のために失われた女性の雇用機会から生み出されるはずであった所得の価値を機会費用 (opportunity cost) という。

(2) 晩婚と産児調節によって多子に起因する貧困を解消し、労働者の生活改善を目指したプレース (Francis Place 1771~1854) 等によって唱導された思想。詳細は岡田 (110011) を参照。

(3) 青春期は通常、一〇~十九歳を指すが、再生産年齢の統計的な都合上、ここでは十五~十九歳と二〇~二四歳を対象とする (UN 2001)。

