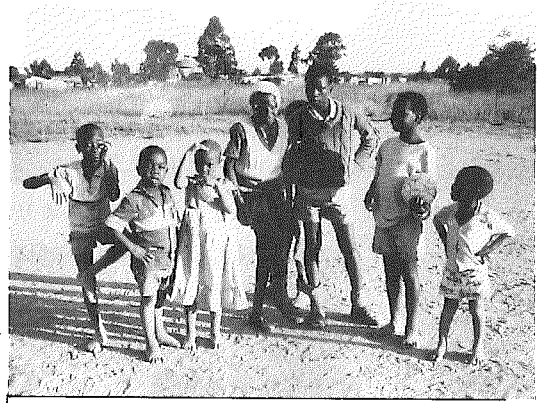


アフリカの

人口動向と



人口政策

早瀬保子

写真：ジンバブエの子供（ハラレ郊外1992年6月，筆者撮影）

はじめに

アフリカ，特にサハラ以南アフリカは人口増加率が世界一高い地域であるとともに，大部分が最貧国である。1980年代以降経済は一部の国を例外として急速に悪化しており，経済停滞と爆発的な人口増加による貧困の再生産，さらにはソマリアの状況に代表されるような内戦，砂漠化と環境破壊，難民，飢餓の問題などアフリカをめぐる状況は厳しく，深刻である。急速な人口増加は大量の余剰労働力の就業問題を深刻化させる。またECA（国連アフリカ経済委員会）によると，世銀の構造調整プログラムの下に，公共部門の人員整理，知識人の雇用機会の縮減により数百万にもものぼる労働者が職を失い，とりわけ若年者と女性への影響が大きいという*1。

急速な人口増加の主因は，依然として高い出生率と最近低下傾向にある死亡率にある。高い出生率を支える背景には，低学歴，農村居住，低所得，

高い乳児死亡率，早婚・皆婚と伝統的な大家族制度，低い婦人の地位，低い人口密度など社会経済的な要因の存在*2と，アジア諸国のように人口抑制政策を確立している国が少なく，家族計画の普及も遅れているという事実がある。

本稿ではアフリカの最近の人口動向と人口政策を中心に報告を行なう。

1 アフリカの人口動向

国連1992年人口推計によると，アフリカの人口は90年に6.4億人に達し，世界人口の12.1%，途上地域人口の15.7%を占めている。さらに国連の長期予測によると，2000年には8.6億人，2025年には15.8億人（世界人口の19%），2100年には29.3億人（同26%）となり，対世界人口比も急速に高くなる。アフリカにある52の国および四つの未独立地区の中には，90年人口が1000万人以上の人口大国がナイジェリア（1億854万人），エジプト（5243万人），エチオピア（4983万人），南アフリカ（3796万人），ザ

イール (3739万人) をはじめとして16ある一方で、人口100万人以下の人口小国 (地区) が13ある。

人口増加率は世界の諸地域の中でアフリカが最も高く、1985～90年の年平均人口増加率は2.95%で途上地域平均の2.08%の4割も高い率を示している。人口増加率は他の途上地域では70年代以降低下しているが、アフリカのみが上昇している。85～90年の人口増加率が年率3%以上である国・地区はアフリカでは21を数えるが、その中でマラウィ (5.34%)、西サハラ (4.35%)、リビア (3.65%)、コモロ (3.56%) は特に高い率を示している。一方でモーリシャス (1.05%)、モザンビーク (0.94%)、ソマリア (1.94%) など2%以下の国・地区も7ある。このうちモザンビーク、ソマリアでは80～85年の増加率はそれぞれ2.27%、3.19%と高かったが85～90年に上記のとおり40%以上異常に低下しているのは、明らかに内戦や早ばつによる死亡率の上昇や国外への人口流出 (難民) の増加が原因と考えられる。またベナン、ブルンジ、コンゴなどエイズが人口増加率の減速を引き起こしている国もある。

