

1. はじめに

アジアは1960年代中期に年率3%近い爆発的な人口増加率を記録したが、その後多くの国で家族規模を制限するための人口抑制政策を実施した結果、1980年代以降増加率は著しく低下した。その結果、中国、韓国、シンガポールなどでは、日本同様に少子化が進行している。一方、インド、パキスタンなどでは、東アジア諸国と比べ、出生率はまだ高い水準にあり、アジアの人口状況は国により多様である。本稿ではアジア諸国の人口の特徴、問題と最近少子化が進んでいる国の背景および少子化対策について概説する。

2. アジア諸国人口の多様性

アジアの人口は、2005年に39億2000万人、世界人口の6割を占める(表1)。アジアには51か国・地域(台湾、香港やマカオはそれぞれ地域として分類)があり、

表1 アジア諸国の主要人口指標(2005年)

	人口 (千人)	人口増加率 (%)	合計 出生率	乳児死亡率 (%)	年齢構成(%)	
					0~14	65+
世界	6,453,628	1.22	2.69	55.6	28.3	7.3
先進地域	1,208,817	0.25	1.56	7.5	17.0	15.3
途上地域	5,244,811	1.46	2.92	60.9	30.9	5.5
アジア	3,917,508	1.25	2.55	53.2	28.1	6.4
中国	1,322,273	0.73	1.83	36.6	21.8	7.5
香港(中国)	7,182	1.07	1.00	4.1	14.6	11.4
台湾	22,689	0.37	1.24	4.9	19.3	9.5
日本	127,914	0.14	1.32	3.2	14.0	19.7
韓国	48,182	0.57	1.41	5.0	19.4	8.8
インドネシア	225,313	1.26	2.35	41.6	28.7	5.5
フィリピン	82,809	1.79	3.18	29.0	35.0	3.9
シンガポール	4,372	1.69	1.36	2.9	19.6	8.4
タイ	64,081	1.01	1.93	19.8	24.7	6.3
ベトナム	83,585	1.35	2.30	33.6	29.4	5.4
インド	1,096,917	1.51	3.01	64.5	31.9	5.3
パキスタン	161,151	2.44	5.08	86.5	40.7	3.8
サウジアラビア	25,626	2.92	4.53	20.6	38.3	2.9

注：人口増加率、合計出生率、乳児死亡率は2000～05年の推計値である。台湾は2004年の数値。

出所：United Nations, *World Population Prospects, The 2002 Revision* (中位推計)

台湾：<http://www.moi.gov.tw/stat/>

気候風土、民族、人口規模はもとより、経済発展段階が異なる様々な国が存在する。人口が10億人以上の人口大国、中国、インドがある一方、モルディブ、ブルネイなど50万人未満の人口小国もある。

アジアの2000～05年の年平均人口増加率は、1.25%であるが、国により著しい差がある。国際移動や内戦などにより人口増加率が極端に低い国(例：グルジアはマイナス0.9%、ソ連解体後の内戦や海外流出が要因)がある一方、外国人労働力を多く抱えるクウェート、サウジアラビアなどでは増加率は3%以上と高い。国際移動が少ない国では、人口増加率は、出生率と死亡率の差により規定される。人口転換(多産多死から少産少死への人口動態の変化)を達成した日本、中国、韓国など東アジア諸国の人口増加率はいずれも1%未満と低い。いまだ人口転換途上にあるパキスタンやカンボジアなどでは2%以上と高い。パキスタンなど人口増加率が高い国は、女性の地位が低く、乳幼児死亡率が高く、国民に広く家族計画が普及していないことが特徴といえよう。子どもは労働力として、また親の老後の生活を支える貴重な存在である。子どもの効用が高く、かつ育児や教育面などのコストが低いこと(子どもは低学歴)などが多産の原因である。すでに低い人口増加率を達成している国は、1970年代以降政府の積極的な人口抑制政策と家族計画普及への努力の下、経済発展に伴う近代化(女性の教育水準や雇用労働力率の上昇など)が進み、子どもの量から質(教育)への需要が高まったことなどが子ども数の減少となった。

