

## 中央アジア諸国の社会開発と国際保健・人口学：人間開発指標（HDI）としてのHIV感染率および喫煙率

大谷， 順子

九州大学言語文化研究院准教授 | 九州大学人間環境学府准教授 | 九州大学アジア総合政策センター協力  
教員

<https://doi.org/10.15017/13322>

---

出版情報：九州大学アジア総合政策センター紀要. 2, pp.43-56, 2007-09-28. Kyushu University Asia Center

バージョン：

権利関係：



# 中央アジア諸国の社会開発と国際保健・人口学 — 人間開発指標 (HDI) としての HIV 感染率および喫煙率 —

Social Development and International Health & Population in Central Asia:  
Prevalence Rates of HIV/AIDS and of Smoking as Human Development Index (HDI) Issues in the Region

大谷 順子

(九州大学大学院言語文化研究院・人間環境学府准教授、九州大学アジア総合政策センター協力教員)

OTANI, Junko

(Associate Professor, Faculty of Languages and Cultures, Kyushu University)

## Abstract

Following the collapse of the Soviet Union (USSR), five republics in Central Asia became independent: Kazakhstan, Uzbekistan, Kyrgyz, Tajikistan and Turkmenistan. Since then, each country is evolving on its own direction. While these five countries share similar historical background in the social security and social service system as well as related issues rising during the transition, Kazakhstan is boosting its economy thanks to the rich natural resources. The gaps and differences among the five countries are widening while they share common global issues such as environment, HIV/AIDS, and narcotic drug that they need to confront in collaboration. This article reviews the current status of social development in Central Asian countries by making a comparison across countries in the achievement of the Millennium Development Goals (MDGs) as well as Human Development Index (HDI), and then taking up the abusive substance-triggered problems of HIV/AIDS epidemic and 'Prevalence of Smoking' from the two above indicators, further discussion is attempted. Among the MDG, "Universal primary education" (MDG2) has already been achieved yet UN suggest that the quality of education has to be improved. This article concludes with policy recommendation in ensuring the health education to be included in the basic education, especially in the Central Asian countries, as vulnerable in the above problems, in order to protect Human Security for the people in Central Asia.

Key words : Central Asia, Millennium Development Goals (MDGs), Human Development Index (HDI), HIV/AIDS epidemic, Prevalence of smoking, Substance abuse, Health education

## 要約

1991年のソビエト社会主義共和国連邦の解体により、中央アジアに誕生したカザフスタン共和国、ウズベキスタン共和国、キルギス共和国、タジキスタン共和国、トルクメニスタン共和国は、ソ連時代からの共通の背景を継承しながら、それぞれの道を歩み変容を続けている。また、中央アジア地域は環境、HIV/エイズ、麻薬などのグローバルな問題を共有している。本稿では、これらの国々の現状の概略を社会開発の観点から、国連ミレニアム開発目標 (MDG) の指標や達成度などの比較を行ないながらレビューし、人間開発指標 (HDI) の中で特に2つの薬物性依存症の問題である HIV/エイズの流行と喫煙率について考察を行う。MDG8つの目標の中で唯一達成されているのは、MDG2の初等教育の普及である。しかし質の改善が強く求められている。本稿では、国際社会と比較しても立ち遅れる HIV/エイズと喫煙対策の分野に関して、中央アジア諸国における学校教育に HIV 感染予防や禁煙教育などを健康教育に盛り込む政策と実施が必要であることを提言する。これは、中央アジア諸国の人間の安全保障を守り、個々人の福祉を向上することにもつながる。

キーワード : 中央アジア、国連ミレニアム開発目標 (MDG)、人間開発指標 (HDI)、HIV/エイズ、喫煙率、薬物性依存症、健康教育



図1 中央アジア諸国

## はじめに

1991年のソビエト社会主義共和国連邦の崩壊により、中央アジアにはカザフスタン共和国、ウズベキスタン共和国、キルギス共和国、タジキスタン共和国、トルクメニスタン共和国が誕生した。このうち、カザフスタンとキルギスは遊牧民族であり、ソ連時代に定住化政策がとられ大きな犠牲を払いつつ定住化がすすめられた。その他の国は農耕民族であった。中央アジアはロシア、中国、インドといった大国に囲まれ、中東、アフガニスタン、パキスタンなどの周辺国の政治情勢の影響を受けやすい。以前は閉じられていた中国、イラン、そして、アフガニスタンとの国境はソ連崩壊の後には開かれることにもなった。その後この地域では、2001年の9.11事件以降の米軍の駐留や、石油、天然ガス、ウランなどエネルギーや鉱物資源を巡っての国

際的なプレゼンスの高まりが顕著である。2007年春の日本とのウラン資源外交も大きくメディアでは取り上げられた。中央アジアは1991年の独立当初より、ソビエト時代の社会主義からの民主化と、市場経済化を推進してきた移行経済圏<sup>1</sup>であるが、各国の様相はそれぞれ異なり、特にエネルギー資源の有無により国家間の経済格差が拡大する傾向にある。また中央アジア諸国では、テロ、暴力、麻薬、輸送、水・エネルギー資源の有効利用、貿易、環境保全、HIV/エイズや結核といった感染症対策など、各国のみでは解決できない地域共通の課題を抱えている。

ソ連の崩壊により、中央アジア諸国では一様に貧困が拡大しており、人間開発<sup>2</sup>と人間の安全保障<sup>3</sup>の指標が著しく低下した (UNDP, 2006: 8)。1991 - 95年の混乱期には、実質 GDP

1 旧ソ連である中央アジア諸国をアフリカなど他地域の開発途上国と同列に認識するのは適切とはいえない。独立後、1990年代後半から、世界銀行をはじめ国際開発の専門家たちは東欧・CIS諸国(旧ソ連諸国)を開発途上国とは区分せず、「移行経済(transition economy)」と呼んでいる。これらの国々は、いわゆる従来の開発途上国とは、社会制度的にも大きく異なる。開発途上国の多くは都市と国土の大部分を占める地方(農村など)との格差が大きく、都市には、仕事をもとめて農村部から流入してきた人々がスラムを形成していることも少なくない。中央アジアにおいては都市と農村の格差が大きいことは同様であるが、スラムの形成はないとされている。

2 国連開発計画 (UNDP) は、人間開発とは、「開発の基本的な目標は人々の選択肢を拡大することである。これらの選択肢は原則として、無限に存在し、また移ろいゆくものである。人は時に、所得や成長率のように即時的・同時に表れることのない成果、つまり、知識へのアクセスの拡大、栄養状態や医療サービスの向上、生計の安定、犯罪や身体的な暴力からの安全の確保、十分な余暇、政治的・文化的自由や地域社会の活動への参加意識などに価値を見出す。開発の目的とは、人々が、長寿で、健康かつ創造的な人生を享受するための環境を創造することなのである。」(マープル・ハック)としている。人間開発指標 (HDI) は、1990年パキスタンの経済学者マープル・ハックによって作られ、1993年以来国連年次報告書の中で、国連開発計画 (UNDP) によって発表されている (大谷、2007: 13)。

