

現実に、年金制度の「双軌制」問題に対する社会の不満と批判がますます高まり、その是正による新たな格差と不公平という社会問題の解消が強く求められている。社会保障制度は、元来所得の再配分を通じて社会の公平を実現するのが目的であるが、各種の経済と社会格差が広がっている中国で年金制度の「双軌制」により新たな社会の格差と不公平が生じている。当然ながら、経済と社会の格差と不公平の解消のために、年金制度の「双軌制」問題の早期の是正と改革が必要である。つまり、年金制度の「双軌制」問題の解決が中国社会における大きな現実的課題である、喫緊の課題でもある。

中国では最近人口高齢化を背景に高齢化社会への関心が高まっている。今後の急速な人口高齢化と高齢者の年金制度を支える財政基盤に対する懸念から、定年退職年齢の延長と年金支給開始年齢の引き上げをめぐる議論が活発になっている。急激な人口高齢化が予想される中で、いずれは直面することになる課題であると言える。

注1. 事業単位 (Institutional Organization) とは、社会の公益を目的に、国有資産で設立された、教育、科学技術、文化、保健分野等の活動に従事している機関または社会組織を指している。たとえば、中国では大学、研究機関等が「事業単位」と位置付けられ、その従業員の年金制度は公務員に準じている。「事業単位」の従業員は約3千万人と言われている。

#### 参考文献

- 「中華人民共和国国民経済と社会発展第12回5ヵ年計画綱要」(2011～2015年)  
「第12回5ヵ年計画期間(2011～15年)国家人口発展計画」国務院、2011年11月  
「社会保障に関する第12回5ヵ年計画綱要」国務院、2012年6月  
「2012年国民経済と社会発展統計公報」中華人民共和国国家統計局、2013年2月  
『中国年鑑2012』中国研究所、毎日新聞社、2012年5月  
尹 豪「中国：人口政策と少子高齢化」(第2章)『世界主要国・地域の人口問題』  
早瀬保子・大淵寛編著、原書房、2010年  
尹 豪「中国、日本、韓国人口高齢化と高齢化対策」『国際社会研究』(福岡女子大学)、  
2012年2月。

(福岡女子大学 尹 豪)

## Ⅱ 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（政策科学研究推進事業）  
分担研究報告書

中国の高齢化の現状と政策対応

分担研究者 伊藤 正一 関西学院大学国際学部・教授

研究要旨：中国の人口高齢化問題は、十分な一人当たり所得水準にまだ達していない状態で、高齢化が起こるだけでなく、高齢化の規模が極めて大きく、かつその速度が速いと考えられる。中国では、1980年代に人口高齢化に関する調査が行われ、三冊の調査結果の本が出版され、様々な提案がなされている。地域ごとの人口高齢化の問題は、単にそれぞれの地域の人口の自然増加率だけでなく、人口の社会増加率も同時に見なければならぬことが明らかになった。賃金労働者が1年間に平均で養老保険基金に支払っている額については、地域によって法則性のようなものはない、さらに1年間に退職者一人当たり平均いくらの金額を受給しているのかについても決まった法則があるとは言えない。これらの点は、今後の検討課題である。

第六次全国人口センサスでは、高齢者の健康問題・経済状況・婚姻状況などの資料を示している。基本的には健康な人の割合は、70歳台で45.6%のピークを迎え、その後は低下する。健康でないが自ら生活できる人と自ら生活できない人の割合は、共に年齢階層が高くなるにしたがって高くなっている。

2010年の人口センサスによると、中国の独居老人となっている高齢者の割合は29.45%であり、その割合は都市よりも町の方が高く、町よりも農村の方が高い。そして、女性の独居老人の割合は、男性のそれよりも高い。年齢階層別には、男女共に、より高い年齢階層の独居老人の割合は高くなっている。また、婚姻状況では、男女共に配偶者との死別が最も高いが、女性のその数は男性のそれを大きく上回っている。これらの独居老人の問題が、省別、都市農村別にどのような特徴があるかを調べることは、今後の検討課題である。

最後に、文献展望で紹介した文献は、基本的に定性的な分析をもとに政策提案を行っている。今後は、定性分析に加えて、数量的把握を行い、数量分析を行うことによって、よりよい研究成果が生まれるのではないかと考えられる。

A. 研究目的

本報告の目的は、中国で中長期的に大きな課題として考えられている人口高齢化が進展している状況を紹介し、そこ

にはどのような課題が考えられ、それらの課題に対してどのような対策が採られようとしているのかを紹介する。次に、社会保障、特に年金保険についての状況

を紹介し、そこから見えてくる問題点を明らかにする。さらに、今後の中国の高齢化問題と関連した文献を展望することによって、次年度以降の分析に用いることができる。2010年に実施された中国の人口センサスは、人口高齢化に関わる問題を明らかにする上で大いに参考になる資料である。その人口センサスを少しでも用いて、高齢化の状況を把握・紹介することである。

## B. 研究方法

本研究は①文献研究、②マクロデータの収集、特に中国の第六次人口センサスを用いた分析、③政策志向的分析からなる。

なお、国内における文献・データ収集、中国における専門家からのヒアリング、マクロデータの実証分析のための準備、中国における現地調査を行ってきた。第1年度は、文献展望、マクロデータの収集と第六次人口センサスからその資料を用いて高齢化の状況を簡単に調べ、今後の研究・分析の準備とした。本年は、中国の第六次人口センサスや『中国統計年鑑』（2012年）の集計データによる簡単な分析を行い、調査報告書を作成した。

（倫理面への配慮）

調査実施の際には、調査対象者の人権とプライバシーの保護には細心の注意を払った。

## C. 研究結果

中国の高齢化に関する本研究報告では、主に、①平均寿命、②人口の年齢構成と扶養率、③65歳以上人口、④基本養老（年金）保険、⑤独居老人について調べた。

### ①平均寿命

中国の平均寿命は、着実に高くなってきた。中国の平均寿命が伸びる中、その人

口年齢構成も変化しつつある。まず、人口センサスから60歳以上人口の割合と65歳以上人口の割合の上昇を調べる。60歳人口の割合は、1982年に7.62%、1990年に8.57%、2000年に10.33%、2010年に13.36%である。65歳人口の割合は、1982年に4.91%、1990年に5.57%、2000年に6.97%、2010年に8.87%である。1990年から2010年にかけて、10年ごとに、14歳以下の人口の割合は5.6%低下しており、60歳人口の割合は90年代に1.76%上昇し、2000年代には2.93%上昇しており、60歳以上の人口の上昇速度が加速している。2010年の14歳人口の割合が16.6%であり、60歳以上の人口の割合が13.26%であることから、2010年から2020年の中頃には、60歳以上人口の割合が14歳以下人口の割合を上回るようになると考えられる。

