

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

## 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

(課題番号 20BA2001)

令和2年度 総括研究報告書

研究代表者 林 玲子

令和3(2021)年3月

## 目次

### 令和 2 年度 総括研究報告書

研究代表者（林 玲子）	6
-------------	---

### 令和 2 年度 分担研究報告書

研究分担者（守泉 理恵）	14
研究分担者（佐々井 司）	18
研究分担者（竹沢 純子）	21
研究分担者（菅 桂太）	24
研究分担者（盖 若琰）	28
研究分担者（小島 克久）A	33
研究分担者（小島 克久）B	36
研究分担者（佐藤 格）	40
研究分担者（中川 雅貴）	42

### 個別研究報告

1 第 4 次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点 （守泉 理恵）	46
2 国連人口推計からみた中国の人口問題 （佐々井 司）	57
3 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 – （竹沢 純子）	71
4 人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例 （菅 桂太・曹 成虎）	89
5 日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHC の視点から（資料） （盖 若琰）	121
6 東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討 （小島 克久）	132
7 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観 （小島 克久）	145
8 東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察 （佐藤 格）	157

9 台湾における外国人受け入れの動向と影響 (中川 雅貴) .....	166
10 日中韓の人口指標と少子高齢化対策の動向 (林 玲子) .....	174
研究成果の刊行に関する一覧表 .....	183

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
総括研究報告書  
日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
(令和2年度)  
研究代表者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

**研究要旨**

日韓では2020年に少子化に関する政府政策が刷新され、下がり続ける出生率に対して、政策分野は拡大の一途である。日本の第4次少子化社会対策大綱においてはAIやICTなどの科学技術の活用のほか、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進、保育無償化、不妊治療の保険適用などが拡充されている。韓国の第4次低出産・高齢社会基本計画においては、男女平等や生活の質の向上が強く打ち出されている。一方中国では2016年に二人っ子政策の全面実施となり、第14次5カ年計画において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。日中韓の少子化対策は、出生率を低下させるための家族計画政策から反転して策定されたといえるが、その転換点は日本で1995年、韓国で2006年、中国で2016年とおおむね10年のずれがある。

出産サービスに注目すれば、中韓および欧米に比較して、著しく低い無痛分娩率、および長い入院期間、正常分娩に対する現金給付、と日本の特殊性が明らかになった。ただし、長い入院期間は、中韓における産後ケア施設との関連も考えられる。

若者の結婚・家族形成支援に住宅政策は重要な位置を占めると考えられ、住宅政策を人口政策としてとらえ、シンガポール、韓国、日本の比較分析を試みた。シンガポールにおいては、国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現、という独自の基本理念があり、寛大な支給が実施されているが、韓国、日本でも新婚者、若者を対象とした住宅政策が始まっている。

医療・介護制度は、人口高齢化に応じて需要が増加するという意味で高齢化政策に含まれるとも考えられるが、時間差がありながらも日中韓は高齢化に応じて制度創設、改革と、対応を進めているといえる。いずれの国も、ユニバーサルヘルスカバレッジを達成しており、公的介護制度も全国で、もしくはモデル地区で実施されている。それぞれの制度の類似点・相違点を整理したうえで、それら制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを提示することで、他地域にも有用な政策リストが作成できるだろう。

公的年金制度のあり方を検討するには高齢化のスピードが非常に重要なポイントとなる。急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算し、政策に反映させることが重要である。

少子高齢化に応じて東アジアの外国人受け入れも活発化してきている。その中でいち早く政策を整備した台湾では、外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労



働需要に応じて変化している。一方、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労外国人問題が顕在化したこと、外国人の増加による出生への影響は限定的であることなどは日本と同様である。外国人受入れにも、東アジア特有の共通点があることが想定される。

少子高齢化という社会変化の中で、出生・死亡・移動に関する政策対応は、以上のように多くの分野にまたがる。現在では日中韓いずれもが、少子高齢化対策を重要課題と位置付けているところであるが、これまでの推移、特に出生率抑制政策から少子化対策への転換、高齢化対策の進展は異なっている。各時点の人口動向に対してどのように対応してきたか、日中韓の事例を拾い上げることで、相互に、また他地域に应用可能な要素が抽出できよう。例えば1980年代に出生・死亡統計作成を標本調査から全数登録に変換した韓国の経験は、現在の中国に生かすことができるかもしれない。

研究分担者：

小島克久 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長  
竹沢純子 〃 企画部第3室長  
中川雅貴 〃 国際関係部第3室長  
佐々井司 〃 情報調査分析部第3室長  
佐藤格 〃 社会保障基礎理論研究部第1室長  
盖若琰 〃 社会保障応用分析研究部第4室長  
菅桂太 〃 人口構造研究部第1室長  
守泉理恵 〃 人口動向研究部第1室長

曹成虎

韓国保健社会研究院副研究委員

A. 研究目的

全世界で人口少子高齢化が進行する中、日本、韓国、中国沿岸部は、その先端を行っているといっても過言ではない。韓国では合計特殊出生率は1を切り、日本においても暫く続いた微増傾向が反転しており、さらに中国では一人っ子政策は撤回され、出生率低下は著しいが、人口統計そのものについても不透明な状況となっており、日中韓における静止人口をもたらす出生水準の回復には見通しが立たない状況である。

一方死亡動向を見ると、いずれの国においても寿命は上昇しており、世界最高水準に至っているが、その傾向が今後も継続するのか、さらに健康寿命も延びているのかどうかは、医療・介護保険制度の効率を上げ、持続可能性をいかに保持するかにかかっている。少子高齢化の帰結として、人口構造の高齢化、つまり高齢者の割合増加が起こっているが、日中韓の人口高齢化はこれまで欧米諸国が経験したことがないような速度で進展している。

しかしながら、日中韓の少子高齢化の進

研究協力者：

今井明 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官  
小西香奈江 〃 企画部長  
是川夕 〃 国際関係部長  
福田節也 〃 企画部第2室長  
渡辺久里子 〃 企画部研究員  
于建明 中国民政部政策研究中心副研究員  
于洋 城西大学教授  
金道勲 韓国国民健康保険公団室長  
鈴木透 ソウル大学保健大学院客員教授

進行状況は必ずしも同様ではなく、政策対応にも濃淡がある。本研究は、出生率・死亡率をはじめとした人口指標を用い、それらの変動をもたらす要因とそれに対する政策的対応について、少子化対策、家族政策、就学・就業と離家・パートナーシップの関係、医療・介護政策を軸に、日中韓における状況を分析し、その効果を比較することを目的としている。

国立社会保障・人口問題研究所では、平成 14 年度よりアジアにおける少子高齢化に対する厚労科研究プロジェクトを継続的に行っている（NIES 諸国における少子化対策（H14～H16）、東アジアの働き方と低出生力（H16～H20）、東アジアの家族人口学的変動と家族政策（H21～H23）、東アジアの人口高齢化対策（H24～H26）、東アジアの新たな介護制度創設過程（H24～H26）、東アジア・ASEAN 諸国の人口高齢化と人口移動（H27～H29）、東アジア・ASEAN 諸国の人口統計システム（H30～R1））。また、中国、韓国における政府系研究機関と研究協力に関わる覚書を締結し、その他関連研究組織も含めて定期的に研究協力を実施している。本研究プロジェクトではさらに政策面に射程を広げ、これまでに培った研究成果を礎とし、すでに構築されている国際ネットワークをさらに拡充しながら研究を進める。

## B. 研究方法

以下の 1～9 分野について、資料収集、分析を進めた。

1. 少子化対策に関し、日本「少子化社会対策大綱（第 4 次）」、韓国「第 4 次低出生率・高齢社会基本計画」を含め、データを収集し、先行研究のサーベイを行った。また、中韓の専門家からヒアリングを行った。韓国「第 4 次低出生率・高齢社会基本計画」およびそれ以前の基本計画は和訳し研究資料とした。
2. 家族政策/家族データベース、出産・育児政策に関し、日中韓及び欧米の出産・育児休業制度及び公的支出について情報収集を行うとともに、日本における出産サービスの特徴を中韓台湾および欧米との比較により分析した。また就業構造基本調査（日本）、ルクセンブルグ所得調査（中、韓、その他）などのデータ二次利用申請を行った。
3. 離家・パートナーシップ形成のメカニズムに関し、社会経済環境変化と離家タイミング、ならびにそれらがパートナーシップ形成に及ぼす影響、若者の住宅事情について情報収集した。特に今年度は、人口政策としての住宅政策に注目し、シンガポールの事例から、日本・韓国の制度について考察した。
4. 子育て・介護環境に関し、日中韓の生活時間調査のデータ・既存研究を把握し、日本の社会生活基本調査（総務省統計局）の二次利用申請を行った。
5. 医療政策に関し、国際会議にてアジア太平洋地域の診療報酬制度、医療技術評価の最新情報を収集した。今年度は特に、ユニバーサルヘルスカバレッジ・国民皆保険体制の制度について、比較分析を行った。
6. 介護制度に関し、東アジアの介護制度とその背景（高齢化など）の共通点、相違点を細分類し整理した。また、台湾における
7. 年金制度に関し、文献収集、ヒアリング・セミナーを通じ、各国の制度の現状と現在までの歴史的経緯をまとめた。

8. 外国人受け入れ施策に関し、日中韓における国際人口移動の動向および外国人受け入れ関連施策について情報収集し、公表されている外国人人口に関する統計資料、先行研究を把握・整理した。また今年度は特に台湾における外国人受入れについて分析を進めた。
9. 総合把握として、各国の人口指標を精査し、その動向と少子高齢化に関する諸要因・施策の関連について整理した。

また、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症により、予定していた海外出張がすべて中止となったため、以下に示す日中韓の少子高齢化専門家のオンライン講演会・ワークショップを行い、情報収集、意見交換を行った。

- ・2020年7月31日、チョ・ヨンテ ソウル国立大学教授「韓国における少子化の現状」
- ・2020年11月12日、鄭真真 中国社会科学院人口与労働経済研究所 教授「21世紀中国の人口挑戦：少子高齢化」
- ・2020年12月21日、ユン・スクミュン 韓国保健社会研究院(KIHASA) 所得保障政策研究室研究員「OECD 諸国の年金制度の動向と韓国への教訓」
- ・2021年1月21日、于建明 中国民政部政策研究中心副研究員「中国介護保険モデル事業について」
- ・2021年2月22日、金維剛 中国労働和社会保障科学研究院 院長「中国における社会保障」

また、研究プロジェクトにおいて、韓国第4次低出産・高齢社会基本計画、第1～3次計画概要の日本語版を作成した。

## C. 研究成果

1～9の分野についての成果は以下の通りである。

1. 日本においては2020年5月に第4次少子化社会対策大綱が策定され、新機軸としてAIやICTなどの科学技術の活用を進める点など、いくつか新しい施策が取り入れられたが、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進、保育無償化、不妊治療の保険適用など、拡充の方向にある。

韓国では「未来の希望」がソウルのみ集中しすぎていること、エリート教育競争に対する親の負担感が耐え難いレベルに高まっていること、根強い性別役割分業とそれを基盤とした社会構造が若い世代の閉そく感を高めていることは、日本以上に深刻で、これらの解決には「少子化対策」という切り口だけでは対応できないような大きな環境変化を必要とすると思われる。

中国の少子高齢化は極めて急速に進行しており、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が国内的な対応の難しさをともなっており、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。

2. 出産サービスに関し、日本における正常分娩費を組み入れて妊娠出産にかかる保健医療支出を国際比較すると、日本の妊娠・分娩及び産じょくに係る保健医療支出は高い水準である。日本では正常分娩の入院期間は6日で、国際的にもとびぬけて長い。中国韓国にみられる産後ケア施設はない。日本の無痛分娩率は欧米はもちろんのこと、中韓と比べても非常に低く、無痛分娩率とジェンダーギ

ャップ指数は正の相関がみとめられる。

- シンガポールにおいては、国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現が住宅政策の基本理念である。住宅政策を通じて多子家族、親・(有配偶)子との同・近居、(多民族共生)といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導している。公共住宅の整備を通じた持ち家政策は国家(経済)開発のための民間投資(貯蓄)を引き出す手段として用いられている。

韓国では 2016 年から少子化対策の中に住宅政策が位置付けられており、新婚夫婦、未婚青年への住宅用意資金支援や幸福住宅の供給などが行われている。

- 日中韓三国の医療保障制度はいずれも社会保険方式であり、日韓は強制加入である一方で中国は任意加入の制度も残っている。日本の保険者は複数存在するが、中国では各省・地域で、韓国では全国で一元化されている。医療費の支払い方法は三か国とも基本的に出来高払いであるが、DPC、DRG などの包括払い制度は入院医療費を中心に導入されている。日本と韓国では高額医療費制度などにより自己負担の上限が設定されているが、中国では医療費負担の抑制の視点から給付スタートラインと上限を設定している。医療技術評価 (HTA) は三か国とも導入しているが、その対象は同じではない。

- 介護制度に関し、まず日本では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面が

ある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。

台湾における新型コロナウイルス感染症対策は、迅速かつ的確であった。早期の特別条例、特別予算の編成、全民健康保険の IC カード保険証、健保クラウドシステムを活用したマスク実名制割り当て販売制などが実施され、介護分野ではサービス提供のガイドライン策定、外籍看護工(外国人ヘルパー)を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用が行われた。

- 東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、65 歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っているが、例えば韓国では現時点では年金制度が黒字であるものの、短期間のうちに赤字になることが予測されている。

- 東アジアの中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷および外国人人口の動向と影響に関する検討を行った。その結果、台湾における外国人人口は、二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者(外籍労働者)

工)が全体の7割を占め一番多く、1990年代以降、看護・介護労働分野で外国人規模が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にあること、国際結婚の推移と外国人の出生動向からみて、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない、といった点が判明した。

9. 日韓では2020年に少子化に関する政府政策が刷新され、下がり続ける出生率に対して、政策分野は拡大の一途である。中国では2016年に二人っ子政策が全面実施され、2021年3月の第14次5カ年計画において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。合計特殊出生率が2を大きく下回る現在、二人っ子政策は出生増加策であるとも考えられる。日中韓の少子化対策は、出生率を低下させるための家族計画政策から反転して策定されたといえるが、その転換点は日本で1995年、韓国で2006年、中国で2016年とおおむね10年のずれがある。

日中韓の人口構造はいずれも、もはや「ピラミッド」ではなく、釣り鐘状になっているが、三か国におけるベビーブームは異なっており、それに応じて異なった高齢化の波が訪れることになる。また干支の出生に対する影響は日韓に見られるが、大陸中国には認められない。

日韓では全数登録に基づいた人口動態統計により人口動向を把握できるが、中国統計局が公表する出生数・死亡数は、標本調査に基づくものであり、その精度は日韓と異なる。

#### D. 考察

1. 日本の少子化も、地理的に近く、文化

的背景にも共通するものがある東アジア諸国との比較分析を通じて、新たな政策的対応の視点や政策根拠となるエビデンスが得られる可能性がある。韓国では日本で30年かけて積み上げてきた政策的対応を15年ほどで進めざるを得なかったという困難も抱えている。東アジアの共通性としては、結婚制度が強固であること、子どもの教育負担、交際・結婚行動の不活発化があげられる。

少子高齢化と人口減少は中国国内における中国特有の社会問題とも密接に関連しており、計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

2. 日本における正常分娩の現金給付は国際的にみても極めて独特であり、既存研究により1980年までの政治的かけひきについてはある程度明らかにされているが、少子化対策以前以降の変化について今後明らかにすることが必要である。ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。OECDやWHO等の国際機関が公表するデータの種類は限られており、各国政府が作成する妊娠出産に関わる基礎統計の収集が必要である。

3. 日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされておらず、近年「結婚新生活支援事業」が実施されはじめてはいるものの、シンガポールにおける寛大な支給額と比べると限定的である。都市国家であるシンガポール、ソウル一極集中が著しい韓国では、都市部での住宅価格の高騰により、

住宅政策の役割が日本よりも重要なものかもしれない。

5. 公的医療保障制度はある国の政治、経済、社会文化の所産であり、本研究で考察する日本、中国、韓国ではそれぞれ異なる一方で、共通点も多い。保健医療の効率性と公平性のバランスを保つため、他国の経験を参照する意義は大きい。

6. 多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを提示することが有用である。例えば対象者を高齢者とするか全年齢とするか、低所得者の条件をどうするか、税方式とするか社会保険方式とするか、といった要素が考えられる。

台湾の新型コロナウイルス感染症対応の迅速さと的確さを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

7. 急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠である。

8. 台湾において、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労外国人問題が顕在化したこと、外国人の増加による出生への影響は限定的であることなどは日本と同様である。一方、1990年代後半以降の看護・介護労働分野における外国人労働者の増加、2010年以降の製造業のシェアの増加は、台湾における外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて

変化していることは、台湾の特徴である。9. 韓国は1980年代後半に標本調査から全数登録に移行した。中国も同様に、全数登録を元にした人口統計が作成されることが期待される。さもなくば今後、基本的な人口指標において、中国の状況の把握が困難になることも考えられる。

## E. 結論

少子高齢化は現在では日中韓に共通した課題であるが、その開始時点が異なっていることから、これまでの施策の経緯も異なっている。このような、少子高齢化のフェーズにより異なる政策を整理すれば、日中韓相互において、また今後少子高齢化が進むと思われる他地域の中・低所得国に適用可能な要素が抽出さ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

菅桂太 (2020) 「都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差」『人口問題研究』第76巻第4号、pp. 510-532.

菅桂太 (2020) 「就業寿命－戦後わが国における長寿化、晩婚・未婚化と就業パターン」津谷典子他編著『人口変動と家族の実証分析』慶應義塾大学出版会、第4章 pp.111-154.

菅桂太 (2020) 「市区町村別生命表利用上の課題」、西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編『地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで』東京大学出版会、第9章 pp.179-204.

Gai R, Tobe M. Managing healthcare

delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Global Health Research and Policy*. 2020; 5: 23.

Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J. Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives. *Value in Health Regional Issues*. In press.

小島克久 (2020 年)「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』(2021 年 1 月)健康保険組合連合会,2021 年 1 月号,pp.16-21.

Hayashi, Reiko (2020) "COVID - 19 and Older Persons: a glimpse from the case of Japan" *ASEM Global Ageing Center Issue Focus Vol.1, No.2*, pp. 15-23.

Hayashi, Reiko (2020) "Modernization and Development Through Changing Population Dynamics" *Proceedings, 46th Session of the Academy of the Kingdom of Morocco*, pp. 102-125.

## 2. 学会発表

菅桂太「戦後わが国における長寿化, 晩婚・未婚化と就業パターンの地域格差」, 日本人口学会第 72 回大会, 埼玉県立大学 (2020 年 11 月 15 日).

Hayashi, Reiko, "The COVID-19 impacts on older persons' healthcare in Japan" *UN ESCAP Webinar on "Using ICT to promote and enhance accessibility and quality of health and long-term care of older persons"*, 5<sup>th</sup> Nov.2020.

林玲子「日本・アジアの長寿化と介護需要の増加」第 25 回静岡健康・長寿学術フォーラム 学術セッションⅢ 「人口減少

社会と健康・長寿」(2020 年 11 月 14 日)

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

# 日中韓の人口指標と少子高齢化対策の動向

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

## I. 日中韓の少子高齢化の動向と認識

日中韓の人口高齢化は確実に進行しているが、その特徴は高齢化のスピードが欧米諸国よりも早いことである。高齢化のスピードとして広く用いられている定義は、65歳以上人口割合が7%から14%になる年数であるが（Kinsella and Wan He 2009）、ここでは、7%、14%、さらに日本ですでに超えた28%をベンチマークとして、それぞれの年数を計算してみた（図1）。欧米諸国では7%から14%になる年数は40～126年、14%から28%になる年数は43年以上であるところ、日本ではそれぞれ24年、中国では24年と28年、韓国では18年と18年で、日本と中国は同程度のスピードであるが韓国のスピードが著しく早いことがわかる。

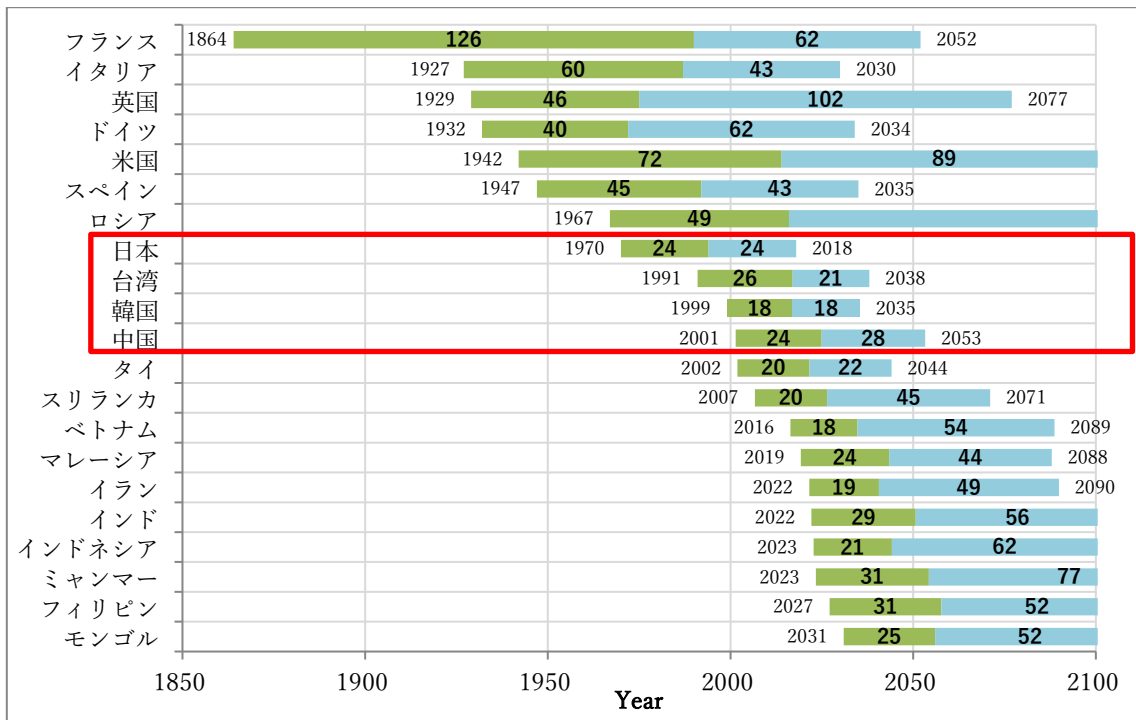


図1 高齢化のスピード（65歳以上人口割合が7%から14%、14%から28%になる年数）

資料: Kinsella and Wan He (2009)、UN (2019a)、国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集 (2021)

この高齢化のスピードは、寿命の延びもさることながら、出生率の低下のスピードに大きく影響を受ける。日中韓の出生率と死亡率の推移をみると（図2）、中国、韓国の出生率の低下は1960年代から1970年代にかけての顕著であり、同時期の寿命の延びと合わせて、両国の著しく速い人口高齢化を招いたといえる。



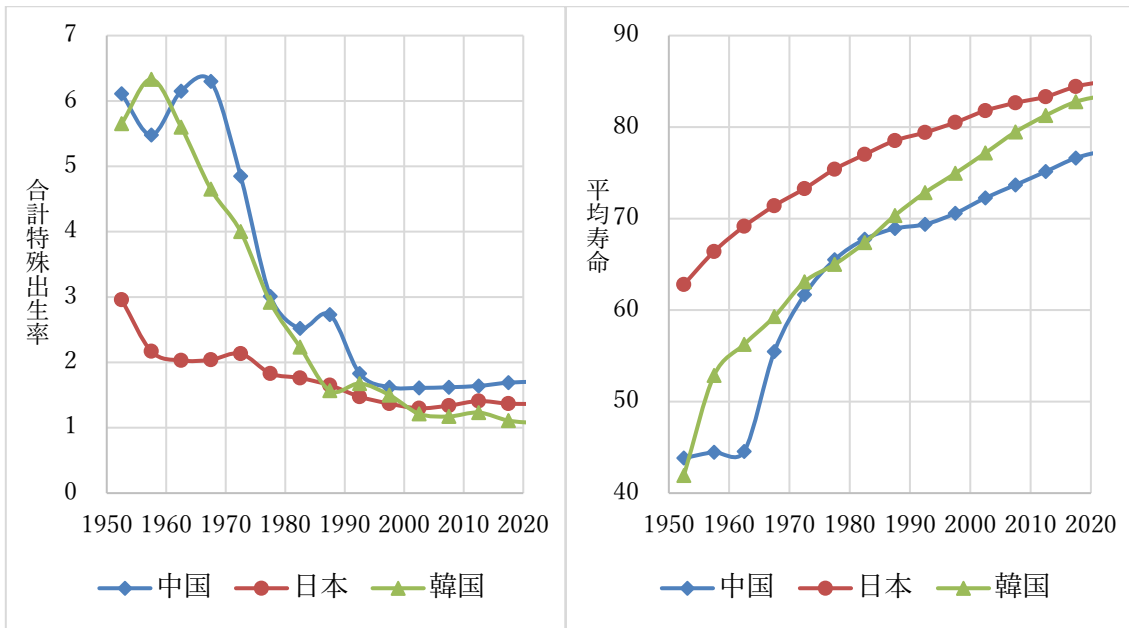


図 2 日中韓の合計特殊出生率と平均寿命の推移

資料: UN(2019a)

日本における人口高齢化は人口問題として 1950 年代から取り上げられていた。人口問題研究所の機関誌である『人口問題研究』において、最初に人口高齢化を扱った論文は 1955 年の黒田によるものであるが、この時は「高年化現象」とされていた（黒田 1955）。このころ国連が人口高齢化に関する報告書を出しており（UN 1956）、日本における研究も、国際的な流れを受けたものではないかと思われる。一方福祉・医療といった政策面では、1963 年に老人福祉法が制定された後、1973 年の老人医療費無料化、1982 年の老人保健法の制定と健康保険の抜本的な改革、1990 年代のゴールドプラン、2000 年の介護保険法と、福祉から医療、介護へと変容しながら、着実に制度は拡大した。一方、少子化対策は、戦時中の人口政策確立要綱に始まる人口増強政策が逆に戦後の忌避感を生み、1990 年代に入るまで政策としての少子化対策は講じられなかったが、1989 年の合計特殊出生率がひのえうま 1966 年の値よりも下回った「1.57 ショック」を契機に、以降、エンゼルプラン、新エンゼルプラン、子供・子育て応援プラン、子供・子育てビジョン、少子化社会対策大綱、第 4 次少子化対策大綱と国家政策が続き、含まれる政策分野・項目は拡大し続けている（本報告書守泉論文参照）。

韓国においては、少子化対策と高齢化対策は統合され、2005 年に低出産・高齢社会基本法が制定された後、第 2 次（2011～）、第 3 次（2016～）、第 4 次低出産高齢社会基本計画（2020～）と続いている。

中国における人口高齢化は、一人っ子政策の開始と共に、必然的な帰結として高齢化が想定されることから、早い時点で認識されていた。1982 年には中国老齡問題委員会が設置され、1985 年からは UNFPA とジョイセフにより中国高齢化プロジェクトが実施された（黒田 1984）。このような早い時期からの取り組みは、国連が開催した 1982 年ウィーン国連高齢者問題世界会議が契機であるようである。しかしながら当時の中国の高齢者割合は低く、1989 年に北京で開催された日中高齢化シンポジウムに参加した人口問題研究所人口政策研究部長（当時）の阿藤は「正直のところ、今日の中国で本当に高齢化問題を緊急の政策課題とする意味がどれほどあるのか最後までよくわからなかった」と記している（阿藤 1989）。しかしその後着実に人口高齢化は進行し、特に近年では高齢政策を担当する部局の大規模な改革が進行中である。

一方、中国にとって日韓のような「少子化対策」と銘打つものはいまだ存在しない。出生を抑制する

ための一人っ子政策は少しずつ緩和され、二人っ子政策が 2016 年に全面実施となり、それが出生増加策へといつ方針転換するのか注目される。2021 年 3 月に全国人民代表大会にて承認された第 14 次 5 年計画（「国民経済・社会発展第 14 次 5 年計画と 2035 年までの長期目標要綱」）において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。これまでは出生率は下げるものであったが、これからは適切な水準にする、ということである。二人っ子政策にしても、一人の制限を二人にした、ということで、出生抑制政策の継続であると考えがちであるが、実質的には合計特殊出生率は 2 を大きく下回っているので二人っ子政策というのは出生増加策であるとも考えられる。2021 年 4 月には北京で低出生率に関するセミナーが国家衛生健康委員会人口家庭司、中国人口与発展研究中心、UNFPA により開催され、今後少子化対策が拡充される可能性もある。

日中韓の少子高齢化対策の歴史については、より詳細に次年度以降検討が必要ではあるが、現在では共通の課題といえるようになってきた少子高齢化も、過去の人口動向、政策の推移は異なっていた、ということは認識しておく必要があるだろう。

## II. 人口構造

少子高齢化を考える場合、ある年代の出生数が、ベビーブーマー、団塊世代といった特徴的な人口集団となり、後の高齢者の多寡に影響するため、年齢別人口を十分に把握する必要がある。日本、韓国の 2015 年、中国の 2010 年の人口ピラミッドを比べると（図 3）、日中韓のいずれも、もはや「ピラミッド」ではなく、釣り鐘の形になっているが、三か国の人口数の「凸凹」の位置は異なっている。

日本の場合、1937 年、1945 年の出生率低下、戦後のベビーブームとその後の出生率の急低下、1966 年のひのえうま、1973 年生まれを頂点とするジュニア団塊世代、といった傾向が人口ピラミッドに如実に示されている。日本において「ベビーブーマー」もしくは「団塊の世代」とは、第二次世界大戦後の 1947～1949 生まれの世代とされ、3 年間、もしくは 3 歳分しかないが、これは、1949 年の優生保護法改正で人工妊娠中絶が経済的理由で行えるようになって以降、出生数は大きく減少したことが影響している。

韓国の場合、ベビーブームとは朝鮮戦争後、1955 年以降に生まれた世代のことを指しており（関係部処合同 2020）、人口ピラミッドの「ふくらみ」はその後 20 年程度続いている。まさに 2020 年、このベビーブーマーが 65 歳以上になる、ということで、本格的な人口高齢化に入る、とも言われている。

中国のベビーブーム（嬰兒潮）は、①中華人民共和国成立後、②大躍進政策時代の大飢饉（「三年困難時期」）の著しい出生減少の後の出生増加、③さらにその子供の世代、という三つがあり、人口ピラミッドにもその三つのふくらみが見て取れる。

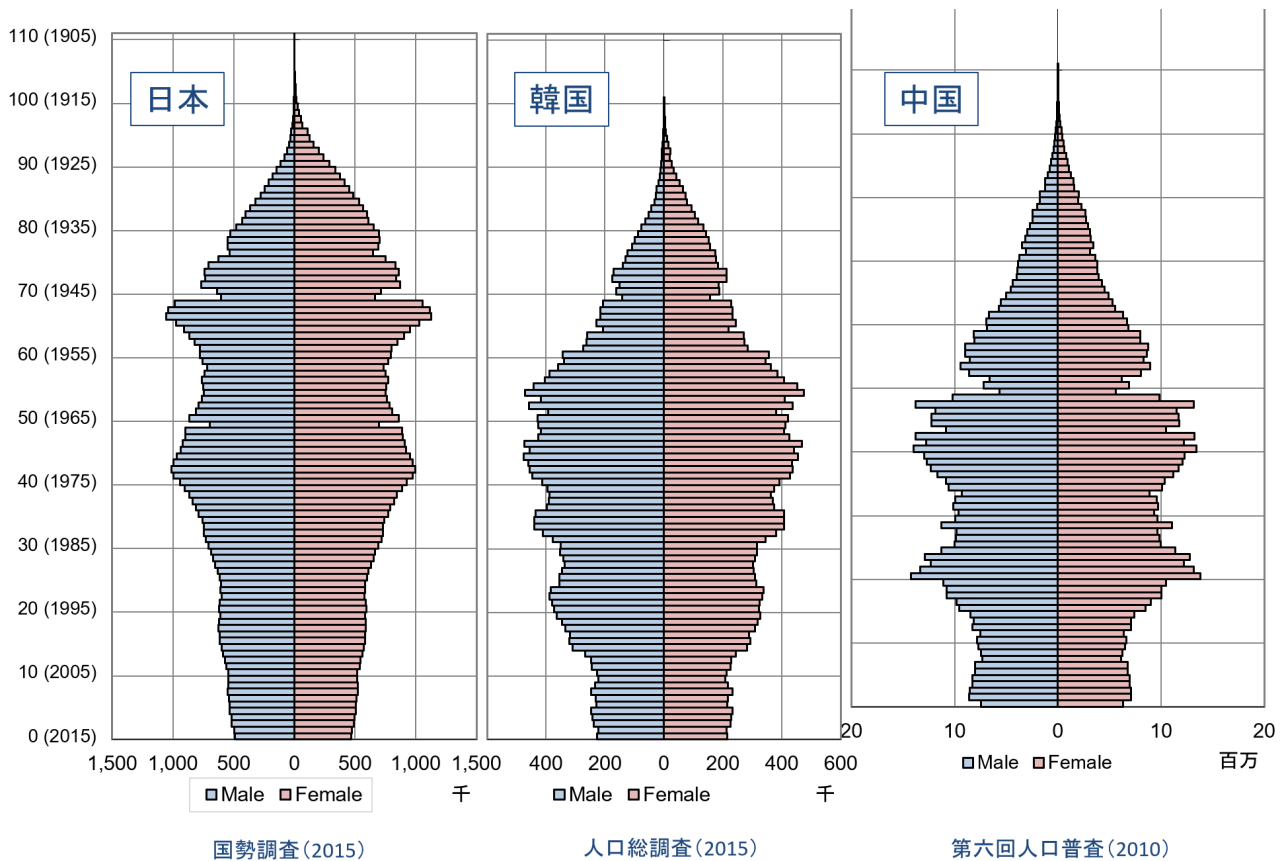


図 3 日中韓の人口ピラミッド

日中韓には、ベビーブームだけでは説明できない多くの不規則な突出、窪みがある。日本の場合は1966年ひのえうま（丙午）生まれの著しく小さい人口規模が人口ピラミッド上に明瞭に認められる。同様に韓国では午年生まれの女性が忌避されることによる1976年の出生減があった（Lee 2006）。しかしながら、人口ピラミッド上で日本のひのえうまほどの明瞭な凹みをつくっているわけではない。韓国において、より重篤な干支の影響は出生性比のゆがみに現れており、特に白馬の年といわれるかのえうま（庚午）1990年では、出生性比は116まで上昇しており（図4）、絨毛採取（CVS）という出生前検査診断が可能になったことにより、女兒とわかれば中絶する、という悪しき男女の産み分けが行われたとされている。一方中国においては辰年（Year of Dragon）が生まれ年として好まれ、1976年の辰年以降、台湾、シンガポール、マレーシアの華人社会には、出生数の増加があったが、中国本土にはこのような動向はなかった（Goodkind 1991）。実際、中国の人口ピラミッドの短期的な凹凸と辰年とは無関係である。これらの不規則な凹凸が何によるものなのかは、現段階では判然としない。

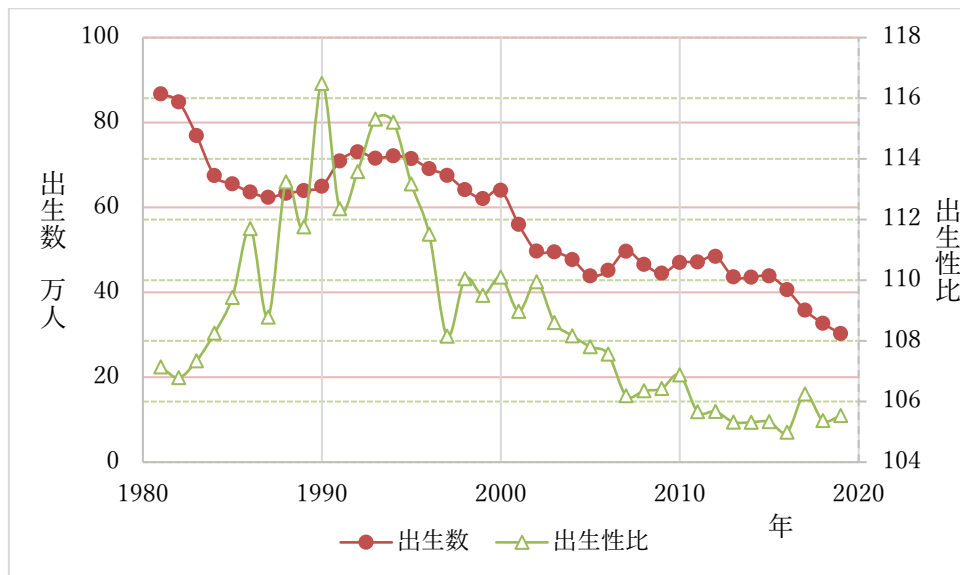


図 4 韓国の出生数と出生性比の推移

資料: 韓国統計庁 (KOSTAT) [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B80A01&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B80A01&conn_path=I3)

### III. 人口指標

少子高齢化を把握するための基本的な人口指標は、例えば図 2 に示したような、すでに国連人口部によって整備されている統計を用いるのが便利である。しかしながら、それらの値はあくまで推計であり、推計のもととなるデータ基盤は国により異なる。

日本の場合、戸籍法に基づき出生、死亡はほぼ全数登録され、それに基づき人口動態統計（厚生労働省）が作成され、5 年の一度の国勢調査（総務省統計局）で把握される人口から、毎月・毎年の出生・死亡・移動を加除して、人口推計（総務省統計局）が作成される。しかしながら、5 年間の人口動態の変化を積み上げた値は 5 年後の国勢調査の値とは一致せず、さかのぼって補正が行われる。また国勢調査と人口動態統計による人口推計とは別に、住民基本台帳に基づく人口（総務省自治行政局）が、年単位で公表されており、その値も国勢調査の値とは一致しない。さらに、戸籍に基づく人口（法務省）もある。これら三種類の統計は、100～200 万人の差があるので、おおむね総人口の 1～2%に相当する。

戸籍法に基づく登録数に基づいた出生・死亡の精度はそれよりもよいはずである。ただし、人口動態統計の主要な結果表に表示されている値は、当年の日本における日本人についてであり、国内の外国人、国外の日本人、届出遅れは含まれないことには留意が必要であるが、それらは別表として掲載されている。戸籍法で出生は 14 日以内に、死亡は 7 日以内に届け出ることとなっているので、届出遅れとは、それ以降の届出についてということになるが、人口動態統計の確定値は翌年 9 月頃に公表されるので、ある程度の届出遅れはすでに含まれている。それに間に合わなかった出生・死亡数は、翌年以降に届出遅れ数として公表される。死亡に関しては、届出遅れの割合は戦前で高く、1920 年代には 1.4%を記録した年もあったが、戦後急速に低下し 1990 年代以降、この比はおおむね 0.1%程度に落ち着いている（石井 2018）。

届出遅れ、とは最終的には届け出られた、ということになるが、まったく届け出られていないケースも知られている。出生については、離婚後 300 日以内に出産した、夫からの暴力から逃れるために子供の登録をしない、などの理由で、出生登録されていない無戸籍者がおり、令和 2 年 9 月の時点で 3,235

名が法務省により把握されている（法務省 2021）。この数は日本人口の 0.003%にあたる。一方死亡届については、2010 年に「高齢者所在不明問題」がメディアを中心に取り上げられたように、年金を受け続けたい家族が親の死亡届を出さない、という事件は何度も起こっている。しかしながら 2010 年における厚労省の調査では、100 歳高齢者で所在・存命確認ができなかった者は、23,228 人中 10 名のみであった（厚生労働省 2010）。

韓国の人口統計は、人口センサス、人口動態統計のいずれも、韓国統計庁により集計・公表されている。韓国のセンサスは 1925 年の「簡易国勢調査」（朝鮮総督府）からほぼ 5 年毎に定期的な実施されてきたが、2015 年以降は行政登録ベースとなり、14 官庁の有する 24 種類の行政登録記録を元にした全数調査と、オンライン・対面調査を元にした標本調査が毎年実施されている（Statistics Korea 2021）。人口動態統計は、2008 年より戸籍制度が家族関係登録制度に変わり、それに基づいた出生、死亡、死産、結婚、離婚の統計が、毎月・毎年韓国統計庁により公表されている。また、死因統計は、医師に基づく死亡診断書情報の他、健康保険、がん登録、交通事故記録など、22 種類の行政データを突き合わせて原死因を特定している（林 2019）。

日本よりも整備されていると考えられる韓国の人口統計ではあるものの、その完全性について課題がないわけではない。韓国の戸籍制度自体は 7 世紀統一新羅時代から存在しているが、近代的な制度は 1894 年、奴隷制度が完全に廃止された甲午改革に伴い整備され始めた（崔 1996）。戸口調査規則が 1896 年に、人口動態調査規則が 1937 年に制定されてから、1942 年までの人口動態統計は完全性を有していた（石 1972）。ところが第二次世界大戦後、米軍統治、朝鮮戦争を経て、担当部局も転々とし、申告漏れが甚だしい状況となり、出生・死亡の届出率は 1966 年で 40%未満程度であり（鈴木 2019）、統計として利用することはできない水準であった。そのため、1963 年より人口動態標本調査が実施されたが一旦 1969 年に中止され、1972 に再開し、1987 年には 55,000 世帯を対象とする大規模な調査も行われた。その後過去 10 年分を集計して公表する形となり、1980 年代後半には届出率が 95%程度となった（統計廳 1992）。つまり、1980 年代までの韓国の人口動態統計は標本調査に基づくもので、全数登録によるものではない。また、日本同様の死亡届の漏れはあるようである。2015 年の住民登録によれば 100 歳以上の高齢者数は 16,209 人であったが、翌年百寿者調査を行った結果、3,159 人となった。これは、死亡が届けられなかったことと、高齢者が年齢を過大に登録する、といった理由が考えられる（Lee 2018, Statistics Korea 2016）。

中国の人口統計は、韓国の 1980 年代までの状況に等しい。つまり、出生・死亡数の統計は、登録に基づいた集計ではなく、標本調査より推計されている。中国では末尾が 0 の年に全員を対象とした人口普查<sup>1</sup>、末尾が 5 の年に 1%の抽出率の人口抽様調査、それ以外の年には 1%の抽出率の人口変動状況抽様調査が行われる。これらの調査はいずれも 11 月 1 日を基準に行われるが、過去 1 年間の出生の有無を訊くことにより母の出産時の年齢と合わせて合計特殊出生率が算定される。2000 年から 2015 年までの合計特殊出生率は、上記人口普查、人口抽様調査、人口変動状況抽様調査から求められた値が、国家統計局の WEB 上にある、人口普查、中国統計年鑑の 15-49 歳女性年齢各歳別出生数・率の集計表から計算できるが、その値を国連人口部の推計と比べたものが図 5 である。中国国家統計局による合計特殊出生率は、2000～2015 年の期間<sup>2</sup>で、最高でも 2008 年の 1.48 であり、2010 年以降は変動はあるが、

<sup>1</sup> 人口普查自体は全数が対象であるが、出産があったかの質問は 10%の人に訊く「長表」に含まれている質問であるため、標本調査ということになる。

<sup>2</sup> 2016 年以降の 15-49 歳女性年齢各歳別出生数・率は、「中国人口和就業統計年鑑（中国人口和就业统计年鉴）」に掲載されているが、Web 上で公表されておらず、現時点で未入手である。

さらに低い水準で、最低は2011年の1.03である。一方、国連人口部の推計（UN 2019a）は、この期間1.6の水準でほぼ一定で、2010年からはわずかな上昇もみられるほどである。国連の合計特殊出生率は、人口普查、標本調査の他に、14種類のデータ、手法を用いて推計している（UN 2019b）。この二種類のデータの乖離から、中国国家统计局による合計特殊出生率は低すぎると国連人口部がみなしていることがわかる。

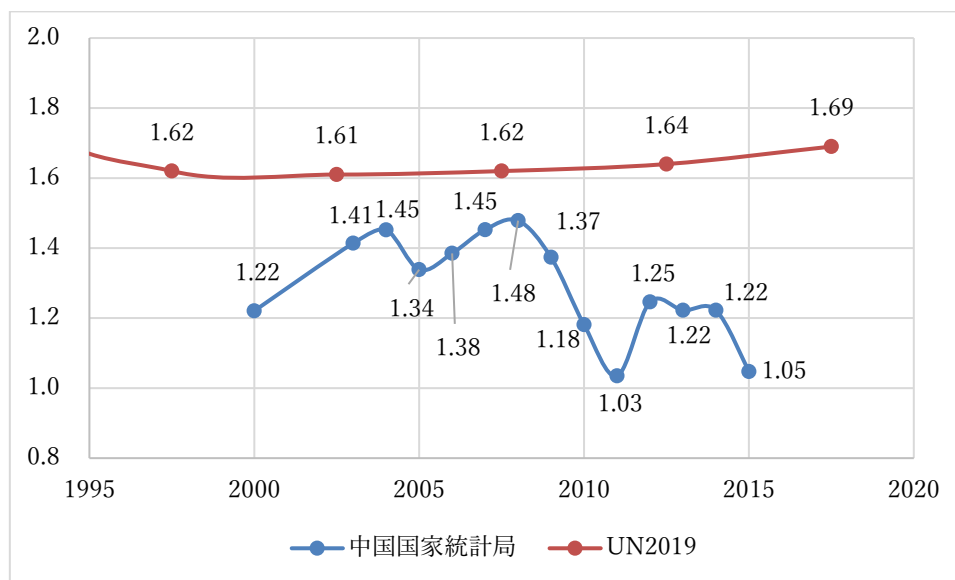


図 5 中国の合計特殊出生率の推移（中国国家统计局と国連人口部推計）

出典: 人口普查、中国統計年鑑（中国国家统计局）、World Population Prospect (UN 2019a)

一方中国には戸籍制度があり、生まれた子供は戸籍に登録される。しかし出生登録数という形での統計はこれまで少なくともWEB上には公表されていなかった。しかしながら、2019年から別の形で公表されるようになった。公安部では毎年1月末に、戸籍登録に基づいた前年の「全国姓名報告」として、姓名ランキングを公表しているが、2020年1月に公表された2019年全国姓名報告から、新生児に多い姓名ランキングと共に、出生登録数が公表されるようになった。この登録された新生児数は2019年で1,179万人<sup>3</sup>、2020年では1,003.5万人<sup>4</sup>である。従って、2020年は2019年より15%減少した。ところが、この数値が国家统计局の推計出生数と比べられ、メディアを賑わした<sup>5</sup>。つまり、国家统计局では2019年の出生数を1,465万人と推計しており、それと公安部の2020年出生数1,003.5万人とくらべると32%の減少となる。実際には、公安部の統計は翌年1月末の集計であり、未登録・未集計の数が多くあると考えられ、2019年の公安部の数値は国家统计局の数値よりも20%少ない。「全国姓名報告」の後、公安部による出生登録数の確定値は公表されていないため、20%のどこまでが未登録・未集計によるのかは不明である。国連人口部は国家统计局の合計特殊出生率は過少とみなしており、登録による出生数はさらに少ない可能性もある。この出生数の不明問題は、韓国で1980年代に取り組みられたような、全数登録と統計作成が行われたい限り解決しないであろう。

ちなみに2020年の中国で一番多い苗字は王、李、張、劉、陳、新生児で一番多い苗字は李、王、張、

<sup>3</sup> <https://zhuanlan.zhihu.com/p/103599262>

<sup>4</sup> [http://www.gov.cn/xinwen/2021-02/08/content\\_5585906.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2021-02/08/content_5585906.htm)

<sup>5</sup> 例えば、中国経済新聞 2021年2月18日付け「中国、2020年に新生児30%減少」等



劉、陳であった。

#### IV. 今後に向けて

少子高齢化は現在では日中韓に共通した課題であるが、その開始時点が異なっていることから、これまでの施策の経緯も異なっている。中韓では第二次世界大戦後に出生率を下げるという非常に明確な政策があり、それに応じて出生率も大きく低下した。その急激な低下が、時間をおいて急激な人口高齢化をもたらしている。このような社会変化に応じて、各国それぞれの少子高齢化対策が行われた、もしくは今後行われると思われるが、このような、少子高齢化のフェーズにより異なる政策を整理すれば、今後少子高齢化が進むと思われる他地域の中・低所得国に応用可能な要素が抽出されるのではないかと考えられる。

本稿で特に注目した人口統計制度に関しては、出生・死亡に関する統計を、標本調査から全数登録へ1980年代後半に転換した韓国の経験が注目される。それは、中国だけでなく、人口登録から統計が作れていないアジア・アフリカの多くの国々に参考になるのではないだろうか。また、出生を下げる政策から上げる政策への転換は、日中韓いずれも、時間がかかった（かかっている）。そして、政策の効果は見えていない。

日本はすでに少子高齢化のみならず人口減少社会に突入しており、韓国、中国でも予想以上に早く人口減少がはじまると見込まれている。人口減少社会の対応としては、少子高齢化対策に付け加え、人口一極集中是正、地方創生といった施策も重要性を増す。また、欧米と比べ、20世紀における人口増加が著しかったこと、またそれに応じた高い人口密度を鑑みると、人口減少の中でいかに生活を向上させていくか、という点も課題となろう。少子高齢化、人口減少といった人口動向に対してどのような施策が可能、必要であり、また効果的なのか、日中韓の文脈で把握することが重要である。

#### 参考文献

阿藤誠 (1989) 「日中高齢化シンポジウム」『人口問題研究』第 45 巻第 2 号、pp.88-89

石南国 (1972) 『韓国の人口増加の分析』勁草書房

石井太 (2018) 「死亡の届出遅れが生命表に及ぼす影響について」『人口問題研究』第 74 巻第 2 号、pp.129-142、国立社会保障・人口問題研究所

関係部処合同 (韓国) (2020) 『第 4 次 低出産・高齢社会基本計画』

[https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=13&MENU\\_ID=13040801&page=1&CONT\\_SEQ=358262&PAR\\_CONT\\_SEQ=356080](https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=13040801&page=1&CONT_SEQ=358262&PAR_CONT_SEQ=356080)

黒田俊夫 (1955) 「高年化現象の人口学的研究 1」『人口問題研究』第 61 号

黒田俊夫 (1984) 「中国高齢化対策研究開発プロジェクトが発足 - その経緯と今後の方向」『世界と人口』12月号、ジョイセフ (財団法人家族計画国際協力財団)、pp.8-13

厚生労働省 (2010) 「本年度中に百歳になられる高齢者。(表彰対象者)は 23,269 人」Press Release, 老健局高齢者支援課、平成 22 年 9 月 14 日、<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000roq6-img/2r9852000000rorn.pdf>

崔弘基 (1996) 『韓国戸籍制度史の研究』第一書房

- 鈴木透 (2019) 「韓国・台湾における人口統計システムの発展」厚生労働科学研究費補助金 (地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)「東アジア、ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」平成 30 年度 総括研究報告書、pp.23-32
- 中国国家統計局 (2019) 「人口变动情况抽样调查制度 (简明版本)」2019 年统计年报
- 統計廳 (韓国) (1992) 『韓国統計発展史(II) 分野別発展史』
- 林玲子 (2019) 「東アジア・ASEAN 諸国の死因統計の整備状況について」厚生労働科学研究費補助金 (地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)「東アジア、ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」平成 30 年度 総括研究報告書、pp.33-55
- 法務省 (2021) 「無戸籍者に関する調査結果」法制審議会 (親子法制) 部会第 14 回会議 参考資料 14-2 <http://www.moj.go.jp/content/001341379.pdf>
- Goodkind, Daniel M. (1991) “Creating New Traditions in Modern Chinese Populations: Aiming for Birth in the Year of the Dragon”, *Population and Development Review*, Vol. 17, No. 4, pp.663-686.
- Kinsella, Kevin and Wan He (2009) *An Aging World: 2008*, U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Lee, Eunkoo (2018) “Overview of the Centenarian Survey in the Republic of Korea” Presentation made at First Official Meeting of Titchfield City Group on Ageing and Age-disaggregated data, Chichester, UK <https://gss.civilservice.gov.uk/events/first-official-meeting-of-the-titchfield-city-group-on-ageing-and-age-disaggregated-data/>
- Lee, Jungmin and Myungho Paik (2006) “Sex preferences and fertility in South Korea during the year of the horse”, *Demography*, Vol.43, No.2, pp.269-292.
- Statistics Korea (2021) *Survey Outline - Population Census*, <http://kostat.go.kr/portal/eng/surveyOutline/8/5/index.static> .
- Statistics Korea (2016) *Results of the 2015 Population and Housing Census for the Koreans Aged 100 or More* <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/8/7/index.board?bmode=read&aSeq=355920&pageNo=&rowNum=10&amSeq=&sTarget=&sTxt=> .
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019a) *World Population Prospects 2019*, Online Edition.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019b) *World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles*, ST/ESA/SER.A/427.
- United Nations. Dept. of Economic and Social Affairs (1956) *The aging of populations and its economic and social implications*, ST/SOA/Series A/26.



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「第4次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点」

研究分担者 守泉理恵 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

本年度は、東アジアの少子化の現状把握と東アジアの少子化研究についてサーベイを行ったあと、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について中心的に分析を行った。また、次年度に取り上げる予定の韓国の最新の少子化対策パッケージについても予備的分析を行った。

東アジア諸国の少子化は、2000年代以降、日本でも関心が高まったが、この地域では世界的に見ても超低水準の出生率を示す国々が多い。これは、先進諸国に共通の晩産化が生じたのに加え、高年齢でのキャッチアップが弱く、タイミングの変化に終わらず生涯出生数の減少にまで晩産化の影響が及んだことが原因となっている。この背景には様々な要因が指摘されているが、欧米先進諸国で構築されてきた理論が東アジア地域では必ずしも適合しないなど、独自に分析すべき余地が多く残されていることが明らかになってきている。日本の少子化も、地理的に近く、文化的背景にも共通するものがある東アジア諸国との比較分析を通じて、新たな政策的対応の視点や政策根拠となるエビデンスが得られる可能性がある。

日本では2020年5月に第4次少子化社会対策大綱が策定され、新たな少子化対策パッケージのもとで低出生力の問題に対応していくことになった。新機軸としてAIやICTなどの科学技術の活用を進める点など、いくつか新しい施策が取り入れられたが、全体としては、1990年代から30年間にわたり積み上げられてきた施策について、どこに重点的予算をつけ、推進していくかということを考えるのが主である段階に到達している。方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題となっているが、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、財政負担がある位程度大きい経済的支援も拡充の方向にある。日本の少子化は様々な要因が複雑に絡み合っているものの、近年では「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産に共通する大きな阻害ポイントになっており、これへの対処として働き方改革・保育サービス拡充・男女共同参画推進をセットで行い、共働き社会に転換していく必要がある。また、第3の密接に連携する分野として、教育政策との連携が重要になっていくと

考えられる。

韓国の少子化対策については、日本と共通する問題認識・施策が多数挙げられる。大学・就職など多くの人にとって分かりやすい「未来の希望」が大都市（ソウル）のみに集中しすぎていること、エリート教育競争に対する親の負担感が耐え難いレベルに高まっていること、根強い性別役割分業とそれを基盤とした社会構造が若い世代の閉そく感を高めていることは、日本以上に深刻で、これらの解決には「少子化対策」という切り口だけでは対応できないような大きな環境変化を必要とする。日本で30年かけて積み上げてきた政策的対応を15年ほどで進めざるを得なかったという困難も抱えている。次年度以降、韓国の少子化対策パッケージの変遷や詳細な施策を見ることが、日本への示唆を考察する予定である。

## A. 研究目的

本年度は、東アジアの少子化の現状把握と東アジアの少子化研究についてサーベイを行ったあと、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について中心的に分析を行った。日本を最初に取り上げたのは、次年度以降研究対象に加える韓国や中国の政策的対応を分析する際に、日本の事例を比較の基盤として進めていくためである。また、次年度に取り上げる予定の韓国の最新の少子化対策パッケージについても資料収集・翻訳し、予備的分析を行った。

## B. 研究方法

東アジアの少子化については、OECDやHuman Fertility Database、各国統計局等のデータベースから出生関連のデータを収集し、分析した。また、東アジアについて扱った先行研究文献をサーベイした。政策については、日本と韓国の少子化対策に関わる公的文書を収集し分析を行った。

（倫理面への配慮）特になし

## C. 研究結果

日本、韓国、台湾、中国について、合計

特殊出生率、第1子平均出生年齢、年齢別出生率を比較したところ、2000年代前半に韓国・台湾とも日本の出生率水準を下回る出生率を示すようになったこと、各国の出生率低下の背景として晩産化が見られること、さらに東アジア諸国は晩産化が強力に進んだものの30歳代の高齢期でのキャッチアップが弱く、生涯の出生数も急激に低下して出生率は低いまま推移し続けていることが把握できた。

また、先行研究サーベイからは、「第2の人口転換論」のような第2次世界大戦後の先進諸国における出生力低下の説明理論では、東アジアは必ずしも適合しないこと、また、地理的に近く、より文化的・歴史的背景に共通点の多い東アジア諸国を取り上げて国際比較研究することで、新たな少子化要因を見出す研究の流れが強まっていることがわかった。

日本の少子化対策については、全体として1990年代から30年間にわたり積み上げられてきた施策について、どこに重点的予算をつけ、推進していくかということを考えるのが主である段階に到達していることがわかった。現在の政策の方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、

保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題となっているが、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、財政負担がある位程度大きい経済的支援も拡充の方向にある。

韓国の少子化対策（低出産・高齢社会基本計画の低出産対策部分）については、第1次～3次計画で妊娠・出産関連費用の補助や子どもの医療費軽減、不妊治療の保険適用、児童手当支給の拡大、保育サービス（学童保育含む）の拡充、育児休業制度など仕事と家庭の両立支援策の拡充を進めてきた。しかし、当局の分析では、若年者雇用や住宅問題への対策が十分ではなく、また家族関連支出の対GDP比が依然1%程度と低いことや、現金給付での経済的支援の割合が低いことなどから、少子化の進行を食い止められなかったとしている。そこで、第4次計画では、これらの要因についても対策を強化し、「出産奨励」という狭い視点ではなく、すべての世代の生活の質を高めること、職場・家庭でのジェンダー平等の実現、さらには少子高齢化・人口減少といった人口構造や規模の変化に対応するというより包括的な視点・方向性で各種政策が設定された。

#### D. 考察

東アジア研究では、文化的に共通事項も多い東アジア諸国の中でも、さらにさまざまな差異が見られることがわかってきたが、対欧米諸国との比較で言えば、結婚制度が未だ強固であることと少子化の関係や、本人の学歴といった観点だけでなく、子どもに関わる教育の負担（経済的なものだけでなく、エリート教育競争のような親の心理

的負担も含む）、未婚化の進展に代表される交際・結婚行動の不活発の問題と少子化の関係、そしてそれらの問題に対処するにはどのような政策的対応が取られるべきか、といった点が新たに分析を深めるべき点として浮上していると考えられる。

日本の少子化は、近年の社会経済状況や様々な研究成果を見ると、「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産を阻害する大きなポイントとなっていると考えられる。雇用・所得の不安定化に対処するためには、日本社会を共働きでも暮らしやすい社会にすることが求められる。性別役割分業意識の見直し（分業否定ではなく、柔軟な男女役割観）、労働の時間・場所の制約を緩めた柔軟な働き方の浸透、非正規雇用の処遇改善が重要だ。また、これらの改革のためには、働く間安心して子どもを預けられる環境の整備として保育サービスの質・量の拡充と、意識面での変革として男女共同参画政策もこれまで以上に緊密にセットで進めていくこともポイントとなるだろう。

韓国の少子化対策は、保育・出産支援といったミクロの現実問題への対処が中心的であったが、第3次計画からは晩婚化や共働きに焦点が当たり、雇用・住宅・教育など社会の構造的な問題への対応も視野に入ってきた。第4次計画ではより広い視野をもってミクロ的な支援ニーズとマクロ的な構造問題への取り組みが強化されると考えられる。

#### E. 結論

日本の少子化対策については、雇用・労働政策、男女共同参画政策と密接にかかわる施策を強化し、経済的支援の拡充を進めるとともに、今後は家族形成について考えたり、様々な政策があることや実際の事例

を知る機会の提供、性教育の充実、教育に対するさまざまな子育て負担の軽減など、教育政策との実質的な連携をより強化していくことも必要であると考えられる。雇用・労働分野をはじめとして、少子化の根本原因となっている日本の社会構造の変化を促すような施策の展開が求められている。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 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。)

なし

## 第4次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点

守泉 理恵

国立社会保障・人口問題研究所

### はじめに

本プロジェクトで、筆者は各国の少子化対策の研究を分担している。プロジェクトの第1年度目である本年度は、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について取り上げ、まとめることとした。

本稿では、まず東アジア諸国の少子化の状況と、これらの国々が注目されるようになった背景について述べる。次に、TFR1.5を下回る低い出生力レベルにとどまっている国の一つである日本において、新しく策定された少子化対策パッケージはどのような方向性を持ち、どのような施策内容となっているのかまとめる。さらに、これまで行われてきた少子化対策を通じて、どのような政策分野が策定のたびに加わり、強化されてきたのか、そして現時点で今後検討すべき課題として何が挙げられるのかを考察する。

### 1. 東アジア諸国の少子化の現状と背景

日本では、1990年代初頭に合計特殊出生率の長期的低下傾向が社会的関心を呼び、それ以降、「少子化問題」が盛んに論じられてきた。出生率の低下については、日本で少子化問題が注目され始めた頃までに欧米先進諸国ですでに多くの研究がなされ、知見や仮説提示が行われており、それゆえ日本についての分析も欧米先進諸国との比較考察から真相に迫ろうとするものも多かった。出生率低下を食い止める、または反転上昇をねらった各種政策の方向性や具体的施策も、欧米先進諸国の家族政策を参考に論じられることが多かった。

そうした流れは現在でも続いているが、2000年代以降は、急速に少子化が進むアジア諸国への関心が高まった。図1は、1980年以降の日本・韓国・中国・台湾の合計特殊出生率の推移を示しているが、2000年代前半に韓国・台湾とも日本の出生率水準を下回る出生率を示すようになった。中国は一貫して日本より高い出生率を示すが、その真値については諸説あり、現在は日本と同等かそれ以下である可能性もある。

各国の出生率低下の背景として、親になることの先送り、つまり晩産化が見られ、図2のように第1子平均出生年齢はすでに日本・韓国・台湾とも30歳を超えている。晩産型の出生力パターンが定着し、生涯の出生数レベルはそれほど低くならず出生タイミングの変化期を抜けた国々では期間指標のTFR値は回復したが、東アジア諸国は晩産化が強力に進んだものの30歳代の高齢期でのキャッチアップが弱い。そのため、生涯の出生数も急激に低下し（図3）、出生率は低いまま推移し続けている。

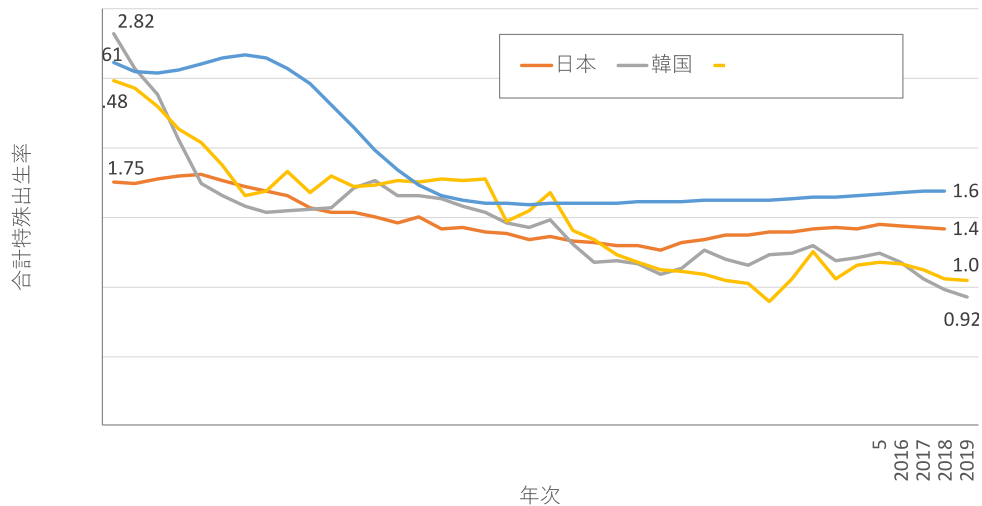


図1 日本・韓国・中国・台湾の合計特殊出生率の推移

資料：日本、韓国、中国 OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>；台湾 Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at <https://www.humanfertility.org> (data downloaded on 4/15/2021) 及び台湾内政部統計処サイト (National Statistics, R.O.C.) <https://eng.stat.gov.tw/>

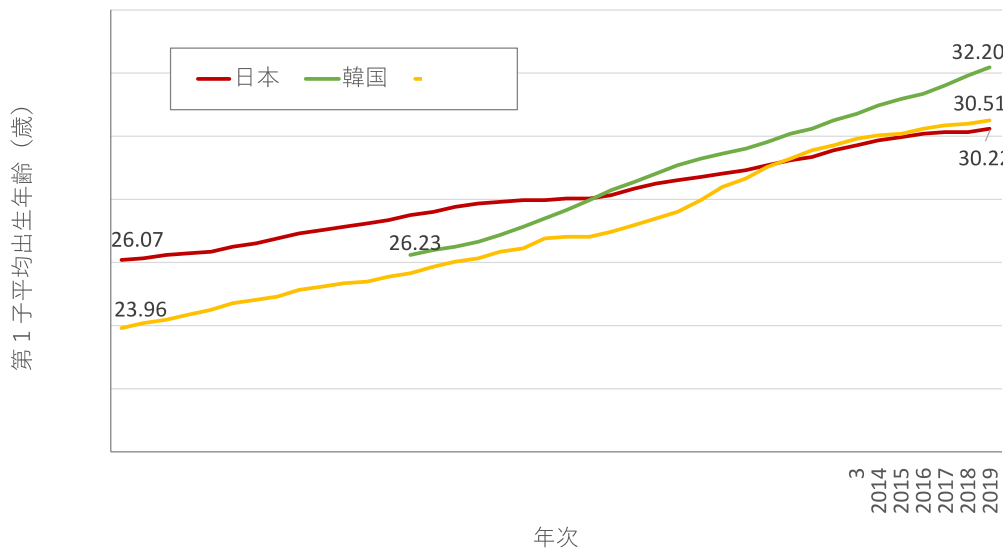


図2 日本・韓国・台湾の第1子平均出生年齢

資料：韓国 OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>；日本、台湾 Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at <https://www.humanfertility.org> (data downloaded on 4/15/2021)。日本の2019年のデータは国立社会保障・人口問題研究所 (2021)、台湾の2015～19年のデータは内政部統計処サイト (National Statistics, R.O.C.) <https://eng.stat.gov.tw/> に掲載の母親の年齢各歳別第1子出生数より平均年齢を算出。

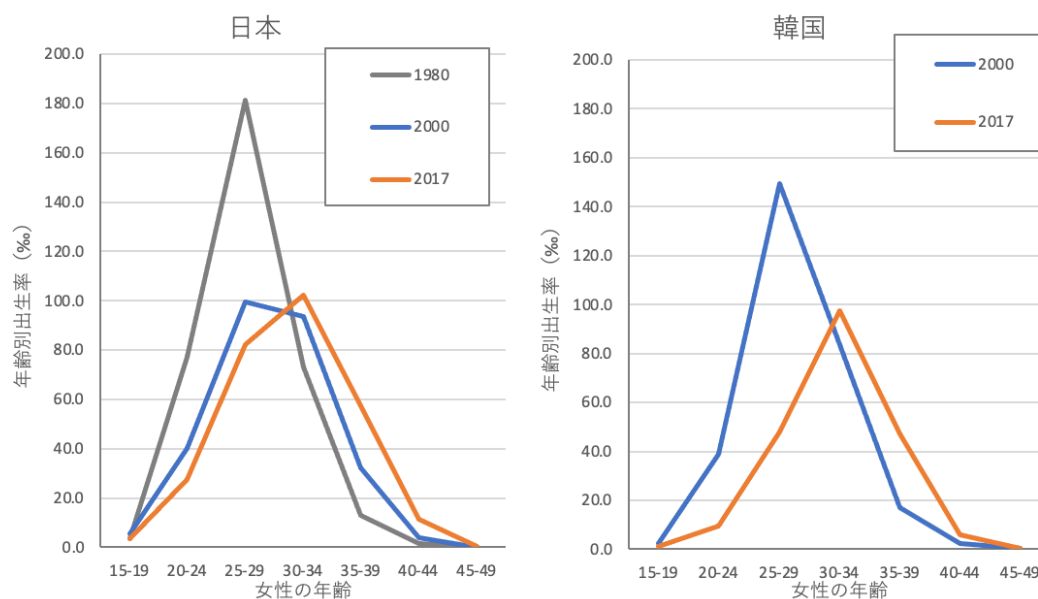


図3 日本と韓国の年齢別出生率の推移

資料：OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>

## 2. 東アジア諸国の少子化に関する研究

これまでの研究で、欧米諸国をモデルとして構築されてきた出生力低下の説明理論は、東アジアにはうまく当てはまらない側面があることもわかってきている。例えば、戦後の出生力低下を説明する仮説として強力な関心を惹きつけてきた「第二の人口転換 (the Second Demographic Transition, SDT)」論 (van de Kaa 1987; Lesthaeghe 2010) では、同棲や婚外子がそれほど増えない、離婚は増えているが学歴と強い負の相関がある、結婚制度が依然として重要とみなされているなど、アジア特有の背景状況から SDT 理論の批判的考察がなされている (Zaidi and Morgan 2017)。経済のグローバル化が進む中で、若者の経済的自立の困難化や、同世代内での経済力格差の広がりといった現象は共通して見られるが、さらに各国・地域で培われてきた文化的な背景が混じり込むことによって、結婚や出生に関わる行動には違いが生まれ、家族政策の方向性を決める思想にも違いが生まれる。その意味で、地理的に近く、より文化的・歴史的背景に共通点の多い東アジア諸国で共通して「超低出生力 (lowest-low fertility)」 (Kohler et al. 2002) が見られることについて、国際比較からその要因を見出すのは有益である。

これまでも、東アジア諸国の少子化や出生行動に関わる政策に関する分析・考察や多くの国際比較研究が行われてきた (落合 2013a: 2013b、鈴木 2012; 2016; 2019、Tsuya et al. 2019、Matsuda 2020 等)。これらの研究からは、文化的に共通事項も多い東アジア諸国の中でも、さらにさまざまな差異が見られることが指摘されている。また、対欧米諸国との比較で言えば、結婚制度が未だ強固であることと少子化の関係や、本人の学歴といった観点だけでなく、子どもに関わる教育の負担 (経済的なものだけでなく、エリート教育競争のような親の心理的負担も含む)、未婚化の進展に代表される交際・結婚行動の不活発の問題と少子化の関係、そしてそれらの問題に対処するにはどのような政策的対応が取られるべきか、などが新たに分析を深めるべき点として浮上していると考えられる。

## 3. 日本の最新の少子化対策内容と策定後の動き

### 3-1 日本の最新の少子化対策

日本では、1990年代から国を挙げて少子化対策を講じてきた。1995～99年度に実施されたエンゼルプランに続いて、新エンゼルプラン（2000～04年度）が策定され、これ以降は2003年成立の少子化社会対策基本法（平成15年法律第133号）第7条に基づいた少子化社会対策大綱として、5年ごとに子ども・子育て応援プラン（2005～09年度）、子ども・子育てビジョン（2010～14年度）、第3次少子化社会対策大綱（2015～19年度）が策定された。そして2020年度からは、第4次少子化社会対策大綱が2024年度までを実施期間として策定された<sup>1</sup>。

第4次大綱では、目標とすべき具体的な出生率の数値を初めて書き込んだ。大綱の本文<sup>2</sup>には、「一人でも多くの若い世代の結婚や出産の希望をかなえる「希望出生率1.8<sup>3</sup>」の実現に向け、令和の時代にふさわしい環境を整備し、国民が結婚、妊娠・出産、子育てに希望を見出せるとともに、男女が互いの生き方を尊重しつつ、主体的な選択により、希望する時期に結婚でき、かつ、希望するタイミングで希望する数の子供を持てる社会をつくることを、少子化対策における基本的な目標とする。」(p.3-4)と記されている。世界的に見ても、一国の政府が出生率の目標値を掲げるのはめずらしい。ただし、理念的に扱っており、この数値を具体的にブレイクダウンして年齢別の結婚や出生の指標に目標を設けるまでは行っていない。

第4次少子化社会対策大綱は、少子化の要因として未婚化、晩婚化と有配偶出生率の低下を挙げ、とくに未婚化・晩婚化の影響を重要視している。また、そうした結婚・出生行動の社会経済的背景として、経済的不安定さ、出会いの機会の減少、男女の仕事と子育ての両立の難しさ、家事・育児の女性への負担の偏り、子育て中の孤立感・負担感、子育てや教育費用の重い負担、年齢や健康上の理由を挙げている。こうした少子化原因・背景の認識のもと、政策の基本的視点は、以下の4点としている。

- ・「希望出生率1.8」の実現
  - ・国民が結婚、妊娠・出産、子育てに希望を見出せるようにする
  - ・男女が互いの生き方を尊重しつつ、主体的な選択により、希望する時期に結婚でき、希望するタイミングで希望する数の子どもを持てる社会をつくる
  - ・結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づく
- 具体的施策<sup>4</sup>では、第一に次の5つの重点課題が掲げられている。

<sup>1</sup> 第4次少子化社会対策大綱は2019年度末までの策定を目指してとりまとめ作業が進められていたが、新型コロナウイルス感染症対策のため最終的な決定が遅れ、実際に閣議決定されたのは2020年5月29日であった。

<sup>2</sup> 内閣府子ども・子育て本部ホームページに掲載。

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou.pdf)

<sup>3</sup> 希望出生率とは、2014年に成立した「まち・ひと・しごと創生法」（平成26年法律第136号）に基づき策定された「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」で初めて提起されたもので、若い世代における結婚・出産の希望が叶った場合に想定される出生率である。「国勢調査」（平成22年）の配偶関係別人口データ及び「第14回出生動向基本調査」（平成22年）（国立社会保障・人口問題研究所実施）の結婚意欲、夫婦・独身女性の予定・希望子ども数の集計結果、「日本の将来推計人口」（平成24年推計）（同研究所実施）で出生率仮定に用いている離死別効果係数を用いて1.8と算出された。独身者の結婚・出生意欲と、夫婦の出生意欲が実現した時に、国全体の出生率がどのような数値を示すのかについて、創生本部のアイデアに基づき算出した独自の指標である。計算に使用された統計データは、2014年以降、より新しいものが公表されているが、それらの最新値で再計算しても四捨五入しての計算結果は今のところ1.8で変わらない。ただ、未婚化の進行は未だ観察されており、出生意欲も漸減傾向にあるため、いずれはこの希望出生率も1.8を切る可能性はあるだろう。

<sup>4</sup> 別添資料1「施策の具体的内容」参照。



1. 結婚・子育て世代が将来にわたる展望を描ける環境を作る
  - 1-1 若い世代の雇用環境の整備
  - 1-2 結婚を希望する者への支援
  - 1-3 男女とも仕事と子育てを両立できる環境の整備
  - 1-4 子育て等で離職した女性の再就職支援、地域活動参画支援
  - 1-5 男性の家事・育児参画の促進
2. 多様化する子育て家庭の様々なニーズに応える
  - 2-1 働き方改革と暮らし方改革
  - 2-2 子育ての経済的支援、心理的・肉体的負担の軽減
  - 2-3 多子世帯、多胎児を育てる家庭への支援
  - 2-4 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援
  - 2-5 子育ての担い手の多様化と世代間での助け合い
3. 地域の実情に応じたきめ細かな取組を進める
  - 3-1 地方公共団体の取組支援、地方創生と連携した取組
4. 結婚、妊娠・出産、子ども・子育てに温かい社会を作る
  - 4-1 結婚・子育てを応援する社会的気運の醸成
  - 4-2 妊婦や子連れに優しい施設や外出しやすい環境の整備
5. 科学技術の成果など新たなリソースを積極的に活用する

このうち、科学技術の活用（AIによる結婚支援、子育て支援の手続きや情報収集のデジタル一元化など）については、これまでで初めて大きく取り上げられた項目である。そのほか、予期せぬ妊娠、若年妊婦や多胎妊産婦への支援、多胎児や医療的ケア児のための子育て支援や、不妊治療と仕事の両立支援、雇用によらない働き方の者への支援など、これまで取り上げられてこなかった施策も明記された。

次に、上記重点課題も含めて、結婚前、結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージ各段階別に施策を整理して記述しており、ここで重点課題以外の施策としては、「ライフプランニング支援」「若い世代のライフイベントを応援する環境の整備」「妊娠前からの支援」「安全かつ安心して妊娠・出産できる環境の整備」「女性活躍の推進」「住宅支援、子育てに寄り添い子供の豊かな成長を支えるまちづくり」「子供が健康で、安全かつ安心に育つ環境の整備」「障害のある子供、貧困の状況にある子供、ひとり親家庭等さまざまな家庭・子供への支援」がある。

政策の数値目標<sup>5</sup>は、子育て支援（認可保育所等の定員、新・放課後子ども総合プラン、地域ぐるみで子どもの教育に取り組む環境の整備、ひとり親家庭への支援、社会的養育の充実等）で33項目、結婚・妊娠・出産（若い世代の正規雇用労働者党の割合、結婚希望実績指標、夫婦子ども数予定実績指標等）で11項目、働き方（第1子出産前後の女性の継続就業率、男性の育児休業取得率等）で10項目、地域・社会（子育てバリアフリー、マタニティマークの認知度等）で18項目が挙げられた。

### 3-2 第4次大綱策定後の動き

第4次大綱では130に近い様々な分野の施策が掲げられているが、閣議決定後、「全世代型社会保障

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou\\_b1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou_b1.pdf)

<sup>5</sup> 別添資料2「施策に関する数値目標」参照。

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou\\_b2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou_b2.pdf)

検討会議」の『第2次中間報告』(2020年6月25日)で少子化対策の優先事項として指摘されたのは、(1)結婚支援、(2)妊娠・出産への支援、(3)男女ともに仕事と子育てを両立できる環境の整備、(4)地域・社会による子育て支援、(5)多子世帯への支援である。さらに同会議の第10回会合において少子化対策が集中して議論され、妊娠・出産への支援として、①不妊治療に係る経済的負担の軽減、男女ともに仕事と子育てを両立できる環境の整備として、②男性の家事・育児参画の促進、③「子育て安心プラン」等に基づく保育の受け皿の整備の3点が「論点」とされた。

不妊治療の経済的支援としては、「不妊治療への保険適用」が決まり、2022年度当初からの適用に向け制度設計を進めるとともに、それまでの間は現行の助成措置(不妊に悩む方への特定治療支援事業)の拡充がなされた(2021年1月～)。主な変更点は、所得制限の撤廃、助成額の増額(1回15万円から30万円へ)、助成回数の引上げ(生涯で通算6回までであったところ、1子ごとに6回までとされた(40歳以上43歳未満は3回))である。

男性の家事・育児参画促進としては、男性の育児休業取得を促すために「育児・介護休業法」改正案が閣議決定され(2021年2月26日)、国会に提出された。主な改正点は、子供の出生後、8週間以内に4週間まで取得できる柔軟な育児休業の枠組みを創設すること(休業申し出期限を2週間前までとする、2回分割して取得できる、労使協定により一定の休業中就労を可能とする等)、2回に分けて休業取得できるようにすること(夫は出生時育休と合わせ4回に分けて取得可)、妊娠・出産の申し出をした労働者に対する個別周知や休業取得意向の確認の義務化などである。改正法案は成立する見込みであり、成立した場合は2022年4月より3段階に分けて施行される予定である。

保育の受け皿の整備では、2020年12月21日に「新子育て安心プラン」<sup>6</sup>が公表され、4年間で約14万人の保育の受け皿を整備することになった。これまでは待機児童解消の目標年度を定めていたが、女性の就業増加に保育サービスの定員増加が追いつかない状況が続いており、本プランでは「できるだけ早く待機児童解消を目指す」とのみ言及された。ただ、2015年に開始された子ども・子育て支援新制度のもとで保育サービス供給が大きく拡充され、待機児童も0～2歳枠に焦点化してきていることに加え、出生数の減少も続いていることから、保育無償化が0～2歳へと対象拡大されることがなければ、今後5年程度で待機児童問題は大幅に改善する可能性は高いだろう。

令和3年度における少子化社会対策大綱の推進に関する主な取り組みは、内閣府ホームページ上で概要が公開されている<sup>7</sup>。

また、日本では2020年冬から新型コロナウイルス感染症の拡大が見られ、日常生活、経済活動の広範にわたる大きな制約と影響が生じた。結婚・出生行動への影響も懸念されており、実際に厚生労働省が公表した「妊娠届数」を見ると、2019年に比べて減少したことが明らかになっている<sup>8</sup>。そもそも、日本は出産可能年齢の女性数が減少している局面にあるため、出生行動に大きな変化がなければ、自然と出生数は減っていくメカニズムが働いているが、さらに新型コロナウイルスの影響により結婚・妊娠を当面延期する行動が増えて、減少ペースを加速させている可能性がある。内閣府では、新型コロナウイルス感染症を踏

<sup>6</sup> 厚生労働省ウェブサイトの「新子育て安心プランについて」のページを参照。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15982.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15982.html)

<sup>7</sup> 「少子化社会対策大綱の推進について<令和3年度における主な取組」

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r021225/shoushika\\_taikou\\_b2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r021225/shoushika_taikou_b2.pdf)

<sup>8</sup> 厚生労働省子ども家庭局母子保健課の公表資料「令和2年度の妊娠届出数の状況について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15670.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15670.html)

また、子育て支援策の主な取組として、相談事業や就労支援、新規学卒者や高校・大学生への修学支援などがあることを掲げているが<sup>9</sup>、新型コロナウイルス感染症の結婚・出生行動への影響は今後ある程度の期間に及ぶことも十分考えられる。少子化傾向を加速しかねない新たなリスクファクターであるこの事態について、各種調査データを駆使して現状を把握し、対応していく必要があるだろう。

#### 4. 第4次大綱までの政策の到達点と今後の課題についての考察

##### 4-1 第4次大綱までの政策の重点課題の変遷と到達点

日本の少子化対策は1990年代から始まったが、図4で5年ごとに策定されてきた6つのプランを見ると、時々で注目された課題の変遷が見て取れる。合計特殊出生率の動きも参考情報として描いた。

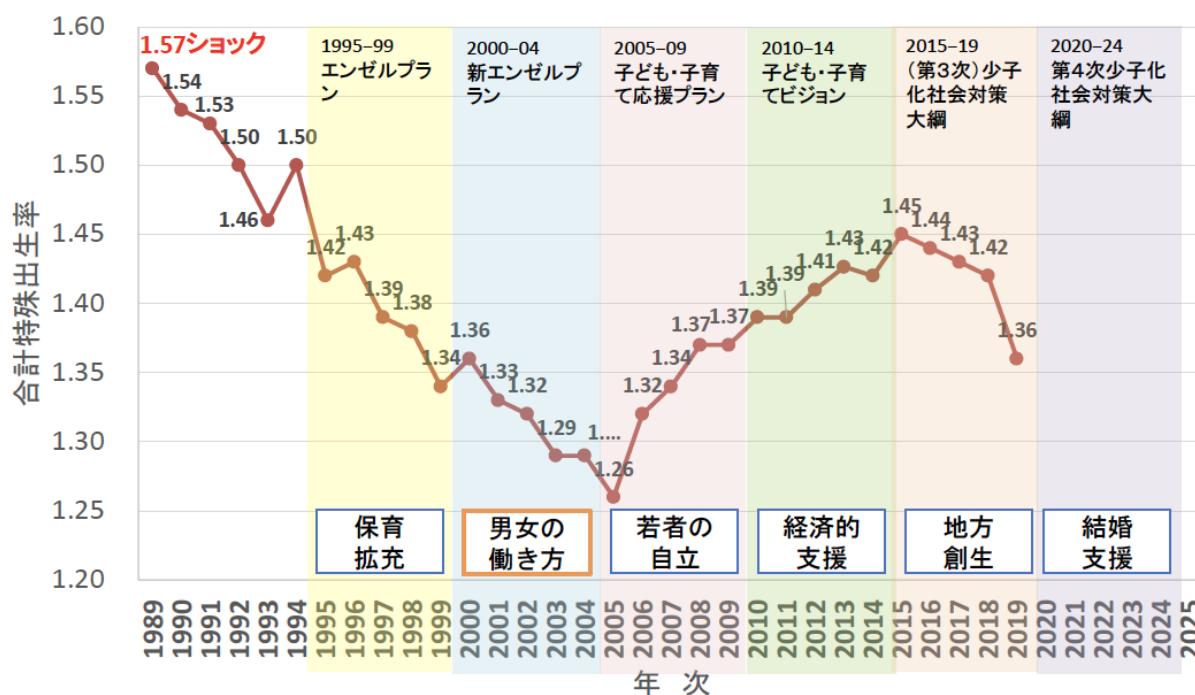


図4 日本の少子化対策・その重点課題と合計特殊出生率の推移

資料：厚生労働省『人口動態統計調査（確定数）』

最初の「エンゼルプラン」<sup>10</sup>（1995-99年度）策定時は、すでに仕事と家庭の両立、保育サービス、母子保健・小児医療体制、住宅・まちづくり、子育てコストといった少子化の基本的課題が認識されて記述されていたものの、予算も少なく、その中で中心的課題として取り組まれたのは、主に女性を念頭に置いた仕事と家庭の両立支援（育児休業制度など）と保育サービスの拡充であった。特に、予算は保育政策に重点的に配分され<sup>11</sup>、母親が安心して子どもを預けて仕事に出られる環境の整備が進められた。

<sup>9</sup> 「新型コロナウイルス感染症を踏まえた少子化対策の主な取組」（内閣府）

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r030224/corona\\_torikumi.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r030224/corona_torikumi.pdf)

<sup>10</sup> 正式名称は「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（平成6（1994）年12月16日4大臣（文部・公正・労働・建設）合意）  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/angelplan.html>

<sup>11</sup> 「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方（緊急保育対策等5か年事業）」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/hoiku-taisaku.html>

しかし、その後すぐに、少子化は「女性の仕事と家庭の両立困難」が原因であるという問題ではなく、日本社会における性別役割分業を基盤とした公私の場での男女の働き方こそが少子化を加速している、という視点が広く共有されるようになった。「新エンゼルプラン」<sup>12</sup>（2000-04年度）では、新たに固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正が重点課題の一つに挙げられ、女性の職域拡大やポジティブアクション、均等法周知などの啓発活動も施策に掲げられるようになった。

2000年代に入ると、1990年代後半から急速に社会問題化していた若年層の雇用環境の悪化（就職氷河期、非正規雇用者の急増など）が結婚行動に大きな負の影響を及ぼしているという議論が高まった。少子化対策でも「若者の自立支援」が大きな課題として挙げられ、2003年成立の「少子化社会対策基本法」に基づいて初めて策定された「少子化社会対策大綱」とその具体的実施計画である「子ども・子育て応援プラン」<sup>13</sup>（2005-09年度）では、大きな一つの柱として取り上げられた。また、引き続き、仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し、保育サービス拡充も中心的課題として進められ、この頃から少子化対策の中で「男性の家事・育児参画」というテーマも大きく取り上げられるようになった。

働き方の改革と保育サービス拡充を中心的な車の両輪として少子化対策を進めてきたが、2009年に自民党から民主党へと政権交代が起こり、その節目となった選挙で大きく取り上げられたテーマの一つが子育て世代への経済的支援であった。2010年には、中学生までの子どもを育てる家庭に、所得制限なしで子ども一人当たり13,000円の「子ども手当」の給付が実現した。子どもの貧困の問題への注目、高校の無償化なども目指され、子育て世代の経済的支援に大きく注目した「子ども・子育てビジョン」<sup>14</sup>（2010-14年度）が策定された。子ども手当は2年もたたずに所得制限ありの「児童手当」に戻り、一律給付ではなく年齢や出生順位で傾斜配分されるようになったものの、子ども手当以前の児童手当額よりは全体として大きくなり、これを機に子育て世代への現金給付は拡充されたと言える。

その後、再び自民党へと政権交代が起こったが、まずは民主党政権となる以前から一貫して議論されてきた保育サービス供給体制の見直しが進み、子ども・子育て支援3法の成立（2012年）を経て「子ども・子育て支援新制度」が2015年度より発足する運びとなった。また、2010年代に入り日本の総人口減少がデータとしても明確に示されるようになったことから、人口減少問題に注目が集まり、日本の総人口を一定程度維持することの重要性や、地方の人口減少への危機感が次々に表明された（経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会 2014、日本創成会議・人口減少問題検討分科会 2014がもっとも注目された報告・提言）。それらの議論を受け、まち・ひと・しごと創生法（平成26年法律第136

<sup>12</sup> 「少子化対策推進基本方針（平成11（1999）年12月17日少子化対策推進関係閣僚会議決定）」  
（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2_18.html)）のもと、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン、平成11（1999）年12月19日大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣合意）」

（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3_18.html)）が策定された。

<sup>13</sup> 「少子化社会対策大綱（平成16（2004）年6月4日閣議決定）」  
（[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/t\\_mokuji.html](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/t_mokuji.html)）のもと、「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について（子ども・子育て応援プラン、平成16（2004）年12月24日少子化社会対策会議決定）」

（[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/kodomoplan/p\\_mokuji.html](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/kodomoplan/p_mokuji.html)）が策定された。

<sup>14</sup> 第2次の少子化社会対策大綱であり、通称「子ども・子育てビジョン」と呼ばれる。詳細資料は、<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/family/vision/index.html> 参照。



号)の成立と「まち・ひと・しごと創生本部」の設置、そして創生法に基づく「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」(日本の人口の将来展望を示したもの)と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」(人口減少を緩和するための具体的施策を示したもの)が策定され、この「地方創生」の流れは少子化対策にも大きく影響した。2014年度末に策定された「第3次少子化社会対策大綱」<sup>15</sup>(2015-19年度)では、新しいテーマとして地方創生政策との連携が挙がり、少子化対策も地域特性に合わせた政策展開を行うという点が重視されていくようになった。この流れは第4次少子化社会対策大綱にもつながっている。

そして第4次少子化社会対策大綱では、これまで積み上げてきた「仕事と家庭の両立支援」「保育サービスの拡充」「若者の自立支援」「子育て世代への経済的支援」「地方再生の一手段としての地域特性に合わせた少子化対策」での諸施策について、時代の流れに沿って中身の充実を図る段階に到達したと言えるだろう。2010年代に入り注目され、第4次大綱でも大きく取り上げられている結婚支援も、最も有力な具体的手段としては雇用・労働政策における若年層の経済的自立支援である。これに出会いの支援としてAI技術の活用などが新たにつけ加わった。

これまでの少子化対策において、どのように施策分野が広がってきたかを一覧するものとして図5を作成した。少子化対策の項目としてはすでに考えうる分野はほぼ網羅されているとみられ、第4次大綱では、AIやICTなど科学技術の活用という項目以外は、大きく新規のものは加わっていない。あとはどの施策に重点的に予算をつけ、細かな改善をしながら推進していくかという段階に本格的に到達したと言えそうだ。重点化の方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題である。それに加え、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、経済的支援も拡充の方向にあると言えるだろう。

施策分野	エンゲルプラン	新エンゲルプラン	子ども・子育て応援プラン	子ども・子育てビジョン	(第3次)少子化社会対策大綱	第4次少子化社会対策大綱
雇用・職場環境、働き方の見直し、ワークライフバランス	○	○	○	○	○	○
労働時間	○	○	○	○	○	○
再就職支援	○	○	○	○	○	○
保育サービスの充実	○	○	○	○	○	●
放課後児童対策	○	○	○	○	○	○
地域の子育て支援	○	○	○	○	○	○
学校教育の充実	○	○	○	○	○	○
母子保健・小児医療体制	○	○	○	○	○	○
子育てのための住宅整備・生活環境づくり	○	○	○	○	○	○
子育てコストの軽減(教育費軽減含む)	○	○	○	○	○	○
多子世帯支援(独立項目化は第3次大綱から)	○	○	○	○	○	○
不妊治療支援		○	○	○	○	●
地域の教育環境の整備		○	○	○	○	○
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解		○	○	○	○	○
若者の経済的自立支援			○	○	○	○
要支援家庭対策			○	○	○	○
男性の家事・育児参画			○	○	○	●
子どもの貧困				○	○	○
結婚支援					○	○
祖父母による子育て支援の促進					○	○
結婚・妊娠・出産、子育ての情報提供と発信					○	○
結婚・子育て支援の雰囲気醸成					○	○
地域創生政策との連携					○	○
結婚・子育て支援でのICT・AI技術活用						○

図5 各少子化対策パッケージが包含する具体的施策分野

注：第4次大綱の赤丸は、策定後に重点的に推進されている施策(本文3-2参照)。

<sup>15</sup> 詳細資料は、<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/taikou2.html> 参照。

## 4-2 少子化対策の今後の課題

これまで見てきた通り、少子化対策にはこれまで 30 年にわたり指摘されてきた少子化の諸要因に関わる施策が積み上げられて構成されている。その結果、総花的であると揶揄される反面、考えうる限りの施策アイデアは詰め込まれているとも言える。問題は、これらの多くの施策の中から、どれが「より少子化の流れを変えるのに効果的か」を見極めることだが、近年の社会経済状況や様々な研究成果を見ると、「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産を阻害する大きなポイントとなっていると考えられる。雇用・所得の不安定化に対処するためには、日本社会を共働きでも暮らしやすい社会にすることが求められる。性別役割分業意識の見直し（分業否定ではなく、柔軟な男女役割観）、労働の時間・場所の制約を緩めた柔軟な働き方の浸透、非正規雇用の処遇改善が重要だ。また、これらの改革のためには、働く間安心して子どもを預けられる環境の整備として保育サービスの質・量の拡充と、意識面での変革として男女共同参画政策もこれまで以上に緊密にセットで進めていくこともポイントとなろう。個々の施策を超えて、少子化の根本原因となっている社会構造の変化を促すような施策の展開が求められている。

さらに、施策の一つとしてすでに挙げられているが、これまでそれほど大きく取り上げられていないものとして「妊婦や乳幼児とのふれあい体験」「多様な家族の形を知る機会の提供」「総合的な性教育」がある。これらの施策は、中長期的に少子化の流れを変えるものとして重要になっていくのではないか。日本では長年少子化が続き、少子化世代の人々が親になってきている。きょうだいや親族が少なく、成長過程で身近に妊婦や乳児がいた経験がない人が多く、少子・無子への抵抗感も薄れてきている。妊婦・乳幼児とのふれあい体験、パートナーシップや家族の形の多様性などを知る機会の提供、総合的な性教育の推進といった教育面での施策から、家族形成について若者が知ったり考えたりする機会を持つことが重要ではないだろうか。

また、日本では子どもの教育にかかる莫大なコストへの不安だけではなく、「エリート教育競争」に参加すべきという心理的プレッシャーも子育ての大きな負担になっていると考えられる。小学校受験や中学受験に参加するといった行動だけでなく、習い事をさせるかどうか、普段の生活でいかに綿密に教育的サポートができるか（宿題を見る、学習につまずかないよう常に子どもの能力を把握しフォローする、家庭での自主学習教材を手配するなど）など親は常に子どもの教育についてプレッシャーにさらされている。コスト面・心理面両方の教育投資への負担が少子化の一因であることは明らかだが、解決は難しい。公教育の充実、学歴（学校歴）社会の是正など、直接には少子化対策と分類できないような大きな教育政策と関連する課題である。少子化対策は、これまで雇用・労働政策、男女共同参画政策と密に連携してきたが、今後は教育政策との連携もより強めていく必要があるだろう。

### 参考文献

落合恵美子 (2013a) 「近代世界の転換と家族変動の論理—アジアとヨーロッパ」、『社会学評論』第 64 巻 第 4 号, 533–552 ページ。

落合恵美子編 (2013b) 『親密圏と公共圏の再編成：アジア近代からの問い』, 京都大学学術出版会。

経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会 (2014) 「未来への選択—人口急減・超高齢社会を超えて、日本発成長・発展モデルを構築 [これまでの議論の中間整理]」。

国立社会保障・人口問題研究所 (2021) 『人口統計資料集 2021』

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2021.asp?chap=0>

鈴木透 (2012) 「日本・東アジア・ヨーロッパの少子化—その動向・要因・政策対応をめぐって—」, 『人

口問題研究』第 68 巻第 3 号, 14-31 ページ。

鈴木透 (2016) 「東アジアの低出産・高齢化とその影響」, 『人口問題研究』第 72 巻第 3 号, 167-184 ページ。

鈴木透 (2019) 「東アジアの人口問題とその起源」, 『人口問題研究』第 75 巻第 4 号, 285-304 ページ。  
日本創成会議・人口減少問題検討分科会 (2014) 「ストップ少子化・地方元気戦略」  
(<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop03/prop03.pdf>)

Kohler, H.-P., Billari, F. C. and Ortega, J. A., 2002, “The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s”, Population and Development Review, 28(4), pp.641-680.

Lesthaeghe, R., 2010, “The unfolding story of the Second Demographic Transition”, Population and Development Review, 36(2), pp.211-251.

Matsuda, S., 2020a, Low Fertility in Japan, South Korea, and Singapore: Population Policies and Their Effectiveness, SpringerBriefs in Population Studies, Population Studies of Japan, Springer.

Tsuya, N.O., Choe, M.K. and Wang, F., 2019, Convergence to Very Low Fertility in East Asia: Processes, Causes, and Implications, SpringerBriefs in Population Studies, Population Studies of Japan, Springer.

Van de Kaa, D. J., 1987, “Europe’s second demographic transition”, Population Bulletin, 42(1), pp.1-59.

Zaidi, B. and Morgan, S. P., 2017, “The Second Demographic Transition Theory: A Review and Appraisal”, Annual Review of Sociology, 43, pp.473-492.

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「中国における人口問題と政策対応に関する研究」

研究分担者 佐々井 司 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

本研究は、中国における少子高齢化と都市化に関する定量分析、ならびに人口政策の動向とその効果の検証を目的としている。第一に、今日の中国における人口問題について少子高齢化と人口減少の現状分析を通じて、その社会的影響について考察を加える。次に、中国の人口動向を規定してきたと考えられる政策、主として計画生育と戸籍管理について、その歴史的経緯を改めて整理し、そのうえで現在進行する制度改革のもとで人口動向がどのように変容しているのかを考察、人口政策の効果を検証する。

今年度は、国連人口推計の結果等をもとに定量分析を主に行った。あわせて、既存研究のレビューにより定量分析の結果を補足した。中国の人口政策の近年の動向については各種公表資料をもとに整理を行った。

中国の少子化は急速に進み、現状の合計特殊出生率も人口置換水準を大きく下回る水準で推移している。そのため、中国の少子高齢化は極めて急速に進行しており、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が国内的な対応の難しさをともなっており、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

A. 研究目的

本研究は、中国における少子高齢化と都市化に関する定量分析、ならびに人口政策の動向とその効果の検証を目的としている。

第一に、今日の中国における人口問題について少子高齢化と人口減少の現状分析を通じて、その社会的影響について考察を加える。

次に、中国の人口動向を規定してきたと考えられる政策、主として計画生育と戸籍管理について、その歴史的経緯を改めて整理し、そのうえで現在進行する制度改革の

もとで人口動向がどのように変容しているのかを考察、人口政策の効果を検証する。

B. 研究方法

今年度は実地調査が困難であったことから、既に公表されている情報をもとに分析と考察を行った。

少子高齢化と人口減少の現状分析は、主として国連人口推計 (World Population Prospects, World Urbanization Prospects) の結果をもとに実施した。あわせて、中国統計年鑑等の統計資料を用いると同時に、



既存研究のレビューにより定量分析の結果を補足した。

中国の人口政策の近年の動向については各種公表資料をもとに整理を行った。

(倫理面への配慮)

本分析は、公表済みの統計資料・文献を用いるため、倫理審査に該当する事項はない。

### C. 研究結果

中国の少子化は急速に進み、現状の合計特殊出生率も人口置換水準を大きく下回る水準で推移しているとみられる。

国連人口推計(中位)によると中国の合計特殊出生率は、1960年代までの約6の水準から急速に低下し、90年代後半以降は1.6~1.7の水準で推している。今後出生率が1.7を上回る水準まで回復するという仮定のもと、総人口は2020年に14億3932万人、10年後の2031年には14億6442万人でピークを迎えその後減少に転じる。同仮定で16億5135万人(2059年)まで増加するとされるインドには2026~27年ごろ一位の座を譲ることになる。世界人口に占める中国の人口シェアは1973年に22.6%、2020年に18.5%であるが、2050年には14%台にまで低下するとみられている。

一方、生産年齢人口は2015年頃を境にすでに減少基調にある。1995年には全世界の生産年齢人口の約4分の1のシェアを占めていたが、現在20%強、2045年には15%を下回り、2085年に向けてさらに10%を切る可能性がある。

高齢化も進行する。総人口に占める65歳以上人口割合は1950年に4.4%であったが、2000年代の前半に7%を超え、2020

年12%、今後加速的に増加し2050年には今日の日本と同水準の26%に達した後、長期的には30%超の水準で安定する見通しである。中国では高齢者の長寿化が世界に比して進むことが見込まれている。100歳以上高齢者の30%が中国で暮らす可能性が示唆されている。

### D. 考察

中国政府が公表する近年の出生率は実態よりも高いと指摘する向きもある。国連人口推計は原則公表値をもとに展開されており、その信憑性には課題があるものの、中国が急速な少子高齢化と人口減少に向かっていることを示すには十分な根拠となり得る。

少子高齢化と人口減少は中国国内における中国特有の社会問題とも密接に関連しており、計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

近年2人目の子の出生条件が大幅に緩和されるなか出生率の回復が期待されているが、現状では制度改革の明示的な効果がみられていないとされる。他方で、これまで実施されてきた計画生育は当初想定していなかった急速な人口高齢化と男児偏重の出生性比等の人口問題をもたらしている。

また、戸籍管理制度が段階的に緩和されつつあり、人口移動もより自由度を増す傾向にある。農村人口の減少を伴う都市化の進行は過疎・過密の問題を顕在化させており、今後中長期的に新たな社会問題を誘引することが懸念されている。

中国の少子高齢化と人口減少は、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。日本社会の今後にも少なからず影響を及ぼす課題であることから、引き続き学術的視点からの考察が重要となるであ

ろう。

#### E. 結論（今後の課題）

今年度は実地調査が困難であったことから、詳細な人口分析を行うために必要となる実態に即した統計の入手が極めて困難であった。また、近年の計画生育と戸籍管理に係る制度改革の詳細な情報についても十分に収集できたとは言えない。次年度以降、中国国内の人口研究者との交流も深めつつ、より信憑性と実効性のある分析に努めたいと考えている。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 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. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

「中国における人口問題と政策対応に関する研究」

佐々井 司

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

少子化  
人口移動（地域間移動）  
世帯・家族

plus

経済成長と財政、税制  
就業状況、雇用形態、健康状態、学歴・教育  
保険料に影響する（男女・年齢別の個人所得）

【中国の人口管理】計画生育、戸籍管理

計画生育  
→ 緩和から自由化へ

戸籍管理（家族＞世帯＞住宅）  
→ 人口移動の実態に応じて改革

表 5-1 一人っ子政策の仕組み（主柱：晩婚・晩産・少生・稀・優生）

法律・条例名	規制内容
憲法（82年12月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国家は計画出産を推進して人口増加を経済社会発展計画に適合させる</li> <li>・計画出産の義務</li> <li>・扶養の義務と婚姻の自由</li> </ul>
婚姻法（80年9月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画出産の義務</li> <li>・結婚年齢制限（男22歳、女20歳以上）</li> <li>・婿入りの実験・姓の自由</li> <li>・夫婦別姓・離婚・優生</li> </ul>
母子保健法（94年10月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・婚前検査 ・遺伝相談</li> <li>・産前診断 ・母子健康保健</li> </ul>
人口・計画出産法（2001年12月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの「一人っ子政策」を国の法として正式化</li> <li>・超過出産費を「社会扶養費」と名称変更し、国庫に上納</li> </ul>
各地区の計画出産条例 （92年4月までにチベットを除く29地区で制定 済み 何度かの改定）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結婚年齢の上乗せ（都市：男27歳、女25歳 農村：男25歳、女23歳）</li> <li>・1夫婦子ども1人の宣言をして、一人っ子証を受領 〔2人以上は特定の条件を満たす夫婦のみ許され、出産間隔4年を経て、許可が必要〕</li> <li>・超過出産・計画外出産に対する経済制裁と処罰</li> <li>・人口目標管理責任制の実施</li> </ul>
賞罰制度	
一人っ子宣言実施の夫婦 優遇策（七優先）	非実施の夫婦（計画外出産） 罰 則
<ul style="list-style-type: none"> <li>・奨励金の支給</li> <li>・託児所への優先入所、保育費補助</li> <li>・学校への優先入学、学費補助</li> <li>・医療費支給</li> <li>・就職の優先</li> <li>・住宅の優遇配分、農村では宅地</li> <li>・退休金（年金）の加算と割り増し ※</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・超過出産費（多子女費とも）の徴収、夫婦双方賃金カット</li> <li>・社会養育費（託児費・学費）の徴収</li> <li>・医療費と出産入院費自弁</li> <li>・昇給昇進停止 〔社会扶養費〕の徴収する以外近年は若干の変更がある</li> </ul>

注：第2子出産条件など詳細は「17省・市・自治区計画出産条例の比較・推移表」若林敬子編、杉山太郎監訳『ドキュメント 中国の人口管理』筆記書房、1992年を参照  
 地区や都市・農村別、時期により、優遇策や罰則も一律ではない  
 ・「未成年者保護法」1991年9月  
 ・「婦女權益保障法」1992年4月  
 ・「婚姻法改正」2001年4月  
 ※2004年から一部農村地域で、計画出産を忠実に守った（一人っ子、あるいは女児2人をもつ）家族に対し、60歳から死去するまでの間、政府が毎年600元の年金支給を開始、農村一人っ子政策社会保障の試行。

出典：若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』ミネルヴァ書房、p126

表 5-2 各地区の計画出産条例による第2子出産規定

対象	出産規定	実施地区
都市	国家幹部、職員労働者、都市住民は1夫婦あたり子ども1人。以下の場合には第2子を許可 1) 第1子が非遺伝性の身体障害者で働けない場合 2) 夫婦双方がともに一人っ子 3) 結婚後5年以上不妊で、養子ももらってからの妊娠 4) 夫婦双方が帰国し定住している華僑	全国各地区ほぼ共通
農村	I 第2子は所定条件により、厳格に許可。第2子の割合を10%以内に抑える	北京、天津、上海、四川、江蘇
	II 第1子目が女兒の場合、出産間隔は4～5年。母親が28歳以上	河北、内蒙古、山西、遼寧、吉林、黒龍江、浙江、安徽、福建、江西、山東、河南、湖北、湖南、広西、貴州、陝西、甘肅
	III 第1子が男女を問わず、第2子の出産を許可	寧夏、雲南、青海、広東、海南
少数民族	I 転入した少数民族に対し、転入前の居住地から第2子出産許可を得ており、すでに妊娠している	北京、天津、上海
	II 都市と農村を問わず、夫婦双方が少数民族	河北、山西、内蒙古、吉林、黒龍江、安徽、福建、山東、広西、雲南、貴州、陝西
	III 都市と農村を問わず、夫婦双方のどちらかが少数民族	寧夏、青海
	IV 夫婦双方が少数民族で、どちらかが農民。または夫婦のどちらかが少数民族で双方が農民	遼寧、湖南

注：チベット自治区についてのみ条例はつくられていない、1987年以来制限はない。2002年時点ではチベット自治区のみ新しい条例の作成予定はない。  
 出所：馮国平・郝林娜「全国28個地方計画生育条例綜述」『人口研究』1992年4期より作成

出典：若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』ミネルヴァ書房、p130

## 「計画生育」に関する研究資料

若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』  
小浜正子（2020）『一人っ子政策と中国社会』

### 【規制緩和の流れ】

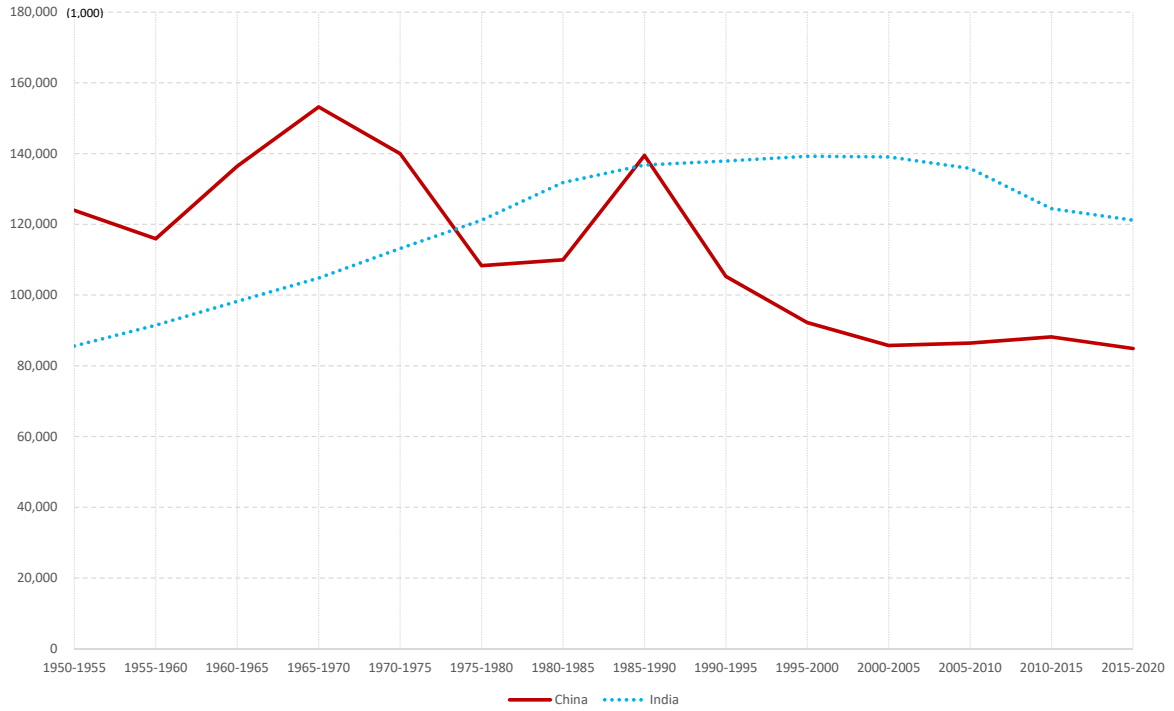
- 2001年 「人口・計画生育法」
- 2003年 「国家計画生育委員会」→「国家人口・計画生育委員会」
- 2013年 夫婦どちらかが一人っ子の場合の第2子出産を承認
- 2016年 「人口・計画生育法」改訂：第2子出生の合法化

### 【計画生育に起因する課題】

- ・人口高齢化
- ・若年労働力の不足懸念
- ・“小皇帝”と「4 2 1家庭」
- ・“黒孩子”と男女性比の歪み
- ・“失独家庭”
- ・2013年『改正高齢者権益保障法』

※少子化を加速させる要因  
(未婚化、住宅事情、大卒者の就職……)

## 出生数の推移



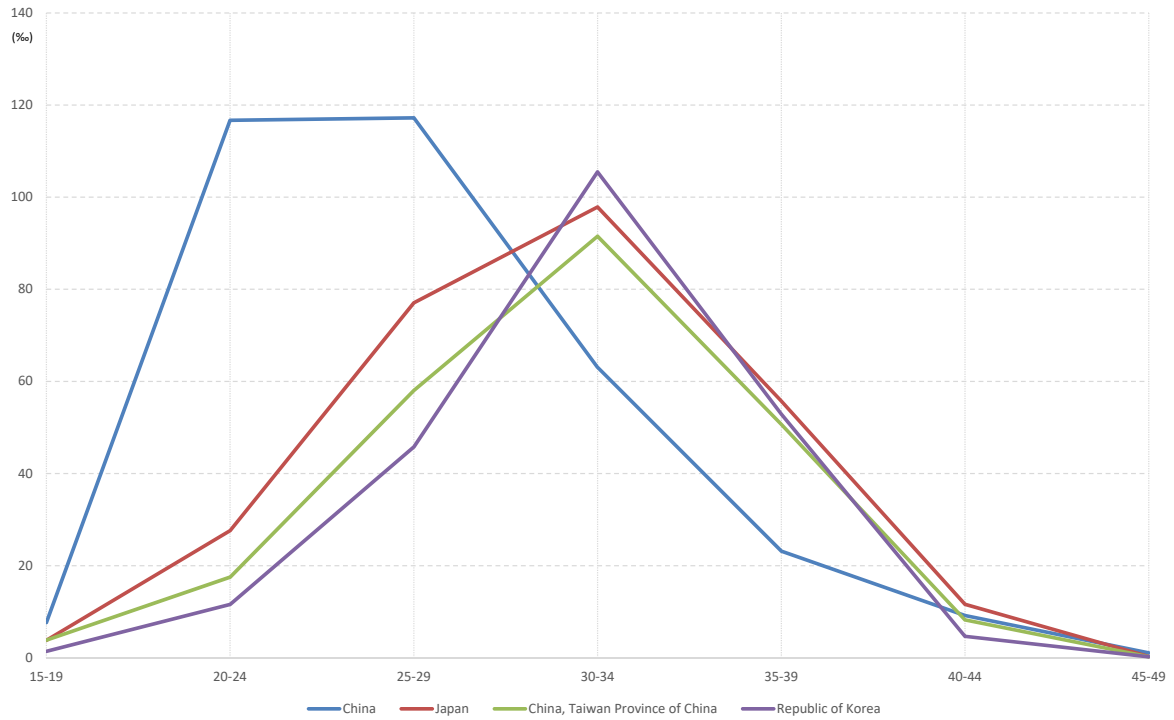
UN Population Prospects 2019.

## 中国の合計特殊出生率



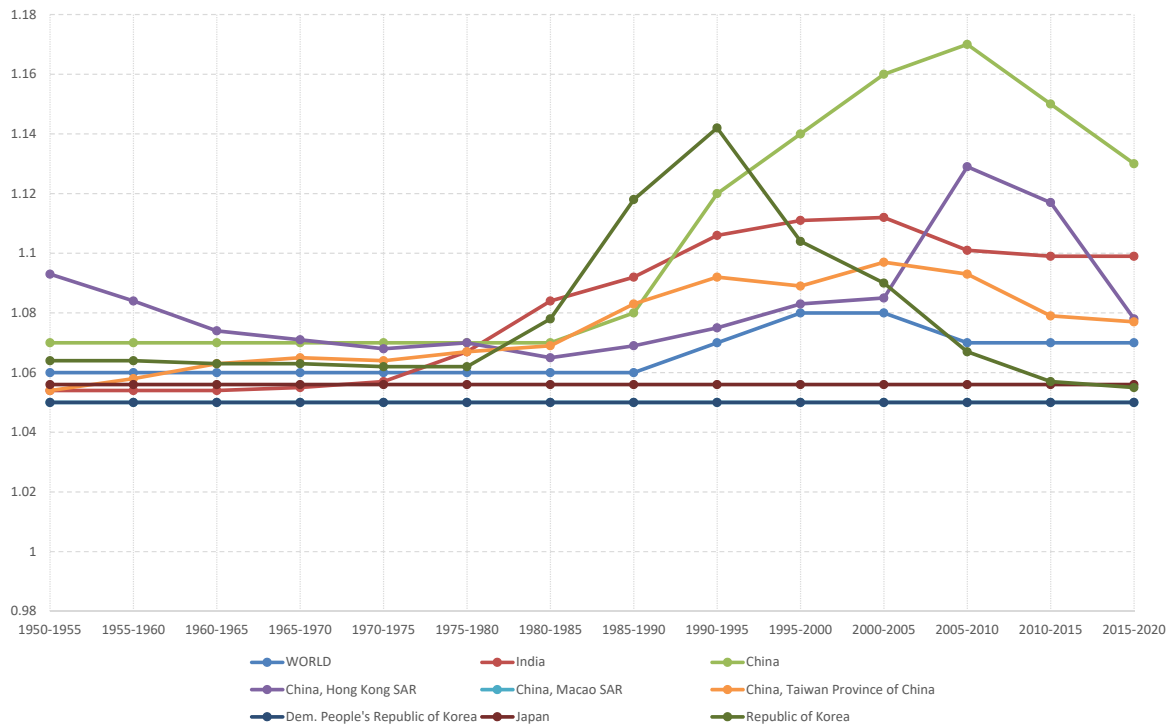
UN Population Prospects 2019.

### 年齢別出生率 (2015~2020)



UN Population Prospects 2019.

### 出生性比 (2015~2020)



UN Population Prospects 2019.



