

第7章

人口政策と 家族計画



家族計画の相談に来た母親(ジンバブエ・ピンドラのクリニックにて)

人口政策とは、「国が国民の福祉を目的として、人口規模、人口増加、人口構成に関して一定の目標を設定し、その目標を達成するための一連の行動を示したものである（岡崎、一九九六、二〇四ページ）。途上国では一九六〇年代以降人口急増が深刻な問題となり、多くの国で人口抑制を目的とした人口政策が策定され、出生制限のための手段として家族計画運動が推進されるようになった。

本章ではアフリカの人口政策と家族計画について、主要国の状況を概説し、家族計画に対するアンメット・ニーズ（未充足のニーズ）の問題など高い人口増加率の背景をさぐる。さらに、国連人口開発会議行動計画で採択された「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の新しい概念を紹介する。

1 アフリカの人口政策と家族計画

アフリカの人口政策 と国際人口会議

アフリカでは一九六〇年代に多くの国が独立を達成してから八〇年代初めまで、人口増加率の高さや家族計画サービスに関心をもつ政府は非常に少なく限られていた。元来、アフリカの家族計画運動は植民地時代に宗主国により実施されたのが最初である。家族計画は、植民地期の南アフリカ、ジンバブエやザンビアなどでは、黒人人口の制限を目標とすることと認識されていたために、家族計画についての議論はタブー視されていたのである。独立後間もない六〇年代の家族計画運動は、政府の同計画サービスの必要性に対する認識の低さや政府の指示が変わりやすいこと、外部機関の協力が得にくいこと、各地域のカトリック教会の反対、訓練されたマンパワーの不足などが障害となり、ほとんど進まなかったようである。六九年までに政府が家族計画に関与を始めた国は、エジプト、モーリシャス、ベニン、ガンビア、ガーナ、ケニアとジンバブエの七カ国にすぎず、それらもあまり強力なものではな

かった。

前述のとおり、旧英領植民地諸国では独立前より家族計画が実施されていたが、人口の大半がカトリックまたはイスラム信者である旧仏領植民地諸国では人口増加率を低下させることを目的とした政策は皆無で、医師専任による家族計画サービスが行われていたのみであった。医師が人口に比し非常に少ない状況ではその普及は限られたものであった。N G Oのいくつかの機関が一九五〇年代に活動を始めたが、多くは七〇年代後期以降になってから本格化したのである。政府が家族計画サービスや避妊手段の利用の便宜などをおとして人口政策を強力に推進したのは、八〇年代初めにはモーリシヤス一国にすぎなかった。他の国は、人口政策はあっても実際の活動はほとんど無いに等しいものであった(Working Group, 1993, pp.129-132)。

アフリカ諸国の人口政策および家族計画運動は一九八四年アルーシャで開催された会議で転機をむかえた。アフリカ諸国の人口に関する初めての国際会議で、これまでの人口に対する政府の対応に画期的な転換点となった会議である。人口増加が経済社会開発の阻害要因として作用していることを認め、各国が出生率や人口増加率を低下させる努力をすること、そのため家族計画サービスを普及させるべきであるという「キリマンジャロ行動計

画」を採択した。この決定は十年前のブカレストで開催された世界人口会議でアフリカ諸国が示した「低い人口密度と豊かな資源に恵まれたアフリカでは人口増加は問題ではない」とする対応から一八〇度方向転換したものである。

一九九四年国際人口開発会議（ICPD）の準備会議として招集された九二年セネガルのンゴール（Ngori）会議では家族の生存に焦点をあてた「人口、家族と持続可能な開発に関するダカール／ンゴール」宣言が採択された。宣言は人口とリプロダクティブ・ヘルス（本章第4節参照、以下、リプロ・ヘルスと略称）、環境問題、経済成長と貧困問題を包括した政策の策定と人口増加の減速および避妊実行率を引き上げるための施策を各国政府に求めるものである。さらにサハラ以南アフリカの目標として、二〇一〇年までに、自然増加率を三％から二％へ低下させ、避妊実行率を一〇％から四〇％に上げることを決めた。

世界一八〇カ国の参加の下で採択されたICPDの行動計画は世界人口安定のために、各国に人口政策への努力をさらに強く要請するものであった。計画では、「女性の地位の改善、貧困の緩和、環境保護と経済成長が持続可能な開発の鍵であること、妊産婦死亡率と乳幼児死亡率の削減、家族計画とリプロ・ヘルスへのアクセスを容易にすること」が謳われている。各国は同計画を実行するため、二四三の提案事項から、各国の現状に鑑み実

行可能な方法を選ぶことが可能である。これを受けてガーナ、ザンビアやジンバブエなどでは、リプロ・ヘルスや男女平等に力を注いでいる。しかしながら、先進国や国際機関の援助機関から援助供与が十分行われず、資金不足から、行動計画の実行は遅れるであろう (Goliber, 1997, pp.4-5)。

これら一連の国際会議での行動計画を受けて、一九九〇年までには多くのアフリカ諸国において政府の家族計画に対する対応に変化がみられるようになり、家族計画サービスへの支出が急速に増加した。八六年までに十三カ国が、また、九一年までに二〇カ国が人口増加率を下げることを目標とする人口政策を採用しており、政府主導の家族計画機関を設立し、家族計画サービスを支援している。現在ではほとんどの国に人口政策があるが、政府の家族計画への姿勢は、アジアやラテンアメリカと比べかなり低いものである (Working Group, 1993, pp.129-132)。