### ②人口の年齢構成と扶養率

中国の人口年齢構成と扶養率の推移から次のことが言える。0-14歳人口の全体に占める割合は、1982年の33.6%から、継続して低下し、2010年には16.6%と1982年水準の半分にも満たない。15-64歳人口の全体に占める割合は、逆に1982年の61.5%からほぼ一貫して上昇し、2010年には74.5%にまで上昇したが、将来には低下していくことが期待される。65歳以上人口の全体に占める割合は、1982年の4.9%から継続的に上昇し、2010年には8.9%に達した。このような人口年齢構成の変化とともに、扶養率も変化している。総扶養率（ $= (0-14 \text{ 歳人口}) + (65 \text{ 歳以上人口}) / (15-64 \text{ 歳人口})$ ）は、継続して低下してきた。その値は、1982年に62.8%で、2010年には34.2%にまで低下した。これは、表6が示している高齢者扶養率（ $= (65 \text{ 歳以上人口}) / (15-64 \text{ 歳人口})$ ）の上昇傾向を大きく上回って

児童扶養率が急速に低下していることによる。将来において、0-14歳人口の低下はいずれ15-64歳人口の減少に結びつき、65歳以上人口の増加にともなって、高齢者扶養率のさらなる上昇、そして総扶養率も低下から上昇への転換が起こる。それ以後は、高齢者人口の様々な観点からの社会的負担の問題が生じてくる。

### ③65歳以上人口

過去20年間の省別の65歳以上人口の総人口については、全体として65歳人口の割合は、継続して上昇している。1990年には、上海の割合が9.38%と特に高く、逆に内陸地域、特に西部地域と東北地域が低く、黒竜江、青海、寧夏、新疆の値は、4%未満であった。2010年には、その割合が10%を超える省は、遼寧、上海、江蘇、安徽、重慶、四川であり、逆に7%未満の省は、広東、チベット、青海、寧夏、新疆である。広東の場合には、同省の産業の発展の中、若年労働の移入が65歳人口の割合をそれほど上昇させていないと言える。同様のことは、北京にも当てはまる。各省、自治区、直轄市の65歳人口の割合は、それぞれの地域の状況によって異なり、地域ごとに調べる必要がある。例えば、上海の65歳人口の割合は、2,000年に11.53%であったが、2010年には10.31%に低下している。このことも上海市外からの若年労働力の流入がそのような結果をもたらしていると言える。逆に、内陸の安徽の場合、65歳以上人口の上昇は、全国平均よりも大きい。このことは、安徽省から上海を中心とした地域への若年労働力の移出が、65歳以上人口の割合の上昇をもたらしていると考えられる。地域ごとの人口高齢化の問題は、単にそれぞれの地域の人口の自然増加率だけでなく、人口の社会増加率も

同時に調べなければならない。

### ④基本養老（年金）保険

中国の2010年の人口センサスによると、総人口は13億3281万人で、65歳以上人口は全体の8.9%で1億1893万人である。今後この人数が増加していくため、世界的にこれまでにない規模の高齢化が中国で起こるために、社会保障を含め、規模の観点からどのような問題が発生するのことも重要な視点である。

都市部の企業賃金労働者に限定されるが、その基本養老（年金）保険参加人数を示している。養老保険参加賃金労働者数と退職者数の合計は、1989年の5710万人から2011年の2億8391万人まで拡大してきた。参加賃金労働者数と参加退職者数も同様に大きく拡大してきた。表8の右2列は、参加賃金労働者数と参加退職者数の比率を示している。その数字は、一人当たり退職者を平均何人の賃金労働者が支えているのかを示している。1990年代には、退職者を支える賃金労働者数は、1989年、1990年の5.4人から継続的に低下し、2,001年以降2011年まで、3.0人から3.2人の範囲で推移してきた。今後、退職者数の増加からいずれかの段階でこの比率が低下し始め、年金の面で退職者を支える賃金労働者一人当たりの負担が益々大きくなると考えられる。

2011年の省別都市賃金労働者の基本養老保険の状況については、賃金労働者数と退職者数の比率が高い省・直轄市は、広東(9.2)、浙江(6.6)、福建(4.9)、北京(4.4)である。これらの省は、他地域からの若年労働者の流入がこのような結果をもたらしていると考えられる。次に、その比率が低い地域は、東北地域や西部地域であり、逆に若年労働者の流出がこのような結果をもたらしていると考えられる。次に、賃金労働者が1年間に平均

で養老保険基金に支払っている額については、天津、上海のそれが高い一方、山西、内蒙古の内陸地域、そして西部地域の額も高いため、その違いを調べることは、今後の検討課題である。同様に、1年間に退職者一人当たり平均いくらの金額を受給についても決まった法則があるとは言えない。この点も、今後の検討課題である。

#### ⑤独居老人

2010年の人口センサスによると、未婚、離婚、死別などの理由から独居老人となっている高齢者の割合は29.45%であり、その割合は都市よりも町の方が高く、町よりも農村の方が高い。そして、女性の独居老人の割合は、男性のそれよりも高い。表10は、高齢者に占める独居老人の割合を示している。年齢階層別には、男女共に、より高い年齢階層の独居老人のその割合は高くなっている。また、婚姻状況では、男女共に配偶者との死別が最も高いが、女性のその数は男性のそれを大きく上回っている。

#### D. 考察

中国では、長い間にわたり人口政策に関心がもたれてきた。しかしながら、時代と共に大きく変化し、1970年代後半から一人っ子政策へと移り、その人口政策の変化は、その後の高齢化に影響すると考えられ、1980年代には人口高齢化に関する調査・分析が開始された。その調査の結果として、人口高齢化の速度は比較的速く、その高齢化の水準もすでに比較的高い。高齢者の人口分布は、都市・農村、地区で異なっているという特徴を示した。