がウズベキスタン共和国で18%、カザフスタン共和国で31%、キルギス共和国で45%、タジキスタン共和国で59%低下した（ベッカー他、2006：281）。しかし、その後はエネルギー資源、鉱物資源などの発見もあり、持つ国と持たざる国の国家間格差は拡大しながらも混乱期にみられたような著しい国内総生産（GDP）低下はみとめられない。

中央アジア5カ国は旧ソ連であったため、総合的な社会福祉システムを備えていた。軍人や危険な職場に従事した者や遺族へは社会保障・年金が整えられていた。ところが、独立後、雇用、賃金および社会保険料納入の崩壊と早期退職者の急増に直面し、社会主義時代の寛大な社会保障システムを維持することができなくなった。各国はそれぞれの現状に即した社会福祉システムを整備するにいたった<sup>4</sup>。カザフスタン共和国は、1998年、ソ連時代の連帯的な公的年金制度を一掃し、積立制度に基づく抜本的制度改革を打ち出した。その直後、予期しなかった豊富な石油資源の発見によって、2001年からの実質GDP成長率約10%という高度成長期に突入し、その結果、政府が保証する社会手当最低額を大幅に引き上げ、高齢者や身体障害者のための公的セキュリティ・ネットの維持を可能とした（ベッカー2006：286、大谷2006b）。一方、経済の急速な成長は、積立制度にさまざまな影響を及ぼし、年金基金の資産運用に課題を課している（ベッカー、2006：288）。キルギス共和国も同様の問題を抱えているが、カザフスタン共和国のような天然エネルギー資源を持っていない。ソ連経済から市場経済に移行するに伴い、

制度的整備が必要である。これらの国では、社会保険加入者及び受給者の記録管理システムが、必要であるが、情報技術（IT）システムの導入は、カザフスタンと部分的にキルギスで構築されはじめている。漸進主義アプローチをとるウズベキスタンでは、長い間、年金改革を控えてきたが、2005年より積立型年金制度の新規導入に向けて試験的な試みが開始した。タジキスタンは、最も立ち遅れており、社会保障制度を運営する国家の能力も極めて限られている。ベッカー他（2006）は、カザフスタン共和国以外の国々での社会保障制度の改善は急務であると述べている。

九州大学アジア総合政策センター紀要創刊号2006年では、パイロットとして「中央アジア・カザフスタンの保健医療とICT分野における社会開発」を執筆したが、九州大学教育研究プログラム・拠点形成プロジェクト（P&P）B1：アジア総合研究「アジア地域における人間の安全保障の観点による社会開発に関する新たなフレームワークの研究」1年目を終えた2007年号の本稿では、変容する中央アジア諸国の現状を開発の分野からレビューする<sup>5</sup>。はじめに、人間開発指標と国連ミレニアム開発目標（MDG）の達成度について各国の比較を行なう。次に、人間開発と人間の安全保障における保健医療分野の指標の中から、現地調査の結果において際立った、特に中央アジア諸国で注目すべき指標、すなわち、HIV/エイズ（MDG6：HIV感染率/エイズ罹患率）と、喫煙率に注目する。中央アジア諸国におけるHIV/エイズの流行拡大と立

3 「人間の安全保障」という概念について確認しておく。安全保障は国家がその国境と国民を守るという「国家の安全保障」が伝統的に考えられてきたが、新たに、人間の視点から多様な問題の相互関係を捉え、これらに包括的に対処する必要性があることが唱えられ、「人間の安全保障」という概念が誕生した。すなわち「人間の安全保障」とは、人間の生存・生活・尊厳に対する広範かつ深刻な脅威から人々を守り、人々の豊かな可能性を実現するために、人間中心の視点を重視する取り組みを統合し強化しようとする考え方である（外務省、2006）。そのためには生命、健康、生活の「保護」と同時に、人間1人ひとりの「エンパワメント（Empowerment：「能力強化」）」が重要である。「エンパワメント」とは人々が経済、社会、法律、政治の能力・権利と決定権を持ち、不平等を克服する力を身に付けるようになることで、基礎教育は必須である。（大谷、2007c）

4 トルクメニスタン共和国以外の中央アジア諸国の社会保障・年金改革については、ベッカー他（2006）を参考されたい。カザフスタン共和国の年金以外の広義の社会保障・社会福祉に関しては、『世界の社会福祉年鑑 第6巻』（萩原・松村・他編集）旬報社、2006年の「カザフスタン共和国」大谷順子、351-370頁を参照。高齢者福祉・障害者福祉・児童福祉・女性福祉・HIV感染者/エイズ患者への支援について紹介している。ウズベキスタンについては、同じく、『世界の社会福祉年鑑 第7巻』（萩原・松村・他編集）旬報社、2007年の「ウズベキスタン共和国」大谷順子を参照。それらを対比すると、旧ソ連という同じシステムから独立していても、本来の遊牧民族のカザフ人と農耕民族のウズベク人による社会の相違が面白い。

5 歴史的流れも踏まえると当然ながら、中央アジアには多くの民族が暮らし多様な文化が存在する。ソ連崩壊の後、国境が引かれ5つの国に中央アジアは分断されたが1国のみ調査をおこなっても中央アジアという地域を知るにはほど遠いと痛感する。また1国にはいり滞りしてしまうと、その1国の現状すらとらえられなくなる。これはマスコミなどを通して情報が発信されないためでもある。インターネットの言論のコントロールもおこなわれている。中央アジアを知るためには、各国を訪れ、現地調査を行うことはもちろんながら、この地域から離れ周辺国と比較し、国際援助機関などとの情報交換をはじめて理解できることが多々ある。

ち遅れる喫煙対策の問題の2つの課題を取り上げて、現状を紹介し考察を加える。中央アジア地域でのHIV感染経路の主なものは麻薬中毒である。麻薬もタバコも薬物性依存症の問題であり、その対策のためには、共通の課題も抱えている。その課題に対して法律をはじめ各分野での対策が取られる必要があるが、本稿では特に健康教育の重要性を指摘し政策提言する。

## 中央アジア諸国の人間開発の概要と主要な開発指標の5ヵ国比較

中央アジア諸国は被援助国であるが、一般的に開発途上国と分類されず、移行経済という範疇に分類される。国連開発計画 (UNDP) 『人間開発報告書』においては、人間開発低位国ではなく、人間開発中位国である。被援助国であるといっても、GDPが高く、エネルギー資源で潤うカザフスタンは、無償資金援助の対象にはならない<sup>6</sup>。中央アジア諸国は人間開発中位国に位置づけられるものの、各国の様相はさまざまである<sup>7</sup>。社会保障制度だけを見ても、独立以降はそれぞれが別の道を歩んでいる (ベッカー、その他、2006)。

カザフスタン共和国は、世界第9位の広大な国土を擁し、カスピ海の石油やウランなどのエネルギー資源や豊かな鉱物資源の開発により、中央アジア諸国との比較においてだけでなく、世界中の国と比較しても最も著しい経済成長を続けている。カザフスタン共和国の1人当たりGDPは2004年において7,440ドルであり、中央アジア諸国の中でも突出している (表1)。特に都市部の著しい経済成長には目を見張るものがある。黒川紀章がデザインした新首都アスタナには、近代的な高層ビル群が急速に建設されている。また、旧主都アルマティ (アルマ・アタ) はアスタナに首都が移されたあとも経済の中心として発展を続けている。ソ連時代にはウズベキスタン共和国の首都タシケントのほうが