## 中国の戸籍制度と国内人口移動

household registration system and internal migration in China

『食料資源と人口』p.38  
『人口問題と人口政策』  
p.330 『出生促進政策  
と出生抑制政策』p.332

中華人民共和国（中国）は、社会主義体制のもと国民の生活水準の向上を目標に経済発展を目指してきた。中国の戸籍制度は、計画生育政策（母体保護、子どもの健全育成、家計の安定、生活水準の向上等を目的として行われる出生管理政策）と併せて経済発展を達成するための基盤として人口政策の一翼を担ってきた。

●「戸口」：中国の戸籍制度とは 中国には戸口と呼ばれる戸籍制度がある。戸口とは住戸および人口の総称で、日本における戸籍と住民登録の機能を併せもつ。「中華人民共和国戸口登録条例」が1958年に公布されて以降、中国国民の生活はこの法律のもとにある。出生登録を機に戸口がつくれ、就学や就職、結婚、住所の変更、および死亡など、異動を伴うライフイベントが発生するたびに公的な登録機関への届け出が必要となる。戸口の登録内容と実態が異なると公的な施設やサービスの利用ができない。出産許可、学校等への入所・入学、通院・入院、住宅や食糧等の分配など、戸口所在地でなければ提供されない。日本の戸籍との大きな違いは、戸口上の登録内容の変更が自由にできないことにある。住所地の移動でいえば、戸口が農村にある者が都市に移転する場合、都市労働部門の採用証明書、学校の入学証明書、または都市における戸口登録機関の転入許可証明書を提示して、農村常住地の戸口登録機関に転出手続きをしなければならない。また、常住地の属する市・県の範囲外の都市に三日以上滞在（暫住）する場合、本人または暫住地の管理・責任者が公安で「暫住登録」をしなければならない。再び都市を離れるときは暫住登録を抹消するための申請をしなければならない。そのため、とりわけ農村に戸口をもつ者は都市に住むことはいうまでもなく、短期間滞在することさえ制限された。この厳格な規制により中国における人口移動は半強制的に抑制されてきた。このような条例ができた背景には、建国直後のいまだ発展途上の中国において無宿・無職者が都市にあふれることを防ぎ、逆に都市に十分な食糧と資源の供給ができるよう労働力を農村につなぎとめる必要性があったことなどがあげられる（若林 2005）。

●中国における人口移動の歴史 『中国統計年鑑』によれば、1949～57年は人口移動が急速に増加した時期とされ、この9年間に1665万人が農村から都市に流入したと推計されている。その後、1950年代後半から70年代にかけて「人民公社」の設立、「大躍進」「文化大革命」が展開されるなど、政策的に人口移動がコントロールされる時代を経る。そして、80年代に入り「改革開放」政策が展開されるようになると都市と農村のあらゆる生活環境面での格差が顕在化し、農村でも「人民公社」が正式に廃止、都市では公的な許可がなくともお金さえあれば日

常必需品の多くが市場を通じて入手できるようになった（馮 2009）。そして、戸口制度にとらわれることなく農村から都市に移動する人口が急増した。統計上でも戸口所在地と実際の居住地が分離する人口の増加が確認されており、その多くが農村戸口のまま都市で単純労働に従事しているとみられる。現住地が登録と異なる人口は、1982年657万人、1990年2135万人、1995年8000万人、2000年1億229万人（若林・斎 2012）、そして2010年には2億2100万人と推計されている（数値は人口センサス等の調査結果より）。政府の管理を超えて激増する人口移動は、80年代半ばに「盲流」（盲目的な人の流れ）、90年代初期からは「民工潮」（出稼ぎ労働を目的とする農村から都市への大規模な人口移動）と呼ばれ、この現象に対する国内の評価にも変遷が読みとれる。

都市問題の発生や戸口制度の形骸化などが懸念される中、中国政府は既存の厳格な農村・都市の二元的戸口制度を緩和しつつ法的な実効性は担保する方向で段階的に変更を加えている。都市と農村の中間的な位置づけの小城鎮（小都市）を中心に「郷鎮企業」（農村における非農業事業）の建設を促進し、農村住民の移住を誘導する政策もその一環ととらえることができる。

●人口流動化と戸口制度の課題 一方、都市戸口を取得しないまま都市で生活を続ける人口が増加することで新たな課題が生じている。都市戸口をもたない子どもは、乳幼児期の医療や生活保障などの行政サービスを受けにくく、公的に認可・認証された保育や教育を受ける資格ももたない。そのため、民間機関や個人が非公式に運営するサービスを利用することになる。現在、上海市や北京市などでは「民工子弟学校」の取り組みが注目を集めているが、根本的な解決策とは言いがたい。「黒孩子」と呼ばれる無戸口児童に至ってはさらに深刻な状況にあると考えられる。（両）親が都市に出て働き、子どもだけが農村の戸口所在地に他の親族等とともに暮らすといった「留守児童」世帯も報告されている。さらに、農村戸口しかもたない者は都市において社会保障を受ける権利ももたないことから、労働者であっても困難な生活を強いられるリスクが高い。他方、年老いた親を農村に残したまま子ども夫婦が都市に出てしまうことで、「空巣家庭」と呼ばれる、単身高齢者または高齢夫婦のみの世帯が農村において増加していることも社会問題視されている。

移動の自由化が不可避の状況下で、戸口制度の形骸化は、既存の出生管理や今後新たに全国展開が見込まれる医療・年金・介護等の各種保険制度にも多大な影響を及ぼす。戸口制度によって人口移動をコントロールするという一種の人口政策は大きな転換期を迎えているといえる。また、地域間格差、とりわけ都市・農村間格差への対応は、地理的、歴史的に中国が抱えている特殊課題でもある。安定社会の構築に向けて今後の動向が注目される。 【佐々井 司】

### 「中国の戸籍制度と人口移動」に関する資料

厳善平（2010）『中国農民工の調査研究』  
馮文猛（2009）『中国の人口移動と社会的現実』

目的：人口移動をコントロール

経済成長のための地域人口分布、人口構造  
地域間人口の補完関係

← 産業構造・就業状況、住宅事情

2014年

中国国務院「關於進一步推進戸籍制度改革の意見」（戸籍制度改革の更なる推進のための意見）  
“2020年までに都市戸籍と農村戸籍を合わせた居民戸籍（住民戸籍）に統一する改革方針”大卒で40歳未満であれば都市の戸籍を取得できるなどの緩和

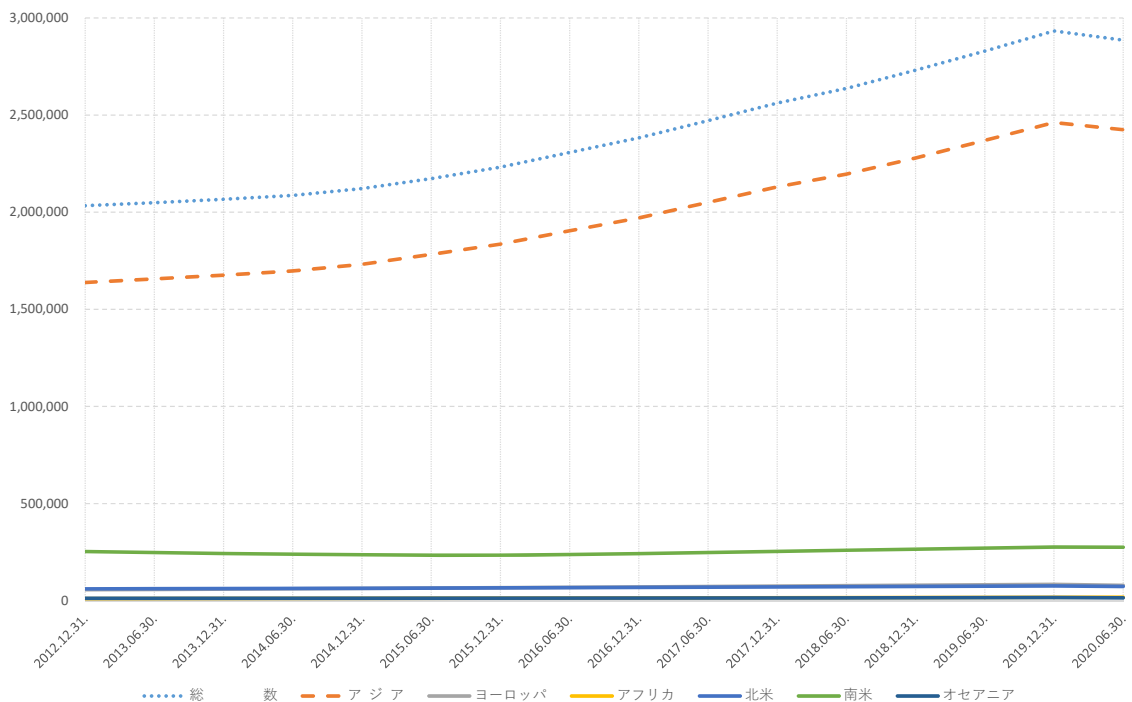


## 中国人口研究への問題提起

中国の人口変動が日本社会に及ぼす影響  
“補充移民”としての中国人口  
←中国における労働力需給  
中国における消費構造の変化

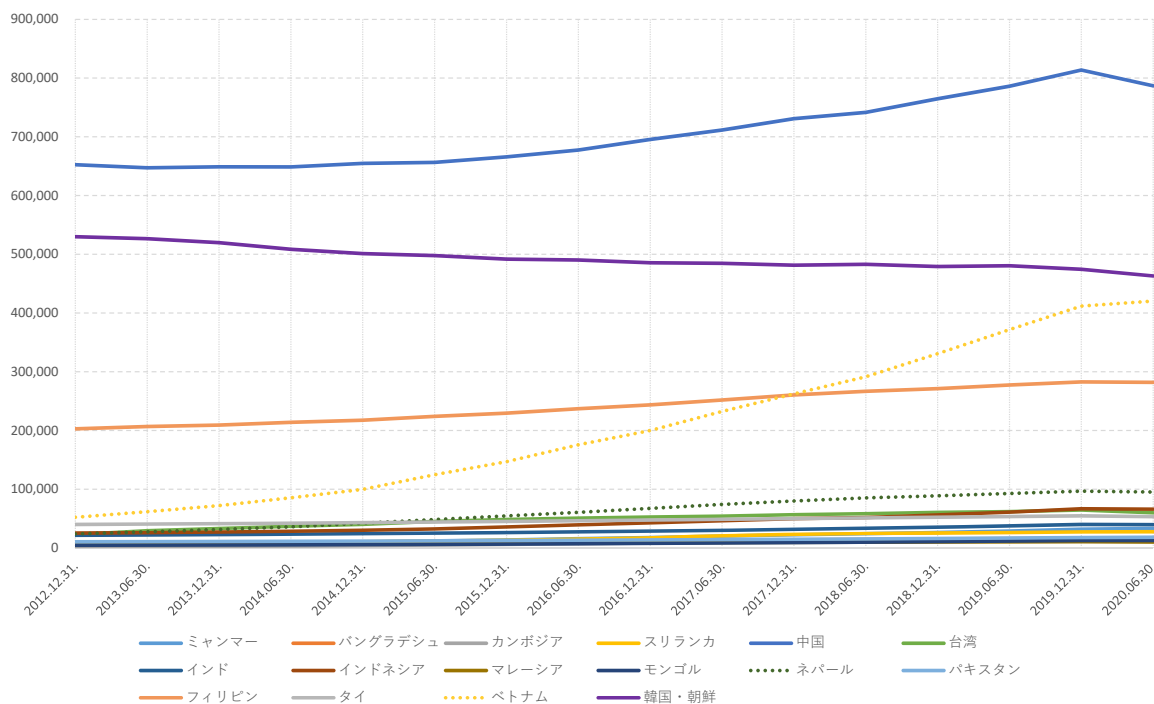
中国人口の行方  
少子高齢化と人口減少という課題  
※ 少子化、人口移動（地域間）、世帯・家族

## 在留外国人



出所：「在留外国人統計」

## 在留外国人（アジア諸国）



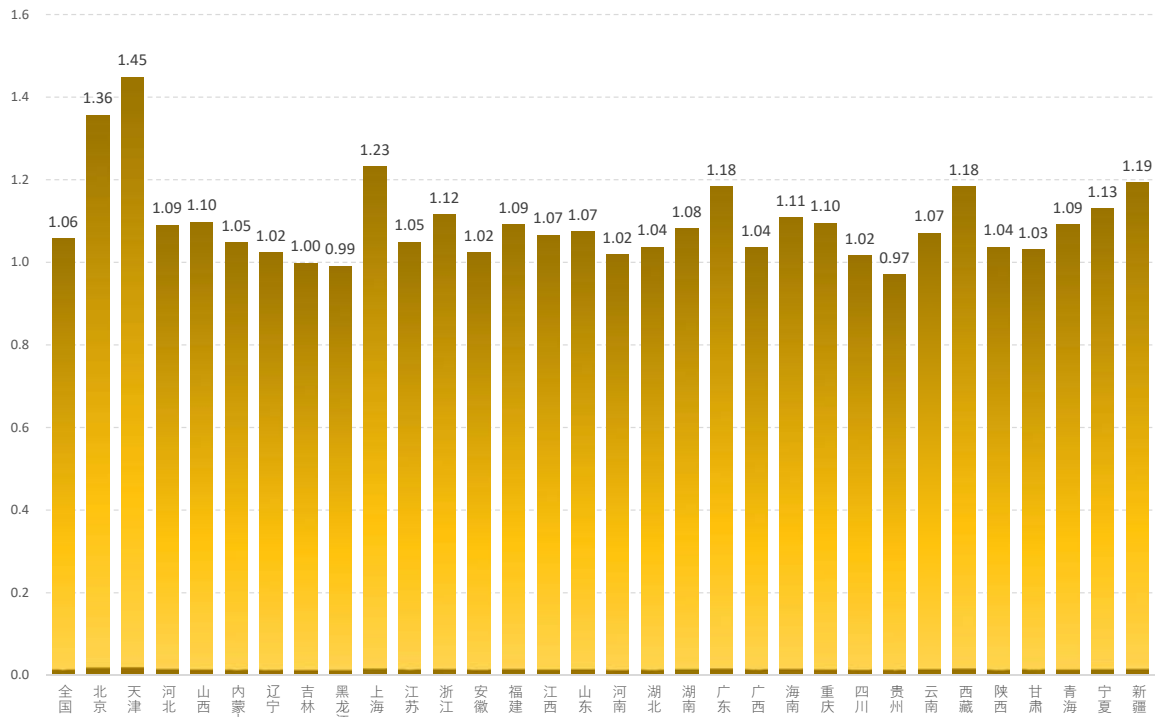
対日本人口0.5以上(y2020)	y1990	y2005	y2020	/Japan's	2005→20	TRF2015-2	Net Repro.	y1990→20	TRF1985-1	Net Repro
Ethiopia	47,888	76,346	114,964	0.909	1.51	4.30	1.91	1.59	7.37	2.44
Democratic Republic of the Congo	34,612	54,786	89,561	0.708	1.63	5.96	2.47	1.58	6.71	2.32
Nigeria	95,212	138,865	206,140	1.630	1.48	5.42	2.08	1.46	6.60	2.19
Turkey	53,922	67,903	84,339	0.667	1.24	2.08	0.99	1.26	3.39	1.44
Bangladesh	103,172	139,036	164,689	1.302	1.18	2.05	0.96	1.35	4.98	1.94
India	873,278	1,147,610	1,380,004	10.911	1.20	2.24	1.002	1.31	4.27	1.64
Iran (Islamic Republic of)	56,366	69,762	83,993	0.664	1.20	2.15	1.03	1.24	5.62	2.46
Pakistan	107,648	160,304	220,892	1.747	1.38	3.55	1.54	1.49	6.30	2.48
China	1,176,884	1,330,776	1,439,324	11.380	1.08	1.69	0.78	1.13	2.73	1.23
Japan	124,505	128,326	126,476	1.000	0.99	1.37	0.66	1.03	1.65	0.79
Indonesia	181,413	226,289	273,524	2.163	1.21	2.32	1.09	1.25	3.40	1.46
Philippines	61,895	86,326	109,581	0.866	1.27	2.58	1.20	1.39	4.53	2.02
Thailand	56,558	65,416	69,800	0.552	1.07	1.53	0.73	1.16	2.30	1.06
Viet Nam	67,989	83,833	97,339	0.770	1.16	2.06	0.94	1.23	3.85	1.73
Mexico	83,943	106,005	128,933	1.019	1.22	2.14	1.02	1.26	3.75	1.72
Brazil	149,003	186,127	212,559	1.681	1.14	1.74	0.83	1.25	3.14	1.41
Russian Federation	147,532	143,672	145,934	1.154	1.02	1.82	0.87	0.97	2.12	1.00
United Kingdom	57,134	60,288	67,886	0.537	1.13	1.75	0.85	1.06	1.84	0.88
France	56,667	61,120	65,274	0.516	1.07	1.85	0.90	1.08	1.80	0.87
Germany	79,054	81,603	83,784	0.662	1.03	1.59	0.77	1.03	1.43	0.69
United States of America	252,120	294,994	331,003	2.617	1.12	1.78	0.86	1.17	1.91	0.92
WORLD	5,327,231	6,541,907	7,794,799	61.630	1.19	2.47	1.10	1.23	3.44	1.44
More developed regions	1,145,508	1,209,215	1,273,304	10.068	1.05	1.64	0.79	1.06	1.81	0.87
Less developed regions	4,181,723	5,332,692	6,521,494	51.563	1.22	2.59	1.15	1.28	3.90	1.61
Nepal	18,905	25,745	29,137	0.230	1.13	1.93	0.89	1.36	5.33	1.98
Sri Lanka	17,326	19,545	21,413	0.169	1.10	2.21	1.07	1.13	2.64	1.22
China, Hong Kong SAR	5,728	6,770	7,497	0.059	1.11	1.33	0.64	1.18	1.36	0.65
China, Macao SAR	344	483	649	0.005	1.34	1.20	0.58	1.40	2.00	0.95
China, Taiwan Province of China	20,479	22,706	23,817	0.188	1.05	1.15	0.55	1.11	1.77	0.83
Dem. People's Republic of Korea	20,293	23,904	25,779	0.204	1.08	1.91	0.90	1.18	2.36	1.08
Republic of Korea	42,918	48,701	51,269	0.405	1.05	1.11	0.54	1.13	1.57	0.71
Malaysia	18,030	25,691	32,366	0.256	1.26	2.01	0.96	1.42	3.67	1.72
Myanmar	41,335	48,950	54,410	0.430	1.11	2.17	0.997	1.18	3.78	1.55
Singapore	3,013	4,266	5,850	0.046	1.37	1.21	0.58	1.42	1.70	0.81

海外在留邦人（令和元(2019)年10月1日現在）

	地域	国(地域)名	全体集計	長期滞在者	永住者	(%)	累積
1	Ⅲ 北米	米国	444,063	233,058	211,005	31.5	31.5
2	I アジア	中国	116,484	112,533	3,951	8.3	39.7
3	Ⅱ 大洋州	オーストラリア	103,638	44,712	58,926	7.3	47.1
4	I アジア	タイ	79,123	77,357	1,766	5.6	52.7
5	Ⅲ 北米	カナダ	74,687	28,361	46,326	5.3	58.0
6	Ⅵ 西欧	英国	66,192	41,523	24,669	4.7	62.7
7	V 南米	ブラジル	50,491	3,980	46,511	3.6	66.3
8	I アジア	韓国	45,664	31,724	13,940	3.2	69.5
9	Ⅵ 西欧	ドイツ	44,765	32,735	12,030	3.2	72.7
10	Ⅵ 西欧	フランス	40,538	31,762	8,776	2.9	75.6
11	I アジア	シンガポール	36,797	33,506	3,291	2.6	78.2
12	I アジア	マレーシア	26,701	24,702	1,999	1.9	80.1
13	I アジア	台湾	25,678	21,730	3,948	1.8	81.9
14	I アジア	ベトナム	23,148	22,828	320	1.6	83.5
15	Ⅱ 大洋州	ニュージーランド	22,047	11,075	10,972	1.6	85.1
16	I アジア	インドネシア	19,435	18,297	1,138	1.4	86.5
17	I アジア	フィリピン	17,753	11,872	5,881	1.3	87.7
18	Ⅵ 西欧	イタリア	14,937	9,875	5,062	1.1	88.8
19	Ⅳ 中米	メキシコ	12,600	9,848	2,752	0.9	89.7
20	Ⅵ 西欧	スイス	11,734	5,723	6,011	0.8	90.5
21	V 南米	アルゼンチン	11,519	586	10,933	0.8	91.3
22	Ⅵ 西欧	オランダ	10,607	8,409	2,198	0.8	92.1
23	I アジア	インド	10,294	9,983	311	0.7	92.8
24	Ⅵ 西欧	スペイン	9,475	6,344	3,131	0.7	93.5
25	Ⅵ 西欧	ベルギー	6,074	4,342	1,732	0.4	93.9
		合計	1,410,356	891,473	518,883	100.0	100.0

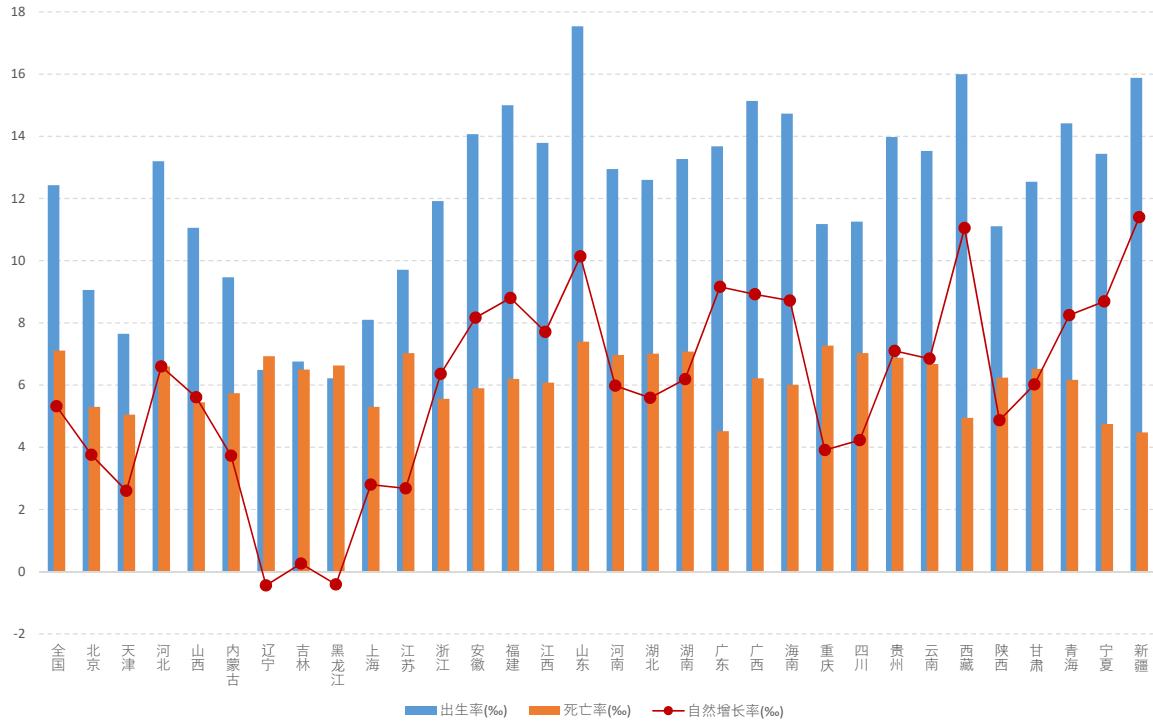
出所「海外在留邦人数調査統計（令和2年版）」

人口増加（2006～17年）



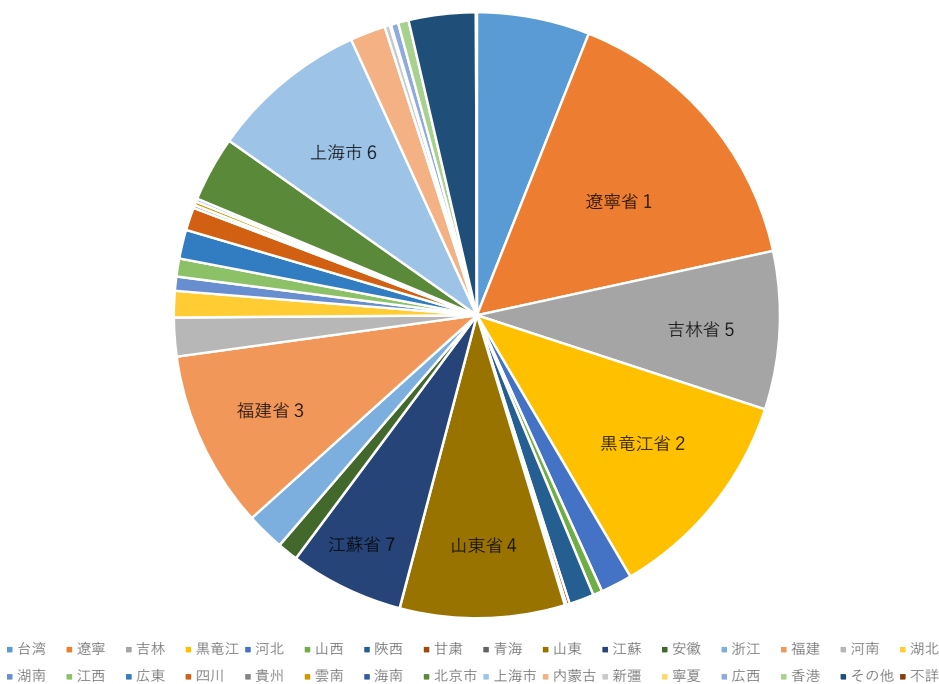
出所：中国統計年鑑2018

### 人口増加（2017年）



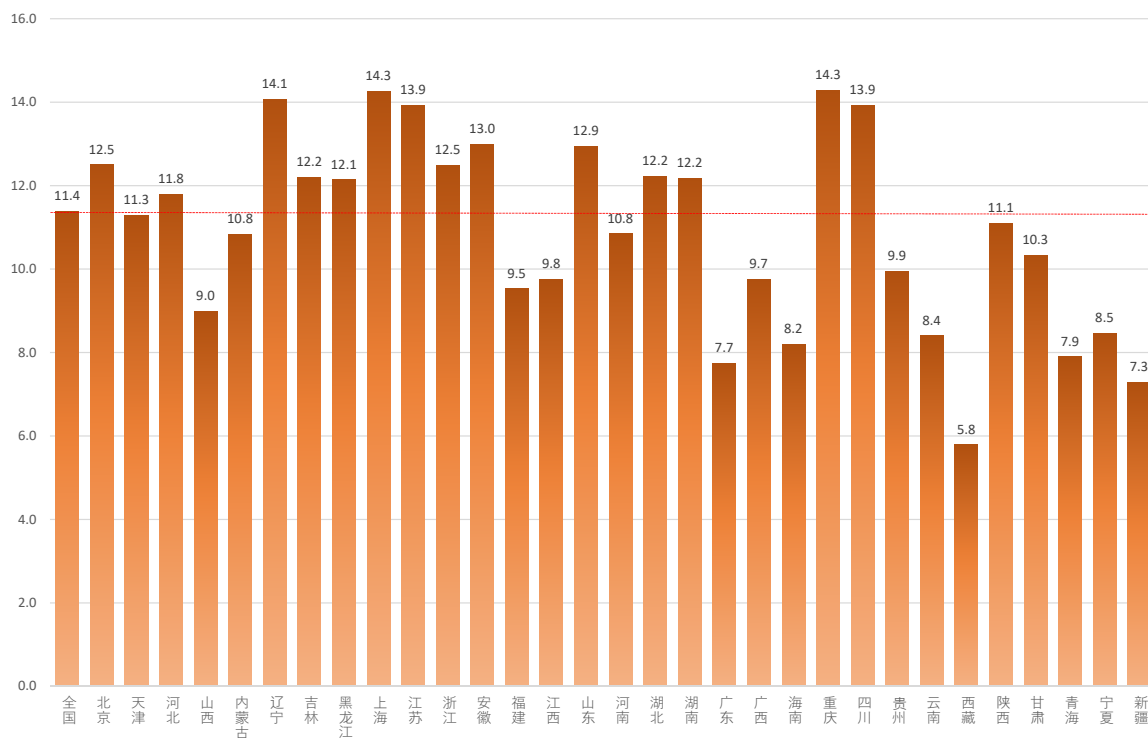
出所：中国統計年鑑2018

### 本籍別・外国人登録者（2011年）



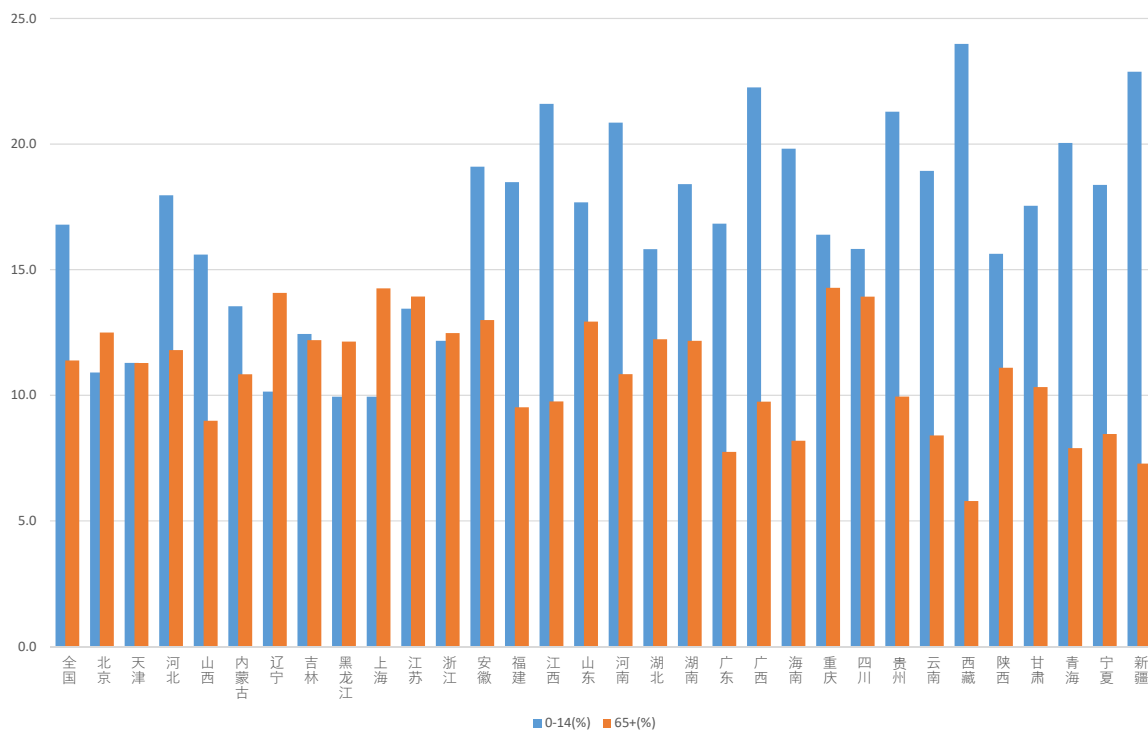
出所：登録外国人統計（2011年）

### 高齢者(65歳以上) 人口割合 (2017年)



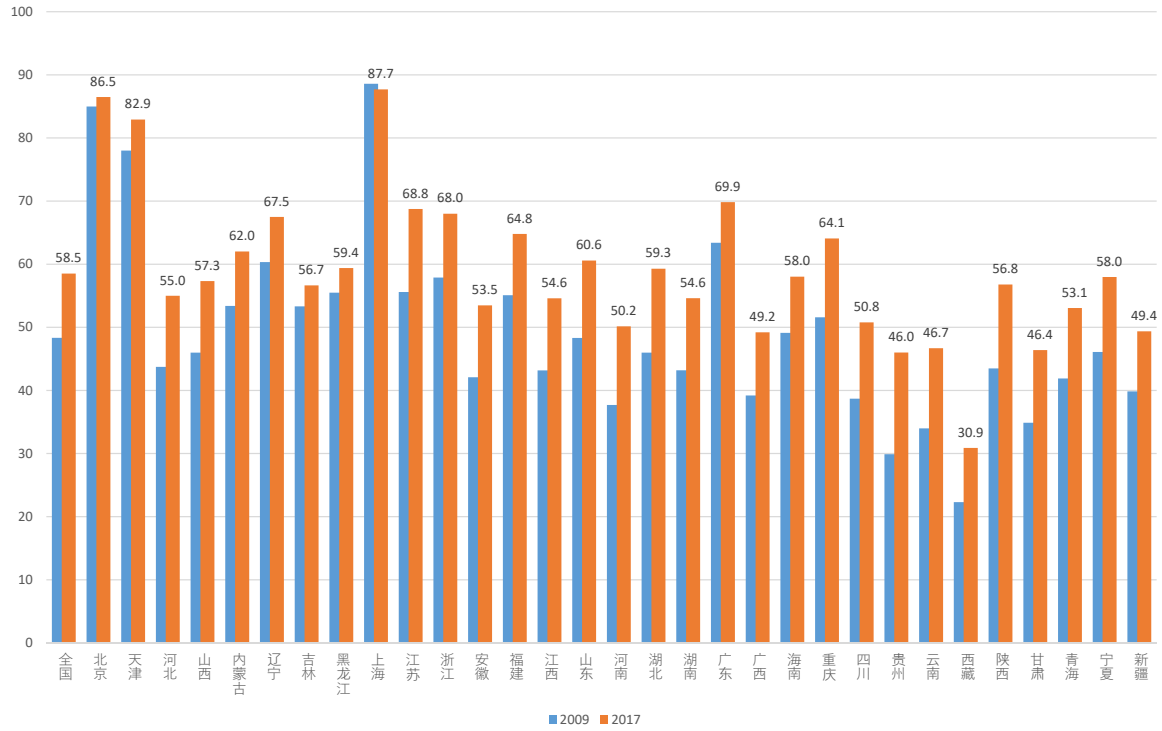
出所：中国統計年鑑2018

### 0~14歳、65歳以上人口割合 (2017年)



出所：中国統計年鑑2018

## 都市人口割合（2009、2017年）



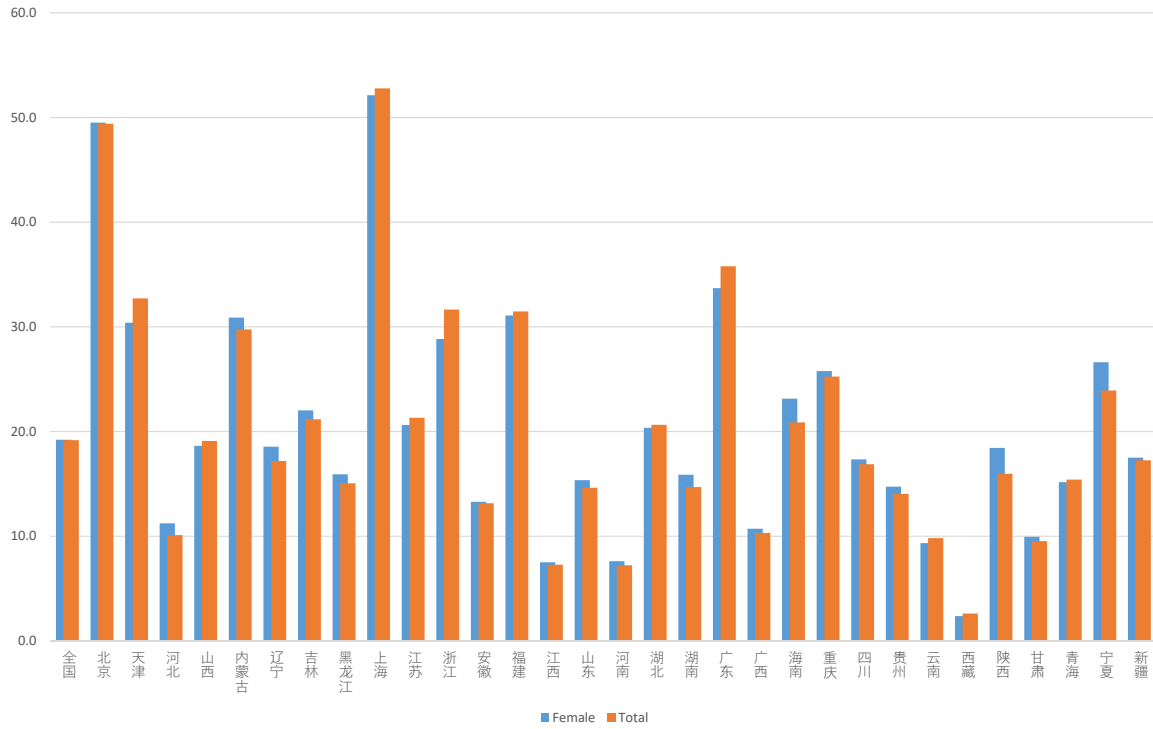
出所：中国統計年鑑2018

## 流動人口

年次 Year	(単位：億人)	
	人戸分離人口 (Population of Residence- Registration Inconsistency)	流動人口 (Floating Population)
2000	1.44	1.21
2005		1.47
2010	2.61	2.21
2011	2.71	2.30
2012	2.79	2.36
2013	2.89	2.45
2014	2.98	2.53
2015	2.94	2.47
2016	2.92	2.45
2017	2.91	2.44

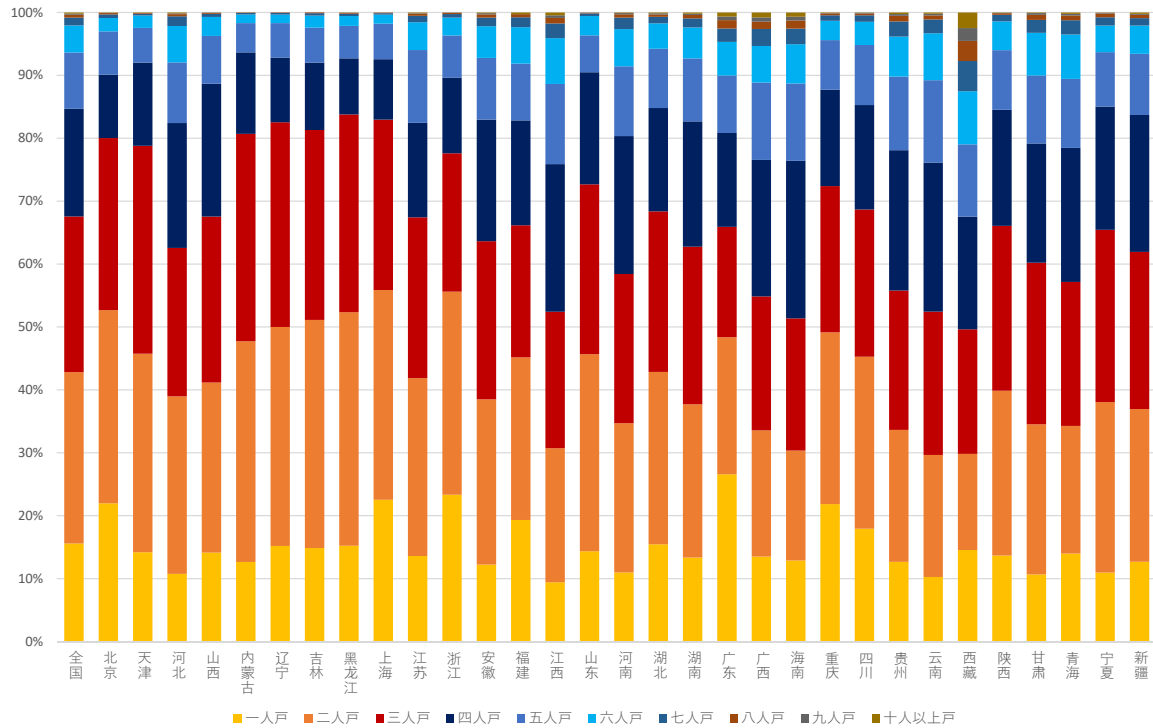
出所：中国統計年鑑2018

### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



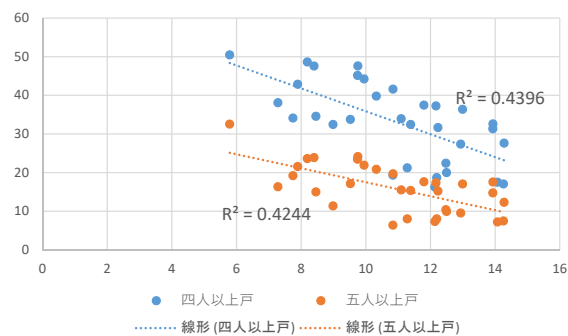
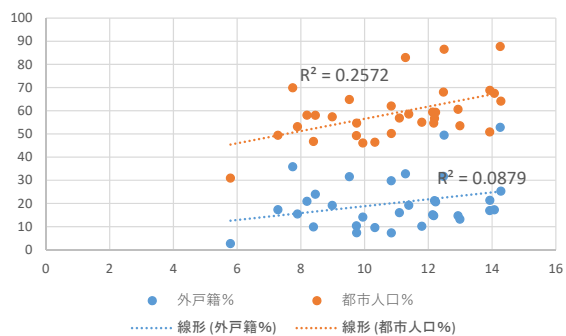
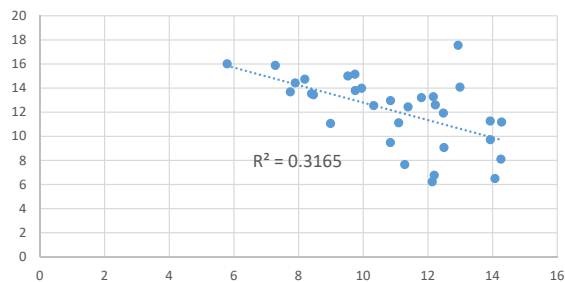
出所：中国統計年鑑2018

### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



出所：中国統計年鑑2018

出生率(‰)



中国の人口政策  
 計画生育、戸籍管理  
 地域別人口の推移からみた中国の課題

中国の人口変動と日本への影響

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

- 少子化
- 世帯
- 人口移動（地域間移動）
- ←共に住宅事情と関連
- plus
- 経済成長と財政、税制
- 就業状況、雇用形態、健康状態、学歴・教育
- 保険料に影響する要因（男女・年齢別の個人所得

中国人口に関する研究の視点  
 中国人口研究への問題提起

- 中国の脅威？
- 中国の人口変動が日本社会に及ぼす影響
- 中国国内の課題

国連人口統計等を用いた定量分析



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「国際比較からみた日本の出産サービスの特徴－予備的検討」

研究分担者 竹沢純子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

研究分担者は、本プロジェクトにおいて、日本の妊娠・出産・産後に関する社会保障制度（①出産サービス、②産休・育休中の所得保障）の特徴と課題について、東アジア及び先進諸国との比較を手がかりに考察することをテーマとしている。初年度においては、①出産サービスの国際比較からみた日本の特徴について、国内外の先行研究と国際比較データを基に予備的な検討を行った。

出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究は、各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿って各国の特徴の考察や類型化を行うものは見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015)の分析軸に沿って東アジア諸国(中国、韓国、台湾)の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向性とする。

つぎに、来年度以降に比較研究を進める準備として、Kennedy and Kodate (2015)が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点(正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係)について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について考察した。これらの指標においては日中韓の違いが明確に表れており、今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。さらにKennedy and Kodate (2015)では触れていないが日本の特徴と考えられる2点(妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金が現金給付形式であること)についてデータや文献を基に考察した。前者については出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因については今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前(1980年代以前)と少子化対策以後(1990年代以降)で出産給付が医療政策(健康保険)から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

## A. 研究目的

分担研究者は、本研究プロジェクトにおいて、日本の妊娠・出産・産後に関する社会保障制度（①出産サービス、②産休・育児中の所得保障）の特徴と課題について、東アジア及び先進諸国との比較を手がかりに考察することをテーマとしている。

初年度においては、国際比較からみた日本の出産サービスの特征について、国内外の先行研究と国際比較データを基に予備的な検討を行った。

## B. 研究方法

文献研究、公表データを用いた分析を行った。

## C. 研究結果及びD. 考察

本稿では国際比較からみた日本の特徴についての予備的な検討として、次の2点を実施した。

第1に、出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究をレビューし、それらを踏まえた本研究の分析枠組みの設定と今後の分析の方向性を定めた。

先行研究では各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿った分析は見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸に沿って東アジア諸国（中国、韓国、台湾）の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向

性とする。これらの比較分析の中で日本の特徴と課題について考察を進めるとともに、そこで明らかになった課題についてはさらに分析を深める計画である。

第2に、来年度以降に本格的に比較研究を進める準備として、国内外の先行研究と国際比較データを基に日本の特徴について予備的な検討を行った。

まず、Kennedy and Kodate (2015) が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点（正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係）について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について予備的に考察し、今後検討すべき点を抽出した。これらの指標においては日中韓の違いが明確であり今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。また、ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。

さらに Kennedy and Kodate (2015) では触れていないが日本の特徴と考えられる2点（妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金という現金給付であること）についてデータや文献を基に考察した。前者については OECD の診療種類別の保健医療支出データ等を基に出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて日本の妊娠、分娩及び産じょくの入院費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因につい

ては今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）で出産給付が医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

#### E. 結論

研究初年度においては、先行研究のレビューと国際比較データから日本の出産サービスについて国際比較からみた特徴について予備的な考察を行った。

その作業を通じて、比較の分析枠組みと分析の方向性を定めるとともに、いくつかの国際比較データから日本と東アジア諸国の比較から興味深い相違が確認された。加えて今後解明すべき重要な課題についても指摘することができた。

今後の課題として、国による違いが生じる理由の解明に向けて比較福祉国家論を中心とする文献収集や各国のヒアリングを行うことが挙げられる。また国際比較においては比較可能なデータの利用可能性が鍵を握るが、OECD や WHO 等の国際機関が公表するデータの種類は限られている。各国政府が行う妊娠出産に関わる基礎統計の収集、国際的に行われている社会調査や家計調査などの活用も視野に、分析軸に沿った国際比較可能なデータの探索をさらに進めていく。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし

##### 1. 特許取得

##### 2. 実用新案登録

##### 3. その他

# 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 –

竹沢 純子

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

わが国の妊産婦・新生児死亡率は極めて低く、周産期・新生児医療は世界のトップレベルにあるといわれる。しかし、死亡率のみをもって保健医療サービスの「質」を評価することは十分ではない。安全かつ効率的なサービスが産む女性と家族のニーズに応じて提供されているか〔ドゥブリーズ (2011) ,p.185〕、リプロダクティブヘルス・ライツ (性と生殖に関する健康や権利) 及びウェルビーイング (福祉) の観点からサービスの「質」に加えて「アクセス」「コスト」の面からも、総合的に評価すべきである<sup>1</sup>。これらの指標により先進諸国との比較で日本の保健医療サービスを評価した先行研究はあるが、保健医療サービスの下位制度である日本妊娠・出産に関わる保健医療サービス (以下、出産サービスという。) に焦点をあてた国際比較研究は見当たらない<sup>2</sup>。

一方、政治に目を向けると、菅政権下において少子化対策の一環として妊娠・出産に係る費用負担軽減に向けた動きが活発である。同政権の看板政策である不妊治療の保険適用拡大に加えて、与党議員の間で出産育児一時金の引き上げの動きがある<sup>3</sup>。これらの政策議論において国内の調査結果の活用もさることながら国際比較や海外の実証研究からのエビデンスを広く活用することにより、島崎 (2011) が指摘するように、日本の優位性や課題が明らかになり、視野を自国に限定すると既成観念にとらわれ斬新なアイデアが浮かびにくいという状況に一矢を投じる可能性がある。

このような出産サービスをめぐる国際比較研究の必要性とその政策利用の可能性を背景として、本分担研究では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題を明らかにすることを目的とする。研究の初年度においては、予備的な検討を行う。

構成は次のとおりである。2節で出産サービスの国際比較に関する先行研究をレビューしその分析枠組・分析軸を検討する。3節では Fukuzawa and Kodate (2015) が示した日本の出産サービスの内容とそこでの国際比較に関する記述をもとに、関連する国際比較データや文献を参照しつつ、わが国の特徴について予備的に考察する。最後にまとめと今後の課題を述べて結びとする。

## 2. 先進諸国における出産サービスの国際比較に関する先行研究

本節では出産サービスの国際比較研究として 2000 年以降に刊行された 3 文献 (De Vries et al. (2001)、松岡・小浜 (2011)、Kennedy and Kodate (2015)) をレビューし、本研究における分析枠組み及び分析

1 島崎 (2011) によれば、医療制度・政策の世界共通の目標 (評価基準) は WHO (2000) が示した①医療の質②アクセス③コストであり、この目標に照らし自国のパフォーマンスを諸外国と相対評価することができる。

2 WHO (2000) は「質」「アクセス」「コスト」の 3 つの観点に照らし日本の医療制度は世界一と評価している。島崎 (2011) は先進諸国との比較で見た日本の特徴について、低いコスト (対 GDP 比総保健医療支出) で高質の医療にアクセスできること、際立って多い病床数を少ない人口当たり医師数で担っていること、医療機器の台数が突出していることを挙げている。

3 菅総理は不妊治療の保険適用拡大を看板政策に掲げ、2021年1月から現行の助成制度を拡充し、22年4月からの保険適用開始が目指されている。加えて、自民党の議員連盟や公明党が出産育児一時金の引き上げを求める動きもあり、費用の実態を詳しく把握するための追加調査をした上で2022年度以降、引き上げを検討することが予定されている。

軸を検討する。

### (1) 文献の分析対象と概要

図1はILO102号条約（社会保障の最低基準）における出産給付とその関連費用の全体像を示している。上段は同条約に規定された出産給付（Maternity benefit）の定義とそれに該当する社会保障制度からの給付の日本の例、下段は同条約に明確に規定されていないが出産に関連する給付、右列は左列の給付に対応する自己負担分や家族や民間サービスによるケアの例を示している。

図1のうち橙色部分は現物給付（サービス）である。同条約において産前・分娩・産後ケアは医療の現物給付と規定されるが、日本の場合は正常分娩の費用が現物給付ではなく出産育児一時金として現金で給付されるため、現金と現物の両方にまたがる形で表している。以降、本稿ではこの現物給付部分を「出産サービス」と呼ぶ。

ILO102号条約における 出産給付の種類・定義		社会保障制度からの給付（日本の例）		自己負担/家族ケア （日本の例）
		社会保険	公費負担	
現金	妊娠・分娩に起因する法定労働停止を給付事由とする定期金	出産手当金 （標準報酬月額×2/3、産前産後14週間）		
	医療 （現物）	医師または有資格助産師による産前・分娩・産後ケアと必要な場合の病院への収容	出産育児一時金 42万円 ・正常分娩 ・12週以降の経済的理由ではない中絶と死産・流産の場合	出産育児一時金を超える正常分娩費 （無痛分娩等のオプション費）
			出産扶助（実費支給、上限あり）	保険適用外の超音波検査等の費用 保険適用外の出生前診断費
		帝王切開等の異常分娩 ・妊娠出産関連疾病の療養給付（3割自己負担）	妊婦健診（14回前後）	
【ILO条約に明確に規定されていない出産関連の給付】				自己負担/家族ケア（日本の例）
現物	家族計画・生殖補助医療に関する費用	一般不妊治療（うちタイミング指導）	保険適用外の不妊治療（人工授精、顕微授精、体外受精）に対する助成	保険・助成適用外の不妊治療費、避妊費用、中絶費用（11週以前、12週以降で経済的理由の場合）
現物	産前産後期の家族に対する支援		妊娠・出産包括支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、両親学級	産前産後サポート（里帰り出産、民間サービス）助産師母乳ケア
現金	育児休業中の所得保障	育児休業給付		

図1 先行研究の対象

#### ① De Vries et al. (2001)

図1の水色点線囲み部分はDe Vries et al. (2001)が扱う範囲である。同書は産前・分娩・産後ケアについて、北米2カ国（アメリカ、カナダ）と欧州7カ国（イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン）の計9か国うち、各章の内容を論じるに適した数か国を取り上げて比較している。日本を含むアジア諸国は比較対象に含まれていない。

同書は国際比較の明確な分析枠組みは設けていないものの、マクロ、メゾ、ミクロの社会の各々のレベルにおける出産サービスに関わる政治的・社会的関係に焦点をあて、社会学を中心に助産学、文化人類学等の学際的な29名の執筆陣がそれぞれの角度から比較分析を行っている。社会レベルごとの三構成であり、第1部「出産ケアの政治」ではマクロレベルにおける出産ケアサービスの制度設計における政治と利益団体の役割、第2部「ケアの提供」ではメゾレベルにおける専門職集団の形成と制度内での職業間の競争について、特に助産師に着目して各国の歴史的な経緯をたどり比較考察している。第3

部「社会・技術・ケア」ではマイクロレベルにおけるサービスの受給者のアクセスと利用、医療技術がもたらす助産師の仕事と出産女性の経験の変容を扱っている。

## ② 松岡・小浜 (2011)

図1の赤点線部分を対象とする松岡・小浜(2011)は文化人類学の観点から医療として提供される産前・分娩・産後ケアに加えて、その周縁部に存在する退院後の母子の生活そして産婦の背後にいる家族や親族のネットワーク、助産師や伝統的な産婆によるケアなどの出産の民俗や文化に着目する点の特徴である。本書は先進国と途上国の両方を対象とし、アジア13カ国(日本、中国、韓国、タイ、カンボジア、ミャンマー、ネパール、ベトナム、ラオス、マレーシア、インドネシア、インド、アフガニスタン)、欧州7カ国(ドイツ、フランス、オランダ、スイス、ハンガリー、スウェーデン、フィンランド)、北米・南米2カ国(アメリカ、パラグアイ)、その他2カ国(パラオ、モロッコ)の計24カ国である。

同書の一章として前出書の編著者であるレイモンド・ドゥブリーズ(Raymond De Vries)がオランダとアメリカの出産ケアの違いを対比させて論じている〔ドゥブリーズ(2011)〕。オランダは「協働」、アメリカは「競争」がその原理であるが、両制度を比較するとオランダの「協働」の方が望ましいと結論付けている。その理由として、協働の方がケアの質が高く、医療資源を効率よく使うことができ、女性の自由が保障されるとともに、女性が選択でき、出産ケアを提供する医師と助産師の関係も良好であることが挙げられている。

## ③ Kennedy and Kodate (2015)

図1の緑点線部分を範囲とするKennedy and Kodate(2015)は現物給付と現金給付の両方を含み最も分析対象が広い。同書は出産サービスの先行研究として、比較社会政策・福祉国家研究、保健医療サービス研究、出産サービスと政策研究、の3領域をレビューしたうえで、分析軸(表1)を設定している。比較対象国は、エスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕に該当する国(ニュージーランド、アイルランド、アメリカ、オーストラリア、スコットランド、カナダ、ドイツ、オランダ、スウェーデン)に加えて南欧(イタリア)、東アジア(日本)を含む先進11カ国である。国ごとに一章で構成され、共通の分析軸(表1)に沿って論じている。

## (2) 3文献の貢献と限界

これらの3つの文献は、先進諸国において出産サービスとその政策に関する学術的関心が低調である中〔Kennedy and Kodate(2015)〕、各国の出産サービスの多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している貴重な研究である。

その一方で、これらの研究に共通する限界は、Kennedy and Kodate(2015)及び松岡・小浜(2011)は単独の国の事例、De Vries et al.(2001)は章ごとに数カ国を比較考察するにとどまり、「国際比較研究」としての結論部分、すなわち各国の特徴の整理・考察がない。De Vries et al.(2001)と松岡・小浜(2011)は各国共通の分析軸も設けておらず、そもそもそのような結論の形は目指していないと推察される。しかし、国際比較研究の代表的な分析枠組みである比較福祉国家研究を主要な先行研究とし、各国の章が共通の分析軸に沿って執筆されているKennedy and Kodate(2015)もあってしかるべき結論が存在しない。比較福祉国家論の枠組みのもとで出産サービスはどのように類型化されるのか、また従来の研究、特にジェンダーセンシティブな類型化と出産サービスの類型化は同じなのか否か、といった議論が想定されるが、行われていない。

こうした結果として、国際比較からみた日本の特徴についても、松岡・小浜(2011)及びKennedy and Kodate(2015)で若干記述があるものの、十分に考察されていない。

### (3) 先行研究を踏まえた本研究の方向性

先行研究を踏まえて本分担研究は以下の3段階のステップで進めることとしたい。第一に、図1のうち出産サービスを主たる分析対象として、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸(表1)に沿って東アジア諸国(中国、韓国、台湾)の情報を収集・整理する。その際に、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸について、東アジアの分析の場合に十分なものかという観点から、東アジアを扱う福祉レジーム論や保健医療サービスの比較研究などの関連する先行研究を総ざらいして、再検討する。

第二に、日本と東アジア諸国、さらに及びエスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕の代表的な国かつ特徴的な出産サービスを提供する国を数カ国(候補として、Kennedy and Kodate (2015) が取り上げている、ドイツ、オランダ、イギリス(スコットランド)、カナダ、アメリカ、スウェーデン)に比較対象を広げて、松岡・小浜(2011)の一章であるドゥブリーズ(2011)の競争と協働の二つのモデルの議論を参考に、類型化へと議論を進める。ドゥブリーズ(2011)は出産サービスの提供において特異な二カ国であるアメリカとオランダを取り上げて、「競争」「協働」の二つのモデルを提示している。上記の対象国がこの二つのモデルのいずれに近いのか、それとも全く異なるモデルとなりうるのか、という観点から、日本をはじめ他の国々を検討し類型化することが一つの方向性として考えられる。さらに、既存の福祉レジーム論における類型化と、出産サービスに着目した類型化で、各国の位置づけは同じなのか、変わるとすればなぜなのか、を解明することにより、出産サービスに着目した類型化の意義を明確にする。

第三に、第一、第二の分析をもとに、日本の出産サービスの特徴と課題について総括する。そこで明らかになった課題については、データや文献、ヒアリング等により分析を深める。分析課題候補としては、次節2項で取り上げている、日本の出産給付が出産育児一時金という現金給付形式であることの原因と問題点、国際的に見て日本の出産育児一時金は妥当な水準なのか、というテーマが挙げられる。

本分担研究の最終年度までに第三の総括までの実施を目指す。第三のうち日本の課題の分析については残る2か年での実施は難しいと考えられ、継続研究プロジェクトでの課題として挙げておく。



表1 日本の出産サービスの内容

分析軸	日本の出産サービスの内容
I 福祉レジーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保守主義と自由主義の要素を持つ</li> <li>・家族主義（男性稼ぎ手モデル）</li> </ul>
II 保健医療制度	
制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常用被用者を対象とする健康保険制度（大企業は組合健保、中小企業は協会けんぽ）、臨時・自営業等を対象とする国民健康保険、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度</li> <li>・自由選択制、自己負担は2-3割</li> <li>・国が定めた診療報酬制度</li> </ul>
支出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民医療費、対GDP比ともに増加傾向</li> <li>・総保健医療支出 2010年 7.8%</li> </ul>
提供体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>人口千対医師数は少ないが、ベッド数は多い、長期入院が多い、診断機器の高い利用率</u></li> </ul>
養成・免許	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は6年制、助産師資格は看護師資格が要件。</li> </ul>
III 出産サービス給付とその提供	
出産給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外。</li> <li>・異常分娩の場合は保険適用とされ、3割が自己負担。</li> <li>・正常、分娩の種別を問わず、出産育児一時金が支給される。</li> <li>・妊婦健診は公費負担</li> </ul>
出産場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自由選択。自宅出産も可。2011年で98.8%が医療機関、1%助産院、0.2%が自宅その他</li> </ul>
産科医、助産師数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>OECD平均より少ない。</u></li> </ul>
助産師の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業可能だが産科医及び病院との契約が必要</li> <li>・医療行為ができない</li> <li>・ガイドラインに従いリスクのある妊婦は産科医に転送が義務付け</li> <li>・独立性に欠ける</li> </ul>
IV 産前・分娩・産後のケアサービス	
産前ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市販の妊娠検査薬で判定後、産婦人科に行き、検査を受診。</li> <li>・妊娠の診断を受けたら自治体に登録し母子手帳の交付を受ける。妊娠から就学前までの成長や予防接種の記録を記載。</li> <li>・妊婦健診は23週まで4週毎、24週以降は2週毎、35週以降は毎週。妊婦健診の費用は2009年以前は数回分のみ、それ以降は14回程度が公費負担。ハイリスク妊婦や35歳以上妊婦は超音波検査は無料。</li> <li>・99%の妊婦が産婦人科を受診。助産師は産婦人科医院で雇われて産婦人科医の補助や妊産婦への教育や相談を担っている。助産師主導で妊婦健診を行う医療機関もある。</li> <li>・<u>妊娠中の疾病の場合においてもOECD平均より入院期間が長い傾向。</u>その費用は</li> </ul>



	健康保険が適用され、高額療養費制度により限度を超える負担が軽減される。
出産時ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険からの出産育児一時金 42 万円、うち 3 万円は産科医療保障制度の掛金</li> <li>都市部の出産費用は一時金を超えており、その分は自己負担。産後ケア訪問は自己負担。・低所得家庭に対しては出産扶助が給付される。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>分娩時ケアの産科医が主導するが、妊婦個人や家族に対するケアは助産師や看護師が担う。産前ケア同様に助産師の役割は各院における産婦人科との分担のあり方による。</li> <li>病院内助産センターは産科医不足をふまえて助産師主導の出産を提供することを企図している。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>帝王切開は増加傾向。2011 年 19.2%。</li> <li><b>無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。</b>2008 年で 2.8% 無痛分娩実施施設は 2800 施設のうちわずか 250 施設。</li> <li>正常分娩の場合、無痛分娩費用は自費</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>母乳率 2010 年 54%が完全母乳、39%が混合、7%がミルクのみ</li> </ul>
産後ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>日本では産後の入院期間が長め。</b></li> <li>東洋医学における産後ケアが女性の将来の健康に重要との考え方にに基づき産後一か月程度の回復期間専用の<b>産後ケア施設が普及している中国韓国とは異なり日本では普及していない。</b></li> <li>産前産後の数か月実家に戻りその近辺の産院で出産して退院後実家の世話になる里帰り出産の風習。近年は少なくなる傾向。退院後の育児等を担う夫も増えては来ているものの、育児休業の取得は少ない。その結果として産後の孤立が問題となっており、2013 年から非親族によるサービスの必要性を政府が認識し支援強化が打ち出された。産後ケアサービスの費用は健康保険の適用外。</li> </ul>
V 消費者の関与	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療内容よりも食事や部屋の快適さによって産院を選択する傾向がある。</li> <li>アドボカシー団体は 1990 年代に創設。</li> </ul>
VI リスクと権利	
選択する権利	<ul style="list-style-type: none"> <li>正常分娩は自費のため分娩する産院の選択は妊産婦と家族の選択となっている。その結果、日本の出産サービスの高い商品性が妊産婦を顧客にしている。</li> <li>その選択が自身の健康や幸福につながるには、高質で豊富な内容のデータベースにアクセスできることが必要。制度上は自由に産院が選べることになっているが、分娩時の介入や治療結果に関する情報が少ない中で選ばざるを得ない。</li> </ul>
不妊治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>不妊治療は所得や年齢の制限の下で一定の助成が受けられる。</li> </ul>
中絶	<ul style="list-style-type: none"> <li>適法な中絶は 23 週まで</li> </ul>

ジェンダー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。</u>直接患者に接するのは女性の看護師助産師であるが決定権は産科医にありその多くは男性である。</li> <li>・子育ては家族で行うべきでジェンダー化された役割のもと担われる。産後ケアが健康保険適用外である事実からも明らか。</li> <li>・産科医と助産師の特有の協業も伝統的なジェンダー役割を内面化したもの。</li> <li>・発展途上にある日本の福祉国家は試練にあり、その進行中の再編成は将来の出産サービスと政策のあり方に多くの影響を与える。</li> </ul>
-------	---

出典：Fukuzawa and Kodate (2015)に基づき作成。

### 3. 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴－先行研究とデータによる予備的検討

本節では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴についての予備的な検討として、国内外の先行研究<sup>4</sup>及び国際比較データを基に日本の特徴を探る。(1)では先行研究〔Fukuzawa and Kodate (2015)〕で指摘される点、(2)では同研究で指摘されていない点に関して、国際比較データ及び関連文献から日本の特徴について考察する。

#### (1) 先行研究で指摘される日本の出産サービスの特徴

Fukuzawa and Kodate (2015) では国際比較から見た日本の特徴として表1の下線の点を指摘している。主な特徴は表2の5点にまとめられる。以下ではこれらの点のうち関連データが入手可能なものに関し、国際比較からみた日本の位置を確認する。

表2 日本の出産サービスの特徴

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) 人口に対して産科医・助産師数は少ない。</li><li>2) 妊娠中の疾病の場合及び産後の入院期間は OECD 平均より長い。</li><li>3) 里帰り出産に代表される通り産後は親族によるサポートが一般的で、産後ケア施設が普及している中国・韓国とは異なり日本では普及していない。</li><li>4) 無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。</li><li>5) ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。</li></ol> |
|---|

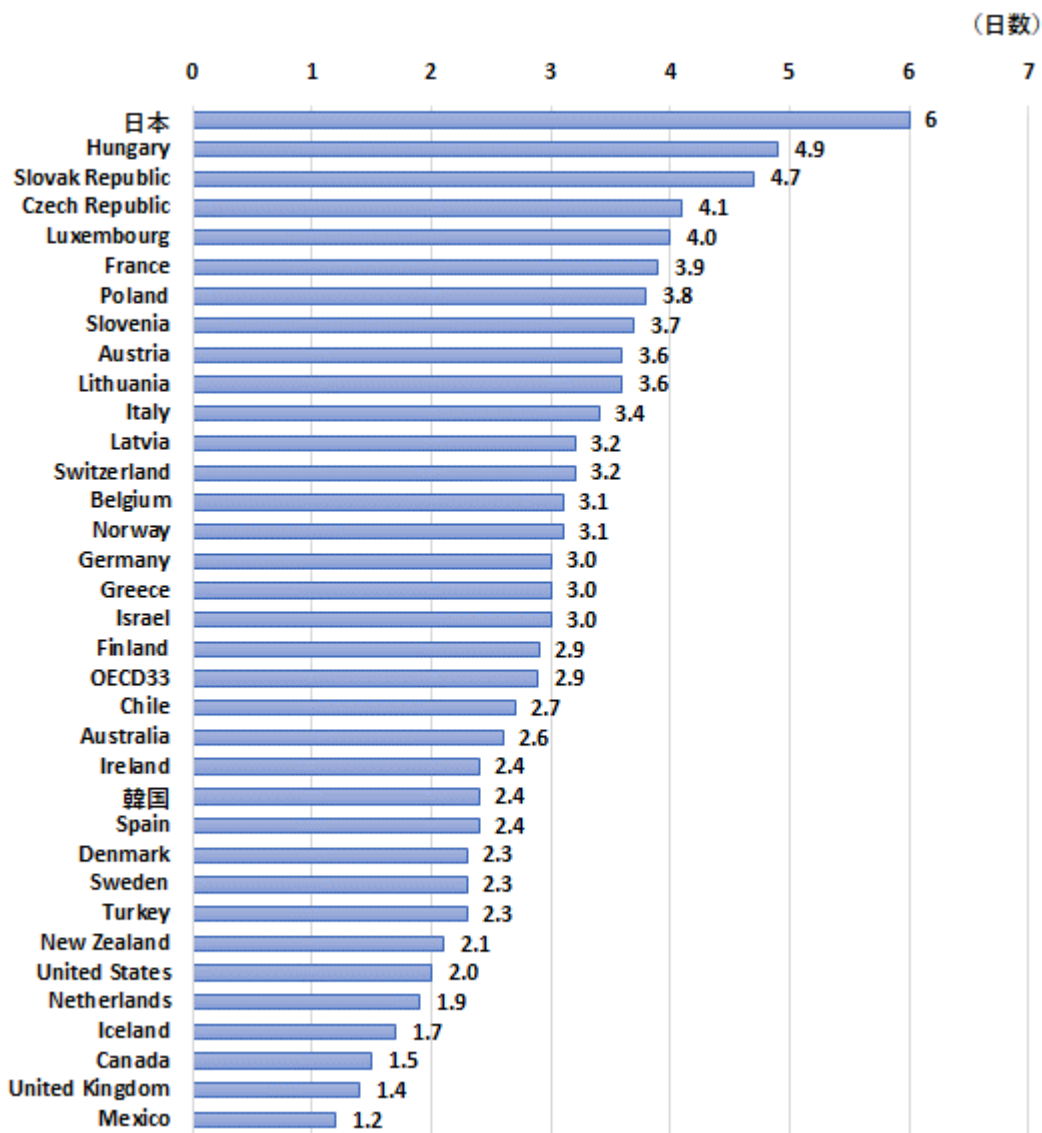
#### ①入院期間が長いこと (表2の2)

日本の正常分娩の入院日数は平均6日であり<sup>5</sup>、OECD 諸国の中でも飛びぬけて長いことが確認できる(図2)。他方で、Fukuzawa and Kodate (2015) も指摘しているように日本の一般の入院日数は OECD 諸国のなかでも長く、韓国も日本に次いで長い(図3)。日本(治療入院に限る)と韓国の一般の入院日数はともに上位であるのに対して、正常分娩の入院日数は日本が6日と最長に対して韓国は2.4日と平均よりやや短い点が注目される。この理由については、上記表2の3点目に挙げた産後ケア施設の利用が韓国では普及しており、短い入院日数で同施設に移っていることが考えられる。

日本の正常分娩の入院日数が諸外国と比べて異常に長いのはなぜなのか。次項の通り、日本の正常分娩費用は自由診療で相当分が出産育児一時金として健康保険から給付される。このような診療報酬制度下で診療内容の精査やコントロールが及ばず、入院日数の削減による費用抑制も進まないことが一因と考えられる。その他の要因としては、経膈分娩が多く母体の負担が大きく産後の経過観察のために入院日数を要すること、産後ケアが実母を中心とする家族頼みであり、夫の産休制度も普及しておらず、これらに代替する退院後に利用できる在宅ケアサービスも整っていないため入院の形でのケアとならざるを得ないことが挙げられる。

<sup>4</sup> ここで引用する先行研究及びデータは現段階で入手できた範囲のものであり、すべてを網羅しているものではない。

<sup>5</sup> 国民健康保険中央会(2017)『正常分娩分の平均的な出産費用について(平成28年度)』

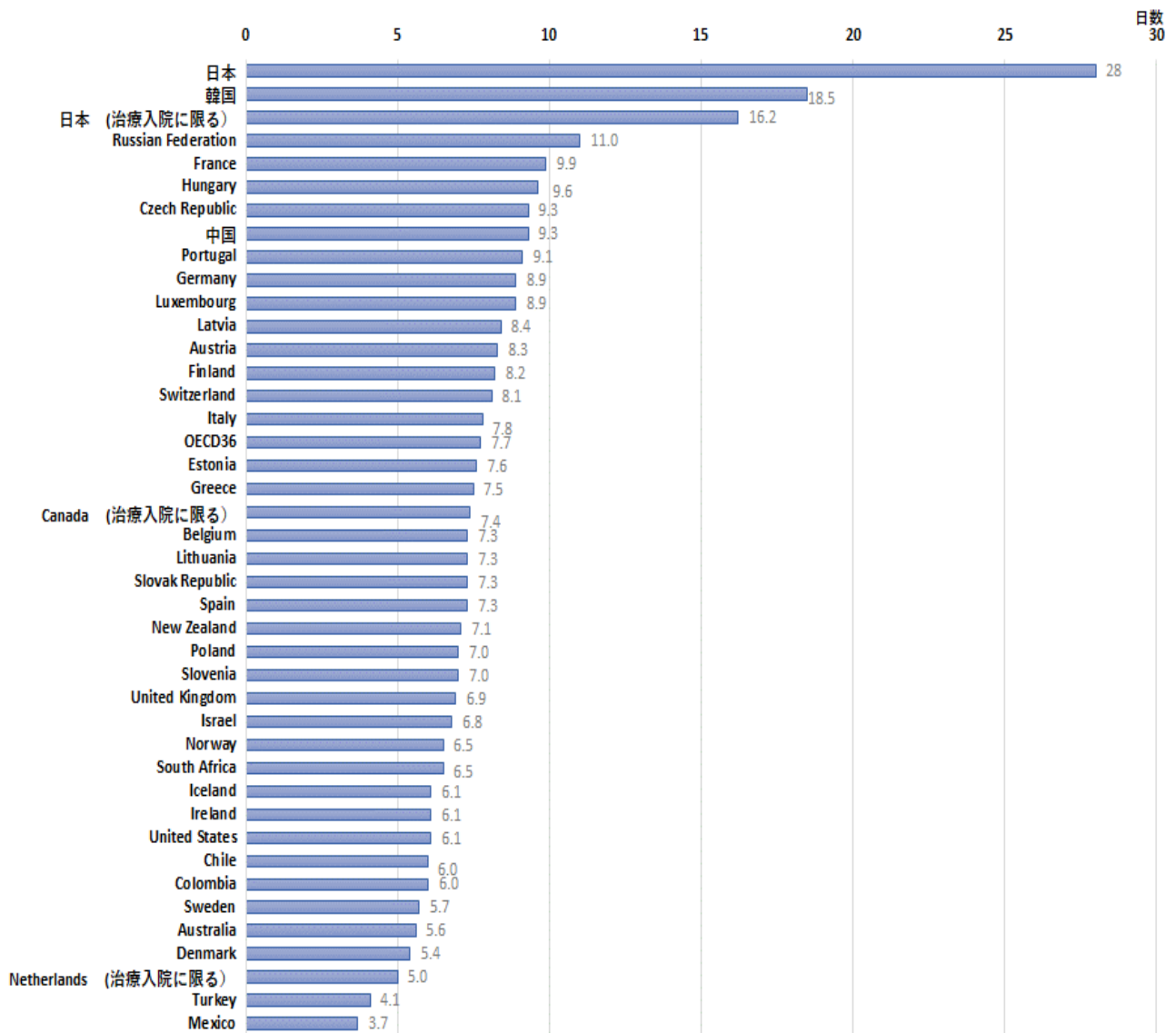


出典：OECD Health Statistics 2019.

日本は国民健康保険中央会（2017）『正常分娩分の平均的な出産費用について（平成28年度）』

注：諸外国は2017年、日本は2016年。

図2 正常分娩の入院日数(2017年)



出典：OECD Health Statistics 2019.

注：フランス、ニュージーランド、アメリカ、オーストラリア、デンマークは2016年。ギリシャは2013年。

図3 平均入院日数(2017年)

## ②無痛分娩率が低いこと (表2の4)

つぎに表2の4点目の無痛分娩については最新の調査に基づく国際比較である大原(2019)によれば、日本の硬膜外無痛分娩率は6.1%であり、スウェーデンとフランスの7-8割に比べて大幅に少なく、表中の国のなかでは中国に次いで最も低い(表3)。出産方法に関するもう一つの指標である帝王切開率についても日本は低いグループに属する。日本は19%程度でOECD平均の28%を下回るがWHOの推奨する10-15%を少し超えている(表3)。一方、中国は34.9%、韓国は39.1%であり、先進諸国のなかでも高いグループに属する。これらの二つの指標において、日中韓の違いが明確であり、その違いがいかなる背景により生じているのかの解明が今後の課題である。

表3 硬膜外無痛分娩率、帝王切開率

	硬膜外無痛分娩率 (%)	帝王切開率 (%)	
フィンランド	89.0	16.4	2016
フランス	82.2	19.6	2016
アメリカ	73.1	32.0	2015
ベルギー	68.0	21.2	2013
スウェーデン	66.1	17.4	2015
イスラエル	60.0	16.1	2014
カナダ	57.8	27.9	2015
シンガポール	50.0		
韓国	40.0	39.1	2013-2015
ドイツ	25.0	30.5	2016
イギリス	20.8	31.2	2016-2017
ギリシャ	20.0		
イタリア	20.0	35.0	2014
中国	10.0	34.9	2014
日本	6.1	19.7	2014

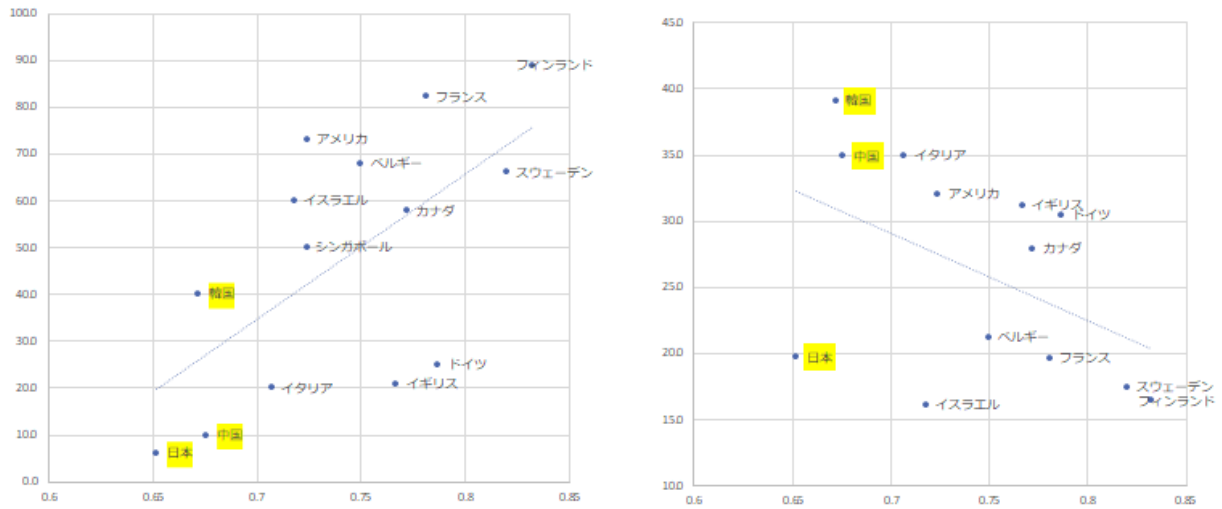
(出所) 硬膜外無痛分娩率は大原 (2019)、帝王切開率はWHOデータベース  
[Births by caesarean section \(%\) \(who.int\)](#)

③ジェンダーギャップが大きいこと (表2の5)

表2の5点目の指摘をふまえ、日本の経済社会政治に渡るジェンダーギャップの大きさが出産サービスの提供のあり方にも影響しているとの仮説のもと、試みとしてジェンダーギャップ指数と無痛分娩率と帝王切開率の関係の散布図を作成した (図4)。これによれば、ジェンダーギャップが大きい国 (スコアが低い国) ほど無痛分娩率が低く、帝王切開率が高い傾向がみられる<sup>6</sup>。後者の日本についてはジェンダーギャップが大きい帝王切開率は低い例外的な国であり、ジェンダーギャップ指数が同程度の中国、韓国の帝王切開率が高いのに対して、日本は異なる傾向にあることが確認される。ジェンダーギャップと両指標の関係がどのようなメカニズムで生じるのか、日本と対照的な国をいくつか取り上げて説明することが今後の課題である。

<sup>6</sup>ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率の相関係数は0.62、ジェンダーギャップ指数と帝王切開率については-0.46である。

ジェンダーギャップ指数（横軸）× 硬膜外無痛分娩率（縦軸、%）      ジェンダーギャップ指数（横軸）×帝王切開率（縦軸、%）



（出所）無痛分娩率は大原(2019)、帝王切開率は WHO データベース、ジェンダーギャップ指数は世界経済フォーラム（World Economic Forum）「Global Gender Gap Report 2020」より筆者作成。

図4 ジェンダーギャップ指数と硬膜外無痛分娩率及び帝王切開率

## （2）先行研究において指摘されていない日本の出産サービスの特徴

本項では、日本の特徴について Fukuzawa and Kodate（2015）で指摘されていない、①妊娠、分娩及び産じょくに係る保健医療支出、②出産給付の形式、を取り上げて先行研究やデータを基に検討する。

### ①妊娠、分娩及び産じょくに係る保健医療支出の国際比較

Fukuzawa and Kodate（2015）では総保健医療費支出の国際比較を引用している。ここでは同研究において言及されていない妊娠出産に限定した保健医療支出を推計し国際比較を試みる。

OECD Health database において、SHA（総保健医療支出）のうち ICD の診療種類コード別のデータが限られた国・年について公表されている。妊娠出産に係る医療支出は ICD 傷病分類の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」に該当し、ここに正常分娩、異常分娩を問わず分娩と産じょくケアにかかる医療費とその自己負担も含む概念となっている。しかし妊婦健診や乳幼児健診はここに入っていない。

日本の診療種類コード別のデータは最新で 2010 年度であり、その出所は厚生労働省『国民医療費』の当該年度の第 15 表 医科診療医療費、入院－入院外・年齢階級・傷病分類・性別である。ICD 傷病分類の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」には本来正常分娩費が計上される。しかしわが国の ICD 分類のデータソースである国民医療費はその定義上、正常分娩は傷病ではないため集計対象から除外しており、日本に関しては正常分娩費が抜け落ちている。そこで、出産育児一時金が正常分娩費に相当することから、厚生労働省『人口動態統計』より出生数×厚生労働省『患者調査』より正常分娩比率×出産育児一時金をかけて推計し、日本の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」と合算した。その上で、OECD の米ドル換算の PPP を用いて出生児一人当たりの妊娠、分娩及び産じょくに要する費用を入院、外来別に算出した。日本は正常分娩分の追加により、特に分娩の入院費用分が大きく増えていることがわかる。異常・正常分娩計の入院の 4218 ドルは 45 万円前後であり、出産育児一時金に近い額



である。

図5によれば、入院で最も費用が多額なのはスイス、次いでオランダ、日本、ドイツの順である。外来が著しく多いのはオランダであるが、これはドゥブリーズ(2011)が指摘するように自宅出産が多く、また在宅の産後ケアサービスが一週間前後、保険適用で受けられることが提供しているとみられる〔Kaminska (2015)〕。

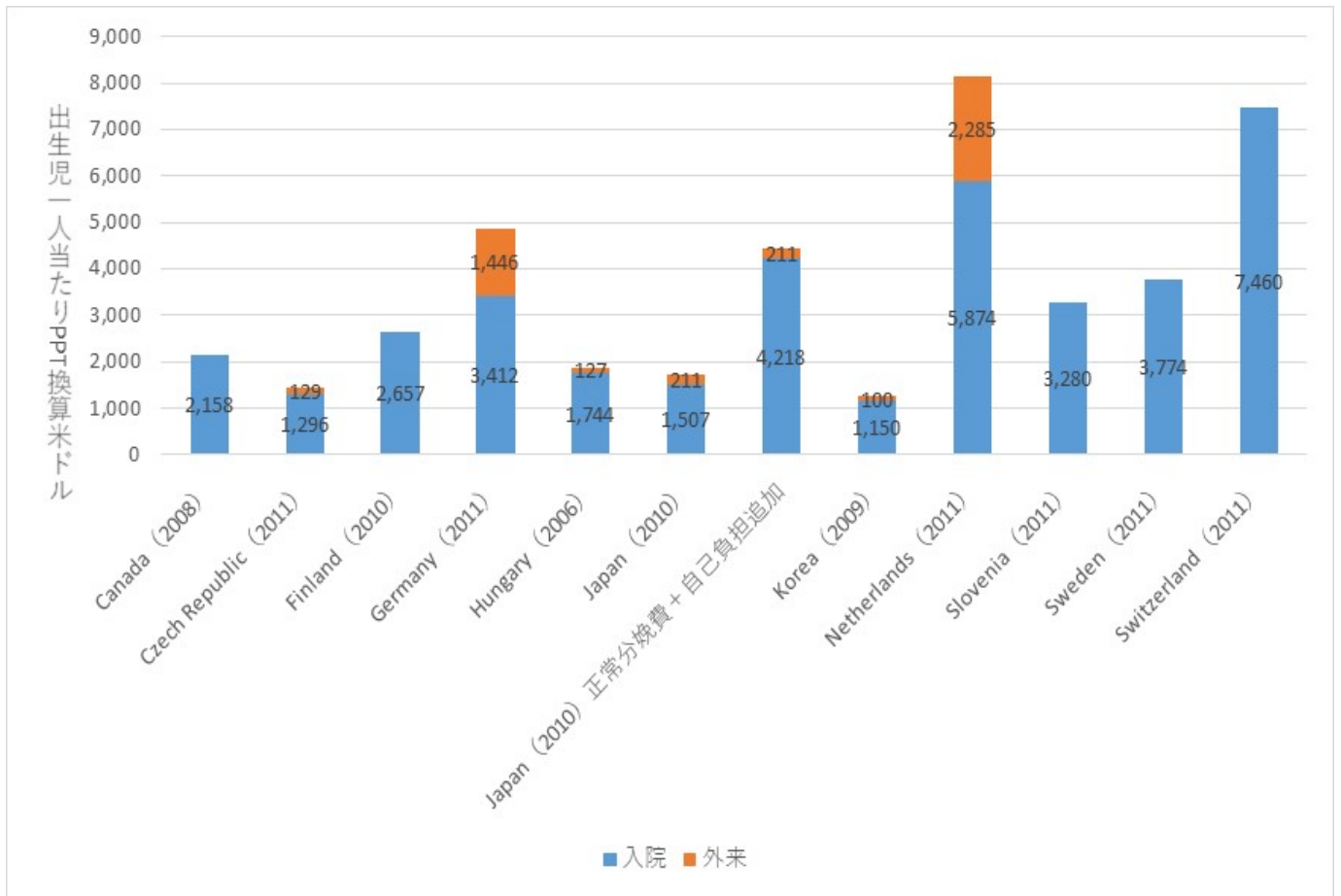


図5 出生児一人あたり妊娠、分娩及び産褥に要する費用

出典：OECD Health database を OECD の米ドル換算購買力平価 (PPT) 及び各国の出生児数より一人あたり支出を推計した。日本については厚生労働省「人口動態統計」「患者調査」より筆者推計。

## ②出産給付の形式－現金給付（出産育児一時金）

Fukuzawa and Kodate (2015) では出産給付について「妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外」であり正常・異常分娩を問わず出産育児一時金が支給されることについて言及している。しかし、正常分娩が療養給付の適用外であり、さらに指摘されていないがその費用相当が出産育児一時金として現金支給されることが日本の特徴であるとの指摘は行っていない。この点を指摘した小暮(2016)によれば社会保険によって医療保障がなされる多くの国において分娩は現物給付対象であり、ドイツ、フランス、韓国の事例を挙げている。

わが国においてなぜ出産が療養の給付の対象から外され出産育児一時金として現金給付形式がとられてきたのか。出産育児一時金の制度変遷は表4、先行研究は表5の通りである。1990年代の研究においては〔橋本(1993)〕「出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため」と考えられており、これは当時の厚生労働省保険局による「出産は傷病ではない」という答弁と同じであった。この「傷病ではない」ために出産は現物給付対象外であるという通説を疑った小暮(2016)は、健康保険法が成立した戦前期に着目し、創設当初は現金給付、その後現物給付方式の時期もあったが、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され再び現金給付に戻り、戦後も継続し現在に至ることを指摘した。ではなぜ戦後において現金給付が維持されたのだろうか。

大西(2014)はその理由として3点を挙げている(表5)。第一に、GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に分娩が施設化された帰結として都市部と郡部における出産の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと、第二に1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護医協会(日母)は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し反対したこと、第三に1980年代以降は分娩の医学管理化が進行したにもかかわらず「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働きかけ続けたことである。これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきたという。

大西(2014)は戦後における現金給付の維持は、政府厚生省と開業医団体の間の「政治」の産物であることを明らかにした点で評価できる。しかし同研究においては、上記の3点目として1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前(1980年代以前)と少子化対策以後(1990年代以降)の変化について十分に説明されていない。少子化対策以前・以後で、出産給付は医療政策(健康保険)から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省のスタンスや産婦人科医団体のスタンスと両者の緊張関係はどのように変容したのかが明らかではない。1980年代以降の時期には厚労省と日本母性保護医協会(日母)は相反する関係にあった。厚労省は「正常分娩は自然現象であり疾病ではない」という理由から正常分娩の費用を助産師レベルに抑えようとしたのに対して、日母は反対の姿勢を貫いた。一転して1990年代以降に少子化対策が政治の最重要課題となり出産育児一時金の拡充が大幅に進むなかで、厚労省と日母のそれぞれの主張がどう変わったのかについては今後の課題とする。

表4 出産給付の変遷

	被保険者本人に対する給付	被保険者の配偶者などへの給付
1927年1月	分娩費：20円 任意現物給付：産院収容あるいは助産手当	(なし)
1942年2月	分娩費：30円 任意現物給付：助産手当廃止	(なし)
1948年7月	分娩費：標準報酬月額半額の半額(最低保障額1000円) 哺育手当金：分娩後6か月間月100円	配偶者分娩費：500円 哺育手当金：被保険者本人と同額
1949年4月	哺育手当金：分娩後6か月間月200円	配偶者分娩費：1000円
1961年6月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6000円) 哺育手当金：育児手当金と改称、2000円の一時金	配偶者分娩費：3000円
1969年8月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額2万円)	配偶者分娩費：1万円
1973年9月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6万円) (以降1976年、1981年、1985年、1992年に最低保障額を引き上げ)	配偶者分娩費：6万円 (本人分娩費とともに引き上げ)
1994年4月	分娩費と育児手当金を統合、出産育児一時金：定額30万円	配偶者出産育児一時金：30万円
2002年10月		被保険者の全被扶養者に拡大：家族出産育児祝金
2006年10月	出産育児一時金：35万円 産科医療保障制度掛金分3万円含む	家族出産育児一時金：35万円
2009年1月	出産育児一時金：38万円 直接支払制度の導入	家族出産育児一時金：38万円
2009年10月	出産育児一時金：42万円	家族出産育児一時金：42万円
2015年1月	出産育児一時金：42万円 産科医療保障制度掛金分1.6万円に引き下げ	出産育児一時金：42万円

出典：小林(2008)、野城(2011)、稲森(2011)、厚生労働省(2020)を基に作成

表5 日本の出産給付(出産育児一時金)に関する先行研究

橋本(1993)	・出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため。
稲森(2011)	・1922年健康保険法創設から2011年までの国会答弁等を参照して改正経緯をたどり、今後のあり方を考察する。 ・1990年代以降の厚労大臣・保険局長の答弁における現物給付化をしない理由は以下の3点にまとめられる。 ①出産は傷病ではないこと、②妊娠後に予め出産費用の準備ができるため、③出産ニーズの多様化の中で保険適用をするとそのサービスが定型化してしまう恐れがある。 ・これが理由として十分であるか検討の余地がある。分娩の現物給付化は必ずしも医療保険の枠組みで行われるべきものではなく、公費負担(税財源)による母子保健の枠組みで行うことも一案である。
大西(2014)	・戦後に出産給付の制度が現金給付が維持された理由； ①GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に分娩が施設化された婦科として都市部と郡部における分娩の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと。 ②1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護協会(日母)は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し、反対したこと。 ③1980年代以降は分娩の医学管理化が進行したが、にもかかわらず、「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき、診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働き続けたこと。 これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきた。
小暮(2016)	・通例の「病気ではない」という理由は、少なくとも制度成立期から当てはまるものではない。 ・分娩と疾病・傷病は予見不可能性という点で並立した保険事故であったために給付が存在した。しかし健康保険法施行当時に採用された給付手段は団体自由選択主義という方法であり、全国規模の医師会を通して疾病・傷病に対する療養の給付を担った医師と異なり、分娩介助の中心を担っていた産婆は全国規模の専門職集団を持たなかったために、療養の給付と分娩の給付は給付方法が異なった。その後、疾病や傷病と同様に現物給付されるようになったものの、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され、また高額な現金給付ができる制度に戻ったことが、現在、分娩だけ給付方法が異なる成因である可能性がある。 ・このような説明は、「病気ではない」ために現物給付対象外であるという通例の説明とは著しく異なり、病気であっても病気でなくても「分娩」という保険事故が健康保険の対象であった。

#### 4. おわりに

本稿では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴について、国内外の先行研究と国際比較データを基に以下2つの予備的な検討を行った。その作業を通じて、比較の分析枠組みと分析の方向性を定めるとともに、いくつかの国際比較データから日本と東アジア諸国の比較から興味深い相違が確認された。

第1に、出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究をレビューし、それらを踏まえた本研究の分析枠組みの設定と今後の分析の方向性を定めた。出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究は、各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿って各国の特徴の考察や類型化を行うものは見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸に沿って東アジア諸国（中国、韓国、台湾）の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向性とする。これらの比較分析の中で日本の特徴と課題について考察を進めるとともに、そこで明らかになった課題についてはさらに分析を深める計画である。

第2に、来年度以降に本格的に比較研究を進める準備として、国内外の先行研究と国際比較データを基に日本の特徴について予備的な検討を行った。まず、Kennedy and Kodate (2015) が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点（正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係）について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について予備的に考察し、今後検討すべき点を抽出した。これらの指標においては日中韓の違いが明確であり今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。また、ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。さらに Kennedy and Kodate (2015) では触れていないが日本の特徴と考えられる2点（妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金という現金給付であること）についてデータや文献を基に考察した。前者についてはOECDの診療種類別の保健医療支出データ等を基に出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて日本の妊娠、分娩及び産じょくの入院費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因については今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）で出産給付が医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

## 参考文献

- 市川香織 (2015) 「産後ケアの文化的背景と現代の課題についての一考察」『文京学院大学医療技術学部紀要』第8巻、23-30頁
- 稲森公嘉 (2011) 「論壇：医療保険と出産給付」『週刊社会保障』No.2612, 2011年1月17日, 44-46頁
- 大原玲子 (2019) 「無痛分娩普及度の国際比較」『産婦人科の実際』68巻6号 (2019年6月)
- 大西香世 (2014) 「公的医療保険における出産給付－現金給付をめぐる政治過程」『大原社会問題研究所雑誌』No.663
- 蒲原純 (2016) 「地域における分娩費用のメカニズム」『平成27年度学部学生による自主研究奨励事業研究成果 報告書』<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/54696/>
- 厚生労働省(2020) 「出産育児一時金について」厚生労働省社会保障審議会医療保険部会第136回資料(令和2年12月2日) <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- 小暮かおり (2016) 「日本の健康保険における出産給付の期限と給付方法の変遷－1927年から1945年の制度変化に注目して」『大原社会問題研究所雑誌』No.698
- 小林 雅史 (2017) 「出産育児一時金・埋葬料－健康保険による特殊な現金給付」ニッセイ基礎研究所基礎研レター[https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57290\\_ext\\_18\\_0.pdf?site=nli](https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57290_ext_18_0.pdf?site=nli)
- 島崎謙治(2011)『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会
- ドゥブリーズ, レイモンド (2011) 「マタニティーケアの二つのモデル－オランダとアメリカ」松岡悦子・小浜正子編 (2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』, 185-198頁
- 野城 尚代 社会保険制度にみる「子育て支援」機能 東洋大学人間科学総合研究所紀要 第19号 (2017) 199 - 211 <https://www.toyo.ac.jp/uploaded/attachment/111217.pdf>
- 橋本宏子(1993) 「医療保障と女性」, 社会保障研究所編『女性と社会保障』東京大学出版会, 1993年, 155-182頁
- 松岡悦子・小浜正子編(2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』勉誠出版
- 厚生労働省「出産育児一時金について」令和2年12月2日 第136回社会保障審議会医療保険部会資料1-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.) 2001. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. New York : Routledge
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Fukuzawa, Rieko K. and Kodate, Naonori (2015) "Japan", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 8, Routledge
- Kaminska, Monika E. (2015) "The Netherlands", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 11, Routledge
- Patricia Kennedy and Naonori Kodate (eds.) (2015) *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Routledge



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例」

研究分担者 菅 桂太 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、小国であるからこそ可能な実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。本研究では、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目し、シンガポールにおける住宅政策の仕組みを概説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、わが国の厚生労働行政においても高まっている。韓国における最近のとり組みについても簡単に触れ、日本への含意を探った。

具体的には、歴史的な建国の経緯を踏まえたうえで、シンガポールという主権国家としての基本理念ならびに住宅政策の基本理念について確認し、3つの住宅政策の基本法制について概説した。そのうえで、住宅政策の成果についての統計的な事実を検討するとともに、家族人口政策としてどのように人口過程に影響を及ぼしているかについて考察した。

最後に、シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であることを指摘した。

A. 研究目的

シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。それは、人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、小国であるからこそ可能な実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。本研究では、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目し、シンガポールにおける住宅政策が機能する仕組みを概

説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。韓国における最近のとり組みについても簡単に触れ、日本への含意を探った。

B. 研究方法

本研究は①シンガポール海峡植民地、マラヤ連邦シンガポール、シンガポール共和国における歴史的データを含む文献研究、

②政策志向的分析、③前出①の人口学的データの整理・収集と実証的分析からなる。

シンガポールについて国内で入手可能な文献・データは限られており、現地調査によって、国内では入手が困難な資料の収集を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延により現地調査が不可能となったため、本年度は集中的な文献調査及びインターネットを通じたデータの整備・収集を実施した。これらの資料を整理・分析し、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

住宅は、衣・食・住を構成する代表的な必需品のひとつである。また、住宅関連支出は教育支出とならび、世帯あるいは夫婦にとって消費であるとともに投資としての性格をもった代表的な消費支出といえる。住宅・土地は耐用期間が長く、しばしば多世代にわたって消費される財であり、高額で、長い計画期間を必要とする。そのため、人口転換により死亡率が低下することで長期的な計画が可能となって価値が変化した財の典型であり、その便益は消費・投資行動を行う世代が直接享受する使用者価格やキャピタルゲインで測られる便益だけでなく、子世代が遺産として受け取る便益や収益にも依存し、また(親世代と子世代が)その厚生をどのように(私的な世代間扶助等を通じて)分け合い相互に評価するのか(利他性 Barro 1974 や戦略的遺産動機 Bernheim et al. 1986) という世代間関係を通じて、世帯形成・家族形成と複雑に関連

している。住宅政策のあり方は、ミクロの(個々の消費者行動への影響の)観点からは、生涯予算制約に住宅支出が大きな占める割合を占めるほどに重要な問題であろう。マクロの観点からは、その不足が最低生活保障の問題となるだけでなく、世帯形成・家族形成行動や世代内・世代間の富の分配と関わり、長期的な人口や社会経済の様相を左右する重要な課題である。

わが国でも、急速な少子高齢化、人口減少、低所得者の増加や子どもの貧困、単身高齢者やひとり親家庭の増加といった変化のなかで住宅、まちづくり、ICTなどの社会保障等と関わりの深い政策分野も視野に入れ「地域共生社会」を構築することを狙って、「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(厚生労働省)が2017年に開催されるなど、ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、厚生労働行政においても高まっている。

まずシンガポールにおける住宅政策の基本構造を検討した。住宅政策が果たしてきた人口政策としての役割を理解するためには、当該国(シンガポール)における住宅政策を取り巻く歴史的経緯やコンテキスト(社会経済状況、為政者にとってのパレート問題の制約条件)を深く理解することが重要である。そのため、シンガポールという主権国家の基本理念「経済発展が最大の国家目標、つまり国是である」こと、及び、住宅政策の基本理念「国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現」について確認した。このような理念のもと、政府は金銭的な誘因を与えて多子家族、親・(有配偶)子との同・近居(や多民族共生)といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導し、国家(経済)開発のための民間投資(貯蓄)を引き出す



ための手段として、公共住宅の整備を通じた持ち家政策を用いていたことを指摘した。

そのうえで、シンガポールの住宅政策を構成する3つの基幹法制について歴史的な経緯・変遷と具体的な内容について概説した。3つの基本法制の第一は住宅開発公社（HDB；Housing and Development Board）の設立（1960年）、第二は土地取用法の制定（1966年；Land Acquisition Act 41 of 1966）、第三は中央積立基金（CPF；Central Provident Fund）の住宅資産制度（1968年；1968 Amendments to the Central Provident Fund Act）である。

#### D. 考察

シンガポールでは住宅政策を通じて、おもに3つの側面から、人口過程に影響を与えてきた。第一は、公共住宅の購入可能条件の設定である。すなわち、公共住宅価格はそもそもかなり低く抑えられており、購入が可能な対象者を核家族に限定・優遇することで核家族を奨励してきた。第二は、対象者の属性に応じた直接的な現金給付金額の調整である。第三は、対象者の属性に応じた、HDB住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇である。いずれの側面においても、所得制限があり、21歳以上既婚のシンガポール市民（とくに、はじめての応募・購入者）が優遇されてきたが、近年は条件が緩和される傾向にある。また、住宅政策を通じて親・（有配偶）子同居を奨励してきたし、民族統合政策の中核的役割を果たしている。

第一の公共住宅価格がどれほど安価であるかを示す包括的な資料が存在せず、具体的な金額ははっきりとしないものの、2019年度のHDBに対する一般政府の財政援助金額は約2,154億円（26億9222万SGD

を1SGD=80JPYで換算）であることを指摘した。シンガポールの在住人口規模は日本の約3.2%なので、シンガポール政府の住宅補助（約2,154億円）を日本の人口規模に（人口比）換算すると、67兆4919億円に相当する。日本政府の2019年度一般会計予算（101.4564兆円）や、国債費を除く政策経費（77.9483兆円）と比べても、シンガポール政府の支出構造が日本とはまったく異なるというのは明白である。ただし、日本の国債費（国債償還費・利払い費）が歳出に占める割合は、2019年度一般会計予算の23%を占めるが、シンガポールでは純財政黒字であり政府債券に対する利子収入が2019年度の総歳入に占める割合は約18%であるという財政状況がそもそも異なることに留意する必要がある。

第二の直接的な現金給付の調整については、最大限受給した場合、シンガポール人同士の低所得カップルの場合には160,000SGD（約1,280,000万円）、35歳以上の未婚シンガポール人低所得者の場合には80,000SGDのCPF残高を得ることになる。これらの補助金は2~3の点で早婚を促進している。第一に、賃金の年齢プロファイルの形状から低年齢ほど低所得であり、給付額は多くなる。第二に、当該の公共住宅を売却する場合、補助金は（CPF口座にあれば稼げたはずのCPF通常口座における利子を加えて）個人の口座に入金される。2000年以降の利子率は2.5%という低水準であるものの、35歳まで待たずに21歳で結婚したとしたら14年間の複利運用期間があり、利子率が2.5%であっても複利運用では約1.4倍になる。第三に、少なくともこれまでのところ住宅（資産）収益率は、シンガポールにおける代表的株価指数（Straits Times Index）よりも成績がよい。

そのため、若年層にとっては多くの場合、住宅購入は借り入れ制約が問題になると思われるが、補助給付金を用いて住宅を早く購入することができれば、CPF 補助金という政府援助によって早期にまとまった規模の資産形成を行うことができるだけでなく、同額の金融資産を保有していた場合よりも大きな資産を構築することができた。これは HDB 中古住宅指数のみを単純に評価したものであり、事後的な実質的収益率は住宅価格変動を遙かに凌駕する可能性がある。

#### E. 結論

日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされてこなかった。具体的には、2016（平成 28）年の補正予算において「結婚新生活支援事業」が実施され、徐々に拡張されてはいるが、シンガポールにおける寛大な支給額と比べるまでもなく、この支援額が流動性制約に直面した若者の制約を取り払って行動を後押しできるほど十分な額なのか検討の余地がある。また、少子化対策としては、この事業は地方創生の一貫として地方自治体を実施するものであり、住宅価格が相対的に高く固定費用も高いと考えられる大都市、とくに東京都やほとんどの政令市で実施されておらず、2020 年に事業を実施した自治体は 289 市区町村（全国 1,718 市区町村の 16.8%）にすぎないことには限界がある。

シンガポール・韓国では、都市での住宅問題（価格高騰等）の結婚や少子化への影響を深刻に捉え支援していた。とくに、国が低利融資の信用を供与する仕組みが印象的である。男女相対賃金の低下で男女の家庭内役割分担も変化しつつある。日本においても、育児・介護には家族の世代間支援機能を有効に活用していく必要があり、シ

ンガポールの同同居補助は示唆に富む。

最後に、シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であることを指摘した。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

菅桂太「都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差」『人口問題研究』第 76 巻第 4 号、2020 年、510-532 ページ。

菅桂太「就業寿命－戦後わが国における長寿化、晩婚・未婚化と就業パターン」、津谷典子他編著『人口変動と家族の実証分析』慶應義塾大学出版会、2020 年（第 4 章、111—154）。

菅桂太「市区町村別生命表利用上の課題」、西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編『地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで』東京大学出版会、2020 年（第 9 章、179—204 ページ）。

##### 2. 学会発表

菅桂太「戦後わが国における長寿化、晩婚・未婚化と就業パターンの地域格差」、日本人口学会第 72 回大会、埼玉県立大学（2020 年 11 月 15 日）。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 （予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

## 人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例

菅 桂太（国立社会保障・人口問題研究所）・曹 成虎（韓国保健社会研究院）

### 1. はじめに

人口政策とは「国民の生存と福祉のために、人口的、社会経済的、その他の手段を用いて、出生・死亡・結婚・移動など現実の人口過程に直接間接の影響を与えようとする意図、またはそのような意図を持った行動」であるとされる（大淵 1976, 2002, 2005）。出生力転換以後の社会の文脈で端的に言えば、置き換え水準出生率を維持することで人口（年齢）構造を安定させ、持続可能な社会を永続させることにある。本稿は、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目する。とくにシンガポールにおける住宅政策の仕組みを概説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。また、韓国における最近の取り組みにも簡単に触れ、日本への含意を探りたい。

住宅政策が果たしてきた人口政策としての役割を理解するためには、当該国（シンガポール）における住宅政策を取り巻く歴史的経緯やコンテキスト（社会経済状況、為政者にとってのパレート問題の制約条件）を深く理解することが重要である。他国への適用可能性を探る際には、本稿が概説しようとする「政策が機能する仕組み」の解明は作業のごく一部でしかなく、コンテキストの理解が不可欠となることを強調しておきたい<sup>1</sup>。とくに、シンガポールは1980年代までに主要な住宅開発を終え、以後は世界屈指の持ち家率・公共住宅入居率を誇る。住宅政策は、世界最高水準の国民貯蓄率に寄与し、急速な経済発展に重要な役割を果たしたとされている（たとえば、Sandilands 1992）。すなわち、1965年に独立したシンガポールの経済開発にとって鍵となる政策であり、住宅政策だけを切り出して論じること、純粋な人口政策として捉え人口安定化への役割を検討することも一面でしかなく、総体的なコンテキストのなかでの精査が必要である。さらに、1990年代の住宅バブル、2000年代半ば以後の移民・外国人労働力の急増等により住宅価格は急騰した。その結果、平均的労働者の引退期資産の75%は、住宅に投資されているという非常にリスクの高い資産配分状態になっている（McCarthy et al. 2002）<sup>2</sup>。また、若年・高齢低所得者の住宅問題や所得格

<sup>1</sup> シンガポールの歴史については、Turnbull（2009）に定評があり、正史とみなされている。独立国家シンガポール共和国の社会経済状況と開発政策についてはChen（1983）やLim（1988 岩崎・森訳 1995）が包括的解説を行っている」と評価されている。同様に、シンガポール経済と経済政策はPeebles and Wilson（1996, 2002）が入門・概説書として挙げられることが多い。

<sup>2</sup> McCarthy et al.（2002）の試算によれば、平均的な労働者の62歳時資産総額の約177万SGD（約14,200万円）のうち75%が住宅に投資されている。この男性労働者には扶養配偶者がいると仮定されており、62歳時に終身年金をもらう場合（21,000SGD/年、約168万円/

差という開発段階ではあまり取り沙汰されることのなかった新しい問題を生じさせている。このような観点からは、本稿の目的である「住宅政策が機能する仕組み」の概説は限定的と言わざるをえない。

一方で、ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、厚生労働行政においても高まっている。わが国では、急速な少子高齢化、人口減少、低所得者の増加や子どもの貧困、単身高齢者やひとり親家庭の増加といった変化のなかで住宅、まちづくり、ICTなどの社会保障等と関わりの深い政策分野も視野に入れ「地域共生社会」を構築することを狙って、「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(厚生労働省)<sup>3</sup>が2017年に開催された。そこでは、「世帯主年齢が60歳未満の世帯では持ち家世帯率が低下傾向にあり、特に、30歳未満の世帯で大きく低下している。また、年収が低い世帯ほど持ち家世帯率が低くなる傾向にある。消費支出に占める住居費割合は、30歳未満の単身の勤労者世帯で趨勢的に上昇しており、30歳代の単身の勤労者世帯でも高い水準で推移している」ことが指摘されている<sup>4</sup>。さらに、「低所得層では所得の40%以上にも及ぶ住宅費を負担しており、所得だけでは捉えられない貧困が見えてくる。住宅費が貧困を悪化させ、若年の世帯形成を阻害しており、住宅費の負担を政策的にどうすべきかがこれからの重要な課題である」とされる<sup>5</sup>。

住宅は、衣・食・住を構成する代表的な必需品のひとつである。また、住宅関連支出は教育支出とならび、世帯あるいは夫婦にとって消費であるとともに投資としての性格をもった代表的な消費支出といえる。住宅・土地は耐用期間が長く、しばしば多世代にわたって消費される財であり、高額で、長い計画期間を必要とする。そのため、人口転換により死亡率が低下することで長期的な計画が可能となって価値が変化した財の典型であり、その便益は消費・投資行動を行う世代が直接享受する使用者価格やキャピタルゲインで測られる便

年)、所得代替率は27%になると試算されている。おそらく、夫婦共働きでなければ引退の前後で同程度の消費水準を維持できない。

<sup>3</sup> 厚生労働省政策統括官(総合政策担当)付社会保障担当参事官室「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(2021年3月22日閲覧:

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou\\_458538.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou_458538.html))。

<sup>4</sup> 厚生労働省「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会 第3回 資料1 第3回研究会ディスカッションテーマ」(2021年3月22日閲覧:[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000184113.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184113.pdf))。この資料1は、第3回研究会配付資料の総括であり、データは「同研究会 第3回 資料2 国民の所得や生活の状況等に関する分析③」(2021年3月22日閲覧:[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000184114.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184114.pdf))に示されている。

<sup>5</sup> 厚生労働省「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会 第3回 議事要旨」(2021年3月22日閲覧:<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190795.html>)。

益だけでなく、子世代が遺産として受け取る便益や収益にも依存し、また（親世代と子世代が）その厚生をどのように（私的な世代間扶助等を通じて）分け合い相互に評価するのか（利他性 Barro 1974 や戦略的遺産動機 Bernheim et al. 1986）という世代間関係を通じて、世帯形成・家族形成と複雑に関連している。住宅政策のあり方は、ミクロの（個々の消費者行動への影響の）観点からは、生涯予算制約に住宅支出が大きな占める割合を占めるほどに重要な問題であろう。マクロの観点からは、その不足が最低生活保障の問題となるだけでなく、世帯形成・家族形成行動や世代内・世代間の富の分配と関わり、長期的な人口や社会経済の様相を左右する重要な課題であると言えよう。

## 2. シンガポールにおける住宅政策の構造

### 2.1. 住宅政策の理念と3つの基本法制

以下では、まずシンガポールにおける住宅政策の基本構造を概説する。シンガポールの住宅政策を理解するためにはコンテキストが欠かせないわけであるが、詳細は他所に譲るとしても、少なくとも2つの点は省略することができない。第一はシンガポールという主権国家の基本理念についてであり、関連するが、第二は住宅政策の基本理念についてである。

岩崎（2013：p.231）によれば、「（現代シンガポールの特徴として）第一が、経済発展が最大の国家目標、つまり国是である」。シンガポールは、人は唯一の資源であるという認識が常にあり、世界各国のなかでも、最も人口（政策）を重視して来た国のひとつであり、（小国であるからこそ可能な）実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。1965年の建国時には、共産主義との抗争、インドネシア紛争、マレーシアからの追放、高失業と当時の失業者数と同程度の雇用を抱えていた英国軍の撤退、都市中心部のスラム化、そして国を構成する主要民族集団である中国系とマレー系の対立というように国家存亡の危機に係る問題が山積していた。さらに、中国系は人口の75～76%を占めるマジョリティと分類されるが、実際には福建省や広東省、海南省等を中心とした複数の地方からの出身者で構成され、それぞれの方言を話し共通の口語（中国標準語）も存在しない状態であった（Chiew 1983:p.43）<sup>6</sup>。そのような危機の中で分断された国をまとめ上げる原理が経済合理性であり、アメとムチを積極的に使っている。国内治安維持法（Internal Security Act of Singapore 1963）に基づく無期限拘留のようなムチを用いる一方で、金銭的な誘因を与えて多子家族、親・（有配偶）子との同・近居（や多民族共生）といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導してきた。

シンガポール建国時の住宅政策は、都市中心部のスラムの一掃という結果の評価が容易な直接的目標があったが、国家存亡の危機にあったシンガポールにおいてこれは福祉政策

<sup>6</sup> 1957年人口センサスによる方言集団別中国系人口は福建語 40.6%、潮州語 22.5%、広東語 18.9%、海南語 7.2%、客家語 6.7%の順であり、福建人は広東人や海南人と口頭で話ができないが筆談はできる（Chiew 1983:p.41～43）。

の範疇ではなく治安維持と経済開発の基盤として必要な処置であった。そして、住宅政策は分断された国をまとめあげるための手段であった。建国の父と称されるリー・クアンユーは、後に回顧して「国家と将来について利害を共有してもらうために持ち家社会を実現しようとした」と語っている<sup>7</sup>。このように国家（経済）開発のための民間投資（貯蓄）を引き出す手段が、公共住宅の整備を通じた持ち家政策であったことを念頭に置く必要がある。

シンガポール建国以来の住宅政策を総括した Phang (2016) によれば、シンガポールの住宅政策は 3 つの基幹法制に依拠している。第一は住宅開発公社 (HDB ; Housing and Development Board) の設立 (1960 年)、第二は土地収用法の制定 (1966 年 ; Land Acquisition Act 41 of 1966)、第三は中央積立基金 (CPF ; Central Provident Fund) の住宅資産制度 (1968 年 ; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act) である。これらは独立の直後までに整備されたものであり、この時期までにシンガポールにおける住宅政策の骨子は固まることになる。

## 2.2. 住宅開発公社 (HDB ; Housing and Development Board)

HDB は、都市開発政策の企画・立案と公共住宅の建設・管理、必要な調査研究・統計業務、住宅金融の提供を担うことを目的に 1960 年に設立された。植民地時代の前身として、改善信託組合 (Singapore Improvement Ordinance 1927, 1952) があり、ガス灯、都市内部の小道、衛生設備等の都市開発と一部公共住宅供給を担っていたが、その機能を大幅に拡充するものである<sup>8</sup>。HDB は国家開発省所管の独立行政法人 (法定機関、Statutory Board) であり、独立採算制 (赤字は一般会計から補填されることになっている) をとり、国会への直接の説明責任をもたないため、必要経費、収益、補助金の配分についての詳細は不明である。丸谷 (1995 : p.10~11) は「HDB は…日本でいえば建設省の住宅局と住宅・都市整備

<sup>7</sup> Phang (2016) の引用による。原文は次の通り : My primary preoccupation was to give every citizen a stake in the country and its future. I wanted a home-owning society. I had seen the contrast between the blocks of low-cost rental flats, badly misused and poorly maintained, and those of house-proud owners, and was convinced that if every family owned its home, the country would be more stable ... I had seen how voters in capital cities always tended to vote against the government of the day and was determined that our householders should become homeowners, otherwise we would not have political stability. My other important motive was to give all parents whose sons would have to do national service a stake in the Singapore their sons had to defend. If the soldier's family did not own their home, he would soon conclude he would be fighting to protect the properties of the wealthy. I believed this sense of ownership was vital for our new society which had no deep roots in a common historical experience (Lee, Kuan Yew (2000) *From Third World to First: The Singapore Story 1965-2000*, pp. 116-117).

<sup>8</sup> HDB とその住宅開発の概要については、Cheong (2018) や Heng and Yeo (2017)、矢延 (1983) から得られる。

公団などの公的住宅供給機関の役割を併せもっている」と紹介しているが、官邸や内閣府、統計局といった機関の機能（の一部）も併せもっている。

HDB は、「都市開発計画（Master plan）」の策定・見直しと施行を行うことで住宅政策を実施している。都市開発計画は 1958 年にはじめて策定され、5 年毎に見直しされている。また、より長期的なランドデザイン（都市整備の方向性）を定めるものとして、1971 年にはコンセプトプラン（Concept plan）が制定され、こちらは 10 年毎に見直し作業が行われている。

### 2.3. 土地収用法（Land Acquisition Act 41 of 1966）

土地収用法は、住宅整備速度を加速する（ことを通じて公共の福祉に資する）ために制定されたと説明されるが、官報に公示すればどのような目的でも収用できることを明記しており<sup>9</sup>、その制定によって共産圏以外では目にすることが稀なほど強力な権限を HDB に与えた。さらに、1973 年からは土地の収用価格を、決められた時点の価格と収用時市場価格の低い方とする法律の修正を行っており、収用価格に上限が設けられている<sup>10</sup>。この土地収用法によって、政府は土地を安く入手し、公共住宅価格を大きく引き下げることができた。後述の通り、公共住宅の取得には（条件を満たせば）直接の補助金給付も行われているが、補助金として支給されているものは補助の一部でしかなく、公共住宅価格が市場価格を大きく下回る水準に設定されていることに大きな補助が含まれることに注意が必要である（Sandlands 1992:p.124-125）。シンガポールにおける公共住宅価格がどれほど安いのか<sup>11</sup>、

<sup>9</sup> 土地収用法では、「第 5 条 大統領は以下の目的で土地が必要であることを、官報に公示することで宣言してよい。－公共目的－だれのいかなる業務においても、公共の便益・利益・利害があると担当大臣が判断する場合－住宅用、商業用、産業用のいかなる目的」と規定している。”Land Acquisition Act,” Singapore Statutes Online（2021 年 3 月 14 日閲覧：

<https://sso.agc.gov.sg/Act/LAA1966>）。

<sup>10</sup> 1966 年制定（1967 年施行）の土地収用法は、1973（1974）、改正法 1985（1987）、1993（1993）、1995（1995）、2007（2007）のそれぞれの年次に修正（括弧内は施行年）されている。これらの主な目的は収用価格の上限を定めることである。具体的には、1987/11/20 より前の収用では 1973/11/30 現在価格（もしくは収用時市場価格の低い方、以下同様）、1987/11/30～1993/1/17 の収用は 1986 年 1 月 1 日現在、1993/1/18～1995/9/26 の 1992 年 1 月 1 日現在、1995/9/27～2007/2/11 の収用は 1995 年 1 月 1 日現在価格が上限となった。最終的に、2007 年の修正でこのような上限が撤廃され、2007 年 2 月 12 日以後の収用については収用時市場価格が適用されることになった（Chew et al. 2010）。

<sup>11</sup> たとえば、Lim and Associates（1988 岩崎・森訳 上 p.94）には、「HDB は最も多額の補助金が供与されている法定事業体である。……1984 年末に首相は、「全ての HDB アパートの 4 分の 1 について、費用の 3 分の 1、場合によってはそれ以上に相当する補助が与えられている」と述べている（Straits Times, 21 Dec 1984）。土地収用法によって公共目的収容される土



あるいは公共住宅供給にどれほどの公的な財政移転が含まれるのかを包括的に示す資料（比較可能な公的（新築）住宅と私的住宅の価格水準や HDB 設立以来の詳細な財務；住宅価格指数の推移は後述）は見当たらないが、丸谷（1995：p.16, 32）は、「新築 HDB 住宅の分譲価格は、1993 年前半に売り出された住宅の平均価格でみると、4 ルーム（約 100 m<sup>2</sup>）が 10 万 4,100SGD（約 700 万円）、5 ルーム（約 125 m<sup>2</sup>）が 14 万 2,200SGD（約 950 万円）、エグゼクティブ（約 150 m<sup>2</sup>）が 22 万 9,800SGD（約 1,540 万円）……内装が仕上げられていないので、この価格とは別に購入者は内装資金の自己負担が必要である。しかし、シンガポールの一人あたり GNP が日本の約 6 割程度に達していることを考えると相当に安い……民間住宅の需要層は、事実上、裕福な人々に限定されている……民間住宅の価格は、都心の高級コンドミニアムなどでは日本円換算で 1 億円を超える物件も多くなってきており、郊外の民間コンドミニアムも供給の中心は数千万円」と指摘している。

#### 2.4. 中央積立基金 (CPF; Central Provident Fund) の住宅資産制度 (1968 年; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act)

中央積立基金 (Central Provident Fund Ordinance 34 of 1953) は、シンガポールの社会保障制度の要であり、ブーン (1989) や駒村 (2005) をはじめとし、わが国でも既に多くの紹介がなされている。ごく簡単に制度を要約すると、全雇用者が個人単位で口座を保有する (加入を義務づけられた) 確定拠出・完全積立方式の強制貯蓄である。各加入者はそれぞれ用途が限定される 4 種類の口座を保有することになる。すなわち、①住宅購入・ローン返済 (1968 年解禁) や金融商品購入 (1986 年解禁) 等のために 55 歳未満の引き出しが可能な「通常」口座、②重度の障害やシンガポール国籍からの離脱など例外的な事情がない限り 55 歳未満の引き出し (移動) ができない「特別」口座 (1977 年導入)、③55 歳時に通常口座と特別口座の残額を合算し 65 歳<sup>12</sup>からの (終身) 年金支払のみに用いられるために開設される「退職」口座 (1987 年導入)、④公的医療機関、民間認可病院・施設でのみ、加入者のほか (シンガポール市民と永住権保有の) 配偶者・子・親・きょうだいの医療費のために利用可能な「医療」口座 (1984 年導入) である。確定拠出型であるため、加入者負担分の保険料率と雇用主負担分の保険料率<sup>13</sup> (及び、4 つの口座種類によって異なる運用利率

地については 1973 年の地価が強制的に適用されるため、上記の補助金算定にあたっては時価表示の土地価格は使用されていない。」という記述がある。

<sup>12</sup> 1943 年生まれ以前は 60 歳から受給が可能であったが、受給可能年齢は 1944~49 年生まれの 62 歳、1950~51 年生まれの 63 歳、1952~53 年生まれの 64 歳、1954 年以後生まれは 65 歳に引き上げられている。CPF Web ページ”Retirement Sum Scheme,” (2021/03/14 閲覧：<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/retirement/retirement-sum-scheme>)。

<sup>13</sup> 加入者の口座に積立を行うのは雇用主の責任である。保険料率は加入者負担分と雇用主負担分に分けられているが、雇用主からみれば区別なく総額が労働費用になる。一方、保険料拠出は全額所得税控除されており、適用される月収・年収にそれぞれ上限が設けられている (2016

(の最低保証率) (参考として物価上昇率と利子率の推移を章末・参考図に示す)<sup>14</sup>) と4種類の口座間の拠出配分割合、退職口座の最低残高が定められている。CPFの主眼は引退期の年金給付に強制的に備えさせることにある。そのため、55歳時に通常口座と特別口座を

年以後は6,000SGDを超える月収、102,000SGDを超える年収には適用されない、それ以上の任意拠出も可能ではあるが任意拠出も含め保険料拠出額には年間最大37,740SGDの上限がある；月収部分については1974年の1,500SGDから1985年の6,000SGDに引き上げられ2000年代半ばに4,500~5,500SGDに引き下げられたものの大きく変化していない)。そのため、加入者からみた手取給与額は保険料率の変更が加入者負担分か雇用主負担分かの影響を受ける。雇用主拠出率は物価上昇率や賃金コストを調整するための重要なマクロ政策手段として用いられてきた(たとえば、Fong and Lim 2016やLim 1983を参照)。

<sup>14</sup> 特別口座と退職口座は流動性が低い代わりに+1.25~1.5%ポイント利子の上乗せ(1995年以後)があり、2001年以後は医療口座も利子率は1.5%ポイント上乗せされている(章末の参考図を参照)。1986年以後の通常口座利子率は地場金融機関の12ヶ月もの定期預金金利と普通預金金利の加重平均に設定することとされた。このような市場金利は2003年以後、実際には1%を下回る水準にあるものの(Chia 2016:p.63)、通常口座の利子率は2000年以来2.5%ポイントに据え置かれ、最低保証利子率が維持されている。シンガポール政府が保障する最低保証利子率は名目利子率であり物価上昇リスクはあるものの、CPFは加入者から集めた拠出金でシンガポール政府特別債券を購入している。この特別債の利回りはCPFが加入者に支払う利子と同一であり、CPFは利鞘を稼いではない。すなわち、実質利子率はシンガポール政府特別債の利回りに同調しており(少なくとも2008年以後の退職口座については10年物政府特別債の年平均利回り+1%ポイントが与えられている)、これはシンガポール金融庁(Monetary Authority of Singapore)及びシンガポール政府投資公社(Government of Singapore Investment Corporation Private Ltd.、2013年GIC Private Ltd.に改称)の運用成績が反映されたものである(シンガポール政府財務省Webページ”Is our CPF money safe? Can the Government pay all its debt obligations?,” 2021/03/14 参照：

<https://www.mof.gov.sg/policies/reserves/is-our-cpf-money-safe-can-the-government-pay-all-its-debt-obligations>)。なお、シンガポール政府特別債は、現在は(シンガポール国内への投資を手がけるテマセク社を通じ)国内へ投資されていないとされるが(MAS Webページ”How are CPF monies invested? What does the Government do with the monies?,” 2021/3/12 参照：[https://www.ifaq.gov.sg/mof/apps/fcd\\_faqlmain.aspx#FAQ\\_43693](https://www.ifaq.gov.sg/mof/apps/fcd_faqlmain.aspx#FAQ_43693))、少なくとも1980年代まではシンガポール国内にも投資されていたはずである。たとえば、Sandilands(1992:p.130)にはCPFは強制的に資金を取得して「政府の開発勘定を通じ、HDB、都市再開発機構 Urban Renewal Authority、ジュロンタウン公社 Jurong Town Corporation やその他法定機関に間接的に支出されている」とある。語弊を恐れず要約すれば、シンガポールの開発モデルは強制貯蓄で国民から資金を集め、国内設備・工業インフラの整備に投資し外国企業を呼び込んで使用させることにより急速な経済成長を達成した。高い経済成長率という結果がともなわなければ長期的に強制的な貯蓄を引き出すのは難しいため、小国であることや世界経済状態の条件が揃わない今後の第三世界などの開発に移植することは簡単ではない。

合算した残額には基礎退職残高 (basic retirement sum) が設定されており、退職口座に基礎退職残高以上を入れて、現行制度では基本的に終身年金プラン (CPF Lifelong Income For the Elderly or CPF Life) を購入することになる。通常口座と特別口座を合算したときに満額退職残高 (full retirement sum、基礎退職残高の 2 倍)<sup>15</sup>を超える部分については、拡張退職残高 (enhanced retirement sum、基礎退職残高の 3 倍) を上限として退職口座に入金し終身年金の購入に用いることもできるし、そのまま CPF 口座に貯蓄しておくことも、目的を問わず口座からの引き出しも可能になる。55 歳以降も働き続ける場合には、保険料拠出は通常・特別・医療口座に対して行われるので、退職口座の残額を増やすには明示的な資金移動が必要になる。なお、個人単位の口座に資産が積み立てられているため、死亡時残余は相続人に相続される。

参考として、図 1 に年齢階級別にみた加入者と雇い主の CPF 保険料率 (及び、総拠出に占める雇い主分の割合)、図 2 には 4 つの口座種別の CPF 保険料率 (加入者と雇い主の合計; 拠出金が口座種別にどのように配分されてきたか) を示す。また、図 3 では積立金残高と毎年の引き出し額並びにその構成をみた。

加入者と雇い主分を合わせた CPF 保険料率は 1955 年の 10%ポイントから徐々に引き上げられ、1984 年 7 月から 1986 年 3 月は 50%ポイントに達している。雇い主からみれば、総人件費 125 のうち 50 (40%) を CPF 口座へ積立、75 (60%) を労働者に支払っていたことになる。加入者と雇い主を合算した総保険料率に占める雇い主の割合は 1980 年代半ばまでは概ね半分を下回ることはなく、1972 年 7 月から 1974 年 6 月は 58%ほどに引き上げられていた。1986 年 4 月に (おもに景気対策として) 雇い主負担分が 25%ポイントから 10%ポイントに引き下げられ (加入者分は 25%ポイントのまま)、雇い主負担が総保険料に占める割合は 28.6%であった。1988 年 7 月以後は年齢階級別の保険料率が導入され、基本

<sup>15</sup> CPF 制度の展開については Chia (2016) が簡潔であり、退職制度については Chia (2016 : pp.66-82) などを参照されたい。1987 年に退職口座制度が創設された際には最低必要額 (minimum sum) と呼ばれていたが、2015 年にシンガポールに住宅を所有する人に基礎退職残高が導入されてから満額退職残高と呼ばれている。この額は出生コーホート別に設定されており、1987 年 (に 55 歳・1932 年生まれ) コーホートでは 30,000SGD、1995 年コーホートで 40,000SGD、2003 年コーホートで 80,000SGD、2008 年コーホートで 106,000SGD、2019 年コーホートで 176,000SGD と、物価上昇・生活水準の上昇に応じて引き上げられてきた。なお、1994 年コーホートまでは、最低必要額を充当するための現金 (つまり通常口座と特別口座の残金) を保有する必要はなく、保有する資産 (ほとんどの場合、住宅) を抵当に入れ、満額に充当することができた。1995 年に満額退職残高の 10%は現金を用意しなければならなくなり、その割合は徐々に引き上げられ 2003 年コーホート以後は半分 (つまり基礎退職残高) の現金を口座に用意する必要がある。55 歳時に資産抵当を加えて最低必要額を満たすことができた人の割合は 1996 年 57%から 2008 年の 34%に低下後、反転し 2012~2014 年は約 50%とされている (Chia 2016:図 4.3, p.72)。

的には56歳以上（56～60、61～65、66+）の保険料率を年長者ほど段階的に大きく軽減している（2005年1月からは51～55歳の保険料率も軽減している）。また、細かくみれば加齢による変化は複雑だが、年齢を通じた一般的な傾向としては、1990年代以降において雇い主負担が総保険料に占める割合は50%を超えることはなく、1980年代半ばまでと比べれば雇い主負担が抑制されてきた時期が多い（2010年代以降の66歳以上は例外）。

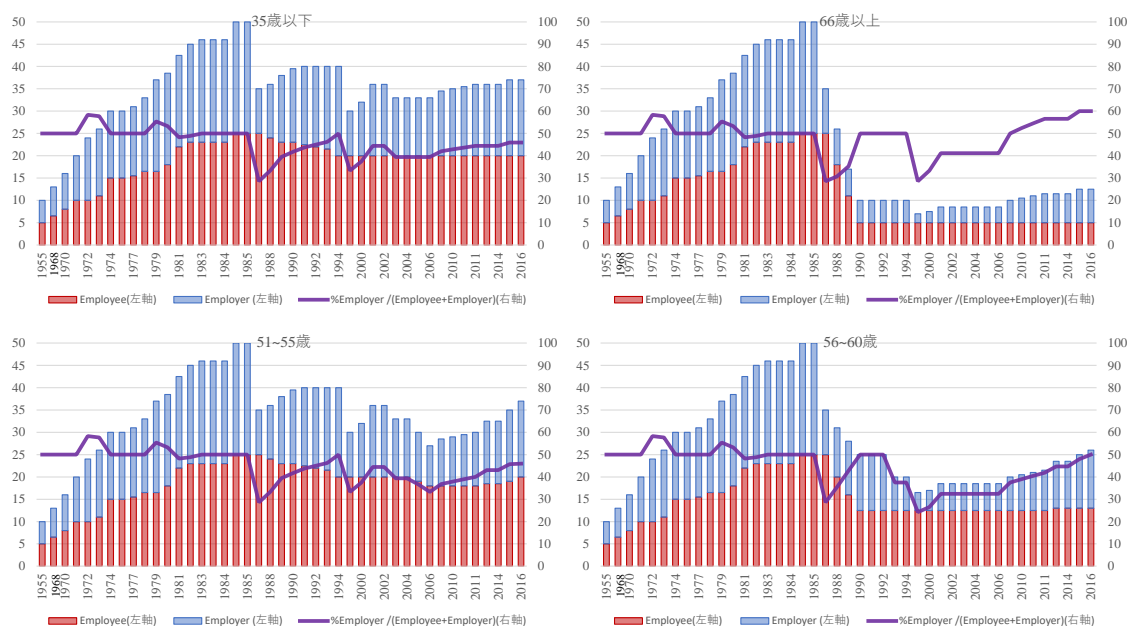


図1. 年齢階級別，加入者負担と雇い主負担別の CPF 保険料率（%ポイント；左軸）と総拠出に占める雇い主負担割合（%；右軸）：1955年7月から2016年1月～

資料：資料：Data.gov.sg "CPF Contribution Rates, Allocation Rates and Applicable Wage Ceiling," (2021/04/16 アクセス：[https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource\\_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b](https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b)).

注：保険料率が改定された月は年次によって異なる。

1977年7月に特別口座が導入されて以来、保険料率は口座種別に設定されており、口座の種類別の資金配分が設定されている（これ以前の拠出金は区別されていない、1984年4月以降は医療口座も導入されている）。図2によれば、一般的な傾向としては、医療口座への保険料率は一定水準が保たれるかわずかに上昇しており、保険料率も一定水準が維持されるかわずかに上昇してきた一方、一般口座への保険料率が調整に使われてきた（引き下げられてきた）。1985年に加入者と雇い主の合計保険料率が50%ポイントであったとき、口座種別にみた保険料率は一般口座40%ポイント、医療口座6%ポイント、特別口座4%ポイントであった。1986年に35%ポイントに引き下げられたとき、医療口座への6%ポイントは維持され、特別口座0%ポイントと通常口座29%ポイントにそれぞれ軽減されている。

1988 年以後は年齢階級別の保険料率が導入されたが、これは口座種別に設定されており、すなわちシンガポール政府は年齢別の口座種別資金配分、つまり年齢別にどの用途の貯蓄を（雇い主と加入者に分担させ）強制的に厚く維持するかを決めるようになった。一般的な傾向として、時系列でみて一般口座への保険料率はゆるやかに引き下げられており、医療口座・特別口座の保険料率がわずかずつ引き上げられている。総拠出に占める一般口座への拠出割合をみると、1986 年までは年齢によらず一定で（加入者と雇用主の合計保険料率が過去最高の 50%ポイントであった 1984～1985 年は医療口座が導入された時期にあたるが）一般口座への拠出割合は 80%が維持されていた。年齢別保険料率が導入された 1986 年以後について 35 歳以下でみると、この割合は 1991～1998 年に 75%に引き下げられ、1999 年に一旦 80%になるのを除くと、2015 年の 62%まで概ね一貫して引き下げられている。年齢間で比較すると、55 歳までは医療口座と特別口座の保険料率は加齢によって引き上げられ、（50 歳以上では保険料率は引き下げられるので）一般口座への保険料率が大きく引き下げられている。60 歳以上では通常口座と特別口座保険料率は非常に低水準になるが、医療口座保険料率は概ね一定水準に保たれている。このため、2015 年以後の総拠出に占める一般口座への拠出割合は 35 歳以下では 62%だったが、51～55 歳では 41%であり、

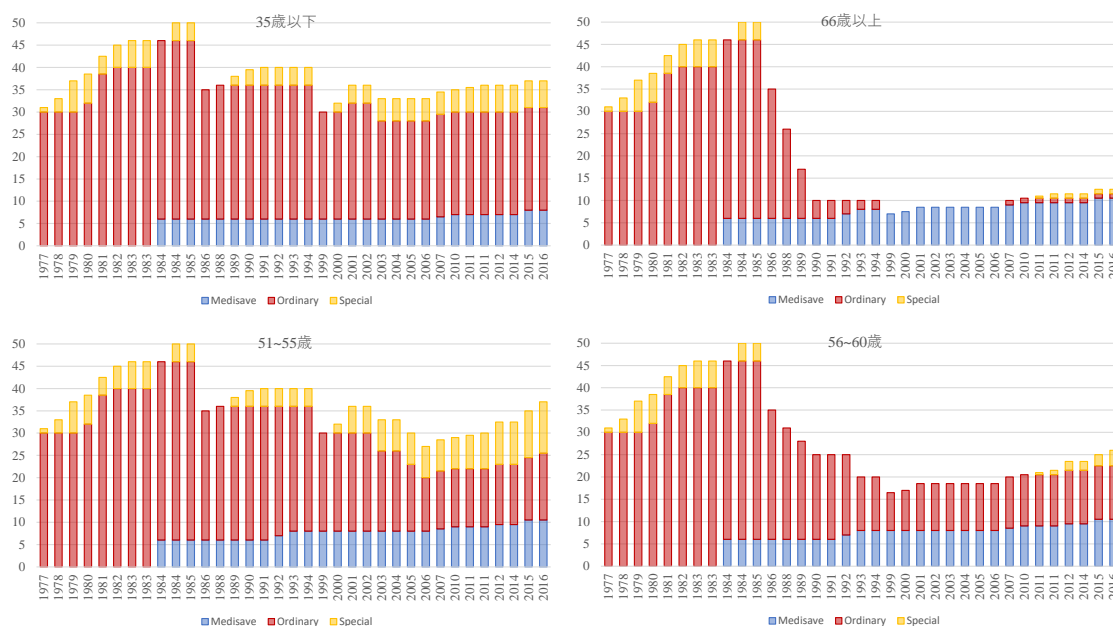


図 2. 年齢階級別、口座種別 CPF 拠出率：1977 年 7 月から 2016 年 1 月～現在

資料：Data.gov.sg “CPF Contribution Rates, Allocation Rates and Applicable Wage Ceiling,” (2021/04/16 アクセス：[https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource\\_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b](https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b)).

