

目 次

第 5 7 回 人 口 問 題 審 議 会 総 会 配 布 資 料 .
〔平成 6 年 1 2 月 1 5 日 (木)
1 0 : 3 0 - 1 2 : 0 0 厚生省特別第一会議室〕

- 1) 第 5 7 回 人 口 問 題 審 議 会 総 会 議 事 次 第
平成 6 年 1 2 月 1 5 日 (木) 1 0 : 3 0 - 1 2 : 0 0
厚生省特別第一会議室.
- 2) 人 口 問 題 審 議 会 要 覧 (資 料 1) .
- 3) カ イ ロ 会 議 の 経 過 と 意 義 (資 料 2) .
- 4) 最 近 の 人 口 動 態 平成 5 年 調 査 (確 定 数)
(資 料 3) .
- 5) 人 口 動 態 統 計 (確 定 数) の 概 況 平成 5 年
(資 料 4) [→#B50.01*1G*93-1-1をみよ] .
- 6) 日 本 人 の 平 均 余 命 平成 5 年 簡 易 生 命 表
(資 料 5) [→#B50.10* 2*93Gをみよ] .
- 7) 第 1 0 回 出 生 動 向 基 本 調 査 (結 婚 と 出 産 に 関 す る 全 国 調
査) 独 身 者 調 査 の 結 果 の 概 要 (資 料 6) [→#B50.41*
3.1*7G-1をみよ] .
- 8) 第 1 回 全 国 家 庭 動 向 調 査 結 果 の 要 約
(資 料 7) [→#B50.41* 3.1* 9Gをみよ] .
- 9) 第 1 回 全 国 家 庭 動 向 調 査 結 果 の 概 要
(資 料 8) [→#B50.41* 3.1* 9Gをみよ] .
- 10) 世 界 人 口 白 書 1 9 9 4 選 択 と 責 任
(資 料 9) [→UNFPA* 2*94Jをみよ] .
- 11) 「人 口 問 題 と 社 会 サ ー ビ ス に 関 す る 特 別 委 員 会」 の 設 置
について (案) .

第57回人口問題審議会総会議事次第

平成6年12月15日(木) 10:30-12:00
厚生省特別第一会議室

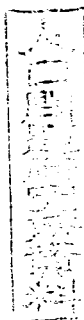
1. 開会
2. 厚生事務次官挨拶
3. 委員及び専門委員の紹介
4. 事務局の紹介
5. 議題
 - (1) 国際人口・開発会議の報告
 - (2) 最近の人口動態について
 - ①平成5年人口動態統計
 - ②平成5年簡易生命表
 - ③第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)
 - ④第1回全国家庭動向調査
 - (3) その他
6. 閉会

〔配付資料〕

- (資料1) 人口問題審議会要覧
- (資料2) カイロ会議の経過と意義
- (資料3) 最近の人口動態
- (資料4) 平成5年人口動態統計(確定数)の概要
- (資料5) 日本人の平均余命(平成5年簡易生命表)
- (資料6) 第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)
- (資料7) 第1回全国家庭動向調査結果の要約
- (資料8) 第1回全国家庭動向調査結果の概要
- (資料9) 1994年世界人口白書

資料 1

94.12.15



人口問題審議会要覧

平成 6 年 12 月

厚生省大臣官房政策課

人口問題審議会要覧（目次）

	頁
1 厚生省設置法（抄）	（3）
2 人口問題審議会令	（4）
3 人口問題審議会部会及び特別委員会規程	（7）
4 人口問題審議会委員、専門委員、部会所属委員等及び幹事名簿	（9）
5 人口問題審議会総会経過概況	（15）
6 人口問題審議会の答申及び意見等一覧	（45）

- 1 厚生省設置法（抄）
- 2 人口問題審議会令
- 3 人口問題審議会部会及び特別委員会規程

1 厚生省設置法（抄）

（昭和24年5月31日）
（法律第151号）
（最終改正平成元年12月22日）
（法律第87号）

（厚生省の任務）

第4条 厚生省は、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進を図ることを任務とし、次に掲げる国の行政事務及び事業を一体的に遂行する責任を負う行政機関とする。

（一～六号略）

七 人口問題に関する事務

（中間略）

（審議会）

第7条 本省に次の審議会を置く。

人口問題審議会

（以下略）

2 人口問題審議会は、人口問題に関する重要事項について、関係各大臣の諮問に応じて調査審議し、及び関係各大臣に対し意見を述べる。

（3、4、略）

5 第3項に定めるもののほか、第1項に掲げる審議会の組織、所掌事務及び委員その他の職員その他これらの審議会に関し必要な事項については、政令で定める。

2 人口問題審議会令

（昭和28年8月14日）
政 令 第 189 号

内閣は、厚生省設置法（昭和24年法律第151号）第29条第2項の規定に基づき、この政令を制定する。

（所掌事務）

第1条 人口問題審議会（以下「審議会」という。）は、関係各大臣の諮問に応じて、人口問題に関し左に掲げる事項を調査審議し、及びこれらに関し必要と認める事項について関係各大臣に意見を述べるものとする。

- 一 生活水準に関する事項
- 二 産業構造に関する事項
- 三 資源に関する事項
- 四 受胎調節に関する事項
- 五 国民の資質向上に関する事項
- 六 前各号に掲げるものの外、人口問題に関する重要事項

（組 織）

第2条 審議会は、委員40人以内で組織する。

2 審議会に、専門の事項を調査するため必要があるときは、専門委員22人以内を置くことができる。

（委員及び専門委員）

第3条 委員及び専門委員は、第1条各号に掲げる事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生大臣が任命する。

（任 期）

第4条 委員の任期は、2年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 専門委員は、当該専門の事項の調査審議が終ったときは、退任するものとする。

（非常勤）

第5条 委員及び専門委員は、非常勤とする。

(会 長)

第6条 委員のうちから互選された者は、会長として会務を総理する。

- 2 会長に事故があるときは、あらかじめ委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

(会 議)

第7条 審議会は、会長が招集する。会長は、委員の4分の1以上が審議すべき事項を示して招集を請求したときは、審議会を招集しなければならない。

- 2 審議会は、委員の3分の1以上が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。
- 3 審議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

(部 会)

第8条 審議会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

第9条 審議会の部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。

第10条 審議会の部会において、その部会に属する委員のうちから互選された者は、部会長として部会の事務を掌理する。

- 2 部会長に事故があるときは、あらかじめ部会に属する委員のうちから互選された者が、その職務を行う。

(部会の会議)

第11条 部会は、部会長が招集する。部会長は、部会に属する委員の4分の1以上が審議すべき事項を示して招集を請求したときは、部会を招集しなければならない。

- 2 部会は、委員の3分の1以上が出席しなければ、議事を開き、議決を行うことができない。
- 3 部会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、部会長の決するところによる。
- 4 専門委員は、当該専門の事項につき、議事を開き、議決を行う場合には、前2項の規定の適用については、委員とみなす。

(幹 事)

第12条 審議会に幹事を置くことができる。

- 2 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生大臣が任命する。

3 幹事は、審議会の事務について行政機関との連絡にあたる。

4 幹事は、非常勤とする。

(庶務)

第13条 審議会の庶務は、厚生省大臣官房政策課において処理する。

(雑則)

第14条 この政令に定めるものの外、審議会の運営に関し必要な事項は、審議会が定める。

附 則

1 この政令は、公布の日〔昭和28年8月14日〕から施行する。

2 厚生省組織令（昭和27年政令第388号）の一部を次のように改正する。

第3条第11号を第12号とし、以下1号ずつ繰下げ、第10号の次に次の1号を加える。

十一 人口問題審議会に関すること。

附 則（第1次改正）

この政令は、公布の日〔昭和30年9月7日〕から施行する。

（改正内容は、総務課で処理した庶務（第13条）を企画室（現政策課）で処理することとしたものである。）

附 則（第2次改正）

この政令は、公布の日〔昭和49年11月27日〕から施行する。

（改正内容：第12条第1項中「10人以内」を削る。）

附 則（第3次改正）（抄）

1 この政令は、公布の日〔昭和53年5月23日〕から施行する。

（改正内容：第3条中「及び関係行政機関の職員」を削る。
第4条1項中「学識経験のある者のうちから任命された」を削り、「但し」を「ただし」に改める。）

附 則（第4次改正）

この政令は、公布の日〔昭和57年4月6日〕から施行する。

〔改正内容：第13条中「厚生省大臣官房企画室」を「厚生省大臣官房政策課」に改める。〕

3 人口問題審議会部会及び特別委員会規程

(部 会)

第1条 人口問題審議会令（昭和28年8月14日政令第189号）第8条の規定に基づき、人口問題審議会に左の部会を置く。

1 第1部会

2 第2部会

2 第1部会（人口収容力に関する部会）においては、左の各号に掲げる事項を審議する。

1 人口収容力に関する事項

2 人口の地域的分布に関する事項

3 生活水準に関する事項

3 第2部会（人口調整に関する部会）においては、左の各号に掲げる事項を審議する。

1 人口の量的調整に関する事項

2 人口の資質向上に関する事項

(特別委員会)

第2条 人口問題審議会令第14条の規定に基づき、前条に規定する部会のほか、特別の事項につき調査審議するため必要があると認めるときは、特別委員会を置くことができる。

2 前項の特別委員会の運営については部会の運営の例による。

4 人口問題審議会委員、専門委員及び幹事名簿

人口問題審議会委員名簿

(五十音順 敬称略)

(任期 5.12.20 ~ 7.12.19
ただし*印は 6.12.15~ 8.12.14)

(氏 名)	(現 職)
阿 藤 誠	人口問題研究所所長
伊 藤 善 市	帝京大学教授
井 上 俊 一*	日本大学教授
大 石 泰 彦	東京大学名誉教授
木 村 治 美	共立女子大学教授
日 下 公 人	(社)ソフト化経済センター理事長
河 野 稠 果	麗澤大学教授
河 野 洋太郎	日本労働組合総連合会副会長
小 谷 直 道	読売新聞社論説委員
小 林 登	国立小児病院院長
坂 元 正 一	日本母性保護医協会会長
袖 井 孝 子	お茶の水女子大学教授
千 葉 一 男	新王子製紙(株)代表取締役社長
福 田 歆 一	明治学院大学学長
南 裕 子*	兵庫県立看護大学学長
宮 澤 健 一	社会保障研究所所長
宮 武 剛*	毎日新聞社論説委員
村 瀬 敏 郎*	日本医師会会長
山 崎 倫 子	日本女医会会長
山 本 正 也	日本アクチュアリー会参与
山 本 正 淑	日本赤十字社社長
吉 原 健 二*	厚生年金基金連合会理事長

専 門 委 員 名 簿

(敬称略)

(任期 5.12.20 ~ 7.12.19
ただし*印は 6.12.15~ 8.12.14)

(氏 名)	(現 職)
大 淵 寛	中央大学教授
岡 崎 陽 一*	日本大学教授
濱 英 彦	成城大学教授
廣 嶋 清 志	人口問題研究所人口政策研究部長

幹 事 名 簿

(敬称略)

(氏 名)			(現 職)
坂 東	眞 理 子		内閣総理大臣官房男女共同参画室長
高 橋	祥 次		経済企画庁総合計画局計画課長
塚 本	和 男		科学技術庁科学技術政策局政策課資源室長
金 井	照 久		環境庁企画調整局企画調整課長
牛 嶋	俊 一 郎		国土庁計画・調整局計画課長
金 森	俊 樹		外務省総合外交政策局国際社会協力部地球規模問題課長
谷 口	博 文		大蔵省大臣官房企画官
小 口	浩 一		文部省大臣官房政策課長
江利川	毅		厚生省大臣官房政策課長
新 庄	忠 夫		農林水産省構造改善局農政部就業改善課長
奥 村	裕 一		通商産業省大臣官房総務課企画室長
上 村	隆 史		労働省大臣官房政策調査部総合政策課長
加 藤	利 男		建設省大臣官房政策課総括計画官
芳 山	達 郎		自治省大臣官房企画室長

5 人口問題審議会総会経過概況

(昭和24年 6 月14日 内閣に人口問題審議会設置
昭和25年 3 月31日 廃止
昭和28年 8 月14日 厚生省に人口問題審議会設置)

5 人口問題審議会総会経過概況

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第 1 回	28.11.13	内閣総理 大臣官邸 ホール	内閣総理大臣挨拶 戦後における人口対策審議の経過 報告 厚生省人口問題審議会及び財団 法人人口問題研究会人口政策委 員会、衆議院の人口問題に関す る決議、内閣人口問題審議会等 についての報告 現時の人口問題の情勢について 人口問題研究所長 岡 崎 文 規	内閣総理大臣 吉 田 茂 代理 緒 方 副総理 会長互選 下 村 宏 会長代理 永 井 亨 (配付資料) 「戦後における人口 対策審議の経過概 要」 「委員名簿」
第 2 回	28.12.17	虎の門共 済会館	人口問題に関する各委員の意見	
第 3 回	29. 1.22	日本工業 クラブ	人口問題審議会部会及び特別委員 会規程案について 人口問題審議会の審議事項並び に部会設置について討論し、同 規程の修正案を作成、同審議会 終了後各委員に対して修正案に ついて賛成の可否を通知により 採決 人口の量的調整について (第二部会へ付託)	

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第 4 回	29. 8.24	郵政会館	人口収容力について (第一部会へ付託) 潜在失業対策について (第一部会へ付託) 人口資質向上対策について (第二部会へ付託) 人口白書に関する特別委員会設置 人口の量的調整に関する決議案について 上記決議案を可決 同決議文を関係各大臣あて意見を述べる。	(決議) 「人口の量的調整に関する決議」
第 5 回	30. 8.20	郵政会館	人口収容力に関する決議について 上記決議案を可決、同決議文を 関係各大臣あて意見を述べる。	(決議) 「人口収容力に関する決議」
第 6 回	30.12. 8	郵政会館	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 審議経過の説明 部会及び特別委員会委員指名	厚生大臣 小 林 英 三 会長 下 村 宏 会長代理 永 井 亨 (配付資料) 「人口問題審議会関係法令」 「委員、専門委員、

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第 7 回	31. 1.26	富士銀行 本店	昭和31年度の審議事項について 山際委員、海外視察報告 国連アジアの極東人口ゼミナール 出席報告 東南アジアの人口問題について 人口問題研究所 黒 田 技 官	幹事名簿」 「人口の量的調整に 関する決議」 「人口の収容力に関 する決議」 「総会、部会の議事 録（但し、新任の委 員のみ）」
第 8 回	32. 1.18	日本工業 クラブ	潜在失業に対する件 人口問題研究会が行った上記の 決議について説明	(配付資料) 「潜在失業に関する 決議」 (財団法人 人口問 題研究会) 「同」要旨 (同) 「人口問題審議会要 覧」

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備考
第9回	32. 2.12	郵政会館	厚生大臣挨拶 潜在失業対策に関する件 前回説明のあった上記決議文を 審議の議題として検討を行う。	厚生大臣 神 田 博
第10回	32. 3. 8	全国町村 会館	潜在失業対策に関する件 通産、建設両省から意見聴取	関係局長
第11回	32. 3.29	富士銀行 本店	潜在失業対策に関する件 経済企画庁から意見聴取	関係部長 (配付資料) 「潜在失業対策に関 する決議」 「同要旨」 「今後の人口と就 業」(人口問題研究 会人口対策委員会第 1回中間報告)
第12回	32. 4.26	三和銀行 新橋支店	潜在失業対策に関する件 文部省から意見聴取 (総会後日文部省より内かんにより審議会あて資料の送付を受ける。) 「義務教育人口推移表」「いわゆる夜間中学校教育とその生徒数」「大学卒業者の初任給」「ウルガイの教育は小学校から大学	

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第13回	33. 2.12	九段会館	まで無償であるか否かについて」「都道府県別不正常授業学級数およびその解消に必要な教室数」「設置者別予備校数、生徒数調」 厚生大臣挨拶 会長互選、会長挨拶、会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 経過報告（企画室長） 潜在失業対策に関する件 人口白書に関する件	厚生大臣 （臨時代理） 国務大臣 郡 裕 一 米田 厚生 事務 次官 会長 永 井 亨 会長代理 飯 沼 一 省 （配付資料） 「人口問題審議会要 覧」
第14回	33. 2.17	九段会館	潜在失業対策に関する件	
第15回	33. 2.27	九段会館	潜在失業対策に関する決議案について 後日、欠席した委員及び専門委員に対し公文書により決議案の意見を求める。	

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第16回	33. 4.16	地方職員会館	潜在失業対策に関する決議について 上記決議文を可決関係大臣あて具申する。	(決議) 「潜在失業対策に関する決議」 (配付資料) 「同決議文」 「同決議附属参考資料」 「人口問題審議会便覧」 「人口問題審議会会長談話」 「同決議の要旨」
第17回	34. 3.16	全国町村会館	厚生大臣挨拶 国連を通じて見た世界人口の趨勢について (帰朝報告) (国連第10回人口委員会出席) 人口問題研究所総務部長 稲 穂 館 インドにおける家族計画について (帰朝報告) (第6回国際家族計画会議及び理事会に出席) 国学院大学教授 北 岡 寿 逸	厚生大臣 坂 田 道 太
第18回	34. 6.16	郵政会館	人口白書について 上記白書を可決、関係大臣あて	(配付資料) 「人口白書」

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第19回	34.10.19	薬業健保 会館	具申する。 わが国人口の資質向上対策について 南米移民について（帰朝報告） 日本海外移住振興株式会社社長 大志摩 孫四郎	「同 要旨」
第20回	35. 3.25	薬業健保 会館	厚生大臣挨拶 新委員紹介 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 審議経過報告(大崎企画室長説明) 日本人口資質に関する意見聴取 人口の資質の現状と問題点 日本寿命学研究会理事長 渡 辺 定 産業衛生の現状及び将来 労働省労働衛生研究所長 山 口 正 義	厚生大臣 渡 辺 良 夫 内藤政務次官 代読 会長 永 井 亨 会長代理 飯 沼 一 省
第21回	35. 8. 9	薬業健保 会館	厚生大臣挨拶 日本人口の資質向上対策に関する 意見聴取 児童の教育の現状と将来の問題 点 文部省初等教育局長 内 藤 誉三郎	厚生大臣 中 山 マ サ

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第22回	36. 7.18	九段会館	人間の知能と性格 国立精神衛生研究所心理学部長 加 藤 正 明 厚生大臣挨拶 日本人口の資質向上に関する事項 (講演) 工業と労働力の質の問題 慶応義塾大学教授 川 田 寿	厚生大臣 古 井 喜 實
第23回	36.12. 7	全国都市 会館	厚生大臣挨拶 人口の資質向上に関する件	厚生大臣 灘 尾 弘 吉 (配付資料) 「人口資質向上に関する 対策要綱」
第24回	37. 6.11	日本都市 センター	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 審議経過報告 わが国の人口問題に関する意見聴 取 (演題) わが国の人口問題の現状と将来 人口問題研究所長 館 稔	厚生大臣 灘 尾 弘 吉 会長 永 井 亨 会長代理 飯 沼 一 省

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第25回	37. 7.12	全国町村 会館	「地域開発に関し人口問題の見地 から特に留意すべき事項につ いて」 諮問第1部会に検討付託 人口資質の向上対策に関する建議 について	決議 「人口資質向上対策 に関する決議」
第26回	38. 8.17	虎の門共 済会館	厚生大臣挨拶 大臣諮問の答申案について 「地域開発に関し人口問題の見 地から特に留意すべき事項につ いて意見を可決」 上記意見を厚生大臣に具申し、 関係各大臣に意見を述べる。	厚生大臣 小 林 武 治 「地域開発に関し、 人口問題の見地から 特に留意すべき事 項」について意見
第27回	39.12. 2	薬業健保 会館	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 経過報告 最近の人口問題にかかる報告 (部会) 部会長及び部会長代理互選	厚生大臣 神 田 博 会長 久留島 秀三郎 会長代理 桜 田 武
第28回	42. 4.26	都道府県 会館	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名	厚生大臣 坊 秀 男 会長 久留島 秀三郎

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第29回	44. 8. 5	麴町会館	諮問 「わが国最近の人口動向に鑑み 人口問題上特に留意すべき事項 について」 審議経過 諮問参考資料説明 諮問審議特別委員会設置 人口白書の状況報告	会長代理 高 杉 晋 一 (配付資料) 諮問書 (参考資料) 人口問題審議会便覧 人口問題研究所年報 最近の主な人口統計
第30回	46. 3. 19	農林年金 会館	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 諮問に対する審議経過報告 (部会) 部会長及び部会長代理互選	厚生大臣 斉 藤 昇 会長 久留島 秀三郎 会長代理 高 杉 晋 一 (配付資料) わが国人口再生産の 動向についての意見 (関係資料、検討資 料)
第30回	46. 3. 19	農林年金 会館	厚生大臣挨拶 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 審議経過 わが国人口の最近の動向につい て資料説明聴取	厚生大臣 内 田 常 雄 会長 新 居 善太郎 会長代理 堀 内 謙 介

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第31回	46.10.21	電設健保 会館	人口問題研究所人口政策部長 上 田 正 夫 諮問審議の方針について審議結果 諮問審議特別委員会を引き続き存 置し、検討することとなった。 (部会) 部会長及び部会長代理互選 諮問審議特別委員会経過報告 大臣諮問の答申案について 「最近における人口動向と留意 すべき問題点について」意見を 可決 上記意見を厚生大臣に具申し、 関係各大臣に意見を述べる。	(配付資料) 最近の主な人口統計 資料 厚生大臣 齊 藤 昇 最近における人口動 向と留意すべき問題 点について (答申) 副題 人間性の回復と社 会開発の再認識
第32回	48. 2. 6	厚生省特 別会議室	アジア人口会議について 昭和48年度厚生省予算について	厚生大臣 齋 藤 邦 吉
第33回	48. 6.21	厚生省特 別会議室	厚生大臣挨拶 (坂元事務次官 代読) 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 人口問題審議会部会及び特別委員 会規程の一部改正 (部会) 部会長及び部会長代理互選	会長 新 居 善太郎 会長代理 山 田 雄 三

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第34回	49. 4.15	都道府県 会館	審議経過 世界人口会議及び世界人口年について 人口問題研究所人口政策部長 黒 田 俊 夫 人口白書に関する特別委員会設置 世界人口会議及び世界人口年に関する特別委員会設置 人口白書について 審議経過の報告及び承認 国連世界人口会議対処方針についての意見について 審議経過の報告及び承認	(配付資料) 1 日本人口の動向 (案) 2 白書小委員会で討 議された主要論点 (山田メモ) 3 国連世界人口会議 対処方針について の意見 (案)
第35回	49. 9.25	都道府県 会館	厚生大臣挨拶 齋 藤 邦 吉 世界人口会議報告 厚生省大臣官房企画室長 中 野 徹 雄 慶応義塾大学教授 安 川 正 彬 国立公衆衛生院衛生人口学部長 村 松 稔	(配付資料) 1 世界人口会議にお ける齋藤首席代表 演説 2 世界人口行動計画 3 世界人口会議に出 席して (大来レ ポート) 4 世界医師会総会会

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第36回	52. 6.17	厚生省特別会議室	人口問題研究所長 黒 田 俊 夫 医師と人口変せんに関する国際会議報告 日本医師会会長 武 見 太 郎 厚生事務次官挨拶 北 川 力 夫 会長及び会長代理互選 部会および特別委員会委員指名 報 告 世界の人口問題について 人口問題研究所長 條 崎 信 男 日本の将来人口の推計について 人口問題研究所人口政策部長 青 木 尚 雄 人口移動の最近の状況について 人口問題研究所人口移動部長 岡 崎 陽 一 最近における日本の出生力の動向について 人口問題研究所人口資質部長 浜 英 彦 今後の運営について	議プログラム委員 による人口変化会 議に関する決議案 会長 山 田 雄 三 会長代理 山 口 正 義 (配付資料) 1 人口問題審議会要 覧 2 世界人口の将来動 向 3 日本の将来人口新 推計について (昭和51年11月) 4 地域人口移動に関 する調査の概報 5 女子人口再生産率 の推移 6 女子人口再生産率 の国際比較

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第37回	54. 7. 6	竹橋会館	厚生事務次官挨拶 曾根田 郁 夫 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 報 告 1 第20回国連人口委員会の概況 について 人口問題研究所長 條 崎 信 男 2 世界人口の新しい動向 人口問題研究所人口情報部長 河 野 稠 果 3 地域人口移動の最近の動向 人口問題研究所人口移動部長 岡 崎 陽 一 4 昭和53年度実施調査「長期人口 変動に対する地域住民の意 識と環境に関する調査につい て」 人口問題研究所人口資質部長 浜 英 彦 今後の運営について 出生力動向に関する特別委員会 設置	厚生大臣 橋 本 龍太郎 会長 山 田 雄 三 会長代理 山 口 正 義 (配付資料) 1 人口問題審議会要 覧 2 報告要旨
第38回	55. 8. 7	厚生省特別会議室	厚生大臣挨拶 齋 藤 邦 吉 出生力動向に関する特別委員会報 告について	(配付資料) 1 人口問題審議会委 員及び専門委員名 簿

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第39回	56. 8. 6	厚生省特別会議室	審議経過の報告及び承認 報告書を大臣に提出 厚生大臣挨拶 村 山 達 雄 会長及び会長代理互選 部会所属委員指名 報 告 1 最近における人口の動向について 人口問題研究所人口情報部長 山 口 喜 一 2 人口に関する国際会議の概況について ①国連人口委員会について 人口問題研究所長 條 崎 信 男 ②第3回アジア太平洋人口会議について 厚生省大臣官房企画室長 長 門 保 明 3 出生力動向に関する社会・経済的分析について 人口問題研究所人口政策部長 岡 崎 陽 一	2 出生力動向に関する特別委員会審議経過 3 出生力動向に関する特別委員会報告 会長 山 田 雄 三 会長代理 福 武 直 (配付資料) 1 人口問題審議会要覧 2 最近の主な人口統計資料 3 人口に関する国際会議の概況 4 出生力動向に関する社会・経済的分析 5 将来人口推計の基本的な考え方 6 人口推計に関する参考資料

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第40回	57. 1.14	厚生省特別会議室	4 将来人口推計の基本的考え方について 人口問題研究所人口資質部長 河 野 稠 果 厚生大臣挨拶 森 下 元 晴 報 告 1 人口に関する国際会議の概要について 厚生省大臣官房企画室長 朝 本 信 明 2 日本の将来人口新推計について 人口問題研究所人口資質部長 河 野 稠 果	(配付資料) 1 人口に関する国際会議の概況について 2 日本の将来人口新推計について
第41回	58. 1.21	竹橋会館	厚生事務次官挨拶 山 下 眞 臣 報 告 1 第8次出産力調査結果について 人口問題研究所人口資質部長 阿 藤 誠 2 最近の人口動向について 人口問題研究所人口情報部長 山 口 喜 一 3 第3回アジア太平洋人口会議について 人口問題研究所長 岡 崎 陽 一	厚生大臣 林 義 郎 (配付資料) 1 第8次出産力調査の概要 2 最近の主な人口統計資料 3 第3回アジア太平洋人口会議について

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第42回	59. 2. 7	厚生省特別第1会議室	厚生事務次官挨拶 山 下 眞 臣 会長及び会長代理互選 部会及び特別委員会委員指名 報 告 1 国際人口会議の概要について 厚生省大臣官房政策課長 長 尾 立 子 2 第22回国連人口委員会及び国際人口会議準備委員会について 人口問題研究所長 岡 崎 陽 一 国際人口会議に対する人口問題審議会の対応について 国際人口会議に関する特別委員会設置	厚生大臣 渡 部 恒 三 会長 山 本 正 淑 会長代理 福 武 直 (配付資料) 1 人口問題審議会要 覧 2 国際人口会議の概 要 3 第22回国連人口委 員会及び国際人口 会議準備について 4 第41回人口問題審 議会議事要旨
第43回	59. 6. 20	厚生省特別第1会議室	人口白書について 審議経過の報告及び承認 人口問題審議会の運営について 報告書を大臣に提出	(配付資料) 1 人口問題審議会特 別委員会報告書 (案)
第44回	60.12. 4	厚生省共用第9会議室	厚生事務次官挨拶 吉 村 仁 報 告 1 第23回国連人口委員会報告につ いて	厚生大臣 増 岡 博 之 (配付資料) 1 第23回国連人口委 員会の概況

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第45回	61. 7.16	厚生省共 用第9会 議室	人口問題研究所長 岡 崎 陽 一 2 最近における内外の人口動向 人口問題研究所人口政策部長 河 野 稠 果 人口問題研究所人口資質部長 阿 藤 誠 厚生事務次官挨拶 幸 田 正 孝 会長及び会長代理互選 部会所属委員指名 報 告 1 昭和60年国勢調査結果による日 本人口の概況 人口問題研究所人口政策研究部 長 河 邊 宏 2 「家族ライフコースと世帯構造 変化に関する人口学的調査」の 概況報告 人口問題研究所人口構造研究部 長 内 野 澄 子 3 将来人口推計の基本的考え方につ いて 人口問題研究所人口動向研究部 長 阿 藤 誠	2 最近における内外 の人口動向 3 人口問題審議会要 覧 厚生大臣 今 井 勇 会長 山 本 正 淑 会長代理 福 武 直 (配付資料) 1 昭和60年国勢調査 による日本人口の 概況 2 「家族ライフコー スと世帯構造変化 に関する人口学的 調査」の概況報告 3 将来人口推計の基 本的考え方につい て

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第46回	62. 1.27	厚生省共用第9会議室	厚生事務次官挨拶 幸 田 正 孝 報 告 1 日本の将来人口推計について 人口問題研究所人口動向研究部長 阿 藤 誠 2 地域別将来人口推計について 人口問題研究所人口政策研究部長 阿 邊 宏 3 地域別世帯状況について 人口問題研究所人口構造研究部長 内 野 澄 子 「人口と家族に関する特別委員会」設置	厚生大臣 斎 藤 十 朗 (配付資料) 1 日本の将来人口新推計（昭和61年12月推計）について 2 昭和60年国勢調査結果にもとづく地域人口の将来推計について 3 地域別世帯状況について 4 特別委員会を設置した最近の例 5 人口問題審議会要覧 6 第45回人口問題等審議会議事要旨
第47回	62.10. 8	厚生省共用第9会議室	厚生大臣挨拶 斎 藤 十 朗 報告 1 第四次全国総合開発計画について 国土庁計画・調整局計画官 野 村 誠 2 世帯数推計について 人口問題研究所人口政策研究部長	(配付資料) 1 最近の人口関係の公表資料 2 第四次全国総合開発計画について 3 わが国世帯数の将来推計（試算） 4 「人口と家族に関する特別委員会」について

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第48回	63. 7.13	厚生省共 用第9会 議室	阿 藤 誠 3 「人口と家族に関する特別委員 会」進行状況について 特別委員会委員長 福 武 直 厚生大臣挨拶 藤 本 孝 雄 新任委員紹介 報告 1 「人口と家族に関する特別委員 会」報告書について • 経過説明 特別委員会委員長 福 武 直 • 概要説明 人口問題研究所人口政策研究部 長 阿 藤 誠	(配付資料) 1 人口と家族に関す る特別委員会につ いて 2 「人口と家族に関 する特別委員会」 報告書骨子 3 「人口と家族に関 する特別委員会」 報告書 4 「第9次出産力調 査」 (結婚と出産に関 する全国報告) 概 要 5 昭和62年人口動態 統計(概数)の概 況 6 昭和62年簡易生命 表 7 人口問題審議会要 覧

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第49回	元. 3.28	厚生省共 用第9会 議室	厚生大臣挨拶 小 泉 純一郎 新任委員紹介 会長及び会長代理互選 報告 1 第25回国連人口委員会の議事報告 人口問題研究所長 河 野 稠 果 2 国連の新人口推計について 人口問題研究所人口情報部長 廣 嶋 清 志 3 「世帯形成の地域差に関する調査」の概要 人口問題研究所人口動向研究部長 清 水 浩 昭 4 「高齢人口移動調査」の概要 人口問題研究所人口構造研究部長 内 野 澄 子 5 「第9次出産力調査（独身調査分）」 人口問題研究所人口政策研究部長 阿 藤 誠 今後の運営について	会長 山 本 正 淑 会長代理 福 武 直 (配付資料) 1 第25回国連人口委員会議事報告 2 国連の新人口推計について 3 「世帯形成の地域差に関する調査」の概要 4 「高齢人口移動調査」の概要 5 昭和62年度「独身者の結婚観に関する全国調査」の概要 6 国際人口移動について 〈参考資料〉 1 昭和63年人口動態統計の年間推計 2 昭和62年度人口動態社会経済面調査

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第50回	元.11.30	厚生省特別第1会議室	厚生事務次官挨拶 吉原健二 新任委員紹介 報告 1 国際人口移動について - 外国人の入国管理及び在留管理の概要 大臣官房政策課調査室長 田中耕太郎 - 国際人口移動「世界の動向」 人口問題研究所人口政策研究部長 阿藤誠 - 国際人口移動「日本の動向」 人口問題研究所人口情報部長 廣嶋清志 国際人口移動に関する特別委員会設置	(高齢者死亡)の概況 厚生大臣 戸井田三郎 (配付資料) 1 外国人の入国管理及び在留管理の概要 2 国際人口移動の概要 3 国際人口移動「世界の動向」 4 国際人口移動「日本の動向」 〈参考資料〉 1 人口統計資料集 (1988年版)
第51回	2. 5.22	厚生省共用第9会議室	報告 1 世界人口白書について 大臣官房政策課調査室長 田中耕太郎 2 特別委員会の審議経過について 人口問題研究所長	厚生大臣 津島雄二 (配付資料) 1 世界人口白書 (1990年) 2 「国際人口移動に関する特別委員

回数	開催年月日	開催場所	議題並びに審議事項	備考
第52回	3. 7.12	厚生省特別第一会議室	河野 稔 果 3 最近の人口動態について 大臣官房政策課調査室長 田 中 耕太郎 厚生大臣挨拶 下 条 進一郎 新任委員紹介 会長及び会長代理互選 報告 1 日本の将来推計人口（平成3年6月暫定推計）について 人口問題研究所人口政策研究部長 阿 藤 誠 2 健やかに子供を生み育てる環境づくりについて 大臣官房政策課調査室長 角 田 博 道 3 特別委員会の審議経過について 人口問題研究所長 河 野 稔 果 今後の運営について	会」の審議経過について 3 平成元年人口動態統計の年間推計 4 昭和63年度人口動態社会経済面調査（出生）の概況 5 児童家庭施策の充実に関する有識者調査 会長 山 本 正 淑 会長代理 宮 澤 健 一 （配付資料） 1 人口問題審議会要覧 2 日本の将来推計人口（平成3年6月暫定推計）の概要 3 日本の将来推計人口（平成3年6月暫定推計） 4 健やかに子供を生

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第53回	4. 3.12	厚生省特別第一会議室	新任委員紹介 報告 1 最近の人口動態統計について 大臣官房統計情報部人口動態 統計課長 松 栄 達 朗 2 平成2年度人口問題に関する意識調査報告について 人口問題研究所人口政策研究 部長 阿 藤 誠 3 子どもと家庭に関する円卓会議 提言について 児童家庭局児童環境づくり 対策室長 小 林 和 弘	み育てる環境づくりについて 5 「国際人口移動に関する特別委員会」の審議経過について 6 国際人口移動に関する特別委員会報告書スケルトン(案) 7 平成2年人口動態統計(概要)の概況 8 世界人口白書(1991年) 厚生大臣 山 下 徳 夫 (配付資料) 1 人口問題審議会委員等名簿 2 平成2年度人口動態統計(確定数)の概況 3 人口動態統計速報(平成3年12月分) 4 平成元年度人口動態社会経済面調査(壮年期死亡)の

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第54回	4. 7.23	厚生省特別第一会議室	我が国の最近における人口動向に伴う諸問題について 今後の運営について 新任委員紹介 報告 1 将来人口推計の基本的な考え方について 人口問題研究所人口政策研究部長 阿 藤 誠 2 国際人口移動に関する調査研究について	概況 5 平成2年度人口動態社会経済面調査（出生・乳児死亡）の概況 6 平成2年度人口問題に関する意識調査報告 7 子どもと家庭に関する円卓会議提案 8 平成4年度厚生省予算の概要 9 平成2年国勢調査第1次基本集計結果〔全国〕結果の概要 10 国連人口推計の概要 （配付資料） 1 人口問題審議会委員等名簿 2 将来人口推計の基本的考え方について 3 国際人口移動に関する調査研究 4 平成3年人口動態

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
			人口問題研究所長 河 野 稔 果 3 人口動態統計について 大臣官房統計情報部人口動態 統計課長 松 栄 達 朗 4 生命表について 大臣官房統計情報部管理企画 課長 吉 岡 大 忠 5 「健やかに子供を生み育てる環 境づくり」に関する施策の推進 状況と今後の方向 児童家庭局児童環境づくり 対策室長 小 林 和 弘 6 世界人口白書について 大臣官房政策課長 谷 口 正 作 7 アジア太平洋人口会議について 大臣官房政策課長 谷 口 正 作	統計（概数）の概 況 5 平成3年度人口動 態社会経済面調査 （婚姻）の概況 6 第17回生命表 （完全生命表） 7 日本人の平均余命 （平成3年簡易生 命表） 8 「健やかに子供を 生み育てる環境づ くり」に関する施 策の推進状況と今 後の方向 9 世界人口白書 （1992年）
第55回	5. 3. 24	厚生省特 別第一会 議室	1 「国際人口・開発会議」の概略 について 大臣官房政策課長 谷 口 正 作 2 「国際人口・開発会議に関する 特別委員会」設置	厚生大臣 丹 羽 雄 哉 （配付資料） 1 人口問題審議会委 員等名簿

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
第56回	5.12.21	厚生省特 別第一会 議室	厚生事務次官挨拶 古 川 貞二郎 新任委員紹介 会長及び会長代理互選 報告 1 最近の人口動態統計について 大臣官房統計情報部人口動態 統計課長 松 栄 達 朗 2 平成4年簡易生命表について 大臣官房統計情報部管理企画 課課長補佐 田 村 哲 也 3 第10回出生動向基本調査(結婚 と出産に関する全国調査) 人口問題研究所人口動向研究 部長 高 橋 重 郷 4 日本の世帯数の将来推計につ いて 人口問題研究所人口構造研究 部長 大 江 守 之 5 国際人口・開発会議の概要につ いて 厚生省大臣官房政策課調査室 長 小 林 和 弘 6 国際人口・開発会議日本政府報 告書(案)について	厚生大臣 大 内 啓 伍 会長 山 本 正 淑 会長代理 宮 澤 健 一 (配布資料) 1 人口問題審議会要 覧 2 最近の人口動態 3 平成4年人口動態 統計(確定数)の概 要 4 日本人の平均余命 (平成4年簡易生 命表) 5 第10回出生動向基 本調査(結婚と出 産に関する全国調 査)結果の概要 6 日本の世帯数の将 来推計(平成5年 10月推計) 7 1993年世界人口白 書

回数	開催 年月日	開催 場所	議題並びに審議事項	備 考
			人口問題研究所人口政策研究 部長 廣 嶋 清 志 今後の運営について	8 国際人口・開発会 議について

6 人口問題審議会の答申及び意見等一覧

人口問題審議会の答申及び意見等一覧

答申及び意見等	概 要
1 厚生大臣への答申	
(1) 「地域開発に関し、人口問題の見地から特に留意すべき事項」について意見（答申） （38.8.17 第26回総会）	国土総合開発計画等地域開発に関し、その重要性、経済開発と社会開発の均衡を指摘し、労働力等の人口構造、住みよい都市づくり、公害対策等について提言した。
(2) わが国人口再生産の動向についての意見（中間答申） （44.8.5 第29回総会）	出生力の減退傾向に対して、できる限り速やかに純再生産率を1に回復させることを目途とし、出生力の減退に参加しているとみられる経済的及び社会的要因に対して適切な経済開発と均衡のとれた社会開発を強力に実施することを提言した。
(3) 最近における人口動向と留意すべき問題点について（答申） （46.10.21 第31回総会）	これまでの答申、建議を踏まえ、人間のライフサイクルに即応した体系的、総合的な人口資質向上対策を提言した。
2 関係機関への意見具申等	
(1) 人口の量的調整に関する決議 （29.8.24 第4回総会）	急激な人口増加傾向に対し、人口の量的調整が必要と認め、人口政策としての家族計画の普及促進を提言した。
(2) 人口収容力に関する決議 （30.8.20 第5回総会）	人口増加、特に生産年齢人口の増加に対して、雇用の拡大を中心とする計画的な産業の再編成、失業対策、社会保障の拡充整備等について提言した。
(3) 潜在失業対策に関する決議 （33.4.16 第16回総会）	これまでの経済政策、雇用政策等を更に強化し、不完全就業者、潜在失業者の多数発生に対して、雇用、就業の確保・安定を図る等、産業政策の基本的方向、最低賃金制度の実施、財政措置等について提言した。
(4) 人口白書について （34.6.16 第18回総会）	①生産年齢人口の激増と雇用問題の重大化 ②出生抑制の必要と家族計画普及の問題 等についてとりまとめた。

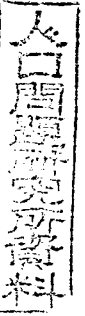
答申及び意見等	概 要
(5) 人口資質向上対策に関する決議 (37.7.12 第25回総会)	経済開発とともに社会開発の重要性を指摘し、人口資質向上について健康増進、母子衛生、生活環境の整備、児童手当の創設等社会保障制度の拡充等について提言した。
(6) 人口白書について (49.4.15 第34回総会)	①人口増加の抑制についての方策 ②人口資質向上対策、地域人口対策 ③国民、政治、行政が人口問題の重要性を要認識 ④国際協力の強化 等についてとりまとめた。
(7) 国連世界人口会議対処方針についての意見 (49.4.15 第34回総会)	人口増加抑制政策の提案、世界人口行動計画への意見、健全な避妊方法の普及等、対処方針について提言した。
(8) 出生力動向に関する特別委員会報告 (55.8.7 第38回総会)	昭和49年以降の出生力低下について、主に人口学的な観点から分析した結果、期間出生力の大幅な低下にかかわらず、完結出生力では人口の置き換え水準をやや下回る程度の低下にとどまっていることを指摘し、今後の調査研究の必要性等について提言した。
(9) 人口白書について (59.6.20 第43回総会)	①「自立する高齢者」をめざすこと ②豊かな生活環境をめざすこと ③人口についての教育、研究水準の向上 ④国際協力の推進 等についてとりまとめた。
(10) 人口と家族に関する特別委員会報告 (63.7.13 第48回総会)	最近の人口と家族の変動についての現状と要因を分析するとともに、人口を長期的に安定した規模に保ち、人口の急激な高齢化の進行を緩和し、同時に家庭基盤の充実を図るという観点から、家族形成、家庭生活、出産・育児、老親扶養等に関する提言を行った。

答申及び意見等	概 要
(11) 国際人口移動に関する調査研究 (4.7.23 第54回総会)	グローバルな立場から増加する国際人口移動がわが国の人口構造，社会経済，国民生活，文化などに及ぼす影響等についてとりまとめた。

資料2

カイロ会議の経過と意義

人口問題審議会
1994年12月15日(木)
阿藤 誠
(厚生省人口問題研究所)



1. 会議の経過

(1) 日程と場所

- ・ 1994年9月3日(土)～4日(日) 国際人口開発会議 (ICPD) 事前協議
- ・ 1994年9月5日(月)～13日(火) (ICPD)
- ・ カイロ国際会議センター (CICC)

(2) 参加者

- ・ 約180カ国の政府 (3,500人)
- ・ 国連・国際機関 (700人)
- ・ 報道関係 (3,800人)
- ・ NGO (約1000団体4000人以上)

(3) 日本政府代表団

- ・ 代表 河野洋平 (副総理兼外相)、片倉邦雄 (エジプト大使)、丸山俊二 (国連代表部大使)
- ・ 代表代理 6名 (外務省2名、厚生省2名、環境庁1名、農水省1名)
- ・ 顧問 11名 (国会議員7名、人口専門家1名、NGO3名)
- ・ 随員 35名 (外務省、厚生省、環境庁、農水省、など)

(4) 経過

- ・ 総会 9月5日(月)～9日(金)、12日(月)～13日(火)
- ・ 開会
 - ガリ国連事務総長演説；
 - ムバラク・エジプト大統領を議長に選出、副議長国26カ国；
 - ムバラク大統領、サディクICPD事務局長、首相級代表の演説 (4名)
- ・ 各国政府、国際機関、主要NGOの代表演説 (開会式を含め249名)
- 『行動計画 (Programme of Action)』 (1995～2015年) の採択
- ・ 総会における日本人のプレゼンス
 - 河野外相 (日本政府代表) [附録1 参照]、WHO、UNHCR、OECD、ESCAP、ICPPD等
- ・ 閉会
- ・ 全体委員会 9月5日(月)～10日(土)、12日(月)：『行動計画』の討議
 - ・ 議長 Fred Sai (ガーナ/IPP F会長)
 - ・ 副議長 Lionel Hurst (アンティグア・バブーダ)、Nicolaas Biegman (オランダ)、Bal G. Baidya (ネパール)、Jerzy Holtzer (ポーランド；ラポトゥール兼任)

2. 準備委員会からカイロ会議までの経過

- ・ 第1回準備委員会
(1991年3月)
 - ・ メインテーマ決定：「人口・持続的経済成長・持続可能な開発」
 - ・ 6つの専門家会議の開催を決める
 - ・ 5つの地域会議の開催を決める
- ・ 第2回準備委員会
(1993年5月)
 - ・ 新行動計画（1995～2015年）の作成を決定
 - ・ 新行動計画のスケルトンについて討議
 - ・ リプロダクティブ・ヘルス／ライツ概念の登場
 - ・ N G Oの参加
- ・ 第3回準備委員会
(1994年4月)
 - ・ 新行動計画の事務局草案について討議
合意形成を図る
 - ・ 主として、
 - ①中絶容認の是非、
 - ②リプロダクティブ・ヘルス／ライツの定義、
 - ③人口プログラムのための資金見積もり額の明示、
 - ④人口動態と政策に関わる数量目標・達成年次の明示
 - に関して、未決着のままカイロ送りとなる
 - ・ なかでも①と②をめぐる、米国・北欧を中心とする先進諸国・女性団体とヴァチカン・中南米カソリック諸国とが激しく対立
- ・ カイロ会議前
(1994年4月～8月)
 - ・ ヴァチカンによるイスラム諸国への働きかけ
 - ・ イスラムの反発（会議ボイコット、首相出席取り消し、エジプトのイスラム原理主義団体によるテロ宣言）
 - ・ 米国による「中絶の国際的権利の確立求めず」の声明
- ・ カイロ会議
(1994年9月)
 - ・ 新行動計画は、若干の留保つきながら全参加国の合意で採択

3. 新行動計画〔附録2 参照〕の主な論争点

第1章（前文）： 持続的経済成長・貧困の解消 対 持続可能な開発

第2章（原則）： 基本的人権の重視 対 各国の宗教・文化・倫理観の尊重

第3章（人口・持続的経済成長・持続可能な開発）： 環境に配慮した人口・開発政策
対 生産・消費パターンの変更

第4章（男女の平等と公正、女性の能力向上）

第5章（家族・その役割・権利、構成と構造）： 家族の普遍性 対 家族の多様性

第6章（人口増加と人口構造）： 人口の安定化 対 生産・消費パターンの変更

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）： リプロダクティブ
・ヘルスの定義に中絶を含むか否か〔附録3 参照〕

第8章（健康、疾病、死亡）： 中絶についての考え方（パラグラフ8・25）〔附録4 参照〕

第9章（人口分布・都市化・国内人口移動）： 国内強制移住者の問題に対する国際協力の
あり方

第10章（国際人口移動）： 移民の権利拡大 対 移民受入に関する国家主権（家族呼び
寄せの権利）

第11章（人口・開発・教育）

第12章（技術・研究・開発）

第13章（国内行動）： 1995年～2015年の人口プログラムの資金見積もり；途上国と先
進国の負担割合〔附録5 参照〕

第14章（国際協力）

第15章（NGOとのパートナーシップ）

第16章（国際人口開発会議のフォローアップ）

4. 人口会議の歴史からみたカイロ会議の意義

・ブカレスト会議（1974年）：レッセフェール（開発は最良の避妊薬）対 人口政策
『世界人口行動計画』採択

・メキシコ会議（1984年）：家族計画の認知
『世界人口行動計画の継続実施のための勧告』採択

・カイロ会議（1994年）：家族計画からリプロダクティブ・ヘルスへ
中絶に対する寛容さ
フェミニスト・アプローチ
2015年までの家族計画普及目標と必要経費の明示

1994年9月6日、カイロ

議長、大統領閣下、事務総長閣下、御列席の皆様、

私は、本日ここに日本国を代表して、わが国のこの会議及び人口問題に関する所見を述べますことを光栄に思います。また、会議をホストされたエジプト政府及びこれまでこの準備に携ってこられた国連人口基金をはじめとする会議関係者の方々に心から敬意を表します。

議長、

冷戦後の国際社会は、地域紛争の危険の増大などに見られるように流動的で不安定な状況に置かれています。紛争の背景にはしばしば貧困と社会の不安定の問題があり、世界の安定と繁栄を確保するためにも、経済社会問題の解決により、紛争の根本原因を取り除くことが本質的に重要です。人口問題は、国際社会が発展する中で複雑化し、今や地球規模の問題として我々の前に立ちはだかつており、緊急の取組みを必要としています。私は、この人口問題は、経済社会問題全体に関わっており、その取組みには基礎的保健、教育、女性の地位向上を含んだ総合的アプローチが必要であると考えております。こうした考えに基づき、わが国は、人口問題に積極的に取り組むため、本年二月に「地球規模問題イニシアティブ」を打ち出し、人口・エイズ対策において途上国援助を大幅に拡充することを決定しました。

私は、今回の世界会議は、今世紀に開かれる最も重要な会議のひとつであり、人類がこの問題にどの様に取り組んでいくのか、二十一世紀に向けての指針が定められるものと確信しています。

議長、

一 昨年のリオデジャネイロでの国連環境開発会議でも、人口と持続可能な開発と地球環境問題の密接な関係が指摘されました。急激な人口増加、都市への過度の人口集中、不安定な国家間の人口移動、環境への負荷の大きい生産・消費パターンや技術の導入、多量の廃棄物の排出などにより、人類は人間活動の制約に直面しています。

私は、ここで目指すべきものは、人口の急増が、環境破壊や資源の枯渇を生じさせたり、消費・生産活動に深刻な影響を及ぼしたりすることを認識し、それらの持続可能な均衡を図ることだと考えます。途上国、先進国双方が固有の責任を共に負っており、途上国は人口増加率を抑えることが、先進国は生産・消費パターンの見直しや低公害車の導入、太陽光発電等再生可能エネルギー利用といった環境に優しい技術の開発・促進を図ることが肝要と思います。また、国際社会は、持続可能な開発という目的を達成するために、環境保全・資源保護に配慮した協力を促進すべきであり、さらに、増大する人口に対応するためには、世界の食料の安定供給という面に着目し、持続可能な生産性の高い農業の発展に向けて政策の強化に努める必要があると考えます。

わが国は、昨年、環境への負荷が少なく、持続的に発展することができる社会の構築を

目指した環境基本法を制定し、現在、これを具体化する環境基本計画を策定中です。さらにわが国は、昨年アジェンダ21行動計画も発表致しましたが、これに沿ってこれからも、国連環境開発会議でも約束した環境分野のODAの強化・充実に努めるとともに、環境に優しい社会作りを進めて行く予定です。

議長、

私は、今回の会議における主要テーマの一つは、リプロダクティブ・ヘルスであると認識しています。わが国においては、女性の地位向上、意思決定過程への参画を促進する等の観点から、基本的人権を尊重した人口問題へのこの考え方は重要と考えます。

わが国は、このリプロダクティブ・ヘルスに関する活動に力を注いでおり、一貫して男女平等の教育を行ってきた他、母子健康手帳の交付など一連の母子保健システムにおいて、女性及び次世代を担う子供の健康向上のために、思春期から妊娠、出産、子供の健康についての健診・相談・指導の機会を設け、これらを実施することにより、その健康保持および増進を図ってきております。このような施策により、女性の正確な情報に基づく選択・意思決定が可能となり、男性の行動の在り方の改善と併せ、乳児死亡率、出生率の低下等がもたらされていると考えております。

リプロダクティブ・ヘルスとの関連では、エイズも人口問題の重要な地位を占めていますが、この関連で先月わが国において「第十回国際エイズ会議」が開催されたことも付言させていただきます。

議長、

わが国は、近年、NGO活動の重要性を強く認識しております。NGOは、政府や国際機関が必ずしも十分に対応できないところで地域に根付いた活動を展開しており、今や政府や国際機関とは補完関係にあると言っても過言ではありません。また、わが国は、今後とも、プロジェクトを形成する段階からの対話も含め、人口分野での二国間協力においてNGOによる草の根レベルでのプロジェクトの支援を強化していきたいと考えており、NGOとの二つした関係の構築は国際的にも重要であると考えます。

議長、

わが国は、これまで開催された各種準備会合を経て策定された新しい行動計画案を支持するものであります。私は、今次会議においてこの行動計画案が全会一致で採択され、全世界が二十一世紀に向け一体となって人口問題に取り組める環境が整うことが必要と考えます。行動計画案には、未だ合意に至っていない点が残っていますが、私は、それらの点について、参加各国が、世界の人口問題の現状を認識し、この会議に於いて現実的対応を行っていくことを強く訴えたいと思います。

議長、

次に、わが国の人口問題に対する具体的な取組みにつき述べたいと思います。わが国は、第二次世界大戦直後に人口急増に直面し、これを自助努力により解決し、その後の経済成

長を成し遂げた国として、また最近、他の先進国と同様に、急速な高齢化に取り組まねばならない国内的事情から、従来より人口問題に深い関心を有しております。この戦後の人口問題の解決にあたっては、NGO、草の根的な地域レベルでの保健婦・助産婦等による家族計画の普及活動のみならず、戦前からの男女の教育水準の向上、母子保健に代表されるようなプライマリー・ヘルスケアの促進が重要な役割を果たしたことを申し上げたいと思います。人口問題の解決に向けては、生活水準の向上とともに、こうした地道な活動が非常に大切であると考えます。わが国は、平和国家として、このような経済・社会分野をはじめとする、わが国の得意な分野での取組みを中心として、その国際貢献を積極的に進めて参りたいと考えます。

また、本会議の成功に向けわが国は、本年初頭に、国連人口基金と共催で「人口問題に関する東京賢人会議」を開催し、東京宣言を発表して、行動計画案の作成に貢献を行ったほか、今次会議及び同時に開催されるNGOフォーラムへの支援等積極的に協力を行っております。

議長、

わが国は、人類の重要課題である人口問題への取組みは、わが国が力を発揮できるものであり、またその使命と考えています。その具体的な決意の現れとして、政府開発援助の最大供与国であるわが国は、人口とエイズの分野における途上国援助に関する「地球規模問題イニシアティブ」を本年二月に打ち出しました。これは、一九九四年度から二〇〇〇年度までの七年間でこれら分野へのODAを総額三〇億ドルを目途に積極的な協力を進めていくものです。これらの問題でわが国のパートナーとして協議を行ってきた米国は九〇億ドルの協力を表明しています。わが国はこれにより、米国と共に人口・エイズという人類共通の課題に対する世界的な取組みを促進して参りたいと考えております。私は、このわが国のアピールに対し、多くの国々、国際機関、NGOの方々が応えていただき、人口問題への取組みが世界の大きな潮流になることを強く希望するものです。

私は、この会議の成功を踏まえ、わが国がこのように今後も人口問題に対し積極的に取り組んでいくことを表明して演説を終了したいと思います。

ご静聴有り難うございました。

(未定稿)

国際人口・開発会議「行動計画」骨子 (英文原文約110頁)

第1章(前文)

人口、開発、環境の相互関連についての認識の高まりにつれ持続可能な成長を促進し、地球規模の問題を解決することの重要性がかつてないほど高まっている。現在、未曾有の人口増加、貧困、社会経済上の不平等・不経済な消費が原因で環境状態が悪化しており、地球上の新たな脅威の一つとなっている。

第2章(原則)

行動計画に含まれる勧告の実施は、各国が主権に基づき、それぞれの宗教的価値観や文化を尊重しながら実施する。

第3章(人口と持続的な経済成長と持続可能な開発の相関関係)

人口問題は、あらゆるレベルで経済・社会開発や環境に関連する全ての政策やプログラムの策定および実施に統合されるべきである。人口問題を経済と開発の戦略に統合させることは、持続可能な成長のペースを促進するばかりでなく人口問題の目的の達成に貢献することになる。

第4章(性別間の平等)

女性の地位の向上は持続可能な開発の達成に不可欠である。特に教育、健康・経済上の機会の女性の地位の向上と改善は、生殖活動といった分野や、必要不可欠な分野における意思決定の能力を高めることとなり、人口計画の長期的な成功にとって不可欠。各国政府は、女性の教育、職業訓練、雇用拡大等を通じ、女性を政治的、社会的、経済的なあらゆる活動の完全なパートナーとなるように最大限の努力をしなければならない。

第5章(家族・その役割・構成・構造)

地球規模での人口上、社会的、経済上の急激な変化のため、家族の編成のパターンや家庭生活は、大きな変化にみまわれている。この結果、多くの社会で家族の構成や構造が変化している。しかし、あらゆる家族は、社会の基本的な単位として、社会・経済上の変化から保護される権利を有する。各国政府の政策は、家族の多様化しているニーズを十分に考慮したものにならないとなければならない。

第6章(人口増加と人口の構造)

人口の絶対数の増加のレベルは、未曾有であり、毎年的人口増加は9千万人を超える。地域、国、世界レベルの開発の持続性を許す状況を創造するため、個人個人の権利、責任を十分に尊重しつつ、人口増加・出生率・死亡率の各国間および地域間での格差を削減し、出来るだけ早急に世界の人口の安定を達成するためにするように各国間の協力を通じて努力しなければならない。

第7章(リプロダクティブ・ライツ、

(リプロダクティブ・ヘルス、家族計画)

適切なリプロダクティブ・ライツ、リプロダクティブ・ヘルス、プライマリ・ヘルスケアとリプロダクティブ・ヘルスケアの確立、即ち安全で満足な性生活を営みつつ、いつ、また、何人の子どもを生むかにつき自由な責任を有し、そのために必要な手段や情報を得られることを意味する。高度な情報、医療サービスの準備を確実にすることにより、個人と夫婦が出

産する能力及び出生率を調整する能力を持つこと、お互いに協力的で尊敬できる性関係を通じて、自分たちの生活が豊かになるよう努力するべきである。政府は、早急に国や地方自治体の援助により適切な家族計画の普及、情報に基づいた選択、教育を提供し、経済的に入手可能なサービスが利用できる状態を作り、カウンセリングを充実させるべきである。

第8章（健康と死亡）

多くの人々がプライマリー・ヘルスケアの恩恵を受けることができたようになったことにより、平均余命の伸びは世界全体でおよそ20年伸び、生後1年間の死亡率は2/3近く減少した。妊産婦死亡率においては、全世界で年間およそ50万人の女性が妊娠に関連する原因で死亡しており、そのうち99%は、途上国の女性であり、早急にこの格差を縮小しなければならない。妊娠中絶は、如何なる場合にも家族計画の手段として促進してはならない。望まない妊娠を防ぐことは最優先課題であり、中絶の必要をなくすためにあらゆる措置を講じなければならない。望まない妊娠をした女性のために信頼できる情報とカウンセリングの提供が必要。中絶に関する施策や変更の決定は、国や地域レベルにおいて行われる。法に反しない場合の中絶は、安全なものでなければならない。

第9章（人口の分布、都市化、人口の国内移動）

近年、農村一都市部への移動が顕著になってきているが、これが多くの途上国における急激な都市化を産んでいる。政府は、人口分布政策を策定する際、自分の選択した地域社会に住み、仕事をするという個人の権利を尊重する一方、開発戦略が人口分布に与える影響を考慮に入れなければならない。

第10章（国際的な人口移動）

途上国から移動する人々の数は、世界全体で1億2500万人を超え、そのおよそ半分が途上国からの流出と見られる。移動によって、送り出し国及び受入れ国双方にプラスの影響がある。但し、受入れ国・送り出し国双方とも、経済成長を維持し、持続可能な開発を促進する政策を通じ、全ての人々が、自国内で生計を立てる基盤を作り、不本意な出国をなくす努力は必要である。

非合法移民、即ち受入れ国が設定した入国・滞在・経済活動の条件を満たさないために正規の移民と認められない人々に関しては、彼等が不当に利用されることを防止し、基本的人権が守られるように努力されなければならない。移民が家族を呼び寄せる権利は子どもの権利条約などに従う。

第11章（人口問題に関する情報、教育およびコミュニケーション）

効果的な情報、教育、コミュニケーション活動は、幅広い伝達経路を通じて行われており、全ての性の平等、家族の責任環境の重視等の概念を浸透させる際に重要な働きをする。人口に関する問題を地域・国・世界レベルの討議において、より多くの民衆参加を実現するため

に、国家機関ならびに国際社会が、情報技術の広範な普及と国内および国家間における情報の交流の自由化を保証しなければならない。

第12章（技術と研究・および開発）

各国は、適切な新しいデータ技術を活用し、人口に関するデータの収集・分析を遂行できるよう国内の能力を向上させるべきである。生物医学上のリサーチは、より多くの人々に出生率を抑制に関するより幅広い安全かつ効果的な現代的な方法をもたらすのに役立ってきた。このリサーチは、あらゆるレベルにおいて使用者のニーズに合わせて進められると同時に、国際的に認められた生物医学のための倫理・医療・科学上の基準に沿って遂行されなければならない。

第13章（国別行動）

各国政府は、国民の懸念を全ての該当する国家的開発プログラムに盛り込み、関心を示している一般大衆の、人口分野の活動計画の策定・実施への参加を促進しなければならない。人口政策推進のため必要な資金総額は170億ドル（2000年）、185億ドル（2005年）、205億ドル（2010年）、217億ドル（2015年）と増加。この資金調達のため、約3分の1を国際援助で賄うとともに、政府支出の社会部門に振り向ける費用や、政府開発援助（ODA）に占める貧困救済プロジェクトの比率を高めることが求められる。

第14章（国際協力）

人口分野での国際協力は、過去20年間に成熟するにつれて協力を提供する地域共同体、NGOや民間部門の組織の参加が着実に増えている。各国は人口・開発で国際協力を優先させ、内外の非政府組織や民間との協力を調整する。

第15章（非政府団体とのパートナーシップ）

人口・開発問題に効果的に対処するには、政府と人口・開発問題の目的や活動の具体化、実施を支援する民間団体（地方、国、国際レベルの非営利団体や利益指向の民間部門）との広範囲で実体のあるパートナーシップが必要である。また、多くの非政府組織が持っている経験、能力、専門知識は、十分に認識されている。同時に、政府のチャンネルでは、到達が困難な人々に根ざし、政府機関と比較した非政府団体の利点は正当に認識されている。更なる政府・非政府団体間の相互の協力と連絡を促進しなければならない。

第16章（フォローアップ）

「国際人口・開発会議」の重要性は、会議の合意事項を行動に移すという、政府、非政府部門、国際社会、その他の関係する組織や個人の熱意に大いに依存することになるだろう。各国政府、非政府組織、国連の機関、その他の関係者は、この活動プログラムの完全なる普及に最大限の努力をしなければならない。

（了）

附録3. カイロ『行動計画』における「リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツ」の定義（第7章のパラグラフ7-2と7-3の仮訳）

7-2. リプロダクティブ・ヘルス（reproductive health）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、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、子どもを持つか持たないか、いつ持つか、何人持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が提供される権利が含まれる。このようなリプロダクティブ・ヘルスの定義に則すと、リプロダクティブ・ヘルス・ケア（reproductive health care）は、リプロダクティブ・ヘルスの達成に役立つ方法、技術、サービスの総体を指し、これによってリプロダクティブ・ヘルスに関わる問題を予防し解決することを意味する。この概念はセクシュアル・ヘルス（sexual health）の考え方も含むが、後者の目的は個人の生と人間関係の高揚にあり、単に生殖や性感染症に関連するカウンセリングや予防に限られるものではない。

7-3. 上記の定義を念頭に置くならば、リプロダクティブ・ライツ（reproductive rights）は、国内法、人権に関する国際的文書ならびに合意した他の文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利の根幹は、すべてのカップルと個人が自分達の子どもの数と出産間隔ならびに出産時期を自由にかつ責任をもって決め、そのための情報と手段をもつ基本的権利、ならびに最高度のセクシュアル・ヘルスならびにリプロダクティブ・ヘルスを享受する権利にある。これは又人権に関する文書で表明された、万人が差別、強制、暴力を受けることなく出産に関する決定を行なう権利を含む。このような権利の行使にあたっては、現在の子ども達ならびにこれから生まれてくる子孫のニーズと社会に対する責任に対して考慮を払わねばならない。すべての人々がこのような権利を責任をもって行使できるようにすることが、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの領域における政府と地域社会が支援する政策と実施プログラムの根底になければならない。そのような政策の一環として、相互に尊重しあう対等の男女関係の促進、とりわけ思春期の若者の教育やサービス面でのニーズに応え、彼（女）らが性の問題に積極的かつ責任感をもって取り組めるよう十分な配慮が払われねばならない。リプロダクティブ・ヘルスは、以下のような理由から世界中の多くの人々が享受できないでいる。すなわち、人間の性に関する不十分な知識、リプロダクティブ・ヘルスについての不適切で質の低い情報とサービス、危険の多い性行動の蔓延、差別的な社会慣習、女性・少女に対する否定的態度、自らの性と出産に関して女性・少女が限られた決定権しかもたないこと、などである。ほとんどの国の思春期の若者は情報とサービスの不足により特に傷つき易い状態におかれている。比較的高齢の男女はセクシュアル・ヘルスとリプロダクティブ・ヘルスについての特有の問題を抱えているが、適切な対応がなされていない場合が多い。

附録4. カイロ『行動計画』における人工妊娠中絶についての考え方
(第8章のパラグラフ8・25の仮訳)

8・25. いかなる場合も、中絶を家族計画の手段として奨励すべきではない。全ての政府、国際機関、非政府組織は、女性の健康に力を入れ、安全でない中絶 ***／が健康に及ぼす影響を、主要な公衆衛生面での問題として処理し、家族計画の拡大と改善を通じ、中絶への依存を軽減するよう、強く求められる。望まない妊娠の防止は、常に最優先課題とし、中絶の必要性を根絶するため、あらゆることを試みるべきである。望まない妊娠をした女性は、信頼の置ける情報と思いやるのあるカウンセリングを、すぐに利用できるようにすべきである。保健制度内における中絶に関連する何らかの施策の決定またはその変更は、国の法的手順に従い、国または地方レベルでのみ行うことができる。中絶が法律に反しない場合、中絶は安全であるべきである。あらゆる場合に、中絶によって生じる併発症を食い止めるために、女性が質の高いサービスを利用できるようにすべきである。中絶後のカウンセリング、教育、家族計画サービスを即座に提供し、中絶の繰り返しを回避できるようにする。

脚注 ***／安全でない中絶とは、必要な技能を欠いた人物により、あるいは最低限の医療基準を満たしていない環境で、もしくはその両方の条件のもとで、望まれない妊娠を終わらせる手順と定義される。(WHO/MSM/92.5)

附録5. カイロ『行動計画』における今後20年間の人口プログラムのコスト負担

年次	人 口 プ ロ グ ラ ム の コ ス ト				総費用	途上国の負担	先進国の負担
	家族計画 のコスト	家族計画 以外のリ ンク・クリ アンス	性感染症予防 のための情報 ・教育・コミュニ ケーションとコト・ーム 配布	人口データ の収集・ 分析・広報			
1991					----		\$13億
2000	\$102億	\$50億	\$13億	\$ 5 億	\$170億	\$113億	\$57億
2005	\$115億	\$54億	\$14億	\$ 2 億	\$185億	\$123億	\$61億
2010	\$126億	\$57億	\$15億	\$ 7 億	\$205億	\$137億	\$68億
2015	\$138億	\$61億	\$15億	\$ 3 億	\$217億	\$145億	\$72億

(注)コストはU S ドルで表示。1991年は実績。

最近の人口動態

平成5年調査（確定数）

I 人口動態総覧

人口動態総覧

	実 数			率		平 均 発 生 間 隔	
	平 成 5 年	平 成 4 年	対 前 年 増 加	平 成 5 年	平 成 4 年	平 成 5 年	平 成 4 年
出 生	1 188 282	1 208 989	-20 707	9.6	9.8	分 秒 27"	分 秒 26"
男	610 244	622 136	-11 892	10.0	10.3	52"	51"
女	578 038	586 853	-8 815	9.2	9.3	55"	54"
合計特殊出生率	・	・	・	1.46	1.50	・	・
死 亡	878 532	856 643	21 889	7.1	6.9	36"	37"
男	476 462	465 544	10 918	7.8	7.7	1' 06"	1' 08"
女	402 070	391 099	10 971	6.4	6.2	1' 18"	1' 21"
乳 児 死 亡	5 169	5 477	-308	4.3	4.5	101' 41"	96' 14"
新生児死亡	2 765	2 905	-140	2.3	2.4	190' 05"	181' 26"
自 然 増 加	309 750	352 346	-42 596	2.5	2.9	...	...
死 産	45 090	48 896	-3 806	36.6	38.9	11' 39"	10' 47"
自 然 死 産	20 205	21 689	-1 484	16.4	17.2	26' 01"	24' 18"
人 工 死 産	24 885	27 207	-2 322	20.2	21.6	21' 07"	19' 22"
周 産 期 死 亡	5 989	6 321	-332	5.0	5.2	87' 46"	83' 23"
妊娠満28週 以後の死産	3 954	4 191	-237	3.3	3.5	132' 56"	125' 45"
早期新生児 死亡	2 035	2 130	-95	1.7	1.8	258' 17"	247' 26"
婚 姻	792 658	754 441	38 217	6.4	6.1	40"	42"
離 婚	188 297	179 191	9 106	1.52	1.45	2' 47"	2' 56"

注1：出生・死亡・自然増加・婚姻・離婚率は人口千対、乳児・新生児・周産期死亡率は出生千対、死産率は出産（出生＋死産）千対である。

注2：合計特殊出生率とは、女子の年齢別出生率を合計した値で、1人の女子が、その年次の年齢別出生率で生むと仮定した場合の、一生の間に生む平均子ども数を表すものである。

資料：厚生省「人口動態統計」

Ⅱ 出生から

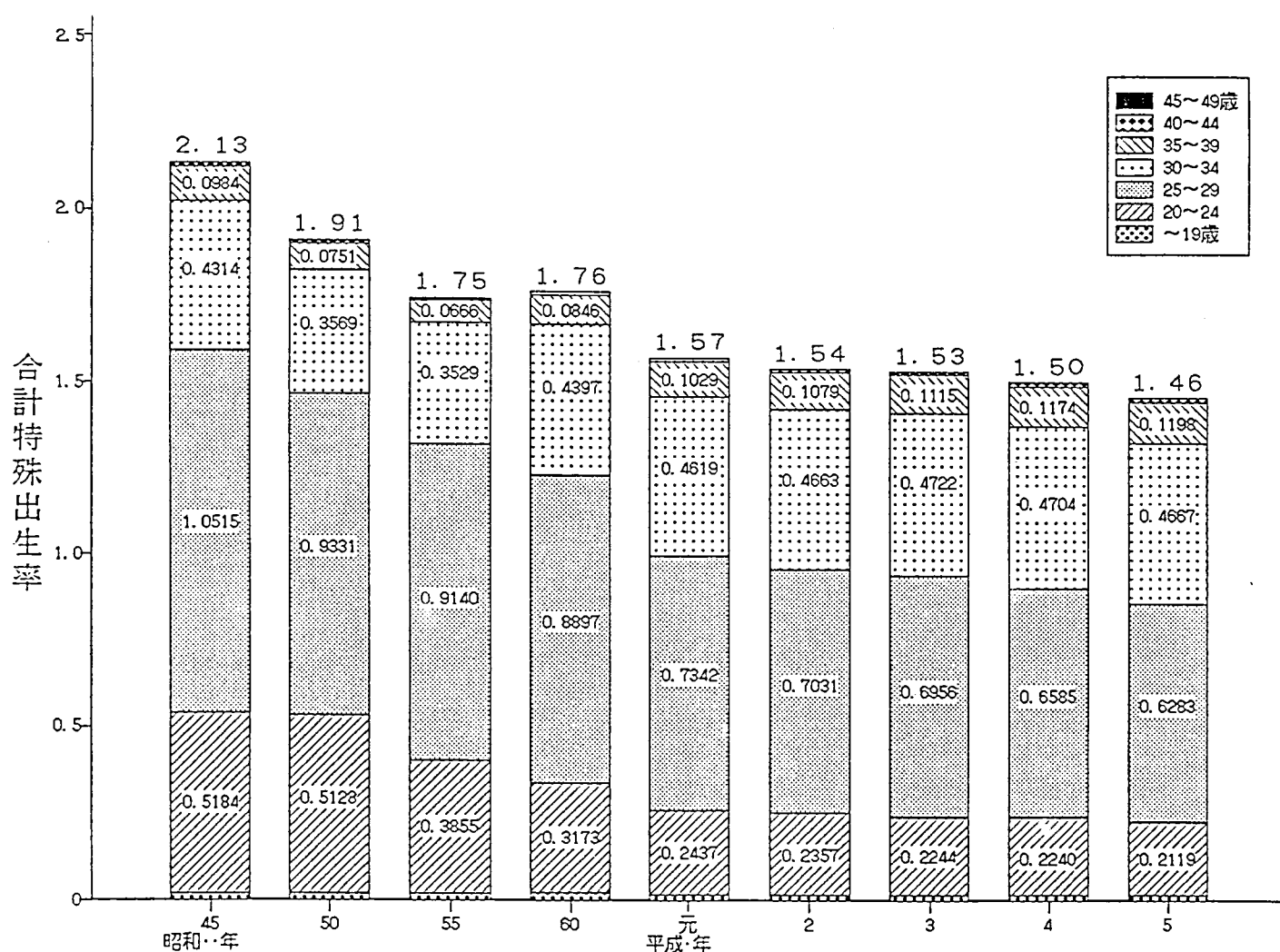
1 合計特殊出生率の年次推移

合計特殊出生率は、昭和46年から49年の第2次ベビーブーム期には、2を維持していたが、以後低下し続け、平成元年は1.57、4年は1.50、5年は1.46となった。

その低下の様子を母の年齢階級別でみると、20歳代の出生率の著しい低下による影響が大きく、30歳代の出生率の上昇も及ばず、全体として合計特殊出生率を引き下げている状況がみられる。

晩産化が進むことにより出産年齢が高くなり、合計特殊出生率が低下していることがうかがえる。

合計特殊出生率の年次推移



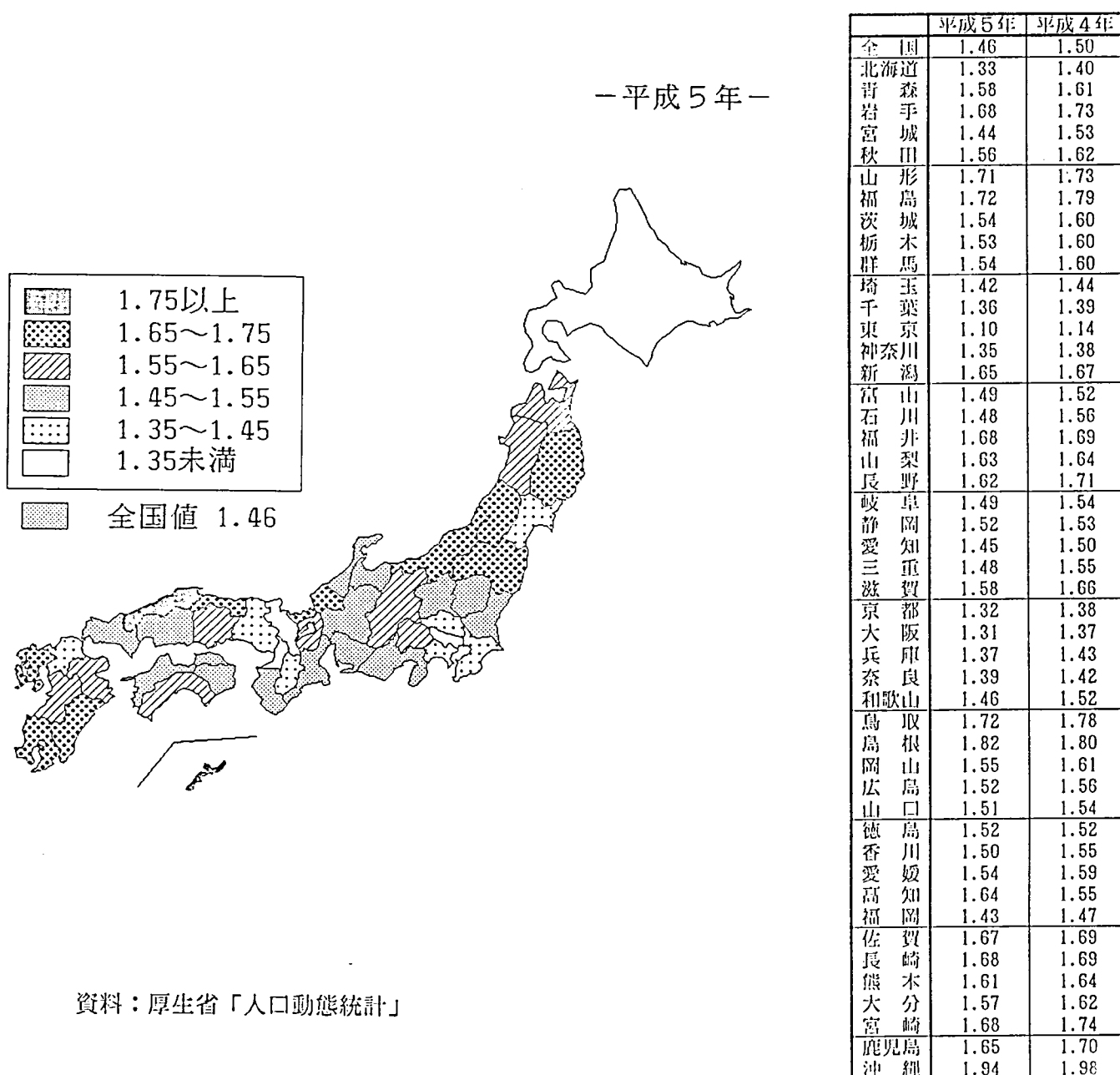
資料：厚生省「人口動態統計」

2 都道府県別合計特殊出生率

平成5年の合計特殊出生率を都道府県別にみると、合計特殊出生率が高いのは沖縄（1.94）、島根（1.82）、福島（1.72）、鳥取（1.72）、山形（1.71）などで、低いのは東京（1.10）、大阪（1.31）、京都（1.32）、北海道（1.33）、神奈川（1.35）などの大都市圏に多い。

前年に比べて上昇したのは高知（1.55→1.64）、島根（1.80→1.82）の2県で、また、同率は徳島（1.52）となっており、その他の都道府県ではいずれも低下した。

都道府県別合計特殊出生率



Ⅲ 死亡から

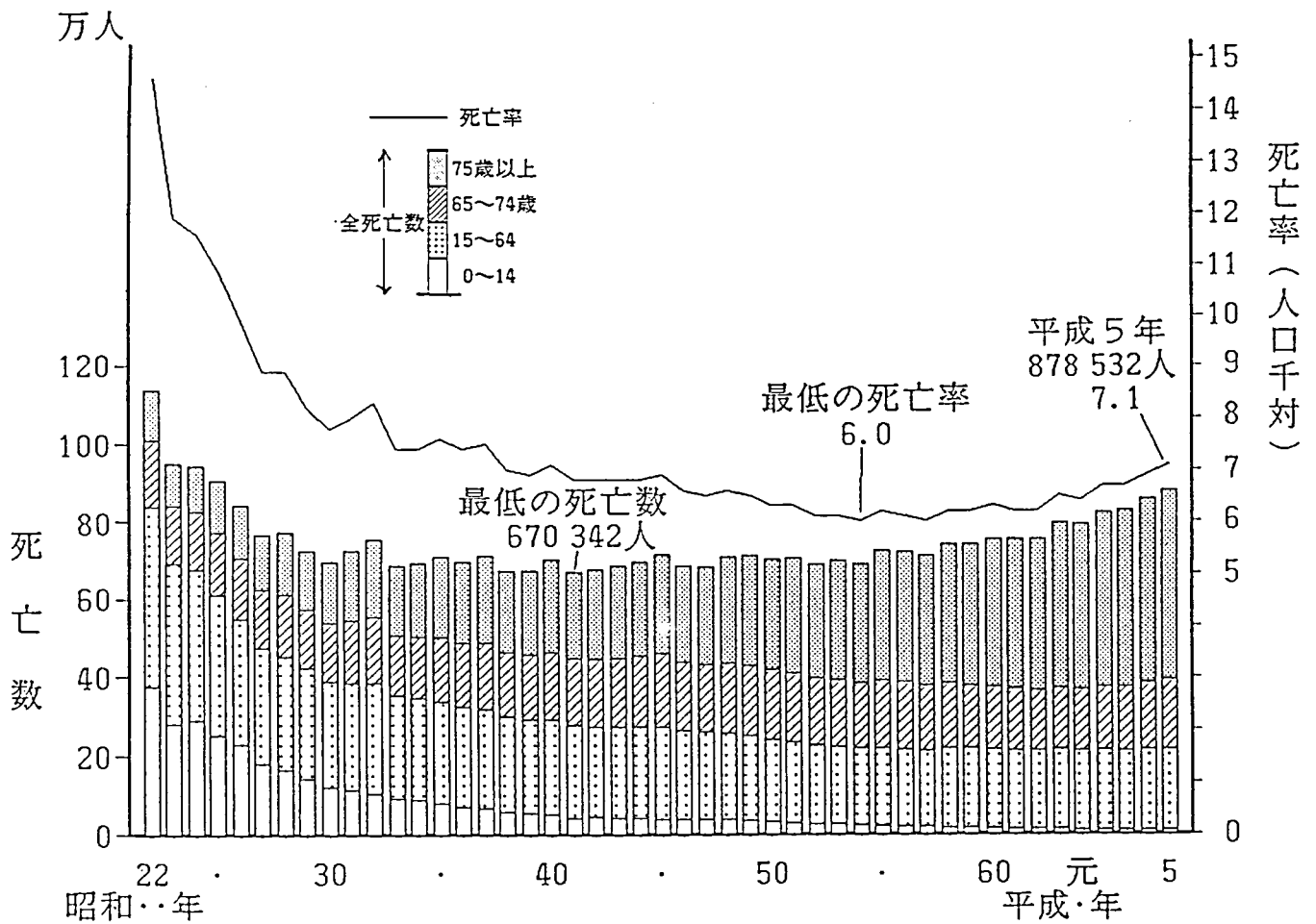
1 死亡数・死亡率の年次推移

死亡数は、昭和20年代末から50年代の約30年間、ほぼ70万人前後で推移して以来、増加傾向を示し、平成2年以降は80万人台にのぼり、5年は約88万人となった。

これを年齢階層で見ると、戦後の昭和20年代に多かった0～14歳の若年での死亡が、その後、激減する一方、近年の人口の高齢化を反映して、75歳以上の死亡の増加が顕著である。

死亡率は、戦後急速に改善し、昭和41年からの約30年間は、人口千人当たり6台で推移していたが、平成5年は7.1となった。

死亡数・死亡率の年次推移



資料：厚生省「人口動態統計」

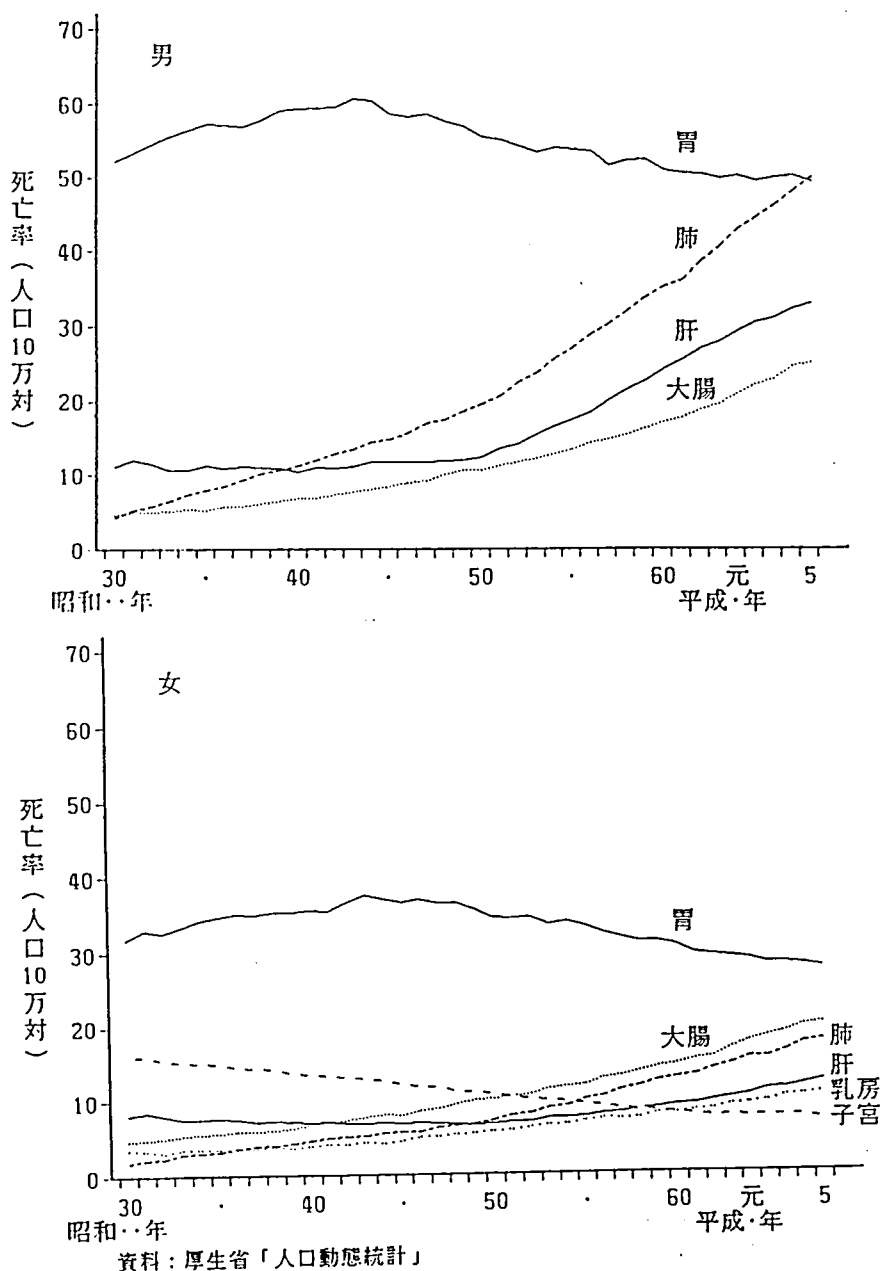
2 悪性新生物の主な部位別死亡率の年次推移

悪性新生物の主な部位別人口10万人当たり死亡率を性別にみたものである。

平成5年の男では、肺がんが人口10万人当たり 50.1、次いで胃がん 49.4、肝がん 33.0 となった。肺がんは、戦後、一貫して上昇し続け、昭和40年には肝がんを抜き第2位に、平成5年には胃がんを抜いて第1位となったものである。肝がん、大腸がんは、肺がんが続いて上昇し、胃がんは、昭和43年をピークに改善を続けている。

女では、胃がん 27.5、大腸がん 20.0、肺がん 17.6 となった。男と同様に、大腸がん、肺がんの上昇が顕著であり、胃がんは昭和44年以降、改善を続けている。なお、乳がんは上昇傾向を示し、昭和61年には子宮がんを抜いている。

悪性新生物の主な部位別死亡率

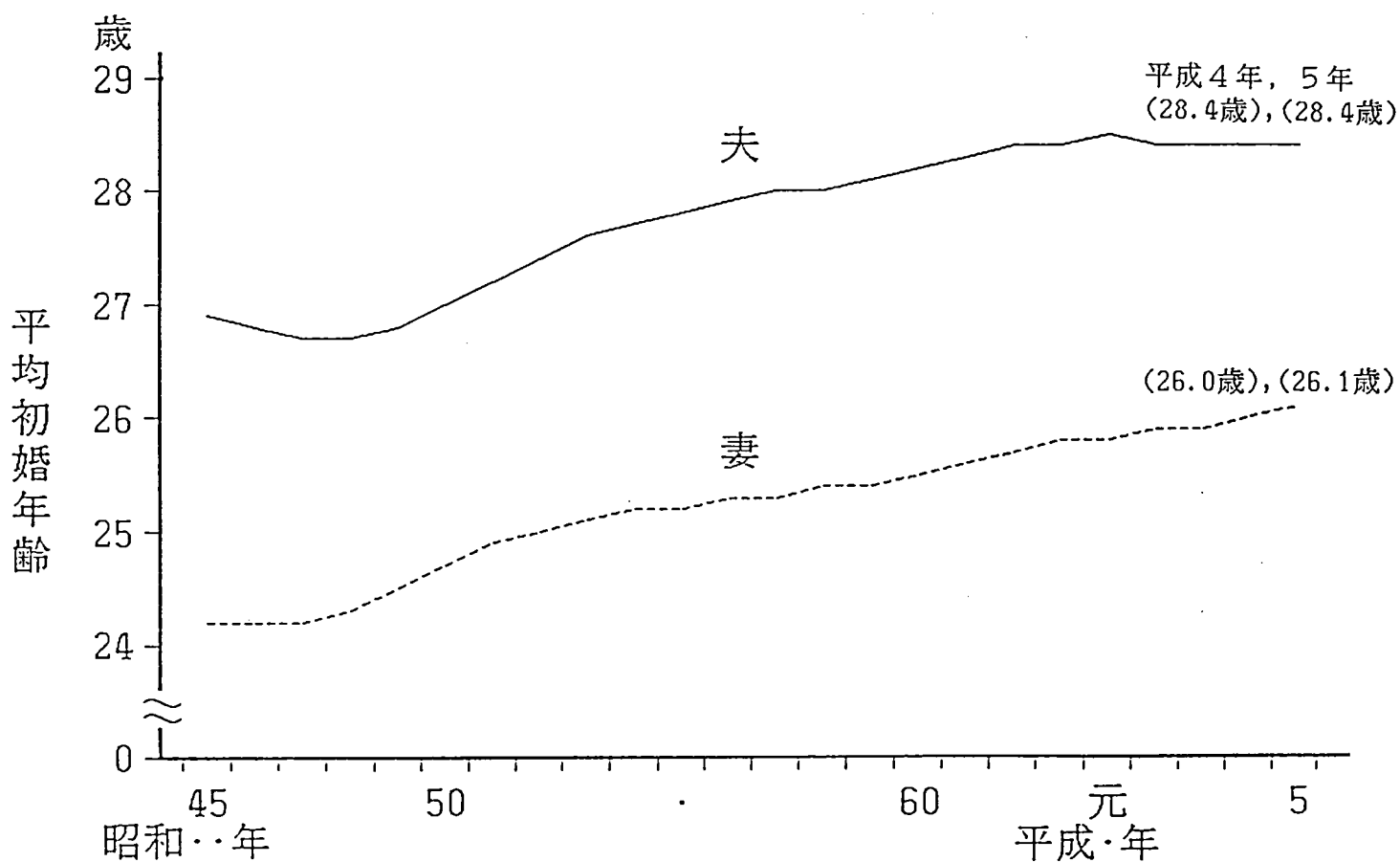


IV 婚姻から

平均初婚年齢の年次推移

第2の婚姻ブームの昭和47年の平均初婚年齢は、夫26.7歳、妻24.2歳であったが、夫妻ともに晩婚化が進み、平成5年は、夫28.4歳、妻26.1歳となった。この20年間で夫が1.7歳、妻が1.9歳高くなっているが、近年、夫は横這い傾向にある。

平均初婚年齢の年次推移



資料：厚生省「人口動態統計」

Ⅴ 離婚から

同居期間別離婚件数の年次推移

同居期間別離婚件数は、昭和40年前後から各期間とも増加が著しく、58年をピークに減少に転じたものの、近年は再び増加傾向をみせている。

平成5年をみると、同居5年未満が最も多く7万2千組、次いで20年以上が3万組であった。これを20余年前の昭和45年と比較すると、同居5年未満は1.5倍、20年以上は5.9倍に増加し、いわゆる熟年期における離婚の増加が目立つ。

平成5年と前年との比較では、近年の婚姻の増加の影響から、同居5年未満が4千組（増加率5.4%）増加し、また、20年以上も2千組（7.8%）の増と、引き続き高い増加率をみせている。

同居期間別離婚件数の年次比較

同居期間	昭和45年	55	4	5	対前年 増 減	対前年 増加率 (%)
総 数	95 937	141 689	179 191	188 297	9 106	5.1
5年未満	49 489	52 597	68 385	72 094	3 709	5.4
1年未満	14 523	12 990	13 788	13 941	153	1.1
1～2	11 149	11 427	15 907	16 741	834	5.2
2～3	9 193	10 211	15 067	15 643	576	3.8
3～4	7 772	9 204	13 041	13 867	826	6.3
4～5	6 852	8 765	10 582	11 902	1 320	12.5
5-10年	23 299	39 034	37 078	38 608	1 530	4.1
10-15年	11 898	24 425	23 445	24 838	1 393	5.9
15-20年	5 858	14 088	20 791	20 687	-104	-0.5
20年以上	5 072	10 883	27 553	29 691	2 138	7.8
20～25	...	6 573	16 191	17 162	971	6.0
25～30	...	2 682	7 324	7 861	537	7.3
30～35	...	1 164	2 630	3 030	400	15.2
35～	...	464	1 408	1 638	230	16.3

注：総数には同居期間不詳を含む。

資料：厚生省「人口動態統計」

平成 5 年
人口動態統計（確定数）の概況

本確定数は、6 月公表の「人口動態統計月報年計（概数）」に
都道府県等からの訂正報告に基づく修正を加えたものである。

厚生省大臣官房統計情報部

担当係：人口動態統計課 年報第 1・2 係

TEL 03-3260-3187 内線 344・345・346

目次

調査の概要	2
結果の概要	3
総覧	
第1表 人口動態総覧	3
第2表-1 人口動態総覧の年次推移	4
第2表-2 人口動態総覧(率)の年次推移	6
第3表-1 人口動態総覧, 都道府県(13大都市再掲)別	8
第3表-2 人口動態総覧(率), 都道府県(13大都市再掲)別	10
出生	
第4表-1 母の年齢各歳別にみた出生数の年次推移	12
第4表-2 母の年齢各歳別にみた出生率(女子人口千対)の年次推移	13
第5表-1 出生順位別にみた出生数の年次推移	14
第5表-2 出生順位別にみた出生数構成割合の年次推移	15
第6表-1 出生順位別にみた母の年齢階級別出生数の年次推移	14
第6表-2 出生順位別にみた母の年齢階級別出生率(女子人口千対)の年次推移	15
第7表 都道府県別にみた出生順位別出生数	16
第8表 父母の国籍別にみた出生数の年次推移	17
婚姻	
第9表 初婚・再婚別にみた婚姻件数の年次推移	18
第10表-1 夫妻の年齢階級別にみた初婚件数の年次推移	19
第10表-2 夫妻の年齢階級別にみた初婚率(人口千対)の年次推移	19
第11表 夫妻の平均婚姻年齢・年齢差の年次推移	20
第12表 初婚夫妻の年齢差別にみた婚姻件数の年次推移	20
第13表 都道府県別にみた夫妻の平均初婚年齢の年次推移	21
第14表 夫妻の国籍別にみた婚姻件数の年次推移	22
離婚	
第15表 同居期間別にみた離婚件数及び平均同居期間の年次推移	23
第16表 別居したときの夫妻の年齢階級別にみた離婚件数	24
第17表 夫妻の国籍別にみた離婚件数	25
死亡	
第18表 性・年齢階級別にみた死亡数・死亡率(人口10万対)	26
第19表 性・年齢階級別にみた配偶関係別死亡数の構成割合	27
第20表 死亡の場所別にみた死亡数の年次推移	28
第21表 都道府県別にみた死亡の場所別死亡数	29
第22表 死因順位第10位までの性別死亡数・死亡率(人口10万対)	30
第23表 死因順位第5位までの死亡数・死亡率(人口10万対)の年次推移	31
第24表 死因順位第5位までの性・年齢階級別死亡数・死亡率(人口10万対)	32
第25表 主な死因の死亡の場所別死亡数の年次推移	35
第26表 死因(簡単分類)別にみた性別死亡数・死亡率(人口10万対)	36
第27表-1 特定死因の性・年齢階級別死亡数	40
第27表-2 特定死因の性・年齢階級別死亡率(人口10万対)	44
第28表 主な死因の都道府県別死亡数・死亡率(人口10万対)	48
第29表 主な死因の性別死亡率(人口10万対)の年次推移	50
第30表-1 悪性新生物の主な部位別にみた性別死亡率(人口10万対)の年次推移	51
第30表-2 悪性新生物の主な部位別にみた性別年齢調整死亡率(人口10万対)の年次推移	52
別表 日本における外国人の死亡	53
付表 分母に用いた人口	54

調査の概要

- 1 調査の目的 我が国の人口動態事象を把握し、人口及び厚生行政施策の基礎資料を得ることを目的とする。
- 2 調査の対象及び客体
「戸籍法」及び「死産の届出に関する規程」により届け出られた出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の全数を対象としているが、本概況では、平成5年に日本において発生した日本人の事件を集計したものである。
- 3 調査の期間 平成5年1月1日から同年12月31日
- 4 調査の方法 市区町村長は、出生、死亡、婚姻、離婚及び死産の届書に基づいて人口動態調査票を作成する。
- 5 報告の系統 厚生省 ———— 都道府県・指定都市 ———— 保健所 ———— 市区町村
 └————— 政令市・特別区 ————┘
- 6 結果の集計 集計は、厚生省大臣官房統計情報部で行った。

利用上の注意

- 1 印刷公表している人口動態統計の資料は次の通りである。

人口動態統計速報 数値：調査票を作成した数 集計客体：日本における日本人 日本における外国人 外国における日本人 (前年以前発生のものを含む) 公表：毎月 (調査月の約2か月後)	人口動態統計月報 数値：概数 集計客体：日本における日本人 (前年以前発生ものを除く) 公表：毎月 (調査月の約5か月後) ：毎年(年間合計) (調査年の翌年6月)	人口動態統計年報 数値：確定数 (概数に修正を加えたもの) 集計客体：日本における日本人 日本における外国人 外国における日本人 (前年以前発生のものを含む) 公表：毎年(調査年の翌年9月)
---	---	---

2 表章記号の規約

計数のない場合	—
統計項目上ありえない場合	.
計数不明または計数を表章することが不適当な場合	…
表章単位の2分の1未満の場合	0.0

3 用語の説明

自然増加：出生数から死亡数を減じたもの
 乳児死亡：生後1年未満の死亡
 新生児死亡：生後4週未満の死亡
 早期新生児死亡：生後1週未満の死亡
 死産：妊娠満12週以後の死児の出産
 周産期死亡：妊娠満28週以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの

結果の概要

第1表 人口動態総覧

	実 数			率		平均発生間隔	
	平成5年	平成4年	対前年 増加	平成 5年	平成 4年	平成5年	平成4年
出 生	1 188 282	1 208 989	-20 707	9.6	9.8	分 秒 27"	分 秒 26"
男	610 244	622 136	-11 892	10.0	10.3	52"	51"
女	578 038	586 853	-8 815	9.2	9.3	55"	54"
死 亡	878 532	856 643	21 889	7.1	6.9	36"	37"
男	476 462	465 544	10 918	7.8	7.7	1' 06"	1' 08"
女	402 070	391 099	10 971	6.4	6.2	1' 18"	1' 21"
乳児死亡	5 169	5 477	-308	4.3	4.5	101' 41"	96' 14"
新生児死亡	2 765	2 905	-140	2.3	2.4	190' 05"	181' 26"
自 然 増 加	309 750	352 346	-42 596	2.5	2.9	…	…
死 産	45 090	48 896	-3 806	36.6	38.9	11' 39"	10' 47"
自然死産	20 205	21 689	-1 484	16.4	17.2	26' 01"	24' 18"
人工死産	24 885	27 207	-2 322	20.2	21.6	21' 07"	19' 22"
周産期死亡	5 989	6 321	-332	5.0	5.2	87' 46"	83' 23"
妊娠満28週 以後の死産	3 954	4 191	-237	3.3	3.5	132' 56"	125' 45"
早期新生児 死亡	2 035	2 130	-95	1.7	1.8	258' 17"	247' 26"
婚 姻	792 658	754 441	38 217	6.4	6.1	40"	42"
離 婚	188 297	179 191	9 106	1.52	1.45	2' 47"	2' 56"

