

# 東アジア・ASEAN 諸国の人口高齢化と ケア人材の国際移動

林玲子（国立社会保障・人口問題研究所）

## I. 世界人口の動向～高齢化の進行と国際人口移動の増加

日本の 65 歳以上人口割合は 26.6%であり世界最高であるが、人口高齢化は日本を含めた欧米諸国だけの状況ではない。世界的に見ても今後の人口増加は 65 歳以上人口の伸びが一番大きい。国連人口部の推計により、2050 年人口の 2010 年に対する割合をみると（表 1）世界全体でも 65 歳以上人口は 2010 年から 2050 年にかけて 2.81 倍となり、0-14 歳人口が 1.10 倍、15-64 歳人口が 1.33 倍となるのに比べ、格段に大きい。また世界のどの地域を見ても、65 歳以上人口の増加割合は 0-14 歳人口、15-64 歳人口と比べ高く、これは今後甚だしく人口が増加するアフリカにおいても同様である。また同じ時期に 0-14 歳人口は西アジアを除くアジア全域、ヨーロッパ、中南米で減少し、15-64 歳人口は東アジア、欧州で減少するが、65 歳以上人口が減少する地域はなく、その伸び率が一番低いのは、すでに高齢化が十分進行している欧州である。

表 1 年齢三区分別人口増加割合、世界地域別

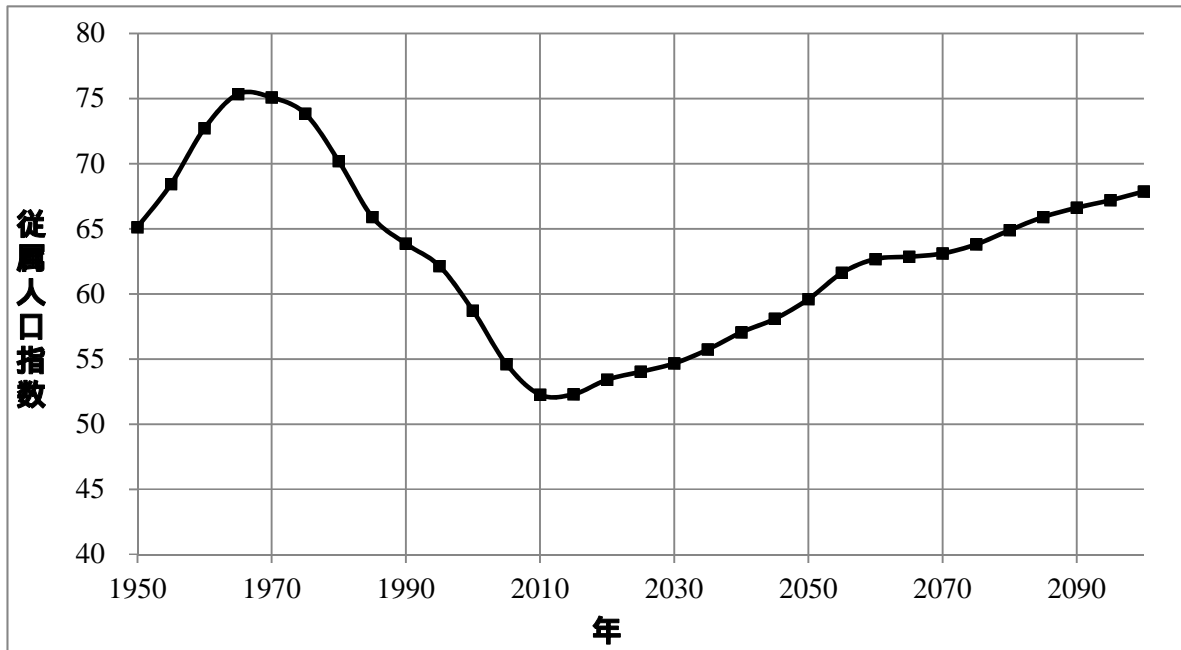
	2050 年人口/2010 年人口			
	0-14	15-64	65+	合計
世界	1.10	1.33	2.81	1.38
アフリカ	1.82	2.59	4.00	2.32
アジア	0.87	1.18	3.17	1.24
東アジア	0.83	0.84	2.63	1.01
南・中央アジア	0.87	1.45	3.59	1.38
東南アジア	0.88	1.29	3.97	1.32
西アジア	1.06	1.62	4.67	1.61
欧州	0.96	0.81	1.58	0.96
中南米	0.82	1.27	3.75	1.31
北米	1.18	1.15	2.11	1.29
大洋州	1.33	1.46	2.50	1.54

出典：United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition

さらに、0-14 歳人口と 65 歳以上人口を従属人口とし、15-64 歳人口で割った従属人口指数を 1950 年から 2100 年の範囲でみると（図 1）、世界全体の従属人口指数はすでに底を打っている。1950 年に 65 であった世界の従属人口指数は出生率の増大により 1960 年台に大きく上昇した後、世界的な出生率の低下、および労働人口の増加により低下し続け、この時代に世界は人口ボーナスを享受した。2010 年に底をついた従属人口指数は 52.3 であり、

2人の稼ぎ手（15～64歳人口）がほぼ1人の子ども（0-14歳人口）か高齢者（65歳以上人口）を扶養する構造となった。今後は高齢者の増大により従属人口指数は単調増加していくことが見込まれている。

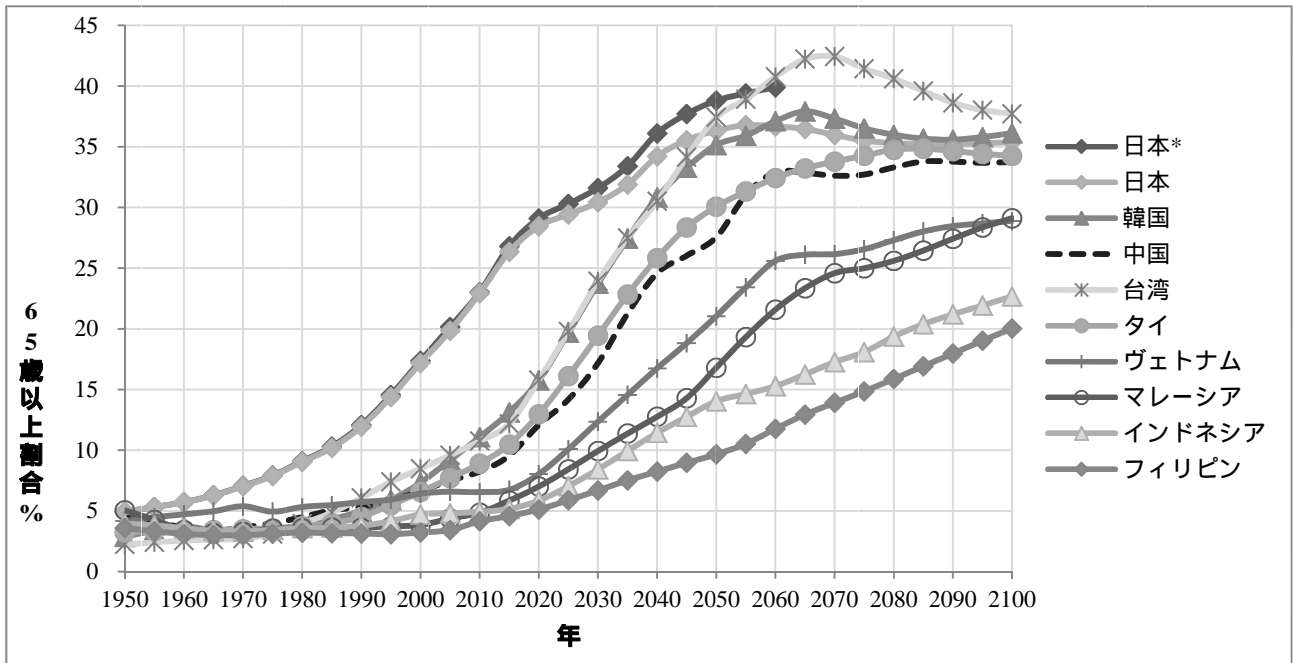
図 1 従属人口指数、世界、1950年～2100年



出典：United Nations (2015a)

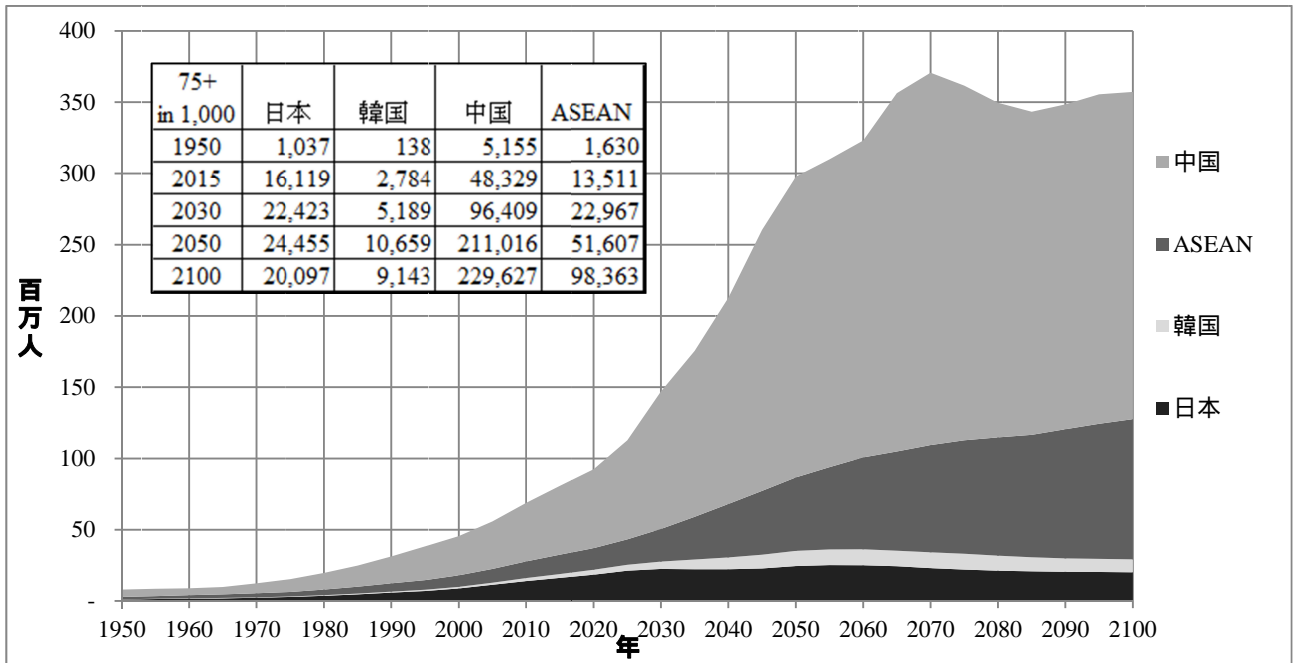
世界的な高齢化の中、順調に寿命が延び、出生率も低下している東アジア・ASEAN 諸国を見ると、その人口高齢化の勢いは著しい。65歳以上人口は2015年の時点で日本が一番高いが、韓国、台湾の上昇速度は日本よりも速く、次いでタイ、中国が、その後ベトナム、マレーシアにおいて高齢者の割合が上昇していく（図2）。そのような中、高齢者のケアのニーズについて考えれば、病院の病床数や施設定員、ケア人材数は、高齢者の割合よりも実数がより重要となる。日本で「後期高齢者」というところの75歳以上人口をケアニーズの代理変数とみなし、その推移をみると（図3）、2030年以降は高齢者数はあまり増加しない日本と比べ、韓国は2050年まで、中国は2070年まで、ASEAN諸国は2100年まで、後期高齢者数の増加は著しい。また中国、ASEAN諸国は人口の規模自体が大きいので、2050年の時点で中国に2億人、ASEAN諸国に5千万人という莫大な数の後期高齢者が生存すると予測されている。このアジアにおける「高齢者人口の爆発」に対応したケアのニーズを満たす必要が生じてくる。

図 2 東アジア・ASEAN 諸国の 65 歳以上人口割合の推移



出典 : United Nations (2015a)、日本\*は国立社会保障・人口問題研究所 (2012)

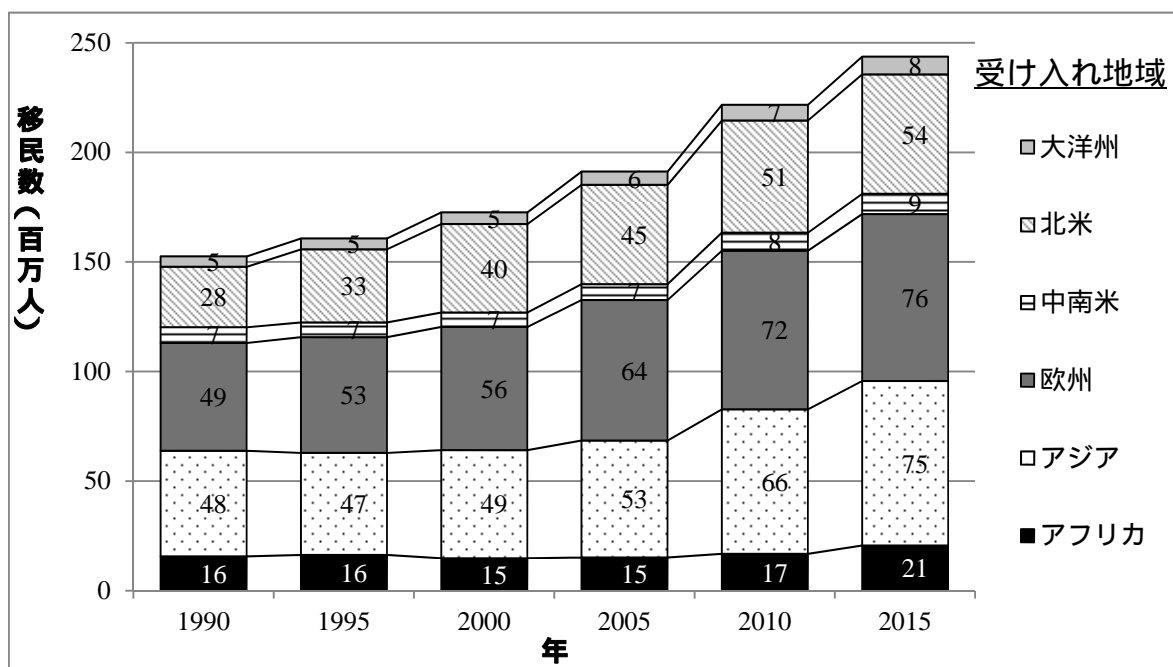
図 3 東アジア・ASEAN 諸国の 75 歳以上人口の推移



出典 : United Nations (2015)

一方、世界人口の主要な動向として、国際人口移動の活発化を挙げることができる。1950年から2015年にかけて移民数<sup>1</sup>は、1.5億人から2.4億人に増加している。その期間、世界総人口自体も増加しているが、移民数の総人口における割合は2.9%から3.3%へと、わずかであるが増加している。受け入れ地域別にみると、北米、欧州といった伝統的な移民受入国以外、例えばアジアでも特に21世紀に入ってからの移民数の増加が著しい。アジアにおける移民の増大は、主に西アジアにおける増大が寄与しており、サウジアラビア、アラブ首長国連邦といった湾岸アラブ諸国における移民の増大、中東の難民の増大といった要因が影響している。それに比べ増加数・率とも少ないものの、東アジア、東南アジアにおける移民数も増加している（図4）。

図4 移民数の推移、受け入れ地域別、1990年～2015年



出典：United Nations (2015b)

東アジア・ASEAN諸国の移民数について、国連データに含まれていない台湾の数字を加え、比較してみると（図5）2015年において移民数が百万人以上存在しているのは、多い順にタイ、香港、シンガポール、マレーシア、日本、韓国となっており、これらの国でこの地域の移民数の86%を擁していることがわかる<sup>2</sup>。タイやマレーシアは、ASEAN域内から多くの移民を受け入れている。香港、シンガポールは、それぞれ総人口は730万人、

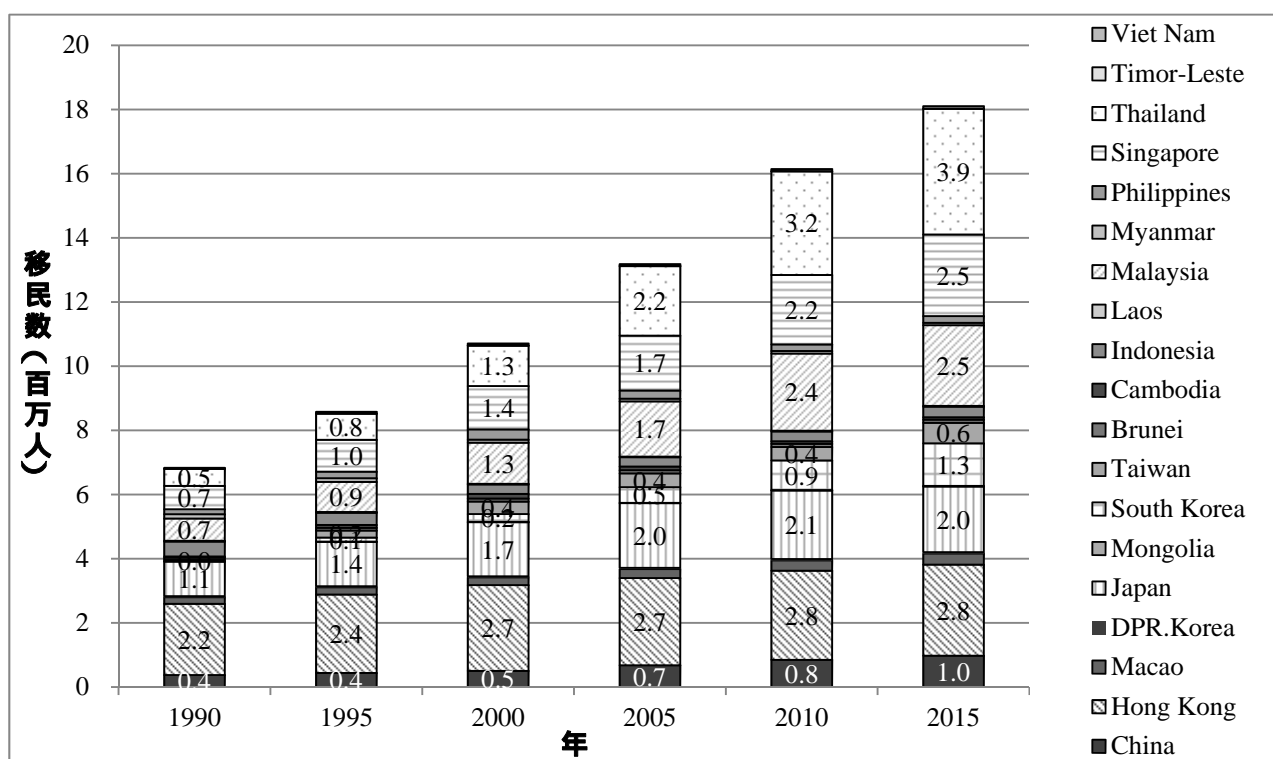
<sup>1</sup> 国連による「国際人口移動者 International Migrant」の定義は、申告する国の制度により、出生地が外国である場合と国籍が外国である場合とが混在している。

<sup>2</sup> ここで用いている国連統計は、各国からの報告に基づいており、必ずしも実際に存在している移民数がすべてカウントされているとは限らないことに注意を要する。例えばこの統計では中国にいる日本人は21,011人となっているが、外務省『海外在留邦人数調査統計』によれば在中国の日本人は133,902人であり、著しく乖離している。同様にタイ、ベトナムでも数字の違いが大きい。

560 万人と少ないが、移民割合は 4 割程度と高く、そのため移民数は大きい。日本・韓国は、香港・シンガポールに次いで移民数が多いが、外国人割合はそれぞれ 1.6%、2.6%と、低い水準である。しかしながら韓国の移民数は、近年 5 年毎に倍増する程度で増加し続けている。

増え続ける高齢者と移民という世界人口のトレンドの中で、高齢者ケアのために国境を超えるケア人材も増えていることが推察される。本稿では、施設における医療・介護人材および家庭における介護人材をケア人材と定義し、その国際移動に焦点を当てて、世界的な統計と日本の状況について分析する。

図 5 移民数の推移、東アジア・東南アジア、1990 年～2015 年



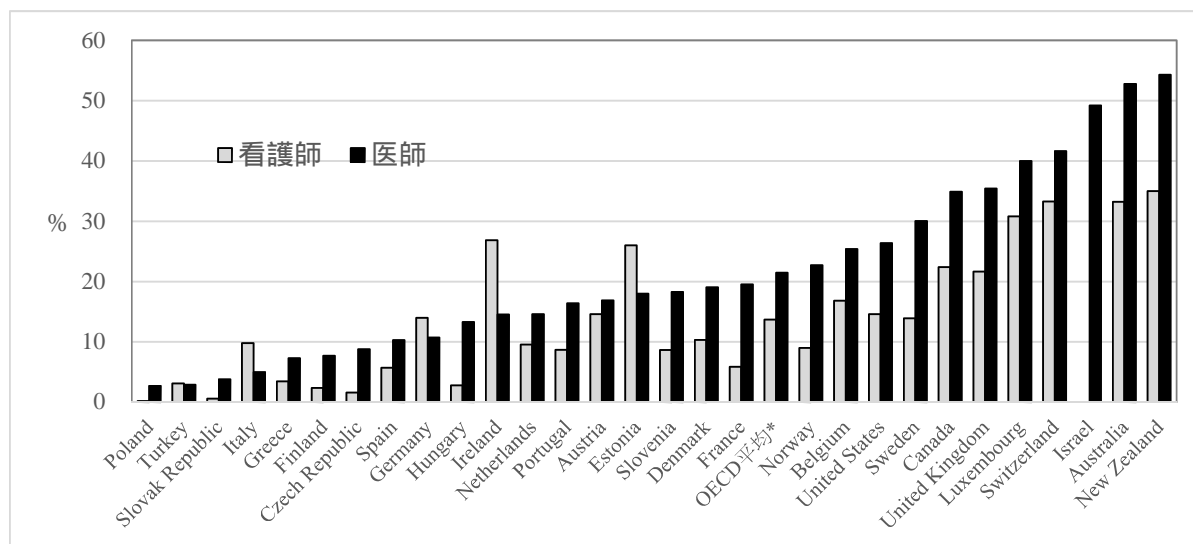
出典：United Nations(2015)、台湾は内政部移民署「外僑居留人数統計表」

## II. 外国人ケア人材の国際的な状況

医師や看護師といった医療人材は、それぞれの国の国家試験や免状を得る必要があり、外国人にとって参入しにくいとはいえ、「高度人材」として受け入れ態勢が整っているという側面もある。OECD 諸国では、外国生まれの医師や看護師が占める割合は図 6 に示すとおり、ポーランド、トルコ、スロバキアといった新興国を除けば医師・看護師の少なくとも 5% は外国生まれであり、一番多いニュージーランドでは医師の 54%、看護師の 35% が外国生まれ、OECD 平均では医師の 21%、看護師の 14% が外国生まれである。またこの割

合は近年大きく上昇している（OECD 2015）。

図 6 医師・看護師における外国出生者の割合（2010/11）



\* OECD 平均は、医師については 29 ヶ国、看護師については 28 ヶ国の平均  
出典：OECD (2015)

一方、介護従事者についてはやや事情が異なっている。「介護従事者」と一口に言っても、国によりその資格制度や定義はまちまちであり、さらに高齢者介護を施設で行うのか家で行うのか、さらに家であれば訪問で行うのか住み込みで行うのかは、それぞれの国の家族制度や文化、介護制度に左右される。このような中、介護従事者における外国人の割合は、介護従事者の資格や介護の場所、制度により左右されるだろう。一般的に OECD 諸国では単純労働者における外国人の割合は全職種の外国人割合よりも高いが、介護職の場合は単純労働者と比べ外国人割合が高いわけではない（Fujisawa 2009）。とはいえ、介護人材全体をみると、外国人割合が低いオランダでも 8%、北欧もやや低いがデンマークが 11%、スウェーデンが 13%の水準で、米国や英国は 20-30%台、イタリアに至っては 72%となっており、外国人が働いているのが当たり前の状態である（表 2）。さらに家庭において介護をしている人の外国人割合は、介護人材全体よりも高くなっている。またアジアにおいても、台湾におけるの家庭住み込みケア人材の 62%は外国人、韓国でも中国の朝鮮族が中心であるが介護人材の 50%が外国人という数字があり、欧米だけではなく介護分野の外国人導入は国際的な広がりを見せているといえる。

表 2 各国のケア人材外国人割合（%）

	介護人材全体			家庭介護者		
	%	年	出典	%	年	出典
イスラエル	50.0			91.3	2012-13	
イタリア	72.0			89.0	2012-13	
英国	35.0			18.8	2012-13	

エストニア				4.5	2012-13	
オーストラリア	25.0	2007				
オーストリア	50.0			29.6	2012-13	
オランダ	8.2	2006		14.3	2012-13	
カナダ	26.1	2006		27.5	2012-13	
韓国	50.0					
ギリシャ				74.5	2012-13	
スイス				20.1	2012-13	
スウェーデン	13.0	2005		22.2	2012-13	
スペイン				67.4	2012-13	
スロバキア				0.4	2012-13	
台湾				62.0		
チェコ				1.7	2012-13	
デンマーク	11.0					
ドイツ				10.8	2012-13	
ノルウェー				19.5	2012-13	
フィンランド				-		
フランス	50/70					
米国	23.0			25.1	2012-13	
ベルギー				14.6	2012-13	
ポーランド				1.6	2012-13	
ルクセンブルグ				50.0	2012-13	

出典： Colombo (2011)、 Fujisawa (2009)、 Song (2015)、 OECD(2015)

一方日本においては、保健医療・介護分野における従事者の外国人数は、医師や看護師といった保健医療従事者では9,360人、介護職員を含む「介護サービス従事者」、看護助手などを含む「保健医療サービス従事者」はそれぞれ7430人、1,620人となっており、総数に対する割合は、いずれも1%以下であり（表3）、諸外国と比べると例外的といえるほど低い。しかし、少ないながらも、単純労働者を入れない、という政策下で、2万人弱の外国人ケア人材が日本にも存在している、という事でもある。

表3 日本における医療・介護従事者の外国籍割合（2010年国勢調査）

	日本人	外国人	総数	外国人割合
<b>職業中分類</b>				
保健医療従事者	2,571,040	9,360	2,580,400	0.4%
介護サービス職業従事者	1,254,420	7,430	1,261,850	0.6%
保健医療サービス従事者	328,700	1,620	330,320	0.5%
<b>職業小分類</b>				
医師	260,570	2,060	262,630	0.8%
看護師（准看護師を含む）	1,202,130	2,090	1,204,220	0.2%

介護職員（医療・福祉施設等）	980,630	5,520	986,150	0.6%
訪問介護従事者	273,780	1,910	275,690	0.7%
看護助手	147,350	860	148,210	0.6%

出典：日本人の数は高谷(2015)、総務省統計局 2010 年国勢調査

日本を除く高所得国で多くの外国人が医療・介護人材として働いていることは、低所得国から見れば頭脳流出が生じている状態となる。低所得国で看護師として養成された人材が、その教育に見合った技能を果たすことなくヘルパーとして働いている状態は、すでに多く指摘されている (Colombo 2011)。開発援助、特に国際保健の分野では、低所得国の健康を向上させ、妊産婦や子どもの死亡率を下げるために必要な保健人材を確保することが最重要課題である (WHO2006, 2015)。せっかく育成された人材が国内に留まらず、身につけた技能によりも下位の職につくために国外に流出ししてしまうのは由々しき事態である。このような問題意識の中、2010 年の WHO 総会にて、「保健人材の国際雇用に関する行動規範」(WHO 2010) が採択された。この行動規範は、高所得国は低所得国からの保健人材を節度をもって受け入れ、自国民と同様の待遇を確保するよう求めている。これに応じて、例えばノルウェーでは、保健人材不足国からの保健人材受け入れを中止し、ケニアでは二国間協定を通じて共同教育制度や還流移動の促進策を打ち出すなど、実際の行動に移している国もある (Taylor 2010)。しかし、多くの受入国でいまだに外国人ケア人材が多いことを考えれば、この行動規範が広く遵守されているとはいいがたい。

WHO の第 138 回の執行理事会 (2016 年 1 月開催) の議題の一つに、「保健人材グローバル戦略:2030 年人材 (案)」があるが (WHO 2015)、このなかで 2030 年までに外国で育成された保健人材数を半分にすることが盛り込まれている。2016 年 3 月には、国連事務総長の元に「保健雇用と経済成長ハイレベル委員会」が設置され<sup>3</sup>、「保健人材グローバル戦略:2030 年人材」中の外国人医療・介護人材削減目標が、より上位に掲げられる可能性もある。国際化が進みプッシュとプルに応じた比較的自由的な国際人口移動が 20 世紀型だとすれば、グローバルなシステム最適化を考えた上で各国で可能な出入国管理を行っていくことが 21 世紀型の移民の形となるかもしれない。ケア人材の国際移動はその最たるもので、ユニバーサルヘルスカバレッジというグローバルな目標を鑑みながら、よりよい医療・介護制度を広域的に構築していくために必要な人材の移動を考える必要がある。

制度や政策で移民数を管理する、という点も重要であるが、自由市場原理からも移民の動向に変化が見られる事例もある。台湾における外国人ケア人材数を国籍別に見ると (表 4)、インドネシア人が多く近年増加傾向を示している一方、フィリピンやタイ、ベトナム国籍の人材は減少傾向にある。台湾人が権利意識の強いフィリピン人よりもインドネシア人を好む、また台湾よりも雇用条件のよい米国などに行くようになった、タイ人についてはタイ国内の高齢者介護ニーズが高まってきたので帰国が増えた、また台湾の雇用条件の悪さから減少、インドネシア人については今後国内のニーズが高くなることに備え、インドネシアから台湾への渡航を制限するというインドネシア当局の意見がある、といった指

<sup>3</sup> <http://www.who.int/hrh/com-heeg/en/>



摘がある。このような、移民の減少の要因について、各国の事情をより詳しく分析する必要があるが、送出し国自体が人口高齢化することによる、外国人ケア人材の不足および獲得競争が生じてきているのではないかと思われる。

表 4 台湾の国籍別外国人社会福祉労働者数（ケア人材数）の推移

年	外国人社会福祉労働者数（人）						
	合計	インドネシア	マレーシア	フィリピン	タイ	ベトナム	モンゴル
2000	106,331	63,563	6	34,772	5,356	2,634	0
2001	112,934	78,678	2	24,875	4,158	5,221	0
2002	120,711	81,490	2	21,223	2,733	15,263	0
2003	120,598	47,891	2	29,347	2,961	40,397	0
2004	131,067	21,457	2	34,446	3,333	71,783	46
2005	144,015	41,906	0	35,047	3,057	63,956	49
2006	153,785	75,577	0	29,107	2,318	46,767	16
2007	162,228	101,619	0	24,369	1,819	34,414	7
2008	168,427	111,114	0	22,894	1,504	32,912	3
2009	174,943	121,058	0	22,676	1,295	29,914	0
2010	186,108	135,019	0	23,320	1,226	26,542	1
2011	197,854	148,080	0	23,017	1,068	25,688	1
2012	202,694	157,403	0	22,921	870	21,499	1
2013	210,215	167,315	0	21,582	745	20,572	0
2014	220,011	174,584	0	24,784	666	19,974	1
2015	224,356	177,265	0	27,613	557	18,919	0

注：外国人社会福祉労働者数(社福外籍劳工 Foreign workers in social welfare)は看護工(Nursing workers)と家庭幫傭(Home-maids)に分類されるが、2015年の社会福祉外国人労働者数合計 224,356人のうち、看護工は 222,328人、家庭幫傭は 2,028人となっており、ほぼ看護工、つまりケア人材とみなせる。

出典：台湾労働部（2016）

### III. 日本の外国人ケア人材受け入れの現状

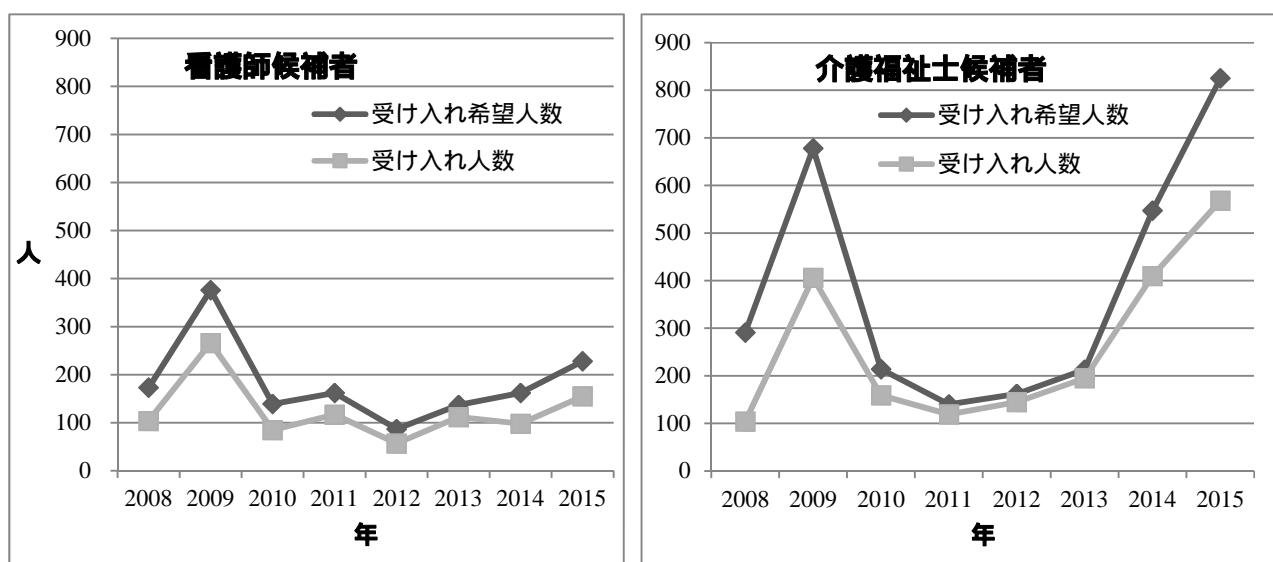
我が国における外国人ケア人材は、在留資格別に、インドネシア、フィリピン、ベトナムとの EPA (Economic Partnership Agreement: 経済連携協定) に基づく「特定活動」、外国の医師、看護師、薬剤師等の資格を持つ者の「医療」、 「日本人の配偶者」や日系ブラジル人などの「定住者」など国内での雇用制限がない外国人、の三種類に分けることができる。

の EPA に基づく特定活動は、インドネシアは 2008 年、フィリピンは 2009 年、ベトナムは 2014 年から始まり、2015 年時点でのべ 3,063 名が受け入れられた。うち 994 人が看護師候補者、2,069 人が介護福祉士候補者で、介護福祉士候補者が約二倍程度と多い（厚生労働省 2015a）。送り出し国ですでに看護師や介護士である人を対象に選抜が行われ、訪日前に日本語研修を受け、来日後もさらなる日本語研修を受けた後、受け入れ施設（病院・介護施設）で雇用契約に基づき就労・研修を受け、3-4 年後に国家試験を受験、合格すれば引き続き就労する、というしくみである。受け入れを希望する施設（病院や介護施設）は求人登録申請を行い、研修体制が整っていること、きちんと給料を支払えることを証明しなければならない。病院・介護施設の希望がない限り、受け入れが進まないこととなる

が、これまでの受け入れ希望人数をみると（図 7）2009 年に大きく上昇した後低迷し、その後 2013 年から再び増加しはじめ、近年特に、介護福祉士候補者において受け入れ希望人数の増加が著しく、2015 年では 800 人となっている。

看護師、介護福祉士の全体数から見ればこれまでに受け入れた EPA 看護師・介護福祉士候補者数は微々たるものではあるが、今後 2025 年までに 37.7 万人の介護人材が不足すると見込まれている中（厚生労働省 2015b）、仮にその 5%を外国人で賄おうとした場合、年間 1,885 名を受け入れればよいこととなり、現在の EPA 受け入れの規模からそれほどかけ離れたものではなく、介護人材確保の一つの方策と位置づけることも可能であろう。

図 7 EPA に基づく看護師・介護福祉士候補者受け入れ希望人数と受け入れ人数



出典：厚生労働省（2015a）

実際には EPA 看護師・介護福祉士候補者の国家試験合格率の低さが問題視され、国家試験合格率を上げ、その後日本に定着できるような様々な取り組みが追加的に行われている。現地で候補者の面接をしたり、その面接動画を希望施設に提供、日本語研修のみならず、看護・介護学の学習支援、日本の社会保障制度や日本式介護についての研修を行ったり、施設間のネットワーク構築による情報共有、異文化ストレスなどに対する相談窓口の設置など、手厚い受け入れ態勢が構築されている。また、受入施設の研修費用として、受入候補者一人当たり年額 23.5 万円、施設に 8 万円が支払われている。これらの受け入れは当然コストがかかるものであり、候補者にとっては賃金と技能習得につながるの便益は大きいですが、政府はもちろん、日本人と同じ給与を払うこととされている施設の雇用者にとっても負担が生じる（Tsubota 2015）。「介護福祉士候補者の受入れは、介護分野の労働力不足への対応ではなく、二国間の経済活動の連携の強化の観点から、経済連携協定（EPA）に基づき、公的な枠組で特例的に行うものである」（厚生労働省 2015a）とされている通り、EPA に基づく受け入れは、医療・介護分野のみでコスト便益を追求する性質のものではない。しかし 2008 年に EPA による受入が始まってから 10 年近くが経とうとしており、EPA を契

機に爆発的に外国人ケア人材が増えたわけではないが、二国間の協定に基づく管理型ケア人材受入の一つの型が形成されてきたといえよう。

外国人ケア人材のその他の受入制度として「医療」の在留資格（前述）がある。現在のところ、医師、看護師など<sup>4</sup>が対象で介護福祉士は含まれていない。しかし2015年の第189回国会で、在留資格「介護」を新設することが盛り込まれた出入国管理・難民認定法改正案が提出されており、会期切れのために継続審議となったが、日本介護福祉士会も取り立てて反対していないことから（日本介護福祉士会 2015）、遅かれ早かれ実現すると考えられる。看護師については、日本で教育を受け、言語的な障壁の少ない中国国籍の看護師がこの在留資格で滞在する数が増えてきているとされているが、その実数は2010年で75人とされており（二文字屋 2010）、少ない。

これまで製造・建築・農業・漁業といった分野のみであった外国人技能実習制度の対象職種に介護分野を追加することも検討されている（厚生労働省 2015c）。技能実習制度は、監督を行った実習実施機関の79.0%が労働基準関係法令違反となっている（厚生労働省 2015d）など、実習ではなく実質的には安価な労働力となっていることが問題となっており、同様の懸念を日本介護福祉士会は表明している（日本介護福祉士会 2015）。一方で、1960・70年代に欧州で主流であった二国間協定が近年再び増えてきており、それに基づく移民受け入れ制度を医療・介護分野に導入することは、送出し国の人材不足を考え見た上で意味がある（Makulec 2014）という論調もあり、日本国内における適切な実習制度の構築、送り出し国の高齢者介護制度の構築支援の双方を考えたシステムは、日本のみならず今後高齢化が進展する送り出し国にも裨益することとなり、検討する価値があるのではないだろうか。

#### IV. 今後の展望

日本の介護人材不足に対し、EPA、在留資格「介護」の創設、技能実習に介護分野を新設する、といった形で、外国人の受け入れの拡大が検討されている。しかしこの議論の中では、日本に受け入れた看護師・介護福祉士は日本に定着すべきである、という前提があり、還流移動・Uターンによる、送り出し国への技能移転については現状のところ制度設計に取り入れられていない。一方、タイにおいて2007年から「コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉の統合型サービスモデルの形成プロジェクト（CTOP）」、2013年から「要援護高齢者等のための介護サービス開発プロジェクト（LTOP）」という国際協力機構（JICA）による技術協力プロジェクトが行われている。介護分野におけるJICAの技術協力プロジェクトは、これらが初めてであるが、今後同様に、日本への介護人材送り出し国の介護制度構築支援を行うことで、日本で研修を受けた人材が自国へ戻り活躍できる場を構築する、といった、日本と送り出し国双方に裨益するようなシステムが構築可能ではないだろうか。また現在ODAとみなされていない外国人ケア人材の受け入れも、送り出し国の制度構築とセットにし、ODAとして位置づけることで、OECD開発援助委員会（DAC）やWHOに対し、日本型保健・介護人材開発として示

<sup>4</sup> 2016年3月の時点で在留資格「医療」の対象となる資格は、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、歯科衛生士、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士である。

（法務省 HP : [http://www.moj.go.jp/ONLINE/IMMIGRATION/ZAIRYU\\_HENKO/shin\\_henko10\\_07.html](http://www.moj.go.jp/ONLINE/IMMIGRATION/ZAIRYU_HENKO/shin_henko10_07.html)）

すことも有用だと思われる。

今年度は全般的な国際比較、日本における受け入れを中心に概括したが、来年度は東アジア・ASEAN 諸国の介護制度と外国人受け入れ・外国への送出しとケア人材育成制度について比較検討する予定である。その際には、すでに高齢化が十分に進行している韓国・台湾・香港・シンガポールを日本との対比において、ASEAN 諸国および中国・モンゴルにおけるケアニーズと人材育成について、それぞれ分析する必要がある。

## 文献

厚生労働省 (2015a) 「経済連携協定に基づく受入れの枠組」

[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa\\_base5\\_270825.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11650000-Shokugyouanteikyokuhakenyukiroudoutaisakubu/epa_base5_270825.pdf)

厚生労働省 (2015b) 「2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計 (確定値) について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000088998.html>

厚生労働省 (2015c) 「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会 中間まとめ」

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaiihokenfukushibu-Kikakuka/0000073122.pdf>

厚生労働省 (2015d) 「外国人技能実習生の実習実施機関に対する監督指導、送検の状況 (平成26年)」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000098716.html>

国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 『日本の将来推計人口 平成24年1月推計』人口問題研究資料第326号 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html>

高谷幸ほか (2015) 「2010年国勢調査にみる在日外国人の仕事」岡山大学大学院社会文化科学研究科紀要第39号、<http://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/metadata/53308>

台湾内政部移民署 (2016) 『外僑居留人數統計表』、

<http://www.immigration.gov.tw/ct.asp?xItem=1311642&ctNode=29699&mp=1>

台湾労働部 (2016) 『産業及社福外籍勞工人数』

<http://statdb.mol.gov.tw/statis/jspProxy.aspx?sys=210&kind=21&type=1&funid=q13011&rdm=0qYjtyZn>

日本介護福祉士会 (2015) 「『外国人介護材受入れの在り方に関する検討会 中間まとめ』に対する見解」2015年2月12日 <http://www.jaccw.or.jp/pdf/yoboshoteigensho/20150212kenkai.pdf>

二文字屋修 (2010) 「閉ざされた規制緩和」Healthcare Solution, 青山学院大学,

[http://www.ahp-net.org/data/HCS\\_sympto\\_05.pdf](http://www.ahp-net.org/data/HCS_sympto_05.pdf)

Colombo, F. et al. (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

Fujisawa, Rie, Francesca Colombo (2009) *The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand* OECD Health Working Papers, No. 44, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/225350638472>

Jiyeoun Song (2015) “Labour Markets, Care Regimes and Foreign Care Worker Policies in East Asia” *Social Policy & Administration*, Vol.49, No.3, pp.376-393,

- <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/spol.12081/abstract>
- Makulec, Agnieszka (2014) *Philippines' Bilateral Labour Arrangements on Health-care Professional Migration: In Search of Meaning*, ILO Asia-Pacific Working Paper Series,  
[http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-manila/documents/publication/wcms\\_320609.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-manila/documents/publication/wcms_320609.pdf)
- OECD (2015) *International Migration Outlook 2015* OECD Publishing,  
[http://dx.doi.org/10.1787/migr\\_outlook-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en)
- Taylor, Allyn L. et al. (2010) "Stemming the Brain Drain — A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel", *New England Journal of Medicine*, 365:25, pp.2348-2351, <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1108658>
- Tsubota, Kunio; Reiko Ogawa, Shun Ohno, Yuko Ohara-Hirano (2015) "A study on the cost and willingness to recruit EPA foreign nurses and care workers in Japan: from the angle of hospitals and care facilities" 『保健学研究』 27(1), pp.45-53,  
<http://naosite.lb.nagasaki-u.ac.jp/dspace/handle/10069/35044>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015a) *World Population Prospects: The 2015 Revision*, DVD Edition, <http://esa.un.org/unpd/wpp/>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015b) *Trends in International Migrant Stock: Migrants by Destination and Origin*, United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2015,  
<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimates15.shtml>
- World Health Organization (2006) *The world health report 2006: working together for health*  
<http://www.who.int/whr/2006/en/>
- World Health Organization (2010) *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*, <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>
- World Health Organization (2015) "Health workforce and services - Draft global strategy on human resources for health: workforce 2030" EB138/36, Executive Board, 138th session  
<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/>



19th Asian Population Association Conference 2023

July 29-31st Kuala Lumpur, Malaysia

Relva Hayashi

National Institute of Population and Social Security Research, Japan

hayashi-relva@niss.go.jp



# Mobility and Development through International Comparison with a focus on East Asia

Table 1 Various Indicator of mobility

Period	Geographical Scope	Count
Lifetime	Immigrant (Once focus of life)	37
	Move other administrative district at least 10 times	7
	Move place to the same major administrative district as present	5
10 year	Moved (Different house)	33
	Moved from different major administrative district or abroad	9
5 year	Moved (Different house)	36
	Moved from different major administrative district or abroad	20
1 year	Moved (Different house)	33
	Moved from different major administrative district or abroad	21

In national censuses and survey, various indicators are used to measure geographical mobility (hereinafter referred to as "mobility") as shown in Table 1. The relationship between the level of mobility and development has been discussed in various forms (Zelinsky 1971, Bell and Muhálin 2009, UNDP 2009, World Bank 2014) and Hayashi (2014) found that the mobility level is positively correlated with the economic level (Figure 1). However, there are exceptions such as South Korea, where an extreme high level of mobility is observed and also, the causality between the mobility and economic development is not clearly explained.

Focusing on China, Japan and South Korea, the mobility is compared. The proportion of migrants across provinces/regions within each country is strongly correlated in the case of Japan and China but it is not so for South Korea (Figure 2), suggesting that the mobility is determined by different causes in South Korea. Furthermore, to compare the mobility across the three countries, first, the administrative division unit must be calibrated. Table 2 lists the different level of administrative division of each administrative division (Figure 3). The Prefecture for China and Japan, and the Province for South Korea are the comparable level of each other. Figure 4 shows the proportion of migrant by the comparable administrative division, with the exception of Japan where the data of Regional block is used instead of Prefecture. South Korean major cities are with high migrant proportion whereas many rural Chinese prefectures are with very low proportion of migrant.

