

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3年度 総括研究報告書

研究代表者 林 玲子

令和4(2022)年3月

## 目次

### I. 令和3年度 総括研究報告書

研究代表者（林 玲子）	6
-------------	---

### II. 令和3年度 分担研究報告書

研究分担者（守泉 理恵）	15
研究分担者（佐々井 司）	19
研究分担者（竹沢 純子）	22
研究分担者（菅 桂太）	28
研究分担者（盖 若琰）A	34
研究分担者（盖 若琰）B	42
研究分担者（小島 克久）A	47
研究分担者（小島 克久）B	51
研究分担者（佐藤 格）	54
研究分担者（中川 雅貴）	58

### III. 個別研究論文・資料

1 第4次低出産・高齢社会基本計画にみる韓国の少子化対策の現状と日韓比較 （守泉 理恵）	64
2 シンガポールにおける人口政策の展開 （菅 桂太）	77
3 Reimbursement of immunotherapy in the health insurance system in Japan（資料） （Ruoyan Gai）	89
4 東アジアの介護制度の多様性を踏まえた周辺地域への示唆の検討 （小島 克久）	92

5 台湾の新型コロナ対策の動向 （小島 克久）	116
6 日中韓少子高齢化施策の推移と構成要素－人口政策の視点から （林 玲子 ほか）	139
7 中国介護保険制度試行事業に関する研究 （于建明）	169
8 韓国の介護保険・医療制度の動向 （金道勲）	179
9 韓国における人口の現状と政策の流れ （曹成虎）	193
IV. 研究成果の刊行に関する一覧表	204

## 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

加藤 典子 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  
曹 成虎 韓国保健社会研究院副研究委員

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3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**

日中韓において少子化は進行し、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は2016年より減少に転じ、さらに中国では一人っ子政策が撤回されても出生率は低下し続けている。高齢化は日本では世界最高水準の29.8%(65歳以上割合)であり、韓国、中国でも著しいスピードで進行している。日本、韓国、台湾ではすでに人口減少フェーズに入り、中国でも早々に人口減少が見込まれる。このような中、日中韓で少子高齢化施策の効果を相互に検証し、最適化を図ることの重要性は高い。日中韓の少子高齢化施策を比べると、医療制度、介護制度、年金制度と、分野が比較的確立している高齢化施策と比べ、少子化対策は、これまで家族計画による出生抑制策からの転換を経て、近年新たに実施されつつある施策であり、標準的な施策メニューというものが確立されるべきである。また、少子高齢化による労働力不足や人口減少に応じた人口移動施策は、国内人口移動、国際人口移動いずれについても、今後重要性を増すことになる。今年度はそれぞれの施策分野別にその推移と要素を抽出したが、今後はそれらの要素別に各国の利用者数、財政支出、効果、アウトカムなどの統計を参照し、制度の改善につなげることが必要である。

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

研究協力者：

加藤典子 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

## A. 研究目的

全世界で少子高齢化が進行する中、日中韓は、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は2016年より減少に転じ、さらに中国では一人っ子政策が撤回されても出生率は低下し続けている。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。

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、パートナーシップ形成、子育て・介護環境、医療・介護・年金制度、人口移動施策を軸に、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関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: 最新の韓国「第4次低出生・高齢社会基本計画」について、内容を精査するとともに、日韓政策比較研究も進めた。中韓の専門家とワークショップを行い、各国の少子化の現状と政策の動向について情報収集と意見交換を行った。シンガポールについての出生政策の変遷をとりまとめた。
2. 家族政策、出産・育児政策: 年次国際会合(INLPR、OECD)に参加し日中韓及び先進諸国の情報収集を行うとともに、二次利用データの整理を行った。
3. 離家・パートナーシップ形成: 韓国の結婚動向および中華圏大都市(シンガポール)における人口関連政策が離家とパートナーシップ形成、家族形成に及ぼす影響の実態を既存資料に基づき分析した。
4. 子育て・介護環境: 日本の社会生活基本調査を利用して子育て時間と就業、介護時間と就業の関係を解析し、子育て、介

護の時間とそれに相当する生産力の金銭的価値の推定に関わる解析を行い、その結果を日本公衆衛生学会で発表した。

5. 医療制度: 国際会議 (INLPR、HTAi) にて日中韓の診療報酬制度、医療技術評価等に関する医療制度比較に関し各国研究者と意見交換をし、パネルディスカッションを行った。あわせて台湾の新型コロナウイルス感染症対策の分析を行った。
6. 介護制度: 中韓の研究協力者から収集した最新の情報をもとに、各国・地域の制度資料、統計を活用した細分類を進め、それぞれの国・地域の特徴をまとめた。また、他地域への知見の「見える化」に盛り込む制度要素の検討を行った。
7. 年金制度: 各国の年金制度の特徴を反映した、公的年金の給付と負担および年金財政収支に関するモデルを構築し、予備的分析を行った。
8. 外国人受け入れ施策: 東アジアにおいて外国人労働者の受け入れ政策がいち早く整備されてきた台湾に注目し、直近の動向を分析した。さらに、韓国における国際人口移動の動向および外国人受け入れ政策について、東南アジア各国を中心とする地域内の送り出し国との関係について引き続き情報収集を行った。
9. 総合把握: プロジェクトメンバーおよび各国の研究協力者との研究会を通じて、少子高齢化関連施策の推移と要素を抽出し比較分析のための枠組みを作成した。

令和3年度も、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はすべて中止となった。そのため、通常の研究会に付け加え、以下に示す日中韓の少子高齢化専門家によるオンライン講演会・ワークショップを行い、情報収集、意見交換を行っ

た。

- ・ 2021年8月24日、曹成虎（チョ・スンホ）韓国保健社会研究院（KIHASA）副研究委員「韓国における人口の現状と政策の流れ」
- ・ 2021年10月28日、金道勳（キム・ドフン）韓国国民健康保険公団室長「韓国の医療・介護制度」
- ・ 2021年12月2日、于洋 城西大学現代政策学部教授「中国の公的年金制度改革」
- ・ 2022年3月2日、中国人口与発展研究中心との日中韓少子化対策研究合同ワークショップ  
<プログラム>
  - ・ 賀丹（中国人口与発展研究中心所長）「中国の出生率低下とその対応政策」
  - ・ 守泉理恵（国立社会保障・人口問題研究所室長）「日本の少子化の進展と最新の少子化対策について」
  - ・ 曹成虎（韓国保健社会研究院 KIHASA 副研究委員）「韓国における少子化対策の詳細：効果・ガバナンス・児童手当」
  - ・ 全体討議

なお本研究では対象地域として、「日中韓」という枠組に台湾、シンガポールも含めている。台湾は政治体制が異なること、また日韓同様急速な少子高齢化が中国本土よりも先行していることから個別に取り上げている。シンガポールは中国系人口割合が高く、日中韓の文化背景と近いが、英国植民地であったという異なった歴史経緯により少子高齢化への対応が異なっており、アジア他地域への施策展開を検討するうえ

で、有益な知見を提供すると考えられるためである。

### C. 研究成果

1. 少子化対策:日韓両国の少子化対策を比較すると、計画策定システムや政策パッケージ全体の構成が異なり、施策面では日本でそれほど中心的には取り上げられていないリプロダクティブヘルス・ライツ（性教育含む）、教育政策、住宅政策、児童の権利の視点が、韓国の基本計画では大きく取り上げられている。また、少子化は各国の伝統的な家族パターンや家族観・結婚観と、それに根ざした社会構造がポスト近代の社会経済変動と衝突して生じた構造的な面があるため、両国とも、各現象に対処した個別の施策だけでなく、どのように現代の社会経済構造を結婚・出産・子育てといった家庭領域と親和的なものに変えていくかという困難な課題を抱えている（本報告書守泉論文参照）。

韓国の合計特殊出生率は1970年で4.5であったが、人口抑制政策も講じられ急速に減少し、1983年には置き換え水準を達成した。1994年カイロ国際人口開発会議に出席した参加した当時の保健福祉部長官（大臣）は帰国してから、人口政策の転換に関する会議体を構成し、1996年に人口増加抑制政策から資質向上政策に転換した。その後1997年の経済危機を経て、2005年に低出産・高齢社会基本法が制定され、韓国の本格的な少子高齢化対策がはじまった（本報告書曹論文参照）。

中国の少子化対策は、2021年3月に採択された第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て以降、少子化に対する施策が矢継ぎ早に打

ち出されている。「出産政策の最適化による人口の均衡且つ長期的な発展の促進に関する決定」、「人口と計画生育法」の改正を通じて、少子化に対応し、結婚および生育・養育・教育の「三育」コストの低減を図る、とされている。その他多くの施策が打ち出されているが、それらの具体的な財政支出額や受給者数などはまだ明らかになっていない。

シンガポールでは、1987年に人口抑制政策から出生促進政策に転換し、2000年以降には「結婚と子どもを産み育てる親のパッケージ」が実施されているが（本報告書菅論文参照）、合計特殊出生率は2021年で1.12と低水準が継続している。

2. 出産政策: 分娩入院費用負担と給付形式について、日韓はともに社会保険方式による健康保険制度を有するが、正常分娩は日本が自由診療・現金給付、韓国が保険診療・現物給付と異なっているのは、日本では産婆・助産師による自宅での分娩介助提供が戦前から進み健康保険の分娩費の参照価格となっていたが、韓国では助産師による介助分娩の習慣がない状況から1980年代に健康保険の皆保険化と施設分娩の普及が一気に進んだことによる（本報告書竹沢分担報告書参照）。

3. 離家・パートナーシップ形成: 現在、45～49歳の未婚者割合は日本>韓国>中国の順であるが、韓国、中国はこの割合が急速に上昇している。韓国では、2020年時点では40歳未満の未婚割合は日本よりも高くなっており、異性との交際が不活発になり、結婚の意欲も急激に低下している（本報告書曹論文参照）。

4. 子育て・介護環境: 日本の社会生活基本調査を用いて介護・看護時間を分析すると、男性と比べて女性の介護・看護時間

が長い傾向にあり、特に 40～59 歳の女性はほかの性別・年齢別グループと比べて介護・看護時間が有意に長かった。また介護をしている者の平均介護・看護時間は 137.7 分であり、介護休業中の者がその平均介護・看護時間がもっとも長かった（本報告書蓋分担報告書 A 参照）。

5. 医療制度：日中韓ではいずれも社会保険方式をとり、加入対象はすべての国民で、給付種類は現物給付と現金給付、財源は保険料と公費負担、支払い方式は出来高払いと DPC 等の包括払い制度の混在と、類似点も多いが、医療保険組合の構造は異なり、自己負担や混合医療の可否・範囲、医療技術評価の適用については一様ではない（本報告書蓋分担報告書 B 参照）。

韓国においては、医療のコミュニティケア（地域包括ケアシステム）が制度として発展しつつある。韓国の医療保険は国民健康保険公団という単一保険者に集中しているが、適用範囲が狭く、民間インフラの依存度が非常に高く、混合医療も可能であるなか、保険外の医療供給の統制が不十分である（本報告書金論文参照）。

台湾の新型コロナウイルス感染症感染者数・死亡者数は 2022 年 2 月時点では低い水準にとどまっている。台湾の新型コロナウイルス感染症対策は、迅速さの一方で、計画に基づく運用、計画の柔軟な運用、さらにワクチン接種にオンラインを活用するなど IT の有効活用を図っている（本報告書小島論文 B 参照）。

6. 介護制度：日本、韓国、中国、台湾の介護制度を①制度の建て方、②制度対象者、③財政方式、④要介護認定、⑤介護サービス利用、⑥介護サービス事業者、⑦介

護サービス従事者、⑧介護サービス、⑨介護手当、⑩インフォーマルケア支援、⑪介護サービス関連事項、⑫公的管理その他、⑬介護政策全般、⑭人口・社会経済の状況、という要素に分け、選択肢をみると、東アジアの介護制度には多様性があることがわかる。例えば制度運営者は日本や中国、台湾は地方自治体、韓国は医療保険者であり、中央政府（当局）との関係を見ると、日本や台湾は、中央政府（当局）が制度を決め、地方自治体が制度を運営者となるが、中国の場合、介護保険試行事業では、中央政府は大まかなことしか決めておらず、地方政府が詳細を決める。介護サービスの種類や自己負担の仕組み、外国人介護者受け入れなども違いが大きい（本報告書小島論文 A 参照）。

韓国の介護制度は 2005 年の少子化・高齢社会基本法を基礎に、2007 年制定された老人長期療養保険法により 2008 年に導入されている。介護保険制度に対する利用者の満足度は 90%と高く、全国で多くの雇用を創出し、地域経済を活性化させる効果が認められる。今後増大する高齢者数に対応し持続可能性を維持するために分散した介護サービスのインフラを統合連携するなど、効率化を図ること、また AI や ICT の活用が模索されている（本報告書金論文参照）。

中国では 2012 年より青島市で長期医療介護保険制度が始まり、これは中国介護保険制度の発端であるが、2020 年には 14 地域が追加された。これら 15 都市における介護保険制度はあくまでも試行事業であり、給付水準は必要な費用の 1/3 程度である。今後全国に広げるのであれば、ある程度系統的なトップレベルデザ

インが必要とされる（本報告書于論文参照）。

7. 年金制度: 2020年時点では、韓国は年金保険料収入が年金給付額の約2倍の水準にあるが、中国でははじめて年金保険料収入が年金給付額を下回った。ただし積立金の残高は58,075億元ある。国連人口推計を用い、中国年金基金の収入額と支出額を機械的に計算すると2020年代半ばに基金の残高が枯渇するという結果になった。（本報告書佐藤分担報告書参照）
8. 外国人受け入れ施策: 台湾においては高齢化の進展に伴う死亡数の増加が続く中で、かろうじて人口増加を維持していたが、2020年には自然減と新型コロナウイルス感染症の拡大による海外からの入国制限措置によって、人口増加を下支えしていた国際人口移動が大幅な転出超過に転じ、初の人口減少を記録した。今後新型コロナウイルス感染症対策による外国人受け入れ規制が解除されれば改善する可能性もあるが、国際結婚の減少や外国人女性による出生の減少を考慮した中長期的な人口動態への影響についても注視する必要がある（本報告書中川分担報告書参照）。
9. 総合把握: 少子高齢化施策を人口統計制度、少子化対策、高齢化対策に大別し、日本、中国、韓国、台湾、シンガポールにおける推移と構成要素を整理した。

人口統計制度は、いずれの国・地域もセンサスによる人口把握は行われており、日中韓台では戸籍制度という共通の基盤があるが、韓国では戸籍制度をすでに廃止し、住民登録制度との連携方式も異なっている。全数登録による人口動態統計は中国では公表されていない。

少子化対策は、韓国、中国、台湾、シ

ンガポールとも、家族計画による出生抑制から、出生率上昇を目指した施策に転換している。各国の少子化対策には、雇用環境、保育サービス、児童手当も含めた子育てコストの削減、妊産婦サービス、結婚促進のための住宅施策など、多くの要素があり、日本における施策項目は他国よりも多いが韓国では、リプロダクティブヘルス・ライツ（性教育含む）、教育政策、住宅政策、児童の権利の視点が大きく取り上げられているなど違いがある。

高齢化対策の推移と要素をみると、身寄りのない、貧困の高齢者を対象とした高齢者福祉施策から、高齢者割合上昇に応じて増大する医療・介護ニーズに普遍的に対応する医療・介護制度へ拡充する流れが日中韓ともに認められる。

国内人口移動に関する施策、特に都市への人口の流れを抑制することはいずれの国においても難しいものの、中国では強い政策がとられた。国際人口移動に関する施策は、移民送り出しから外国人受け入れへの転換はいずれの国にもあり、近年受入れ施策が拡充されている（本報告書林ほか論文参照）。

#### D. 考察

日本、韓国に付け加え、中国も2016年の二人っ子政策から、2021年の第14次5カ年計画において、「適度生育水平」、つまり適度な出生率が目標とされ、本格的に少子化対策が始動することとなった。アジアの多くの国では家族計画を中心とした出生抑制政策から出生率増加を目標とする少子化対策への転換があったが、その転換点はシンガポールでは1987年、日本では1994年、韓国では1996年、中国では2021年であったといえる。日中韓における少子化は、伝

統的な家族パターンや家族観・結婚観と、それに根ざした社会構造の中で進行しており、その流れを変えるには、人々の意識・価値観の変革を促す施策も必要となるだろう。

共通して少子化に直面する日韓両国であるが、妊産婦サービスに関する制度はかなり異なっており、個人が望む妊娠、出産、産後ケアの多様なニーズを尊重し、選択を可能とするために、諸外国の事例も参考に、適切な施策とすることが望まれる。

少子化をもたらすものは、結婚・パートナーシップ形成の低調化である。若者の失業率の上昇、非正規雇用の増加、という経済的な要因以外にも、異性との交際が不活発になり、結婚の意欲も急激に低下している、というセクシュアリティの変化について、文化背景を含めた状況把握が必須である。

日中韓三か国の公的医療保障制度は人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療財政の持続可能性の課題に直面している。韓国では、健康保険の一元化が達成されているものの、民間インフラへの高い依存度、保険外の医療供給などに対する効果的な施策の実施が重要である。

日本、韓国、台湾、中国の介護制度には多様性があるが、一方で共通点も多い。これは、お互いを見ながら制度を作っている、ということも影響しているだろう。制度を相互に比較することで、それぞれの施策は改善されうる。

急激に少子高齢化が進む日中韓において、年金制度の持続可能性を担保するための改革に付け加え、各国において日本の財政検証のような公式試算が公開され、年金財政の健全性が明らかにされることが望ましい。

本研究では少子高齢化と労働力不足に応

じて外国人受け入れ施策が日本・韓国ですでに拡充されていることから、国際人口移動施策を少子高齢化施策に位置づけた。日本、韓国、台湾ですでに人口減少フェーズに入り、中国でも早々に人口減少が見込まれるなか、国内の人口流動をどのように最適化するかという国内人口移動施策の重要性も高まっていると考えられる。

少子高齢化施策を人口政策、つまり出生・死亡・移動に影響を与える施策として分類すると、すでに、医療制度、介護制度、年金制度などが確立している高齢化施策と比べ、少子化対策や移動施策は未分化であると考えられる。

## E. 結論

高齢化対策と比べると、少子化対策は分野別に構造化がなされていない。少子化対策は、これまで家族計画による出生抑制策からの転換を経て、近年新たに実施されつつある施策であり、標準的な施策メニューというものが確立されるべきである。現状では、直近の政府大綱等基幹政策をみると、雇用・職場環境、働き方の見直し、ライフワークバランス、働く場におけるジェンダー平等、女性の就業・就業継続支援、労働時間、職業訓練、女性の再就職支援といった雇用分野、保育サービスの充実をはかる保育分野、放課後児童対策、地域の子育て支援、学校教育の充実といった教育分野、リプロダクティブヘルス、母子保健・小児医療、妊産婦サービスといった保健分野、子育てのための生活環境・住宅整備、結婚促進のための住宅支援といった住宅分野、児童手当、教育費軽減を含む子育てコストの軽減という経済支援分野、結婚・子育て支援の社会的雰囲気醸成といった価値観分野などに大別することができる。これ

らの分野別に、実際にどの程度財政支出が行われ、ニーズがどの程度満たされているのか、どの施策が効果的か、という検証を行うことが求められる。

高齢化対策は、医療制度、介護制度、年金制度別に、施策の要素を確認したが、さらにそれらの要素別に各国の利用者数、財政支出、効果、アウトカムなどの統計を参照し、制度の改善につなげることが必要である。

少子高齢化、人口減少に応じた人口移動施策は、国内人口移動、国際人口移動いずれについても、今後重要性を増すことになる。少子高齢化対策としての人口移動施策について、その枠組を整理したうえで、その有効性、他国に適用可能な施策要素を整理することが望まれる。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

林玲子、別府志海（2021）「新型コロナウイルス感染症流行に応じた主要国の死亡統計早期公開について」国立社会保障・人口問題研究所 Working Paper Series, No.50

岩澤美帆、小池司朗、林玲子、別府志海、是川夕（2021）「新型コロナウイルス感染拡大と人口動態：何が分かり、何が起きるのか」国立社会保障・人口問題研究所 Working Paper Series, No.51

林玲子（2021）「戦前の在外邦人数統計」『人口問題研究』第77巻第3号、pp.259-265

林玲子、別府志海、石井太、篠原恵美子（2022）「老衰死の統計分析」『人口問題研

究』第78巻第1号、pp.1-18

佐々井司（2021）「主要国における合計特殊出生率および関連指標：1950～2019年」（共）別府志海『人口問題研究』第77巻第3号、pp.266-273

菅桂太（2022）「シンガポールにおける出生力転換、超少子化と人口政策：主要民族の差異と類似性」『人口問題研究』第78巻第2号（印刷中）

小島克久（2021）「東アジアにおける介護者支援をめぐる状況—台湾を例に—」『社会保障研究』第6巻1号、pp.75-89

万琳静、小島克久（2022）「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第6巻4号、pp.454-468

小島克久「台湾の新型コロナ対策：初期の対策とワクチン接種」『週刊社会保障』第3160号、法研、pp.44-49

中川雅貴（2021）「健康格差と地域」、金子隆一・石井太編著『長寿・健康の人口学』、原書房、pp.125-150.（2021.11）

中川雅貴（2022）「インドネシアの人口統計制度をめぐる現状と課題—センサスと人口登録システムを中心に—」『人口問題研究』第78巻第2号（印刷中）

### 2. 学会発表

HAYASHI Reiko, “Fertility change and policy responses - the case of Japan”, Seminar on Experiences of Responding to Low fertility, 中国国家衛生健康委員会人口家庭司、中国人口与發展研究中心、UNFPA（2021年4月20日）

HAYASHI Reiko, “Demographic Impact of COVID-19 in Japan” Online Symposium Impact of COVID-19 on economics, society, population, and health, 台湾人口

学会 2021 年大会「生命歷程與人口永續  
発展」(2021 年 4 月 24 日)

HAYASHI Reiko, "Opening remark",  
International Symposium on the Pensions  
of the Republic of Korea and Japan:  
Demographic Challenges and Future  
Responses (2021 年 11 月 25 日)

守泉理恵「日本の少子化の現状と要因、お  
よび少子化対策」第 9 回日中韓少子高齢  
化セミナー、イイノカンファレンスセン  
ター及びオンライン (2021.12.9)

SUGA, Keita "Lowest-Low Fertility in  
Singapore: Current State and Prospects,"  
presented at Population Association of  
America Annual Meeting 2021, Online  
assisted by OpenWater. (2021.5.6 15:15-  
16:45)

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」, 日本人口学会第 73  
回大会, オンライン開催 (共催 東京大  
学) (2021 年 6 月 5 日)

石井太・別府志海・菅桂太「日本版死亡デ  
ータベースの地域分析・死因分析への拡  
張・応用」, 日本人口学会第 73 回大会,  
オンライン開催 (共催 東京大学) (2021  
年 6 月 6 日)

鎌田健司・小池司朗・菅桂太 (国立社会保  
障・人口問題研究所)・山内昌和 (早稲田  
大学)「都道府県別にみた人口増加率の要  
因分解:1950-2015 年」, 日本人口学会第  
73 回大会, オンライン開催 (共催 東京  
大学) (2021 年 6 月 6 日)

菅桂太「シンガポールにおける人口センサ  
ス・人口動態統計からみた出生力転換の  
民族格差」, 日本人口学会 2021 年度第 1  
回東日本部会, 札幌市立大学サテライト  
キャンパス・オンライン共催 (2021 年 12  
月 5 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次低出産・高齢社会基本計画にみる韓国の少子化対策の現状と日韓比較」

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

本研究では、韓国の少子化の現状と要因、および少子化への対応策として実施されている第4次低出産・高齢社会基本計画についてまとめ、最後に韓国と同様に少子化に悩む日本の少子化対策との比較考察を行った。

韓国の出生率は1960年代の合計特殊出生率6.0という高水準から、30年余りで一気に1.5の水準まで低下し、2000年代以降は1.0～1.2程度の時期を経て2018年から毎年1を切る水準に落ち込んでいる。少子化の要因には、人口学的なものとして再生産年齢の女性人口減少、晩婚化・未婚化、既婚女性の平均出生子ども数の減少や無子割合の増加があり、社会経済的要因として労働市場の格差・不安定雇用の増加や男女不平等、教育の競争激化とコスト負担の重さ、住宅価格高騰による若い世代の住宅取得の困難化、根強い性別役割分業意識、それによる特に女性での仕事と家庭の両立困難、良質な保育サービスの不足などが挙げられている。

深刻な少子化に対応するため、韓国では2005年に低出産・高齢社会基本法を制定して大統領直属の低出産・高齢社会委員会を設置するとともに、2006年に第1次低出産・高齢社会基本計画を策定した。以後5年ごとに計画を更新し、現在は第4次計画が実行されている。この第4次計画には、少子化対策として仕事と家庭の両立支援、女性労働者の雇用・就業環境の改善や就業継続支援、保育サービスの拡充、子どもが育つ家庭環境の向上、性の健康確保と安全な妊娠・出産環境づくり、不妊治療支援、若い世代の自立・経済的安定支援（住宅支援含む）、過度の教育負担の軽減策など幅広い施策が含まれる。

日韓両国の少子化対策を比較すると、計画策定システムや政策パッケージ全体の構成が異なり、施策面では日本でそれほど中心的には取り上げられていないリプロダクティブヘルス・ライツ（性教育含む）、教育政策、住宅政策、児童の権利の視点が韓国の基本計画では大きく取り上げられている。また、少子化は各国の伝統的な家族パターンや家族観・結婚観と、それに根ざした社会構造がポスト近代の社会経済変動と衝突して生じた構造的な面があるため、両国とも、各現象に対処した個別の施策だけでなく、どのように現代の社会経済構造を結婚・出産・子育てといった家庭領域と親和的なもの

に変えていくかという困難な課題を抱えている。特に韓国は、日本よりも急速なスピードで短期間に結婚・出生行動が激変しており、世代間の価値観の衝突からくる社会の分断や若い世代の閉塞感も日本以上に深刻ではないかと見られる。人々の意識・価値観の変革を促す施策も非常に重要であると考えられる。

#### A. 研究目的

本研究では、韓国の少子化の現状と要因、および少子化への対応策として実施されている第4次低出産・高齢社会基本計画についてまとめ、日韓両国の少子化対策について比較考察を行う。

#### B. 研究方法

韓国政府が2020年12月に公表した『第4次低出産・高齢社会基本計画』の本文（全227ページの全体版）の日本語翻訳版を作成し、内容を精査した。また、研究プロジェクト内での会議にて、韓国の研究者から制度内容や各用語の意味などについても情報を得た。その上で、前年度行った日本の第4次少子化社会対策大綱の策定システムや方向性、プランに含まれる各施策、今後の課題の取りまとめ等の成果と対比し、両国の少子化対策について考察を行った。

（倫理面への配慮）特になし

#### C. 研究結果

韓国の出生率は1960年代の合計特殊出生率6.0という高水準から、30年余りで一気に1.5の水準まで低下し、2000年以降は1.0～1.2程度の超少子化に陥った。さらに2018年からは毎年連続で1を切る水準に落ち込んでいる。こうした少子化の要因には、人口学的なものとして再生産年齢の女性人口減少、晩婚化・未婚化、既婚女性の平均出生子ども数の減少や無子割合の増加があり、社会経済的要因として労働市場の

格差・不安定雇用の増加や男女不平等、教育の競争激化とコスト負担の重さ、住宅価格高騰による若い世代の住宅取得の困難化、根強い性別役割分業意識、それによる特に女性での仕事と家庭の両立困難、良質な保育サービスの不足などが挙げられている。さらに、それらを包括したより大きな枠組みでの議論として、ポスト近代の社会経済変動は「儒教的家族パターン」を持つ韓国社会で深刻な葛藤を生み出し、極低出生力に導いたという文化的決定論も提示されている。

深刻な少子化の状況に対応するため、韓国では2005年に低出産・高齢社会基本法を制定して大統領直属の低出産・高齢社会委員会を設置するとともに、2006年には第1次低出産・高齢社会基本計画を策定した。以後5年ごとに計画を更新し、現在は第4次計画（2021～2024年）が実行されている。韓国の低出産・高齢社会基本計画は、日本でいえば少子化対策と高齢化対策の両方を扱い、さらに少子高齢化という人口構造の変化に対する社会的適応策までを一つにまとめた形になっている。また、計画策定に当たっては低出産・高齢社会委員会の下部組織として基本計画の試案作成・調整を行う政策運営委員会、さらにその下部に少子化・高齢化に関する課題抽出を行う分科委員会があり、日本よりも多様かつ多数の研究者や地方自治体・省庁関係者が関わって政策が練り上げられている。

第4次計画では、第1次～第3次計画の

ように目標となる出生率を掲げて出産奨励を中心的視点とするのではなく、社会構造の転換による「生活の質の向上」を目指し、それにより副次的に少子化の流れを変えるという考え方にパラダイム転換した。具体的な少子化対策としては、仕事と家庭の両立支援、女性労働者の雇用・就業環境の改善や就業継続支援、保育サービスの拡充、子どもが育つ家庭環境の向上、性の健康確保と安全な妊娠・出産環境づくり、不妊治療支援、若い世代の自立・経済的安定支援（住宅支援含む）、過度の教育負担の軽減策など幅広い施策が含まれる。

#### D. 考察

日韓両国の少子化対策を比較すると、策定システムにおいては、韓国では、日本よりも計画策定の体制・意見聴取の手段・関係者が重層的であるといえる。また、少子化対策と高齢化対策、そして少子高齢化した人口構造を既定のものとしてどう社会を適応させていくかという人口構造の変化への適応対策までセットになった韓国の基本計画は、日本よりも政府が目指す今後の社会の在り方の方向性をつかみやすい。

両国の政策で異なる点としては、韓国で重視されているが日本ではさほど大きく取り上げてはいない政策や視点として、リプロダクティブヘルス・ライツ（性教育含む）、教育政策（受験競争緩和策、教育改革）、住宅政策、児童の権利保障という視点が挙げられる。また、在宅育児手当は日本の少子化対策ではふれられず、直接的な結婚支援（婚活支援）は韓国の政策には登場しない。これらの相違は、両国の社会構造の違い、公的な施策としてどこまでを認めるかという意識の違い、家族観・結婚観の違い、政権政党の考え方の違いなどから生じている

ものと考えられる。

両国に共通の点としては、少子化対策の中心的な柱がワーク・ライフ・バランスの推進と仕事と子育ての両立支援、保育サービスの拡充、男性の家庭進出の促進などで推進を目指す「共働きで子育てができる社会」の構築、結婚支援の意味合いも持つ若者の雇用・労働対策、そしてニーズの高い経済的支援（結婚生活開始時の支援、不妊治療費支援、児童手当など各種の家族給付、教育費支援等）であるというものである。両国の少子化対策の多くは類似しており、目指す方向性も同じであるといえる。

#### E. 結論

日韓両国の少子化は、伝統的な家族パターンや家族観・結婚観と、それに根ざした社会構造がポスト近代の社会経済変動と衝突して生じた構造的な面がある。そのため、両国とも、各現象に対処した個別の施策だけでなく、どのように現代の社会経済構造を結婚・出産・子育てといった家庭領域と親和的なものに変えていくかという困難な課題を抱えている。この課題を乗り越えるために、両国では、共働きでも子育てがしやすい社会への転換と、若い世代への経済的支援・生活基盤づくりの支援を中心として、さらに両国それぞれで問題が表面化している分野への対策を重点課題として加える形で少子化の流れを変えようとしている。こうした方向性で施策を進めていくにあたり、韓国は日本よりも急速なスピードで短期間に結婚・出生行動が激変していることから、世代間の価値観の衝突からくる世代間の分断や若い世代の閉塞感も日本以上に深刻ではないかと思われるため、人々の意識・価値観の変革を促す施策も日本以上に非常に重要であると考えられる。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

守泉理恵「日本の少子化の現状と要因、および少子化対策」第9回日中韓少子高齢化セミナー、イイノカンファレンスセンター及びオンライン（2021.12.9）

守泉理恵「日本の少子化の進展と最新の少子化対策について」日中韓少子化対策研究会（厚労科研費「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」による開催、研究代表者 林玲子）、オンライン会議（2022.3.2）

## 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  
「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、昨年度に引き続き、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。さらには、中国の人口政策の近年の動向については各種公表資料と関係者へのヒアリング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。コロナ後における計画生育や戸籍管理等の展開と人口動態への影響に注目し考察を続けたい。

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

今年度の実地調査が困難であったことから、国内において既に公表されている情報や同プロジェクト内で実施された研究会・交流会の講演内容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。コロナ禍の影響も少なくなく、新聞報道等では、予測より早いタイミングで人口減少が始まっていると伝えられる。

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の水準から給食に低下し、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。他方、中国における低出生への近年の政策対応は、子細な調査分析結果に基づいて展開

されており（2022年3月2日「日中韓少子化対策意見交換会」における賀丹氏（中国人口与発展研究中心）による報告ほか）、その成果が待たれる。

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。コロナ禍のなかで行われたロックダウンの影響等、今後の動向が注目される。

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。日本社会にも多大な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

今年度も実地調査が出来なかったこともあり、新規性のある人口分析を行うために必要となる情報収集が困難であった。また、近年の計画生育と戸籍管理に係る制度改革に関しても十分な調査はできなかった。引き続き、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情報の収集に努めていきたい。

#### 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  
「妊産婦サービス給付の日韓比較に向けた予備的検討」

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

本分担研究では、妊娠・分娩・産後期における妊産婦を対象とする保健医療サービス（以下、妊産婦サービスという。）の国際比較から日本の特徴と課題を明らかにすることをテーマとしている。今年度は、日韓の妊産婦サービス給付の違いを確認し、そのうち正常分娩費の給付形式が両国で異なる要因について、先行研究を基に予備的な検討を行った。

まず、日韓の妊産婦サービス給付について①分娩入院費用負担と給付形式、②入院日数、③分娩方式、④退院後の産後ケア、の4つの側面を比較したところ、すべての側面で相違が確認された。

次に、①について、日韓はともに社会保険方式による健康保険制度を有するが、正常分娩は日本が自由診療・現金給付、韓国が保険診療・現物給付と異なっている歴史的背景について先行研究より以下の通り整理した。

日本は戦前から自宅分娩における産婆や助産師による介助が普及し戦前に導入された健康保険において分娩費の水準が助産師の介助費をベースに規定され、戦後の施設分娩化の中で、産科医の分娩報酬が助産師レベルに引き下げられることへの懸念から日本母性保護医協会が保険適用に反対し、自由診療・現金給付が維持されてきた。

これに対して韓国では戦前から戦後にかけて助産師による自宅分娩介助は普及せず、1973年医療法改正により助産師が助産所を医療機関として開設可能となったことを機に助産所分娩が1970年代に拡大したが、1963年に導入され1989年に皆保険が達成された健康保険制度において正常分娩が保険適用され、助産所と病院における分娩の報酬が同額に設定される中、1970年代以降に民間病院が多数設立され、1980年代以降は助産所よりも施設やサービス面で上回る病院分娩が選ばれるようになった。そのため不利益を被った助産師団体が正常分娩の保険適用の除外を申し立てる動きが見られたが実現しなかった。

今後の課題は、日韓の相違の要因についてさらに検討を進めること、比較福祉国家論の枠組みのもとで、日中韓さらには欧州諸国も加えて妊産婦の受給権に着目した国際比較へと発展させ、日本の特徴と課題を論じることである。

A. 研究目的

妊娠・出産はILO社会保障の最低基準に関する条約（1952年）において社会保障給付を行うべきリスク・ニーズの一つとされ、妊産婦死亡率及び乳幼児死亡率の低下は公衆衛生上の重要課題と位置付けられて

いた。戦後、先進諸国では自宅から施設分娩へ移行し、分娩費用は社会保障制度から給付され、妊産婦及び乳幼児死亡率も低下した。我が国においても1980年代に妊娠・出産は公衆衛生の課題としては達成されたとされるに至った（福島2020）。その後

1990年代以降の少子化対策の一環として産科医療体制の維持の観点から産科医療保障制度の導入や出産育児一時金の引き上げが行われたが、政権の重要課題としての位置づけではなかった。近年の児童虐待の増加や産後うつの問題などを背景に、妊娠・出産・産後の包括的な支援の必要性が認識され、成育基本法（成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律）の制定（2018年）、産後ケアサービスの実施を自治体の努力義務とする母子保健法の改正（2019年）が相次いで実施された。また、先の菅政権の重点政策として不妊治療の保険適用拡大（2022年4月実施）が実施され、岸田総理も出産育児一時金の引き上げを自身の重点政策の一つとして掲げている。このように妊産婦サービス給付は政権の重点政策として注目を集めるようになってきている。

他方で、妊産婦サービス給付に関する調査研究は多くはない。助産学・看護学の領域において妊産婦のニーズやサービスの実態に関する実証研究がなされているが、社会科学系の比較医療政策や福祉国家研究において妊娠・出産は医療政策や家族政策の一分野に過ぎず焦点をあてた研究は少ない。

Kennedy and Kodate (2015) は妊産婦の受給権に着目し先進11か国の妊産婦サービスの実情をまとめた先駆的研究である。日本も対象国の一つであるが、同書は各国の実情を示すにとどまり諸外国との比較からみた日本の特徴とその歴史的背景の考察や比較福祉国家論への示唆などは論じられていない。

本分担研究では、妊産婦サービス給付の制度設計やその提供体制が国によって異なるのはなぜかという疑問を出発点として、上記先行研究（Kennedy and Kodate 2015）が欧州中心であったのに対し、本研

究では東アジアの国々も含む国際比較から我が国の特徴と課題、相違の背景を考察し、最終的には比較福祉国家研究へ新たな知見を加えることを目指している。

初年度においては、妊産婦サービスに関する国際比較研究と分娩費用、入院日数、帝王切開率、無痛分娩率などの国際比較データから日本の特徴を把握し、さらに国際的にみて日本の最も特異な点である正常分娩が自由診療・全額自費で出産育児一時金が現金給付で支給される理由について歴史的経緯を辿った先行研究レビューを行った。

2年度目においては、初年度に把握した日本の特徴の背景をさらに考察すべく、助産師の歴史や産後ケアなど各論へレビューの範囲を広げるとともに、韓国、中国における出産等サービスの歴史及び現状に関する文献レビュー、さらにプロジェクトの研究会を通じた情報収集も行うなど、最終年度に国際比較からみた日本の特徴と課題を論文としてまとめる準備を進めた。

以下、2年度目の研究分担報告として、日韓の妊産婦サービスを比較し、両国の相違の背景について先行研究に基づく予備的な考察結果を述べる。

## B. 研究方法

文献、公表データ、制度に関する各種サイト、本プロジェクトの研究会を通じて収集した情報に基づき、各国の制度概要を把握し、比較検討を行った。

## C. 研究結果及びD. 考察

### （1）日韓の妊産婦サービスの比較

昨年（2021）の報告書（竹沢 2021）において、先進諸国との国際比較から見た日本の妊産婦サービスの特徴として、①分娩入院費用負担と給付形式、②入院日数、③分娩方式、④産後ケア、の4つの側面について言及した。これらの側面について韓国の制度を確

認したところ、下記の通りすべての点において日本と異なっていた。

#### ①分娩入院費用負担と給付形式

日本：異常分娩は健康保険が適用され本人負担は3割であるが、正常分娩は保険給付の適用外のため全額自費である。異常・正常分娩ともに負担の軽減のため出産育児一時金が健康保険から支給されるが、一例として東京都では平均正常分娩入院費が出産育児一時金を20万程度超過し家計の負担は大きい。低所得世帯に対しては、入院助産、出産扶助の制度がある。

韓国：正常・異常分娩費ともに健康保険が適用され本人負担は2-3割である。妊娠出産診療費支援事業（2008年施行、妊娠出産に関する診療費の本人一部負担金の支払いに使用できる電子バウチャー、通称国民幸福カード。妊娠1回あたり60万ウォン。）により支払うため、分娩入院費はほぼ自己負担がない。

#### ②入院日数

日本：正常分娩は平均5日で先進諸国の中でも最も長い。その結果として出生児一人あたり正常・異常分娩の入院費用が高い（4,215 PPT 換算米ドル）。

韓国：正常分娩の平均入院は平均2泊3日と短く、出生児一人あたり正常・異常分娩の入院費用は先進11か国の中で最も低い（1,150 PPT 換算米ドル）

#### ③分娩方式

日本：硬膜外無痛分娩率は6.1%（2014年）、帝王切開率は19.7%（2014年）でありともに低位である。

韓国：硬膜外無痛分娩率は40.0%（2013年）は中位、帝王切開率39.1%（2015年）は高位である。

#### ④退院後の産後ケア

日本：退院後に一か月程度、家族による家事育児サポートのもと自宅や実家で過ごすことが一般的である。産後一か月以内に母子保健法に基づく新生児訪問指導があり助産師等が訪問する。産後一年以内の産後ケア事業は母子保健法改正により2021年4月より市町村の努力義務となったが、対象者を母親の体調不良や家族のサポートが受けられない場合等に限定し、利用料軽減措置を行っているため普及していない。

韓国：産院を退院後、産後調理院で2週間程度過ごすことが一般的となっている。費用は自己負担で平均120万ウォン程度、褥婦の親が負担することが多い（桜井ほか2006）。低所得世帯に対しては費用補助がある。

#### (2) 日韓の妊産婦サービスが異なるのはなぜかー先行研究の検討

日韓それぞれの妊産婦サービス給付の歴史をたどった研究は存在するが（小暮2016、大西2014、松岡2016）両国の違いを比較しその背景要因の説明を試みた先行研究は見当たらない。

そこで、説明の手掛かりを得るべく、妊産婦サービスの上位概念である保健医療政策あるいは福祉国家の日韓比較に言及した先行研究に範囲を広げて検討した。

真野（2012）によれば、日本はドイツ、フランスをはじめとする職域の社会保険制度を基礎とする医療保険制度に属するのに対し、韓国はアメリカや中国に類似し医療を産業化し民間が産業的視点をもって医療

提供を行う「治療モデル」であり、両国は異なるモデルに位置づけられる。韓国は「治療モデル」である結果として、帝王切開をはじめ分娩における医療介入が多いことが指摘されている（松岡 2016）。

一方、比較福祉国家論においては、日韓の類似性と相違の両面が指摘されている。日韓は保守主義と自由主義のハイブリッド（Esping-Andersen 1997）、あるいは家族主義（大沢 2007）と両国の類似性が指摘される一方で、韓国については「圧縮された近代」（Chang 2010）による特殊性が指摘されている。金（2016）によれば日韓は欧州より遅れて成立した後発福祉国家である点は共通するが、日韓の福祉国家化の展開にタイムラグが存在し、それをもたらした歴史的経路や因果構造の解明により両国の相違の要因が説明されるという。

これらの先行研究を踏まえ、日韓の医療政策は異なるタイプに属していることが妊産婦サービスの在り方にも影響を及ぼしている可能性、さらには健康保険あるいは妊産婦サービスに係る法律の成立時期等のタイムラグにも留意して日韓比較を進める方向性が得られた。

その上で、日韓各国の妊産婦サービスの歴史的経路を扱った下記4つの先行研究から、両国の違いのうち給付方式に焦点をあてて、日本が現金給付、韓国が現物給付である要因を予備的に探ることを試みた。

#### ①日本

日本の特徴である妊産婦サービス給付（健康保険制度における旧分娩費、現在の出産育児一時金）が現金給付とされた経緯について、小暮（2016）は健康保険法が成立した戦前期に遡り創設当初は現金給付、その後一時期現物給付を経て、戦時下に再び現金給付に戻りそれが戦後も継続されたことを明らかにしている。

同研究で注目すべきは、戦前の健康保険制度における分娩費の給付水準は分娩介助における産婆の報酬その他の諸費に充てるとされ、自宅分娩が一般的であったものの、1939年時点で出生児の74%が開業産婆の分娩介助を受けており、産婆不在の市町村には産婆の配置を促す政策も行われていた点である。戦前期にこれほど高い割合で開業産婆による自宅分娩が普及していた点は驚くべき点である。後述の通り韓国においては1980年代に施設分娩が普及する以前の自宅分娩が主流であった時期に開業産婆が全く普及していなかったことは両国の大きな違いであり、この点が日本は現金給付、韓国が現物給付となった重要な背景要因と考えられる。

日本において戦後も現金給付が維持された理由を検討した大西（2014）は、1960年代までの急速な施設分娩化の過程で、施設化が進む都市部と、自宅分娩が残る郡部の二重構造が発生し、出産経費を全国標準化し現物給付化することが困難であったこと、さらに産科開業医団体である日本母性保護医協会は正常分娩が現物給付化された場合に助産師による分娩介助と同等の点数に引き下げられることを危惧し保険適用外で現金給付の現状維持を政府与党・旧厚生省に働きかけ続けたことを指摘している。日本の現金給付形式は「政治」の産物であり日本母性保護法医協会の影響力が大きかった点が注目される。

#### ②韓国

では、韓国においては、なぜ正常分娩は保険診療が適用され、現物給付形式となったのだろうか。韓国の助産制度及び医療制度について述べた松岡（2016）、岡本（2008）によれば、韓国では戦前の日本の植民統治において産婆の養成が開始されたがその多くは日本人を助産するための産婆であり終

戦とともに引き揚げたため、戦後は人材不足の状態であった。戦前から産婆による自宅分娩が普及していた日本国内の状況と異なり、韓国においては戦前から戦後にかけても産婆を呼んでの自宅出産は普及せず、1980年代に施設分娩が普及する以前においては家族の介助による分娩あるいは驚くことに誰の介助もなく自力分娩することが一般的であったという。

このように韓国では介助分娩の習慣がない状況から一気に1980年代に健康保険の皆保険化と施設分娩の普及が同時に進み、日本のように助産師（産婆）への現金給付というベースも無かったことから保険適用・現物給付方式が異論なく採用されたと考えられる。

正常分娩は日本では自由診療・現金給付、韓国は保険診療・現物給付という違いの中で、次に述べる保険適用をめぐる両国の産科医、助産師団体の対応の違いが注目される。日本は産科医団体が助産師による分娩介助の水準に報酬を引き下げられないよう保険適用を阻止し自由診療を守った。これに対して韓国では、松岡(2016)によれば、健康保険の導入により正常分娩の報酬が規定され、産科医による病院分娩と助産師による助産所分娩の報酬の差をほとんどなくした結果、病院分娩が増え助産所が衰退し、特に健康保険が全国民を対象とするようになった1989年よりその傾向が顕著となった。そのため1990年には大韓助産協会が正常分娩を医療保険の適用から除外するように要求したという。このように韓国では、保険適用の結果として産科医による病院分娩が選択されるようになり、日本とは逆に助産師側が正常分娩の保険適用からの除外を要求した点は興味深い。このような日韓の違いが生じた背景についてのさらなる考察は今後の課題とする。

## E. 結論

共通して少子化に直面する日韓両国であるが、妊産婦サービスに関する制度はかなり異なっている。その背景に、両国の健康保険制度の導入・普及のタイムラグと産婆・助産師による自宅での分娩介助提供が日本では戦前から進み健康保険の分娩費の参照価格となっていたことなど両国の提供体制の歴史の違いがあることが確認できた。

日本では産科医療機関の経営を維持する観点が重視されてきた結果として自由診療が維持され、分娩入院費は高騰し、出産育児一時金だけでは分娩費用を賄えないという問題が生じている。また前述の通り無痛分娩が韓国では保険適用であるのに対して日本では自費で高額なため、出産育児一時金との差額に加えての追加の家計負担は重く、所得を問わず全ての妊婦が選択可能なサービスとはなっていない。さらに、平均入院期間は正常分娩で平均5日程度であるが、諸外国ではより短期の入院となっており、日本の入院期間には院内における産後ケア分を含め出産育児一時金が支給されているとみなされるが、一時金の金額に合わせて平均5日の入院がパッケージ化しており、早期に退院し一時金の残額を産後ケアサービス利用に充てる選択の自由はない。

これらの課題は正常分娩の保険適用・現物給付化によって解決へ向かうのだろうか。保険適用化により平均5日間の入院期間を諸外国並みに短縮するのであれば、退院後の産後ケアを誰が担い、その費用負担をどうするかという問題が浮上する。現状の実家頼みの里帰り出産から、男性の育児休業や産後ケアサービスの利用を新たな標準とする場合、社会保障財政論的には男性育児給付の財源負担が増えるとともに、産後ケアサービスの費用補助を健康保険から出産育児一時金のような現金給付として引き続き行うのか、それとも保険適用とするのか

という論点がある。さらには、産後ケアサービスは韓国のように民間主導で自費利用とするのか。それとも希望するすべての人が手頃な価格で質の高いサービスを利用できるように、介護保険を参考に一定の公的関与・規制の下で民間サービス事業者を増やす方向とするのだろうか。

このような様々な論点があり、保険適用・現物給付化は容易に実現するとは思われないが、従来の出産育児一時金の議論で最優先されてきた産科医療とその経営の維持という観点のみならず、個人が望む妊娠、出産、産後ケアの多様なニーズを尊重し、選択を可能とするという観点も含め、諸外国の事例も参考に、出産育児一時金の引き上げや保険適用が議論されることが望まれる。

今後の課題は、日韓の相違の要因についてさらに検討すること、比較福祉国家論の枠組みのもとで日中韓さらには欧州諸国も加えて妊産婦の受給権に着目した国際比較へと展開し日本の特徴と課題を論じることである。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 参考文献

- 岡本悦司（2008）「韓国の医療制度」『医療と社会』Vol. 18, No. 1, pp. 95-120
- 大西香世（2014）公的保険医療における出産給付：現金給付をめぐる政治過程『大原社会問題研究所雑誌』663 巻、17-32 頁
- 勝川由美・大賀明子・永井祥子・坂梨薫（2008）「韓国の出産と産後ケアの現状－産後ケア施設誕生の背景と課題に関する

- 文献検討－」『横浜看護学雑誌』Vol. 1, No. 1, pp. 1-9
- 金成垣（2016）『福祉国家の日韓比較－「後発国」における雇用保障・社会保障』明石書店
- 木暮かおり（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』698 巻、38-50 頁
- 桜井礼子・高野政子・林猪都子他（2006）「韓国における産後ケアセンター事業の実態と日本における可能性」草間朋子編『子育て支援のための産後ケア調査研究事業研究成果報告書』pp. 5-11
- 竹沢純子（2021）「国際比較からみた日本の妊産婦サービスの特徴と課題－予備的検討－」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令和2年度分担研究報告書
- 福島富士子（2020）「産後ケアとは何か」『産後ケア完全理解読本』第1章、財界研究所
- 松岡悦子（2016）「韓国の助産制度と医療化」『アジアにおけるリプロダクションの歴史の変遷－医療化の要因と女性への影響－基盤研究(B)海外 2011 年度～2014 年度 研究課題番号 23401043 科研研究成果報告書』奈良女子大学, pp. 8-31
- 真野俊樹（2012）『入門医療政策』中公新書
- Chan Kyung-Sup（2010）The second modern condition? Compressed modernity as internationalized reflexive cosmopolitanization, *The British Journal of Sociology*, Vol.61(3):444-464
- 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

「シンガポールにおける人口政策の展開」

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

シンガポールにおける人口政策の展開を、関連する制度や実施体制の移り変わりを中心に展望した。シンガポールでは1950年代頃から家族計画協会（民間の非営利団体）、1960–1970年代を中心に家族計画・人口評議会が家族計画プログラムを推進した。1960年代半ばから1970年代半ばにかけて、新規受容者数や粗出生率についての具体的な数値目標が設定され、あらゆる手段をつかって出生抑制が図られた。その結果、民族別にみてもすべての民族の期間出生率が人口置換水準に到達した一方、1980年代まで人口抑制政策はほとんど形を変えずに継続された。1987年に出生抑制政策の撤廃と出生促進政策の導入へ向けた政策転換の舵が切られ、2000年代以後には包括的家族人口政策が断続的に強化されている。これらの政策導入・転換に対する民族別の期間出生率の反応には共通点と差異があった。シンガポール全体では2000年代以降の包括的な出生促進政策が強化されている時期に背後のコーホート・カンタム出生率は1.3を下回る超少子化をしており、回復の兆しもみられない。今後の政策的対応と出生率の動向が注目される。

A. 研究目的

シンガポールにおける人口政策の展開を概観する。シンガポールは権威主義的国家として知られ、人口政策の領域においても「人口成長率＝ゼロ」を目標に、積極的な介入を行ってきた。シンガポールにおける人口政策の変遷を扱った文献には膨大なものがあるが、家族計画・人口評議会（the Singapore Family Planning and Population Board）が二度の5カ年計画を通じて公的家族計画プログラムを展開した1966年から1970年代に強力な人口抑制政策が推し進められたこと、1987年に出生抑制政策の撤廃と出生促進政策の導入へ向けた政策転換の舵が切られたという理解は共

通している。また、出生促進政策は徐々に強化されており、とくに2000年代以後には「結婚と子どもを生き育てる親のパッケージ（Marriage and Parenthood Package 2001, 2004, 2008, 2013, 2015）」を通じて、より積極的な出生促進政策が実施されている。

本研究では、出生抑制政策の導入と継続から廃絶に向けた動きが始まる1987年前後をシンガポールにおける人口政策の転換時期と捉え、主に2つの時期において人口政策の基本方針について、関連する制度や実施体制の移り変わりを中心にみた。また、公的家族計画プログラムは1970年と1975年の粗出生率の水準を5カ年計画の目標に

掲げていたため、粗出生率の推移を民族別に概観した。

## B. 研究方法

本研究は①シンガポールにおける人口政策について並びに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（マクロ長期時系列）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・包括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

公衆に対する家族計画サービスの提供は、1949年の家族計画協会（the Family Planning Association）の設立（7月）とそれに続くはじめての母子健康クリニックの設置（11月）にまで遡ることができる。この協会は医師、ソーシャルワーカー、その他の有志によって設立された民間の非営利団体であり、財政基盤のない奉仕活動であった。1950年代のシンガポールでは急増する出生数と人口による子どもの貧困、食糧難、教育施設・教員や住宅の不足、失業問題が極めて深刻な状態であり、人口には家族数を制限し間隔を制御するための手段に

対する強い需要があった。そのため、サービス利用者数は急増する。1950年代の後半までに財政基盤のない協会には急増する受容者に対応することが困難になり、政府に支援を申し入れるようになる。1965年3月に「家族計画協会から政府への責務移行に関する審査委員会（Review Committee on Transfer of Responsibilities from the Family Planning Association to Government）」が編成され、その報告書「家族計画白書（White Paper on Family Planning）」が国会に提出されると、シンガポール共和国建国（1965年8月9日）直後の1965年12月に、人口抑制（population control）を直接の目的とする家族計画・人口評議会（the Singapore Family Planning and Population Board）が設置され、1966年1月から公的な家族計画プログラムの提供が始められる。家族計画・人口評議会は、家族計画の普及啓蒙だけでなく人口抑制プログラムを一手に引き受け、人口（demography）への社会関心を高めることと担うことを目的として設置された法定機関（statutory board）である。公的家族計画プログラムは、知識、態度、実践（KAP）による近代的避妊技術の普及を進めることが中心となるが、重要な法制として人工妊娠中絶及び不妊手術の合法化・自由化がある。また、為政者が望ましいと考える社会規範を誘導するために経済的な誘因（反誘因）を設けることはシンガポール政府の常套手段である。高出生順位ほど高額な分娩費用といった直接的な制度だけでなく、出産休暇や所得税控除、公共住宅、子どもの教育等についての多面的な制度を通じた金銭的な誘因と阻害によって、子ども2人の家族規範の定着が図られた。

人口政策の大きな転機は、1987年3月に

ゴー・チョクトン (Goh Chok Tong) 第一副首相が出生抑制政策の段階的縮小と制限付きの出生促進政策の導入を公表し、「余裕があるならば (子どもは) 3 人以上持つ (Have Three or More If You Can Afford It)」キャンペーンを開始したことに求めることができる。スローガンに表れているように、実質的に経済社会に貢献している働く女性を優遇するというより実利的な方向が強くなった。ただし、この時期の出生促進政策は高次パリティの出生や所得等の条件・制限付きであるか、出生抑制政策は縮小に留まるといった批判があり、後者の完全撤廃は低教育水準と低所得層の出生爆発を引き起こし、人口の再生産構造の質の低下を招くという危惧があったとされる。なお、人口抑制政策を牽引した家族計画・人口評議会は 1986 年 5 月に廃止されたことが、政策転換を象徴している。2000 年代に入り、2001 年には「結婚と子どもを生き育てる親のパッケージ (Marriage and Parenthood Package)」と呼ばれる包括的な家族人口政策が導入され、断続的に強化されていく。最初の 2001MMP は、ゴー・チョクトン首相が 2000 年 8 月の独立記念集会における演説で公表した。具体的には、第 2~3 子に対するベビーボーナス制度 (Baby Bonus Scheme) 等が含まれる。ベビーボーナス制度は出産時の一時金給付 (Baby Bonus Cash Gift) と政府と親が折半する共同貯蓄口座「育成口座 (Child Development Account)」(親の貯蓄額と同額を政府が入金、政府認可の施設等での育児・教育関連支出のみにあてることができる) からなり、自助 (self-reliance) を社会保障の基本理念とするシンガポールらしいユニークな制度である。包括的な家族人口学的出生促進政策 MMP は 2000 年代半ば以降も検討が重

ねられ、制限撤廃と支援拡充が進められている。すなわち、人口の規模と構造の安定に資する限り、有権者からの意見を取り入れられ、母の年齢や教育水準、子の出生順位、親の所得といった制限を排除し、より包括的で弾力的 (フレキシブル) により多くの選択肢を提示して家族生活をサポートし、キャリアと家族生活のバランスがとれるよう拡充されている。管見の限り、強化版 2008MMP と 2013MMP、もしくは 2015MMP 頃までは記者公表が行われたが、その後は逐次連続的に拡充を重ねているようである。2000 年代まで人口問題を検討し政策立案の中心であった「省庁間委員会」や「人口に関する作業部会」、「人口運営グループ」といった審議会組織は政府に報告書を勧告すると、役目を終え解体されてきた。一方、2008 年 6 月に首相府に常設の政府内部組織として国家人口事務局 (National Population Secretariat) が設置され、さらに 2011 年 1 月には副首相直属で省と同等の国家人口資質局 (National Population and Talent Division, NPTD) へと格上げされて、人口に関するすべての政策を立案・調整・検証する役割を担っている。NPTD は 2013 年 1 月「躍動的なシンガポールのための持続可能な人口—人口白書」(NPTD 2013b) のなかで、2012 年はベビーブーマー世代が 65 歳以上に達するシンガポール人口の転換点であり、今後も強いシンガポール人の核 (a strong Singaporean core) を維持するための政策として、シンガポール人の核の礎である強固な家族の形成を支えるための「結婚と子どもを生き育てるための親パッケージ」を第一に挙げている。このような政策実施体制の変化は、かつて家族計画・人口評議会を設置した頃と同等以上に、政府は少子高齢化

や人口減少に危機感を持ち、家族人口政策を重視していることを表している。

#### D. 考察

公的な人口抑制政策は、5カ年計画において具体的な数値目標が設定され推進された。第1期1966–1970年には、新規受容者として有配偶女性の60%にあたる18万人（1957年人口センサスに基づく推定値）へのサービス提供を通じ1970年粗出生率を20%に引き下げることが目標として期首に設定された。第2期1971–1975年には、新規受容者数として毎年平均1.6万人（5年合計8万人；1972年設定）と1975年粗出生率18‰（1974年設定）が目標とされた。第3期1976–1980年にはこのように具体的な数値目標は設定されておらず、期首時点の施策の継続を通じて、人口置換水準出生率と人口のゼロ成長を維持するとされた。

公的家族計画プログラムの新規受容者数は、第1次5カ年計画期に15.8万人の新規受容者数を集め、有配偶女性比は65%と当初の目標を達成する順調な導入であった。また1965年以前に家族計画協会のプログラムを利用したことがある人は累計8.2万で、この規模は1970年15–44歳女子有配偶人口の34%（1957年15–44歳女子有配偶人口の42%）に相当する。公的プログラムの時代にはすべての民族においてKAPは広く浸透したとみられる。

粗出生率については、民族によって低下速度に差はみられるものの1960年代、とくに第1期1966–1970年にはすべての民族の出生率の低下速度は最大になっていたが、1970年の粗出生率（民族総数）は22.1%で目標には到達しなかった。一方、1970年代前半の出生率はすべての民族で上昇し

たにもかかわらず、1975年粗出生率はすべての民族で目標を下回った。

シンガポールは人口規模が小さく国土が狭く人口が密集しているおり、あまねく全国民に到達しやすいためか、そもそも生活様式も信教も異なる移民集団によって形成された多民族国家であるためか、人民行動党の権威主義的性格か、政策手段として普及啓蒙キャンペーンを多用してきた。キャンペーンは、まず為政者による社会問題の認識と政策目的達成のために為政者が望ましいと考える社会規範と逆に排除すべき規範を特定し、種々の経済的誘引と阻害手段で人口の行動と態度を誘導するという実施過程をとるため、政策目的と為政者の意図が顕著に表れる。KAPは家族計画プログラムの主要な一部なのだが、家族計画・人口評議会は1966年の設立からすぐに「二人—それが理想：不妊手術—家族数制限のための最良の手段（1966）」、「2人でやめよう（1972）」、「女の子か男のかにはかかわらず、2人で十分（1972）」といった標語を用いて2人家族規範を浸透させるため、マス・メディアからコースターやペンといった日用品に至るまであらゆる手段を用いて人口に働きかけた。1980年代に実利的な標語を用いていた事は既述の通りであり、シンガポール社会では大きなインパクトがあった。2000年代以降には「シンガポール：家族のための素晴らしい場所（2004）」、「家族のために作られたシンガポールを建てよう（2020）」というように、政策目的と手段はより家族人口学的な性格を強めていることがわかる。

#### E. 結論

シンガポールは権威主義的国家として知られ、人口政策の領域においても「人口成

長率＝ゼロ」を目標に、積極的な介入を行ってきた。とくに1966年から1970年代に家族計画・人口評議会は強力な人口抑制政策を推し進め、新規受容者数や粗出生率についての具体的な数値目標を設定して、あらゆる手段をつかって出生抑制が図られた。その結果、公的プログラム導入から僅か10年の1975年までに、民族別にみてもすべての民族の期間出生率は人口置換水準に到達した。期間出生率が人口置換水準を達成した後の1975年以後も、人口抑制政策は継続されていた。1987年に出生抑制政策の撤廃と出生促進政策の導入へ向けた政策転換の舵が切られたあと、出生促進政策は徐々に強化されており、2000年代以後にはより積極的な出生促進政策「結婚と子どもを生き育てる親のパッケージ（Marriage and Parenthood Package 2001, 2004, 2008, 2013, 2015）」が実施されている。このような人口政策の導入・継続・転換タイミングと期間出生力変化及び民族差のパターンとの関係について詳細は割愛するが、民族別にみてもすべての民族の期間出生率が人口置換水準に到達した1970年代の急速な出生率低下の背景として、家族計画プログラムの受容や期間出生率変化の要因には民族差がある。また、1987年前後の人口政策の転換時にも、すべての民族の期間出生率は大きく上昇しておりコーホート・テンポ効果が重要な寄与をしていることはすべての民族に共通するのだが、その水準や変化パターンには民族差がある。かつて、Saw（1970: p.84；2016: p.136）は、1960-70年代の状況をみて、出生力の民族格差の様相は容易に様変わりする可能性がある」と指摘したが、マレー系のカンタムが人口置換水準を割り込もうとしている中で、今後も高い出生力を維持するのか、継続的な観察

が重要であろう。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

小池司朗・菅桂太「2015年国勢調査の人口移動集計における不詳按分と按分結果の検証」『人口問題研究』第77巻第4号, 2021年, pp.293-315.

岩澤美帆・菅桂太・鎌田健司・余田翔平・金子隆一「市区町村別合計出生率の推定—全国および都道府県を標準とした間接標準化法による試み—」『人口問題研究』第77巻第4号, 2021年, pp.316-334.

岩澤美帆・菅桂太・鎌田健司・余田翔平・金子隆一「出生力の地域差に対する結婚力効果と夫婦出生力効果—対数線形モデルを利用した市区町村別合計出生率の分解—」『人口問題研究』第78巻第1号, 2022年, pp.78-105.

鎌田健司・小池司朗・菅桂太・山内昌和「都道府県別にみた人口増加率の要因分解：1950～2015年(1)総人口の分析結果」『人口問題研究』第78巻第1号, 2022年, pp.156-176.

### 2. 学会発表

SUGA, Keita "Lowest-Low Fertility in Singapore: Current State and Prospects," presented at Population Association of America Annual Meeting 2021, Online assisted by OpenWater. (2021.5.6 15:15-16:45)

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」, 日本人口学会第73回大会, オンライン開催(共催 東京大学)(2021年6月5日).

石井太・別府志海・菅桂太「日本版死亡データベースの地域分析・死因分析への

拡張・応用」, 日本人口学会第 73 回大会, オンライン開催（共催 東京大学）(2021 年 6 月 6 日).

鎌田健司・小池司朗・菅桂太（国立社会保障・人口問題研究所）・山内昌和（早稲田大学）「都道府県別にみた人口増加率の要因分解：1950-2015 年」, 日本人口学会第 73 回大会, オンライン開催（共催 東京大学）(2021 年 6 月 6 日).