単位：労働者の月収に対する％。注：保険料率が改定された月は年次によって異なる。CPF は口座種類別拠出率（賃金に対する％率）を配分率（allocation rate）と呼んでいる。

特別口座への拠出割合は35歳以下の16%に対して、51～55歳では31%になっている。これらに対し、医療口座への拠出割合は35歳以下の22%から51～55歳の28%にゆるやかに上昇し、56～60歳の40%から、61～65歳の64%を経て、66歳以上では84%になっている。

CPF積立金の残高は1960～1980年代半ばまで増加率（年率）20～30%という幾何級数的な増加をしており、1960年の約1.5億SGDから1987年には306億SGDに達した。これは、1960年代以降CPF保険料率が引き上げられると同時に、1970年代までに完全雇用が達成され、女性の労働参加率が1970年の30%未満から1990年の50%超に増加した結果である（Sandilands 1992:p.129）。その後も2000年前後に年平均5.6%増加という水準に落ち込むものの、2007年以降は9～12%の増加率（年）を維持しており、2020年末の積立金残額は4,621億SGDに達している（図3）<sup>16</sup>。

このようなCPFに強制的に貯蓄された残高（及び、フロー）をHDB住宅購入（頭金の支払い及びローン元本返済）に用いることができるようになったことが、シンガポールの住宅政策の大きな転換点となった。2.1節で見たとおり、シンガポール政府は持ち家率を向上させることを重要な目標としており、1964年に「人民のための持ち家計画（Home Ownership for the People Scheme）」を始めた。この計画により、世帯月収1,000SGD未満（かつ月収800SGDを超える個人がいない）のシンガポール人世帯を対象に、2ルーム住宅を4,900SGD、3ルーム住宅を6,200SGDの価格で、合計2,068部屋を販売した。HDBは住宅ローンも提供し、3ルームの場合、1,200SGDの頭金を支払えば、44SGD×15年の住宅ローン返済での購入が可能であった。月収800SGDの世帯が賃貸する住宅の賃料で住宅を購入できるようHDBは住宅価格を引き下げることが狙っていたため<sup>17</sup>、同じ条件の住宅を賃貸する場合の家賃60SGDより低くなるように設定されていた（Tan and Naidu 2014:p.3, Cheong 2018:p.18）。しかし、20%の頭金の支払いが困難などの理由で（Sandilands 1992:p.127, Chia 2016:p.31）、1964年の年末までに販売されたのは約1,600部屋、約4割が売れ残った。このため政府は1968年にCPF法を改正し、それ以前は55歳まで引き出しができなかったCPF貯蓄をHDB新築住宅購入のための頭金支払いとローン返済にあてる

<sup>16</sup> これらの増加率は積立金の純増加率（拠出と利子から引き出しを除いたもの）である。CPFの規模拡大をみる指標としては、被保険者数×年収（拠出金額）の延べ人年が適切と思われる。しかしながら、図3に示すシンガポール統計局のデータでは、拠出金額は2002年以降にのみ表章されている。図3に表章されている積立金額と支出項目の合計は、t-1～t年末の「積立金の純増＝拠出金額＋利子－支出合計」の関係式に符合しないため、限界がある。一方で、たとえばChia（2016：図2.9、p.37）には拠出金合計と支出合計が1965～2015年の毎年について掲示されており、HDBやCPFの年次報告書（HDB/CPF Annual Report）などの資料を入手すればより詳細な分析が可能と思われる。今後の課題としたい。

<sup>17</sup> 丸谷（1995:p.18）によれば、1990年代半ばには「政府は、夫婦がCPFを5年間積み立てれば、HDB住宅を無理なく購入できることを目標に、住宅政策を推進している」。



ことをできるようにした<sup>18</sup>。さらに、1971年から中古住宅市場を創設・断続的な規制緩和を行い（Cheong 2018:p.33-34, Phang 2016:p.232-234）<sup>19</sup>、中古住宅の購入に CPF 貯蓄を用いることができるようにすることで、住宅資産の流動性を高め、資産価値を維持できるようにし、同時に中所得者層（たとえば子どもが増えた夫婦）の買い換え需要を喚起している。

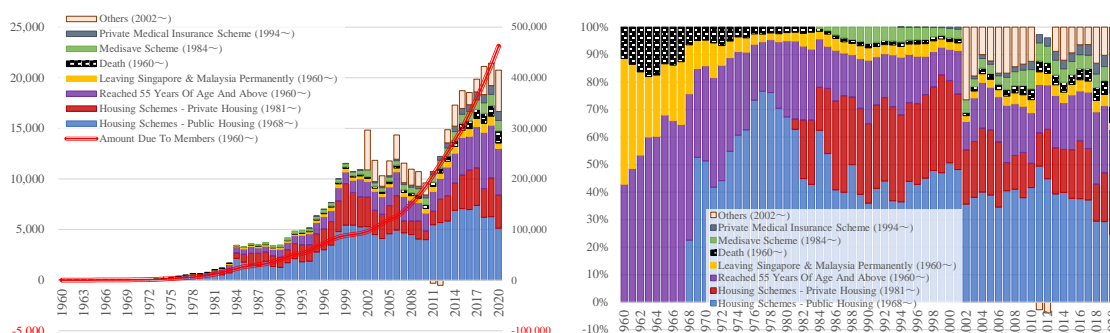
CPF 口座からの引き出し額と支出構成を図3にみた。公的住宅目的の引き出しは、HDB 住宅購入に CPF 貯蓄が使用できるようになった1968年こそ6百万 SGD に過ぎなかったが、1969～1972年は2,200～2,500万 SGD、1973年に5,000万 SGD、1975年に1.3億 SGD、1978年には4.9億 SGD に急増し、1979～1983年は4.4～7.3億 SGD を推移した後、1983年から1984年にかけて約3に増加しており、1984年は21.5億 SGD になった。1981年から、CPF 貯蓄は HDB 中古住宅の購入にも利用できるようになっており、新築と中古を合わせた1984～1988年の住宅購入のための引き出し額は26～28億 SGD であった。CPF 貯蓄からの引き出し額合計に占める住宅購入の割合をみると、1968年に50%を超え、1975年に70%を超えると、以後1980～1990年代を通して概ね70～80%を維持しており、住宅購入資金の増加に牽引されて貯蓄の取り崩しが起こっていることと CPF 通常口座残高は住宅資産に転換されて保有されてきたことがわかる。図3のデータでは2002年以後支出

<sup>18</sup> ただし、住宅ローンの貸出上限額は物件価格の90%であり、物件価格の10%分の CPF 通常口座残高が頭金として必要である。返却期間は最長25年、毎月の返済は税込み月収の30%（CPF 保険料率の加入者と雇い主負担分の合計の範囲）までに制限されている（Phang 2016:p.226）。

<sup>19</sup> 1971年より前に中古市場は存在せず、購入価格+減価償却済み内装工事（改修）費用（original purchase price in addition to the depreciated cost of improvements; Phang 2016:p.233）で HDB に売却するしかなかった。1971年に最低3年の居住期間（1975年以後は最低5年）を満たせば、HDB の要件を満たす人（所得制限付きで他の住宅を所有していないシンガポール人核家族）に市場で売却ができること認められた（報告が必要）。ただし、同時に1年間（1975年以後2年半）は公共住宅の申込ができないという申込禁止期間が導入された。申込禁止期間は1979年に撤廃され、代わりに再販税（Resale levy；はじめて購入した HDB フラットを売却し、2軒目の新築 HDB フラット・コンドミニアムを購入する場合に1軒目の HDB フラットの部屋数に応じ売却額の10～25%（2006年より前）もしくは15,000～55,000SGD（2006年以後）の支払が必要 HDB Web ページ”Resale Levy,” Accessed at 2021/03/17 20:57 from: <https://www.hdb.gov.sg/residential/selling-a-flat/financing/computing-your-estimated-sale-proceeds/selling-a-flat-resale-levy>）が導入される。HDB 住宅の購入は、所得制限付きで他の住宅を所有していないシンガポール人核家族しか行えなかったが、1989年に中古 HDB 住宅については、所得制限の撤廃、永住権保有者や民間住宅所有者も購入可能になった。1991年からは35歳以上未婚シンガポール市民も中古 HDB を購入可能になった。また、CPF 利用も緩和されている。1993年より前の貸出上限は1984年 HDB 新築住宅の80%だったが、1993年から市場価格（もしくは評価額の低い方）の80%になった。さらに、1993年から、CPF を住宅ローンの利息の支払にあてることができるようになっていく。



項目に不連続性があり、CPF 口座からの引き出し総額に占める住宅購入の割合は 50~60% に低下するものの、住宅目的の毎年の引き出し額は（2007~2010 年を除いて）概ね 70~110 億 SGD を維持しており、持ち家はシンガポール人にとって重要な資産を形成している。



(a) 積立金額（左軸）と引き出し額（右軸） (b) 支出項目構成

図 3. CPF 積立金額と支出項目別引き出し額，支出項目の構成割合

資料：Singapore Department of Statistics SingStat Table Builder, “Finance and Insurance-CPF Statistics,” (2021/03/15 閲覧： <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/industry/finance-and-insurance/latest-data>).

単位：(a)百億 SGD. 12 月末時点の積立額 (Amount Due to Member)・赤実線は右軸，その他は 1~12 月の支出について内訳を示した積み上げ棒グラフで，金額は左軸。(b)%。ただし，2001 年以前は，引き出し額総額が表章されておらず，表章されている引き出し項目の合計（及び，拠出額と利子）は積立金額の変化とも符合しないが，表章されている項目の合計に対する各項目の支出割合（%）を示す。注：PUBLIC HOUSING refers to net amount withdrawn (gross amount withdrawn less amount refunded) by members. PRIVATE HOUSING refers to net amount withdrawn (gross amount withdrawn less amount refunded) by members. REACHED 55 YEARS OF AGE AND ABOVE includes first and subsequent withdrawals. 1995 increase was due to withdrawals of government cash grant under Share Ownership Top-up Scheme II and CPF top-up scheme. 2000 & 2001 increase was due to withdrawals of government CPF top-up scheme. 2003 & 2004 increase was due to withdrawals of the economic restructuring shares and relaxation of withdrawal rule from once in 3 years to annually. 2005 & 2006 increase was due to withdrawals of government top-ups & sale proceeds from their Singtel shares. LEAVING SINGAPORE & MALAYSIA PERMANENTLY includes Malaysians leaving Singapore permanently. For MEDISAVE SCHEME prior to 2003, figures include private medical scheme and EldersShield scheme. For PRIVATE MEDICAL INSURANCE SCHEME prior to 2003, figures are included in Medisave scheme. OTHERS includes withdrawals under Home Protection Insurance, Retirement Sum (previously known as Minimum Sum), Dependants' Protection Insurance, Education, MediShield Life (previously known as Medishield), ElderShield, Lifelong Income, Non-residential Properties, Investment and Special Discounted Shares schemes, transfers to/from Reserve Account/general moneys of the Fund and on grounds of permanent incapacity and unsound mind.

## 2.5. 住宅政策の成果

住宅政策の成果を示す種々の指標を表1に示した。まず、シンガポールの国土は1970～2019年の間に24%も拡大していることを指摘しておきたい。国土の拡大は1970年以降に本格化した埋め立て等による。控えめにいって、現在の国土の8割以上が国有地になっている<sup>20</sup>。とはいえ、1970～2019年にシンガポール市民と永住権保有者をあわせた在住人口は約2倍に増加しており、(総人口に占める)外国人割合は1970年の2.9%から2019年には29.4%に増加している。総人口は1970～2019年に約2.7倍に増加した。人口密度(人/km<sup>2</sup>)は1970年の3,538から2019年は7,866に増加しており、東京都区部(15,348)には及ばないものの東京都(6,349)を超え、世界で最も混雑した地域のひとつとされている。

住宅統計をみる際の基準となる世帯数については1970年の数字が見当たらないが、1980～2019年の在住世帯の平均人員は4.87人から3.16人へと小世帯化が進行しており、人口以上の速度で世帯数は増加していると考えられる。1980～2019年に在住人口は約1.8倍になっていたが、在住世帯数は約2.9倍になっている。

住宅ストック(HDBフラット(1部屋)、コンドミニアム(1部屋)、土地付き(戸建て・連棟建て)住宅(1戸)等を含み、それぞれを単純合計)の数を見ると、1970年の約30.6万から2019年の約147.7万へと、約4.8倍に増加した。1970年の住宅ストックに占める公共住宅の割合は約4割に過ぎなかったが、1990年までに8割以上が公共住宅であるというペースで急速に公共住宅の建築が進んでいたことがわかる。同様に、世帯単位でみた持ち家率は、1970年は3割に満たなかったが、世帯が急増する中で持ち家率は1990年までに約88%に増加し、2019年も90%を維持している。世帯毎にみたHDB公共住宅への居住率も2000年代までは同様に非常に高い。2000年代以降にHDB公共住宅への居住率が低下しているのはエグゼクティブ・コンドミニウムスキームの進展によるものであり、中・低所得者向けに持ち家を提供するというHDBの使命は一定の目標を達成したためと言えるだろう<sup>21</sup>。

<sup>20</sup> Lim and Associates (1988 岩崎・森訳 上巻表4.12, p.156)によれば、国土のうち政府所有地割合は英国軍用地の移管、積極的な土地収用と埋め立て等を通じて、1949年の31%から1965年49.2%、1985年の76.2%へ上昇している。政府保有地割合を示す近年の統計は見当たらないが、1985年以後に土地収用がまったく行われていないと仮定しても、埋め立て等の国土拡大によって2019年の政府保有割合は80%になっている。借地料が政府の重要な収入源になっていることは前述の通りである。

<sup>21</sup> 1995年にエグゼクティブ・コンドミニウム(ECスキーム)を導入した。このECスキームでは、99年の借地権を競争入札にかけ、落札した民間業者・政府関連企業(Government Linked Company)がデザイン・建設・価格付け・ローンの手配・住宅の管理を請け負う(応募する世帯に対し応募条件、再販その他の規制あり)。ECスキームの導入により、(エグゼクティブ・フラットの建築・開発を終了し)アッパーミドル所得階層への住宅市場から、HDBは撤退している(Phang 2016:p.235)。

ただし、2019年の住宅ストック数は在住世帯数を超えているものの、超過数は10.5万戸ほどに過ぎず、約168万人の外国人を収用するには十分ではない。外国人に対する公共住宅の整備に、政府は公共の福祉のため税金を投じることはないであろうが、シンガポールは貿易依存度が極端に高い（開放小国経済である）ことから元々外的なショックの影響を強く受けやすく、外国人人口や外国人投資家の動勢がシンガポールにおける住宅価格に及ぼす影響は近年非常に大きくなっている（図4）。民間住宅指数（全住宅）は1996年第2四半期の129.7から1997年のアジア通貨危機を経て1998年第4四半期には71.5へと45%ほど低下（2年半でほとんど半減）している。また、2008年第2四半期の126.9から世界危機によって2009年第2四半期の95.3へ1年で25%ほど急落し、外国人の急増による需給逼迫などで2010年第2四半期の131.7へ1年間で40%ほど上昇している。これはシンガポール人にとって重要な退職期資産のボラティリティが甚大であることを意味しており、政府も認識しているところである。引き続き低所得者向け低価格住宅の確保と（外国人の）購入制限・不動産投機対策等を通じ住宅価格を安定させることは重要な課題になっている。

表1. シンガポールの住宅関連指標

	1970	1980	1990	2000	2010	2019
総人口(人)	2,074,507	2,413,945	3,047,132	4,027,887	5,076,732	5,703,569
在住人口	2,013,563	2,282,125	2,735,868	3,273,363	3,771,721	4,026,209
外国人	60,944	131,820	311,264	754,524	1,305,011	1,677,360
国土面積(km <sup>2</sup> )	586.4	617.9	633.0	682.7	710.4	725.1
人口密度(人/km <sup>2</sup> )	3,538	3,907	4,814	5,900	7,146	7,866
在住世帯数(世帯)	-	472,700	661,700	915,100	1,145,900	1,372,400
在住世帯平均人員(人)	-	4.87	4.25	3.70	3.50	3.16
在住世帯持ち家率(%)	29.4	58.8	87.5	92.0	87.2	90.4
HDB住宅居住率(%)	30.9	67.8	85.0	88.0	82.4	78.6
住宅ストック(部屋/戸)	305,833	467,142	690,561	1,039,677	1,156,700	1,477,627
うち、公共住宅割合(%)	39.3	72.2	83.2	81.4	77.7	72.5
1住宅ストックあたり人口(人)	6.78	5.17	4.41	3.87	4.39	3.86

出典：世帯持ち家率、HDB住宅居住率、住宅ストック、公共住宅割合の1970～2010年はPhang(2016表1)。2019年についてはSingapore Department of Statistics SingStat Table Builderの以下による：世帯持ち家率は"M810401-Resident Households By Tenancy, Annual"を用いて筆者算出、HDB住宅居住率は"M810351-Resident Households By Type Of Dwelling, Annual"、住宅ストックは"M400751-Residential Dwellings, Annual"、公共住宅割合は"M400141-Properties Under The Management Of Housing And Development Board"を用いて筆者算出。その他の系列についてはSingapore Department of Statistics, *Population Trends 2020* (2021/11/6閲覧：https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/population/population2020.pdf)

注：HDB住宅居住率とは、在住の世帯に住宅の種類がHDBの割合。在住世帯とは世帯主が在住人口（シンガポール市民か永住権保有者）である世帯。

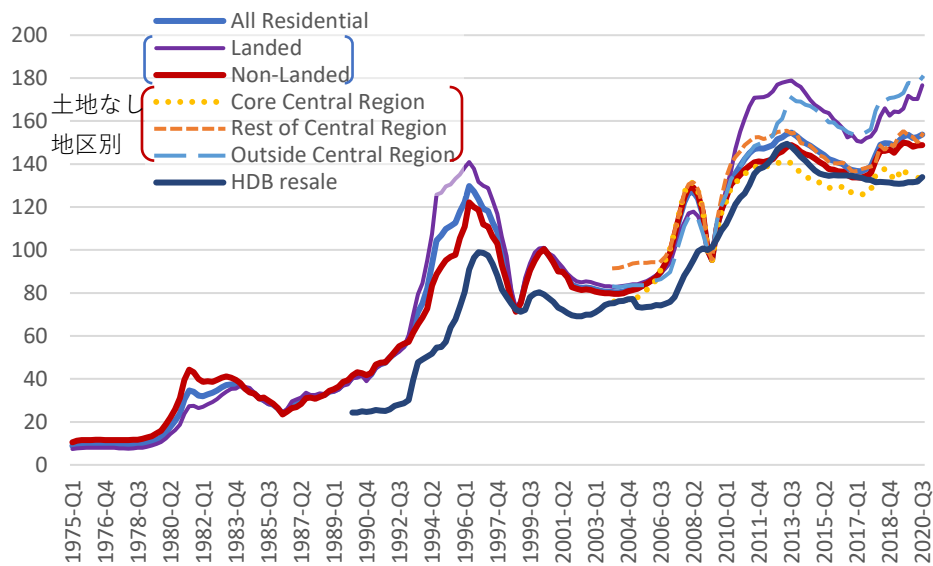


図 4. 民間住宅資産価格指数（2009 年第 1 四半期=100）の推移：1975Q1～2020Q3

出典：Data.gov.sg “Private Residential Property Price Index (Base Quarter 2009-Q1=100), Quarterly,” (2021/1/30 アクセス：<https://data.gov.sg/dataset/private-residential-property-price-index-by-type-of-property>), 及び, Data.gov.sg “Private Property Price Index of Non-landed Residential Properties by Locality, Quarterly”, Data.gov.sg “HDB Resale Price Index (1Q2009=100), Quarterly”. 注：全住宅には土地付き (landed 戸建て・連棟建て) と土地なし (Non-landed；政府から概ね 99 年借地権を得て開発されたアパートメント・コンドミニアム) を含む。地域 (locality) 別住宅指数は土地なし住宅のもの。地域区分は以下の通り：Core Central Region comprises Postal Districts 9, 10, 11, Downtown Core Planning Area and Sentosa. Rest of Central Region comprises the area within Central Region that is outside postal districts 9, 10, 11, Downtown Core Planning Area and Sentosa. (A map of Central Region showing the Core Central Region (CCR) and the Rest of Central Region (RCR) is available at: [https://spring.ura.gov.sg/lad/ore/login/map\\_ccr.pdf](https://spring.ura.gov.sg/lad/ore/login/map_ccr.pdf)) Outside Central Region (OCR) refers to the planning areas which are outside the Central Region.

住宅政策が、公共住宅の供給と CPF 強制貯蓄（を国民に許容させ、貯蓄の利用と住宅ローンを組みせること）を通じ、国家（経済）開発のために民間（住宅）投資（貯蓄）を誘導し、持ち家率を向上させたことは間違いない。しかしながら、賃貸住宅ではなく持ち家に住むことに対し誘因を与えるために、シンガポール政府が結局どれだけの財政的な援助を行ったのかははっきりしない。政府は国民に家を所有させるために、①HDB 住宅価格を市場価格（再取得価格＝土地代金＋建物代金＋取引コスト）よりかなり安く設定した、②このうち 2007 年以前の土地取得代金については土地収用法により政府は、市場価格よりも安く購入することが可能であった（所有者から政府へ所得移転があった）、③HDB を通じて低利住宅ローンを提供<sup>22</sup>、④条件を満たす場合に CPF 口座を通じた現金給付を支給（後述）す

<sup>22</sup> HDB 住宅ローン金利は、CPF 通常口座利率＋0.1%に固定されており、0.1%の上乗せが

ることなどを通じて、シンガポール政府は巨額の公費を投じてきた。このような住宅取得を促すための公的な補助が、結局どれほどの規模なのかを明確に示す包括的な文献・資料は見当たらない。ただし、このうち①などによって歳出が HDB 運営のための経費を上回ると政府財政一般会計から補填されることになっており、その概算額は官報に報告されている。Republic of Singapore (2020: 24 節 p.59) によれば、1960 年設立以来の HDB に対する政府補助金累計額は、2019 年 4 月 1 日現在 335 億 3356 万 SGD であり、2020 年 3 月末は 362 億 2578 万 SGD であったという。2019 年度の補助金額は約 2,154 億円 (26 億 9222 万 SGD を 1SGD=80JPY で換算) ということになる。日本の総人口 (2019 年 10 月 1 日) は 12,616.7 万人、シンガポール在住人口 (2019 年 6 月末) は 402.62 万人である。シンガポールの人口規模は日本の約 3.2%なので、シンガポール政府の住宅補助 (約 2,154 億円) を日本の人口規模に (人口比) 換算すると、67 兆 4919 億円に相当することになる。日本政府の 2019 年度一般会計予算 (101.4564 兆円) や、国債費を除く政策経費 (77.9483 兆円) と比べても、シンガポール政府の支出構造が日本とはまったく異なるというのは明白である<sup>23</sup>。

### 3. シンガポールにおける家族人口政策としての住宅政策

おもに 3 つの側面から、住宅政策を通じて、人口過程に影響を与えてきた。第一は、公共住宅の購入可能条件の設定である。すなわち、公共住宅価格はかなり低く抑えられていることを指摘したが、購入が可能な対象者を核家族に限定・優遇することで核家族を奨励してきた。第二は、対象者の属性に応じた直接的な現金給付金額の調整である。第三は、対象者の

手数料に相当するものと思われる。丸谷 (1995:p.19) によれば、「1994 年初めには CPF の積立預金の金利は 2.5%であったので、HDB の低利融資は 2.6%となっていた。一方、民間銀行の住宅ローン金利は同時期に 5~6%であったので、低金利の状況下双方の差が縮まっていたものの、同庁の低利融資の方が相当有利となっていた」。2003 年から民間銀行が HDB 住宅に抵当権を設定できるようになったことから HDB 住宅の購入に民間銀行の住宅ローンも用いることができるようになった (Phang 2016:p.226)。近年はさらなる金利低下により民間銀行が HDB の最低保証金利 (2.6%) より有利な条件を提示することができるようになっており、民間銀行から融資を受けるケースが増えている。

<sup>23</sup> 過去 5 年間 (2016~2020 年) の日本の外貨準備高 (9 月末) は、1.26~1.39 兆 USD であり総人口 1 人あたり 1.03 万 USD ほどであるのに対し、シンガポールの過去 5 年間の外貨準備高 (6 月末) は 2,490~3,120 億 USD と在住人口 1 人あたり 6.96 万 USD ほどであり、人口あたりでみると 7 倍ほどの水準になっている。日本の国債費 (国債償還費・利払い費) が歳出に占める割合をみると、2019 年度一般会計予算の 23%を占める。シンガポールでは純財政赤字であり政府債券に対する利子収入 (Net Investment Returns Contribution) が 2019 年度の総歳入に占める割合は約 18%である (シンガポール政府財務省 Web ページ 2021/04/15 参照: <https://www.mof.gov.sg/policies/reserves/how-do-singaporeans-benefit-from-our-reserves>) という財政状況がそもそも異なる。

属性に応じた、HDB 住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇である。いずれの側面においても、所得制限があり、21 歳以上既婚のシンガポール市民（とくに、はじめての応募・購入者）が優遇されてきたが、近年は条件が緩和される傾向にある。また、住宅政策を通じて親・（有配偶）子同居を奨励してきたし、民族統合政策の中核的役割を果たしている。

第一の購入可能条件については、①所得制限、②2 人以上のシンガポール市民世帯（もしくはシンガポール市民と永住権保有者）で 1 世帯あたり 1 軒のみ、③21 歳以上既婚者という条件を満たした場合にのみ、HDB 住宅の購入は可能になっている（Phang 2016:p.229～233）。Tan and Naidu(2014:p.5)によれば、HDB 住宅は当初シンガポール人核家族しか購入できず、これによって強い家族の絆を奨励してきた。住宅不足が解消されるのにもなって、購入可能条件は緩和される傾向にあり、1989 年に中古住宅購入における所得制限は撤廃されている。新築住宅には所得制限が残っているが、2021 年現在の限度額は 4 部屋住宅で月収 14,000SGD（約 112 万円）、コンドミニアムで月収 16,000SGD（128 万円）に設定されている。2019 年労働力調査（Table 26 in Ministry of Manpower, *Labour Force in Singapore 2019*）によれば、15 歳以上の（公務員を除く）フルタイム雇用者に占める税引き前月収（雇用主負担の CPF 保険料を除く）が 14,000SGD の割合は 6.5%であり、所得制限の対象になるのは一部の富裕層のみである。再販市場規制緩和のなかで 1989 年以降は永住権保有者も中古 HDB 住宅の購入が可能になった。最後の配偶関係に関する条件についても、1991 年以後 35 歳以上未婚のシンガポール市民が中古 HDB 住宅を購入することが可能になっており、現在では 35 歳以上未婚者でも新築 HDB 住宅（ただし 2-room Flexi という 36～45 m<sup>2</sup> の最も小さなタイプのみ）の購入が可能になっている。これらに対し、現在でも高所得シンガポール市民・永住権保有者や、国外在住者、外国人投資家については、民間住宅部門が多くを担っている。外国人の住宅所有については多くが民間フラット・コンドミニアムに制限されている（Phang 2016:p.229）。

第二の直接的な住宅補助給付（CPF Housing Grants）については、国籍、配偶関係、世帯所得に応じて注意深く調整されており、基本的にはじめての応募（HDB 住宅購入）かつ夫婦で低所得なシンガポール市民の場合に手厚いものになっている。2019 年以後の現行制度では<sup>24</sup>、HDB フラットに対して、おもに 5 種類の給付があり、①家族補助（FG；Family Grant）、②強化 CPF 住宅補助（EHG；Enhanced CPF Housing Grant）、③未婚補助（SG；Single Grant）、④強化家族補助（EHG(S)；Enhanced CPF Housing Grant (Single))、⑤近

<sup>24</sup> 住宅補助給付の歴史の変遷を追跡することは容易でないが、中古 HDB 住宅購入に際しての住宅補助給付は 1994 年に導入された（Phang 2016:p.234）ようである。Tan and Naidu（2014:p. 3）には、「1994 年より前は HDB から直接購入した新築住宅のみに対し利用可能」という記述があるが存在がはっきりしない。1994 年に導入されたのは、⑤近居住宅補助 PHG であり、親もしくは有配偶子と同居する はじめての応募者に対して 30,000SGD（1995 年からは 50,000SGD）が支給されている。1995 年には、親・有配偶子と同・同居していない場合でも、条件を満たせば中古 HDB 住宅購入に際し 40,000SGD が支給される制度が導入された。

居住宅補助（PHG；Proximity Housing Grant）となっている。その他にも、2部屋か賃貸住宅に住んでいる低所得者が3部屋住宅にアップグレードしようとする2度目の応募に対し支援する低所得者向け支援制度、ステップ・アップ補助（Step-Up CPF Housing Grant）<sup>25</sup>がある。また、③未婚補助を受けて中古住宅を購入した人が、その後結婚した場合に①家族補助との差額を支給し結果的に同等の補助を受けられる制度（CPF Housing Top-Up Grant）<sup>26</sup>が2004年に創設されている。

最初の①FGと②EHGが21歳以上で結婚している（結婚予定の）カップルもしくは核家族（少なくとも2人のシンガポール市民、もしくはシンガポール市民と永住権保有者を含む）を対象としたものである<sup>27</sup>。①FGは夫婦合計月収が14,000SGD以下で、中古HDB住宅をはじめて購入する場合に受給することができる。給付額はシンガポール市民2人の場合には50,000SGD（約400万円）（4部屋以下の場合）もしくは40,000SGD（約320万円）（5部屋以上の場合）、シンガポール市民と永住権保有者の組み合わせでは40,000SGD（4部屋以下の場合）もしくは30,000SGD（5部屋以上の場合）であり、CPF口座への入金を通じて給付される<sup>28</sup>。多世代同居等複合世帯（夫婦（ひとり親）と就業している未婚子や、親と有配偶子の組み合わせ）の場合には所得制限が14,000SGDから合計21,000SGDに緩和される。②EHGは所得に対する強い累進性があり、①FGを受けた低所得世帯を支援するためのものであると同時に、当該低所得世帯では新築HDB住宅の購入に②EHGを用いることができるものである。居住予定世帯員の合計月収1,500SGD以下の場合に最大の80,000SGDが支給され、所得に応じ減額されて合計月収9,000SGDで5,000SGDになり、

<sup>25</sup> 月収7,000SGD以下のシンガポール市民に対し15,000SGDが補助される。詳細はHDB Web ページ”CPF Housing Grants for HDB Flats -Second-Timer Applicants”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/secondtimer-applicants>）。

<sup>26</sup> Saw(2005:p.186-187)。詳細はHDB Web ページ”Application for CPF Housing Top-Up Grant”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/application-for-cpf-housing-top-up-grant/get-help#:~:text=The%20Top%2DUp%20Grant%20will,CPF%20monies%20available%20for%20withdrawal>）を参照。

<sup>27</sup> 中古住宅について詳細はHDB Web ページ”CPF Housing Grants for Resale Flats”（2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/>）、新築住宅についてはHDB Web ページ”CPF Housing Grants for HDB Flats -First-Timer Applicants”（<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/firsttimer-applicants>）を参照。

<sup>28</sup> CPF口座に入金された補助金を住宅購入費として支払う。住宅購入に用いたCPF残高は当該住宅を売却するとき、（CPF口座に預金されていたとしたら稼ぐことができた）2.5%の利子を加えてCPF口座に返却されるため、CPF補助金も当該個人口座残額に付与される（HDB Web ページ”Do I return my housing grants to the Government when I sell my flat?,” 2021/03/20 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/about-us/news-and-publications/publications/hdbspeaks/Flat-Buyers-Keep-the-Housing-Grants-Given-to-Them>）。

合計月収 9,001SGD からは支給されなくなる。②EHG を受給するためには、過去 12 ヶ月継続して就業しており、住宅購入申込時に仕事をしていなければならない。

③SG と④EHG(S)は、35 歳以上の未婚シンガポール市民を対象にしたものである<sup>29</sup>。内容は①FG と②EHG と同様であり、所得制限と給付額がちょうど半分になっている<sup>30</sup>。⑤EHG(S)を受給するためには、EHG と同様で、過去 12 ヶ月継続して就業しており、住宅購入申込時に仕事をしていなければならない。

最後の⑤PHG については、親と同居もしくは親の居住地から 4 km以内に近居する場合に、中古住宅を購入する結婚している（予定の）シンガポール人カップル・核家族（2 人のシンガポール人か、シンガポール人と永住権保有者）、もしくは 35 歳以上未婚のシンガポール市民が、所得制限なく給付を受けることができる<sup>31</sup>。給付額は、カップル・核家族が同居する場合は 30,000SGD、近居する場合は 20,000、35 歳以上未婚者に対しては同居する場合は 15,000SGD、近居する場合は 10,000SGD である。

2.5 節の最後で述べた通り住宅政策を通じた政府補助の総額は不明であり評価が難しいのだが、以上の直接的な補助給付金の金額は明らかである。これらの補助給付金を最大限受給した場合、シンガポール人同士の低所得カップルの場合には 160,000SGD（約 1,280,000 万円）、35 歳以上の未婚シンガポール人低所得者の場合には 80,000SGD の CPF 残高を得ることになる。これらの補助金は 2~3 の点で早婚を促進していると言える。第一に、賃金の年齢プロファイルの形状から低年齢ほど低所得であり、②EHG を通じた給付額は多くなる

<sup>29</sup> 中古住宅については HDB Web ページ ”CPF Housing Grants for Resale Flats – Single Singapore Citizen Applicants”（2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/single-singapore-citizen-scheme>）を参照，新築住宅については”Single Singapore Citizen Scheme”（<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/single-singapore-citizen-scheme>）を参照。シンガポール市民と外国人のカップル（すなわち①FG の要件で国籍のみ満たさない）に対しても同様の制度（Non-Citizen Spouse Scheme）が適用される。この場合の所得制限は①FG と④EHG(S)と同じで、月収 14,000SGD と 4,500SGD までである（HDB Web ページ ”Non-Citizen Spouse Scheme”，2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/noncitizen-spouse-scheme>）。

<sup>30</sup> ③SG では月収が 7,000SGD 以下の場合、25,000SGD（4 部屋以下の場合）もしくは 20,000SGD（5 部屋以上の場合）を受給できる。④EHG(S)は新築 HDB 住宅の購入にも用いることができ（Single Singapore Citizen Scheme）、月収 750SGD 以下の場合に最大の 40,000SGD が支給され、所得に応じ減額されて月収 4,500SGD で 2,500SGD になり、月収 4,501SGD からは支給されなくなる。

<sup>31</sup> 詳細は、HDB Web ページ”Living With/Near Parents or Child”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/living-with-near-parents-or-child>）を参照。



32。第二に、先に注記した通り当該住宅を売却する場合、補助金は CPF 口座にあれば稼げたはずの CPF 通常口座における利子を加えて入金される。2000 年以降の利子率は 2.5% という低水準であるものの、35 歳まで待たずに 21 歳で結婚したとしたら 14 年間の複利運用期間があり、利子率が 2.5% であっても複利運用では約 1.4 倍になる。第三に、少なくともこれまでのところ（1990～1999 年と 2000～2012 年の価格指数に基づく）住宅（資産）収益率（民間住宅及び HDB 中古住宅）は、リスク調整を行うと、シンガポールにおける代表的株価指数（Straits Times Index）よりも成績がよい（Phang 2016:p.241）。そのため、若年層にとっては多くの場合、住宅購入は借入れ制約が問題になると思われるが、補助給付金を用いて住宅を早く購入することができれば、CPF 補助金という政府援助によって早期にまとまった規模の資産形成を行うことができるだけでなく、同額の金融資産を保有していた場合よりも大きな資産を構築することができたということになる。これは HDB 中古住宅指数のみを単純に評価したもので、住宅を担保にした借入資本での投資（シンガポールドルの上昇は住宅資産の借入可能額と投資収益率をさらに引き上げる）は考慮されておらず、上にあげた補助金（を通じた収益）も考慮されていないし、住宅資産を賃貸に用いることができた場合の収益率（6～8%）も考慮していない。事後的な実質的収益率は住宅価格の変動を遙かに凌駕する可能性がある。

第三の HDB 住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇については、実はシンガポールにおける出生促進政策と同程度に長い歴史があり、その最初期に導入されたものを含む<sup>33</sup>。すなわち、1987 年 1 月 1 日以後に第 3 子（以上）をもった夫婦が（より大きな住宅を購入するために）3 部屋以上住宅を売却する際の制限が緩和されている（Saw 2005:p.176-177）。通常ならば、中古市場への住宅売却には、①5 年の最低居住期間が経過していなければならない、②はじめて購入した住宅でなければならない（2 軒目や 3 軒目は中古市場に売却できず、HDB に売却しなければならない）という制限があったが、子どもが 3 人以上の夫婦には適用を除外した。さらに、③購入申込から実際の購入までの順番待ちに通常 3 年

<sup>32</sup> 再び 2019 年労働力調査（Table 32 in Ministry of Manpower, *Labour Force in Singapore 2019*）で男女年齢別の所得分布をみると、15 歳以上の（公務員を除く）フルタイム雇用者に占める税引き前月収（雇用主負担の CPF 保険料を除く）の最頻値は 3,000～3,999SGD になっている。35 歳未満男性（フルタイム雇用者）で月収が 3,999SGD 以下の割合は 59.3%、35 歳未満女性の場合には 62.6% である。35 歳未満では月収が 4,999SGD 以下の割合は約 4 分の 3（男性で 73.5%、同女性で 76.2%）である。この月収が 4,999SGD 以下割合は、35～54 歳になると 45～60% に低下する（男性 45.6%、女性 59.8%）。月収が 1,499SGD の割合は 1 割強（男性 11.8%、女性 12.8%）なので、②EHG の満額は確かに低所得者のみに支給されるが、申請者の多くが何らかの②EHG を受給していると考えられる。②EHG は低所得者支援というよりも、低年齢（＝相対的に低所得）カップルに対する早期家族形成支援の性格が重要であろう。

<sup>33</sup> 2021 年現在の制度については、HDB Web ページ”Priority Schemes”（2021/3/18 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/eligibility/priority-schemes>）を参照。

以上を要するところ、これら夫婦に対しては待ち時間を3年分短縮している。現在の制度でも大家族を奨励するため、住宅抽選の当選確率を2倍にする制度（Third Child Priority Scheme）がある。

その他の購入にかかる優遇措置として、2000年以降、夫婦（のいずれか）が21～30歳である夫婦が4部屋住宅をはじめて購入する場合に、20%の頭金のうち10%を引き渡しまで猶予している（Saw 2005:p.164）。頭金は10%になっているが、現在も同様の制度がある（Staggered Downpayment Scheme<sup>34</sup>）。また、若いカップルのHDB住宅購入を優先する政策として、2004年以後子どもがいる（妊娠している）夫婦をはじめてHDB住宅を購入する際の待ち時間（抽選の当選確率）を優遇する制度（Parenthood Priority Scheme）や、購入申込から引き渡しの際にHDB住宅を半額で賃貸できる制度を実施している（Parenthood Provisional Housing Scheme）。

その他の人口に直結する住宅政策として、1989年に導入された民族統合政策（Ethnic Integration Policy）の側面を挙げることができる。民族統合政策では、ブロック（housing block、約120世帯）と近隣（neighborhood、数千世帯規模）という2つのレベルごとに民族構成の上限を設け、近隣・ブロックで設定された民族構成の上限を超える民族への（中古）販売ができないようにした制度である。具体的には、近隣/ブロック毎の民族構成について、中国系84/87%、マレー系22/25%、インド系・その他は10/13%（2010年以後は12/15%に緩和）という上限が設けられており、また2010年からはマレー系を除く永住権保有者の割合についても5/8%という上限が設定されている（Phang 2016:p.231）。政策として実施されたのは中古住宅市場が整ってきた1989年以後のことであるが、HDBは新築住宅販売において1970年代から同様の措置をとっており、建国以来の中心的な課題である多民族共生の推進に不可欠な役割を果たしたとされる（Tan and Naidu 2014:p.6）。

#### 4. 韓国における少子化対策としての住宅政策

##### 4.1. 韓国少子化対策の経緯

韓国では結婚する際に新しい住居を用意するのが一般的で、伝統的に新郎は家を用意する代わりに新婦は生活にかかわる全般の物（例えば、テレビや冷蔵庫を始め、ベッド、食器等）を用意するという分担がなされてきた。生活用品に比べれば、住宅は高額であり、女性より男性の負担は大きかったという傾向があった。近年、住宅価格の高騰により、男女が結婚する年齢に達するより前に、住宅を購入することはますます困難な状況になっている。男

<sup>34</sup> HDBフラット（5部屋以下）購入のための申込にあたり、カップルのどちらかがはじめてで、（若い方が）30歳の誕生日までにした場合、購入価格の10%の頭金の半分を契約時に支払い、残りの半分は引き渡し時まで猶予する。HDB Web ページ “Staggered Downpayment Scheme”（<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/staggered-downpayment-scheme>）を参照。

性が家を用意する慣習は昔より緩和されているが、依然として結婚生活の新居を用意するのは男性の責任という意識も根強い。そのため、結婚に際した男性の負担は緩和されるどころか、増加する傾向にある。新居を用意できない男性は結婚を躊躇し、延期する傾向があり、女性も住宅を用意できない男性との結婚を嫌忌するため結婚件数は低下し続けている。日本と同様に韓国においても、婚外出生は例外的であり<sup>35</sup>、結婚と出生の関係は強い。そのため、このような結婚の減少は、出生の減少を招いている。このようななかで、住居と結婚・出生との関連は強いという研究が着目され、韓国では住宅政策が少子化対策の一環として施行されるようになってきている。住宅政策は、韓国において少子化対策がはじめて導入された2005年から対策パッケージのなかに入っていたわけではなく、住宅政策が導入されたのは2016年であった。

韓国の少子化対策は「低出産・高齢社会基本計画」と呼ばれている。2005年に「低出産・高齢社会基本法」が制定され、2006年から第1次5か年計画「第1次低出産・高齢社会基本計画」（以下、基本計画）が始まった。中央部署（日本の行政における省）や地方公共団体は、この基本計画に沿って年度別施行政策を策定しなければならないことになっている。第1次基本計画は「すべての世代が共に持続発展可能な社会」というビジョンをかかげている。第1次基本計画における出生率低下の主要な要因は、女性の就業と出生や子育てとの両立ができないことと考えられており、対策としては、保育所の整備や女性の社会復帰の支援が中心になっている。2011年からの第2次基本計画は「低出産・高齢社会への成功的対応により活力ある先進国家へ羽ばたく」というビジョンの下で行われたが、具体的な政策パッケージとして第1次基本計画を踏襲していた。

このような取り組みにもかかわらず、第1次基本計画と第2次基本計画が実施された10年間の出生率は持続的に減少した。第3次基本計画の策定にあたって、それまでの基本計画が女性のワークライフバランス施策に偏っていることを反省し、第3次基本計画では若者がなぜ結婚を躊躇し延期しているのかを分析し、若者の結婚を妨げる要因に対するアプローチを行おうという試みが始まった。具体的には、結婚を阻害する要因として、大きくわけて若者の就業と住居の2つが特定された。さらに、第2次基本計画までの実施された施策がよりスムーズに実施されるような制度の整備に注力することとされた。このようにして、第3次基本計画は「すべての世代が共に幸福な持続発展社会実現」というビジョンをかかげ、2016年から推進されている。

第3次基本計画は、当初2020年まで実施される予定であったが、2017年の選挙で進歩政権に交代すると、社会からは男女平等や生活の質（Quality of Life）の向上等の要求が強くなった。その要求に応じて、2018年に基本計画パラダイムの修正が行われた。男女平等や生活の質に加えて、基本計画に対する様々な批判等を検討し<sup>36</sup>、2018年末に第3次基本

<sup>35</sup> 韓国における2020年の婚外出生割合は2.3%である（韓国統計庁2020）。

<sup>36</sup> 第1次から第3次基本計画にかけて、一貫して批判されたのは、少子化対策があらゆる施策

計画（修正版）が出された。第3次基本計画（修正版）では上記の男女平等や生活の質の向上を主眼としており、何よりも生活の質の向上を図ることを通じて、出生が自発的に行われることを狙うというのが基本的な考え方になっている。その後、2021年からは第4次基本計画が施行されているが、基本ビジョン等は第3次基本計画（修正版）を踏襲している。

#### 4.2. 少子化対策における住宅政策

上述の通り、少子化対策の中に住宅政策が盛り込まれたのは第3次基本計画（2016年）からである。ここでは第3次基本計画に導入された住宅政策がどのようなものか紹介する。

##### 1) 第三次基本計画（2016年～2018年）

2016年の第3次基本計画における住宅政策は、①青年・予備夫婦住居支援強化、②学生夫婦住居与件改善、③新婚夫婦の住宅用意資金支援強化、④新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給を大幅拡大の4つからなる<sup>37</sup>。

##### ① 青年・予備夫婦住居支援強化

大学生へのチョンセ<sup>38</sup>賃貸住宅の供給を拡大して大学生の住居費の負担を軽減することが目的であり、大多数の新婚夫婦が結婚する際に新しい住居を用意することを踏まえ、結婚する前でも公共賃貸住宅の申請ができるようにした。本来、公共賃貸住宅の供給は、婚姻申請をした法的な夫婦に対し行うことを前提としているが、結婚を考える数多くの男女は法的な婚姻をする前に新居を用意するため、住居申請資格を婚姻していない男女にも拡大したわけである。結婚していない男女が申請する際には、挙式場の契約書や結婚招待状を代わりに提出でき、入居する時に夫婦であることを証明する公文書の提出が必要である。

##### ② 学生夫婦住居与件改善

の羅列に過ぎず、直接出生率を増加させる施策でないものが多数含まれているということである。また、これらの施策の予算もすべて少子化対策の予算に計上されるので、これまで使った金額も膨らんでいるように見えることに政府当局は困惑したものである。

<sup>37</sup> 施策の名称は韓国語の原義を伝えるため、できる限り直訳にした。

<sup>38</sup> チョンセは、韓国に特有の住宅制度であり、住宅価格の一定の割合をまとめて敷金として預けることで、契約期間の間、月々の家賃を支払わずに居住ができる制度である。これは金融制度が発達していなかった時代にできたものである。かつては、大金が必要な住宅を購入する際、現在住んでいるところをチョンセとして貸し出し、まとまった金額の敷金を得て、その敷金を元にそれまで貯めていた資金と銀行から借りた資金を加えて新しい住宅を購入した。この制度は金融制度が発達した現在においても広範囲で用いられている。ただし、契約終了時には大家は賃借人に対しチョンセ敷金を全返還する義務がある。

所得のない有配偶大学（院）生が安定的に学業と家庭を両立できるように住居を提供する施策であり、国立大学内の寮に有配偶用の部屋を拡充して、彼らの住居安定を図り、住居費の負担を軽減することが目的である。

③ 新婚夫婦の住宅用意資金支援強化

新婚夫婦による住宅購入資金やチョンセ資金の住宅都市基金からの借入を優遇するものである。この制度は2013年に始まり、夫婦合算所得が4千万ウォン以下、新婚夫婦は5千万ウォンの所得制限があり、利子率は4.3%であった。

④ 新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給を大幅拡大

この施策は若い新婚夫婦に対する仕立て賃貸住宅の供給を拡大する。すでに2009年から5年・10年公共賃貸、国民賃貸住宅の一定割合を低所得の新婚夫婦に対して供給してきた。2016年からは新婚夫婦のチョンセ賃貸住宅に居住できる所得基準を大幅に引き下げている。以前は都市勤労者の月平均世帯所得の50%の水準に制限されていたが、それを70%まで引き上げた。供給量も前年より1千ほど拡大した。なお、新婚夫婦の年齢が低いほど、賃貸住宅を申請するときにインセンティブを与える。

幸福住宅は若者が安定的に居住するために供給する公共賃貸住宅であり、2012年に大統領は推進課題として、2014年までにおおよそ14万の新婚夫婦を含む若者に供給する計画を立てた。2016年時点では、幸福住宅には1人家族に焦点を当て設計されたワンルーム住宅が多かったが、新婚夫婦等のために2ルーム住宅の供給を拡大する計画がある。なお、新婚夫婦のための「幸福住宅特化団地」内には、保育所や共同育児スペース等を設置して育児環境を整備する。新婚夫婦が出産する場合はより大きい幸福住宅に再申請する機会や子ども数により居住期間を6年から10年に延長する。

2) 第三次基本計画（修正版）（2019年～2020年）

上述の通り、基本計画の修正により2019年以後の施策は若干修正されているものの、変更点は名称や構成等のあまり本質的ではない部分で、大筋はそれほど変わっていない。具体的な施策としては、①多様な青年住宅供給拡大、②青年賃借世帯住居費支援強化、③新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大、④子育ての良い住居インフラ整備の4つに分けられる。

① 多様な青年住宅供給拡大

青年チョンセ賃貸・仕入れ賃貸・公共支援民間賃貸住宅の供給を通じて、青年（大学生・就活学生）の住居費の負担を軽減することが目的である。青年チョンセ賃貸事業では、公共住宅事業者が既存の住宅を賃貸して入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。青年仕入れ賃貸事業では、公共住宅事業者が既存の住宅を仕入れ、改修してから入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。青年幸福住宅事業では、公共住宅事業者

は幸福住宅を建設して入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。公共支援民間賃貸事業では、民間の事業者が政府から支援を受け賃貸住宅を供給・運営する。

## ② 青年賃貸世帯住居費支援強化

住居衰弱階層の青年を対象に低利の住宅資金を支援する施策である。青年専用貸出事業では、19～25歳未満の青年を対象（年所得5千万ウォン以下の住宅無し、単独世帯主）に3.5千万ウォン以下の敷金を貸し出す（利子率は1.8～2.7%）。返済期間は2年以内に設定されているものの、4回の延長（最大10年）が可能である。中小企業就業青年賃借敷金事業では、19～35歳で年所得3.5千万ウォン以下の中小企業や自営業者を対象に、1億ウォン以下の敷金を貸し出す（利子率は1.2%、返済期間は青年専用貸出と同じ）。青年専用保証付家賃貸出事業では、19～35歳未満の年所得2千万ウォン以下の住宅無しの単独世帯主に月40万ウォン程度の家賃を貸し出す（返済期間は青年専用貸出と同じ）。

## ③ 新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大

新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大は上記第三次基本計画における③と同様の事業だが、賃貸のみならず、分譲して安定的な住居の確保を図ることが追加された。

## ④ 子育ての良い住居インフラ整備

上記第三次基本計画における④新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給大幅拡大と同様である。

## 5. 結語

住宅価格の地理的な分布をみれば人口集積が進んだ都市で高い傾向があり、これは各国に共通している。なかでも、都市への人口集積が進んだ国（都市化が進んだ国）で住宅価格は（国間の経済規模の格差を一定にしても）より大きく高騰するのかもしれない。そのため、ソウル一極集中が進んだと思われる韓国において、日本より住宅政策の役割の相対的な重要性が大きくなっているのかもしれない。一方、今世紀に入ってから経済状況をみると、各国とも経済の成熟化にともない若年雇用の賃金上昇率は低下しており、キャリア経験の限られた若年の雇用自体が悪化している。さらに、女性の社会参加は男性の相対賃金を結果的に低下させた。

結婚には住宅費用を節約する利点（規模の経済・非競合財；Weiss 1997:p.83-87）があるため、住宅価格が高い都市部で相対的に強い結婚への誘因があるはずである。しかし、実際には都市部で未婚率は高くなっており、何らかの要因が都市部において結婚を強く阻害している可能性がある。このような背景要因としては様々なものが想定されるものの、結婚し子どもを産み育てることを希望するカップルが、新生活を始めるための固定費用が支払え

ないならば、少子化対策としては住宅費用が新生活のための固定費用を構成する大きさに応じた支援が必要だろう。すなわち、若いカップルは職業経験が少なく、低成長になってから職業生活を開始した世代の資本蓄積はそれより前の世代と比べて相対的に少なく今後の見通しも好ましくないこともあって、十分な住宅ローンを組めない場合も多い可能性がある。

日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされてこなかった（松田 2021：p.262）。具体的には、2016（平成 28）年の補正予算において「結婚新生活支援事業」が実施され、新規に婚姻した世帯（所得制限あり）の婚姻にともなう新規住宅取得（賃貸）や引っ越しにともなう経費の一部に対し非常に限られた補助が行われた。世帯所得 300 万円未満の世帯を対象に最大 18 万円の補助（2016 年）で始まった結婚新生活支援事業は、2017 年第 2 次補正予算でも実施され、さらに 2018 年からは地域少子化対策重点推進交付金事業の一環として実施されており、2019 年からは世帯所得 340 万円未満で夫婦両者の年齢が 34 歳以下の世帯に対し 30 万円が補助されている。また、2021 年 4 月からは支給要件が緩和され夫婦年齢 39 歳以下、世帯所得 540 万円未満に対し、最大 60 万円が支給されることがアナウンスされている。このように「結婚新生活支援事業」は徐々に拡張されてはいるが、シンガポールにおける寛大な支給額と比べるまでもなく、この支援額が流動性制約に直面した若者の制約を取り払って行動を後押しできるほど十分な額なのか検討の余地がある。また、少子化対策としては、この事業は地方創生の一貫として地方自治体が実施するものであり、住宅価格が相対的に高く固定費用も高いと考えられる大都市、とくに東京都やほとんどの政令市で実施されておらず、2020 年に事業を実施した自治体は 289 市区町村（全国 1,718 市区町村の 16.8%）にすぎないことには限界がある<sup>39</sup>。

シンガポール・韓国では、都市での住宅問題（価格高騰等）の結婚や少子化への影響を深刻に捉え支援していた。とくに、国が低利融資の信用を供与する仕組みが印象的である。男女相対賃金の低下で男女の家庭内役割分担も変化しつつある。日本においても、育児・介護には家族の世代間支援機能を有効に活用していく必要があり、シンガポールの同近居補助は示唆に富む。

シンガポール政府は、実質的に多くの行政を法定機関（Statutory Board）や政府系企業へ委託・移管しており、これが政府サービス供給の効率性を高める一方で、政府のシンガポール社会経済への関与の全体像を把握させることを難しくしている<sup>40</sup>。ただし、法定機関には

<sup>39</sup> 内閣府令和 2 年度地域少子化対策重点推進交付金 結婚新生活支援事業について（2021 年 3 月 22 日閲覧： <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/hojokin/r02/index.html>）。なお、2020 年に結婚新生活支援事業を実施した政令市は千葉市、新潟市、静岡市、神戸市の 4 市のみであった。

<sup>40</sup> シンガポール財政研究の第一人者である Asher et al.（2016：p.115）によれば、（シンガポール政府の）財政文章や財務諸表（budget documents and budget statements）は包括的でなく

議会への説明責任はないものの、年次報告書などの形で記録を長期的に追える場合がある。シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。それは、人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、（小国であるからこそ可能な）実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であろう。

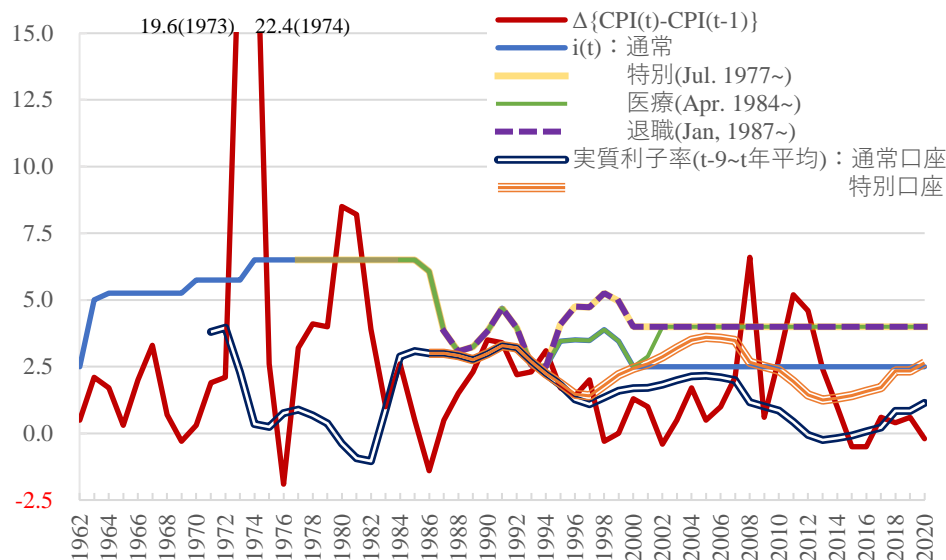
#### 参考文献

- 岩崎育夫(2013)『物語 シンガポールの歴史ーエリート開発主義国家の200年』中公新書。
- 大淵寛(1976)「人口政策の理論的考察」『経済学経済学論纂』、第17巻第4号：pp.35-80。
- 大淵寛(2002)「人口政策の意義と体系」日本人口学会編『人口大辞典』培風館。
- 大淵寛(2005)「少子化と人口政策の基本問題」大淵寛・阿藤誠編著『少子化の政策学』原書房。
- 韓国統計庁(2020) 韓国の社会動向2020。
- 駒村康平(2005)「シンガポールの少子高齢化対策と CPF 改革」『海外社会保障研究』, No.150, pp.4-17。
- 松田茂樹(2021)『[続] 少子化論ー出生率回復と〈自由な社会〉』学文社。
- ブーン・ウガ・テイ (Tay Boon Nga 田辺忠史訳)(1989)「シンガポール中央積立基金ーその展開と政策目的ー」『海外社会保障情報』, No.88, pp.31-46。
- 丸谷浩明(1995)『都市整備先進国 シンガポールー世界の注目を集める住宅・社会資本整備』アジア経済研究所。
- 矢延洋泰(1983)『小さな国の大きな開発ーシンガポールの現代化ー』勁草書房。
- Asher, Mukul G., Azad Singh Bali, and Chang Yee Kwan (2016) “Public Financial Management in Singapore: Key Characteristics and Prospects,” in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore’s Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore.
- Barro, Robert J. (1974) “Are government bonds net wealth?,” *Journal of Political Economy*, Vol.82, No6, pp.1095-1117.
- Bernheim, B. Douglas, Andrei Shleifer, and Lawrence H. Summers (1985) “The Strategic Bequest Motive.” *Journal of Political Economy*, Vol.93, No.6, pp.1045-1076.
- 様々な項目の取り扱いに一貫性がないため、政府全体の財政状況（overall financial position）と一般政府部門の取引のマクロ経済効果を考慮せずに財政論争（budget debate）が行われていると論じている。



- Chen, Peter S. J. (ed.) (1983) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore.
- Cheong, Koon Hean (2018) *Public Housing*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- CHEW, Bryan, Vincent HOONG, TAY Lee Koon and Manimegalai d/o VELLASAMY (2010) "Compulsory Acquisition of Land in Singapore: A Fair Regime?," *Singapore Academy of Law Journal*, Vol.22, p.166-188.
- Chia, Ngee Choon (2016) *Central Provident Fund*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- Chiew, Seen-Kong (1983) "Ethnicity and National Integration: The Evolution of a Multi-ethnic Society," in Chen, Peter S. J. (ed.) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore, pp.29-64.
- Fong, Pang Eng and Linda Y. C. Lim (2016) "Labor, Productivity and Singapore's Development Model," in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore's Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore, pp.135-168.
- Heng, Chye Kiang and Yeo Su-Jan (2017) *Urban Planning*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- Lim, Chong Yah (1983) "Singapore's Economic Development: Retrospect and Prospect," in Chen, Peter S. J. (ed.) (1983) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore, pp.89-104.
- Lim, Chong Yah and Associates (1988) *Policy Options for the Singapore Economy*, McGraw-Hill, Inc.: Singapore. リム・チョンヤー編著 (岩崎輝行・森健訳) (1995) 『シンガポールの経済政策』(上巻, 下巻) 勁草書房.
- McCarthy, David, Olivia S. Mitchell and John Piggott (2002) "Asset rich and cash poor: Retirement provision and housing policy Singapore," *Journal of Pension Economics and Finance*, Vol.1: pp.197-222.
- Tan, Shin Bin and Vignesh Louis Naidu (2014) "Public Housing in Singapore: Examining fundamental shifts," Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of Singapore. Retrieved at 2021/1/3 from: [https://lkyspp.nus.edu.sg/docs/default-source/case-studies/public-housing-in-singapore.pdf?sfvrsn=abc1960b\\_2](https://lkyspp.nus.edu.sg/docs/default-source/case-studies/public-housing-in-singapore.pdf?sfvrsn=abc1960b_2)
- Turnbull, C. M. (2009) *A History of Modern Singapore: 1819-2005*, Third Edition, NUS Press: Singapore.
- Peebles, Gavin and Peter Wilson (1996) *The Singapore Economy*, Edward Elgar Publishing: Cheltenham, U.K.
- Peebles, Gavin and Peter Wilson (2002) *Economic Growth and Development in Singapore: Past and Future*, Edward Elgar Publishing: Massachusetts, U.S.A.

- Phang, Sock-Yong (2016) "Singapore's Housing Policies: Responding to the Challenges of Economic Transitions," in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore's Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore, pp.221-248.
- Republic of Singapore (2020) "Report on the Audit of the Financial Statements of the Housing and Development Board for the Year Ended 31<sup>st</sup> March 2020," Supplement to the *Government Gazette*, No.2/2020.
- Sandilands, Roger J. (1992) "Savings, Investment and Housing in Singapore's Growth, 1965-90," *Savings and Development*, No.2: pp.119-144.
- Saw, Swee-Hock (2005) *Population Policies and Programmes in Singapore*, Institute of Southeast Asian Studies: Singapore.
- Weiss, Yoram (1997) "The Formation and Dissolution of Families: Why Marry? Who Marries Whom? And What Happens upon Divorce," Mark R. Rosenzweig and Oded Stark (eds.) *Handbook of Population and Family Economics*, Vol.1A, North-holland: Amsterdam, pp.81-123.



参考図. 消費者物価指数の変化 (t~t-1 年) と CPF 口座種別名目利率, 実質利率

出典： 消費者物価指数は Singapore Department of Statistics SingStat Table Builder, “Prices and Price Indices-Consumer Price Index,” (2021/03/19 閲覧： <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/economy/prices-and-price-indices/latest-data>), 名目利率  $i(t)$  は Chia (2016 : 表 3.4, p.57-59). 単位： 消費者物価指数は 2019 年 = 100 とした %ポイント, 利率は抛金額に対する %。注： 1986 年は月別, 1987 年以後は半期毎で変動しているが、当該年 (1~12 月) に占める月数の加重平均を表章。特別口座が導入されたのは 1977 年 7 月, 医療口座は 1984 年 4 月, 退職口座は 1987 年 1 月であるが、導入年の利率は年次換算したもの。1994 年まで全口座の利率は同一であり, 1995 年 7 月から特別・退職口座に 1.25%ポイント, 1998 年 7 月から特別・退職口座に 1.5%ポイント, さらに 2001 年 10 月から特別・退職・医療口座に 1.5%ポイント, それぞれ名目利率が上乗せされている。これらに加えて, 2008 年 1 月 1 日からは口座残高のうち 60,000SGD (うち通常口座 20,000SGD) を超えない部分については +1.0%ポイントの加算があるが図の数字には含まない。

## Pro-natal Housing Policy Developments in the Case of Singapore and Korea

SUGA Keita<sup>1</sup> and CHO Sungho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Institute of Population and Social Security Research   <sup>2</sup> Korea Institute for Health and Social Affairs

Housing is an expensive necessity especially for young couples whose income gradually decreased over decades and who face unstable labor market with a limited work experience in an era of globalization. Contrary, housing policies are merely evaluated from a viewpoint of pronatalist's population stabilizing devices. This paper reviews historical development and basic structures of housing policies particularly in the context of Singaporean society.

Given scarce resources except mankind at the time of the independence from the British empire in 1965, Singaporean government recognizes population policies including human resource management as the most important policy issues, and hence implements unique measures whose experience can be seen as a social experiment. We first reviews three fundamental institutions underlying the Singaporean housing policy: 1959 Housing and Development Board Ordinance; 1966 Land Acquisition Act; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act. Then, we analyze housing market-related statistics for an evaluation of the achievements and examine how the housing policies give incentives affect specific population processes including partnership formation, family formation and intergenerational living arrangement. We discuss implications for Japanese case and point out further research for comparative policy analysis with deep examination of contextual backgrounds.

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHC の視点から」

研究分担者 蓋 若琰 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

令和2年度の分担研究は日本、中国と韓国の医療政策について、ユニバーサルヘルスカバレッジ・国民皆保険体制の制度面、特に医療報酬制度、医療技術評価制度の比較分析を中心に進めた。公的資料・統計から見た日中韓三国の社会保険制度の沿革とユニバーサルヘルスカバレッジの達成度、社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式などの面から比較分析を行った。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (universal health coverage=UHC) とは「すべての人が適切な健康増進、予防、治療、リハビリに関する保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる」と定義され<sup>1</sup>、2015年以降の国連持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals = SDGs) における健康と福祉に関わるゴール3の肝要な一環になった。UHCに向けて、「保健医療サービスの身近な提供とその質の確保」、「保健医療サービス利用にあたって費用が障壁とならないこと」の達成が必要となり、中で保健医療サービス利用における経済的な障壁をなくすために、公的医療保障制度が不可欠である。したがって、狭義のUHCは公的医療保障制度の構築と強化を指す。

日本は国民皆保険の先進国であり、1961年からすべての国民をカバーする社会保険方式を主体とする公的医療保障制度が成立

されて以来、経済高度成長と伴う公的医療保障制度の充実と人口高齢化が背景となった制度の調整を経験してきた。韓国と中国でも公的医療保障制度が発展していて、最近人口高齢化と医療技術の高度化による医療費の高騰など日本と似たような課題を直面している。それぞれの政治的及び社会文化的文脈から、公的医療保障制度やUHC達成のたどり着きが異なるものの、国際比較によって、各国の経験を学び合うのは持続可能性、効率性と公平性のバランスなど保健医療政策の分野における共通の課題の解決に一助する。したがって、令和2年度の分担研究の目的は、日本、中国と韓国の公的医療保障制度に関わる政策をユニバーサルヘルスカバレッジの視点から比較することである。

B. 研究方法

各種の公的資料・統計 (世界保健機関、OECD、国の統計など) から社会保険のカ

バー率、国民医療費と社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式の最新動向に関する情報を収集し、日中韓三国の比較を行って、その結果を付録の参考資料をまとめて研究会で発表した。

#### (倫理面への配慮)

本分担研究は個人レベルのデータを利用しないので、倫理審査に該当しない。

### C. 研究結果

表1に日中韓三国の医療保障制度の比較をまとめた。医療保障制度は税方式と社会保険方式の二つがあり、日本、中国、韓国はみな社会保険方式を実施し、その財源は主に保険料と公費負担のハイブリッドで賄うことが医療保障制度の共通点の一つである。

社会全体の包摂性と公平性から、社会保険方式では強制加入が原則となる。日本、韓国と中国の都市部従業者基本医療保険は強制加入である一方で、中国の都市部住民基本医療保険、農村部新型合作医療保険は、今後社会保険方式の下で各公的医療保険制度の統合の動向が見えるものの、まだ任意加入である。

職域保険では、日本では政府管掌健康保険、組管掌健康保険、船員保険、各種の共済保険など複数の保険者が存在する一方で、中国では各省・地域の統括基金に集約されており、韓国ではさらに国民健康保険公団に一元化されている。

保健医療サービス・医薬品の価格決定について、日本では診療報酬制度＝保健医療サービスの統一した価格体制を実施している。韓国でも保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格を実施している。中

国では保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格体制は公的医療保障制度の拡大と共に確立した一方で、各省・地域を単位に制度化しているので、地域間の差異がある。

医療費の支払い方式について、出来高払いは日中韓三カ国の主な支払い方式である一方で、過剰医療の防止と医療費の財政に与える負担軽減の視点から、包括払いなどあらかじめ価格を定める制度を導入もしくは試行する動向がある。日本では2003年度から急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度（Diagnosis Procedure Combination＝DPC）、いわゆる日本版診療群に基づいた包括払い制度（Diagnosis Related Groups＝DRG）が導入された。包括評価の対象は割合にばらつきが少なく、臨床的な類似性のある診療行為であり、包括評価の診療群は臨床的なニーズを反映するために徐々に増えていて2020年最新の改定では4,557診療群になった<sup>2</sup>。DPC診療報酬の枠組みでは医療サービスの質、地域医療体制の特徴などに関わる機能評価係数も設定している。韓国でも入院医療費を対象に保険適用外削減を目的にした包括報酬制が公的医療施設を主体として拡大しつつあり、民間病院にも自主参加がある。それと同時に質を向上させるインセンティブとして診療報酬評価においてP4P（Pay for Performance）が導入された<sup>3</sup>。中国では一部の省・地域の公的医療施設における包括払いの試行結果に基づいて、2019年からDRG制度を各省・地域の医療施設で導入し、包括評価の診療群の細分案を模索している<sup>4</sup>。

日本、中国、韓国はみな医療費の支払いにおける一定の患者自己負担を実施している。日本と韓国では高額医療費制度など自

己負担の上限を設定していることに対し、中国では医療費負担の抑制の視点から給付スタートラインと上限を設定している。

保健医療サービスの給付範囲について、日本ではこれまで新しい医療技術（保健医療サービス、医薬品）の保険導入にあたって「必要にして適切な医療の現物給付をする」という基本原則の下で、実際認められた医療技術が保険償還の対象となって診療報酬＝公定価格の決定プロセスに入っている。混合医療は原則認められていないが、保健財政が逼迫する中、給付範囲の見直しの議論が続き、混合医療が高度医療を中心に解禁される傾向も見える。中国と韓国では新しい医療技術の保険適用に関わる決定があるが、混合医療は容認している。

医療技術評価（Health Technology Assessment=HTA）の導入と応用について、最近保健医療の持続可能性が問われるなかで、日中韓三カ国はみな保健医療のアウトカムを見据えた意思決定と政策形成のツールとして医療技術評価を最近導入した。日本ではHTAを医薬品の価格決定に応用していることに対し、中国と韓国のHTAは主に新しい医療技術の保険償還の有無に応用している。

#### D. 考察

公的医療保障制度はある国の政治、経済、社会文化の所産であり、本研究で考察する日本、中国、韓国ではそれぞれ異なる一方で、三カ国とも社会保険方式を選択し、人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療支出の高騰と高まる財政への負担という課題は共通である。医療費の抑制に向けて、公定価格による価格引き上げのコントロール、入院医療費を中心とした包括払い制度の実施、自己負担の調整、給付範囲の決定

と見直し、医療技術評価の導入はそれぞれの国で進めている。これらの施策はそれぞれのメリットとデメリットがあって、保健医療の効率性と公平性のバランスを保つことに知見の蓄積が必要である。この意味で他国の経験を参照する意義が大きい。

#### E. 参考文献

##### 1. 厚生労働省.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158223\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158223_00002.html)

##### 2. 厚生労働省保険局医療課. 令和2年度診療報酬改定の概要.

<https://www.mhlw.go.jp/content/1240000/0/000603946.pdf>

##### 3. 健康保険組合連合会. 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書.

[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28\\_01\\_kaigai.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf)

##### 4. ビル&メリンダ・ゲイツ財団中国事務所・武漢大学「中国の医療保障制度フォーラム」資料集（北京，2019年12月）

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

● Gai R, Tobe M. Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Global Health Research and Policy*. 2020; 5: 23.

● Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J. Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives. *Value in Health Regional Issues*. In press.



2. 学会発表

ISPOR Asia Pacific Conference 2020

Roundtable Meeting に参加

G. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1.日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い (global budget)を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無

# 日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHCの視点から

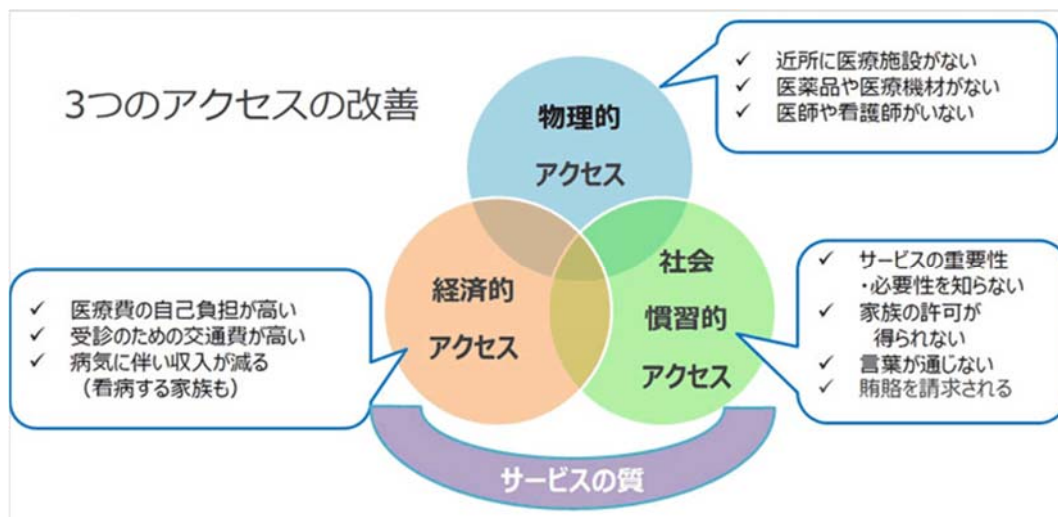
蓋 若琰

厚労科研林班研究会

2020年9月30日

## ユニバーサルヘルスカバレッジとは (Universal Health Coverage = UHC)

「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」

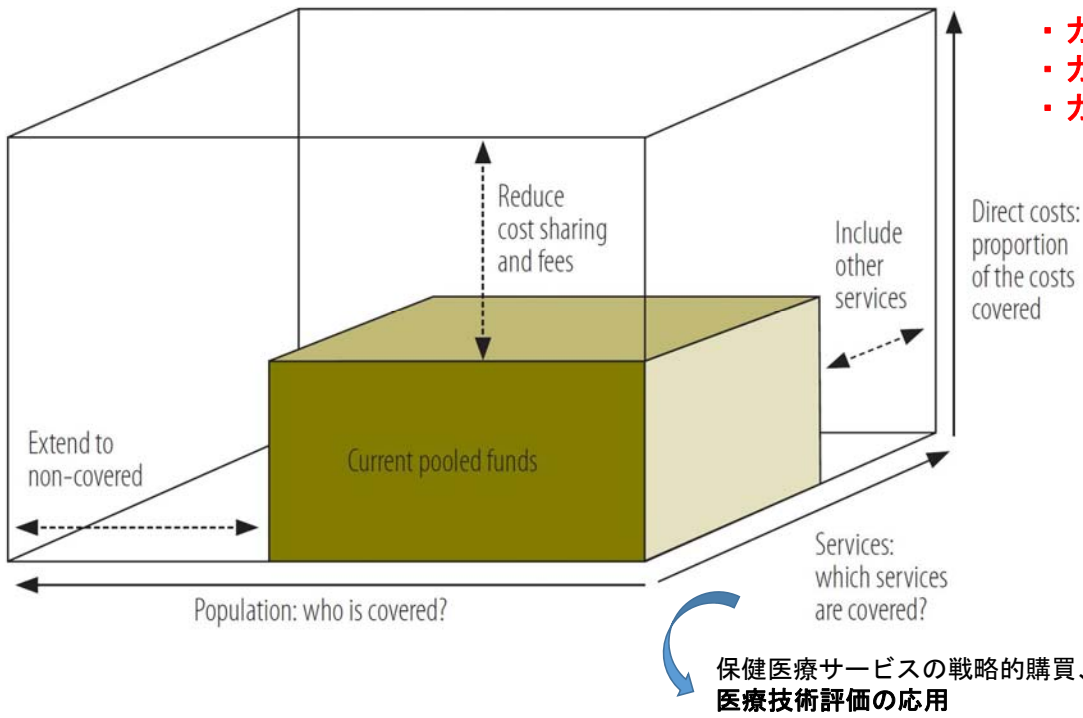


Source:  
JICA

# ユニバーサルヘルスカバレッジ（狭義）

3つの要素：

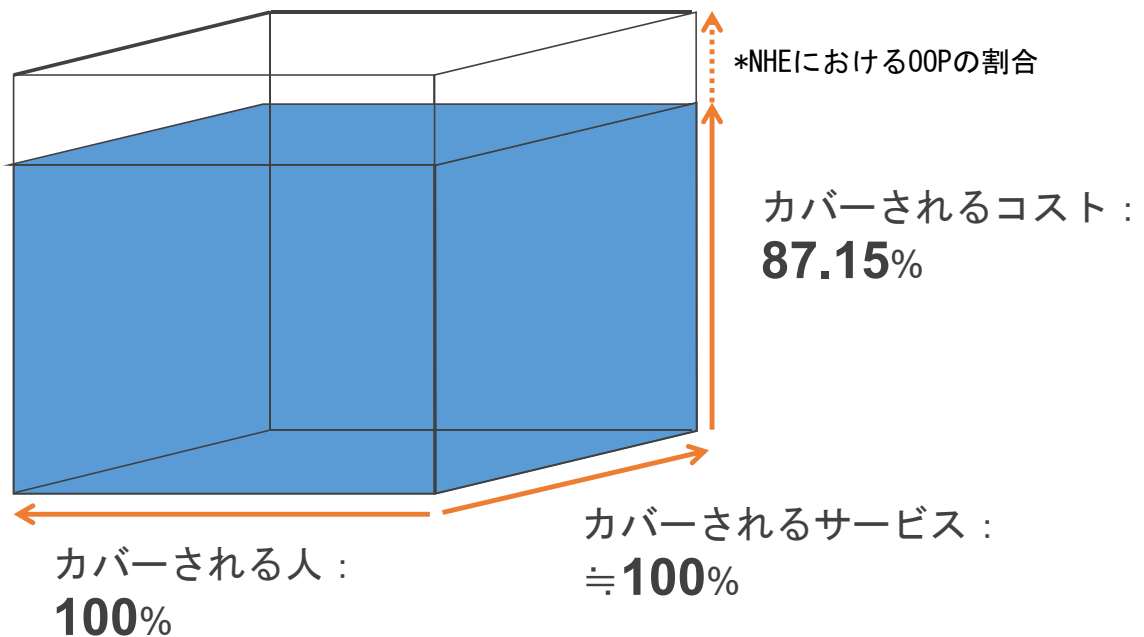
- ・カバーされる人
- ・カバーされるコスト
- ・カバーされるサービス



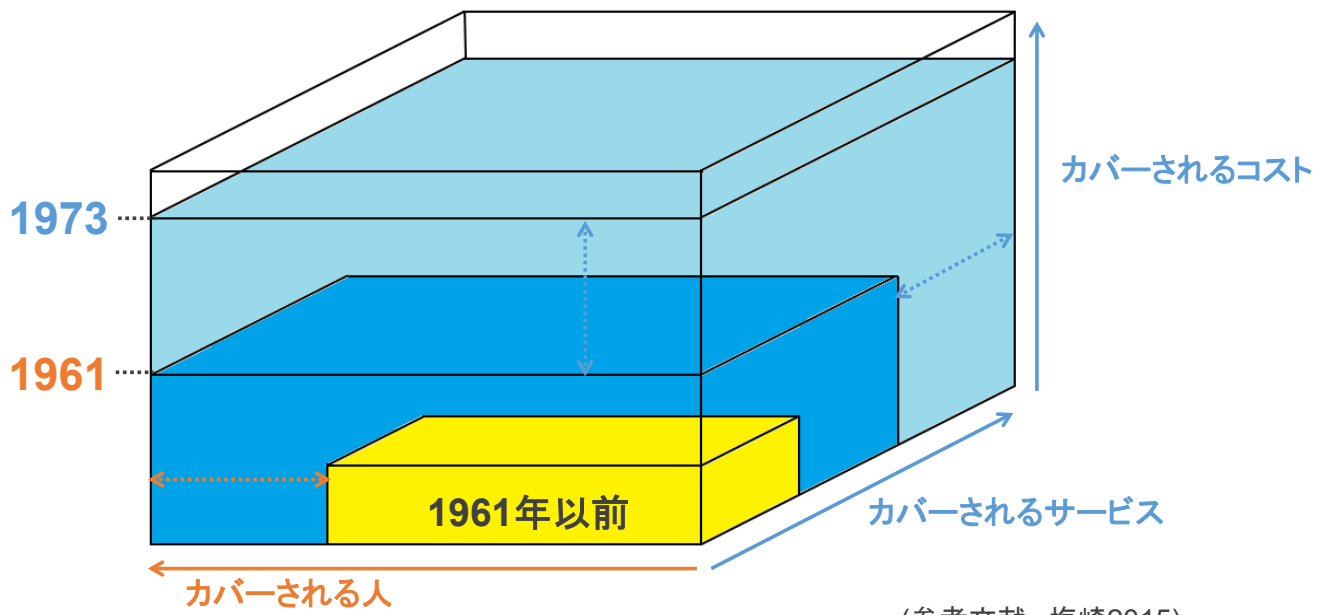
Source: WHO 2010

保健医療サービスの戦略的購買、  
医療技術評価の応用

# 日本のユニバーサルヘルスカバレッジ



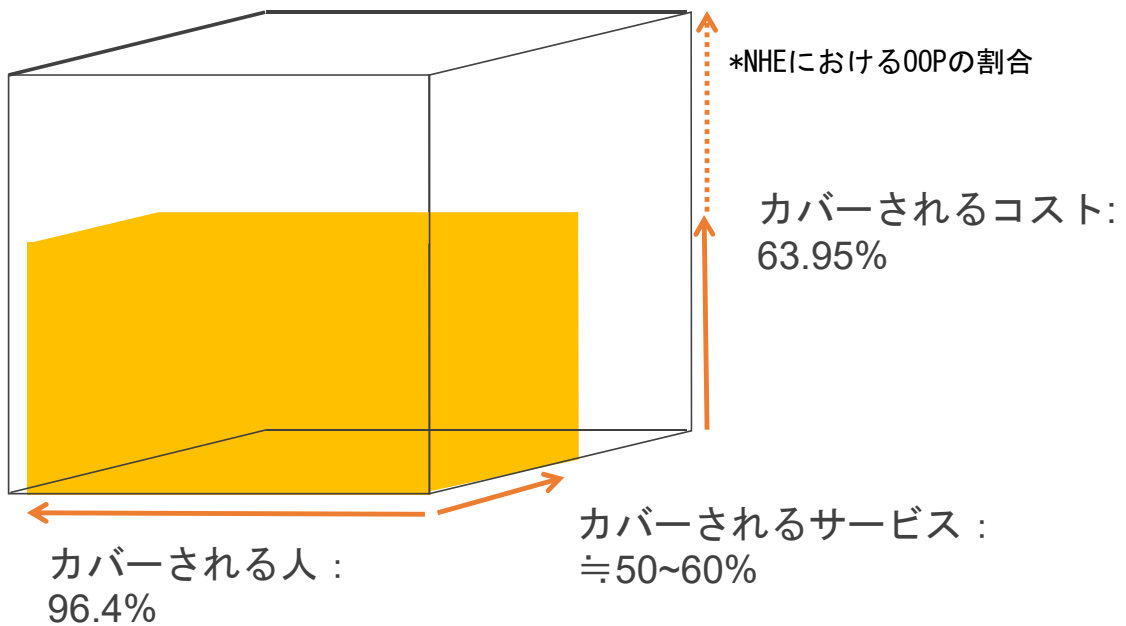
# 日本の国民皆保険の沿革：徐々に拡大したUHC



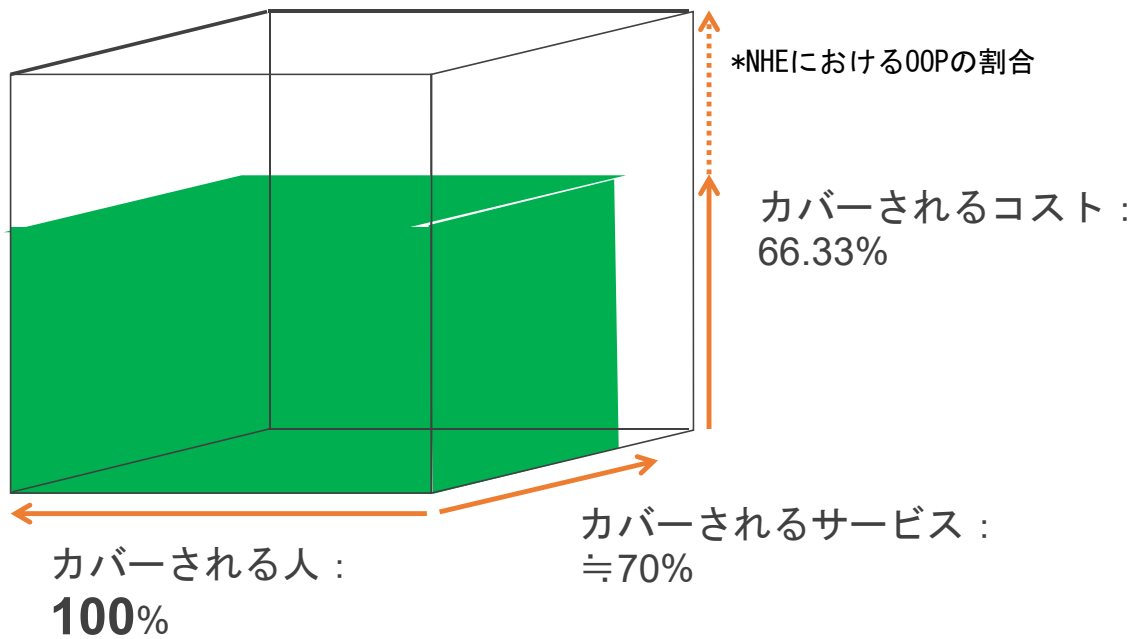
(参考文献：塩崎2015)

カバーされる人をまず増やしてから、カバーされるコストとサービスも拡大する。

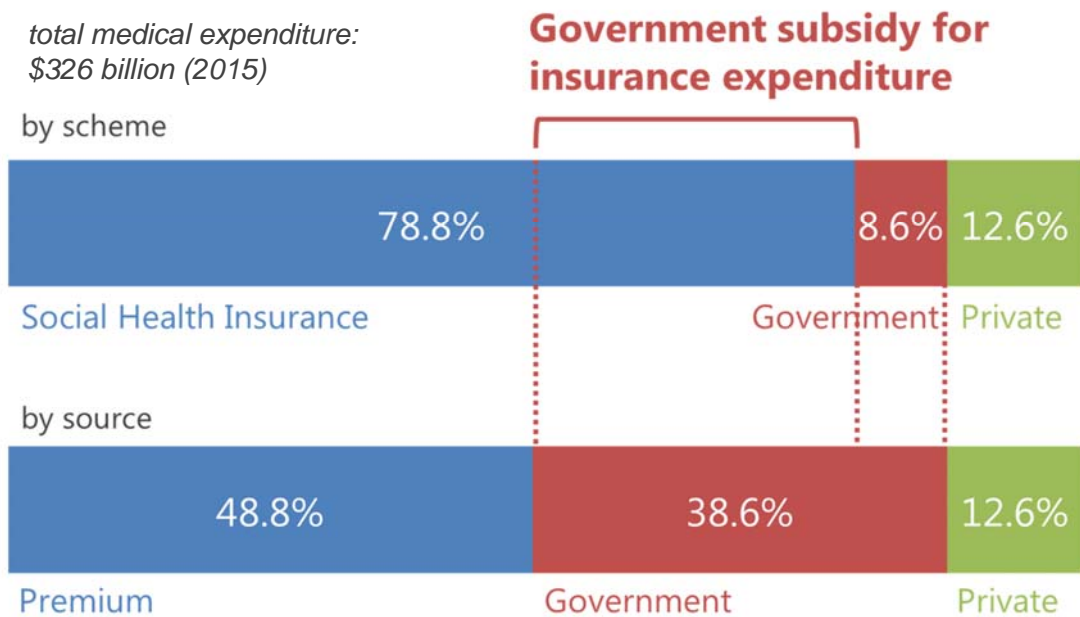
# 中国のユニバーサルヘルスカバレッジ



# 韓国のユニバーサルヘルスカバレッジ

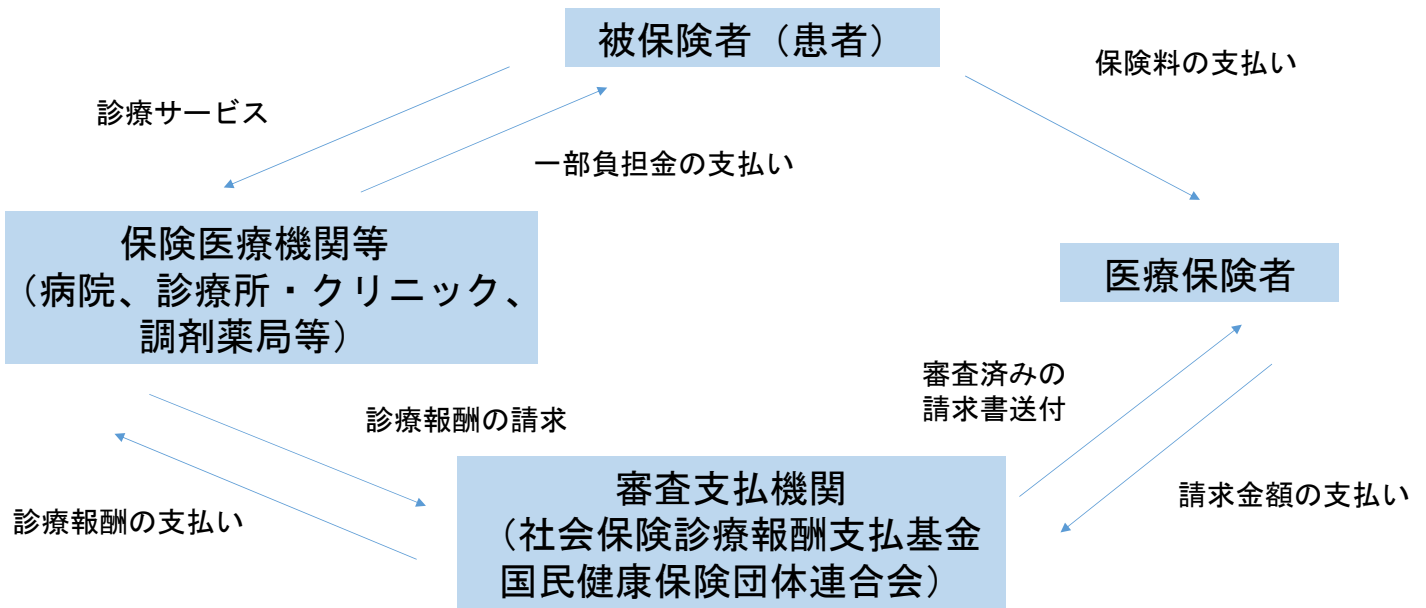


# 日本の国民医療費から見た社会保険制度とその財源

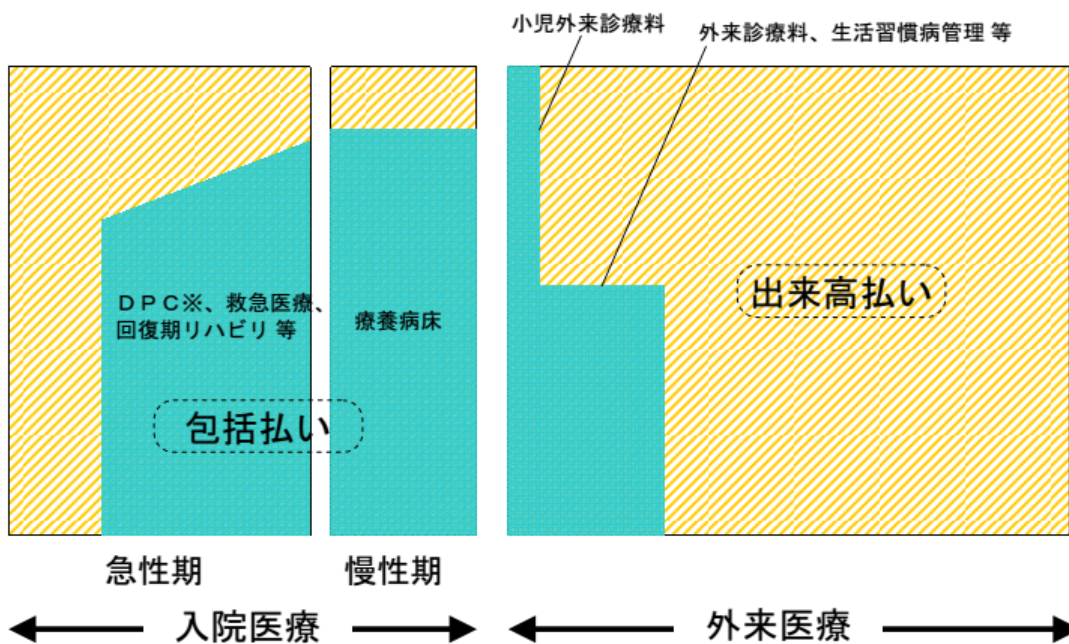


Source: Ministry of Health, 2015

# 日本の保険診療の流れ



# 日本の診療報酬と支払い方式



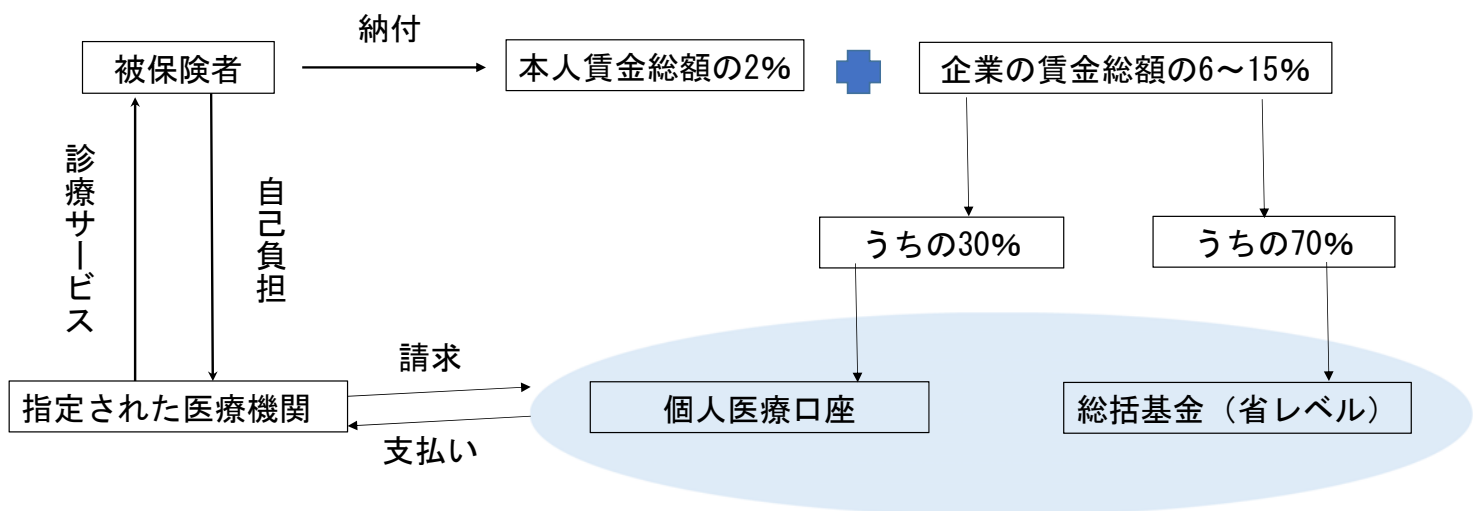
厚生労働省2015



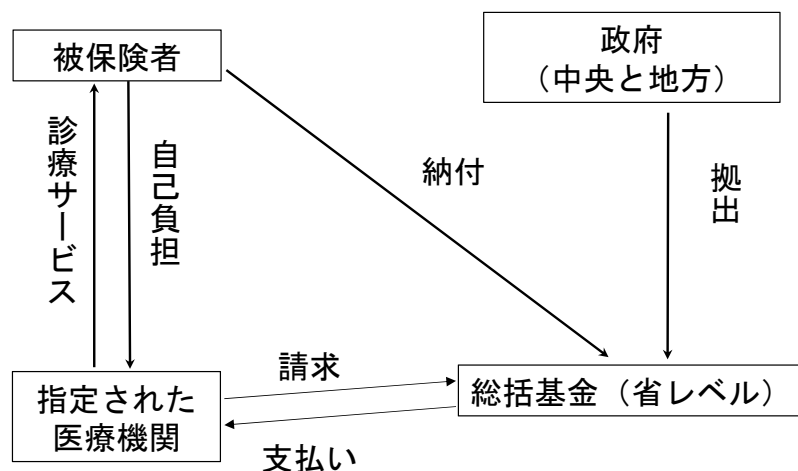
# 中国の医療保険制度

	都市部従業者基本医療保険	都市部住民基本医療保険	農村部新型合作医療
導入時期	1998年	2007年	2003年
被保険者	都市部の従業者及び定年退職者（本人）	都市部の非従業者、学生、子ども	農村住民
加入形態	強制	任意	任意
財源	企業：賃金総額の6～15% 個人：賃金総額の2% 定年退職者：納付なし	政府（地域による） 個人（地域による）	政府（地域による） 個人（地域による）
保険適応内容	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり
保険の仕組み	個人医療口座 統括基金	統括基金	統括基金

## 都市部従業者基本医療保険の仕組み



## 都市部住民医療保険、新型農村合作医療の仕組み



	都市部従業員基本医療保険 (億人)	新型農村合作医療 (億人)	都市部住民基本医療保険 (億人)	カバー率 (%)
2001	0.73	-	-	5.2
2002	0.94	-	-	7.3
2003	1.09	-	-	8.4
2004	1.24	0.8	-	15.7
2005	1.38	1.79	-	24.2
2006	1.57	4.1	-	43.2
2007	1.8	7.26	0.43	71.9
2008	2.0	8.15	1.18	85.4
2009	2.19	8.33	1.82	92.5
2010	2.37	8.36	1.95	94.6
2011	2.52	8.32	2.21	96.9
2012	2.65	8.05	2.72	99.1
2013	2.74	8.02	2.96	-
2014	2.83	7.66	3.15	99.7
2015	2.89	6.7	3.77	97.2
2016	2.95	6	4.49	96.3
2017	3.03	1.6	8.74	96.2
2018	3.17	1.3	8.97	96.4

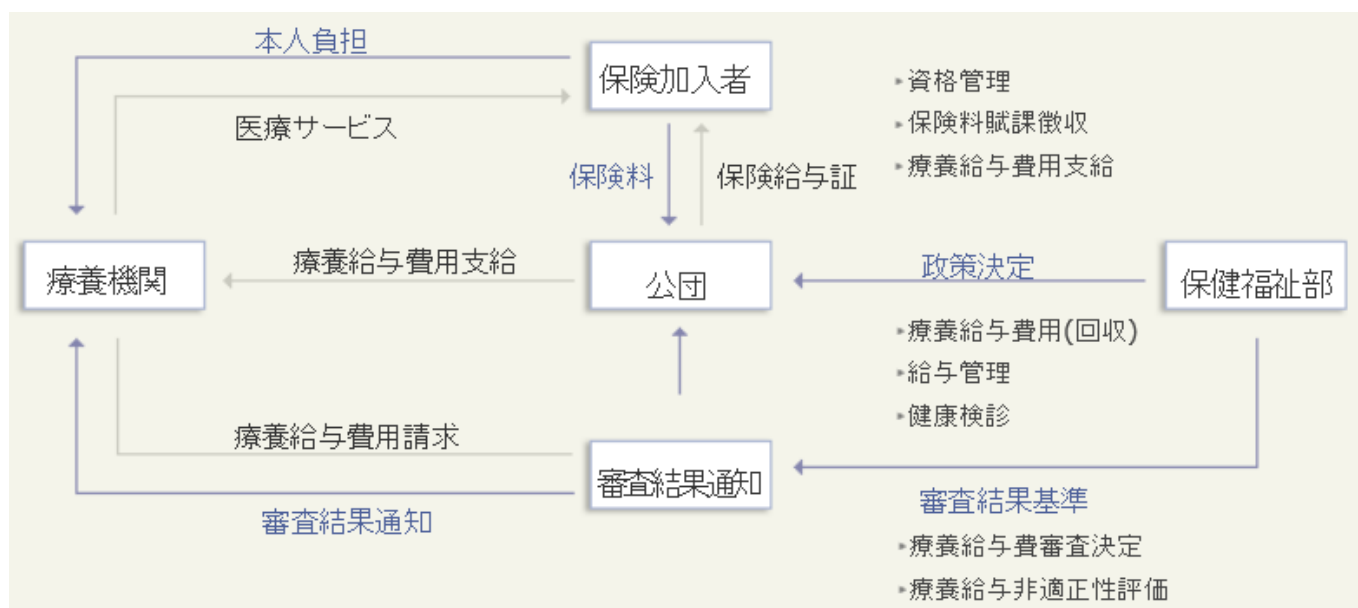
中国医療保障局,  
2019

## 医療保険制度の給付率

	都市部従業員基本医療保険 (%)	都市部住民基本医療保険 (%)
2009	70.7	17.7
2010	71.2	50.2
2011	73	52.9
2012	72.8	54.7
2013	73.2	56.9
2014	73.2	57
2015	72.8	55
2016	72.2	56.3
2017	72	56
2018	71.8	56.1

中国医療保障局,  
2019

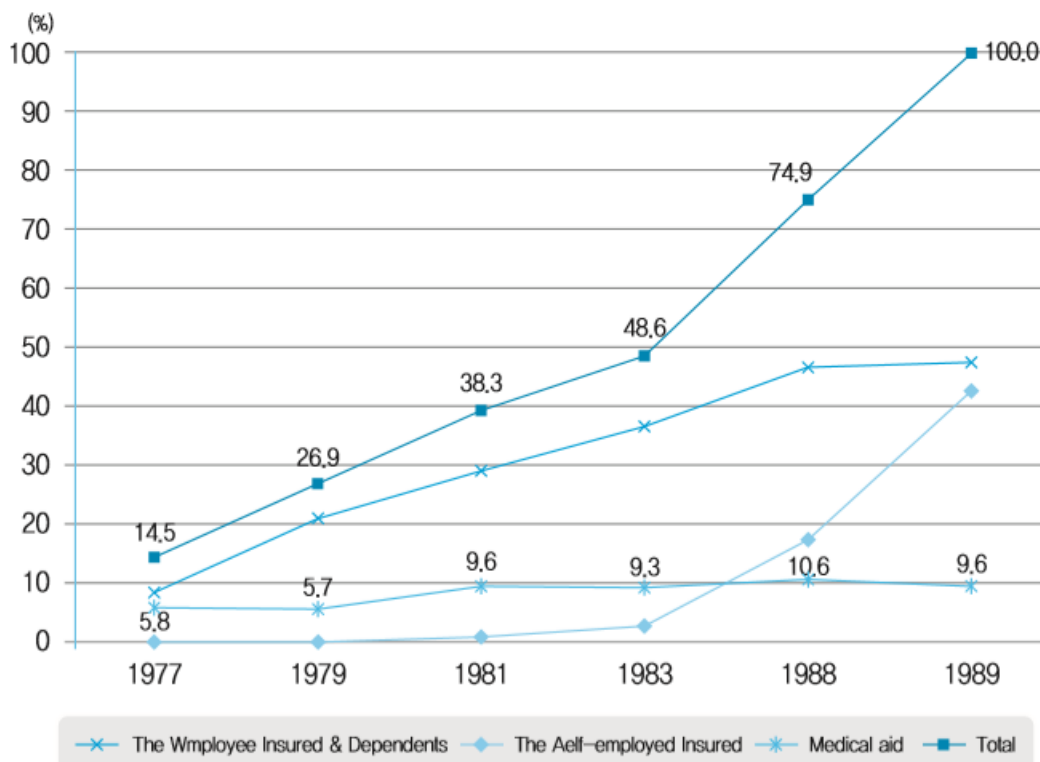
## 韓国



韓国国民健康保険会社HP

## 韓国の国民皆保険の沿革

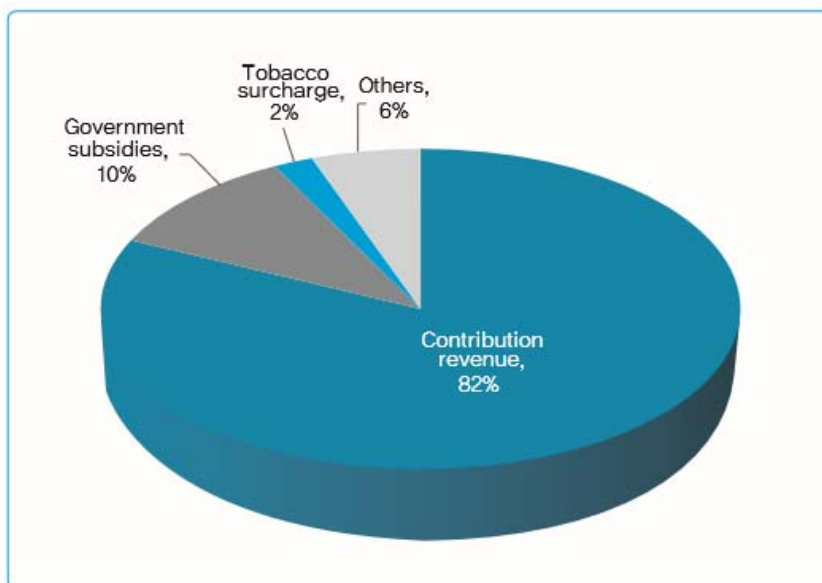
- 1989年 都市地域医療保険を中心に国民皆保険制度の開始
- 1997年 国民医療保険法の制定
- 2000年 健保組合を統合して国民健康保険公団を発足
- 2003年 地域と職場の医療保険の財政を統合
- 2004年 個人負担額上限の設定
- 2011年 社会保険料徴収の一本化
- 2017年 被扶養者範囲の見直し、個人負担額上限の引き上げ



韓国国民健康保険公団2014

# 社会保険制度の財源

National Health Insurance Financing Source, 2014



韓国国民健康保険公団2014

# 社会保険の自己負担額

Service	Health Institution	Diseases	Copayment of total healthcare cost
Inpatient	-	General	20%
	-	Rare1)	10%
	-	Serious2)	5%
Outpatient	Tertiary hospital	-	60%
	General hospital	-	50%
	Hospital	-	40%
	Clinic	-	30%
	Pharmaceuticals	-	30%

韓国国民健康保険公団2014

# 医療費の支払い方式

Payment method	Service category	Healthcare institutions						
		Clinic	Hospital	General hospital	Tertiary	Convalescent hospital	Pharmacy	
Fee-for-service	In-patient	●	●	●	●		●	
	Out-patient	●	●	●	●	●	●	
DRG	DRG	Inpatient	●	●	●	●		
		Out-patient						
	Per diem	In-patient					●	
		Out-patient						
P4P	Incentive or disincentive complements	In-patient			●	●		
					●	●		
				●	●	●		
							●	
	Out-patient	●						
		●						
		●						

Source: 2014 Health and Welfare Issue and Policy, Korea Institute for Health and Social Affairs

## 日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組合管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い （global budget）を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討」

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画2.0」（介護サービス十年計画2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

東アジアの介護制度の多様性を、各国・地域ごとに顕著な特徴として挙げることができる。まずわが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選



択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。自国がその構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスする方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

## A. 研究目的

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

## B. 研究方法

本研究では、これまで行った研究成果も活用しつつ、わが国の他、中国、韓国、台湾の政策および統計資料を活用した。各国・地域の介護制度の概要、制度の構成要素別の特徴をまとめ、必要に応じて制度の実施状況の比較を行った。周辺地域への示唆の検討では、介護制度を構成する要素の初期段階的な分類、最も基本となる対象者や財政方式での検討では、OECDの資料も用いながら、制度の選択肢の検討を試みた。

### （倫理面への配慮）

本研究は、研究分担者の研究成果、公表されている各国および地域の政策・統計資料をもとに進めた。これらの情報は公開されており、個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健

康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイントも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性のあることを明らかにした。

#### D. 考察

東アジアは介護制度構築の政策経験を蓄積しつつあり、その内容は多様である。しかしこれを制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。また、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験してい

ない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスする方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

#### E. 結論

東アジアは介護制度には多様性があるが、共通点もある。そこで、その制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。人口高齢化や経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて、東アジアの介護政策に関する知見を提示することは可能である。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・小島克久 (2020 年)「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』(2021 年 1 月) 健康保険組合連合会,2021 年 1 月号,pp.16-21.

##### 2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

# 東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。例えば、韓国の高齢化率（65歳以上の者の総人口に占める割合）は2015年の12.9%から2065年の42.1%にまで上昇する見通しである。後者は同じ年のわが国の高齢化率の水準（38.4%）に相当する。中国でも高齢化率は2015年の9.3%から2065年の30.0%に上昇する見通しである（U.N. "World Population Prospects 2019"）。さらに台湾の高齢化率も2015年の12.5%から2065年の41.2%への上昇が見通される（国家発展委員会「中華民国人口推計（2018至2065年）」（2018年）ぶよる）。

こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている<sup>1</sup>。介護分野についてみると、わが国は高齢者福祉の歴史は長いが、2000年に介護保険が実施され、介護サービスの利用が大きく広がった。そして、「地域包括ケアシステム」の構築などに見られる地域密着、地域性を反映した持続性のある高齢者介護制度の構築を目指している。韓国では2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施された。わが国の介護保険を検討しつつ、韓国独自の制度内容となっている。台湾でも介護保険が検討されたが、現在は「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0）という政策プランの下で公的介護サービスの充実が図られている。中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。

東アジアの介護制度は、共通点がある一方で、相違点も多い。つまり、東アジアの介護制度には「多様性」があるといえる。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。

このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性についてみていく。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みる。

## 2. 東アジアの介護制度のイメージ

東アジアの介護制度イメージをまとめたものが表1である。この表では、対象者、年齢でのカバレッジで介護制度のイメージをまとめてみた。まずわが国の介護保険は、65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者が存在する。これらに該当する者は介護保険の被保険者となる。ただし、色の濃い第1号被保険者が給付の中心となり、色の薄い第2号被保険者が介護保険の給付を受けるために

<sup>1</sup> 東アジアを含むアジア全域の高齢化、介護ニーズ、介護人材を取り上げたものとして、Hayashi (2018) 参照。

は、加齢による疾病、末期がんなどの条件が加わる。よって、わが国の介護制度は高齢者を主な対象とした、社会保険方式によるユニバーサルな制度である。

次に韓国の介護制度ではわが国の後続グループにあると言っても良い。老人長期療養保険（介護保険）は2008年に実施され、わが国と同じ社会保険方式のユニバーサルな制度である。この制度からの給付は高齢者が中心であるが、大きな違いは被保険者となる者の範囲がわが国よりも広く、0歳からとなっている。これは、韓国の医療保険である国民健康保険の加入者をそのまま老人長期療養保険の加入者としたためである。台湾も後続グループにあると言って良い地域である。長期照顧十年計画2.0は、税財源の制度であるが、精密な要介護認定、ケアプランの作成など、わが国の介護保険制度にもある仕組みがある。また、後述する地域密着の介護サービス提供体制の構築も目指している。台湾では、この制度の対象者は高齢者だけにとどまらず、①65歳未満の障害者、②50～64歳の認知症患者、③55～64歳の原住民族で介護を必要とする者も対象者である。つまり、税方式の若年障害者などを含むユニバーサルな介護制度、というのが台湾の介護制度である。

中国では2015年から介護保険のモデル事業を15カ所の都市で実施している。制度内容は都市により異なる。もっとも、将来の全国的な介護保険実施を目指し、2020年9月に介護保険モデル事業拡大の指導意見が中国政府から出され、新たに14カ所の都市が追加になった。制度の特徴を短くまとめるのが困難な状態であるが、社会保険方式での制度構築を目指しているのが中国である。

このように東アジアの介護制度をごく簡単なイメージでまとめても多様性があることがわかる。

表1 東アジアの介護制度イメージ

国・地域	制度イメージ	国・地域	制度イメージ
日本	<p>2000年に「介護保険」を実施</p>	韓国	<p>2008年に「老人長期療養保険」(介護保険)を実施</p>
台湾	<p>税方式の制度。「長期照顧十年計画2.0」(2017年～)</p>	中国	<p>15都市で介護保険モデル事業(2015年～) 介護保険モデル事業拡大の指導意見(2020年9月)</p>

出所：小島克久「東アジアにおける高齢者介護制度の構築段階と日本の経験の伝搬に関する研究（平成28～令和元年度）について」『社会保障研究』第16号所収の図の一部を筆者が加筆の上で引用。

### 3. 東アジアの介護制度の特徴

東アジアの介護制度は表1だけを見ても多様である。その多様性のより明確にする各国・地域の特徴を表2から見ていこう。中国については介護保険モデル事業実施都市以外の制度の特徴でまとめてみた。財政方式と制度対象者は表1で述べたとおりであるが、前者については、社会保険方式はわが国と韓国、税方式は台湾である。中国は介護保険モデル事業の実施都市以外の地域では税方式（低所得者のみ）である。後者は、わが国は40～64歳と65歳以上の者、韓国は全年齢、台湾は65歳以上の者と障害者など、中国は65歳以上となっており、対象者の年齢の幅は多様である。

介護制度を作るのは一般に政府（国）であるが、運営者（保険者）は若干異なる様相を呈する・介護保険を持つわが国と韓国では、制度運営者である保険者はそれぞれ市区町村、国民健康保険公団である。わが国では介護などの福祉制度は、住民にとって最も身近な政府組織である市区町村が介護保険の保険者となっている（地域保険）。韓国では医療保険の保険者である国民健康保険公団の組織と専門人材の活用の観点から、政府の団体である国民健康保険公団が保険者である。韓国では医療保険は国民健康保険に統一されているので、政府の団体が介護保険の保険者となっている（国営保険）。台湾は台北市や嘉義県のような地方政府が制度を運営する。中国でも地方政府の運営となる。

表2 東アジアの介護制度の特徴

	日本	韓国	台湾	中国
財政方式	社会保険 (介護保険)	社会保険 (老人長期療養保険)	税 (長期照顧十年計画2.0)	税(低所得者のみ)
制度対象者	65歳以上 40~64歳	全年齢	65歳以上 55歳以上の原住民族 障害者など	65歳以上
制度運営者(保険者)	市区町村(地域保険)	国民健康保険公団 (国営保険)	地方政府	地方政府
要介護認定の有無 (認定の段階)	あり	あり	あり	
	7段階	6段階	8段階(自立を含む)	
給付対象者	主に65歳以上	主に65歳以上	65歳以上および障害者	65歳以上
給付内容	在宅、地域密着型、施設ケア、 福祉用具と住宅改修など	在宅、通所、施設ケア、 福祉用具など	在宅、地域(通所)、施設ケア、 福祉用具・バリアフリー改修、 家族介護手当など	在宅、通所、施設ケアな ど
自己負担割合	10%(原則) 20%、30%(高所得高齢者)	在宅15% 施設20% 低所得者減免あり	生活保護 0% 低所得者 5% 一般 16%など	
近年の政策の方向	「地域包括ケアシステム」 の構築など	「地域社会統合ケアパイ ロット事業」の実施と全 国拡大(2025年目標)な ど	介護サービスの充実(ABC型 地域密着型介護サービス)	15地域で「介護保険モ デル事業」の実施+モ デル事業の拡大
外国出身介護労働者	受け入れの制度実施	看病人(간병인)	外籍看護工	

出所：各国・地域資料より筆者作成

介護制度（給付）に不可欠な要介護認定は、制度が把握できるわが国、韓国、台湾で存在する。わが国では要介護認定は系統樹方式に基づく方法で、要介護の段階は要支援1および2、要介護1から5の7段階である。韓国もわが国の方法を参考にしたが、韓国の事情に合わせた方式であり、最も重度の1等級から軽度の4等級の4段階に加え、その下の等級外Aで認知症患者のための5等級、さらに下の等級外Bで認知症患者のための認知症支援等級の2段階を加えた6段階である。台湾もわが国の要介護

認定を参考にしたが、台湾独自の ADLs および IADLs の喪失度をもとにした仕組みを採用している。段階としては自立である第 1 級から最も重度の第 8 級までの 8 段階である。実際に介護サービスを利用できるのは第 2 級からとなる。つまり、要介護認定の段階に各国・地域の差はあるが、精密な要介護認定が存在することは共通している。

介護制度からの給付対象は各国・地域でほぼ共通している。65 歳以上の者が中心であることは、わが国、韓国で共通であり、中国も 65 歳以上が対象となる。台湾では 65 歳以上の者の他、若年障害者も対象であり、台湾が高齢者と障害者の介護制度がひとつになっていることが目立つ。給付内容も各国・地域でほぼ共通しており、在宅、地域（通所）、施設ケアサービス、福祉用具が給付される。住宅改修はわが国と台湾で給付対象となっている。

介護サービス利用の際の自己負担であるが、制度が把握できるわが国、韓国と台湾で見てみよう。わが国は費用の 10% を原則とし、現役世代並に所得が高い高齢者には 20% または 30% の自己負担割合が適用される。韓国では在宅の介護サービスは 15%、施設は 20% となっている。ただし、低所得の者などに自己負担の減免があり、全額免除（国民基礎生活保障（生活保護）の受給者）、40% または 60% の減額（全額免除の対象外の低所得者など）がある。台湾では社会救助と呼ばれる生活保護の受給者は 0%（自己負担なし）、それ以外の低所得者は 5%、一般の利用者は 16% となる。その他に福祉用具などで最大で 30% の自己負担がある。自己負担の水準、減免の仕組みの違いはあるが、介護費用の一部を負担する仕組みの存在は共通して見られる特徴のひとつである。

各国・地域の介護政策の方向であるが、地域密着の介護サービス提供体制構築の方向が共通している。わが国は 2025 年を目標（2040 年も見据えた）「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。高齢者が住み慣れた地域で、医療や介護などの必要なサービスを切れ目なく利用できる体制の構築である。介護だけでなく、医療やその他の福祉制度の組織、人材、住民との連携が重要である。また最近では、高齢者だけでなく、住民全体の福祉を進めるための包括的な展開の方向にもある。台湾ではわが国の地域の特徴を参考に、地域密着の介護サービス提供体制構築を進めている。具体的には、市区町村レベルの地域を単位として、旗艦店となる中心的な介護事業所（A 型）、従来からある専門的な介護事業所（B 型）、介護予防サービスなどを気軽に利用できる事業所（C 型）に分類された介護事業所を、A 型を頂点としたピラミッド型の介護サービス連携システムである。介護サービスの種類、量の増加を目指すとともに、介護サービス事業所間の連携を目指している。特に A 型の介護事業所では、地域内の介護事業所の連携の他、要介護者に対して、地方政府が要介護認定のときに作成したケアプランをもとに具体的な介護サービス利用計画を作成するケアマネジメントも担っている。中国では、後述の 15 の地域で介護保険のモデル事業を実施し、2020 年になりその拡大も進めている。

外国人介護労働者の受入については各国・地域による差がある。最も受入が進んでいるのは台湾であり、「外籍看護工」と呼ばれる主に東南アジア出身の労働者が、主に家庭で高齢者などの介護にあたっている。わが国では、EPA に基づく介護福祉士、看護師候補生の受入、在留資格「介護」の創設、技能実習生に介護分野を追加、特定技能 1 号で介護分野を対象といった、外国人の介護人材を受け入れるチャンネルが実施されている。

このように、東アジアの介護制度は、要介護認定があること、在宅、施設等の給付が行われること、自己負担をとること、地域密着の介護サービス提供体制の構築で共通している。一方で、財政方式、制度対象者、制度運営者などで違いがある。複数の共通点と相違点があるため、東アジアの介護制度には



「多様性」があると言える<sup>2</sup>。

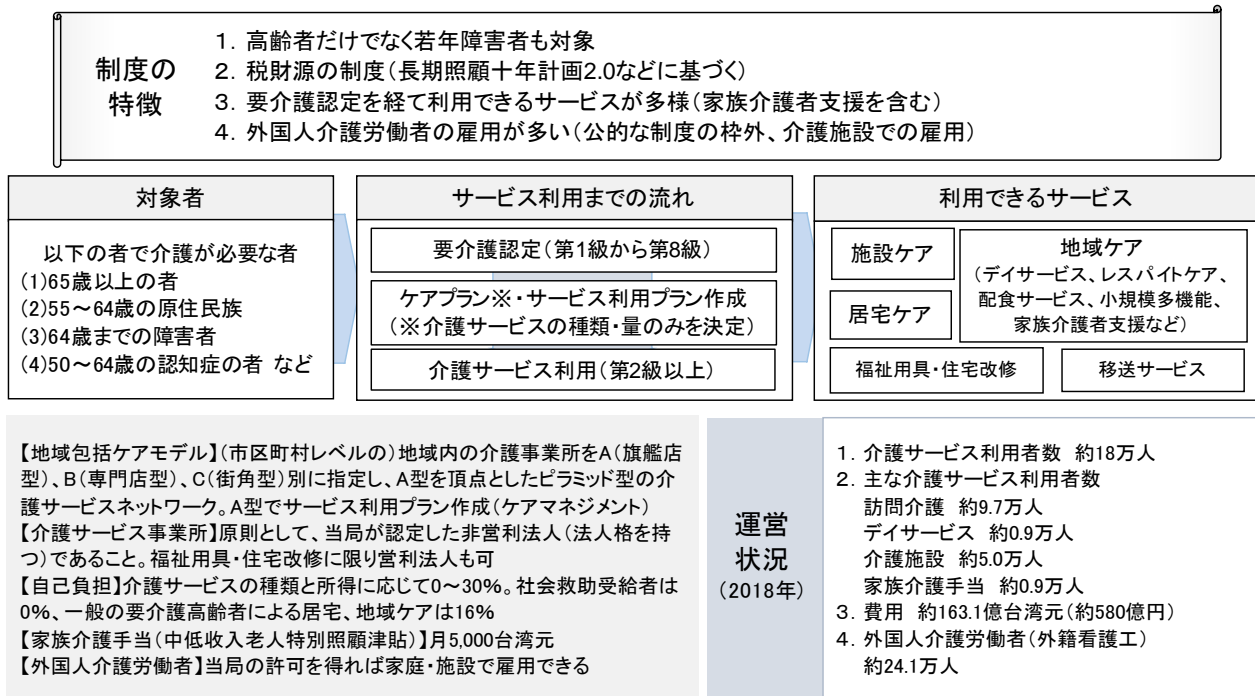
#### 4. 東アジアの介護制度の多様性—各国・地域の例から—

##### (1) 台湾の介護制度—税財源で全年齢対象の制度—

台湾の介護制度の概要をその特徴に着目しながらまとめたものが図1である<sup>3</sup>。すでに述べた部分もあるが、制度の特徴を少し詳しくまとめると、以下の4点である。

- ①高齢者だけでなく若年障害者も対象
- ②税財源の制度（長期照顧十年計画2.0などに基づく）
- ③要介護認定を経て利用できるサービスが多様（家族介護者支援を含む）
- ④外国人介護労働者の雇用が多い（公的な制度の枠外、介護施設での雇用）

まず、①は障害者福祉がわが国ほど整っていないなど台湾の事情があったこと、②は蔡英文総統の方針で、税財源で介護サービスを整備するという事になったことが背景にある。



出所: 小島克久「台湾の医療・介護制度の特徴と課題」『月刊健康保険』(2021年1月)の図に加筆の上で筆者引用。  
注: 衛生福利部資料などをもとに作成

図1 台湾の介護制度の概要

次に③は、要介護認定はわが国を参考にしつつも、台湾独自のものを確立させている。利用できるサービスも、施設ケア、居宅ケア、地域ケアなど多様である。特に、地域ケアとして、デーサービスの他、家族介護者を支援する役割のあるレスパイトケア、わが国を参考にした小規模多機能が含まれる。また、

<sup>2</sup> 東アジアの介護制度については増田(2014)、増田・金(2015)参照。

<sup>3</sup> 台湾の介護制度については小島(2019)および小島(2021)参照。

家族介護者支援をこれに含まれており、家族介護者のための介護相談、介護技能訓練などが行われる。この家族介護者支援が給付に含まれたのは、長期照顧服務法（介護サービス法）の検討時に、立法委員（国会議員に相当）から家族介護者支援策の重要性を指摘されたことがある。つまり、台湾の介護制度からの給付メニューは、わが国以上に広いことが明確にされている。

そして④は長照 2.0 の制度の外ではあるが、台湾当局が介護分野で外国人労働者を受け入れていることと関係している。家庭で雇用する場合でも雇用契約が必要で、賃金、休日、生活スペースの保障など雇用主が守る義務がある。しかし、賃金は家庭で雇用する場合には、最低賃金ではなく送り出し国と合意した標準的な賃金が適用される。そのため、安い賃金で、住み込みで働いてくれることもあり、2018 年で約 24.1 万人が雇用され、そのほとんどが家庭で働いている。高齢者や障害者の介護の大半を彼らが担っている。こうした制度外のインフォーマルケアが台湾の介護制度を支えている面がある。これはわが国と大きく異なる点である。

このように、台湾の介護制度は、わが国を参考にしている面もあるが、台湾独自の特徴もある。

## (2) 韓国の介護保険—医療保険活用型の制度—

韓国の介護保険である老人長期療養保険について、台湾と同様に特徴に着目しながらまとめたものが図 2 である。韓国の介護保険の特徴を挙げると以下の 4 点である<sup>4</sup>。

- ①社会保険方式の制度（税財源あり）、国民健康保険公団を保険者（単一の保険者）
- ②加入者は医療保険（国民健康保険）加入者で全年齢。給付は主に高齢者。
- ③保険料徴収、要介護認定などで医療保険の仕組みや組織を活用
- ④要介護認定はわが国に類似の仕組み。ケアプランは保険者による「標準ケアプラン」

まず①について社会保険方式で税財源からの補助があることは、わが国の介護保険と共通している。ただし、税財源からの補助は介護費用の見込額の 20%を政府が補助する仕組みである。地方自治体（例：ソウル特別市、京畿道）からの補助は行われない。保険者はわが国と異なり、国民健康保険公団という医療保険を運営する政府の団体である。韓国の医療保険は国民健康保険に一本化されているので、政府の団体が介護保険を運営する。これは国民健康保険公団の組織、専門人材の活用という観点を背景とする。このことが他の特徴にも影響してくる。

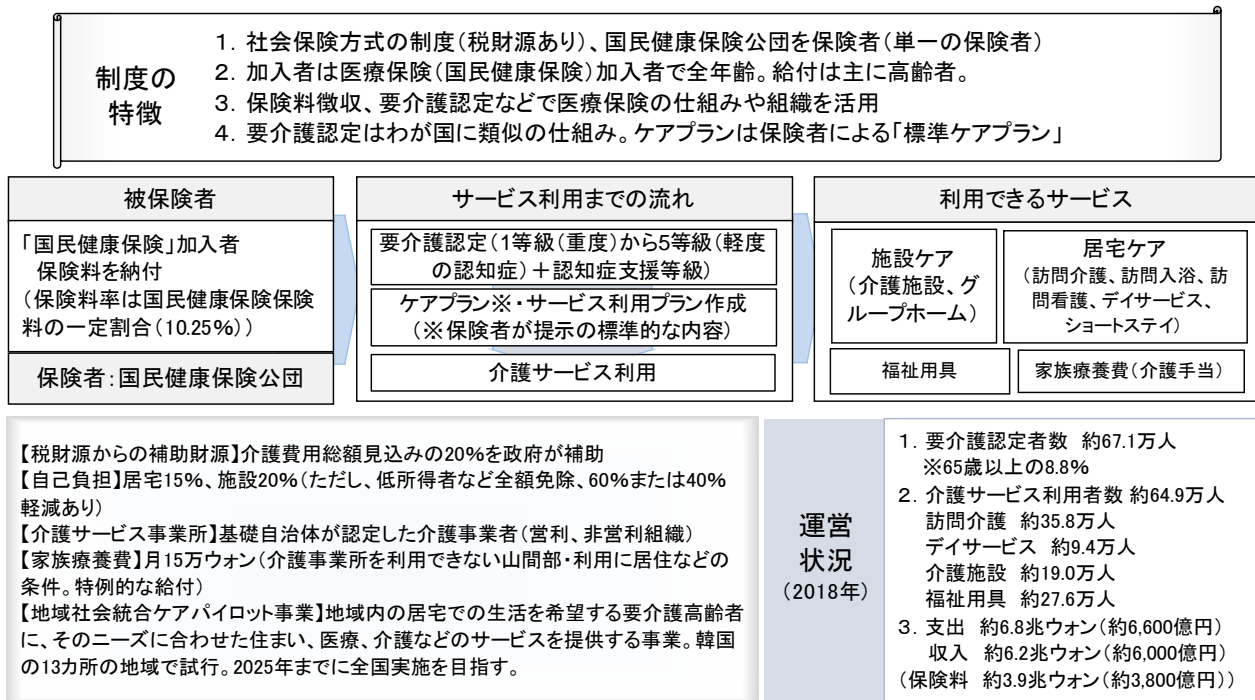
次に②では、国民健康保険公団の加入者がそのまま介護保険の被保険者となる。医療保険の仕組みを活用していることを反映している。その結果、被保険者は全年齢となる。一方で給付は主に高齢者（65 歳以上）となっており、この点はわが国と共通している。③も医療保険の仕組みの活用を反映した特徴である。わが国と異なり介護保険料は他の制度から独立して算定ではなく、医療保険の保険料の一定割合となる。2020 年では医療保険の保険料率の 10.25%が介護保険の保険料率となる。つまり、医療保険の保険料率が上がるだけで、介護保険の保険料率も上がることになる。

そして④では、要介護認定の仕組みはわが国の仕組みを参考にしたが、韓国の実情に合わせた者となっている。ケアプランは、わが国と異なり保険者である国民健康保険公団から要介護度別の「標準ケアプラン」が示される。具体的なサービス利用プランは別途介護事業者が作成する。

<sup>4</sup> 制度の詳細は、増田（2014）の他、韓国国民健康保険公団 web サイト（<http://www.longtermcare.or.kr>）を参照



このように、韓国の介護保険である老人長期療養保険は、わが国との共通点もあるが、単一の保険者、医療保険活用型という点での特徴がある。



出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団資料より筆者作成

**図2 韓国の老人長期療養保険(介護保険)の概要**

### (3) 中国の介護保険モデル事業—全国実施を目指すモデル事業拡大—

中国の介護制度は、身寄りが無い、低所得などの高齢者に限定されてきたが、わが国や韓国、欧米諸国を参考にしつつ、独自の介護制度の確立を目指している。2015年からは15カ所の都市で介護保険モデル事業を実施している。また、2020年9月には中国政府(国家医療保障局)から「关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见」(介護保険モデル事業拡大に関する指導意見)が出され、新たに14カ所の都市が追加指定された。表3はその概要をまとめたものである<sup>5</sup>。

2015年から実施の介護保険モデル事業の概要(特徴)を短くまとめると、中国国内の15カ所の都市を指定し、これらの都市で事業を実施している(ただし、吉林省、山東省では実施都市を増加)。これらの都市の60歳以上の者の割合(2016年頃)は12.1%(安徽省安慶市、江西省上饒市)から28.8%(上海市)であり、高齢化の程度が異なる中地域性を反映した事業が実施されている。その結果、制度内容もわが国の介護保険のように要介護度に基づく介護サービスを行う上海がある一方、介護ベッドへの定額補助(江蘇省南通市など)まで制度運営は多様である。財源は都市従業員医療保険の基金を活用している地域が多い(吉林省長春市など)。

このように15の都市でさまざまな形で介護保険モデル事業が実施されている中、上述の指導意見では、以下のような方向で全国的な制度実施を目指すとしている

<sup>5</sup> 中国の介護制度については、沈(2017)、郭(2018)、片山(2019)、を参照。また2020年9月の指導意見は、国家医療保障局(2020)参照。

- ①重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す
- ②要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う（介護費用の70%の給付）
- ③介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る
- ④介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用

①は対象者を限定した医療保険の仕組みから独立した制度を目指し、②では基本的な介護ニーズに対応するという制度の方向を示しているものと思われる。介護費用の70%の給付を想定しており、このまま制度を実施した場合、自己負担は相当な水準になるのではと推察される。③は①と関係するが、現在のモデル事業では医療保険の基金を活用しているが、これとは独立した基金を設置と言うことで、収入と支出を明確に管理する方向が示されていると言える。④は介護サービスの量と質の充実、そのための苦情受付、監督などの管理体制の構築を考えているのではないかと思われる。ICTの活用はわが国でも介護分野に限らず重要な課題であり、この点は共通している。

表3 中国の介護保険モデル事業

項目	内容	
事業の概要(特徴)	1. 中国の15カ所の都市を指定(その後、吉林省と山東省では都市が増加) 2. 60歳以上の者の割合は、12.1%から28.8%までさまざま(2016年頃) 3. 対象者は主に都市従業員医療保険の加入者である場合が多い 4. 給付内容も都市により大きく異なる 5. 財源は都市従業員医療保険の基金を活用する都市が多い	
介護保険モデル事業拡大に関する指導意見(2020年9月)の概要	<b>【目指す制度】</b> 1. 重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す 2. 要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う(介護費用の70%の給付) 3. 介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る 4. 介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用 <b>【モデル事業対象都市の拡大】</b> 1. 従来の15都市に加え、14都市を追加(各省1箇所を条件)。ただし、介護保険モデル事業の実施計画を作成し、最終的には国家医療保障局および財政部に報告	
介護保険モデル事業指定都市	<b>当初指定(15カ所)</b> 河北省承德市、吉林省长春市、黒竜江省チチハル市 上海市、江蘇省南通市、江蘇省蘇州市、 浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、 山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、 重慶市、四川省成都市、新疆生産建設兵団石河子市	<b>2020年9月追加指定(14カ所)</b> 北京石景山区、天津市、山西省晋城市、 内モンゴル自治区フフホト市、遼寧省盤錦市、 福建省福州市、河南省開封市、湖南省湘潭市 広西チワン族自治区南寧市 貴州省黔西南ブイ族ミャオ族自治州 雲南省昆明市、陝西省漢中市、 甘肅省甘南チベット族自治州 新疆ウイグル自治区ウルムチ市

出所: 中国国家医療保障局資料などから作成

その上でモデル事業の対象となる都市を14カ所追加している。実施にあたっては、実施計画の策定、省政府の医療保障局、財務部への報告、最終的には政府の国家医療保障局、財務部への報告が求められている。ここは無秩序なモデル事業の拡大を防ぐものと思われる。

このように、中国も医療保険から独立した制度としての介護保険の実現を目指しており、そのステップとして介護保険モデル事業の拡大があるものと思われる。

## 5. 周辺地域への示唆の検討—対象者と財政方式を例に—

### (1) 考えられる論点

東アジアの介護制度は多様である。これだけでは今後高齢化が進む東南アジアなどの周辺地域に対して、高齢化対策の知見を示すことはできない。東南アジア、南アジアなどの地域は、人口、社会経済あらゆる面で東アジア以上に多様であり、各国それぞれの介護制度を構築する必要があると考えられる。その際に参考となる知見を東アジアから示す場合、各国・地域の制度それぞれの分析では、参考にする地検を体系的に得ることは難しい。そこで、東アジア全体の介護制度を構成するさまざまな要素に分解し、それぞれの要素の中で東アジア各国・地域が採用している内容、その他取り得る選択肢も示す。この方が周辺地域にとって参考になるのではないと思われる。

具体的には、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式、④要介護認定（給付決定方法）、⑤給付の種類、⑥給付の内容、⑦自己負担の有無、⑧制度運営者、⑨他の社会保障制度との関係、⑩中央政府と地方政府の関係などが考えられる。

まず①では、介護制度を高齢者だけにするのか、若年障害者も含むのか、加齢に伴う疾病による中高年の要介護者を含むかなど、対象者の年齢にかなり重点を置いた要素である。②は、①で対象となった者のうち、低所得で身寄りがいない者に限定する、所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を満たした者に限る（いわゆるミーンズテストを課す）、介護が必要であればその他の条件はつけない、が考えられる。③では、費用をすべて税財源でまかなうか、社会保険制度を採用し、社会保険料でまかなうか、が考えられる。これらは制度の対象者と財政方式という基本的な側面である。

次に④は要介護認定をどのように行い、どの程度まで（要介護の程度）給付を認めるか、⑤は現物給付（介護サービスのみ）か現金給付（介護手当、介護費用の補助など）とするか、⑥は施設、居宅、地域ケアなどの具体的に提供される介護サービス、⑦は介護サービス利用時に自己負担をとるか否かである。これらの給付決定から介護サービス提供という、介護制度の中心をなるところである。

そして⑧は介護制度を作るのは政府（国、連邦政府などの中央政府）であるが、実際に制度を運営する組織である。政府が直接運営、わが国のように市区町村が運営などの選択肢が考えられる。⑨は医療保険などの既存の社会保険制度との関係で、①の対象者、③で社会保険方式をとる場合の社会保険料の計算や徴収などとの関係がある。⑩は、⑧で制度を市区町村のような地方自治体が運営する場合、中央政府はどのような役割を担うのかである。法制度を作るのみ、細かい基準を示す、財政面での支援などさまざまな役割が考えられる。これらの側面は制度運営、行政管理の側面である。

ここで挙げた論点でも 10 種類になり、今後の検討によりその種類はさらに増えるものと思われる。そこで介護制度のもっとも基本的な要素である、①～③について、周辺地域への示唆のまとめ方の検討を試みる。そのまとめ方を他の要素に拡大することで、東アジアの介護制度から周辺地域への示唆を多面的にまとめることができる。

## (2) 対象者と財政方式を例にした検討

東アジアの介護制度の構成要素の分解、取り得る選択肢の検討として、上記の①～⑩のうち、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式を取り上げる。

まず、①の対象者として高齢者だけ、若年障害者も含めた全年齢とする、が考えられる。高齢者と障害者で社会保障制度が分かれている国や地域では、介護制度は別々に形成される。高齢者と若年障害者で、支援ニーズが異なることがその根拠となり得る。また、どちらの制度が先に形成されたかなどの過去の経緯も関係してくるであろう。介護政策が年齢を問わずに実施、または高齢者、障害者どちらかの

福祉制度の構築が遅れている場合には、介護制度は全年齢型をとることも考えられる。実際に東アジアでは、介護制度を事実上高齢者に限っているのは、わが国と韓国であり、台湾は全年齢型である。

次に、②の対象者への社会経済的な条件の付加、については、低所得で身寄りがない者という条件を課す場合、貧困に伴う問題となり、介護制度と言うよりは貧困対策の範疇に入る可能性がある。所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を課す場合もある。この場合、収入が低い・介護をする家族がない場合に限るという、前述の条件に近い場合がもっとも厳しい条件であろう。ただし、収入などの条件をある程度まで緩和する、家族がいても就労しているなどの事情がある場合にも、公的な介護サービスが必要と判断する場合もある。さらに、ある程度高い割合で自己負担を払えば中間所得層にも利用を認めるという場合も考えられる。こうした条件をつける場合、対象者を厳格に制限するまたはある程度緩和するなど、さまざまな選択肢が考えられる。低所得で身寄りがない高齢者に限定していたと考えられるのは、老人福祉法制定以前のわが国であり、老人福祉法施行以後も所得や同居家族の有無などで福祉サービスの利用者を限定していた。介護が必要であればその他の条件はつけないという条件がもっとも介護サービスを広く提供する選択肢である。現在のわが国や韓国、台湾がこれに該当するであろう。

そして③の財政方式であるが、税方式と社会保険方式という選択肢を挙げることができる。前者は社会保障制度、特に高齢者福祉制度は税財源で運営しており、この方法で十分費用をまかなうことができる場合である。税財源で介護などの福祉サービスの基盤を整備したい国や地域もこの方法が良い。さらには、社会保険制度を整えるほど、組織、人材を整えることが難しい国にとっても現実的な選択肢であろう。後者の社会保険方式は、医療、年金などで社会保険方式の制度の運営経験がある、税とは別に安定した財源を確保したい（それを負担する力が国民や企業にある）国や地域にとって良い制度である。東アジアの介護制度で言えば、税方式は台湾、社会保険方式はわが国と韓国となる。

これらの要素をまとめてみたものが表4である。上記をもとに、対象者、対象者の条件、財政方式について、それぞれの選択肢、制度検討ポイントの例をまとめてみた。表の右側には東アジアの制度例で、この表に当てはめた評価を試みた。わが国の老人福祉法施行当時の1963年である日本(1963年)では、対象者は高齢者であるが、所得や資産・同居家族に関する条件がある税財源の制度となる。現在のわが国の場合、日本(現在)となり、対象は高齢者で、介護サービスは本人の状態のみで決まる社会保険方式の制度となる。それぞれ、施行当時の老人福祉法、介護保険の制度をこの表にもとづいて当てはまる内容を選択したものである。韓国、台湾についてもそれぞれの制度に当てはまる内容を制度の構成要素ごとに選んでいる。

仮にある国(A国とする)が介護制度の構築を行うときに、どのような制度を作りたいかをこの表に基づいて検討することで、制度のアイデアを明らかにすることができる。表4の一番右側に仮に制度内容の選択例を入れてみた。これによると、高齢者を対象として、ある程度までは多くの人に提供したいというかなり条件を緩和した仕組みを考えている。おそらく、高所得者以外の人またはかなり軽度の人以外には介護サービスを提供したいと考えていることになる。財政方式にはあえて税方式、社会保険方式の両方を選択してみた。税方式であれば、介護保険施行直前のわが国に該当し、実施は現実的である。わが国の例をA国に合わせる形で説明すれば良い。社会保険方式を選んだ場合、給付を高所得者または軽度の要介護者には免責とすることになる。社会保険とは、法律に基づいて対象者を全員保険に加入させ、保険料を納めさせる。一方で、条件に合う場合は給付を保障するものである。給付に何を含め

るか、その条件は何かを法律などで決めることができる。しかし、高額な保険料を支払った高所得者を給付から排除できるのか、軽度の要介護状態にも介護保障することが社会保険の使命（安心を与える）ではないか、という意見を指摘された場合、この選択には現実性がないことになる。つまり、社会保険制度の運営経験があるわが国がA国に重要なアドバイスを与えることになる。

表4 東アジアの介護制度の構成要素と検討ポイント（政策示唆のための検討）

制度の構成要素		選択肢	制度検討ポイントの例	日本 (1963年)	日本 (現在)	韓国	台湾	A国（仮 設例）
1	対象者	①高齢者	高齢者福祉と障害者福祉が個別に発達 高齢者と障害者の福祉ニーズの内容が 異なる	✓	✓	✓		✓
		②全年齢	そもそも介護ニーズを年齢で分けない 高齢者、障害者福祉の一方が未発達				✓	
2	対象者の 条件	①身寄りが無い・低所得者に限定	介護サービスは貧困対策の一部					
		②所得や資産・同居家族に関する条件を課す	予算・介護サービス提供体制が十分でない（厳格な対象選定） ある程度までは多くの人に提供したい（緩和された対象選定）	✓				✓
		③介護が必要な者	介護サービスの提供は本人の状態のみ		✓	✓	✓	
3	財政方式	①税方式	福祉の費用は税財源でまかなうもの 税財源で介護サービス提供体制を構築 社会保険方式を構築する組織、人材がない	✓			✓	✓ or
		②社会保険方式	年金、医療などで社会保険方式の経験がある 税財源とは別に安定財源を確保		✓	✓		✓

出所：筆者作成

注：日本（1963年）は老人福祉法施行当時の状況をもとにした筆者評価。

このように、わが国を含む東アジアの介護制度の経験を、その制度構成要素ごとに分解し、選択を幅広く提示することで、周辺地域が介護制度を検討するための知見を提供することができる。

## 6. まとめ

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような中介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイント

トも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性があることを明らかにした。

またこれにより各国の関係者が介護制度構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスの方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。今回の検討では対象者と財政方式に限って行った。この検討を介護サービス提供体制などに拡張することが検討課題である。また、介護制度構築の背景として、人口高齢化、経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて示すことも必要である。

## 付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。また、中国の資料整理にあたっては、郭芳さん（同志社大学助教）、万琳静さん（元日本女子大学大学院、現在は中国西安交通大学助理教授）やその他多くの方の協力を得た。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げる。

## 参考文献

- 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」『Int'lecowk 2018年11/12月号』国際労働経済研究所, No.1085, pp.17-24. [http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int\\_2018\\_11-12.pdf](http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf)
- 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.1-14.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度－台湾－」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.
- 沈潔（2017）「中国介護保険制度の構想を読み取る」『週刊社会保障』第2048号, pp.50-55.
- 増田雅暢（2014）『世界の介護保障【第2版】』法律文化社.
- 増田雅暢・金貞任編著（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
- Reiko Hayashi (2018) "Demand and Supply of Long-term Care For Older Persons in Asia" ERIA Research Project Report No.18. <https://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/>
- 国家医療保障局(2020)『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』(2020年9月16日 医保発(2020)37号) [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art\\_37\\_3586.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_37_3586.html)

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観」

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名(2020年11月15日現在)にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ的確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対策はどのようなものであったのだろうか。これを知ることで、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について以下のとおり概観した。

①として、感染拡大直後の2020年1月は、感染拡大の兆候の把握や体制立ち上げが中心であり、2月には対策のための特別条例の制定、特別予算の編成などの基本的な対策の枠組み作りが進んでいた。3月以降はマスク実名制割当販売制の実施、特別予算の補正が進んでおり、迅速な対応が採られていた。②としては、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2月に制定し、感染症対策法や全民健康保険などの既存の法律や制度も活用する体制であった。この特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」が編成された。③としては、医療分野では検査・治療体制の確立、医療関係者や医療機関への支援、医療費の確保の他、感染者や家族への支援が行われた。さらには、マスクが必要な人に行き渡るようにマスク実名制割当販売制が実施され、予約や販売管理に全民健康保険のICカード保険証、健保クラウドシステムが活用された。介護分野では、介護事業所や訪問介護でのサービス提供のガイドライン策定、介護事業所支援、外籍看護工を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用が行われた。経済振興では、製造業やサービス業などへの融資支援策、消費振興策として



の「振興三倍券」の発行なども行われた。

このように、台湾の新型コロナウイルス感染症対策は迅速に進められたこと、さまざまな分野での対策がとられ、現在は経済振興に重点が置かれている。

## A. 研究目的

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名（2020年11月15日現在）にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ的確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対応策はどのようなものであったのだろうか。これを知ることで、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について以下のとおり概観した。

## B. 研究方法

本研究では、これまで台湾に関する人口及び社会保障に関する研究成果を活用しつつ、台湾当局の新型コロナウイルス感染症に関する政策および統計資料を活用した。医療、介護、経済振興の分野でこの対策に

関する資料を収集したほか、これらに関する制度に関する情報も確認し、今回の感染症予防対策に関する整理を行った。

### （倫理面への配慮）

本研究は、研究分担者の研究成果、公表されている政策・統計資料をもとに進めた。これらの情報は公開されており、個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

台湾の新型コロナウイルス感染症対策は、その迅速さが注目を集めている。その主な流れを見ると、感染拡大直後の2020年1月は、感染拡大の兆候の把握や体制立ち上げが中心であり、2月には対策のための特別条例の制定、特別予算の編成などの基本的な対策の枠組み作りが進んでいた。3月以降はマスク実名制割当販売制の実施、特別予算の補正が進んでおり、この点でも迅速な対応が採られていた。

対応策の枠組みが、特別な法律の設定を迅速に行う一方で、既存の法律や制度も活用している。前者として、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2月に制定した。その目的は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること、である。主な内容として、医療従事者、隔離対象者



とその家族への支援、経済振興策、特別予算の確保などが盛り込まれている。後者として、感染症対策法（感染症への指定、検査、指定医療機関入院の際の公費医療）や全民健康保険（保険診療、保険料の納付猶予など）などの既存の法律や制度の活用がある。

この特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」が編成された。内容は「予防及び治療」「経済振興」（困窮者支援を含む）のふたつの部分で構成される。財源は前年度予算の余剰金と公債（同額）で賄われる。「予防及び治療」では、医療機関の緊急整備、マスクなどの必要な資材購入、検査の実施などである。「経済振興」は中小企業の融資保証、製造業、運輸業（航空業など）、観光業、農林水産業への支援などで構成される。

上記の特別条例や特別予算などに基づく分野別の支援策として、医療分野では検査・治療体制の確立、医療関係者や医療機関への支援、医療費の確保の他、感染者や家族への支援が行われた。さらには、マスクが必要な人に行き渡るようにマスク実名制割当販売制が実施された。予約や販売には全民健康保険のICカード保険証が本人確認のために用いられ、全民健康保険での検査、診察記録を管理する健保クラウドシステムが、予約は販売記録のために活用された。このシステムは、住民登録などのシステムと連携する形で感染者の把握、追跡にも活用された。

介護分野では、介護事業所や訪問介護でのサービス提供のガイドライン策定、介護事業所支援、外籍看護工を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用（外籍看護工が就労できない場合に代替の公的介護サービス

が利用できる）が行われた。経済振興では、製造業やサービス業などへの融資支援策、消費振興策としての「振興三倍券」の発行なども行われた。

#### D. 考察

世界が新型コロナウイルス感染症への対応に苦慮する中、台湾は迅速な検疫、医療体制の立ち上げ、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保を行った。医療、介護関係者への支援、困窮する人々への支援も既存制度を活用しながら進めている。また、医療費の支出は感染症対策法による公費医療、全民健康保険の保険給付で対応するほか、全民健康保険の健保クラウドシステムは感染者の把握、追跡、マスクの実名制割当販売でも活用されている。

#### E. 結論

こうした対応の迅速さこれを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

現在台湾では、感染の予防を進める一方で、振興三倍券の発行による消費喚起、企業への支援を進めており、経済振興に重点を置きつつある。新型コロナウイルス感染症の社会経済への影響は今後も続き、台湾の経済状況が以前の通りになるかは、今後の推移を見守る必要があるだろう。一方で、特別予算の確保は多くが公債から賄われている。台湾には「公共債務法」があり、地方政府を含む当局の財政の健全性を守る仕組みがある。こうした仕組みへの影響の有無の検証なども分析することも重要であると思われる。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会,2021年1月号,pp.16-21.

