

1. 日本政府レポート

国際人口開発会議(ICPD)事務局は、国連による各国の人口動向と政策に関する比較資料作成のため、1992年に各国政府に対し、主として過去20年間における各国の人口動向と人口政策の状況をレビューし、さらに将来への展望を示す報告書の提出を要請した。わが国は、1992年に、厚生省に設置された人口問題審議会にそのための特別委員会を設置し、報告書の作成を進め、審議会での承認を得た後、若干の調整を経て英文に翻訳し1994年初頭にICPD事務局に提出した。

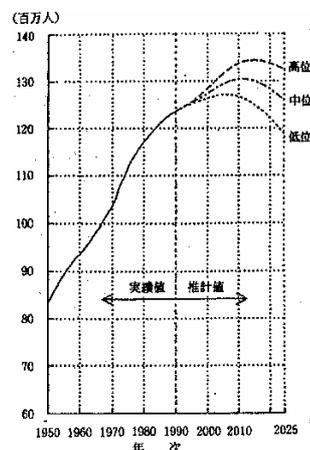
以下のレポートは、翻訳前の日本語最終版である。

人口の動向と見通し

1. 人口規模と人口分布の動向

第二次大戦直後、およそ7,800万人であった日本人口は、1967年には1億人を突破、1993年3月現在では1億2,450万人、世界第7位の人口規模を擁するに至っている。この間の日本人口の増加率をみると、終戦直後には年率3%程度であったものが1950年代半ばには年率1%程度にまで低下し、その後1970年代半ばまでこの水準を維持していたが、1977年以降、1%を下回って低下をはじめ、現在では年率0.3%前後となっている。厚生省人口問題研究所の将来人口推計(1992年9月推計(中位推計))によれば、日本の人口は21世紀初頭に至るまで年率0.3%程度の成長を続けた後、しだいに成長速度をにぶらせ、2011年に1億3,044万人でピークに達し、その後減少に転ずると予測されている(図1)(以下において、将来予測については、とくに断らない限り、この将来推計によるものである)。

図1 総人口の推移



資料) 厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口-平成4年9月推計-」1992年

1947年に33%であった市部人口割合は1990年には77%となった。このような人口の都市集中は1960年代の高度経済成長期に急速に進んだ。とりわけ東京、大阪、名古屋の三大都市圏は1平方キロメートルあたり1,000人以上の人口密度を持ち、全人口の半数近くがこの地域に集中している。現在の国内人口移動の傾向を見ると、大都市圏への人口集中は鎮静化してきている。しかしながら、東京を中心とした南関東地域(東京、神奈川、千葉、埼玉)への人口集中は今後も続き、この地域における出生率の低さにもかかわらず、全国土のわずか3.6%を占めるにすぎないこの地域だけで2010年には全人口の30%近くを擁することになると予測されている(表3)。

2.長寿化の進展

(1)死亡率低下と長寿化

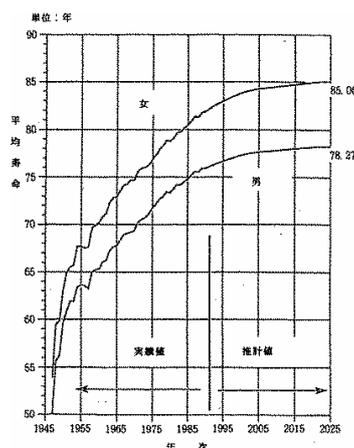
日本人の平均寿命は1992年に男子が76.1年、女子が82.2年と、世界で最も長寿な国となっている。将来さらに日本の平均寿命は伸長するものと考えられており、21世紀初頭には男子が78年、女子が84年になるものと推計されている(図2)。

寿命の伸長を年齢別死亡率の観点からみると、平均寿命が65年前後であった1960年代の初頭には、乳幼児死亡率や青年層の死亡率低下が寿命の伸長に大きく貢献していた。

しかし、1970年代以降、寿命の伸びの大部分は中高年の死亡率改善によってもたらされるようになってきた。とくに近年、死亡率の改善は高年齢において著しく、その結果人口高齢化を直接促進する要因となっている。

平均寿命の伸長を死因構造変化の観点からみると、従来、死亡原因の上位を占めていた感染性疾患による死亡率が低下し、悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患などの成人病が死因の上位を占めるようになってきている(表1)。

図2 平均寿命の推移



資料) 厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口-平成4年9月推計-」1992年

(2)長寿化の要因

日本のめざましい死亡率低下は、予防体制の確立ならびに治療技術の進歩とともに

社会経済全般の改善によりもたらされたものと考えられる。とくに、感染性疾患が死因の上位を占めていた1960年代半ばまでは、経済発展にともなう生活水準の上昇や栄養状態の向上が平均寿命の延長をもたらした。しかし、近年においては平均寿命と、所得水準などによって表される生活水準の高さとの関係は弱いものと考えられる。現在の主要な死因である成人病の多くは、人々の健康・栄養にかかわる長期間にわたる生活歴や遺伝的な資質に関係している。したがって、今後の死亡率低下のためには人々の不断の健康管理と健康支援体制の拡充がますます重要になってくる。

