

アジアにおける女性のエンパワーメント

第1章 総論：エンパワーメントの分析

黒田俊夫

第2章 女性教育と社会開発

井上俊一

第3章 エンパワーメントと経済

渡辺真知子

第4章 エンパワーメントと健康

横山英世

第5章 エンパワーメントと家族

清水浩昭

第6章 エンパワーメントと政策・提言

阿藤誠

1996年3月

(財) アジア人口・開発協会
(APDA)

アジアにおける女性のエンパワーメント

1996年 3 月

(財) アジア人口・開発協会
(APDA)

はじめに

私共は人口と開発のバランスと持続可能な将来を実現する究極の鍵は女性の抜本的な開発の達成にあるとの確信に1993年から3ヶ年計画でアジアの女性の調査・研究を行ってきた。国連の「人口と開発に関する国際会議」（1994年、カイロ会議と呼ばれる）では女性の総合的な地位の向上を、empowerment of women という画期的な指導理念を打出して合意が得られた。

しかし、世界の貧困者の70%が女性であり、非識字者の3分の2は女性だといわれており（国連）、ジェンダー間の差別はなお極めて厳しいものがある。最近、ユニセフ（UNICEF、国連児童基金）が行ったインドの女兒の虐待の実態調査が報告されたが、貧困と女性差別下にある女兒の悲惨な状況は衝動的である（毎日新聞社、平成7年12月21日）。

アジアにおける女性の地位は著しく多様化している。各国の文化、民族、社会制度、経済発展の段階によって女性の地位にも著しい格差がみられる。女性の教育の普及や高水準化によって女性が社会的に進出し、男性と比肩する状態にある国もあれば、また女性蔑視の傾向が強く、低い社会的地位と貧困、過酷労働、栄養失調に陥っている国も少なくない。

このような国や地域によるジェンダー間の著しい格差の存在は不幸なことに違いないが、反面において会議や情報交換を通じて格差に対する関心が高まると共に平等化が進んでいる国との協力関係による格差縮小を推進させる機会と可能性が期待されるであろう。東アジアにおけるめざましい人口転換の経験の普及、さらに東南アジアへと波及しつつあるように、女性の empowerment の先発地域の経験は後発地域への波及を容易にするであろう。

私共の APDA 会議は相互の情報交換を密にし、相互協力、援助を通じて個々の国の女性開発または empowerment of women を強化し、延てはアジア全体の、そしてまた世界全体の発展に貢献すべきであろう。

終わりに、本書作成事業にあたり、多大なご支援をいただいた（財）日本船舶振興会（曾野綾子会長）、ならびに国連人口基金（ナフィス・サディック事務局長）に感謝申し上げます。

平成8年3月

（財）アジア人口・開発協会
理事長 前田 福三郎

目 次

第1章 総論 ― Empowerment の分析―	7
1 カイロ会議の画期的な役割―ひとつの原理と戦略	9
2 Empowerment of Women の4つの構成要素	10
3 “人口再生産にかかわる健康”	11
4 日本の reproductive health の志向	13
5 終わりに：Empowerment of Women の普遍性	15
第2章 女性教育と社会開発	17
1 国際社会と日本の女性	19
2 人間開発指数と女性の地位	20
3 日本における女性の社会参加	21
4 エンパワーメントと教育	23
5 わが国の教育水準と家族・人口の再生産	26
6 むすび	30
第3章 エンパワーメントと経済	33
1 はじめに	35
2 女性労働の現状	35
3 経済発展と女性労働	39
第4章 エンパワーメントと健康	51
はじめに	53
1 女性のエンパワーメントに関する健康指標	54
2 日本における母子保健の歩みと制度	55
3 日本の母子保健の問題点	56
4 日本の乳児死亡率の推移と問題点	58
5 母子健康手帳の役割	59
6 結語にかえて	60

第5章 エンパワーメントと家族.....	71
1 はじめに	73
2 家庭における女性のエンパワーメント	73
3 エンパワーメントと家族	76
4 おわりに	77
第6章 女性のエンパワーメント	87
はじめに	89
1 国際人口会議の歴史と女性の地位向上	89
2 カイロ会議における一大転換	91
3 世界女性会議と女性のエンパワーメント	94
4 日本における女性のエンパワーメント	97
おわりに	99

第1章 総論

— Empowerment の分析 —

日本大学人口研究所名誉所長
黒田 俊夫

1 カイロ会議の画期的な役割 ― ひとつの原理と戦略

1994年9月5日から13日までエジプト・カイロで開催された「人口と国会に関する国際会議」(International Conference on Population and Development. Cairo, Egypt, 5-13 September 1994)は史上画期的な意義のあるものとなった。1974年のブカレスト、1984年のメキシコ市の2回の会議から丁度20年目の第3回目の各国政府代表者による国際的大会議である。第1にそれは20世紀最後の人口・国際会議であること、第2に“世界人口行動計画”(World Population Plan of Action)から“行動プログラム”(Programme of Action)へ、いいかえれば思索の段階から実行の段階へと踏みきったことが特徴である。1974年のブカレストから1994年のカイロの間の20年間に“人口”についての世界の認識は画期的な変化をみせた。人間は資源であり、また人口コントロールは神の摂理に反するといった社会主義的思想や宗教的立場からのほげしい論議がみられたブカレストからわずか20年後のメキシコ市では人口増加抑制肯定論一色となり、ブカレストの対立激論の面影は全くみられなかった。ブカレストで最終的に何とか目の目を見た「世界人口行動計画」はメキシコ市ではさらに補強された。

第3は特にカイロ会議では前述の如く plan から programme へと発展したばかりでなく、とかく個別的、断片的ないくたの思索や理念の集合体とみなされがちな人口・開発論を1つの総合的原理によって確固たる基盤を構築したことが特筆すべき点としてあげられなければならない。

それは女性革命論ともいえるべき画期的な発想である。女性の地位が男性に比較して著しく低く、家庭においても社会においても常に男性の下位におかれ、補助的な役割に甘んじている。しかし、他方において女性は家系や社会の持続発展に不可欠な人口再生産という重大任務を負担している。

このような男女差別待遇を無くし、あらゆる点において女性の地位の改善をはかり、社会の発展のすべての分野において男性と同様に発言、行動ができるように“女性に力をつける”ことが合意されたのである。開発論の観点からみても革命的なものである。男性中心の開発論から男女を包含する総合的开发論として再構築されなければならない新しい課題である。

このような女性の地位の全面的改善をカイロ会議はEmpowerment of Womenと呼んでいる。女性問題については個別的な側面から論じられることが多いが、人口問題および開発問題に体する基本的アプローチとして“女性開発”ともいえるべき総合理念としてのEmpowerment of

Womenが生み出された。それは、人口爆発を抑制し、バランスのとれた持続性ある開発達成のための最後の選択であるといってもよいであろう。

2 Empowerment of Women の 4 つの構成要素

女性開発による女性の地位の向上は、男女間の垂直的關係から横断的關係への転換である。このような抜本的な女性の地位の改善には4つの側面がある。社会的、経済的、政治的な分野と健康の分野である。このような分野における女性の地位の改善は、それ自体当然に達成されなければならない人間社会の基本である。と同時に、ここで重要なことは持続性ある開発の達成にとって必要不可欠であるということである。この点がCairo会議のもっとも重要な結論の1つであることに留意しなければならない。

このようなEmpowerment of Women、一般的な用語でいえば女性の地位の向上、改善が行われるとき、それは人口の分野や開発プログラムに対して極めて効果的な貢献があることはすでに経験によって明らかにされている。

今日、世界のほとんどすべての地域において、女性は過重の労働の結果として生命、健康、福祉の面において危険な状態に直面している。女性の生活向上、経済的機会の確保、家事における極端な責任の緩和、公共活動への参加の法的障害の除去等について積極的な政策やプログラムが必要である。さらにまた、生活のあらゆる分野において女性の意思決定能力の拡大が女性の地位の改善によって達成されなければならない。以上のことは人口プログラムの成功にとって重要なのである。たとえば、女性の地位の向上、知識の高度化は人口再生産における意思決定能力に影響を及ぼし、出生力コントロールに重大な役割を果たすこととなる。

女性のempowermentを可能ならしめるもっとも重要な手段の1つは教育である。40年以上も以前に、“人権宣言”(Universal Declaration of Human Rights)は“すべての人は教育を受ける権利をもつ”(everyone has the right to education)と強調した。1990年タイのJomtienで開催された“すべての人に対する世界教育会議”において各国政府は基礎教育の義務化を公約している。しかし、多くの国においてこの基礎教育に対する拡大について顕著な努力がみられたにもかかわらず、今日尚世界には読み書きのできない人口が9億6000万人にも達している。しかもその3分の2は女性である。初等教育に登録されない子供人口は1億3000万人に達し、その70%は女児である。(United Nations, 1994)

日本においても戦前では女子に対する教育は男子に比較して低く評価され、義務教育以上

の中等、高等教育は男子に焦点がおかれ、家庭生活においても世帯主の男性をトップとし、長男、次いで母親、長女といったランクがみられた。しかし、日本ではすでに封建時代から武士に対する各藩主の強立した公式の教育施強があり、庶民には寺を中心とする私塾があり、広く教育が行なわれたことは日本の近代化に重大な貢献を果たすこととなった。

女性の開発、地位の向上のためには社会的に、経済的に、そしてまた政治的分野においても広く男性と同様の活動、行動が可能でなければならない。家庭内での生活、社会生活において、そしてまた雇用機会や男女平等の待遇、事業の自営権や資金の借入資格等の経済面で活動の自主性がみとめられることが必要である。さらにまた、政治面での女性の参政権がみとめられ、あらゆる公職の場に進出することのできる環境を育成することも重要である。このような女性の社会のあらゆる分野における参加、活動を実現させるためにもっとも必要な条件は、女性の潜在能力を発揮させる原動力となる教育の画期的な普及、向上である。義務教育は当然としてもさらに中等教育を義務教育に近い水準にまで普及させることは、高等教育への関心を高めることにもなるであろう。

社会的、経済的、政治的の3つの分野における女性の Empowerment 政策と共に特に強調しなければならないのは、女性の生涯にわたる健康政策が empowerment の第4の要素となっていることである。女性特有の疾患に着目して、その健康確保を empowerment 達成の重要な要素としてとりあげている。

3 “人口再生産にかかわる健康”

Empowerment of Women の諸要素の中で特に注目すべきは reproductive health の提言である。これは女性に特有の身体的、精神的傷害から守るための総合的施策としての体系的理念を基調としているもので、画期的な発想である。Reproductive health の意味は文字通り、“再生産にかかわる健康”である。再生産というまでもなく人口の再生産であり、世代から世代へと継承される生殖過程である。しかし、再生産といっても単なる出生、分娩ではなく、広く女性の妊娠、分娩、死産、人工妊娠中絶、産後の健康傷害、乳児の保育等広汎な範囲に及んでいる。いいかえれば女性のライフ・サイクルの健康と解釈することもできよう。

再生産の健康という場合の健康については WHO によって早くから定義されており、reproductive health は、この health の定義にもとづいて reproduction にかかわるすべての事項を対象として定義されており、極めて明快である。

WHO の定義を引用すると次の如くである。

A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity

これが健康の定義である。Reproductive healthはこのhealthの定義に対象となるべき再生産にかかわる事項を規定している。上記の健康の定義の最後に次のような説明文が加えられている。

in all matters relating to the reproductive system and to its function and processes

いいかえれば“再生産システムやその機能や過程にかかわるすべての事項”についての健康ということである。人口再生産に関連する健康上の問題を全て包含している体系的な女性健康対策である。

さらにまた、このreproductive healthには、再生産の時期、方法等についての選択、決定の自由やまた出生の規制についての方法の選択の自由といった家族計画の行動がふくまれていることが注目される。

Reproductive healthは「性と生殖に関する健康」といった日本語がなされているが、これではreproductive healthの真意が十分に表現されていない。Reproductiveは人口学上一般に使用される再生産を意味するものであり、したがって「再生産にかかわる健康」と訳した方がより正確である。英語においてもreproductive healthを使用しながら、改めてそれを定義している。前述した如く、明確にその内容を定義しているのであるから、日本語においても、「再生産にかかわる健康」と訳し、さらにその定義を英語から訳することによって正しい理解を高めることができる。

このreproductive healthの概念は元来WHOによる発想であり、Cairo会議においてもそのまま採用されている。正しく理解するためにその全文を引用しておこう (United Nations, 1994)。

“REPRODUCTIVE HEALTH is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its function and processes.

Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health - care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth

and provide couples with the best chance of having a healthy infant.

In line with the above definition of reproductive health, REPRODUCTIVE HEALTH CARE is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being through preventing and solving reproductive health problems.”

4 日本の reproductive health の志向

Reproductive health 構想の1つの基本的特徴は、reproduction にかかわるあらゆる健康、疾病についての総合的医療体系であるということである。いいかえれば、たとえば産科、婦人科、小児科といったそれぞれ独立した臨床の専門家によって行われる診療サービスを統合する。さらに、医療にともなう福祉サービスなども体系の中にふくまれることとなる。もっとも単純な事例は産婦人科と小児科の関係である。妊娠婦が分娩する時、赤ちゃんは誕生することになるが、これは一連の直接連結した行動過程である。しかるに、分娩については産婦人科の医師が、生まれた乳児は小児科の医師の担当となり、分離することのできない行動の連鎖が機械的に分断されることとなる。少なくとも妊娠の初期から胎児の成長、出産、育児の段階は多様化された医療体系を統合する必要がある。

Cairo で採択された reproductive health はすでにのべた如く、極めて広範囲のものであるが、女性に特有の妊娠、出産、育児の一連の活動に対して総合的に取り組む体制は周産期医療システム (perinatal medicine) である。さらに、周産期医療システムの前段階あるいは地域医療行政として、重要な影響力をもっている母子保健システムがある。子供を生む母と生まれた子供の健康を総合的に対象として持続的に管理するシステムである。日本では恩賜財団母子愛育会が1934年に設置され、全国各地域に愛育村、愛育班が設けられ、母子保健対策が強化されることとなった。当時の乳児死亡率100 (出生数1000に対し) を超える高水準にあった。母子愛育会の活動は地域住民の自主的な活動として展開されたものであるが、親と子を一体としてその健康の向上、維持を目標としていた点に特徴がある。

しかし、周産期医療として女性の出産をめぐる健康、治療を体系的に管理しようとする構想は第2次戦後の1950年代にはいって一部の専門家や臨床医によって注目されるに至った。産科と小児科が独立の専門分科としてのシステムが大学医学部の教育において完全に確立されており、たとえ臨床においても両者を総合することはいい易く、実現は極めて困難であった。

臨床部門において産科と小児科を総合した周産期医療が実現したのは、1956年である。神戸パルモア病院の三宅廉院長の個人的な発想であるが、当時としては不可能とされていた産科と小児科を総合した医療体制を神戸パルモア病院において実現されることとなった。産科と小児科の医師が常に共同で妊婦の出産前から出産後、生まれた子供が15歳になるまでその健康を追跡したという画期的なものであった。

保守的な大学医学部におけるこのような異なった専門分科を横に結合する統合的な医療センターの設置はよいではなかった。1984年、東京女子医大に周産期センターである「母子総合医療センター」が坂本正一博士の強い発意の下に創設された。母子部門、新生児部門、小児保健部門の3部門から構成された横断的、学際的組織である。

前年の1983年には日本周産期学会が組織されており、また1991年には第1回国際周産期学会が11月東京で開催されており、日本のこの分野における先験的な活動が高く評価されている。また興味深いことはこの東京会議ではWHO主催のシンポジウムとして **Reproductive Health : A Key to a Brighter Future** が開催されていることである。Reproductive health の発想はすでに1991年にWHOによって構想されていたことが明らかであり、また周産期学会においてReproductive healthのシンポジウムが開催されたことは周産期医療がreproductive healthの母体になっていることを明示している。

問題は周産期医療に関心を高めてきた日本において今後どのような展開をはかるべきかということである。カイロの政府間会議とほぼ同時に開催されたアジア国会議員によるカイロ会議に参加した日本の女性の国会議員の提案により、優性保護法の一部改正によるreproductive healthへの新しい対応の必要性についての付帯決議が衆参両院の本会議を経て可決成立している（平成7年6月8日）。その要旨は次の如くである。

「国連の国際人口開発会議で採択された行動計画を踏まえリプロダクティブヘルス・ライツ（性と生殖に関する健康・権利）についてその正しい知識の普及に努めるとともにきめ細かな相談・指導体制の整備を図ること。その調査研究をさらに推進すること」（家族と健康、第496号、平成7年7月1日）

日本で展開されてきた母子保健体制や周産期医療の試みを基礎として特色のある日本型reproductive health システムを構築する必要がある。

5 終りに：Empowerment of Women の普遍性

カイロ会議において女性の地位向上、人間としての男女平等への尊厳の確立、そして女性がかつて負担しなければならない再生産にかかわる健康の保持といった、いわば女性開発が人口・開発問題解決の切り札として合意された。その女性、特に女兒に対する驚くべき慣行がいぜんとして存続している事実がUNICEF（国連児童基金）のインド調査によって明らかにされた。歓迎されざる女性胎児の中絶、女兒の虐待は政府の改善努力にもかかわらず、女性蔑視はインド社会の文化、社会習慣に深く根差している。ユニセフ報告書は、1991年の国勢調査の男女別実数を基礎として、生存しているべき零歳から6歳未満の女兒数139万593人が地上から消滅してしまっているという（毎日新聞、平成7年12月21日朝刊）、インドの公表されている乳児死亡率（1994）は79である。実数では約206万人である。また、5歳未満死亡数は310万人（1994）である。これらの乳児や5歳未満の死亡数の大半は女兒であると考えられるとすると驚くべき統計数値となる（The State of the World's Children 1996）。

アフリカの一部では女兒の生殖器切断（割礼）さえ行われていることがCairo報告書では指摘され、直ちに禁止すべきであることが強調されている。しかし、また他方において近代化を促進し、女性の地位の向上が実現されている開発途上国も決して少なくない。教育水準も高まり、労働市場への進出、社会的進出のめざましい傾向もみられる。

他方、先進諸国においてはEmpowerment of WomenやReproductive Health and Rightといった問題はないのであろうか。多民族から構成されていたり、少数民族をもつ先進諸国では、異なった民族の男女、特に女性に対する差別がみられる。例えば、黒人の女性の教育、就業の機会、賃金水準等にあきらかに差別がみられる。再生産にかかわる医療サービスの供与においても同様である。

イギリスでは女性の地位は社会では多少差別待遇はあっても家庭においては圧倒的に女性が優位である（森嶋道夫）。妻の暴力に耐えかねた夫の相談に応ずるためにホットラインが設置されたともいう。男性側からすれば、これ以上に女性にempowermentを与えることは飛んでもないということにもなりそうである。

しかし、先進諸国においても多かれ少なかれEmpowerment of WomenやReproductive Healthの強化の必要性があることも否定できないように思われる。われわれがもっとも重視しなければならないのは開発途上国、特に女性の地位が極めて低く、差別待遇の著しい開発途上国における女性のEmpowermentやReproductive Healthの画期的な改善、向上対策であることは

いうまでもない。それは、彼等の人口が世界人口全体の大部分を占め、その増加力は世界人口全体の持続可能な将来の危機の源泉となっており、その問題の解決は、結局において彼等の国の女性の Empowerment と Reproductive Health の確保に依存しているからである。

引用文献

- 1) United Nations : Programme of Action of the United Nations International Conference on Population and Development (unofficial information version, as adopted by the Conference in Cairo on Tuesday, 13 September 1994.
- 2) UNICEF : 世界子供白書 (The State of the World's Children) 1996、ユニセフ駐日事務所、1995
- 3) 森嶋道夫 : 続イギリスと日本 その国民性と社会、岩波新書
- 4) 中平邦彦 : パルモア病院日記～三宅廉と二万人の赤ん坊たち～、新潮文庫、平成2年
- 5) 坂本正一 : 折にふれて 人とわたし 坂本正一随筆集 (非売品)、編集東京女子医科大学母子総合医療センター、平成4年
- 6) 日本家族計画協会 : 家族と健康、第496号、平成7年7月1日

第2章 女性教育と社会開発

日本大学文理学部教授
井上俊一

1 国際社会と日本の女性

エンパワーメントという言葉は、文字どおり女性に経済的・社会的・健康面での力を付け、その活性化をはかるということを意味する。しかしそこには単に女性を差別から守り、その地位を引き上げるという消極的な意味だけでなく、これからの国家・社会の建設に女性が積極的に参加すべきだという意味がこめられている。もともと女性の地位の向上については、欧米諸国をはじめとして、わが国でもかなり以前からその必要性が訴えられ、それぞれの女性運動の歴史を経てきているのであが、1975年以来、発展途上国を含む世界共通の課題として女性の地位向上が取り上げられるようになってからは、問題にたいする視点が少なからず変わってきたように思われる。すなわち多くの発展途上国は、遅れた社会と経済を発展させる緊急の必要に迫られているため、女性の地位向上は社会経済発展の努力の一環として、あるいは後者を押し進める一つ的手段として考えられるようになってきた。

言い換えればエンパワーメントという言葉の出現は、アジア諸国をはじめとする発展途上国において、女性自身が経済発展・社会開発の担い手として登場し、それを通じて自らの地位を高めることが求められるようになった時代を反映していると言える。そしてこうして引き起こされた対応型から積極型への女性運動の転換は、発展途上国だけでなく、先進諸国の女性運動にも新しい視点とエネルギーを与えているのである。