菅桂太「シンガポールにおける人口センサス・人口動態統計からみた出生力転換の民族格差」, 日本人口学会 2021 年度第 1 回東日本部会, 札幌市立大学サテライトキャンパス・オンライン共催（2021 年 12 月 5 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  
「社会生活基本調査データを利用した介護・看護時間の解析」

研究分担者 盖若琰 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

日本では、介護保険より介護サービスが普及した一方で、家族は高齢者介護の主な担い手であり、特に女性の役割が大きい。本研究は家族介護者の生活時間、介護の生活と仕事への影響を把握し、介護による離職や関連支援の有無と必要度などを考察するために、社会生活基本調査の調査票データにおける「介護・看護時間」とその関連項目を考察し、調査者全体及び介護をしている者の生活時間記録の平均介護・看護時間とその影響要因を一般化線形モデル (Generalized Linear Model: GLM) で解析した。その結果、全体から見て、男性と比べて女性の介護・看護時間が長い傾向があり、特に 40～59 歳の女性はほかの性別・年齢別グループと比べて介護・看護時間が有意に長かった。介護をしている者の平均介護・看護時間は 137.7 分 (95%信頼区間: 134.2 分-141.2 分) であり、特に介護休業中の者がその平均介護・看護時間がもっとも長かった。介護をしていないものと比べて、介護をしている者の睡眠、仕事、余暇時間が顕著に減少する傾向がある。社会生活基本調査を利用した介護時間の解析は、その限界をよく吟味するうえで、介護負担の定量化評価と介護による生産性損失の推定に一助することが期待できる。  
キーワード: 社会生活基本調査、生活時間、介護負担、生産力損失

A. 研究目的

日本は世界一の高齢社会であり、65 歳以上の人口は人口全体の 28.9%を占め、今後この割合がさらに拡大する見込みである<sup>1</sup>。介護保険より介護サービスが普及した一方で、家族は高齢者介護の主な担い手であり、特に女性の役割が大きい。生活時間調査 (Time Use Survey) は近年、介護の実態把握への利用が注目されている<sup>2</sup>。介護に使う時間を糸口として家族介護者の生活と仕事への影響を把握し、介護による離職や関連支援の有無と必要度などを考察することは、介護による生産性損失の推定に一助し、介護に関わる高齢社会の社会保障制度の改善に意義が大きい。

B. 研究方法

本研究は社会生活基本調査の調査票データの二次利用をし、被調査者全体及び介護者の介護時間とほかの生活時間を考察する。今年度は解析モデルの構築のため、まず平成 23 年の調査票データを解析した。社会生活基本調査は、生活時間の配分や余暇時間における主な活動を調査し、国民の社会生活の実態を明らかにするための基礎資料として 5 年ごとに実施している。調査票では、生活時間における行動の種類として、「1. 睡眠、2. 身のまわりの用事、3. 食事、4. 通勤・通学、5. 仕事、6. 学業、7. 家事、8. 介護・看護、9. 育児、10. 買い物、11. 移動 (通勤・通学を除く)、12. テレビ・ラジオ・新聞・雑誌、13. 休養・くつろぎ、14. 学習・

自己啓発・訓練（学業以外）、15. 趣味・娯楽、16. スポーツ、17. ボランティア活動・社会参加活動、18. 交際・つきあい、19. 受診・療養、20. その他」という20項目があり、調査対象日（2日間）の午前と午後の生活活動として該当する項目を選び、各項目の時間を15分刻みで記入してもらう。介護について、「8. 介護・看護」の生活時間記録から一日のうちの介護・看護時間が調べられる。また、介護の状況として、ふだん家族の介護をしているかどうか、介護の場所と対象、世帯以外の人から介護の手助けを受けているかどうか、介護休業・休暇を含む介護者の就業状況、介護者のほかの生活項目における時間配分などに関連する調査項目もあり解析に利用した。

介護・看護の時間とその関連項目の記述統計のほか、調査対象全体と介護者の介護・看護、睡眠、就業、余暇における平均時間を一般化線形モデル（Generalized Linear Model: GLM）で推定し、その際に年齢、性別、介護の有無、就業状況、介護の手助けの有無、調査対象日が休日なのかどうかなどの影響因子をコントロールした。解析はStata 15.0を利用した。

（倫理面への配慮）

本研究は公的調査統計の二次利用であり、匿名処理後、連結・特定不可能な調査票データセットを受けた。そのデータセットは所定の規定より厳重に管理している。

### C. 研究結果

今度の解析は平成23年の社会生活基本調査・調査票Aのデータセットにある351,515の生活時間記録を対象とした。表1は生活時間記録の対象者（被調査者）の社会人口的属性をまとめている。ふだん家族の介護をしている被調査者より回答された記録は全体の6.42%であった。

表2はふだん家族の介護をしている被調査者の回答における介護の場所と対象について、自宅内で65歳以上の家族を介護する割合がもっとも多く、記録全体の半分以上を超えた。自宅外で65歳以上の家族を介護する割合は32.69%であり、両者が合わせて高齢者の家族を介護する割合は83.16%になった。

また、ふだん世帯以外の人から介護の手助けを受けていないと答えた割合は68.76%であった。一方で、受けている回答の中で、手助けを受ける頻度の高い項目である週に2~3日、週に4日以上の方が比較的高く、それぞれ13.82%、11.96%であった。

表3は勤務している者（フルタイムと短時間勤務を含む）を対象とする週あたりの就業時間と介護休業・介護のための休みをまとめた。週あたりの勤務時間について、各時間層における分布はやや分散しているように見え、もっとも集中した時間層は週40~48時間であり、回答記録全体の32.69%を占めた。調査票を回答した当日、介護休業もしくは介護のための休みに該当した記録は全体の0.06%であった。

表4は全体の介護・看護時間に関する一般化線形モデル解析の結果である。全体から見て、男性と比べて女性の介護・看護時間が長い傾向がある。年齢が20歳以下の者と比べてその上の年齢層、フルタイムの勤務と比べて、短時間勤務、勤務していない者、また当然のことに、家族の介護をしている者、そのために世帯以外の人から手助けを受けている者は有意に介護・看護時間が長かった。

表5は前述の一般化線形モデルで予測した性別・年齢別の介護・看護時間であり、40~59歳の女性はほかの性別・年齢別グループと比べて介護・看護時間が有意に長かった。

表6はふだん家族の介護をしている者の介護・看護時間に関する一般化線形モデル解析の結果であり、前述の記録全体を対象とした一般化線形モデル解析と類似し、性別、年齢、勤務形態、世帯以外の人から介護の手助けを受けていること、調査票を回答した当日家族の介護をしていたことのほかに、介護休業中の者がそうでないグループと比較するとはるかに介護・看護時間が長かったことが示された。具体的に、介護休業中の者の平均介護・看護時間は一日あたり309.5分（95%信頼区間：236.9分-382.0分）であり、働いていて介護休業中でない者、また勤務していない者の倍以上になることを同モデルで推定された（表7）。

介護・看護時間のほかに、一般化線形モデル解析を用いてふだん家族の介護をしている者の一日当たりの睡眠、勤務（働いている者に限る）、休暇時間を推定し、表8にまとめた。その結果、家族の介護をしている者の介護・看護、睡眠、仕事、休暇時間はそれぞれ、137.7分（95%信頼区間：134.2分-141.2分）、426.9分（95%信頼区間：424.5分-429.2分）、214.6分（95%信頼区間：206.0分-223.3分）、106.4分（95%信頼区間：103.5分-109.2分）であり、睡眠、仕事、休暇時間はふだん介護をしていない者と比べてかなり減ることがわかった。

#### D. 考察

本研究は、代表性の高い公的統計データを利用して日本人の平均介護・看護時間を解析した。調査票データでは、ふだん家族の介護をしている被調査者より回答された記録は全体の6.42%であった。自宅内で65歳以上の家族を介護する割合がもっとも多く、記録全体の半分を超えた。自宅外で65歳以上の家族を介護する割合は32.69%であり、両者が合わせて高齢者の家族を介護する割合は83.16%になった。

全体から見て、男性と比べて女性の介護・看護時間が長い傾向があり、特に40～59歳の女性はほかの性別・年齢別グループと比べて介護・看護時間が有意に長かった。この結果は女性が家庭内ケアの主な担い手という根強い役割によって解釈できる<sup>3</sup>。

また、介護をしている者の平均介護・看護時間は137.7分（95%信頼区間：134.2分-141.2分）であり、その中で、介護休業中の者がその平均介護・看護時間がもっとも長く、一日あたり309.5分（95%信頼区間：236.9分-382.0分）と推定された。表8で示したように、介護をしていないものと比べて、介護をしている者の睡眠、仕事、余暇時間が顕著に減少する傾向がある。これらの数値より、介護・看護による生産力損失の定量的評価に一助する<sup>4</sup>。

一方で、本解析の結果を解釈する際に、次の限界を認識する必要がある。まず、本解析で利用した社会生活基本調査の調査票データでは、介護・看護時間がまとまっておらず、介護、看病それぞれの時間ははっきり把握できない。また、被介護者の要介護度、福祉・介護サービスの利用など詳細な情報が調査票データに入っていないため、介護時間への影響を考察することが不能である。さらに、横断調査のため、介護者の介護による経時的な影響、例えば、介護前後の就業状態の変化などが把握できない。2日間の生活時間記録は個人レベルの生活の全体像をなかなか全面的に反映できない。ただ、上記の限界があるにもかかわらず、社会生活基本調査として、代表性の良い調査統計として、人口全体レベルの生活パターンの多様性を網羅している。

#### E. 結論

筆者の知っている限り、本研究は日本国内で初めての社会生活基本調査を利用した介護時間の統計モデルに基づいた推定解析

であり、その結果は家族介護者の生活と仕事への影響、介護による生産力損失の推定に有意義である。

informal care.

[https://warwick.ac.uk/fac/soc/ier/news/casey\\_-\\_dilnot\\_commission\\_evidence\\_-\\_as\\_sent.pdf](https://warwick.ac.uk/fac/soc/ier/news/casey_-_dilnot_commission_evidence_-_as_sent.pdf)

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

なし

##### 2. 学会発表

Ruoyan Gai. 「Time use for caring and nursing: A preliminary analysis using Time Use Survey data in Japan」第80回日本公衆衛生学会総会（オンライン発表）. 2021年12月.

#### 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

#### <参考文献>

1. 厚生労働省. 平成28年版厚生労働白書. <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/1-01.pdf>

2. Denton SL. Adding eldercare questions to the American Time Use Survey. Monthly Labor Review. November 2012.

<https://www.bls.gov/opub/mlr/2012/11/art3full.pdf>

3. OShio T. Differences among elderly Japanese: importance of family and social relations for life satisfaction. RIETI Discussion Paper Series 11-E-051. <https://www.rieti.go.jp/jp/publication/dp/11e051.pdf>

4. Casey BH. The value and costs of

表 1. 生活時間記録の社会人口的属性

		度数	%
性別	男性	166,373	47.33
	女性	185,142	52.67
年齢	10~19歳	37,977	10.80
	20~29歳	31,736	9.03
	30~39歳	45,918	13.06
	40~49歳	50,102	14.25
	50~59歳	53,339	15.17
	60~69歳	62,007	17.64
	70~79歳	44,823	12.75
	80歳及びそれ以上	25,613	7.29
都市区分	大都市（人口100万人以上の市）	36,466	10.37
	中都市（人口15万人以上100万人未満の市）	127,351	36.23
	小都市A（人口5万人以上15万人未満の市）	102,640	29.20
	小都市B（人口5万人未満の市）	38,523	10.96
	町村	46,535	13.24
ふだん家族の介護をしているかどうか	していない	309,632	88.09
	している	22,551	6.42
	無回答	19,332	5.50
勤務形態	フルタイム	160,957	45.79
	短時間勤務	40,917	11.64
	勤務していない	129,768	36.92
	無回答	19,873	5.65
質問票を回答した日	平日	218,823	62.25
	土日・祝日	132,692	37.75
	<b>合計</b>	<b>351,515</b>	<b>100</b>

表 2. 介護の場所と対象と世帯以外の人から介護の手助けの有無

ふだん家族の介護をしている	度数	%
<b>介護の場所と対象</b>		
65歳以上の家族を介護(自宅内)	11,381	50.47
65歳以上の家族を介護(自宅外)	7,373	32.69
その他の家族を介護(自宅内)	1,766	7.83
その他の家族を介護(自宅外)	2,031	9.01
<b>ふだん世帯以外の人から介護の手助けを受けているか</b>		
受けていない	15,505	68.76
月に1日以内	126	0.56
月に2~3日	230	1.02
週に1日	875	3.88
週に2~3日	3,117	13.82
週に4日以上	2,698	11.96
<b>合計</b>	<b>22,551</b>	<b>100.00</b>

表 3. 勤務している者の週当たりの就業時間と介護休業の状況

就業時間と介護休業	度数	%
<b>一週間の就業時間</b>		
15時間未満	13,257	6.57
15～29時間	24,194	11.98
30～34時間	10,365	5.13
35～39時間	16,521	8.18
40～48時間	65,988	32.69
49～59時間	30,535	15.13
60時間以上	17,516	8.68
きまっていない	21,599	10.70
無回答	1,899	0.94
<b>介護休業・介護のための休み</b>		
していない	201,761	99.94
している	113	0.06
<b>合計</b>	<b>201,874</b>	<b>100</b>

表 4. 全体の介護・看護時間に関する一般化線形モデル解析 (N=351,515)

	全体の介護・看護時間	係数	p	95%信頼区間	
性別	男性	ref.			
	女性	0.789	<0.001	0.658	0.919
年齢	20歳以下	ref.			
	20～39歳	1.620	<0.001	1.316	1.923
	40～59歳	1.903	<0.001	1.605	2.201
	60～79歳	1.853	<0.001	1.570	2.137
	80歳及びそれ以上	1.623	<0.001	1.279	1.967
勤務状態	フルタイム	ref.			
	短時間勤務	0.421	<0.001	0.216	0.626
	勤務していない	0.432	<0.001	0.273	0.591
世帯以外の人から介護の手助けを受けているか	世帯以外の人から介護の手助けを受けていない	ref.			
	世帯以外の人から介護の手助けを受けている(1日/月)	-0.308	0.733	-2.080	1.464
	世帯以外の人から介護の手助けを受けている(2～3日/月)	0.930	0.141	-0.309	2.170
	世帯以外の人から介護の手助けを受けている(1日/週)	0.414	0.227	-0.258	1.086
	世帯以外の人から介護の手助けを受けている(2～3日/週)	0.963	<0.001	0.552	1.375
	世帯以外の人から介護の手助けを受けている(3日以上/週)	1.209	<0.001	0.740	1.677
介護	家族の介護をしていない	ref.			
	家族の介護をしている	3.266	<0.001	3.017	3.514
質問票の回答日	平日	ref.			
	土日・祝日	-0.169	0.009	-0.296	-0.041

表 5. 全体から見た性別・年齢別の介護・看護時間

性別・年齢別の介護・看護時間	平均時間(分)	p	95%信頼区間	
20歳以下・男性	0.393	<0.001	0.265	0.521
20~39歳・男性	1.984	<0.001	1.486	2.483
40~59歳・男性	2.635	<0.001	2.021	3.249
60~79歳・男性	2.506	<0.001	1.963	3.050
80歳及びそれ以上・男性	1.991	<0.001	1.429	2.553
20歳以下・女性	0.864	<0.001	0.567	1.162
20~39歳・女性	4.366	<0.001	3.305	5.426
40~59歳・女性	5.797	<0.001	4.493	7.101
60~79歳・女性	5.515	<0.001	4.308	6.722
80歳及びそれ以上・女性	4.381	<0.001	3.103	5.658

表 6. ふだん家族の介護をしている者の介護・看護時間に関する一般化線形モデル解析 (N=22, 551)

介護・看護時間	係数	p	95%信頼区間	
性別	-1.810	0.071	-0.094	0.004
年齢	4.650	<0.001	0.002	0.005
勤務形態	3.850	<0.001	0.061	0.189
世帯以外の人から介護の手助けを受けている	5.300	<0.001	0.019	0.041
家族の介護をした(質問票の回答日)	10.670	<0.001	0.209	0.303
介護休業中でない	ref.			
勤務していない	1.860	0.063	-0.006	0.215
介護休業中	8.280	<0.001	0.731	1.184
土日・祝日(質問票の回答日)	-3.010	0.003	-0.107	-0.022

表 7. 介護休業の有無による平均介護・看護時間

介護休業の有無	介護・看護時間(分)	p	95%信頼区間	
介護休業中でない	118.760	0.000	110.679	126.841
介護休業中	309.451	0.000	236.892	382.010
勤務していない	131.883	0.000	125.266	138.500

表 8. ふだん家族の介護をしている者の一日当たりの介護・看護、睡眠、仕事、余暇の平均時間

	予測された時間(分)	p	95%信頼区間	
<b>介護・看護時間</b>				
家族の介護をしていない	106.599	<0.001	102.485	110.712
家族の介護をしている	137.676	<0.001	134.163	141.189
全体	127.897	<0.001	125.192	130.602
<b>睡眠時間</b>				
家族の介護をしていない	474.011	<0.001	473.649	474.373
家族の介護をしている	426.878	<0.001	424.517	429.239
全体	473.059	<0.001	472.702	473.416
<b>勤務時間(勤めている者に限る)</b>				
家族の介護をしていない	287.362	<0.001	285.890	288.834
家族の介護をしている	214.634	<0.001	205.995	223.273
全体	286.412	<0.001	284.952	287.871
<b>休暇時間</b>				
家族の介護をしていない	148.849	<0.001	148.273	149.424
家族の介護をしている	106.350	<0.001	103.459	109.240
全体	147.997	<0.001	147.429	148.564

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 盖若琰 国立社会保障・人口問題研究所

研究要旨

日中韓医療政策関連の分担研究は日本、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。

今回考察した日中韓三か国の公的医療保障制度は人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療財政の持続可能性の課題に直面している。今後引き続き制度の様々な側面における政策の動向に関わる情報収集と比較をすることは、知見の蓄積と交流に寄与するだろう。

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、本分担研究の目的は、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た。令和3年度は前年度に引き続き、医療提供体制と先進医療の分野における日中韓三国の比較を継続して行った。

### （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、倫理審査の対象ではない。

## C. 研究結果

表1は日中韓三国の医療保障制度の比較をまとめたものである。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、組合管掌健康保険、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、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の軽減視点から、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）を導入した。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）を導入した<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り、混合医療は原則認められなかったが、保健財政が逼迫する中、最近給付範囲の見直しの議論が続き、また混合医療が高度医療を中心に解禁する傾向も見える。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背景で、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。

医療提供体制について、日本は私的医療機関が医療機関全体の約 85% を占め<sup>5</sup>、医療サービスの主な提供主体である。韓国も似たように、私的医療機関による医療サービスの提供が主となっている<sup>6</sup>。一方で、中国では、私的医療機関の数が近年増加す

る傾向があるものの、公的医療機関が医療サービスの主な提供先である<sup>4</sup>。

最後に、近年医療技術の著しい進歩と伴って議論されている先進医療について、日本では「厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた療養その他の療養であって、保険給付の対象とすべきものであるか否かについて、適正な医療の効率的な提供を図る観点から評価を行うことが必要な療養」と定義され、法律より厚生労働大臣が定める「評価療養」に位置付けている<sup>7</sup>。認められた診療に限って、混合医療に関わる規制が緩和され保険診療と併用が認められるが、その該当の費用は全額自己負担となる。先進医療の公的医療保険における位置づけと患者自己負担において、中国と韓国も似たようで、現状では多数の診療が公的医療保険よりカバーされていない。

#### 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、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考する意義が大きい。

#### E. 結論

今回考察した日中韓三か国の公的医療保障制度は人口高齢化と医療技術の高度化による保健医療財政の持続可能性の課題に直面している。今後引き続き制度の様々な側面における政策の動向に関わる情報収集と比較を行うなど知見の蓄積が必要である。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

Ruoyan Gai. “Reimbursement of immunotherapy in the health insurance system in Japan”, Health Technology Assessment international 2021 (Online). June 2021.

## 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

## <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/12400000/000603946.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）

### 5. 厚生労働省. 医療施設動態調査（令和3年1月末の概数）.

[https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m21/dl/is2101\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m21/dl/is2101_01.pdf)

### 6. OECD iLibrary. OECD Reviews of public health: Korea: A Healthier Tomorrow.

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/6e005d47-en/index.html?itemId=/content/component/6e005d47-en>

### 7. 厚生労働省. 先進医療の概要について.

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoku/iryohoken/sensiniryoku/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/sensiniryoku/index.html)

表 1.日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

	日本	中国	韓国
<b>方式</b>	社会保険方式	社会保険方式（発展途中）	社会保険方式
<b>加入対象</b>	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
<b>医療保険組合</b>	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	国民健康保険会社
<b>給付種類</b>	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付	現物給付＋現金給付
<b>財源</b>	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担	保険料＋公費負担
<b>自己負担率</b>	30%、自己負担の上限あり（高額医療費制度による）	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
<b>混合医療</b>	×	○	○
<b>支払方式</b>	出来高払い＋DPC	これまで出来高払いがメインだったが、DRGや一括前払い(global budget)が拡大中	出来高払い＋DRG＋P4P
<b>医療技術評価の応用</b>	価格決定	保険償還の有無	保険償還の有無
<b>医療提供体制</b>	民間病院による医療サービスの提供が主となっている。	公立病院による医療サービスの提供が主となっている。	民間病院による医療サービスの提供が主となっている。
<b>先進医療制度</b>	一部認められた先進医療は保険診療との併用が認められるが、その該当部分は全額自己負担となる。	多数の医薬品・診療は公的医療保険にカバーされていないため、全額自己負担となる。	多数の医薬品・診療は選択医療制に該当し、公的医療保険の適用対象外となる。

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多様性を踏まえた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：東アジアの高齢化は急速に進むことが見通されており、介護制度の構築は東アジア共通の政策課題となっている。例えば、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、介護サービス利用が大きく広がった。「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、地域に密着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「介護保険パイロット事業」が実施され、その実施都市が追加指定され、事業が拡大している。

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。こうした多様性の検討は、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にもつながる。

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、中国の介護制度の多様性を現状の制度内容、制度発展の経緯から概観する。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、東アジアの介護制度を構成要素とそのあり得る選択肢への分解を試みた。

東アジアの介護制度を、介護制度全般を見渡した場合、主な制度内容に着目した場合どちらで見てもその多様性を見て取ることができる。しかし後者の場合、多様性の現れ方に変化がある。例えば、財政方式では税方式か社会保険方式かの2者択一であるが、制度運営者を見ると、地方自治体（わが国や中国、台湾）、医療保険者（韓国）に分かれるが、中央政府（当局）との関係を見ると、わが国や台湾は、中央政府（当局）が制度を決め、地方自治体が制度の運営者となる。中国の場合、介護保険パイロット事業では、中央政府は大まかなことしか決めておらず、地方政府が詳細を決める。また、給付対象となる介護サービスとして、福祉用具、住宅改修、配食サービス、家族介護者支援を給付に含めるか否かで、各国・地域の多様性が見られる。居宅、通所、施設ケアは給付に含まれるなど類似性もある。その他に自己負担の仕組み、外国出身の介護労働者受け入れについては、国と地域による違いが大きい。介護サービス事業者に公営、民営の両方を想定すること、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している。

このような介護制度の多様性の背景には、介護制度発達の際の経緯を見ることも重要である。東アジアの介護制度に共通する発展経緯を大まかにまとめると、①貧困対策の一環、②老人福祉が独立した政策分野となり、対象者を限った制度からより一般的な制度に充実、③ユニバーサルな介護制度を構築、④医療保険など社会保険が一方で発展、とまとめることができる。それぞれの制度がいつ開始され、どのくらいの期間続いたかは国や地域により異なる。この点も、東アジアの介護制度の多様性をもたらしているものと思われる。

このように、現在の制度、過去の経緯ともに、それぞれ独自の姿を持つことが東アジアの介護制度の特徴である。その一方で、周辺地域への示唆を明らかにする方策として、東アジアの介護制度の構成要素を細かく分類し、それぞれにあり得る選択肢を設定することを試みた。制度の建て方から人口・社会経済の状況まで14種類を設定したが、これにより現在の東アジアの介護制度の内容を評価できる一方、これから介護制度を作る国が想定する制度内容を明らかにすることができる。その内容を元に、実際にその通りに制度構築を行った場合の問題点も明らかにできる。本稿では、制度の基本に関する部分、介護サービスに関する部分に限って既存制度の評価と仮設の国での制度構築構想の特徴を明らかにすることを試みた。その結果、制度の対象者と財政方式、介護サービスの両方で、構想する制度、問題点の予測ができた。

このような制度構築イメージと問題点は、周辺地域の各国の関係者が介護制度構築に当たって留意すべき点を認識させることにつながる。また、既存制度も同じ枠組みで評価した結果と、周辺地域の政策関係者が構想する制度を比較することで、既存制度を持つ国や地域の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。その結果によっては、むしろわが国の制度とは別の制度を採用した方が良いとアドバイスする方がよい場合も想定される。このような、ツールによる政策議論、政策学習が、東アジアの介護制度の経験を周辺地域に伝える上で重要と思われる。

#### A. 研究目的

東アジアの高齢化は急速に進むことが見通されており、介護制度の構築は東アジア共通の政策課題となっている。例えば、わが国は高齢者福祉の歴史は長いですが、2000年に介護保険が実施され、介護サービス利用が大きく広がった。「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、地域に密着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「介護保険パイロット事業」が実施され、その実施都市が追加指定され、事業が拡大している。

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。こうした多様性の検討は、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に

もつながる。

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、中国の介護制度の多様性を現状の制度内容、制度発展の経緯から概観する。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、東アジアの介護制度を構成要素とそのあり得る選択肢への分解を試みた。

#### 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、EUの資料も用いながら、制度の選択肢の検討を試みた。

（倫理上への配慮）

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

東アジアの介護制度を、介護制度全般を見渡した場合、主な制度内容に着目した場合どちらで見てもその多様性を見て取ることができる。しかし後者の場合、多様性の現れ方に変化がある。例えば、財政方式では税方式か社会保険方式かの2者択一であるが、制度運営者を見ると、地方自治体（わが国や中国、台湾）、医療保険者（韓国）に分かれるが、中央政府（当局）との関係を見ると、わが国や台湾は、中央政府（当局）が制度を決め、地方自治体が制度を運営者となる。中国の場合、介護保険パイロット事業では、中央政府は大まかなことしか決めておらず、地方政府が詳細を決める。また、給付対象となる介護サービスとして、福祉用具、住宅改修、配食サービス、家族介護者支援を給付に含めるか否かで、各国・地域の多様性が見られる。居宅、通所、施設ケアは給付に含まれるなど類似性もある。その他に自己負担の仕組み、外国出身の介護労働者受け入れについては、国と地域による違いが大きい。介護サービス事業者に公営、民営の両方を想定すること、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している。

### D. 考察

現在の制度、過去の経緯ともに、それぞれ独自の姿を持つことが東アジアの介護制度の特徴である。その一方で、周年地域への示唆を明らかにする方策として、東アジアの介護制度の構成要素を細かく分類し、それぞれに

あり得る選択肢を設定することを試みた。制度の建て方から人口・社会経済の状況まで14種類を設定したが、これにより現在の東アジアの介護制度の内容を評価できる一方、これから介護制度を作る国が想定する制度内容を明らかにすることができる。その内容を元に、実際にその通りに制度構築を行った場合の問題点も明らかにできる。本稿では、制度の基本に関する部分、介護サービスに関する部分に限って既存制度の評価と仮設の国での制度構築構想の特徴を明らかにすることを試みた。その結果、制度の対象者と財政方式、介護サービスの両方で、構想する制度、問題点の予測ができた。

### E. 結論

周辺地域の政策関係者による介護制度構築イメージと問題点は、彼らにとって介護制度構築に当たって留意すべき点を認識させることにつながる。また、既存制度も同じ枠組みで評価した結果と、周辺地域の政策関係者が構想する制度を比較することで、既存制度を持つ国や地域の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。その結果によっては、むしろわが国の制度とは別の制度を採用した方が良いとアドバイスする方がよい場合も想定される。このような、ツールによる政策議論、政策学習が、東アジアの介護制度の経験を周辺地域に伝える上で重要と思われる。

### F. 健康危険情報

なし

### G. 研究発表

#### 1. 論文発表

・万琳静・小島克久（2022）「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第23号，

pp.454-468.

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

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  
「台湾の新型コロナ対策の動向」

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：新型コロナウイルス感染症の広がりから2年を迎えたが、その状況は依然として厳しい。台湾でもデルタ変異株の蔓延を背景に、2021年5月ごろに感染者数が大きく伸びた。しかし、現在でも感染者数は1万9,192名、死亡者851名（2022年2月7日現在）にとどまっている。その背景には、昨年度の本研究班の報告書（台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観）でまとめたように、迅速な検疫・医療体制の立ち上げに加え、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保も迅速に行ったことにある。また、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きた。こうした対策がその後どのように進められてきたか、その動きをさらに知ることで、長期化する感染症対策の段階を理解することができ、今後の突破的かつ社会全体に長期的な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感染動向を概観し、新型コロナ対策として、①これまでの主な動き、②対応策の枠組み、③予算、④ワクチン接種、⑤感染警戒レベルの運用、に焦点を置いて述べる。

①として、台湾のコロナ対策は、2020年1月から3月には体制構築のための対策が迅速かつ集中的にとられ、2020年4月から12月までは、感染対策の強化、ワクチン接種準備と並行して、経済支援策も実施された。そして2021年は感染拡大状況に応じて、感染警戒レベルの発令などの対策の機動的な実施、計画的なワクチン接種が実施されている。

②として、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2020年2月に制定し、2度の改正を行って、特別予算の上限引き上げ、条例の有効期間延長を行ってきた。③として、この特別条例に基づく「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」（特別予算）は、4回の補正を経て、予算が確保されてきた。その特別予算から対策の特徴を見ると、治療、予防にも一定の配分があるが、金額上は経済振興への配分が多い。つまり、感染対策そのものだけでなく、新型コロナの影響への対応も視野に入れた対策をとっていたことがわかる。衛生福利部が支出した特別予算を見ると、初期は防疫資材の確保に多く支出されていた。その後、防疫関係者への手当、生活困窮者への支援が多くなり、さらにワクチン関係費への支出が増えている。しかし、特定の項目が大きく支出を減らすことなく、時期による変化はあるものの、防疫対策（物資調達、手当）、生活困窮者支援への支出が続いてきた。

④のワクチン接種は、計画に基づいて、感染対策に従事する者などを優先しつつ、ワクチン入手状況に応じて進められた。オンラインの活用、多様なワクチン入手ルートという特徴もあった。そして、⑤の台湾の感染警戒レベルは4段階あり、規制内容も厳しい。2021年5月以降これが発令されているが、規制の緩和を伴いながら柔軟な運用となっている。

このように、台湾の新型コロナ対策は、迅速さの一方で、計画に基づく運用、計画の柔軟な運

用が特徴である。また、ワクチン接種がオンラインを活用したように、ITの活用も特徴である。現在台湾では、感染拡大を抑えつつ、ワクチンの3回目の接種を進めている。ただし、医療や介護などへの影響が全くないと言い切ることはできない。これについては、詳細な検証が必要であろう。

#### A. 研究目的

新型コロナウイルス感染症の広がりから2年を迎えたが、その状況は依然として厳しい。台湾でもデルタ変異株の蔓延を背景に、2021年5月ごろに感染者数が大きく伸びた。しかし、現在でも感染者数は1万9,192名、死亡者851名（2022年2月7日現在）にとどまっている。その背景には、昨年度の本研究班の報告書（台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観）でまとめたように、迅速な検疫・医療体制の立ち上げに加え、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保も迅速に行ったことにある。また、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きた。こうした対策がその後どのように進められてきたか、その動きをさらに知ることで、長期化する感染症対策の段階を理解することができ、今後の突破的かつ社会全体に長期的な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感染動向を概観し、新型コロナ対策として、①これまでの主な動き、②対応策の枠組み、③予算、④ワクチン接種、⑤感染警戒レベルの運用、に焦点を置いて概観し、台湾の新型コロナ対策の特徴をまとめる。

#### 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、防疫をはじめ関係する分野の資料を収集したほか、これらに関する制度に関する情報

も確認した。

#### （倫理上への配慮）

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、その迅速さに一方で、計画に基づきつつ柔軟な運用が特徴である。

その主な流れを見ると、2020年1月から3月には体制構築のための対策が迅速かつ集中的にとられ、2020年4月から12月までは、感染対策の強化、ワクチン接種準備と並行して、経済支援策も実施された。そして2021年は感染拡大状況に応じて、感染警戒レベルの発令などの対策の機動的な実施、計画的なワクチン接種が実施されている。

対策の枠組みとして、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」を2020年2月に制定し、2度の改正を行って、特別予算の上限引き上げ、条例の有効期間延長を行ってきた。この特別条例に基づく「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」（特別予算）は、4回の補正を経て、予算が確保されてきた。その特別予算から対策の特徴を見ると、治療、予防にも一定の配分があるが、金額上は経済振興への配分が多い。つまり、感染対策そのものだけでなく、新型コロナの影響への対応も視野に入れた対策をとっていたことがわかる。衛生福利部が支出した特別予

算を見ると、初期は防疫資材の確保に多く支出されていた。その後、防疫関係者への手当、生活困窮者への支援が多くなり、さらにワクチン関係費への支出が増えている。しかし、特定の項目が大きく支出を減らすことなく、時期による変化はあるものの、防疫対策（物資調達、手当）、生活困窮者支援への支出が続いてきた。

ワクチン接種は、計画に基づいて、感染対策に従事する者などを優先しつつ、ワクチン入手状況に応じて進められた。オンラインの活用、多様なワクチン入手ルートという特徴もあった。

そして、台湾の感染警戒レベルは4段階あり、規制内容も厳しい。2021年5月以降これが発令されているが、規制の緩和を伴いながら柔軟な運用となっている。

#### D. 考察

このように、台湾の新型コロナ対策は、迅速さの一方で、計画に基づく運用、計画の柔軟な運用が特徴である。また、ワクチン接種がオンラインを活用したように、ITの活用も特徴である。現在台湾では、感染拡大を抑えつつ、ワクチンの3回目の接種を進めている。

#### E. 結論

台湾の新型コロナ対策が、迅速さ、計画とその柔軟な運用で特徴付けることができる。しかし、医療や介護などへの影響が全くないと言い切ることはできない。これについては、詳細な検証が必要であろう。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

・小島克久(2022)「台湾の新型コロナ対策：初期の対策とワクチン接種」『週刊社会保

障』(2022年3月7日)法研,第3160号, pp. 44-49.

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

##### 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  
「日中韓の公的年金に関するモデル分析」

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

東アジア各国はいずれも急速な少子高齢化が進んでおり、公的年金制度も少子高齢化への対応が迫られている状況にある。日本は2004年改革で保険料固定方式に移行することで、現役世代の負担が過重になることを防ぎつつ、マクロ経済スライドにより給付水準の適正化を目指した。また中国は、公的年金制度の一部に積立方式を用いていることで、高齢化の影響を一部軽減できているものと思われる。あるいは韓国では、近年無年金・低年金への対策を進めているほか、今後の急速な少子高齢化に備えて、支給開始年齢の引き上げや所得代替率の引き下げが予定されている。

少子高齢化が避けられない中、また長寿化により引退後の生活における年金の役割が高まる中、持続可能な年金制度を構築することは不可欠である。本稿では各国における年金制度の収支について統計データを収集し、簡単なモデルにより試算することで、その特徴を明らかにした。2020年時点では、韓国は年金保険料収入が年金給付額の約2倍の水準にあるが、中国でははじめて年金保険料収入が年金給付額を下回った。今後の急速な高齢者数増大に対応する必要がある。

A. 研究目的

少子高齢化が進む日本・中国・韓国において、引退後の生活を支える公的年金の役割はますます大きくなる一方で、支え手の減少に伴い、年金財政は厳しさを増すことが想定される。そこで日中韓それぞれの国における公的年金制度にはどのような特徴があるのかを分析することが本研究の目的である。

B. 研究方法

各国の公的年金を年金財政の側面から捉

え、来年度予定しているシミュレーションに向けて、制度の特徴を取り入れたモデルを構築した。併せて年金財政に関する被保険者・受給者・保険料率等の時系列データと、人口に関するデータを収集・整理した。

(倫理面への配慮) 該当なし。

C. 研究結果

日本においては財政検証がデータやプログラムを詳細に公開しているため、結果は財政検証を参照されたい。一方で中国や韓

国はそのようなデータが公開されていないことから、本研究にて結果を示す。

中国では表1に示すように、2020年において収入が49,229億元、支出が54,657億元となり、初めて支出が収入を上回った。また、中国の都市就労者基本年金保険においては、近年支出額の増加が著しく、基金残高は十分にあるものの、2020年における支出額は収入額をわずかに上回っている状況にある。ただし積立金の残高は58,075億元である。“World Population Prospects 2019”における20～59歳人口と60歳以上人口をもとにした被保険者数と受給者数、またその際の収入額と支出額を機械的に計算した上で基金残高を求めると、2020年代半ばに基金の残高が枯渇することも考えられる。

韓国では表2に示すように、2020年において保険料収入が512,172億ウォン、年金給付が256,541億ウォンとなっている。韓国は制度導入が比較的遅かったこともあり、受給者数や年金給付額の伸びは著しいものの、現在もなお年金保険料収入は年金給付額の約2倍の水準にある。

#### D. 考察

中国では2020年に収入が支出を下回り、今後の少子高齢化に向けて、さらなる対応が不可欠である。短期的には国庫負担の増加などにより対応は可能と考えられ、また2階部分は有期の積立方式であることから、制度自体が受ける影響は多少軽減されることが考えられるが、一方で受給者個人にとっては、長期化する引退後の生活の中で、どのように生計を維持していくのかということを改めて検討することが必要になるだろう。また韓国については今後の少子高齢化を見越して、所得代替率の引き下げや支給開始

年齢の引き上げを進めている。ただしやはり少子高齢化による支え手の減少はいずれの国においても大きな課題であり、将来の年金財政の健全性については、定期的に検証することが不可欠であろう。

#### E. 結論

各国ともに直面している少子高齢化に対応し、公的年金制度を持続可能なものとするためにさまざまな施策が講じられている。年金財政のモデル化はいずれの国でも可能であり、本研究では引き続き、さまざまなパラメータの変化がもたらす年金財政の将来の姿を計算していくことを予定しているが、それとともに、各国において日本の財政検証のような公式試算が公開され、年金財政の健全性が明らかにされることが望ましいと考えられる。

#### 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。

表 1 中国年金制度収支

	Basic Endowment Insurance		
	Revenue	Expenses	Balance
1990	178.8	149.3	97.9
1995	950.1	847.6	429.8
2000	2278.5	2115.5	947.1
2001	2489.0	2321.3	1054.1
2002	3171.5	2842.9	1608.0
2003	3680.0	3122.1	2206.5
2004	4258.4	3502.1	2975.0
2005	5093.3	4040.3	4041.0
2006	6309.8	4896.7	5488.9
2007	7834.2	5964.9	7391.4
2008	9740.2	7389.6	9931.0
2009	11490.8	8894.4	12526.1
2010	13872.9	10755.3	15787.8
2011	18004.8	13363.2	20727.8
2012	21830.2	16711.5	26243.5
2013	24732.6	19818.7	31274.8
2014	27619.9	23325.8	35644.5
2015	32195.5	27929.4	39937.1
2016	37990.8	34004.3	43965.2
2017	46613.8	40423.8	50202.2
2018	55005.3	47550.4	58151.6
2019	57025.9	52342.3	62872.6
2020	49228.6	54656.5	58075.2

単位：億元

出典：中国统计年鉴(<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2021/indexch.htm>)より作成。

表 2 韓国年金制度収支

	収入合計	年金保険料	運用収入	補助金等	支出合計	年金給付	管理運営費等	収支差	積立金残高
1988	5,350	5,069	271	10	3	3	0	5,347	5,279
1989	7,404	6,279	1,085	40	57	57	0	7,346	12,342
1990	10,486	8,340	2,136	10	426	426	0	10,060	22,109
1991	13,338	9,848	3,480	10	1,109	1,109	0	12,229	33,795
1992	17,308	12,234	5,074	0	2,295	2,165	130	15,013	48,128
1993	33,644	26,394	7,250	0	3,474	3,331	143	30,170	76,881
1994	44,676	33,258	11,418	0	5,346	5,191	155	39,330	114,952
1995	55,430	39,663	15,767	0	7,713	7,555	159	47,717	161,173
1996	69,175	49,436	19,739	0	11,353	11,176	177	57,821	218,507
1997	78,650	56,757	21,873	20	15,070	14,855	215	63,580	284,916
1998	124,763	78,407	46,356	0	24,648	24,397	251	100,115	377,023
1999	146,922	93,672	53,240	10	39,537	38,720	818	107,385	472,396
2000	135,861	103,776	32,055	30	16,888	16,070	817	118,973	615,876
2001	181,402	120,690	60,692	20	16,667	15,693	974	164,735	780,565
2002	203,198	138,180	64,998	20	20,303	19,153	1,150	182,895	963,396
2003	228,171	156,109	72,062	0	24,573	23,284	1,289	203,598	1,166,945
2004	275,612	171,433	102,989	1,190	32,406	29,140	3,266	243,206	1,410,080
2005	269,074	185,436	82,378	1,260	39,600	35,849	3,751	229,474	1,639,486
2006	304,216	201,523	101,043	1,650	47,570	43,602	3,968	256,646	1,896,065
2007	355,261	216,702	137,190	1,370	55,936	51,826	4,110	299,325	2,195,400
2008	225,853	229,855	-4,191	189	66,978	61,808	5,170	158,875	2,354,325
2009	500,843	238,582	262,462	-200	78,719	74,719	4,000	422,124	2,776,424
2010	554,295	252,857	301,058	380	90,812	86,359	4,453	463,484	3,239,908
2011	351,892	274,346	76,717	829	103,118	98,189	4,930	248,774	3,488,677
2012	551,681	301,277	249,916	488	120,682	115,508	5,174	431,000	3,919,677
2013	486,278	319,067	166,513	699	136,410	131,128	5,282	349,869	4,269,545
2014	571,987	340,775	230,326	886	143,304	137,799	5,504	428,684	4,698,229
2015	582,557	364,261	217,414	882	157,545	151,840	5,705	425,012	5,123,241
2016	636,277	390,359	245,439	479	176,527	170,682	5,845	459,750	5,582,991
2017	830,505	417,849	411,941	715	197,074	190,839	6,235	633,431	6,216,422
2018	385,347	443,735	-58,671	284	213,958	207,527	6,431	171,389	6,387,811
2019	1,213,056	478,001	734,247	809	234,329	227,643	6,685	978,727	7,366,538
2020	1,234,331	512,172	721,437	722	263,593	256,541	7,052	970,738	8,337,276

単位：億ウォン

出典：国民年金財政現況

([https://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx\\_cd=2764](https://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxSearch.do?idx_cd=2764)) より作成。

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  
「台湾における国際人口移動の動向とその人口学的影響」

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

少子・高齢化が進む東アジアにおいて、台湾では外国人労働者の受け入れ政策がいち早く整備されるとともに、国際結婚を通じた外国人女性による出生の割合が比較的高い水準で維持されるという状況が続いてきた。こうした特徴的な台湾のケースを対象に、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大以降の国際人口移動の動向およびその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・調査報告のサーベイを行った。

高齢化の進展に伴う死亡数の増加が続く中で、かろうじて人口増加を維持していた台湾の人口動態は、2020年に初の減少を記録した。これは、2010年代後半から続く出生数の急速な減少の結果、自然動態が遂にマイナスを記録したことに加えて、COVID-19の拡大に伴う海外からの入国制限措置によって、人口増加を下支えしていた国際人口移動が大幅な転出超過に転じたことによるものである。また、COVID-19の拡大以前は台湾における婚姻登録件数の15%以上を占めた国際結婚は、2019年から2020年にかけて半減し、全婚姻数に占める割合も10%未満に低下した。これに伴って、外国人女性による出生数は、2021年に前年比で約20%低下した。

2020年に初めて人口減少に転じた台湾の人口動態にとって、これまでのところは転出超過による社会減といった直接的な影響が顕著である。ただし、今後は、国際結婚の減少や外国人女性による出生の減少を考慮した中長期的な人口動態への影響についても注視する必要がある。

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。その一環として、昨年度に引き続き、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するとともに、少子

化が進展する中で国際結婚を通じた外国人女性による出生の割合が比較的高い水準にある台湾のケースについて、外国人の受け入れによる人口学的影響に関する分析を行った。とくに、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)拡大以降の国際人口移動の動向およびその影響をについて検討した。

## B. 研究方法

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、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、COVID-19 拡大以降の 2021 年までの最新の統計が、行政院のウェブサイト上でオンライン公開されている。関連する学術研究・調査報告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

分析の結果確認された点は以下のとおりである。

① 台湾における国際人口移動は、1980年代の高度経済成長期以降も転出超過が続くという韓国のケースと類似した特徴がみられたが、1990年代に外国人労働者の受け入れが拡大して以降は、転入超過に転じた。

② 1990年代から2000年代前半にかけて増加した国際結婚の件数は、2000年代半ばに配偶者ビザの発給・国際結婚の受理に係る審査を厳格化されて以降は横ばいが続くものの、2010年代も台湾における年間の婚件数の約15%を占めた。

③ COVID-19の拡大直前の2019年までの台湾の人口動態は、高齢化の進展に伴う死亡数の増加と2010年代半ば以降の出生数の急速な減少により、ほぼ均衡状態の自然動態が続く中で、国際人口移動の転入超

過によって、かろうじて人口増加を維持する状態が続いた（2017年以降の年増加率は0.1%）。【資料1】

④ 2020年に台湾の人口は初の減少を記録する。その要因として、出生数は前年比で7%減少し（2019年：17.8万人 → 2020年：16.5万人）、自然動態も初めてマイナスに転じたことに加えて、それまで転入超過を維持していた国際人口移動が大幅な転出超過（マイナス3.4万人）となった。

⑤ COVID-19の拡大に伴う海外からの入国制限措置の影響は、2021年により顕著となり、2021年の転出超過は15万人以上に拡大した。

⑥ 2019年まで年間2万件台で推移していた国際結婚は、2019年にはほぼ半減し、国内の婚姻件数に占める割合も16%から8%に低下した。とくに、台湾における国際結婚の7割以上を占める「妻が外国人」のケースの減少幅が大きかった（2019年→2020年の減少率は、夫が外国人のケースのマイナス38%、妻が外国人のケースではマイナス55%）。【資料2】

⑦ 外国人女性による出生が総出生に占める割合は、2003年の13%をピークに減少し、2010年代は10%未満で推移した。COVID-19の拡大後の2021年には、外国人女性による出生数は前年比で19%減少し、総出生に占める割合も5%に低下した。とくに、中国（本土）出身の女性の出生数の低下が目立つ。【資料3】

⑧ 2010年以降に再び増加を続けていた外国人労働者数は、2020年に減少に転じた。2019年末に約72万人であった外国人労働者数は、2020年末には約71万人となり、2021年末にはさらに67万人にまで低下した。国籍別では、インドネシア人労働者の減少率が比較的大きい。【資料4】

#### D. 考察

台湾の人口動態については、すでに2010年代後半において出生数の減少が加速していたために、COVID-19の拡大による影響を抽出するうえでは慎重な検討が必要となる。これは日本における状況とも類似しているが、外国人女性による出生の割合が相対的に高い水準で推移していた台湾については、今後の見通しも含めて、国際結婚の減少による影響を考慮する必要がある。外国人の出生数は、2020年から2021年にかけて20%近く減少したが、2021年には国際結婚の件数がさらに減少しているために、今後、外国人の出生数が直ちに回復する可能性は低いと考えられる。

外国人労働者については、COVID-19の拡大を受けて、2020年3月、居留証明書や雇用契約書を持たない外国人の上陸が禁止されたものの、雇用契約のある外国人労働者は上陸制限の対象外となったために、その影響は限定的であると考えられる。ただし、雇用契約のある外国人労働者についても、上陸後に課される在宅検疫等について雇用主への罰則が定められた。製造業をはじめとして事業所単位で多くの外国人労働者を受け入れている業種では寮などを設置しているケースが多く、在宅検疫の環境を確保しやすい一方で、農林漁業や居宅看護・介護や家内労働など、個人の事業主では在宅検疫の基準をクリアすることが難しいという状況が生じている。とくに看護・介護・家内労働分野で就労する女性労働者が過半を占めるインドネシア人労働者の減少率が比較的大きくなっている背景には、こうした上陸制限措置による影響の差があると考えられる。

#### E. 結論

2020年に初めて人口減少に転じた台湾の人口動態にとって、これまでのところは転出超過による社会減といった直接的な影響が顕著である。ただし、今後は、国際結婚の減少や外国人女性による出生の減少を考慮した中長期的な人口動態への影響についても注視する必要がある。

#### G. 研究発表

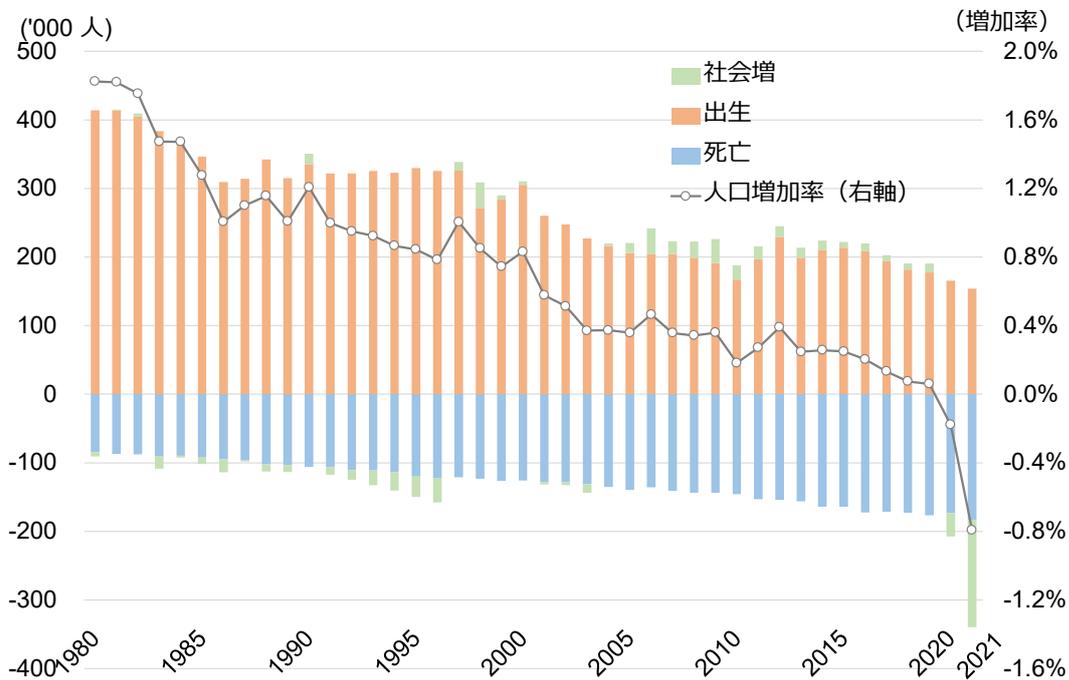
1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

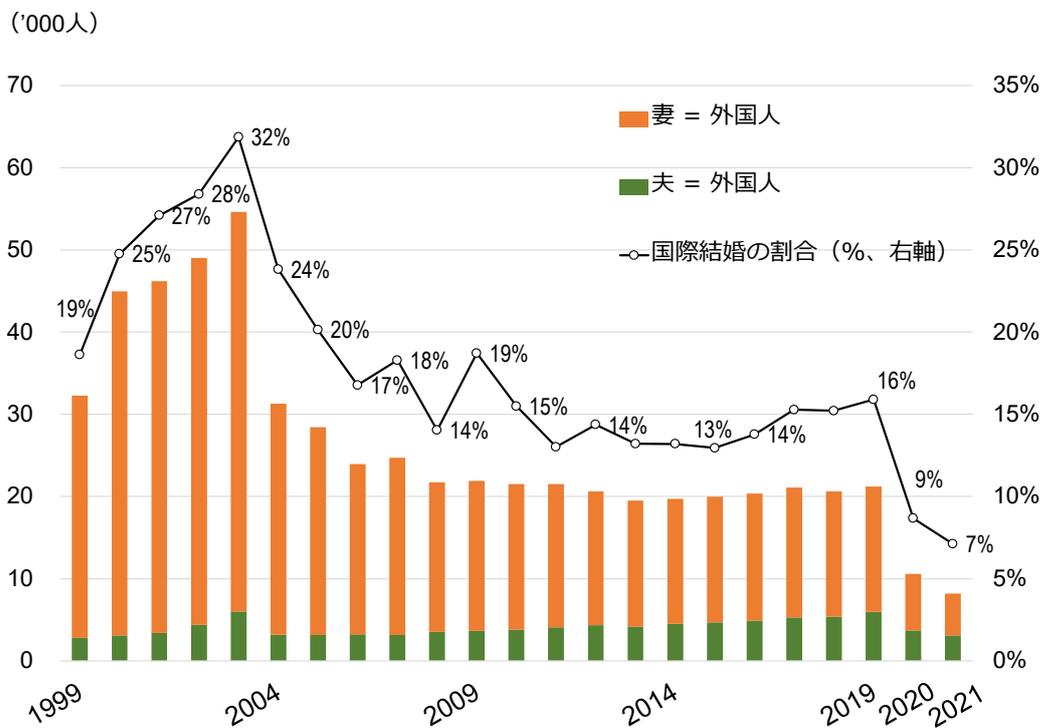
1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

【資料1】台湾における人口動態: 1980~2021



出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

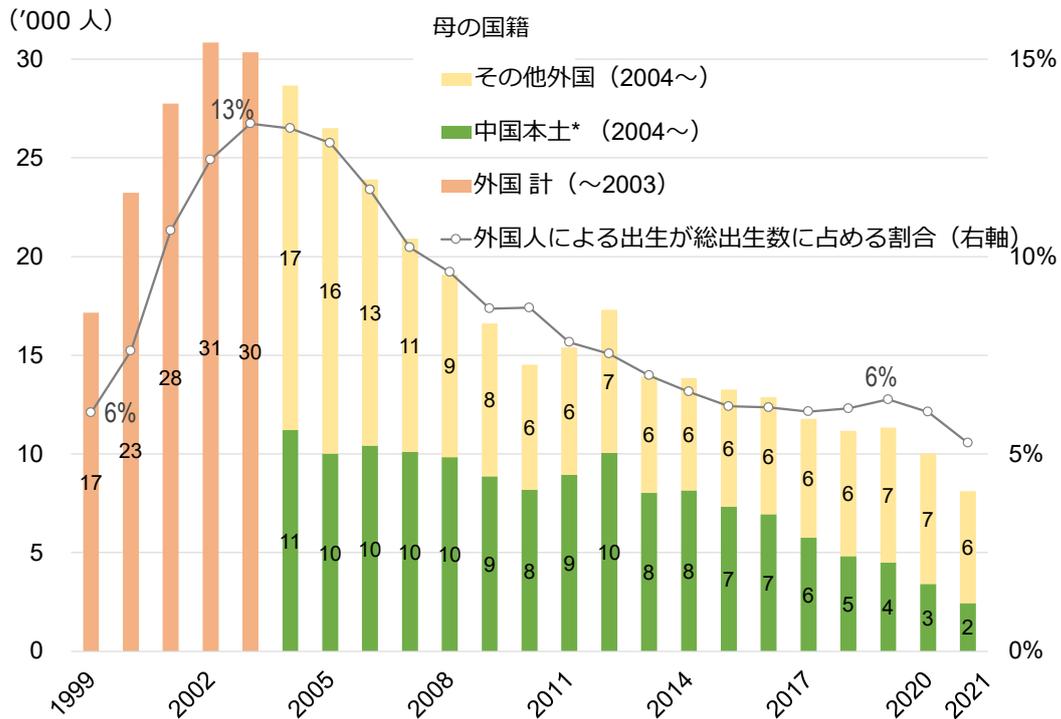
【資料2】台湾における国際結婚の動向



※夫・妻いずれも外国人のケースを除く。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

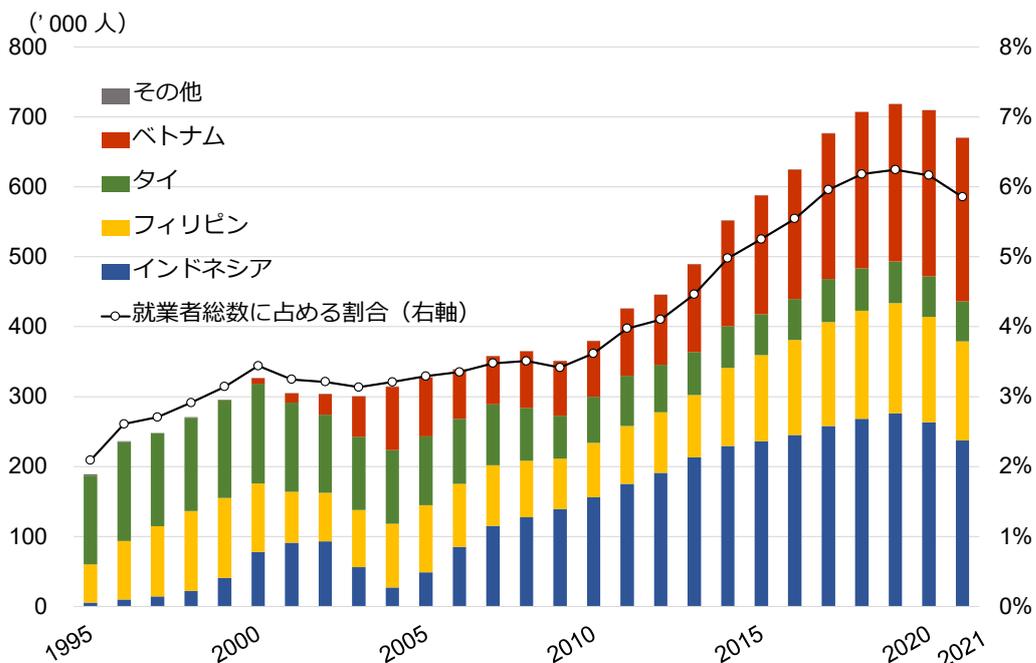
【資料3】台湾における外国人の出生数



\* 香港・マカオを含む。

出所：Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

【資料4】台湾における国籍別外国人労働者（※）の推移



※ 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（外籍労工）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）

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
中川雅貴	健康格差と地域	金子隆一・石井太編著	長寿・健康の人口学	原書房	東京	2021	125-150

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
林玲子、別府志海	新型コロナウイルス感染症流行に応じた主要国の死亡統計早期公開について	国立社会保障・人口問題研究所 Working Paper Series	No.50	1-11	2021
岩澤美帆、小池司朗、林玲子、別府志海、是川夕	新型コロナウイルス感染拡大と人口動態：何が分かり、何が起きるのか	国立社会保障・人口問題研究所 Working Paper Series	No.51	1-42	2021
林玲子	戦前の在外邦人数統計	人口問題研究	第77巻 第3号	259-265	2021
林玲子、別府志海、石井太、篠原恵美子	老衰死の統計分析	人口問題研究	第78巻 第1号	1-18	2022
小島克久	東アジアにおける介護者支援をめぐる状況—台湾を例に—	社会保障研究	第6巻 1号	75-89	2021
小島克久	台湾の新型コロナ対策：初期の対策とワクチン接種	週刊社会保障	第3160	44-49	2021
万琳静、小島克久	介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度	社会保障研究	第6巻 4号	454-468	2022
中川雅貴	インドネシアの人口統計制度をめぐる現状と課題—センサスと人口登録システムを中心に—	人口問題研究	第78巻 第2号	(印刷中)	2022
佐々井司、別府志海	主要国における合計特殊出生率および関連指標：1950～2019年	人口問題研究	第77巻 3号	266-273	2021
菅桂太	シンガポールにおける出生力転換、超少子化と人口政策：主要民族の差異と類似性	人口問題研究	第78巻 第2号	(印刷中)	2022

## 第4次低出産・高齢社会基本計画にみる韓国の少子化対策の現状と日韓比較

守泉 理恵

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

2018年以降、韓国の合計特殊出生率（TFR）は連続で1未満の値を示し、2021年は暫定値で0.81という史上最低値を記録した。これは世界的にみても未曾有の事態である。ここ半世紀ほどの間に韓国の出生率低下は急速に進んだが、韓国は戦後長らく出生抑制策を国策としていた。その考え方が出生率引き上げの方向へと転換されたのは1990年代に入ってからである。そして出生率引き上げを目指した総合的な少子化対策の策定までにはさらに時間を要し、2000年代半ばに最初の「低出産・高齢社会基本計画」が策定された。それ以降、韓国では5年ごとに総合的な少子化対策が策定・実施されている。最新の低出産・高齢社会基本計画は2020年12月に策定された第4次計画である。

本稿では、韓国の少子化の現状と要因、および少子化への対応策として実施されている第4次低出産・高齢社会基本計画（以下、「第4次計画」）についてまとめ、最後に韓国と同様に少子化に悩む日本の少子化対策との比較考察を行う。

### 2. 韓国の少子化の現状と要因

第2次世界大戦後の韓国では、急速に出生率が低下してきた。1960年の時点では韓国のTFRは6.00という高水準であったが、1960年代に5を切り、1970年代に3を切り、1980年代には2を切って置き換え水準を割り込み、1990年代初頭には1.5近傍の水準にまで低下した。図1は1980年以降の日韓両国のTFRの推移を描いているが、1980年代半ばから1.6前後の水準で推移していた韓国のTFRは、2000年代に入ると日本を下回る水準を記録することが常態化した。それでも2010年代半ばまではTFRは1.2前後の水準で横ばいに推移していたものの、2015年以降はもう一段の低下が始まり、2018年に1を切って0.98、2019年に0.92、2020年に0.84、そして2021年は0.81（暫定値）まで低下した。

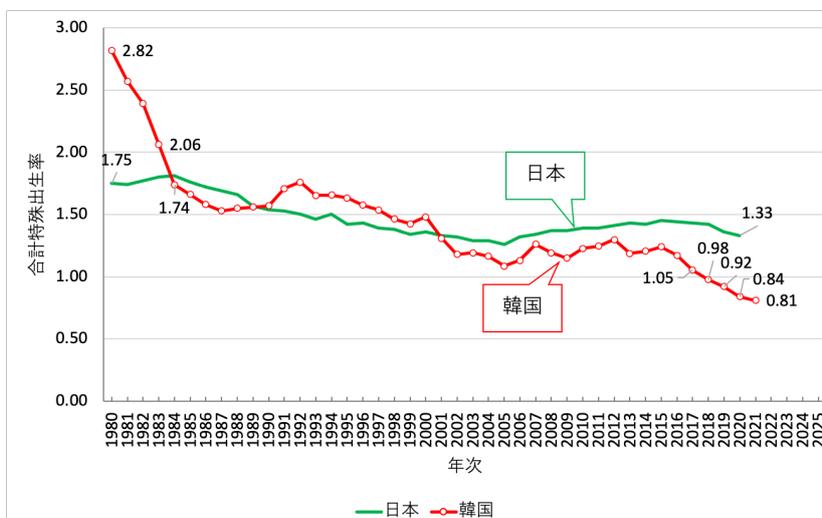


図1 韓国と日本の合計特殊出生率の推移：1980～2021年

資料：厚生労働省「人口動態統計」、韓国統計庁「出生統計」

こうした出生率低下の背景となっている人口学的要因について、韓国政府は「出産可能年齢の女性人口減少」「婚姻率の持続的下落、晩婚化」「既婚女性の平均出生子ども数減少、無子割合の上昇」の3つの要因を挙げている（「第4次計画」18～19ページ）。

図2は韓国の再生産年齢女性人口の推移を示している。2000年前後にピークを迎えて以降、韓国の15～49歳女性人口は減少している。日本でもすでに1990年代半ばから同年齢層の女性人口は減少しているが、親となる可能性のある女性人口が減少すれば、よほど劇的な出生率の改善でもない限り出生数の減少を食い止めることは困難である。一方で高齢人口の増加とそれに伴う死亡数増加は続くため、人口の自然減は両国とも今後ますます深刻になっていく。

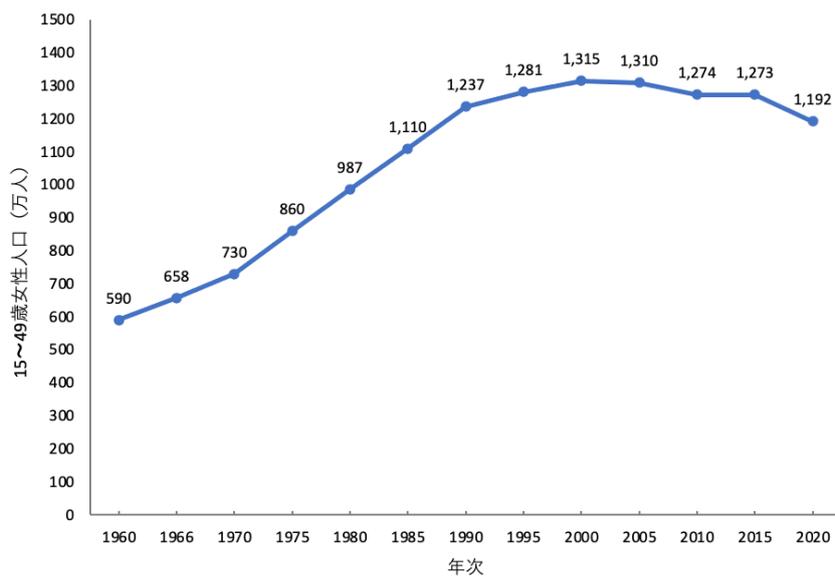


図2 韓国の再生産年齢人口（15～49歳）の推移：1960～2020年

資料：韓国統計庁「人口調査」

2番目の人口学的要因として挙げられている「未婚化・晩婚化」は、第1子平均出生年齢の上昇を意味する「晩産化」にも直結している。図3は韓国の平均初婚年齢（妻）と第1子平均出生年齢の推移を示したもののだが、1990年代初頭から現在までの間に両指標とも6歳あまり上昇した。そして女性の平均初婚年齢、第1子平均初婚年齢は2010年代には30歳台に突入した。この晩婚化・晩産化の速度は非常に早い。例えば日本では、妻の平均初婚年齢が2020年の29.4歳より6歳若かったのは1950年の23.0歳であり、6歳上昇するのに実に70年かかっている。しかし韓国では、1990年の24.8歳から2020年の30.8歳へと30年で6歳上昇した。ほんの1世代ほどで急速に結婚行動が変わったことになる。