3. 最近の国際会議の動きとアジアの動向

国連主催の1994年国際人口開発会議（カイロ会議）での「行動計画」や2000年国連ミレニアム・サミットにおける「ミレニアム開発目標」において、女性の地位の向上、教育水準の向上や保健水準の改善（乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリア、その他疾病の蔓延防止）が採択された。教育における男女差別をなくし、女性の就業能力を向上させ、政治、行政、家族計画プログラムを含む社会サービスの意思決定過程への参画を促進することが、世界人口安定と人口問題解決の鍵であるとしている。

カイロ会議では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという新しい概念が登場した。これは、個人（とくに女性）が出産の有無、タイミング、子どもの数についての決定権を持つことであり、その権利の行使に必要な手段（家族計画など）についての情報やサービスが与えられることが条件となっている。これまでの国家的家族計画のプログラムが効率性を追及するあまり、個人、とりわけ女性の人権を無視して行われるなど、行き過ぎが起る場合があったことへの反省からできた。

1984年メキシコで開催された国際人口会議でアメリカは中国が強制的な人工中絶で人口抑制をしていると非難した。中国は1979年に一人っ子政策導入により、短期間に出生率を低下させた成功例として語られるが、農民の反発も少なくなく、国際的批判も受け、1984年に緩和策（農民で第1子が女兒の場合は、一定の間隔を置き、第2子を持つ）を出したのである。

4. アジアのエイズの状況

世界のHIV/エイズ患者は、2003年に3780万人（死亡数290万人）、アジアは742万人（50万人）で、アフリカの2544万人（222万人）に比べ、感染者の規模や感染率は比較にならないほど少ないがアジアでも1990年代以降HIV感染者が増える傾向にある。感染者数を国別で見ると、タイ（2003年57万人、15～49歳人口の1.5%）、カンボジア（17万人、2.6%）、ミャンマー（33万人、1.2%）、中国（84万人、0.1%）やインドが、感染者の規模や感染率が比較的高い国となっている。タイは政府をあげて感染予防に努力した結果新規感染者は減少

しているようである。中国やインドの感染率は0.1%以下と低い、今後増える傾向にあり、危惧されている。感染源は売買春による感染が比較的多いが、薬物を使用するための注射器具の共有による感染も多い。中国では貧困のために売血し、その注射器共有のために、村で爆発的にHIVが広がり、エイズで死亡する者も増えている。

5. アジアの少子化とその背景

少子化とは、単に少産を意味するものではなく、厳密には合計出生率（Total Fertility Rate、合計特殊出生率ともいう、以後TFRと称する）が人口を維持するのに必要な水準（置換水準、TFRがほぼ2.1）を相当期間下回る状況をいう。これは先述の人口転換に対し、第2の人口転換と称される。日本では、1970年代半ば以降、「少子化」現象が続いており、その結果「人口高齢化」が進み、2007年から人口減少が始まる。アジアで少子化が起きている国は、日本以外ではアジアNIEsに属する国・地域で、それらは韓国（TFR:1.41）、香港（同1.00）、台湾（同1.24）とシンガポール（同1.36）である（表1）。中国やタイなどでもTFRはそれぞれ1.83、1.93と人口置換水準を下回っており、今後少子化が進むことが推測される。急速な少子化が進みつつあるアジアNIEsはいずれも65歳以上人口の割合は、高齢化の開始水準の7%を上回っている。

少子化の要因には、工業化、都市化、雇用労働力化、晩婚化、女性の高学歴化などがあげられるが、その他にジェンダー（社会的文化的性差）の要因も深く関わっている。

日本とアジアNIEsは、いずれも儒教文化圏で、女性の高学歴化、雇用労働力化、従って晩婚化（女性の初婚年齢は26～27歳）が進んでいるが、家事・育児は女性の役割とする性別役割分業の観念が根強く残っている。職業労働と家事・育児の両立が困難であることが、少子化の要因である。

日本・アジアNIEsと比較し、北欧諸国、フランスやイギリスなど英語圏の先進諸国は、前者が職業労働と家事・育児の両面での男女共同参画をめざした社会政策が強力に推進され、後者は児童手当が高いことから、TFRは1.7～1.8と、日本より高い。上記欧米諸国