女性のエンパワーメントは、女性の地位向上に関する世界各国の連帯のなかで生まれ育ってきたが、その出発点は1975年の国際婦人年（International Year of Women）とそれに続く「国連・女性の10年」（United Nations Decade for Women）であったと見る事が出来る。その後「国連・女性の10年」の中間年である1980年にコペンハーゲンで開催された世界女性会議、最終年の1985年にナイロビで開催された世界女性会議を通じて、各国の代表は時代の変化に応じた折々の将来戦略を練り、各国の女性運動に指針を与えてきた。今年の9月に、国連主催の第4回世界女性会議が北京で開かれ、新しい行動計画が策定されたことから明らかに、この分野で国際社会の果たした役割は少なくない。

北京会議の成果の詳細はまだ明らかではないが、新聞やテレビの報道を見るとNGOフォーラム等において、アジア・アフリカなど発展途上国から出席した女性の活躍が目立っていた。それはこれらの諸国で女性の健康、教育、経済力の問題が特にきびしく、その改善のためには国際社会からの働きかけ、援助、支援等が強く求められていることを示している

考えられるのである。特にアジア諸国においては、一部の國をのぞいて女性の政治への参加はきわめて限られており、各国の経済・社会発展の隘路として女性の健康・教育・経済面における立ち後れが指摘され、その改善が緊急の課題となるに至っている。

2 人間開発指数と女性の地位

わが国は近年、経済大国として国際社会でも指導的な役割を担っており、とくにアジア諸国との交流を通じてその経済的・社会的発展と深く関わっている。しかしわが国自身の女性の地位については、国際的に決して高い評価を得ているとは言えない。例えば、国連発展計画（United Nations Development Programme, UNDP と略称）と呼ばれる国連機関は1991年以来、人間開発指標（Human Development Index, HDI と略称）を発表している。これは従来発展の指標としてもっぱら国民所得などの経済指標が注目され、人間開発・社会開発の視点が無視されがちだった傾向を改めるために作成された指数であって、一人当たり国民所得のほか平均余命・教育水準についての国際比較が考慮されている。この人間開発指数は発表当初から様々な批判の対象となり、その後も大小の変更が加えられているのであるが、最初に人間開発指数が発表された1991年の報告書では、わが国は工業国・発展途上国を通じて世界第1位を占めた。（指数は1と0の間にあり、実際には日本の0.993からシエラレオネの0.048までの間に分布していた。）この数字はわが国が、国民所得の高さだけでなく、世界一の平均余命と高い教育水準を克ち得ていることを反映している。高所得の原因の一つには異常な円高の影響があるとはいえ、それを割り引いても、この実績は日本人として誇りを持つべきものであろう。（その後計算方法の変化によって1994年報告で、はカナダが第1位、わが国は第2位となった。）

ところで本小論のテーマにとって肝要なことであるが、人間開発指数については、さらに男女不平等の程度を反映した修正・人間開発指数（Gender-sensitive HDI）というものが発表されている。これはHDIを男女別々に計算し、その格差によってHDIを割り引いたものである。そこで注目すべきことは、この修正HDIによれば1991年の時点で、世界各国のうち第1位はフィンランドが占め、わが国は16位に落ちて、イタリー・ポルトガルとともに先進国中最低グループに属することとなった事実である。つまりわが国では教育水準や平均収入について、他の先進国には見られない大きな男女格差が存在したということである。第1回報告においてわが国の人間開発指数は0.993であったが、修正指数は0.764でその差は23.0%に達していた。

先進20カ国のうち修正指数がもとの指数を20%以上も下回ったのはオランダなど5カ国であるが、わが国以上に差の大きかった国はアイルランド、ポルトガルの2カ国だけである。ちなみに修正指数で第1位となったフィンランドでは、人間開発指数が0.963、修正指数が0.902で、その開きは6.3%に過ぎなかった。(UNDP, Human Development Report 1991, p.17)

幸いなことに1990年代に入ってからわが国では、教育面・経済面での女性の進出がめざましく、その成果は遠からず修正HDIにも反映されてくるであろうが、先進国の上位水準に食い込むのは容易なことではない。また修正HDIそのものは、比較可能な統計資料の制約もあって比較的単純な指標であり、女性の抱えている問題を十分に反映しているとは言えない。たとえば女性の政治参加や家事・育児の分担、家庭内暴力、夫婦間の意志決定過程など、注目すべき問題点は沢山ある。これらを考慮すれば、わが国における女性の相対的地位は、依然として大きな問題を抱えていると言わなければならない。

こうしたわが国の状況は、アジアという地域に視野を広げてみると、残念ながら決して例外とはいえない。むしろアジア諸国における女性の地位の低さは一般的であって、わが国はそうしたアジアの水準からまだ抜け出すことが出来ていないというのが実状である。もちろん少なからぬアジア諸国で女性宰相が生まれ、その活躍は男性のそれに勝るとも劣ることはないのであるが、名門の家系等を背景とした一部女性の活躍と一般民衆レベルにおける女性の地位の低さとはおのずから別問題である。

日本を含めたアジアの状況を分析してみると、女だから女らしくという社会的・文化的伝統の壁が厚く、そのために女性の積極的な社会参加が阻まれていることに気付く筈である。もちろん女性と男性には肉体的にも精神的に相違があり、その違いがある意味で人間生活を豊かにしている訳である。しかしその相違を人為的に歪曲し、女性抑圧の道具にすることがあれば、それは許されないことと言わなければならない。抑圧のない男女の共存を許す社会をつくること、そのための女性自身の積極的なかわりこそが、エンパワメントの意味するところであろう。

3 日本における女性の社会参加

現在の日本を見ると、いろいろな分野で女性の活躍が目立ち、自分たちの力で社会の変革を進めようとしている兆候が見られる。しかしそれはスポーツとか芸術・文化の面で見ることが出来るのであるが、政治や経済の分野では立ち後れが目立っている。すなわち立法・行

政・司法に関する公職や民間企業・団体における政策・方針の決定過程における女性の参加は、極めて遅れている。

わが国では女性の総理大臣は皆無であるし、大臣についても男性中心で、女性大臣がもっとも多かった細川内閣でも3人にすぎず、現在の第2次村山内閣では一人もいない。これは立法機関の代表である国会議員についても同様で、女性議員の割合は1994年3月現在で2.7パーセントにすぎず、列国議会同盟の調査によると176カ国中149位、先進国中最下位である。比較的女性議員の多い参議院でも、1994年7月現在、女性議員の割合は15.1パーセントであった。地方議会でも同様で、1993年末現在で女性議員は、都道府県議会議員の2.6パーセント、市会議員の5.9パーセントなど、全体で3.4パーセントにすぎない。(総理府、「平成6年版、女性の現状と施策」、45-46ページ)

国の政策決定に国民の意向を反映させる場であるはずの各種審議会でも、女性委員は1995年3月末現在で507人で、委員総数4,478人の11.3パーセントである。これは「西暦2000年に向けての新国内行動計画」で1995年の達成目標値とされた15パーセントにほど遠い。各種審議会の2割は、女性委員を一人も置いていない。

女性の雇用については第3章で取り上げるので、ここでは簡単に述べると、1990年の国勢調査で「管理的職業従事者」に占める女性の割合は8.8パーセントにすぎなかった。この比率は国家公務員では1.7パーセント、民間企業では3.6パーセントである。こうした中で女性の管理職がやや多いのは、企業団体の役員12.1パーセントである。(「知恵袋」1994年版)

1973年の第34回国連総会では「女子に対するあらゆる形態の差別の撤廃に関する条約」採択され、わが国も1985年の批准に先だって多くの国内法の改正を行った。その結果、法律的には男女差別は一応解消しているはずであるが、実状をみるとまだ多くの問題が残されている。例えば男女雇用機会均等法をとってみても、法律上の建前はともかく、男女平等を事業者の努力目標にとどめたり、禁止事項について罰則規定を欠いているため、実際の運用に当たって女性の不利益が解消されていない。

さらに女性に対する夫や恋人による暴力、職場におけるセクシュアル・ハラスメント、売春、ヌード写真ブームなど、社会の各方面で女性蔑視や虐待につながる現象が後を絶たない。日常の家庭や職場においも、女性が期待されている役割の中には、男女平等社会では考えられないような慣行や差別がまかり通っている。こうした状態を改善するには、女性が自らを守り、自由に発言・抗議するだけでなく、こうした状況を許容する社会の仕組みを変えていく必要がある。女性が女性自身の力でそのような社会をかちとるためには、そのエンパワーメントが重要な課題となるわけである。

4 エンパワーメントと教育

女性の自立と社会的活動への進出を進めるためには、法的不平等の是正や経済的条件の改善など、マクロの立場から国として改善すべきことがらも多いが、それだけでは十分ではない。最も基本的なことは、女性自身がこうした改善策の推進力になる力を付けることであり、社会変革の起爆剤になることである。そのためには女性自身の健康（肉体的能力）と経済的自立が必要であることは言うまでもないが、さらに教育によって知的・精神的能力を開発することが不可欠である。女性差別の撤廃、不平等の是正は与えられるものではなく女性自身が勝ち取るべきものであることを考えると、個々の女性自身の能力開発を目的とする教育が、いかに重要なものであるかを強調しすぎることは出来ないであろう。

国連開発計画（UNDP）のデータ（1980年現在）によれば、西アジアを除くアジア32カ国のうち、男女平等がかなり達成されている国、すなわち女子の平均在学年数が男子の80パーセントまたはそれ以上であるところは日本、オーストラリア、ニュージーランド、フィリピン、モンゴリア、フィジー、サモア、ブルネイの8カ国に過ぎなかった。これに対してインド亜大陸を中心とする7カ国では、女子の水準は男子の50パーセント以下となっている。識字率や中・高等教育進学率についても類似の傾向が観察されている。（国連開発計画、「人間開発報告1991年」、表10）

わが国の教育の現状を見ると、幼稚園から高等学校までは在学者のうち女性の占める割合は49パーセントないし50パーセント近くを占め、人口の男女比を考慮すると女性の就学率は男性のそれをやや上回るほどである。中学校から高等学校への進学率で見ても、1960年前後から女子の進学率が男子のそれを上回るようになっている。1993年の実績では、男子の高等学校進学率95.3パーセントに対して女子は96.5パーセントであった。

高等教育についても、1993年現在、大学（短期大学を含む）への進学率は男子38.5パーセント、女子43.4パーセントであって、女子の進学率が5ポイントほど高い（「平成5年度我が国の文教施策」、535ページ）。女子の大学進学率が男子を上回ったのは1989年（平成元年）のことで、この年は女子の大学進学率が安定した増加傾向を維持したのに対して、男子の進学率が、折からの若年労働力に対する大きな需要の影響を受けてやや低下したため、逆転が起きたのである。しかしその後男子の進学率は38パーセント台に回復したにもかかわらず、女子のそれは40パーセントを超えてさらに上昇を続けたため、女性上位は依然として続いている。

我が国の大学進学率が、国際的な一応の水準である35パーセントを越えたのはそんなに古いことではない。男女平均の進学率は、1955年には10.1パーセント、1965年にいたっても17.0パーセントで、現在の半分以下であった（『日本の統計1994』、295ページ）。これが急上昇したのは1965－1975年の10年間で、1975年までに進学率は37.8パーセントに達した。注目すべき点は、この間に男子の進学率が倍増したのに対して、女子のそれは3倍増と急増していることである。

このように大学・短大への進学率が急増した背景としては、1960年代から1970年代初頭にかけての目覚ましい経済成長に支えられて、国民の生活水準が上昇し、大量の若者の大学進学を可能にしたことがあげられるであろう。しかしこのような背景の中で、進学率を押し上げた特殊事情として人口学的な変化を指摘することが出来る。すなわち大学等の在籍定員は当時緩やかな増加を続けており、大学・短大入学者数は1965年の33万人から1975年の61万人へ増えた。これに対して大学生予備群とも言えるべき18歳人口は、1966年の249万人から1976年の154万人へと10年間で4割近い減少を示したのである。この間進学志望者数は、18歳人口の減少にも関わらず依然として学生定員を大きく上回っていたから、結果として大学入学者数が減少することはなく、減少した18歳人口に対する進学率の大幅上昇をもたらしたわけである。

このことは今後の我が国の大学進学率を予想するうえに、示唆するところが大きい。すなわち我が国の18歳人口は、1993年の205万人を頂点として減少を開始し、西暦2000年には151万人、2007年には129万人へと減少するものと予想されている（『平成5年度我が国の文教施策』、315ページ）。文部省では今後、大学・短大・高等専門学校の新設・増設は抑制する方針をとっているの、学生定員そのものは将来も安定した大きさを保つであろうと思われる。もし現在微増傾向を示している進学志望率に大きな変化がなく、今後とも進学志望者数が大学等の学生定員を相当数上回る状態が続くとすれば、結果的に将来の進学率はいっそう上昇する筈である。

我が国の高等教育機関には、大学院（修士および博士課程）、大学（4年制）、短期大学（2年制）のほか、高等専門学校（4年制および専門課程）、国立養護教諭養成所、国立工業教員養成所および専門学校（専修学校のうち高等学校卒業程度を入学資格とする専門課程）等がある。このうち文部省が「高等教育」として統計上分類している短期大学、大学、大学院修士課程、大学院博士課程、国立養護教諭養成所、国立工業教員養成所の入学者および高等専門学校4年生の合計数をとると、1993年現在、入学者数で87万6千人、在学者数で294万人である。このうち一番大きな割合を占めるのは大学（短期大学をのぞく）で、1993年の入学

者数は55万5千人で高等教育機関入学総数の63.4パーセントにあたる。これについて短期大学入学者が29.1パーセントの25万5千人、大学院の5万5千人等となっている。

しかしながら女子教育の観点からみると、わが国の高等教育には大きな問題が残されている。1994年5月現在、高等教育機関進学者のうち女子の占める割合は短期大学で91.8パーセント、大学学部で31.8パーセント、大学院修士課程で20.9パーセント、大学院博士課程で18.6パーセントと大きなばらつきがある。いいかえれば高等教育機関に進学した女子の過半数、61.6パーセントは短期大学に集中している。言うまでもなく短期大学は2年制であるから、高度な専門教育を行う時間的余裕がなく、一般教養的科目が教育の中心とならざるを得ない。これは卒業後の就職に際して、専門的職業を選択する際のハンディキャップとなる。

これにたいして男子で短期大学へ進学する者は2.5パーセントにすぎず、殆どが4年制大学に進学するから、修業年限および専門的知識で計った場合に、男子の優位もしくは女子の立ち後れは明瞭である。（「平成6年度女性の現状と施策」、297ページ）

専攻分野については、女子は4年制大学においては人文科学専攻者の割合が高く、短期大学では人文科学専攻に加えて家政、教育専攻が高い比率を占める。その結果、理学、工学、農学、医学、薬学、保健等を含む理科系専攻女子の割合は12.6パーセントにすぎない（1992年度）。女子学生で理科系専攻者の割合が少ないのは欧米諸国にも共通した傾向であるが、わが国ではそれが際だっている。文部省の国際比較によれば、理科系専攻者はイギリスで25.1パーセント、西ドイツで30パーセントであった。（村松「エンパワーメントの女性学」、78ページ）

先に述べたように我が国女子の大学進学率は、1960年代後半から1970年代前半にかけて急速に上昇した。そのため女子の平均的教育水準をみると年齢によって大きな差が生まれ、ある年齢層を境にして世代間の断絶が存在する。1990年国勢調査をとってみると、45-49歳女子の高等教育卒業者は12.0パーセントであるが、40-44歳では18.7パーセント、35-39歳では26.7パーセント、30-34歳では39.0パーセントと急速に増え、在学者を含めた20-24歳では47.3パーセントが高等教育機関の卒業者もしくは在学者である。こうした教育水準の上昇は男子についても同様に見られるが、出発点ともいえる1960年代においては男子の進学率が女子と比べて格段に高かったため、絶対的な変化の幅は女子ほど大きくない。1960年代後半に大学教育を終了した45-49歳人口（1990年現在）についてみると、高等教育修了者は女子12.0パーセントに対して男子は21.7パーセントである。（「1995年国勢調査報告、第3巻その1」、218ページから算出）

大学卒業者が1割に満たない世代と、それが半数近くまで上昇した世代とでは、同じ女子といっても意識や行動の面に大きな違いが生まれても不思議ではない。それが全般的な生活水準

の向上や経済的環境の変化と平行して起こればなおさらのことである。その変化がどのようなものであるかは、未だ充分に解明されているとは言えないが、今までのところ、女子の職場進出と結婚・出産行動に顕著に現れているようである。女子の職場進出については別の章で取り上げられているので、ここでは教育水準の上昇が人口再生産に及ぼす影響を分析してみたい。

5 わが国の教育水準と家族・人口の再生産

我が国の出生率は、現在、超低水準にある。1994年の粗出生率は10.0（人口千人あたり）、合計特殊出生率は1.50で、1993年のそれぞれ9.6および1.46と比べると若干の回復を示しているが、依然として先進諸国中でも最低の水準にあることに変わりはない。（1995年6月末発表の厚生省大臣官房統計情報部資料「平成6年人口動態統計月報年計（概数）の概況」による。）そして多くの研究によって、この低出生率の主な原因が結婚年齢の上昇（晩婚化）や未婚者の増加（非婚化）と結びついていることも明らかになっている。

厚生省の人口動態統計によれば、戦後の我が国の初婚年齢は男27.3歳、女24.5歳前後でかなり安定していたが、1960年代の末から1970年代の始めにかけて男女とも若干の低下を示し、1972年には男26.7歳、女24.2歳となった。しかし1973年以降は増加傾向に転じ、その傾向が継続したため平均結婚年齢は1993年に男28.4歳、女26.1歳まで上昇した。この20年間の平均結婚年齢の変化は男1.7歳、女3.6歳の上昇である。この間、初婚年齢における男女差は、戦前の4歳以上から、戦後1950年代、60年代の2.8歳に低下し、1993年にはさらに2.3歳へ縮小した。

平均結婚年齢の上昇はそれ自体かなり顕著ではあるが、現在の持続的な低出生率を説明するものとしては十分ではない。なぜかと言えば結婚年齢はあくまでもその年に結婚した人々の結婚時の平均年齢であって、結婚予備群すなわち高齢化する未婚者の増加は計算外だからである。したがって晩婚化、非婚化の実態を捉えるためには、国勢調査等による年齢別の未婚者の割合を見なければならない。

国際調査をもとにして厚生省人口問題研究所が計算したところによると、若年層における未婚者の割合はおおむね1975年以降、男女とも増加を開始した（「人口統計資料集1994」、95ページ）。たとえば20-24歳女子の未婚者割合は、1975年に69.2パーセントであったものが、その後各年の国勢調査では上昇を続け、1990年には85.0パーセントとなった。25-29歳では、

同じ期間に20.9から40.2パーセントへと二倍近い増加である。未婚者割合の増加が男女比の不均衡、つまり適齢期男子の不足によるものでないことは、未婚者の増加が男子にも同様に起こっていることから窺われる。1975年から1990年までの期間に、男の未婚率は25-29歳で48.3パーセントから64.4パーセントへ、30-34歳では14.3パーセントから32.6パーセントへ急増した。

こうした婚姻動態の変化については、まず経済的条件の悪化がその原因として指摘されるだろう。我が国の国民経済について言えば、1973年秋のいわゆるオイルショック以来、それまでの高度経済成長の時代から安定成長の時代へと転換したことは周知の事実である。一般大衆にとってその転換の意味するところは、それまでの年率10パーセントを超す実質賃金の上昇が一挙に失われることであった。労働省の統計によれば、全産業を平均した賃金の対前年上昇率は、1970-75年の平均18.7パーセントから、1975-80年には7.9パーセント、1980-85年には3.7パーセントへ激減した。10パーセントを超える賃金上昇があれば、借金をして結婚式を挙げ、住居の手配をしても、赤字は大幅な賃金の上昇によってまもなく帳消しになる。オイルショック後の低成長は、このような時代の終焉を意味し、結婚に対する決断にも大きな影響を及ぼさない訳にはいかなかったであろう。

しかしこのような経済的条件だけで長期的に進行している晩婚化・非婚化の傾向を説明するのは難しい。オイルショック以来、成長のスピードが鈍ったとはいえ、例外的な年を除いて実質経済成長率はその後5パーセント以上を保ってきたし、オイルショック後2パーセント台になった完全失業率も特に高いものとはいえない。失業率が3パーセントを越え、国民総生産の伸び率が1パーセント以下ないしマイナスに転じたのは1992年以後、つまりごく最近のことである。(労働省「前掲書」、352-360ページ)

それでは最近二十年間、なぜわが国では晩婚化・非婚化が継続的に進んできたのであろうか。1992年に行われた厚生省の第10回出生動向調査によって独身青年層の結婚観を見ると、「一生結婚する意志はない」とする未婚者は着実に増える傾向を見せている。35歳未満人口(既婚者を含む)をとると10年前(1982年)の第8回出生動向基本調査によると、「一生結婚する意志はない」とする者は男子で1.3パーセント、女子で1.6パーセントであったが、1992年にはそれぞれ3.4パーセントおよび2.8パーセントに増えた。とはいえこの非婚志向者の割合はまだきわめて低く、若者の間でも結婚志向は依然として強いと見ることが出来る。

そこで結婚の意志を持つ未婚者について、さらにこれを「ある年齢までには結婚する」という年齢重視派(以下、「年齢派」と略称する)と「理想の相手が見つかるまではしない」という理想追求派(以下、「理想派」と略称する)にわけると、後者の占める割合が最近急

速に増えている。理想派の割合は、男子では1987年（第9回調査）の37.5パーセントから1992年には45.5パーセントに増え、女子の間でも同じ5年間に44.5パーセントから49.6パーセントに増えた（第10回調査、第2報告書、15－16ページ）。逆に言えば年齢派の相対的減少である。この点に関する質問は1987年調査で初めて取り上げられたもののようで、それ以前のデータは見当たらない。しかし結婚適齢期を重視し、極めて狭い適齢期の間にほとんどの若者が結婚していた1960年代には、結婚志向の内容としても年齢派の割合がもっと高かったと想像しても大きな誤りはないであろう。