注：出生・死亡・自然増加・婚姻・離婚率は人口千対、乳児・新生児・周産期死亡率は出生千対、死産率は出産（出生＋死産）千対である。

第2表－1 人口動態総覧の年次推移

年次 ¹⁾	出生数	死亡数	自然増加数	乳児死亡数	新生児 死亡数
昭和22年	2 678 792	1 138 238	1 540 554	205 360	84 204
23	2 681 624	950 610	1 731 014	165 406	73 855
24	2 696 638	945 444	1 751 194	168 467	72 432
25	2 337 507	904 876	1 432 631	140 515	64 142
26	2 137 689	838 998	1 298 691	122 869	58 686
27	2 005 162	765 068	1 240 094	99 114	51 015
28	1 868 040	772 547	1 095 493	91 424	47 580
29	1 769 580	721 491	1 048 089	78 944	42 726
30	1 730 692	693 523	1 037 169	68 801	38 646
31	1 665 278	724 460	940 818	67 691	38 232
32	1 566 713	752 445	814 268	62 678	33 847
33	1 653 469	684 189	969 280	57 052	32 237
34	1 626 088	689 959	936 129	54 768	30 235
35	1 606 041	706 599	899 442	49 293	27 362
36	1 589 372	695 644	893 728	45 465	26 255
37	1 618 616	710 265	908 351	42 797	24 777
38	1 659 521	670 770	988 751	38 442	22 965
39	1 716 761	673 067	1 043 694	34 967	21 344
40	1 823 697	700 438	1 123 259	33 742	21 260
41	1 360 974	670 342	690 632	26 217	16 296
42	1 935 647	675 006	1 260 641	28 928	19 248
43	1 871 839	686 555	1 185 284	28 600	18 326
44	1 889 815	693 787	1 196 028	26 874	17 116
45	1 934 239	712 962	1 221 277	25 412	16 742
46	2 000 973	684 521	1 316 452	24 805	16 450
47	2 038 682	683 751	1 354 931	23 773	15 817
48	2 091 983	709 416	1 382 567	23 683	15 473
49	2 029 989	710 510	1 319 479	21 888	14 472
50	1 901 440	702 275	1 199 165	19 103	12 912
51	1 832 617	703 270	1 129 347	17 105	11 638
52	1 755 100	690 074	1 065 026	15 666	10 773
53	1 708 643	695 821	1 012 822	14 327	9 628
54	1 642 580	689 664	952 916	12 923	8 590
55	1 576 889	722 801	854 088	11 841	7 796
56	1 529 455	720 262	809 193	10 891	7 188
57	1 515 392	711 883	803 509	9 969	6 425
58	1 508 687	740 038	768 649	9 406	5 894
59	1 489 780	740 247	749 533	8 920	5 527
60	1 431 577	752 283	679 294	7 899	4 910
61	1 382 946	750 620	632 326	7 251	4 296
62	1 346 658	751 172	595 486	6 711	3 933
63	1 314 006	793 014	520 992	6 265	3 592
平成元年	1 246 802	788 594	458 208	5 724	3 214
2	1 221 585	820 305	401 280	5 616	3 179
3	1 223 245	829 797	393 448	5 418	2 978
4	1 208 989	856 643	352 346	5 477	2 905
5	1 188 282	878 532	309 750	5 169	2 765

注：1) 昭和47年以前は沖縄県を含まない。

2) 昭和23年、24年には自然・人工の不詳を含む。なお、*印は概数である。

死 産 数 ²⁾			周 産 期	婚 姻 件 数	離 婚 件 数	年 次
総 数	自 然	人 工	死 亡 数			
123 837	...	...	...	934 170	79 551	昭和22年
143 963	* 104 325	* 31 055	...	953 999	79 032	23
192 677	* 114 161	* 75 585	...	842 170	82 575	24
216 974	106 594	110 380	108 843	715 081	83 689	25
217 231	101 237	115 994	99 865	671 905	82 331	26
203 824	94 508	109 316	91 527	676 995	79 021	27
193 274	89 751	103 523	85 932	682 077	75 255	28
187 119	87 201	99 918	79 776	697 809	76 759	29
183 265	85 159	98 106	75 918	714 861	75 267	30
179 007	86 558	92 449	75 706	715 934	72 040	31
176 353	86 895	89 458	70 502	773 362	71 651	32
185 148	92 282	92 866	72 625	826 902	74 004	33
181 893	92 688	89 205	69 912	847 135	72 455	34
179 281	93 424	85 857	66 552	866 115	69 410	35
179 895	96 032	83 863	65 063	890 158	69 323	36
177 363	97 256	80 107	62 650	928 341	71 394	37
175 424	97 711	77 713	60 049	937 516	69 996	38
168 046	97 357	70 689	56 827	963 130	72 306	39
161 617	94 476	67 141	54 904	954 852	77 195	40
148 248	83 253	64 995	42 583	940 120	79 432	41
149 389	90 938	58 451	50 846	953 096	83 478	42
143 259	87 381	55 878	45 921	956 312	87 327	43
139 211	85 788	53 423	43 419	984 142	91 280	44
135 095	84 073	51 022	41 917	1 029 405	95 937	45
130 920	83 827	47 093	40 900	1 091 229	103 595	46
125 154	81 741	43 413	38 754	1 099 984	108 382	47
116 171	78 613	37 558	37 598	1 071 923	111 877	48
109 738	74 618	35 120	34 383	1 000 455	113 622	49
101 862	67 643	34 219	30 513	941 628	119 135	50
101 930	64 046	37 884	27 133	871 543	124 512	51
95 247	60 330	34 917	24 708	821 029	129 485	52
87 463	55 818	31 645	22 217	793 257	132 146	53
82 311	51 083	31 228	20 481	788 505	135 250	54
77 446	47 651	29 795	18 385	774 702	141 689	55
79 222	46 296	32 926	16 531	776 531	154 221	56
78 107	44 135	33 972	15 303	781 252	163 980	57
71 941	40 108	31 833	14 035	762 552	179 150	58
72 361	37 976	34 385	12 998	739 991	178 746	59
69 009	33 114	35 895	11 470	735 850	166 640	60
65 678	31 050	34 628	10 148	710 962	166 054	61
63 834	29 956	33 878	9 317	696 173	158 227	62
59 636	26 804	32 832	8 508	707 716	153 600	63
55 204	24 558	30 646	7 450	708 316	157 811	平成元年
53 892	23 383	30 509	7 001	722 138	157 608	2
50 510	22 317	28 193	6 544	742 264	168 969	3
48 896	21 689	27 207	6 321	754 441	179 191	4
45 090	20 205	24 885	5 989	792 658	188 297	5

第2表-2 人口動態総覧（率）¹⁾の年次推移

年次 ²⁾	出生率	死亡率	自然増加率	乳児死亡率	新生児死亡率	死産（出生千対）	
	（人口千対）			（出生千対）		総数	自然
昭和22年	34.3	14.6	19.7	76.7	31.4	44.2	...
23	33.5	11.9	21.6	61.7	27.5	50.9	* 36.9
24	33.0	11.6	21.4	62.5	26.9	66.7	* 39.1
25	28.1	10.9	17.2	60.1	27.4	84.9	41.7
26	25.3	9.9	15.4	57.5	27.5	92.2	43.0
27	23.4	8.9	14.4	49.4	25.4	92.3	42.8
28	21.5	8.9	12.6	48.9	25.5	93.8	43.5
29	20.0	8.2	11.9	44.6	24.1	95.6	44.6
30	19.4	7.8	11.6	39.8	22.3	95.8	44.5
31	18.4	8.0	10.4	40.6	23.0	97.1	46.9
32	17.2	8.3	8.9	40.0	21.6	101.2	49.9
33	18.0	7.4	10.5	34.5	19.5	100.7	50.2
34	17.5	7.4	10.1	33.7	18.6	100.6	51.3
35	17.2	7.6	9.6	30.7	17.0	100.4	52.3
36	16.9	7.4	9.5	28.6	16.5	101.7	54.3
37	17.0	7.5	9.5	26.4	15.3	98.8	54.2
38	17.3	7.0	10.3	23.2	13.8	95.6	53.3
39	17.7	6.9	10.7	20.4	12.4	89.2	51.7
40	18.6	7.1	11.4	18.5	11.7	81.4	47.6
41	13.7	6.8	7.0	19.3	12.0	98.2	55.2
42	19.4	6.8	12.7	14.9	9.9	71.6	43.6
43	18.6	6.8	11.8	15.3	9.8	71.1	43.4
44	18.5	6.8	11.7	14.2	9.1	68.6	42.3
45	18.8	6.9	11.8	13.1	8.7	65.3	40.6
46	19.2	6.6	12.6	12.4	8.2	61.4	39.3
47	19.3	6.5	12.8	11.7	7.8	57.8	37.8
48	19.4	6.6	12.8	11.3	7.4	52.6	35.6
49	18.6	6.5	12.1	10.8	7.1	51.3	34.9
50	17.1	6.3	10.8	10.0	6.8	50.8	33.8
51	16.3	6.3	10.0	9.3	6.4	52.7	33.1
52	15.5	6.1	9.4	8.9	6.1	51.5	32.6
53	14.9	6.1	8.8	8.4	5.6	48.7	31.1
54	14.2	6.0	8.3	7.9	5.2	47.7	29.6
55	13.6	6.2	7.3	7.5	4.9	46.8	28.8
56	13.0	6.1	6.9	7.1	4.7	49.2	28.8
57	12.8	6.0	6.8	6.6	4.2	49.0	27.7
58	12.7	6.2	6.5	6.2	3.9	45.5	25.4
59	12.5	6.2	6.3	6.0	3.7	46.3	24.3
60	11.9	6.3	5.6	5.5	3.4	46.0	22.1
61	11.4	6.2	5.2	5.2	3.1	45.3	21.4
62	11.1	6.2	4.9	5.0	2.9	45.3	21.2
63	10.8	6.5	4.3	4.8	2.7	43.4	19.5
平成元年	10.2	6.4	3.7	4.6	2.6	42.4	18.9
2	10.0	6.7	3.3	4.6	2.6	42.3	18.3
3	9.9	6.7	3.2	4.4	2.4	39.7	17.5
4	9.8	6.9	2.9	4.5	2.4	38.9	17.2
5	9.6	7.1	2.5	4.3	2.3	36.6	16.4

注：1) 人口千対の率算出に用いた人口は、54頁を参照のこと。

2) 昭和47年以前は沖縄県を含まない。

3) 15歳から49歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとした時の平均子ども数に相当する。

4) 各年次の死亡率における人口の年齢構成の差による影響を取り除いて比較するために、昭和60年モデル人口にあてはめて調整した指標である。

率 対)	周産期 死亡率	婚姻率	離婚率	合計特殊 出生率 ³⁾	年齢調整死亡率 ⁴⁾ (人口千対)		年次
	(出生千対)	(人口千対)			男	女	
人工							
...	...	12.0	1.02	4.54	23.6	18.3	昭和22年
* 10.9	...	11.9	0.99	4.40	19.3	15.4	23
* 25.9	...	10.3	1.01	4.32	18.9	15.0	24
43.2	46.6	8.6	1.01	3.65	18.6	14.6	25
49.3	46.7	7.9	0.97	3.26	16.9	13.4	26
49.5	45.6	7.9	0.92	2.98	15.7	12.4	27
50.2	46.0	7.8	0.86	2.69	16.4	12.6	28
51.1	45.1	7.9	0.87	2.48	15.2	11.3	29
51.3	43.9	8.0	0.84	2.37	14.8	11.0	30
50.1	45.5	7.9	0.80	2.22	15.6	11.5	31
51.3	45.0	8.5	0.79	2.04	16.3	11.8	32
50.5	43.9	9.0	0.80	2.11	14.4	10.4	33
49.3	43.0	9.1	0.78	2.04	14.4	10.2	34
48.1	41.4	9.3	0.74	2.00	14.8	10.4	35
47.4	40.9	9.4	0.74	1.96	14.3	10.0	36
44.6	38.7	9.8	0.75	1.98	14.6	10.0	37
42.4	36.2	9.7	0.73	2.00	13.4	9.3	38
37.5	33.1	9.9	0.74	2.05	13.2	9.1	39
33.8	30.1	9.7	0.79	2.14	13.7	9.3	40
43.1	31.3	9.5	0.80	1.58	12.7	8.7	41
28.0	26.3	9.6	0.84	2.23	12.6	8.5	42
27.7	24.5	9.5	0.87	2.13	12.5	8.4	43
26.3	23.0	9.6	0.89	2.13	12.4	8.2	44
24.7	21.7	10.0	0.93	2.13	12.3	8.2	45
22.1	20.4	10.5	0.99	2.16	11.5	7.6	46
20.1	19.0	10.4	1.02	2.14	11.2	7.4	47
17.0	18.0	9.9	1.04	2.14	11.2	7.4	48
16.4	16.9	9.1	1.04	2.05	10.9	7.2	49
17.1	16.0	8.5	1.07	1.91	10.4	6.9	50
19.6	14.8	7.8	1.11	1.85	10.1	6.6	51
18.9	14.1	7.2	1.14	1.80	9.6	6.2	52
17.6	13.0	6.9	1.15	1.79	9.4	6.0	53
18.1	12.5	6.8	1.17	1.77	9.0	5.7	54
18.0	11.7	6.7	1.22	1.75	9.2	5.8	55
20.5	10.8	6.6	1.32	1.74	8.9	5.6	56
21.3	10.1	6.6	1.39	1.77	8.5	5.2	57
20.1	9.3	6.4	1.51	1.80	8.6	5.2	58
22.0	8.7	6.2	1.50	1.81	8.3	5.0	59
23.9	8.0	6.1	1.39	1.76	8.1	4.8	60
23.9	7.3	5.9	1.37	1.72	7.8	4.6	61
24.0	6.9	5.7	1.30	1.69	7.6	4.4	62
23.9	6.5	5.8	1.26	1.66	7.7	4.5	63
23.5	6.0	5.8	1.29	1.57	7.4	4.2	平成元年
23.9	5.7	5.9	1.28	1.54	7.5	4.2	2
22.1	5.3	6.0	1.37	1.53	7.4	4.1	3
21.6	5.2	6.1	1.45	1.50	7.4	4.0	4
20.2	5.0	6.4	1.52	1.46	7.3	4.0	5

*印は概数による率である。

第3表—1 人口動態総覧，都道府県（13大都市再掲）別

都道府県	出生数			死亡数			自然 増加数	乳児死亡数		
	総数	男	女	総数	男	女		総数	男	女
全 国	1 188 282	610 244	578 038	878 532	476 462	402 070	309 750	5 169	2 847	2 322
北海道	50 925	26 119	24 806	39 884	22 403	17 481	11 041	187	104	83
青森	14 357	7 325	7 032	12 210	6 759	5 451	2 147	75	39	36
岩手	13 496	7 022	6 474	11 792	6 598	5 194	1 704	46	34	12
宮城	21 833	11 256	10 577	15 040	8 151	6 889	6 793	74	38	36
秋田	10 346	5 335	5 011	10 808	5 934	4 874	-462	50	27	23
山形	11 806	6 043	5 763	10 981	5 757	5 224	825	43	24	19
福島	21 686	11 135	10 551	16 889	9 075	7 814	4 797	115	62	53
茨城	28 379	14 653	13 726	20 342	11 183	9 159	8 037	119	62	57
栃木	18 960	9 711	9 249	14 595	7 993	6 602	4 365	105	60	45
群馬	19 226	9 814	9 412	14 539	7 854	6 685	4 687	86	50	36
埼玉	66 268	34 038	32 230	34 712	19 380	15 332	31 556	284	157	127
千葉	53 352	27 416	25 936	32 000	17 663	14 337	21 352	238	129	109
東京	98 291	50 583	47 708	74 758	40 896	33 862	23 533	467	248	219
神奈川	79 552	40 808	38 744	43 750	24 785	18 965	35 802	338	178	160
新潟	23 462	12 015	11 447	20 204	10 777	9 427	3 258	111	60	51
富山	9 701	4 879	4 822	9 153	4 946	4 207	548	49	25	24
石川	11 002	5 698	5 304	8 911	4 675	4 236	2 091	55	33	22
福井	8 279	4 252	4 027	6 589	3 486	3 103	1 690	36	17	19
山梨	8 811	4 517	4 294	7 001	3 802	3 199	1 810	47	25	22
長野	20 624	10 716	9 908	17 576	9 188	8 388	3 048	67	38	29
岐阜	20 017	10 160	9 857	14 835	8 018	6 817	5 182	82	49	33
静岡	36 098	18 609	17 489	25 088	13 689	11 399	11 010	153	76	77
愛知	70 807	36 330	34 477	40 595	22 071	18 524	30 212	270	145	125
三重	17 368	8 982	8 386	14 211	7 432	6 779	3 157	78	43	35
滋賀	13 044	6 658	6 386	8 681	4 591	4 090	4 363	56	29	27
京都	23 082	11 787	11 295	19 202	9 989	9 213	3 880	125	66	59
大阪	84 151	43 148	41 003	56 442	30 823	25 619	27 709	336	180	156
兵庫	51 942	26 757	25 185	39 675	21 426	18 249	12 267	223	138	85
奈良	13 453	6 925	6 528	9 738	5 123	4 615	3 715	59	36	23
和歌山	9 736	4 973	4 763	9 741	5 188	4 553	-5	38	26	12
鳥取	5 823	2 934	2 889	5 521	3 030	2 491	302	26	15	11
島根	6 959	3 502	3 457	7 280	3 953	3 327	-321	25	15	10
岡山	18 348	9 431	8 917	15 954	8 451	7 503	2 394	90	51	39
広島	28 045	14 508	13 537	21 536	11 715	9 821	6 509	120	69	51
山口	13 476	6 903	6 573	13 936	7 357	6 579	-460	62	35	27
徳島	7 388	3 851	3 537	7 211	3 818	3 393	177	31	18	13
香川	9 048	4 607	4 441	8 603	4 558	4 045	445	32	17	15
愛媛	14 003	7 205	6 798	13 010	6 887	6 123	993	63	35	28
高松	7 363	3 753	3 610	8 281	4 325	3 956	-918	38	27	11
福岡	46 769	23 831	22 938	35 875	19 352	16 523	10 894	217	122	95
佐賀	8 978	4 671	4 307	7 504	3 925	3 579	1 474	29	18	11
長門	15 769	8 083	7 686	13 211	6 946	6 265	2 558	73	38	35
熊本	18 257	9 486	8 771	15 475	8 040	7 435	2 782	72	38	34
大分	11 301	5 879	5 422	10 484	5 517	4 967	817	42	22	20
宮崎	11 717	6 047	5 670	9 252	4 840	4 412	2 465	58	26	32
鹿児島	17 547	8 980	8 567	16 279	8 477	7 802	1 268	85	50	35
沖縄	17 154	8 780	8 374	7 023	3 678	3 345	10 131	85	47	38
外国籍	283	129	154	68	50	18	215	-	-	-
(再掲)	.	.	.	2 087	1 888	199	.	9	6	3
東京都	63 915	32 827	31 088	54 596	29 823	24 773	9 319	315	158	157
札幌市	16 371	8 419	7 952	9 428	5 271	4 157	6 943	51	29	22
仙台市	9 684	4 956	4 728	4 673	2 543	2 130	5 011	31	12	19
仙台市	7 896	3 963	3 933	4 021	2 262	1 759	3 875	30	15	15
仙台市	32 187	16 477	15 710	17 293	9 803	7 490	14 894	118	52	66
川崎市	12 753	6 558	6 195	5 998	3 529	2 469	6 755	53	37	16
名古屋市	21 804	11 245	10 559	13 544	7 417	6 127	8 260	78	42	36
名古屋市	12 611	6 462	6 149	10 826	5 600	5 226	1 785	69	33	36
名古屋市	24 008	12 390	11 618	20 436	11 366	9 070	3 572	91	49	42
大阪市	13 224	6 786	6 438	10 626	5 735	4 891	2 598	43	27	16
大阪市	11 516	5 896	5 620	6 325	3 483	2 842	5 191	46	24	22
大阪市	9 250	4 715	4 535	7 809	4 373	3 436	1 441	46	19	27
大阪市	13 225	6 710	6 515	6 939	3 750	3 189	6 286	52	33	19

注：都道府県の分類は、出生・死亡・死産については住所、婚姻は夫の住所、離婚は別居するまへの住所による。

新生児 死亡数	死産数			周産期死亡数			婚姻件数	離婚件数	都道府県
	総数	自然	人工	総数	妊娠28週以後の死産	早期新生児死亡			
2 765	45 090	20 205	24 885	5 989	3 954	2 035	792 658	188 297	全 国
87	2 657	938	1 719	227	155	72	35 720	10 998	北海道
40	562	266	296	87	50	37	8 636	2 385	青森
24	608	258	350	71	56	15	7 379	1 619	岩手
45	1 081	387	694	105	73	32	13 620	3 079	宮城
32	486	180	306	67	41	26	6 002	1 424	秋田
28	469	153	316	57	36	21	6 642	1 349	山形
63	905	393	512	136	85	51	11 967	2 595	福島
69	1 016	493	523	162	114	48	17 530	3 872	茨城
67	763	351	412	125	76	49	11 925	2 717	栃木
44	617	318	299	93	64	29	12 210	2 604	群馬
133	2 094	1 118	976	322	229	93	46 036	9 724	埼玉
137	1 800	1 012	788	300	208	92	38 453	8 735	千葉
255	3 559	1 821	1 738	514	324	190	85 518	21 114	東京
204	2 496	1 361	1 135	431	275	156	62 342	13 529	神奈川
47	749	367	382	115	78	37	13 338	2 411	新潟
27	317	175	142	44	23	21	6 106	1 143	富山
29	347	186	161	50	31	19	6 718	1 403	石川
18	278	133	145	39	27	12	4 614	873	福井
30	300	181	119	60	39	21	5 458	1 105	山梨
40	604	344	260	95	60	35	12 562	2 422	長野
49	640	317	323	117	84	33	11 855	2 291	岐阜
73	1 190	559	631	171	115	56	23 144	5 292	静岡
142	2 375	1 056	1 319	327	231	96	47 938	9 305	愛知
43	570	275	295	86	53	33	10 725	2 468	三重
23	353	164	189	43	33	10	7 955	1 389	滋賀
71	826	401	425	137	82	55	15 647	3 738	京都
175	3 438	1 340	2 098	378	253	125	61 965	16 742	大阪
116	1 781	804	977	267	176	91	35 350	8 157	兵庫
20	476	226	250	48	34	14	8 384	1 876	奈良
23	335	148	187	52	35	17	6 180	1 689	和歌山
8	225	84	141	27	20	7	3 257	808	鳥取
10	254	97	157	32	24	8	3 637	769	島根
48	758	254	504	91	60	31	11 011	2 644	岡山
68	958	419	539	122	72	50	17 625	3 958	広島
33	480	204	276	63	36	27	8 298	2 228	山口
17	248	89	159	38	26	12	4 307	1 041	徳島
16	347	163	184	37	30	7	5 725	1 304	香川
40	551	261	290	88	55	33	8 285	2 267	愛媛
19	327	93	234	40	25	15	4 350	1 451	高松
116	2 279	804	1 475	219	133	86	30 222	8 822	福岡
16	418	146	272	30	19	11	4 698	1 097	佐賀
36	791	280	511	87	57	30	8 641	2 295	長崎
29	984	323	661	63	42	21	9 922	2 628	熊本
26	526	169	357	55	33	22	6 786	1 759	大分
34	672	200	472	72	48	24	6 390	1 939	宮崎
42	933	477	456	84	58	26	9 212	2 533	鹿児島
47	616	402	214	106	72	34	8 373	2 706	沖縄
-	9	1	8	-	-	-	.	.	外国
6	22	14	8	9	4	5	.	.	海外
171	2 433	1 183	1 250	349	225	124	59 323	15 142	東京都区部
20	892	283	609	62	43	19	13 263	3 869	札幌市
17	470	144	326	42	29	13	6 644	1 399	仙台市
20	242	135	107	40	26	14	5 674	1 383	仙台市
71	1 049	589	460	162	103	59	25 945	5 512	仙台市
30	392	205	187	66	41	25	10 718	2 092	仙台市
49	791	327	464	99	67	32	15 371	3 518	仙台市
35	473	228	245	78	49	29	9 444	2 295	仙台市
49	1 278	454	824	122	87	35	20 272	5 852	仙台市
28	515	213	302	63	42	21	9 443	2 581	仙台市
20	405	171	234	38	25	13	7 733	1 715	仙台市
19	464	159	305	45	29	16	6 395	2 167	仙台市
27	658	212	446	56	34	22	9 255	2 516	仙台市

第3表-2 人口動態総覧（率），都道府県（13大都市再掲）別

都道府県	出生率	死亡率	自然増加率	乳児死亡率	新生児死亡率	死産率（出	
	（人口千対）			（出生千対）		総数	自然
全 国	9.6	7.1	2.5	4.3	2.3	36.6	16.4
北海道	9.0	7.1	2.0	3.7	1.7	49.6	17.5
青森	9.8	8.3	1.5	5.2	2.8	37.7	17.8
岩手	9.6	8.3	1.2	3.4	1.8	43.1	18.3
宮城	9.6	6.6	3.0	3.4	2.1	47.2	16.9
秋田	8.5	8.9	-0.4	4.8	3.1	44.9	16.6
山形	9.4	8.8	0.7	3.6	2.4	38.2	12.5
福島	10.2	8.0	2.3	5.3	2.9	40.1	17.4
茨城	9.8	7.0	2.8	4.2	2.4	34.6	16.8
栃木	9.7	7.5	2.2	5.5	3.5	38.7	17.8
群馬	9.7	7.4	2.4	4.5	2.3	31.1	16.0
埼玉県	10.0	5.3	4.8	4.3	2.0	30.6	16.4
千葉県	9.4	5.6	3.8	4.5	2.6	32.6	18.3
東京都	8.5	6.4	2.0	4.8	2.6	34.9	17.9
神奈川県	9.8	5.4	4.4	4.2	2.6	30.4	16.6
新潟県	9.5	8.2	1.3	4.7	2.0	30.9	15.2
富山県	8.7	8.2	0.5	5.1	2.8	31.6	17.5
石川県	9.4	7.6	1.8	5.0	2.6	30.6	16.4
福井県	10.1	8.0	2.1	4.3	2.2	32.5	15.5
山梨県	10.2	8.1	2.1	5.3	3.4	32.9	19.9
長野県	9.5	8.1	1.4	3.2	1.9	28.5	16.2
岐阜県	9.7	7.2	2.5	4.1	2.4	31.0	15.3
静岡県	9.8	6.8	3.0	4.2	2.0	31.9	15.0
愛知県	10.5	6.0	4.5	3.8	2.0	32.5	14.4
三重県	9.6	7.9	1.7	4.5	2.5	31.8	15.3
滋賀県	10.5	7.0	3.5	4.3	1.8	26.3	12.2
京都府	9.0	7.5	1.5	5.4	3.1	34.5	16.8
大阪府	9.8	6.6	3.2	4.0	2.1	39.3	15.3
兵庫県	9.6	7.3	2.3	4.3	2.2	33.2	15.0
奈良県	9.6	6.9	2.6	4.4	1.5	34.2	16.2
和歌山県	9.1	9.1	-0.0	3.9	2.4	33.3	14.7
鳥取県	9.5	9.0	0.5	4.5	1.4	37.2	13.9
島根県	9.0	9.5	-0.4	3.6	1.4	35.2	13.4
岡山県	9.5	8.3	1.2	4.9	2.6	39.7	13.3
広島県	9.8	7.6	2.3	4.3	2.4	33.0	14.4
山口県	8.7	9.0	-0.3	4.6	2.4	34.4	14.6
徳島県	8.9	8.7	0.2	4.2	2.3	32.5	11.7
香川県	8.8	8.4	0.4	3.5	1.8	36.9	17.3
愛媛県	9.3	8.6	0.7	4.5	2.9	37.9	17.9
高知県	9.0	10.2	-1.1	5.2	2.6	42.5	12.1
福岡県	9.6	7.4	2.2	4.6	2.5	46.5	16.4
佐賀県	10.2	8.6	1.7	3.2	1.8	44.5	15.5
長崎県	10.2	8.6	1.7	4.6	2.3	47.8	16.9
熊本県	9.9	8.4	1.5	3.9	1.6	51.1	16.8
大宮	9.2	8.5	0.7	3.7	2.3	44.5	14.3
大宮	10.0	7.9	2.1	5.0	2.9	54.2	16.1
鹿児島県	9.8	9.1	0.7	4.8	2.4	50.5	25.8
沖縄県	13.8	5.7	8.2	5.0	2.7	34.7	22.6
（再掲）							
東京都	7.9	6.8	1.2	4.9	2.7	36.7	17.8
札幌市	9.5	5.4	4.0	3.1	1.2	51.7	16.4
仙台市	10.2	4.9	5.3	3.2	1.8	46.3	14.2
千葉市	9.3	4.7	4.6	3.8	2.5	29.7	16.6
横浜	9.8	5.3	4.5	3.7	2.2	31.6	17.7
川崎市	10.6	5.0	5.6	4.2	2.4	29.8	15.6
名古屋市	10.1	6.3	3.8	3.6	2.2	35.0	14.5
名古屋市	8.7	7.5	1.2	5.5	2.8	36.2	17.4
名古屋市	9.3	7.9	1.4	3.8	2.0	50.5	18.0
名古屋市	8.8	7.0	1.7	3.3	2.1	37.5	15.5
大阪市	10.5	5.7	4.7	4.0	1.7	34.0	14.3
大阪市	9.1	7.7	1.4	5.0	2.1	47.8	16.4
大阪市	10.4	5.5	5.0	3.9	2.0	47.4	15.3

注：全国には外国・不詳を含む。
人口千対の率算出に用いた人口は55頁参照のこと。

産 千 対)	周 産 期 死 亡 率 (出 生 千 対)			婚 姻 率	離 婚 率	合 計 特 殊 出 生 率	都 道 府 県
	人 工	総 数	妊娠満28週 以後の死産	早期新生児 死	(人口千対)		
20.2	5.0	3.3	1.7	6.4	1.52	1.46	全 国
32.1	4.5	3.0	1.4	6.3	1.94	1.33	北 海 道
19.8	6.1	3.5	2.6	5.9	1.63	1.58	青 森 県
24.8	5.3	4.1	1.1	5.2	1.15	1.68	岩 手 県
30.3	4.8	3.3	1.5	6.0	1.35	1.44	宮 城 県
28.2	6.5	4.0	2.5	4.9	1.17	1.56	秋 田 県
25.7	4.8	3.0	1.8	5.3	1.08	1.71	山 形 県
22.7	6.3	3.9	2.4	5.7	1.23	1.72	福 島 県
17.8	5.7	4.0	1.7	6.0	1.33	1.54	茨 城 県
20.9	6.6	4.0	2.6	6.1	1.39	1.53	栃 木 県
15.1	4.8	3.3	1.5	6.2	1.32	1.54	群 衆 県
14.3	4.9	3.5	1.4	7.0	1.47	1.42	埼 崎 県
14.3	5.6	3.9	1.7	6.8	1.54	1.36	千 葉 県
17.1	5.2	3.3	1.9	7.4	1.82	1.10	東 京 都
13.8	5.4	3.5	2.0	7.7	1.67	1.35	神 奈 川 県
15.8	4.9	3.3	1.6	5.4	0.97	1.65	新 潟 県
14.2	4.5	2.4	2.2	5.5	1.02	1.49	富 山 県
14.2	4.5	2.8	1.7	5.8	1.20	1.48	石 川 県
16.9	4.7	3.3	1.4	5.6	1.06	1.68	福 井 県
13.1	6.8	4.4	2.4	6.3	1.28	1.63	山 梨 県
12.2	4.6	2.9	1.7	5.8	1.12	1.62	長 野 県
15.6	5.8	4.2	1.6	5.7	1.11	1.49	岐 阜 県
16.9	4.7	3.2	1.6	6.3	1.44	1.52	静 岡 県
18.0	4.6	3.3	1.4	7.1	1.38	1.45	愛 知 県
16.4	5.0	3.1	1.9	5.9	1.37	1.48	三 重 県
14.1	3.3	2.5	0.8	6.4	1.11	1.58	滋 賀 県
17.8	5.9	3.6	2.4	6.1	1.46	1.32	京 都 府
24.0	4.5	3.0	1.5	7.2	1.96	1.31	大 阪 府
18.2	5.1	3.4	1.8	6.5	1.51	1.37	兵 庫 県
17.9	3.6	2.5	1.0	6.0	1.33	1.39	和 歌 山 県
18.6	5.3	3.6	1.7	5.7	1.57	1.46	奈 良 県
23.3	4.6	3.4	1.2	5.3	1.32	1.72	鳥 取 県
21.8	4.6	3.4	1.1	4.7	1.00	1.82	島 根 県
26.4	5.0	3.3	1.7	5.7	1.37	1.55	岡 山 県
18.6	4.4	2.6	1.8	6.2	1.39	1.52	広 島 県
19.8	4.7	2.7	2.0	5.4	1.44	1.51	山 口 県
20.8	5.1	3.5	1.6	5.2	1.26	1.52	徳 島 県
19.6	4.1	3.3	0.8	5.6	1.27	1.50	香 川 県
19.9	6.3	3.9	2.4	5.5	1.51	1.54	愛 媛 県
30.4	5.4	3.4	2.0	5.3	1.78	1.64	高 松 県
30.1	4.7	2.8	1.8	6.2	1.82	1.43	福 岡 県
28.9	3.3	2.1	1.2	5.4	1.25	1.67	佐 賀 県
30.9	5.5	3.6	1.9	5.6	1.49	1.68	長 崎 県
34.4	3.5	2.3	1.2	5.4	1.43	1.61	熊 本 県
30.2	4.9	2.9	1.9	5.5	1.43	1.57	大 分 県
38.1	6.1	4.1	2.0	5.5	1.66	1.68	宮 崎 県
24.7	4.8	3.3	1.5	5.2	1.42	1.65	鹿 児 島 県
12.0	6.2	4.2	2.0	6.7	2.18	1.94	沖 縄 県
18.8	5.5	3.5	1.9	7.3	1.87	...	(再 掲)
35.3	3.8	2.6	1.2	7.7	2.23	...	東 京 都
32.1	4.3	3.0	1.3	7.0	1.47	...	札 幌 市
13.1	5.1	3.3	1.8	6.7	1.63	...	仙 台 市
13.8	5.0	3.2	1.8	7.9	1.68	...	千 葉 市
14.2	5.2	3.2	2.0	8.9	1.74	...	横 濱 市
20.5	4.5	3.1	1.5	7.1	1.63	...	川 崎 市
18.7	6.2	3.9	2.3	6.5	1.58	...	名 古 屋 市
32.6	5.1	3.6	1.5	7.8	2.26	...	京 都 府
22.0	4.8	3.2	1.6	6.3	1.71	...	大 阪 府
19.6	3.3	2.2	1.1	7.0	1.56	...	神 戸 市
31.4	4.9	3.1	1.7	6.3	2.12	...	北 九 州 市
32.1	4.2	2.6	1.7	7.3	1.98	...	福 岡 市

第4表-1 母の年齢各歳別にみた出生数の年次推移

母の年齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総数	1 934 239	1 901 440	1 576 889	1 431 577	1 221 585	1 223 245	1 208 989	1 188 282
～14歳	12	9	14	23	18	22	22	13
15	84	30	41	98	94	107	99	110
16	263	311	416	689	587	618	636	570
17	1 342	1 403	1 620	2 232	1 952	1 984	1 938	1 780
18	4 958	4 054	3 895	4 835	4 581	4 860	4 843	4 408
19	13 518	10 192	8 604	10 000	10 264	10 852	10 856	10 571
20	32 015	23 110	16 758	18 826	17 303	18 000	18 361	18 270
21	65 082	46 216	30 457	28 777	26 129	27 151	27 338	27 224
22	117 033	84 236	49 000	43 630	37 294	37 607	36 997	37 040
23	157 383	134 403	79 823	64 647	48 183	52 624	51 673	49 218
24	141 659	191 076	120 816	91 461	62 950	66 219	69 772	66 222
25	184 530	235 452	151 933	121 097	92 754	80 098	81 345	84 883
26	220 726	255 048	168 685	144 472	107 465	109 825	93 038	95 320
27	203 533	238 402	173 995	146 646	118 045	117 204	118 710	100 100
28	188 468	182 091	165 610	139 689	118 993	119 875	117 817	119 064
29	153 989	103 631	149 981	130 981	113 737	114 034	113 359	111 566
30	114 253	93 347	130 615	113 276	102 887	101 640	100 424	100 707
31	80 031	83 077	104 776	90 137	87 628	86 543	85 656	85 128
32	68 819	61 980	78 740	73 674	69 624	71 868	70 910	69 852
33	54 064	47 858	50 382	58 553	53 776	55 653	57 652	56 686
34	41 208	33 798	24 422	45 826	42 111	41 949	42 528	44 714
35	28 683	22 337	19 138	34 614	31 998	31 835	31 959	32 881
36	20 254	14 810	16 266	26 013	23 233	23 689	23 673	23 210
37	14 873	11 405	10 840	17 725	16 825	16 233	17 059	16 696
38	10 096	8 337	7 702	10 344	11 903	11 787	11 437	11 661
39	6 675	5 774	5 181	4 805	8 418	8 068	8 081	7 838
40	4 212	3 742	3 004	3 302	5 680	5 419	5 397	5 211
41	2 643	2 250	1 725	2 354	3 597	3 473	3 380	3 366
42	1 630	1 535	1 200	1 465	2 055	2 119	2 020	1 934
43	867	817	650	732	973	1 107	1 147	1 105
44	508	383	332	371	282	501	537	561
45	297	181	163	144	124	154	223	224
46	119	73	53	56	64	59	49	83
47	58	33	29	33	23	26	23	28
48	30	16	5	7	8	9	3	11
49	19	9	7	4	5	4	1	2
50～	25	7	1	1	-	-	2	-

注：総数には年齢不詳を含む。

第4表-2 母の年齢各歳別にみた出生率(女子人口千対)の年次推移

母の年齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
15歳	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
16	0.3	0.4	0.5	0.8	0.6	0.7	0.7	0.7
17	1.5	1.8	2.0	2.5	1.9	2.0	2.1	2.0
18	5.3	5.4	5.0	5.4	4.7	4.9	4.9	4.7
19	13.6	12.9	11.2	14.2	10.7	11.1	10.9	10.8
20	29.7	28.0	21.8	21.6	18.7	18.8	18.8	18.3
21	54.6	56.1	38.8	35.4	28.9	29.4	28.7	27.9
22	98.1	95.3	64.0	55.2	42.2	41.6	40.2	38.8
23	138.8	143.2	107.2	84.3	54.5	59.6	57.3	53.4
24	197.1	190.2	153.7	120.9	91.3	74.9	79.1	73.5
25	238.8	216.3	185.7	158.4	108.6	116.4	92.0	96.3
26	232.4	212.9	205.2	184.9	134.5	128.6	135.2	107.7
27	219.4	199.6	196.9	192.0	151.2	146.7	138.8	145.5
28	197.2	159.8	176.4	187.7	157.0	153.5	147.3	139.3
29	163.7	144.5	149.8	166.6	151.8	150.4	145.1	139.5
30	131.5	119.0	120.6	138.3	135.7	135.7	132.3	128.9
31	105.3	86.5	87.8	109.7	112.8	114.2	114.4	112.2
32	83.4	66.2	66.1	83.4	91.6	92.5	93.5	93.3
33	63.3	49.6	44.3	62.5	72.5	73.2	74.2	74.8
34	47.9	35.6	34.2	45.8	53.7	56.6	56.0	57.5
35	34.3	25.5	24.5	32.0	39.2	40.6	43.1	43.3
36	25.1	19.4	17.0	21.8	28.3	29.1	30.2	31.3
37	18.1	13.8	11.6	14.9	19.1	19.8	20.9	21.3
38	12.5	9.7	8.0	9.1	12.7	13.4	14.0	14.3
39	8.4	6.7	5.5	6.7	8.5	8.6	9.2	9.6
40	5.5	4.4	3.5	4.2	5.3	5.4	5.8	5.9
41	3.6	2.8	2.3	2.5	3.0	3.2	3.4	3.6
42	2.3	1.9	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.9
43	1.2	1.0	0.8	0.8	0.9	0.9	1.0	1.0
44	0.7	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5
45	0.4	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
46	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
47	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
48	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
49	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

合計特殊出生率	2.13	1.91	1.75	1.76	1.54	1.53	1.50	1.46
---------	------	------	------	------	------	------	------	------

第5表-1 出生順位別にみた出生数の年次推移

出生順位	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総数	1 934 239	1 901 440	1 576 889	1 431 577	1 221 585	1 223 245	1 208 989	1 188 282
第1子	878 979	862 356	667 683	602 005	531 648	551 924	556 418	557 995
第2子	753 834	767 669	642 573	562 920	459 569	450 107	441 635	431 228
第3子以上	301 426	271 415	266 633	266 652	230 368	221 214	210 936	199 059
第3子	245 824	224 576	227 604	225 304	192 788	184 893	175 311	165 279
第4子	40 207	33 994	29 901	32 597	30 453	29 203	28 715	27 082
第5子以上	15 395	12 845	9 128	8 751	7 127	7 118	6 910	6 698

注：出生順位とは、同じ母親がこれまでに生んだ出生子の順序である。

第6表-1 出生順位別にみた母の年齢階級別出生数の年次推移

〈15～49歳の出生数〉

母の年齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総数								
15～49歳	1 933 922	1 901 417	1 576 864	1 431 515	1 221 545	1 223 194	1 208 941	1 188 244
15～19	20 165	15 990	14 576	17 854	17 478	18 421	18 372	17 439
20～24	513 172	479 041	296 854	247 341	191 859	201 601	204 141	197 974
25～29	951 246	1 014 624	810 204	682 885	550 994	541 036	524 269	510 933
30～34	358 375	320 060	388 935	381 466	356 026	357 653	357 170	357 087
35～39	80 581	62 663	59 127	93 501	92 377	91 612	92 209	92 286
40～44	9 860	8 727	6 911	8 224	12 587	12 619	12 481	12 177
45～49	523	312	257	244	224	252	299	348
第1子								
15～49歳	878 811	862 339	667 661	601 946	531 610	551 875	556 373	557 966
15～19	18 595	14 689	13 539	16 390	16 066	17 051	16 861	16 060
20～24	400 628	356 732	225 457	181 779	140 171	149 252	149 472	144 444
25～29	380 658	417 948	336 833	307 508	271 152	275 482	273 396	274 281
30～34	61 081	58 135	77 273	75 676	82 943	88 698	94 726	100 365
35～39	15 416	12 626	12 840	18 593	18 262	18 400	18 916	19 737
40～44	2 317	2 138	1 655	1 952	2 962	2 935	2 922	2 995
45～49	116	71	64	48	54	57	80	84
第2子								
15～49歳	753 713	767 667	642 573	562 920	459 567	450 105	441 633	431 220
15～19	1 501	1 229	1 000	1 405	1 363	1 315	1 464	1 332
20～24	102 621	111 393	64 709	59 277	46 094	46 825	48 956	48 089
25～29	453 904	485 530	374 413	297 944	220 801	210 068	198 940	189 140
30～34	164 983	145 740	179 585	168 612	155 905	156 612	156 523	156 725
35～39	28 042	21 506	20 950	33 331	31 549	31 429	31 964	32 347
40～44	2 573	2 219	1 861	2 308	3 807	3 795	3 718	3 519
45～49	89	50	55	43	48	61	68	68
第3子以上								
15～49歳	301 398	271 411	266 630	266 649	230 368	221 214	210 935	199 058
15～19	69	72	37	59	49	55	47	47
20～24	9 923	10 916	6 688	6 285	5 594	5 524	5 713	5 441
25～29	116 684	111 146	98 958	77 433	59 041	55 486	51 933	47 512
30～34	132 311	116 185	132 077	137 178	117 178	112 343	105 921	99 997
35～39	37 123	28 531	25 337	41 577	42 566	41 783	41 329	40 202
40～44	4 970	4 370	3 395	3 964	5 818	5 889	5 841	5 663
45～49	318	191	138	153	122	134	151	196

第5表－2 出生順位別にみた出生数構成割合の年次推移

出生順位	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
第1子	45.4	45.4	42.3	42.1	43.5	45.1	46.0	47.0
第2子	39.0	40.4	40.7	39.3	37.6	36.8	36.5	36.3
第3子以上	15.6	14.3	16.9	18.6	18.9	18.1	17.4	16.8
第3子	12.7	11.8	14.4	15.7	15.8	15.1	14.5	13.9
第4子	2.1	1.8	1.9	2.3	2.5	2.4	2.4	2.3
第5子以上	0.8	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6

第6表－2 出生順位別にみた母の年齢階級別

出生率(女子人口千対)の年次推移

〈15～49歳の出生率〉

母の年齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総数								
15～49歳	65.8	62.9	51.8	46.7	39.2	39.3	39.0	38.5
15～19	4.5	4.1	3.6	4.1	3.6	3.8	3.9	3.9
20～24	96.5	107.0	77.1	61.7	44.8	44.3	44.0	41.7
25～29	209.2	190.1	181.5	178.4	139.8	139.4	130.8	124.3
30～34	86.0	69.6	73.1	84.9	93.2	94.5	93.9	93.4
35～39	19.8	15.0	12.9	17.7	20.8	21.6	22.8	23.5
40～44	2.7	2.1	1.7	1.8	2.4	2.3	2.3	2.4
45～49	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1
第1子								
15～49歳	29.9	28.5	21.9	19.6	17.1	17.7	18.0	18.1
15～19	4.2	3.8	3.4	3.8	3.3	3.6	3.6	3.6
20～24	75.4	79.7	58.5	45.4	32.7	32.8	32.2	30.4
25～29	83.7	78.3	75.5	80.3	68.8	71.0	68.2	66.8
30～34	14.7	12.6	14.5	16.8	21.7	23.4	24.9	26.2
35～39	3.8	3.0	2.8	3.5	4.1	4.3	4.7	5.0
40～44	0.6	0.5	0.4	0.4	0.6	0.5	0.5	0.6
45～49	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
第2子								
15～49歳	25.6	25.4	21.1	18.4	14.8	14.5	14.3	14.0
15～19	0.3	0.3	0.2	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
20～24	19.3	24.9	16.8	14.8	10.8	10.3	10.6	10.1
25～29	99.8	91.0	83.9	77.8	56.0	54.1	49.6	46.0
30～34	39.6	31.7	33.8	37.5	40.8	41.4	41.2	41.0
35～39	6.9	5.1	4.6	6.3	7.1	7.4	7.9	8.3
40～44	0.7	0.5	0.4	0.5	0.7	0.7	0.7	0.7
45～49	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
第3子以上								
15～49歳	10.3	9.0	8.8	8.7	7.4	7.1	6.8	6.4
15～19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
20～24	1.9	2.4	1.7	1.6	1.3	1.2	1.2	1.1
25～29	25.7	20.8	22.2	20.2	15.0	14.3	13.0	11.6
30～34	31.7	25.3	24.8	30.5	30.7	29.7	27.9	26.1
35～39	9.1	6.8	5.5	7.9	9.6	9.9	10.2	10.3
40～44	1.4	1.1	0.8	0.9	1.1	1.1	1.1	1.1
45～49	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

第7表 都道府県別にみた出生順位別出生数

平成5年

都道府県	実 数				構成割合 (%)			
	総 数	第 1 子	第 2 子	第3子以上	総 数	第1子	第2子	第3子以上
全 国	1 188 282	557 995	431 228	199 059	100.0	47.0	36.3	16.8
北海道	50 925	23 921	18 306	8 698	100.0	47.0	35.9	17.1
青森	14 357	6 446	5 207	2 704	100.0	44.9	36.3	18.8
岩手	13 496	5 854	4 832	2 810	100.0	43.4	35.8	20.8
宮城	21 833	10 018	7 854	3 961	100.0	45.9	36.0	18.1
秋田	10 346	4 596	3 994	1 756	100.0	44.4	38.6	17.0
山形	11 806	5 237	4 410	2 159	100.0	44.4	37.4	18.3
福島	21 686	9 280	7 607	4 799	100.0	42.8	35.1	22.1
茨城	28 379	13 192	10 437	4 750	100.0	46.5	36.8	16.7
栃木	18 960	8 870	6 996	3 094	100.0	46.8	36.9	16.3
群馬	19 226	9 131	7 024	3 071	100.0	47.5	36.5	16.0
埼玉	66 268	32 499	24 506	9 263	100.0	49.0	37.0	14.0
千葉	53 352	26 227	19 416	7 709	100.0	49.2	36.4	14.4
東京	98 291	51 072	34 699	12 520	100.0	52.0	35.3	12.7
神奈川	79 552	41 007	28 435	10 110	100.0	51.5	35.7	12.7
新潟	23 462	10 308	8 620	4 534	100.0	43.9	36.7	19.3
富山	9 701	4 597	3 640	1 464	100.0	47.4	37.5	15.1
石川	11 002	4 962	4 021	2 019	100.0	45.1	36.5	18.4
福井	8 279	3 633	3 086	1 560	100.0	43.9	37.3	18.8
山梨	8 811	4 047	3 317	1 447	100.0	45.9	37.6	16.4
長野	20 624	9 042	7 645	3 937	100.0	43.8	37.1	19.1
岐阜	20 017	9 079	7 447	3 491	100.0	45.4	37.2	17.4
静岡	36 098	16 559	13 314	6 225	100.0	45.9	36.9	17.2
愛知	70 807	33 880	26 162	10 765	100.0	47.8	36.9	15.2
三重	17 368	7 900	6 713	2 755	100.0	45.5	38.7	15.9
滋賀	13 044	5 910	4 748	2 386	100.0	45.3	36.4	18.3
京都	23 082	11 163	8 314	3 605	100.0	48.4	36.0	15.6
大阪	84 151	41 606	30 392	12 153	100.0	49.4	36.1	14.4
兵庫	51 942	24 709	18 741	8 492	100.0	47.6	36.1	16.3
奈良	13 453	6 214	5 193	2 046	100.0	46.2	38.6	15.2
和歌山	9 736	4 401	3 654	1 681	100.0	45.2	37.5	17.3
鳥取	5 823	2 452	2 093	1 278	100.0	42.1	35.9	21.9
島根	6 959	2 881	2 489	1 589	100.0	41.4	35.8	22.8
岡山	18 348	8 131	6 721	3 496	100.0	44.3	36.6	19.1
広島	28 045	12 960	10 228	4 857	100.0	46.2	36.5	17.3
山口	13 476	6 027	4 924	2 525	100.0	44.7	36.5	18.7
徳島	7 388	3 348	2 836	1 204	100.0	45.3	38.4	16.3
香川	9 048	4 221	3 271	1 556	100.0	46.7	36.2	17.2
愛媛	14 003	6 224	5 135	2 644	100.0	44.4	36.7	18.9
高松	7 363	3 309	2 630	1 424	100.0	44.9	35.7	19.3
福岡	46 769	21 367	16 873	8 529	100.0	45.7	36.1	18.2
佐賀	8 978	3 724	3 182	2 072	100.0	41.5	35.4	23.1
長門	15 769	6 593	5 536	3 640	100.0	41.8	35.1	23.1
熊本	18 257	7 697	6 679	3 881	100.0	42.2	36.6	21.3
大分	11 301	4 947	4 099	2 255	100.0	43.8	36.3	20.0
宮崎	11 717	4 963	4 101	2 653	100.0	42.4	35.0	22.6
鹿児島	17 547	7 105	6 043	4 399	100.0	40.5	34.4	25.1
沖縄	17 154	6 538	5 539	5 077	100.0	38.1	32.3	29.6
外 国	283	148	119	16	100.0	52.3	42.0	5.7

第8表 父母の国籍別にみた出生数の年次推移

国 籍 ¹⁾	昭和62年	63 年	平成元年	2 年	3 年	4 年	5 年
	実				数		
総 数	1 346 658	1 314 006	1 246 802	1 221 585	1 223 245	1 208 989	1 188 282
父 母 共 日 本	1 336 636	1 302 832	1 234 626	1 207 899	1 207 827	1 191 219	1 169 650
父母の一方が外国	10 022	11 174	12 176	13 686	15 418	17 770	18 632
父日本・母外国	5 538	6 615	7 390	8 695	10 027	11 658	12 412
母日本・父外国	4 484	4 559	4 786	4 991	5 391	6 112	6 220
父日本・母外国	5 538	6 615	7 390	8 695	10 027	11 658	12 412
母の国籍							
韓国・朝鮮	2 850	3 018	2 931	3 184	3 402	3 672	3 704
中 国	803	970	1 069	1 264	1 447	1 855	1 991
米 国	188	195	171	161	196	181	184
フィリピン						4 630	4 836
タ イ						473	691
英 国						51	60
ブラジル	1 697	2 432	3 219	4 086	4 982	261	330
ペ ル ー						43	78
その他の国						492	538
母日本・父外国	4 484	4 559	4 786	4 991	5 391	6 112	6 220
父の国籍							
韓国・朝鮮	3 039	2 992	3 039	3 048	3 172	3 407	3 249
中 国	287	292	312	375	423	536	573
米 国	641	699	786	829	888	1 019	1 073
フィリピン						65	88
タ イ						17	25
英 国						152	167
ブラジル	517	576	649	739	908	68	92
ペ ル ー						24	35
その他の国						824	918
	構				成		
					割		
					合 (%)		
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
父 母 共 日 本	99.3	99.1	99.0	98.9	98.7	98.5	98.4
父母の一方が外国	0.7	0.9	1.0	1.1	1.3	1.5	1.6
父日本・母外国	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	1.0	1.0
母日本・父外国	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5
父日本・母外国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
母の国籍							
韓国・朝鮮	51.5	45.6	39.7	36.6	33.9	31.5	29.8
中 国	14.5	14.7	14.5	14.5	14.4	15.9	16.0
米 国	3.4	2.9	2.3	1.9	2.0	1.6	1.5
フィリピン						39.7	39.0
タ イ						4.1	5.6
英 国						0.4	0.5
ブラジル	30.6	36.8	43.6	47.0	49.7	2.2	2.7
ペ ル ー						0.4	0.6
その他の国						4.2	4.3
母日本・父外国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
父の国籍							
韓国・朝鮮	67.8	65.6	63.5	61.1	58.8	55.7	52.2
中 国	6.4	6.4	6.5	7.5	7.8	8.8	9.2
米 国	14.3	15.3	16.4	16.6	16.5	16.7	17.3
フィリピン						1.1	1.4
タ イ						0.3	0.4
英 国						2.5	2.7
ブラジル	11.5	12.6	13.6	14.8	16.8	1.1	1.5
ペ ル ー						0.4	0.6
その他の国						13.5	14.8

注：1)平成4年から調査票の改正により、フィリピン・タイ・英国・ブラジル・ペルーを加えた。

第9表 初婚・再婚別にみた婚姻件数の年次推移

初婚・再婚	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
	実 数							
総 数	855 360	829 539	694 447	667 488	653 415	669 633	683 950	717 140
妻初婚	818 316	783 246	643 514	610 389	592 262	608 628	620 480	651 472
妻再婚	37 044	46 293	50 933	57 099	61 153	61 005	63 470	65 668
夫 初 婚								
総 数	799 637	769 670	634 352	601 673	581 650	597 960	609 761	640 020
妻初婚	782 222	747 339	610 223	576 744	553 982	570 052	581 686	610 381
妻再婚	17 415	22 331	24 129	24 929	27 668	27 908	28 075	29 639
夫 再 婚								
総 数	55 723	59 869	60 095	65 815	71 765	71 673	74 189	77 120
妻初婚	36 094	35 907	33 291	33 645	38 280	38 576	38 794	41 091
妻再婚	19 629	23 962	26 804	32 170	33 485	33 097	35 395	36 029
	構 成 割 合 (%)							
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
妻初婚	95.7	94.4	92.7	91.4	90.6	90.9	90.7	90.8
妻再婚	4.3	5.6	7.3	8.6	9.4	9.1	9.3	9.2
夫 初 婚								
総 数	93.5	92.8	91.3	90.1	89.0	89.3	89.2	89.2
妻初婚	91.4	90.1	87.9	86.4	84.8	85.1	85.0	85.1
妻再婚	2.0	2.7	3.5	3.7	4.2	4.2	4.1	4.1
夫 再 婚								
総 数	6.5	7.2	8.7	9.9	11.0	10.7	10.8	10.8
妻初婚	4.2	4.3	4.8	5.0	5.9	5.8	5.7	5.7
妻再婚	2.3	2.9	3.9	4.8	5.1	4.9	5.2	5.0

注：各届出年に同居し届け出たものである。

第10表－1 夫妻の年齢階級別にみた
初婚件数の年次推移

年 齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
夫								
総 数	799 637	769 670	634 352	601 673	581 650	597 960	609 761	640 020
～19歳	5 811	5 077	5 304	6 577	7 683	8 286	9 112	9 355
20～24	221 545	210 292	137 768	126 761	118 866	128 471	130 743	136 143
25～29	451 864	430 929	325 327	288 236	274 447	278 054	281 217	294 585
30～34	101 083	104 611	142 437	138 164	129 444	131 180	134 128	140 897
35～39	14 377	14 325	18 875	34 783	37 101	37 465	38 490	41 406
40～44	3 196	3 083	3 330	5 317	10 893	11 316	12 337	12 974
45～49	853	849	856	1 229	2 225	2 127	2 627	3 356
50～	563	461	443	597	984	1 049	1 085	1 294
不 詳	345	43	12	9	7	12	22	10
妻								
総 数	818 316	783 246	643 514	610 389	592 262	608 628	620 480	651 472
～19歳	33 470	24 315	20 912	21 602	22 327	22 638	22 250	21 992
20～24	533 842	459 635	328 761	280 044	233 032	244 044	242 955	247 397
25～29	208 780	256 383	238 640	249 594	270 575	272 821	279 973	298 353
30～34	26 285	28 364	41 169	41 628	48 641	51 716	56 772	63 938
35～39	9 363	7 763	8 438	11 907	11 320	11 139	12 096	13 134
40～44	4 164	3 739	2 757	2 998	3 814	3 878	3 923	3 793
45～49	1 574	1 938	1 564	1 302	1 415	1 241	1 316	1 606
50～	621	1 071	1 261	1 313	1 136	1 151	1 186	1 255
不 詳	217	38	12	1	2	-	9	4

注：各届出年に同居し届け出たものである。

第10表－2 夫妻の年齢階級別にみた
初婚率（人口千対）の年次推移

年 齢	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
夫（男子人口千対）								
～19歳	1.3	1.3	1.3	1.4	1.5	1.6	1.9	2.0
20～24	42.0	46.4	35.0	30.7	26.8	27.2	27.0	27.4
25～29	100.6	79.9	72.1	73.6	68.0	70.0	68.5	69.9
30～34	24.3	22.8	26.4	30.5	33.3	34.0	34.6	36.1
35～39	3.5	3.4	4.1	6.5	8.2	8.7	9.4	10.4
40～44	0.9	0.8	0.8	1.2	2.0	2.0	2.3	2.5
45～49	0.3	0.2	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6	0.7
妻（女子人口千対）								
～19歳	7.5	6.3	5.2	5.0	4.6	4.7	4.8	4.9
20～24	100.4	102.7	85.4	70.0	54.4	53.7	52.4	52.1
25～29	45.9	48.0	53.5	65.0	68.7	70.3	69.9	72.6
30～34	6.3	6.2	7.7	9.3	12.7	13.7	14.9	16.7
35～39	2.3	1.9	1.8	2.2	2.5	2.6	3.0	3.4
40～44	1.1	0.9	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
45～49	0.5	0.5	0.4	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3

注：各届出年に同居し届け出たものである。

第 1 1 表 夫妻の平均婚姻年齢・年齢差の年次推移

初婚・再婚	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
全 婚 姻								
夫 妻	27.6	27.8	28.7	29.3	29.7	29.6	29.7	29.7
初 婚	24.6	25.2	25.9	26.4	26.9	26.9	27.0	27.1
再 婚	26.9	27.0	27.8	28.2	28.4	28.4	28.4	28.4
夫 妻	24.2	24.7	25.2	25.5	25.9	25.9	26.0	26.1
再 婚	38.0	37.8	38.2	39.4	40.1	40.1	40.2	40.3
夫 妻	33.2	33.2	34.1	35.7	36.5	36.5	36.8	36.9
年 齢 差								
全 婚 姻	3.0	2.6	2.8	2.9	2.8	2.8	2.7	2.6
初 婚	2.7	2.3	2.6	2.7	2.5	2.5	2.4	2.3
再 婚	4.8	4.6	4.1	3.7	3.6	3.6	3.4	3.4

注：各届出年に同居し届け出たものである。

第 1 2 表 初婚夫妻の年齢差別にみた
婚姻件数の年次推移

年 齢 差	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総 数	782 222	747 339	610 223	576 744	553 982	570 052	581 686	610 381
妻年上	80 703	93 387	71 393	69 688	79 138	84 712	90 422	98 553
4 歳～	13 762	14 895	12 179	11 277	13 759	14 839	16 297	17 885
3 歳	9 665	11 452	8 363	8 122	9 679	10 655	11 348	12 760
2 歳	18 191	21 305	15 864	15 060	17 291	18 591	19 829	21 682
1 歳	39 085	45 735	34 987	35 229	38 409	40 627	42 948	46 226
夫妻同年齢	79 337	94 488	78 397	82 244	88 002	93 070	97 342	103 916
夫年上	621 832	559 388	460 411	424 802	386 834	392 258	393 893	407 899
1 歳	91 806	101 855	77 382	75 838	75 752	79 062	80 661	85 403
2 歳	99 192	104 412	76 818	71 126	67 384	69 271	69 695	72 632
3 歳	103 457	98 086	74 389	65 270	58 414	59 548	59 851	61 685
4 歳	96 654	84 163	66 669	57 119	49 469	49 105	49 381	50 362
5 歳	82 261	64 584	54 949	47 140	38 793	38 969	38 580	39 217
6 歳	60 242	44 189	40 879	35 623	29 097	28 740	28 448	29 140
7 歳～	88 220	62 099	69 325	72 686	67 925	67 563	67 277	69 460
構 成 割 合 (%)								
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
妻年上	10.3	12.5	11.7	12.1	14.3	14.9	15.5	16.1
4 歳～	1.8	2.0	2.0	2.0	2.5	2.6	2.8	2.9
3 歳	1.2	1.5	1.4	1.4	1.7	1.9	2.0	2.1
2 歳	2.3	2.9	2.6	2.6	3.1	3.3	3.4	3.6
1 歳	5.0	6.1	5.7	6.1	6.9	7.1	7.4	7.6
夫妻同年齢	10.1	12.6	12.8	14.3	15.9	16.3	16.7	17.0
夫年上	79.5	74.9	75.4	73.7	69.8	68.8	67.7	66.8
1 歳	11.7	13.6	12.7	13.1	13.7	13.9	13.9	14.0
2 歳	12.7	14.0	12.6	12.3	12.2	12.2	12.0	11.9
3 歳	13.2	13.1	12.2	11.3	10.5	10.4	10.3	10.1
4 歳	12.4	11.3	10.9	9.9	8.9	8.6	8.5	8.3
5 歳	10.5	8.6	9.0	8.2	7.0	6.8	6.6	6.4
6 歳	7.7	5.9	6.7	6.2	5.3	5.0	4.9	4.8
7 歳～	11.3	8.3	11.4	12.6	12.3	11.9	11.6	11.4

注：各届出年に同居し届け出たものである。
総数には不詳を含む。

第13表 都道府県別にみた夫妻の
平均初婚年齢の年次推移

都道府県	夫				妻			
	昭和50年	60年	平成4年	5年	昭和50年	60年	平成4年	5年
全 国	27.0	28.2	28.4	28.4	24.7	25.5	26.0	26.1
北海道	26.2	27.7	28.1	28.1	24.4	25.4	26.0	26.1
青森	26.2	27.7	28.1	28.1	23.7	24.9	25.7	25.7
岩手	26.5	28.0	28.4	28.4	24.1	25.4	25.9	26.1
宮城	26.5	27.8	28.3	28.2	24.2	25.4	25.9	25.9
秋田	26.4	28.0	28.7	28.7	24.0	25.4	26.2	26.2
山形	26.5	28.0	28.7	28.8	24.3	25.4	26.1	26.2
福島	26.3	27.8	28.1	28.2	24.1	25.3	25.7	25.8
茨城	26.9	28.1	28.2	28.3	24.4	25.3	25.7	25.8
栃木	26.6	28.0	28.4	28.4	24.4	25.3	25.8	25.9
群馬	26.8	28.1	28.1	28.1	24.8	25.5	25.7	25.8
埼玉	27.3	28.5	28.4	28.5	24.9	25.7	25.9	26.1
千葉	27.3	28.5	28.6	28.6	24.9	25.7	26.1	26.2
東京	27.6	29.0	29.3	29.4	25.5	26.3	26.9	27.0
神奈川	27.4	28.7	28.7	28.8	25.1	25.9	26.3	26.5
新潟	26.6	28.0	28.4	28.4	24.4	25.5	25.9	26.0
富山	26.4	27.7	28.0	27.9	23.8	24.8	25.4	25.5
石川	26.4	27.8	28.0	27.9	23.8	24.7	25.4	25.5
福井	26.4	27.7	28.1	28.2	23.7	24.8	25.5	25.6
山梨	27.5	28.6	28.7	29.0	25.0	25.9	26.3	26.5
長野	27.3	28.8	28.9	28.9	25.2	26.0	26.5	26.5
岐阜	26.8	27.9	28.2	28.2	24.2	24.9	25.6	25.7
静岡	26.9	28.2	28.4	28.5	24.4	25.3	25.9	26.0
愛知	26.9	27.9	28.1	28.2	24.3	24.9	25.6	25.7
三重	26.8	27.7	28.0	28.0	24.2	24.7	25.5	25.5
滋賀	27.0	28.2	28.3	28.3	24.5	25.1	25.7	25.8
京都	27.3	28.3	28.6	28.5	25.0	25.7	26.2	26.3
大阪	27.2	28.1	28.0	28.1	24.9	25.4	25.8	26.0
兵庫	27.1	28.2	28.3	28.2	24.7	25.4	25.9	25.9
奈良	27.0	28.1	28.3	28.5	24.7	25.3	25.9	26.1
和歌山	27.0	27.8	28.0	27.9	24.4	24.8	25.7	25.6
鳥取	26.5	28.0	28.2	28.2	24.3	25.3	25.7	25.9
島根	26.8	28.1	28.4	28.4	24.5	25.3	25.7	25.9
岡山	26.4	27.6	27.7	27.7	24.1	24.9	25.3	25.4
広島	26.7	28.0	28.1	28.0	24.4	25.2	25.6	25.6
山口	26.9	28.1	28.0	27.9	24.5	25.3	25.6	25.6
徳島	26.2	27.7	27.8	28.0	24.0	25.0	25.4	25.5
香川	26.4	27.6	27.6	27.7	24.2	24.9	25.2	25.2
愛媛	26.5	27.7	28.0	27.9	24.3	25.2	25.6	25.7
高知	26.6	28.2	28.3	28.4	24.4	25.6	25.9	26.1
福岡	26.8	28.1	28.4	28.3	24.9	25.8	26.2	26.2
佐賀	26.6	27.9	28.4	28.4	24.5	25.5	26.1	26.2
長門	26.5	28.1	28.6	28.6	24.7	25.9	26.4	26.4
熊本	26.5	27.8	28.4	28.4	24.5	25.6	26.3	26.3
大分	26.4	27.9	28.2	28.2	24.4	25.4	26.0	26.1
宮崎	26.3	27.7	28.2	28.1	24.3	25.6	26.0	26.0
鹿児島	26.8	28.2	28.9	29.0	24.7	25.7	26.4	26.5
沖縄	26.6	27.9	28.3	28.4	24.5	25.8	26.1	26.2

注：各届出年に同居し届け出たものである。

第 1 4 表 夫妻の国籍別にみた婚姻件数の年次推移

国 籍 ¹⁾	昭和 45 年	50 年	55 年	60 年	平成 2 年	3 年	4 年	5 年
実 数								
総 数	1 029 405	941 628	774 702	735 850	722 138	742 264	754 441	792 658
夫 妻 共 日 本	1 023 859	935 583	767 441	723 669	696 512	717 105	728 579	766 001
夫妻の一方が外国	5 546	6 045	7 261	12 181	25 626	25 159	25 862	26 657
夫日本・妻外国	2 108	3 222	4 386	7 738	20 026	19 096	19 423	20 092
妻日本・夫外国	3 438	2 823	2 875	4 443	5 600	6 063	6 439	6 565
夫日本・妻外国	2 108	3 222	4 386	7 738	20 026	19 096	19 423	20 092
妻の国籍								
韓国・朝鮮	1 536	1 994	2 458	3 622	8 940	6 969	5 537	5 068
中 国	280	574	912	1 766	3 614	3 871	4 638	4 691
米 国	75	152	178	254	260	243	248	244
フィリピン							5 771	6 394
タ イ							1 585	1 926
英 国							99	89
ブラジル	217	502	838	2 096	7 212	8 013	645	625
ペ ル ー							138	166
その他の国							762	889
妻日本・夫外国	3 438	2 823	2 875	4 443	5 600	6 063	6 439	6 565
夫の国籍								
韓国・朝鮮	1 386	1 554	1 651	2 525	2 721	2 666	2 804	2 762
中 国	195	243	194	380	708	789	777	766
米 国	1 571	631	625	876	1 091	1 292	1 350	1 381
フィリピン							54	58
タ イ							13	22
英 国							168	220
ブラジル	286	395	405	662	1 080	1 316	152	146
ペ ル ー							56	81
その他の国							1 065	1 129
構 成 割 合 (%)								
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
夫 妻 共 日 本	99.5	99.4	99.1	98.3	96.5	96.6	96.6	96.6
夫妻の一方が外国	0.5	0.6	0.9	1.7	3.5	3.4	3.4	3.4
夫日本・妻外国	0.2	0.3	0.6	1.1	2.8	2.6	2.6	2.5
妻日本・夫外国	0.3	0.3	0.4	0.6	0.8	0.8	0.9	0.8
夫日本・妻外国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
妻の国籍								
韓国・朝鮮	72.9	61.9	56.0	46.8	44.6	36.5	28.5	25.2
中 国	13.3	17.8	20.8	22.8	18.0	20.3	23.9	23.3
米 国	3.6	4.7	4.1	3.3	1.3	1.3	1.3	1.2
フィリピン							29.7	31.8
タ イ							8.2	9.6
英 国							0.5	0.4
ブラジル	10.3	15.6	19.1	27.1	36.0	42.0	3.3	3.1
ペ ル ー							0.7	0.8
その他の国							3.9	4.4
妻日本・夫外国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
夫の国籍								
韓国・朝鮮	40.3	55.0	57.4	56.8	48.6	44.0	43.5	42.1
中 国	5.7	8.6	6.7	8.6	12.6	13.0	12.1	11.7
米 国	45.7	22.4	21.7	19.7	19.5	21.3	21.0	21.0
フィリピン							0.8	0.9
タ イ							0.2	0.3
英 国							2.6	3.4
ブラジル	8.3	14.0	14.1	14.9	19.3	21.7	2.4	2.2
ペ ル ー							0.9	1.2
その他の国							16.5	17.2

注：1)平成4年から調査票の改正により、フィリピン・タイ・英国・ブラジル・ペルーを加えた。

第 1 5 表 同居期間別にみた離婚件数及び
平均同居期間の年次推移

同居期間	昭和48年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
実 数								
総 数	111 877	119 135	141 689	166 640	157 608	168 969	179 191	188 297
5年未満	57 720	58 336	52 597	56 438	59 676	64 077	68 385	72 094
1年未満	16 229	14 773	12 990	12 655	13 065	13 428	13 788	13 941
1～2	13 236	13 014	11 427	12 815	14 387	15 478	15 907	16 741
2～3	11 229	11 731	10 211	11 710	12 326	14 047	15 067	15 643
3～4	9 258	10 141	9 204	10 437	10 452	11 547	13 041	13 867
4～5	7 768	8 677	8 765	8 821	9 446	9 577	10 582	11 902
5 ～ 10	26 476	28 597	39 034	35 338	33 168	35 216	37 078	38 608
10 ～ 15	14 298	16 206	24 425	32 312	21 988	22 858	23 445	24 838
15 ～ 20	6 963	8 172	14 088	21 529	19 924	20 759	20 791	20 687
20 ～ 25	3 579	4 050	6 573	12 706	12 801	14 547	16 191	17 162
25 ～ 30	1 526	1 894	2 682	4 827	5 767	6 593	7 324	7 861
30 ～ 35	552	566	1 164	1 793	1 964	2 282	2 630	3 030
35 ～	268	300	464	1 109	1 186	1 301	1 408	1 638
不 詳	495	1 014	662	588	1 134	1 336	1 939	2 379
構 成 割 合 (%)								
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
5年未満	51.8	49.4	37.3	34.0	38.1	38.2	38.6	38.8
1年未満	14.6	12.5	9.2	7.6	8.3	8.0	7.8	7.5
1～2	11.9	11.0	8.1	7.7	9.2	9.2	9.0	9.0
2～3	10.1	9.9	7.2	7.1	7.9	8.4	8.5	8.4
3～4	8.3	8.6	6.5	6.3	6.7	6.9	7.4	7.5
4～5	7.0	7.3	6.2	5.3	6.0	5.7	6.0	6.4
5 ～ 10	23.8	24.2	27.7	21.3	21.2	21.0	20.9	20.8
10 ～ 15	12.8	13.7	17.3	19.5	14.1	13.6	13.2	13.4
15 ～ 20	6.3	6.9	10.0	13.0	12.7	12.4	11.7	11.1
20 ～ 25	3.2	3.4	4.7	7.7	8.2	8.7	9.1	9.2
25 ～ 30	1.4	1.6	1.9	2.9	3.7	3.9	4.1	4.2
30 ～ 35	0.5	0.5	0.8	1.1	1.3	1.4	1.5	1.6
35 ～	0.2	0.3	0.3	0.7	0.8	0.8	0.8	0.9
不 詳	.	.	.	.	.	.	.	.
平 均 同 居 期 間	6.8	7.1	8.6	10.1	9.9	10.0	10.0	10.1

注：不詳を除いた構成割合である。

第16表 別居したときの夫妻の年齢階級別にみた離婚件数

平成5年

妻の年齢	夫の年齢											
	総数	～19歳	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65歳～
実数												
総数	128 541	377	9 772	22 194	23 746	19 134	20 322	14 956	9 227	4 896	2 237	1 678
～19歳	1 452	216	865	222	92	31	15	4	5	1	-	-
20～24	17 193	148	7 191	6 462	2 066	720	373	169	43	12	8	1
25～29	29 008	12	1 524	13 186	9 410	2 952	1 212	475	158	52	19	8
30～34	23 293	1	150	1 947	10 224	6 782	2 787	962	299	99	31	11
35～39	17 171	-	30	275	1 497	6 674	6 071	1 906	497	153	43	25
40～44	17 430	-	8	71	349	1 560	7 781	5 636	1 509	371	100	45
45～49	11 540	-	2	19	87	329	1 642	4 704	3 629	861	194	73
50～54	6 369	-	1	7	17	77	360	869	2 540	1 917	447	133
55～59	2 957	-	-	2	2	8	72	182	434	1 179	794	284
60～64	1 302	-	-	2	2	-	8	40	91	199	495	465
65歳～	824	-	-	1	-	1	1	9	21	52	106	633
構成割合 (%)												
総数	100.0	0.3	7.6	17.3	18.5	14.9	15.8	11.6	7.2	3.8	1.7	1.3
～19歳	1.1	0.2	0.7	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-
20～24	13.4	0.1	5.6	5.0	1.6	0.6	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
25～29	22.6	0.0	1.2	10.3	7.3	2.3	0.9	0.4	0.1	0.0	0.0	0.0
30～34	18.1	0.0	0.1	1.5	8.0	5.3	2.2	0.7	0.2	0.1	0.0	0.0
35～39	13.4	-	0.0	0.2	1.2	5.2	4.7	1.5	0.4	0.1	0.0	0.0
40～44	13.6	-	0.0	0.1	0.3	1.2	6.1	4.4	1.2	0.3	0.1	0.0
45～49	9.0	-	0.0	0.0	0.1	0.3	1.3	3.7	2.8	0.7	0.2	0.1
50～54	5.0	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.7	2.0	1.5	0.3	0.1
55～59	2.3	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.9	0.6	0.2
60～64	1.0	-	-	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.1	0.2	0.4	0.4
65歳～	0.6	-	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5

注：総数には年齢不詳を含む。

平成5年に別居し届け出たものである。

年齢不詳を除いた構成割合である。

第 1 7 表 夫妻の国籍別にみた離婚件数

国 籍	実 数		構 成 割 合 (%)	
	平成 4 年	平成 5 年	平成 4 年	平成 5 年
総 数	179 191	188 297	100.0	100.0
夫 妻 共 日 本	171 475	180 700	95.7	96.0
夫妻の一方が外国	7 716	7 597	4.3	4.0
夫日本・妻外国	6 174	5 987	3.4	3.2
妻日本・夫外国	1 542	1 610	0.9	0.9
夫日本・妻外国	6 174	5 987	100.0	100.0
妻の国籍				
韓国・朝鮮	3 591	3 154	58.2	52.7
中 国	1 163	1 234	18.8	20.6
米 国	75	62	1.2	1.0
フィリピン	988	1 111	16.0	18.6
タ イ	171	186	2.8	3.1
英 国	15	17	0.2	0.3
ブラジル	39	43	0.6	0.7
ペ ル ー	6	6	0.1	0.1
その他の国	126	174	2.0	2.9
妻日本・夫外国	1 542	1 610	100.0	100.0
夫の国籍				
韓国・朝鮮	956	889	62.0	55.2
中 国	148	167	9.6	10.4
米 国	203	265	13.2	16.5
フィリピン	33	40	2.1	2.5
タ イ	4	8	0.3	0.5
英 国	22	31	1.4	1.9
ブラジル	3	10	0.2	0.6
ペ ル ー	3	7	0.2	0.4
その他の国	170	193	11.0	12.0

注：調査票の改正により、離婚の国籍は、平成 4 年から夫・妻別となった。

第18表 性・年齢階級別にみた死亡数・死亡率(人口10万対)

年齢階級	平成5年			平成4年			対前年増加		
	総数	男	女	総数	男	女	総数	男	女
死 亡 数									
総 数	878 532	476 462	402 070	856 643	465 544	391 099	21 889	10 918	10 971
0～4歳	7 263	3 999	3 264	7 614	4 313	3 301	-351	-314	-37
5～9	1 255	733	522	1 283	795	488	-28	-62	34
10～14	1 138	677	461	1 180	701	479	-42	-24	-18
15～19	3 581	2 641	940	4 061	2 983	1 078	-480	-342	-138
20～24	4 847	3 558	1 289	4 926	3 581	1 345	-79	-23	-56
25～29	4 149	2 895	1 254	4 344	2 941	1 403	-195	-46	-149
30～34	4 758	3 084	1 674	4 792	3 148	1 644	-34	-64	30
35～39	7 176	4 652	2 524	7 494	4 792	2 702	-318	-140	-178
40～44	15 130	9 675	5 455	16 166	10 396	5 770	-1 036	-721	-315
45～49	22 025	14 417	7 608	20 999	13 798	7 201	1 026	619	407
50～54	31 165	20 863	10 302	30 750	20 400	10 350	415	463	-48
55～59	46 776	32 115	14 661	47 610	32 794	14 816	-834	-679	-155
60～64	67 972	47 113	20 859	66 336	45 689	20 647	1 636	1 424	212
65～69	83 424	54 780	28 644	79 070	50 924	28 146	4 354	3 856	498
70～74	93 614	53 858	39 756	90 744	52 371	38 373	2 870	1 487	1 383
75～79	127 035	69 188	57 847	126 978	69 345	57 633	57	-157	214
80～84	153 093	74 446	78 647	149 706	72 821	76 885	3 387	1 625	1 762
85～89	120 227	50 231	69 996	115 375	48 226	67 149	4 852	2 005	2 847
90～	83 289	27 025	56 264	76 618	25 037	51 581	6 671	1 988	4 683
死 亡 率 (人口10万対)									
総 数	709.7	784.6	637.6	693.8	768.3	622.0	15.9	16.3	15.6
0～4歳	120.0	128.8	110.8	123.5	136.4	110.0	-3.5	-7.6	0.8
5～9	18.2	20.7	15.5	18.0	21.8	14.1	0.2	-1.1	1.4
10～14	14.7	17.1	12.2	14.9	17.2	12.4	-0.2	-0.1	-0.2
15～19	38.9	55.9	21.0	42.5	60.8	23.2	-3.6	-4.9	-2.2
20～24	49.9	71.6	27.1	52.0	74.0	29.0	-2.1	-2.4	-1.9
25～29	49.9	68.7	30.5	53.6	71.7	35.0	-3.7	-3.0	-4.5
30～34	61.6	78.9	43.8	62.4	81.1	43.2	-0.8	-2.2	0.6
35～39	90.8	116.8	64.4	92.1	116.9	66.9	-1.3	-0.1	-2.5
40～44	148.9	189.7	107.8	150.0	192.1	107.5	-1.1	-2.4	0.3
45～49	233.4	305.6	161.2	235.7	310.4	161.3	-2.3	-4.8	-0.1
50～54	360.4	487.1	236.0	364.3	488.2	242.9	-3.9	-1.1	-6.9
55～59	590.8	827.9	363.2	601.2	845.0	366.9	-10.4	-17.1	-3.7
60～64	943.7	1 355.8	559.7	940.0	1 341.4	565.5	3.7	14.4	-5.8
65～69	1 397.6	1 990.6	890.1	1 387.9	1 978.4	901.2	9.7	12.2	-11.1
70～74	2 223.6	3 203.9	1 571.4	2 249.5	3 244.8	1 585.7	-25.9	-40.9	-14.3
75～79	4 032.9	5 611.4	3 017.6	4 063.3	5 633.2	3 042.9	-30.4	-21.8	-25.3
80～84	7 137.2	9 605.9	5 740.7	7 295.6	9 748.5	5 891.6	-158.4	-142.6	-150.9
85～89	12 343.6	15 845.7	10 653.9	12 595.5	16 075.3	10 900.8	-251.9	-229.6	-246.9
90～	21 411.1	25 738.1	19 881.3	21 582.5	25 811.3	19 992.6	-171.4	-73.2	-111.3

注：総数には年齢不詳を含む。

第19表 性・年齢階級別にみた
配偶関係別死亡数の構成割合

<15歳以上の死亡数>

平成5年

年 齡 階 級	死 亡 数	構 成 割 合 (%)					
		総 数	有 配 偶	未 婚	死 別	離 別	不 詳
男							
総 数	470 541	100.0	69.7	7.2	18.4	4.5	0.2
15～19歳	2 641	100.0	0.4	99.4	0.0	0.0	0.1
20～24	3 558	100.0	4.5	94.2	0.1	1.0	0.3
25～29	2 895	100.0	17.9	77.5	0.2	3.8	0.6
30～34	3 084	100.0	34.7	56.4	0.9	7.5	0.6
35～39	4 652	100.0	46.7	42.6	0.9	8.9	0.8
40～44	9 675	100.0	54.9	31.5	1.0	12.1	0.5
45～49	14 417	100.0	62.2	21.4	1.5	14.2	0.7
50～54	20 863	100.0	68.9	14.5	2.5	13.5	0.6
55～59	32 115	100.0	75.4	9.6	3.7	10.8	0.5
60～64	47 113	100.0	81.0	6.0	5.5	7.2	0.3
65～69	54 780	100.0	83.1	3.9	8.3	4.6	0.2
70～74	53 858	100.0	82.5	2.6	11.6	3.1	0.1
75～79	69 188	100.0	78.2	1.8	17.7	2.2	0.1
80～84	74 446	100.0	68.9	1.4	28.0	1.5	0.1
85～89	50 231	100.0	55.7	1.3	41.9	1.1	0.1
90～	27 025	100.0	36.0	1.2	61.8	0.9	0.1
(再掲)							
65～	329 528	100.0	70.7	2.1	24.8	2.3	0.1
80～	151 702	100.0	58.7	1.3	38.6	1.3	0.1
女							
総 数	397 720	100.0	27.3	6.0	62.8	3.8	0.1
15～19歳	940	100.0	0.5	99.3	-	0.1	0.1
20～24	1 289	100.0	7.8	89.6	0.4	1.9	0.3
25～29	1 254	100.0	34.7	58.5	1.2	5.5	0.1
30～34	1 674	100.0	54.7	32.9	3.6	8.8	0.1
35～39	2 524	100.0	66.0	22.0	2.3	9.5	0.3
40～44	5 455	100.0	72.0	14.8	2.0	11.1	0.1
45～49	7 608	100.0	73.3	11.9	3.8	10.9	0.1
50～54	10 302	100.0	74.0	9.2	7.2	9.5	0.2
55～59	14 661	100.0	71.7	8.7	11.8	7.7	0.2
60～64	20 859	100.0	65.0	9.2	19.0	6.7	0.2
65～69	28 644	100.0	56.1	8.5	29.5	5.8	0.1
70～74	39 756	100.0	41.1	6.8	47.3	4.7	0.1
75～79	57 847	100.0	26.7	4.6	65.0	3.5	0.1
80～84	78 647	100.0	14.3	3.6	79.4	2.6	0.1
85～89	69 996	100.0	6.1	2.8	89.1	1.9	0.1
90～	56 264	100.0	1.7	2.4	94.1	1.7	0.1
(再掲)							
65～	331 154	100.0	19.4	4.2	73.3	3.0	0.1
80～	204 907	100.0	8.0	3.0	86.8	2.1	0.1

第20表 死亡の場所別にみた死亡数の
年次推移

年次	総数	病院	診療所	老人保健 施設	助産所	自宅	その他
死 亡 数							
昭和26年	838 998	75 944	21 511	・	261	691 901	49 381
30	693 523	85 086	21 646	・	402	533 098	53 291
35	706 599	128 306	25 941	・	791	499 406	52 155
40	700 438	172 091	27 477	・	774	455 081	45 015
45	712 962	234 915	31 949	・	428	403 870	41 800
50	702 275	293 352	34 556	・	193	334 980	39 194
55	722 801	376 838	35 102	・	30	274 966	35 865
60	752 283	473 691	32 353	・	10	212 763	33 466
平成2年	820 305	587 438	27 968	351	2	177 657	26 889
3	829 797	600 914	27 902	631	2	173 141	27 207
4	856 643	627 799	27 955	778	3	172 439	27 669
5	878 532	647 621	27 927	1 081	4	173 669	28 230
構 成 割 合 (%)							
昭和26年	100.0	9.1	2.6	・	0.0	82.5	5.9
30	100.0	12.3	3.1	・	0.1	76.9	7.7
35	100.0	18.2	3.7	・	0.1	70.7	7.4
40	100.0	24.6	3.9	・	0.1	65.0	6.4
45	100.0	32.9	4.5	・	0.1	56.6	5.9
50	100.0	41.8	4.9	・	0.0	47.7	5.6
55	100.0	52.1	4.9	・	0.0	38.0	5.0
60	100.0	63.0	4.3	・	0.0	28.3	4.4
平成2年	100.0	71.6	3.4	0.0	0.0	21.7	3.3
3	100.0	72.4	3.4	0.1	0.0	20.9	3.3
4	100.0	73.3	3.3	0.1	0.0	20.1	3.2
5	100.0	73.7	3.2	0.1	0.0	19.8	3.2

第21表 都道府県別にみた死亡の場所別死亡数

平成5年

都道府県	死 亡 数							構 成 割 合 (%)						
	総 数	病 院	診療所	老人保 健施設	助産 所	自 宅	その他	総数	病院	診療所	老人保 健施設	助産 所	自宅	その他
全 国	878 532	647 621	27 927	1 081	4	173 669	28 230	100.0	73.7	3.2	0.1	0.0	19.8	3.2
北海道	39 884	32 763	1 946	25	-	3 685	1 465	100.0	82.1	4.9	0.1	-	9.2	3.7
青森県	12 210	8 393	797	55	-	2 523	442	100.0	68.7	6.5	0.5	-	20.7	3.6
岩手県	11 792	8 603	440	30	-	2 281	438	100.0	73.0	3.7	0.3	-	19.3	3.7
宮城県	15 040	9 814	654	20	-	4 037	515	100.0	65.3	4.3	0.1	-	26.8	3.4
秋田県	10 808	7 447	356	15	-	2 645	345	100.0	68.9	3.3	0.1	-	24.5	3.2
山形県	10 981	7 053	301	13	-	3 371	243	100.0	64.2	2.7	0.1	-	30.7	2.2
福島県	16 889	11 785	401	24	-	4 218	461	100.0	69.8	2.4	0.1	-	25.0	2.7
茨城県	20 342	14 405	487	43	-	4 773	634	100.0	70.8	2.4	0.2	-	23.5	3.1
栃木県	14 595	9 841	680	19	-	3 623	432	100.0	67.4	4.7	0.1	-	24.8	3.0
群馬県	14 539	10 193	419	30	-	3 465	432	100.0	70.1	2.9	0.2	-	23.8	3.0
埼玉県	34 712	27 045	840	12	-	5 789	1 026	100.0	77.9	2.4	0.0	-	16.7	3.0
千葉県	32 000	23 819	869	35	1	6 214	1 062	100.0	74.4	2.7	0.1	0.0	19.4	3.3
東京都	74 758	62 259	1 259	14	-	9 560	1 666	100.0	83.3	1.7	0.0	-	12.8	2.2
神奈川県	43 750	35 004	841	9	1	6 493	1 402	100.0	80.0	1.9	0.0	0.0	14.8	3.2
	20 204	13 070	225	51	-	6 255	603	100.0	64.7	1.1	0.3	-	31.0	3.0
富山県	9 153	6 829	267	12	-	1 818	227	100.0	74.6	2.9	0.1	-	19.9	2.5
石川県	8 911	6 419	308	33	-	1 951	200	100.0	72.0	3.5	0.4	-	21.9	2.2
福井県	6 589	4 241	247	61	-	1 805	235	100.0	64.4	3.7	0.9	-	27.4	3.6
山梨県	7 001	5 002	120	4	-	1 646	229	100.0	71.4	1.7	0.1	-	23.5	3.3
長野県	17 576	10 905	375	37	-	5 690	569	100.0	62.0	2.1	0.2	-	32.4	3.2
岐阜県	14 835	10 001	377	17	-	4 060	380	100.0	67.4	2.5	0.1	-	27.4	2.6
静岡県	25 088	17 785	731	33	-	5 827	712	100.0	70.9	2.9	0.1	-	23.2	2.8
愛知県	40 595	31 097	1 014	14	1	7 456	1 013	100.0	76.6	2.5	0.0	0.0	18.4	2.5
三重県	14 211	9 257	373	26	-	4 105	450	100.0	65.1	2.6	0.2	-	28.9	3.2
滋賀県	8 681	5 864	65	2	-	2 513	237	100.0	67.5	0.7	0.0	-	28.9	2.7
京都府	19 202	14 696	86	3	-	3 891	526	100.0	76.5	0.4	0.0	-	20.3	2.7
大阪府	56 442	45 564	650	9	-	8 246	1 973	100.0	80.7	1.2	0.0	-	14.6	3.5
兵庫県	39 675	28 512	1 035	24	-	8 718	1 386	100.0	71.9	2.6	0.1	-	22.0	3.5
奈良県	9 738	7 000	121	8	-	2 288	321	100.0	71.9	1.2	0.1	-	23.5	3.3
和歌山県	9 741	6 189	423	20	-	2 748	361	100.0	63.5	4.3	0.2	-	28.2	3.7
鳥取県	5 521	3 653	246	15	-	1 460	147	100.0	66.2	4.5	0.3	-	26.4	2.7
島根県	7 280	4 783	218	18	-	1 995	266	100.0	65.7	3.0	0.2	-	27.4	3.7
岡山県	15 954	10 958	564	22	1	3 773	636	100.0	68.7	3.5	0.1	0.0	23.6	4.0
広島県	21 536	14 932	929	17	-	4 922	736	100.0	69.3	4.3	0.1	-	22.9	3.4
山口県	13 936	10 775	396	32	-	2 331	402	100.0	77.3	2.8	0.2	-	16.7	2.9
徳島県	7 211	4 919	361	48	-	1 506	377	100.0	68.2	5.0	0.7	-	20.9	5.2
香川県	8 603	5 888	387	17	-	2 029	282	100.0	68.4	4.5	0.2	-	23.6	3.3
愛媛県	13 010	8 563	892	27	-	3 077	451	100.0	65.8	6.9	0.2	-	23.7	3.5
高知県	8 281	6 373	417	6	-	1 206	279	100.0	77.0	5.0	0.1	-	14.6	3.4
福岡県	35 875	28 939	1 287	33	-	4 601	1 015	100.0	80.7	3.6	0.1	-	12.8	2.8
佐賀県	7 504	5 257	469	19	-	1 532	227	100.0	70.1	6.3	0.3	-	20.4	3.0
長崎県	13 211	9 754	804	18	-	2 254	381	100.0	73.8	6.1	0.1	-	17.1	2.9
熊本県	15 475	11 082	1 060	48	-	2 842	443	100.0	71.6	6.8	0.3	-	18.4	2.9
大分県	10 484	6 982	859	21	-	2 258	364	100.0	66.6	8.2	0.2	-	21.5	3.5
宮崎県	9 252	6 508	721	8	-	1 710	305	100.0	70.3	7.8	0.1	-	18.5	3.3
鹿児島県	16 279	10 939	1 321	27	-	3 411	581	100.0	67.2	8.1	0.2	-	21.0	3.6
沖縄県	7 023	5 425	274	7	-	1 068	249	100.0	77.2	3.9	0.1	-	15.2	3.5
外国籍	68	40	-	-	-	-	28	100.0	58.8	-	-	-	-	41.2
(再掲)	2 087	996	15	-	-	-	1 076	100.0	47.7	0.7	-	-	-	51.6
東京都	54 596	45 666	869	7	-	6 920	1 134	100.0	83.6	1.6	0.0	-	12.7	2.1
札幌市	9 428	8 264	230	3	-	654	277	100.0	87.7	2.4	0.0	-	6.9	2.9
仙台市	4 673	3 383	122	12	-	1 003	153	100.0	72.4	2.6	0.3	-	21.5	3.3
さいたま市	4 021	3 127	203	1	-	559	131	100.0	77.8	5.0	0.0	-	13.9	3.3
横濱市	17 293	14 047	264	2	-	2 462	518	100.0	81.2	1.5	0.0	-	14.2	3.0
川崎市	5 998	4 861	116	2	1	825	193	100.0	81.0	1.9	0.0	0.0	13.8	3.2
名古屋	13 544	10 788	404	8	-	2 023	321	100.0	79.7	3.0	0.1	-	14.9	2.4
京都市	10 826	8 676	28	3	-	1 868	251	100.0	80.1	0.3	0.0	-	17.3	2.3
大阪市	20 436	16 305	240	3	-	3 113	775	100.0	79.8	1.2	0.0	-	15.2	3.8
神戸市	10 626	8 160	152	2	-	1 913	399	100.0	76.8	1.4	0.0	-	18.0	3.8
広島市	6 325	4 829	297	1	-	1 006	192	100.0	76.3	4.7	0.0	-	15.9	3.0
北九州市	7 809	6 525	122	5	-	957	200	100.0	83.6	1.6	0.1	-	12.3	2.6
福岡市	6 939	5 856	192	6	-	696	189	100.0	84.4	2.8	0.1	-	10.0	2.7

第22表 死因順位第10位までの性別死亡数・死亡率(人口10万対)

死 因	平 成 5 年			平 成 4 年			対 前 年 増 加		
	死 亡 数	死 亡 率	死亡総数 に占める 割合 (%)	死 亡 数	死 亡 率	死亡総数 に占める 割合 (%)	死亡数	寄与率 (%)	死亡率
総 数									
全 死 因	878 532	709.7	100.0	856 643	693.8	100.0	21 889	100.0	15.9
悪 性 新 生 物	(1) 235 707	190.4	26.8	(1) 231 917	187.8	27.1	3 790	17.3	2.6
心 疾 患	(2) 180 297	145.6	20.5	(2) 175 546	142.2	20.5	4 751	21.7	3.4
脳 血 管 疾 患	(3) 118 794	96.0	13.5	(3) 118 058	95.6	13.8	736	3.4	0.4
肺 炎 及 び 気 管 支 炎	(4) 87 409	70.6	9.9	(4) 80 306	65.0	9.4	7 103	32.5	5.6
不慮の事故及び有害作用	(5) 34 717	28.0	4.0	(5) 34 677	28.1	4.0	40	0.2	-0.1
精神病の記載のない老衰	(6) 23 115	18.7	2.6	(6) 23 361	18.9	2.7	-246	-1.1	-0.2
自殺	(7) 20 516	16.6	2.3	(7) 20 893	16.9	2.4	-377	-1.7	-0.3
腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	(8) 18 505	14.9	2.1	(8) 18 299	14.8	2.1	206	0.9	0.1
慢性肝疾患及び肝硬変	(9) 16 880	13.6	1.9	(9) 17 083	13.8	2.0	-203	-0.9	-0.2
糖 尿 病	(10) 10 239	8.3	1.2	(10) 9 823	8.0	1.1	416	1.9	0.3
男									
全 死 因	476 462	784.6	100.0	465 544	768.3	100.0	10 918	100.0	16.3
悪 性 新 生 物	(1) 142 222	234.2	29.8	(1) 139 674	230.5	30.0	2 548	23.3	3.7
心 疾 患	(2) 88 309	145.4	18.5	(2) 86 384	142.6	18.6	1 925	17.6	2.8
脳 血 管 疾 患	(3) 55 279	91.0	11.6	(3) 55 431	91.5	11.9	-152	-1.4	-0.5
肺 炎 及 び 気 管 支 炎	(4) 49 199	81.0	10.3	(4) 45 741	75.5	9.8	3 458	31.7	5.5
不慮の事故及び有害作用	(5) 23 397	38.5	4.9	(5) 23 606	39.0	5.1	-209	-1.9	-0.5
自殺	(6) 13 540	22.3	2.8	(6) 13 516	22.3	2.9	24	0.2	-
慢性肝疾患及び肝硬変	(7) 11 505	18.9	2.4	(7) 11 545	19.1	2.5	-40	-0.4	-0.2
腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	(8) 9 022	14.9	1.9	(8) 8 739	14.4	1.9	283	2.6	0.5
精神病の記載のない老衰	(9) 7 324	12.1	1.5	(9) 7 613	12.6	1.6	-289	-2.6	-0.5
糖 尿 病	(10) 4 972	8.2	1.0	(10) 4 758	7.9	1.0	214	2.0	0.3
女									
全 死 因	402 070	637.6	100.0	391 099	622.0	100.0	10 971	100.0	15.6
悪 性 新 生 物	(1) 93 485	148.3	23.3	(1) 92 243	146.7	23.6	1 242	11.3	1.6
心 疾 患	(2) 91 988	145.9	22.9	(2) 89 162	141.8	22.8	2 826	25.8	4.1
脳 血 管 疾 患	(3) 63 515	100.7	15.8	(3) 62 627	99.6	16.0	888	8.1	1.1
肺 炎 及 び 気 管 支 炎	(4) 38 210	60.6	9.5	(4) 34 565	55.0	8.8	3 645	33.2	5.6
精神病の記載のない老衰	(5) 15 791	25.0	3.9	(5) 15 748	25.0	4.0	43	0.4	-
不慮の事故及び有害作用	(6) 11 320	18.0	2.8	(6) 11 071	17.6	2.8	249	2.3	0.4
腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	(7) 9 483	15.0	2.4	(7) 9 560	15.2	2.4	-77	-0.7	-0.2
自殺	(8) 6 976	11.1	1.7	(8) 7 377	11.7	1.9	-401	-3.7	-0.6
慢性肝疾患及び肝硬変	(9) 5 375	8.5	1.3	(9) 5 538	8.8	1.4	-163	-1.5	-0.3
糖 尿 病	(10) 5 267	8.4	1.3	(11) 5 065	8.1	1.3	202	1.8	0.3

注：()内の数字は、死因順位を示す。

平成4年の女の死因順位第10位は高血圧性疾患で、死亡数5,514人、死亡率8.8、死亡割合1.4 %である。

第23表 死因順位第5位までの死亡数・死亡率(人口10万対)
の年次推移

年次	第1位		第2位		第3位		第4位		第5位	
	死因	死亡数 死亡率	死因	死亡数 死亡率	死因	死亡数 死亡率	死因	死亡数 死亡率	死因	死亡数 死亡率
昭和22年	結核	146 241 187.2	肺炎及び 気管支炎	136 524 174.8	胃腸炎	106 838 136.8	脳血管疾患	101 095 129.4	老衰	78 342 100.3
23	〃	143 909 179.9	脳血管疾患	94 329 117.9	〃	87 890 109.9	肺炎及び 気管支炎	78 911 98.6	〃	63 639 79.5
24	〃	138 113 168.8	〃	100 278 122.6	肺炎及び 気管支炎	81 812 100.0	胃腸炎	75 748 92.6	〃	65 574 80.2
25	〃	121 769 146.4	〃	105 728 127.1	〃	77 565 93.2	〃	68 540 82.4	悪性新生物	64 428 77.4
26	脳血管疾患	105 858 125.2	結核	93 307 110.3	〃	69 555 82.2	悪性新生物	66 354 78.5	老衰	59 796 70.7
27	〃	110 359 128.5	〃	70 558 82.2	悪性新生物	69 488 80.9	老衰	59 514 69.3	肺炎及び 気管支炎	57 586 67.1
28	〃	116 351 133.7	悪性新生物	71 578 82.2	老衰	67 514 77.6	肺炎及び 気管支炎	62 091 71.3	結核	57 849 66.5
29	〃	116 925 132.4	〃	75 309 85.3	〃	61 334 69.5	結核	55 124 62.4	心疾患	53 128 60.2
30	〃	121 504 136.1	〃	77 721 87.1	〃	59 932 67.1	心疾患	54 351 60.9	結核	46 735 52.3
33	〃	136 767 148.6	〃	87 895 95.5	心疾患	59 603 64.8	老衰	51 046 55.5	肺炎及び 気管支炎	43 832 47.6
35	〃	150 109 160.7	〃	93 773 100.4	〃	68 400 73.2	〃	54 139 58.0	〃	46 045 49.3
40	〃	172 773 175.8	〃	106 536 108.4	〃	75 672 77.0	〃	49 092 50.0	不慮の事故	40 188 40.9
45	〃	181 315 175.8	〃	119 977 116.3	〃	89 411 86.7	不慮の事故	43 802 42.5	老衰	39 277 38.1
50	〃	174 367 156.7	〃	136 383 122.6	〃	99 226 89.2	肺炎及び 気管支炎	37 462 33.7	不慮の事故	33 710 30.3
54	〃	158 974 137.7	〃	156 661 135.7	〃	111 938 96.9	〃	32 859 28.5	老衰	29 419 25.5
55	〃	162 317 139.5	〃	161 764 139.1	〃	123 505 106.2	〃	39 241 33.7	〃	32 154 27.6
56	悪性新生物	166 399 142.0	脳血管疾患	157 351 134.3	〃	126 012 107.5	〃	39 448 33.7	〃	29 873 25.5
57	〃	170 130 144.2	〃	147 537 125.0	〃	125 905 106.7	〃	41 335 35.0	不慮の事故	29 197 24.7
60	〃	187 714 156.1	心疾患	141 097 117.3	脳血管疾患	134 994 112.2	〃	51 366 42.7	〃	29 597 24.6
61	〃	191 654 158.5	〃	142 581 117.9	〃	129 289 106.9	〃	53 065 43.9	〃	28 610 23.7
62	〃	199 563 164.2	〃	143 909 118.4	〃	123 626 101.7	〃	54 523 44.9	〃	28 255 23.2
63	〃	205 470 168.4	〃	157 920 129.4	〃	128 695 105.5	〃	62 914 51.6	〃	30 212 24.8
平成元年	〃	212 625 173.6	〃	156 831 128.1	〃	120 652 98.5	〃	64 534 52.7	〃	31 049 25.4
2	〃	217 413 177.2	〃	165 478 134.8	〃	121 944 99.4	〃	74 535 60.7	〃	32 122 26.2
3	〃	223 727 181.7	〃	168 878 137.2	〃	118 448 96.2	〃	76 351 62.0	〃	33 155 26.9
4	〃	231 917 187.8	〃	175 546 142.2	〃	118 058 95.6	〃	80 306 65.0	〃	34 677 28.1
5	〃	235 707 190.4	〃	180 297 145.6	〃	118 794 96.0	〃	87 409 70.6	〃	34 717 28.0