の女性の労働力率は高く、日本のように育児などのための労働力退出は少ない。

出生性比は通常女児100に対し男児は105～106であるが、2000年には中国が120、韓国が110、台湾が109と、いずれも男児選好が強いことを反映している。これは超音波診断技術の普及によって胎児の性別鑑定が可能となったため女児を中絶する傾向が高まり、出生性比に著しい不均衡が現れている。ちなみに日本は106で正常値である。伝統的な家族意識を残したまま、出生率の低下が起きる場合、出生児の性を選択しようとする意識が強まるためである。

国立社会保障・人口問題研究所のプロジェクト『韓国・台湾・シンガポール等における少子化と少子化対策に関する比較研究』（2002～2004年度）によると、東アジア諸国の子どもに対する既婚女性の意識調査で、「結婚したら子どもを持つべきだ」に反対する女性が、韓国では8%にすぎないが、日本では45%、台湾では50%に上り、とりわけ両国ともに若い年齢ほどその割合が高まっており、結婚に対する意識の変化が、少子化の一要因といえよう。さらにアジアNIEsの出生率の急低下は、過去の家族計画の成功とその名残があるといわれる。その証拠に韓国、香港などの避妊実行率は80%を上回っている。

6. アジアNIEsの少子化対策

表2は、国連人口部が各国政府に対して実施した人口政策に関するアンケート調査の結果をアジアNIEsと中国・日本について示したものである。これより、同様のTFR水準であっても、政府の認識や対策が異なっていることに気づく。次に少子化傾向が著しい韓国とシンガポールの事例を紹介する。

表2 アジアNIEs諸国、中国と日本の出生率への政府の認識と対策(2001年)

	合計出生率 1995～2000年	出生率認識	出生政策
中国	1.80	満足水準	維持政策
日本	1.39	低すぎる	非介入
韓国	1.51	満足水準	非介入
台湾	1.24	—	—
シンガポール	1.57	低すぎる	促進政策

出所：小島宏2005年「アジアの少子化と少子化対策」店田廣文編『アジアの少子高齢化と社会・経済発展』早稲田大学出版部

(1) 韓国

1960年代後半より家族計画の普及が計られ、1970年代には、「子どもは2人」とし、少子家庭に税制上の優遇措置や、公的住宅への優先入居などの政策が採られた。出生率の低下が達成され、1992年には、人口維持政策へと転換し、1996年には、新人口政策として、「生活の質向上と社会保障の拡充」が提唱され、少子化に伴う先述の性比不均衡の改善や女性就業の活用に重点が置かれるようになった。1991年から中小企業の人手不足を緩和させるため、「外国人産業研修生制度」、2003年には単純労働力をも含む「外国人雇用許可制」を発足した。

(2) シンガポール

シンガポールはアジア諸国の中で、日本に次いで早く、1970年代半ばに人口置換水準以下のTFRを経験し、その後も急速な出生率低下が継続したため、子どもは2人までとする人口抑制政策から、出生率回復のために1984年に優性政策、1987年以降には「新人口政策」を開始した。優性政策は、高学歴の母親に対する出生促進的政策と低学歴の母親に対する出生抑制政策が併用され、学歴差別的な政策だった。この政策は不人気で功を奏しなかったため1年で廃止された。1987年には、子どもは3人またはそれ以上とする新人口政策に変わった。それは女性の就業と家族の役割を考慮した育児支援（病児看護休暇、3人以上の子どもを持つ家庭への税制上の優遇措置）、大家族家庭に公的住宅の優先的入居などを含んでいる。2000年には、第2子以上に出生奨励金、180日就業した女性に第3子まで有給の出産休暇を与えるなど、これまでより少子化対策が強化された。

シンガポールは経済活性化を図るため、1970年代以降外国人労働力を受け入れている。家事労働者の受け入れは、母親の職業労働と家事・育児の両立に貢献している。

参考文献

1. 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
2. 阿藤誠・早瀬保子（編）2002『ジェンダーと人口問題』原書房
3. 小島宏（主任研究官）『韓国・台湾・シンガポール等における少子化と少子化対策に関する比較研究』平成14、15年度総括研究報告書
4. 早瀬保子2004『アジアの人口-グローバル化の波の中で』日本貿易振興機構アジア経済研究所