年齢別に見ると理想派の割合は、男子では年齢とともに低下するのに対して、女子では年齢とともに上昇する。これは極めて興味深い数字で、女子の場合には年齢派が比較的若い年齢で結婚していくので、年齢が高くなれば歳にこだわらない理想派が残ることになり、その割合が高くなるという説明が付く。しかし男子の場合にはそうではなく、年齢派が歳とともに増えている。何故そうなるのかはよく解らないが、男性が歳とともに結婚をより現実的に考えるようになるためか、あるいは社会的活動を続ける中で社会的圧力・個人的不便などから結婚の必要性をより強く感じるようになるためであろうか。

このようなデータから見えてくるのは、女性が結婚相手の選り好みをし、その結果として結婚できない男性が増えているという傾向である。それはかつて「適齢期」に強くこだわった日本人女性が変わってきたと言うことであり、伝統的な結婚観の重大な変化を意味するだけでなく、家族のあり方を根本的に変化させる原因となると考えられるのである。それでは何故女性は結婚相手の選り好みを始めたのだろうか。そこで女性の理想派の実態をさらに分析すると、これが学歴と明瞭な関係を示していることが判る。データを見ると中学から高校・短大・大学へと学歴が高くなるに従って、理想派の割合が増える。高卒と大卒を比較すると、1987年調査では38.9パーセント対54.8パーセント、1992年調査では46.6パーセント対55.9パーセントの開きがある。高卒派の間でも理想派がどんどん増えているため、大学卒との差は縮まる傾向にあるが、大学卒の中の理想派も増えているから、その差はまだ10ポイント近くある。

それではこのデータから、大卒女子には理想派が多いから未婚者が増えるのだと言い切ることが出来るだろうか。理屈を言えば、高卒と大卒の相違は年齢構成の違いによるもので、大卒者は未婚の比較的高齢者が多いから理想派が増えるのであって、その逆ではなかろうという議論が成立するかもしれない。この点を意識してであろうか、前記1992年報告書で厚生省人口問題研究所は、多変量統計解析の手法（ロジスティック回帰分析）によって各要素の独自の影響度を計算した結果を発表している。それによると女子の場合、「年齢派」のオッズ

比（年齢派になりやすい度合い）は、男女共学の高校卒を1.0とすると大卒は0.799と低くなることが分かる。短大卒のオッズ比は高卒とあまり変わらず、男性の場合は大卒の方が「年齢派」になりやすい。

年齢・学歴と並んで重要と思われるのは職業であるが、前記の報告書によれば、「事務・販売・サービス」を基準としてみた女性の場合、「専門・管理職」、「パート・臨時・無職・家事」および「学生」の年齢派オッズ比がかなり小さくなる。言い換えれば後者のグループでは理想派が多いことになる。経済的自立性の高い「専門・管理職」で理想派が増えるのは分かるとして、必ずしもそうとは考えられない「パート・臨時・無職・家事」および「学生」のグループでも理想派の比重が、経常的な職業をもつ女性の場合よりもより大きいことは注目に値しよう。女性にとって職業を持つことは、必ずしも結婚に関して理想派に傾くことを意味していないようである。理想派を育てるのは職業よりも教育の力だと考えられるのである。

大卒女性の結婚生活に対する見方は、中・高・短大卒とは、ある点で大きく違っている。まず現在の独身生活についてであるが、調査によれば、独身生活に利点を認める者の割合は短大卒以上で非常に高く、90パーセントを超えている。その理由は、「行動や生き方が自由である」とする者が一番多く、「友人など広い人間関係が持ちやすい」が2番目である。そのなかでも大学卒業者の間では自由を重視する人の割合が65.1パーセントと高く短大卒の59.6パーセントをかなり上回る。個性的な生き方に執着し、将来の可能性に賭ける傾向が4年生大学卒業者の間で強まっているといえよう。

その反面、結婚に利点を見いだしている未婚女性も多く、高卒・短大ではそれぞれ72.0、72.9パーセントを占めるが、大卒では70.6パーセントとやや低い。結婚生活の利点として未婚女性全般に高い評価を持つのは「精神的なやすらぎの場が得られる」、「自分の子供や家族が持てる」、「現在愛情を感じている人と暮らせる」などで、「経済的に余裕が持てる」ことを理由とする女性は僅かである。学歴別に見ると、大卒女子の間では「精神的なやすらぎの場が得られる」を挙げる人が65.1パーセントと他のグループよりもかなり高く、第2番目の「自分の子供や家族が持てる」は16.9パーセントで、同じ理由を挙げる短大卒の23.2パーセントをかなり下回る。このように大学在学年数の増加とともに、結婚を経済的な安全弁と考えたり、家族再生産の場とする考え方が減り、精神的なやすらぎという個性的な欲求の充足を目的とするように変わってきたと見る事が出来るようである。。

このように高等教育を受けた女性は充実した独身生活の楽しみを知っており、結婚によって得られるもの、失われるものをしっかりと計算している。短大卒ではそれでも「自分の子供や家族を持つ」という伝統的な結婚の意味付けを維持しているが、大卒女子になると、精

神的自由を含めた自分の生活を重視する態度が主流を占めるようになる。結婚し、出産すれば職場を離れるのが現在の女性を待ち受ける代表的なライフコースであり、理想的な相手と結婚するのでなければそういう生活にはあまり魅力を感じないということなのかもしれない。共稼ぎについては、家事や育児について夫の理解や社会環境に問題があり、女性に過度の負担がかかる現実を彼女らは冷静に見ているのであろう。

かつて女性の高等教育が少子化の原因だと発言して、問題にされた政治家があったが、だから女子の高等教育は不要だという議論は非現実的である。在学年齢の延長が直ちに晩婚化をもたらすという議論も、正しくない。教育は男女を問わず現実を客観的に見る目を養うものであるから、教育を受けた女性が結婚にまつわる様々な問題を意識するようになったからといって、それを教育のせいにするのは筋違いというものであろう。要はそうした問題点を女性自身が改善していく力を持つかどうかである。女性のエンパワーメントは、家庭の建設をはじめとしていろいろな分野で社会を変え始めている。

6 むすび

国民全般にたいする教育の普及・拡充を抜きにしては、あらゆる國の経済・社会の発展はありえない。女性の能力開発の遅れや、女性の社会的活躍のための機会と条件の欠如は、人道的見地から許されないことは勿論であるが、社会的にも大きな損失である。現在、アジア諸国はこぞって経済的發展をめざして努力を続けているが、多くの國で女性の地位とくに教育面での差別が解消されておらず、それがさらなる経済的・社会的發展の隘路となっている。アジアの一角に存在するわが国も、こうした後進性を社会の深部に強く残していることを忘れてはならない。

わが国の女性の地位は、国際的にみるとまだまだ低い。法律上の建前はともかくとして、明治維新以来つちかわれてきた男尊女卑の社会的伝統は、一片の法律によって一朝一夕に解消するものではない。そのなかにあって女子教育は確実に進歩を遂げてきた。各段階の進学率をみる限り、男女平等はすでに達せられているようであるが、内容的には女子の高等教育では短期大学に比重が大きいことに示されるように、まだまだ改善すべき余地が多く残されている。しかしこのような限界にもかかわらず、これまでに達成された女子教育の進展は、社会のあり方、その中における女性の地位と役割を確実に変化させ始めているように思われる。家庭や職場における女性の力は、少子化、晩婚化、非婚化という思いがけない方法で、わが

国の社会に激震を与えているのである。

参考文献

阿藤誠・高橋重郷・中野英子・渡邊吉利・小島宏・金子隆一・三田房美、“独身青年層の結婚観と子供観”、「人口問題研究」第50巻第1号（1994年4月）、29－49頁。

大橋照枝、「未婚化の社会学」、NHK ブックス、日本放送出版協会、1993年

金子隆一、“未婚人口における結婚の需給要因の動向－第10回出生力動向基本調査（独身者調査）の結果から”、「人口問題研究」第50巻第2号（1994年7月）、1－24頁。

厚生省人口問題研究所、「昭和62年・日本人の結婚と出産－第9次出産力調査」、厚生統計協会、1988年

厚生省人口問題研究所、「平成4年・第10回出生動向基本調査、第2報告書、独身青年層の結婚観と子供観」、調査研究報告資料第8号（1994年3月1日）

厚生省人口問題研究所、「人口統計資料1994年版」、人口問題研究所研究資料第280号、1994年

河野稠果、“女性の役割と人口問題”、「人口学研究」（日本人口学会）第18号（1995年5月）、45－52頁。

中野英子・渡邊吉利、“未婚男女の結婚観”、「人口問題研究」第50巻第3号（1994年10月）、18－32頁。

総務庁統計局、「日本の統計1995年版」、大蔵省印刷局、1995年

総務庁統計局、「世界の統計1995年版」、大蔵省印刷局、1995年

総理府、「平成6年版・女性の現状と施策－世界の中の日本の女性」、大蔵省印刷局、1994年

村松安子・村松泰子、「エンパワーメントの女性学」、有斐閣、1995年

文部省、「わが国の文教施策・平成5年度」、大蔵省印刷局、1995年

United Nations Development Programme, *Human Development Report 1991*, Oxford University Press, 1991

第3章 エンパワーメントと経済 ーアジアにおける女性の経済参加ー

嘉悦女子短期大学
助教授 渡辺真知子

1 はじめに

女性のエンパワーメントを経済面に絞って論じるとしても、生産活動への参加およびその評価、資産すなわち生産手段の保有・相続状況、消費者としての行動など様々な視点がある。しかも、これらは社会の慣習、文化、宗教などに規定されており、相互に関連していることは誰もが認めるであろう。例えば、その社会が「女性の役割」を何に求めているのかによって、女性への教育投資の程度、女性に開放されている職種、女性労働に対する評価（したがって賃金・給与水準などの労働条件）などは大きく異なってくる。

『世界人口白書（1995年版）』は、「女性と経済」の状況を「途上国では80%の食物が女性の手で生産されているにもかかわらず、その耕している土地は、ほとんどがその女性たちの所有ではない。世界の3分の1の労働力は女性であるが、その多くは無給である。・・・ほとんどの途上国では、インフォーマルセクターで働いているのは圧倒的に女性である。フォーマルセクターでは、女性の労働は低賃金の仕事にかたよっている。・・・パートタイムや一時雇用は、世界的にも一般的になってきているが、その65～90%は女性が従事している。これは短期的には、家事を行いながら仕事に就けるという点で利点があった。しかし女性がこのような形態で雇用されるということは、雇用の安定、職業再訓練を受ける機械や付加給付の点において、長期的には女性の不利益につながる。」と記述している¹⁾。

本章は、アジア諸国の女性と経済の関係を、女性労働の面からみたものである。日本や韓国など統計の利用可能な国を例に取り、経済発展に伴う女性の経済参加状況の変化も追ってみたい。

2 女性労働の現状

1992年の全世界の生産年齢人口（15～64歳）は33.6億人で、この68%に当たる22.9億人が労働力として数えられる。そしてその35%、約8億人が女性である²⁾。労働力に占める女性の割合は地域によって差があり、一般に、アジアの中では東・東南アジアで高く、南アジア・中東で低い。

アジア主要13カ国の女性の経済活動参加状況を比較したのが表1である。15歳以上人口に

占める経済活動人口の割合でみた女性の労働力率は、最も高いタイが76.3%、最も低いパキスタンが14.0%と国による差が大きい³⁾。男性と比較して、いずれの国も女性の労働力率は低く、公式統計に表れる経済活動参加度には性による開きが相当ある。男性労働を100とした場合の女性労働の割合をみると、7割を超えるのがタイ、中国、バングラデシュの3国で、タイは9割に近い。これに対してパキスタンは2割にも満たない。その他の国は5～6割台に分布している。

労働力率や男性労働に対する割合といった総合的な指標の背後にある年齢別女性労働力率パターンをみると、女性の経済参加度は、その社会の文化的背景や産業構造を色濃く反映していることがわかる⁴⁾。農業が経済の中心産業となっている国では、年齢別パターンは台計に近い形になる(タイやバングラデシュ)。女性は一生を通じて農業に従事し、子育て時の中断がないからである。また、一般に、イスラム圏では女性が「外」で働くことが難しいため、女性の労働力率は相対的に低い(パキスタン)。工業化の進んだ国では、20～24歳といった若い年齢層で労働力率がピークを迎え、その後は減少していく(日本、NIEs諸国、最近ではマレーシアでもその傾向が窺える)。その中で、子育てが終わったときに再び労働力となる傾向を示す国もある(日本、韓国)。

労働力としての女性の立場は、労働力率に示される「参加度」だけでは不十分で、女性に開放されている職種に制限はあるのか、労働条件に性差別はあるのかといった面ををみる必要がある。通常、各国とも様々な制約により「働く場」は男女でかなり違う。表2は女性労働がどの産業に、表3はどの職業に、また、表4はどの従業上の地位に、それぞれ集中しているのかをみたものである。いずれも各カテゴリーの労働力総数に占める女性の割合も示した。

日本やNIEs諸国では、経済発展の結果、農業など第1次産業の比重が低下していることを反映して(香港とシンガポールではもともと土地の制約があり低い水準にある)、女性労働の場合も構成比は低い。他のアジア諸国ではタイの63%を最高とし、インド、インドネシア、パキスタンなどが5割を超えている(データが利用可能でないが、バングラデシュ、ネパール、ラオス、ミャンマーでも5割を超えと考えられる)。すなわち、経済発展に伴う産業構造の変化によって所得水準が高まってきた国々を除けば、アジアの多くの国の女性に対して農業は依然として大きな雇用機会を与えている。第1次産業従事者全体に占める女性の割合をみると、タイ、韓国、日本が5割弱を占め、男性とほぼ同数が従事している。他の国はほぼ2～3割台で、女性にとって農業は大きな雇用機会を与えてはいるが、その主要労働は男性が担っている。

世界的にみれば、製造業は一般的には男性の職場であるが、アジアの場合、日本、NIEs諸

国のみならず、外資導入によって工業化が急速に進展している東南アジアやスリランカなどでも女性の雇用が伸び、製造業も女性労働吸収部門としての比重を高めている。製造業従事者全体に占める女性の割合を計算すると、スリランカが55%と過半数を占め、タイ、マレーシア、インドネシア、フィリピン、シンガポールでは5割弱と、男性とほぼ同じ数の女性が製造業部門で働いている。

アジアの女性労働の多くが製造業に従事しているといっても、それは特定業種であることにも注目しなければならない⁵⁾。例えば、香港（1993年）では、製造業に従事している女性の40%は衣料産業に、また繊維産業と一般機械・電気機器産業にそれぞれ15%と、これら3業種で70%を占める。この3業種への男性の集中度は46%で、女性に比べかなり低い。マレーシア（1991年）では、電気・電子産業が38%と最も多くの女性を雇用し、衣料産業（12%）がこれに次ぐ。男性の場合も電気・電子産業のシェアが最大であるが15%にとどまる。フィリピン（1990年）では、衣料産業が35%と最大で、食品加工業（17%）、電気・電子産業（12%）、繊維産業（11%）がこれに次ぎ、これら4業種で製造業に従事する女性労働の75%を占める。これに対して男性の4業種への集中度は45%である。

これらの例からも明らかなように、アジアでは多くの女性が製造業で働いているが、女性に雇用機会を提供しているのは、繊維・衣料、電気・電子工業といったかなり限られた業種であることがわかる。これは、アジアの工業化が、こうした比較優位のある労働集約的産業を中心に進んでおり、特に「安い・質の良い労働力」を求めた日本や欧米、そして最近ではNIEs諸国の企業進出によってリードされている1つの結果である。ちなみに、衣料産業と電気・電子工業の賃金を製造業平均（=100）と比較してみると、韓国（1992年）が衣料67、電気・電子92、シンガポール（1993年）が衣料59、電気・電子106、タイ（1991年）が衣料75、電気・電子92、となっており、特に衣料産業の賃金は平均よりもかなり低い状況にある⁶⁾。すなわち、製造業で働く女性は、フォーマルセクターではあるが、低賃金の業種に偏っているのである。

農業部門の比重が高い国を除けば、女性労働に占める第3次産業の割合はいずれの国でも大きい。ただし、第3次産業には様々な産業が含まれているので、全体として論じるには問題がある。女性が集中しているのは、商業とサービス業（主として個人サービス）で、金融業や運輸業、サービス業でも事業サービスなどでは低い割合を示している。所得水準が相対的に低い国ほど、商業とサービス業に多くのインフォーマルセクターが混在していることが、女性労働の集中する大きな要因となっている。また、こうした女性が集中している商業や個人サービス業が相対的にみて低賃金水準にあることにも留意する必要があるだろう。

職業別に女性の割合をみてみよう。一般に女性が集中するのは、事務、販売、サービスの各職種であるが、国によって若干の差がみられる。例えば、バングラデシュとスリランカではこれらの職種の比重はかなり低く、前者は農業、後者は農業と生産の比重が大きい。インドネシアでは事務の比重が低い。シンガポールでは販売と生産の比重が高い。日本と香港では、事務の比重が特に高く、サービスもかなり高い。

社会において「決定」にたずさわる機会が多い行政的・管理的職業は、男女を合わせた労働者総数でみても各国ともその比重は低いので、女性の相対的な進出度を確認するために同職業に従事する労働総数に占める女性の割合を比較してみたい。シンガポール(35.8%)、フィリピン(33.7%)、スリランカ(24.6%)が比較的高い割合を示しているが、韓国(4.0%)、バングラデシュ(5.1%)、日本(8.5%)は低い水準にある。また専門的・技術的職業について同じ指標で比較すれば、シンガポール、バングラデシュを除くと各国とも4割を超え、全職業に占める女性の割合よりも若干高くなっている。特に、フィリピンでは62.7%と専門的・技術的職業従事者の3人に2人弱が女性である。

次に従業上の地位からみた女性労働の現状を確認しておこう。日本やNIEs諸国のように工業化が進み、所得水準の高い国では、男女とも「雇用者」の比重が大きいものに対して、その他の国では「雇主・自営業者」(多くの場合インフォーマル・セクターと考えられる)と「無給家族従業者」の比重が大きい。特に、女性の場合は各国とも「無給家族従業者」の比重が男性に比べてかなり高い。例えば、タイの場合、男性26.3%に対して女性は54.2%が無給家族従業者として働いており、パキスタンでも男性15.6%に対して女性は47.7%、インドネシアでも男性14.1%に対して女性の44.7%となっている。その結果、全体として女性の労働力が少ないパキスタンは例外として、各国とも「無給家族従業者」の大多数は女性である。

女性は、一般に、教育水準が低いこと、家事・出産といった役割があること、社会・文化的な制約があることなどにより就業機会は限られたものとなる。その結果、賃金が比較的低い産業・職種、熟練よりも非熟練職種、フォーマル・セクターよりもインフォーマル・セクターに集中しがちであり、多くの女性労働者は法律の適用外に置かれたままになりがちである。その結果、女性の賃金は男性よりも低く、昇進の機会も乏しいなど労働条件上不利な立場におかれることが多い。アジアの場合も例外ではない。例えば、表5に示すように非農業の賃金格差(男性=100として)は、最近年でみて、シンガポール72、香港63、韓国56、日本51など、スリランカを除くとかなり低い。中でも製造業における賃金格差は、ほとんどの国で相対的に大きい。これは既に述べたように、相対的に低い賃金の業種に女性が集中している結果である。

3 経済発展と女性労働

国による差が大きいものの、アジアでも女性労働が、無給家族従業者の割合が高いことや低賃金の状態にあることなどに象徴されるように、一般に男性と比べ不利な状況に置かれていることは事実である。ただし、アジア各国を比較してみると、所得水準が高い国ほど、無給家族従業者の割合が低下し、雇用者の割合が高まってきている。こうした事実からみれば、経済発展が進むにつれて、女性の経済的貢献は社会的に顕在化してくるといえよう。ただし厳密に言えば、クロスセクションによる比較では、各国の宗教・文化など社会面での差異と所得水準の差異が一緒になってしまうため、確定的なことはいえない。そこで、データの利用可能ないくつかの国について時系列の変化をみたものが表6と表7である。表6に職業構成の変化を、表7に従業上の地位の変化を示した。

日本では1960年代の高度成長を通じて、またNIEs諸国では70年代を通じて、ASEAN諸国では80年代を通じて工業化が急速に進み、産業構造も大きく変化し、所得水準も急速に高まってきた⁷⁾。こうした点を念頭に入れて女性労働の変化をみると、各国とも経済発展に伴い、無給家族従事者のシェアは明らかに低下しており、程度は小さいものの雇主・自営業者（その多くはインフォーマルセクターに属している、あるいはそれに近い小店主などと考えられる）のシェアも低下している。

かなり長期にわたって観察できる日本を例にとってみれば、高度成長がスタートする頃の1955年では女性労働の54.3%は無給家族従事者にカウントされており、雇用者は32.7%に過ぎなかった。無給家族従事者の多くは農業部門に属していた。高度成長が終り、日本の所得水準が欧米水準に達した1975年になると、無給家族従事者の割合は27.6%に、雇用者の割合は58.6%となり、両者の比重は逆転している。そして現在では女性労働の4人に3人は雇用者で、無給家族従事者は10人に1人にまで低下している。1970年代に入ってから雇用者の伸びは、「事務職」での伸びが中心となっている。1970年から90年までに日本全体で事務職は467万人増加しているが、このうち356万人、3/4が女性の増加である。