第24表(2-1) 死因順位¹⁾第5位までの性・年齢階級別死亡数・死亡総数

年 齢 階 級	第 1 位		第 2 位		第 3 位		第 4 位		第 5 位	
	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率
総 数	悪性新生物	235 707 190.4	心 疾 患	180 297 145.6	脳血管疾患	118 794 96.0	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	87 409 70.6	不慮の事故	34 717 28.0
0歳 ²⁾	先 天 異 常	1 828 153.8	出産時外傷	934 78.6	不慮の事故	282 23.7	心 疾 患	219 18.4	敗 血 症	193 16.2
1～4	不慮の事故	555 11.4	先 天 異 常	377 7.8	心 疾 患	176 3.6	中枢神経系	146 3.0	悪性新生物	144 3.0
5～9	不慮の事故	412 6.0	悪性新生物	215 3.1	先 天 異 常	119 1.7	心 疾 患	68 1.0	中枢神経系	67 1.0
10～14	悪性新生物	239 3.1	不慮の事故	237 3.1	心 疾 患	109 1.4	先 天 異 常	74 1.0	中枢神経系	65 0.8
15～19	不慮の事故	1 818 19.7	悪性新生物	370 4.0	自 殺	361 3.9	心 疾 患	252 2.7	喘 息 先 天 異 常	76 0.8
20～24	不慮の事故	1 990 20.5	自 殺	1 017 10.5	悪性新生物	423 4.4	心 疾 患	351 3.6	喘 息	94 1.0
25～29	不慮の事故	1 069 12.8	自 殺	1 023 12.3	悪性新生物	563 6.8	心 疾 患	460 5.5	脳血管疾患	120 1.4
30～34	自 殺	1 048 13.6	悪性新生物	982 12.7	不慮の事故	751 9.7	心 疾 患	648 8.4	脳血管疾患	230 3.0
35～39	悪性新生物	1 997 25.3	自 殺	1 221 15.5	心 疾 患	993 12.6	不慮の事故	933 11.8	脳血管疾患	457 5.8
40～44	悪性新生物	5 215 51.3	心 疾 患	1 995 19.6	自 殺	1 787 17.6	不慮の事故	1 414 13.9	脳血管疾患	1 387 13.6
45～49	悪性新生物	8 138 86.2	心 疾 患	2 977 31.5	脳血管疾患	2 351 24.9	自 殺	2 083 22.1	不慮の事故	1 617 17.1
50～54	悪性新生物	12 269 141.9	心 疾 患	4 244 49.1	脳血管疾患	3 428 39.6	自 殺	2 336 27.0	不慮の事故	2 003 23.2
55～59	悪性新生物	20 121 254.1	心 疾 患	6 469 81.7	脳血管疾患	4 745 59.9	慢性肝疾患 及び肝硬変	2 524 31.9	不慮の事故	2 405 30.4
60～64	悪性新生物	30 232 419.7	心 疾 患	10 079 139.9	脳血管疾患	6 879 95.5	慢性肝疾患 及び肝硬変	2 835 39.4	不慮の事故	2 780 38.6
65～69	悪性新生物	34 971 585.9	心 疾 患	13 777 230.8	脳血管疾患	8 851 148.3	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	4 821 80.8	不慮の事故	2 886 48.3
70～74	悪性新生物	32 748 777.9	心 疾 患	17 963 426.7	脳血管疾患	11 689 277.6	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	7 893 187.5	不慮の事故	2 780 66.0
75～79	悪性新生物	34 517 1 095.8	心 疾 患	27 820 883.2	脳血管疾患	18 807 597.0	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	14 313 454.4	不慮の事故	3 339 106.0
80～84	心 疾 患	37 062 1 727.8	悪性新生物	30 383 1 416.5	脳血管疾患	25 302 1 179.6	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	21 714 1 012.3	腎 炎 等	4 176 194.7
85～89	心 疾 患	31 588 3 243.1	脳血管疾患	20 793 2 134.8	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	18 854 1 935.7	悪性新生物	16 037 1 646.5	老 衰	6 941 712.6
90～	心 疾 患	22 999 5 912.3	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	13 618 3 500.8	脳血管疾患	13 530 3 478.1	老 衰	10 871 2 794.6	悪性新生物	6 097 1 567.4

注：1) [1] (0歳)の死因については乳児の死因順位の選び方を使用した。

[2]死因順位は死亡数の多いものからとした。死亡数が同数の場合は、同一順位に死因名を列記し、次位を空欄とした。

2) 0歳の死亡率は出生10万対の率である。

3) 死因名は以下のように略称した。

出産時外傷→出産時外傷，低酸素症，分娩仮死及びその他の呼吸器病態

不慮の事故→不慮の事故及び有害作用

率（人口10万対）

男

平成5年

年 齢 階 級	第 1 位		第 2 位		第 3 位		第 4 位		第 5 位	
	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率
総 数	悪性新生物	142 222 234.2	心 疾 患	88 309 145.4	脳血管疾患	55 279 91.0	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	49 199 81.0	不慮の事故	23 397 38.5
0歳 ²⁾	先 天 異 常	967 158.5	出産時外傷	532 87.2	不慮の事故	155 25.4	心 疾 患	123 20.2	敗 血 症	103 16.9
1～4	不慮の事故	327 13.1	先 天 異 常	184 7.4	心 疾 患	89 3.6	中枢神経系	86 3.4	悪性新生物	76 3.0
5～9	不慮の事故	284 8.0	悪性新生物	115 3.2	先 天 異 常	68 1.9	中枢神経系 心 疾 患	39 1.1		
10～14	不慮の事故	156 3.9	悪性新生物	134 3.4	心 疾 患	67 1.7	先 天 異 常	41 1.0	中枢神経系	39 1.0
15～19	不慮の事故	1 500 31.8	自 殺	249 5.3	悪性新生物	243 5.1	心 疾 患	172 3.6	喘 息 先 天 異 常	51 1.1
20～24	不慮の事故	1 647 33.2	自 殺	725 14.6	心 疾 患	268 5.4	悪性新生物	249 5.0	喘 息	67 1.3
25～29	不慮の事故	907 21.5	自 殺	720 17.1	心 疾 患	334 7.9	悪性新生物	305 7.2	脳血管疾患	71 1.7
30～34	自 殺	753 19.3	不慮の事故	609 15.6	心 疾 患	465 11.9	悪性新生物	435 11.1	脳血管疾患	141 3.6
35～39	悪性新生物	921 23.1	自 殺	904 22.7	不慮の事故	749 18.8	心 疾 患	739 18.6	脳血管疾患	301 7.6
40～44	悪性新生物	2 531 49.6	心 疾 患	1 488 29.2	自 殺	1 318 25.8	不慮の事故	1 129 22.1	脳血管疾患	882 17.3
45～49	悪性新生物	4 359 92.4	心 疾 患	2 217 47.0	自 殺	1 555 33.0	脳血管疾患	1 513 32.1	不慮の事故	1 276 27.0
50～54	悪性新生物	7 193 167.9	心 疾 患	3 224 75.3	脳血管疾患	2 223 51.9	自 殺	1 695 39.6	不慮の事故	1 567 36.6
55～59	悪性新生物	13 054 336.5	心 疾 患	4 800 123.7	脳血管疾患	3 125 80.6	慢性肝疾患 及び肝硬変	2 044 52.7	不慮の事故	1 833 47.3
60～64	悪性新生物	21 044 605.6	心 疾 患	7 078 203.7	脳血管疾患	4 465 128.5	慢性肝疾患 及び肝硬変	2 146 61.8	不慮の事故	2 102 60.5
65～69	悪性新生物	23 737 862.5	心 疾 患	8 880 322.7	脳血管疾患	5 261 191.2	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	3 428 124.5	不慮の事故	2 040 74.1
70～74	悪性新生物	20 080 1 194.5	心 疾 患	9 587 570.3	脳血管疾患	5 965 354.8	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	5 125 304.9	不慮の事故	1 687 100.4
75～79	悪性新生物	20 579 1 669.0	心 疾 患	13 641 1 106.3	脳血管疾患	9 055 734.4	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	9 009 730.7	不慮の事故	1 863 151.1
80～84	悪性新生物	16 718 2 157.2	心 疾 患	16 031 2 068.5	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	12 394 1 599.2	脳血管疾患	10 762 1 388.6	腎 炎 等	1 900 245.2
85～89	心 疾 患	11 951 3 770.0	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	9 495 2 995.3	悪性新生物	7 922 2 499.1	脳血管疾患	7 567 2 387.1	老 衰	2 256 711.7
90～	心 疾 患	7 075 6 738.1	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	5 400 5 142.9	脳血管疾患	3 809 3 627.6	老 衰	2 939 2 799.0	悪性新生物	2 505 2 385.7

腎炎等→腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ

良性新生物→良性及び性質不詳の新生物

老衰→精神病の記載のない老衰

敗血症→敗血症（新生児敗血症を含む）

中枢神経系→中枢神経系の非炎症性疾患

第24表(2-2) 死因順位¹⁾第5位までの性・年齢階級別死亡数・死亡率(人口10万対)
平成5年

女

年 齢 階 級	第 1 位		第 2 位		第 3 位		第 4 位		第 5 位	
	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率	死 因	死亡数 死亡率
総 数	悪性新生物	93 485 148.3	心 疾 患	91 988 145.9	脳血管疾患	63 515 100.7	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	38 210 60.6	老 衰	15 791 25.0
0歳 ²⁾	先 天 異 常	861 149.0	出産時外傷	402 69.5	不慮の事故	127 22.0	心 疾 患	96 16.6	敗 血 症	90 15.6
1～4	不慮の事故	228 9.6	先 天 異 常	193 8.2	心 疾 患	87 3.7	悪性新生物	68 2.9	中枢神経系	60 2.5
5～9	不慮の事故	128 3.8	悪性新生物	100 3.0	先 天 異 常	51 1.5	良性新生物 肺炎及び 気管支炎	37 1.1		
10～14	悪性新生物	105 2.8	不慮の事故	81 2.1	心 疾 患	42 1.1	先 天 異 常	33 0.9	中枢神経系	26 0.7
15～19	不慮の事故	318 7.1	悪性新生物	127 2.8	自 殺	112 2.5	心 疾 患	80 1.8	中枢神経系	31 0.7
20～24	不慮の事故	343 7.2	自 殺	292 6.1	悪性新生物	174 3.7	心 疾 患	83 1.7	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	36 0.8
25～29	自 殺	303 7.4	悪性新生物	258 6.3	不慮の事故	162 3.9	心 疾 患	126 3.1	脳血管疾患	49 1.2
30～34	悪性新生物	547 14.3	自 殺	295 7.7	心 疾 患	183 4.8	不慮の事故	142 3.7	脳血管疾患	89 2.3
35～39	悪性新生物	1 076 27.5	自 殺	317 8.1	心 疾 患	254 6.5	不慮の事故	184 4.7	脳血管疾患	156 4.0
40～44	悪性新生物	2 684 53.0	心 疾 患	507 10.0	脳血管疾患	505 10.0	自 殺	469 9.3	不慮の事故	285 5.6
45～49	悪性新生物	3 779 80.1	脳血管疾患	838 17.8	心 疾 患	760 16.1	自 殺	528 11.2	不慮の事故	341 7.2
50～54	悪性新生物	5 076 116.3	脳血管疾患	1 205 27.6	心 疾 患	1 020 23.4	自 殺	641 14.7	不慮の事故	436 10.0
55～59	悪性新生物	7 067 175.1	心 疾 患	1 669 41.3	脳血管疾患	1 620 40.1	自 殺	640 15.9	不慮の事故	572 14.2
60～64	悪性新生物	9 188 246.5	心 疾 患	3 001 80.5	脳血管疾患	2 414 64.8	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	719 19.3	慢性肝疾患 及び肝硬変	689 18.5
65～69	悪性新生物	11 234 349.1	心 疾 患	4 897 152.2	脳血管疾患	3 590 111.6	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	1 395 43.3	不慮の事故	846 26.3
70～74	悪性新生物	12 668 500.7	心 疾 患	8 376 331.1	脳血管疾患	5 724 226.2	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	2 768 109.4	不慮の事故	1 093 43.2
75～79	心 疾 患	14 179 739.6	悪性新生物	13 938 727.1	脳血管疾患	9 752 508.7	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	5 304 276.7	腎 炎 等	1 582 82.5
80～84	心 疾 患	21 031 1 535.1	脳血管疾患	14 540 1 061.3	悪性新生物	13 665 997.4	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	9 320 680.3	老 衰	2 416 176.4
85～89	心 疾 患	19 637 2 988.9	脳血管疾患	13 226 2 013.1	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	9 359 1 424.5	悪性新生物	8 115 1 235.2	老 衰	4 685 713.1
90～	心 疾 患	15 924 5 626.9	脳血管疾患	9 721 3 435.0	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	8 218 2 903.9	老 衰	7 932 2 802.8	悪性新生物	3 592 1 269.3

第25表 主な死因の死亡の場所別死亡数の年次推移

年次・死因	死 亡 数					構 成 割 合 (%)				
	総 数	病 院	診療所等	自 宅	その他	総 数	病 院	診療所等	自 宅	その他
昭和50年 全 死 因	702 275	293 352	34 749	334 980	39 194	100.0	41.8	4.9	47.7	5.6
悪 性 新 生 物	136 383	96 083	6 517	32 625	1 158	100.0	70.5	4.8	23.9	0.8
心 疾 患	99 226	29 531	4 588	60 225	4 882	100.0	29.8	4.6	60.7	4.9
脳 血 管 疾 患	174 367	52 626	6 811	109 858	5 072	100.0	30.2	3.9	63.0	2.9
肺炎及び気管支炎	37 462	13 297	2 035	21 004	1 126	100.0	35.5	5.4	56.1	3.0
不 慮 の 事 故	33 710	14 146	2 642	4 641	12 281	100.0	42.0	7.8	13.8	36.4
(再掲)自動車事故	14 206	7 564	1 507	102	5 033	100.0	53.2	10.6	0.7	35.4
昭和60年 全 死 因	752 283	473 691	32 363	212 763	33 466	100.0	63.0	4.3	28.3	4.4
悪 性 新 生 物	187 714	162 120	7 740	17 062	792	100.0	86.4	4.1	9.1	0.4
心 疾 患	141 097	73 440	6 585	55 365	5 707	100.0	52.0	4.7	39.2	4.0
脳 血 管 疾 患	134 994	75 634	5 890	50 622	2 848	100.0	56.0	4.4	37.5	2.1
肺炎及び気管支炎	51 366	33 548	2 600	14 216	1 002	100.0	65.3	5.1	27.7	2.0
不 慮 の 事 故	29 597	15 972	991	3 626	9 008	100.0	54.0	3.3	12.3	30.4
(再掲)自動車事故	12 660	8 348	430	38	3 844	100.0	65.9	3.4	0.3	30.4
平成4年 全 死 因	856 643	627 799	28 736	172 439	27 669	100.0	73.3	3.4	20.1	3.2
悪 性 新 生 物	231 917	209 348	6 965	14 894	710	100.0	90.3	3.0	6.4	0.3
心 疾 患	175 546	112 524	6 304	52 022	4 696	100.0	64.1	3.6	29.6	2.7
脳 血 管 疾 患	118 058	79 362	4 307	32 721	1 668	100.0	67.2	3.6	27.7	1.4
肺炎及び気管支炎	80 306	64 788	3 112	11 725	681	100.0	80.7	3.9	14.6	0.8
不 慮 の 事 故	34 677	22 790	684	3 932	7 271	100.0	65.7	2.0	11.3	21.0
(再掲)自動車事故	14 735	11 112	234	31	3 358	100.0	75.4	1.6	0.2	22.8
平成5年 全 死 因	878 532	647 621	29 012	173 669	28 230	100.0	73.7	3.3	19.8	3.2
悪 性 新 生 物	235 707	212 480	6 712	15 847	668	100.0	90.1	2.8	6.7	0.3
心 疾 患	180 297	116 440	6 380	52 756	4 721	100.0	64.6	3.5	29.3	2.6
脳 血 管 疾 患	118 794	80 618	4 416	32 028	1 732	100.0	67.9	3.7	27.0	1.5
肺炎及び気管支炎	87 409	71 128	3 489	12 047	745	100.0	81.4	4.0	13.8	0.9
不 慮 の 事 故	34 717	22 938	604	4 091	7 084	100.0	66.1	1.7	11.8	20.4
(再掲)自動車事故	14 168	10 820	217	21	3 110	100.0	76.4	1.5	0.1	22.0

注：診療所等→診療所、老人保健施設（平成4・5年）、助産所

第26表(2-1) 死因(简单分類) 別にみた性別死亡数・
死亡率(人口10万対)

1) 2) 简单分類 番号	死 因	平 成 5 年						平 成 4 年	
		死 亡 数			死 亡 率			死 亡 数	死 亡 率
		総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	総 数
	総 数	878 532	476 462	402 070	709.7	784.6	637.6	856 643	693.8
1	コ レ ラ	-	-	-	-	-	-	-	-
2	腸 チ フ ス	-	-	-	-	-	-	-	-
3	細菌性赤痢及びアメーバ症	3	3	-	0.0	0.0	-	3	0.0
4	腸炎及びその他の下痢性疾患	749	338	411	0.6	0.6	0.7	754	0.6
5	呼吸系の結核	3 042	2 319	723	2.5	3.8	1.1	3 133	2.5
6	その他の結核	207	105	102	0.2	0.2	0.2	214	0.2
7	ら い	1	1	-	0.0	0.0	-	-	-
8	ジフテリア	1	-	1	0.0	-	0.0	-	-
9	百 日 咳	2	1	1	0.0	0.0	0.0	1	0.0
10	猩 紅 熱	-	-	-	-	-	-	-	-
11	髄膜炎菌感染	-	-	-	-	-	-	1	0.0
12	破傷風(新生児破傷風を除く)	14	6	8	0.0	0.0	0.0	17	0.0
13	敗血症(新生児敗血症を除く)	3 944	1 916	2 028	3.2	3.2	3.2	4 037	3.3
14	急性灰白髄炎	-	-	-	-	-	-	-	-
15	痘 瘡	-	-	-	-	-	-	-	-
16	麻 疹	14	8	6	0.0	0.0	0.0	14	0.0
17	日 本 脳 炎	-	-	-	-	-	-	1	0.0
18	ウイルス肝炎B	451	307	144	0.4	0.5	0.2	376	0.3
19	その他のウイルス肝炎	2 043	1 189	854	1.7	2.0	1.4	1 552	1.3
20	発疹チフス及びその他のリケッチア症	4	2	2	0.0	0.0	0.0	4	0.0
21	マ ラ リ ア	-	-	-	-	-	-	-	-
22	梅 毒	25	15	10	0.0	0.0	0.0	26	0.0
23	カンジダ症(新生児カンジダ症を除く)	105	56	49	0.1	0.1	0.1	122	0.1
24	日本住血吸虫症	3	3	-	0.0	0.0	-	4	0.0
25	フィラリア症	1	-	1	0.0	-	0.0	-	-
26	その他の感染症及び寄生虫症	3 325	2 032	1 293	2.7	3.3	2.1	3 076	2.5

注: 1) 简单分類番号は通し番号になっており、欠番は小計をあらわしている。
 2) 「E104～E117 損傷及び中毒の外因」は、「91～101 損傷及び中毒」を外因で分類したものである。
 3) 女子人口10万対の率である。
 4) 男子人口10万対の率である。

1) 2) 簡 単 分 類 番 号	死 因	平 成 5 年						平 成 4 年	
		死 亡 数			死 亡 率			死 亡 数	死 亡 率
		総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	総 数
28~37	悪性新生物	235 707	142 222	93 485	190.4	234.2	148.3	231 917	187.8
28	食 道	8 040	6 734	1 306	6.5	11.1	2.1	7 854	6.4
29	胃	47 311	29 998	17 313	38.2	49.4	27.5	48 041	38.9
30	直腸, 直腸S状結腸移行部及び肛門	9 963	6 122	3 841	8.0	10.1	6.1	10 090	8.2
31	肝	27 765	20 060	7 705	22.4	33.0	12.2	26 999	21.9
32	膵	14 713	8 139	6 574	11.9	13.4	10.4	14 147	11.5
33	気管, 気管支及び肺	41 527	30 398	11 129	33.5	50.1	17.6	40 163	32.5
34	乳 房	6 814	56	6 758	5.5	0.1	10.7	6 507	5.3
35	子 宮 ³⁾	4 445	.	4 445	7.0	.	7.0	4 665	7.4
36	白 血 病	5 819	3 350	2 469	4.7	5.5	3.9	5 716	4.6
37	そ の 他	69 310	37 365	31 945	56.0	61.5	50.7	67 735	54.9
38	良性及び性質不詳の新生物	7 287	4 031	3 256	5.9	6.6	5.2	7 108	5.8
39	糖 尿 病	10 239	4 972	5 267	8.3	8.2	8.4	9 823	8.0
40	栄養欠乏症	692	369	323	0.6	0.6	0.5	593	0.5
41	貧 血	1 464	575	889	1.2	0.9	1.4	1 523	1.2
42	精 神 障 害	3 116	1 302	1 814	2.5	2.1	2.9	3 003	2.4
43	髄 膜 炎	448	253	195	0.4	0.4	0.3	436	0.4
44	中枢神経系の非炎症性疾患	5 811	3 052	2 759	4.7	5.0	4.4	5 437	4.4
45	急性リウマチ熱	32	8	24	0.0	0.0	0.0	59	0.0
46	慢性リウマチ性心疾患	1 298	395	903	1.0	0.7	1.4	1 267	1.0
48~49	高血圧性疾患	8 360	3 117	5 243	6.8	5.1	8.3	8 688	7.0
48	高血圧性心疾患	6 334	2 365	3 969	5.1	3.9	6.3	6 699	5.4
49	その他の高血圧性疾患	2 026	752	1 274	1.6	1.2	2.0	1 989	1.6
51~52	虚血性心疾患	51 914	27 416	24 498	41.9	45.1	38.9	51 124	41.4
51	急性心筋梗塞	32 545	18 039	14 506	26.3	29.7	23.0	31 355	25.4
52	その他の虚血性心疾患	19 369	9 377	9 992	15.6	15.4	15.8	19 769	16.0
54~56	肺循環疾患及びその他の型の心疾患	127 085	60 498	66 587	102.7	99.6	105.6	123 155	99.7
54	心内膜の慢性疾患	4 794	1 902	2 892	3.9	3.1	4.6	4 496	3.6
55	心 不 全	108 465	51 362	57 103	87.6	84.6	90.6	105 796	85.7
56	その他の心疾患	13 826	7 234	6 592	11.2	11.9	10.5	12 863	10.4
58~60	脳血管疾患	118 794	55 279	63 515	96.0	91.0	100.7	118 058	95.6
58	脳 出 血	29 955	15 933	14 022	24.2	26.2	22.2	29 811	24.1
59	脳 梗 塞	64 850	30 104	34 746	52.4	49.6	55.1	63 566	51.5
60	その他の脳血管疾患	23 989	9 242	14 747	19.4	15.2	23.4	24 681	20.0

第26表(2-2) 死因(简单分類) 別にみた性別死亡数・
死亡率(人口10万対)

1) 2) 简单分類 番号	死 因	平成5年						平成4年	
		死 亡 数			死 亡 率			死 亡 数	死亡率
		総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	総 数
61	循環系のその他の疾患	8 491	4 959	3 532	6.9	8.2	5.6	8 054	6.5
62	急性気管支炎	1 356	605	751	1.1	1.0	1.2	1 193	1.0
63	肺 炎	81 138	45 797	35 341	65.5	75.4	56.0	74 274	60.2
64	インフルエンザ	519	218	301	0.4	0.4	0.5	177	0.1
66~68	気管支炎、肺気腫及び喘息	15 898	10 233	5 665	12.8	16.8	9.0	15 174	12.3
66	気 管 支 炎	4 915	2 797	2 118	4.0	4.6	3.4	4 839	3.9
67	肺 気 腫	4 773	3 973	800	3.9	6.5	1.3	4 406	3.6
68	喘 息	6 210	3 463	2 747	5.0	5.7	4.4	5 929	4.8
69	胃及び十二指腸潰瘍	3 680	1 965	1 715	3.0	3.2	2.7	3 581	2.9
70	虫 垂 炎	93	56	37	0.1	0.1	0.1	87	0.1
71	腹腔ヘルニア及び腸閉塞	3 579	1 626	1 953	2.9	2.7	3.1	3 396	2.8
72	胃炎、十二指腸炎及び慢性胃腸炎	665	279	386	0.5	0.5	0.6	707	0.6
73	慢性肝疾患及び肝硬変	16 880	11 505	5 375	13.6	18.9	8.5	17 083	13.8
74	肝疾患(肝硬変を除く)	3 043	1 774	1 269	2.5	2.9	2.0	3 079	2.5
76~77	腎炎、ネフローゼ症候群及びネフローゼ	18 505	9 022	9 483	14.9	14.9	15.0	18 299	14.8
76	急性糸球体腎炎及びネフローゼ症候群	4 196	2 074	2 122	3.4	3.4	3.4	4 159	3.4
77	そ の 他	14 309	6 948	7 361	11.6	11.4	11.7	14 140	11.5
78	前立腺肥大症 ⁴⁾	178	178	・	0.3	0.3	・	168	0.3
79	直接産科的死亡 ³⁾	82	・	82	0.1	・	0.1	95	0.2
80	間接産科的死亡 ³⁾	9	・	9	0.0	・	0.0	16	0.0
81	先 天 異 常	3 417	1 805	1 612	2.8	3.0	2.6	3 534	2.9
82	出産時外傷、低酸素症、分娩仮死及び その他の呼吸器病態	957	551	406	0.8	0.9	0.6	1 017	0.8
84~87	その他の周産期の死因	538	288	250	0.4	0.5	0.4	547	0.4
84	新生児破傷風	-	-	-	-	-	-	-	-
85	新生児カンジダ感染	-	-	-	-	-	-	-	-
86	新生児敗血症	74	36	38	0.1	0.1	0.1	100	0.1
87	そ の 他	464	252	212	0.4	0.4	0.3	447	0.4
88	精神病の記載のない老衰	23 115	7 324	15 791	18.7	12.1	25.0	23 361	18.9
89	その他のすべての疾患	51 199	27 048	24 151	41.4	44.5	38.3	48 323	39.1

1) 2) 簡 単 分 類 番 号	死 因	平 成 5 年						平 成 4 年	
		死 亡 数			死 亡 率			死 亡 数	死 亡 率
		総 数	男	女	総 数	男	女	総 数	総 数
91～101	損傷及び中毒	59 009	39 439	19 570	47.7	64.9	31.0	58 952	47.7
91	頭 蓋 骨 折	5 370	3 927	1 443	4.3	6.5	2.3	5 740	4.6
92	その他の骨の骨折	3 370	1 811	1 559	2.7	3.0	2.5	3 254	2.6
93	頭蓋内損傷（頭蓋骨折を伴うものを除く）	9 381	6 485	2 896	7.6	10.7	4.6	9 636	7.8
94	胸、腹及び骨盤の内部損傷	4 930	3 708	1 222	4.0	6.1	1.9	4 740	3.8
95	開 放 創	962	683	279	0.8	1.1	0.4	961	0.8
96	熱 傷	2 191	1 408	783	1.8	2.3	1.2	2 303	1.9
97	神経及び脊髄の損傷	470	382	88	0.4	0.6	0.1	493	0.4
98	中毒及び毒作用	3 657	2 486	1 171	3.0	4.1	1.9	3 528	2.9
99	溺 死	7 108	4 180	2 928	5.7	6.9	4.6	6 311	5.1
100	窒息及び絞首	12 608	8 612	3 996	10.2	14.2	6.3	13 247	10.7
101	その他の損傷	8 962	5 757	3 205	7.2	9.5	5.1	8 739	7.1
	(再 掲)								
E104～E117	損傷及び中毒の外因	59 009	39 439	19 570	47.7	64.9	31.0	58 952	47.7
E104～E114	不慮の事故及び有害作用	34 717	23 397	11 320	28.0	38.5	18.0	34 677	28.1
E104	自動車事故	14 168	10 103	4 065	11.4	16.6	6.4	14 735	11.9
E105	自動車事故以外の交通事故	1 025	817	208	0.8	1.3	0.3	1 093	0.9
E106	不慮の中毒	514	330	184	0.4	0.5	0.3	526	0.4
E107	不慮の墜落	4 642	2 948	1 694	3.7	4.9	2.7	4 598	3.7
E108	火災及び火焰による不慮の事故	1 226	782	444	1.0	1.3	0.7	1 287	1.0
E109	天 災	357	160	197	0.3	0.3	0.3	15	0.0
E110	不慮の溺死	3 659	2 191	1 468	3.0	3.6	2.3	3 269	2.6
E111	不慮の機械的窒息	4 405	2 700	1 705	3.6	4.4	2.7	4 197	3.4
E112	不慮の打撲	440	399	41	0.4	0.7	0.1	473	0.4
E113	工業性を主とする不慮の事故	1 065	921	144	0.9	1.5	0.2	1 185	1.0
E114	その他の不慮の事故及び有害作用	3 216	2 046	1 170	2.6	3.4	1.9	3 299	2.7
E115	自 殺	20 516	13 540	6 976	16.6	22.3	11.1	20 893	16.9
E116	他 殺	805	487	318	0.7	0.8	0.5	748	0.6
E117	その他の外因	2 971	2 015	956	2.4	3.3	1.5	2 634	2.1

第27表-1 (2-1) 特定死因の性・年齢階級別死亡数

簡 単 分 類 番 号 性	総 数	0 歳	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44
全 死 因	878 532	5 169	7 263	1 255	1 138	3 581	4 847	4 149	4 758	7 176	15 130
男	476 462	2 847	3 999	733	677	2 641	3 558	2 895	3 084	4 652	9 675
女	402 070	2 322	3 264	522	461	940	1 289	1 254	1 674	2 524	5 455
4,72 胃 腸 炎	1 414	14	30	5	3	2	4	12	9	7	14
男	617	8	19	4	2	1	2	6	7	5	9
女	797	6	11	1	1	1	2	6	2	2	5
5~6 結 核	3 249	1	2	-	-	1	6	13	10	16	60
男	2 424	1	2	-	-	-	2	7	5	14	52
女	825	-	-	-	-	1	4	6	5	2	8
28~37 悪 性 新 生 物	235 707	22	166	215	239	370	423	563	982	1 997	5 215
男	142 222	11	87	115	134	243	249	305	435	921	2 531
女	93 485	11	79	100	105	127	174	258	547	1 076	2 684
28 食 道	8 040	-	-	-	-	-	1	1	-	17	85
男	6 734	-	-	-	-	-	1	1	-	13	74
女	1 306	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11
29 胃	47 311	-	-	-	1	6	29	97	221	501	1 192
男	29 998	-	-	-	-	5	10	41	84	206	599
女	17 313	-	-	-	1	1	19	56	137	295	593
30 直腸, 直腸 S 状結腸 移行部及び肛門	9 963	-	-	-	-	1	8	11	27	59	233
男	6 122	-	-	-	-	-	6	8	12	34	133
女	3 841	-	-	-	-	1	2	3	15	25	100
31 肝	27 765	2	6	1	4	9	8	21	46	109	417
男	20 060	2	4	1	-	6	6	11	35	96	339
女	7 705	-	2	-	4	3	2	10	11	13	78
32 脾	14 713	-	-	-	2	2	3	9	21	63	225
男	8 139	-	-	-	-	2	2	4	13	39	150
女	6 574	-	-	-	2	-	1	5	8	24	75
33 気管, 気管支及び肺	41 527	-	2	-	-	1	5	25	77	199	581
男	30 398	-	-	-	-	1	3	10	47	139	370
女	11 129	-	2	-	-	-	2	15	30	60	211
34 乳 房	6 814	-	-	-	-	-	7	17	104	234	597
男	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
女	6 758	-	-	-	-	-	7	17	104	234	594
35 子 宮	4 445	-	-	-	-	2	2	20	34	71	174
女											
36 白 血 病	5 819	9	75	98	131	150	134	127	124	169	316
男	3 350	5	41	50	76	83	74	86	70	101	178
女	2 469	4	34	48	55	67	60	41	54	68	138
37 そ の 他	69 310	11	83	116	101	199	226	235	328	575	1 395
男	37 365	4	42	64	58	146	147	144	174	293	685
女	31 945	7	41	52	43	53	79	91	154	282	710
39 糖 尿 病	10 239	-	2	-	3	8	13	18	34	61	154
男	4 972	-	1	-	1	3	7	11	25	45	93
女	5 267	-	1	-	2	5	6	7	9	16	61
46,51~52,54~56 心 疾 患	180 297	219	395	68	109	252	351	460	648	993	1 995
男	88 309	123	212	39	67	172	268	334	465	739	1 488
女	91 988	96	183	29	42	80	83	126	183	254	507
51~52 虚 血 性 心 疾 患	51 914	-	1	1	3	11	17	47	84	150	433
男	27 416	-	1	1	3	6	12	38	65	123	340
女	24 498	-	-	-	-	5	5	9	19	27	93

45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上	不詳	简单分類 番号・性
22 025 14 417 7 608	31 165 20 863 10 302	46 776 32 115 14 661	67 972 47 113 20 859	83 424 54 780 28 644	93 614 53 858 39 756	127 035 69 188 57 847	153 093 74 446 78 647	120 227 50 231 69 996	83 289 27 025 56 264	615 512 103	全死因 男女
19 10 9	22 15 7	46 26 20	63 34 29	91 56 35	97 52 45	157 78 79	238 108 130	306 111 195	288 71 217	1 1 -	4.72 男女
116 100 16	120 103 17	209 166 43	310 245 65	428 329 99	450 339 111	563 401 162	522 377 145	305 204 101	113 73 40	5 5 -	5～6 男女
8 138 4 359 3 779	12 269 7 193 5 076	20 121 13 054 7 067	30 232 21 044 9 188	34 971 23 737 11 234	32 748 20 080 12 668	34 517 20 579 13 938	30 383 16 718 13 665	16 037 7 922 8 115	6 097 2 505 3 592	24 11 13	28～37 男女
247 218 29	521 470 51	886 797 89	1 430 1 313 117	1 451 1 305 146	1 047 873 174	1 015 795 220	786 559 227	415 245 170	138 70 68	- - -	28 男女
1 666 955 711	2 403 1 537 866	3 871 2 739 1 132	5 628 4 109 1 519	6 753 4 945 1 808	6 299 4 149 2 150	6 993 4 356 2 637	6 671 3 850 2 821	3 581 1 829 1 752	1 397 583 814	2 1 1	29 男女
440 252 188	642 416 226	1 112 732 380	1 372 984 388	1 476 1 004 472	1 243 752 491	1 248 747 501	1 169 626 543	664 303 361	257 112 145	1 1 -	30 男女
817 733 84	1 405 1 207 198	3 342 2 866 476	5 652 4 715 937	4 963 3 695 1 268	3 701 2 354 1 347	3 197 1 899 1 298	2 494 1 351 1 143	1 146 559 587	421 178 243	6 5 1	31 男女
430 317 113	684 452 232	1 128 734 394	1 785 1 173 612	2 214 1 353 861	2 220 1 185 1 035	2 468 1 240 1 228	1 998 921 1 077	1 036 407 629	423 147 276	2 - 2	32 男女
921 617 304	1 530 1 080 450	2 646 1 972 674	4 881 3 868 1 013	6 770 5 418 1 352	6 862 5 162 1 700	7 493 5 489 2 004	5 959 4 078 1 881	2 708 1 693 1 015	860 447 413	7 4 3	33 男女
817 4 813	946 7 939	1 022 6 1 016	822 5 817	713 7 706	540 6 534	397 10 387	325 6 319	174 2 172	99 - 99	- - -	34 男女
249	356	420	492	571	544	544	527	309	129	1	35 女
338 176 162	434 255 179	548 330 218	619 388 231	649 399 250	628 367 261	579 317 262	426 226 200	196 100 96	77 33 44	1 - 1	36 男女
2 213 1 087 1 126	3 348 1 769 1 579	5 146 2 878 2 268	7 551 4 489 3 062	9 411 5 611 3 800	9 664 5 232 4 432	10 583 5 726 4 857	10 028 5 101 4 927	5 808 2 784 3 024	2 296 935 1 361	4 - 4	37 男女
260 178 82	378 261 117	635 450 185	963 648 315	1 166 665 501	1 375 622 753	1 755 731 1 024	1 781 679 1 102	1 201 417 784	432 135 297	- - -	39 男女
2 977 2 217 760	4 244 3 224 1 020	6 469 4 800 1 669	10 079 7 078 3 001	13 777 8 880 4 897	17 963 9 587 8 376	27 820 13 641 14 179	37 062 16 031 21 031	31 588 11 951 19 637	22 999 7 075 15 924	48 41 7	46, 51～52 54～56 男女
773 622 151	1 216 981 235	2 100 1 690 410	3 400 2 578 822	4 809 3 287 1 522	6 309 3 602 2 707	8 934 4 622 4 312	10 600 4 741 5 859	8 048 3 102 4 946	4 968 1 594 3 374	10 8 2	51～52 男女

第27表-1 (2-2) 特定死因の性・年齢階級別死亡数

簡 単 分 類 番 号 死 因 ・ 性	総 数	0 歳	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44
46, 54 慢性リウマチ性心疾患及 び心内膜の慢性疾患	6 092	-	-	2	3	4	9	6	10	17	48
男	2 297	-	-	2	3	3	8	5	9	9	32
女	3 795	-	-	-	-	1	1	1	1	8	16
48~49 高 血 圧 性 疾 患	8 360	-	-	-	-	-	1	1	9	14	20
男	3 117	-	-	-	-	-	1	-	8	10	13
女	5 243	-	-	-	-	-	-	1	1	4	7
48 高 血 圧 性 心 疾 患	6 334	-	-	-	-	-	1	1	6	13	13
男	2 365	-	-	-	-	-	1	-	5	9	9
女	3 969	-	-	-	-	-	-	1	1	4	4
58~60 脳 血 管 疾 患	118 794	26	39	14	24	42	69	120	230	457	1 387
男	55 279	15	22	8	10	21	48	71	141	301	882
女	63 515	11	17	6	14	21	21	49	89	156	505
62, 63, 66 肺 炎 及 び 気 管 支 炎	87 409	116	238	62	45	70	86	79	108	135	288
男	49 199	63	128	25	29	42	50	54	58	86	188
女	38 210	53	110	37	16	28	36	25	50	49	100
63 肺 炎	81 138	111	222	53	37	66	82	77	101	127	278
男	45 797	61	122	22	25	38	48	52	55	82	182
女	35 341	50	100	31	12	28	34	25	46	45	96
69 胃 及 び 十 二 指 腸 潰 瘍	3 680	1	3	-	-	3	2	2	6	25	53
男	1 965	-	2	-	-	2	1	2	3	22	45
女	1 715	1	1	-	-	1	1	-	3	3	8
73 慢性肝疾患及び肝硬変	16 880	-	1	2	-	3	3	23	79	231	671
男	11 505	-	-	-	-	1	2	15	66	181	578
女	5 375	-	1	2	-	2	1	8	13	50	93
76~77 腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	18 505	95	114	12	5	12	16	17	39	57	149
男	9 022	60	73	5	2	10	10	8	23	37	98
女	9 483	35	41	7	3	2	6	9	16	20	51
88 精神病の記載のない老衰	23 115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
男	7 324	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
女	15 791	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E104~E114 不慮の事故及び有害作用	34 717	282	837	412	237	1 818	1 990	1 069	751	933	1 414
男	23 397	155	482	284	156	1 500	1 647	907	609	749	1 129
女	11 320	127	355	128	81	318	343	162	142	184	285
E104 自 動 車 事 故	14 168	24	203	208	110	1 604	1 599	754	467	503	710
男	10 103	13	117	146	62	1 325	1 315	640	376	400	557
女	4 065	11	86	62	48	279	284	114	91	103	153
E105 自動車事故以外の 交通事故	1 025	-	9	23	21	30	41	27	28	31	65
男	817	-	7	21	18	26	39	23	26	29	57
女	208	-	2	2	3	4	2	4	2	2	8
E108 火災及び火焰による 不慮の事故	1 226	9	41	26	17	19	30	31	29	41	61
男	782	1	15	16	11	12	23	20	19	31	39
女	444	8	26	10	6	7	7	11	10	10	22
E110 不 慮 の 溺 死	3 659	19	200	97	38	61	82	61	45	67	96
男	2 191	11	122	72	30	52	67	52	37	54	80
女	1 468	8	78	25	8	9	15	9	8	13	16
E115 自 殺	20 516	-	-	-	50	361	1 017	1 023	1 048	1 221	1 787
男	13 540	-	-	-	32	249	725	720	753	904	1 318
女	6 976	-	-	-	18	112	292	303	295	317	469

45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90歳以上	不詳	简单分類 番号・性
79 39 40	150 83 67	225 125 100	372 183 189	559 257 302	715 287 428	1 041 395 646	1 275 438 837	971 285 686	606 134 472	- - -	46, 54 男 女
54 42 12	84 54 30	137 93 44	214 151 63	361 200 161	561 242 319	1 045 442 603	1 860 722 1 138	2 129 677 1 452	1 869 462 1 407	1 - 1	48~49 男 女
37 31 6	68 44 24	113 79 34	175 121 54	305 168 137	456 192 264	829 343 486	1 474 548 926	1 567 499 1 068	1 275 316 959	1 - 1	48 男 女
2 351 1 513 838	3 428 2 223 1 205	4 745 3 125 1 620	6 879 4 465 2 414	8 851 5 261 3 590	11 689 5 965 5 724	18 807 9 055 9 752	25 302 10 762 14 540	20 793 7 567 13 226	13 530 3 809 9 721	37 30 7	58~60 男 女
423 307 116	676 486 190	1 311 944 367	2 648 1 929 719	4 821 3 426 1 395	7 893 5 125 2 768	14 313 9 009 5 304	21 714 12 394 9 320	18 854 9 495 9 359	13 618 5 400 8 218	27 24 3	62, 63, 66 男 女
411 299 112	654 474 180	1 259 911 348	2 534 1 852 682	4 577 3 271 1 306	7 408 4 807 2 601	13 322 8 379 4 943	20 159 11 468 8 691	17 365 8 768 8 597	12 380 4 919 7 461	26 23 3	63 男 女
75 63 12	124 104 20	163 136 27	251 199 52	299 212 87	366 217 149	555 303 252	666 295 371	644 239 405	441 118 323	2 2 -	69 男 女
1 061 910 151	1 668 1 413 255	2 524 2 044 480	2 835 2 146 689	2 357 1 560 797	1 714 910 804	1 578 745 833	1 209 554 655	659 279 380	249 89 160	13 12 1	73 男 女
221 147 74	346 223 123	583 387 196	975 596 379	1 491 894 597	1 912 994 918	3 204 1 622 1 582	4 176 1 900 2 276	3 243 1 347 1 896	1 929 642 1 287	4 4 -	76~77 男 女
- - -	- - -	- - -	5 5 -	65 32 33	250 122 128	1 077 482 595	3 904 1 488 2 416	6 941 2 256 4 685	10 871 2 939 7 932	2 - 2	88 男 女
1 617 1 276 341	2 003 1 567 436	2 405 1 833 572	2 780 2 102 678	2 886 2 040 846	2 780 1 687 1 093	3 339 1 863 1 476	3 493 1 882 1 611	2 454 1 103 1 351	1 449 533 916	50 48 2	E104~E114 男 女
770 569 201	881 629 252	1 014 731 283	1 104 775 329	1 082 697 385	970 572 398	940 515 425	778 430 348	354 178 176	108 60 48	9 9 -	E104 男 女
69 60 9	87 71 16	112 93 19	101 82 19	89 72 17	85 52 33	94 66 28	68 47 21	30 18 12	11 7 4	4 3 1	E105 男 女
62 46 16	61 50 11	76 52 24	93 73 20	92 67 25	116 68 48	138 71 67	155 87 68	96 50 46	39 29 10	3 3 -	E108 男 女
130 108 22	156 129 27	174 140 34	229 170 59	341 236 105	391 211 180	528 228 300	513 217 296	309 131 178	134 49 85	7 6 1	E110 男 女
2 083 1 555 528	2 336 1 695 641	2 185 1 545 640	1 825 1 233 592	1 406 845 561	1 187 562 625	1 091 472 619	942 420 522	570 261 309	221 105 116	163 146 17	E115 男 女

第27表-2 (2-1) 特定死因の性・年齢階級別死亡率(人口10万対)

簡 単 分 類 番 号 性 死 因			総 数	0歳 ¹⁾	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44
全 死 因			709.7	435.0	120.0	18.2	14.7	38.9	49.9	49.9	61.6	90.8	148.9
			784.6	466.5	128.8	20.7	17.1	55.9	71.6	68.7	78.9	116.8	189.7
			637.6	401.7	110.8	15.5	12.2	21.0	27.1	30.5	43.8	64.4	107.8
4, 72 胃 腸 炎			1.1	1.2	0.5	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
			1.0	1.3	0.6	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2
			1.3	1.0	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1
5~6 結 核			2.6	0.1	0.0	-	-	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.6
			4.0	0.2	0.1	-	-	-	0.0	0.2	0.1	0.4	1.0
			1.3	-	-	-	-	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
28~37 悪 性 新 生 物			190.4	1.9	2.7	3.1	3.1	4.0	4.4	6.8	12.7	25.3	51.3
			234.2	1.8	2.8	3.2	3.4	5.1	5.0	7.2	11.1	23.1	49.6
			148.3	1.9	2.7	3.0	2.8	2.8	3.7	6.3	14.3	27.5	53.0
28 食 道			6.5	-	-	-	-	-	0.0	0.0	-	0.2	0.8
			11.1	-	-	-	-	-	0.0	0.0	-	0.3	1.5
			2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.2
29 胃			38.2	-	-	-	0.0	0.1	0.3	1.2	2.9	6.3	11.7
			49.4	-	-	-	-	0.1	0.2	1.0	2.1	5.2	11.7
			27.5	-	-	-	0.0	0.0	0.4	1.4	3.6	7.5	11.7
30 直腸, 直腸S状結腸 移行部及び肛門			8.0	-	-	-	-	0.0	0.1	0.1	0.3	0.7	2.3
			10.1	-	-	-	-	-	0.1	0.2	0.3	0.9	2.6
			6.1	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.4	0.6	2.0
31 肝			22.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.3	0.6	1.4	4.1
			33.0	0.3	0.1	0.0	-	0.1	0.1	0.3	0.9	2.4	6.6
			12.2	-	0.1	-	0.1	0.1	0.0	0.2	0.3	0.3	1.5
32 脾			11.9	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.8	2.2
			13.4	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.3	1.0	2.9
			10.4	-	-	-	0.1	-	0.0	0.1	0.2	0.6	1.5
33 気管, 気管支及び肺			33.5	-	0.0	-	-	0.0	0.1	0.3	1.0	2.5	5.7
			50.1	-	-	-	-	0.0	0.1	0.2	1.2	3.5	7.3
			17.6	-	0.1	-	-	-	0.0	0.4	0.8	1.5	4.2
34 乳 房			5.5	-	-	-	-	-	0.1	0.2	1.3	3.0	5.9
			0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1
			10.7	-	-	-	-	-	0.1	0.4	2.7	6.0	11.7
35 子 宮			7.0	-	-	-	-	0.0	0.0	0.5	0.9	1.8	3.4
36 白 血 病			4.7	0.8	1.2	1.4	1.7	1.6	1.4	1.5	1.6	2.1	3.1
			5.5	0.8	1.3	1.4	1.9	1.8	1.5	2.0	1.8	2.5	3.5
			3.9	0.7	1.2	1.4	1.5	1.5	1.3	1.0	1.4	1.7	2.7
37 そ の 他			56.0	0.9	1.4	1.7	1.3	2.2	2.3	2.8	4.2	7.3	13.7
			61.5	0.7	1.4	1.8	1.5	3.1	3.0	3.4	4.5	7.4	13.4
			50.7	1.2	1.4	1.5	1.1	1.2	1.7	2.2	4.0	7.2	14.0
39 糖 尿 病			8.3	-	0.0	-	0.0	0.1	0.1	0.2	0.4	0.8	1.5
			8.2	-	0.0	-	0.0	0.1	0.1	0.3	0.6	1.1	1.8
			8.4	-	0.0	-	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.4	1.2
46, 51~52, 54~56 心 疾 患			145.6	18.4	6.5	1.0	1.4	2.7	3.6	5.5	8.4	12.6	19.6
			145.4	20.2	6.8	1.1	1.7	3.6	5.4	7.9	11.9	18.6	29.2
			145.9	16.6	6.2	0.9	1.1	1.8	1.7	3.1	4.8	6.5	10.0
51~52 虚 血 性 心 疾 患			41.9	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.6	1.1	1.9	4.3
			45.1	-	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.9	1.7	3.1	6.7
			38.9	-	-	-	-	0.1	0.1	0.2	0.5	0.7	1.8

注: 1) 0歳の死亡率は出生10万対の率である。

45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80～84	85～89	90歳以上	簡 単 分 類 番 号 ・ 性
233.4 305.6 161.2	360.4 487.1 236.0	590.8 827.9 363.2	943.7 1 355.8 559.7	1 397.6 1 990.6 890.1	2 223.6 3 203.9 1 571.4	4 032.9 5 611.4 3 017.6	7 137.2 9 605.9 5 740.7	12 343.6 15 845.7 10 653.9	21 411.1 25 738.1 19 881.3	全死因 男 女
0.2 0.2 0.2	0.3 0.4 0.2	0.6 0.7 0.5	0.9 1.0 0.8	1.5 2.0 1.1	2.3 3.1 1.8	5.0 6.3 4.1	11.1 13.9 9.5	31.4 35.0 29.7	74.0 67.6 76.7	4,72 男 女
1.2 2.1 0.3	1.4 2.4 0.4	2.6 4.3 1.1	4.3 7.1 1.7	7.2 12.0 3.1	10.7 20.2 4.4	17.9 32.5 8.5	24.3 48.6 10.6	31.3 64.4 15.4	29.0 69.5 14.1	5～6 男 女
86.2 92.4 80.1	141.9 167.9 116.3	254.1 336.5 175.1	419.7 605.6 246.5	585.9 862.5 349.1	777.9 1 194.5 500.7	1 095.8 1 669.0 727.1	1 416.5 2 157.2 997.4	1 646.5 2 499.1 1 235.2	1 567.4 2 385.7 1 269.3	28～37 男 女
2.6 4.6 0.6	6.0 11.0 1.2	11.2 20.5 2.2	19.9 37.8 3.1	24.3 47.4 4.5	24.9 51.9 6.9	32.2 64.5 11.5	36.6 72.1 16.6	42.6 77.3 25.9	35.5 66.7 24.0	28 男 女
17.7 20.2 15.1	27.8 35.9 19.8	48.9 70.6 28.0	78.1 118.2 40.8	113.1 179.7 56.2	149.6 246.8 85.0	222.0 353.3 137.6	311.0 496.8 205.9	367.7 577.0 266.7	359.1 555.2 287.6	29 男 女
4.7 5.3 4.0	7.4 9.7 5.2	14.0 18.9 9.4	19.0 28.3 10.4	24.7 36.5 14.7	29.5 44.7 19.4	39.6 60.6 26.1	54.5 80.8 39.6	68.2 95.6 54.9	66.1 106.7 51.2	30 男 女
8.7 15.5 1.8	16.2 28.2 4.5	42.2 73.9 11.8	78.5 135.7 25.1	83.1 134.3 39.4	87.9 140.0 53.2	101.5 154.0 67.7	116.3 174.3 83.4	117.7 176.3 89.3	108.2 169.5 85.9	31 男 女
4.6 6.7 2.4	7.9 10.6 5.3	14.2 18.9 9.8	24.8 33.8 16.4	37.1 49.2 26.8	52.7 70.5 40.9	78.3 100.6 64.1	93.1 118.8 78.6	106.4 128.4 95.7	108.7 140.0 97.5	32 男 女
9.8 13.1 6.4	17.7 25.2 10.3	33.4 50.8 16.7	67.8 111.3 27.2	113.4 196.9 42.0	163.0 307.1 67.2	237.9 445.2 104.5	277.8 526.2 137.3	278.0 534.1 154.5	221.1 425.7 145.9	33 男 女
8.7 0.1 17.2	10.9 0.2 21.5	12.9 0.2 25.2	11.4 0.1 21.9	11.9 0.3 21.9	12.8 0.4 21.1	12.6 0.8 20.2	15.2 0.8 23.3	17.9 0.6 26.2	25.4 - 35.0	34 男 女
5.3	8.2	10.4	13.2	17.7	21.5	28.4	38.5	47.0	45.6	35 女
3.6 3.7 3.4	5.0 6.0 4.1	6.9 8.5 5.4	8.6 11.2 6.2	10.9 14.5 7.8	14.9 21.8 10.3	18.4 25.7 13.7	19.9 29.2 14.6	20.1 31.5 14.6	19.8 31.4 15.5	36 男 女
23.5 23.0 23.9	38.7 41.3 36.2	65.0 74.2 56.2	104.8 129.2 82.2	157.7 203.9 118.1	229.5 311.2 175.2	336.0 464.4 253.4	467.5 658.2 359.6	596.3 878.2 460.3	590.2 890.5 480.9	37 男 女
2.8 3.8 1.7	4.4 6.1 2.7	8.0 11.6 4.6	13.4 18.6 8.5	19.5 24.2 15.6	32.7 37.0 29.8	55.7 59.3 53.4	83.0 87.6 80.4	123.3 131.5 119.3	111.1 128.6 104.9	39 男 女
31.5 47.0 16.1	49.1 75.3 23.4	81.7 123.7 41.3	139.9 203.7 80.5	230.8 322.7 152.2	426.7 570.3 331.1	883.2 1 106.3 739.6	1 727.8 2 068.5 1 535.1	3 243.1 3 770.0 2 988.9	5 912.3 6 738.1 5 626.9	46,51～52 54～56 男 女
8.2 13.2 3.2	14.1 22.9 5.4	26.5 43.6 10.2	47.2 74.2 22.1	80.6 119.4 47.3	149.9 214.3 107.0	283.6 374.9 224.9	494.2 611.7 427.7	826.3 978.5 752.8	1 277.1 1 518.1 1 192.2	51～52 男 女

第27表-2 (2-2) 特定死因の性・年齢階級別死亡率(人口10万対)

簡 単 分 類 番 号 死 因 ・ 性	総 数	0歳 ¹⁾	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44
46, 54 慢性リウマチ性心疾患及 び心内膜の慢性疾患	4.9	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2	0.5
男	3.8	-	-	0.1	0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.6
女	6.0	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.3
48~49 高 血 圧 性 疾 患	6.8	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2
男	5.1	-	-	-	-	-	0.0	-	0.2	0.3	0.3
女	8.3	-	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.1
48 高 血 圧 性 心 疾 患	5.1	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1
男	3.9	-	-	-	-	-	0.0	-	0.1	0.2	0.2
女	6.3	-	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.1	0.1
58~60 脳 血 管 疾 患	96.0	2.2	0.6	0.2	0.3	0.5	0.7	1.4	3.0	5.8	13.6
男	91.0	2.5	0.7	0.2	0.3	0.4	1.0	1.7	3.6	7.6	17.3
女	100.7	1.9	0.6	0.2	0.4	0.5	0.4	1.2	2.3	4.0	10.0
62, 63, 66 肺 炎 及 び 気 管 支 炎	70.6	9.8	3.9	0.9	0.6	0.8	0.9	0.9	1.4	1.7	2.8
男	81.0	10.3	4.1	0.7	0.7	0.9	1.0	1.3	1.5	2.2	3.7
女	60.6	9.2	3.7	1.1	0.4	0.6	0.8	0.6	1.3	1.3	2.0
63 肺 炎	65.5	9.3	3.7	0.8	0.5	0.7	0.8	0.9	1.3	1.6	2.7
男	75.4	10.0	3.9	0.6	0.6	0.8	1.0	1.2	1.4	2.1	3.6
女	56.0	8.6	3.4	0.9	0.3	0.6	0.7	0.6	1.2	1.1	1.9
69 胃 及 び 十 二 指 腸 潰 瘍	3.0	0.1	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.3	0.5
男	3.2	-	0.1	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	0.6	0.9
女	2.7	0.2	0.0	-	-	0.0	0.0	-	0.1	0.1	0.2
73 慢性肝疾患及び肝硬変	13.6	-	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.3	1.0	2.9	6.6
男	18.9	-	-	-	-	0.0	0.0	0.4	1.7	4.5	11.3
女	8.5	-	0.0	0.1	-	0.0	0.0	0.2	0.3	1.3	1.8
76~77 腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	14.9	8.0	1.9	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.5	0.7	1.5
男	14.9	9.8	2.4	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.6	0.9	1.9
女	15.0	6.1	1.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.2	0.4	0.5	1.0
88 精神病の記載のない老衰	18.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
男	12.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
女	25.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E104~E114 不慮の事故及び有害作用	28.0	23.7	13.8	6.0	3.1	19.7	20.5	12.8	9.7	11.8	13.9
男	38.5	25.4	15.5	8.0	3.9	31.8	33.2	21.5	15.6	18.8	22.1
女	18.0	22.0	12.1	3.8	2.1	7.1	7.2	3.9	3.7	4.7	5.6
E104 自 動 車 事 故	11.4	2.0	3.4	3.0	1.4	17.4	16.5	9.1	6.0	6.4	7.0
男	16.6	2.1	3.8	4.1	1.6	28.0	26.5	15.2	9.6	10.0	10.9
女	6.4	1.9	2.9	1.8	1.3	6.2	6.0	2.8	2.4	2.6	3.0
E105 自動車事故以外の 交通事故	0.8	-	0.1	0.3	0.3	0.3	0.4	0.3	0.4	0.4	0.6
男	1.3	-	0.2	0.6	0.5	0.6	0.8	0.5	0.7	0.7	1.1
女	0.3	-	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.2
E108 火災及び火焰による 不慮の事故	1.0	0.8	0.7	0.4	0.2	0.2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6
男	1.3	0.2	0.5	0.5	0.3	0.3	0.5	0.5	0.5	0.8	0.8
女	0.7	1.4	0.9	0.3	0.2	0.2	0.1	0.3	0.3	0.3	0.4
E110 不 慮 の 溺 死	3.0	1.6	3.3	1.4	0.5	0.7	0.8	0.7	0.6	0.8	0.9
男	3.6	1.8	3.9	2.0	0.8	1.1	1.3	1.2	0.9	1.4	1.6
女	2.3	1.4	2.6	0.7	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3
E115 自 殺	16.6	-	-	-	0.6	3.9	10.5	12.3	13.6	15.5	17.6
男	22.3	-	-	-	0.8	5.3	14.6	17.1	19.3	22.7	25.8
女	11.1	-	-	-	0.5	2.5	6.1	7.4	7.7	8.1	9.3

45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90歳以上	简单分類 番号・性
0.8	1.7	2.8	5.2	9.4	17.0	33.0	59.4	99.7	155.8	46,54
0.8	1.9	3.2	5.3	9.3	17.1	32.0	56.5	89.9	127.6	男
0.8	1.5	2.5	5.1	9.4	16.9	33.7	61.1	104.4	166.8	女
0.6	1.0	1.7	3.0	6.0	13.3	33.2	86.7	218.6	480.5	48~49
0.9	1.3	2.4	4.3	7.3	14.4	35.8	93.2	213.6	440.0	男
0.3	0.7	1.1	1.7	5.0	12.6	31.5	83.1	221.0	497.2	女
0.4	0.8	1.4	2.4	5.1	10.8	26.3	68.7	160.9	327.8	48
0.7	1.0	2.0	3.5	6.1	11.4	27.8	70.7	157.4	301.0	男
0.1	0.5	0.8	1.4	4.3	10.4	25.4	67.6	162.6	338.9	女
24.9	39.6	59.9	95.5	148.3	277.6	597.0	1 179.6	2 134.8	3 478.1	58~60
32.1	51.9	80.6	128.5	191.2	354.8	734.4	1 388.6	2 387.1	3 627.6	男
17.8	27.6	40.1	64.8	111.6	226.2	508.7	1 061.3	2 013.1	3 435.0	女
4.5	7.8	16.6	36.8	80.8	187.5	454.4	1 012.3	1 935.7	3 500.8	62,63,66
6.5	11.3	24.3	55.5	124.5	304.9	730.7	1 599.2	2 995.3	5 142.9	男
2.5	4.4	9.1	19.3	43.3	109.4	276.7	680.3	1 424.5	2 903.9	女
4.4	7.6	15.9	35.2	76.7	176.0	422.9	939.8	1 782.9	3 182.5	63
6.3	11.1	23.5	53.3	118.9	286.0	679.6	1 479.7	2 765.9	4 684.8	男
2.4	4.1	8.6	18.3	40.6	102.8	257.9	634.4	1 308.5	2 636.4	女
0.8	1.4	2.1	3.5	5.0	8.7	17.6	31.0	66.1	113.4	69
1.3	2.4	3.5	5.7	7.7	12.9	24.6	38.1	75.4	112.4	男
0.3	0.5	0.7	1.4	2.7	5.9	13.1	27.1	61.6	114.1	女
11.2	19.3	31.9	39.4	39.5	40.7	50.1	56.4	67.7	64.0	73
19.3	33.0	52.7	61.8	56.7	54.1	60.4	71.5	88.0	84.8	男
3.2	5.8	11.9	18.5	24.8	31.8	43.5	47.8	57.8	56.5	女
2.3	4.0	7.4	13.5	25.0	45.4	101.7	194.7	333.0	495.9	76~77
3.1	5.2	10.0	17.2	32.5	59.1	131.5	245.2	424.9	611.4	男
1.6	2.8	4.9	10.2	18.6	36.3	82.5	166.1	288.6	454.8	女
-	-	-	0.1	1.1	5.9	34.2	182.0	712.6	2 794.6	88
-	-	-	0.1	1.2	7.3	39.1	192.0	711.7	2 799.0	男
-	-	-	-	1.0	5.1	31.0	176.4	713.1	2 802.8	女
17.1	23.2	30.4	38.6	48.3	66.0	106.0	162.8	252.0	372.5	E104~E114
27.0	36.6	47.3	60.5	74.1	100.4	151.1	242.8	347.9	507.6	男
7.2	10.0	14.2	18.2	26.3	43.2	77.0	117.6	205.6	323.7	女
8.2	10.2	12.8	15.3	18.1	23.0	29.8	36.3	36.3	27.8	E104
12.1	14.7	18.8	22.3	25.3	34.0	41.8	55.5	56.2	57.1	男
4.3	5.8	7.0	8.8	12.0	15.7	22.2	25.4	26.8	17.0	女
0.7	1.0	1.4	1.4	1.5	2.0	3.0	3.2	3.1	2.8	E105
1.3	1.7	2.4	2.4	2.6	3.1	5.4	6.1	5.7	6.7	男
0.2	0.4	0.5	0.5	0.5	1.3	1.5	1.5	1.8	1.4	女
0.7	0.7	1.0	1.3	1.5	2.8	4.4	7.2	9.9	10.0	E108
1.0	1.2	1.3	2.1	2.4	4.0	5.8	11.2	15.8	27.6	男
0.3	0.3	0.6	0.5	0.8	1.9	3.5	5.0	7.0	3.5	女
1.4	1.8	2.2	3.2	5.7	9.3	16.8	23.9	31.7	34.4	E110
2.3	3.0	3.6	4.9	8.6	12.6	18.5	28.0	41.3	46.7	男
0.5	0.6	0.8	1.6	3.3	7.1	15.6	21.6	27.1	30.0	女
22.1	27.0	27.6	25.3	23.6	28.2	34.6	43.9	58.5	56.8	E115
33.0	39.6	39.8	35.5	30.7	33.4	38.3	54.2	82.3	100.0	男
11.2	14.7	15.9	15.9	17.4	24.7	32.3	38.1	47.0	41.0	女

第28表 主な死因の都道府県別死亡数・死亡率(人口10万対)

都道府県	全死因		28~37 悪性新生物		46, 51~52, 54~56 心疾患		58~60 脳血管疾患		62, 63, 66 肺炎及び気管支炎	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
全 国	878 532	709.7	235 707	190.4	180 297	145.6	118 794	96.0	87 409	70.6
北海道	39 884	705.2	11 468	202.8	8 321	147.1	4 704	83.2	4 481	79.2
青森	12 210	832.3	3 125	213.0	2 632	179.4	1 818	123.9	1 212	82.6
岩手	11 792	834.5	2 836	200.7	2 466	174.5	1 778	125.8	1 475	104.4
宮城	15 040	658.5	4 181	183.1	3 110	136.2	2 401	105.1	1 256	55.0
秋田	10 808	889.5	3 039	250.1	2 136	175.8	1 797	147.9	1 001	82.4
山形	10 981	877.1	2 939	234.7	2 252	179.9	1 810	144.6	988	78.9
福島	16 889	797.8	4 336	204.8	3 477	164.2	2 838	134.1	1 464	69.2
茨城	20 342	700.5	5 075	174.8	4 147	142.8	3 157	108.7	1 739	59.9
栃木	14 595	746.5	3 617	185.0	2 876	147.1	2 441	124.9	1 490	76.2
群馬	14 539	736.2	3 591	181.8	3 118	157.9	2 138	108.3	1 579	79.9
埼玉県	34 712	526.1	9 807	148.6	7 312	110.8	4 660	70.6	3 335	50.5
千葉県	32 000	562.4	8 722	153.3	6 880	120.9	4 404	77.4	2 726	47.9
東京都	74 758	643.4	21 457	184.7	14 784	127.2	9 869	84.9	7 742	66.6
神奈川県	43 750	541.0	12 813	158.4	8 197	101.4	5 692	70.4	4 316	53.4
	20 204	817.0	5 404	218.5	3 617	146.3	3 344	135.2	2 024	81.8
富山県	9 153	818.7	2 456	219.7	1 891	169.1	1 283	114.8	1 031	92.2
石川県	8 911	763.6	2 341	200.6	1 873	160.5	1 146	98.2	997	85.4
福井県	6 589	803.5	1 607	196.0	1 286	156.8	916	111.7	695	84.8
山梨県	7 001	812.2	1 662	192.8	1 438	166.8	1 042	120.9	702	81.4
長野県	17 576	813.3	4 289	198.5	3 719	172.1	3 185	147.4	1 559	72.1
岐阜県	14 835	715.6	3 809	183.7	3 137	151.3	2 242	108.2	1 208	58.3
静岡県	25 088	680.4	6 526	177.0	5 441	147.6	3 570	96.8	2 248	61.0
愛知県	40 595	603.8	10 829	161.1	9 415	140.0	5 364	79.8	3 206	47.7
滋賀県	14 211	786.4	3 475	192.3	3 188	176.4	2 188	121.1	1 101	60.9
	8 681	695.6	2 227	178.4	1 833	146.9	1 152	92.3	841	67.4
大阪府	19 202	750.4	5 120	200.1	3 975	155.3	2 326	90.9	1 979	77.3
兵庫県	56 442	660.3	16 508	193.1	11 559	135.2	5 837	68.3	5 645	66.0
京都府	39 675	733.2	10 918	201.8	8 169	151.0	4 645	85.8	3 520	65.1
奈良県	9 738	692.6	2 709	192.7	2 133	151.7	1 247	88.7	871	61.9
和歌山県	9 741	906.1	2 589	240.8	2 266	210.8	1 262	117.4	759	70.6
鳥取県	5 521	900.7	1 447	236.1	1 174	191.5	819	133.6	499	81.4
島根県	7 280	945.5	1 932	250.9	1 413	183.5	988	128.3	790	102.6
岡山県	15 954	827.9	3 945	204.7	3 343	173.5	2 232	115.8	1 721	89.3
広島県	21 536	755.1	5 757	201.9	4 188	146.8	2 872	100.7	2 075	72.8
	13 936	900.3	3 493	225.6	2 886	186.4	1 740	112.4	1 647	106.4
徳島県	7 211	869.8	1 797	216.8	1 479	178.4	939	113.3	791	95.4
香川県	8 603	841.0	2 212	216.2	1 750	171.1	1 199	117.2	819	80.1
愛媛県	13 010	863.9	3 223	214.0	2 765	183.6	1 696	112.6	1 333	88.5
高知県	8 281	1 017.3	1 930	237.1	1 758	216.0	1 150	141.3	1 052	129.2
福岡県	35 875	740.1	10 288	212.3	6 770	139.7	4 306	88.8	4 113	84.9
佐賀県	7 504	855.6	2 121	241.8	1 444	164.7	920	104.9	850	96.9
長崎県	13 211	855.1	3 545	229.4	2 552	165.2	1 743	112.8	1 600	103.6
熊本県	15 475	839.7	3 845	208.6	3 056	165.8	1 987	107.8	2 016	109.4
大分県	10 484	853.7	2 588	210.7	2 237	182.2	1 521	123.9	1 066	86.8
宮崎県	9 252	792.1	2 275	194.8	1 828	156.5	1 337	114.5	975	83.5
鹿児島県	16 279	913.0	3 886	217.9	3 354	188.1	2 327	130.5	1 909	107.1
沖縄県	7 023	565.5	1 742	140.3	1 351	108.8	600	48.3	824	66.3
外国籍	68	...	17	...	11	...	8	...	2	...
再掲	2 087	...	189	...	290	...	154	...	137	...
東京都区部	54 596	675.7	15 872	196.4	10 421	129.0	7 305	90.4	5 583	69.1
東京都	9 428	544.3	2 767	159.8	1 944	112.2	982	56.7	1 142	65.9
横浜市	4 673	491.4	1 392	146.4	944	99.3	618	65.0	371	39.0
横浜市	4 021	472.5	1 212	142.4	832	97.8	475	55.8	334	39.2
横浜市	17 293	525.9	5 170	157.2	3 354	102.0	2 236	68.0	1 605	48.8
川崎市	5 998	499.8	1 851	154.3	1 013	84.4	793	66.1	572	47.7
名古屋市	13 544	627.3	3 746	173.5	3 157	146.2	1 696	78.6	1 096	50.8
名古屋市	10 826	745.6	3 007	207.1	2 253	155.2	1 193	82.2	1 142	78.7
名古屋市	20 436	789.3	5 979	230.9	4 004	154.7	2 141	82.7	2 007	77.5
名古屋市	10 626	704.2	3 105	205.8	2 092	138.6	1 145	75.9	928	61.5
大阪市	6 325	574.0	1 831	166.2	1 192	108.2	799	72.5	576	52.3
大阪市	7 809	765.6	2 318	227.3	1 446	141.8	977	95.8	844	82.7
大阪市	6 939	546.8	2 123	167.3	1 256	99.0	738	58.2	794	62.6

E104~E114 不慮の事故及び 有害作用		8 8 精神病の記載の ない老衰		E 1 1 5 自 殺		7 6 ~ 7 7 腎炎、ネフローゼ症候群 及びネフローゼ		7 3 慢性肝疾患及び 肝硬変		3 9 糖 尿 病		都道府県
死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	
34 717	28.0	23 115	18.7	20 516	16.6	18 505	14.9	16 880	13.6	10 239	8.3	全 国
1 726	30.5	474	8.4	878	15.5	1 062	18.8	625	11.1	562	9.9	北海道
456	31.1	347	23.7	301	20.5	328	22.4	206	14.0	164	11.2	青森
502	35.5	272	19.2	337	23.8	293	20.7	162	11.5	128	9.1	岩手
583	25.5	471	20.6	332	14.5	253	11.1	204	8.9	181	7.9	宮城
429	35.3	203	16.7	312	25.7	265	21.8	103	8.5	85	7.0	秋田
404	32.3	423	33.8	232	18.5	219	17.5	136	10.9	116	9.3	山形
604	28.5	668	31.6	349	16.5	266	12.6	222	10.5	228	10.8	福島
1 080	37.2	769	26.5	472	16.3	367	12.6	384	13.2	253	8.7	茨城
648	33.1	364	18.6	378	19.3	215	11.0	276	14.1	172	8.8	栃木
625	31.6	449	22.7	346	17.5	256	13.0	213	10.8	147	7.4	群馬
1 372	20.8	710	10.8	982	14.9	651	9.9	730	11.1	348	5.3	埼玉
1 401	24.6	834	14.7	791	13.9	540	9.5	622	10.9	395	6.9	千葉
2 097	18.0	1 155	9.9	1 719	14.8	1 538	13.2	1 766	15.2	973	8.4	東京
1 788	22.1	757	9.4	1 071	13.2	897	11.1	1 120	13.8	503	6.2	神奈川
941	38.1	638	25.8	659	26.6	301	12.2	207	8.4	228	9.2	新潟
401	35.9	187	16.7	248	22.2	172	15.4	130	11.6	99	8.9	富山
370	31.7	278	23.8	170	14.6	175	15.0	126	10.8	120	10.3	石川
313	38.2	263	32.1	143	17.4	120	14.6	121	14.8	99	12.1	福井
282	32.7	374	43.4	172	20.0	136	15.8	132	15.3	71	8.2	山梨
631	29.2	706	32.7	357	16.5	265	12.3	221	10.2	210	9.7	長野
641	30.9	574	27.7	354	17.1	273	13.2	238	11.5	151	7.3	岐阜
1 034	28.0	855	23.2	577	15.6	485	13.2	455	12.3	315	8.5	静岡
1 680	25.0	976	14.5	921	13.7	841	12.5	773	11.5	455	6.8	愛知
556	30.8	618	34.2	259	14.3	275	15.2	241	13.3	163	9.0	三重
373	29.9	261	20.9	150	12.0	212	17.0	109	8.7	103	8.3	滋賀
603	23.6	511	20.0	385	15.0	573	22.4	343	13.4	262	10.2	京都
1 928	22.6	1 040	12.2	1 372	16.1	1 344	15.7	1 505	17.6	679	7.9	大阪
1 553	28.7	1 437	26.6	869	16.1	962	17.8	935	17.3	447	8.3	兵庫
330	23.5	305	21.7	190	13.5	208	14.8	161	11.5	119	8.5	奈良
360	33.5	436	40.6	221	20.6	189	17.6	192	17.9	92	8.6	和歌山
232	37.8	213	34.7	117	19.1	108	17.6	91	14.8	49	8.0	鳥取
298	38.7	262	34.0	147	19.1	152	19.7	103	13.4	76	9.9	徳島
680	35.3	607	31.5	249	12.9	363	18.8	295	15.3	146	7.6	高松
913	32.0	694	24.3	476	16.7	513	18.0	488	17.1	292	10.2	香川
575	37.1	371	24.0	289	18.7	304	19.6	270	17.4	141	9.1	岡山
288	34.7	232	28.0	132	15.9	160	19.3	151	18.2	115	13.9	広島
438	42.8	255	24.9	186	18.2	207	20.2	150	14.7	113	11.0	山口
565	37.5	493	32.7	257	17.1	293	19.5	248	16.5	144	9.6	徳島
376	46.2	197	24.2	150	18.4	205	25.2	142	17.4	96	11.8	高松
1 364	28.1	556	11.5	861	17.8	733	15.1	767	15.8	395	8.1	香川
339	38.7	241	27.5	163	18.6	136	15.5	153	17.4	73	8.3	佐賀
480	31.1	234	15.1	263	17.0	323	20.9	262	17.0	122	7.9	長崎
558	30.3	340	18.4	346	18.8	348	18.9	276	15.0	147	8.0	熊本
364	29.6	261	21.3	176	14.3	228	18.6	191	15.6	109	8.9	大分
348	29.8	185	15.8	272	23.3	205	17.6	178	15.2	89	7.6	宮崎
690	38.7	377	21.1	358	20.1	358	20.1	243	13.6	162	9.1	鹿児島
289	23.3	237	19.1	220	17.7	165	13.3	120	9.7	91	7.3	沖縄
7	...	-	...	4	...	1	...	2	...	3	...	外 国
202	...	5	...	303	...	22	...	92	...	8	...	不 詳
1 494	18.5	859	10.6	1 194	14.8	1 177	14.6	1 381	17.1	727	9.0	東京
326	18.8	44	2.5	241	13.9	229	13.2	192	11.1	123	7.1	神奈川
180	18.9	111	11.7	117	12.3	80	8.4	70	7.4	60	6.3	千葉
157	18.4	93	10.9	100	11.8	74	8.7	85	10.0	50	5.9	埼玉
656	20.0	268	8.2	423	12.9	360	10.9	474	14.4	174	5.3	東京
264	22.0	99	8.3	167	13.9	112	9.3	176	14.7	72	6.0	神奈川
450	20.8	204	9.4	303	14.0	292	13.5	288	13.3	155	7.2	千葉
290	20.0	245	16.9	200	13.8	358	24.7	207	14.3	156	10.7	埼玉
621	24.0	377	14.6	501	19.4	490	18.9	594	22.9	257	9.9	東京
361	23.9	339	22.5	249	16.5	257	17.0	330	21.9	111	7.4	神奈川
278	25.2	134	12.2	137	12.4	148	13.4	164	14.9	78	7.1	千葉
287	28.1	95	9.3	195	19.1	155	15.2	176	17.3	94	9.2	東京
260	20.5	75	5.9	189	14.9	143	11.3	141	11.1	76	6.0	千葉

第29表 主な死因の性別死亡率(人口10万対)の年次推移

簡単分類 ¹⁾ 番 号	死 因	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
男									
	全 死 因	766.6	690.4	682.9	690.6	736.5	745.3	768.3	784.6
5~6	結 核	21.6	13.5	8.2	5.8	4.6	4.1	4.1	4.0
28~37	悪 性 新 生 物	132.6	140.6	163.5	187.4	216.4	222.5	230.5	234.2
39	糖 尿 病	7.4	8.0	7.1	7.3	7.5	7.7	7.9	8.2
46, 51~52 54~56	心 疾 患	90.9	92.1	112.1	121.5	135.7	138.4	142.6	145.4
48~49	高 血 圧 性 疾 患	16.6	15.9	11.6	8.5	5.6	5.6	5.2	5.1
58~60	脳 血 管 疾 患	191.5	164.3	142.7	110.6	95.6	92.2	91.5	91.0
62, 63, 66	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	37.3	36.9	38.5	49.3	70.0	71.8	75.5	81.0
68	喘 息	10.9	7.5	6.8	6.4	5.7	5.6	5.5	5.7
69	胃 及 び 十 二 指 腸 潰 瘍	10.7	8.2	5.9	4.1	3.2	3.3	3.2	3.2
73	慢性肝疾患及び肝硬変	17.5	19.9	20.9	20.4	19.1	18.9	19.1	18.9
76~77	腎炎, ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	9.4	6.4	8.9	11.4	13.8	13.7	14.4	14.9
88	精神病の記載のない老衰	26.8	18.8	19.7	16.4	13.4	12.7	12.6	12.1
E104~E114	不慮の事故及び有害作用	65.4	45.4	37.0	36.1	36.8	37.9	39.0	38.5
E104	自 動 車 事 故	32.7	19.9	15.4	16.0	17.5	17.3	17.4	16.6
E115	自 殺	17.3	21.5	22.3	26.0	20.4	20.6	22.3	22.3
女									
	全 死 因	619.0	574.0	561.8	562.7	602.8	605.4	622.0	637.6
5~6	結 核	9.5	5.6	2.9	2.0	1.5	1.4	1.3	1.3
28~37	悪 性 新 生 物	100.7	105.2	115.5	125.9	139.3	142.4	146.7	148.3
39	糖 尿 病	7.4	8.2	7.5	8.0	8.0	8.0	8.1	8.4
46, 51~52 54~56	心 疾 患	82.7	86.4	100.5	113.2	134.0	136.0	141.8	145.9
48~49	高 血 圧 性 疾 患	18.8	19.7	15.7	12.6	9.4	9.1	8.8	8.3
58~60	脳 血 管 疾 患	160.7	149.4	136.4	113.9	103.0	100.0	99.6	100.7
62, 63, 66	肺 炎 及 び 気 管 支 炎	31.0	30.6	29.2	36.3	51.8	52.6	55.0	60.6
68	喘 息	6.8	5.0	4.2	4.2	4.1	4.1	4.2	4.4
69	胃 及 び 十 二 指 腸 潰 瘍	4.9	4.2	3.7	3.4	2.7	2.7	2.6	2.7
73	慢性肝疾患及び肝硬変	7.7	7.5	7.7	8.4	8.5	8.7	8.8	8.5
76~77	腎炎, ネフローゼ症候群 及びネフローゼ	8.5	6.2	8.7	11.1	14.1	13.9	15.2	15.0
88	精神病の記載のない老衰	48.9	34.7	35.4	29.6	25.8	24.8	25.0	25.0
E104~E114	不慮の事故及び有害作用	20.4	15.6	13.6	13.5	15.9	16.4	17.6	18.0
E104	自 動 車 事 故	9.5	5.9	4.9	5.2	6.6	6.5	6.6	6.4
E115	自 殺	13.3	14.6	13.1	13.1	12.4	11.8	11.7	11.1

注：1) 簡単分類番号は第9回分類による。

第30表-1 悪性新生物の主な部位別にみた性別
死亡率(人口10万対)の年次推移

国際基本 分類番号 ¹⁾	死 因	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
男									
140~208	悪 性 新 生 物	132.6	140.6	163.5	187.4	216.4	222.5	230.5	234.2
150	食 道	7.3	7.1	7.8	8.5	10.0	10.4	10.8	11.1
151	胃	58.6	55.6	53.9	51.1	49.6	50.1	50.3	49.4
153	結 腸	3.5	4.9	6.7	9.4	12.9	13.6	14.5	15.1
154	直腸, 直腸S状結腸 移行部及び肛門	5.0	5.8	6.9	7.9	9.2	9.4	10.2	10.1
155, 199.1C	肝	11.7	12.4	17.5	24.2	30.5	31.1	32.3	33.0
156	胆のう及び肝外胆管	2.6	3.5	4.9	6.7	8.4	9.0	9.3	9.5
157	膵	5.0	5.8	7.8	10.1	12.1	12.5	12.9	13.4
162	気管, 気管支及び肺	14.8	19.6	27.0	35.3	44.6	46.3	48.2	50.1
185	前 立 腺	1.7	2.3	3.0	4.5	5.7	6.3	6.7	7.0
204~208	白 血 病	4.0	4.2	4.6	5.1	5.4	5.3	5.5	5.5
(再 掲)									
153, 154.0, 154.1	大 腸 ²⁾	8.5	10.6	13.5	17.1	22.1	22.9	24.6	25.1
女									
140~208	悪 性 新 生 物	100.7	105.2	115.5	125.9	139.3	142.4	146.7	148.3
150	食 道	2.2	2.0	2.1	1.9	2.0	2.1	2.1	2.1
151	胃	36.5	34.4	33.2	30.6	28.1	28.1	27.9	27.5
153	結 腸	3.9	5.1	6.9	9.3	12.4	12.8	13.6	14.1
154	直腸, 直腸S状結腸 移行部及び肛門	4.1	4.9	5.0	5.4	5.9	6.1	6.3	6.1
155, 199.1C	肝	6.9	6.7	7.6	9.1	11.1	11.2	11.8	12.2
156	胆のう及び肝外胆管	3.4	4.6	6.4	9.0	10.9	11.4	11.6	11.9
157	膵	3.5	4.4	5.7	7.3	9.6	9.6	10.1	10.4
162	気管, 気管支及び肺	5.7	7.2	9.9	12.7	15.4	16.3	17.4	17.6
174	乳 房	4.7	5.8	7.0	8.0	9.4	10.1	10.3	10.7
179~182	子 宮	12.1	10.7	9.2	8.0	7.4	7.4	7.4	7.0
183.0	卵 巢	2.1	2.7	3.5	4.4	5.2	5.4	5.6	5.6
204~208	白 血 病	3.0	3.3	3.3	3.6	3.9	3.8	3.7	3.9
(再 掲)									
153, 154.0, 154.1	大 腸 ²⁾	8.0	10.0	11.9	14.6	18.2	18.8	19.7	20.0

注: 1) 国際基本分類番号は第9回分類による。

2) 結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸を示す。

第30表-2 悪性新生物の主な部位別にみた性別

年齢調整死亡率³⁾(人口10万対)の年次推移

国際基本 分類番号 ¹⁾	死 因	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
男									
140~208	悪 性 新 生 物	199.2	198.9	210.9	214.8	215.6	215.6	216.8	214.1
150	食 道	11.4	10.3	10.3	9.8	9.8	9.9	10.0	10.0
151	胃	88.9	79.4	69.9	58.7	49.5	48.7	47.4	45.2
153	結 腸	5.2	7.0	8.7	10.8	12.9	13.2	13.7	13.8
154	直腸, 直腸S状結腸 移行部及び肛門	7.8	8.3	9.0	9.0	9.2	9.0	9.5	9.1
155, 1991. C	肝	17.7	17.4	22.0	26.8	29.5	29.2	29.6	29.4
156	胆のう及び肝外胆管	4.1	5.1	6.5	7.9	8.5	8.8	8.8	8.8
157	膵	7.4	8.0	10.0	11.5	12.1	12.2	12.1	12.3
162	気管, 気管支及び肺	22.5	28.1	35.5	41.2	45.0	45.3	45.8	46.1
185	前 立 腺	3.2	3.8	4.4	5.5	6.0	6.4	6.5	6.6
204~208	白 血 病	4.3	4.7	5.1	5.4	5.3	5.1	5.3	5.2
(再 掲)									
153, 154. 0, 154. 1	大 腸 ²⁾	12.9	15.2	17.6	19.6	21.9	22.1	23.0	22.9
女									
140~208	悪 性 新 生 物	126.9	121.1	118.8	113.1	107.7	107.1	107.0	105.0
150	食 道	2.9	2.4	2.2	1.6	1.5	1.5	1.4	1.4
151	胃	46.5	39.8	34.1	27.4	21.6	20.9	20.1	19.2
153	結 腸	5.0	6.0	7.1	8.3	9.3	9.4	9.7	9.7
154	直腸, 直腸S状結腸 移行部及び肛門	5.3	5.7	5.2	4.8	4.6	4.6	4.6	4.3
155, 1991. C	肝	8.9	7.8	7.8	8.1	8.4	8.2	8.4	8.4
156	胆のう及び肝外胆管	4.3	5.3	6.6	7.9	8.0	8.1	8.0	7.8
157	膵	4.5	5.1	5.8	6.5	7.1	6.9	7.0	7.0
162	気管, 気管支及び肺	7.3	8.3	10.2	11.2	11.6	11.9	12.3	12.1
174	乳 房	5.8	6.5	7.2	7.6	8.2	8.7	8.7	8.9
179~182	子 宮	15.1	12.4	9.5	7.3	5.8	5.7	5.6	5.2
183. 0	卵 巣	2.5	3.0	3.7	4.1	4.4	4.5	4.5	4.4
204~208	白 血 病	3.1	3.4	3.3	3.4	3.4	3.2	3.1	3.2
(再 掲)									
153, 154. 0, 154. 1	大 腸 ²⁾	10.3	11.7	12.2	13.0	13.8	13.9	14.1	13.9

注：1) 国際基本分類番号は第9回分類による。

2) 結腸と直腸S状結腸移行部及び直腸を示す。

3) 各年次の死亡率における人口の年齢構成の差による影響を取り除いて比較するために、昭和60年モデル人口にあてはめて調整した指標である。

＜日本における外国人の死亡＞

1. 国籍別にみた性別死亡数の年次推移

国 籍 ¹⁾	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総 数								
総 数	3 681	3 599	3 831	4 157	4 561	4 828	5 222	5 174
韓国・朝鮮	3 077	3 038	3 173	3 417	3 895	3 992	4 360	4 268
中国	236	185	244	277	313	331	384	412
米国	84	77	78	70	84	88	102	93
フィリピン							46	52
タイ							65	81
英国							20	11
ブラジル	284	299	336	393	269	417	79	83
ペルー							16	25
その他の国							150	149
男								
総 数	2 690	2 528	2 686	2 746	2 961	3 078	3 327	3 280
韓国・朝鮮	2 251	2 149	2 210	2 246	2 509	2 507	2 781	2 689
中国	164	124	174	188	209	217	230	270
米国	60	52	57	40	55	63	72	61
フィリピン							18	26
タイ							41	51
英国							15	11
ブラジル	215	203	245	272	188	291	56	49
ペルー							13	21
その他の国							101	102
女								
総 数	991	1 071	1 145	1 411	1 600	1 750	1 895	1 894
韓国・朝鮮	826	889	963	1 171	1 386	1 485	1 579	1 579
中国	72	61	70	89	104	114	154	142
米国	24	25	21	30	29	25	30	32
フィリピン							28	26
タイ							24	30
英国							5	-
ブラジル	69	96	91	121	81	126	23	34
ペルー							3	4
その他の国							49	47

2. 国籍別にみた死亡数の構成割合の年次推移

(単位：%)

国 籍 ¹⁾	昭和45年	50年	55年	60年	平成2年	3年	4年	5年
総 数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
韓国・朝鮮	83.6	84.4	82.8	82.2	85.4	82.7	83.5	82.5
中国	6.4	5.1	6.4	6.7	6.9	6.9	7.4	8.0
米国	2.3	2.1	2.0	1.7	1.8	1.8	2.0	1.8
フィリピン							0.9	1.0
タイ							1.2	1.6
英国							0.4	0.2
ブラジル	7.7	8.3	8.8	9.5	5.9	8.6	1.5	1.6
ペルー							0.3	0.5
その他の国							2.9	2.9

注：1) 平成4年から調査票の改正により、フィリピン・タイ・英国・ブラジル・ペルーを加えた。

付表 分母に用いた人口

年 次 別 人 口

昭和22年	*	78 101 473
25	*	83 199 637
26		84 573 000
27		85 852 000
28		87 033 000
29		88 293 000
30	*	89 275 529
31		90 259 000
32		91 088 000
33		92 010 000
34		92 971 000
35	*	93 418 501
36		94 285 000
37		95 178 000
38		96 156 000
39		97 186 000
40	*	98 274 961
41		99 056 000
42		99 637 000
43		100 794 000
44		102 022 000
45	*	103 119 447
46		104 345 000
47		105 742 000
48		108 079 000
49		109 410 000
50	*	111 251 507
51		112 420 000
52		113 499 000
53		114 511 000
54		115 465 000
55	*	116 320 358
56		117 204 000
57		118 008 000
58		118 786 000
59		119 523 000
60	*	120 265 700
61		120 946 000
62		121 535 000
63		122 026 000
平成元年		122 460 000
2	*	122 721 397
3		123 102 000
4		123 476 000
5		123 788 000

*印は国勢調査人口。昭和41年までは総人口。昭和42年以降は日本人人口。昭和47年以前は沖縄県を含まない。

年齢5歳階級・男女別人口（日本人人口） （単位：千人）

年 齢 階 級	総数	男	女
総 数	123 788	60 730	63 057
0 ～ 4 歳	6 050	3 105	2 945
5 ～ 9	6 913	3 544	3 369
10 ～ 14	7 742	3 969	3 773
15 ～ 19	9 206	4 724	4 482
20 ～ 24	9 719	4 967	4 751
25 ～ 29	8 322	4 213	4 109
30 ～ 34	7 730	3 907	3 824
35 ～ 39	7 901	3 983	3 919
40 ～ 44	10 162	5 099	5 062
45 ～ 49	9 437	4 718	4 719
50 ～ 54	8 648	4 283	4 365
55 ～ 59	7 917	3 879	4 037
60 ～ 64	7 203	3 475	3 727
65 ～ 69	5 969	2 752	3 218
70 ～ 74	4 210	1 681	2 530
75 ～ 79	3 150	1 233	1 917
80 ～ 84	2 145	775	1 370
85 ～ 89	974	317	657
90 歳以上	389	105	283

資料：「平成5年10月1日現在推計人口」
（平成6年3月総務庁統計局刊）

年齢調整死亡率算出に使用した 昭和60年モデル人口

年 齢 階 級	基 準 人 口
0 ～ 4 歳	8 180 000
5 ～ 9	8 338 000
10 ～ 14	8 497 000
15 ～ 19	8 655 000
20 ～ 24	8 814 000
25 ～ 29	8 972 000
30 ～ 34	9 130 000
35 ～ 39	9 289 000
40 ～ 44	9 400 000
45 ～ 49	8 651 000
50 ～ 54	7 616 000
55 ～ 59	6 581 000
60 ～ 64	5 546 000
65 ～ 69	4 511 000
70 ～ 74	3 476 000
75 ～ 79	2 441 000
80 ～ 84	1 406 000
85 歳以上	784 000
合 計	120 287 000

注：昭和60年国勢調査人口をベビーブーム等の極端な増減を補正し、四捨五入によって1000人単位として作成した。

都道府県・男女別人口（日本人人口）
（単位：千人）

都道府県	総数	男	女
全 国	123 788	60 730	63 057
北海道	5 656	2 721	2 935
青森	1 467	695	773
岩手	1 413	678	735
宮城	2 284	1 120	1 164
秋田	1 215	577	637
山形	1 252	603	648
福島	2 117	1 031	1 086
茨城	2 904	1 451	1 453
栃木	1 955	973	982
群馬	1 975	976	1 000
埼玉県	6 598	3 346	3 252
千葉県	5 690	2 876	2 814
東京都	11 619	5 830	5 789
神奈川県	8 087	4 145	3 942
新潟県	2 473	1 200	1 273
富山県	1 118	538	580
石川県	1 167	563	604
福井県	820	399	421
山梨県	862	423	438
長野県	2 161	1 051	1 110
岐阜県	2 073	1 006	1 067
静岡県	3 687	1 818	1 869
愛知県	6 723	3 373	3 350
三重県	1 807	876	931
滋賀県	1 248	614	634
京都府	2 559	1 245	1 315
大阪府	8 548	4 208	4 339
兵庫県	5 411	2 619	2 792
奈良県	1 406	678	728
和歌山県	1 075	510	564
鳥取県	613	293	320
島根県	770	367	402
岡山県	1 927	927	1 000
広島県	2 852	1 386	1 466
山口県	1 548	732	816
徳島県	829	394	435
香川県	1 023	491	532
愛媛県	1 506	711	795
高知県	814	382	432
福岡県	4 847	2 317	2 530
佐賀県	877	414	463
長崎県	1 545	726	819
熊本県	1 843	870	973
大分県	1 228	579	649
宮崎県	1 168	551	617
鹿児島県	1 783	834	949
沖縄県	1 242	609	633

注：13大都市の人口は当該都道府県に含まれる。
資料：「平成5年10月1日現在推計人口」（平成6年3月総務庁統計局刊）。

13大都市・男女別人口（総人口）
（単位：千人）

13大都市	総数	男	女
東京都区部	8 080	4 026	4 054
札幌市	1 732	834	897
仙台市	951	470	480
千葉市	851	431	419
横浜市	3 288	1 682	1 607
川崎市	1 200	632	568
名古屋市	2 159	1 080	1 079
京都市	1 452	703	750
大阪市	2 589	1 272	1 317
神戸市	1 509	726	783
広島市	1 102	541	561
北九州市	1 020	484	536
福岡市	1 269	617	652

資料：各指定都市及び東京都が推計した平成5年10月1日現在の人口である。

外国人登録者数

国 籍 （出身地）	平成5年	平成4年
総 数	1 320 748	1 281 644
韓国・朝鮮	682 276	688 144
中国	210 138	195 334
米国	42 639	42 482
フィリピン	73 057	62 218
タイ	11 765	10 460
英 国	12 244	12 021
ブラジル	154 650	147 803
ペルー	33 169	31 051
その他の国	100 810	92 131

資料：法務省「出入国管理年報」から
（12月末日現在）

日 本 人 の 平 均 余 命

平成 5 年簡易生命表

目 次	ページ
平成 5 年簡易生命表について	1
1 主な年齢の平均余命	2
2 特定年齢の生存数と寿命中位数	3
3 平均寿命の国際比較	4
4 死因分析	5
平成 5 年簡易生命表（男）	7
平成 5 年簡易生命表（女）	8
参考資料 1 生命表諸関数の定義	9
参考資料 2 平均余命の年次推移	10
参考資料 3 主要国との比較	11
参考資料 4 死因別死亡確率と特定死因を除去 した場合の平均余命の延びの推移	12

厚生省大臣官房統計情報部

担当係：管理企画課総合解析係

電 話：03(3260)3181 内線 222

平成5年簡易生命表について

平成5年簡易生命表は、平成5年におけるわが国の死亡状況が今後変化しないと仮定したとき、各年齢の者が平均して後何年生きられるか、定常状態の人口構造がどのようなになるかを死亡率、生存数、死亡数、定常人口、平均余命等の生命関数を用いて表したものである。

これらの関数は各年齢の死亡件数と中央人口（7月1日現在）を基にして計算されており、その関数値は現実のわが国の年齢構造には左右されず、死亡状況のみを表している。したがって、わが国の死亡状況を厳密に分析する上で不可欠なものとなっている。また0歳の平均余命である「平均寿命」は、わが国の死亡状況を集約したものとなっており、保健福祉水準を総合的に示す指標として広く活用されている。

表 章 記 号 の 規 約

...	計数不明の場合
-----	---------

1 主な年齢の平均余命

平成5年簡易生命表によると、男の平均寿命は76.25年、女の平均寿命は82.51年で、前年より男は0.16年、女は0.29年延びた。各年齢の平均余命については前年に比べ、全年齢で延びを示した。また、男女の平均寿命の差については、6.26年で前年より0.13年拡大した。（表1、表2）

表1 主な年齢の平均余命とその延び

（単位：年）

年齢	男			女		
	H5年	H4年	延び	H5年	H4年	延び
0歳	76.25	76.09	0.16	82.51	82.22	0.29
5歳	71.74	71.61	0.13	77.96	77.67	0.29
10歳	66.81	66.68	0.13	73.02	72.72	0.30
15歳	61.86	61.74	0.12	68.06	67.77	0.29
20歳	57.02	56.91	0.11	63.13	62.84	0.29
25歳	52.22	52.11	0.11	58.21	57.93	0.28
30歳	47.39	47.29	0.10	53.30	53.03	0.27
35歳	42.57	42.48	0.09	48.41	48.14	0.27
40歳	37.80	37.70	0.10	43.55	43.29	0.26
45歳	33.13	33.03	0.10	38.77	38.50	0.27
50歳	28.61	28.51	0.10	34.07	33.79	0.28
55歳	24.26	24.16	0.10	29.44	29.18	0.26
60歳	20.17	20.08	0.09	24.94	24.67	0.27
65歳	16.41	16.31	0.10	20.57	20.31	0.26
70歳	12.91	12.78	0.13	16.40	16.13	0.27
75歳	9.74	9.61	0.13	12.55	12.28	0.27
80歳	7.09	6.94	0.15	9.18	8.88	0.30
85歳	5.09	4.86	0.23	6.50	6.11	0.39

表2 平均寿命の年次推移

（単位：年）

暦年	男	女	男女差
昭和22	50.06	53.96	3.90
25-27	59.57	62.97	3.40
30	63.60	67.75	4.15
35	65.32	70.19	4.87
40	67.74	72.92	5.18
45	69.31	74.66	5.35
50	71.73	76.89	5.16
55	73.35	78.76	5.41
60	74.78	80.48	5.70
平成2	75.92	81.90	5.98
4	76.09	82.22	6.13
5	76.25	82.51	6.26

注：1 平成2年までは完全生命表による。
2 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

2 特定年齢の生存数と寿命中位数

平成5年簡易生命表によると、65歳の生存数は男82,914人、女91,579人となっている。これは10万人の出生のうち65歳まで生存する者の割合が男で82.9%、女で91.6%であることを示している。同様に、80歳までは男で47.7%、女で69.3%が生存する。

これを時系列でみると、40歳まで生存する者の割合は、すでに高原状態であるのに対して、65歳まで生存する者の割合、及び80歳まで生存する者の割合はなお増加傾向にある。(表3、図1)

また、その年に生まれた者のうちの半数が生存すると期待される年齢を寿命中位数というが、平成5年においては、男が79.35年、女が85.27年である。(表4)

表3 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合

(単位：%)

暦年	男			女		
	40歳	65歳	80歳	40歳	65歳	80歳
昭和22	68.0	39.8	9.5	70.9	49.1	17.3
25-27	81.8	55.1	16.6	83.2	62.8	26.1
30	87.0	61.8	20.0	89.0	70.6	31.9
35	89.7	64.8	20.1	92.2	75.2	33.8
40	92.6	69.1	22.6	95.0	80.0	38.4
45	93.7	72.1	26.1	96.1	82.6	43.0
50	95.1	76.8	33.2	96.9	86.1	50.7
55	96.1	79.4	37.8	97.6	88.5	57.0
60	96.7	81.1	42.8	98.0	90.1	63.0
平成2	97.1	82.6	46.9	98.3	91.3	67.8
4	97.2	82.8	47.5	98.3	91.5	69.0
5	97.3	82.9	47.7	98.4	91.6	69.3

- 注：1 平成2年までは完全生命表による。
 2 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。
 3 表3は、生命表作成時点における死亡状況を一定不変とした場合の状況を表しており、現実の生存者の割合とは異なっている。