この結婚・出産の先送りは、先進諸国の出生率低下を引き起こした要因として大きな位置を占める（Kohler et al. 2002）。結婚の先送りによる晩婚化は、夫婦の再生産可能な結婚期間を短縮し、妊孕力の低下による夫婦の出生数減少を引き起こす。さらには「無期限の先送り」（Berrington 2004）として結婚や出産の機会を逸失する人々が増えており、無子割合も上昇させている。Yoo and Sobotka (2018)では、韓国の出生率水準にテンポ効果が強く影響していることを定量的に明らかにした上で、近年はテンポ効果が弱まり、第1子・第2子の出生率が低下していることを指摘した。Yoo and Sobotkaは、これは韓国社会において皆産・二人っ子規範がくずれたことを示すと論じている。また、韓国のコーホート完結出生子ども数について分析したShin(2019)では、韓国女性の無子割合は1960年代生まれから徐々に上昇し、1971-1975年生まれで16.3%となったことを明らかにしている。Human Fertility Database

に掲載されているコーホート無子割合のデータ<sup>1</sup>をみると、同じく1970年代前半コーホートの日本の女性の無子割合は3割弱に達している。それと比較すれば韓国の無子割合はまだ低水準だが、その下の世代で急速に結婚・出生の先送りが進んでおり、近い将来に日本の無子水準に並ぶか、上回るデータが出てくる可能性が高い。

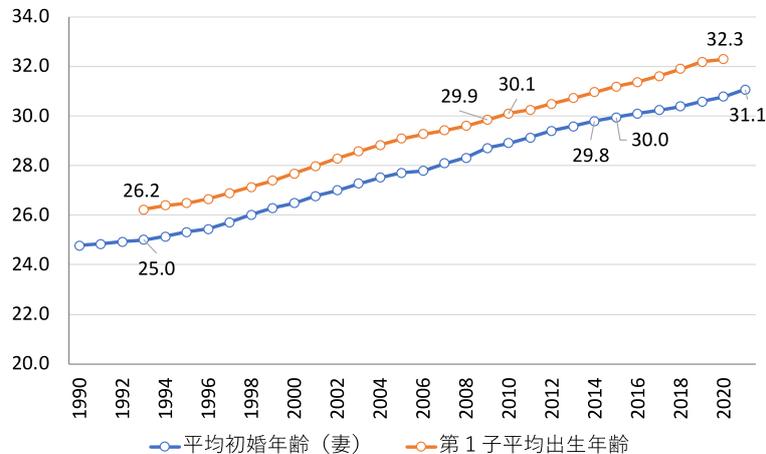


図3 韓国の平均初婚年齢・第1子平均出生年齢の推移：1990～2020年

資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」、韓国統計庁「出生統計」

1990年からの年齢別出生率の変化を見ると（図4）、日本は2000年以降、30～34歳をピークとして20歳代の出生率低下と30歳代後半の出生率上昇という形で晩産型へのシフトが進み、定着した。山の高さはここ20年ほどでほぼ同じであり、その下の面積つまりTFRはこの3か年とも1.3台でそれほど違いはない。韓国はダイナミックに山の高さが低くなってきており、20歳代の出生率が大幅に低下している一方で、30歳代の出生率は小幅な上昇にとどまっている。韓国では、先送りした出産が高年齢になっても取り戻されず、逸失していることがわかる。

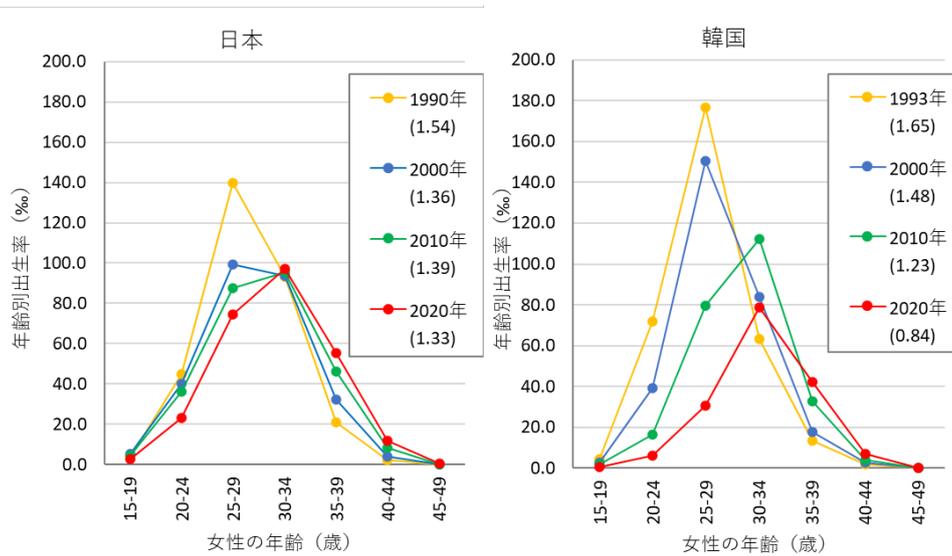


図4 韓国と日本の年齢別出生率の推移：1990～2020年

注：凡例のカッコ内数値はその年次のTFR。

資料：国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」、韓国統計庁「出生統計」

<sup>1</sup> Human Fertility Database. Max Planck Institute for Demographic Research (Germany) and Vienna Institute of Demography (Austria). Available at [www.humanfertility.org](http://www.humanfertility.org) (data downloaded on 2022.5.8).女性の出生年別の無子割合のデータは、Cohort Fertilityのエクセルファイル内に当該シートが含まれている。

では、こうした人口学的指標の変化をもたらした社会経済的要因は何が指摘されているだろうか。第4次計画の策定にあたり、韓国では少子化の原因を分析するために2020年6月～8月に「人文社会フォーラム」を開催して議論し、次の点を少子化の原因として結論づけた。

- ① 就職や教育の過度な競争、過度の首都圏人口集中と仕事中心主義
- ② 低成長時代における構造的不平等と若者の不安（格差の大きい労働市場、高い住宅費に直面）
- ③ 家事・育児役割の女性偏在と社会全体の男女不平等（女性はキャリア断絶などの労働市場上の不利益が高確率で見込まれ、非婚や子どもを持たない行動に帰結）

これを受けて、第4次計画の「低出産の原因分析」のセクションでは、次の通り、社会経済要因として5項目、文化・価値観要因として2項目を挙げてデータとともに現状分析を行っている（第4次計画12～16ページ）。

<少子化の社会経済要因>

- ①労働市場の格差と不安定な雇用の増加、②教育における競争の激化、③結婚・出産の実現を妨げる高い住宅価格、④性差別的な労働市場、仕事と家庭の両立の困難、⑤保育サービスの不足

<少子化の文化・価値観要因>

- ①伝統的・硬直的な家族規範・制度の存続、②若年層の意識と態度の変化

韓国の少子化について論じた先行研究でも、労働市場の格差・不安定雇用の増加や男女不平等、教育の競争激化とコスト負担の重さ、住宅価格高騰による若い世代の住宅取得の困難化、韓国社会での根強い性別役割分業意識、それによる特に女性での仕事と家庭の両立困難、良質な保育サービスの不足といった要因が共通して論じられている（金・張 2007；鈴木 2009；裴 2012；韓・相馬 2016；相馬 2016；曹 2017；春木 2020；Lim 2021）。それらを包括したより大きな枠組みでの議論として、ポスト近代の社会経済変動は「儒教的家族パターン」を持つ韓国社会で深刻な葛藤を生み出し、極低出生力に導いたという文化的決定論も提示されている（鈴木 2016）。

### 3. 韓国の少子化対策のこれまでの展開

韓国の人口政策は、戦後から1990年代前半まで、出生抑制を意図した政策が行われていた。家族計画事業を国家施策として広く実施し、順調な出生率低下を促進した一つの要因となった。しかし、1990年代に入ると、すでに出生率は人口置き換え水準を大きく下回る1.5の水準にあり、政府は出生抑制から維持、そして徐々に出生奨励を鮮明にする方針へと転換していった。2000年代に入ると、1.5近傍のレベルから「もう一段の低下」の傾向が続き、政府は本格的に少子化対策の策定に着手した。2005年に「低出産・高齢社会基本法」が成立・制定され、大統領直属の「低出産・高齢社会委員会」が設置された。法律では5年ごとに基本計画を策定することが定められ、2006～2010年に第1次計画、2011～2015年に第2次計画、2016～2020年に第3次計画が実施された。

本稿では第1次～第3次の内容詳細については扱わないが、第1次計画については金・張（2007）、鈴木（2009）、裴（2012）、第2次計画については韓・相馬（2016）、第3次計画については相馬（2016）で詳細に論じられている。

### 4. 第1次～第3次基本計画の成果と限界

第4次計画では、第1次～第3次計画を実施してきた過去15年間を振り返り、その評価できる点と

限界を分析している（第4次計画 25～34 ページ）。ここで見出された限界を「次の計画への政策的示唆」ととらえ、第4次計画の推進方向に反映させた。

過去15年間の政策実施について評価できる点として、妊娠・出産、保育の経済的支援、育児休業などの夫婦の出産奨励・養育負担の軽減に焦点を置いて施策展開した結果、有配偶出生率の急激な下落を防ぐ効果があったことを指摘している。一方で、限界としては、次の3点を挙げている。

#### 限界①

家族関係の財政支出規模が小さく（対GDP比1.5%程度）、学童保育の不足（小1プロブレム）が続くなど子育て支援に不十分な点が残されていること。

#### 限界②

仕事と家庭の両立支援が遅れており、育児休業制度の利用率の低調（特に男性）、育休制度を利用できない層の残存が認められ、育休給付金の所得代替率も低いままであること。

#### 限界③

出産・子育ての負担軽減政策が多く、それらの負担をもたらしている社会構造要因の改善が不十分であること。夫婦の家事分担、男女不平等な労働環境、仕事と家庭の両立、家族の多様化といった事柄に対して社会的な認識は進んだが、実際の行動変化・制度変化は不十分であること。

こうした限界点を踏まえ、第4次計画では、基本的視点を労働力・生産性の観点に基づいた「国家発展戦略」から、「個人の生活の質の向上戦略」に転換し、家族政策への財政投資引き上げと社会構造の変革を目指すこととした。これに伴い、第1次・2次計画では1.6、第3次計画では1.5までTFRを引き上げるとしてきた出生率目標値の設定を取り下げ、第4次計画では具体的な目標値は掲げていない。この点については、目標値を掲げて「出産奨励」という考え方を明確にしてきたこれまでの計画に比べて、「生活の質の向上」を行えば副次的に出生率は改善するという議論へとパラダイム転換したといえる。これに対して、何をもって生活の質の向上とするのか評価指標が不明確であるとか、「少子化対策の放棄だ」といった批判も起きた（中央日報 2019）。出生率の低下は公的領域と私的領域のジェンダー平等度の格差や、伝統的価値観に根差した社会構造とポスト近代の社会経済様式の確執から生じている面も大きいため、今回のパラダイム転換は、出生率自体を目標とするよりも「暮らしやすい社会」「将来不安の軽減」といった視点で政策展開することで、結局は出生率の低下を食い止め、反転上昇につながるという考え方を鮮明にしたといえる。日本では韓国の動きとは反対に、最新の第4次少子化社会対策大綱では、理念的とはいえ「希望出生率1.8の実現」という具体的数値を掲げたが、少子化対策の評価としてどのような指標を掲げるかは難しい問題である。

さらに、第4次計画では、基本的視点の転換に加え、「少子高齢化に対応した個人の権利保障」の推進方向として、①共に働いて共にケアする社会への転換と児童の基本権の保障、②老後の基本生活の保障と高齢者の積極的な役割分担のサポートを掲げ、「人口構造変化に対する国家と社会の対応力の向上」の推進方向として、①持てる力を発揮できる教育訓練、②生活基盤の強化、③人口構造変化に対応した社会変革（多様な家族の受け入れ、年齢差別の撤廃、人口集中の緩和など）を掲げた。

## 5. 第4次低出産・高齢社会基本計画の全体像と施策概要

韓国の第4次計画の政策体系図は、次の図5の通りである。韓国の低出産・高齢社会基本計画は、その名から分かる通り、日本でいえば少子化対策と高齢化対策の両方を扱い、さらに少子高齢化という人口構造の変化に対する社会的適応策までを一つにまとめた形になっている。本節では、推進戦略として

挙げられている4つの柱のうち、少子化対策の意味合いが強い部分を取り上げ、内容を概観する。

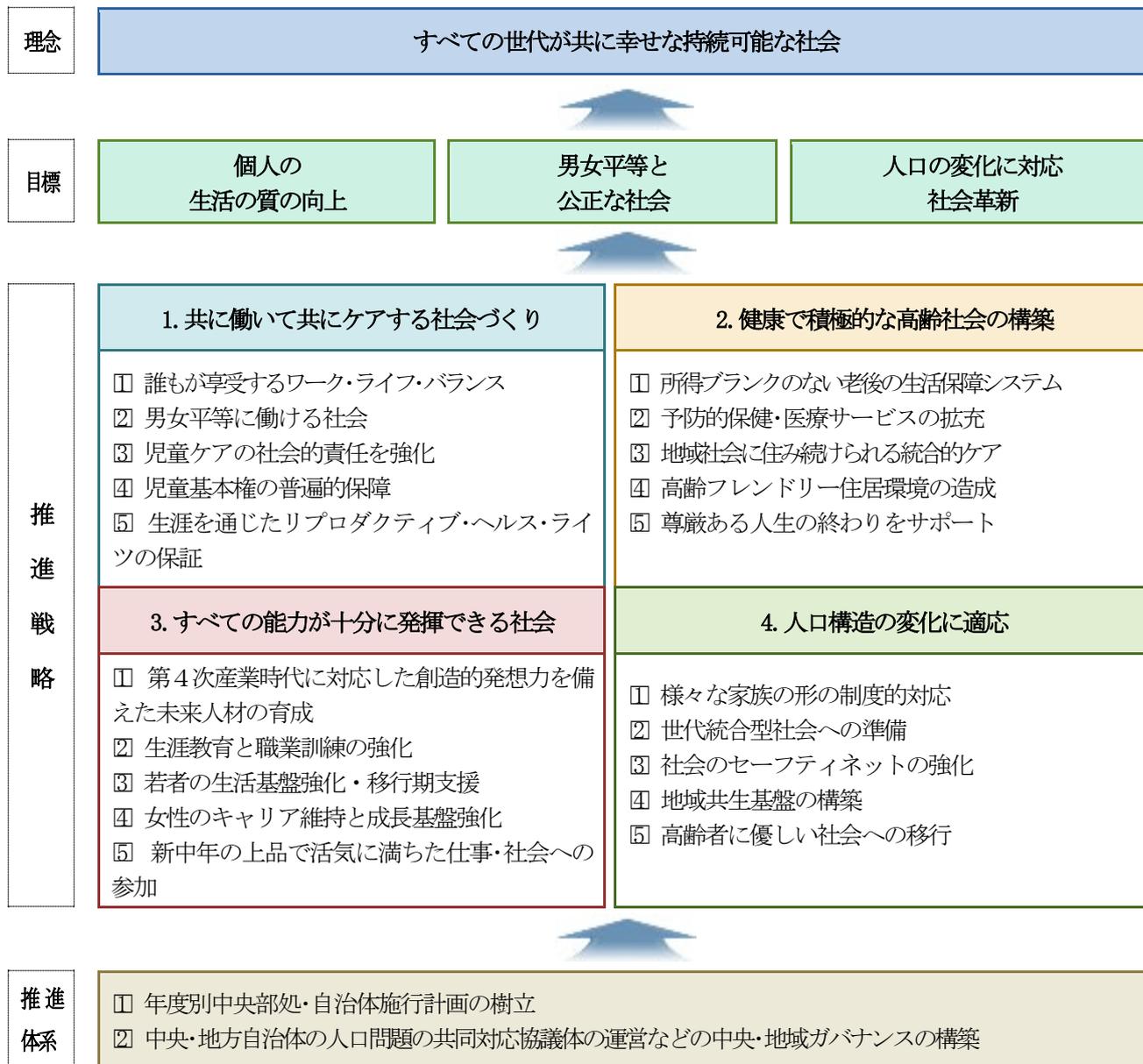


図5 韓国第4次低出産・高齢社会基本計画の政策体系図

出所：韓国政府（2020）「第4次低出産・高齢社会基本計画」38ページ。

### 5-1. 推進戦略1「共に働いて共にケアする社会づくり」

推進戦略の1として挙げられているこのセクションは、日本の少子化対策と重なる部分が多く、「低出産対策」の主要部分を成す。このセクションでは、図5にある通り、さらに5つの領域が示されている。各領域に含まれる主な施策内容は表1にまとめた。①の領域には仕事と家庭の両立支援、②には女性労働者の雇用・就業環境の改善、③には保育サービスの拡充、④には子どもが育つ家庭環境の向上策、⑤には性の健康確保と安全な妊娠・出産の環境づくり、不妊治療支援についての施策が並ぶ。全体として日本と同様の施策展開が見られるが、保育サービスにおける国公立施設の拡充や共同育児の場の拡大といった施策は日本ではあまり見られない視点である。日本では、むしろ今後の保育サービス供給過剰

時代を見据えて公立保育施設は縮小の方向である。また、リプロダクティブヘルス・ライツの保障として性教育の拡充を明確に掲げている点、近年話題となっている「生理の貧困」や月経への社会的理解の促進が盛り込まれている点も、日本の少子化対策ではあまり取り上げていない部分といえる。

表1 推進戦略1「共に働いて共にケアする社会づくり」

①誰もが享受するワークライフバランス
<ul style="list-style-type: none"> <li>・仕事と子育ての両立支援：育児休業制度の適用対象の拡大（自営業者や雇用によらない働き方の者など全ての就業者に拡大）</li> <li>・父親の育休取得促進（両親とも取得）と労働者の育休制度利用率の引き上げ（育休給付金引き上げ、中小企業の代替要因確保支援、育休取得文化定着に向けたキャンペーン展開、企業の育休取得率情報の公開等）</li> <li>・子育て期の労働時間短縮制度の改善と利用率引き上げ（利用啓発、中小企業支援等）</li> <li>・男性のケア権利の確保（男女とも子育てを行う社会的雰囲気醸成、「100人の父親コミュニティ」などネットワーク形成等）</li> <li>・妊娠・出産した労働者の保護の拡大（妊娠中の育児休業適用、産前産後休暇の適用対象者の拡大等）</li> <li>・ライフサイクルに応じて労働時間短縮できる環境づくり（労働時間短縮請求権の理由拡大（妊娠・子育てだけでなく介護、本人の健康、引退準備、学業に拡大）</li> <li>・長時間労働の解消と休息の権利の確保（週52時間労働の定着促進、年次有給休暇の取得促進）</li> <li>・テレワーク等の業務環境のデジタル化支援、労働時間と場所を選択できる柔軟な働き方の普及</li> <li>・ワーク・ライフ・バランスの定着に向けた社会的雰囲気の醸成（ワーク・ライフ・バランス地域推進団の展開、ファミリーフレンドリー企業の認証制度とそれを取得した企業への経済的・労務管理上のインセンティブの付与）</li> </ul>
②男女平等に働ける社会
<ul style="list-style-type: none"> <li>・公正な採用が行われる環境づくり（募集・採用での性差別監視強化、性差別匿名申告制度の活用、企業の採用・職員・賃金に関わる性別統計情報の公示項目拡大、アフターマティブ・アクションの拡大等）</li> <li>・雇用の性差別・セクハラ被害の防止・救済の強化（労働委員会内救済手続きの新設、性差別処遇に対する金銭的懲罰導入、セクハラ被害者の相談・支援体制強化、性差別文化の改善等）</li> <li>・女性が集中するケア労働者の保護・処遇改善（家事サービス従事者の保護、社会福祉施設従事者の低賃金・長時間労働の改善等）</li> </ul>
③児童ケアの社会的責任の強化
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育園・幼稚園の公立施設の量と利用率の拡充、国公立保育園の機能強化（地域の子育て拠点化12時間開所、延長保育等の多様なサービス展開）、信頼できる保育・教育サービス提供</li> <li>・保育サービスの質の向上（担当児童数基準の引き下げ、地域格差の解消、低所得層の利用支援等）</li> <li>・乳児期の時間制保育の拡大、保育人材の能力強化、子育て総合支援センターの拡充と専門人材の配置、共同育児の場の拡大等）</li> <li>・初等教育の改革（柔軟・創造的な教育環境づくり、基礎学力支援の拡大、幼小連携など就学期の適応支援等）</li> <li>・終日ケア（学童保育等）の供給増加、ニーズに合わせたサービス提供、人材育成強化</li> <li>・子どもの保育サービス運用の体系化と基盤づくり（中央と地方の情報共有・連携強化、総合計画の</li> </ul>

策定、評価システムの構築、子どもを中心とした各種統計作成等)
④子どもの権利の普遍的保障
<ul style="list-style-type: none"> <li>・子育て家庭の所得保障と生活支援の強化（乳児手当導入、出産費用支援の引き上げ、支給年齢引き上げなど児童手当改編検討、低所得・多子世帯の教育費支援）</li> <li>・新婚夫婦・子育て家庭（特に多子家庭）の住宅支援の拡充（公共住宅の供給、購入費支援、公共住宅の居住可能年数の延長等）</li> <li>・子どもの発達支援（出生届の迅速化、子どもの健康・医療支援、子どもの遊ぶ権利の保障等）</li> <li>・子どものセーフティネットの強化（児童虐待防止・対応システム強化、社会的養護の拡充、要支援児童の相談・保護・医療・自立支援、中退対策等）</li> </ul>
⑤生涯を通じたリプロダクティブヘルス・ライツの保障
<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括的なリプロダクティブヘルス・ライツ保障のための基本計画策定</li> <li>・性教育の拡充</li> <li>・性暴力からの保護（デジタル性犯罪防止策の強化、被害者支援の拡充、非同意姦淫罪の法制化検討等）</li> <li>・生涯を通じたリプロダクティブヘルスの管理（母子保健法改正、性・生殖に関する情報・相談サービス提供、避妊・妊娠・中絶への社会的支援強化、HPV ワクチン接種対象を男性に拡大、生殖機能に悪影響を与える有害物質の調査・暴露の最小化、月経への社会的理解の促進と生理用品の質向上・低所得者への支給継続等）</li> <li>・健康で安全な妊娠・出産の環境づくり（妊娠前の健康管理サービス、ハイリスク妊婦への医療支援、母子健康管理・発達相談、専門人材の家庭訪問などアウトリーチ支援、女性障害者の妊娠・出産支援、若年妊婦への医療費支援拡大、結婚移民者の妊娠・出産・子育て支援）</li> <li>・不妊支援の強化（施術の安全性向上（胚移植数制限等）、不妊治療を受けた女性や生まれた子どもの健康情報提供、不妊カップルの相談支援強化、仕事と不妊治療の両立支援（不妊治療休暇の拡大）等）</li> <li>・医療サービスのアクセス可能性の引き上げ（分娩施設脆弱地域に産婦人科設置・運営支援、妊婦在宅利用モデル事業など安全な出産環境づくり等）</li> </ul>

### 5-2. 推進戦略3「すべての能力が十分に発揮できる社会」

この領域には、教育改革と教育格差の緩和、生涯教育や職業訓練の拡充、若者の自立・経済的安定支援、女性の就業継続支援、新中年（50歳代の人々を指す）の就業促進が含まれる。少子化と関わりが深いのは、教育分野と若者の自立支援、女性の就業継続支援の部分であり、それらの施策内容を示したのが表2である。韓国においては教育負担の重さや若者の経済的自立困難は少子化の主要因と見られており、さまざまな対応策が列挙されている。また、日本と同様に結婚・出産を通じて退職し家庭に入る女性が多いことから、キャリアを中断した女性への支援も大きな柱となっている。

表2 推進戦略3「すべての能力が十分に発揮できる社会」

（教育、若者支援、女性の就業継続支援部分を抜粋）

①未来社会に対応した創造的人材の育成
<ul style="list-style-type: none"> <li>・教育の公的支援の拡大と教育格差の緩和（教育費支援の拡充、高校改革（特殊高校の一般高校転換、大学入試改革（学籍簿記載事項削減、自己紹介廃止、高校情報のブラインド化等）など）</li> <li>・未来社会に適応した教育改革（高校学点制の推進、K-エデュ統合プラットフォームの構築、個別ニ</li> </ul>

<p>ーズに対応した教育の実現、教員研修の強化、安全な学校空間の構築等)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高卒就職の活性化（進路相談の強化、良質な高卒向け雇用の開拓、高卒者雇用企業への経済的支援等)</li> <li>・企業ニーズに応じた大学教育課程の運営と就職支援（大学・企業が連携した共同教育課程の開発、早期学位取得と就職可能なコースの導入等)</li> </ul>
<p>②若者の生活基盤強化・移行期支援</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・未来（第4次産業社会）を見据えたデジタル人材の育成（K-Digital Training、AI教育の推進、韓国型ギャップイヤーの活性化等)</li> <li>・若者の雇用支援（若者を正規職として雇用した中小企業に支援金支給、求職活動への支援、起業支援、若者フレンドリーな職場文化の醸成等)</li> <li>・若者の居住安定（若年層向け住宅（青年幸福住宅）や優良立地物件の買取り、チョンセ賃貸住宅などさまざまな公共賃貸住宅の供給増加、家賃支援等)</li> <li>・若者の資産形成の支援（中小企業労働者の長期勤続支援、青年貯蓄口座の拡充、未就業者や学生の融資隘路解消とローン返済負担の軽減、金融教育の推進等)</li> <li>・若者の政策決定の場への参加や社会参加の拡大（政府委員会への若者の参加、政策情報の提供と学習できる場所・システムの構築等)</li> </ul>
<p>③女性の就業継続支援と成長基盤の強化</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業中断予防サービスの拡大（女性再就職支援センターでのキャリア中断予防プログラム、在職女性、若年女性への専門相談の強化、女性が働きやすい企業文化の醸成、経歴断絶女性法を再就職支援から就業継続支援に再設計して改正推進等)</li> <li>・就業中断女性の再就職支援（専門技術や有望職種の職業訓練の拡大、女性再就職支援センターでのニーズに応じた就業支援等)</li> <li>・就業中断女性を雇用した企業、インターンシップ機会を提供した起業への経済的支援（税額控除や支援金)</li> <li>・就業中断女性の起業支援強化</li> </ul>

### 5-3. 推進戦略4「人口構造の変化に適応」

推進戦略の4番目に掲げられた「人口構造の変化に適応」の領域には、少子高齢型の人口構造が定着する中で、そうした構造変化に合わせて必要となってくる「適応策」についての政策が列挙されている。少子化対策というよりも、少子化の結果として生じる人口構造転換への社会的適応のあり方について政府の方針を明らかにしたセクションといえる。ここでは、次の5つの方向性が示された。①これまでの慣習的な年齢区分にとらわれない世代統合型社会への転換、②多様な家族を受け入れる開かれた社会の構築、③多様な働き方のもと全国民が享受できるセーフティネットや個人単位の社会保障制度の構築、④人口減が続く地方における世代共存の地域社会の構築、⑤高齢化した人口構造に対応した高齢者向けの企業・産業育成や社会保険の持続可能性を高める改革である。

## 6. 日韓両国の少子化対策の比較考察

最後に、日韓両国の少子化対策についての比較考察を行う。なお、本稿では日本の少子化対策の詳細についてはふれていないが、日本の政策展開については本プロジェクト前年度の研究成果論文（守泉

2021) や、日本の少子化対策と家族変化について論じた守泉（2019）を参照されたい。

まず策定システムと手順について比較すると、両国とも法律に基づいて少子化対策を策定しており（韓国では 2005 年制定の低出産・高齢社会基本法、日本では 2003 年制定の少子化社会対策基本法）、最終審議・決定も韓国では大統領、日本では総理大臣が長を務める会議体でなされている（韓国では大統領が委員長を務める低出産・高齢社会委員会が策定。日本では全閣僚が参加し、総理大臣が会長を務める少子化社会対策会議で決定し、その後閣議決定が行われる）。両国とも少子化対策は重要な国策の一つと位置付けられている。ただ、計画の策定過程は様相が異なる。

韓国の場合、方針の確定と最終審議を行う低出産・高齢社会委員会（委員長（大統領）と 7 省庁長官、民間委員 17 名で構成）の下に、基本計画の試案を用意し、意見調整を行う「政策運営委員会」（委員長と 6 省庁次官、民間委員 29 名で構成）があり、さらにその下部組織として基本計画策定に際しての課題抽出を行う 7 つの「分科委員会」（民間委員で構成）がある。分科委員会は、未来企画、世代間共感、ワーク・ライフ・バランス、男女共同参画・労働権、家族の多様性、子育て、地域共生の 7 つである。大まかな流れとしては、研究者が中心となって課題の抽出や試案作りを行い、関係省庁の認識する課題との調整、国民からの意見の聴取（公聴会や討論会等）を経た上で案を取りまとめ、最終的に決定される。

一方で、日本では少子化社会対策基本法を所管する内閣府においてまず有識者会議が設置され、その最終提言を反映させた案を政府内で取りまとめ、調整の上、最終決定に至る。第 4 次少子化社会対策大綱においては、「第 4 次少子化社会対策大綱策定のための検討会」（有識者、地方自治体首長、子育て支援団体代表者、メディア関係者、企業関係者の計 11 名で構成）が提言を決定・公表した後は、内閣府子ども・子育て本部が中心となって大綱案を取りまとめた。そして政府内での調整を経て、少子化社会対策会議にて審議・決定し、さらに閣議決定された。韓国では、日本よりも計画策定の体制・意見聴取の手段・関係者が重層的であるといえよう。

次に、韓国では少子化対策と高齢化対策、及び少子高齢社会への適応までをセットとしてひとつの基本計画にまとめているが、日本では少子化対策と高齢化対策は別々に策定されている。日本では、両課題を横断した総合的観点での施策はさらにまた別の会議体にて検討される。少子高齢化としてひとつの政策パッケージ内で課題抽出と対策を提示するという点については、韓国の基本計画の方が政府の目指す全体像がわかりやすい。日本では、少子化対策に密接に関連する子どもに係る諸施策について、根拠法令が異なることからさまざまな大綱やプランが策定される状況にあるが、2023 年度にそれらの政策をまとめて所管する「こども家庭庁」の設立が目指されている（2022 年の第 208 回国会（常会）に「こども家庭庁関連法案」を提出）。教育施策については文部科学省の所管にとどまり、それとも関連して未就学児の保育・教育施設やサービスの一元化も先送りされたが、その他の主要な子ども関連施策はこども家庭庁の所管となるため、各種政策パッケージの一本化などが実現する可能性もある。

さらに、両国の政策の違いと共通点を見ていこう。韓国では重視されているが、日本ではさほど大きく取り上げられていない政策や視点として、リプロダクティブヘルス・ライツ（性教育含む）、教育政策（受験競争緩和策、教育改革）、住宅政策、児童の権利保障の視点が挙げられる。また、在宅育児手当は日本の少子化対策ではふれられておらず、直接的な結婚支援（婚活支援）は韓国の政策には登場しない。これらの相違は、両国の社会構造の違い、公的な施策としてどこまでを認めるかという意識の違い、家族観・結婚観の違い、政権政党の考え方の違いなどから生じているものと考えられる。

両国とも、少子化対策の中心的な柱は、ワーク・ライフ・バランスの推進と仕事と子育ての両立支援、保育サービスの拡充、男性の家庭進出の促進などで推進を目指す「共働きで子育てができる社会」の構

築、結婚支援の意味合いも持つ若者の雇用・労働対策、そしてニーズの高い経済的支援（結婚生活開始時の支援、不妊治療費支援、児童手当など各種の家族給付、教育費支援等）である。両国の少子化対策の多くは類似しており、目指す方向性も同じであるといえる。

日韓共通の少子化対策の難しさもある。韓国の第4次計画では、繰り返し、少子化をもたらしている要因を生じさせる「社会構造」の改革の必要性が論じられている。これは、性別役割分業意識に基づいた様々な社会制度、雇用・労働環境、家庭環境の改革を指す。「エリート教育競争」をもたらしている学歴社会、就職競争、労働市場での格差や男女差別問題、産業構造をどう変えていけばいいのか。個々の「少子化をもたらしている要因」への対応施策はあるものの、社会構造が変わらなければ、それらの施策は利用されにくく、実効性が発揮されないリスクが高まる。しかし、当然のことながらこれは短期間で変えることは難しい課題である。

「出産奨励ではなく、低出産に繋がった社会構造の「原因」に集中して、その原因を解消することにより、全体的な生活の質の向上を追求」（第4次基本計画6ページ）とする視点は非常に重要であるが、定量的な評価指標を設けにくいという難点もある。一国の出生率の動向は、人々（特に若い世代）の将来への希望の持ちやすさや暮らしやすさへの評価が表れたものともいえるだろうが、一方で毎年の期間指標は結婚・出産の先送り行動によるテンポ効果の影響や、突発的な事象の影響などを受けやすく、それだけで5年程度の短期間の政策評価をしてしまうことには危うさもある。少子化対策に含まれる各施策については、どれもその対策自体は出生率の動向とは関係なく重要なものである。人々が生涯にもった子ども数の水準はコーホートの観点から結果がわかるものであり、従って出生率の動向も中長期的に見る必要がある。個々の政策目標の設定と達成を積み重ねることで、結婚・妊娠・出産・子育てがしやすい社会になり、副次的に少子化の流れが変わるという考え方は、政策評価の方法に課題はあれ、必要であるといえるのではないだろうか。

韓国では、日本よりも急速なスピードで短期間に結婚・出生行動が激変しており、世代間の価値観の衝突からくる世代間の分断や若い世代の閉塞感も日本以上に深刻ではないかと見られる。日本にも共通していることであるが、法律、制度、サービスの新設・改正や拡充、施設数の拡大といった環境づくりと並んで、人々の意識・価値観の改革を促す施策が韓国でも非常に重要であると考えられる。

## 参考文献

- 韓松花・相馬直子（2016）「韓国の少子化対策」『季刊家計経済研究』109、pp.54-74。
- 金明中・張芝延（2007）「韓国における少子化の現状とその対策」『海外社会保障研究』160、pp.111-129。
- 鈴木透（2009）「韓国の極低出生力とセロマジプラン」『人口問題研究』65(4)、pp.8-28。
- 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』72(3)、pp.167-184。
- 曹成虎（2017）「韓国の家族およびジェンダー役割の変化と現状」『家族社会学研究』29(2)、pp.180-188。
- 相馬直子（2016）「韓国の低出産・高齢化対策：ダブルケア時代への包摂的な少子高齢化対策を考える」『人口問題研究』72(3)、pp.185-208。
- 中央日報（日本語版）「出生率の目標取り下げた韓国政府、少子化対策の放棄ではないのか」2019年4月26日ネット記事（<https://japanese.joins.com/jarticle/252774>）
- 春木育美（2020）『韓国社会の現在：超少子化、貧困・孤立化、デジタル化』中公新書2602。
- 裴海善（2012）「韓国の少子化と政府の子育て支援政策」『アジア女性研究』21、pp.24-41。
- 守泉理恵（2019）「近年における「人口政策」—1990年代以降の少子化対策の展開」比較家族史学会監修、

小島宏・廣嶋清志編編『人口政策の比較史—せめぎあう家族と行政（家族研究の最前線④）』日本経済評論社。

守泉理恵（2021）「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」厚生労働科学研究費補助金『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年度総括研究報告書、pp.46-56。

Berrington, A. (2004) “Perpetual Postponers? Women’s and Men’s and Couple’s Fertility Intentions and Subsequent Fertility Behaviour”, Population Trends, 117, pp.9-117.

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.

Lim, Sojung (2021) “Socioeconomic Differentials in Fertility in South Korea”, Demographic Research, 39, pp.941-978.

Shin, Yoon-jeong (2019) “Completed Cohort Fertility in Korea and Its Policy Implications”, Research in Brief 2019-01.

Yoo, Sam Hyun and Tomáš Sobotka (2018) “Ultra-Low Fertility in South Korea: The Role of the Tempo Effect”, Demographic Research, 38, Article 22, pp.549-576.

## Korea's Countermeasures Against the Declining Birthrate in the Fourth Basic Plan for Low Fertility and Aging Society and Comparison between Japan and Korea

MORIIZUMI Rie

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

This study summarizes the current situation and factors behind the declining birthrate in South Korea and the Fourth Basic Plan for Low Fertility and Aging Society, and concludes with a comparative study with Japan's fertility reduction measures.

Korea's fertility rate fell from a high level of 6.0 in the 1960s to a level of 1.5 in a little more than 30 years, and since 2000, the fertility rate has fallen to a very low level of 1.0 to 1.2. Furthermore, since 2018, the fertility rate has fallen to less than 1 every year. Demographic factors contributing to this declining birthrate include the decrease in the female population of reproductive age, the trend toward later marriage and never-marriage, and the decrease in the average number of children born to married women and the increase in the proportion of childless women. Socioeconomic factors include the increasing disparity and precarious employment in the labor market and gender inequality, intensifying competition and heavy cost burdens in education, the difficulty for the younger generation to acquire housing due to soaring housing prices, the strong gender role division of labor in Korean society, which makes it difficult for women in particular to balance work and family life, and the lack of quality childcare services.

In order to cope with the serious declining birthrate, Korea enacted the Basic Act on Low Fertility and Aging Society in 2005, established the Committee on Low Fertility and Aging Society directly under the president, and formulated the first Basic Plan for Low Fertility and Aging Society in 2006. Since then, the plan has been updated every five years, and the fourth plan is currently being implemented. This 4th Plan includes the following measures to address the declining birthrate: support for balancing work and family life, improvement of the employment and working environment for female workers and support for their continued employment, expansion of childcare services, improvement of the family environment where children can grow up, ensuring sexual health and creating a safe pregnancy and childbirth environment, support for infertility treatment, support for independence and economic stability for the younger generation Support (including housing support), measures to reduce excessive educational burdens, and a wide range of other measures.

Comparing fertility reduction measures in Japan and Korea, the Korean basic plan emphasizes reproductive health rights (including sex education), education policy, housing policy, and child rights perspectives, which are not so widely addressed in Japan. In addition, the declining birthrate is a structural aspect of the social structure rooted in each country's traditional family patterns and views of family and marriage, which has collided with post-modern socioeconomic changes. Therefore, both countries face the difficult challenge of not only implementing individual measures, but also how to change the modern socioeconomic structure into one that is more compatible with the family sphere of marriage, childbirth, and child rearing.

## シンガポールにおける人口政策の展開

菅 桂太

国立社会保障・人口問題研究所

はじめに

本稿ではシンガポールにおける人口政策の展開を概観する。シンガポールにおける人口政策の変遷を扱った文献には膨大なものがあり、Saw (2012: 9–10 章, 2016)、Wong and Yeoh (2003)、Yap (2001, 2009)、Yap and Gee (2016) などを挙げるができる。このなかで Wong and Yeoh (2003) は人口政策のフェーズを①出生抑制政策期 (1966–82)、②優生政策期 (1983–87)、③出生促進政策期 (1987 年以後) という 3 つの期間に分類したほか、様々な分類がなされてきたが、家族計画・人口評議会 (the Singapore Family Planning and Population Board) が二度の 5 年計画を通じて公的家族計画プログラムを展開した 1966 年から 1970 年代に強力な人口抑制政策が推し進められたこと、1987 年に出生抑制政策の撤廃と出生促進政策の導入へ向けた政策転換の舵が切られたという理解は共通している。また、出生促進政策は徐々に強化されており、とくに 2000 年代以後には「結婚と子どもを生み育てる親のパッケージ (Marriage and Parenthood Package 2001, 2004, 2008, 2013, 2015)」を通じて、より積極的な出生促進政策が実施されている。

ここでは、出生抑制政策の導入と継続から廃絶に向けた動きが始まる 1987 年前後をシンガポールにおける人口政策の転換時期と捉え、主に 2 つの時期において人口政策の基本方針について、関連する制度や実施体制の移り変わりを中心にみる。また、公的家族計画プログラムは 1970 年と 1975 年の粗出生率の水準を 5 年計画の目標に掲げていたため、粗出生率の推移を民族別に概観した。なお、シンガポールの人口政策を包括的に取り扱った文献として Saw (2016) があり、本稿でもとくに断りのない限り Saw (2016) を参照している。

### 1. 人口抑制推進期：1986 年以前

出生数と間隔を調整するための家族計画手段は、少なくとも 1930 年代のシンガポールにおいて知識階級と富裕層には知られていたという。公衆に対する家族計画サービスの提供は、1949 年の家族計画協会 (the Family Planning Association) の設立 (7 月) とそれに続くはじめての母子健康クリニックの設置 (11 月) にまで遡ることができる。この協会は医師、ソーシャルワーカー、その他の有志によって設立された民間の非営利団体であり、財政基盤のない奉仕活動であった。1950 年代のシンガポールでは急増する出生数と人口による子どもの貧困、食糧難、教育施設・教員や住宅の不足、失業問題が極めて深刻な状態であり、人口には家族数を制限し間隔を制御するための手段に対する強い需要があった。そのため、

後述の通りサービス利用者数は急増する。1950年代の後半までに財政基盤のない協会には急増する受容者に対応することが困難になり、政府に支援を申し入れるようになる。政府から協会への援助は1949-50年の0.5万シンガポールドル（SGD）から徐々に増加し、1950年代前半5万SGD未満だったのが1957年以後10万SGD以上に拡大している。1965年3月に「家族計画協会から政府への責務移行に関する審査委員会（Review Committee on Transfer of Responsibilities from the Family Planning Association to Government）」が編成され、その報告書「家族計画白書（White Paper on Family Planning）」が国会に提出されると、シンガポール共和国建国（1965年8月9日）直後の1965年12月に、人口抑制（population control）を直接の目的とする家族計画・人口評議会（the Singapore Family Planning and Population Board）が設置され、1966年1月から公的な家族計画プログラムの提供が始められる。

なお、人口学的に重要な法制として1961年9月施行の女性憲章の制定（Women's Charter 1961 (Ordinance 18 of 1961)）がある。これにより中国系とインド系の一部の男女の結婚可能年齢は16歳から18歳に引き上げられた。マレー系についても1968年7月にムスリム法典が施行され（Administration of Muslim Law Act, 1966 (Act 27 of 1966)）、女性の結婚可能年齢は15歳から16歳に引き上げられている。

家族計画・人口評議会は、家族計画の普及啓蒙だけでなく人口抑制プログラムを一手に引き受け、人口（demography）への社会関心を高めること担うことを目的として設置された法定機関（statutory board）である。公的家族計画プログラムは、知識、態度、実践（KAP）による近代的避妊技術の普及を進めることが中心となるが、重要な法制として人工妊娠中絶及び不妊手術の合法化・自由化がある。また、為政者が望ましいと考える社会規範を誘導するために経済的な誘因（反誘因）を設けることはシンガポール政府の常套手段である。高出生順位ほど高額な分娩費用といった直接的な制度だけでなく、出産休暇や所得税控除、公共住宅、子どもの教育等についての多面的な制度を通じた金銭的な誘因と阻害によって、子ども2人の家族規範の定着が図られた。

このうち、人工妊娠中絶と不妊手術は1970年3月試験的に合法化された（Abortion Act, 1969 (Act 29 of 1969)及び Voluntary Sterilization Act, 1969 (Act 26 of 1969)、いずれも1970年3月20日施行）。この法制では、それぞれ妊娠中絶承認評議会（Termination of Pregnancy Authorization Board）と優生評議会（Eugenics Board）の審査を経る必要があり、また法制自体を5年以内に見直すとされていた。中絶の場合でいうと、妊娠16週未満のシンガポール人女性で妊娠継続が母体の健康を著しく害する場合や、妊娠している女性の出産時及び産後の家族的・経済的状況、レイプ、近親相姦、性犯罪等の場合に評議会は中絶を許可することができることとされていた。5年の試験運用機関を経た審査の結果、1974年からは本格的な運用のための改正法が制定され（Abortion Act, 1974 (Act 24 of 1974)及び Voluntary Sterilization Act, 1974 (Act 25 of 1974)、いずれも1974年12月27日施行）、求めれば誰でも人工妊娠中絶と不妊手術を受けることができる制度が導入されている。また、子ども2人

家族を定着させるための誘因と阻害政策として、以下のような 6 種類のもものが挙げられている。①高出生順位ほど高額（低所得者ほど急速に上昇する）分娩費制度（ただし第 4 子（以下）の出産 6 ヶ月以内に不妊手術を受けた低所得者は免除）が導入された（1969 年 4 月）。②女性労働者への有給 8 週の産前・産後休暇を第 3 子までに制限する（1968 年 8 月、1973 年 8 月から第 2 子までに制限）。③1973 年 8 月以後に生まれる第 4 子以上への所得税控除が廃止された。④住宅開発公社（Housing and Development Board）の住宅への応募において 5 人以上の家族が優遇されていた措置を撤廃された（1973 年 8 月）。⑤名門小学校入学における第 4 子以上が優遇される措置の撤廃（1973 年入学以後）と、不妊手術を受けた親の子の名門小学校への入学が優遇される制度が導入された（1974 年入学以後）。⑥所得が 750SGD 以下の外国人労働者は労働許可証を保持しており、シンガポール市民と結婚しシンガポール市民もしくは永住者になろうとする場合、結婚には雇用局長の許可が必要となり（1973 年 7 月以後）、さらに結婚が許可されなかった場合には 2 人目の出産後不妊手術を受けることに同意すれば結婚を認める制度が導入された（1976 年 1 月以後）。

公的な人口抑制政策は、5 カ年計画において具体的な数値目標が設定され推進された。第 1 期 1966–1970 年には、新規受容者として有配偶女性の 60%にあたる 18 万人（1957 年人口センサスに基づく推定値）へのサービス提供を通じ 1970 年粗出生率を 20%に引き下げることが目標として期首に設定された。第 2 期 1971–1975 年には、新規受容者数として毎年平均 1.6 万人（5 年合計 8 万人；1972 年設定）と 1975 年粗出生率 18‰（1974 年設定）が目標とされた。第 3 期 1976–1980 年にはこのように具体的な数値目標は設定されておらず、期首時点の施策の継続を通じて、人口置換水準出生率と人口のゼロ成長を維持するとされた。

このような目標のうち出生率については節を改めて後述することとし、ここではプログラム利用者について確認する。表 1 にはシンガポールにおける家族計画プログラムの新規受容者数の推移と 1970 年センサスの 15–44 歳女子有配偶人口に対する比を示した。参考として、家族計画協会のサービスに対する新規受容者も示した。公的家族計画プログラムの新規受容者数には、1965 年以前に家族計画協会のサービスを利用していても含まれるのだが、第 1 次 5 カ年計画期に 15.8 万人の新規受容者数を集め、有配偶女性比は 65%と当初の目標を達成する順調な導入であったことがわかる。また 1965 年以前に家族計画協会のプログラムを利用したことがある人は累計 8.2 万で、この規模は 1970 年 15–44 歳女子有配偶人口の 34%（1957 年 15–44 歳女子有配偶人口の 42%）に相当する。これらの新規受容者の民族構成は、1957 年の中国系 84.8%、マレー系 5.5%、インド系 5.6%に対し、1965 年は中国系 75.0%、マレー系 12.2%、インド系 4.6%であったとされる（Saw 2016 : p.16）。また、公的プログラム下の 1968–1977 年では中国系は概ね 75–78%、マレー系 15–16%、インド系 5%で（Saw 2016 : p.33）、この間の民族構成に大きな変動はみられない。1970 年人口センサスの 15–44 歳有配偶女性の民族構成は中国系 74.5%、マレー系 16.5%、インド系 6.5%であり、家族計画協会時代は中国系で先行して家族計画の受容が進んだようだが、公

的プログラムの時代にはすべての民族において KAP は広く浸透したとみられる。

表 1. シンガポールにおける家族計画プログラムの新規受容者数の推移：1949–1975

	実施主体別新規受容者数 (人)		1970年15–44歳女子有配偶人口に対する比(%)	
	家族計画協会	政府	家族計画協会	政府
1949–1955	14,256	-	5.9	-
1956–1960	25,282	-	10.5	-
1961–1965	42,872	-	17.8	-
1966–1970	4,513	156,556	1.9	65.1
1971–1975	-	89,501	-	37.2

出典：新規受容者数は Saw (2012 : p.190, p.194)。

注：新規受容者数は実施主体間で共有されておらず、公的プログラムの新規受容者数には家族計画協会サービス受容者を含む。1970 年人口センサスの男女年齢別配偶関係別人口によれば、女性の人口、有配偶人口、既婚人口はそれぞれ 15–44 歳では 455,943 人、240,630 人、205,570 人、15–49 歳では 493,541 人、240,630 人、250,874 人。

1960 年代後半から 1970 年代にかけて導入された人口抑制政策は 1980 年代に入っても大きく形を変えることなく継続された。最初の転機は、1983 年 8 月の独立記念集会 (National Day Rally) においてリー・クアンユー (Lee Kuan Yew) 首相が演説のなかで、教育水準の高い女性の出生率は低く長期的に人口の質の低下を招くという人口の再生産構造の不均衡を訴えたことによって訪れる。これを端として、様々な論争がなされたが、政府は 1984 年から教育水準と所得階級が高い有配偶女性を優遇し、逆に教育・所得水準が低い女性の出生力を抑制するいくつかの優生政策を導入した。具体的には、①学歴制限付き第 3 子までの働く妻への所得税減税 (Enhanced Child Relief)、②名門小学校入学における高学歴母の子の優先、③公益企業で働く男女に結婚紹介事業を行う社会開発局 (Social Development Unit) の設立という 3 つの高学歴者を優遇する政策が導入された。同時に、④低学歴・低所得の有配偶女子の不妊手術への金銭的誘因の提供、⑤低所得者の第 3 子以上の分娩費用を大きく引き上げるといった低学歴・低所得者が多くの子を産むことを阻害する 2 つの政策も導入されている。1980 年代になると、中国系の出生率は他の民族集団と比べて大きく低下していた。また、中国系は相対的に教育水準が高く、晩婚で晩産、期間合計出生率が低い傾向があった。そのため、これらの優生政策は人口の民族バランスを崩さず、長期的に維持することが目的であったという指摘がある (Wong and Yeoh 2003 : p.9–10)。少なくとも、この時期に採られた政策の中には出生抑制的な側面があり、人口政策の基本方針を変えるものではなかったと言える。また、有権者に不評であり 1984 年 12 月総選挙で人民行動党が得票数を減らす原因となったとされ、長続きしなかった。

## 2. 出生促進政策期：1987 年以後

大きな転機は、1987 年 3 月にゴー・チョクトン (Goh Chok Tong) 第一副首相が出生抑制政策の段階的縮小と制限付きの出生促進政策の導入を公表し、「余裕があるならば（子どもは）3 人以上持とう (Have Three or More If You Can Afford It)」キャンペーンを開始したことに求めることができる。これに至る経緯として、1984 年 12 月に、政府は「省庁間人口委員会 (Inter-Ministerial Population Committee)」を設置し、人口政策の検証を開始した。1986 年 7 月には保健大臣が出生政策の見直しが進められていることを明らかにし、省庁間人口委員会は広く一般からの政策提言の公募を行っていた。この時期に導入された政策として、①第 3 子以上出生後の不妊手術の医療費を免除する措置の廃止 (1987 年 4 月) 等の出生抑制政策の緩和、②第 3 子以上及び 31 歳未満の第 2 子出生に対する所得税還付制度、並びに、所得税減税 (強化) と学歴制限の緩和 (Special Tax Rebates 並びに Enhanced Tax Relief、1987 年 1 月以後出生児)、③働く女性に対する保育施設利用補助金 (Childcare Subsidy、1987 年 4 月)、④子ども 3 人以上家族が住宅開発公社 (Housing and Development Board) の住宅を買い換える際の優遇と再販制限の緩和 (1987 年 4 月)、⑤公務員の看護休暇や時短勤務 (1987 年 4 月) 等である。このように、1960 年代からほとんど形を変えることなく継続していた出生抑制政策の廃絶に向けた取り組みが進められることになった。また、スローガンに表れているように、教育 (人口資質) といった優生学的基調は抑えられ実質的に経済社会に貢献している働く女性を優遇するというより実利的な方向が強くなった。ただし、この時期の出生促進政策は高次パリティの出生や所得等の条件・制限付きであるか、出生抑制政策は縮小に留まるという批判があり、後者の完全撤廃は低教育水準と低所得層の出生爆発を引き起こし、人口の再生産構造の質の低下を招くという危惧があったとされる (Saw 2016:p.169)。なお、人口抑制政策を牽引した家族計画・人口評議会は 1986 年 5 月に廃止されたことが、政策転換を象徴している (Yap 2001:p.98)。

2000 年代に入り、2001 年には「結婚と子どもを生き育てる親のパッケージ (Marriage and Parenthood Package、以後 MMP 及び導入西暦年の組み合わせによって略記する)」と呼ばれる包括的な家族人口政策が導入され、断続的に強化されていく (Singapore National Population and Talent Division 2013b: pp.70-73、以下ではこの「国家人口資質局」を NPTD と略記)。最初の 2001MMP は、ゴー・チョクトン首相が 2000 年 8 月の独立記念集会における演説で公表した。具体的には、第 2~3 子に対するベビーボーナス制度 (Baby Bonus Scheme) と、1968 年 8 月に第 2 子までに制限した産前・産後休暇 (8 週) を第 3 子へ拡大し給付は政府が補填すること (Third Child Paid Maternity Leave、いずれも 2001 年 4 月実施) が含まれる。ベビーボーナス制度は出産時の一時金給付 (Baby Bonus Cash Gift) と政府と親が折半する共同貯蓄口座「育成口座 (Child Development Account)」(親の貯蓄額と同額を政府が入金、政府認可の施設等での育児・教育関連支出のみにあてることができる) からなり、自助 (self-reliance) を社会保障の基本理念とするシンガポールらしいユニーク

な制度である。さらに、政府は2004年3月に「人口に関する作業部会 (Working Committee on Population)」を設置し、人口政策の検証を開始した。この作業部会は首相府 (Prime Minister's Office) に設置された「人口運営グループ (Steering Group on Population)」に報告書を提出し、また後者は広く一般から政策改善案を公募した。このような検討を通じて、就任したばかりのリー・シェロン (Lee Hsien Loong) 首相は2004年8月の独立記念集会において2004MMPを公表した。主な政策として、出生抑制政策の緩和 (第3子まで8週の有給産前・産後休暇を2004年10月から第4子までの12週に延長等)、既に導入されている出生促進政策の強化 (ベビーボーナス制度の適用を2004年8月から第1~4子に拡大し、所得税制における制限緩和等)、まったく新しい出生促進政策 (2004年8月から外国人メイド税の減額、2005年会計年度から祖父母が子の世話をしている女性への所得税控除 (Grandparent Care-giver Relief)、民間企業がワーク・ライフ・バランスを推進するプロジェクト費用の70%を補助 (Work-Life Grant もしくは Work-Life Works! Fund) (Saw 2016:p.203-204) 等) が含まれる。

このように包括的な家族人口学的出生促進政策MMPは2000年代半ば以降も検討が重ねられ、制限撤廃と支援拡充が進められている。すなわち、人口の規模と構造の安定に資する限り、有権者からの意見を取り入れられ、母の年齢や教育水準、子の出生順位、親の所得といった制限を排除し、より包括的で弾力的 (フレキシブル) により多くの選択肢を提示して家族生活をサポートし、キャリアと家族生活のバランスがとれるよう拡充されている (Saw 2016: p.207)。たとえば、ベビーボーナス制度の場合、2004MMPでは一時金として第1~2子3,000SGD、第3~4子6,000SGDが1年半かけて4回にわけて給付され、育成口座への補助上限は第2子6,000SGD、3~4子12,000SGDだった。2008MMPでは第1~2子への一時金が4,000SGDに引き上げられ、第1子と第5子以上への育成口座への補助 (上限は第1子6,000SGD、5子以上18,000SGD) が導入され、育成口座に関しては出生順位の制限がなくなっている。さらにMMP2013では第1~4子への一時金が2,000SGDずつ増額され子が1歳になるまでの間に3回にわけて支給されることになり、育成口座への貯蓄可能期間が6年から12年に延長された。そして、MMP2015では、第1~4子への一時金が2,000SGD (Baby Bonus Plus) 引き上げられ子が1歳から1歳半になるまでの間に支給されることになったのと同時に、第5子以上への一時金10,000SGDが追加されたことからベビーボーナス制度における子の出生順位の制限は2015年1月以後の出生児から完全に撤廃された (NPTD 2008, 2013a, 2015)。

管見の限り、強化版2008MMPと2013MMP、もしくは2015MMP頃までは記者公表が行われたが (Singapore National Library Board 2015)、その後は逐次連続的に拡充を重ねているようである。2000年代まで人口問題を検討し政策立案の中心であった「省庁間委員会」や「人口に関する作業部会」、「人口運営グループ」といった審議会組織は政府に報告書を勧告すると、役目を終え解体されてきた (Saw 2016: pp.251-253)。一方、2008年6月に首相府に常設の政府内部組織として国家人口事務局 (National Population Secretariat) が設置さ

れ、さらに2011年1月には副首相直属で省と同等の国家人口資質局（National Population and Talent Division）へと格上げされて、人口に関するすべての政策を立案・調整・検証する役割を担っている。NPTDは2013年1月「躍動的なシンガポールのための持続可能な人口—人口白書」（NPTD 2013b）のなかで、2012年はベビーブーマー世代が65歳以上に達するシンガポール人口の転換点であり、今後も強いシンガポール人の核（a strong Singaporean core）を維持するための政策として、シンガポール人の核の礎である強固な家族の形成を支えるための「結婚と子を生み育てるための親パッケージ」を第一に挙げている。このような政策実施体制の変化は、かつて家族計画・人口評議会を設置した頃と同等以上に、政府は少子高齢化や人口減少に危機感を持ち、家族人口政策を重視していることを表している。

シンガポールは人口規模が小さく国土が狭く人口が密集しているおり、あまねく全国民に到達しやすいためか（Yap 2001：p.96）、そもそも生活様式も信教も異なる移民集団によって形成された多民族国家であるためか、人民行動党の権威主義的性格か（Nasir and Turner 2014）、政策手段として普及啓蒙キャンペーンを多用してきた。キャンペーンは、まず為政者による社会問題の認識と政策目的達成のために為政者が望ましいと考える社会規範と逆に排除すべき規範を特定し、種々の経済的誘引と阻害手段で人口の行動と態度を誘導するという実施過程（Qua：pp.218-220）をとるため、政策目的と為政者の意図が顕著に表れる。KAPは家族計画プログラムの主要な一部なのだが、家族計画・人口評議会は1966年の設立からすぐに「二人—それが理想：不妊手術—家族数制限のための最良の手段（1966）」、「2人でやめよう（1972）」、「女の子か男の子かにはかかわらず、2人で十分（1972）」といった標語を用いて2人家族規範を浸透させるため、マス・メディアからコースターやペンといった日用品に至るまであらゆる手段を用いて人口に働きかけた。1980年代に実利的な標語を用いていた事は既述の通りであり、シンガポール社会では大きなインパクトがあった。2000年代以降には「シンガポール：家族のための素晴らしい場所（2004）」、「家族のために作られたシンガポールを建てよう（2020）」というように、政策目的と手段はより家族人口学的な性格を強めていることがわかる。

主要な人口政策の展開を表2にまとめた。

表 2. シンガポールにおける人口政策の展開

フェーズ	年次	期間	おもな公的政策と基本方針（スローガン）
[0]	-1965	独立以前期	Family Planning Association（民間の啓蒙団体）の設立(1949)
[I-1]	1966-1983	出生抑制推進期	Singapore Family Planning and Population Board Act (Jan 1966)による公的なKnowledge, Attitudes, and Practiceに対する2度の5カ年計画(1966-70, 1971-75)を通じた支援 "Two-and that's ideal: sterilisation-the best method for family limitation (1966)", "Stop At Two (1972)", "Girl or Boy -Two is Enough (1972)"
[I-2]	1984-1986	優生政策期	高学歴女性を差別的に優遇する出生促進 "Singapore where the better educated mothers are bearing too few children, which will eventually have the undesirable effect of lowering the quality of the population in the long run (Lee Kuan Yew, National Day Rally Speech, Aug 1983)."
[II-1]	1987-2000	出生促進政策期	出生抑制政策の撤廃，限定的出生促進政策の導入 "Have three or more children, if you can afford it (March 1987)"
[II-2]	2001-	包括的家族政策期	結婚と子を生み育てる親のパッケージ（Marriage and Parenthood Package 2001, 2004, 2008, 2013, 2015）による包括的家族人口政策の導入と拡大 "Singapore: a Great Place for Families (2004)" "Building a Singapore that is Made for Families (2020)"

資料：Saw(2016)、Wong and Yeoh(2003)、Yap(2009)、Straughan et al.(2009)、国立図書館(National Library Board)の検索システム(National Archives of Singapore : <https://www.nas.gov.sg/archivesonline/>)を用いて筆者作成。

### 3. 主要民族別にみた粗出生率の長期推移：独立以前から期間合計出生率が人口置換水準に到達するまでの期間、1920-1975

図 1 では長期の時系列変化の観察が可能な粗出生率の推移を民族別にみた。対象期間のうち、日本占領期を含む 1942-1946 年と 1922-1930 年のデータは入手できなかったため、Saw (1970 : p.72) に掲載されている 5 年毎のものを該当期間の中央付近に示した。粗出生率は人口の男女年齢構造の影響を受け、この時期のシンガポールの人口構造には顕著な民族差があることに注意が必要である。とくに、インド系の性比(女 100 あたり男)は 1931 年の 518.9 から 1947 年 290.3 へ 44%の低下、さらに 1970 年 151.8 へと約 10 年毎に 24-31%低下をしている。中国系の性比も 1921 年 212.3 から 1947 年の 113.2 へ、約 10 年毎に 22-32%低下している。それに対しマレー系の 1921-1970 年性比は 103.6-123.0 で 1940 年代以後に若干の低下があるものの、対象期間を通じ極端に高いわけではない。この背景には中国系やマレー系が若年男性の労働移民を中心に形成されたのに対しマレー系は家族をともなう移民が多かったことや、1930 年代に中国系における男性移民は強く制限されたが女性や子どもは制限を免れたといった事情がある(菅 2020)。このような性比の正常化は家族形成を進めるような影響を及ぼすと考えられるが、加えて男女年齢構造の変化は、指標自体にも不連続な変化を示すほどの影響を生じる。なお、シンガポールでは 1872 年に人口動態登録制度が導入され、その精度は「実質的に完全」という評価が、少なくとも 1950 年代までにはなされている(Chua 1964:p.48, p.57)。一方で、登録状況には民族差があった(Saw 1970: p.89)との指摘もあり、出生力の民族差の評価には注意を要する。ただし、Saw (1970: p.88、2012: p.154) も人口動態統計の登録状況は徐々に改善して影響は少なくなり、1930

年代の出生率の上昇には性比の改善が重要な影響を及ぼしたと指摘している。

図1をみると、1940年代以前のインド系は水準が低く中国系やマレー系と大きく異なるが、対象期間の前半に出生率は上昇し1930年代後半から1950年代頃に高く、1950年代以降に低下するというパターンはすべての民族に共通する。しかし、変化の速度や程度には大きな民族差がある。

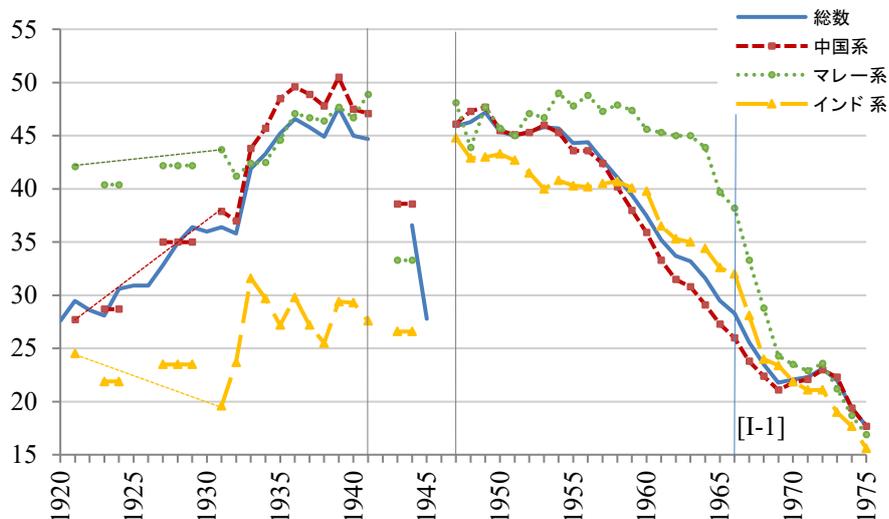
中国系は1920年の27.7‰から1932年の37.0‰へ上昇しマレー系を上回る水準になり、さらに1936年や1939年の49.6–50.5‰へ急速に上昇した。1947–1954年は45.1–47.7‰であり1930年代後半と同水準だったが、民間の家族計画協会の活動が本格化した1956–57年から公的な家族計画・人口評議会の第1期5年計画期の1968–69年にかけて平均して年1.7ポイント低下している。1969–72年に若干上昇した後、1973–74年に2.9ポイントという対象期間中最大の下げを記録して20‰を下回り、1975年17.7‰になった。

これに対しマレー系の粗出生率は小幅な浮き沈みが多いものの、1921年と1932年の42.1‰から1941年の48.9‰へゆるやかに上昇した。1940年代後半以後は、1948年43.9‰や1951年45.0‰という水準から、対象期間中最高の1954–56年48.8–49.0‰へやや上昇している。1956–57年以後は概ね低下する傾向がみられ、1960–1963年に45.0–45.6‰で停滞した後、家族計画・人口評議会の第1期5年計画期に概ね対応する1964年43.9‰から1969年24.3‰へと年平均3.9ポイント低下し、1960年代前半には中国系より12–14ポイント高かった差を一気にキャッチアップしている。マレー系の粗出生率も1971–72年にわずかながら上昇したが、1973年以後中国系を若干下回り、1975年は16.9‰になった。

インド系については、1940年代以前は性比の乱れに加えて人口規模が小さく不安定な上下動を繰り返しているものの、1921年は24.5‰、1932年23.7‰であり25‰を下回っていたのに対して、1933年以後は25‰を下回ることなく1933–1941年の平均は28.6‰であり若干の上昇が見られる。1947年は44.8‰であり期間中最高を記録した。中国系は1950年代前半に高水準を維持していたが、インド系は1953年に40.0‰へ低下し、中国系が低下を開始した1950年代後半を含む1953–1960年は39.8–40.8‰でほとんど一定だった。1960–61年以後は概ね一貫して低下しており、家族計画・人口評議会の第1期5年計画期のなかばにあたる1966–1968年に年平均4.0ポイントと期間中最大の下げ幅を記録している。1960年代には一時的に中国系をやや上回っていたが、1971–1975年は主要3民族のなかで最も低くなっている。

家族計画・人口評議会は、粗出生率を1970年20‰、1975年18‰に引き下げることが、それぞれ第1–2期5カ年計画の目標としていた。民族によって低下速度に差はみられるものの1960年代、とくに第1期1966–1970年にはすべての民族の出生率の低下速度は最大になっていたが、1970年の粗出生率（民族総数）は22.1‰で目標には到達しなかった。一方、1970年代前半の出生率はすべての民族で上昇したにもかかわらず、1975年粗出生率はすべての民族で目標を下回った。

図1. シンガポールにおける主要民族別にみた粗出生率（‰）：1920–1986



資料：1920年は *Annual Departmental Reports of the Straits Settlements 1921* (p.119), 1922–1930年と1944–1945年は Arumainathan (1973: p.33), 1946–1957年については1957年「人口動態統計 (*Report on the Registration of Births and Deaths, Marriages and Persons*)」, 以後は各年次の「人口動態統計 (*Report on the Registration of Births and Deaths (and Marriages)*)」を用いて筆者作成。参考として, Saw (1970: p.72) から1921–25年, 1926–1930年, 1941–1945年を抜粋し, 期間の中央付近に示した。

おわりに

本稿では、シンガポールにおける家族計画の導入と建国（1965年8月）以来の人口政策の展開について、関連する制度や実施体制の移り変わりを中心に概観した。シンガポールは権威主義的国家として知られ、人口政策の領域においても「人口成長率＝ゼロ」を目標に、積極的な介入を行ってきた。とくに1966年から1970年代に家族計画・人口評議会（the Singapore Family Planning and Population Board）は強力な人口抑制政策を推し進め、新規受容者数や粗出生率についての具体的な数値目標を設定して、あらゆる手段をつかって出生抑制が図られた。その結果、公的プログラム導入から僅か10年の1975年までに、民族別にみてもすべての民族の期間出生率は人口置換水準に到達した。期間出生率が人口置換水準を達成した後の1975年以後も、人口抑制政策は継続されていた。1987年に出生抑制政策の撤廃と出生促進政策の導入へ向けた政策転換の舵が切られたあと、出生促進政策は徐々に強化されており、2000年代以後にはより積極的な出生促進政策「結婚と子どもを生み育てる親のパッケージ (Marriage and Parenthood Package 2001, 2004, 2008, 2013, 2015)」が実施されている。このような人口政策の導入・継続・転換タイミングと期間出生率変化及び民族差のパターンとの関係については菅(2022)で論じたためここでは繰り返さないが、民族別にみてもすべての民族の期間出生率が人口置換水準に到達した1970年代の急速な出生率低下の背景として、家族計画プログラムの受容や期間出生率変化の要因には民族差が

あった。また、1987年前後の人口政策の転換時にも、すべての民族の期間出生率は大きく上昇しておりコーホート・テンポ効果が重要な寄与をしていることはすべての民族に共通するのだが、その水準や変化パターンには民族差がある。かつて、Saw（1970: p.84 ; 2016: p.136）は、1960–70年代の状況を見て、出生力の民族格差の様相は容易に様変わりする可能性があるとは指摘したが、マレー系のカンタムが人口置換水準を割り込もうとしている中で、今後も高い出生力を維持するのか、継続的な観察が重要であろう。

#### 参照文献

- 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（2022）「シンガポールにおける出生力転換、超少子化と人口政策：主要民族の差異と類似性」『人口問題研究』第78巻第2号.
- Arumainathan, P. (1973) *Singapore: Census of Population 1970, Volume I Administrative Report and General Review, Volume II Concepts and Definitions and Census Tables*, Singapore: Department of Statistics.
- Chua, S. C. (1964) *State of Singapore: Report on the Census of Population 1957*, Singapore: Government Press.
- Nasir, Kamaludeen Mohamed, and Bryan S. Turner (2014) *The Future of Singapore: Population, Society and the Nature of the State*, Routledge Contemporary Southeast Asia Series Book 66, Singapore: Routledge.
- Qua, Jon S. T. (1983) “Public Bureaucracy, Social Change and National Development,” in Chen, Peter S. J. ed. *Singapore Development Policies and Trends*, Singapore: Oxford University Press.
- Singapore National Population and Talent Division (2008) “Government doubles budget to provide more support for Marriage and Parenthood,” Prime Minister’s Office: Singapore. Accessed on 2022/2/09 at <https://www.strategygroup.gov.sg/media-centre/press-releases/2008-08-20-government-doubles-budget-to-provide-more-support-for-marriage-and-parenthood>
- Singapore National Population and Talent Division (2013a) “Enhanced Marriage & Parenthood package in support of a profamily environment in Singapore,” Prime Minister’s Office: Singapore. Accessed on 2022/2/09 at <https://www.strategygroup.gov.sg/media-centre/press-releases/enhanced-marriage-parenthood-package-in-support-of-a-profamily-environment-in-singapore>
- Singapore National Population and Talent Division (2013b) *A Sustainable Population for A Dynamic Singapore: Population White Paper*, Prime Minister’s Office: Singapore. Accessed on 2015/1/15 at <https://www.strategygroup.gov.sg/media-centre/population->

- white-paper-a-sustainable-population-for-a-dynamic-singapore
- Singapore National Population and Talent Division (2015) “Jubilee Marriage and Parenthood Package to Better Support Families,” Strategy Group, Prime Minister’s Office: Singapore. Accessed on 2022/2/09 at <https://www.strategygroup.gov.sg/media-centre/press-releases/jubilee-marriage-and-parenthood-package-to-better-support-families>
- Saw, Swee-Hock (1970) *Singapore Population in Transition*, Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Saw, Swee-Hock (2012) *The Population of Singapore, Third Edition*, Singapore: Institute of Southeast Asia Studies Publishing.
- Saw, Swee-Hock (2016) *Population Policies and Programmes in Singapore, 2<sup>nd</sup> Edition*, Singapore: Institute of Southeast Asian Studies Publications.
- Straughan, Paulin-Tay, Gavin Jones, and Angelique Chan (2009) "From Population Control to Fertility Promotion—A Case Study of Family Policies and Fertility Trends in Singapore", Gavin Jones, Paulin-Tay Straughan and Angelique Chan eds., *Ultra-low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, pp.181–203, London: Routledge.
- Wong, Theresa and Brenda S. A. Yeoh (2003) “Fertility and the Family: An Overview of Pro-natalist Population Policies in Singapore,” Asian Meta Centre Research Paper Series, No. 12, Singapore: Asian Research Institute.
- Yap, Mui Teng (2001) “Population Policies and Programs in Singapore,” pp.89–114 in Andrew Mason ed., *Population Policies and Programs in East Asia*, Population and Health Series No. 123, East-West Center.
- Yap Mui-Teng (2009) "Ultra-low Fertility in Singapore: Some Observations," pp.160–180 in Gavin Jones, Paulin-Tay Straughan and Angelique Chan eds., *Ultra-low Fertility in Pacific Asia: Trends, Causes and Policy Issues*, Routledge: London.
- Yap, Mui Teng and Christopher Gee (2016) *Singapore Chronicles: Demography*, Singapore: Institute of Policy Studies and Straits Times Press.