アフリカの人口政策 と家族計画の評価

モールデインとロスが途上国九八カ国の政府の家族計画に対する努力度を分析した結果によれば、サハラ以南アフリカは、一九八〇年代において家族計画強化の速度がすべての地域のなかで最大を記録した。しかしそれでも、家族計画運動の総合的な評価はまだ低く、アジアやラテンアメリカ

カよりかなり遅れている。モールデインとロスによると、データが利用可能なアフリカ三八カ国中、ボツワナ、モーリシヤスとチュニジアの家族計画が最も強力で、エジプト、南アフリカ、ケニア、ジンバブエ、モロッコ、ガーナとザンビアの七カ国が中程度、残る国は弱いか非常に弱いと分類している (Mauldin and Ross, 1991, p.9)。避妊手段のアクセスが困難であることが総合的な評価に影響しているようである。

アフリカの家族計画運動の推進は国際機関やNGOなどによる強力な支援と同時に、人口増加の開発に及ぼす影響に対し政府が関心をもつようになったためである。人口政策は国により多様であるが、アフリカ諸国の多くが母子保健の立場から、人口政策として出産間隔を重視しており、産児制限を明示的に出している国は少ない。アフリカでは、産後禁欲の習慣があるため、出産間隔をおくことは、国民に比較的受け入れられやすいようである。次に各地域の主要国の人口政策の推移と家族計画の現状について各国人口保健調査の報告書より紹介しよう。

2 アフリカ主要国の人口政策の推移と家族計画の現状

(1) 北アフリカ——エジプトの人口政策と家族計画

エジプトでは、一九三〇年代より人口問題に関心がもたれていたが、独立後の五三年に「人口問題国家委員会」が設立され、人口の現状を検証し、その対策について協議することとなった。八〇年、大統領の招集により人口会議が開催され、八四年に国立人口協議会(National Population Council: NPC)が設立された。これまで人口政策は、第一次(七三年)、第二次(八〇年)と第三次(八六年)の三回公表されている。第三次の人口政策では、次の七つの項目が承認された。これらは、(1)各家族が適正な子供数を決め、そのための情報を得る権利を有すること、(2)家族計画の手段として、人工中絶、または不妊手術を利用しない、(3)市民が自由に国内または海外へ移動する権利の承認、(4)個人とコミュニティの役割に対する自主性の尊重と強制的手段行使の禁止、(5)教育、文化と保健衛生を向上させ、生産性を上げる、(6)あらゆる計画は地方を基本にする、(7)問題解決には、自主性とコミュニティの参加を奨励する、である。

一九八六年以来人口データと家族計画統計が更新、利用可能となり、人口目標は定期的に改定されている。九一年NPCは、出生、自然増加と避妊実行に関し次のような目標を承認した。それらは、(1)粗出生率を九七年から二〇〇二年までに人口一〇〇〇人当たり二七から二六にする、(2)自然増加率を同期間に二%から一・九%にする、(3)合計出生率(女性一人当たり生涯平均子供数)を同期間に三・五人から三・一人にする、(4)避妊実行率を同期間に五五%から五九%に上げること、である。

「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」を国の保健目標として、保健省は中央、地方のすべてのレベルで保健サービスを行える体制作りに取り組んでいる。特にすべての人のためのプライマリー・ヘルスケアでは、母子保健の改善に重点をおいている(NPC, 1993, pp.5-6)。

(2) 東アフリカ——ケニアの人口政策と家族計画

ケニア政府が人口問題に関心をもつようになったのは、一九六二年人口センサスの結果、人口増加率が三・三%の高率であることが判明したためである。民間の機関であるケニア家族計画協会(Family Planning Association of Kenya: FPAK)が五七年に設立され、六一

年より国際家族計画連盟 (IPPF) の支援の下に、ナイロビやモンバサで活動を開始した (NCPD, CBS and MI, 1994, pp.3-4)。六七年より、ようやく国が家族計画活動を開始した。当初、保健省の母子保健局は人材・器材の不足からFPAKの協力の下に活動を展開した。六九年人口センサス結果においても、依然として高出生率が続いていることが判明し、土地に対する高い人口圧力を緩和するために、政府は家族計画五カ年計画 (七四〜七八年) を決め、人口増加率を七五〜七九年に三・三%から三%に減らし、母親と乳幼児の保健衛生の向上を目標に定めた。政府の努力は実らず、七九年に年平均増加率は三・八%に達した。八二年に国立人口開発協議会 (National Council for Population and Development: NCPD) が設立され、人口政策の立案、各省庁やNGO、人口援助機関との調整、農民の健康と家族計画活動との統合などを主な任務とした。各コミュニティに保健婦と衛生員 (避妊具などを配布する人) が配置され、コミュニティが活動拠点となった。九四〜九六年ケニア開発計画では、「アルマアタ宣言」(Alma-Ata Declaration) に規定された「二〇〇〇年までにすべての人に健康を」(Health for All by the Year 2000) (中村、一九九六a、四一ページ) を基礎として長期の保健分野の目標を定めている。この長期目標には、(1) コミュニティーの参加の下に、保健サービスの範囲を広げ、利用が容易にできるようにすること、(2) 疾病と出生