アフリカの高い人口増加率の背景には高い普通出生率と普通死亡率がある。いずれも途上地域平均の約1.5倍である。アフリカの普通出生率は、1970～75年が人口1000人当り46.8、85～90年が44.5と低下がわずかであったが、普通死亡率は同期間19.3から14.9へと23%の低下を示した。このように出生率が高い水準で維持されたまま死亡率が低下したことがアフリカの人口爆発の要因である。

死亡や出生動向を観察する上で乳児死亡率、平均寿命、合計特殊出生率 (女性1人当り生涯平均子供数) は、普通出生率や普通死亡率のように年齢構造の差異に影響を受けないので、国際比較に適切な指標である。まず乳児死亡率は、1985～90年に

はアフリカは出生1000人当り103で途上地域平均の76より35%も高い水準にある。平均寿命は同期間男女総数で51.7年と、途上地域の平均より9年短い。アフリカの地域別では東部と西部が約50年であるのに対し、北部、南部は約60年と寿命に10年の格差がある。国別ではレユニオンの72.4年を最高として最低シエラレオネの41.0年と格差が大きく、寿命が50年に達しない国・地区が24も存在している。UNICEFの『世界子供白書』(1985年)は、IMFによる経済構造調整プログラムが子供の福祉に悪い影響を与え、最近子供の栄養失調やマラリアなど伝染病による死亡が増加していると警告している。多くのアフリカ諸国はこのような保健衛生状況に関心を持っており、88年OAUの協力の下に50カ国が88年をアフリカの子供の保護、生存と開発の年とし、母子衛生の改善、プライマリー・ヘルス・ケア (PHC) の普及、そのための保健センターの設立、予防接種の普及などさまざまなヘルスプログラムに取り組む国も増えている。

国連推計によると、アフリカの平均寿命は2000～2005年には58年になると予測されており、2000年までにすべての地域で平均寿命を最低60年とする保健戦略の目標には到達しそうにない。2000～2005年に平均寿命が60年に達すると予測される国は52カ国中19で、ガンビア、ギニア、ギニアビサウ、シエラレオネの4カ国は50年にも達しないと予測されている。

出生力についてみると、平均子供数 (合計特殊出生率) はアフリカが1985～90年に6.25で途上地域平均に比べ2.3人も多い。途上地域では最近20年間に2.1人平均子供数が少なくなったが、アフリカでは0.5人減少したにすぎず、ほとんど変化がみられない。むしろ栄養水準の改善やミルク等人工栄養の利用により母乳哺育期間が短縮し、産後不妊期間が短縮したことなどにより出生力が上昇した国が

世界主要地域別人口動態

年次/期間	世界	先進地域	途上地域	アフリカ	アジア	ラテンアメリカ
人口 (100万人)						
1990	5,295	1,211	4,084	643	3,118	441
2000	6,228	1,278	4,950	856	3,692	523
2025	8,472	1,403	7,069	1,583	4,900	702
構成比率 (%)						
1990	100	23	77	12	59	8
2000	100	21	79	14	59	8
2025	100	17	83	19	58	8
年平均人口増加率 (%)						
1985~90	1.74	0.64	2.08	2.95	1.85	1.96
2000~05	1.42	0.50	1.66	2.70	1.39	1.45
2020~25	1.02	0.23	1.18	2.15	0.88	0.90
女性1人当り生涯平均子供数 (人)						
1985~90	3.43	1.92	3.90	6.25	3.45	3.40
2000~05	2.91	2.02	3.13	5.11	2.74	2.57
2020~25	2.36	1.90	2.44	3.44	2.15	2.17
平均寿命 (年)						
1985~90	63.3	73.7	60.7	51.7	62.9	66.5
2000~05	67.5	76.2	65.5	56.2	68.1	70.3
2020~25	72.5	78.6	71.2	65.6	73.4	73.3

(注) 北部アメリカ, ヨーロッパ, オセアニア, 旧ソ連東欧を除く。

(出所) United Nations, *World Population Prospects: The 1992 Revision*, 1992.