### 2. 学会発表

なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

## H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3.その他

なし

# 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名（2020年11月15日現在）にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対応策はどのようなものであったのだろうか。これを知ることで、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について概観する。2020年1月30日、WHOは新型コロナ感染症に対し、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）を宣言した。中国から始まったとされるこの感染症は、瞬く間に世界的に広がり、高所得国、特に欧米で感染数・死亡数が拡大し、これまでに類を見ない広範囲かつ強力なロックダウン等行動制限が多く、多くの国で実施されたことから、社会的にも重篤な影響を与えた。

## 2. 台湾の社会保障制度の概要

現在の台湾の社会保障制度としては表1のように、社会保険制度および社会福祉（税財源）の仕組みによる制度が存在する。前者は、医療保険である「全民健康保険」がある他、年金保険（労工保険、公教人員保険、軍人保険）、労働災害保険（労工保険等）や雇用保険（就業保険）がある。後者の社会福祉制度として、老人福祉、児童・少年福祉、身体障害者福祉などの対象者別の福祉制度がある他、公的扶助制度としての社会救助（生活保護）がある。

今回の新型コロナウイルス感染症対策では、医療費の面では全民健康保険の果たした役割が大きい。失業への対応として、就業保険の役割も大きく、低所得者への手当支給では、対象者の基準として、社会救助などの福祉制度の受給基準が活用された面がある。老人福祉、身体障害者福祉に該当する介護制度（長期照顧問十年計画2.0）では、介護サービス提供にあたっての新型コロナウイルス感染症の予防、感染対策、その他介護制度の柔軟な運用が行われた。またわが国と同様に感染症対策法もある。つまり、これら既存の制度が今回の新型コロナウイルス感染症対策に機能している。

なお、台湾では緊急に法律や条令を制定して、感染症などの社会でおきた問題に対応する場合がある。今回も特別な条例を定めて、新型コロナウイルス感染症対策の枠組みの根拠となっている。

表1 台湾の主な社会保障制度

仕組み	主な制度
社会保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療保険 全民健康保険</li> <li>○年金保険 労工保険(民間企業等の雇用者)、軍人保険(軍人)、 公教人員保険(公務員、学校の教職員)、国民年金(自営業者など)</li> <li>○雇用保険 就業保険</li> <li>○労働災害 労工保険など</li> <li>※農民健康保険 障害・出産給付</li> </ul>
社会福祉	<ul style="list-style-type: none"> <li>○公的扶助 社会救助法</li> <li>○老人福祉 老人福利法、(介護制度:長期照顧十年計画2.0※)</li> <li>○児童福祉 児童及少年福利與權益保障法(経済的支援、児童福祉サービス) 幼児教育及照顧法(幼稚園での就学前教育と保育) (親の働き方)両性平等工作平等法(育児休業など)</li> <li>○障害者福祉 心身障害者權益保障法(一部は※で対応)</li> <li>○特に支援を要する世帯(配偶者が亡くなった世帯など)などへの福祉</li> <li>○原住民族(先住民族)を対象とした福祉</li> </ul>

出所: 小島克久(2017)「台湾の社会保障(第1回) 台湾の人口・経済の状況と社会保障制度の概要」『社会保障研究』第6号所収の表2より引用。

### 3. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

台湾の新型コロナウイルス感染症対策について、特にこの感染症が世界に拡大し始めた2020年1月から4月までを中心主な動きをまとめると、表2のようになる<sup>1</sup>。これをもとに、台湾の対応を時系列で見よう。

2019年12月31日に台湾当局は武漢で原因不明の肺炎発生を把握し、WHOにも通報している。2020年1月2日(台湾では1月1日のみが休日)には、「原因不明肺炎対策委員会第1回会議」が開催され、台湾の医療関係者に武漢渡航歴のある肺炎症例の通報を要請している。10日はこの肺炎による診療所での診察原則を策定し、16日には新型コロナウイルス感染症を台湾の感染症対策法に基づく第5類伝染病に指定している。隔離や入院措置などがこの時点で可能になっている。20日には新型コロナウイルス感染症中央対策本部(本部長:陳時中衛生福利部長)が設置され、2021年1月現在でも新型コロナウイルス感染症対策の中核となっている。このように兆候の把握、体制の立ち上げが2020年1月の半ばまでに行われていた。

2020年の台湾では春節(旧暦の大晦日が平日の場合に前日に設けられる臨時休日を含む)の休日は1月23日から29日にかけてであった。この時期にもさまざまな対策がとられていた。22日は台湾から武漢への渡航が禁止され、23日は台湾の航空会社による武漢直行便が運行停止となり、武漢在住の中国住民の台湾渡航が禁止された。26日には中国住民の台湾渡航が制限させることとなった。29日には新型コロナウイルス感染症の集中検疫所が設置された。この時期は渡航制限が顕著であった。

2月に入るとさらに対策が本格化した。6日はテレビやラジオで感染症予防番組が放送開始されるとともに、後述の「マスク実名割当販売制 1.0」がスタートした。健康保険証を本人確認書類としたマスクの割当販売を薬局で行う仕組みである。この制度は16日には、販売場所を保健所にも拡大している。

<sup>1</sup> 衛生福利部 web サイト「COVID-19 防疫關鍵決策網」をもとにまとめた。

<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/mp-205.html>

時期を戻すが 10 日は中国との直行便の停止、小三通（台湾の離島から中国大陆との人の往来）の停止が行われた。23 日は医療関係者、ソーシャルワーカーの海外渡航制限措置（事実上の海外渡航禁止）がとられ、この措置以前に予約していた海外渡航取消に伴う費用の補償も行われている。25 日には「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」が施行され、新型コロナウイルス感染症対策の根拠となる法律となった。この条例に基づく新型コロナウイルス感染症対策の特別予算として 600 億台湾元（約 2,200 億円）が編成された。この時期は対策の基本的な枠組みが作られていた。

表2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

年	月 日	主な動き	
2019年	12月 31日	武漢での原因不明の肺炎症例を把握。WHOに通報	
2020年	1月	2日 「原因不明肺炎対策委員会第1回会議」開催。 医療関係者に武漢渡航歴のある肺炎症例の通報を要請	
		10日 「原因不明肺炎に係る診療所での診察原則」を策定	
		15日 新型コロナウイルス感染症を法定伝染病（第5類伝染病）に指定	
		20日 新型コロナウイルス感染症中央対策本部設置	
		22日 台湾からの武漢への団体旅行を禁止	
		23日 台湾航空会社の武漢直行便を運航停止。武漢居住の中国住民の台湾渡航禁止	
		26日 中国住民の台湾渡航制限	
		29日 「新型コロナウイルス感染症集中検疫所」指定	
		2月	6日 テレビ及びラジオチャンネルを用いた感染症予防番組を放送開始 マスク実名割当販売制1.0開始（健康保険証により予約・薬局で購入）
	10日 中国との直行便の制限 小三通の停止		
	16日 マスク実名割当販売制での購入可能場所に保健所が追加		
	23日 医療関係者等の出国制限および費用保障規定実施		
	25日		「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」施行。 特別予算600億台湾元
	3月	1日 「地方政府居宅検疫及び隔離支援計画」実施	
		11日 「居宅検疫帰宅交通手段方案」実施	
		12日 マスク実名割当販売制2.0開始（アプリでの予約、主要コンビニでマスク購入可能に）	
		19日 外国人の台湾渡航制限。入国者は14日の居宅検疫	
		24日 航空機の海外との運航禁止	
4月	1日 「ソーシャルディスタンス注意事項」公布		
	14日 特別予算第1次補正2100億台湾元		
	16日 「防疫期間行政院生活困窮者支援計画」策定		
	22日 マスク実名割当販売制3.0開始（主要コンビニでマスクの予約・購入が可能に）		
5月 6日 「衛生福利部新型コロナウイルス感染症拡大による生活困窮者支援実施計画」策定			
7月	1日 「振興三倍券」発行（生活困窮者への購入費補助開始）		
	23日 特別予算4200億台湾元へ増額要求（10月27日に減額の上で立法院で可決）		

出所：行政院、衛生福利部、經濟部資料より作成

3月の主な動きとして、12日に「マスク実名割当販売制 2.0」が実施され、アプリでの予約、主要なコンビニエンスストアでの購入が可能になった。19日の外国人の台湾渡航制限がとられ、入国後は14日に居宅検疫（隔離）が求められるようになった。24日は航空機の海外との路線が運行禁止となった。4月になると、特別予算の補正が行われ、総額で2100億台湾元（約7,600億円）に増額された。22日には「マスク実名割当販売制 3.0」が実施され、マスクの予約・購入ともに主要コンビニエンスストアで可能になった。7月に入ると、1日に消費振興策としての「振興三倍券」が発行開始され、23日には特別予算の第2次補正案が行政院から立法院に送られた。10月27日に第2次補正で増額を要求した予算案から若干の減額が行われたが、総額は約4,199億台湾元（約1.6兆円）の規模となった。この時期には予防や治療の対策の一方で、経済振興策も実施されている。

## 4. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み

### (1) 特別条例による枠組み

台湾の新型コロナウイルス感染症対策は、すでに述べた感染症対策法、全民健康保険といった既存の法律や制度でも対応している。一方で、この感染症対策のための特別な法律も制定されている。それが「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」（新型コロナウイルス感染症予防・治療・支援・振興特別条例）である。2020年2月25日に交付されたこの条例の目的や内容は図1のとおりであるが、目的は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること、である。

主な内容として、医療従事者、隔離対象者とその家族への支援、経済振興策、特別予算の確保などがある。医療従事者への支援としては各種助成金や手当の支給を行うこと、隔離対象者とその家族への支援としては、隔離対象者を看護する家族で就業できなくなった者への保障、隔離対象者に対して雇用主の休業保障などがある。マスクや防護服などの確保（原材料や生産設備の徴用と補償）も盛り込まれている。経済支援策として、新型コロナウイルス感染症の影響で運営が困難になった企業、医療機関などへの補償などが盛り込まれている。また、感染症対策に関するテレビやラジオでの番組放送、マスクなどの不当な値上げの禁止、感染症に関する虚偽情報の流布の禁止、感染症予防のためにと局が採る指示に従わない者への罰則といった規程もある。そしてこれらの対策実行のための特別予算を編成することも規定されている。

この特別条例は2020年1月15日から6月30日までの期間限定であるが、効力は立法院の同意を得れば延長ができる。

### (2) 特別予算の編成

上述の特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」がまず2020年2月27日に編成された。期間は2020年1月から12月までであり、規模は当初予算では600億台湾元（約2,200億台湾元）である。内容は「予防及び治療」「経済振興」（困窮者支援を含む）のふたつの部分で構成される。財源は前年度予算の余剰金（300億台湾元（約1,100億円））と公債（同額）で賄われる。「予防及び治療」では、医療機関の緊急整備、マスクなどの必要な資材購入、検疫の実施などである。「経済振興」は中小企業の融資保証、製造業、運輸業（航空業など）、観光業、農林水産業への支援などで構成される<sup>2</sup>。

この特別予算の第1次補正が4月に行われ、総額で2,100億台湾元（約7,600億円）に増額された。増額分の1,500億台湾元（約5,400）は全額公債で賄われ、経済振興では、人々の雇用を守るための給付（困窮した企業の賃金補助など）、当局の信用保障の拡大、困窮している高齢者、児童、身体障害者への手当支給、消費振興策としての経済振興券（後述の「振興三倍券」）の発行などが盛り込まれた。一方で検疫や隔離に伴う補償の増額（検疫可能な人数の拡大）、医療機関への支援策も盛り込まれている。

第2次補正は7月23日に立法院に提出され、10月27日に一部修正で承認された。総額は4,199.43

<sup>2</sup> 短期の対策の経費は、既存の一般会計予算などからの支出が優先される。

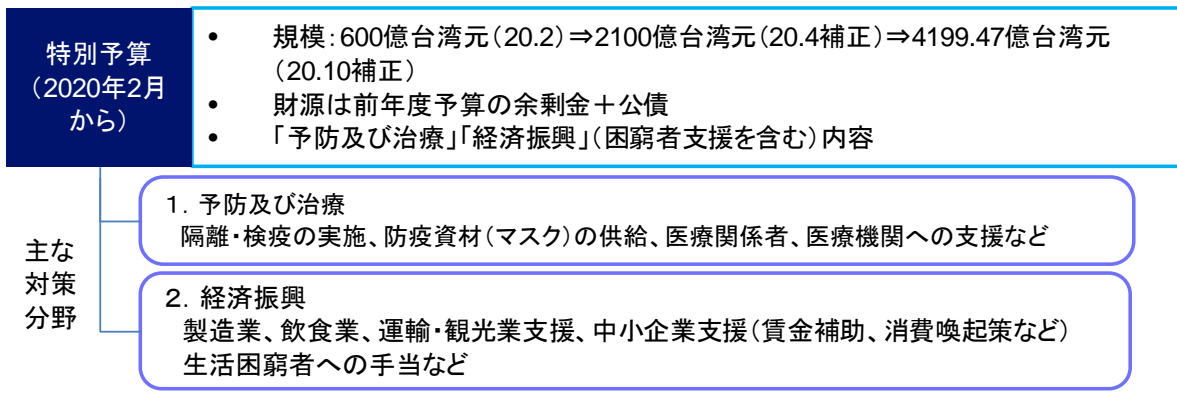
億台湾元（約1兆6千億円）であり、海外の新型コロナウイルス感染症拡大の状況を踏まえ、台湾経済への影響は依然として大きいと判断し、そのための備えをすること、感染症予防策の継続が謳われている。増額分は全額公債で賄われ、特別予算の期間を2021年6月まで延長し、感染症予防に必要な物資購入の一方で、経済振興策の不足分に重点を置くなど、経済振興策が重視されている。

**根拠法：嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例（2020.2.25公布）**

（目的）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること

（主な内容）

①医療従事者への支援 ②隔離・検疫対象者などへの補償 ③防疫に必要な資材の徴用 ④経済的支援策 ⑤広報 ⑥経費の確保（特別予算） ⑦禁止行為（検疫などの指示に従わない、感染症に関する虚偽情報の流布、防疫資材などの不当値上げなど）



出所：行政院、行政院主計総処（予算）、衛生福利部資料より作成

**図1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み**

5. 台湾の主な分野での新型コロナウイルス感染症対策

(1)医療

a)検査

医療分野での新型コロナウイルス感染症の主な対策は図2のとおりである。まず検査・隔離・治療体制を見ると、伝染病予防法に基づく第5類伝染病に指定されているため、指定された地域検査所で感染が確認された場合は、居宅での隔離・検疫（海外からの帰国者の場合）となる。症状が重度の場合は感染症対策法に基づく指定医療期間への入院となる。感染症予防のためには、感染者の所在確認も不可欠である。台湾では、全民健康保険の健保クラウドシステム（医療保険での診療、検査情報をクラウドで管理するシステム）を住民登録、入国管理のデータベースと連結させて、入国者の検疫、感染者の把握など、感染者を追跡できるシステムが運用されている。

b)医療従事者・医療機関支援

医療従事者・医療機関への支援策として、マスクや防護服などの必要な資材（防疫物資）を当局が確保し、医療機関に優先供給している。居宅隔離や検疫となった者で診察が必要な場合、オンライン診療を全民健康保険の保険給付対象としている。台湾では1月に医療関係者、ソーシャルワーカーの海外渡航制限（事実上の渡航禁止）を実施している。渡航費用のうち払い戻しができない費用（旅費、宿泊費、



会議の登録料など)を補償する措置もとられた。医師や看護師への手当として、医師には1日当たり、看護師には1出勤当たりで、それぞれ1万台湾元(約3万6千円)が支給されている。医療機関で病室等を増設する補助として、検疫外来を設置する場合に開設奨励金として1カ所当たり20万台湾元(約72万円)が支給される。また、専門病室の設置にあたっては1室当たり10万台湾元(約36万円)の設置奨励金、運営費として最高10万台湾元の支給が行われている。今回の感染症拡大の予防に功績のあった医療従事者、医療機関への報奨金の支給も行われている。

今回の感染症拡大の影響で、業務停止、運営が困難になる医療機関の存在も想定された。台湾当局は感染症発生などの理由で業務停止命令を受けた医療機関に対して、業務停止期間中の人件費などの運営費補助(または前年同時期の保険診療点数相当の金額の補助)を行っている。また、業務停止命令を受けた医療機関、2020年1月15日からの期間で収入の減少が継続(連続6ヶ月で15%の収入減少など)した医療機関には、融資を受ける際の信用保障、利息補助も行っている。

#### c)感染者と家族への支援

感染者およびその家族への支援策もとられている。経済支援として、埋葬費や生活支援のための一時金(最高3万台湾元(約11万円))の支援を行っている。また、困窮者生活補助追加支援として、当局が指定した低所得者などを対象とした手当受給者にひとり1ヶ月当たり1,500台湾元(約5,400円)を2020年4月から6月の3ヶ月分を支給している。前者は申請が必要で審査もあるが、後者はすでに社会福祉からの手当を受け取る資格のある者を対象とするため、当局が対象者を確認して支給するため、申請や審査は必要ない。居宅隔離・検疫の対象者となった者、彼らを看護するために就業できなくなった者への手当も実施されている。前者は当局の措置に協力するために行動の自由を失うことによるもの、後者は看護のために休暇を取得したため収入を得る機会を失ったことへの補償である。感染者及び家族、ひとり1日あたり1000台湾元(約3,600円)が支給される。

#### d)医療費

新型コロナウイルス感染症に感染した場合の医療費は、感染症予防法に伴う指定医療機関への入院の場合は、この法律に基づいて公費医療となる。それ以外の場合は全民健康保険からの給付となる。全民健康保険では、保険料納付が困難になった者や企業・団体(事業主)に対して、保険料納付猶予制度を設けている。今回もこの制度が利用可能であり、2020年2月から7月の保険料の納付猶予(6ヶ月間)が認められている。このほかに被保険者に対して、保険料の分納、保険料納付が遅れた場合の滞納金の免除、(保険料納付のための)支援基金からの貸付が行われている。

#### e)マスク実名制割当販売制度

防疫資材のうち、住民が使うマスクについては、実名制割当販売制度が実施されている。それ以前に、マスクが台湾内で確保されることが重要であり、台湾内での生産を確保する一方で、輸出規制も実施されている。具体的には、1月には医療用マスクの輸出規制が行われるとともに、個人のマスク海外持出がひとり250枚までに制限された。1月31日には台湾で生産されるマスクは当局が買い上げ(1日あたり400万枚:当時)、配分は新型コロナウイルス感染症中央対策本部が決定することとなった。2月にはマスクの輸出が禁止されている。

こうした中、住民を対象としたマスク実名制割当販売制度が2020年2月から実施されている。この制度は、独居高齢者などマスクが特に必要な住民にマスクが手に入るようにするための仕組みである。具体的には、台湾の住民は1週間に2枚の割当(後に緩和)で、当局が決めた価格(例:大人用2枚で



10 台湾元 (約 36 円)) でマスクを購入できる。販売・購入は実名制を採用し、本人確認は全民健康保険の IC カード保険証で行う。全民健康保険未加入者は国民身分証明書 (わが国のマイナンバーカードに相当) を用いる<sup>3</sup>。購入場所は全民健康保険指定の薬局 (処方箋薬局) であったが、後に保健所での購入も可能になった。購入記録は全民健康保険の健保クラウドシステムで管理される。

検査・隔離・治療体制	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 感染症予防法の第五類伝染病に指定</li> <li>2. 検査・隔離・入院 指定地域検査所で検査。感染確認の場合は居宅隔離・検疫 (居宅又は集中検疫所: 海外帰国者)。重度の場合は入院 (指定医療機関※) ※感染症予防法に基づく指定医療機関制度</li> <li>3. 全民健康保険 (健保クラウドシステム)、住民登録、入国管理等のデータベースを連結させて、入国者の検疫、感染症拡大防止の追跡システムを構築・運用</li> </ol>
医療従事者・医療機関支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 防疫物資 (医療用マスク、防護服など) の医療機関への優先供給</li> <li>2. 居宅検疫・隔離対象者へのオンライン診療を保険診療に</li> <li>3. 経済支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関係者等の原則海外渡航禁止と費用補償 ・医師・看護師などへの手当</li> <li>・検疫外来、専門病室設置への補助 ・功績のある医療機関やスタッフに報奨金</li> <li>・新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で医療業務ができなくなった医療機関への補償</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響で運営が困難になった医療機関支援 (融資の信用保証と利息補助)</li> </ul> </li> </ol>
感染者・家族支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 経済支援 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 埋葬費、生活支援の一時金支給 (1~3 万台湾元) ※条件あり</li> <li>(2) 低所得世帯への支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>・一時金 (ひとり 1 万台湾元) ※条件あり・要申請</li> <li>・困窮者生活補助追加支援 (ひとり 1 ヶ月当たり 1500 台湾元 2020 年 4 月~6 月) 当局が指定した手当受給者。当局が対象者を確認して支給 (申請不要)</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. 居宅隔離・検疫により就業等の活動ができなくなったことへの補償 感染者及び家族、ひとり 1 日あたり 1000 台湾元 ※条件あり</li> </ol>
医療費	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指定医療機関に入院の場合は公費診療 (感染症対策法に基づく措置)</li> <li>2. 上記以外の場合は全民健康保険 (医療保険) による保険診療</li> <li>3. 全民健康保険での支援 (制度化されているものの活用) 保険料納付の猶予 (2020 年 2 月~7 月)、保険料の分納、支援基金からの貸付</li> </ol>
マスク実名制割当販売制度	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. マスクの海外輸出の制限 (2020 年 1 月)・禁止 (2 月) ※後に緩和</li> <li>1. 住民対象の実名制割当販売制度</li> <li>2. 健康保険証 (IC カード) などで本人確認 (健保クラウドシステムで管理)</li> <li>3. 購入場所、数量の指定 (1 人 2 枚など) 購入場所: 全民健保指定薬局・保健所 (2020 年 2 月) →オンライン予約・コンビニでの購入可能 (3 月) →コンビニでの予約・購入が可能 (4 月)</li> </ol>

出所: 行政院、衛生福利部資料より作成

## 図2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策－医療分野－

3 月から実施の「マスク実名制割当販売制 2.0」では、オンライン (専用アプリも提供) でのマスク予約、主要コンビニエンスストアでの購入が可能になった。購入数量も緩和 (例: 大人用は 1 週間で 9 枚まで、価格は 1 枚 5 台湾元 (約 18 円)) された。4 月初旬になり住民が購入したマスクを海外の親族に送ることも可能になった (2 ヶ月間で 30 枚まで。経済部の許可が必要)。4 月下旬には「マスク実名制

<sup>3</sup> 長期在留資格のある外国人、外国人配偶者、留学生で全民健康保険に加入していない者は、在留許可証または出入国許可証で本人確認を行うことでマスクを購入できる。

割当販売制 3.0」が実施され、マスクの予約、購入ともに主要コンビニエンスストアで可能になった。海外への送付も 6 月 1 日からは経済部の許可、枚数制限などが撤廃された。

## (2)介護

### a)介護事業所での対策

介護分野での新型コロナウイルス感染症の主な対策は図 3 のとおりである。介護事業所での対策として、介護サービス提供時の予防、対応が重要であり、そのためのガイドラインを台湾当局は定めている。それによると、まず介護施設での対策として、①介護従事者、入所者、訪問者それぞれの感染予防、②感染者が出たときの対応が定められている。前者としては、介護従事者の感染予防、健康管理強化の一方で、入所者の健康管理も行い、感染が疑われる者の隔離措置も行うとしている。入所者の施設内での活動もグループ分けをして行うこととしている。また、訪問者管理として、検温や手指消毒の他、訪問記録作成、訪問回数や時間の制限の実施も定めている。後者として、介護従事者に感染者がでた場合は出勤停止や自宅隔離の実施を行うとともに、地方政府に代替要員を要請することができるなどの対応となっている。入所者の感染が明らかになった場合は、帰宅などによる施設外隔離または施設内隔離をとる他、グループ別の活動も停止する、訪問者の制限も行うこととなっている。

訪問系の介護サービスの場合、訪問先での居宅隔離、検疫対象者の有無を確認し、訪問介護に当たる者は感染予防を十分に行って訪問をすることとなっている。居宅での介護サービスは複数の種類に及ぶことが多い。そのため、介護サービス利用計画が達成されているかというケアマネジメントが重要になる。その確認は訪問で行うことが望ましいが、感染症予防の観点から電話で行うことが原則となっている。訪問する場合も短時間にとどめるなどの対策をとることが求められている。

### b)介護事業所支援

介護事業所の支援も行われており、まず、医療機関と同様にマスクや防護服などの供給対象となっている。次に経済支援として、新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で運営が困難になった介護事業所への補償・融資の信用保証が行われている。業務停止命令を受けた場合は、停止期間中の人件費、水道光熱費などの運営費が補助される。運営が困難になった場合として、①収入が前年同期比で 15%以上の減少となった月が 6 ヶ月続いた場合、②同 30%以上の減少が 3 ヶ月続いた場合、などの基準がある。これらの基準に当てはまる場合は、雇用している介護従事者の賃金支払いのための融資への信用報償、事業所の運転資金を含めた借り入れへの利息補助を行うこととなっている。

今回の感染症予防で功績が大きな介護従事者への報奨金支給も行われている。直接介護にあたる者には日勤や準夜勤 1 回に月ひとり 3,100 台湾元（約 1 万 1 千円）、看護師はひとり 1 回の出勤で 5,000 台湾元（約 1 万 8 千円）などを支給することとなっている。

介護予防拠点が一時的に閉鎖された場合の対策として、地域の介護予防の拠点である C 型拠点<sup>4</sup>が一時的に閉鎖される場合は、配食サービスのみ暫定的に提供できる。その場合でも利用者の意向を確認し、配食事業者の協力を得ることとなっている。また、この拠点が一時的に閉鎖された場合、この間の人件

<sup>4</sup> 台湾の「長期照顧十年計画 2.0」で導入された地域の介護サービス拠点の類型。介護予防、配食などを行う身近な介護拠点として位置づけられている。詳細は小島（2018）を参照。

費や運営費を当局が補助する。また認知症予防拠点でも、スタッフや利用者のいずれか1名が感染の確認があった場合には、その拠点を運営する事業者の同意の上で一時的に閉鎖される。その場合、閉鎖期間中の人件費などの費用が補助される。

さらに介護事業所評価の簡素化などの運営の弾力化も認められている。

<p>介護施設での対策</p>	<p>1. 介護施設での予防・対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従事者感染予防、健康管理強化</li> <li>・入所者の健康管理(感染が疑われる者の隔離など)</li> <li>・介護サービス提供(入所者をグループ分けして介護サービスを提供)</li> <li>・訪問者管理(検温・手指消毒、訪問記録作成、訪問時間・回数の制限など)</li> </ul> <p>2. 感染者が出たときの対応</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護従事者の感染: 出勤停止・自宅隔離、代替要因確保(地方政府への相談)</li> <li>・入所者の感染: 帰宅(自宅隔離)、施設内隔離、入所者グループの活動停止・訪問者の制限 など</li> </ul>
<p>訪問介護サービスでの対策</p>	<p>1. 訪問サービス提供</p> <p>居宅隔離・検疫対象者の有無を確認。介護従事者は個人防護措置を十分にとって訪問する</p> <p>2. ケアマネジメント</p> <p>介護サービス利用計画の実行状況、介護サービスの質の確認は原則として電話で行う 訪問で対応の場合も短時間とし、場合によっては訪問サービスの回数や頻度を調整</p>
<p>介護事業所支援</p>	<p>1. 防疫物資(マスク、防護服など)の供給</p> <p>2. 経済支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で運営が困難になった介護事業所への補償・融資の信用保証</li> <li>・新型コロナウイルス感染症拡大防止で功績のあった介護事業所、スタッフへの報奨金支給</li> <li>・C型拠点、地域認知症予防拠点での一時休止への補償など</li> </ul> <p>3. その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護事業所評価の簡素化、人材訓練実施期間の弾力化など</li> </ul>
<p>外籍看護工</p>	<p>1. 家庭で雇用の外籍看護工</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新規雇用の外籍看護工が居宅隔離・検疫の対象となった場合(台湾に入国できない): 期間中は代替の介護サービスが利用可能。</li> <li>・すでに雇用の外籍看護工の場合(感染した場合): 同上</li> </ul> <p>2. 施設で雇用の外籍看護工</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・外籍看護工の継続教育の期限緩和等(感染症予防の科目を含める。2021年までに終えること)</li> </ul>

出所: 行政院、衛生福利部資料より作成

図3 台湾の新型コロナウイルス感染症対策—介護分野—

#### c) 外籍看護工

台湾では「外籍看護工」と呼ばれる外国人介護労働者の雇用が多い<sup>5</sup>。新型コロナウイルス感染症対策としての外籍看護工に関わる制度運営として次のような弾力的な運営が行われている。まず、家庭で雇用する外籍看護工で新規雇用の者が台湾に渡航できなくなった、感染の疑いで居宅隔離の対象になった場合、家庭での就労ができない。この場合、代替の公的な介護サービスを利用できる。すでに家庭で雇用している外籍看護工が感染した場合なども同様である。外籍看護工は施設でも雇用される。彼らに対する介護技能に関する継続教育の期限緩和などの措置がとられている。

#### (3) 経済分野 (主なもの)

<sup>5</sup> 詳細は小島(2017)参照。

経済分野での支援策をまとめたものが図4である。経済部が多くを所管しているが、製造業、サービス業への支援策として、融資返済期限の1年間猶予（中小企業には猶予期間中の利息補助）、運転資金融資（信用保証や利息補助、ただし貸金引き下げや人員削減を行っていない企業という条件付き）などを行っている。

<p>経済部(中小企業処を含む)</p>	<p>1. 対象 製造業・サービス業など新型コロナウイルスの影響を受けた産業            2. 主な施策            ①融資返済期限延長(1年間延長、中小企業には利息補助)            ②運転資金融資(信用保証、中小企業等への利息補助。最高5.5万台湾元)              ※貸金引き下げ、人員整理を行っていないこと            ③事業振興資金融資(信用保証、中小企業等への利息補助。最高22万台湾元)            ④デジタル化支援、新規産業創成などへの支援            ⑤消費喚起(「振興三倍券」として2020年7月から実施)</p> <p>1) 目的:台湾の消費喚起(内需振興)            2) 発行対象者:台湾住民と外国人の一部              (外国人配偶者など、外籍労工は対象外。11月に台湾駐在の外交官などに拡大)            3) 金額:3000台湾元(2000台湾元は当局が補助。低所得者には全額補助)            4) 使用場所:店舗、屋台などでの買い物(2020年7月~12月まで)            5) 発行形式:商品券、ICカード、アプリ、クレジットカードの4タイプ            6) 発行・購入方法:オンラインまたはスーパーでの予約・購入、郵便局での直接購入              (外交官は外交部で発行、購入)</p>
<p>労働部</p>	<p>1. 労働時間短縮・一時帰休労働者              スキルアップ目的の技能訓練への補助、賃金減少分補助、職業紹介            2. 失業者 就業保険からの失業給付、子どもへの教育費補助            3. 企業 ワークライフバランス促進補助(保育施設拡充など)              就業保険の保険料納付猶予など</p>
<p>交通部</p>	<p>1. 旅行業、宿泊業などの賃金及び運営資金補助            2. 航空業(大型融資への信用保証など)と空港事業者への補助(空港施設利用料補助など)</p>
<p>文化部</p>	<p>1. 出版、芸術、芸能などの産業に従事する法人や個人を対象            2. 運営困難軽減補助(賃金、運営費の補助)、新規創作やデジタル化補助などの支援(法人のみ)</p>

出所:行政院、経済部、経済部中小企業処、労働部、交通部、文化部資料より作成

図4 台湾の新型コロナウイルス感染症対策—経済分野・所管省庁別の主なもの—

一方で内需喚起策として、台湾の住民を対象に「振興三倍券」の発行を行っている。これは、3,000台湾元(約1.1万円)の商品券であり、住民は3分の1である1,000台湾元(約3,600円)を支払うことで発行を受けることができる。差額は当局が負担し、低所得者には3,000台湾元的全額が当局から補助される。発行の形態は紙ベースの商品券方式の他、ICカード(記名式、スーパーマーケット、地下鉄、バス、鉄道会社で購入できるもの)やモバイルアプリへの入金、クレジットカード口座への振り込みの4つの方式がある。使用できる場所は、商店、デパート、レストラン、屋台での買い物である。公共料金や税金の支払い、金融商品の購入に用いることはできない。利用できる期間は2020年12月31日までである。振興三倍券の発行状況は、7月15日から11月10日までの間に約2,297万人(紙ベースでは2,117万人)が受け取っており、これは振興三倍券を受け取ることができる者の97%に相当する<sup>6</sup>。

<sup>6</sup> 経済部中小企業処「振興三倍券新增發放対象報告」(2020年11月12日)による。



雇用対策は労働部が所管しているが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で労働時間短縮や一時帰休となった労働者には、スキルアップを目的とした技能訓練の補助、賃金補助、職業紹介を行っている。失業者には雇用保険である就業保険からの給付などが行われている。企業には、就業保険の保険料納付猶予などが行われている。

この他に、交通部では台湾の旅行業、宿泊業の従事する企業への従業員賃金や運営費補助、航空業（大型融資への信用保証など）や空港事業を営む企業への補助（施設利用料補助など）などを行っている。さらに、文化部では文化、芸術、出版分野の企業や個人への支援策も行われている。

## 6. まとめ

世界が新型コロナウイルス感染症への対応に苦慮する中、台湾は迅速な検疫、医療体制の立ち上げ、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保を行った。医療、介護関係者への支援、困窮する人々への支援も既存制度を活用しながら進めている。また、医療費の支出は感染症対策法による公費医療、全民健康保険の保険給付で対応するほか、全民健康保険の健保クラウドシステムは感染者の把握、追跡、マスクの実名制割当販売でも活用されている。こうした対応の迅速さを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

現在台湾では、感染の予防を進める一方で、振興三倍券の発行による消費喚起、企業への支援を進めており、経済振興に重点を置きつつある。新型コロナウイルス感染症の社会経済への影響は今後も続き、台湾の経済状況が以前の通りになるかは、今後の推移を見守る必要があるだろう。一方で、特別予算の確保は多くが公債から賄われている。台湾には「公共債務法」があり、地方政府を含む当局の財政の健全性を守る仕組みがある。こうした仕組みへの影響の有無の検証なども分析することも重要であると思われる。

## 付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

## 参考文献

- 小島克久（2017）「台湾—介護サービスにおける外国人介護労働者」『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』金成垣・大泉啓一郎・松江暁子 編著 明石書店 pp.184-204.
- 小島克久（2018）「台湾における地域密着の高齢者介護ケア提供体制構築の動向」『国際労働経済研究 Int'lecowk』1085号、pp.7-16. [http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int\\_2018\\_11-12.pdf](http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf)
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度—台湾—」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24. [https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryoy/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryoy/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2020）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.

# Taiwan Policy Overview to Cope with COVID-19

KOJIMA Katsuhisa<sup>1</sup>

1.National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

In 2020, COVID-19 are widespread in the world, and we still have been struggling this infectious diseases in prevention care and other aspects. Taiwan also has suffered from it, but it has taken some policy measures at the earlier stage only to lead 602 infected persons and 7 deaths (15<sup>th</sup> Nov. 2020). It has attracted the attention from the world. In general, the faster in taking some policy measures to cope with emergency like pandemic and natural disaster, the better in making the subsequent impact on society as small as possible. It will be easier for us to reconstruct our life. What kinds of policy measures has Taiwan taken in this pandemic, especially in health care and long-term care? We can find health and long-term care policy implications to cope with emergency with huge impact on society by learning from Taiwan experience. This article has overviewed (1) timeline of policy measures under COVID-19, (2) the framework of policy measures, and (3) policy measures in detail with focus on health care and long-term care in Taiwan.

As for (1), in January 2020, the focus is on grasping the spread of infection and the set-up of the governmental system against this infectious disease. In February, Taiwan took policy measures to establish special laws and form special budgets for it. With these, the policy framework against this disease was completed. Since March, the surgical mask distribution system with registration using IC embedded Health Insurance Card has been implemented, and the special budget has been increased. Taiwan has taken prompt policy response. As for (2), the "Special Law for the Prevention, Care and Support against COVID-19" was enacted in February. In addition to it, Taiwan has utilized existing laws like "Infectious Disease Control Law" and "National Health Insurance Law" for disease control and health care cost finance. To finance some parts of the cost of these policy measures, a special budget "Central Government Special Budget against COVID-19" was organized too.

As for (3), Taiwan has taken some policy measures in health care provision (ex. Quarantine, health care in designated hospitals), supports to health care institutions and personals, securing health care expenses, supports to infected persons and their family. Furthermore, the surgical mask distribution system has been implemented. In this system, IC embedded Health Insurance Card has been used for reservation and sales management to distribute surgical mask as equal as they can. For the long-term care provision, Taiwan government has issued the guidelines to prevent infection in providing long-term care service both of facility and home visit care. It also carried out flexible policy operation in long-term care system and foreign born care worker employment. In economic policy, Taiwan has taken financing support measures for manufacturing and service industries, and issued "Coupon for Daily Consumption with three times premiums" for consumption promotion policy.

In this way, Taiwan has taken various kinds of policy measures against COVID-19 promptly.

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察」

研究分担者 佐藤格 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、その中で公的年金制度の重要性が増してきている。特に東アジア各国は、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢者が少なければ公的年金制度の果たす役割は比較的小さなものにとどまるのに対して、高齢者が多ければ、公的年金は高齢者の生活を支える非常に重要な役割を果たすことになり、同時に支え手となる現役世代の負担も重いものになってしまう。倍加年数が短ければ、そのわずかの期間の間に公的年金の役割が急激に大きくなるため、制度の早急な整備を行うとともに、給付と負担のバランスにも考慮することが重要となる。

制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。しかし倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

A. 研究目的

東アジア各国では急速な高齢化が進む中で、公的年金制度の重要性はさらに高まっている。一方で高齢化のスピードが非常に速いため、給付と負担のバランスや制度の持続可能性など、制度の根幹にかかわる問題が数多く存在している。各国の年金制度や人口構造についての比較を行い、このような問題を解決するための分析に資する情報を収集することが目的である。

B. 研究方法

日本・中国・韓国・モンゴルの4か国について、公的年金制度に関するさまざまな情報を収集する。具体的には制度の沿革、給付と負担の要件、給付水準等である。併せて各国の3区分別人口の推移、高齢化率についてもデータ収集を行い、高齢化と公的年金制度のあり方について検討を行う。  
(倫理面への配慮)  
特になし。

## C. 研究結果

日本であれば2004年改正とそれに続く適用拡大等、中国では賦課方式と積立方式を組み合わせた制度のあり方、韓国では急速な少子高齢化の進展を見越した所得代替率の引き下げ、モンゴルでは支給開始年齢の引き上げや保険料率の引き上げ等、各国ともに少子高齢化への対応を積極的に行っている状況が明らかになった。

## D. 考察

年金の支え手となる現役世代が相対的に減少し、年金の受け手となる引退世代が相対的に増加している傾向が見られる。高齢化率を見ても、モンゴルを除く3か国では高齢化率が上昇してきており、特に日本と韓国では1990年代から、中国でも2010年代から上昇のスピードが加速している。また、中国は今回分析の対象としている4か国の中でも圧倒的に人口が多く、高齢者の占める割合もさることながら、高齢者の数自体の増加が年金制度や経済において大きな課題になることが予想される。

今後の年金制度の改正を検討することは、高齢化が急速に進む韓国はもちろん、元々の人口規模が非常に大きい中国においても非常に重要であろう。

## E. 結論

各国で制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。

しかし冒頭でも述べたように、アジア各国においては、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いことが知られている。そのため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、

今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

なし。

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

## H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。



# 東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察<sup>1</sup>

佐藤格<sup>2</sup>

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、その中で公的年金制度の重要性が増してきている。特に東アジア各国は、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢者が少なければ公的年金制度の果たす役割は比較的小さなものにとどまるのに対して、高齢者が多ければ、公的年金は高齢者の生活を支える非常に重要な役割を果たすことになり、同時に支え手となる現役世代の負担も重いものになってしまう。倍加年数が短ければ、そのわずかの期間の間に公的年金の役割が急激に大きくなるため、制度の早急な整備を行うとともに、給付と負担のバランスにも考慮することが重要となる。

本稿では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国について、公的年金制度の簡単な比較を行うとともに、背景となる人口の推移についても検討を行う。本稿の構成は以下の通りである。次の2節では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国の公的年金制度について、制度の特徴や加入の要件等を整理する。3節では上記4か国の年齢3区分別人口の推移と高齢化率を示す。最後の4節では結論と今後の課題を述べる。

## 2. 公的年金制度の各国比較

### 2.1 日本における公的年金制度

日本においては、1942年の労働者年金保険によって、本格的な公的年金制度が発足した<sup>3</sup>。さらに1961年の国民年金導入により自営業者等も年金に加入し、国民皆年金の制度が整っていく。

また日本の公的年金制度は、2階建ての年金制度となっていることも特徴である。すなわち、20歳以上の全ての者が共通して加入する国民年金の上に、会社員や公務員等が加入する厚生年金が存在するという構造である。また、国民年金が拠出・給付ともに定額であるのに対して、厚生年金は報酬比例的なものとなっていることも特徴である。さらに3階部分として、公的年金と別に保険料を納め、公的年金に上乗せして給付を行う企業年金なども存在する。

財政面の特徴としては、賦課方式、保険料固定方式、有限均衡方式といった点が挙げられる。また、

<sup>1</sup> 本稿の執筆に先立つ研究会(2020年12月21日開催)においては、于洋先生(城西大学)、Yun, Suk-Myung先生(韓国保健社会研究院(KIHASA)所得保障政策研究室)をはじめ、さまざまな方から貴重なコメントを頂いた。ここに記して感謝する。もちろん、本稿に残された誤りはすべて筆者自身の責任である。

<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長

<sup>3</sup> 労働者年金保険に先立ち、恩給制度は1875年、共済組合は1905年、船員保険は1939年から開始されている。

給付水準の調整としてマクロ経済スライドという方法を取り入れていること、基礎年金の2分の1を国庫負担によりまかなっていること、基礎年金拠出金が存在し、制度間での財政調整が行われていることなども大きな特徴である。

さらに、年金財政の健全性を検証する方法として、財政検証が行われている。これは2009年より5年に1回行われているものであり、今後約100年間にわたる年金財政についての評価を行っている。また年金積立金は年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)が運用を担っている。

年金給付を見てみると、給付は老齢基礎年金の場合、満額×保険料納付済月数/480という算定式に基づいて決定される。2020年現在、満額であれば年間781,000円の給付を受けることになる。また老齢厚生年金の場合、

$$\text{平均標準報酬月額} \times \text{生年月日に応じた率} \times \text{被保険者期間の月数}$$

という算定式が基本となる<sup>4</sup>。支給開始年齢は基礎年金が65歳、厚生年金は段階的に65歳に引き上げ中である。

一方負担であるが、国民年金は月額16,540円(2020年度)の定額の拠出を行う。また厚生年金は、標準報酬月額×18.3%(労使折半)という形で、賃金に比例的な拠出を行う。なお、標準報酬月額は88,000円～650,000円の32等級に分類されている。

日本においては、少子高齢化の進展に伴い、さまざまな制度改正が行われてきた。その中でも特筆するものとして、2004年改正が挙げられる。この2004年改正では、保険料固定方式の導入、マクロ経済スライドの導入といったことが行われた。もちろん、この3点のほかにもさまざまな改正がなされているが、この3点は影響が大きい。

まず保険料固定方式の導入であるが、従来は給付水準を決定し、それに見合う保険料(率)を設定していたのに対して、2004年以降、国民年金は毎年280円、厚生年金は毎年0.354%引き上げ、国民年金は2017年4月に16,900円(2004年度価格)、厚生年金は2017年9月に18.3%で固定するというスケジュールを導入することになった。

次にマクロ経済スライドの導入である。前述の通り保険料固定方式を導入したことにより、収入を増加させる方法の1つが失われた。その中でも給付と負担のバランスを確保することが必要であり、物価や賃金の上昇に連動した給付水準の上昇について、経済社会の状況をもとに一部抑制する方法として、マクロ経済スライドの導入が図られた。

最後に有限均衡方式の導入である。従来約5年分の給付をまかなうだけの額があった年金積立金を、約100年間かけて、約1年分の給付をまかなう水準まで取り崩すということが決定された。ただし、5年に1回行われる財政検証のたびにその後約100年で計算するため、実際に今から100年後に約1年分の給付しか残らないというわけではない。また財政検証においては、パラメータの設定によっては積立金が枯渇するケースも想定している。

また、2004年改正の後も、さまざまな改正が行われている。主なものとしては、被用者年金の一元化、受給資格期間の短縮、短時間労働者に対する適用拡大などがある。被用者年金の一元化では、従来保険

<sup>4</sup> これは単純化したものであり、詳しくは

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/roureinenkin/jukyuyoken/2020030601.html>を参照されたい。

料率や給付内容が厚生年金とは異なっていた公務員及び私学教職員について、民間サラリーマンとの同一化が図られた。受給資格期間の短縮では、老齢基礎年金の受給資格期間が25年から10年に短縮された。短時間労働者に対する適用拡大では、2017年4月からの新規対象者として、従業員数が500人以下の会社で働いていても、労使で合意がなされれば社会保険に加入が可能となった。これらの制度改正の背景として、少子高齢化による支え手の減少と受給者の増加が挙げられる。

## 2.2 中国における公的年金制度

中国については、片山(2020)をもとに制度を整理してみよう。中国では、都市部就業者・都市部非就業者・農村部住民に分かれた制度が構築されている。都市部の就業者については、1955年に制度が成立している。また1992年には農村住民向け、2011年に都市部非就業者向けの制度が成立している。さらに2009年には国庫負担を伴う基礎年金が成立した。本稿では主に、都市部就業者向けの年金制度について記述する。

都市部就業者については、被用者・自営業者ともに強制加入であり、賦課方式の1階部分と積立方式の2階部分をもつ2階建ての制度となっている。1階部分の給付は

$$[(\text{退職時における地域の前年の平均賃金} + \text{加入期間の平均賃金})/2] \times \text{加入期間} \times 1\%$$

という算定式により決定され<sup>5</sup>、2階部分の給付は

$$\text{個人勘定残高の元利合計} / \text{年金現価率}$$

という算定式により決定される。もちろん、加入期間や就業・退職時期により様々な変動がある。支給開始年齢は男性60歳、専門職の女性55歳、その他の女性50歳である。

負担を見ると、保険料率は企業が16%、従業員が8%となっている。また、企業からの拠出は1階部分、従業員からの拠出は2階部分に該当する。

積立金の運用について見てみると、従来は主に国債と預金により運用されていたが、2015年8月からは規制が緩和され、30%を限度に株式投資を解禁された。さらに海外投資を除く各種債券等への投資や、全国社会保障基金理事会への委託運用も可能になった。

## 2.3 韓国における公的年金制度

次に韓国の公的年金制度を、金(2010)、藤森(2020)および野副(2015)をもとに整理しよう。韓国の公

<sup>5</sup> なお、新制度が実施後に就業を開始し、加入年数が15年を超える「新人」、新制度が実施される前に就業を開始し、退職が新制度の実施後であり、加入年数が15年を超える「中人」、新制度実施前に退職した「老人」という分類があり、この算定式は新人に関するものである。

的年金制度は、国民年金と特殊職域年金に大別される。特殊職域年金は、その対象が公務員・軍人・私立学校教職員・郵便局職員などに分かれている一方で、国民年金は特殊職域年金の対象者を除いて、ほとんどの職種における勤労者が対象とされる。また、1階建ての中に均等部分と所得比例部分が含まれていることが特徴である。

韓国の公的年金制度が整備されたのは比較的遅く、1960年に公務員年金が発足したのが最初である。続いて1963年に軍人年金、1975年に私立学校教職員年金、1988年に国民年金の各制度が設立され、また1998年には被用者と自営業者が1つの体系に結合された。このような整備の遅れから高齢者の貧困率が高い状態にあったことを受けて、近年では無年金・低年金への対策が行われている。具体的には2008年に導入された無拠出制の基礎老齢年金がこの問題への対策であり、65歳以上の高齢者のうち、所得と財産が少ない70%の高齢者に対して、定額給付の実施を開始した。2014年には基礎年金制度に改正され、給付水準が引き上げられている。

給付については前述の通り均等部分と所得比例部分で構成されるが、均等部分は全加入者の平均月額所得の平均に、所得比例部分は個々の加入者の全加入期間における基本月額所得の平均に基づいて算定される。給付算定式は以下のようになる。

$$\text{基本年金額} = \sum(x_i A + y_i B) \times \left(1 + \frac{0.005n}{12}\right) \times \left(\frac{P_i}{P}\right)$$

ここで、 $x_i$ は2.4~1.2の定数、 $y_i$ は1.8~1.2の定数(いずれも年により変化)、 $A$ は全被保険者の年金支給開始直前3年間の平均月額所得、 $B$ は当該被保険者本人の全保険加入期間の基本月額所得の平均値、 $n$ は被保険者本人の保険加入期間のうち20年を超えた年数、 $P$ は被保険者本人の全保険加入月数、 $P_i$ は $t$ 年の保険加入月数( $i=1$ のときは $t \leq 1998$ 、 $i=2$ のときは $1999 \leq t \leq 2007$ 、…、 $i=23$ のときは $t = 2028$ )である。

支給開始年齢は現時点では62歳となっているが、2033年までに65歳に引き上げられる予定である。また支給の要件として、最低10年の加入が必要である。加入期間が10~20年の場合には、減額老齢年金の給付を受けることができる。

負担については、基本は保険料でまかなわれているが、一部を国庫負担で補填している。事業所加入者の保険料率は、現在は9.0%を労使折半することとされている。また地域加入者と任意加入者は、9.0%を全額本人負担する。

財政状況を見ると、現在は収入超過が続いており、所得代替率が60%を超える高福祉・低負担状態にある。ただし、将来の少子高齢化を見越して、2028年には所得代替率が40%まで引き下げられる予定である。しかしそのような引き下げにもかかわらず、少子高齢化の進展が急速であるために2042年に歳出超過に転じ、2058年に積立金が枯渇する見込みとなっている。

## 2.4 モンゴルにおける公的年金制度

モンゴルの年金制度については、独立行政法人国際協力機構・株式会社コーエイ総合研究所・株式会

社国際開発センター(2015)をもとに整理しよう。モンゴルにおいては賦課方式の公的年金制度のもと、任意と強制の2つの制度が運営されている。雇用者や公務員は強制加入とされる一方、自営業等は任意加入であるというように、働き方によって加入制度が異なる。

また年齢によって制度が異なり、1959年12月31日以前に生まれた者はDB(Defined Benefit、給付建て)であるのに対して、1960年1月1日以降に生まれた者はNDC(Notional Defined Contribution、概念上の拠出建て)である。

財政状況を見ると、近年黒字に転換したものの、それまでは恒常的に赤字であり、国庫負担により補填がなされていた。年金財政の赤字が続いていたことにはいくつかの理由があると考えられる。1つは受給者の年金額の高さである。年金給付額は20年加入の場合所得代替率が45%、40年加入の場合には75%というように、かなり高い水準にあった。また、共産主義体制からの移行の影響も大きな理由である。共産主義体制下では労働者が平等に年金制度に加入し、退職後は一律の年金額が支給される制度であった。しかし資本主義体制へと移行した際の混乱などにより、1990年代の正確な就労記録が欠如していることから、1990年から1994年の5年間を勤務期間とする場合でも、保険料を支払う義務は発生しない、1995年から2000年までの6年間は最低賃金の10%を保険料とし、合計MNT78,120を支払うといった特例措置が実施された。このような措置により、年金給付総額が拠出総額を上回り、赤字が発生するという結果につながったと考えられる。なお、最近では後述するように保険料率の引き上げや支給開始年齢の引き上げが急速に行われており、これが収支の改善に大きな役割を果たしている。

年金の給付においては、年金月額=(個人年金保険料口座残額/年金請求時における平均余命年数)/12か月という算定式が用いられている。また支給開始年齢は男女で異なるが、男性の場合、1957年以前生まれは60歳、1958年生まれは60歳3か月、1959年生まれは60歳6か月、…、1977年生まれは65歳となる。また女性の場合は、1962年以前生まれは55歳、1963年生まれ55歳3か月、1964年生まれは55歳6か月、…、2002年生まれは65歳となる。

一方負担を見ると、保険料率は2019年時点で強制の場合17%(ただし労使折半)、任意の場合11.5%となる。なお、2016年時点では強制14%(労使折半)、任意10%だったものが段階的に引き上げられている状況にある。

### 3. 各国の人口構成

年金制度、特に賦課方式の年金制度は、現役世代と引退世代の人数、すなわち人口構成が重要な役割を果たすことになる。これを年金財政の均衡式をもとに確認しよう。年金財政の均衡式は以下のように書くことができる。

$$F_{t+1} = (1 + i_t)F_t + C_t - B_t$$

ここで、 $t$ は時間(年)、 $F$ は積立金の残高、 $i$ は利子率、 $C$ は年金拠出額、 $B$ は年金給付額を表す。すなわち、来期の積立金の残高( $F_{t+1}$ )は、今期の積立金の元利合計( $(1 + i_t)F_t$ )と今期の年金拠出額( $C_t$ )の和から、今期の年金給付額( $B_t$ )を引くことで表されることになる。ここで年金積立金が存在しないと仮定す

るならば、年金拠出額と年金給付額を一致させることが年金財政を均衡させるための条件となる。現役世代が行った拠出が引退世代への給付に充てられるため、現役世代の数が多ければ少ない拠出で多くの給付を実現することができる一方、現役世代の数が少なければ、拠出が多い一方で少ない給付しか実現できないことになる。したがって、本節の冒頭で記したように、賦課方式の年金制度においては、人口構成が重要な役割を果たすことになる。

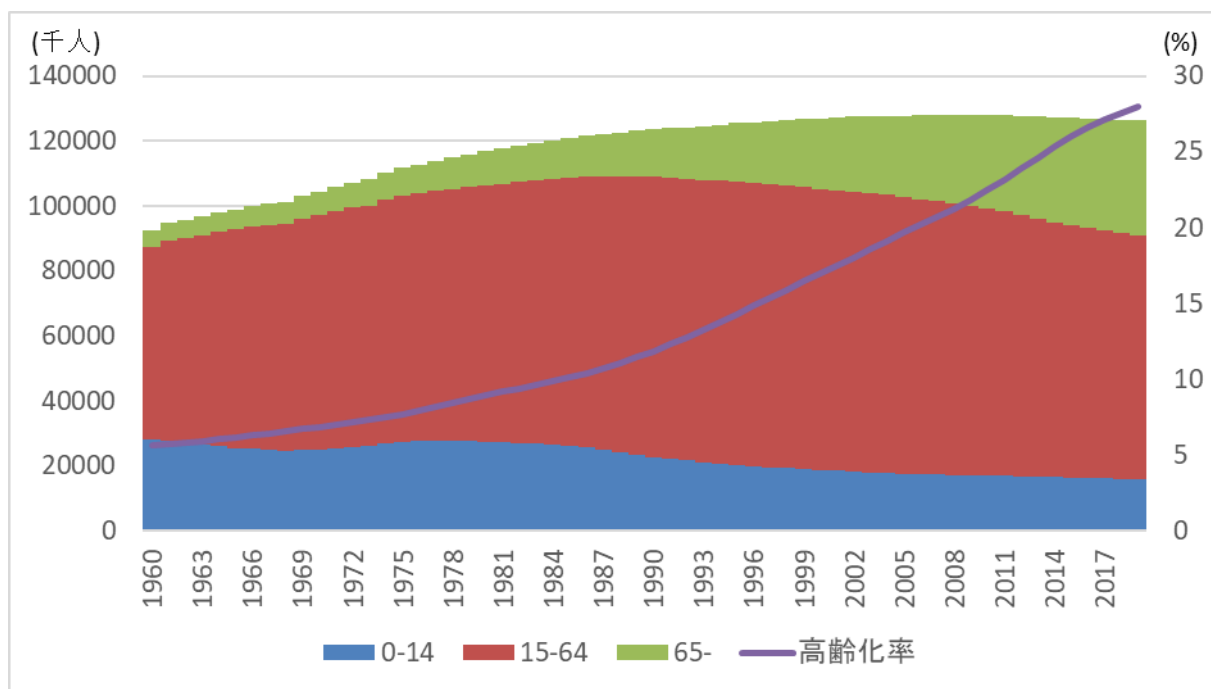


図1 日本の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

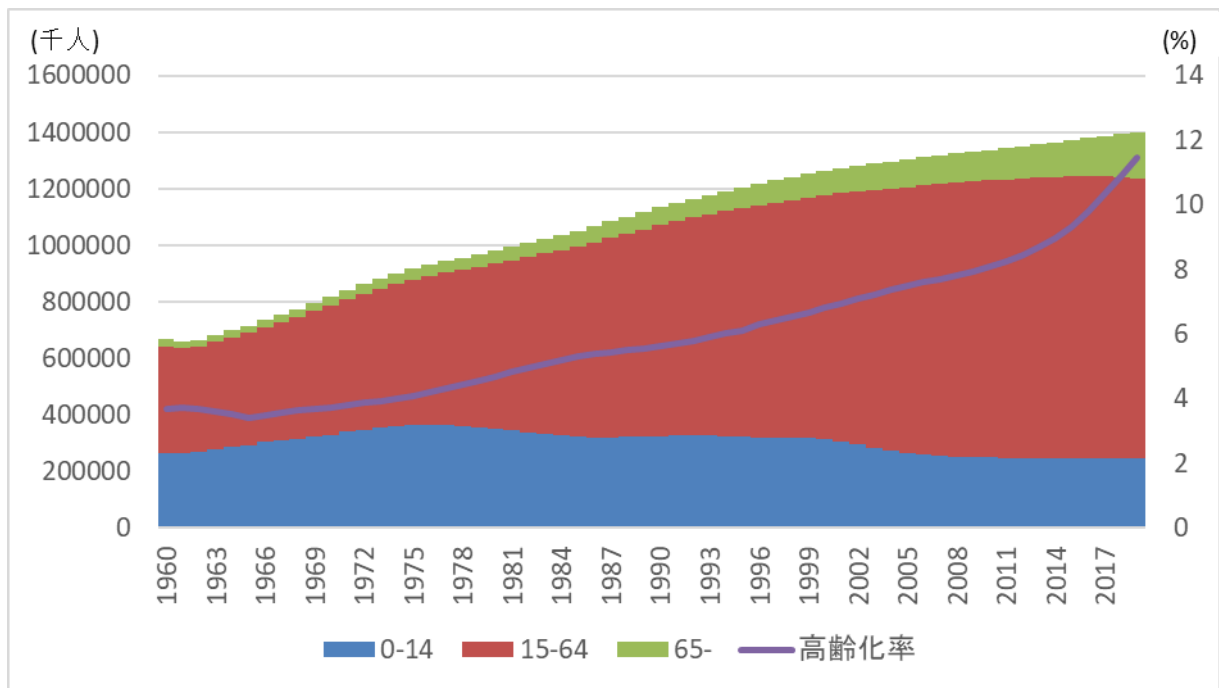


図2 中国の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

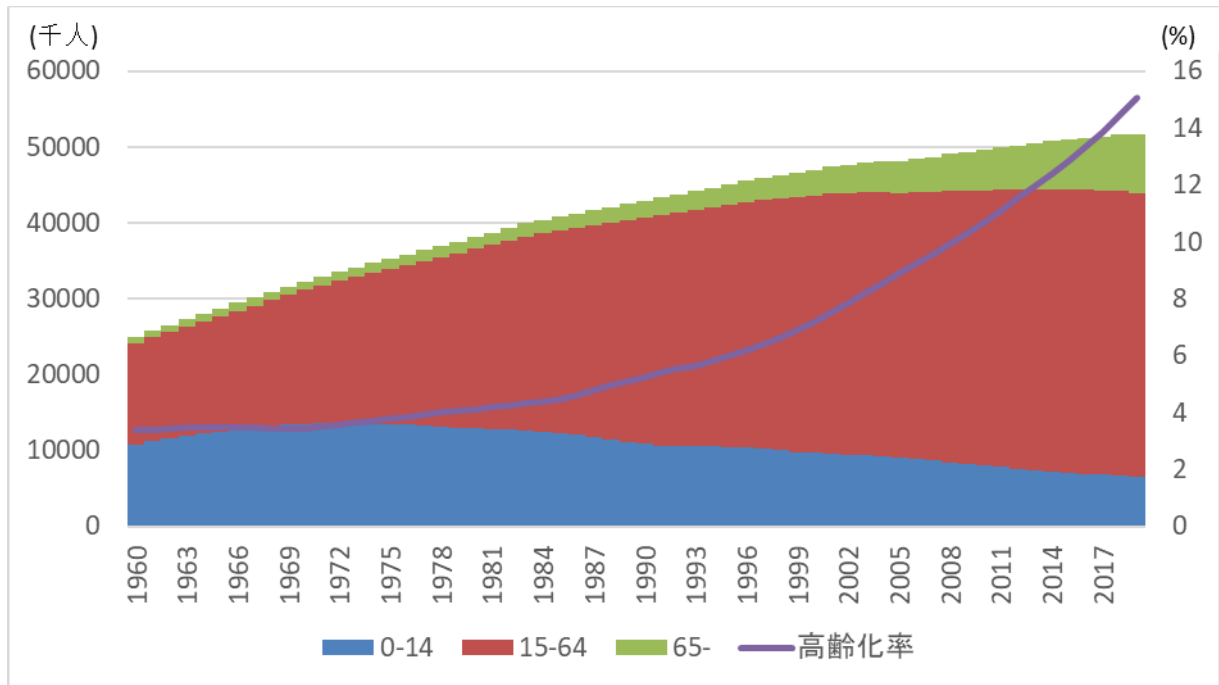


図3 韓国の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。



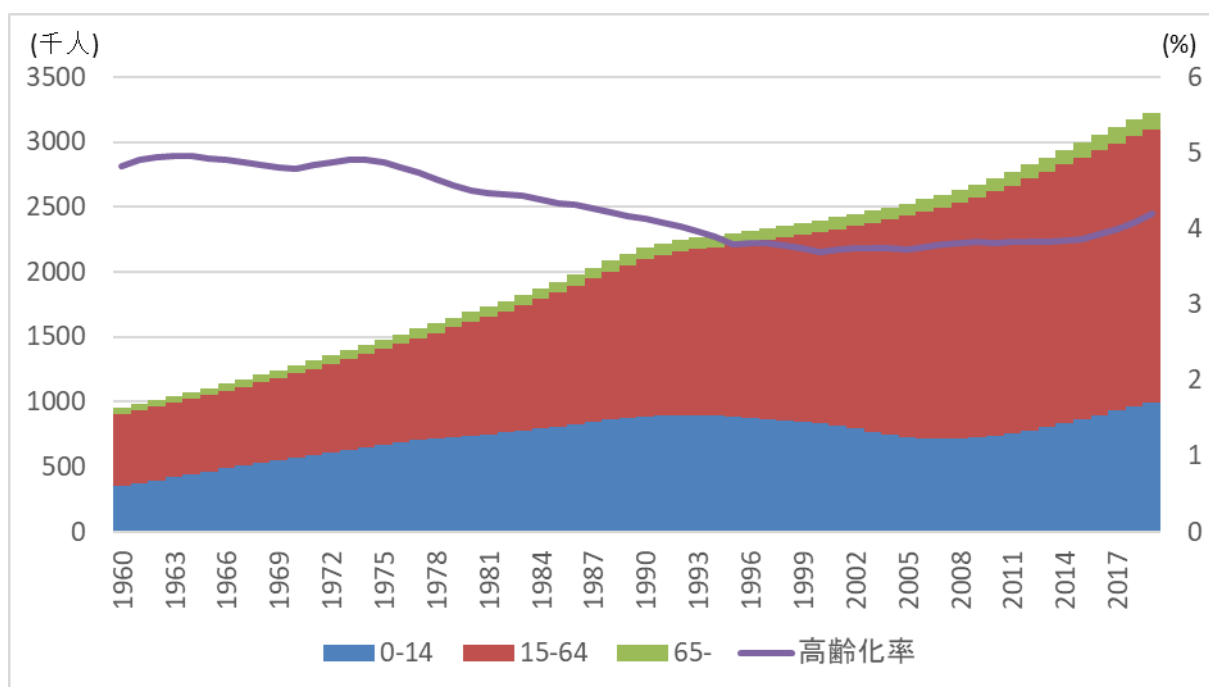


図4 モンゴルの年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

図1～図4は、本稿で取り上げた4か国について、1960年から2019年までの年齢3区分別人口の推移を示したものである。左軸は人口(千人)、右軸は高齢化率(%)を示している。モンゴルは15～64歳人口が増加を続け、65歳以上人口が少ないままで推移しているが、日本・中国・韓国の3つの国は、程度や時期の差はあるものの、いずれも15～64歳人口は減少を始める、あるいはピークを迎える状況にあり、65歳以上人口は急速に増加を始めている。すなわち、年金の支え手となる現役世代が相対的に減少し、年金の受け手となる引退世代が相対的に増加している傾向が見られる。高齢化率を見ても、モンゴルを除く3か国では高齢化率が上昇してきており、特に日本と韓国では1990年代から、中国でも2010年代から上昇のスピードが加速している。また、中国は今回分析の対象としている4か国の中でも圧倒的に人口が多く、高齢者の占める割合もさることながら、高齢者の数自体の増加が年金制度や経済において大きな課題になることが予想される。

今後の年金制度の改正を検討することは、高齢化が急速に進む韓国はもちろん、元々の人口規模が非常に大きい中国においても非常に重要であろう。

#### 4. 結論

本稿では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国の公的年金制度について概観した。制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。

しかし冒頭でも述べたように、アジア各国においては、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いことが知られている。そのため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

本稿においては、中国の農村部の年金制度など、まだ十分な検討をできていない領域があり、各国比較にはさらなる情報収集が必要である。また保険料負担のあり方や代替率を世帯単位で見ると個人単位で見ると、あるいは報酬比例的な要素がすべての雇用者に適用されるかどうかなど、さまざまな論点が残されている。これらについては今後の課題としたい。

## 参考文献・資料

片山ゆき(2020)「中国の年金制度」『年金と経済』Vol.39, No.2, pp.45-48.

金明中(2010)「韓国における年金制度と最近の動向」『NLI Research Institute REPORT』November 2010, pp.10-21.

独立行政法人国際協力機構・株式会社コーエイ総合研究所・株式会社国際開発センター(2015)「モンゴル国年金分野に係る情報収集・確認調査ファイナル・レポート」

野副常治(2015)「諸外国の年金制度比較—年金財政から見た制度の維持可能性—」『西南学院大学大学院経済学研究論集』(2), pp.97-160.

藤森克彦(2020)「韓国の年金制度」『年金と経済』Vol.39, No.2, pp.67-71.

厚生労働省『厚生年金保険・国民年金事業年報』各年版

厚生労働省ホームページ「公的年金各制度の財政収支状況」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128082.html>)

厚生労働省ホームページ「2019年財政検証結果レポート」

(<https://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/report/index.html>)

NATIONAL PENSION SERVICE (<https://www.nps.or.kr/jsppage/english/main.jsp>)

モンゴル労働社会福祉省ホームページ(<https://mlsp.gov.mn/>)

Mongolian statistical information service (<http://1212.mn/>)

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「台湾における外国人受け入れの動向と影響」

研究分担者 中川雅貴 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

高齢化が進む東アジアにおける国際人口移動の動向と影響について、東アジア各国・地域の中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷および外国人人口の動向と影響に関する検討を行った。分析に際しては、台湾行政院による公的統計の二次的分析に加えて、関連する学術研究・分析のサーベイを行った。

検討の結果確認された点は以下のとおりである。①台湾における外国人人口は、主に「二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者(外籍労工)」 「高度人材」「国際結婚による外国籍配偶者」「その他(留学生等)」に分類され、このうち「外籍労工」が全体の約70%を占める、②外国人人口に関する主な公的統計は人口センサス、登録外国人統計、戸籍統計、外国人労働者統計であるが、とくに中国本土の国籍をもつ人口が含まれるかどうかによって、各統計でカバーされている対象が異なる、③現在に至る外国人労働者受け入れの基本的枠組みは1992年に施行された雇用サービス法によって規定されており、外国人労働者の規模は2000年代に横ばいが続いた後、2010年以降再び増加傾向を続けている、④1990年代後半以降、看護・介護労働分野で就労する外国人の規模が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にある、⑤国際結婚の新規登録件数は、その審査の厳格化により2000年代半ばに急速に減少した後は横ばいが続く、⑥外国人女性の出生が総出生数に占める割合は2000年代以降ほぼ10%で推移しており、国際結婚による外国人配偶者(女性)の割合を考慮すると、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない。

なお、外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証することの必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、東アジアにおける少子

高齢化の実態と対応について、国際人口移

動との関連および外国人受け入れによる影

響の視点から検討を進めることである。今年度は、東アジア各国・地域の中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備・拡大した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷およびその影響について検討を行った。加えて、国際結婚による外国人の受け入れについて、その動向および人口学的影響についての検討を行った。

## B. 研究方法

分析に際しては、台湾行政院が公表する公的統計の二次的分析に加えて、関連する学術研究・分析のサーベイを行った。分析に用いた公的統計は、人口センサス（行政院主計処）、登録外国人統計（内政部移民署）、戸籍統計（内政部戸政司）、外国人労働者統計（労働部労働力発展署）であり、すべてインターネット上でオンライン公開されている統計資料である。関連する学術研究・分析のサーベイについては、主に英語文献を対象とした。

### （倫理面への配慮）

本分析は、公表済みの統計資料・文献を用いるため、倫理審査に該当する事項はない。

## C. 研究結果

検討の結果確認された点は以下のとおりである。

①台湾における外国人人口は、主に「二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者（外籍劳工）」「高度人材」「国際結婚による外国籍配偶者」「その他（留学生等）」に分類され、このうち「外籍劳工」が全体の約70%（約70万人）を占める。

②外国人人口に関する主な公的統計は人口センサス、登録外国人統計、戸籍統計、

外国人労働者統計であるが、とくに中国本土（香港・マカオを含む）の国籍をもつ人口が含まれるかどうかによって、各統計でカバーされている対象が異なる。内政部移民署による登録外国人統計では、これら中国大陸籍の人口が含まれないために、とくに国際結婚による外国籍配偶者人口のストックおよびその推移を精確に把握することが困難となっている。

③外国人労働者受け入れの基本的枠組みは1992年に施行された雇用サービス法によって規定されている。外国人労働者の規模は2000年代に横ばいが続いた後、2010年以降再び増加傾向を続けており、とくにインドネシア・ベトナムからの労働者の受け入れ増加が顕著である。

④外国人労働者の産業部門別内訳をみると、1990年代後半以降、看護・介護労働分野で就労する外国人が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にある。

⑤国際結婚の新規登録件数は、2004年に配偶者ビザの発給および国際結婚の受理に係る審査が厳格化された影響により、2000年代半ばに急速に減少した後は横ばいが続く。台湾における年間の結婚登録数に占める割合は14～16%で推移している。

⑥外国人女性の出生が総出生数に占める割合は2000年代以降ほぼ10%で推移しており、国際結婚による外国人配偶者（女性）の割合を考慮すると、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない。

## D. 考察

1990年代初頭における台湾の外国人労働者受け入れ政策の背景として、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労

外国人問題が顕在化しており、これは同時期の日本の経験に類似する状況と言える。1990年代後半以降の看護・介護労働分野における外国人労働者の増加、2010年以降の外国人労働者の増加局面における製造業のシェアの増加は、台湾における外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて変化していることを示している。また、外国人女性の出生率が相対的に低いことに加えて、台湾における外国人の約70%が、定住・永住を前提としていない外国人労働者によって占められていることから、外国人の増加による人口再生産（とくに出生）への影響は限定的であると言える。この点も、近年の日本における状況と類似している。

#### E. 結論

台湾においては、「東南アジア諸国との二国間協定に依拠した民間仲介業者を介したリクルート」「定住・永住を目的としない外国人労働者の受け入れ」「雇用主に対する労働市場テストの義務化」といった外国人受け入れ政策のコアとなる枠組みが1990年代初頭にはいち早く確立され、基本的にはこのフレームワークによる受け入れが現在も続いているという点において、東アジアにおける外国人労働者受け入れ制度の先行的なケースであると位置づけられる。また、受け入れの対象となる分野が漸進的に拡大され、外国人労働者の構成も産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて変化しているという点においても、日本における今後の政策にとって重要な示唆を含んでいる。

外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出

生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証することの必要性が示唆される。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
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. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

# 台湾における外国人受け入れの動向と影響

中川雅貴

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. 台湾における外国人人口の主な分類と統計

台湾における外国人人口は、主に、「外籍勞工」と呼ばれる二国間協定に基づく外国人労働者、いわゆる高度人材に位置づけられるその他の外国人労働者、国際結婚による外国籍配偶者、その他（留学生等）に分類される。それぞれの主な属性および規模は表1のとおりであり、このうち二国間協定に基づく外国人労働者（以下、特にことわりのない限り、単に「外国人労働者」とする）が2020年末時点で約70万人と最大のグループとなっている。

表1. 台湾における外国人人口の主な分類

分類	主な属性	規模 (2020年)
二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工)	<ul style="list-style-type: none"><li>インドネシア・タイ・フィリピン、ベトナム、モンゴルとの二国間協定による受け入れ。</li><li>主に製造業、介護・看護分野で就労。</li></ul>	約70万人 <sup>a</sup>
その他の外国人労働者 (高度人材)	<ul style="list-style-type: none"><li>活動・資格に基づく就労許可。</li><li>就労分野は、管理・専門職、教育・研究、投資・経営等。いわゆる高度人材。</li><li>国籍別では日本人が最多</li></ul>	約3万人 <sup>a</sup>
国際結婚による外国籍配偶者	<ul style="list-style-type: none"><li>年間の新規登録ベース（直近）では、男（夫）約6,000人、女（妻）約15,000人<sup>b</sup> ※2000年代初頭がピーク</li><li>妻の国籍は、中国本土と東南アジアが95%を占める。</li></ul>	約25～30万人 <sup>c</sup>
その他、留学生等	<ul style="list-style-type: none"><li>移民局の統計には、中国本土からの留学生が含まれない。</li><li>国籍別ではマレーシア、ベトナム、インドネシア、日本が主要グループ</li></ul>	約4万人 <sup>d</sup>

出所：

<sup>a</sup> Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

<sup>b</sup> Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

<sup>c</sup> Liaw et al. (2011); Chen (2012); Chu et al. (2019)

<sup>d</sup> National Immigration Agency, Minister of the Interior（内政部移民署）

表2に記載のとおり、台湾における外国人人口のうち国際結婚による外国籍配偶者については、内政部移民署による登録外国人統計では中国本土（香港・マカオを含む）の国籍をもつ人口が含まれていないために、外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することが難しくなっている。内政部戸政司による戸籍統計では、これら中国本土（香港・マカオを含む）からの配偶者も含めた国際結婚の年間新規登録

者数が示されているものの、ストック数については不明のため、やはり外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することはできない。なお、内政部が 2003 年に実施した調査結果に基づいて推計した外国籍配偶者の規模は約 24 万人であり、これは 2010 年において「外国籍の配偶者」として把握された約 28 万人に近い水準となっている (Liaw et al. 2011)。

表 2. 台湾における外国人人口に関する統計

分類	主な属性
<p><b>人口センサス</b> (Directorate-General of Budget, Account and Statistics : 行政院主計処)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10 年毎に実施。</li> <li>・ 「国籍」に関する設問。(※中国本土を含む)</li> <li>・ 国籍別に公表されている集計項目： 地域 (県・市)、男女・年齢、就業 (産業)</li> <li>・ 2010 年の外国籍人口： 562,000 人 ※外国籍の配偶者に関する集計 (再掲)： 286,000</li> </ul>
<p><b>登録外国人統計</b> (National Immigration Agency, Minister of the Interior : 内政部移民署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移民局への在留届に基づく。</li> <li>・ 活動内容 (Occupation) に関する集計あり。</li> <li>・ 中国大陸 (香港・マカオを含む) 籍については、「外僑居留人」 (Foreign Residents) に含まれず。</li> <li>・ 2010 年末の登録外国人数： 418,000 人 ※2020 年末： 807,000 人</li> </ul>
<p><b>戸籍統計</b> (Dept. of Household Registration Affairs, Minister of the Interior: 内政部戸政司)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国際結婚 (外国籍の配偶者との婚姻) 新規登録件数を集計。 ※配偶者の国籍 (中国本土・香港・マカオを含む)</li> <li>・ 「外国籍の配偶者」の登録累計 (2020 年末まで)： 565,000 人</li> </ul>
<p><b>外国人労働者統計</b> (Workforce Development Agency, Ministry of Labor : 労働部労働力發展署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工) とその他の外国人労働者 (高度人材) を別に集計。</li> </ul>

## 2. 台湾における外国人労働者受け入れ政策の背景と展開

1970 年代後半から 80 年代にかけて高度経済成長期においても、非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の雇用が認められていなかった台湾における外国人労働者問題は、1980 年代半ばになって不法就労外国人の増加というかたちで顕在化した<sup>1</sup>。不法就労者の規模を正確に示す統計は存在しないが、1980 年代の半ばには約 10 万人以上の外国人が非専門職・非熟練労働分野で不法に就労していたとされ、その多くはインドネシア、フィリピン、タイ、マレーシアといった東南アジア諸国から「観光

<sup>1</sup> 1980 年代まで、台湾において正規の就労目的滞在が許可されていたのは、多国籍企業あるいは教育・研究機関関係者などのいわゆる専門職労働者に限られていた。Tsay (2003) は、こうした外国人労働者が、1960 年代初頭に約 5,000 人、1980 年代半ばには約 20,000 人いたとしている。



ビザ」で入国し、主に建設業や製造業といった労働力不足が深刻化する産業分野で雇用されていた (Seyla 1992; Tsay 1995)。

こうした状況の中、依然として非専門職・非熟練労働分野における雇用を認めないという立場を堅持していた行政院当局の方針は、公共事業における建設労働者の確保が困難となったことにより、1980年代末に大きく転換されることになる。1989年10月、行政院勞工委員会 (Council of Labour Affairs) は行政府が発注した14の公共事業における建設労働分野への外国人労働者の就労を許可した。この決定は、台湾の労働市場が非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の就労に対して初めて開放されたという意味において画期的な転換点であったと言えるが、行政院当局は「あくまでも特例的な対応」という立場を堅持していた (Chan 1999)。しかしながら、1991年には外国人労働者の雇用認可対象分野が繊維産業や電機産業といった特定の製造業に拡大され、外国人労働者雇用およびその手続きに関する規定を定めた「雇用法」 (Employment Service Act) が1992年5月に施行されたことにより、台湾における非専門職・非熟練労働分野への外国人労働者の受け入れは本格的に制度化されることになった。また、この「雇用法」の制定により、従来の建設業および製造業分野に加えて、家内労働・福祉サービス・農業分野においても外国人労働者の雇用が認められるようになった。「雇用法」によって定められた外国人労働者の雇用条件および滞在条件は、以下のように要約できる<sup>2</sup>。

#### 【雇用条件】

- ・ 外国人労働者は、国内労働力供給を補完する目的においてのみ受け入れ、この原則を担保するために、就労部門・職種ごとの割り当て上限数を厳格に定めるとともに、個別の事業体にたいしては、全雇用者数の30%の規模を超えない範囲での外国人労働者の雇用を認可する。
- ・ 外国人労働者の雇用認可を求める雇用主は、当該部門および職種において労働力不足が発生し、事業を維持・拡大および効率化するうえでの深刻な障害になっているという事実を、当局にたいして明確に示す必要がある。
- ・ 外国人労働者の最低賃金水準は、当局によって決定および監視される。
- ・ 外国人労働者の雇用により台湾経済の産業構造高度化が遅延および阻害されていると判断された場合には、外国人労働者の受け入れを直ちに停止する。

#### 【滞在条件】

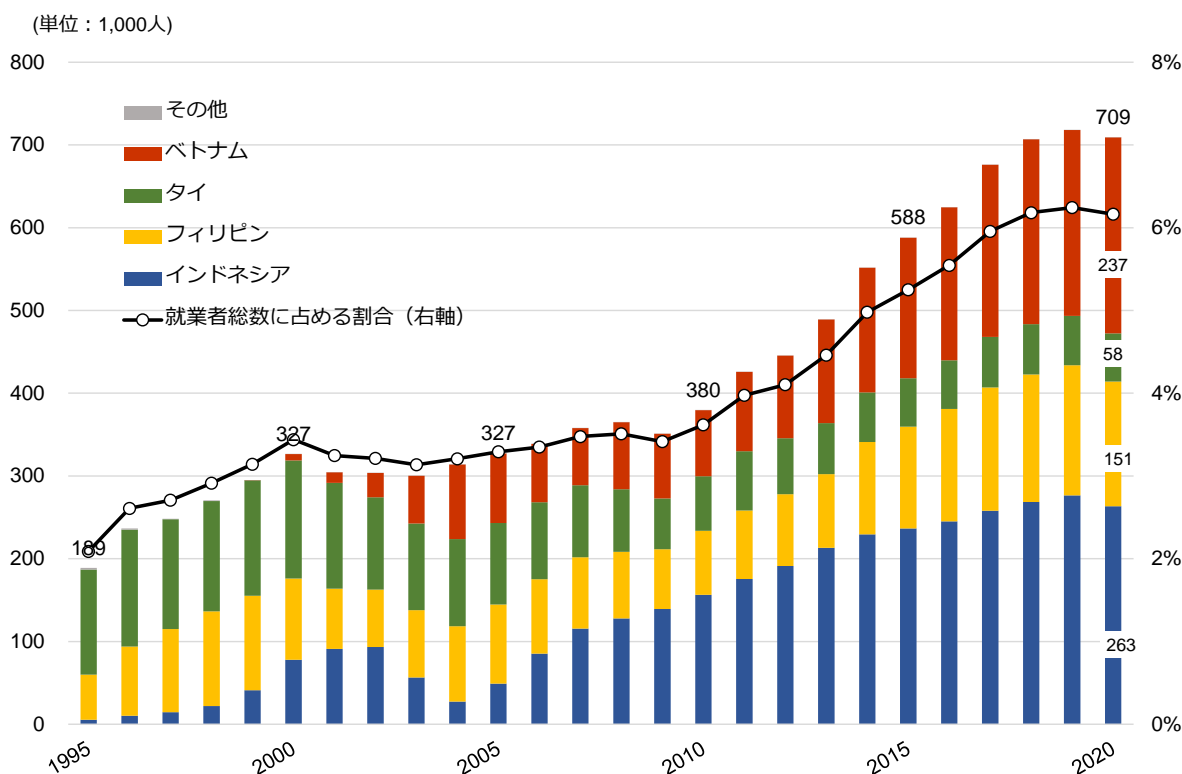
- ・ 雇用主および就労業務内容の変更は、原則として認められない。
- ・ 外国人労働者は「一時的滞在就労者」としてのみ受け入れられ、原則として、その滞在期間が2年を超えることができない。雇用主による所定の手続きを経たうえで、行政府当局によってその必要性・妥当性が認められた場合にのみ、最大で1年間の滞在延長が認められる。
- ・ 外国人労働者が本国から家族を呼び寄せることはできない。

1992年の「雇用法」で定められた雇用条件および滞在条件のうち、台湾における就労期間 (累計) の上限については、その後の改訂により12年にまで延長されているが、東南アジア諸国との二国間協定に依拠した民間仲介業者を介したリクルートシステムに加えて、「雇用主に対する労働市場テスト」「定住・永住を目的としない受け入れ」が、台湾における外国人労働者受け入れ制度の根幹をなすフレームワークとして、今日に至るまで維持されている。

<sup>2</sup> Lee (2002) および Chan (1999) に基づいて要約。

### 3. 台湾における外国人労働者の推移

1992年の「雇用法」施行以降、東南アジア各国との二国間協定によって受け入れられた外国人労働者の規模は1990年代後半にかけて一貫して増加した後、2000年代の横ばいを経て、2010年以降は再び増加を続けている。2020年末時点で、こうした外国人労働者の規模は70万人を超え、全就業者数に占める割合は6%となっている（図1）。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。  
各年末の登録者数。

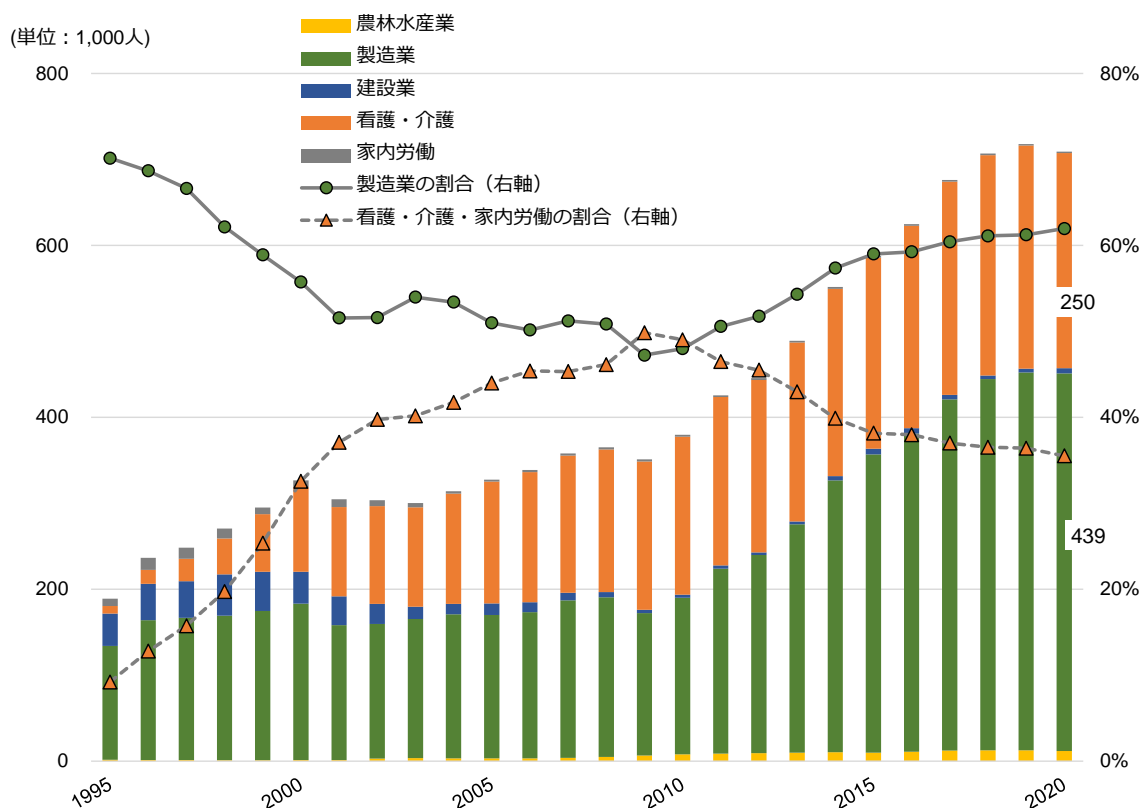
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力發展署）

図1. 台湾における外国人労働者の国籍別構成：1995～2020年

外国人労働者の国籍別内訳をみると、1990年代前半の「雇用法」施行直後は、タイ人が全体の約7割、フィリピン人と併せて95%を占めた。2000年代以降は、これら2か国からの労働者数の割合が減少する一方で、インドネシア、フィリピンからの労働者受け入れが拡大している。2020年末時点において最も多いのはインドネシア人労働者の26.3万人であり、次いでベトナムの23.7万人となっている。

産業部門別の構成をみると、1990年代半ばに70%を超えていた製造業のシェアは、2000年代にかけて低下を続ける一方で、看護・介護分野における外国人労働者の雇用が1990年代後半に急速に拡大した。介護・看護分野における外国人労働者は、2000年以降の20年間で1.5倍の規模に増加しており、2009年～10年にかけては製造業のシェアを一時的に上回るものの、2010年以降は再び製造業のシェ

アが拡大を続けている。2020 年末で、製造業で雇用されている外国人労働者数は約 44 万人、介護・看護分野では 25 万人であり、これら二業種で台湾における外国人労働者の 97%を占めている。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。各年末の登録者数。

出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

図 2. 台湾における外国人労働者の産業部門別構成：1995～2020 年

なお、1990 年代から 2000 年代にかけて介護・看護分野における外国人労働者数が増加する一方で、製造業分野における外国人労働者数が横ばいとなった要因として、台湾の製造業における外国人労働者雇用の重心が、繊維産業をはじめとする従来の方集約的部門から輸出向けハイテク産業部門に移行したことが指摘されている (Lee 2002)。また、介護・看護分野の外国人労働者については、統計上は「居宅介護」（家庭看護工）が 90%以上を占めるが、高齢者施設等において雇用主（施設入居の高齢者及びその家族）が居宅介護ヘルパーを居室で住み込む形態で雇い入れるケースも多くみられるなど、雇用形態が多様化しており、「居宅介護」が必ずしも個人の家庭内でのケア労働を意味するわけではない点については留意が必要である (宮本 2015)。

その他、台湾における外国人労働者の雇用構造の特徴として、産業部門別の分布が国籍によって顕著に異なるという点が挙げられる (表 3)。最大のグループであるインドネシア人労働者は、その 75%が女性に占められており、就業部門についても介護・看護・家内労働分野のシェアが 70%を超えている。フィリピン人労働者については、インドネシア人労働者と同様に女性の割合が比較的大きいが、産業部

門別では製造業の割合が約 80%を占めている。タイ人労働者については、製造業分野で就労する男性が大半を占め、ベトナム人労働者についても同様の傾向がみられる。

表 3. 台湾における外国人労働者の国籍別、就業分野の分布：2020 年

(%)	インドネシア	フィリピン	タイ	ベトナム
農林水産業	3.2	1.0	0.1	0.8
製造業	23.7	79.9	91.9	85.9
建設業	0.2	0.1	7.3	0.6
看護・介護・家内労働	72.9	19.0	0.7	12.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0
総数	261,602	150,376	58,252	239,616
(女性の割合、%)	(75.4)	(60.7)	(16.5)	(34.8)

注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。

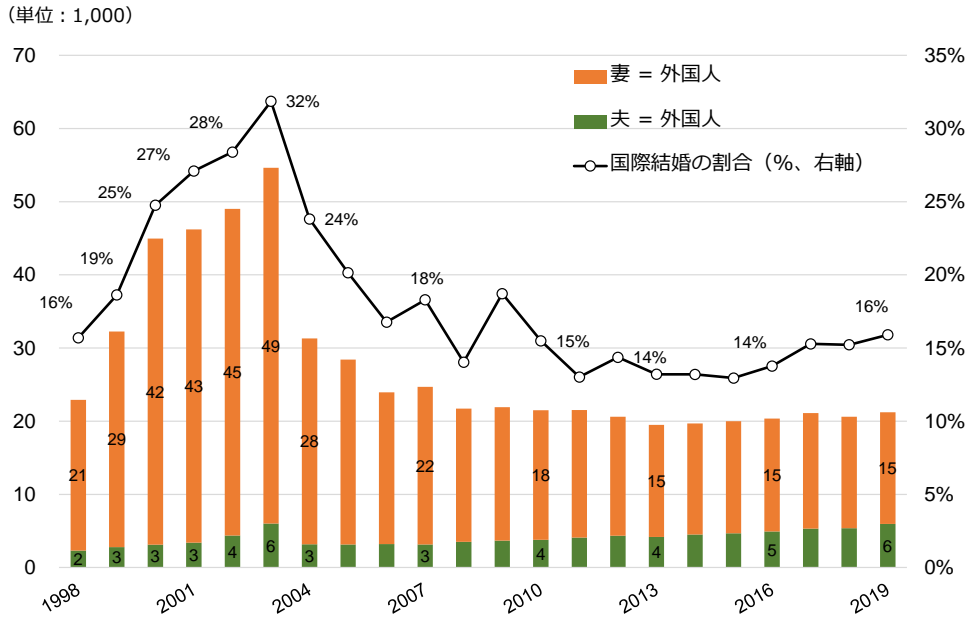
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

#### 4. 台湾における国際結婚の動向とその影響

台湾における国際結婚は、2000 年代前半までは妻が外国人のケースが 90%以上を占め、その新規登録件数も年間 5 万件近くにまで増加したが、2004 年に配偶者ビザの発給および国際結婚の受理に係る審査が厳格化された影響により、2000 年代半ばには急速に減少した。近年では、台湾における国際結婚の新規登録数は年間約 2 万件、台湾全体の結婚に占める割合は 14~16%、そのうち妻が外国人のケースは約 70%で推移している（図 3）。

国際結婚による外国籍配偶者の国籍別構成をみると、女性（妻）については、2000 年代初頭までは中国本土（香港・マカオを含む）出身者が 6 割以上を占めていたが、その割合は低下傾向にあり、近年では東南アジア出身者の割合が増加している（図 4）。外国籍の妻における東南アジアの内訳をみると、そのうち 65%がベトナム人女性で、インドネシア 9、フィリピン 6%となっている。一方、男性（夫）については、中国本土（香港・マカオを含む）以外が全体の 70%以上を占めており、東南アジア諸国に加えて、日本やアメリカといった先進国出身の配偶者の割合も比較的高くなっている。

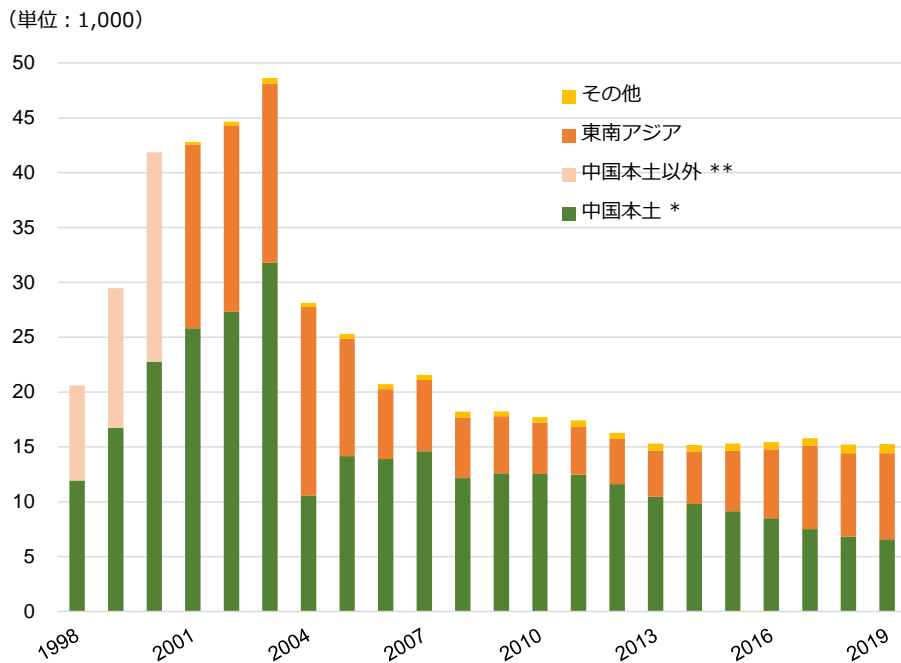
外国人女性の出生が台湾の総出生数に占める割合は、1990 年代末~2000 年代初頭には 10%~14%、2000 年代半ば以降はほぼ 10%で推移している（Wang & Belanger 2008；Liaw et al. 2011；Chen 2012）。台湾の結婚総数に占める国際結婚の割合を考慮すると、外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えず、これについては、配偶者（台湾人男性）との年齢差、国際結婚カップルにおける比較的高い離婚率に加えて、とりわけ本土出身（中国籍）の女性において出生率が低いことが要因として指摘されている（Liaw et al. 2011；Chen 2012）。



注：夫・妻いずれも外国人のケースは含まない。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior (内政部戸政司)

図 3. 台湾における国際結婚の動向：1998～2019 年



\* 香港・マカオを含む。 \*\* 2000年以前は「中国本土以外」の内訳不明。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior (内政部戸政司)

図 4. 台湾における外国籍配偶者（妻）の国籍別構成：1998～2019 年

外国人女性の出生率が相対的に低いことに加えて、台湾における外国人の約70%が定住・永住を前提としていない外国人労働者によって占められていることを考慮すると、外国人の増加による人口再生産（とくに出生）への影響は限定的であると言える。この点は、近年の日本においても類似する状況がみられる。ただし、外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており（Furtado 2015; Cortés and Tessada 2011）、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証する必要があると考えられる。

## 参考文献

- Chan, Raymond (1999) "Taiwan's Policy Towards Foreign Workers", *Journal of Contemporary Asia* 29(3): 383-400.
- Chen, Yu-Hua (2012) "Trends in Low Fertility and Policy Responses in Taiwan", *The Japanese Journal of Population* 10(1): 78-88.
- Chu, Feng-Yuan; Chang, Hsiao-Ting; Shih, Chung-Liang; Jeng, Cherng-Jye; Chen, Tzeng-Ji; Lee, Wui-Chiang (2019) "Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16: 2830.
- Cortés, Patricia and Tessada, José (2011) "Low-Skilled Immigration and the Labor Supply of Highly Skilled Women", *American Economic Journal: Applied Economics* 3: 88-123.
- Furtado, Delia (2016) "Fertility Responses of High-Skilled Native Women to Immigrant Inflows", *Demography* 53: 27-53.
- Lee, Joseph (2002) "The Role of Low-Skilled Foreign Workers in the Process of Taiwan's Economic Development" in Debrah, Y. A. (ed.), *Migrant Workers in Pacific Asia*, International Specialized Book Service, pp.41-66.
- Liaw, Kao-Lee; Lin, Ji-Ping; Liu Chien-Chia (2011) "Reproductive Contributions of Taiwan's Foreign Wives from the Top Five Source Countries", *Demographic Research* 24: 633-670.
- Selya, Mark (1992) "Illegal Migration in Taiwan: A Preliminary Overview", *International Migration Review* 26(3): 787-805.
- Tsay, Ching-lung (1995) "Taiwan" *ASEAN Economic Bulletin* (Special Issue on Labour Migration in Asia) 12(2): 175-190.
- Tsay, Ching-lung (2003) "International Labour Migration and Foreign Direct Investment in East Asian Development: Taiwan as Compared with Japan" in Hayase, Y. (ed.), *International Migration in APEC Member Economies: Its Relations with Trade, Investment and Economic Development*, Institute of Developing Economies: IDE-JETRO.
- Wang, Hong-Zen and Belanger, Belanger (2008) "Taiwanizing Female Immigrant Spouses and Materializing Differential Citizenship", *Citizenship Studies* 12(1): 91-106.
- 宮本義信 (2015) 「台湾の介護を担う東南アジアからの出稼ぎ労働者たち」『同志社女子大学総合文化研究所紀要』第32巻, pp. 54-70.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
菅桂太	就業寿命－戦後わが国における長寿化, 晩婚・未婚化と就業パターン	津谷典子他編著	人口変動と家族の実証分析	慶應義塾大学出版会	東京	2020	111-154
菅桂太	市区町村別生命表利用上の課題	西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編	地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで	東京大学出版会	東京	2020	179-204

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hayashi, Reiko	COVID - 19 and Older Persons: a glimpse from the case of Japan	ASEM Global Ageing Center Issue Focus	Vol.1, No.2	15-23	2020
Hayashi, Reiko	Modernization and Development Through Changing Population Dynamics	Proceedings, 46th Session of the Academy of the Kingdom of Morocco		102-125	2020
小島克久	台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応	月刊健康保険	1月号	pp.16-21	2021
Gai R, Tobe M.	Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan	Global Health Research and Policy	5	Article no.23	2020
Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J.	Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives	Value in Health Regional Issues			In press
菅桂太	都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差	人口問題研究	第76巻 第4号	510-532	2020



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)

## 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

(課題番号 20BA2001)

令和2年度 総括研究報告書

研究代表者 林 玲子

令和3(2021)年3月

## 目次

### 令和 2 年度 総括研究報告書

研究代表者（林 玲子）	6
-------------	---

### 令和 2 年度 分担研究報告書

研究分担者（守泉 理恵）	14
研究分担者（佐々井 司）	18
研究分担者（竹沢 純子）	21
研究分担者（菅 桂太）	24
研究分担者（盖 若琰）	28
研究分担者（小島 克久）A	33
研究分担者（小島 克久）B	36
研究分担者（佐藤 格）	40
研究分担者（中川 雅貴）	42

### 個別研究報告

1 第 4 次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点 （守泉 理恵）	46
2 国連人口推計からみた中国の人口問題 （佐々井 司）	57
3 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 – （竹沢 純子）	71
4 人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例 （菅 桂太・曹 成虎）	89
5 日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHC の視点から（資料） （盖 若琰）	121
6 東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討 （小島 克久）	132
7 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観 （小島 克久）	145
8 東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察 （佐藤 格）	157

9 台湾における外国人受け入れの動向と影響 (中川 雅貴) .....	166
10 日中韓の人口指標と少子高齢化対策の動向 (林 玲子) .....	174
研究成果の刊行に関する一覧表 .....	183

## 研究組織

### ○研究代表者

林 玲子 国立社会保障・人口問題研究所 副所長

### ○研究分担者

小島 克久 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部 部長  
竹沢 純子 国立社会保障・人口問題研究所 企画部 第3室長  
中川 雅貴 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 第3室長  
佐々井 司 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部 第3室長  
佐藤 格 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 第1室長  
盖 若琰 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部 第4室長  
菅 桂太 国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部 第1室長  
守泉 理恵 国立社会保障・人口問題研究所 人口動向研究部 第1室長

### ○研究協力者

今井明 国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官  
小西香奈江 国立社会保障・人口問題研究所 企画部長  
是川夕 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長  
福田節也 国立社会保障・人口問題研究所 企画部第2室長  
渡辺久里子 国立社会保障・人口問題研究所 企画部研究員  
于建明 中国民政部政策研究中心副研究員  
于洋 城西大学教授  
金道勳 韓国国民健康保険公団室長  
鈴木透 ソウル大学保健大学院客員教授  
曹成虎 韓国保健社会研究院副研究委員

## 総括・分担報告書

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
総括研究報告書  
日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
(令和2年度)  
研究代表者 林玲子 国立社会保障・人口問題研究所

**研究要旨**

日韓では2020年に少子化に関する政府政策が刷新され、下がり続ける出生率に対して、政策分野は拡大の一途である。日本の第4次少子化社会対策大綱においてはAIやICTなどの科学技術の活用のほか、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進、保育無償化、不妊治療の保険適用などが拡充されている。韓国の第4次低出産・高齢社会基本計画においては、男女平等や生活の質の向上が強く打ち出されている。一方中国では2016年に二人っ子政策の全面実施となり、第14次5カ年計画において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。日中韓の少子化対策は、出生率を低下させるための家族計画政策から反転して策定されたといえるが、その転換点は日本で1995年、韓国で2006年、中国で2016年とおおむね10年のずれがある。

出産サービスに注目すれば、中韓および欧米に比較して、著しく低い無痛分娩率、および長い入院期間、正常分娩に対する現金給付、と日本の特殊性が明らかになった。ただし、長い入院期間は、中韓における産後ケア施設との関連も考えられる。

若者の結婚・家族形成支援に住宅政策は重要な位置を占めると考えられ、住宅政策を人口政策としてとらえ、シンガポール、韓国、日本の比較分析を試みた。シンガポールにおいては、国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現、という独自の基本理念があり、寛大な支給が実施されているが、韓国、日本でも新婚者、若者を対象とした住宅政策が始まっている。

医療・介護制度は、人口高齢化に応じて需要が増加するという意味で高齢化政策に含まれるとも考えられるが、時間差がありながらも日中韓は高齢化に応じて制度創設、改革と、対応を進めているといえる。いずれの国も、ユニバーサルヘルスカバレッジを達成しており、公的介護制度も全国で、もしくはモデル地区で実施されている。それぞれの制度の類似点・相違点を整理したうえで、それら制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを提示することで、他地域にも有用な政策リストが作成できるだろう。

公的年金制度のあり方を検討するには高齢化のスピードが非常に重要なポイントとなる。急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算し、政策に反映させることが重要である。

少子高齢化に応じて東アジアの外国人受け入れも活発化してきている。その中でいち早く政策を整備した台湾では、外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労

働需要に応じて変化している。一方、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労外国人問題が顕在化したこと、外国人の増加による出生への影響は限定的であることなどは日本と同様である。外国人受入れにも、東アジア特有の共通点があることが想定される。

少子高齢化という社会変化の中で、出生・死亡・移動に関する政策対応は、以上のように多くの分野にまたがる。現在では日中韓いずれもが、少子高齢化対策を重要課題と位置付けているところであるが、これまでの推移、特に出生率抑制政策から少子化対策への転換、高齢化対策の進展は異なっている。各時点の人口動向に対してどのように対応してきたか、日中韓の事例を拾い上げることで、相互に、また他地域に応用可能な要素が抽出できよう。例えば1980年代に出生・死亡統計作成を標本調査から全数登録に変換した韓国の経験は、現在の中国に生かすことができるかもしれない。

研究分担者：

小島克久 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長  
竹沢純子 〃 企画部第3室長  
中川雅貴 〃 国際関係部第3室長  
佐々井司 〃 情報調査分析部第3室長  
佐藤格 〃 社会保障基礎理論研究部第1室長  
盖若琰 〃 社会保障応用分析研究部第4室長  
菅桂太 〃 人口構造研究部第1室長  
守泉理恵 〃 人口動向研究部第1室長

曹成虎

韓国保健社会研究院副研究委員

A. 研究目的

全世界で人口少子高齢化が進行する中、日本、韓国、中国沿岸部は、その先端を行っているといっても過言ではない。韓国では合計特殊出生率は1を切り、日本においても暫く続いた微増傾向が反転しており、さらに中国では一人っ子政策は撤回され、出生率低下は著しいが、人口統計そのものについても不透明な状況となっており、日中韓における静止人口をもたらす出生水準の回復には見通しが立たない状況である。

一方死亡動向を見ると、いずれの国においても寿命は上昇しており、世界最高水準に至っているが、その傾向が今後も継続するのか、さらに健康寿命も延びているのかどうかは、医療・介護保険制度の効率を上げ、持続可能性をいかに保持するかにかかっている。少子高齢化の帰結として、人口構造の高齢化、つまり高齢者の割合増加が起こっているが、日中韓の人口高齢化はこれまで欧米諸国が経験したことがないような速度で進展している。

しかしながら、日中韓の少子高齢化の進

研究協力者：

今井明 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官  
小西香奈江 〃 企画部長  
是川夕 〃 国際関係部長  
福田節也 〃 企画部第2室長  
渡辺久里子 〃 企画部研究員  
于建明 中国民政部政策研究中心副研究員  
于洋 城西大学教授  
金道勲 韓国国民健康保険公団室長  
鈴木透 ソウル大学保健大学院客員教授

進行状況は必ずしも同様ではなく、政策対応にも濃淡がある。本研究は、出生率・死亡率をはじめとした人口指標を用い、それらの変動をもたらす要因とそれに対する政策的対応について、少子化対策、家族政策、就学・就業と離家・パートナーシップの関係、医療・介護政策を軸に、日中韓における状況を分析し、その効果を比較することを目的としている。

国立社会保障・人口問題研究所では、平成 14 年度よりアジアにおける少子高齢化に対する厚労科研究プロジェクトを継続的に行っている（NIES 諸国における少子化対策（H14～H16）、東アジアの働き方と低出生力（H16～H20）、東アジアの家族人口学的変動と家族政策（H21～H23）、東アジアの人口高齢化対策（H24～H26）、東アジアの新たな介護制度創設過程（H24～H26）、東アジア・ASEAN 諸国の人口高齢化と人口移動（H27～H29）、東アジア・ASEAN 諸国の人口統計システム（H30～R1））。また、中国、韓国における政府系研究機関と研究協力に関わる覚書を締結し、その他関連研究組織も含めて定期的に研究協力を実施している。本研究プロジェクトではさらに政策面に射程を広げ、これまでに培った研究成果を礎とし、すでに構築されている国際ネットワークをさらに拡充しながら研究を進める。

## B. 研究方法

以下の 1～9 分野について、資料収集、分析を進めた。

1. 少子化対策に関し、日本「少子化社会対策大綱（第 4 次）」、韓国「第 4 次低出生率・高齢社会基本計画」を含め、データを収集し、先行研究のサーベイを行った。また、中韓の専門家からヒアリングを行った。韓国「第 4 次低出生率・高齢社会基本計画」およびそれ以前の基本計画は和訳し研究資料とした。
2. 家族政策/家族データベース、出産・育児政策に関し、日中韓及び欧米の出産・育児休業制度及び公的支出について情報収集を行うとともに、日本における出産サービスの特徴を中韓台湾および欧米との比較により分析した。また就業構造基本調査（日本）、ルクセンブルグ所得調査（中、韓、その他）などのデータ二次利用申請を行った。
3. 離家・パートナーシップ形成のメカニズムに関し、社会経済環境変化と離家タイミング、ならびにそれらがパートナーシップ形成に及ぼす影響、若者の住宅事情について情報収集した。特に今年度は、人口政策としての住宅政策に注目し、シンガポールの事例から、日本・韓国の制度について考察した。
4. 子育て・介護環境に関し、日中韓の生活時間調査のデータ・既存研究を把握し、日本の社会生活基本調査（総務省統計局）の二次利用申請を行った。
5. 医療政策に関し、国際会議にてアジア太平洋地域の診療報酬制度、医療技術評価の最新情報を収集した。今年度は特に、ユニバーサルヘルスカバレッジ・国民皆保険体制の制度について、比較分析を行った。
6. 介護制度に関し、東アジアの介護制度とその背景（高齢化など）の共通点、相違点を細分類し整理した。また、台湾における
7. 年金制度に関し、文献収集、ヒアリング・セミナーを通じ、各国の制度の現状と現在までの歴史的経緯をまとめた。



8. 外国人受け入れ施策に関し、日中韓における国際人口移動の動向および外国人受け入れ関連施策について情報収集し、公表されている外国人人口に関する統計資料、先行研究を把握・整理した。また今年度は特に台湾における外国人受入れについて分析を進めた。
9. 総合把握として、各国の人口指標を精査し、その動向と少子高齢化に関する諸要因・施策の関連について整理した。

また、令和2年度は、新型コロナウイルス感染症により、予定していた海外出張がすべて中止となったため、以下に示す日中韓の少子高齢化専門家のオンライン講演会・ワークショップを行い、情報収集、意見交換を行った。

- ・2020年7月31日、チョ・ヨンテ ソウル国立大学教授「韓国における少子化の現状」
- ・2020年11月12日、鄭真真 中国社会科学院人口与労働経済研究所 教授「21世紀中国の人口挑戦：少子高齢化」
- ・2020年12月21日、ユン・スクミュン 韓国保健社会研究院(KIHASA) 所得保障政策研究室研究員「OECD 諸国の年金制度の動向と韓国への教訓」
- ・2021年1月21日、于建明 中国民政部政策研究中心副研究員「中国介護保険モデル事業について」
- ・2021年2月22日、金維剛 中国労働和社会保障科学研究院 院長「中国における社会保障」

また、研究プロジェクトにおいて、韓国第4次低出産・高齢社会基本計画、第1～3次計画概要の日本語版を作成した。

## C. 研究成果

1～9の分野についての成果は以下の通りである。

1. 日本においては2020年5月に第4次少子化社会対策大綱が策定され、新機軸としてAIやICTなどの科学技術の活用を進める点など、いくつか新しい施策が取り入れられたが、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進、保育無償化、不妊治療の保険適用など、拡充の方向にある。

韓国では「未来の希望」がソウルのみ集中しすぎていること、エリート教育競争に対する親の負担感が耐え難いレベルに高まっていること、根強い性別役割分業とそれを基盤とした社会構造が若い世代の閉そく感を高めていることは、日本以上に深刻で、これらの解決には「少子化対策」という切り口だけでは対応できないような大きな環境変化を必要とすると思われる。

中国の少子高齢化は極めて急速に進行しており、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が国内的な対応の難しさをともなっており、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。

2. 出産サービスに関し、日本における正常分娩費を組み入れて妊娠出産にかかる保健医療支出を国際比較すると、日本の妊娠・分娩及び産じょくに係る保健医療支出は高い水準である。日本では正常分娩の入院期間は6日で、国際的にもとびぬけて長い。中国韓国にみられる産後ケア施設はない。日本の無痛分娩率は欧米はもちろんのこと、中韓と比べても非常に低く、無痛分娩率とジェンダーギ

ャップ指数は正の相関がみとめられる。

- シンガポールにおいては、国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現が住宅政策の基本理念である。住宅政策を通じて多子家族、親・(有配偶)子との同・近居、(多民族共生)といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導している。公共住宅の整備を通じた持ち家政策は国家(経済)開発のための民間投資(貯蓄)を引き出す手段として用いられている。

韓国では 2016 年から少子化対策の中に住宅政策が位置付けられており、新婚夫婦、未婚青年への住宅用意資金支援や幸福住宅の供給などが行われている。

- 日中韓三国の医療保障制度はいずれも社会保険方式であり、日韓は強制加入である一方で中国は任意加入の制度も残っている。日本の保険者は複数存在するが、中国では各省・地域で、韓国では全国で一元化されている。医療費の支払い方法は三か国とも基本的に出来高払いであるが、DPC、DRG などの包括払い制度は入院医療費を中心に導入されている。日本と韓国では高額医療費制度などにより自己負担の上限が設定されているが、中国では医療費負担の抑制の視点から給付スタートラインと上限を設定している。医療技術評価 (HTA) は三か国とも導入しているが、その対象は同じではない。

- 介護制度に関し、まず日本では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面が

ある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。

台湾における新型コロナウイルス感染症対策は、迅速かつ的確であった。早期の特別条例、特別予算の編成、全民健康保険の IC カード保険証、健保クラウドシステムを活用したマスク実名制割り当て販売制などが実施され、介護分野ではサービス提供のガイドライン策定、外籍看護工(外国人ヘルパー)を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用が行われた。

- 東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、65 歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っているが、例えば韓国では現時点では年金制度が黒字であるものの、短期間のうちに赤字になることが予測されている。

- 東アジアの中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷および外国人人口の動向と影響に関する検討を行った。その結果、台湾における外国人人口は、二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者(外籍労働者)

工)が全体の7割を占め一番多く、1990年代以降、看護・介護労働分野で外国人規模が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にあること、国際結婚の推移と外国人の出生動向からみて、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない、といった点が判明した。

9. 日韓では2020年に少子化に関する政府政策が刷新され、下がり続ける出生率に対して、政策分野は拡大の一途である。中国では2016年に二人っ子政策が全面実施され、2021年3月の第14次5カ年計画において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。合計特殊出生率が2を大きく下回る現在、二人っ子政策は出生増加策であるとも考えられる。日中韓の少子化対策は、出生率を低下させるための家族計画政策から反転して策定されたといえるが、その転換点は日本で1995年、韓国で2006年、中国で2016年とおおむね10年のずれがある。

日中韓の人口構造はいずれも、もはや「ピラミッド」ではなく、釣り鐘状になっているが、三か国におけるベビーブームは異なっており、それに応じて異なった高齢化の波が訪れることになる。また干支の出生に対する影響は日韓に見られるが、大陸中国には認められない。

日韓では全数登録に基づいた人口動態統計により人口動向を把握できるが、中国統計局が公表する出生数・死亡数は、標本調査に基づくものであり、その精度は日韓と異なる。

#### D. 考察

1. 日本の少子化も、地理的に近く、文化

的背景にも共通するものがある東アジア諸国との比較分析を通じて、新たな政策的対応の視点や政策根拠となるエビデンスが得られる可能性がある。韓国では日本で30年かけて積み上げてきた政策的対応を15年ほどで進めざるを得なかったという困難も抱えている。東アジアの共通性としては、結婚制度が強固であること、子どもの教育負担、交際・結婚行動の不活発化があげられる。

少子高齢化と人口減少は中国国内における中国特有の社会問題とも密接に関連しており、計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

2. 日本における正常分娩の現金給付は国際的にみても極めて独特であり、既存研究により1980年までの政治的かけひきについてはある程度明らかにされているが、少子化対策以前以降の変化について今後明らかにすることが必要である。ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。OECDやWHO等の国際機関が公表するデータの種類は限られており、各国政府が作成する妊娠出産に関わる基礎統計の収集が必要である。

3. 日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされておらず、近年「結婚新生活支援事業」が実施されはじめてはいるものの、シンガポールにおける寛大な支給額と比べると限定的である。都市国家であるシンガポール、ソウル一極集中が著しい韓国では、都市部での住宅価格の高騰により、

住宅政策の役割が日本よりも重要なものかもしれない。

5. 公的医療保障制度はある国の政治、経済、社会文化の所産であり、本研究で考察する日本、中国、韓国ではそれぞれ異なる一方で、共通点も多い。保健医療の効率性と公平性のバランスを保つため、他国の経験を参照する意義は大きい。

6. 多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを提示することが有用である。例えば対象者を高齢者とするか全年齢とするか、低所得者の条件をどうするか、税方式とするか社会保険方式とするか、といった要素が考えられる。

台湾の新型コロナウイルス感染症対応の迅速さと的確さを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

7. 急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠である。

8. 台湾において、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労外国人問題が顕在化したこと、外国人の増加による出生への影響は限定的であることなどは日本と同様である。一方、1990年代後半以降の看護・介護労働分野における外国人労働者の増加、2010年以降の製造業のシェアの増加は、台湾における外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて

変化していることは、台湾の特徴である。

9. 韓国は1980年代後半に標本調査から全数登録に移行した。中国も同様に、全数登録を元にした人口統計が作成されることが期待される。さもなくば今後、基本的な人口指標において、中国の状況の把握が困難になることも考えられる。

## E. 結論

少子高齢化は現在では日中韓に共通した課題であるが、その開始時点が異なっていることから、これまでの施策の経緯も異なっている。このような、少子高齢化のフェーズにより異なる政策を整理すれば、日中韓相互において、また今後少子高齢化が進むと思われる他地域の中・低所得国に適用可能な要素が抽出さ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

菅桂太 (2020) 「都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差」『人口問題研究』第76巻第4号、pp. 510-532.

菅桂太 (2020) 「就業寿命－戦後わが国における長寿化、晩婚・未婚化と就業パターン」津谷典子他編著『人口変動と家族の実証分析』慶應義塾大学出版会、第4章 pp.111-154.

菅桂太 (2020) 「市区町村別生命表利用上の課題」、西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編『地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで』東京大学出版会、第9章 pp.179-204.

Gai R, Tobe M. Managing healthcare

delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Global Health Research and Policy*. 2020; 5: 23.

Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J. Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives. *Value in Health Regional Issues*. In press.

小島克久 (2020 年)「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』(2021 年 1 月)健康保険組合連合会,2021 年 1 月号,pp.16-21.

Hayashi, Reiko (2020) "COVID - 19 and Older Persons: a glimpse from the case of Japan" *ASEM Global Ageing Center Issue Focus Vol.1, No.2*, pp. 15-23.

Hayashi, Reiko (2020) "Modernization and Development Through Changing Population Dynamics" *Proceedings, 46th Session of the Academy of the Kingdom of Morocco*, pp. 102-125.

## 2. 学会発表

菅桂太「戦後わが国における長寿化, 晩婚・未婚化と就業パターンの地域格差」, 日本人口学会第 72 回大会, 埼玉県立大学 (2020 年 11 月 15 日).

Hayashi, Reiko, "The COVID-19 impacts on older persons' healthcare in Japan" *UN ESCAP Webinar on "Using ICT to promote and enhance accessibility and quality of health and long-term care of older persons"*, 5<sup>th</sup> Nov.2020.

林玲子「日本・アジアの長寿化と介護需要の増加」第 25 回静岡健康・長寿学術フォーラム 学術セッションⅢ 「人口減少

社会と健康・長寿」(2020 年 11 月 14 日)

H. 知的財産権の出願・登録状況  
なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「第4次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点」

研究分担者 守泉理恵 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

本年度は、東アジアの少子化の現状把握と東アジアの少子化研究についてサーベイを行ったあと、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について中心的に分析を行った。また、次年度に取り上げる予定の韓国の最新の少子化対策パッケージについても予備的分析を行った。

東アジア諸国の少子化は、2000年代以降、日本でも関心が高まったが、この地域では世界的に見ても超低水準の出生率を示す国々が多い。これは、先進諸国に共通の晩産化が生じたのに加え、高年齢でのキャッチアップが弱く、タイミングの変化に終わらず生涯出生数の減少にまで晩産化の影響が及んだことが原因となっている。この背景には様々な要因が指摘されているが、欧米先進諸国で構築されてきた理論が東アジア地域では必ずしも適合しないなど、独自に分析すべき余地が多く残されていることが明らかになってきている。日本の少子化も、地理的に近く、文化的背景にも共通するものがある東アジア諸国との比較分析を通じて、新たな政策的対応の視点や政策根拠となるエビデンスが得られる可能性がある。

日本では2020年5月に第4次少子化社会対策大綱が策定され、新たな少子化対策パッケージのもとで低出生力の問題に対応していくことになった。新機軸としてAIやICTなどの科学技術の活用を進める点など、いくつか新しい施策が取り入れられたが、全体としては、1990年代から30年間にわたり積み上げられてきた施策について、どこに重点的予算をつけ、推進していくかということを考えるのが主である段階に到達している。方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題となっているが、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、財政負担がある位程度大きい経済的支援も拡充の方向にある。日本の少子化は様々な要因が複雑に絡み合っているものの、近年では「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産に共通する大きな阻害ポイントになっており、これへの対処として働き方改革・保育サービス拡充・男女共同参画推進をセットで行い、共働き社会に転換していく必要がある。また、第3の密接に連携する分野として、教育政策との連携が重要になっていくと

考えられる。

韓国の少子化対策については、日本と共通する問題認識・施策が多数挙げられる。大学・就職など多くの人にとって分かりやすい「未来の希望」が大都市（ソウル）のみに集中しすぎていること、エリート教育競争に対する親の負担感が耐え難いレベルに高まっていること、根強い性別役割分業とそれを基盤とした社会構造が若い世代の閉そく感を高めていることは、日本以上に深刻で、これらの解決には「少子化対策」という切り口だけでは対応できないような大きな環境変化を必要とする。日本で30年かけて積み上げてきた政策的対応を15年ほどで進めざるを得なかったという困難も抱えている。次年度以降、韓国の少子化対策パッケージの変遷や詳細な施策を見ることが、日本への示唆を考察する予定である。

## A. 研究目的

本年度は、東アジアの少子化の現状把握と東アジアの少子化研究についてサーベイを行ったあと、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について中心的に分析を行った。日本を最初に取り上げたのは、次年度以降研究対象に加える韓国や中国の政策的対応を分析する際に、日本の事例を比較の基盤として進めていくためである。また、次年度に取り上げる予定の韓国の最新の少子化対策パッケージについても資料収集・翻訳し、予備的分析を行った。

## B. 研究方法

東アジアの少子化については、OECDやHuman Fertility Database、各国統計局等のデータベースから出生関連のデータを収集し、分析した。また、東アジアについて扱った先行研究文献をサーベイした。政策については、日本と韓国の少子化対策に関わる公的文書を収集し分析を行った。

（倫理面への配慮）特になし

## C. 研究結果

日本、韓国、台湾、中国について、合計

特殊出生率、第1子平均出生年齢、年齢別出生率を比較したところ、2000年代前半に韓国・台湾とも日本の出生率水準を下回る出生率を示すようになったこと、各国の出生率低下の背景として晩産化が見られること、さらに東アジア諸国は晩産化が強力に進んだものの30歳代の高齢期でのキャッチアップが弱く、生涯の出生数も急激に低下して出生率は低いまま推移し続けていることが把握できた。

また、先行研究サーベイからは、「第2の人口転換論」のような第2次世界大戦後の先進諸国における出生力低下の説明理論では、東アジアは必ずしも適合しないこと、また、地理的に近く、より文化的・歴史的背景に共通点の多い東アジア諸国を取り上げて国際比較研究することで、新たな少子化要因を見出す研究の流れが強まっていることがわかった。

日本の少子化対策については、全体として1990年代から30年間にわたり積み上げられてきた施策について、どこに重点的予算をつけ、推進していくかということを考えるのが主である段階に到達していることがわかった。現在の政策の方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、

保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題となっているが、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、財政負担がある位程度大きい経済的支援も拡充の方向にある。

韓国の少子化対策（低出産・高齢社会基本計画の低出産対策部分）については、第1次～3次計画で妊娠・出産関連費用の補助や子どもの医療費軽減、不妊治療の保険適用、児童手当支給の拡大、保育サービス（学童保育含む）の拡充、育児休業制度など仕事と家庭の両立支援策の拡充を進めてきた。しかし、当局の分析では、若年者雇用や住宅問題への対策が十分ではなく、また家族関連支出の対GDP比が依然1%程度と低いことや、現金給付での経済的支援の割合が低いことなどから、少子化の進行を食い止められなかったとしている。そこで、第4次計画では、これらの要因についても対策を強化し、「出産奨励」という狭い視点ではなく、すべての世代の生活の質を高めること、職場・家庭でのジェンダー平等の実現、さらには少子高齢化・人口減少といった人口構造や規模の変化に対応するというより包括的な視点・方向性で各種政策が設定された。

#### D. 考察

東アジア研究では、文化的に共通事項も多い東アジア諸国の中でも、さらにさまざまな差異が見られることがわかってきたが、対欧米諸国との比較で言えば、結婚制度が未だ強固であることと少子化の関係や、本人の学歴といった観点だけでなく、子どもに関わる教育の負担（経済的なものだけでなく、エリート教育競争のような親の心理

的負担も含む）、未婚化の進展に代表される交際・結婚行動の不活発の問題と少子化の関係、そしてそれらの問題に対処するにはどのような政策的対応が取られるべきか、といった点が新たに分析を深めるべき点として浮上していると考えられる。

日本の少子化は、近年の社会経済状況や様々な研究成果を見ると、「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産を阻害する大きなポイントとなっていると考えられる。雇用・所得の不安定化に対処するためには、日本社会を共働きでも暮らしやすい社会にすることが求められる。性別役割分業意識の見直し（分業否定ではなく、柔軟な男女役割観）、労働の時間・場所の制約を緩めた柔軟な働き方の浸透、非正規雇用の処遇改善が重要だ。また、これらの改革のためには、働く間安心して子どもを預けられる環境の整備として保育サービスの質・量の拡充と、意識面での変革として男女共同参画政策もこれまで以上に緊密にセットで進めていくこともポイントとなるだろう。

韓国の少子化対策は、保育・出産支援といったミクロの現実問題への対処が中心であったが、第3次計画からは晩婚化や共働きに焦点が当たり、雇用・住宅・教育など社会の構造的な問題への対応も視野に入ってきた。第4次計画ではより広い視野をもってミクロ的な支援ニーズとマクロ的な構造問題への取り組みが強化されると考えられる。

#### E. 結論

日本の少子化対策については、雇用・労働政策、男女共同参画政策と密接にかかわる施策を強化し、経済的支援の拡充を進めるとともに、今後は家族形成について考えたり、様々な政策があることや実際の事例



を知る機会の提供、性教育の充実、教育に対するさまざまな子育て負担の軽減など、教育政策との実質的な連携をより強化していくことも必要であると考えられる。雇用・労働分野をはじめとして、少子化の根本原因となっている日本の社会構造の変化を促すような施策の展開が求められている。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 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。)

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「中国における人口問題と政策対応に関する研究」

研究分担者 佐々井 司 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

本研究は、中国における少子高齢化と都市化に関する定量分析、ならびに人口政策の動向とその効果の検証を目的としている。第一に、今日の中国における人口問題について少子高齢化と人口減少の現状分析を通じて、その社会的影響について考察を加える。次に、中国の人口動向を規定してきたと考えられる政策、主として計画生育と戸籍管理について、その歴史的経緯を改めて整理し、そのうえで現在進行する制度改革のもとで人口動向がどのように変容しているのかを考察、人口政策の効果を検証する。

今年度は、国連人口推計の結果等をもとに定量分析を主に行った。あわせて、既存研究のレビューにより定量分析の結果を補足した。中国の人口政策の近年の動向については各種公表資料をもとに整理を行った。

中国の少子化は急速に進み、現状の合計特殊出生率も人口置換水準を大きく下回る水準で推移している。そのため、中国の少子高齢化は極めて急速に進行しており、生産年齢人口の減少と高齢者人口の増加が国内的な対応の難しさをともなっており、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

A. 研究目的

本研究は、中国における少子高齢化と都市化に関する定量分析、ならびに人口政策の動向とその効果の検証を目的としている。

第一に、今日の中国における人口問題について少子高齢化と人口減少の現状分析を通じて、その社会的影響について考察を加える。

次に、中国の人口動向を規定してきたと考えられる政策、主として計画生育と戸籍管理について、その歴史的経緯を改めて整理し、そのうえで現在進行する制度改革の

もとで人口動向がどのように変容しているのかを考察、人口政策の効果を検証する。

B. 研究方法

今年度は実地調査が困難であったことから、既に公表されている情報をもとに分析と考察を行った。

少子高齢化と人口減少の現状分析は、主として国連人口推計 (World Population Prospects, World Urbanization Prospects) の結果をもとに実施した。あわせて、中国統計年鑑等の統計資料を用いると同時に、

既存研究のレビューにより定量分析の結果を補足した。

中国の人口政策の近年の動向については各種公表資料をもとに整理を行った。

(倫理面への配慮)

本分析は、公表済みの統計資料・文献を用いるため、倫理審査に該当する事項はない。

### C. 研究結果

中国の少子化は急速に進み、現状の合計特殊出生率も人口置換水準を大きく下回る水準で推移しているとみられる。

国連人口推計(中位)によると中国の合計特殊出生率は、1960年代までの約6の水準から急速に低下し、90年代後半以降は1.6~1.7の水準で推している。今後出生率が1.7を上回る水準まで回復するという仮定のもと、総人口は2020年に14億3932万人、10年後の2031年には14億6442万人でピークを迎えその後減少に転じる。同仮定で16億5135万人(2059年)まで増加するとされるインドには2026~27年ごろ一位の座を譲ることになる。世界人口に占める中国の人口シェアは1973年に22.6%、2020年に18.5%であるが、2050年には14%台にまで低下するとみられている。

一方、生産年齢人口は2015年頃を境にすでに減少基調にある。1995年には全世界の生産年齢人口の約4分の1のシェアを占めていたが、現在20%強、2045年には15%を下回り、2085年に向けてさらに10%を切る可能性がある。

高齢化も進行する。総人口に占める65歳以上人口割合は1950年に4.4%であったが、2000年代の前半に7%を超え、2020

年12%、今後加速的に増加し2050年には今日の日本と同水準の26%に達した後、長期的には30%超の水準で安定する見通しである。中国では高齢者の長寿化が世界に比して進むことが見込まれている。100歳以上高齢者の30%が中国で暮らす可能性が示唆されている。

### D. 考察

中国政府が公表する近年の出生率は実態よりも高いと指摘する向きもある。国連人口推計は原則公表値をもとに展開されており、その信憑性には課題があるものの、中国が急速な少子高齢化と人口減少に向かっていることを示すには十分な根拠となり得る。

少子高齢化と人口減少は中国国内における中国特有の社会問題とも密接に関連しており、計画生育や戸籍管理等の展開を含めた政策対応の効果が期待される。

近年2人目の子の出生条件が大幅に緩和されるなか出生率の回復が期待されているが、現状では制度改革の明示的な効果がみられていないとされる。他方で、これまで実施されてきた計画生育は当初想定していなかった急速な人口高齢化と男児偏重の出生性比等の人口問題をもたらしている。

また、戸籍管理制度が段階的に緩和されつつあり、人口移動もより自由度を増す傾向にある。農村人口の減少を伴う都市化の進行は過疎・過密の問題を顕在化させており、今後中長期的に新たな社会問題を誘引することが懸念されている。

中国の少子高齢化と人口減少は、地政学的な国際関係を変化させる可能性も指摘されている。日本社会の今後にも少なからず影響を及ぼす課題であることから、引き続き学術的視点からの考察が重要となるであ

ろう。

#### E. 結論（今後の課題）

今年度は実地調査が困難であったことから、詳細な人口分析を行うために必要となる実態に即した統計の入手が極めて困難であった。また、近年の計画生育と戸籍管理に係る制度改革の詳細な情報についても十分に収集できたとは言えない。次年度以降、中国国内の人口研究者との交流も深めつつ、より信憑性と実効性のある分析に努めたいと考えている。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 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. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「国際比較からみた日本の出産サービスの特徴－予備的検討」

研究分担者 竹沢純子 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

研究分担者は、本プロジェクトにおいて、日本の妊娠・出産・産後に関する社会保障制度（①出産サービス、②産休・育休中の所得保障）の特徴と課題について、東アジア及び先進諸国との比較を手がかりに考察することをテーマとしている。初年度においては、①出産サービスの国際比較からみた日本の特徴について、国内外の先行研究と国際比較データを基に予備的な検討を行った。

出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究は、各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿って各国の特徴の考察や類型化を行うものは見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015)の分析軸に沿って東アジア諸国(中国、韓国、台湾)の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向性とする。

つぎに、来年度以降に比較研究を進める準備として、Kennedy and Kodate (2015)が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点(正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係)について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について考察した。これらの指標においては日中韓の違いが明確に表れており、今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。さらにKennedy and Kodate (2015)では触れていないが日本の特徴と考えられる2点(妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金が現金給付形式であること)についてデータや文献を基に考察した。前者については出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因については今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前(1980年代以前)と少子化対策以後(1990年代以降)で出産給付が医療政策(健康保険)から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

## A. 研究目的

分担研究者は、本研究プロジェクトにおいて、日本の妊娠・出産・産後に関する社会保障制度（①出産サービス、②産休・育児中の所得保障）の特徴と課題について、東アジア及び先進諸国との比較を手がかりに考察することをテーマとしている。

初年度においては、国際比較からみた日本の出産サービスの特征について、国内外の先行研究と国際比較データを基に予備的な検討を行った。

## B. 研究方法

文献研究、公表データを用いた分析を行った。

## C. 研究結果及びD. 考察

本稿では国際比較からみた日本の特徴についての予備的な検討として、次の2点を実施した。

第1に、出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究をレビューし、それらを踏まえた本研究の分析枠組みの設定と今後の分析の方向性を定めた。

先行研究では各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿った分析は見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸に沿って東アジア諸国（中国、韓国、台湾）の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向

性とする。これらの比較分析の中で日本の特徴と課題について考察を進めるとともに、そこで明らかになった課題についてはさらに分析を深める計画である。

第2に、来年度以降に本格的に比較研究を進める準備として、国内外の先行研究と国際比較データを基に日本の特徴について予備的な検討を行った。

まず、Kennedy and Kodate (2015) が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点（正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係）について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について予備的に考察し、今後検討すべき点を抽出した。これらの指標においては日中韓の違いが明確であり今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。また、ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。

さらに Kennedy and Kodate (2015) では触れていないが日本の特徴と考えられる2点（妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金という現金給付であること）についてデータや文献を基に考察した。前者については OECD の診療種類別の保健医療支出データ等を基に出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて日本の妊娠、分娩及び産じょくの入院費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因につい

ては今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）で出産給付が医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

#### E. 結論

研究初年度においては、先行研究のレビューと国際比較データから日本の出産サービスについて国際比較からみた特徴について予備的な考察を行った。

その作業を通じて、比較の分析枠組みと分析の方向性を定めるとともに、いくつかの国際比較データから日本と東アジア諸国の比較から興味深い相違が確認された。加えて今後解明すべき重要な課題についても指摘することができた。

今後の課題として、国による違いが生じる理由の解明に向けて比較福祉国家論を中心とする文献収集や各国のヒアリングを行うことが挙げられる。また国際比較においては比較可能なデータの利用可能性が鍵を握るが、OECD や WHO 等の国際機関が公表するデータの種類は限られている。各国政府が行う妊娠出産に関わる基礎統計の収集、国際的に行われている社会調査や家計調査などの活用も視野に、分析軸に沿った国際比較可能なデータの探索をさらに進めていく。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

なし

##### 1. 特許取得

##### 2. 実用新案登録

##### 3. その他

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例」

研究分担者 菅 桂太 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、小国であるからこそ可能な実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。本研究では、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目し、シンガポールにおける住宅政策の仕組みを概説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、わが国の厚生労働行政においても高まっている。韓国における最近のとり組みについても簡単に触れ、日本への含意を探った。

具体的には、歴史的な建国の経緯を踏まえたうえで、シンガポールという主権国家としての基本理念ならびに住宅政策の基本理念について確認し、3つの住宅政策の基本法制について概説した。そのうえで、住宅政策の成果についての統計的な事実を検討するとともに、家族人口政策としてどのように人口過程に影響を及ぼしているかについて考察した。

最後に、シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であることを指摘した。

A. 研究目的

シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。それは、人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、小国であるからこそ可能な実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。本研究では、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目し、シンガポールにおける住宅政策が機能する仕組みを概

説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。韓国における最近のとり組みについても簡単に触れ、日本への含意を探った。

B. 研究方法

本研究は①シンガポール海峡植民地、マラヤ連邦シンガポール、シンガポール共和国における歴史的データを含む文献研究、



②政策志向的分析、③前出①の人口学的データの整理・収集と実証的分析からなる。

シンガポールについて国内で入手可能な文献・データは限られており、現地調査によって、国内では入手が困難な資料の収集を予定していたが、新型コロナウイルス感染症の蔓延により現地調査が不可能となったため、本年度は集中的な文献調査及びインターネットを通じたデータの整備・収集を実施した。これらの資料を整理・分析し、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

住宅は、衣・食・住を構成する代表的な必需品のひとつである。また、住宅関連支出は教育支出とならび、世帯あるいは夫婦にとって消費であるとともに投資としての性格をもった代表的な消費支出といえる。住宅・土地は耐用期間が長く、しばしば多世代にわたって消費される財であり、高額で、長い計画期間を必要とする。そのため、人口転換により死亡率が低下することで長期的な計画が可能となって価値が変化した財の典型であり、その便益は消費・投資行動を行う世代が直接享受する使用者価格やキャピタルゲインで測られる便益だけでなく、子世代が遺産として受け取る便益や収益にも依存し、また(親世代と子世代が)その厚生をどのように(私的な世代間扶助等を通じて)分け合い相互に評価するのか(利他性 Barro 1974 や戦略的遺産動機 Bernheim et al. 1986) という世代間関係を通じて、世帯形成・家族形成と複雑に関連

している。住宅政策のあり方は、ミクロの(個々の消費者行動への影響の)観点からは、生涯予算制約に住宅支出が大きな占める割合を占めるほどに重要な問題であろう。マクロの観点からは、その不足が最低生活保障の問題となるだけでなく、世帯形成・家族形成行動や世代内・世代間の富の分配と関わり、長期的な人口や社会経済の様相を左右する重要な課題である。

わが国でも、急速な少子高齢化、人口減少、低所得者の増加や子どもの貧困、単身高齢者やひとり親家庭の増加といった変化のなかで住宅、まちづくり、ICTなどの社会保障等と関わりの深い政策分野も視野に入れ「地域共生社会」を構築することを狙って、「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(厚生労働省)が2017年に開催されるなど、ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、厚生労働行政においても高まっている。

まずシンガポールにおける住宅政策の基本構造を検討した。住宅政策が果たしてきた人口政策としての役割を理解するためには、当該国(シンガポール)における住宅政策を取り巻く歴史的経緯やコンテキスト(社会経済状況、為政者にとってのパレート問題の制約条件)を深く理解することが重要である。そのため、シンガポールという主権国家の基本理念「経済発展が最大の国家目標、つまり国是である」こと、及び、住宅政策の基本理念「国家と将来について利害を共有してもらうための持ち家社会の実現」について確認した。このような理念のもと、政府は金銭的な誘因を与えて多子家族、親・(有配偶)子との同・近居(や多民族共生)といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導し、国家(経済)開発のための民間投資(貯蓄)を引き出す

ための手段として、公共住宅の整備を通じた持ち家政策を用いていたことを指摘した。

そのうえで、シンガポールの住宅政策を構成する3つの基幹法制について歴史的な経緯・変遷と具体的な内容について概説した。3つの基本法制の第一は住宅開発公社（HDB；Housing and Development Board）の設立（1960年）、第二は土地取用法の制定（1966年；Land Acquisition Act 41 of 1966）、第三は中央積立基金（CPF；Central Provident Fund）の住宅資産制度（1968年；1968 Amendments to the Central Provident Fund Act）である。

#### D. 考察

シンガポールでは住宅政策を通じて、おもに3つの側面から、人口過程に影響を与えてきた。第一は、公共住宅の購入可能条件の設定である。すなわち、公共住宅価格はそもそもかなり低く抑えられており、購入が可能な対象者を核家族に限定・優遇することで核家族を奨励してきた。第二は、対象者の属性に応じた直接的な現金給付金額の調整である。第三は、対象者の属性に応じた、HDB住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇である。いずれの側面においても、所得制限があり、21歳以上既婚のシンガポール市民（とくに、はじめての応募・購入者）が優遇されてきたが、近年は条件が緩和される傾向にある。また、住宅政策を通じて親・（有配偶）子同居を奨励してきたし、民族統合政策の中核的役割を果たしている。

第一の公共住宅価格がどれほど安価であるかを示す包括的な資料が存在せず、具体的な金額ははっきりとしないものの、2019年度のHDBに対する一般政府の財政援助金額は約2,154億円（26億9222万SGD

を1SGD=80JPYで換算）であることを指摘した。シンガポールの在住人口規模は日本の約3.2%なので、シンガポール政府の住宅補助（約2,154億円）を日本の人口規模に（人口比）換算すると、67兆4919億円に相当する。日本政府の2019年度一般会計予算（101.4564兆円）や、国債費を除く政策経費（77.9483兆円）と比べても、シンガポール政府の支出構造が日本とはまったく異なるというのは明白である。ただし、日本の国債費（国債償還費・利払い費）が歳出に占める割合は、2019年度一般会計予算の23%を占めるが、シンガポールでは純財政黒字であり政府債券に対する利子収入が2019年度の総歳入に占める割合は約18%であるという財政状況がそもそも異なることに留意する必要がある。

第二の直接的な現金給付の調整については、最大限受給した場合、シンガポール人同士の低所得カップルの場合には160,000SGD（約1,280,000万円）、35歳以上の未婚シンガポール人低所得者の場合には80,000SGDのCPF残高を得ることになる。これらの補助金は2~3の点で早婚を促進している。第一に、賃金の年齢プロファイルの形状から低年齢ほど低所得であり、給付額は多くなる。第二に、当該の公共住宅を売却する場合、補助金は（CPF口座にあれば稼げたはずのCPF通常口座における利子を加えて）個人の口座に入金される。2000年以降の利子率は2.5%という低水準であるものの、35歳まで待たずに21歳で結婚したとしたら14年間の複利運用期間があり、利子率が2.5%であっても複利運用では約1.4倍になる。第三に、少なくともこれまでのところ住宅（資産）収益率は、シンガポールにおける代表的株価指数（Straits Times Index）よりも成績がよい。

そのため、若年層にとっては多くの場合、住宅購入は借り入れ制約が問題になると思われるが、補助給付金を用いて住宅を早く購入することができれば、CPF 補助金という政府援助によって早期にまとまった規模の資産形成を行うことができるだけでなく、同額の金融資産を保有していた場合よりも大きな資産を構築することができた。これは HDB 中古住宅指数のみを単純に評価したものであり、事後的な実質的収益率は住宅価格変動を遙かに凌駕する可能性がある。

#### E. 結論

日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされてこなかった。具体的には、2016（平成 28）年の補正予算において「結婚新生活支援事業」が実施され、徐々に拡張されてはいるが、シンガポールにおける寛大な支給額と比べるまでもなく、この支援額が流動性制約に直面した若者の制約を取り払って行動を後押しできるほど十分な額なのか検討の余地がある。また、少子化対策としては、この事業は地方創生の一貫として地方自治体が実施するものであり、住宅価格が相対的に高く固定費用も高いと考えられる大都市、とくに東京都やほとんどの政令市で実施されておらず、2020 年に事業を実施した自治体は 289 市区町村（全国 1,718 市区町村の 16.8%）にすぎないことには限界がある。

シンガポール・韓国では、都市での住宅問題（価格高騰等）の結婚や少子化への影響を深刻に捉え支援していた。とくに、国が低利融資の信用を供与する仕組みが印象的である。男女相対賃金の低下で男女の家庭内役割分担も変化しつつある。日本においても、育児・介護には家族の世代間支援機能を有効に活用していく必要があり、シ

ンガポールの同同居補助は示唆に富む。

最後に、シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であることを指摘した。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

菅桂太「都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差」『人口問題研究』第 76 巻第 4 号，2020 年，510-532 ページ。

菅桂太「就業寿命－戦後わが国における長寿化，晩婚・未婚化と就業パターン」，津谷典子他編著『人口変動と家族の実証分析』慶應義塾大学出版会，2020 年（第 4 章，111—154）。

菅桂太「市区町村別生命表利用上の課題」，西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編『地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで』東京大学出版会，2020 年（第 9 章，179—204 ページ）。

##### 2. 学会発表

菅桂太「戦後わが国における長寿化，晩婚・未婚化と就業パターンの地域格差」，日本人口学会第 72 回大会，埼玉県立大学（2020 年 11 月 15 日）。

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 （予定を含む。）

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHC の視点から」

研究分担者 蓋 若瑛 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

令和2年度の分担研究は日本、中国と韓国の医療政策について、ユニバーサルヘルスカバレッジ・国民皆保険体制の制度面、特に医療報酬制度、医療技術評価制度の比較分析を中心に進めた。公的資料・統計から見た日中韓三国の社会保険制度の沿革とユニバーサルヘルスカバレッジの達成度、社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式などの面から比較分析を行った。

A. 研究目的

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (universal health coverage=UHC) とは「すべての人が適切な健康増進、予防、治療、リハビリに関する保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる」と定義され<sup>1</sup>、2015年以降の国連持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals = SDGs) における健康と福祉に関わるゴール3の肝要な一環になった。UHCに向けて、「保健医療サービスの身近な提供とその質の確保」、「保健医療サービス利用にあたって費用が障壁とならないこと」の達成が必要となり、中で保健医療サービス利用における経済的な障壁をなくすために、公的医療保障制度が不可欠である。したがって、狭義のUHCは公的医療保障制度の構築と強化を指す。

日本は国民皆保険の先進国であり、1961年からすべての国民をカバーする社会保険方式を主体とする公的医療保障制度が成立

されて以来、経済高度成長と伴う公的医療保障制度の充実と人口高齢化が背景となった制度の調整を経験してきた。韓国と中国でも公的医療保障制度が発展していて、最近人口高齢化と医療技術の高度化による医療費の高騰など日本と似たような課題を直面している。それぞれの政治的及び社会文化的文脈から、公的医療保障制度やUHC達成のたどり着きが異なるものの、国際比較によって、各国の経験を学び合うのは持続可能性、効率性と公平性のバランスなど保健医療政策の分野における共通の課題の解決に一助する。したがって、令和2年度の分担研究の目的は、日本、中国と韓国の公的医療保障制度に関わる政策をユニバーサルヘルスカバレッジの視点から比較することである。

B. 研究方法

各種の公的資料・統計 (世界保健機関、OECD、国の統計など) から社会保険のカ

バー率、国民医療費と社会保険制度の財源、社会保険制度の仕組み、保健医療サービスの価格決定と支払い方式の最新動向に関する情報を収集し、日中韓三国の比較を行って、その結果を付録の参考資料をまとめて研究会で発表した。

(倫理面への配慮)

本分担研究は個人レベルのデータを利用しないので、倫理審査に該当しない。

### C. 研究結果

表1に日中韓三国の医療保障制度の比較をまとめた。医療保障制度は税方式と社会保険方式の二つがあり、日本、中国、韓国はみな社会保険方式を実施し、その財源は主に保険料と公費負担のハイブリッドで賄うことが医療保障制度の共通点の一つである。

社会全体の包摂性と公平性から、社会保険方式では強制加入が原則となる。日本、韓国と中国の都市部従業者基本医療保険は強制加入である一方で、中国の都市部住民基本医療保険、農村部新型合作医療保険は、今後社会保険方式の下で各公的医療保険制度の統合の動向が見えるものの、まだ任意加入である。

職域保険では、日本では政府管掌健康保険、組管掌健康保険、船員保険、各種の共済保険など複数の保険者が存在する一方で、中国では各省・地域の統括基金に集約されており、韓国ではさらに国民健康保険公団に一元化されている。

保健医療サービス・医薬品の価格決定について、日本では診療報酬制度＝保健医療サービスの統一した価格体制を実施している。韓国でも保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格を実施している。中

国では保険適用内の保健医療サービス・医薬品の公定価格体制は公的医療保障制度の拡大と共に確立した一方で、各省・地域を単位に制度化しているので、地域間の差異がある。

医療費の支払い方式について、出来高払いは日中韓三カ国の主な支払い方式である一方で、過剰医療の防止と医療費の財政に与える負担軽減の視点から、包括払いなどあらかじめ価格を定める制度を導入もしくは試行する動向がある。日本では2003年度から急性期入院医療を対象とした診療報酬の包括評価制度 (Diagnosis Procedure Combination=DPC)、いわゆる日本版診療群に基づいた包括払い制度 (Diagnosis Related Groups=DRG) が導入された。包括評価の対象は割合にばらつきが少なく、臨床的な類似性のある診療行為であり、包括評価の診療群は臨床的なニーズを反映するために徐々に増えていて2020年最新の改定では4,557診療群になった<sup>2</sup>。DPC診療報酬の枠組みでは医療サービスの質、地域医療体制の特徴などに関わる機能評価係数も設定している。韓国でも入院医療費を対象に保険適用外削減を目的にした包括報酬制が公的医療施設を主体として拡大しつつあり、民間病院にも自主参加がある。それと同時に質を向上させるインセンティブとして診療報酬評価においてP4P (Pay for Performance)が導入された<sup>3</sup>。中国では一部の省・地域の公的医療施設における包括払いの試行結果に基づいて、2019年からDRG制度を各省・地域の医療施設で導入し、包括評価の診療群の細分案を模索している<sup>4</sup>。

日本、中国、韓国はみな医療費の支払いにおける一定の患者自己負担を実施している。日本と韓国では高額医療費制度など自

己負担の上限を設定していることに対し、中国では医療費負担の抑制の視点から給付スタートラインと上限を設定している。

保健医療サービスの給付範囲について、日本ではこれまで新しい医療技術（保健医療サービス、医薬品）の保険導入にあたって「必要にして適切な医療の現物給付をする」という基本原則の下で、実際認められた医療技術が保険償還の対象となって診療報酬＝公定価格の決定プロセスに入っている。混合医療は原則認められていないが、保健財政が逼迫する中、給付範囲の見直しの議論が続き、混合医療が高度医療を中心に解禁される傾向も見える。中国と韓国では新しい医療技術の保険適用に関わる決定があるが、混合医療は容認している。

医療技術評価（Health Technology Assessment=HTA）の導入と応用について、最近保健医療の持続可能性が問われるなかで、日中韓三カ国はみな保健医療のアウトカムを見据えた意思決定と政策形成のツールとして医療技術評価を最近導入した。日本ではHTAを医薬品の価格決定に応用していることに対し、中国と韓国のHTAは主に新しい医療技術の保険償還の有無に応用している。

#### D. 考察

公的医療保障制度はある国の政治、経済、社会文化の所産であり、本研究で考察する日本、中国、韓国ではそれぞれ異なる一方で、三カ国とも社会保険方式を選択し、人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療支出の高騰と高まる財政への負担という課題は共通である。医療費の抑制に向けて、公定価格による価格引き上げのコントロール、入院医療費を中心とした包括払い制度の実施、自己負担の調整、給付範囲の決定

と見直し、医療技術評価の導入はそれぞれの国で進めている。これらの施策はそれぞれのメリットとデメリットがあって、保健医療の効率性と公平性のバランスを保つことに知見の蓄積が必要である。この意味で他国の経験を参照する意義が大きい。

#### E. 参考文献

##### 1. 厚生労働省.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158223\\_00002.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000158223_00002.html)

##### 2. 厚生労働省保険局医療課. 令和2年度診療報酬改定の概要.

<https://www.mhlw.go.jp/content/1240000/0/000603946.pdf>

##### 3. 健康保険組合連合会. 韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書.

[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28\\_01\\_kaigai.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf)

##### 4. ビル&メリンダ・ゲイツ財団中国事務所・武漢大学「中国の医療保障制度フォーラム」資料集（北京，2019年12月）

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

● Gai R, Tobe M. Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan. *Global Health Research and Policy*. 2020; 5: 23.

● Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J. Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives. *Value in Health Regional Issues*. In press.

2. 学会発表

ISPOR Asia Pacific Conference 2020

Roundtable Meeting に参加

G. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表 1.日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組合管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い (global budget)を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無



厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討」

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

東アジアの介護制度の多様性を、各国・地域ごとに顕著な特徴として挙げることができる。まずわが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選

択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。自国がその構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスする方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

## A. 研究目的

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている。介護分野では、わが国の介護保険（2000年実施）、韓国の老人長期療養保険（介護保険、2008年実施）、台湾の「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0、2017年実施）がある。また、中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。各国・地域の介護制度には共通してみられる側面がある一方で、それぞれに独自の特徴があり、東アジアの介護制度には「多様性」がある。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性について概観した。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みた。

## B. 研究方法

本研究では、これまで行った研究成果も活用しつつ、わが国の他、中国、韓国、台湾の政策および統計資料を活用した。各国・地域の介護制度の概要、制度の構成要素別の特徴をまとめ、必要に応じて制度の実施状況の比較を行った。周辺地域への示唆の検討では、介護制度を構成する要素の初期段階的な分類、最も基本となる対象者や財政方式での検討では、OECDの資料も用いながら、制度の選択肢の検討を試みた。

### （倫理面への配慮）

本研究は、研究分担者の研究成果、公表されている各国および地域の政策・統計資料をもとに進めた。これらの情報は公開されており、個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健

康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイントも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性のあることを明らかにした。

#### D. 考察

東アジアは介護制度構築の政策経験を蓄積しつつあり、その内容は多様である。しかしこれを制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。また、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験してい

ない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスの方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。

#### E. 結論

東アジアは介護制度には多様性があるが、共通点もある。そこで、その制度構成要素ごとに整理することで、今後東南アジアなどの周辺地域の国や地域の関係者が、東アジアの政策経験を学ぶことができる。人口高齢化や経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて、東アジアの介護政策に関する知見を提示することは可能である。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

・小島克久 (2020 年)「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』(2021 年 1 月) 健康保険組合連合会,2021 年 1 月号,pp.16-21.

##### 2. 学会発表

なし

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3.その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観」

研究分担者 小島克久 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名(2020年11月15日現在)にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ的確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対策はどのようなものであったのだろうか。これを知ることで、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について以下のとおり概観した。

①として、感染拡大直後の2020年1月は、感染拡大の兆候の把握や体制立ち上げが中心であり、2月には対策のための特別条例の制定、特別予算の編成などの基本的な対策の枠組み作りが進んでいた。3月以降はマスク実名制割当販売制の実施、特別予算の補正が進んでおり、迅速な対応が採られていた。②としては、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2月に制定し、感染症対策法や全民健康保険などの既存の法律や制度も活用する体制であった。この特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」が編成された。③としては、医療分野では検査・治療体制の確立、医療関係者や医療機関への支援、医療費の確保の他、感染者や家族への支援が行われた。さらには、マスクが必要な人に行き渡るようにマスク実名制割当販売制が実施され、予約や販売管理に全民健康保険のICカード保険証、健保クラウドシステムが活用された。介護分野では、介護事業所や訪問介護でのサービス提供のガイドライン策定、介護事業所支援、外籍看護工を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用が行われた。経済振興では、製造業やサービス業などへの融資支援策、消費振興策として

の「振興三倍券」の発行なども行われた。

このように、台湾の新型コロナウイルス感染症対策は迅速に進められたこと、さまざまな分野での対策がとられ、現在は経済振興に重点が置かれている。

## A. 研究目的

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名（2020年11月15日現在）にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ的確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対応策はどのようなものであったのだろうか。これを知ること、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について以下のとおり概観した。

## B. 研究方法

本研究では、これまで台湾に関する人口及び社会保障に関する研究成果を活用しつつ、台湾当局の新型コロナウイルス感染症に関する政策および統計資料を活用した。医療、介護、経済振興の分野でこの対策に

関する資料を収集したほか、これらに関する制度に関する情報も確認し、今回の感染症予防対策に関する整理を行った。

### （倫理面への配慮）

本研究は、研究分担者の研究成果、公表されている政策・統計資料をもとに進めた。これらの情報は公開されており、個人に関する情報は含まれていない。また、個票データの利用は行っていない。そのため、倫理面での問題は発生しなかった。

## C. 研究結果

台湾の新型コロナウイルス感染症対策は、その迅速さが注目を集めている。その主な流れを見ると、感染拡大直後の2020年1月は、感染拡大の兆候の把握や体制立ち上げが中心であり、2月には対策のための特別条例の制定、特別予算の編成などの基本的な対策の枠組み作りが進んでいた。3月以降はマスク実名制割当販売制の実施、特別予算の補正が進んでおり、この点でも迅速な対応が採られていた。

対応策の枠組みが、特別な法律の設定を迅速に行う一方で、既存の法律や制度も活用している。前者として、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2月に制定した。その目的は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること、である。主な内容として、医療従事者、隔離対象者

とその家族への支援、経済振興策、特別予算の確保などが盛り込まれている。後者として、感染症対策法（感染症への指定、検査、指定医療機関入院の際の公費医療）や全民健康保険（保険診療、保険料の納付猶予など）などの既存の法律や制度の活用がある。

この特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」が編成された。内容は「予防及び治療」「経済振興」（困窮者支援を含む）のふたつの部分で構成される。財源は前年度予算の余剰金と公債（同額）で賄われる。「予防及び治療」では、医療機関の緊急整備、マスクなどの必要な資材購入、検査の実施などである。「経済振興」は中小企業の融資保証、製造業、運輸業（航空業など）、観光業、農林水産業への支援などで構成される。

上記の特別条例や特別予算などに基づく分野別の支援策として、医療分野では検査・治療体制の確立、医療関係者や医療機関への支援、医療費の確保の他、感染者や家族への支援が行われた。さらには、マスクが必要な人に行き渡るようにマスク実名制割当販売制が実施された。予約や販売には全民健康保険のICカード保険証が本人確認のために用いられ、全民健康保険での検査、診察記録を管理する健保クラウドシステムが、予約は販売記録のために活用された。このシステムは、住民登録などのシステムと連携する形で感染者の把握、追跡にも活用された。

介護分野では、介護事業所や訪問介護でのサービス提供のガイドライン策定、介護事業所支援、外籍看護工を雇用する家庭や施設に対する柔軟な運用（外籍看護工が就労できない場合に代替の公的介護サービス

が利用できる）が行われた。経済振興では、製造業やサービス業などへの融資支援策、消費振興策としての「振興三倍券」の発行なども行われた。

#### D. 考察

世界が新型コロナウイルス感染症への対応に苦慮する中、台湾は迅速な検疫、医療体制の立ち上げ、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保を行った。医療、介護関係者への支援、困窮する人々への支援も既存制度を活用しながら進めている。また、医療費の支出は感染症対策法による公費医療、全民健康保険の保険給付で対応するほか、全民健康保険の健保クラウドシステムは感染者の把握、追跡、マスクの実名制割当販売でも活用されている。

#### E. 結論

こうした対応の迅速さこれを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

現在台湾では、感染の予防を進める一方で、振興三倍券の発行による消費喚起、企業への支援を進めており、経済振興に重点を置きつつある。新型コロナウイルス感染症の社会経済への影響は今後も続き、台湾の経済状況が以前の通りになるかは、今後の推移を見守る必要があるだろう。一方で、特別予算の確保は多くが公債から賄われている。台湾には「公共債務法」があり、地方政府を含む当局の財政の健全性を守る仕組みがある。こうした仕組みへの影響の有無の検証なども分析することも重要であると思われる。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

・小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会,2021年1月号,pp.16-21.

### 2. 学会発表

なし

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入）

## H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察」

研究分担者 佐藤格 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、その中で公的年金制度の重要性が増してきている。特に東アジア各国は、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢者が少なければ公的年金制度の果たす役割は比較的小さなものにとどまるのに対して、高齢者が多ければ、公的年金は高齢者の生活を支える非常に重要な役割を果たすことになり、同時に支え手となる現役世代の負担も重いものになってしまう。倍加年数が短ければ、そのわずかの期間の間に公的年金の役割が急激に大きくなるため、制度の早急な整備を行うとともに、給付と負担のバランスにも考慮することが重要となる。

制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。しかし倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

A. 研究目的

東アジア各国では急速な高齢化が進む中で、公的年金制度の重要性はさらに高まっている。一方で高齢化のスピードが非常に速いため、給付と負担のバランスや制度の持続可能性など、制度の根幹にかかわる問題が数多く存在している。各国の年金制度や人口構造についての比較を行い、このような問題を解決するための分析に資する情報を収集することが目的である。

B. 研究方法

日本・中国・韓国・モンゴルの4か国について、公的年金制度に関するさまざまな情報を収集する。具体的には制度の沿革、給付と負担の要件、給付水準等である。併せて各国の3区分別人口の推移、高齢化率についてもデータ収集を行い、高齢化と公的年金制度のあり方について検討を行う。  
(倫理面への配慮)  
特になし。



## C. 研究結果

日本であれば2004年改正とそれに続く適用拡大等、中国では賦課方式と積立方式を組み合わせた制度のあり方、韓国では急速な少子高齢化の進展を見越した所得代替率の引き下げ、モンゴルでは支給開始年齢の引き上げや保険料率の引き上げ等、各国ともに少子高齢化への対応を積極的に行っている状況が明らかになった。

## D. 考察

年金の支え手となる現役世代が相対的に減少し、年金の受け手となる引退世代が相対的に増加している傾向が見られる。高齢化率を見ても、モンゴルを除く3か国では高齢化率が上昇してきており、特に日本と韓国では1990年代から、中国でも2010年代から上昇のスピードが加速している。また、中国は今回分析の対象としている4か国の中でも圧倒的に人口が多く、高齢者の占める割合もさることながら、高齢者の数自体の増加が年金制度や経済において大きな課題になることが予想される。

今後の年金制度の改正を検討することは、高齢化が急速に進む韓国はもちろん、元々の人口規模が非常に大きい中国においても非常に重要であろう。

## E. 結論

各国で制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。

しかし冒頭でも述べたように、アジア各国においては、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いことが知られている。そのため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、

今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし。

### 2. 学会発表

なし。

(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

### 1. 特許取得

なし。

### 2. 実用新案登録

なし。

### 3. その他

なし。

厚生労働行政推進調査事業費補助金  
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)  
分担研究報告書

日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究  
「台湾における外国人受け入れの動向と影響」

研究分担者 中川雅貴 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

高齢化が進む東アジアにおける国際人口移動の動向と影響について、東アジア各国・地域の中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷および外国人人口の動向と影響に関する検討を行った。分析に際しては、台湾行政院による公的統計の二次的分析に加えて、関連する学術研究・分析のサーベイを行った。

検討の結果確認された点は以下のとおりである。①台湾における外国人人口は、主に「二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者(外籍労工)」「高度人材」「国際結婚による外国籍配偶者」「その他(留学生等)」に分類され、このうち「外籍労工」が全体の約70%を占める、②外国人人口に関する主な公的統計は人口センサス、登録外国人統計、戸籍統計、外国人労働者統計であるが、とくに中国本土の国籍をもつ人口が含まれるかどうかによって、各統計でカバーされている対象が異なる、③現在に至る外国人労働者受け入れの基本的枠組みは1992年に施行された雇用サービス法によって規定されており、外国人労働者の規模は2000年代に横ばいが続いた後、2010年以降再び増加傾向を続けている、④1990年代後半以降、看護・介護労働分野で就労する外国人の規模が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にある、⑤国際結婚の新規登録件数は、その審査の厳格化により2000年代半ばに急速に減少した後は横ばいが続く、⑥外国人女性の出生が総出生数に占める割合は2000年代以降ほぼ10%で推移しており、国際結婚による外国人配偶者(女性)の割合を考慮すると、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない。

なお、外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証することの必要性が示唆された。

A. 研究目的

本研究の目的は、東アジアにおける少子

高齢化の実態と対応について、国際人口移

動との関連および外国人受け入れによる影

響の視点から検討を進めることである。今年度は、東アジア各国・地域の中でいち早く外国人労働者の受け入れ政策を整備・拡大した台湾のケースを対象に、受け入れ政策の背景と変遷およびその影響について検討を行った。加えて、国際結婚による外国人の受け入れについて、その動向および人口学的影響についての検討を行った。

## B. 研究方法

分析に際しては、台湾行政院が公表する公的統計の二次的分析に加えて、関連する学術研究・分析のサーベイを行った。分析に用いた公的統計は、人口センサス（行政院主計処）、登録外国人統計（内政部移民署）、戸籍統計（内政部戸政司）、外国人労働者統計（労働部労働力発展署）であり、すべてインターネット上でオンライン公開されている統計資料である。関連する学術研究・分析のサーベイについては、主に英語文献を対象とした。

### （倫理面への配慮）

本分析は、公表済みの統計資料・文献を用いるため、倫理審査に該当する事項はない。

## C. 研究結果

検討の結果確認された点は以下のとおりである。

①台湾における外国人人口は、主に「二国間協定に基づいて受け入れられた外国人労働者（外籍劳工）」「高度人材」「国際結婚による外国籍配偶者」「その他（留学生等）」に分類され、このうち「外籍劳工」が全体の約70%（約70万人）を占める。

②外国人人口に関する主な公的統計は人口センサス、登録外国人統計、戸籍統計、

外国人労働者統計であるが、とくに中国本土（香港・マカオを含む）の国籍をもつ人口が含まれるかどうかによって、各統計でカバーされている対象が異なる。内政部移民署による登録外国人統計では、これら中国大陸籍の人口が含まれないために、とくに国際結婚による外国籍配偶者人口のストックおよびその推移を精確に把握することが困難となっている。

③外国人労働者受け入れの基本的枠組みは1992年に施行された雇用サービス法によって規定されている。外国人労働者の規模は2000年代に横ばいが続いた後、2010年以降再び増加傾向を続けており、とくにインドネシア・ベトナムからの労働者の受け入れ増加が顕著である。

④外国人労働者の産業部門別内訳をみると、1990年代後半以降、看護・介護労働分野で就労する外国人が増加したが、2010年以降は製造業のシェアが再び増加傾向にある。

⑤国際結婚の新規登録件数は、2004年に配偶者ビザの発給および国際結婚の受理に係る審査が厳格化された影響により、2000年代半ばに急速に減少した後は横ばいが続く。台湾における年間の結婚登録数に占める割合は14～16%で推移している。

⑥外国人女性の出生が総出生数に占める割合は2000年代以降ほぼ10%で推移しており、国際結婚による外国人配偶者（女性）の割合を考慮すると、台湾においては外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えない。

## D. 考察

1990年代初頭における台湾の外国人労働者受け入れ政策の背景として、1980年代後半以降、労働力不足に起因した不法就労

外国人問題が顕在化しており、これは同時期の日本の経験に類似する状況と言える。1990年代後半以降の看護・介護労働分野における外国人労働者の増加、2010年以降の外国人労働者の増加局面における製造業のシェアの増加は、台湾における外国人労働者の受け入れが産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて変化していることを示している。また、外国人女性の出生率が相対的に低いことに加えて、台湾における外国人の約70%が、定住・永住を前提としていない外国人労働者によって占められていることから、外国人の増加による人口再生産（とくに出生）への影響は限定的であると言える。この点も、近年の日本における状況と類似している。

#### E. 結論

台湾においては、「東南アジア諸国との二国間協定に依拠した民間仲介業者を介したリクルート」「定住・永住を目的としない外国人労働者の受け入れ」「雇用主に対する労働市場テストの義務化」といった外国人受け入れ政策のコアとなる枠組みが1990年代初頭にはいち早く確立され、基本的にはこのフレームワークによる受け入れが現在も続いているという点において、東アジアにおける外国人労働者受け入れ制度の先行的なケースであると位置づけられる。また、受け入れの対象となる分野が漸進的に拡大され、外国人労働者の構成も産業構造や人口動向を反映した労働需要に応じて変化しているという点においても、日本における今後の政策にとって重要な示唆を含んでいる。

外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出

生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証することの必要性が示唆される。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
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. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 個別研究報告

## 第4次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点

守泉 理恵

国立社会保障・人口問題研究所

### はじめに

本プロジェクトで、筆者は各国の少子化対策の研究を分担している。プロジェクトの第1年度目である本年度は、新しい少子化対策パッケージが策定された日本の少子化対策について取り上げ、まとめることとした。

本稿では、まず東アジア諸国の少子化の状況と、これらの国々が注目されるようになった背景について述べる。次に、TFR1.5を下回る低い出生力レベルにとどまっている国の一つである日本において、新しく策定された少子化対策パッケージはどのような方向性を持ち、どのような施策内容となっているのかまとめる。さらに、これまで行われてきた少子化対策を通じて、どのような政策分野が策定のたびに加わり、強化されてきたのか、そして現時点で今後検討すべき課題として何が挙げられるのかを考察する。

### 1. 東アジア諸国の少子化の現状と背景

日本では、1990年代初頭に合計特殊出生率の長期的低下傾向が社会的関心を呼び、それ以降、「少子化問題」が盛んに論じられてきた。出生率の低下については、日本で少子化問題が注目され始めた頃までに欧米先進諸国ですでに多くの研究がなされ、知見や仮説提示が行われており、それゆえ日本についての分析も欧米先進諸国との比較考察から真相に迫ろうとするものも多かった。出生率低下を食い止める、または反転上昇をねらった各種政策の方向性や具体的施策も、欧米先進諸国の家族政策を参考に論じられることが多かった。

そうした流れは現在でも続いているが、2000年代以降は、急速に少子化が進むアジア諸国への関心が高まった。図1は、1980年以降の日本・韓国・中国・台湾の合計特殊出生率の推移を示しているが、2000年代前半に韓国・台湾とも日本の出生率水準を下回る出生率を示すようになった。中国は一貫して日本より高い出生率を示すが、その真値については諸説あり、現在は日本と同等かそれ以下である可能性もある。

各国の出生率低下の背景として、親になることの先送り、つまり晩産化が見られ、図2のように第1子平均出生年齢はすでに日本・韓国・台湾とも30歳を超えている。晩産型の出生力パターンが定着し、生涯の出生数レベルはそれほど低くならず出生タイミングの変化期を抜けた国々では期間指標のTFR値は回復したが、東アジア諸国は晩産化が強力に進んだものの30歳代の高齢期でのキャッチアップが弱い。そのため、生涯の出生数も急激に低下し（図3）、出生率は低いまま推移し続けている。

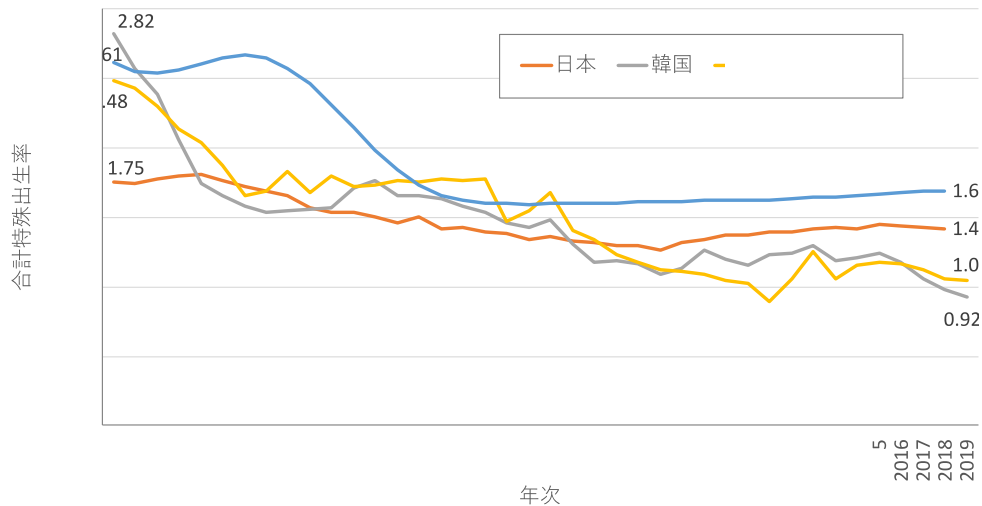


図1 日本・韓国・中国・台湾の合計特殊出生率の推移

資料：日本、韓国、中国 OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>；台湾 Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at <https://www.humanfertility.org> (data downloaded on 4/15/2021) 及び台湾内政部統計処サイト (National Statistics, R.O.C.) <https://eng.stat.gov.tw/>

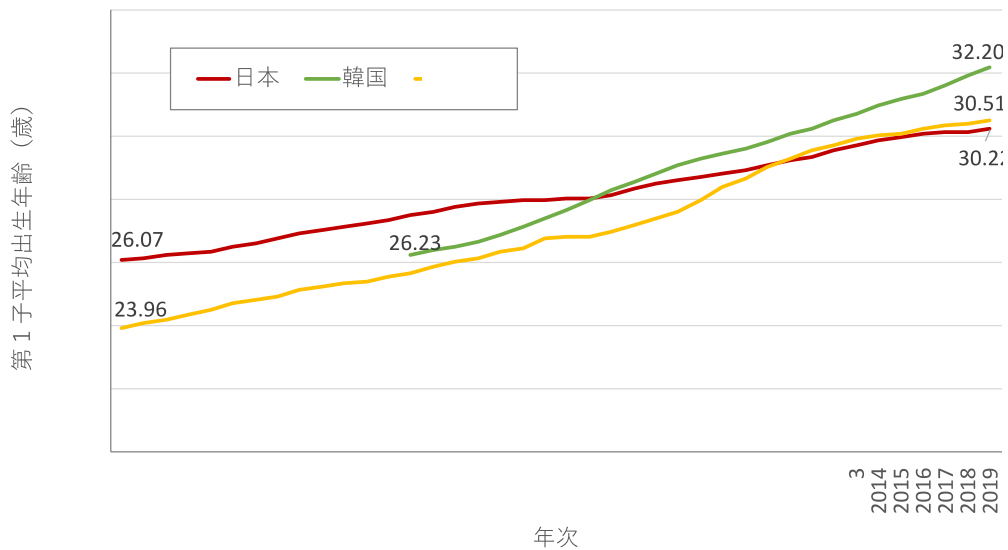


図2 日本・韓国・台湾の第1子平均出生年齢

資料：韓国 OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>；日本、台湾 Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at <https://www.humanfertility.org> (data downloaded on 4/15/2021)。日本の2019年のデータは国立社会保障・人口問題研究所 (2021)、台湾の2015～19年のデータは内政部統計処サイト (National Statistics, R.O.C.) <https://eng.stat.gov.tw/> に掲載の母親の年齢各歳別第1子出生数より平均年齢を算出。

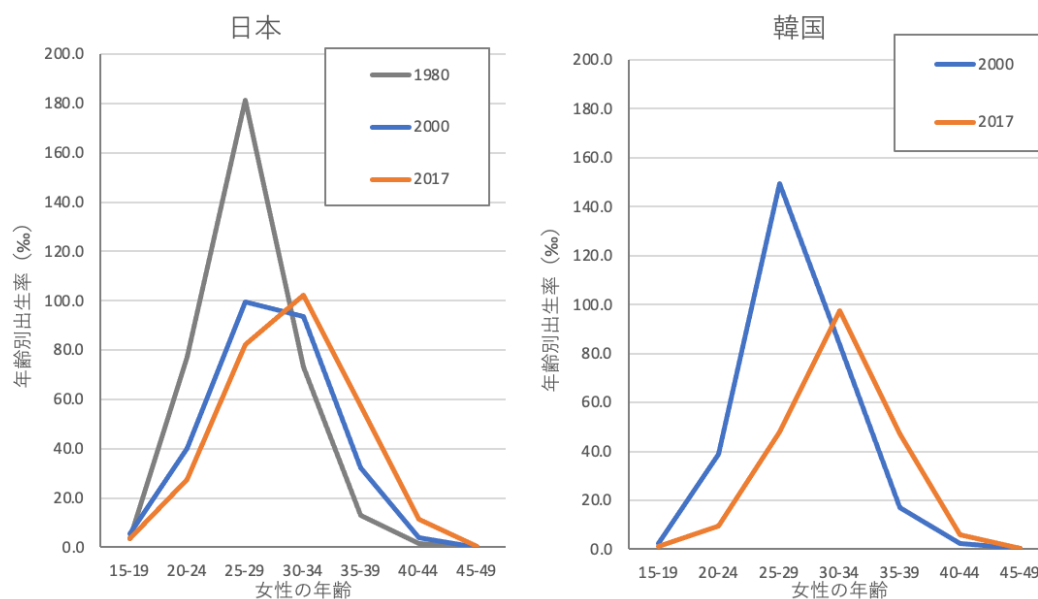


図3 日本と韓国の年齢別出生率の推移

資料：OECD Family Database <https://www.oecd.org/els/family/database.htm>

## 2. 東アジア諸国の少子化に関する研究

これまでの研究で、欧米諸国をモデルとして構築されてきた出生力低下の説明理論は、東アジアにはうまく当てはまらない側面があることもわかってきている。例えば、戦後の出生力低下を説明する仮説として強力な関心を惹きつけてきた「第二の人口転換 (the Second Demographic Transition, SDT)」論 (van de Kaa 1987; Lesthaeghe 2010) では、同棲や婚外子がそれほど増えない、離婚は増えているが学歴と強い負の相関がある、結婚制度が依然として重要とみなされているなど、アジア特有の背景状況から SDT 理論の批判的考察がなされている (Zaidi and Morgan 2017)。経済のグローバル化が進む中で、若者の経済的自立の困難化や、同世代内での経済力格差の広がりといった現象は共通して見られるが、さらに各国・地域で培われてきた文化的な背景が混じり込むことによって、結婚や出生に関わる行動には違いが生まれ、家族政策の方向性を決める思想にも違いが生まれる。その意味で、地理的に近く、より文化的・歴史的背景に共通点の多い東アジア諸国で共通して「超低出生力 (lowest-low fertility)」 (Kohler et al. 2002) が見られることについて、国際比較からその要因を見出すのは有益である。

これまでも、東アジア諸国の少子化や出生行動に関わる政策に関する分析・考察や多くの国際比較研究が行われてきた (落合 2013a: 2013b、鈴木 2012; 2016; 2019、Tsuya et al. 2019、Matsuda 2020 等)。これらの研究からは、文化的に共通事項も多い東アジア諸国の中でも、さらにさまざまな差異が見られることが指摘されている。また、対欧米諸国との比較で言えば、結婚制度が未だ強固であることと少子化の関係や、本人の学歴といった観点だけでなく、子どもに関わる教育の負担 (経済的なものだけでなく、エリート教育競争のような親の心理的負担も含む)、未婚化の進展に代表される交際・結婚行動の不活発の問題と少子化の関係、そしてそれらの問題に対処するにはどのような政策的対応が取られるべきか、などが新たに分析を深めるべき点として浮上していると考えられる。

## 3. 日本の最新の少子化対策内容と策定後の動き

### 3-1 日本の最新の少子化対策



日本では、1990年代から国を挙げて少子化対策を講じてきた。1995～99年度に実施されたエンゼルプランに続いて、新エンゼルプラン（2000～04年度）が策定され、これ以降は2003年成立の少子化社会対策基本法（平成15年法律第133号）第7条に基づいた少子化社会対策大綱として、5年ごとに子ども・子育て応援プラン（2005～09年度）、子ども・子育てビジョン（2010～14年度）、第3次少子化社会対策大綱（2015～19年度）が策定された。そして2020年度からは、第4次少子化社会対策大綱が2024年度までを実施期間として策定された<sup>1</sup>。

第4次大綱では、目標とすべき具体的な出生率の数値を初めて書き込んだ。大綱の本文<sup>2</sup>には、「一人でも多くの若い世代の結婚や出産の希望をかなえる「希望出生率1.8<sup>3</sup>」の実現に向け、令和の時代にふさわしい環境を整備し、国民が結婚、妊娠・出産、子育てに希望を見出せるとともに、男女が互いの生き方を尊重しつつ、主体的な選択により、希望する時期に結婚でき、かつ、希望するタイミングで希望する数の子供を持てる社会をつくることを、少子化対策における基本的な目標とする。」(p.3-4)と記されている。世界的に見ても、一国の政府が出生率の目標値を掲げるのはめずらしい。ただし、理念的に扱っており、この数値を具体的にブレイクダウンして年齢別の結婚や出生の指標に目標を設けるまでは行っていない。

第4次少子化社会対策大綱は、少子化の要因として未婚化、晩婚化と有配偶出生率の低下を挙げ、とくに未婚化・晩婚化の影響を重要視している。また、そうした結婚・出生行動の社会経済的背景として、経済的不安定さ、出会いの機会の減少、男女の仕事と子育ての両立の難しさ、家事・育児の女性への負担の偏り、子育て中の孤立感・負担感、子育てや教育費用の重い負担、年齢や健康上の理由を挙げている。こうした少子化原因・背景の認識のもと、政策の基本的視点は、以下の4点としている。

- ・「希望出生率1.8」の実現
  - ・国民が結婚、妊娠・出産、子育てに希望を見出せるようにする
  - ・男女が互いの生き方を尊重しつつ、主体的な選択により、希望する時期に結婚でき、希望するタイミングで希望する数の子どもを持てる社会をつくる
  - ・結婚、妊娠・出産、子育ては個人の自由な意思決定に基づく
- 具体的施策<sup>4</sup>では、第一に次の5つの重点課題が掲げられている。

<sup>1</sup> 第4次少子化社会対策大綱は2019年度末までの策定を目指してとりまとめ作業が進められていたが、新型コロナウイルス感染症対策のため最終的な決定が遅れ、実際に閣議決定されたのは2020年5月29日であった。

<sup>2</sup> 内閣府子ども・子育て本部ホームページに掲載。

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou.pdf)

<sup>3</sup> 希望出生率とは、2014年に成立した「まち・ひと・しごと創生法」（平成26年法律第136号）に基づき策定された「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」で初めて提起されたもので、若い世代における結婚・出産の希望が叶った場合に想定される出生率である。「国勢調査」（平成22年）の配偶関係別人口データ及び「第14回出生動向基本調査」（平成22年）（国立社会保障・人口問題研究所実施）の結婚意欲、夫婦・独身女性の予定・希望子ども数の集計結果、「日本の将来推計人口」（平成24年推計）（同研究所実施）で出生率仮定に用いている離死別効果係数を用いて1.8と算出された。独身者の結婚・出生意欲と、夫婦の出生意欲が実現した時に、国全体の出生率がどのような数値を示すのかについて、創生本部のアイデアに基づき算出した独自の指標である。計算に使用された統計データは、2014年以降、より新しいものが公表されているが、それらの最新値で再計算しても四捨五入しての計算結果は今のところ1.8で変わらない。ただ、未婚化の進行は未だ観察されており、出生意欲も漸減傾向にあるため、いずれはこの希望出生率も1.8を切る可能性はあるだろう。

<sup>4</sup> 別添資料1「施策の具体的内容」参照。

1. 結婚・子育て世代が将来にわたる展望を描ける環境を作る
  - 1-1 若い世代の雇用環境の整備
  - 1-2 結婚を希望する者への支援
  - 1-3 男女とも仕事と子育てを両立できる環境の整備
  - 1-4 子育て等で離職した女性の再就職支援、地域活動参画支援
  - 1-5 男性の家事・育児参画の促進
2. 多様化する子育て家庭の様々なニーズに応える
  - 2-1 働き方改革と暮らし方改革
  - 2-2 子育ての経済的支援、心理的・肉体的負担の軽減
  - 2-3 多子世帯、多胎児を育てる家庭への支援
  - 2-4 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援
  - 2-5 子育ての担い手の多様化と世代間での助け合い
3. 地域の実情に応じたきめ細かな取組を進める
  - 3-1 地方公共団体の取組支援、地方創生と連携した取組
4. 結婚、妊娠・出産、子ども・子育てに温かい社会を作る
  - 4-1 結婚・子育てを応援する社会的気運の醸成
  - 4-2 妊婦や子連れに優しい施設や外出しやすい環境の整備
5. 科学技術の成果など新たなリソースを積極的に活用する

このうち、科学技術の活用（AIによる結婚支援、子育て支援の手続きや情報収集のデジタル一元化など）については、これまでで初めて大きく取り上げられた項目である。そのほか、予期せぬ妊娠、若年妊婦や多胎妊産婦への支援、多胎児や医療的ケア児のための子育て支援や、不妊治療と仕事の両立支援、雇用によらない働き方の者への支援など、これまで取り上げられてこなかった施策も明記された。

次に、上記重点課題も含めて、結婚前、結婚、妊娠・出産、子育てのライフステージ各段階別に施策を整理して記述しており、ここで重点課題以外の施策としては、「ライフプランニング支援」「若い世代のライフイベントを応援する環境の整備」「妊娠前からの支援」「安全かつ安心して妊娠・出産できる環境の整備」「女性活躍の推進」「住宅支援、子育てに寄り添い子供の豊かな成長を支えるまちづくり」「子供が健康で、安全かつ安心に育つ環境の整備」「障害のある子供、貧困の状況にある子供、ひとり親家庭等さまざまな家庭・子供への支援」がある。

政策の数値目標<sup>5</sup>は、子育て支援（認可保育所等の定員、新・放課後子ども総合プラン、地域ぐるみで子どもの教育に取り組む環境の整備、ひとり親家庭への支援、社会的養育の充実等）で33項目、結婚・妊娠・出産（若い世代の正規雇用労働者党の割合、結婚希望実績指標、夫婦子ども数予定実績指標等）で11項目、働き方（第1子出産前後の女性の継続就業率、男性の育児休業取得率等）で10項目、地域・社会（子育てバリアフリー、マタニティマークの認知度等）で18項目が挙げられた。

### 3-2 第4次大綱策定後の動き

第4次大綱では130に近い様々な分野の施策が掲げられているが、閣議決定後、「全世代型社会保障

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou\\_b1.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou_b1.pdf)

<sup>5</sup> 別添資料2「施策に関する数値目標」参照。

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika\\_taikou\\_b2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r020529/shoushika_taikou_b2.pdf)

検討会議」の『第2次中間報告』(2020年6月25日)で少子化対策の優先事項として指摘されたのは、(1)結婚支援、(2)妊娠・出産への支援、(3)男女ともに仕事と子育てを両立できる環境の整備、(4)地域・社会による子育て支援、(5)多子世帯への支援である。さらに同会議の第10回会合において少子化対策が集中して議論され、妊娠・出産への支援として、①不妊治療に係る経済的負担の軽減、男女ともに仕事と子育てを両立できる環境の整備として、②男性の家事・育児参画の促進、③「子育て安心プラン」等に基づく保育の受け皿の整備の3点が「論点」とされた。

不妊治療の経済的支援としては、「不妊治療への保険適用」が決まり、2022年度当初からの適用に向け制度設計を進めるとともに、それまでの間は現行の助成措置(不妊に悩む方への特定治療支援事業)の拡充がなされた(2021年1月～)。主な変更点は、所得制限の撤廃、助成額の増額(1回15万円から30万円へ)、助成回数の引上げ(生涯で通算6回までであったところ、1子ごとに6回までとされた(40歳以上43歳未満は3回))である。

男性の家事・育児参画促進としては、男性の育児休業取得を促すために「育児・介護休業法」改正案が閣議決定され(2021年2月26日)、国会に提出された。主な改正点は、子供の出生後、8週間以内に4週間まで取得できる柔軟な育児休業の枠組みを創設すること(休業申し出期限を2週間前までとする、2回分割して取得できる、労使協定により一定の休業中就労を可能とする等)、2回に分けて休業取得できるようにすること(夫は出生時育休と合わせ4回に分けて取得可)、妊娠・出産の申し出をした労働者に対する個別周知や休業取得意向の確認の義務化などである。改正法案は成立する見込みであり、成立した場合は2022年4月より3段階に分けて施行される予定である。

保育の受け皿の整備では、2020年12月21日に「新子育て安心プラン」<sup>6</sup>が公表され、4年間で約14万人の保育の受け皿を整備することになった。これまでは待機児童解消の目標年度を定めていたが、女性の就業増加に保育サービスの定員増加が追いつかない状況が続いており、本プランでは「できるだけ早く待機児童解消を目指す」とのみ言及された。ただ、2015年に開始された子ども・子育て支援新制度のもとで保育サービス供給が大きく拡充され、待機児童も0～2歳枠に焦点化してきていることに加え、出生数の減少も続いていることから、保育無償化が0～2歳へと対象拡大されることがなければ、今後5年程度で待機児童問題は大幅に改善する可能性は高いだろう。

令和3年度における少子化社会対策大綱の推進に関する主な取り組みは、内閣府ホームページ上で概要が公開されている<sup>7</sup>。

また、日本では2020年冬から新型コロナウイルス感染症の拡大が見られ、日常生活、経済活動の広範にわたる大きな制約と影響が生じた。結婚・出生行動への影響も懸念されており、実際に厚生労働省が公表した「妊娠届数」を見ると、2019年に比べて減少したことが明らかになっている<sup>8</sup>。そもそも、日本は出産可能年齢の女性数が減少している局面にあるため、出生行動に大きな変化がなければ、自然と出生数は減っていくメカニズムが働いているが、さらに新型コロナウイルスの影響により結婚・妊娠を当面延期する行動が増えて、減少ペースを加速させている可能性がある。内閣府では、新型コロナウイルス感染症を踏

<sup>6</sup> 厚生労働省ウェブサイトの「新子育て安心プランについて」のページを参照。

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15982.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15982.html)

<sup>7</sup> 「少子化社会対策大綱の推進について<令和3年度における主な取組」

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r021225/shoushika\\_taikou\\_b2.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r021225/shoushika_taikou_b2.pdf)

<sup>8</sup> 厚生労働省子ども家庭局母子保健課の公表資料「令和2年度の妊娠届出数の状況について」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_15670.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15670.html)

また、子育て支援の主な取組として、相談事業や就労支援、新規学卒者や高校・大学生への修学支援などがあることを掲げているが<sup>9</sup>、新型コロナウイルス感染症の結婚・出生行動への影響は今後ある程度の期間に及ぶことも十分考えられる。少子化傾向を加速しかねない新たなリスクファクターであるこの事態について、各種調査データを駆使して現状を把握し、対応していく必要があるだろう。

#### 4. 第4次大綱までの政策の到達点と今後の課題についての考察

##### 4-1 第4次大綱までの政策の重点課題の変遷と到達点

日本の少子化対策は1990年代から始まったが、図4で5年ごとに策定されてきた6つのプランを見ると、時々で注目された課題の変遷が見て取れる。合計特殊出生率の動きも参考情報として描いた。

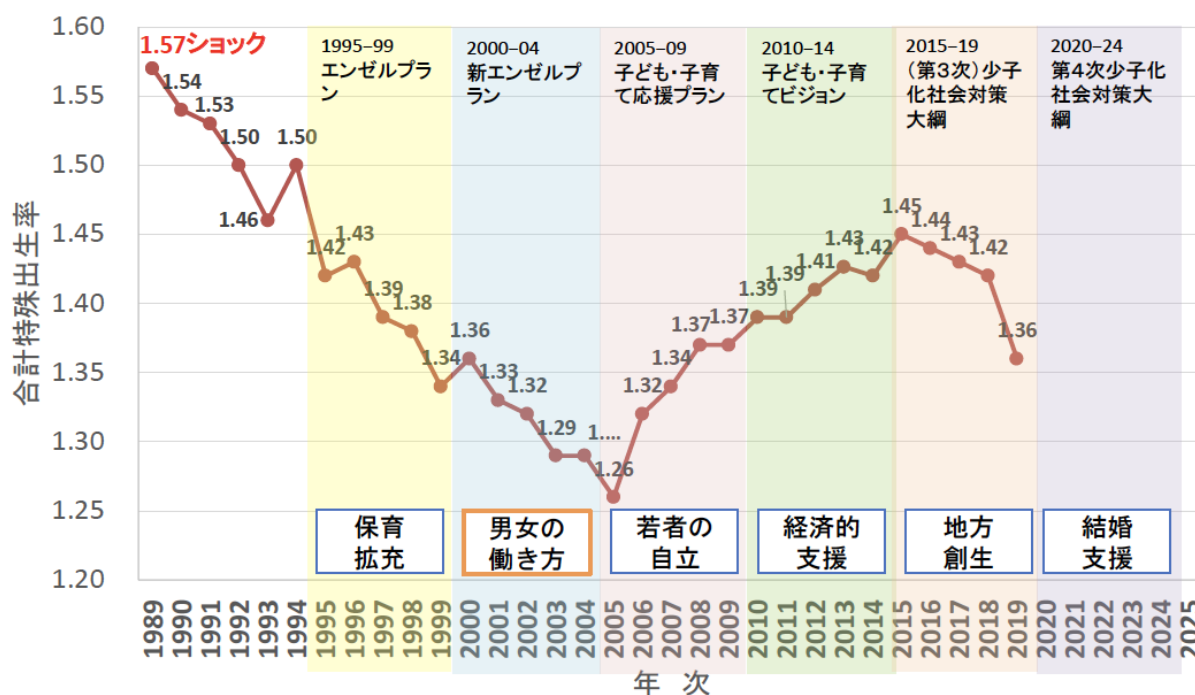


図4 日本の少子化対策・その重点課題と合計特殊出生率の推移

資料：厚生労働省『人口動態統計調査（確定数）』

最初の「エンゼルプラン」<sup>10</sup>（1995-99年度）策定時は、すでに仕事と家庭の両立、保育サービス、母子保健・小児医療体制、住宅・まちづくり、子育てコストといった少子化の基本的課題が認識されて記述されていたものの、予算も少なく、その中で中心的課題として取り組まれたのは、主に女性を念頭に置いた仕事と家庭の両立支援（育児休業制度など）と保育サービスの拡充であった。特に、予算は保育政策に重点的に配分され<sup>11</sup>、母親が安心して子どもを預けて仕事に出られる環境の整備が進められた。

<sup>9</sup> 「新型コロナウイルス感染症を踏まえた少子化対策の主な取組」（内閣府）

[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r030224/corona\\_torikumi.pdf](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/pdf/r030224/corona_torikumi.pdf)

<sup>10</sup> 正式名称は「今後の子育て支援のための施策の基本的方向について」（平成6（1994）年12月16日4大臣（文部・公正・労働・建設）合意）<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/angelplan.html>

<sup>11</sup> 「当面の緊急保育対策等を推進するための基本的考え方（緊急保育対策等5か年事業）」

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/hoiku-taisaku.html>



しかし、その後すぐに、少子化は「女性の仕事と家庭の両立困難」が原因であるという問題ではなく、日本社会における性別役割分業を基盤とした公私の場での男女の働き方こそが少子化を加速している、という視点が広く共有されるようになった。「新エンゼルプラン」<sup>12</sup>（2000-04年度）では、新たに固定的な性別役割分業や職場優先の企業風土の是正が重点課題の一つに挙げられ、女性の職域拡大やポジティブアクション、均等法周知などの啓発活動も施策に掲げられるようになった。

2000年代に入ると、1990年代後半から急速に社会問題化していた若年層の雇用環境の悪化（就職氷河期、非正規雇用者の急増など）が結婚行動に大きな負の影響を及ぼしているという議論が高まった。少子化対策でも「若者の自立支援」が大きな課題として挙げられ、2003年成立の「少子化社会対策基本法」に基づいて初めて策定された「少子化社会対策大綱」とその具体的実施計画である「子ども・子育て応援プラン」<sup>13</sup>（2005-09年度）では、大きな一つの柱として取り上げられた。また、引き続き、仕事と家庭の両立支援と働き方の見直し、保育サービス拡充も中心的課題として進められ、この頃から少子化対策の中で「男性の家事・育児参画」というテーマも大きく取り上げられるようになった。

働き方の改革と保育サービス拡充を中心的な車の両輪として少子化対策を進めてきたが、2009年に自民党から民主党へと政権交代が起こり、その節目となった選挙で大きく取り上げられたテーマの一つが子育て世代への経済的支援であった。2010年には、中学生までの子どもを育てる家庭に、所得制限なしで子ども一人当たり13,000円の「子ども手当」の給付が実現した。子どもの貧困の問題への注目、高校の無償化なども目指され、子育て世代の経済的支援に大きく注目した「子ども・子育てビジョン」<sup>14</sup>（2010-14年度）が策定された。子ども手当は2年もたたずに所得制限ありの「児童手当」に戻り、一律給付ではなく年齢や出生順位で傾斜配分されるようになったものの、子ども手当以前の児童手当額よりは全体として大きくなり、これを機に子育て世代への現金給付は拡充されたと言える。

その後、再び自民党へと政権交代が起こったが、まずは民主党政権となる以前から一貫して議論されてきた保育サービス供給体制の見直しが進み、子ども・子育て支援3法の成立（2012年）を経て「子ども・子育て支援新制度」が2015年度より発足する運びとなった。また、2010年代に入り日本の総人口減少がデータとしても明確に示されるようになったことから、人口減少問題に注目が集まり、日本の総人口を一定程度維持することの重要性や、地方の人口減少への危機感が次々に表明された（経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会 2014、日本創成会議・人口減少問題検討分科会 2014がもっとも注目された報告・提言）。それらの議論を受け、まち・ひと・しごと創生法（平成26年法律第136

<sup>12</sup> 「少子化対策推進基本方針（平成11（1999）年12月17日少子化対策推進関係閣僚会議決定）」  
（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2_18.html)）のもと、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン、平成11（1999）年12月19日大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣合意）」

（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3_18.html)）が策定された。

<sup>13</sup> 「少子化社会対策大綱（平成16（2004）年6月4日閣議決定）」  
（[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/t\\_mokuji.html](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/t_mokuji.html)）のもと、「少子化社会対策大綱に基づく重点施策の具体的実施計画について（子ども・子育て応援プラン、平成16（2004）年12月24日少子化社会対策会議決定）」

（[https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/kodomoplan/p\\_mokuji.html](https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/kodomoplan/p_mokuji.html)）が策定された。

<sup>14</sup> 第2次の少子化社会対策大綱であり、通称「子ども・子育てビジョン」と呼ばれる。詳細資料は、<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/family/vision/index.html> 参照。

号)の成立と「まち・ひと・しごと創生本部」の設置、そして創生法に基づく「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン」(日本の人口の将来展望を示したもの)と「まち・ひと・しごと創生総合戦略」(人口減少を緩和するための具体的施策を示したもの)が策定され、この「地方創生」の流れは少子化対策にも大きく影響した。2014年度末に策定された「第3次少子化社会対策大綱」<sup>15</sup>(2015-19年度)では、新しいテーマとして地方創生政策との連携が挙がり、少子化対策も地域特性に合わせた政策展開を行うという点が重視されていくようになった。この流れは第4次少子化社会対策大綱にもつながっている。

そして第4次少子化社会対策大綱では、これまで積み上げてきた「仕事と家庭の両立支援」「保育サービスの拡充」「若者の自立支援」「子育て世代への経済的支援」「地方再生の一手段としての地域特性に合わせた少子化対策」での諸施策について、時代の流れに沿って中身の充実を図る段階に到達したと言えるだろう。2010年代に入り注目され、第4次大綱でも大きく取り上げられている結婚支援も、最も有力な具体的手段としては雇用・労働政策における若年層の経済的自立支援である。これに出会いの支援としてAI技術の活用などが新たにつけ加わった。

これまでの少子化対策において、どのように施策分野が広がってきたかを一覧するものとして図5を作成した。少子化対策の項目としてはすでに考えうる分野はほぼ網羅されているとみられ、第4次大綱では、AIやICTなど科学技術の活用という項目以外は、大きく新規のものは加わっていない。あとはどの施策に重点的に予算をつけ、細かな改善をしながら推進していくかという段階に本格的に到達したと言えそうだ。重点化の方向性としては、働き方改革に伴う仕事と家庭の両立支援、保育サービスの拡充、男性の家事・育児参画促進など、雇用・労働政策や男女共同参画政策にかかわる分野が中心的課題である。それに加え、保育無償化が実現し、不妊治療の保険適用が決まるなど、経済的支援も拡充の方向にあると言えるだろう。

施策分野	エンゲルプラン	新エンゲルプラン	子ども・子育て応援プラン	子ども・子育てビジョン	(第3次)少子化社会対策大綱	第4次少子化社会対策大綱
雇用・職場環境、働き方の見直し、ワークライフバランス	○	○	○	○	○	○
労働時間	○	○	○	○	○	○
再就職支援	○	○	○	○	○	○
保育サービスの充実	○	○	○	○	○	●
放課後児童対策	○	○	○	○	○	○
地域の子育て支援	○	○	○	○	○	○
学校教育の充実	○	○	○	○	○	○
母子保健・小児医療体制	○	○	○	○	○	○
子育てのための住宅整備・生活環境づくり	○	○	○	○	○	○
子育てコストの軽減(教育費軽減含む)	○	○	○	○	○	○
多子世帯支援(独立項目化は第3次大綱から)	○	○	○	○	○	○
不妊治療支援		○	○	○	○	●
地域の教育環境の整備		○	○	○	○	○
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解		○	○	○	○	○
若者の経済的自立支援			○	○	○	○
要支援家庭対策			○	○	○	○
男性の家事・育児参画			○	○	○	●
子どもの貧困				○	○	○
結婚支援					○	○
祖父母による子育て支援の促進					○	○
結婚・妊娠・出産、子育ての情報提供と発信					○	○
結婚・子育て支援の雰囲気醸成					○	○
地域創生政策との連携					○	○
結婚・子育て支援でのICT・AI技術活用						○

図5 各少子化対策パッケージが包含する具体的施策分野

注：第4次大綱の赤丸は、策定後に重点的に推進されている施策(本文3-2参照)。

<sup>15</sup> 詳細資料は、<https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/taikou2.html> 参照。

## 4-2 少子化対策の今後の課題

これまで見てきた通り、少子化対策にはこれまで30年にわたり指摘されてきた少子化の諸要因に関わる施策が積み上げられて構成されている。その結果、総花的であると揶揄される反面、考えうる限りの施策アイデアは詰め込まれているとも言える。問題は、これらの多くの施策の中から、どれが「より少子化の流れを変えるのに効果的か」を見極めることだが、近年の社会経済状況や様々な研究成果を見ると、「雇用・所得の不安定化」が結婚・出産を阻害する大きなポイントとなっていると考えられる。雇用・所得の不安定化に対処するためには、日本社会を共働きでも暮らしやすい社会にすることが求められる。性別役割分業意識の見直し（分業否定ではなく、柔軟な男女役割観）、労働の時間・場所の制約を緩めた柔軟な働き方の浸透、非正規雇用の処遇改善が重要だ。また、これらの改革のためには、働く間安心して子どもを預けられる環境の整備として保育サービスの質・量の拡充と、意識面での変革として男女共同参画政策もこれまで以上に緊密にセットで進めていくこともポイントとなろう。個々の施策を超えて、少子化の根本原因となっている社会構造の変化を促すような施策の展開が求められている。

さらに、施策の一つとしてすでに挙げられているが、これまでそれほど大きく取り上げられていないものとして「妊婦や乳幼児とのふれあい体験」「多様な家族の形を知る機会の提供」「総合的な性教育」がある。これらの施策は、中長期的に少子化の流れを変えるものとして重要になっていくのではないか。日本では長年少子化が続き、少子化世代の人々が親になってきている。きょうだいや親族が少なく、成長過程で身近に妊婦や乳児がいた経験がない人が多く、少子・無子への抵抗感も薄れてきている。妊婦・乳幼児とのふれあい体験、パートナーシップや家族の形の多様性などを知る機会の提供、総合的な性教育の推進といった教育面での施策から、家族形成について若者が知ったり考えたりする機会を持つことが重要ではないだろうか。

また、日本では子どもの教育にかかる莫大なコストへの不安だけではなく、「エリート教育競争」に参加すべきという心理的プレッシャーも子育ての大きな負担になっていると考えられる。小学校受験や中学受験に参加するといった行動だけでなく、習い事をさせるかどうか、普段の生活でいかに綿密に教育的サポートができるか（宿題を見る、学習につまずかないよう常に子どもの能力を把握しフォローする、家庭での自主学習教材を手配するなど）など親は常に子どもの教育についてプレッシャーにさらされている。コスト面・心理面両方の教育投資への負担が少子化の一因であることは明らかだが、解決は難しい。公教育の充実、学歴（学校歴）社会の是正など、直接には少子化対策と分類できないような大きな教育政策と関連する課題である。少子化対策は、これまで雇用・労働政策、男女共同参画政策と密に連携してきたが、今後は教育政策との連携もより強めていく必要があるだろう。

### 参考文献

落合恵美子（2013a）「近代世界の転換と家族変動の論理—アジアとヨーロッパ」、『社会学評論』第64巻第4号、533—552ページ。

落合恵美子編（2013b）『親密圏と公共圏の再編成：アジア近代からの問い』、京都大学学術出版会。

経済財政諮問会議専門調査会「選択する未来」委員会（2014）「未来への選択—人口急減・超高齢社会を超えて、日本発成長・発展モデルを構築 [これまでの議論の中間整理]」。

国立社会保障・人口問題研究所（2021）『人口統計資料集2021』

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2021.asp?chap=0>

鈴木透（2012）「日本・東アジア・ヨーロッパの少子化—その動向・要因・政策対応をめぐって—」、『人

口問題研究』第 68 巻第 3 号, 14-31 ページ。

鈴木透 (2016) 「東アジアの低出産・高齢化とその影響」, 『人口問題研究』第 72 巻第 3 号, 167-184 ページ。

鈴木透 (2019) 「東アジアの人口問題とその起源」, 『人口問題研究』第 75 巻第 4 号, 285-304 ページ。

日本創成会議・人口減少問題検討分科会 (2014) 「ストップ少子化・地方元気戦略」  
(<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop03/prop03.pdf>)

Kohler, H.-P., Billari, F. C. and Ortega, J. A., 2002, “The emergence of lowest-low fertility in Europe during the 1990s”, Population and Development Review, 28(4), pp.641-680.

Lesthaeghe, R., 2010, “The unfolding story of the Second Demographic Transition”, Population and Development Review, 36(2), pp.211-251.

Matsuda, S., 2020a, Low Fertility in Japan, South Korea, and Singapore: Population Policies and Their Effectiveness, SpringerBriefs in Population Studies, Population Studies of Japan, Springer.

Tsuya, N.O., Choe, M.K. and Wang, F., 2019, Convergence to Very Low Fertility in East Asia: Processes, Causes, and Implications, SpringerBriefs in Population Studies, Population Studies of Japan, Springer.

Van de Kaa, D. J., 1987, “Europe’s second demographic transition”, Population Bulletin, 42(1), pp.1-59.

Zaidi, B. and Morgan, S. P., 2017, “The Second Demographic Transition Theory: A Review and Appraisal”, Annual Review of Sociology, 43, pp.473-492.



「中国における人口問題と政策対応に関する研究」

佐々井 司

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

少子化  
人口移動（地域間移動）  
世帯・家族

plus

経済成長と財政、税制  
就業状況、雇用形態、健康状態、学歴・教育  
保険料に影響する（男女・年齢別の個人所得）

【中国の人口管理】計画生育、戸籍管理

計画生育  
→ 緩和から自由化へ

戸籍管理（家族＞世帯＞住宅）  
→ 人口移動の実態に応じて改革

表 5-1 一人っ子政策の仕組み（主柱：晩婚・晩産・少生・稀・優生）

法律・条例名	規制内容
憲法（82年12月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国家は計画出産を推進して人口増加を経済社会発展計画に適合させる</li> <li>・計画出産の義務</li> <li>・扶養の義務と婚姻の自由</li> </ul>
婚姻法（80年9月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画出産の義務</li> <li>・結婚年齢制限（男22歳、女20歳以上）</li> <li>・婿入りの実験・姓の自由</li> <li>・夫婦別姓・離婚・優生</li> </ul>
母子保健法（94年10月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・婚前検査 ・遺伝相談</li> <li>・産前診断 ・母子健康保健</li> </ul>
人口・計画出産法（2001年12月）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・これまでの「一人っ子政策」を国の法として正式化</li> <li>・超過出産費を「社会扶養費」と名称変更し、国庫に上納</li> </ul>
各地区の計画出産条例 （92年4月までにチベットを除く29地区で制定 済み 何度かの改定）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結婚年齢の上乗せ（都市：男27歳、女25歳 農村：男25歳、女23歳）</li> <li>・1夫婦子ども1人の宣言をして、一人っ子証を受領 〔2人以上は特定の条件を満たす夫婦のみ許され、出産間隔4年を経て、許可が必要〕</li> <li>・超過出産・計画外出産に対する経済制裁と処罰</li> <li>・人口目標管理責任制の実施</li> </ul>
賞罰制度	
一人っ子宣言実施の夫婦 優遇策（七優先）	非実施の夫婦（計画外出産） 罰則
<ul style="list-style-type: none"> <li>・奨励金の支給</li> <li>・託児所への優先入所、保育費補助</li> <li>・学校への優先入学、学費補助</li> <li>・医療費支給</li> <li>・就職の優先</li> <li>・住宅の優遇配分、農村では宅地</li> <li>・退休金（年金）の加算と割り増し ※</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・超過出産費（多子女費とも）の徴収、夫婦双方賃金カット</li> <li>・社会養育費（託児費・学費）の徴収</li> <li>・医療費と出産入院費自弁</li> <li>・昇給昇進停止 〔社会扶養費〕の徴収する以外近年は若干の変更がある</li> </ul>

注：第2子出産条件など詳細は「17省・市・自治区計画出産条例の比較・推移表」若林敬子編、杉山太郎監訳『ドキュメント 中国の人口管理』筆記書房、1992年を参照  
 地区や都市・農村別、時期により、優遇策や罰則も一律ではない  
 ・「未成年者保護法」1991年9月  
 ・「婦女權益保障法」1992年4月  
 ・「婚姻法改正」2001年4月  
 ※2004年から一部農村地域で、計画出産を忠実に守った（一人っ子、あるいは女児2人をもつ）家族に対し、60歳から死去するまでの間、政府が毎年600元の年金支給を開始、農村一人っ子政策社会保障の試行。

出典：若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』ミネルヴァ書房、p126

表 5-2 各地区の計画出産条例による第2子出産規定

対象	出産規定	実施地区
都市	国家幹部、職員労働者、都市住民は1夫婦あたり子ども1人。以下の場合には第2子を許可 1) 第1子が非遺伝性の身体障害者で働けない場合 2) 夫婦双方がともに一人っ子 3) 結婚後5年以上不妊で、養子ももらってからの妊娠 4) 夫婦双方が帰国し定住している華僑	全国各地区ほぼ共通
農村	I 第2子は所定条件により、厳格に許可。第2子の割合を10%以内に抑える	北京、天津、上海、四川、江蘇
	II 第1子目が女児の場合、出産間隔は4～5年。母親が28歳以上	河北、内蒙古、山西、遼寧、吉林、黒龍江、浙江、安徽、福建、江西、山東、河南、湖北、湖南、広西、貴州、陝西、甘肅
	III 第1子が男女を問わず、第2子の出産を許可	寧夏、雲南、青海、広東、海南
少数民族	I 転入した少数民族に対し、転入前の居住地から第2子出産許可を得ており、すでに妊娠している	北京、天津、上海
	II 都市と農村を問わず、夫婦双方が少数民族	河北、山西、内蒙古、吉林、黒龍江、安徽、福建、山東、広西、雲南、貴州、陝西
	III 都市と農村を問わず、夫婦双方のどちらかが少数民族	寧夏、青海
	IV 夫婦双方が少数民族で、どちらかが農民。または夫婦のどちらかが少数民族で双方が農民	遼寧、湖南

注：チベット自治区についてのみ条例はつくられていない、1987年以来制限はない。2002年時点ではチベット自治区のみ新しい条例の作成予定はない。  
 出所：馮国平・郝林娜「全国28個地方計画生育条例綜述」『人口研究』1992年4期より作成

出典：若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』ミネルヴァ書房、p130

## 「計画生育」に関する研究資料

若林敬子（2005）『中国の人口問題と社会的現実』  
小浜正子（2020）『一人っ子政策と中国社会』

### 【規制緩和の流れ】

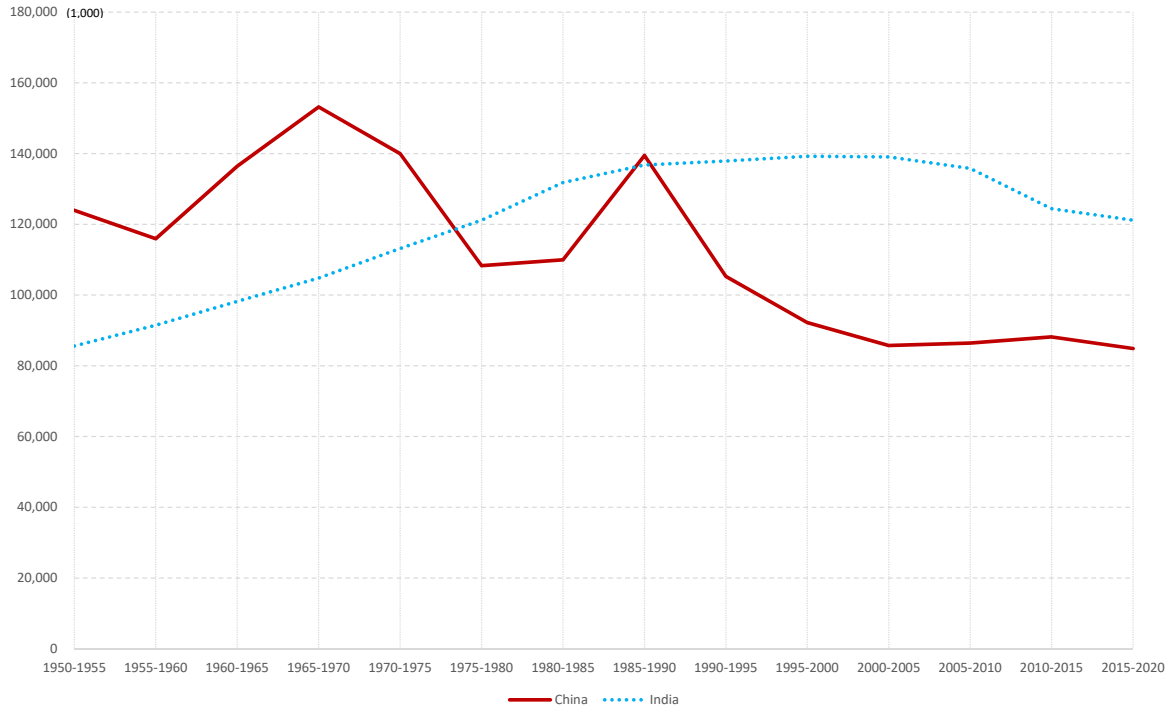
- 2001年 「人口・計画生育法」
- 2003年 「国家計画生育委員会」→「国家人口・計画生育委員会」
- 2013年 夫婦どちらかが一人っ子の場合の第2子出産を承認
- 2016年 「人口・計画生育法」改訂：第2子出生の合法化

### 【計画生育に起因する課題】

- ・人口高齢化
- ・若年労働力の不足懸念
- ・“小皇帝”と「4 2 1家庭」
- ・“黒孩子”と男女性比の歪み
- ・“失独家庭”
- ・2013年『改正高齢者権益保障法』

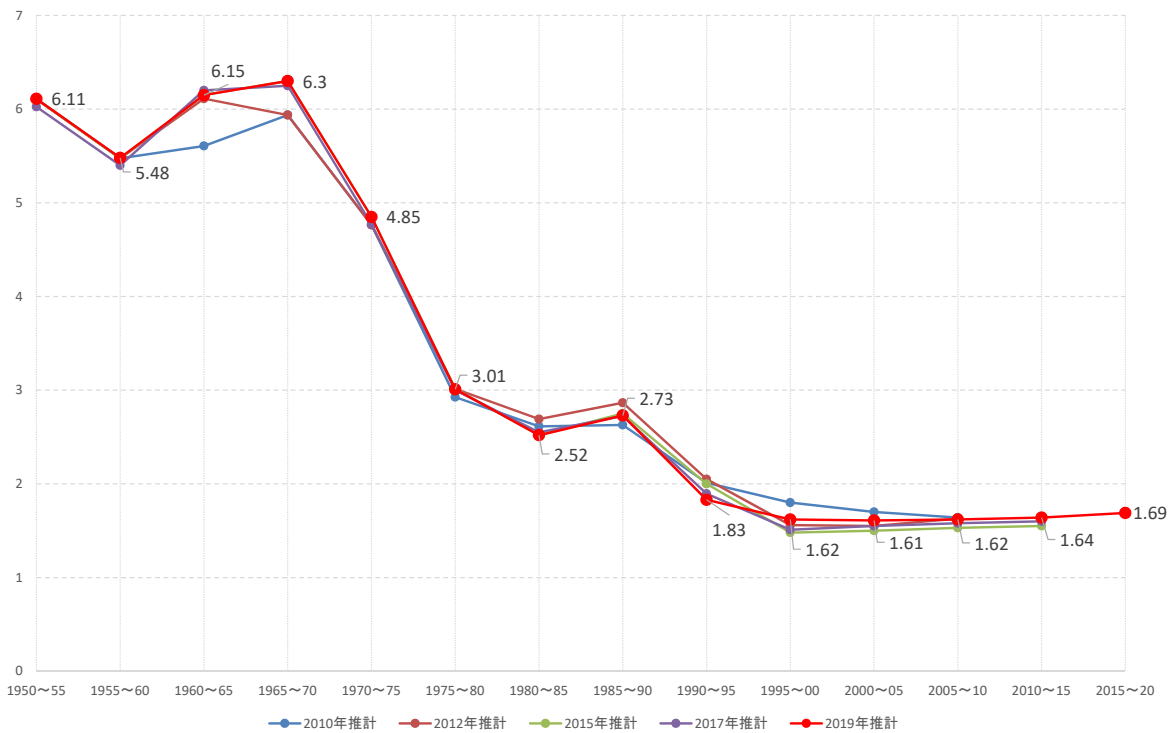
※少子化を加速させる要因  
(未婚化、住宅事情、大卒者の就職・・・)

## 出生数の推移



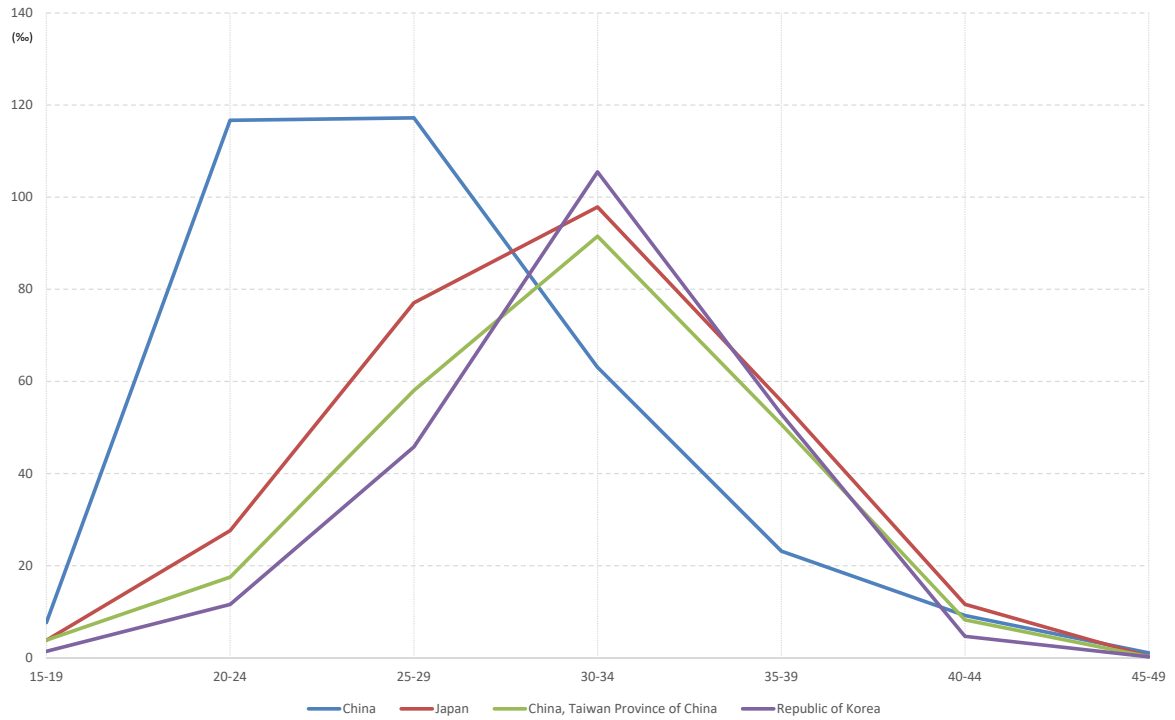
UN Population Prospects 2019.

## 中国の合計特殊出生率



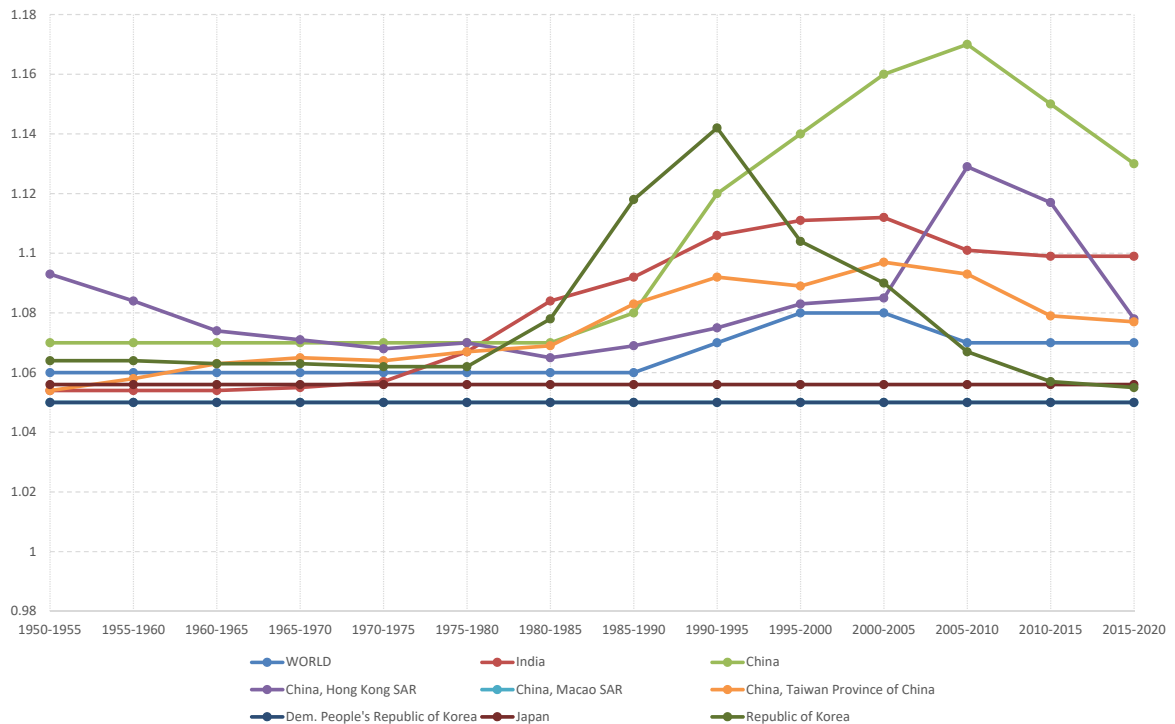
UN Population Prospects 2019.

### 年齢別出生率 (2015~2020)



UN Population Prospects 2019.

### 出生性比 (2015~2020)



UN Population Prospects 2019.

## 中国の戸籍制度と国内人口移動

household registration system and internal migration in China

『食料資源と人口』p.38  
「人口問題と人口政策」  
p.330「出生促進政策  
と出生抑制政策」p.332

中華人民共和国（中国）は、社会主義体制のもと国民の生活水準の向上を目標に経済発展を目指してきた。中国の戸籍制度は、計画生育政策（母体保護、子どもの健全育成、家計の安定、生活水準の向上等を目的として行われる出生管理政策）と併せて経済発展を達成するための基盤として人口政策の一翼を担ってきた。

●「戸口」：中国の戸籍制度とは 中国には戸口と呼ばれる戸籍制度がある。戸口とは住戸および人口の総称で、日本における戸籍と住民登録の機能を併せもつ。「中華人民共和国戸口登録条例」が1958年に公布されて以降、中国国民の生活はこの法律のもとにある。出生登録を機に戸口がつくれ、就学や就職、結婚、住所の変更、および死亡など、異動を伴うライフイベントが発生するたびに公的な登録機関への届け出が必要となる。戸口の登録内容と実態が異なると公的な施設やサービスの利用ができない。出産許可、学校等への入所・入学、通院・入院、住宅や食糧等の分配など、戸口所在地でなければ提供されない。日本の戸籍との大きな違いは、戸口上の登録内容の変更が自由にできないことにある。住所地の移動でいえば、戸口が農村にある者が都市に移転する場合、都市労働部門の採用証明書、学校の入学証明書、または都市における戸口登録機関の転入許可証明書を提示して、農村常住地の戸口登録機関に転入手続きをしなければならない。また、常住地の属する市・県の範囲外の都市に三日以上滞在（暫住）する場合、本人または暫住地の管理・責任者が公安で「暫住登録」をしなければならない。再び都市を離れるときは暫住登録を抹消するための申請をしなければならない。そのため、とりわけ農村に戸口をもつ者は都市に住むことはいうまでもなく、短期間滞在することさえ制限された。この厳格な規制により中国における人口移動は半強制的に抑制されてきた。このような条例ができた背景には、建国直後のいまだ発展途上の中国において無宿・無職者が都市にあふれることを防ぎ、逆に都市に十分な食糧と資源の供給ができるよう労働力を農村につなぎとめる必要性があったことなどがあげられる（若林 2005）。

●中国における人口移動の歴史 『中国統計年鑑』によれば、1949～57年は人口移動が急速に増加した時期とされ、この9年間に1665万人が農村から都市に流入したと推計されている。その後、1950年代後半から70年代にかけて「人民公社」の設立、「大躍進」「文化大革命」が展開されるなど、政策的に人口移動がコントロールされる時代を経る。そして、80年代に入り「改革開放」政策が展開されるようになると都市と農村のあらゆる生活環境面での格差が顕在化し、農村でも「人民公社」が正式に廃止、都市では公的な許可がなくともお金さえあれば日

常必需品の多くが市場を通じて入手できるようになった（馮 2009）。そして、戸口制度にとらわれることなく農村から都市に移動する人口が急増した。統計上でも戸口所在地と実際の居住地が分離する人口の増加が確認されており、その多くが農村戸口のまま都市で単純労働に従事しているとみられる。現住地が登録と異なる人口は、1982年657万人、1990年2135万人、1995年8000万人、2000年1億229万人（若林・斎 2012）、そして2010年には2億2100万人と推計されている（数値は人口センサス等の調査結果より）。政府の管理を超えて激増する人口移動は、80年代半ばに「盲流」（盲目的な人の流れ）、90年代初期からは「民工潮」（出稼ぎ労働を目的とする農村から都市への大規模な人口移動）と呼ばれ、この現象に対する国内の評価にも変遷が読みとれる。

都市問題の発生や戸口制度の形骸化などが懸念される中、中国政府は既存の厳格な農村・都市の二元的戸口制度を緩和しつつ法的な実効性は担保する方向で段階的に変更を加えている。都市と農村の中間的な位置づけの小城鎮（小都市）を中心に「郷鎮企業」（農村における非農業事業）の建設を促進し、農村住民の移住を誘導する政策もその一環ととらえることができる。

●人口流動化と戸口制度の課題 一方、都市戸口を取得しないまま都市で生活を続ける人口が増加することで新たな課題が生じている。都市戸口をもたない子どもは、乳幼児期の医療や生活保障などの行政サービスを受けにくく、公的に認可・認証された保育や教育を受ける資格ももたない。そのため、民間機関や個人が非公式に運営するサービスを利用することになる。現在、上海市や北京市などでは「民工子弟学校」の取り組みが注目を集めているが、根本的な解決策とは言いがたい。「黒孩子」と呼ばれる無戸口児童に至ってはさらに深刻な状況にあると考えられる。（両）親が都市に出て働き、子どもだけが農村の戸口所在地に他の親族等とともに暮らすといった「留守児童」世帯も報告されている。さらに、農村戸口しかもたない者は都市において社会保障を受ける権利ももたないことから、労働者であっても困難な生活を強いられるリスクが高い。他方、年老いた親を農村に残したまま子ども夫婦が都市に出てしまうことで、「空巣家庭」と呼ばれる、単身高齢者または高齢夫婦のみの世帯が農村において増加していることも社会問題視されている。

移動の自由化が不可避の状況下で、戸口制度の形骸化は、既存の出生管理や今後新たに全国展開が見込まれる医療・年金・介護等の各種保険制度にも多大な影響を及ぼす。戸口制度によって人口移動をコントロールするという一種の人口政策は大きな転換期を迎えているといえる。また、地域間格差、とりわけ都市・農村間格差への対応は、地理的、歴史的に中国が抱えている特殊課題でもある。安定社会の構築に向けて今後の動向が注目される。 【佐々井 司】

### 「中国の戸籍制度と人口移動」に関する資料

厳善平（2010）『中国農民工の調査研究』  
馮文猛（2009）『中国の人口移動と社会的現実』

目的：人口移動をコントロール

経済成長のための地域人口分布、人口構造  
地域間人口の補完関係

← 産業構造・就業状況、住宅事情

2014年

中国国務院「關於進一步推進戸籍制度改革の意見」（戸籍制度改革の更なる推進のための意見）  
“2020年までに都市戸籍と農村戸籍を合わせた居民戸籍（住民戸籍）に統一する改革方針”大卒で40歳未満であれば都市の戸籍を取得できるなどの緩和

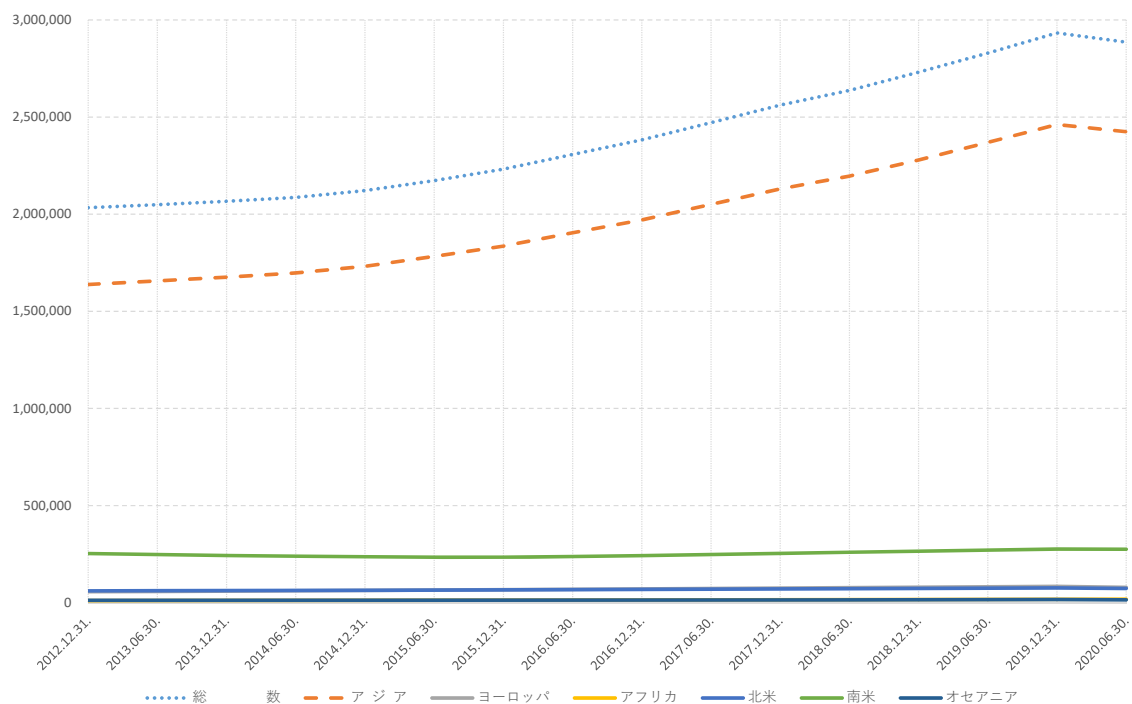


## 中国人口研究への問題提起

中国の人口変動が日本社会に及ぼす影響  
“補充移民”としての中国人口  
←中国における労働力需給  
中国における消費構造の変化

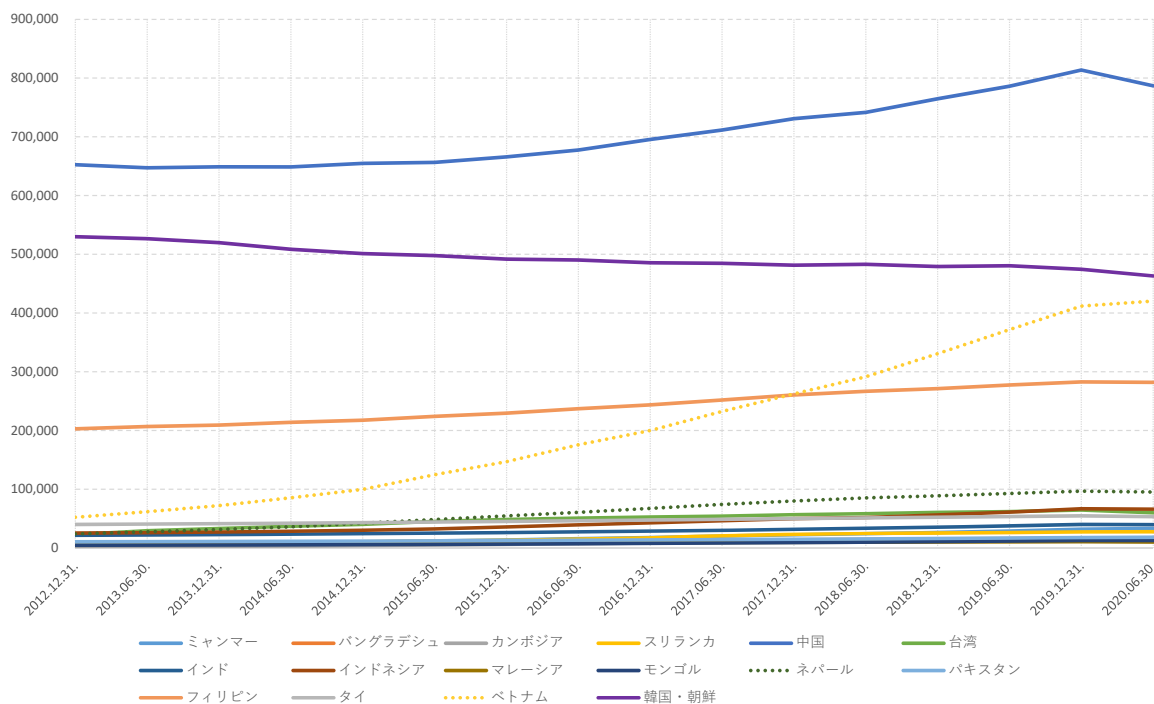
中国人口の行方  
少子高齢化と人口減少という課題  
※ 少子化、人口移動（地域間）、世帯・家族

## 在留外国人



出所：「在留外国人統計」

## 在留外国人（アジア諸国）



対日本人口0.5以上(y2020)	y1990	y2005	y2020	/Japan's	2005→20	TRF2015-2	Net Repro.	y1990→20	TRF1985-1	Net Repro
Ethiopia	47,888	76,346	114,964	0.909	1.51	4.30	1.91	1.59	7.37	2.44
Democratic Republic of the Congo	34,612	54,786	89,561	0.708	1.63	5.96	2.47	1.58	6.71	2.32
Nigeria	95,212	138,865	206,140	1.630	1.48	5.42	2.08	1.46	6.60	2.19
Turkey	53,922	67,903	84,339	0.667	1.24	2.08	0.99	1.26	3.39	1.44
Bangladesh	103,172	139,036	164,689	1.302	1.18	2.05	0.96	1.35	4.98	1.94
India	873,278	1,147,610	1,380,004	10.911	1.20	2.24	1.002	1.31	4.27	1.64
Iran (Islamic Republic of)	56,366	69,762	83,993	0.664	1.20	2.15	1.03	1.24	5.62	2.46
Pakistan	107,648	160,304	220,892	1.747	1.38	3.55	1.54	1.49	6.30	2.48
China	1,176,884	1,330,776	1,439,324	11.380	1.08	1.69	0.78	1.13	2.73	1.23
Japan	124,505	128,326	126,476	1.000	0.99	1.37	0.66	1.03	1.65	0.79
Indonesia	181,413	226,289	273,524	2.163	1.21	2.32	1.09	1.25	3.40	1.46
Philippines	61,895	86,326	109,581	0.866	1.27	2.58	1.20	1.39	4.53	2.02
Thailand	56,558	65,416	69,800	0.552	1.07	1.53	0.73	1.16	2.30	1.06
Viet Nam	67,989	83,833	97,339	0.770	1.16	2.06	0.94	1.23	3.85	1.73
Mexico	83,943	106,005	128,933	1.019	1.22	2.14	1.02	1.26	3.75	1.72
Brazil	149,003	186,127	212,559	1.681	1.14	1.74	0.83	1.25	3.14	1.41
Russian Federation	147,532	143,672	145,934	1.154	1.02	1.82	0.87	0.97	2.12	1.00
United Kingdom	57,134	60,288	67,886	0.537	1.13	1.75	0.85	1.06	1.84	0.88
France	56,667	61,120	65,274	0.516	1.07	1.85	0.90	1.08	1.80	0.87
Germany	79,054	81,603	83,784	0.662	1.03	1.59	0.77	1.03	1.43	0.69
United States of America	252,120	294,994	331,003	2.617	1.12	1.78	0.86	1.17	1.91	0.92
WORLD	5,327,231	6,541,907	7,794,799	61.630	1.19	2.47	1.10	1.23	3.44	1.44
More developed regions	1,145,508	1,209,215	1,273,304	10.068	1.05	1.64	0.79	1.06	1.81	0.87
Less developed regions	4,181,723	5,332,692	6,521,494	51.563	1.22	2.59	1.15	1.28	3.90	1.61
Nepal	18,905	25,745	29,137	0.230	1.13	1.93	0.89	1.36	5.33	1.98
Sri Lanka	17,326	19,545	21,413	0.169	1.10	2.21	1.07	1.13	2.64	1.22
China, Hong Kong SAR	5,728	6,770	7,497	0.059	1.11	1.33	0.64	1.18	1.36	0.65
China, Macao SAR	344	483	649	0.005	1.34	1.20	0.58	1.40	2.00	0.95
China, Taiwan Province of China	20,479	22,706	23,817	0.188	1.05	1.15	0.55	1.11	1.77	0.83
Dem. People's Republic of Korea	20,293	23,904	25,779	0.204	1.08	1.91	0.90	1.18	2.36	1.08
Republic of Korea	42,918	48,701	51,269	0.405	1.05	1.11	0.54	1.13	1.57	0.71
Malaysia	18,030	25,691	32,366	0.256	1.26	2.01	0.96	1.42	3.67	1.72
Myanmar	41,335	48,950	54,410	0.430	1.11	2.17	0.997	1.18	3.78	1.55
Singapore	3,013	4,266	5,850	0.046	1.37	1.21	0.58	1.42	1.70	0.81

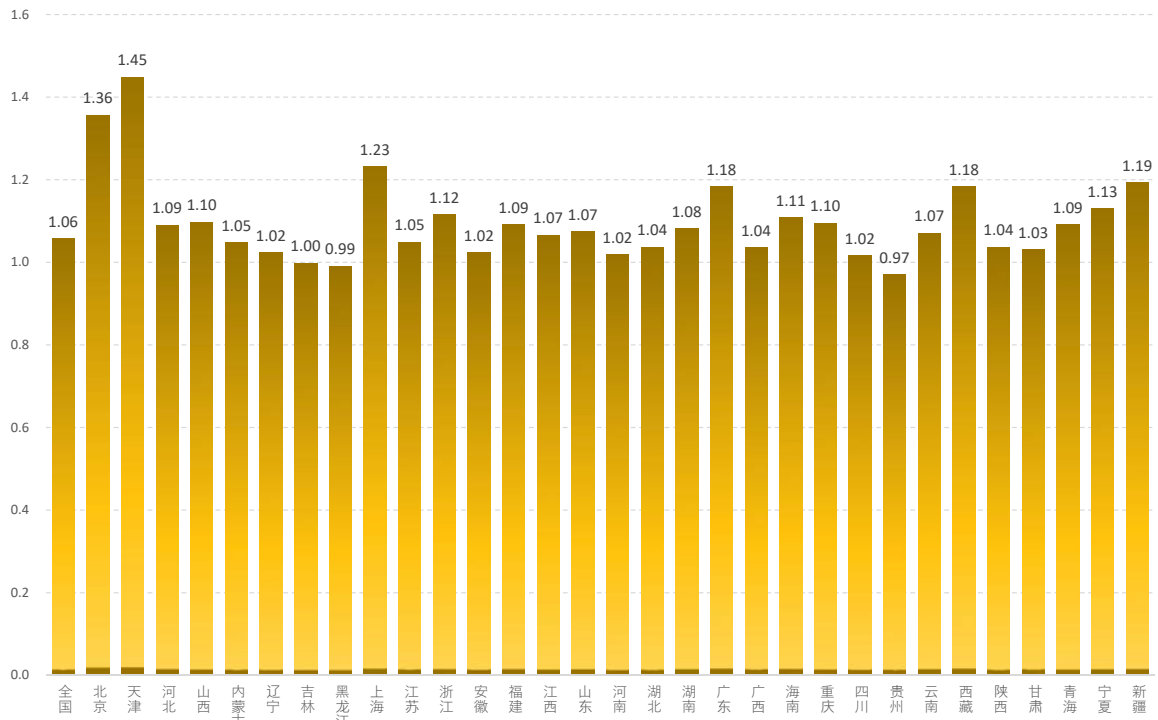


海外在留邦人（令和元(2019)年10月1日現在）

	地域	国(地域)名	全体集計	長期滞在者	永住者	(%)	累積
1	Ⅲ 北米	米国	444,063	233,058	211,005	31.5	31.5
2	I アジア	中国	116,484	112,533	3,951	8.3	39.7
3	Ⅱ 大洋州	オーストラリア	103,638	44,712	58,926	7.3	47.1
4	I アジア	タイ	79,123	77,357	1,766	5.6	52.7
5	Ⅲ 北米	カナダ	74,687	28,361	46,326	5.3	58.0
6	Ⅵ 西欧	英国	66,192	41,523	24,669	4.7	62.7
7	V 南米	ブラジル	50,491	3,980	46,511	3.6	66.3
8	I アジア	韓国	45,664	31,724	13,940	3.2	69.5
9	Ⅵ 西欧	ドイツ	44,765	32,735	12,030	3.2	72.7
10	Ⅵ 西欧	フランス	40,538	31,762	8,776	2.9	75.6
11	I アジア	シンガポール	36,797	33,506	3,291	2.6	78.2
12	I アジア	マレーシア	26,701	24,702	1,999	1.9	80.1
13	I アジア	台湾	25,678	21,730	3,948	1.8	81.9
14	I アジア	ベトナム	23,148	22,828	320	1.6	83.5
15	Ⅱ 大洋州	ニュージーランド	22,047	11,075	10,972	1.6	85.1
16	I アジア	インドネシア	19,435	18,297	1,138	1.4	86.5
17	I アジア	フィリピン	17,753	11,872	5,881	1.3	87.7
18	Ⅵ 西欧	イタリア	14,937	9,875	5,062	1.1	88.8
19	Ⅳ 中米	メキシコ	12,600	9,848	2,752	0.9	89.7
20	Ⅵ 西欧	スイス	11,734	5,723	6,011	0.8	90.5
21	V 南米	アルゼンチン	11,519	586	10,933	0.8	91.3
22	Ⅵ 西欧	オランダ	10,607	8,409	2,198	0.8	92.1
23	I アジア	インド	10,294	9,983	311	0.7	92.8
24	Ⅵ 西欧	スペイン	9,475	6,344	3,131	0.7	93.5
25	Ⅵ 西欧	ベルギー	6,074	4,342	1,732	0.4	93.9
		合計	1,410,356	891,473	518,883	100.0	100.0

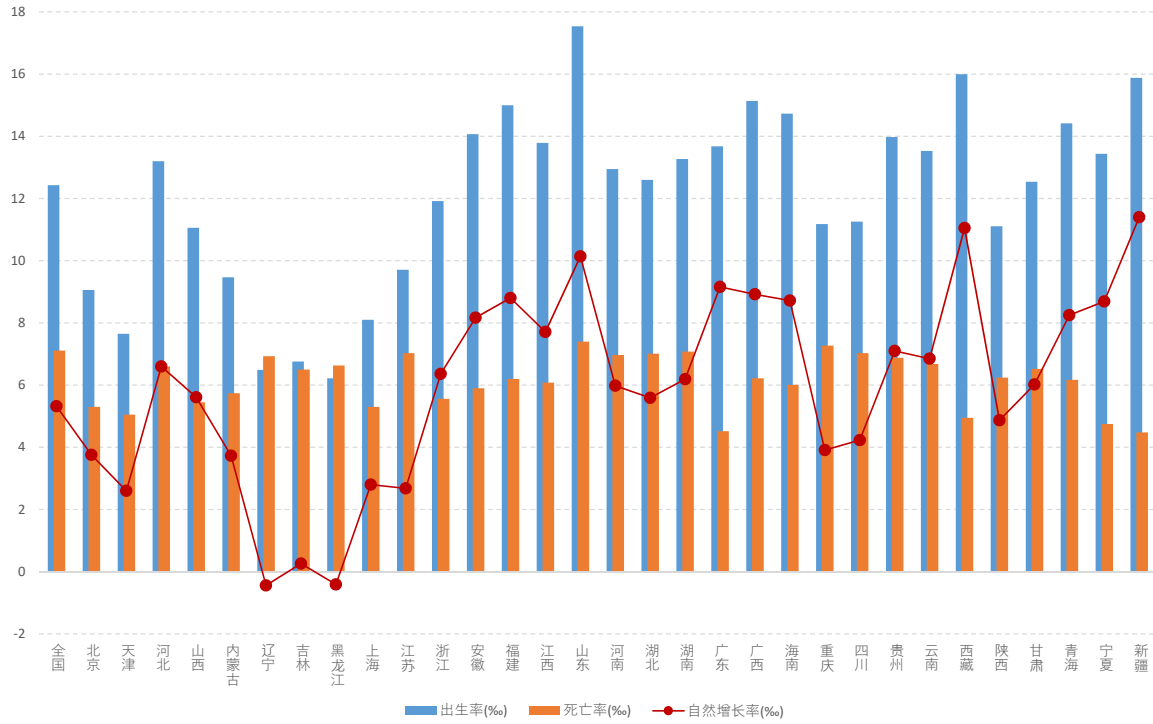
出所「海外在留邦人数調査統計（令和2年版）」

人口増加（2006～17年）



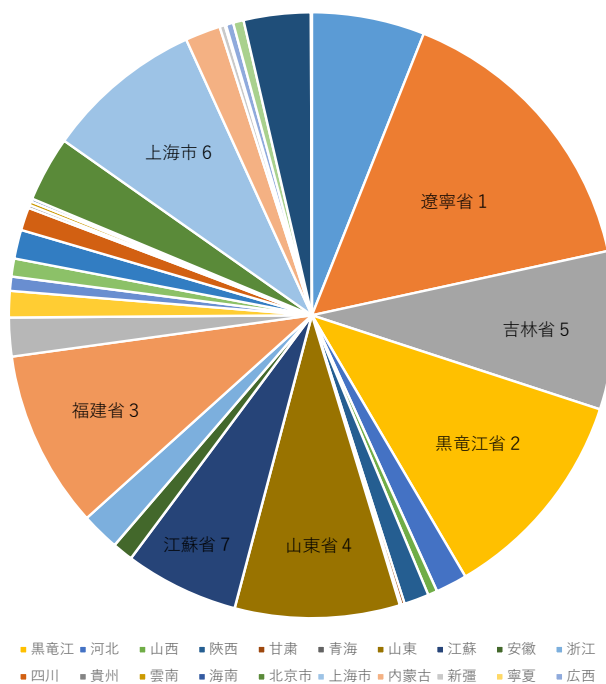
出所：中国統計年鑑2018

### 人口増加（2017年）



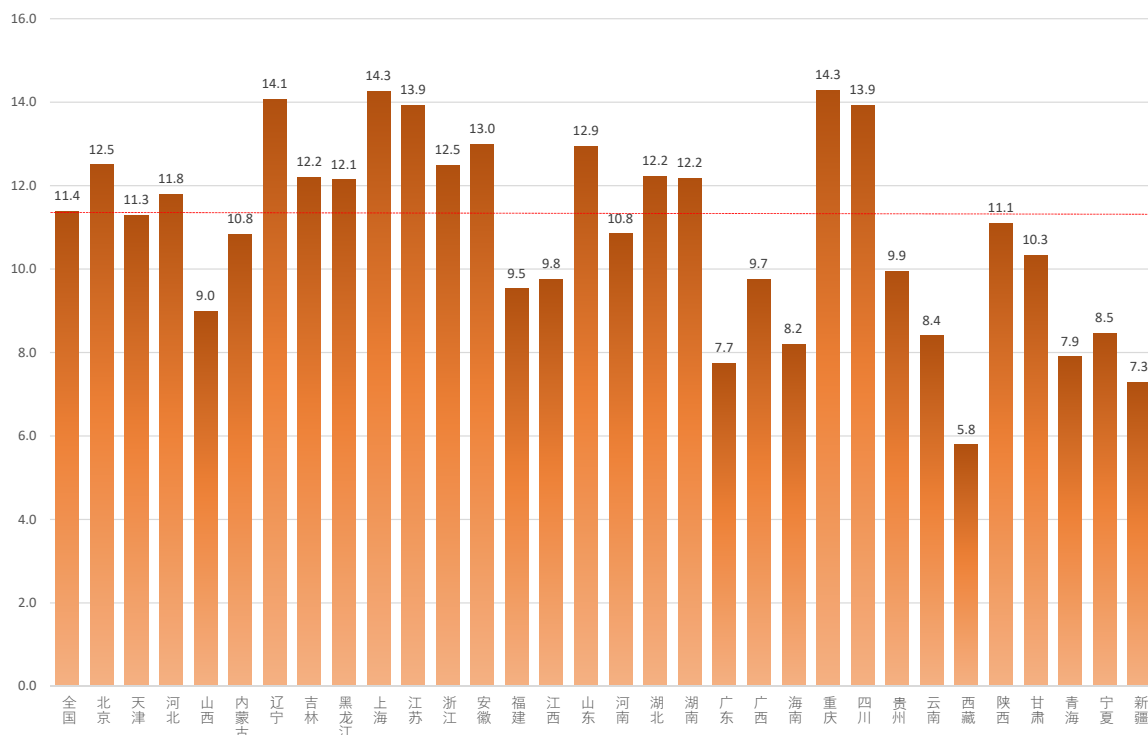
出所：中国統計年鑑2018

### 本籍別・外国人登録者（2011年）



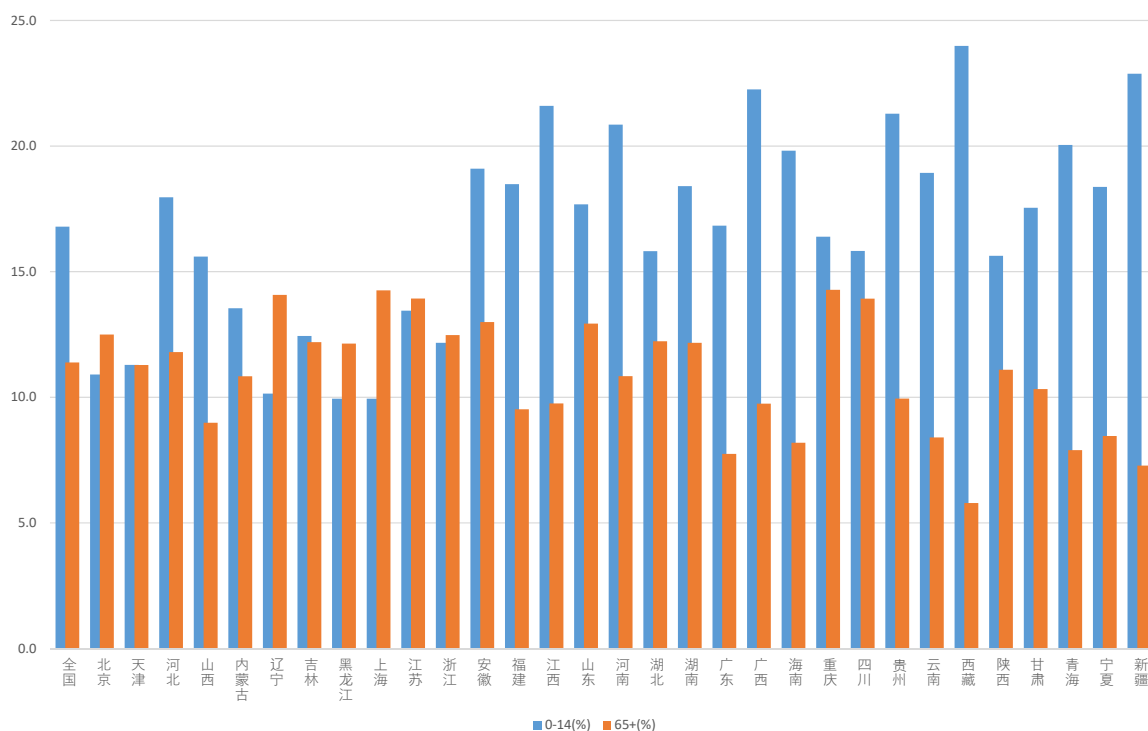
出所：登録外国人統計（2011年）

### 高齢者(65歳以上) 人口割合 (2017年)



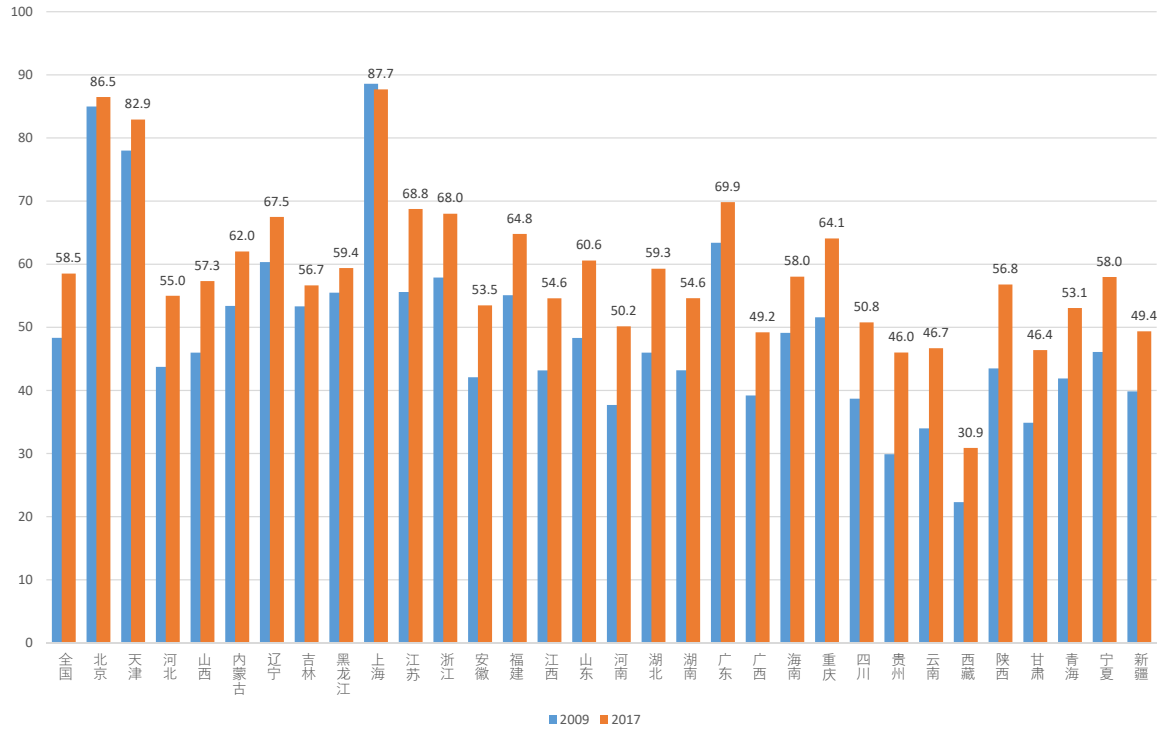
出所：中国統計年鑑2018

### 0~14歳、65歳以上人口割合 (2017年)



出所：中国統計年鑑2018

## 都市人口割合（2009、2017年）



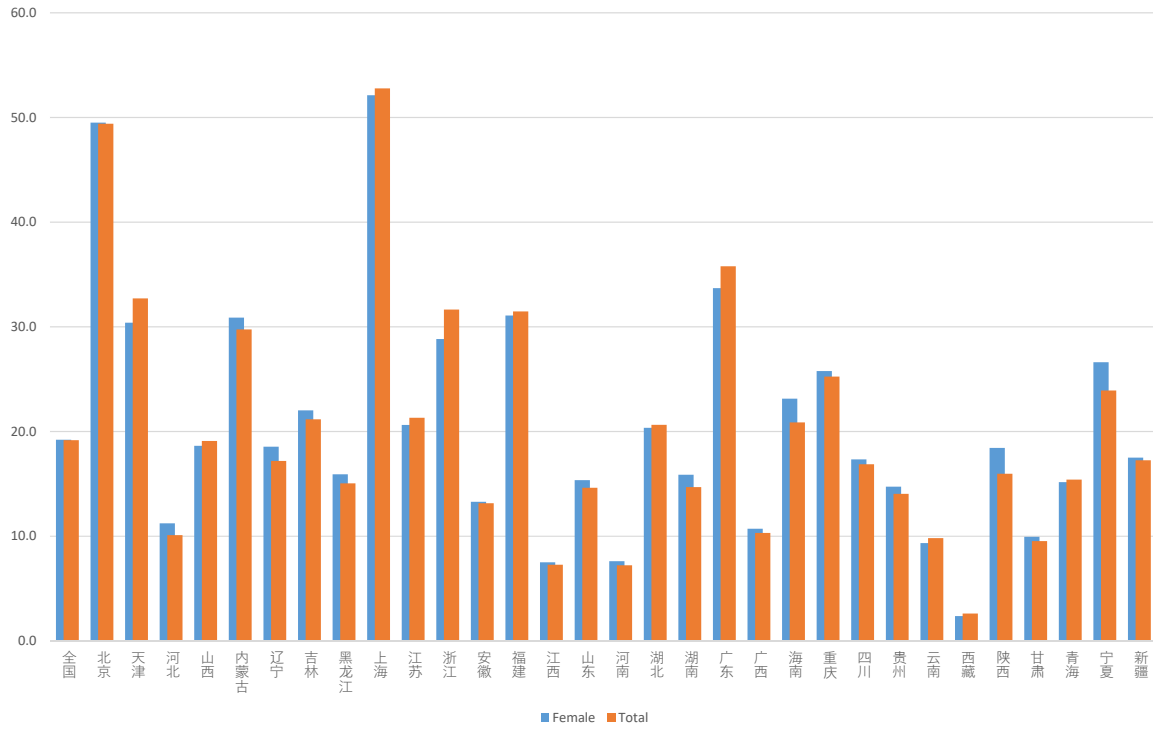
出所：中国統計年鑑2018

## 流動人口

年次 Year	(単位：億人)	
	人戸分離人口 (Population of Residence- Registration Inconsistency)	流動人口 (Floating Population)
2000	1.44	1.21
2005		1.47
2010	2.61	2.21
2011	2.71	2.30
2012	2.79	2.36
2013	2.89	2.45
2014	2.98	2.53
2015	2.94	2.47
2016	2.92	2.45
2017	2.91	2.44

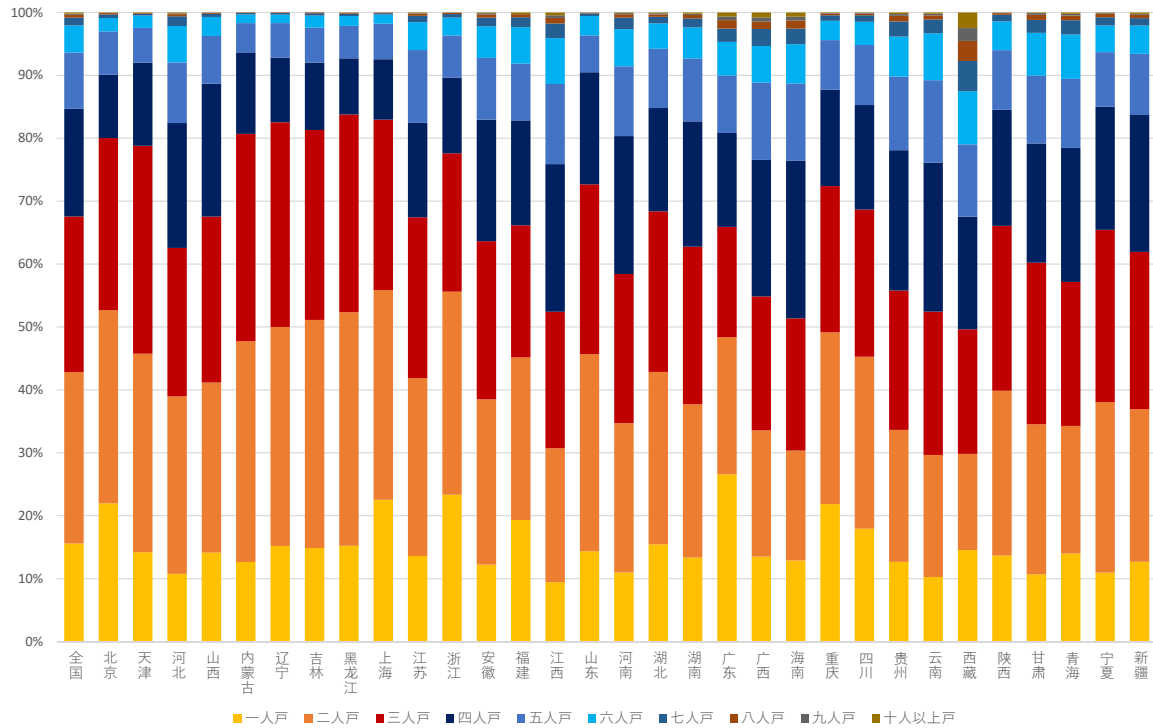
出所：中国統計年鑑2018

### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



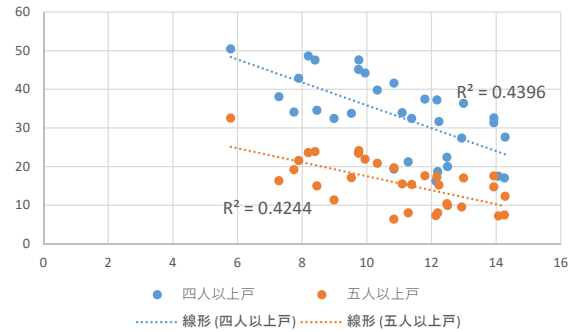
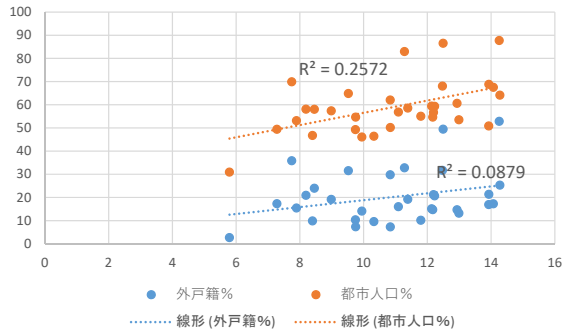
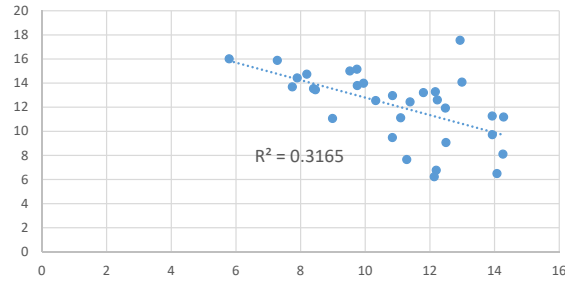
出所：中国統計年鑑2018

### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



出所：中国統計年鑑2018

出生率(‰)



中国の人口政策  
 計画生育、戸籍管理  
 地域別人口の推移からみた中国の課題

中国の人口変動と日本への影響

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

- 少子化
- 世帯
- 人口移動（地域間移動）
- ←共に住宅事情と関連
- plus
- 経済成長と財政、税制
- 就業状況、雇用形態、健康状態、学歴・教育
- 保険料に影響する要因（男女・年齢別の個人所得

中国人口に関する研究の視点  
 中国人口研究への問題提起

- 中国の脅威？
- 中国の人口変動が日本社会に及ぼす影響
- 中国国内の課題

国連人口統計等を用いた定量分析

# 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 –

竹沢 純子

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

わが国の妊産婦・新生児死亡率は極めて低く、周産期・新生児医療は世界のトップレベルにあるといわれる。しかし、死亡率のみをもって保健医療サービスの「質」を評価することは十分ではない。安全かつ効率的なサービスが産む女性と家族のニーズに応じて提供されているか〔ドゥブリーズ（2011）,p.185〕、リプロダクティブヘルス・ライツ（性と生殖に関する健康や権利）及びウェルビーイング（福祉）の観点からサービスの「質」に加えて「アクセス」「コスト」の面からも、総合的に評価すべきである<sup>1</sup>。これらの指標により先進諸国との比較で日本の保健医療サービスを評価した先行研究はあるが、保健医療サービスの下位制度である日本妊娠・出産に関わる保健医療サービス（以下、出産サービスという。）に焦点をあてた国際比較研究は見当たらない<sup>2</sup>。

一方、政治に目を向けると、菅政権下において少子化対策の一環として妊娠・出産に係る費用負担軽減に向けた動きが活発である。同政権の看板政策である不妊治療の保険適用拡大に加えて、与党議員の間で出産育児一時金の引き上げの動きがある<sup>3</sup>。これらの政策議論において国内の調査結果の活用もさることながら国際比較や海外の実証研究からのエビデンスを広く活用することにより、島崎（2011）が指摘するように、日本の優位性や課題が明らかになり、視野を自国に限定すると既成観念にとらわれ斬新なアイデアが浮かびにくいという状況に一矢を投じる可能性がある。

このような出産サービスをめぐる国際比較研究の必要性とその政策利用の可能性を背景として、本分担研究では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題を明らかにすることを目的とする。研究の初年度においては、予備的な検討を行う。

構成は次のとおりである。2節で出産サービスの国際比較に関する先行研究をレビューしその分析枠組・分析軸を検討する。3節では Fukuzawa and Kodate（2015）が示した日本の出産サービスの内容とそこでの国際比較に関する記述をもとに、関連する国際比較データや文献を参照しつつ、わが国の特徴について予備的に考察する。最後にまとめと今後の課題を述べて結びとする。

## 2. 先進諸国における出産サービスの国際比較に関する先行研究

本節では出産サービスの国際比較研究として2000年以降に刊行された3文献〔De Vries et al.（2001）、松岡・小浜（2011）、Kennedy and Kodate（2015）〕をレビューし、本研究における分析枠組み及び分析

1 島崎（2011）によれば、医療制度・政策の世界共通の目標（評価基準）はWHO（2000）が示した①医療の質②アクセス③コストであり、この目標に照らし自国のパフォーマンスを諸外国と相対評価することができる。

2 WHO（2000）は「質」「アクセス」「コスト」の3つの観点に照らし日本の医療制度は世界一と評価している。島崎（2011）は先進諸国との比較で見た日本の特徴について、低いコスト（対GDP比総保健医療支出）で高質の医療にアクセスできること、際立って多い病床数を少ない人口当たり医師数で担っていること、医療機器の台数が突出していることを挙げている。

3 菅総理は不妊治療の保険適用拡大を看板政策に掲げ、2021年1月から現行の助成制度を拡充し、22年4月からの保険適用開始が目指されている。加えて、自民党の議員連盟や公明党が出産育児一時金の引き上げを求める動きもあり、費用の実態を詳しく把握するための追加調査をした上で2022年度以降、引き上げを検討することが予定されている。

軸を検討する。

### (1) 文献の分析対象と概要

図1はILO102号条約（社会保障の最低基準）における出産給付とその関連費用の全体像を示している。上段は同条約に規定された出産給付（Maternity benefit）の定義とそれに該当する社会保障制度からの給付の日本の例、下段は同条約に明確に規定されていないが出産に関連する給付、右列は左列の給付に対応する自己負担分や家族や民間サービスによるケアの例を示している。

図1のうち橙色部分は現物給付（サービス）である。同条約において産前・分娩・産後ケアは医療の現物給付と規定されるが、日本の場合は正常分娩の費用が現物給付ではなく出産育児一時金として現金で給付されるため、現金と現物の両方にまたがる形で表している。以降、本稿ではこの現物給付部分を「出産サービス」と呼ぶ。

ILO102号条約における 出産給付の種類・定義		社会保障制度からの給付（日本の例）		自己負担/家族ケア （日本の例）
		社会保険	公費負担	
現金	妊娠・分娩に起因する法定労働停止を給付事由とする定期金	出産手当金 （標準報酬月額×2/3、産前産後14週間）		
	医療 （現物）	医師または有資格助産師による産前・分娩・産後ケアと必要な場合の病院への収容	出産育児一時金 42万円 ・正常分娩 ・12週以降の経済的理由ではない中絶と死産・流産の場合	出産育児一時金を超える正常分娩費 （無痛分娩等のオプション費）
		帝王切開等の異常分娩 ・妊娠出産関連疾病の療養給付（3割自己負担）	出産扶助（実費支給、上限あり）	保険適用外の超音波検査等の費用 保険適用外の出生前診断費
			妊婦健診（14回前後）	
【ILO条約に明確に規定されていない出産関連の給付】				自己負担/家族ケア（日本の例）
現物	家族計画・生殖補助医療に関する費用	一般不妊治療（うちタイミング指導）	保険適用外の不妊治療（人工授精、顕微授精、体外受精）に対する助成	保険・助成適用外の不妊治療費、避妊費用、中絶費用（11週以前、12週以降で経済的理由の場合）
現物	産前産後期の家族に対する支援		妊娠・出産包括支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、両親学級	産前産後サポート（里帰り出産、民間サービス）助産師母乳ケア
現金	育児休業中の所得保障	育児休業給付		

図1 先行研究の対象

#### ① De Vries et al. (2001)

図1の水色点線囲み部分はDe Vries et al. (2001)が扱う範囲である。同書は産前・分娩・産後ケアについて、北米2カ国（アメリカ、カナダ）と欧州7カ国（イギリス、ドイツ、フランス、オランダ、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン）の計9カ国うち、各章の内容を論じるに適した数カ国を取り上げて比較している。日本を含むアジア諸国は比較対象に含まれていない。

同書は国際比較の明確な分析枠組みは設けていないものの、マクロ、メゾ、ミクロの社会の各々のレベルにおける出産サービスに関わる政治的・社会的関係に焦点をあて、社会学を中心に助産学、文化人類学等の学際的な29名の執筆陣がそれぞれの角度から比較分析を行っている。社会レベルごとの三構成であり、第1部「出産ケアの政治」ではマクロレベルにおける出産ケアサービスの制度設計における政治と利益団体の役割、第2部「ケアの提供」ではメゾレベルにおける専門職集団の形成と制度内での職業間の競争について、特に助産師に着目して各国の歴史的な経緯をたどり比較考察している。第3



部「社会・技術・ケア」ではマイクロレベルにおけるサービスの受給者のアクセスと利用、医療技術がもたらす助産師の仕事と出産女性の経験の変容を扱っている。

## ② 松岡・小浜 (2011)

図1の赤点線部分を対象とする松岡・小浜(2011)は文化人類学の観点から医療として提供される産前・分娩・産後ケアに加えて、その周縁部に存在する退院後の母子の生活そして産婦の背後にいる家族や親族のネットワーク、助産師や伝統的な産婆によるケアなどの出産の民俗や文化に着目する点の特徴である。本書は先進国と途上国の両方を対象とし、アジア13カ国(日本、中国、韓国、タイ、カンボジア、ミャンマー、ネパール、ベトナム、ラオス、マレーシア、インドネシア、インド、アフガニスタン)、欧州7カ国(ドイツ、フランス、オランダ、スイス、ハンガリー、スウェーデン、フィンランド)、北米・南米2カ国(アメリカ、パラグアイ)、その他2カ国(パラオ、モロッコ)の計24カ国である。

同書の一章として前出書の編著者であるレイモンド・ドゥブリーズ(Raymond De Vries)がオランダとアメリカの出産ケアの違いを対比させて論じている〔ドゥブリーズ(2011)〕。オランダは「協働」、アメリカは「競争」がその原理であるが、両制度を比較するとオランダの「協働」の方が望ましいと結論付けている。その理由として、協働の方がケアの質が高く、医療資源を効率よく使うことができ、女性の自由が保障されるとともに、女性が選択でき、出産ケアを提供する医師と助産師の関係も良好であることが挙げられている。

## ③ Kennedy and Kodate (2015)

図1の緑点線部分を範囲とするKennedy and Kodate(2015)は現物給付と現金給付の両方を含み最も分析対象が広い。同書は出産サービスの先行研究として、比較社会政策・福祉国家研究、保健医療サービス研究、出産サービスと政策研究、の3領域をレビューしたうえで、分析軸(表1)を設定している。比較対象国は、エスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕に該当する国(ニュージーランド、アイルランド、アメリカ、オーストラリア、スコットランド、カナダ、ドイツ、オランダ、スウェーデン)に加えて南欧(イタリア)、東アジア(日本)を含む先進11カ国である。国ごとに一章で構成され、共通の分析軸(表1)に沿って論じている。

## (2) 3文献の貢献と限界

これらの3つの文献は、先進諸国において出産サービスとその政策に関する学術的関心が低調である中〔Kennedy and Kodate(2015)〕、各国の出産サービスの多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している貴重な研究である。

その一方で、これらの研究に共通する限界は、Kennedy and Kodate(2015)及び松岡・小浜(2011)は単独の国の事例、De Vries et al.(2001)は章ごとに数カ国を比較考察するにとどまり、「国際比較研究」としての結論部分、すなわち各国の特徴の整理・考察がない。De Vries et al.(2001)と松岡・小浜(2011)は各国共通の分析軸も設けておらず、そもそもそのような結論の形は目指していないと推察される。しかし、国際比較研究の代表的な分析枠組みである比較福祉国家研究を主要な先行研究とし、各国の章が共通の分析軸に沿って執筆されているKennedy and Kodate(2015)もあってしかるべき結論が存在しない。比較福祉国家論の枠組みのもとで出産サービスはどのように類型化されるのか、また従来の研究、特にジェンダーセンシティブな類型化と出産サービスの類型化は同じなのか否か、といった議論が想定されるが、行われていない。

こうした結果として、国際比較からみた日本の特徴についても、松岡・小浜(2011)及びKennedy and Kodate(2015)で若干記述があるものの、十分に考察されていない。

### (3) 先行研究を踏まえた本研究の方向性

先行研究を踏まえて本分担研究は以下の3段階のステップで進めることとしたい。第一に、図1のうち出産サービスを主たる分析対象として、Kennedy and Kodate (2015)の分析軸(表1)に沿って東アジア諸国(中国、韓国、台湾)の情報を収集・整理する。その際に、Kennedy and Kodate (2015)の分析軸について、東アジアの分析の場合に十分なものかという観点から、東アジアを扱う福祉レジーム論や保健医療サービスの比較研究などの関連する先行研究を総ざらいして、再検討する。

第二に、日本と東アジア諸国、さらに及びエスピン・アンデルセンの福祉レジーム3類型〔Esping-Andersen(1990)〕の代表的な国かつ特徴的な出産サービスを提供する国を数カ国(候補として、Kennedy and Kodate (2015)が取り上げている、ドイツ、オランダ、イギリス(スコットランド)、カナダ、アメリカ、スウェーデン)に比較対象を広げて、松岡・小浜(2011)の一章であるドゥブリーズ(2011)の競争と協働の二つのモデルの議論を参考に、類型化へと議論を進める。ドゥブリーズ(2011)は出産サービスの提供において特異な二カ国であるアメリカとオランダを取り上げて、「競争」「協働」の二つのモデルを提示している。上記の対象国がこの二つのモデルのいずれに近いのか、それとも全く異なるモデルとなりうるのか、という観点から、日本をはじめ他の国々を検討し類型化することが一つの方向性として考えられる。さらに、既存の福祉レジーム論における類型化と、出産サービスに着目した類型化で、各国の位置づけは同じなのか、変わるとすればなぜなのか、を解明することにより、出産サービスに着目した類型化の意義を明確にする。

第三に、第一、第二の分析をもとに、日本の出産サービスの特徴と課題について総括する。そこで明らかになった課題については、データや文献、ヒアリング等により分析を深める。分析課題候補としては、次節2項で取り上げている、日本の出産給付が出産育児一時金という現金給付形式であることの原因と問題点、国際的に見て日本の出産育児一時金は妥当な水準なのか、というテーマが挙げられる。

本分担研究の最終年度までに第三の総括までの実施を目指す。第三のうち日本の課題の分析については残る2か年での実施は難しいと考えられ、継続研究プロジェクトでの課題として挙げておく。

表1 日本の出産サービスの内容

分析軸	日本の出産サービスの内容
I 福祉レジーム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保守主義と自由主義の要素を持つ</li> <li>・家族主義（男性稼ぎ手モデル）</li> </ul>
II 保健医療制度	
制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・常用被用者を対象とする健康保険制度（大企業は組合健保、中小企業は協会けんぽ）、臨時・自営業等を対象とする国民健康保険、75歳以上を対象とする後期高齢者医療制度</li> <li>・自由選択制、自己負担は2-3割</li> <li>・国が定めた診療報酬制度</li> </ul>
支出	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民医療費、対GDP比ともに増加傾向</li> <li>・総保健医療支出 2010年 7.8%</li> </ul>
提供体制	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>人口千対医師数は少ないが、ベッド数は多い、長期入院が多い、診断機器の高い利用率</u></li> </ul>
養成・免許	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師は6年制、助産師資格は看護師資格が要件。</li> </ul>
III 出産サービス給付とその提供	
出産給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外。</li> <li>・異常分娩の場合は保険適用とされ、3割が自己負担。</li> <li>・正常、分娩の種別を問わず、出産育児一時金が支給される。</li> <li>・妊婦健診は公費負担</li> </ul>
出産場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自由選択。自宅出産も可。2011年で98.8%が医療機関、1%助産院、0.2%が自宅その他</li> </ul>
産科医、助産師数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>OECD平均より少ない。</u></li> </ul>
助産師の特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>・開業可能だが産科医及び病院との契約が必要</li> <li>・医療行為ができない</li> <li>・ガイドラインに従いリスクのある妊婦は産科医に転送が義務付け</li> <li>・独立性に欠ける</li> </ul>
IV 産前・分娩・産後のケアサービス	
産前ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市販の妊娠検査薬で判定後、産婦人科に行き、検査を受診。</li> <li>・妊娠の診断を受けたら自治体に登録し母子手帳の交付を受ける。妊娠から就学前までの成長や予防接種の記録を記載。</li> <li>・妊婦健診は23週まで4週毎、24週以降は2週毎、35週以降は毎週。妊婦健診の費用は2009年以前は数回分のみ、それ以降は14回程度が公費負担。ハイリスク妊婦や35歳以上妊婦は超音波検査は無料。</li> <li>・99%の妊婦が産婦人科を受診。助産師は産婦人科医院で雇われて産婦人科医の補助や妊産婦への教育や相談を担っている。助産師主導で妊婦健診を行う医療機関もある。</li> <li>・<u>妊娠中の疾病の場合においてもOECD平均より入院期間が長い傾向。</u>その費用は</li> </ul>

	健康保険が適用され、高額療養費制度により限度を超える負担が軽減される。
出産時ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康保険からの出産育児一時金 42 万円、うち 3 万円は産科医療保障制度の掛金</li> <li>都市部の出産費用は一時金を超えており、その分は自己負担。産後ケア訪問は自己負担。・低所得家庭に対しては出産扶助が給付される。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>分娩時ケアの産科医が主導するが、妊婦個人や家族に対するケアは助産師や看護師が担う。産前ケア同様に助産師の役割は各院における産婦人科との分担のあり方による。</li> <li>病院内助産センターは産科医不足をふまえて助産師主導の出産を提供することを企図している。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>帝王切開は増加傾向。2011 年 19.2%。</li> <li><b>無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。</b>2008 年で 2.8% 無痛分娩実施施設は 2800 施設のうちわずか 250 施設。</li> <li>正常分娩の場合、無痛分娩費用は自費</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>母乳率 2010 年 54%が完全母乳、39%が混合、7%がミルクのみ</li> </ul>
産後ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>日本では産後の入院期間が長め。</b></li> <li>東洋医学における産後ケアが女性の将来の健康に重要との考え方にに基づき産後一か月程度の回復期間専用の<b>産後ケア施設が普及している中国韓国とは異なり日本では普及していない。</b></li> <li>産前産後の数か月実家に戻りその近辺の産院で出産して退院後実家の世話になる里帰り出産の風習。近年は少なくなる傾向。退院後の育児等を担う夫も増えては来ているものの、育児休業の取得は少ない。その結果として産後の孤立が問題となっており、2013 年から非親族によるサービスの必要性を政府が認識し支援強化が打ち出された。産後ケアサービスの費用は健康保険の適用外。</li> </ul>
V 消費者の関与	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療内容よりも食事や部屋の快適さによって産院を選択する傾向がある。</li> <li>アドボカシー団体は 1990 年代に創設。</li> </ul>
VI リスクと権利	
選択する権利	<ul style="list-style-type: none"> <li>正常分娩は自費のため分娩する産院の選択は妊産婦と家族の選択となっている。その結果、日本の出産サービスの高い商品性が妊産婦を顧客にしている。</li> <li>その選択が自身の健康や幸福につながるには、高質で豊富な内容のデータベースにアクセスできることが必要。制度上は自由に産院が選べることになっているが、分娩時の介入や治療結果に関する情報が少ない中で選ばざるを得ない。</li> </ul>
不妊治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>不妊治療は所得や年齢の制限の下で一定の助成が受けられる。</li> </ul>
中絶	<ul style="list-style-type: none"> <li>適法な中絶は 23 週まで</li> </ul>

ジェンダー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・<u>ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。</u>直接患者に接するのは女性の看護師助産師であるが決定権は産科医にありその多くは男性である。</li> <li>・子育ては家族で行うべきでジェンダー化された役割のもと担われる。産後ケアが健康保険適用外である事実からも明らか。</li> <li>・産科医と助産師の特有の協業も伝統的なジェンダー役割を内面化したもの。</li> <li>・発展途上にある日本の福祉国家は試練にあり、その進行中の再編成は将来の出産サービスと政策のあり方に多くの影響を与える。</li> </ul>
-------	---

出典：Fukuzawa and Kodate (2015)に基づき作成。

### 3. 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴－先行研究とデータによる予備的検討

本節では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴についての予備的な検討として、国内外の先行研究<sup>4</sup>及び国際比較データを基に日本の特徴を探る。(1)では先行研究〔Fukuzawa and Kodate (2015)〕で指摘される点、(2)では同研究で指摘されていない点に関して、国際比較データ及び関連文献から日本の特徴について考察する。

#### (1) 先行研究で指摘される日本の出産サービスの特徴

Fukuzawa and Kodate (2015) では国際比較から見た日本の特徴として表1の下線の点を指摘している。主な特徴は表2の5点にまとめられる。以下ではこれらの点のうち関連データが入手可能なものに関し、国際比較からみた日本の位置を確認する。

表2 日本の出産サービスの特徴

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1) 人口に対して産科医・助産師数は少ない。</li><li>2) 妊娠中の疾病の場合及び産後の入院期間は OECD 平均より長い。</li><li>3) 里帰り出産に代表される通り産後は親族によるサポートが一般的で、産後ケア施設が普及している中国・韓国とは異なり日本では普及していない。</li><li>4) 無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。</li><li>5) ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。</li></ol> |
|---|

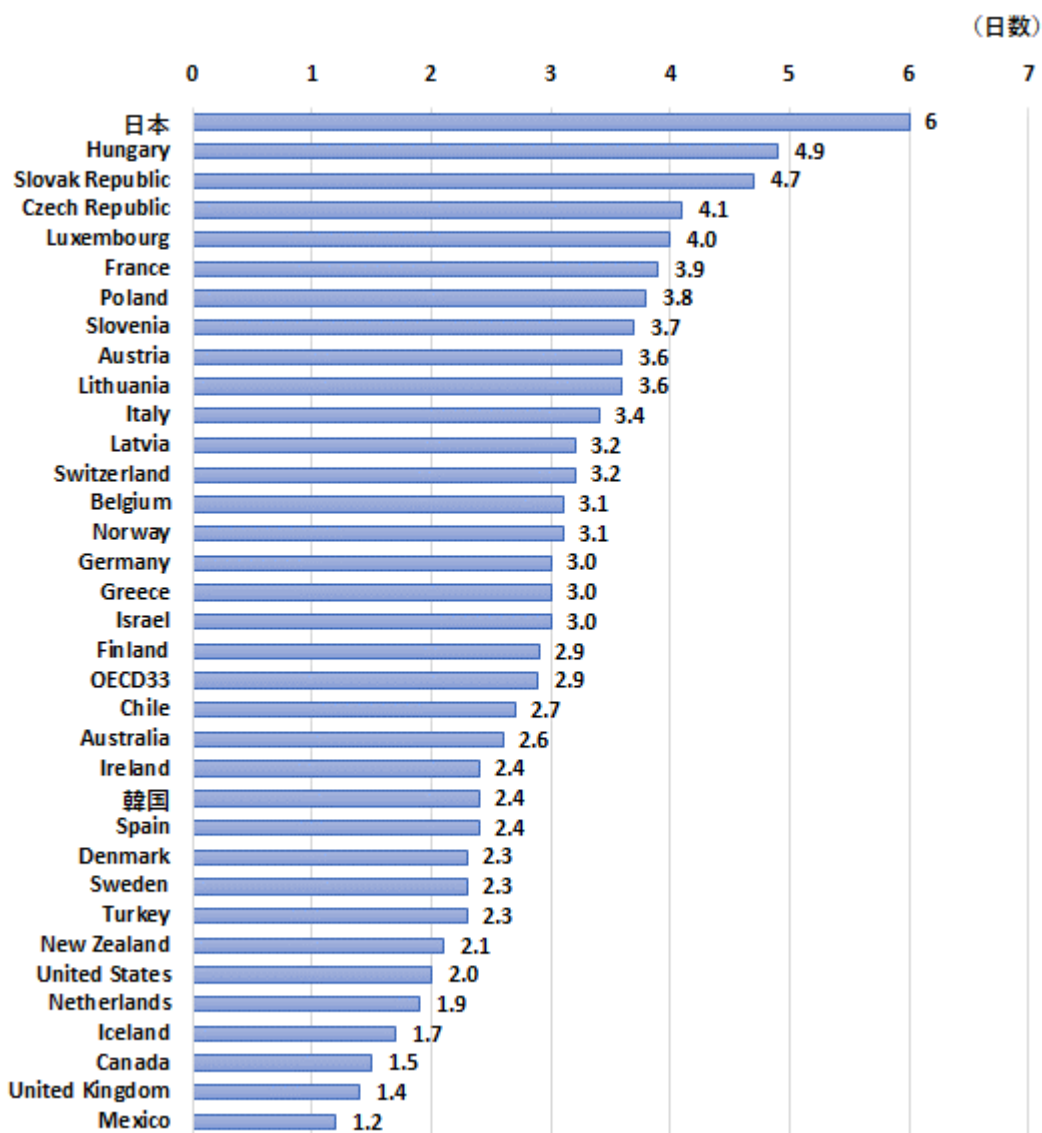
#### ①入院期間が長いこと (表2の2)

日本の正常分娩の入院日数は平均6日であり<sup>5</sup>、OECD 諸国の中でも飛びぬけて長いことが確認できる(図2)。他方で、Fukuzawa and Kodate (2015) も指摘しているように日本の一般の入院日数は OECD 諸国のなかでも長く、韓国も日本に次いで長い(図3)。日本(治療入院に限る)と韓国の一般の入院日数はともに上位であるのに対して、正常分娩の入院日数は日本が6日と最長に対して韓国は2.4日と平均よりやや短い点が注目される。この理由については、上記表2の3点目に挙げた産後ケア施設の利用が韓国では普及しており、短い入院日数で同施設に移っていることが考えられる。

日本の正常分娩の入院日数が諸外国と比べて異常に長いのはなぜなのか。次項の通り、日本の正常分娩費用は自由診療で相当分が出産育児一時金として健康保険から給付される。このような診療報酬制度下で診療内容の精査やコントロールが及ばず、入院日数の削減による費用抑制も進まないことが一因と考えられる。その他の要因としては、経膈分娩が多く母体の負担が大きく産後の経過観察のために入院日数を要すること、産後ケアが実母を中心とする家族頼みであり、夫の産休制度も普及しておらず、これらに代替する退院後に利用できる在宅ケアサービスも整っていないため入院の形でのケアとならざるを得ないことが挙げられる。

<sup>4</sup> ここで引用する先行研究及びデータは現段階で入手できた範囲のものであり、すべてを網羅しているものではない。

<sup>5</sup> 国民健康保険中央会 (2017) 『正常分娩分の平均的な出産費用について (平成28年度)』

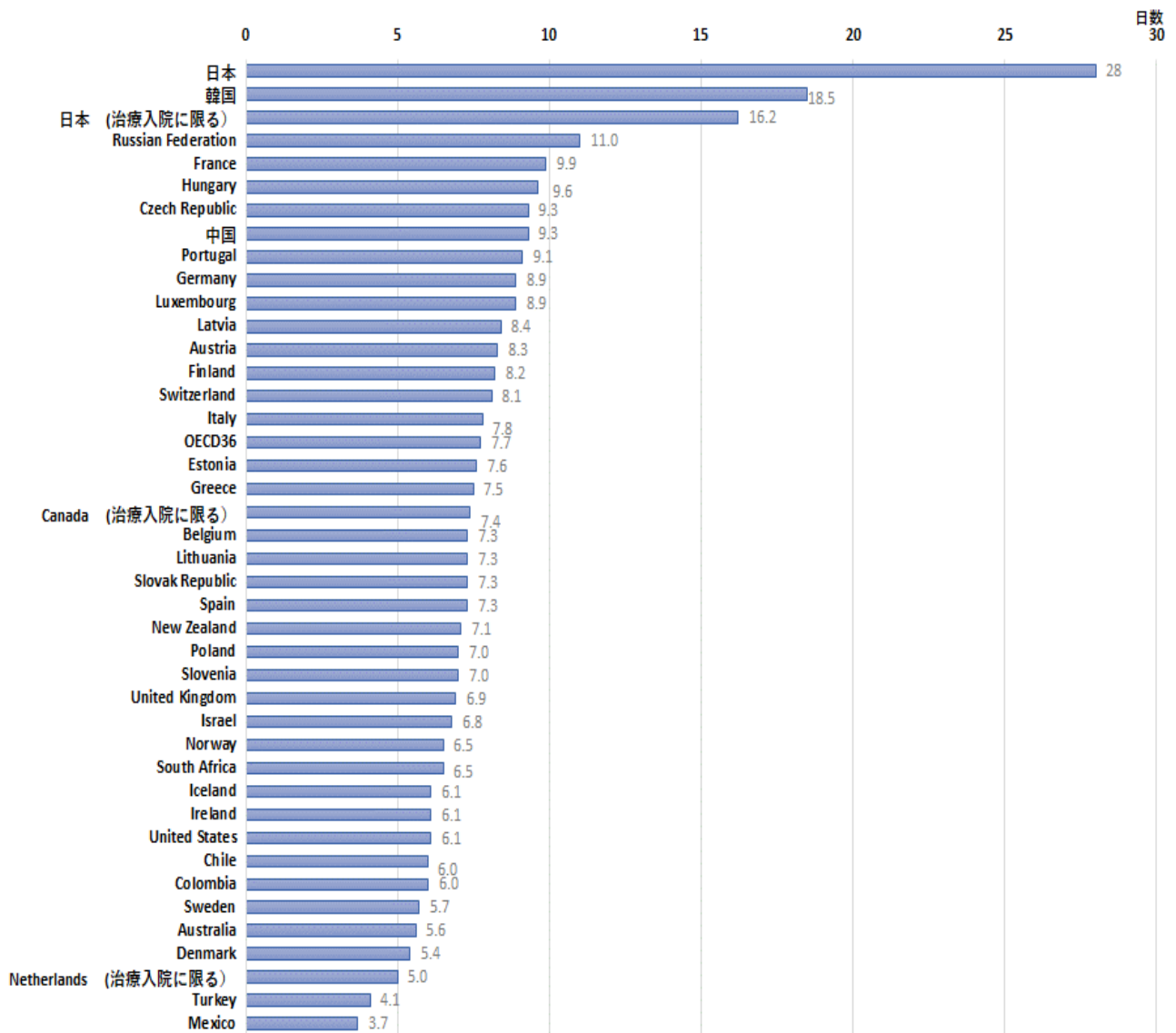


出典：OECD Health Statistics 2019.

日本は国民健康保険中央会（2017）『正常分娩の平均的な出産費用について（平成28年度）』

注：諸外国は2017年、日本は2016年。

図2 正常分娩の入院日数(2017年)



出典：OECD Health Statistics 2019.

注：フランス、ニュージーランド、アメリカ、オーストラリア、デンマークは2016年。ギリシャは2013年。

図3 平均入院日数(2017年)

## ②無痛分娩率が低いこと (表2の4)

つぎに表2の4点目の無痛分娩については最新の調査に基づく国際比較である大原(2019)によれば、日本の硬膜外無痛分娩率は6.1%であり、スウェーデンとフランスの7-8割に比べて大幅に少なく、表中の国のなかでは中国に次いで最も低い(表3)。出産方法に関するもう一つの指標である帝王切開率についても日本は低いグループに属する。日本は19%程度でOECD平均の28%を下回るがWHOの推奨する10-15%を少し超えている(表3)。一方、中国は34.9%、韓国は39.1%であり、先進諸国のなかでも高いグループに属する。これらの二つの指標において、日中韓の違いが明確であり、その違いがいかなる背景により生じているのかの解明が今後の課題である。



表3 硬膜外無痛分娩率、帝王切開率

	硬膜外無痛分娩率 (%)	帝王切開率 (%)	
フィンランド	89.0	16.4	2016
フランス	82.2	19.6	2016
アメリカ	73.1	32.0	2015
ベルギー	68.0	21.2	2013
スウェーデン	66.1	17.4	2015
イスラエル	60.0	16.1	2014
カナダ	57.8	27.9	2015
シンガポール	50.0		
韓国	40.0	39.1	2013-2015
ドイツ	25.0	30.5	2016
イギリス	20.8	31.2	2016-2017
ギリシャ	20.0		
イタリア	20.0	35.0	2014
中国	10.0	34.9	2014
日本	6.1	19.7	2014

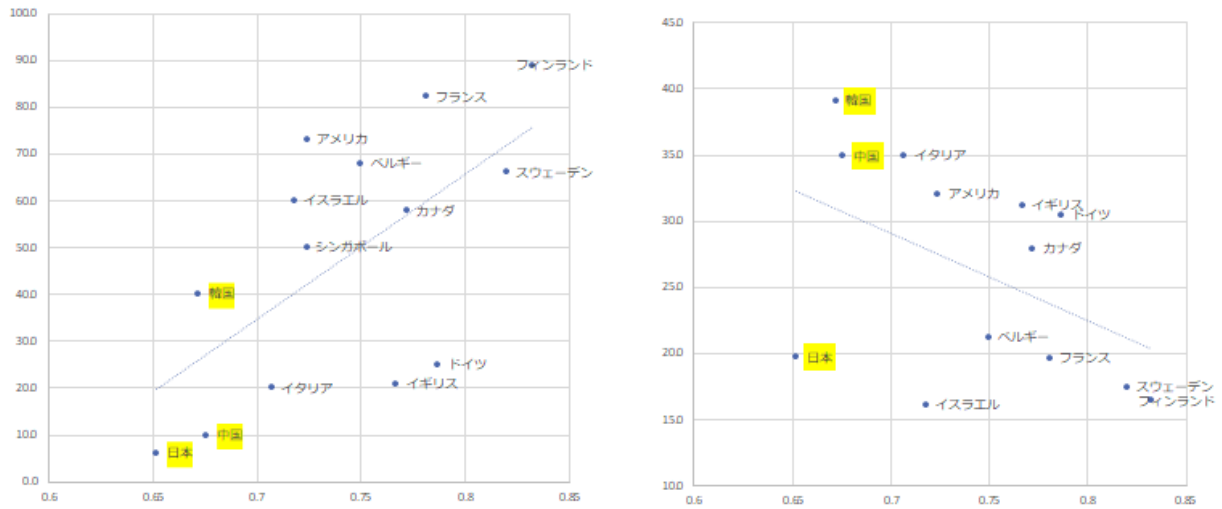
(出所) 硬膜外無痛分娩率は大原 (2019)、帝王切開率はWHOデータベース  
[Births by caesarean section \(%\) \(who.int\)](#)

③ジェンダーギャップが大きいこと (表2の5)

表2の5点目の指摘をふまえ、日本の経済社会政治に渡るジェンダーギャップの大きさが出産サービスの提供のあり方にも影響しているとの仮説のもと、試みとしてジェンダーギャップ指数と無痛分娩率と帝王切開率の関係の散布図を作成した (図4)。これによれば、ジェンダーギャップが大きい国 (スコアが低い国) ほど無痛分娩率が低く、帝王切開率が高い傾向がみられる<sup>6</sup>。後者の日本についてはジェンダーギャップが大きい帝王切開率は低い例外的な国であり、ジェンダーギャップ指数が同程度の中国、韓国の帝王切開率が高いのに対して、日本は異なる傾向にあることが確認される。ジェンダーギャップと両指標の関係がどのようなメカニズムで生じるのか、日本と対照的な国をいくつか取り上げて説明することが今後の課題である。

<sup>6</sup>ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率の相関係数は0.62、ジェンダーギャップ指数と帝王切開率については-0.46である。

ジェンダーギャップ指数（横軸）× 硬膜外無痛分娩率（縦軸、%）      ジェンダーギャップ指数（横軸）×帝王切開率（縦軸、%）



(出所) 無痛分娩率は大原(2019)、帝王切開率は WHO データベース、ジェンダーギャップ指数は世界経済フォーラム (World Economic Forum) 「Global Gender Gap Report 2020」より筆者作成。

図4 ジェンダーギャップ指数と硬膜外無痛分娩率及び帝王切開率

## (2) 先行研究において指摘されていない日本の出産サービスの特徴

本項では、日本の特徴について Fukuzawa and Kodate (2015) で指摘されていない、①妊娠、分娩及び産じょくに係る保健医療支出、②出産給付の形式、を取り上げて先行研究やデータを基に検討する。

### ①妊娠、分娩及び産じょくに係る保健医療支出の国際比較

Fukuzawa and Kodate (2015) では総保健医療費支出の国際比較を引用している。ここでは同研究において言及されていない妊娠出産に限定した保健医療支出を推計し国際比較を試みる。

OECD Health database において、SHA (総保健医療支出) のうち ICD の診療種類コード別のデータが限られた国・年について公表されている。妊娠出産に係る医療支出は ICD 傷病分類の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」に該当し、ここに正常分娩、異常分娩を問わず分娩と産じょくケアにかかる医療費とその自己負担も含む概念となっている。しかし妊婦健診や乳幼児健診はここに入っていない。

日本の診療種類コード別のデータは最新で 2010 年度であり、その出所は厚生労働省『国民医療費』の当該年度の第 15 表 医科診療医療費、入院－入院外・年齢階級・傷病分類・性別である。ICD 傷病分類の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」には本来正常分娩費が計上される。しかしわが国の ICD 分類のデータソースである国民医療費はその定義上、正常分娩は傷病ではないため集計対象から除外しており、日本に関しては正常分娩費が抜け落ちている。そこで、出産育児一時金が正常分娩費に相当することから、厚生労働省『人口動態統計』より出生数×厚生労働省『患者調査』より正常分娩比率×出産育児一時金をかけて推計し、日本の「XV. 妊娠、分娩及び産じょく」と合算した。その上で、OECD の米ドル換算の PPP を用いて出生児一人当たりの妊娠、分娩及び産じょくに要する費用を入院、外来別に算出した。日本は正常分娩分の追加により、特に分娩の入院費用分が大きく増えていることがわかる。異常・正常分娩計の入院の 4218 ドルは 45 万円前後であり、出産育児一時金に近い額

である。

図5によれば、入院で最も費用が多額なのはスイス、次いでオランダ、日本、ドイツの順である。外来が著しく多いのはオランダであるが、これはドゥブリーズ(2011)が指摘するように自宅出産が多く、また在宅の産後ケアサービスが一週間前後、保険適用で受けられることが提供しているとみられる〔Kaminska (2015)〕。

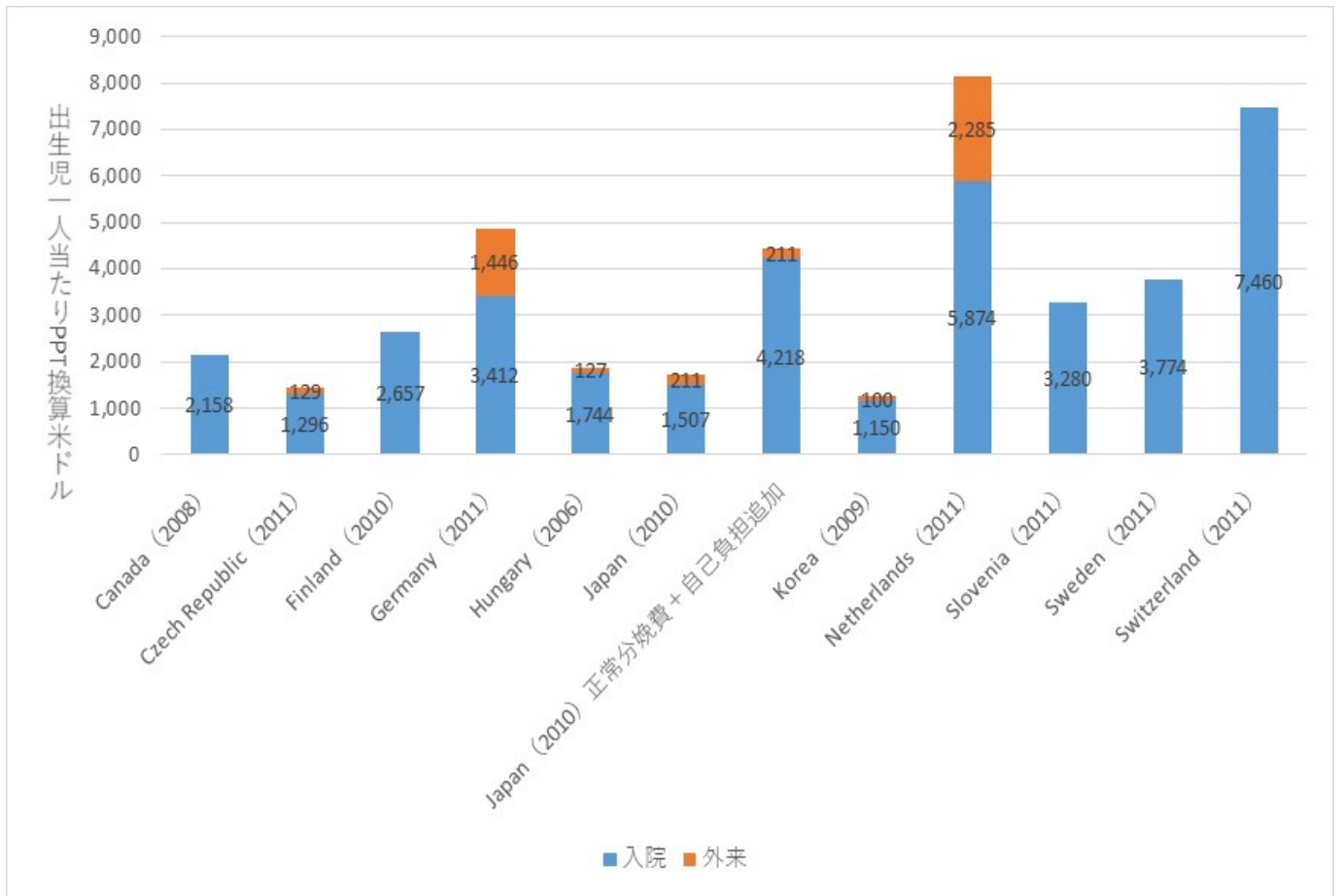


図5 出生児一人あたり妊娠、分娩及び産褥に要する費用

出典：OECD Health database を OECD の米ドル換算購買力平価 (PPT) 及び各国の出生児数より一人あたり支出を推計した。日本については厚生労働省「人口動態統計」「患者調査」より筆者推計。

## ②出産給付の形式－現金給付（出産育児一時金）

Fukuzawa and Kodate (2015) では出産給付について「妊娠出産は病気ではないという考え方にもとづき、正常分娩は自由診療で健康保険の療養給付の適用外」であり正常・異常分娩を問わず出産育児一時金が支給されることについて言及している。しかし、正常分娩が療養給付の適用外であり、さらに指摘されていないがその費用相当が出産育児一時金として現金支給されることが日本の特徴であるとの指摘は行っていない。この点を指摘した小暮(2016)によれば社会保険によって医療保障がなされる多くの国において分娩は現物給付対象であり、ドイツ、フランス、韓国の事例を挙げている。

わが国においてなぜ出産が療養の給付の対象から外され出産育児一時金として現金給付形式がとられてきたのか。出産育児一時金の制度変遷は表4、先行研究は表5の通りである。1990年代の研究においては〔橋本(1993)〕「出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため」と考えられており、これは当時の厚生労働省保険局による「出産は傷病ではない」という答弁と同じであった。この「傷病ではない」ために出産は現物給付対象外であるという通説を疑った小暮(2016)は、健康保険法が成立した戦前期に着目し、創設当初は現金給付、その後現物給付方式の時期もあったが、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され再び現金給付に戻り、戦後も継続し現在に至ることを指摘した。ではなぜ戦後において現金給付が維持されたのだろうか。

大西(2014)はその理由として3点を挙げている(表5)。第一に、GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に分娩が施設化された帰結として都市部と郡部における出産の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと、第二に1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護医協会(日母)は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し反対したこと、第三に1980年代以降は出産の医学管理化が進行したにもかかわらず「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働きかけ続けたことである。これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきたという。

大西(2014)は戦後における現金給付の維持は、政府厚生省と開業医団体の間の「政治」の産物であることを明らかにした点で評価できる。しかし同研究においては、上記の3点目として1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前(1980年代以前)と少子化対策以後(1990年代以降)の変化について十分に説明されていない。少子化対策以前・以後で、出産給付は医療政策(健康保険)から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省のスタンスや産婦人科医団体のスタンスと両者の緊張関係はどのように変容したのかが明らかではない。1980年代以降の時期には厚労省と日本母性保護医協会(日母)は相反する関係にあった。厚労省は「正常分娩は自然現象であり疾病ではない」という理由から正常分娩の費用を助産師レベルに抑えようとしたのに対して、日母は反対の姿勢を貫いた。一転して1990年代以降に少子化対策が政治の最重要課題となり出産育児一時金の拡充が大幅に進むなかで、厚労省と日母のそれぞれの主張がどう変わったのかについては今後の課題とする。

表4 出産給付の変遷

	被保険者本人に対する給付	被保険者の配偶者などへの給付
1927年1月	分娩費：20円 任意現物給付：産院収容あるいは助産手当	(なし)
1942年2月	分娩費：30円 任意現物給付：助産手当廃止	(なし)
1948年7月	分娩費：標準報酬月額半額の半額(最低保障額1000円) 哺育手当金：分娩後6か月間月100円	配偶者分娩費：500円 哺育手当金：被保険者本人と同額
1949年4月	哺育手当金：分娩後6か月間月200円	配偶者分娩費：1000円
1961年6月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6000円) 哺育手当金：育児手当金と改称、2000円の一時金	配偶者分娩費：3000円
1969年8月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額2万円)	配偶者分娩費：1万円
1973年9月	分娩費：標準報酬月額半額(最低保障額6万円) (以降1976年、1981年、1985年、1992年に最低保障額を引き上げ)	配偶者分娩費：6万円 (本人分娩費とともに引き上げ)
1994年4月	分娩費と育児手当金を統合、出産育児一時金：定額30万円	配偶者出産育児一時金：30万円
2002年10月		被保険者の全被扶養者に拡大： 家族出産育児祝金
2006年10月	出産育児一時金：35万円 産科医療保障制度掛金分3万円含む	家族出産育児一時金：35万円
2009年1月	出産育児一時金：38万円 直接支払制度の導入	家族出産育児一時金：38万円
2009年10月	出産育児一時金：42万円	家族出産育児一時金：42万円
2015年1月	出産育児一時金：42万円 産科医療保障制度掛金分1.6万円に引き下げ	出産育児一時金：42万円

出典：小林(2008)、野城(2011)、稲森(2011)、厚生労働省(2020)を基に作成

表5 日本の出産給付(出産育児一時金)に関する先行研究

橋本(1993)	・出産が療養の給付の対象から外されてきたのは、日本の医療保険が、歴史的に療養に伴う特別の出費を補填する所得補償として発達してきており、「療養」が狭義に解釈されてきたため。
稲森(2011)	・1922年健康保険法創設から2011年までの国会答弁等を参照して改正経緯をたどり、今後のあり方を考察する。 ・1990年代以降の厚労大臣・保険局長の答弁における現物給付化をしない理由は以下の3点にまとめられる。 ①出産は傷病ではないこと、②妊娠後に予め出産費用の準備ができるため、③出産ニーズの多様化の中で保険適用をするとそのサービスが定型化してしまう恐れがある。 ・これが理由として十分であるか検討の余地がある。分娩の現物給付化は必ずしも医療保険の枠組みで行われるべきものではなく、公費負担(税財源)による母子保健の枠組みで行うことも一案である。
大西(2014)	・戦後に出産給付の制度が現金給付が維持された理由； ①GHQによる分娩の施設化への誘導により、1960年までに日本において急激に分娩が施設化された婦科として都市部と郡部における分娩の「二重構造」が発生し、現物給付化に際する出産経費の全国標準化が困難であったこと。 ②1960年から1970年の「二重構造」の解消過程における母子健康センターの増加を契機に、それ以後、日本母性保護協会(日母)は正常分娩が診療報酬点数化された場合に「助産婦レベル」の点数に統一されることを危惧し、反対したこと。 ③1980年代以降は分娩の医学管理化が進行したが、にもかかわらず、「正常分娩は自然現象」であるとの前提に基づき、診療報酬の点数は極めて低く抑えられるであろうことが予測され、日母が現状維持を働き続けたこと。 これらの理由により、日本の出産給付は定額金銭給付の増額をもって既存の制度を維持強化することによって対応してきた。
小暮(2016)	・通例の「病気ではない」という理由は、少なくとも制度成立期から当てはまるものではない。 ・分娩と疾病・傷病は予見不可能性という点で並立した保険事故であったために給付が存在した。しかし健康保険法施行当時に採用された給付手段は団体自由選択主義という方法であり、全国規模の医師会を通して疾病・傷病に対する療養の給付を担った医師と異なり、分娩介助の中心を担っていた産婆は全国規模の専門職集団を持たなかったために、療養の給付と分娩の給付は給付方法が異なった。その後、疾病や傷病と同様に現物給付されるようになったものの、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され、また高額な現金給付ができる制度に戻ったことが、現在、分娩だけ給付方法が異なる成因である可能性がある。 ・このような説明は、「病気ではない」ために現物給付対象外であるという通例の説明とは著しく異なり、病気であっても病気でなくても「分娩」という保険事故が健康保険の対象であった。



#### 4. おわりに

本稿では国際比較からみた日本の出産サービスの特徴について、国内外の先行研究と国際比較データを基に以下2つの予備的な検討を行った。その作業を通じて、比較の分析枠組みと分析の方向性を定めるとともに、いくつかの国際比較データから日本と東アジア諸国の比較から興味深い相違が確認された。

第1に、出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究をレビューし、それらを踏まえた本研究の分析枠組みの設定と今後の分析の方向性を定めた。出産サービスの国際比較を扱う3つの先行研究は、各国のサービスのあり方の多様性とその背景要因について歴史や政治、文化にも広く目を向けて考察している点は評価できる。しかし、国別の事例を示すに留まり、国際比較研究として共通の分析枠組みに沿って各国の特徴の考察や類型化を行うものは見当たらず、国際比較からみた日本の特徴についても十分な考察を行ったものはない。今後、本研究では、Kennedy and Kodate (2015) の分析軸に沿って東アジア諸国（中国、韓国、台湾）の比較からスタートして情報を収集・整理し、さらに欧米諸国へと比較対象を広げて、最終的には比較福祉国家論の枠組みに沿った類型化の議論を目指すことを研究の方向性とする。これらの比較分析の中で日本の特徴と課題について考察を進めるとともに、そこで明らかになった課題についてはさらに分析を深める計画である。

第2に、来年度以降に本格的に比較研究を進める準備として、国内外の先行研究と国際比較データを基に日本の特徴について予備的な検討を行った。まず、Kennedy and Kodate (2015) が挙げた日本の国際比較からみた特徴に関する記述のうち次の3点（正常分娩の平均入院日数、無痛分娩率・帝王切開率、ジェンダーギャップ指数と無痛分娩率・帝王切開率の関係）について、国際比較データや文献を参照しつつわが国の特徴について予備的に考察し、今後検討すべき点を抽出した。これらの指標においては日中韓の違いが明確であり今後のその違いが生じる要因について更に調査を進めることが課題である。また、ジェンダーギャップが大きいほど無痛分娩率が低く帝王切開率が高い関係がみられたが各国でなぜそのような関係が生じるのかについても今後明らかにする必要がある。さらに Kennedy and Kodate (2015) では触れていないが日本の特徴と考えられる2点（妊娠出産にかかる保健医療支出、出産育児一時金という現金給付であること）についてデータや文献を基に考察した。前者についてはOECDの診療種類別の保健医療支出データ等を基に出生児一人あたりの妊娠、分娩及び産じょくに関する支出を入院・外来別に推計し、日本は入院に関してはスイス、オランダに次いで高く、国際的にみて日本の妊娠、分娩及び産じょくの入院費用は高い可能性が示唆された。その背景として入院期間が長いことが挙げられるが、日本の水準とその説明要因については今後の課題として残された。後者については、先行研究において、1980年代以降を一括でとらえ、少子化対策以前（1980年代以前）と少子化対策以後（1990年代以降）で出産給付が医療政策（健康保険）から医療政策と少子化対策にまたがる政策課題へと変化したことによって、政府厚労省と産婦人科医団体の両者のスタンスと緊張関係がどのように変容したのかを明らかにすることが課題として残されている。

## 参考文献

- 市川香織 (2015) 「産後ケアの文化的背景と現代の課題についての一考察」『文京学院大学医療技術学部紀要』第8巻、23-30頁
- 稲森公嘉 (2011) 「論壇：医療保険と出産給付」『週刊社会保障』No.2612, 2011年1月17日, 44-46頁
- 大原玲子 (2019) 「無痛分娩普及度の国際比較」『産婦人科の実際』68巻6号 (2019年6月)
- 大西香世 (2014) 「公的医療保険における出産給付－現金給付をめぐる政治過程」『大原社会問題研究所雑誌』No.663
- 蒲原純 (2016) 「地域における分娩費用のメカニズム」『平成27年度学部学生による自主研究奨励事業研究成果 報告書』<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/repo/ouka/all/54696/>
- 厚生労働省(2020) 「出産育児一時金について」厚生労働省社会保障審議会医療保険部会第136回資料(令和2年12月2日) <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- 小暮かおり (2016) 「日本の健康保険における出産給付の期限と給付方法の変遷－1927年から1945年の制度変化に注目して」『大原社会問題研究所雑誌』No.698
- 小林 雅史 (2017) 「出産育児一時金・埋葬料－健康保険による特殊な現金給付」ニッセイ基礎研究所基礎研レター[https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57290\\_ext\\_18\\_0.pdf?site=nli](https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57290_ext_18_0.pdf?site=nli)
- 島崎謙治(2011)『日本の医療：制度と政策』東京大学出版会
- ドゥブリーズ, レイモンド (2011) 「マタニティーケアの二つのモデル－オランダとアメリカ」松岡悦子・小浜正子編 (2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』, 185-198頁
- 野城 尚代 社会保険制度にみる「子育て支援」機能 東洋大学人間科学総合研究所紀要 第19号 (2017) 199 - 211 <https://www.toyo.ac.jp/uploaded/attachment/111217.pdf>
- 橋本宏子(1993) 「医療保障と女性」, 社会保障研究所編『女性と社会保障』東京大学出版会, 1993年, 155-182頁
- 松岡悦子・小浜正子編(2011)『世界のお産－儀礼から先端医療まで』勉誠出版
- 厚生労働省「出産育児一時金について」令和2年12月2日 第136回社会保障審議会医療保険部会資料1-2 <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000700493.pdf>
- De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.) 2001. *Birth By Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. New York : Routledge
- Esping-Andersen, Gøsta (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- Fukuzawa, Rieko K. and Kodate, Naonori (2015) "Japan", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 8, Routledge
- Kaminska, Monika E. (2015) "The Netherlands", in De Vries, R., Wrede, S., Teijlingen, E. van and Benoit, C. (eds.), *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Chapter 11, Routledge
- Patricia Kennedy and Naonori Kodate (eds.) (2015) *Maternity Services and Policy in an International Context- Risk, citizenship and welfare regimes*, Routledge

## International comparison of maternity service of Japan – preliminary study

TAKEZAWA Junko<sup>7</sup>

In the first year, a preliminary study is conducted on the characteristics of Japanese maternity care services from the perspective of international comparisons, based on previous comparative studies and international comparison data.

The three previous studies dealing with international comparisons of maternity care services are commendable in that they examine the diversity of services in each country and the factors behind them, with a broad focus on history, politics, and culture. However, they only present country-specific examples, and there is no analysis that follows a common analytical framework for international comparative studies. There is also no sufficient consideration of the characteristics of Japan from an international comparison perspective. In the future, this study will start with a comparison of East Asian countries (China, South Korea, and Taiwan) along the analysis axis of Kennedy and Kodate (2015), collect and organize information, and then expand the comparison targets to Western countries. In the course of these comparative analyses, we plan to examine the characteristics and issues of Japan, and further deepen our analysis of the issues that have become apparent.

Next, as a preparation for conducting comparative research in the next year and onward, I will examine the following three points of Kennedy and Kodate's (2015) description of Japan's characteristics in terms of international comparisons (average hospital stay for normal delivery, epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate, and the relationship between the gender gap index and epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate). For these three indicators, I made a preliminary study of the characteristics of Japan, referring to international comparison data and literature, and extracted issues that need to be examined. The differences between Japan, China, and Korea are clearly expressed in these indices, and it is our task to further investigate the factors that cause these differences in the future. In addition, although not mentioned in Kennedy and Kodate (2015), we discussed two points that are considered to be characteristic of Japan (health care expenditures for pregnancy and childbirth, and cash benefits in the lump-sum payments for childbirth) based on data and literature. Regarding the former, we estimated the expenditure on pregnancy, childbirth, and childbirth per birth by inpatient and outpatient categories, and found that Japan has the second highest inpatient expenditure after Switzerland and the Netherlands, suggesting that the cost of hospitalization for pregnancy, childbirth, and childbirth may be high internationally. This suggests that the cost of hospitalization for pregnancy, labor and delivery and obstetrics in Japan may be high from an international perspective. The reason for this is the long duration of hospitalization, but the level in Japan and the factors that explain it remain to be determined.

<sup>7</sup> National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)



## 人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例

菅 桂太（国立社会保障・人口問題研究所）・曹 成虎（韓国保健社会研究院）

### 1. はじめに

人口政策とは「国民の生存と福祉のために、人口的、社会経済的、その他の手段を用いて、出生・死亡・結婚・移動など現実の人口過程に直接間接の影響を与えようとする意図、またはそのような意図を持った行動」であるとされる（大淵 1976, 2002, 2005）。出生力転換以後の社会の文脈で端的に言えば、置き換え水準出生率を維持することで人口（年齢）構造を安定させ、持続可能な社会を永続させることにある。本稿は、人口政策のための手法として分析されることがあまりない住宅政策に着目する。とくにシンガポールにおける住宅政策の仕組みを概説することを通じ、どのように人口政策として機能してきたのかを明らかにすることを目的とする。また、韓国における最近の取り組みにも簡単に触れ、日本への含意を探りたい。

住宅政策が果たしてきた人口政策としての役割を理解するためには、当該国（シンガポール）における住宅政策を取り巻く歴史的経緯やコンテキスト（社会経済状況、為政者にとってのパレート問題の制約条件）を深く理解することが重要である。他国への適用可能性を探る際には、本稿が概説しようとする「政策が機能する仕組み」の解明は作業のごく一部でしかなく、コンテキストの理解が不可欠となることを強調しておきたい<sup>1</sup>。とくに、シンガポールは1980年代までに主要な住宅開発を終え、以後は世界屈指の持ち家率・公共住宅入居率を誇る。住宅政策は、世界最高水準の国民貯蓄率に寄与し、急速な経済発展に重要な役割を果たしたとされている（たとえば、Sandilands 1992）。すなわち、1965年に独立したシンガポールの経済開発にとって鍵となる政策であり、住宅政策だけを切り出して論じること、純粋な人口政策として捉え人口安定化への役割を検討することも一面でしかなく、総体的なコンテキストのなかでの精査が必要である。さらに、1990年代の住宅バブル、2000年代半ば以後の移民・外国人労働力の急増等により住宅価格は急騰した。その結果、平均的労働者の引退期資産の75%は、住宅に投資されているという非常にリスクの高い資産配分状態になっている（McCarthy et al. 2002）<sup>2</sup>。また、若年・高齢低所得者の住宅問題や所得格

<sup>1</sup> シンガポールの歴史については、Turnbull（2009）に定評があり、正史とみなされている。独立国家シンガポール共和国の社会経済状況と開発政策についてはChen（1983）やLim（1988 岩崎・森訳 1995）が包括的解説を行っていると評価されている。同様に、シンガポール経済と経済政策はPeebles and Wilson（1996, 2002）が入門・概説書として挙げられることが多い。

<sup>2</sup> McCarthy et al.（2002）の試算によれば、平均的な労働者の62歳時資産総額の約177万SGD（約14,200万円）のうち75%が住宅に投資されている。この男性労働者には扶養配偶者がいると仮定されており、62歳時に終身年金をもらう場合（21,000SGD/年、約168万円/

差という開発段階ではあまり取り沙汰されることのなかった新しい問題を生じさせている。このような観点からは、本稿の目的である「住宅政策が機能する仕組み」の概説は限定的と言わざるをえない。

一方で、ミクロ・マクロ双方の影響の大きさから住宅政策の重要さは、厚生労働行政においても高まっている。わが国では、急速な少子高齢化、人口減少、低所得者の増加や子どもの貧困、単身高齢者やひとり親家庭の増加といった変化のなかで住宅、まちづくり、ICTなどの社会保障等と関わりの深い政策分野も視野に入れ「地域共生社会」を構築することを狙って、「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(厚生労働省)<sup>3</sup>が2017年に開催された。そこでは、「世帯主年齢が60歳未満の世帯では持ち家世帯率が低下傾向にあり、特に、30歳未満の世帯で大きく低下している。また、年収が低い世帯ほど持ち家世帯率が低くなる傾向にある。消費支出に占める住居費割合は、30歳未満の単身の勤労者世帯で趨勢的に上昇しており、30歳代の単身の勤労者世帯でも高い水準で推移している」ことが指摘されている<sup>4</sup>。さらに、「低所得層では所得の40%以上にも及ぶ住宅費を負担しており、所得だけでは捉えられない貧困が見えてくる。住宅費が貧困を悪化させ、若年の世帯形成を阻害しており、住宅費の負担を政策的にどうすべきかがこれからの重要な課題である」とされる<sup>5</sup>。

住宅は、衣・食・住を構成する代表的な必需品のひとつである。また、住宅関連支出は教育支出とならび、世帯あるいは夫婦にとって消費であるとともに投資としての性格をもった代表的な消費支出といえる。住宅・土地は耐用期間が長く、しばしば多世代にわたって消費される財であり、高額で、長い計画期間を必要とする。そのため、人口転換により死亡率が低下することで長期的な計画が可能となって価値が変化した財の典型であり、その便益は消費・投資行動を行う世代が直接享受する使用者価格やキャピタルゲインで測られる便

年)、所得代替率は27%になると試算されている。おそらく、夫婦共働きでなければ引退の前後で同程度の消費水準を維持できない。

<sup>3</sup> 厚生労働省政策統括官(総合政策担当)付社会保障担当参事官室「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会」(2021年3月22日閲覧:

[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou\\_458538.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syakaihosyou_458538.html))。

<sup>4</sup> 厚生労働省「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会 第3回 資料1 第3回研究会ディスカッションテーマ」(2021年3月22日閲覧:[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000184113.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184113.pdf))。この資料1は、第3回研究会配付資料の総括であり、データは「同研究会 第3回 資料2 国民の所得や生活の状況等に関する分析③」(2021年3月22日閲覧:[https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000184114.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184114.pdf))に示されている。

<sup>5</sup> 厚生労働省「新たな支え合い・分かち合いの仕組みの構築に向けた研究会 第3回 議事要旨」(2021年3月22日閲覧:<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000190795.html>)。

益だけでなく、子世代が遺産として受け取る便益や収益にも依存し、また（親世代と子世代が）その厚生をどのように（私的な世代間扶助等を通じて）分け合い相互に評価するのか（利他性 Barro 1974 や戦略的遺産動機 Bernheim et al. 1986）という世代間関係を通じて、世帯形成・家族形成と複雑に関連している。住宅政策のあり方は、ミクロの（個々の消費者行動への影響の）観点からは、生涯予算制約に住宅支出が大きな占める割合を占めるほどに重要な問題であろう。マクロの観点からは、その不足が最低生活保障の問題となるだけでなく、世帯形成・家族形成行動や世代内・世代間の富の分配と関わり、長期的な人口や社会経済の様相を左右する重要な課題であると言えよう。

## 2. シンガポールにおける住宅政策の構造

### 2.1. 住宅政策の理念と3つの基本法制

以下では、まずシンガポールにおける住宅政策の基本構造を概説する。シンガポールの住宅政策を理解するためにはコンテキストが欠かせないわけであるが、詳細は他所に譲るとしても、少なくとも2つの点は省略することができない。第一はシンガポールという主権国家の基本理念についてであり、関連するが、第二は住宅政策の基本理念についてである。

岩崎（2013：p.231）によれば、「（現代シンガポールの特徴として）第一が、経済発展が最大の国家目標、つまり国是である」。シンガポールは、人は唯一の資源であるという認識が常にあり、世界各国のなかでも、最も人口（政策）を重視して来た国のひとつであり、（小国であるからこそ可能な）実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。1965年の建国時には、共産主義との抗争、インドネシア紛争、マレーシアからの追放、高失業と当時の失業者数と同程度の雇用を抱えていた英国軍の撤退、都市中心部のスラム化、そして国を構成する主要民族集団である中国系とマレー系の対立というように国家存亡の危機に係る問題が山積していた。さらに、中国系は人口の75～76%を占めるマジョリティと分類されるが、実際には福建省や広東省、海南省等を中心とした複数の地方からの出身者で構成され、それぞれの方言を話し共通の口語（中国標準語）も存在しない状態であった（Chiew 1983:p.43）<sup>6</sup>。そのような危機の中で分断された国をまとめ上げる原理が経済合理性であり、アメとムチを積極的に使っている。国内治安維持法（Internal Security Act of Singapore 1963）に基づく無期限拘留のようなムチを用いる一方で、金銭的な誘因を与えて多子家族、親・（有配偶）子との同・近居（や多民族共生）といった望ましい政府が考える家族規範・社会規範を誘導してきた。

シンガポール建国時の住宅政策は、都市中心部のスラムの一掃という結果の評価が容易な直接的目標があったが、国家存亡の危機にあったシンガポールにおいてこれは福祉政策

<sup>6</sup> 1957年人口センサスによる方言集団別中国系人口は福建語 40.6%、潮州語 22.5%、広東語 18.9%、海南語 7.2%、客家語 6.7%の順であり、福建人は広東人や海南人と口頭で話ができないが筆談はできる（Chiew 1983:p.41～43）。

の範疇ではなく治安維持と経済開発の基盤として必要な処置であった。そして、住宅政策は分断された国をまとめあげるための手段であった。建国の父と称されるリー・クアンユーは、後に回顧して「国家と将来について利害を共有してもらうために持ち家社会を実現しようとした」と語っている<sup>7</sup>。このように国家（経済）開発のための民間投資（貯蓄）を引き出す手段が、公共住宅の整備を通じた持ち家政策であったことを念頭に置く必要がある。

シンガポール建国以来の住宅政策を総括した Phang (2016) によれば、シンガポールの住宅政策は 3 つの基幹法制に依拠している。第一は住宅開発公社 (HDB ; Housing and Development Board) の設立 (1960 年)、第二は土地収用法の制定 (1966 年 ; Land Acquisition Act 41 of 1966)、第三は中央積立基金 (CPF ; Central Provident Fund) の住宅資産制度 (1968 年 ; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act) である。これらは独立の直後までに整備されたものであり、この時期までにシンガポールにおける住宅政策の骨子は固まることになる。

## 2.2. 住宅開発公社 (HDB ; Housing and Development Board)

HDB は、都市開発政策の企画・立案と公共住宅の建設・管理、必要な調査研究・統計業務、住宅金融の提供を担うことを目的に 1960 年に設立された。植民地時代の前身として、改善信託組合 (Singapore Improvement Ordinance 1927, 1952) があり、ガス灯、都市内部の小道、衛生設備等の都市開発と一部公共住宅供給を担っていたが、その機能を大幅に拡充するものである<sup>8</sup>。HDB は国家開発省所管の独立行政法人 (法定機関、Statutory Board) であり、独立採算制 (赤字は一般会計から補填されることになっている) をとり、国会への直接の説明責任をもたないため、必要経費、収益、補助金の配分についての詳細は不明である。丸谷 (1995 : p.10~11) は「HDB は…日本でいえば建設省の住宅局と住宅・都市整備

<sup>7</sup> Phang (2016) の引用による。原文は次の通り : My primary preoccupation was to give every citizen a stake in the country and its future. I wanted a home-owning society. I had seen the contrast between the blocks of low-cost rental flats, badly misused and poorly maintained, and those of house-proud owners, and was convinced that if every family owned its home, the country would be more stable ... I had seen how voters in capital cities always tended to vote against the government of the day and was determined that our householders should become homeowners, otherwise we would not have political stability. My other important motive was to give all parents whose sons would have to do national service a stake in the Singapore their sons had to defend. If the soldier's family did not own their home, he would soon conclude he would be fighting to protect the properties of the wealthy. I believed this sense of ownership was vital for our new society which had no deep roots in a common historical experience (Lee, Kuan Yew (2000) *From Third World to First: The Singapore Story 1965-2000*, pp. 116-117).

<sup>8</sup> HDB とその住宅開発の概要については、Cheong (2018) や Heng and Yeo (2017)、矢延 (1983) から得られる。

公団などの公的住宅供給機関の役割を併せもっている」と紹介しているが、官邸や内閣府、統計局といった機関の機能（の一部）も併せもっている。

HDB は、「都市開発計画（Master plan）」の策定・見直しと施行を行うことで住宅政策を実施している。都市開発計画は 1958 年にはじめて策定され、5 年毎に見直しされている。また、より長期的なランドデザイン（都市整備の方向性）を定めるものとして、1971 年にはコンセプトプラン（Concept plan）が制定され、こちらは 10 年毎に見直し作業が行われている。

### 2.3. 土地収用法（Land Acquisition Act 41 of 1966）

土地収用法は、住宅整備速度を加速する（ことを通じて公共の福祉に資する）ために制定されたと説明されるが、官報に公示すればどのような目的でも収用できることを明記しており<sup>9</sup>、その制定によって共産圏以外では目にすることが稀なほど強力な権限を HDB に与えた。さらに、1973 年からは土地の収用価格を、決められた時点の価格と収用時市場価格の低い方とする法律の修正を行っており、収用価格に上限が設けられている<sup>10</sup>。この土地収用法によって、政府は土地を安く入手し、公共住宅価格を大きく引き下げることができた。後述の通り、公共住宅の取得には（条件を満たせば）直接の補助金給付も行われているが、補助金として支給されているものは補助の一部でしかなく、公共住宅価格が市場価格を大きく下回る水準に設定されていることに大きな補助が含まれることに注意が必要である（Sandlands 1992:p.124-125）。シンガポールにおける公共住宅価格がどれほど安いのか<sup>11</sup>、

<sup>9</sup> 土地収用法では、「第 5 条 大統領は以下の目的で土地が必要であることを、官報に公示することで宣言してよい。－公共目的－だれのいかなる業務においても、公共の便益・利益・利害があると担当大臣が判断する場合－住宅用、商業用、産業用のいかなる目的」と規定している。”Land Acquisition Act,” Singapore Statutes Online（2021 年 3 月 14 日閲覧：

<https://sso.agc.gov.sg/Act/LAA1966>）。

<sup>10</sup> 1966 年制定（1967 年施行）の土地収用法は、1973（1974）、改正法 1985（1987）、1993（1993）、1995（1995）、2007（2007）のそれぞれの年次に修正（括弧内は施行年）されている。これらの主な目的は収用価格の上限を定めることである。具体的には、1987/11/20 より前の収用では 1973/11/30 現在価格（もしくは収用時市場価格の低い方、以下同様）、1987/11/30～1993/1/17 の収用は 1986 年 1 月 1 日現在、1993/1/18～1995/9/26 の 1992 年 1 月 1 日現在、1995/9/27～2007/2/11 の収用は 1995 年 1 月 1 日現在価格が上限となった。最終的に、2007 年の修正でこのような上限が撤廃され、2007 年 2 月 12 日以後の収用については収用時市場価格が適用されることになった（Chew et al. 2010）。

<sup>11</sup> たとえば、Lim and Associates（1988 岩崎・森訳 上 p.94）には、「HDB は最も多額の補助金が供与されている法定事業体である。……1984 年末に首相は、「全ての HDB アパートの 4 分の 1 について、費用の 3 分の 1、場合によってはそれ以上に相当する補助が与えられている」と述べている（Straits Times, 21 Dec 1984）。土地収用法によって公共目的収容される土

あるいは公共住宅供給にどれほどの公的な財政移転が含まれるのかを包括的に示す資料（比較可能な公的（新築）住宅と私的住宅の価格水準や HDB 設立以来の詳細な財務；住宅価格指数の推移は後述）は見当たらないが、丸谷（1995：p.16, 32）は、「新築 HDB 住宅の分譲価格は、1993 年前半に売り出された住宅の平均価格でみると、4 ルーム（約 100 m<sup>2</sup>）が 10 万 4,100SGD（約 700 万円）、5 ルーム（約 125 m<sup>2</sup>）が 14 万 2,200SGD（約 950 万円）、エグゼクティブ（約 150 m<sup>2</sup>）が 22 万 9,800SGD（約 1,540 万円）……内装が仕上げられていないので、この価格とは別に購入者は内装資金の自己負担が必要である。しかし、シンガポールの一人あたり GNP が日本の約 6 割程度に達していることを考えると相当に安い……民間住宅の需要層は、事実上、裕福な人々に限定されている……民間住宅の価格は、都心の高級コンドミニアムなどでは日本円換算で 1 億円を超える物件も多くなってきており、郊外の民間コンドミニアムも供給の中心は数千万円」と指摘している。

#### 2.4. 中央積立基金 (CPF; Central Provident Fund) の住宅資産制度 (1968 年; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act)

中央積立基金 (Central Provident Fund Ordinance 34 of 1953) は、シンガポールの社会保障制度の要であり、ブーン (1989) や駒村 (2005) をはじめとし、わが国でも既に多くの紹介がなされている。ごく簡単に制度を要約すると、全雇用者が個人単位で口座を保有する (加入を義務づけられた) 確定拠出・完全積立方式の強制貯蓄である。各加入者はそれぞれ用途が限定される 4 種類の口座を保有することになる。すなわち、①住宅購入・ローン返済 (1968 年解禁) や金融商品購入 (1986 年解禁) 等のために 55 歳未満の引き出しが可能な「通常」口座、②重度の障害やシンガポール国籍からの離脱など例外的な事情がない限り 55 歳未満の引き出し (移動) ができない「特別」口座 (1977 年導入)、③55 歳時に通常口座と特別口座の残額を合算し 65 歳<sup>12</sup>からの (終身) 年金支払のみに用いられるために開設される「退職」口座 (1987 年導入)、④公的医療機関、民間認可病院・施設でのみ、加入者のほか (シンガポール市民と永住権保有の) 配偶者・子・親・きょうだいの医療費のために利用可能な「医療」口座 (1984 年導入) である。確定拠出型であるため、加入者負担分の保険料率と雇用主負担分の保険料率<sup>13</sup> (及び、4 つの口座種類によって異なる運用利率

地については 1973 年の地価が強制的に適用されるため、上記の補助金算定にあたっては時価表示の土地価格は使用されていない。」という記述がある。

<sup>12</sup> 1943 年生まれ以前は 60 歳から受給が可能であったが、受給可能年齢は 1944~49 年生まれの 62 歳、1950~51 年生まれの 63 歳、1952~53 年生まれの 64 歳、1954 年以後生まれは 65 歳に引き上げられている。CPF Web ページ”Retirement Sum Scheme,” (2021/03/14 閲覧：<https://www.cpf.gov.sg/Members/Schemes/schemes/retirement/retirement-sum-scheme>)。

<sup>13</sup> 加入者の口座に積立を行うのは雇用主の責任である。保険料率は加入者負担分と雇用主負担分に分けられているが、雇用主からみれば区別なく総額が労働費用になる。一方、保険料拠出は全額所得税控除されており、適用される月収・年収にそれぞれ上限が設けられている (2016

(の最低保証率) (参考として物価上昇率と利子率の推移を章末・参考図に示す)<sup>14</sup>) と4種類の口座間の拠出配分割合、退職口座の最低残高が定められている。CPFの主眼は引退期の年金給付に強制的に備えさせることにある。そのため、55歳時に通常口座と特別口座を

年以後は6,000SGDを超える月収、102,000SGDを超える年収には適用されない、それ以上の任意拠出も可能ではあるが任意拠出も含め保険料拠出額には年間最大37,740SGDの上限がある；月収部分については1974年の1,500SGDから1985年の6,000SGDに引き上げられ2000年代半ばに4,500~5,500SGDに引き下げられたものの大きく変化していない)。そのため、加入者からみた手取給与額は保険料率の変更が加入者負担分か雇用主負担分かの影響を受ける。雇用主拠出率は物価上昇率や賃金コストを調整するための重要なマクロ政策手段として用いられてきた(たとえば、Fong and Lim 2016やLim 1983を参照)。

<sup>14</sup> 特別口座と退職口座は流動性が低い代わりに+1.25~1.5%ポイント利子の上乗せ(1995年以後)があり、2001年以後は医療口座も利子率は1.5%ポイント上乗せされている(章末の参考図を参照)。1986年以後の通常口座利子率は地場金融機関の12ヶ月もの定期預金金利と普通預金金利の加重平均に設定することとされた。このような市場金利は2003年以後、実際には1%を下回る水準にあるものの(Chia 2016:p.63)、通常口座の利子率は2000年以来2.5%ポイントに据え置かれ、最低保証利子率が維持されている。シンガポール政府が保障する最低保証利子率は名目利子率であり物価上昇リスクはあるものの、CPFは加入者から集めた拠出金でシンガポール政府特別債券を購入している。この特別債の利回りはCPFが加入者に支払う利子と同一であり、CPFは利鞘を稼いではない。すなわち、実質利子率はシンガポール政府特別債の利回りに同調しており(少なくとも2008年以後の退職口座については10年物政府特別債の年平均利回り+1%ポイントが与えられている)、これはシンガポール金融庁(Monetary Authority of Singapore)及びシンガポール政府投資公社(Government of Singapore Investment Corporation Private Ltd.、2013年GIC Private Ltd.に改称)の運用成績が反映されたものである(シンガポール政府財務省Webページ”Is our CPF money safe? Can the Government pay all its debt obligations?,” 2021/03/14 参照：

<https://www.mof.gov.sg/policies/reserves/is-our-cpf-money-safe-can-the-government-pay-all-its-debt-obligations>)。なお、シンガポール政府特別債は、現在は(シンガポール国内への投資を手がけるテマセク社を通じ)国内へ投資されていないとされるが(MAS Webページ”How are CPF monies invested? What does the Government do with the monies?,” 2021/3/12 参照：[https://www.ifaq.gov.sg/mof/apps/fcd\\_faqlmain.aspx#FAQ\\_43693](https://www.ifaq.gov.sg/mof/apps/fcd_faqlmain.aspx#FAQ_43693))、少なくとも1980年代まではシンガポール国内にも投資されていたはずである。たとえば、Sandilands(1992:p.130)にはCPFは強制的に資金を取得して「政府の開発勘定を通じ、HDB、都市再開発機構 Urban Renewal Authority、ジュロンタウン公社 Jurong Town Corporation やその他法定機関に間接的に支出されている」とある。語弊を恐れず要約すれば、シンガポールの開発モデルは強制貯蓄で国民から資金を集め、国内設備・工業インフラの整備に投資し外国企業を呼び込んで使用させることにより急速な経済成長を達成した。高い経済成長率という結果がともなわなければ長期的に強制的な貯蓄を引き出すのは難しいため、小国であることや世界経済状態の条件が揃わない今後の第三世界などの開発に移植することは簡単ではない。

合算した残額には基礎退職残高 (basic retirement sum) が設定されており、退職口座に基礎退職残高以上を入れて、現行制度では基本的に終身年金プラン (CPF Lifelong Income For the Elderly or CPF Life) を購入することになる。通常口座と特別口座を合算したときに満額退職残高 (full retirement sum、基礎退職残高の 2 倍)<sup>15</sup>を超える部分については、拡張退職残高 (enhanced retirement sum、基礎退職残高の 3 倍) を上限として退職口座に入金し終身年金の購入に用いることもできるし、そのまま CPF 口座に貯蓄しておくことも、目的を問わず口座からの引き出しも可能になる。55 歳以降も働き続ける場合には、保険料拠出は通常・特別・医療口座に対して行われるので、退職口座の残額を増やすには明示的な資金移動が必要になる。なお、個人単位の口座に資産が積み立てられているため、死亡時残余は相続人に相続される。

参考として、図 1 に年齢階級別にみた加入者と雇い主の CPF 保険料率 (及び、総拠出に占める雇い主分の割合)、図 2 には 4 つの口座種別の CPF 保険料率 (加入者と雇い主の合計; 拠出金が口座種別にどのように配分されてきたか) を示す。また、図 3 では積立金残高と毎年の引き出し額並びにその構成をみた。

加入者と雇い主分を合わせた CPF 保険料率は 1955 年の 10%ポイントから徐々に引き上げられ、1984 年 7 月から 1986 年 3 月は 50%ポイントに達している。雇い主からみれば、総人件費 125 のうち 50 (40%) を CPF 口座へ積立、75 (60%) を労働者に支払っていたことになる。加入者と雇い主を合算した総保険料率に占める雇い主の割合は 1980 年代半ばまでは概ね半分を下回ることはなく、1972 年 7 月から 1974 年 6 月は 58%ほどに引き上げられていた。1986 年 4 月に (おもに景気対策として) 雇い主負担分が 25%ポイントから 10%ポイントに引き下げられ (加入者分は 25%ポイントのまま)、雇い主負担が総保険料に占める割合は 28.6%であった。1988 年 7 月以後は年齢階級別の保険料率が導入され、基本

<sup>15</sup> CPF 制度の展開については Chia (2016) が簡潔であり、退職制度については Chia (2016 : pp.66-82) などを参照されたい。1987 年に退職口座制度が創設された際には最低必要額 (minimum sum) と呼ばれていたが、2015 年にシンガポールに住宅を所有する人に基礎退職残高が導入されてから満額退職残高と呼ばれている。この額は出生コーホート別に設定されており、1987 年 (に 55 歳・1932 年生まれ) コーホートでは 30,000SGD、1995 年コーホートで 40,000SGD、2003 年コーホートで 80,000SGD、2008 年コーホートで 106,000SGD、2019 年コーホートで 176,000SGD と、物価上昇・生活水準の上昇に応じて引き上げられてきた。なお、1994 年コーホートまでは、最低必要額を充当するための現金 (つまり通常口座と特別口座の残金) を保有する必要はなく、保有する資産 (ほとんどの場合、住宅) を抵当に入れ、満額に充当することができた。1995 年に満額退職残高の 10%は現金を用意しなければならなくなり、その割合は徐々に引き上げられ 2003 年コーホート以後は半分 (つまり基礎退職残高) の現金を口座に用意する必要がある。55 歳時に資産抵当を加えて最低必要額を満たすことができた人の割合は 1996 年 57%から 2008 年の 34%に低下後、反転し 2012~2014 年は約 50%とされている (Chia 2016:図 4.3, p.72)。



的には56歳以上（56～60、61～65、66+）の保険料率を年長者ほど段階的に大きく軽減している（2005年1月からは51～55歳の保険料率も軽減している）。また、細かくみれば加齢による変化は複雑だが、年齢を通じた一般的な傾向としては、1990年代以降において雇い主負担が総保険料に占める割合は50%を超えることはなく、1980年代半ばまでと比べれば雇い主負担が抑制されてきた時期が多い（2010年代以降の66歳以上は例外）。

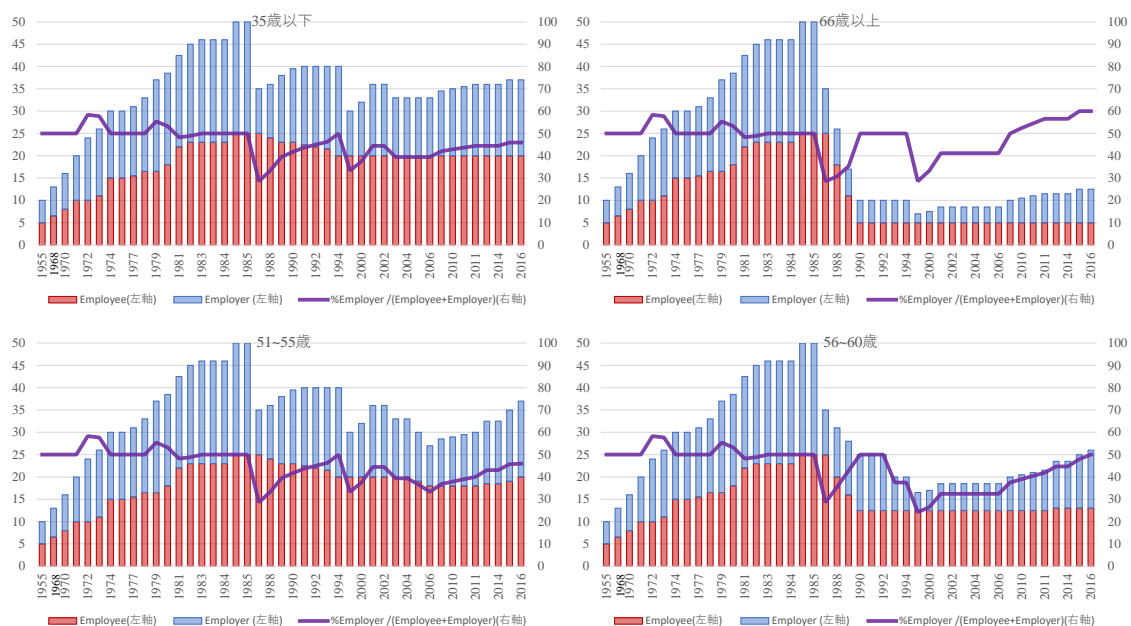


図1. 年齢階級別，加入者負担と雇い主負担別の CPF 保険料率（%ポイント；左軸）と総拠出に占める雇い主負担割合（%；右軸）：1955年7月から2016年1月～

資料：資料：Data.gov.sg ”CPF Contribution Rates, Allocation Rates and Applicable Wage Ceiling,” (2021/04/16 アクセス：[https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource\\_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b](https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b)).

注：保険料率が改定された月は年次によって異なる。

1977年7月に特別口座が導入されて以来、保険料率は口座種別に設定されており、口座の種類別の資金配分が設定されている（これ以前の拠出金は区別されていない、1984年4月以降は医療口座も導入されている）。図2によれば、一般的な傾向としては、医療口座への保険料率は一定水準が保たれるかわずかに上昇しており、保険料率も一定水準が維持されるかわずかに上昇してきた一方、一般口座への保険料率が調整に使われてきた（引き下げられてきた）。1985年に加入者と雇い主の合計保険料率が50%ポイントであったとき、口座種別にみた保険料率は一般口座40%ポイント、医療口座6%ポイント、特別口座4%ポイントであった。1986年に35%ポイントに引き下げられたとき、医療口座への6%ポイントは維持され、特別口座0%ポイントと通常口座29%ポイントにそれぞれ軽減されている。

1988 年以後は年齢階級別の保険料率が導入されたが、これは口座種別に設定されており、すなわちシンガポール政府は年齢別の口座種別資金配分、つまり年齢別にどの用途の貯蓄を（雇い主と加入者に分担させ）強制的に厚く維持するかを決めるようになった。一般的な傾向として、時系列でみて一般口座への保険料率はゆるやかに引き下げられており、医療口座・特別口座の保険料率がわずかずつ引き上げられている。総拠出に占める一般口座への拠出割合をみると、1986 年までは年齢によらず一定で（加入者と雇用主の合計保険料率が過去最高の 50%ポイントであった 1984~1985 年は医療口座が導入された時期にあたるが）一般口座への拠出割合は 80%が維持されていた。年齢別保険料率が導入された 1986 年以後について 35 歳以下でみると、この割合は 1991~1998 年に 75%に引き下げられ、1999 年に一旦 80%になるのを除くと、2015 年の 62%まで概ね一貫して引き下げられている。年齢間で比較すると、55 歳までは医療口座と特別口座の保険料率は加齢によって引き上げられ、（50 歳以上では保険料率は引き下げられるので）一般口座への保険料率が大きく引き下げられている。60 歳以上では通常口座と特別口座保険料率は非常に低水準になるが、医療口座保険料率は概ね一定水準に保たれている。このため、2015 年以後の総拠出に占める一般口座への拠出割合は 35 歳以下では 62%だったが、51~55 歳では 41%であり、

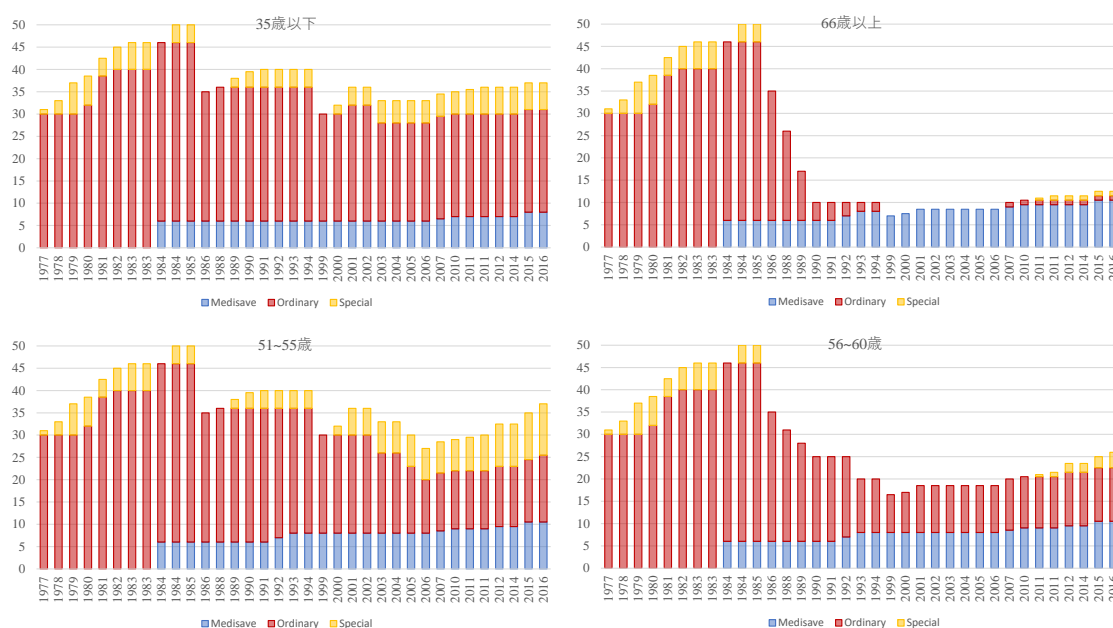


図 2. 年齢階級別、口座種別 CPF 拠出率：1977 年 7 月から 2016 年 1 月～現在

資料：Data.gov.sg “CPF Contribution Rates, Allocation Rates and Applicable Wage Ceiling,” (2021/04/16 アクセス：[https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource\\_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b](https://data.gov.sg/dataset/contribution-rates-allocation-rates-and-applicable-wage-ceiling?resource_id=65db3d22-9b16-43a3-8d4b-a2133043a78b)).

単位：労働者の月収に対する％。注：保険料率が改定された月は年次によって異なる。CPF は口座種類別拠出率（賃金に対する％率）を配分率（allocation rate）と呼んでいる。

特別口座への拠出割合は35歳以下の16%に対して、51～55歳では31%になっている。これらに対し、医療口座への拠出割合は35歳以下の22%から51～55歳の28%にゆるやかに上昇し、56～60歳の40%から、61～65歳の64%を経て、66歳以上では84%になっている。

CPF積立金の残高は1960～1980年代半ばまで増加率（年率）20～30%という幾何級数的な増加をしており、1960年の約1.5億SGDから1987年には306億SGDに達した。これは、1960年代以降CPF保険料率が引き上げられると同時に、1970年代までに完全雇用が達成され、女性の労働参加率が1970年の30%未満から1990年の50%超に増加した結果である（Sandilands 1992:p.129）。その後も2000年前後に年平均5.6%増加という水準に落ち込むものの、2007年以降は9～12%の増加率（年）を維持しており、2020年末の積立金残額は4,621億SGDに達している（図3）<sup>16</sup>。

このようなCPFに強制的に貯蓄された残高（及び、フロー）をHDB住宅購入（頭金の支払い及びローン元本返済）に用いることができるようになったことが、シンガポールの住宅政策の大きな転換点となった。2.1節で見たとおり、シンガポール政府は持ち家率を向上させることを重要な目標としており、1964年に「人民のための持ち家計画（Home Ownership for the People Scheme）」を始めた。この計画により、世帯月収1,000SGD未満（かつ月収800SGDを超える個人がいない）のシンガポール人世帯を対象に、2ルーム住宅を4,900SGD、3ルーム住宅を6,200SGDの価格で、合計2,068部屋を販売した。HDBは住宅ローンも提供し、3ルームの場合、1,200SGDの頭金を支払えば、44SGD×15年の住宅ローン返済での購入が可能であった。月収800SGDの世帯が賃貸する住宅の賃料で住宅を購入できるようHDBは住宅価格を引き下げることが狙っていたため<sup>17</sup>、同じ条件の住宅を賃貸する場合の家賃60SGDより低くなるように設定されていた（Tan and Naidu 2014:p.3, Cheong 2018:p.18）。しかし、20%の頭金の支払いが困難などの理由で（Sandilands 1992:p.127, Chia 2016:p.31）、1964年の年末までに販売されたのは約1,600部屋、約4割が売れ残った。このため政府は1968年にCPF法を改正し、それ以前は55歳まで引き出しができなかったCPF貯蓄をHDB新築住宅購入のための頭金支払いとローン返済にあてる

<sup>16</sup> これらの増加率は積立金の純増加率（拠出と利子から引き出しを除いたもの）である。CPFの規模拡大をみる指標としては、被保険者数×年収（拠出金額）の延べ人年が適切と思われる。しかしながら、図3に示すシンガポール統計局のデータでは、拠出金額は2002年以降にのみ表章されている。図3に表章されている積立金額と支出項目の合計は、t-1～t年末の「積立金の純増＝拠出金額＋利子－支出合計」の関係式に符合しないため、限界がある。一方で、たとえばChia（2016：図2.9、p.37）には拠出金合計と支出合計が1965～2015年の毎年について掲示されており、HDBやCPFの年次報告書（HDB/CPF Annual Report）などの資料を入手すればより詳細な分析が可能と思われる。今後の課題としたい。

<sup>17</sup> 丸谷（1995:p.18）によれば、1990年代半ばには「政府は、夫婦がCPFを5年間積み立てれば、HDB住宅を無理なく購入できることを目標に、住宅政策を推進している」。

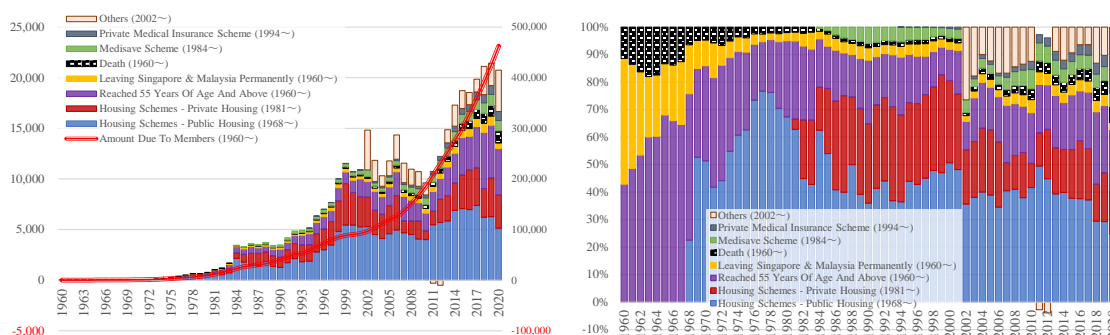
ことをできるようにした<sup>18</sup>。さらに、1971年から中古住宅市場を創設・断続的な規制緩和を行い（Cheong 2018:p.33-34, Phang 2016:p.232-234）<sup>19</sup>、中古住宅の購入に CPF 貯蓄を用いることができるようにすることで、住宅資産の流動性を高め、資産価値を維持できるようにし、同時に中所得者層（たとえば子どもが増えた夫婦）の買い換え需要を喚起している。

CPF 口座からの引き出し額と支出構成を図3にみた。公的住宅目的の引き出しは、HDB 住宅購入に CPF 貯蓄が使用できるようになった1968年こそ6百万 SGD に過ぎなかったが、1969～1972年は2,200～2,500万 SGD、1973年に5,000万 SGD、1975年に1.3億 SGD、1978年には4.9億 SGD に急増し、1979～1983年は4.4～7.3億 SGD を推移した後、1983年から1984年にかけて約3に増加しており、1984年は21.5億 SGD になった。1981年から、CPF 貯蓄は HDB 中古住宅の購入にも利用できるようになっており、新築と中古を合わせた1984～1988年の住宅購入のための引き出し額は26～28億 SGD であった。CPF 貯蓄からの引き出し額合計に占める住宅購入の割合をみると、1968年に50%を超え、1975年に70%を超えると、以後1980～1990年代を通して概ね70～80%を維持しており、住宅購入資金の増加に牽引されて貯蓄の取り崩しが起こっていることと CPF 通常口座残高は住宅資産に転換されて保有されてきたことがわかる。図3のデータでは2002年以後支出

<sup>18</sup> ただし、住宅ローンの貸出上限額は物件価格の90%であり、物件価格の10%分の CPF 通常口座残高が頭金として必要である。返却期間は最長25年、毎月の返済は税込み月収の30%（CPF 保険料率の加入者と雇い主負担分の合計の範囲）までに制限されている（Phang 2016:p.226）。

<sup>19</sup> 1971年より前に中古市場は存在せず、購入価格+減価償却済み内装工事（改修）費用（original purchase price in addition to the depreciated cost of improvements; Phang 2016:p.233）で HDB に売却するしかなかった。1971年に最低3年の居住期間（1975年以後は最低5年）を満たせば、HDB の要件を満たす人（所得制限付きで他の住宅を所有していないシンガポール人核家族）に市場で売却ができること認められた（報告が必要）。ただし、同時に1年間（1975年以後2年半）は公共住宅の申込ができないという申込禁止期間が導入された。申込禁止期間は1979年に撤廃され、代わりに再販税（Resale levy；はじめて購入した HDB フラットを売却し、2軒目の新築 HDB フラット・コンドミニアムを購入する場合に1軒目の HDB フラットの部屋数に応じ売却額の10～25%（2006年より前）もしくは15,000～55,000SGD（2006年以後）の支払が必要 HDB Web ページ”Resale Levy,” Accessed at 2021/03/17 20:57 from: <https://www.hdb.gov.sg/residential/selling-a-flat/financing/computing-your-estimated-sale-proceeds/selling-a-flat-resale-levy>）が導入される。HDB 住宅の購入は、所得制限付きで他の住宅を所有していないシンガポール人核家族しか行えなかったが、1989年に中古 HDB 住宅については、所得制限の撤廃、永住権保有者や民間住宅所有者も購入可能になった。1991年からは35歳以上未婚シンガポール市民も中古 HDB を購入可能になった。また、CPF 利用も緩和されている。1993年より前の貸出上限は1984年 HDB 新築住宅の80%だったが、1993年から市場価格（もしくは評価額の低い方）の80%になった。さらに、1993年から、CPF を住宅ローンの利息の支払にあてることができるようになっていく。

項目に不連続性があり、CPF 口座からの引き出し総額に占める住宅購入の割合は 50~60% に低下するものの、住宅目的の毎年の引き出し額は（2007~2010 年を除いて）概ね 70~110 億 SGD を維持しており、持ち家はシンガポール人にとって重要な資産を形成している。



(a) 積立金額（左軸）と引き出し額（右軸） (b) 支出項目構成

図 3. CPF 積立金額と支出項目別引き出し額，支出項目の構成割合

資料：Singapore Department of Statistics SingStat Table Builder, “Finance and Insurance-CPF Statistics,” (2021/03/15 閲覧： <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/industry/finance-and-insurance/latest-data>).

単位：(a)百億 SGD. 12 月末時点の積立額 (Amount Due to Member)・赤実線は右軸，その他は 1~12 月の支出について内訳を示した積み上げ棒グラフで，金額は左軸。(b)%。ただし，2001 年以前は，引き出し額総額が表章されておらず，表章されている引き出し項目の合計（及び，拠出額と利子）は積立金額の変化とも符合しないが，表章されている項目の合計に対する各項目の支出割合（%）を示す。注：PUBLIC HOUSING refers to net amount withdrawn (gross amount withdrawn less amount refunded) by members. PRIVATE HOUSING refers to net amount withdrawn (gross amount withdrawn less amount refunded) by members. REACHED 55 YEARS OF AGE AND ABOVE includes first and subsequent withdrawals. 1995 increase was due to withdrawals of government cash grant under Share Ownership Top-up Scheme II and CPF top-up scheme. 2000 & 2001 increase was due to withdrawals of government CPF top-up scheme. 2003 & 2004 increase was due to withdrawals of the economic restructuring shares and relaxation of withdrawal rule from once in 3 years to annually. 2005 & 2006 increase was due to withdrawals of government top-ups & sale proceeds from their Singtel shares. LEAVING SINGAPORE & MALAYSIA PERMANENTLY includes Malaysians leaving Singapore permanently. For MEDISAVE SCHEME prior to 2003, figures include private medical scheme and EldersShield scheme. For PRIVATE MEDICAL INSURANCE SCHEME prior to 2003, figures are included in Medisave scheme. OTHERS includes withdrawals under Home Protection Insurance, Retirement Sum (previously known as Minimum Sum), Dependants' Protection Insurance, Education, MediShield Life (previously known as Medishield), ElderShield, Lifelong Income, Non-residential Properties, Investment and Special Discounted Shares schemes, transfers to/from Reserve Account/general moneys of the Fund and on grounds of permanent incapacity and unsound mind.

## 2.5. 住宅政策の成果

住宅政策の成果を示す種々の指標を表1に示した。まず、シンガポールの国土は1970～2019年の間に24%も拡大していることを指摘しておきたい。国土の拡大は1970年以降に本格化した埋め立て等による。控えめにいって、現在の国土の8割以上が国有地になっている<sup>20</sup>。とはいえ、1970～2019年にシンガポール市民と永住権保有者をあわせた在住人口は約2倍に増加しており、(総人口に占める)外国人割合は1970年の2.9%から2019年には29.4%に増加している。総人口は1970～2019年に約2.7倍に増加した。人口密度(人/km<sup>2</sup>)は1970年の3,538から2019年は7,866に増加しており、東京都区部(15,348)には及ばないものの東京都(6,349)を超え、世界で最も混雑した地域のひとつとされている。

住宅統計をみる際の基準となる世帯数については1970年の数字が見当たらないが、1980～2019年の在住世帯の平均人員は4.87人から3.16人へと小世帯化が進行しており、人口以上の速度で世帯数は増加していると考えられる。1980～2019年に在住人口は約1.8倍になっていたが、在住世帯数は約2.9倍になっている。

住宅ストック(HDBフラット(1部屋)、コンドミニアム(1部屋)、土地付き(戸建て・連棟建て)住宅(1戸)等を含み、それぞれを単純合計)の数を見ると、1970年の約30.6万から2019年の約147.7万へと、約4.8倍に増加した。1970年の住宅ストックに占める公共住宅の割合は約4割に過ぎなかったが、1990年までに8割以上が公共住宅であるというペースで急速に公共住宅の建築が進んでいたことがわかる。同様に、世帯単位でみた持ち家率は、1970年は3割に満たなかったが、世帯が急増する中で持ち家率は1990年までに約88%に増加し、2019年も90%を維持している。世帯毎にみたHDB公共住宅への居住率も2000年代までは同様に非常に高い。2000年代以降にHDB公共住宅への居住率が低下しているのはエグゼクティブ・コンドミニアムスキームの進展によるものであり、中・低所得者向けに持ち家を提供するというHDBの使命は一定の目標を達成したためと言えるだろう<sup>21</sup>。

<sup>20</sup> Lim and Associates (1988 岩崎・森訳 上巻表4.12, p.156)によれば、国土のうち政府所有地割合は英国軍用地の移管、積極的な土地収用と埋め立て等を通じて、1949年の31%から1965年49.2%、1985年の76.2%へ上昇している。政府保有地割合を示す近年の統計は見当たらないが、1985年以後に土地収用がまったく行われていないと仮定しても、埋め立て等の国土拡大によって2019年の政府保有割合は80%になっている。借地料が政府の重要な収入源になっていることは前述の通りである。

<sup>21</sup> 1995年にエグゼクティブ・コンドミニアム(ECスキーム)を導入した。このECスキームでは、99年の借地権を競争入札にかけ、落札した民間業者・政府関連企業(Government Linked Company)がデザイン・建設・価格付け・ローンの手配・住宅の管理を請け負う(応募する世帯に対し応募条件、再販その他の規制あり)。ECスキームの導入により、(エグゼクティブ・フラットの建築・開発を終了し)アッパーミドル所得階層への住宅市場から、HDBは撤退している(Phang 2016:p.235)。



ただし、2019年の住宅ストック数は在住世帯数を超えているものの、超過数は10.5万戸ほどに過ぎず、約168万人の外国人を収用するには十分ではない。外国人に対する公共住宅の整備に、政府は公共の福祉のため税金を投じることはないであろうが、シンガポールは貿易依存度が極端に高い（開放小国経済である）ことから元々外的なショックの影響を強く受けやすく、外国人人口や外国人投資家の動勢がシンガポールにおける住宅価格に及ぼす影響は近年非常に大きくなっている（図4）。民間住宅指数（全住宅）は1996年第2四半期の129.7から1997年のアジア通貨危機を経て1998年第4四半期には71.5へと45%ほど低下（2年半でほとんど半減）している。また、2008年第2四半期の126.9から世界危機によって2009年第2四半期の95.3へ1年で25%ほど急落し、外国人の急増による需給逼迫などで2010年第2四半期の131.7へ1年間で40%ほど上昇している。これはシンガポール人にとって重要な退職期資産のボラティリティが甚大であることを意味しており、政府も認識しているところである。引き続き低所得者向け低価格住宅の確保と（外国人の）購入制限・不動産投機対策等を通じ住宅価格を安定させることは重要な課題になっている。

表1. シンガポールの住宅関連指標

	1970	1980	1990	2000	2010	2019
総人口(人)	2,074,507	2,413,945	3,047,132	4,027,887	5,076,732	5,703,569
在住人口	2,013,563	2,282,125	2,735,868	3,273,363	3,771,721	4,026,209
外国人	60,944	131,820	311,264	754,524	1,305,011	1,677,360
国土面積(km <sup>2</sup> )	586.4	617.9	633.0	682.7	710.4	725.1
人口密度(人/km <sup>2</sup> )	3,538	3,907	4,814	5,900	7,146	7,866
在住世帯数(世帯)	-	472,700	661,700	915,100	1,145,900	1,372,400
在住世帯平均人員(人)	-	4.87	4.25	3.70	3.50	3.16
在住世帯持ち家率(%)	29.4	58.8	87.5	92.0	87.2	90.4
HDB住宅居住率(%)	30.9	67.8	85.0	88.0	82.4	78.6
住宅ストック(部屋/戸)	305,833	467,142	690,561	1,039,677	1,156,700	1,477,627
うち、公共住宅割合(%)	39.3	72.2	83.2	81.4	77.7	72.5
1住宅ストックあたり人口(人)	6.78	5.17	4.41	3.87	4.39	3.86

出典：世帯持ち家率、HDB住宅居住率、住宅ストック、公共住宅割合の1970～2010年はPhang(2016表1)。2019年についてはSingapore Department of Statistics SingStat Table Builderの以下による：世帯持ち家率は"M810401-Resident Households By Tenancy, Annual"を用いて筆者算出、HDB住宅居住率は"M810351-Resident Households By Type Of Dwelling, Annual"、住宅ストックは"M400751-Residential Dwellings, Annual"、公共住宅割合は"M400141-Properties Under The Management Of Housing And Development Board"を用いて筆者算出。その他の系列についてはSingapore Department of Statistics, *Population Trends 2020* (2021/11/6閲覧：https://www.singstat.gov.sg/-/media/files/publications/population/population2020.pdf)

注：HDB住宅居住率とは、在住の世帯に住宅の種類がHDBの割合。在住世帯とは世帯主が在住人口（シンガポール市民か永住権保有者）である世帯。

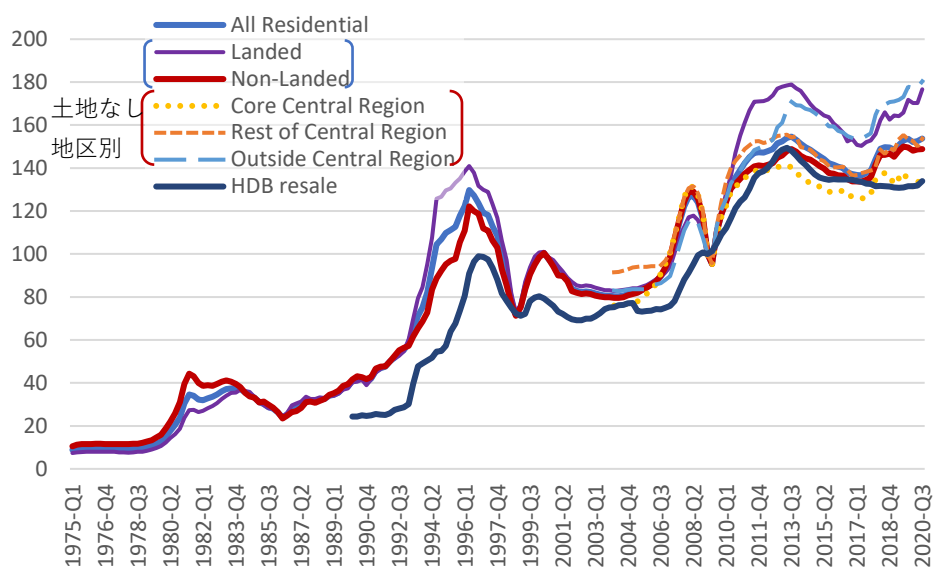


図 4. 民間住宅資産価格指数（2009 年第 1 四半期=100）の推移：1975Q1～2020Q3

出典：Data.gov.sg “Private Residential Property Price Index (Base Quarter 2009-Q1=100), Quarterly,” (2021/1/30 アクセス：<https://data.gov.sg/dataset/private-residential-property-price-index-by-type-of-property>), 及び, Data.gov.sg “Private Property Price Index of Non-landed Residential Properties by Locality, Quarterly”, Data.gov.sg “HDB Resale Price Index (1Q2009=100), Quarterly”. 注：全住宅には土地付き (landed 戸建て・連棟建て) と土地なし (Non-landed；政府から概ね 99 年借地権を得て開発されたアパートメント・コンドミニアム) を含む。地域 (locality) 別住宅指数は土地なし住宅のもの。地域区分は以下の通り：Core Central Region comprises Postal Districts 9, 10, 11, Downtown Core Planning Area and Sentosa. Rest of Central Region comprises the area within Central Region that is outside postal districts 9, 10, 11, Downtown Core Planning Area and Sentosa. (A map of Central Region showing the Core Central Region (CCR) and the Rest of Central Region (RCR) is available at: [https://spring.ura.gov.sg/lad/ore/login/map\\_ccr.pdf](https://spring.ura.gov.sg/lad/ore/login/map_ccr.pdf)) Outside Central Region (OCR) refers to the planning areas which are outside the Central Region.

住宅政策が、公共住宅の供給と CPF 強制貯蓄（を国民に許容させ、貯蓄の利用と住宅ローンを組みせること）を通じ、国家（経済）開発のために民間（住宅）投資（貯蓄）を誘導し、持ち家率を向上させたことは間違いない。しかしながら、賃貸住宅ではなく持ち家に住むことに対し誘因を与えるために、シンガポール政府が結局どれだけの財政的な援助を行ったのかははっきりしない。政府は国民に家を所有させるために、①HDB 住宅価格を市場価格（再取得価格＝土地代金＋建物代金＋取引コスト）よりかなり安く設定した、②このうち 2007 年以前の土地取得代金については土地収用法により政府は、市場価格よりも安く購入することが可能であった（所有者から政府へ所得移転があった）、③HDB を通じて低利住宅ローンを提供<sup>22</sup>、④条件を満たす場合に CPF 口座を通じた現金給付を支給（後述）す

<sup>22</sup> HDB 住宅ローン金利は、CPF 通常口座利率＋0.1%に固定されており、0.1%の上乗せが



ることなどを通じて、シンガポール政府は巨額の公費を投じてきた。このような住宅取得を促すための公的な補助が、結局どれほどの規模なのかを明確に示す包括的な文献・資料は見当たらない。ただし、このうち①などによって歳出が HDB 運営のための経費を上回ると政府財政一般会計から補填されることになっており、その概算額は官報に報告されている。Republic of Singapore (2020: 24 節 p.59) によれば、1960 年設立以来の HDB に対する政府補助金累計額は、2019 年 4 月 1 日現在 335 億 3356 万 SGD であり、2020 年 3 月末は 362 億 2578 万 SGD であったという。2019 年度の補助金額は約 2,154 億円 (26 億 9222 万 SGD を 1SGD=80JPY で換算) ということになる。日本の総人口 (2019 年 10 月 1 日) は 12,616.7 万人、シンガポール在住人口 (2019 年 6 月末) は 402.62 万人である。シンガポールの人口規模は日本の約 3.2%なので、シンガポール政府の住宅補助 (約 2,154 億円) を日本の人口規模に (人口比) 換算すると、67 兆 4919 億円に相当することになる。日本政府の 2019 年度一般会計予算 (101.4564 兆円) や、国債費を除く政策経費 (77.9483 兆円) と比べても、シンガポール政府の支出構造が日本とはまったく異なるというのは明白である<sup>23</sup>。

### 3. シンガポールにおける家族人口政策としての住宅政策

おもに 3 つの側面から、住宅政策を通じて、人口過程に影響を与えてきた。第一は、公共住宅の購入可能条件の設定である。すなわち、公共住宅価格はかなり低く抑えられていることを指摘したが、購入が可能な対象者を核家族に限定・優遇することで核家族を奨励してきた。第二は、対象者の属性に応じた直接的な現金給付金額の調整である。第三は、対象者の

手数料に相当するものと思われる。丸谷 (1995:p.19) によれば、「1994 年初めには CPF の積立預金の金利は 2.5%であったので、HDB の低利融資は 2.6%となっていた。一方、民間銀行の住宅ローン金利は同時期に 5~6%であったので、低金利の状況下双方の差が縮まっていたものの、同庁の低利融資の方が相当有利となっていた」。2003 年から民間銀行が HDB 住宅に抵当権を設定できるようになったことから HDB 住宅の購入に民間銀行の住宅ローンも用いることができるようになった (Phang 2016:p.226)。近年はさらなる金利低下により民間銀行が HDB の最低保証金利 (2.6%) より有利な条件を提示することができるようになっており、民間銀行から融資を受けるケースが増えている。

<sup>23</sup> 過去 5 年間 (2016~2020 年) の日本の外貨準備高 (9 月末) は、1.26~1.39 兆 USD であり総人口 1 人あたり 1.03 万 USD ほどであるのに対し、シンガポールの過去 5 年間の外貨準備高 (6 月末) は 2,490~3,120 億 USD と在住人口 1 人あたり 6.96 万 USD ほどであり、人口あたりでみると 7 倍ほどの水準になっている。日本の国債費 (国債償還費・利払い費) が歳出に占める割合をみると、2019 年度一般会計予算の 23%を占める。シンガポールでは純財政赤字であり政府債券に対する利子収入 (Net Investment Returns Contribution) が 2019 年度の総歳入に占める割合は約 18%である (シンガポール政府財務省 Web ページ 2021/04/15 参照: <https://www.mof.gov.sg/policies/reserves/how-do-singaporeans-benefit-from-our-reserves>) という財政状況がそもそも異なる。

属性に応じた、HDB 住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇である。いずれの側面においても、所得制限があり、21 歳以上既婚のシンガポール市民（とくに、はじめての応募・購入者）が優遇されてきたが、近年は条件が緩和される傾向にある。また、住宅政策を通じて親・（有配偶）子同居を奨励してきたし、民族統合政策の中核的役割を果たしている。

第一の購入可能条件については、①所得制限、②2 人以上のシンガポール市民世帯（もしくはシンガポール市民と永住権保有者）で 1 世帯あたり 1 軒のみ、③21 歳以上既婚者という条件を満たした場合にのみ、HDB 住宅の購入は可能になっている（Phang 2016:p.229～233）。Tan and Naidu(2014:p.5)によれば、HDB 住宅は当初シンガポール人核家族しか購入できず、これによって強い家族の絆を奨励してきた。住宅不足が解消されるのにもなって、購入可能条件は緩和される傾向にあり、1989 年に中古住宅購入における所得制限は撤廃されている。新築住宅には所得制限が残っているが、2021 年現在の限度額は 4 部屋住宅で月収 14,000SGD（約 112 万円）、コンドミウムで月収 16,000SGD（128 万円）に設定されている。2019 年労働力調査（Table 26 in Ministry of Manpower, *Labour Force in Singapore 2019*）によれば、15 歳以上の（公務員を除く）フルタイム雇用者に占める税引き前月収（雇用主負担の CPF 保険料を除く）が 14,000SGD の割合は 6.5%であり、所得制限の対象になるのは一部の富裕層のみである。再販市場規制緩和のなかで 1989 年以降は永住権保有者も中古 HDB 住宅の購入が可能になった。最後の配偶関係に関する条件についても、1991 年以後 35 歳以上未婚のシンガポール市民が中古 HDB 住宅を購入することが可能になっており、現在では 35 歳以上未婚者でも新築 HDB 住宅（ただし 2-room Flexi という 36～45 m<sup>2</sup> の最も小さなタイプのみ）の購入が可能になっている。これらに対し、現在でも高所得シンガポール市民・永住権保有者や、国外在住者、外国人投資家については、民間住宅部門が多くを担っている。外国人の住宅所有については多くが民間フラット・コンドミウムに制限されている（Phang 2016:p.229）。

第二の直接的な住宅補助給付（CPF Housing Grants）については、国籍、配偶関係、世帯所得に応じて注意深く調整されており、基本的にはじめての応募（HDB 住宅購入）かつ夫婦で低所得なシンガポール市民の場合に手厚いものになっている。2019 年以後の現行制度では<sup>24</sup>、HDB フラットに対して、おもに 5 種類の給付があり、①家族補助（FG；Family Grant）、②強化 CPF 住宅補助（EHG；Enhanced CPF Housing Grant）、③未婚補助（SG；Single Grant）、④強化家族補助（EHG(S)；Enhanced CPF Housing Grant (Single))、⑤近

<sup>24</sup> 住宅補助給付の歴史の変遷を追跡することは容易でないが、中古 HDB 住宅購入に際しての住宅補助給付は 1994 年に導入された（Phang 2016:p.234）ようである。Tan and Naidu（2014:p. 3）には、「1994 年より前は HDB から直接購入した新築住宅のみに対し利用可能」という記述があるが存在がはっきりしない。1994 年に導入されたのは、⑤近居住宅補助 PHG であり、親もしくは有配偶子と同居する はじめての応募者に対して 30,000SGD（1995 年からは 50,000SGD）が支給されている。1995 年には、親・有配偶子と同・同居していない場合でも、条件を満たせば中古 HDB 住宅購入に際し 40,000SGD が支給される制度が導入された。

居住宅補助（PHG；Proximity Housing Grant）となっている。その他にも、2部屋か賃貸住宅に住んでいる低所得者が3部屋住宅にアップグレードしようとする2度目の応募に対し支援する低所得者向け支援制度、ステップ・アップ補助（Step-Up CPF Housing Grant）<sup>25</sup>がある。また、③未婚補助を受けて中古住宅を購入した人が、その後結婚した場合に①家族補助との差額を支給し結果的に同等の補助を受けられる制度（CPF Housing Top-Up Grant）<sup>26</sup>が2004年に創設されている。

最初の①FGと②EHGが21歳以上で結婚している（結婚予定の）カップルもしくは核家族（少なくとも2人のシンガポール市民、もしくはシンガポール市民と永住権保有者を含む）を対象としたものである<sup>27</sup>。①FGは夫婦合計月収が14,000SGD以下で、中古HDB住宅をはじめて購入する場合に受給することができる。給付額はシンガポール市民2人の場合には50,000SGD（約400万円）（4部屋以下の場合）もしくは40,000SGD（約320万円）（5部屋以上の場合）、シンガポール市民と永住権保有者の組み合わせでは40,000SGD（4部屋以下の場合）もしくは30,000SGD（5部屋以上の場合）であり、CPF口座への入金を通じて給付される<sup>28</sup>。多世代同居等複合世帯（夫婦（ひとり親）と就業している未婚子や、親と有配偶者の組み合わせ）の場合には所得制限が14,000SGDから合計21,000SGDに緩和される。②EHGは所得に対する強い累進性があり、①FGを受けた低所得世帯を支援するためのものであると同時に、当該低所得世帯では新築HDB住宅の購入に②EHGを用いることができるものである。居住予定世帯員の合計月収1,500SGD以下の場合に最大の80,000SGDが支給され、所得に応じ減額されて合計月収9,000SGDで5,000SGDになり、

<sup>25</sup> 月収7,000SGD以下のシンガポール市民に対し15,000SGDが補助される。詳細はHDB Webページ”CPF Housing Grants for HDB Flats -Second-Timer Applicants”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/secondtimer-applicants>）。

<sup>26</sup> Saw(2005:p.186-187)。詳細はHDB Webページ”Application for CPF Housing Top-Up Grant”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/application-for-cpf-housing-top-up-grant/get-help#:~:text=The%20Top%2DUp%20Grant%20will,CPF%20monies%20available%20for%20withdrawal>）を参照。

<sup>27</sup> 中古住宅について詳細はHDB Webページ”CPF Housing Grants for Resale Flats”（2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/>）、新築住宅についてはHDB Webページ”CPF Housing Grants for HDB Flats -First-Timer Applicants”（<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/firsttimer-applicants>）を参照。

<sup>28</sup> CPF口座に入金された補助金を住宅購入費として支払う。住宅購入に用いたCPF残高は当該住宅を売却するとき、（CPF口座に預金されていたとしたら稼ぐことができた）2.5%の利子を加えてCPF口座に返却されるため、CPF補助金も当該個人口座残額に付与される（HDB Webページ”Do I return my housing grants to the Government when I sell my flat?,” 2021/03/20 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/about-us/news-and-publications/publications/hdbspeaks/Flat-Buyers-Keep-the-Housing-Grants-Given-to-Them>）。

合計月収 9,001SGD からは支給されなくなる。②EHG を受給するためには、過去 12 ヶ月継続して就業しており、住宅購入申込時に仕事をしていなければならない。

③SG と④EHG(S)は、35 歳以上の未婚シンガポール市民を対象にしたものである<sup>29</sup>。内容は①FG と②EHG と同様であり、所得制限と給付額がちょうど半分になっている<sup>30</sup>。⑤EHG(S)を受給するためには、EHG と同様で、過去 12 ヶ月継続して就業しており、住宅購入申込時に仕事をしていなければならない。

最後の⑤PHG については、親と同居もしくは親の居住地から 4 km以内に近居する場合に、中古住宅を購入する結婚している（予定の）シンガポール人カップル・核家族（2 人のシンガポール人か、シンガポール人と永住権保有者）、もしくは 35 歳以上未婚のシンガポール市民が、所得制限なく給付を受けることができる<sup>31</sup>。給付額は、カップル・核家族が同居する場合は 30,000SGD、近居する場合は 20,000、35 歳以上未婚者に対しては同居する場合は 15,000SGD、近居する場合は 10,000SGD である。

2.5 節の最後で述べた通り住宅政策を通じた政府補助の総額は不明であり評価が難しいのだが、以上の直接的な補助給付金の金額は明らかである。これらの補助給付金を最大限受給した場合、シンガポール人同士の低所得カップルの場合には 160,000SGD（約 1,280,000 万円）、35 歳以上の未婚シンガポール人低所得者の場合には 80,000SGD の CPF 残高を得ることになる。これらの補助金は 2~3 の点で早婚を促進していると言える。第一に、賃金の年齢プロファイルの形状から低年齢ほど低所得であり、②EHG を通じた給付額は多くなる

<sup>29</sup> 中古住宅については HDB Web ページ ”CPF Housing Grants for Resale Flats – Single Singapore Citizen Applicants”（2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/single-singapore-citizen-scheme>）を参照、新築住宅については ”Single Singapore Citizen Scheme”（<https://www.hdb.gov.sg/cs/infoweb/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/cpf-housing-grants-for-hdb-flats/single-singapore-citizen-scheme>）を参照。シンガポール市民と外国人のカップル（すなわち①FG の要件で国籍のみ満たさない）に対しても同様の制度（Non-Citizen Spouse Scheme）が適用される。この場合の所得制限は①FG と④EHG(S)と同じで、月収 14,000SGD と 4,500SGD までである（HDB Web ページ ”Non-Citizen Spouse Scheme”，2021/3/16 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/noncitizen-spouse-scheme>）。

<sup>30</sup> ③SG では月収が 7,000SGD 以下の場合、25,000SGD（4 部屋以下の場合）もしくは 20,000SGD（5 部屋以上の場合）を受給できる。④EHG(S)は新築 HDB 住宅の購入にも用いることができ（Single Singapore Citizen Scheme）、月収 750SGD 以下の場合に最大の 40,000SGD が支給され、所得に応じ減額されて月収 4,500SGD で 2,500SGD になり、月収 4,501SGD からは支給されなくなる。

<sup>31</sup> 詳細は、HDB Web ページ ”Living With/Near Parents or Child”（2021/3/17 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/resale/financing/cpf-housing-grants/living-with-near-parents-or-child>）を参照。

32。第二に、先に注記した通り当該住宅を売却する場合、補助金は CPF 口座にあれば稼いだはずの CPF 通常口座における利子を加えて入金される。2000 年以降の利子率は 2.5% という低水準であるものの、35 歳まで待たずに 21 歳で結婚したとしたら 14 年間の複利運用期間があり、利子率が 2.5% であっても複利運用では約 1.4 倍になる。第三に、少なくともこれまでのところ（1990～1999 年と 2000～2012 年の価格指数に基づく）住宅（資産）収益率（民間住宅及び HDB 中古住宅）は、リスク調整を行うと、シンガポールにおける代表的株価指数（Straits Times Index）よりも成績がよい（Phang 2016:p.241）。そのため、若年層にとっては多くの場合、住宅購入は借入れ制約が問題になると思われるが、補助給付金を用いて住宅を早く購入することができれば、CPF 補助金という政府援助によって早期にまとまった規模の資産形成を行うことができるだけでなく、同額の金融資産を保有していた場合よりも大きな資産を構築することができたということになる。これは HDB 中古住宅指数のみを単純に評価したもので、住宅を担保にした借入資本での投資（シンガポールドルの上昇は住宅資産の借入可能額と投資収益率をさらに引き上げる）は考慮されておらず、上にあげた補助金（を通じた収益）も考慮されていないし、住宅資産を賃貸に用いることができた場合の収益率（6～8%）も考慮していない。事後的な実質的収益率は住宅価格の変動を遙かに凌駕する可能性がある。

第三の HDB 住宅申込から購入までの期間や抽選確率の優遇については、実はシンガポールにおける出生促進政策と同程度に長い歴史があり、その最初期に導入されたものを含む<sup>33</sup>。すなわち、1987 年 1 月 1 日以後に第 3 子（以上）をもった夫婦が（より大きな住宅を購入するために）3 部屋以上住宅を売却する際の制限が緩和されている（Saw 2005:p.176-177）。通常ならば、中古市場への住宅売却には、①5 年の最低居住期間が経過していなければならない、②はじめて購入した住宅でなければならない（2 軒目や 3 軒目は中古市場に売却できず、HDB に売却しなければならない）という制限があったが、子どもが 3 人以上の夫婦には適用を除外した。さらに、③購入申込から実際の購入までの順番待ちに通常 3 年

<sup>32</sup> 再び 2019 年労働力調査（Table 32 in Ministry of Manpower, *Labour Force in Singapore 2019*）で男女年齢別の所得分布をみると、15 歳以上の（公務員を除く）フルタイム雇用者に占める税引き前月収（雇用主負担の CPF 保険料を除く）の最頻値は 3,000～3,999SGD になっている。35 歳未満男性（フルタイム雇用者）で月収が 3,999SGD 以下の割合は 59.3%、35 歳未満女性の場合には 62.6% である。35 歳未満では月収が 4,999SGD 以下の割合は約 4 分の 3（男性で 73.5%、同女性で 76.2%）である。この月収が 4,999SGD 以下割合は、35～54 歳になると 45～60% に低下する（男性 45.6%、女性 59.8%）。月収が 1,499SGD の割合は 1 割強（男性 11.8%、女性 12.8%）なので、②EHG の満額は確かに低所得者のみに支給されるが、申請者の多くが何らかの②EHG を受給していると考えられる。②EHG は低所得者支援というよりも、低年齢（＝相対的に低所得）カップルに対する早期家族形成支援の性格が重要であろう。

<sup>33</sup> 2021 年現在の制度については、HDB Web ページ”Priority Schemes”（2021/3/18 閲覧：<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/eligibility/priority-schemes>）を参照。

以上を要するところ、これら夫婦に対しては待ち時間を3年分短縮している。現在の制度でも大家族を奨励するため、住宅抽選の当選確率を2倍にする制度（Third Child Priority Scheme）がある。

その他の購入にかかる優遇措置として、2000年以降、夫婦（のいずれか）が21～30歳である夫婦が4部屋住宅をはじめて購入する場合に、20%の頭金のうち10%を引き渡しまで猶予している（Saw 2005:p.164）。頭金は10%になっているが、現在も同様の制度がある（Staggered Downpayment Scheme<sup>34</sup>）。また、若いカップルのHDB住宅購入を優先する政策として、2004年以後子どもがいる（妊娠している）夫婦をはじめてHDB住宅を購入する際の待ち時間（抽選の当選確率）を優遇する制度（Parenthood Priority Scheme）や、購入申込から引き渡しの際にHDB住宅を半額で賃貸できる制度を実施している（Parenthood Provisional Housing Scheme）。

その他の人口に直結する住宅政策として、1989年に導入された民族統合政策（Ethnic Integration Policy）の側面を挙げることができる。民族統合政策では、ブロック（housing block、約120世帯）と近隣（neighborhood、数千世帯規模）という2つのレベルごとに民族構成の上限を設け、近隣・ブロックで設定された民族構成の上限を超える民族への（中古）販売ができないようにした制度である。具体的には、近隣/ブロック毎の民族構成について、中国系84/87%、マレー系22/25%、インド系・その他は10/13%（2010年以後は12/15%に緩和）という上限が設けられており、また2010年からはマレー系を除く永住権保有者の割合についても5/8%という上限が設定されている（Phang 2016:p.231）。政策として実施されたのは中古住宅市場が整ってきた1989年以後のことであるが、HDBは新築住宅販売において1970年代から同様の措置をとっており、建国以来の中心的な課題である多民族共生の推進に不可欠な役割を果たしたとされる（Tan and Naidu 2014:p.6）。

#### 4. 韓国における少子化対策としての住宅政策

##### 4.1. 韓国少子化対策の経緯

韓国では結婚する際に新しい住居を用意するのが一般的で、伝統的に新郎は家を用意する代わりに新婦は生活にかかわる全般の物（例えば、テレビや冷蔵庫を始め、ベッド、食器等）を用意するという分担がなされてきた。生活用品に比べれば、住宅は高額であり、女性より男性の負担は大きかったという傾向があった。近年、住宅価格の高騰により、男女が結婚する年齢に達するより前に、住宅を購入することはますます困難な状況になっている。男

<sup>34</sup> HDBフラット（5部屋以下）購入のための申込にあたり、カップルのどちらかがはじめてで、（若い方が）30歳の誕生日までにした場合、購入価格の10%の頭金の半分を契約時に支払い、残りの半分は引き渡し時まで猶予する。HDB Web ページ “Staggered Downpayment Scheme”（<https://www.hdb.gov.sg/residential/buying-a-flat/new/schemes-and-grants/staggered-downpayment-scheme>）を参照。

性が家を用意する慣習は昔より緩和されているが、依然として結婚生活の新居を用意するのは男性の責任という意識も根強い。そのため、結婚に際した男性の負担は緩和されるどころか、増加する傾向にある。新居を用意できない男性は結婚を躊躇し、延期する傾向があり、女性も住宅を用意できない男性との結婚を嫌忌するため結婚件数は低下し続けている。日本と同様に韓国においても、婚外出生は例外的であり<sup>35</sup>、結婚と出生の関係は強い。そのため、このような結婚の減少は、出生の減少を招いている。このようななかで、住居と結婚・出生との関連は強いという研究が着目され、韓国では住宅政策が少子化対策の一環として施行されるようになってきている。住宅政策は、韓国において少子化対策がはじめて導入された2005年から対策パッケージのなかに入っていたわけではなく、住宅政策が導入されたのは2016年であった。

韓国の少子化対策は「低出産・高齢社会基本計画」と呼ばれている。2005年に「低出産・高齢社会基本法」が制定され、2006年から第1次5か年計画「第1次低出産・高齢社会基本計画」（以下、基本計画）が始まった。中央部署（日本の行政における省）や地方公共団体は、この基本計画に沿って年度別施行政策を策定しなければならないことになっている。第1次基本計画は「すべての世代が共に持続発展可能な社会」というビジョンをかかげている。第1次基本計画における出生率低下の主要な要因は、女性の就業と出生や子育てとの両立ができないことと考えられており、対策としては、保育所の整備や女性の社会復帰の支援が中心になっている。2011年からの第2次基本計画は「低出産・高齢社会への成功的対応により活力ある先進国家へ羽ばたく」というビジョンの下で行われたが、具体的な政策パッケージとして第1次基本計画を踏襲していた。

このような取り組みにもかかわらず、第1次基本計画と第2次基本計画が実施された10年間の出生率は持続的に減少した。第3次基本計画の策定にあたって、それまでの基本計画が女性のワークライフバランス施策に偏っていることを反省し、第3次基本計画では若者がなぜ結婚を躊躇し延期しているのかを分析し、若者の結婚を妨げる要因に対するアプローチを行おうという試みが始まった。具体的には、結婚を阻害する要因として、大きくわけて若者の就業と住居の2つが特定された。さらに、第2次基本計画までの実施された施策がよりスムーズに実施されるような制度の整備に注力することとされた。このようにして、第3次基本計画は「すべての世代が共に幸福な持続発展社会実現」というビジョンをかかげ、2016年から推進されている。

第3次基本計画は、当初2020年まで実施される予定であったが、2017年の選挙で進歩政権に交代すると、社会からは男女平等や生活の質（Quality of Life）の向上等の要求が強くなった。その要求に応じて、2018年に基本計画パラダイムの修正が行われた。男女平等や生活の質に加えて、基本計画に対する様々な批判等を検討し<sup>36</sup>、2018年末に第3次基本

<sup>35</sup> 韓国における2020年の婚外出生割合は2.3%である（韓国統計庁2020）。

<sup>36</sup> 第1次から第3次基本計画にかけて、一貫して批判されたのは、少子化対策があらゆる施策

計画（修正版）が出された。第3次基本計画（修正版）では上記の男女平等や生活の質の向上を主眼としており、何よりも生活の質の向上を図ることを通じて、出生が自発的に行われることを狙うというのが基本的な考え方になっている。その後、2021年からは第4次基本計画が施行されているが、基本ビジョン等は第3次基本計画（修正版）を踏襲している。

#### 4.2. 少子化対策における住宅政策

上述の通り、少子化対策の中に住宅政策が盛り込まれたのは第3次基本計画（2016年）からである。ここでは第3次基本計画に導入された住宅政策がどのようなものか紹介する。

##### 1) 第三次基本計画（2016年～2018年）

2016年の第3次基本計画における住宅政策は、①青年・予備夫婦住居支援強化、②学生夫婦住居与件改善、③新婚夫婦の住宅用意資金支援強化、④新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給を大幅拡大の4つからなる<sup>37</sup>。

##### ① 青年・予備夫婦住居支援強化

大学生へのチョンセ<sup>38</sup>賃貸住宅の供給を拡大して大学生の住居費の負担を軽減することが目的であり、大多数の新婚夫婦が結婚する際に新しい住居を用意することを踏まえ、結婚する前でも公共賃貸住宅の申請ができるようにした。本来、公共賃貸住宅の供給は、婚姻申請をした法的な夫婦に対し行うことを前提としているが、結婚を考える数多くの男女は法的な婚姻をする前に新居を用意するため、住居申請資格を婚姻していない男女にも拡大したわけである。結婚していない男女が申請する際には、挙式場の契約書や結婚招待状を代わりに提出でき、入居する時に夫婦であることを証明する公文書の提出が必要である。

##### ② 学生夫婦住居与件改善

の羅列に過ぎず、直接出生率を増加させる施策でないものが多数含まれているということである。また、これらの施策の予算もすべて少子化対策の予算に計上されるので、これまで使った金額も膨らんでいるように見えることに政府当局は困惑したものである。

<sup>37</sup> 施策の名称は韓国語の原義を伝えるため、できる限り直訳にした。

<sup>38</sup> チョンセは、韓国に特有の住宅制度であり、住宅価格の一定の割合をまとめて敷金として預けることで、契約期間の間、月々の家賃を支払わずに居住ができる制度である。これは金融制度が発達していなかった時代にできたものである。かつては、大金が必要な住宅を購入する際、現在住んでいるところをチョンセとして貸し出し、まとまった金額の敷金を得て、その敷金を元にそれまで貯めていた資金と銀行から借りた資金を加えて新しい住宅を購入した。この制度は金融制度が発達した現在においても広範囲で用いられている。ただし、契約終了時には大家は賃借人に対しチョンセ敷金を全返還する義務がある。



所得のない有配偶大学（院）生が安定的に学業と家庭を両立できるように住居を提供する施策であり、国立大学内の寮に有配偶用の部屋を拡充して、彼らの住居安定を図り、住居費の負担を軽減することが目的である。

③ 新婚夫婦の住宅用意資金支援強化

新婚夫婦による住宅購入資金やチョンセ資金の住宅都市基金からの借入を優遇するものである。この制度は2013年に始まり、夫婦合算所得が4千万ウォン以下、新婚夫婦は5千万ウォンの所得制限があり、利子率は4.3%であった。

④ 新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給を大幅拡大

この施策は若い新婚夫婦に対する仕立て賃貸住宅の供給を拡大する。すでに2009年から5年・10年公共賃貸、国民賃貸住宅の一定割合を低所得の新婚夫婦に対して供給してきた。2016年からは新婚夫婦のチョンセ賃貸住宅に居住できる所得基準を大幅に引き下げている。以前は都市勤労者の月平均世帯所得の50%の水準に制限されていたが、それを70%まで引き上げた。供給量も前年より1千ほど拡大した。なお、新婚夫婦の年齢が低いほど、賃貸住宅を申請するときにインセンティブを与える。

幸福住宅は若者が安定的に居住するために供給する公共賃貸住宅であり、2012年に大統領は推進課題として、2014年までにおおよそ14万の新婚夫婦を含む若者に供給する計画を立てた。2016年時点では、幸福住宅には1人家族に焦点を当て設計されたワンルーム住宅が多かったが、新婚夫婦等のために2ルーム住宅の供給を拡大する計画がある。なお、新婚夫婦のための「幸福住宅特化団地」内には、保育所や共同育児スペース等を設置して育児環境を整備する。新婚夫婦が出産する場合はより大きい幸福住宅に再申請する機会や子ども数により居住期間を6年から10年に延長する。

2) 第三次基本計画（修正版）（2019年～2020年）

上述の通り、基本計画の修正により2019年以後の施策は若干修正されているものの、変更点は名称や構成等のあまり本質的ではない部分で、大筋はそれほど変わっていない。具体的な施策としては、①多様な青年住宅供給拡大、②青年賃借世帯住居費支援強化、③新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大、④子育ての良い住居インフラ整備の4つに分けられる。

① 多様な青年住宅供給拡大

青年チョンセ賃貸・仕入れ賃貸・公共支援民間賃貸住宅の供給を通じて、青年（大学生・就活学生）の住居費の負担を軽減することが目的である。青年チョンセ賃貸事業では、公共住宅事業者が既存の住宅を賃貸して入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。青年仕入れ賃貸事業では、公共住宅事業者が既存の住宅を仕入れ、改修してから入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。青年幸福住宅事業では、公共住宅事業者

は幸福住宅を建設して入居対象の青年に割安な賃貸条件を提供する。公共支援民間賃貸事業では、民間の事業者が政府から支援を受け賃貸住宅を供給・運営する。

## ② 青年賃貸世帯住居費支援強化

住居衰弱階層の青年を対象に低利の住宅資金を支援する施策である。青年専用貸出事業では、19～25歳未満の青年を対象（年所得5千万ウォン以下の住宅無し、単独世帯主）に3.5千万ウォン以下の敷金を貸し出す（利子率は1.8～2.7%）。返済期間は2年以内に設定されているものの、4回の延長（最大10年）が可能である。中小企業就業青年賃借敷金事業では、19～35歳で年所得3.5千万ウォン以下の中小企業や自営業者を対象に、1億ウォン以下の敷金を貸し出す（利子率は1.2%、返済期間は青年専用貸出と同じ）。青年専用保証付家賃貸出事業では、19～35歳未満の年所得2千万ウォン以下の住宅無しの単独世帯主に月40万ウォン程度の家賃を貸し出す（返済期間は青年専用貸出と同じ）。

## ③ 新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大

新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大は上記第三次基本計画における③と同様の事業だが、賃貸のみならず、分譲して安定的な住居の確保を図ることが追加された。

## ④ 子育ての良い住居インフラ整備

上記第三次基本計画における④新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給大幅拡大と同様である。

## 5. 結語

住宅価格の地理的な分布をみれば人口集積が進んだ都市で高い傾向があり、これは各国に共通している。なかでも、都市への人口集積が進んだ国（都市化が進んだ国）で住宅価格は（国間の経済規模の格差を一定にしても）より大きく高騰するのかもしれない。そのため、ソウル一極集中が進んだと思われる韓国において、日本より住宅政策の役割の相対的な重要性が大きくなっているのかもしれない。一方、今世紀に入ってから経済状況をみると、各国とも経済の成熟化にともない若年雇用の賃金上昇率は低下しており、キャリア経験の限られた若年の雇用自体が悪化している。さらに、女性の社会参加は男性の相対賃金を結果的に低下させた。

結婚には住宅費用を節約する利点（規模の経済・非競合財；Weiss 1997:p.83-87）があるため、住宅価格が高い都市部で相対的に強い結婚への誘因があるはずである。しかし、実際には都市部で未婚率は高くなっており、何らかの要因が都市部において結婚を強く阻害している可能性がある。このような背景要因としては様々なものが想定されるものの、結婚し子どもを産み育てることを希望するカップルが、新生活を始めるための固定費用が支払え

ないならば、少子化対策としては住宅費用が新生活のための固定費用を構成する大きさに応じた支援が必要だろう。すなわち、若いカップルは職業経験が少なく、低成長になってから職業生活を開始した世代の資本蓄積はそれより前の世代と比べて相対的に少なく今後の見通しも好ましくないこともあって、十分な住宅ローンを組めない場合も多い可能性がある。

日本では若者の結婚支援や経済的自立を応援する住宅支援はあまりなされてこなかった（松田 2021：p.262）。具体的には、2016（平成 28）年の補正予算において「結婚新生活支援事業」が実施され、新規に婚姻した世帯（所得制限あり）の婚姻にともなう新規住宅取得（賃貸）や引っ越しにともなう経費の一部に対し非常に限られた補助が行われた。世帯所得 300 万円未満の世帯を対象に最大 18 万円の補助（2016 年）で始まった結婚新生活支援事業は、2017 年第 2 次補正予算でも実施され、さらに 2018 年からは地域少子化対策重点推進交付金事業の一環として実施されており、2019 年からは世帯所得 340 万円未満で夫婦両者の年齢が 34 歳以下の世帯に対し 30 万円が補助されている。また、2021 年 4 月からは支給要件が緩和され夫婦年齢 39 歳以下、世帯所得 540 万円未満に対し、最大 60 万円が支給されることがアナウンスされている。このように「結婚新生活支援事業」は徐々に拡張されてはいるが、シンガポールにおける寛大な支給額と比べるまでもなく、この支援額が流動性制約に直面した若者の制約を取り払って行動を後押しできるほど十分な額なのか検討の余地がある。また、少子化対策としては、この事業は地方創生の一貫として地方自治体が実施するものであり、住宅価格が相対的に高く固定費用も高いと考えられる大都市、とくに東京都やほとんどの政令市で実施されておらず、2020 年に事業を実施した自治体は 289 市区町村（全国 1,718 市区町村の 16.8%）にすぎないことには限界がある<sup>39</sup>。

シンガポール・韓国では、都市での住宅問題（価格高騰等）の結婚や少子化への影響を深刻に捉え支援していた。とくに、国が低利融資の信用を供与する仕組みが印象的である。男女相対賃金の低下で男女の家庭内役割分担も変化しつつある。日本においても、育児・介護には家族の世代間支援機能を有効に活用していく必要があり、シンガポールの同近居補助は示唆に富む。

シンガポール政府は、実質的に多くの行政を法定機関（Statutory Board）や政府系企業へ委託・移管しており、これが政府サービス供給の効率性を高める一方で、政府のシンガポール社会経済への関与の全体像を把握させることを難しくしている<sup>40</sup>。ただし、法定機関には

<sup>39</sup> 内閣府令和 2 年度地域少子化対策重点推進交付金 結婚新生活支援事業について（2021 年 3 月 22 日閲覧： <https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/meeting/hojokin/r02/index.html>）。なお、2020 年に結婚新生活支援事業を実施した政令市は千葉市、新潟市、静岡市、神戸市の 4 市のみであった。

<sup>40</sup> シンガポール財政研究の第一人者である Asher et al.（2016：p.115）によれば、（シンガポール政府の）財政文章や財務諸表（budget documents and budget statements）は包括的でなく

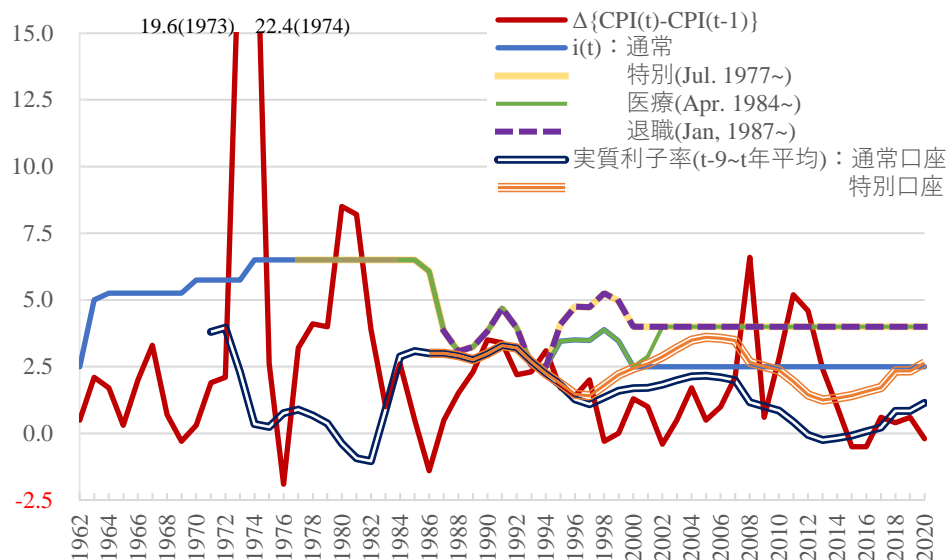
議会への説明責任はないものの、年次報告書などの形で記録を長期的に追える場合がある。シンガポールは、世界各国のなかでも最も人口（政策）を重視して来た国のひとつである。それは、人は唯一の資源であるという認識が常にあったからであり、（小国であるからこそ可能な）実験的ともいえる積極的な政策を採ってきた。シンガポールの歴史的な経験の全体像を把握することは、現代社会における住宅政策のみならず広く人口関連政策を含む公共政策の比較研究や、より現実的な適用可能性等の含意を探るにあたって重要な課題であろう。

#### 参考文献

- 岩崎育夫(2013)『物語 シンガポールの歴史ーエリート開発主義国家の200年』中公新書。
- 大淵寛(1976)「人口政策の理論的考察」『経済学経済学論纂』、第17巻第4号：pp.35-80。
- 大淵寛(2002)「人口政策の意義と体系」日本人口学会編『人口大辞典』培風館。
- 大淵寛(2005)「少子化と人口政策の基本問題」大淵寛・阿藤誠編著『少子化の政策学』原書房。
- 韓国統計庁(2020) 韓国の社会動向2020。
- 駒村康平(2005)「シンガポールの少子高齢化対策と CPF 改革」『海外社会保障研究』, No.150, pp.4-17。
- 松田茂樹(2021)『[続] 少子化論ー出生率回復と〈自由な社会〉』学文社。
- ブーン・ウガ・テイ (Tay Boon Nga 田辺忠史訳) (1989)「シンガポール中央積立基金ーその展開と政策目的ー」『海外社会保障情報』, No.88, pp.31-46。
- 丸谷浩明(1995)『都市整備先進国 シンガポールー世界の注目を集める住宅・社会資本整備』アジア経済研究所。
- 矢延洋泰(1983)『小さな国の大きな開発ーシンガポールの現代化ー』勁草書房。
- Asher, Mukul G., Azad Singh Bali, and Chang Yee Kwan (2016) “Public Financial Management in Singapore: Key Characteristics and Prospects,” in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore’s Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore.
- Barro, Robert J. (1974) “Are government bonds net wealth?,” *Journal of Political Economy*, Vol.82, No6, pp.1095-1117.
- Bernheim, B. Douglas, Andrei Shleifer, and Lawrence H. Summers (1985) “The Strategic Bequest Motive.” *Journal of Political Economy*, Vol.93, No.6, pp.1045-1076.
- 様々な項目の取り扱いに一貫性がないため、政府全体の財政状況（overall financial position）と一般政府部門の取引のマクロ経済効果を考慮せずに財政論争（budget debate）が行われていると論じている。

- Chen, Peter S. J. (ed.) (1983) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore.
- Cheong, Koon Hean (2018) *Public Housing*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- CHEW, Bryan, Vincent HOONG, TAY Lee Koon and Manimegalai d/o VELLASAMY (2010) "Compulsory Acquisition of Land in Singapore: A Fair Regime?," *Singapore Academy of Law Journal*, Vol.22, p.166-188.
- Chia, Ngee Choon (2016) *Central Provident Fund*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- Chiew, Seen-Kong (1983) "Ethnicity and National Integration: The Evolution of a Multi-ethnic Society," in Chen, Peter S. J. (ed.) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore, pp.29-64.
- Fong, Pang Eng and Linda Y. C. Lim (2016) "Labor, Productivity and Singapore's Development Model," in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore's Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore, pp.135-168.
- Heng, Chye Kiang and Yeo Su-Jan (2017) *Urban Planning*, Singapore Chronicles Series, Straits Times Press: Singapore.
- Lim, Chong Yah (1983) "Singapore's Economic Development: Retrospect and Prospect," in Chen, Peter S. J. (ed.) (1983) *Singapore Development Policies and Trends*, Oxford University Press: Singapore, pp.89-104.
- Lim, Chong Yah and Associates (1988) *Policy Options for the Singapore Economy*, McGraw-Hill, Inc.: Singapore. リム・チョンヤー編著 (岩崎輝行・森健訳) (1995) 『シンガポールの経済政策』(上巻, 下巻) 勁草書房.
- McCarthy, David, Olivia S. Mitchell and John Piggott (2002) "Asset rich and cash poor: Retirement provision and housing policy Singapore," *Journal of Pension Economics and Finance*, Vol.1: pp.197-222.
- Tan, Shin Bin and Vignesh Louis Naidu (2014) "Public Housing in Singapore: Examining fundamental shifts," Lee Kuan Yew School of Public Policy, National University of Singapore. Retrieved at 2021/1/3 from: [https://lkyspp.nus.edu.sg/docs/default-source/case-studies/public-housing-in-singapore.pdf?sfvrsn=abc1960b\\_2](https://lkyspp.nus.edu.sg/docs/default-source/case-studies/public-housing-in-singapore.pdf?sfvrsn=abc1960b_2)
- Turnbull, C. M. (2009) *A History of Modern Singapore: 1819-2005*, Third Edition, NUS Press: Singapore.
- Peebles, Gavin and Peter Wilson (1996) *The Singapore Economy*, Edward Elgar Publishing: Cheltenham, U.K.
- Peebles, Gavin and Peter Wilson (2002) *Economic Growth and Development in Singapore: Past and Future*, Edward Elgar Publishing: Massachusetts, U.S.A.

- Phang, Sock-Yong (2016) "Singapore's Housing Policies: Responding to the Challenges of Economic Transitions," in Linda Y.C. Lim (ed.) *Singapore's Economic Development: Retrospection and Reflections*, World Scientific: Singapore, pp.221-248.
- Republic of Singapore (2020) "Report on the Audit of the Financial Statements of the Housing and Development Board for the Year Ended 31<sup>st</sup> March 2020," Supplement to the *Government Gazette*, No.2/2020.
- Sandilands, Roger J. (1992) "Savings, Investment and Housing in Singapore's Growth, 1965-90," *Savings and Development*, No.2: pp.119-144.
- Saw, Swee-Hock (2005) *Population Policies and Programmes in Singapore*, Institute of Southeast Asian Studies: Singapore.
- Weiss, Yoram (1997) "The Formation and Dissolution of Families: Why Marry? Who Marries Whom? And What Happens upon Divorce," Mark R. Rosenzweig and Oded Stark (eds.) *Handbook of Population and Family Economics*, Vol.1A, North-holland: Amsterdam, pp.81-123.



参考図. 消費者物価指数の変化 (t~t-1 年) と CPF 口座種別名目利率, 実質利率

出典：消費者物価指数は Singapore Department of Statistics SingStat Table Builder, “Prices and Price Indices-Consumer Price Index,” (2021/03/19 閲覧： <https://www.singstat.gov.sg/find-data/search-by-theme/economy/prices-and-price-indices/latest-data>), 名目利率  $i(t)$  は Chia (2016 : 表 3.4, p.57-59). 単位：消費者物価指数は 2019 年 = 100 とした %ポイント, 利率は抛出资额に対する %。注：1986 年は月別, 1987 年以後は半期毎で変動しているが、当該年 (1~12 月) に占める月数の加重平均を表章。特別口座が導入されたのは 1977 年 7 月, 医療口座は 1984 年 4 月, 退職口座は 1987 年 1 月であるが、導入年の利率は年次換算したもの。1994 年まで全口座の利率は同一であり, 1995 年 7 月から特別・退職口座に 1.25%ポイント, 1998 年 7 月から特別・退職口座に 1.5%ポイント, さらに 2001 年 10 月から特別・退職・医療口座に 1.5%ポイント, それぞれ名目利率が上乘せされている。これらに加えて, 2008 年 1 月 1 日からは口座残高のうち 60,000SGD (うち通常口座 20,000SGD) を超えない部分については +1.0%ポイントの加算があるが図の数字には含まない。

## Pro-natal Housing Policy Developments in the Case of Singapore and Korea

SUGA Keita<sup>1</sup> and CHO Sungho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> National Institute of Population and Social Security Research   <sup>2</sup> Korea Institute for Health and Social Affairs

Housing is an expensive necessity especially for young couples whose income gradually decreased over decades and who face unstable labor market with a limited work experience in an era of globalization. Contrary, housing policies are merely evaluated from a viewpoint of pronatalist's population stabilizing devices. This paper reviews historical development and basic structures of housing policies particularly in the context of Singaporean society.

Given scarce resources except mankind at the time of the independence from the British empire in 1965, Singaporean government recognizes population policies including human resource management as the most important policy issues, and hence implements unique measures whose experience can be seen as a social experiment. We first reviews three fundamental institutions underlying the Singaporean housing policy: 1959 Housing and Development Board Ordinance; 1966 Land Acquisition Act; 1968 Amendments to the Central Provident Fund Act. Then, we analyze housing market-related statistics for an evaluation of the achievements and examine how the housing policies give incentives affect specific population processes including partnership formation, family formation and intergenerational living arrangement. We discuss implications for Japanese case and point out further research for comparative policy analysis with deep examination of contextual backgrounds.



# 日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHCの視点から

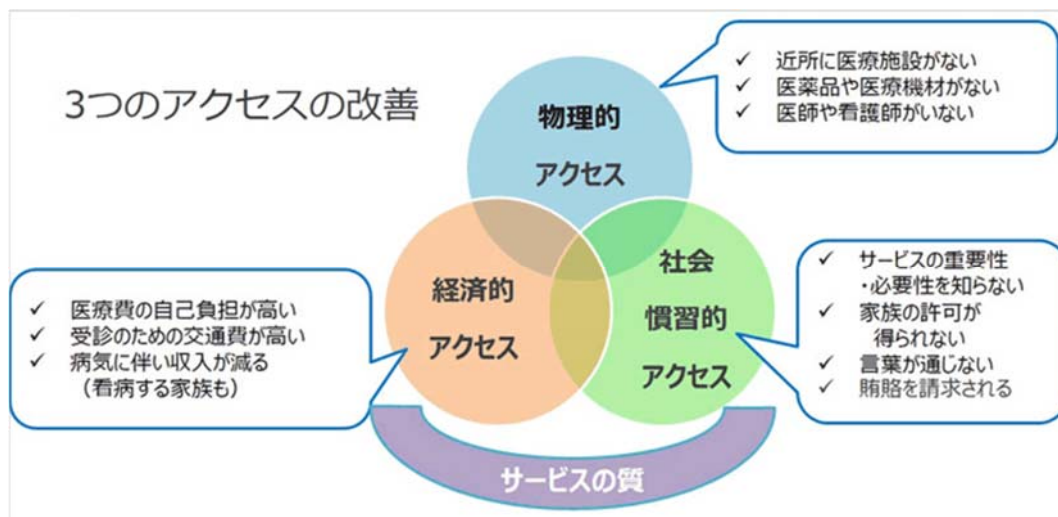
蓋 若琰

厚労科研林班研究会

2020年9月30日

## ユニバーサルヘルスカバレッジとは (Universal Health Coverage = UHC)

「すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられる」

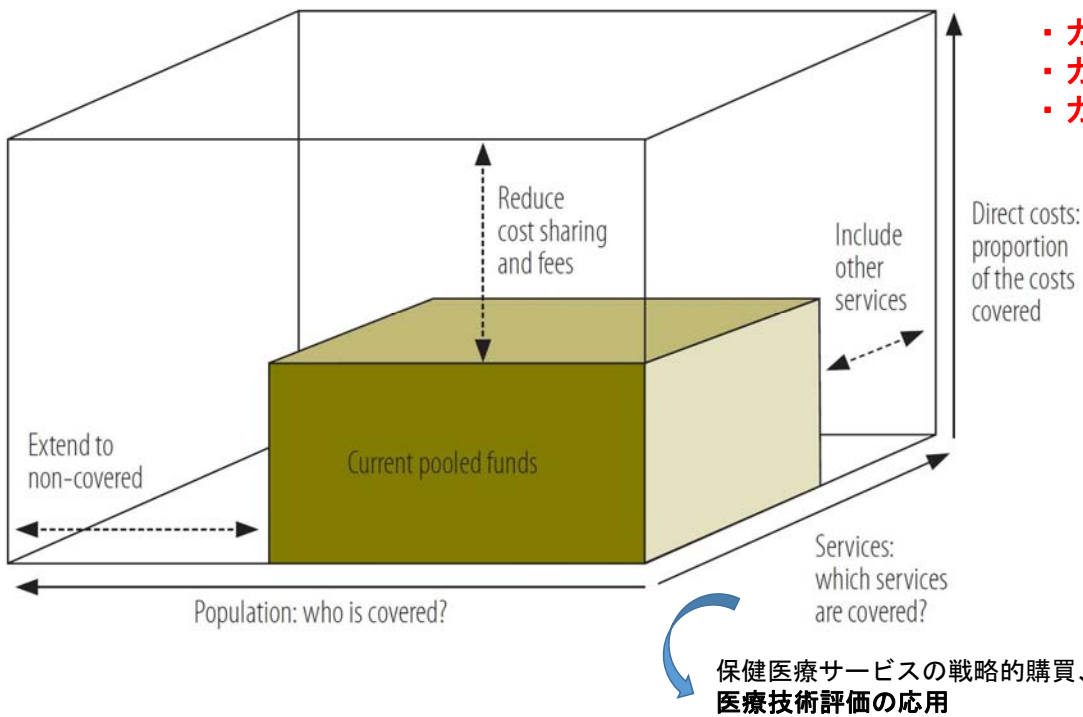


Source:  
JICA

# ユニバーサルヘルスカバレッジ（狭義）

3つの要素：

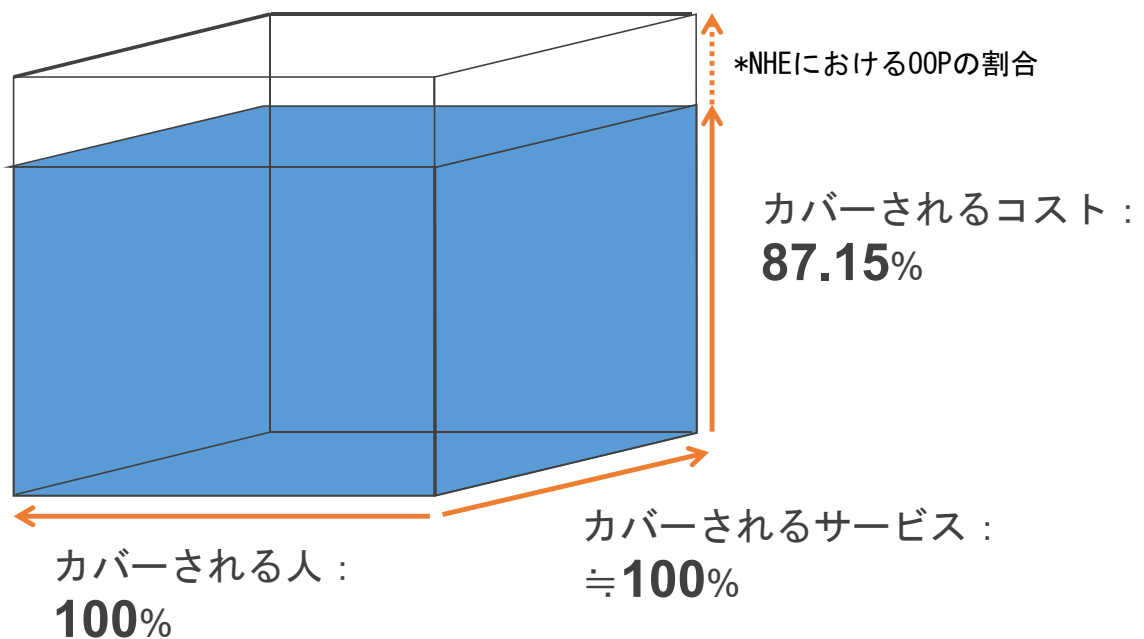
- ・カバーされる人
- ・カバーされるコスト
- ・カバーされるサービス



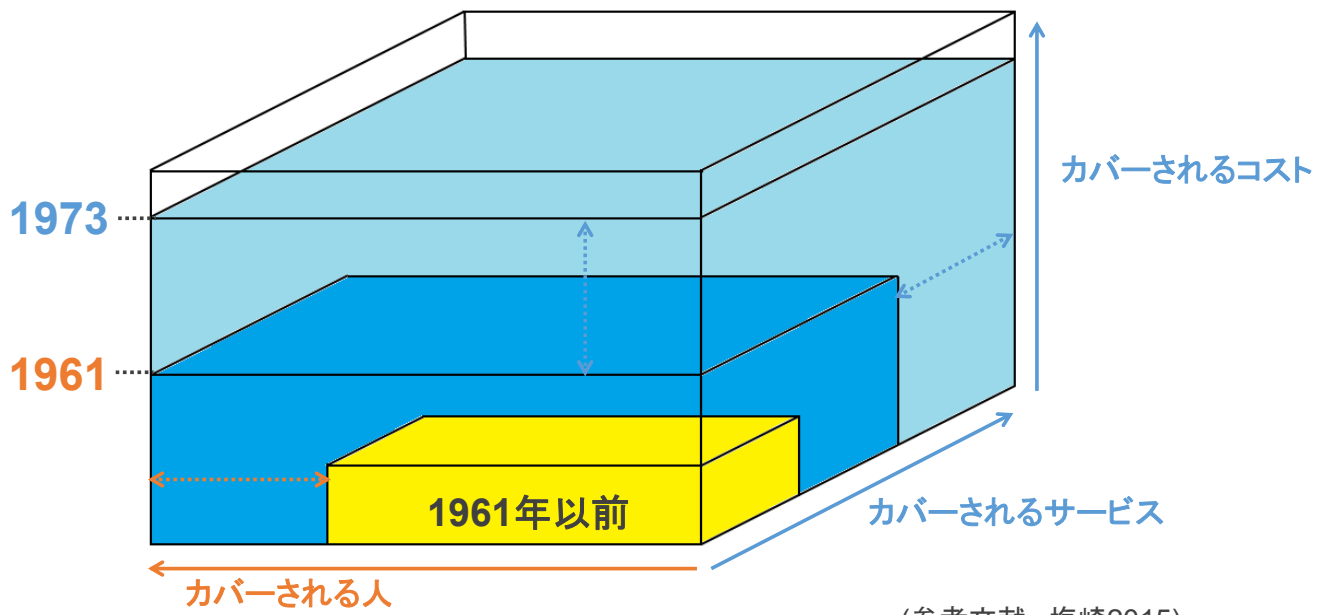
Source: WHO 2010

保健医療サービスの戦略的購買、  
医療技術評価の応用

# 日本のユニバーサルヘルスカバレッジ



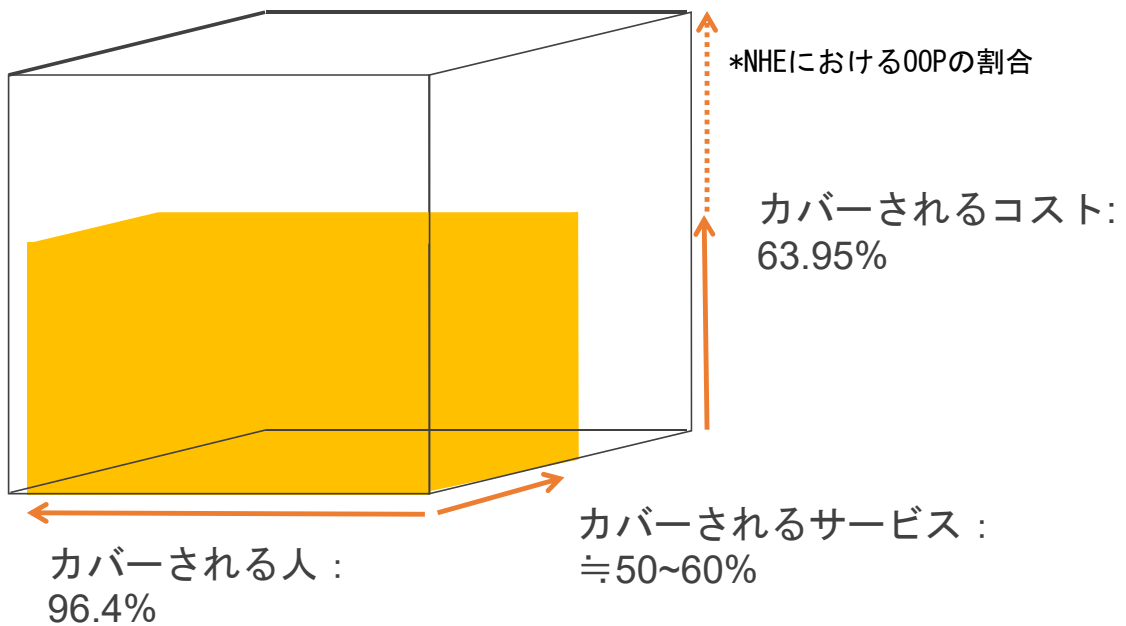
# 日本の国民皆保険の沿革：徐々に拡大したUHC



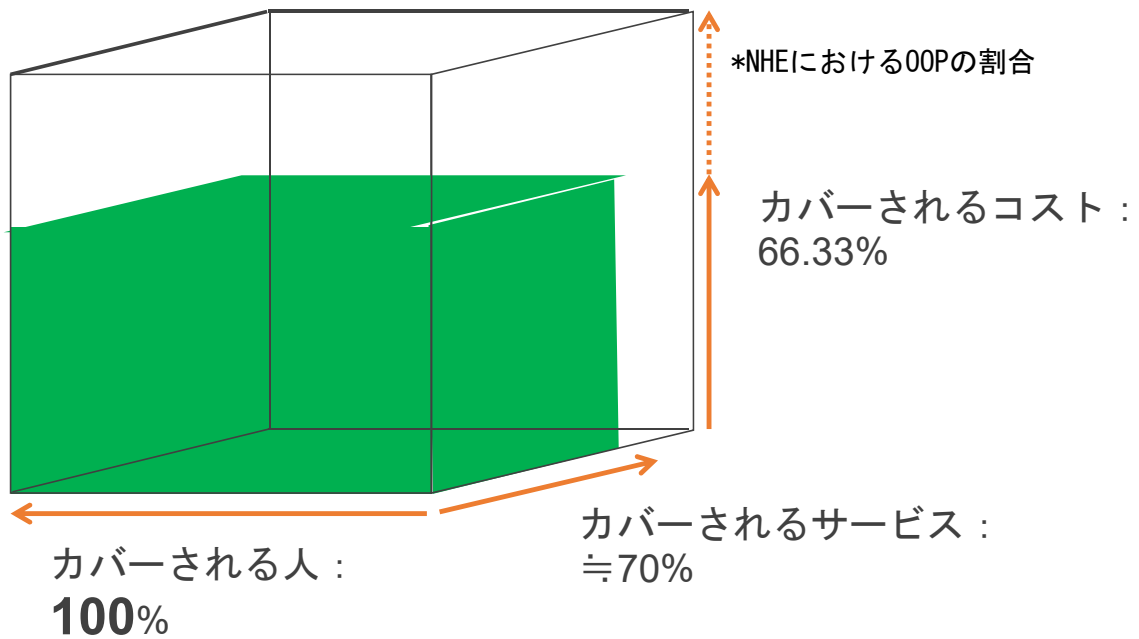
(参考文献：塩崎2015)

カバーされる人をまず増やしてから、カバーされるコストとサービスも拡大する。

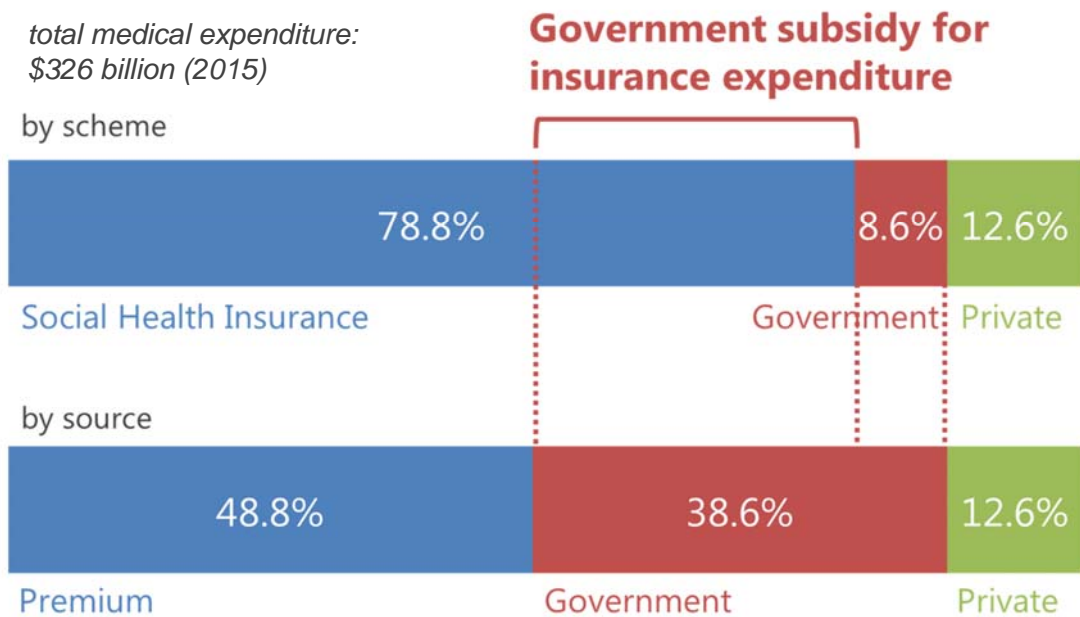
# 中国のユニバーサルヘルスカバレッジ



# 韓国のユニバーサルヘルスカバレッジ

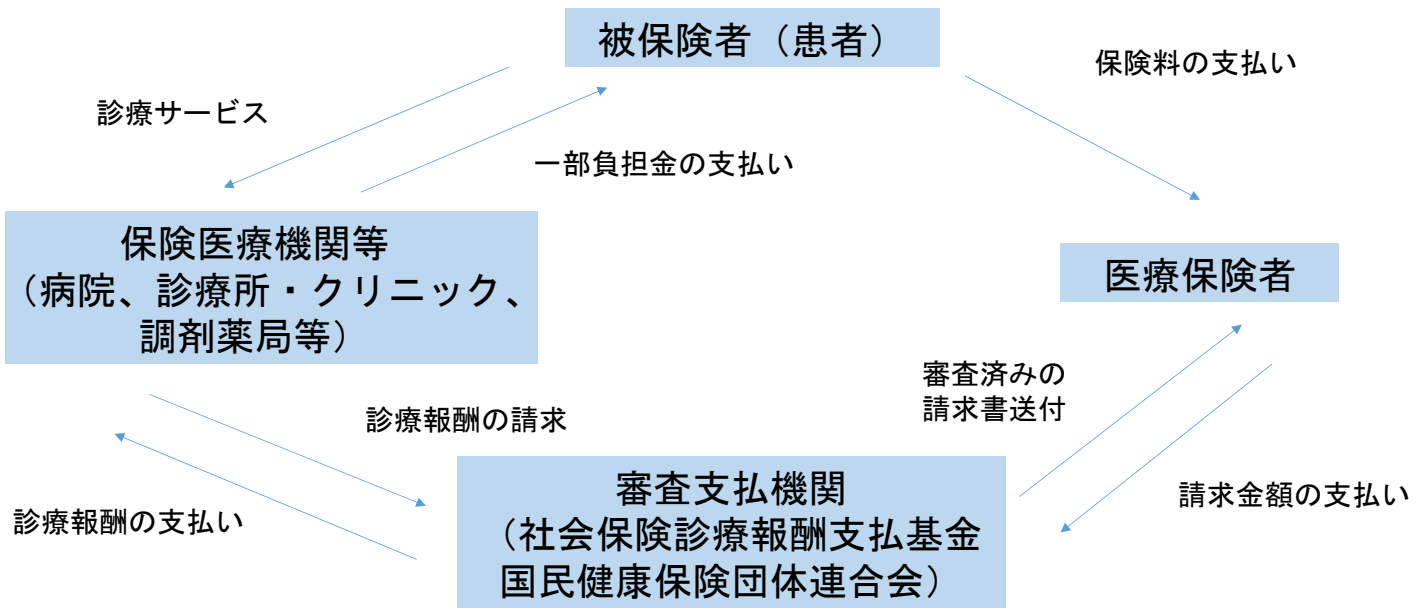


# 日本の国民医療費から見た社会保険制度とその財源

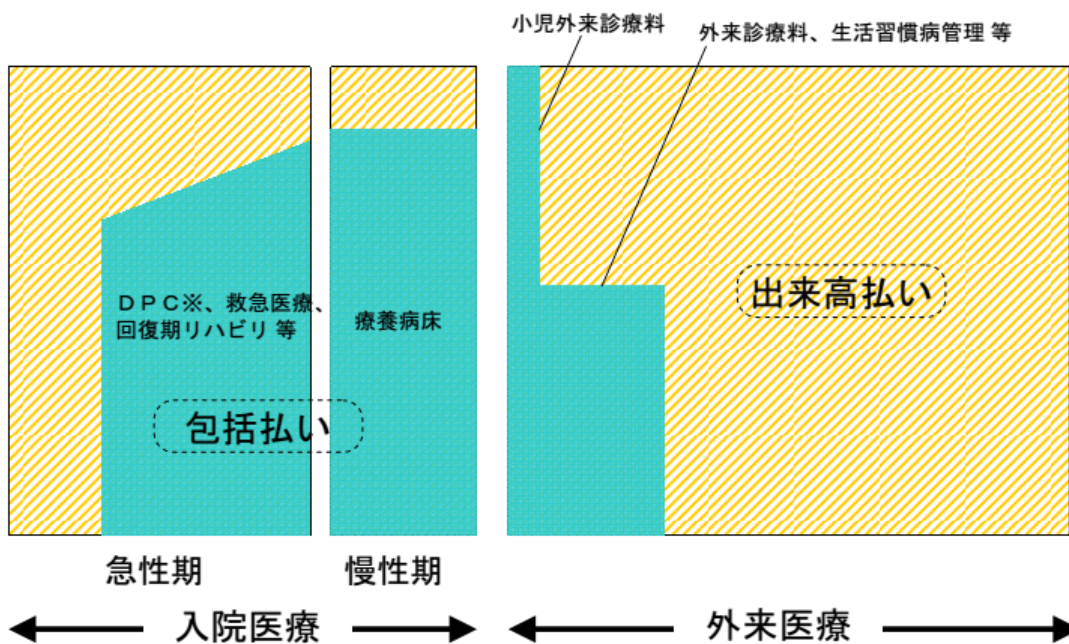


Source: Ministry of Health, 2015

# 日本の保険診療の流れ



# 日本の診療報酬と支払い方式

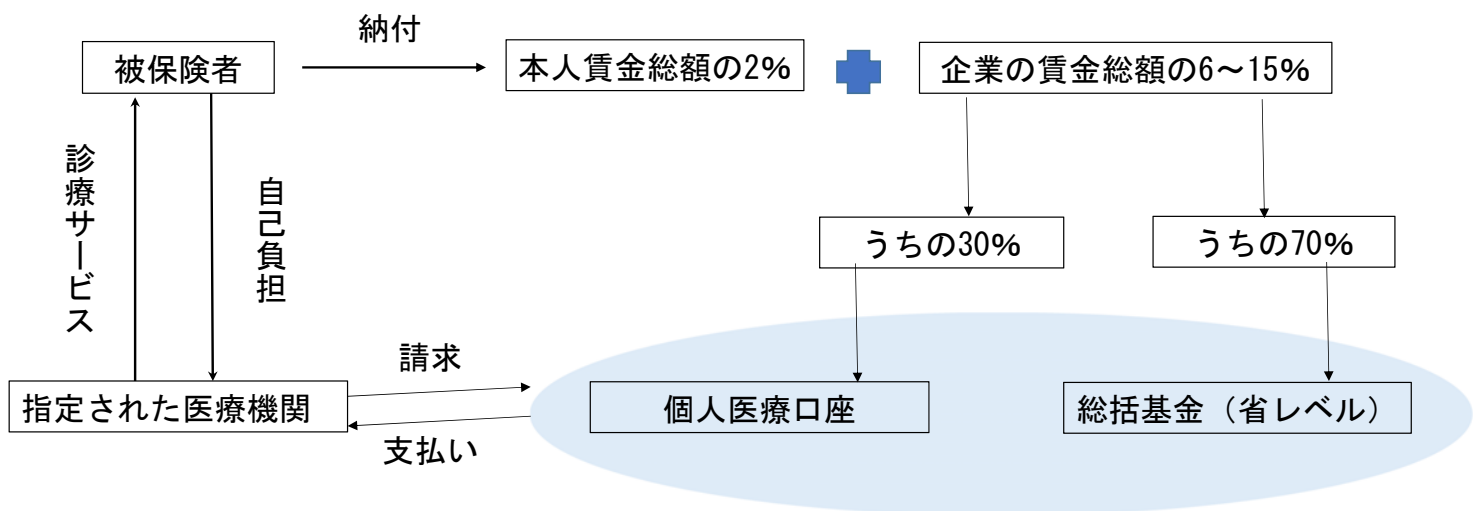


厚生労働省2015

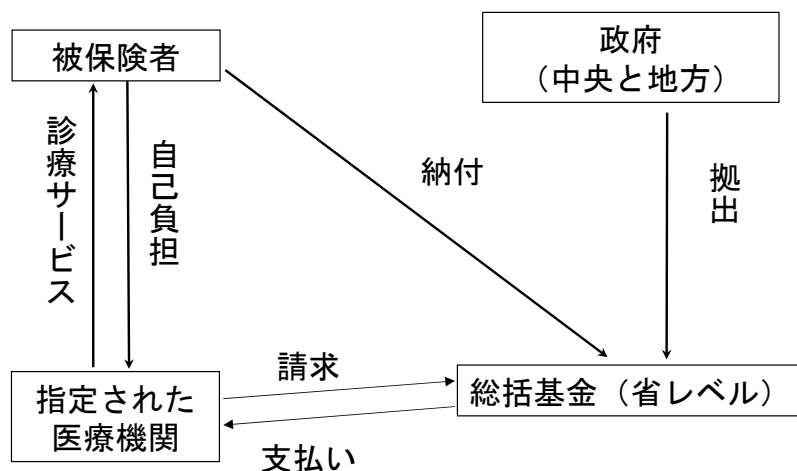
# 中国の医療保険制度

	都市部従業者基本医療保険	都市部住民基本医療保険	農村部新型合作医療
導入時期	1998年	2007年	2003年
被保険者	都市部の従業者及び定年退職者（本人）	都市部の非従業者、学生、子ども	農村住民
加入形態	強制	任意	任意
財源	企業：賃金総額の6～15% 個人：賃金総額の2% 定年退職者：納付なし	政府（地域による） 個人（地域による）	政府（地域による） 個人（地域による）
保険適応内容	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり	入院＋外来 給付スタートラインと最高支払限度額あり
保険の仕組み	個人医療口座 統括基金	統括基金	統括基金

## 都市部従業者基本医療保険の仕組み



## 都市部住民医療保険、新型農村合作医療の仕組み



	都市部従業員基本医療保険 (億人)	新型農村合作医療 (億人)	都市部住民基本医療保険 (億人)	カバー率 (%)
2001	0.73	-	-	5.2
2002	0.94	-	-	7.3
2003	1.09	-	-	8.4
2004	1.24	0.8	-	15.7
2005	1.38	1.79	-	24.2
2006	1.57	4.1	-	43.2
2007	1.8	7.26	0.43	71.9
2008	2.0	8.15	1.18	85.4
2009	2.19	8.33	1.82	92.5
2010	2.37	8.36	1.95	94.6
2011	2.52	8.32	2.21	96.9
2012	2.65	8.05	2.72	99.1
2013	2.74	8.02	2.96	-
2014	2.83	7.66	3.15	99.7
2015	2.89	6.7	3.77	97.2
2016	2.95	6	4.49	96.3
2017	3.03	1.6	8.74	96.2
2018	3.17	1.3	8.97	96.4

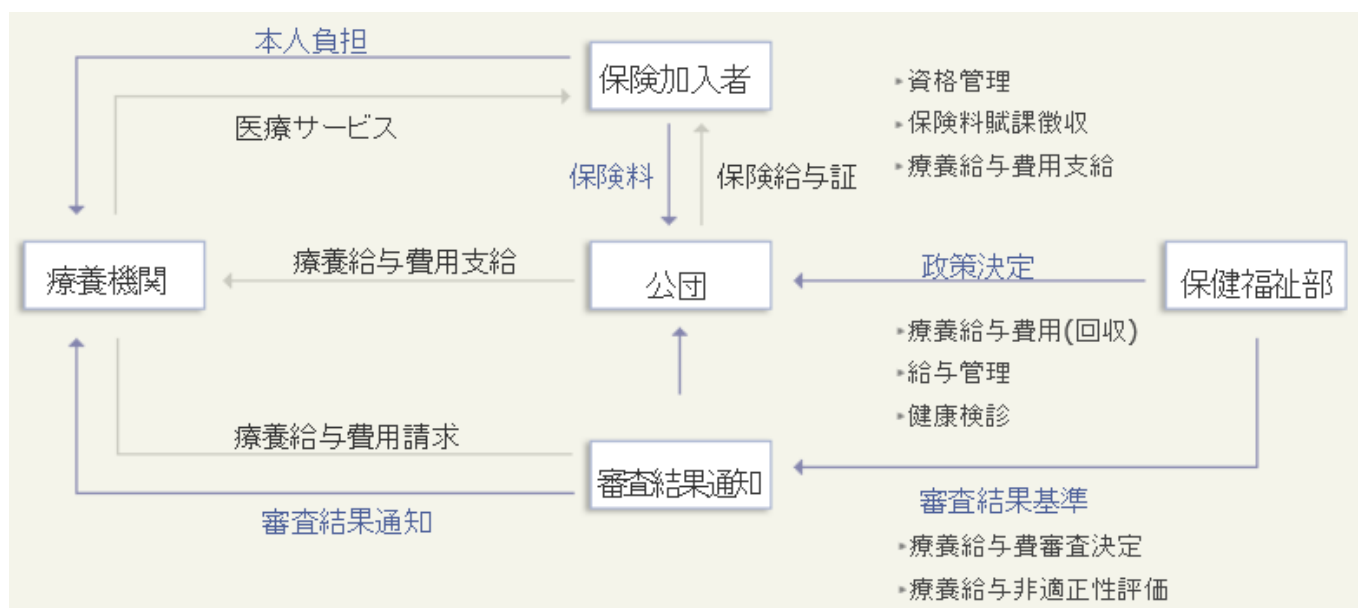
中国医療保障局,  
2019

## 医療保険制度の給付率

	都市部従業員基本医療保険 (%)	都市部住民基本医療保険 (%)
2009	70.7	17.7
2010	71.2	50.2
2011	73	52.9
2012	72.8	54.7
2013	73.2	56.9
2014	73.2	57
2015	72.8	55
2016	72.2	56.3
2017	72	56
2018	71.8	56.1

中国医療保障局,  
2019

## 韓国

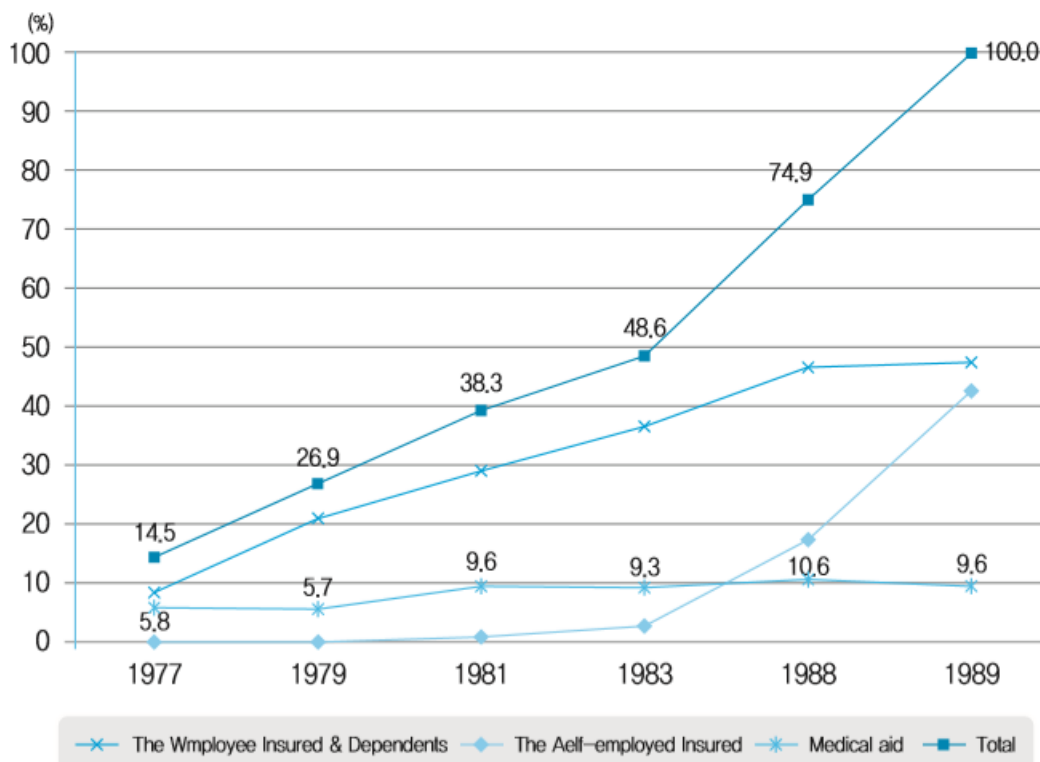


韓国国民健康保険会社HP



## 韓国の国民皆保険の沿革

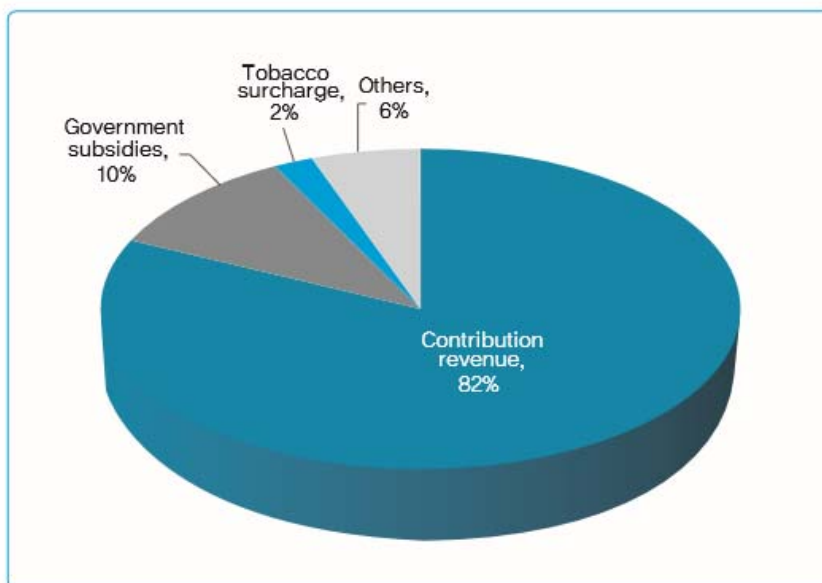
- 1989年 都市地域医療保険を中心に国民皆保険制度の開始
- 1997年 国民医療保険法の制定
- 2000年 健保組合を統合して国民健康保険公団を発足
- 2003年 地域と職場の医療保険の財政を統合
- 2004年 個人負担額上限の設定
- 2011年 社会保険料徴収の一本化
- 2017年 被扶養者範囲の見直し、個人負担額上限の引き上げ



韓国国民健康保険公団2014

# 社会保険制度の財源

National Health Insurance Financing Source, 2014



韓国国民健康保険公団2014

# 社会保険の自己負担額

Service	Health Institution	Diseases	Copayment of total healthcare cost
Inpatient	-	General	20%
	-	Rare1)	10%
	-	Serious2)	5%
Outpatient	Tertiary hospital	-	60%
	General hospital	-	50%
	Hospital	-	40%
	Clinic	-	30%
	Pharmaceuticals	-	30%

韓国国民健康保険公団2014

# 医療費の支払い方式

Payment method	Service category	Healthcare institutions						
		Clinic	Hospital	General hospital	Tertiary	Convalescent hospital	Pharmacy	
Fee-for-service	In-patient	●	●	●	●		●	
	Out-patient	●	●	●	●	●	●	
DRG	DRG	Inpatient	●	●	●	●		
		Out-patient						
	Per diem	In-patient					●	
		Out-patient						
P4P	In-patient			●	●			
				●	●			
			●	●	●			
						●		
	Out-patient		●					
			●					
		●						

Source: 2014 Health and Welfare Issue and Policy, Korea Institute for Health and Social Affairs

## 日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
方式	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
加入対象	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての国民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険 組合管掌健康保険 船員保険 各種の共済保険 国民健康保険	各地域の統括基金	国民健康保険公団
給付種類	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
財源	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
自己負担率	30%、自己負担の上限あり （高額医療費制度）	30～50%、給付スタートライン と給付の上限あり	外来：30%～60% 入院：20% 自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○
支払方式	出来高払い＋DPC	主に出来高払い、一方で一部の 地域においてDRGや一括前払い （global budget）を導入	出来高払い＋DRG＋P4P
医療技術評価 の応用	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無

# 東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

東アジアは高齢化が急速に進むことが見通されている地域である。例えば、韓国の高齢化率（65歳以上の者の総人口に占める割合）は2015年の12.9%から2065年の42.1%にまで上昇する見通しである。後者は同じ年のわが国の高齢化率の水準（38.4%）に相当する。中国でも高齢化率は2015年の9.3%から2065年の30.0%に上昇する見通しである（U.N. "World Population Prospects 2019"）。さらに台湾の高齢化率も2015年の12.5%から2065年の41.2%への上昇が見通される（国家発展委員会「中華民国人口推計（2018至2065年）」（2018年）ぶよる）。

こうした急速な高齢化が見通される中、医療、年金、介護などの社会保障制度の構築、充実が東アジア共通の政策課題となっている<sup>1</sup>。介護分野についてみると、わが国は高齢者福祉の歴史は長いが、2000年に介護保険が実施され、介護サービスの利用が大きく広がった。そして、「地域包括ケアシステム」の構築などに見られる地域密着、地域性を反映した持続性のある高齢者介護制度の構築を目指している。韓国では2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施された。わが国の介護保険を検討しつつ、韓国独自の制度内容となっている。台湾でも介護保険が検討されたが、現在は「長期照顧十年計画 2.0」（介護サービス十年計画 2.0）という政策プランの下で公的介護サービスの充実が図られている。中国でも一部の地域で介護保険モデル事業が実施され、全国的な制度実施を目指している。

東アジアの介護制度は、共通点がある一方で、相違点も多い。つまり、東アジアの介護制度には「多様性」があるといえる。こうした多様を検討することで東アジアの高齢化対策の特徴そのものの分析ができる。それに加えて、今後の高齢化が見通される東南アジアなどの周辺地域に対する示唆をまとめることもできる。

このような問題意識のもと、本稿では東アジアの日本、韓国、台湾、中国の介護制度の特徴を概観し、その多様性についてみていく。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、その手始めとして、介護制度の対象者と財源方式を例にして、考え方の整理を試みる。

## 2. 東アジアの介護制度のイメージ

東アジアの介護制度イメージをまとめたものが表1である。この表では、対象者、年齢でのカバレッジで介護制度のイメージをまとめてみた。まずわが国の介護保険は、65歳以上の第1号被保険者と40～64歳の第2号被保険者が存在する。これらに該当する者は介護保険の被保険者となる。ただし、色の濃い第1号被保険者が給付の中心となり、色の薄い第2号被保険者が介護保険の給付を受けるために

<sup>1</sup> 東アジアを含むアジア全域の高齢化、介護ニーズ、介護人材を取り上げたものとして、Hayashi (2018) 参照。

は、加齢による疾病、末期がんなどの条件が加わる。よって、わが国の介護制度は高齢者を主な対象とした、社会保険方式によるユニバーサルな制度である。

次に韓国の介護制度ではわが国の後続グループにあると言っても良い。老人長期療養保険（介護保険）は2008年に実施され、わが国と同じ社会保険方式のユニバーサルな制度である。この制度からの給付は高齢者が中心であるが、大きな違いは被保険者となる者の範囲がわが国よりも広く、0歳からとなっている。これは、韓国の医療保険である国民健康保険の加入者をそのまま老人長期療養保険の加入者としたためである。台湾も後続グループにあると言って良い地域である。長期照顧十年計画2.0は、税財源の制度であるが、精密な要介護認定、ケアプランの作成など、わが国の介護保険制度にもある仕組みがある。また、後述する地域密着の介護サービス提供体制の構築も目指している。台湾では、この制度の対象者は高齢者だけにとどまらず、①65歳未満の障害者、②50～64歳の認知症患者、③55～64歳の原住民族で介護を必要とする者も対象者である。つまり、税方式の若年障害者などを含むユニバーサルな介護制度、というのが台湾の介護制度である。

中国では2015年から介護保険のモデル事業を15カ所の都市で実施している。制度内容は都市により異なる。もっとも、将来の全国的な介護保険実施を目指し、2020年9月に介護保険モデル事業拡大の指導意見が中国政府から出され、新たに14カ所の都市が追加になった。制度の特徴を短くまとめるのが困難な状態であるが、社会保険方式での制度構築を目指しているのが中国である。

このように東アジアの介護制度をごく簡単なイメージでまとめても多様性があることがわかる。

表1 東アジアの介護制度イメージ

国・地域	制度イメージ	国・地域	制度イメージ
日本	<p>2000年に「介護保険」を実施</p>	韓国	<p>2008年に「老人長期療養保険」(介護保険)を実施</p>
台湾	<p>税方式の制度。「長期照顧十年計画2.0」(2017年～)</p>	中国	<p>15都市で介護保険モデル事業(2015年～) 介護保険モデル事業拡大の指導意見(2020年9月)</p>

出所: 小島克久「東アジアにおける高齢者介護制度の構築段階と日本の経験の伝搬に関する研究(平成28～令和元年度)について」『社会保障研究』第16号所収の図の一部を筆者が加筆の上で引用。

### 3. 東アジアの介護制度の特徴

東アジアの介護制度は表1だけを見ても多様である。その多様性のより明確にする各国・地域の特徴を表2から見ていこう。中国については介護保険モデル事業実施都市以外の制度の特徴でまとめてみた。財政方式と制度対象者は表1で述べたとおりであるが、前者については、社会保険方式はわが国と韓国、税方式は台湾である。中国は介護保険モデル事業の実施都市以外の地域では税方式（低所得者のみ）である。後者は、わが国は40～64歳と65歳以上の者、韓国は全年齢、台湾は65歳以上の者と障害者など、中国は65歳以上となっており、対象者の年齢の幅は多様である。

介護制度を作るのは一般に政府（国）であるが、運営者（保険者）は若干異なる様相を呈する・介護保険を持つわが国と韓国では、制度運営者である保険者はそれぞれ市区町村、国民健康保険公団である。わが国では介護などの福祉制度は、住民にとって最も身近な政府組織である市区町村が介護保険の保険者となっている（地域保険）。韓国では医療保険の保険者である国民健康保険公団の組織と専門人材の活用の観点から、政府の団体である国民健康保険公団が保険者である。韓国では医療保険は国民健康保険に統一されているので、政府の団体が介護保険の保険者となっている（国営保険）。台湾は台北市や嘉義県のような地方政府が制度を運営する。中国でも地方政府の運営となる。

表2 東アジアの介護制度の特徴

	日本	韓国	台湾	中国
財政方式	社会保険 (介護保険)	社会保険 (老人長期療養保険)	税 (長期照顧十年計画2.0)	税(低所得者のみ)
制度対象者	65歳以上 40~64歳	全年齢	65歳以上 55歳以上の原住民族 障害者など	65歳以上
制度運営者(保険者)	市区町村(地域保険)	国民健康保険公団 (国営保険)	地方政府	地方政府
要介護認定の有無 (認定の段階)	あり	あり	あり	
	7段階	6段階	8段階(自立を含む)	
給付対象者	主に65歳以上	主に65歳以上	65歳以上および障害者	65歳以上
給付内容	在宅、地域密着型、施設ケア、 福祉用具と住宅改修など	在宅、通所、施設ケア、 福祉用具など	在宅、地域(通所)、施設ケア、 福祉用具・バリアフリー改修、 家族介護手当など	在宅、通所、施設ケアな ど
自己負担割合	10%(原則) 20%、30%(高所得高齢者)	在宅15% 施設20% 低所得者減免あり	生活保護 0% 低所得者 5% 一般 16%など	
近年の政策の方向	「地域包括ケアシステム」 の構築など	「地域社会統合ケアパイ ロット事業」の実施と全 国拡大(2025年目標)な ど	介護サービスの充実(ABC型 地域密着型介護サービス)	15地域で「介護保険モ デル事業」の実施+モ デル事業の拡大
外国出身介護労働者	受け入れの制度実施	看病人(간병인)	外籍看護工	

出所：各国・地域資料より筆者作成

介護制度（給付）に不可欠な要介護認定は、制度が把握できるわが国、韓国、台湾で存在する。わが国では要介護認定は系統樹方式に基づく方法で、要介護の段階は要支援1および2、要介護1から5の7段階である。韓国もわが国の方法を参考にしたが、韓国の事情に合わせた方式であり、最も重度の1等級から軽度の4等級の4段階に加え、その下の等級外Aで認知症患者のための5等級、さらに下の等級外Bで認知症患者のための認知症支援等級の2段階を加えた6段階である。台湾もわが国の要介護



認定を参考にしたが、台湾独自の ADLs および IADLs の喪失度をもとにした仕組みを採用している。段階としては自立である第 1 級から最も重度の第 8 級までの 8 段階である。実際に介護サービスを利用できるのは第 2 級からとなる。つまり、要介護認定の段階に各国・地域の差はあるが、精密な要介護認定が存在することは共通している。

介護制度からの給付対象は各国・地域でほぼ共通している。65 歳以上の者が中心であることは、わが国、韓国で共通であり、中国も 65 歳以上が対象となる。台湾では 65 歳以上の者の他、若年障害者も対象であり、台湾が高齢者と障害者の介護制度がひとつになっていることが目立つ。給付内容も各国・地域でほぼ共通しており、在宅、地域（通所）、施設ケアサービス、福祉用具が給付される。住宅改修はわが国と台湾で給付対象となっている。

介護サービス利用の際の自己負担であるが、制度が把握できるわが国、韓国と台湾で見てみよう。わが国は費用の 10% を原則とし、現役世代並に所得が高い高齢者には 20% または 30% の自己負担割合が適用される。韓国では在宅の介護サービスは 15%、施設は 20% となっている。ただし、低所得の者などに自己負担の減免があり、全額免除（国民基礎生活保障（生活保護）の受給者）、40% または 60% の減額（全額免除の対象外の低所得者など）がある。台湾では社会救助と呼ばれる生活保護の受給者は 0%（自己負担なし）、それ以外の低所得者は 5%、一般の利用者は 16% となる。その他に福祉用具などで最大で 30% の自己負担がある。自己負担の水準、減免の仕組みの違いはあるが、介護費用の一部を負担する仕組みの存在は共通して見られる特徴のひとつである。

各国・地域の介護政策の方向であるが、地域密着の介護サービス提供体制構築の方向が共通している。わが国は 2025 年を目標（2040 年も見据えた）「地域包括ケアシステム」の構築を目指している。高齢者が住み慣れた地域で、医療や介護などの必要なサービスを切れ目なく利用できる体制の構築である。介護だけでなく、医療やその他の福祉制度の組織、人材、住民との連携が重要である。また最近では、高齢者だけでなく、住民全体の福祉を進めるための包括的な展開の方向にもある。台湾ではわが国の地域の特徴を参考に、地域密着の介護サービス提供体制構築を進めている。具体的には、市区町村レベルの地域を単位として、旗艦店となる中心的な介護事業所（A 型）、従来からある専門的な介護事業所（B 型）、介護予防サービスなどを気軽に利用できる事業所（C 型）に分類された介護事業所を、A 型を頂点としたピラミッド型の介護サービス連携システムである。介護サービスの種類、量の増加を目指すとともに、介護サービス事業所間の連携を目指している。特に A 型の介護事業所では、地域内の介護事業所の連携の他、要介護者に対して、地方政府が要介護認定のときに作成したケアプランをもとに具体的な介護サービス利用計画を作成するケアマネジメントも担っている。中国では、後述の 15 の地域で介護保険のモデル事業を実施し、2020 年になりその拡大も進めている。

外国人介護労働者の受入については各国・地域による差がある。最も受入が進んでいるのは台湾であり、「外籍看護工」と呼ばれる主に東南アジア出身の労働者が、主に家庭で高齢者などの介護にあたっている。わが国では、EPA に基づく介護福祉士、看護師候補生の受入、在留資格「介護」の創設、技能実習生に介護分野を追加、特定技能 1 号で介護分野を対象といった、外国人の介護人材を受け入れるチャンネルが実施されている。

このように、東アジアの介護制度は、要介護認定があること、在宅、施設等の給付が行われること、自己負担をとること、地域密着の介護サービス提供体制の構築で共通している。一方で、財政方式、制度対象者、制度運営者などで違いがある。複数の共通点と相違点があるため、東アジアの介護制度には

「多様性」があると言える<sup>2</sup>。

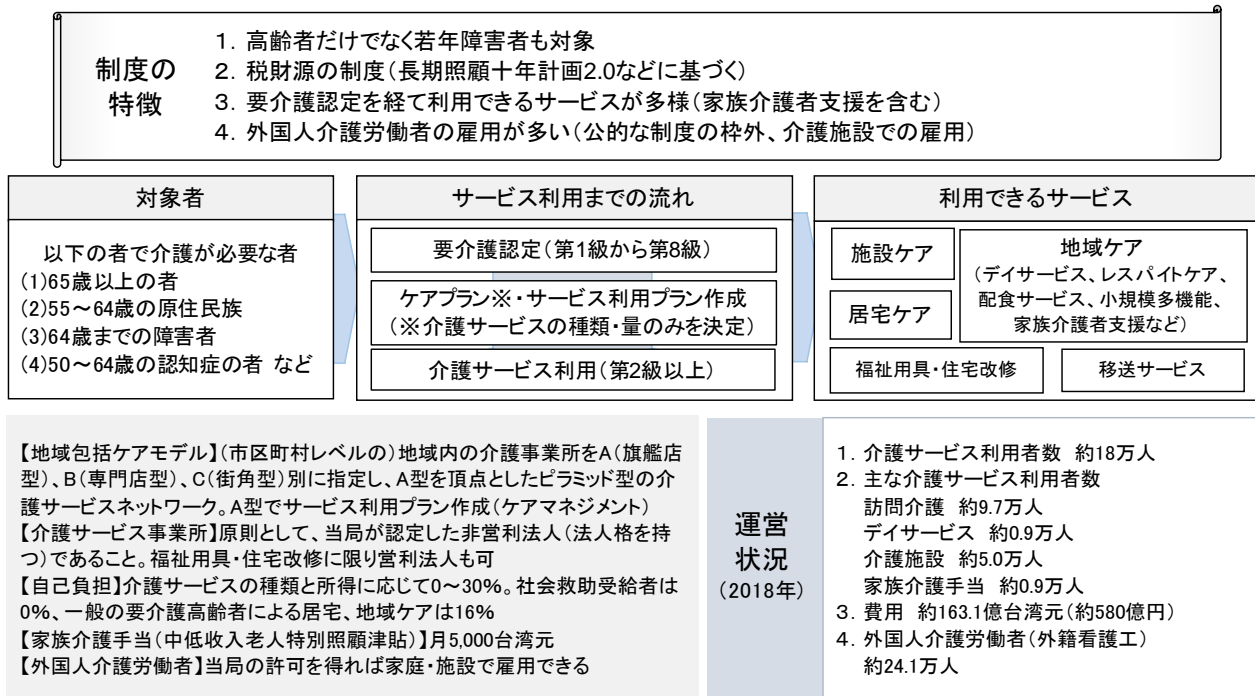
#### 4. 東アジアの介護制度の多様性—各国・地域の例から—

##### (1) 台湾の介護制度—税財源で全年齢対象の制度—

台湾の介護制度の概要をその特徴に着目しながらまとめたものが図1である<sup>3</sup>。すでに述べた部分もあるが、制度の特徴を少し詳しくまとめると、以下の4点である。

- ①高齢者だけでなく若年障害者も対象
- ②税財源の制度（長期照顧十年計画2.0などに基づく）
- ③要介護認定を経て利用できるサービスが多様（家族介護者支援を含む）
- ④外国人介護労働者の雇用が多い（公的な制度の枠外、介護施設での雇用）

まず、①は障害者福祉がわが国ほど整っていないなど台湾の事情があったこと、②は蔡英文総統の方針で、税財源で介護サービスを整備するという事になったことが背景にある。



出所: 小島克久「台湾の医療・介護制度の特徴と課題」『月刊健康保険』(2021年1月)の図に加筆の上で筆者引用。  
注: 衛生福利部資料などをもとに作成

図1 台湾の介護制度の概要

次に③は、要介護認定はわが国を参考にしつつも、台湾独自のものを確立させている。利用できるサービスも、施設ケア、居宅ケア、地域ケアなど多様である。特に、地域ケアとして、デーサービスの他、家族介護者を支援する役割のあるレスパイトケア、わが国を参考にした小規模多機能が含まれる。また、

<sup>2</sup> 東アジアの介護制度については増田(2014)、増田・金(2015)参照。

<sup>3</sup> 台湾の介護制度については小島(2019)および小島(2021)参照。



家族介護者支援をこれに含まれており、家族介護者のための介護相談、介護技能訓練などが行われる。この家族介護者支援が給付に含まれたのは、長期照顧服務法（介護サービス法）の検討時に、立法委員（国会議員に相当）から家族介護者支援策の重要性を指摘されたことがある。つまり、台湾の介護制度からの給付メニューは、わが国以上に広いことが明確にされている。

そして④は長照 2.0 の制度の外ではあるが、台湾当局が介護分野で外国人労働者を受け入れていることと関係している。家庭で雇用する場合でも雇用契約が必要で、賃金、休日、生活スペースの保障など雇用主が守る義務がある。しかし、賃金は家庭で雇用する場合には、最低賃金ではなく送り出し国と合意した標準的な賃金が適用される。そのため、安い賃金で、住み込みで働いてくれることもあり、2018 年で約 24.1 万人が雇用され、そのほとんどが家庭で働いている。高齢者や障害者の介護の大半を彼らが担っている。こうした制度外のインフォーマルケアが台湾の介護制度を支えている面がある。これはわが国と大きく異なる点である。

このように、台湾の介護制度は、わが国を参考にしている面もあるが、台湾独自の特徴もある。

## (2) 韓国の介護保険—医療保険活用型の制度—

韓国の介護保険である老人長期療養保険について、台湾と同様に特徴に着目しながらまとめたものが図 2 である。韓国の介護保険の特徴を挙げると以下の 4 点である<sup>4</sup>。

- ①社会保険方式の制度（税財源あり）、国民健康保険公団を保険者（単一の保険者）
- ②加入者は医療保険（国民健康保険）加入者で全年齢。給付は主に高齢者。
- ③保険料徴収、要介護認定などで医療保険の仕組みや組織を活用
- ④要介護認定はわが国に類似の仕組み。ケアプランは保険者による「標準ケアプラン」

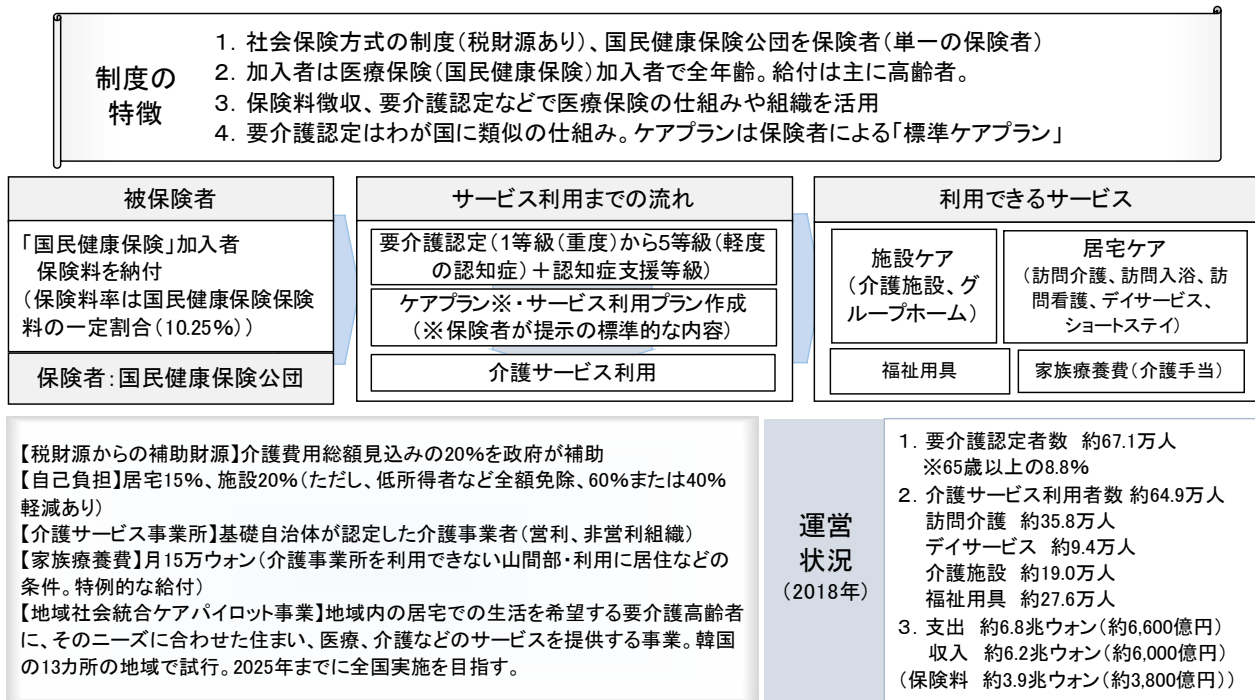
まず①について社会保険方式で税財源からの補助があることは、わが国の介護保険と共通している。ただし、税財源からの補助は介護費用の見込額の 20% を政府が補助する仕組みである。地方自治体（例：ソウル特別市、京畿道）からの補助は行われない。保険者はわが国と異なり、国民健康保険公団という医療保険を運営する政府の団体である。韓国の医療保険は国民健康保険に一本化されているので、政府の団体が介護保険を運営する。これは国民健康保険公団の組織、専門人材の活用という観点を背景とする。このことが他の特徴にも影響してくる。

次に②では、国民健康保険公団の加入者がそのまま介護保険の被保険者となる。医療保険の仕組みを活用していることを反映している。その結果、被保険者は全年齢となる。一方で給付は主に高齢者（65 歳以上）となっており、この点はわが国と共通している。③も医療保険の仕組みの活用を反映した特徴である。わが国と異なり介護保険料は他の制度から独立して算定ではなく、医療保険の保険料の一定割合となる。2020 年では医療保険の保険料率の 10.25% が介護保険の保険料率となる。つまり、医療保険の保険料率が上がるだけで、介護保険の保険料率も上がることになる。

そして④では、要介護認定の仕組みはわが国の仕組みを参考にしたが、韓国の実情に合わせた者となっている。ケアプランは、わが国と異なり保険者である国民健康保険公団から要介護度別の「標準ケアプラン」が示される。具体的なサービス利用プランは別途介護事業者が作成する。

<sup>4</sup> 制度の詳細は、増田（2014）の他、韓国国民健康保険公団 web サイト（<http://www.longtermcare.or.kr>）を参照

このように、韓国の介護保険である老人長期療養保険は、わが国との共通点もあるが、単一の保険者、医療保険活用型という点での特徴がある。



出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団資料より筆者作成

**図2 韓国の老人長期療養保険(介護保険)の概要**

### (3) 中国の介護保険モデル事業—全国実施を目指すモデル事業拡大—

中国の介護制度は、身寄りが無い、低所得などの高齢者に限定されてきたが、わが国や韓国、欧米諸国を参考にしつつ、独自の介護制度の確立を目指している。2015年からは15カ所の都市で介護保険モデル事業を実施している。また、2020年9月には中国政府(国家医療保障局)から「关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见」(介護保険モデル事業拡大に関する指導意見)が出され、新たに14カ所の都市が追加指定された。表3はその概要をまとめたものである<sup>5</sup>。

2015年から実施の介護保険モデル事業の概要(特徴)を短くまとめると、中国国内の15カ所の都市を指定し、これらの都市で事業を実施している(ただし、吉林省、山東省では実施都市を増加)。これらの都市の60歳以上の者の割合(2016年頃)は12.1%(安徽省安慶市、江西省上饒市)から28.8%(上海市)であり、高齢化の程度が異なる中地域性を反映した事業が実施されている。その結果、制度内容もわが国の介護保険のように要介護度に基づく介護サービスを行う上海がある一方、介護ベッドへの定額補助(江蘇省南通市など)まで制度運営は多様である。財源は都市従業員医療保険の基金を活用している地域が多い(吉林省長春市など)。

このように15の都市でさまざまな形で介護保険モデル事業が実施されている中、上述の指導意見では、以下のような方向で全国的な制度実施を目指すとしている

<sup>5</sup> 中国の介護制度については、沈(2017)、郭(2018)、片山(2019)、を参照。また2020年9月の指導意見は、国家医療保障局(2020)参照。

- ①重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す
- ②要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う（介護費用の70%の給付）
- ③介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る
- ④介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用

①は対象者を限定した医療保険の仕組みから独立した制度を目指し、②では基本的な介護ニーズに対応するという制度の方向を示しているものと思われる。介護費用の70%の給付を想定しており、このまま制度を実施した場合、自己負担は相当な水準になるのではと推察される。③は①と関係するが、現在のモデル事業では医療保険の基金を活用しているが、これとは独立した基金を設置と言うことで、収入と支出を明確に管理する方向が示されていると言える。④は介護サービスの量と質の充実、そのための苦情受付、監督などの管理体制の構築を考えているのではないかと思われる。ICTの活用はわが国でも介護分野に限らず重要な課題であり、この点は共通している。

表3 中国の介護保険モデル事業

項目	内容	
事業の概要(特徴)	1. 中国の15カ所の都市を指定(その後、吉林省と山東省では都市が増加) 2. 60歳以上の者の割合は、12.1%から28.8%までさまざま(2016年頃) 3. 対象者は主に都市従業員医療保険の加入者である場合が多い 4. 給付内容も都市により大きく異なる 5. 財源は都市従業員医療保険の基金を活用する都市が多い	
介護保険モデル事業拡大に関する指導意見(2020年9月)の概要	<b>【目指す制度】</b> 1. 重度要介護者を対象とした、独立した社会保険を目指す 2. 要介護と認定された者に基本的な介護給付を行う(介護費用の70%の給付) 3. 介護保険基金を設置し、財政均衡をも図る 4. 介護サービスの充実、質の確保、ICTの活用 <b>【モデル事業対象都市の拡大】</b> 1. 従来の15都市に加え、14都市を追加(各省1箇所を条件)。ただし、介護保険モデル事業の実施計画を作成し、最終的には国家医療保障局および財政部に報告	
介護保険モデル事業指定都市	<b>当初指定(15カ所)</b> 河北省承德市、吉林省长春市、黒竜江省チチハル市 上海市、江蘇省南通市、江蘇省蘇州市、 浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、 山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、 重慶市、四川省成都市、新疆生産建設兵団石河子市	<b>2020年9月追加指定(14カ所)</b> 北京石景山区、天津市、山西省晋城市、 内モンゴル自治区フフホト市、遼寧省盤錦市、 福建省福州市、河南省開封市、湖南省湘潭市 広西チワン族自治区南寧市 貴州省黔西南ブイ族ミャオ族自治州 雲南省昆明市、陝西省漢中市、 甘肅省甘南チベット族自治州 新疆ウイグル自治区ウルムチ市

出所: 中国国家医療保障局資料などから作成

その上でモデル事業の対象となる都市を14カ所追加している。実施にあたっては、実施計画の策定、省政府の医療保障局、財務部への報告、最終的には政府の国家医療保障局、財務部への報告が求められている。ここは無秩序なモデル事業の拡大を防ぐものと思われる。

このように、中国も医療保険から独立した制度としての介護保険の実現を目指しており、そのステップとして介護保険モデル事業の拡大があるものと思われる。

## 5. 周辺地域への示唆の検討—対象者と財政方式を例に—

### (1) 考えられる論点

東アジアの介護制度は多様である。これだけでは今後高齢化が進む東南アジアなどの周辺地域に対して、高齢化対策の知見を示すことはできない。東南アジア、南アジアなどの地域は、人口、社会経済あらゆる面で東アジア以上に多様であり、各国それぞれの介護制度を構築する必要があると考えられる。その際に参考となる知見を東アジアから示す場合、各国・地域の制度それぞれの分析では、参考にする地検を体系的に得ることは難しい。そこで、東アジア全体の介護制度を構成するさまざまな要素に分解し、それぞれの要素の中で東アジア各国・地域が採用している内容、その他取り得る選択肢も示す。この方が周辺地域にとって参考になるのではないと思われる。

具体的には、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式、④要介護認定（給付決定方法）、⑤給付の種類、⑥給付の内容、⑦自己負担の有無、⑧制度運営者、⑨他の社会保障制度との関係、⑩中央政府と地方政府の関係などが考えられる。

まず①では、介護制度を高齢者だけにするのか、若年障害者も含むのか、加齢に伴う疾病による中高年の要介護者を含むかなど、対象者の年齢にかなり重点を置いた要素である。②は、①で対象となった者のうち、低所得で身寄りがいない者に限定する、所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を満たした者に限る（いわゆるミーンズテストを課す）、介護が必要であればその他の条件はつけない、が考えられる。③では、費用をすべて税財源でまかなうか、社会保険制度を採用し、社会保険料でまかなうか、が考えられる。これらは制度の対象者と財政方式という基本的な側面である。

次に④は要介護認定をどのように行い、どの程度まで（要介護の程度）給付を認めるか、⑤は現物給付（介護サービスのみ）か現金給付（介護手当、介護費用の補助など）とするか、⑥は施設、居宅、地域ケアなどの具体的に提供される介護サービス、⑦は介護サービス利用時に自己負担をとるか否かである。これらの給付決定から介護サービス提供という、介護制度の中心をなるところである。

そして⑧は介護制度を作るのは政府（国、連邦政府などの中央政府）であるが、実際に制度を運営する組織である。政府が直接運営、わが国のように市区町村が運営などの選択肢が考えられる。⑨は医療保険などの既存の社会保険制度との関係で、①の対象者、③で社会保険方式をとる場合の社会保険料の計算や徴収などとの関係がある。⑩は、⑧で制度を市区町村のような地方自治体が運営する場合、中央政府はどのような役割を担うのかである。法制度を作るのみ、細かい基準を示す、財政面での支援などさまざまな役割が考えられる。これらの側面は制度運営、行政管理の側面である。

ここで挙げた論点でも 10 種類になり、今後の検討によりその種類はさらに増えるものと思われる。そこで介護制度のもっとも基本的な要素である、①～③について、周辺地域への示唆のまとめ方の検討を試みる。そのまとめ方を他の要素に拡大することで、東アジアの介護制度から周辺地域への示唆を多面的にまとめることができる。

## (2) 対象者と財政方式を例にした検討

東アジアの介護制度の構成要素の分解、取り得る選択肢の検討として、上記の①～⑩のうち、①対象者、②対象者への社会経済的な条件の付加、③財政方式を取り上げる。

まず、①の対象者として高齢者だけ、若年障害者も含めた全年齢とする、が考えられる。高齢者と障害者で社会保障制度が分かれている国や地域では、介護制度は別々に形成される。高齢者と若年障害者で、支援ニーズが異なることがその根拠となり得る。また、どちらの制度が先に形成されたかなどの過去の経緯も関係してくるであろう。介護政策が年齢を問わずに実施、または高齢者、障害者どちらかの

福祉制度の構築が遅れている場合には、介護制度は全年齢型をとることも考えられる。実際に東アジアでは、介護制度を事実上高齢者に限っているのは、わが国と韓国であり、台湾は全年齢型である。

次に、②の対象者への社会経済的な条件の付加、については、低所得で身寄りがない者という条件を課す場合、貧困に伴う問題となり、介護制度と言うよりは貧困対策の範疇に入る可能性がある。所得や資産・同居家族の有無などの社会経済的な条件を課す場合もある。この場合、収入が低い・介護をする家族がない場合に限るという、前述の条件に近い場合がもっとも厳しい条件であろう。ただし、収入などの条件をある程度まで緩和する、家族がいても就労しているなどの事情がある場合にも、公的な介護サービスが必要と判断する場合もある。さらに、ある程度高い割合で自己負担を払えば中間所得層にも利用を認めるという場合も考えられる。こうした条件をつける場合、対象者を厳格に制限するまたはある程度緩和するなど、さまざまな選択肢が考えられる。低所得で身寄りがない高齢者に限定していたと考えられるのは、老人福祉法制定以前のわが国であり、老人福祉法施行後も所得や同居家族の有無などで福祉サービスの利用者を限定していた。介護が必要であればその他の条件はつけないという条件がもっとも介護サービスを広く提供する選択肢である。現在のわが国や韓国、台湾がこれに該当するであろう。

そして③の財政方式であるが、税方式と社会保険方式という選択肢を挙げることができる。前者は社会保障制度、特に高齢者福祉制度は税財源で運営しており、この方法で十分費用をまかなうことができる場合である。税財源で介護などの福祉サービスの基盤を整備したい国や地域もこの方法が良い。さらには、社会保険制度を整えるほど、組織、人材を整えることが難しい国にとっても現実的な選択肢であろう。後者の社会保険方式は、医療、年金などで社会保険方式の制度の運営経験がある、税とは別に安定した財源を確保したい（それを負担する力が国民や企業にある）国や地域にとって良い制度である。東アジアの介護制度で言えば、税方式は台湾、社会保険方式はわが国と韓国となる。

これらの要素をまとめてみたものが表4である。上記をもとに、対象者、対象者の条件、財政方式について、それぞれの選択肢、制度検討ポイントの例をまとめてみた。表の右側には東アジアの制度例で、この表に当てはめた評価を試みた。わが国の老人福祉法施行当時の1963年である日本(1963年)では、対象者は高齢者であるが、所得や資産・同居家族に関する条件がある税財源の制度となる。現在のわが国の場合、日本(現在)となり、対象は高齢者で、介護サービスは本人の状態のみで決まる社会保険方式の制度となる。それぞれ、施行当時の老人福祉法、介護保険の制度をこの表にもとづいて当てはまる内容を選択したものである。韓国、台湾についてもそれぞれの制度に当てはまる内容を制度の構成要素ごとに選んでいる。

仮にある国(A国とする)が介護制度の構築を行うときに、どのような制度を作りたいかをこの表に基づいて検討することで、制度のアイデアを明らかにすることができる。表4の一番右側に仮に制度内容の選択例を入れてみた。これによると、高齢者を対象として、ある程度までは多くの人に提供したいというかなり条件を緩和した仕組みを考えている。おそらく、高所得者以外の人またはかなり軽度の人以外には介護サービスを提供したいと考えていることになる。財政方式にはあえて税方式、社会保険方式の両方を選択してみた。税方式であれば、介護保険施行直前のわが国に該当し、実施は現実的である。わが国の例をA国に合わせる形で説明すれば良い。社会保険方式を選んだ場合、給付を高所得者または軽度の要介護者には免責とすることになる。社会保険とは、法律に基づいて対象者を全員保険に加入させ、保険料を納めさせる。一方で、条件に合う場合は給付を保障するものである。給付に何を含め

るか、その条件は何かを法律などで決めることができる。しかし、高額な保険料を支払った高所得者を給付から排除できるのか、軽度の要介護状態にも介護保障することが社会保険の使命（安心を与える）ではないか、という意見を指摘された場合、この選択には現実性がないことになる。つまり、社会保険制度の運営経験があるわが国がA国に重要なアドバイスを与えることになる。

表4 東アジアの介護制度の構成要素と検討ポイント（政策示唆のための検討）

制度の構成要素		選択肢	制度検討ポイントの例	日本 (1963年)	日本 (現在)	韓国	台湾	A国（仮 設例）
1	対象者	①高齢者	高齢者福祉と障害者福祉が個別に発達 高齢者と障害者の福祉ニーズの内容が 異なる	✓	✓	✓		✓
		②全年齢	そもそも介護ニーズを年齢で分けない 高齢者、障害者福祉の一方が未発達				✓	
2	対象者の 条件	①身寄りが無い・低所得者に限定	介護サービスは貧困対策の一部					
		②所得や資産・同居家族に関する条件を課す	予算・介護サービス提供体制が十分でない（厳格な対象選定） ある程度までは多くの人に提供したい（緩和された対象選定）	✓				✓
		③介護が必要な者	介護サービスの提供は本人の状態のみ		✓	✓	✓	
3	財政方式	①税方式	福祉の費用は税財源でまかなうもの 税財源で介護サービス提供体制を構築 社会保険方式を構築する組織、人材がない	✓			✓	✓ or
		②社会保険方式	年金、医療などで社会保険方式の経験がある 税財源とは別に安定財源を確保		✓	✓		✓

出所：筆者作成

注：日本（1963年）は老人福祉法施行当時の状況をもとにした筆者評価。

このように、わが国を含む東アジアの介護制度の経験を、その制度構成要素ごとに分解し、選択を幅広く提示することで、周辺地域が介護制度を検討するための知見を提供することができる。

## 6. まとめ

東アジアは急速な高齢化が見通される中、介護制度の構築、充実が急務となっている。そのような中介護制度の構築が進んできたが、その制度内容は多様である。わが国では、介護保険が市区町村により運営され、主に高齢者に対して普遍的な介護サービスが提供されている。韓国でも老人長期療養保険が実施されているが、保険者が国民健康保険公団という政府の団体で、保険料算定などで医療保険を活用する面がある等でわが国との相違がある。台湾の介護制度は税財源であるが、わが国同様に要介護認定があり、地域密着の介護サービス提供体制構築も目指している。しかし、外国人介護労働者が介護ニーズの多くを支えることが、大きな特徴となっている。中国では、介護保険モデル事業を一部地域で実施しており、医療保険の仕組みを活用している面が見られるが、制度内容は多様である。しかし、独立した社会保険の構築などを目指し、モデル事業の拡大を指示した指導意見が出されている。

このような多様な東アジアの介護制度から、東南アジアなどの周辺地域への示唆となる知見を示すには、介護制度を構築する要素を細かく分類し、選択肢とその選択の検討ポイントを整えることができる。本研究では対象者や財政方式というもっとも基本的な制度の構成要素で検討を試みた。例えば、対象者については、高齢者とするか全年齢とするかが考えられる。それぞれの選択肢を選ぶことの検討ポイント



トも付記することもできる。これをもとに、周辺地域の各国の関係者がその構成要素ごとの選択肢を検討できるように、知見を示す可能性があることを明らかにした。

またこれにより各国の関係者が介護制度構成要素ごとの選択肢を検討することで、政策経験を学ぶとともに、自国の介護制度をシミュレートすることもできる。この整理には東アジアの各国・地域が経験していない選択肢も準備する必要がある。むしろわが国を含む経験を採用しない方がよいとアドバイスの方がよい場合も想定される。こうしは幅広い選択肢を示すような政策構築の仕方の提示、その裏付けとなる詳細な制度分析が不可欠である。今回の検討では対象者と財政方式に限って行った。この検討を介護サービス提供体制などに拡張することが検討課題である。また、介護制度構築の背景として、人口高齢化、経済水準、政府の仕組みの背景と合わせて示すことも必要である。

## 付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。また、中国の資料整理にあたっては、郭芳さん（同志社大学助教）、万琳静さん（元日本女子大学大学院、現在は中国西安交通大学助理教授）やその他多くの方の協力を得た。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げる。

## 参考文献

- 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」『Int'lecowk 2018年11/12月号』国際労働経済研究所, No1085, pp.17-24. [http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int\\_2018\\_11-12.pdf](http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf)
- 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp1-14.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度－台湾－」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.
- 沈潔（2017）「中国介護保険制度の構想を読み取る」『週刊社会保障』第2048号, pp.50-55.
- 増田雅暢（2014）『世界の介護保障【第2版】』法律文化社.
- 増田雅暢・金貞任編著（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
- Reiko Hayashi (2018) "Demand and Supply of Long-term Care For Older Persons in Asia" ERIA Research Project Report No.18. <https://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/>
- 国家医療保障局(2020)『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』(2020年9月16日 医保発(2020)37号) [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art\\_37\\_3586.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_37_3586.html)

# Aspects of Long-term Care System in East Asia and Preliminary Consideration of Policy Implications for Surrounding Areas

KOJIMA Katsuhisa<sup>1</sup>

1.National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

The total number of deaths in Japan declined in 2020 compared to 2019. This article describes the characteristics of COVID-19 deaths and components of decline using the data of COVID-19 deaths based on the “Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases” and Vital Statistics.

East Asia has faced with rapid population aging, and it is an urgent policy challenge to construct and enhance long-term care system. Actually, each country and region in East Asia has been constructing or enhancing it now. We can find some aspects that are commonly seen in East Asian long-term care system, including social insurance scheme, long-term care assessment system and comprehensive long-term care service provision.

But, we can also find diversity in it. Japan has long-term care insurance with comprehensive benefits mainly for the elderly. It is a region based social insurance managed by local government like city, town and village with support by national and prefectural government in finance and policy management. Korea also has long-term care insurance since 2008, but it has aspects of state insurance that utilizes the system of national health insurance including insured persons and insurance premium calculation. These are based on national health insurance scheme. Taiwan has comprehensive long-term care system too. It has been constructing community based long-term care service provision with reference to Japan experience. But it is tax funded system, and has a unique aspects employing too many foreign born care workers. China has implemented pilot projects of long-term care insurance in 15 cities. Most of them adopts the system utilizing health insurance scheme. But, there is diversity in targeted persons, benefits among these cities. In Sep/ 2020, Chinese government has issued guidance opinions with designation of new model project cities and future perspective to construct long-term care insurance dependent from health insurance.

East Asian long-term care system is too complex because of its similarity and diversity. When we analyze it from the point of components in detail, policy makers in surrounding regions such as South East Asia can learn policy experience in East Asian long-term care policy. They can learn what kinds of aspects they need or take care to construct long-term care system. For better understand of East Asian policy implications, it is also important to show population aging, economic growth and policy system.



# 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

世界では、新型コロナウイルス感染症が拡大しており、その感染予防、治療、その他対応策に苦慮している。台湾もその例外ではなかったが、感染者数は602名、死亡者7名（2020年11月15日現在）にとどまっており、迅速な対応が注目を集めている。一般に感染症に限らず、災害などの大きな問題が社会で起きたときは、その対応が迅速かつ確であるほど、社会全体で見たその後の影響は小さく抑えることができ、人々の生活再建の困難さも軽減される。台湾では新型コロナウイルス感染症の世界的な拡大に際して、どの段階でどのような対応をとったか、特に医療や介護分野での具体的な対応策はどのようなものであったのだろうか。これを知ることで、今後の突破的かつ社会全体に影響を与える出来事において、医療や介護などの分野での対応の仕方について知見を得ることができる。

このような問題意識のもと、本稿では台湾での新型コロナウイルス感染症対策として、①感染症拡大直後の対応の流れ、②対応策の枠組み、③医療、介護分野を中心とした対策、について概観する。2020年1月30日、WHOは新型コロナ感染症に対し、「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」（Public Health Emergency of International Concern：PHEIC）を宣言した。中国から始まったとされるこの感染症は、瞬く間に世界的に広がり、高所得国、特に欧米で感染数・死亡数が拡大し、これまでに類を見ない広範囲かつ強力なロックダウン等行動制限が多く、多くの国で実施されたことから、社会的にも重篤な影響を与えた。

## 2. 台湾の社会保障制度の概要

現在の台湾の社会保障制度としては表1のように、社会保険制度および社会福祉（税財源）の仕組みによる制度が存在する。前者は、医療保険である「全民健康保険」がある他、年金保険（労工保険、公教人員保険、軍人保険）、労働災害保険（労工保険等）や雇用保険（就業保険）がある。後者の社会福祉制度として、老人福祉、児童・少年福祉、身体障害者福祉などの対象者別の福祉制度がある他、公的扶助制度としての社会救助（生活保護）がある。

今回の新型コロナウイルス感染症対策では、医療費の面では全民健康保険の果たした役割が大きい。失業への対応として、就業保険の役割も大きく、低所得者への手当支給では、対象者の基準として、社会救助などの福祉制度の受給基準が活用された面がある。老人福祉、身体障害者福祉に該当する介護制度（長期照顧十年計画2.0）では、介護サービス提供にあたっての新型コロナウイルス感染症の予防、感染対策、その他介護制度の柔軟な運用が行われた。またわが国と同様に感染症対策法もある。つまり、これら既存の制度が今回の新型コロナウイルス感染症対策に機能している。

なお、台湾では緊急に法律や条令を制定して、感染症などの社会でおきた問題に対応する場合がある。今回も特別な条例を定めて、新型コロナウイルス感染症対策の枠組みの根拠となっている。

表1 台湾の主な社会保障制度

仕組み	主な制度
社会保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療保険 全民健康保険</li> <li>○年金保険 労工保険(民間企業等の雇用者)、軍人保険(軍人)、 公教人員保険(公務員、学校の教職員)、国民年金(自営業者など)</li> <li>○雇用保険 就業保険</li> <li>○労働災害 労工保険など</li> <li>※農民健康保険 障害・出産給付</li> </ul>
社会福祉	<ul style="list-style-type: none"> <li>○公的扶助 社会救助法</li> <li>○老人福祉 老人福利法、(介護制度:長期照顧十年計画2.0※)</li> <li>○児童福祉 児童及少年福利與權益保障法(経済的支援、児童福祉サービス) 幼児教育及照顧法(幼稚園での就学前教育と保育) (親の働き方)両性平等工作平等法(育児休業など)</li> <li>○障害者福祉 心身障害者權益保障法(一部は※で対応)</li> <li>○特に支援を要する世帯(配偶者が亡くなった世帯など)などへの福祉</li> <li>○原住民族(先住民族)を対象とした福祉</li> </ul>

出所: 小島克久(2017)「台湾の社会保障(第1回) 台湾の人口・経済の状況と社会保障制度の概要」『社会保障研究』第6号所収の表2より引用。

### 3. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

台湾の新型コロナウイルス感染症対策について、特にこの感染症が世界に拡大し始めた2020年1月から4月までを中心主な動きをまとめると、表2のようになる<sup>1</sup>。これをもとに、台湾の対応を時系列で見よう。

2019年12月31日に台湾当局は武漢で原因不明の肺炎発生を把握し、WHOにも通報している。2020年1月2日(台湾では1月1日のみが休日)には、「原因不明肺炎対策委員会第1回会議」が開催され、台湾の医療関係者に武漢渡航歴のある肺炎症例の通報を要請している。10日はこの肺炎による診療所での診察原則を策定し、16日には新型コロナウイルス感染症を台湾の感染症対策法に基づく第5類伝染病に指定している。隔離や入院措置などがこの時点で可能になっている。20日には新型コロナウイルス感染症中央対策本部(本部長:陳時中衛生福利部長)が設置され、2021年1月現在でも新型コロナウイルス感染症対策の中核となっている。このように兆候の把握、体制の立ち上げが2020年1月の半ばまでに行われていた。

2020年の台湾では春節(旧暦の大晦日が平日の場合に前日に設けられる臨時休日を含む)の休日は1月23日から29日にかけてであった。この時期にもさまざまな対策がとられていた。22日は台湾から武漢への渡航が禁止され、23日は台湾の航空会社による武漢直行便が運行停止となり、武漢在住の中国住民の台湾渡航が禁止された。26日には中国住民の台湾渡航が制限させることとなった。29日には新型コロナウイルス感染症の集中検疫所が設置された。この時期は渡航制限が顕著であった。

2月に入るとさらに対策が本格化した。6日はテレビやラジオで感染症予防番組が放送開始されるとともに、後述の「マスク実名割当販売制 1.0」がスタートした。健康保険証を本人確認書類としたマスクの割当販売を薬局で行う仕組みである。この制度は16日には、販売場所を保健所にも拡大している。

<sup>1</sup> 衛生福利部 web サイト「COVID-19 防疫關鍵決策網」をもとにまとめた。

<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/mp-205.html>

時期を戻すが10日は中国との直行便の停止、小三通（台湾の離島から中国大陆との人の往来）の停止が行われた。23日は医療関係者、ソーシャルワーカーの海外渡航制限措置（事実上の海外渡航禁止）がとられ、この措置以前に予約していた海外渡航取消に伴う費用の補償も行われている。25日には「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」が施行され、新型コロナウイルス感染症対策の根拠となる法律となった。この条例に基づく新型コロナウイルス感染症対策の特別予算として600億台湾元（約2,200億円）が編成された。この時期は対策の基本的な枠組みが作られていた。

表2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

年	月 日	主な動き
2019年	12月 31日	武漢での原因不明の肺炎症例を把握。WHOに通報
2020年	1月	2日 「原因不明肺炎対策委員会第1回会議」開催。 医療関係者に武漢渡航歴のある肺炎症例の通報を要請
		10日 「原因不明肺炎に係る診療所での診察原則」を策定
		15日 新型コロナウイルス感染症を法定伝染病（第5類伝染病）に指定
		20日 新型コロナウイルス感染症中央対策本部設置
		22日 台湾からの武漢への団体旅行を禁止
		23日 台湾航空会社の武漢直行便を運航停止。武漢居住の中国住民の台湾渡航禁止
		26日 中国住民の台湾渡航制限
		29日 「新型コロナウイルス感染症集中検疫所」指定
		2月
	10日 中国との直行便の制限 小三通の停止	
	16日 マスク実名割当販売制での購入可能場所に保健所が追加	
	23日 医療関係者等の出国制限および費用保障規定実施	
	25日 「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」施行。 特別予算600億台湾元	
	3月 1日 「地方政府居宅検疫及び隔離支援計画」実施	
	3月	11日 「居宅検疫帰宅交通手段方案」実施
		12日 マスク実名割当販売制2.0開始（アプリでの予約、主要コンビニでマスク購入可能に）
		19日 外国人の台湾渡航制限。入国者は14日の居宅検疫
		24日 航空機の海外との運航禁止
		4月 1日 「ソーシャルディスタンス注意事項」公布
4月	14日 特別予算第1次補正2100億台湾元	
	16日 「防疫期間行政院生活困窮者支援計画」策定	
	22日 マスク実名割当販売制3.0開始（主要コンビニでマスクの予約・購入が可能に）	
	5月 6日 「衛生福利部新型コロナウイルス感染症拡大による生活困窮者支援実施計画」策定	
7月	1日 「振興三倍券」発行（生活困窮者への購入費補助開始）	
	23日 特別予算4200億台湾元へ増額要求（10月27日に減額の上で立法院で可決）	

出所：行政院、衛生福利部、經濟部資料より作成

3月の主な動きとして、12日に「マスク実名割当販売制 2.0」が実施され、アプリでの予約、主要なコンビニエンスストアでの購入が可能になった。19日の外国人の台湾渡航制限がとられ、入国後は14日に居宅検疫（隔離）が求められるようになった。24日は航空機の海外との路線が運行禁止となった。4月になると、特別予算の補正が行われ、総額で2100億台湾元（約7,600億円）に増額された。22日には「マスク実名割当販売制 3.0」が実施され、マスクの予約・購入ともに主要コンビニエンスストアで可能になった。7月に入ると、1日に消費振興策としての「振興三倍券」が発行開始され、23日には特別予算の第2次補正案が行政院から立法院に送られた。10月27日に第2次補正で増額を要求した予算案から若干の減額が行われたが、総額は約4,199億台湾元（約1.6兆円）の規模となった。この時期には予防や治療の対策の一方で、経済振興策も実施されている。

## 4. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み

### (1) 特別条例による枠組み

台湾の新型コロナウイルス感染症対策は、すでに述べた感染症対策法、全民健康保険といった既存の法律や制度でも対応している。一方で、この感染症対策のための特別な法律も制定されている。それが「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」（新型コロナウイルス感染症予防・治療・支援・振興特別条例）である。2020年2月25日に交付されたこの条例の目的や内容は図1のとおりであるが、目的は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること、である。

主な内容として、医療従事者、隔離対象者とその家族への支援、経済振興策、特別予算の確保などがある。医療従事者への支援としては各種助成金や手当の支給を行うこと、隔離対象者とその家族への支援としては、隔離対象者を看護する家族で就業できなくなった者への保障、隔離対象者に対して雇用主の休業保障などがある。マスクや防護服などの確保（原材料や生産設備の徴用と補償）も盛り込まれている。経済支援策として、新型コロナウイルス感染症の影響で運営が困難になった企業、医療機関などへの補償などが盛り込まれている。また、感染症対策に関するテレビやラジオでの番組放送、マスクなどの不当な値上げの禁止、感染症に関する虚偽情報の流布の禁止、感染症予防のためにと局が採る指示に従わない者への罰則といった規程もある。そしてこれらの対策実行のための特別予算を編成することも規定されている。

この特別条例は2020年1月15日から6月30日までの期間限定であるが、効力は立法院の同意を得れば延長ができる。

### (2) 特別予算の編成

上述の特別条例に基づく特別予算として「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」がまず2020年2月27日に編成された。期間は2020年1月から12月までであり、規模は当初予算では600億台湾元（約2,200億台湾元）である。内容は「予防及び治療」「経済振興」（困窮者支援を含む）のふたつの部分で構成される。財源は前年度予算の余剰金（300億台湾元（約1,100億円））と公債（同額）で賄われる。「予防及び治療」では、医療機関の緊急整備、マスクなどの必要な資材購入、検疫の実施などである。「経済振興」は中小企業の融資保証、製造業、運輸業（航空業など）、観光業、農林水産業への支援などで構成される<sup>2</sup>。

この特別予算の第1次補正が4月に行われ、総額で2,100億台湾元（約7,600億円）に増額された。増額分の1,500億台湾元（約5,400）は全額公債で賄われ、経済振興では、人々の雇用を守るための給付（困窮した企業の賃金補助など）、当局の信用保障の拡大、困窮している高齢者、児童、身体障害者への手当支給、消費振興策としての経済振興券（後述の「振興三倍券」）の発行などが盛り込まれた。一方で検疫や隔離に伴う補償の増額（検疫可能な人数の拡大）、医療機関への支援策も盛り込まれている。

第2次補正は7月23日に立法院に提出され、10月27日に一部修正で承認された。総額は4,199.43

<sup>2</sup> 短期の対策の経費は、既存の一般会計予算などからの支出が優先される。

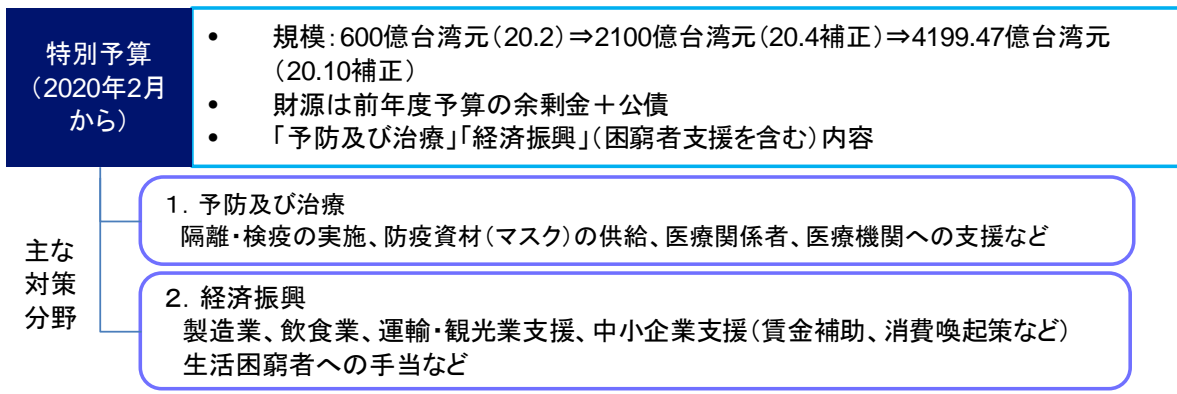
億台湾元（約1兆6千億円）であり、海外の新型コロナウイルス感染症拡大の状況を踏まえ、台湾経済への影響は依然として大きいと判断し、そのための備えをすること、感染症予防策の継続が謳われている。増額分は全額公債で賄われ、特別予算の期間を2021年6月まで延長し、感染症予防に必要な物資購入の一方で、経済振興策の不足分に重点を置くなど、経済振興策が重視されている。

**根拠法：嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例（2020.2.25公布）**

（目的）新型コロナウイルス感染症（COVID-19）を効果的に予防することで、人々の健康を守り、国内経済および社会への影響に対応すること

（主な内容）

①医療従事者への支援 ②隔離・検疫対象者などへの補償 ③防疫に必要な資材の徴用 ④経済的支援策 ⑤広報 ⑥経費の確保（特別予算） ⑦禁止行為（検疫などの指示に従わない、感染症に関する虚偽情報の流布、防疫資材などの不当値上げなど）



出所：行政院、行政院主計総処（予算）、衛生福利部資料より作成

**図1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み**

5. 台湾の主な分野での新型コロナウイルス感染症対策

(1)医療

a)検査

医療分野での新型コロナウイルス感染症の主な対策は図2のとおりである。まず検査・隔離・治療体制を見ると、伝染病予防法に基づく第5類伝染病に指定されているため、指定された地域検査所で感染が確認された場合は、居宅での隔離・検疫（海外からの帰国者の場合）となる。症状が重度の場合は感染症対策法に基づく指定医療期間への入院となる。感染症予防のためには、感染者の所在確認も不可欠である。台湾では、全民健康保険の健保クラウドシステム（医療保険での診療、検査情報をクラウドで管理するシステム）を住民登録、入国管理のデータベースと連結させて、入国者の検疫、感染者の把握など、感染者を追跡できるシステムが運用されている。

b)医療従事者・医療機関支援

医療従事者・医療機関への支援策として、マスクや防護服などの必要な資材（防疫物資）を当局が確保し、医療機関に優先供給している。居宅隔離や検疫となった者で診察が必要な場合、オンライン診療を全民健康保険の保険給付対象としている。台湾では1月に医療関係者、ソーシャルワーカーの海外渡航制限（事実上の渡航禁止）を実施している。渡航費用のうち払い戻しができない費用（旅費、宿泊費、

会議の登録料など)を補償する措置もとられた。医師や看護師への手当として、医師には1日当たり、看護師には1出勤当たりで、それぞれ1万台湾元(約3万6千円)が支給されている。医療機関で病室等を増設する補助として、検疫外来を設置する場合に開設奨励金として1カ所当たり20万台湾元(約72万円)が支給される。また、専門病室の設置にあたっては1室当たり10万台湾元(約36万円)の設置奨励金、運営費として最高10万台湾元の支給が行われている。今回の感染症拡大の予防に功績のあった医療従事者、医療機関への報奨金の支給も行われている。

今回の感染症拡大の影響で、業務停止、運営が困難になる医療機関の存在も想定された。台湾当局は感染症発生などの理由で業務停止命令を受けた医療機関に対して、業務停止期間中の人件費などの運営費補助(または前年同時期の保険診療点数相当の金額の補助)を行っている。また、業務停止命令を受けた医療機関、2020年1月15日からの期間で収入の減少が継続(連続6ヶ月で15%の収入減少など)した医療機関には、融資を受ける際の信用保障、利息補助も行っている。

#### c)感染者と家族への支援

感染者およびその家族への支援策もとられている。経済支援として、埋葬費や生活支援のための一時金(最高3万台湾元(約11万円))の支援を行っている。また、困窮者生活補助追加支援として、当局が指定した低所得者などを対象とした手当受給者にひとり1ヶ月当たり1,500台湾元(約5,400円)を2020年4月から6月の3ヶ月分を支給している。前者は申請が必要で審査もあるが、後者はすでに社会福祉からの手当を受け取る資格のある者を対象とするため、当局が対象者を確認して支給するため、申請や審査は必要ない。居宅隔離・検疫の対象者となった者、彼らを看護するために就業できなくなった者への手当も実施されている。前者は当局の措置に協力するために行動の自由を失うことによるもの、後者は看護のために休暇を取得したため収入を得る機会を失ったことへの補償である。感染者及び家族、ひとり1日あたり1000台湾元(約3,600円)が支給される。

#### d)医療費

新型コロナウイルス感染症に感染した場合の医療費は、感染症予防法に伴う指定医療機関への入院の場合は、この法律に基づいて公費医療となる。それ以外の場合は全民健康保険からの給付となる。全民健康保険では、保険料納付が困難になった者や企業・団体(事業主)に対して、保険料納付猶予制度を設けている。今回もこの制度が利用可能であり、2020年2月から7月の保険料の納付猶予(6ヶ月間)が認められている。このほかに被保険者に対して、保険料の分納、保険料納付が遅れた場合の滞納金の免除、(保険料納付のための)支援基金からの貸付が行われている。

#### e)マスク実名制割当販売制度

防疫資材のうち、住民が使うマスクについては、実名制割当販売制度が実施されている。それ以前に、マスクが台湾内で確保されることが重要であり、台湾内での生産を確保する一方で、輸出規制も実施されている。具体的には、1月には医療用マスクの輸出規制が行われるとともに、個人のマスク海外持出がひとり250枚までに制限された。1月31日には台湾で生産されるマスクは当局が買い上げ(1日あたり400万枚:当時)、配分は新型コロナウイルス感染症中央対策本部が決定することとなった。2月にはマスクの輸出が禁止されている。

こうした中、住民を対象としたマスク実名制割当販売制度が2020年2月から実施されている。この制度は、独居高齢者などマスクが特に必要な住民にマスクが手に入るようにするための仕組みである。具体的には、台湾の住民は1週間に2枚の割当(後に緩和)で、当局が決めた価格(例:大人用2枚で



10 台湾元 (約 36 円)) でマスクを購入できる。販売・購入は実名制を採用し、本人確認は全民健康保険の IC カード保険証で行う。全民健康保険未加入者は国民身分証明書 (わが国のマイナンバーカードに相当) を用いる<sup>3</sup>。購入場所は全民健康保険指定の薬局 (処方箋薬局) であったが、後に保健所での購入も可能になった。購入記録は全民健康保険の健保クラウドシステムで管理される。

検査・隔離・治療体制	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 感染症予防法の第五類伝染病に指定</li> <li>2. 検査・隔離・入院 指定地域検査所で検査。感染確認の場合は居宅隔離・検疫 (居宅又は集中検疫所: 海外帰国者)。重度の場合は入院 (指定医療機関※) ※感染症予防法に基づく指定医療機関制度</li> <li>3. 全民健康保険 (健保クラウドシステム)、住民登録、入国管理等のデータベースを連結させて、入国者の検疫、感染症拡大防止の追跡システムを構築・運用</li> </ol>
医療従事者・医療機関支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 防疫物資 (医療用マスク、防護服など) の医療機関への優先供給</li> <li>2. 居宅検疫・隔離対象者へのオンライン診療を保険診療に</li> <li>3. 経済支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療関係者等の原則海外渡航禁止と費用補償 ・医師・看護師などへの手当</li> <li>・検疫外来、専門病室設置への補助 ・功績のある医療機関やスタッフに報奨金</li> <li>・新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で医療業務ができなくなった医療機関への補償</li> <li>・新型コロナウイルス感染症の影響で運営が困難になった医療機関支援 (融資の信用保証と利息補助)</li> </ul> </li> </ol>
感染者・家族支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 経済支援 <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 埋葬費、生活支援の一時金支給 (1~3万台湾元) ※条件あり</li> <li>(2) 低所得世帯への支援 <ul style="list-style-type: none"> <li>・一時金 (ひとり1万台湾元) ※条件あり・要申請</li> <li>・困窮者生活補助追加支援 (ひとり1ヶ月当たり1500台湾元 2020年4月~6月) 当局が指定した手当受給者。当局が対象者を確認して支給 (申請不要)</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. 居宅隔離・検疫により就業等の活動ができなくなったことへの補償 感染者及び家族、ひとり1日あたり1000台湾元 ※条件あり</li> </ol>
医療費	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指定医療機関に入院の場合は公費診療 (感染症対策法に基づく措置)</li> <li>2. 上記以外の場合は全民健康保険 (医療保険) による保険診療</li> <li>3. 全民健康保険での支援 (制度化されているものの活用) 保険料納付の猶予 (2020年2月~7月)、保険料の分納、支援基金からの貸付</li> </ol>
マスク実名制割当販売制度	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. マスクの海外輸出の制限 (2020年1月)・禁止 (2月) ※後に緩和</li> <li>1. 住民対象の実名制割当販売制度</li> <li>2. 健康保険証 (ICカード) などで本人確認 (健保クラウドシステムで管理)</li> <li>3. 購入場所、数量の指定 (1人2枚など) 購入場所: 全民健保指定薬局・保健所 (2020年2月) →オンライン予約・コンビニでの購入可能 (3月) →コンビニでの予約・購入が可能 (4月)</li> </ol>

出所: 行政院、衛生福利部資料より作成

## 図2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策一医療分野一

3月から実施の「マスク実名制割当販売制 2.0」では、オンライン (専用アプリも提供) でのマスク予約、主要コンビニエンスストアでの購入が可能になった。購入数量も緩和 (例: 大人用は1週間で9枚まで、価格は1枚5台湾元 (約18円)) された。4月初旬になり住民が購入したマスクを海外の親族に送ることも可能になった (2ヶ月間で30枚まで。経済部の許可が必要)。4月下旬には「マスク実名制

<sup>3</sup> 長期在留資格のある外国人、外国人配偶者、留学生で全民健康保険に加入していない者は、在留許可証または出入国許可証で本人確認を行うことでマスクを購入できる。

割当販売制 3.0」が実施され、マスクの予約、購入ともに主要コンビニエンスストアで可能になった。海外への送付も 6 月 1 日からは経済部の許可、枚数制限などが撤廃された。

## (2)介護

### a)介護事業所での対策

介護分野での新型コロナウイルス感染症の主な対策は図 3 のとおりである。介護事業所での対策として、介護サービス提供時の予防、対応が重要であり、そのためのガイドラインを台湾当局は定めている。それによると、まず介護施設での対策として、①介護従事者、入所者、訪問者それぞれの感染予防、②感染者が出たときの対応が定められている。前者としては、介護従事者の感染予防、健康管理強化の一方で、入所者の健康管理も行い、感染が疑われる者の隔離措置も行うとしている。入所者の施設内での活動もグループ分けをして行うこととしている。また、訪問者管理として、検温や手指消毒の他、訪問記録作成、訪問回数や時間の制限の実施も定めている。後者として、介護従事者に感染者がでた場合は出勤停止や自宅隔離の実施を行うとともに、地方政府に代替要員を要請することができるなどの対応となっている。入所者の感染が明らかになった場合は、帰宅などによる施設外隔離または施設内隔離をとる他、グループ別の活動も停止する、訪問者の制限も行うこととなっている。

訪問系の介護サービスの場合、訪問先での居宅隔離、検疫対象者の有無を確認し、訪問介護に当たる者は感染予防を十分に行って訪問をすることとなっている。居宅での介護サービスは複数の種類に及ぶことが多い。そのため、介護サービス利用計画が達成されているかというケアマネジメントが重要になる。その確認は訪問で行うことが望ましいが、感染症予防の観点から電話で行うことが原則となっている。訪問する場合も短時間にとどめるなどの対策をとることが求められている。

### b)介護事業所支援

介護事業所の支援も行われており、まず、医療機関と同様にマスクや防護服などの供給対象となっている。次に経済支援として、新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で運営が困難になった介護事業所への補償・融資の信用保証が行われている。業務停止命令を受けた場合は、停止期間中の人件費、水道光熱費などの運営費が補助される。運営が困難になった場合として、①収入が前年同期比で 15%以上の減少となった月が 6 ヶ月続いた場合、②同 30%以上の減少が 3 ヶ月続いた場合、などの基準がある。これらの基準に当てはまる場合は、雇用している介護従事者の賃金支払いのための融資への信用報償、事業所の運転資金を含めた借り入れへの利息補助を行うこととなっている。

今回の感染症予防で功績が大きな介護従事者への報奨金支給も行われている。直接介護にあたる者には日勤や準夜勤 1 回に月ひとり 3,100 台湾元（約 1 万 1 千円）、看護師はひとり 1 回の出勤で 5,000 台湾元（約 1 万 8 千円）などを支給することとなっている。

介護予防拠点が一時的に閉鎖された場合の対策として、地域の介護予防の拠点である C 型拠点<sup>4</sup>が一時的に閉鎖される場合は、配食サービスのみ暫定的に提供できる。その場合でも利用者の意向を確認し、配食事業者の協力を得ることとなっている。また、この拠点が一時的に閉鎖された場合、この間の人件

<sup>4</sup> 台湾の「長期照顧十年計画 2.0」で導入された地域の介護サービス拠点の類型。介護予防、配食などを行う身近な介護拠点として位置づけられている。詳細は小島（2018）を参照。



費や運営費を当局が補助する。また認知症予防拠点でも、スタッフや利用者のいずれか1名が感染の確認があった場合には、その拠点を運営する事業者の同意の上で一時的に閉鎖される。その場合、閉鎖期間中の人件費などの費用が補助される。

さらに介護事業所評価の簡素化などの運営の弾力化も認められている。

<p>介護施設での対策</p>	<p>1. 介護施設での予防・対応            ・介護従事者感染予防、健康管理強化 ・入所者の健康管理(感染が疑われる者の隔離など)            ・介護サービス提供(入所者をグループ分けして介護サービスを提供)            ・訪問者管理(検温・手指消毒、訪問記録作成、訪問時間・回数の制限など)</p> <p>2. 感染者が出たときの対応            ・介護従事者の感染: 出勤停止・自宅隔離、代替要因確保(地方政府への相談)            ・入所者の感染: 帰宅(自宅隔離)、施設内隔離、入所者グループの活動停止 ・訪問者の制限 など</p>
<p>訪問介護サービスでの対策</p>	<p>1. 訪問サービス提供            居宅隔離・検疫対象者の有無を確認。介護従事者は個人防護措置を十分にとって訪問する</p> <p>2. ケアマネジメント            介護サービス利用計画の実行状況、介護サービスの質の確認は原則として電話で行う            訪問で対応の場合も短時間とし、場合によっては訪問サービスの回数や頻度を調整</p>
<p>介護事業所支援</p>	<p>1. 防疫物資(マスク、防護服など)の供給</p> <p>2. 経済支援            ・新型コロナウイルス感染症による当局からの業務停止命令、検疫への協力で運営が困難になった介護事業所への補償・融資の信用保証            ・新型コロナウイルス感染症拡大防止で功績のあった介護事業所、スタッフへの報奨金支給            ・C型拠点、地域認知症予防拠点での一時休止への補償など</p> <p>3. その他            ・介護事業所評価の簡素化、人材訓練実施期間の弾力化など</p>
<p>外籍看護工</p>	<p>1. 家庭で雇用の外籍看護工            ・新規雇用の外籍看護工が居宅隔離・検疫の対象となった場合(台湾に入国できない):            期間中は代替の介護サービスが利用可能。            ・すでに雇用の外籍看護工の場合(感染した場合): 同上</p> <p>2. 施設で雇用の外籍看護工            ・外籍看護工の継続教育の期限緩和等(感染症予防の科目を含める。2021年までに終えること)</p>

出所: 行政院、衛生福利部資料より作成

図3 台湾の新型コロナウイルス感染症対策—介護分野—

### c) 外籍看護工

台湾では「外籍看護工」と呼ばれる外国人介護労働者の雇用が多い<sup>5</sup>。新型コロナウイルス感染症対策としての外籍看護工に関わる制度運営として次のような弾力的な運営が行われている。まず、家庭で雇用する外籍看護工で新規雇用の者が台湾に渡航できなくなった、感染の疑いで居宅隔離の対象になった場合、家庭での就労ができない。この場合、代替の公的な介護サービスを利用できる。すでに家庭で雇用している外籍看護工が感染した場合なども同様である。外籍看護工は施設でも雇用される。彼らに対する介護技能に関する継続教育の期限緩和などの措置がとられている。

### (3) 経済分野 (主なもの)

<sup>5</sup> 詳細は小島(2017)参照。

経済分野での支援策をまとめたものが図4である。経済部が多くを所管しているが、製造業、サービス業への支援策として、融資返済期限の1年間猶予（中小企業には猶予期間中の利息補助）、運転資金融資（信用保証や利息補助、ただし貸金引き下げや人員削減を行っていない企業という条件付き）などを行っている。

<p>経済部(中小企業処を含む)</p>	<p>1. 対象 製造業・サービス業など新型コロナウイルスの影響を受けた産業                  2. 主な施策                  ①融資返済期限延長(1年間延長、中小企業には利息補助)                  ②運転資金融資(信用保証、中小企業等への利息補助。最高5.5万台湾元)                    ※貸金引き下げ、人員整理を行っていないこと                  ③事業振興資金融資(信用保証、中小企業等への利息補助。最高22万台湾元)                  ④デジタル化支援、新規産業創成などへの支援                  ⑤消費喚起(「振興三倍券」として2020年7月から実施)</p> <p>1) 目的:台湾の消費喚起(内需振興)                  2) 発行対象者:台湾住民と外国人の一部                    (外国人配偶者など、外籍労工は対象外。11月に台湾駐在の外交官などに拡大)                  3) 金額:3000台湾元(2000台湾元は当局が補助。低所得者には全額補助)                  4) 使用場所:店舗、屋台などでの買い物(2020年7月~12月まで)                  5) 発行形式:商品券、ICカード、アプリ、クレジットカードの4タイプ                  6) 発行・購入方法:オンラインまたはスーパーでの予約・購入、郵便局での直接購入                    (外交官は外交部で発行、購入)</p>
<p>労働部</p>	<p>1. 労働時間短縮・一時帰休労働者                    スキルアップ目的の技能訓練への補助、賃金減少分補助、職業紹介                  2. 失業者 就業保険からの失業給付、子どもへの教育費補助                  3. 企業 ワークライフバランス促進補助(保育施設拡充など)                    就業保険の保険料納付猶予など</p>
<p>交通部</p>	<p>1. 旅行業、宿泊業などの賃金及び運営資金補助                  2. 航空業(大型融資への信用保証など)と空港事業者への補助(空港施設利用料補助など)</p>
<p>文化部</p>	<p>1. 出版、芸術、芸能などの産業に従事する法人や個人を対象                  2. 運営困難軽減補助(賃金、運営費の補助)、新規創作やデジタル化補助などの支援(法人のみ)</p>

出所:行政院、経済部、経済部中小企業処、労働部、交通部、文化部資料より作成

図4 台湾の新型コロナウイルス感染症対策—経済分野・所管省庁別の主なもの—

一方で内需喚起策として、台湾の住民を対象に「振興三倍券」の発行を行っている。これは、3,000台湾元(約1.1万円)の商品券であり、住民は3分の1である1,000台湾元(約3,600円)を支払うことで発行を受けることができる。差額は当局が負担し、低所得者には3,000台湾元的全額が当局から補助される。発行の形態は紙ベースの商品券方式の他、ICカード(記名式、スーパーマーケット、地下鉄、バス、鉄道会社で購入できるもの)やモバイルアプリへの入金、クレジットカード口座への振り込みの4つの方式がある。使用できる場所は、商店、デパート、レストラン、屋台での買い物である。公共料金や税金の支払い、金融商品の購入に用いることはできない。利用できる期間は2020年12月31日までである。振興三倍券の発行状況は、7月15日から11月10日までの間に約2,297万人(紙ベースでは2,117万人)が受け取っており、これは振興三倍券を受け取ることができる者の97%に相当する<sup>6</sup>。

<sup>6</sup> 経済部中小企業処「振興三倍券新增發放対象報告」(2020年11月12日)による。

雇用対策は労働部が所管しているが、新型コロナウイルス感染症拡大の影響で労働時間短縮や一時帰休となった労働者には、スキルアップを目的とした技能訓練の補助、賃金補助、職業紹介を行っている。失業者には雇用保険である就業保険からの給付などが行われている。企業には、就業保険の保険料納付猶予などが行われている。

この他に、交通部では台湾の旅行業、宿泊業の従事する企業への従業員賃金や運営費補助、航空業（大型融資への信用保証など）や空港事業を営む企業への補助（施設利用料補助など）などを行っている。さらに、文化部では文化、芸術、出版分野の企業や個人への支援策も行われている。

## 6. まとめ

世界が新型コロナウイルス感染症への対応に苦慮する中、台湾は迅速な検疫、医療体制の立ち上げ、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保を行った。医療、介護関係者への支援、困窮する人々への支援も既存制度を活用しながら進めている。また、医療費の支出は感染症対策法による公費医療、全民健康保険の保険給付で対応するほか、全民健康保険の健保クラウドシステムは感染者の把握、追跡、マスクの实名制割当販売でも活用されている。こうした対応の迅速さを可能にした台湾の医療や介護の仕組みを知ることは、ポストコロナ、今後の感染症発生への対応について参考となる知見を得ることができると思われる。

現在台湾では、感染の予防を進める一方で、振興三倍券の発行による消費喚起、企業への支援を進めており、経済振興に重点を置きつつある。新型コロナウイルス感染症の社会経済への影響は今後も続き、台湾の経済状況が以前の通りになるかは、今後の推移を見守る必要があるだろう。一方で、特別予算の確保は多くが公債から賄われている。台湾には「公共債務法」があり、地方政府を含む当局の財政の健全性を守る仕組みがある。こうした仕組みへの影響の有無の検証なども分析することも重要であると思われる。

## 付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

## 参考文献

小島克久（2017）「台湾—介護サービスにおける外国人介護労働者」『アジアにおける高齢者の生活保障 持続可能な福祉社会を求めて』金成垣・大泉啓一郎・松江暁子 編著 明石書店 pp.184-204.

小島克久（2018）「台湾における地域密着の高齢者介護ケア提供体制構築の動向」『国際労働経済研究 Int'lecowk』1085号、pp.7-16. [http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int\\_2018\\_11-12.pdf](http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf)

小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度—台湾—」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24.

[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryoy/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryoy/201912_no124.pdf)

小島克久（2020）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.

# Taiwan Policy Overview to Cope with COVID-19

KOJIMA Katsuhisa<sup>1</sup>

1.National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

In 2020, COVID-19 are widespread in the world, and we still have been struggling this infectious diseases in prevention care and other aspects. Taiwan also has suffered from it, but it has taken some policy measures at the earlier stage only to lead 602 infected persons and 7 deaths (15<sup>th</sup> Nov. 2020). It has attracted the attention from the world. In general, the faster in taking some policy measures to cope with emergency like pandemic and natural disaster, the better in making the subsequent impact on society as small as possible. It will be easier for us to reconstruct our life. What kinds of policy measures has Taiwan taken in this pandemic, especially in health care and long-term care? We can find health and long-term care policy implications to cope with emergency with huge impact on society by learning from Taiwan experience. This article has overviewed (1) timeline of policy measures under COVID-19, (2) the framework of policy measures, and (3) policy measures in detail with focus on health care and long-term care in Taiwan.

As for (1), in January 2020, the focus is on grasping the spread of infection and the set-up of the governmental system against this infectious disease. In February, Taiwan took policy measures to establish special laws and form special budgets for it. With these, the policy framework against this disease was completed. Since March, the surgical mask distribution system with registration using IC embedded Health Insurance Card has been implemented, and the special budget has been increased. Taiwan has taken prompt policy response. As for (2), the "Special Law for the Prevention, Care and Support against COVID-19" was enacted in February. In addition to it, Taiwan has utilized existing laws like "Infectious Disease Control Law" and "National Health Insurance Law" for disease control and health care cost finance. To finance some parts of the cost of these policy measures, a special budget "Central Government Special Budget against COVID-19" was organized too.

As for (3), Taiwan has taken some policy measures in health care provision (ex. Quarantine, health care in designated hospitals), supports to health care institutions and personals, securing health care expenses, supports to infected persons and their family. Furthermore, the surgical mask distribution system has been implemented. In this system, IC embedded Health Insurance Card has been used for reservation and sales management to distribute surgical mask as equal as they can. For the long-term care provision, Taiwan government has issued the guidelines to prevent infection in providing long-term care service both of facility and home visit care. It also carried out flexible policy operation in long-term care system and foreign born care worker employment. In economic policy, Taiwan has taken financing support measures for manufacturing and service industries, and issued "Coupon for Daily Consumption with three times premiums" for consumption promotion policy.

In this way, Taiwan has taken various kinds of policy measures against COVID-19 promptly.

# 東アジア各国と日本の公的年金制度に関する予備的考察<sup>1</sup>

佐藤格<sup>2</sup>

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

東アジア各国では高齢化が急速に進んでおり、その中で公的年金制度の重要性が増してきている。特に東アジア各国は、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いという特徴を持つ。これは公的年金制度のあり方を検討するには非常に重要なポイントとなる。高齢者が少なければ公的年金制度の果たす役割は比較的小さなものにとどまるのに対して、高齢者が多ければ、公的年金は高齢者の生活を支える非常に重要な役割を果たすことになり、同時に支え手となる現役世代の負担も重いものになってしまう。倍加年数が短ければ、そのわずかの期間の間に公的年金の役割が急激に大きくなるため、制度の早急な整備を行うとともに、給付と負担のバランスにも考慮することが重要となる。

本稿では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国について、公的年金制度の簡単な比較を行うとともに、背景となる人口の推移についても検討を行う。本稿の構成は以下の通りである。次の2節では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国の公的年金制度について、制度の特徴や加入の要件等を整理する。3節では上記4か国の年齢3区分別人口の推移と高齢化率を示す。最後の4節では結論と今後の課題を述べる。

## 2. 公的年金制度の各国比較

### 2.1 日本における公的年金制度

日本においては、1942年の労働者年金保険によって、本格的な公的年金制度が発足した<sup>3</sup>。さらに1961年の国民年金導入により自営業者等も年金に加入し、国民皆年金の制度が整っていく。

また日本の公的年金制度は、2階建ての年金制度となっていることも特徴である。すなわち、20歳以上の全ての者が共通して加入する国民年金の上に、会社員や公務員等が加入する厚生年金が存在するという構造である。また、国民年金が拠出・給付ともに定額であるのに対して、厚生年金は報酬比例的なものとなっていることも特徴である。さらに3階部分として、公的年金と別に保険料を納め、公的年金に上乗せして給付を行う企業年金なども存在する。

財政面の特徴としては、賦課方式、保険料固定方式、有限均衡方式といった点が挙げられる。また、

<sup>1</sup> 本稿の執筆に先立つ研究会(2020年12月21日開催)においては、于洋先生(城西大学)、Yun, Suk-Myung先生(韓国保健社会研究院(KIHASA)所得保障政策研究室)をはじめ、さまざまな方から貴重なコメントを頂いた。ここに記して感謝する。もちろん、本稿に残された誤りはすべて筆者自身の責任である。

<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長

<sup>3</sup> 労働者年金保険に先立ち、恩給制度は1875年、共済組合は1905年、船員保険は1939年から開始されている。



給付水準の調整としてマクロ経済スライドという方法を取り入れていること、基礎年金の2分の1を国庫負担によりまかなっていること、基礎年金拠出金が存在し、制度間での財政調整が行われていることなども大きな特徴である。

さらに、年金財政の健全性を検証する方法として、財政検証が行われている。これは2009年より5年に1回行われているものであり、今後約100年間にわたる年金財政についての評価を行っている。また年金積立金は年金積立金管理運用独立行政法人(GPIF)が運用を担っている。

年金給付を見てみると、給付は老齢基礎年金の場合、満額×保険料納付済月数/480という算定式に基づいて決定される。2020年現在、満額であれば年間781,000円の給付を受けることになる。また老齢厚生年金の場合、

$$\text{平均標準報酬月額} \times \text{生年月日に応じた率} \times \text{被保険者期間の月数}$$

という算定式が基本となる<sup>4</sup>。支給開始年齢は基礎年金が65歳、厚生年金は段階的に65歳に引き上げ中である。

一方負担であるが、国民年金は月額16,540円(2020年度)の定額の拠出を行う。また厚生年金は、標準報酬月額×18.3%(労使折半)という形で、賃金に比例的な拠出を行う。なお、標準報酬月額は88,000円～650,000円の32等級に分類されている。

日本においては、少子高齢化の進展に伴い、さまざまな制度改革が行われてきた。その中でも特筆するものとして、2004年改正が挙げられる。この2004年改正では、保険料固定方式の導入、マクロ経済スライドの導入といったことが行われた。もちろん、この3点のほかにもさまざまな改正がなされているが、この3点は影響が大きい。

まず保険料固定方式の導入であるが、従来は給付水準を決定し、それに見合う保険料(率)を設定していたのに対して、2004年以降、国民年金は毎年280円、厚生年金は毎年0.354%引き上げ、国民年金は2017年4月に16,900円(2004年度価格)、厚生年金は2017年9月に18.3%で固定するというスケジュールを導入することになった。

次にマクロ経済スライドの導入である。前述の通り保険料固定方式を導入したことにより、収入を増加させる方法の1つが失われた。その中でも給付と負担のバランスを確保することが必要であり、物価や賃金の上昇に連動した給付水準の上昇について、経済社会の状況をもとに一部抑制する方法として、マクロ経済スライドの導入が図られた。

最後に有限均衡方式の導入である。従来約5年分の給付をまかなうだけの額があった年金積立金を、約100年間かけて、約1年分の給付をまかなう水準まで取り崩すということが決定された。ただし、5年に1回行われる財政検証のたびにその後約100年で計算するため、実際に今から100年後に約1年分の給付しか残らないというわけではない。また財政検証においては、パラメータの設定によっては積立金が枯渇するケースも想定している。

また、2004年改正の後も、さまざまな改正が行われている。主なものとしては、被用者年金の一元化、受給資格期間の短縮、短時間労働者に対する適用拡大などがある。被用者年金の一元化では、従来保険

<sup>4</sup> これは単純化したものであり、詳しくは

<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/roureinenkin/jukyuyoken/2020030601.html>を参照されたい。

料率や給付内容が厚生年金とは異なっていた公務員及び私学教職員について、民間サラリーマンとの同一化が図られた。受給資格期間の短縮では、老齢基礎年金の受給資格期間が25年から10年に短縮された。短時間労働者に対する適用拡大では、2017年4月からの新規対象者として、従業員数が500人以下の会社で働いていても、労使で合意がなされれば社会保険に加入が可能となった。これらの制度改正の背景として、少子高齢化による支え手の減少と受給者の増加が挙げられる。

## 2.2 中国における公的年金制度

中国については、片山(2020)をもとに制度を整理してみよう。中国では、都市部就業者・都市部非就業者・農村部住民に分かれた制度が構築されている。都市部の就業者については、1955年に制度が成立している。また1992年には農村住民向け、2011年に都市部非就業者向けの制度が成立している。さらに2009年には国庫負担を伴う基礎年金が成立した。本稿では主に、都市部就業者向けの年金制度について記述する。

都市部就業者については、被用者・自営業者ともに強制加入であり、賦課方式の1階部分と積立方式の2階部分をもつ2階建ての制度となっている。1階部分の給付は

$$[(\text{退職時における地域の前年の平均賃金} + \text{加入期間の平均賃金})/2] \times \text{加入期間} \times 1\%$$

という算定式により決定され<sup>5</sup>、2階部分の給付は

$$\text{個人勘定残高の元利合計}/\text{年金現価率}$$

という算定式により決定される。もちろん、加入期間や就業・退職時期により様々な変動がある。支給開始年齢は男性60歳、専門職の女性55歳、その他の女性50歳である。

負担を見ると、保険料率は企業が16%、従業員が8%となっている。また、企業からの拠出は1階部分、従業員からの拠出は2階部分に該当する。

積立金の運用について見てみると、従来は主に国債と預金により運用されていたが、2015年8月からは規制が緩和され、30%を限度に株式投資を解禁された。さらに海外投資を除く各種債券等への投資や、全国社会保障基金理事会への委託運用も可能になった。

## 2.3 韓国における公的年金制度

次に韓国の公的年金制度を、金(2010)、藤森(2020)および野副(2015)をもとに整理しよう。韓国の公

<sup>5</sup> なお、新制度が実施後に就業を開始し、加入年数が15年を超える「新人」、新制度が実施される前に就業を開始し、退職が新制度の実施後であり、加入年数が15年を超える「中人」、新制度実施前に退職した「老人」という分類があり、この算定式は新人に関するものである。

的年金制度は、国民年金と特殊職域年金に大別される。特殊職域年金は、その対象が公務員・軍人・私立学校教職員・郵便局職員などに分かれている一方で、国民年金は特殊職域年金の対象者を除いて、ほとんどの職種における勤労者が対象とされる。また、1階建ての中に均等部分と所得比例部分が含まれていることが特徴である。

韓国の公的年金制度が整備されたのは比較的遅く、1960年に公務員年金が発足したのが最初である。続いて1963年に軍人年金、1975年に私立学校教職員年金、1988年に国民年金の各制度が設立され、また1998年には被用者と自営業者が1つの体系に結合された。このような整備の遅れから高齢者の貧困率が高い状態にあったことを受けて、近年では無年金・低年金への対策が行われている。具体的には2008年に導入された無拠出制の基礎老齢年金がこの問題への対策であり、65歳以上の高齢者のうち、所得と財産が少ない70%の高齢者に対して、定額給付の実施を開始した。2014年には基礎年金制度に改正され、給付水準が引き上げられている。

給付については前述の通り均等部分と所得比例部分で構成されるが、均等部分は全加入者の平均月額所得の平均に、所得比例部分は個々の加入者の全加入期間における基本月額所得の平均に基づいて算定される。給付算定式は以下のようになる。

$$\text{基本年金額} = \sum(x_i A + y_i B) \times \left(1 + \frac{0.005n}{12}\right) \times \left(\frac{P_i}{P}\right)$$

ここで、 $x_i$ は2.4~1.2の定数、 $y_i$ は1.8~1.2の定数(いずれも年により変化)、 $A$ は全被保険者の年金支給開始直前3年間の平均月額所得、 $B$ は当該被保険者本人の全保険加入期間の基本月額所得の平均値、 $n$ は被保険者本人の保険加入期間のうち20年を超えた年数、 $P$ は被保険者本人の全保険加入月数、 $P_i$ は $t$ 年の保険加入月数( $i=1$ のときは $t \leq 1998$ 、 $i=2$ のときは $1999 \leq t \leq 2007$ 、…、 $i=23$ のときは $t = 2028$ )である。

支給開始年齢は現時点では62歳となっているが、2033年までに65歳に引き上げられる予定である。また支給の要件として、最低10年の加入が必要である。加入期間が10~20年の場合には、減額老齢年金の給付を受けることができる。

負担については、基本は保険料でまかなわれているが、一部を国庫負担で補填している。事業所加入者の保険料率は、現在は9.0%を労使折半することとされている。また地域加入者と任意加入者は、9.0%を全額本人負担する。

財政状況を見ると、現在は収入超過が続いており、所得代替率が60%を超える高福祉・低負担状態にある。ただし、将来の少子高齢化を見越して、2028年には所得代替率が40%まで引き下げられる予定である。しかしそのような引き下げにもかかわらず、少子高齢化の進展が急速であるために2042年に歳出超過に転じ、2058年に積立金が枯渇する見込みとなっている。

## 2.4 モンゴルにおける公的年金制度

モンゴルの年金制度については、独立行政法人国際協力機構・株式会社コーエイ総合研究所・株式会



社国際開発センター(2015)をもとに整理しよう。モンゴルにおいては賦課方式の公的年金制度のもと、任意と強制の2つの制度が運営されている。雇用者や公務員は強制加入とされる一方、自営業等は任意加入であるというように、働き方によって加入制度が異なる。

また年齢によって制度が異なり、1959年12月31日以前に生まれた者はDB(Defined Benefit、給付建て)であるのに対して、1960年1月1日以降に生まれた者はNDC(Notional Defined Contribution、概念上の拠出建て)である。

財政状況を見ると、近年黒字に転換したものの、それまでは恒常的に赤字であり、国庫負担により補填がなされていた。年金財政の赤字が続いていたことにはいくつかの理由があると考えられる。1つは受給者の年金額の高さである。年金給付額は20年加入の場合所得代替率が45%、40年加入の場合には75%というように、かなり高い水準にあった。また、共産主義体制からの移行の影響も大きな理由である。共産主義体制下では労働者が平等に年金制度に加入し、退職後は一律の年金額が支給される制度であった。しかし資本主義体制へと移行した際の混乱などにより、1990年代の正確な就労記録が欠如していることから、1990年から1994年の5年間を勤務期間とする場合でも、保険料を支払う義務は発生しない、1995年から2000年までの6年間は最低賃金の10%を保険料とし、合計MNT78,120を支払うといった特例措置が実施された。このような措置により、年金給付総額が拠出総額を上回り、赤字が発生するという結果につながったと考えられる。なお、最近では後述するように保険料率の引き上げや支給開始年齢の引き上げが急速に行われており、これが収支の改善に大きな役割を果たしている。

年金の給付においては、年金月額=(個人年金保険料口座残額/年金請求時における平均余命年数)/12か月という算定式が用いられている。また支給開始年齢は男女で異なるが、男性の場合、1957年以前生まれは60歳、1958年生まれは60歳3か月、1959年生まれは60歳6か月、…、1977年生まれは65歳となる。また女性の場合は、1962年以前生まれは55歳、1963年生まれ55歳3か月、1964年生まれは55歳6か月、…、2002年生まれは65歳となる。

一方負担を見ると、保険料率は2019年時点で強制の場合17%(ただし労使折半)、任意の場合11.5%となる。なお、2016年時点では強制14%(労使折半)、任意10%だったものが段階的に引き上げられている状況にある。

### 3. 各国の人口構成

年金制度、特に賦課方式の年金制度は、現役世代と引退世代の人数、すなわち人口構成が重要な役割を果たすことになる。これを年金財政の均衡式をもとに確認しよう。年金財政の均衡式は以下のように書くことができる。

$$F_{t+1} = (1 + i_t)F_t + C_t - B_t$$

ここで、 $t$ は時間(年)、 $F$ は積立金の残高、 $i$ は利子率、 $C$ は年金拠出額、 $B$ は年金給付額を表す。すなわち、来期の積立金の残高( $F_{t+1}$ )は、今期の積立金の元利合計( $(1 + i_t)F_t$ )と今期の年金拠出額( $C_t$ )の和から、今期の年金給付額( $B_t$ )を引くことで表されることになる。ここで年金積立金が存在しないと仮定す

るならば、年金拠出額と年金給付額を一致させることが年金財政を均衡させるための条件となる。現役世代が行った拠出が引退世代への給付に充てられるため、現役世代の数が多ければ少ない拠出で多くの給付を実現することができる一方、現役世代の数が少なければ、拠出が多い一方で少ない給付しか実現できないことになる。したがって、本節の冒頭で記したように、賦課方式の年金制度においては、人口構成が重要な役割を果たすことになる。

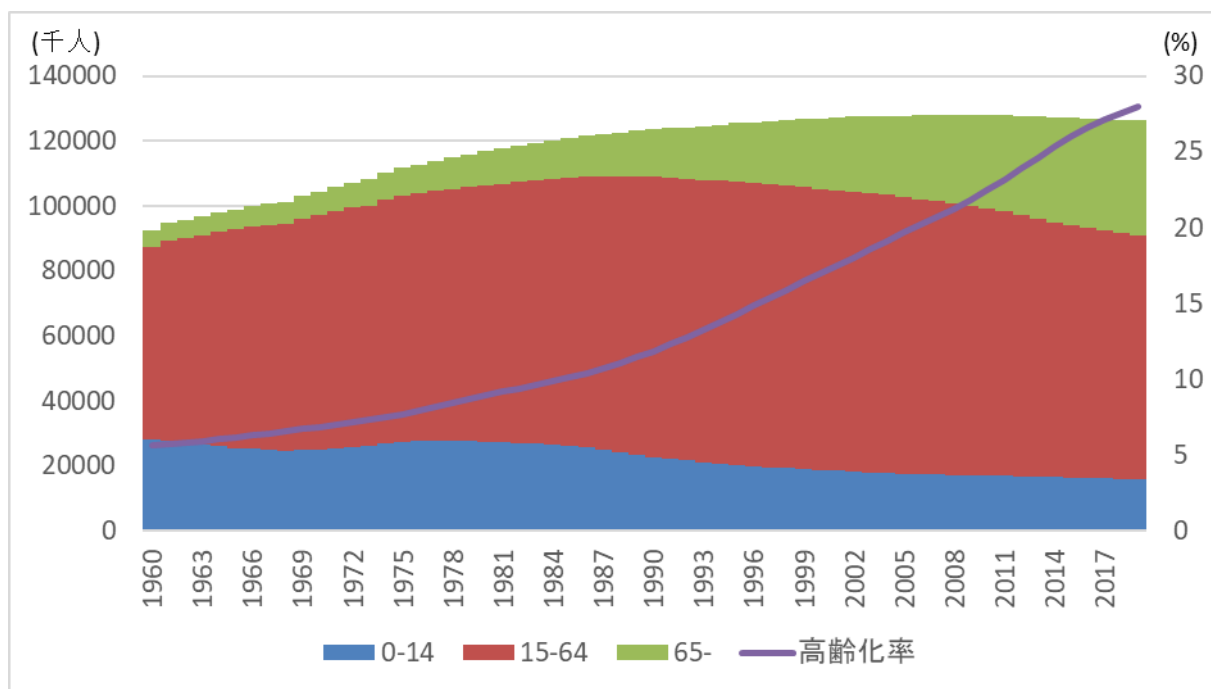


図1 日本の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

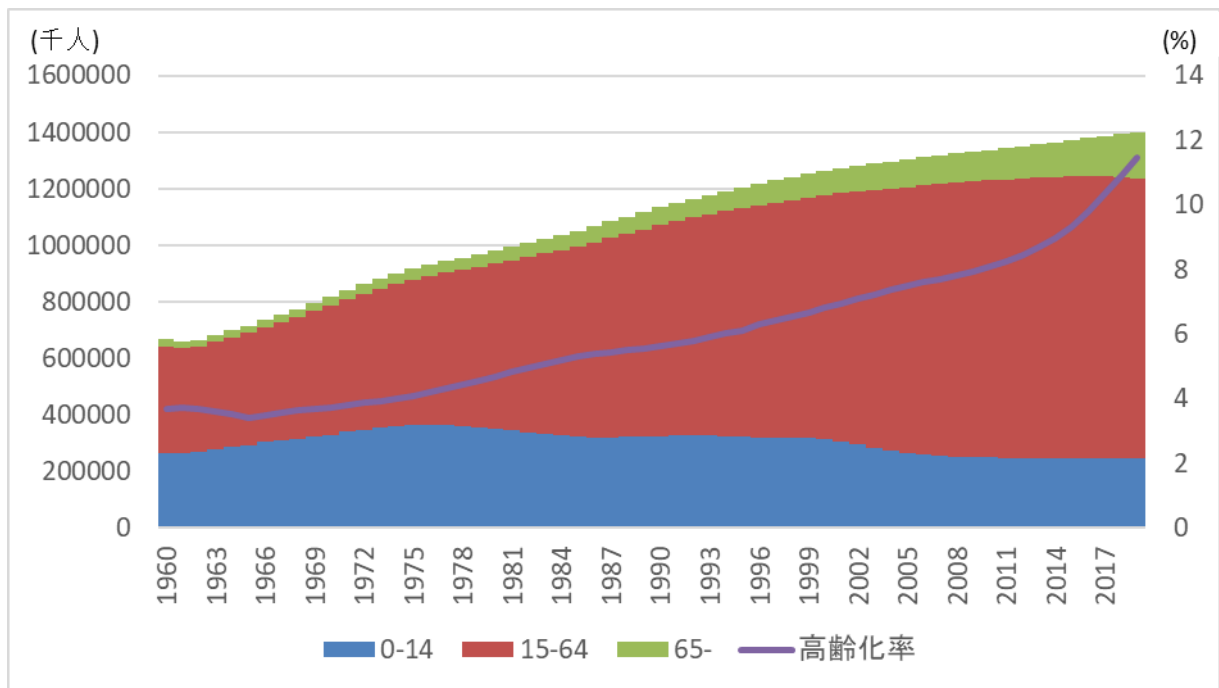


図2 中国の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

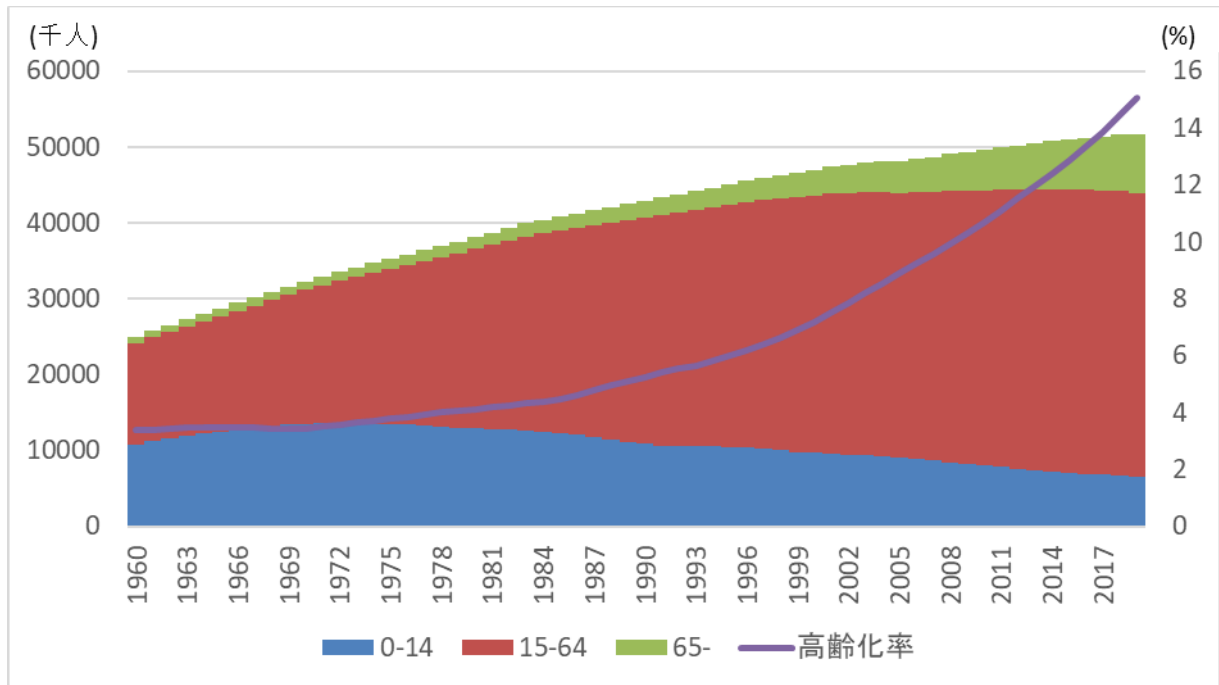


図3 韓国の年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

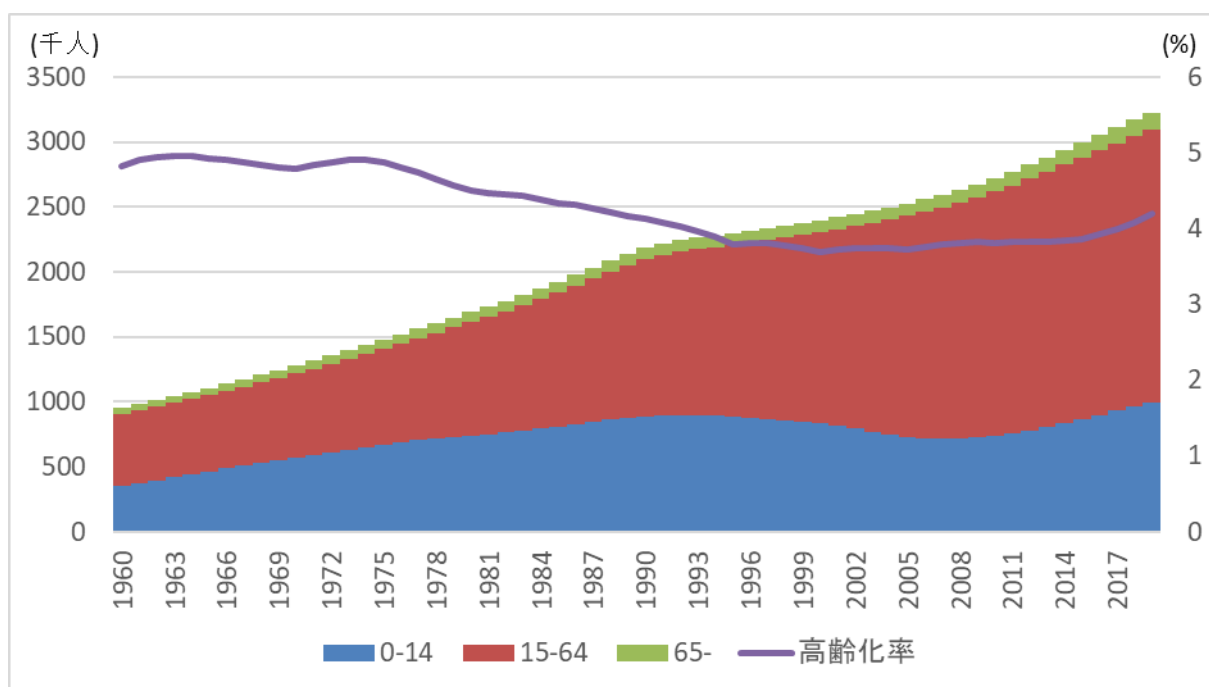


図4 モンゴルの年齢3区分別人口の推移

出典: World Development Indicators. Click on a metadata icon for original source information to be used for citation (<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SP.POP.TOTL>)をもとに筆者作成。

図1～図4は、本稿で取り上げた4か国について、1960年から2019年までの年齢3区分別人口の推移を示したものである。左軸は人口(千人)、右軸は高齢化率(%)を示している。モンゴルは15～64歳人口が増加を続け、65歳以上人口が少ないままで推移しているが、日本・中国・韓国の3つの国は、程度や時期の差はあるものの、いずれも15～64歳人口は減少を始める、あるいはピークを迎える状況にあり、65歳以上人口は急速に増加を始めている。すなわち、年金の支え手となる現役世代が相対的に減少し、年金の受け手となる引退世代が相対的に増加している傾向が見られる。高齢化率を見ても、モンゴルを除く3か国では高齢化率が上昇してきており、特に日本と韓国では1990年代から、中国でも2010年代から上昇のスピードが加速している。また、中国は今回分析の対象としている4か国の中でも圧倒的に人口が多く、高齢者の占める割合もさることながら、高齢者の数自体の増加が年金制度や経済において大きな課題になることが予想される。

今後の年金制度の改正を検討することは、高齢化が急速に進む韓国はもちろん、元々の人口規模が非常に大きい中国においても非常に重要であろう。

#### 4. 結論

本稿では日本・中国・韓国・モンゴルの4か国の公的年金制度について概観した。制度が大きく異なるところもあり、比較が十分ではない部分もあるが、高齢化に伴う財政悪化に対応するため、各国ともさまざまな対応を行っている様子が窺える。

しかし冒頭でも述べたように、アジア各国においては、65歳以上人口割合の倍加年数が欧米諸国と比べて非常に短いことが知られている。そのため、現時点では年金制度が黒字を発生させているような状態でも、今後制度改正が予定されているにもかかわらず、短期間のうちに赤字になることが予測されている韓国のような国もある。このような急速な高齢化に対応するためには、年金財政の長期的な見通しを、いくつかのシナリオを元に計算することと、さらにはその前提となる経済や人口に関する長期的な予測が不可欠であろう。

本稿においては、中国の農村部の年金制度など、まだ十分な検討をできていない領域があり、各国比較にはさらなる情報収集が必要である。また保険料負担のあり方や代替率を世帯単位で見ると個人単位で見ると、あるいは報酬比例的な要素がすべての雇用者に適用されるかどうかなど、さまざまな論点が残されている。これらについては今後の課題としたい。

## 参考文献・資料

片山ゆき(2020)「中国の年金制度」『年金と経済』Vol.39, No.2, pp.45-48.

金明中(2010)「韓国における年金制度と最近の動向」『NLI Research Institute REPORT』November 2010, pp.10-21.

独立行政法人国際協力機構・株式会社コーエイ総合研究所・株式会社国際開発センター(2015)「モンゴル国年金分野に係る情報収集・確認調査ファイナル・レポート」

野副常治(2015)「諸外国の年金制度比較—年金財政から見た制度の維持可能性—」『西南学院大学大学院経済学研究論集』(2), pp.97-160.

藤森克彦(2020)「韓国の年金制度」『年金と経済』Vol.39, No.2, pp.67-71.

厚生労働省『厚生年金保険・国民年金事業年報』各年版

厚生労働省ホームページ「公的年金各制度の財政収支状況」

(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000128082.html>)

厚生労働省ホームページ「2019年財政検証結果レポート」

(<https://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/report/index.html>)

NATIONAL PENSION SERVICE (<https://www.nps.or.kr/jsppage/english/main.jsp>)

モンゴル労働社会福祉省ホームページ(<https://mlsp.gov.mn/>)

Mongolian statistical information service (<http://1212.mn/>)

# 台湾における外国人受け入れの動向と影響

中川雅貴

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. 台湾における外国人人口の主な分類と統計

台湾における外国人人口は、主に、「外籍勞工」と呼ばれる二国間協定に基づく外国人労働者、いわゆる高度人材に位置づけられるその他の外国人労働者、国際結婚による外国籍配偶者、その他（留学生等）に分類される。それぞれの主な属性および規模は表1のとおりであり、このうち二国間協定に基づく外国人労働者（以下、特にことわりのない限り、単に「外国人労働者」とする）が2020年末時点で約70万人と最大のグループとなっている。

表1. 台湾における外国人人口の主な分類

分類	主な属性	規模 (2020年)
二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工)	<ul style="list-style-type: none"><li>インドネシア・タイ・フィリピン、ベトナム、モンゴルとの二国間協定による受け入れ。</li><li>主に製造業、介護・看護分野で就労。</li></ul>	約70万人 <sup>a</sup>
その他の外国人労働者 (高度人材)	<ul style="list-style-type: none"><li>活動・資格に基づく就労許可。</li><li>就労分野は、管理・専門職、教育・研究、投資・経営等。いわゆる高度人材。</li><li>国籍別では日本人が最多</li></ul>	約3万人 <sup>a</sup>
国際結婚による外国籍配偶者	<ul style="list-style-type: none"><li>年間の新規登録ベース（直近）では、男（夫）約6,000人、女（妻）約15,000人<sup>b</sup> ※2000年代初頭がピーク</li><li>妻の国籍は、中国本土と東南アジアが95%を占める。</li></ul>	約25～30万人 <sup>c</sup>
その他、留学生等	<ul style="list-style-type: none"><li>移民局の統計には、中国本土からの留学生が含まれない。</li><li>国籍別ではマレーシア、ベトナム、インドネシア、日本が主要グループ</li></ul>	約4万人 <sup>d</sup>

出所：

<sup>a</sup> Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

<sup>b</sup> Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

<sup>c</sup> Liaw et al. (2011); Chen (2012); Chu et al. (2019)

<sup>d</sup> National Immigration Agency, Minister of the Interior（内政部移民署）

表2に記載のとおり、台湾における外国人人口のうち国際結婚による外国籍配偶者については、内政部移民署による登録外国人統計では中国本土（香港・マカオを含む）の国籍をもつ人口が含まれていないために、外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することが難しくなっている。内政部戸政司による戸籍統計では、これら中国本土（香港・マカオを含む）からの配偶者も含めた国際結婚の年間新規登録

者数が示されているものの、ストック数については不明のため、やはり外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することはできない。なお、内政部が 2003 年に実施した調査結果に基づいて推計した外国籍配偶者の規模は約 24 万人であり、これは 2010 年において「外国籍の配偶者」として把握された約 28 万人に近い水準となっている (Liaw et al. 2011)。

表 2. 台湾における外国人人口に関する統計

分類	主な属性
<p><b>人口センサス</b> (Directorate-General of Budget, Account and Statistics : 行政院主計処)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10 年毎に実施。</li> <li>・ 「国籍」に関する設問。(※中国本土を含む)</li> <li>・ 国籍別に公表されている集計項目： 地域 (県・市)、男女・年齢、就業 (産業)</li> <li>・ 2010 年の外国籍人口： 562,000 人 ※外国籍の配偶者に関する集計 (再掲)： 286,000</li> </ul>
<p><b>登録外国人統計</b> (National Immigration Agency, Minister of the Interior : 内政部移民署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移民局への在留届に基づく。</li> <li>・ 活動内容 (Occupation) に関する集計あり。</li> <li>・ 中国大陸 (香港・マカオを含む) 籍については、「外僑居留人」 (Foreign Residents) に含まれず。</li> <li>・ 2010 年末の登録外国人数： 418,000 人 ※2020 年末： 807,000 人</li> </ul>
<p><b>戸籍統計</b> (Dept. of Household Registration Affairs, Minister of the Interior: 内政部戸政司)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国際結婚 (外国籍の配偶者との婚姻) 新規登録件数を集計。 ※配偶者の国籍 (中国本土・香港・マカオを含む)</li> <li>・ 「外国籍の配偶者」の登録累計 (2020 年末まで)： 565,000 人</li> </ul>
<p><b>外国人労働者統計</b> (Workforce Development Agency, Ministry of Labor : 労働部労働力發展署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工) とその他の外国人労働者 (高度人材) を別に集計。</li> </ul>

## 2. 台湾における外国人労働者受け入れ政策の背景と展開

1970 年代後半から 80 年代にかけて高度経済成長期においても、非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の雇用が認められていなかった台湾における外国人労働者問題は、1980 年代半ばになって不法就労外国人の増加というかたちで顕在化した<sup>1</sup>。不法就労者の規模を正確に示す統計は存在しないが、1980 年代の半ばには約 10 万人以上の外国人が非専門職・非熟練労働分野で不法に就労していたとされ、その多くはインドネシア、フィリピン、タイ、マレーシアといった東南アジア諸国から「観光

<sup>1</sup> 1980 年代まで、台湾において正規の就労目的滞在が許可されていたのは、多国籍企業あるいは教育・研究機関関係者などのいわゆる専門職労働者に限られていた。Tsay (2003) は、こうした外国人労働者が、1960 年代初頭に約 5,000 人、1980 年代半ばには約 20,000 人いたとしている。

ビザ」で入国し、主に建設業や製造業といった労働力不足が深刻化する産業分野で雇用されていた (Seyla 1992; Tsay 1995)。

こうした状況の中、依然として非専門職・非熟練労働分野における雇用を認めないという立場を堅持していた行政院当局の方針は、公共事業における建設労働者の確保が困難となったことにより、1980年代末に大きく転換されることになる。1989年10月、行政院勞工委員会 (Council of Labour Affairs) は行政府が発注した14の公共事業における建設労働分野への外国人労働者の就労を許可した。この決定は、台湾の労働市場が非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の就労に対して初めて開放されたという意味において画期的な転換点であったと言えるが、行政院当局は「あくまでも特例的な対応」という立場を堅持していた (Chan 1999)。しかしながら、1991年には外国人労働者の雇用認可対象分野が繊維産業や電機産業といった特定の製造業に拡大され、外国人労働者雇用およびその手続きに関する規定を定めた「雇用法」 (Employment Service Act) が1992年5月に施行されたことにより、台湾における非専門職・非熟練労働分野への外国人労働者の受け入れは本格的に制度化されることになった。また、この「雇用法」の制定により、従来の建設業および製造業分野に加えて、家内労働・福祉サービス・農業分野においても外国人労働者の雇用が認められるようになった。「雇用法」によって定められた外国人労働者の雇用条件および滞在条件は、以下のように要約できる<sup>2</sup>。

#### 【雇用条件】

- ・ 外国人労働者は、国内労働力供給を補完する目的においてのみ受け入れ、この原則を担保するために、就労部門・職種ごとの割り当て上限数を厳格に定めるとともに、個別の事業体にたいしては、全雇用者数の30%の規模を超えない範囲での外国人労働者の雇用を認可する。
- ・ 外国人労働者の雇用認可を求める雇用主は、当該部門および職種において労働力不足が発生し、事業を維持・拡大および効率化するうえでの深刻な障害になっているという事実を、当局にたいして明確に示す必要がある。
- ・ 外国人労働者の最低賃金水準は、当局によって決定および監視される。
- ・ 外国人労働者の雇用により台湾経済の産業構造高度化が遅延および阻害されていると判断された場合には、外国人労働者の受け入れを直ちに停止する。

#### 【滞在条件】

- ・ 雇用主および就労業務内容の変更は、原則として認められない。
- ・ 外国人労働者は「一時的滞在就労者」としてのみ受け入れられ、原則として、その滞在期間が2年を超えることができない。雇用主による所定の手続きを経たうえで、行政府当局によってその必要性・妥当性が認められた場合にのみ、最大で1年間の滞在延長が認められる。
- ・ 外国人労働者が本国から家族を呼び寄せることはできない。

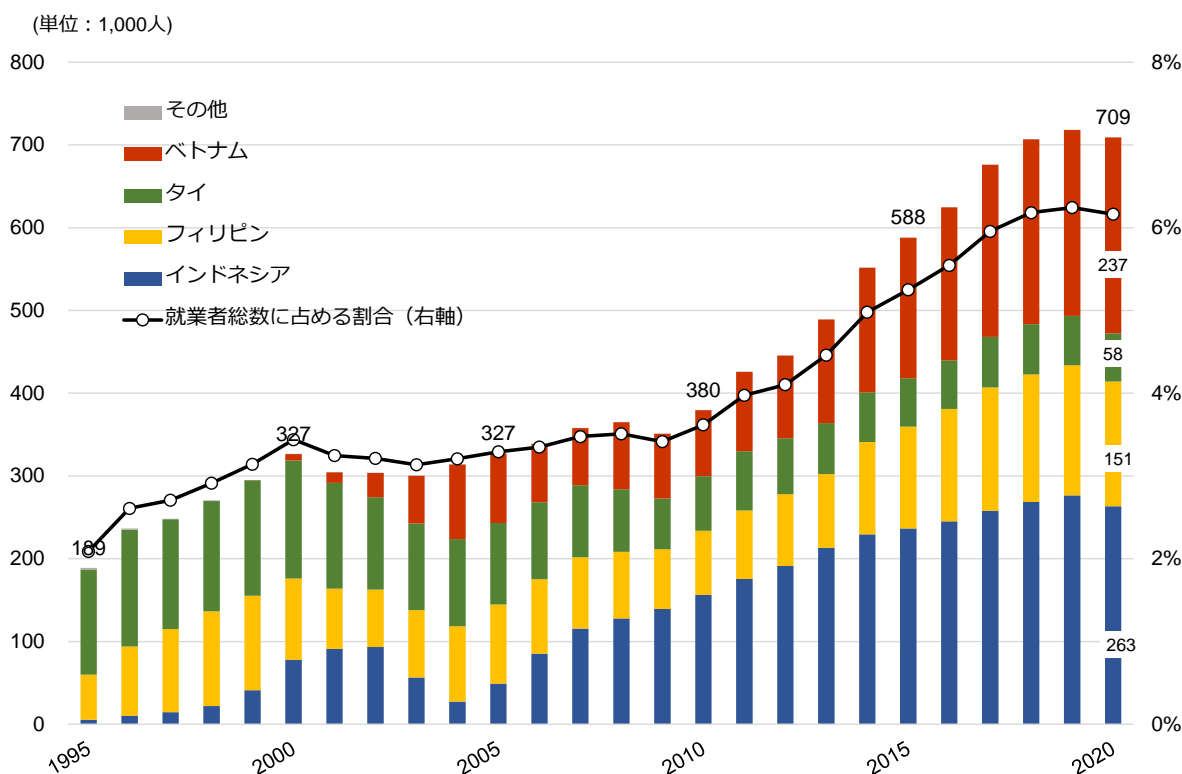
1992年の「雇用法」で定められた雇用条件および滞在条件のうち、台湾における就労期間 (累計) の上限については、その後の改訂により12年にまで延長されているが、東南アジア諸国との二国間協定に依拠した民間仲介業者を介したリクルートシステムに加えて、「雇用主に対する労働市場テスト」「定住・永住を目的としない受け入れ」が、台湾における外国人労働者受け入れ制度の根幹をなすフレームワークとして、今日に至るまで維持されている。

<sup>2</sup> Lee (2002) および Chan (1999) に基づいて要約。



### 3. 台湾における外国人労働者の推移

1992年の「雇用法」施行以降、東南アジア各国との二国間協定によって受け入れられた外国人労働者の規模は1990年代後半にかけて一貫して増加した後、2000年代の横ばいを経て、2010年以降は再び増加を続けている。2020年末時点で、こうした外国人労働者の規模は70万人を超え、全就業者数に占める割合は6%となっている（図1）。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。  
各年末の登録者数。

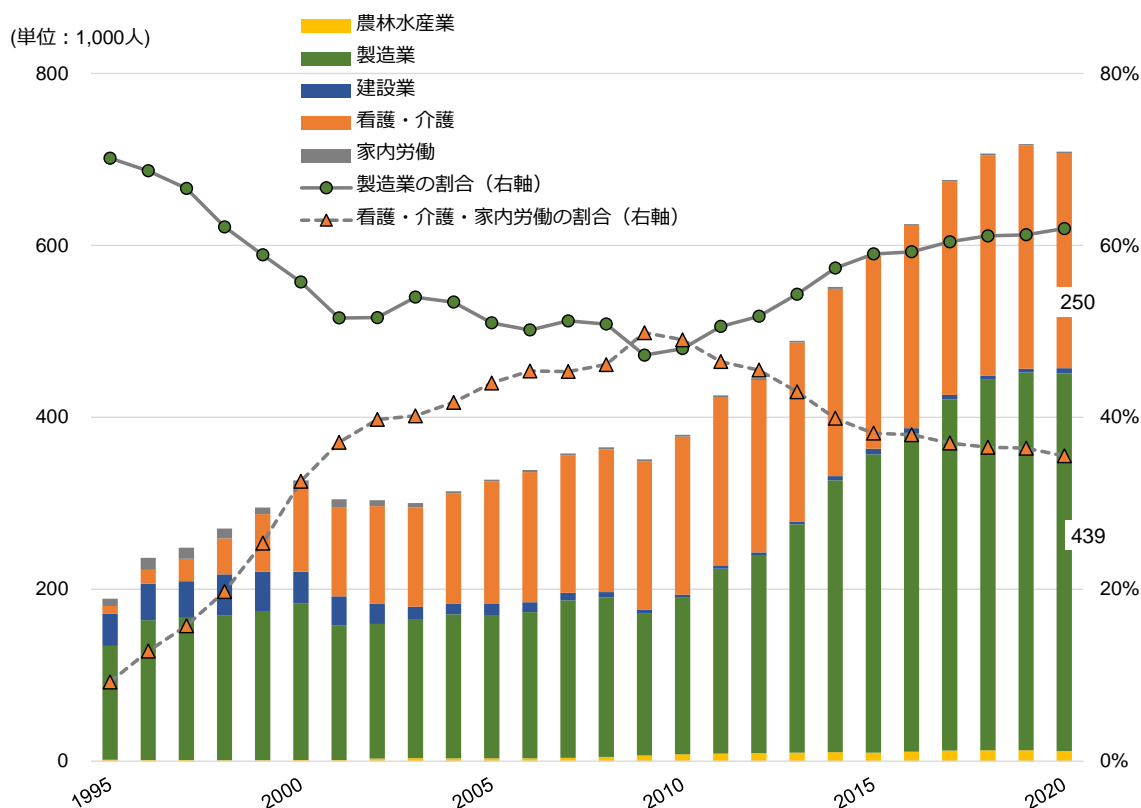
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力發展署）

図1. 台湾における外国人労働者の国籍別構成：1995～2020年

外国人労働者の国籍別内訳をみると、1990年代前半の「雇用法」施行直後は、タイ人が全体の約7割、フィリピン人と併せて95%を占めた。2000年代以降は、これら2か国からの労働者数の割合が減少する一方で、インドネシア、フィリピンからの労働者受け入れが拡大している。2020年末時点において最も多いのはインドネシア人労働者の26.3万人であり、次いでベトナムの23.7万人となっている。

産業部門別の構成をみると、1990年代半ばに70%を超えていた製造業のシェアは、2000年代にかけて低下を続ける一方で、看護・介護分野における外国人労働者の雇用が1990年代後半に急速に拡大した。介護・看護分野における外国人労働者は、2000年以降の20年間で1.5倍の規模に増加しており、2009年～10年にかけては製造業のシェアを一時的に上回るものの、2010年以降は再び製造業のシェ

アが拡大を続けている。2020 年末で、製造業で雇用されている外国人労働者数は約 44 万人、介護・看護分野では 25 万人であり、これら二業種で台湾における外国人労働者の 97%を占めている。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。各年末の登録者数。

出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

図 2. 台湾における外国人労働者の産業部門別構成：1995～2020 年

なお、1990 年代から 2000 年代にかけて介護・看護分野における外国人労働者数が増加する一方で、製造業分野における外国人労働者数が横ばいとなった要因として、台湾の製造業における外国人労働者雇用の重心が、繊維産業をはじめとする従来の方集約的部門から輸出向けハイテク産業部門に移行したことが指摘されている (Lee 2002)。また、介護・看護分野の外国人労働者については、統計上は「居宅介護」（家庭看護工）が 90%以上を占めるが、高齢者施設等において雇用主（施設入居の高齢者及びその家族）が居宅介護ヘルパーを居室で住み込む形態で雇い入れるケースも多くみられるなど、雇用形態が多様化しており、「居宅介護」が必ずしも個人の家庭内でのケア労働を意味するわけではない点については留意が必要である (宮本 2015)。

その他、台湾における外国人労働者の雇用構造の特徴として、産業部門別の分布が国籍によって顕著に異なるという点が挙げられる (表 3)。最大のグループであるインドネシア人労働者は、その 75%が女性に占められており、就業部門についても介護・看護・家内労働分野のシェアが 70%を超えている。フィリピン人労働者については、インドネシア人労働者と同様に女性の割合が比較的大きいが、産業部

門別では製造業の割合が約 80%を占めている。タイ人労働者については、製造業分野で就労する男性が大半を占め、ベトナム人労働者についても同様の傾向がみられる。

表 3. 台湾における外国人労働者の国籍別、就業分野の分布：2020 年

(%)	インドネシア	フィリピン	タイ	ベトナム
農林水産業	3.2	1.0	0.1	0.8
製造業	23.7	79.9	91.9	85.9
建設業	0.2	0.1	7.3	0.6
看護・介護・家内労働	72.9	19.0	0.7	12.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0
総数	261,602	150,376	58,252	239,616
(女性の割合、%)	(75.4)	(60.7)	(16.5)	(34.8)

注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。

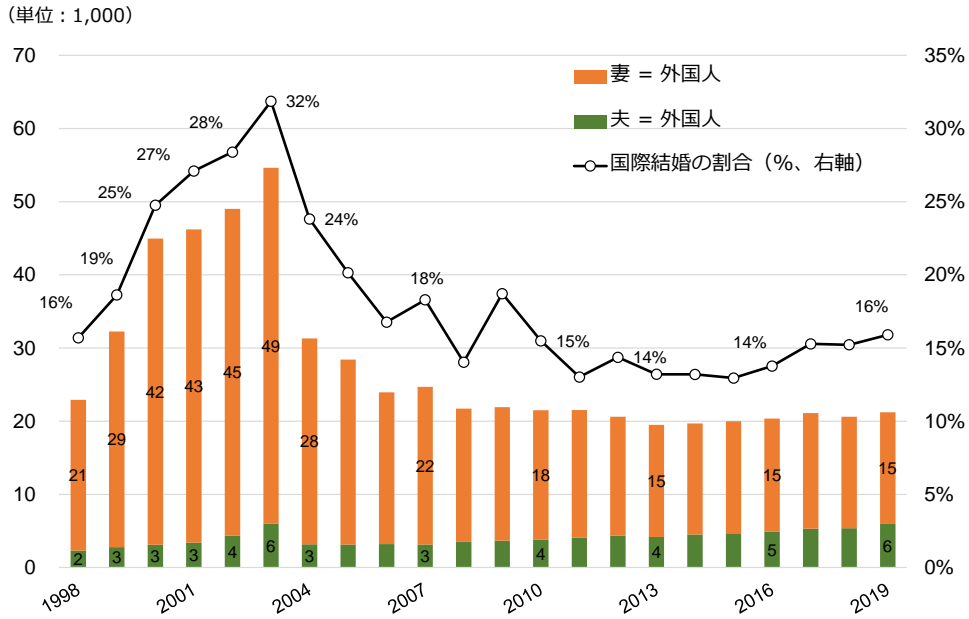
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力發展署）

#### 4. 台湾における国際結婚の動向とその影響

台湾における国際結婚は、2000 年代前半までは妻が外国人のケースが 90%以上を占め、その新規登録件数も年間 5 万件近くにまで増加したが、2004 年に配偶者ビザの発給および国際結婚の受理に係る審査が厳格化された影響により、2000 年代半ばには急速に減少した。近年では、台湾における国際結婚の新規登録数は年間約 2 万件、台湾全体の結婚に占める割合は 14~16%、そのうち妻が外国人のケースは約 70%で推移している（図 3）。

国際結婚による外国籍配偶者の国籍別構成をみると、女性（妻）については、2000 年代初頭までは中国本土（香港・マカオを含む）出身者が 6 割以上を占めていたが、その割合は低下傾向にあり、近年では東南アジア出身者の割合が増加している（図 4）。外国籍の妻における東南アジアの内訳をみると、そのうち 65%がベトナム人女性で、インドネシア 9、フィリピン 6%となっている。一方、男性（夫）については、中国本土（香港・マカオを含む）以外が全体の 70%以上を占めており、東南アジア諸国に加えて、日本やアメリカといった先進国出身の配偶者の割合も比較的高くなっている。

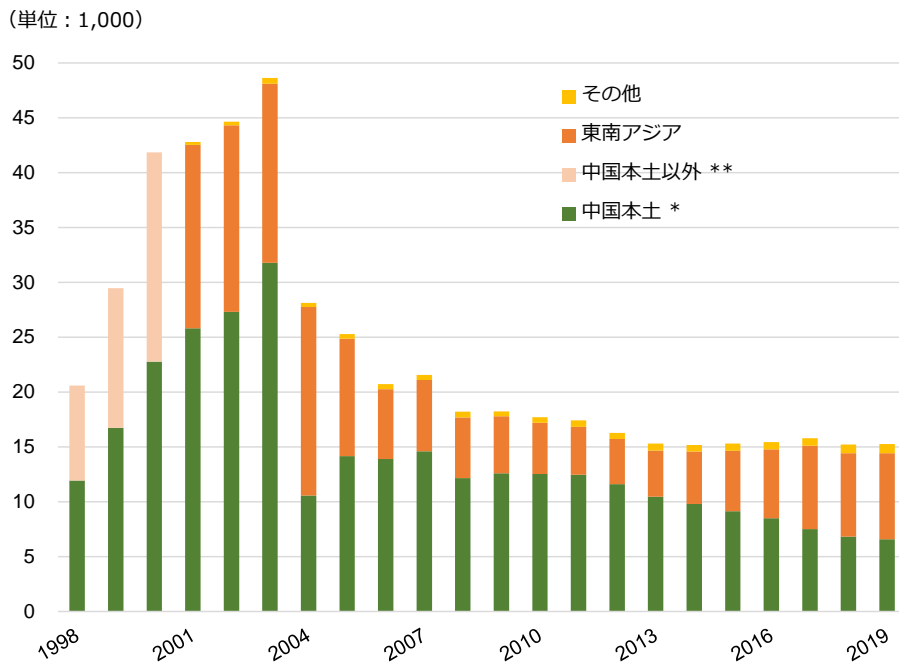
外国人女性の出生が台湾の総出生数に占める割合は、1990 年代末~2000 年代初頭には 10%~14%、2000 年代半ば以降はほぼ 10%で推移している（Wang & Belanger 2008；Liaw et al. 2011；Chen 2012）。台湾の結婚総数に占める国際結婚の割合を考慮すると、外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えず、これについては、配偶者（台湾人男性）との年齢差、国際結婚カップルにおける比較的高い離婚率に加えて、とりわけ本土出身（中国籍）の女性において出生率が低いことが要因として指摘されている（Liaw et al. 2011；Chen 2012）。



注：夫・妻いずれも外国人のケースは含まない。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior (内政部戸政司)

図 3. 台湾における国際結婚の動向：1998～2019 年



\* 香港・マカオを含む。 \*\* 2000 年以前は「中国本土以外」の内訳不明。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior (内政部戸政司)

図 4. 台湾における外国籍配偶者（妻）の国籍別構成：1998～2019 年

外国人女性の出生率が相対的に低いことに加えて、台湾における外国人の約70%が定住・永住を前提としていない外国人労働者によって占められていることを考慮すると、外国人の増加による人口再生産（とくに出生）への影響は限定的であると言える。この点は、近年の日本においても類似する状況がみられる。ただし、外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており（Furtado 2015; Cortés and Tessada 2011）、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証する必要があると考えられる。

## 参考文献

- Chan, Raymond (1999) "Taiwan's Policy Towards Foreign Workers", *Journal of Contemporary Asia* 29(3): 383-400.
- Chen, Yu-Hua (2012) "Trends in Low Fertility and Policy Responses in Taiwan", *The Japanese Journal of Population* 10(1): 78-88.
- Chu, Feng-Yuan; Chang, Hsiao-Ting; Shih, Chung-Liang; Jeng, Cherng-Jye; Chen, Tzeng-Ji; Lee, Wui-Chiang (2019) "Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16: 2830.
- Cortés, Patricia and Tessada, José (2011) "Low-Skilled Immigration and the Labor Supply of Highly Skilled Women", *American Economic Journal: Applied Economics* 3: 88-123.
- Furtado, Delia (2016) "Fertility Responses of High-Skilled Native Women to Immigrant Inflows", *Demography* 53: 27-53.
- Lee, Joseph (2002) "The Role of Low-Skilled Foreign Workers in the Process of Taiwan's Economic Development" in Debrah, Y. A. (ed.), *Migrant Workers in Pacific Asia*, International Specialized Book Service, pp.41-66.
- Liaw, Kao-Lee; Lin, Ji-Ping; Liu Chien-Chia (2011) "Reproductive Contributions of Taiwan's Foreign Wives from the Top Five Source Countries", *Demographic Research* 24: 633-670.
- Selya, Mark (1992) "Illegal Migration in Taiwan: A Preliminary Overview", *International Migration Review* 26(3): 787-805.
- Tsay, Ching-lung (1995) "Taiwan" *ASEAN Economic Bulletin* (Special Issue on Labour Migration in Asia) 12(2): 175-190.
- Tsay, Ching-lung (2003) "International Labour Migration and Foreign Direct Investment in East Asian Development: Taiwan as Compared with Japan" in Hayase, Y. (ed.), *International Migration in APEC Member Economies: Its Relations with Trade, Investment and Economic Development*, Institute of Developing Economies: IDE-JETRO.
- Wang, Hong-Zen and Belanger, Belanger (2008) "Taiwanizing Female Immigrant Spouses and Materializing Differential Citizenship", *Citizenship Studies* 12(1): 91-106.
- 宮本義信 (2015) 「台湾の介護を担う東南アジアからの出稼ぎ労働者たち」『同志社女子大学総合文化研究所紀要』第32巻, pp. 54-70.

# 日中韓の人口指標と少子高齢化対策の動向

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. 日中韓の少子高齢化の動向と認識

日中韓の人口高齢化は確実に進行しているが、その特徴は高齢化のスピードが欧米諸国よりも早いことである。高齢化のスピードとして広く用いられている定義は、65歳以上人口割合が7%から14%になる年数であるが（Kinsella and Wan He 2009）、ここでは、7%、14%、さらに日本ですでに超えた28%をベンチマークとして、それぞれの年数を計算してみた（図1）。欧米諸国では7%から14%になる年数は40～126年、14%から28%になる年数は43年以上であるところ、日本ではそれぞれ24年、中国では24年と28年、韓国では18年と18年で、日本と中国は同程度のスピードであるが韓国のスピードが著しく早いことがわかる。

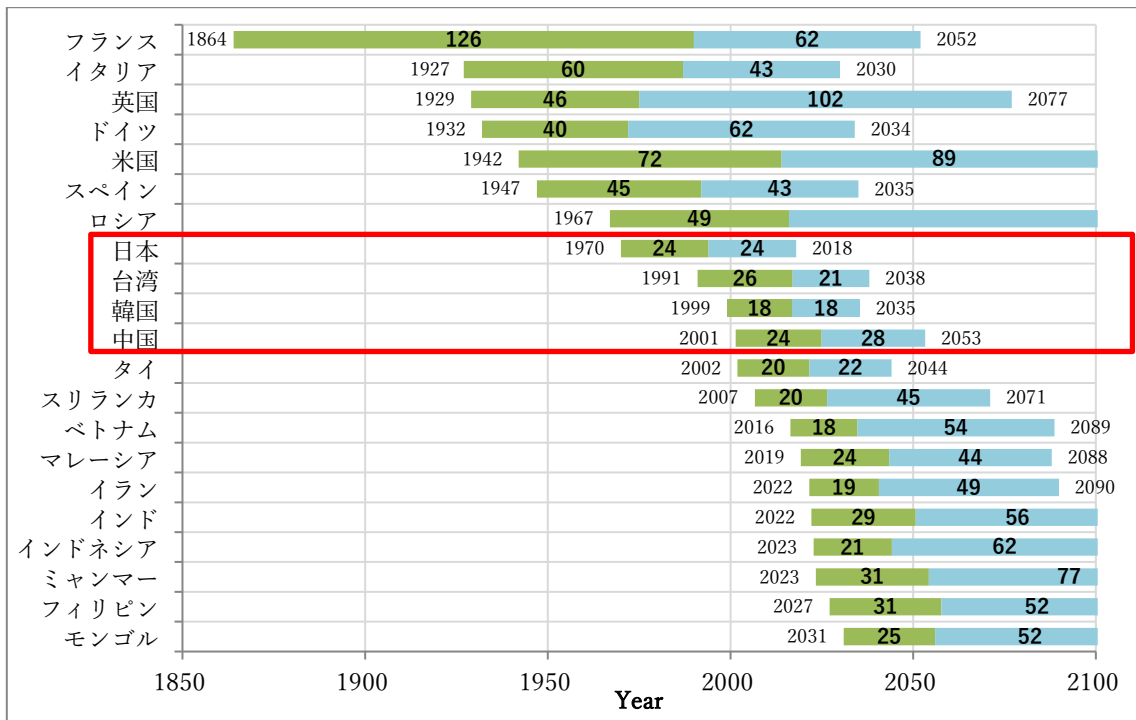


図1 高齢化のスピード（65歳以上人口割合が7%から14%、14%から28%になる年数）

資料: Kinsella and Wan He (2009)、UN (2019a)、国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集 (2021)

この高齢化のスピードは、寿命の延びもさることながら、出生率の低下のスピードに大きく影響を受ける。日中韓の出生率と死亡率の推移をみると（図2）、中国、韓国の出生率の低下は1960年代から1970年代にかけての顕著であり、同時期の寿命の延びと合わせて、両国の著しく速い人口高齢化を招いたといえる。

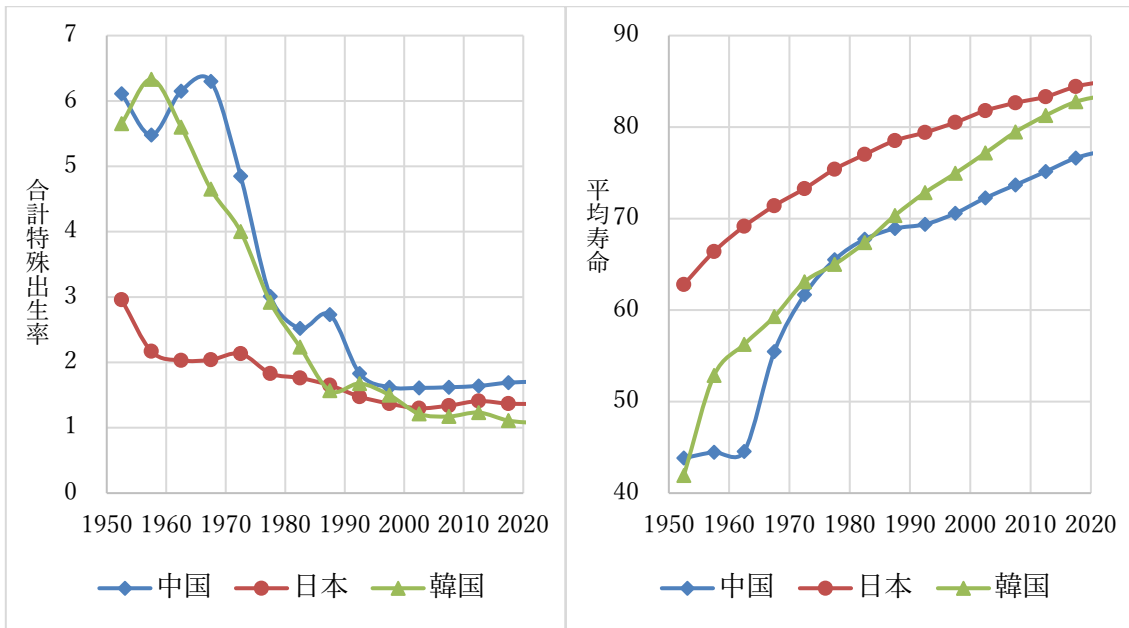


図 2 日中韓の合計特殊出生率と平均寿命の推移

資料: UN(2019a)

日本における人口高齢化は人口問題として 1950 年代から取り上げられていた。人口問題研究所の機関誌である『人口問題研究』において、最初に人口高齢化を扱った論文は 1955 年の黒田によるものであるが、この時は「高年化現象」とされていた（黒田 1955）。このころ国連が人口高齢化に関する報告書を出しており（UN 1956）、日本における研究も、国際的な流れを受けたものではないかと思われる。一方福祉・医療といった政策面では、1963 年に老人福祉法が制定された後、1973 年の老人医療費無料化、1982 年の老人保健法の制定と健康保険の抜本的な改革、1990 年代のゴールドプラン、2000 年の介護保険法と、福祉から医療、介護へと変容しながら、着実に制度は拡大した。一方、少子化対策は、戦時中の人口政策確立要綱に始まる人口増強政策が逆に戦後の忌避感を生み、1990 年代に入るまで政策としての少子化対策は講じられなかったが、1989 年の合計特殊出生率がひのえうま 1966 年の値よりも下回った「1.57 ショック」を契機に、以降、エンゼルプラン、新エンゼルプラン、子供・子育て応援プラン、子供・子育てビジョン、少子化社会対策大綱、第 4 次少子化対策大綱と国家政策が続き、含まれる政策分野・項目は拡大し続けている（本報告書守泉論文参照）。

韓国においては、少子化対策と高齢化対策は統合され、2005 年に低出産・高齢社会基本法が制定された後、第 2 次（2011～）、第 3 次（2016～）、第 4 次低出産高齢社会基本計画（2020～）と続いている。

中国における人口高齢化は、一人っ子政策の開始と共に、必然的な帰結として高齢化が想定されることから、早い時点で認識されていた。1982 年には中国老齡問題委員会が設置され、1985 年からは UNFPA とジョイセフにより中国高齢化プロジェクトが実施された（黒田 1984）。このような早い時期からの取り組みは、国連が開催した 1982 年ウィーン国連高齢者問題世界会議が契機であるようである。しかしながら当時の中国の高齢者割合は低く、1989 年に北京で開催された日中高齢化シンポジウムに参加した人口問題研究所人口政策研究部長（当時）の阿藤は「正直のところ、今日の中国で本当に高齢化問題を緊急の政策課題とする意味がどれほどあるのか最後までよくわからなかった」と記している（阿藤 1989）。しかしその後着実に人口高齢化は進行し、特に近年では高齢政策を担当する部局の大規模な改革が進行中である。

一方、中国にとって日韓のような「少子化対策」と銘打つものはいまだ存在しない。出生を抑制する



ための一人っ子政策は少しずつ緩和され、二人っ子政策が 2016 年に全面実施となり、それが出生増加策へといつ方針転換するのか注目される。2021 年 3 月に全国人民代表大会にて承認された第 14 次 5 年計画（「国民経済・社会発展第 14 次 5 年計画と 2035 年までの長期目標要綱」）において、政府文書として初めて「適度生育水平」、つまり適度な出生率、という言葉が用いられた。これまでは出生率は下げるものであったが、これからは適切な水準にする、ということである。二人っ子政策にしても、一人の制限を二人にした、ということで、出生抑制政策の継続であると考えがちであるが、実質的には合計特殊出生率は 2 を大きく下回っているので二人っ子政策というのは出生増加策であるとも考えられる。2021 年 4 月には北京で低出生率に関するセミナーが国家衛生健康委員会人口家庭司、中国人口与発展研究中心、UNFPA により開催され、今後少子化対策が拡充される可能性もある。

日中韓の少子高齢化対策の歴史については、より詳細に次年度以降検討が必要ではあるが、現在では共通の課題といえるようになってきた少子高齢化も、過去の人口動向、政策の推移は異なっていた、ということは認識しておく必要があるだろう。

## II. 人口構造

少子高齢化を考える場合、ある年代の出生数が、ベビーブーマー、団塊世代といった特徴的な人口集団となり、後の高齢者の多寡に影響するため、年齢別人口を十分に把握する必要がある。日本、韓国の 2015 年、中国の 2010 年の人口ピラミッドを比べると（図 3）、日中韓のいずれも、もはや「ピラミッド」ではなく、釣り鐘の形になっているが、三か国の人口数の「凸凹」の位置は異なっている。

日本の場合、1937 年、1945 年の出生率低下、戦後のベビーブームとその後の出生率の急低下、1966 年のひのえうま、1973 年生まれを頂点とするジュニア団塊世代、といった傾向が人口ピラミッドに如実に示されている。日本において「ベビーブーマー」もしくは「団塊の世代」とは、第二次世界大戦後の 1947～1949 生まれの世代とされ、3 年間、もしくは 3 歳分しかないが、これは、1949 年の優生保護法改正で人工妊娠中絶が経済的理由で行えるようになって以降、出生数は大きく減少したことが影響している。

韓国の場合、ベビーブームとは朝鮮戦争後、1955 年以降に生まれた世代のことを指しており（関係部処合同 2020）、人口ピラミッドの「ふくらみ」はその後 20 年程度続いている。まさに 2020 年、このベビーブーマーが 65 歳以上になる、ということで、本格的な人口高齢化に入る、とも言われている。

中国のベビーブーム（嬰兒潮）は、①中華人民共和国成立後、②大躍進政策時代の大飢饉（「三年困難時期」）の著しい出生減少の後の出生増加、③さらにその子供の世代、という三つがあり、人口ピラミッドにもその三つのふくらみが見て取れる。



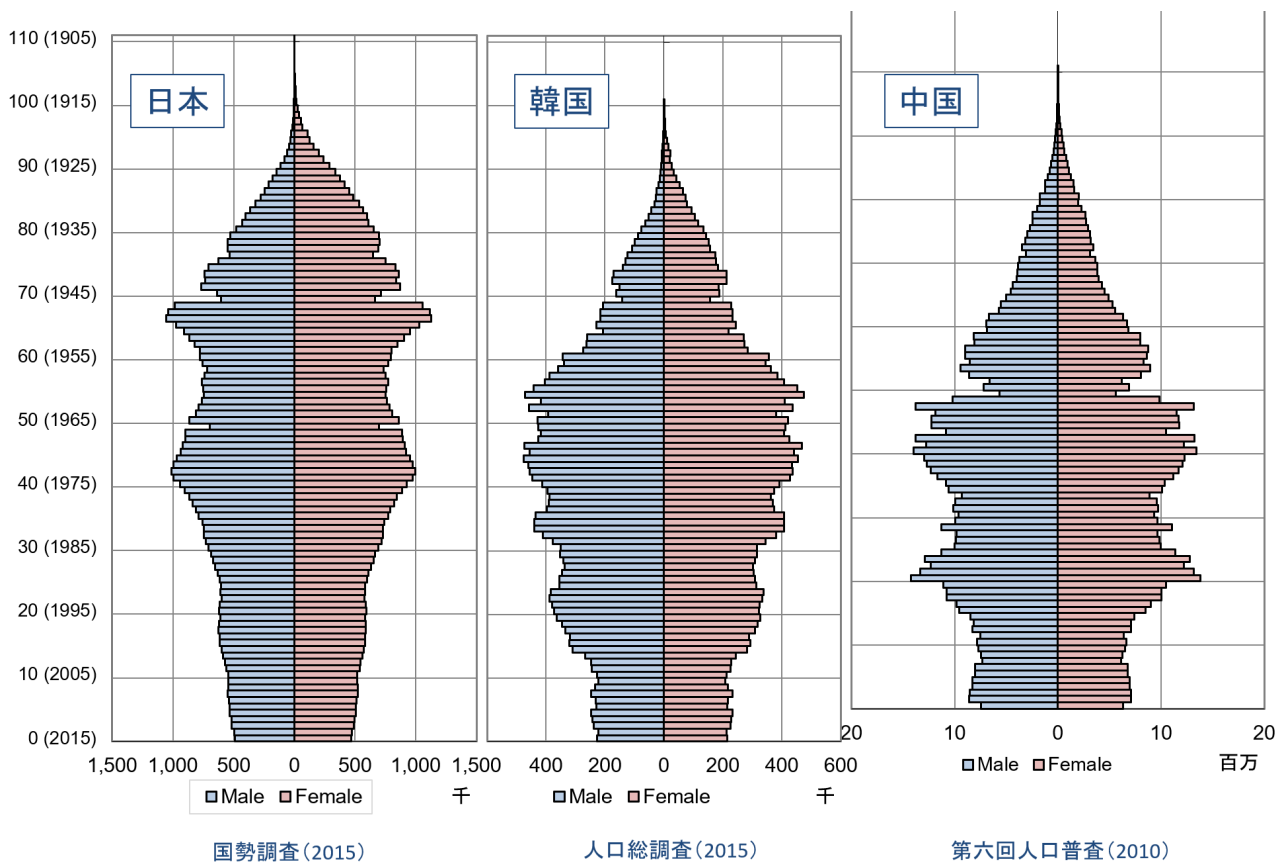


図 3 日中韓の人口ピラミッド

日中韓には、ベビーブームだけでは説明できない多くの不規則な突出、窪みがある。日本の場合は1966年ひのえうま（丙午）生まれの著しく小さい人口規模が人口ピラミッド上に明瞭に認められる。同様に韓国では午年生まれの女性が忌避されることによる1976年の出生減があった（Lee 2006）。しかしながら、人口ピラミッド上で日本のひのえうまほどの明瞭な凹みをつくっているわけではない。韓国において、より重篤な干支の影響は出生性比のゆがみに現れており、特に白馬の年といわれるかのえうま（庚午）1990年では、出生性比は116まで上昇しており（図4）、絨毛採取（CVS）という出生前検査診断が可能になったことにより、女兒とわかれば中絶する、という悪しき男女の産み分けが行われたとされている。一方中国においては辰年（Year of Dragon）が生まれ年として好まれ、1976年の辰年以降、台湾、シンガポール、マレーシアの華人社会には、出生数の増加があったが、中国本土にはこのような動向はなかった（Goodkind 1991）。実際、中国の人口ピラミッドの短期的な凹凸と辰年とは無関係である。これらの不規則な凹凸が何によるものなのかは、現段階では判然としない。

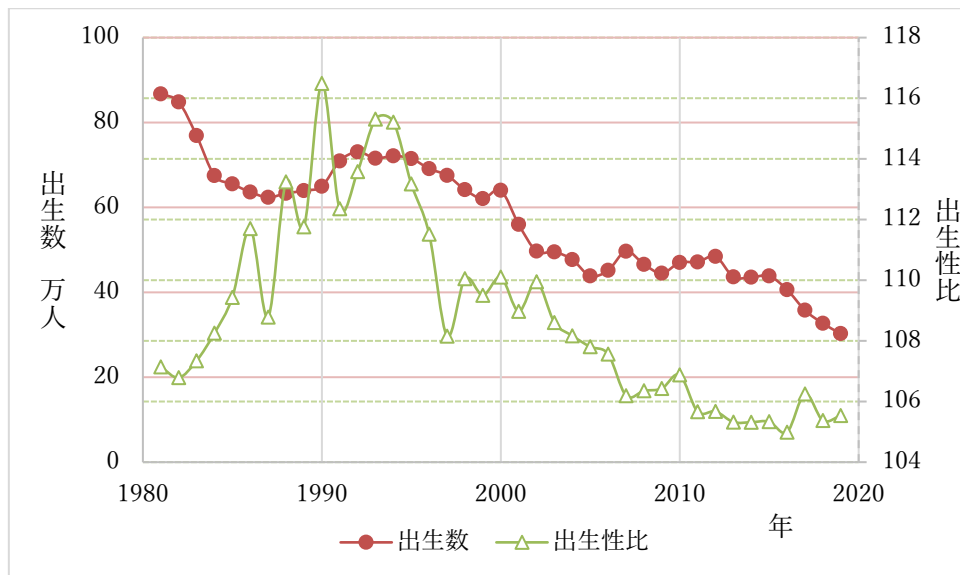


図 4 韓国の出生数と出生性比の推移

資料: 韓国統計庁 (KOSTAT) [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B80A01&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B80A01&conn_path=I3)

### III. 人口指標

少子高齢化を把握するための基本的な人口指標は、例えば図 2 に示したような、すでに国連人口部によって整備されている統計を用いるのが便利である。しかしながら、それらの値はあくまで推計であり、推計のもととなるデータ基盤は国により異なる。

日本の場合、戸籍法に基づき出生、死亡はほぼ全数登録され、それに基づき人口動態統計（厚生労働省）が作成され、5 年の一度の国勢調査（総務省統計局）で把握される人口から、毎月・毎年の出生・死亡・移動を加除して、人口推計（総務省統計局）が作成される。しかしながら、5 年間の人口動態の変化を積み上げた値は 5 年後の国勢調査の値とは一致せず、さかのぼって補正が行われる。また国勢調査と人口動態統計による人口推計とは別に、住民基本台帳に基づく人口（総務省自治行政局）が、年単位で公表されており、その値も国勢調査の値とは一致しない。さらに、戸籍に基づく人口（法務省）もある。これら三種類の統計は、100～200 万人の差があるので、おおむね総人口の 1～2%に相当する。

戸籍法に基づく登録数に基づいた出生・死亡の精度はそれよりもよいはずである。ただし、人口動態統計の主要な結果表に表示されている値は、当年の日本における日本人についてであり、国内の外国人、国外の日本人、届出遅れは含まれないことには留意が必要であるが、それらは別表として掲載されている。戸籍法で出生は 14 日以内に、死亡は 7 日以内に届け出ることとなっているので、届出遅れとは、それ以降の届出についてということになるが、人口動態統計の確定値は翌年 9 月頃に公表されるので、ある程度の届出遅れはすでに含まれている。それに間に合わなかった出生・死亡数は、翌年以降に届出遅れ数として公表される。死亡に関しては、届出遅れの割合は戦前で高く、1920 年代には 1.4%を記録した年もあったが、戦後急速に低下し 1990 年代以降、この比はおおむね 0.1%程度に落ち着いている（石井 2018）。

届出遅れ、とは最終的には届け出られた、ということになるが、まったく届け出られていないケースも知られている。出生については、離婚後 300 日以内に出産した、夫からの暴力から逃れるために子供の登録をしない、などの理由で、出生登録されていない無戸籍者がおり、令和 2 年 9 月の時点で 3,235

名が法務省により把握されている（法務省 2021）。この数は日本人口の 0.003%にあたる。一方死亡届については、2010 年に「高齢者所在不明問題」がメディアを中心に取り上げられたように、年金を受け続けたい家族が親の死亡届を出さない、という事件は何度も起こっている。しかしながら 2010 年における厚労省の調査では、100 歳高齢者で所在・存命確認ができなかった者は、23,228 人中 10 名のみであった（厚生労働省 2010）。

韓国の人口統計は、人口センサス、人口動態統計のいずれも、韓国統計庁により集計・公表されている。韓国のセンサスは 1925 年の「簡易国勢調査」（朝鮮総督府）からほぼ 5 年毎に定期的な実施されてきたが、2015 年以降は行政登録ベースとなり、14 官庁の有する 24 種類の行政登録記録を元にした全数調査と、オンライン・対面調査を元にした標本調査が毎年実施されている（Statistics Korea 2021）。人口動態統計は、2008 年より戸籍制度が家族関係登録制度に変わり、それに基づいた出生、死亡、死産、結婚、離婚の統計が、毎月・毎年韓国統計庁により公表されている。また、死因統計は、医師に基づく死亡診断書情報の他、健康保険、がん登録、交通事故記録など、22 種類の行政データを突き合わせて原死因を特定している（林 2019）。

日本よりも整備されていると考えられる韓国の人口統計ではあるものの、その完全性について課題がないわけではない。韓国の戸籍制度自体は 7 世紀統一新羅時代から存在しているが、近代的な制度は 1894 年、奴隷制度が完全に廃止された甲午改革に伴い整備され始めた（崔 1996）。戸口調査規則が 1896 年に、人口動態調査規則が 1937 年に制定されてから、1942 年までの人口動態統計は完全性を有していた（石 1972）。ところが第二次世界大戦後、米軍統治、朝鮮戦争を経て、担当部局も転々とし、申告漏れが甚だしい状況となり、出生・死亡の届出率は 1966 年で 40%未満程度であり（鈴木 2019）、統計として利用することはできない水準であった。そのため、1963 年より人口動態標本調査が実施されたが一旦 1969 年に中止され、1972 に再開し、1987 年には 55,000 世帯を対象とする大規模な調査も行われた。その後過去 10 年分を集計して公表する形となり、1980 年代後半には届出率が 95%程度となった（統計廳 1992）。つまり、1980 年代までの韓国の人口動態統計は標本調査に基づくもので、全数登録によるものではない。また、日本同様の死亡届の漏れはあるようである。2015 年の住民登録によれば 100 歳以上の高齢者数は 16,209 人であったが、翌年百寿者調査を行った結果、3,159 人となった。これは、死亡が届けられなかったことと、高齢者が年齢を過大に登録する、といった理由が考えられる（Lee 2018, Statistics Korea 2016）。

中国の人口統計は、韓国の 1980 年代までの状況に等しい。つまり、出生・死亡数の統計は、登録に基づいた集計ではなく、標本調査より推計されている。中国では末尾が 0 の年に全員を対象とした人口普查<sup>1</sup>、末尾が 5 の年に 1%の抽出率の人口抽様調査、それ以外の年には 1%の抽出率の人口変動状況抽様調査が行われる。これらの調査はいずれも 11 月 1 日を基準に行われるが、過去 1 年間の出生の有無を訊くことにより母の出産時の年齢と合わせて合計特殊出生率が算定される。2000 年から 2015 年までの合計特殊出生率は、上記人口普查、人口抽様調査、人口変動状況抽様調査から求められた値が、国家統計局の WEB 上にある、人口普查、中国統計年鑑の 15-49 歳女性年齢各歳別出生数・率の集計表から計算できるが、その値を国連人口部の推計と比べたものが図 5 である。中国国家統計局による合計特殊出生率は、2000～2015 年の期間<sup>2</sup>で、最高でも 2008 年の 1.48 であり、2010 年以降は変動はあるが、

<sup>1</sup> 人口普查自体は全数が対象であるが、出産があったかの質問は 10%の人に訊く「長表」に含まれている質問であるため、標本調査ということになる。

<sup>2</sup> 2016 年以降の 15-49 歳女性年齢各歳別出生数・率は、「中国人口和就業統計年鑑（中国人口和就业统计年鉴）」に掲載されているが、Web 上で公表されておらず、現時点で未入手である。

さらに低い水準で、最低は2011年の1.03である。一方、国連人口部の推計（UN 2019a）は、この期間1.6の水準でほぼ一定で、2010年からはわずかな上昇もみられるほどである。国連の合計特殊出生率は、人口普查、標本調査の他に、14種類のデータ、手法を用いて推計している（UN 2019b）。この二種類のデータの乖離から、中国国家统计局による合計特殊出生率は低すぎると国連人口部がみなしていることがわかる。

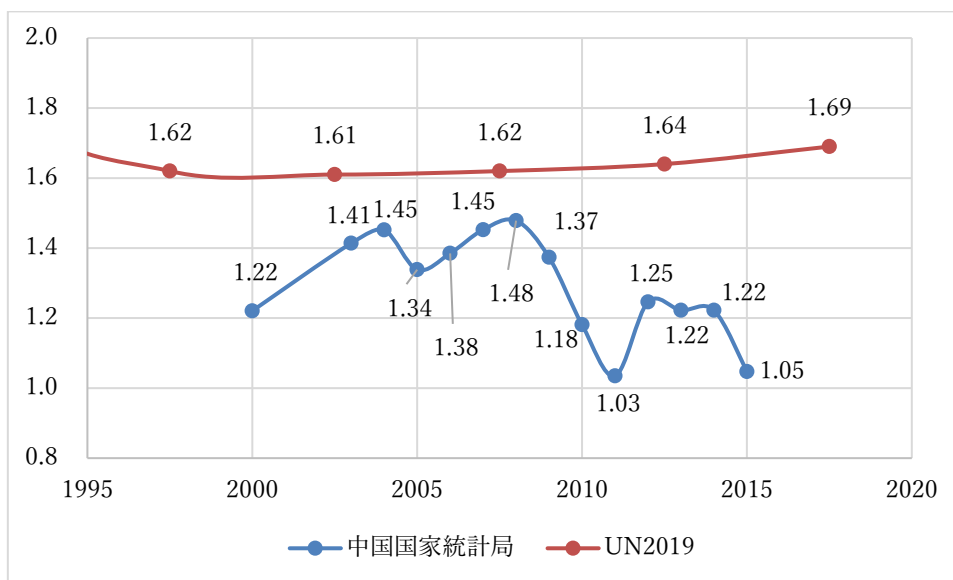


図 5 中国の合計特殊出生率の推移（中国国家统计局と国連人口部推計）

出典: 人口普查、中国統計年鑑（中国国家统计局）、World Population Prospect (UN 2019a)

一方中国には戸籍制度があり、生まれた子供は戸籍に登録される。しかし出生登録数という形での統計はこれまで少なくともWEB上には公表されていなかった。しかしながら、2019年から別の形で公表されるようになった。公安部では毎年1月末に、戸籍登録に基づいた前年の「全国姓名報告」として、姓名ランキングを公表しているが、2020年1月に公表された2019年全国姓名報告から、新生児に多い姓名ランキングと共に、出生登録数が公表されるようになった。この登録された新生児数は2019年で1,179万人<sup>3</sup>、2020年では1,003.5万人<sup>4</sup>である。従って、2020年は2019年より15%減少した。ところが、この数値が国家统计局の推計出生数と比べられ、メディアを賑わした<sup>5</sup>。つまり、国家统计局では2019年の出生数を1,465万人と推計しており、それと公安部の2020年出生数1,003.5万人とくらべると32%の減少となる。実際には、公安部の統計は翌年1月末の集計であり、未登録・未集計の数が多くあると考えられ、2019年の公安部の数値は国家统计局の数値よりも20%少ない。「全国姓名報告」の後、公安部による出生登録数の確定値は公表されていないため、20%のどこまでが未登録・未集計によるのかは不明である。国連人口部は国家统计局の合計特殊出生率は過少とみなしており、登録による出生数はさらに少ない可能性もある。この出生数の不明問題は、韓国で1980年代に取り組みられたような、全数登録と統計作成が行われな限り解決しないであろう。

ちなみに2020年の中国で一番多い苗字は王、李、張、劉、陳、新生児で一番多い苗字は李、王、張、

<sup>3</sup> <https://zhuanlan.zhihu.com/p/103599262>

<sup>4</sup> [http://www.gov.cn/xinwen/2021-02/08/content\\_5585906.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2021-02/08/content_5585906.htm)

<sup>5</sup> 例えば、中国経済新聞 2021年2月18日付け「中国、2020年に新生児30%減少」等

劉、陳であった。

#### IV. 今後に向けて

少子高齢化は現在では日中韓に共通した課題であるが、その開始時点が異なっていることから、これまでの施策の経緯も異なっている。中韓では第二次世界大戦後に出生率を下げるという非常に明確な政策があり、それに応じて出生率も大きく低下した。その急激な低下が、時間をおいて急激な人口高齢化をもたらしている。このような社会変化に応じて、各国それぞれの少子高齢化対策が行われた、もしくは今後行われると思われるが、このような、少子高齢化のフェーズにより異なる政策を整理すれば、今後少子高齢化が進むと思われる他地域の中・低所得国に応用可能な要素が抽出されるのではないかと考えられる。

本稿で特に注目した人口統計制度に関しては、出生・死亡に関する統計を、標本調査から全数登録へ1980年代後半に転換した韓国の経験が注目される。それは、中国だけでなく、人口登録から統計が作れていないアジア・アフリカの多くの国々に参考になるのではないだろうか。また、出生を下げる政策から上げる政策への転換は、日中韓いずれも、時間がかかった（かかっている）。そして、政策の効果は見えていない。

日本はすでに少子高齢化のみならず人口減少社会に突入しており、韓国、中国でも予想以上に早く人口減少がはじまると見込まれている。人口減少社会の対応としては、少子高齢化対策に付け加え、人口一極集中是正、地方創生といった施策も重要性を増す。また、欧米と比べ、20世紀における人口増加が著しかったこと、またそれに応じた高い人口密度を鑑みると、人口減少の中でいかに生活を向上させていくか、という点も課題となろう。少子高齢化、人口減少といった人口動向に対してどのような施策が可能、必要であり、また効果的なのか、日中韓の文脈で把握することが重要である。

#### 参考文献

阿藤誠 (1989) 「日中高齢化シンポジウム」『人口問題研究』第 45 巻第 2 号、pp.88-89

石南国 (1972) 『韓国の人口増加の分析』勁草書房

石井太 (2018) 「死亡の届出遅れが生命表に及ぼす影響について」『人口問題研究』第 74 巻第 2 号、pp.129-142、国立社会保障・人口問題研究所

関係部処合同 (韓国) (2020) 『第 4 次 低出産・高齢社会基本計画』

[https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=13&MENU\\_ID=13040801&page=1&CONT\\_SEQ=358262&PAR\\_CONT\\_SEQ=356080](https://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=13040801&page=1&CONT_SEQ=358262&PAR_CONT_SEQ=356080)

黒田俊夫 (1955) 「高年化現象の人口学的研究 1」『人口問題研究』第 61 号

黒田俊夫 (1984) 「中国高齢化対策研究開発プロジェクトが発足 - その経緯と今後の方向」『世界と人口』12月号、ジョイセフ (財団法人家族計画国際協力財団)、pp.8-13

厚生労働省 (2010) 「本年度中に百歳になられる高齢者。(表彰対象者)は 23,269 人」Press Release, 老健局高齢者支援課、平成 22 年 9 月 14 日、<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000roq6-img/2r9852000000rorn.pdf>

崔弘基 (1996) 『韓国戸籍制度史の研究』第一書房

- 鈴木透 (2019) 「韓国・台湾における人口統計システムの発展」厚生労働科学研究費補助金 (地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)「東アジア、ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」平成 30 年度 総括研究報告書、pp.23-32
- 中国国家統計局 (2019) 「人口变动情况抽样调查制度 (简明版本)」2019 年统计年报
- 統計廳 (韓国) (1992) 『韓国統計発展史(II) 分野別発展史』
- 林玲子 (2019) 「東アジア・ASEAN 諸国の死因統計の整備状況について」厚生労働科学研究費補助金 (地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)「東アジア、ASEAN 諸国における UHC に資する人口統計システムの整備・改善に関する総合的研究」平成 30 年度 総括研究報告書、pp.33-55
- 法務省 (2021) 「無戸籍者に関する調査結果」法制審議会 (親子法制) 部会第 14 回会議 参考資料 14-2 <http://www.moj.go.jp/content/001341379.pdf>
- Goodkind, Daniel M. (1991) “Creating New Traditions in Modern Chinese Populations: Aiming for Birth in the Year of the Dragon”, *Population and Development Review*, Vol. 17, No. 4, pp.663-686.
- Kinsella, Kevin and Wan He (2009) *An Aging World: 2008*, U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, U.S. Government Printing Office, Washington, DC.
- Lee, Eunkoo (2018) “Overview of the Centenarian Survey in the Republic of Korea” Presentation made at First Official Meeting of Titchfield City Group on Ageing and Age-disaggregated data, Chichester, UK <https://gss.civilservice.gov.uk/events/first-official-meeting-of-the-titchfield-city-group-on-ageing-and-age-disaggregated-data/>
- Lee, Jungmin and Myungho Paik (2006) “Sex preferences and fertility in South Korea during the year of the horse”, *Demography*, Vol.43, No.2, pp.269-292.
- Statistics Korea (2021) *Survey Outline - Population Census*, <http://kostat.go.kr/portal/eng/surveyOutline/8/5/index.static> .
- Statistics Korea (2016) *Results of the 2015 Population and Housing Census for the Koreans Aged 100 or More* <http://kostat.go.kr/portal/eng/pressReleases/8/7/index.board?bmode=read&aSeq=355920&pageNo=&rowNum=10&amSeq=&sTarget=&sTxt=> .
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019a) *World Population Prospects 2019*, Online Edition.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019b) *World Population Prospects 2019, Volume II: Demographic Profiles*, ST/ESA/SER.A/427.
- United Nations. Dept. of Economic and Social Affairs (1956) *The aging of populations and its economic and social implications*, ST/SOA/Series A/26.



研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
菅桂太	就業寿命－戦後わが国における長寿化, 晩婚・未婚化と就業パターン	津谷典子他編著	人口変動と家族の実証分析	慶應義塾大学出版会	東京	2020	111-154
菅桂太	市区町村別生命表利用上の課題	西岡八郎・江崎雄治・小池司朗・山内昌和編	地域社会の将来人口－地域人口推計の基礎から応用まで	東京大学出版会	東京	2020	179-204

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Hayashi, Reiko	COVID - 19 and Older Persons: a glimpse from the case of Japan	ASEM Global Ageing Center Issue Focus	Vol.1, No.2	15-23	2020
Hayashi, Reiko	Modernization and Development Through Changing Population Dynamics	Proceedings, 46th Session of the Academy of the Kingdom of Morocco		102-125	2020
小島克久	台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応	月刊健康保険	1月号	pp.16-21	2021
Gai R, Tobe M.	Managing healthcare delivery system to fight the COVID-19 epidemic: experience in Japan	Global Health Research and Policy	5	Article no.23	2020
Li H, Liu L, Tang B, Wang B, Dong P, Kobayashi M, Gai R, Lee S, Su J.	Enhancing health technology assessment establishment in Asia: Practical issues from pharmaceutical and medical device industry perspectives	Value in Health Regional Issues			In press
菅桂太	都市国家シンガポールにおける人口変動の民族格差	人口問題研究	第76巻 第4号	510-532	2020

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及  
理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 副所長

(氏名・フリガナ) 林玲子・ハヤシレイコ

## 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

## 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

## 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )



令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 情報調査分析部・部長

(氏名・フリガナ) 小島克久・コジマカツヒサ

#### 4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

#### その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

#### 5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

#### 6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 企画部・第3室長  
(氏名・フリガナ) 竹沢純子・タケザワジュンコ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 国際関係部・第3室長  
(氏名・フリガナ) 中川雅貴・ナカガワマサタカ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

- 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 情報調査分析部・第3室長  
(氏名・フリガナ) 佐々井司・ササイツカサ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況については以下のとおりです。

- 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
- 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
- 研究者名 (所属部局・職名) 社会保障基礎理論研究部・第1室長  
(氏名・フリガナ) 佐藤格・サトウイタル

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 社会保障応用分析研究部・第4室長  
(氏名・フリガナ) 蓋若琰・ガイジャクエン

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

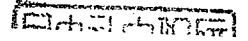
令和3年 5月24日

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職名 所長

氏名 田辺 国昭



次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業

2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究

3. 研究者名 (所属部局・職名) 人口構造研究部・第1室長

(氏名・フリガナ) 菅桂太・スガケイタ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査に場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )

厚生労働大臣 殿

機関名 国立社会保障・人口問題研究所

所属研究機関長 職 名 所長

氏 名 田辺 国昭

次の職員の令和2年度厚生労働行政推進調査事業費の調査研究における、倫理審査状況及び理については以下のとおりです。

1. 研究事業名 地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業
2. 研究課題名 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究
3. 研究者名 (所属部局・職名) 人口動向研究部・第1室長  
(氏名・フリガナ) 守泉理恵・モリイズミリエ

4. 倫理審査の状況

	該当性の有無		左記で該当がある場合のみ記入 (※1)		
	有	無	審査済み	審査した機関	未審査 (※2)
ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
遺伝子治療等臨床研究に関する指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
人を対象とする医学系研究に関する倫理指針 (※3)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
厚生労働省の所管する実施機関における動物実験等の実施に関する基本指針	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
その他、該当する倫理指針があれば記入すること (指針の名称: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

(※1) 当該研究者が当該研究を実施するに当たり遵守すべき倫理指針に関する倫理委員会の審査が済んでいる場合は、「審査済み」にチェックし一部若しくは全部の審査が完了していない場合は、「未審査」にチェックすること。

その他 (特記事項)

(※2) 未審査の場合は、その理由を記載すること。

(※3) 廃止前の「疫学研究に関する倫理指針」や「臨床研究に関する倫理指針」に準拠する場合は、当該項目に記入すること。

5. 厚生労働分野の研究活動における不正行為への対応について

研究倫理教育の受講状況	受講 <input checked="" type="checkbox"/> 未受講 <input type="checkbox"/>
-------------	---

6. 利益相反の管理

当研究機関におけるCOIの管理に関する規定の策定	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究機関におけるCOI委員会設置の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合は委託先機関: )
当研究に係るCOIについての報告・審査の有無	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (無の場合はその理由: )
当研究に係るCOIについての指導・管理の有無	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> (有の場合はその内容: )