# Reimbursement of immunotherapy in the health insurance system in Japan

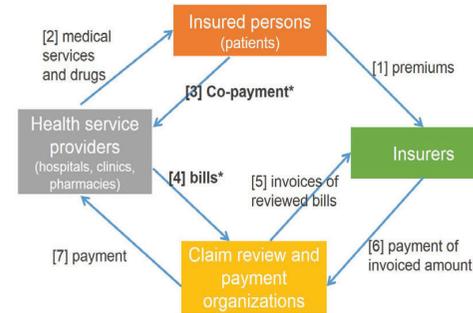
Ruoyan Gai

National Institute of Population and Social Security Research, Japan

June 23, 2021 @ HTAi 2021

## An overview of the health insurance system in Japan

- **The objects of the reimbursement: health technologies (e.g., clinical practices, drugs, medical devices) approved with solid evidence on safety and clinical efficacy based on the Pharmaceutical Affairs Law**
- **The fee schedule: the official price set for health care services covered by the public insurance, modified in every two years**



\* Calculated based on medical fee scheme, 1 points = 10 JPY

### The fee schedule:

- Lists and price of clinical practices



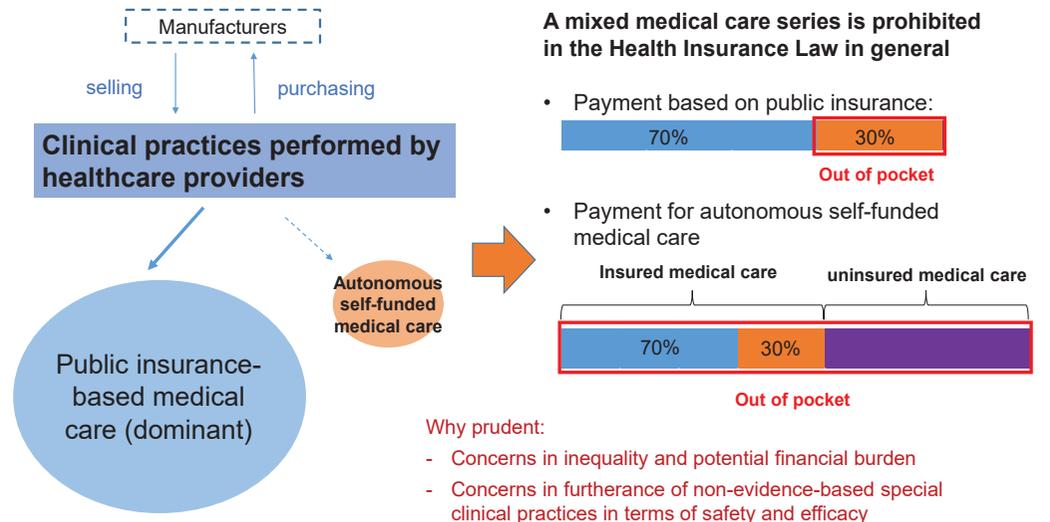
- Lists and price of drugs / medical devices



## The policy for co-payment of high-amount of medical expenses (for those aged below 70 years)

Annual household income	One to three times to pay the expensive medical expense during the past year	Four times or more to pay the expensive medical expense during the past year
Tax-exempt household	35,400 JPY ( <b>118,000 JPY</b> )	24,600 JPY
Below 3.7 millions JPY (except tax-exempt household)	57,600 JPY ( <b>192,000 JPY</b> )	44,400 JPY
3.7 to 7.7 millions JPY	80,100 JPY + (medical expense – <b>267,000 JPY</b> ) × 1%	44,400 JPY
7.7 to 11.6 millions JPY	167,400 JPY + (medical expense – <b>558,000 JPY</b> ) × 1%	93,000 JPY
Above 11.6 millions JPY	252,600 JPY + (medical expense – <b>842,000 JPY</b> ) × 1%	140,100 JPY

## The reimbursement in the health insurance system



## Conditional deregulation of the mixed medical care series for advanced medicine

- The ban on the mixed medical care series has been deregulated for some advanced medical care at qualified hospitals, subject to an official review and approval.



- Medical care services that are considered in combination with insured treatment:
  - Advanced treatment approved by the MHLW, with hospitals assigned
  - Those related to Research & Development trials
  - Those approved based on the Pharmaceutical Affairs Law but in the process of listing in the public insurance
  - Off label use of those approved and insured (under review)
- Patient-proposed medical care and enrollment of critical patients to clinical trials from a compassionate perspective (launched in April 2016)

With justification of accumulating evidence

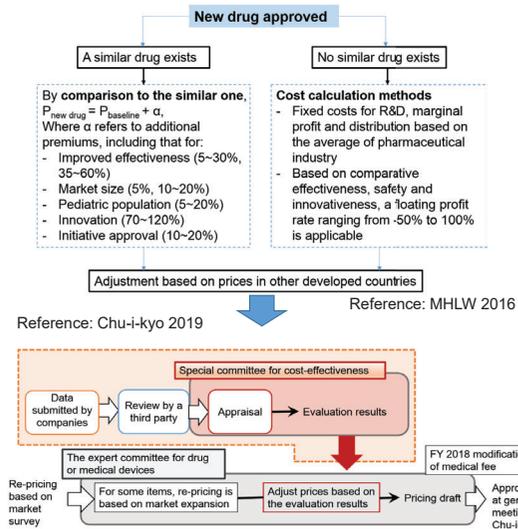
## Current status of immunotherapy in the health insurance system

- Drugs covered in the public insurance:

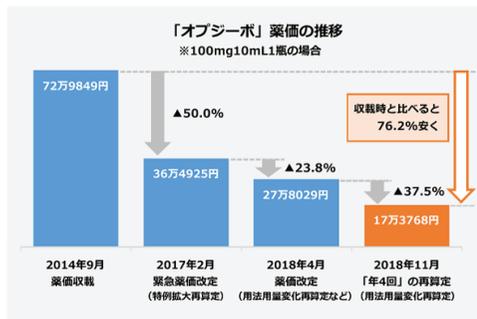
Types	Drugs
PD-1 inhibitors	Nivolumab Pembrolizumab
CTLA-4 inhibitors	Ipilimumab
PD-L1 inhibitors	Durvalumab Atezolizumab Avelumab
BCG (for urothelial carcinoma)	

- Others are subject to either conditional deregulation of the mixed medical care series or Payment for autonomous self-funded medical care
- Those not approved by the Pharmaceutical Affairs Law and covered in the public insurance are out of the recommendation of the clinical guideline.
- Concerns on the regulatory issues

## Pricing mechanism for the insured products

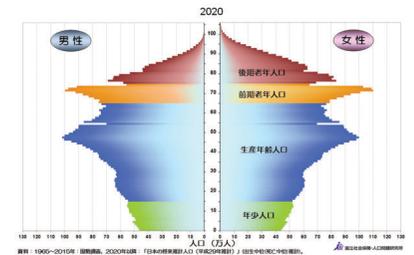
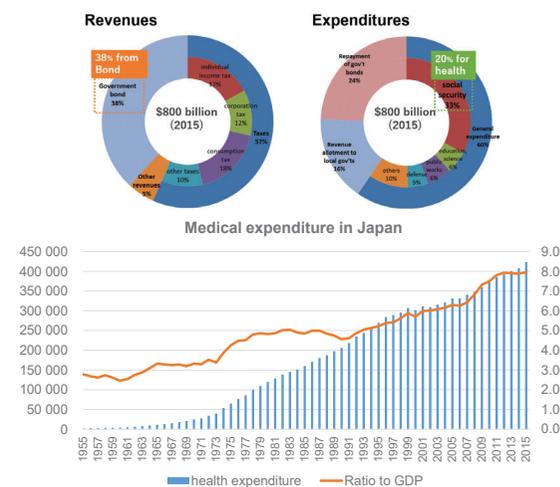


Largely reduced price of Nivolumab, as result of pharmaceutical price reform including introduction of health technology assessment



Resource: AnswersNews 2018 <https://answers.ten-navi.com/pharmanews/14616/>

## Dilemma of sustaining a generous healthcare system



Raising concerns and arguments on high-cost and advanced medicine, including immunotherapy



## Immunotherapy in future

### Challenges

- Accumulation of solid evidence on safety and efficacy
- Financial burden at individual and social level

### Perspectives

- Technical advancement in reducing serious adverse effects
- Enabling domestic environment for trials, data assembly and evidence generation
- Health technology assessment
- International collaborations and knowledge sharing

## 東アジアの介護制度の多様性を踏まえた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

東アジアの高齢化は急速に進むことが見通されており、介護制度の構築は東アジア共通の政策課題となっている。例えば、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、介護サービス利用が大きく広がった。「地域包括ケアシステム」の構築を目指して、地域に密着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「介護保険パイロット事業」が実施され、その実施都市が追加指定され、事業が拡大している。

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。こうした多様性の検討は、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にもつながる。

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、中国の介護制度の多様性を現状の制度内容、制度発展の経緯から概観する。そして、周辺地域への示唆をまとめるための検討として、東アジアの介護制度を構成要素とそのあり得る選択肢への分解を試みた。

### 2. 東アジアの介護制度の多様性

#### （1）制度イメージからみる多様性

東アジアの介護制度のイメージをまとめたものが表1である。この表では、わが国に加えて、韓国、台湾、中国の介護制度について、制度イメージの他、制度の主な内容をまとめることで、制度の類似性、多様性を明確にすることを試みた<sup>1</sup>。ここではまず制度イメージから多様性を概観する。

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、給付対象者は色の濃い第1号被保険者が中心となり、色の薄い第2号被保険者の場合は、加齢による疾病、末期がんなどの条件に該当する場合に給付対象者となる。そして現在の制度に至るまでは、1963年の老人福祉法の制定（老人福祉分野が独立した政策分野となる）、1970年代の介護施設の整備、1898年のゴールドプランの制定、実施などの経緯を経ている。つまり、わが国の介護制度は、長い歴史を持ち、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。1981年に老人福祉法が実施され、2008年に老人長期療養保険（介護保険）が実施されている、韓国の介護制度は、わが国と同じ社

<sup>1</sup> 東アジアの介護制度については、増田・小島・李（2021）で触れている。

会保険方式のユニバーサルな制度である。給付の対象者も高齢者が中心である点も共通するが、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。よって、韓国の介護制度は医療保険活用型のユニバーサルな制度である。

台湾も後続グループにあると言って良い地域である。1980年に老人福利法が制定され、長期照顧十年計画が2007年に実施された。そして現在の長期照顧十年計画2.0が2017年から実施されている。台湾の介護制度は税財源の制度であるが、給付対象者を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含めている。つまり、台湾の介護制度は、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えることができる。

中国は、近年介護制度構築を目指している後発グループに属する。2016年に介護保険パイロット事業が15カ所の都市で開始され、2020年には14カ所が追加実施される形で、パイロット事業が拡大された。制度内容は都市により異なるが、都市従業員基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組みとなっている都市が多い。地域の多様性を内包する形で、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<sup>2</sup>。

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見ただけでも多様性があることがわかる。

## （2）制度内容の特徴から見る多様性

次に、制度の主な内容から多様性を概観する。財政方式と対象者はすでに述べたが、財政方式は、わが国と韓国が社会保険方式、台湾が税方式であり、中国が社会保険方式を目指している。社会保険か税の2者択一となっている。対象者は、わが国は65歳以上の者、40～64歳以上の者の2グループになっている一方、韓国は医療保険加入者（全住民）、台湾は高齢者加えて、若年障害者等を含めている。中国は、給付対象者としては60歳以上の者を対象としているのではないと思われる。対象者については、年齢を基準、医療保険への加入などさまざまな条件があり、その点では財政方式以上に多様である。

制度運営者は財政方式で左右される面があるが、わが国は市区町村であり、地域保険として介護保険が運営されている。国や都道府県は、制度運営、財政面でサポートする。韓国は国民健康保険公団であり、医療保険の組織を活用した国営保険となっている。台湾は地方政府が運営するが、方針などは中央の政策当局が決定する。中国は介護保険パイロット事業の運営をその指定された都市に任せる形となっている。中央政府はその概要を大まかに決めて、詳細のかなりの部分を地方政府に任せる形である。これより、制度運営者にも財政方式、中央政府との関係を含めると、国や地域による多様さがわかる。

要介護認定、サービス提供は、国や地域による多様性よりも、類似性の方が目立ってくる。要介護認定はどの国や地域でも導入されているが、その基準は大きく異なる。わが国と類似の要介護認定は韓国が導入しているが、認定される要介護度はわが国よりも少ない（軽度者が対象外）。台湾は独自の要介護認定、ケアプランまで作成する仕組みを導入しており、自立を含めた8段階の要介護度を設定している。給付対象者は、台湾が若年障害者を含めることが明示されている他は、高齢者を想定している。給付内容も、居宅、地域（通所）、施設ケアが提供されることは共通する（給付の基準である介護報酬は国や地

<sup>2</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。現在の介護保険モデル事業の現状と実施都市の例については、万・小島（2022）参照。

域による違いがある)。その他では、わが国では介護保険の給付である福祉用具、住宅改修は、韓国では福祉用具のみであり、台湾では両方が含まれる。また、台湾では家族介護者支援が給付に含まれる。このように、要介護認定、給付には類似性が目立つが、相違点も多い。

介護サービス利用時の自己負担になると、多様性が顕著となる。まずわが国は介護費用の10%を原則としつつ、高所得高齢者には20%、30%の自己負担がある。収入による異なる取り扱いはあるが、会議費用の一定割合の負担を求める形である。韓国は居宅ケアが15%、施設ケアが20%と、給付の種類による差が設けられている。居宅ケアの利用を促進する面がある。低所得者にはこれらの自己負担の減免がある。台湾は、生活保護相当者は0%、低所得者は5%、その他の一般は16%という自己負担である。収入を基準とした差がある一方で、福祉用具などでは別途自己負担割合が定められてお入り最高で30%となる。中国はパイロット事業の都市により異なる自己負担である。このように、自己負担割合とその設定の考え方に国や地域による違いがある。

介護サービス提供主体には、公営、民営の両方が想定されており、この点は類似点として見ることができる。しかし、台湾では民営事業所は非営利に限られているなどの点が目立つ。

そして、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している、わが国の「地域包括ケアシステム」、韓国の「地域社会統合ケア」、台湾の「ABC型地域密着型介護サービス」がそれぞれの取り組みとなる。また、外国出身の介護労働者受け入れとして、わが国はFTA、技能実習生などの仕組みがスタートしているが、台湾では「外籍看護工」が多く活用されるなど、国や地域の違いが見られる。

このように、主な制度の内容に着目すると、東アジアの介護制度には類似性が見られる一方で、多様性も目立つことがわかる。

表1 東アジアの介護制度

項目	日本	韓国	台湾	中国	
制度イメージ	<p>40歳以上を対象者とした制度</p>	<p>全国民を対象者（給付は高齢者中心）</p>	<p>高齢者、若年障害者をカバーする制度</p>	<p>29都市で介護保険パイロット事業（2021年現在）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パイロット事業の詳細は都市により異なる</li> <li>・都市従業員基本医療保険、都市・農村住民基本医療保険を活用した仕組み</li> </ul>	
主な沿革	<p>1963年 老人福祉法 1970年代 介護施設の整備 1989年 ゴールドプラン 1994年 新ゴールドプラン 2000年 介護保険</p>	<p>1981年 老人福祉法 2008年 老人長期療養保険</p>	<p>1980年 老人福利法 2007年 長期照顧十年計画 2017年 長期照顧十年計画2.0</p>	<p>2016年 介護保険パイロット事業 2020年 介護保険パイロット事業拡大</p>	
制度の 主な 内容	財政方式	社会保険方式（介護保険）	社会保険方式（老人長期療養保険）	税方式（長期照顧十年計画2.0）	社会保険方式（介護保険パイロット事業）
	制度対象者	65歳以上の者 40～64歳の者	医療保険加入者（全年齢）	65歳以上の者 55歳以上の原住民族、障害者など	60歳以上の者？
	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・7段階	あり・6段階	あり・8段階（自立を含む）	あり
	給付対象者	主に65歳以上の者	主に65歳以上の者	65歳以上の者および障害者など	60歳以上の者？
	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% （低所得者への減免あり）	生活保護 0%、低所得者 5%、一般 16%など	都市により異なる（最終的には30%程 度？）
	介護サービス提 供主体	公営・民営多様な提供主体	公営・民営多様な提供主体	公営または民営非営利	公営・民営など多様？
	近年の政策動向	「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）	全国的な介護保険制度を目指す
外国出身介護労 働者	受け入れ制度実施	看病人（간병인）	外籍看護工	？	

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号所収の図の一部に、筆者が各国・地域当局の資料をもとに加筆の上で引用。

注：中国は国家医疗保障局『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』医保发〔2020〕37号（2020.9）をもとにした整理。

### 3. 東アジアの介護制度の発展経緯

#### （1）発展経緯への着目

東アジアの介護制度は表1だけを見ても多様である。その多様性の背景には、どのような制度がよいかという現在の仕組みの作り方にある。さらに、介護制度の歴史の長さが国や地域により異なっていた。つまり、介護制度がどのように発展してきたかが国や地域により異なることも、多様性の背景として考えられる。

東アジアの介護制度の発展を長期的に概観するために、図1をまとめた。老人福祉が貧困対策の一環であった時代を含め、医療制度の発展との関係も含めるため、現在では生活保護や医療保険の分野の動きも含めている。国や地域によって、時代による統治者の変化もある。しかし、本稿では、可能な限り統治者に関係なく介護制度発展の経緯を把握するようにした。

#### （2）日本（先行グループ）

わが国は東アジアの中では介護制度構築の先行グループにあり、その長い歴史を有する。1963年の老人福祉法制定以前は、高齢者介護は貧困対策の一部であった。1929年に救護法が恤救規則に代わる形で制定されたが、このときに養老院が明文化され、身寄りがない低所得の高齢者のケアをする場所として養老院が位置づけられた。第2次世界大戦後の1946年制定、1950年改正の生活保護法では、この種の施設が養護施設として位置づけられている。

1963年制定の老人福祉法により、老人福祉が独立した政策分野となり、生活保護法の施設であった養護施設が、養護老人ホームなどに衣替えするとともに、特別養護老人ホームが新しい介護施設として設けられた。ただし、介護サービスが十分でないため、対象者は低所得で身寄りがない者に限定された。同じ時期の1961年には国民皆保険が達成され、高齢者にも医療保険に加入し、医療サービスが一定の自己負担で受けることができるようになった。1970年代になると高齢化を背景に、老人医療費無料化の一方、介護施設の充実が図られた。つまり、老人福祉のサービスをより多くの人に利用できるようにする方向に変化した。1980年代には老人医療費の増加を背景に、その費用負担の全国的な仕組みとして老人保健制度が実施された。この制度では後に介護的な医療サービスも給付に含まれた。

また、1980年代以降は、居宅、通所ケアの整備が進められ、特に1989年ゴールドプラン、1994年の新ゴールドプランの実施で、目標設定をした介護サービス整備が進められた。そして2000年に、これまでの老人福祉、老人医療で対応していた介護サービスを統合した介護保険が実施された。介護保険の下で介護サービスが普及するとともに、地域包括ケアシステムの構築を目指している。また、2008年には老人保健制度に代わって、後期高齢者医療制度が実施され、高齢者、現役世代の健康保険、公費での費用負担を明確にする形で医療制度も変化した。

このように、わが国の介護制度は、①貧困対策の一部、②老人福祉制度として独立した制度（対象者限定からより一般的な制度）、③医療は皆保険などで別の発展、④介護保険として高齢者介護サービスを総合的に提供、というプロセスを経ている。

#### （3）韓国・台湾（後続グループ）

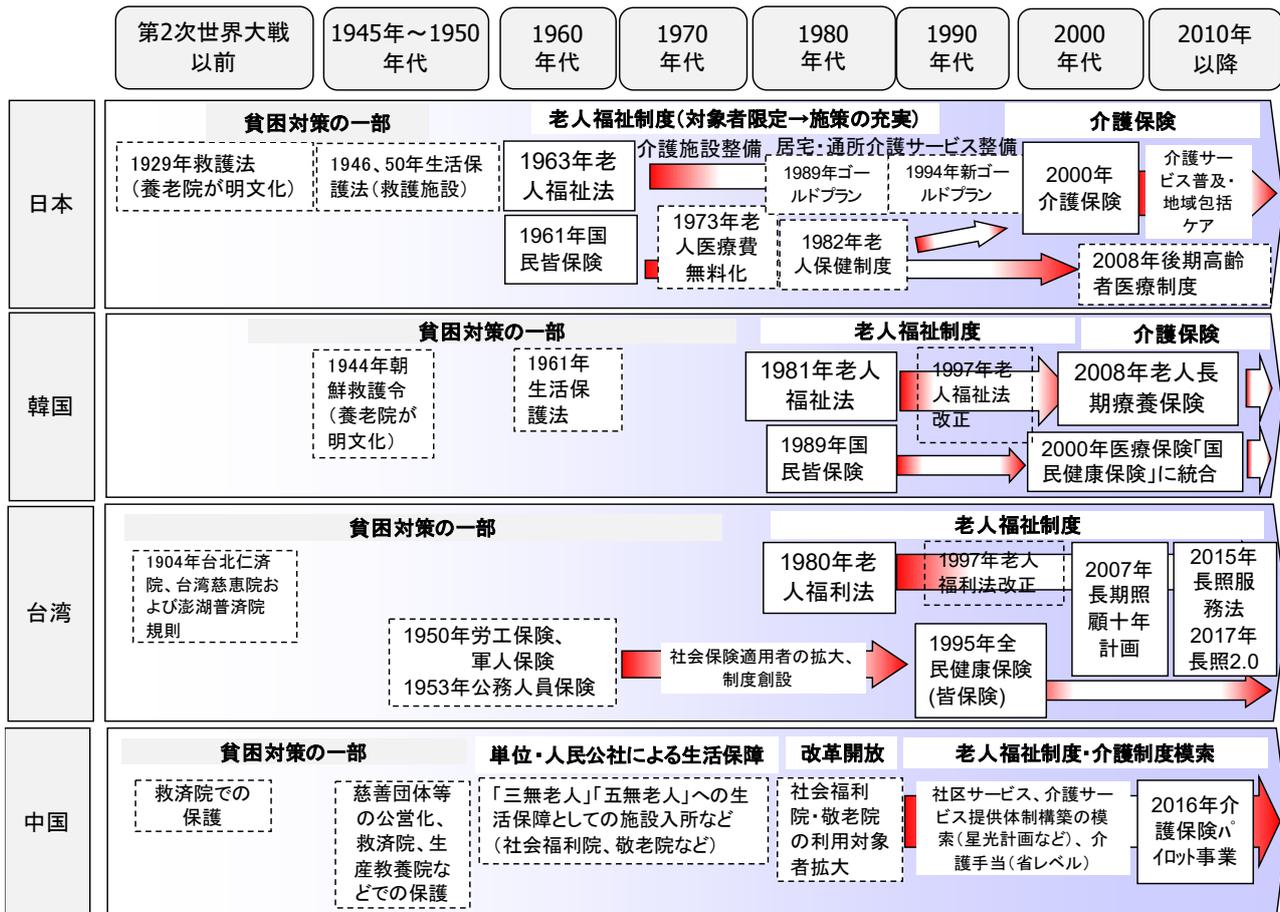
韓国、台湾は、介護制度構築は後続グループに属する。ともに老人福祉が独立した政策分野になるのは1980年代であり、2000年代以降介護制度の構築を急速に進めてきた。

まず韓国では、高齢者介護は貧困対策の一部であった。第2次世界大戦中の1944年に制定された朝鮮救護令で養老院が明文化された。その後貧困対策の法律は、1961年の生活保護法を待つことになる。1981年に老人福祉法が制定され、その後1997年の改正を経て、介護制度は2008年実施の老人長期療養保険に至ることとなる。一方、医療制度は1989年に皆保険が達成され、国内に複数あった保険制度は2000年に国民健康保険に統合されている。その保険者は国民健康保険公団であり、韓国政府の関係する公的な団体である。介護保険の保険者を検討した際に、さまざまな案が出たが、公団に属する人材の専門性を活用することなどから、介護保険も公団が運営することとなった。被保険者も国民健康保険加入者とされ、介護保険料も健康保険料の一定割合を上乗せする形で徴収されている。

このように、韓国の介護制度は、①貧困対策の一部であった期間が長い、②1980年代以降に老人福祉制度として独立した政策分野になった、③その一方で医療は皆保険、医療保険の統合が達成、④介護保険は医療保険の仕組みを活用して構築、というプロセスを経ている。

次に台湾も、高齢者介護が貧困対策の一部である時期が長かった。台湾では第2次世界大戦以前には、わが国の救護法のような法律は制定されず、貧困対策もそれ以前の恤救規則に相当する規則の運用、仁済院などの清代にも存在した伝統的な救済施設の活用で対応していた。第2次世界大戦後は、大企業従業員や公務員などの特定の人々を対象とした職域別の社会保険制度の整備が進められた。1970年代以降にこれらの社会保険の対象者の拡大などが進められた。1995年に複数の健康保険（の給付を行う制度）を統合して全民健康保険ができたことで皆保険が達成された。これにより高齢者も健康保険でカバーされる他、訪問看護の一部がこの保険から給付されるようになった。一方、老人福祉制度は1980年の老人福利法の制定を待つ必要があった。この法律でも老人の定義が「70歳以上」とされるなど（後に65歳以上に改正）、施策の対象者が限定されるといった問題があった。この法律も1997年などに改正され、より多くの高齢者のための制度に改められていった。特に介護制度としては、2007年に長期照顧十年計画が実施され、税方式であるが、要介護認定のある介護サービス提供の仕組みがスタートした。2017年に長期照顧十年計画2.0に改められ、若年障害者、家族介護者も含めた介護制度となっている。

図1 東アジアの介護制度の沿革



出所：広井良典・駒村康平（編著）『アジアの社会保障』、増田雅暢・金貞任（編著）『アジアの社会保障』、増田雅暢（編著）『世界の介護保障【第2版】』、上村泰裕（編著）『新世界の福祉 7 東アジア』をもとに作成。

このように、台湾の介護制度は、①貧困対策の一部であった期間が長い、②1980年代以降に老人福祉制度として独立した政策分野になった、③医療を含めた社会保険制度整備の歴史が長く、1995年に皆保険が達成、④介護制度は税方式で若年障害者も対象者に含めて構築、というプロセスを経ている。

#### （4）中国（後発グループ）

中国は高齢者などにユニバーサルな介護サービスを提供する仕組みの構築という面では、東アジアでは後発グループに属する。しかし、高齢者介護に関するさまざまな経緯を経ている。第2次世界大戦前は、救済院での保護などで高齢者介護は貧困対策の一部であった。第2次世界大戦後のしばらくの間、慈善団体の公営化などが行われている。1950年代以降は、計画経済の体制下で、単位（都市の職場）や人民公社（農村）での保護の一部となり得、家族や生活の手段などを持たない高齢者（三無老人、五無老人）に対して、生活保障として施設などで保護する形であった。

1980年代の改革開放後は、単位や人民公社による保障がなくなり、介護が必要な高齢者などには社会福利院といった施設への入所に対応すべく、これらの利用対象者が拡大された。1990年代に入ると、「社区」（地域）での福祉サービスの充実、省励府レベルでの介護手当の支給が始まった。そして、全国的な介護制度構築を目指し、2016年に介護保険パイロット事業が開始されている。

このように、中国の介護制度は、①貧困対策の一部など、時代による位置づけの変化がある、②1980

年代以降、老人福祉分野でのサービス整備が進み始める、③全国的な介護制度構築の模索の中にある、というプロセスを経ている。

#### （５）東アジアの介護制度の経緯から見る多様性の背景

このように、東アジアの介護制度は、それぞれの国や地域特有の発展経緯を有する。大まかに言ってしまうと、この共通するプロセスとして、①貧困対策の一環であった、②老人福祉が独立した政策分野となり、対象者を限った制度からより一般的な制度に充実、③ユニバーサルな介護制度を構築、④医療保険など社会保険が一方で発展、とまとめることができる。それぞれの期間がいつ開始された、どのくらいの期間続いたかが、東アジアの介護制度の多様性をもたらすものと思われる。

また、社会保障制度のうち、医療保険制度がいつ皆保険を達成し、老人医療に関する制度がどのように発展したかも重要である。これは介護制度を構築する際に、医療的なサービスをどのように給付に含めるか、介護ニーズの相当部分を医療制度で担ってきた国ほど、重要な問題となる。また、皆保険の達成が遅い国ほど、医療と介護が分立する、または医療保険制度を活用するという方向に行くことが考えられる。そのため、医療制度との関係をどのように考えるかも介護制度を多様にさせる要因として機能する。さらに、中国の省政府レベルの介護手当といった、独自の制度がある場合、そうした制度との関係、省政府の意見や考えを尊重する必要もある。このような既存制度との関係も、介護制度の多様性の背景として考える必要がある。

さらに、国土の広さ、人口、経済水準などの社会経済情勢は国や地域ごとに異なる。そうした面も介護制度の多様性を考える上では重要であると思われる<sup>3</sup>。

## 4. 周辺地域への示唆の検討—制度構成要素分解と選択肢の設定—

### （１）介護制度の構成要素への分解

東アジアの介護制度は多様である。それを概観するだけでは、今後高齢化が進む東南アジアなどの周辺地域に対して、介護政策への知見を示すことはできない。つまり、介護制度は国や地域により多様であることはわかるが、どのような介護制度を作ることがよいかという点に関する知見を示すことができない。一方で、介護制度をその構成要素に分解すると、国や地域の差が小さくなる場合がある。すでに述べたもので言えば、財政方式は税方式か社会保険方式かの2者択一となる。介護サービスも、居宅、地域（通所）、施設ケアの3種類は必ず含まれる。

東アジアの介護制度そのものは多様であるが、制度を構成する要素を細かく分解する、その中でとりうる選択肢を整理することが可能である。それにより、東アジアの介護制度の多様性の背景を明確にする一方で、東南アジア、南アジアなどの地域がどのような介護制度を作りたいかという点で参考になる知見を示すことができる。そこで、東アジア全体の介護制度の構成要素を細かく分解し、それぞれの構成要素で取り得る選択肢の整理を試みた。

具体的には図2のようにまとめた。各構成要素として整理したものを挙げると、①制度の建て方、②制度対象者、③財政方式、④要介護認定、⑤介護サービス利用、⑥介護サービス事業者、⑦介護サービ

<sup>3</sup> 東アジアの介護制度については増田（2014）、増田・金（2015）参照。

ス従事者、⑧介護サービス、⑨介護手当、⑩インフォーマルケア支援、⑪介護サービス関連事項、⑫公的管理その他、⑬介護政策全般、⑭人口・社会経済の状況、である。この整理にあたってはEUのMISSOCへの対応も考慮した。MISSOCは”Mutual Information System on Social Protection”の略称である。EU加盟国等の社会政策についてまとめたデータベースであり、医療、年金、介護などの分野別に、根拠法令から財源、給付、サービス提供などの各国・制度すべてに適用する制度構成要素を設定し、各国の制度の情報が記載される。制度名称だけでなく、対象者、給付水準、加盟国内の制度の地域差まで記載されている。このデータベースは定期的に更新され、インターネットで一般に公開されている<sup>4</sup>。MISSOCにおける介護制度の制度分類内容を図2補足表の通りにまとめた。これをもとに図2の①から⑭までの構成要素のうち、MISSOCに対応できるものはその対応関係もまとめた。

まず①から③は制度の基本に関わることである。①では、介護制度の作り方そのものであり、法整備を中央政府、地方政府のどちらが行うか、介護制度は独立した制度か、医療制度に付属させるのかなどの側面である。MIOOSCでは”Applicable statutory basis”、“Basic principles”に該当する。②は制度対象者であり、全住民を対象とするのか否か、年齢などの対象者の条件である。MISSOCでは”Conditions”となる。③は財政方式で、税方式か社会保険方式かである。税方式の場合は、具体的な税財源、その負担者（国か地方か）、社会保険方式の場合は、保険料算定方法、公費補助の有無といった制度内容の選択肢が設定できる。MISSOCでは”Basic principles”に該当する。

次に④と⑤は介護サービス利用の条件に関する内容である。④は要介護認定の実施者は段階、⑤は介護サービス利用の条件であり、ケアマネジメントの有無や利用者による選択を設定した。MISSOCでは④は”Organization”、⑤は利用者による選択のみ”User choice”に該当する。

そして、⑥と⑦は介護サービス提供体制に関するものである。⑥は介護サービス事業者について、事業所組織形態（公営か民営か）、事業所の種類、事業所許認可制度の有無などの詳細な制度構成要素を整理した。⑦は介護サービス従事者について、資格や教育訓練などの詳細な制度構成要素を整理した。MIOOSCではともに”Organization”に該当する。⑧から⑩までは給付に関する内容である。⑧は給付の種類としての介護サービスの分類であり、居宅、地域（通所）、施設の各ケアの他、若年障害者のためのサービスなどを制度内容として想定している。また、介護制度からの利用限度枠、自己負担もここに含めている。⑨は介護手当であり、⑧に当てはまらない現金給付である。⑩は⑨だけでは把握が難しい、家族介護者などのインフォーマルケア支援である。介護休業、介護相談などさまざまな支援策をここに含めている。MIOOSCでは⑧と⑨は”Benefits”に該当するが⑩は”Benefits for informal cares”に該当する。

さらに、⑪から⑭は介護制度に関連する項目であり、⑫以外は本論独自に設定したものである。⑪は介護サービス関連事項として、医療との連携、地域密着、外国出身介護人材受け入れなどを整理した。⑫はMISSOCにも該当項目があるが、給付の改定方法、課税などの項目である。⑬は介護制度全般に関することであり、介護制度に関する政策プラン策定などを想定した。⑭は人口や社会経済情勢として、国土面積、人口、経済水準などである。

このような詳細な制度構成要素に介護制度を分解し、さらにそれぞれに対応する選択肢を設定するこ

<sup>4</sup> MIOOSCの概要は公式サイトである <https://www.missoc.org/>、実際のデータベースは <https://www.missoc.org/missoc-database/comparative-tables/>を参照（2022年3月14日最終確認）。なお、MISSOCに関する短い解説は小島（2016）参照。

とで、現在の東アジアの介護制度の特徴の把握、新しく介護制度を構築したい国や地域の政策点検シートとして機能することが想定される。

図2. 介護制度の構成要素別政策オプションー周辺地域への示唆のための検討ー

(項目)	(制度オプション)	(対応するMISSOC項目)
①制度の建て方	1.法制度整備(国か地方か) 2.制度の考え方(独立した制度、他制度に付属) 3.制度運営者(国、地方、医療保険者など)	Applicable statutory basis Basic principles
②制度対象者	1.全住民か否か 2.対象者の条件(年齢、居住期間など)	Conditions
③財政方式	1.税方式か社会保険方式か (税方式の場合)(1)財源(一般税か目的税か) (2)拠出者(国か地方か) (社会保険方式の場合)(1)保険料算定方法 (2)公費からの補助の有無	Basic principles
④要介護認定	1.実施者 2.認定基準 3.認定の段階(等級数) 4.有効期間	Organisation
⑤介護サービス利用	1.ケアマネジメントの有無 (実施の場合)(1)実施・ケアプラン作成者(専門職、地方政府、保険者など) (2)ケアプラン法的拘束力の有無 2.利用者による選択 (1)介護サービスと介護手当現金の選択・併給 (2)介護サービスの種類の選 択・組合せ (3)介護サービス事業者の選択	User choice
⑥介護サービス事業者	1.事業所組織形態(公営、民営) 2.事業所の種類(医療系、福祉系) 3.事業所許認可制度(許認可、届出制度の有無、他制度で認可された事業所 との関係) 4.事業所情報公開制度(公的な情報公開、情報公開事項など) 5.事業所評価制度(公的評価の有無など)	Organisation
⑦介護サービス従事者	1.介護従事者の範囲 2.介護従事者の資格・教育訓練 3.介護従事者の就業(介 護事業所への登録の必要など) 4.インフォーマルケア従事者の範囲	Organisation
⑧介護サービス	(サービスの種類)1.居宅ケア 2.地域(通所)ケア(デイサービス) 3.地域(通所)ケア(ショートステイなどの短期入所) 4.施設ケア(長期入所) 5.若年障害者のためのサービス 6.その他 (利用限度枠)1.利用限度枠設定の有無 (自己負担)1.自己負担の有無・設定方法(定額・定率など)	Benefits (Benefits in kind)
⑨介護手当	(実施)1.実施の有無 2.受給者 (条件)1.受給条件(資料調査など)	Benefits (Cash benefits)
⑩インフォーマルケア支援	1.支援の種類ごとの実施の有無(介護休業、介護手当、介護相談、社会保険 料補助など)	Benefits for informal carers
⑪介護サービス関連事項	1.医療との連携 2.地域密着 3.外国出身介護身人材の受入 4.市場メカニズ ムの活用 5.多文化社会への配慮	-
⑫公的管理その他	1.給付の改訂の有無と方法 2.年金など他制度からの給付との関係(併給を認 めるか否かなど) 3.税制(給付への課税、税制優遇) 4.国・地方政府の役割	Indexation, Cumulation with earnings from work or other benefits, Taxation of cash benefits
⑬介護政策全般	1.介護政策に関する計画策定(あり、なし) 2.政府などの総合的高齢社会対 策との関係	-
⑭人口・社会経済の状況	1.国土面積 2.人口(規模、高齢化率など) 3.経済水準(GDPなど) 4.行政の 仕組み・社会保障制度主管官庁 5.既存の社会保障制度 6.社会保険制度の 経験の有無 7.社会保障支出 8.ジニ係数・貧困率など	-

出所:筆者作成

図2補足表 MISSOCにおける制度内容分類(介護制度)

項目	内容
XII. Long-term care	
Applicable statutory basis	法的根拠
Basic principles	制度の基本的な考え方(社会保険方式、税方式、医療制度の中に含まれるなど)
Risk covered	
Definition	介護の定義(どのような状態に介護給付を行う)
Field of application	適用範囲(全住民、医療保険加入者、高齢者など)
Conditions	
1. Qualifying period	受給資格期間(保険加入期間など)の有無
2. Minimum level of dependency	要介護状態の最低継続期間(6か月以上24時間介護が必要な状態など)の有無
3. Age	年齢(65歳以上など)条件の有無
Organisation	
1. Evaluation of dependency	要介護認定
Evaluators	評価者(医師、保険者など)
Indicators and categories of need	要介護認定の基準と対象となる機能、要介護等級
Review	要介護認定の更新審査
2. Providers	
Professional providers	サービス提供者(居宅、施設ケアなどの専門的サービス)
Informal carers	家族等のインフォーマルなケアラーの定義
Benefits	
Benefits for dependent persons	要介護者への給付
1. Benefits in kind	現物給付(介護サービス)
Home care	居宅ケアの内容
Semi-residential care	通所(地域)ケアの内容
Residential care	施設ケアの内容
Other benefits in kind	上記以外のサービス(法律相談、用具、住宅改修サービスなど)
Cost sharing for benefits in kind	給付の上限または自己負担割合
2. Cash benefits	現金給付(介護手当など)
Means test	資料調査の有無
3. User choice	現金給付と現物給付との選択。介護サービスの組み合わせの希望
Benefits for informal carers	インフォーマルなケアラーへの給付(介護手当、レスパイトケア、介護休業など)
Indexation	給付水準の改訂
Cumulation with earnings from work or other benefits	給付の重複、他制度からの給付との関係(介護制度からの給付が社会扶助より優先など)
Taxation of cash benefits	課税対象となるか否か

出所: MIOOSCデータベースをもとに作成

## (2) 東アジアの介護制度構成要素の整理結果—

図2に基づいて、東アジアの介護制度の構成要素を分解し、その選択肢を整理した結果が、表3である。①制度の建て方から⑭人口・社会経済の状況までの制度構成要素別に、さらに詳細な制度構成要素、対応する制度内容選択肢をリストアップした。そして対応する MIOOSC の項目を加えている。

「①制度の建て方」では、法整備、制度の考え方、制度運営の項目を設定した。法整備は法律を中央政府が制定するか、地方政府に任せるかの考え方の選択肢であり、中央集権、連邦制といった政治体制と関係する。制度の考え方は、介護制度を独立した制度にするか、医療制度に付属またはこれを活用した制度にするかというものである。制度運営は、国、地方、医療保険など考えられる保険者を挙げている。この部分の制度内容の組み合わせだけでも、介護制度が多様になる余地がある。

「②制度の対象者」は、全住民とするか特定の制度加入者とするか、という選択肢である。後者は介護保険を医療保険と付属させる場合に出てくる選択肢となる。その下の（対象者条件）は介護制度の対象者に年齢などの条件をつけるか否かである。年齢で区切れば介護制度が高齢者だけを対象とすることにある。居住期間や被保険者期間となると、その国や地域の居住、医療保険への加入を条件とするものである。

「③財政方式」は、税または社会保険方式の選択で想定した。しかし、強制貯蓄などのオプションも想定した。公的な介護制度の財源となると、税や社会保険料という公的に集めるものになるため、両者について詳細な選択肢を設定した。まず税財源では、財源の種類として、一般税か目的税かを設定した。後者は介護制度のために税収が使われることが制度上明確な財源となる。拠出者は、税財源による負担を国、地方政府がどのように分担するかを示す。国だけ、地方政府だけ、両方で分担という選択肢となる。次に社会保険料を財源とする場合、保険料算定方法、税財源からの補助の有無を設定した。前者は、所得のみの他、所得、資産の組み合わせという社会保険料として一般的にあり得る財源、医療保険料の一定割合を選択肢とした。最後の選択肢は韓国の制度を参考にした<sup>5</sup>。社会保険制度でも、保険料を支払える水準に抑えるなどの理由で、税財源からの補助がある。介護制度でもその有無を制度構築の選択肢に入れた。

「④要介護認定」は公的な介護制度の下で介護サービス利用の権利を認める手続きとなる。実施者として、誰が要介護認定を行うかの選択肢を設定した。認定基準はADLsの喪失度のみ、IADLsの喪失度も含むかなどで選択肢を設定した。要介護状態の継続を基準とするか、要介護度の範囲（軽度から重度までどの程度をカバーするか）、有効期間（更新）を詳細な制度内容として整理した。

「⑤介護サービス利用」は、実際の介護サービス利用に至るプロセスである。大きく分けると「ケアマネジメント」「利用者による選択」である。前者はこれを行うか否か、ケアマネジメントを誰が行うか、ケアプランに法的拘束力があるか否かを設定した。ケアマネジメントを行うことで、介護サービス利用が、ニーズに基づきかつ計画的になることが期待される。特にケアマネジメントを公的な組織が行うか、独立した専門職が行うかも、ケアマネジメントの性格を左右する。ケアプランの法的拘束力も、適切な介護サービス利用を確保する上で重要である。後者は「利用者の自由、権利」を反映したものである。介護サービスの種類、給付の方法（現物か現金か）、事業所について、利用者選択をどの程度認めるかを設定した。利用者の選択の余地が大きいほど、利用者の自由や権利を尊重していることになる。一方、利用者の選択の余地が小さいほど、介護サービス提供は措置制度的になる。

「⑥介護サービス事業者」は介護サービスを提供する組織について、どのような仕組みにするかを整理したものである。事業所組織形態として公営のみか民営組織も可能かを設定し、事業所の種類として、医療系、福祉系のいずれか、両方の選択肢を設定した。こうした事業所が公的介護制度化でサービス提供するに当たって、許認可が必要か否かを設定した。許認可が必要であれば、介護サービス提供体制の公的な管理の度合いが強くなる。許認可と関連して、他制度で許認可を得た事業所の、介護サービスへの参入を整理した。例えば、すでに社会福祉法人や医療法人としての認可がある場合、無条件で参入できるのか、許認可を得る前提かという選択肢である。利用者が介護サービスを選択するには、事業所に

<sup>5</sup> 韓国の介護制度の詳細は、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（2022年3月14日最終確認）。

関する情報公開が適切に行われることが必要である。また、事業所が介護サービスの質をどの程度確保しているかも利用者にとっては重要である。そこで、情報公開制度、事業所評価制度の有無についてもここで設定した。

「⑦介護サービス従事者」は、実際の介護サービス提供を担う者に関する制度となる。介護従事者の範囲（医療系のみ、福祉系のみ、両方）、従事者の資格の有無を設け、従事者の資格・訓練に関するルール、就業に関するルールを想定した。前者は公的な資格・訓練を求めるか否か、後者は事業所に所属するか、個人営業を認めるかのルールである。従事者の資格や訓練を民間に委ね、個人営業の自由を認める場合、介護サービス提供の仕組みはかなり自由度が増すことになる。MIOOSC では介護サービス提供体制に関する項目で、事業者としての家族への介護サービス提供を認めるか否か、インフォーマルケア従事者に関するものがある。これらも⑦として設定した。

「⑧介護サービス」は介護制度からの給付である。居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケアの有無の他、若年障害者のためのサービスの有無、その他のサービスについて、福祉用具など介護制度で考えられる給付項目の有無を設定した。この組み合わせにより、介護制度の性格（包括的なサービス提供、特定のサービスを重視など）が決まる。これらに加え、介護サービス給付について、利用限度枠を設定するか否か、自己負担を設定するか否か、どのように設定するかを制度の選択肢として含めた。これらは、介護サービス利用を公的にどの程度の量までカバーするか、介護費用を利用者にどの程度負担してもらうかの制度設計となる。

「⑨介護手当」について、⑧は介護サービスという現物給付の項目であった。介護制度では手当の支給という現金給付もあり得る。そこで「⑨介護手当」では、現金給付としての介護手当実施の有無、その受給者、条件（資力調査の有無とその基準）を設定した。介護手当を実施しない場合は、介護制度は現物給付での実施という性格になる。介護制度を実施する場合、それが現物給付を補足する性格か、代替する性格なのか、家族介護者を支援する性格のものか、その性格は大きく異なることを想定している。

「⑩インフォーマルケア支援」は⑨とも関連する部分があるが、MISSOC でも項目が設定されている。そこで、その内容として、介護手当の他、介護休業、介護講習会、介護相談などの給付の有無を設定した。これらをすべて行わないという選択肢もある。その場合介護制度の性格は、フォーマルなケアを利用者に提供するという性格が強くなる。

表3の⑪以降は介護制度そのものより、制度に関連する事項が多くなる。「⑪介護サービス関連事項」では、医療との関係、地域密着の介護制度構築、外国出身介護人材の受け入れ、市場メカニズムの活用、多文化社会への配慮について、これらをどの程度考えるかを想定した選択肢を設定した。「⑫公的管理その他」では、介護制度内での給付改定の有無、給付への課税、税制優遇、国や地方政府の役割などを内容として整理した。「⑬介護政策全般」は、国や地域全体の介護政策に関することで、介護に関する政策プランの作成、総合的な高齢化対策における介護政策の位置づけの2項目を設定した。最後の「⑭人口・社会経済の状況」は、国土面積、人口、高齢化率、GDPなどの経済水準と行った数値で示すものの他、社会保障制度の所管省庁（行政の体制）、既存の社会保障制度などの短い説明で記載するものを設定した。

表3でまとめた①から⑭までの項目は幅が広いが、介護制度を細かく整理した結果であり、これらの制度内容の選択肢の組み合わせで、現在の介護制度の性格の評価、今後介護制度を構築したい国や地域が考える制度の診断が可能になる。

表3 介護制度を構成する要素－周辺地域への示唆のための制度オプションの分類－

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※:は対応する分類項目がない、判断困難を意味する	
	法整備		Applicable statutory basis	
①制度の建て方	法整備	①国(中央政府) ②地方(州政府、県市政府など)		
	制度の考え方	①独立した制度 ②特定の制度(医療保険など)の給付のひとつ ③医療制度や社会福祉制度の複数の制度から給付	Basic principles	
	制度運営	①国(中央政府) ②地方(州政府、県市政府など) ③公的医療保険の組織 ④民間企業(保険会社など)	Applicable statutory basis	
(対象者条件)	制度の対象者	①全住民 ②特定の制度(医療保険)加入者	Field of application	
	年齢	①全年齢 ②高齢者(65歳以上または60歳以上) ③その他(②以外で年齢の条件を付ける)	Conditions	3. Age
	居住期間	①居住期間条件あり(例:1年以上居住) ②居住期間条件なし	Conditions	1. Qualifying period
	被保険者期間	①被保険者期間条件あり(例:1年以上の保険料支払い) ②被保険者期間条件なし	Conditions	1. Qualifying period
	③財政方式	①税 ②社会保険 ③その他(強制貯蓄、全額自己負担など)	Basic principles	
(税財源)	(1)財源の種類	①一般税 ②目的税	-	
	(2)拠出者	①国(中央政府)だけが負担 ②国と地方政府が負担 ③地方政府(州政府、県市政府など)だけが負担	-	
(社会保険料)	(1)保険料算定方法	①所得のみ ②所得、資産、一人当たり定額などの組み合わせ ③他の制度と連動(医療保険の一定割合)	-	
	(2)税財源からの補助の有無	①あり ②なし ③専門の委員会を置く	-	
④要介護認定	実施者	②委嘱された医療または福祉関係者が行う ③自治体職員である医師・看護師・ソーシャルワーカー	Organization	1. Evaluation of dependency Evaluators
	認定基準	①身体状態(ADLs喪失度)のみ ②心身の状態(ADLsおよびNIADLs喪失度) ③心身の状態に所得、同居家族の有無など	Organization	1. Evaluation of dependency Indicators and categories of need
	要介護状態の継続	①要介護の状態であること ②一定期間以上要介護状態であること	Conditions	2. Minimum level of dependency
	要介護認定の等級の範囲	①軽度(手助けは必要だが日常生活に支障がない)から重度まで ②中度(日常的な手助けがあれば日常生活は可能)から重度まで ③重度(常に手助けが必要)のみ	Organization	1. Evaluation of dependency Indicators and categories of need

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する
④ 要介護認定	有効期間(更新)	①一律の有効期間 ②要介護状態により異なる有効期間	1. Evaluation of dependency
	ケアマネジメント	①行う	
		②行わない	
		③実施・ケアプラン作成者(行う場合)	①独立した専門職を設けて行う ②政府、保険者が行う ③特になし
	ケアプラン法的拘束力	①あり	
		②なし	
		③自由選択が可能	
	利用者による選択(現物、現金)	②条件付きで選択(現金給付が利用できる、不適切な利用の場合は現物に切り替えるなど)	
		③選択は認めない	
		④現金給付は行わない	
利用者による選択(現物種類)	①施設、居宅、通所などを自由選択		
	②居宅、通所のみ自由選択		
	③自由選択を認めない		
利用者による選択(事業者)	①自由選択が可能		
	②自由選択を認めない		
	③公営のみ		
事業所組織形態	②非営利民営も可		
	③営利民営も可		
	④医療系の事業所のみ		
事業所種類	②福祉系の事業所のみ		
	③医療系および福祉系の事業所		
	①あり(許認可、指定事業者)		
許認可制度	②あり(届出)		
	③なし		
	④許認可や指定事業者申請の条件とする(例・社会福祉法人であること)		
⑥ 介護サービス事業者	他制度・過去の制度の認可等のある事業所との関係	②他制度・過去の制度の認可等のある事業者は無条件で参入できる	
		③他制度・過去の制度の認可等のある事業者は経過措置で参入できる	
		④特に想定しない	
		①政府・地方政府・保険者が実施(公的ルール)	
情報公開制度	②介護事業者団体が実施(業界ルール)		
	③民間で自由に行う		
	④なし		
事業所評価制度(質の評価)	①政府など公的な枠組み		
	②民間で行う評価		
	③特に想定しない		

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類		制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する			
⑦介護サービス従事者	従事者	①医師等の医療従事者のみ ②ヘルパーなどの福祉従事者のみ ③医療および福祉従事者	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の資格(介護福祉に関するもの、医療系の資格を除く)	①資格を設ける ②資格を設けない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の資格・訓練	①公的な仕組みでの資格取得前のみ ②公的な仕組みでの資格取得前及び継続訓練も実施 ③民間で行う ④実施しない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	従事者の就業	①介護事業所に所属 ②介護事業所に所属・個人開業選択できる ③特に規制を設けない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	介護従事者として家族を介護	①できる ②できない	Organisation	2. Providers	Professional providers	
	インフォーマルケア従事者	①家族、親族 ②隣人、友人 ③非営利のボランティア ④私的に雇用する者(介護制度上の権限なし) ⑤インフォーマルケアを定義しない	Organisation	2. Providers	Informal carers	
	居宅ケア	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Home care
	通所(地域)ケア(デイサービスなどの1日限りの利用)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Semi-residential care
	通所(地域)ケア(ショートステイなどの短期入所)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Semi-residential care
	施設ケア(長期入所)	①給付に含める ②給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Residential care
⑧介護サービス 若年障害者へのサービス(社会参加支援など)	①福祉用具 ②住宅改修 ③移送 ④配食 ⑤介護相談 ⑥ピアサポート ⑦その他 ⑧給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Residential care	
利用限度枠設定の有無(利用限度枠)	①サービスごとに設定 ②要介護度別に設定 ③設定しない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Other benefits in kind	
		Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Cost sharing for benefits in kind	

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一（続）

分類		制度内容オプション		対応するMISSOCの分類項目 ※-は対応する分類項目がない、判断困難を意味する			
(自己負担)	自己負担の有無・設定方法	①定率 ②定額 ③サービスにより異なる ④自己負担なし		Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind 2. Cash benefits	Cost sharing for benefits in kind
	実施の有無・受給者	①家族介護手当として実施(家族に支給) ②現物給付との選択で実施(利用者へ支給) ③介護サービスの費用補助として実施(同上) ④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施(同上) ⑤実施しない		Benefits	Benefits for dependent persons		
⑨介護手当	資力調査	①現金給付決定の条件として資力調査を行う ②現金給付の額を減らす条件として資力調査を行う ③資力調査を行わない		Benefits	Benefits for dependent persons	Means test	
	資力調査の基準	①所得のみ ②所得と資産 ③介護手当 ④介護休業、休暇(有給、期間あり) ⑤介護休業、休暇(無給) ⑥年金、医療保険などの社会保険料補助 ⑦介護講習会 ⑧介護相談、情報提供サービス ⑨実施しない		Benefits	Benefits for dependent persons	Means test	
⑩インフォーマルケア支援	支援内容	①介護相談、情報提供サービス ②特に想定しない(医療、介護が制度的に分立) ③地域密着に重点を置くサービスをつける ④地域内の介護事業者の連携 ⑤隣接地域間の介護サービス連携 ⑥特に想定しない		Benefits	Benefits for informal carers		
	医療との連携	①考慮 ②特に想定しない(医療、介護が制度的に分立) ③地域密着に重点を置くサービスをつける ④地域内の介護事業者の連携 ⑤隣接地域間の介護サービス連携 ⑥特に想定しない		-			
⑪介護サービス関連事項	地域密着	①受け入れる ②限定的 ③受け入れない ④民営営利事業所の参入 ⑤利用者による事業所選択が自由(事業者の競争) ⑥価格は市場メカニズムで決定 ⑦サービス提供・利用ともに制度のルールで決める(選択、競争の余地がない)		-			
	外国出身介護人材の受け入れ	①行う ②地域を限定して行う(外国人が多い、生活習慣が大きく異なる地域など) ③特に想定しない		-			
	市場メカニズム	①行う ②地域を限定して行う(外国人が多い、生活習慣が大きく異なる地域など) ③特に想定しない		-			
	多文化社会への配慮(利用者が外国人、少数民族、独特の習慣のある地域など)	①行う ②地域を限定して行う(外国人が多い、生活習慣が大きく異なる地域など) ③特に想定しない		-			

表3 介護制度を構成する要素一周辺地域への示唆のための制度オプションの分類一(続)

分類	制度内容オプション	対応するMISSOCの分類項目 ※: は対応する分類項目がない、判断困難を意味する	
⑫公的管理その他	給付の改訂の有無と方法	Indexation	
	年金など他制度からの給付との関係	①定期的改訂(介護報酬改訂として検討)	Cumulation with earnings from work or other benefits
		②物面上昇率などを自動的改訂	
		③その他の方法で定期的改訂(年金と連動など)	
		④定期的改訂は行わない	
	課税有無(現金給付)	①併給可能	Taxation of cash benefits
		②一定の金額まで併給可能	
	税制優遇	③併給不可	Taxation of cash benefits
		④併給に関する規定なし(現金給付を実施しない場合)	
		①課税	
②非課税			
政府の役割	③課税に関する規定なし(現金給付を実施しない場合)	-	
	①介護支出の税制優遇を行う		
	②行わない		
	①制度を作る		
	②制度運営の詳細を決める		
地方政府の役割	③サービスマニ提供の監督	-	
	④サービスマニ提供		
	⑤時に想定しない		
	①制度運営、サービスマニ提供など広範		
介護政策に関する計画	②制度運営のみ(サービスマニ監督を含む)	-	
	③制度運営のみ(サービスマニ監督の権限がない)		
	④時に想定しない(中央政府など他の機関が制度運営)		
	①政府が策定(目標値設定あり)		
	②政府が策定(目標値設定なし、別途設定)		
	③地方政府が策定(目標値設定あり)		
⑬介護政策全般	④地方政府が策定(目標値設定なし、別途設定)	-	
	⑤時に想定しない		
	①介護政策を独立した項目として盛り込む		
	②介護政策を健康、医療、福祉などの分野のひとつとして盛り込む		
	③時に想定しない		
	国土面積		数値など
	人口(人口、高齢化率など)		数値など
	経済水準(GDPなど)		数値など
	行政の仕組み 中央集権⇄地方分権		説明など
	社会保険制度の所管省庁		説明など
⑭人口・社会経済の状況	社会保険制度の経験、分野(医療等)	説明など	
	貯蓄制度(高齢者福祉)の整備(サービスマニ提供体制)	数値など	
	地域差(高齢化率など)	数値など	
	社会保険支出(対GDP比)	数値など	
	格差指標(ジニ係数、貧困率)	数値など	