エチオピアをはじめとして16カ国にのぼる。アフリカの地域別では東部、西部、中部が相対的に出生力は高く(平均子供数は6.53~6.85人)、次いで北部、南部と順に低くなる。東西アフリカは南部に比べ子供数は2人も多い。国別にみるとルワンダ、マラウイの7.5以上から最低のモーリシャス、レユニオンの2.5以下まで5人の格差がみられる。

高水準の出生力の要因として、Thomas Goliberは、(1)低学歴、農村居住、低所得、(2)低い女性の地位と老後保障の必要性、(3)早婚と強い家族の紐帯、(4)高い乳幼児死亡率、(5)子どもの経済的寄与、(6)部族主義と宗教、(7)人口圧力への適応、(8)避妊手段の限られた利用、(9)高い出生力と低い生活水

準の悪循環、をあげている。また、1987年の人口保健調査によると、アフリカ諸国の希望子供数は5~6人で、アジア、ラテンアメリカと比較して2人以上も多く、これも高出生力維持の要因である。

高い出生率と死亡率の結果、人口の年齢構成が若いことがアフリカの特徴の一つとしてあげられる。アフリカの年齢構成は15歳未満人口が総人口の45%を占めるが、65歳以上は3%にすぎず、先進地域の高齢化社会に対して超低齢化社会である。そのため15~64歳の生産年齢人口に対する年少人口の従属人口指数はアフリカが最も高く、扶養負担が大きいことを示している。

2 アフリカの急速な都市化と国際人口移動

アフリカ人口の特徴は高水準の出生力と死亡率に加え人口移動が激しいことである。アフリカの都市人口比率は1970年には23%で世界最低水準であったのが、90年に34%とアジアと同水準となり、国連推計によると今後2000年には41%、2025年には57%へと急速に都市化が進行することが予測されている。このため都市人口増加率は85~90年に5.2%を記録し、途上地域平均の3.6%を大きく上回り、世界の主要地域の中でも最も高い増加率を示している。このような高い都市人口増加率をもたらした原因は、潜在的な余剰労働力に加え、早ばつ、内戦などによる環境破壊、砂漠化が、農村から都市への人口移動を激化させたことにある。国連推計によると1990~2000年のアフリカの人口増加の6割は都市地域で起こり、現在の都市人口2億1700万人にさらに1億3500万人が追加されることになる。

アフリカにおいて国際労働力移動は一般的であるが、国際人口移動について明確な政策を持つ国は少ない。ECOWAS（西アフリカ諸国経済共同体）は加盟諸国間をアフリカ人が自由に移動できる協定を1979、89年に締結したが、実施にあたってはさまざまな問題が生じている。南アフリカでは近隣諸国からの労働力の受け入れを80年代から制限しはじめ、最近では東欧諸国の熟練労働力の流入を奨励したり、アンゴラでは外国に住むアンゴラ人に帰国を奨励したり、スワジランドでは難民や登録外移動者の流入を制限するよう努めている。

頭脳流出や不法移動の問題に加え、1980年代になると難民が増加している。世界の難民の4分の1はアフリカ人で、85~89年に290万人から430万人に増加した。難民の主な送出国は、エチオピア、

モザンビーク、アンゴラ、ルワンダ、ソマリアなど12カ国で、難民の避難先の国も早ばつや内戦により経済が悪化しており、難民救済のために関係国の他にUNHCRや世銀など一層の国際協力が求められている。

3 アフリカ諸国の人口政策と家族計画

1991年各国の人口動向に関する政府の認識と政策に関する国連の調査によると^{*3}、52のアフリカ諸国のうち30カ国が最近の人口増加率は高すぎるとし、利用可能な資源との調和や社会経済開発を促進するための人口増加率の抑制が必要だと感じている。ところがコンゴ、赤道ギニア、ガボンの3カ国は、人口増加率は低すぎると認識していた。これら諸国の人口増加率は3%前後でアフリカの平均2.9%に比べ必ずしも低くない。政府がこのような認識を持つのは、人口規模が過小で（3カ国中最大のコンゴの人口が223万人）、社会経済開発を図るにはより大きな人口が望ましいと考えるからである。人口密度も1平方キロ当たり15人以下と低い。しかしながら、これら諸国においても急速な人口増加が将来ひきおこす教育や雇用の負担については憂慮している。

アフリカの19の国は人口増加に対し明確な認識を持たず、そのうち14カ国は人口増加に不介入の立場をとっている。しかしこれら諸国の中でもベナンをはじめ多くの国は急速な人口増の状況に鑑み、女性の地位向上、家族計画と母子衛生の改善、農村から都市への高い移動率を緩和させるための農村開発基金の導入、農村への水や電気の供給などさまざまな活動を実施しはじめている。

最後にアフリカ諸国の家族計画の状況について報告する。アフリカにおける避妊実行率の低さは、希望子供数が平均6人以上と多いことが最大の理

由であると考えられる。ジョセフ(Joseph C. Dwyer)等によると最近の調査研究ではサハラ以南アフリカにおいて家族計画に対する需要がないという論調が多い*¹。フランク(Johann Frank)はアフリカの高出生率は、家族計画サービスの不足ではなく、需要の欠如によるものとしている。カルドウェル(John C. Caldwell)によるとアフリカでは大家族主義を支える文化的・社会的な構造が高出生率を支えているために、出生率低下への抵抗がどの地域より高く、家族規模の制限の必要を減少させている*⁵。ジョセフによると、大家族主義も存在するが、それと同時に経済的理由や保健衛生の面から出生制限を望む夫婦も増えており、サービスが需要に対応した方法でアクセス可能になれば、家族計画の需要は増えると説く。人口保健調査では、有配偶婦人の家族計画に関する知識と過去の避妊経験、避妊実行率について調査している*⁶。同調査によれば知識に関しては、アフリカ13カ国中マリを除き婦人の60%以上が家族計画について知っており、避妊経験では国により異なるが、ボツワナ、トーゴ、ジンバブエ、エジプト、モロッコ、チュニジアでは比較的高い。避妊実行率では、実行率が25%未満を低水準、25～50%を中水準、50%を超える場合を高水準と分類すると、アフリカ13カ国のうち6カ国が低水準、7カ国は中水準に分類される。また、アフリカでは大家族指向が一般的であるため、家族計画は子供数のコントロールよりも、出生間隔を空けることをその主要な目的としている。

急速な人口増加を押さえるためには、家族計画サービスの改善と同時に女性の教育と雇用機会の改善等女性の地位向上のためのさまざまな施策が必要であろう。

- * 1 Population Division, Economic Commission for Africa, "SAPs and Employment in Africa," *African Population Newsletter*, No.61, July-December 1991, Addis Ababa, pp.4-6.
- * 2 小島宏「アフリカの人口動向と社会構造」(小林和正・加藤壽延編『第3世界の人口と経済開発』大明堂 1993年) 96～113ページを参照。
- * 3 UN, *Global Population Policy Database, 1991*, ST / ESA / SER.R / 118, New York, 1992, pp.1-193.
- * 4 Joseph C. Dwyer and Jeanne M. Haws, "Is Permanent Contraception Acceptable in sub-Saharan Africa?" *Studies in Family Planning*, Vol.21, No.6, Nov./Dec. 1990, New York, Population Council, pp.322-326.
- * 5 John C. Caldwell et al., "Fertility Decline in Africa : A New Type of Transition ?" *Population and Development Review* (New York, Population Council), Vol.18, No.2, June 1992, pp.211-242.
- * 6 Charles F. Westoff, "Reproductive Preferences : A Comparative View," *Demographic and Health Surveys Comparative Studies* (Institute for Resource Development), No.3, 1991, pp.1-23.

[参考資料]

- (1) UN, "World Population Monitoring 1991 : With Special Emphasis on Age Structure," *Population Studies* (New York), No.126, 1992, pp.1-241.
- (2) Abd-el Kader Boye et al., "Marriage Law and Practice in the Sahel," *Studies in Family Planning* (New York, Population Council), Vol.22, No.6, Nov./Dec. 1991, pp.343-349.

(はやせ・やすこ/統計調査部)