表1 主要な死因別に見た標準化死亡率および標準化死亡割合：1935～90年

死因	1935	1947	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990
標準化人口率(人口10万について)											
死亡総数	1677.8	1505.6	1081.4	756.5	686.8	589.2	514.6	417.8	355.4	306.3	270.3
結核	190.8	185	144.5	50.1	30.4	18.5	11.3	6.2	3.3	1.9	1.2
悪性新生物	70.9	68.4	76.1	81.4	87	87.6	86.1	82.6	82.7	80.7	78.2
心疾患	57.6	62.2	63.1	56	60.8	58.7	59.2	53.6	54.6	50.1	45.9
高血圧性疾患			11.9	9.1	13.1	14.3	11.6	9.9	6.1	3.8	2
脳血管疾患	165.4	131	124.8	123.9	132.7	133.5	118.9	92.7	69.7	46.6	3
肺炎及び気管支炎	186.7	183.3	93	53	53.8	34.8	26.5	21.6	17	16.8	18
慢性肝疾患及び肝硬変	6.5	6	6.7	8	8.3	8	9.3	9.3	8.8	7.9	6.6
精神病記載のない老衰	114.4	112.6	73.2	58.9	43.1	34	22.5	22.5	10.8	6.9	3.7
胃腸炎	161.9	145.2	82.4	33.4	21.7	11.7	6.5	6.5	1.7	0.8	0.4
不慮の事故、有害作用	41.9	49.9	39.3	38.4	42.4	39.4	38.8	38.8	21.3	19.3	18.4
自殺	20.5	15.5	19.1	23.6	19.4	12.3	11.9	11.9	13	13.2	10.5
標準化死亡割合(%)											
死亡総数	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
結核	11.4	12.3	13.4	7.3	4.4	4.4	2.2	1.5	0.9	0.6	0.4
悪性新生物	4.2	4.5	7	11.9	12.7	21	16.7	19.8	23.3	26.3	28.9
心疾患	3.4	4.1	5.8	8.2	8.9	14	11.5	12.8	15.4	16.4	17
高血圧性疾患			1.1	1.3	1.9	3.4	2.3	2.4	1.7	1.2	0.7
脳血管疾患	9.9	8.7	11.5	18	19.3	32	23.1	22.2	19.6	15.2	12.2
肺炎及び気管支炎	11.1	12.2	8.6	7.7	7.8	8.3	5.1	5.2	4.8	5.5	6.7
慢性肝疾患及び肝硬変	0.4	0.4	0.6	1.2	1.2	1.9	1.8	2.2	2.5	2.6	2.5
精神病記載のない老衰	6.8	7.5	6.8	8.6	6.3	8.1	4.4	3.2	3	2.3	1.4
胃腸炎	9.6	9.6	7.6	4.9	3.2	2.8	1.3	0.8	0.5	0.3	0.2
不慮の事故、有害作用	2.5	3.3	3.6	5.6	6.2	9.4	7.5	6.5	6	6.3	6.8
自殺	1.2	1	1.8	3.4	2.8	2.9	2.3	3.3	3.7	4.3	3.9

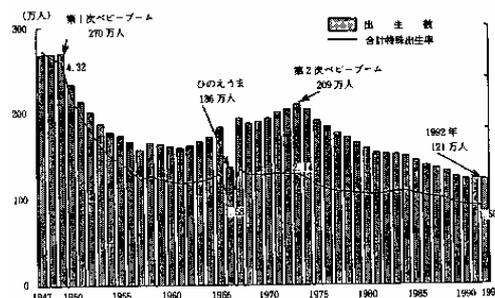
3.出生率の低下

(1)近年の出生動向とその要因

わが国の合計特殊出生率(以下では TFR とする)の推移を見ると、1974 年に 2.05 と人口置換水準を下回って以降、1992 年の 1.50 に至るまで低下傾向を辿っている。この TFR の変化を有配偶出生率の変化と有配偶率の変化に分けて考えると、前者はほぼ安定しているのに対し、後者は大幅に低下している。すなわち、晩婚化・非婚化の進行によって 20 歳代で結婚する女性が大幅に減少した結果、TFR が低下したといえる。実際、1990 年における女子 20～34 歳の有配偶率は 1975 年当時の 4 分の 3 に低下しており、ちなみに、女子の平均初婚年齢も 1975 年の 24.7 歳から 1992 年の 26.0 歳へと一貫して上昇し晩婚化が進行している(図 3、4)。

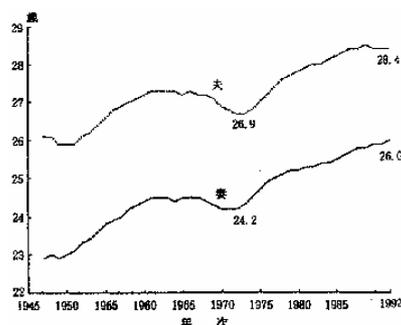
このような晩婚化の背景としては、女性の社会進出に伴い、女性自らの経済力の向上、また、独身生活の楽しみが増大している一方で、職業生活と家庭生活の両立支援体制の不備や子どもの教育問題、住宅問題等を要因とする結婚・育児に対する負担感の増大が考えられる。

図 3 出生数及び合計特殊出生率の推移



資料) 厚生省大臣官房総計情報部「人口動態統計」

図 4 平均初婚年齢の推移



資料) 厚生省統計情報部『人口動態統計』

(2)出生率低下の影響

人口置換水準以下の出生率がほぼ 20 年間続き、また、出生数が大きく減少したため、すでに人口の年齢構造は少なからぬ影響を受けつつある。1970 年代前半からの出

生数の減少により年少人口は減少し、その結果、保育所、幼稚園、小中学校、高校の就学人口が減り、子供のための消費財市場も影響を受けてきた。1990年代半ばを過ぎると若年労働力人口が減少する中で、今後高齢者や女性の労働力に対する期待はこれまで以上に高まることが予想される。さらに出生率の低下と中高年者の死亡率低下が同時に起こったことにより、21世紀の第1四半期における人口の高齢化は大幅に進行するものと考えられる。