## 5. 周辺地域への示唆の検討——部制度構成要素での試み——

### （1）制度の建て方・対象者・財政方式

東アジアの介護制度の構成要素を分解して、制度の選択肢を設定すると、表3のように非常に多岐にわたる内容となる。これを評価シートとして活用する場合、結果をどこからどのように解釈すれば良いかがわからなくなる。すでに述べたように、制度構成要素はその性格が似通ったものにまとめることができる。そこで本稿では表3から、制度の基本的な性格を決定する要素として、「①制度の建て方、②制度の対象者、③財政方式」（番号は表3中のもの）をひとまとめにした。この部分について、東アジアのうち、わが国、韓国、台湾の制度内容を評価する一方、仮設例としてA国、B国を設定した。両国は介護制度をこれから創設することを考えており、どのような制度内容にしたいかを、このシートで選択する。それに際して前者の想定として、制度は中央政府が決めるが、運営は地方政府が行う、社会保険方式の制度を構想しているものとした。後者の想定として、地方政府が制度構築、運営を行う、税方式の制度を構想しているとした<sup>6</sup>。

表4-1が、介護制度の基本的な性格の東アジアの評価と仮説例の国の制度内容希望選択結果である。①制度の建て方では、わが国は、国が制度を決め、医療保険などから独立した介護制度を地方自治体が運営する。韓国は、国が制度を決め、独立した介護制度であるが、運営は公的医療保険の組織が担う。台湾は、中央当局が制度を決め、独立した介護制度で、地方当局が運営する。②制度の対象者では、わが国は、年齢等の対象者となった者は全住民が対象となる。韓国は特性の制度加入者を全て対象とし、年齢等の条件はない。台湾も、年齢等の対象者となった者は全住民が対象となる。③財政方式では、わが国と韓国は社会保険方式、台湾が税方式となっている。

この結果からわかるのは、わが国は政府が制度を決め、地方自治体が運営する社会保険で、年齢で対象者を決める、地域保険方式の介護制度である。韓国は、公的医療保険の仕組みを活用している。よって、政府が制度を決め、政府の医療保険組織が運営する国営保険方式の介護制度である。台湾は、中央が制度を決めて財源も確保した上で、地方が運営する。財源は税財源で、制度の対象者も広い。よって、普遍的な社会福祉制度による介護制度といえることができる。

仮説例の国についてみると、①制度の建て方では、A国は、国が制度を決め、医療保険などから独立した介護制度を地方自治体が運営することを選択している。B国は、地方政府が制度構築、運営を行う制度を選択している。②制度の対象者では、両国とも高齢者（65歳以上または60歳以上）を想定している。③財政方式では、A国は社会保険方式、B国は税方式を選択している。この結果からわかるのは、A国は、政府が制度を決め、地方政府が運営する、高齢者を対象とした社会保険を選択している。B国は、地方政府が制度構築、運営を行う税方式の高齢者介護制度を選択している。A国は中央集権的な制度、B国は地方分権的な制度を望んでいることになる。制度の対象者が高齢者のみであるため、A国の場合、高齢者の社会保険料だけで財源をまかなうことを想定している。税財源からの補助を行わないことを選択しているため、介護費用を必要な分だけ確保できるのかを検討する必要があることがわかる。B国は分権的な制度を選択する一方で、財源の負担者に国を含めており、中央政府の関与が必要と考え

<sup>6</sup> ここでの説明は、表3をもとにした制度評価、制度内容選択結果によるものである。そのため、実際の制度内容と異なる場合がある。それは、介護サービス提供体制などのほかの制度構成要素について、全く考慮していないためである。

ていることがわかる。制度決定に中央政府が関与しない一方で、財政的な支援を希望しており、このままでは、実際に制度構築をする上では中央政府財政当局は納得しないことが予想される。制度は地方が決定するにせよ、何らかの基準は中央が示すというレベルの関与は必要と評価できる。

表4-2 介護制度を構成する要素の評価－介護サービス・介護手当－

分類	東アジア			仮説例	
	日本	韓国	台湾	A国	B国
⑧介護サービス	居宅ケア	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所（地域）ケア（デイサービスなどの1日限りの利用）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所（地域）ケア（ショートステイなどの短期入所）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	施設ケア（長期入所）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	若年障害者へのサービス（社会参加支援など）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス（福祉用具）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（住宅改修）	①給付に含める	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（移送サービス）	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（配食サービス）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス（介護相談）	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス（ピアサポート）	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める
	その他サービス（給付に含めない）	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない
(利用限度枠) (自己負担)	利用限度枠設定の有無	②該当しない	②該当しない	②該当しない	②該当しない
	自己負担の有無・設定方法	②要介護度別に設定 ①定率	②要介護度別に設定 ①定率	②要介護度別に設定 ①定率	①サービスごとに設定 ②定額 ④自己負担なし
⑨介護手当	実施の有無・受給者	⑤実施しない	④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施	①家族介護手当として実施	②現物給付との選択で実施
	資力調査		③資力調査を行わない	①現金給付決定の条件として資力調査を行う ①所得のみ	①現金給付決定の条件として資力調査を行う ②所得と資産
	資力調査の基準				

## (2) 介護サービス・介護手当

上記と同様の制度評価と仮説例の国での制度選択を、表3より「⑧介護サービス、⑨介護手当」について行った。介護制度からの給付に関する部分である。

表4-2がその結果である。⑧介護サービスでは、わが国、韓国、台湾は、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアは全て給付対象であった。東アジアの介護制度の給付として多様性が見えてくるのは、これら以外のものが給付に含まれるか否かである。わが国は、福祉用具、住宅改修、移送（正確には訪問介護の一種）が給付に含まれる。韓国では福祉用具は含まれるが、住宅改修は含まれない。台湾では福祉用具、住宅改修、移送のほか、若年障害者へのサービス、配食サービスなどが給付に含まれる。つまり、東アジアの介護制度では、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアを基本としつつ、それ以外の項目を給付に含めるか否かで制度の多様性が現れる。特に台湾は給付に含まれる項目が広く、一つの介護制度でさまざまなニーズに対応しようとしていることがわかる。⑨介護手当は、わが国では実施していないが、韓国では介護サービスを利用できない場合の代替策として、台湾では資力調査付きであるが、家族介護者手当として実施されている。

この結果からわかるのは、わが国は居宅、通所、施設に加えて、福祉用具、住宅改修などを給付に加えることで、介護制度の給付の包括性を確保し、介護サービスを給付する制度をなっている。韓国もわが国に近いが、介護サービスが利用できない場合の手当を準備するなど、介護サービスの給付を基本とする制度である。台湾は、若年障害者へのサービス、介護相談も含めた幅広い給付内容であり、介護手当もあるなど、給付のメニューとしては非常に幅が広く、あらゆる介護に関するニーズを一つの制度で対応し党としている。

仮説例の国についてみると、⑧介護サービスでは、A国、B国ともには、居宅ケア、通所（地域）ケア、施設ケアを基本としつつ、それ以外の項目を幅広く給付に含めることを想定している。両国の違い

は、介護相談、ピアサポートを給付に含めるか否かで、B国が給付に含めている。つまりB国では介護者支援も想定した給付を考えている側面が強いことがわかる。⑨介護手当だが、A国が資力調査つきの家族介護手当を想定し、B国は介護サービスと現金給付の選択制を想定している。A国は介護サービス、介護手当を個別の給付と捉え、B国は、利用者の選択に任せる考えとなっている。両国と介護制度での給付を幅広く設けたいと考えていることがわかる。すでに述べたように、A国の介護制度の財源は高齢者の保険料でまかなう。幅広く給付項目をとる場合、給付水準が低くならないかが懸念される。B国は税財源の介護制度で、給付の幅が広い。介護サービスと現金給付が選択できるというのは、給付と負担の関係が薄い税方式の制度に十分なじむように検討の必要があると評価できる。

表4-2 介護制度を構成する要素の評価－介護サービス・介護手当－

分類	東アジア			仮設例	
	日本	韓国	台湾	A国	B国
⑧介護サービス	居宅ケア	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所(地域)ケア(デイサービスなどの1日限りの利用)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	通所(地域)ケア(ショートステイなどの短期入所)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	施設ケア(長期入所)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	若年障害者へのサービス(社会参加支援など)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	②給付に含めない
	その他サービス(福祉用具)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(住宅改修)	①給付に含める	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(移送サービス)	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(配食サービス)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含める
	その他サービス(介護相談)	②給付に含めない	②給付に含めない	①給付に含める	①給付に含めない
	その他サービス(ピアサポート)	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない
その他サービス(その他)	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	②給付に含めない	
その他サービス(給付に含めない)	②該当しない	②該当しない	②該当しない	②該当しない	
(利用限度枠) (自己負担)	利用限度枠設定の有無	②要介護度別に設定	②要介護度別に設定	②要介護度別に設定	①サービスごとに設定
	自己負担の有無・設定方法	①定率	①定率	①定率	②定額
⑨介護手当	実施の有無・受給者	⑤実施しない	④介護サービスが利用できない場合の代替策として実施	①家族介護手当として実施	②現物給付との選択で実施
	資力調査		③資力調査を行わない	①現金給付決定の条件として資力調査を行う	①現金給付決定の条件として資力調査を行う
	資力調査の基準			①所得のみ	②所得と資産

このように、介護制度をその構成要素ごとに分解し、制度内容の選択肢を設定する形で整理すると、東アジアの介護制度内容の評価の一方で、これから介護制度を作る国が想定する制度内容の評価もできる。特に後者では、制度を作ったときの懸案事項も予測することが可能となる。

## 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。その一方で、東アジアの介護制度は多様である。介護制度全般を見渡した場合、主な制度内容に着目した場合どちらで見てもその結果は変わらない。しかし後者の場合、多様性の現れ方に変化がある。例えば、財政方式では税方式か社会保険方式かの2者択一であるが、制度運営者を見ると、地方自治体（わが国や中国、台湾）、医療委保険者（韓国）に分かれるが、中央政府（当局）との関係を見ると、わが国や台湾は、中央政府（当局）が制度を決め、地方自治体が制度を運営者となる。中国の場合、介護保険パイロット事業では、中央政府は大まかなことしか決めておらず、地方政府が詳細を決める。また、給付対象となる介護サービスとして、福祉用具、住宅改修、配食サービス、家族介護者支援を給付に含めるか否かで、各国・地域の多様性が見られる。居宅、通所、施設ケアは給付に含まれるなど類似性もある。その他に自己負担の仕組み、外国出身の介護労働者受け入れについては、国と地域による違いが大きい。介護サ

ービス事業者に公営、民営の両方を想定すること、地域密着の介護サービス提供体制構築を目指す点は共通している。

このような介護制度の多様性の背景には、介護制度発達の経緯を見ることも重要である。東アジアの介護制度に共通する発展経緯を大まかにまとめると、①貧困対策の一環、②老人福祉が独立した政策分野となり、対象者を限った制度からより一般的な制度に充実、③ユニバーサルな介護制度を構築、④医療保険など社会保険が一方で発展、とまとめることができる。それぞれの期間がいつ開始され、どのくらいの期間続いたかは国や地域により異なる。この点も、東アジアの介護制度の多様性をもたらしているものと思われる。

このように、現在の制度、過去の経緯ともに、それぞれ独自の姿を持つことが東アジアの介護制度の特徴である。その一方で、周年地域への示唆を明らかにする方策として、東アジアの介護制度の構成要素を細かく分類し、それぞれにあり得る選択肢を設定することを試みた。制度の建て方から人口・社会経済の状況まで14種類を設定したが、これにより現在の東アジアの介護制度の内容を評価できる一方、これから介護制度を作る国が想定する制度内容を明らかにすることができる。その内容を元に、実際にその通りに制度構築を行った場合の問題点も明らかにできる。本稿では、制度の基本に関する部分、介護サービスに関する部分に限って既存制度の評価と仮設の国での制度構築構想の特徴を明らかにすることを試みた。その結果、制度の対象者と財政方式、介護サービスの両方で、構想する制度、問題点の予測ができた。

このような制度構築イメージと問題点は、周辺地域の各国の関係者が介護制度構築に当たって留意すべき点を認識させることにつながる。また、既存制度も同じ枠組みで評価した結果と、周辺地域の政策関係者が構想する制度を比較することで、既存制度を持つ国や地域の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。その結果によっては、むしろわが国の制度とは別の制度を採用した方が良いとアドバイスする方がよい場合も想定される。このような、ツールによる政策議論、政策学習が、東アジアの介護制度の経験を周辺地域に伝える上で重要と思われる。

#### 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

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\\_iryoy/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryoy/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\\_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・介護制度の特徴と課題」『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.

小島克久 (2016)「国際機関・各国の社会保障情報へのアクセス」『社会保障研究』,第1巻1号,pp.222-224. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20185015.pdf>

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.

増田雅暢・小島克久・李忻 (2021)『よくわかる社会保障論』法律文化社

万琳静・小島克久 (2022)「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第23号、pp.454-468.

<https://doi.org/10.50870/00000302>

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)

## Preliminary Consideration of Policy Implications on Long-term Care System in East Asia for Surrounding Areas

KOJIMA Katsuhisa

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

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, region based social insurance. Korean long-term care insurance since 2008 has unique aspects including state insurance utilizing health care system. Taiwan also has comprehensive long-term care system too. But it is tax funded system, and has a unique aspect employing too many foreign-born care workers. China has implemented pilot projects of long-term care insurance in 29 cities. Most of them adopts the system utilizing health insurance scheme with diversity in targeted persons and benefits.

To understand the diversity, I have found the importance to look at the history of long-term care system in each county and region. To summarize the its development found from the East Asian experience, there are four types of development stages like (1) as part of poverty alleviation, (2) welfare for the elderly an independent policy field from severely targeted system to more accusable one, (3) universal long-term care system, and (4) development of health insurance with long-term care benefits. When did each development stage start? How long did it continue? These differed among county and region. It might bring about the diversity of the long-term care system in East Asia.

To show policy implication from the East Asia long-term care system with diversity for other areas like South-East Asia, I have found the policy evaluation at the level of long-term care system components. There are many components from targeted persons, finance system, service provision and relation to other social security like health care system. Through the policy evaluation, policy makers in the county wish to construct long-term care system can simulate their long-term care system in the future. We can advise the long-term care system suitable for them based on the result of policy simulation. It seems that policy discussion and policy learning using tools like this are important for us to show policy implications of the East Asian long-term care system to the surrounding areas.

## 台湾の新型コロナ対策の動向

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

新型コロナウイルス感染症の広がりから2年を迎えたが、その状況は依然として厳しい。台湾でもデルタ変異株の蔓延を背景に、2021年5月ごろに感染者数が大きく伸びた。しかし、現在でも感染者数は1万9,192名、死亡者851名（2022年2月7日現在）にとどまっている。その背景には、昨年度の本研究班の報告書（台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観）でまとめたように、迅速な検疫・医療体制の立ち上げに加え、外国との人の流れのコントロール、特別予算の確保も迅速に行ったことにある<sup>1</sup>。また、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きた。こうした対策がその後どのように進められてきたか、その動きをさらに知ること、長期化する感染症対策の段階を理解することができ、今後の突破的かつ社会全体に長期的な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感染動向を概観し、新型コロナ対策として、①これまでの主な動き、②対応策の枠組み、③予算、④ワクチン接種、⑤感染警戒レベルの運用、に焦点を置いて述べる。

### 2. 台湾の新型コロナ感染動向

台湾における新型コロナ感染者の動向を振り返ると図1のようになる。ここでは、2021年12月末までの新型コロナの新規および累計感染者数をそれぞれ、実線と点線でまとめた。

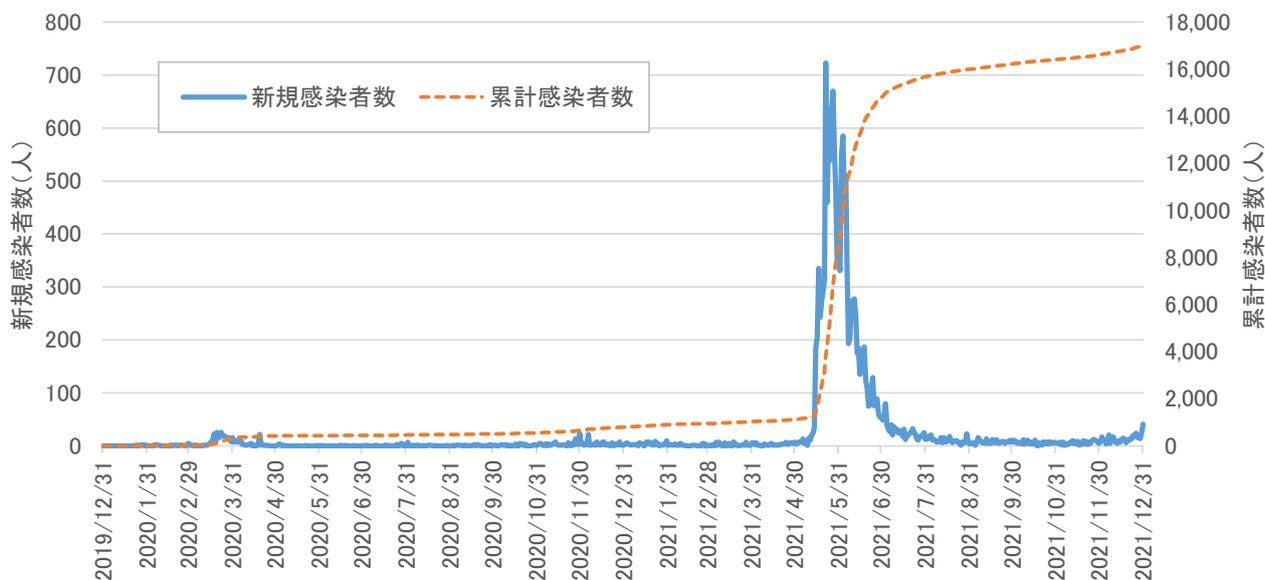
この図から分かることとして、新規感染者数が増えた時期が、2020年3月、11月、2021年5月に見られる。2020年3月と11月は図の上では小さく見えるが、前後の時期に比べて新規感染者数が多くなっている。台湾での最初の新型コロナ感染例は、2020年1月22日に確認された。この時期の新規感染者数は3月半ばまで1ケタで推移し、累計感染者数も1月末で10人、2月末で39人に過ぎなかった。しかし、3月半ばから10～20人台を記録する日が多くなり、累計感染者数は3月末には322人と、2月末の約8.3倍にまで増加した。4月からはごく一部の日を除いて、新規感染者数は0人または1ケタで推移するようになり、感染拡大はいったん落ち着いた。累計感染者数も4月末に429人と3月末の約1.3倍となるが、5月以降の累計感染数は前月末よりも10%以上増えることはなく、10月末で555人であった。ところが、11月下旬から12月上旬にかけて、新規感染者数が再び10～20人台を記録する日が現れた。その結果、累計感染者数は、10月末の555人から、11月末の675人、12月末の799人へと、前月末比で10～20%増加するペースとなった。

2021年に入り、新規感染者数は0人または1ケタで推移し、累計感染者数も緩やかな増加であった。

<sup>1</sup> 詳細は、小島（2021）<https://doi/10.50870/00000206> 参照。

ところが、2021年5月に入り、デルタ変異株の広がりを背景に、新規感染者数は上旬に2ケタ、中旬に3ケタに達し、特に5月22日には723人とピークに達した。そして、6月下旬ごろまで新規感染者が100人を超える日が多くなった。その結果、累計感染者数は4月末の1,128人から、5月末の8,511人、6月末の14,804人へと急増した。それぞれ前月末比で7.6倍、1.7倍の増加である。その後の新規感染者数は大きく減り、累計感染者数も前月比で1~6%増で推移するが、12月末の累計感染者数は17,029人となっている。

図1 台湾の新型コロナウイルス感染者数の動向



出所：衛生福利部web (<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/sp-timeline0-205.html>) をもとに作成

### 3. 台湾の新型コロナ対策の主な動き

#### (1) 初期の対策

台湾の新型コロナ対策を、当局のまとめたタイムラインをもとにまとめると、表1のようになる<sup>2</sup>。2020年1月から4月までの動きは昨年度の報告書でもまとめたが、この時期を含める形で、台湾の新型コロナ対策を主な時期ごとに見てみよう。

感染者が出始めた初期の2020年1月から3月を本稿では初期と位置付けると、この時期には、体制構築のための対策が迅速かつ集中的にとられた。台湾当局が、武漢での新型コロナ（当初：原因不明の肺炎）の発生を把握したのは2019年12月31日であった。年明け2020年1月2日には対策会議（原因不明肺炎対策委員会第1回会議）が開催されている。さらには、感染症対策法に基づく第5類伝染病への指定（隔離や入院措置などが可能になる）、新型コロナ感染症中央対策本部（本部長：陳時中衛生福利部長）の設置などが行われた。一方で海外との人流規制もいち早く実施され、2020年の春節の休日（1

<sup>2</sup> 衛生福利部の COVID-19 特設 web サイトより、「COVID-19 防疫關鍵決策時間軸」から対策の動きをまとめた。詳細は、<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/sp-timeline0-205.html> を参照。

月 23 日から 29 日) ごろには、台湾から武漢への渡航禁止、台湾の航空会社による武漢直行便の運行停止、中国住民の台湾渡航の制限が実施された。その後 3 月までに海外からの入国規制、入国者への検疫などを実施している。検疫は医療機関、自宅や指定されたホテルなどで行われるが、自宅や指定ホテルの場合、14 日間を原則とする。PCR 検査なども行われる。こうした検疫のルールは感染状況に応じて、緩和や強化がされている。

2 月に入ると、新型コロナ対策の特別条例（嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例）の制定や特別予算の編成が行われた。「特別条例」とは、後述のように新型コロナ対策の基本方針を定めたものである。「条例」という名称であるが、2020 年 2 月に立法院（議会）を通過した法律である。「特別予算」はこの法律に基づく新型コロナ対策の費用を確保するためのものである。予算規模は当初予算で 600 億台湾元（約 2,460 億円）であったが、4 回の補正を経て、2022 年 1 月現在は 8,393.39 億台湾元（約 3.4 兆円）となっている。新型コロナの予防や治療の経費の他、その影響を受けた産業や個人を支援するためにも用いられる。

2 月にとられた大きな対策として、マスクの実名販売制が開始されている。この制度をひとこと言くと、本人確認付きのマスク割当販売制度である。具体的には、マスクの販売場所を保健所や処方箋薬局に限定する。販売は 1 週間につきひとり 2 枚までとした（その後 10 枚まで引き上げ）。販売の際に本人確認を IC カードの全民健康保険証または国民身分証明書で行う。これにより、買い占めや転売を防止し、多くの住民がマスクを入手できる仕組みを整えた。3 月にはオンライン予約が可能となり、予約の際には全民健康保険証が活用され、予約の準備のために、これを全民健康保険のクラウドシステムのサイトなどで認証させることが行われた。4 月にはコンビニエンスストアやスーパーのオンライン自動受付機での予約、店頭での購入が可能となった。その後、2021 年 9 月にはコンビニエンスストア等での販売は終了した。この時点までに約 17 億枚のマスクが販売された。そして現在は、処方箋薬局と一部の保健所での販売が継続されている。

この時期にとられた対策として、医療機関や医療従事者への支援がある。新型コロナの予防、治療で医療機関や医療関係者の協力が不可欠である。まず、当局は 2 月に医療従事者の海外渡航制限を行った。これは、この時期の医療関係者の海外渡航を公務及び人道上のものに限り、しかも衛生福利部等の許可を必要とした。事実上の医療関係者の海外渡航禁止である。もっともこのような規制の一方で、渡航取り消した医療関係者に、渡航取消に伴う費用を補償する措置も採られた。既述の特別予算から約 8,700 人に約 9,000 万台湾元（約 3.7 億円）が支払われている。

このような規制と補償の一方で、当局は彼らへの支援も実施されている。医療従事者への支援として、新型コロナの専門病棟などで治療に当たる医師や看護師などに、手当を支給している。医師の場合 1 日 1 万台湾元（約 4.1 万円）である。医療機関支援として、検疫に当たる専門外来の開設に 20 万台湾元（約 82 万円）、専門病室の開設に 1 室あたり 10 万台湾元（約 41 万円）などの補助金を支給した。また、新型コロナのクラスターの発生に伴う休診を当局から命じられたり、患者の減少による収入減に見舞われたりする場合もある。当局は、また、クラスター発生などで休診を命じられた医療機関への人件費などの補償、経営困窮の医療機関への特別融資やその利息補助なども行っている。実際に、休診医療機関への補償は 2021 年末現在で 153 カ所の医療機関に約 4.68 億台湾元（約 19 億円）が支払われた。

## （2）初期の感染拡大後の対策（2020 年 12 月まで）

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。補正の考え方として、雇用を守るといった支援策に力点が置かれている。5月には衛生福利部は「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」を策定している。例えば、低所得者を対象とした各種手当の受給世帯を対象に、臨時の追加手当支給を行っている。給付内容は、ひとり1ヶ月あたり1,500台湾元（約6,200円）を3ヶ月間支給している。

表1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き（2019年～2021年）

年	月	主な動き	累計感染者数（月末）
2019年	12月	武漢での原因不明の肺炎症例を把握。WHOに通報（31日）	0
2020年	1月	「原因不明肺炎対策委員会第1回会議」開催（2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（15日） 新型コロナウイルス感染症中央対策本部設置（20日） 台湾からの武漢への団体旅行を禁止、中国からの台湾への渡航制限など（22日以降） 「新型コロナウイルス感染症集中検疫所」指定（29日）	10
	2月	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、6日） 医療関係者等の出国制限および費用保障規定実施（23日） 「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」施行（2021年6月30日までの時限立法）。 特別予算600億台湾元（25日）	39
	3月	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、12日） 外国人の台湾渡航制限、入国（入境）台湾住民の14日の居宅隔離（19日）など	322
	4月	特別予算第1次補正2100億台湾元（14日） 「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」改正（特別予算の上限引き上げなど、21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、22日）	429
	5月	「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（6日）	442
	6月	外国人の入境制限緩和（14日の居宅検疫などが条件、29日）	447
	7月	「振興三倍券」発行（消費喚策、使用は12月31日まで、1日） 居宅隔離者の外出等制限一部緩和（8日）	467
	8月	治療目的の外国人入境制限緩和（1日） 医療機関などの8種類の公共の場所でのマスク着用の義務化（警告なしに違反者への処罰可能、5日）	488
	9月	中国出身配偶者の入境再開（24日）	514
	10月	特別予算第2次補正4199億台湾元（27日） 台湾当局アストラゼネカ社製ワクチン購入契約（1000万回分、30日）	555
	11月	インドネシアからの外籍勞工の居宅検疫。一部仲介会社を経る場合は条件緩和（20日）	675
	12月	「秋冬防疫対策」の実施（公共の場所でのマスク着用強化、検査体制の強化など、1日） 外籍勞工への自主健康管理開始（隔離場所の当局への登録、個室での14日間の隔離など、9日）	799
2021年	1月	外国人の入境制限、居宅検疫の強化（1日）など外国からの人流制限 医療機関への見舞の人数制限（20日）、禁止（台北など・2月に制限付きで緩和、27日） 感染症警戒レベル策定（レベル1からレベル4までの4段階、21日）	911
	2月	台湾当局モデルナ社ワクチン505万回分購入契約（4日） 公費によるワクチン接種計画策定（26日）	955
	3月	アストラゼネカ社製ワクチン到着（11.7万回分、台湾当局契約分で台湾が最初に入手したもの、5日） 公費によるワクチン接種開始（医療関係者の一部を対象）、「Taiwan V-Watch」（ワクチン接種後健康状態登録システム）運用開始（22日）	1,030
	4月	公費によるワクチン接種対象者拡大（医療関係者→防疫担当者など、6日ほか） 航空機乗務員の検疫の条件緩和（3日間の検疫と11日間の自主隔離など、15日） 自費によるワクチン接種予約受付を開始（21日、5月15日に受付停止）	1,128
	5月	公費によるワクチン接種対象者拡大（軍人、65歳以上の者など、10日） 医療機関・介護施設の見舞の禁止（台北など一部地域→台湾全域、4日ほか） 感染症警戒レベル発令（レベル2・11日、レベル3・19日（台北などは15日から）、11日ほか、複数回の延長） 台湾製のワクチン1000万回分購入決定（28日） 「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」改正（特別予算の上限引き上げ、条例の有効期限の延長（2022年6月30日まで）、31日）	8,511

出所：行政院、衛生福利部（プレスリリースおよびCOVID-19タイムライン（<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/sp-timeline0-205.html>））、経済部資料より作成

表1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き（2019年～2021年、続）

年	月	主な動き	累計感染者数（月末）
2021年	6月	外国からのワクチン提供（日本政府・4日、アメリカ20日、その後複数国から複数回続く） 公費ワクチン接種対象者の見直し 透析患者を新たな対象者、高齢者を75歳以上に限定など（9日） 妊婦を新たな対象者、65～74歳の者などを再度対象者に（21日） TSMC、鴻海の基金会社がBNTワクチンの購入、寄贈に合意（各500万回分、後に慈済基金会社が加わる、12日ほか） デルタ変異株の蔓延に伴う、入境者への検疫強化（入境者は一律で集中隔离など、27日）	14,804
	7月	マスク実名割当販売制での販売箇所を見直し（保健所の一部で販売終了、1日） 「COVID-19ワクチン公費接種希望・予約プラットフォーム」運用開始 連江県、金門県、澎湖県（6日）、台湾全土（8日）→対象者がすべて接種可能に 福祉施設の利用が感染対策の実施を条件に再開（通所型・14日、認知症ケア・22日） 衛生福利部、台湾製ワクチン承認（高端社製、19日） 感染警戒レベル・レベル2に引き下げ（複数回の延長、10月4日まで継続予定）	15,674
	8月	介護施設、医療機関への見舞いの制限緩和（介護施設は12日（台北と新北は31日）、医療機関は24日）、 高端社製ワクチン接種開始（24日）	15,995
	9月	鴻海等の民間調達・寄贈のワクチン到着、外国からのワクチン提供（日本、ポーランド、リトアニア）（2日など）、 感染警戒レベル2の維持、マスク実名制販売スーパーでの最後の取扱（27日） 「振興五倍券」発行（消費喚起策、使用は2022年4月まで）	16,223
	10月	鴻海等の民間調達・寄贈のワクチン到着、外国からのワクチン提供（日本、リトアニア）（9日など） ワクチン接種目標達成（1回目70%、2回目30%、27日） 感染警戒レベル2の維持（マスク着用義務一部免除など規制緩和）、マスク実名制販売取扱縮小	16,412
	11月	台湾当局調達、鴻海等の民間調達・寄贈のワクチン到着、外国からのワクチン提供（リトアニア、アメリカ）（5日など） 感染警戒レベル2の維持（マスク着用義務一部免除拡大など規制緩和）、マスク実名制販売取扱縮小 海外からの入境者への検疫措置緩和（イスラエルなど）及び強化（マラウイなど）	16,601
12月	ワクチン3回目の接種開始（2日から）、台湾当局調達、鴻海等の民間調達・寄贈のワクチン到着（9日など）、 ワクチン接種デジタル証明の提供開始（28日）、マスク実名制販売取扱縮小 感染警戒レベル2の維持（年末年始のイベント等での防疫対策、海外渡航者の検疫等の規制強化）	17,029	

出所：行政院、衛生福利部（プレスリリースおよびCOVID-19タイムライン（<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/sp-timeline0-205.html>））、經濟部資料より作成

新型コロナの影響は、経済全般特に、航空業、観光業で著しいほか、その他製造業や文化芸術産業にまで及ぶ。台湾当局は産業別に、人件費や運営費用の補助、特別融資（利息補助あり）の制度を実施している。経済全般への影響は、外食や小売業での消費が停滞する形でも現れる。台湾全土の消費喚起策として、7月に「振興三倍券」が発行された。これは台湾住民を対象にひとり3,000台湾元（約1.2万円）の消費クーポンを発行する。発行は紙媒体、電子マネーなどの多様な形態をとる。発行の際にはひとり1,000台湾元の自己負担があるが（低所得者には当局が補助）、残りは当局が負担する。店舗での買い物や食事、夜市などでの飲食に利用できる。利用は2020年12月まで、クーポンの清算は2021年3月までであったが、財政部によると2021年3月31日までに約643億台湾元（約2,600億円）が清算された。

こうした経済支援策と並行して、感染対策、ワクチン接種準備も進められた。7月には自宅での検疫者の外出制限が緩和される一方、8月には医療機関などでの公共の場所でのマスク着用の義務化（罰則付き）が実施された。10月には台湾当局はアストラゼネカ社のワクチン購入契約を締結している。12月に入ると、冬季の感染予防策として、マスク着用義務の強化、検疫体制の強化が行われている。

このように2020年4月から12月までは、感染対策の強化、ワクチン接種準備と並行して、経済支援策も実施された時期である。

### （3）2021年の対策

2021年に入っても、冬季の感染予防策が継続され、1月には外国人の入境制限、医療機関への見舞客制限が行われている（2月に緩和）。この月には、5月以降現在まで運用される4段階の「感染警戒レベル」が策定されている。詳細は後述するが、感染状況に合わせて、外出、大規模イベントなどを制限することを内容としている。2月には公費によるワクチン接種計画が策定され、後述のように、①ワクチン接種対象者の詳細な類型化、②ワクチン入手を見通した3段階の接種計画、が特徴となっている。3月には、この計画に基づくワクチン接種は3月に医療関係者の一部を対象にスタートした。その一方で、台湾当局が購入契約したアストラゼネカ社製のワクチンの最初のロットが到着している。また、ワクチン接種後の健康状態の把握を目的に、希望者に情報提供を求める「Taiwan V-Watch」というオンラインでの情報登録システムの運用も開始された。4月にはワクチン接種対象者が行政等の防疫担当者にも拡大される一方、航空機搭乗員の入境後の検疫の条件が一部緩和された。なお、この時期には自費によるワクチン接種を一時的に受け付けていた（5月まで）。

5月に入り、デルタ変異株の蔓延を背景とする感染者数の拡大が起きると、感染拡大を目的とした対応が相次いだ。2月にいったん緩和された医療機関・介護施設への見舞客の制限が、台北などの一部地域を対象に強化され、その後台湾全域に拡大された。1月に策定された「感染警戒レベル」が発令され、4段階のうち下から2番目の「レベル2」が11日に発令され、19日には「レベル3」に引き上げられた（7月まで継続）。特別条例の改正も行われ、特別予算の上限の引き上げ、条例の有効期限の延長（2022年6月30日まで）が盛り込まれた。こうした動きの一方で、ワクチン接種対象者の拡大（軍人、65歳以上の者など）が行われた。

6月も感染者数の大幅な増加が見られる中、感染警戒レベルのレベル3は継続された。ワクチン接種の動きとして、外国からのワクチン提供が行われた。具体的にはわが国からは4日に、アメリカからは20日に最初のワクチンが到着した。その後、他の国々を含めて、複数回にわたるワクチン提供が行われている。また、台湾当局によるワクチン確保に加え、民間部門によるワクチン確保も行われた。半導体メーカーであるTSMC、電機メーカーの鴻海がBNT（ファイザー）ワクチンの海外での調達、当局への寄贈を行うこととなった。その後、これに仏教系団体が加わった。全体で1,500万回分のワクチンを調達・寄贈することとなった。こうしたワクチン確保の一方、ワクチン接種対象者の見直しが行われ、透析患者や妊婦を対象に加えること、65歳以上の者を、75歳以上と65～74歳に分割することなどが行われた（65～74歳の者は一時的に対象から除外）。

7月には感染拡大が収まった中、感染警戒レベルはレベル2に引き下げられた。そして次のような対策がとられた。まず、ワクチン接種を対象者として計画された者すべてに開放され、そのためのオンラインでの予約システムが運用開始された。まず、6日に離島の連江県、金門県、澎湖県で試験的に開始され、8日には台湾全土で正式運用された。利用が制限されていた通所型、認知症ケアの福祉事業所の利用が条件付きで再開された。また、台湾の製薬メーカー（高端社）によるワクチンも当局により承認された。さらに、マスク実名制販売の下での販売拠点が見直され、保健所の一部で販売終了となった。

8月以降も感染拡大は沈静化したが、感染警戒レベルはレベル2が現在まで維持された。12月までにとられた対策として、8月には医療機関、介護施設での見舞客の制限緩和、高端社製ワクチン接種開始された。9月にはマスク実名制販売の下でのスーパーマーケットでの取り扱い終了、消費振興を目的とした「振興五倍券」の発行開始（自己負担1,000台湾元で、5,000台湾元（約2万円）のクーポン券発

行。自己負担も当局負担に変更）が行われた。10月にはワクチン接種目標（少なくとも1回が人口の70%、2回目が人口の30%）が達成される一方、マスク実名制販売の拠点縮小が行われた（12月まで順次実施）。11月には外国からの入境制限の緩和や強化が、諸外国の感染動向に応じて行われた。12月にはワクチン接種3回目の開始、ワクチン接種デジタル証明書の発行開始が行われた。

8月から12月までの警戒レベルはレベル2が維持されたが、10月にはマスク着用義務の一部免除などの制限緩和が行われ、11月には制限緩和が拡大された。ただし、12月には年末年始の対策として、イベント実施時の防疫対策の徹底などが呼びかけられた。

このように、2021年は感染拡大状況に応じて、感染警戒レベルの発令などの対策を機動的に実施するほか、ワクチン接種も計画に基づいて実施している。

#### 4. 台湾の新型コロナ対策の枠組み

##### （1）2度の改正・延長された「特別条例」

台湾の新型コロナ対策は、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。台湾の対策の特徴として、この感染症対策のための特別な法律をいち早く制定したことである。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。「条例」とあるが議会（立法院）を通過した法律である。2020年2月25日に公布、2度の改正を経たこの条例の目的や内容は図1のとおりである。目的は、新型コロナ感染症（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<sup>3</sup>。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。次に述べる「特別予算」の法的根拠となる。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、マスクなどの医療資材の不当値上げの禁止、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内容も盛り込まれている。この特別条例は、支援と規制がセットになった内容であるといえる。

この特別条例は2度の改正を経ている。1回目は2020年5月に行われた。このときは特別予算の上限額を引き上げる改正が行われた。2回目は2021年5月に行われた。改正の内容として、特別予算の上限額の2回目の引き上げ、当初は2020年1月15日から6月30日までの条例の有効期間を、2022年6月30日までの延長であった。

<sup>3</sup> 条例の内容は以下を参照。<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0050039>（全国法規資料庫、2022年3月7日最終確認）、

[https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/H92bBjt\\_fgQFL0zmjpEemA](https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/H92bBjt_fgQFL0zmjpEemA)（衛生福利部疾病管制署 web サイト「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例及其相關規定」、2022年3月7日最終確認）。

## 図2 台湾の新型コロナ対策の枠組み

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）

【2020年4月改正】

⑥経費の確保：特別予算の上限の引き上げ（600億台湾元→2,100億台湾元）

【2021年5月改正】

⑥経費の確保：特別予算の上限の引き上げ（すでに約4,200億台湾元の予算。8,400億台湾元に引き上げ）

当別条例の有効期間：2021年6月30日まで→2022年6月30日（1年間延長）

特別予算  
（2020年2月  
から）

- ・ 規模：600億台湾元（20.2）⇒2,100億台湾元（20.4補正）⇒4,199.47億台湾元（20.10補正）⇒6,794.46億台湾元（21.5補正）⇒8,393.39億台湾元（22.1補正）
- ・ 財源は前年度予算の余剰金（当初予算のみ）＋公債
- ・ 「予防及び治療」「経済振興」（困窮者支援を含む）内容

主な  
対策  
分野

### 1. 予防及び治療

隔離・検疫の実施、防疫資材（マスク）の供給、ワクチン購入および接種、医療関係者、医療機関への支援など

### 2. 経済振興

製造業、飲食業、運輸・観光業支援、中小企業支援（貸金補助、消費喚起策など）生活困窮者への手当など

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

## （2）特別予算の概要

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。4回の補正を含めたその概要は図1のとおりである<sup>4</sup>。当初予算としてその規模は、600億台湾元（約2,460億台湾元）であった。その後の補正で、2,100億台湾元（約8,600億円）、4,199.43億台湾元（約1兆7千億円）、6,794.46億台湾元（約2兆7千億円）、8,393.39億台湾元（約3兆4千億円）へと拡大された。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。「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>5</sup>。なお財源は、当初予算では前年度予算の余剰金（300億台湾元（約1,200億円））と公債（同額）で賄われた。しかし、補正予算では全額公債で賄われている。

<sup>4</sup> 同予算の詳細は以下を参照 <https://www.dgbas.gov.tw/np.asp?ctNode=6597&mp=1>（行政院主計総処 web サイト「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算-109 至 111 年度」（2022年3月7日最終確認））。

<sup>5</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。

## 5. 特別予算から見る新型コロナ対策

### （1）当初予算と4回の補正予算の概要

#### ①当初予算（2020年2月）

特別予算は、特別条例にもとづいて編成された新型コロナ対策のための臨時の予算である。すでに述べたように4回の補正が行われ、規模も大きくなっている。当初予算、4回の補正予算の概要を表2のようにまとめた。これをもとに、特別予算の政策、そこから分かる新型コロナ対策の特徴を見ていこう。まず当初予算は、600億台湾元の規模で、「予防、治療」と「経済支援」の二つの分野で構成されている（これは補正予算下でも同じ）。前者は2020年1月から6月までの経費と賄うこと、後者は12月までの経費を賄うことを予定していた。両者の予算規模を見ると、経済振興は404億台湾元（約1,660億円）、予防、治療は196億台湾元（約800億円）の配分であった。省庁別では経済部が205億台湾元（約840億円）と最も多く、衛生福利部が169億台湾元（約690億円）などとなっている。支出の特徴として、予防、治療では、①感染者隔離、隔離受入による医療機関損失補償、②医療資材購入、③居宅隔離の経費・補償などを柱としており、感染対策の体制作りにも重きが置かれている。また、経済振興では、①航空業、観光業などへの支援、②中小企業への融資保証、③文化・芸術産業への補助などが柱となっている。新型コロナの影響を受ける産業や中小企業に重点を置いた支援策をとるという考え方となっている。

これより当初予算では、感染対策とともに、経済支援も重視するという姿勢が予算の上からも垣間見ることができる。

#### ②第1次補正（2020年4月）

特別予算の第1次補正は2020年4月に行われた。補正は1,500億台湾元（約6,200億円）の規模であり、当初予算と合わせて2,100億台湾元となった。この補正予算編成の考え方として、「1. 多くの人の雇用を守る、2. 資金の流れを止めない」があった。そのため、経済振興に980億台湾元（約4,000億円）が配分された。省庁別でも経済部に774億台湾元（約3,200億円）、労働部に310億台湾元（約1,300億円）が配分されている（労働部には当初予算では配分がなかった）。

支出の特徴も経済支援の内容が具体的であり、①困窮した企業への賃金支援、②航空業、観光業などへの支援、③中小企業への金利補助、④「振興三倍券」（消費振興券）の発行などであった。当初予算では前面に出ていなかった、労働者への賃金保障、一般の住民向けの消費振興策が現れている。予防、治療でも、①在宅隔離の経費、補償の増額、②医療資材購入費用の増額など、対策の充実に支出されている。なお、財源は全額公債で賄われている。

これより第1次補正では、企業だけでなく、労働者、住民全体を対象とした経済支援の性格が強くなっていることがわかる。

表2 新型コロナウイルス対策特別予算の概要

		当初予算(2020年2月)	第1次補正(2020年4月)	第2次補正(2020年10月)	第3次補正(2021年5月)	第4次補正(2022年1月)
予算編成の考え方		1. 予防・治療と経済振興で構成 2. 予防・治療の経費は2020年1月から6月までを原則(他は12月まで) 3. 緊急の対策経費は既存予算からの支出を原則 4. 中長期的な対策経費は特別予算から支出	1. 多くの人の雇用を守る 2. 資金の流れを止めない	これまでの対策に効果 ・海外での感染拡大の影響に備える ・経済振興と感染拡大策を充実 ・第1次補正後の予算規模を超えない ・予算の期間を2021年6月までに延長	これまでの対策に効果 (2020年の経済成長率3.11%) ・海外での変異株蔓延の影響に備える ・経済振興と感染拡大策を継続する必要 ・個人・企業への支援の迅速化 ・予算の期間を2022年6月までに延長	・感染状況に合わせた予算編成 ・内需振興 ・感染症対策の能力拡大
規模		600億台湾元	1,500億台湾元 (補正後の規模2,100億台湾元)	2,099.47億台湾元 (補正後の規模4,199.47億台湾元)	2,594.99億台湾元 (補正後の規模6,794.46億台湾元)	1598.9億台湾元 (補正後の規模8,393.39億台湾元)
財源		前年度予算剰余金:300億台湾元 公債収入:300億台湾元	全額公債収入(2020年度に1,000億台湾元、2021年度に500億台湾元を確保)	全額公債収入	全額公債収入	全額公債収入
支出 (分野別)	経済振興	404.0億台湾元	980.0億台湾元	1,663.7億台湾元	1,257.5億台湾元	1,303.4億台湾元
	予防・治療	196.0億台湾元	520.0億台湾元	436.0億台湾元	1,332.8億台湾元	295.6億台湾元
	地域発展及び環境保護	-	-	-	4.6億台湾元	0.0億台湾元
支出 (主な省庁別)	経済部	205.0億台湾元	774.0億台湾元	1,375.5億台湾元	583.7億台湾元	1,205.9億台湾元
	衛生福利部	169.0億台湾元	198.0億台湾元	374.0億台湾元	791.7億台湾元	294.1億台湾元
	交通部	168.0億台湾元	131.0億台湾元	98.0億台湾元	224.0億台湾元	37.0億台湾元
	労働部	-	310.0億台湾元	47.0億台湾元	448.8億台湾元	0.0億台湾元
	農業委員会	36.0億台湾元	20.0億台湾元	191.0億台湾元	196.6億台湾元	15.6億台湾元
	その他	22.0億台湾元	67.0億台湾元	14.0億台湾元	350.2億台湾元	46.4億台湾元
支出の特徴	経済振興	・航空業、観光業などへの支援 ・中小企業への融資保証 ・文化・芸術産業への補助 など	・困窮した企業への貸金支援 ・航空業、観光業などへの支援 ・中小企業への金利補助 ・「振興三倍券」(消費振興券)の発行 など	・困窮した企業への貸金支援 ・航空業、観光業などへの支援 ・中小企業への金利補助不足分 ・「振興三倍券」発行経費不足分 ・労働者生活補助手当経費 など	・困窮した企業への貸金支援 ・航空業、観光業などへの支援 ・子どものいる家庭への補助 ・新しい生活様式にあわせた店舗の改善経費補助 ・労働者生活補助手当経費 など	・「振興五倍券」などの消費振興策の実施 ・航空業、観光業などへの支援 ・補修班、放課後児童クラブへの補助 など
	予防・治療	・感染者隔離、隔離受入による医療機関損失補償 ・医療資材購入 ・居宅隔離の経費・補償 など	・在宅隔離の経費、補償の増額 ・医療資材購入費用の増額 など	・ワクチン開発及び購入 ・在宅隔離の経費、補償の増額 ・医療資材購入費用の増額 など	・ワクチン開発及び購入 ・検査機器、人件費などの確保 ・生活困窮手当 など	・ワクチン接種経費 ・検査能力拡大、相談体制充実 ・生活困窮手当 など

出所: 行政院、主計総処(予算)資料「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算追加預算」「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算第2次追加預算」「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算第3次追加預算」「中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算第4次追加預算」より作成

### ③第2次補正（2020年10月）

2020年10月の第2次補正では、経済振興と感染拡大策の両方を充実させることを主眼に置いている。ただし、規模は第1次補正後の予算規模を超えないこととした。また、予算の期間も2021年6月までに延長された。

補正は2,099.47億台湾元（約8,600億円）であり、補正後の予算も4,199.47億台湾元と第1次補正後のほぼ2倍となった。補正予算は経済振興に1,663.7億台湾元（約6,800億円）が配分された。省庁別では経済部に1,375.5億台湾元（約5,600億円）が配分されている。なお、衛生福利部には374億台湾元（約1,500億円）の配分となっている。

支出の特徴も経済支援ではこれまでの施策の充実が主な内容である。具体的には、①困窮した企業への賃金支援、②航空業、観光業などへの支援、③中小企業への金利補助不足分、④「振興三倍券」発行経費不足分、⑤労働者生活補助手当経費であった。予防、治療では、①ワクチン開発及び購入、②在宅隔離の経費、補償の増額、③医療資材購入費用の増額などである。これまでの対策の充実の他、ワクチン接種に備えた予算編成となっている。なお、財源は全額公債で賄われている。

これより第2次補正は、これまでの対策の充実の一方で、ワクチン接種への準備という性格も持っていることがわかる。

### ④第3次補正（2021年5月）

2021年5月に行われた第3次補正は、デルタ株蔓延を背景とする感染拡大期に行われている。これまでの対策に一定の効果があつたとしながらも、①海外からの変異株蔓延の影響に備える、②支援の継続と、個人や企業への支援の迅速化などの必要に立っている。あわせて予算の期限も2022年6月までに延長されている。補正の規模も2,594.99億台湾元（約1兆1千億円）と4回の補正のうちで最大となっている。補正後の予算も6,794.46億台湾元（約2兆7千億円）となった。第3次補正予算では予防、治療の方に多く配分され、金額は1,332.8億台湾元（約5,500億円）であった、省庁別では衛生福利部に791.7億台湾元（約3,200億円）、経済部に583.7億台湾元（約2,400億円）が配分されている。

支出の特徴も経済支援、予防、治療ともに第2次補正とほぼ同様の内容である。具体的には経済支援では、①困窮した企業への賃金支援、②航空業、観光業などへの支援、③子どものいる家庭への補助、④新しい生活様式にあわせた店舗の改善経費補助、⑤労働者生活補助手当経費などである。保育施設が利用できなかった、手当を受け取っている子どものいる家庭への支援が目立っている。予防、治療では、①ワクチン開発及び購入、②検査機器、人件費などの確保、③生活困窮手当などとなっている。デルタ株蔓延に伴う影響の大きな生活困窮者への支援が目立っている。なお、財源は全額公債で賄われている。

これより第3次補正では、これまでの対策の継続の一方で、デルタ株拡大を背景にした支援策の実施という性格を持っていることがわかる。

### ⑤第4次補正（2022年1月）

最近行われた第4次補正では、内需振興の一方で、感染症対策の能力拡大が重要という考えに立っている。その上で1,598.9億台湾元（約6,600億円）の補正が行われ、予算は8,393.39億台湾元と当初予算の約14倍の規模に達した。第4次補正では経済振興に多くが配分され、その規模は1,303.4億台湾元（約5,400億円）であった。省庁別では経済部に1,205.9億台湾元（約4,900億円）が配分された。

なお、衛生福利部には294.1億台湾元（約1,200億円）の配分となっている。

支出の特徴は経済支援では、①「振興五倍券」などの消費振興策の実施、②航空業、観光業などへの支援、③補修班、放課後児童クラブへの補助などとなっている。従来の対策に加え、経済振興、子どものいる家庭への支援が前面に出ている。予防、治療では、①ワクチン接種経費、②検査能力拡大、相談体制充実、③生活困窮手当などとなっている。なお、財源は全額公債で賄われている。

これより第4次補正では、これまでの対策の継続の一方で、経済支援、特に住民全体、子どものいる家庭への支援が目立つ性格を持っていることがわかる。

## （2）予算額の推移と衛生福利部配分予算の執行状況

### ①予算額の推移と省庁別配分の特徴

特別予算の規模の推移を月別にまとめたものが図3-1である。主な省庁別（下から衛生福利部、経済部、労働部、交通部、農業委員会、教育部、文化部、その他）に積み上げ棒グラフとなり、その高さが予算規模となる。主計総処（予算）が公表する、予算執行状況から作成している<sup>6</sup>。この図によると、2020年4月は当初予算の600億台湾元であり、5月～10月までは第1次補正後の2,100億台湾元となる。11月から2021年5月までは第2次補正後の4,199.47億台湾元であり、同年6月から11月までは第3次補正後の6,794.46億台湾元であった。2021年12月末には第4次補正を反映した8,393.39億台湾元である。ほぼ半年ごとに予算規模は拡大し、第4次補正後の予算は当初予算の約14倍にまで増加している。

省庁別の配分を見ると、最も配分多いのは経済部である。当初予算の2020年4月の時点では34.2%を占めていた。第1次補正後（2020年5月）は46.6%、第2次補正後（2020年11月）には56.1%に上昇した<sup>7</sup>。第3次補正後（2021年6月）には42.2%にいったん低下するが、第4次補正後（2021年12月）には48.5%へと上昇している。一方で衛生福利部に配分された予算は、当初予算の2020年4月の時点では28.3%であった。第1次補正後（2020年5月）に17.5%、第2次補正後（2020年11月）に17.7%にとどまった。第3次補正後（2021年6月）には22.6%にいったん上昇するが、第4次補正後（2021年12月）には21.8%へ若干低下している。

当初予算の段階から航空業および観光業への影響への対策が重視されていた。これらを所管する交通部への予算配分を見ると、当初予算の2020年4月の時点では27.9%を占めていた。ところが、第1次補正後（2020年5月）には14.2%、第2次補正後（2020年11月）には9.4%へと低下している。第3次補正後（2021年6月）には10.8%となるが、第4次補正後（2021年12月）には再び8.9%へと低下している。労働者賃金補助などの政策を所管する労働部への配分を見ると、当初予算の2020年4月の時点では配分がなく、第1次補正後（2020年5月）に14.8%が配分された。ところが第2次補正後（2020年11月）には8.5%へと低下し、第3次補正後（2021年6月）には11.9%となるが、第4次補正後（2021年12月）には再び9.6%へと低下している。

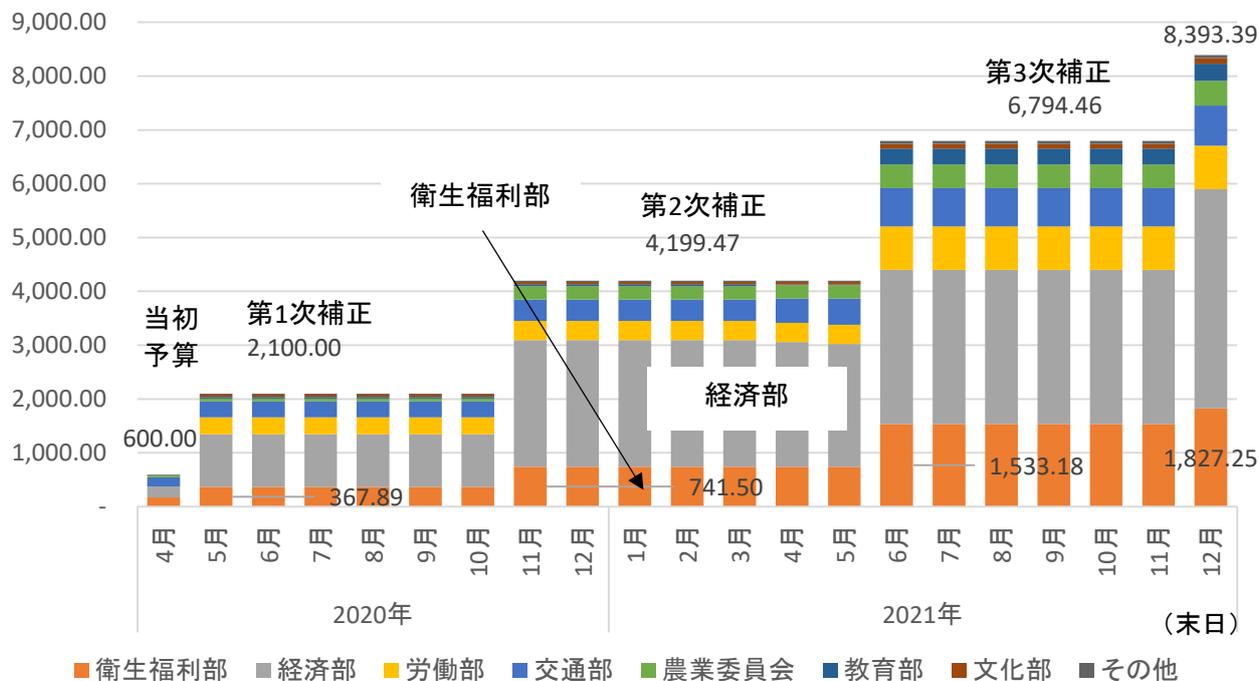
<sup>6</sup> データは以下のwebサイトから定期的に収集した。

<https://www.dgbas.gov.tw/lp.asp?ctNode=6618&CtUnit=2413&BaseDSD=29&MP=1>（行政院主計総処「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興專區 相關預算執行」、2022年3月7日最終確認）。

<sup>7</sup> 省庁間の予算の組み換えにより、その割合は2020年11月～2021年5月までの間に、56.1%から54.4%に推移している。

これより特別予算は、衛生福利部には一定程度の配分がある一方で、経済部への配分がもっとも多い。新型コロナ対策の特別予算であるが、治療、予防より経済振興に配分上の重点が置かれていることがわかる。その背景として、新型コロナの治療にかかる費用のうち、健康保険で対応するものは健康保険から支出され、特別予算からは支出されない。また、台湾での新型コロナ感染者数も諸外国よりも少なく済んだことであろう。

（億台湾元） 図3-1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策特別予算額の推移



出所: 主計総処資料より作成

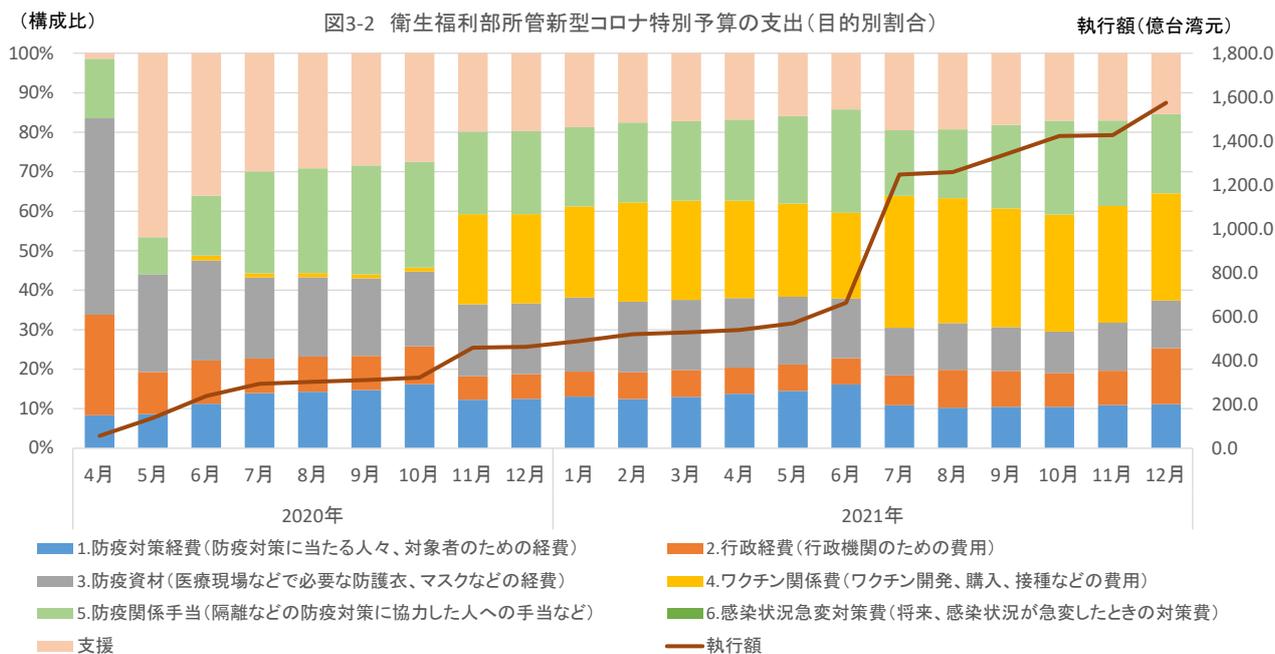
## ②衛生福利部所管特別予算執行状況

特別予算から衛生福利部への配分は 20%程度であった。その予算がどのように使われていたかの詳細は、衛生福利部の特設サイトから分かる<sup>8</sup>。図 3-2 は、衛生福利部所管の特別予算の支出状況を月ごとにまとめたものである。折れ線グラフは予算執行額、積み上げのグラフは執行予算の構成比であり、下から、防疫対策費、行政経費、防疫資材、ワクチン関係費、防疫関係手当、感染状況急変対策費、支援（生活困窮者などへの支援）である。

この図を見ると、まず予算執行額は 2020 年 4 月には 55.8 億台湾元（約 230 億円）であったが、第 1 次補正予算が実施の同年 5 月には 137.9 億台湾元（約 570 億円）に増加し、8 月には 302.1 億台湾元（約 1,240 億円）に達した。第 2 次補正予算が実施された 11 月には 458.2 億台湾元（約 460 億円）に増加し、その後緩やかに予算執行額は増加した。第 3 次補正予算が実施された後の 2021 年 7 月には 1,247 億台湾元（約 5,100 億円）に急増し、同年 12 月には 1,573.7 億台湾元（約 6,500 億円）の支出となっている（執行率 86.1%）。

<sup>8</sup> 詳細は以下を参照。図 3-2 のもとデータはこのサイトから定期的に収集した。

<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/lp-4848-205.html>（衛生福利部嚴重特殊傳染性肺炎專區「預算執行」、2022 年 3 月 7 日最終確認）



次に執行された予算の目的別の内訳を見ると、当初予算の2020年4月には防疫資材の確保がおよそ半分を占めていた。第1次補正予算後の5月は支援の割合が46.6%となり10月までの間におよそ3割を占める水準であった。たあし、防疫資材への支出の割合もこの間におよそ2割程度で推移した。また、この間に割合が増えたものとして、防疫関係手当があり、2020年5月の9.4%から7月には25.8%に増加し、その後は25%程度の割合で推移している。当初予算の段階では防疫資材の調達を中心であったが、第1次補正後は、生活困窮者への支援が大きく増えた一方で、防疫資材調達、防疫関係者手当が相当な割合を占め、さまざまな感染対策への支出が行われたことがわかる。

第2次補正後の傾向を見ると、ワクチン関係の支出が増えている。2020年11月から2021年6月までの間に執行予算の20%台前半を占めている。この時期の前半は台湾当局が海外からワクチン購入契約を結び始めている。また、2021年3月には接種が開始されるなど、接種のための経費もかかっている。ワクチン接種の準備、実施がこの時期に進められたことがわかる。その他の目的への支出は割合を大きく減らすことなく安定的に推移しており、ワクチン接種の一方で、防疫対策、生活困窮者への支援がバランスよく行われたものと思われる。

第3次補正および第4次補正の傾向は、第2次補正と同じような傾向である。ただし、ワクチン関係への支出割合がおよそ3割程度に増加している。後述するように、この時期のワクチン接種が急速に進んでおり、そのことがこの執行割合となって現れているものと思われる。

このように、衛生福利部所管の特別予算は、時期により支出が多い項目が見られる。しかし、他の項目が大きく支出を減らすことなく、防疫対策（物資調達、手当）、生活困窮者支援への支出も続いてきたと言える。

## 6. ワクチン接種計画と接種状況

### (1) ワクチン接種計画の概要

### ①計画の目的と接種対象者

すでに述べたように、台湾の新型コロナワクチン接種は、2020年の後半に海外からのワクチン購入契約が行われ、2021年2月に接種計画が策定された<sup>9</sup>。実際に、医療関係者を対象とした接種が3月に開始された。

台湾におけるワクチン接種計画の概要は表3、対象者の変化は表3別表の通りである。まず表3からワクチン接種計画の目的として、①医療、看護、社会機能及び国家の安全に従事する者の新型コロナウイルスへの感染、それに伴う業務への影響を防ぐこと、②高齢者や慢性疾患の患者などを、新型コロナウイルス感染による死亡から守ること、健康保持および医療支出の低減を図ること、③新型コロナワクチン接種を進めることで集団免疫力を強化すること、の3つを挙げている。ワクチン接種を広く行うことで、感染予防、社会機能の維持、医療費の増加を抑える、集団免疫の確保を達成することを謳っている。

次に、ワクチン接種の対象者として、医療関係者、防疫対策従事者、福祉施設の入所者やスタッフ、警察官や軍人、高齢者など10のカテゴリーが設けられた。これらは、接種の優先順位としても機能した。なお、対象者であれば、台湾居住の外国人も対象となる。ワクチン接種対象者は時期による変化があり、2月26日制定の後、6月9日と6月21日の2度の改訂があった。2月26日制定時点では10のカテゴリーが設定され、優先順位1位は医療関係者（実際に新型コロナの治療等に当たる者）であり、これは現在まで変化がない。2番目の優先順位は、防疫担当者であり、当局の職員で検疫業務に当たる者が該当する。3番目はハイリスク業務従事者である。国際線の航空機搭乗員、外国航路の船員、検疫対象者を受け入れるホテル（防疫ホテル）の従業員など、感染リスクが高いとされる業務に従事する者である。4番目は外交官や人道上の理由などで海外渡航が必要な者である。ワクチン接種を最優先する者として、医療や防疫対策に当たる者を位置づけていることがわかる。これらの優先順位のカテゴリーも現在まで変化がない。

優先順位5位、6位、7位はそれぞれ社会機能維持要員、福祉施設関係者、安全保障要員である。社会機能維持要員とは警官、憲兵<sup>10</sup>が該当する。福祉施設関係者は福祉施設のスタッフと入所者の両方が該当する。安全保障要員とは軍人を指す。これらのカテゴリーであるが、6月9日の改訂で社会機能維持要員と安全保障要員が一つにまとめられ、教職員を加える形で、優先順位7位となった。これが現在まで続いている。福祉施設関係者は、6月9日の改訂で透析患者を加える形で優先順位5位に上がり、現在に至っている。これらの優先順位には、台湾の社会にとって重要な仕事に就いている者を位置づけている。