韓国でも、無給家族従事者の割合は1966年の52.8%から93年には23.0%へと低下するなど、同様の傾向を示す。また、タイは、1990年時点でもまだ無給家族従事者の割合は54.2%と高いが、これは農業部門がいまだに多くの雇用を吸収していることによる。無給家族従事者の割合は他の国と比較すれば高いものの、1960年の81.7%、70年の76.0%、80年の68.1%へと確実に低下しているのも事実である。タイは、最近急速に工業化が進展しており、今後

さらに大きく低下することが予想される。

以上のように、各国とも経済発展の経過とともに、女性労働は確実に「近代化」しており、女性労働の貢献は社会的に顕在化してきている。ただし、日本や韓国でも男女間賃金格差は今なお大きく⁸⁾、また、行政的・管理的職業への進出度はまだまだ小さく、解決すべき問題は多い。

[注]

- 1) 国連人口基金「世界人口白書 1995」世界の動き社、27 ページより抜粋。
- 2) World Bank, World Development Report 1994 による。
- 3) 統計を利用する場合には、女性労働力の実態と労働統計との落差に注意する必要がある。その国が伝統的農業社会であればあるほど女性は男性と共に生産活動に携わるが、女性の行う家畜の世話や機織などの手仕事の多くは自家消費用であったり、収入を伴わないため、労働統計に反映されないからである。女性の労働力率は、国によって、地域によって、特に農村部において著しく低く把握されていると考えられる。
- 4) 渡辺真知子「アジアにおける人間資源開発と女性労働」アジア人口開発協会「アジアの女性労働参加と経済発展」1995、図 1 参照。
- 5) 以下の数字は、ILO, Year Book of Labour Statistics 1994, Table 5B による。
- 6) 男女合計の賃金水準によって計算した。なお衣料産業は産業分類 (ISIC) の 322、電気・電子工業は 383 をとっている。資料は、ILO, Year Book of Labour Statistics 1994, Table 17A および Table 17B による。
- 7) ASEAN 諸国といっても、マレーシアやタイの工業化が 1970 年代末には目立った動きを示しだしたのに対して、インドネシアは 80 年代後半と工業化は若干遅れてスタートしたり、政治的に不安定であったフィリピンで外資の進出に伴う工業化の進展は比較的最近のことであるなど、国によるばらつきはある。また、NIEs 諸国の中でも、韓国と台湾の工業化の進展は必ずしも同じ道をとっているわけではなく、また両国とシンガポールや香港とでも人口規模その他の条件は大きく異なり、したがって経済発展の特徴はかなり異なっている。
- 8) 賃金の男女間格差は、教育水準、勤続年数、年齢などで標準化しなければ正確な比較は不可能である点には留意する必要がある。

[資料・文献]

- ADB. 1993. Key Indicators of Developing Asian and Pacific Countries 1992.
- ILO. 1990. Yearbook of Labour Statistics - Retrospective Edition on Population Censuses 1945 89.
- ILO. 1993. Yearbook of Labour Statistics 1993.
- ILO. 1994. Yearbook of Labour Statistics 1994.
- Nuss, Shirley. 1989. Women in the World of Work - Statistical Analysis and Projections to the Year 2000, ILO.
- World Bank. 1995. World Development Report 1995
- 国際連合 1992『世界の女性 1970－1990』日本統計協会
- 国連人口基金 1995『世界人口白書 1995』世界の動き社 (UNFPA, The State of World Population 1995)
- 労働省 1994『平成6年度 働く女性の実情』(財)21世紀職業財団
- 渡辺真知子 1994「日本女性の就業行動の変化と出生動向」嘉悦女子短期大学『研究論集』1994年12月
- 渡辺真知子 1995「アジアにおける人間資源開発と女性労働」アジア人口開発協会『アジアの女性労働参加と経済発展』

< 参考 >

経済活動人口 economically active population

産業別 by industry

職業別 by occupation

専門的・技術的職業 professional, technical and related workers

行政的・管理的職業 administrative and managerial workers

事務（職） clerical and related workers

販売（職） sales workers

サービス（職） service workers

農林漁業・狩猟業 agriculture, animal husbandry and related workers

生産・運輸（職） production and related workers, transport equipment and labourers

分類不能 workers not classified by status

総数 all categories

[付表]

産業構造 distribution of gross domestic product (%)

平均寿命 life expectancy at birth (years)

乳児死亡率 infant mortality rate (per 1,000 live births)

成人非識率 adult illiteracy (%)

教育 女子の対男子 100 education females per 100 males

初等教育 primary education

中等教育 secondary education

*『世界人口白書』からの抜粋は、英文の 27 頁のボックス内の文章参照。

表1 アジア主要国の経済活動参加指標

(%)

	調査年/ 調査年齢	労働力率 (全年齢)			労働力率 (15 歳以上)			女子の割合 (対男子 100)
		男女計	男子	女子	男女計	男子	女子	
日 本	1993/15～	53.1	64.3	42.2	63.8	78.0	50.3	68
中 国	1982/15～	52.3	57.3	47.0	78.7	86.5	70.6	78
< NIEs >								
シンガポール	1993/15～	-	-	-	64.5	79.1	50.6	67
香 港	1993/15～	49.9	62.1	37.4	62.5	78.1	46.5	58
韓 国	1990/15～	-	-	-	49.9	68.3	32.6	51
< 東南アジア >								
マレーシア	1990/15-64～	37.6	48.2	26.9	59.6	77.1	42.2	55
タ イ	1990/13～	56.3	59.7	52.8	81.9	87.7	76.3	88
フィリピン	1993/10～	-	-	-	64.7	81.8	47.8	59
インドネシア	1992/10～	-	-	-	65.5	82.6	49.1	62
< 南アジア >								
スリランカ	1993/10～	41.0	54.9	27.5	56.7	76.2	37.9	51
パキスタン	1992/93/10～	28.0	46.4	8.2	49.7	83.5	14.0	16
インド	1991	37.6	51.5	22.7	-	-	-	41
バングラディシュ	1989/10～	46.9	53.2	40.2	78.6	89.1	67.4	71

出所： ILO, Year Book of Labour Statistics 1994, 1993 および Year Book of Labour Statistics 1945～89.

注： 女子の対男子割合は 15 歳以上人口。

表2 女性経済活動人口の産業構成と各産業に占める女性の割合

	総数	第1次産業	第2次産業	第3次産業					(%)
				(製造業)	(商業)	(サービス)	(その他)	失業者	
香 港	100.0	0.4	22.2	21.1	75.5	31.9	28.2	15.3	2.0
インド	100.0	57.9	5.9	5.2	7.8	1.6	5.9	0.2	-
インドネシア	100.0	53.6	13.1	12.5	30.6	19.3	10.6	0.6	2.6
日 本	100.0	6.6	25.9	21.8	64.5	26.8	26.2	11.5	2.6
韓 国	100.0	16.6	24.7	22.5	56.4	31.1	16.9	8.5	2.2
マレーシア	100.0	25.3	28.0	26.8	46.8	19.2	22.1	5.4	-
パキスタン	100.0	54.9	12.2	11.1	16.0	2.6	12.8	0.6	16.8
フィリピン	100.0	29.4	11.9	11.4	48.7	22.5	23.6	2.6	10.0
シンガポール	100.0	0.1	29.5	27.6	67.6	22.4	26.8	18.4	2.8
スリランカ	100.0	30.8	20.6	18.3	27.3	4.7	21.1	1.4	21.0
タ、イ	100.0	62.8	11.9	10.5	22.0	10.7	10.7	0.5	2.4
香 港	36.9	21.7	27.9	37.3	40.9	42.3	52.7	27.6	36.3
インド	28.6	27.2	14.8	16.4	11.9	6.7	18.1	2.6	-
インドネシア	38.2	38.6	35.5	47.0	38.3	50.4	34.0	5.8	41.9
日 本	40.5	46.0	31.4	38.2	45.2	49.6	48.8	32.8	42.8
韓 国	39.9	46.1	30.5	38.7	44.6	50.7	47.9	28.3	32.2
マレーシア	35.5	34.5	36.1	47.7	35.7	37.5	39.5	23.1	-
パキスタン	14.2	17.5	9.3	13.7	7.4	2.9	14.7	1.5	38.0
フィリピン	37.2	26.2	31.2	46.2	51.4	65.8	56.4	13.9	41.8
シンガポール	40.2	8.7	36.0	42.3	42.5	40.5	51.3	35.6	42.3
スリランカ	33.9	31.5	38.7	54.5	28.6	17.0	39.7	10.1	51.3
タ イ	46.9	47.4	40.8	49.9	48.2	53.8	51.9	10.6	51.1

資料： ILO, Year Book of Labour Statistics 1993 および 1994.

注：

- 1) 総数は分類不能を含む。
- 2) その他第3次産業は、運輸通信業、金融業、事業サービスを含む。
- 3) 各国の調査年次と対象年齢は次のとおり。香港：1993/15歳以上、インド：1991/5歳以上、インドネシア：1992/10歳以上、日本：1993/15歳以上、韓国：1993/15歳以上、マレーシア：1990/15～64歳、パキスタン：1992/93/10歳以上、フィリピン：1993/15歳以上、シンガポール：1993/15歳以上、スリランカ：1993/10歳以上、タイ：1990/13歳以上。

表3 女性経済活動人口の職業構成と各職業に占める女性の割合

(%)

	総 数	専門的・ 技術的職業	行政的・ 管理的職業	事 務	販 売	サービス	農林漁業 ・ 狩猟業	生産 運輸	失業者
バングラデシュ	100.0	1.5	0.04	0.4	0.6	3.2	89.4	3.7	1.1
香 港	100.0	10.7	2.3	35.8	11.9	23.5	0.4	13.5	2.0
インドネシア	100.0	4.3	0.1	2.9	18.7	6.6	47.5	15.8	3.0
日 本	100.0	11.9	0.8	27.8	13.6	11.9	6.4	24.5	2.6
韓 国	100.0	9.2	0.2	14.1	17.1	17.3	17.8	22.2	2.1
マレーシア	100.0	10.2	0.7	14.2	10.8	14.0	25.1	25.1	-
フィリピン	100.0	8.8	1.1	6.0	22.2	11.9	29.3	10.6	10.0
シンガポール	100.0	4.3	5.3	14.0	26.4	13.5	0.03	33.5	2.8
スリランカ	100.0	13.1	1.0	4.5	0.0	5.8	23.6	30.6	21.0
バングラデシュ	41.4	22.8	5.1	7.6	3.3	46.4	50.7	14.5	37.5
香 港	36.9	41.8	18.3	64.1	32.8	46.3	22.5	16.2	36.3
インドネシア	35.8	42.9	10.6	21.4	48.2	57.9	34.9	26.2	41.9
日 本	40.5	41.8	8.5	60.6	38.5	54.3	45.1	29.0	42.8
韓 国	40.1	45.7	4.0	40.4	47.3	61.8	46.0	27.3	34.7
マレーシア	35.5	46.6	12.1	51.5	33.7	43.5	34.0	28.4	-
フィリピン	37.2	62.7	33.7	56.7	67.5	56.1	26.3	20.7	41.8
シンガポール	40.2	16.9	35.8	41.2	74.3	41.3	9.3	37.3	42.3
スリランカ	33.9	45.0	24.6	40.7	-	20.2	30.3	31.5	51.3

資料： ILO, Year Book of Labour Statistics 1993 および 1994.

- 注： 1) 総数は分類不能を含む。
 2) スリランカのサービスは販売を含む。
 3) 各国の調査年次と対象年齢は次のとおり。バングラデシュ：1989/10 歳以上、香港：1993/15 歳以上、
 インドネシア：1990/10 歳以上、日本：1993/15 歳以上、韓国：1992/15 歳以上、マレーシア：1990/15～64 歳。
 フィリピン：1993/15 歳以上、シンガポール：1993/15 歳以上、スリランカ：1993/10 歳以上。

表4 女性経済活動人口の従業上の地位構成と
各地位に占める女性の割合

	(%)				
	総 数	雇 主・ 自営業者	雇 用 者	無給家族 従業者	分類不能
香 港	100.0	3.2	92.9	2.0	2.0
インドネシア	100.0	28.7	24.0	44.7	2.6
日 本	100.0	9.4	74.9	12.8	2.9
韓 国	100.0	18.4	56.3	23.0	2.3
マレーシア	100.0	16.3	64.7	18.9	-
パキスタン	100.0	13.0	22.5	47.7	16.8
フィリピン	100.0	29.7	39.7	20.6	10.0
シンガポール	100.0	5.1	90.3	1.8	2.8
スリランカ	100.0	14.5	53.6	11.0	21.0
タ イ	100.0	17.7	24.7	54.2	3.4
香 港	36.9	11.5	39.4	86.8	36.3
インドネシア	38.2	25.4	32.0	66.2	41.9
日 本	40.5	30.9	38.6	82.1	42.3
韓 国	39.9	26.7	37.9	88.5	32.3
マレーシア	35.5	24.6	34.8	64.7	-
パキスタン	14.2	4.5	9.9	33.5	38.0
フィリピン	37.2	30.2	36.4	54.8	41.8
シンガポール	40.2	16.6	43.2	82.9	42.3
スリランカ	33.9	18.2	34.6	55.8	51.3
タ イ	46.9	27.6	41.9	64.5	55.1

資 料： ILO, *Year Book of Labour Statistics* 1993 および 1994.

注： 各国の調査年次と対象年齢は次のとおり。

香港 1993/15 歳以上、インドネシア 1992/10 歳以上、日本 1993/15 歳以上、
韓国 1993/15 歳以上、マレーシア 1990/15～64 歳、パキスタン 1992/93/10 歳以上、
フィリピン 1993/15 歳以上、シンガポール 1993/15 歳以上、スリランカ 1993/10
歳以上、タイ 1990/13 歳以上。

表5 男女間賃金格差（男子＝100）

	年 次	農 業	非農業	製造業
香 港 *	1985	-	77	79
	1990	-	70	69
	1991	-	69	69
	1992	-	68	69
	1993	-	63	66
日 本	1985	77	52	42
	1990	76	50	41
	1991	76	51	43
	1992	76	-	44
韓 国	1985	72	48	47
	1990	71	54	50
	1991	-	55	51
	1992	-	56	52
シンガポール	1990	91	71	55
	1991	-	72	56
	1992	-	71	56
	1993	-	72	57
スリランカ	1985	88	76	70
	1990	92	90	88
	1991	100	89	75
	1992	89	93	88
	1993	88	96	88
タ イ	1989	-	68	66

資 料： ILO, Year Book of Labour Statistics 1994.

注： 所得額ベース。 *印は賃金率ベース。

表6 女性の職業別就業構造の変化

(%)

		総 数	専門的・ 技術的職業	行政的・ 管理的職業	事 務	販 売	サービス	農林漁業 ・狩猟業	生産・運輸
香 港	1984	100.0	7.5	1.2	23.7	8.6	15.1	1.1	42.7
	1990	100.0	9.3	1.9	33.8	10.9	19.7	0.7	23.7
	1993	100.0	11.0	2.3	36.5	12.1	24.0	0.4	13.8
日 本	1984	100.0	10.5	0.6	24.6	14.3	11.8	10.7	27.2
	1990	100.0	11.4	0.7	27.4	14.2	11.4	8.4	26.0
	1993	100.0	12.3	0.8	28.5	14.0	12.2	6.6	25.2
韓 国	1984	100.0	4.7	0.1	9.9	18.0	16.3	30.0	21.0
	1990	100.0	7.5	0.1	12.8	16.9	16.7	20.4	25.6
	1993	100.0	9.5	0.2	15.5	18.7	18.8	16.9	20.3
マレーシア	1984	100.0	8.9	0.6	13.9	10.2	13.7	34.6	18.2
	1990	100.0	10.2	0.7	14.2	10.8	14.0	25.1	25.1
フィリピン	1984	100.0	10.7	0.7	5.9	22.7	13.2	35.3	11.4
	1990	100.0	10.8	0.9	6.6	24.2	14.8	31.0	11.3
	1993	100.0	9.8	1.2	6.7	24.6	13.2	32.5	11.8
パキスタン	1984	100.0	5.6	0.2	0.6	1.2	4.5	75.0	12.8
	1990	100.0	6.0	0.3	0.9	2.1	3.8	72.2	14.8
	1992	100.0	7.1	0.2	1.0	2.8	5.4	65.9	17.6

資料： ILO, Year Book of Labour Statistics 1994.

注： 就業者総数における構成比。総数は分類不能を含む。

表7 女性の従業上の地位構成の変化

						(%)
	調査年次 /対象年齢	総 数	雇主・ 自営業者	雇用者	無給家族 従業者	分類不能
日 本	1955/15～	100.0	11.5	32.7	54.3	1.4
	1960/15～	100.0	13.5	41.5	44.3	0.6
	1965/15～	100.0	12.0	48.6	38.1	1.3
	1970/15～	100.0	13.8	52.6	32.4	1.2
	1975/15～	100.0	11.8	58.6	27.6	2.0
	1980/15～	100.0	11.3	62.6	24.1	2.0
	1985/15～	100.0	10.0	68.3	19.0	2.8
	1993/15～	100.0	9.4	74.9	12.8	2.9
韓 国	1966/14～	100.0	20.4	21.5	52.8	5.3
	1970/14～	100.0	17.4	29.6	51.4	1.7
	1975/14～	100.0	16.5	29.6	50.2	3.8
	1980/14～	100.0	18.5	34.8	40.0	6.7
香 港	1993/15～	100.0	18.4	56.3	23.0	2.3
	1971/10～	100.0	5.5	85.9	4.0	4.5
	1976/14～	100.0	5.2	86.3	4.8	3.7
	1981/15～	100.0	4.4	89.0	2.9	3.7
	1986/15～	100.0	5.5	86.7	3.6	4.2
タ イ	1993/15～	100.0	3.2	92.9	2.0	2.0
	1960/11～	100.0	11.2	6.5	81.7	0.6
	1970/11～	100.0	12.0	10.4	76.0	1.6
	1980/11～	100.0	14.1	15.1	68.1	2.7
フィリピン	1990/13～	100.0	17.7	24.7	54.2	3.4
	1960/10～	100.0	25.9	31.2	32.3	10.6
	1970/10～	100.0	23.3	41.0	27.0	8.6
	1975/10～	100.0	22.5	46.9	15.0	15.6
	1993/15～	100.0	29.7	39.7	20.6	10.0

資 料： ILO, Year Book of Labour Statistics 1994 および 1945-89.

付表 主要基礎指標 (1993 年)

	人口 (年央) 100 万人	一人当り GNP ドル	産業構造 (GDP 構成比、%)				平均寿命 (歳)			乳児死亡率 (対出生千)	TFR	成人非識字率 (女子、%) 1990	女子の対男子 100	
			第一次 産 業	第二次 産 業	製造業	第三次 産 業	女 子	男 子	男女差				初等教育 1992	中等教育 1992
世 界	5,501.5	4,420					68	64	4	48	3.2			81
高所得地域	812.4	23,090					80	74	6	7	1.7		95	98
低・中所得地域	4,689.0	1,090					66	63	3	55	3.4			78
東アジア・太平洋	1,713.9	820	17	41	30	41	70	66	4	36	2.3	34	89	78
南アジア	1,194.4	310	30	26	17	44	60	60	0	84	4.0	69	73	56
日 本	124.5	31,490	2	41	24	57	83	76	7	4	1.5	*	95	99
香 港	5.8	18,060	0	21	13	79	82	76	6	7	1.2			
韓 国	44.1	7,660	7	43	29	50	75	68	7	11	1.7	7	94	88
台 湾	22.4	9,060	4	42	34	54								
中 国	1,178.4	490	19	48	38	33	71	68	3	30	2.0	38	87	76
モンゴル	2.3	390	21	46		33	65	63	2	58	3.5			
シンガポール	2.8	19,850	0	37	28	63	78	73	5	6	1.7	*		
マレーシア	19.0	3,140	17	44	29	39	73	69	4	13	3.5	30	95	105
タ イ	58.1	2,110	10	39	28	51	72	66	6	36	2.1	10	95	97
フィリピン	64.8	850	22	33	24	45	69	65	4	42	3.9	11		
インドネシア	187.2	740	19	39	22	42	65	61	4	56	2.8	32	94	81
ミャンマー	44.6		63	9	7	28	60	57	3	82	4.1	28		96
ラオス	4.6	280	51	18	13	31	53	50	3	95	6.6		77	62
ベトナム	71.3	170	29	28	22	42	68	63	5	41	3.8	16		
スリランカ	17.9	600	25	26	15	50	74	70	4	17	2.4	17	93	105
パキスタン	122.8	430	25	25	17	50	63	61	2	88	6.1	79	52	41
インド	898.2	300	31	27	17	41	61	61	0	80	3.7	66	74	58
バングラデシュ	115.2	220	30	18	10	52	56	56	0	106	4.3	78	81	49
ネパール	20.8	190	43	21	9	36	54	55	-1	96	5.3	87	62	
U A E	1.8	21,430	2	57	8	40	76	73	3	18	4.2		93	105
クウェート	1.8	19,360	0	55	9	45	77	73	4	17	3.1	33	96	97
サウジアラビア	17.4						72	69	3	28	6.3	52	88	79
オマーン	2.0	4,850	3	53	4	44	72	68	4	29	5.4		90	89
イラン	64.2		24	29	14	47	68	67	1	35	4.9	57	89	78
トルコ	59.6	2,970	15	30	19	55	69	65	4	62	3.3	29	89	64
ヨルダン	4.1	1,190	8	26	15	66	72	68	4	27	5.1	30	96	117
イエメン	13.2		21	24	11	55	51	50	1	117	7.5	74		

出所: World Bank, World Development Report 1995.