4.人口構造変化の影響

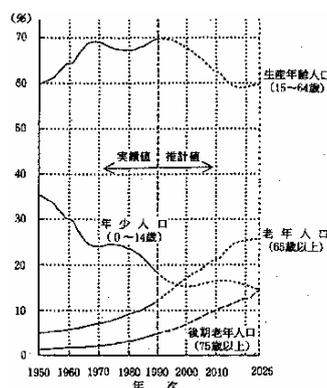
(1)年少人口の減少と高齢人口の増加

日本の出生率および死亡率は、戦後から1960年にかけて急激に低下した。さらに、その後、出生率は1970年代後半以降一段と低下しており、また、死亡率は年齢別にみれば、とくに高年齢において低下傾向にある。その結果、年少(0~14歳)人口割合は急速に低下し、一方、老年(65歳以上)人口の割合は大きく上昇を続けて今日に至っている(図5)。

年少人口の割合は、1950年には35%であったものが1990年には18%まで大きく低下した。しかし、今後の変化は小さく、15~16%で推移するものと見通される。

一方、老年人口の割合は、1950年の5%から1990年の12%へと大きく上昇している。今後はさらに上昇、2025年には26%、つまり全人口の4分の1にまで到達するものと予測されている。高齢人口の増大にともない年金・医療・介護等の社会保障の需要は一層増大し、そのための費用負担の増加も避けられない。

図5 年齢3区分別の人口割合の推移



資料) 厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口-平成4年9月推計-」1992年

(2)生産年齢人口の高齢化

生産年齢(15~64歳)人口の割合は、1950年の60%から1970年には69%へと上昇し、今日までほぼ70%のレベルで推移してきた。今後、この割合は1995年頃から低下を始め、2015年には再び60%のレベルに達し、以後大きな変化はないものと見通される(図5)。このように生産年齢人口割合の低下が進む中で、そこに占める50歳以上人口の割合は1990年の26%から2025年には34%へと上昇し、生産年齢人口自体

の高齢化が進むと見通される。

こうした生産年齢人口の高齢化は、雇用慣行、就業形態などに変化をせまる要因となろう。

(3) 高齢世帯の増加と多様化

近年、死別率の低下により高齢者の有配偶率は上昇している。これに対して、生涯未婚率は最近の若い世代の未婚率の上昇を反映して男女とも1990年における5%以下から今後しだいに10%以上にまで上昇すると見通される。また近年、若い世代を中心に離婚の発生率が高まってきており、また、離別者割合は現在の3%以下から大幅に上昇する可能性がある。このような高齢者における未婚者、離別者の割合の増大は高齢者が単独世帯や施設世帯に属する割合を高める要因となる(表2)。

日本の高齢者が子と同居する割合は、欧米に比べて著しく高く、高齢者の半数以上を占めている。しかし、近年、配偶者がいる限り、あるいは健康なうちは子と別居するという傾向が強まり、有配偶率の高まりとともに、高齢者の子との同居率はしだいに低下し、1992年現在で57.1%に至っている。逆に高齢者が単独世帯で暮らす割合は、1990年に男5.2%、女14.7%に達し、また夫婦のみの世帯で暮らす者の割合は男35.6%、女16.4%に達しており、今後さらに急速に増大していくとみられる。このような子との同居率の低下等に伴い、介護、育児等についての需要が一層高まることとなる。

表2 家族類型別に見た65歳以上の親族のいる一般世帯数：1960～2025年

年数	一般世帯数(1000世帯)				割合(%)			
	総数	単独世帯	夫婦世帯	その他の世帯	総数	単独世帯	夫婦世帯	その他の世帯
1960	4,466	232	260	3,974	100	5.2	5.8	89
1965	5,060	285	390	4,385	100	5.6	7.7	86.7
1970	5,804	391	587	4,826	100	6.7	10.1	83.2
1975	6,914	622	906	5,386	100	9	13.1	77.9
1980	8,124	881	1,273	5,970	100	10.8	15.7	73.5
1985	9,284	1,181	1,651	6,452	100	12.7	17.8	69.5
1990	10,729	1,623	2,218	6,888	100	15.1	20.7	64.2
1995	12,292	1,943	2,630	7,720	100	15.8	21.4	62.8
2000	13,929	2,374	3,325	8,230	100	17	23.9	59.1
2005	15,171	2,756	3,879	8,537	100	18.2	25.6	56.3
2010	16,343	3,128	4,422	8,792	100	19.1	27.1	53.8
2015	17,855	3,582	5,126	9,147	100	20.1	28.7	51.2
2020	18,178	3,772	5,274	9,131	100	20.8	29	50.2
2025	17,639	3,707	5,078	8,854	100	21	28.8	50.2

1990年以前は総務庁統計局『国勢調査報告』による。1960,65年は1%抽出、1970年は20%抽出、1975年は100%集計の普通世帯数と20%抽出の1人の準世帯数で求めた。1995年以降は人口問題研究所による試算(1986年12月)。