<sup>9</sup> 詳細は、以下を参照。[https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/V\\_XD8H6OSUpaTIMWgopkNg](https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/V_XD8H6OSUpaTIMWgopkNg)（衛生福利部疾病管制署「COVID-19 疫苗接种計畫」、2022年3月8日最終確認）

<sup>10</sup> 軍隊の警察官。

表3 新型コロナワクチン接種計画の概要

項目	内容
計画の目的	1. 医療、看護、社会機能及び国家の安全に従事する者の新型コロナウイルスへの感染、それに伴う業務への影響を防ぐこと 2. 高齢者や慢性疾患の患者などを、新型コロナウイルス感染による死亡から守ること、健康保持および医療支出の低減を図ること 3. 新型コロナワクチン接種を進めることで集団免疫力を強化すること
対象者	新型コロナウイルス感染リスクに基づいて設定された10カテゴリーに該当する、台湾住民および在留許可を持つ外国人（別表参照）。
実施戦略	ワクチン入手時期と数量に基づいて段階的に、かつ対象者に優先順位を設けて実施。2021年3月に開始し、ワクチンを使い切るまで実施。
第1段階 (2021年3月～)	・入手可能な200万回分のワクチンを接種 ・ワクチン在庫に限りがあるため、対象者を医療関係者、防疫対策従事者、社会機能の維持に必要な業務従事者などに限定
第2段階 (2021年6月～)	・入手可能な200～1,000万回分のワクチンを接種 ・高齢者への接種を優先する
第3段階 (2021年9月～)	・1,000万回分以上のワクチンを確保 ・対象者すべてへの接種を実施する（疾病リスクの高い若年層を対象にする）
使用ワクチン	①アストラゼネカ、②ファイザー（調達の関係で2021年8月28日から予約可）、③モデルナ、④高端疫苗（2021年7月18日承認、8月16日から予約可）
接種費用	1. ワクチン接種費用および処置費用は、「新型コロナウイルス性肺炎予防及び支援救済のための特別予算」から支出する。 2. ワクチン接種費用に関する原則（主なもの） ・当局は1回の接種につき100台湾元を医療機関に支払う。 ・接種は無料で行われる（ただし、初診料などは県市政府の基準により接種される者が負担する場合あり） ・支払のための審査などは中央健康保険局が行う。 3. その他の費用（主なもの） ・接種に必要な医療材料は当局が提供するので、接種される者にその費用を請求できない。

出所：衛生福利部「110年COVID-19疫苗接種計畫」より作成

表3別表 新型コロナワクチン接種対象者分類

優先順位	対象者分類		
	2月26日制定	6月9日改訂	6月21日改訂
1	医療関係者	→ 医療関係者	→ 医療関係者
2	当局の防疫対策担当者	→ 当局の防疫対策担当者	→ 当局の防疫対策担当者
3	ハイリスク業務従事者（パイロット、外国航路船員、防疫ホテル従業員など）	→ ハイリスク業務従事者（パイロット、外国航路船員、防疫ホテル従業員など）	→ ハイリスク業務従事者（パイロット、外国航路船員、防疫ホテル従業員など）
4	外交官などで海外に出る必要のある者	→ 外交官などで海外に出る必要のある者	→ 外交官などで海外に出る必要のある者
5	社会機能維持要員（警官、憲兵）	→ 福祉施設関係者（利用者、スタッフ）、透析患者	→ 福祉施設関係者（利用者、スタッフ）、透析患者
6	福祉施設関係者（利用者、スタッフ）	→ 75歳以上の者	→ 75歳以上の者、妊婦
7	安全保障要員（軍人）	→ 社会機能維持及び安全保障要員（警官、憲兵、軍人、教職員など）	→ 社会機能維持及び安全保障要員（警官、憲兵、軍人、教職員など）
8	65歳以上の者	→	→ 65～74歳の者
9	18～64歳の者で重篤な病気のリスクのある者、難病患者	→	→ 18～64歳の者で重篤な病気のリスクのある者、難病患者
10	50～64歳の者	→	→ 50～64歳の者
対象者数 (推計)	1,370.3万人	→ 353.5万人	→ 1,492万人

出所：衛生福利部「110年COVID-19疫苗接種計畫」より作成

優先順位 8 位以降は、年齢や健康状態を条件にしたカテゴリーである。優先順位 8 位は 65 歳以上の者である。6 月 9 日の改訂で年齢を 75 歳以上に引き上げる形で優先順位が 6 位に引き上げられた。その後の 6 月 21 日の改訂で、妊婦も加える形でこの順位が維持されている。なお、6 月 9 日の改訂でいったん対象外となった 65～74 歳の者は、6 月 21 日の改訂で優先順位 8 位に復活している。優先順位 9 位、10 位はそれぞれ、「18～64 歳の者で重篤な病気のリスクのある者、難病患者」、「50～64 歳の者」である。これらは 6 月 9 日の改訂でいったん対象外となるが、6 月 21 日の改訂でそれぞれ同じ順位で復活している。

このように、台湾のワクチン接種対象者は、医療・防疫関係者、社会機能維持・福祉関係者、高齢者

や妊婦、その他の者という順番で、細かく設定されているという特徴がある<sup>11</sup>。

## ② ワクチン接種戦略

当局はワクチン接種対象者の数を、2月26日段階では1,370.3万人と推計していた（6月21日段階では1,462万人）。これを土台に、ワクチン接種戦略を3段階で設定している。

まず基本的な戦略として、「ワクチン入手時期と数量に基づいて段階的に、かつ対象者に優先順位を設けて接種を実施」する。時期は2021年3月に開始し、ワクチンを使い切るまで実施するとしている。次に、段階別の戦略として、第1段階（2021年3月から）として、「入手可能な200万回分のワクチンを接種」「ワクチン在庫に限りがあるため、対象者を医療関係者、防疫対策従事者、社会機能の維持に必要な業務従事者などに限定」としている。第2段階（2021年6月から）では、「入手可能な200～1,000万回分のワクチンを接種」「高齢者への接種を優先する」としている。最後の第3段階（2021年9月以降）では、「1,000万回分以上のワクチンを確保」「対象者すべてへの接種を実施する（疾病リスクの高い若年層を対象にする）」としている。つまり、ワクチン確保の状況に合わせて、優先順位の高い者から接種を実施する、という戦略である。接種に使うワクチンは、アストラゼネカ、モデルナなど複数想定し、入手状況などに応じて追加している。

そして接種費用は、特別予算からの支出でまかない、1回につき100台湾元（約410円）を医療機関に支払う。住民からは接種費用は徴収しないが、初診料に相当する費用は徴収される場合がある。接種に必要な医療資材も当局の負担で提供される。

## ③ ワクチン接種予約等手順

ワクチン接種計画では、2021年9月以降に対象者全てに接種を進めるところであった。実際には、同年7月から対象者全ての者への接種が開始されている。それに合わせて、ワクチン接種希望登録、予約は専用webサイトやアプリで行われた<sup>12</sup>。ワクチン接種希望者はまず、これらを通じて接種希望を登録する。実際に接種可能となると当局から携帯電話のショートメッセージで通知が届く。その時に改めて接種予約を行うシステムである。予約は当局が時期を決めて行い、決められた期間に予約、接種を行う。2021年7月から2022年3月上旬までの間に、予約、接種のフェーズが25回実施されている<sup>13</sup>。

### (2) ワクチン接種状況

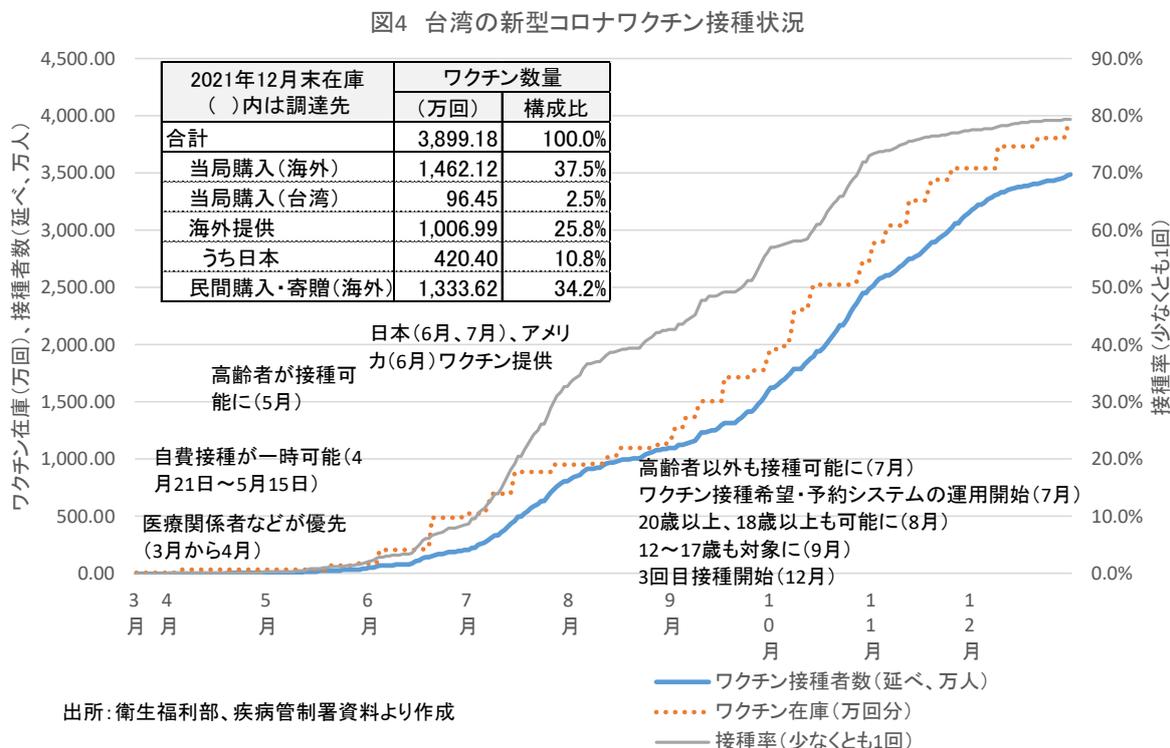
実際のワクチン接種状況は図4のとおりである。太い実線は接種回数を示し、1回目から3回目に関

<sup>11</sup> 2021年9月からは12歳以上の者への接種も開始されるなど（詳細は教育部webサイト [https://www.edu.tw/News\\_Content.aspx?n=9E7AC85F1954DDA8&s=EBE34BF723111593](https://www.edu.tw/News_Content.aspx?n=9E7AC85F1954DDA8&s=EBE34BF723111593)、2022年3月8日最終確認、を参照。）、実際は表3別表よりも対象者の範囲は広い。

<sup>12</sup> 詳細は衛生福利部疾病管制署webサイト「COVID-19公費疫苗予約平台」を参照 <https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/Ys9aAwmyw4FsvUEqSntiYg>（2022年3月8日最終確認）

<sup>13</sup> 本論文執筆時点で最新の接種予約の周知は以下の通り。衛生福利部webサイト「最新消息」（2022年3月1日「COVID-19公費疫苗平臺於每週三至週五，開放滿18歲以上民眾預約接種追加劑」）より <https://www.mohw.gov.tw/cp-5266-67361-1.html>（2022年3月8日最終確認）

係なく接種を行った者の延べ人数である<sup>14</sup>。点線はワクチンの在庫（当局が情報を公表して、確認できたもの）である<sup>15</sup>。細い実線は少なくとも1回接種を行った者の人口に占める割合であり、これを接種率とした。図の中の表にワクチン入手状況を2021年12月末現在でまとめた。



まず3月に医療関係者などへの接種が開始され、次に5月には高齢者への接種が開始された。これは計画より1ヶ月早かった。この時点でもワクチン在庫、接種者数も少なかった。2021年5月末で施主者数は延べで約46.72万人、少なくとも1回の接種率で2.0%にとどまっていた。ワクチン入手の動きとして、6月～7月を皮切りにわが国やアメリカからのワクチン提供があった。この時期以降、接種者数が大きく増加した。7月末で接種者数は延べで約808.89万人、少なくとも1回の接種率は32.7%に達した。8月以降も、諸外国からのワクチン提供に加え、台湾当局が海外から購入、民間（企業や宗教団体が設立する公益法人）が海外から購入し、当局に寄贈したワクチンも届いた。また、台湾の製薬会社が開発のワクチンも生産された。それにより、ワクチンは十分確保された。それに合わせて接種者数も増え、10月末には接種者数は延べで約2,487.02万人となり、少なくとも1回の接種率も73.1%となった。12月末時点の接種者数は延べで約3,487.21万人、少なくとも1回の接種率は79.4%と8割近く

<sup>14</sup> 接種者数は衛生福利部疾病管制署 web サイト「COVID-19 疫苗統計資料」

(<https://www.cdc.gov.tw/Category/Page/9jFXNbCe-sFK9EImRRi2Og>、2022年3月8日最終確認)

より日々のデータを手に入れた（データは日々更新されるため）。

<sup>15</sup> 海外からの入手状況は衛生福利部 web サイトの「最新消息」で定期的に把握した。台湾で製造のワクチンについては、衛生福利部食品薬物管理署 web サイト「本署新聞」にて、検査が終了したと公告した分のみ（最終は2021年9月7日公告分

<https://www.fda.gov.tw/TC/newsContent.aspx?cid=4&id=t600550>（2022年3月8日最終確認）。実際の生産量は多いと考えられる。

に達した。なお、この時点で2回の接種を終えた者の割合は68.6%である。さらに12月には3回目の接種も始まっている。

ワクチン確保の状況を図4の中の表で見ると、2021年12月末現在で3,899.18万回分のワクチンを確保しており、これはこの時点での接種者数よりも多い。このうち当局が海外から購入した分は1,462.12万回分で、全体の37.5%を占める。民間部門が購入・寄贈した分は1,333.62万回分で、全体の34.2%を占める。海外が提供した分は1,006.99万回分で、全体の25.8%を占める。その中でわが国からの分は420.40万回分で、全体の10.8%となっている。台湾製造のワクチンは96.45万回分、全体の2.5%となっている。

このように、台湾のワクチン接種は、計画に基づいて、感染対策に従事する者などを優先しつつ、ワクチン入手状況に応じて進められた。接種予約はここでもオンラインが活用され、ワクチン入手も多様な方法で行われたという特徴がある。その結果、2021年の8月以降に大きく接種が進んだことがわかる。

## 7. 感染警戒レベルの策定と運用

### (1) 感染警戒レベルの概要

台湾では、新型コロナウイルスの拡大を初期の段階で抑えたが、その後の感染拡大に備えて、2021年1月に「感染警戒レベル」を策定し、実際に運用した。4段階の警戒レベルごとに、外出などの規制内容が異なる。その概要と発令状況は表4の通りである。まずは、感染警戒レベルの内容を見ていこう<sup>16</sup>。

感染警戒レベルとして、最も低いレベル1から最も高いレベル4までの4段階ある。レベル1は、「海外が感染経路の感染例が散発」している場合に発令される。この場合の規制内容として、外出等の規制として、公共の場所ではマスク着用が求められる。集会も不要不急、密集して開催されるものは会再延期、中止が求められる。事業所や公共の場所では、利用者の連絡先登録（実連制）<sup>17</sup>、ソーシャルディスタンスの確保、検温、消毒等の措置が求められる。レベル1でも相当な水準の感染予防策を求めていることがわかる。

レベル2は、「感染源不明の感染例が発生」している場合に発令される。外出等の規制では、マスクを着用しない者には罰則が適用される。ただし、2021年10月19日からマスク着用を免除する場合が定められ、順次拡大された（必要に応じて規制強化）<sup>18</sup>。集会等の規制では、大規模集会（屋外で500人以上、屋内100人以上）は中止が原則となった。ただし、感染予防策（マスク着用、検温、手指消毒など）をとる場合は開催を許可できる場合があった。この規制も、7月27日以降順次緩和され、人数制限

<sup>16</sup> 詳細は以下の通り（2021年5月改訂版）<https://www.cdc.gov.tw/Uploads/Files/cff51b12-5dfd-4953-86bb-f38027a17175.png>（衛生福利部疾病管制署「COVID-19 疫情警戒標準及因應事項」、2022年3月9日最終確認）

<sup>17</sup> 店舗などを訪問した者が、連絡先を登録するシステム（登録は連絡をつけることができれば匿名でも良い）。詳細は以下の通り。<https://www.cdc.gov.tw/File/Get/t-Xs5DDee2qzBFC1fRXJA>（衛生福利部疾病管制署『「COVID-19(武漢肺炎)」防疫新生活運動：實聯制措施指引』、2022年3月9日最終確認）

<sup>18</sup> 屋外でスポーツをするとき、集合写真を撮るとき、広い場所で作業をするときなど。

は11月2日に撤廃されている。事業所や公共の場所の規制では、①動線確保などの措置、②必要な措置ができない場合は防疫当局による営業停止などの措置がとられる、③必要に応じて娯楽施設などの強制的な閉鎖が可能であった。ただし、③については10月5日から条件付きで一部が営業可能となり、11月16日には条件が緩和された。レベル2は罰則や娯楽施設の閉鎖もあり得る厳しい規制を伴う。

表4 台湾の新型コロナ「感染警戒レベル」(2021年1月21日策定)

レベル	段階	主な措置			発令状況
		外出等	集会等	事業所および公共の場所	
レベル1	海外が感染経路の感染例が散発	公共交通機関利用、不特定多数の者の集まる場所ではマスク着用	不要不急で、密集する形での集会の開催延期、中止を要請。	利用者の連絡先登録、ソーシャルディスタンスの確保、検温、消毒等の措置。	
レベル2	感染源不明の感染例が発生	マスク着用をしない者には罰則が適用 ※10月19日からマスク着用が免除される場合を順次拡大	大規模集会(屋外で500人以上、屋内100人以上)は中止。ただし、感染予防策(マスク着用、検温、手指消毒など)をとる場合は開催を許可できる。 ※7月27日以降順次緩和、人数制限は11月2日に撤廃	・動線確保などの措置。 ・必要な措置ができない場合は防疫当局は営業停止などの措置 ・必要に応じて娯楽施設などの強制的な閉鎖(10月5日から条件付きで営業可能、11月16日に条件緩和)	5月11日～6月8日(全域) 7月27日から8月9日(全域) (期間延長)→8月23日→9月6日 →9月20日→10月4日→10月18日 →11月1日→11月15日 →11月29日→12月13日 →12月27日
レベル3	以下のいずれかの基準 1.1週間に3件以上のクラスター発生 2.1日で10名以上の感染源不明の感染例発生	外出時には常にマスク着用	集会(室内5人以上、室外10名以上)は中止。	・事業所や公共施設の休業(生活などに必要な場合を除く) ・休業しない場合は常にマスク着用、ソーシャルディスタンス確保などの措置。 ※クラスター発生地域では、感染者のスクリーニングの実施、授業等の中止。	5月15日～5月28日 (台北市、新北市) 5月19日～5月28日(全域) (期間延長)→6月14日 →6月28日→7月12日 →7月26日(翌日以降レベル2)
レベル4	台湾内での感染者数が急速に増加(14日間で1日平均100件以上)かつ感染例の半分以上の感染ルートが不明	不要不急の外出を行わない(食料品の購入、受診など生活に必要な場合を除く)。外出時は常にマスク着用、ソーシャルディスタンスの確保。家庭内でも同様の対策。	集会は開催しない。	・事業所や公共施設の休業(生活などに必要な場合を除く)。 ※感染の発生が深刻な基礎自治体あるいは県市では都市封鎖を実施。	

出所: 中央流行疫情指揮中心「COVID-19疫情警戒標準及因應事項」(2021/1/21)、衛生福祉部資料をもとに作成

レベル3は、「①1週間に3件以上のクラスター発生、②1日で10名以上の感染源不明の感染例発生のいずれかを満たすとき」に発令される。外出等の規制も、「外出時は常にマスク着用」となる。集会等も、室内5人以上・室外10名以上の集会は中止となる。事業所や公共の場所についても、①事業所や公共施設の休業(生活などに必要な場合を除く)、②休業しない場合は常にマスク着用、ソーシャルディスタンス確保などの措置をとる、ことが求められる。ただし、クラスター発生地域では、感染者のスクリーニングの実施、授業等の中止なども求められる。レベル3は、小規模な集会の中止、事業所の閉鎖を求めるより厳しい規制を伴う。

レベル4は、「台湾内での感染者数が急速に増加(14日間で1日平均100件以上)かつ感染例の半分以上の感染ルートが不明」の場合に発令される。外出等では「不要不急の外出は行わない」、集会等も「集会は開催しない」、事業所や公共の場所も原則閉鎖となる。感染の発生が深刻な基礎自治体あるいは県市では都市封鎖を実施という措置もあり得る。レベル4は都市封鎖も含めた厳しい措置を伴うものである。

このように、台湾の感染警戒レベルは、4段階あり、下から2番目のレベル2でも、罰則を伴う規制があるなど、厳しい内容となっている。

## (2) 感染警戒レベルの発令・運用状況

台湾の感染警戒レベルの発令状況を見ると、レベル2とレベル3のみ発令され、時期によって規制内容の緩和も行われていた。まず、デルタ変異株のまん延を背景に、2021年5月11日にレベル2が発令

された。6月8日までの予定であったが、5月18日から台北市と新北市でレベル3が発令された。5月19日には台湾全域に適用された。当初は5月28日までの予定であったが、延長を繰り返し、7月26日までレベル3は継続された。

7月27日からはレベル2に移行し、延長を繰り返しながら現在に至っている。ただし、規制内容の緩和が実施され、例えば、7月27日からは集会開催に関する規制が緩和され始めた。10月5日には、一部の娯楽施設（麻雀、ゲームセンターなど）が条件付きで営業可能となった。11月16日には条件が緩和された（感染予防措置の徹底は求められる）。マスク着用義務は10月19日からまず屋外でスポーツをする。集合写真を撮る場合には免除された。11月2日には、広い場所で作業をする場合やサウナなどマスクがぬれる可能性が高い場所にいる場合に免除が拡大された。11月16日には、講演、司会を行う場合にも拡大された。オミクロン変異株の拡大を背景に、2022年1月9日にこれらの規制緩和が撤廃されるが、その後、規制緩和が再開されている。

このように、台湾の感染警戒レベルは2021年5月以降発令されているが、規制の緩和を伴いながら柔軟な運用となっている。

## 8. まとめ

台湾のコロナ対策は、2020年1月から3月には体制構築のための対策が迅速かつ集中的にとられ、2020年4月から12月までは、感染対策の強化、ワクチン接種準備と並行して、経済支援策も実施された。そして2021年は感染拡大状況に応じて、感染警戒レベルの発令などの対策の機動的な実施、計画的なワクチン接種が実施されている。また、特別予算から対策の特徴を見ると、治療、予防にも一定の配分があるが、金額上は経済振興への配分が多い。つまり、感染対策そのものだけでなく、新型コロナウイルスの影響への対応も視野に入れた対策をとっていたことがわかる。衛生福利部が支出した特別予算を見ると、初期は防疫資材の確保に多く支出されていた。その後、防疫関係者への手当、生活困窮者への支援が多くなり、さらにワクチン関係費への支出が増えている。しかし、特定の項目が大きく支出を減らすことなく、時期による変化はあるものの、防疫対策（物資調達、手当）、生活困窮者支援への支出が続いてきた。

ワクチン接種は、計画に基づいて、感染対策に従事する者などを優先しつつ、ワクチン入手状況に応じて進められた。オンラインの活用、多様なワクチン入手ルートという特徴もあった。そして、台湾の感染警戒レベルは4段階あり、規制内容も厳しい。2021年5月以降これが発令されているが、規制の緩和を伴いながら柔軟な運用となっている。

このように、台湾の新型コロナウイルス対策は、迅速さの一方で、計画に基づく運用、計画の柔軟な運用が特徴である。また、ワクチン接種がオンラインを活用したように、ITの活用も特徴である。現在台湾では、感染拡大を抑えつつ、ワクチンの3回目の接種を進めている。ただし、医療や介護などへの影響が全くないと言い切ることはできない。これについては、詳細な検証が必要であろう。

## 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（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.

小島克久（2022）「台湾の新型コロナ対策：初期の対策とワクチン接種」『週刊社会保障』（2022年3月7日）法研,第3160号,pp.44-49.

## Taiwan Policy Trends to Cope with COVID-19

KOJIMA Katsuhisa

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

Two years have passed since the spread of the COVID-19 infection, but the situation is still severe. Against the backdrop of the spread of the Delta Variant of it, in Taiwan, the number of infected people increased significantly around May 2021. However, the number of infected people is still 19,192 and the number of deaths is 851 (as of February 7, 2022). In the last fiscal year paper of this research group, I have summarized the overview of policy measures against COVID-19 in Taiwan with focus on the prompt policy response. It includes the establishment of health and care system, the control of migration from/to foreign countries, the support to persons affected by the pandemic. For further understand of these measures, this article has overviewed (1) timeline of policy measures under COVID-19 for two years, (2) the framework of policy measures, and (3) budget, (4) vaccination and (5) operation of infection alert level.

Taiwan's COVID-19 infectious disease control measures have some aspects including prompt policy response and policy plan with flexibility.

At the beginning of this pandemic from January to March 2020, Taiwan constructed infection control system based on the law and new special law and special budget to cope with it. From April to December 2020, it has strengthened infectious control and preparation for vaccination. At the same time, economic support measures were also implemented. In 2021, depending on the spread of Delta Variant, policy measures like an operation of infection alert level have been implemented flexibly and systematic vaccination also has been implemented.

To finance these costs, special budget named "Central Government Special Budget to come with COVID-19 for Infectious Control, Care and Support" has been organized. The budget has been allocated to the Ministry of Health and Welfare, the Ministry of Economy, the Ministry of Labor to pay for epidemic prevention materials, vaccine, allowance to health care workers, subsidy to companies and persons affected by this pandemic. Vaccination has been implemented based on the plan with priority on health care workers, persons involved in prevention of this infection, persons working to maintain society like airline pilots, policeman, teachers, elderly, persons with chronic disease. The percentage of the vaccinated at least 1<sup>st</sup> shot has reached about 80% of population. The infection alert has been operated with flexibility. For example, surgical mask wearing and restaurant operation has regulated and deregulated depending on infection status.

To summarize, Taiwan's COVID-19 infectious disease control measures have some aspects including prompt policy response and policy plan with flexible management. However, I cannot say that there is no impact on health care and long-term care system. It leaves future analysis.

# 日中韓少子高齢化施策の推移と構成要素－人口政策の視点から

## *Low Fertility and Ageing Policies in China, Japan and Korea – Through Population Policy Perspectives*

林玲子、小島克久、守泉理恵、中川雅貴、菅桂太、盖若琰、竹沢純子

国立社会保障・人口問題研究所

### I. はじめに

2022 年現在、日中韓は少子高齢化がさらに進行し、日本、韓国、台湾では人口減少、中国では近年中に人口減少が見込まれる状況である。このようななか、本稿では、現在の少子高齢化、人口減少対策がどのように形成されたか、まずその施策の推移を項目別、国別に概観する。続いて、現在の少子高齢化施策を要素別に整理する。いまだ情報が収集できていない箇所も多くあり、その部分は本研究プロジェクトの最終年度である令和4年度に可能な限り追加する予定である。

施策の推移、要素は、それをどのように分類するかが第一の検討課題である。本稿では、少子高齢化を人口変動としてとらえており、まずは人口統計制度から始める。「少子」とはすなわち出生率が低下することであるが、近代以降に限ればその期間の多くは、人口増加とその抑制が政策の方向であった。そこで、「少子化政策」を出生に関する施策としてとらえ、施策の推移においては、出生に関わる施策全体の推移を示した。「高齢化対策」は、医療、介護・高齢者福祉、年金、というすでに「制度」として確立した分野の推移と要素を示した。少子高齢化、人口減少に応じて国際人口移動施策が発展する流れがあるが、より長い期間で見れば、例えば日本の戦前、戦後初期は人口過剰に対する施策として移民送り出しを国策とした。また、都市への人口移動による農村地域の過疎化と人口高齢化は国内人口移動に関する施策策定も促す。人口高齢化に関し国内人口移動、国際人口移動の施策の関連は大きく、その推移を見たうえで、現在の国際人口移動施策の要素をとりまとめた。

施策の推移は、それぞれの分野別に表とし、年代毎に、下一桁の年数を頭に付した施策内容を示した。施策の要素は分野別に示している。

### II. 施策の推移

#### 1. 人口統計制度

人口統計制度を、センサス、戸籍制度、住民登録制度、人口動態統計（出生・死亡・婚姻・離婚）、人口動態統計（死因統計）に区分し、その推移を表1～表5に示した。

センサスとは全人口を対象とした人口調査を示すが、この用語を用いたのは、日本では国勢調査、韓国では人口総調査、中国では人口普查と呼ばれ、歴史的にも名称は変化していることによる。日中韓では20世紀に入りセンサスが実施されるようになった。日本は国際社会の機運に乗って、国勢調査を1905年に実施する計画をたてていたものの、日露戦争により1920年に延期となった。一方当時日本の統治下にあった台湾では、日本に先駆けて1905年に臨時戸口調査と呼ばれる人口全数調査が実施されている。シンガポールは英国植民地となった1824年に人口調査が行われ、1871年より第二次世界大戦以前は末尾が1である年に10年毎にセンサスが実施されており、英国同様である。このように、センサスとは統治のために必要なツールであった。

第二次世界大戦後は各国・地域、それぞれ5年毎、10年毎にセンサスを実施しているが、1970年代の中国、1960年代のシンガポールでは実施されていない。2015年より韓国では行政資料に基づく人口住宅総調査に移行した。今後日本、中国で、同様な流れとなるかは不明である。

戸籍制度は中国古来の制度に基づき日本では1872年、韓国（朝鮮）では1894年、中国では1958年、台湾では1896年に再制度化・改革された。韓国では2008年に廃止され、家族関係登録へ移行している。戸籍制度と並行する形で、日本では1951年、韓国では1962年、中国では1995年に住民登録や居民身分証発行がなされている。いずれも戸籍と連携した形ではあるが、ICTの活用は、戸籍ではなくもっぱら住民登録制度について行われており、日本では住民登録に基いた人口・世帯数が統計として定期的に公表されるようになっており、日本における国勢調査の「不詳」増加、韓国の戸籍廃止、センサスの登録ベースへの移行という流れに示されているように、今後、センサス、戸籍制度、住民登録制度をどのように改革・進化させていくのかは各国の課題である。

表1 センサスの推移

年代	日本	韓国	中国	台湾	シンガポール
-1860					1824 はじめての人口調査
1870					1 近代の人口センサス（以後センサス）
1880					1 センサス
1890					1 センサス
1900				5 臨時戸口調査	1 センサス
1910			0 宣統人口普查 2 人口調査（民国政府） 6 人口調査（北洋政府）	5 臨時戸口調査	1 センサス
1920	0/5 国勢調査	5 簡易国勢調査	8 戸口調査統計報告規則	0/5 台湾国勢調査	1 センサス
1930	0/5 国勢調査	0/5 国勢調査	6 保甲制度に基づく人口報告	0/5 台湾国勢調査	1 センサス
1940	0 国勢調査 456 人口調査 7 臨時国勢調査 8 常住人口調査	0 国勢調査 4 人口調査 9 総人口調査	7 保甲制度に基づく人口報告	0 台湾国勢調査	7 センサス
1950	0/5 国勢調査	5 簡易総人口調査	3 人口普查	6 台湾地区戸口普查	7 センサス
1960	0/5 国勢調査	0 人口住宅国勢調査 6 人口センサス	4 人口普查	6 台湾地区戸口及住宅普查	
1970	0/5 国勢調査	0/5 総人口と住宅調査		0/5 台湾地区戸口及住宅サンプル調査	0 センサス
1980	0/5 国勢調査	0/5 人口と住宅センサス	2 人口普查	0 台湾地区戸口及住宅普查	0 センサス
1990	0/5 国勢調査	0/5 人口住宅総調査	0 人口普查	0 台湾地区戸口及住宅普查	0 センサス、5 一般世帯調査
2000	0/5 国勢調査	0/5 人口住宅総調査	0 人口普查	0 台湾地区戸口及住宅普查	0 センサス、5 一般世帯調査
2010	0/5 国勢調査	0 人口住宅総調査 5 行政資料に基づく人口住宅総調査	0 人口普查	0 人口及住宅普查	0 センサス、5 一般世帯調査
2020	0 国勢調査	行政資料に基づく人口住宅総調査	0 人口普查	0 人口及住宅普查	0 センサス

表2 戸籍制度の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860				
1870	2 戸籍法			

1880		6 戸口調査規則		
1890	8 人口静態統計	4 甲午改革による戸籍改革		6 台湾住民戸籍調査規則
1900		9 民籍法		
1910				
1920		2 朝鮮戸籍令		
1930				
1940	7 戸籍法改正 (家制度廃止)	2 寄留令		5 or 6 戸籍法の届出に基づく戸籍制度
1950			8 戸籍法・戸口登記条例	
1960		0 戸籍法		
1970			8 戸籍制度改正	
1980				
1990				
2000		8 戸籍廃止、家族関係登録へ移行		
2010				
2020				

表 3 住民登録制度の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾	シンガポール
-1860					1868Registration Ordinance
1870					
1880					
1890					
1900					
1910					
1920					
1930					
1940				5 or 6 戸籍法の届出に基づく戸籍制度 (国民身分証もこのころ?)	
1950	1 住民登録法				
1960	7 住民基本台帳法	2 住民登録法 8 改正 (戸籍優先)			
1970		5 改正 (18→17 歳、 住民登録番号を 12→ 13 桁)			
1980					
1990			5 居民身分証条例+番号 9 公民身分番号		
2000		4 電算化	3 居民身分証法		
2010	6 マイナンバー	5 センサスに利用	1 指紋登録	0 センサスに活用	
2020				0 IC チップ内蔵国民身分証発行開始	

人口動態統計は、出生・死亡・婚姻・離婚を登録し、その数を統計としてとりまとめるものである。日本では 1872 年の戸籍法に明記され現在まで続くが、韓国では 1922 年の朝鮮人口動態調査令に基き当時の人口動態統計は定期的に公表されていたが、第二次世界大戦、朝鮮戦争後、届出率が著しく低下し、1950～1970 年代の登録に基いた人口動態統計は所在が確認できない。その間、1963 年には標本調査が行われるなど、全数登録への努力が実を結び、1980 年代からは人口動態統計が毎年公表されるようになった。中国では現在に至るまで、登録に基づく動態統計は公表されておらず、1950 年代から標本調査により出生・死亡統計が推計公表されている。

死因統計は、死亡診断書を医師が記入することから、中国では統計局ではなく国家衛生委員会が、

台湾では戸政司ではなく衛生福利部が担当しているが、日本・韓国では人口動態統計の中に含まれ、日本では厚生労働省、韓国では統計庁が担当している。統計の推移は、出生・死亡・婚姻・離婚に関する統計と同様である。

表4 人口動態統計（出生・死亡・婚姻・離婚）の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾	シンガポール
-1860					
1870	2 戸籍法 7 戸籍局/衛生局				2 出生・死亡登録制度
1880					6 動態統計報告書刊行
1890	8 人口動態統計			8 台湾総督府報告例	7 The Births and Deaths Registration Ordinance
1900				6 人口動態統計	
1910					
1920		2 朝鮮人口動態調査令			
1930		7 朝鮮人口動態調査規則			
1940				5 or 6 戸籍法の届出に基づく人口動態統計？（現在の内政部戸政司が公表）	
1950		届出率低下	標本調査		
1960		3 標本調査			
1970					
1980		届出率 95%			
1990					
2000					
2010					
2020					

表5 人口動態統計（死因統計）の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860				
1870	5 衛生局死因統計			
1880				
1890	9 人口動態統計			
1900				6 人口動態統計
1910				
1920				
1930		7 人口動態調査		
1940				5 or 6 戸籍法の届出に基づく死因統計（後に衛生福利部が公表）
1950		届出率低下		
1960		3 標本調査		
1970			6 全国死因標本調査 8 北京死因標本調査	
1980		届出率 95%	9 死因標本調査拡大（71 地点）	
1990			0 死因標本調査拡大（145 地点）	
2000			3 死因標本調査拡大（605 地点）	
2010				
2020				

## 2. 少子化対策－出生力抑制から推進への施策転換

「少子化対策」と名付けられる施策は、歴史があるものではない。出生力を上下させるような施策は、人口過剰という人口問題に対して出生力を下げようとするような人口抑制施策から始まった。日本の場合、1927年に設置された「人口」と名の付く最初の政府会議体である人口食糧問題調査会は、過剰人口という人口問題に対するものであったが、避妊、妊娠中絶及び優生手術を認容する法規についての記述は削除され、相談施設を設けることが答申に記載されたのみであった（人口食糧問題調査会 1930）。当時出生率は低下しており、総人口は増えているがそれが人口過剰であるのか、という点で有識者の意見は異なっていた。また、旧刑法には墮胎罪が明記され、産児調節はタブー視される社会素地があった。そのようなことから、当時の日本に出生抑制政策があったとは考えにくい。その後戦時体制下で1941年に人口政策確立要綱が閣議決定され、出生力を上げる政策へと転換した。また国民優生法も同年施行され、産児調節運動は弾圧された（太田 1976）。

戦後は、ベビーブームによる急激な出生数増加に対し、優生保護法の制定と改訂により中絶を許容する政策がとられた後、家族計画施策へと推移した。日本では公式な家族計画政策はなかったとされることもあるが（Tsuya et al. 2019）、「受胎調節は本質的には行政の限界を超えており（・・・）民間からの協力が必要」という行政の認識があり（日本家族計画協会 1969）、国として確かに家族計画（受胎調節）推進の法律はなかったが、厚生省に設置された人口問題審議会の決議文書（「人口の量的調整に関する決議」）、日本家族計画連盟、日本家族計画協会などの民間組織を通じた活動、企業を通じた新生活運動（人口問題研究会 1954）、毎日新聞社人口問題調査会等による調査・広報活動（毎日新聞社人口問題調査会 2000）などを通じて家族計画の普及が図られた。また、国家予算としても1952年から1967年の間、年間で最低2,120万円(1952年)から最高7,250万円(1958年)程度の家族計画関係予算が厚生省で計上され、1967年では、母子保健対策予算額の11.8%、6,690万円が家族計画・受胎調節の指導などで計上されている（青木 1967）。このような活動・施策により、妊娠抑制における中絶と家族計画の寄与割合は1955年では7:3であったところ、1960年では5:5、1965年では3:7と逆転した（青木 1967）。

「少子化」という用語は、平成4年(1992)度の国民生活白書（経済企画庁）で最初に用いられたとされるが（津谷 2007、守泉 2018）、それ以降2003年には「少子化社会対策基本法」、2005年には「第1次少子化社会対策大綱」を皮切りに、政策用語としても広く使われ現在に至っている。少子化対策の枕詞として、戦後日本においては、1970年代に置き換え水準を下回ったという言説が多いが、実際下回ったのはそれ以前の1950年代からであった。1956年の合計特殊出生率は2.22で、人口置き換え水準2.24を下回った（国立社会保障・人口問題研究所 2022）。この言説の違いは、1950年代の人口置き換え水準が通常言われる2.1よりも高かった、ということから生じた誤解であろう。いずれにせよ、妊娠抑制が中絶から家族計画に置き換わる前にすでに出生力は置換水準を下回っていたことになる。このことは、当時も適切に認識されていた。1969年3月の人口問題研究所報告書（館 1969）、4月の人口問題審議会中間答申（人口問題審議会 1969）において、1956年より置き換え水準を下回ったこと、つまり純生産率が1を下回り、その状態が10年間続き、それは世界で最低水準であること、その対策が必要であり、社会開発が重要であることが明確に指摘されている。しかしながら、その5年後に開催された日本人口会議およびその基礎文書である日本人口白書（人口問題審議会 1974）では「出生抑制にいつその努力を注ぐべきである」とされた。結果、出生率が低すぎることに對する施策は1990年1.57ショック後のエンゼルプラン(1994年12月策定)まで持ち越されることになる。人口置き換え水準を下回った1956年から1994年まで、政策転換には実に38年かかった。

韓国における出生力に関わる施策は、本報告書専論文で論じられている通り、1950年から過剰人口の認識が高まり1960年朴政権による家族計画国家政策が始まった。出生率は順調に低下し、目標に先立ち1983年に合計特殊出生率は2.1となった。その後カイロ国際人口開発会議を契機に、1996年に人口の「量的な」削減から人口資質の向上を目指す方向転換が行われ、1997年の経済危機による空白期間があるものの、継続する出生率低下に応じて、2004年に大統領諮問高齢化及び未来社会委員会の設置、2005年に低出産・高齢社会基本法の制定と、国家施策としての少子化施策が始動した。韓国の場合、置き換え水準から少子化対策まで、わずか13年であったといえる。

中国における出生力に関わる施策は、1949年以降、毛沢東の人口資本説などを理念とする出生促進策と馬寅初の新人口論を理念とする出生抑制施策が、大躍進、文化大革命という狂気的な政治状況で中断されながらも複層的に継続し、1979年からは「一人っ子政策」に代表される出生抑制策が一貫してとられることとなった（若林1981/1989/2002、小浜2020）。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ことで、出生抑制施策は転換したと考えられる。中国における出生に関わる施策は、1980年代から家族計画方針が憲法、法律、5カ年計画に明記されるなど、文字通り国家政策である。置き換え水準に至った年を、1990年人口普查結果の2.10を採用し1990年とすれば、出生抑制から出生促進への転換には31年かかったといえ、長いとはいえるが日本よりも短い。しかしながらそもそも「一人っ子政策」をとっていたということは、人口置き換え水準を目指す、日本で言うところの「静止人口を目指して」という発想はないことになり、置き換え水準達成年から政策転換までの年数、ということ自体、あまり意味をもたないともいえる。

シンガポールの出生力に関わる施策は本報告書専論文に詳細に論じられているとおり、極めて直接的な施策が多く実施されており、家族計画などを通じた出生抑制政策から出生増加政策への転換は1987年であった。シンガポールの合計特殊出生率は1976年の2.11から1977年に1.82と低下しており（シンガポール統計局<sup>1</sup>）、それを人口置き換え水準に達した年とすると、置き換え水準から10年で政策が転換したといえる。近年では数々の出生促進政策がありながらも、合計特殊出生率は2021年で1.12と、低水準が継続している。しかしながら、合計特殊出生率が1を切った韓国と比べると、シンガポールは2021年には若干の上昇もあり、低水準を維持できている、という見方もできる。

国の政策ではないが、新生活運動は日本においては1950年代から家族計画をも推進した運動であるが、同じ名前で1934年に蒋介石が南京で開始している。「自らの創意と良識により、物心両面にわたって、日常生活をより民主的、合理的、文化的に高めることをめざして行う」という新生活運動（新生活運動協会1955）が、日中の中で認識の共有や連携があったのか、偶然に名称が一緒であったのか、現時点では判然としないが、日中韓地域における一つの思想の流れとして押さえておく必要がある。

<sup>1</sup> SingStat Table Builder, <https://tablebuilder.singstat.gov.sg/table/TS/M810091>

表6 出生に関わる施策の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾	シンガポール
-1860					
1870					
1880	2 旧刑法に墮胎罪が明記				
1890					
1900					
1910					
1920	7 人口食糧問題調査会 9 人口統制に関する諸方策				
1930			4 蒋介石が新生活運動を提唱		
1940	0 国民優生法 1 人口政策確立要綱 8 優生保護法 9 人口問題審議会		9 多産者の奨励		9 家族計画協会・母子健康クリニックの設立
1950	4 人口問題審議会（人口の量的調整に関する決議） 5 国際家族計画会議を日本で開催 5 新生活運動協会発足 9 人口白書		2 避妊・中絶制限臨時措置 3 避妊薬・避妊具輸入禁止通知 7 馬寅初「新人口論」（計画生育提案） 8 「大躍進」による計画生育中断		
1960	9 人口問題審議会中間答申	1 国家再建最高会議議決（家族計画事業） 3 家族計画事業 10 か年計画	2 「大躍進」後のベビーブーム 4 国務院計画生育弁公室の設置 4 計画出産経費の支出問題についての規定 6 文化大革命による計画出産施策の縮小	8 台湾地区家庭計画実施弁法 9 人口施策綱領	1 女性憲章の制定 5 家族計画白書 家族計画・人口評議会の設置 6 公的家族計画プログラム開始 第1期5か年計画（出生率引き下げ数値目標）
1970	2 児童手当の導入 4 日本人会議、人口白書「静止人口を目指して」	0 家族計画研究院設立 3 USAID 撤退と技術移転 6 人口政策審議委員会設置	1 第4次5か年計画「一人でも少なくない、二人は丁度よい・・・」 9 全国計画出産弁公室主任会議		0 中絶法と自発的不妊手術法の施行 4 両法の改正・本格的運用
1980		1 韓国人口保健研究院設立 2 第5次経済社会発展5か年計画 3 合計特殊出生率 2.1	0 婚姻法（晩婚・晩産の奨励等） 1 国家計画生育委員会に改称 2 憲法（計画出産の推進）		3 リークアンユール首相演説（人口の質低下に対する懸念） 4 高学歴者優遇政策 省庁間人口委員会 6 家族計画・人口評議会の廃止 7 出生抑制政策の段階的縮小と制限付きの出生促進政策の導入
1990	0 「1.57」ショック 2 国民生活白書「少子社会の到来」	6 新しい人口政策の国務会議議決（人口増加抑制政策の廃止と人口資質の向上）			

	4 エンゼルプラン策定 6 母体保護法				
2000	0 新エンゼルプラン 5 第1次少子化社会対策大綱	4 大統領諮問高齢化及び未来社会 委員会設置 5 低出産・高齢社会基本法制定 6 第1次低出産・高齢社会基本計 画		6 人口施策綱領改正	1 結婚と子どもを育てる親の パッケージ 4 人口運営グループと人口に関す る作業部会の設置 8 国家人口事務局
2010	0 第2次大綱 5 第3次大綱	6 第2次基本計画1・第3次基本 計画		1 人口施策綱領改正	1 国家人口資質局 3 人口白書
2020	0 第4次少子化社会対策大綱	1 第4次基本計画	1 第14次5カ年計画「適度生育 水平」 出産政策の最適化による人口の均 衡且つ長期的な発展の促進に関す る決定 人口と計画生育法改正		

### 3. 高齢化対策

「高齢化対策」として、高齢者に関わる全般的な施策、医療制度、高齢者福祉・介護制度、年金制度と分けて表7～表10にその推移を示した。高齢化対策を死亡水準を変化させる人口政策としてとらえると、高齢化対策は出生や移動に関わる施策と異なり、死亡水準を下げ、健康度を上げる方向のみが政策オプションとしてありうるものであり、施策の方向が転換する、というわけではない。しかしながら、身寄りのない、貧困の高齢者に対して施される高齢者福祉から、高齢者が増え、介護ニーズが増えることにより普遍的に対応する介護施策への変換は、日中韓各国に認められる。その変化は段階的であり、ある一時点を定義することは難しいが、日本では1970年代、韓国では2000年代、中国では2010年代といえようか。いずれも、65歳以上割合が7%を超えた時点と連動している。

表7 高齢者に関わる全般的な施策の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾	国際
-1860					
1870					
1880					
1890					
1900					
1910					
1920					
1930					
1940					
1950					
1960					
1970	3 老人対策本部				
1980	5 長寿社会対策関係閣僚会議 5 老人福祉の在り方について 6 長寿社会対策大綱		3 中国老齡問題全国委員会		2 ウィーン国連会議
1990	5 高齢社会対策基本法 6 高齢社会対策大綱		6 老人權益保障法 9 全国老齡工作委員会		
2000	1 高齢社会対策大綱改訂	5 第1次低出生・高齢社会基本計画		6 人口施策綱領改正	2 マドリッド国連会議
2010	2 高齢社会対策大綱改訂 8 高齢社会対策大綱改訂	0 第2次低出生・高齢社会基本計画 5 第3次低出生・高齢社会基本計画	3 老人權益保障法改正	1 人口施策綱領改正	
2020		0 第4次低出生・高齢社会基本計画			

表8 医療制度の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860				
1870				
1880				
1890				
1900				
1910				
1920	2 健康保険法 7 実施			
1930	8 国民健康保険法 9 船員保険法			
1940	0 政府職員共済組合令			

1950	8 国民健康保険法改正		1 労働保険条例	0 労工保険 0 軍人保険 8 公務員保険
1960	1 国民健康保険法全市町村で実施、国民皆保険(UHC)達成	3 国民健康保険法（任意保険）		
1970	3 老人医療費無料化	7 国民健康保険実施(従業員500人以上の企業)・公務員および私立学校教職員医療保険法		
1980	2 老人保健法	9UHC の達成		0 私立学校教職員保険 9 農民健康保険
1990			6 従業員医療保障制度 8 都市従業員基本医療保険	5 全民健康保険（皆保険）
2000	8 後期高齢者医療制度	0 国民健康保険への統合	3 新型農村合作医療制度 7 都市住民基本医療保険	
2010			6 都市・住民基本医療保険	1 全民健康保険法の改正(二代健保)
2020				

表9 高齢者福祉・介護制度の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860				
1870	4 恤救規則			
1880				
1890	8 民法(家族の扶養義務)			
1900				4 台北仁濟院、台湾慈恵院 および澎湖普濟院規則
1910				
1920	9 救護法		8 各地方旧済院規定	1 依命通達
1930				
1940	6 生活保護法	4 朝鮮救護令(養老院が明文化)	3 社会救済法 9 民政救済	
1950	0 生活保護法		「単位」「人民公社」による生活保障 救済院、生産教養院の設置 6 五保制度	
1960	2 訪問介護事業 3 老人福祉法	1 生活保護法	1 社会福利院	
1970	0 社会福祉施設緊急整備5 カ年計画 8 ショートステイ 9 デイサービス			
1980	6 老人福祉法改正 9 ゴールドプラン	1 老人福祉法 2 敬老憲章	「人民公社」解体(改革・開放)	0 老人福利法
1990	0 福祉八法改正 1 老人訪問看護制度 4 新ゴールドプラン 9 ゴールドプラン 21	1 老齢手当 7 老人福祉法改正 8 敬老年金	3 コミュニティサービス事業の発展を求める意見 4 農村五保供養工作条例	7 老人福利法改正 8 加強老人安養服務方案 8 老人長期照護三年計画
2000	0 介護保険	0 国民基礎生活保障制度 8 介護保険	1 星光計画	2 照顧服務福利及産業發展 方案 7 長期照顧十年計画
2010	1 介護保険法改正		3 養老サービス事業の発展の加速に関する若干の意見 6 介護保険パイロット事業	7 長期照顧十年計画 2.0
2020			0 介護保険パイロット事業 拡大	

表10 年金制度の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
----	----	----	----	----

-1860				
1870	5 陸軍、海軍恩給制度			
1880	4 官吏恩給制度			
1890				
1900				
1910				
1920	3 恩給法 4 私立中等学校恩給			
1930				
1940	0 船員保険 2 労働者年金保険			
1950	4 厚生年金 4 私立学校教職員共済組合法 8 国家公務員共済組合法		1 労働保険条例	0 労工保険 0 軍人保険 8 公務員保険
1960	1 国民年金(国民皆年金) 2 地方公務員共済組合法	0 公務員年金 3 軍人年金		
1970		5 私立学校教員年金		
1980	6 年金改革(基礎年金創設)	8 国民年金		0 私立学校教職員保険 9 農民健康保険
1990		9 国民皆年金	7 都市労働者基本養老保険	4 中低収入老人生活津貼
2000	6 年金改革(年金支給開始年齢引き上げなど)		9 農村住民基本養老保険	2 敬老福利生活津貼 8 国民年金(皆年金)
2010	5 被用者年金一元化		1 都市住民基本養老保険 4 都市・住民基本養老保険 5 公務員の年金を都市労働者基本養老保険に統合	
2020				

#### 4. 人口移動に関わる施策

少子高齢化、さらには人口減少という人口動向に対して、人口移動に関わる施策は重要である。ここでは国内人口移動に関する施策の推移を表 11 に、国際人口移動に関する施策の推移を表 12 に示した。

少子高齢化施策としての国内人口移動の論点は、経済発展に応じた都市部への人口移動による農村部の過疎化、高齢化、という点と、首都部、大都市圏への人口集中による国内の人口分布の不均一化という点を挙げるができる。前者については、地域的な高齢化に直接影響するが、後者は人口分布の不均一が地域もしくは国の経済にとってよいのかどうか、という点は未解決問題であり、また出生・死亡にどのような影響を与えるのか、という点も一致した見解があるわけではない。しかしながらここでは、人口数を左右させる施策、という点に注目し、日中韓を比較してみる。

日本においては第二次世界大戦直後の農村部の過剰人口と都市部の労働力不足、という実態に応じて、広域職業紹介政策がとられた（労働省 1973）。「集団就職」として有名な 1960 年代の都市部への国内人口移動促進施策は効果的であったが、すぐに過疎地域の高齢化、人口減少という問題を引き起こし、過疎地域対策施策がとられるようになった。1970 年代にはその一環で、生活・生産環境条件を整備するための集落再編成（須永 1976）、つまり住民の移転支援策がとられたが、現在ではこのような行政による移動促進を否定する意見は根強い（奥野ほか 2013）。人口減少が全国レベルに広がった後、東京一極集中と「地方消滅」（増田 2014）の危機感から「まち・ひと・しごと創生長期ビジョン・総合戦略」が閣議決定され、地方創生施策が進行している。

韓国におけるソウル一極集中は日本における東京一極集中よりも著しく、第二次世界大戦以前には 100 万人を超える都市がなかった状態から（Suzuki 2019）、朝鮮戦争後の激しい人口移動により、ソウル首都圏人口が全国人口に占める割合は、1960 年の 20.8%から 2000 年には 46.3%までに増大した

(Choi and Chang 2004)。その間 1970 年代後半から 1980 年代前半にかけて、都市部住民の U ターン支援政策がとられたが、効果がなく中止されている (Park 2004)。また、拡大するソウル市を都市計画的に制限するために、1971 年の都市計画法の改正によりソウル市外郭にグリーンベルトが設けられ、ある程度の効果はあったが (周藤・越澤 2004)、肥満体にベルトを締める効果同様、人口増大は逆に郊外にも広がるようになった (Kim and Choe 2011)。21 世紀に入り、首都移転計画は紆余曲折を経て 2012 年に世宗特別自治市が設置されたが、現在のところ人口分散の効果は限定的である (Suzuki 2019)。

一方、中国における国内人口移動、特に都市部から農村部への人口移動策は極めて有効であった。1958 年の戸口登記条例の導入により戸籍地域を超える移動は制限され、1958 年の大躍進政策、1968 年の文化大革命の一環としての下放政策は、多くの都市住民を農村に移住させた (Park 2004)。この比較から明らかなのは、日本、韓国では、国内においては自由な人の移動が認められている、ということである。

国際人口移動は、出生に対する施策同様、出移民から入移民への政策転換点がある。日本の場合は、明治時代に国際移動が自由化された後、人口政策として一番重要であったのは移民送り出し政策であった。その施策は戦後も続くが、国際人口移動は低調で、1989 年の出入国管理法改正で、外国人受け入れへと舵を切ったといえる。韓国、中国の移民送り出しについては、それが国家政策であったのかどうかなどは今後の研究対象とするが、外国人の受入れは、韓国では 1993 年の産業研修生制度の導入、中国の場合は 2017 年の外国人労働者区分による高度外国人優遇施策が、その開始点とみなすことができよう。

なお、ここでは国内人口移動、国際人口移動と分けているが、その区分は日中韓の比較においてやや明瞭性を欠く。その理由の一つは、日本・韓国と中国を比較すると、人口規模、面積的に中国の省レベルが日本・韓国に相当するほど、物理的な国のサイズが異なることが一つの理由である。しかしより重要な点は、日本、韓国はもとより世界全体においても国際人口移動は国家の権限で管理できることが自明とされているところ、中国においては国内人口移動も国家の管理下に置かれていることである。国内人口移動の制限が難しいことは中国も同様であり、近年では戸籍管理の緩和も行われているが、日韓と比べると中国の国内移動率は低く (林 2014、Hayashi 2015)、中国の国内移動管理策の有効性は否定できない。近いうちに始まる中国の人口減少の下、国内人口移動をどのように管理していくのか、注目に値する。

表 11 国内人口移動に関する施策の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860	9 関所の廃止			
1870	2 戸籍法 (寄留届の規定)			
1880				
1890				
1900				
1910	4 寄留法			
1920				
1930				
1940				
1950	1 住民登録法 5 人口問題審議会「人口収容力に関する決議」(労働力の合理的な移動の促進)		8 戸口登記条例 8 「大躍進」政策による農村移住	
1960	0 職業安定法改正(広域職業紹介の計画的実施)		8 「下放」政策による農村移住	

1970	0 過疎地域対策特別措置法			
1980				
1990				
2000		3 新行政首都建設特別措置法 4 「措置法」違憲判決 5 行政中心複合都市建設特別法		
2010	4 まち・ひと・しごと創生長期ビジョン・総合戦略の閣議決定	0 世宗特別自治市設置法 2 世宗特別自治市発足		9 国家発展委員会「地方創生国家戦略計画」
2020	0 まち・ひと・しごと創生長期ビジョン（改訂）・第2期総合戦略			0 行政院「加速推動地方創生計画」

表 12 国際人口移動施策の推移

年代	日本	韓国	中国	台湾
-1860	6 海外渡航旅券（印章）の発給			
1870				
1880	6 日布渡航条約			
1890	1 外務省移民課設置			
1900				
1910				
1920	7 人口食糧問題調査会答申「内外移住方策」			
1930				
1940				
1950	1 出入国管理令（政令第319号） 2 外国人登録法 3 ブラジルとの国交回復による移民の再開（外務省による日本海外協会連合会の設立）			
1960				
1970				
1980	0 ワーキングホリデー制度開始（対オーストラリア） 2 出入国管理及び難民認定法 4 「留学生受入れ一〇万人計画」 9 出入国管理法改正（在留資格「定住者」）			9 雇用重要対策法
1990	3 技能実習制度開始	3 産業研修生制度導入		1 公共事業における建設労働への外国人労働者の受け入れ開始 2 雇用サービス法
2000	8 「留学生30万人計画」 8 EPA（インドネシア） 9 EPA（フィリピン）	4 雇用許可制（EPS）導入 8 第1次外国人対策基本計画（2008年～2012）		4 配偶者ビザの発給・国際結婚の受理に係る審査の厳格化
2010	2 外国人登録法の廃止（新たな在留管理制度の開始） 2 在留資格「高度専門職」（ポイント制） 4 「骨太」施策（外国人活躍） 4 EPA（ベトナム） 7 在留資格「介護」 9 特定技能制度 9 出入国在留管理庁発足	0 高度外国人材向けにポイント制導入 3 第2次外国人対策基本計画（2013～2017年）	7 外国人就労許可制度の見直しによる外国人労働者3区分	
2020				2 移工留才久用方案（日本の特定技能2号に一部相当）実施

### III. 施策の要素

近年の日中韓における少子高齢化対策の構成要素を人口統計制度、直近の政府大綱等における少子化対策、妊産婦サービス施策、結婚促進のための住宅支援、医療保険制度、介護制度、年金制度、国際人口移動施策について表13～表20に示した。これらは、分野の区分や施策要素など、今後検討を重ねるうえでのたたき台として位置づけられる。

少子化施策は、表14 直近の政府大綱等における少子化対策の要素、表15 妊産婦サービス施策の要素、表16 結婚促進のための住宅支援の要素と、三種類表示しているが、これらの内容を整理すると、雇用・職場環境、働き方の見直し、ライフワークバランス、働く場におけるジェンダー平等、女性の就業・就業継続支援、労働時間、職業訓練、女性の再就職支援といった雇用分野、保育サービスの充実をはかる保育分野、放課後児童対策、地域の子育て支援、学校教育の充実といった教育分野、プロダクティブヘルス、母子保健・小児医療、妊産婦サービスといった保健分野、子育てのための生活環境・住宅整備、結婚促進のための住宅支援といった住宅分野、児童手当、教育費軽減を含む子育てコストの軽減という経済支援分野、結婚・子育て支援の社会的雰囲気醸成といった価値観分野に大別することができよう。これらの分野別に、実際にどの程度財政支出が行われ、ニーズがどの程度満たされているのか、どの施策が効果的か、という検証が必要になる。

高齢化施策は、医療分野、介護分野、年金分野別に、施策の要素を確認した。介護分野については、さらに詳細に本報告書小島論文にて論述されている。日中韓台の制度には多様性があるが、一方で共通点も多い。これは、お互いを見ながら制度を作っている、ということも影響しているだろう。従って、欧米などその他の地域との比較の視点も必要となる。本研究最終年度では、各分野の要素別に利用者数、財政支出、効果、アウトカムなどの統計も加味し、施策の吟味を行うこととなる。

人口移動施策は国際人口移動施策について部分的にとりまとめている。今後は国内人口移動施策と合わせ、少子高齢化という人口動向に合わせた施策セットを吟味する必要がある。

表 13 人口統計制度の要素

要素	日本	韓国	中国	台湾	シンガポール
センサス	1920年より5年毎に実施	1925年より概ね5年毎に実施、2015年より登録ベースに移行	1910年より概ね10年毎に実施	1905年、1915年は臨時台湾戸口調査として実施。1920年より台湾国勢調査として5年毎に実施（1940年まで）。1956年よりおおむね10年毎に実施。2010年より登録行政記録を活用した調査	1871年以後概ね10年毎に実施（1931年以後は1947年、1957年、1970年から10年毎）、1970年からLong formを併用、2000年より登録ベースに移行
戸籍	1872年より制度継続	2008年に廃止、家族関係登録へ移行	古来より制度改革し実施	1896年より「戸口調査」（住民の把握、戸籍登録のために警官、憲兵が行う調査。センサスの意味の臨時台湾戸口調査とは別のもの）を通じて戸籍登録。第2次世界大戦後は「戸籍法」に基づく登録	なし
住民登録	1951年より制度継続	1962年より制度継続	1995年より居民身分証条例	「戸籍」と同じと思われる。第2次世界大戦後、「国民身分証」を発行。2020年にICチップ内蔵国民身分証が発行開始。	Registration Ordinance, 1868による住民登録
人口動態統計（出生・死亡・婚姻・離婚）	1872年より戸籍法に基づき登録・人口動態統計として公表	1922年より作成・公表、1950-70年代は停滞、1980年代より全数登録に基づき公表	1950年代より標本調査として公表	1889年の台湾総督府報告例で出生・死亡を公表。1906年から人口動態統計により台湾の内地籍および台湾籍の者に関する婚姻・離婚・出生・死産・死亡を公表（1943年まで）。第2次世界大戦後は台湾の「戸籍法」の届出に基づく人口動態統計を内政部戸政司が公表。	1872年に出生・死亡登録制度導入、1886年から報告書刊行、The Births and Deaths Registration Ordinanceが1898年7月1日に施行。1872年以後の出生・死亡登録は請求可能、1878年からの出生・死亡統計は利用可能。
人口動態統計（死因統計）	1875年より衛生局、1899年より人口動態統計として公表	1937年に人口動態調査に組み入れ、1950-70年代は停滞、1980年代より全数登録に基づき公表	1976年より標本調査として公表	衛生福利部が公表	人口動態統計の1項目として入国管理局(ICA)が公表

表 14 直近の政府大綱等における少子化対策の要素

構成要素	日本	韓国	中国
一覧作成対象	第4次少子化社会対策大綱（一部その後の決定政策含む）	第4次低出産・高齢社会基本計画（推進戦略1・3・4のうち少子化対策・少子化社会適応関連のもの）	中華人民共和国第14次国家经济社会发展5カ年計画とビジョン2035の概要、第45章「人口の高齢化に積極的に対応するための国家戦略の実施」及び関連施策
実施期間	2020～2024年度（会計年度：4月～翌年3月）	2021年～2024年（会計年度：1月～12月）	
決定機関	少子化社会対策会議一閣議決定	低出産・高齢社会委員会（大統領府直属委員会）	