を減らすために、母子保健活動と家族計画サービスを統合、(3)保健部門に関連する各省庁との協力、(4)ヘルスケア・サービスに積極的な役割を担っているNGOを奨励する、の内容が含まれる (NCPD, CBS and MI, 1994, pp.3-4/Brass and Jolly eds., 1993, pp.130-135)。

(3) 西アフリカ——ナイジェリアの人口政策と家族計画

政府の人口問題への関心は他のアフリカ諸国に比べかなり遅れている。政府は「第二次国家開発計画、一九七〇〜七四年」に人口政策に関する章を設けているが、人口計画に関する具体策は示されていない。一九七五年に人口政策と行動計画を勧告することを任務として、国家人口協議会 (National Population Council) が設立された。IPPF (国際家族連盟) の支援の下に、ナイジェリア家族計画協会 (Family Planning Council of Nigeria: FPC) やその他国内の家族計画サービスのボランティア活動があつたが、国の支援はなく、国のヘルスケア・システムとの連携はなかつた。七四年までは、避妊具や家族計画サービスは、薬局や民間の産婦人科医院、FPCのクリニックでのみ利用可能であつた。七三年人口センサスから人口増加率が年率二・五%の高さであることが判明し、政府は人口増加が食糧生産を上回っている事実を脅威として受け止めたが、八八年までなら対策はとられな

かった。八八年に、「出生数を削減し、二〇〇〇年までに人口増加率を二%に低下させ、生活水準の改善をはかるために、夫婦が子供の数と出産間隔を自由に決める権利を保障し、そのための情報やサービスを提供する」などを含む人口政策を定めた。しかしながら、依然として総合的な家族計画事業がなく、地方または州の支援を得たNGOの活動に依存している。このように国の人口政策と民間の行う家族計画サービス事業との連携が確立せず、国の支援が限られているため、避妊実行率は、九〇年現在四%の低さにとどまっている (Working Group, 1993, pp. 146-149/FOS and IRD/MI, 1992, p.4)。

(4) 東アフリカ——ジンバブエの人口政策と家族計画

ジンバブエの家族計画サービスは、一九五三年に開始されたが、家族計画協会 (Family Planning Association : FPA) が六五年に設立され活動が一元化された (CSO and DHS MI, 1995, pp. 2-3)。政府の家族計画サービスは病院やクリニックをベースとした母子保健局に統合され、そこでは医師のみがホルモンによる避妊治療を行うことができるとされていたため、黒人の利用者は限られていた。七六年に保健省は家族計画サービスを広げるために、「地域普及員」(field educator) にピルやコンドームの配布を委任し、その後コミュニティーを

ベースとした活動 (community-based distribution : CBD) に発展した。八五年、政府は従来の「出産間隔を空けるスペーシング政策」のほかに、「家族規模の制限」を家族計画の目標に加えた。同年、政府はジンバブエ国立家族計画協会 (Zimbabwe Family Planning Council : ZNFPC) を設立し、情報とサービスをコミュニティのさまざまな部門に普及し、家族計画活動の発展を主な任務とした。あらゆる避妊手段や不妊手術がZNFPCの指導の下に全国一〇〇〇の病院やクリニックで受けることができるようになった。農村ではCBDをベースとして、六週間の研修を終えたCBD巡回員が各戸を訪問、避妊に関する相談と避妊具の配布を行っている。筆者が九五年七月に訪問したブラワヨ郊外の農村では巡回バスが三カ月ごとに集団農場を訪問し、健康管理と避妊具の配布を行っていた。九五年現在で八〇〇人のCBD巡回員が農村人口の三割を担当している。

現在多くのアフリカ諸国が依然として高い人口増加率を維持しているなかで、ジンバブエの出生率と人口増加率が低下している背景には、教育の普及とともに、政府が国民家族計画五カ年戦略（一九九一～九六年）に明確な数量目標を立て、強力な家族計画サービスを推進しているためと考えられる。同計画では、(1)合計出生率を九六年までに五・五人から四・五人にすること、そのため近代的避妊方法による避妊実行率を四八%とすること、(2)

家族計画サービスを財政面で自立できるように、政府部門から民間部門に一部移行し、同時に低所得者には無料で家族計画サービスが受けられるようにすること、を目標にあげてくる (CSO and DHS MI, 1995, pp.2-3)。

一九九六年九月に発表された保健省の「リプロダクティブ・ヘルスに関する計画、一九九六―二〇〇〇(案)」によれば、(1)妊産婦死亡率を九四年の出生一〇万人当たり二八三から二〇〇〇年までに同一四〇にする、(2)乳児死亡率を九四年の出生一〇〇〇人当たり五三を二〇一五年に三五以下とする、としている。合計出生率は九四年にすでに目標を達成している。同計画書には、思春期の男女に対する国の家族計画サービスが遅れていることが指摘されている。家族計画サービスは、規定では十六歳以上の者を対象としているが、性の低年齢化が進んでおり、学生には対象年齢であっても適切な対応がなされていない。八年人口保健調査によれば、十五〜十九歳の女性の三分の一に性体験があり、そのうち二一%は妊娠または出産体験があり、四六%は妊娠時に未婚であり、総出生数の十五%が思春期の母親によるものである。思春期の男女に対する家族計画相談所がハラレ、ブラワヨの都市には設置されているが、すべての地域に性教育、家族計画サービスのアクセスを充実させる必要がある。