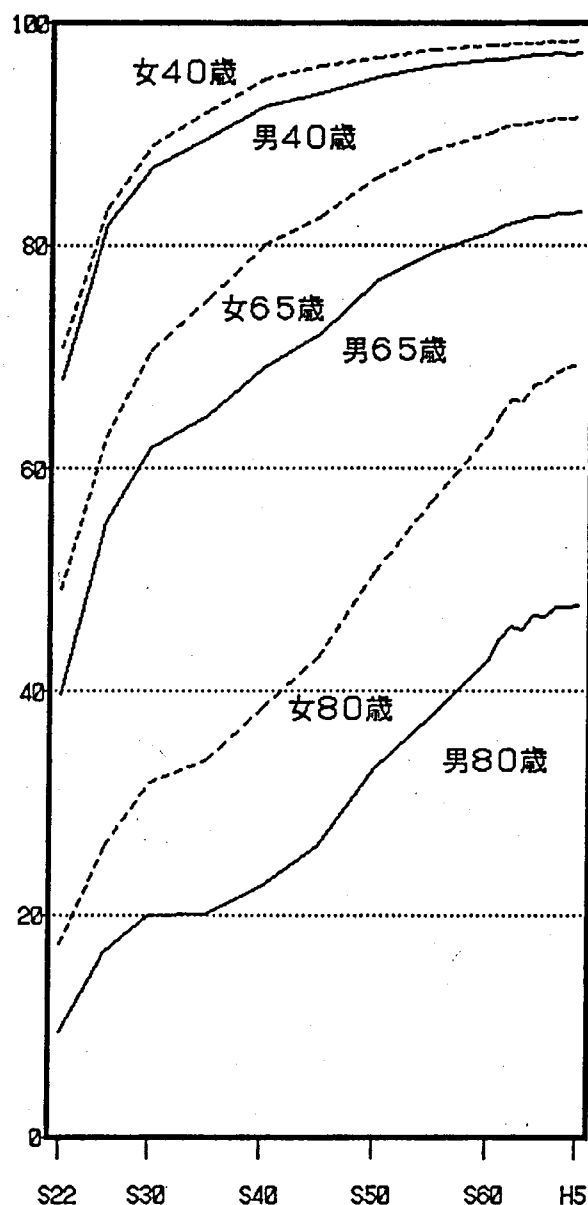
表4 寿命中位数

(単位：年)

暦年	男	女
昭和22	59.28	64.45
25-27	67.22	71.31
30	69.79	74.19
35	70.66	75.44
40	72.00	77.04
45	73.10	78.19
50	75.31	80.17
55	76.69	81.75
60	78.06	83.38
平成2	79.13	84.71
4	79.29	85.19
5	79.35	85.27

- 注：1 平成2年までは完全生命表による。
 2 昭和45年以前は、沖縄県を除く値である。

図1 生命表上の特定年齢まで生存する者の割合 (%)



3 平均寿命の国際比較

平均寿命の諸外国との比較は、国により作成基礎期間が異なるので厳密な比較は困難である。

しかし、現在入手している資料を用いて比較すると表5のとおりである。

表5 平均寿命の国際比較

地 域	国 名	作成基礎期間	男	女	(参考) 人 口 (万人)
	日 本 (Japan)	1993	76.25	82.51	12348
アフリカ (AFRICA)	エジプト (Egypt)	1985-90	57.80	60.30	5315
	ナイジェリア (Nigeria)	1985-90	48.82	52.23	10918
アメリカ (AMERICA)	アルゼンチン (Argentina)	1980-81	65.48	72.70	2869
	ブラジル (Brazil)	1985-90	62.30	67.60	14740
	カナダ (Canada)	1989*	73.22	80.03	2625
	メキシコ (Mexico)	1979	62.10	66.00	6752
	プエルトリコ (Puerto Rico)	1988-90	70.17	78.53	360
	アメリカ合衆国 (United States)	1991*	72.2	79.1	25269
アジア (ASIA)	中 国 (China)	1985-90	67.98	70.94	111969
	香 港 (Hong Kong)	1991*	74.9	80.5	591
	イ ン ド (India)	1981-85	55.40	55.67	75086
	インドネシア (Indonesia)	1985-90	58.50	62.00	17930
	イスラエル (Israel)	1989	74.54	78.09	452
	韓 国 (Korea, Republic of)	1991*	67.66	75.67	4327
ヨーロッパ (EUROPE)	オーストリア (Austria)	1990	72.50	79.02	772
	旧チェコスロバキヤ (Czechoslovakia)	1990	67.25	75.81	1566
	デンマーク (Denmark)	1989-90*	72.02	77.68	514
	フィンランド (Finland)	1989	70.85	78.90	496
	フランス (France)	1990*	72.75	80.94	5644
	ドイツ連邦共和国 (Germany, Federal Republic of)	1988-90*	72.55	78.98	6323
	アイスランド (Iceland)	1991-92*	75.74	80.89	26
	イタリ ア (Italy)	1988*	73.18	79.70	5744
	オランダ (Netherlands)	1991*	74.05	80.15	1507
	ノルウェー (Norway)	1991*	74.01	80.09	426
	スウェーデン (Sweden)	1992*	75.35	80.79	864
	スイス (Switzerland)	1990-91*	74.1	80.9	679
	イングランド・ウェールズ (England and Wales)	1989-91*	73.2	78.7	5039
オセアニア (OCEANIA)	オーストラリア (Australia)	1990	73.86	80.01	1709
	ニュージーランド (New Zealand)	1988-90	71.94	77.96	335
	ロシア (Russian Federation)	1989	64.20	74.50	14772

注：1 人口は作成基礎期間最後の中央人口である。
 ただしイングランド・ウェールズについては、1988年の数値である。
 2 ドイツ連邦共和国とは、旧西ドイツのことである。
 資料：Demographic Yearbook 1991 U.N. 等
 *印は当該政府からの資料提供によるもの

4 死因分析

(1) 死因別死亡確率

人はいずれ、何らかの死因で死亡することになるが、生命表の上で、ある年齢の者が将来どの死因で死亡するかを計算し確率の形で表したものが死因別死亡確率である。

主な死因についてみると、悪性新生物、心疾患、肺炎・気管支炎の死亡確率はここ30年男女共に上昇傾向にあるが、平成5年における悪性新生物、心疾患の死亡確率は前年に比べて小さくなっている。一方、脳血管疾患の死亡確率は減少していく傾向にあり、今後もその状態が続くものと思われる。このような傾向を反映して、男子の肺炎・気管支炎の死亡確率は脳血管疾患の死亡確率を上回ることとなった。また、3大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）の死亡確率は、男女ともに全体のほぼ6割を占めている。（表6、図2）

図2 死因別死亡確率（主要死因）

（単位：％）

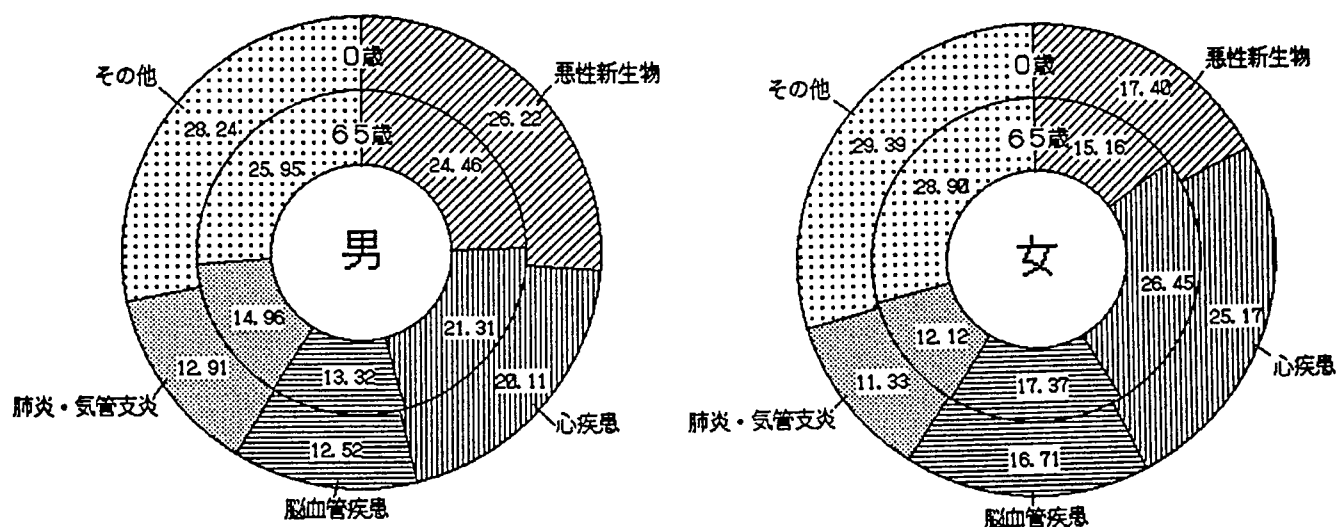


表6 死因別死亡確率（主要死因）の推移（0歳・65歳）

（単位：％）

主 な 死 因	年 齢	男					女				
		S40年	S50年	S60年	H4年	H5年	S40年	S50年	S60年	H4年	H5年
悪 性 新 生 物	0歳	15.0	18.56	24.02	26.45	26.22	12.4	13.86	16.38	17.64	17.40
	65歳	13.0	16.54	22.05	24.66	24.46	9.2	10.96	13.91	15.38	15.16
心 疾 患	0歳	11.4	14.94	19.31	20.21	20.11	12.3	16.86	22.10	25.22	25.17
	65歳	12.7	16.25	20.67	21.47	21.31	12.9	17.96	23.28	26.53	26.45
脳 血 管 疾 患	0歳	27.4	26.55	17.61	12.93	12.52	27.0	28.28	21.57	17.03	16.71
	65歳	30.5	29.43	19.17	13.79	13.32	29.0	30.19	22.63	17.71	17.37
肺炎・気管支炎	0歳	5.3	6.35	9.03	12.33	12.91	5.4	6.00	7.82	10.61	11.33
	65歳	6.2	7.39	10.58	14.29	14.96	5.6	6.41	8.43	11.38	12.12

(2) 特定死因を除去した場合の平均余命の伸び

ある死因が克服された場合、その死因によって死亡していた者は、その死亡年齢以後に他の死因で死亡することになる。その結果死亡時期が繰り越されることとなり、余命が延びることになる。この伸びは、その死因のために失われた余命としてみることができ、これによって各死因がどの程度平均余命へ影響しているかを測ることができる。

平成5年についてみると、0歳における伸びは、男女とも悪性新生物が最も大きく、以下、心疾患、脳血管疾患、肺炎・気管支炎の順となっている。一方、65歳における伸びは0歳における伸びと比較してみると、男子の場合は、肺炎・気管支炎が脳血管疾患を上回っており、女子の場合は、悪性新生物より心疾患の伸びのほうが大きくなっていることが分かる。(表7)

主要4死因についてみると、特定死因を除去した場合の伸びが前年に比べて大きくなっている死因は、男では0歳における心疾患、肺炎・気管支炎、65歳における悪性新生物、心疾患、肺炎・気管支炎である。また、女では0歳、65歳ともに悪性新生物、心疾患、肺炎・気管支炎の伸びが前年に比べて大きくなっている。

なお、3大死因を除去した場合の伸びは、0歳では男9.15年、女8.82年、65歳では男7.19年、女7.40年となっている。

表7 特定死因を除去した場合の平均余命の伸び(主要死因)

(単位:年)

主 な 死 因	年 齢	男					女				
		S40年	S50年	S60年	H4年	H5年	S40年	S50年	S60年	H4年	H5年
悪 性 新 生 物	0歳	2.02	2.59	3.29	3.60	3.59	1.98	2.23	2.44	2.59	2.60
	65歳	1.07	1.53	2.10	2.42	2.44	0.84	1.10	1.39	1.56	1.58
心 疾 患	0歳	1.15	1.59	2.00	2.08	2.11	1.24	1.72	2.04	2.36	2.39
	65歳	0.87	1.28	1.63	1.70	1.72	0.93	1.54	1.88	2.22	2.26
脳 血 管 疾 患	0歳	3.03	3.00	1.73	1.23	1.20	2.92	3.17	1.99	1.52	1.52
	65歳	2.53	2.67	1.50	1.02	1.00	2.52	2.96	1.83	1.38	1.38
肺炎・気管支炎	0歳	0.70	0.62	0.70	0.95	1.02	0.71	0.61	0.59	0.79	0.87
	65歳	0.37	0.51	0.72	0.99	1.06	0.35	0.47	0.56	0.78	0.86

平成5年簡易生命表(男)

年齢 x	死亡率 q_x	生存数 l_x	死亡数 d_x	定 常 人 口		平均余命 e_x	年齢 x	死亡率 q_x	生存数 l_x	死亡数 d_x	定 常 人 口		平均余命 e_x
				L_x	T_x						L_x	T_x	
0(4)	0.00180	100000	180	1916	7625371	76.25	45	0.00255	96368	246	96245	3192323	33.13
1	0.00028	99820	18	1914	7623435	76.37	46	0.00282	96122	271	95970	3090078	32.70
2	0.00015	99775	15	1913	7621541	76.37	47	0.00311	95831	298	95710	2800092	32.00
3	0.00048	99759	47	8972	7617714	76.36	48	0.00376	95525	358	95397	2500900	32.94
4	0.00029	99712	29	8308	7608442	76.31	49	0.00412	94868	391	94673	2192533	28.61
5	0.00070	99684	69	2491	7600432	76.25	50	0.00449	94477	424	94265	1939285	27.72
6	0.00070	99614	70	4979	7597532	76.25	51	0.00488	94034	459	93824	1725015	26.85
0(y)	0.00456	100000	456	99639	7625371	76.25	52	0.00534	93594	549	92820	1523378	25.11
1	0.00072	99544	71	99507	7525732	75.60	53	0.00589	93094	549	92820	1339286	24.22
2	0.00051	99473	51	99447	7426224	74.66	54	0.00635	92546	607	92342	1152783	23.58
3	0.00036	99422	36	99404	7326776	73.69	55	0.00681	91939	674	91891	970105	22.97
4	0.00028	99386	28	99372	7226772	72.72	56	0.00735	91264	747	90891	820129	22.35
5	0.00025	99358	25	99345	7128001	71.74	57	0.00791	90517	824	90105	689239	21.96
6	0.00023	99330	23	99320	7028655	69.77	58	0.00849	89693	909	89239	560187	20.40
7	0.00018	99290	18	99281	6929334	68.79	59	0.00911	88784	986	88286	442455	19.43
8	0.00015	99272	15	99265	6830752	68.80	60	0.01013	87788	1086	87245	326117	18.63
9	0.00014	99257	14	99250	6733002	67.81	61	0.01123	86770	1179	86112	209341	17.88
10	0.00014	99243	14	99236	6633488	66.82	62	0.01237	85752	1265	85112	93441	17.14
11	0.00015	99229	15	99221	6533232	65.83	63	0.01359	84720	1344	84086	83586	16.41
12	0.00017	99214	17	99205	6433378	64.84	64	0.01479	83684	1423	83022	68236	15.69
13	0.00021	99197	21	99186	6333457	63.85	65	0.01612	82614	1509	81973	52981	14.98
14	0.00030	99176	30	99161	6233390	62.86	66	0.01757	81491	1609	80798	37530	14.27
15	0.00037	99146	37	99125	6133329	61.88	67	0.01912	80377	1720	79619	22250	13.58
16	0.00045	99104	42	99100	6033271	60.91	68	0.02085	79281	1843	78372	75730	12.87
17	0.00057	99058	56	99054	5933204	59.94	69	0.02240	78149	1966	77173	55472	12.14
18	0.00068	98980	73	98944	5833080	58.98	70	0.02405	76981	2099	75981	35283	11.41
19	0.00074	98948	74	98907	5733001	57.99	71	0.02582	75808	2250	74770	19836	10.67
20	0.00075	98907	74	98870	5640071	57.07	72	0.02777	74643	2421	73626	11793	9.94
21	0.00073	98833	72	98797	5544200	56.07	73	0.02981	73494	2607	72530	64770	9.21
22	0.00072	98761	71	98725	5444240	55.15	74	0.03180	72343	2798	71176	42144	8.46
23	0.00071	98690	70	98655	5344367	54.18	75	0.03395	71184	2984	69619	25102	7.71
24	0.00069	98620	68	98586	5244502	53.18	76	0.03627	69984	3162	67283	14462	7.00
25	0.00068	98552	67	98518	5144643	52.26	77	0.03882	68668	3347	65862	8206	6.28
26	0.00069	98485	67	98451	5044791	51.29	78	0.04149	67346	3531	64462	5286	5.55
27	0.00069	98418	67	98384	4944946	50.36	79	0.04432	66020	3719	62979	3387	4.81
28	0.00072	98350	69	98315	4845108	49.36	80	0.04734	64694	3901	61444	2114	4.09
29	0.00072	98280	70	98245	4745276	48.36	81	0.05058	63375	4091	59879	1184	3.35
30	0.00072	98210	71	98175	4645422	47.39	82	0.05402	62055	4281	58344	644	2.62
31	0.00073	98140	72	98104	4545578	46.43	83	0.05767	60734	4472	56811	330	1.87
32	0.00077	98068	75	98032	4445744	45.46	84	0.06152	59416	4660	55286	184	1.14
33	0.00082	97992	80	97956	4345920	44.50	85	0.06558	58100	4849	53739	84	0.44
34	0.00089	97912	87	97868	4246226	43.53	86	0.06984	56784	5039	52200	39	0.00
35	0.00097	97825	95	97777	4146439	42.57	87	0.07434	55466	5220	50716	18	0.00
36	0.00105	97730	103	97678	4046616	41.61	88	0.07901	54144	5409	49281	8	0.00
37	0.00115	97627	112	97571	3946838	40.65	89	0.08388	52820	5594	47824	0	0.00
38	0.00125	97515	122	97454	3847363	39.75	90	0.08894	51494	5781	46378	0	0.00
39	0.00136	97393	132	97327	3747391	38.75	91	0.09424	50164	5968	44912	0	0.00
40	0.00148	97261	144	97189	3647586	37.80	92	0.10000	48836	6151	43567	0	0.00
41	0.00163	97117	158	97038	3547939	36.86	93	0.00000	47500	6337	42230	0	0.00
42	0.00180	96959	175	96872	3448235	35.92	94	0.00000	46164	6520	40894	0	0.00
43	0.00203	96784	196	96685	3348548	34.98	95	0.00000	44820	6708	39476	0	0.00
44	0.00228	96588	220	96478	3248801	34.05	95-	0.00000	43478	6894	38062	0	0.00

平成5年簡易生命表(女)

年齢 x	死亡率 q_x	生存数 l_x	死亡数 d_x	定 常 人 口		平均余命 e_x	年齢 x	死亡率 q_x	生存数 l_x	死亡数 d_x	定 常 人 口		平均余命 e_x
				nL_x	T_x						nL_x	T_x	
0(M)	0.00151	100000	151	19116	825074.5	82.51	45	0.00141	97879	138	97810	379450.6	78.77
1	0.00018	99849	18	19115	824488.2	82.62	46	0.00151	97754	148	97667	369660.9	77.82
2	0.00014	99700	14	19114	824450.0	82.61	47	0.00162	97593	159	97514	359902.6	76.88
3	0.00030	99475	30	19111	824308.6	82.55	48	0.00176	97435	171	97349	350901.5	75.94
4(M)	0.00036	99121	36	19108	824179.6	82.49	49	0.00191	97264	186	97171	340411.6	75.00
5	0.00056	98663	55	19113	822087.6	82.29	50	0.00206	97078	200	96978	330699.5	74.07
6	0.00033	98307	33	19118	820514.8	82.51	51	0.00221	96878	214	96778	321001.7	73.13
7	0.00044	97854	44	19123	818519.3	82.88	52	0.00237	96664	229	96550	311324.6	72.21
8	0.00031	97501	31	19126	815148.2	82.92	53	0.00256	96435	247	96312	301666.9	71.28
9	0.00023	97171	23	19129	812447.3	82.94	54	0.00278	96189	267	96055	292203.8	70.36
10(Y)	0.00393	100000	393	99686	825074.5	82.51	55	0.00303	95921	290	95776	282433.0	69.44
11	0.00062	99545	62	99576	825105.9	81.83	56	0.00329	95631	315	95474	272855.4	68.53
12	0.00043	99201	43	99486	820514.8	82.92	57	0.00360	95316	343	95145	263308.0	67.62
13	0.00031	98971	31	99459	815148.2	82.94	58	0.00393	94974	374	94787	253799.3	66.72
14	0.00012	98748	12	99439	812447.3	82.96	59	0.00430	94600	407	94396	244314.8	65.83
15	0.00017	98532	17	99431	809534.7	82.98	60	0.00469	94193	442	94193	234875.2	64.94
16	0.00015	98347	15	99405	805148.2	82.99	61	0.00512	93751	480	93751	224878.0	64.05
17	0.00011	98191	11	99378	800519.3	82.01	62	0.00557	93271	519	93271	214826.9	63.17
18	0.00013	97932	13	99319	795347.5	82.03	63	0.00606	92751	562	92751	204358.8	62.30
19	0.00011	97722	11	99256	790566.1	82.04	64	0.00662	92189	611	92189	193758.8	61.43
20	0.00011	97530	11	99197	785598.1	82.05	65	0.00726	91579	665	91579	183390.4	60.57
21	0.00012	97358	12	99115	780566.1	82.06	66	0.00800	90914	728	90914	172605.8	59.72
22	0.00027	97238	27	99088	775347.5	82.07	67	0.00889	90186	802	90186	161338.2	58.87
23	0.00027	97102	27	99034	770566.1	82.08	68	0.00990	89385	885	89385	150135.8	58.04
24	0.00027	96912	27	98974	765347.5	82.09	69	0.01108	88499	980	88499	138980.9	57.21
25	0.00027	96725	27	98905	760566.1	82.10	70	0.01238	87519	1083	87519	127833.1	56.40
26	0.00028	96538	28	98829	755347.5	82.11	71	0.01391	86436	1203	86436	116634.0	55.58
27	0.00027	96356	27	98740	750566.1	82.12	72	0.01572	85233	1340	85233	105395.5	54.81
28	0.00036	96183	36	98640	745347.5	82.13	73	0.01781	83999	1494	83999	94156.6	54.04
29	0.00033	96015	33	98540	740566.1	82.14	74	0.02022	82733	1666	82733	83156.6	53.29
30	0.00028	95856	28	98451	735347.5	82.15	75	0.02299	81519	1856	81519	72067.7	52.55
31	0.00027	95700	27	98362	730566.1	82.16	76	0.02617	80277	2064	80277	60932.2	51.83
32	0.00030	95548	30	98273	725347.5	82.17	77	0.02958	79033	2280	79033	49732.7	51.14
33	0.00033	95391	33	98184	720566.1	82.18	78	0.03358	77787	2507	77787	38532.2	50.46
34	0.00036	95238	36	98095	715347.5	82.19	79	0.03814	76533	2747	76533	27328.2	49.81
35	0.00038	95082	38	98006	710566.1	82.20	80	0.04317	75279	3125	75279	16152.2	49.19
36	0.00040	94924	40	97917	705347.5	82.21	81	0.04809	74036	3395	74036	5030.6	48.59
37	0.00043	94765	43	97828	700566.1	82.22	82	0.05306	72783	3646	72783	385.2	47.98
38	0.00047	94606	46	97739	695347.5	82.23	83	0.05809	71536	3916	71536	273.2	47.37
39	0.00050	94447	50	97650	690566.1	82.24	84	0.06336	70283	4187	70283	161.7	46.76
40	0.00054	94288	53	97561	685347.5	82.25	85	0.06884	69036	4458	69036	50.2	46.15
41	0.00058	94129	57	97472	680566.1	82.26	86	0.07457	67783	4729	67783	38.7	45.54
42	0.00063	93970	61	97383	675347.5	82.27	87	0.08056	66536	5000	66536	27.2	44.93
43	0.00069	93811	68	97294	670566.1	82.28	88	0.08684	65283	5271	65283	16.7	44.32
44	0.00075	93652	74	97205	665347.5	82.29	89	0.09336	64036	5542	64036	6.2	43.71
45	0.00083	93493	81	97116	660566.1	82.30	90	0.10000	62783	5813	62783	5.1	43.10
46	0.00090	93334	90	97027	655347.5	82.31	91	0.10666	61536	6084	61536	4.0	42.49
47	0.00103	93175	101	96938	650566.1	82.32	92	0.11333	60283	6355	60283	2.9	41.88
48	0.00116	93016	112	96849	645347.5	82.33	93	0.12000	59036	6626	59036	1.8	41.27
49	0.00129	92857	123	96760	640566.1	82.34	94	0.12666	57783	6897	57783	0.7	40.66
50	0.00142	92698	134	96671	635347.5	82.35	95	0.13333	56536	7168	56536	0.6	40.05

参考資料 1 生命表諸関数の定義

- 死亡率 ${}_nq_x$: ちょうど x 歳に達した者が $x+n$ 歳に達しないで死亡する確率を、年齢階級 $[x, x+n)$ における死亡率という。特に ${}_1q_x$ を x 歳の死亡率といい、これを q_x で表す。
- 生存数 l_x : 100,000 人の出生者が、上記の死亡率に従って死亡減少していくと考えた場合、 x 歳に達するまで生き残ると期待される者の数を x 歳における生存数という。
- 死亡数 ${}_nd_x$: x 歳における生存数 l_x 人のうち、 $x+n$ 歳に達しないで死亡すると期待される者の数を年齢階級 $[x, x+n)$ における死亡数という。特に ${}_1d_x$ を x 歳における死亡数といい、これを d_x で表す。
- 定常人口 ${}_nL_x$ 及び T_x : x 歳における生存数 l_x 人について、これらの各々が x 歳から $x+n$ 歳に達するまでの間に生存する年数の和、又は、常に 100,000 人の出生があって、これらの者が上記の死亡率に従って死亡すると仮定すると究極において一定の人口集団が得られるが、その集団の x 歳以上 $x+n$ 歳未満の人口を、年齢階級 $[x, x+n)$ における定常人口という。特に ${}_1L_x$ を x 歳における定常人口といい、これを L_x で表す。更に、 x 歳における生存数 l_x 人について、これらの各々が x 歳以後死亡に至るまでの間に生存する年数の和、又は上記の人口集団の x 歳以上の人口を、 x 歳以上の定常人口総数といい、これを T_x で表す。 ${}_nL_x$ 、 T_x は ${}_nL_x = \int_x^{x+n} l_t dt$ 、 $T_x = \int_x^{\infty} l_t dt$ により与えられる。
- 平均余命 oe_x : x 歳における生存数 l_x 人について、これらの者が x 歳以後に生存する年数の平均を x 歳における平均余命という。 x 歳の平均余命は ${}^oe_x = T_x / l_x$ により与えられる。また、0 歳の平均余命を平均寿命という。
- 寿命中位数 : 100,000 人の出生者のうち、半数である 50,000 人が生存すると期待される年数を寿命中位数という。

参考資料 2 平均余命の年次推移

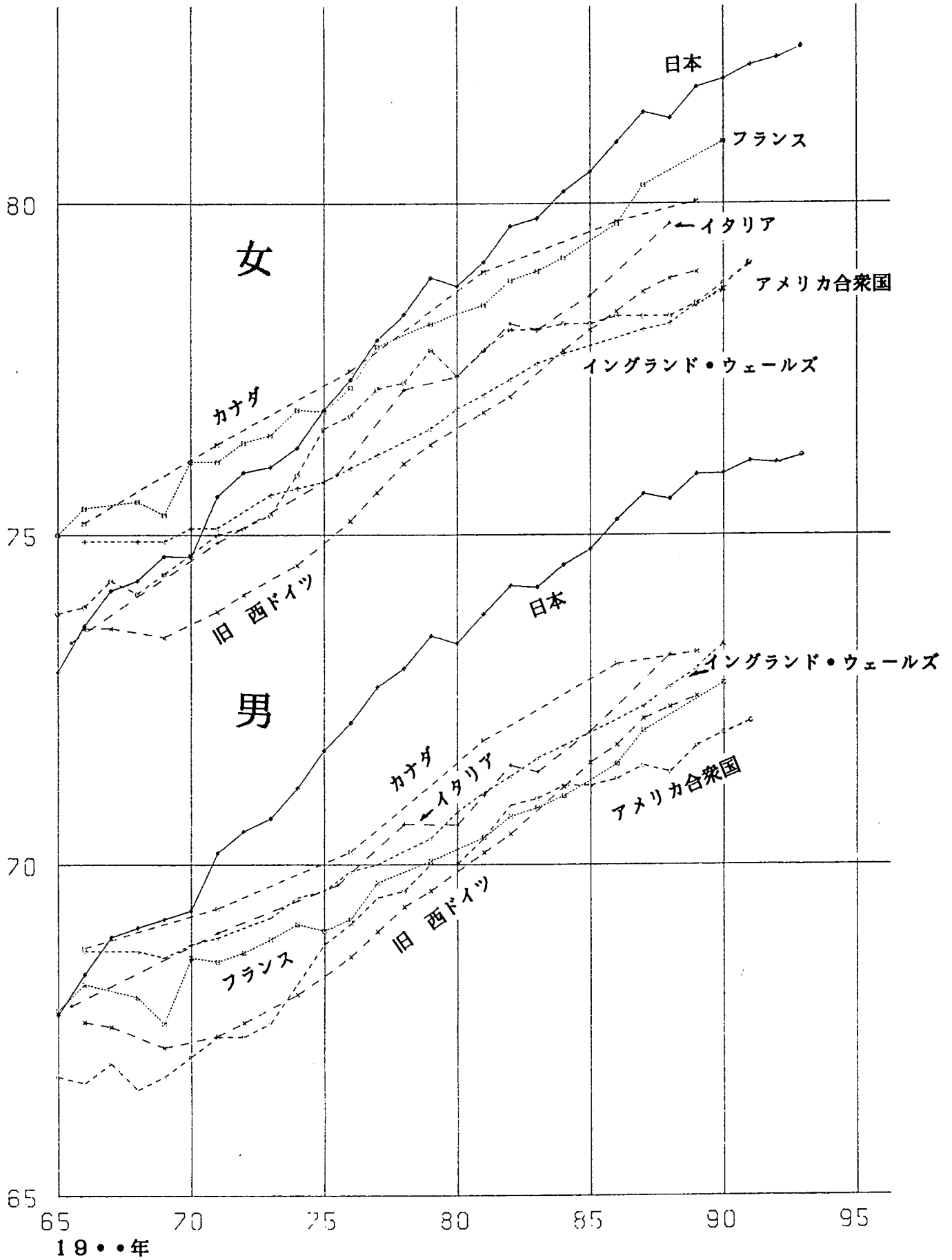
(単位：年)

暦 年	男				女			
	0歳	20歳	40歳	65歳	0歳	20歳	40歳	65歳
昭和22*	50.06	40.89	26.88	10.16	53.96	44.87	30.39	12.22
23	55.6	43.6	29.1	12.0	59.4	47.3	32.5	14.2
24	56.2	44.3	29.2	11.7	59.8	47.9	32.6	14.0
25	58.0	45.3	29.4	11.5	61.5	48.7	32.7	13.9
25-27*	59.57	46.43	29.65	11.35	62.97	49.58	32.77	13.36
26	60.8	47.9	31.4	...	64.9	51.9	35.4	...
27	61.9	48.0	30.9	12.5	65.5	51.4	34.2	14.8
28	61.9	48.0	30.6	11.9	65.7	51.4	33.9	14.2
29	63.41	48.87	31.45	12.88	67.69	52.86	35.22	15.00
30*	63.60	48.47	30.85	11.82	67.75	52.25	34.34	14.13
31	63.59	48.21	30.45	11.36	67.54	51.92	33.85	13.54
32	63.24	47.87	30.04	11.01	67.60	51.48	33.39	12.93
33	64.98	49.19	31.29	12.12	69.61	53.48	35.23	14.71
34	65.21	49.31	31.30	11.91	69.88	53.45	35.08	14.37
35*	65.32	49.08	31.02	11.62	70.19	53.39	34.90	14.10
36	66.03	49.58	31.44	11.88	70.79	53.72	35.10	14.10
37	66.23	49.44	31.19	11.55	71.16	53.85	35.15	14.09
38	67.21	50.10	31.79	12.10	72.34	54.70	35.89	14.70
39	67.67	50.33	31.96	12.19	72.87	54.99	36.11	14.83
40*	67.74	50.18	31.73	11.88	72.92	54.85	35.91	14.56
41	68.35	50.78	32.33	12.42	73.61	55.53	36.55	15.11
42	68.91	51.06	32.56	12.50	74.15	55.82	36.79	15.26
43	69.05	51.17	32.61	12.48	74.30	55.93	36.86	15.26
44	69.18	51.24	32.71	12.53	74.67	56.24	37.17	15.51
45*	69.31	51.26	32.68	12.50	74.66	56.11	37.01	15.34
46	70.17	52.05	33.42	13.08	75.58	56.99	37.85	16.00
47	70.50	52.33	33.67	13.25	75.94	57.28	38.11	16.17
48	70.70	52.46	33.74	13.22	76.02	57.33	38.12	16.10
49	71.16	52.79	33.99	13.38	76.31	57.54	38.30	16.18
50*	71.73	53.27	34.41	13.72	76.89	58.04	38.76	16.56
51	72.15	53.60	34.68	13.91	77.35	58.43	39.11	16.80
52	72.69	54.07	35.12	14.29	77.95	58.99	39.63	17.24
53	72.97	54.32	35.32	14.40	78.33	59.32	39.95	17.48
54	73.46	54.72	35.70	14.75	78.89	59.83	40.42	17.92
55*	73.35	54.56	35.52	14.56	78.76	59.66	40.23	17.68
56	73.79	54.95	35.88	14.85	79.13	60.00	40.55	17.93
57	74.22	55.33	36.24	15.18	79.66	60.48	41.02	18.35
58	74.20	55.25	36.20	15.19	79.78	60.56	41.10	18.40
59	74.54	55.56	36.47	15.43	80.18	60.93	41.46	18.71
60*	74.78	55.74	36.63	15.52	80.48	61.20	41.72	18.94
61	75.23	56.15	37.02	15.86	80.93	61.62	42.13	19.29
62	75.61	56.50	37.35	16.12	81.39	62.05	42.54	19.67
63	75.54	56.40	37.24	15.95	81.30	61.96	42.44	19.54
平成元	75.91	56.74	37.56	16.22	81.77	62.41	42.89	19.95
2*	75.92	56.77	37.58	16.22	81.90	62.54	43.00	20.03
3	76.11	56.90	37.70	16.31	82.11	62.73	43.18	20.20
4	76.09	56.91	37.70	16.31	82.22	62.84	43.29	20.31
5	76.25	57.02	37.80	16.41	82.51	63.13	43.55	20.57

注：1 *印は完全生命表、その他は簡易生命表による。
2 昭和46年以前は、沖縄県をのぞく値である。

参考資料3 主要国との比較

平均寿命(年)



参考資料 4 死因別死亡確率と特定死因を除去した場合の平均余命の延びの推移

(1) 死因別死亡確率の推移 (0歳・65歳)

(単位: %)

主 な 死 因	年齢	男					女				
		S40年	S50年	S60年	H4年	H5年	S40年	S50年	S60年	H4年	H5年
全 結 核	0歳	3.5	1.84	0.80	0.51	0.48	1.7	0.76	0.28	0.18	0.17
	65歳	2.6	1.70	0.79	0.52	0.49	1.0	0.62	0.25	0.17	0.16
悪 性 新 生 物	0歳	15.0	18.56	24.02	26.45	26.22	12.4	13.86	16.38	17.64	17.40
	65歳	13.0	16.54	22.05	24.66	24.46	9.2	10.96	13.91	15.38	15.16
高 血 圧 性 疾 患	0歳	2.8	2.92	1.63	0.88	0.85	3.5	4.23	2.88	1.82	1.68
	65歳	3.4	3.49	1.92	1.01	0.97	4.0	4.74	3.14	1.96	1.81
心 疾 患	0歳	11.4	14.94	19.31	20.21	20.11	12.3	16.86	22.10	25.22	25.17
	65歳	12.7	16.25	20.67	21.47	21.31	12.9	17.96	23.28	26.53	26.45
脳 血 管 疾 患	0歳	27.4	26.55	17.61	12.93	12.52	27.0	28.28	21.57	17.03	16.71
	65歳	30.5	29.43	19.17	13.79	13.32	29.0	30.19	22.63	17.71	17.37
肺炎・気管支炎	0歳	5.3	6.35	9.03	12.33	12.91	5.4	6.00	7.82	10.61	11.33
	65歳	6.2	7.39	10.58	14.29	14.96	5.6	6.41	8.43	11.38	12.12
慢性肝疾患・肝硬変	0歳	...	2.27	2.12	1.76	1.70	...	1.06	1.08	1.01	0.96
	65歳	...	1.47	1.33	1.09	1.03	...	0.88	0.92	0.88	0.83
腎炎・ネフローゼ症候群・ネフローゼ	0歳	...	...	1.80	2.11	2.12	...	...	1.92	2.56	2.44
	65歳	...	...	1.95	2.31	2.32	...	...	1.96	2.67	2.54
不慮の事故・有害作用	0歳	5.1	4.03	3.47	3.79	3.75	2.1	1.94	1.85	2.30	2.33
	65歳	1.9	1.92	1.98	2.54	2.59	1.4	1.50	1.51	1.97	2.03
自動車事故 (再)	0歳	...	1.65	1.36	1.43	1.36	...	0.61	0.54	0.64	0.62
	65歳	...	0.61	0.57	0.65	0.63	...	0.36	0.32	0.39	0.39
自 殺	0歳	1.5	1.90	2.24	1.82	1.79	1.3	1.54	1.37	1.15	1.06
	65歳	0.8	0.88	0.91	0.78	0.71	0.8	0.96	0.83	0.70	0.63

(2) 特定死因を除去した場合の平均余命の延びの推移 (0歳・65歳)

(単位: 年)

主 な 死 因	年齢	男					女				
		S40年	S50年	S60年	H4年	H5年	S40年	S50年	S60年	H4年	H5年
全 結 核	0歳	0.52	0.22	0.09	0.05	0.05	0.33	0.11	0.04	0.02	0.02
	65歳	0.20	0.13	0.06	0.04	0.04	0.09	0.05	0.02	0.02	0.02
悪 性 新 生 物	0歳	2.02	2.59	3.29	3.60	3.59	1.98	2.23	2.44	2.59	2.60
	65歳	1.07	1.53	2.10	2.42	2.44	0.84	1.10	1.39	1.56	1.58
高 血 圧 性 疾 患	0歳	0.23	0.23	0.11	0.06	0.06	0.29	0.34	0.18	0.11	0.10
	65歳	0.22	0.23	0.11	0.06	0.06	0.27	0.35	0.19	0.12	0.11
心 疾 患	0歳	1.15	1.59	2.00	2.08	2.11	1.24	1.72	2.04	2.36	2.39
	65歳	0.87	1.28	1.63	1.70	1.72	0.93	1.54	1.88	2.22	2.26
脳 血 管 疾 患	0歳	3.03	3.00	1.73	1.23	1.20	2.92	3.17	1.99	1.52	1.52
	65歳	2.53	2.67	1.50	1.02	1.00	2.52	2.96	1.83	1.38	1.38
肺炎・気管支炎	0歳	0.70	0.62	0.70	0.95	1.02	0.71	0.61	0.59	0.79	0.87
	65歳	0.37	0.51	0.72	0.99	1.06	0.35	0.47	0.56	0.78	0.86
慢性肝疾患・肝硬変	0歳	...	0.37	0.35	0.29	0.29	...	0.15	0.15	0.14	0.14
	65歳	...	0.12	0.12	0.10	0.10	...	0.08	0.09	0.09	0.09
腎炎・ネフローゼ症候群・ネフローゼ	0歳	...	...	0.17	0.18	0.19	...	...	0.18	0.21	0.21
	65歳	...	...	0.14	0.16	0.16	...	...	0.15	0.19	0.19
不慮の事故・有害作用	0歳	1.47	1.11	0.87	0.84	0.80	0.49	0.40	0.33	0.38	0.37
	65歳	0.14	0.15	0.16	0.20	0.21	0.10	0.12	0.11	0.16	0.17
自動車事故 (再)	0歳	...	0.50	0.42	0.43	0.40	...	0.16	0.14	0.17	0.16
	65歳	...	0.05	0.05	0.06	0.06	...	0.03	0.03	0.04	0.04
自 殺	0歳	0.33	0.47	0.56	0.45	0.45	0.27	0.35	0.30	0.26	0.25
	65歳	0.06	0.07	0.08	0.07	0.06	0.06	0.09	0.08	0.07	0.07

平成5年 簡易生命表のポイント

- 1 平成5年の平均寿命は、男は前年を0.16年、女は0.29年上回り過去最高となった。
また、男女差は6.26年と、前年より0.13年拡大した。

男 女 別 平 均 寿 命 と そ の 差			
	平 成 5 年	平 成 4 年	延 び
男	76.25年	76.09年	0.16年
女	82.51年	82.22年	0.29年
男女差	6.26年	6.13年	

- 2 平成5年に生まれた者のうち、80歳まで生存すると予想される者の割合は、男47.7%、女69.3%である（過去30年間で約2倍）。また、平成5年に生まれた者のうち半数は、男では79.35歳、女では85.27歳まで生存すると期待される。
- 3 平成5年に生まれた者の死因別死亡確率（将来どの死因で死亡するかを示す割合）は、男は悪性新生物、心疾患、肺炎・気管支炎の順で大きく、女は心疾患、悪性新生物、脳血管疾患の順で大きくなっている。平成5年に生まれた者が将来3大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）で死亡する確率は男女ともほぼ6割である。
- 4 特定死因が克服された場合の平均寿命の伸びは、男女とも悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順で大きくなっている。また、3大死因が克服されれば、平均寿命は男9.15年、女8.82年延びることになる。

第10回出生動向基本調査 (結婚と出産に関する全国調査) 独身者調査の結果の概要

I. 調査の概要

1. 第10回出生動向基本調査の概要
2. 調査手続と調査票回収状況

II. 結婚への選択

1. 結婚への意欲
2. 結婚の利点・独身の利点
3. 結婚の障害
4. 異性との交際
5. 独身でいる理由

III. 希望する結婚像

6. 希望する結婚のしかた
7. 結婚相手の条件
8. 希望するライフコース
9. 結婚後の親との同居
10. 希望子ども数

IV. 結婚のタイミング(夫婦・独身者の融合データの分析)

11. 初婚過程の差異

厚生省 人口問題研究所

担当室 : 人口動向研究部 出生動向研究室
TEL. (03) 3503-1711 内線3660

I 調査の概要

1 第10回出生動向基本調査の概要

厚生省人口問題研究所は1992（平成4）年7月、第10回出生動向基本調査（副題：結婚と出産に関する全国調査）を実施した。この調査は、政府承認統計のひとつであり、戦前の1940（昭和15）年に第1回、ついで戦後の1952（昭和27）年に第2回が行われて以後、5年毎に定期的に出産力調査という名称で実施されてきた全国調査である。今回の調査では、人口動態統計や国勢調査では把握できない夫婦の出生動向とその規定要因、ならびに近年の急激な晩婚化の進行に関連して、結婚動向とその規定要因を明らかにすることを目的とし、50歳未満の妻のいる夫婦を対象とする夫婦調査と18歳以上50歳未満の独身者を対象とする独身者調査を実施した。夫婦調査の分析結果については、すでに第Ⅰ報告書「日本人の結婚と出産」においてその調査結果の概要が報告されている。本報告書は独身者調査の分析結果の概要を報告するものである。

2 調査手続と調査票回収状況

本調査は、全国の年齢18歳以上50歳未満の独身男女を調査対象とした。調査対象地域は、平成4年に実施された国民生活基礎調査のために全国から系統抽出法によって選定された940の国勢調査地区のなかから、さらにもう一度系統抽出法によって選ばれた490の国勢調査地区である。調査方法は配票自計、密封回収方式である。

調査票配布数は12,394票、回収された調査票は10,873票、回収率は87.7%であった。ただし、回収票のうち記入状況の極端に悪い票（1,237票）を除いた有効回収票は9,636票であり、有効回収率は77.7%であった。なお、独身者の概念には、未婚者、離別者、死別者が含まれる。一般に人々の結婚や出産に対する意識や行動は、離死別経験者と未婚者では著しく異なっているいと考慮される。したがって分析にあたっては未婚者と離死別者を別に扱うことが妥当である。本報告では、原則として18歳以上35歳未満の未婚男女についての分析に限定した。

表A 調査票配布数、有効回収票数ならびに率

調査票配布数	有効回収票数	有効回収率
12,394	9,636	77.7%

表B 男女別年齢別未婚者数

年齢階級	男 子	女 子
合 計	4,851	3,990
35歳未満小計	4,215	3,647
18～19歳	845	878
20～24歳	1,840	1,783
25～29歳	1,036	739
30～34歳	494	247
35～39歳	318	138
40～44歳	228	126
45～49歳	90	79

Ⅱ 結婚への選択

1 結婚への意欲

- 生涯を通しての結婚に対する意欲、やや後退

生涯を通して非婚を志向する者（「一生結婚するつもりはない」）は、男女とも5%で前回調査から大きな変化はないが、逆にはっきりと結婚の意思を表明する者（「いずれ結婚するつもり」）は、態度不詳の者の増加などもあって第8回調査以来減少傾向にあり、今回は男女とも9割ラインぎりぎりのところまで来た（表1）。この生涯を通じての結婚に対する意欲の後退は、若い年齢層ほど目立つ（表2）。

表1 未婚者の生涯の結婚の意思

結婚に対する意識	男 子			女 子		
	第8回 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第8回 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)
いずれ結婚するつもり	95.9%	91.8%	90.0%	94.2%	92.9%	90.2%
一生結婚するつもりはない	2.3	4.5	4.9	4.1	4.6	5.2
不 詳	1.8	3.7	5.1	1.7	2.5	4.6
総 数	100.0% (2,732)	100.0% (3,299)	100.0% (4,215)	100.0% (2,110)	100.0% (2,605)	100.0% (3,647)

表2 年齢別にみた未婚者の生涯の結婚の意思

年 齢	男 子						女 子					
	いずれ結婚するつもり			一生結婚するつもりはない			いずれ結婚するつもり			一生結婚するつもりはない		
	第8回	第9回	第10回	第8回	第9回	第10回	第8回	第9回	第10回	第8回	第9回	第10回
18～19歳	96.0%	90.0%	87.5%	1.8%	5.7%	6.2%	95.5%	93.5%	88.8%	2.6%	4.7%	5.5%
20～24歳	97.1	92.6	90.9	1.2	3.6	4.5	97.5	95.1	92.0	1.9	2.8	3.9
25～29歳	95.8	93.9	92.0	2.9	3.6	3.2	92.5	91.8	89.9	4.0	5.6	5.5
30～34歳	92.4	86.9	87.0	5.1	8.3	7.5	72.7	75.6	83.8	23.6	16.9	12.6
総 数	95.9%	91.8%	90.0%	2.3%	4.5%	4.9%	94.2%	92.9%	90.2%	4.1%	4.6%	5.2%

・「適齢期こだわり派」減少傾向ながら、いぜん半数

今回、結婚の意思のある未婚者のうち結婚の年齢にこだわる者（「ある程度の年齢までには結婚するつもり」＝適齢期重視派）の構成比は、男子53%、女子49%であった。これは前回の調査と比べそれぞれ7.5ポイント、5.0ポイント減少している。これに対し、理想的な結婚を重視する者（「理想的な相手が見つかるまでは結婚しなくてもかまわない」＝理想重視派）が増加し、結局、適齢期重視派：理想重視派は、男子では前回の6：4から5：5へ変化し、また、女子でも前回の適齢期重視派やや優勢の図式が崩れ、やはり5：5となっている。

表3 未婚者の結婚に対する態度

結婚に対する態度	男 子		女 子	
	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)
ある程度の年齢までには結婚するつもり	60.4%	52.8%	54.1%	49.2%
理想的な相手が見つかるまでは結婚しなくてもかまわない	37.5	45.5	44.5	49.6
不 詳	2.1	1.6	1.3	1.3
総 数	100.0% (3,027)	100.0% (3,795)	100.0% (2,420)	100.0% (3,291)

・ 晩婚志向、やや進展

未婚者の当面の結婚に対する態度を尋ねた結果によると、前回調査と比較して男女とも「一年以内に結婚したい」、「理想的な相手が見つければ結婚してもよい」という結婚の要請の強い二グループがやや減少し、反対に「まだ結婚するつもりはない」が増加した（表4）。年齢別に分析した結果によれば、男女とも「一年以内に結婚したい」という最も結婚意欲の高いグループがほとんどの年齢層で減少している。また、とくに「まだ結婚するつもりはない」とする結婚にモラトリアム的な態度をもつグループが、男子20歳代後半、女子20歳代全体の本来結婚の盛んな時期で増加しており、5年前の調査時点に比べて未婚者たちがいっそう晩婚志向となっていることが明らかとなった。

表4 結婚意思をもつ未婚者の一年以内の結婚に対する態度

一年以内の 結婚に対する態度	男 子		女 子	
	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)
一年以内に結婚したい	10.8%	9.0%	11.0%	10.2%
理想的な相手が見つければ結婚してもよい	30.1	29.6	38.0	37.6
まだ結婚するつもりはない	57.3	59.3	49.5	50.7
不 詳	1.9	2.0	1.4	1.5
総 数	100.0% (3,027)	100.0% (3,795)	100.0% (2,420)	100.0% (3,291)

2 結婚の利点・独身の利点

・「結婚には利点はない」、男子でやや増加

未婚者男女に、現時点で結婚することに利点があるかどうかを尋ねたところ、結婚することに利点があると回答したのは、男子67%、女子71%であった（表5）。一方、現在の独身生活には利点があるかどうかについては、男子84%、女子89%の者が利点があると回答した（表6）。つまり、未婚男女にとって、結婚の魅力よりも、独身生活の魅力の方が強く意識されているという結果となっている。しかも、年齢が上がって結婚の意欲が強くなったり、結婚相手の候補が現れても、独身生活の魅力は一向に衰えないことがわかっている。前回調査と比較すると、男子で結婚には利点がないとする者がやや増えている。

表5 結婚の利点の有無

今のあなたにとって結婚することは	男 子		女 子	
	第9回調査 (1987年)	第10回調査 (1992年)	第9回調査 (1987年)	第10回調査 (1992年)
利点があると思う	69.1%	66.7%	70.8%	71.4%
利点はないと思う	25.4	29.1	24.7	25.2
不 詳	5.5	4.2	4.5	3.4
総 数	100.0% (3,299)	100.0% (4,215)	100.0% (2,605)	100.0% (3,647)

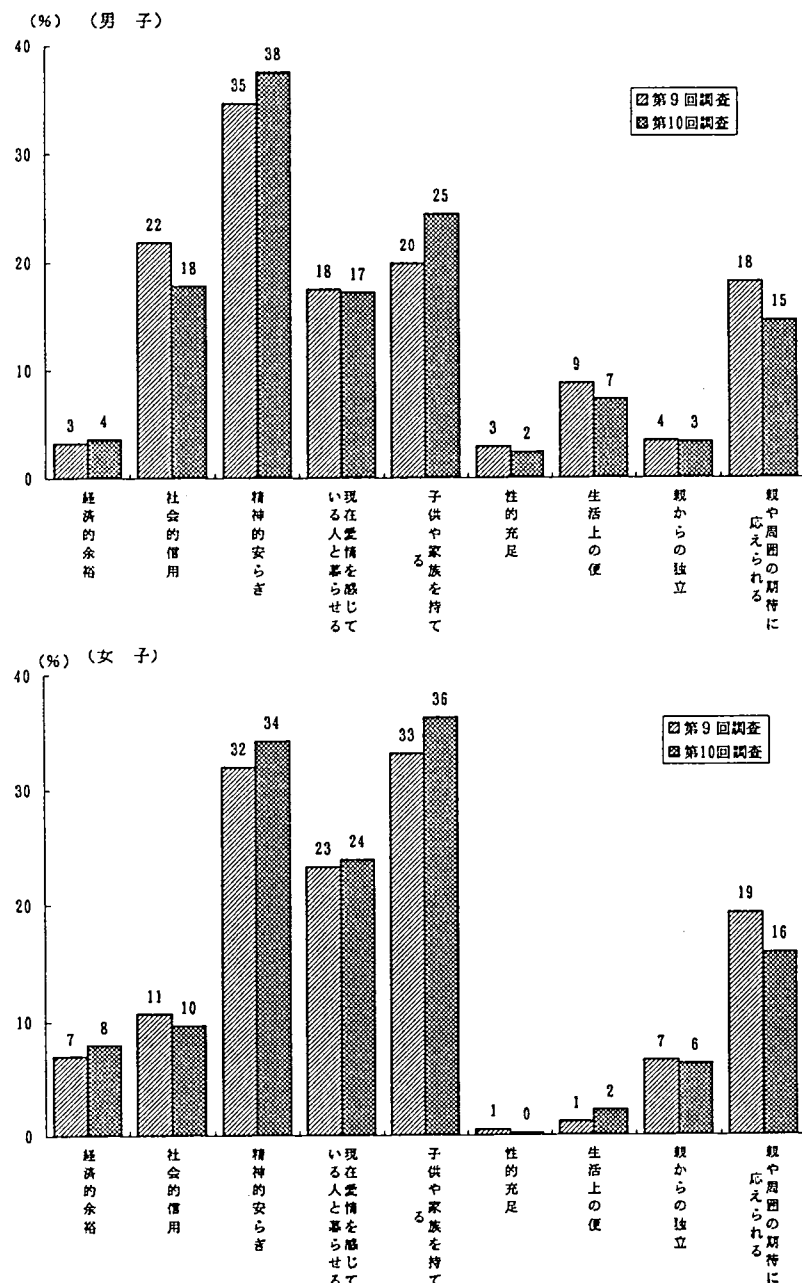
表6 独身生活の利点の有無

今のあなたにとって独身生活は	男 子		女 子	
	第9回調査 (1987年)	第10回調査 (1992年)	第9回調査 (1987年)	第10回調査 (1992年)
利点があると思う	83.0%	83.6%	89.7%	89.0%
利点はないと思う	10.7	11.2	5.4	7.4
不 詳	6.3	5.2	4.9	3.6
総 数	100.0% (3,299)	100.0% (4,215)	100.0% (2,605)	100.0% (3,647)

・ 結婚に求めるのは、「精神的やすらぎ」

未婚男女に今結婚することにはどのような利点があるかを尋ねた結果では、男子では「精神的な安らぎの場が得られる」ことを結婚の利点と考えるものが、前回調査同様、最も多く、今回38%（前回調査35%）であった。男子で次に多いのは、「自分の子供や家庭をもてる」（前回20%、今回25%）で、前回調査の「社会的信用を得たり、周囲と対等になれる」（前回22%、今回18%）と順位が入れ代わった。また、「親を安心させたり、周囲の期待にこたえられる」も今回やや減少した（前回18%、今回15%）。一方、女子では順位の入れ代わりはないもの、トップ3項目「自分の子供や家庭をもてる」（前回33%、今回36%）、「精神的な安らぎの場が得られる」（前回32%、今回34%）、「現在愛情を感じている人と暮らせる」（前回23%、今回24%）が、それぞれわずかながら増え、男子と同様に「親を安心させたり、周囲の期待にこたえられる」（前回19%、今回16%）、「社会的信用を得たり、周囲と対等になれる」（前回11%、今回10%）が減少している。結局、男女とも結婚に求めるものは「精神的な安らぎの場が得られる」、「自分の子供や家庭をもてる」といった個人的、心理的な内容が増加し、「社会的信用を得たり、周囲と対等になれる」、「親を安心させたり、周囲の期待にこたえられる」といった社会的、外因的な内容が減少している。

図1 結婚の利点

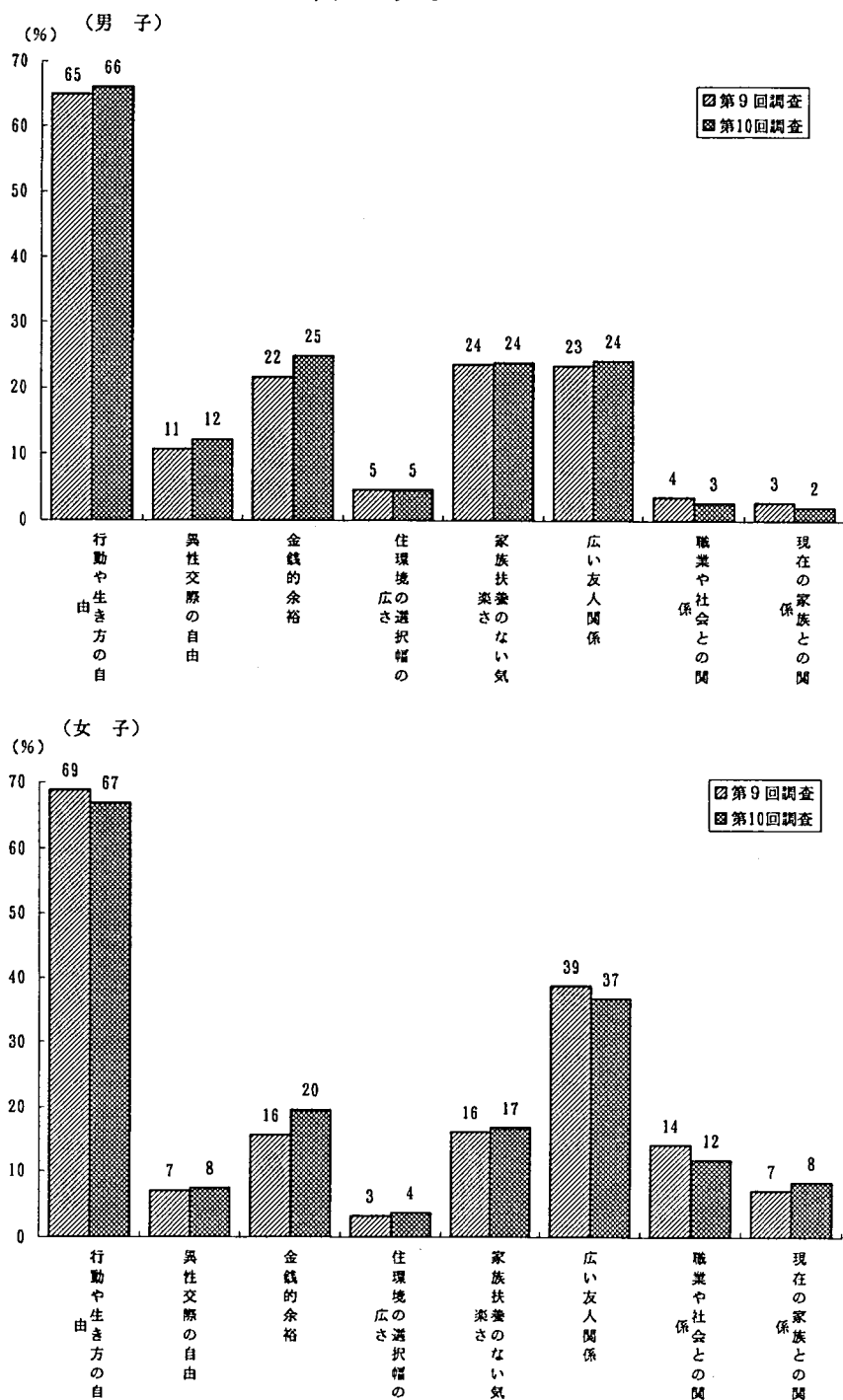


注 各項目について未婚者中何%の者がその項目を結婚の主要な利点（2つまで）と考えているかを示す。グラフ上の数字がそのパーセンテージを示す。

・ 独身生活の最大の魅力は「行動や生き方の自由」

未婚男女に現在の独身生活にどのような利点があるかを尋ねた結果によると、男女とも「行動や生き方が自由」であることを挙げる者が圧倒的に多い（未婚者男子の66%、女子の67%、図2）。それ以外では、男子では「金銭的に裕福」（25%）、「家族を養う責任がなく、気楽」（24%）、「友人などとの広い人間関係が保ちやすい」（24%）が比較的多く、女子では、「友人などとの広い人間関係・・・」（37%）を挙げるものが多い。男女で違いが目立つのはこの「友人などとの広い人間関係・・・」（男子24%、女子37%）と「職業をもち、社会とのつながりが保てる」（男子3%、女子12%）であり、両方とも女子が多い。未婚者の感じる独身生活の利点は、前回調査時点から大きな変化はない。

図2 独身生活の利点



注 各項目について未婚者中何%の者がその項目を独身生活の主要な利点（2つまで）と考えているかを示す。グラフ上の数字がそのパーセンテージを示す。

3 結婚へのハードル

- ・「結婚に障害あり」、男子68%、女子71%。最大の障害は結婚資金

18歳以上35歳未満の「いずれは結婚するつもり」と回答した未婚者に、一年以内に理想的な相手と結婚するとしたら何か障害になることがあるかと尋ねたところ、男女ともにおよそ7割の者が結婚について何らかの障害があると答えた（男子68%、女子71%、表6）。年齢別に見ると男女とも適齢期以前の年齢層では4人中3人以上が障害を訴えており、30～34歳に至ってもなお半数近くのものには障害があると回答している。

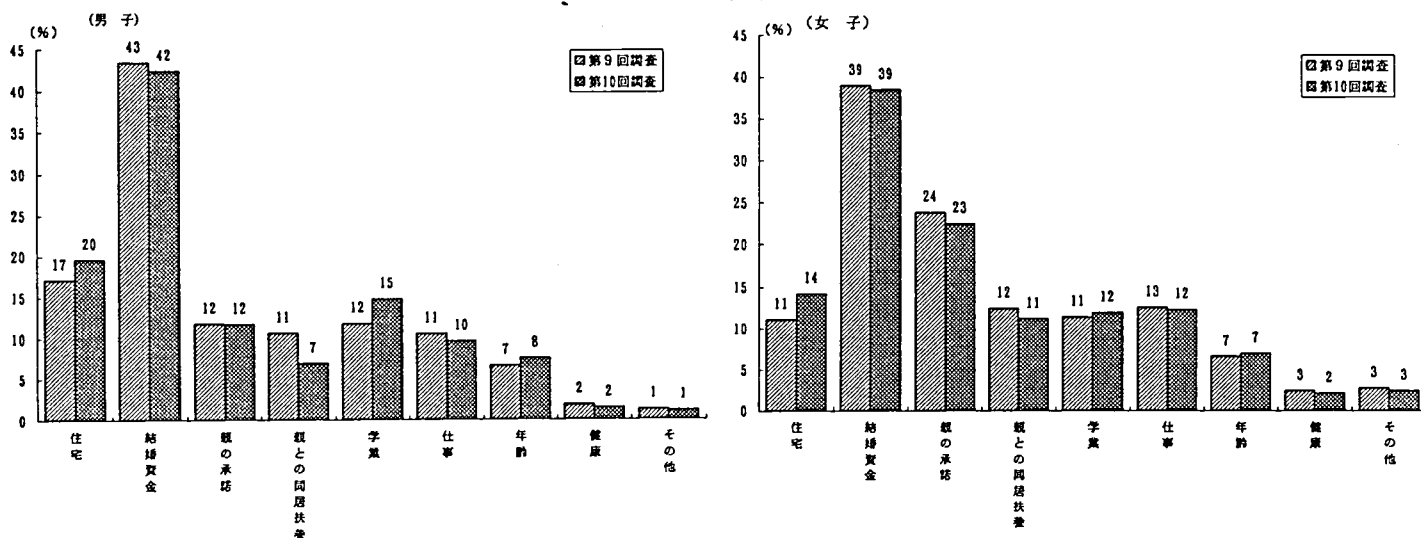
障害があると答えた者に対して、その内容を選択肢から選んでもらったところ、「結婚資金（挙式や新生活の準備のための費用）」を結婚の障害として挙げる者が最も多かった（18歳以上35歳未満の未婚者中、男子42%、女子39%、図3）。次に多いのは、男子では「結婚生活のための住居」（20%）、女子では「親の承諾」（23%）となっている。概して、男子では経済的障害を挙げる者が多く、女子では家族上の障害を挙げる者が多い。前回調査からは大きな変化はないが、あえて違いを挙げると、近年の住宅事情を反映してか男女とも「結婚生活のための住居」を結婚の障害として挙げる者がやや増えている。また、男女の「親との同居や扶養」、女子の「親の承諾」など家族関係の項目がやや減っている。

表7 未婚者の結婚の障害の有無

一年以内に結婚するとしたら	男 子		女 子	
	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)
障害になることがあると思う	67.1%	67.9%	69.2%	71.3%
障害になることはないと思う	24.5	25.6	24.5	23.5
不詳	8.5	6.6	6.3	5.2
総 数	100.0% (3027)	100.0% (3795)	100.0% (2420)	100.0% (3291)

注：対象は「いずれ結婚するつもり」の者。

図3 結婚の障害の内容



注：各項目について未婚者中何%の者がその項目を結婚の主要な障害（2つまで）と考えているかを示す。グラフ上の数字がそのパーセンテージを示す。

4 異性との交際

- ・ 異性との交際－恋人をもつ者増える。交際相手をもたない者は男子で多い

未婚者における交際相手をもつ者、もたない者の比率は前回調査とほぼ同じであるが、交際内容をみると異性の友人をもつ者が減って、その分恋人をもつ者が増えるなど、全体として交際がやや親密化している（表8）。ただし、これは交際期間延長による効果が大いに見られる。また、18歳以上35歳未満未婚者では、男子は女子より交際相手、とくに恋人をもっている者の比率が低い。これは男女の結婚年齢の差によって生ずる未婚人口のアンバランスという構造的な原因によるところが大きい。

表8 未婚者の異性との交際

異性との交際	男 子			女 子		
	第8回 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)	第8回 (1982年)	第9回 (1987年)	第10回 (1992年)
婚約者がいる	4.8%	2.9%	3.2%	5.7%	4.6%	3.9%
恋人として交際している異性がいる	17.1	19.4	23.1	18.2	26.2	31.6
友人として交際している異性がいる	36.8	23.6	19.2	41.8	25.4	19.5
交際している異性はいない	36.8	48.6	47.3	30.1	39.5	38.9
不 詳	4.5	5.5	7.2	4.2	4.3	6.3
総 数	100.0% (2732)	100.0% (3299)	100.0% (4215)	100.0% (2110)	100.0% (2605)	100.0% (3647)

- ・ 異性交際のきっかけは、学校・職場・友人の紹介が7割

出逢いの場合は、第8回調査（1982年）以来ほとんど変化がなく、「職場や仕事の関係で」、「学校で」および「友人やきょうだいを通じて」が、男女の出逢いの三大契機と言える。現在の交際相手との出逢いの7割弱をこれらが占めている（表9）。とくに、前二者を合わせた割合はどの年齢層でもほぼ5割前後に一定している。概して、男女の出逢いは日常的な場で起こっていると言える。

表9 年齢別にみた交際相手と知り合ったきっかけ

（男 子）

年 齢	合 計(総 数)	学 校	職 場・ 仕 事	幼なじみ・ 隣 人	サークル活動 な ど	友人・兄弟を 通じて	見合い	結 婚 相談所	街なか や旅先で	アルバイト で	その他	不 詳
18～19歳	100.0% (296)	49.7%	6.4	3.0	9.5	13.9	0.3	0.0	2.7	9.5	0.3	4.7
20～24歳	100.0 (918)	25.4	20.6	2.4	10.3	18.0	0.0	0.1	5.8	10.3	1.6	5.4
25～29歳	100.0 (521)	10.2	42.6	1.7	7.3	17.9	1.7	0.0	6.9	4.6	2.1	5.0
30～34歳	100.0 (183)	3.8	44.3	1.6	6.6	13.7	8.2	1.1	8.2	2.7	3.8	6.0
総 数	100.0%(1918)	22.9%	26.6	2.2	9.0	16.9	1.3	0.2	5.8	7.9	1.8	5.3

（女 子）

年 齢	合 計(総 数)	学 校	職 場・ 仕 事	幼なじみ・ 隣 人	サークル活動 な ど	友人・兄弟を 通じて	見合い	結 婚 相談所	街なか や旅先で	アルバイト で	その他	不 詳
18～19歳	100.0% (401)	37.7%	12.5	3.0	8.0	16.2	0.0	0.0	6.2	11.2	1.0	4.2
20～24歳	100.0 (1093)	19.0	30.6	2.4	8.5	19.5	0.5	0.0	5.3	9.2	2.3	2.7
25～29歳	100.0 (410)	6.6	39.3	2.2	8.8	20.0	4.9	0.0	3.9	5.1	4.1	5.1
30～34歳	100.0 (98)	7.1	46.9	1.0	8.2	18.4	3.1	2.0	2.0	2.0	4.1	5.1
総 数	100.0%(2002)	19.6%	29.6	2.4	8.4	18.9	1.4	0.1	5.0	8.4	2.5	3.6

注：対象は異性の交際相手がいると回答した者。

- ・ 現在同棲中は、１％

18歳以上35歳未満の未婚者で、現在同棲していると回答した者は男女とも約１％であった（表１０）。また、過去に同棲の経験があると回答した者も、男子３％、女子２％とわずかであった。５年前の前回調査と比べても、この割合にとくに大きな変化は見られなかった。

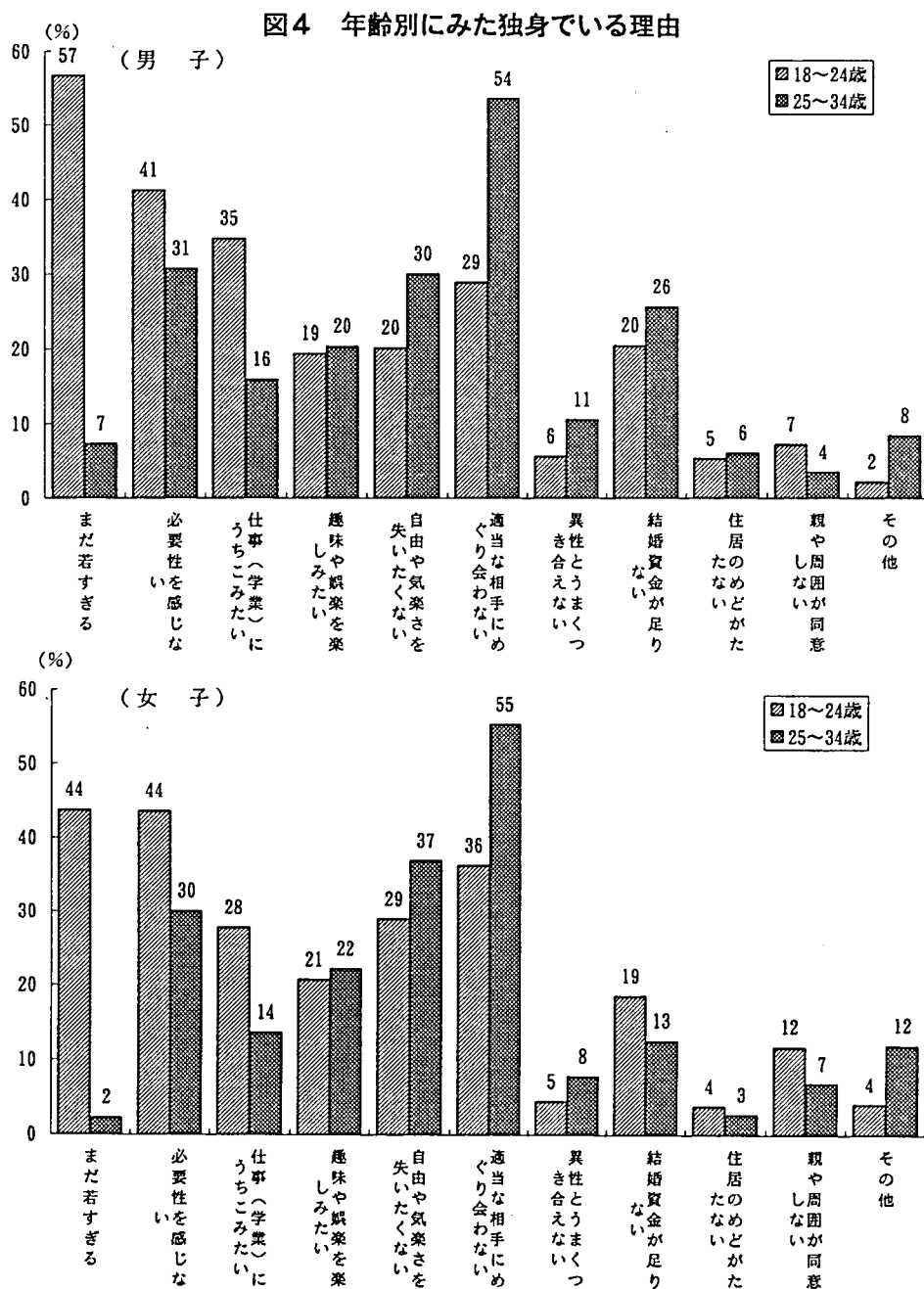
表１０ 未婚者の同棲経験の有無

同棲の経験	男 子		女 子	
	第 9 回 (1987年)	第 1 0 回 (1992 年)	第 9 回 (1987年)	第 1 0 回 (1992 年)
な い	94.7%	93.4%	95.5%	95.2%
以前はあるが現在はしていない	2.3	3.4	2.2	2.0
現在している	0.9	1.1	0.7	1.1
不 詳	2.1	2.1	1.7	1.7
総 数	100.0% (3, 299)	100.0% (4, 215)	100.0% (2, 605)	100.0% (3, 647)

5 独身でいる理由

- ・ 結婚しない理由は、若いうちは「必要ない」、年齢が上がると「適当な相手がいない」

対象者が現在独身でいる理由を選択肢の中から選んでもらったところ、若い年齢層では「結婚するにはまだ若すぎるから」、「結婚する必要性をまだ感じないから」などの結婚の必然性の低さを理由とする者が多いのに対して、より高い年齢層の未婚者では「適当な相手にまだめぐり会わないから」という理由を挙げる者が半数以上に昇った。その他の理由では、結婚と競合するものの存在を挙げる者が多いが、その中でも若い層では「今は、仕事（または学業）にうちこみたいから」が多く、より高い年齢層では「独身の自由さや気楽さを失いたくないから」と答えた者が多かった。



注：各項目について未婚者中何%の者が、その各項目を独身でいる主要な理由（三つまで）と考えているかを示す。
グラフ上の数字がそのパーセンテージを示す。

Ⅲ. 希望する結婚像

6 希望する結婚のしかた

1) 希望する結婚年齢

- 希望結婚年齢は男女とも前回調査より上昇

希望結婚年齢は男子28.9歳、女子26.4歳であり、男子で0.5歳、女子では0.8歳程度、前回調査より上昇しており、未婚者の意識の上でも晩婚化が進行している。現在年齢が上になるほど希望結婚年齢も高くなるが、現在年齢の上昇ほどは希望年齢は上昇しないため、上の年齢では希望する結婚までの期間は短くなる。

- 男子は平均25.6歳の相手、女子は平均29.1歳の相手を希望

結婚の希望相手年齢は、男子では平均25.6歳の女子を、女子では平均29.1歳の男子を希望し、自分の結婚年齢との対比でみると、相手との年齢差は男子が3.3歳下、女子が2.6歳上を希望していることになる。前回との比較でみると、今回の調査では男・女において希望する相手との年齢差は0.4～0.5歳程度縮小した。

- 男子は「適齢期」の相手、女子は歳上の相手を希望

男子は自分の年齢が上昇しても相手には「適齢期」の若い女性を希望するものが多く、したがって、年齢が上がると希望相手との年齢差が開く傾向があるのに対し、女子では現在年齢とかかわりなく終始自分との年齢差が2～3歳上の男性を相手に希望する傾向がある。

表11 現在年齢別の結婚についての希望年齢

(歳)

性・年 齢		第10回調査				第9回調査	
		自分自身の 現在年齢	結婚の 希望年齢	希望する 相手年齢	相手との 年齢差	結婚の 希望年齢	希望する 相手年齢
男 子	総 数	24.03	28.86	25.61	-3.25	28.38	24.66
	18～19 歳	19.02	27.21	24.77	-2.44	26.69	24.12
	20～24 歳	22.33	27.84	25.23	-2.61	27.39	24.28
	25～29 歳	27.20	30.02	26.07	-3.95	29.48	24.95
	30～34 歳	32.20	33.83	27.74	-6.09	33.97	26.51
女 子	総 数	23.13	26.44	29.06	2.62	25.63	28.61
	18～19 歳	19.01	24.70	27.20	2.50	24.12	27.12
	20～24 歳	22.34	25.73	28.53	2.80	25.22	28.29
	25～29 歳	27.11	28.86	31.30	2.44	28.27	30.75
	30～34 歳	32.14	33.35	35.54	2.19	33.09	34.21

注：「いずれ結婚する」と答えた未婚者。

2) 希望する結婚形態

・「恋愛結婚」希望の傾向さらに強まる

希望する結婚形態では、「恋愛結婚」を希望するものが男子の65%、女子の71%となった。前回調査と比べると、「恋愛結婚」希望の割合は、男子で10ポイント増、女子で7ポイント増であり、前回調査より男女とも相手との結びつきは恋愛で「恋愛結婚」へのこだわりを示すものの割合がさらに増加した。また、「恋愛結婚」の希望は、年齢的には若いほど、また、男女別では男子より女子においてより強い。

表12 年齢別にみた希望する結婚形態別割合

(%)

性・年 齢		第 10 回 調 査				第9回調査	第8回調査
		総 数(実 数)	恋愛結婚 したい	恋愛結婚 にこだわらない	不 詳	恋愛結婚 したい	恋愛結婚 したい
男 子	総 数	100.0 (3,795)	65.3	32.7	1.9	55.1	50.2
	18～19 歳	100.0 (739)	77.8	20.2	2.0	68.0	67.9
	20～24 歳	100.0 (1,673)	72.0	26.4	1.6	62.7	58.7
	25～29 歳	100.0 (953)	57.1	41.1	1.8	45.0	37.3
	30～34 歳	100.0 (430)	36.3	60.2	3.5	28.3	24.0
女 子	総 数	100.0 (3,291)	70.7	28.0	1.2	63.3	52.6
	18～19 歳	100.0 (780)	80.4	18.7	0.9	72.0	62.5
	20～24 歳	100.0 (1,640)	74.2	24.7	1.1	67.4	54.4
	25～29 歳	100.0 (664)	60.5	38.0	1.5	46.6	43.2
	30～34 歳	100.0 (207)	39.1	58.0	2.9	34.7	27.5

注：「いずれ結婚する」と答えた未婚者。

7 結婚相手の条件

- ・ 男女とも「人柄」第一、第二は女子で「経済力」、男子で「容姿」

結婚相手の条件として、男子の80%、女子の89%が「人柄」を重視すると答えている。ついで、女子では「経済力」重視の34%が多く、「職業」の22%と続いている。これに対し、男子では「人柄」のつぎは「容姿」重視の22%が比較的多い項目となっている。

- ・ 女子は結婚相手の条件に関心が強い

その他の重視する条件としては、女子では「続柄」16%、「容姿」13%、「学歴」9%と続く。女性の相手男性に対するいわゆる「三高」条件についてみると、「経済力」は確かに重視されているが、その他の「容姿」や「学歴」については特別に強くは望まないとの結果となった。しかし、男子に比べると女子では結婚相手の条件として多くのことがらについて関心をもっている。とくに、「考慮する」も含めると、「人柄」（97%）、「経済力」（89%）、「職業」（78%）だけでなく、「容姿」（68%）、「続柄」（62%）、「学歴」（55%）というように、ほとんどの項目に強い関心を示している。

表13 結婚相手の条件項目別、考慮・重視する未婚者の割合

性別	結婚相手としての考慮項目	[小計] 重視+考慮	重視する	考慮する	あまり関係ない	不詳
男子	学歴	29.8%	2.8%	27.0%	67.2%	3.0%
	職業	39.5	4.4	35.1	57.4	3.2
	経済力	26.7	3.4	23.3	69.8	3.5
	人柄	94.1	79.6	14.5	3.4	2.5
	容姿	79.6	22.2	57.4	16.9	3.4
	続柄	44.2	10.2	34.0	52.7	3.1
女子	学歴	54.6%	9.0%	45.6%	43.4%	2.0%
	職業	78.0	22.5	55.5	20.0	2.0
	経済力	88.7	33.6	55.1	9.2	2.2
	人柄	97.3	89.3	8.0	1.0	1.7
	容姿	67.7	12.9	54.8	30.2	2.1
	続柄	62.3	16.4	45.9	35.7	2.0

注：「いずれ結婚する」と答えた未婚者。

- ・ 高学歴、ホワイトカラー、高収入者などで、相手への要求が高い

図5～8は、相手条件の項目別に重視と考慮を加えた割合をレーダーチャートで示したものである。図によると、ブルーカラーよりホワイトカラーの方が、また最終学歴の水準が高いほど相手に対する条件の重視・考慮の割合が多くなり、したがって相手条件への要求水準が高くなるとみることができる。同様の結果は、男女の年間収入別にも観察されている。

図5 結婚相手の条件：男性と女性

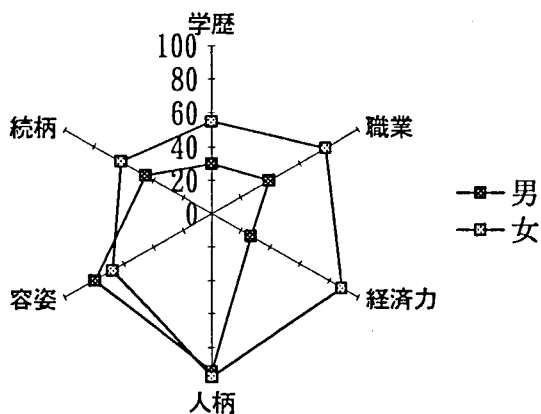


図6 結婚相手の条件：ホワイトカラーとブルーカラー(男性)

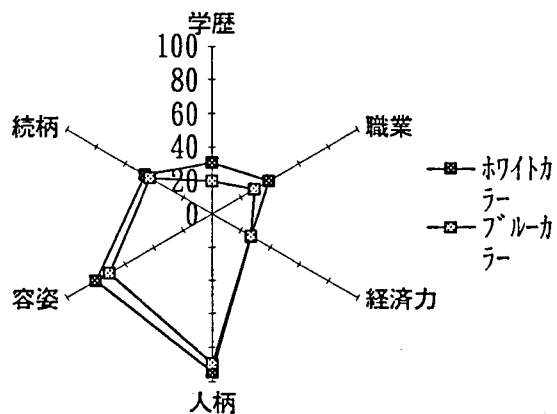


図7 結婚相手の条件：学歴による差(男性)

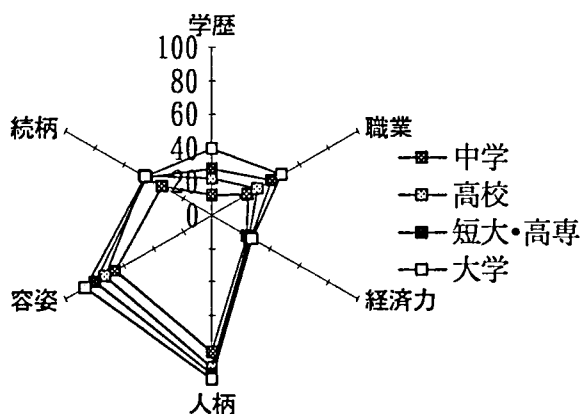
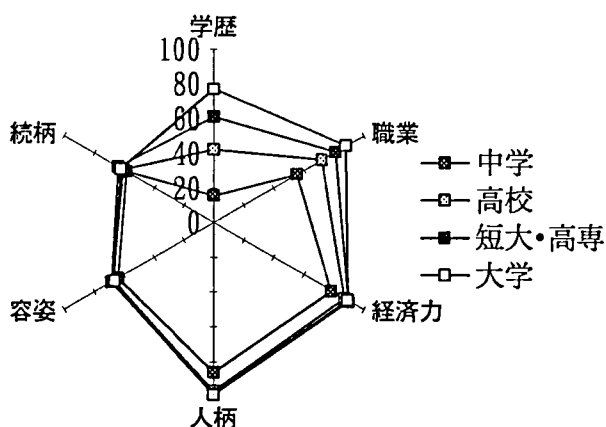


図8 結婚相手の条件：学歴による差(女性)



8 希望するライフコース

・理想は再就職コースと専業主婦コース、予定は再就職コース

未婚女子が将来の結婚・出産・就業についてどんなライフコースをイメージしているかをみると、結婚しないコースや結婚しても子どもを生まないコースを理想とするものは1割にも満たない少数派で、大部分が結婚し子どもを生み、そのうえでなんらかの形で就業するコースを考えている。理想のライフコースの1位は専業主婦コース、2位は再就職コースでこの2つで62%を占める。ところが実際になりそうな予定のコースでは専業主婦コースが大幅に後退し、半数近い女子が再就職コースを予想している。

しかし、30歳を超えて未婚にとどまると、予定するライフコースは再就職コースが一挙に減少し、非婚就業継続コースに大きく傾いて、結婚そのものに懐疑的になる傾向がみられる。

表14 未婚女子の理想と予定のライフコース

年 齢	総 数	非婚就業 継 続	DINKS コース	両 立 コース	再就職 コース	専業主婦 コ ー ス	その他 不 詳
理 想 の ラ イ フ コ ー ス							
総 数	100.0% (3,647)	3.3%	4.1%	19.3%	29.7%	32.5%	11.1%
20～24歳	100.0 (1,783)	3.1	3.1	18.4	30.1	34.7	10.5
25～29歳	100.0 (739)	2.8	5.3	21.7	28.1	29.6	12.4
30～34歳	100.0 (247)	3.6	6.1	21.9	27.1	24.7	16.6
第9回調査	100.0% (2,695)	3.7%	2.7%	18.2%	31.0%	33.0%	11.4%
予 定 す る ラ イ フ コ ー ス							
総 数	100.0% (3,647)	9.5%	2.6%	14.7%	45.8%	19.2%	8.2%
20～24歳	100.0 (1,783)	6.7	1.8	15.3	50.5	18.8	6.8
25～29歳	100.0 (739)	11.2	2.8	16.2	42.1	16.5	11.1
30～34歳	100.0 (247)	31.2	8.1	10.9	21.5	16.2	12.1
第9回調査	100.0% (2,695)	7.3%	1.4%	15.2%	41.5%	23.9%	10.6%

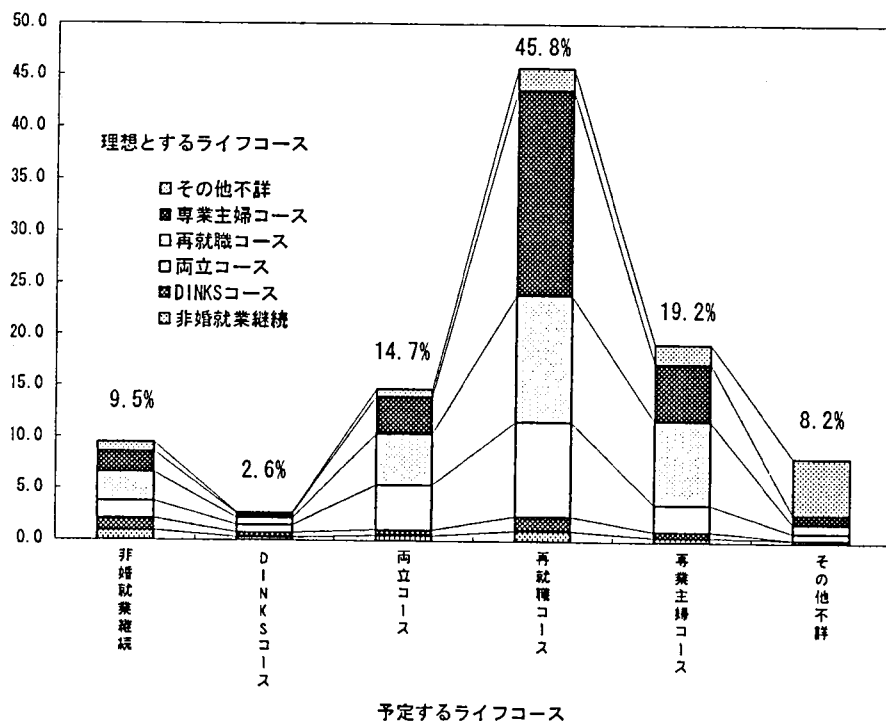
注：総数には18～19歳を含む。

・ 理想と予定が一致する再就職コース、一致しないDINKSコース

理想のライフコースが現実にはどの程度実現すると考えられているかをみると、予定のコースとして約半数をしめる再就職コースは、再就職コースを理想とする女子よりも専業主婦コースを理想とするものからより多く供給されるだけでなく、両立コースを理想とするものからも供給されていて、専業主婦コースや両立コースを理想とするものの多くがその実現の可能性は少ないと考えている。

ちなみに、理想の非婚就業継続コースやDINKSコースが実現すると考えている女子はごく少数である。

図9 女子の理想と予定ライフコースの違い



・ 男子の75%が、子育て中の女子家庭専従を希望

未婚男子が結婚相手である未婚女子にどんなライフコースを期待しているかをみると、75%が再就職コース、専業主婦コースを期待し、出産・子育て期の家庭専従を強く望んでいる。両立コースは11%に過ぎず、非婚やDINKSコースは全く望んでいない。

これを女子が予定するライフコースと比べてみると、未婚男女にかなり大きな考え方の違いがあり、これが未婚女子の理想と現実のライフコースの不一致の一因となっているのではないかと考えられる。

表15 男子が女子に期待するライフコース

年 齢	総 数	非婚就業継続	DINKSコース	両立コース	再就職コース	専業主婦コース	その他不詳
総 数	100.0%(4,215)	0.6%	0.9%	10.8%	44.2%	30.4%	13.0%
20～24歳	100.0 (1,840)	0.6	1.0	10.0	43.3	32.6	12.5
25～29歳	100.0 (1,036)	0.4	0.8	12.7	50.1	25.4	10.6
30～34歳	100.0 (494)	1.6	1.0	10.3	43.5	28.3	15.2
第9回調査	100.0%(3,027)	0.3%	0.6%	10.7%	40.1%	39.5%	8.9%

注：総数には18～19歳を含む。

9 結婚後の親との同居

・男女で違う自分の親との同居意思

結婚後に自分の親と同居する意思を持つ者は男子では65%で、年齢が高いほど同居意思が強い。しかし、結婚直後から同居する「一貫同居」志向は弱く、親が年をとったら同居する「晩年型同居」が多い。前回調査と比べると、「一貫同居」志向が弱まり、「晩年型同居」志向が強まっている。

女子は男子に比べると自分の親との同居意思は弱いが、同居する場合でもその時期は親の老後とするものが多い。

表16 自分の親との同居意思

性・年齢		総数	同居する				同居はしない	その他・不詳
			小計	結婚直後から	しばらくしたら	親が年をとったら		
男子	総数	100.0%(3,779)	64.8%	14.8%	17.7%	32.3%	28.1%	7.1%
	18～19歳	100.0 (738)	61.2	11.7	14.0	35.5	30.4	8.6
	20～24歳	100.0 (1,671)	64.3	12.7	18.0	33.6	28.7	6.9
	25～29歳	100.0 (948)	65.7	15.9	18.4	31.4	27.8	6.4
	30～34歳	100.0 (422)	71.1	26.3	21.1	23.7	22.0	6.9
	第9回調査	100.0%(3,027)	62.3%	22.0%	17.4%	22.9%	28.1%	9.6%
女子	総数	100.0%(3,279)	42.3%	5.5%	9.3%	27.5%	48.8%	8.9%
	18～19歳	100.0 (779)	44.3	4.5	8.3	31.5	48.0	7.7
	20～24歳	100.0 (1,635)	42.2	5.4	9.5	27.3	48.9	8.8
	25～29歳	100.0 (659)	40.1	6.4	9.3	24.4	50.7	9.2
	30～34歳	100.0 (206)	41.8	7.8	10.7	23.3	45.1	13.1
	第9回調査	100.0%(2,420)	40.8%	7.6%	9.7%	23.5%	50.2%	9.1%

・ 男子の「一貫同居」志向弱まる

男子の「一貫同居」志向は、学歴、職業、居住地などの社会経済的属性のほとんどで弱まっている。そのなかで、中学卒、農業・自営業、非人口集中地区、東北地方などで「一貫同居」志向が強い。男子の続き柄別では長男の「一貫同居」志向が長男以外の男の子よりやや強いが、長男のなかでも一人っ子長男の「一貫同居」志向がやや強い。

表 17 属性別にみた「結婚直後から自分の親と同居する」と答えた男子の割合

社会経済的属性	第10回調査	第9回調査	社会経済的属性	第10回調査	第9回調査
(1) 学歴			(3) 現住地		
中学校	21.1%	22.7%	非人口集中地区	22.8%	35.2%
男女共学の高校	17.5	27.4	人口集中地区	10.9	
男女別学の高校	17.8	23.6	200万未満	11.3	15.7
専修学校（高卒後）	15.5	22.4	200万以上	9.5	11.8
短大・高専	16.9	31.5			
大学以上	11.6	15.6	(4) 地域ブロック		
(2) 職業			北海道	7.3%	9.4%
主として農林漁業	52.4%	46.4%	東北	21.6	32.9
農林漁業以外の自家営業	25.2		関東	11.5	20.4
勤め人			中部	17.5	28.1
専門職・管理職	14.8	21.8	近畿	15.6	18.8
事務・販売・サービス	16.4	21.3	中国・四国	16.3	20.0
工場などの現場労働	16.9	25.8	九州・沖縄	15.2	17.2
パート・臨時雇い	12.7	20.3	(5) 続柄		
無職・家事	17.4	14.1	一人っ子	20.1%	28.5%
学生	10.4	12.9	長男	15.4	

・ 女子は相手の親との同居を好まず

未婚女子が相手の親との同居する意思是、わずかながら低下傾向にあるが、それでも6割近くが同居すると答えている。しかし、一貫同居が現象して、晩年型同居志向が強くなっている。一方相手の親と同居しないとするものもやや増加して1/3をこえており、男子の自分の親との同居志向と、女子の相手の親との同居志向には若干のズレのあることが注目される。

また、女子の相手の親との同居意思には、属性別にかなり大きな違いがあり、とくに、一人っ子長女・姉妹だけの長女はその4割強が相手の親と同居しないと答えており、この親との同居をめぐる男女の意識の違いが結婚相手の選択に及ぼす影響が注目される。

表18 相手の親との同居意思：女子

年 齢	総 数	同居する				同居は しない	その他 ・ 不詳
		小計	結婚直後 から	しばらく したら	親が年を とったら		
第9回調査	100.0%(3,291)	59.7%	20.7%	18.1%	20.9%	33.6%	6.7%
第10回調査	100.0 (2,420)	57.6	13.0	17.8	26.8	35.2	7.2

表19 属性別にみた相手の親との同居意思：女子

社会経済的属性	親が年を とったら	同居は しない	社会経済的属性	親が年を とったら	同居は しない
(1) 学歴			(3) 現住地		
中学校	21.4%	40.0%	非人口集中地区	23.2%	31.2%
男女共学の高校	24.0	36.9	人口集中地区	28.3	37.0
男女別学の高校	25.9	31.8	200万未満	28.3	36.8
専修学校（高卒後）	24.6	32.6	200万以上	28.5	37.3
短大・高専	31.3	35.3			
大学以上	28.1	36.3	(4) 地域ブロック		
(2) 職業			北海道	33.3%	39.4%
自家営業（含農業）	21.6%	43.2%	東 北	21.0	35.0
勤め人			関 東	26.4	36.7
専門職・管理職	32.1	26.9	中 部	24.7	30.4
事務・販売・サービス	27.0	35.7	近 畿	30.8	34.6
工場などの現場労働	17.5	30.7	中国・四国	26.5	34.2
パート・臨時雇い	30.7	32.7	九州・沖縄	26.9	39.6
無職・家事	23.1	40.6	(5) 続柄		
学生	24.9	39.5	一人っ子	26.1%	45.1%
			女姉妹だけの長女	25.6	40.6
			その他の女子	27.1	33.1

注：35歳未満の女子について。

10 希望子ども数

1) 平均希望子供数

- 希望する子ども数は男女とも2.2人前後で、実際の夫婦の子ども数と同じ

35歳未満の未婚者の平均希望子ども数は夫婦の完結出生力と同水準（本調査 夫婦調査の結婚持続期間15～19年の初婚同士夫婦の平均出生児数は2.19人）を示しているが、しかし、前回調査と比べると漸減傾向にある。無子または一人っ子希望は男子で8%、女子で12%にとどまっていた、未婚者にも2人3人の子供をもち、無子や一人っ子を忌避する傾向が明かである。

しかし、未婚の状態が長い女子では希望子ども数も少なく、無子または一人っ子希望が急速に強まっていて、結婚が遅れると子供の生み方に影響することもあると考えられる。

表20 女子の年齢別希望子供数別分布と平均希望子供数

(%)

年 齢	総 数	希 望 子 供 数							平均希望子供数		
		子供はいらない	1人	2人	3人	4人	5人以上	不詳	第10回	第9回	第8回
総 数	100.0(3,291)	4.1	7.6	56.9	26.4	1.9	0.7	2.4	2.17	2.23	2.29
20～24歳	100.0(1,640)	3.4	6.6	56.6	29.0	2.1	0.5	2.0	2.22	2.26	2.34
25～29歳	100.0(664)	5.0	9.0	57.4	23.0	2.0	0.5	3.2	2.10	2.18	2.18
30～34歳	100.0(207)	9.7	16.9	48.3	17.9	1.4	1.9	3.9	1.90	1.83	1.90

注:総数には18～19歳を含む

2) 最初の子供の出産時期（結婚して子供をもつことを望む人に対して）

- 結婚の遅い女子は早い時期の出産を希望

結婚したら子供をもつことを希望する女子について、子供をもちたい時期を聞くと、25歳未満では「結婚後しばらくたってから」が半数を占めるが、25歳以上では年齢が高くなるとともに「結婚したらできるだけ早く欲しい」が急激に増える。

このことは、20代前半までの若い年齢で結婚すると第1子の生み控えが多くなるが、20代後半過ぎに結婚した場合には生み控えの行動が少なくなることを示唆している。

表21 女子の年齢別希望出産時期別分布

年 齢	総 数	希 望 出 産 時 期			
		結婚したらできるだけ早くほしい	結婚後しばらくたってからにしたい	とくに考えていない	不詳
総 数	100.0% (3,077)	32.3%	45.5%	21.4%	0.8%
20～24歳	100.0 (1,553)	28.3	50.8	20.0	1.0
25～29歳	100.0 (610)	43.0	37.4	19.0	0.7
30～34歳	100.0 (179)	54.2	17.3	27.9	0.6

注:総数には18～19歳を含む。

3) 子供の性別についての希望（結婚後に子供を希望する人に）

・ 男子の男児選好弱まる

子どもの男女の組み合わせについては、男子の6割、女子の7割が希望ありと答えているが、男女によって男児選好が異なっている。希望子ども数1人の場合には男女ともに女児選好が強まっている。男子ではもともと男児選好が圧倒的に強かったが、今回は男女児がかなり接近し、女子では女児選好が優位になった。希望子ども数2人の場合は、男女ともバランス選好が圧倒的である。希望子ども数3人の場合は、男女とも男児選好が女児選好を上回るが、男子の方が女子よりも男児選好が強い。全体の傾向としては男子の男児選好が弱まってきているのに対して、女子の性別選好にはあまり変化がない。

表22 男女別、希望子供数別子供の性別組合せ

希望子ども数		男 子			女 子		
希望子ども数	子どもの性別組合せ	第8回	第9回	第10回	第8回	第9回	第10回
1 人	男1人・女0人	80.0%	69.8%	58.2%	59.6%	51.8%	40.5%
	男0人・女1人	20.0	30.2	41.8	40.4	48.2	59.5
2 人	男2人・女0人	7.9	5.7	6.7	1.3	2.9	3.9
	男1人・女1人	91.0	92.9	91.2	94.0	91.4	90.6
	男0人・女2人	1.1	1.4	2.0	4.7	5.7	5.6
3 人	男3人・女0人	2.4	2.9	3.1	0.9	0.7	0.7
	男2人・女1人	80.2	77.9	72.3	67.0	62.0	62.2
	男1人・女2人	16.8	18.6	23.2	32.0	36.5	35.3
	男0人・女3人	0.6	0.6	1.3	0.1	0.8	1.8

注：結婚後に子どもを希望するものについて。

IV 結婚のタイミング（夫婦・独身者の融合データの分析）

1 1 初婚過程の差異

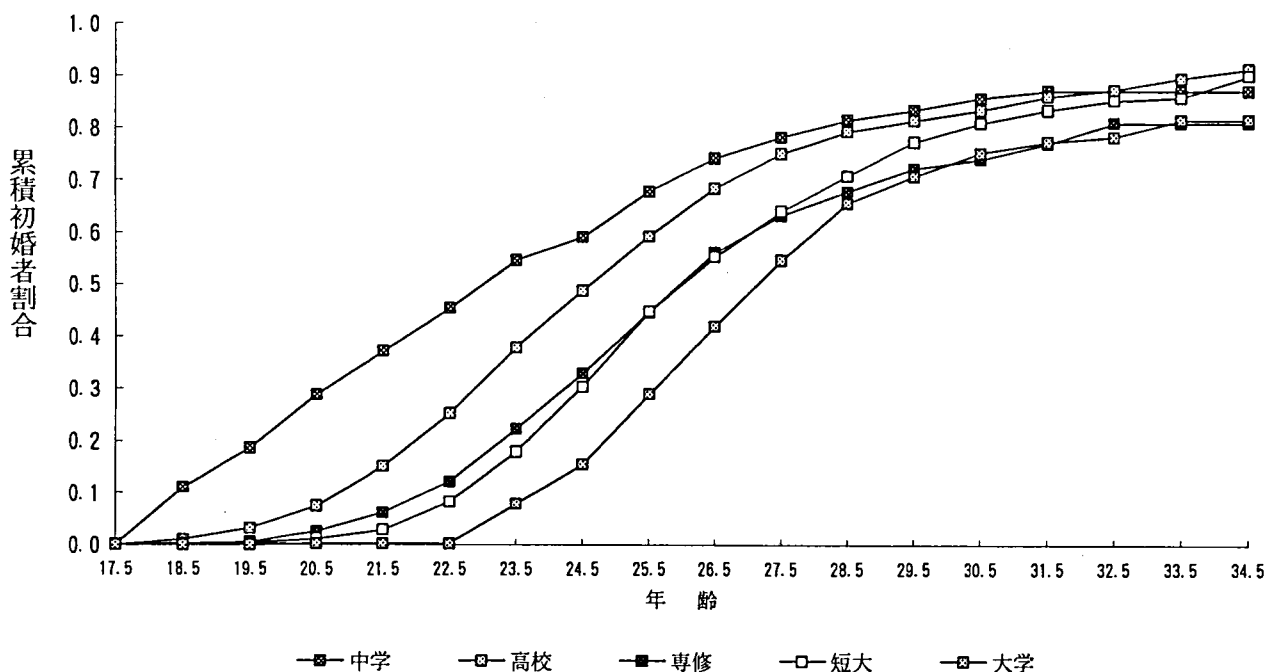
最近の晩婚化によりいわゆる結婚適齢期以降の未婚者割合が上昇し、結婚した者だけについて初婚タイミング（初婚年齢）の分析をすることが問題を含むようになってきた。そこで、夫婦調査と独身者調査のデータを合わせて作成した、18～34歳の全配偶関係男女に関するデータによる年齢別累積初婚者割合に基づいて初婚タイミング（年齢別初婚確率）の分析を行った。その結果、男子で約77%、女子で約87%が満34歳（平均34.5歳）までに結婚することが推計された。男女それぞれについて各種の社会経済的、人口学的属性による格差がみられるが、そのうちで主要なものだけ取り上げることにする。