1965 年は普通世帯。「その他の世帯」とは三世帯同居世帯など、65 歳以上親族が配偶者以外に少なくとも 1 人以上の世帯員と同居している世帯である。

5.国際人口移動

近年、日本の経済社会の国際化が急速に進むに従って、外国人の観光、ビジネス、留学・研修等を目的とした入国者数は増加しており、1992 年には 393 万人となっている。毎年、新規に入国する外国人のうち在留期間が 3 ヶ月未満のものは 90%超であり、ほとんどをしめている。また、外国人登録人口は、1992 年末現在には 128 万人であり、総人口の 1%となっている。

なお、日本では 1978 年にベトナム難民を、また 1979 年には難民キャンプに滞留中のインドシナ難民全体を対象として、日本への定住を認める方針を定め、受入れている。

在留外国人の増加は、近年やや落ち着きをみせつつあるが、日本の経験や技術を学ぶための主にアジアからの留学生や研修生の増加、あるいは大小様々なビジネスチャンスを探るためのビジネスマンの来往などにより、今後さらに国際交流が活発化していくものと見込まれる。

人口動向に関連した政策の状況

1.政策の基本認識

わが国においては人口問題を所掌する省として厚生省が規定されており(厚生省設置法第 4 条 7 項)、その附属機関として、人口問題の恒常的研究機関としての人口問題研究所が設置されている。また、同省には人口問題審議会が設置されており(厚生省設置法第 7 条)、これまで、人口動向に関して必要な提言等を行ってきた。人口問題のうち、国際人口移動については出入国管理を担当する法務省の所管となっている。また、国土の均衡ある発展を図るため地域の人口分布も視野にいれた政策が国土庁において企画、立案されている。

最近の低出生率については、若年人口の減少を通じて社会・経済に種々の影響をもたらす可能性があるものと考えられる。また、このような状況下、夫婦が希望する数の子供を持つよう対策を講じているところである。さらに、人口問題は女性問題とも深く関わっている。女性問題に関しては内閣総理大臣を本部長とする婦人問題企画推進本部が、育児は女性の仕事といった固定的な男女の役割分担意識の是正や、あらゆる分野の政策・方針決定への女性の参画の促進など男女の共同参画をうながしている。

国内人口分布については、大都市圏への過度の人口集中を緩和する諸施策を講じてきており、最近では東京圏一極集中にも変化の兆しがみえている。しかしながら過密問題は依然として深刻であり、また、大都市における人口の集中による都市・生活型環境問題も依然として改善が見られず、引き続き各般の施策を推進していく必要がある。国際人口移動による外国人の入国に関しては、近年の入国外国人の増加に対応してその法的

整備を行ったところである。

2.高齡化に対する政策的対応

(1)高齡者雇用の推進

近年の高齡者雇用の情勢についてみると、60～64歳の就業者数は1988年の321万人から1991年には376万人へと増加した。

高齡者雇用の実態を定年制との関係で見ると、1980年に定年年齢を55歳未満とする企業と60歳以上とする企業はともに4割であったが、1993年には60歳以上定年制を採用する企業の割合は8割、予定している企業も含めると94%を超えることが見込まれている。しかしながら、定年到達後本人が希望すれば65歳まで働くことができる制度を有する企業の割合は約2割にとどまっている。このため、今後、高齡者が65歳まで働くことができるよう、更にその雇用環境整備を図っていくことが課題となっている。

また、60歳を超えると個人によってその体力、健康状態、生活状況も様々となり、就業志向も多様化することから、柔軟な形態での雇用就業が期待されている。すなわち、短時間勤務、隔日勤務、在宅勤務などのより多様でフレキシブルな勤務形態や就業形態が望まれる。

(2)高齡化と年金・医療

公的年金制度は、現在、わが国において、老後等の所得保障において重要な位置を占めるに至っている。また、高齡化の進展と年金の成熟化にともない、年金の費用負担が増加してきたが、今後の急速な高齡化にともない、費用負担は将来さらに上昇していく可能性が大きい。政府は保険料負担が過大にならず、しかも適正な給付水準を維持できるよう、公的年金制度の長期にわたる安定的維持に取り組んでいる。

わが国の国民医療費は年々上昇を続け、1991年度には国民所得の約6.1%に達している。なかでも老人医療費の伸びは顕著である。このような老人医療費の増大は老人人口そのものの増大とともに老人1人当たりの診療費が若者と比べて高いこと(1991年に5.1倍)が原因となっている。

このように、人口高齡化は年金と医療保険の財政負担を増大させ、その負担は後の世代にかかってこようとしているが、わが国は、高齡化の進行に対応してこれらの制度の負担の適正化を図りつつ、年金制度ならびに医療保障制度を国民生活の基本的な柱として長期的に安定、充実させるよう努めている。

(3)高齡者の保健福祉施策の推進

高齡化が急速に進行している日本社会を、国民が健康で生きがいをもち安心して生涯を過ごせるような明るい活力のある長寿・福祉社会にしていくことが肝要である。このため、政府は高齡者の保健福祉の分野における公共サービスの基盤整備を進めることとし、在宅福祉、施設福祉等の事業について、今世紀中に実現を図るべき10か

年の目標を掲げ、これらの事業の強力な推進を図りつつある。この政策は「高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドプラン)」と名付けられ 1989 年に策定された。具体的には、ホームヘルパー、ショートステイ、デイサービスセンターなどの在宅福祉サービスの大幅な拡充、特別養護老人ホーム、老人保健施設等の施設サービスの大幅な拡充等々を重点政策としている。

また、その家庭において高齢者などの介護を行う必要が生じた勤労者にとって、介護は、仕事を継続していく上での大きな問題となっており、結果として退職せざるをえない場合も少なくない。そこで、現在、「介護休業制度等に関するガイドライン」(1992 年 7 月策定)に沿った介護休業制度の普及促進に努めている。