大都市であったが、現在のアルマティの発展はタシケントを遙かに上回っている。カザフスタン共和国では独立当初、ロシア系の人口流出が続く、出生率も下がり、人口高齢化が進んだ。しかし、カザフスタン共和国の経済が非常に好調であるために、海外に流出した人々が再び戻ってくる現象が起きている。政府は人口増政策を打ち出し、その優遇処置に反応してか、2007年はじめには大人数のドイツ系が戻ってくるなどの現象も報告されている。

ウズベキスタン共和国の首都タシケントはかつての中央アジアの中心であり、中央アジア諸国の都市の中で唯一地下鉄が走っている。プハラ、サマルカンド、ヒバなどシルクロードの歴史のある世界遺産の都市が存在している。中央アジアで人口が最も多く約2500万人の人口を抱える。また、人口構成はカザフスタン共和国とは相対的に若く、20代の若者の割合が多い。ウズベキスタン共和国の西部には、ウズベキスタン共和国国内にカラカルパクスタン共和国が一つの地域として存在する。ここではカザフスタン共和国と同じくアラル海の縮小による深刻な環境問題を抱えている。カラカルパクスタン共和国では、労働人口の多くが、カザフスタン共和国などへの出稼ぎに出ている。

キルギス共和国は、中央アジアのスイスとも言われ世界貿易機関 (WTO) にも加盟している国でもある。近年は中国からの物資の流入が激しく、中央アジアに中国製品を供給する巨大な中国製品マーケットが存在するようになっている。首都のビシュケクからカザフスタン共和国のアルマティまでは陸路で数時間で到着できることから、カザフスタン共和国への出稼ぎが多い。

タジキスタン共和国は、アフガニスタンと長い国境を接する。旧ソ連の中でも最も貧しい国に数えられる。ロシアへの出稼ぎによる送金収入が国家予算をはるかに超える<sup>8</sup>。たとえ首都

6 中央アジア諸国に JICA 事務所は開設されているが、カザフスタンにおいてはその経済水準の高さのほかに、法的課題もあり、2007年7月現在、まだ正式に JICA 事務所は開設できていない。ただし首都アスタナで JICA 事務所を開設する準備がおこなわれており、またアルマティには日本センターがカザフ経済大学の敷地内で運営されている。青年海外協力隊 (JOCV) についても、ウズベキスタンなどには数十人派遣されているが、カザフスタンには派遣されていない。

7 中央アジアのなかでもカザフスタンの広大な国土の大部分はシベリア南端に位置しており、戦後に日本人捕虜が建築した建物が多く残されている。カザフステップの草原地帯はいわゆるシルクロードの「草原の道」とされる。またウズベキスタンにはヒバ、プハラ、サマルカンドなどの都市があり「オアシスの道」をいわれている。共にシルクロードの道と表現されているが、シルクロード自体が単に東西交易路にあるすべての地域を示す言葉であるため、厳密な意味での道が存在しているわけではない。中央アジアはその一部を構成するのみである。特に中央アジアにおいては日常的な交易は、東西の交易を仲介するのではなく、北の草原地帯と南のオアシス都市との南北交易であったとされる。

8 2007年6月16日九州大学 P&P 研究会「タジキスタン」(講師：高橋博史在タジキスタン日本国大使) より。

であっても安全な水の確保が大きな課題である。

トルクメニスタン共和国は、大統領独裁による永世中立国で、国連など国際社会からも距離を置いている。独立国家共同体 (CIS) からも脱退し準加盟国となっており、国際的に孤立した国家である。カスピ海の石油、天然ガスのエネルギー資源は膨大な埋蔵量が推定されており、これを原資として様々な社会サービスを無料で提供してきた。一方、強固な独裁体制をしくニヤゾフ大統領により、首都以外の病院を閉鎖するという矛盾した政策も見られた。2006年12月21日、ニヤゾフ大統領の死去にともない、今後の国家運営がどのような方向に向かうか注目されている。2007年2月に就任した医師であるグルバングレイ・ベルディムハメドフ新大統領は基本的にはニヤゾフ前大統領の体制を継続するようであり、保健医療分野と情報技術 (IT) に力を入れると声明を発表している。

表1では中央アジアと隣接する国であるアフガニスタン<sup>9</sup>も比較のために掲載している。国連データにおいてアフガニスタンの正確な数値は正確に把握できていない部分も少なくないが、ここでは隣接する中央アジアと比較することで、旧ソ連時代の影響により近接地域においても様々な人間開発指標の数字の差が顕著に現れていることがわかる。出世時平均余命にも格差がある

が、最も重要な点は、成人識字率の違いである。アフガニスタンが28.1%にとどまるのに対して、旧ソ連であった中央アジア諸国はほぼ100%である。たとえば、タジキスタンとアフガニスタンは地理的にも近接しており、歴史的背景により国境で分断されてはいるが民族、文化などのさまざまな点で共通点がある。しかし、ここに生じる大差は、今後の社会開発において重要な意味を持つ。

中央アジア諸国の経済格差においては、一人当たり GDP でみるとカザフスタン共和国が飛びぬけて高いが、国内の所得格差に目を向けることにする。ジニ係数、所得額上位10%を占める人口の割合と、国内所得格差不平等度の世界順位を表2に上げる。ジニ係数<sup>10</sup>だけでは不十分であるものの一般的に用いられる重要な参考指標としてみた場合、中央アジア諸国において国内所得格差が大きいのはアメリカ合衆国の数値と並ぶトルクメニスタンである。2004年の数字を見た場合においては他の国々は国際水準においては比較的平等な社会であるといえる<sup>11</sup>。

次に、中央アジア諸国における国連ミレニアム開発目標 (MDG) の達成状況を見る。はじめに、貧困削減 (MDG1) についてであるが、中央アジア諸国において、「貧困」という用語の使用には注意を払う必要がある。先にも見た

表1 中央アジア諸国の開発指標

2004年	一人当たり GDP (PPP US\$)	経済成長率 (1900 - 2006年)	総人口 (100万人)	都市人口 (全体に占める 割合%)	出生時 平均余命	男性	女性	失業率 (%)	成人 識字率 (% : 15 歳以上)	人間開発 指 標 (HDI)
カザフスタン	7,440	10.6	14.8	57.1	63.4	56	67	8.5	99.5	0.774
キルギス	1,935	2.7	5.2	35.7	67.1	59	67	9.7	98.7	0.705
タジキスタン	1,202	7.5	6.4	24.9	63.7	62	64	2.3	99.5	0.652
トルクメニスタン	4,584	9.6	4.8	46.0	62.5	56	65	30.2	98.8	0.724
ウズベキスタン	1,869	7.0	26.2	36.7	66.6	63	69	0.3	-	0.696
(参考) アフガニスタン	-	3.9			46.0	42	42		28.1	-