Table 2 Name and basic characteristics of different level of administrative division of China, Japan and South Korea

	Province (省/도/省)	Prefecture (府/市)	Sub-municipality (市/郡/區)
Area	3,700,000	370,000	370,000
Population	370,000,000	37,000,000	37,000,000
City	370,000	370,000	370,000
Country	China	Japan	South Korea
Population	1,313,823	1,158,242	1,002,422
Area	34,047,428	32,158,246	31,979,688
City	86,483	86,647	83,809
Country	China	Japan	South Korea
Population	2,388	323	323
Area	328,868	308,000	308,000
Country	China	Japan	South Korea
Population	1,238,327	8,422,768	8,422,768
Area	262	2,768	2,768
Country	Thailand	Malaysia	Sub-municipality
Population	69,998	1,821	1,821
Area	40,777	35,488	35,422
Country	Thailand	Malaysia	Sub-municipality
Population	3,797	32	32

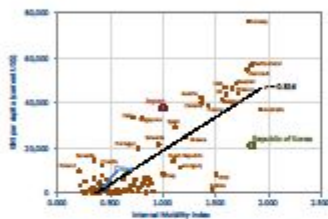


Figure 1 Mobility and economic level by country

Source: Hayashi et al. (2014) and author's calculation. GDP data from the World Bank (2014).

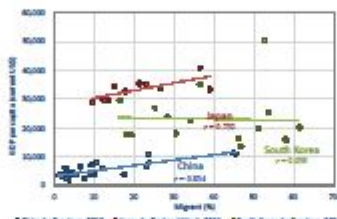


Figure 2 Proportion of migrant by Province / Region of China and economic level of Japan and South Korea

Source: Hayashi et al. (2014) and author's calculation. GDP data from the World Bank (2014). Migrant data from the National Institute of Population and Social Security Research (2014) and the National Institute of Statistics (2014).

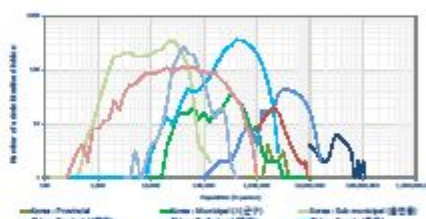
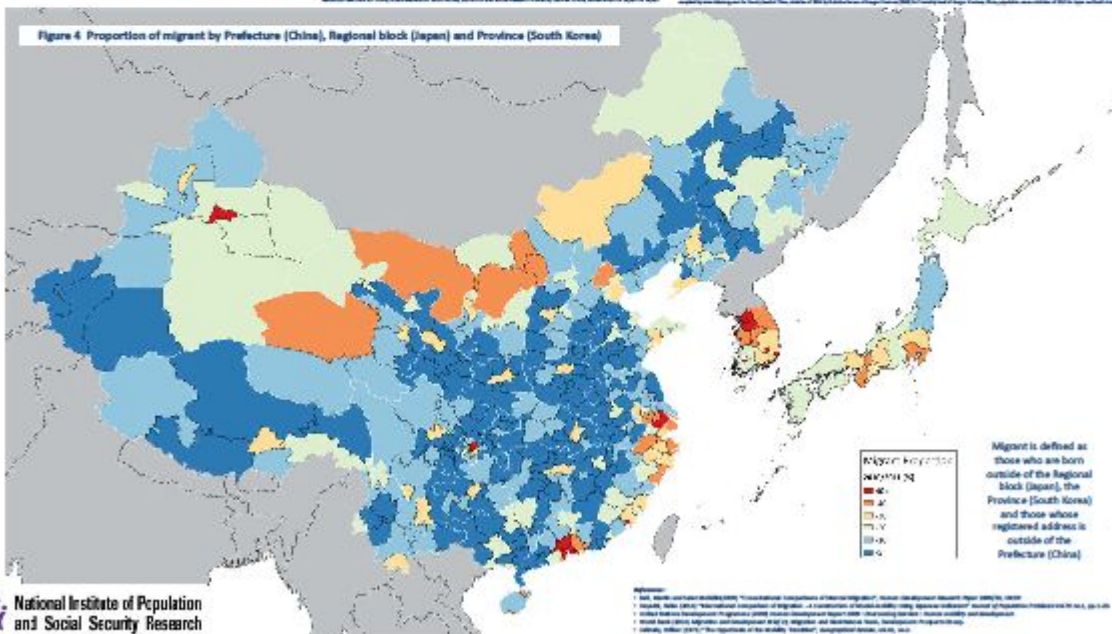


Figure 3 Population size distribution by different level of administrative division of China, Japan and South Korea

Source: Hayashi et al. (2014) and author's calculation. Population data from the National Institute of Population and Social Security Research (2014) and the National Institute of Statistics (2014).

Figure 4 Proportion of migrant by Prefecture (China), Regional block (Japan) and Province (South Korea)



Migrant is defined as those who are born outside of the Regional block (Japan), the Province (South Korea) and those whose registered address is outside of the Prefecture (China)



---

## Feminized city - Urbanized women ?

**Reiko Hayashi**

National Institute of Population and Social Security Research  
Tokyo Japan  
hayashi-reiko@ipss.go.jp

### Abstract

*Male migrants rushing in urban places, the phenomenon which creates low fertility and even urban graveyard – that was the image of city in the past. However, in 21st century Japan, cities are feminizing. They move to cities for higher education, find job there, independent and stay single. In 2010 among the young aged 20 to 39, the proportion of men per 100 women was 101 in urban areas, lower than the country average of 103. Back in the 20th century, the men were abundant in the cities especially in the 1960's and 1970's, when Japan enjoyed demographic dividend, strong migration of the young men to the cities and high economic growth. The change started since the end of 1980s, with the enactment of the Equal Employment Opportunity Law between Men and Women. Rapid increase of 4 year university enrollment of women was followed by the higher employment rate in cities. Women stayed in cities instead of going back to their hometown or move to a new destination. The partial consequence is the higher celibacy and the lower fertility in urban area. This trend is especially notable in Sapporo, Kobe or Fukuoka. Iran had experienced one of the world's most drastic decline of fertility from 1980's and now the level of fertility is below the replacement level. Women's higher education enrollment is increasing. The trend of fertility, women's education of Iran is similar to that of Japan with a certain time lag. Is Iran going to join Japan and other East Asian nations of extremely low fertility society and urban area is becoming feminized further? The comparison of the two countries should shed light on the change of society.*

Keywords: Population, Mobility, Urbanization, Gender, Japan, Iran

### I. Introduction

Twenty years ago, the representatives of all the countries as well as the NGOs gathered in Beijing for the Fourth World Conference on Women and the joint declaration ensured the empowerment of women. Since then, although nuanced by the conservative backlash and new threats in guise of religion, the overall level of women empowerment and gender equality seems to be increasing. 95 out of 110 countries of the world improved the Global Gender Gap Index<sup>x</sup> from 2006 to 2013. From 1990 to 2013, the proportion of secondary education enrolment of females as a percentage of that of males increased from 77% to 84.4%, and the same proportion of the labour force participation also increased from 56% to 65.9%. During the same period, the share of women's seats in parliament increased from 12.9% to 21.1%.

This change, however, should not be regarded as a short sighted power struggle of women liberation but rather, a fundamental transformation of human society in view of long term history of human species. Since the appearance of Homo sapiens, the human society has been transforming to the direction of less violence and the gender equality is one of the components of this long term evolution (Pinkers 2011). One of the proofs is that there is a positive correlation of Gender Gap Index<sup>x</sup> and GDP per capita especially for the middle and high income (Figure 1)