・ 高学歴女子は晩婚でも、非婚とは限らない

学歴別に女子の累積初婚者割合をみると（図10）、卒業年齢の影響で学歴が高いほど立ち上がりが遅いが、その後の伸びが異なるため、最終的な初婚確率は学歴の高い順にならない。中卒は立ち上がりが早い、その後の伸びが鈍化し、最終的な初婚確率は高くない。中卒が少数派となったため、年齢が上がると結婚に不利になる場合があるのかもしれない。

一方、短大卒と専修学校卒の立ち上がりの年齢はほぼ同じだが、その後の伸びが対照的で、最終的な初婚確率は短大卒で高く、専修学校卒で低い。短大卒はどちらかといえば結婚を優先し、専修学校卒はさしあたって結婚より仕事を優先する傾向がある。さらに、大卒は立ち上がりが遅いが、その後の伸びが速く、最終的な初婚確率は専修学校卒と同じくらいである。

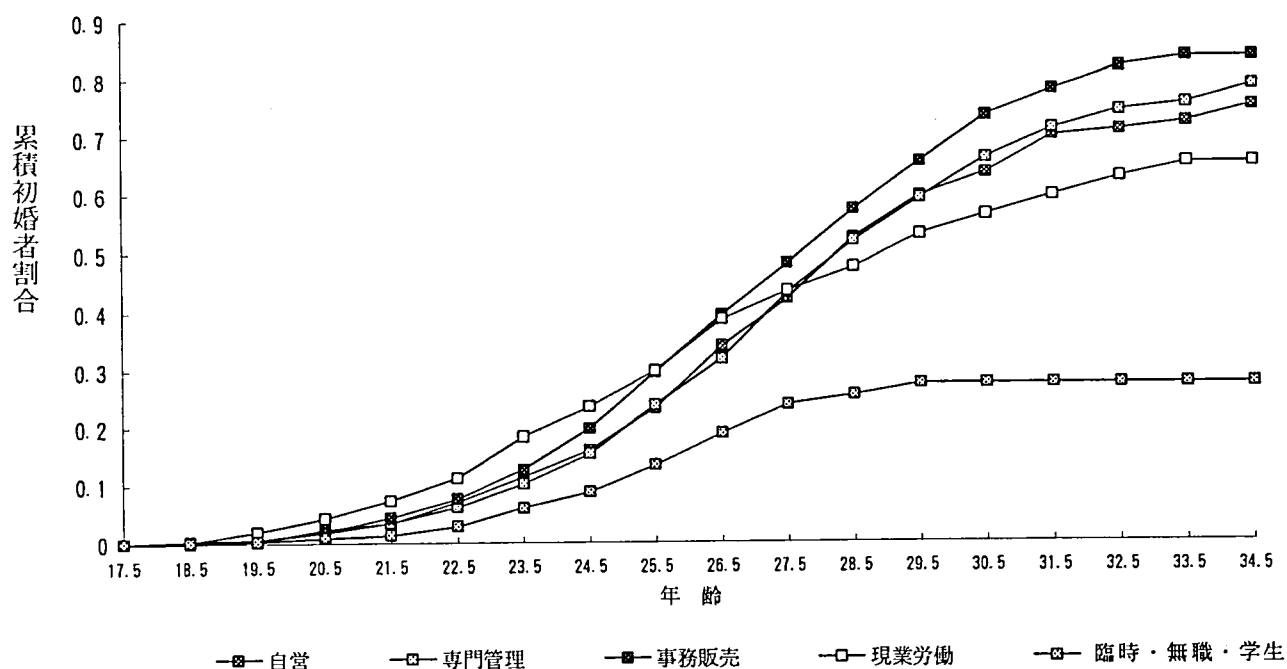
図10 学歴別にみた女子の初婚過程



・ 職業によって異なる男子の結婚過程

婚前の職業別に男子の累積初婚者割合をみると（図11）、事務・販売職はやや立ち上がりが遅いものの、伸びが速く、最終的な初婚確率が高い。これは職場で未婚女子と接する機会が多いためかもしれない。専門・管理職と自営業者はやや立ち上がりが遅く、伸びが事務・販売職ほど速くないため、最終的な初婚確率がやや低い。これは職場で未婚女子と接する機会が少ないためかもしれない。現業労働者は立ち上がりは早い伸びが遅く、最終的な初婚確率が低い。これは職場で未婚女子と接する機会が少ないためだけでなく、年齢が上がると不利になる場合があるのかもしれない。臨時・無職・学生の初婚確率は非常に低い。女子でも臨時・無職・学生の初婚確率は若干低い、これほどの差はないので、男子ではやはり十分な経済力を待つことが期待されているのであろう。

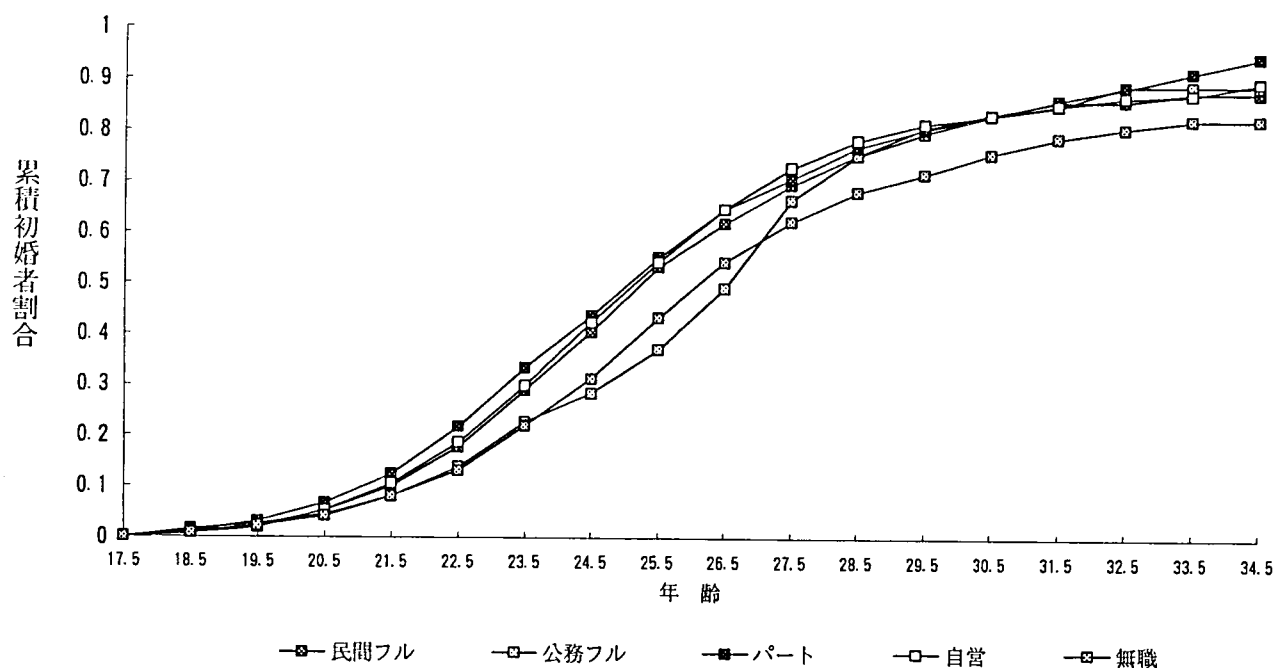
図11 婚前の職業別にみた男子の初婚過程



・ 母親が専業主婦だと娘が晩婚

今回の調査では母親の就業状態（独身者については現在のもの、夫婦については結婚前のもの）を尋ねたが、それによる女子の累積初婚者割合の格差を示したのが図12である。母親が就業している場合と比べて無職の場合の方が初婚確率が低いという結果が出た。また、母親が公務員の場合、立ち上がりが遅いが、その後の伸びが速く、最終的な初婚確率は他の就業者の場合と変わらない。

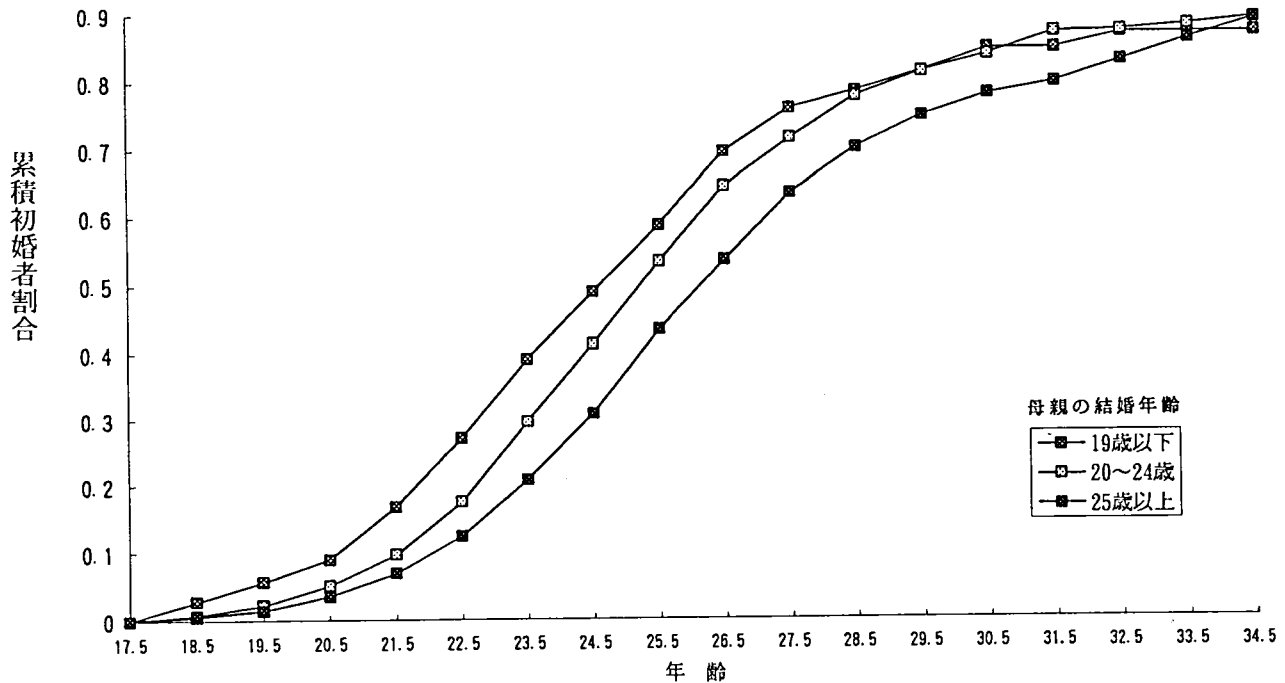
図12 母親の就業状態別にみた初婚過程



・ 母親が晩婚だと娘も晩婚

今回の調査では両親の結婚年齢を尋ねているが、母親の結婚年齢区分別に女子の累積初婚者割合を示したのが図13である。当初の予想通り、母親の結婚年齢が高いほど立ち上がりが遅い傾向がみられる。ただし、母親が早婚でも晩婚でも、最終的な初婚確率はほとんど変わらない。父親の結婚年齢についても同様な影響がみられた。ただし、両親の結婚年齢の影響を同時に分析すると、父親が早婚だと娘が早婚になり、母親が晩婚だと娘が晩婚になるという傾向がみられた。

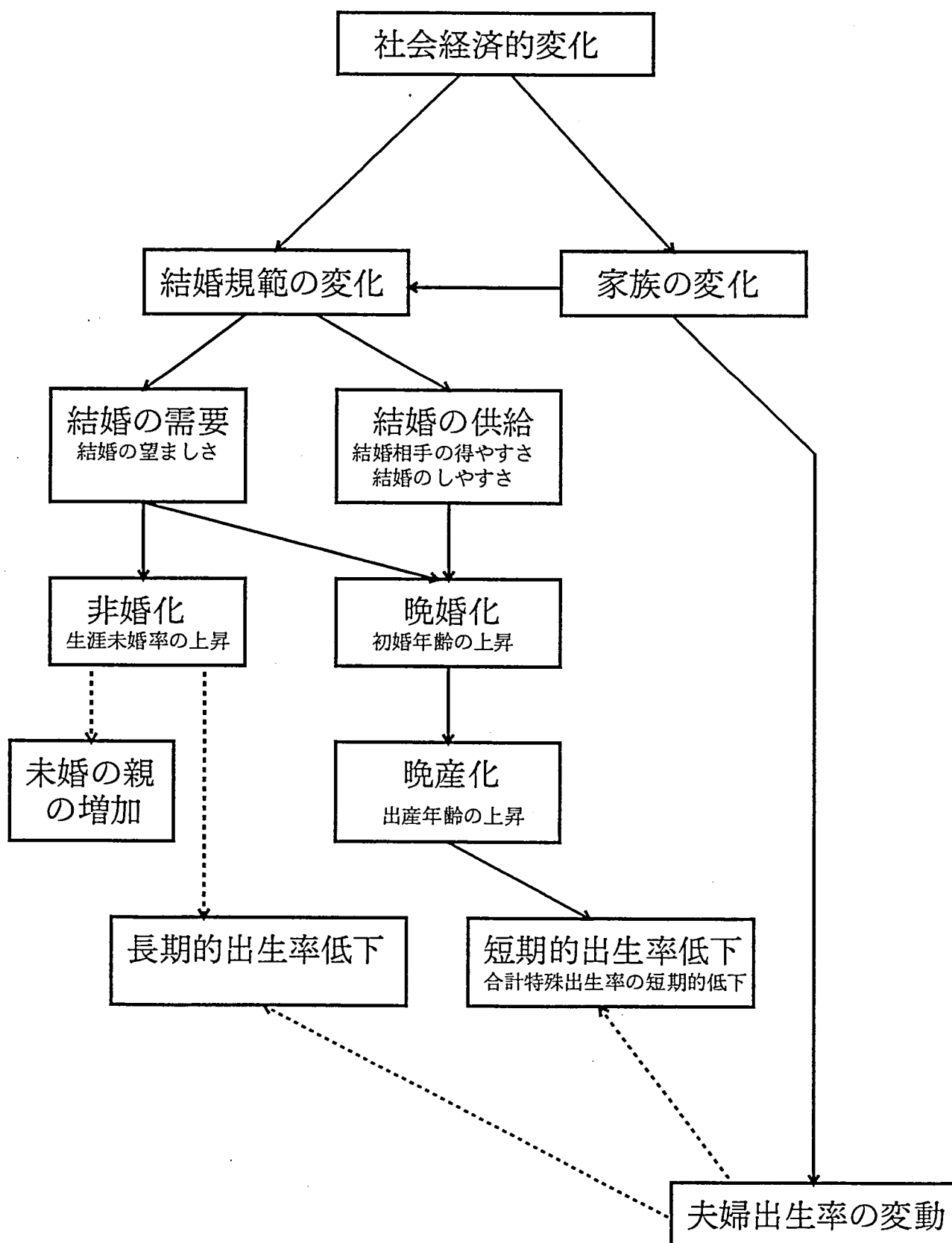
図13 母親の結婚年齢区分別にみた初婚過程



・ 男女ともきょうだい数が少ない場合や、農村部、関東地方で晩婚

図を示したものの以外にも、興味深い格差がいくつかみられた。兄弟姉妹数が多いほど初婚確率が高いことや、父親が臨時・無職だと初婚確率が低い傾向がみられた。また、都市では農村より初婚確率が高いことを示し、農村の結婚難の存在を示唆しているのかもしれない。一方、関東地方では他の地方より初婚確率が低い結果がみられた。

第10回出生動向基本調査（独身者調査）の考え方



第1回全国家庭動向調査 結果の要約

厚生省 人口問題研究所

担当室： 人口動向研究部 家庭動向研究室
TEL. (03) 3503-1711 内線3660

I. 調査の概要

- 厚生省人口問題研究所は1993（平成5）年7月、第1回全国家庭動向調査を実施した。
- この調査は、家庭機能の変化の動向や要因を正確に把握するため、家庭の出産、育児環境、老親扶養環境の現状、家族関係の実態を明らかにすることを目的としている。
- 調査は全国の世帯の有配偶女子（以下、妻とする）を対象とし、妻がいない世帯は世帯主を対象とした。
- 調査対象地域は、1993年（平成5）年に実施された国民生活基礎調査のために全国から系統抽出法によって選定された1,048の国勢調査区から、さらにもう一度系統抽出法によって選ばれた238の国勢調査区である。
- 調査方法は配票自計、密封回収方式である。
- 調査票配布数は11,480票、回収された調査票は10,691票、回収率は93.1%であった。ただし、回収票のうち記入状況の極端に悪い票（1,439票）を除いた有効回収票は9,252票であり、有効回収率は80.6%であった。
- 今回の集計は、妻が回答した調査票に限定して行った。

Ⅱ. 両親との関係

- ・人口集中地区では親との同居は2割

表Ⅱ-1 地域別親との同居別居

地 域	総数	妻の親と同居	夫の親と同居	どちらかの母親と同居	4人のうち誰かと同居	別 居
全 国	3,823	7.7%	23.2	28.1	30.6	69.4
非人口集中地区	1,378	9.9	37.6	43.2	46.8	53.2
人口集中地区	2,450	6.4	15.2	19.7	21.5	78.5

注)人口集中地区：総務庁統計局により平成2年国勢調査に基づいて設定された「都市的地域」

- ・人口集中地区では近居(30分以内の近距離)が4割

表Ⅱ-2 地域別にみた別居親との時間距離

本人(妻)との 関 係	全 国				非人口集中地区				人口集中地区			
		15分未満	15～30分	30分以上		15分未満	15～30分	30分以上		15分未満	15～30分	30分以上
妻の母親	1,775	18.9%	20.3	60.8	508	26.5	27.6	45.9	1,267	14.6	16.3	69.1
夫の母親	2,434	22.1	15.2	62.7	690	33.2	21.8	45.0	1,744	17.8	12.6	69.6
より近い方の母親	2,680	26.6	19.2	54.2	761	38.9	25.3	35.7	1,919	21.8	16.9	61.3

- ・育児と介護両方を担う妻は少ない

表Ⅱ-3 妻と夫の母親の健康状態

項 目・属 性	妻の母親の健康状態					夫の母親の健康状態				
		ほぼ健康	持病あり	寝たり起きたり	床に伏す		ほぼ健康	持病あり	寝たり起きたり	床に伏す
総 数	3,245	72.0%	24.9	1.9	1.3	3,063	71.6	24.1	2.6	1.7
妻の年齢										
29歳以下	542	85.6	13.7	0.4	0.4	524	84.3	14.3	0.8	0.6
30～34歳	666	77.2	21.2	1.4	0.3	631	74.3	23.5	1.4	0.8
35～39歳	694	71.8	26.4	1.2	0.7	664	70.0	26.8	1.5	1.7
40～44歳	816	67.3	29.0	1.6	2.1	779	66.4	28.4	3.3	1.9
45～49歳	527	58.8	32.6	5.7	2.8	465	64.5	25.2	6.4	3.9
末子年齢										
12歳未満	725	70.1	28.1	1.0	0.8	685	67.9	27.7	2.2	2.2
6歳未満	443	72.7	25.5	0.9	0.9	417	71.5	24.9	2.6	1.0
3歳未満	441	80.0	18.1	0.9	0.9	431	78.4	19.5	0.7	1.4
1歳未満	206	82.0	16.5	1.0	1.0	192	81.3	18.8	0.0	0.0

- ・別居している親とよく会うのは非人口集中地区

表Ⅱ-4 別居している母親と会う頻度

本人(妻)との関係 ・地 域	総 数	別居している母親と会う頻度				
		毎 日	週1-2回	月1-2回	年数回	会わない
妻の母親						
全 国	3,581	6.5%	18.1	33.6	36.1	5.8
非人口集中地区	1,203	6.6	23.0	38.5	27.2	4.7
人口集中地区	2,378	6.4	15.6	31.1	40.6	6.3
夫の母親						
全 国	2,657	7.3	12.5	25.0	43.9	11.3
非人口集中地区	730	10.8	18.5	28.4	33.8	8.5
人口集中地区	1,927	6.0	10.2	23.7	47.7	12.4

Ⅲ. つきあい関係

- ・20歳代や60歳代以上でつきあいの種類は少ない

表Ⅲ-1 属性別のつきあい関係数

年 齢・地 域 ・就業状態	総 数	つきあい関係の種類数				
		なし	1~2	3~4	5~6	平均
総 数	3,639	3.1%	27.0	44.4	25.5	3.57
29歳以下	482	2.1	28.6	54.4	14.9	3.15
30~39歳	1,119	2.4	26.1	47.2	24.3	3.37
40~49歳	1,136	2.9	23.8	41.7	31.6	3.58
50~59歳	561	2.9	23.9	41.9	31.4	3.59
60歳以上	341	7.6	43.1	34.6	14.7	2.69
非人口集中地区	1,226	1.5	25.0	44.5	29.0	3.55
人口集中地区	2,413	3.9	27.9	44.4	23.8	3.28
就 業	1,990	2.1	20.6	43.3	34.0	3.71
非 就 業	1,540	4.1	35.3	45.9	14.7	2.95

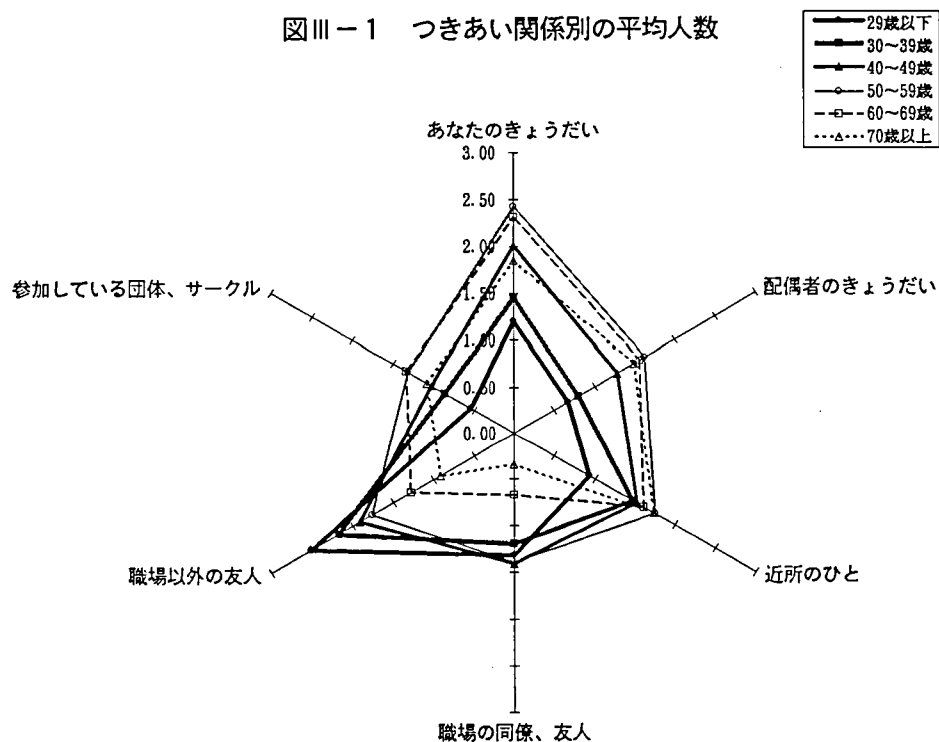
- ・非人口集中地区ではつきあい相手が身近にいる

表Ⅲ-2 気軽に相談できる人との時間距離

つきあいの相手	総 数	30 分 未 満			30 分 以 上		
		全 国	非 人 口 集中地区	人 口 集中地区	全 国	非 人 口 集中地区	人 口 集中地区
あなたのきょうだい	5,127	35.8%	47.5	29.3	64.2	52.5	70.0
夫のきょうだい	3,609	37.9	50.6	30.7	62.1	49.4	69.3
近所の人	3,817	97.7	98.7	97.2	2.3	1.3	2.8
職場の同僚や友人	2,280	66.4	76.6	59.8	33.6	23.4	40.2
職場以外の友人	3,597	51.4	60.8	46.5	48.6	39.2	53.5
参加している団体・サークル	1,646	72.0	78.9	68.9	28.0	21.1	31.1

- ・つきあい関係の人数でも20歳代や60歳代以上で少ない

図Ⅲ－１ つきあい関係別の平均人数



Ⅳ．家族に関する妻の意識

- ・40歳代を境に変わる役割分業意識

表Ⅳ-1 妻の年齢別賛否：「夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべき」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)			反 対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	45.3	5.0	40.3	52.9	40.3	12.6	1.7
30～39歳	1,513	45.4	4.2	41.2	51.9	38.9	13.0	2.8
40～49歳	1,849	46.9	5.6	41.3	48.2	37.7	10.5	4.9
50～59歳	1,272	56.0	10.7	45.3	36.0	29.2	6.8	7.9
60～69歳	674	67.6	19.4	48.2	20.9	18.1	2.8	11.4
70歳以上	195	67.2	31.8	35.4	10.7	9.2	1.5	22.1

- ・ 職を持つ妻は役割分業規範に反対、専業主婦は賛成

表Ⅳ-2 夫妻の就業状態別賛否：「夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべき」

夫妻の就業状態	総 数	賛 成(%)	反 対					不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
夫常勤・妻常勤	795	29.2	2.9	26.3	66.7	45.4	21.3	4.2
夫常勤・妻パート	762	39.8	3.4	36.4	56.7	43.7	13.0	3.5
夫常勤・妻自営業/家族従業	87	41.3	5.7	35.6	54.0	40.2	13.8	4.6
夫常勤・妻専業主婦	1,624	59.8	9.5	50.3	37.7	30.8	6.9	2.5
夫常勤以外・妻有職*	915	46.2	5.7	40.5	45.3	35.8	9.5	8.4

*注)妻有職は常勤、パート、自営業/家族従業を含む

- ・ 専業主婦も家事や育児は夫婦平等を望む

表Ⅳ-3 夫妻の就業状態別賛否：「夫も家事や育児を平等に分担すべき」

夫妻の就業状態	総 数	賛 成(%)	反 対					不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
夫常勤・妻常勤	795	80.3	29.9	50.4	15.2	14.3	0.9	4.1
夫常勤・妻パート	762	76.0	21.7	54.3	20.8	19.4	1.4	3.1
夫常勤・妻自営業/家族従業	87	72.4	14.9	57.5	24.1	20.7	3.4	3.4
夫常勤・妻専業主婦	1,624	70.8	16.6	54.2	26.8	23.8	3.0	2.3
夫常勤以外・妻有職*	915	67.7	15.1	52.6	24.7	22.5	2.2	7.7

*注)妻有職は常勤、パート、自営業/家族従業を含む

- ・ 乳幼児期における母親の育児専念は圧倒的な支持

表Ⅳ-4 妻の年齢別賛否：「子どもが小さいうちは、母親は仕事を持たず育児に専念」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)	反 対					不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	82.3	34.0	48.3	16.4	14.0	2.4	1.4
30～39歳	1,513	82.9	31.0	51.9	14.7	11.5	3.2	2.3
40～49歳	1,849	85.7	45.2	40.5	10.3	8.0	2.3	4.0
50～59歳	1,272	87.3	51.1	36.2	6.2	5.3	0.9	6.4
60～69歳	674	86.1	53.6	32.5	3.8	3.4	0.4	10.1
70歳以上	195	73.9	55.4	18.5	4.1	3.1	1.0	22.1

- ・ 高齢の妻は息子夫婦と暮らしたい

表Ⅳ-5 妻の年齢別賛否：「年をとった親は、息子夫婦と一緒に暮らすのがよい」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)	反 対					不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	57.2	9.1	48.1	40.2	28.6	11.6	2.6
30～39歳	1,513	51.0	8.0	43.0	45.1	35.1	10.0	4.0
40～49歳	1,849	57.3	13.1	44.2	37.1	30.3	6.8	5.6
50～59歳	1,272	64.5	19.1	45.4	27.7	23.4	4.3	7.7
60～69歳	674	63.2	20.5	42.7	26.2	23.7	2.5	10.5
70歳以上	195	61.0	23.6	37.4	15.9	12.8	3.1	23.1

・高齢の妻ほど家族による経済的負担を望む

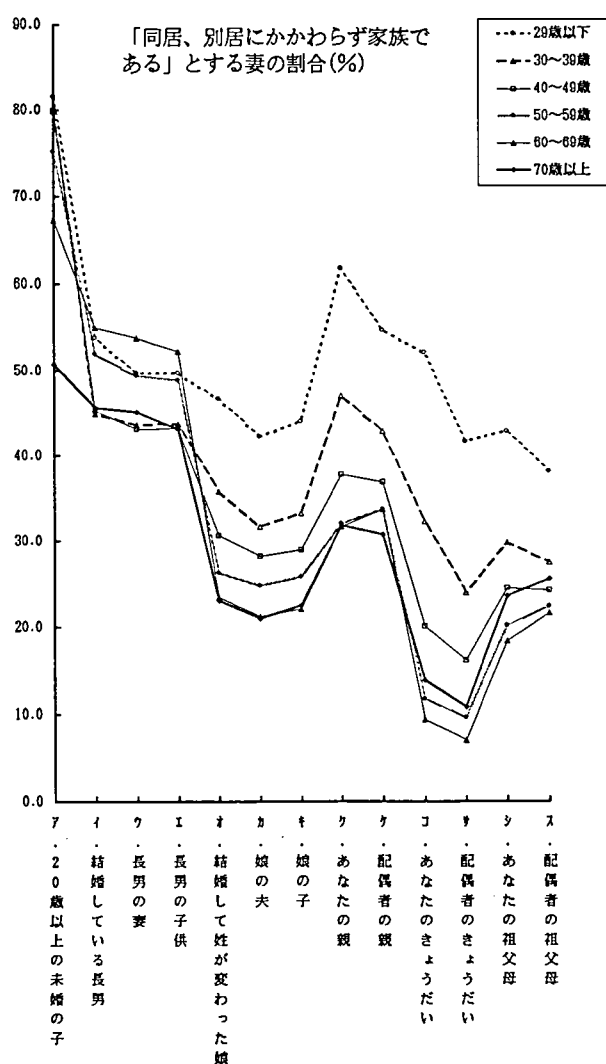
表IV-6 妻の年齢別賛否：「高齢者の経済的負担は、公的機関より家族が負うべき」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)	反 対		不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成	
29歳以下	580	27.9	2.9	25.0	69.9
30～39歳	1,513	22.6	1.8	20.8	74.1
40～49歳	1,849	27.8	4.9	22.9	66.0
50～59歳	1,272	32.7	6.8	25.9	58.6
60～69歳	674	40.2	8.9	31.3	48.1
70歳以上	195	40.6	10.3	30.3	35.4

・若年層ほど家族認識の範囲が広い

・人口集中地区の方が家族認識の範囲が広い

図IV-1 妻の年齢別にみた家族認識の範囲

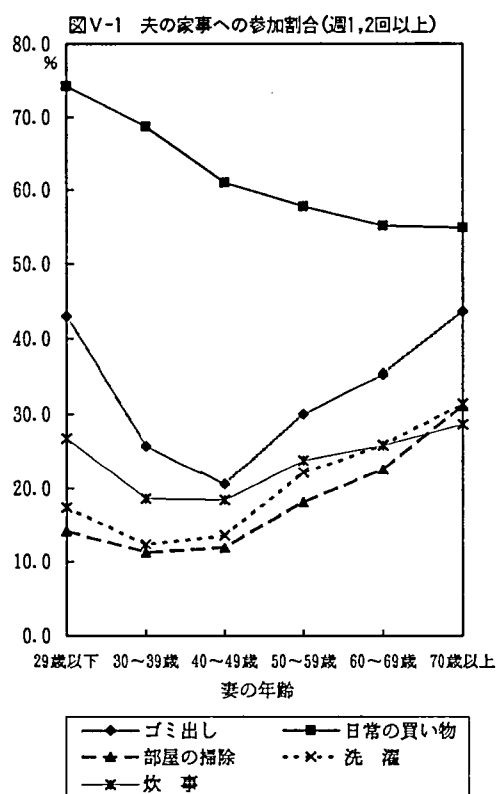


図IV-2 地域別にみた家族認識の範囲

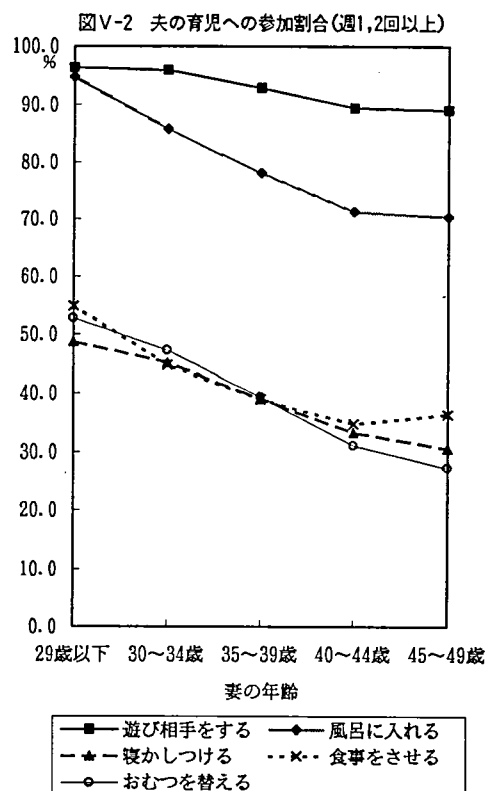


V. 夫の家事、育児の実態

・夫の家事参加は中年を底に浅いU字型



・若年層ほど育児参加が高い



・親と同居している夫は家事参加が低い

表V-1 親との同別居関係による夫の家事参加

同別居関係	総数	ゴミ出し	日常の買い物	部屋の掃除	洗濯	炊事
同居	1,150	18.4%	21.7	10.7	11.3	17.3
別居	3,344	30.1	27.3	13.8	16.2	21.4

注)週1～2回程度以上行う者の割合

- ・子どもが小さい母親ほど夫の家事育児に満足

表V-2 夫の家事、育児の参加度に対する満足度（末子年齢別）

末子年齢	総 数	満 足			不満足	やや不満		非常に不満
			非常に満足	まあ満足				
18歳以上	1,239	58.5%	8.0	50.5	41.4	29.1		12.3
18歳未満	917	57.5	9.4	48.1	42.6	29.7		12.9
12歳未満	815	54.0	9.9	44.1	46.0	34.0		12.0
6歳未満	480	59.2	11.7	47.5	40.9	32.1		8.8
3歳未満	470	65.3	13.0	52.3	34.7	28.3		6.4
1歳未満	215	73.9	17.2	56.7	26.1	20.5		5.6

VI. 育児、介護の支援方法

- ・育児では何より「夫の協力」、介護では「制度や施設」および「老人福祉施設」も重要

表VI-1 育児と介護の重要な支援方法

育児/介護	総 数	順位	最も重要	2 番目に重要	3 番目に重要
育 児	6,083	1 位	配偶者の協力 71.4%	家族の協力 45.6	制度や施設利用の経済援助 12.6
		2 位	家族の協力 15.1	配偶者の協力 5.2	近所の協力 6.9
介 護	6,083	1 位	配偶者の協力 54.0	家族の協力 41.4	制度や施設利用の経済援助 19.6
		2 位	家族の協力 28.2	老人福祉施設の充実 14.6	老人福祉施設の充実 16.9

- ・若年層の妻ほど育児では「夫の協力」、介護では「制度や施設」を重視

表VI-2 妻の年齢別にみた育児と介護の重要な支援方法

妻の年齢	総 数	最も重要(1位) 配偶者(夫)の協力		2 番目に重要(1位) 家族の協力		3 番目に重要(1位) 制度や施設利用の経済援助	
		育 児	介 護	育 児	介 護	育 児	介 護
29歳以下	580	82.2%	54.1	49.3	45.2	12.8	22.1
30～39歳	1,513	79.4	54.4	47.9	41.7	13.4	23.7
40～49歳	1,849	72.9	53.8	45.6	42.1	13.1	20.9
50～59歳	1,272	63.5	51.8	43.2	40.3	13.5	17.3
60～69歳	674	58.5	57.4	42.1	39.6	9.9	12.3
70歳以上	195	58.5	53.8	45.1	35.9	*9.7	8.2

注)*印は「近所の協力」

- ・育児は夫妻の就業状態が反映、介護は「老人福祉施設の充実」や「制度や施設利用の経済援助」

表VI-3 夫妻就業状態別にみた育児の重要な支援方法

育 児		単位：％					
夫妻就業状態	総 数	最も重要		2 番目に重要		3 番目に重要	
		1 位	2 位	1 位	2 位	1 位	2 位
夫常勤・妻常勤	795	配偶者の協力 68.4	家族の協力 19.7	家族の協力 37.5	育児休業の 所得保障 10.4	保育所の 時間延長 11.1	制度や施設 利用の経済援助 10.8
夫常勤・妻パート	762	配偶者の協力 76.6	家族の協力 11.8	家族の協力 46.7	育児休業後 の職場復帰 5.9	制度や施設 利用の経済援助 13.0	育児休業の 所得保障 7.2
夫常勤・妻自営 ／家族従業	87	配偶者の協力 75.9	家族の協力 16.1	家族の協力 57.5	育児休業後 の職場復帰 5.7	制度や施設 利用の経済援助 9.2	近所の協力、 保育所の時間延長 9.2
夫常勤・妻専業 主婦	1,624	配偶者の協力 82.7	家族の協力 9.7	家族の協力 50.1	職場保育の 充実 6.0	制度や施設 利用の経済援助 14.4	近所の協力 8.8
夫常勤以外・ 妻有職	915	配偶者の協力 65.0	家族の協力 19.7	家族の協力 46.8	配偶者の協力 6.2	制度や施設 利用の経済援助 13.4	保育所の 時間延長 5.9

注)ゴシック文字は制度的な支援方法を指す

表VI-4 夫妻就業状態別にみた介護の重要な支援方法

介 護		単位：％					
夫妻就業状態	総 数	最も重要		2 番目に重要		3 番目に重要	
		1 位	2 位	1 位	2 位	1 位	2 位
夫常勤・妻常勤	795	配偶者の協力 48.3	家族の協力 34.2	家族の協力 34.1	老人福祉 施設の充実 15.6	制度や施設 利用の経済援助 17.9	老人福祉 施設の充実 16.4
夫常勤・妻パート	762	配偶者の協力 55.5	家族の協力 29.9	家族の協力 43.0	老人福祉 施設の充実 16.1	制度や施設 利用の経済援助 22.7	老人福祉 施設の充実 20.1
夫常勤・妻自営 ／家族従業	87	配偶者の協力 51.7	家族の協力 35.6	家族の協力 44.8	老人福祉 施設の充実 14.9	制度や施設 利用の経済援助 23.0	老人福祉 施設の充実 18.4
夫常勤・妻専業 主婦	1,624	配偶者の協力 59.6	家族の協力 28.0	家族の協力 45.5	老人福祉 施設の充実 15.3	制度や施設 利用の経済援助 23.3	老人福祉 施設の充実 18.3
夫常勤以外・ 妻有職	915	配偶者の協力 51.5	家族の協力 28.0	家族の協力 42.5	配偶者の協力 12.9	制度や施設 利用の経済援助 16.5	老人福祉 施設の充実 16.9

注)ゴシック文字は制度的な支援方法を指す

- ・ 保育所の希望開設時間の平均は 1 1 時間で、開所・閉所とも遅め

表 VI-5 保育所の開設時間の実態

9 時間未満	9.2%
9 ～ 10 時間未満	19.3
10 ～ 11 時間未満	55.2
11 時間以上	16.3

*表 VI-6 保育所の希望開所・閉所時刻の分布

総 数	希望開所時刻				
	7:00以前	7:00 ～7:59	8:00 ～8:59	9:00 ～9:59	10:00以降
481	2.3%	39.9	48.6	8.7	0.4
**24, 134	開所時刻の実態				
	0.0%	69.0	30.8	0.1	0.1

総 数	希望閉所時刻								
	15:00 以前	15:01 ～16:00	16:01 ～17:00	17:01 ～18:00	18:01 ～19:00	19:01 ～20:00	20:01 ～21:00	21:01 ～22:00	22:00 以降
484	0.6%	3.3	10.7	32.0	36.2	10.3	3.5	1.7	1.7
**24, 134	閉所時刻の実態								
	0.3%	6.1	12.6	63.6	17.0	0.3	0.0	0.1	0.0

注) * 印の表 VI-6 は『平成 4 年 社会福祉施設調査報告』(厚生省大臣官房統計情報部)の 24 頁から引用し、** 印の数値は同報告書の 98-99 頁より算出したもの。なお、時刻の分類はこの報告書に従った。

- ・ 人口集中地区、親と別居、自営業／家族従業で希望時間が長い

表 VI-7 属性別にみた保育所の希望開所・閉所時刻と開設時間

地域、同居・別居、夫妻就業状態	総数(午前/午後)	開所時刻	閉所時刻	開設時間
合 計	481/484	7:39am	6:37pm	10.58
非人口集中地区	183/183	7:40	6:15	10.35
人口集中地区	298/301	7:39	6:51	11.12
同 居	88/ 88	7:43	6:15	10.32
別 居	333/335	7:38	6:45	11.07
夫常勤・妻常勤	120/121	7:31	6:32	11.01
夫常勤・妻パート	69/ 70	7:36	6:44	11.08
夫常勤・妻自営業/家族従業	8/ 8	7:32	7:08	11.36
夫常勤・妻専業主婦	104/103	7:47	6:55	11.08
夫常勤以外・妻有職	74/ 75	7:53	6:19	10.26

第1回全国家庭動向調査

結果の概要

- I. 調査実施の概要
- II. 両親との関係
- III. つきあい関係
- IV. 家族に関する妻の意識
- V. 夫の家事、育児の実態
- VI. 育児、介護の支援方法

厚生省 人口問題研究所

担当室 : 人口動向研究部 家庭動向研究室
TEL. (03) 3503-1711 内線 3660

I. 調査実施の概要

1. 家庭動向調査の概要

近年の急速に進む人口の高齢化や出生率の低下など人口動態の変化、また、核家族化、単独世帯の増加、女性の社会進出による共働き家庭の増加等によりわが国の家庭は、その姿とともに機能も変化してきている。この家庭機能の変化は、出産や子育て、ならびに老親扶養や介護に大きな影響を及ぼすだけでなく、社会全体に与える影響も大きい。本格的な高齢化社会を迎えるわが国にとって、子育て、老親扶養などの家庭機能の変化要因や動向を正確に把握することが重要となっている。このため厚生省人口問題研究所は平成5年7月、家庭の出産育児・老親扶養環境の現状、ならびに家族関係の実態を明らかにするため全国家庭動向調査を実施した。

2. 調査手続きと調査票の回収状況

本調査は、全国のすべての世帯の有配偶女子（以下、妻とする）を調査対象とし、妻がいない世帯は世帯主を対象とした。調査対象地区は、平成5年に実施された国民生活基礎調査のために全国から系統抽出法によって選定された1,048の国勢調査区のなかから、さらにもう一度無作為に抽出した238の国勢調査区である。調査方法は配票自計、密封回収方式である。

調査票配布数は11,480票、回収された調査票は10,691票で回収率は93.1%であった。ただし、回収票のうち記入状況の極端に悪い票(1,439票)を除いた有効回収票は9,252票であり、有効回収率は80.6%であった。一般に家庭、家族に対する意識や行動は、有配偶者と未婚者、離死別者では著しく異なっていると考えられる。分析にあたっては有配偶者と未婚者、離死別者を別に扱うことが妥当である。本報告では、妻が回答した調査票(6,083票)についてのみ分析した。

表1-1 妻の年齢別標本数

妻の年齢	標本数
24歳以下	119 (2.0 %)
25 ～ 29歳	461 (7.6 %)
30 ～ 34歳	726 (11.9 %)
35 ～ 39歳	787 (12.9 %)
40 ～ 44歳	1,019 (16.8 %)
45 ～ 49歳	830 (13.6 %)
50 ～ 59歳	1,272 (20.9 %)
60歳以上	869 (14.3 %)
総数	6,083 (100.0 %)

Ⅱ．両親との関係

1．親との同別居の状況、親の健康状態

・人口集中地区では親との同居は2割

妻あるいは夫の親は出産、育児に対するもっとも重要な支援者のうちのひとつといえる。そこで、ここではおもに再生産年齢にあたる49歳までの妻に限って夫婦の親の状態について確認している。

直接的な援助を期待できる母親については、30歳代までの妻にとって夫妻それぞれの母親が生存している割合は9割程度となっている。しかし、妻あるいは夫どちらかの母親が生存している割合はほぼ100%に近い。

地域別にみた親との同別居の状態については、非人口集中地区で夫側に傾斜して同居率が高く、妻側を含めれば半数近くが親と同居をしている。これに対し人口集中地区では2割が親と同居しているにすぎず、ほぼ8割が別居である。

表Ⅱ-1-1 両親の生存割合

年 齢	総数	妻の親		夫の親		夫妻どちらかの母親
		父親	母親	父親	母親	
29歳以下	580	90.9%	95.8	86.0	94.9	99.3
30～34歳	726	82.4	93.7	74.9	89.5	99.4
35～39歳	787	75.4	90.1	64.2	88.2	97.8
40～44歳	1,019	56.0	83.0	47.0	79.2	95.0
45～49歳	830	38.4	66.5	30.6	59.6	84.3

表Ⅱ-1-2 地域別親との同居別居

地 域	総数	妻の親と同居	夫の親と同居	どちらかの母親と同居	4人のうち誰かと同居	別 居
全 国	3,823	7.7%	23.2	28.1	30.6	69.4
非人口集中地区	1,378	9.9	37.6	43.2	46.8	53.2
人口集中地区	2,450	6.4	15.2	19.7	21.5	78.5

注)人口集中地区：総務庁統計局により平成2年国勢調査に基づいて設定された「都市的地域」

・人口集中地区では近居(30分以内の近距離)が4割

別居している親についても居住地が近接しているほど親の援助が受け易いと考えられる。比較的距離といえる15分以内、30分以内に親が居住している割合は非人口集中地区で高く、別居している親であっても半数以上が30分以内のところに住んでいる。同居も含めれば8割方が30分以内に居住している。一方人口集中地区では30分以内の近距離に親が居住する割合は、親と別居している夫婦の4割程度で、非人口集中地区に比べ同居率、近居率とも低く親の直接的援助を得にくい実態が確認できる。

表Ⅱ-1-3 地域別にみた別居親との時間距離

本人(妻)との 関 係	全国				非人口集中地区				人口集中地区			
		15分 未満	15～ 30分	30分 以上		15分 未満	15～ 30分	30分 以上		15分 未満	15～ 30分	30分 以上
妻の母親	1,775	18.9%	20.3	60.8	508	26.5	27.6	45.9	1,267	14.6	16.3	69.1
夫の母親	2,434	22.1	15.2	62.7	690	33.2	21.8	45.0	1,744	17.8	12.6	69.6
より近い方の母親	2,680	26.6	19.2	54.2	761	38.9	25.3	35.7	1,919	21.8	16.9	61.3

・年齢によって異なる親の居住状態

妻の年齢が若い場合、別居している妻の親は「親夫婦だけ」、あるいは「未婚のきょうだい」と生活している割合が高い。妻の年齢が上昇すれば、次第に別居している親は「既婚のきょうだい」と同居する方向にシフトし、「単身」での生活も徐々に増加していく。これは妻の年齢とともに親やきょうだいも歳をとり高齢化するための変化である。

表Ⅱ-1-4 子ども世代からみた別居している母親の現在の状態

妻の年齢	総 数	別居している妻の母親の現在の状態					
		単身 生活	親夫婦 の生活	既婚の きょうだい	未婚の きょうだい	病院 施設	その他
総 数	2,933	10.2%	35.6	29.5	18.6	1.5	4.6
29歳以下	518	6.9	39.0	9.1	37.5	0.0	7.5
30～34歳	608	7.9	45.6	17.8	22.7	0.5	5.5
35～39歳	634	9.6	40.3	31.4	13.7	0.9	3.9
40～44歳	716	12.4	31.0	39.4	11.5	2.2	3.5
45～49歳	457	14.2	18.8	50.3	10.1	4.2	2.4

妻の年齢	総 数	別居している夫の母親の現在の状態					
		単身 生活	親夫婦 の生活	既婚の きょうだい	未婚の きょうだい	病院 施設	その他
総 数	2,294	13.3%	35.4	29.1	15.3	1.9	5.1
29歳以下	439	9.3	41.5	11.6	29.8	0.0	7.7
30～34歳	488	10.5	44.9	19.3	18.9	1.2	5.3
35～39歳	480	12.9	39.1	30.2	12.5	1.8	3.3
40～44歳	553	16.3	30.2	39.4	7.4	2.4	4.3
45～49歳	334	18.0	16.5	47.8	8.4	4.5	4.8

・育児と介護両方を担う妻は少ない

親が生存、同居していても健康状態が悪くなければ育児の援助者として機能を果たせない。逆に、親が日常生活に何らかの手助けを必要とすれば、出産や育児の妨げになることも考えられる。

妻の年齢別に夫妻双方の母親の健康状態をみると「持病」のある親はかなりいる。29歳以下の若い妻の親では10%台であるが、30歳以降の妻の場合には3割程度の親に「持病」がある。しかし、出産や育児に比較的手のかかる40歳より若い妻の親で、「寝たり起きたり」あるいは「床に伏す」ため介護が必要と思われる親はわずかである。末子の年齢別にみても同様の傾向である。したがって、育児と介護の両方に手がかかる妻は総じて少ないといえる。

表 II-1-5 妻と夫の母親の健康状態

項 目・属 性	妻の母親の健康状態					夫の母親の健康状態				
		ほぼ健康	持病あり	寝たり起きたり	床に伏す		ほぼ健康	持病あり	寝たり起きたり	床に伏す
総 数	3,245	72.0%	24.9	1.9	1.3	3,063	71.6	24.1	2.6	1.7
妻の年齢										
29歳以下	542	85.6	13.7	0.4	0.4	524	84.3	14.3	0.8	0.6
30～34歳	666	77.2	21.2	1.4	0.3	631	74.3	23.5	1.4	0.8
35～39歳	694	71.8	26.4	1.2	0.7	664	70.0	26.8	1.5	1.7
40～44歳	816	67.3	29.0	1.6	2.1	779	66.4	28.4	3.3	1.9
45～49歳	527	58.8	32.6	5.7	2.8	465	64.5	25.2	6.4	3.9
末子年齢										
12歳未満	725	70.1	28.1	1.0	0.8	685	67.9	27.7	2.2	2.2
6歳未満	443	72.7	25.5	0.9	0.9	417	71.5	24.9	2.6	1.0
3歳未満	441	80.0	18.1	0.9	0.9	431	78.4	19.5	0.7	1.4
1歳未満	206	82.0	16.5	1.0	1.0	192	81.3	18.8	0.0	0.0

2. 別居している親との接触頻度と電話回数

・別居している母親とよく会うのは非人口集中地区

別居している母親との接触頻度は居住地との近接性とも関係がある。妻の母親、夫の母親とも非人口集中地区では、「週1－2回」以上の比較的頻繁に会う割合が3割近くと人口集中地区の2割程度に比べ高くなっている。先に非人口集中地区で別居する母親との距離が近いことを確認したが、ふたつの地区にみられる母親との居住地の遠近がこの差になっている可能性が高い。

つぎに、妻と夫どちらの母親とよく会うかを「週1－2回」以上会う割合でみると、夫の母親よりも妻の母親に会う割合の方が高い。逆に、夫の母親で妻の母親に比べ接触頻度の低い「年数回」、「ほとんど会わない」の割合が高い。

表Ⅱ-2-1 別居している母親と会う頻度

本人(妻)との関係 ・地 域	総 数	別居している母親と会う頻度				
		毎 日	週1-2回	月1-2回	年数回	会わない
妻の母親						
全 国	3,581	6.5%	18.1	33.6	36.1	5.8
非人口集中地区	1,203	6.6	23.0	38.5	27.2	4.7
人口集中地区	2,378	6.4	15.6	31.1	40.6	6.3
夫の母親						
全 国	2,657	7.3	12.5	25.0	43.9	11.3
非人口集中地区	730	10.8	18.5	28.4	33.8	8.5
人口集中地区	1,927	6.0	10.2	23.7	47.7	12.4

・電話をするなら妻の母親：「週1-2回以上」電話するのは4割

居住地の遠近にそれほど影響を受けない電話の頻度は、接触頻度ほどには地域的な差異は大きくない。しかし、妻側の母親への回数が夫側の母親に比べ両地域ともかなり頻度が高い。妻の母親へは4割近くが「週1－2回」以上の頻度であるのに対し、夫の母親へは2割程度にとどまっている。また、別居している母親と「ほとんど話さない」割合も夫の母親では高い割合を示している。会う頻度でも同様の傾向がうかがえたが、会ったり、電話したりする頻度は妻側の母親への傾斜が強いことが確認された。

表Ⅱ-2-2 別居している母親と電話をする頻度

本人(妻)との関係 ・地 域	総 数	別居している母親と電話をする頻度				
		毎 日	週3-4回	週1-2回	月1-2回	話さない
妻の母親						
全 国	3,317	2.1%	9.0	27.6	49.2	12.1
非人口集中地区	1,106	2.2	7.9	31.0	46.2	12.7
人口集中地区	2,211	2.1	9.5	25.8	50.7	11.8
夫の母親						
全 国	2,444	0.4	2.7	15.1	51.6	30.1
非人口集中地区	645	0.5	3.7	17.2	48.8	29.8
人口集中地区	1,799	0.3	2.4	14.4	52.6	30.2

Ⅲ. つきあい関係

親子関係以外のつきあい、きょうだい、近隣、職場、友人などのネットワークのひろがりを知っている。これは、きょうだい数の減少など人口学的な変化のなかで家庭機能の役割や遂行の仕方も変化してきているといわれるが、だれがどのように補完、代替しているのか、また、どのように選択的に充足しているのか、その潜在的資源を個人的条件としてのネットワークの数や人数によって客観的条件の確認をした。

・20歳代や60歳代以上でつきあいの種類は少ない

ここで取り上げた六つのつきあい関係（妻、夫双方のきょうだい、近隣、職場の友人、職場以外の友人、および団体・サークルの友人）のうちいくつ「気軽に相談できる」関係をもっているかを量的に把握している。

つきあい関係の種類数を年齢別にみると、もっとも多いのは40歳代や50歳代で平均 3.6種類のつきあい関係をもち、この年代の3割強が5～6種類のつきあいパターンを保有している。40歳代や50歳代に比較して20歳代と60歳代以上でつきあい関係の種類数が少なく、とくに60歳代以上ではほぼ半数が2種類以下のつきあい関係しかもっていない。このうち、気軽に相談できるようなつきあい関係を全くもたない孤立した高齢者もかなり存在する（7.6%）。地域別には、非人口集中地区の方がつきあい種類数、およびつきあい数5～6種類に占める割合で人口集中地区を上回っている。妻の就業状態別では、当然ながら就業者の方が非就業者に比べてつきあいの種類が多くなっている。

表Ⅲ-1 属性別のつきあい関係数

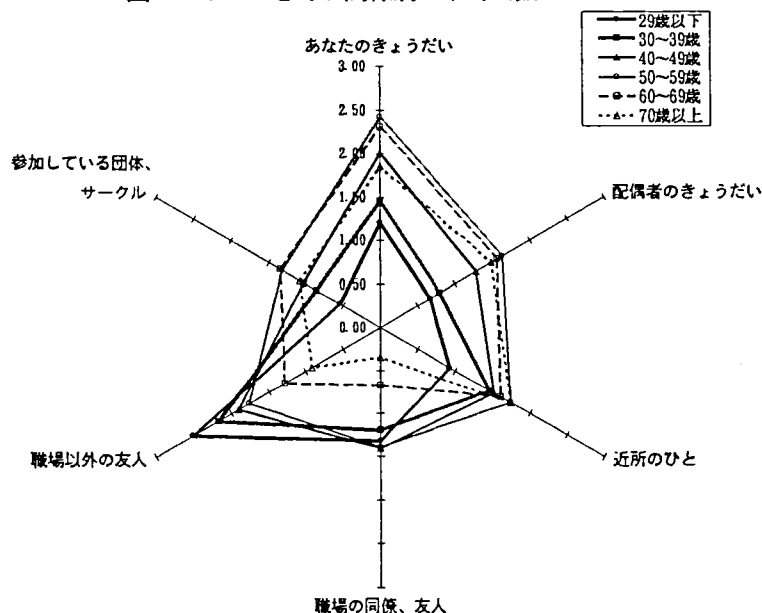
年 齢・地 域 ・ 就業状態	総 数	つきあい関係の種類数				
		なし	1～2	3～4	5～6	平均
総 数	3,639	3.1%	27.0	44.4	25.5	3.57
29歳以下	482	2.1	28.6	54.4	14.9	3.15
30～39歳	1,119	2.4	26.1	47.2	24.3	3.37
40～49歳	1,136	2.9	23.8	41.7	31.6	3.58
50～59歳	561	2.9	23.9	41.9	31.4	3.59
60歳以上	341	7.6	43.1	34.6	14.7	2.69
非人口集中地区	1,226	1.5	25.0	44.5	29.0	3.55
人口集中地区	2,413	3.9	27.9	44.4	23.8	3.28
就 業	1,990	2.1	20.6	43.3	34.0	3.71
非 就 業	1,540	4.1	35.3	45.9	14.7	2.95

・つきあい関係の人数でも20歳代や60歳代以上で少ない

つきあい関係の種類別に気軽に相談できる人の数を見ると、つきあい関係の種類が少なかった20歳代と60歳代以上の高年齢層でつきあい関係の種類別の人数でも少なく、40歳代や50歳代でつきあいの人数がもっとも大きなひろがりをもっている。また、つきあい関係の種類にも各年代のもっている特

徴が表れており、20歳代や30歳代では夫妻双方の「きょうだい」、「近所の人」の人数が高年齢層に比べて低い。妻と夫双方の気軽に相談できる「きょうだい」の数を足すと50歳代では4人（4.05人）であるのに対し、20歳代や30歳代は2人前後と半分程度に少ない。明らかにきょうだい数の減少が、そのまま身近な「相談相手」の減少といった質的な変化にも直結している。20歳代や30歳代では「職場の友人」と「職場以外の友人」でほかの年代よりも交際する人数が多い。50歳代や60歳代以上の高年齢層では「きょうだい」、「近所の人」、および「団体・サークルの友人」などの近親者や地域を範囲としたつきあいが中心となっている。

図Ⅲ-1 つきあい関係別の平均人数



・非人口集中地区ではつきあいの相手が身近にいる

つきあいをしている人との空間的な広がり、あるいは時間距離は直接的な援助や支援を受ける場合に重要な要因になってくる。地域別にみると、非人口集中地区ではいずれのつきあい関係でも人口集中地区よりもより近いところにネットワークをもっている割合が高い。すなわち、比較的近い時間距離のなかに交際関係が凝縮されている。一方、人口集中地区では、援助や支援を期待できる人的資源が非人口集中地区に比べると身近には少なく、広い範囲に拡散している。

表Ⅲ-2 気軽に相談できる人との時間距離

つきあいの相手	総 数	30 分 未 満			30 分 以 上		
		全 国	非 人 口 集中地区	人 口 集中地区	全 国	非 人 口 集中地区	人 口 集中地区
あなたのきょうだい	5,127	35.8%	47.5	29.3	64.2	52.5	70.0
夫のきょうだい	3,609	37.9	50.6	30.7	62.1	49.4	69.3
近所の人	3,817	97.7	98.7	97.2	2.3	1.3	2.8
職場の同僚や友人	2,280	66.4	76.6	59.8	33.6	23.4	40.2
職場以外の友人	3,597	51.4	60.8	46.5	48.6	39.2	53.5
参加している団体・サークル	1,646	72.0	78.9	68.9	28.0	21.1	31.1

IV. 家族に関する妻の意識

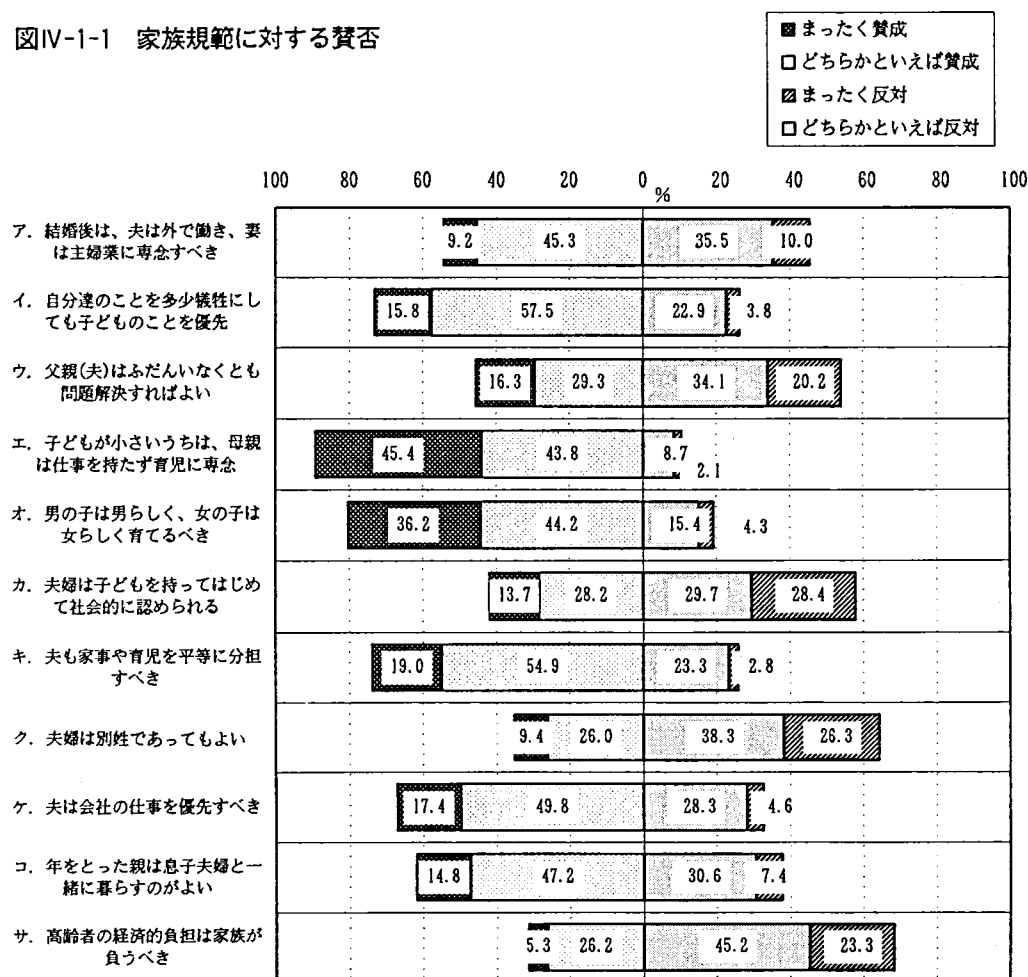
今回の調査では、家族規範に対する賛否、家族認識の範囲等、家族に関する意識を調べている。以下、それらの中から主な結果を紹介する。

1. 家族に関する規範意識

現実の家族生活は、夫婦や親子間の関係・あり方を指示する様々な規範(ここではそれらを総称して家族規範とする)にもとづいて営まれている。それは価値基準として家族成員個々の行為を内面から方向づけ、結果的に家族の形態や構成をも規定しうるものである。したがって、家族規範に対する人々の意識を明らかにすることは、今後の家族のゆくえを占う上できわめて重要である。

ここでは代表的な家族規範をとりあげ、それぞれに対する妻の賛否を尋ねてみた。その結果、全体の特徴としてまず次の2点があげられる。第1に、夫婦関係や老親との家族関係に関する規範についてはかなり賛否が分かれており、とくに世代間の差異が目立つものの、比較的若い専業主婦の妻に伝統的な面がみられたこと、第2に、これとは対照的に、親子関係に関する規範については賛否にかなり偏りがみられ、子ども中心主義の家族生活がうかがえたことである。

図IV-1-1 家族規範に対する賛否



数値は不詳を除いて集計した割合。不詳はいずれも5~7%

2. 夫婦に関する規範意識

1) 夫婦間の役割分業意識

・40歳代を境に変わる役割分業意識

「結婚後は、夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべきだ」という役割分業規範に対する賛否を妻の年齢別にみると、若年層ほど「反対」（「まったく反対」＋「どちらかといえば反対」、以下同様）が多く、40歳代で拮抗し、50歳代をこえると「賛成」（「まったく賛成」＋「どちらかといえば賛成」、以下同様）が多数を占めた。

ただ、それでも若年層でかなりの割合が「賛成」しており、20歳代でも4割をこえる妻がこの役割分業規範を支持していることは注目される。

表IV-2-1 妻の年齢別賛否：「夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべき」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)			反 対			不 詳
		まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対		
29歳以下	580	45.3	5.0	40.3	52.9	40.3	12.6	1.7
30～39歳	1,513	45.4	4.2	41.2	51.9	38.9	13.0	2.8
40～49歳	1,849	46.9	5.6	41.3	48.2	37.7	10.5	4.9
50～59歳	1,272	56.0	10.7	45.3	36.0	29.2	6.8	7.9
60～69歳	674	67.6	19.4	48.2	20.9	18.1	2.8	11.4
70歳以上	195	67.2	31.8	35.4	10.7	9.2	1.5	22.1

・職を持つ妻は役割分業規範に反対、専業主婦は賛成

妻が何らかの形で就業している場合は、役割分業規範に「反対」の傾向がみられた。その度合いは、常勤、パート、自営業／家族従業の順に強い。これに対し、妻が専業主婦の場合のみ過半数が「賛成」であった。

表IV-2-2 夫妻の就業状態別賛否：「夫は外で働き、妻は主婦業に専念すべき」

夫妻の就業状態	総 数	賛 成(%)			反 対			不 詳
		まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対		
夫常勤・妻常勤	795	29.2	2.9	26.3	66.7	45.4	21.3	4.2
夫常勤・妻パート	762	39.8	3.4	36.4	56.7	43.7	13.0	3.5
夫常勤・妻自営業／家族従業	87	41.3	5.7	35.6	54.0	40.2	13.8	4.6
夫常勤・妻専業主婦	1,624	59.8	9.5	50.3	37.7	30.8	6.9	2.5
夫常勤以外・妻有職*	915	46.2	5.7	40.5	45.3	35.8	9.5	8.4

*注)妻有職は常勤、パート、自営業／家族従業を含む

・専業主婦も家事や育児は夫婦平等を望む

しかしながら、夫婦間の役割分業規範を「夫も家事や育児を平等に分担すべきである」という別の表現で尋ねると、かなり異なる反応があらわれた。同じく夫妻の就業状態別に賛否をみると、妻の就業状態の差異にかかわらず大多数が「賛成」しており、妻が専業主婦の場合でも7割が「賛成」している。このことは、「専業主婦＝家事や育児の専従者」とか「主婦の仕事＝家事や育児」という図式では、現実の専業主婦像が捉えられないことを示唆していよう。

表Ⅳ-2-3 夫妻の就業状態別賛否：「夫も家事や育児を平等に分担すべき」

夫妻の就業状態	総 数	賛 成(%)			反 対			不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
夫常勤・妻常勤	795	80.3	29.9	50.4	15.2	14.3	0.9	4.1
夫常勤・妻パート	762	76.0	21.7	54.3	20.8	19.4	1.4	3.1
夫常勤・妻自営業/家族従業	87	72.4	14.9	57.5	24.1	20.7	3.4	3.4
夫常勤・妻専業主婦	1,624	70.8	16.6	54.2	26.8	23.8	3.0	2.3
夫常勤以外・妻有職*	915	67.7	15.1	52.6	24.7	22.5	2.2	7.7

*注)妻有職は常勤、パート、自営業/家族従業を含む

2)夫婦の社会的認知

・夫婦の社会的認知に子どもが必要と考えるのは60歳代以上の妻

「夫婦は子どもを持てはじめて社会的に認められる」という規範に対しては、総じて「反対」が多い。ただし、妻の年齢によって異なり、若年層ほど「反対」が多いものの、50歳代で拮抗し、60歳代以上では「賛成」が多数を占めるようになる。

表Ⅳ-2-4 妻の年齢別賛否：「夫婦は子どもを持てはじめて社会的に認められる」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)			反 対			不 詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	28.1	6.4	21.7	70.6	39.7	30.9	1.4
30～39歳	1,513	31.4	7.3	24.1	66.1	34.6	31.5	2.6
40～49歳	1,849	38.3	11.5	26.8	55.9	27.5	28.4	5.8
50～59歳	1,272	45.5	17.1	28.4	44.5	21.3	23.2	10.0
60～69歳	674	50.5	22.3	28.2	35.3	19.0	16.3	14.2
70歳以上	195	53.3	24.1	29.2	20.0	9.2	10.8	26.7

・「夫婦＝子ども一体派」は子育て期が終わった妻

社会的認知における「夫婦＝子ども一体派」は、現在子どもがいて、しかも親としての愛情がもっとも強く注がれる乳幼児期の子どもがいる妻に多いのではないかと、いう予想もありうるだろう。だが、実際には、12歳未満の子どもをもつ妻の方でむしろ「反対」が多く、子育て期がひととおり終わった段階になってから「賛成」が増える傾向にあり、子どもの有無・年齢よりも、上記であげた妻の年齢＝世代の方がこの規範に対する賛否をより強く規定しているものと考えられる。

表Ⅳ-2-5 末子年齢別賛否：「夫婦は子どもを持ってはじめて社会的に認められる」

末子年齢	総数	賛成(%)			反対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
子どもと同居していない	1,036	50.2	21.1	29.1	37.4	19.4	18.0	12.5
18歳以上の子と同居	1,353	45.3	16.3	29.0	46.4	24.2	22.2	8.3
12～18歳未満の子と同居	952	40.2	12.2	28.0	56.1	26.3	29.8	3.7
6～12歳未満の子と同居	831	33.3	7.2	26.1	63.8	33.0	30.8	2.9
3～6歳未満の子と同居	488	32.8	7.6	25.2	66.2	38.5	27.7	1.0
1～3歳未満の子と同居	477	36.3	8.8	27.5	62.5	32.1	30.4	1.3
1歳未満の子と同居	219	29.7	6.4	23.3	69.8	39.7	30.1	0.5
*3～6歳未満の子が2人以上同居	372	33.9	8.6	25.3	65.1	33.9	31.2	1.1
*3歳未満の子が2人以上同居（*再掲）	69	36.2	4.3	31.9	62.3	31.9	30.4	1.4
子どもなし	486	21.8	6.4	15.4	74.0	33.1	40.9	4.1

3. 子どもに関する規範意識

・末子の年齢が低いほど子ども優先

「夫や妻は、自分たちのことを多少犠牲にしても、子どものことを優先すべきだ」という規範に対しては、全体では不詳を除くと7割以上の妻が支持している（図Ⅳ-1-1参照）。この支持の高さは、妻の年齢、末子の年齢、就業状態の差異にかかわらずほぼ共通しているが、特に末子の年齢を反映しており、末子の年齢が低く、かつ乳幼児が複数いるほど「賛成」が多いという結果になっている。また、注目すべき点は、子どものいない妻でさえ過半数が「賛成」していることである。

表Ⅳ-3-1 末子年齢別賛否：「自分たちのことを多少犠牲にしても、子どものことを優先すべき」

末子年齢	総数	賛成(%)			反対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
子どもと同居していない	1,036	72.7	21.4	51.3	15.9	13.5	2.4	11.4
18歳以上の子と同居	1,353	66.8	15.1	51.7	26.3	23.8	2.5	6.9
12～18歳未満の子と同居	952	67.0	10.8	56.2	29.4	24.1	5.3	3.7
6～12歳未満の子と同居	831	70.0	10.6	59.4	27.4	23.7	3.7	2.5
3～6歳未満の子と同居	488	72.3	16.4	55.9	25.8	23.8	2.0	1.8
1～3歳未満の子と同居	477	80.3	17.0	63.3	18.9	16.6	2.3	0.8
1歳未満の子と同居	219	80.8	19.2	61.6	17.8	14.6	3.2	1.4
*3～6歳未満の子が2人以上同居	372	78.0	14.8	63.2	20.7	17.5	3.2	1.3
*3歳未満の子が2人以上同居（*再掲）	69	87.0	23.2	63.8	13.0	11.6	1.4	0.0
子どもなし	486	57.2	8.4	48.8	37.8	29.6	8.2	4.9

・乳幼児期における母親の育児専念は圧倒的な支持

今回とりあげた家族規範の中でもっとも高い支持を受けたのが、「子どもが小さいうちは、母親は仕事を持たず育児に専念した方がよい」という規範である。全体では不詳を除くと8割以上もの妻が支持しており、しかも「まったく賛成」が最大多数を占めているのが他とは異なる特徴である（図IV-1-1参照）。

「賛成」は、どの年齢層でもほぼ同程度の割合を示している。ただ、よく見ると、妻の年齢が40歳代を境に支持の度合いを変えているのがわかる。すなわち、30歳代以下ではむしろ「どちらかといえば賛成」が多数派であり、40歳代以上になって「まったく賛成」へウェイトが移行している。

現実にはいま育児に携わっている妻の意識についてみると、実際に支持の度合いが高いのは末子の年齢が高い妻であり、現在子どもと同居していない妻において「まったく賛成」がもっとも多くなっている。その割合は末子の年齢の低下とともに減少し、末子の年齢が「6～12歳未満」を境に「どちらかといえば賛成」へ転じる。

以上のことから、この規範への支持が、子どもの有無・年齢よりも妻の年齢＝世代により強く規定されていることが推察される。

表IV-3-2 妻の年齢別賛否：「子どもが小さいうちは、母親は仕事を持たず育児に専念」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)			反 対			不詳
		まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対		
29歳以下	580	82.3	34.0	48.3	16.4	14.0	2.4	1.4
30～39歳	1,513	82.9	31.0	51.9	14.7	11.5	3.2	2.3
40～49歳	1,849	85.7	45.2	40.5	10.3	8.0	2.3	4.0
50～59歳	1,272	87.3	51.1	36.2	6.2	5.3	0.9	6.4
60～69歳	674	86.1	53.6	32.5	3.8	3.4	0.4	10.1
70歳以上	195	73.9	55.4	18.5	4.1	3.1	1.0	22.1

表IV-3-3 末子年齢別賛否：「子どもが小さいうちは、母親は仕事を持たず育児に専念」

末子年齢	総数	賛成(%)			反対	反対		不詳
		まったく賛成	どちらかといえば賛成	どちらかといえば反対		まったく反対		
子どもと同居していない	1,036	86.8	53.2	33.6	5.0	4.0	1.0	8.3
18歳以上の子と同居	1,353	88.8	50.5	38.3	6.2	5.2	1.0	5.0
12～18歳未満の子と同居	952	87.1	46.2	40.9	11.1	8.9	2.2	1.8
6～12歳未満の子と同居	831	84.1	36.2	47.9	14.1	10.2	3.9	1.8
3～6歳未満の子と同居	488	85.9	33.6	52.3	13.1	11.1	2.0	1.3
1～3歳未満の子と同居	477	81.7	31.2	50.5	17.0	14.3	2.7	0.5
1歳未満の子と同居	219	86.3	31.5	54.8	13.2	10.5	2.7	1.3
*3～6歳未満の子が2人以上同居	372	84.2	32.0	52.2	14.5	11.8	2.7	1.3
*3歳未満の子が2人以上同居（*再掲）	69	86.9	33.3	53.6	11.5	10.1	1.4	1.4
子どもなし	486	81.1	39.5	41.6	15.2	12.3	2.9	3.7

4. 老親に関する規範意識

・高齢の妻は息子夫婦と暮らしたい

「年をとった親は、息子夫婦と一緒に暮らすのがよい」という規範に対して、全体では「賛成」が優勢であるが、妻の年齢が高いほどその割合が高く、年齢が低いほど「反対」が多くなる傾向がみられる。この結果は、質問文に対して多くの場合、高齢の妻が自分の息子夫婦のことを想像したのに対し、若年の妻は老親のことを想像して答えたためではないかと思われる。その際、若年の妻が老親を自分の親と想像したか夫の親と想像したかで、結果が異なってくると考えられる。

表Ⅳ-4-1 妻の年齢別賛否：「年をとった親は、息子夫婦と一緒に暮らすのがよい」

妻の年齢	総 数	賛 成(%)			反 対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	57.2	9.1	48.1	40.2	28.6	11.6	2.6
30～39歳	1,513	51.0	8.0	43.0	45.1	35.1	10.0	4.0
40～49歳	1,849	57.3	13.1	44.2	37.1	30.3	6.8	5.6
50～59歳	1,272	64.5	19.1	45.4	27.7	23.4	4.3	7.7
60～69歳	674	63.2	20.5	42.7	26.2	23.7	2.5	10.5
70歳以上	195	61.0	23.6	37.4	15.9	12.8	3.1	23.1

・非人口集中地区、親と同居の妻の方が息子夫婦と暮らしたい

その他の要因をみると、人口集中地区よりも非人口集中地区の方で「賛成」が多くなっている。また、実際に親と同居している妻の方が別居している妻よりも「賛成」が多いが、それは同居している親が妻の親か夫の親かとはほとんど関係がない。

表Ⅳ-4-2 地域別にみた賛否：「年をとった親は、息子夫婦と一緒に暮らすのがよい」

地 域	総 数	賛 成(%)			反 対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
非人口集中地区	2,134	66.0	18.2	47.8	27.3	21.3	6.0	6.7
人口集中地区	3,949	53.7	11.5	42.2	40.0	32.6	7.4	6.3

表Ⅳ-4-3 親との同居・別居別にみた賛否：「年をとった親は、息子夫婦と一緒に暮らすのがよい」

親との 同居・別居	総 数	賛 成(%)			反 対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
同 居	1,240	66.2	16.0	50.2	29.0	23.0	6.0	4.8
夫の親と	926	67.1	15.3	51.8	28.6	22.6	6.0	4.2
妻の親と	310	64.2	18.4	45.8	30.0	24.2	5.8	5.8
別 居	3,611	53.3	10.7	42.6	42.6	33.8	8.8	4.1

・高齢の妻ほど家族による経済的負担を望む

最後に、高齢者の経済的負担を誰が負うべきかについて尋ねてみた。その結果、もっとも顕著な差異があらわれたのは妻の年齢で、年齢が高くなるにつれ「反対」が減少している。

表IV-4-4 妻の年齢別賛否：「高齢者の経済的負担は、公的機関より家族が負うべき」

妻の年齢	総 数	賛 成 (%)			反 対			不詳
			まったく賛成	どちらかといえば賛成		どちらかといえば反対	まったく反対	
29歳以下	580	27.9	2.9	25.0	69.9	51.7	17.9	2.4
30～39歳	1,513	22.6	1.8	20.8	74.1	47.3	26.8	3.4
40～49歳	1,849	27.8	4.9	22.9	66.0	41.9	24.1	6.2
50～59歳	1,272	32.7	6.8	25.9	58.6	39.9	18.7	8.7
60～69歳	674	40.2	8.9	31.3	48.1	31.8	16.3	11.7
70歳以上	195	40.6	10.3	30.3	35.4	26.2	9.2	24.1

5. 家族認識の範囲

自分との関係において誰を、あるいはどこまでを「家族」とみなすかは、ひとそれぞれである。以下の結果は、この家族認識の範囲を、「同居、別居にかかわらず家族である」、「同居していれば家族である」、「同居していても家族ではない」の3段階のレベルで測定したものである。

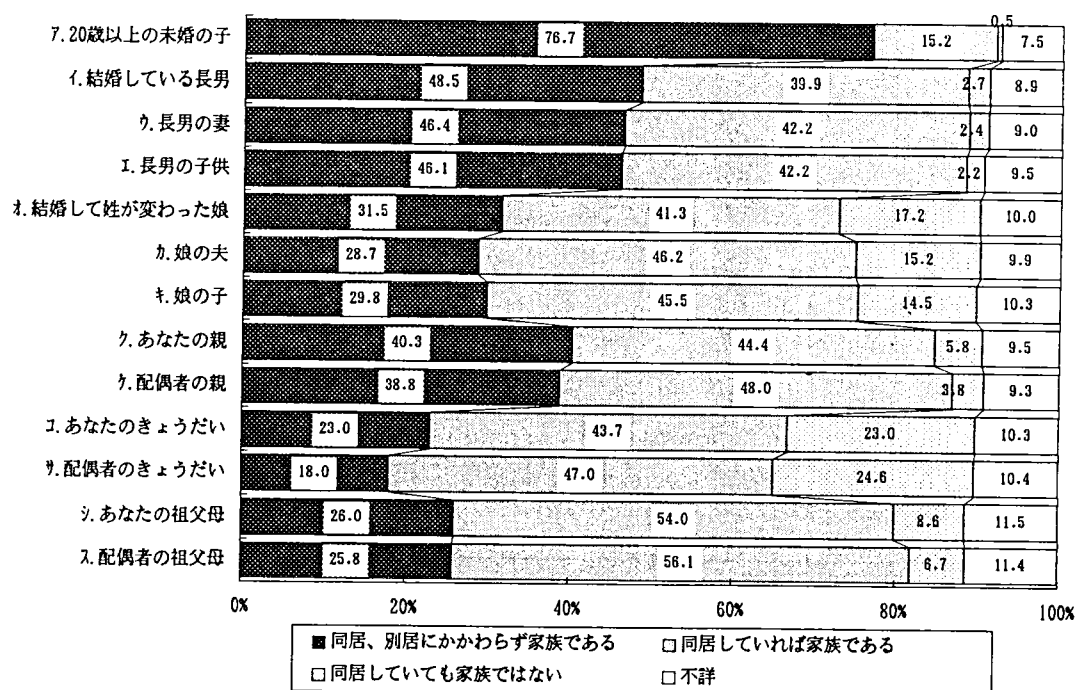
・依然強い直系家族制的認識

妻の全サンプルでみると、次のような特徴を指摘することができる。まず、「同居、別居にかかわらず家族である」とみなされる割合は、「20歳以上の未婚の子」で8割近くに達しているが、他の対象者は総じて低く、いずれも5割に満たない。むしろ、「同居していれば家族である」というレベルで家族を認識する割合が高く、一般に家族認識の条件として「同居」が重要であるといえよう。

ただ、そのなかでも、結婚している長男とその妻子、自分の親と配偶者の親については、「同居、別居にかかわらず家族である」とする割合が高く、直系家族制的規範が依然強く残っていることがうかがえる。

また、「結婚している長男＝長男の妻＝長男の子供」、「結婚して姓が変わった娘＝娘の夫＝娘の子供」というように、家族をひとまとめに認識しているのが注目される。

図IV-5-1 親との同居・別居別にみた家族認識の範囲

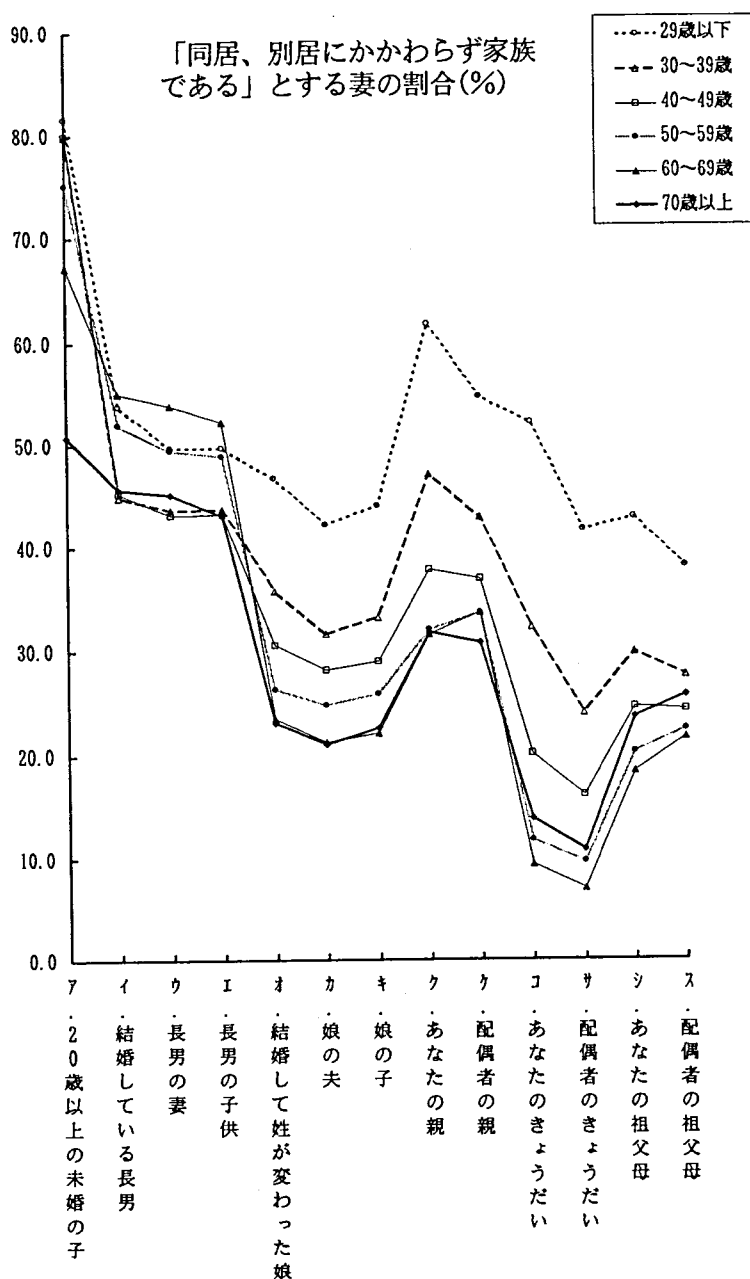


・若年層ほど家族認識の範囲が広い

つぎに、「同居、別居にかかわらず家族である」というレベルに限り、妻の年齢別に家族認識の範囲をみたのが以下の図である。若年層ほど個々の対象者を家族と認識する割合が高く、年齢が高いほどより低い傾向が顕著にあらわれており、総じて若年層の方が家族認識の範囲が広いといえよう。

よくみると、いくつか注目すべき点がある。第1に、長男とその妻子を家族として認識する割合は年齢差が小さいのに対し、他の対象者では年齢差がかなり大きくなっている。長男とその妻子の場合、最大10%程度の差異におさまっているが、他の対象者では20~40%の差異がある。とくに、妻(あなた)のきょうだい、配偶者のきょうだいでは、それぞれ最大42.8%、34.6%もの差異を示している。

図IV-5-2 妻の年齢別にみた家族認識の範囲



第2に、結婚している長男とその妻子に限っては、年齢の上昇に応じて認識の割合が単純に減少するのではなく、30歳代、40歳代でいったん低下するが、50歳代、60歳代でまた29歳以下の水準に戻り、70歳代以上になると再び減少する。

第3に、それでも結婚している長男とその妻子、妻(あなた)の親、配偶者の親の割合が、他と比べて相対的に高くなっている。

第4に、妻(あなた)の親と配偶者の親の認識度を比べると、40歳代までは妻(あなた)の親を家族と認識する割合が高いが、50歳代をこえると配偶者の親を家族と認識する割合の方が高くなる。しかし、70歳代以上では再び妻(あなた)の親の認識度の方が若干だが高くなっている。

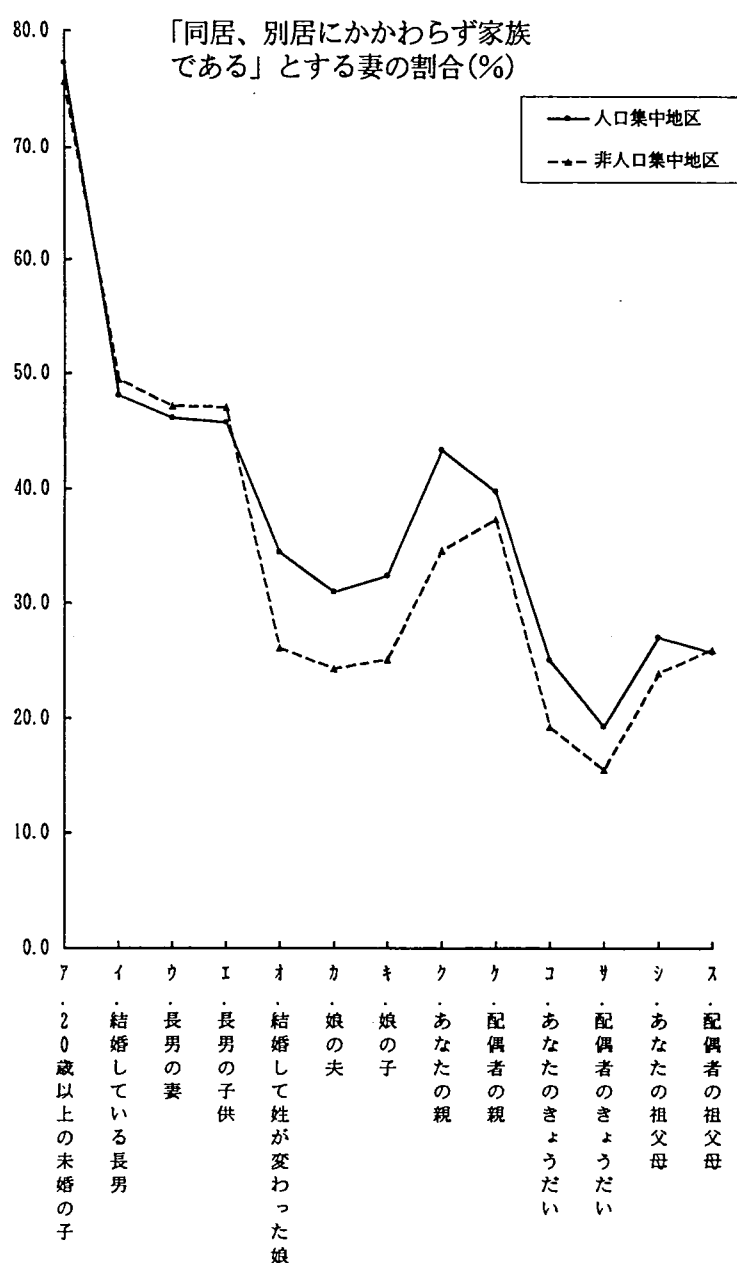
・人口集中地区の方が家族認識の範囲が広い

家族認識の範囲を同じレベルで地域別にみると、人口集中地区の方が総じて家族認識の範囲が広いといえよう。

ここでもほぼ同様の傾向が観察される。すなわち、結婚している長男とその妻子の認識度は人口集中地区と非人口集中地区でさほど差がないが、娘とその夫子や自分のきょうだい、配偶者のきょうだいに対する認識度は後者の方が低くなっている。

また、あなた(妻)の親と配偶者(夫)の親の認識度の差も注目される。人口集中地区ではあなた(妻)の親の認識度が配偶者(夫)の親の認識度よりも高いが、非人口集中地区では逆に配偶者(夫)の親の認識度の方が高い。非人口集中地区の方に直系家族制的規範がより強く残っているためと考えられる。

図VI-5-3 地域別にみた家族認識の範囲



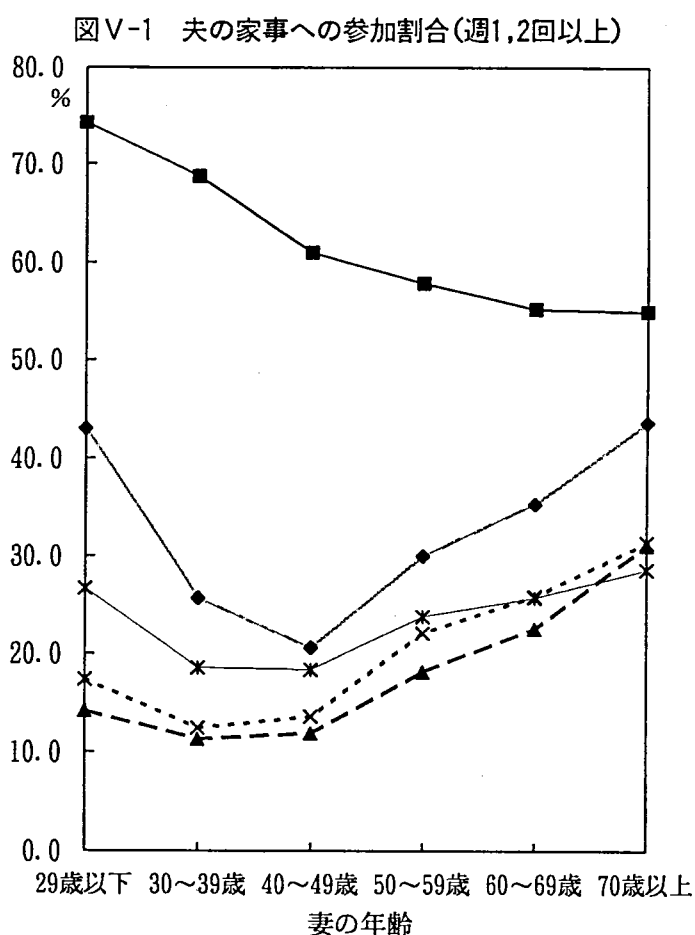
V. 夫の家事、育児の実態

今日でも日本の夫婦間では伝統的な性別役割慣行に基づいた家事育児分担が続いている。そこで、ここでは夫がどの程度家事や育児に参加しているかその実態を確認した。

1. 夫の家事の実態

・夫の家事参加は中年を底に浅いU字型

夫が家事に「週1-2回」以上参加している者の割合を5つの家事関連項目（「ゴミ出し」、「日常の買い物」、「掃除」、「洗濯」、および「炊事」）について妻の年齢別にみている。



「買い物」ではどの年代も比較的高い割合を示している。しかし、その他の項目では各年代ともすべて50%以下の参加割合となっている。しかも「炊事」、「洗濯」、および「部屋の掃除」といった本来の家事項目では3割にも満たない。

年齢別には、「買い物」以外の項目では40歳代の妻の夫を底にした浅いU字型を表す参加割合を示している。20歳代から30歳代、40歳代と次第に家事から遠ざかり、退職近くあるいは退職後の50歳代から60歳代にかけて、再び、家事に参加する夫の割合が回復する傾向がみられる。これは、30歳代、40歳代の妻の夫が社会的地位の変化とともに家庭より仕事の方にウエイトを移行させることと表裏であることをうかがわせる。また、家事をする頻度が「月1-2回」、あるいは「やったことがない」夫の割合が7割から8割を占めている項目が3項目ある。これは、いかに家事に無関心な夫が多いかを反映している。

・親と同居している夫は家事参加が低い

夫の家事への参加の程度をいくつかの属性別に検討している。

まず、親との同別居状態別にみると、親と同居している夫のほうが家事への参加は低くなっている。この傾向は5項目すべての家事項目に共通して見受けられ、親と別居している場合の方が夫の家事参加割合が高い。これは親との同居によって本来夫が分担すべき家事役割の機能を親が代行している可能性が高いことをうかがわせる。そのことが、一方で夫の家事への参加を妨げているとも考えられる。

末子の年齢別にみると、「ゴミ出し」、「日常の買い物」では子どもの年齢が低いほど家事参加が高い。しかし、「洗濯」、「炊事」では、1歳未満の子がいる場合を除いて、子どもの年齢によって差が小さい。

つぎに、妻の就業状態別では、「買い物」を除くどの家事項目も就業している妻をもつ夫の方が非就業の妻の夫よりも若干家事参加割合が高い。なかでも妻が常勤で働いている場合が高くなっている。

夫の職業別には、おおむね自営業・家族従業、農林漁業の夫で家事参加が多少低く、勤め人の職種間では家事項目によるばらつきはあるが、あまり差がみられない。

「部屋の掃除」、「洗濯」、および「炊事」など基本的な項目では、「週1～2回」程度以上行う割合の余数として得られる「ほとんど家事に参加しない」割合が8割以上もあり、夫があまり家事役割を分担していない実態が確認された。

表V-1-1 属性別にみた夫の家事参加

項目・属性	総 数	ゴミ出し	日常の買い物	部屋の掃除	洗 濯	炊 事
総 数	6,083	28.2 %	26.3	14.8	17.0	21.2
同居別居						
同 居	1,240	18.4	21.7	10.7	11.3	17.3
別 居	3,611	30.1	27.3	13.8	16.2	21.4
末子年齢						
12歳未満	831	18.4	23.2	11.8	11.9	16.5
6歳未満	488	22.9	25.7	12.5	11.5	18.1
3歳未満	477	37.3	31.0	11.6	11.6	17.4
1歳未満	219	45.6	35.0	9.8	16.9	22.7
妻の就業形態						
就 業	2,845	28.3	23.9	16.1	19.6	24.6
常 勤	1,019	34.0	26.3	21.5	25.9	29.8
パート	1,059	24.6	23.4	13.3	17.4	23.1
自営業・家族従業	767	26.0	21.2	12.9	14.0	19.4
非 就 業	2,771	27.4	28.6	13.0	13.6	17.3
夫の職業						
農林漁業	182	20.8	20.9	12.2	23.6	18.5
自営業・家族従業	609	26.9	20.0	9.9	11.5	17.4
勤め人						
専門職	1,473	25.2	23.6	12.3	13.6	19.4
事務職	1,304	28.3	27.1	12.9	14.7	21.2
現場労働	719	27.3	28.0	14.8	19.1	19.9

注) 週1～2回程度以上行う

・ 1 時間半以上の遠距離通勤は家事参加が低い

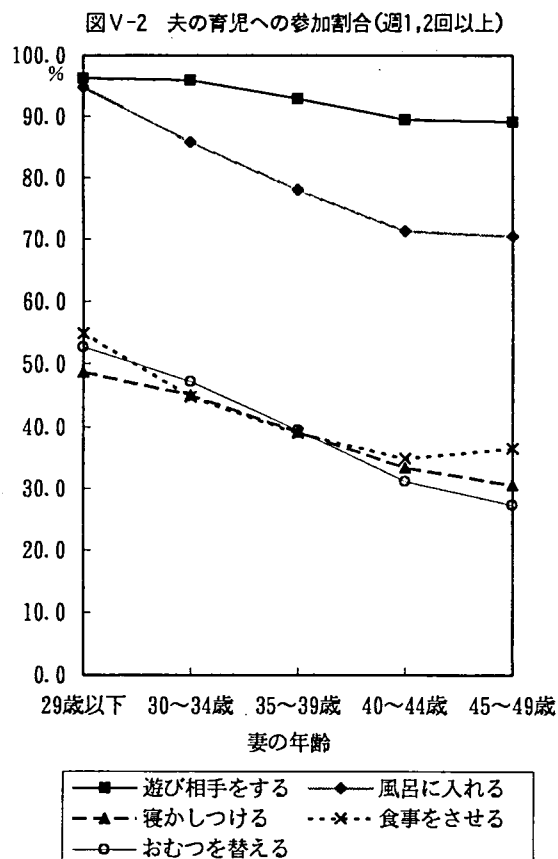
夫の通勤距離別にみると、「週 1 - 2 回」程度の参加であれば、通勤距離との関係が小さい「買い物」を除いて、1 時間半以上の遠距離通勤の夫で家事に参加する程度が低くなっており、長時間通勤によって家事に参加しにくい状況がうかがえる。

表 V1-2 通勤距離からみた夫の家事参加

夫の通勤距離	総 数	ゴミ出し	日常の買い物	部屋の掃除	洗 濯	炊 事
自 宅	672	28.0 %	22.9	14.3	15.9	20.3
30分以内	2,209	27.8	22.8	11.9	15.5	18.9
1.5時間以内	1,855	26.5	27.7	14.2	13.9	21.1
1.5時間以上	188	17.4	29.3	10.2	10.8	18.0

注) 週 1 - 2 回程度以上行う

2. 夫の育児の実態



・ 若年層ほど育児参加が高い

現在、出産育児期かあるいはそれに近い年代である妻50歳未満の夫の育児実態について検討している（実際に子どもをもっている夫婦のみを対象としている）。具体的には、育児に関連する5項目（「遊び相手」、「風呂に入れる」、「寝かしつける」、「食事をさせる」、および「おむつを替える」）について、夫が「週 1 - 2 回」程度以上参加している割合をみている。

各年代とも、「風呂に入れる」や「遊び相手をする」といった比較的軽めの育児項目で7割を越す参加割合を示している。しかし、「寝かしつける」、「食事をさせる」、さらに「おむつを替える」といった手のかかる項目への参加程度は低くなっており、いずれも50%を割っている。また、年齢が上昇するにつれて夫の育児への参加度は徐々に低下しているが、現在、育児期にある20歳代や30歳代の妻の夫の場合でも、「週 1 - 2 回」程度の育児参加をしている割合が半分程度にとどまっている。

・手のかかる育児項目ではほとんどやらないが6割

夫が育児に「週1－2回」以上参加している割合を属性別に検討している。

まず、末子の年齢別にみると、「遊び相手をする」、「風呂に入れる」では、1歳未満や3歳未満と子どもが小さいほど高い割合を示している。しかし、そのほかの育児項目では「週1－2回」程度の育児であっても参加する割合は50%前後でしかない。たとえ子どもが小さい場合でも夫の育児への関与は低く、妻が育児の主体者である実態がうかがえる。

妻の就業状態別にみると、妻が非就業の場合、いずれの育児項目でも就業の妻の場合をわずかに上回っている。すなわち、専業主婦の夫の方が育児参加している割合が高いことになる。

夫の職業別では、農林漁業、自営業・家族従業の夫で「おむつを替える」、「食事をさせる」など手のかかる育児への参加がやや低いといえる。勤め人の職種間では家事参加と同様に、どの育児項目でも総じて差が小さい。

いずれにしても、「寝かしつける」、「食事をさせる」、さらに「おむつを替える」などの育児項目で、「週1～2回」程度以上行うの余数である「ほとんど育児に参加していない」夫が6割もいることは、家事ばかりでなく、育児についても妻まかせであることを反映している。

表V-2-1 属性別にみた夫の育児参加

項目・属性	総数	遊び相手をする	風呂に入れる	寝かしつける	食事をさせる	おむつを替える
総数	3,553	78.0 %	73.0	38.0	40.3	37.5
末子年齢						
12歳未満	831	71.6	68.9	36.5	35.5	34.2
6歳未満	488	86.9	76.7	43.7	40.6	46.8
3歳未満	477	94.1	80.4	45.6	56.2	46.0
1歳未満	219	96.3	81.4	58.4	52.2	61.7
妻の就業形態						
就業	1,809	75.4	71.1	36.2	38.9	34.7
常勤	665	75.2	70.6	37.3	42.5	38.0
パート	709	77.1	72.9	35.9	38.2	34.0
自営業・家族従業	435	72.0	67.6	32.9	32.3	29.7
非就業	1,544	81.4	75.2	40.2	41.6	41.1
夫の職業						
農林漁業	66	81.1	65.4	35.3	30.6	19.2
自営業・家族従業	374	73.1	70.5	39.0	36.9	32.2
勤め人						
専門職	972	78.8	75.2	39.2	40.8	39.5
事務職	928	79.4	73.7	38.3	39.4	40.5
現場労働	503	78.2	70.2	40.6	44.2	35.1

注)週1－2回程度行う

3. 夫の家事、育児への参加に対する妻の満足度

・子どもが小さい母親ほど夫の家事、育児に満足

日本の妻は夫の家事、育児への役割遂行の低さにもかかわらず割合と満足度が高いといわれる。そこで、夫の家事、育児への参加の実態に対し妻はどう考えているのかを検討している。

今回の結果でも、夫の家事、育児に対し肯定的に受けとめている「満足」している妻の割合（「非常に満足」と「まあまあ満足」の合計）は、全体で6割を占めている。

これを妻の年齢別にみると、29歳以下の若い妻でもっとも満足度が高く7割(72.5%)が肯定派で、ついで、60歳代、50歳代と続き、30歳代、40歳代が低くなっている。これは、夫のU字型の家事参加割合の実態とかなり相応している。しかし、満足度のもっとも低い40歳代でも半数以上（56.6%）が、夫の家事参加の実態に肯定的である。

さらに、末子の年齢によるライフステージ別にみると、末子の年齢が低いほど満足度は高い。とくに、1歳未満の子どもをもつ妻ではほぼ4分の3近く（73.9%）が肯定的である。夫の家事、育児への参加実態と比べれば、妻の夫への家事、育児に対する要求水準がもともと低いためともいえる。それは、また妻の側でも性別役割分業を肯定するような意識が根強く存在することをうかがわせる。しかし、その一方で末子の年齢が上昇するにつれ、夫の家事、育児態度に対する否定的意見をあらわす不満の度合いもかなり高い割合を示している。末子が6歳未満を境に「不満」（「やや不満」＋「非常に不満」）と回答した妻が4割を超えていることは注目される。

妻の就業状態別にみると、非就業の専業主婦の方が満足度は高い。しかし、働いている妻の場合でも半数以上（57.8%）が夫の家事、育児に対し肯定的である。

表V-3-1 夫の家事、育児の参加度に対する満足度

項目・属性	総 数	満 足			不 満		
			非常に満足	まあまあ満足		やや不満	非常に不満
総 数	5,554	60.7%	10.5	50.2	39.3	29.1	10.2
妻の年齢							
29歳以下	557	72.5	17.8	54.7	27.5	22.3	5.2
30～39歳	1,466	58.1	11.4	46.7	41.9	32.4	9.5
40～49歳	1,740	56.6	9.5	47.1	43.4	31.3	12.1
50～59歳	1,115	61.6	7.8	53.8	38.4	27.3	11.1
60歳以上	676	65.5	9.6	55.9	34.5	25.2	9.3
末子年齢							
18歳以上	1,239	58.5	8.0	50.5	41.4	29.1	12.3
18歳未満	917	57.5	9.4	48.1	42.6	29.7	12.9
12歳未満	815	54.0	9.9	44.1	46.0	34.0	12.0
6歳未満	480	59.2	11.7	47.5	40.9	32.1	8.8
3歳未満	470	65.3	13.0	52.3	34.7	28.3	6.4
1歳未満	215	73.9	17.2	56.7	26.1	20.5	5.6
妻就業状態							
就 業	2,786	57.8	9.8	48.0	42.2	30.9	11.3
非就業	2,543	63.1	11.2	51.9	36.9	27.7	9.2

・妻の満足度は、夫の家事、育児参加度合いに比例

妻の家事、育児参加に対する満足度と実際の分担項目数についてみると、満足度の意識と実際の分担項目数は、家事、育児ともほぼ同じ傾向を示している。つまり、夫の家事、育児参加が高ければ妻の満足度もこれに相応して上昇している。しかし、「満足」と「不満」の分岐点が、平均項目数で見ると家事項目数では2項目と3項目の間にあり、育児項目では3項目と4項目の間にあるように、やはり、妻の夫に対する家事、育児参加への要求水準は低い。しかし、かなりの妻が、夫の家事、育児の実態に不満をもっていることも事実である。

表V-3-2 妻の満足度と家事・育児分担項目数の関係

(家事)

満足度	総 数	家事分担項目数				
		なし	1-2	3-4	5	平均
総 数	5,554	18.6%	30.5	27.7	23.2	2.6
非常に満足	583	3.5	15.1	31.2	50.3	3.9
まあまあ満足	2,786	11.8	27.4	32.3	28.5	3.0
やや 不満	1,618	25.6	38.9	24.1	11.5	2.0
非常に不満	567	43.0	38.9	14.5	3.6	1.2

(育児)

満足度	総 数	育児分担項目数				
		なし	1-2	3-4	5	平均
総 数	5,120	5.9%	21.5	31.3	41.2	3.6
非常に満足	514	0.9	8.0	21.3	69.8	4.4
まあまあ満足	2,551	3.2	15.5	31.4	50.0	3.9
やや 不満	1,493	5.5	28.7	37.0	28.8	3.3
非常に不満	544	19.8	40.9	27.4	11.8	2.2

注)「やったことがない」以外を家事、育児に参加した項目として扱っている

VI. 育児、介護の支援方法

・育児では何より「夫の協力」、介護では「制度や施設」および「老人福祉施設」も重要

育児、介護を支援する上で重要だと考えられる方法を妻に優先順に三つ選んでもらったところ、いずれももっとも重要な支援方法として「配偶者(夫)の協力」、2番目に「家族の協力」、3番目に「制度や施設利用の経済援助」が1位にあげられた。

しかし、両者の割合を比較すると、育児では「配偶者(夫)の協力」が圧倒的に高い割合を占めているのに対し、介護ではそれほどでもなく、「家族の協力」とともに「制度や施設利用の経済援助」の重視度が相対的に高くなっている。さらに、それぞれの2位をみると、育児の場合は「家族の協力」、「配偶者の協力」、「近所の協力」であるのに対し、介護では「家族の協力」、「老人福祉施設の充実」がきており、育児に比べ介護の方で近親者以外の制度的支援方法が重視されているといえよう。

表VI-1 育児と介護の重要な支援方法

育児/介護	総数	順位	最も重要	2番目に重要	3番目に重要
育 児	6,083	1位	配偶者の協力 71.4%	家族の協力 45.6	制度や施設利用の経済援助 12.6
		2位	家族の協力 15.1	配偶者の協力 5.2	近所の協力 6.9
介 護	6,083	1位	配偶者の協力 54.0	家族の協力 41.4	制度や施設利用の経済援助 19.6
		2位	家族の協力 28.2	老人福祉施設の充実 14.6	老人福祉施設の充実 16.9

・育児、介護とも、「夫の協力」をより重要と考えるのは人口集中地区や親と別居の妻

育児について、現住地が人口集中地区か非人口集中地区かで分析すると、人口集中地区の方が「配偶者(夫)の協力」を重視する妻が多く、2番目の「家族の協力」との差が大きい。また、いずれも3番目に「制度や施設利用の経済援助」がきているが、人口集中地区の方がやや高い割合を示している。

さらに、親との同居・別居別でみると、別居している妻の方が「配偶者(夫)の協力」をより重視しており、3番目の「制度や施設利用の経済援助」も若干だが同居の妻より高くなっている。親やきょうだいの力を借りられない分、配偶者(夫)や公的機関へ期待しているからだろう。

以上の傾向については介護でもほぼ同様だが、育児に比べ、地域別、親との同居・別居別の差異は小さい。これは逆に、介護支援への要望の方がより一般化していることをうかがわせる。

表VI-2 地域別、親との同居・別居にみた育児と介護の重要な支援方法

地 域・ 親との同居・別居	総 数	最も重要(1位) 配偶者(夫)の協力		2番目に重要(1位) 家族の協力		3番目に重要(1位) 制度や施設利用の経済援助	
		育 児	介 護	育 児	介 護	育 児	介 護
非人口集中地区	2,134	64.9%	49.6	43.3	39.2	10.4	17.1
人口集中地区	3,949	74.9	56.3	46.8	42.6	13.9	21.0
同 居	1,240	65.9	46.9	51.9	39.9	11.4	20.4
別 居	3,611	77.5	56.4	44.9	42.7	13.8	21.6

注)同居・別居の親は夫方、妻方を問わない

・若年層、末子年齢の低い妻ほど、育児では「夫の協力」、介護では「制度や施設」を重視

妻の年齢別に育児の支援方法の重視度をみると、年齢が低下するにしたがって「配偶者(夫)の協力」を重視する度合いが急激に増大する。それに比べ、2番目の「家族の協力」の重視度は、多少若年層の方が高い傾向がみられるものの、年齢間の差はさほど大きくない。また、3番目の支援方法として、ほとんどの年齢層で「制度や施設利用の経済援助」があげられているが、70歳以上になると「近所の協力」にとって代わられている。

これに対し、介護の支援方法の重視度を同じく妻の年齢別に見ると、「配偶者(夫)の協力」の重視度は、育児の場合に比べ、さほど年齢差はない。しかし、2番目の「家族の協力」や3番目の「制度や施設利用の経済援助」になると、若年層ほど重視度が高くなる傾向があり、とくに後者においてそうである。これは、現実介護の担い手として問題に直面している、ないしは今後直面するであろう若い世代の妻の意識が反映されているからだと思われる。

以上の結果は妻の持つ末子の年齢と関係すると考えられるが、実際、末子の年齢が低い層ほど育児では「配偶者(夫)の協力」、介護では「制度や施設利用の経済援助」を重視するという傾向にある。

表VI-3 妻の年齢別にみた育児と介護の重要な支援方法

妻の年齢	総数	最も重要(1位) 配偶者(夫)の協力		2番目に重要(1位) 家族の協力		3番目に重要(1位) 制度や施設利用の経済援助	
		育 児	介 護	育 児	介 護	育 児	介 護
29歳以下	580	82.2%	54.1	46.3	45.2	12.8	22.1
30～39歳	1,503	79.4	54.4	47.9	41.7	13.4	23.7
40～49歳	1,849	72.9	53.8	45.6	42.1	13.1	20.9
50～59歳	1,272	63.5	51.8	43.2	40.3	13.5	17.3
60～69歳	674	58.8	57.4	42.1	39.6	9.9	12.3
70歳以上	195	58.5	53.8	45.1	35.9	*9.7	8.2

注)*印は「近所の協力」

表VI-4 末子年齢別にみた育児の重要な支援方法

末子年齢	総数	最も重要(1位) 配偶者(夫)の協力		2番目に重要(1位) 家族の協力		3番目に重要(1位) 制度や施設利用の経済援助	
		育 児	介 護	育 児	介 護	育 児	介 護
子どもと同居していない	1,036	63.1%	56.5	45.0	40.2	11.0	13.8
18歳以上の子と同居	1,353	66.2	52.7	44.3	42.1	12.9	17.8
12～18歳未満の子と同居	952	75.4	54.7	47.7	43.7	13.4	21.3
6～12歳未満の子と同居	831	79.4	56.9	50.4	44.6	14.3	23.8
3～6歳未満の子と同居	488	82.6	56.8	51.6	44.3	12.5	26.4
1～3歳未満の子と同居	477	80.5	50.3	46.5	39.8	13.8	21.8
1歳未満の子と同居	219	86.3	55.7	53.9	46.6	11.9	21.9
*3～6歳未満の子が2人以上同居	372	81.2	53.8	52.2	43.5	11.8	22.0
*3歳未満の子が2人以上同居	69	82.6	58.0	50.7	52.2	**17.4	20.3
子どもなし	486	73.3	58.6	40.3	39.5	12.8	21.6

注)*印は再掲、**印は「職場保育の充実」

・育児は夫妻の就業状態が反映、介護は「老人福祉施設の充実」や「制度や施設利用の経済援助」

以下の表は、夫妻の就業状態によって育児の支援方法の重視度にどのような違いがあるかをみたものである。いずれにおいても、もっとも重要な支援方法として「配偶者(夫)の協力」、2番目に「家族の協力」が1位にあげられているものの、2番目の2位にはそれぞれ異なる支援方法があげられている。すなわち、夫常勤・妻常勤の場合は「育児休業の所得保障」、夫常勤・妻パートと夫常勤・妻自営業／家族従業の場合は「育児休業後の職場復帰」、夫常勤・妻専業主婦の場合は「職場保育の充実」というようになっており、現在の就業状態に応じた要望が反映されていると思われる。

一方、介護では、いずれももっとも重要な支援方法として「配偶者(夫)の協力」が1位にあげられているが、2位にあげられた「家族の協力」の割合とは育児の場合より接近しており、とくに夫常勤・妻常勤の場合にその差異が小さい。介護の場合には、「配偶者(夫)の協力」もさることながら、「家族の協力」がかなり重視されているといえる。また、2番目、3番目をみると、近親者以外の支援方法として「老人福祉施設の充実」や「制度や施設利用の経済援助」があげられている。これはどの就業状態においても同じで、育児の場合とは対照的である。

表VI-5-1 夫妻就業状態別にみた育児の重要な支援方法

育 児		単位：％					
夫妻就業状態	総 数	最も重要		2 番目に重要		3 番目に重要	
		1 位	2 位	1 位	2 位	1 位	2 位
夫常勤・妻常勤	795	配偶者の協力 68.4	家族の協力 19.7	家族の協力 37.5	育児休業の所得保障 10.4	保育所の時間延長 11.1	制度や施設利用の経済援助 10.8
夫常勤・妻パート	762	配偶者の協力 76.6	家族の協力 11.8	家族の協力 46.7	育児休業後の職場復帰 5.9	制度や施設利用の経済援助 13.0	育児休業の所得保障 7.2
夫常勤・妻自営業／家族従業	87	配偶者の協力 75.9	家族の協力 16.1	家族の協力 57.5	育児休業後の職場復帰 5.7	制度や施設利用の経済援助 9.2	近所の協力、保育所の時間延長 9.2
夫常勤・妻専業主婦	1,624	配偶者の協力 82.7	家族の協力 9.7	家族の協力 50.1	職場保育の充実 6.0	制度や施設利用の経済援助 14.4	近所の協力 8.8
夫常勤以外・妻有職	915	配偶者の協力 65.0	家族の協力 19.7	家族の協力 46.8	配偶者の協力 6.2	制度や施設利用の経済援助 13.4	保育所の時間延長 5.9

注)ゴシック文字は制度的な支援方法を指す

表VI-5-2 夫妻就業状態別にみた介護の重要な支援方法

介 護		単位：％					
夫妻就業状態	総 数	最も重要		2 番目に重要		3 番目に重要	
		1 位	2 位	1 位	2 位	1 位	2 位
夫常勤・妻常勤	795	配偶者の協力 48.3	家族の協力 34.2	家族の協力 34.1	老人福祉施設の充実 15.6	制度や施設利用の経済援助 17.9	老人福祉施設の充実 16.4
夫常勤・妻パート	762	配偶者の協力 55.5	家族の協力 29.9	家族の協力 43.0	老人福祉施設の充実 16.1	制度や施設利用の経済援助 22.7	老人福祉施設の充実 20.1
夫常勤・妻自営業／家族従業	87	配偶者の協力 51.7	家族の協力 35.6	家族の協力 44.8	老人福祉施設の充実 14.9	制度や施設利用の経済援助 23.0	老人福祉施設の充実 18.4
夫常勤・妻専業主婦	1,624	配偶者の協力 59.6	家族の協力 28.0	家族の協力 45.5	老人福祉施設の充実 15.3	制度や施設利用の経済援助 23.3	老人福祉施設の充実 18.3
夫常勤以外・妻有職	915	配偶者の協力 51.5	家族の協力 28.0	家族の協力 42.5	配偶者の協力 12.9	制度や施設利用の経済援助 16.5	老人福祉施設の充実 16.9

注)ゴシック文字は制度的な支援方法を指す

- ・ 保育所の希望開設時間の平均は11時間で、開所・閉所とも遅め

育児の支援方法として優先順位3番までの中に「保育所の時間延長」をひとつでも取り上げた人に、保育所の希望開設時間を答えてもらった。その結果、希望開設時間の平均は、午前7時39分～午後6時37分の10時間58分となっている。実際の開設時間でもっとも多いのが10～11時間未満であることからすると、希望時間の方がやや長いといえよう。

希望する開所・閉所時刻の分布をみると、開所時刻では午前8時台がもっとも多く48.6%、閉所時刻では午後6時台で36.2%である。これを実際の開所・閉所時刻と比べると、最多時間帯がそれぞれ1時間ほど遅くなっていることがわかる。

*表VI-6 保育所の開設時間の実態

9時間未満	9.2%
9～10時間未満	19.3
10～11時間未満	55.2
11時間以上	16.3

表VI-7 保育所の希望開所・閉所時刻の分布

総 数	希望開所時刻				
	7:00以前	7:00 ～7:59	8:00 ～8:59	9:00 ～9:59	10:00以降
481	2.3%	39.9	48.6	8.7	0.4
**24,134	開所時刻の実態				
	0.0	69.0	30.8	0.1	0.1

総 数	希望閉所時刻								
	15:00 以前	15:01 ～16:00	16:01 ～17:00	17:01 ～18:00	18:01 ～19:00	19:01 ～20:00	20:01 ～21:00	21:01 ～22:00	22:00 以降
484	0.6%	3.3	10.7	32.0	36.2	10.3	3.5	1.7	1.7
**24,134	閉所時刻の実態								
	0.3	6.1	12.6	63.6	17.0	0.3	0.0	0.1	0.0

注) *印の表VI-6は『平成4年 社会福祉施設調査報告』(厚生省大臣官房統計情報部)の24頁から引用し、**印の数値は同報告書の98-99頁より算出したもの。なお、時刻の分類はこの報告書に従った。

- ・ 人口集中地区、親と別居、自営業/家族従業で希望時間が長い

各種属性別にみると、非人口集中地区よりも人口集中地区で、同居より別居で希望時間が長く、就業状態では夫常勤・妻自営業/家族従業がもっとも長くなっている。

表VI-8 属性別にみた保育所の希望開所・閉所時刻と開設時間

地域、同居・別居、夫妻就業状態	総数(午前/午後)	開所時刻	閉所時刻	開設時間
合 計	481/484	7:39am	6:37pm	10.58
非人口集中地区	183/183	7:40	6:15	10.35
人口集中地区	298/301	7:39	6:51	11.12
同 居	88/ 88	7:43	6:15	10.32
別 居	333/335	7:38	6:45	11.07
夫常勤・妻常勤	120/121	7:31	6:32	11.01
夫常勤・妻パート	69/ 70	7:36	6:44	11.08
夫常勤・妻自営業/家族従業	8/ 8	7:32	7:08	11.36
夫常勤・妻専業主婦	104/103	7:47	6:55	11.08
夫常勤以外・妻有職	74/ 75	7:53	6:19	10.26

THE STATE OF
WORLD POPULATION

世界人口白書 1994

資料 9



UNFPA
United Nations
Population Fund

国連人口基金

Dr. Nafis Sadik
Executive Director
事務局長
ナフィス・サデック



THE STATE OF WORLD POPULATION

世界人口白書

1994

CHOICES
AND
RESPONSIBILITIES

選択と責任

UNITED NATIONS POPULATION FUND

国連人口基金

Researchers:

Amy Ong Tsui, Nancy Dole
Tamina Gorbach, Claire Viadro
Carolina Population Center
University of North Carolina at
Chapel Hill

Editor:

Alex Marshall

Cover photo:

Jorgen Schytte/Still Pictures

日本語版監修:

黒田俊夫

(日本大学人口研究所名誉所長)

日本語版制作:

ジョイセフ (財団法人 家族計画国際協力財団)

〒162 東京都新宿区市ヶ谷砂土原町1-1

電話 東京(03)3268-5875 Fax.3235-7090

発売元:

財団法人 世界の動き社

〒105 東京都港区西新橋1丁目6-14

電話 東京(03)3504-1655 Fax.3504-1656

郵便振替 東京0-25740番

印刷:

株式会社日本形色

この白書は再生紙を使用しています。

INTRODUCTION A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題

個々の女性のエンパワーメントは、男女双方の選択の幅を広げ、家庭や地域レベルでの行動を起こす基礎となり、今世紀およびその後人口問題の解決を含めた社会開発のカギとなる。ヘルス・ケア、家族計画、あるいは教育を人々が自由に、同じように利用できることは、それ自体望ましいだけでなく、環境保護と経済開発を含む、より多くの目標を達成するための現実的な貢献となることは数々の証拠から明らかである（女性のエンパワーメントは第1章を参照）。

このことは女性にとっては特別に意味のあることである。なぜなら、それは女性たちの現在できる貢献、将来できる可能性のある貢献の両方の重要性をはっきりさせたからである。妻や母親としての役割としてだけでなく、個人としての顔をもつ女性の時代になるうとしている。

こうした認識の変化の根底にあるのは、女性たちが妊娠・出産を自由にコントロールできるようになってきたことにある。妊娠・出産について選択できることは、女性の健康を向上させ、教育・結婚・就業・居住・移住に関する選択の幅を広げる。個人の発展のためのこれらの選択は社会全体の発展にもつながる。

個人の選択と人類全体の責任

個人が、子供を、いつ、何人産むかを選択できることは基本的人権のひとつである。選択の拡大は社会のすべてのレベルにおいて発展の基礎となる。人口とそれを支える資源のバランスを保つことは不可欠である。自由な選択を阻害する障壁を取り除くことができれば、結果として、小家族や緩やかな人口増加が実現するだろう。出生力の低下の半分は避妊によるとみられている。世界全体で家族規模を自由に選択できるようになれば、人口増加も持続可能な経済発展に適合した緩やかなものになるだろう。こうした現象は、今日、あらゆる途上国で見られるが、急速な工業化が進められているアジ

ア諸国で最も顕著である。

複雑に絡み合った世界的諸問題、すなわち、貧困、失業、食糧・水・エネルギー不足、大量消費、環境破壊、社会崩壊などはひとつの方法では解決できない。各国や国際社会は債務、貿易、技術や世界資源などの対外経済要因とともに開発のための管理や体制についての諸問題に取り組む必要がある。

しかし、21世紀初頭の世界人口が緩やかに増加すれば、あらゆる問題の圧力を和らげ、解決法への時間的余裕をもたらすだろう。人口問題をかかえる国々にとっては、低出生率へ向けたわずか10年の努力の差が、教育、質の高いヘルス・ケア、雇用機会の提供などの生活の質の向上へかなりの影響を及ぼすことになる。

人口増加と人口分布

1994年年央の世界人口は56億6000万人である。これが1998年までに60億人に達する。全体としての出生率が低下しても、年ごとの増加は史上かつてない速いペースで9400万人ずつ増加している。1997年以降の年増加数は下がりはじめ、2020年までに8500万人になると予測されている。増加のほとんどはアジア、アフリカ、ラテンアメリカでのものである。半数以上は世界の多くの最貧国が集中している南アジアとアフリカである。

最新の国連の推計によれば、世界人口は、2025年までに85億人、2050年までに100億人に達するという。これら長期推計は出生力の低下の持続を前提としている。この前提がない場合には、2050年までに125億人に達するとみられる。

教育はこのエジプトの少女と国の将来にとってカギとなる。

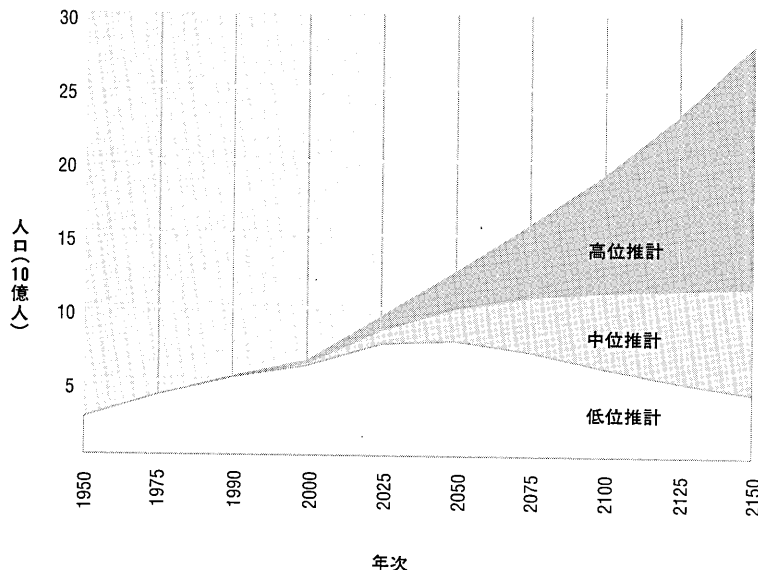


Mark Edwards/Still Pictures

INTRODUCTION - A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題

1. 世界人口長期将来推計(2150年まで): 3つの仮説



高位推計と中位推計の差は、25億人であり、これは1950年の世界人口と同じである。

しかし、人口増加はもっと緩やかにもなりうる。さらに急速な出生率低下を前提とする低位推計では、2050年の人口は78億人となる。中位推計と低位推計の2050年の時点での差は22億人である。

年間人口増加率はアフリカの2.9%が世界最高で、アジアとラテンアメリカが1.8%、北アメリカが1.1%、旧ソ連が0.5%、そしてヨーロッパは0.3%で最低である。これらの増加率は、1950年代以降の世界の人口分布の変化を物語っている。1950年代、アジアは世界人口の55%を占め、ヨーロッパは16%、アフリカは9%だった。それが1993年には、アジアは60%を占め、アフリカがヨーロッパに代わって

第2位についた。こうした傾向は2015年まで続き、その時点で、アフリカは19%、ヨーロッパは6%を占めると予測されている¹。

こうした変化はすべての国の政策に大きな影響を与えるだろう。すでに、従属人口のバランスや住宅、教育、保健、その他のサービスの需要パターンが変わりつつある。特に今後、雇用と労働力に対する影響が大きくなる。1995年から2020年までに、アジア、アフリカ、ラテンアメリカで13億人の新たな労働力が加わり²、それ以後、新しい雇用の需要は低減する。一方、今日、先進工業国では、65歳以上の人口の割合が確実に増加し、現在の12.7%が、2025年には18.4%になる³。

Source: United Nations. 1992. Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150. New York: United Nations. p. 14, Table 4.

移動

国内で都市への人口集中が進むと、住宅、水、衛生、エネルギー、保健、教育、社会サービス、食糧供給の必要性が増す。今世紀末には、都市人口は全体の50%に達する見込みで、現在、途上国に125ある人口100万人以上の都市が300になると予測されている⁴。

1994年に、自らの選択によって、あるいは難民として母国以外の国にいる人々が1億2500万人いる。1993年の報告によれば、国際的な人口移動の圧力は強まっている⁵。国境を超えた人口移動は、国内での都市への人口移動と比べれば、量的には年間約100万人とわずかなものだが、社会的、経済的には、その量とは比較にならないほど大きな影響を与える。

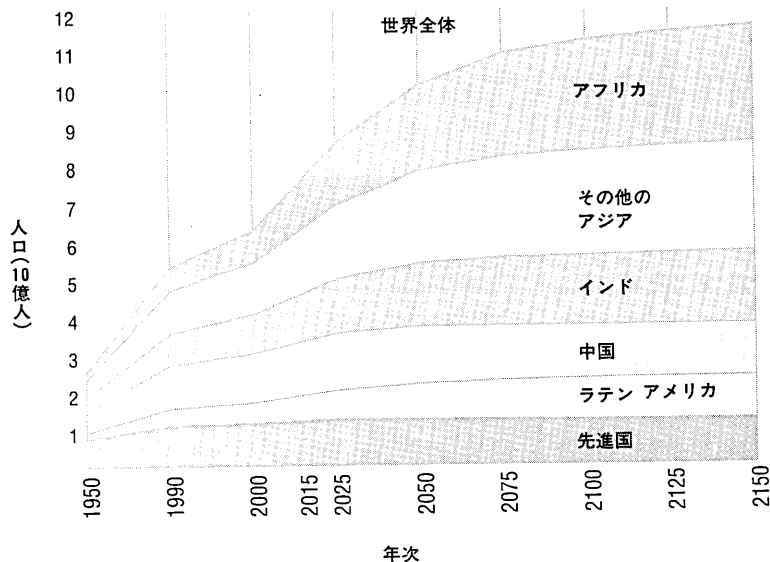
エイズ

正確なデータを入手することは困難だが、1992年初頭では、全世界で270万人がエイズに感染し、そのうちの90%がすでに死亡しているとみられている⁶。エイズ患者数からも明らかなように、ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染の世界的広がりはさらに劇的である。1990年には900万人の成人がHIVに感染していると考えられていたが⁸、いまや、1400万人から1800万人にのぼる⁷。そればかりか、HIV/エイズの流行はとどまるところを知らない。世界中で予防の努力がなされているにもかかわらず

INTRODUCTION - A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題

2. 世界主要地域別将来人口推計(中位推計)



Source: United Nations. 1992. Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150. New York: United Nations. p. 22, Table 6.

も、エイズが国レベルでの人口増加率に重大な影響を与えることはないという¹³。しかし、少なくとも、特にアフリカにおいては、いくつかの主要都市や地域で人口増加率が減ることはありうる¹⁴。

エイズが人口全体に及ぼす影響は比較的小さなものだとしても、エイズの流行が激しかった村、地域、国では将来それが人々の健康、社会、経済にかなりの打撃を与えることは否定できない¹⁵。それらの地域ではエイズが社会構造に与える影響は深刻である。社会から若年・壮年層の生命が奪われ、多くの子供が孤児となるからである。若年層の死亡率が増大し、平均寿命が短くなり、経済成長を脅かすことになる¹⁶。

経済成長と貧困

アジアとラテンアメリカの一部の国々の実質経済成長率が上昇したことによって、1990年代における途上国全般の経済成長率は80年代のそれを上回ってきた。また、開発努力の結果、途上国における絶対貧困ライン以下の人口の割合は低下した。55の最貧国で過去25年に平均寿命は53歳から62歳に延び、出生1000人に対する乳児死亡率は110から73に減少、安全な水を手に入れる人口比率は33%から68%に上昇するなど、大きな進歩があった¹⁷。

とはいえ、人口増加の結果として貧困者数は増大している。途上

らず、HIVの蔓延を防止しようとする対策が成果を収めたという話はほとんど聞かない⁹。2000年までに、エイズは、世界の疾病理由の3.3%を占め、それによって、毎年180万人が生命を落とすとみられている。この数字はエイズが流行しはじめた最初の10年間の死亡数と同じである¹⁰。

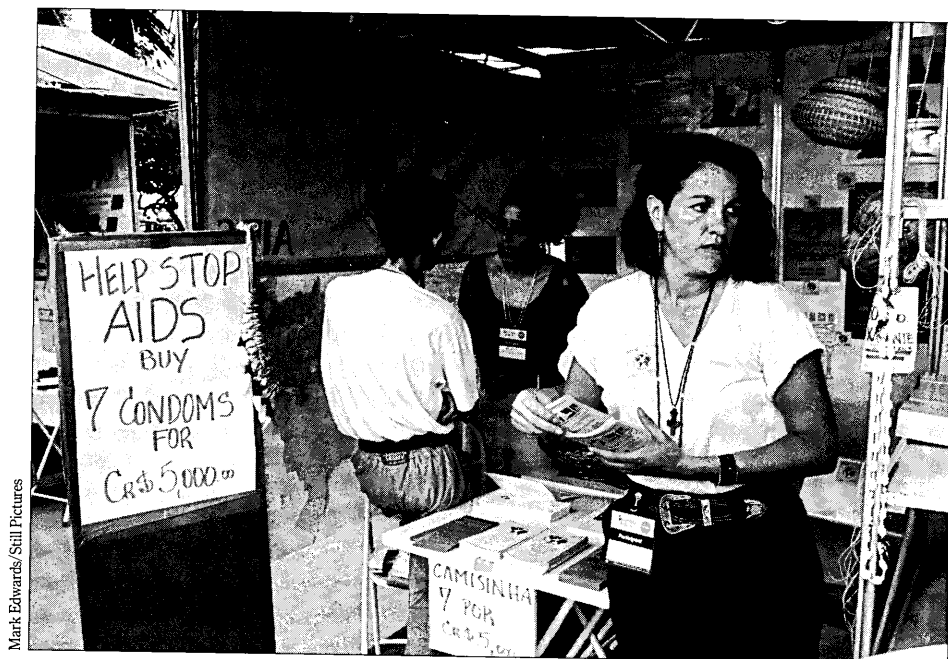
エイズ患者は164カ国で報告され、HIVの存在は、事実上、世界のすべての国と地域で認められている。その流行は驚くべきもので、かなり複雑である。この世界的な感染症は世界中どこにも見られるし、例外はない。HIV感染者の約15%は北アメリカまたは西ヨーロッパに住んでいる。1992年はいじめまでにラテンアメリカに住む感染者は8%を超え、感染者の20人に1人は東南アジアに住んでいる。

HIVに感染した成人と子供の68%がサハラ以南のアフリカに集中しているとみられる。成人のHIV感染者についていえば、アフリカでHIVが社会的・経済的に影響を与えていることは急速に明らかになっている。サハラ以南のアフリカの成人人口は全世界の9%を占めるにすぎないにもかかわらず、世界の成人のみのHIV感染者の66%がそこに集中している。彼らの多くが働き盛りの年齢である¹¹。

人口増加に対するHIV/エイズの影響を予測するのに、HIV感染のデータ固有の不確定要素がつきまとう。多くのエイズ血清反応検査は、データを入手しやすい地域で、数少ないサンプル、それも全体を代表していないサンプルをもとにしている¹²。最新の推計によれば、HIV感染率の高い国々で

INTRODUCTION - A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題



Mark Edwards/Still Pictures

国人口の約30%に当たる11億人が1日約1ドルで生活をしており¹⁸、アフリカはかつてないほど深刻な貧困に直面し、南アジアには世界の貧困者の62%が集中している¹⁹。また、以前は、貧困者の75%が農村に住んでいたが、都市のスラムや不法居住者が増えるにつれ、この傾向は変化しつつある²⁰。世界の人口増加の54%が、アフリカと南アジアで占められていることは注目に値する。

人口増加を抑制し、貧困者層の割合を低減させることに成功した国々では、農業や食糧供給に対する投資を含む持続可能な経済成長を確保しただけでなく、特に、教育、リプロダクティブ・ヘルス・ケア、女性の地位の向上を含めた

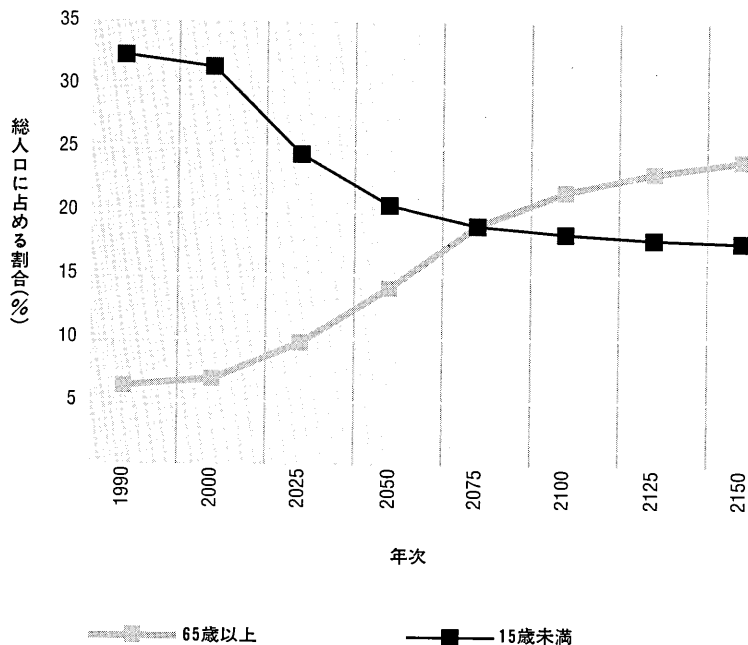
社会部門に対する投資にも力を入れている²¹。

1992年6月、リオデジャネイロで開かれた国連環境開発会議の地球フォーラムにおいて、NGO間で熱心な議論が展開された。健全な人口増加と環境の関係が大きなテーマとなった。

人口と環境

人口の増加と集中は、地域と地球全体の環境と密接なつながりを持っている。1992年の国連環境開発会議で採択された行動計画「アジェンダ21」と1994年の国際人口開発会議の準備会議のアセスメント²²は、人口増加と資源消費(再生可能を含む)、天然資源の利用可能性、人口分布、そしてそれが環境に与える影響の相互作用の複雑さを認めている。人口が増加すれば都市の肥大化が進行し、水・衛生・エネルギー・土地などに対する需要が増え、その結果として大気汚

3. 世界人口長期将来推計による年齢構造変動：15歳未満人口と65歳以上人口、1990-2150年(中位推計)



Source: United Nations. 1992. Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150. New York: United Nations. p. 15, Table 5.

INTRODUCTION - A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題

染がひどくなり、生態系や野生生物の生息地に対する脅威が増大する。これは先進国・途上国双方が直面している深刻な問題であるが、途上国では急速な人口増加と貧困が、先進国では資源の大量浪費とゴミの増加が、環境を圧迫する主因となっている。

環境への影響は人口、消費水準、技術という3つの要素によって決められる²³。消費水準は消費された資源の量を計ることができる。技術はそれぞれの商品を生産するのに必要な資源と、消費後にどれだけの廃棄物が環境中に放出されるのかを決めることができる。ある一定の技術や消費水準に対して人口規模をかけ合わせたものが環境全体に対する影響を決定する。急激な人口増加、持続不可能な資源の浪費、不適切な技術は、すべて環境に悪影響を及ぼす。

環境問題に国境はない。例えば、窒素化合物と二酸化炭素の放出は地球の温暖化につながる。現在のところ、先進工業国がその放出量の大部分を占めているが、今後、途上国でも人口と消費の増加に伴って放出量が増大するだろう²⁴。途上国のエネルギー需要の伸び率は、先進国の年2～3%に対し5～7%になると見られている²⁵。

商業用や燃料用として、また、焼き畑農業のために熱帯林の伐採が急速に進んでいる。ブラジル、ミャンマー、インドなど熱帯の9カ国では、80年代を通じて、森林の伐採は50%増加し、年間約1700万haの緑が消滅した²⁶。

砂漠化と土壌の劣化にすべての地域が悩まされている。人口増加・貧困・技術のおくれが生じた

結果、耕地はますます少なくなり、余剰人口が生じるという悪循環である。耕作地をつくり出すために辺境地の利用と森林伐採が破壊の第一の原因であると考えられている。この結果、1900年代初頭に1600万km²あった熱帯林は、1990年には800万km²減少している²⁷。以上のような行動は土壌の劣化と水資源の減少を招き、農業生産を減少させた。そして、悪循環の結果、農村に住む人々への援助が下降線をた

どっている。

基本的二ス

水・食糧・住宅

水

安全な飲料水を確保することは、コレラのような伝染病の発生率や子供の生存率と密接な関係がある²⁸。1990年までに、世界人口の75%が安全な水を手に入れられ、71

女性と環境：実例から学んだ教訓

女性は地球上で「初めて環境を管理した者」と言われてきた。女性は、田畑を耕し、家庭生活に必要なものを揃え、水と薪を集め、下水やゴミの処理を管理し、家族の規模を決定するうえでの重要な役割も果たしている¹。過去の環境保護プログラムには、女性の積極的な参加を得ることができなかったものが多い。しかし以下に示すように、女性たちはたびたび自分にできる範囲内で、地域の環境保護にかかわる努力をしてきた。

フィリピンボホール島における「コグトン湾マングローブ管理プロジェクト」は、マングローブ林の保護を目的に発足したプロジェクトである。マングローブの気根は、多くの魚介類や甲殻類の養殖場となったり、産卵に適した泥土を提供したりすることから、小規模な農業や漁業を営む者にとっては極めて重要な経済資源となっている。またマングローブは、樹木や草木を包み込む温室のような役目も果たしており、地域住民はここから燃料用の薪や住居を建てるのに必要な材木やシュロ・ヤシなどの葉を得ているのである。このプロジェクトは、沿岸地域の資源管理を改善するため、マングローブの植林、人工砂州の建設、違法操業の取り締まり、輸出用カキ・ムラサキ貝の養殖技術の習得、などを目的とした地元協同組合の設立を支援した。そして植生域の適切な管理を促す刺激剤として、地域住民は植生域一帯の土地を25年間のリースという形で保有する権利を得た。

女性は、コグトン湾経済の重要な担い手である。資源を管理することが自身の生計にプラスになることを認識しているが故に、女性は協同組合の役員となることや、非公式ではあるが意志決定やプロジェクトの活動に参加することで、プロジェクトに携わるようになってきたのである。女性はまたマングローブの植林や保護のために無償で労力を提供したり、プロジェクト・スタッフが実地で指導する海中動物養殖の技術をプロジェクトに取り入れられたりもした。

このプロジェクトの規定では、女性は協同組合の正式のメンバーになることができない。そのため、プロジェクトに多大な労力を提供してきたにもかかわらず、女性は植生域一帯の土地の保有権を得たり、融資を受けたりするなど、プロジェクトの恩恵を受けることができなかった。こうした自然保護プロジェクトは、女性の参加を活性化させ、環境保護の仕事に対する報酬を女性にも男性と同等に保障する方法を考えなくてはならない。女性は、貴重でしかもその多くは未開発のままにある資源を、環境保護と地域経済拡大の機会という両面からとらえている。女性の参加は、自然保護プロジェクトの成功に大いに貢献することができるのである²。

1 Cohen, Susan A. 1993. "The Road from Rio to Cairo: Toward a Common Agenda." *International Family Planning Perspectives* 19(2): Pp. 61-66.

2 Adapted from: Mehra, Rekha, Margaret Alcott, and Nida S. Baling. 1993. "Women and Mangroves: An Experiment in Conservation and Income" Report-in-Brief, International Center for Research on Women, August 1993.

INTRODUCTION - A QUESTION OF CHOICE

はじめに - 選択の問題

%が保健サービスを受けられるようになった。しかし、都市と農村との格差は依然として大きい。過去10年間、都市よりも農村への安全な水の供給に重点がおかれ²⁹、また、衛生設備よりも安全な水の供給に重点が置かれた。ほとんどの途上国で、都市のインフラ整備は都市の肥大化に追いついていないばかりか、1990年から2000年の間に安全な水を確保できない人口はますます増加すると見られている³⁰。

世界の水利利用のうち、農業が69%を占めるが、アフガニスタンやスーダンのように農村人口の多い国では、農業用の水利利用は99%にも達する。例えば、人口の多くがまだ農村に住むアフガニスタンやスーダンがそうだ。1990年には、灌漑化された土地は2億5000万ha(6億2000万エーカー)に及び、そこでの生産は世界の作物収穫高の3分の1を占めている。また、人口増加と1人当たりの消費の増加によって、1950年から1990年の間に、灌漑用地は倍以上になった³¹。先進工業国では、水需要の大部分は商工業用である。工業化しつつある国の中には農村人口が増加しても商工業用の需要が増え続けている国もある。

先進国、途上国を問わず多くの国々で、国内の再利用可能な資源に基づいた持続可能な水資源の利用は限界に達したか、あるいはそれに近づきつつある。国際条約に水に関する条項が2000以上あるが、水資源の問題は、近年、とみに増えつつある国内および国際摩擦の原因となっているようにみえる³²。

食糧供給

世界の食糧生産は、過去10年間に24%増加し、人口増加の割合を上回っている。しかし、生産の増加分は均等に分配されたわけではない。実際、アフリカでは、人口が34%増加している一方で食糧生産は5%減少した³³。食糧農業機関(FAO)の報告によれば、1993年の世界の穀物生産高は4%減少しており、1994年には20カ国で深刻な食糧不足が起こる可能性があるとして予測している。そうすると、途上国では7億8000万もの人々が栄養失調に陥るだろう³⁴。

専門家の多くは、世界規模での食糧不足は起こらず、食糧が公平に分配されれば、遠からぬ未来にすべての人々のニーズを満たすことができるという点では一致しており、食糧不足よりも購買力の不足に栄養不良の原因があると考えられている。実際には、世界全体では十分なのに、貧困のために一部の国や地域では不足するという事態を引き起こしている³⁵。家庭内でも、男性と男児が最初に食べる権利を持っており、女性と子供、特に女兒がまず栄養失調という犠牲になる。

こうした事態に対し、FAOは次のような対策を提案している³⁶。多くの途上国では大半が従事している農業分野へあらゆる種類の投資を振り向けること、しばしば無視されがちであった女性の食糧供給に対する責任をふまえて、女性が利用できる資源を増やすこと、そして教育や保健を含め人間開発に力を入れることなどである。

住宅

十分な住宅供給に対する要請は人口増加とともに増えており、特に都市が膨張し、利用できる土地・建築資金・建築資材が不足するとともに、その傾向が顕著である。途上国では、今世紀末までに人口の半数以上が都市に集中するとみられているが、移住者に対する住宅やサービスの供給能力は、そうした急激な人口集中に追いつかない。

女性が世帯主となっている家族にとって、住宅を捜すことが非常に困難な国もある。女性は法律的に家を所有すること、あるいは借りることすら制限されている。というのは、女性はローンを借りることができない、あるいは順番待ちのリストにも載せてもらうことができないからである。女性やその子供たちは、搾取や虐待の危険にさらされながら貧しい住宅に住むことを余儀なくされる³⁷。

貧困の緩和、食糧供給の改善、栄養失調をなくすこと、十分な住宅の供給、これらはすべての点でバランスのとれた人口増加が求めているものと一致する。個人、特に女性の選択の幅を広げること、生まれたときから男女間の機会均等を図ることによって、人口問題により多くの注目を集めることができるようになるだろう。

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

人口と開発問題との相互作用が21世紀の持続可能な未来を決定するだろう。国際人口開発会議は1994年9月に開かれるが、その目的は、人口分野での問題に取り組む戦略を探ることである。また、資源の持続可能な利用と多様で生き生きとした自然環境を保護すると同時に、人権、ニーズ、希望を満たす方法を探ることでもある。

女性がリプロダクティブ・チョイスに関する選択の幅を広げるとは特に重要である。それは、それ自体が目的でもあるが、また、国内および国際的経済と社会変革にとってひとつの刺激にもなるという認識が広まりつつある。選択の幅が広がれば、特に今後10年間に、家族の規模が小さくなり、バランスのとれた人口増加が達成されるだろう。個人のニーズと公共の政策は次の点で一致する。すなわち、今世紀の残された時間内に最優先されるべきことは、両方が調和のとれた状態であること、個人のニーズが公共の政策の根幹を形成することである。

女性たちが、教育と保健サービスを受けることができ、より恵まれた経済機会を与えられれば、例えば子供を、いつ、何人産むかは自分の意志で決定できるようになる。このようにして女性の選択決定の能力が高まれば、女性の地位は向上し、社会や経済に対する貢献度も高まる。女性の地位の向上

があつてこそ、人口政策と開発計画が成果を見ることができるのは、これまでの経験から明らかである。

女性のエンパワーメント

女性に力をつけるということは選択の幅を広げることを意味する。社会的、物質的環境をコントロールしながら、結婚するかどうか、また、いつ結婚するか、どのような教育を受け、どのような仕事に就くのか、といった選択、また、子供を産むのか、産むとすればいつ妊娠するのか、そして最終的に家族の規模についての選択ができるようになる。女性のエンパワーメント（女性に社会的、経済的、政治的、法的な力をつけること）には、夫、パートナー、家族、そして地域社会などの協力が不可欠で、そして強制や暴力・虐待

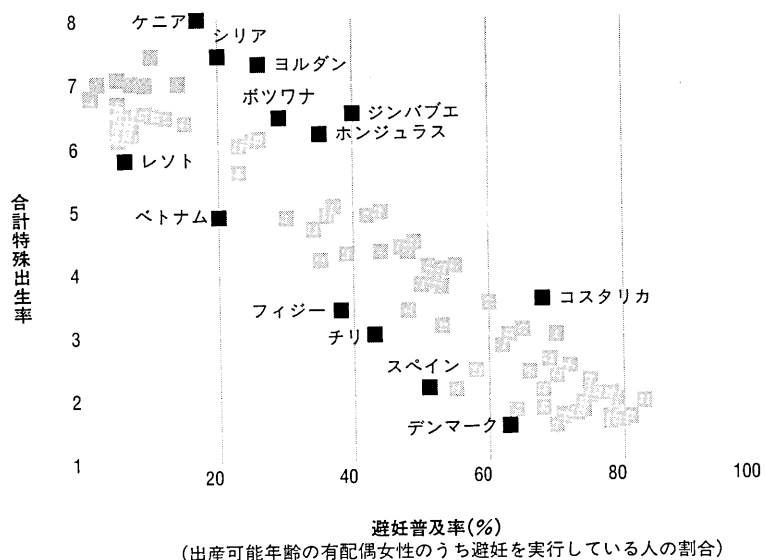
のない健全な環境を促進し、男女平等の考えに基づいて女性が自由に地域サービスを受けられるようにすることが必要である。

教育と女性の地位向上との関係

2000年までに初等教育を徹底させることは、あらゆる国々で掲げられているが、女性たちにとっては、中等・高等教育を受けることが、健全な選択と社会的地位を向上させるための重要な方法のひとつである。女性の教育は持続可能な開発にとってひとつの投資である¹。教育は女性に、よりよい仕事と高い給料を保障し、結婚と初産の時期を遅らせ、自尊心を高め家庭以外の広い場で活動していく力を高める。

母親の教育水準と少子家族との関係は、確かではないが、教育が

4. 合計特殊出生率と避妊普及率(最新データ)



I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

Mark Edwards/Sill Pictures



母と子。エジプトのシャナワン村で（上）。
ニカラグアのプロルト・カベッサで（下）。

期の就学率は下降しているが、アジア太平洋地域では上昇すると見られている。アフリカでは就学率の上昇はなく、この傾向は21世紀に入っても続くと見られている。男女間格差も存在する（図5参照）。1980年代後半では男女格差は、アフリカで14ポイント、アジアで17ポイントあり、もっと格差の大きな国々もある⁵。一方、男女間格差をせばめることに成功した国もあるが、就学率を維持・拡大しなければならないことは明らかである。

途上国では、正規の教育が受けられないために、識字率の低さが依然として大きな問題になっている。9億6000万人いる15歳以上の読み書きできない人口のうち、97%は途上国に住む人々である。1985年から90年までの識字率を見ると、読み書きができない人の数は、先進国と東アジアにおいては

女性の社会的な力を強めるのに果たす役割については、議論の余地はない²。教育は、女性は何人の子供を希望し、何が出産調節の妨げになっているのか、実際に何人産むのかということに影響を及ぼす³。教育を受けた女性は、避妊法をよく理解し、必要ならば夫やまわりの家族と話し合い、受けられるサービスを利用する。このような変化によって、出産の間隔が広がり、母子の生存率を高め、家族全体の健康も向上させることができる。

子供のときに正規の教育を平等に受けることができることも大切だが、また、女性たちは、学校以外の場でも特別なトレーニングを受ける必要がある。識字教育や特別な職業訓練、避妊法やリプロダクティブ・ヘルスに関する学習である。これは若い女性だけに限らない。年をとった女性は地域社会で影響力の強い立場にあり、家族

の中での決定に重要な役割を果たすからである。例えばネパールでは、妊婦の義母が妊娠と出産を見守り、必要だと判断したときだけ他からの手助けを求める。こうして息子の嫁のリプロダクティブ・ヘルスや息子夫婦の家族計画の選択にまで影響を及ぼす。このような現実が理解されるにつれて、ネパールでは、家族の健康プログラム——出産前のケア、栄養摂取、産前産後の療養、予防接種、妊娠中と産後の危険要因、分娩時の衛生技術、家族計画などは、妊婦の義母に対しても行われるようになった⁴。

義務教育の普及状況はさまざまである。ユネスコの推計によれば、途上国における就学率、特に年少者のそれは上昇している。6～11歳の就学率は、1970年の51%から、1985年には68%に上昇し、2000年までに78%になると予想されている。1970年から1985年までの青年



Jorgen Schytte/Sill Pictures

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

ファウスティナ・キステの人生

1920年：ファウスティナの母親マリアは、クスコに近いペルーのアンデス南部の村アイマラエスに、ロサリオとフロレンシオの間に生まれた娘である。フロレンシオには3度の結婚歴があるが、カトリック教会で正式に認可されたのは3度目の結婚のみである。マリアは、父親の2番目の妻との間に生まれた5人の子供のうちの1人で、父親の再婚後も父親と継母（3番目の妻）と共に暮らしていた。マリアは小学校5年生まで学校に通い、その間優等賞ももらったが、それ以降学業を続けることは許されなかった。そして14歳になった時、マリアは継母に家から追い出された。そこで彼女は首都リマに移り、最初は老人の世話をする家政婦の職を見つけ、そして次には織物工場で縫製工として働いた。彼女はリマに2人の兄弟と共に住んでいた。

1948年：マリアが28歳の時、彼女の産みの親ロサリオは、アバンカイの村からマリアを訪ねてみることにした。アバンカイからリマまでの1週間のバスの旅の途上で、ロサリオはドロレスという名の女性と親しくなった。そして2人は互いの子供たちを、結婚の希望を胸に紹介し合うことにした。この取り計らいで、マリアは1948年にアベルと結婚し、彼が警官として働いていたアバンカイに移り住んだ。

1949年：この年にマリアは初めての子を産んだ。2番目の子供（ファウスティナ）が生まれたのは、翌1950年のことで、1952年にはもう1人女の子が、そして1953年には双子の男の子が生まれた。そしてこの双子が生まれた時に、マリアは夫に彼女と知り合う前の女性との間に2人の子供がいることを知った。夫はこの子供たちを見捨て、親戚の家に放っていたのだ。そこで彼女はもう2人の子供（8歳の女の子と4歳の男の子）の面倒もみなければならなくなった。1956年、マリアはもう1人娘をもうけた。

1962年：この年、マリアには双子の女の子が生まれたが、42歳にして突然閉経期を迎えた。彼女はそれまでに8人の子供を産み、10人の子供を育てた。夫は毎日、彼女や子供たちをぶった。しかし、男性による家庭内暴力はこの村では珍しいことではなかった。マリアは自分自身が、働くために学業を早く断念せざるをえなかったため、子供たち全員には高い教育を受けさせたいと心に決めていた。しかし、夫からは何の援助も受けることはなかった。マリアは地元の学校活動に積極的で、子供たちに学校を続けるよう励ました。しかし夫は、子供の教育には全く関心がなかった。

1950年：ファウスティナは、ペルー領アンデス東部の町アバンカイで、マリアの子として生まれた。アバンカイは人口2000人の田舎町だった。ファウスティナは、マリアの2番目の子供で長女だった。

ファウスティナは未熟児だったため、子供のころは体が弱かった。彼女が通っていた学校には教室が1つしかなく、教師も1人で、子供たちは汚い床に座っていた。ファウスティナは小学校を終えると、ドミニコ会のドイツ人の修道女が教える女子中学校に行った。そして中学卒業後は、修道会が経営する地元の共学の教育大学に進んだ。彼女はここで後の夫に巡り会うことになる。

1973年：教育大学を卒業後、ファウスティナは23歳の時にオレステスという名の若者と結婚した。彼は灌漑システムの整備のため、建築技師としてこの町に来ていたのだ。そして結婚後は、アバンカイの町役場のために建築技師として働き始めた。

1974年：この年、2人の間に初めての子供、女の子が誕生した。その後は、ほぼ年子の間隔でさらに3人の子をもうけた。

1974年：家族会議の席上で、ファウスティナの父親は、これまでの生活態度を改めるか、あるいはこの家から出て行くよう言い渡された。成人した子供たちに支えられ、マリアは夫に酒を止めること、彼女をぶたないこと、彼女や子供たちにどなりつけないことを要求した。その結果アベルは、自分の仕事場に戻る道を選び、妻の元から永久に去っていった。マリアはこの時期までに経済的に自立しており、レストランやビリアード場の経営にあっていた。

1978年：ファウスティナは初めて家族計画について学んだ。地元の病院がスポンサーとなり、地域の教師たちを対象とした家族計画の教育プロ

グラムを企画したのだ。教師に指導すれば、彼らが自分たちの住む町や村で家族計画を推進してくれるだろうと考えたからだ。しかし、地元の教会や宗教団体は、家族計画についてのこのプログラムに真っ向から反対した。と言うのも当時のアバンカイでは、このような考え方は革命的な思想だったからだ。ファウスティナはこのプログラムに参加し、経口避妊薬（ピル）を服用してみることにした。

1979年：ファウスティナが住んでいた村は、経済危機にあえいでいた。干ばつが5年間も続いたため、家計支出は極端に膨れ上がっていた。

1980年：ファウスティナはピルを飲み忘れたことがあり、妊娠した。

悪名高いゲリラ集団「輝ける道」の活動がこの地域で盛んになってきた。彼らは地元の農協を襲い、トラクターや橋を爆破した。こうしたことはすべて地元の食糧生産に影響を及ぼし、アバンカイでの経済危機の一因もここにあった。とりわけ地方公共基金に収入を頼っているファウスティナやオレステスにとって、経済状況は一段と厳しいものになってきた。

こうした経済窮迫と、自分にはすでに4人の子供がいるということもあって、ファウスティナは今回の妊娠は継続したくないと決心した。彼女はオレステスと話し合ったが、彼は同意せず、子供をもう1人欲しがった。

1980年：夫の許しを得ないまま、ファウスティナは中絶するためにリマに向かった。36時間のバスの旅だった。リマには彼女の兄弟が住んでおり、手術してくれる医者を探すのを手伝ってくれた。ペルーでは中絶は非合法とされていたため（現在でもなお）、その処置にはおよそ1000ドルかかった。ファウスティナの兄弟は、手術代、生活費、交通費をかき集めるのを手伝ってくれた。ファウスティナの母親は、彼女が中絶したことを知ると、カトリックの教えに反することだけに恐れおののいた。そしてファウスティナのために祈り続けた。

1981年：中絶の手術を終えてアバンカイに戻ったファウスティナは、将来の妊娠を回避するためのホルモン注射による避妊法（Depo Provera：デポ・プロベラ）を使い始めた。彼女は友人に自身の経験を話し、家族計画を利用することを勧めた。

このデポ・プロベラは、痛みを伴い使いづらく、またピルも同様に体に合わなかった。そこで彼女は不妊手術を受けることを決心した。

1982年：ファウスティナは、カトリック教会の立場と自分のリプロダクティブ・ヘルスのニーズとの間に妥協点を見出すことができず、カトリックから「エホバの証人派」（訳者注：Iehovah's Witnessは平和主義で、信仰に関しては国家の権威を認めないキリスト教の一派。1870年に米国で創始。）に改宗した。

1984年：ファウスティナはリマの中央病院で卵管結紮手術を受けるため、再び36時間のバスの旅に出た。ところが着いてみると、6人以上の子持ちであることを証明するか、あるいは不妊手術を許可する旨の夫の署名を提示する必要があることがわかった。ファウスティナはどちらにも該当しなかった。にもかかわらず、彼女は夫のサインを偽造し、手術を受けた。

1988年：この年アバンカイで、「女性の権利を守る会」という名の地元女性のグループが結成された。これはアンデス地方の伝統的な寄り合いである「隣組」のひとつが大きくなったものだった。この女性の会は、地方レベルの女性の問題に取り組んだ。村のほとんどの女性たちにとって日常茶飯事となっている家庭内暴力を減らすこと、村の女性たちの健康を改善すること、そして女性たちに避妊の手段を教え、避妊薬（具）を提供することによって家族計画を推進していくことの必要性を彼女たちは再認識した。ファウスティナはこのグループの活動家の1人になった。

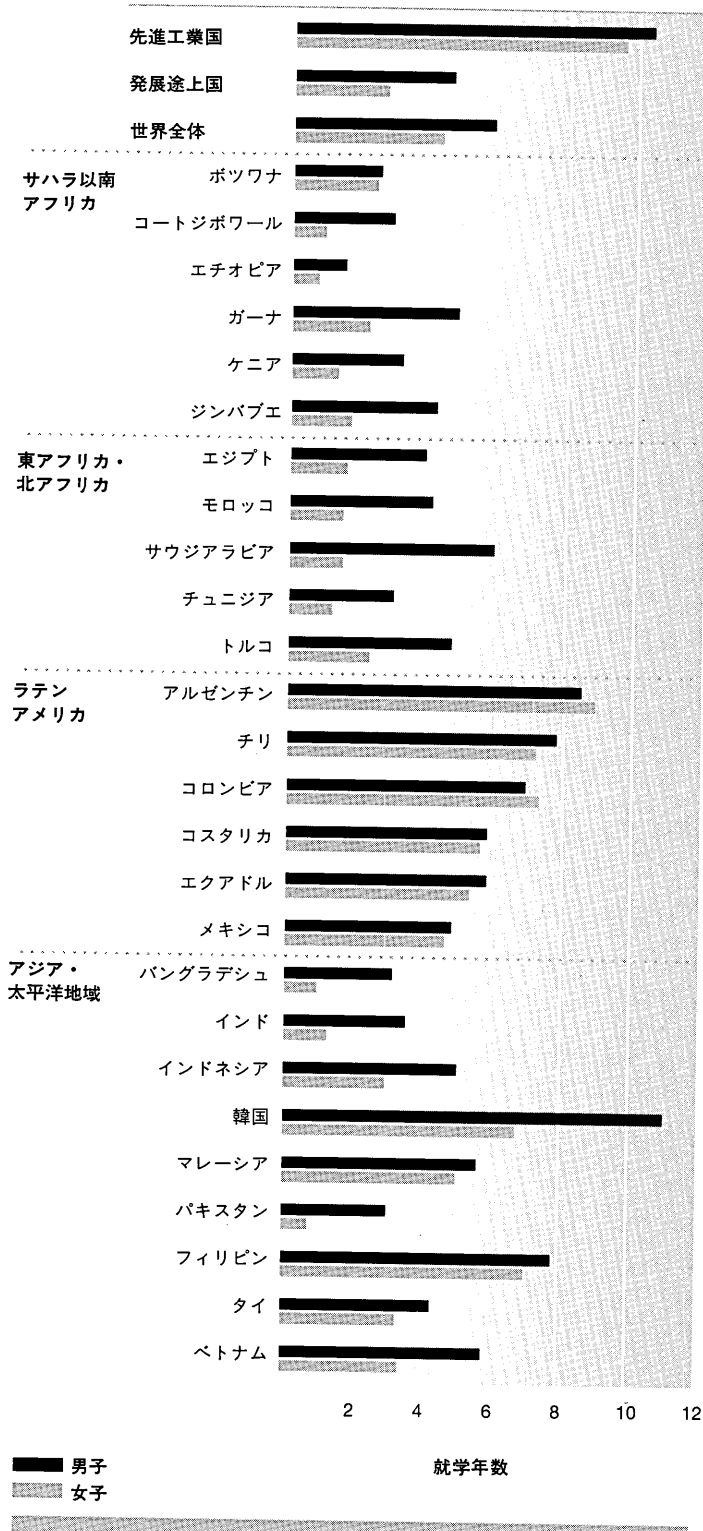
1991年：ファウスティナはペルー政府の経済危機を理由に教職を追われた。そこで彼女は、村の活動家の1人としてこの女性グループでフルタイムで働き始め、やはり教職を退いた仲間と2人で小さな食料雑貨の卸売業をスタートさせた。

1992年：ファウスティナは、母親がやっていたビリアード場の事業を引き継いだ。彼女は母親からのこの申し出を受け入れる前に、自分の兄弟姉妹全員に同意を得る配慮を忘れなかった。

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

5. 平均就学年数(1990年)



Source: United Nations. 1993. *Human Development Report 1993*. New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme. Pp. 145-45, Table 5.

減少しているが、南アジアでは2330万人増加している。南アジア、サハラ以南のアフリカ、アラブ諸国は識字率が最も低い地域である。教育の男女間格差にみられるように、世界のほとんどの地域で女性のほうが男性よりも識字率が低い。アジアやアフリカではその差が20%にもなる⁶。世界で読み書きできない人のうち60%が女性だと推計されている。

途上国には、教育制度を導入したのが、やっと20年前という国もあり、30歳以上の識字率は特に低く、この年代の女性たちは、教育ニーズに特別な努力がなされない限り、永遠に不利な立場におかれるであろう。

若年人口の急激な増大によって教育に対する要求が高まっているにもかかわらず、それを満たすことが難しくなっている。多くの途上国では、教育予算は限られているので、教育費用の増加は、1人当たりの教育支出額と質を脅かすことになる。これらのニーズに応えられるよう、教育に投資することの将来的な価値を考えると、これらの要求に対して特に注意を払う必要がある。

正規の教育制度の枠外で、国内および国際的な団体が、個人としての女性に情報とトレーニングを提供している。「アイシス・インターナショナル」(“ISIS International”)のような団体は女性の健康に関する情報を世界中に広め

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

ており、また、「ラテンアメリカ・カリブ地域・女性の健康ネットワーク」や「全米・女性の健康ネットワーク」は、女性の健康問題について、政策を立案したり報告したりしている。また、地域社会に根ざしたグループは、共通の目的に向けて、女性たちが自分たちで学べるよう組織化し、女性やその家族に対する差別的政策を改めるよう国に対して政治行動やロビー活動を行っている⁷。

経済活動の機会

職業選択を通して経済活動や労働の機会を利用することができ、そして財産の所有・管理権を持つことは、女性の法的社会的地位の向上に重要である。機会さえ手に入れば女性は速やかにそれを利用することができる。例えば、バングラデシュのグラミン銀行は、女性たちが経営する小事業に資金を貸与して成功し、世界にその名が知られるようになった。女性たちは、公職を求めること、女性の社会的地位の向上のために働く候補者を支援することを通じて政治力を行使してきた。このような成功は、女性が社会で認められるような方向への変化を促進し、目に見える形の変化をもたらしている。例えば、財産所有、遺産相続、結婚年齢に関する現行法の強化を含む法改正などである。彼女たちのイニシアティブによって女性の労働条件が改善され、少女たちのための教育予算とより質の高い保健サービスのための予算が確保された。社会生活の中では家庭内暴力や虐待と闘うのに役立っている。女性たちが政治活動の機会を利

家族計画プログラムにおける女性の雇用

途上国の農村部では、多くの女性が職を求めているが、自分の村でそうした機会はほとんどない。家族計画プログラムは、一部の女性にとって雇用の場となっており、女性が家庭以外で働く唯一実行可能な選択肢である。このような雇用は、女性および地域社会に有用な効果をもたらすため、仕事内容に対する期待は大きい。

バングラデシュ、インド、ケニア、マリ、ネパール、パキスタン、トルコ¹の家族計画プロジェクトで働く女性についての調査からは、こうした雇用が女性に収入、幅広い技術の習得、政府高官や医療スタッフとの接触の場を提供していることがわかる。また、自分の家族以外の女性とふれ合う機会も増やしている。女性はプロジェクトの仕事に就くことで、経済的地位、知識、技術、経歴、自尊心、福祉、自立心の向上といった種々の恩恵があることを認識している。また、こうした恩恵に浴することで、夫や義理の両親との関係もよくなり、家庭内での意志決定により大きな影響力を持つことができるようになる。

バングラデシュの家族計画プログラムでフィールド・ワーカーとして働く女性が、雇用と女性の伝統的な行動基準²との間の矛盾をうまく解決させたケースについて調査した研究もある。バングラデシュの農村部に住む女性は、社会からの遮断と、従順であることを強要するパルダ(Purdah)の教えに従うことが望ましいとされている。この研究は、フィールド・ワーカーの社会的地位を信望、職業上の地位、社会的影響の3点から分析している。

最初、地域社会はこうした動きに衝撃を受け、非難の声をあげた。しかし女性は、「内面的パルダ」を保持していくことで、地域社会における自らの地位を取り戻すことができた。パルダの規準は、物理的に身を隠すという外面的なものから、道徳的な行動規範という内面的なものに変わった。女性たちは、仕事をするのに必要な程度だけ社会的因習から離れ、それ以外は、女性にふさわしい伝統的な行動に従っている。「内面的パルダ」は、人と付き合ううえでの礼儀、宗教的伝統、服装や言語を控え目にする、また男性に対してきちんとした態度や行動をすることなどのようにして実践されてきた。

家族計画プログラムで働く女性は変化の媒体となる。自分たちの住む地域社会で社会的影響力を持ち、人々から尊敬され、自分の能力に対して自信を持てるようになった。個人の能力を高め影響力を持つようになることは、「エンパワーメント」を表しており、女性はこのプロセスでさらに自分自身を知り、社会関係を変えたり、影響を与えたりするようになるのである。家族計画プログラムに従事することは、女性に力をつける機会を与えることである。たとえパルダのようにかなり拘束された社会システムの中にあっても、家族計画プログラムに従事することは、個人、地域社会レベル両面で変化を生み出す可能性があるのである。

1 Kak, Lily P. and Suresh Narasimhan. 1992. *The Impact of Family Planning Employment on Field Workers' Lives: A Strategy for Measuring Empowerment*, Working Paper Number 1. Washington, DC: The Centre for Development and Population Activities.

2 Simmons, Ruth, Rezina Mita, and Michael A. Koenig. 1992. "Employment Family Planning and Women's Status in Bangladesh." *Studies in Family Planning* 23(2): Pp. 97-109.

用したり、リーダーシップをとることによって、女性とその家族にとって重要な事柄を決定するときの影響力が増すものである。数少ない女性の国家的リーダーを除いては、ほとんどの女性の政治活動は草の根レベルのものであり、地

域社会や中間レベルでの政治活動に、もっと多くの女性リーダーが登場することが期待される。

公的機関も、民間セクターも、雇用と昇進における男女間差別を排除し、女性の経済的自立を阻む社会的法的障害を取り除くことに

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

努力しなければならない。未婚であると既婚であるとかかわらず、社会保障と保健サービスが受けられるようにすることも必要である。

健康とエンパワーメント

人口の要因はさまざまな点で健康問題と相互に影響し合う関係にある。個人レベルでいえば、女性の健康は、子供のころには栄養失調と不十分なヘルス・ケアによって、さらに大人になってからは重なる妊娠と危険な中絶によって一層生命や健康を脅かされている。地域社会や国家レベルで見ると、増え続ける人口の要求を満たそうとすればするほど、ヘルス・ケアを改善するための財源が少なくなるどころか最低限のケアを維持していく財源さえもなくなってしまうことになる。急激な都市化および経済的に貧しい女性や女性世帯主の家族が移動人口の中に増加していることは、健康面でのリスクを大きくしている。女性の移動人口や女性が世帯主である家族はよ

り貧しい傾向がある⁸。

1979年の第32回世界保健総会で採択された「西暦2000年までにすべての人々に健康を」という世界戦略によると、利用できる保健サービスが全体的には向上していることを示しているとはいえ、世界の健康状況が楽観を許さない兆候は、過去に撲滅された伝染病の再発生や新しい地域への伝染病の広がりなどである。例えば、アメリカでは、今世紀になって初めてコレラ、黄熱病、デング熱などが流行した。また、性病ではない風土病としての梅毒も増加し、エイズ、性器ヘルペス、性感染性クラミジア、肺結核なども世界的な広がりを見せている⁹。さらに、マラリアにかかる人口は増加しており、住血吸虫症も新しい地域へ広がりつつある。

再発生しているいくつかの病気は人口増加や都市への過度な集中と直接かかわっている。例えば、コレラや結核は、急激に増えている近代的都市のスラムや不法居住

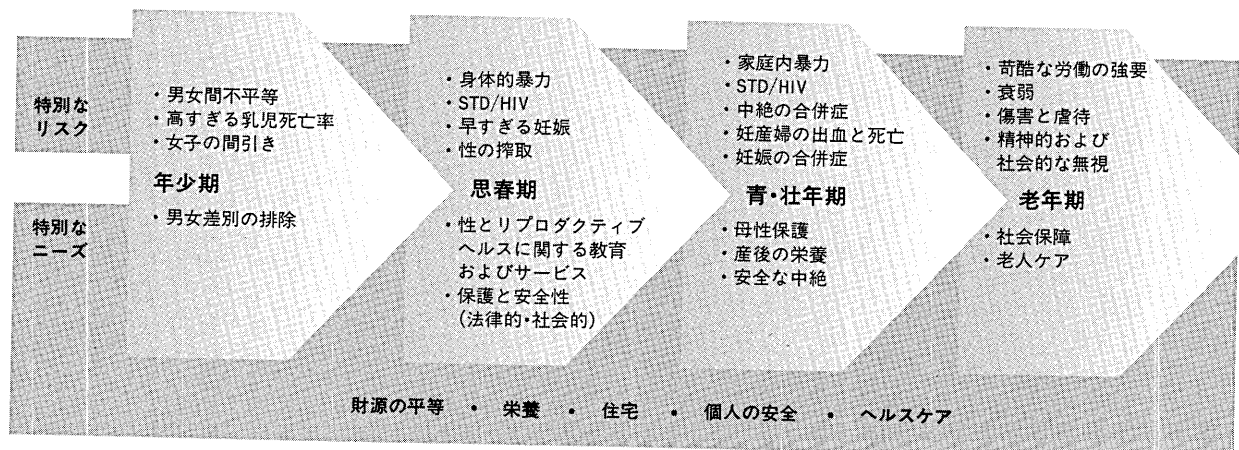
地域では簡単に伝染しやすくまたそのコントロールも難しい。女性は病気に対してより危険にさらされている。女性は、都市の貧困層の中でも圧倒的に多く、また貧困層の中では女性は、栄養や保健の恩恵を最も受けにくい序列にある。

これまでのところ、利益は損失よりも大きかった。平均寿命が60歳を超える国は、1980年の74カ国から、1990年には91カ国に増加した¹⁰。とはいえ、女性の平均寿命の伸びは男性のそれよりも鈍い。子供のころからの栄養と保健に対する性差別もそうだが、多くの途上国では、妊娠にはいまだに非常な危険が伴うということが一因にもなっている。

選択の内容

妊娠と出産に関する意志決定は他の選択と互いに影響し合う。特に女性にとって、家族計画に対して選択力を持つことは、他の分野でも選択力を持つことを意味する¹¹。逆にいえば、妊娠・出産に関

6. 生活周期から見たニーズとリスク



I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

する真の権利は、自治権、地域活動や政治に参加する権利、経済活動権、財産の所有・管理権、民族・人種・社会階級・性別によって差別されない権利などが保障されているという中でこそ、本当の意味を持つことができるのである。こうした諸権利に裏打ちされた選択は、男性と同じように、女性にも広げられなければならない（図6参照）¹²。

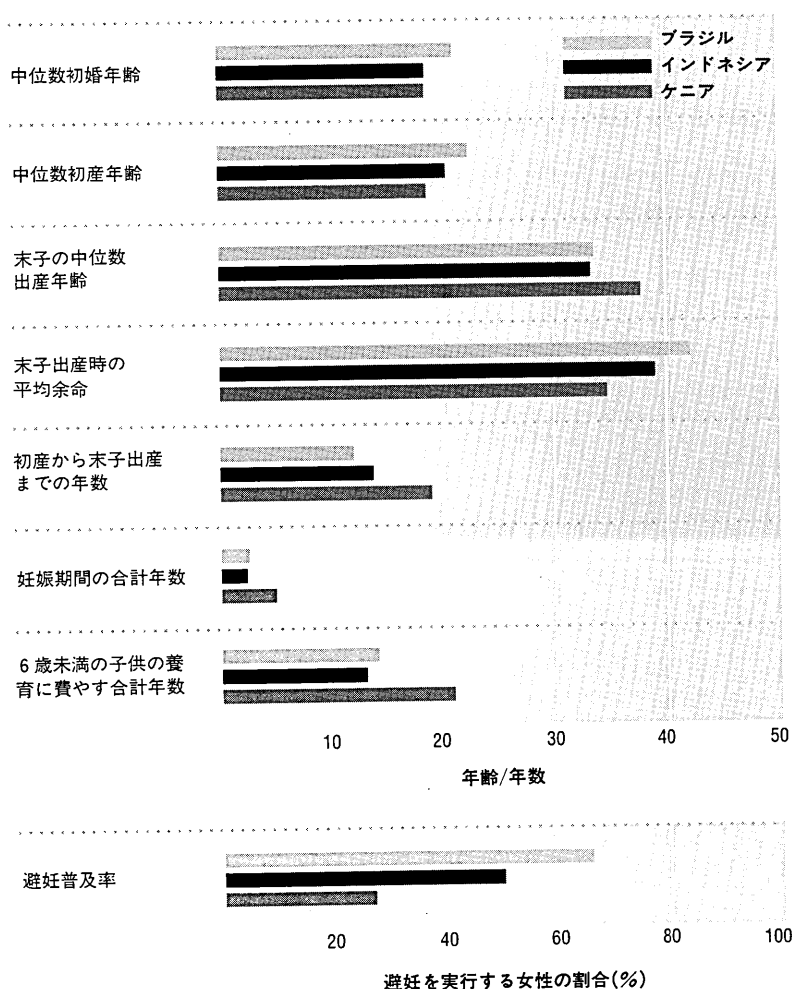
特に女性が選択権を持ち、自分の健康を自分で管理できるようになると、その影響は直ちに家族にも及ぶ。出産の間隔が広がれば母子ともに健康になる。その効果は次世代に多くの国で、より小さい家族、より健康な家族という形で現れてくるであろう。逆にいえば、女性が生存のための選択を制限されれば¹³、女性たちは、自分の健康ひいては家族の健康を守る力が弱くなる。図7はブラジル、インドネシア、ケニアにおいて結婚時期、第1子と末子出産の時期、出産と育児に費やす期間など、家庭を築くうえで重要となる出来事のタイミングについて、女性に与えられた選択肢を示している。女性たちの妊娠・出産に関する選択を行う女性の能力の中で、避妊の選択が特に重要であることがわかる。

したがって、包括的で質の高いリプロダクティブ・ヘルス・サービス（リプロダクティブ・ヘルス

については第3章参照）が広く自発的に行われることが大切である。というのは、それによって選択の幅が広がり、結果として、個人とその家族に利益がもたらされるからである。また、以上のことは出生力の低下を導き、地域や国のみならず世界レベルで利益になることは経験的にわかっている（図7参照）。

女性にとって、こうした健全な個人的選択能力を強化させるためには、個人の能力と自己管理能力を高めることと、女性の社会的地位を高めるという二重の努力が必要である。個人レベルでは、出産、性生活、教育、栄養、その他個人的な事柄について女性が行使できる選択を、配偶者、パートナー、家族がしばしば制限してしまう。

7. 女性の人口再生産生活の特徴



Source: McCauley, A.P., B. Robey, A. Blanc, and J.S. Geller. 1993. "Opportunities for Women through Family Planning." *Population Reports*. Series M no. 12. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Population Information Program.

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

母性保護戦略

毎日、1分に1人の割合で、妊娠か出産に起因する合併症で命を落とす女性がいる。このうちの99%が途上国で起きている。また数えきれないほど多くの女性が、健康障害に苦しんでいる。途上国の女性は妊娠のつど、先進国の女性より100倍も死亡の危険にさらされている。

既存の知識や技術を用いれば、これらの死亡のほとんどを防ぐことができる。こうした悲劇は、母子保健についてや家族計画の情報やサービスが行き届いていないためだけで起きている。

母性保護戦略(The Safe Motherhood Initiative、以下SMI)は、国際母性保護会議(International Conference on Safe Motherhood)を受けて、1987年ケニアのナイロビで発足した。国際家族計画連盟(IPPF)、ポピュレーション・カウンシル、国連開発計画(UNDP)、国連人口基金(UNFPA)、ユニセフ、世界銀行、および世界保健機関(WHO)、の7つの機関が、SMIの共同スポンサーとなっている。UNFPAの新しい「家族計画プログラム支援概要」は、母性保護とリプロダクティブ・ヘルスに焦点をおいている。

SMIの主なねらいは、2000年までに妊産婦死亡率を世界全体で現在の半分にまで引き下げることである。この目標を達成するに当たり、3段階の行動プランが開始された。

- ・第1段階：家族計画サービスや、避妊手段を利用しやすくすることで、望まない妊娠や計画性のない妊娠の件数を減らす、あるいはこうした妊娠をなくすこと。これには、最初の妊娠の時期を遅らせることや、出産の間隔をあけるためにすべての妊娠を計画していくこと、が含まれる。
- ・第2段階：早期検診を行い、合併症を減らすためにサービスの質の向上および適用範囲を広げる。これらは、産前、分娩、産後にわたって適切なケアおよび地域社会における保健教育を利用しやすくすることにより達成される。
- ・第3段階：効果的で利用しやすい婦人科のケア・システムを確立することにより、途上国における妊産婦の死亡率を引き下げる。これには、危険を伴う人工妊娠中絶に起因する合併症の治療にあたる施設も含まれる。また、合併症のほとんどは、それが発生するまで確実ににはわからないため、産科の急患に対処できるようにすることが必要である。

UNFPAのSMIとのかかわりは深く、1987年以降の拠出額はおよそ250万ドルに上っている。SMIの目標は、1989年の同基金のアムステルダム宣言に盛り込まれている。UNFPAは主に、ワークショップや会議のスポンサーになること、途上国の諸地域で母性保護の問題意識を芽生えさせることなどの分野で、SMIの活動に関与してきた。

SMIは、各国政府、民間援助団体、国際開発団体が共に協力をしながらヘルスおよび家族計画サービスの質を向上させることで妊産婦死亡の根深い問題の解決に当たる、という共通の努力目標に向かわせた点で他に例を見ない。

認識の向上やトレーニング活動と同時に、疫学的、社会的、科学的調査研究を7年間積み重ねてきた結果、母性保護の概念は成熟し、先駆者の活動から学んだ教訓は現在、改善されたヘルス・サービス・プロジェクトの中に組み込まれつつある。SMIは、啓発活動や情報提供という段階から、母性保護プログラムおよびプロジェクトを国家規模で計画し遂行するという段階に入りつつある。将来SMIは、母性保護プログラムの企画、遂行、モニタリング、評価にさらに力を入れることになるだろう。

これまで、100を超える政府、民間援助団体および資金援助団体が、国際母性保護会議に参加してきた。保健や家族計画に携わる職員は、プログラム管理や研究はもちろんのこと、サービス提供の訓練も受けている。トレーニング・プログラムは、伝統的助産婦

(TBA)、地域社会の保健ボランティア、助産婦、看護婦および医師を対象としている。以下の業績は、注目に値する。

- ・キャンペーンを目的とした会議およびワークショップ：これらの国際会議、地方会議、国内会議の開催は、SMIについての認識を高めるのに貢献した。またこうした会議は、SMIが目標を定め、戦略を練り、それに基づいて種々の活動を行うために、国の政策担当者、企画者、地域社会のリーダー、母子保健および家族計画の専門家の支援を得るのに役立った。
- ・疫学的、社会的、科学的研究：SMI発足当初、女性の健康問題、特に妊産婦の死亡および疾病については、ほとんど知られていなかった。そこでSMIでは第1段階として、妊産婦の死亡と疾病の原因、問題の重大さ、社会的影響について調査し、現行および新規の母性保護プログラムおよびプロジェクトについては、その効果、満足度、コストを評価した。
- ・情報の伝達：SMI発足後の7年間、プロジェクトから得た教訓(プロジェクトの成否は問わない)はもちろんのこと、予備知識、視聴覚資料、訓練および助言の指針は、SMIのパートナーと途上国とで分かち合った。
- ・人材開発：SMIの第1段階では、伝統的助産婦、地域社会の保健婦、助産婦、看護婦、医師といった保健の専門家を訓練して、仕事に必要な知識をつけさせ、彼らの仕事を監督することに集中した。
- ・保健サービスの改善方法：過去7年間の経験に基づくと、保健サービス提供のプログラムの幅を広げ、女性が妊娠、分娩、産後を通してより質の高いケアを受けられるようにすることが急がれる。また母子保健や家族計画サービスは、利用者のニーズに応じて、今までの活動範囲を越えて、より包括的できめ細かなサービスを提供する必要がある。SMIは数カ国の途上国で、母性保護に的を絞った幅広い保健サービス活動(予防と治療)に着手したが、これは母性保護の新しい概念を展開し、革新的で低コストのアプローチを考案することを目的としている。

SMIの第2段階において、ニーズは以下2点で実現されなければならない。ひとつは、臨床、照会の両面で質の高い家族計画サービスを提供すること。もうひとつは、女性の地位向上、およびリプロダクティブ・ライツを促進する場を設けること、である。こうしたサービスは利用しやすく、経済負担も少なくすむことが必須で、さまざまな避妊手段を誰にでも提供することで、個人およびカップルの避妊のニーズに応えなければならない。以上のニーズを考慮したうえで、UNFPAは次の問題点を強調している。

- ・母性保護の問題に取り組むために、国家レベルの制度を確立する。
- ・リプロダクティブ・ヘルスおよび母子保健に対する女性の不安が解消されるよう、ケアの質を向上させる。
- ・思春期特有のニーズを考慮し、若者が十分な情報に基づいた選択(インフォームド・チョイス)をできるようにする。
- ・地域社会、病院の双方をベースとしたサービスを提供し、予防、治療の両面から母体のケアを保障する。これには、危険を伴う人工妊娠中絶の処置に関することも含まれる。
- ・SMIの活動を支援するために、国の政策担当者の認識と取り組み姿勢を強化する。
- ・効果的な国内母性保護プログラムの策定、遂行、評価、および調整に努めるよう、各国政府を支援する。

もちろん、SMIが最終的に成功するかどうかは、地方のニーズに目を向け、利用可能な資源を最大限に活かすことができるかどうかにかかっている。

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

「婚姻や性的関係は、長い間男性に性の自由を与えてきた社会環境によって左右されてきた¹⁴」結果として、性交渉のタイミングと回数、避妊手段の活用、HIV感染予防に関する女性の選択は、現実的にほとんど考慮されていない。インドでは、家族の構成員、特に義父母が、子供の数や出産の時期の決定に関与し、しばしば夫よりも義父母の意志のほうが優先する場合がある¹⁵。HIVが蔓延している国や地域での男性から女性へのウイルス感染は、「男女間不平等を直接反映」し、女性の「経済的・社会的に不利な立場」を現しているといってもいい¹⁶。

妊産婦死亡率と疾病率

女性の、健康面でのリスクは、性交渉・妊娠・陣痛・分娩によって増える。ヘルス・ケア施設の利用不足やケアの質の低さによって、このリスクは多くの国でさらに増えている。

妊産婦死亡率は、先進工業国と途上国との間で、保健の成果という点で、非常に開きのある唯一の分野である。毎年50万人の女性が妊娠と出産によって死亡しているとみられる¹⁷。1990年の世界の妊産婦死亡率は、出産10万に対し370であった。途上国の妊産婦死亡率は先進国のそれに対して13倍も高く、最も開発が遅れている国々にいたっては25倍も高かった¹⁸。世界の妊産婦死亡の90%を占めているのは南アジアとアフリカであり¹⁹、女性が一生のうちで妊娠に関連する原因で死亡する可能性は、アフリカでは25件中1件、アジアでは、いくらか少ないが、それで

も54件中1件となっている²⁰。

妊産婦死亡の臨床的原因のうち、主要な出産の合併症は75%を占めている。また、その中で安全でない中絶による死亡は世界銀行の「世界開発報告1993」によると、毎年少なくとも6万人に上ると推測されている。なかには、もっと高い予測もある。これらの女性の多くは、中絶が非合法であるため医療介護を求めなかったからである。しかし、世界人口の90%を占める173カ国では、母体を救うための中絶は認められている。その他の妊産婦死亡は、特に農村における出産の合併症で、熟練した医療ケアが必要になる場合に起こる²¹。この約半数は、栄養状態の改善と、家族計画、妊娠の危険性に対する教育、出産前の検診などによって防ぐことができるのである。

生殖器系感染症 (RTI)

RTIには3種類ある。1つは、クラミジア、淋病、トリコモナス、梅毒、軟性下疳、性器ヘルペス、性器いぼ、およびヒト免疫不全ウイルス (HIV) などの性感染症。2つ目は、健康な女性の生殖器に見られる組織の異常成長に起因する内因性の感染症。そして3つ目は、医療処置に起因する医原性感染症である。こうした感染症のほとんどは、性行為によって感染するものだが、その他にも多くの行為が、女性を特に感染の危険にさらしている。これには、女性の割礼、危険を伴う中絶、因習的に行われている膣内薬物治療、および危険を伴う出産も含まれる¹。

¹ Wasserheit, Judith N. and King K. Holmes. 1992. "Reproductive Tract Infections: Challenges for International Health Policy, Programs, and Research." *Reproductive Tract Infections*, ed. Adrienne Germain et al. New York: Plenum Press.

東ヨーロッパや中央アジアのように家族計画サービスが不十分な国では、中絶に頼ることが多く、女性たちは必要のない危険にさらされている。中絶を最少限にするためには、十分な家族計画の情報とサービスが保健活動の分野で必要不可欠である。

女性の死亡者1人に対して、妊娠や出産が原因で病気になる人が10人いる。妊産婦死亡率と疾病率が最も高いのはアフリカだが²²、アフリカ以外でも、貧困で栄養状態が悪い女性たちの間ではこの率が高い。そして、それは若すぎる女性の妊娠・出産の場合に最も危険が多い。

性感染症とエイズ

途上国における婦人科関連疾病の程度を査定することは難しいが、性感染症 (STD) は、先進工業国と比べ、少なくとも10倍に上るだろう²³。途上国において、母親学級や家族計画講習に参加したり、婦人科医にかかったことのある女性たちの中で、18%が淋病、17%が梅毒、30%がトリコモナスに感染しているなど、STD感染率が高いことがわかっている²⁴。また、妊娠中の女性だけをみても、先進国の妊婦に比べ、淋病で10~15倍、クラミジアで2~3倍、梅毒で10~100倍もの高い感染率を示している²⁵。

世界保健機関 (WHO) の報告によると、女性のエイズ感染のリスクは非常に高い。女性たちは身を守る手段をほとんど持たず、定期的に性交渉を持つパートナーから感染する危険にさらされている。女性は家族の誰かが感染するとそ

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

れを看護するという重荷をほとんど一人で背負い、また、一家の稼ぎ手としての責任を持っている。女性たちの、地域社会のメンバーとのつながりは弱められる。エイズにかかった人のいる家庭は、隣人たちが避けたがるのでなおさらである。今世紀末までに、1000万人から1500万人に上る子供が、エイズのために孤児になると推定されている。両親がともに死亡してしまった家庭では、祖父母が残された子供の面倒をみている例もある²⁶。

不妊

世界中で8～12%に当たるカップル、5000万人から8000万人が生涯の出産可能年齢期間中に、何らかの形で不妊に悩まされている²⁷。そのうち55%以上がSTDや産後、あるいは中絶後の合併症によるものであり、これらは予防できる。不妊率は、STDの治療、産前のケア、家族計画サービス、安全な人工妊娠中絶がほとんど行われていない地域で最も高くなっている。

不妊症に対する不安が女性たちの間に広がっている。女性が、子供、特に男児を産むことで、夫、

年輩の親類の女性、地域社会からその地位を認められるという傾向があり、それが不妊の不安を増幅させている。女性たちは、男児を産むまで、若いときから何度も妊娠を繰り返すことで安心を得ようとしている。女性が不妊の原因を理解し、その理解に基づいて行動ができれば、また出産以外の選択肢を持ったり、それを承認・支援してもらえば、不妊の不安は多少であれ軽減する。

思春期の性と出産

思春期の性と出産に関する決定は、社会が若者に対して持つ社会的価値観や期待に左右される。多くの国で、若者の出産は、社会的、身体的、人口学的に重要な結果をもたらすと認識されはじめている²⁸。しかし多くの若者は、家族計画やリプロダクティブ・ヘルスに関する教育をほとんど受けることができず、そのサービスも利用できない。例えばラテンアメリカ・カリブ地域では、毎年、20歳未満の女性の20～30%が妊娠しているという現実がある一方で、若者を対象に明確な保健政策をとっているのは、わずか3カ国にすぎない²⁹。早婚と出産が社会的に推奨されているため、若年層の出産の率が世界で最も高いサハラ以南のアフリカでは、若い未婚女性は家族計画サービスが主に行われている母子健康クリニックには行きにくいと感じているようである³⁰。

伝統的な社会規範が緩み男女間の交際が増加するにつれて、特に都市部での婚前交渉が増えている³¹。そのような行為はほとんど事前に計画されるものではないの

思春期の性に対する認識と性体験

初めての性体験の「物語」は若い女性と男性では違った形で展開する。思春期の女性が健全な決断を下す力は、相手の男性から認められたいという欲望に打ち負かされる。アフリカ11カ国で行った調査では、若者のリーダーたちにひとつのモデルストーリーをつくる手伝いをしてもらい、それを用いて思春期の性に対する認識と性体験を調べた¹。この物語に基づいたアンケートを使い、およそ13000人の回答者（10～25歳の青少年）がそのシナリオの中で、最も実生活に近いと感じる要素を選べるようにした。

回答からは、性行動の主導権を握りたがっているのは若い男性たちで、恋愛関係を先行したいと思っている若い女性たちは必ずしも彼らが言い寄ってくるのを拒めないということが明らかになった。若い男女が性的関係をもち始めると、女性のほうは妊娠の危険性を憂慮しがちだが、男性のほうは「セックスを楽しみ、妊娠のことは気にかけない」。女性にとって避妊は選択肢の中に入っていない。男性にもそういう考えは起こらない。女性が妊娠すると、解決策として顕著に現れてくるのが中絶である。

この調査は、若い女性に許された打開策がいかに限られたものであるかを示している。つまり、男性と関係を持ちたければ、無防備なセックスと抱合せになるようだ。男性たちも、おそらく女性を妊娠させることで性的なたくましさを見せつけることを期待されているため、やはり避妊は限られているのかもしれない。しかし、いつの場面でも主導権を握っているのは若い男性たちである。

ひとつの結論は、若い女性は、男性を魅了したり、男女関係の中に「男性をとどめておく」ことができるという以外に、男性の理解を得、自尊心を持つ機会を必要としている、ということかもしれない。もうひとつは、若い女性が、家族計画の情報やサービスを受ける必要がある、ということだろうか。

第三の結論は、若い男性もまた、無防備なセックス以外の、自己実現の機会を得る必要があるかもしれない。男女交際やセックス、およびセックスがもたらす結果についての性教育により、男女双方がより責任ある行動がとれるようになったことを、最近の調査は示している（26頁の囲み記事参照）。

¹ World Health Organization. 1992. *A Study of the Sexual Experience of Young People in Eleven African Countries: The Narrative Research Method*. Geneva: Adolescent Health Programme, Division of Family Health, World Health Organization.

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

青年期のリプロダクティブ・ヘルス調査の結果

1985年以来、ラテンアメリカとジャマイカの都市部で、15～24歳の男女（既婚、未婚を問わず）を対象にした一連の家庭調査が行われている。「青年期のリプロダクティブ・ヘルス調査（YARHS）」と呼ばれるこの調査によると、女性よりも男性のほうが婚前の性交渉の経験を自ら報告する傾向にある。15～19歳の男性が婚前の性交渉の経験があると答えた割合は、コスタリカとメキシコの42%を下限に、ブラジルの2都市とエルサルバドルが73%、上限のジャマイカが78%であった。これを、同じ年齢層の女性で見えてみると、その割合はエクアドルとグアテマラの都市部の12%を下限に、ブラジルのリオデジャネイロが27～28%、上限のジャマイカが55%であった。この調査を通してみると、初めて性交渉をもった時の平均年齢は、男性が15歳で、女性は17歳であった¹。

メキシコシティーで行われたYARHSでは、結婚前に性体験がある18～19歳の女性のおよそ3分の2が、少なくとも一度は妊娠したことがあるということがわかった。リオデジャネイロでは結婚前に妊娠したことのある15～24歳の女性の84%が、これを望まない妊娠だったと述べており、またエクアドルのキトとグアヤキルではこの数字は76%と報告されている²。

1 Robey, Bryant, Shea O. Rutstein, and Leo Morris. 1992. "The Reproductive Revolution: New Survey Findings." *Population Reports Series M*, no. 11. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Population Information Program.

2 See 1.

で、多数の若者が、望まない妊娠や早期出産、STDの危険にさらされている。

思春期の妊娠は、特に早婚の地域でよくあることだが、これもまた女性の健康を脅かす要因となっている。10～14歳の女子が妊娠または出産で死亡するケースは20～24歳の女性と比べ5倍も高い。産道がまだ狭い女子は陣痛障害のような合併症が多く起こりやすい。女性の割礼など伝統的習慣は生殖器に傷を付け、陣痛障害を招く可能性が高い。

思春期の妊娠は計画したものでもなければ、望まれたものでもないことが多いため、妊娠と出産とを区別することが必要である。望まない妊娠をした若い女性は、妊娠を出産まで続けるよりは、多少危険であっても中絶のほうを選ぶことが多い³²。アフリカでは早婚の女子たちの25～40%が計画外の妊娠を経験しており、毎年行われ

ている5000万件の人工妊娠中絶のうち、15～19歳の女子のそれはおそらく10分の1を占めている。また、10代の女子は、年長の女性よりも遅い時期に中絶を受けに行くことが多く、死亡や障害が残る可能性に加えて、不完全な中絶の後遺症や敗血症に苦しむことが多い。人工妊娠中絶の結果、合併症で入院した女性の3分の1以上は20歳未満だが、この数字は、同年代の中絶の実態を必ずしも正確には反映していない³³。また、無事、出産を終えても、自分自身と子供の誕生後の生活にさまざまな危険がある。例えばアフリカでは、18歳以下の母親は産前のケアや乳児の予防接種を受けない傾向がある³⁴。

このように、若年層の性体験は、いわば実験ともいえるものであり、危険に満ちている。自らの性と病気の予防法に対する無理解も相まって、若年層のHIV感染率は高くなっている。HIV感染者の20～25

%が10～19歳および20～24歳の年齢層である³⁵。若年層だけでなく親たちも、エイズと若年出産の危険性についてよく学習し、10代での妊娠は避けるよう若者たちに助言しなければならない。

環境

多くの途上国で、環境は、家庭や、職場、また農作業をする女性に対して健康問題を引き起こす。密閉された空間で調理の煙を吸い込むことは、1日60本のタバコを吸うことと同じほど有害である。また、化学肥料、殺虫剤、除草剤の使用量が増えると、飲料水や野菜、果樹の葉を汚染する。厳しい安全規制を持たずに工業化を進めると、さまざまな有害物質が環境中に放出されることになる。殺虫剤に含まれるダイオキシン、鉛、二酸化炭素、水銀などの汚染物質にさらされると、妊婦は流産や他の合併症を引き起こしやすくなる。また男性が生殖能力を損なわれるという危険性もある。健康な妊娠・出産を保障するためには、こうした有害物質にさらされないよう規制しなければならない。有害物質とその人体への影響に関する教育は、保健問題の課題の一部に入れられるべきであるが、さらに、多くの女性の農業労働者や工業労働者に対する保護も必要である。女性工業労働者も増加している。

子供の健康における男女間格差

女兒は男児よりも価値が低いという理由で、男児と比べて、教育、食糧、ヘルス・ケア、日常的な世話などの割当てが少なく、職業の選択も限られてくる。娘よりも息

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

子を好み、息子に対してより手をかけるという背景には、文化的要因と経済的利益とがある。

息子に対する選好傾向は多くの文化に見られる。研究によると、例えばバングラデシュ、ヨルダン、ネパール、パキスタン、韓国、シリアでは、特にそうした傾向が強い³⁶。たとえ女兒を望んだとしても、その価値は男児よりも低いとみなされる。第1子が娘だった場合、その後生まれる娘たちは望まれない子供で、無視、虐待、ひどい場合には死へと追いやられる。

どの年齢層でも、通常男性の死亡率のほうが高いが、特に南アジア、中東、北アフリカのいくつかの国では、男性に対する女性の性比は女性の超過死亡率を示している。1990年の先進工業国での男女の性比は、女性100に対して男性は94だったが、イランとイラクでは、男性が103以上、バングラデシュと中国は106、インドは107、パキスタンは108.8であった³⁷。

女性と女兒たちは、栄養のある食べ物を口にする機会が男性よりもずっと少ない。残り物か、男性と男児たちが食べ終わった後で食べるからだ。若い女性は、青年期ゆえの必要な栄養摂取量の増大という理由のほかに、妊娠あるいは授乳の時期があり、特に栄養不足になりがちである。このような栄養不足は、女性とその子供の健康に短・長期的に強い影響を及ぼす。

近代的保健のケアの利用には明らかな男女格差がある。男性や男児は近代的な医療施設を利用しているのに、ほとんどの女性や女兒は家庭での民間医療や伝統的な治療師に頼っているという国もある。

より質の高いケアは、家族の所得や家庭の円滑な運営に重要な貢献をしているとみなされている女性や、男児を産んだ女性に与えられる³⁸。近代的な医療を受けるかどうかの決断は男性が行うことが多く、女性はほとんど、または全く口を挟むことができない。

途上国では、5歳未満の子供が、毎日3万5000人以上死亡している。原因の約60%が肺炎、下痢、はしかであるが³⁹、これらはいずれも予防・治療が可能なものである。

また、5歳未満の幼児死亡率は先進国の約6倍で、1991年の乳児死亡率（出生数1000に対する）は、途上国の75に対して先進国は14となっている。とはいえ、途上国でも、出生時と乳児期にケアを受けることができる乳児は増加している。1991年には、途上国での出生児の64%が訓練を積んだスタッフによってケアを受け、87%が未熟児との境界点である2500gを超えていた⁴⁰。

ウィーン宣言と行動計画¹

1993年6月25日、国連世界人権会議で採択されたウィーン宣言と行動計画は、「女性と女兒の人権は普遍的な人権の奪われることのない、重要かつ不可分な構成部分である」と明言している。以下は、女性の地位と人権の平等をうたった9項目からの抜粋である。

- ・本会議は、女性があらゆる人権をすべて平等に享受できること、また各国政府や国連にとって、こうした人権の確保が優先事項となることを求める。さらに、女性が当事者として、また受益者として、開発過程に常に携わることの重要性を強調する。
- ・女性の地位の平等と人権の問題は、国連組織全体の活動の中核に織り込まれるべきである。
- ・本会議は社会生活でも私生活の中でも、女性に対する暴力をなくすこと、いかなる性的いやがらせ、搾取、売春もなくすこと、裁判において性的偏見を排除すること、女性にとって有害な伝統的慣習、文化的偏見および宗教的狂信と、女性の権利との間に生じるあつれきを根絶させることの重要性を主張する。
- ・本会議は、女性に対するあらゆる差別（目に見える、見えないにかかわらず）の撤廃を明言する。
- ・女性があらゆる人権と、完全な平等とを享受するに当たっては、現行手続きをより有効に利用するための情報を、条約監督機関は普及させるべきである。
- ・本会議は、男女平等を前提としたうえで、あらゆるレベルの教育を平等に受ける権利と、適切なヘルス・ケアおよび種々の家族計画サービスを受ける権利を再確認する。
- ・宣言内容を検証する機関は、女性の地位と人権の問題を協議事項に盛り込み、男女別々にとられたデータを用いてその審議に当たり、しかるべき調査結果を報告すべきである。
- ・本会議は、女性が意志決定権を持ち、意志決定の過程にさらに深く関与できるよう、各国政府、地方組織および国際組織に、強く働きかける。
- ・本会議は1995年に北京で予定されている「世界女性会議」の開催を歓迎しており、女性の人権問題が重要な協議事項になるべきことを主張する。

1 United Nations. 1993. World Conference on Human Rights: The Vienna Declaration and Programme of Action, June 1993. (With the Opening Statement of United Nations Secretary-General Boutros Boutros-Ghali) New York: United Nations.

