

キーワード：人口問題，人口と開発，ミレニアム開発目標，ポスト2015年開発目標

### Abstract

Millennium Development Goals (MDGs) come to term in 2015 and it has been already proved that there is substantial success in achieving those goals. Post-2015 Development Goals are now being discussed through parallel processes but it is probable that the goals and objectives proposed by the Rio Summit (1992), Cairo International Conference on Population and Development (ICPD : 1994), Beijing Women's Conference (1995) will be merged into one.

Contrary to the field of health and medicine, where the definition was clear since the ancient time, the notion of population was developed in Western countries since 18th century, along with the notion of democracy. The internationalization of population issue was marked by the first International Population Conference in 1927. In the beginning, population issues were dealt with on a more academic level, but gradually shifted to the political and diplomatic sphere with emerging fear of a population explosion in the 1970's. Since around the time of ICPD, the term "development" was inserted and Population and Development had become a distinct field in the international cooperation scheme, which put strong emphasis on reproductive health.

Since the conception of the ICPD Programme of Action in 1994, there was a divergence of opinions concerning sexual and reproductive health and rights, particularly on the issue of abortion and homosexuality. Twenty years on, the discordance still continues and no conciliation or even compromise is foreseeable in the near future.

Japan excelled at its own population policy on reducing fertility through the Eugenic Protection Law of 1948 and awareness-raising campaigns through occasions such as the Japanese Population Conference organized in 1974. As the top donor country during the 1990's, Japan's ODA on population was abundant. Recently, however along with a reduction in the total amount of ODA, a strategic orientation or "smart" implementation has been needed more than ever.

Future population issues to be included in the Post-2015 Development Goals can be those such as universal population registration, population aging or internal and international migration. However, one must not forget the importance of population data, properly collected and disseminated. No development goal can be achieved without having correct data on population, which enables analysis of the situation, evidence-based policy formulation and evaluation of impact.

**keywords:** Population, Development, Millennium Development Goals (MDGs), Post-2015 Development Agenda

(accepted for publication, 8th October 2013)

## I. はじめに

ミレニアム開発目標 Millennium Development Goals (MDGs) とは、ミレニアム、つまり西暦でいうところの2000年に世界のあるべき姿を実現するために、国連主導で設定された2015年までに達成すべき開発目標のことを指す。貧困撲滅、保健、教育の向上といった人間開発に関する項目を中心に、8つのゴールと21のターゲット項目があげられている。2015年まであとわずかとなった2013年のMDGsレポート [1] によれば、絶対的貧困人口割合、スラム人口、安全な飲料水についてはすでに目標は達成され、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率やエイズ・マラリア・結核の発症率は低下しており、保健分野でも目に見える改善が認められている。

確かに、このミレニアム開発目標という枠組み、そしてそれがもたらした結果は、人類史的に見ても顕著な出

来事であったといっても差支えないであろう。並行して先進諸国により設置された世界基金という資金源を得て、世界各国が共通の目標に向けて力を合わせたのである。その背景には、ベルリンの壁崩壊 (1989年) を象徴とした東西冷戦の終結により、第三諸国の取り合い合戦だった援助の構造を変わり、グローバリゼーションが進行したこと、エイズという新種の感染症の登場、といった要因が影響している。

MDGsのこのような成果はしかし、発展が目覚ましい中国による部分が多く、地域別に見ると課題は多く残されている。9.11事件により明らかになった新たな世界の対立構造、2008年のリーマンショックとそれに続く世界金融危機はまだ完全に回復したといえるものでもなく、2000年代当初のような潤沢な資金を期待することは難しい。

こうした状況を踏まえて、現在ポスト2015年開発目標の枠組みについて、議論が進められている。現状 (2013

年9月現在)ではまだ明確な方向性が決まっているわけではないが、ポスト2015年開発目標は、MDGsに盛り込まれていた貧困撲滅、ジェンダー、保健・教育分野からさらに広げて、エネルギー、雇用創出、平和構築などについても踏み込むと同時に、これまで並列に存在していた、1992年の環境と開発に関する国連会議（リオ地球環境サミット）、1994年のカイロ国際人口開発会議（ICPD）、1995年の北京女性会議の開発目標を統合する、という方向が見える。また新しい開発目標は持続可能な開発目標Sustainable Development Goal (SDG) という形に集約される、という意見もある。

MDGsでは乳幼児死亡率や妊産婦死亡率、エイズ・マラリア・結核と、保健分野に重点が置かれていたが、目標がある程度達成された今、「次は脱保健」という声も聞かれなくもない。さらにICPD以来、「人口問題」は女性の健康、リプロダクティブ・ヘルスと同義語とみなされる。また乳児死亡率、妊産婦死亡率といったMDGs指標算定、つまり「保健情報」分野を通じて保健と密接な関わりを持っていたが、今後、ポスト2015年開発目標の枠組みにて必ずしもその立場が確保されている訳でもない。

近年、保健と人口は、開発における一分野として並び称されることも多いが、歴史的にはその関係性は変動している。本稿では、「人口問題」、「人口と開発」という言葉を切り口に、その発展と現在そして将来を考察する。

## II. 「人口問題」の誕生と変遷

「人口」という言葉は、少なくとも中国では人の数、という意味で唐代には表れていたが [2]、現代的な「ある地域における人の集団、もしくは同様の特性をもった人の集団」という概念を含んだ「人口」という言葉は、欧州のPopulationおよびDemographyを翻訳し日本で使い始めたようである。最初に「人口」という用語が官庁統計で使われたのは1893年刊行の統計の統計年鑑が最初とされており、それ以前は「民口」や「戸口」などが使われていた [3]。

それではそのPopulation、もしくはDemographyという概念はどのように形成されたのか。Populationとはある国、地域、あるいは世界全体など、地理的範囲における動物や人間の集団、もしくは性別や年齢別、国籍など、ある特定の属性を持つ集団、またその数のことであり、DemographyとはPopulationを分析する科学であるという。Demographyという用語は1855年のGuillardの著作にて初めて使われているが [4]、Populationという用語は1752年のヒュームが用いたのを皮切りに、ケネー (1756)、ルソー (1762)、モオー (1778)、ヤング (1771) など英仏で多く使われるようになる [5]。徴税対象や兵力としての頭数ではなく、平等で権利を有する自由人の集合がPopulationとして認識され、アメリカ合衆国の独立や、フランス革命をもたらした18世紀中葉に多用されるようになったことは、意義深いことではないだろうか。

「人口」といえば「マルサス」とされるほど、マルサスの「人口論」(1798)は著名であるが、それはこのような18世紀のヨーロッパ思想の流れから生み出されたものである。またマルサスが言うところの過剰人口は「人口問題」として認識された。一方19世紀に入ると、マルサスのバックラッシュともいえるべき、マルクスの人口理論、つまり、資本主義社会における相対的過剰人口が失業を生む、という理論 [6]に発展した。19世紀末に至ると、女性解放運動の高まり、コンドームなどの避妊技術の発展 [7]により、逆に倫理的反発も台頭する。1873年にはアメリカで避妊を禁止するコムストック法施行されるが、それに拮抗してサンガー女史らによる避妊・家族計画の普及がアメリカ国内のみならず、国際的にも広がっていった。また同時にこの19世紀末は優生学が発達する時代でもある。

このような人口思想・科学技術の変遷と並行して、実際の人口データを得る試み、つまり「近代的」人口センサスが行われるようになった。漢代から中国では戸籍の集計としての人口統計が歴代の史書に残されており（史書では「戸口」とされているが）、古代エジプトやローマ帝国でもセンサスは行われていたが、ここでいう「近代的」センサスとは、西洋的コンテキストにおいて、中世キリスト教会という宗教者による洗礼（出生）や埋葬記録（死亡）ではなく、世俗の民主国家によりすべての国民を数えることであった。一人ひとり数えることは、それぞれの人権を認めることにもつながる。このような人口センサスは早くはカナダのフランス移民により1666年、北欧諸国ではアイスランドで1703年、スウェーデンで1751年に始まり、アメリカ合衆国は独立直後の1790年、イギリス、フランスでは1801年に始まった。その後19世紀の間さらに多くの国で行われるようになった。日本の第一回国勢調査は1920年に行われたが、それに先立ち日本統治下の台湾では1905年に人口調査が行われた。イギリス統治下のインドでは、アジアとしては早い1871年に人口センサスが行われている。これら植民地において、またカナダやアメリカ合衆国、また南米諸国で早い時期から人口センサスが始まったということは、人口センサスという行為が、新しい国、もしくは新しい支配地に対して行う、最初に必要な行政統治の方法だったことを示している。

人口をめぐるめまぐるしい歴史の流れは、一方で「国際社会」の誕生とも連動している。1885年に創設された国際統計協会や、1907年に発足した国際公衆衛生事務局といった国際組織を通じて、人口統計や人口問題が議論されるようになり、1927年にはジュネーブで世界人口会議が開催されている [8]。参加国27カ国、日本も非公式ではあるが参加しており、これを契機に翌1928年には人口問題研究国際連合（後の国際人口学会）が創立されている。また第一次世界大戦後に発足した国際連盟の枠内で、世界各国の人口統計が収集・公表されるようになり、データの無い国や、あっても不完全なデータをいかに推

計するか、という方法論の発達を促すこととなる。この方法論は人口学の大きな柱に発展していく。

第二次世界大戦までの世界は、人口過剰という人口問題があると認識され、そのために国際学会や国際連盟を通じてデータを共有し専門家の交流が進んでいたが、それらは西洋諸国中心であった。何よりも世界は植民地として少数の国により分割されていたのである。宗主国の人口過剰は、植民地へととも簡単に吸収されていた。この時代の人口問題は、人口移動という解決策を見出した、ともいえる。しかしそれで十分であったわけではなく、その証拠に二度の世界大戦が起こった。マルサスがいうところの、積極的抑制である。

### III. 「人口問題」から「人口と開発」へ～第二次世界大戦後の地球規模課題

第二次世界大戦後、世界各地でベビーブームが起こった。また1960年前後に相次いだ植民地諸国の独立は、その後高い出生率をもたらした。これらの結果、地球規模の「人口爆発」が懸念されるようになる。またこの時期世界を支配していたのは、アメリカを中心とした自由主義・資本主義とソヴィエトを中心とした社会主義・共産主義との冷戦である。そして「第三世界」という言葉が1952年にフランスの人口学者アルフレッド・ソヴィーにより作られた。アメリカとソヴィエトそれぞれの陣営を第一、第二とし、それ以外の国・地域を第三としたのである。冷戦下の世界の二極化は、結果的には世界各国を、それが富める国であろうが貧しい国であろうが、国際舞台に登場させたわけである。資本主義と共産主義のどちらにつくか、それは今、中国と台湾と、定期的に国交を変えることによりその都度援助を引き出している国があるように、第三世界の国はうまく利用したところもあるが、援助の成り立ちの要因の一つはこの冷戦での陣取り合戦であるといえる。

このような時代背景の中、世界人口会議が1955年にローマで、その後1965年にベオグラードで行われているが、この二回は学会的色彩が強く、参加者は人口に関する専門家が中心であった。次いで1974年ルーマニアの首都ブカレストで開催された世界人口会議では、各国の政府代表の会議となり、国連人口部はこの会議が最初の国連世界人口会議とみなしている [9]。当会議に参加した山口喜一は「近時における世界人口の激しい増加、とくに開発途上地域におけるそれは（中略）資源についても空間についても有限であるこの地球上で人類だけが無限に増加を続けることは不可能であるという基本的認識を生み、これが人口問題をグローバルな視点から考える契機となった。」と報告している [10]。今で言う「地球規模課題」はすでにこの頃から認識されていた。ローマクラブが成長の限界を訴え [11]、オイルショック（1973年）を経験した世界は、資源の有限性を痛感し、それに対する人口問題に対する危機感が高まったのは想像に難

くない。その頃、石油はあと30—40年で枯渇し、地球の人口許容力もそう多くはないとみなされていた。

10年後の1984年に世界人口会議がメキシコシティで開催された。参加国は149、さらに150以上のNGOが参加し、合計3,000人以上の参加者があったとされている [12]。ローマ世界人口会議（1955年）は62カ国から500人の参加者があり、ベオグラード会議（1965年）は89カ国から850人、ブカレスト会議（1974年）は137カ国から3,500人（他の会議の参加者を含む）、と回を重ねるごとに参加国や参加者が刻々と増えてきており、人口分野に限った話ではないだろうが、20世紀後半の国際社会構築の進展を感じさせるものである。

1955年から1984年までの4回の世界人口会議の論点を比べてみると、一貫して人口増加は中心課題であり、国際・国内人口移動や都市化、農業生産と人口といった論点も大きな位置をもったが、家族計画について取り上げられるのは1965年以降である。「『家族計画』はもとより『人口政策』ということばさえ、国連20年の歴史を通じて禁句であった。」と、第二回に参加した館は報告している [13]。その後、「人口再生産」（第三回）、「女性の地位と役割」（第四回）、と、視点は広がっていく。

また当初は学術的会議であった世界人口会議は、1974年から政府代表が参加する外交、政治的な会議に変わり、その後会を重ねるにつれ非政府組織（NGO）の参加も盛んになり、学術的討議よりは政策指針の策定、実践における意見交換の比重が高まってくる。その一方で、1928年に国際人口学会（IUSSP）が設立され、当初は世界人口会議と緊密に連動して活動していたが、国連と各国政府代表が中心となった1974年以降は、徐々に学術会議として別個に行われるようになっていった。政府機関、NGOといった実際に政策を決め、アクションを起こすグループと、大学や研究所を母体として分析・研究を行うグループは、当初は渾然一体としていたが、だんだん分化していった、ともいえる。

こうした中、1970年以降、サブサハラアフリカを除いた世界各国の出生率は低下をはじめ、1980年代には人口研究は沈滞期となる [14]。フォード財団は人口分野への研究助成を行わなくなり、著名な人口学者であるキーフィッツ（Keyfitz）は、方法論に特化した人口研究はもはや必要とされず、地球規模的問題に対する応用研究を行うべきだと説いた [15]。人口爆発は回避され、次のステップに人類は入ろうとしているところであった。

### IV. カイロ国際人口開発会議（ICPD）という転換点

1989年に日本は昭和が終わり、世界は冷戦が終わった。平成になったことによる人口への影響はあまり考えられないが、冷戦が終わったことによる人口問題、とりたてて国際協力、援助体制には、大きな影響を与えたと考えられるのであるが、そのことについて論じられているも

のはあまり見当たらない。

人口に「開発」という言葉が組み合わされたのは、この頃である。1994年カイロ会議は国際人口「開発」会議(ICPD)であり、開発“Development”の単語が挿入された。また翌年の1995年より、国連経済社会理事会(ECOSOC)の専門委員会である人口委員会も、開発の二文字が挿入され、国連人口開発委員会となった。それまでの人口爆発という「人口問題」から、「人口と開発」へ脱皮した、というべきか、変節したというべきか、ともかく新たな潮流が認められるのである。

一つの流れとして、それまでのインフラ投資中心の経済開発から人間開発へ、と開発援助政策そのものがシフトしたことが挙げられよう。国連による人間開発報告が1990年に初めて出版され、保健や教育といった、「人」が向上するための支援が必要だと説かれるようになった。人口研究とは出生、死亡、移動、結婚や家庭など人、人生に関わる事象の追求であるので、本来の人口学は人間開発に資するものであるべきである。こうした流れの中、「人口」と「開発」が一つに結合した、というのは納得がいく。

1990年代は、DAC諸国のODA額は低下している。直接投資額が増大し、すでに世界銀行はその役目を終えたとしたアメリカ政府によるMeltzer報告が出たのは1990年代の終わりであるから、ODA額の低下に寄与したかは定かではないが、この時代に援助疲れ、というものも存在したのではないだろうか。「援助貴族は貧困に巣喰う」といった著作[16]も話題を呼んだ。そうした中で、人間開発レポート(1990年)、リオ地球環境サミット(1992年)、カイロ国際人口開発会議(1994年)、北京女性会議(1995年)と、経済開発とは別の流れが大きく花開くことになる。またエイズという新たな脅威は感染症に対する全世界的な取り組みの必要性を認識させた。経済が発展することにより健康になるのではなく、健康になれば経済が発展するのである、という点が強調され、その流れが2000年のミレニアム開発目標、世界エイズ・マラリア・結核対策基金の設立を促した。

カイロ国際人口開発会議(ICPD)には、参加国180カ国、NGO、報道関係者を含めると総数で約15,000人が参加したといわれ[17]、前回のメキシコ会議と比べ、爆発的な規模となった。またこの会議で、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念が初登場し、行動計画(Programme of Action)が策定され、会議後20年間に達成されるべき目標が示された。その行動計画は、関係者の中には「バイブル」と呼ぶ人もいるほどである。

行動計画には、人口分野で取り上げるべきテーマがすべて盛り込まれている。すなわち、①持続可能性、②ジェンダー、③家族、④高齢化も含む人口構造、⑤リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、⑥疾病・死亡、⑦国内人口移動と都市化、⑧国際人口移動、⑨教育、⑩データ収集と研究、といった項目が挙げられている。しかし議論の焦点は⑤リプロダクティブ・ヘルス/ライツであっ

た。この行動計画の最後には、各国の留保事項が追記されている。留保を示したのは、アフガニスタン、ブルネイ、エルサルバドル、ホンジュラス、ヨルダン、クウェート、リビア、ニカラグア、パラグアイ、フィリピン、シリア、アラブ首長国連邦、イエメン、アルゼンチン、ジブチ、ドミニカ共和国、エクアドル、エジプト、グアテマラ、バチカン、イラン、マルタ、ペルー、と23カ国にのぼり、そのほとんどが中絶の是非と同性結婚に関するものである(ただしリビア、アラブ首長国連邦は相続、イランは婚外性交渉についても留保を示している。フィリピンは移民についてのみの留保)。この中絶、同性愛非容認はイスラム教またはキリスト教の価値観に基づいたものである。

中絶の是非に関して、1994年に留保を示した上記の国々に加えて、国連、UNFPAの主要ドナーであったアメリカ合衆国が共和党政権の際は中絶禁止(Pro-Life)、民主党政権の時は中絶容認(Pro-Choice)と大きく振れることで、ICPD行動計画そのものの存在意義を揺るがした。このことはカイロ会議以降、世界人口会議が開催されなかった経緯とつながっている。カイロ会議10周年の節目にあたる2004年の時のアメリカ大統領は共和党であるジョージ・W・ブッシュであった。その2-3年前からカイロ+10の政府間会議を開催するよう動きがあったものの結局、年次会議である国連人口開発委員会にて10年間のフォローアップを行った。そしてICPDの目標期限である来年2014年にも同様に、個別の会議が開かれるわけではなく、年次会議である国連人口開発委員会にてICPDの総括が、また国連総会にて特別セッションが行われる見込みである。

現時点では、民主党政権下のアメリカは同性結婚を許容する判決が最高裁で下されるなど、中絶や同性婚容認の状態である。ラテンアメリカ地域はカトリック教の影響からこれまで厳しい中絶禁止の態度を取っていたが、地域人口会議にて、中絶解禁へと大きく転向する文書を取りまとめた[18]。一方イラン、アラブ諸国、アフリカ諸国は同性愛者や中絶に対して、刑罰を課すなど激しく反対している国も多く、またプーチン政権下のロシアでは、2013年6月に「同性愛宣伝禁止法案」が圧倒的多数で可決されており、国際会議にも同性愛、同性婚を強く否定する意見を提示している。このようにセクシュアル・リプロダクティブ・ライツについてはまったく議論が収束する気配を見せない。カイロ会議が開催された1994年から20年経ち、国際協力という舞台における「人口問題」の中心の座を奪い取った感のある、この中絶の是非と性的指向に関する議論は、まさにICPDに関する残された課題である。

## V. 日本の人口分野国際協力の推移

日本自体の「人口問題」、つまり出生抑制への対応は、戦後の優生保護法の制定による中絶の事実上の自由化、

1974年の日本人口会議を頂点とした一連の施策を挙げる  
 ことができる。中絶による出生率の低下は、中絶数統計  
 が示すとおり明らかに効果を奏したが、その後の家族計  
 画を通じた出生抑制政策が出生率低下に効果をあげたの  
 かどうかは議論があるところであり、古今東西、人口と  
 政策の関係で常に議論されることではある。とはいえ、  
 女子教育水準の向上といった社会全体の変化が低出生率  
 をもたらしたこともあるが、合計出生率の統計が得られ  
 る1925年からの変動を見るからには、そのような政策の  
 効果を無視することは現実的ではないと思われる。いず  
 れにせよ、人口爆発が人口問題であった時代に、日本は  
 出生率抑制という目標を見事に達成したといえる。

この成功経験をアジアに世界に共有しよう、というこ  
 とで、政府開発援助として、またNGOを通じて人口分  
 野の国際協力が発展していった。メキシコシティー人口  
 会議（1984年）には、日本からの参加者として国際協力  
 事業団（現 国際協力機構：JICA）がはじめて参加して  
 いる。JICAは1974年に設立されているので、この回への  
 参加が始めて、というの当然であるが、それは日本が  
 援助大国へと進む象徴的な事象でもある。大きく分けて  
 無償資金援助、技術協力、有償資金援助からなる日本の  
 ODA（政府開発援助）を担うのは、外務省、国際協力事  
 業団（JICA）、海外経済協力基金（OECF）であったが、  
 そのODA額は、1978年の2,332億円から急速に伸びて  
 1984年には5,281億円と、二倍以上にもなっており、そ  
 の後1989年にはアメリカを抜いて世界最大の援助国にな  
 り、1997年のピーク値1兆1,687億円まで、まさに右肩  
 上がりの援助大放出の時代であった。人口分野における

援助も二国間援助としては1969年より家族計画分野を中  
 心にプロジェクト方式技術協力をを行い、1990年代には  
 「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」  
 （GII：Global Issues Initiative for Population and HIV）を  
 打ち立て、世界12カ国の重点国を設け支援を行った。多  
 国間援助では1971年より国連人口基金への拠出を行い、  
 1986年から2000年までトップドナーであった（図1）。

NGOの活動としてはジョイセフの活動を挙げるこ  
 とができる。1968年に家族計画国際協力財団（現ジョイセ  
 フ）が設立され、創設者である國井長次郎が提唱する子  
 どもの寄生虫駆除と母の家族計画を統合した「インテグ  
 レーション・プロジェクト（IP）」がアジア各国に繰り  
 広げられた [19]。

このような華々しい日本の国際協力の躍進は、しかし  
 20世紀の事象であった。ODA予算額は1997年を頂点と  
 してその後年々減少している。人口分野でもUNFPA拠  
 出金の動向はODA予算額に連動して減少、2013年の拠  
 出金は25百万US\$で、世界第8位となった。バブル時代  
 の大盤振る舞いから、より戦略的な国際戦略としての手  
 段の一つにODAが変容してきた、ということでもある。

## VI. 人口問題の今後と開発目標

ミレニアム開発目標（MDGs）の次の開発目標がどの  
 ようになるかは、現時点（2013年9月）では全貌は見え  
 ない。MDGsについては目標策定過程が「密室で行われ  
 不明瞭である」という批判があり、それに答えて、イン  
 ターネット上でのオープンな協議も行われているが[20]、

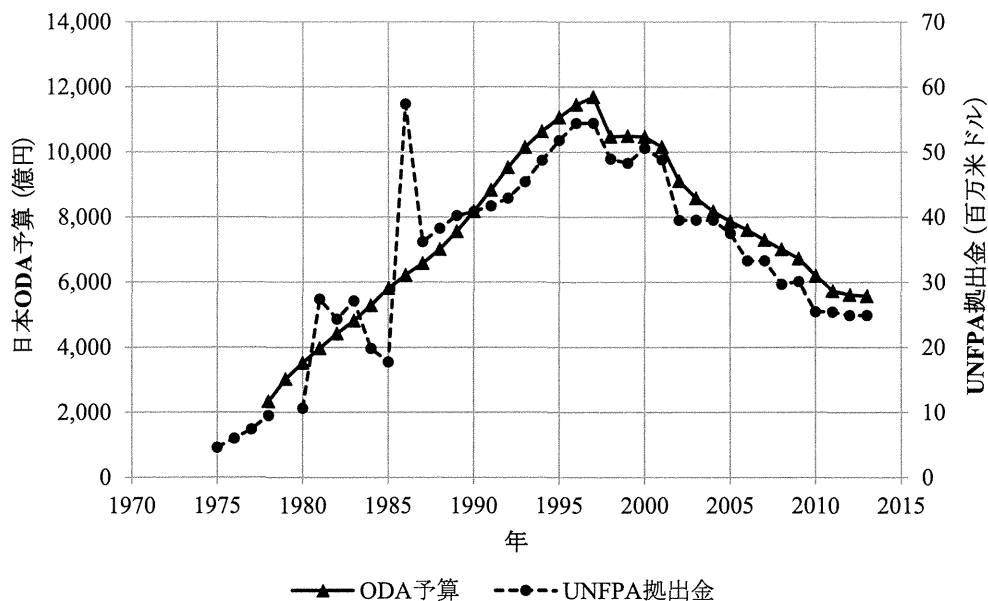


図1 日本の一般会計ODA当初予算およびUNFPA拠出金の推移

出典：ODA予算は外務省HP <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryoyosan.html> (accessed 2013-09-13), UNFPA拠出金は2010年までKlaus Hufner, Global Policy Forum, [http://www.globalpolicy.org/images/pdfs/Top\\_10\\_Donors\\_UNFPA\\_1974-2010.pdf](http://www.globalpolicy.org/images/pdfs/Top_10_Donors_UNFPA_1974-2010.pdf) (accessed 2013-09-16), 2011年以降はUnited Nations DP/FPA/2013/4

そこで挙げられた人口高齢化、人口移動を含む「人口変動Population Dynamics」は、5月に公表されたハイレベルパネル報告書 [21] にはその重要性が論述されているものの、目標項目 (Goals and Targets) には含まれていない。人口高齢化は裏返せば出生率抑制の成功の結果であり、国際開発の枠組みからは問題とみなす人がまだ少ないこと、人口移動については移民流入を制限する国が多いこともあるが、何よりも明確な数値目標がないこと、といった理由がある。家族計画についてはすでにMDGsにも数値目標としてあがらなかったが、MDGsは保健に偏りすぎである、という批判もあり、ポスト2015年開発目標では、保健、教育以外に、資源、雇用や平和構築といった新たな項目が多く追加されそうである。

これまで見てきたように、人口爆発という地球規模の脅威に向かって地道な対策を行ってきた努力は結果を出した。その時に作られた組織・体制を維持するためだけに新たな「人口」と名のついた目標設定を押し込むのは本末転倒である。国際協力分野であれ、国内政治問題であれ、対策をして解決されたら、新たな課題に取り組まねばならない。それではそのような新たな課題というのは何だろうか。

「人口変動」は現在ゴールやターゲットとして取り上げられていないが、中期・長期的課題として地球規模問題として取り上げるべき事項であろう。まず高齢化についてであるが、図2に世界の地域別従属人口指数 (15歳未満・65歳以上の従属人口の、15～64歳生産年齢人口に対する割合) を示す。アフリカを除いて、2010年から相次いでこの指数が底をつき、その後急速に上昇していくのが見て取れる。この上昇は、従属人口のうち、高齢人口の増加によるものであり、グローバルな高齢化が着実に

に進行しているということである。この算出に用いた国連の人口推計は出生率低下を過小評価する傾向があるが、出生率を低位に設定したデータでみても、同様に従属人口指数の谷間は、今まさに訪れているのである。まずは欧米、東アジアで2010年に、次はラテンアメリカ、東南アジアで2020年台に、中近東南アジアでは2040年に底がつく。この従属人口指数が下がる、ということは、1人当たりの労働者、つまり稼ぎ手が養わなければいけない子供や高齢者が少なくなることであり、高生産・低負担の社会全体の生産性は高く、この状態は「人口ボーナス」と呼ばれる。つまりこれから20～30年は人口ボーナスを享受出来る最高の時代であるともいえるが、その後は世界全体で高齢化が進み、再び低生産・高負担の社会になっていく。今の間に中長期的に見た、人類規模の高齢化対策を模索する必要がある。

また人口変動として、都市化と連動した国内人口移動、移民、難民政策にもつながる国際人口移動は、重要な論点である。国内人口移動に関しては、すでに2010年で都市人口は世界人口の半分を超えたとされており [22]、都市部の貧困対策はもとより、今後人口増加がしばらくは続く東南アジアや南アジアにおけるメガシティの持続可能な都市計画のためには、どのように人口の都市集中が進むか、という基本的な分析が必要である。こと国内人口移動については、各国で統計の取り方が異なっており、国際比較が難しい状況があった。しかし近年では国連統計部の勧告 [23] に基づき、各国の人口センサスで、1年移動率や5年移動率といった国内移動に関する均質な指標が得られるようになってきており、さらにそれらを使った国際比較分析が国連人口部を中心に行われている [24]。国際人口移動については、やはり同様に送付側

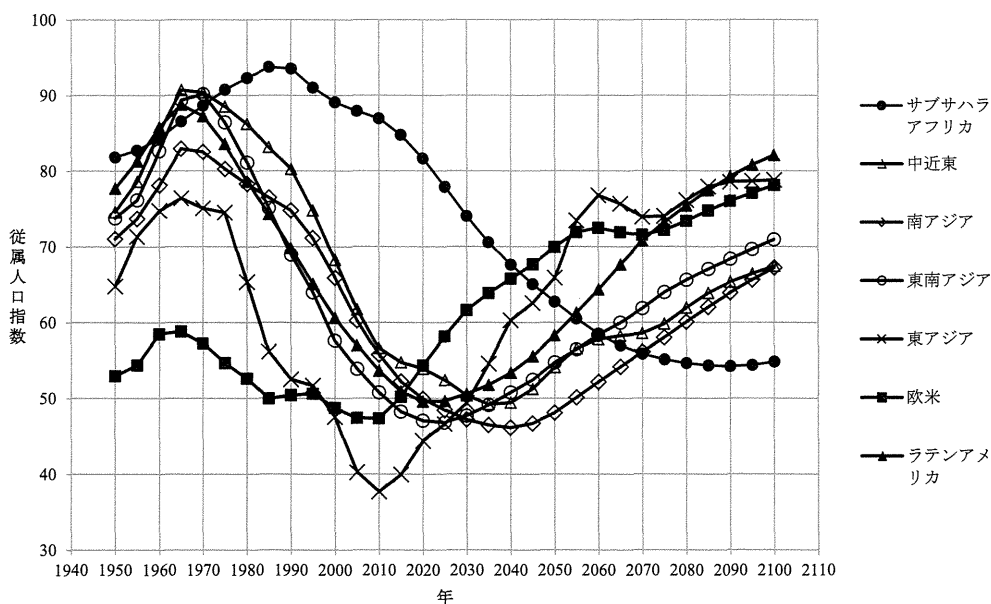


図2 世界各地域の従属人口指数  
 出典：United Nations, World Population Prospects: The 2012 Revisionより筆者算出。

と受入側についてすべての国を網羅したデータが2012年に国連人口部により集計・公表された [25]。これを元にすべての国についてのデータに基づいたグローバル・レベルの研究が、今まさに進展中、といったところである。出稼ぎによる仕送りが援助額を越えた、とされたのは2000年であるが、近年の欧州各国の右翼化と外国人排斥運動、また送り出し国自体の人口増加が収まってきていることもあり、国際人口移動を一方的に良し、とする論調は弱くなってきているようであるし、また頭脳流出、という古典的な議論や、外国に行かざるを得ない、自国での雇用がないという元凶を解決する方が重要である、といった意見も、アフリカなどの送り出し国から聞かれるようになってきている。移民の登録や基本的な権利を確保するための諸施策はすでに国際的コンセンサスができてきているが、国内人口移動、国際人口移動双方で、移動したほうがよいのか、とどまったほうがよいのか、という点についてはまだ明瞭な方向は見えていない。人口移動が現状でポスト2015開発目標に入らないのも、何を目標とし、指標を設定したらよいのか、まだ十分な研究と議論がなされていないことによるものであり、この点をじっくりと煮詰めていく必要がある。

今回新たにハイレベルパネル報告書における目標に取り入れられた人口関係の項目がある。それは人口登録 (Civil Registration) に関するもので、ガバナンスに関わるターゲット [26] として「出生登録などの法的な身分証明方法を無料で普及させる」と挙げられている。わが国は中国・韓国とならび古くから戸籍制度があり、さらに並列して住民登録もあり、国勢調査とどうつなぐか、高齢者の除籍がなされないことなどの検討事項もあるが、基本的に人口登録、出生・死亡届はほぼ全数カバーされているとみなしてもよい。しかしアフリカはもとより、アジアにおいても、出生が登録されている割合はインドで41%、インドネシアで55%、ネパールに至っては35%と依然低く、死亡届はさらに低いカバー率となっている [26]。出生が登録されれば、予防接種、初等教育など基本的なサービスを受けることにつながり、妊産婦死亡率といった標本調査では詳細なデータを取ることが難しい指標も、女性の死亡届が死因と共に登録されることで、状況をきちんと把握することができ、効果的な対策につながる。また近年、安価な指紋認証技術などの発達、選挙制度を公正に行うことの重要性が認識され、これまで登録制度が不備であった国々で急速に新技術を利用した住民登録が行われるようになってきている。

そもそも人口登録制度が不完全である状況から、国勢調査や標本調査が推進されてきた経緯がある。センサスについては現在、世界ほぼすべての国で少なくとも一回は行われ、国連が推進した2010年ラウンド世界人口住宅センサスプログラムでは、史上最多の202カ国がすでに実施し、合計228カ国・地域のうち、このラウンドで実施が予定されていないのはエリトリア、イラク、レバノン、パキスタン、ソマリア、ウズベキスタン、西サハラ

の7カ国・地域のみ、という状況になっている [27]。出生率や死亡率といった人口関係指標を得るために、人口登録がない国では標本調査が行われているが、1970年代に始まった世界出生力調査 (World Fertility Survey) は1980年代からUSAIDやUNICEFの支援を受けたDHSやMICSといった調査として広く行われるようになり、現在サブサハラアフリカに至るまでデータがかなり蓄積されてきている。この人口データの世界レベルでの充実、出生届や死亡届がユニバーサルに行われることによりさらに進むわけであるが、20世紀、先人達の努力により成し遂げられた進歩が、人間開発という理論的枠組を支えるインフラとなっていた事実を忘れてはならない。データに基づいて分析し、適切な目標・政策を立て実施し、データに基づいて評価する、というサイクルは、国際開発協力のみならず、政策科学の基本である。「人口学」の変わらぬ意味づけはここにあるといっても過言ではない。

このような人口に関する新たな課題について、さらに取り組むべき制度的な問題がある。第一に、「援助」というものの構造的改革である。現在BRICSと呼び習わされるブラジル、ロシア、インド、中国といった中進国は、G7からG20への国際政治については勢いを増しているものの、開発援助についてはどうだろうか。依然「発展途上国」の心地よい地位に甘んじていると見られなくもない。そもそも冷戦時代に西側であった欧米日本は、現在の経済成長率は低く、特に日本などはその世界一の高齢化と政府財政赤字、さらに東日本大震災で受けた被害を考えれば、援助をするどころか受けたい位のレベルである。真の意味で対等な国際社会の再編成が求められているのではないか。また中進国にとってみても、「中進国の罫」、つまり低所得からある程度発展したものの、中所得から高所得には登りきらない状況に陥らないための、新たなチャレンジが求められていると思われる。同時にOECDのDAC (開発援助委員会) は冷戦も終結し、中進国が重要なドナーとなってきている現代にどのように存在意義を見出すのか、検討が必要な時期に入っているであろう。

ハイレベルパネル報告書におけるターゲット12dは「先進国はGNPの0.7%をODAに割くべきである」としているが、持続可能性がキーワードとなっているポスト2015年開発目標としては首を傾げざるを得ない。アフリカを含めた後発開発途上国も、援助プロジェクトにおける受入国負担金として多額の国家財政を投じているなか、真の国際社会の協力体制を築くのであれば、すべての国についてGNPの一定額負担を設定すべきではないか。それは長期的には「世界政府」へとつながることになるかもしれない。

現在の国際社会で重要な役割を果たすべき国連とその諸機関も、例えば高齢化といったマルチセクターな事象については諸機関の間での縦割り意識もあるのか、まだ本格的な取り組みに至っていない。UN AIDSやUN WOMENのような、国連諸機関横断型の組織を、例え

ば「UN AGE」という組織を新たに設置し、地球規模課題としての人口高齢化について取り組んだらどうかという案もある。

人口高齢化という事自体は祝福されるべき事象であり、既存の政府開発援助のスキームで対応するのは難しい、という意見もある。死亡率を下げ人口高齢化を成し遂げた国はすでにある程度の政策の蓄積があり、課題に対応するための基本的なデータや分析を行う人材も整っているところである。このような分野では、「富む国が貧しい国に援助する」という形ではなく、国際協力や国内政策担当者が、大学や研究所、さらにNGOなどの専門家らと連携しながら制度構築と改善を行っていく、という形が有効となる。これは、人口高齢化のみについてではなく、中進国が躍進する現在における、国際協力の方向ではないだろうか。

最後にICPDの議論で見てきたように、中絶や同性愛といった、価値観に左右される懸案に対して国際社会は果たして公正な態度をとれているといえるだろうか。文化的、価値観に関わる、ことに宗教に関する議論は開発協力では避けて通られることがこれまでは多かった。しかし現在、この点を考えないと何のために何をしているのか、何も見えない状況に人類は至っているようにも見える。

## 引用文献

- [1] United Nations. The Millennium Development Goals Report 2013. Available from <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/mdg-report-2013-english.pdf> (accessed 2013-09-14)
- [2] 葛剣雄, 編. 中国人口史. 上海: 復旦大学出版社; 2002.
- [3] 兼清弘之. 日本における人口研究の歴史. 日本人口学会, 編. 人口大事典. 東京: 培風館; 2002. p.272-7.
- [4] Jacques Vallin. Démographie. In : France Meslé, Laurent Toulemon, Jacques Véron editors. Dictionnaire de démographie et des sciences de la population, Paris : Armand Colin; 2011. p.83-5.
- [5] Herve Le Bras. L'Invention des populations - Biologie, ideologie et politique. Paris : Editions Odile Jacob, 2000.
- [6] 吉田忠雄. マルクス主義と新マルサス主義. 日本人口学会, 編. 人口大事典. 東京: 培風館; 2002. p.254-8.
- [7] Aine Collier. The humble little condom : A history. New York: Prometheus Books; 2007.
- [8] 館稔. 国連世界人口会議の概要. 人口問題研究第61号; 1955.
- [9] 国連人口部. United Nations Conferences on Population. <http://www.un.org/en/development/desa/population/events/conference/index.shtml> (accessed 2013-09-14)
- [10] 山口喜一. 国際連合世界人口会議. 人口問題研究第132号; 1974.
- [11] Meadows DH. Meadows DL, Randers L. Behrens WW. The limits to growth - A report for the Club of Rome's project on the Predicament of Mankind. New York: Universe Books; 1972
- [12] 岡崎陽一, 河野稔果. 国連国際人口会議の概況. 人口問題研究第172号; 1984.
- [13] 館稔. 第二回国連世界人口会議の概要. 人口問題研究第97号; 1965.
- [14] 河野稔果. 国際人口学会IUSSPニューデリー大会. 人口問題研究. 1989; 45-3.
- [15] John C.Caldwell. History of Demography. In: Demeny P, McNicoll G, editors. Encyclopedia of population. New York: Macmillan Reference ; 2002. pp.216-21.
- [16] Graham Hancock. Lords of Poverty: The Power, Prestige, and Corruption of the International Aid Business. New York : Atlantic Monthly Press ; 1989.
- [17] 阿藤誠. 国際人口開発会議 (カイロ会議) の意義—新行動計画とその有効性. 人口問題研究. 1994;50 (3):1-17.
- [18] United Nations Economic Commission for Latin America. Montevideo consensus on population and development ; 2013. Available from <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2013/Montevideo%20Consensus-15Aug2013.pdf> (accessed 2013-09-21)
- [19] ジョイセフ. ジョイセフのあゆみ. <http://www.joicfp.or.jp/jp/profile/history> (accessed 2013-09-17)
- [20] United Nations. The World We Want. <http://www.worldwewant2015.org> (accessed 2013-09-18)
- [21] United Nations. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda ; 2013. Available from [http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP\\_P2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf) (accessed 2013-09-18)
- [22] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Urbanization Prospects: The 2011 Revision, CD-ROM Edition. ; 2012. Available from [http://esa.un.org/unup/Maps/maps\\_overview.htm](http://esa.un.org/unup/Maps/maps_overview.htm) (accessed 2013-09-21)
- [23] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. 2010 World Population and Housing Census Programme, Standards and methods. Available from <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/census3.htm> (accessed 2013-09-21)
- [24] United Nations, Department of Economic and Social



- Affairs, Population Division. Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends. Technical Paper No. 2013/1 ; 2013. Available from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf> (accessed 2013-09-21)
- [25] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Cross-national comparisons of internal migration: An update on global patterns and trends. Technical Paper No. 2013/1 ; 2013. Available from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2013-1.pdf> (accessed 2013-09-21)
- [26] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Coverage of Birth and Death Registration. [http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR\\_coverage.htm](http://unstats.un.org/unsd/demographic/CRVS/CR_coverage.htm) (accessed 2013-09-20)
- [27] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Progression of the 2010 Census Round. [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010\\_PHC/censusclockmore.htm](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/censusclockmore.htm) (accessed 2013-09-23)

Pedro Olivares-Tirado , Nanako Tamiya: Trends and Factors in Japan's Long-Term Care Insurance System: Japan's 10-year Experience (Springer Briefs in Aging), Springer,2013 ISBN-10: 9400778740

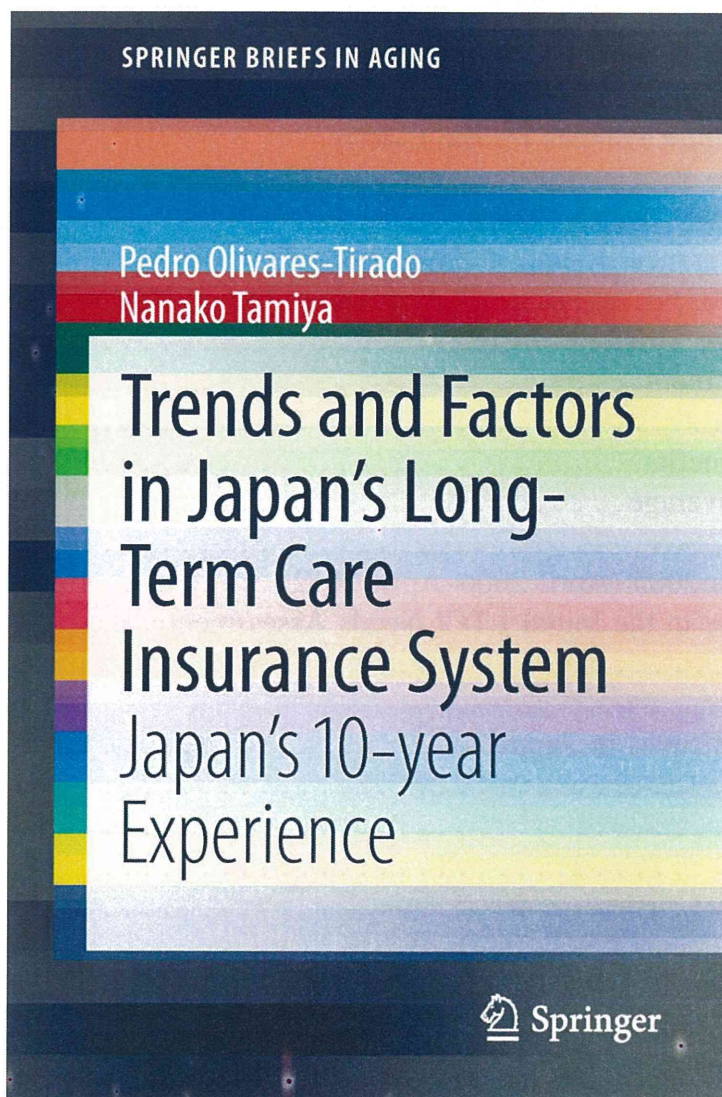
本書より、以下、一部抜粋のみを添付する（著作権は著者にある）。

Acknowledge Contents

Chapter 1.1

Chapter 2.1

Chapter 7.1



# Contents

<b>1</b>	<b>The Aging Population of Japan</b> . . . . .	1
1.1	Introduction . . . . .	1
1.2	Demographic Changes . . . . .	3
1.3	Social Changes . . . . .	7
1.4	Current Profile of the Elderly in Japan. . . . .	9
	References . . . . .	12
<b>2</b>	<b>Development of the Long-Term Care Insurance System in Japan.</b> . . . . .	15
2.1	Development of Welfare Policies for the Elderly. . . . .	15
2.1.1	Early Welfare Policies for the Elderly (1922–1982) . . . . .	16
2.1.2	Gold Plan (1989–March 2000) . . . . .	18
2.2	Long-Term Care Insurance System: ( <i>‘Kaigo Hoken’</i> ) (April 2000–June 2005) . . . . .	19
2.2.1	Administrative Structure: Insurers . . . . .	21
2.2.2	Needs Assessment. . . . .	22
2.2.3	Financing . . . . .	24
2.2.4	Insurance Benefits. . . . .	27
2.2.5	Insurance Coverage . . . . .	32
2.2.6	Providers . . . . .	33
2.2.7	LTCI Reform 2005 (April 2006–April 2012) . . . . .	35
	Appendix A. Questionnaire in the Initial LTCI Needs Assessment . . . . .	39
	References . . . . .	40
<b>3</b>	<b>Long-Term Care Expenditures in Japan.</b> . . . . .	43
3.1	Introduction . . . . .	43
3.2	Background . . . . .	44
3.3	Methods . . . . .	48
3.3.1	Study Design . . . . .	48
3.3.2	Data . . . . .	49
3.3.3	Study Population. . . . .	49
3.3.4	Model Specifications. . . . .	49
3.3.5	Statistical Analysis . . . . .	51

3.4	Results . . . . .	52
3.4.1	Predictors of the Highest LTC Expenditures. . . . .	52
3.4.2	Predictors of the Lowest LTC Expenditures . . . . .	57
3.5	Discussion . . . . .	61
3.6	Conclusions . . . . .	65
	References . . . . .	65
<b>4</b>	<b>Effect of the New Preventive Policy on Long-Term Care Expenditures in Japan . . . . .</b>	<b>69</b>
4.1	Introduction . . . . .	69
4.2	The NPB Policy . . . . .	70
4.3	Methods . . . . .	70
4.3.1	Sample Population . . . . .	71
4.3.2	Re-Certification Process. . . . .	72
4.3.3	Data Analysis. . . . .	72
4.4	Statistical Analyses . . . . .	74
4.5	Results . . . . .	74
4.5.1	Baseline Characteristics . . . . .	75
4.5.2	Longitudinal Data Analysis . . . . .	76
4.6	Discussion . . . . .	78
	References . . . . .	79
<b>5</b>	<b>Measuring Efficiency in Special Nursing Homes in Japan: An Application of DEA Analysis. . . . .</b>	<b>81</b>
5.1	Introduction . . . . .	81
5.2	Conceptual Framework. . . . .	82
5.3	Methods . . . . .	83
5.3.1	Data . . . . .	83
5.3.2	Variable Specifications . . . . .	84
5.3.3	Model Specification . . . . .	85
5.4	Results . . . . .	87
5.4.1	DEA Analysis for the Quality Model . . . . .	88
5.4.2	Cost Savings From Efficiency . . . . .	94
5.5	Discussion . . . . .	96
	Appendix . . . . .	98
	References . . . . .	99
<b>6</b>	<b>Institutional Long-Term Care Expenditures and Proximity to Death in Japan . . . . .</b>	<b>103</b>
6.1	Introduction . . . . .	103
6.2	Methods . . . . .	104
6.2.1	Data . . . . .	104
6.2.2	Study Group. . . . .	105
6.2.3	Variable Specifications . . . . .	105
6.2.4	Model Specification . . . . .	106

6.3	Results . . . . .	107
6.3.1	Descriptive Statistics . . . . .	107
6.3.2	Model Statistics . . . . .	110
6.4	Discussion . . . . .	113
	References . . . . .	115
<b>7</b>	<b>Future Challenges in Establishing a Sustainable Long-Term Care Insurance System in Japan . . . . .</b>	<b>119</b>
7.1	Introduction . . . . .	119
7.2	The Long-Term Care Insurance Act Revision of 2012 . . . . .	119
7.2.1	Enhanced Collaboration and Integration Between Healthcare and Long-Term Care . . . . .	120
7.2.2	Securing Human Resources for Long-Term Care and Improving Quality of Services . . . . .	125
7.2.3	Improving Housing for the Elderly . . . . .	126
7.2.4	Promoting Support Measures Against Dementia . . . . .	126
7.3	Remaining Challenges . . . . .	128
7.3.1	Insufficient Caregiver Support . . . . .	128
7.3.2	Quality Improvements in the Long-Term Care Workforce . . . . .	130
7.3.3	Restructuring the Long-Term Care Insurance Facilities System . . . . .	130
7.3.4	Promoting the Elderly Preference for Home Care . . . . .	131
7.3.5	Increasing the Availability of Dementia Prevention Programmes for the Elderly with Cognitive Disabilities . . . . .	131
7.3.6	Establishing a Critical Evaluation System for the Effectiveness and Efficiency of Long-Term Care Programmes . . . . .	132
7.3.7	Ensuring the Sustainability of the Social Security System . . . . .	132
7.4	Discussion . . . . .	133
7.5	Conclusion . . . . .	135
	References . . . . .	136

# Chapter 1

## The Aging Population of Japan

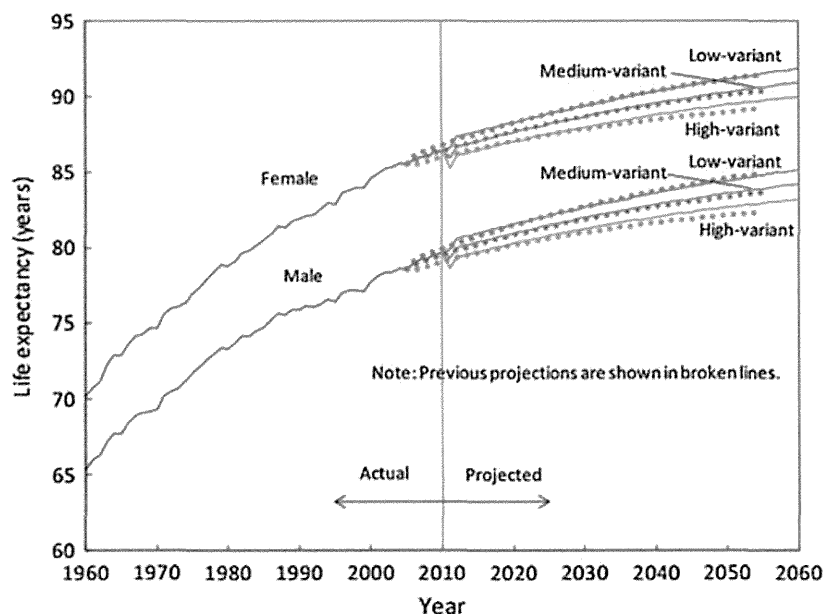
### 1.1 Introduction

The aging of the population (i.e. the shift in the age distribution towards people  $\geq 65$  years) has had a profound impact on modern society and will require increasing attention from social scientists and policymakers during the 21st century. This trend is a reflection of the success of human development as it is the result of lower mortality rates combined with decreased fertility and increased longevity (World Economic and Social Survey 2007).

The United Nations (2007) has predicted that elderly individuals will account for 26.2 % of the population of developed countries and 14.6 % of developing countries by 2050. However, the change in developing countries will occur much more rapidly than that in the developed world. Whereas the percentage of individuals  $\geq 65$  years in France and Sweden increased from 7 to 14 % over a 100 year-period, the same change occurred over a 25-year period in Japan, and most developing countries, including highly populated ones such as China, India, and Brazil, are predicted to follow a course similar to that of Japan.

The rapid increase in the life expectancy (LE) in Japan during the third quarter of the 20th century is attributable to the substantial overlap of both epidemiological and demographic transitions (Secretary of State for Health U.K. 2009; Horiuchi 2011; Horiuchi and Wilmoth 1989). The progress in the first stage was due primarily to a reduction in mortality from infectious and parasitic diseases as well as from maternal, perinatal, and nutritional disorders. The second stage of this increase involved the initiation of a substantial decline in mortality from chronic and degenerative, particularly cardiovascular, diseases. As LE increased, fertility rates decreased and mortality declined, particularly at older ages, which led to the accelerating growth of the elderly population.

Using data drawn from the standard future life tables, Fig. 1.1 shows that LE, which was 79.64 years for men and 86.39 years for women in 2010, is expected to increase to 80.93 years for men and 87.65 years for women in 2020, to 81.95 years for men and 88.68 years for women in 2030, and to 84.19 years for men and 90.93



**Fig. 1.1** Life-expectancy trends in Japan, 1960–2060. *Source* National Institute of Population and Social Security Research in Japan, 2012

years for women in 2060 (National Institute of Population and Social Security Research in Japan 2012).

Japan has been considered to be an aged society since 1994, with  $\geq 14\%$  people  $\geq 65$  years. Indeed, it became the country with the highest proportion (20.1%) of people  $\geq 65$  years in 2005 (International Longevity Center-Japan 2010). Moreover, the 2010 Japanese Population Census showed that the total population of Japan was 128.056 million, 23.1% of which was aged  $\geq 65$  years as of October 1, 2010. Thus, Japanese society has now crossed into the “hyper-aged” category according to the Coulmas classification (Statistic Bureau, Japan 2011c; Coulmas 2007).

According to estimates issued by the Japanese National Institute of Population and Social Security Research (NIPSSR) based on the 2010 Population Census, the  $\geq 65$ -year-old population is expected to increase from 29.48 million in 2010 to over 32 million in 2013, when the first “baby-boom generation” (i.e. people born between 1947 and 1949) enters this group; at this point, more than one-quarter of the population of Japan will be at least 65 years of age (National Institute of Population and Social Security Research in Japan 2012; Ishikawa and Beppu 2008).

As in other Asian countries, Confucianism is the social norm in Japan, and providing care for elderly persons is linked to household inheritance. For most families, this means that the co-residing son has the ethical obligation to care for his parents and that his wife performs the actual caregiving tasks (International Longevity Center-Japan 2010). Until the late 1980s, Japan’s national policies reflected the basic belief that children should take care of their aged parents (Ihara 2000). However, the dramatic economic and social changes in Japan since the 1980s have had a major impact on the social structure at the family level. Indeed, crucial changes in living arrangements and the increasing participation of women

in the labour force have led to a steady decrease in the number of potential family caregivers (International Longevity Center-Japan 2010; Ihara 2000).

Thus, the rapid aging of the population in Japan after the 1980s was inevitably accompanied by a growing demand for long-term institutionalised care in hospitals and nursing homes, resulting in increased pressures on the current social insurance scheme (Shimizutani 2006). To deal with the accelerated aging of the population and, especially, with the increased needs for nursing care for elderly individuals, Japan implemented a mandatory social Long-term Care Insurance (LTCI; i.e. *Kaigo Hoken*) system in April 2000, making long-term care services an universal entitlement for every elderly person in Japan (Tsutsui and Muramatsu 2007; White Paper on the Aging Society FY 2007). However, the demand for LTC services has experienced a remarkable expansion since its inception and, consequently, LTCI expenditures are growing dramatically, threatening the financial sustainability of the system (White Paper on the Aging Society FY 2007; All-Japan Federation of National Health Insurance Organizations (Kokuho Chuokai 2010). The total LTC expenditure for FY2010 was ¥7.91 trillion (US\$ 90 billion), representing 1.6 % of GDP and an increase of 118 % in the LTC budget since 2000 (Tsutsui and Muramatsu 2007; MHLW 2007, 2010).

In this context, the aging of the population poses critical social and economic challenges for Japanese society and has become an increasingly important issue related to planning a range of social policies, including those regarding pensions, healthcare, and long-term care. Given the increase in the proportion of elderly individuals in the population and, particularly, given that the oldest group ( $\geq 80$  years) has been the most rapidly expanding segment, the future demand for healthcare and long-term care is expected to increase substantially over the next three decades. Consequently, spending on health and long-term care will increase and place considerable pressure on future government budgets (World Economic and Social Survey 2007; Christensen et al. 2009; OECD 2006).

## 1.2 Demographic Changes

The change in the age composition of the Japanese population is reflected in the changing shape of its population pyramid. Figure 1.2 shows that Japan had a standard-shaped pyramid with a broad base of younger people in 1950. However, the shape of the pyramid has changed dramatically as both the birth and death rates have declined. Moreover, the population pyramid in Japan is characterised by significant irregularities due to acute fluctuations in previous fertility rates. A decrease in the number of live births was observed from 1945 to 1946 in line with the termination of World War II, an increase in the first baby-boom from 1947 to 1949, a subsequent decrease from 1950 to 1957 and a sharp single-year drop in 1966, which corresponded to a period in the Chinese sexagenary cycle that due to traditional beliefs was accompanied by a sharp decline in birth rate. This was followed by a subsequent increase, referred to as the second baby-boom cohort,



## Chapter 2

# Development of the Long-Term Care Insurance System in Japan

The traditional Japanese value system, which emphasises filial piety and respect for older people, has placed primary responsibility for the support of older people on families. Throughout the 20th century, Japan developed rapidly from an agriculture-based society to a high-value industrial and services-based society. After World War II, rapid industrialisation and urbanisation have produced a steady change in population structure and traditional social patterns in Japan. Rapid population aging was a consequence of this remarkable success. A second consequence was equally rapid change from the social forms of agricultural communities to those of modern, urban social life. These changes have had important implications for health, and welfare policies in Japan.

Major demographic, economic and social changes in Japan, issues such as access, benefits, costs, quality of care and particularly, the respective roles of central and local government, have become crucial factors for creation of an economically and politically sustainable framework for the development and funding of a long-term care system.

### 2.1 Development of Welfare Policies for the Elderly

Social welfare became an important national goal in the late 1940s. During the 1950s and 1960s, new public assistance laws significantly improved the living conditions and welfare of older people. In 1973, a system of free medical care services for older people was introduced. However, to cope with the increasing healthcare demands of older people, a cost-sharing arrangement, along with co-payments by older patients, was adopted in 1983. The public pension system was restructured in 1985 to cater to the projected aging of the population, and retirement benefits were rationalised.

Since the early 1980s, general hospital services in Japan have often been used for ‘*social admissions*’ of older people as a substitute for long-term care. Japan’s Long-term Care Insurance scheme, introduced on 1 April 2000, further developed the mechanism for older people requiring long-term care to be supported in institutional

aged-care environments, and so enabled acute healthcare services to focus on short-term treatment and rehabilitation care. However, as the proportion of elderly people in Japan increased, welfare policies for the elderly began shifting in emphasis from institutional care services to at-home and community care services. A summarised overview of the evolution of the welfare policies for the elderly in Japan will be described for a better understanding of the development of the LTCI system.

### ***2.1.1 Early Welfare Policies for the Elderly (1922–1982)***

Although a ‘poverty’ law (*Jyukkyu Kisoku*) which provided assistance for older, sick persons  $\geq 70$  years who had no relatives to support them, was introduced as early as 1874, the first important milestone in the history of the Japanese welfare state was the introduction of National Health Insurance in 1922 and the foundation of the Ministry of Health and Welfare in 1938. A pension for workers was introduced in 1941. It was not until after World War II, though, that the development of a modern welfare state began. The 1947 Constitution stipulates that all Japanese citizens have a right to enjoy a minimum standard of living. Thus, a Child Welfare Law was adopted in 1947 and a Welfare Law for Handicapped was enacted in 1949 (Karlsson et al. 2004; Maruo 1997).

A government council on Social Security was established in 1950, and a coherent public welfare system began to develop in the next few years, as an Income Support Law (1950) and a Social Service Law (1951) were enacted (Maruo, 1997). In the 1960s, the aim of the welfare policy was to go ‘*from selective to universal*’ measures and ‘*from relief to prevention*’. Accordingly, health and pension insurances were reformed in 1961, after which the national health insurance system covered all Japanese citizens (Maruo 1997).

A brief summary of the history of the welfare policies for the elderly in Japan is shown in Table 2.1. An important step was taken in 1973, when medical care was made free for all aged  $\geq 70$  years; however, social services remained means-tested. As a consequence, the number of hospitalised elderly increased rapidly over the next 20 years, and most stayed in hospitals paid by medical insurance (Campbell and Ikegami 2000).

At the end of the 1980s, there was increased political concern regarding long-term care for the elderly due mainly due to the problem of care for frail older persons in an aging society, which was widely covered by the mass media. Japan already had one of the oldest populations in the world at this time, and there were no signs of a halt in this process. At the same time, the traditional system of informal caregiving, widely viewed as being in crisis, or at least inadequate as a traditional caring arrangement based on three-generation households and obligations on children to look after elderly parents showed signs of breaking down (Campbell and Ikegami 2000). Thus, the Japanese government presented a ‘Gold Plan’ in 1989 that laid down a 10-year strategy to promote healthcare and welfare for the elderly (Karlsson et al. 2004; Campbell and Ikegami 2000).

**Table 2.1** History of health and welfare policies for the elderly in Japan

Time	Ratio of the elderly population (%)	Major policies
1960s Start of welfare policies for the elderly	5.7 (1960)	1963 Enactment of the welfare law for the aged <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setting up of special nursing homes for the elderly</li> <li>• Legislation of home helper system</li> </ul>
1970s Increase in medical costs for the elderly	7.1 (1970)	1973 Free medical care for the elderly
1980s Recognition of the elderly's hospitalization for non-medical reasons and bed-ridden elderly as social problems	9.1 (1980)	1982 Enactment of the health and medical service law for the Elderly <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction of partial payment of medical expenses for the elderly</li> </ul> 1989 Formulation of the gold plan (The 10-year strategy to promote healthcare and welfare for the elderly) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urgent development of facilities and promotins of in-home welfare</li> </ul>
1990s Promotion of the gold plan	12.0 (1990)	1994 Formulation of the new gold plan(The New 10-year strategy to promote Healthcare and welfare for the elderly) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Improvement of in -home welfare</li> </ul>
Preparation for introduction of the long term care insurance system	14.5 (1995)	1996 Policy agreement of three ruling coalition parties Ruling parties agreements as to the establishment of the long - term care insurance system
2000s Implementation of the long-term care insurance system	17.3 (2000)	1997 Enactment of the long-term care insurance law 2000 Enforcement of the long term care insurance law 2005 Partial revisions of the same law

Source Overview of the long-term care insurance system. MHLW 2008

Other government policies to deal with problems related to the aging society were considered. The Basic Law on Measures of the Aging Society enacted in 1995 aimed to create a society in which people of all ages could live their entire lives with a sense of security. In 1996, the Government stipulated '*an outline of measures to tackle the aging society*', and released its revised version in 2001. The Government also encouraged employers to hire more senior people. Legislation enacted in 2006 ensured that companies would keep employees until the age of 65 years to promote retention of aged workers in the labour force. However, they were allowed to achieve this goal gradually over a few years and employers were able to cut pay to older workers; indeed, many had their salaries halved when they reached 60 years even if they remained in the same position (Fuyuno 2007). The Government also proceeded with comprehensive aging-society measures to encourage the elderly to be more independent. '*Innovation 25*', Japan's first long-term policy roadmap on innovation, released in May 2007, called for greater working opportunities for women and the elderly and improving productivity over the next two decades with the advent of the aging society. In fiscal 2007, the Government set aside 13.63 trillion yen to support employment, nursing care, education, social participation, living environment, and research into cancer (Fuyuno 2007).

### **2.1.2 Gold Plan (1989–March 2000)**

The Japanese government developed and implemented the 10-year Strategy to Promote Health Care and Welfare for the Elderly, commonly known as the '*Gold Plan*' in December 1989 to cope with increased and expensive '*social admission*' to general hospitals (beginning in 1973 the frail elderly were entitled to free hospitalisation) and the inadequate supply of both home care and nursing homes under social services, and the perceived decline in the capacity of families to provide care for elderly relatives. The Gold Plan defined specific goals to be achieved over a 10-year period ending in 1999 (Campbell and Ikegami 2000; Ihara 1997; Welfare for Older People 2006).

The Gold Plan goals included numerical targets for major expansion of services, such as doubling the number of nursing home beds, tripling the number of home-helpers, and (from a small base) increasing the number of adult day-care centres tenfold. Also added were some new programs, such as local agencies to co-ordinate home care (Ihara 1997; Welfare for Older People 2006). Each municipal government conducted a fact-finding survey on older persons living within its jurisdiction to implement the Gold Plan and formulated a specific action plan to develop a service infrastructure based on survey results. Local governments also developed their action plans based on those of the municipalities within their districts. Making plans at the district and municipal levels increased public interest and became an opportunity to raise the policy priority of the issue of long-term care to a higher level, at both the national and district political levels (Ihara 1997).