人工中絶は妊娠の継続が母親の生命にかかわる場合、胎児の異常、強姦、近親相姦と証明できる場合と異常事態に限って法律で許可されている。一九九三年に中絶に関する意見が新聞で取り上げられたが、大半は中絶に否定的なものであった。しかし、非合法中絶は年々増加しており、九五年当時で年間八万件に上ると推計されており、高い妊産婦死亡率への影響も懸念されている。さらに、社会的、経済的理由から育児が困難な未婚の母親などによる嬰兒の遺棄または嬰兒殺しが増加している。望まない妊娠を防ぐため、家族計画サービスの改善、中絶の合法化など、今後早急に取り組まねばならない課題である。

(5) 南部アフリカ——ボツワナの人口政策と家族計画

一九六六年独立後、保健省がヘルスケア・システムを設立し、その活動は当初治療を主体とするものであったが、その後疾病の予防と保健の向上に力が注がれた(CSO, 1989, p.2)。六七年より、母子保健と家族計画サービスがプライマリー・ヘルスケア(PHC)政策の下に、IPPFFの支援を得て行われるようになった。六九年IPPFFのプロジェクトとして中部地区のセロウエ村(Serowe)で家族計画が初めて紹介され、そこで子供をもつ六人の中年女性が家族福祉普及員(family welfare educators)として訓練を受けた。ボツ

ワナの家族計画事業は、予防接種、母乳哺育、栄養、母子保健、環境衛生、疾病の予防とコミュニケーションの増進などを行う各種事業と統合され、実施されている。七三年母子保健・家族計画局 (Maternal and Child Health/Family Planning Unit: MCH/FP) が保健省の下に設立され、「家族の保健と福祉向上」を基本理念として、「夫婦が望む時に、望む出産間隔で希望子供数を達成できる」ことを国策とし、そのためのサービス、避妊具の供給と情報伝達が円滑にできる体制を整えることを目標としている。MCH/FP事業では、毎年六〇人の家族福祉普及員に研修を行い、七三年以来研修者はすでに六〇〇人以上となっている。ヘルスケア・システムの中央からグラスルーツ・レベルまでの組織は、八九年時において、三つの中央病院、十二の地区病院、十三のヘルスセンター、一六三のクリニック（うち五八は婦人科をもつ）、二九一の保健所（二三七人の保健婦）から構成される。八五〜九一年の国家開発計画のうち、MCH/FPの目標として、(1) 乳児死亡率を出生一〇〇〇人当たり五〇以下、(2) 近代的避妊手段による実行率を二五％、(3) 産前教育受講率を九八％、(4) クリニックなど施設内出産を七〇％、(5) 体重が二五〇〇グラム以上の新生児比率を九〇％、(6) 一歳未満の子供の予防接種受診率を七五％、の項目をあげている。さらにMCH/FPでは広報、教育とコミュニケーション (IEC) が活動の基礎となるため、八七

年よりIEC三カ年計画事業としてIECの奨励を行った。また、十代の妊娠の増加に対処するため、小学生から高校生を対象とした保健教育を実施するため、教師の研修を行っている。政府は八〇年代の急速な人口増加と開発問題に関心をもち、八九年に省庁間プログラム「人口と開発委員会」を設置し、人口政策を立案、実行している(CSO, 1989, pp.2-3)。ボツワナは、アフリカでは避妊実行率が高く、出生率低下が著しい国の一つとされている。しかし、現在もなお、急速な人口増加が、高失業率と重い従属人口負担の原因と考えられており、人口増加率を低下させることを急務としている(Working Group, 1993, p.130)。

3 アフリカ諸国の避妊実行率と主な避妊手段

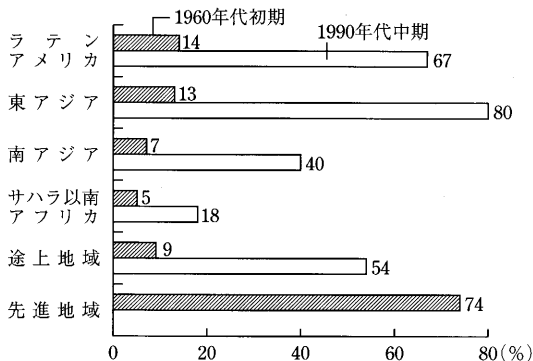
アフリカ諸国の避妊 の知識と実行率

サハラ以南アフリカの家族計画の実行率は、高出生に高い価値をおく文化や社会経済システムにより、アジア、ラテンアメリカの地域と比べても、非常に低い水準にとどまっている。前項で紹介したよ

うに、各国の人口政策がアジアと比べ、一部の国を除き人口抑制を目標とした明瞭な人口政策を確立していないうえに、家族計画サービスの必要性に対する政府の認識が低く、したがって政府の支持も弱いこと、財政基盤が不十分なこと、広報、教育、コミュニケーション活動が不十分なことが、その原因と考えられる。以下では、人口保健調査に基づき、家族計画の実態について観察する。

避妊手段を少なくとも一つ知っていることは、避妊実行のための前提条件である。南アジアを除くアジア、ラテンアメリカ諸国では九五%以上の女性に避妊知識があるが、アメリカは地域により多様で、北と南部で避妊知識は高く、東、中部、西では低いようであ

