

# 国際人口政策が開発途上国の世帯の家族計画へ及ぼす影響 - ルワンダ東部県・農村部を事例に -

## Impact of Global Population Policy on Household Decision Making on Family Planning -A Case Study of Eastern Province of Rwanda-

島村由香<sup>[1]</sup>、松田浩敬<sup>[2]</sup>、関山牧子<sup>[2]</sup>、アバホ=シオジニ<sup>[3]</sup>、  
アオン=ナエル<sup>[1]</sup>、モハン=ギータ<sup>[2]</sup>、松岡拓也<sup>[4]</sup>、佐々木貴代<sup>[4]</sup>

[1] 東京大学 (院)、[2] 東京大学、[3] University of Lay Adventists of Kigali

[4] ワールドビジョン・ジャパン

Yuka SHIMAMURA<sup>[1]</sup>, Hirotaka MATSUDA<sup>[2]</sup>, Makiko SEKIYAMA<sup>[2]</sup>, Theogene ABAHO<sup>[3]</sup>,  
Nael AOUN<sup>[1]</sup>, Geetha MOHAN<sup>[2]</sup>, Takuya MATSUOKA<sup>[4]</sup>, & Takayo SASAKI<sup>[4]</sup>

[1] The University of Tokyo (Graduate School) [2] The University of Tokyo,

[3] University of Lay Adventists of Kigali, [4] World Vision Japan

E メール : yuka.s.89@gmail.com

2020 年までに中所得国入りを目指すルワンダ共和国（以下「ルワンダ」とする）において、人口増加に起因した、70%以上の国民が生計を依存する農耕地の矮小化・不足は、経済発展の停滞につながる大きな懸念事項である。政治的な民族紛争とされてきた 1994 年の大虐殺も、狭隘な国土に対する急激な人口増加・人口密度の上昇による土地不足が引き金の一つであったとされ、いわゆるマルサスの危機を原因の一つと論じる研究も多い。未だに続く高出生率や、大虐殺後の難民キャンプからの帰還民の増加によって、同国の人口は今後も増加の一途を辿るとされ、1994 年の国際人口開発会議で合意された人口政策に関する理念であるカイロ宣言、あるいはカイロ行動計画の実施や MDGs に続く SDGs 達成を含む人口政策の施行は、同国の最重要課題となっている。2006 年の制度改革以降、避妊具を含む家族計画サービスが農村部全域でアクセスできるようになったが、出生率の都市-農村間格差は依然として大きい（首都キガリ：TFR=3.0 に対して東部県：TFR=4.3）。本研究は、避妊に関する知識やアクセスが向上しているにも関わらず出生率の低下がみられないルワンダ農村部を対象に、その要因を明らかにすることを目的とした。夫婦の生殖行動を規定する、当該社会の歴史的背景や社会文化的な要因に基づいた理想子ども数、および実際に持つ予定の子ども数を決定する主な要因である資源制約等について明らかにするために、ルワンダ東部県を対象とし、家計調査を実施した。

本研究から、同地域が二つの人口政策の悪循環に陥る可能性があることが明らかとなった。まず「人口政策の第一の悪循環」は、ルワンダ東部の農村社会における、子どもの数は多いほどよいという共通の価値観から生じる。これは土地および人員の規模で勢力を競っていた当時の部族社会の慣習に由来する。家畜の飼養や耕作のための労働力としてはもちろん、婚姻により家族（部族）同士を結び付け、家族の規模を拡大する役割を果たす子どもは、現在でも重要な資力と見なされている。その資力を生み出す女性への期待は大き

く、不妊の場合は村八分とされる。こうした価値観から、夫婦、特に母親が理想とする子ども数は6人以上と大きい。資源制約の増大から扶養できる子ども数が低下しているものの、理想とする子ども数は変化していないことから、保有する土地規模の縮小に伴って出生率が低下するとしても、家計規模あるいは人口が抑制され、土地規模が回復すれば、再び人口増に陥る可能性がある。従って人口政策の結果、人口密度が低下し、土地規模が回復、そして再び人口増に陥るといった悪循環に陥る可能性があることが指摘できる。

次に「人口政策の第二の悪循環」は、避妊法の問題によるものである。歴史的にコンドームは避妊としてよりもHIV/AIDSや性感染症を防ぐためのものとしての認識が強く、夫婦間で使用することをタブーとする風潮があるため、避妊の選択肢は、経口避妊薬、注射法、避妊用インプラントなどの避妊薬が主となる。土地規模に準ずる子どもの扶養能力に従って避妊を行うものの、避妊薬の使用により、一定の割合で頭痛、吐き気、出血などの副作用が生じ、身体的不調のために、避妊中の母親の労働時間が減少し、家計全体の農産物の生産量が減少したという例が多数みられた。しかし、このため避妊中止を選択する家計は、結果として子ども数が扶養能力の限界に近づき、家計の収入あるいは食物摂取量が減少するという悪循環に陥る可能性があることが明らかとなった。すなわち、家計の扶養能力を鑑みた夫婦の選択によって予定子ども数が決定され、それに基づき避妊法が選択されるにもかかわらず、家計は、その副作用により、(1) 母親の健康への影響と労働時間の減少、あるいは家計の収入の低下あるいは農業生産量の減少を招きつつも子ども数を抑制する、あるいは(2) 母親の健康や家計としての収入・農業生産量の改善のために子ども数の増加を受け入れ、結果、構成員一人当たり土地規模の減少による扶養能力の低下を受け入れる、の二つの選択に直面しているのである。

1994年の国際人口開発会議では、カイロ宣言として、個人および当該男女の性と生殖に関わるあらゆる事項に関し、安全かつ満ち足りた性生活を送る権利が保障されるべきこと、女性の生涯を通じた生殖（再生産）にかかわる健康の維持が最優先されるべきことが合意された（性と生殖に関する健康/権利）。女性にも生殖行動に関する決定権を付与されやすいよう、女性主体の避妊薬も普及してきている。ルワンダではこの理念に忠実に、避妊に対する認知や避妊具へのアクセスを向上させることに成功したにもかかわらず、避妊薬の使用した女性の再生産活動、生産活動の双方が損なわれ、人口政策の第二の悪循環に陥っている家計が出現している。開発途上国における人口政策の失敗と高出生の原因は、認知の低さや避妊具へのアクセスの悪さやであるとされ、避妊法に関する知識・アクセスを向上させればよいという、画一的な議論にとどまることが多い。しかし本研究結果が示すように、家計の意思決定および、それに影響を与える歴史的背景や社会文化的な要因、資源制約等の複雑な関連性を無視した従来の人口政策は、必ずしも出生の抑制につながらない可能性がある。夫婦の生殖行動や出生意図と、ルワンダ農村社会の価値観や生産活動との関係性を明らかにした本研究は、サブ・サハラ・アフリカを中心とする開発途上国において急務とされる今後の人口政策に対しても重要な含意を有する。