中国の平均寿命は着実に高まってきている。ただし、その状況は、地域によって大きく異なる。人口年齢構成も0-14歳

人口の割合の低下、15-64歳人口の割合の上昇、65歳以上人口の上昇があり、高齢者扶養率も着実に増加している。このことは、高齢者の様々な観点からの社会負担の増大を意味する。

65歳以上人口の全体に占める割合は、継続して上昇している。1990年には、上海の割合が9.38%と特に高く、逆に内陸地域、特に西部地域と東北地域が低く、黒竜江、青海、寧夏、新疆の値は、4%未満であった。2010年には、その割合が10%を超える省は、遼寧、上海、江蘇、安徽、重慶、四川であり、逆に7%未満の省は、広東、チベット、青海、寧夏、新疆である。広東の場合には、同省の産業の発展の中、若年労働の移入が65歳人口の割合をそれほど上昇させていないと言える。同様のことは、北京にも当てはまる。各省、自治区、直轄市の65歳人口の割合は、それぞれの地域の状況によって異なり、地域ごとに調べる必要がある。上海の65歳人口の割合は、2000年に11.53%であったが、2010年には10.31%に低下している。このことも上海市外からの若年労働力の流入がそのような結果をもたらしていると言える。逆に、内陸の安徽の場合、65歳以上人口の上昇は、全国平均よりも大きい。このことは、安徽省から上海を中心とした地域への若年労働力の移出が、65歳以上人口の割合の上昇をもたらしたと考えられる。地域ごとの人口高齢化の問題は、単にそれぞれの地域の人口の自然増加率だけでなく、人口の社会増加率も同時に調べなければならない。

基本養老（年金）保険については、都市部の賃金労働者に限っているが、退職者を支える賃金労働者数は、継続的に低下してきた。この傾向が続くことは、年金の面で退職者を支える賃金労働者一人当

たりの負担が益々大きくなることを意味する。また、1年間に賃金労働者が養老保険のために支払う金額、1年間に退職者が養老金は地域によって異なっていることが明らかになった。地域間でどのような理由で異なっているのかを調べることも次年度以降の研究課題である。

本報告書では、高齢者の健康問題、婚姻状況について簡単に紹介したが、特に高齢者の健康状態についての傾向を明らかにした。しかしながら、経済状況などとの関係を明らかにすることも重要であり、次年度以降の研究の中で明らかにする。

#### E. 結論

中国の人口高齢化問題は、十分な一人当たり所得水準にまだ達していない状態で、高齢化が起こるだけでなく、高齢化の規模が極めて大きく、かつその速度が速いと考えられる。中国では、1980年代に人口高齢化に関する調査が行われ、三冊の調査結果の本が出版され、様々な提案がなされている。地域ごとの人口高齢化の問題は、単にそれぞれの地域の人口の自然増加率だけでなく、人口の社会増加率も同時に調べなければならないことが明らかになった。賃金労働者が1年間に平均で養老保険基金に支払っている額については、地域によって法則性のようなものはない、さらに1年間に退職者一人当たり平均いくらの金額を受給しているかについても決まった法則があるとは言えない。これらの点は、今後の検討課題である。

第六次全国人口センサスでは、高齢者の健康問題・経済状況・婚姻状況などの資料を示している。6) 高齢者の健康問題については、60歳以上で健康な人の割合は43.82%、基本的に健康な人の割合は

39.33%、健康でないが自ら生活できる人の割合は13.9%、自ら生活できない人の割合は、2.95%である。ただし、健康な人の割合は、5歳ごとの年齢階層を見ると、60-64歳の60.77%から65-69歳の48.36%にかけて大きく減少し、それ以後も減少している。基本的に健康な人の割合は、70歳台で45.6%のピークを迎え、その後は低下する。健康でないが自ら生活できる人と自ら生活できない人の割合は、共に年齢階層が高くなるにしたがって高くなっている。

2010年の人口センサスによると、中国の独居老人となっている高齢者の割合は29.45%であり、その割合は都市よりも町の方が高く、町よりも農村の方が高い。そして、女性の独居老人の割合は、男性のそれよりも高い。年齢階層別には、男女共に、より高い年齢階層の独居老人の割合は高くなっている。また、婚姻状況では、男女共に配偶者との死別が最も高いが、女性のその数は男性のそれを大きく上回っている。これらの独居老人の問題が、省別、都市農村別にどのような特徴があるのか調べることは今後の検討課題である。

最後に、文献展望で紹介した文献は、基本的に定性的な分析をもとに政策提案を行っている。今後は、定性分析に加えて、数量的把握を行い、数量分析を行うことによって、よりよい研究成果が生まれるのではないかと考えられる。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

伊藤正一「台湾の少子化と政策対応」『人口問題研究』第68巻第3号, pp.

50-65, 2012年9月.

2. 学会発表  
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 取得特許  
なし

2. 実用新案登録  
なし

3. その他  
なし



厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進研究事業）  
分担研究報告書

人口政策理論、日本を中心とする比較分析

分担研究者 小島 宏 早稲田大学社会科学総合学術院教授

研究要旨：

適切な理論的枠組みに沿って急速な人口高齢化が進む東アジア諸国に関するマクロデータとマイクロデータを統合した上で、健康に関する国際比較分析を行うことによりわが国の保健政策ならびに保健分野の国際協力にとっての政策的含意を導出することを目指している。本年度は主として国内と台湾における情報収集を行うとともに、収集した資料を参考にしたマイクロデータの実証分析を試みた。具体的には、日本、韓国、台湾、中国の4カ国が共同実施した東アジア社会調査「健康モジュール」(EASS2010)のマイクロデータにロジット分析の手法を適用して4カ国における宗教の健康に対する影響について予備的な比較研究を行った。

A. 研究目的

本研究では欧米諸国との比較を交えながら、急速な人口高齢化が進む東アジアの低出生力国における健康状態、健康意識・行動と保健政策等の公共政策について比較分析をするとともに、健康に関連する施策の潜在的効果を推定し、わが国における諸施策の策定・実施・評価と関連分野の国際協力に資することを目的とする。そのため、文献等の資料収集と並行して利用可能なデータの実証分析を行い、健康の関連要因と関連施策の潜在的効果を明らかにするとともに、わが国にとっての選択肢を提示しようとするものである。