図22 世界の主要地域の避妊実行率

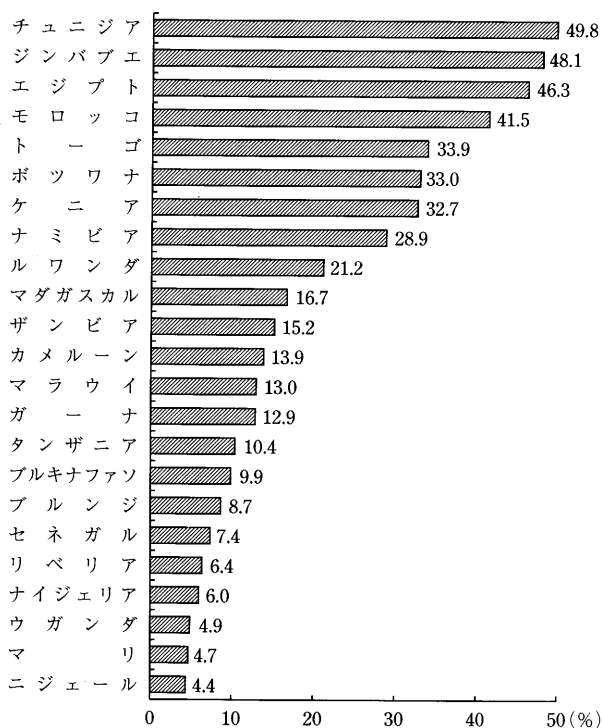


(出所) Goliver, 1997.

る。国別に避妊知識がある者の割合をみると、マリが二九%、ナイジェリア四四%、カメルーン六五%、ガーナ七七%、ケニア九一%、ボツワナ九四%、ジンバブエ九八%、エジプト一〇〇%と国間格差が大きいことがわかる (Curtis and Neizel, 1996, p.26)。避妊手段のうち、避妊効果が高い近代的避妊手段を知る者の割合は、さらに数パーセント低下する。避妊知識の程度には、政府の家族計画サービスに対する努力度、民間サービスや避妊手段の利用可能性が影響している。

避妊実行率の世界の地域間格差は大きく、一九六〇年代から九〇年代に、サハラ以南アフリカを含むすべての途上地域で四倍以上に上昇しているが、サハラ以南の実行率は最低である (図22)。アフリカ諸国の避妊実行率は半分以上の国が十五%以下で、そのうちマリ、ニジェールなど十八カ国は五%以下にすぎない (図23)。モリシヤスやレユニオンの避妊実行率は六五%とアフリカでは例外的に高く (UN, 1998, pp.86-87)。概して、北アフリカと南部アフリカ諸国、および東アフリカのケニアは、それ以外の国に比べて二倍以上の高さである。アフリカ諸国の避妊実行率は、八〇年代から九〇年代にかけて大幅に上昇したが、なかでもケニアは六%から三三%へ、ジンバブエは十七%から四八%へと著しい伸びを示したのである (図7)。

図23 アフリカ諸国の有配偶女性の避妊実行率
(1986~94年)



(出所) Curts and Neitzel, 1996, p32. 他各国DHS.

避妊実行率の
社会経済的格差

避妊実行率は女性の年齢、子供数、居住地（都市と農村）と教育水準などそれぞれの状況に応じて異なる。一般に、若い母親は子供をもつ希望があるために避妊実行率は低いが、三〇歳台には出産間隔を空けるため、または出生調整のために実行率は高くなり、四〇歳台以上には再生産能力が低下し、避妊知識が低いため実行率は低下する。アフリカ諸国は、一部の国を除き避妊実行率が低く、年齢による実行率の差もあまりみられないようである。

生存子供数による避妊実行率は、出生順位が高まるにつれ上昇する。子供がいない場合の避妊実行率は多くの国で一%前後であるが、カメルーン、ナミビアのように一〇%を超える国もある。居住地による避妊実行率の格差は最も顕著である。表18より、都市と農村の避妊実行率を格差指数（農村の避妊実行率を一とした都市の比）により比較すると、都市は農村より一・三倍から六・五倍高いことがわかる。マリ、ニジェール、ウガンダ、セネガルでその格差は大きい。国や民間の家族計画サービスが都市中心で、農村への普及が遅れているためである。トーゴのように避妊実行率が比較的高い国では都市と農村の格差も小さい。

教育水準による避妊実行率は、中等教育以上と初等教育以下との間に大きな差があり、

教育水準別の避妊実行率（1986～94年）

(%)

都市/農村 格差指数	教育水準			教育格差 中等/無就学
	無就学	初 等	中等以上	
1.43	20.4	33.9	51.8	2.54
4.13	6.7	21.0	49.7	7.42
3.15	7.7	11.1	29.6	3.84
2.56	2.8	14.1	41.6	14.86
1.98	8.5	15.2	28.7	3.38
1.40	19.5	31.1	51.6	2.65
3.52	2.8	7.3	26.8	9.57
3.34	2.9	11.8	41.0	14.14
1.96	10.0	14.4	43.0	4.30
5.09	2.8	12.9	52.7	18.82
2.83	16.8	21.2	48.1	2.86
6.56	3.5	12.0	34.4	9.83
4.14	2.0	9.5	23.7	11.85
1.37	18.0	22.4	37.4	2.08
4.88	4.1	19.1	36.5	8.90
2.12	3.7	14.0	42.4	11.46
0.94	33.5	32.0	42.1	1.26
5.00	1.9	5.8	17.4	9.16
2.02	8.1	12.8	30.6	3.78
1.30	32.8	46.4	57.7	1.76
1.52	36.7	54.5	55.6	1.51
1.72	35.7	57.0	64.9	1.82
1.75	42.3	56.8	66.5	1.57

避妊を実行している割合を示す。
1996/Zimbabwe DHS 1994 & Kenya DHS 1993.