出典：人間開発報告書、2006年

経済成長率は、CIS 統計委員会 (カザフスタン、トルクメニスタン) および世銀 (ウズベキスタン、タジキスタン)、

キルギス国立銀行 (キルギス)、UNDP (アフガニスタン)

失業率 (EBRD) より筆者作成

9 本稿では中央アジア5カ国を指す言葉として用いているが、アフガニスタンは地域的な意味における中央アジアを認識する場合はこの5カ国には限定されない。そのためアフガニスタンも中央アジアと表現されることもある。アフガニスタンにおいて NGO として活動を続けているベシャワール会の中村哲医師は、中央アジア・アフガニスタンと表現している (2007年6月ベシャワール会総会の講演、於：九州大学六本松)。

10 ジニ係数は平等度を捉えるために一般に用いられる指標である。その数値は、0から1の間を示し、ジニ係数が小さいほど平等度が大きく (高く) なる。

表2 中央アジア諸国のジニ係数と国内格差を現す指標

2004年	ジニ係数	上位10%	国内所得格差不平等度世界順位
カザフスタン	32.3	24.4%	94位
キルギス	34.8	27.9%	80位
タジキスタン	32.6	25.6%	91位
トルクメニスタン	40.8	31.7%	49位
ウズベキスタン	26.8	22.0%	115位
中国	44.7	33.1%	35位
日本	24.9	21.7%	122位
イギリス	36.0	28.5%	73位
アメリカ合衆国	40.8	29.9%	49位
ブラジル	59.3	46.9%	8位
ナミビア	70.7	64.5%	1位

出典：世界銀行『世界開発報告2005年』巻末データより作成

ように、経済的にみると、カザフスタン共和国は貧困国ではない。1人当たりGDPから分類すると、カザフスタン共和国は中所得国であり、低所得国ではない。ウズベキスタン政府は「貧困」という言葉を嫌い<sup>12</sup>、世界銀行・国際通貨基金（IMF）が債務国に対して要請した、「貧困削減戦略文書（Poverty Reduction Strategy Paper）」についても、「社会福祉改善戦略文書（Welfare Improvement Strategy Paper）」の名称を用いて、世界銀行、アジア開発銀行（ADB）、国連開発計画（UNDP）とともに作成した。

すべての国で、初等教育（MDG2）とジェンダー（MDG3）が比較的好成績で、カザフスタン共和国やウズベキスタン共和国ではすでに達成されている<sup>13</sup>。これは、ソ連時代に達成されることが大きい。しかし、独立後、教育の質の低下に関連する諸々の問題——教材の不足、教員の確保、教員の薄給<sup>14</sup>など——は極めて顕著である。MDGは、もともとアフリカの開発

途上国に焦点をあてて定められたという背景がありそれ以外の国々に当てはめたとき、必ずしも状況を計るには適切ではない。すべての国で、目標6の達成が遅れている。マラリアはアフリカのように問題はでない。近年、HIV/エイズの流行の拡大が中央アジアでは深刻だが、これは後述する。この指標の数値が低いのは、結核が原因であり、結核はこの中央アジア地域でも未解決の問題である<sup>15</sup>。経済がある程度発展した他の国々と同様、新種の耐性結核菌の拡大が懸念される。

乳幼児死亡率の改善（MDG4）と妊産婦死亡率の改善（MDG5）についても、各国で改善が遅れており、特に都市部を離れた地方での死亡率が高いことが問題である。

これらの現状を把握するためには、まず信頼のおけるデータを収集することが課題となっている。旧ソ連時代のガイドラインにそった診断やデータ収集を現在の国際標準に切り替えていくことも必要である。

11 ただし、経済発展により状況は変化している。大きく2点による。

・資源を持つ国と持たない国の格差

・都市と農村の格差

格差は明らかに拡大していることが調査におとずれると感じとれる。ソ連時代の地方までの徹底したインフラや教育医療の仕組みがうしなわれ、格差は拡大の原因ともなっている。

12 ウズベキスタン共和国には、スラムもみとめられず、アフリカや南アジア、東南アジアの貧困とは区別したいとしている。

13 国連ウズベキスタンでは、初等教育（MDG2）の目標は達成済みである一方、高等教育になると急に女子の就学率が悪くなる（結婚のために退学してしまう）という課題を指摘している。

14 これにより賄賂が蔓延している。

15 2007年3月、カザフスタン共和国の新首都、アスタナ医科大学で筆者が講義をした際、ドスカリエフ学長（元カザフスタン共和国保健大臣で、世界保健機関（WHO）の行政理事（EB）も努めた）に、保健大臣時代に何が一番の問題であったか尋ねたところ、「結核」と回答された。WHOカザフスタンとウズベキスタンにおいて、塗抹標本を見たところ、基本的なラボ技術の訓練が必要であり、日本の結核研究所のJICA専門家を派遣や、結核でのJICA国際研修などの機会が可能となれば貢献できるはずの分野であるが、日本国内における結核への予算削減と人材の不足など困難な状況にある。

表3 中央アジア諸国の国連ミレニアム開発目標 (MDG) 指標

	貧困ライン <sup>16</sup> 未満の人口 (%)		初等教育 純就学率 (%) 2004年	5歳未満 死亡率 (出生1000 人当たり) 2004年	HIV 感染率 (15 - 49 歳 の割合: %) 2005年	栄養不良 の人口 (全人口に占め る割合: %) 2001/2003	改善された 水源を継続 して利用で きる人口 (%) 2004	改善された 衛生設備を 継続して利 用できる人 口 (%) 2004
	都会	農村						
カザフスタン	30.0	39.0	93	73	0.1	8	86	72
キルギス	43.9	56.4	90	58		4	77	55
タジキスタン			97	91	0.1	61	59	51
トルクメニスタン				103	<0.1	8	72	62
ウズベキスタン	22.5	30.5	78(1991)	57	0.2	26	82	67
アフガニスタン				257	<0.1		39	

注: 喫煙率というMDG指標については、中央アジア諸国のどの国もデータが無かったので割愛したが、これらの国における貧困および健康の問題に深く絡んでいる。

出典: 人間開発報告書、2006年

貧困ライン未満の人口の割合については、世界開発報告2007年から引用、但し、カザフスタンは1996年のデータ、キルギスとウズベキスタンは2000年データであり、カザフスタンについては特に古く、その後の経済発展の状況からすると比較できないが、参考として示しておく。

表4 中央アジア諸国のMDG達成の進捗状況

	1. 貧困削減	2. 初等教育	3. ジェンダー 平等	4. 乳幼児死亡 率の改善	5. 妊産婦死亡 率の改善	6. HIV/エイズ、 結核など	7. 環境の改善
カザフスタン				x	x	x	
キルギス					x	x	
タジキスタン		x	x	x	x	x	x
トルクメニスタン	データなし						
ウズベキスタン	x					x	

出典: 世界銀行、2005年「中央アジア地域のミレニアム開発目標報告」

環境問題については、それぞれの国で、様々な問題を抱えている。中央アジアを流れる2本の主要河川であるアムダリア川とシルダリア川の上流に位置するキルギス共和国とタジキスタン共和国は、水資源を利用して発電産業の発展を旨としたし、下流に位置するカザフスタン共和国、トルクメニスタン共和国、そしてウズベキスタン共和国では、夏季の灌漑用水を要し、冬の洪水を防止したいことから、水利権という重要な課題がある。中央アジアでは豊かな水資源を有する地域であっても、地域全般にそのインフラが脆弱であり、MDGのターゲットとなっている安全な飲み水の確保については改善を要する。タジキスタン共和国の首都ドシャンベ