B. 研究方法

本研究は①文献・理論研究、②マクロデータの収集・分析、③既存マイクロデータの分析、④政策志向的分析からなる。

なお、初年度は国内と台湾における文

献・データ収集、専門家からのヒアリング、マイクロデータの予備的実証分析を行った。第2年度は国内と韓国における文献・データ収集、専門家からのヒアリング、マイクロデータの分析を行う予定である。第3年度は文献・データ収集と中国でのヒアリングを続けるとともに、日本、韓国、台湾、中国、シンガポール等で実施された調査に基づく比較可能なマイクロデータによる政策志向的な比較研究を進める予定である。

(倫理面への配慮)

データ分析の際、調査対象者の人権とプライバシーの保護には細心の注意を払った。

C. 研究結果

本年度は、パートナー関係や子育て支援制度の利用に関する研究も行ったが、主要な研究としては、日本、韓国、台湾、中国の4カ国が共同実施した東アジア社会調査「健康モジュール」(EASS2010)のマイクロデータを用いた、東アジア諸国

(日本、韓国、中国)における健康の関連要因、特に宗教関連要因のロジット分析がある。日本においても外国人研究者によって宗教の健康に対する影響の重要性が指摘されてきたにもかかわらず、必ずしも宗教に関する情報が利用可能ではないこともあり、以前から準備を進めていたものであるが、EASS2010 が一般公開されたこともあり、このたび実証研究に着手した。この研究結果の概要は以下のとおりである。

12 の従属変数の値を男女年齢 10 歳階級別に示したのを見ると、大ざっぱに言って、日本は健康状態が悪い方で最高の値を示す傾向がある。例えば、「1) 主観的不健康」や「7) 慢性病あり」については日本の男女が最高の値を示している。しかし、年齢 10 歳階級別に見ていくと必ずしもそうとは言えない場合もあるので、各従属変数について個別に見ていこう。

「1) 主観的不健康」は日本では男性 29.0%、女性 29.1%と男女差がないが、韓国では男性 19.7%、女性 28.2%、台湾では男性 25.7%、女性 29.4%、中国では男性 16.1%、女性 21.0%と男女差が比較的大きい。その結果、女性での水準は中国以外の 3 カ国で比較的近くなっている。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて不健康の度合いが高まる傾向があるが、台湾では男女とも 40 代で一旦、低下する。

「2) 痛みによる支障なし」は日本では男性 57.5%、女性 52.4%と男女差が小さいが、韓国では男性 52.47%、女性 33.5%、台湾では男性 39.4%、女性 32.9%、中国では男性 54.8%、女性 43.1%と男女差が比較的大きい。しかし、男性の水準は台湾以外の 3 カ国で比較的近い。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢

が高くなるにつれて支障なしの割合が低まる傾向があるが、台湾では男女とも不規則的な変動が見られる。

「3) いつもおだやか」も日本では男性 10.7%、女性 10.0%と男女差がほとんどないが、韓国では男性 20.8%、女性 18.3%、台湾では男性 29.2%、女性 24.8%、中国では男性 30.7%、女性 25.4%とやはり男女差が比較的小さい。日本の水準が特に低いのは日本でストレスが大きいということによる可能性も考えられるが、日本人が中間的回答を好むことによるという可能性もある。日本、韓国、中国では男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて支障なしの割合が低まる傾向があるが、台湾では男女とも不規則的な変動が見られる。

「4) 全然落ち込まず」は日本では男性 38.4%、女性 33.5%と男女差が若干あるが、韓国では男性 40.1%、女性 27.7%、台湾では男性 56.3%、女性 46.1%、中国では男性 35.1%、女性 27.5%とそれより大きな男女差がある。台湾が男女とも最高の水準を示しているが、他の 3 カ国は比較的近い水準にある。4 カ国のいずれにおいても年齢とともに規則的に変動することはないものの、日本の女性では上昇傾向があるようにも見えるが、中国の女性では低下傾向があるようにも見える。

「5) 目標達成できず」は日本では男性 15.6%、女性 11.4%と男女差が若干あるが、韓国では男性 16.6%、女性 17.9%、台湾では男性 16.7%、女性 17.4%、中国では男性 16.1%、女性 15.6%とあまり大きな男女差がない。日本の女性を除き、各国の男女の水準がかなり近くなっている。また、日本を除く 3 カ国の男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて目標達成できない度合いが高まる傾向があ

る。

「6) 週1回以上医者通い」については韓国の女性の水準(14.9%)が特に高く、日本の男女(6.6%、6.8%)と韓国の男性(6.2%)は同程度の水準にある。台湾の男女(1.4%、2.6%)と中国の男女(3.2%、4.8%)の水準は若干低い、男性より女性の方が高いという傾向は4カ国に共通している。4カ国の男女いずれにおいても年齢とともに水準が上昇する傾向が見られるが、70代以上で大幅に上昇する傾向がある。韓国の女性の場合は60代・70代以上で特に大幅に上昇することが全年齢での女性の高い水準に繋がっている。医者通いについては個人の健康状態だけでなく、病院・診療所(東洋医学も含む)等へのアクセスのしやすさによるところもあるものと思われる。

「7) 慢性病あり」は前述のとおり、日本では男性47.9%、女性43.5%と特に高い水準を示している上、男性の方が高いが、韓国では男性27.6%、女性34.3%と女性の方が高く、台湾では男性33.4%、女性32.1%とあまり男女差がないものの、中国では男性31.5%、女性37.2%と韓国と同様に女性の方が高くなっている。4カ国の男女いずれにおいても年齢が高くなるにつれて慢性病ありの割合が高まる傾向があるが、日本以外の3カ国では高まる速度が日本よりも急激で、高齢女性では日本の水準より高くなっている。

「7a) 高血圧」については日本の男性の罹病率(18.1%)は他の3カ国の男性の罹病率(韓国11.4%、台湾14.3%、中国8.7%)よりかなり高いが、日本の女性の罹病率(12.9%)は他の3カ国の罹病率(韓国12.5%、台湾14.8%、中国10.9%)と比較的近い。これは日本では男性の方が女性よりも罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が罹病率が高いことに