<p>雇用・職場環境、働き方の見直し、ワークライフバランス</p>	<p>育児休業や短時間勤務等の両立支援制度の定着促進                  育児休業制度の拡充（復帰支援、不利益取扱防止、非正規雇用者の取得促進、代替要員雇入れに対する中小企業への助成金等）                  次世代育成支援対策推進法（行動計画の策定・公表の促進等）                  仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章                  テレワーク推進                  雇用によらない働き方の者に対する支援                  非正規労働者の待遇改善                  働き方改革関連法に基づく政策との連携                  &lt;関連法&gt;育児・介護休業法、次世代育成支援対策推進法、女性活躍推進法</p>	<p>働くすべての人の育児休業の権利の確立                  両親とも育児休業取得する文化の定着                  産前産後休業制度の拡充・対象者拡大                  テレワーク推進                  ワークライフバランスを重視する社会的雰囲気の醸成（ファミリーフレンドリー認証企業、ワークライフバランスやジェンダー平等の積極的実践企業に支援拡充）</p>	<p>出産休暇、男性の付き添い休暇の改善（日数引き上げ）                  （各省の人口・計画生育条例の改正）                  育児休業制度の実施の検討                  看護休暇の新設検討                  出産育児保険</p>
<p>働く場におけるジェンダー平等</p>	<p>イクボスや子育てを尊重する企業文化の醸成                  女性活躍推進法に基づく認定を考慮した入札手続き等におけるインセンティブ付与                  セクシュアルハラスメント・マタニティハラスメントの防止                  &lt;関連法&gt;育児・介護休業法、男女雇用機会均等法、女性活躍推進法</p>	<p>公正な採用の推進（男女雇用平等法、採用手続法、性差別セクハラ匿名申告システム等の活用）                  企業の採用・従業員・賃金の男女別データの公表・分析                  アファーマティブアクションの推進                  女性が多いケア労働従事者の保護（家事サービス従事者保護、社会サービス院の拡大と直接採用、低賃金・長時間労働改善、保育士の処遇改善）</p>	
<p>女性の就業・就業継続支援</p>	<p>育児・介護休業法改正（制度周知義務化、分割取得等）や働き方改革、テレワーク推進等による就業継続支援                  若い世代の結婚・出産・子育てを妨げない労働環境の整備（キャリア形成支援、復職・再就職支援等）                  男女雇用機会均等法                  女性活躍法</p>	<p>キャリア中断予防プログラム（新しい仕事センター）                  働く女性に対する労務・心理・キャリア開発相談事業                  企業文化の改善に向けた啓発事業                  キャリア中断女性法を再就職から就業継続支援を中心に再設計・改正</p>	
<p>労働時間</p>	<p>長時間労働の是正及び年次有給休暇の取得促進（働き方改革関連法に基づく総労働時間短縮政策等との連携）                  時間単位の年次有給休暇制度の導入促進</p>	<p>長時間労働の是正と休息時間の確保                  育児期の労働時間短縮</p>	
<p>職業訓練</p>	<p>少子化対策では全労働者への職業訓練は言及なし（参考：女性の再就職支援、若者の自立支援）</p>	<p>体系的な学習・訓練・キャリアパス設定の支援と国家資格フレームワーク（KQF）との連携                  オンライン学習プラットフォームの構築と生涯学習の推進                  大学の生涯教育機能の強化                  スマート職業訓練プラットフォーム(STEP)の高度化およびインフラの拡充                  成人識字教育の拡大とデジタル能力向上・格差解消                  生涯学習・職業訓練参加費用の支援</p>	
<p>女性の再就職支援</p>	<p>子育て女性等の再就職支援（マザーズハローワーク等）                  託児サービス付きの公的職業訓練の実施                  女性の学び直し支援（キャリアアップ、キャリアチェンジ等を総合的に支援）</p>	<p>キャリア中断女性向けの専門技術訓練拡大（医薬・バイオ・IT分野など）                  新しい仕事センターにおける就業支援・就職後管理の統合の推進                  キャリア中断女性の就業促進（雇用した企業への税額控</p>	

		除) インターンシップの支援（キャリア中断女性への機会提供へ支援金） キャリア中断女性の起業支援	
保育サービスの充実	子育て安心プランに基づく保育の受け皿整備 地域の実情に応じた保育の実施（保育コンシェルジュ、広域的保育所等利用事業（巡回送迎バス）の活用、小規模保育・企業主導型保育・幼稚園の2歳児受け入れ等による0～2歳児定員の拡大） 事業所内保育施設・企業主導型保育事業の拡大 子ども・子育て支援新制度の着実な実施 市町村子ども・子育て支援事業計画に基づく保育サービス供給促進 幼児教育無償化政策 保育人材の確保・育成 待機児童解消 ＜関連法＞子ども・子育て支援法等関連3法	公立の保育園・幼稚園施設の拡充 公立保育園の多機能化（12時間開園、延長保育、時間制保育、乳児保育、障害児保育等） （保育料・幼稚園月謝の支援） 保育者の配置基準引上げ（担当児童数減） 保育・教育の無償化推進 国と地方のケア総合計画を通じて中央－地方間の有機的連携と円滑な需要・供給基盤づくり	保育園・幼稚園入園率の引き上げ 公立保育園・幼稚園の設置促進
放課後児童対策	新・放課後子ども総合プラン（小1の壁や待機児童の解消）	終日ケアの拡大	
地域の子育て支援	子育て支援包括支援センターの整備 地域の実情に応じた子ども・子育て支援新制度の実施 多胎妊産婦等に対する支援 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援 予期せぬ妊娠等への支援 地域の多様な人材活用・世代間交流・地域活動への参加促進 結婚・子育てに関する地方公共団体の取り組みに対する支援（ふれあい体験セミナー、男性の家事育児参画促進など） 小中学校の余裕教室・幼稚園等の活用による地域の子育て拠点づくり	子育て総合支援センターの拡充 地域ケアの拡充（共同育児ができる場所の拡大、ケアコミュニティモデル事業を通じた参加型ケア文化の醸成）	
学校教育の充実	学校の教育環境の整備（幼児教育振興・質の向上、生きる力をはぐくむ教育整備） コミュニティスクール（学校運営協議会制度）、保護者に対する教育相談対応 いじめ防止対策推進（いじめ防止対策推進法等） 高等教育における妊娠した生徒への配慮 不登校・中退対策	初等教育の革新（遊び・休憩、創造的教育コース、個別の学習支援、柔軟な空間づくりを通して十分な教育の機会を提供し、子育て環境の根本的改善） 幼稚園・小学校の連携教育課程を試験運営 項目ごとの教育給付を教育活動支援費へ統合（教育関連費への支援） 高校入学金・授業料無償化 高校入学システムの改善（小中教育法施行令改正で自律型私立高校・外国語高校・国際高校を一般高校に転換） 大学入試改革（学籍簿縮小・自己紹介の廃止、高校情報のブラインド処理など） 高校学点制実施（大学と同様の単位取得システムへ）	小中学校の宿題の削減

		K-エデュ統合プラットフォームの構築（教育のデジタル化の推進） 進路教育の強化と高卒就職の活性化支援 公共機関での高卒採用拡大 大学の産学連携強化	
子どもの権利の普遍的保障 （経済的支援、住宅支援）	「子どもの権利」というテーマでまとめた部分はなし。 韓国の政策に列挙されるものは経済的支援や要保護家庭支援などそれぞれの項目に記載	乳児期の集中投資（乳児手当の導入、出産バウチャーを拡大・改編） 児童手当制度改編の検討 多子世帯の奨学金制度の拡充 新婚・子育て家庭（特に多子家庭）への住宅支援の拡大 迅速な出生届出の促進（児童福祉の死角をなくす） 子どもの健康と医療支援 遊ぶ権利の確保 児童虐待防止・保護 社会的養護の充実 青少年のセーフティネット政策（相談・援助・保護・医療・学業・自立、退学支援等）	
母子保健・小児医療体制	女性健康支援センターにおける相談指導（予期せぬ妊娠への支援） 産後ケア事業の普及 産科医療補償制度 産科医確保等の出産環境確保 助産師活用 周産期医療体制の整備・救急搬送受け入れ態勢の確保 母子保健・母子感染予防対策の推進（健やか親子21（第二次）との連携） 小児医療の充実 こころの健康づくり（思春期保健等） 予防接種推進 小児慢性特定疾病対策等の充実 妊娠中・出産後の労働者の母性健康管理の推進 （多子世帯への配慮・優遇）	母子保健法改正（女性・乳幼児の健康保障を拡充） 母子保健センター整備 リプロダクティブヘルスに関する相談サービスの拡充 青少年へのHPVワクチン接種（男児も対象に） 青少年の生殖に関する健診・治療のサポート、情報提供強化 月経に関する健康の保障・サポート（意識啓発、生理欠席活用、ナプキンの品質向上や支給） 健康な妊娠・出産を実現する支援（妊娠前の健康管理サービス、ハイリスク妊婦の支援、妊婦・乳児のいる家庭への看護師等の訪問・相談事業、若年妊婦への経済的支援等） 産婦人科医療サービスへのアクセス強化（過小地域への設置・運営支援、妊婦在宅医療モデル事業	3人まで出産制限を緩和 出産前後のケアサービス改善 妊娠・出産の医療サービス強化 家族計画の包括的なサポートと安全性の確保・改善 小児医療の強化 母子保健制度の改善
子育てのための住宅整備	融資・税制を通じた住宅取得等への支援（子育て世帯） 良質なファミリー向け賃貸住宅の供給促進（地域優良賃貸住宅制度、民間供給支援型賃貸住宅制度等） 公的賃貸住宅ストックの有効活用等による居住の安定の確保（子育て世帯等に対する当選倍率優遇等） 公的賃貸住宅と子育て支援施設との一体的整備等の推進 街なか居住等の推進（職住近接） 新たな住宅セーフティネット制度の推進（改正住宅セーフティネット法に基づく）	新婚夫婦と6歳未満児のいる世帯に公共住宅供給・金融支援 多子世帯（子ども3人以上）への良質な公共住宅の供給増加と優先的入居、居住期間の拡大、家賃負担軽減・住宅ローン優遇	不動産価格高騰の抑制 多子家庭への優遇措置
子育てのための生活環境づくり	子育て世帯に魅力あるまちづくり（サテライトオフィス整備、空き家活用、職住育近接）	明示的には扱っていない	

	<p>女性や若者等の移住・定着推進 公共交通機関での子連れ家族への配慮 子育てバリアフリー推進 道路交通環境の整備（通学路対策、優先駐車スペース等） 子育てフレンドリー都市の実現 災害時の乳幼児等の支援 子どもの事故防止・交通安全教育推進・犯罪防止</p>		
子育てコストの軽減（教育費軽減含む）	<p>妊婦健診の公費負担 出産育児一時金 産前産後休業期間中の出産手当金・社会保険料免除 児童手当 幼児教育・保育の無償化 高校生等への修学支援・奨学金充実 高等教育の修学支援（奨学金、高等教育修学支援新制度） 国民健康保険料の負担軽減を行う地方公共団体への支援 医療保険における自己負担軽減（未就学児2割）・小児医療費助成（地方自治体ごと） （不妊治療の保険適用）</p>	<p>乳児期の集中投資（乳児手当の導入、出産バウチャーを拡大・改編） 児童手当制度改編の検討 多子世帯の奨学金制度の拡充</p>	<p>小中学校の家庭教育費（塾）負担の軽減 0～3歳児の育児費用を免税対象とし総合所得税制を改正 保育サービス施設への税金引き下げ 北京市：不妊治療に医療保険適用を決定 一部の地方：児童手当を策定</p>
多子世帯支援	<p>保育所等の優先利用 住宅政策における配慮・優遇 子育て支援パスポート事業の普及・促進 （児童手当、修学支援）</p>	<p>住宅政策における配慮・優遇 低所得家庭への学費支援（第3子の授業料は全額支援）</p>	
不妊治療支援	<p>不妊専門相談センターの整備 不妊治療に関わる経済的負担の軽減（特定不妊治療助成事業、保健適用等） 不妊治療と仕事の両立の支援</p>	<p>妊娠子ども総合ポータル内にて情報提供 胚移植数基準の改善など安全な施術の保障 不妊治療休暇の拡大検討</p>	<p>（北京市：不妊治療に医療保険適用を決定）</p>
地域の教育環境の整備	<p>「食育」の普及 体験活動の推進 子どもの居場所づくり 子どもの学習支援（生活困窮世帯の子どもの支援含む）</p>	<p>児童・生徒の精神的健康への支援（成長期の行動特性検査） 子どものメディア過剰使用（スマホなど）の包括的な予防対策</p>	
生命の大切さ、家庭の役割等についての理解	<p>学校・家庭・地域の取組推進（生命を尊ぶこと、ふれあい体験等、子育てに対する理解を広める取り組みの推進）</p>	<p>明示的には扱っていない</p>	
若者の経済的自立支援	<p>若者の雇用の安定（わかものハローワーク、公的職業訓練等） 正社員転換・待遇改善 若者の能力開発・キャリア形成瘦身（ジョブカード、技能検定受験料減免、キャリア形成促進助成金活用等） キャリア教育・就職支援・学び直し等の一貫支援 結婚・子育て資金、教育資金お一括贈与に係る贈与税非課税制度</p>	<p>若者の進路探索の支援と中核人材育成（「未来中核実務人材（K-Digital Training）」の要請、若年の主力産業従事者へのAI教育、若者文化・芸術人材育成支援と） 韓国型ギャップイヤーの活性化 若者雇用支援（青年追加雇用奨励金、未就業者への就労支援、デジタル産業への就業支援） 若者の起業支援 若者の住宅支援（若年者向け賃貸住宅の供給（青年幸福</p>	

	<p>（ライフイベントを踏まえたキャリア教育の推進）                  &lt;関連法&gt;若者雇用促進法（→主要内容：職場情報の積極的提供（雇用ミスマッチの解消）、ハローワークにおける求人不受理（法令違反事業所の弾き出し）、ユースエール認定制度（若者採用・育成に積極的な中小企業を認定））</p>	<p>住宅、寮型青年住宅や買取りフォーム、チョンセ賃貸住宅など）                  住宅保証金・家賃の支援強化（若年者専用の資金融資や家賃ローン、チョンセ保証金返還保証料支援                  若年者の資産形成支援（中小企業就業者の長期勤続支援、学生ローン返済負担軽減等）                  卒業・就職で精神的健康のリスクが増加した若者への支援                  青年基本法施行と政府委員会への若年層の参加拡大を通じた国政運営への若年層参加</p>	
要保護児童・要支援家庭対策	<p>ひとり親家庭支援                  社会的養護施策の拡充                  障害を持つ子どもへの支援・特別な支援が必要な子どもの早期発見                  医療的ケア児への支援                  ニート・引きこもり等の子ども・若者への支援                  遺児への支援                  定住外国人の子供に対する就学支援                  &lt;関連法&gt;児童福祉法、児童虐待防止法</p>	<p>発達障害児支援（低所得世帯の児童の発達支援含む）                  （児童虐待防止・保護）                  （社会的養護の充実）                  （青少年のセーフティネット政策（相談・援助・保護・医療・学業・自立、退学支援等））</p>	
男性の家事・育児参画	<p>育児休業取得促進、パパ休暇やパパママ育休プラスなどの制度内容周知                  両親学級などの講習会の実施拡大                  配偶者の出産時・出産後の有給取得しやすい環境の整備                  男性国家公務員の育児に伴う休暇・休業の取得促進                  男性の家事・育児に関する啓発普及・意識改革</p>	<p>男性のケア権利の確保                  男性の家事・育児に関する啓発普及・意識改革</p>	
子どもの貧困	<p>子どもの貧困対策の推進（子どもの貧困に関する大綱に基づき実施）</p>	<p>明示的には扱っていない</p>	
結婚支援	<p>地方公共団体による結婚支援の取り組みに対する支援（出会い機会の提供、結婚相談、支援者養成、新婚夫婦へのスタートアップ支援等）                  （結婚支援のAI活用）</p>	<p>明示的には扱っていない</p>	
祖父母による子育て支援の促進	<p>三世代同居・近居しやすい環境づくり                  （結婚・子育て資金、教育資金一括贈与に係る贈与税非課税制度）</p>	<p>—</p>	
結婚、妊娠・出産、子育ての情報提供と発信	<p>ライフプランニング支援の充実                  学校教育段階からの妊娠・出産等に関する医学的・科学的に正しい知識の教育                  性に関する科学的な知識の普及（学校や保健所等での健康教育・電話相談等）                  妊娠や家庭・家族の役割に関する教育・啓発普及                  ライフイベントを踏まえたキャリア教育の推進                  さまざまなロールモデルの提示                  （女性健康支援センターにおける相談指導）</p>	<p>（リプロダクティブヘルスに関する相談サービスの拡充）                  （青少年の生殖に関する健診・治療のサポート、情報提供強化）                  （産婦人科医療サービスへのアクセス強化（過小地域への設置・運営支援、妊婦在宅医療モデル事業）                  平等な性の認識と権利の強化（性教育の強化）                  性暴力からの保護（性犯罪（デジタル性犯罪含む）、非同意姦淫剤の検討）</p>	

結婚・子育て支援の社会的雰囲気醸成	「家族の日」「家族の週間」等を通じた理解促進 マタニティマーク、ベビーカーマークの普及啓発 「子どもと家族・若者応援団表彰」の実施 子ども目線のものづくり推進（キッズデザインの推進、キッズデザイン賞による情報発信） （子育て支援パスポート事業の普及・促進）	-	「適齢期に結婚・出産、男女平等、世代間の調和及び責任分担」という新たな家族文化を推奨
地方創生政策との連携	地方創生政策と連携した少子化対策の推進（地域アプローチ） 女性や若者等の移住・定着の推進 地域における女性活躍の推進	-	
結婚・子育て支援でのICT・AI技術活用	結婚支援におけるAI等の活用 子育てワンストップサービスの推進（マイナポータル活用等） 子育てノンストップサービスの推進（就学前までのサービスの案内と申請を一体化したサービス構築） ICTを活用した子育て支援サービス（ベビータック）の普及促進	明示的には扱っていない	
少子高齢社会への適応	-	多様な家族を受容する基盤づくり（健康家庭基本法改正、生活・ケアコミュニティ法の制定推進、法律婚・父系中心主義法令を子どもの権利保護の法制に改善 多様な家族の子育て支援強化（家族センターのサービス拡大、ひとり親支援等） 多文化家族の安定的定着と社会参加の拡大（多文化家族の自立支援パッケージ拡大、韓国語教育強化、多文化家族の子ども・若者の社会的統合等） 多様な家族への差別と偏見の解消 世代統合型社会への転換 全国民を包摂するセーフティネットの強化（雇用、年金、個人単位の所得保障への転換等で社会保険未加入者・適用範囲の死角の解消） 中小企業・非正規職・特別雇用労働者等の保護	

表 15 妊産婦サービス施策の要素

要素	日本	韓国	中国	台湾
母子保健手帳の有無	あり			
妊娠登録制度	自治体報告により衛生行政報告で公表			
妊婦検診制度	公費負担あり。自治体により差あり。			
避妊・家族計画施策	ピルは医師の処方が必要、自己負担。	ピルは薬局で購入可能。	基礎的な避妊具提供、避妊手術は無料	
中絶規定	母体保護法により経済的理由でも妊娠満22週未満まで中絶可能。	1953年に刑法で中絶罪が規定。1973年に母子保健法により合法化（遺伝性	医療保険・生育保険に適用	

			疾患・強姦の場合のみ）。2019年に墮胎罪の憲法不合法判決。法改正はまだ。		
	緊急避妊薬	医師の処方が必要、自由診療	医師の処方が必要、自己負担	1998年より薬局で購入可能	
	不妊治療	2022年4月より保険適用	2017年10月より健康保険を適用	北京市は人工授精、体外受精・胚移植など16項目を医療保険に適用	
出産	給付方法	異常分娩は健康保険適用、正常分娩は自由診療		異常分娩は健康保険適用、正常分娩は自由診療	全民健康保険の給付
	人材				
	帝王切開	異常・正常分娩ともに健康保険から出産育児一時金支給	正常分娩、異常分娩ともに健康保険適用	異常・正常分娩ともに健康保険から出産育児一時金支給	
	無痛分娩	19.7%（2014年）	39.1%（2015年）	19.7%（2014年）	
産後	産後ケア施設		産後調理院		産後護理之家（当局の規制あり） 月子中心（自由営業）

表 16 結婚促進のための住宅支援の要素

日本	韓国	シンガポール
結婚新生活支援事業（2016年度～）…新婚世帯（所得制限、年齢制限あり）に対する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を補助。地方自治体の事業で2020年に実施した自治体は、非大都市圏を中心に289（1718市区町村の16.8%）のみ。	第3次低出産・高齢社会基本計画（2016年～）①青年・予備夫婦同居支援強化（多様な青年住宅供給拡大:2019～）、②学生夫婦同居与件改善（青年賃借世帯同居費支援強化:2019～）、③新婚夫婦の住宅用意資金支援強化（新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大:2019～）、④新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給（子育てのよい住居インフラ整備:2019～）	①公共住宅の購入可能条件の設定、②直接的現金給付、③公共住宅購入申込から実際に購入できるまでの期間や抽選確率の優遇。シンガポールの住宅ストックの約8割は公共住宅（1990～2010年）、世帯の公共住宅居住率も2000年（88%）から低下傾向にあるが8割を超える。そもそも（新築）公共住宅価格は市場価格と比べかなり低く抑えられており、（新築）購入が可能な対象者は21歳以上既婚のシンガポール市民に限定。かつ、はじめての公共住宅購入、35歳未満（若ければ若いほど優遇）夫婦で低所得なシンガポール市民カップルが直接の補助や抽選確率等で優遇される（CPFを通じた家族補助・強化CPF住宅補助・未婚補助・強化住宅補助（未婚）・近居住宅補助・ステップアップ補助・CPF住宅トップアップ補助のほか、子ども数が3人以上の場合には抽選待ち時間や抽選確率を優遇するとともに、公共住宅を売却することができる条件を軽減、30歳以下の夫婦の住宅購入のための頭金を一部猶予・入居まで賃貸物件を半額で貸与）。なお、雇い主と保険料を分担（雇い主が概ね4～5割負担）する強制貯蓄のCPF（中央積立基金）残高の一部（55歳未満の引き出しが可能な部分；50歳以下拠出の約2割）を、1968年から住宅購入に充てることができることになっている。CPFを通じた政府の補助金は、住宅を売却した場合にはCPF口座に貯蓄されていた場合の複利を加えて入金されるため、住宅購入（結婚）が早ければ早いほどまとまった資産の形成が可能になる。

表 17 医療保険制度の要素

要素	日本	韓国	中国	台湾
方式	社会保険方式	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	すべての国民が強制加入	強制加入＋任意加入	すべての住民が強制加入
医療保険組合	政府管掌健康保険	国民健康保険公団	各地域の統括基金	中央健康保険署
	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			

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	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	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）	外来：30%～60%	30～50%、給付スタートラインと給付の上限あり	定額：50～800 台湾元
		入院：20%		入院：5～30%
		自己負担の上限あり		自己負担の上限あり
混合医療	×	○	○	×
支払方式	出来高払い+DPC	出来高払い+DRG+P4P	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	総額予算の下での出来高払い
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	価格決定
医療提供体制	民間非営利医療機関による医療サービスの提供が7割である。	私的医療機関による医療サービスの提供が主となっている。	公的医療機関による医療サービスの提供が主となっている。ただ近年、私的医療機関の数が増えている。	私的医療機関による医療サービスの提供が主となっている。
先進医療制度	一部認められた先進医療は保険診療との併用が認められるが、その該当部分は全額自己負担となる。	先進医療はほとんど公的医療保険にカバーされていないため、全額自己負担となる。	先進医療はほとんど選択医療制の枠外のため、公的医療保険の適用対象外となる。	

表 18 介護制度の要素

要素		日本	韓国	中国	台湾
制度の建て方	法整備	国が法整備	国が法整備	国が方針を整備、試行事業の対象省市政府が法整備	中央当局が法整備
	制度の考え方	独立した介護制度	独立した介護制度	独立した介護制度	独立した介護制度
	制度運営	市町村が保険者として運営、国や都道府県はこれを支援	韓国国民健康保険公団（医療保険の保険者）が運営	省市政府が運営（民間委託もあり得る）	地方当局が運営、中央当局がこれを支援
制度の対象者		条件にあてはまる全住民	医療保険加入者すべて	都市従業員医療保険加入者はすべて、都市・農村住民医療保険加入者は一部の試行事業にて対象とされる	条件にあてはまる全住民
対象者条件	年齢	65 歳以上の者 40～64 歳の者	全年齢	60 歳以上？	65 歳以上の者 55 歳以上の原住民族 50 歳以上の認知症の者 障害者（全年齢）など
	居住期間	条件なし	条件なし	条件なし	条件なし
	被保険者期間	条件なし	条件なし	条件なし	条件なし
財政方式	原則	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式	社会保険方式
税財源	(1) 財源の種類	-	-	-	一般税
	(2) 拠出者	-	-	-	中央当局が負担し、地方当局に補助
社会保険料	(1) 保険料算定方法	所得に基づく	医療保険料の一定割合	所得に基づく、医療保険料の一定割合など	-
	(2) 税財源からの補助の有無	あり（介護費用の50%）	あり（介護費用見込みの20%）	あり（地域により異なる）	-

要介護認定	実施者	介護認定審査会を保険者におく	介護認定審査会を保険者におく	試行事業によって異なり、介護ニーズ認定、障害度認定、生活活動能力認定などと呼ばれ、南通市、承德市では介護度がない	地方当局の組織（介護管理センター）で行う
	認定基準	心身の状態の喪失度（樹形図モデル）	心身の状態の喪失度（樹形図モデル）		心身の状態の喪失度（独自開発モデル）および同居家族等の状況
	要介護状態の継続	現に要介護状態にあること	現に要介護状態にあること		現に要介護状態にあること
	要介護認定の等級の範囲	7段階（要支援1,2~要介護1~5）、軽度から重度まで	6段階（認知症支援等級、認知症特別等級、4等級~1等級）、比較的中度から重度まで		8等級（1等級（自立）~8等級（重度））、比較的中度から重度まで
	有効期間（更新）	あり（6か月、原則）	あり（2年、原則）		あり（6か月、原則）
ケアマネジメント・ケアプラン	ケアマネジメント	あり（ケアプランを作成）	あり（標準ケアプラン、介護事業者によるサービス利用計画を作成）	-	あり（要介護認定結果に基づき、介護事業者によるサービス利用計画を作成）
	実施・ケアプラン作成者（行う場合）	居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）	標準ケアプランは保険者、サービス利用計画は介護事業者	-	要介護認定（利用可能なサービスの種類や量が明記）は介護管理センター、サービス利用計画はA型に指定された介護事業者
	ケアプラン法的拘束力	あり	なし	-	要介護認定についてはあり
サービス種類	現金給付	現金給付は行わない	条件付きで現金給付が利用できる	南通市、安慶市で利用できる	条件付きで現金給付が利用できる（別制度）
	サービスの種類	施設、通所、居宅などが選択できる	施設、通所、居宅などが選択できる	ほとんどの試行事業は施設志向、蘇州市は在宅志向、選択可能かは不明	施設、通所、居宅などが選択できる
	事業者の選択	事業者を選択できる	事業者を選択できる	-	事業者を選択できる
サービス提供者	事業所組織形態	公営および民営（非営利、営利）の組織	公営および民営（非営利、営利）の組織	公営および民営（非営利、営利）の組織？	公営および民営（非営利）の組織
	事業所種類	医療系および福祉系の事業所	医療系および福祉系の事業所	医療系および福祉系の事業所？	医療系および福祉系の事業所
	公的な認定制度	あり（指定事業者の組織や法人）	あり（指定事業者の組織や法人）	-	あり（介護法人など認可された法人）
	従事者	医療系および福祉系の従事者	医療系および福祉系の従事者	医療系および福祉系の従事者？	医療系および福祉系の従事者
	従事者の資格	介護福祉士、認定介護福祉士、実務者研修修了者、旧介護職員基礎研修課程修了者、旧ホームヘルパー1級研修課程修了者、初任者研修修了者、社会福祉士、精神保健福祉士、社会福祉主事、福祉用具専門相談員、医師・歯科医師、薬剤師、保健師、看護師・准看護師、管理栄養士・栄養士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、精神保健福祉士等	あり	-	あり
	インフォーマルケア従事者	同居家族が中心	同居家族が中心？	家族が中心？	同居家族や家庭で雇用の外国人介護労働者
	居宅ケア	あり	あり	あり	あり

サービス内容	通所（地域）ケア（デイサービスなどの1日限りの利用）	あり	あり	あり	あり
	通所（地域）ケア（ショートステイなどの短期入所）	あり	あり	あり	あり
	施設ケア（長期入所）	あり	あり	あり	あり
	その他サービス	福祉用具、住宅改修、移送	福祉用具	－	福祉用具、住宅改修、移送、配食、介護相談
利用限度枠	利用限度枠設定の有無	要介護度別により	要介護等級別により	試行事業による	要介護等級別により
自己負担	自己負担の有無・設定方法	あり（定率：原則10%、高所得高齢者は20%、30%）	あり（定率：居宅15%、施設20%、低所得者には減免あり）	試行事業による	あり（定率：介護サービスは一般16%、低所得者0%、中低所得者5%、福祉用具などは所得などのより0~30%）
介護手当	実施の有無・受給者	介護保険としてはなし	介護サービスが利用できない山間部等に居住などの条件であり・要介護高齢者に支給	－	重度の要介護者を介護サービスを利用せず、就業していない家族が介護する場合に支給・家族介護者に支給
	資力調査	－	なし	－	あり
	資力調査の基準	－	－	－	要介護高齢者の所得、介護者の就労の有無および年齢
家族介護者支援	支援内容	介護休暇・休業制度、介護相談（地域包括支援センターの任意事業）	家族療養保護士（介護ヘルパーが業務として家族を介護）	－	介護手当、介護相談、介護技術講習会
介護サービス関連事項	医療との連携	あり（積極的に推進）	ない（サービスが制度で分立）	医養結合など？	一部で取り組み（退院支援時に介護事業所と連携など）
	地域密着	地域包括ケアシステムの構築（医療、介護、福祉等の連携）	地域社会統合ケアプランの試行（2025年の全国施行を目標？）	模索中？	地域包括ケアモデルとして、市町村レベルの地域内の介護事業所の連携を推進
	外国出身人材の受け入れ	FTA、在留資格「介護」、技能実習、特定技能1号で受け入れ			外籍看護工として制度化
	市場メカニズム	介護保険下で、公営、民営の事業所の競争（準市場）	民間事業者が多く、競争が厳しい	事業所間の競争あり？	税方式の制度で、公営または民間非営利がサービスが競争？福祉用具は民間営利事業者も参入可（より競争的？）
	介護の質の評価	複数の評価方法（第三者評価、自己評価、情報公開など）	保険者の基準による評価制度（インセンティブつき）	－	当局の基準による評価制度（インセンティブあり）
公的管理その他	給付の改訂の有無と方法	あり（介護報酬改訂、3年ごと）	あり（介護報酬改訂）	－	あり（介護報酬改訂）
	年金など他制度からの給付との関係	介護保険料は年金から天引きサービスによっては医療保険の給付の場合もあり	なし？	－	居宅看護の一部は医療保険（全民健康保険）から給付
	課税有無（現金給付）	現金給付なし	－	－	－

	税制優遇	所得税の医療費控除	所得税の医療費控除	－	所得税の医療費控除（介護費用）
	政府の役割	法律などで制度を作る	法律などで制度を作る	法律などで制度を作る	法律などで制度を作る
		制度運営の詳細な基準を作る	制度運営の詳細な基準を作る	制度運営のある程度の基準を作る	制度運営の詳細な基準を作る
		財源確保（税からの補助）	財源確保（税からの補助）	財源確保（税からの補助）？	財源確保（税からの補助）
		情報公開	情報公開	情報公開？	情報公開
	地方政府の役割	制度の運用	サービス提供	法律に基づいて制度を作る	制度の運用
		財源確保（税からの補助）	介護事業所の監督	制度運営の詳細な基準を作る	サービス提供
		サービス提供	情報公開	財源確保（税からの補助）？	介護事業所の監督
		介護事業所の監督		サービス提供	情報公開
		情報公開		介護事業所の監督？	
				情報公開？	

表 19 年金制度の要素

要素		日本	韓国	中国	台湾
制度枠組	種別	国民年金と厚生年金	国民年金、特殊職域年金、基礎年金（低所得高齢者への給付）		労工保険、国民年金、公教人員保険、軍人保険
	階数	3階建て		2階建て	3階建て（個人年金などを含む）
負担	労使割合			企業が16%、従業員が8%。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	労工保険保険料率：10.5%（本被保険者20%、雇用主70%、政府10%。職業（例：船員）によって異なる） 国民年金保険料率9.5%（基所得額18,282台湾元に保険料率を乗じる。被保険者60%、政府40%（低所得者などには政府負担割合が増える）
	国庫負担				○（保険料への補助）
	賃金や利子率の水準				
給付	支給開始年齢				労工保険：60歳（2028年までに65歳に引き上げ。2022年は63歳） 国民年金：65歳
	支給額				労工保険：月平均賃金×加入年数×0.775%+3000台湾元（または平均賃金×加入年数×1.55%） 国民年金：月平均収入×加入年数×0.65%+3772台湾元（または平均収入×加入年数×1.55%）
持続可能性を担保する制度の有無		財政検証・マクロ経済スライド			

表 20 国際人口移動施策の要素

	日本	韓国	中国	台湾
国際結婚	在留資格「日本人の配偶者等」	第2次外国人対策基本計画（2013～2017年）にて、結婚移住者の定住支援及び国際結婚家庭の子どもの生育環境への助成		2004年に配偶者ビザの発給・国際結婚の受理に係る審査を厳格化

労働者	専門的・技術的分野の在留資格（約20%）、特定活動（ワーキングホリデー・EPA等、約4%）、技能実習（約20%）、資格外就労許可（留学生等、約20%）、身分に基づく在留資格（永住者、定住者、日本人の配偶者等、約33%）	専門職人材は出入国管理法による「在留資格」に基づいて就労。非専門職人材の就労・雇用は外国人雇用法による「雇用許可制」の適用を受ける。雇用許可制は、「一般雇用許可制」と韓国系外国人労働者（在外同胞）を対象とする「特例雇用許可制」の2種類。	「外国人の中国における就業管理規定」による外国人就労許可制度を2016年に見直し（施行は2017年4月から）。外国人労働者をA類（ハイレベル）、B類（専門）、C類（一般）に三区分けし、高度人材の受け入れを促進する一方で、非専門職・非熟練人材の就労を管理・抑制。	雇用サービス法（1992年）により、東南アジア各国との二国間協定による一時滞在労働者の受け入れ。 2022年4月より移住留才久用方案（日本の特定技能2号に一部相当、短大以上の学校を卒業した留学生にも適用）での受け入れを実施
家事・ケア	在留資格「介護」、「特定活動（EPA）」、「特定技能1号（介護）」	「特例雇用許可制」によるヘルパー（介護）・家事労働者（主に中国籍）。「一般雇用許可制」では、介護・介護分野は対象外。	外国人就労許可制度においてC類（一般人材）に区分される職種に、「政府間協議に基づく実習生・見習」「ハイレベル人材の家政サービスに従事する者」が含まれる。	インドネシアとの二国間協定に基づく受け入れが最も多い。

表 21 人口・社会経済の概況

項目	日本	韓国	中国	台湾
国土面積	37.8万km <sup>2</sup> （2021年）	10.0万km <sup>2</sup> （2021年）	960万km <sup>2</sup> （2021年）	3.6万km <sup>2</sup> （2021年）
人口（人口、高齢化率など）	人口：約1億2,615万人（2020年） 高齢化率（65歳以上） 1980年：9.1% 2020年：28.6% 2060年：38.1%	人口：約5,183万人（2020年） 高齢化率（65歳以上） 1980年：3.8% 2020年：16.4% 2060年：43.8%	人口：14億4千万（2020年） 高齢化率（65歳以上） 1982年：4.91% 2020年：13.5% 2060年：29.8%	人口：約2,383万人（2020年） 高齢化率（65歳以上） 1980年：4.3% 2020年：15.4% 2060年：40.0%
経済水準（GDPなど）	総額：535.5兆円（5兆379億ドル、2020年） 一人当たり：425.9万円（4.0万ドル、2020年）	総額：2057兆ウォン（1兆7,978億ドル、2021年） 一人当たり：3,796万ウォン（3.4万ドル、2021年）	総額：101.6兆元（14.7兆ドル、2020年） 一人当たり：7.2万元（1.04万ドル、2020年）	総額：19.8兆台湾元（6,693億ドル、2020年） 一人当たり：83.9万台台湾元（2.8万ドル、2020年）
行政の仕組み 中央集権⇔地方分権	中央集権+地方分権も進む	中央集権	中央集権+省市政府に任せる部分も大きい？	中央集権+制度運営は地方に任せる
社会保障制度の所管省庁	厚生労働省	保健福祉部、労働部、女性部	人的資源・社会保障部、民政部、国家医療保障局など	行政院衛生福利部（保健衛生、社会保険、社会福祉）、行政院労働部（労働政策、劳工保険（雇用者の年金）、就業保険（雇用保険））
社会保険制度の経験、分野（医療、年金など）	医療（皆保険）、年金（皆年金）、介護、雇用、労働災害補償の社会保険	医療（皆保険）、年金（皆年金）、老人長期療養、雇用、労働災害補償の社会保険	医療、年金、生育、雇用、労働災害補償の社会保険	医療（皆保険）、年金（皆年金）、雇用、労働災害補償の社会保険
既存制度（高齢者福祉）の整備（サービス提供体制）	老人福祉法などの法律、ゴールドプランなどの行政計画により介護サービス提供体制を整備	老人福祉法などで介護サービス提供体制を整備	三無老人などへの介護サービス提供体制などをこれまで整備？	老人福利法や各種行政計画に基づく介護サービス提供大使絵の整備
地域差（高齢化率など）	2020年高齢化率（65歳以上） 最高：秋田県（37.5%） 最低：沖縄県（22.6%）	2020年高齢化率（65歳以上） 最高：全羅南道（23.7%） 最低：世宗特別自治市（9.5%）	2020年高齢化率（65歳以上） 最高：遼寧省（17.42%） 最低：チベット自治区（5.67%）	2020年高齢化率（65歳以上） 最高：嘉義県（20.7%） 最低：連江県（8.6%）

社会保障支出（対 GDP 比）	約 127.9 兆円（社会支出、2019 年度） 対 GDP 比 22.85%	約 260.5 兆ウォン（2018 年、OECD 基 準） 対 GDP 比 13.8%	—	約 2 兆 3753 億台湾元（2020 年、 ILO 基準） 対 GDP 比 12.0%
格差指標（ジニ係数、貧困 率）	OECD 基準（等価可処分所得） ジニ係数 0.334（2018 年） 貧困率（所得中央値 50%基準） 15.7%（2018 年）	OECD 基準（等価可処分所得） ジニ係数 0.345（2018 年） 貧困率（所得中央値 50%基準） 16.7%（2018 年）	OECD 基準（等価可処分所得） ジニ係数 0.514（2011 年） 貧困率（所得中央値 50%基準） 28.8%（2011 年）	OECD 基準準拠（等価可処分所得） ジニ係数 0.267（2020 年） 貧困率（所得中央値 50%基準） 7.05%（2020 年）

#### IV. おわりに

本研究では、少子高齢化施策を人口政策の枠組みで紐解いている。人口政策、つまり出生・死亡・移動という人口を上下させる要因に影響を与える政策（大淵 2002、Park 2004、Vallin 2011）という定義に基けば、少子高齢化の「少子」部分は出生、「高齢」部分は死亡に対応する。移動に対応する国内人口移動、国際人口移動施策は、これまで「少子高齢化対策」として取り上げられることは少なかったかもしれないが、少子高齢化、さらには人口減少に応じて変容する重要な政策である。持続可能な開発目標（SDGs）の理念である、「誰一人取り残さない」ような社会の構築には少子高齢化施策は重要な位置を占め、人口政策に対する新たなニーズが生じていると考えられる。この世界的な流れは、狭義の人口政策、つまり日本の文脈では戦中の出生力増強政策、国際的には家族計画を通じた出生抑制政策が、1994年のカイロ国際人口開発会議で否定されたプロセスを考えると皮肉的でもある。爆発する人口と縮小する人口という異なった人口動向をどのように認識し、どのように政策対応していくのか、という点は、すでに人口減少が現実化した日本と韓国、台湾、また近年そうなると思込まれている中国を比較してみることで、世界の縮図の一つとなるだろう。

現段階では、表として示した施策の推移、要素には追加すべき内容も多く、特に要素については今後分野、構成を検討する必要がある。施策の推移をみると、各国の出生率、高齢化率に応じて施策が変化、転換することが示されたが、このことは、今後日中韓以外の他地域に施策を展開するうえで、重要な切り口になる。つまり、対象国の少子高齢化の程度に応じて適切な施策がありうる、ということである。現在、日中韓いずれも出生率は低下しつつおき、施策の効果として実証できるものはないことになるが、施策の具体例と実施状況を比較検討することは重要であろう。

#### 参照文献

- 青木尚雄(1967)『出生抑制に関する統計資料』研究資料第 181 号、厚生省人口問題研究所、昭和 42 年 12 月 15 日
- 太田典礼(1976)『日本産児調節百年史』出版科学総合研究所
- 大淵寛(2002)「人口政策の意義と体系」In:日本人口学会編『人口大事典』培風館、pp.827-829
- 荻野美穂(2008)『「家族計画」への道—近代日本の生殖をめぐる政治—』岩波書店
- 奥野信宏、山内直人、園田真理子、野口晴子、西村周三、伊藤善典(2013)「ディスカッション」『季刊社会保障研究』第 49 巻第 1 号、pp.104-121
- 国立社会保障・人口問題研究所(2022)『人口統計資料集』
- 小浜正子(2020)『一人っ子政策と中国社会』京都大学学術出版会
- 人口問題審議会(1974)『日本人人口の動向 - 静止人口をめざして - 』大蔵省印刷局
- 人口食糧問題調査会(1930)『人口食糧問題調査會人口部答申説明』館文庫 PDFY 091105008
- 人口問題研究会(1954)『人口問題解決の基盤としての新生活運動』館文庫 PDFY11092709
- 人口問題審議会(1969)「わが国人口再生産の動向についての意見 人口問題審議会中間答申」『人口問題研究』第 112 号、pp.67-70
- 新生活運動協会(1955)『新生活運動協会規約及び役員名簿 附 参考資料新生活運動協会資料一』館文庫 PDFY09122204
- 周藤利一・越澤明(2004)「韓国のグリーンベルト制度の歴史及び効果に関する研究」(社)日本都市計

画学会 都市計画論文集 No. 39—2

- 須永芳彰(1976)「集落移転の実態（一）-山形県小国町の事例分析-」『農業総合研究』30(1), p131-157, 1976-01
- 館稔(1969)『日本の人口問題』研究資料第190号、厚生省人口問題研究所、昭和44年3月1日
- 津谷典子(2007)「出生・家族人口学」『人口学研究』第41号、pp.98-106
- 日本家族計画協会(1969)『夜明け前の若い機関車－日本家族計画協会15年の歩み－』
- 林玲子(2014)「人口移動の国際比較－日本の移動指標を用いたモデル人口移動性向構築の試み」『人口問題研究』70巻1号、pp.1-20
- 毎日新聞社人口問題調査会(2000)『日本の人口－戦後50年の軌跡－毎日新聞社全国家族計画世論調査 第1回～第25回調査結果』
- 増田寛也(2014)『地方消滅－東京一極集中が招く人口急減』中公新書2282、中央公論新社
- 守泉理恵(2018)「少子化対策」国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料V（2001～2016）』  
<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.79/title2.html>
- 労働省(1973)『労働省二十五年史』労働行政調査研究会
- 若林敬子(1981)「中国の人口政策をめぐる諸問題」『人口問題研究』第157号、pp.52-78
- 若林敬子(2002)「中国の人口政策」日本人口学会編『人口大事典』、pp.879-883
- 若林敬子(1989)『中国の人口問題』東京大学出版会
- Choi, Jin Ho and Se-Hoon Chang (2004) "Population Distribution, Internal Migration and Urbanization",  
In: Doo-Sub Kim, Cheong-Seok Kim, ed. *The Population of Korea*, Korea National Statistical Office
- Hayashi, Reiko (2015) *Formation of Megacities in the Era of Population Ageing - Mobility Comparison between China, Japan and South Korea*, IPSS Working Paper Series (E) No.24  
[http://www.ipss.go.jp/publication/e/WP/IPSS\\_WPE24.pdf](http://www.ipss.go.jp/publication/e/WP/IPSS_WPE24.pdf)
- Kim, Kwang-Joong and Sang-Chuel Choe (2011) "In Search of Sustainable Urban Form for Seoul",  
In: André Sorensen, Junichiro Okata, eds. *Megacities - Urban Form, Governance, and Sustainability*, Springer, pp.43-65
- Park, Sang-Tae (2004) "Population Policies", In: Kim and Kim ed. *The Population of Korea*, Korea National Statistical Office, pp.285-312
- Suzuki, Toru (2019) *Eastern Asian Population History and Contemporary Population Issues*, Springer  
Brief in Population Studies, Population Studies of Japan
- Tsuya, Noriko O., Minja Kim Choe, Feng Wang (2019) *Convergence to Very Low Fertility in East Asia: Processes, Causes, and Implications*, Springer Brief in Population Studies, Population Studies of Japan
- Vallin, Jacques (2011) "Politiques de population" In: France Meslé et al. ed. *Dictionnaire de démographie et des sciences de la population*, pp.337-339

# 中国介護保険制度試行事業に関する研究

于建明

中華人民共和國民政部政策研究中心

（翻訳：陳詩佳 北京日本学研究中心修士課程）

高齢化の進行に伴い、高齢者介護は中国が直面する課題になってきた。2016年6月27日に、人力資源・社会保障部は「介護保険制度の試行事業の展開に関する指導意見」を公表した。15都市で介護保険制度を試行すると決め<sup>1</sup>、中国の高齢者介護の解決策に関する制度的模索を始めた。2020年9月6日に、国家医療保障局と財務部は共同で「介護保険制度試行事業の拡大に関する指導意見」を発行し、試行事業として14地域を追加した<sup>2</sup>。この模索は、中国介護システムの発展を推進するには重要な意味を持っている。

## 一、中国介護保険制度の自発的模索段階

中国の介護保険制度は各地の自発的な模索から始まり、まずは青島市、続いては長春市、南通市である。

2012年6月19日に青島市人民政府弁公庁は、市人力資源・社会保障局の「長期医療介護保険制度の確立に関する意見（試行）の通知」を公表し、2012年7月1日から長期医療介護保険制度を試行することを決めた。これは中国介護保険制度の発端であり、その制度設計は後に全国に広がる介護保険制度の試行事業に重要な影響を持っている。

### （一）青島市長期医療介護保険制度の特徴<sup>3</sup>

青島市の長期医療介護保険は、医療サービスシステムを完備させる措置として、医療サービスシステムの視点から見れば、医療保険資金の節約と高齢者診察が便利になるが、中国に紹介されている独日韓三か国で実施される介護保険とはそもそも異なっている。しか

<sup>1</sup> 15の試行都市はそれぞれ：河北省承德市、吉林省長春市、黒龍江省チチハル市、上海市、江蘇省南通市、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、新疆兵団第八師石河子市。

<sup>2</sup> 新しく追加された試行都市は：北京市石景山区、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である。同時に「他の省は一つの都市を試行事業として展開でき、国家医療保障局と財務省の同意なしに、各地は独自で試行範囲を拡大できない」と規定している。

<sup>3</sup> 青島市の現行制度は、2012年版のもとに2014年、2018年の修正を加えて作られたものであるが、基本的な枠組みは変わっていない。この節における現状は、2018年2月28日に公布した「青島市人民政府の〈青島市長期介護保険の暫行方法〉の発行に関する通知」に依拠する。

し一方、中国でも介護保険を導入すべき意見が盛り上がってきたことに伴って、青島市の長期医療介護保険は、ある意味では介護領域での革新的な施策と見なされるようになった。しかし、高齢者介護問題の解決策としては、青島市の長期医療介護保険は以下のようにずれている。

**医療介護保険の位置づけにしては、生活介護を含めることは難しい。**青島市の長期医療介護保険は2002年に始まった「家庭病床」政策に基づいており、指定病院は家庭病床を設置でき、医療費は1人1日あたりの病床料金制限によって管理され、基本医療保険薬品、診療項目とサービス施設という「三つのカタログ」範囲内の1人1日あたりの病床料金は50元<sup>4</sup>で、これはすなわち現行の青島市介護保険制度の中の「在宅介護」の原形である。それ以来、家庭病床の範囲は引き続き拡大され、コミュニティ高齢者医療介護、高齢者医療介護院が相次いで含まれるようになった。それに、2011年8月に医療専門介護制度<sup>5</sup>が公布されたことによって、長期医療介護保険制度における「在宅介護」、「施設介護」、「専門介護」の原形が形成された。つまり、青島市の長期医療介護保険は、中国の介護保険制度をめぐる議論でしばしば言及された高齢者生活介護の解決を目的とするドイツ、日本、韓国の制度設計とは本質的に異なっている。

**施設志向の給付方式と介護領域の在宅・コミュニティに基づく志向とは一致しない。**青島市では現在、三級病院<sup>6</sup>の専門介護で1日あたり210元、二級病院の専門介護で1日あたり180元、施設介護で1日あたり65元、在宅介護で1日あたり50元の請負基準を実施している。介護施設のレベルが高ければ高いほど、介護保険給付も高くなるという制度設計は、被保険者がより高いレベルの介護施設を選択する傾向をもたせざる。同時に、専門介護と施設介護は政府から病床補助金や運営補助金なども受けることで、在宅介護という最もコストを節約する手段はかえって不利な選択肢となってしまう。長期的には、病院・施設を中心とする傾向になり、在宅・コミュニティ介護サービスの敷衍が妨げられるようになる。

**請負制の決済方式では介護サービスの質を保証しかねる。**青島市における現行の請負制の決済方式は操作が簡単であるが、高齢者それぞれにふさわしいサービスを提供するに

<sup>4</sup> 「基本医療保険の家庭病床管理の一層の強化に関する通知」（青労社[2002]151号）

<sup>5</sup> 退職被保険者と都市高齢被保険者は、重篤で長期医療介護が必要となり、一回に60日以上入院し、また医療保険が規定するいくつかの特別状況を満たす場合は、医療専門介護を申し込める。費用は請負制で決済され、且つ当病院の入院決済指標の対象とはならず、1人1日あたり120元（患者自己負担の部分も含む）である。

<sup>6</sup> 中国の病院のランクで最高クラスの病院

は不利である。同じ介護度の高齢者であっても、病気が異なれば、介護のニーズも異なる。現行の管理方法は介護サービスの内容について細かく規定しておらず、サービス回数と時間だけを決めた。例えば、「介護度3、4、5の高齢者に、週3、5、7時間の基本的な介護サービスを利用できる」と規定されている。

## （二）青島市の模索をめぐる議論と長春市、南通市の模索

青島市の長期医療介護保険制度の模索は、研究領域、政策領域から注目を引き付けて、議論を呼び起こしてきた。主な議論内容は次の通りである。

**介護保険は必要か？** 当時はちょうど企業の税負担軽減を検討しているところ、新しい社会保険は企業と個人の負担増につながるというのが主な懸念である。

**社会保険か商業保険か？** 社会保険は財政負担の増大になるが、商業保険は中国ではその土壌が備えていない、というのが論争の的となった。

**医療介護か生活介護か？** 国際的に見れば、介護保険は1995年にドイツで最初に実施され、2000年に日本、2008年に韓国で相次いで実施された。その目的は生活介護であり、青島市の医療介護モデルは主な争点となった。

**医療保険に頼る資金調達は可能なのか？** 医療保険の積立金を主要な財源とするため、持続可能性がすでに懸念されている医療保険基金が耐えられるかどうかは論争のもう一つの的となった。

以上のように、様々な議論と論争が巻き起こされたが、各地での試行は止まらなかった。2015年3月に長春市が「長春市失能者医療介護保険実施弁法（試行）」を発表したが、その制度設計は青島市と似ている。一方、2015年12月に、南通市は「南通市基本介護保険制度の構築に関する意見（試行）」を発表し、資金調達方式において、青島市の制度設計と異なっている。具体的に言えば、南通市は暫定的に被保険者1人当たり年間100元の標準を定め、そのうち、30元は被保険者自己負担、30元は医療保険基金から振り替え、市政府の財政は残りの40元を補助するという。自己負担の部分について、従業員医療保険の被保険者の場合は従業員医療保険の個人口座から振り替え、住民医療保険の被保険者の場合は医療保険料を納付した際に同時に納付し、生活保護を受けている人などの場合は全額市財政で補助する。形式では「個人負担」というカテゴリーを増加したのが南通市方策の特徴である。

## 二、全国長期介護保険試行事業の進捗状況

青島市を代表とした自発的な模索の後、2016年6月27日に人力資源・社会保障部は全国範囲内の15都市で介護保険の試行をすると決めた。詳細は次の通りである。

### （一）各試行都市が公布した関連文書の名称と公布日付

山東省青島市	「青島市医療介護保険管理弁法」	2014年12月
吉林省長春市	「長春市失能人員医療照護保険実施弁法（試行）」	2015年3月
江蘇省南通市	「南通市基本照護保険実施細則」	2015年12月
湖北省荊門市	「荊門市介護保険弁法（試行）」	2016年11月
河北省承德市	「都市従業員介護保険制度の構築に関する実施意見（試行）」	2016年11月
上海市	「上海市介護保険試行事業弁法」	2016年12月
江西省上饒市	「介護保険試行事業の展開に関する事業実施方案」	2016年12月
安徽省安慶市	「安慶市都市従業員介護保険試行事業に関する実施意見」	2017年1月
四川省成都市	「成都市照護保険制度試行事業方案」	2017年2月
江蘇省蘇州市	「介護保険試行事業の展開に関する実施意見の通知」	2017年6月
広東省广州市	「広州市介護保険試行弁法」	2017年7月
	広州市人力資源・社会保障局、広州市財務局、広州市民政局、広州市衛生健康委員会 共同	
黒竜江省チチハル市	「チチハル市介護保険実施方案（試行）」	2017年7月
浙江省寧波市	「寧波市介護保険制度試行事業方案の通知」	2017年9月
新疆兵団第八師石河子市	「八師石河子市介護保険実施細則（試行）」	2017年3月
重慶市	「重慶市介護保険制度試行事業意見」	2017年12月

文書名からわかるように、各試行都市が推進した介護保険のカバー範囲と保障内容はそれぞれ異なる。

### （二）各地の被保険者の範囲

	都市従業員医療保険加入者	都市・農村住民医療保険加入者	付記
山東省青島市	◆	★	
吉林省長春市	◆	★	
江蘇省南通市	◆	★	崇川区、港閘区、市経済技術開発区に限る
江蘇省蘇州市	◆	★	
湖北省荊門市	◆	2017年★に拡大	2018年に全面カバー
河北省承德市	◆		
上海市	◆	60歳以上★	
江西省上饒市	◆		全面展開の後に全体住民を対象に入れる
安徽省安慶市	◆		
四川省成都市	◆	→ ★	徐々に拡大
广东省广州市	◆		
黒竜江省 チチハル市	◆		
浙江省寧波市	◆	★	海曙区、江北区、鄞州区に限る、入院医療保険を含まない
新疆兵団 第八師石河子市	◆	★本地域の戸籍に限る	
重慶市	◆	未来徐々に拡大★	

上の表からわかるように、すべての試行都市は医療保険加入者を対象範囲としている。その中、すべての試行都市は都市従業員基本医療保険加入者を対象とするが、都市・農村住民医療保険加入者を保障対象に含むのは一部の試行都市だけである。一方、一部の試行

都市では、都市従業員基本医療保険加入者から都市・農村基本医療保険加入者へ拡大するという経路設計である。

医療保険自身は都市従業員医療保険と都市・農村住民医療保険の二つに分かれていることがすでに医療体制改革の難題となっている。新しい社会保険はこの体制を継続することは、新しい「古い」問題を引き起こす可能性が高い。

(三) 各地の資金調達状況

介護保険の資金源は、自己負担、医療保険基金からの振替、財政補助、雇用者負担という4種類あるが、各地での組み合わせには大きな違いがある。詳細は以下の通りである。

	自己負担	医療保険基金 からの振替	財政補助	雇用者負担
山東省青島市		※		
吉林省長春市		※		
江蘇省南通市	◆	※	★	
江蘇省蘇州市	◆ 試行段階で免除	※	★	
湖北省荊門市	◆	※	★	
河北省承德市	◆	※	★	
上海市	◆	2018年から※	★	▲
江西省上饒市	◆	※		▲
安徽省安慶市	◆	※		
四川省成都市	◆		★	▲
广东省广州市		※		
黒竜江省 チチハル市	◆	※		
浙江省寧波市		※		
新疆兵団 第八師石河子市	◆	※	★	
重慶市	◆	※		

自己負担については、11 都市において設定されている。しかしその詳細は異なる。ほとんど医療保険の個人口座からの振替となるが、医療保険個人口座のない人に対して、荊門市は年金から徴収する、チチハル市は診察基金からの振替となっている。安慶市と上海市だけが着実に個人負担となっている。安慶市の納付基準は年間1人当たり10元である。一方、2017年12月30日に「上海市介護保険試行事業弁法」の改訂版が公表され、個人負担の部分が取り消された。すべての資金が医療保険基金からの振替となった。

雇用者負担については、上海市、上饒市、成都市がこの資金源を設計した。上饒市は年間1人当たり100元の資金調達基準のもと、雇用者が30元納付する。上海市は2017年に改訂された弁法のうち、雇用者負担を取り消した。成都市は「資金調達方式」について、「個人と雇用者の納付、財政補助および社会寄付等の方式を通じて資金を調達する」と書き示したが、「試行段階では、都市従業員基本医療保険統一基金と個人口座、財政補助などの方式で資金を調達し、雇用者と個人は別途納付しない」と規定している。

以上のように、財政補助のほか、医療保険統一基金と個人の口座から資金を振り替えるのは各地の主な調達方式である。医療保険は被保険者の疾病リスクに対応するための社会保険制度で、それを高齢者の生活介護に充てるのは、制度合理性の問題がある一方、すでに持続可能なリスクにさらされる医療保険のリスクを拡大させるおそれがある。したがって、現在各地の介護保険試行事業の資金調達について更に深く検討が必要である。

#### （四）各地の給付状況

社会保険制度の中、給付は資金調達と同じく重要な要素である。誰に給付するか、何を給付するか、どれぐらい給付するかなどの問いを答えなければならない。介護保険の場合、要介護認定、給付基準、給付内容となる。

**要介護認定**について、一部の試行都市の施策においては、要介護認定が重要な要素として規定・要求されていない。例を挙げると、南通市は「照護保険受託機関の認定により、待遇条件を満たす者」と表現し、承德市は「労働能力鑑定機関の鑑定により、長期介護保険の給付基準を満たす者」と記述する。これらの都市は通常、定額給付の方式を採用し、つまり適用と非適用の分類しかなく、介護度をめぐる設計はない。認定に言及する試行方策でも、その内実はそれぞれ異なる。上海市、広州市は「介護ニーズの認定」、安慶市、寧波市、重慶市、成都市は「障害度認定」、チチハル市は「生活活動能力認定」などの概念を使っている。また、評価レベルはこれらの都市で異なっていて、ほとんどは軽度、中

等度、重度と比較的簡単に分けているが、上海市では介護度を6級に分け、2～6級を給付対象としている。

**給付基準**について、試行都市は東部沿海部の経済先進地域から西部・東北部の経済後進地域までばらばらに分布しているので、給付水準にも月に200～300元から2000～3000元までと、大きなギャップがある。規定上では、青島市の給付基準が一番高く、医療機関では毎日210元、毎月6300元の介護給付を受けることができる。しかし、青島市の制度設計から見れば、給付金は主に医療介護（一部の薬代と治療費を含む）に使う。この設計の欠陥は、同じ介護度の高齢者であっても、それぞれの薬代に大きなギャップがあることである。サービス費用と薬代を組み合わせる方式はサービス価値を圧迫しかねない。

**給付内容**について、現金給付するかしないかをめぐっては、独日韓でも議論されている。ドイツでは現金給付があるが、サービス給付の約半分しか支給しない。日本では現金給付をせず、韓国ではサービス給付が不便な地域とサービス給付に抵抗する高齢者だけに対して、現金給付を採用する。中国では、試行都市の中、南通市（重度失能者は1日1人当たり15元、中等度失能人員は1日1人当たり8元）と安慶市（1日当たり15元の介護補助）しか現金給付の方式を採用していない。サービス給付に関しては、主に施設志向と在宅志向に分けられる。ほとんどの都市では在宅、介護施設、医療機関に区分し、給付限度と自己負担割合の両方面から調整する。ほとんどの都市は施設志向であるが、在宅志向を明確化したのは蘇州市しかなく、その基準は介護施設の場合1日1人当たり26元、在宅の場合1日1人当たり30元である。荊門市では在宅の場合も介護施設の場合も1日1人当たり100元（病院の場合は1日1人当たり150元）であるが、前者の自己負担分は20%で、後者の自己負担分は25%である。このように、自己負担割合の調整を通じて、在宅と介護施設の間に在宅志向を強調している。異なる志向のものの給付基準の公平性と合理性については更なる検討が必要である。

### 三、介護保険制度の今後発展への提言

#### （一）介護保険制度試行事業の位置づけと役割の明確化

介護保険は高齢者の介護問題を制度的に解決する重要な政策手段である。介護保険制度試行事業の将来の方向と関連制度との接続を考える際に、介護保険制度の位置づけと役割

をより明確化する必要がある。

**国際経験から見れば**、介護保険制度を実施した独日韓ではその役割はそれぞれ異なる。ドイツにおいては、介護保険制度の資金調達には財政補助に依頼せず、被保険者の納付した保険料だけで賄われているため、保障の程度が限られていて、高齢者の介護は介護救助制度で補充しなければならない。日本においては、介護保険制度は介護システムの主な枠組みとなり、政府は50%の資金調達を負担することで保障度が比較的高い。2019年の財政補助を例とすれば、介護保険に5兆6780.5億円（年度介護保険費用の11兆3561億円の50%）が投入された。介護保険のほかに高齢者福祉に対する財政予算は、学習・社会参加に171億円、生活環境に54億円、研究開発と国際社会への貢献に34億円、全年齢層活躍推進に115億円という四つの項目だけが設計され、合計で財政補助金の0.66%しか占めていない。韓国は介護保険を実施する前に、高齢者介護システムは未整備だったので、介護保険制度の実施とともに介護サービスの発展も促進された。

**各試行都市の状況から見れば**、現在、ほとんどの省では介護保険の試行都市は一つしかなく、カバー範囲は限られている。給付基準から見れば、給付基準の高い都市でも施設に入居する費用を満たすことができず、ほとんどのところでは1/3にも達していない。したがって、高齢者の介護負担には介護保険制度の果たす役割はまだ比較的に限られている。将来、介護保険制度を介護システムの枠組みとして全国範囲で実施するか、いつ実施するかは、慎重な検討が必要である。

## （二）介護保険制度試行事業推進への提言

**第一に、長期介護保険の試行事業の位置づけと役割を明確化すること。**試行とは、ある政策・施策の適合性を測定するという働きを持っている。試行プロセスを通じて現在の施策をどう調整すべきかは明らかにする必要がある。したがって、試行事業の終了後に、二つの判断が必要である：一つ目は適合かどうかについてである。不適合ならば試行事業をやめ、適合の場合試行範囲を広げ、あるいは全国に押し広げる。もう一つは試行政策をどう調整すべきかについてである。試行事業の意義は問題を発見することにあるので、継続が決定される試行政策に対して評価と調整が必要である。介護保険制度試行事業は2016年からはじめて約6年になり、包括的な評価が必要である。現段階では各試行都市の提案はそれぞれ違っており、全国に押し広げるには、比較的に固定的な方案ではなければならない。

**第二に、トップレベルデザインを強化すること。**新しい社会保険をつくることは、すべての人の利益にかかわる非常に複雑なことである。だからこそ、十分な検討を通じて合意に達し、系統的なトップレベルデザインを行う必要がある。今のところ、各試行都市が試行事業案を独自で設計することは全国各地の分断を引き起こす。社会保険制度は福祉硬直性をもっていて、一度実施すればその廃止が困難となる。さらに、全国への普及には各地の方案が統合しにくいという困難もあり、行政コストが大幅に増加し、一部の地域で保障水準の低下をもたらし、市民の不満を生じさせる可能性もある。

### （三）介護保険制度設計への提言

**位置づけに関しては、**今のところ、中国各地の方案は医療と密接に結びついており、青島市、長春市の試行事業方案名は、すでに長期医療介護とはっきり指し示している。医療なのか、生活介護なのかに関して明確な位置づけが必要である。

**資金調達に関しては、**安定的かつ持続可能な資金調達ルートを構築することは介護保険制度の根本的な保障である。政府、企業、個人の責任分担について慎重な論証が必要であるが、自己負担は社会保険の必要条件であり、持続可能性のための基礎でもある。各地での自己負担の欠如は、主に社会的受容性への懸念からであるが、社会的受容性は欠かさないものである。そのため、介護保険は制度合理性からも持続可能性からも自己負担の課題を避けてはならない。企業納付の部分については、企業負担を増やさないため、減税などの方式を通じて、能力ある企業は従業員に商業介護保険に加入させるように励ますことが考えられる。

**給付に関しては、**現在各地では施設志向の給付方式を再検討する必要がある。そもそも供給側への補助を主な方式とする介護の状況を合わせて考えれば、介護政策システムに不均衡を生じさせ、社会的公平性が損なわれる可能性がある。と同時に、収入が割と高い高齢者が施設に入居する可能性が大きく、社会分配の観点から見れば、施設へ傾く給付方式は社会政策の従うべき原則とは矛盾しあう。

## 韓国の介護保険・医療制度の動向

金 道勲<sup>1</sup>

韓国社会では急速な人口の高齢化と高齢者人口の増加、そして寿命の伸長が同時に進んでいる。2021年現在の高齢化率は16.6%、65歳以上の高齢者数は857万人であり、2025年には高齢化率20.6%、高齢者世帯数1,058万人に増加するものと予想される。また、平均寿命は2020年83.5歳から2025年84.7歳へと着実に伸長する。

このような人口の変化は、国レベルでは社会制度と財政の持続可能性の維持という課題を与え、個々の国民には長くなった老年期に対する安定的な生活と意味のある老年期の営みという課題を投げかける。すなわち、高齢者人口の増加、高齢化率の増加、そして平均寿命の伸長は個人と社会、国の各レベルで解決すべき課題を与えている。

高齢者福祉は高齢者の基礎的な生活保障と介護、社会参加、余暇文化と高齢者の人権保障のための様々な政策を通じて実現されている。これらの政策の中で、近年に注目を集めながら政策が進められている老人長期療養保険(以下、介護保険)制度、医療制度の動向を中心に現況と問題点を探ってみたい。

### 1. 介護保険前後の高齢者福祉政策

#### 1) 2000年代以前の高齢者福祉政策

韓国政府は国家経済の発展の推移に合わせ、早くから高齢者のための福祉政策を展開してきた。一般的に高齢者福祉政策は、安定的な老後生活のための所得保障、介護及び医療保障、施設及び在宅の福祉サービス、そして高齢者の生活環境の整備及びサービスの充実など多様な側面で複合的に行われる。