は水は豊富に存在するものの、水道設備が不十分であり、日常的に水道から泥水がでる。日本からの援助による改善も行われてきたが、未だ解決にはいたっていない。またアラル海の縮小に伴い、アラル海付近のカザフスタン共和国やウズベキスタン共和国の西部のカラカルパクスタン共和国では井戸水には塩分が混じる。また地表には塩が蓄積し雪のように白く地面を覆い農業には深刻な問題となっている。また、キルギス共和国などに放射能廃棄物などの問題もある。

**中央アジア諸国において拡大する HIV/エイズ  
感染症では、もともと問題である結核に加え、**

16 貧困ラインは国によって異なる基準を採用している。多くの国では、世界銀行の提案した貧困ライン以下の人口割合とは、貧困ライン(1人1日当たりの生活費1米ドル—購買力平価換算)以下の人口割合としているが、ウズベキスタンでは、栄養状態を重視しており、1人当たりのカロリー消費が2100Kcalという世界銀行の提案した基準を採用している(Nargiza Juraboeva氏(UNウズベキスタン)九州大学アジア理解講座シルクロード地域における国際協力・社会開発シリーズ「ウズベキスタン」での発表より(2007年6月19日))。



ウズベキスタン共和国のタシケントの病院で奥の目立たない一室に設置された World Vision (NGO) によるトラストポイントで麻薬中毒者に配布される注射器・注射針と HIV/AIDS 啓蒙・情報提供マテリアル。左に移っている足は、社会に隠れる麻薬中毒患者に働きかけるアウトリーチワーカー (女性)。(2006年9月筆者撮影)



カザフスタン共和国カラガンダ州ティメルタウで、集合住宅 (団地) の一角に設置された麻薬中毒者のための注射器・注射針交換所。ワーカーが手に持っている注射針などは無料で配布されている。他に配布するコンドームも置いてある (机上左側)。(2006年3月筆者撮影)。

新たな感染症の拡大、特に HIV/エイズは中央アジア諸国での状況が深刻さを増しており、速やかな対策が必要である。また、経済格差や雇用機会の状況変化に伴い、中央アジア諸国内外の人的移動パターンは多様化しており、あわせて、感染拡大ルートも多様化している。援助国である日本においても、中央アジア地域の人的移動と感染症の問題の状況把握は、開発援助の政策立案に必須である。

表4において、HIV 感染率は低く大きな問題ではないように見えるが、実際には HIV 感染拡大は中央アジア諸国において深刻な問題となってきた。表5は、中央アジア諸国において新たに診断・報告された HIV 感染者数が増大していることを示している。この地域は、アフガニスタンからの麻薬ルートとしてもともと麻薬の問題があった (大谷・大杉、2006)。中央アジア諸国での HIV 感染経路の主なものは、現在でも麻薬注射針である (大谷、2007d)<sup>17</sup>。国連合同エイズ計画 (UNAIDS) が2006年12月に発表した報告書では、中央アジア諸国での増加、具体的にはウズベキスタン共和国、次にカザフスタン共和国での増加に注意を促している。移行経済における将来への不安、失職、貧

困と現実からの逃避、などの社会背景も重り、特に若者の間で麻薬と HIV 感染が広がった。感染経路は麻薬中毒者の針の使い回しや、麻薬を買うための資金を得るための売春といったルートである。

カザフスタン共和国では、南部のウズベキスタン共和国と国境を接するシムケントの小児病院で2006年9月に HIV アウトブレイク (感染勃発) が起き、保健大臣の退任につながる事件となった (大谷、2007a)。この小児病院では、ウズベキスタンから国境を越えてきた麻薬中毒患者による売血を買って、それを小児患者に輸血したことと、院内感染予防の方法が不適切であったためとされている。また、ソ連時代に鉄鋼業で栄えた北部のカラガンダ州での拡大も問題となっている (大谷・大杉、2006、大谷2006b: 364)。カラガンダ州のティメルタウ市は、大統領が長年、鉄鋼産業に従事したところでもあり、エイズ対策のモデル地として、地方政府が NGO と連携して、麻薬針の無料交換を行ったり、情報やカウンセリングを提供するなど、さまざまな対策が取組まれているところでもある。

また、旧ソ連諸国間の経済格差の拡大により、

17 ウズベキスタン共和国においては、2006年のウズベキスタン共和国エイズセンターから報告された HIV 感染症例のうち、感染経路の54%が麻薬注射針、17.6%が異性間性交渉、0.5%が同性間性交渉、0.5%が母子感染、29%が不明となっており、麻薬中毒によるリスクが約6割を占めていることがわかる。(Nargiza Juraboeva 氏 (UN ウズベキスタン) 九州大学アジア理解講座シルクロード地域における国際協力・社会開発シリーズ「ウズベキスタン」での発表より(2007年6月19日))

表5 中央アジア諸国における新たに診断・報告された HIV 感染症例数

	1996年 まで	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	総計
カザフスタン	79	437	299	185	347	1,175	735	746	699	4,702
キルギス	19	2	6	10	16	149	160	132	161	655
タジキスタン	2	1	1	0	7	34	30	42	NA	117
トルクメニスタン						2				2
ウズベキスタン	38	7	3	28	154	780	2,000	1,836	2,016	6,862
中央アジア	138	447	309	223	524	2,140	2,925	2,7256	NA	12,338

出典：世界銀行、2005年

ウズベキスタン共和国やタジキスタン共和国などから、経済が好調で比較的裕福なロシアやカザフスタン共和国へ出稼ぎに出るなど人口移動が、あらたな HIV 感染拡大のルートを形成している<sup>18</sup>。出稼ぎ先のロシアで、キルギスなど他の出稼ぎ者から感染して帰国する症例なども報告されており、感染ルートは複雑化している。

### 中央アジア諸国において遅れるタバコ対策

世界的にタバコに対する意識が大きく変わり、タバコ政策が年々、多くの公共の場を初めとして厳しくなっている近年、中央アジア諸国は、とくにタバコ対策が遅れている地域であり、タバコの害に対する意識の低い。一方で、世界的にタバコ産業のグローバル化が進む中、タバコの害への脆弱性の高い中央アジアを含む旧ソ連地域は、タバコ産業にとっては重要な戦略ターゲットとなる。先進国では健康志向により喫煙率が低下している<sup>19</sup>。激化する国際タバコ市場において、日本たばこ産業（JT）も海外に活路を見出そうとしている。タバコ産業の世界的構図は植民地主義の歴史の負の遺産でもあるが、現在のタバコ産業の動きは、ますます、先進国が開発途上国を搾取するシステムを構築していく流れとなっている。JTは、英国ギャラハース社の買収をおこない、移行経済の中央アジア市場、すなわち、中央アジアの人々の健康を害しながら、利益を得ようとしている。