もよる。4カ国のいずれにおいても高血圧の罹病率が40代から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、韓国と中国では70歳以上で男女差が顕著である。

「7b) 糖尿病」についても日本の男性の罹病率(9.4%)は他の3カ国の男性の罹病率(韓国5.5%、台湾7.3%、中国3.2%)よりかなり高いが、日本の女性の罹病率(3.4%)は中国の罹病率(3.2%)と同程度で、韓国(5.9%)と台湾(8.4%)の罹病率より低い。高血圧の罹病率の場合と同様、日本では男性の方が女性よりも糖尿病の罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が高い。高血圧の罹病率の場合と同様、4カ国のいずれにおいても糖尿病の罹病率が40代から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、中国では70歳以上で男女差が顕著である(日本でも逆方向の男女差が顕著である)。

「7c) 心血管疾患」についても日本の男性の罹病率(6.6%)は他の3カ国の男性の罹病率(韓国2.5%、台湾3.3%、中国3.5%)よりかなり高いが、日本の女性の罹病率(2.8%)は中国の罹病率(7.4%)よりはかなり低く、韓国(4.5%)と台湾(4.6%)の罹病率より低い。高血圧・糖尿病の罹病率の場合と同様、日本では男性の方が女性よりも糖尿病の罹病率が高いが他の3カ国では逆に女性の方が高い。高血圧・糖尿病の罹病率の場合と同様、4カ国のいずれにおいても糖尿病の罹病率が40代前後から急速に高まっているが、日本以外の3カ国では男性よりも女性の上昇が大きく、70歳以上で男女差が顕著である(日本でも逆方向の男女差が顕著である)。

「7d) 呼吸器疾患」については罹病率が比較的低いこともあるためか、国家間、

男女間で比較的差が小さい。日本では男性 4.1%、女性 3.6%、韓国では男性 3.9%、女性 4.6%、台湾では男性 2.8%、女性 2.1%、中国では男性 4.4%、女性 4.0%となっている。呼吸器疾患の罹病率は 20 代でやや高く、30 代・40 代で若干低下してから上昇し始めるというパターンが見られる場合もあるが、必ずしも明確なものではない。韓国と中国では 70 歳以上で呼吸器疾患の罹病率が高いが、中国の男性ではむしろ 60 代の方が高い。

「7e) その他慢性疾患」については日本の男女の罹病率は他の国よりも高いが、男性 (32.2%) と女性 (33.5%) の間で大きな差がない。男女差が小さい点は罹病率が最も低い台湾 (男性 13.6%、女性 10.9%) と似ているが、韓国 (男性 14.6%、女性 21.8%) と中国 (男性 18.6%、女性 23.2%) では女性の罹病率の方が高い。その他慢性疾患の罹病率は 4 カ国の男女いずれにおいても年齢とともに上昇する傾向が見られるが、台湾の女性では水準が低いいためかそれほど明確でない。

#### D. 考察

日本、韓国、台湾、中国の男女における宗教の健康に対する影響を推定するため、年齢、学歴、階層帰属、居住地特性をコントロール変数とし、宗教があることとその年齢との交差項を独立変数とする比較可能なモデルによる 2 項ロジット分析を行った。交差項については高齢者における宗教の健康に対する影響を明らかにするため、60 代と 70 歳以上の年齢に関するものに限定した。以下では 4 カ国で頻度が比較的高い「1) 主観的不健康」「2) 痛みによる支障なし」「3) いつもおだやか」「4) 全然落ち込まず」「5) 目標達成できず」「7) 慢性病あり」の 6 項目を従属変数とする分析結果を示

すことにする。

##### 1) 日本に関する分析結果

日本の男女に関して「1) 主観的不健康」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない。しかし、女性では実質的に 50 代以下における「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が主観的不健康に有意な正の効果をもつが、これは恐らく 50 代以下で不健康であると宗教に頼ると傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。

「2) 痛みによる支障なし」に関する分析結果を見ると、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもっていない。しかし、男性では「70 歳以上」の年齢の主効果が負であるにも関わらず、「70 歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているのは、痛みによる支障がないとする傾向が弱まる 70 歳以上の高齢者でも宗教をもっていると痛みによる支障がない傾向が強まることを示す可能性が高い。

「3) いつもおだやか」に関する分析結果も同様に、男性では「70 歳以上」の年齢の主効果が負であるにも関わらず、「70 歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっており、いつもおだやかである傾向が弱い 70 歳以上の高齢者でも宗教をもっているといつもおだやかである傾向が強まることを示す可能性が高い。しかし、女性の場合は男性の場合と同様に「70 歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているが、「宗教あり」の主効果が負であり、「70 歳以上」の年齢の主効果が正である。このことは女性では年齢とともにいつもおだやかである傾向が強まるが、50 代以下では

宗教をもっているとその傾向が弱まるが、70歳以上では宗教をもっているとその傾向が特に強まることを示す可能性が高い。

「4) 全然落ち込まず」に対して「60～69歳で宗教あり」の交差項が男性では正の効果をもっているが、女性では負の効果をもっている。男女いずれにおいても「60～69歳」の年齢の主効果が正であることから、60代の男性は宗教の有無に関わらず全然落ち込まない傾向が強まるのに対して、60代の女性は宗教をもたないと全然落ち込まない傾向がかなり強まるが、宗教をもつとそれほど強まらないことが窺われる。

「5) 目標達成できず」に関する分析結果でも同様に、「60～69歳で宗教あり」の交差項が男性では正の効果をもっているが、女性では負の効果をもっている。男性では「60～69歳」の年齢の主効果が有意でないことから、60代の男性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が強まることが窺われる。女性では「60～69歳」の年齢の主効果が正であることから、60代の女性は宗教をもたないと目標が達成できないとする傾向が強まるが、宗教をもつとそれほど強まらないことが窺われる。

「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても実質的に50代以下での「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が慢性病をもつことに対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で慢性病をもつと宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。しかし、男性では実質的に「70歳以上で宗教なし」の影響を示す、「70歳以上」の年齢の主効果が正であるにも関わらず、「70歳以上で宗教あり」の交差項が負の効果をもって