とりわけ無就学者とは、格差指数によると一・三倍から十八倍もの格差がみられる（表18）。国際人口開発会議で、女性の教育水準向上を強調したのは、教育が避妊実行をはじめとする人口要因に重要な貢献を示しているためである。

表18 アフリカ諸国の有配偶女性の居住地、

	総 数	居住地	
		都 市	農 村
サハラ以南アフリカ			
ボツワナ	33.0	41.6	29.0
ブルキナファソ	9.9	26.4	6.4
ブルンジ	8.7	25.5	8.1
カメルーン	13.9	22.3	8.7
ガーナ	12.9	19.6	9.9
ケニア	32.7	43.4	30.9
リベリア	6.4	11.6	3.3
マダガスカル	16.7	39.7	11.9
マラウイ	13.0	22.9	11.7
マリ	4.7	11.7	2.3
ナミビア	28.9	47.8	16.9
ニジェール	4.4	16.4	2.5
ナイジェリア	6.0	14.9	3.6
ルワンダ	21.2	28.4	20.8
セネガル	7.4	16.1	3.3
タンザニア	10.4	17.8	8.4
トゴ	33.9	32.3	34.5
ウガンダ	4.9	18.0	3.6
ザンビア	15.2	20.8	10.3
ジンバブエ	48.1	57.6	44.2
北アフリカ			
エジプト	46.3	56.6	37.3
モロッコ	41.5	54.5	31.6
チュニジア	49.8	60.5	34.6

（注）避妊実行率は15～49歳の女性のなかで、
（出所）Rutenberg et al., 1991/Curtis and Neitzel

低い避妊実行率の背景

各国の人口保健調査で避妊不実行の理由を尋ねている。それには、「子供がほしいから」(カメルーン、ニジェールとタンザニアの男女の五〇%)や、「避妊の知識がない」(ガーナ、ニジェール、セネガルとタンザニアの男女の五〇%)ことを挙げている。さらに男性は、「宗教上の理由」(ルワンダ、エジプトやセネガルで二〇〜三五%)、女性は「健康上の理由」(ガーナ、エジプト、ケニア、マラウイ、モロッコとルワンダで一〇%)も挙げている。これら諸国の主な避妊手段がピルであり、ピル以外の避妊手段の利用が限られ、人々の需要に対応した家族計画サービスが行われていないことの問題があるようである。避妊具が無料で配布される国が多いせいか、コストを問題とする者は各国ともに一%以下で、非常に少ない。「家族計画に反対」とするのは男性に多く、ケニア、ブルキナファソ、ガーナ、セネガル、タンザニアとモロッコでは、六〜十四%に上っている。

このようにアフリカ諸国で家族計画があまり成功していないのは、さまざまな理由から避妊を実行しない者が七割以上も占めているなど低い避妊需要に加え、サービスが潜在的な利用者の期待に適合していないことによる (Adekun, 1994)。NGOや国際機関のさまざまな家族計画への援助が失敗に終わる例もある。特に、避妊中断の割合が高いことが指

摘されている。今後、家族計画をまだ利用していない多数の潜在的利用者や中断者に対し、彼らの満足を得られるような家族計画サービスのあり方を検討していかなばならない。

アフリカ諸国の避妊手段

避妊手段は、近代的避妊手段であるコンドーム、経口避妊薬（ピル）、子宮内避妊具（IUD）、注射避妊薬、男性および女性不妊手術と、伝統的避妊手段である性交中絶法、基礎体温法、禁欲などがある。アフリカの伝統的な避妊方法である、産後の禁欲と母乳哺育の慣行は、妊娠防止に役だっている。産後の禁欲は、精子が母乳に悪影響を与えるという信心から実行されている (Bledsoe and Bran-
don, 1992)。各国人口保健調査より平均禁欲期間をみると、トーゴとガーナの二二カ月を最長として、リベリア十七カ月、ボツワナが十五カ月、セネガル十三カ月、ケニア十二カ月、マリ八カ月、スーダン七カ月、エジプト、ウガンダとジンバブエ六カ月、ブルンジ、モロッコとチュニジアは四カ月以下となっている。このような伝統的な産後の禁欲は、都市化とともに禁欲期間が短縮されたり、一部の国を除き行われなくなっている (Muhuri and Rutstein, 1994)。

アフリカの避妊手段を表19より観察すると、主に西アフリカ諸国で伝統的な避妊手段が圧倒的であるが、それ以外の地域では近代的避妊手段が過半数を占める。サハラ以南アフ

避妊手段 (1986~94年)

(%)