喫煙率が、健康の指標であるだけでなく、人間開発指標（HDI）でもあることから、本稿では、ほとんど注目されてこなかった中央アジアのタバコ対策について論じたい。喫煙率は、平均余命、乳児死亡率、妊産婦死亡率などのほかの健康の指標および HDI と比べて、開発分野の報告書では、これまで主な指標として注目を浴びることが比較的少なかったが、世界保健機関（WHO）の世界タバコ規制枠組み条約（FCTC）<sup>20</sup> 策定を含め、世界的にその重要性が増している。

### 中央アジア諸国におけるタバコ対策の遅れ

健康促進としてのタバコ対策は、開発途上国と先進国を比べると健康教育の遅れのみならず、法的規制、税制なども含め、さまざまな面で遅れている。世界保健機関（WHO）の世界タバコ規制枠組み条約（FCTC）策定の際は、日本政府は非協力的な加盟国であった。財務省の影響を強く受ける厚生労働省の実態を見せつけた。2002年第5回政府間交渉では FCTC そのものについて反対した日本政府も、世界的な潮流の中で、2004年3月には FCTC に署名し、同年6月には19番目の国として批准した。しかし、国際社会の場での署名後も、国内の禁煙対策では、他の先進国からは大きな遅れを取っており、受動喫煙防止に関して日本は健康増進法25条の努力義務までしか達成できていない。2007年5

18 UNAIDS タジキスタン事務所 Maria Boltaeva 氏への聞き取り調査（2007年3月13日）

19 日本でも若い世代ほど、喫煙へのイメージが、かっこいいものから、「きたない」「臭い」「みずばらしい」「喫煙者は自分勝手な人」と代わっており、Johnson&Johnson アンケート調査（2007年）では、半数近くの新規採用若者は、職場が禁煙であるかどうか、就職の決め手になると答えている。<http://www.jnj.co.jp/group/press/2007/0524/index.html>（2007年5月28日アクセス）

大谷順子（2008）、「大学における健康教育と喫煙に対するイメージ調査——中央アジア諸国の大学生と日本の九州大学六本松キャンパスの比較調査」、九州大学大学院人間環境学府教育研究紀要「教育学研究」、第10号において、九州大学六本松キャンパスで行なった調査の分析結果を報告しているので、そちらを参照されたい。

20 タバコの規制に関する世界保健機関枠組条約（タバコ規制枠組条約）



英国ロンドンのヒースロー空港の手荷物受取所では、禁煙を促すサインが上がっている (2007年7月筆者撮影)。



対照的に、ウズベキスタン共和国タシケント首都空港の手荷物受取所では、韓国のタバコ ESSE の広告が上がっている (2006年9月筆者撮影)。



カザフスタン共和国旧首都アルマティ空港は他の国々の空港より格段にモダンで、分煙もされている。喫煙室の壁はタバコ会社 SOBRANIE (英国ギャラハー社) の青い宣伝となっている。(2007年の日本たばこ (JT) によるギャラハー社買収によりこの喫煙室壁は塗り替えられるのであろうか。) アルマティ空港では、喫煙所以外には、タラップから空港建物内に入る外壁からトイレの中まで至る所に禁煙サインが貼られている。手荷物受取所で喫煙する者はいない (2006年3月筆者撮影)。



カザフスタン共和国の新首都アスタナのインターネットカフェの禁煙サイン (2006年3月筆者撮影)。

月での喫煙率半減目標についても最終的に採択されていない。

中央アジア諸国についてみると、男子喫煙率が最も高いのはカザフスタン共和国とウズベキスタン共和国である (表6)。これらの国では、他の国々と同様に、所得の低い貧困人口層の間で喫煙率が高く、教育程度が低い層での喫煙率が高い傾向にある。カザフスタン共和国が2004年6月21日にFCTCに署名し、2007年1月22日に批准している。キルギス共和国が2004年2

月28日に署名し、2006年5月25日に批准している。しかし、世界の168カ国が署名し、147カ国が批准している2007年5月31日 (世界禁煙デー) 現在、ウズベキスタン共和国、タジキスタン共和国、トルクメニスタン共和国は、署名さえしていない。カザフスタン共和国では近年、空港での分煙を徹底するなど、公共の場でのタバコ対策の改善を示してきた。一方、ウズベキスタン共和国では、首都タシケントの国際空港の到着ロビーでも、女性モデルを起用した ESSE (韓国タバコ人參公社の製品) の宣伝が大々的におこなわれている<sup>21</sup>。公共の場所である空港での対策も行なわれておらず、分煙されていないので、荷物を待っている間、受動喫煙にさらされる (大谷、2007b)。国内便のチェックインカウンターにおいても航空会社の看板よりも、

21 ウズベキスタンへの韓国企業の進出は目覚しく、空港から市内に続く道路沿いの宣伝も LG 社のものなどが目立つ。

タバコ宣伝の看板のほうが目立っている<sup>22</sup>。喫煙率は男性の間に高いが、女性モデルを起用した広告により、男性喫煙者へアピールするだけでなく、喫煙率がまだ低い女性を新たな市場として開拓しようとするタバコ産業の販売戦略がある。これらの国で販売されている海外のタバコのパッケージに印刷された健康の害に関する警告は、製造国では法規制により販売できないほどのわずかな表示がなされているのみである。ニヤゾフ大統領独裁下<sup>23</sup>のトルクメニスタン共和国では、公共の場での全面禁煙政策がとられた。この背景には、癌の診断を下された大統領が、医師より禁煙を勧められたため、受動喫煙を嫌った大統領の独裁的な判断により公共の場での禁煙が一気に進められた。

中央アジア諸国は、ソ連崩壊後の移行経済の混乱を経験するなかで、人々が健康を失い、特に50歳代男性のアルコール依存症罹患率、喫煙率（つまりニコチン中毒）など様々な依存症罹

患率がさらに上昇し、鬱や自殺率が上昇することになった。あらゆる生活習慣病罹患率が上昇したため、独立直後の数年間で平均余命は短命化し、特に男性の出生時平均余命がほとんど50歳代まで低下した（大谷，2006a: 117、大谷，2007c, Goldstein et al., 1996: 9）。第二次世界大戦後、世界で平均余命は延びており、平均余命が短縮化したのはこの中央アジア諸国を含む旧ソ連諸国の人々だけである。近年でも、平均余命は伸び悩んでいる（表7）。独立後、政府予算の保健医療セクターへの支出のGDPに対する比率は年々下降している（表8）。移行経済の中では新たに貧困に陥る人々もおり、貧困によって健康を失うあらゆる要因が広がっている。

### 人間開発指標（HDI）としての喫煙率

喫煙率は、健康に関する指標であるだけでなく、人間開発指標のひとつである。国連開発計

表6 中央アジア諸国の男女別成人喫煙率（%）

	総 計	男	女
カザフスタン	33.5	60.0	7.0
キルギス	37.8	60.0	15.6
ウズベキスタン	29.0	49.0	9.0
タジキスタン			
トルクメニスタン	14.0	27.0	1.0