しかし、韓国政府成立以後、しばらくの間、高齢者福祉は、救貧政策のレベルで最小限の食糧及び医療サービスを提供したり、貧困状態の高齢者を一定の生活施設に収容して保護する水準にとどまっていた。支援も高齢者福祉と言うにもあまりにも不足し、高齢化社会に向けた備えもほとんどなかった。国家の財政が十分でない状況で、政策としては経済成長が優先されたためである。

1977年7月に医療保険が導入されて以後、順次に全国民を対象に拡大し、1981年6月に「老人福祉法」が制定されたことにより、高齢者福祉という概念が国家政策の中心に位置づけられるきっかけとなった。しかし、依然として高齢者福祉の水準は非常に低く、関連イン

<sup>1</sup> 韓国長期療養学会対外協力理事、韓国高齢者親和産業学会研究理事、国民健康保険公団江北支社長。E-mail : nhic1@naver.com

フラも足りなかった。1982年、「老人福祉法」の理念に基づき、「敬老憲章」が発布され、高齢者福祉のための制度が一つ一つ導入されたが、「福祉体感」では依然として低い水準であった。このような中、1988年の国民年金制度の施行を機に、老後生活の営みに対する国民の関心が高まると、民間レベルで老後保障のための保険商品が多く登場した。

高齢者人口が急増し始めた1990年代に入って、韓国政府は高齢者福祉の増進に多くの努力を傾けた。1991年には所得保障のため、70歳以上の生活保護受給者に月1万ウォンの老齢手当を支給し始め、翌年1992年には有料高齢者福祉施設が作られ、1997年には専門療養施設制度が導入され、公立認知症専門病院6ヶ所が設立された。高齢化社会への関心と懸念が高まり始めたのもこの頃だった。

IMF通貨危機の最中だった1998年、韓国政府は「生産的福祉」を福祉政策の新たなパラダイムとして宣言し、より幅広い社会福祉政策を推進して高齢者福祉の増進にも大きな比重を置いた。1998年に65歳以上の生活保護受給者と低所得層高齢者を対象とする敬老年金を導入したのに続き、2000年10月には国民基礎生活保障制度を導入し、貧困及び社会から排除された階層に対する基礎生計保障を強化した。雇用保険や労災保険などすべての社会保険を1人以上の事業所(事業主体)への拡大、国民年金の全国民への拡大適用などの普遍的な福祉政策が推進された。

## 2) 2000年代以降の高齢者福祉政策

### (1) 高齢者福祉の拡大と介護保険法の制定

2000年代に入ってから、高齢化社会への突入による問題意識が大幅に高まった。高齢者人口が急増する現状が、国の直面している深刻な社会問題だという認識が高まった。このため、急増する高齢者の多様なニーズに応えるための制度が相次いで導入された。高齢者福祉施設で在宅高齢者への食事配達が始まり、公立認知症療養病院や専門介護施設などの高齢者療養施設も大幅に増やして施設の保護機能を強化した。その結果、2002年の基準で公立認知症療養病院が27カ所、専門介護施設が85カ所に増えた。加えて、障害者施策の適用範囲を拡大し、生活を安定されるための支援を強化するなど社会のセーフティネット全般をさらに強固にする努力を続けた。

2003年、韓国政府は全国民のための普遍的福祉、医療福祉に対する国の役割と責任の強化、福祉政策の策定・執行・評価過程での国民参加の拡大などを骨子とする新しい福祉政策を策定した。そして、これを踏まて2005年5月に「少子化・高齢社会基本法」を制定し、2006年8月には同法の規定に基づいて「第1次少子化・高齢社会基本計画(セロマジプラン2010)」を策定し、高齢化社会に対応する高齢者福祉政策の具体的な実践策を提示した。韓国政府は法的基盤を持って高齢化社会に対応する政策づくりに本格的に乗り出した。

この頃、韓国政府は高齢者福祉政策の究極的な目標は高齢者とその家族の生活の質の向上にあることを明確にした。この方針に基づき、韓国政府は「基礎老齢年金法」を制定し、

基礎老齢年金制度を導入するとともに、公立認知症病院や高齢者介護施設を大幅に拡充し、認知症早期検診事業、高齢者介護サポート事業などの新事業も実施した。独居高齢者のための生活指導士の派遣制度もこの時期に初めて実施された。

このような流れの中、2007年4月に介護保険制度の導入を規定した「老人長期療養保険法」が制定された。同法により、2008年7月1日、社会変化に伴う新たな福祉ニーズを満たすための社会保障システムとして介護保険制度が導入された。同制度は、高齢や老人性疾患により自立した日常生活を営みにくい高齢者などに身体活動と家事支援サービスを提供し、家族の負担を緩和し、高齢者の生活の質を向上させることを目的として施行された。この時から介護保険制度は老後に対する国民の不安を減らし、家族の負担まで軽減する社会セーフティネットとして高齢者福祉の中心的な役割を果たすようになった。

## (2) 「少子高齢社会基本計画」と「認知症国家責任制度」

その後も政府は少子高齢化の進行速度がさらに速くなる社会変化を反映し、高齢者福祉拡大政策を推進した。2011年に施行された「第2次少子高齢社会基本計画（ゼロマジプラン2015）」では、「少子高齢社会の成功的な対応で活力ある先進国への跳躍」というビジョンを策定し、2011~2015年には「漸進的出産率の回復及び高齢社会への対応体制の構築、2016~2030年 OECD 平均水準の出生率の回復および高齢社会の効果的な対応」という政策目標を提示した。

そして、これを実現するための推進課題の一つとして、「高齢社会の生活の質の向上基盤の構築」を設定し、ベビーブーム世代の高齢化対応体制の構築、安定して活気に満ちた老後生活の保障、高齢者への配慮が行き届いた社会環境づくりなどのための事業を展開していくこととした。

少子高齢化が国の最大の懸案の一つとして浮上している中で、2015年12月、政府は「第3次少子化・高齢社会基本計画（ブリッジプラン2020）」を発表した。第3次少子高齢社会基本計画は、若者が出産を忌避する現状を打開し、出生率を高めることに重点を置いて設けられたが、関係が深い高齢化の現状への対応策もさらにきめ細かくまとめられた。

第3次少子高齢社会基本計画を通じて、政府は出生率を1.5人水準に回復し、高齢者の貧困率を39%水準に緩和するなどの定量的な成果指標を提示した。これとともに高齢者医療福祉分野では地域社会の慢性疾患管理制度化、介護の負担軽減のための看病サービスの全ての病院へ拡大、家庭ホスピス活性化などの医療・介護サービスを拡大する政策を積極的に推進した。

2017年6月には認知症の人が急増し、社会問題となっている現実を反映し、認知症問題を個別の家庭ではなく、国の介護レベルに転換して解決するという趣旨で「認知症国家責任制度」を宣言した。そしてこれを実践するため、認知症安心センターの拡大、認知症安心病院の設立、介護保険の自己負担軽減の拡大、認知症医療費90%医療保険の適用、ホームヘルパーの処遇改善、認知症専門ホームヘルパーの養成及び配置などを推進することにした。

このため、認知症患者に対する医療保険給付を拡大し、医療費の負担を大幅に減らすなどの対応努力が全方位的に行われている。医療保険の適用範囲を強化するとともに、介護保険の役割をさらに拡大している。

## 2. 韓国の介護保険の動向

### 1) 介護保険導入の意味

2008年7月1日に導入された介護保険制度は「第5の社会保険」と呼ばれ、国民健康保険(以下、医療保険)制度、国民年金制度とともに、高齢化社会の高齢者福祉を担保する重要な社会保障システムとして定着した。制度の導入時期は、他の社会保険に比べて遅れているが、急速に進む韓国社会の高齢化の現状に伴い、その重要性がますます高まっている。高齢化に備えた社会のセーフティネットを備えるべきだという認識が高まり、介護保険の役割に対する期待が高まっている。

介護保険は、高齢や老人性疾患等により身体活動及び日常生活に困難をきたす老人等に対し、身体活動又は家事活動の支援のような介護給付を提供する社会保険制度である。すなわち、65歳以上の高齢者または65歳未満の者で、認知症・脳血管性疾患などの老人性疾患を有する者のうち、6ヶ月以上一人で日常生活を遂行することが困難と認められる者を介護施設に案内したり、自宅を訪ねて介護する社会保険サービスである。

介護保険は介護保障問題について、個人や家計よりも社会と国の責任を強調する制度といえる。いわば、これまで家族に大きな負担として認識されてきた高齢者扶養問題を、もはや個人や家計の負担として放置せず、社会および国の責務へ転換し、社会的連帯原理に従って高齢者扶養という負担を社会で担う制度である。

すでに先進各国でも多様な方式の介護保障制度を運営している。現在、韓国で運営されている介護サービスには、身体支援型サービス(排泄・入浴・食事・移動)、日常生活支援型サービス(調理・洗濯・掃除など)、健康管理・看護処置(療養上の看護診療の補助または療養上の相談など)がすべて含まれている。

### 2) 介護保険がもたらした変化

介護保険制度は高齢化の進展とともに核家族化、女性の経済活動への参加現状が広がる中、介護に対する家族の負担を軽減するために導入した制度であるという点で多くの国民から歓迎されている。家族に代わって、受給者に排泄、入浴、食事、炊事、調理、洗濯、清掃、看護補助など「非常に特別な」サービスを提供するからである。

この特別なサービスが韓国社会に多くの変化をもたらしている。何よりも高齢者の生活の質を大きく高めている。高齢化社会において高齢者が持つ老後の不安を相当部分に解消し、家族に負担を与えているという心理的圧迫感からも脱することができるようになった。さらに、経済的に大きな負担なしに専門人材から介護サービスを受けながら、生活の便利さを追

求ることができるようになった。これに支えられ、介護保険制度に対する利用者の満足度は90%(2016年基準)を上回る好評価を受けている。

家族はこれまで重く背負わなければならなかった時間的、肉体的、経済的扶養負担を減らして、自分の人生を享受できるようになり、それだけ個人の幸福指数も上ようになる。それだけでなく、要介護高齢者を扶養するために家庭に足止めされていた家族も、安心して経済・社会活動に乗り出すことができるようになったのも、介護保険がもたらした意味ある変化である。これは家庭経済もとより、国家経済のレベルでもさらに活発な生産活動を可能にする原動力といえる。

一方、介護保険は全国で多くの雇用を創出し、地域経済を活性化する効果を招いている。2020年12月基準で介護サービス事業所は24,953カ所、介護サービスに従事する専門人材は451,105人、ホームヘルパーの数は資格証取得者の基準で約176万人にのぼる。これに支えられ、介護保険制度は、地域経済が活性化され、いわゆるシルバー産業が発展することにも少なくない貢献をしている。

### 3) 韓国介護保険制度の概要

「65歳以上の老人」または「認知症、脳血管性疾患など老人性疾患がある65歳未満の者」が6ヵ月以上の間に、一人で日常生活を遂行し難い受給者と判定される場合、介護サービス事業所から身体活動、又は家事、認知活動支援などの介護給付を受けられる制度である。「受給者」は介護認定申請をして介護等級判定委員会で、介護給付を受ける者(1~5等級、認知支援等級)に認められた者をいい、「介護サービス事業所」は受給者に介護給付を提供する事業所である。在宅介護サービス事業所(訪問介護、訪問入浴や訪問看護、昼夜間保護(デイケア)、短期保護(ショートケア)、福祉用具事業所、昼夜間保護内の認知症専門室)、施設介護サービス事業所(高齢者介護施設、高齢者介護共同生活家庭、高齢者介護施設内の認知症専門室、認知症専門型高齢者介護共同生活家庭)がある。

#### (1) 要介護等級の区分

介護等級判定委員会において6ヵ月以上一人で日常生活を遂行することが難しいと認められる場合は、心身の状態や介護サービスが必要な程度など等級判定基準に従って次のように受給者に判定する。

- 要介護1等級：心身の機能の状態障害で、日常生活で全面的に他の人の助けが必要な者として要介護認定点数が95点以上の者
- 要介護2等級：心身の機能の状態障害で、日常生活で相当部分、他の人の助けが必要な者として要介護認定点数が75点以上95点未満の者
- 要介護3等級：心身の機能状態障害により日常生活において部分的に他人の助けが必要な者で要介護認定点数が60点以上75点未満の者
- 要介護4等級：心身の機能状態障害により日常生活において一定部分他人の助けが必

要な者で要介護認定点数が 51 点以上 60 点未満の者

○要介護 5 等級：認知症(介護保険法施行令第 2 条による老人性疾病に該当する認知症に限定)患者で要介護認定点数が 45 点以上 51 点未満の者

○認知支援等級：認知症(介護保険法施行令第 2 条による老人性疾病に該当する認知症に限る)患者で要介護認定点数が 45 点未満の者

## (2) 介護給付の種類

介護給付は大きく在宅給付、施設給付、特別現金給付に区分され、重複して利用することはできないが、特別現金給付（家族療養費）支給対象者の場合は、その他の在宅給付（福祉用具）は追加で利用できる。

### □在宅給付

○訪問介護：ホームヘルパーが受給者の自宅等を訪問し、身体活動及び家事活動等を支援する。ホームヘルパーは、介護サービス事業所に所属し、受給者の身体活動又は家事活動支援等の業務を行う専門人材をいう。

○訪問入浴：ホームヘルパーが入浴設備を備えた装備を利用して受給者の自宅などを訪問して入浴を提供する。

○訪問看護：看護師、准看護師、歯科衛生士が医師、漢方医師又は歯科医師の訪問看護指示書に従い、受給者の自宅等を訪問し、看護、診療の補助、介護に関する相談、口腔衛生等を提供する。

○昼夜間保護：受給者を一日のうち一定の時間に介護サービス事業所で保護し、身体及び認知活動の支援と心身機能の維持及び向上のための教育及び訓練を提供する（昼夜間保護ないし認知症専担室を含む）。

○短期保護：受給者を一定の期間に介護サービス事業所に保護し、身体活動の支援及び心身機能の維持及び向上のための教育及び訓練を提供する。

○認知活動型訪問介護：認知症専門教育を履修したホームヘルパーが認知訓練道具を活用した認知刺激活動の提供及び着せ替え、食事の準備、個人衛生活動等の日常生活を受給者とともに、残されている身体及び認知機能の維持及び向上のための訓練を提供する。

○その他在宅給付（福祉用具）：受給者の日常生活及び身体活動の支援及び認知機能の維持及び向上に必要な用具を提供する。

### □施設給付

○高齢者介護施設：認知症及び脳血管疾患などの老人性疾患等により心身に相当な障害が発生し、助けを必要とする高齢者を入所させ、給食介護、その他日常生活に必要な便宜を提供し、入所定員は 10 人以上(高齢者介護施設内の認知症専門室を含む)。

○高齢者介護共同生活家庭：認知症及び中風などの老人性疾患等により心身に相当な障

害が発生し、助けを必要とする高齢者に自宅のような住居環境において給食及び介護その他日常生活に必要な便宜を提供し、入所定員は5~9人(認知症専門型高齢者介護共同生活家庭を含む)。

#### □特別現金給付（家族療養費）

介護サービス事業所長が著しく不足する島及び僻地地域の居住、自然災害、身体及び精神又は性格等の事由により介護サービス事業所が提供する介護給付の利用が困難と認める者に支給する現金給付であり、家族等から訪問介護に相当する程度の介護サービスを受けたときに支給する。

家族療養費を受けようとする者は、「家族療養費支給申請書」等を国民健康保険公団(介護保険者。以下、健保公団)に提出しなければならない。受給者と認められた者は、他の介護給付を利用するためには、健保公団に介護給付・内容変更を申請しなければならず、変更申請なしに他の介護給付を利用した場合、当該給付費用は全額本人が負担する。

#### (3) 要介護等級別に利用できる介護給付種類

要介護1等級または2等級の受給者は在宅給付または施設給付を利用でき、3~5等級の受給者は在宅給付を利用できる。3~5等級だが、施設給付の利用が必要な場合、介護給付の種類・内容変更を申請できる。そして認知症家族休暇制は、認知症のある受給者が利用できる。

- 要介護1~2等級：在宅給付または施設給付、認知症家族休暇制終日訪問療養、特別現金給付（家族療養費）、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅家給付（福祉用具）
- 要介護3~5等級：在宅給付、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅給付(福祉用具)
- 認知支援等級：昼夜保護給付、認知症家族休暇制短期保護給付、その他在宅給付(福祉用具)

#### (4) 介護保険の財源(運営資金)

介護保険は介護保険料と国及び地方自治体の負担金、そして受給者が負担する自己負担金で運営される。

- 介護保険料：医療保険料×12.27%(2022年1月1日基準)

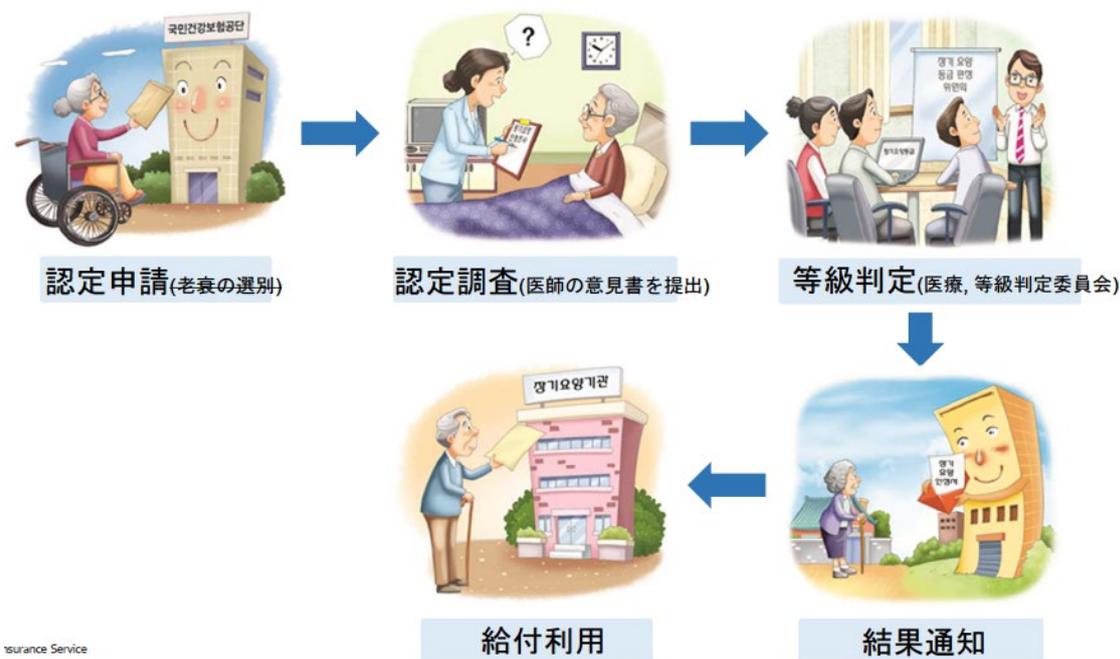
例) 医療保険料が10万ウォンであれば介護保険料は12,270ウォン

- 国及び地方自治体の負担金：介護保険料の予想収入額の20% + 医療扶助受給権者の介護給付費用など
- 自己負担金
  - 在宅給付：利用した介護給付費用の15%
  - 施設給付：利用した介護給付費用の20%

### (5) 介護給付(サービス)の利用手続き

受給者は介護サービス認定書に書かれた「要介護等級」、「有効期間」と個人別介護サービス利用計画書に作成された「介護給付の種類及び内容」に応じて適切な介護サービス事業所を選択し、給付契約締結後、介護給付を利用することができる。

#### <図> 介護給付利用の手続きの流れ



#### □必須書類の受け取り

受給者となると、健保公団から「要介護認定書」と「個人別介護サービス利用計画書」、「福祉用具給付確認書」、「介護サービス事業所現状」の提供を受け、給付利用説明会、担当者との1:1相談を通じて受給者に合ったサービスを利用できるよう案内する。「要介護認定書」は、介護等級判定委員会が要介護等級判定の審議を完了し、介護サービス受給者と認めた場合、健保公団が作成して受給者に送付する書類である。「個人別介護サービス利用計画書」は、健保公団の担当者が受給者の個別機能状態、ニーズ及び特性等を総合的に考慮して作成したオーダーメイド型介護サービス利用計画書である。「福祉用具給付確認書」は、受給者の身体機能に応じて品目ごとに「使用可能な福祉用具及び使用不要な福祉用具」に区分する。

#### □介護サービス事業所の選択及び介護給付契約

介護サービス事業所の評価結果を活用し、サービスの質の高い機関を選択することにな

る。介護サービス事業所の情報及び評価結果は介護保険ホームページ等で確認でき、契約前の介護給付内容及び費用等について相談を受けることができる。

#### □介護給付の利用

個人別介護サービス利用計画書に作成された介護給付種類の範囲内のみ介護給付計画及び利用が可能である。個人別介護サービス利用計画書に基づき、作成された「給付提供計画書」の内容を確認及び同意の後、介護給付を利用する。介護給付を利用した場合、「介護サービス提供記録票」を介護サービス事業所から提供されなければならない。

#### (6) 介護給付費用及び本人負担金

受給者は、要介護認定書に書かれた「要介護等級」、「有効期限」と個人別介護サービス利用計画書に作成された「介護給付の種類及び内容」に従い、適切な介護サービス事業所を選択し、介護給付契約締結の後、介護給付を利用することができる。

#### □本人負担金

介護給付を利用すると給付費用が発生する。利用した総介護給付費用の一部を受給者本人が負担することとなるが、以下が受給者の負担割合である。(2022.1.1.1 基準)

区分	一般対象者	40%減軽対象者	60%減軽対象者、その他医療扶助受給権者	「国民基礎生活保障法」に基づく医療扶助受給者
在宅給付	15%	9%	6%	免除
施設給付	20%	12%	8%	
福祉用具（その他在宅給付）	15%	9%	6%	

#### (6) 家族相談サービス

在宅給付を利用する受給者の家族（6時間以上の介護サービス）のうち、ストレス、扶養負担の高い家族に「家族相談専門要員」（精神健康福祉士、精神健康看護師、精神健康臨床心理士、家族相談専門要員養成教育の履修者）が専門相談・教育・情報を提供するサービスである。サービス対象者は、家族相談支援サービス事業の地域に実際に居住する在宅給付受給者の介護家族、扶養負担の高い家族介護者に選定された対象者であり、認知症のある受給者の家族は優先対象である。

プログラムは、①10回（個別相談6回、集団活動4回）、②個別相談（相談者が自宅を訪問し、対象者の状態、特性、環境に応じた専門相談の提供）、③集団活動（応急処置や健康

チェック、園芸・美術活動等の運営)、④対象者に必要な地域社会資源の連携、⑤プログラム終了後の自助会の進行(支援)で非公式サポートネットワークの構築などで構成されている。

#### (7) 認知活動型プログラム

認知活動型訪問介護は、認知活動型プログラムを利用して認知機能が低下した認知症受給者の認知刺激活動及び残存している身体認知機能の維持向上のための訓練を提供する。認知活動型プログラムは専門教育課程を履修したホームヘルパーが回想訓練、記憶力向上活動など認知機能関連プログラムを提供するもので、認知症のある要介護1～5等級、認知支援等級受給者が利用できる。

#### (8) 認知症家族休暇制度

認知症のある受給者(要介護1～5等級、認知支援等級)の世話をする家族が旅行などで一時的な休息が必要な場合、月限度額とは関係なく、1年に8日以内に短期保護または終日訪問介護を利用することができる。終日訪問介護は、自宅で認知症受給者(1～2等級)の介護家族を支援するための制度であり、1回につき12時間受給者の家庭においてホームヘルパーが保護者に代わって日常的な介護サービスを提供するものである。同一事業者で2回以上連続して利用する場合、看護師(准看護師を含む)が1回以上に訪問して応急的な状況に備えることができ、年間16回以内で利用できる。

#### (9) 認知症専門型介護サービス事業所

認知症高齢者が安心感を感じられる施設環境を提供し、認知症専門教育を受けた人材を配置して認知機能の維持及びBPSDの改善など、認知症受給者に合わせたサービスを提供する。対象者は医師意見書に「認知症」の傷病が記載されているか、直近2年以内に認知症診療内訳のある要介護2等級(医師意見書の提出者)から認知支援等級の受給者である。

#### (10) 契約医師制度

受給者が入所した高齢者介護施設及び高齢者介護共同生活家庭に指定された医師(漢方医師、歯科医師を含み)が定期的に訪問し、高齢者の健康状態を直接確認し、必要な健康管理等を提供する。

#### (11) 在宅給付電子管理システム(RFID)

ホームヘルパーが家庭訪問介護(訪問介護、訪問入浴、訪問看護)を提供する際、スマートフォンなどを利用してサービス開始、終了時間および内容をリアルタイムで伝送するシステムである。保護者(受給者)がスマートフォンにアプリを設置すれば、伝送内容をリアルタイムで通知してもらえるため、受給者の権利を保護してもらえる。

## (12) ホームヘルパー

一定期間に教育を履修し、試験に合格して国家資格を取得した者で介護サービス事業所に所属し、受給者が健康で快適な老後を送ることができるよう、身体活動支援、家事活動支援、認知活動支援などの業務を行う専門人材である。認知活動プログラムを提供するホームヘルパーは、認知症に対する理解及び認知症患者の介護に対する専門性を向上させるための「認知症専門教育」を履修した後、試験に合格した専門家である。

ホームヘルパーは、受給者のために次の介護給付を提供する。

### ○身体活動支援

- 一 食事及び薬を用意すること、個人衛生活動(洗顔、歯磨き、洗髪、入浴など)
- 一 身だしなみ(髪の手入れ、手・足爪の整理、着替えなど)
- 一 体位変換、移動支援、排泄支援(トイレ・移動便座の利用、おむつ交換など)
- 一 身体機能増進活動等

### ○認知活動支援

一 回想訓練、記憶力向上活動、残存している機能の維持・向上のための社会活動訓練（受給者と一緒に衣服を作り、料理するなど）

### ○ 日常生活のサポートなど

- 一 外出同行(買い物、散歩、物品の購入、病院利用など)
- 一 受給者の部屋の掃除及び環境管理、受給者の洗濯、食事の準備、皿洗いなど
- \* 家族のための行為は除外

### ○情緒支援：話し相手、コミュニケーションのサポートなど

受給者（保護者）がホームヘルパーに要求してはならない行為は、受給者の家族だけのための行為、受給者又はその家族の生業を支援する行為、その他受給者の日常生活に維持に関係のない行為である。

## 4) 今後の政策課題

人口高齢化の加速と高齢者世帯の増加は、高齢者介護部門の財政支援の拡大を必要としている。超高齢社会に備えた高齢者介護と医療サービス拡充の課題は、優先的に高齢者介護の根幹となる介護保険の持続可能性を高めることである。

高齢化とともに加速している介護保険支出の効率性を高め、急速に増加する介護保険料率と国庫及び地方費投入の増加速度が持続可能となるよう、関連制度の改善を持続的に行う必要がある。同時に、分散した介護サービスのインフラや自治体のインフラを統合連携し、受給者に合わせたサービスを提供できるよう、統合判定システムの導入など、高齢者介護部門のシステムを整備する必要がある。

高齢者介護部門に対する AI や ICT 技術などスマート介護の活性化や産業化等のための

協業も必要である。介護や医療の必要度に応じたサービス支援が適材適所に行われるよう、高齢者介護分野の自治体の役割強化や中央と地方の財源分担体制の変化も必要である。

### 3. 韓国の医療制度の動向

#### 1) コミュニティ・ケア（地域包括ケアシステム）

コミュニティケアが必要な人が「病院・施設」ではなく「住んでいた場所」で健康に暮らせるよう住居、保健医療、介護など様々な介護サービスを統合的に連携・提供する政策である。

対象者は、老齢、疾病等の事由により介護が必要な状態で、今まで住んでいた自宅や地域社会に住むことを希望する者である。例えば、①療養病院の社会的入院患者及び障害者居住施設入所者のうち地域社会復帰希望者、②現在、在宅に居住中又は予防的先制介入が必要な者である。

中核サービスは、△住居支援、△訪問型保健医療・健康、△訪問介護、△日常生活支援などで地域社会内の自立生活基盤を構築する。住居支援は住宅と介護サービスが連携した支援住宅（supportive housing）を拡充し、永久賃貸住宅をサービス結合型バリアフリー住宅に衣替えすることである。オーダーメイド型住居環境改善事業（住宅改修など）を通じて地域社会の定住を誘導する。訪問型保健医療・健康は、訪問型診療・介護・リハビリテーション指導サービスの拡充、情報通信技術（AI、IoT等）を活用したオンライン健康管理等を推進するものである。その他、昼夜間保護、移動支援、栄養支援などのサービス拡充がある。

主な推進経過をみると、国政課題実践課題の反映（2019年2月）、16自治体先導事業（2019年6月～）、地域社会統合介護法案の発議（2020年11月、2021年7月）である。

#### 2) 韓国の医療保険制度の特徴と動向

近年、韓国の医療費はOECD加盟国で最も急速に増加しており、少子高齢化の加速に伴い、医療保険の財政と国民個人の医療費負担はさらに重くなるものと予想される。2019年の韓国の医療費支出はGDP対比8.0%でOECD平均（8.8%）より低い水準だが、ここ5年間に1.5%p増加したことで、OECD加盟国（平均0.1%p）で最も早い増加傾向を見せる。国民1人当たりの医療費の年平均増加率は8.7%でOECD平均（4.4%）の2倍程度高い水準である。韓国の高齢化及び少子化速度はOECD加盟国で最も速いことが分かり、医療保険の財政負担人口も急速に減少するものと予想される。

一方、韓国の医療保険は、①公保険の運営・財政が単一保険者に集中しているが、適用範囲は低く、②医療供給における民間財源の依存度は高い反面、③不適切な医療供給の統制制度は不十分であるという特徴を持つ。

韓国の医療サービスは供給に対する民営インフラの依存度が非常に高いが、医師数は少

ない水準であり、供給者による誘引需要が発生する可能性が相対的に高いと考えられる。韓国は OECD 加盟国で公共医療機関の病床数の割合が最も低い水準で、医療サービスの供給の大半が、民営医療機関が責任を負う構造である。

また、人口1千人あたりの病床数は12.4床で OECD 加盟国平均（4.5床）に比べて非常に高い反面、人口1千人あたりの医師数は2.4人で OECD 加盟国平均（3.5人）に比べて少ない水準で、供給者による誘引需要の可能性が存在する。

医療保険の効率的な運営のためには不適切な医療サービスの需要と供給に対する統制が重要だが、特に韓国は主要国に比べて給付外に対する医療供給の統制制度が不十分である。

今後、医療保険の財政と国民個人の医療費負担はさらに重くなると予想されることから、医療供給者に対する効果的な政策策定による医療保険制度の効率性向上が重要な課題として浮上している。医療供給者は、医療消費者に比べて医療サービスの質と費用に影響を及ぼす優位的位置にあるため、医療保険の効率性を高めるためには、医療供給に対する効果的な政策の策定が非常に重要である。

特に、医療保険の診療報酬の統制を受けない給付外サービスや高価な医療サービスをより多く提供するほど、医療供給者の収益が増加する誘引構造等に対する統制制度づくりが必要である。

#### 4. 整理

新型コロナウイルス感染症は、韓国の医療と介護制度に根本的な疑問を投げかけた。これまで問題として認識されてきたが、既得権的思考にぶつかって改善されなかった伝統的な医療・介護体制の限界を直視するきっかけとなった。このような危機を賢明に克服し、新型コロナウイルス感染症を通じて得た経験と教訓をうまく活用すれば、より良い医療・介護制度に進むための新たな機会を設けることができるだろう。

新型コロナウイルス感染症の蔓延以降に発生した日常の変化は、新たな医療・介護政策のニーズをもたらしている。「ウィズコロナ時代」に対応し、今後このような新たな政策ニーズを反映した政策開発が行われる必要がある。

このため、今後の韓国と日本における最近の医療・介護改革動向を考察し、これにより示唆点を導き出す必要がある。韓国と日本が持つ医療・介護環境の遺産は異なる部分が多いが、現在に直面している危機の地点は脈を同じくする部分が多い。したがって、韓国と日本の改革動向の事例は、新たな医療・介護政策の方向設計の一つの志向点になるだろう。

#### 参考文献

保健福祉部・国民健康保険公団(2022)、老人長期療養保険の給付利用案内。

国民健康保険公団(2020)、老人長期療養保険法の解説。

保健福祉部・国民健康保険公団(2018)、老人長期療養保険10年史。

金道勲ほか(2012)、最新老人長期療養保険の現況と課題、老人研究情報センター。

高齢者長期療養保険ホームページ <https://www.longtermcare.or.kr>

※日本語添削：小藪基司(横山市すすき野地域ケアプラザ)

## 韓国における人口の現状と政策の流れ

曹成虎

韓国保健社会研究院

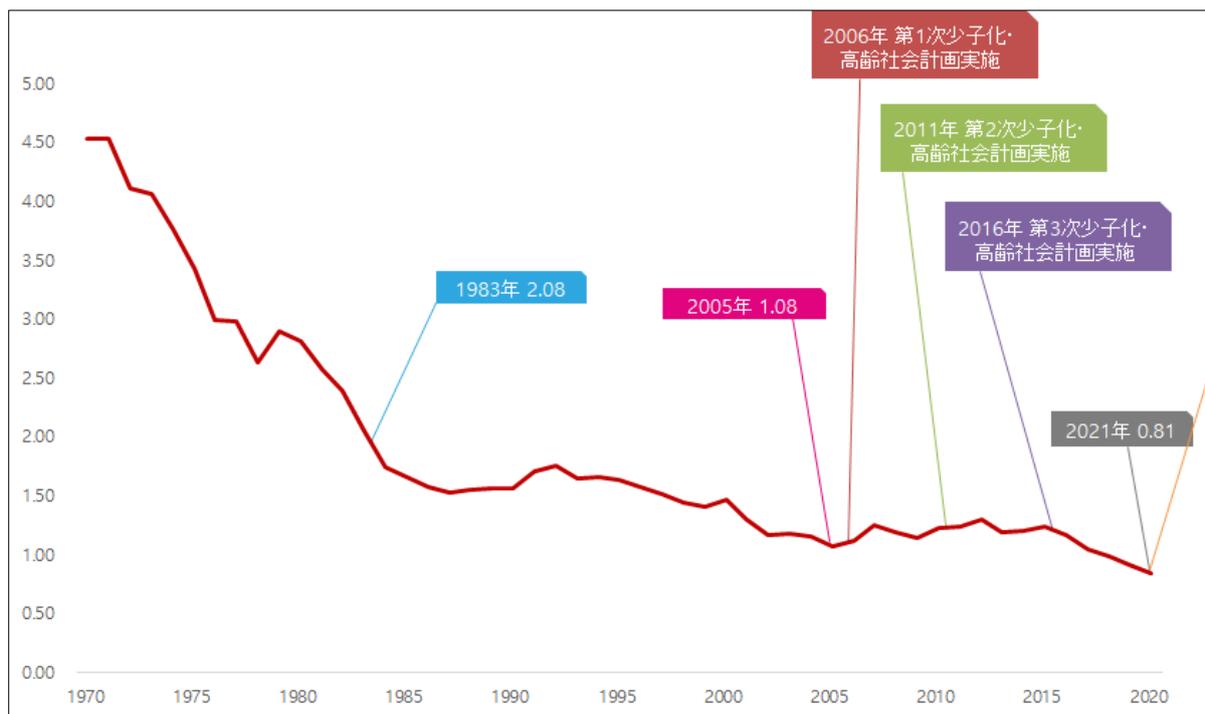
本稿は韓国における人口の現状と1962年から始まった人口政策の流れについて紹介することを目的とする。人口の現状については韓国の合計特殊出生率や年齢構造に関する指標、家族形成に関する指標を検討しながら、現在韓国の人口の状況を把握する。一方、韓国は人口の増加を抑える政策から出生を奨励し人口を増やすような政策を実施している特徴を持つ極めて稀な国であり、韓国の人口政策がどのような過程を経て、ここまで来ているのかについて述べることにする。

### 1. 少子高齢化と家族形成の現状

#### 1) 合計特殊出生率と少子化対策

韓国の合計特殊出生率は1970年4.5人であったが、その後、減少し続け2010年前後までは2005年の1.08人が最も低い数値であったが、2015年から再び急速に低下し2021年は0.81人まで下がり、これが最も低い数値になっている。韓国の少子化対策は2003年、2002年の合計特殊出生率が1.17人になったことを契機に、少子高齢化に対応できる政策を作るために、「低出産・高齢社会委員会」が発足され、2005年「低出産・高齢社会基本法」を制定した。その基本法には5年ごとに、政策を作成するように規定され、基本法に沿って、2006年「第1次低出産・高齢社会基本計画」から始まり、2021年現在「第3次低出産・高齢社会基本計画」が実施されている。

<図表1> 韓国における合計特殊出生率の推移と少子化対策：1970-2021年

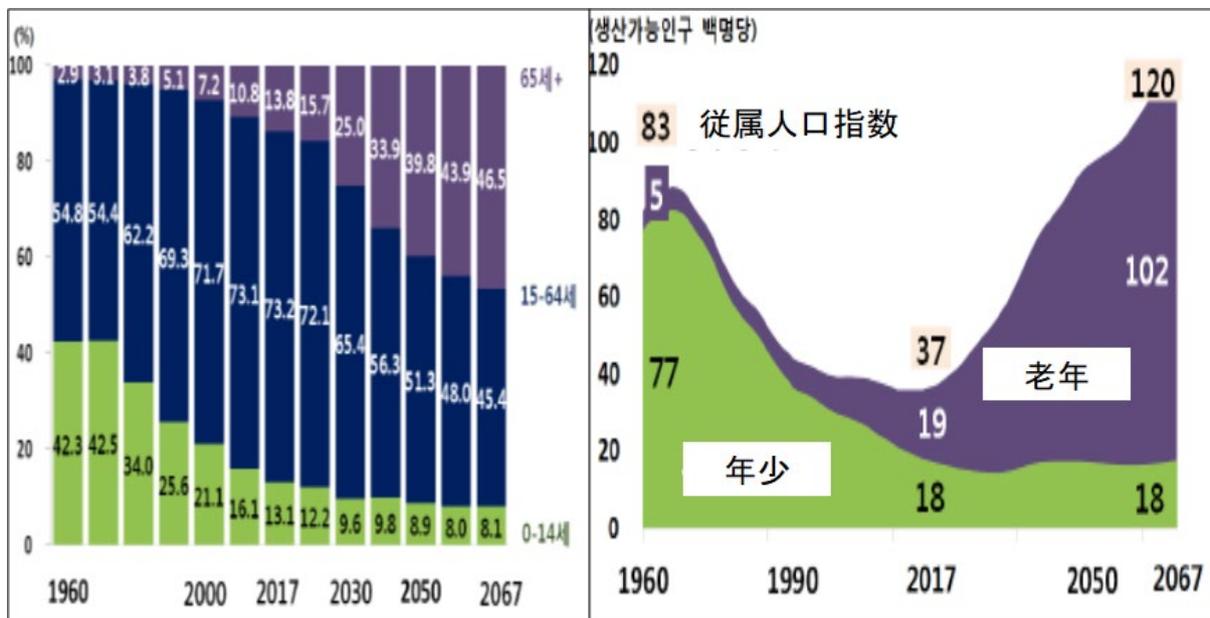


資料：統計庁、「人口動態統計」、各年度

## 2) 年齢構造と従属人口指数の変化

韓国人口の年齢構造をみると、1960年には年少人口が42.3%、生産年齢人口が54.8%、老年人口が2.9%であったが、2017年は各々13.1%、73.2%、15.7%、2067年には8.1%、45.4%、46.5%と推計されている。1960年と2067年を比較すると、年少人口は1/5まで縮小し、老年人口は23倍増加することになる。生産年齢人口が従属人口（年少と老年人口）を扶養する割合を表す従属人口指数は、1960年83で、その内訳をみると、年少人口指数が77、老年人口指数が5であるが、2017年の従属人口指数は37まで下がり、その内訳は年少人口指数が18、老年人口指数が19になっている。ところが、2067年には従属人口指数は120まで膨らみ、年少人口指数は18に止まっているに対し、老年人口指数は102まで急速に増加すると見込まれている。

<図表2> 年齢構造と従属人口指数の変化：1960—2067年

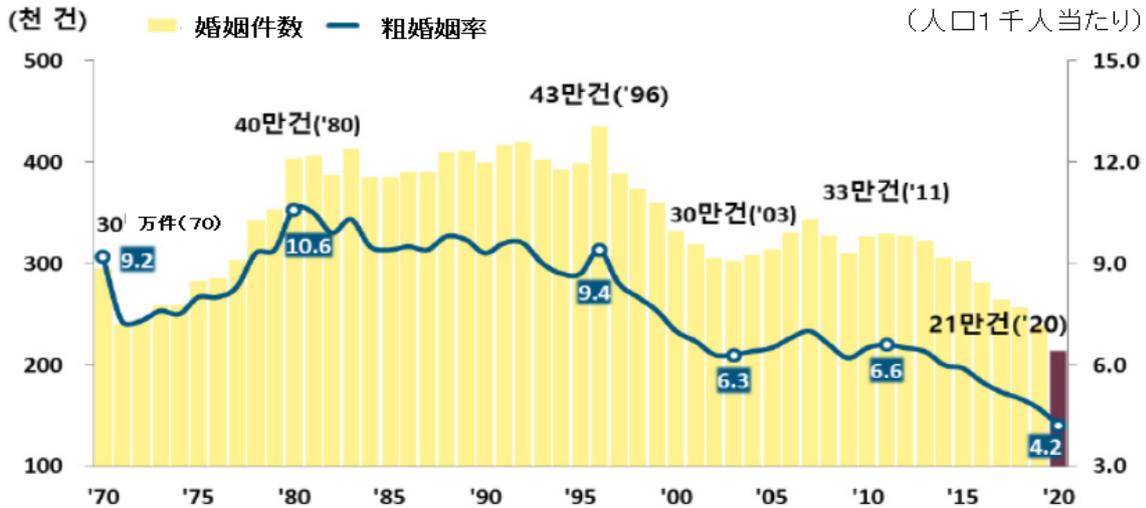


資料：統計庁（2019）、「将来人口推計：2017-2067」

## 3) 婚姻件数・粗婚姻率の推移

韓国の婚姻件数はコホートの大きさにより変動しているが、人口構造を反映した粗婚姻率は1980年代以降持続的に減少してきた。婚姻件数は1970年に30万件程度で、1995年に43万件まで増加し最も高い数値を示しているが、2020年に21万件まで下がるが見て取れる。粗婚姻率は1970年に9.2‰、最も高かったのは1980年の10.6‰であったが、2020年には4.2‰まで減少することがわかる。

<図表3> 婚姻件数と粗婚姻率：1970－2020年

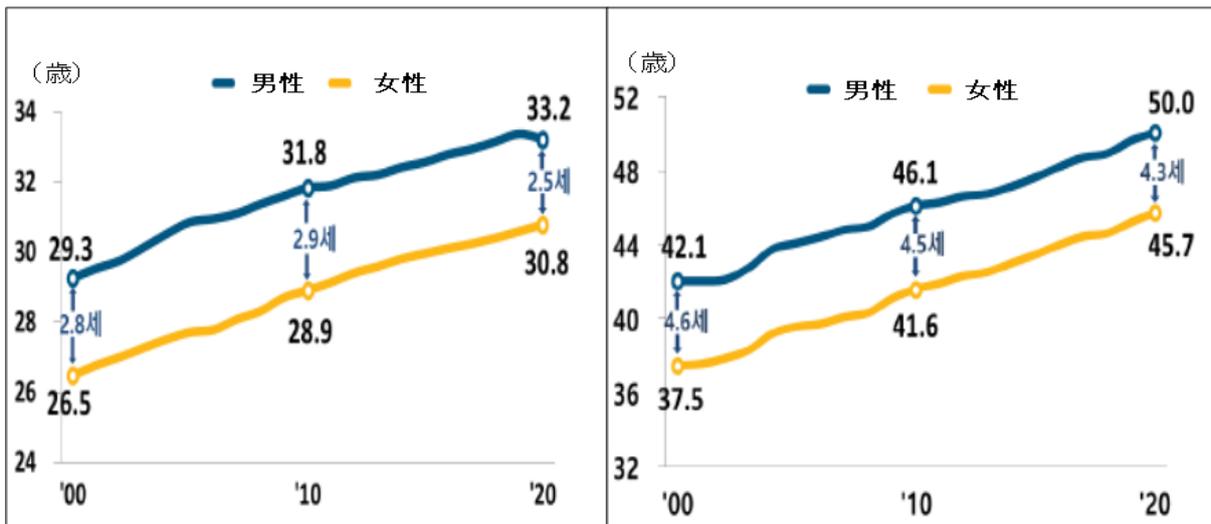


資料：統計庁（2020）「2020年婚姻・離婚統計」

4) 平均初婚年齢と再婚年齢の推移

韓国の平均初婚年齢をみると、2000年の男性は29.3歳、女性は26.5歳であったが、2020年に各々33.2歳、30.8歳に増加し、男女ともに20年間おおよそ4歳が増加したことが見て取れる。グラフ内の両線間にある数値は平均初婚年齢の差であるが、2.5～2.9歳の間にあることがわかる。一方、再婚年齢は2000年に男性42.1歳、女性37.5歳であったが、2020年に男性50.0歳、女性45.7歳まで増加した。その差は4.3歳～4.6歳の変動している。

<図表4> 平均初婚年齢と再婚年齢：2000－2020年



資料：統計庁（2020）「2020年婚姻・離婚統計」

<図表5>未婚男女の年齢別割合（%）：1990～2020年

	男性							女性						
	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
20～24	96.4	96.3	97.5	98.2	98.8	98.8	99.2	80.5	83.3	89.1	93.7	96.0	96.8	98.0
25～29	57.3	64.4	71.0	81.8	85.4	90.0	92.2	22.1	29.6	40.1	59.1	69.3	77.3	82.0
30～34	13.9	19.4	28.1	41.3	50.2	55.8	65.9	5.3	6.7	10.7	19.0	29.1	37.5	46.0
35～39	3.8	6.6	10.6	18.4	26.7	33.0	37.8	2.4	3.3	4.3	7.6	12.6	19.2	23.3
40～44	1.5	2.7	4.9	8.5	14.4	22.5	27.2	1.1	1.9	2.6	3.6	6.2	11.3	14.7
45～49	0.8	1.3	2.4	4.5	7.5	13.9	20.5	0.6	1.0	1.7	2.4	3.3	6.4	9.8

資料：統計庁、人口住宅総調査、各年度

## 5) 未婚男女の年齢別割合

韓国未婚男女の年齢別割合をみると、1990年の20～24歳の男性は96.4%であったが、2020年は99.2%、同時期25～29歳は57.3%から92.2%、30～34歳は13.9%から65.9%、35～39歳は3.8%から37.8%、40～44歳は1.5%から27.2%、45～49歳は0.8%から20.5%に増加した。女性の未婚率をみると、同時期20～24歳は80.5%から98.0%、25～29歳は22.1%から82.0%、30～34歳は5.3%から46.0%、35～39歳は2.4%から23.3%、40～44歳は1.1%から14.7%、45～49歳は0.6%から9.8%に増加した。1990年から2020年の間に未婚率はすべての年齢代において増加したが、40代の人口においての増加は顕著である。特に40代前半の男性は13.7倍、40歳後半の男性は25.6倍に増加していることがわかる。

## 6) 異性との交際

異性との交際は潜在的な結婚相手を探すという側面があり、かなり重要な意味を持っているが、最近韓国の若者において異性との交際が不活発になっている。異性と交際している男性は25.8%、女性は31.8%になっている。

<図表6> 異性との交際：2018年

	あり	なし
男性	25.8	74.2
女性	31.8	68.2

資料：韓国保健社会研究院（2019）、「2018年全国出産力及び保健福祉実態調査」

異性と交際している男女において相手と知り合ったきっかけを調べた結果、最も大きな割合を示しているのは、「友人や兄弟姉妹を通じて」で男性36.2%、女性37.7%になっている。その次は「学校で」という回答で男性24.2%、女性20.3%になっている。3番目は「職場や仕事の関係で」で男性14.8%、女性14.6%を占めている。その他、「学校以外のサークル活動やクラブ活動・習い事」、「見合いで（親せき・上役などの紹介を含む）」の順になっている。

<図表7> 知り合ったきっかけ：2018年

	男性	女性
学校で	24.2	20.3
職場や仕事の関係で	14.8	14.6
幼なじみ・隣人関係	2.7	6.2
学校以外のサークル活動やクラブ活動・習い事	7.1	9.4
友人や兄弟姉妹を通じて	36.2	37.7
見合いで（親せき・上役などの紹介を含む）	2.3	1.8

結婚相談所で	0.3	-
街なかや旅行先で	9.9	6.9
アルバイトで	0.9	1.1
その他	1.6	2.1

資料：韓国保健社会研究院（2019）、「2018年全国出産力及び保健福祉実態調査」

異性と交際をしていない男女にその理由を尋ねたが、最も割合が大きかったのは、「まだ適当な相手に巡り合えないから」で男性33.8%、女性32.5%になっている。次は「異性交際の必要性がない」で男性20.1%、女性26.2%を占めている。「今は仕事や学業にうちこみたいから」は3番目で男性16.7%、女性15.6%である。その他、「独身の自由さや気楽さを失いたくないから」、「金銭的な負担が大きいため」の順になっている。

<図表8> 異性と交際していない理由：2018年

	男性	女性
異性交際の必要性がない	20.1	26.2
今は仕事や学業にうちこみたいから	16.7	15.6
今は趣味や娯楽を楽しみたいから	2.5	1.7
独身の自由さや気楽さを失いたくないから	12.2	20.6
まだ適当な相手に巡り合えないから	33.8	32.5
異性とのうまくつき合えないから	3.9	1.5
金銭的な負担が大きいため	9.7	1.5
その他	1.2	0.4

資料：韓国保健社会研究院（2019）、「2018年全国出産力及び保健福祉実態調査」

韓国の未婚男女の結婚意向をみると、2005年男性は「結婚するつもり」の割合が82.5%から2018年58.8%に下がり、結婚するつもり及びわからない意味を持つその他の選択肢（「過去にはあったが、今はない」、「過去も今もない」、「考えたことがない」、「わからない」）を選んだ割合が以前より高くなっている。女性も同時期73.8%から45.3%になっており、男女ともに結婚に対する意向は急激に減少したことがわかる。

<図表9>未婚男女の結婚意向の推移（%）：2005～2018年

性別	年度	結婚するつもり	過去にはあったが、今はない	過去も今もない	考えたことがない	わからない
男性	2005	82.5	4.2	1.4	3.3	8.7
	2009	75.7	5.8	1.8	7.2	9.5
	2012	79.3	6.0	2.5	3.3	8.8
	2015	74.5	7.8	2.1	6.0	9.6
	2018	58.8	11.3	6.7	10.2	13.1
女性	2005	73.8	5.5	3.3	5.2	12.2
	2009	73.1	6.8	3.2	7.7	9.2
	2012	72.4	6.1	4.2	4.1	13.2
	2015	64.7	8.8	5.1	7.7	13.8
	2018	45.3	15.4	10.2	11.3	17.8

資料：韓国保健社会研究院、「全国結婚及び出産動向調査」2005-2015、韓国保健社会研究院（2019）、「2018年全国出産力及び保健福祉実態調査」

## 2. 人口政策の流れ<sup>1</sup>

人口政策は大きく「人口調節政策」と「人口対応政策」に分かれる。前者は出産調節・人口分散・人口資質向上等の政策であり人口の量と質に影響を与える。後者は人口変動による社会・経済・教育・文化等の波及効果に対応するための政策であり、住宅・食料・教育・社会保障等の政策がある。韓国の人口政策は急速な人口増加に対応するための人口増加抑制政策（家族計画政策）から始まり、後には急速な出生率減少に対応するための人口増加政策（出生奨励政策・少子化対策）の両者を実施した特徴を持つ国である。

### 1) 人口抑制政策の背景

戦後、開発途上国において医療技術の発達等により、死亡率が減少し、出生率が増加する傾向があった。これは人口の爆発的な増加につながり、いわゆるベビーブームを起こした。ただし、人口の増加は貧困や政治的な不安定を招き、経済成長と社会安定を威嚇する材料になるため、その対策に急いでいた。戦後1945年の朝鮮半島における人口は2,500万人で、人口増加率は1～2%であるとされている（韓国保健社会研究院、1991、p51）。1945～60年における人口増加率はおおよそ3%であり、それは海外からの人口流入や北と南間の移動、1950年の朝鮮戦争等によるものが大きかった。1950年前後は出生制限の必要性が国内外の少数の人により散発的に主張された特徴がある。特にアメリカ宣教師により家族計画の概念が普及された。1950年後半になってからは政府側においても家族計画

<sup>1</sup> 本章の内容は韓国保健社会研究院（1991）「人口政策30年」、保健福祉部・韓国保健社会研究院（2016）「韓国人口政策50年：出産抑制から出産奨励に」を参照しながら作成した。

事業を行うべきであるという動きがあったが、当時保健部と社会部が統合する段階にあり、その余裕がないということで新たな事業を行う環境が整っていなかった。

基本的に 1960 年以前の政府は出生を調節することによりかなり抵抗感があったが、1961 年の 5 月 16 日、クーデターにより樹立された軍事政権(朴正熙)の最優先する目標は経済を発展させることであった。当時の有識者からは経済発展をさせるためには人口を抑制する家族計画を同時に行わなければならないと提案し、1961 年 11 月に国家再建最高会議において家族計画事業が国策として議決され、本格的な家族計画事業が始まった。保健福祉部・韓国保健社会研究院（2016）では韓国の人口政策時期を人口増加抑制政策期（1962～1995）、人口資質向上政策期（1996～2004）、低出産・高齢社会政策期（2005～現在）に分けている。本稿では人口増加抑制政策期を中心に低出産・高齢社会政策期になるまでの過程を述べることにする。

## 2) 1960 年代（1962 - 1971）：人口増加抑制政策の導入及び基盤整備

1960 年代初期は全国の保健所に家族計画相談所を設置し、家族計画の相談や教育、コンドーム配布、精管結紮手術等が行われた。そこには看護師または助産師 1 名が指導員として配置されたが、その後 1 名を追加し 2 名が配置された。1963 年には「家族計画事業 10 か年計画」が発表されたが、そこには 1960 年の人口増加率 2.9%を 1971 年まで 2.0%に下げる目標が掲げられた。目標達成のために 20～44 歳の有配偶女性の避妊実施率や子宮内装置、不妊手術（精管結紮）の具体的な目標数値を立てた。また、海外からの支援も活発で、米国国際開発庁(U.S.Agency for International Development: USAID)、スウェーデン国際開発協力庁（Swedish International Development Cooperation Agency: SIDA）、米国人口協会(Population Council)、国際家族計画連盟等から支援を受けていた。

1960 年代の初期における家族計画事業は出生をコントロールしたいという動機を持ち、相談所や診療所を訪ねてくる人びとを中心に行われた「診療所中心(clinical Era)」であったが、中期以降は家族計画要員が家を訪問し、避妊手術を勧めたり、避妊法を教育したりする「指導員中心(Field Era)」に変わりつつあった。これが 1960 年代の家族計画事業の特徴ともいえる。このような活動のおかげで、実績はかなり良好であり、人口増加率は 2.9%(1960)から 2.0%(1971)まで下がった。また、生活水準の向上、医療技術の普及、乳幼児死亡率の急激な減少という成果もあった。しかし、いくつかの課題も残っていたが、家族計画事業が出生力に寄与した部分は限定的でその割合は 3分の 1 に過ぎず、残りの 3分の 2 は初婚年齢の上昇や人口妊娠中絶によるものであるとしていたため、今後の家族計画事業の改変を余儀なくされていた。

## 3) 1970 年代(1971 - 1981): 周辺環境の変化と家族計画事業の多様化

1970 年代に入ってから周辺環境の変化が顕著であった。特にベビーブームの影響で人口増加抑制に不利な人口構造になっていた。つまり、人口増加率や出生率が下がったとはいえ、人口の規模がすでにより大きくなったため、生まれてくる子どもの数が以前よりも多いということもあり得る。さらに、人口はモメンタムがあり、現在下がる分が実際人口規模に反映されるまでかなり時間がかかるので、率の減少だけでは人口の抑制にはならないということである。また、経済発展の結果、人口が都市に集中し、家族計画事業の展開が難しくなってきたのである。元々家族計画事業は農村をベ-

スに構想されており、集落が基本になっていた。しかし、都市化により農村の人口が減り、1人の指導員が担当する人員数は変わらないまま、カバーする地域が拡大され、事業が充実に行われていなかった。当時、農村から都市に移動した人びとは貧しい傾向があり、夜遅くまで仕事に追われる日々を送る人が多かったため、なかなか対面できないということで都市での家族計画事業は農村より進捗状況が良くなかったのである。

1970年代になってからの大きな変化の1つは外国の技術支援が終了したことである。その理由は1960年代の家族計画事業が比較的成功的なため、前述した米国の国際開発庁、スウェーデン国際開発協力庁、米国人口協会、国際家族計画連盟等からの支援が次々と中断された。特に1973年の米国人口協会の支援中断は重要な意味を持つ。米国人口協会は1964年ソウルに連絡事務所を設置し、家族計画事業はもちろん人口関連の担当者も配置し、韓国への政策諮問や研究に至る幅広い支援を与えていた。米国人口協会の事務所が撤収する際に、大学や研究機関が使える統計ソフト（SPSS）を設置し、それを使わせたことは韓国の社会科学分野において調査研究活動の質を向上する重要な役割を果たしたと評価されている。

このような変化により、家族計画事業は多様化を余儀なくされていた。家族計画事業の拡大に伴い、指導員の教育・訓練の需要が拡大され、また、事業を効率的に行うために事業に対する評価及び研究を行う家族計画研究院が設立された。さらに、家族計画事業の拡大は政府の管轄部署も拡大せざるを得なかった。事業が始まった当時は班であったが、それが課になり、その後には局になった。また、家族計画事業の拡大は事業の内容をそこまで行われた出生制限を超え、人口の分散や構造等の問題も起こり得るということもあり、多様な人口の問題を議論する人口政策審議委員会を設置した。

1960年代後半の家族計画は「3, 3, 5運動（3歳間隔に3人の子どもを35歳以前に産み終わらせる）」ということで、3人の子どもに制限していたが、1970年代に入ってから「娘、息子区別せず、二人だけ産んで良く育てよう」という標語が普及され、政府は2人の子どもに制限するシグナルを送っていた。しかしながら、3人子ども規範から2人子ども規範に変わったのがあまりにも急であったため、一部の有識者においては2人子ども規範に否定的な見解を示すこともあった。

### 3) 1980年代(1982 - 1988): 福祉社会を実現するための人口安定

1980年代は第5次経済社会発展5か年計画期間中（1982～1986）、合計特殊出生率を2.7から2.1に、人口増加率を同時期1.58%から1.49%下げる目標を掲げた。しかし、目標を達成するためには解決すべきことが山積していた。特に20年間社会・経済及び人口学的な環境が大きく変わってきたにもかかわらず、政策の方式は20年前とそれほど変わっておらず、事業の効果性と効率性が低下していた。したがって、それを改善する方向で、政策が変わっていった。

その一環にそこまで臨時職が多かった家族計画要員を地方公務員にし、事業を安定的に遂行する基盤を作った。また、人びとの価値観を変化させることも強調され、男児選好の価値観をなくすための制度の改善（関連法改定、国民年金制度実施等）が行われた。なお、子ども2人まで分娩給付の支給や2人の子どもを持ち不妊手術を受けた者を優遇する施策（融資、0～6歳子ども医療費無料等）も行われた。

行政的には部署間の協力・連携の強化を図った。たとえば、家族計画事業を主に担当したのは保健社会部であったが、地方の施策展開には限界があった。しかし、地方にも影響力の大きい内務部との

連携により、施策の効果が大幅に向上された<sup>2</sup>。一方、前述した家族計画研究院は総合的な人口政策を開発するために研究機能を拡大・改変するべきであると有識者からの提案があったが、政府は1980年に類似する研究期間の統廃合を進めた。それにより家族計画研究院は保健開発研究院と統合され、1981年、韓国人口保健研究院が設立された。

この時期には「良く育てた娘1人、10人の息子も羨ましくない」<sup>3</sup>や「2人も多い」等の標語が流行っており、1970年代の2人子ども規範から1人子ども規範に変わったことが伺える。特に「良く育てた娘1人、10人の息子も羨ましくない」は根強い男児選好の価値観を払拭するという意味も含まれていたが、これは1970年代前半の「娘、息子区別せず、二人だけ産んで良く育てよう」より男児選好の価値観を払拭する意味が強くなったともいえる。

#### 4) 1990年代前半(1989 - 1995): 人口増加抑制政策の終わり

前述した第5次経済社会発展5か年計画期間中（1982～1986）に合計特殊出生率を2.1に下げるとの目標は1986年より3年早い1983年に達成した。しかし、合計特殊出生率はその後も減少し続け、1990年頃には1.6まで下がった。その頃に今後の人口政策の方向性に関する論争が激しくなってきた。一方は政府主導で人口増加抑制政策を実施することはこれ以上必要ないと指摘した。当時の推計では出生率そのまま続くと2021年から人口が停止しその後人口は減少する見込みであり、社会経済的な問題、いわゆる少子高齢化により起こる諸問題を避けるためには人口増加抑制政策を中止する必要があるということであった。もう一方は、これまで国を挙げて人口増加抑制政策を行い、やっとここまで辿り着いたので、ここで人口増加抑制政策を止めると直ぐ出生は増加するだろうという意見に分かれた。

行政では政府の計画通り目標を達成したため、家族計画関連予算を削減し、今後避妊等は自費で賄うようなシグナルを送った。また、あらゆる人口問題を議論するために設置した人口政策審議委員会及び人口政策実務委員会が廃止された。これに伴い、それまで家族計画事業を担当した保健福祉部は今後の人口政策の行方に関するセミナーや関連研究機関にそれに関する研究の依頼も行った。

そのような中で、韓国の人口政策に大きな影響を与えた「人口開発に関する国際会議」が1994年カイロにおいて開催された。そこで基調演説をしたUNFPAのDr. Sadicは世界の出生率はかなり望ましい方向に進んでおり、特に韓国、シンガポール、中国、香港、台湾等、多くの東アジアの国々は少子化の傾向があると指摘した。したがって、今後の家族計画事業は人口政策ではなく、家族計画、母子保健、幼少年の性教育、人工妊娠中絶、AIDS等を生殖保健事業に統合し、地域の事情に対応する保健事業として進めるべきであり、これ以上人口学的な目標や家族計画の目標ということで女性の保健と権利を損なうことは避けるべきであると主張した。

<sup>2</sup> 韓国は1949年に地方自治法が制定されて1952年に選挙により地方議会が構成されたが、前述した1961年5月に樹立された軍事政権は地方議会を強制解散し、自治体の長は政府が公務員を任命するようにならった。つまり、地方の行政は地方に任ずるのではなく、中央政府がコントロールしていたのであり、その担当部署は当時の内務部（今の行政安全部）で、地方にいろんなことを伝達できたので、内務部の施策への参加により施策の効果が大幅に増加したのである。ちなみに、地方自治に関しては1995年に再び選挙による地方政府が作られ今に至っている。韓国の地方政府は形式的に機能しているけれど、財政自立度も低く、日本の町村に当たるところは対外中央政府に依存しているのが現状であり、財政自立度は平均32%と16%くらいになっている（行政安全部、2022）。

<sup>3</sup> これは良く育てた娘1人は、10人の息子に相当するという意味である。

その会議に出席した当時の保健福祉部長官（大臣）は帰国してから、人口政策の転換に関する会議体を構成し、今後の人口政策に関して活発な議論が行われ、人口増加抑制政策は 1996 年に廃止された。

#### 5) 人口資質向上政策期（1996 - 2004）から低出産・高齢社会政策期（2005～現在）の始まり

1996 年には新しい人口政策が発表された。新しい人口政策は法令等を根拠に行われるのではなく、国務会議（日本の閣議に相当）での議決により発表された。主要内容は人口増加抑制政策を廃止し、人口資質を向上することを目標にした。要するに、今後起こるのであろう労働力不足問題や高齢人口の増加、出生性比のアンバランスを解決しようとしたのである。しかし、1997 年の経済危機は人口政策より経済政策に向かわせることになった。

そのような中、2002 年の合計特殊出生率が 1.17 であると発表された 2003 年に、当時の政権はこのまま少子化の問題を放置してはいけなくと考へ、2004 年 2 月、「大統領諮問高齢化及び未来社会委員会」を設置し、少子高齢化に関する研究や今後の人口政策の方向性について綿密な検討を行った。翌年の 2005 年には低出産・高齢社会基本法を制定し、「大統領諮問高齢化及び未来社会委員会」を「大統領直属低出産・高齢社会委員会」においた。また、2006 年には低出産・高齢社会基本法に基づき「第 1 次低出産・高齢社会基本計画」を作成し、それを実施することで、韓国の本格的な少子高齢化政策が始まったのである。

#### 参考文献

韓国保健社会研究院、「全国結婚及び出産動向調査」2005 - 2015

韓国保健社会研究院（1991）「人口政策 30 年」

韓国保健社会研究院（2019）「2018 年全国出産力及び保健福祉実態調査

行政安全部（2022）「2022 年度地方自治体統合財政概要」

保健福祉部・韓国保健社会研究院（2016）「韓国人口政策 50 年：出産抑制から出産奨励に」

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。

・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。

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3年度労働行政推進調査事業費補助金の調査研究における、倫理審査状況及び利益相反等の管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 (所属部署・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)
人を対象とする生命科学・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"/>
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"/>
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」、「臨床研究に関する倫理指針」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」、「人を対象とする医学系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: )

(留意事項) ・該当する□にチェックを入れること。  
・分担研究者の所属する機関の長も作成すること。