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発

男性の役割

男性が家族形成や家庭生活において同等の責任を果たしていないために、女性は、経済分野まで役割が拡大した結果として、追加負担を負わされている。特に、子供に関する責任は、いまだに母親にあるものとみられている。これには受胎調節の責任も含まれており、そのため家族計画プログラムは主として女性に対して行われている。

しかし、適切な形で家族計画サービスが行われれば、男性もそれをうまく利用することができる。ブラジルで行われている男性のためのリプロダクティブ・ヘルス・クリニックがそれである。ただ、男性が家庭生活により深くかわり、情報を十分に分かち合い、家族を扶養するようになるためには男性への大きな支援が必要となる。少年に、責任、男女平等、伝統的な固定観念の排除などを教えるのは早期に行われるべきで、かつ、家庭や地域社会のリーダーや役割モデルによって強化されるべきである。

女性と人権

最近出されたウィーン宣言は、過去25年間で初の人権サミットといえる1993年の国連世界人権会議の成果である。これは女性の人権問題が国際開発の議題の中でも特別な位置を占めるに至ったことを示している。1948年の世界人権宣言や、68年のテヘラン宣言——人権概念を性に中立的な言葉で述べている——などの過去の宣言とは異なり、ウィーン宣言は、地位の平等と女性の権利を明確にしている。

人権と女性の権利：過去25年間の歩み

過去25年間で、女性の権利とリプロダクティブ・ライツは、国際法や人権に関する議題の中でかなりの位置を占めるようになってきた。国際法におけるいくつかの基準を振り返ってみると、この問題が徐々にではあるが進歩してきていることがわかる。

1968年国連国際人権会議（テヘラン）：国連は、「人間の再生産」の問題を明確に取り上げている。テヘラン宣言は「両親は子供の数と出産の間隔を自己の責任において自由に決定できる基本的人権と、この点についての十分な教育と情報を得る権利をもっている」と述べている。

1974年世界人口会議（ブカレスト）：子供の数と出産の間隔を決定するのに必要な情報や教育、および「手段」の観点から、その焦点は「両親」から「カップルおよび個人」に移行した。また、責任の概念も次のように紹介された。「この権利を行使するうえでのカップルおよび個人の責任は、生存中の子供および将来生まれてくる子供たちのニーズを考慮することと、地域社会に対するさまざまな責任が含まれる」。

1975年国際婦人年会議（メキシコ・シティー）：「国連婦人の10年」のスタートにあたり、本会議はリプロダクティブ・チョイス、健全な身体を保つこと、リプロダクティブ・オートノミーの3点を強調している。つまり、「人間の体は、女性であろうと男性であろうと、不可侵であり、それを尊重することは、人間の尊厳と自由の基本である」。

1979年女性差別撤廃会議（通称：女性会議）：本会議の明確な目標は、再生産をコントロールする権利と能力という点における男女の平等、であることに疑う余地はない。本会議では30の条項で、教育、経済、社会、文化、市民、政治の面での差別を取り上げている。第12条は、女性のリプロダクティブ・ライツに言及しており、この会議の決議を批准した国々に、「男女平等に基づき、家族計画も含めたヘルス・ケア・サービスの利用を保証するため、ヘルス・ケアの分野における女性に対する差別を撤廃するためにあらゆる手段を講じること」を求めている。また第16条は、「結婚や家族関係に関するあらゆる事柄において女性に対する差別」を撤廃することを主張している。

1984年国際人口会議（メキシコ・シティー）：本会議は勧告事項の中で、政府、個人双方の責任を次のように強調している。「過去10年の経験から、人々が責任をもって再生産に関する決定を下せるよう、政府が援助できることはもっとたくさんあったことがうかがえる」。家族計画をさらに利用しやすくすることが、「緊急事項」であると思われる。

1992年国連環境開発会議（リオデジャネイロ）：本会議の公式文書の草案である「アジェンダ21」には、家族計画の協議が盛り込まれており、その質に焦点が当てられている。そして、「女性が主役で、女性によって管理された、安全で利用しやすく、責任のある家族規模を決められるような家族計画を要求している」²。

1993年国連世界人権会議（ウィーン）：ウィーン会議で、ジャーナリストは女性を「最も強力で有能なロビイスト」と評した³。ウィーン宣言には、「女性の地位と人権」についての9項目の宣言が盛り込まれており、ここに至って初めて、女性に対する暴力が人権の侵害として認識された。

女性が経験してきた無数の差別に、国際法の枠組みの中で挑んでいくことは、女性の権利の保障に向けての第一歩にすぎない。つまり、「政府、組織、個人が権利を尊重する義務が存在しないところでは、女性にとって権利はほとんど価値がない」⁴のである。それにもかかわらず、女性が人権の分野で活動を広げてきていることから、人々が今後も、男女平等を推進する政策に注目していくことは確かだ。

1 Cook, Rebecca J. 1993. "International Human Rights and Women's Reproductive Health." *Studies in Family Planning*, 24(2): Pp. 73-86, Freedman, Lynn P. and Stephen L. Isaacs. 1993. "Human Rights and Reproductive Choice." *Studies in Family Planning*, 24(1): Pp. 18-30.

2 Cohen, Susan A. 1993. "The Road from Rio to Cairo: Toward a Common Agenda." *International Family Planning Perspectives*, 19(2), Pp. 62.

3 Flanders, Laura. 1993. "Hard Cases and Human Rights: C. Mackinnon in the City of Freud." *The Nation*, 257(5): Pp. 174-77, August 9/16 1993.

4 Cook, Rebecca J. 1993. "International Human Rights and Women's Reproductive Health." *Studies in Family Planning*, 24(2): Pp. 73-86.

I. EMPOWERMENT AND SUSTAINABILITY

第1章 女性のエンパワーメントと持続可能な開発



Mark Edwards/Still Pictures

カメルーンのパメンダ高原でジャガイモの収穫作業をする女性たち。女性は農村経済を支える中心的存在だが、その地位はいまだに低いままである。

み、彼女たちを貧困から解放する特別なプログラムが必要である。最初の重要なステップは、性別に収集、分析されたデータが必要であり、教育・雇用・健康などこれまでの開発プログラムが目的としてきたあらゆる分野における女性の役割と地位を正確に評価することである⁴⁷。

人権問題の重要な目標のひとつである女性のエンパワーメントは重要な開発問題である。したがって、1994年の国際人口開発会議では、すべての人口・開発政策において女性の平等が強調されることを目的としている。人口、経済成長、持続可能な開発を結びつける行動プログラムがまとめられることになるであろう。

このプログラムの中で重要なのは、人口問題を健康、教育、社会、雇用、農業、環境という諸問題に組み込むことである。これらの広いカテゴリーにおける政策戦略を展開するに当たって、性差の問題、プログラムの質には特に注意を払わなければならない。特に重要なのは、個々の女性および男性に対して可能性と選択の幅を広げることである。

1979年の女性差別撤廃会議（女性会議として知られている）において示された男女間の不平等を終結させる決意をウィーン宣言はさらに強化するかたちになっている。また、ウィーン宣言では女性に対する暴力の問題にも正面から取り組む姿勢を示している。会期前から始まった女性グループのロビー活動の結果⁴¹、女性に対する暴力は人権の侵害であると認識されるようになった。

こうした成功と、100カ国以上が女性会議のアピールに同意、批准したにもかかわらず、多くの国や地域で、女性の地位に関する指標は、依然として法律と現実との格差が大きいことを示している⁴²。例えば、女子の中等教育の就学率は、ほとんどのアフリカ諸国では2～5%という低さである。また、南アジア、東南アジアには、10人に1人か2人しか中等教育を受けていないという国もある⁴³。

女性の地位に関するもうひとつ

の指標——15歳以上の女性の経済活動への参加の割合——は、一見すれば楽観主義に陥ってしまうほど、世界の至る所で高くなっている。例えば東アフリカでは、4分の1から4分の3の女性が活発に経済活動に従事している⁴⁴。しかし、この統計からは、正規の職業に就いている女性が未熟練で低賃金の労働に甘んじているという実態は見えてこない⁴⁵。また、さらに多くの女性たちは、低賃金のインフォーマル・セクターか、あるいは「セックス産業」という名で知られるようになった仕事に就いている。タイでは、15～34歳の女性の6～9%がセックス産業で働いているか、その経験があるとみられている⁴⁶。

家族を養うという経済負担を担っている女性が増加しているが、その多くが単独の世帯主であったり、家計の総収入の半分あるいはそれ以上を稼いでいたりする。女性たちをめぐる貧困問題と取り組

II. FAMILY PLANNING — PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

1960年代には、安全で効果のある避妊法が広く普及し、それを使うカップルが急増した。先進工業国や、急速に工業化を進めているアジア諸国では、避妊はもう当たり前のことになっている。避妊普及率(CPR) 75%というのは先進工業国では当然のことだが、他の途上国もしだいにこのレベルに近づきつつある。アジア、アフリカ、ラテンアメリカ全体で、出産可能年齢にある女性のうち、何らかの方法で避妊をしているのは、1960年には5人に1人(6000万人)だったのが、現在では55%(4億5000万人)になっている。

この変化は女性の生活に劇的な影響をもたらした。出産が初めて偶然というよりも選択できるようになったのである。女性たちは少子家族を選んだ。その結果、同期間の女性1人当たりの生涯出生児数は6人以上だったのが、4人以下となった。

こうした爆発的な避妊の普及は再生産革命(リプロダクティブ・レボリューション)と呼ばれてきた。しかし、望まない妊娠を避けるために避妊を行うのはこの変革の一部にすぎない。選択は、技術がそこにあるから利用するというのではなく、意志とともに始まるのである。すなわち、すべての女性は、妊娠するか否か、するとすればいつか、子供の数と出産の間隔、そして最終的には自分自身の将来について決定する権利と能力を持つべきだという考え方である。家族計画の先駆者たち——マーガレット・サンガー、マリー・ストープス、エリン・オッテセン——

ンセン、加藤シヅエ、ラマ・ラウ女史たちは、自らの運命について選択もコントロールもできない女性たちの窮状に突き動かされたのである。女性たちに自らの人生を変える力を与えるという先駆者たちの考え方はいまでも家族計画プログラムの根底に流れている。こうして、家族計画プログラムは、1968年以降国際社会で受け入れられ、その後も相次ぐ合意によって支持、強化されてきた。こうした合意の最新のものがウィーン国際人権会議である。

その概念も広がっている。十分に家族計画が実施されれば、より質の高いリプロダクティブ・ヘルス、希望する家族規模が実現し、人生の選択肢も広がる。それは、女性はもちろんのこと、家族全体の幸福と健康と安全のためにも大切なことである。それは家族全員がかかわりを持つ生涯のプロセスだが、本質的には個々の女性の幸福から始まり幸福に終わるものである。

再生産革命

(リプロダクティブ・レボリューション)

過去30年間に、途上国で、何らかの避妊法を用いる男女の数は飛躍的に増加した。その多くは近代的避妊法で、5組のうち4組は不妊手術、IUD(子宮内避妊器具)、ホルモン法、バリア法のいずれかを用いている。経口避妊薬(ピル)は60年代に、近代的な卵管・精管結紮手術は70年代に、銅製のIUDと長期間有効な皮下埋め込み式は80年代にというように、これらの避妊法のほとんどが過去30年間に導入あるいは大幅に改良され

た。

リプロダクティブ・ヘルスにかかわる近代的な技術の利用の増加は、特に途上国における社会的大変動の結果である。近代的な家族計画が利用できるようになったのは、ここ30年来のことなのだが、1990年の避妊普及率は51%で、現在は55%にまでなっている。

このことは、カップルが自らの生活の質を高めるために避妊法を求め利用していることを示している。彼らが避妊をしているのは、国家のためでも、人口学的数値目標を達成するためでもない。途上国の多くの男女にとって避妊は、選択できる問題になったのである。それは、リプロダクティブ・ヘルスや家計を守るため、家族のきずなを深め、将来を保障するための貴重な一歩である。

逆にいえば、数値目標や割り当てを設定して家族計画を普及させようとしても成功はおぼつかない。人口政策の立案者は、適度な人口増加や他の目標などを性急に追求しようとするが、そうすれば、選択の要素や選択の前後関係が無視されてしまうからである。完全かつ自由な選択に近道はない。同時に近代的で、安全で効果的さらに安価で適切かつ受け入れやすいなどの家族計画手段に対する多くの人々の要求はさまざまだが、いまだ完全には満たされていない。この事実は成功へのカギが、障害を取り除き、個人の選択を可能な限り尊重することにあることを示している。

組織化されたリプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画プログラムが21世紀への目標にしている

II. FAMILY PLANNING

— PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ



Jorgen Schytte/Sall Pictures

ニカラグアのマナグアの家族。男性が家庭生活に責任を持つようになれば、女性はもっと自分自身の選択ができるようになる。

のは、女性にも男性にも、生活の最も内面的で個人的な分野である性という領域で、自らの運命をコントロールできる力を与えるために、障害を取り除き、幅広い選択を保障することである。

現在、130カ国を超える途上国政府が、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・ケアのプログラムを支持しているが、家族計画が政策として急速に受け入れられ、世界的意義を持つ国際運動になったことは、家族計画の先駆者たちやその後継者たちの努力のたまものである。女性の利益に対する平等な配慮を強調してきた、あるい

は強調し続けている見識者や活動家たちのおかげで、今日、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムは、衛生と栄養状態の改善、不妊治療、産前・産後の母子に対するケア、病気治療と感染症予防などに活動対象を広げている。女性の主張者たちは、貧困の原因である読み書きできないことと不健康、仕事場や経済政策における差別をなくすことによって、プログラムが成功する環境を作り出す必要性をも強調している。

途上国での家族計画プログラムの努力は、ますます複雑で多様なものになってきている（その主な

構成要素は図9に示した）。20年前なら、リプロダクティブ・ヘルスおよび家族計画サービスは、都市の病院で、それも限られた選択しか提供されなかった。しかし、現在は、リプロダクティブ・ヘルス・ケアと主な5つあるいはそれ以上の避妊法は、たいてい公共・民間を問わずさまざまな提供者から得ることができる。例えば、バングラデシュやモロッコでは、資格を持った家庭訪問員が、ピルやコンドームなどを無料で各家庭に配付している。また、エジプト、コロンビア、ジンバブエなどでは、薬局で安価な避妊薬（具）が売られているし、ナイジェリアやメキシコでは、公立・私立の病院に行けば、銅を付加した活性IUDを挿入してくれるし、数分でメスを使わずに精管結紮手術をしてくれる。また、タイやインドネシアでは、5年間有効という皮下埋め込み式ホルモン避妊法の処置もしてくれる。サービスの内容と適用範囲が広がるにつれて、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムはよりユーザー向けになり、質の高いケアの提供と家族計画の健康に対する利益の普及が促進されている。

今日のプログラムは、家族計画サービスを受けに行くのに要する時間やサービスの料金といった受益者負担を軽減し（多くの途上国では、政府が後援するサービスは無料）、家族計画サービスを受けられる施設の増設に力を入れている。これらの多くは、政府がスポンサ

II. FAMILY PLANNING — PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

ーとなるリプロダクティブ・ヘルス・ケアと完全に組み合わされており、私立病院でも、同様に組み合わせられることが多い。避妊サービスの適用範囲と質が向上するにつれて、避妊処置が受けやすくなったばかりでなく、その選択肢も増加した。また、プログラムは不妊対策にも力を入れており、女性だけでなく、男性のニーズと役割にも目を向けている。

広報・教育・コミュニケーション(IEC)プログラムは、リプロダクティブ・ヘルスの考え方を普及し、妊娠は選択できるのだという考え方を広めた。例えばブラジル、エジプト、インド、ケニア、メキシコでは、ラジオとテレビの連続ドラマによって、聴取者・視聴者の家族計画に対する関心が高まり、家庭生活問題についてさまざまな話し合いが行われるようになった。

そのようなIEC面の努力によって、広く分散した多数の人々の間に家族計画が普及した。もし、IECプログラムがなければ、特に都市や農村の貧困者層は自らの選択について知ることはできなかっただろう。

避妊の爆発的普及

わずか100年前までは、先進工業国では、人工的避妊は非合法であり、当時、基本的に、唯一の方法としてあったのはゴム製のおおい、今日のコンドームの原型ともいえるものだけだった。近代的な避妊方法の開発は、1940年代半ばからの生医学的研究と挿入避妊器具に使用されるポリマーやプラスチックの商業的開発から始まり、60年代に先進工業国で広まったピル

によって、避妊は日常的なものになった。とはいえ、ここ20年間で振り返ってみると、革新的ともいえる新しい開発はほとんど見られなかったし、現在ある避妊薬(具)にも大幅な改良は見られない。リプロダクティブ・レボリューションを進展させたのは、技術革新ではなく、避妊手段の利用機会の増加

と、ケアの質とサービスの向上だったといえる。

家族計画がどれだけ実行されているかは、避妊普及率で測定される。それは出産可能年齢(15~49歳)の有配偶女性のうち、現在、避妊を実行している割合と定義される。1970年代のはじめから、100近くの国々で200回を超える調査

ある若い女性の手記

私はバダルプールのアアリという村で生まれ育った。私の家は厳格な中流家庭だった。村には高校がなかったため、私は6年生を終了した時点で進学することをあきらめざるを得なかった。というのも私たちが住んでいる地域の少女たちは、村の中でさえ自由に振舞うことができなかったのだから、ましてよその村の学校に行くことなど許されるはずもなかった。1990年、私はプレナがこの村に開いたセンターで裁縫を習い始めた。そして1年後、私は「よりよい生活を求める会(BLP)」の活動の一環として、美容技術、刺繍、編物、木版画、ビデオ制作などを学ぶ機会を得た。こうした技術を習得する一方で、保健、清潔、個人の衛生、家族計画、人間の体についての知識、栄養バランスを考えた食事などの情報も得た。

この会に参加するようになってから、私は自分自身が大きく変わったと感じた。特に、幼い頃から人前では話せなかった私がしゃべれるようになった。今では、訪問客をもてなし、彼らと楽に話ができるまでになった。それに自分1人でも友だちと一緒に、村の外に出てよその土地に旅行できる自信もついた。クイズ大会、合唱、ダンス、演劇などいろいろなプログラムに何度も参加した。一番楽しかったことは、ビデオ・カメラの操作を覚え、フィルムを制作したことだ。一般には少年たちだけの仕事とされていることが、自分にもできることがわかった。ビデオのワークショップの最中、私は自分の結婚式の準備におおわらわだった。父親に気兼ねをして、朝は早くに起きて家事を済ませ、センターに通ったものだ。そして日中に、2~3度家に戻ったものだ。私の心は半分は家にあったが、もう半分はセンターにあった。

1992年の1月、私は20歳で結婚した。私の住む地域では、少女たちは大抵15~16歳の若さで結婚する。私が結婚の時期を遅らせたのは、私の父と私自身の希望だった。結婚後も、私はそんなに早くは最初の子供を欲しいと思わなかった。というのも夫も私もとても若かったし、人生のこんなに早いうちから母親の責任を引き受けたくはなかったからだ。私は、勇気を出してこのことを夫に話したが、夫も同じような考え方だとわかって、とても安心した。私は、もしBLPに参加していなかったら、夫と自分の気持ちを分かち合うことはできなかっただろう、と思うことがある。義母も、義兄が2人とも大家族だったことから、私たち夫婦の決めたことに同意してくれた。しかし、私が母親ではないことを嘲る義姉たちには、立ち向かわざるを得ない。目下の悩みは、夫がNirodh(コンドームの商標)の使用に不満を持っていることだ。そこで私は、プレナの移動診療所の医師に、ピルの服用かあるいは他によい避妊法がないか、相談に行くことに決めた。

私はよく、センターのBLPで学んだ情報や技術を、仲間やその他の人々と分かち合っている。義姉たち(兄嫁)に対してさえ、適切な子供のケアや予防接種については、アドバイスをしている。まだ結婚していない義姉とは仲よくなり、センターで習ったことは何でも教えてあげている。私はBLPのメンバーであることを誇りに思っている。

インド、ニューデリー市バダルプール、アアリ村ガオン発

(プレナおよびCEDPAの後援による「よりよい生活を求める会支部」の参加者)

II. FAMILY PLANNING

— PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

Source: The World Bank, 1993. *Effective Family Planning Programmes*. Washington: The World Bank.

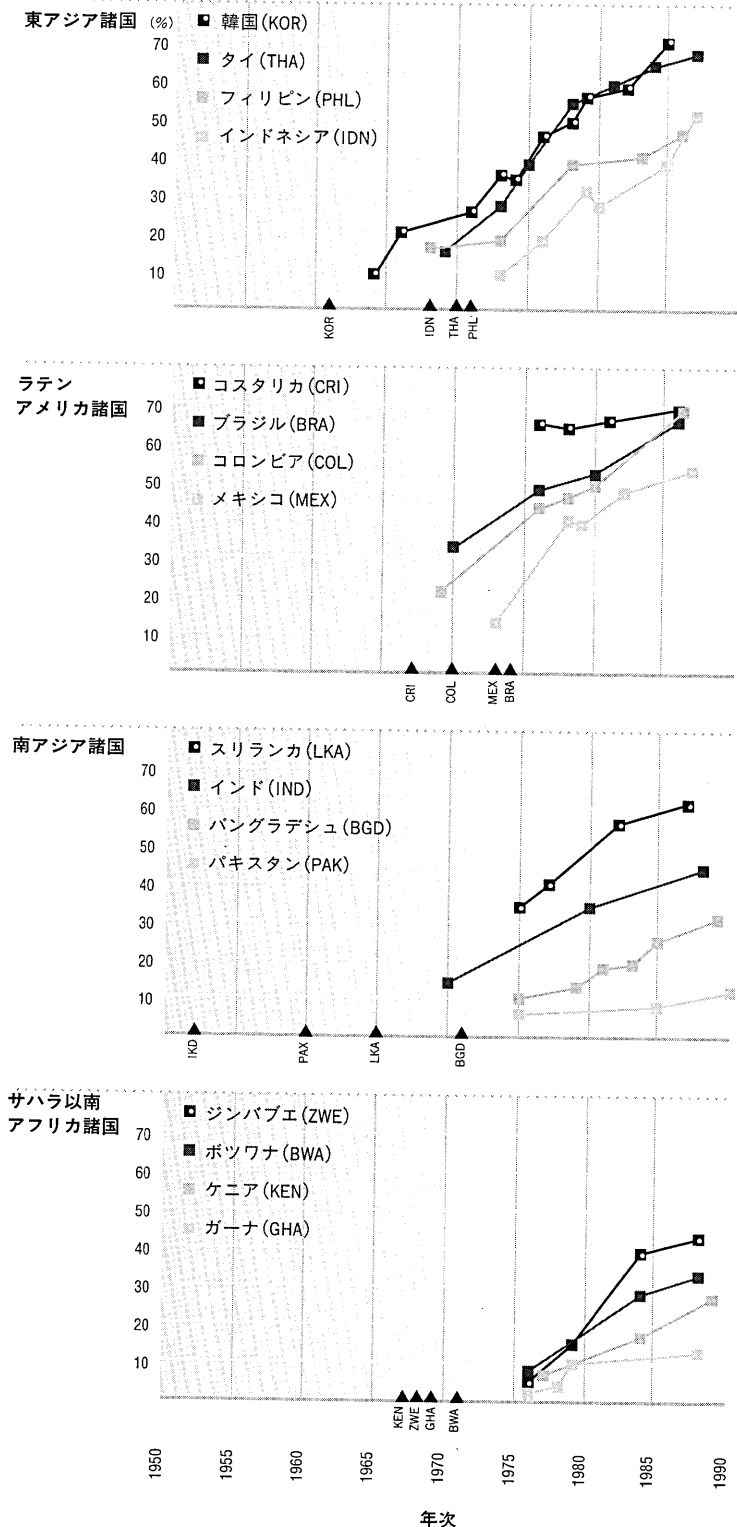
が行われ、標本抽出、面接、アンケート調査などによって、出産、家族計画、子供の死亡についての全国推計がまとめられた。「世界出生力調査」、「人口・保健調査」、「家族計画調査」などの一連の世界的調査プログラムを通じて、1984年以降、44の途上国で30万人以上の出産可能年齢の女性が面接を受けた。このような各国間比較調査の結果、現在、途上国の出産可能年齢女性とそのパートナーのうち55%が何らかの形で避妊を実行している。また、人口的には大きな比重を占める中国の避妊普及率は約80%で、先進国である日本の58%、アメリカの74%、イギリスの81%、ノルウェーの84%と比べても遜色ない。

避妊普及率はサハラ以南のアフリカの約12%から、北アフリカの38%、南アジアの40%、西アジアの43%、東南アジアの51%、ラテンアメリカの58%、東アジアの約79%と、地域によってさまざまである。1984年以降の調査で最低は4%（ニジェール、ナイジェリア）、最高は約80%（中国および若干低い韓国）となっている。

他の人口稠密な途上国の中で普及率が高いのはブラジル、インドネシア、タイ、バングラデシュ、メキシコ、コロンビア、ベトナム、ケニアである。

図8は、途上国で比較的短期間に避妊普及率が急速に上昇したことを示している。これは、世界銀行のデータを用い、現在の途上国

8. 効果的な家族計画プログラムと避妊普及率(%)の推移



II. FAMILY PLANNING

— PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

人口の半数を占める16カ国で、避妊実行が飛躍的に増加したことを示している。図8の4つの表は時間と水準を標準化したもので、避妊の確実な普及の様子がわかる。最初に、1960年代の後半には東アジアと東南アジア（韓国、タイ、フィリピン、インドネシア）で、次いで、70年代前半にはラテンアメリカ（コスタリカ、ブラジル、コロンビア、メキシコ）で普及が著しかった。

それに比べて、インド、バングラデシュ、パキスタンの伸びは東南アジア諸国よりも緩やかである。また、ジンバブエ、ボツワナ、ケニア、ガーナなどサハラ以南のアフリカ4カ国は、近年、確実に上昇傾向にあるが、アジアやラテンアメリカ諸国と比較すれば、全体的な水準はまだ低い。この中ではジンバブエが最高で45%である。これら4カ国で真剣な家族計画活動が始まって以来の期間の短さを考慮すると、避妊普及率の増加はこれでも飛躍的といえよう。

リプロダクティブ・ヘルス・ケアには、性と家族計画のニーズに対する取り組みが拡大するのに伴って、さらなる生医学的研究と新しい技術の開発が重要である。女性が管理できて、使いやすいと同時にSTDと妊娠を予防できる方法が、いま、求められている。

男性

家族計画に対する男性の役割は曖昧なところが多く、避妊法へのニーズも明確に定義されていないし、その取り組みもはっきりしていない。多くの国で、女性が男性の許可なく家族計画のサービスや

男性の関与：男性の選択とその責任

近代家族計画プログラムのほとんどは、女性を対象としてその普及に努めてきた。女性主導の避妊法が導入される以前から、コンドーム、基礎体温法、性交中絶法といった手段は広く利用されてきた。しかしこうした手段は、男性の協力が得られるかどうかにかかっている。

男女の問題であるにもかかわらず女性のみを取り上げることが多いという新たな現実に直面したことで、家族計画プログラムは、男性の参加を呼びかけるという方向に戦略を転換してきた。男性の参加には、家族計画の概念を理解し、男性側にできる手段を進んで利用すること、パートナーが選んだ避妊法を受け入れることなどが含まれる。

アフリカで実施された2件のプログラムは、男性も家族計画サービスの促進や普及にかかわることができるということを明らかにしている。

カティブグ族の家族の健康プロジェクト：マリ

このプロジェクトは、地域社会ベースでIEC（広報・教育・コミュニケーション）活動を行うこと、プロジェクトの受け手を増やすために月に1度医療チームを村に派遣すること、避妊薬（具）を提供すること、照会、フォローアップを行うこと、をおおよその目標として始まった。しかし、これといった成果を得ることができなかったため、次にプロジェクトは「家族計画の意志決定者」として男性を明確な対象とした。村の男性保健従事者は、プロジェクトのスタッフとなり、他の男性に家族計画を推進したり、コンドームを配付したりした。プロジェクト・スタッフはこの戦略を、村人に受け入れやすい家族計画のための5つの要素のうちの1つとして、その効果を確信していた。男性のフィールド・ワーカーが、母子の健康増進による家族計画の経済的効果を力説しているが、この話からも、このプロジェクトがどれほど効果的なものであったかを証明できる。プロジェクトの指導グループは、家族計画についての男女間のコミュニケーションが、時間を経て今までになくオープンになってきている傾向があることを明らかにしている¹。

男性のオピニオン・リーダー：カメルーン

カメルーンの農村部では、家族計画サービスはほとんど進んでいないため、保守的な態度が大勢を占めている。村の長老と男性のオピニオン・リーダーたちは、出産間隔をあけることを奨励するメッセージを広めるのに、強力な手段となる。ヌカンベ北西部の地域で保健省が行ったプロジェクトではまず、村でかなり尊敬されている男性が69名選ばれた。彼らは家族計画推進のためのトレーニングを受け、コンドームや殺精子剤を配布したり、予防接種、経口補水法、母乳哺育など母子保健に関するさまざまな情報を提供している。このプロジェクトは、男性のオピニオン・リーダーが情報源として、また物質提供源として信頼できること、そして彼らが保健センターに適切な照会をする能力があることを見事に示している。そのうえ、当初、近代家族計画法を利用していなかった者の半数以上が、プロジェクト終了時までこれを利用するようになった²。

男性の意識を変える戦略としては他に、男性の職場で避妊を奨励したり避妊薬（具）を配布したりすること、思春期の少年を対象としたプログラム、ソーシャル・マーケティング、エイズ予防プログラム³を実施することなどがある。父親クラブ、地域の映画館、宗教グループも、その他の男性にとっては効果的なIECチャンネルとなり得る。精管切除手術の技術が向上し、男性主導の避妊法の研究も続けられている。こうしたことから、男性の意志決定にかかわる態度や役割が、家族計画の実践をより促進するようになれば、男性自身がもつ避妊の選択の幅もさらに広がる可能性がある。

1 Lily P. and Marjorie Brahms Signer. 1993. "The Introduction of Community-Based Family Planning Services in Rural Mali: The Katibougou Family Health Project." Working Paper, No. 2. Washington, DC: Center for Development and Population Activities (CEDPA).

2 Awasum, D.N., C. Tima, S. Ngwa, J.N. Munga, A.J. Njah, C. Sab, C. Solofo-Dimby, D. Sanogo, and K. White. 1993. Promotion and Delivery of Family Planning Services in the Donga Mantung: An Operations Research Study on the Role of Male Opinion Leaders in Rural Cameroon. (Unpublished Final Report). Cameroon: Ministry of Public Health, Directorate of Family and Mental Health, New York: The Population Council.

3 Finger, William R. 1992. "Getting More Men involved." *Network*. 13(1): Pp. 4-6.

II. FAMILY PLANNING — PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

手段を求めることは、望んでもいないし、あるいは不可能である。男性は家族計画の経済的その他の利点を考慮するところから動機が始まるのかもしれない。それに加え、STDのリスクが高まり、その予防としてコンドームや殺精子剤の必要性が、ますます男性の参加を促してきたが、男性の認識がどのようなものであれ、避妊は、相

変わらず、女性の関心事にとどまっている。

しかし、リプロダクティブ・ヘルス・プログラムは、男性を対象にした特別な草の根プログラム、サービスの提供法、性教育、IEC活動を徐々に発展させ、職場や娯楽の場で、家族計画とSTD予防の必要性を説いている。育児における男性の役割が明確になれば、その

男性が正規の結婚をしているかどうかにかかわらず、男性の家族計画への協力にも影響する。男性が子供に対して物心両面で支えることが期待されるにつれて、避妊手段を求める動機、責任ある性のパートナーとしての役割を認識する必要性が増す。父親はまた息子にとっての役割モデルにもなる。積極的態度が子供たちにも性に対する責任と女性に対する尊敬を理解させることになるだろう。

若者の性行動に対する性教育の効果¹

子供や思春期の性教育について、熱い論争が繰り広げられている。賛成派は、若者には性についての包括的な情報が必要で、そうすれば彼らは性的行動に対し、責任をもって健全な選択をすることができると主張している。性教育に反対の立場をとっている者は、若者にこうした情報を流すと、早すぎる性行為を促し、親権が犯されることになる主張している。

WHOエイズ対策国際プログラムが行った調査では、学校での性教育が若者の性行為の早期化および増加につながるという根拠は見つからなかった。この調査はまた、性教育を受けることにより、10代の若者が性行為に伴ういくつかのリスクから身を守ることができることを指摘している。

この調査は、米国（24件）、ヨーロッパ（5件）、オーストラリア（2件）、タイ、メキシコ、および2件の多国籍グループで実施された35件の個別調査の結果について考察している。1993年12月1日の世界エイズ・デーに発表されたリポートの中に、次のような調査結果が示されている。

- ・性教育により、性的に活発な若者が、より安全な性行為を選ぶことが多くなった。（10件）
- ・性教育により、初めて性行為をする時期が遅くなるか、あるいは性行為全般が減少した。（6件）
- ・カウンセリングや避妊に関するサービスを利用しても、性行為の時期が早まったり、増加したりすることはなかった。（2件）
- ・他の17件は、性行為レベルの増減は示していない。

1992年に行われた米国の15～19歳の若者1800人をサンプルとした調査を分析した結果、大半の若者がエイズ、産児制限、性交の誘惑に耐えることなどについて正規の指導を受けていることがわかった。このことは、セックス・パートナーの数が減少したこと、性交の頻度が少なくなったこと、コンドームの使用が増えたことと関連があった。

WHOエイズ対策国際プログラムが、現在世界中のHIV感染者の少なくとも半分が15～24歳の若者であることと見積もっていることから、この調査結果は、きわめて重要なものであると考えられる。10億人以上の人口（世界の総人口の5分の1）が、この年齢層にある。

WHOは、初めての性行為の時期を遅らせること、またすでに性体験のある者に対してはベニスを挿入しないセックスをすることや、安全な性交のためにコンドームを使用することなど、若者たちに多くの選択肢を提供すべきだと勧告している。

この調査は、性教育は若者が性的に活発になる前に行われれば、最も効果的であると指摘している。性体験の時期を遅らせること、そしてすでに性体験のある者には安全な性行為の2点を共に奨励したプログラムは、禁欲のみを奨励したプログラムよりも効果的であった。

¹ Grunseit, Anne and Susan Kippax. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behaviour*. North Ryde, Australia: National Centre for HIV Social Research, Macquarie University, commissioned by the WHO Global Programme on AIDS.

家族計画を成功させるもの

いくつかの要素が家族計画プログラムの成功を保障する。

インフォームド・チョイス

家族計画におけるインフォームド・チョイス（十分な情報に基づく選択）は、女性が利用できる選択肢をどれだけ理解しているか、その中から実際に行動する意志があるか、どれだけ外部から影響を受けていないか、新たな行動を実行し、持続できるかにかかっている。家族計画の分野では、インフォームド・チョイスは、家族計画の受け手と提供者との間の信頼関係に裏打ちされた一連の決断を意味する。提供者は、自分が実践的で扱いやすい情報を提供できると確信しなければならない。家族計画の受け手が、リプロダクティブ・チョイスは、受胎調節の可能性だけでなく、避妊法を変更したり、避妊の中止あるいは妊娠の選択もできるものなのだ、ということを理解できるようになれば、受け手のインフォームド・チョイスを行う能力は向上する¹。

II. FAMILY PLANNING

— PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

ブラジルのリオデジャネイロのロシーナ・スラム(ファベール)。男性が家族計画について学ぶことが、女性と男性双方のリプロダクティブ・ヘルスにとってプラスになる。

家族計画サービスの質

インフォームド・チョイスの他の重要な要素は以下の3点である。すなわち、あらゆる家族計画手段の利点と危険性、正しい使用方法についての情報提供、選択、ニーズ、優先は変えられると認識させるきめ細かなカウンセリング、そして複数の手段をすぐにあるいは問い合わせを通じて利用できる用意である²。その意図にもかかわらず、サービスは必ずしも受け手のニーズに一致する、あるいはニーズに敏感に反応したものとは限らない。そうかと言って、人々のニーズに応えられない公的なサービスに戻りたいと思う人はほとんどいない。特に、よりよい民間の選択肢と比較できる場合はなおさらである。

サービスの質はリプロダクティブ・ヘルス・サービスの利用しやすさと同じくらい重要であると認識されるようになっていく。サービスが成功するには、個人のニーズと受け手の権利の尊重、サービス提供者の正確で有効な助言が必要となる。サービスの提供者は、受け手の個人的な状況によって、プログラムの完遂よりも受け手のニーズを満たすことを最優先しなければならない。かれらはわかりやすいカウンセリングを行い、必要なときには新たなリプロダクティブ・ヘルス・ケアを行うことができるよう訓練されている。サービス提供者に対して効果的な監督



Mark Edwards/Still Pictures

ができれば、プログラムの重点が変更した場合にも柔軟に対応できる。

家族計画のプログラムが受け手のニーズを満たしているかどうかは、その継続率となって表れる。インドネシアの東ジャワの病院で家族計画サービスを受けた女性を対象に1年後に行った面接調査がそのことを明らかにしているが³、受け手が自分の好きな方法を選び、それを夫が認めた場合に最も継続率が高かった。コロンビアのように、リプロダクティブ・ヘルス・ケア・プログラムが数十年にわたって活発に行われた国では、サービスの利用機会を増やすよりも、各種避妊法を混合させる方法の拡大が避妊実行者数の増加に役立つかもしれない⁴。

サービスの質を高めると、個々の受け手に費やす時間とサービス費用が増大し、財源を圧迫するのではないかと懸念されている。しかし、多くの場所、特に農村ではサービスは十分に利用されているとはいえず、1人当たりの所要時間が増大しても全体的な費用増大には至らないだろう。逆に、サービスの質の向上は、現在の受け手の継続率を高めるだけでなく、自分のニーズが満たされることを期待する新たな受け手を増やすことに役立つであろう。サービスの内容と提供方法の改善は、費用に比較して効果が高く、安全で十分かつ適切なケアを求める受け手の権利とも一致する。

II. FAMILY PLANNING

— PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

政治的リーダーシップと支援

チュニジアのブルギバ大統領が、自国の男性たちに向かって、家庭生活に責任を持つようアピールしたのは1954年のことだったが、それ以来、家族計画が成功する環境を確立するためにはリーダーシップが欠かせなくなった。成功した国々は、ある期間、社会のすべてのレベルおよび影響を与えるすべての分野からの——政治リーダー、行政担当者、宗教グループ、医療従事者、そして民間公益団体(NGO)——リーダーシップが持続したことを示している。第4章では、リプロダクティブ・ヘルス・ケアと家族計画の選択肢の改善について、いくつかの国でどのように指導力が発揮されたかを説明している。

情報とサービスの提供を

可能にする十分な財源

リプロダクティブ・ヘルス・ケアが政府から支持されると、たいいてい保健予算から公的財源の十分な割り当てがあり、政府の経済的支援と承認によってケアが社会的政治的合法性をもつようになる。家族計画が公衆衛生サービスを通じて支持されているところでは、政府は、避妊薬(具)とサービスの提供を、医療機関と必需品輸送供給システムに組み入れることができたため、全体としての費用はそれほど多くはならない。チュニジアでは、家族計画予算は保健関連予算の2.5%にすぎないが(保健予算は国家予算の4.7%)、886カ所の保健センターや130カ所の病院など保健省の関連施設の多くで、家族計画サービスを受けることが

できるようになっている。

NGO、民間セクター、 議会グループとの 協力関係と共同作業

公的サービスの開始と同時にそれより以前には、家族計画サービスの拡大に果たしたNGOの役割は大きかった。民間家族計画協会(FPA)は、1947年インドを最初にボランティア・ベースで多くの国につくられた。

公的サービスが全国規模の家族計画サービスと、サービスを包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアと統合させることをゆっくり推進したのに対して、NGOの診療所は、家族計画の新しい手段の提供と、情報・教育・コミュニケーションに重点を置いた。NGOは利用者の反応が直接得られ、評価と改革が容易だったからである。外来の不妊手術、注射、そして最新の皮下埋め込み式など新しい避妊技術はまずNGOによって提供された。性的に活発な思春期層、若い母親、男性など、リスクと需要の高い人々の間で家族計画を推進するために、NGOの診療所は特別な草の根プログラムも試みた。

多くの国々で、民間の商業セクターは、処方箋がなくても避妊法を提供するよう奨励されてきた。その結果、避妊実行率が上昇し、それが以前には、公共セクターによって提供されていた一部のニーズを満たすことにもなった。企業保健診療所を運営している大企業と政府は、その拠点での保健診療の一環として家族計画サービスを行うよう奨励されてきた。これらの企業体の診療所は、特に若年・

中年層の男性労働者とその家族を対象にサービスを行うことができる。こうした民間の活動協力があからこそ、公共プログラムも、その財源を効率よく需要の高い住民に振り向けることができる。

その他のNGO、特にコミュニティー、女性および環境グループは、家族計画の利用を呼びかけ、人口や開発に関する国内外の論争に積極的に参加し、人口プログラムを開発問題の協議事項に組み込むことを助け、個人の選択の自由とそれを保障する社会環境づくりを訴えてきた。

議会グループは、選挙区住民のニーズと要望を伝え、性の平等、より質の高い教育、リプロダクティブ・ヘルス・ケアの利用を支持するよう世論をリードし、家族規模の量より質を奨励してきた。そうして、先進工業国では、議会グループは人口問題と開発問題に対する政府および国民の支持を増大させることができた。

避妊の要望に応える

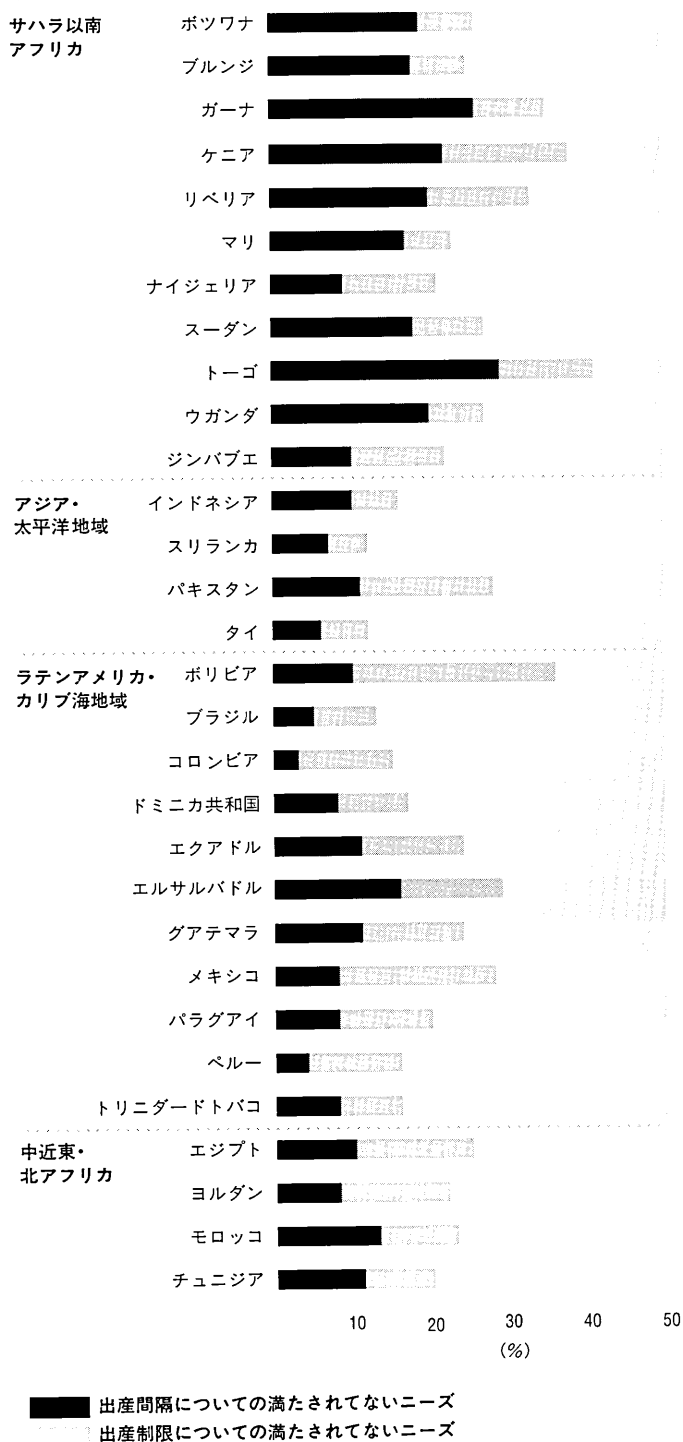
近代的な家族計画を実行していない途上国人口は、現在、3億5000万人で、避妊したいのにそれができないでいる女性はおおよそ1億2000万人に上るとみられている⁵。これが、いわゆる「満たされていないニーズ」である。

しかし、避妊に対するニーズを定義するのは容易ではない。そのグループがすべての出産可能年齢の女性を含むべきか、あるいはあるグループを排除するのか。性的に不活発、永久的不妊、無月経、妊娠中・授乳中などの理由で、現在のところ妊娠の危険にさらされ

II. FAMILY PLANNING — PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

9. 家族計画の満たされていないニーズ： 「人口・保健調査(DHS)」(15～49歳の有配偶女性の割合)



Source: Robey, B., S.O. Rutstein, L. Morris, and R. Blackburn. 1992. "The Reproductive Revolution: New Survey Findings," Series M, no. 11. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Population Information Program.

ていない女性は、「満たされていないニーズ」を計算するときに基礎となる人口からは通常除外される。これらの条件の多くは、例えば妊娠中や授乳中のように、一時的なものであるため、需要が毎年算定されない限り、現在の水準を決定するのは難しい。加えて、「満たされていないニーズ」は、たいいてい妊娠するリスクのある女性を基礎に計算されるが、ニーズを計算するとき、男性は別のグループを構成すべきか、あるいはリスクのある「カップル」を考えれば十分だろうか、という問題もある。

これは理論以上の問題である。「満たされていないニーズ」が、家族計画プログラムの国内および国際的財源規模を算定するときの基礎となるのは確かだ。「満たされていないニーズ」の規模と種類の推計は、プログラムの構成やサービスのあり方を大きく左右する。

図9は、途上国30カ国で調査された「満たされていないニーズ」の最新データだが、多くの国で、有配偶女性の20～30%が、妊娠を制限するニーズ（もうこれ以上子供はいらない）と出産間隔をあけるニーズにほぼ等分されるとみられている。ボリビア、メキシコ、ペルーでは、間隔をあけるよりも妊娠を制限したいとする声のほうが大きい。ナイジェリアとジンバブエを除いたサハラ以南のアフリカでは、間隔をあけたいとする声

II. FAMILY PLANNING — PUBLIC POLICY, PRIVATE NEEDS

第2章 家族計画 - 公共政策と個人のニーズ

のほうが大きい。

人口増加分に対応するだけで、今世紀末までに、さらに1億人の女性に対するサービスが必要になるだろう。それに加えて、サービスの拡大と他の人々もそれを利用していると知ることの2つの要因が需要を増大させる。現在の家族計画の実行水準から推定すれば、家族計画に対する潜在的な全ニーズは今世紀末までに軽く5～6億組のカップルに達するだろう。もし、現在の「満たされてないニーズ」が直ちに満たされれば、避妊普及率は現在の55%から約67%に達するとみられる。

費用・効果要因

リプロダクティブ・ヘルス・ケアと家族計画プログラムはすばらしい価値ある社会財を生み出す。情報が手に入る多くの国で、1人当たりの年間家族計画資金は1ドルをはるかに下回る。家族計画予算は、一般的に保健予算の1%以下だが、保健予算自体が国家予算の中で占める割合が小さい。しかし、リプロダクティブ・ヘルス関連支出の一部である家族計画に対する将来投資は、財源が需要を満たせる限り、追加価値を生むだろう。

家族計画の将来は、望まない妊娠やSTDを防止できる避妊手段という技術に加えて、より質が高く利用しやすいサービスが提供できるかどうかにかかっている。そうした改善は、リプロダクティブ・ヘルス・サービスの受容と要求を増大させ、増大した需要と実行率は費用・効果を高めることができる。

女性とその家族の避妊とリプロダクティブ・ヘルスに対するニーズを支援するよう政府に働きかけることで、国際的な家族計画運動は大きな役割を担ってきた。30年前、人口問題に関する懸念は純粋に人口学的用語で表現されていたが、現在、それは個人の幸福に対する社会の関心の一部分であると理解されている。また、30年前の途上国には、家族計画に政治的利益を見出そうという動きはほとんどなかったが、現在、多くのリーダーがよりよい家族計画サービスを提供することに政治的利益を見出している。30年前、自らの妊娠と出産に明確な意志を持ち、行動するカップルはほとんどいなかったが、現在では、それが半数以上に及んでいる。

家族計画運動の先駆者たちは、家族計画をよりよいリプロダクティブ・ヘルスを約束するものと評価したが、それは、現在も、家族計画の中心を貫く原理として受け継がれている。家族計画サービスは、個人のヘルス・ケアに対する選択の幅を広げ、人々に、自らの性とリプロダクティブ・ヘルスに注意を払う能力、判断力を与えた。家族計画と他のリプロダクティブ・ヘルス・サービスとの統合を図ることは、不妊、HIV/エイズを含むSTD、生殖器系感染症の治療と予防サービスとともに、女性を産前・分娩・産後のケアと結びつけることになる。

人類の発展について、責任ある真剣な国際的対話が必要であろう。その対話には、性とリプロダクティブ・ヘルスに対する個人のニーズ、近代的で安全で効果的かつ受

け入れやすい家族計画手段の果たす役割とその活用、さらにそれらによって女性と男性が利用できる選択の幅がどこまで広がるかについての議論が含まれなければならないであろう。

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

リプロダクティブ・ヘルスとは積極的な状態を意味する言葉である。単に病気でないとか、病的状態にないということではなく、良好なリプロダクティブ・ヘルスとは、十分かつ適切で質の高いリプロダクティブ・ヘルスに関する情報やサービスが得られることや、高いリスクを伴う性行動を避ける方法や人間の性についての知識を持つことを意味する。

したがって、リプロダクティブ・ヘルス・ケアとは、病気の治療や予防だけでなく、家族計画をも含むリプロダクティブ・ヘルスを最大限に利用するための情報や手段も含まれている。

リプロダクティブ・ヘルスという言葉は広い意味で使われている。それは、特に女性が差別的な社会慣習から苦しめられずに、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する。したがって、女性が男性と平等にヘルス・ケアや教育を受け、収入づくりの機会を利用し、専門的・学術的・政治的分野の職業に就けるような活動を含むのである。女性に雇用の機会を開くことが単純に女性の仕事の重荷を増やすことにはならないように、家庭内の責務を、男性も分担していくことも含む。男女平等を達成するためには男性からの「積極的行動」が政策、個人のレベルで不可欠である。家族の役割は伝統の中で確立されており、外部からの刺激がなければ極めて緩慢にしか変化しない。しかし、例えば家庭内暴力に対するこれまでの従順な態度を変えるには、法律の強化だけでなく情報

包括的なリプロダクティブ・ヘルス・サービス：定義と事例

女性のヘルスの定義を広げようという動きが一般的に広がっているが、リプロダクティブ・ヘルスについては特に、この動きが強い。リプロダクティブ・ヘルスに対する女性の権利には、以下の能力が含まれる。

- ・感染症、望まない妊娠、性の強制におびえることなく、性関係を楽しむことができる。
- ・不快な、あるいは危険な副作用のない家族計画を行うことができる。
- ・妊娠・出産を安全に終えることができる。
- ・健康な子供を産み、育てることができる。

包括的なリプロダクティブ・ヘルス・ケアを提供できるかどうかは、資源の有無、また組織の柔軟性にかかっている。サービス内容を完璧にするためには、家族計画、不妊治療、性病対策、および母性保護にも目を向けなければならない。こうした意向に基づいて特別に策定されたプログラムには、次のような特色がある。

- ・一時的、永久的避妊方法の紹介と提供。
- ・リプロダクティブ・ヘルスの各々の項目に合わせた情報、教育、カウンセリング。
- ・生殖器系感染症 (RTI)、性感染症 (STD)、およびHIVに対するスクリーニング、治療、カウンセリング。
- ・不妊治療サービス。
- ・婦人科系がん検診。
- ・産前、分娩、産後のケア。

女性の健康と家族計画に携わっている多くの組織は、包括的で女性を主役に据えたリプロダクティブ・ヘルス・ケアを遂行してきた。

インドネシア家族計画協会 (IPPA)：IPPAは、12以上の病院において、さまざまな避妊法の提供、継続的なカウンセリング、不妊治療、照会に当たる。家族計画サービスを提供する別のモデルとして発足した団体である。

バングラデシュ女性保健連合 (BWHC)：BWHCは1980年に創設され、家族計画のカウンセリングとサービス、簡単な病気の診察と治療、婦人科系疾病の治療、産前・産後のケア、妊婦と子供の予防接種、月経不順治療などのサービスを行っている。またBWHCは利用者のニーズに応じて、サービスの守備範囲を広げ、成人向け識字教室、法律教室および女性の収入づくり活動も行っている。

女性のための包括的ヘルス・ケア・プログラム (WCHCP)、ブラジル・サンパウロ：WCHCPの主な医療目的は、母子の死亡率、生殖器感染症、乳がん、子宮頸がんの発生率を抑えることと、家族計画の提供であった。このプログラムは女性の自らの健康に関するニーズを明確にし、そのニーズに応えようとしている。また、ひとつ屋根の下で一連のサービスを提供することにより、ケアを求めている人々にとっての官僚主義的な障害を排除し、提供するケアの質の向上に努めている。

ナイジェリア女性保健協会 (WHON)：WHONは個々の病院というよりむしろ地域社会に焦点を当て、地域社会ベースのリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを育成するため、女性グループにトレーニングを行ったり、技術援助をしたりしている。また、リーダーシップやプログラムの策定方法の訓練を通して、個人およびグループの技能の発達に努めている。

こうしたプログラムは依然例外的ではあるが、包括的なリプロダクティブ・ヘルス・サービスに対する利用者、提供者、地域社会グループの反響は実証されている。さらにBWHCが成人の識字教室、法律教室、収入づくり活動といった分野に入り込んだことは、女性の性と生殖に関する意志決定能力が社会的、文化的、法的要因に影響されていると考えられているためである。こうした要因については、国の政策担当者や企画者がさらに認識を深める必要がある。

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

HIV／エイズ：女性を取り巻く問題

HIV／エイズの危険に最もさらされているのが女性、特に若い女性である。その理由は、行動面だけではなく、生物学的なものもあるが、問題の核心は、女性の地位が男性より低く、選択権に制限があることにある。

HIV感染の男性の数がHIV感染の女性の数を大幅に上回っているのは、北アメリカと東ヨーロッパである。一方、サハラ以南のアフリカでは、男女の感染者数が同じである。その他の地域については、その割合は以下のようにさまざまである。

- ・カリブ諸国では、ほぼ同数。
- ・東南アジアでは、2対1。
- ・ラテンアメリカ、アジア北東部、西ヨーロッパ、地中海南東部では、4～5人の男性感染者に対し女性感染者1人である¹。

世界規模でみると、HIV感染者の女性の割合は急速に増加しており、1980年の20%から、1993年には40%になっている。西暦2000年までには、世界全体で男性感染者と同数の女性がHIVに感染するとみられる²。特定地域でのHIV血液検査調査によると、女性がますますウイルスに感染しやすくなっていることがわかってきた。

- ・その他のラテンアメリカの国々の中で最も多くのエイズ患者が報告されているホンジュラスでは、国内第2の都市サン・ペドロ・スラの売春婦の20%がHIVに感染しており、他の市でも妊婦（感染の「リスクが低い」典型とされる集団）の3.5%が感染している³。
- ・インドのマドラスでは、女性の性感染症（STD）患者の感染率は、1991年と1992年で男性患者の感染率の2倍以上であった。また、1992年の女性の感染率はその3年前の男女合わせての感染率2.5%に対し13%であった⁴。インドの都市数カ所では妊婦について調査したところ、1990年代初頭の感染率は0.1～1.3%との結果が示された⁵。
- ・アフリカでは、妊婦のHIV感染率が各国で驚くほど高い数値に達している。ルワンダのキガリでは、妊婦の31.6%がHIVに感染しており、中央アフリカ共和国、コンゴ、タンザニアの地方都市での調査でもおよそ10%の妊婦が感染していた⁶。
- ・アフリカ諸国の中ではHIV罹病率が低いとされている国でさえ、女性の感染率は急速に上昇している。例えば他のSTD感染率が高いのにHIVは低かったカメルーンでは、首都ヤウンデの妊婦のHIV感染率は、1989年から1992年の間に2倍になった。また、北東部の州都バメンダに至っては同じ期間内に8倍に膨れ上がっている⁷。

HIV蔓延の決定要因、特に異性間感染の要因は、生物学的なものから行動面に帰するものまでさまざまで、生物学的レベルでは、HIV感染と「従来の」STDとの間に「疫学的相乗作用」があるという見方が多くなっている⁸。潰瘍性STDと非潰瘍性STDをひとまとめにすると、HIV感染のリスクは3～5倍に膨れ上がる⁹。エイズ予防対策は往々にしてこの関連を考慮していないため¹⁰、STDの治療を受けていない女性は、その危険性の高さに気づかないままである。加えて、他のSTDも、すでにHIVに感染している人にとっては病気の進行を早める原因になると考えられている¹¹。

メディカル・ケアのインフラ整備や、国内および海外労働者の移住を含む多くの要素が原因となって、HIVは地球全体に広がっている。しかし最も重要なのは、地域ごとに、またその地域の中でも個人個人がいろいろな性的行動や性的接触のパターンをもつということだろう¹²。とりわけ異性間HIV感染は、セックスの相手の数、年齢

層や都市と農村部といった居住地の違いによる性行動のパターン、またセックス産業に従事している女性との性交渉の頻度に影響される¹³。

- ・アフリカの数カ国で行った調査は、セックスの相手を頻繁に変えていることを示唆している。53%（最低は8%）もの成人男子が過去6～12カ月の間に複数のセックス・パートナーをもったと報告している。一方、成人女子で複数のセックス・パートナーをもったと報告した人の割合は、2～17%であった¹⁴。
- ・アフリカでは男性が自分より若い女性をセックス・パートナーとして選びたがる傾向にあることも事実である。HIV-1型ウイルスは、20～25歳の女性の間で最も流行しているが、男性では25～35歳の間で最も感染率が高い¹⁵。
- ・東南アジアでは、男性は年配の売春婦との交際で負うリスクを回避するために、女子の売春婦との交際に向かっている。そのため感染する女子の年齢はますます若くなっている¹⁶。

今日まで、HIV予防対策は、一夫一婦制度の奨励、セックス・パートナーの数を減らすこと、コンドーム使用の促進といった戦略に頼ってきた。しかし、リプロダクティブ・ヘルスの主張者の多くは、このような戦略は女性を弱い立場に残しておくことになる」と指摘した。1人のパートナーしか持たない女性は、そのパートナーが一夫一婦主義でなければ感染の危険にさらされたままである。他の女性にとっては、複数のパートナーを持つことは、経済的決断かもしれない。いずれの場合も、HIV感染を防ぐためにコンドームの使用を相手に頼っていることは、多くの女性が性交のタイミングや状況をコントロールしていないという現実を否定している。

避妊ベッサリー、サービカル・キャップ（cervical cap：子宮頸部にかぶせるゴム製のキャップ）、女性用コンドーム、殺精子剤などの女性が管理する避妊法は、他のHIV予防法の代用あるいは補足になるかもしれない。女性が管理する避妊法についての情報が感染防止に対する既存のメッセージを複雑なものにしてしまうかもしれないとか、男女双方にコンドームの使用を説得してきたその努力が無駄になりかねないといった懸念もあるが、女性には、利用可能なあらゆるHIV予防法を知る権利がある。完璧に予防をするためには女性（特に若い女性）は、セックスをするかしないか、誰とするか、またどの予防策をとるか、を自分自身で選択できることが必須である。多くの社会では、特に家長制度が根強く残っていたり、男性が複数のセックス・パートナーを持つことが当たり前の社会では、女性やセックスに対する男性の態度を長期的に変えていくことが必要である。

孤立との戦い：HIV／エイズと共に生きる女性

HIV／エイズと共に生きる女性の国際大会（ICW）は、アムステルダムで開催された第8回国際エイズ会議に出席した女性により、1992年に創設された。メンバーは35カ国の代表からなる。ICWの目標は2つある。(1)HIV感染者およびエイズ患者の女性が、地域レベルでも国内外でも研究、政策、サービスの分野で意思決定に参画していくことを保障すること。(2)HIV感染の女性が経験した孤独、恥辱、差別をなくすこと。ICWは、女性が「感染源」であるという認識を打ち破り、女性を感染しやすい立場におとしめている要因に目を向けさせることに努めている。ICWは今後、HIV感染の女性が自分が住む地域社会でHIVの教育・予防プログラムをつくる手伝いをしたり、国家間での情報・戦略の交換をサポートしたりすることになる¹⁷。

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

ウガンダのジンジャにおける保健教育。少年たちへのエイズ教育は、彼らが成人したとき責任ある行動をとることがいかに大切かを教えることでもある。

や教育も必要である。男子は、子供のころから、女子や女性に対して男子や男性と同じように尊厳を持って接することを学ばなければならない。

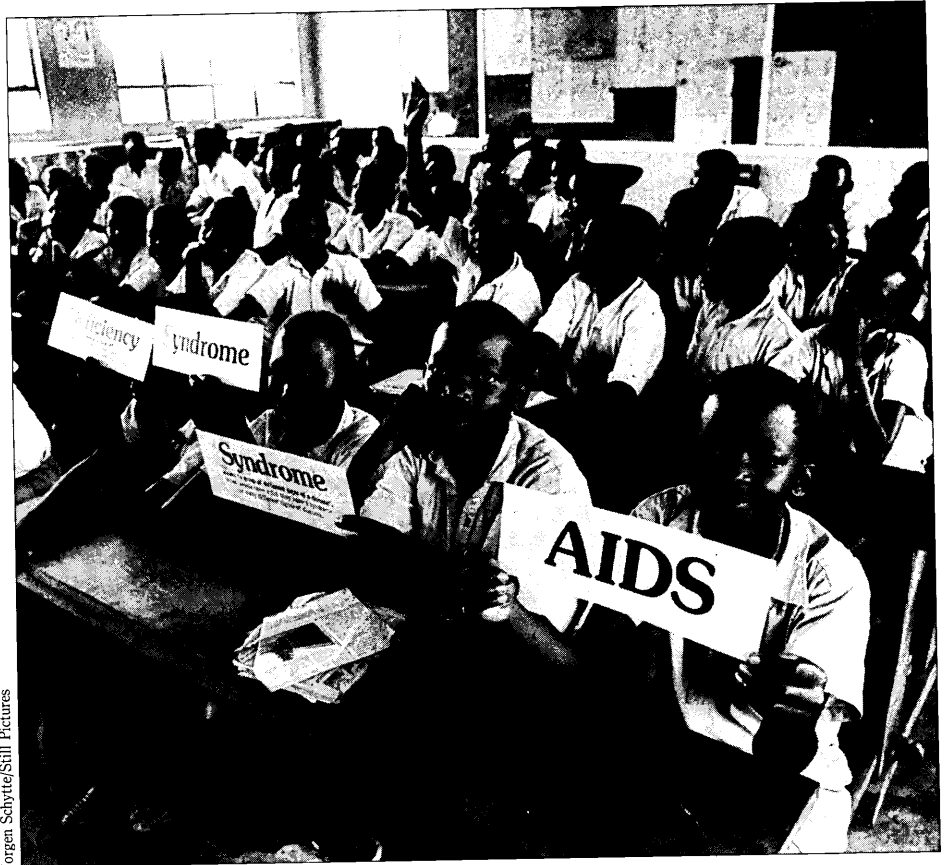
女性の健康に対する 性と生殖のリスク

途上国の女性およびあらゆる地域の貧しい女性は、常に自らの健康に対する身体的・社会的・環境的脅威と直面しているが、その最大のものは性に関する脅威である。

性行為、妊娠、中絶、陣痛、分娩を通じて、女性は生殖器系感染症 (RTI) の危険にさらされている。女性は人生のあらゆる段階で RTI に感染する恐れがあり、一度感染すると、一生それに悩まされる。RTI の身体的社会的リスクは男性よりも女性のほうがずっと大きい。女性は体の不調や腹膜炎、

子宮外妊娠、子宮頸がんなどの RTI の致命的な合併症に苦しめられるだろう。RTI にかかる HIV に感染しやすくなる。途上国の女

性の間では、RTI は不妊の主な原因であり、母親になることが、女性の地位にとってカギとなるような文化の中では、不妊は社会的に



Jorgen Schytte/Still Pictures

- 1 Mann, Jonathan M., Daniel J.M. Tarantola, and Thomas W. Netter (eds.). 1992. *AIDS in the World*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 2 Zewdie, Debrework. 1993. "AIDS Pandemic Hits Women Harder Yet Prevention Strategies Lag Behind." *Network*, 13(4): p. 5.
- 3 U.S. Bureau of the Census. 1993. "Trends and Patterns of HIV/AIDS Infection in Selected Developing Countries: Country Profiles, June 1993." Research Note, No. 10 Washington, DC: Health Studies Branch, Center for International Research, U.S. Bureau of the Census.
- 4 See 3.
- 5 See 3.
- 6 See 3.
- 7 See 3.
- 8 Wasserheit, Judith N. 1992. "Interrelationships Between Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases." *Sexually Transmitted Diseases*, 19(2): Pp. 61-77.
- 9 See 8.
- 10 Lamboray, Jean-Louis and A. Edward Elmendorf. 1992. *Combating AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A Review of the World Bank's Agenda for Action*. World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 181. Washington, DC: The World Bank.

- 11 See 8.
- 12 Anderson, R.M., R.M. May, M.C. Boily, G.P. Garnett, and J.T. Rowley. 1991. "The Spread of HIV-1 in Africa: Sexual Contact Patterns and the Predicted Demographic Impact of AIDS." *Nature*, 352: Pp. 581-89.
- 13 Anderson, R.M., R.M. May, M.C. Boily, G.P. Gamett, and J.T. Rowley. 1991. "The Spread of HIV-1 in Africa: Sexual Contact Patterns and the Predicted Demographic Impact of AIDS." *Nature*, 352: Pp. 581-89.
- 14 African Population Advisory Committee. 1993. *The Impact of HIV/AIDS on Population Growth in Africa*. Washington, DC: African Population Advisory Committee. Human Resources and Poverty Division, Africa Technical Department, The World Bank.
- 15 See 13.
- 16 Robinson, Lillian S. 1993. "In the Penile Colony: Touring Thailand's Sex Industry." *The Nation*, 257(14): Pp. 492-497, November 1, 1993.
- 17 World Health Organization Global Programme on AIDS. 1993. "International Women's Group Expands, Puts Down Roots." *Global AIDS News*, No. 2: p. 9.

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

このガーナの女性たちは、健康と栄養補給は相伴うものであると学んでいる。



Mark Edwards/Still Pictures

受け入れられない恐れがある。RTIの症状は、女性に恥辱と屈辱感を与える一方、若い男性にとっては、それらはときとして男らしさの印と解される¹。

途上国での性感染症（STD）は、先進工業国での10倍はあるとみられている²。その中でも特に感染率の高いところでは、STDははしか、マラリアに次いで社会的経済的にインパクトを持つ第3の病気にランクされる。STD感染率の高い都市部では、全体の病気の約15%をSTDが占めるとみられている（高い感染率とは、性行動の活発な成人のうち淋病感染率が5%以上か、妊娠中の女性のうち梅毒の血清反応陽性率が10%以上の場合を意味する）³。

サハラ以南のアフリカのいくつ

かの主要都市では、エイズが成人男性の死因の第1位、女性の死因の第2位となっている⁴。

妊産婦の死亡や疾病は、途上国でこれまで関心の対象外とされてきた。しかし、1987年以降、国際母性保護戦略（SMI）のもと、いくつかの主な国際的保健機関が、途上国における妊娠と出産の安全性向上のため財源を差し向け、プログラムを展開した。多くの勧告がなされたが、なかでもSMIの「行動への呼びかけ」は、妊産婦の死亡と障害という悲劇に真剣に取り組むため、家族計画および家庭生活教育におけるプログラムの拡大と母性保護のためのケア提供システムの必要性を訴えている⁵。

こうした新しい対策が展開されているにもかかわらず、妊産婦死

亡はいまだに世界で毎年50万件に上るが、ヨーロッパ、北アメリカ、日本では実質的にほとんどゼロである⁶。妊産婦死亡の主な5つの臨床学的原因是は、出血多量、感染症、敗血症、陣痛障害（そして子宮破裂）、危険を伴う人工妊娠中絶である⁷。死亡1件につき、妊娠や出産に関連した病気が10件ある。インドでのある調査によると、妊産婦死亡1件につき、妊娠にかかわる病気は16.5件発生しているとみられている⁸。母親が非常に若く、ケアが不十分な場合、膀胱膣瘻管⁹のような出産の合併症が永久的な身体障害を引き起こすことが多い。出産で障害が残った女性は、家族や地域社会から追放されることもある。

出産前検診は、その女性の出産時の合併症のリスクの高さを調べ、陣痛や出産時における死亡や負傷を予防するのに大いに役立っている。近年、出産前ケアを向上させるために多くの努力がなされてきたが、それでもなお、妊娠の10%が合併症を伴うとみられる¹⁰。特殊なケアが必要な女性には十分な専門医紹介システムを用意すべきである。輸血や外科手術のような緊急サービスも重要である。これらは途上国の大都市以外の地域では不十分であることが多く、したがって、大多数の女性は利用できない。距離と交通手段の問題も多く、女性にとって別な困難の問題となっている。

女性が出産の合併症の徴候を感

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

じ心配していても、社会的要因が障害となってケアを求めることができないことがある。女性が夫の許可なしに外出できないような社会では、その女性の健康は配偶者の決断にかかっている。しかも男児を産むことによって女性が尊重されるような社会では、そのような決断は自動的に行われるものではない。決断の遅れが、数えきれない不必要な死と多くの予防可能な苦しみを引き起こしている。

世界の多くの地域の女性にとって、不妊は重大な健康上の問題のひとつである。WHOは、国連人口基金(UNFPA)とともに不妊の発生状況を調べ、対策の必要性のあ

ある女性の死

8番目の子供を身ごもって、診療所にやって来た女性がいた。彼女はひどい貧血であった。われわれは、彼女に処方箋を渡し、出産前に自分自身が丈夫になることがいかに大切かを話した。しかし彼女の夫は、薬代の支払いを拒んだ。彼女は再びやって来たが、貧血はさらに悪化していた。そこで、われわれは彼女に何を食べなくてはならないか説明し、宝石を売って必要な食べ物を買うよう言った。しかし、彼女は敢えてそうしなかった。そして出産の時に死んだ。後になって私は、彼女の夫が妻の葬式のために雄の子牛を殺したことを知った。どれほど妻のことを大切にしていたかを証明するために。そして、彼はその数カ月後に、新しい妻を迎えた。女性は男性にとって全く価値がない。彼は、妻の命を救うための薬を買うことさえしなかった。

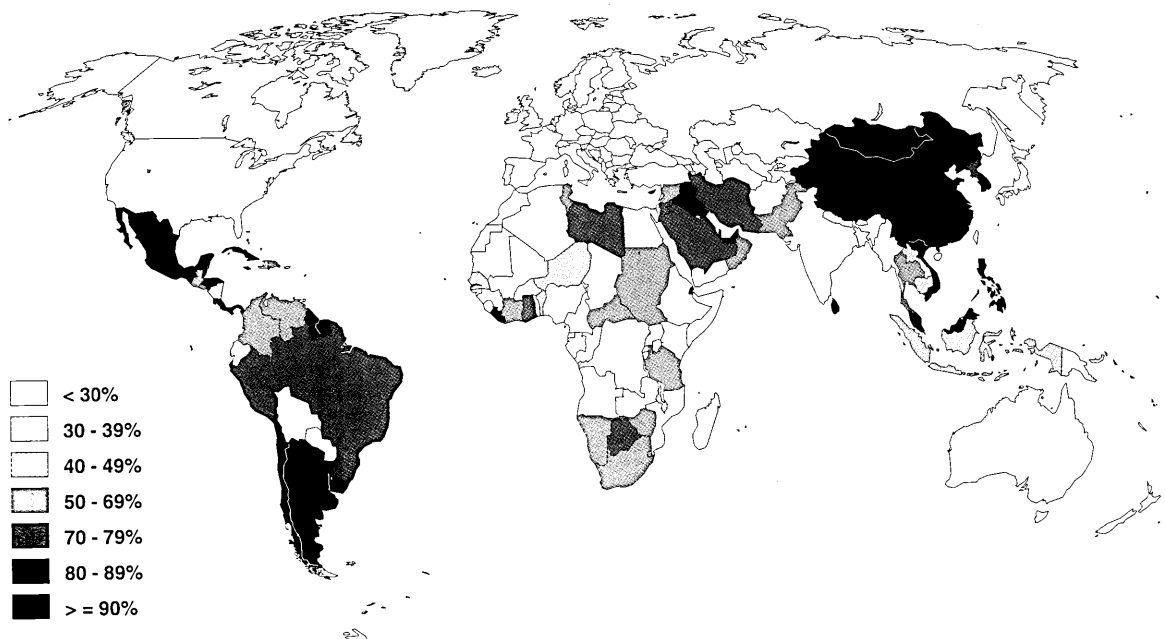
マリのソーシャル・ワーカー¹

¹ Huston, Perdita. 1992. *Motherhood by Choice: Pioneers in Women's Health and Family Planning*. New York: The Feminist Press at The City University of New York: p. 169.

る分野を明らかにしようと努めた。個々のカップルが自分たちの希望する家族規模を達成できるように、不妊の予防・治療サービスがより広い保健問題の協議事項に組み入れられる必要がある。不妊治療は高価で長期間かかる可能性がある。以上のこととさらに多くの文化で、不妊は不名誉な印とみなされることが多いので、不妊の予防が重要になってくる。予防手段——不妊発生率を55%減少させる——には、STDや出産中および出産後の感染症を含めて不妊の原因について、女性と男性双方に対する教育も含まれている。避妊手段のいくつかがSTD予防に役立つことから、避妊教育は不妊予防の重要な柱である。STDの治療機会の提供、出産前ケア、家族計画サービスも同様に欠くことはできない。

Source: World Health Organization. 1992. 1991 World Health Statistics Annual. Geneva: WHO. Figure 1 and Table 6.

10. 妊産婦ケアの推定適用範囲(途上国のみ)



III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

多くの女性、特にあまり教育を受けていない女性や、途上国の女性は、感染症や望まない妊娠を避ける方法を知らない。また、基本的な出産の生理学や排卵についての知識を持たず家族計画の手段を知らないばかりか、性交を拒否する選択さえできないかもしれない。女性のパートナーが自分自身の感

染に気づいていなかったり、相手の女性に対して無関心だったり、話さなかったりすることで女性たちを感染の危険にさらしている。

このような環境のもと、女性が収入を得て家庭を切り盛りし、夫や子供の面倒をみるといった日常の繰り返しを続けなければならない一方で、妊娠は歓迎されず、無

視される場合さえある。貧困あるいは無関心ゆえに男性はパートナーに産前・産後のケアを受けさせる余分な財源を提供できないでいる。貧しい女性の場合男性から出産を否定されると死に至ることがある。人工妊娠中絶に頼ることはリスクを減らすことにはならない。多くの途上国にみられるように、中絶に危険が伴う場合にはなおさらである。望まない出産が回避できれば、出生率を5分の1減少させることになり、実質的に人工妊娠中絶件数を減少させることになるであろう¹¹。

危険が伴う中絶は、依然として死亡と合併症などの障害の主要な原因になっており、妊産婦死亡の10～15%を占めている。中絶の深刻な合併症に悩む女性は、ケアを求めても、中絶に頼ったことを報告するのをためらう場合が多い。最近の調査では、ラテンアメリカの4カ国で、中絶の合併症で入院した女性の3分の2は人工妊娠中絶を経験しているとみられたが、それを進んで認めた女性は10%以下だったという¹²。中絶後のカウンセリングと家族計画サービスは、望まない妊娠と中絶の繰り返しという悪循環を断ち切る重要な機会を提供する。思春期の性行動の増加と中絶を経験する若い女性の増加を見ると、効果的ですがすべての人が利用できる家族計画の必要性があることを示している。

いかなる場合にも、望まない妊娠や危険を伴う中絶よりも適切な避妊のほうを選ぶべきである。すべての避妊法は、何らかの健康上のリスクを伴っており、その使用に際しては適切なケアと注意が必

西アフリカにおける思春期の性と中絶

望まない妊娠をしたために人工妊娠中絶を希望する女性の大半は、思春期の女性である。WHOによると、危険を伴う中絶や自分でわざと引き起こした流産による合併症のために入院している女性の3分の1以上は、20歳未満である¹。次の話に出てくるある思春期の少女は、機知に富み、確固とした性格の持ち主だったため、望まない妊娠によって生じた問題を、自分の健康を損ねることなく克服することができた。しかし、彼女のように幸運な女性は、多くはいない。

ファトーは、仏語圏西アフリカの首都に住む17歳の少女である。彼女は、自分の母親、兄弟、親戚と共に貧しい地区に住んでいた。ファトーは小学校は卒業したが、その後は学校には行っていない。彼女より年上で社会経験の多いとこの紹介で、ファトーは初めての仕事としてメイドの職に就いた。

ある日ファトーは、「個人的なこと」を相談したくていとこのところに行った。彼女は恥ずかしそうに、妊娠している気がするが、望んだ妊娠ではないので、何か解決法を見つけて欲しい、と説明した。ファトーは、いろいろな「薬」や「注射」があることを友達から聞いていたが、果たしてこれらが妊娠を終わらせるのに安全な方法なのかどうかわからなかった。彼女のいとこはファトーに、いろいろな方法を搜して、彼女を助けることを約束した。

人工妊娠中絶は、西アフリカ全域で非合法とされているが、ファトーの住む町も闇の堕胎手術者のネットワークがはびこっている点では例外ではなかった。ファトーのいとこは、彼女の月給の数カ月分に相当する報酬と引き換えに、彼女に安全な無菌手術を快く施してくれる者（人目を忍んでであるが）を1人選び出した。ファトーは処置してもらおう道を選び、不幸なできごとは終わってしまった。彼女のいとこは彼女に地域の家族計画協会とアポイントをとることを勧めた。そうすれば今後同じような問題に直面することはなくなるだろうと考えたからだ。

彼女が家族計画協会とアポイントをとった日の数日前、ファトーはボーイフレンドと再び無防備なセックスをした。彼が「同じ事は2度とおこらない」と彼女を説き伏せたからだ。ファトーが協会を訪ねた日、家族計画指導員である看護婦が彼女に最近の性生活について尋ねた。そして、中絶とその後の性交の現実を知ったとき、彼女は激しくファトーを叱った。厳しい口調だったにもかかわらず、看護婦はファトーにコンドームを与え、2度目の妊娠をしていないとわかったら、もう一度尋ねて来るように言った。数週間後、ファトーは診療所に行き、ピルを処方してもらった。

エピソード：ファトーは同じボーイフレンドと付き合っているが、自分で管理できる避妊手段をもっていることを喜んでいる。ファトーは自分の受胎能力を自分で管理できるようになったことで、さらに自信がついたような気がしている。そしてこの自信は、他の生活面にもプラスの影響を与えている。ファトーは地元の仕立屋で見習いとして働き始め、家族計画協会のことや、いかにして望まない妊娠を避けることができるかを店の新しい仲間たちに話し始めている。

1 Barnett, Barbara. 1993. "Youth Often Risk Unsafe Abortions." *Network* 14(2): Pp. 12-15.

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

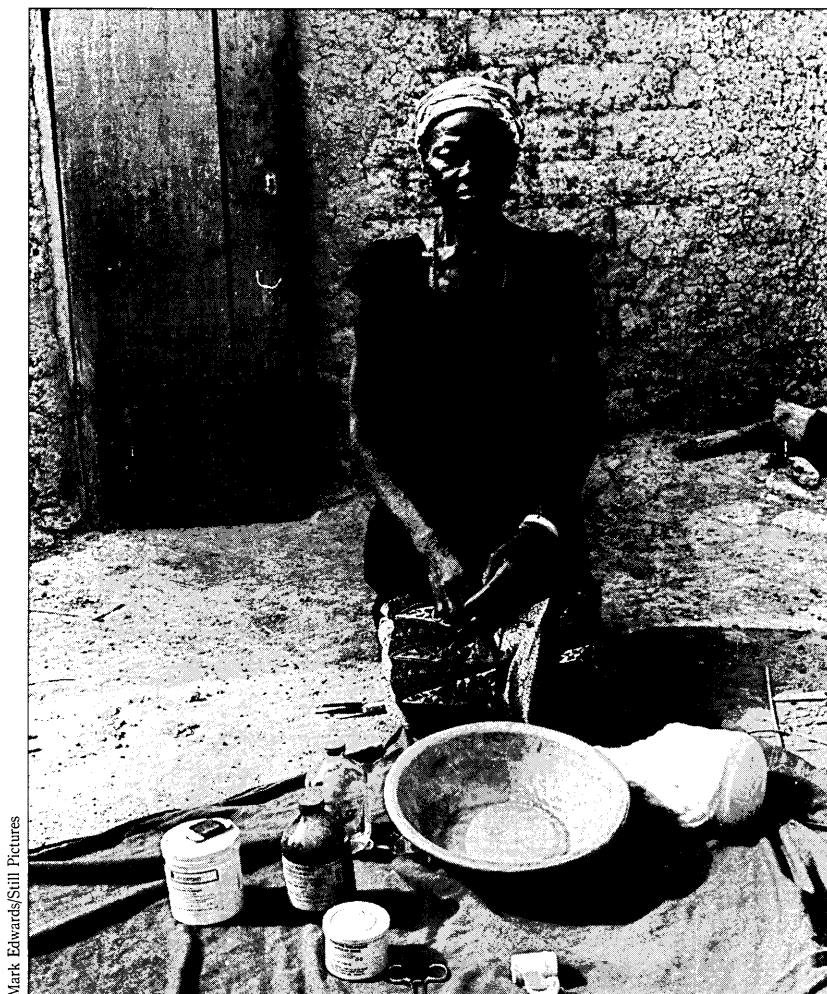
ブルキナ・ファソのヤテンガ県の助産婦。
家族計画などリプロダクティブ・ヘルス分
野の専門家である。

要となることが理解されなければならない。IUDや、埋め込み式・注射・ピルのようなホルモン避妊法の実行に際しては、使用上の安全性を確認するために専門的な検診、カウンセリング・フォローアップが必要である。個人のニーズにあった避妊法を提供するためには出産を望むかどうか、健康や栄養の状態、年齢、出産経歴を考慮したケアが必要である。このことはあらゆる種類の避妊手段・サービスが必要であることを示している。

こうした観点に立つと、避妊は予防的ヘルス・ケアであって、その自発的な実行は性とリプロダクティブ・ヘルスにとって肝要であることがわかる。少なくとも、女性性は、妊娠が望まれたものか、望まれていないものかにかかわらず、妊娠によって生命を危険にさらす必要はないことを知る権利を持っている。そして、男性は、自分のパートナーの福利に対して責任があることを自覚しなければならない。

リプロダクティブ・ケアの 選択の拡大

避妊を含むリプロダクティブ・ケアの選択範囲を広げる方法には、女性が健全な決断を下し、持続させることができる手段が伴わなければならない。ケアの選択範囲が広がれば、十分に情報を与えられた女性は、自らの避妊手段とその提供者を選ぶことができ、望まない妊娠を終わらせるために中絶に



Mark Edwards/Sill Pictures

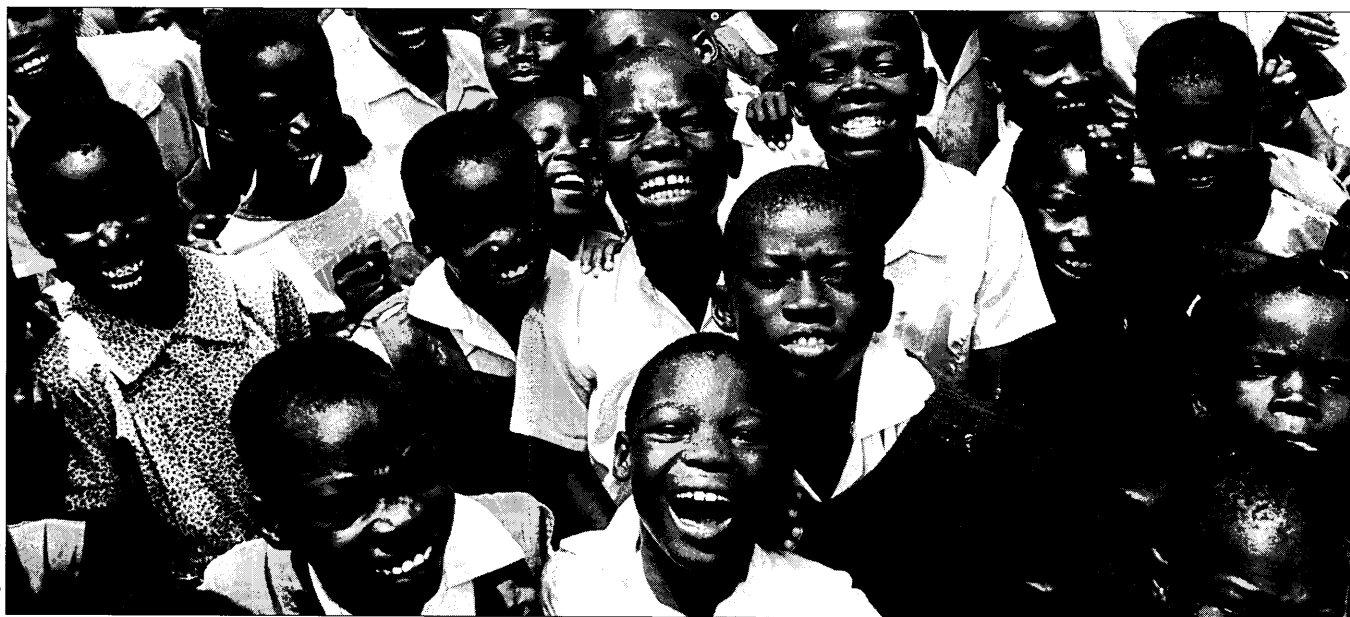
頼るというようなことは避けられる。家族計画の受け手が十分な情報を与えられたうえで決断を行う能力は、女性が、リプロダクティブ・チョイスには出産調節の可能性だけでなく避妊手段の変更・避妊の中止、または妊娠できることなどの選択肢も含まれていると理解したときに高められる¹³。

家族計画を、その後のサービス、つまり、保健部門および広い地域社会開発の分野と統合することによって、女性やその家族の選択を拡大することができることは、広く知られている。インドのパンジ

ャブ州のナランゴール・プロジェクト¹⁴やガーナのダンファ・プロジェクト¹⁵のように、家族計画と他の保健サービスのさまざまな組み合わせを用いた初期の実験的プロジェクトを見ると、家族計画が他のプライマリー・ヘルス・サービスとともに提供されたときには、新規実行者数、費用・効果および避妊率の3点において改善がみられた。家族計画が社会・開発プログラムに加えられた場合には、多部門戦略のもとに達成された¹⁶。国際家族計画連盟 (IPPF) が保健と社会サービスの統合を始めたの

III. A REPRODUCTIVE HEALTH AGENDA

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題



モザンビークのテテ市のある男子校。彼らは男女は生まれながらにして平等であるという最も重要なことを学ぶ。

は少なくとも1974年にさかのぼる。その年、IPPFの管理計画委員会が傘下の家族計画協会に対し、家族計画を国や地域の特別なニーズに応えられるような混合方法で、農村開発や食糧・栄養プログラムおよび教育やトレーニング・プログラムと統合させるよう要請した。また1970年代に、日本の家族計画国際協力財団(JOICFP)が、家族計画サービスを住民のヘルス・ケアと寄生虫駆除に組み合わせて提供することに先駆的業績を残した。もっと最近では、予防接種拡大プログラム(EPI)との統合が試みられている。

集団的な行動は地域社会がリプロダクティブ・チョイスを拡大し、社会福祉を向上させ、環境保健問題を軽減させるのに役に立つ。1978年のアルマアタ会議に基づく

プライマリー・ヘルス・ケア(PHC)運動は、予防的ヘルス・ケアにおける地域社会の可能性を明らかにした。PHCのもとで、地域保健ワーカーは医療機関と連携して環境衛生、栄養プロジェクトを促進し、家族計画に関する情報と教育を広めている。国の保健制度は、サービスの分散、財源の提供、事務的な支援、訓練と管理を行う

ことによって地域社会レベルで、PHCの努力を支援している。

地域社会も伝統的な医療従事者、伝統的な助産婦、地域ベースの保健や家族計画サービスの提供者などの存在を再確認し、自分たちの手で人的資源の確保にあたっている。そのような医療従事者と正規の保健制度とを組み合わせることによって、地域社会は適切なヘルス・ケアの利用を向上させることができる。

地球規模の持続可能性や経済開発を達成するという挑戦は結局、選択や機会を得ることにより個人がそのニーズを満たしていくことにある。家族、地域社会、政府、そしてNGOが共同することで共通の目標を達成できるのである。

伝統的概念としての 地域社会の責任

文化の中には、地域社会の責任の基礎となる強い哲学的思想をもつものがある。

天は長く地は久し。天地の能く長く且つ久しき所以の者は、其の自ら生ぜざるを以って、故に能く長生す。是を以って聖人は、其の身を後にして身先んじ、其の身を外にして身存す。其の私無きを以って非ずや。故に能く其の私を成す。

I Yutang, Lin. 1948. *The Wisdom of Laotse*. New York: Random House.