出典：世界保健機関（WHO）タバコアトラスより筆者作成

表7 中央アジア諸国の男女別出生時平均余命

	2000年		2002年		2004年	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
カザフスタン	58.0 (57.6 - 58.9)	68.4 (67.2 - 70.0)	58.7 (58.0 - 59.4)	68.9 (68.1 - 69.7)	56 (55 - 57)	67 (66 - 68)
キルギス	60.0 (58.5 - 61.7)	68.8 (66.8 - 70.8)	60.4 (59.5 - 61.4)	68.9 (68.1 - 69.8)	59 (59 - 60)	67 (67 - 68)
ウズベキスタン	62.1 (61.6 - 62.9)	68.0 (67.3 - 68.9)	65.6 (64.8 - 66.3)	70.8 (70.1 - 71.6)	63 (63 - 64)	69 (68 - 70)
タジキスタン	60.4 (59.0 - 62.3)	64.7 (63.0 - 66.9)	61.0 (59.2 - 62.7)	66.5 (64.8 - 68.0)	62 (60 - 64)	64 (62 - 67)
トルクメニスタン	60.0 (59.3 - 60.8)	64.9 (64.3 - 66.0)	58.8 (58.3 - 59.3)	66.9 (66.1 - 67.7)	56 (55 - 56)	65 (64 - 66)

出典：世界保健報告（WHR）2001、2004、2006年、世界保健機関（WHO）より筆者作成

22 2006年9月、および2007年3月現地調査時、確認。

23 ニヤゾフ大統領は2006年12月急死した後、2007年2月に歯科医師であるベルディムハメドフ氏が新大統領に就任した。

表 8 中央アジア諸国の保健医療への支出

	2000年			2003年		
	公 的 (対GDP比: %)	民 間 (対GDP比: %)	一人当たり (PPP US\$)	公 的 (対GDP比: %)	民 間 (対GDP比: %)	一人当たり (PPP US\$)
カザフスタン	2.8	1.0	211	2.0	1.5	315
キルギス	3.5	2.2	145	2.2	3.1	161
ウズベキスタン	2.8	0.8	86	2.4	3.1	159
タジキスタン	2.0	0.5	29	0.9	3.5	71
トルクメニスタン	4.6	0.8	267	2.6	1.3	221
日本	5.9	1.8	2,009	6.4	1.5	2,244

出典：国連開発計画（UNDP）『人間開発報告』2003年、2006年より筆者作成

画（UNDP）が毎年発行する2003年の『人間開発報告書』は「ミレニアム開発目標（MDG）達成に向けて」というテーマであった。その巻末の人間開発指数（HDI）において、MDGの指数を別の表にしてまとめている。そこには、喫煙率という指数は含まれないが、2004年以降の『人間開発報告書』においては、「健康で長生きするために——地球規模の保健医療のおもな危機と課題」という表に他のMDG指標と並べて挙げられている。これは、喫煙（ニコチン中毒）という問題が、世界保健機関（WHO）の『世界保健報告書』のなかで健康の一問題として位置づけられているだけではなく、国連において、喫煙問題が、人間開発の課題、そして、社会開発の課題として位置づけられたことを意味する。しかし、2006年人間開発報告書においては、この指標の具体的な数値は人間開発高位国のものが上げられており、トップのノルウェーなどで喫煙率の下降が顕著に示されているものの、ほとんどの人間開発中位国と低位国では、数値データがなく、中位国である中央アジア諸国においても、どの国のデータもまだない。世界保健機関（WHO）は、タジキスタン共和国以外の国についての喫煙率のデータを所有している（表6）が、ここにおいても、WHOのカウンターパートである保健省の上のレベルで、このデータをモニタリングしていないという、中央アジア諸国におけるタバコ対策の遅れを反映している。しかし、このように、国連の人間開発指標に位置づけられたことで、国連からはデータ提出を求められることになり、中央アジア諸国の中央アジア諸国の中央政府の意識も改善されることが期待される。

### 日本たばこ産業（JT）の中央アジア市場参入

2006年12月15日、業界3位の日本たばこ産業（JT）は、約2兆2000億円を投じて、業界5位の英国ギアラハー社を買収することを発表し、2007年4月に完了した。順位は3位のままだが、業界1位のフィリップ・モリス社（世界市場シェア17.9%）、2位のプリティッシュアメリカンタバコ社（BAT）（12.2%）との差を縮め、10.9%のシェアを獲得したことになる。英ギアラハー社の市場はヨーロッパのほかにロシアと中央アジアなど新興国市場であったため、これでJTはこれらの地域へ販路を広げる狙いである。「日本たばこ産業を、世界的なプレーヤーにする準備はエッセンシャルだ。長期的に利益を得る。」と尾身幸次財務相の発言も報道されている（International Herald Tribune, 2006年12月16日）。前述のような、タバコ対策の遅れた無防備な国々にタバコという依存性薬物を販売拡大することで利益を得て生き残ろうとする日本タバコ産業とそれを後押しする日本政府の倫理観が問われる。この地域の人々に差し伸べるべきはタバコではないはずである。

### 健康教育と「人間の安全保障」

世界保健機関（WHO）や国連児童基金（UNICEF）は、学校などでの児童に対する健康教育に取り組んできた。これらの国際機関は、子供が必要とするライフスキルという概念を打ち出しているが、ライフスキルは「個々人が日々の要求や挑戦に効果的に対処できるようにする、適応的で前向きな行動のための能力」と定義され、具体的には、手洗いによる衛生管理、禁煙、HIV/エイズ感染予防などがある（勝間、2005）

200)。

HIV に一度感染すると、ウィルスをすべて人体から排除することはできないが、感染を予防することはできる。また、エイズの根本的治療薬は開発されていないが、治療によりエイズの発症を遅らせることができる。HIV 感染を防ぐ、または、エイズの発症を遅らせるために必要な知識と、そのために行動を起こせるようにするためには、教育が必要であることは言うまでもない。HIV に最も感染しやすいのは、その感染のリスクのある行動様式を取りやすいことから、若い人々である。全ての年齢に対しての対策プログラムは必要であるが、特にリスクにある若い人々への健康教育が重要である。麻薬といった依存性薬物に手を出す前に、そのリスクについて幅広く予防的教育と情報提供を行なう必要がある。そして、その依存性薬物の問題として、さまざまな課題を共有する禁煙についても、健康教育が重要である。

喫煙というニコチン中毒から自分や家族や友人を守るための知識と、喫煙を進められたときに断れるコミュニケーションと対人スキル、批判的な思考によってタバコのマーケティングにのらないスキル、受動喫煙を含め喫煙をさける自己管理スキルがある。喫煙を開始するとき、ほとんどの青少年はタバコという商品がどのような影響を生涯的に与えるものであるかという知識をもたないままに喫煙を開始し、ニコチン中毒という薬物依存症に陥ってしまう。タバコ会社が戦略的に狙うのはそのような青少年であるが、十代の青少年のときに、喫煙を開始せずニコチン中毒に陥らなければ、その後の人生はニコチン依存に陥らずにすむ確率が飛躍的に上昇する。喫煙者の90%は20歳未満で喫煙を開始している。それまでに喫煙を開始しなければ吸わなくてもよい人生を選択できる (池上、2001)。タバコという依存性薬物に手を出す前に、そのリスクについて幅広く予防的教育と情報提供を行なう必要がある。