注: 1) 記載のない場合は、1993 年数字。

2) マレーシアの産業構成比は 1991 年時の数値 (1987 年固定価格、ADB, key indicators 1992 による。)3) 台湾については 1991 年の数値 (ADB, Key Indicators 1992 による。)

4) * 印は、5%未満。

第4章 エンパワーメントと健康

日本大学医学部助教授
横山英世

はじめに

カイロ会議を受けて、世界人口白書（1995）¹⁾は「女性のエンパワーメント」について、多くの説明と提言を行っている。また、国際人口開発会議（ICPD）行動計画は、女性のエンパワーメントによる政治的・社会的・経済的地位と健康状態の向上は、それ自体が重要な目的であるばかりか、持続可能な開発の達成にとって肝要であると述べている。つまり、世界人口増加の抑制の切り札は女性のエンパワーメントとリプロダクティブ・ヘルスとライツの向上であることを中心課題に取り上げたものであった。

また、今年9月に北京において第4回国連女性世界会議が開催されたが、女性のエンパワーメントはその主な議題の一つになっている。「行動綱領」の戦略目標と行動で「健康」については、女性の性と生殖に関する権利の確保。自らの性に関する事柄を自由に決定する権利は女性の人権の一部である。とする内容を採択している。

「女性のエンパワーメントと健康」を考えると、女性のエンパワーメントすべき事柄は女性の出生から死亡に至る全生涯の中で種々の場面で現れる。女性の人生のライフサイクルのそれぞれ場面に応じた健康のエンパワーメントの必要性がある（表1）。

この中で、特に開発途上国の女性においては健康のエンパワーメント（健康力²⁾）のためにはリプロダクティブ・ヘルスとライツの向上が、最優先課題の一つである。

世界のリプロダクティブ・ヘルスの現状を世界人口白書¹⁾でかいまみると、3億5000万組の夫婦が効果的な避妊法を利用することができない状態に置かれている。毎年4000万件を超える人口妊娠中絶が行われ、安全でない状態で行われているのは2000万件である。それによる合併症で20万人が死亡している。毎年50万人の女性が妊娠中や出産時に死亡しており、この99%は途上国で起きている。途上国の再生産年齢の女性の死因のトップが妊娠、出産、あるいは危険な中絶処置による合併症である。このように女性のリプロダクティブ・ヘルスのなかでも世界の母性保護の現状は深刻で悲惨に満ちたものである。

母性保護の指標としての妊産婦死亡率は次第に改善しているが、概して乳児死亡に比べ、後まわしされるか無視されがちな分野である。日本は、総じて西欧諸国並の健康水準の改善をもたらしたと思われる。特に乳児死亡率でみる限り、世界でも最も低率国のグループに属する水準に到達した。しかし、後述する様に妊産婦死亡率や満28週以後の死産比は西欧諸国に比べるとまだ高いのが現状である。

本稿では、日本の母子保健対策の歩みと、やや足踏みしている母性保健の現状を見据えながら、アジアにおける日本の位置づけと役割を模索することにする。

1 女性のエンパワーメントに関する健康指標 ーアジアの女性の平均寿命ー

世界のほとんど大多数の国々において、女性の平均寿命は男性より長い。しかし、一部の国々においては、ほとんど差がないか逆転すらしている。

この現象について、多くの研究や報告がある^{3) 4) 5)}。黒田³⁾によれば、「女性の地位がどのように劣悪であり、また改善されているかを示す1つのすぐれた指標は平均寿命であり、バングラデシュやネパールの女性の平均寿命が、男性よりも長いと言う本来の女性の長寿を実現するに至っていない。これは女性の地位の改善が尚遅れていることを示唆している」と述べている。実際、ほとんどの国で女性の平均寿命は男性より長いが、1980－85年のバングラデシュ、インド、モルディブ、ネパールの女性の平均寿命は男性より短い。1990－95年にはバングラデシュ、インドで男女差がなくなっているが、モルディブ、ネパールでは女性の平均寿命はいまだに短い。この地域では、色々な要因があるが、一つには家長父系家族の伝統が強く、男尊女卑の風習が強いことを挙げている報告⁴⁾や、南アジアでの女性の寿命が相対的に短い背景としては、多産であること、栄養状態や医療へのアクセスが男性と比べて劣っていることなど、女性の生活環境にネガティブな要因が多いことを原因とする報告⁵⁾もある。

アジア諸国のいくつかでは、娘よりも息子に対する選択傾向が強く、人生の早い段階から性差別が始まる。たとえば、子供の栄養摂取量をみると、男子に比べて女子の方が少ない。また、先進諸国では、5歳未満の男児の死亡率は女児よりも高いが、これらの国では女児の方が死亡するリスクが高くなっている。女子への差別については世界人口白書(1989)⁶⁾のコラムにインドのグジャラート州の村では生後1ヶ月以降の死亡41人のうち27人が女子で、何の治療も受けずに死亡している悲惨な実例が述べられている。

SEAMICのデータ⁷⁾に基づいて、アセアンの平均寿命の男女差をみると、ブルネイ(1986)では平均寿命は男性で70.1、女性で72.7歳(差は2.6歳)である。一方インドネシア(1992)では男性で60.4歳、女性で64.2歳(差は3.8歳)である。フィリピン(1991)では男性で62.9歳、女性で67.4歳(差は4.6歳)である。ブルネイでは男女差が少なくても、平均寿命は良好である。そこで、アジア全体の傾向を見るために世界人口白書(1995)¹⁾のデータを基にして、アジアの34ヶ国の平均寿命の男女差やその他の指標相互の相関係数を算出して表2に示した。平均寿命の男女差(女－男)と乳児死亡率は負の相関(-0.96 : $p < 0.01$)、妊産婦死亡率は負の相関(-0.70 : $p < 0.01$)を示し、1人当たりGDPとは正の相関(0.50 : $p < 0.05$)を示した。これらの結果を図1に平均寿命の男女差と乳児死亡率との関係として示した。同様に妊産婦死亡率との関係を図2に示した。平均寿命の男女差は乳児死亡や妊産婦死亡と密接な関連があることが示唆される。しかし、これらの要因だけで、平均寿命の男

女差を説明できるわけではない。母子の健康水準が男女差に要約されたとみるべきである。ちなみに、5歳未満の幼児の死亡率（女）とは負の相関（ -0.798 ： $p < 0.01$ ）があり、初等教育就学率においては女性の方が男性より相関する傾向が見られることは興味深い。

このように、平均余命からみた健康水準の国際比較によって各国の現状をうかがうことができる。しかし、死亡データは最も国際比較に耐えるデータではあるものの、調査年次の違い、診断基準の違いや原死因の選択に多くのバイアスが混入しがちである。更に、出てきた結果の解釈には、その地域の文化に対する深い洞察がないと誤った解釈をしかねない落とし穴が待ち受けている。

2 日本における母子保健の歩みと制度

日本における母子保健はほとんど行政の主導によって推進されてきた。日本の母子保健の水準を乳児死亡率でみると、乳児死亡率は1900年頃は出生1,000対170位であった。1916年に保健衛生調査会が設置され、母子衛生に関する実態調査を数年間にわたって行っている。その後、地方自治体や民間で妊産婦に対する巡回産婆や産院、乳児院などが序々に普及した。画期的なことは保健指導の中核として保健所が位置づけられ、保健所法が制定（1937年）され、母子衛生が結核と並んで中心事業となった。日本において母子保健事業を展開するために、この保健所の設置は極めて大きな役割を果たしたと言われている。またほぼ同時に、1937年、1938年に母子保護法、社会事業法が制定され、母子保護が公衆衛生と社会福祉の両面から支えられることになった。

ここで特筆すべきことは、1934年に皇太子（現天皇）ご誕生を記念して恩賜財団母子愛育会が設置された。その事業として1936年以降、母子衛生地域組織として「愛育村事業」が行われ、我が国の農村における母子保健の改善に大きく貢献することになった。この事業では早くから単に出産時の保健対策だけでなく「周産期」の対策の重要性を指摘する先見性があった。

日本は当時第二次世界大戦前夜で、国家の兵力増強の目的とあいまって乳幼児の健康診査や保健指導が行われた。1932年には妊産婦手帳（母子健康手帳の原型）が考案された。この母子健康手帳については後述するが、日本で独自に考案されたものであって、母子の保健指導に果たした役割は極めて大きい。

第二次世界大戦のあとは、日本の母子保健行政は占領軍総司令部（GHQ）の指示によって、大きく発展した。そのなかには、妊産婦・乳幼児の保健指導（1948年）、未熟児対策（1958年）、母子健康センターの設置（保健指導と助産施設がある）（1958年）、新生児訪問指導（1951

年)、三歳児健康診査(1951年)、妊娠中毒症対策(1961年)、母子栄養強化対策(1965年)がある。これらの保健・福祉対策が実施されてきた結果、戦前とは比較にならないほど乳児死亡率は大幅に改善され、妊産婦の死亡も次第に減少してきた。

しかし、乳児死亡は大幅に改善したものの、周産期死亡の妊娠28週以後の死産比が高いことや、妊産婦死亡が先進諸国に比べ高いなどの、未だ改善の余地があり、妊産婦のみならず婦人の健康管理を含めた一貫した母性保健対策が要望されるようになった。このような事情を背景に母子保健法(1965年)が制定され、総合的な母子保健対策が推進されてきた。その後、児童福祉法の制定(1977年)、母子衛生対策要綱(1978年)が定められ、今日の母子衛生施策の基本となる多くの事業が実施されることとなった。この時期、日本は丁度、高度経済成長の波に乗って、経済力が著しく伸び、それを背景にほとんどすべての健康指標が著しく改善した。保健所や母子保健センター、市町村保健センターにおいて、妊娠から出産後にも子供の成長の各時期における健康診査や保健指導などの極めてきめ細かい母子対策が実行されてきた。

現在は、出生率の著しい低下に伴って、母子保健対策も国からより地域に密着した形で展開するため、昨年法改正を行っている。また、日本社会の変容は核家族に伴う育児不安や女性の社会進出にともなう妊婦の高齢化や育児環境の変化に対応するための諸政策の整備の必要性に直面している。

3 日本の母子保健の問題点 —特に妊産婦死亡の問題—

(1) 日本の妊産婦死亡の現状と問題点

世界の多くの国において、妊産婦死亡が未だに高いことは悲惨である。先進国と途上国との格差は乳児の健康指標よりも妊産婦の健康指標においてははるかに大きいと言われている。妊産婦死亡は、一般に乳児死亡より鋭敏にその国の社会経済要因の影響を受けるとする報告⁸⁾もある。

日本は、乳児死亡率の減少は顕著で、世界でも最も低いグループに所属している。しかし、母性の健康をみると未だに課題が残っている。日本の妊産婦死亡率は1899年の記録では出生10万対449.9であった。以後、減少の一途をたどっており、1965年に87.6となり、1993年の妊婦死亡率は7.7と低下した⁹⁾(表3)

しかし、いわゆる西欧諸国との比較では、まだ高い値を示している。カナダ2.9(1991年)、スウェーデン3.2(1990年)、オーストラリア3.5(1992年)などに比べて高い値である⁹⁾(表

4)。

妊産婦死亡を防ぐためには、妊娠してからのケアだけでなく、幅広いリプロダクティブ・ヘルスの水準の向上が必要である。日本において、「児」に比べ、「母性保護」の視点が無いがしろにされていることはなかっただろうか。ここで自らの足下を見つめなおす必要がある。

日本では、1967年まで（ICD-6，ICD-7）は妊産婦死亡の原因は妊娠中毒症、出血および子宮外妊娠、産褥熱、流産後死亡の順であったが、1968-78年（ICD-8）ではほぼ同様で、妊娠中毒症、出血、子宮外妊娠、敗血症の順である。1979年から（ICD-9）は直接産科的死亡と間接産科的死亡に分けられるが、1993年では直接産科的死亡は90.1%で内訳は、分娩前出血（19.8%）、産科的肺栓塞（15.4%）、分娩後異常出血（9.9%）、高血圧（6.6%）、子宮外妊娠（5.5%）の順である¹⁰⁾。

原疾患では肺栓塞の増加傾向が著明である。分娩前・後の異常出血が直接産科死亡原因のほぼ1/3を占めていることから出血対策が重要である。母体死亡の予防対策を目的として、これら出血多量例の検討結果（1990-1992）をみると、高齢妊婦の頻度が高く35歳以上が36.2%と多い。また初産より経産婦に多い。といった傾向が見られる¹¹⁾。

このように、日本では高齢妊産婦や多産婦の死亡率が高く、またそれらの集団では妊娠と分娩の管理が不十分になっている可能性がある。多産のリスクは初産同様に高いことの啓発が必要である。35歳以上の妊産婦の原因別相対危険度（20歳代の妊産婦死亡率を基準とした場合）は出血が14.1、妊娠中毒症は7.2（1985年）であり、日本では出血による死亡の危険が高く、その改善傾向が鈍化していることは問題であるとする指摘もある¹²⁾。

日本の妊産婦死亡の特徴を欧米と比較した研究¹³⁾では日本では間接的産科死亡が約10%であるのに対し、欧米では過半数を占めている。これを直接的産科死亡だけを考えると、更に欧米との格差は拡大することになる。但し、欧米のみならず途上国との比較においても死亡診断書の記載方法や死因の選択方法など、原則は同じであるはずであるが、単純に比較できない点が多々あると思われる。つまり、妊産婦死亡の国際比較の問題点として、まず妊産婦死亡が、各国で同じものであるかどうかの問題がある。医師の死亡診断書の記載方法の偏りによって合併症を原死因に取り上げる傾向はないか。直接的産科死亡と間接的産科死亡の内訳の区分が国によって異なることはないか。ICD実施の時期の問題が国によって必ずしも一定でない。など、いくつかの問題を明確にしなければならない。

これらの研究を進めるに当たって、日本は死亡情報（死亡診断書）がすべて国の管理のもとに置かれ、指定統計として法律によって使用目的が厳しく制限され、民間では研究目的のためにはほとんど使用できないことになっており、妊産婦死亡¹⁴⁾のみならずすべての死因分析の研究の足枷になっている。日本はプライバシー保護の名の下で著しく情報公開が遅れている。

(2) 日本の妊産婦死亡率の改善のために

日本における妊産婦死亡率が高い理由について、その要因の解明は未だ十分に進んでいない。妊産婦死亡率の改善のためには妊婦側の意識の向上、医療側では保健指導の徹底、技術の向上・医療体制の整備によって、今後まだ減少が期待できるとする意見がある反面、現在の日本の医療システムではこれ以上の改善はなかなか望めないとする意見もある。後者では日本の医療制度の構造的な問題、つまり、日本の医療制度では個人開業医でもハイリスク分娩を抱え込む傾向があるのではないかと、また、緊急時の入院体制が不備のためではないかと考えられる。母体救急が組織的に有効に機能しているかの調査では、現状に満足しているのは31.9%にすぎない¹⁵⁾。このように我が国の医療制度のみならずハイリスク妊婦の搬送体制、分娩管理の医療技術システムの遅れを指摘する意見が多い。

その他に、日本において妊産婦死亡が高い理由について、精神・心理的な配慮の欠如が大きいのではないかと、特に、妊産婦死亡の原因の多くが大量出血にあることはそれを支持する。という報告¹⁶⁾もある。つまり、分娩時のエモーショナル・サポートへの配慮の低さが欧米との差であるとしている。しかし、途上国の多くの国においては、エモーショナル・サポート以前の問題が山積している。

今後、我が国では女性の社会進出にともなって、晩婚化が進み、出産年齢の上昇が予想される。妊産婦死亡率は35歳以降に高率になるので、高齢初産に対する最善な分娩確保のための体制づくりが益々望まれることになる。

更に、妊産婦死亡率の低下に向けて、考えられる具体的対策¹⁷⁾で指摘されているものをまとめると、(1) 母体の出血などの緊急時に対応するシステムの整備、例えば周産期集中治療管理室(PICU)の整備。(2) 非緊急時の産婦人科医療体制などの整備と充実。(3) 妊婦健康診査などの徹底と充実。(4) 母体保護の推進、健診の非受診者などに対する地域の特性に応じた母性保護のための啓発。(5) 妊産婦死亡に関する常時監視と届け出の体制の整備、などがある。

4 日本の乳児死亡率の推移と問題点

日本の乳児死亡率は、明治、大正時代までは出生1,000対140～180と、現在の途上国と同様に高値であった。しかし、日本では明治5年(1972)に学制が公布され、小学校への就学率は明治時代末期にはまがりなりにもほぼ90%に達し、国民の識字率は高かった。その教育レベルの高さは国づくりのためのみならず、母子の健康水準を上げ、乳児死亡率の低下に寄与することになったと言われている。

日本の乳児死亡率は1918年の188.6を最高に、栄養状態や生活環境の改善に伴って、減少して、第2次世界大戦前の1940年に100以下となり、戦後の1947年には76.7と減少している。更に、戦後には米国式医療の導入によって、呼吸器系や消化器系による感染症の死亡は激減した。健康診査や保健指導をはじめとする母子保健対策を推進した結果、1993年には4.3に低下している。しかし、日本の乳児死亡率が減少する過程の中で、抗生物質や予防接種が普及するはるか前に、結核や肺炎等の感染症での死亡が激減している¹⁸⁾。即ち、栄養状態や居住環境の改善が、母児ともに抵抗力を上昇させ、乳児死亡のみならず全体の死亡率の低下をもたらしていることが推測できる。同時に教育水準の高さによる衛生知識の普及が、狭い国土と相まって、大きな効果をあげたことが推測される。

かつてイングランドウェールズにみられた結核死亡率の減少は近代医療の恩恵を受ける以前から既に始まっているという報告¹⁹⁾はまさにこれらの現象を裏付ける。日本においても同様の検討がなされており、乳児期固有の病気や先天異常による死亡の低下の大半が有効な医療技術の出現する以前におこっている。1920-1980年の間の死亡率の低下のうち有効と思われる医療技術の輸液療法や呼吸管理法が普及したのは1960年以降で、その後の低下分は全体の20%程度である²⁰⁾²¹⁾。従って、現在の開発途上国でも乳児死亡率を下げる第一の対策は、如何に国民の教育水準を上げるかにかかっている。

先進諸国との比較で日本の特徴には次のものが挙げられる。①35歳以上の高齢出産の少なさ、②先天異常児の少なさ、③乳児突然死症候群の少なさ、④28週以後の死産比の大きさ、などである。しかし死産比は従来言われていたほどではなくなっている。満期産で出生した場合には、日本の現状では早期新生児死亡を死産とすることはほとんど有りえない。むしろ500g程度の超低出生体重児の生産の場合、医師が救命できないと判断して死産として処理する可能性などが危惧される。

近年、未熟児・新生児の医療体制が整備されてきている。その中で新生児医療の歴史的トピックスをあげると²²⁾、大病院において組織的な未熟児養護が開始されたのは1950年頃からである。1958年に未熟児養育医療が開始され、未熟児搬送が開始された。人工喚気(CPAP)を中心とする新生児集中治療、1987年から治療成績に画期的に向上させたサーファクタントの臨床応用の開始がある。今後は超未熟児や最重症児を入院させる3次NICUでの医療システムの整備が進められていくだろう。

5. 母子健康手帳の役割

我が国の母子保健で重要な役割を担っているのが、母子健康手帳の制度である²³⁾。近年、

日本における周産期医学の発展は、周産期死亡率を確実に低下させているが、これは周産期医療、特に妊産婦管理法の向上に負うところが大きく、とりわけ、日本独自の「母子健康手帳」の普及は、妊産婦自身の母性意識を向上させる目的と、一方で、定期的妊婦健診で異常を早期に発見し、妊娠中毒症をはじめとする周産期疾患の発症・増悪を未然に防ぐ目的などに、多くの効用があることが知られている²⁴⁾。

(1) 母子健康手帳の歴史

1942年に兵力の養成には健康な母体の管理が必要であるとの認識で「妊婦届出制」が「妊産婦手帳制度」として始まった。1965年には「母子保健法」の制定で名称が「母子健康手帳」になり、内容の改正を経て現在の「母子保健手帳」となっている。

母子健康手帳は、法で定められており、妊娠届時に市区町村で交付される。母子健康手帳の内容は、記録と情報の2つの部分からなり、記録の様式は、省令によって定められている。従って、日本国内共通で、どこへ移動してもそのまま同じ手帳を継続して使用できる。記録の部分は、妊娠の経過と出産、子の発育や発達、子の予防接種の記録からなり、妊娠から子が就学するまで（6歳になるまで）を記録できる手帳である（図3）。

(2) 母子健康手帳の内容

母子健康手帳の記録の部分は膨大であるが、(表5)に示す。母子健康手帳の情報の部分は、市区町村で実際に行っている内容を記載してある。この母子健康手帳はほとんど当初から変わっていない。従って検査項目の意義や有用性は新しい技術の導入などにより、若干異なったものになっており、今後時代の変化に対応させていかなければならない²⁵⁾。

6. 結語にかえて

リプロダクティブ・ヘルスが求めることとして、ICPD行動計画では、「すべての国はなるべく早く、遅くとも2015年までに、プライマリ・ヘルスケア・システムを通じてすべての必要とする年齢の人がリプロダクティブ・ヘルスを受けられるように努力すべきである」と述べられている。

その中に、プライマリ・ヘルスケアとしてのリプロダクティブ・ヘルスの具体的事例が多数挙げられている。これらを推し進めるためにはプライマリ・ヘルスケア同様、国際的な戦略が必要になる。あらゆる戦略の中で、教育戦略が女性のエンパワーメントを高めることは議論の余地がない。