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

どの国も直面している政策の最重要課題のひとつは、人口とそれを維持するための資源とのバランスをとることである。しかし、国や世界レベルでの25年以上の経験からすると、人口問題の最終決断は、自分の利益を推進する一人一人の行動にかかっている。

人々が小家族で、より健康的な家族を選ぶ傾向はますます強くなっている。したがって、国と個人の利益は一致してきているのである。国家の政策は、国と個人の利益の調和を促進すべきものであり、これは、選択範囲を広げ、選択の障害を取り除き、個人の安全が保障されることを意味する。

国際的レベルでも同じことが言える。持続可能な開発をめざすことは、すべての国にとって国民的課題である。国際協力・相互扶助の分野での調和のとれた努力によって、障害を取り除き安全が守られて初めて選択が可能になるのである。

国々は、山積する政治的・経済的・環境的・社会的課題に対して、限られた国家予算をもって臨んでいる。それらの課題の中には、リプロダクティブ・チョイスが限られているために、人口増加がかつてない勢いで進んでいることがある。これまで軍備に費やされてきた人的、財政的資源を再配分することによって、あらゆる問題に立ち向かい、より広い意味での安全性を実現することに役立てることができる。

個人のレベルでは、女性の市民権や雇用、所得、ヘルス・ケア、個人の安全に対する権利を守るた

め、性の平等が保障されなければならない。性の平等は、他の諸目標達成のうえに成り立つ、現実的で必要な目標である。

性の平等を保障することは以下の事柄から解放された状態であると定義される。

- ・ 幼児期の差別
- ・ 栄養失調の危険
- ・ 身体的、性的虐待の危険
- ・ 教育、雇用、所得、政治参加、財産所有における差別
- ・ 性とリプロダクティブ・ヘルスに関する情報、サービス、ケア (STD/RTIの予防、産前産後の家族計画、安全な出産、危険を伴う中絶による合併症の治療も含まれている) への障壁

性の平等を保障することは、男児も女児も同価値で同等の権利を持つという認識とともに出生時から始まる。

事例研究

性の平等を保障すること：

ジンバブエの事例¹

ジンバブエは、伝統的にかなりの父系社会で、女性が家庭以外の場で活動に参加することにほとんど価値を認めてこなかったことでよく知られている。近代経済の導入後も、引き続き、女性が現実にあるいは今後経済発展に寄与していくことはほとんど認められていない。法律的なことでは、女性はその年齢に関係なく、教育や地位の点で一段低くおかれていたため、どんな契約や協定にもかかわれなかった。

独立以来、政府は女性の進歩を

その政策の礎石としてきた。法律的権利とあらゆるレベルでの政治参加の面では、女性の地位向上はかなり達成された。男女ともに、都市か農村かにかかわらず教育を受けられる。初等教育の就学児童数は1979年の81万9000人から88年には200万人以上になり、同期間の中等教育の在籍生徒数は10倍に、高等教育の就学生徒数は8500人から5万人に増加した。成人識字率の拡張や他の学校外教育などの努力により、学齢期を越えた男女も恩恵を受けている。

1988年の人口・保健調査 (DHS) によれば、女性の初婚年齢がわずかながら上昇しているが、この変化は、教育の機会と職業選択の増加によるものと思われる。

しかし、なおいっそうの努力が必要である。多産と頻繁な妊娠が女性の活動にとって深刻なハンディキャップとなっており、1988年には妊産婦死亡率は出産10万に対し300を超えていた。ジンバブエの女性はきつい家事労働のほかに、農村においては農業生産にも大きな責任を持つ。しばしば他の収入づくりの活動にも参加しなければならない。長時間労働の結果、女性たちが地域社会発展のために割く時間はほとんどない。

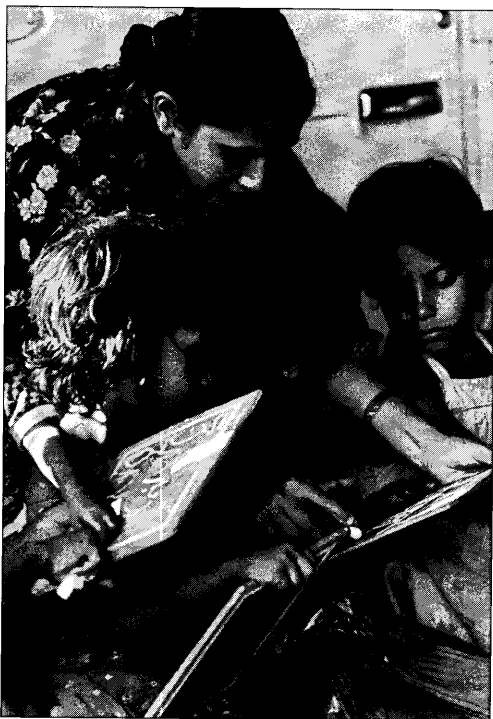
10代での妊娠率が高いこと、特に生徒や結婚していない少女の間で高いという問題も、またジンバブエでは深刻である。10代の妊娠は、母子ともに健康上のリスクを伴うことに加えて、退学を意味し、その後の人生の機会を限られたものにしてしまう。

地域共同開発・女性問題担当省は、1981年以来、女性問題の管理

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

Mark Edwards/Sill Pictures



バングラデシュでの男女共学の様子。

と女性の地位向上のための仕事を任されてきた。同省は、女性に関する調査を始め、いまだに継続中である。その主要なプロジェクトのひとつに女性に関するデータ収集情報センターの設立があるが、センターは、地域社会の開発や協同組合活動における全体的な責任を負うほかに、多数の女性のプロジェクトに気を配っている。

ジンバブエの人口は、1970年の530万人から現在の推計1040万人というように、この25年間でほぼ倍増した。都市人口は全体の17%から30%へと増加した。15歳未満の子供が人口の47%を、また65歳以上の高齢者が3%を占め、労働年齢人口は半分でしかない。

女性1人当たりの平均生涯出生児数は、1960年代後半の8人弱から81年には約7人に減少し、現在では5.4人になっている。都市に住

む女性は平均4.1人の子供を持つが、農村では6.2人である。女性の教育レベルの違いによる出産数の差は顕著で、正規の教育を受けていない女性は平均7人の、初等教育をいくらか受けた女性は6人の子供を持ち、中等あるいは高等教育を受けた女性の子供は平均して4人以下である。

家族計画と近代的避妊法に関する認識は、ジンバブエでは広くゆきわたっている。有配偶女性の約43%が近代的な家族計画手段を実行している。都市の女性の避妊実行率は約52%、農村では40%である。

ジンバブエの家族計画は長い歴史を持つ。ローデシア家族計画協会の設立は、1957年にさかのぼる。1980年の独立以後、同協会は「ジンバブエ出産間隔拡大推進協会」と改称し、1985年に「ジンバブエ全国家族計画協議会 (ZNFPC)」となった。最後の名称変更はNGOから保健省の管轄に属する半官半民の団体になったという地位の変化も物語っている。ZNFPCは家族計画サービスと情報の提供に責任を持ち、保健省やNGOとも協力関係にある。ジンバブエのめざましい成功は、大部分、地域社会の参加、特にすべてのレベルでの意志決定に女性が参加したおかげである。

選択の拡大：

バングラデシュの事例²

バングラデシュではリプロダクティブ・ヘルスと家族計画について革命的ともいえる変化があった。1975年から91年にかけて行われた8回の全国調査によると、当時、

バングラデシュの国自体は最貧国のひとつであったが、家族計画の実行は増加していることを示している。今日でも、バングラデシュの1人当たりGNPはわずか210米ドルで、乳児死亡率は低下したものの、劇的といえるものではなく、1991年には出生1000人当たり111である。女性の識字率も向上はしたものの、15～44歳の女性の27%という低さにとどまっている。これらの好ましくない指標にもかかわらず、家族計画実行率は1975年の10%以下から91年の40%に増加した。これはエジプトやジンバブエの水準に近い。

バングラデシュ家族計画プログラムは、公式には1971年に始まった。8つの省が、独立した家族計画草の根プログラム、基礎的な保健と家族計画サービスの統合プログラム、一連の特別な開発プログラムの3本柱からなる戦略を共同して推し進めた。加えて、1966年に下痢性疾患と母子保健に関する研究を担当する研究機関として設立された国際下痢研究所 (ICDDR, B) が、マトラブ地方で、1977年、母子保健家族計画プロジェクトを始めた。これは農村部で家族計画プログラムの提供戦略を試すものであった。マトラブでの活動は、死亡率の低下と家族計画実行率に重要な成果を上げ、同実行率は10%から1992年には50%に上昇した。

まず人間に投資し、女性および男性のリプロダクティブ・ヘルスに対するニーズを満たすことを優先すれば、個人と家族の自由な選択が保障される限り、出生率は低下するというのがバングラデシ

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

ユの経験から明らかになった。十分な財源と人材を配分し、サービスを家庭に提供することに重点をおき、リプロダクティブ・ヘルス・ケアおよび母子保健ケアに実質的サービスを組み入れ、地方の民間援助団体と協力することによって、バングラデシュの国家プログラムは、増大する需要に対応して利用しやすいサービスを約束することにより効果的なサービス提供者となっている。

バングラデシュの経験からはある種のパターンが明確になってきている。それは、家族計画を利用するときの障害——政府の反対、限られたサービス、宗教的偏見、社会的固定観点——が取り除かれたとき、個人および家族はリプロダクティブ・ヘルスと家族計画サービスを利用するようになるということである。

保健・家族計画分野での活動を補足するために、バングラデシュ政府は人口問題に対する多部門間アプローチを適用した。このアプローチには、教育、農業、社会福祉、労働、人間開発、工業、情報、女性のエンパワーメントといった各分野でのプログラムが含まれている。

政府の努力に加えて、バングラデシュには数千にのぼるNGOが活発に活動している。これらの中には、グラミン銀行やバングラデシュ農村向上委員会 (BRAC) のように、その革新的な手法で世界的に有名になったNGOもある。グラミン銀行は、1976年に貧しい人々に資本を貸与して、彼らが効果的な自営業を興こせるようにした試みを開始した。現在、この銀

行は130万人の女性に小さな貸し付けを行うバングラデシュ第4位の銀行に成長しており、バングラデシュの地方のほぼ半数の農村で活動している。

BRACは、数千の貧しい市民をコミュニティー組織にまとめ、約1万5000の非公式の学校を村ベースで運営している。BRACは、農村の貧困を緩和するため、意識向上と学校外での識字訓練に重点をおくなど、多面的なアプローチを行っている。BRACはクレジット・プログラムの他に子供の教育と地域ベースの予防保健ケアに関する別のプログラムも行っている。

グラミン銀行は、現在、もっぱら女性に焦点を合わせているが、BRACは、男女を別々のグループに分けて参加させようと試みている。両者のクレジット・プログラムはいずれも女性を孤立状態から救う試みで、それを通して女性の経済的役割を強化し、社会改革と女性のエンパワーメントに貢献している。両団体の新会員は、クレジットを受ける前に訓練期間に参加しなければならない。その訓練はプログラムの目的と運営方法に焦点を合わせ、メンバー間の連帯感を育み、女性が家庭外において独立した自己の確立を助けるものである。

BRACもグラミン銀行も、そのクレジット・プログラムに家族計画サービスを含めていないが、最近の調査によると、それらのプログラムが家族計画の実行に効果があるとわかってきた。クレジット・プログラムに参加することで、主に女性の経済的役割が増大し、女性のエンパワーメントに役立つ

ている。女性のエンパワーメントは家族計画の実行と明確に結びついており、特にグラミン銀行の活動では、クレジット・プログラムが活発な村において避妊の普及率にめざましい成果があった。

もうひとつ、世界から称賛されたNGOはバングラデシュ女性保健連合 (BWHC) で、これは質の高いリプロダクティブ・ヘルス・ケア・サービスを提供するための重要な先導者となっている。この団体は1980年の設立から主に女性によって運営されている。そして、これまで効果的で人々に受け入れられるリプロダクティブ・ヘルス・ケアと家族計画サービスを、プライマリー・ヘルス・サービスと子供の保健ケアに統合させた形で他の女性たちに提供する事業をしてきた。BWHCの目標は、女性自らのリプロダクティブ・ヘルスと子供の健康をどのように守るかを学べるようにすることで、見方によっては、それは女性のエンパワーメントにもつながる。

BWHCの活動の前提は、インフォームド・チョイスがリプロダクティブ・ヘルス・プログラムにとって医学的安全性や避妊法へのアクセスと同じくらい重要であるということである。したがって、BWHCは質の高いケアを提供するため、以下のような基本的原則を定めている。

- ・一人一人の女性は尊敬の念をもって扱われるべきであること
- ・一人一人の女性の特別なニーズについては本人とよく話し合うこと
- ・一人一人の女性がリプロダクティブ・ヘルスについて自分の決

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓



女性の役割は変化しつつある。バングラデシュで自動車に乗って働く女性。

断を下せるように十分な情報を提供し、カウンセリングを行うこと

これらの原則にかなうサービスを計画するためには、受け手のあらゆるニーズに対応していくことが前提条件である。そのうえ、BWHCは、サービスの提供手段や最善の選択肢を搜すためのサービスの組み合わせ方法などを試みてきた。こうしたサービスを提供するために、BWHCは政府や他のNGOと協力している。

BWHCは、現在、7つの診療所をバングラデシュの農村と都市で運営しており、診療サービスの拡大と女性の生活の質を向上させるための新しい活動をととして、診療所の効果的運営を探り続けている。バングラデシュの女性が、保健サービスを受ける勇気をもったとき、また質の高いケアを望み、自分の健康について選択することを学んだとき、女性は力をつけて成長し、自分の尊厳を守ることにもなるだろう。そして自分と子供のよりよい生活を希望し、そのために働くこともできるのである。

人口と開発：

メキシコの事例³

1940年代から80年代にかけて、メキシコはほぼ10年ごとに国内総生産が倍増するというめざましい経済成長を遂げた。これにより、メキシコは、公式に出産を奨励する立場をとってきたが、1970年代初頭急激な人口増加率に経済成長が追いつけないということが明らかになった。

こうした新しい状況に対処するため、1974年に政府は人口法を採択し憲法を改正した。人口法は人口構造・規模・動態・分布に関連する要因に影響を与えることを意図している。他の法律も男女平等のために改正され、国家プログラムは開発の過程に女性が完全参加することを目標としている。

メキシコは、ラテンアメリカの中で最も人口の多い国のひとつで、約8860万人の人口を持つ。死亡率と出生率の低下という人口転換は、1970年頃に始まり、急速に進展した。女性1人当たりの平均生涯出生児数は、1970年の6.8人から93年の3.2人へと、この20年以上にわた

って半減した。この低下と多くの国外移住によって、人口増加率は、1970年の3.4%から93年の1.9%へと低下した。現在、有配偶女性の53%が近代的な家族計画手段を用いている。メキシコの人口は非常に若く、国民の38%が15歳未満の人口である。人口の3分の2が都市部に住む。

1974年以降、国家人口審議会が人口法の施行と人口活動の調整を担当している。今日、人口関連目標は国の開発計画に体系的に組み入れられ、国の人口計画は代々の新政権によって立案されている。

1989年から1994年の国家開発計画は全体的な生活水準の向上に重点がおかれた。これを達成するため、プログラムは雇用の増大、社会発展の優先、環境保護、貧困の根絶を中心に実施されている。社会開発の優先には、人口増加、人口分布、移動と都市化についての政策が含まれている。

人口分布プログラムは、人口法の中に最初から含まれていた。その基本的前提は、人々は生活環境に満足できれば、自分の生まれたところに住み続ける傾向があるというもので、その結果、この政策の特徴は、分散化、社会経済的投資による地域格差の解消、中小規模都市の支持にある。

このプログラムは、ある程度成功を収めたものの、過去25年間に、都市人口は1970年の17%から現在の約32%に増加し、人口の25%以上がメキシコ・シティやメキシカン・バレーに住んでいる。これ

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

を受けて、政府は不均衡な分布状態を最も緊急の開発問題のひとつに位置づけた。

保健指標は、まだ改善の余地があるものの、かなり向上した。出生時の平均寿命は、1970年の62歳から90年には70歳に延びた。1歳児の約78%が必要な予防接種を受けている。1988～90年のリプロダクティブ・ヘルス指標によると、女性の約60%が産前ケアを受けており、45%が保健専門員の立ち合いのもとに出産した。1988年の妊産婦死亡率は、出生数10万人に対し約150である。

女性の識字率が約85%に向上し、上水道設備の備わった家の割合が増え(1990年に約70%)、下水設備の利用の増加(1988～90年に約74%)など、過去25年間に多数の社会的な改善もなされた。

過去10年間に、女性はこれまでの伝統的な職業以外の職場へますます進出している。母親や主婦としての概念が依然として支配的であるにもかかわらず、女性の活動グループの数は増えてきており、女性の目標はより多様化しはじめている。都市部では、女性は労働力のおよそ26%を占めているが、低レベルでの仕事が大半で、幹部レベルにはほとんどいない。

メキシコは、思春期層に情報や適切なリプロダクティブ・ヘルス・サービスを提供することを重視した点で革新的であった。1959年以降、いくつかのNGOがこの分野で協力してきた。青少年オリエンテーションセンター(CORA)は、人口問題に関する情報を伝達し、妊娠した女性にカウンセリングを行うのに用いた革新的な手法

で世界的に認められた。

国家人口プログラム(1989～94年)に述べられているように、メキシコは、出生率の低下、平均寿命の延び、国民特に女性・先住民グループのメンバー・最貧層の福祉の向上をめざしている。メキシコ政府は、人間開発を促進し、教育を受けた健康な国民が経済成長の決定要素となると認識している。

社会開発と

女性のエンパワーメント:

タイの事例⁴

タイは開発にとって不可欠な部分として、人口問題に高い優先順位を与えている。タイの人口は1950年代から80年代初頭にかけて急増しており、1961年に2600万人だったのが、86年には倍増して5200万人になっている。人口・住宅調査によれば、1990年の人口は5440万人である。しかし、人口増加率は、1960年の3.5%から91年の1.4%へと低下している。女性1人当たりの平均生涯出生児数は、1960年代後半の6人から、1980年には3.7人に、そして91年には人口の置き換え水準の2.1人へと減少した。

出生率低下の始まりは、政府がその人口政策を開始する以前の1960年代中期からだが、その後、1970年の新政策の導入を経て弾みがついた。新政策によって、家族計画実行率は急激に上昇し、1969年に15%だったのが、91年には約70%になった。

1970年以降の死亡率と出生率の低下は人口年齢構成に著しい変化をもたらした。15歳未満の人口割合は、1970年の45%から84年の37

%に低下し、60歳以上の人口割合は、1970年の5%から91年の6%へと増加した。同期間に乳児死亡率は出生1000人当たり75から29に低下し、先進国レベルに近づいている。

都市人口は、1960年から70年の間では微増(12.5%から13.2%)だったが、その後、急激に増加し、1984年には人口の25%を占めるに至った。近年、政府は、農村再定住化計画と、農業生産向上のための対策を導入した。また政府は、都市部の人口密度の低い地域で、社会、経済インフラに、そして農村部での教育施設に投資した。

タイでは第1次経済社会開発5カ年計画(1961～66年)以降、人口はひとつの開発問題として位置づけられてきたが、そこでは、人口増加を生活水準の向上と国内総生産の増加にわたる障壁になるとみなした。タイでの人口と開発における成功のカギは、政策の立案と実行、計画とプログラムにおける多部門アプローチにある。現在、政府は、人口調査、人口と環境、高齢化、青少年、女性と開発、そしてHIV/エイズの6つの分野に重点をおいている。

タイの女性は、アジアで最も活発な経済活動を行っている。労働力の約45%が女性で(1988年)、それらの84%は農村に集中している。この高い参加率にもかかわらず、女性は明らかに職業階層の底辺に集中している。農村の女性は、主として家族経営の農場で働き、零細農業の主な労働力となっている。

成人女性の識字率は、1970年の72%から90年には90%へと上がり、男性の識字率96%とほぼ肩を並べ

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

た。初等教育就学率は性差がなく85%で、中等教育就学率は女子が28%、男子は32%である。高等教育および職業水準での男女の差は数字の上ではそれほどないが、修得するコースの種類では大きい。

タイの1978年の憲法は、男女の平等な権利を保障しており、これは初期の差別的な法律を廃止する基盤となった。しかし、いまだに女性に対する差別が残っていたり、十分な保護を提供していない法律もある。

女性の地位に関する懸念は、第4次開発計画（1977～81年）において初めて表明された。この計画は、女性のより低い教育機会と高い非識字率、仕事の昇進や給与における女性差別に焦点を当て、いくつかの対策を提案した。第5次計画（1982～86年）は女性を特別な対象グループと位置付け、労働・教育・保健・政治行政問題の4つの主要分野における目標と指針を設定している。その後の計画では、女性を開発プロセス全体の主流におくことに焦点を絞っている。

1980年、タイ政府は、女性の20カ年開発計画（1982～2001年）の詳細を策定するために、官民の専門家、学術経験者からなる特別な専門調査団を選任した。計画は女性の発展に関する目的と戦略を設定し、それを可能にするために社会制度の変革の必要性を指摘している。

1980年代の後半になって初めて、タイはHIV／エイズに直面した。それ以降、エイズ感染者は性的に活発な成人の2%——約50万人に上るとみられている。この問題に

対するタイのアプローチは、初期に人口開発戦略に向けられたのと同様の手法である。エイズの予防およびコントロールに関する国家委員会が設立され、政策計画調整局が置かれた。後者はエイズ問題に関するコンセンサスを得るために多部門間の調整を行うものである。資金を予防に費やすことで、感染率が下がり、結局は、この病気に対処する支出を減らすことになるとの認識により、予防教育と洗練された監視システムに力が注がれた。コンドームの使用率の増加とSTDの発生率の減少に関しては好ましい結果がすでに出ている。

過去20～30年間ににおいて、タイは世界で最も急激に経済成長を遂げている国のひとつである。いまだに農業にかなり依存しているものの、近年、工業、建設業、サービス業、観光業の上昇が見られる。製造業の生産高は、1965年から89年の間に平均して年率10%の伸びを示した。農業においても、穀物生産高は1961年以降平均して年率3.2%伸びており、成功を収めている。

タイの経済的成功の要因は教育にある。農民が1年余分に学校教育を受けることで生産高が3%上昇した。4年間の学校教育を受けた農民は、1～3年の農民と比べて、新しい化学肥料を投入する傾向が3倍も高かったのである。1年余分の初等教育のおかげで、後の人生の労働賃金が13～17%向上しているという報告もある。

NGOの参加： コロンビアの事例⁵

コロンビアは公式に明示された人口政策を持っていない。しかし、リプロダクティブ・ヘルスや家族計画、他の人口問題に対する関心事には効果的に対処してきた。政府はリプロダクティブ・ヘルスや家族計画サービスが個人にもたらす利益と同時に社会経済開発に対して与える重大な影響も認識している。政府は、人口政策は事実上、雇用・教育・社会保障・保健における社会的な政策からなると強調している。これらの政策は国家の開発計画と両立するものでなければならない。政府はその社会政策の実行に当たってNGOとの協力に重点をおいている。

出生率減少のための正規の政策が何も行われなかったにもかかわらず、過去25年間にコロンビアでは人口増加が著しく低下した。1960年に、女性1人当たりの平均生涯出生児数は約7人だったのが、1990～95年までに2.9人——ラテンアメリカでの最低水準——にまで減少するとみられている。その結果、人口増加率は1960年代初期の3%から現在の1.9%にまで落ち込んだ。

コロンビアの人口は現在約3400万人である。その出生率と人口増加率の顕著な低下にもかかわらず、この国の人口は2015年までに新たに1500万人以上増えると予測されている。人口の70%が都市部に住んでいる。

コロンビアでは、家族計画が急速に普及している。有配偶女性の避妊普及率は、1969年の40%から90年の66%へと飛躍した。国際家

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

コロンビアでNGOが主催する教室。この男性たちは授業料を払っている。

族計画連盟の加盟団体であるコロンビア家族計画協会 (PROFAMILIA) は家族計画サービスの主たる提供者で、48カ所の診療所を運営し近代的な避妊手段の32%を提供している。

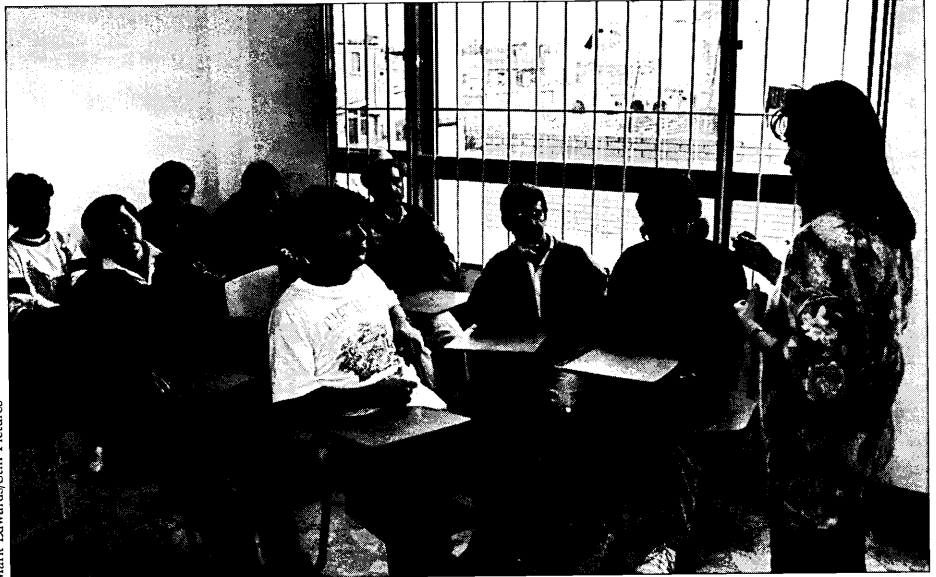
コロンビアの人口転換には他の多くの要因がある。所得は以前よりも平等に分配されるようになり、貧困層の割合が減少したこと、読み書きのできない人の数が劇的に減少し教育普及のペースが世界で最も速かったこと、識字率と初等・中等教育の就学率における男女差はもはや存在しないことなどである。修得される学問分野に男女の違いは見られるが、男性よりも女性のほうが多く高等教育を受けているようである。女性の労働参加率も上昇し、現在42%である。

コロンビア政府とNGOにとって、将来的な課題は、望まない妊娠と思春期の妊娠を減少させ、家族計画への男性の参加を増やすことである。これらの問題に首尾一貫したやり方で対処するために、政府は正規の統合人口政策の展開を考えている。

天然資源に対する圧力：

エジプトの事例⁶

広大で未開拓の砂漠によって囲まれた、狭い帯状のナイル川沿いの肥沃な農地——このエジプトの対照的な生態系は、天然資源と人口や開発戦略との間の重要な関係に目を向けさせる。エジプトの国土は広大だが、その人口の98%がナイル・バレーと肥沃なデルタ地



Mark Edwards/Still Pictures

帯、地中海沿岸に集中している。

資源に関するエジプトの緊急課題は水問題で、その供給のほとんどをナイル川に頼っている。年間利用する淡水584億 m^3 のうち555億 m^3 はナイル川から供給されている。限られた資源と増大する需要の中で、エジプトは、また、水質の打ち続く低下という今また別の問題に直面している。

エジプトでは、人々の環境に対する意識は非常に低い。水は生活に大変重要であるにもかかわらず、カイロでは飲用水のほぼ3分の1が粗悪な鉛管敷設のために失われている。農村部では、裏うちをしていない灌漑用水路や、水が田畑に流れっ放しになっているために、さらに3分の1の水が無駄になっている。エジプトは特に水質や土壌侵食など、資源に関する重要なデータの不足に悩んでいる。1990年代初頭まで、人口を資源の需要と結びつけることはほとんどされていなかったのである。

1988～90年に下水設備を利用

きた人口は全体の54%、安全な水の供給を受けた人は86%だった。エジプトの都市化率は、他の国々ほど高くはないが、1960年の38%から90年の約47%へと上昇した。エジプトの人口政策戦略の中に、人口をナイル・バレーからこの国の辺境へ移住させ、並行してインフラの投資や砂漠の土地改良を行うという大胆な計画がある。

エジプトの現在の人口は1963年からおよそ倍増して5650万人とみられている。2.2%という現在の年人口増加率が続くとなると、2000年までに6400万人、2025年には9000万人に達すると考えられる。1986年の人口調査によると、エジプトは人口の半数が20歳未満という非常に若い人口が多い国である。女性1人当たりの平均生涯出生児数は、1960年代はじめの約7.2人から1992年の3.9人に減少している。国連の推計によると、この平均数は2000～2005年には3人に、2020～2025年には2人に減少するとみられている。出産可能年齢の

IV. CHOICES AND RESPONSIBILITIES: THE LESSONS LEARNED

第4章 選択と責任 - 教訓

有配偶女性の間での家族計画実行率は、1980年代初頭の24%からめざましく上昇し、現在約47%になっている。

エジプトの人口政策のひとつの柱は、出生率の低下・貧困と読み書きできない人を減らすこと、女性の地位向上の3点を目的とする多部門アプローチである。特に女性の識字率と教育水準を向上させるために多くの努力が求められている。エジプト女性の1990年の識字率はわずか37%（1976年の29%からは上昇）で、女性が教育を受けた平均年数は、1990年に1.6年となっている。女子の初等教育就学率は1970年の57%から90年の90%に増加しており、次世代の見通しは現在よりは明るい。この改善は教育予算が増加した期間に行われたものである。

エジプトの人口政策は、政府の高レベルから優先課題として支持されている。1992年以降、エジプトには「人口・家族福祉国務大臣」が置かれている。政府は家族計画や人口と環境との相互作用に注意を払いながら、保健・経済・社会プログラムへの投資拡大の必要性を強調している。

国の人口政策は5カ年開発計画の中に完全に統合されている。この計画は、エジプトにおいて多少の進歩はみられたが、なお一層改善の必要がある分野がある。妊娠婦と乳幼児の死亡は、引き続き懸念の対象である。1988年の妊娠婦死亡率は出生10万人当たり300とみられている。乳児死亡率は、1970年の160から90年には61へとめざましく減少した。こうした問題に対処するため、現在の5カ年

計画（1992/93～1996/97年）の中の人口目標は、避妊普及率の向上、女性の地位向上と労働参加、乳児および妊娠婦死亡率の低下、農地の拡大、カイロとアレクサンドリアの人口が占める割合の低減に重点をおいている。

国の人口政策の戦略のひとつに人口の分散化の実施がある。地方の人口審議会は、各行政区のために努力し、詳細なプログラムを系統立てるのを助けている。すべての行政区はコミュニティを動かす女性の委員会を組織している。地方の農業協同組合や村の市場に家族計画の診療所をつくるというように、地方の組織との協力関係も確立された。

エジプト政府は家族計画サービスの実施において、いくつかのNGOとも協力している。民間および商業セクターの家族計画活動は、すべての家族計画実行者のうち約65%にサービスを提供している。エジプトは、また、避妊薬（具）の生産を自給する必要性も認めている。現在、ピルの85%は国内生産されており、最近のある調査は、エジプトは国内で使用するIUDの製造について、技術および財政的能力を持っていると言っている。

データ収集や分析方法を改善したり、人口を水や食糧の将来的な需要に結びつけていくための方法はたくさんある。受容力を分析していくうえでは、土地や水資源がどれくらい人口を支えていくことができるかを、注意深く調べる必要がある。優先事項のひとつは、人口と環境と持続可能な開発の調和を図るという難題を克服できるような枠組みを備えた開発

——十分に定義され、吟味され、統合された開発——である。

人口の規模および増加率とその人口がナイル川の水に依存する危険なバランスについて、広報・啓蒙活動を通じてさらに強調されなければならない。最終的には、若い人々に環境に対する意識を持ってもらえるように働きかけることが必要である。将来の水需要、特に重要な農業分野の需要に関しては、複合利用・リサイクル・保存・改良技術を通じたよりよい水資源の管理が必要になる。

V. GLOBAL RESPONSIBILITY, GLOBAL CHOICES

第5章 世界の責任と選択

UNFPAの25年間の活動を通じて、家族計画の先駆者たちの考えが実現され、そして多くの人々のために役立った。世界の大多数の女性たちは、その活動によって初めて、何人の子供をいつ産むのかを選択する手段が得られたのである。そして、この地球上に生きてきた若い女性がかつてないほど大きな集団となり、いま、過去のどの世代よりも健康的でよりよい教育を受けているのである。彼女たちの家族の規模は、両親たちの時より小さくなるだろう。その結果、次の世代には、より多くの選択肢と幸福で健康的な生活が送れるより多くの可能性が与えられるだろう。

しかし、課題への取り組みはまだ始まったばかりである。

- ・ヘルス・ケア、特にリプロダクティブ・ヘルス・ケアの利用はまだ十分とはいえない。女兒は出生時からヘルス・ケアがなかなか受けられない傾向があり、それは大人になっても続く。毎年約50万人の女性が妊娠に関連した原因で死亡しており、そのほとんどが途上国においてである。このうち6万人が危険を伴う中絶の結果、死亡しているもので、後に残る夫や子供たち、親類の生活に影響を与えている。
- ・有配偶女性だけをとりとめても、1億2000万人が妊娠を望まないのに近代的な避妊手段を利用できないでいる。家族計画に対する現在のニーズがすべて満たされれば、途上国および経済成長しつつある国々で避妊を行うカップルの数は、1995年の5億5000万組から2000年には6億

過去25年間の教訓

UNFPAの活動の開始から4半世紀たったが、この間、人口政策と人口プログラムの成功および評価に欠くことのできない教訓が得られた。以下に記した経験は、現在のUNFPAの人口の挑戦に対する対応の一部であるといえよう。

- ・人口プログラムは、家族計画の情報やサービスの利用が身近なものになるとともに、教育、保健、女性のエンパワーメントという人間に対する投資に重点がおかれ、より広い開発戦略の中に組み込まれたとき、成功を収めることができる。
- ・上記のような条件のもとで、子供を何人産むかという個人の選択が自由に表明できるような社会的環境があり、リプロダクティブ・ヘルスと家族計画サービスを入手しやすい環境が整えば、その国の経済発展の水準に関係なく、出生率は低下し始めるだろう。
- ・社会のすべてのセクター間で、バランスのとれた開発は長期的目標であり、それは社会セクターから始まる。女性に力をつけるうえでの障害を取り除き、子供を何人産むか決定する個人の選択が自由にできるような社会的条件を整えることは、持続可能な開発にとって重要なワン・ステップである。
- ・女性のエンパワーメントは、人口政策と開発政策にとって重要な構成要素である。女性はそうした政策の立案と実行において中心的役割を果たさなければならない。成功した国々では、女性たちは伝統的な規範から抜け出しつつある。この規範は女性の価値を子供を産む役割のみから決めてしまう伝統であり、女性が自尊心を向上させるのを妨げるような文化的様式であり、自分の家の中では女性が二流市民とみなすような慣習である。女性が力をつけ、選択の自由や機会を得る経験を分かち合っている女性が増大している。これがもっと多くの女性にも届くよう、女性の諸活動への完全参加を阻む障壁は取り除かれなければならない。
- ・女子と女性に対する教育は、すべての国にとって国家的な目標でなければならない。教育は、女性たちに自信を与え、開発のすべての領域において女性たちが積極的に参加できる選択を著しく拡大することになる。教育は出産する子供の人数を決定し、家族計画を受け入れる主要因になるばかりでなく、乳児死亡率や妊産婦死亡率の低下にもつながる。
- ・成功したリプロダクティブ・ヘルスや家族計画プログラムには、個人が家族の規模を選択する権利をもち、そうした選択は日常生活に不可欠であるという考え方が、重要な要素として根底にある。家族計画に関する決定は、リプロダクティブ・ヘルスにとって不可欠であり、サービスの種類について十分な情報と助言のもとに完全に自由意志を持って行われ得る、という社会的環境を整えなければならない。
- ・リプロダクティブ・ヘルス・ケアと家族計画はプライマリー・ヘルス・ケアへのより広いアプローチの一部で、女性と男性双方のリプロダクティブ・ヘルスのあらゆる面を含み、ケアの質に重点をおいたものでなければならない。
- ・家族計画実行率は上昇しているが、開発のさまざまな段階にある国々でまだかなりの満たされていないニーズが存在している。出産可能年齢にあるカップルの間の避妊実行率は1960年代初頭の10%から1994年初めに55%へ増加した。同期間に女性1人当たりの平均生涯出生児数は6人強から3.7人へと低下し、1世代でほぼ半減した計算になる。もし女性が出産に関する選択を自由に行えるようになれば、この低下傾向は、将来一層加速されるだろう。
- ・人口政策と人口プログラムは以下のような持続可能な開発にかかわる諸問題を含んでいる。すなわち、人口の地域分布、都市化、移動パターン、海岸部の人口の人口動態、貧困の根絶、貧しい地域社会の女性および男性のための収入づくりの活動、水、土壌、森林、沿岸地域など限りある資源の全体的な保全と管理である。
- ・大多数の途上国においては、人口政策と人口プログラムの採択および実行に著しい進歩があった。実際、緩やかな人口増加のための社会的環境を整えるのに、かなり成功を収めた国もある。コロンビア、フィジー、インドネシア、韓国、マレーシア、モーリシャス、メキシコ、スリランカ、タイ、チュニジアなど、その実例は多い。そして出生率の低下は、バングラデシュ、ボツワナ、カーボベルデ、エジプト、ケニア、ジンバブエなど、より多くの国々で現在明らかに起きている。

過去10年間で、貧困、農村と都市のサービスおよびインフラ整備、失業と不完全雇用、限りある天然資源の管理などより広い問題に対処するため、人口とリプロダクティブ・ヘルス関連の問題が、国家の政策の中核に組み込まれた。おそらく最も重要なのは、持続可能な開発のためのどんな国家戦略においても、人口とリプロダクティブ・ヘルス関連の問題が中心テーマになるということだろう。広い範囲に基盤をおく人口とリプロダクティブ・ヘルスの戦略は、健全な経済発展と地球資源の持続可能な管理の基礎になるということについて、政府、国際機関、NGO、市民グループなどがますます認識を深めるに至っている。

V. GLOBAL RESPONSIBILITY, GLOBAL CHOICES

第5章 世界の責任と選択

4000万組へ、そして2015年には8億8000万組へと増加し、避妊実行率は1995年の58%から2015年には69%に上昇する見込みである。

- HIV／エイズの感染率が増加し、世界に蔓延している。エイズによる死亡者は、2000年には180万人に達すると予測されており、現在、すでに感染している成人は1400万人から1800万人に上るとみられている。女性は特に感染しやすい存在で、女性やそのパートナーおよび家族を守るために特別な関心が必要である。
- WHOは、他のSTDについて、毎年新たに発生する患者数を、淋病が2500万人、クラミジアが5000万人、ヘルペスが2000万人、外陰パピローマ・ウイルスが3000万人と推計している。すでに一部の途上国では、いくつかのSTDがその地方特有の病気として蔓延している。STDの後遺症はさらに深刻で、骨盤の炎症性疾患、子宮外妊娠、永久不妊など、また、時として死亡にもつながる¹。
- 71カ国で、出生1000人当たり乳児死亡率がいまだに50以上で、そのうち29カ国で100以上になっている²。女兒は男児よりも栄養失調にさらされやすく、ヘルス・ケアを受けられない傾向が強い。ため、生後の危険な1年を生き残れる確率は男児よりも低い。
- 子宮内の胎児の性別を確認する技術が利用されるにしたがって、女兒の胎児の遺棄が著しく増加している。男児選好は依然とし

て続く女兒に対する差別の現れである。

- 女性の割礼は多くの地域でいまだに行われており、8500万～1億1400万人の女子および女性がその危険にさらされている³。この手術は、必要でないばかりか、リプロダクティブ・ヘルスにとって生涯続くリスクをもたらす。手術時にはひどい痛みが伴い精神的な影響が大きく、感染症のリスクを増加させるばかりでなく、後の人生においてもSTDへの感染や陣痛障害の危険性を増加させることになる。
- 毎年1500万人以上の15～19歳の女子が出産している。思春期の女子の出産は、18歳以上の女性のそれと比べ、母体と子供にとって、より危険であるばかりでなく、母親となった女子の教育や経済機会も奪ってしまうことになる。
- 読み書きのできない成人9億6000万人のうち、約3分の2が女性である⁴。過去20年間に教育を受ける女性はめざましく増加したが、男子のほうが女子よりも依然就学率が高く、在籍年数も長いという傾向がある。
- 毎年、世界人口に加わる人数はいまだに増加しており、これがわずかでも減少し始めるのは20～30年先のことである。これらの増加分のほとんどは現在の途上国のもので⁵、子供たちに教育やヘルス・ケアを与える努力がすでに多くの国々でその財源を圧迫している。
- 先進国の1人当たりの資源消費量は途上国の20～30倍である。途上国の人々は先進国と同じレ

ベルの豊かさを望んでいる。それが実現された時、世界中の資源消費をどのようにして持続可能なものにするかを想像するのは困難である。10億人以上が打ち続く貧困に悩まされている現実もこのままにはできない。

何ができるか

これらのニーズは緊急を要するが、人口政策にとって重要なのは、個人の尊厳が失われるような危機反応を引き起こしてはならないということである。教育やヘルス・ケアへ力を入れていくことは長期的に必要で、人口政策や維持可能な開発政策を成功させるためにはこれらは不可欠である。

近道はない。しかし、多くの途上国の成功例から学べる教訓はある。そのひとつは、緊急性を認識することによって、人口プログラムに対する国家の投資を増やさなければならないという責任やリーダーシップが生まれるということである。このような責任やリーダーシップは、教育や保健のような他の人間開発への投資とともに、持続可能な経済開発にとって礎石となるものである。これらの分野のどれをとっても、女性の貢献を認め、参加を促し、ニーズを優先することに成功のカギがある。

個人のニーズを満たすと同時に国家の開発にも貢献できるような戦略を、成功例から学びつつ練ることは可能である。それによって、地球的規模でより緩やかな人口増加が実現し、人々のニーズと人口とのバランスをいかにとるかという21世紀への中心課題の解答が見つかるのである。

V. GLOBAL RESPONSIBILITY, GLOBAL CHOICES

第5章 世界の責任と選択

以下のことがらは最も緊急の課題である。

- ・最も成功を収めた国々の教訓に基づき、国や資金提供機関は、その資金を差し向ける優先順位を再検討しなければならない。教育や保健サービスをできるだけ広範囲の人々が平等に受けられるようにすることを含む、人間開発の追求にそれらに向けるべきであり、特に女子や女性のニーズに注意が払われなければならない。
- ・貧困の根絶と持続可能な開発の達成における女性独自の貢献を認める戦略も緊急に必要である。女性は、人間開発に何が必要かを協議し、それを実行に移すのに中心的役割を果たすべきで、政策やプログラムは彼女たちのニーズを満たすものでなければならない。女性が、人口政策とプログラム開発およびその実行において、あらゆるレベルに参加することが重要である。こうしたアプローチには、政治構造、社会構造のすべてのレベルで男性の自発的な支持が必要になる。
- ・こうした課題に女性が完全参加し、中心的役割を果たせるようにするために、政府とNGOは、教育とヘルス・ケアのニーズを満たす人間開発に高い優先順位を与えるべきである。女子と女性の教育水準を向上させる努力もまた、持続可能な地球社会にとって優先事項である。男子に対する教育にも注意が払われるべきである。小さなときから、男女が平等であることを理解し、成人してからはその理解に基づいて家庭・職場・政治の場で行

動できるよう教育しなければならない。

- ・女性の経済的、社会的地位は持続可能な開発にとってひとつのカギとなる。女性は自分の権利として、融資、裁判、政治的指導力の利用を必要としている。女兒の間引き、女性の割礼、家庭内暴力といった女性の安全を脅かすものに対しては直ちに組み込まなければならない。
- ・プライマリー・ヘルス・ケアには、リプロダクティブ・ヘルス・ケアと家族計画サービスが重要な要素として含まれていると理解されなければならない。それらを望んでいるすべての女性と男性が、近代的で安全かつ効果的、適切で、安価、そして受け入れやすい家族計画の手段を利用できるようにすべきである。家族計画プログラムでは、地域のニーズや習慣にあった戦略を試行し実行し、評価しなければならない。成功したプログラムが他の状況にも適合するか検討することが必要である。
- ・危険のない避妊手段の研究を実施する必要がある。世界全体で避妊薬（具）の売り上げのわずか3%相当が新しい避妊手段の開発に向けられているにすぎない。現在、世界で利用されている避妊手段のうち85%が女性主導のものである⁶。女性ばかりでなく男性が使用する手段、および女性が妊娠とSTDの両方を防ぐ手段の開発にもっと多くの努力が求められている。
- ・中絶が、その件数と広がりにおいて増加しているが、可能な限りこれを排除するという視点に

立った理解が求められている。

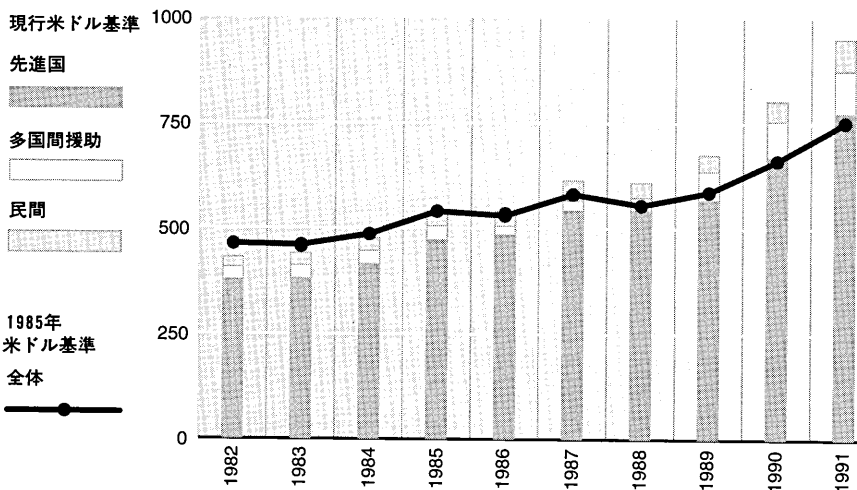
そのために、リプロダクティブ・ヘルスに対する女性のニーズに、より注目する必要がある。特に近代的で安全かつ効果的、適切で受け入れやすい家族計画の手段を広く普及させることは、世界中で中絶が女性に与えている健康上のリスクを最少限にするために最も重要なステップである。

- ・国の財源と国際援助のそれぞれ20%ずつを人間開発に向けるべきであるという提案は、国連開発計画（UNDP）、ユニセフ、UNFPAおよび多くの政府から支持されている。人口政策は人間開発の政策にとって不可欠な要素であるが、人口プログラムと他の人間開発への投資は補強し合う関係にある。政府、議会、NGO、民間セクターにかかわらず人間開発に関心のあるあらゆるグループや個人からの支援が、人口政策の成功にとって重要である。
- ・人口活動について援助を受けている国は多いが、2つ以上のドナーから援助を受けているのは40カ国以下である。それぞれの被援助国に100万ドル以上を拠出しているドナーはほとんどない⁷。人間開発を優先させるために、これらの資金額は、特に最も需要の高い国々も含め全体として増やすべきである。図11と図12は人口問題に関する資金の推移を示している。人口プログラムの需要から推計すると、現在の資金水準をかなりアップしなければならない。途上国および経済の転換期にある国々にお

V. GLOBAL RESPONSIBILITY, GLOBAL CHOICES

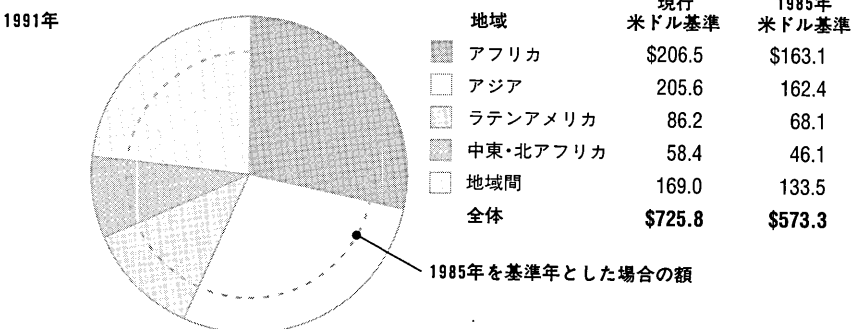
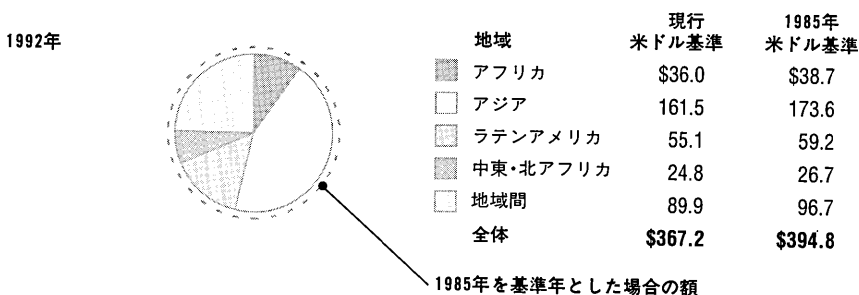
第5章 世界の責任と選択

11. ドナー別の人口援助 (1982～1991年、単位：100万米ドル)



Source: UNFPA. 1993. Global Population Assistance Report, 1982-1991. New York: UNFPA. Table 2. Excludes loans from the World Bank.

12. 地域別の人口援助実績 (1982～1991年、単位：100万米ドル)



Source: UNFPA. 1993. Global Population Assistance Report, 1982-1991. New York: UNFPA. Table 5.

いて、人口データの収集・分析という基本的な活動の他に、家族計画、妊産婦保健およびSTD予防を含みプロダクティブ・ヘルス分野のプログラムを実行するのに必要な資金は（1993年の米ドルで）2000年に170億ドル、2005年に185億ドル、2010年に205億ドル、2015年には217億ドルに達するとみられている。このうち約65%はサービスの提供システムにかかる費用である。人口と開発の目標に取り組むプログラム、特に社会経済セクターのプログラムを支援するために新たな財源が必要になるだろう。

・NGOが人口政策とプログラムにおいて、革新的であり、正しく情報を伝達し、実践的な問題を解決するという面で果たす役割は大きい。これらの団体は、少数派や、意見が十分に代表されていないグループの代弁者として活動し、効果的かつ適切な方法で個人のニーズを満たせるようなサービスを行っている。NGOは、人口、環境、開発の間の重要な関係について強調し、また地球規模の持続可能な開発の哲学は、個人のニーズを明確にし、それを育てていくものだということを認識している。

過去25年間に収めた成功、すなわち国家と世界の優先事項を個人のニーズと要望と調和させながら行ってきたのであるが、これが21世紀に持ち越すためには、各国政府、国連、NGOおよび民間セクター間での協力が不可欠である。



はじめに

- 1 United Nations. 1993. World Population Prospects: 1992 Revision. New York: United Nations.
- 2 United Nations. 1993. The Sex and Age Distribution of the World Populations, The 1992 Revision. New York: United Nations.
- 3 United Nations. 1992. Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth, 1950-2150. New York: United Nations. Table 5.
- 4 UNFPA. 1993. The State of World Population 1993. New York: UNFPA.
- 5 UNFPA. 1993. The State of World Population 1993, New York: UNFPA.
- 6 Mann, Jonathan M., Daniel J.M. Tarantola, and Thomas W. Netter (eds.). 1992. AIDS in the World. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 7 Gupta, Geeta Rao and Ellen Weiss. 1993. Women and AIDS: Developing a New Health Strategy. ICRW Policy Series, No. 1. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- 8 World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York, NY: Oxford University Press.
- 9 See 6.
- 10 World Bank. 1993. World Development Report 1993: Investing in Health. New York, NY: Oxford University Press.
- 11 See 6.
- 12 U.S. Bureau of the Census. 1993. "Recent HIV Seroprevalence Levels by Country: June 1993." Research Note, No. 9. Washington, DC: Health Studies Branch, Center for International Research, U.S. Bureau of the Census.
- 13 O'Haire, Hugh. 1993/94. "AIDS and Population: Think Again." POPULI, 20(11)/21(1): 8-10.
- 14 African Population Advisory Committee. 1993. The Impact of HIV/AIDS on Population Growth in Africa. Washington, DC: African Population Advisory Committee, Human Resources and Poverty Division, Africa Technical Department, The World Bank.
- 15 Lamboray, Jean-Louis and A. Edward Elmen-dorf. 1992. Combatting AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A Review of the World Bank's Agenda for Action. World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 181. Washington, DC: The World Bank.

- 16 See 13.
- 17 World Bank Social Indicators of Development 1994 World Bank, Washington DC, 1994.
- 18 See 17.
- 19 United Nations. 1992. World Population Monitoring 1991. New York: United Nations. Page 229.
- 20 See 19.
- 21 UNFPA, 1992. The State of World Population, 1992. New York: UNFPA.
- 22 United Nations Economic and Social Council. 1993. "Recommendations of the Expert Group Meeting on Population, Environment, and Development." Preparations for the International Conference on Population and Development, 1994. New York: Population Division, Department of Economic and Social Development, United Nations Secretariat, and United Nations Population Fund.
- 23 Harrison, Paul. 1992. The Third Revolution; Environment, Population and a Sustainable World. London/New York: I.B. Tauris & Co Ltd.
- 24 See 19.
- 25 United Nations. 1994. Changing Global Energy Patterns United Nations, New York.
- 26 World Resources Institute, United Nations Environment Programme, and United Nations Development Programme. 1992. World Resources 1992-93: A Guide to the Global Environment. New York: Oxford University Press. Page 111.
- 27 Myers, Norman. 1991. "The World's Forests and Human Populations: The Environmental Interconnections." Resources, Environment, and Population: Present Knowledge and Future Trends, Kingsley Davis (ed.). Supplement to Population and Development Review, 16: 237-251.
- 28 UNICEF, State of the World's Children, 1993 OUP, New York, 1993.
- 29 World Health Organization. 1993. World Health Statistics Annual, 1992. Geneva: World Health Organization.
- 30 Gleick, Peter H. (ed.). Water in Crisis: A Guide to the World's Water Resources, 1993.
- 31 Postel, Sandra, 1990, "Saving Water for Agriculture" in State of the World 1990, Worldwatch Institute, New York, W.W. Norton.
- 32 See 30.
- 33 World Resources Institute, United Nations Environment Programme, and United Nations Development Programme. 1992. World Resources

1992-93: A Guide to the Global Environment. New York: Oxford University Press. Page 271.

34 United Nations. 1993. World Economic Survey 1993. New York: United Nations. Pages 145-146.

35 See 34.

36 FAO. 1993. Agriculture: Towards 2010. Study for FAO Conference, 27th Session., Rome: Food and Agriculture Organization.

37 United Nations. 1991. The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics. New York: United Nations. Page 72.

第1章 女性のエンパワメントと持続可能な開発

- 1 Jejeebhoy, Shireen J. 1992. "Women's Education, Fertility, and the Proximate Determinants of Fertility." International Conference on Population and Development, 1994, Expert Group Meeting on Population and Women, Gaborone, 1992, June 22. New York: Population Division, Department of Economic and Social Development, United Nations Secretariat, and United Nations Population Fund.
- 2 MacCormack, Carol P. 1988. "Health and the Social Power of Women." Social Science and Medicine, 26(7): pages 677-683.
- 3 See 1.
- 4 Dali, Sanumaiya M., Manu Thapa, and Sarala Shrestha. 1992. "Educating Nepalese Women to Provide Improved Care for Their Childbearing Daughters-in-Law." World Health Forum 13: pages 353-54.
- 5 United Nations. 1992. World Population Monitoring 1991. New York: United Nations. Pages 236-39.
- 6 See 5.
- 7 Jacobson, Jodi L. 1993. "Women's Health: The Price of Poverty." Pages 3-31 in The Health of Women: A Global Perspective, eds. Marge Koblinksky, Judith Timyan and Jill Gay. Boulder, CO: Westview Press.
- 8 UNFPA State of World Population Report, 1993. UNFPA, New York, 1993.
- 9 World Health Organization. 1993. World Health Statistics Annual, 1992. Geneva: World Health Organization.
- 10 See 9.
- 11 Sadik, Nafis. 1990. "Foreword." In Helen M. Wallace and Kan'ti Giri (eds.), Health Care of Women and Children in Developing Countries.

FOOTNOTES

注

- Oakland, CA: Third Party Publishing Co.
- 12** Freedman, Lynn P. and Stephen L. Isaacs. 1993. "Human Rights and Reproductive Choice." *Studies in Family Planning*, 24(1): pages 18-30.
- 13** See 2.
- 14** Elias, Christopher J. and Lori Heise. 1993. "The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for Women." *Programs Division Working Papers*, No. 6. New York: The Population Council.
- 15** Kumar, Anuradha. 1992. "The Dilemma of Choice—The Myth of Agency." Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Denver, Colorado, April.
- 16** Mann, Jonathan M. 1993. "Foreword" in Geeta Rao Gupta and Ellen Weiss, *Women and AIDS: Developing a New Health Strategy*, ICRW Policy Series, No. 1. Washington, DC: International Center for Research on Women.
- 17** Grant, James P. (UNICEF). 1993. *The State of the World's Children 1993*. New York: Oxford University Press.
- 18** See 9.
- 19** Boerma, J. Ties. 1987. "Levels of Maternal Mortality in Developing Countries." *Studies in Family Planning*, 18(4): pages 213-221.
- 20** Starrs, Ann. 1987. *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference*, Nairobi, Kenya, February 1987. Washington, DC: World Bank Publications.
- 21** See 20.
- 22** See 19.
- 23** Meheus, Andre. 1992. "Women's Health: Importance of Reproductive Tract Infections, Pelvic Inflammatory Disease and Cervical Cancer." In *Reproductive Tract Infections*, edited by A. Germain et al. New York: Plenum Press. Pages 61-91.
- 24** Lande, Robert. 1993. "Controlling Sexually Transmitted Diseases." *Population Reports*, Series L, No. 9. Baltimore: Johns Hopkins University, Population Information Programme.
- 25** Wasserheit, Judith N. and King K. Holmes. 1992. "Reproductive Tract Infections: Challenges for International Health Policy, Programs, and Research." In *Reproductive Tract Infections*, edited by A. Germain et al. New York: Plenum Press.
- 26** UNFPA, *State of World Population*, 1993. UNFPA, New York.
- 27** World Health Organization. 1991. *Infertility: A Tabulation of Available Data on Prevalence of Primary and Secondary Infertility*. Geneva: Programme on Maternal and Child Health and Family Planning, Division of Family Health, World Health Organization.
- 28** United Nations. 1992. *World Population Monitoring 1991*. New York: United Nations, Department of International Economic and Social Affairs.
- 29** Eschen, Andrea and Maxine Whittaker. 1993. "Family Planning: A Base to Build on for Women's Reproductive Health Services." pages 105-131 in M. Koblinsky, J. Timyan, and J. Gay (eds.), *The Health of Women: A Global Perspective*. Boulder: Westview Press.
- 30** Gorgen, Regina, Birga Maier, and Hans Jochen Diesfeld. 1993. "Problems Related to Schoolgirl Pregnancies in Burkina Faso." *Studies in Family Planning*, 24(5): pages 283-294.
- 31** LeGrand, Thomas K. and Cheikh S.M. Mbacké. 1993. "Teenage Pregnancy and Child Health in the Urban Sahel." *Studies in Family Planning*, 24(3): pages 137-149.
- 32** Zabin, Laurie Schwab, and Sarah C. Hayward. 1993. *Adolescent Sexual Behavior and Childbearing*. Developmental Clinical Psychology and Psychiatry Series, Vol. 26. Newbury Park: Sage Publications.
- 33** Barnett, Barbara. 1993. "Youth Often Risk Unsafe Abortions." *Network (Family Health International)*, 14(2): 12-15.
- 34** See 31.
- 35** Yao, Faustin K. 1992. "Youth and AIDS: A Priority for Prevention Education." *AIDS Health Promotion Exchange*, No. 2.
- 36** Based on Demographic and Health Surveys as reported in: McCauley, Ann P., Bryant Robey, Ann Blanc, and Judith S. Geller. 1993. "Opportunities for Women Through Family Planning." *Population Reports*, Series M, No. 12. Baltimore, MD: Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program.
- 37** United Nations. 1993. *World Population Prospects, 1992 Revision*. New York: United Nations.
- 38** Santow, Gigi. 1992. "Gender Differences in Health Risks and Use of Services." *International Conference on Population and Development*, 1994, Expert Group Meeting on Population and Women, Gaborone, 1992, June 22. New York: Population Division, Department of Economic and Social Development, United Nations Secretariat, and United Nations Population Fund.
- 39** See 17.
- 40** See 9.
- 41** Reifenberg, Anne. 1993. "The Mother of All Rights: Advocates Ask U.N. to Recognize Violence Against Women as Rights Abuse." *The News & Observer*. Pages 19A, 22-23A April 4 1993.
- 42** Dixon-Mueller, Ruth. 1993. *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westport, CT: Praeger.
- 43** See 42.
- 44** See 42, Appendix C.
- 45** Jacobson, Jodi L. 1993. "Women's Health: The Price of Poverty." In *The Health of Women: A Global Perspective*, edited by Marge Koblinsky, Judith Timyan, and Jill Gay. Boulder, CO: Westview Press. Pages 3-31.
- 46** Robinson, Lillian S. 1993. "In the Penile Colony: Touring Thailand's Sex Industry." *The Nation*, 257(14): pages 492-97. November 1 1993.
- 47** See 45, page 8.

第2章 家族計画

- 1** Green, Cynthia. 1989. "Promoting Informed Choice." *People*, 16(4): pages 12-13.
- 2** Bruce, Judith. 1989. *Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework*. The Population Council, Programs Division Working Papers, No. 1; Green, Cynthia. 1989. "Promoting Informed Choice." *People*, 16(4): pages 12-13.
- 3** Pariani, Siti, David M. Heer, and Maurice D. Van Arsdol, Jr. 1991. "Does Choice Make a Difference to Contraceptive Use? Evidence from East Java." *Studies in Family Planning*, 22(6): pages 384-390.
- 4** Elias, Christopher J. and Lori Heise. 1993. *The Development of Microbicides: A New Method of HIV Prevention for Women*. The Population Council, Programs Division Working Papers, No. 6; Stein, Zena. 1990. "HIV Prevention: The Need for Methods Women Can Use." *American Journal of Public Health*, 83: pages 1379-1381.
- 5** Robey, Bryant, Shea O. Rutstein, and Leo Morris. 1992. "The Reproductive Revolution: New

FOOTNOTES

注

Survey Findings." Population Reports. Series M, No. 11. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, Population Information Program.

第3章 リプロダクティブ・ヘルスに関する課題

1 Dixon-Mueller, Ruth and Judith Wasserheit. 1991. *The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections Among Women in the Third World*. New York: International Women's Health Coalition.

2 Meheus, Andre. 1992. "Women's Health: Importance of Reproductive Tract Infections, Pelvic Inflammatory Disease and Cervical Cancer." In *Reproductive Tract Infections*, edited by A. Germain et al. New York: Plenum Press. Pages 61-91.

3 Piot, Peter and Monir Q. Islam. 1993. "Sexually Transmitted Diseases in the 1990s: Global Epidemiology and Challenges for Control." Key-note address at the meeting of the International Society for STD Research, Helsinki, Finland. August 29 1993.

4 Lamboray, Jean-Louis and A. Edward Elmen-dorf. 1992. *Combating AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Africa: A Review of the World Bank's Agenda for Action*. World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 181. Washington, DC: The World Bank.

5 Starrs, Ann. 1987. *Preventing the Tragedy of Maternal Deaths: A Report on the International Safe Motherhood Conference*, Nairobi, Kenya, February 1987. Washington, DC: World Bank Publications.

6 (UNICEF). 1993. *The State of the World's Children 1993*. New York: Oxford University Press.

7 Fathalla, Mahmoud. 1990. "The Challenges of Safe Motherhood." In *Health Care of Mothers and Children in Developing Countries*, edited by Helen M. Wallace and Kanti Giri. Oakland, CA: Third Party Publishing.

8 Datta, K.K., R.S. Sharma, P.M.A. Razack, T.K. Ghosh, and R.R. Arora. 1980. "Morbidity Pattern Amongst Rural Pregnant Women in Alwar, Rajasthan: A Cohort Study." *Health and Population* 3(4): pages 282-292.

9 膀胱腫瘍とは分娩時の会陰裂傷の結果として起こるもので、漏れた汚物の膣内への滲入を招く。

10 World Health Organization. 1992. *World Health Statistics Annual 1991*. Geneva: World Health Organization.

11 Bongaarts, John. 1990. "The Measurement of Wanted Fertility." Research Division Working Papers No. 10. New York: The Population Council.

12 Singh, Susheela and Deidre Wulf. 1993. "The Likelihood of Induced Abortion among Women Hospitalized for Abortion Complications in Four Latin American Countries." *International Family Planning Perspectives*, 19(4): pages 134-141.

13 Green, Cynthia. 1989. "Promoting Informed Choice." *People*, 16(4): pages 12-13.

14 Faruquee, R. 1982. "Integrating Family Planning with Health Service: Does it Help?" World Bank Staff Working Paper, no. 515.

15 Simmons, R. and J. Phillips. 1987. "The Integration of Family Planning with Health and Development." In *Organizing for Effective Family Planning Programs*, edited by R. Lapham and G. Simmons. Washington: National Academy Press.

16 See 15.

17 International Planned Parenthood Federation. 1981. "Integrated Programmes in IPPF." Working paper.

第4章 選択と責任

1 Sources: Zimbabwe National Report for the ICPD. (1993); Zimbabwe Demographic and Health Survey Central Statistical Office, Ministry of Finance, Economic Planning and Development and the Institute for Resource Development/Macro Systems Inc. 1989. Staff Appraisal Report, Zimbabwe, Second Family Health Project. Washington DC: World Bank. Report No. 9318-ZIM. 1991.

2 Sources: Rahman, Mizanur, Akbar Jalaluddin, James F. Phillips, and Stan Becker. 1992. "Contraceptive Use in Matlab, Bangladesh: The Role of Gender Preference." *Studies in Family Planning* 23(4): pages 229-242. Koenig, Micheal, Ubaidur Rob, Mehrab Ali Khan, J. Chakraborty and Vincent Fauveau. 1992. "Contraceptive Use in Matlab, Bangladesh in 1990: Levels, Trends, and Expectations". *Studies in Family Planning* 23(6): pages 352-364. Schuler, Sidney Ruth and Syed M. Hashemi. 1994. "Credit Programs, Women's

Empowerment, and Contraceptive Use in Rural Bangladesh". *Studies in Family Planning* 25(2): pages 65-76. Kay, Bonnie J., Adrienne Germain and Maggie Bangser. 1991. "The Bangladesh Women's Health Coalition". *Quality/Calidad/Qualité* no. 3.

3 Sources: Mexico National Report for the ICPD. (1993); Mexico Country Profile, LAC Division UNFPA. (1993); United Nations. 1989. *Case Studies in Population Policy: Mexico*. Population Policy Paper No. 21. New York United Nations; United Nations, 1993, Human Development Report 1993. New York: United Nations.

4 Sources: Thailand National Report for the ICPD (1993); United Nations. 1993. *Human Development Report 1993*. New York: United Nations; United Nations. 1993. *World Population Prospects, 1992 Revision*. New York: United Nations; The World Bank. 1993. *World Development Report 1993*. Washington, DC: The World Bank. *State of the World Population 1992*. New York: UNFPA. *State of the World Population Report 1993*. New York: UNFPA. *Programme Review and Strategy Development Report: Thailand*. 1992. New York: UNFPA.

5 Sources: Colombia National Report for the ICPD (1993); Colombia Country Profile, LAC Division UNFPA (1993).

6 Source: Egypt National Report for the ICPD (1993); El-Zanaty, Fatma H., Hussein A.A. Sayed, Hassan H.M. Zaky, and Ann A. Way. 1993. *Egypt Demographic and Health Survey 1992*. Cairo: National Population Council and Calverton, MD: Macro International Inc.; United Nations. 1993. *Human Development Report 1993*. New York: United Nations; United Nations. 1993. *World Population Prospects, 1992 Revision*. New York: United Nations. *Programme Review and Strategy Development Report, Egypt*. New York: UNFPA. 1994.

第5章 世界の責任と選択

1 Fathalla, Mahmoud F. 1992. "Reproductive Health in the World: Two Decades of Progress and the Challenge Ahead." Presented at the United Nations Expert Group Meeting on Population and Women, Gabarone, June 22-26 1992.

2 United Nations. 1993. *World Population Pros-*

FOOTNOTES

注

pects, 1992 Revision. New York: United Nations. (Table A. 16)

3 Toubla, Nahid. 1993. Female Genital Mutilation: A Call for Global Action. New York: Women, Ink.

4 United Nations. 1992. World Population Monitoring 1991 New York: United Nations.

5 Catley-Carlson, Margaret, 1993, "Explosions, Eclipses, and Escapes: Charting a Course on Global Population Issues." The 1993 Paul Hoffman Lecture, United Nations Development Program. New York, June 7 1993.

6 Fathalla, Mahmoud F. 1993. "Contraceptive Research and Development: The Unfinished Revolution." *POPULI*, 20(9): pages 8-10.

7 United Nations. 1993. Population Policies and Programmes. New York: United Nations. Page 13.

POPULATION INDICATORS

人口指標

国・地域名	人 口 (百万人)	人 口 (百万人)	平均増加率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	出生時 平均余命 (1990-95)	乳児死亡率 (出生千対)	都市人口 割合(%)	都市人口 増加率(%)	女子一人当り 生涯出生児数
	1994	2025	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1992	1990-95	1990-95
世界人口総計		8,472.4	1.7	26	9	65	62	44%	2.7%	3.3
先進工業地域(*)	1,237.6	1,403.3	0.5	14	10	75	12	73%	0.9%	1.9
開発途上地域(†)	4,427.9	7,069.2	2.0	29	9	62	69	35%	3.7%	3.6
アフリカ	681.7	1,582.5	2.9	43	14	53	95	33%	4.6%	6.0
東アフリカ(1)	207.4	516.0	3.1	48	16	49	108	20%	5.8%	6.8
ブルンジ	6.0	13.4	2.9	46	17	48	106	6%	5.6%	6.8
エチオピア	51.3	130.7	3.1	49	18	47	122	13%	4.9%	7.0
ケニア	26.1	63.8	3.4	44	10	59	66	25%	6.8%	6.3
マダガスカル	13.3	33.7	3.3	45	13	55	110	25%	6.1%	6.6
マラウイ	10.7	24.9	3.3	54	21	44	142	12%	6.2%	7.6
モーリシャス(2)	1.1	1.4	1.0	18	7	70	21	41%	1.1%	2.0
モザンビーク	15.3	36.3	2.8	45	18	47	147	30%	8.1%	6.5
ルワンダ	7.8	20.6	3.4	52	18	46	110	6%	5.2%	8.5
ソマリア	9.5	23.4	3.2	50	19	47	122	25%	4.5%	7.0
ウガンダ	19.2	45.9	3.0	51	21	42	104	12%	5.5%	7.3
タンザニア	28.8	74.2	3.4	48	15	51	102	22%	6.7%	6.8
ザンビア	8.9	21.0	2.8	46	18	44	84	42%	3.4%	6.3
ジンバブエ	10.9	22.9	3.0	41	11	56	59	30%	5.5%	5.3
中央アフリカ(3)	75.1	190.0	3.1	46	15	51	96	33%	4.7%	6.5
アンゴラ	10.3	26.6	3.7	51	19	46	124	30%	6.5%	7.2
カメルーン	12.5	29.3	2.8	41	12	56	63	42%	5.1%	5.7
中央アフリカ	3.3	7.0	2.6	44	18	47	105	48%	4.4%	6.2
チャド	6.0	12.9	2.7	44	18	48	122	34%	6.0%	5.9
コンゴ	2.4	5.8	3.0	45	15	52	82	42%	4.5%	6.3
ガボン	1.3	2.9	3.3	43	16	54	94	47%	5.3%	5.3
サイール	41.2	104.5	3.2	47	15	52	93	28%	4.0%	6.7
北アフリカ(4)	147.7	280.4	2.5	34	9	61	69	45%	3.5%	4.7
アルジェリア	27.1	51.8	2.7	34	7	66	61	53%	4.3%	4.9
エジプト	56.1	93.5	2.2	31	9	62	57	44%	2.6%	4.1
リビア	5.5	12.9	3.5	42	8	63	68	84%	4.4%	6.4
モロッコ	27.0	47.5	2.4	32	8	63	68	47%	3.4%	4.4
スーダン	27.4	60.6	2.8	42	14	52	99	23%	4.6%	6.0
チュニジア	8.6	13.4	2.1	27	6	68	43	57%	3.2%	3.4

POPULATION INDICATORS

人口指標

国・地域名	人 口 (百万人) 1994	人 口 (百万人) 2025	平均増加率 (%) 1990-95	出生率 (人口千対) 1990-95	死亡率 (人口千対) 1990-95	出生時 平均余命 1990-95	乳児死亡率 (出生千対) 1990-95	都市人口 割合(%) 1992	都市人口 増加率(%) 1990-95	女子一人当り 生涯出生児数 1990-95
南アフリカ	45.3	85.3	2.4	32	9	63	55	47%	3.3%	4.2
ボツワナ	1.4	2.9	2.9	38	9	61	60	27%	7.4%	5.1
レソト	1.9	3.8	2.5	34	10	61	79	21%	6.1%	4.7
ナミビア	1.6	3.8	3.2	43	11	59	70	29%	5.5%	6.0
南アフリカ	40.8	73.2	2.4	31	9	63	53	50%	3.1%	4.1
西アフリカ(5)	206.2	510.8	3.1	46	15	51	102	35%	5.4%	6.5
ベナン	5.1	12.4	3.1	49	18	46	87	40%	5.0%	7.1
ブルキナファソ	9.8	22.6	2.8	47	18	48	118	17%	8.2%	6.5
コートジボアール	13.4	37.9	3.7	50	15	52	91	42%	5.3%	7.4
ガーナ	16.4	38.0	3.0	42	12	56	81	35%	4.4%	6.0
ギニア	6.3	15.1	3.0	51	20	45	134	27%	5.9%	7.0
ギニアビサオ	1.0	2.0	2.1	43	21	44	140	21%	4.5%	5.8
リベリア	2.8	7.2	3.3	47	14	55	126	47%	5.6%	6.8
マリ	10.1	24.6	3.2	51	19	46	159	25%	5.8%	7.1
モーリタニア	2.2	5.0	2.9	46	18	48	117	49%	5.8%	6.5
ニジェール	8.5	21.3	3.3	51	19	47	124	21%	6.9%	7.1
ナイジェリア	119.3	285.8	3.1	45	14	53	96	37%	5.5%	6.4
セネガル	7.9	17.1	2.7	43	16	49	80	41%	4.0%	6.1
シエラレオネ	4.5	9.8	2.7	48	22	43	143	34%	5.1%	6.5
トーゴ	3.9	9.4	3.2	45	13	55	85	29%	4.9%	6.6
アジア	3,233.0	4,900.3	1.8	26	8	65	62	32%	3.5%	3.2
東アジア(6)	1,387.9	1,762.2	1.3	20	7	72	26	35%	3.4%	2.1
中国	1,205.2	1,539.8	1.4	21	7	71	27	28%	4.4%	2.2
朝鮮民主主義人民共和国	23.1	33.3	1.9	24	5	71	24	60%	2.4%	2.4
香港	5.8	6.4	0.8	13	6	78	6	94%	1.0%	1.4
日本	125.0	127.0	0.4	11	7	79	5	77%	0.6%	1.7
モンゴル	2.4	4.6	2.6	34	8	64	60	59%	3.7%	4.6
韓国	44.5	50.3	0.8	16	6	71	21	74%	2.3%	1.8
東南アジア	461.5	715.6	1.9	28	8	63	55	30%	3.8%	3.4
カンボジア	9.0	16.7	2.5	39	14	51	116	12%	4.6%	4.5
インドネシア	194.6	283.3	1.8	27	8	63	65	30%	4.3%	3.1
ラオス	4.6	9.4	3.0	45	15	51	97	20%	6.3%	6.7
マレーシア	19.2	31.3	2.4	29	5	71	14	45%	4.3%	3.6
ミャンマー	44.6	75.6	2.1	33	11	58	81	25%	3.3%	4.2
フィリピン	66.5	105.1	2.1	30	7	65	40	44%	3.5%	3.9
シンガポール	2.8	3.3	1.0	16	6	74	8	100%	1.0%	1.7
タイ	56.9	72.3	1.3	21	6	69	26	23%	4.0%	2.2
ベトナム	70.9	117.0	2.0	29	9	64	36	20%	2.9%	3.9

POPULATION INDICATORS

人口指標

国・地域名	人 口 (百万人) 1994	人 口 (百万人) 2025	平均増加率 (%) 1990-95	出生率 (人口千対) 1990-95	死亡率 (人口千対) 1990-95	出生時 平均余命 1990-95	乳児死亡率 (出生千対) 1990-95	都市人口 割合(%) 1992	都市人口 増加率(%) 1990-95	女子一人当り 生涯出生児数 1990-95
南アジア	1,244.3	2,135.8	2.2	32	10	59	90	27%	3.5%	4.3
アフガニスタン	20.5	45.8	6.7	53	22	43	162	19%	8.9%	6.9
バングラデシュ	122.2	223.3	2.4	38	14	53	108	18%	6.0%	4.7
ブータン	1.7	3.4	2.3	40	17	48	129	6%	6.2%	5.9
インド	896.6	1,393.9	1.9	29	10	60	88	26%	2.9%	3.9
イラン	63.2	144.6	2.7	40	7	67	40	58%	4.0%	6.0
ネパール	21.1	40.1	2.5	37	13	54	99	12%	7.2%	5.5
パキスタン	128.1	259.6	2.7	41	10	59	98	33%	4.4%	6.2
スリランカ	17.9	24.7	1.3	21	6	72	24	22%	2.2%	2.5
西アジア(7)	139.3	286.6	2.7	34	7	66	54	65%	4.2%	4.7
イラク	19.9	46.3	3.2	39	7	66	58	73%	4.0%	5.7
イスラエル	5.4	8.1	4.7	21	7	77	9	92%	5.0%	2.9
ヨルダン	4.4	10.8	3.4	40	5	68	36	69%	4.5%	5.7
クウェート	1.8	2.8	-5.8	28	2	75	14	93%	-5.4%	3.7
レバノン	2.9	4.5	2.0	27	7	69	34	86%	2.8%	3.1
オマーン	1.7	4.7	3.6	40	5	70	30	12%	7.4%	6.7
サウジアラビア	16.5	40.4	3.4	36	5	69	31	78%	4.2%	6.4
シリア	13.8	35.3	3.6	42	6	67	39	51%	4.5%	6.1
トルコ	59.6	92.9	2.0	28	7	67	56	64%	4.6%	3.5
アラブ首長国連邦	1.7	2.8	2.3	21	4	71	22	82%	3.1%	4.5
イエメン	13.0	34.2	3.5	48	14	53	106	31%	6.7%	7.2
ヨーロッパ	512.0	541.8	0.3	13	11	75	10	74%	0.7%	1.7
東ヨーロッパ	96.9	107.2	0.2	14	11	71	16	64%	1.0%	2.0
ブルガリア	8.9	8.8	-0.2	13	12	72	14	69%	0.6%	1.8
旧チェコスロバキア	15.7	17.9	0.3	14	11	73	10	79%	1.2%	2.0
チェコ	10.4	11.9								
スロバキア	5.3	6.1								
ハンガリー	10.5	10.4	-0.2	12	14	70	14	66%	0.9%	1.8
ポーランド	38.5	43.8	0.3	14	10	72	15	63%	1.0%	2.1
ルーマニア	23.4	26.3	0.3	16	11	70	23	55%	1.2%	2.1
北ヨーロッパ(8)	92.8	97.8	0.2	14	11	76	7	83%	0.4%	1.9
デンマーク	5.2	5.1	0.2	12	12	76	7	85%	0.4%	1.7
エストニア	1.6	1.7	-0.2	14	12	71	14	72%	0.2%	2.0
フィンランド	5.0	5.2	0.3	13	10	76	6	60%	0.4%	1.8
アイルランド	3.5	3.6	-0.2	14	9	75	7	58%	0.3%	2.1
ラトビア	2.7	2.8	-0.3	14	12	71	10	72%	0.2%	2.0
リトアニア	3.8	4.1	0.2	15	10	73	10	70%	1.2%	2.0
ノルウェー	4.3	4.9	0.5	15	11	77	8	76%	1.1%	2.0
スウェーデン	8.7	9.5	0.5	14	11	78	6	84%	0.7%	2.1
イギリス	57.8	60.3	0.2	14	11	76	7	89%	0.3%	1.9

POPULATION INDICATORS

人口指標

国・地域名	人 口 (百万人) 1994	人 口 (百万人) 2025	平均増加率 (%) 1990-95	出生率 (人口千対) 1990-95	死亡率 (人口千対) 1990-95	出生時 平均余命 1990-95	乳児死亡率 (出生千対) 1990-95	都市人口 割合(%) 1992	都市人口 増加率(%) 1990-95	女子一人当り 生涯出生児数 1990-95
南ヨーロッパ(9)	144.6	148.2	0.2	11	10	76	12	67%	0.9%	1.5
アルバニア	3.3	4.5	0.8	23	5	73	23	36%	1.7%	2.7
ギリシャ	10.2	10.1	0.3	10	10	78	8	63%	1.1%	1.5
イタリア	57.8	56.2	0.1	10	10	77	8	70%	0.5%	1.3
ポルトガル	9.9	10.1	0.0	12	10	75	12	35%	1.6%	1.5
スペイン	39.2	40.6	0.2	11	9	78	7	79%	0.7%	1.4
旧ユーゴスラビア	20.8	22.6	0.3	14	10	72	23	58%	1.9%	1.9
ボスニア・ヘルツェゴビナ	4.5	4.8								
クロアチア	4.9	5.3								
スロベニア	2.0	2.2								
ユーゴスラビア	10.6	11.5								
西ヨーロッパ(10)	177.6	188.7	0.4	12	11	76	7	80%	0.6%	1.6
オーストリア	7.8	8.3	0.4	12	11	76	8	59%	1.2%	1.5
ベルギー	10.0	9.9	0.1	12	11	76	8	96%	0.2%	1.7
フランス	57.4	60.8	0.4	13	10	77	7	73%	0.4%	1.8
ドイツ	80.6	83.9	0.4	11	11	76	7	86%	0.7%	1.5
オランダ	15.3	17.7	0.7	14	9	77	7	89%	0.8%	1.7
スイス	6.9	7.7	0.7	13	10	78	7	62%	1.5%	1.7
ラテン・アメリカ	457.7	701.6	1.8	26	7	68	47	73%	2.6%	3.1
カリブ海(11)	34.6	50.4	1.4	24	8	69	47	60%	2.3%	2.8
キューバ	10.9	13.0	0.9	17	7	76	14	74%	1.5%	1.9
ドミニカ共和国	7.6	11.4	2.0	28	6	68	57	62%	3.4%	3.3
ハイチ	6.9	13.1	2.0	35	12	57	86	30%	4.1%	4.8
ジャマイカ	2.5	3.5	1.0	22	6	74	14	54%	2.2%	2.4
プエルトリコ	3.6	4.7	0.9	18	7	75	13	75%	1.6%	2.2
トリニダード・トバコ	1.3	1.8	1.1	23	6	71	18	65%	1.6%	2.7
中央アメリカ(12)	118.6	199.2	2.2	30	6	69	39	67%	3.0%	3.5
コスタリカ	3.3	5.6	2.4	26	4	76	14	48%	3.6%	3.1
エルサルバドル	5.5	9.7	2.2	33	7	66	46	45%	3.2%	4.0
グアテマラ	10.0	21.7	2.9	39	8	65	49	40%	4.0%	5.4
ホンジュラス	5.6	11.5	3.0	37	7	66	60	45%	4.9%	4.9
メキシコ	90.0	137.5	2.1	28	5	70	35	74%	2.8%	3.2
ニカラグア	4.1	9.1	3.7	40	7	67	52	61%	4.9%	5.0
パナマ	2.6	3.9	1.9	25	5	73	21	54%	2.7%	2.9

POPULATION INDICATORS

人口指標

国・地域名	人 口 (百万人) 1994	人 口 (百万人) 2025	平均増加率 (%) 1990-95	出生率 (人口千対) 1990-95	死亡率 (人口千対) 1990-95	出生時 平均余命 1990-95	乳児死亡率 (出生千対) 1990-95	都市人口 割合(%) 1992	都市人口 増加率(%) 1990-95	女子一人当り 生涯出生児数 1990-95
南アメリカ(13)	304.5	451.9	1.7	24	7	67	51	76%	2.4%	2.9
アルゼンチン	33.5	45.5	1.2	20	9	71	29	87%	1.5%	2.8
ボリビア	7.7	14.1	2.4	34	9	61	85	52%	3.8%	4.6
ブラジル	156.6	219.7	1.6	23	7	66	57	76%	2.5%	2.7
チリ	13.8	19.8	1.6	23	6	72	17	85%	1.9%	2.7
コロンビア	34.0	49.4	1.7	24	6	69	37	71%	2.5%	2.7
エクアドル	11.3	18.6	2.3	30	7	67	57	58%	3.8%	3.6
パラグアイ	4.6	9.2	2.7	33	6	67	47	49%	4.1%	4.3
ペルー	22.9	37.4	2.0	29	8	65	76	71%	2.8%	3.6
ウルグアイ	3.1	3.7	0.6	17	10	72	20	89%	0.9%	2.3
ベネズエラ	20.6	32.7	2.1	26	5	70	33	91%	2.7%	3.1
北アメリカ(14)	282.7	360.5	1.1	16	9	76	8	76%	1.3%	2.0
カナダ	27.8	38.4	1.4	14	8	77	7	78%	1.6%	1.8
米国	257.8	322.0	1.0	16	9	76	8	76%	1.3%	2.1
オセアニア	27.5	41.3	1.5	19	8	73	22	71%	1.6%	2.5
オーストラリア・ニュージーランド	21.1	29.5	1.3	15	8	77	7	85%	1.4%	1.9
オーストラリア(15)	17.8	25.2	1.4	15	8	77	7	85%	1.4%	1.9
ニュージーランド	3.5	4.3	0.9	17	8	76	8	84%	1.0%	2.1
メラネシア(16)	5.5	10.2	2.2	32	9	59	49	21%	3.8%	4.6
バブアニューギニア	4.1	7.8	2.3	33	11	56	54	17%	4.7%	4.9
旧ソ連(17)	284.5	344.5	0.5	16	10	70	21	67%	1.1%	2.3
アルメニア	3.6	4.5	2.3	23	6	71	23			2.6
アゼルバイジャン	7.3	8.9	0.8	27	7	70	28			2.8
ベラルーシ	10.3	12.3	0.1	16	10	72	13			2.0
グルジア	5.5	6.5	0.1	18	9	72	22			2.3
カザフスタン	17.2	20.8	0.8	24	8	69	28			3.0
キルギスタン	4.6	5.6	1.3	31	7	68	36			4.0
モルドバ	4.4	5.2	0.0	21	10	68	24			2.6
ロシア	149.2	178.7	0.2	16	11	70	19			2.1
タジキスタン	5.7	7.2	2.5	40	7	70	46			5.4
トルクメニスタン	4.0	5.0	2.5	36	8	65	54			4.6
ウクライナ	52.2	62.5	0.2	14	12	71	14			2.0
ウズベキスタン	21.9	27.3								



国・地域名	成人 識字率 男/女 1990	中等学校 就学率 男/女 1986-91	保健要員 立会の出席 (%) 1983-92	家族計画 実行者 (%) 1975-93	保健サービス 利用 (%) 1985-92	安全な 飲料水利用 (%) 1988-91	一人当り食糧 生産指数 (1979-81=100) 1991	可耕地 1ha当り 農業人口 1989	国民一人 当りGNP (米ドル) 1991	政府支出に 占める 教育費(%) 1991	政府支出に 占める 保健費(%) 1991
-------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

アフリカ

東アフリカ(1)

ブルンジ	61/40	6/4	19	9	80	57	91	3.6	210	..	..
エチオピア	..	17/12	14	4	46	25	86	2.6	120	..	..
ケニア	80/59	27/19	50	33	77	49	103	7.4	340	19.9	5.4
マダガスカル	88/73	20/18	58	17	65	23	86	2.9	210	17.2	6.6
マラウイ	..	6/3	55	13	80	56	75	2.7	230	8.8	7.4
モーリシャス	..	53/53	85	75	100	96	104	2.3	2,410	14.6	8.7
モザンビーク	45/21	9/5	25	..	39	22	77	4.0	80	..	..
ルワンダ	64/37	9/6	29	21	80	66	84	5.5	270	..	..
ソマリア	36/14	12/7	2	..	27	37	78	5.0	..	..	..
ウガンダ	62/35	16/8	38	5	61	33	98	2.2	170	..	..
タンザニア	93/88	5/4	53	10	76	49	78	4.0	100	..	..
ザンビア	81/65	25/14	51	15	75	53	96	1.1	..	..	..
ジンバブエ	74/60	54/46	70	43	85	84	78	2.3	650	23.4	7.6

中央アフリカ(3)

アンゴラ	56/29	..	15	..	30	41	79	1.9	..	..	..
カメルーン	66/43	31/21	64	16	41	48	78	1.0	850	12.0	3.4
中央アフリカ	52/25	17/6	66	..	45	24	94	0.9	390	..	..
チャド	42/18	12/3	15	..	30	57	102	1.3	210	..	..
コンゴ	70/44	37/14	..	..	83	38	92	7.8	1,120	..	..
ガボン	74/49	..	80	..	90	68	82	1.7	3,780	..	..
ザイール	84/61	32/16	..	..	26	39	94	2.9	..	..	..

北アフリカ(4)

アルジェリア	70/46	66/53	15	51	88	68	107	0.8	1,980	..	..
エジプト	63/34	92/71	41	46	..	90	114	8.1	610	13.4	2.8
リビア	75/50	..	76	..	..	97	80	0.3	..	..	..
モロッコ	61/38	42/30	26	42	70	56	140	1.0	1,030	..	..
スーダン	43/12	23/17	69	9	51	48	80	1.2	..	..	..
チュニジア	74/56	50/40	69	50	90	99	113	0.4	1,500	17.5	6.3

南アフリカ

ボツワナ	84/65	44/47	78	33	89	90	68	0.6	2,530	20.5	5.1
レソト	..	21/31	40	23	80	47	70	4.3	580	21.9	11.5
ナミビア	..	30/38	68	29	72	52	..	0.9	1,460	22.2	9.7
南アフリカ	..	..	..	50	..	..	82	0.4	2,560	..	..

SOCIAL INDICATORS

社会指標

国・地域名	成人 識字率 男/女 1990	中等学校 就学率 男/女 1986-91	保健要員 立会の出席 (%) 1983-92	家族計画 実行者 (%) 1975-93	保健サービス 利用 (%) 1985-92	安全な 飲料水利用 (%) 1988-91	一人当り食糧 生産指数 (1979-81=100) 1991	可耕地 1ha当り 農業人口 1989	国民一人 当りGNP (米ドル) 1991	政府支出に 占める 教育費(%) 1991	政府支出に 占める 保健費(%) 1991
西アフリカ(5)											
ベナン	32/16	16/6	45	9	18	51	119	1.5	380	..	..
ブルキナファソ	28/9	9/5	42	8	49	68	119	2.1	290	..	..
コートジボワール	67/40	27/12	50	3	30	76	93	1.8	690	..	..
ガーナ	70/51	48/31	40	13	60	52	116	2.7	400	..	..
ギニア	35/13	15/5	25	..	75	53	90	5.7	460	..	..
ギニアビサオ	50/24	9/4	27	..	..	41	..	2.2	180	2.7	1.4
リベリア	50/29	31/12	58	6	39	50	66	4.7	..	..	..
マリ	41/24	9/4	32	5	35	41	96	3.5	280	..	..
モーリタニア	47/21	22/10	40	3	45	66	80	6.4	510	..	..
ニジェール	40/17	9/4	15	4	41	53	78	1.8	300	..	..
ナイジェリア	62/40	22/17	37	6	66	36	123	2.2	340	..	..
セネガル	52/25	21/11	41	7	40	48	98	1.1	720	..	..
シエラレオネ	31/11	21/12	25	..	38	37	84	1.4	210	13.3	9.6
トーゴ	56/31	33/10	54	12	61	60	95	1.7	410	..	..

アジア

東アジア(6)

中国	84/62	53/41	94	83	90	72	138	7.9	370	..	..
朝鮮民主主義人民共和国	../..	../..	100	..	..	..	104	3.7	..	..	..
香港	../..	71/75	100	81	99	100	..	10.4	13,430	..	..
日本	../..	94/97	100	64	..	97	94	1.7	26,930	..	..
モンゴル	../..	87/96	99	..	95	80	78	0.5	..	..	..
韓国	99/94	89/86	89	79	100	97	95	4.7	6,330	15.8	2.0

東南アジア

カンボジア	48/22	../..	47	..	53	36	141	1.9	200	..	..
インドネシア	84/62	49/41	32	50	80	51	135	3.9	610	9.1	2.4
ラオス	../..	31/21	..	..	67	36	111	3.2	220	..	..
マレーシア	87/70	55/58	87	48	..	78	159	1.1	2,520	..	..
ミャンマー	89/72	25/23	57	..	48	32	100	1.9	..	..	..
フィリピン	90/90	72/75	55	40	75	82	88	3.6	730	16.1	4.2
シンガポール	../..	68/71	100	74	100	100	..	27.8	14,210	19.9	4.6
タイ	96/90	33/32	71	66	90	77	106	1.5	1,570	20.2	7.4
ベトナム	92/84	43/40	95	53	91	24	124	6.1	..	..	..

SOCIAL INDICATORS

社会指標

国・地域名	成人 識字率 男/女 1990	中等学校 就学率 男/女 1986-91	保健要員 立会の出席 (%) 1983-92	家族計画 実行者 (%) 1975-93	保健サービス 利用 (%) 1985-92	安全な 飲料水利用 (%) 1988-91	一人当り食糧 生産指数 (1979-81=100) 1991	可耕地 1ha当り 農業人口 1989	国民一人 当りGNP (米ドル) 1991	政府支出に 占める 教育費(%) 1991	政府支出に 占める 保健費(%) 1991
-------	--------------------------	-------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

南アジア

アフガニスタン	44/14	11/5	9	..	29	23	71	1.1	..	..	..
バングラデシュ	47/22	23/12	5	40	45	84	96	8.4	220	11.2	4.8
ブータン	51/25	7/2	7	..	65	34	..	10.3	180	..	..
インド	62/34	54/33	33	43	..	85	119	3.1	330	2.5	1.6
イラン	65/43	63/47	70	65	80	89	116	1.0	2,170	20.9	7.9
ネパール	38/13	42/17	6	23	..	42	127	6.5	180	10.9	4.7
パキスタン	47/21	29/13	35	12	55	56	106	3.1	400	1.6	1.0
スリランカ	93/84	72/77	94	62	93	60	90	4.6	500	8.3	4.8

西アジア(7)

イラク	70/49	58/37	50	14	93	77	68	0.7	..	..	..
イスラエル	..	79/86	99	..	..	..	104	0.5	11,950	10.4	3.7
ヨルダン	89/70	79/73	87	35	97	99	89	0.5	1,050	14.8	5.0
クウェート	77/67	93/87	99	35	100	..	..	7.2	..	..	..
レバノン	88/73	57/56	45	..	95	92	136	0.8	..	..	..
オマーン	..	59/48	60	9	95	84	..	12.4	6,120	11.4	5.4
サウジアラビア	73/48	55/41	90	..	97	95	340	4.6	7,820	..	..
シリア	78/51	60/43	61	20	83	74	77	0.5	1,160	7.4	1.9
トルコ	90/71	66/42	77	63	..	78	99	0.9	1,780	17.6	3.0
アラブ首長国連邦	58/38	63/72	99	..	99	95	..	1.1	20,140	..	..
イエメン	53/26	47/10	16	7	38	36	67	..	520	..	..

ヨーロッパ

東ヨーロッパ

ブルガリア	..	72/75	100	76	..	..	92	0.3	1,840	6.2	4.8
旧チェコ・スロバキア	..	..	..	..	..	..	122	0.3	2,470	1.9	0.4
ハンガリー	..	78/79	99	73	..	..	115	0.3	2,720	3.3	7.9
ポーランド	..	80/84	100	75	..	..	104	0.5	1,790	..	..
ルーマニア	..	93/90	100	58	..	..	73	0.4	1,390	10.0	9.2

北ヨーロッパ(8)

デンマーク	..	108/110	100	78	..	..	133	0.1	23,700	9.5	1.1
エストニア	..	..	..	..	..	..	..	..	3,830	..	..
フィンランド	..	104/124	100	80	..	..	101	0.2	23,980	14.9	11.2
アイルランド	..	93/102	..	..	..	..	119	0.5	11,120	12.2	13.0
ラトビア	..	..	..	..	..	..	..	..	3,410	..	..
リトアニア	..	..	..	..	..	..	..	..	2,710	..	..
ノルウェー	..	98/102	..	76	..	..	112	0.3	24,220	9.4	10.3
スウェーデン	..	89/93	100	78	..	..	96	0.1	25,110	9.7	0.8
イギリス	..	82/85	100	81	..	..	109	0.2	16,550	3.2	13.3

SOCIAL INDICATORS

社会指標

国・地域名	成人 識字率 男/女 1990	中等学校 就学率 男/女 1986-91	保健要員 立会の出席 (%) 1983-92	家族計画 実行者 (%) 1975-93	保健サービス 利用 (%) 1985-92	安全な 飲料水利用 (%) 1988-91	一人当たり食糧 生産指数 (1979-81=100) 1991	可耕地 1ha当たり 農業人口 1989	国民一人 当りGNP (米ドル) 1991	政府支出に 占める 教育費(%) 1991	政府支出に 占める 保健費(%) 1991
南ヨーロッパ(9)											
アルバニア	..	85/74	99	..	..	..	62	..	..	..	..
ギリシャ	98/89	101/97	97	..	..	..	103	0.6	6,340	6.0	8.7
イタリア	98/96	78/78	..	78	..	..	102	0.3	18,520	..	..
ポルトガル	89/82	58/59	90	66	..	..	117	0.5	5,930	..	..
スペイン	97/93	102/112	96	59	..	..	113	0.2	12,450	5.6	13.7
旧ユーゴスラビア	97/88	80/79	86	55	..	..	86	0.6	..	0.0	0.0
西ヨーロッパ(10)											
オーストリア	..	82/85	..	71	..	..	105	0.3	20,140	9.4	12.9
ベルギー	..	103/104	100	79	..	..	117	0.2	18,950	..	..
フランス	..	93/100	94	80	..	..	102	0.2	20,380	6.9	15.3
ドイツ	..	99/96	99	75	..	..	..	0.3	23,650	0.6	18.1
オランダ	..	104/101	100	76	..	..	106	0.6	18,780	10.5	12.4
スイス	..	..	99	71	..	..	107	0.6	33,610	..	..
ラテン・アメリカ											
カリブ海(11)											
キューバ	95/93	84/94	90	70	98	98	96	0.6	..	..	..
ドミニカ共和国	85/82	44/57	92	56	80	67	95	1.8	940	10.2	14.0
ハイチ	59/47	20/19	20	10	50	39	84	4.3	370	..	..
ジャマイカ	98/99	57/63	82	66	90	100	96	2.7	1,380	..	..
プエルトリコ	..	..	..	70	..	..	..	..	6,320	..	..
トリニダード・トバゴ	..	79/82	98	53	99	97	..	0.8	3,670	..	..
中央アメリカ(12)											
コスタリカ	93/93	41/43	93	75	80	93	92	1.4	1,850	19.1	32.0
エルサルバドル	76/70	26/26	66	47	56	47	100	2.7	1,080	14.4	7.7
グアテマラ	63/47	20/17	51	23	34	62	88	2.5	930	19.5	9.9
ホンジュラス	76/71	29/30	81	41	66	77	92	1.6	580	..	..
メキシコ	90/85	52/53	77	53	78	76	96	1.1	3,030	13.9	1.9
ニカラグア	..	31/44	73	49	83	54	61	1.1	460	..	..
パナマ	88/88	57/62	96	58	80	83	88	1.0	2,130	17.1	20.5

SOCIAL INDICATORS

社会指標

国・地域名	成人 識字率 男/女 1990	中等学校 就学率 男/女 1986-91	保健要員 立会の出席 (%) 1983-92	家族計画 実行者 (%) 1975-93	保健サービス 利用 (%) 1985-92	安全な 飲料水利用 (%) 1988-91	一人当り食糧 生産指数 (1979-81=100) 1991	可耕地 1ha当り 農業人口 1989	国民一人 当りGNP (米ドル) 1991	政府支出に 占める 教育費(%) 1991	政府支出に 占める 保健費(%) 1991
南アメリカ(13)											
アルゼンチン	96/95	69/78	87	..	71	65	95	0.1	2,790	9.9	3.0
ボリビア	85/71	37/31	55	30	63	52	124	0.8	650	18.7	3.3
ブラジル	83/80	31/36	95	66	..	87	132	0.5	2,940	3.1	6.7
チリ	94/93	71/77	98	..	97	86	117	0.4	2,160	..	..
コロンビア	88/86	48/57	94	66	60	86	111	1.7	1,260	..	..
エクアドル	88/84	55/57	84	53	88	55	115	1.2	1,000	18.2	11.0
パラグアイ	92/88	29/31	66	48	61	35	114	0.9	1,270	12.7	4.3
ペルー	92/79	66/60	52	59	75	56	92	2.1	1,070	21.1	5.6
ウルグアイ	97/96	61/62	96	..	82	75	109	0.3	2,840	7.4	4.5
ベネズエラ	87/90	30/41	69	49	..	89	102	0.5	2,730	..	..
北アメリカ(14)											
カナダ	..	106/107	99	73	..	..	114	..	20,440	2.9	5.2
米国	..	92/91	99	74	..	..	93	..	22,240	1.7	13.8
オセアニア											
オーストラリア・ニュージーランド											
オーストラリア(15)	..	82/85	99	76	..	..	90	..	17,050	7.0	12.7
ニュージーランド	..	88/91	99	70	..	97	102	0.6	12,350	12.4	12.0
メラネシア(16)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
バプアニューギニア	65/38	15/10	20	..	96	33	..	6.6	830	..	..
旧ソ連(17)	..	..	..	..	..	..	97	0.2	..	..	..

SELECTED INDICATORS FOR LESS POPULOUS COUNTRIES TERRITORIES

人口の比較的小さい国・地域の諸指標

国・地域名	人 口 (百万人)	人 口 (百万人)	平均増加率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	出生時 平均余命 (1990-95)	乳児死亡率 (人口千対)	都市人口 割合(%)	都市人口 増加率(%)	女子一人当り 生涯出生児数	国民一人当り GNP(米ドル)
	1993	2025	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1990-95	1992	1990-95	1990-95	1990
バハマ	0.3	0.4	1.6	19	5	72	24	65%	2.3%	2.0	11,420
バーレーン	0.5	1.0	2.8	26	4	71	12	83%	3.2%	3.8	..
バルバドス	2.6	0.3	0.3	16	9	76	10	46%	1.7%	1.8	6,540
ブルネイ	0.3	0.4	2.2	24	4	74	8	58%	2.2%	3.1	..
カーボベルデ	0.4	0.8	2.9	36	7	68	40	30%	5.2%	4.3	890
コモロ	0.6	1.6	3.7	48	12	56	89	29%	5.9%	7.1	480
キプロス	0.7	0.9	0.9	17	8	77	9	54%	2.2%	2.3	8,020
ジブチ	0.5	1.2	3.0	46	16	49	112	82%	3.6%	6.6	..
東チモール	0.8	1.2	2.0	39	19	45	150	14%	4.9%	4.9	..
赤道ギニア	0.4	0.8	2.6	43	18	48	117	30%	3.9%	5.9	330
フィジー	0.7	1.0	1.0	24	5	71	23	40%	1.7%	3.0	1,780
仏領ポリネシア	0.2	0.4	2.3	28	5	70	16	66%	2.9%	3.3	..
ガンビア	0.9	1.9	2.6	44	19	45	132	24%	5.1%	6.1	260
グアドループ島	0.4	0.5	1.2	19	7	75	12	49%	2.3%	2.2	..
ガイアナ	0.8	1.1	0.9	25	7	65	48	34%	2.5%	2.5	330
アイスランド	0.3	0.3	1.0	17	7	78	5	91%	1.3%	2.2	21,400
ルクセンブルク	0.4	0.4	0.7	12	11	75	8	85%	1.1%	1.6	28,730
モルジブ	0.2	0.5	3.0	38	8	63	55	31%	5.7%	6.2	450
マルタ	0.4	0.4	0.7	15	8	76	9	88%	1.0%	2.1	6,610
マルチニーク	0.4	0.4	0.9	17	7	76	10	76%	1.8%	2.0	..
ミクロネシア(18)	0.4	0.9	2.5	32	6	67	36	49%	4.4%	4.4	..
ポリネシア(19)	0.6	0.8	1.3	28	5	71	25	44%	3.0%	4.0	..
カタール	0.5	0.7	2.8	23	4	70	26	90%	3.1%	4.4	15,860
レユニオン	0.6	0.9	1.6	21	5	74	7	65%	2.7%	2.3	..
ソロモン諸島	0.4	0.8	3.3	37	4	70	27	16%	6.7%	5.4	590
スリナム	0.4	0.7	1.9	26	6	70	28	49%	3.1%	2.7	3,050
スワジランド	0.8	1.7	2.7	37	10	58	73	28%	6.2%	4.9	810



注

すべての指標は1992年1月1日までに収集されたデータに基づく。

1990年現在の人口が20万人以下の小さな諸国と諸地域のデータについては、この表では単独項目としては掲げず、各地域の人口を示す数字の中に含めた。

(*) 先進工業地域は、北アメリカ、日本、ヨーロッパ、オーストラリア、ニュージーランド、旧ソビエト連邦で構成されている。

(+) 開発途上地域は、アフリカ全域、中南米、日本を除くアジア、メラネシア、ミクロネシア、ポリネシアからなる。

- (1) 英領インド洋地域とセイシェルを含む。
- (2) アガレサ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。
- (3) サントメ・プリンシペを含む。
- (4) 西サハラを含む。
- (5) セント・ヘレナを含む。
- (6) マカオを含む。
- (7) ガザ地区（パレスチナ）を含む。
- (8) チャネル諸島、フェロー諸島、マン諸島を含む。
- (9) アンドラ公国、ジブラルタル、バチカン、サンマリノを含む。
- (10) リヒテンシュタイン、モナコを含む。
- (11) アンギラ、アンチグア、アルバ、英領バージン諸島、ケイマン諸島、ドミニカ、グレナダ、モントセラト、オランダ領アンチル諸島、セントクリストファー・ネイビス、セントルシア、セント・ビンセントおよびグレナディーン諸島、タークス・カイコス諸島、米領バージン諸島を含む。
- (12) ベリーズを含む。
- (13) フォークランド（マルビナス）諸島、仏領ギアナを含む。
- (14) バーミューダ、グリーンランド、サンピエール・ミクロンを含む。
- (15) クリスマス島、ココス（キーリング）諸島、ノーフォーク島を含む。
- (16) ニューカレドニア、バヌアツを含む。
- (17) アルメニア、アゼルバイジャン、ベラルーシ、グルジア、カザフスタン、キルギスタン、モルドバ、ロシア連邦、タジキスタン、トルクメニスタン、ウクライナ、ウズベキスタンを含む。エストニア、ラトビア、リトアニアは北ヨーロッパに含まれる。
- (18) ミクロネシア連邦、グアム、キリバス、マーシャル諸島、ナウル、北マリアナ諸島、バシフィック諸島（バラオ）、ウェーク島からなる。
- (19) 米領サモア、クック諸島、ジョンストン島、ビトケアン、サモア、トケラウ、トンガ、ミッドウェー諸島、ツバル・ワリス、フテyna諸島からなる。

SOURCES:

人口指標：

国連人口部、World Population Prospects, 1992 Revisions

社会指標：

国連食糧農業機関（FAO）、The State of Food and Agriculture, 1991

ユニセフ、The State of the World's Children, 1993

国連人口部、World Monitoring Report, 1993. (draft)

世界銀行、World Development Report, 1992



220 East 42nd Street, New York, N.Y. 10017 U.S.A.

定価 1,000円(本体971円) ISBN4-88112-033-6 C0436 P1000E



「人口問題と社会サービスに関する特別委員会」の設置について（案）

1. 趣旨

最近の高齢・少子化の進行に伴い人口問題への関心が高まっていることから、各種施策や様々な社会サービスに関し、人口問題の観点から、中長期的視点に立って幅広く調査検討を行い、国や地方公共団体の保健・福祉施策等の推進に資することを目的として、人口問題審議会の中に新たな特別委員会を設置する。

2. 調査検討事項（例：具体的には特別委員会の中で検討）

- （１）地域における各種施策と出生動向との相互関係の調査検討
- （２）各種家族施策と追加出生意欲の関係に関する調査検討
- （３）家計と子供数の関係に関する調査検討
- （４）海外事例調査
- （５）国民にわかりやすい「人口白書」の作成

3. 委員等の構成

9～10名

4. 開催予定

平成6年度中に第1回特別委員会を開催し、その後、年3～4回開催し、2～3年を目途に報告書を作成する。

第57回人口問題審議会総会議事次第

平成6年12月15日(木) 10:30-12:00
厚生省特別第一会議室

1. 開会

2. 厚生事務次官挨拶

3. 委員及び専門委員の紹介

4. 事務局の紹介

5. 議題

(1) 国際人口・開発会議の報告

(2) 最近の人口動態について

①平成5年人口動態統計

②平成5年簡易生命表

③第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)

④第1回全国家庭動向調査

(3) その他

6. 閉会

[配付資料]

(資料1) 人口問題審議会要覧

(資料2) カイロ会議の経過と意義

(資料3) 最近の人口動態

(資料4) 平成5年人口動態統計(確定数)の概要

(資料5) 日本人の平均余命(平成5年簡易生命表)

(資料6) 第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)

(資料7) 第1回全国家庭動向調査結果の要約

(資料8) 第1回全国家庭動向調査結果の概要

(資料9) 1994年世界人口白書

第57回人口問題審議会総会議事進行予定

平成6年12月15日(木) 10:30-12:00

厚生省特別第一会議室

1. 開会

2. 厚生事務次官挨拶

3. 委員及び専門委員の紹介 (山本会長が名簿を読み上げる)

4. 事務局の紹介 (総務審議官、政策課長、調査室長が自己紹介)

→ 次官退席

10分

5. 議題

(1) 国際人口・開発会議の報告

人口問題研究所所長(資料2)

20分

(2) 最近の人口動態について

①平成5年人口動態統計

統計情報部人口動態統計課長(資料3・4)

20分

②平成5年簡易生命表

統計情報部管理企画課長(資料5)

10分

③第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)

人口問題研究所人口動向研究部長(資料6)

20分

④第1回全国家庭動向調査 人口問題研究所人口動向研究部長(資料7・8)

10分

6. その他

(1) 1994年世界人口白書[紹介]

政策課調査室長(資料9)

(2) 政策課調査室長より「人口問題に関する調査特別委員会」設置についての事務局提案

10分

7. 閉会

〔配付資料〕

() 議事次第

(資料1) 人口問題審議会要覧

(資料2) カイロ会議の経過と意義

(資料3) 最近の人口動態

(資料4) 平成5年人口動態統計(確定数)の概要

(資料5) 日本人の平均余命(平成5年簡易生命表)

(資料6) 第10回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)

(資料7) 第1回全国家庭動向調査結果の要約

(資料8) 第1回全国家庭動向調査結果の概要

(資料9) 1994年世界人口白書