先にもみたように、国連は、HIV 感染率と喫煙率を人間開発指標 (HDI) に定めている。HIV/エイズ感染予防や禁煙教育といった健康教育により、子供や青少年は、人間の安全保障を守るためのライフスキルの重要な一部を身につけることができる。健康教育は、質の高い生

活を得るためのエンパワメント (能力強化) につながる。人々が自ら健康を手に入れることができるようになる。ひいては、それは、労働力や経済力の強化、そして国家や社会の発展にもつながる。そして、なにより重要なことに、国家に焦点を当てたというより、個々人に焦点をあてた人間の安全保障と、世代にわたり人々の福祉の向上につながる。

## おわりに

本稿では、中央アジア諸国の社会開発の現状を、国際保健分野に焦点をあて、特に HIV/エイズと喫煙という課題を取り上げて概略比較を行った。HIV 感染率と喫煙率は、健康指標であるだけでなく、人間開発指標 (HDI) である。中央アジア諸国において、その両者は、ともに薬物性依存症の問題でもある。中央アジア諸国では、これらの指標や MDG の健康に関する指標と環境に関する指標の成績が良くない。HIV 感染率の削減については MDG 6 のターゲットでもある。ソ連時代の功績もあり、MDG の中で唯一達成されているターゲットが MDG2 の初等教育である。そこにも、中央アジア諸国が開発途上国ではなく、移行経済であることの様相が現れている。しかし、就学率は達成されていても、質の改善が必要である。本稿では、近年、中央アジア所記憶において、問題が急速に拡大してきた HIV/エイズと、国際社会において比較しても中央アジア諸国で立ち遅れるタバコの問題を取り上げた。本稿では、中央アジア諸国でも、学校教育に HIV 感染予防や禁煙など健康教育を重要な部分として確実に盛り込む政策と実施が必要であることを提言する。このような健康教育の普及は、中央アジアの「人間の安全保障」を守ることにもつながる。

本稿は、平成17年度九州大学アジア総合政策センター政策提言事業によって助成されたカザフスタンと中国におけるフィールド調査研究から発展させた、平成18年度 - 平成20年度九州大学教育研究プログラム・研究拠点形成プロジェクト (P & P) B-1 : アジア総合研究として採択されている「アジア地域における人間の安全保障の観点による社会開発に関する新たなフレームワークの研究」(代表 : 大谷順子) により中央アジア諸国で行なってきた

フィールド調査研究の成果の1部である。

## 参考文献

- 池上達義 (2001) 「タバコ問題は十代の問題」日本赤十字社和歌山医療センター
- 大杉卓三 (2007a) 「中央アジア・カザフスタンとウズベキスタンにおけるマイクロファイナンスの取り組み」九州大学大学院比較社会文化研究紀要『比較社会文化』第12巻、53-56頁
- 大杉卓三 (2007c) 「カザフスタンのICT (情報通信技術) と社会開発」『現代中央アジア研究会ニュース』第3号4月3-5頁
- 大谷順子、大杉卓三 (2006) 「中央アジア・カザフスタンの保健医療とICT分野における社会開発：人間の安全保障と国連ミレニアム開発目標(MDG)の観点から」九州大学アジア総合政策センター紀要創刊号、11-22頁
- 大谷順子 (2006a) 『事例研究の革新的方法』九州大学出版会
- 大谷順子 (2006b) 「カザフスタン共和国」『世界の社会福祉年鑑 第6巻』(萩原康生・松村祥子・後藤玲子・宇佐美耕一 編集代表) 旬報社、2006年、351-369頁
- 大谷順子 (2007a) 「中央アジアのHIV/エイズ流行事情」『現代中央アジア研究会ニュース』第3号4月1-3頁
- 大谷順子 (2007b) 「中央アジア市場を狙う日本たばこ産業」『現代中央アジア研究会ニュース』第4号7月3-4頁
- 大谷順子 (2007c) 「健康教育と「人間の安全保障」」九州大学大学院人間環境学府教育学研究紀要『教育学研究』第9号91-102頁
- 大谷順子 (2007d) 「ウズベキスタン共和国」『世界の社会福祉年鑑 第7巻』(萩原康生・松村祥子・後藤玲子・宇佐美耕一 編集代表) 旬報社
- 大谷順子 (2007e) 『国際保健政策からみた現代中国——政策実施の現場から』九州大学アジア叢書第8巻、九州大学出版会
- 大谷順子 (2007f) 「中央アジアの保健医療事情」Silk Road シルクロード Vol.17、九州シルクロード協会
- 大谷順子 (2008) 「大学における健康教育と喫煙に対するイメージ調査——中央アジア諸国の大学生と日本の九州大学六本松キャンパスの比較調査」、九州大学大学院人間環境学府教育研究紀要『教育学研究』、第10号
- 勝間靖 (2005) 「教育と健康」、『国際教育開発論——理論と実践』黒田一雄・横関祐見子編 第10章192-207頁 有斐閣
- C.M.ベッカー、A.S.セイテノヴァ、D.S.ウルジュノヴァ (2006) 「中央アジア諸国の年金改革」(岩崎一郎訳) (第10章) 『移行経済国の年金改革』西村可明編、ミネルヴァ書房
- Goldstein, E., et al. (1996) *Trends in health status, services, and finance: The transition in Central and Eastern Europe*, Volume I, World Bank Technical Paper Social Challenges of Transition Series, Vol. 341., Washington, D.C.: The World Bank.
- Otani, J. (2007) “The status of social development in Central Asia from gender perspectives”, *Journal of Asian Women's Studies*, Vol.16: *KitaKyushu Forum on Asian Women*
- 国連開発計画 (UNDP) (2006) 『中央アジア人間開発報告書——障害を取り払う：人間開発と人間の安全保障のための地域協力』Central Asia Human Development Report 2006.
- 国連開発計画 (UNDP) (2006) 『2006年人間開発報告書——水危機神話を越えて：水資源をめぐる権力闘争と貧困、グローバルな課題——』
- 国連開発計画 (UNDP) (2005) 『2005年人間開発報告書——岐路に立つ国際協力：不平等な世界での援助、貿易、安全保障——』
- 国連開発計画 (UNDP) (2003) 『2003年人間開発報告書——ミレニアム開発目標 (MDG) 達成に向けて——』
- WHO (2001, 2004, 2006) World Health Report
- WHO (2002) “The Tobacco Atlas” (邦訳：日本公衆衛生学会 『たばこアトラス』2003年)
- World Bank (2005) “Reversing the Tide: Priorities for HIV/AIDS Prevention in Central Asia”
- 国際機関のホームページ：  
 世界保健機関 (WHO) 本部 [www.who.int](http://www.who.int)  
 世界保健機関欧州地域事務所 [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)  
 国連合同エイズ計画 [www.unaids.org](http://www.unaids.org)  
 国連開発計画 [www.undp.org](http://www.undp.org)  
 欧州復興開発銀行 (EBRD) [www.ebrd.com](http://www.ebrd.com)  
 アジア開発銀行 (ADB) [www.adb.org](http://www.adb.org)