いるのは、慢性病をもつ傾向が強まる70歳以上の高齢者でも宗教をもっている慢性病をもつ傾向が弱まることを示す可能性がある。

## 2) 韓国に関する分析結果

韓国に関する分析結果を見ると、ケース数が少ないことによるのか、宗教をもつ者が多数派であることによるのか、宗教によって効果が異なることによるのか、あるいは高齢者が相対的に少ないことによるのか、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない場合が多い。

「1) 主観的不健康」に関する韓国の男女についての分析結果もそのようになっている。

「2) 痛みによる支障なし」に関する女性についての分析結果も同様であるが、男性については「60～69歳で宗教あり」の負の効果が見られ、60代で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が弱まることが示されている。60～69歳の年齢の主効果も宗教の主効果も有意でないところを見ると、これは60代の男性は痛みによる支障があると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示す可能性がある。

「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると、同様に女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では実質的に50代以下で宗教をもつことの影響を示す、「宗教あり」が正の効果をもっている。40～49歳と50～59歳の年齢の効果が正なので、このことは40代と50代の男性は宗教をもたない場合でも、若い男性に比べていつもおだやかである傾向が強いが、宗教をもつとさらにそのような傾向が強まることを示すのであろう。

「4) 全然落ち込まず」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、女性では「宗教あり」が負の効果を持ち、「70歳以上で宗教あり」の交差項が有意な正の効果も持っているが、「70歳以上」の年齢の主効果は有意でない。この結果を見る限り、30代から60代までの女性では宗教をもたない者の方が宗教をもつ者のより全然落ち込まない傾向が強いが、70代以上では逆に宗教をもつ者の方が全然落ち込まない傾向が強いように見受けられる。

「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果が正であるのに対して、女性では負である。50代以下の男性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が強まるのに対して、50代以下の女性は宗教があると目標が達成できないとする傾向が弱まることが窺われる。

「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「60～69歳で宗教あり」の負の効果が見られ、60代で宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることが示されている。

### 3) 台湾に関する分析結果

台湾に関する分析結果を見ると、宗教をもたない者が少数派であることによるのか、宗教によって効果が異なることによるのか、あるいは高齢者が相対的に少ないことによるのか、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもたない場合が多い。「1) 主観的不健康」と「4) 全然落ち込まず」に関する台湾の男女についての分析結果もそのようになっている。

「2) 痛みによる支障なし」に関する女性についての分析結果も同様であるが、男性については「70歳以上で宗教あり」の正の効果が見られ、70歳以上で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が強まることが示されている。第3列に示された「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると同様に、女性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「60～69歳で宗教あり」の正の効果が見られ、60代で宗教をもっているといつもおだやかである傾向が強まることが示されている。

「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男女とも「宗教あり」の主効果が負で、50代以下の者は宗教があると目標が達成できないとする傾向が弱まることが窺われるが、逆方向の因果関係を示す可能性も疑われる。女性の場合は「60～69歳で宗教あり」の正の効果と「70歳以上で宗教あり」の負の効果も見られ、宗教があると目標が達成できないとする傾向が60代では強まり、70代では弱まることが示されている。

「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男性では「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、女性では「60～69歳で宗教あり」と「70歳以上で宗教あり」の負の効果が見られ、60代以上で宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることが示されている。

### 4) 中国に関する分析結果

中国に関する分析結果を見ると、ケース数が多いことによるのか、宗教をもつ者が少数派であるにも関わらず、日本と比べて「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項も有意な効果をもつ場

合が少なくない。「1) 主観的不健康」に関する分析結果を見ると、中国の男女いずれにおいても実質的に50代以下の「宗教あり」の影響を示す、「宗教あり」の主効果が主観的不健康に対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で不健康であると感じると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。「2) 痛みによる支障なし」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果が負の影響をもつが、これは50代以下で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が弱まることを示されている。これは50代以下の男女が痛みによる支障があると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示す可能性がある。しかし、男性では「60～69歳で宗教あり」と「70歳以上で宗教あり」の正の効果、女性では「70歳以上で宗教あり」の正の効果が見られるが、このことは男性では60代以上、女性では70代以上で宗教をもっていると痛みによる支障がないとする傾向が強まることを示している。

「3) いつもおだやか」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。「4) 全然落ち込まず」に関する分析結果を見ると、女性では同様に「宗教あり」の主効果も「宗教あり」と年齢との交差項の効果も有意でない。しかし、男性では「宗教あり」が負の効果を持ち、「60～69歳で宗教あり」の交差項が有意な正の効果をもっているが、「60～69歳」の年齢の主効果は有意でない。この結果を見る限り、50代以下の男性では宗教をもたない者の方が宗教をもつ者のより全然落ち込まない傾向が強いが、60代では逆に宗教をもつ者の方が全然落ち込まない傾向が強

いように見受けられる。

「5) 目標達成できず」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果は目標が達成できないとする傾向に対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で目標が達成できないと感じると宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。男性の場合は「60～69歳で宗教あり」の負の効果も見られるが、60代では宗教があると目標が達成できないとする傾向が弱まることが窺われる。

「7) 慢性病あり」に関する分析結果を見ると、男女いずれにおいても「宗教あり」の主効果が慢性病をもつことに対して正の影響をもつが、これは恐らく50代以下で慢性病をもつと宗教に頼る傾向があるという逆方向の因果関係を示すものと思われる。しかし、女性では「70歳以上で宗教あり」の交差項が負の効果をもっているのは、慢性病をもつ傾向が強まる70歳以上の高齢者でも宗教をもっていると慢性病をもつ傾向が弱まることを示す可能性がある。

## E. 結論

本研究ではEASS2010（東アジア社会調査「健康モジュール」）のマイクロデータを用いて日本、韓国、台湾、中国の東アジア4カ国における健康状態に対する宗教の影響の比較分析を行った。まず、4カ国における各種の健康状態に関する年齢階級別差異のクロス集計の結果を示した後、健康状態に関するカテゴリー変数を従属変数として、その関連要因の2項ロジット分析の結果を提示した。その際、まずステップワイズ選択法による予備的な分析結果を示し、次に比較可能なモデルによる分析結果を示した。また、高齢者における宗教の健康に対する影響を明