この小文の最後に、日本が途上国に貢献できる「教育」の国際戦略の可能性を模索することにする。1つは、今後プライマリヘルスケアを担う人材の養成である。中国における裸足の医者にみられるような政策論である。たとえば伝統的出産助産者の再教育と活用による破傷風や産褥熱を防ぐための技術と衛生教育の推進²⁶⁾である。2つは、地域住民が参加する保健活動の推進である。日本は、かつて前述の愛育班活動が農村において著しい成果を挙げた。韓国でも Mothers Class、インドネシアでもボシュアンドウと呼ばれる組織が成果を挙げていると言われる²⁶⁾。これらの組織作りの支援である。3つは、全体の識字率を上げる教育水準の向上に拘わることである。アジア諸国は小学校就学率の高い国が多く、今後の母子保健向上は多いに期待できるとする意見もある²⁷⁾。実際、途上国における就学率は上昇し、6－11歳の就学率は51%（1970年）から68%（1985年）に上昇している。しかし、平均値をみるだけではわからない男女差や地域内格差に留意しなければならない。

日本が協力すべき部面はプライマリヘルスケアを通じた支援で、電気の無いところで使えない分娩監視装置や超音波診断装置によるハイテクノロジーの援助ではなく、地味で時間のかかるいわば、ロウ・テクノロジー（ハイテクの対として）²⁸⁾である「教育」面の協力である。

参考文献

- 1) The State of World Population 1995, United Nations Population Fund.
- 2) [注] 黒田俊夫先生は、健康のエンパワーメントを、女性の経済力や政治力などと同様に、女性の「健康力」と表現されている。
- 3) 黒田俊夫：「人口と開発」論の最後の挑戦－女性の復位－、アジアの女性労働力参加と経済発展－21世紀の戦略－、アジア人口開発協会。人口と開発シリーズ19、p 9－15 1995年
- 4) 河野重果：女性の地位と人口問題－人口と開発－、アジア人口開発協会。人口と開発シリーズ18、p 45－56 1994年
- 5) 渡辺真知子：アジアにおける人間資源開発と女性労働、アジアの女性労働力参加と経済発展－21世紀の戦略－、アジア人口開発協会。人口と開発シリーズ19、p 109－125 1995年
- 6) The State of World Population 1989, United Nations Population Fund
- 7) SEAMIC HEALTH STATISTICS 1993, Southeast Asian Medical Information Center International Medical Foundation of Japan. SEMIC Publication No. 71
- 8) Hogberg U. et al: The Demography of Maternal Mortality. Int Gynaecol Obstet, 1985; 23: 489 - 497.
- 9) 国民衛生の動向 1995年版 42(9) 厚生統計協会

- 10) Maternal and Child health Statistics of Japan, Ministry of Health and Welfare, Japan, 1994
- 11) 武田佳彦、高木耕一郎：ハイリスク妊娠、分娩と妊産婦死亡 予防・対策、産婦人科の実際、41（13）2061－2064, 1992
- 12) 安川隆子、林 謙治：我が国の妊産婦死亡率と生物学的因子との関連、公衆衛生院報告、30（1）、11－19, 1990
- 13) 安川隆子、西田茂樹、林 謙治：我が国の妊産婦死亡率の動向に関する一考察、日本公衛誌、36（3）、170－179, 1989
- 14) 竹村 喬、西谷 巖：妊産婦死亡調査の歴史、産婦人科の実際 41（13）2047－2052, 1992
- 15) 安達信博他：母体年齢と妊産婦死亡、周産期医学 21（12）1769－1774, 1991
- 16) 小林 登：公衆衛生、56（1）、p 30－35, 1992
- 17) これからの母子医療に関する検討会（1992年5月）
- 18) 加藤忠明：先進諸国の母子保健行政とサービスー小児保健指標の国際比較、母子保健情報、第25号＜特集＞先進諸国の母子保健、p 21－26, 1992 恩賜財団母子愛育会
- 19) McKeown T: The Role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis? London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1976
- 20) 林 謙治：乳児死亡率低下の原因のテクノロジー・アセスメント、母子保健情報、22 60－63（1990）
- 21) 西田茂樹：我が国近代の死亡率低下に対して医療技術が果たした役割について、（2）日本公衆衛生学雑誌、35（4）1986
- 22) 柴田 隆：未熟児・新生児の医療体制、日本新生児学会誌、31（17）1995
- 23) Maternal and Child Health Handbook of Japan, Maternal and Child Health Division, Children and Families Bureau, Ministry of Health and Welfare. Published by JOICFP.
- 24) 宮原忍：我が国の母子保健制度発展の軌跡ー母子健康手帳の変遷を中心としてー、周産期医学、25（1）19－22, 1995
- 25) 荻田幸雄：母子健康手帳と妊産婦管理、ペリネイタルケア、12（1）9, 1988
- 26) 我妻 暁：母子保健の指標としての妊産婦死亡、産婦人科の実際41（13）2031－2037, 1992
- 27) 堀口貞夫：先進諸国の母子保健行政とサービスー母性保健指標の国際比較、母子保健情報、第25号＜特集＞先進諸国の母子保健、p 10－20, 1992 恩賜財団母子愛育会
- 28) J. L. Avoron: Medicine, OUR AGING SOCIETY, Edited by Alan Piper and Lydia bronte, 1986

表1 女性のライフサイクルからみた主な健康の問題

	健康問題	社会的問題
全年齢に渉る	感染症（結核、性感染症）、 栄養不良と貧血、	社会の男女差別 悪しき慣習
出生～児童期	高い乳幼児死亡、 低体重児、未熟児 女子の間引き、	性差別、教育機会の剥奪 悪しき風習（割礼など） 若年労働力
10代	10代の妊娠、 STD/HIV	性暴力、性の搾取、薬物濫用、
20代～	妊娠、出産、 妊産婦死亡・疾患、 中絶の合併症、 不妊、	受胎調節不可能、 家庭内暴力 育児・家事労働
40代～老年期	循環器系疾患、 生殖器系がん、乳ガン、 骨粗鬆症、 更年期障害	重労働、受診機会の制限 虐待と傷害、 老親介護

表2 アジアにおける平均寿命の男女差とその他の健康指標相互の単相関係数

	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
X1 :	1.000										
X2 :	0.585 **	1.000									
X3 :	0.738 **	0.979 **	1.000								
X4 :	-0.754 **	0.585 **	0.738 **	1.000							
X5 :	-0.704 **	-0.796 **	-0.841 **	0.815 **	1.000						
X6 :	-0.071	-0.280	-0.252	0.142	0.366	1.000					
X7 :	0.340	0.142	0.204	-0.309	-0.167	0.811 **	1.000				
X8 :	0.496 *	0.737 **	0.737 **	-0.646 **	-0.465 *	-0.230	0.016	1.000			
X9 :	-0.798 **	-0.888 **	-0.940 **	0.955 **	0.839 **	0.134	-0.361	-0.587 **	1.000		
X10 :	-0.751 **	-0.908 **	-0.944 **	0.950 **	0.831 **	0.124	-0.346	-0.626 **	0.990 **	1.000	
X11 :	-0.649 **	-0.472 *	-0.556 **	0.540 **	0.516 **	-0.060	-0.365	-0.437 *	0.561 **	0.530 **	1.000

** : $p < 0.01$ * : $p < 0.05$ 資料：世界人口白書（1995）、国連人口基金より算出

「用いた指標」

X1：平均寿命の男女差（＝女性の平均寿命－男性の平均寿命）

X2：平均寿命（男）

X3：平均寿命（女）

X4：乳児死亡率

X5：妊産婦死亡率

X6：初等教育就学率（男）

X7：初等教育就学率（女）

X8：1人当たりG N P（1992年米ドル）

X9：5歳未満の幼児の死亡率（女） X10：5歳未満の幼児の死亡率（男）

X11：15－19歳少女1000人当たりの出生数

「対象としたアジア諸国（34ヶ国）」

中国、朝鮮民主主義人民共和国、香港、日本、モンゴル、韓国、カンボジア、インドネシア、ラオス、マレーシア、ミャンマー、フィリピン、シンガポール、タイ、ベトナム、アフガニスタン、バングラデシュ、ブータン、インド、イラン、ネパール、パキスタン、スリランカ、イラク、イスラエル、ヨルダン、クウェート、レバノン、オマーン、サウジアラビア、シリア、トルコ、アラブ首長国連邦、イエメン、
（なお、妊産婦死亡率ではカンボジア、アフガニスタン、ヨルダン、レバノン、オマーン、アラブ首長国連邦は除外した。）

図1 アジアにおける平均寿命の男女差と乳児死亡率の関連

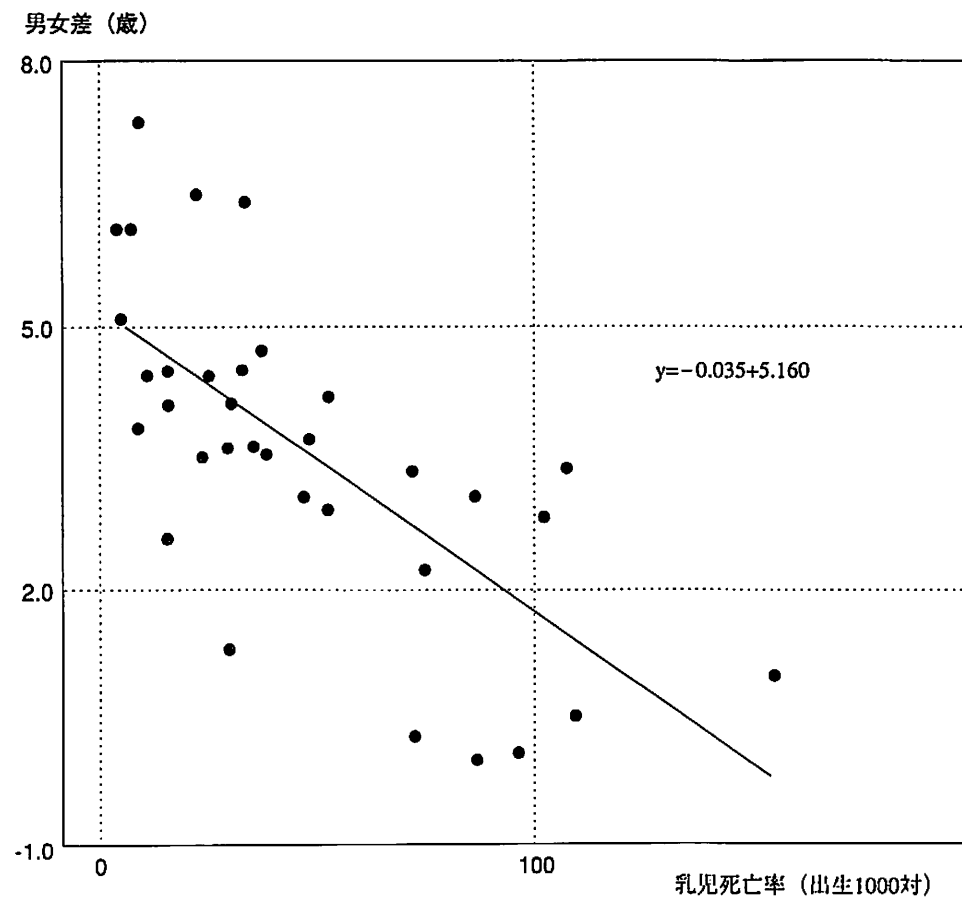


図2 アジアにおける平均寿命の男女差と妊産婦死亡率の関連

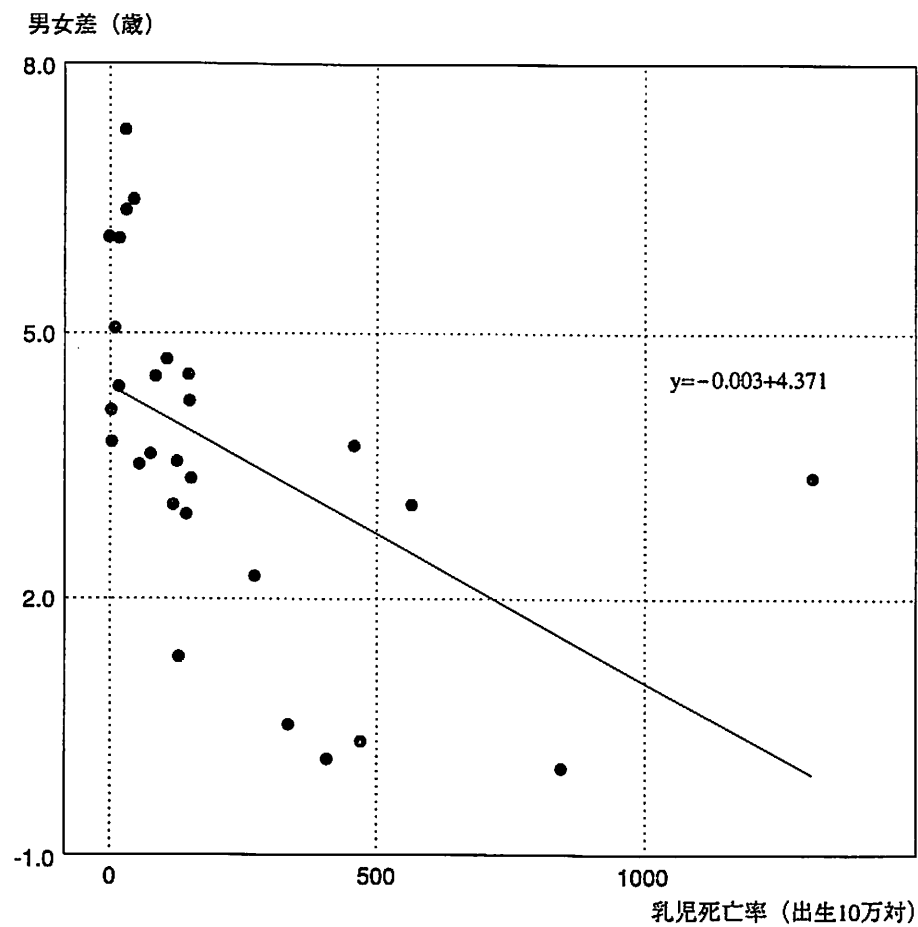


表3 日本の妊産婦死亡率（出生10万対）の年次推移

	妊産婦死亡率		妊産婦死亡率
明治 32 年 (1899)	449.9	55 年 (1980)	20.5
43 (1910)	363.6	56 ('81)	19.2
大正 9 ('20)	353.4	57 ('82)	18.4
昭和 5 ('30)	272.5	58 ('83)	15.5
15 ('40)	239.6	59 ('84)	15.
22 ('47)	167.5	60 ('85)	15.8
25 ('50)	176.1	61 ('86)	13.5
30 ('55)	178.8	62 ('87)	12.0
35 ('60)	130.6	63 ('88)	9.6
40 ('65)	87.6	平成元 ('89)	10.8
45 ('70)	52.1	2 ('90)	8.6
46 ('71)	45.2	3 ('91)	9.0
47 ('72)	40.6	4 ('92)	9.2
48 ('73)	38.3	5 ('93)	7.7
49 ('74)	34.5		
50 ('75)	28.7		
51 ('76)	25.9		
52 ('77)	23.1		
53 ('78)	22.1		
54 ('79)	22.9		

資料 厚生省「人口動態統計」 1995 年「国民衛生の動向」

表 4 妊産婦死亡率 (出生 10 万対) の年次推移 - 国際比較

	昭和 25 年 (1950)	30 (’55)	40 (’65)	50 (’75)	55 (’80)	60 (’85)	平成 5 年 (’93)
日本	176.1	178.8	87.6	38.7	20.5	15.8	7.7
カナダ	113.2	75.8	32.3	7.5	7.6	4.0	3) 2.9
アメリカ合衆国	83.3	47.0	31.6	12.8	9.2	7.8	4) 8.2
フランス	86.1	61.1	32.2	19.9	12.9	12.0	3) 11.8
ドイツ	206.2	156.7	...	39.6	20.6	10.7	3) 8.6
イタリア	153.2	133.3	77.0	25.9	13.0	8.2	4) 8.6
オランダ	105.5	60.9	26.9	10.7	8.8	4.5	3) 7.5
スウェーデン	61.5	49.4	13.8	1.9	1) 8.2	1) 5.1	4) 3.2
スイス	140.4	104.3	37.6	12.7	1) 5.4	1) 5.4	1) 2) 4.6
イギリス	92.0	64.1	27.1	12.0	10.9	7.3	2) 6.7
オーストラリア	109.1	64.0	57.0	5.6	9.8	3.2	2) 3.5
ニュージーランド	5) 90.3	44.1	21.6	23.0	13.8	13.5	4) 14.9

注 1) 1980 年・1985 年のスウェーデン、スイス及び 1992 年のスイスは ICD-8 である。

2) 1992 年

3) 1991 年

4) 1990 年

5) マオリ族を除く。

資料 厚生省「人口動態統計」 1995 年「国民衛生の動向」より

図3 母子健康手帳の紹介（英語版）（一部分）

This page should be filled in by the pregnant woman.

Health Condition of the Pregnant Woman

Height	cm	Usual weight	kg	Age at marriage	years old
--------	----	--------------	----	-----------------	-----------

• Have you ever had any of the following diseases? (Please circle)
Hypertension, Chronic kidney inflammation, Diabetes, Hepatitis, Cardinal diseases,
Thyroid gland diseases, Other chronic diseases
(Name of other diseases :)

• Have you ever had the following diseases? (Please circle)
German measles Yes: () years old / No: Vaccinated, Not vaccinated
Measels Yes: () years old / No: Vaccinated, Not vaccinated
Chicken pox Yes: () years old / No: Vaccinated, Not vaccinated

• Have you ever had an operation?
No / Yes (Name of disease / problem:)

• Do you smoke cigarettes? No / Yes (# cigarettes/day)
• Do you drink alcohol? No / Yes (# glasses per)
(If yes, please circle time frame: day / week / month)

• Husband's health: Healthy / Sick Blood type: ()
If sick, name of disease: ()

Record of Past Full Term Pregnancies

Date of delivery month / year	Conditions of: pregnancy / delivery / puerperium Normal (N) / Abnormal (A)			Birth weight and sex	Present condition of the child
	Pregnancy: N / A (*at # weeks)	Delivery N / A	Puerperium: N / A		
				g male / female	healthy not healthy
				g male / female	healthy not healthy
				g male / female	healthy not healthy

* Please count # of weeks from the first day of your last menstrual period.

表5 母子健康手帳の記録の内容

【記録の内容】

①保護者名、②出生証明、③妊婦の健康状態、④過去の全妊娠経過の記録、⑤妊婦の職業や社会環境、⑥妊娠経過、

【妊娠経過の内容】

検診日、妊娠週数、子宮底の高さ、腹囲、血圧、浮腫、尿蛋白、尿糖、その他の検査(貧血)、体重、医師の助言、受診施設名の他に、梅毒血清反応、B型肝炎s抗原検査、血液型の記載欄もある。(ここで特に血圧、浮腫、尿蛋白は妊娠中毒症の早期発見の手がかりになり、重要である。)

【出産後】

⑦出産時の記録(この中に、新生児の出生時の状況の記載欄があり、性別、単体/多胎、体重、身長、胸囲、頭囲)、仮死の有無、死産の有無などがある。)

⑧母体の分娩後の体調、⑨妊娠中分娩後の体重の変化、⑩口腔衛生、⑪母親学級・父親学級出席の記録、⑫新生児の記録、⑬新生児の発育(1週未満、1-4週未満)、⑭1ヶ月児健診、⑮3-4ヶ月児健診、⑯6-7ヶ月児健診、⑰9-10ヶ月児健診、⑱1歳児健診、⑲18ヶ月児健診、⑳2歳児健診、以下毎年6歳まで。

【その他】

(1) 予防接種の記録、ツベルクリン注射、BCG接種、百日咳、ジフテリア、破傷風、
(2) 小児期に罹患した疾病、(3) 歯科健診の内容、など詳細にわたっている。

第5章 エンパワーメントと家族

日本大学文理学部教授
清水 浩昭

1 はじめに

小稿では、総理府広報室が1992年に実施した「男女平等に関する世論調査」と東京都生活文化局が1993年に実施した「女性問題に関する国際比較調査」を用いて、アジア女性におけるエンパワーメントの問題を家庭内における女性の地位に焦点をあてて、その実態と変化の方向性を明らかにしたい。

というのは、1994年の『アジア太平洋地域の女性』によれば、「女性の地位向上という観点からエンパワーメント、“力をつける”を定義すれば、エンパワーメントとは、女性の自己認識とともに、社会が女性に対してもつ認識、さらに女性の役割と機能の決められ方を変えることによって、ジェンダー関係に影響を与えようとする、その過程である。エンパワーすることは、女性が集団で女性の関心事を決め、すべての分野で機会への平等なアクセスを得、自立と自信の生活へのコントロールを得ることにつながるだろう。それは、女性の地位についての、また女性のイメージに対する男女の態度を変えるように、連帯して行動するネットワーク活動を促進することにもつながるであろう」¹⁾とされているし、1995年の『世界人口白書』によれば、「大部分ではないとはいえ、多くの社会でいまだに女性は男性よりも価値が低いものとみなされている。家庭、職場、地域社会における女性の貢献はしばしば見過ごされ、軽視」²⁾されている。「こうした弱い立場が、女性をただ子供を産み育てる者としかみなさない考え方と直接つながり、女性のほかの可能性を否定することになる。家庭内での決定力は、家庭外のような分野での決定力の基礎となる。従って、エンパワーメントはまず、家庭内での女性の平等・自主性・尊厳を勝ち取ることから始まる」³⁾とされているからである。

2 家庭における女性のエンパワーメント －分析の指標－

アジア女性の家庭内における地位の実態と変化の方向性を明らかにするために、ここでは、(1) 家庭観念、(2) 家族（世帯）構成、(3) 役割構造、(4) 権威構造、(5) 男女平等への方途の五つを分析指標にして課題に接近することにした。

というのは、(1) 家族観念は、その社会における家族のあり方を、(2) 家族構成は、その社会における家族の実態を、(3) 役割構造と(4) 権威構造は、男女ないし夫婦間における女

性の地位の状況を、(5) 男女平等への方途は、女性の地位向上の方策を明らかにし得ると考えたからである。このような考え方に基づいて設定された五つの分析指標について若干の説明をつけ加えておきたい。

(1) 家族観念

上子武次によれば「家族は、家族生活は、どうあるべきかに関する観念、家族構成、家族成員としての行動、家族成員間の関係などがどうあるべきかについての考え方が、ここであらう、家族観念である」⁴⁾とされている。

上子は、このような概念規定に基づいて、世界の家族観念を、つぎの三つに類型化している。⁵⁾

- ① 拡大家族主義—家族員個人の利益よりも全体としての家族の利益を優先させる家族観念で日本、朝鮮半島等に分布している。
- ② 核家族主義—家産、家名、家格などの観念が稀薄で、一代限りの核家族の現在の成員の幸福だけを目標にする家族観念でアメリカ、欧米、北欧の社会等に分布している。
- ③ 非家族主義（個人主義）—拡大家族主義と核家族主義が家族という集団を、自己および社会の存続と福祉にとって有用で欠くべからざるものとみるのに反して、非家族主義は家族集団の存在に意味を認めない。家族否定の観念でスウェーデン、デンマーク等に分布している。

このような家族観念の違いを手がかりにして、つぎのような分析指標に基づいてアジア女性のエンパワーメントの問題に接近することにした。

(2) 家族（世帯）構成

上子武次によれば「家族構成というのは、互いにどのような種類の親族関係にある、どれだけの数の、人びとが家族のメンバーになっているかということ、つまり家族の構成員の親族構成と数のことをいう」⁶⁾としている。

この家族構成を、ここでは、「単身世帯（ひとり暮らし）」、「1世代世帯（夫婦だけ）」、「2世代世帯（親と子）」、「3世代世帯（親と子と孫）」、「その他」との区分で考察することにした。

なお、ここでは家族≡世帯であるということにしたい。

(3) 役割構造

家族の役割構造というのは、家庭内の地位と結びついて社会的に期待される行動様式ないし行動基準のことである。⁷⁾ここでは、家族内の役割構造を「夫は外、妻は内」という考え方を指標にして分析することにした。

この役割構造を女性の地位と関連づけると、「夫は外で働き、妻は家庭を守る」という考え方を肯定する割合が50%を超えている社会は「女性の地位が低い社会」であり、「夫は外で働き、妻は家庭を守る」という考え方を否定する割合が50%を超えている社会は「女性の地位が高い社会」とであると考えることにした。

(4) 権威構造

権威構造というのは、公認された勢力 (legitimate power)、すなわち、それを公然と行使する可能性を自他ともに認めあっているような勢力構造のことである⁸⁾。この概念規定にしたがって、女性の地位と権威構造との関連をみると、女性の地位が低い社会では男性（夫）による独占的支配に基づく家族運営がなされているが、女性の地位が高い社会では男性と女性（夫婦）の対等・平等による家庭運営がなされていることになる。

ここでは、家庭における全体的な実権を握っている者が「夫」とであるとする割合が50%を超えている社会を「女性の地位が低い社会」とし、その実権を握っている者が「夫婦」とであるとする割合が50%を超えている社会を「女性の地位が高い社会」とすることにした。

(5) 男女平等への方途

男女が平等になるための方策を、ここでは、「自助努力」（「女性自身が積極的に力の向上を図る」）、「社会制度改革」（「法律や制度の面での見直しを行う」）、「人事制度改革」（「重要な役職に女性を登用する制度を採用・充実する」）、「支援システム改革」（「女性を支援する施設やサービスの充実を図る」）とし、それぞれの社会がどのような方策によって男女平等社会を実現しようとしているかを検討することにした。

なお、小稿では、拡大家族主義の日本と韓国（アジア）における女性のエンパワーメントの問題を浮き彫りにするために、非家族主義のスウェーデンとを対比して課題に接近することにした。というのは、このような家族観念の違いを念頭において分析を進めることがアジア女性の地位の実態と変化の方向性とを明確化し得ると考えたからである。

3 エンパワーメントと家族

前述した分析の指標を用いて、アジア女性の家庭内における地位の実態およびその変化の方向性を明らかにしたい。

(1) 家族（世帯）構成

拡大家族主義の日本と韓国では、「同居的家族」（「2世代世帯」+「3世代世帯」）が多く、「別居的家族」（「単身世帯」+「1世代世帯」）はきわめて少ない。ところが、非家族主義のスウェーデンは、「同居的家族」と「別居的家族」とが、ほぼ等しい割合になっている（表1参照）。

この結果をみると、家族観念の差異が家族構成にも反映しているということになる。

(2) 役割構造

この調査では、「結婚、家庭や離婚についての考え方について、あなたのご意見をお伺いします。次にあげるような考え方について、あなたのご意見に近いものはどれでしょうか」との設問で夫婦の役割構造、夫婦の離婚などについてたずねているが、夫婦の役割構造については「『夫は外で働き、妻は家庭を守るべきである』という考え方についてはどうでしょうか」と問うている。

その結果を示すと、日本は「賛成」（「賛成」+「どちらかといえば賛成」）が55.6%であるが、韓国は「反対」（「どちらかといえば反対」+「反対」）が66.9%、スウェーデンは「反対」が86.8%となっている（表2参照）。

この結果をみると、日本は「女性の地位の低い社会」となるが、韓国とスウェーデンは「女性の地位の高い社会」ということになる。しかし、スウェーデンと比較すると、韓国は「比較的女性の地位の高い社会」といいかえてもよからう。

(3) 権威構造

この調査では、「あなたのご家庭では、次にあげるようなことを最終的に決定するのはどなたでしょうか。この中から1つだけあげてください」との設問で、土地、家屋の購入などについて問うた上で「それでは、『家庭における全体的な実権』を握っているのはどなたでしょうか」との問いで家庭内における権威構造をたずねている。

その結果を示すと、日本は「夫」とする者が50%を超えている。しかし、韓国は「夫」とする者は40%未満にとどまっている。ところが、スウェーデンは、「夫婦」とする者が約73%を示し、かなり高い割合を示している（表3参照）。

この結果をみると、日本は「女性の地位の低い社会」となるが、韓国は「比較的女性の地位の低い社会」であり、スウェーデンは「女性の地位の高い社会」であるということができよう。

（4）男女平等への方途

このような家庭内における男女の地位についての実態をふまえて、つぎに、男女が平等になるために、どのようなことが最も重要であると考えられているかをみることにしたい。

この調査では、「今後、男女が社会のあらゆる分野でもっと平等になるために最も重要と思われるものは何でしょうか。このなかから1つだけあげてください」との設問で、男女平等への方途を問うている。

その結果を示すと、日本は「女性自身が経済力をつけたり、知識、技術を習得するなど、積極的に力の向上を図ること」（「自助努力」）を挙げたものが最も多く、つぎが「女性をとりまく様々な偏見や固定的な社会通念、習慣、しきたりを改めること」（「社会制度改革」）となっている。こうした考え方は、韓国においてもあてはまることになる。ところが、スウェーデンは、日本、韓国と同じように、「自助努力」を挙げたものが最も多くなっているが、つぎが「政府や企業などの重要な役割に一定の割合で女性を登用する制度を採用・充実すること」（「人事制度改革」）となっている（表4参照）。

この結果をみると、日本、韓国、スウェーデンとも「自助努力」が男女平等を実現するために最も重要であるとしている点では共通している。しかし、その強調度からみると、スウェーデンが最も高く、つぎが韓国、日本の順になっている。

ともあれ、このような傾向をみると、男女平等社会を実現するために、まずもって重要なことは、女性自身の「自助努力」にあるといえよう。

4 おわりに

以上、アジア女性の家庭内における地位の実態と変化の方向について記述・分析を試みてきたが、拡大家族主義の家族観念⁹⁾に基づいて家族が形成されているアジアの日本と韓国は、

家族構成においても「同居的家族」が多く、権威構造も「夫」が全体的な実権を握っていると考えられている。しかし、役割構造においては、日本では「夫は外、妻は内」という考え方を支持するものが比較的強いが、韓国は、こうした考え方に「反対」するものが比較的多い。ところが、非家族主義の家族観念¹⁰⁾に基づいて家族が形成されているスウェーデンは、家族構成において「別居的家族」と「同居的家族」が接近した割合を示しているし、役割構造においても「夫は外、妻は内」に「反対」するものが圧倒的に多くなっている。さらに、権威構造においても「夫婦の対等・平等」という考え方を支持するものが多くなっている。

こうした日本と韓国およびスウェーデンにおける男女の地位の違いは、家族観念の差異を反映しているといえよう¹¹⁾。

また、この男女の地位の違いを解消する方途として、日本、韓国、スウェーデンは「自助努力」を挙げている点で共通している。しかし、この「自助努力」に対する強調度にも、かなりの違いがみられた。この違いも家族観念の差異と深くかかわっているように思われる。

いずれにせよ、家庭内における男女の地位を平等にするための方途は、女性自身の経済力、知力の向上にかかっているといえよう。しかし、その実現は、非家族主義の家族観念をもつ社会で最も早く達成され、拡大家族主義の家族観念による社会では、その道のりが最も遠いということになろう（図1参照）。

注

- 1) 村松安子「エンパワーメントに向けて」村松安子・村松泰子編『エンパワーメントの女性学』有斐閣、1995年、P. 14
- 2) 黒田俊夫監修、ジョイセフ訳『世界人口白書 1995年版』家族計画国際協力財団、1995年、P. 19
- 3) 黒田俊夫監修、ジョイセフ訳『前掲書』、p. 19
- 4) 上子武次「日本の家族」上子武次・増田光吉編『日本人の家族関係 異文化と比較して《新しい家庭像》をさぐる』有斐閣、1981年、P. 14
- 5) 上子武次「前掲論文」、PP. 15～22
- 6) 上子武次「前掲論文」、P. 5
- 7) 小山隆「家族における役割構造分析の意義と方法」小山隆編『現代家族の役割構造』培風館、1967年、PP. 2～7
- 8) 布施晶子「家族の内部構造」森岡清美編『新・家族関係学』中教出版、1974年、PP. 146～148
- 9) この考え方について若干の補足をする。「過去のわが国において支配的であり、現在なお核家族主

るということを意味していることになろう。

何故に、こうしたことが言いうるかといえば、「家族のなかでは、そのメンバーは相互に構造的に結び合わされていて、ある1人のメンバーの家族的行動が変化すると他の成員の行動もそれに連動して変化する。このような意味で家族は一つの社会体系であるといえる。そこで展開されている夫婦、親子あるいはきょうだいの間の相互作用の過程は、他の社会体系でみられる相互作用とはまったく異なったものであり、家族という社会体系に独自で特有なものであろう。これが家族体系を家族以外の社会体系と区別する決め手である。この場合、家族は体系としては閉じられた体系 (closed system) であり、社会の機能的関係においては独立変数とみることができよう。しかし、他方家族員の行動のすべてが他の家族員の行動にのみ方向づけられているとはいえない。家族体系は、他の社会体系にも結びつけられている。したがって、そのメンバーは家族の一員でありながらその家族における位置とは関係なく行動することが許されるような行動領域をもっている。この場合、家族は社会体系としては開かれた体系 (open system) であり、社会の機能的関係においては従属変数であると考えることができるだろう。家族はこのような二面性をそなえている。したがって、それは半独立体系 (semi-independent system) あるいは半閉鎖的体系 (semi-closed system) である」(光吉利之「家族と社会」光吉利之・土田英雄・宮城宏『家族社会学入門』有斐閣、1979年、P.7) とされているからである。

表1 家族（世帯）構成

（単位：人、％）

国	該当者数	単身世帯 （ひとり暮らし）	1 世代世帯 （夫婦だけ）	2 世代世帯 （親と子）	3 世代世帯 （親と子と孫）	その他	無回答
日 本	1,971	3.0	11.6	58.1	25.4	1.8	0.0
韓 国	1,000	4.1	10.0	67.0	18.2	0.7	0.0
スウェーデン	1,013	14.5	29.5	43.9	2.9	1.9	7.3

（資料） 総理府広報室「男女平等に関する世論調査」（1992 年）

東京都生活文化局「女性問題に関する国際比較調査」（1993 年）

表2 「夫は外で働き、妻は家庭を守る」という考え方について

(単位：人、%)

国	該当者数	賛 成	どちらかとい えば 賛成	わからない	どちらかとい えば 反対	反 対
日 本	1,971	19.8	35.8	6.1	26.4	11.9
韓 国	1,000	14.2	18.4	0.5	43.9	23.0
スウェーデン	1,013	3.9	8.9	0.4	13.8	73.0

(資料) 総理府広報室「男女平等に関する世論調査」(1992年)

東京都生活文化局「女性問題に関する国際比較調査」(1993年)

表3 家庭において全体的な実権を握っている者（結婚している者）

（単位：人、％）

国	該当者数	夫	妻	夫婦	家族全員	その他の人	不 明
日 本	1,560	62.4	12.4	19.1	2.4	3.2	0.5
韓 国	802	45.4	12.1	37.8	1.9	2.6	0.2
スウェーデン	781	12.5	8.3	72.7	5.3	0.1	1.3

（資料） 総理府広報室「男女平等に関する世論調査」（1992 年）

東京都生活文化局「女性問題に関する国際比較調査」（1993 年）

表4 男女が平等になるために最も重要なこと

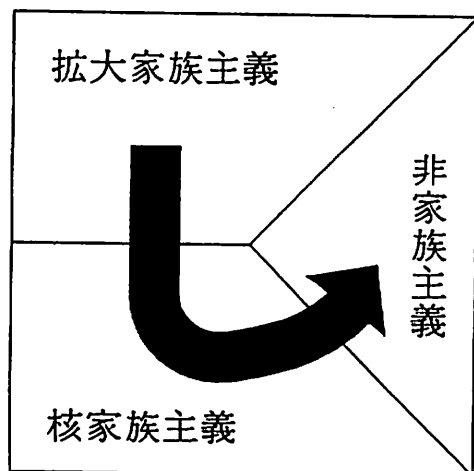
(単位：人、%)

国	該当者数	女性自身が積極的に力の向上を図る	社会通念、習慣、しきたりを改める	法律や制度の面での見直しを行う	重要な役職に女性を登用する制度を採用・充実する	女性を支援する施設やサービスの充実を図る	その他	わからない
日 本	1,971	28.1	26.3	12.4	11.1	11.1	0.4	10.7
韓 国	1,000	32.0	21.0	14.2	8.6	15.6	-	8.6
スウェーデン	1,013	40.4	11.1	14.4	23.0	6.0	0.9	4.2

(資料) 総理府広報室「男女平等に関する世論調査」(1992年)

東京都生活文化局「女性問題に関する国際比較調査」(1993年)

図1 家族観念からみた男女平等社会実現への方途（模式図）



第6章 女性のエンパワーメント

ーその国際的動向と政策課題ー

厚生省人口問題研究所
所 長 阿 藤 誠

はじめに

1994年9月初旬、エジプトのカイロにおいて国際人口開発会議（ICPD：通称カイロ会議）が開催された。この会議は国連が主催する世界の人口問題に関する政府間会議としては3回目にあたる。この会議で採択された合意文書『ICPD行動計画（Programme of Action）』における新しい戦略として、2回の準備委員会を含めて論議を呼んだのがリプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性のエンパワーメントである。この二つの概念は密接な関連をもちつつ、人口問題に対する従来のアプローチ、すなわち人口政策的あるいは開発的アプローチに対するコペルニクスの転回を促し、家族計画プログラムの目的と意義の変革を迫るものとなった。このリプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性のエンパワーメントは、そのまま、1995年に北京で開催された第4回世界女性会議でもキーワードとなった。

以下本章では、国連の主催した国際人口会議にみられる女性の地位向上と人口問題の関係を概観するとともに、世界女性会議を中心とした国連による女性の地位向上のための活動を振り返りつつ、そこで実現が目指されてきた政策課題をレビューし、最後に日本における女性の地位向上のための政府の活動についてふれることとする。

1 国際人口会議の歴史と女性の地位向上

(1) ブカレスト会議

国連の国際人口会議の歴史を振り返ってみると（Johnson, 1994）、1974年の世界人口会議（ブカレスト会議）では当時世界最大の援助国であった米国を中心とする西側先進諸国が、人口の急激な増加は途上国の経済発展を阻害するとの認識に基づいて、人口増加を抑制するための直接的政策の必要性を訴えた。アジア諸国の多くはそれに同意したが、中国、ラテンアメリカ・アフリカの主要途上国は人口政策の必要性を認めず、経済発展こそが先決との観点から、「開発は最良のピル」と主張し鋭く対立した。しかしながら両者の妥協の産物として採択された『世界人口行動計画（World Population Plan of Action）』（United Nations, 1975）はその後20年間の人口分野の国際的行動指針となってきた。

この行動計画は「人口政策は社会経済政策の代替物ではなく、社会経済政策の不可分の一

部である」と述べ、人口政策推進派と開発優先派の双方の主張をとり入れた形となっている。しかしながら、これは「人口増加率が開発目標を妨げると考える国は人口政策を採用してもよい」、「出生率が開発にとり好ましくないとする国は量的目標をたて、それを達成するための政策を遂行してもよい」等、国による人口増加抑制政策と量的目標に言及し、さらには出生率低下に役立つ開発目標を列挙するなど、(それを望む国という条件つきではあるが)政府による人口抑制政策の推進を勧告した内容となっている。女性の地位向上は、この人口抑制(出生率低下)に役立つ開発目標の一要因として、乳幼児死亡率低下、社会正義の実現、教育水準の向上などと並んで列記されるにとどまっていた。

(2) メキシコ会議

1984年のメキシコ会議においては、ブカレスト会議の時点で人口政策に反対した途上国、とりわけ人口大国の中国、ブラジル、ナイジェリア、メキシコなどが政策転換を図り、自国の経済発展にとって人口の急激な増加が障害になるという認識を共有しつつ、政府による家族計画プログラムの直接的実施ないし民間プログラムの支援を開始していた。したがってメキシコ会議で合意された「世界人口行動計画の継続実施のための勧告」(United Nations, 1985)は、全体的トーンは『世界人口行動計画』を継承しているものの、家族計画プログラムに関する勧告が大幅に増えている。その点で、メキシコ会議は、19世紀以来の家族計画運動が、国際舞台で圧倒的多数の参加国によって初めて認知された会議であったと特徴づけることができよう。ただし、ブカレスト会議で人口政策派のチャンピオンであった米国は、当時のレーガン政権の下で人口分野の援助政策を大転換し、「開発にとって人口増加は中立」であり、「市場経済が発展すれば人口問題は自ずと解決する」と、ブカレスト会議における開発優先派の立場に近い主張を展開し、メキシコ会議の不協和音となった。

このメキシコ会議の合意文書のもうひとつの特徴は、女性の役割と地位が経済社会開発、人口政策と並んで各国が追求すべき目標のひとつとして大きく掲げられたことである。そのなかでは、すでに教育、雇用、政策決定を含めた開発の全側面への女性の参画と地位向上の必要性が訴えられ、女性の開発への参加を促すためにも女性が自らの出生力を調節する能力をもつことの重要性、男性の家庭責任の重要性が指摘されていた。

以上のようにブカレスト、メキシコの両会議では、人口政策(家族計画プログラム)を優先させるにせよ、経済社会開発を優先させるにせよ、国、政府のマクロ政策の視点が強調され、女性の地位向上は多くの戦略的要因のひとつ、あるいはそれ自体として重要な開発目標として位置づけられるにとどまっていた。このような視点は又、当時の国連、先進国等の人

口援助機関、家族計画を容認した多くの途上国政府に共通するものでもあったと考えられる。

2 カイロ会議における一大転換

このような前2回の会議の成果を踏襲してはいるものの、新しい行動計画に盛り込まれた基本哲学は前2回の合意文書と決定的に異なる。

(1) リプロダクティブ・ヘルス／ライツ

まずカイロ会議のキーワードのひとつリプロダクティブ・ヘルス／ライツである。リプロダクティブ・ヘルス (reproductive health) の概念は、WHOが1972年以来続けてきた「人間の再生産分野における研究・開発ならびに研究者養成に関する特別プログラム」のなかで、再生産過程に関わる保健ニーズを総合的に把握するために生み出されてきた概念と考えられる (Khauna, 1992)。リプロダクティブ・ヘルスのカバーする分野は①出生調節、②不妊、③性に関する保健、④母子保健、⑤乳幼児の生存、成長、発達である。この概念は、従来、別個の分野として扱われてきた家族計画 (避妊)、各種避妊法の有効性ならびに安全性、新しい避妊法の開発、望まない妊娠、人工妊娠中絶一般の問題、不法な中絶に伴う問題、二次的不妊の原因対策、不妊治療、女性の割礼、性行為感染症 (STD)、特に HIV/AIDS、妊娠婦死亡、母子保健などを、人間の再生産過程に関わる保健という観点から統一的に捉え直そうとする考え方である。