3.出生に対する対応

(1)家族計画運動の動向

戦後まもなくの頃、家族計画についての知識・手段はほとんど普及しておらず、望まない妊娠については不適切な方法による中絶が多く母胎の健康に及ぼす影響が憂慮されるに至った。

こうした状況下、わが国の家族計画は母性保護の観点から行われた。

家族計画の普及については保健所や市町村における取組みが行われるとともに、日本家族計画協会や日本家族連盟といった NGO や民間ボランティアも担い手であった。

このように草の根レベルの事業展開が功を奏してわが国では家族計画が普及していった。

(2)昨今の低出生率に対する基本的姿勢

1989 年に TFR が 1.57 を記録し、観測史上最低の値となったことは社会的反響を呼び、政府においても、出産・育児をめぐる社会的環境を見直す必要性がより一層認識されるに至った。

出生率低下に対する政策的対応は多くの夫婦が希望する子ども数を実現していない事実を踏まえ、結婚や子育ての意欲を持つ若い世代を経済的、社会的に支えられるような環境づくりを進めることを政策の中心に据えている。

(3)子どもが健やかに生まれ育つための環境づくりの推進

このような理念のもとで政府は、1990 年 8 月、関係省庁からなる「子どもが健やかに生まれ育つための環境づくりに関する関係省庁連絡会議」を設置し、1992 年 1 月に政府の基本的な政策理念をとりまとめ公表した。

その政策的対応の基本は、「子どもが健やかに生まれ育つための環境づくり」を総合的に推進することである。その柱は、第 1 に、家庭生活と職業生活の調和、第 2 に、家庭生活と生活環境の整備、第 3 に、家庭生活と子育て支援である。

4.出入国管理と在留外国人への対応

(1) 出入国管理行政の概要

日本の出入国管理行政は「出入国管理及び難民認定法」、「外国人登録法」が基本的な根拠法となり、法務省がその遂行の責任を負っている。

1980年代の後半から日本の経済社会の国際化にともない日本へ入国し在留する外国人が多様化し、また、増加した。

外国人の入国・在留状況やそれが国民生活、経済に及ぼしている影響(あるいは及ぼし得る影響)を総合的に分析し、中長期的視野に立って、出入国及び在留の管理に関わる基本的な方針を明確にし、その運営を図ることが必要となってきたこと、法務大臣は、関係行政機関の長と協議の上で「出入国管理基本計画」を策定・公表し、適正な出入国管理行政の運営を図っている。

(2) 在留外国人への対応

各種社会保障制度は、制定当時は受給者を日本国籍に限っていたものが多いが、1982年の「難民の地位に関する条約」加入などを契機として、これらの国籍要件は漸次撤廃された。現在では雇用保険、健康保険、国民健康保険、厚生年金、国民年金、児童手当等いずれも国籍要件がなく、内外人平等を原則としている。

ただし、生活保護については法律上は日本国民を対象としているが、実質上外国人に対しても同様の保護を適用している。

5. 東京圏一極集中と地方定住対策

(1) 東京圏への一極集中

1960年代には臨海地域の重化学工業化によって東京、大阪、名古屋の3大都市圏への人口集中が引き起こされた。1970年代に入ると大都市圏への人口集中は沈静化したものの、1980年代に入ってから他の大都市圏に対比して東京圏で再び集中が生じた。これには、雇用が第2次産業から第3次産業にシフトする中で、特に経済のグローバル化や情報の重要性の高まり等をうけて情報収集、企画、意思決定等をその活動の主たる内容とする業務管理等の高次な機能の成長が大都市圏への集中の原動力となってきたからで、こうした高次な機能の集中に伴う国際交流が活発化したことで、東京の世界都市化が進んだことが大きく作用した(表3)。

3大都市圏以外の地域においても特定の都市への人口集中は著しく、多くの市町村が人口減少に陥っている。1985年～90年の間に人口が減少した市町村は全市町村の64%に及んでおり、1975年～80年の46%、1980年～85年の48%から大きく拡大した。都市へ移動する人口は若年層が中心であるため、人口減少地域では高齢化の進展が顕著である。こうした年齢構造の地域的不均衡は人口再生産の不均衡を通じて将来さらに拡大し、一部の地域では高齢人口が半数近くにものぼるものと予想され、介護などの点で深刻な問題を抱える地域社会が現出する可能性がある。

さらに、都市部へ人口が集中することにより、窒素酸化物などの大気汚染や有機物

質による水質汚濁などの都市・生活型環境問題は依然として深刻である。

表3 大都市圏の人口の推移（1950～2010年）

	地域	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
人口	東京圏	13,051	17,864	24,113	28,699	31,797	34,770	37,465
	大阪圏	9,764	12,186	15,469	17,355	18,117	18,513	18,747
	名古屋圏	6,396	7,330	8,688	9,869	10,550	11,069	11,464
	三大都市圏計	29,211	37,379	48,270	55,922	60,464	64,352	67,676
	地方圏	54,904	56,923	56,395	61,138	63,147	63,033	62,721
	全国計	84,115	94,302	104,665	117,060	123,611	127,385	130,397
	割合	東京圏	15.5	18.9	23	24.5	25.7	27.3
大阪圏		11.6	12.9	14.8	14.8	14.7	14.5	14.4
名古屋圏		7.6	7.8	8.3	8.4	8.5	8.7	8.8
三大都市圏計		34.7	39.6	46.1	47.8	48.9	50.5	51.9
地方圏		65.3	60.4	53.9	52.2	51.1	49.5	48.1
全国計		100	100	100	100	100	100	100
前10年増加率	東京圏		36.9	35	19	10.8	9.3	7.8
	大阪圏		24.8	26.9	12.2	4.4	2.2	1.3
	名古屋圏		14.6	18.5	13.6	6.9	4.9	3.6
	三大都市圏計		28	29.1	15.9	8.1	6.4	5.2
	地方圏		3.7	-0.9	8.4	3.3	-0.2	-0.5
	全国計		12.1	11	11.8	5.6	3.1	2.4

資料：国勢調査、都道府県別将来推計人口

注：東京圏＝東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県

大阪圏＝大阪府、京都府、兵庫県、奈良県

名古屋圏＝愛知県、岐阜県、三重県

(2) 地方定住対策の推進

わが国の戦後の地域開発政策は、1950年に制定された国土総合開発法に基づいて策定された四次にわたる全国総合開発計画によって推進されてきた。

1987年に策定された第四次全国総合開発計画は、東京への一極集中を是正し、また交通通信技術の発展による経済の広域化や生産機能の海外への移転といった産業構造の変化に対応するため、これまで以上に交通通信ネットワークを拡大するとともに、拠点となる地方都市の経済、文化、教育などの高次の都市機能の整備及び農山漁村の活性化のため、都市との交流の活発化、地域資源の活用、地域環境の整備を推進することをうたっている。これを具体的に実現するための事業を推進する各種の法律が制定され、インダストリアル・パークの整備、リゾート開発、地方都市における都市開

発などが進められている。また、1992年12月には国会等移転法が成立し、東京への一極集中の排除、多極分散型国土の形成及び地震等の大規模災害に対する脆弱性の克服のため、国会等の移転に向けての積極的な検討が開始されている。

人口分野における国際協力

1. 基本的認識

開発途上地域の多くの国々は、従来から人口の急速な増加と移動が社会経済開発の努力を阻害することを懸念し、開発戦略の中に人口政策を組み入れ、人口と経済の均衡を保った社会経済発展を目指してきた。とりわけアジア太平洋地域の多くの国々は、世界に先駆けて家族計画プログラムを中心とする人口安定化政策を開発戦略の一環として位置づけ、多くの努力を傾けてきた。しかし、開発途上地域の多くの国々、特にサハラ以南のアフリカ地域では政策努力にもかかわらず高水準の人口増加と人口移動が続き、社会経済開発が阻害されて貧困が増大するだけでなく、自然環境に対する負荷も増大しており、人口安定化が地球規模の課題となりつつある。

第二次大戦後にアジア太平洋地域で初めて人口転換に成功し、そのことがその後の高度経済成長の礎となったわが国は、従来からアジア太平洋地域をはじめとする開発途上地域の人口問題に深い関心を寄せ、わが国の特性と経験を生かしながら人口分野における国際協力を行ってきた。特に、わが国の場合は、社会的なコンセンサスに基づく自助努力に支えられて人口転換を達成したことから、各国政府の主権と国民の人権をできるだけ尊重するように努めてきた。また、わが国は天然資源に恵まれず、人的資源の開発によって高度経済成長を達成した経験を持ち、高度経済成長期には深刻な公害問題に悩まされたこともあるため、人口、経済、環境の均衡を保った持続可能な開発にとって不可欠な要素である人口の安定化と質的向上に関する協力を傾けてきた。最近では、開発途上地域の急速な人口増加が地球環境、世界経済、世界平和への潜在的影響ゆえに地球規模の問題であるとの認識をさらに深め、日米首脳会談や東京サミットの場でも他の先進諸国に更なる協力を呼びかけてきたし、国際人口・開発会議に対する貢献の一環として1994年1月には東京で国連人口基金、国連大学の協力を得て「人口と開発に関する賢人会議」も開催した。さらに、わが国は地球規模問題に積極的に取り組むとの観点から政府開発援助(ODA)により、人口・エイズ分野に1994年度から2000年度までの7年間総額30億ドルを目途に途上国協力を行うという地球規模問題イニシアティブ(Global Issues Initiative)を1994年2月に打ち出した。今後も人口分野においても国際社会の一員として応分の責任を果たしていく所存である。

2. 国際協力の現状

わが国は特に国際機関を経由した多国間協力を重視し、各国の自主的人口プログラムを尊重しながら、世界の人口問題の解決に向けて有効かつ精力的に技術ならびに資金援

助を続けている国連人口基金(UNFPA)や国際家族計画連盟(IPPF)並びに国際下痢性疫病研究センター(ICDDRБ)の活動を強力に支援してきた。IPPFには1969年に10万ドル、UNFPAには1971年に100万ドルの拠出を初めて行った。1993年に日本政府は最大拠出国としてUNFPAに対して4,640万ドル(IPPF割当分を除く)、IPPFに対して1,690万ドルの拠出を行った。さらに、ICDDRБには1979年の発足以来継続的に財政援助を実施しており、1993年には38万ドルの拠出を行った。また、これら三つの組織を財政的支援その他によって大幅に強化することについては、日米両国が先頭に立って協力することに合意しており、今後も多国間協力に対する強力な支援を続けていく。

このような多国間協力に加えて二国間協力も早くから進めており、国際的に高い評価を受けてきた。日本政府は1960年代後半から、アジア太平洋地域を中心とした各国の人口・家族計画プログラム推進のための協力要請に応えて、国際協力事業団(JICA)を通じて、プロジェクト方式技術協力の実施や研修員の受け入れ・専門家の派遣等の技術協力を進めてきた。人口・家族計画分野で最初のプロジェクト方式技術協力はインドネシアの家族計画に関するもので1969年から1985年まで続いた。これまでに実施された同分野のプロジェクト方式技術協力は1993年12月末現在インドネシア、フィリピン、タイ、トルコ(第2次)、エジプト、チュニジア、ケニア(第2次)、メキシコ、ペルーで実施中の案件を含めて20件(14カ国)に上る。このようにプロジェクトの対象国が中南米、中近東、アフリカに広がってきているだけでなく、内容も家族計画のみならず母子保健、人口情報、人口教育の分野へと広がってきている。ドル建ての金額ベースでみると、研修員受け入れを除くJICAの人口・家族計画協力事業費は1984年度の約340万ドルから1993年度の約1,000万ドルへと3倍増となっている。

また、人口・家族計画分野の研修員の受け入れとしては、「家族計画セミナー」の集団研修コースが1967年から毎年、フィリピン、タイを初めとするアジア諸国など開発途上国からの参加によって行われている。有償資金協力としては1981年度にインドネシアに対して行われたものがあり、無償資金協力としては1992年度にインドネシアに対して行われた家族計画プログラムにおける情報・教育・交流(IEC)活動に対するものがある。このほか、1989年度から小規模無償資金協力の制度が導入され、人口・家族計画分野においてもアジア、アフリカ、南米の9カ国で実施されている。

1968年に創設された家族計画国際協力財団(JOICFP)をはじめとする非政府機関(NGO)は内外諸機関の活動に協力するだけでなく、独自の立場からも人口・家族計画分野における国際協力を進めてきた。特に、JOICFPは1974年以来、開発途上国で人口・家族計画活動を進めてきたが、これは家族計画と栄養改善、寄生虫予防を総合的に推進するインテグレーション・プロジェクトと呼ばれるもので、戦後のわが国の各地で進められていた保健活動の経験から生まれたものである。地域共同体の参加と疾病の予防に力点を置くことから途上諸国でも受け入れられやすく、1974年に台湾で実験プロジェクトが行われて以来急速に広がり、現在プロジェクト実施国はアジア、中南米、アフリカ、

南太平洋地域の 24 力国、対象人口は 3,200 万人余りにも上っている。また、ユニークな活動として国内の地方自治体や学校と協力しながら中古の自転車や足踏みミシンを集めて再生・整備し、プロジェクト地域の助産婦の交通手段や住民の自立活動手段として供与しているが、このような活動は日本国内で大きな反響を呼び草の根レベルで国際協力に関する認識を高めるのにも役立っている。

この他の主要な NGO としては 1982 年に設立されたアジア人口・開発協会(APDA)があり、人口と開発の相互関係に関する調査・研究活動や広報活動を行っている。日本政府はこのような国内の NGO を直接・間接に支援しているだけでなく、UNFPA を通じて IPPF 等の国外の NGO も直接・間接に支援している。

3. 今後の課題

わが国は、各国の社会経済開発努力の一環としての人口安定化プログラムへの協力という点からも、人口増加と人口移動に起因する環境問題の解決に資するという点からも、途上国の国民、特に女性、子供、高齢者の地位向上に貢献するという点からもこれまで以上に人口分野における多国間、二国間の協力を進めていくつもりである。

同様に、質的な面でも過去からの継続性を重視しながら、新たな方向性を打ち出す必要も感じている。これまでは人口分野の協力が家族計画分野の協力とともに主として保健医療協力の枠組み、特に母子保健との関連で行われてきたが、今後は社会開発、環境に関する協力の枠組みでも活発に行えるような方途を考慮する必要がある。また開発途上地域での要望が高まりつつある女性の地位向上や人口移動・分布に関する協力についてもこれらの枠組みで行う必要があるが、同様に要望が高まりつつある人口高齢化やエイズ予防に関する協力については保健医療協力の枠組みで精力的に取り組む必要があろう。

これまではプログラム実施が重視され、データ収集、研究、評価があまり重視されない傾向があったが、プログラムの有効性を高める上でも対象国の研究者を含む多国籍チームによる基礎研究や国際比較可能な基礎データの収集(例えば、全国的な標本調査)・分析にも力を注ぐべきである。また、重要性がますます高まっている人口・開発・環境に関する研究については、科学的根拠を得るべく、1993 年より実施している。このような研究に必要な基礎データが不足している国内・国際人口移動に関する調査の実施に協力する可能性も考えられる。とくに、こうした調査の実施や分析を行う専門家の養成・研修に対する協力については今後さらに力を入れる必要がある。

今後は二国間協力においてもより積極的な対応をおこなう必要があり、その対象地域としては今後もアジア地域が大きな位置を占め続けるであろうが、その中では比較的最近わが国の援助対象となったインドシナや中央アジアの国々への協力も視野に入れていくとともに、急速な人口増加と都市化に悩むアフリカ、中南米、中近東への協力も拡大する必要性もあろう。その際、同一国を対象とする各種のドナー(政府機関、国際機関、

NGO)の間での連絡調整をさらに促進する必要がある。

いずれにしても国や地域の特性や発展段階を考慮する一方で、開発途上地域の国々の自主性を尊重し、自助努力を促進するような形で、幅広い長期的視野に立った国際協力が緊要である。その点で、対象国の NGO を強化する等の試みも必要となろう。

人口、地球環境、持続可能な開発についての国際協力を行う場合、「富める先進国から貧しい途上国への援助」という形のみでなく、「途上国は人口の安定化を図り、先進国はより環境にやさしい効率よい技術を導入し、また過剰生産を抑える」というような責任分担にも配慮すべきである。

要約と結論

1.要約

わが国は 1950 年代末頃までに多産多死から少産少死への人口転換を終えた。その後の高度経済成長の過程で、産業構造の高度化、職業構造の変化、生活水準の向上、農村部からの人口流出と大都市圏への人口集中、核家族化、高学歴化と情報通信網の発展など、わが国の経済社会は大きく変貌を遂げた。

1970 年代半ば以降、安定成長経済への移行とともに人口動向に新しい傾向が顕著となってきた。死亡率の低下、とりわけ中高年の死亡率低下が続き平均寿命が 1980 年代半ば以降は世界一となっている反面、要介護老人の増加が大きな社会問題となってきた。また出生率は 1970 年代半ばに人口置換水準以下に落ち込んで以後、低下傾向にある。その結果、人口増加のテンポは年々緩やかになっており、やがて 21 世紀の初めには長期の人口減少局面に入ると予想されている。また人口の高齢化は加速し、21 世紀の第一四半紀には国民の 4 人に 1 人が高齢者という高齢社会になることがほぼ確実視されている。近年、国内の人口の社会移動数は減少している中で、東京圏への転入超過数は減少に転じつつある。しかし、依然として東京圏の過密問題及び都市部の都市・生活型環境問題は深刻である。また、外国人の入国が増加してきた。

このような新しい人口動向を踏まえて、政府は近年いくつかの政策的対応をとった。高齢化の急速な進展をにらんで、高齢者の雇用の促進を図るとともに、年金制度ならびに医療保険制度の改正を進め、さらに、要介護老人の増大に対応するための包括的な保健福祉プログラムを導入した。国際人口移動の活発化に対しては出入国管理法を改定するとともに、外国人居住者に対しては社会保障制度面での内外人平等の原則を徹底させた。東京圏への一極集中に対しては地方都市の活性化と交通通信ネットワークの整備により地方定住の促進を図りつつある。長期の出生率低迷に対しては児童手当の充実などにより育児の経済的負担の軽減を図り、育児休業法に基づく育児休業制度等の定着、公的保育サービスの拡充などにより、職業生活と家庭生活の両立を図ることのできる環境整備に努めるとともに、育児は女性の仕事であるといった男女の役割分担意識の是正のための啓発活動の実施等、男女平等の観点にたった新しい対応を探っている。

国際的には、途上国の人口増加がその経済発展を妨げ環境悪化の大きな原因となっているとの認識にたつて、途上国自身の人口問題の解決努力に対して主として国連人口基金を通じて協力してきた。今後とも、人口、開発及び環境の複雑な関係を考慮した上で持続可能な開発を達成するため、先進国、途上国の双方がそれぞれの責任を有するとの認識のもと、国際社会の一員として応分の責任を果たしていく所存である。

2. 結論

わが国は第2次大戦直後に経済生産力の急激な低下と人口急増による食糧危機を経験したが、急速な経済発展と出生力転換の達成によりその危機を乗り越えることができた。また、高度経済成長期には大都市への人口と産業が急激に集中した結果、産業公害等により都市の生活環境が急激に悪化した。世論の力と行政の努力により比較的早い時期に環境行政を確立し、企業における公害防止技術の開発・普及の努力もあって深刻な状況は克服した。しかしながら大都市地域においては、いわゆる都市・生活型公害は、依然として改善が遅れており、また、経済規模の拡大等に伴って事業場や家庭などから出される不用物の排出量の増大は、環境への負荷を高め、将来、環境が悪化するおそれが生じている。

特に、大都市地域においては、廃棄物の排出量の増大に見合った廃棄物最終処理場の確保についても困難なものとなっている。一方、1960年代の労働力不足、あるいは1970年代の石油危機に際しては省力技術(ロボット化)、省エネ技術の開発を進めることによって産業の国際競争力を高めるなどの努力を傾けてきた。

これまで生じたいくつかの危機に対し比較的迅速な対応により種々の問題の解決ないし緩和が図られてきたが、その背景の一つとして国民の高い教育水準があったと考えられる。教育の普及は生産性を向上させ経済発展に寄与したと考えられ、また感染症予防、公衆衛生、栄養改善、母子衛生、家族計画などについての行政施策の策定と効率的遂行のみならず、それらの国民各層への迅速な普及にも貢献したと考えられる。

また、このような国民の高い教育水準をベースにして、中央政府ならびに地方自治体が各種の政策立案、行政施策の遂行にあたってきめ細かいデータ収集と情報分析を行なってきたことが政策の効率性を高めたと考えられている。人口の分野においても、人口センサス、人口動態統計、各種労働力調査、各種保健調査、各種世論調査などの定期的な実施、これらの調査データに基づく人口、世帯、労働力などの推計データの作成などを通じて、行政ニーズの把握、施策立案、政策効果の検証を行なう一方、問題に応じて世論の喚起と国民の合意形成に役立ててきた。

わが国におけるこのような教育の重視と行政における情報の活用の伝統は、わが国がこれから直面する新しい人口問題、とりわけ高齢社会の諸問題の解決にあたって、また、わが国が今後一層努力を注ぐべき途上国に対する人口問題に関する国際協力においても、重要な役割を果たすこととなる。