らかにするため、前者の分析ではすべての年齢階級と各宗教の交差項を導入し、後者の分析では宗教をもつことと 60 代および 70 歳以上の年齢の交差項を投入した。

クロス集計の結果から日本では他の 3 カ国よりも高齢化していることもあり、健康状態が悪いことを示すような指標が多いが、他の 3 カ国ほど急激に年齢とともに悪化しない傾向があることが示された。しかし、精神的な健康状態を示すような指標については年齢とともに悪化するとは限らない。日本では女性よりも男性の方が健康状態が悪いことを示すような指標が多いが、他の 3 カ国ではむしろ女性の方が健康状態が悪いことを示すような指標が多い。

ステップワイズ選択法による予備的な分析から年齢とその宗教との交差項により示される高年齢、学歴と主観的階層帰属により示される低い社会経済的地位が健康状態の悪いことと関連する場合が比較的多いことが明らかになった。社会経済的地位の影響が国や性別によって異なる場合もあった。また、日本以外の 3 カ国では地域区分の数が多く、その影響が大きいこともあり、居住地特性の影響が必ずしも大きくないことも示された。さらに、宗教をもつと健康状態が良くなることを示すような場合もあるし、宗教によって影響が異なる場合もあるが、逆方向の因果関係（健康状態が悪いため、宗教に依存する）を示す可能性がある場合も若干あった。

比較可能なモデルによる分析では宗教の健康に対する影響を推定するため、年齢、学歴、階層帰属、居住地特性をコントロール変数とし、宗教があることとその年齢との交差項を独立変数としたが、宗教をもつ者が少数派である日本と中国

で多数派である韓国と台湾より宗教の影響が明瞭に見られた。これは効果が異なる場合もある各種宗教を一括したことにもよる可能性がある。高齢者において宗教をもつと特に精神面での健康状態が良くなる傾向が見られる場合もあった。しかし、特に高齢者以外で健康状態が悪いため宗教に依存するという逆方向の因果関係を反映している傾向も見られる場合もあった。これは横断面調査の分析であるため、やむを得ない面もある。

以上における 4 カ国比較分析の結果、宗教をはじめとして男女間で効果の方向が共通する変数、国家間で効果の方向が共通する変数があることが示された。特に、社会経済的地位を反映するような変数の効果が共通してみられる場合があった。また、日本を含め、地方（地域区分）に関する変数が意外に大きな効果をもっていることも示された。地方の変数は地域間の社会経済的、文化的格差を反映している可能性だけでなく、地域間の健康関連サービスの供給に関する格差を反映している可能性があることも窺われた。今後の実証研究での課題としては地方別の分析、ないしそれらを上位水準の変数として導入する多水準分析（階層線形モデル）も必要となろう。さらに、各種健康状態について別個の分析を行うのではなく、複合指標の検討も必要であろう。同時に、健康関連サービス利用の前提にもなりうる医療機関のアクセシビリティを示すような指標の影響についても分析を行う必要がある。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表



小島宏 (2012) 「日仏両国におけるカップル形成・出生行動とその関連要因」井上たか子編『フランス女性はなぜ結婚しないで子どもを産むのか』勁草書房, pp.29-57.

小島宏(2012)「内外で利用可能なマイクロデータと利用例」安藏伸治・小島宏編『マイクロデータの計量人口学』原書房, pp.25-47.

Kojima, Hiroshi (2012) “Differences in Demographic Behaviors between Muslims and Non-Muslims in a Non-Muslim Society: A Case Study of Singapore.” FUKAMI Naoko and SATO Shohei (eds.), *Islam and Multiculturalism: Between Norms and Forms*, JSPS Asia and Africa Science and Platform Program, Tokyo: Organization for Islamic Area Studies, Waseda University, pp.63-70.

## 2. 学会発表

KOJIMA, Hiroshi (2012) “Religion and the Timing of Family Formation in East Asia,” The 2012 Annual Meeting of the Population Association of Korea, BEXCO, Busan, 7-8 September 2012 (2012.9.7)

KOJIMA, Hiroshi (2012) “Partnership Status and Attitudes toward Family Policies in Japan, South Korea and Singapore,” The 2nd Asian Population Association Conference, Bangkok, 26-29 August 2012 (2012.8.28)

小島宏 (2012) 「アジア 3 カ国における家族政策関連制度利用の規定要因」第 12 回日本家族社会学会大会、お茶の水女子大学 (2012.9.16)

小島宏 (2012) 「東アジアにおける宗教とパートナーシップ形成」日本人口学会第 64 回大会、東京大学 (2012.6.2)

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 取得特許  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題推進事業）  
分担研究報告書

韓国の少子高齢化対策  
高齢者の子育て支援サービス雇用と独居老人対策を中心に

分担研究者 相馬直子 横浜国立大学大学院国際社会科学研究所・准教授

研究要旨

韓国は世界最低水準を示す極端な低出生率のため、急激な人口高齢化が予想されている。しかし社会保障や福祉体系はそのような圧縮的变化に追いつかず、高齢者の貧困率・自殺率はOECD国家中最も高い水準にあり、独居老人も急増している。政府は1981年の老人福祉法に続いて、2005年以降の低出産・高齢社会基本計画によって高齢者対策を促進している。また2010年の第2次低出産・高齢社会基本計画に追加して、2012年には第2次基本計画補完版によって高齢社会対策を補強した。補完計画は「所得」「健康」「社会参加」「住居・交通」「老後計画」の5部門、21項目から成る。一方、保健福祉部は2007年から独居老人総合支援対策を実施している。それに先立ち、2004年からは保健福祉部と地方自治体が共同で行う高齢者雇用事業が行われており、公共・民間分野での高齢者の雇用支援を続けている。

A. 研究目的

韓国は世界最低水準を示す極端な低出生率のため、急激な人口高齢化が予想されている。2010年現在の65歳人口以上割合は11.3%だが、7%から14%に達するまで要する期間は日本の24年に対し韓国は17年、14%から20%に至る期間は日本の12年に対し韓国は9年と推計されている。韓国の社会保障や高齢者福祉体系はこのような圧縮的变化に追いついておらず、高齢者の高い貧困率・自殺率が社会問題化している。また65歳以上の独居割合は2010年時点で19.4%に達しており、2035年には23.3%まで増加すると推計されている。