これに対して、リプロダクティブ・ライツ (reproductive rights) の概念は、医学、保健分野とは一応無関係に、1970年代のフェミニスト運動に端を発し、「国連婦人の10年」、ならびに1985年にナイロビで開催された第3回世界女性会議を通じて国際的に広まった考え方である (Crane, 1994)。この概念の根幹は、女性が出産の有無、タイミング、子供の数についての決定権をもつことであり、その権利の行使に必要な手段についての情報、教育、質の高いサービスが十分に与えられることが条件となる。また男女の性的関係は、平等、相互の尊厳、責任の原則に基づくべきであり、女性は性的関係を強要されないという意味で「性に関する権利 (sexual rights)」をもつことも合わせて主張される。カイロ会議に向けて結成された女性団体の国際的連合体の宣言文においては、リプロダクティブ・ライツはリプロダクティブ・ヘルスの全分野をカバーする権利の意味で捉えられ、両者は不可分の関係となっている (Mazur, 1994)。

カイロの「ICPD 行動計画」(United Nations, 1995-1)では、リプロダクティブ・ヘルスは、WHOの主張を踏襲し、「人間の再生産システム、その機能と活動過程のすべての側面について、単に疾病や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」と定義され、さらに「人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、再生産の能力を持ち、子供を持つ持たない、いつ持つか、何人持つかを自由に決められることを意味する。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、受け入れやすい家族計画の方法、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持つ最善のチャンスが与えられるよう、適切な保健サービスを受ける権利が含まれる」と敷衍されている。

またリプロダクティブ・ライツについては、すでに国際的に認められた人権の一部をなすとしたうえで、その根幹は「すべてのカップルと個人が自分たちの子ども数と出産間隔、ならびに出産期間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持つ基本的権利、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」と述べ、ほぼ女性団体の主張をそのまま折り込んだ文章となっている。

このようなリプロダクティブ・ヘルス／ライツがカイロの『行動計画』の中心概念になったことの人口政策的含意は三つある。

ひとつは、個人、とりわけ女性の妊娠・出産の決定権が強調されることで、前2回の会議と比べて、マクロ的観点が大幅に後退し、政府による人口増加抑制を求める人口政策的アプローチが『行動計画』からはほとんど姿を消したことである。このようなミクロ的、フェミニスト的観点が強くなった背景としては、従来の途上国の人口政策において、政府による人口増加抑制目標の下で強制的施策がとられたり、家族計画のサービスの質よりも量が重視されたりして、主としてサービスの対象者である女性のニーズに対する配慮が十分でなかったことへの反省が、先進国、国際機関、NGOなどで強まったことが挙げられよう。

第2に、家族計画プログラムの位置づけの変化である。前2回の会議では、家族計画はどちらかというと国の人口増加抑制目標を達成するための手段として位置づけられてきた。しかるにカイロの会議では、家族計画は、人々(とりわけ女性)が自分たちの妊娠、出産を決めるための手段、すなわちリプロダクティブ・ヘルス／ライツの一部と位置づけられた。

出生抑制(産児制限)の必要性に関しては、従来から新マルサス主義的(人口増加抑制的)考え方と、サンガー等の女性の幸福論的考え方が混在していた。ブカレスト、メキシコ会議では、どちらかというと前者の立場を強調していたのに対し、カイロ会議では後者の考え方

が前面に出たとの評価も可能であろう。

第3に、人々（とりわけ女性）が出産の決定権を行使する手段として、中絶を含む可能性が出てきたことである。これまで、国際的な家族計画運動のなかでは、家族計画には避妊のみを含み、中絶は含まないとの共通理解があった。しかるにカイロ会議では、米国、北欧などがリプロダクティブ・ヘルス／ライツ実現のための出生調節の方法のなかに「安全な中絶」を含むべきだと主張し、これに対してバチカンと中南米のカソリック諸国が大反発し、一大中絶論争に発展した。『行動計画』では「中絶を家族計画の一方法として促進してはならない」というメキシコ会議の文章が再確認されたが、全体的トーンとしては中絶に対する寛容な姿勢が強調されることとなった。

(2) 男女間の平等、公正、女性のエンパワーメント

カイロの『行動計画』のもうひとつの特徴は、女性のエンパワーメントという概念が初めて登場したことと、男女間の平等・公正の実現と女性のエンパワーメントが人口開発問題解決の要石とされたことである。

男女間の平等、公正は、多くの国で女性が政治的、法律的、経済的、社会的慣習の面で男性と平等に扱われていない現実を認識し、市民生活におけるあらゆる形態の男女差別の撤廃を求めるものである。それに関連して、女性のエンパワーメントは、女性が自分の人生を幅広い選択肢のなかから選択できるよう社会的、経済的、政治的、法的な力をつけることを意味する。

カイロの『行動計画』では、これに関連して特に、以下の三点を強調している。第1に、雇用、経済取引における女性の差別をなくし、女性に対する暴力を排除し、教育と雇用面での女性の能力開発と政治・行政への一層の参画、仕事と家事の両立を可能にする施策の充実の必要性を求めている。第2には、女兒への差別撤廃、女兒の価値の見直しと福祉向上、そのために家庭内ならびに社会における女兒の見方を改めさせ、より高い教育を受けさせ、結婚年齢を高め、女兒に関する悪習を禁止することの必要性を求めている。第3に、男女が家庭と社会の双方に参画できるよう男性の家庭参加を促進し、そのためには男性が家族計画にも責任をもつようにし、教育によって男児に女性の尊重を教え込むことを求めている。

国連人口基金（UNFPA）は1994年、1995年の世界人口白書において、女性のエンパワーメントとリプロダクティブ・ヘルスを特集しているが、そのなかで女性のエンパワーメントを必要とする分野として特に強調されているのは、教育、経済活動、健康、法律、政策決定過程への参画である（UNFPA, 1994 and 1995）。

なかでも女性の教育はエンパワメントの中心に位置づけられている。教育は (1) 女性の伝統的役割に挑戦し、自らの生活環境を変革することを可能にし、(2) 有給の仕事への就業を容易にし、貧困の解消につながり、(3) 結婚年齢を上昇させ、家族計画の実行を促し、出生数減少につながり、(4) 保健に対するニーズを強める。

経済活動の面では、女性が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、財産の所有権・管理権をもつことが、女性の社会的地位向上に役立つ。法律の面では、それが成分法であれ慣習法であれ、「性に基づくあらゆる差別・排除・制限」の撤廃が何よりも重要である。政策決定への参画の面では、政府の主要行政ポスト、議員、法律家、企業の管理職、労働組合の指導者などへの女性の進出が望まれる。

カイロの『行動計画』における二つの戦略的概念、リプロダクティブ・ヘルス／ライツと女性のエンパワメントは密接不可分の関係にある。途上国の多くでは、女性は家庭内の地位が低く、自己の結婚、性、妊娠、出産、家族計画に対する決定権をもてない。その結果、伝統と慣習に従って親の指示の下で若い年齢（しばしば10代）で結婚し、子供を産む。このようにリプロダクティブ・ヘルス／ライツが欠如していることが逆に結婚・出産・子育てを人生の唯一の選択肢にし、それが教育の機会を奪い、有給の仕事への就業の機会を狭め、貧困に埋もれさせることにつながる。つまり、リプロダクティブ・ヘルス／ライツを十分に享受できないことは女性のエンパワメントを困難にし、女性の地位の低さと多産の悪循環を生み出すことにつながっているのである。

3 世界女性会議と女性のエンパワメント

(1) 国連による女性問題の取組み

国連は、その創設以来、経社理の機能別委員会として婦人の地位委員会をもち、女性の地位向上を目指す活動を続けてきたが、女性問題が、共同で取組むべき課題として国際社会において広く認知されたのは1975年である。国連は、この年を「国際婦人年（International Women's Year）」と宣言し、同年、メキシコシティにおいて国連婦人年世界会議（第1回世界女性会議）を開催し、国際婦人年の目的を遂行するための世界行動計画を採択した。また1976～1985年を「国連婦人の10年（United Nations Decade for Women）」とし、その間に女性の地位と権利を点検し、社会のあらゆるレベルの政策決定過程への女性の参加を推進するよう促した。また、そこで定められた「平等、開発、平和」の中心テーマは今日まで引継がれてい

る。

1979年には国連総会において「女子差別撤廃条約 (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women)」が採択され、1981年に発効した。この条約は男女の平等を達成するためのあらゆる分野の男女差別の撤廃と女性の地位向上を促したもので、しかもその進捗状況を監視するために「女子に対する差別の撤廃に関する委員会」を設置し、各締約国に自国の進捗状況を報告することを義務づけた。

国連婦人の10年の中間年に当たる1980年には、コペンハーゲンで世界会議（第2回世界女性会議）が開催され、「国連婦人の10年の後半期のための行動計画」が採択された。また、この会議と並行してNGO会議によるNGOフォーラムが開催されたが、この方式は以後の国連主催の国際会議に拡張されていった。「国連婦人の10年」の最終年にあたる1985年には、ナイロビにおいて世界会議（第3回世界女性会議）が開催され、新たに1985-2000年についての「婦人の地位向上のためのナイロビ将来戦略」が採択された。その後、1990年には国連経済社会理事会が「ナイロビ将来戦略に関する第1回見直しと評価に伴う勧告及び結論」を採択し、本年9月に北京において第4回世界女性会議が開かれ、「行動綱領 (Platform for Action)」が採択された。この北京会議に先立って、いくつかの異なった分野に関する国連主催の世界会議が連続的に開かれた。すなわち、1992年のリオデジャネイロにおける国連環境開発会議 (UNCED)、1993年にウィーンで開かれた世界人権会議、1994年のカイロにおける国際人口開発会議 (ICPD)、1995年のコペンハーゲンにおける世界社会開発サミットである。国際的女性団体 (NGO) は、準備委員会への参加、NGOフォーラム等を通じて、特にUNCEDとICPDに大きな影響を及ぼし、それぞれの最終文書に、女性の地位向上と政策決定過程への参加に関連した主張が多く盛り込まれた。

(2) 女性のエンパワーメントの主要分野

国連を通じた女性の地位向上活動の20年間の成果は何と云っても女子差別撤廃条約（総理府、1994）の締結である。これまでの4回の世界女性会議の合意文書の主要テーマのひとつである「平等」確保の前提はこの条約に凝縮されている。

この条約の全体的目標は、女子に対するあらゆる形態の差別—政治的、経済的、社会的、文化的、市民的、その他のあらゆる分野における差別—を撤廃することである。

その第1の前提となるのは憲法における男女平等の規定であり、あらゆる分野の差別的な法律を撤廃し、差別的慣習を変革することである。第2は政治、行政の分野における男女平等の権利（参政権、公職への就業、国籍取得の権利など）を確立することである。第3は教育

の分野における女子差別の撤廃（例えば、あらゆるレベルの教育を受ける権利、同一の質の教育を受ける権利、男女の定型化された役割概念の撤廃など）である。第4は雇用の分野における女子差別の撤廃（例えば、働く権利、同一の雇用機会、同一労働同一賃金、雇用における母性保護など）である。第5は家族計画を含む保健サービスを享受する平等の機会の確保である。第6は民法における男女の平等の確保、例えば契約、財産管理の権利、移動の権利、婚姻（配偶者選択、離婚、親権）に関する権利、子供の出産に関する決定権などである。

この女子差別撤廃条約には、女子差別撤廃に関する委員会（締約国から選出された個人から成る）の設置が盛り込まれており、各国はこの委員会に対して自国の女子差別撤廃の進捗状況を報告するよう義務づけられている。

女子差別撤廃条約の目的は、女性の地位向上を妨げているあらゆる分野における法的、慣習的差別を撤廃し、男女の機会均等を実現することであるが、第1回～第4回の世界女性会議の合意文書ではさらに進めて、あらゆる分野における女性の地位向上を促すための政策提言を多く行なってきた。

第4回北京会議の「行動綱領（United Nations, 1995-2）」では、その目標を女性のエンパワメントとしているが、それは、女性の地位向上のためのナイロビ将来戦略の遂進の加速、すなわち経済的、社会的、文化的、政治的決定過程への十分かつ対等の参画を通じて、すべての公的ならびに私的生活領域への女性の積極的参加を妨げる障害を取り除くことと表現されている。そのうえで、女性のエンパワメントのための12の重大領域が示され、それぞれについての施策が示されている。その12の領域とは、貧困、教育、保健、女性に対する暴力、紛争下の女性、経済、活動への参加、権力と責任の分担、地位向上のための機構、人権、メディア、環境、少女である。

貧困と女性の問題に関しては、女性が経済的資源への権利をもてるよう立法措置をとり、女性の信用能力強化に努めることが求められている。教育の分野については、男性に比べて女性に多い非識字を根絶し、初等、中等教育の男女格差を解消し、女性の職業教育、生涯教育の拡大、男女のステレオタイプを含む教育内容の変革、などが求められる。保健の分野については、女性に対する適切かつ安価な良質の（リプロダクティブ・ヘルス・サービスを含む）保健情報・サービス提供の強化、女性の健康への脅威を予防するための教育・雇用プログラムの強化、女性に配慮したHIV/AIDS等のプログラムの強化などが含まれる。女性に対する暴力の問題には人身売買や買春の根絶も含まれる。紛争下の女性の問題には、戦時における女性の保護、難民女性の庇護などが含まれる。

経済の分野では、雇用や経済的資源への女性のアクセスを保障し女性の自立を促進するこ

と、低所得層の女性に対してビジネスの訓練、市場アクセス、情報と技術を提供すること、女性企業家の活動を支援し、職業選択の障害を除去しあらゆる形態の雇用差別をなくすことが含まれる。権力と責任の分担の分野については、(経社理が定めた) 1995年までに政策決定レベルでの女性比率を30%にするという目標がほとんど達成されていない事実を指摘したうえで、政策決定過程ならびにリーダーシップに参画しうよう女性の能力向上を図り、参画を促進する具体的措置をとるよう要請している。女性の能力向上のための機構としては、そのような政府機構の設置・強化と、すべての立法政策形成においてジェンダーの視点に配慮し、ジェンダーに配慮した情報の作成が求められている。

人権の分野では2000年までにすべての国による女子差別撤廃条約の批准が求められ、法の下における男女の平等、女性の法律識字能力 (legal literacy) の獲得が求められている。メディアの分野においては、メディアにおける女性の否定的なイメージやステレオタイプを改める必要性が訴えられている。環境の分野においては、あらゆるレベルにおける環境に関する政策決定に女性が参加することを求めている。少女については、すべての分野 (教育、保健、雇用など) において、少女に対する差別を排除することが求められている。

4 日本における女性のエンパワーメント

(1) 日本における政府の対応

日本においても、国連等の動きに呼応する形で、女性問題に対する活発な取組が展開されてきた (総理府、1994)。1975年には第1回世界女性会議後に総理府に総理大臣を本部長とする婦人問題企画推進本部が設けられ、総理府内に婦人問題担当室がスターとした。1977年には、婦人問題企画推進本部が、国連婦人の10年に合わせて、向こう10年間の国内行動計画を策定した。また1978年には衆参両院の議員からなる「国連婦人の10年」推進議員連盟が設立された。さらに1980年には、日本政府は国連総会で採択された女子差別撤廃条約に署名し、1985年になってこれを批准した。

1985年の第3回世界女性会議のナイロビ将来戦略を承けて婦人問題企画推進本部は、1987年に「西暦2000年に向けての新国内行動計画」を策定した。さらに1990年の国連による「ナイロビ将来戦略に関する第1回見直し」を承けて、婦人問題企画推進本部は「西暦2000年に向けての新国内行動計画 (第1次改定)」を策定した。その後、政府の組織を強化すべく1994年には婦人問題企画推進本部に替えて男女共同参画推進本部 (本部長は総理大臣) を設置し、

合わせて総理府に男女共同参画室および男女共同参画審議会を設けた。

このような女性の地位向上と男女共同参画型社会づくりを目指して、日本政府は、具体的には、婦人の地位向上のための法令等の検討、政策決定への婦人の参加の促進、教育・訓練の充実、雇用における男女の機会の均等と待遇の平等の促進、育児等に関する環境の整備、母性の尊重と健康づくりの促進、老後における生活の安定、農山漁村の福祉と地位の向上、国際協力の推進を重点項目として取り組んできた。その結果、日本においては法制度の面からみた男女の名目上の平等はほぼ達成されつつあるといわれる。しかしながら実質上の平等はまだ十分とはいえないのが現状である。

(2) 女性の地位向上へ向けての成果と課題

1980年代から90年代にかけて女性の地位向上に関して多くの政策努力があり、分野によっては大きな成果がみられたが、不十分な分野も少なくない。

これを、日本政府が第4回世界女性会議に提出した国別報告（日本政府、1994）でみると、法制面においては、具体的に民法の改正による配偶者相続分の引上げ（1981年）、国籍法の改正による国籍取得の際の父母両系主義の採用（1985年）、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等、女子労働者の福祉に関する法律の制定（1985年）、国民年金法の改正による女性の年金権の確立（1985年）、育児休業法の施行（1992年）等の成果がみられた。

あらゆる分野の政策決定への女性の参画については、国会議員、国家公務員の幹部職員、政府の審議会委員、地方議会議員、地方自治体の管理職等に占める女性の割合は先進諸国の中では今なお低い水準にあるものの、いずれも増加している。また民間でも、管理的職業に占める女子割合も低水準ではあるが上昇傾向にある。

女性の権利についての認識を高めるための政策努力としては、政府主催による種々の啓発活動（例えば婦人週間の実施、人権週間の実施など）、男女平等教育の推進（家庭科の男女必修、学校教育における男女平等教育、学校における性教育、両親を対象にした家庭教育学級など）が行なわれてきた。

教育の分野においては、高校進学率は1969年以来女子が男子を上回っており、短大も含めた大学進学率は1989年以降同じく女子が男子を上回っている。また初等中等教育段階における女性教員の全教員数に占める割合ならびに管理職に占める割合、大学の全教員に占める女性教員の割合も増加傾向にある。

雇用の分野においては、女子労働力人口の増加と全労働力に占める女子労働力の割合の増

加が続いている。女性が経済の面でその能力を十分に発揮できるよう、政府は、1986年に施行された、雇用における男女の均等な機会と待遇の確保を促進するための、雇用機会均等法の徹底を図る努力を続けるとともに、女性の再就職等の援助対策を進めている。また職業生活と家庭生活の両立が容易になるよう、1992年に施行された育児休業法の徹底を図るとともに、1995年には介護休業制度を制定した。

おわりに

近年、男女の平等、女性の地位向上を求める動きは国際社会の大きなうねりとなって、先進国はもちろん途上国にも大きな影響を及ぼしつつある。国連は女性の地位向上を普遍的目標のひとつとして掲げ、1975年の国連婦人年設定を皮切りに、この20年間、四回の世界女性会議の開催、女子差別撤廃条約などを通じて各国政府の女性問題に対する対応に影響を与え続けてきた。今や女性の開発への参加（WID：Women in Development）は途上国の開発戦略の重要目標として地歩を固める一方、女性のエンパワーメントは先進国の社会変革目標のひとつとして正統性をえつつある。このような動きの背後には国連などの国際機関や女性問題に熱心な欧米先進諸国政府の努力もあるが、欧米先進諸国を中心とした女性団体（NGO）の活発な活動も無視しえない。さらには、先進国・途上国を含めて、そのテンポは様々であるが、女性の社会進出が進み政治・経済への女性の発言権が増していることが大きい。日本の場合にも、この20年間、明らかに女性のエンパワーメントを求める運動の高揚と実際の女性の地位向上とは相互に補強し合った形で進んできたとみることができる。

昨年のカイロ会議では女性のエンパワーメントは世界の人口問題解決の要石とも位置づけられた。確かに、女性の地位向上が女性のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの実現を助け、それによる家族計画の普及が出生率低下につながる面が大きいことは否定し難い。その意味で、女性のエンパワーメントは世界の人口問題解決の有力な戦略要因のひとつであることは明らかである。ただし、カイロの行動計画が言うように人口問題の解決にとって女性のエンパワーメントがオールマイティかどうかは疑問なしとしない。アジアの人口大国における出生率の低下において女性の地位向上がどれほど大きな要因であったか、イスラムの伝統の強い西アジア・アフリカ諸国における今後の家族計画の普及と女性の地位向上がどのように結びつくのか、今後、より現実的な評価が必要となろう。

【引用文献】

- ・ Crane, B.B., 1994. "The Transnational Politics of Abortion," in J.L. Finkle and C.A. MacIntosh (eds.), The New Politics of Population, The Population Council, pp. 3-36.
- ・ Johnson, Stanley P., 1994. World Population-Turning the Tide, Three Decades of Progress, N.Y., Graham and Trotman Ltd.
- ・ Khauna, J. et al. (eds.), 1992. Reproductive Health - a key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991 : Special 20th Anniversary Issue, WHO, 1992.
- ・ Mazur, C.A. (ed.), 1994. Beyond Numbers, Island Press. pp.267-272.
- ・ United Nations, 1975. Report of the United Nations World Population Conference, Bucharest, 19-30 August 1974.
- ・ United Nations, 1985. Report of the International Conference on Population, Mexico City, 6-14 August 1984.
- ・ United Nations Population Fund (UNFPA), 1994. The State of World Population, 1994 : Choices and Responsibilities.
- ・ United Nations, 1995-1. Population and Development, Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994.
- ・ United Nations, 1995-2. Platform for Action adopted at the Fourth World Women's Conference, Beijing.
- ・ UNFPA, 1995. The State of World Population, 1995 : Decisions for Development : Women, Empowerment and Reproductive Health.

- ・ 総理府編 1994 年. 「(平成 6 年度版) 女性の現状と施策」大蔵省印刷局
- ・ 日本政府 1994 年. 「第 4 回世界女性会議のための国別報告」

人口と開発シリーズ 20

アジアにおける女性のエンパワーメント

1996 年 3 月発行

発 行 財団法人 アジア人口・開発協会 (APDA)

〒 100 東京都千代田区永田町 2-10-2

永田町 TBR ビル 710 号

TEL 03 (3581) 7770 (代)

FAX 03 (3581) 7796