避妊手段						
IUD	注 射	コンドーム	不妊手術	禁 欲	性交中絶	その他
17.0	16.4	3.9	13.0	0.6	0.9	3.3
7.1	1.0	8.1	2.0	35.4	0.0	25.3
3.4	5.7	1.1	1.1	55.2	8.0	23.0
2.2	2.9	6.5	8.6	48.9	10.8	11.5
3.9	2.3	2.3	7.8	48.1	7.0	14.7
12.8	22.0	2.4	16.8	-	1.2	15.6
9.4	4.7	0.0	17.2	9.4	1.6	6.3
3.0	9.6	3.0	5.4	53.9	12.6	4.2
2.3	11.5	12.3	13.1	16.9	11.5	15.4
2.1	2.1	0.0	2.1	27.7	2.1	44.7
7.3	26.6	1.0	25.6	2.4	1.0	7.3
4.5	11.4	0.0	2.3	2.3	0.0	45.5
13.3	11.7	6.7	5.0	23.3	8.3	11.7
0.9	39.6	0.9	3.3	24.1	14.6	2.4
18.9	2.7	5.4	5.4	10.8	1.4	25.7
3.8	3.8	6.7	15.4	12.5	18.3	6.7
2.4	0.6	1.2	1.8	18.9	6.8	67.3
4.1	8.2	0.0	16.3	32.7	6.1	10.2
3.3	0.7	11.8	13.8	5.9	19.7	16.4
2.1	6.7	4.8	4.8	0.2	8.7	4.0
60.3	1.1	4.3	2.4	1.5	1.5	1.1
7.7	0.2	2.2	7.2	7.2	6.3	1.4
34.1	1.6	2.6	23.1	12.7	4.8	3.4

術はボツワナ、ナミビア、ジンバブエで見られるが、件数は女性より

表19 アフリカ諸国の有配偶女性の

	総数	近代的 手段	伝統的 手段	ピル
サハラ以南アフリカ				
ボツワナ	100.0	96.1	3.9	44.8
ブルキナファソ	100.0	42.4	57.6	21.2
ブルンジ	100.0	13.8	86.2	2.3
カメルーン	100.0	30.9	69.1	8.6
ガーナ	100.0	40.3	59.7	14.0
ケニア	100.0	83.5	16.5	29.1
リベリア	100.0	85.9	14.1	51.6
マダガスカル	100.0	30.5	69.5	8.4
マラウイ	100.0	56.9	43.1	16.9
マリ	100.0	27.7	72.3	19.1
ナミビア	100.0	90.0	10.0	28.7
ニジェール	100.0	52.3	47.7	34.1
ナイジェリア	100.0	58.3	41.7	20.0
ルワンダ	100.0	60.8	39.2	14.2
セネガル	100.0	64.9	35.1	29.7
タンザニア	100.0	63.5	36.5	32.7
トゴ	100.0	9.1	90.9	1.2
ウガンダ	100.0	51.0	49.0	22.4
ザンビア	100.0	58.6	41.4	28.3
ジンバブエ	100.0	87.7	12.3	68.8
北アフリカ				
エジプト	100.0	96.8	3.2	27.9
モロッコ	100.0	85.5	14.5	67.7
チュニジア	100.0	81.1	18.9	17.7

(注) 不妊手術は女性のケースである。男性の不妊手術は少ない。

(出所) 表18と同じ。

リカでは、ピルが最も一般的に使われており、日本に多いコンドームの利用は少ない。エジプトやチュニジアはIUDの利用が最も多い。

避妊手段は女性の年齢により異なる。若い女性にピルの利用者が多く、中年以上にIUD利用者が多い。ジンバブエは避妊手段のうちで、ピルが最もポピュラーで、特に三五歳未満で利用者が多い。エジプトではピルとIUDが三五〜三九歳で最も多い。ボツワナ、ケニアでは三〇歳台後半の女性に不妊手術の利用が多くみられる。

アフリカの人工中絶 の状況と政策

アフリカの大家族志向、現在も依然として高い出生率（女性一人当たり平均子供数は五・八人）から、人工中絶は少ないと考えられているかもしれないが、アフリカ諸国でも、最近では中絶が増えている。ほとんどの国で中絶は非合法であるため、危険な中絶が増えている。中絶件数は毎年四〇〇万件、女性一〇〇〇人当たり三〇件に上っている（UN, 1998, pp.127-128）。ケニア、ジンバブエなどで思春期の女性の中絶が増えている。妊娠による女子学生の中退も少なくないが、中退を免れるために死亡リスクが高い闇中絶を行う者もいる。不衛生で医師の資格がない者による、安全でない人工中絶による死亡率は、出生一〇〇〇人当たり発展途上地域が五五、アフリカは八三、そのうち西アフリカは一〇四で、世界で最も高い率である（UN, 1998, p.126）。

人口政策は、国の社会経済の状況や文化と密接な関連がある。特に中絶は、宗教の影響

を最も強く受け、カトリックやイスラム諸国では多くの国で中絶を禁止している。中絶は、(1)妊娠の継続が母親の生命にかかわる場合、(2)強姦、近親相姦、(3)胎児の異常、(4)経済的社会的理由、(5)本人の希望、などの条件により、合法、非合法を各国が決めている。北欧など多くの先進諸国、中国、北朝鮮やシンガポールでは(1)から(5)のいずれの条件による中絶も合法であるが、アフリカは唯一、チュニジアのみで、ほとんどのアフリカ諸国は(1)のケース以外の理由による中絶を非合法としている(UN, 1998, pp.223-224)。日本は(1)から(4)までで、日本と同様に経済的理由による中絶を行うことができるのは、ザンビア、チュニジア、カーボベルデのみである。アフリカでは、避妊実行率も低く、避妊に失敗した場合、中絶も禁止されていることが、望まれない子供の出生を増やし、高出生率を維持している要因である。

4 アンメット・ニーズ

アンメット・ニーズとは、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「未充足のニーズ」(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空けるためと、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・ニーズは、通常既婚女性のものと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、特にアフリカでは、家族計画は、既婚夫婦のみを対象とする国が多く、避妊具を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・ニーズ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すぎたり、情報の不足、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・ニーズをつくり出している(ジョイセフ、一九九七、二八〇～二八三ページ)。

アンメット・ニーズ
の規模と問題

カイロ人口開発会議では、近代的避妊手段が利用できないアンメット・ニーズの状況にある既婚女性の数を一・二〜一・五億人と推計している (UNFPA, 1997, p.33)。アフリカ諸国の人口保健調査から、各国の既婚女性のアンメット・ニーズの割合をみると、ルワンダが三七%、ケニア、マラウイが三五%、ガーナ、リベリアが三三%など大部分の国で三割にのぼっている。一方、ジンバブエは十五%と低く、避妊の需要が比較的満たされていることを示している。アンメット・ニーズの割合は、年齢、居住地、教育水準により異なる。国により若干差異があるものの、概して二〇歳未満と三五歳以上、農村居住、非識字者の間でアンメット・ニーズは高い傾向にある (Westoff and Ochoa, 1991)。

アンメット・ニーズの算出は、ほとんどの国で調査対象が既婚女性のために既婚女性に限定されている。未婚の思春期の男女の性活動が近年活発になってきているが、既存の家族計画プログラムでは対象とされず、性に関する知識が不十分であるため、これらの人々の間に妊娠や性感染症が増え、アンメット・ニーズは相当数に上るものと考えられている (UNFPA, 1997, pp.33-34)。

アンメット・家族計画プログラムの質の向上をはかるとともに、避妊手段の入手および

ニーズへの対策

び利用を容易にし、保健衛生、家族計画とエイズについてテレビ、ビデオ、ラジオ、映画、新聞、雑誌、ポスターなどさまざまなメディアの利

用により、IEC (Information—情報、Education—教育、Communication—コミュニケーション) 活動を積極的に行い、必要とするすべての人々のニーズに応える必要がある。そうすることにより、望まれない妊娠や出産を避け、多くの中絶を防ぎ、出生の減少、人口増加の抑制につながる。アメリカの人口協議会の人口報告書によれば、サハラ以南アフリカで避妊を希望するアンメット・ニーズの女性に比べれば、合計出生率(女性一人当たり生涯平均子供数)を一人分減らすことができる、としている (Population Council, 1996)。

5 リプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性

リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health、性と生殖に関する健康)

ブ・ヘルスとは 画」のなかで、重要な位置を占め、画期的な概念を含むものである。これは、歴史的には十九世紀の欧米における「産児調節」に端を発し、戦後途上国に広がった「家族計画」へ発展し、さらにより広い「リプロダクティブ・ヘルス」(リプロ・ヘルスと略称) という枠組みで性にかかわる問題をとらえようとするものである(佐藤、一九九八、一四三～一六二ページ/サディック、一九九五、六～十一ページ)。リプロ・ヘルスは、国際人口開発会議行動計画第7章第2項で「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。したがって、リプロ・ヘルスは避妊や出生抑制に限らず、安全で満足のいく性生活を営む自由と権利をもち、当該年齢のすべての個人の性と生殖に関する健康問題(例…HIV/エイズを含む性感染症の診断・治療)を扱う

画」のなかで、重要な位置を占め、画期的な概念を含むものである。これは、歴史的には十九世紀の欧米における「産児調節」に端を発し、戦後途上国に広がった「家族計画」へ発展し、さらにより広い「リプロダクティブ・ヘルス」(リプロ・ヘルスと略称) という枠組みで性にかかわる問題をとらえようとするものである(佐藤、一九九八、一四三～一六二ページ/サディック、一九九五、六～十一ページ)。リプロ・ヘルスは、国際人口開発会議行動計画第7章第2項で「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。したがって、リプロ・ヘルスは避妊や出生抑制に限らず、安全で満足のいく性生活を営む自由と権利をもち、当該年齢のすべての個人の性と生殖に関する健康問題(例…HIV/エイズを含む性感染症の診断・治療)を扱う

ことを意味している（外務省監訳、一九九六）。それは、国家が数値目標や割当てを設定して家族計画を普及させるといふより、個人や夫婦が自らの生活の質を高めるために、自分の意思で避妊することを意味するものである。

リプロ・ヘルスは、特に女性が差別的な社会慣習や制度（例：女子割礼）に苦しめられずに、自らの性と生殖について、ある程度コントロールできることを意味している。さらにリプロ・ヘルスには、家族計画の方法、および法に反しない他の出生調節の方法（安全な人工中絶）についての情報を得、利用する権利が含まれる。

リプロダクティブ・ライツ（reproductive rights、性と生殖に関する権利。以下、リプロ・ライツと略称）は、リプロ・ヘルスと同様に「行動計画」第

七章に規定されており、夫婦または個人が、

(1) 子供の数、出産間隔、産

む時期の自由と権利、(2) そのための情報と手段を入手する権利、(3) 性と生殖に関する健康を享受する権利、(4) 性と生殖に関する差別、強制、暴力（有害な慣習）の撤廃、が含まれる。従来、家族計画サービスの対象者は、主に結婚している人だけであったが、ここには、全年齢の未婚、離別、死別の男女をも含むように提言している。レイプや女子割礼は、性に関する暴力の典型的なものである。

注(1) 一九九五年六月、ジンバブエのUNFPAでの筆者のヒアリング、および高橋、一九九

五、二七ページによる。

(2) 出生率と死亡率の差。人口増加率のうち、移動による増減を含まない。