このような急激な変化に対処するための韓国政府の取り組みは、現状では必ず

しも充分とは言えない。基礎老齢年金の給付計画も、このままでは貧困率改善に大きく寄与するとは考えにくい。それでも韓国政府は、1981年の老人福祉法から、2005年以降の2次にわたる低出産・高齢社会基本計画の制定によって、急激な少子高齢化に何とかして対処しようとしている。ここではそうした韓国における高齢者対策の現況について考察する。

B. 研究方法

韓国政府は2006年の第1次低出産・高齢社会基本計画に続き、2010年には第2次低出産・高齢社会基本計画を公表した。これは2011～15年の5年間における政府の行動計画である。これを補完する形で、保健福祉部は2012年に「第2次基本計画

補完版」を公表した。これは特に高齢化対策部分を補強するものである。

保健福祉部は 2007 年から孤独死予防のための安否確認サービスを行っている。そうしたサービスを含む一連の独居老人対策に関する資料として、「独居老人総合支援対策」「独居老人総合支援対策参考資料」が 2012 年に公表されている。

保健福祉部と地方自治体は、2004 年から共同で高齢者雇用事業を運営している。本事業に関しては、保健福祉部が「老人雇用事業総合案内」を刊行している他、韓国老人人力開発院が「高齢者雇用事業運営実態調査」「高齢者雇用統計動向」を公表している。

ここではこうした政府文書に依拠し、韓国の高齢者対策の現況を把握し考察を加える。

### C. 研究結果

第 2 次低出産・高齢社会基本計画の高齢者対策部分は、社会分野（年金、基礎生活保障）、健康分野（健康保険、予防、介護）、社会参加分野（雇用、ボランティア活動、余暇活動）、住居・交通分野（バリアフリー等）の四分野から成っていた。2012 年の「第 2 次基本計画補完版」は、それぞれの分野に複数の項目を立てた。所得分野では、退職年金の導入と強化、個人年金の活性化、保険料支援、情報管理、老後設計支援法の制定、資産市場変化への対応が論じられている。健康分野では、自己事前管理型健康増進システムの構築、地域社会ごとの保健システム構築、認知症対策、長期療養保険の内実化、医療保障の強化、財政の合理化が含まれる。社会参加分野では、高齢者の就業継続のための基盤整備、生涯学習の拡大、ボランティア・余暇活動の活性化

が提唱されている。住居・交通分野では、住居環境・交通環境に加え、農漁村生活環境の整備が求められている。これ以外に、老後設計サービスの強化と、高齢社会のためのハブ機関の創設が提唱されている。

「独居老人総合支援対策」では、官民協力の下での独居老人の保護・支援が推進されている。支援方法は、独居老人安全管理システムの構築による安全管理、家族親和的文化キャンペーン、障害老人への家事・活動支援、自立支援プログラムの運営、自殺危険者の集中管理、認知症の早期発見・治療等である。

高齢者雇用事業は、保健福祉部と地方自治体が共同で役場や企業における高齢者雇用を進める制度で、費用は中央と地方で折半される。雇用は公共分野と民間分野に別れ、公表分野には公益型（学校給食ヘルパー、文化財管理支援、スクールゾーン交通支援等）、教育型（派遣講師、文化財解説員、通訳・翻訳者等）、福祉型（老老ケア、児童センター連携、多文化家庭支援者等）の三類型がある。福祉型のひとつとして保育教師ヘルパーがあり、生活礼儀教育や食事・遊戯指導等で保育士を補助する。

模範的な事業として、京畿道安山市のドンサン老人福祉館による「慈愛の子守(내리사랑 아이들 봄이)」事業があり、2009 年度保健福祉部高齢者雇用事業評価大会で最優秀賞を受賞した。これは 65 歳以上老人がひとり親の子の子守をするもので、現在 80 名が参加している。また 2013 年度の新事業として、低所得独居老人に対する老老ケア事業が予定されている。ケア提供老人は初回訪問時に状況を調査し、サービス申請書を作成する。その後は情緒的支援、家事支援、個人活動支援を行うとされる。全国で 3000 件の雇

用を予定しており、月 36～40 時間の労働で 20 万ウォンの給与が支給される。

#### D. 考察

日本でも高齢者を子育て支援や地域福祉の担い手として積極的に活用する取組が行われてきたが、韓国の場合、「低所得」や「独居老人」という形で、高齢者の階層や居住形態で対象化しながら施策を展開している点が特徴的である。これは、高齢者の貧困や独居老人の問題が重要な政策課題と認識され、社会保障上での貧困解決等にとどまらず、地域福祉レベルでも、低所得者や独居老人の社会的包摂を進めることで、社会的排除を解決しようとするものと理解できる。

少子化対策と高齢化対策は相互に関連しており、まさに高齢者の子育て支援活用とは両者が地域福祉の実践で関連する取組である。今後、新政権での制度変化や制度改革、本稿で取り上げた施策の政策効果を検討していきたい。

#### E. 結論

2012 年 12 月に当選した朴槿恵大統領は、文在寅候補とのテレビ討論で、民主統合党の無償医療計画を批判し、また児童手当の出生促進効果に懐疑的な見方を示した。財閥系企業による富の独占状態を緩和する「経済民主化」を至上課題としながらも、保守系のセヌリ党が与党ということもあり、李明博政権の新自由主義的路線は基本的に踏襲されるとみられ

る。したがって大幅な増税や保険料引き上げを伴う福祉国家化はあり得ず、社会保障給付の対 GDP 比も OECD 最低水準にとどまるだろう。それでも経済民主化がある程度達成されるなら、成長の果実が子ども、子育て夫婦、女性、高齢者といったいずれの社会集団により多く分配されるのかが注目される。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

相馬直子「圧縮的な家族変化と子どもの平等：日韓比較を中心に考える」『人口問題研究』第 68 巻第 3 号, pp. 85-104, 2012 年 9 月.

##### 2. 学会発表

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

##### 1. 取得特許

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし