

## IV. 個別研究論文・資料

## 日中韓の人口指標と少子高齢化対策の動向

林玲子

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. 日中韓の少子高齢化の動向と認識

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

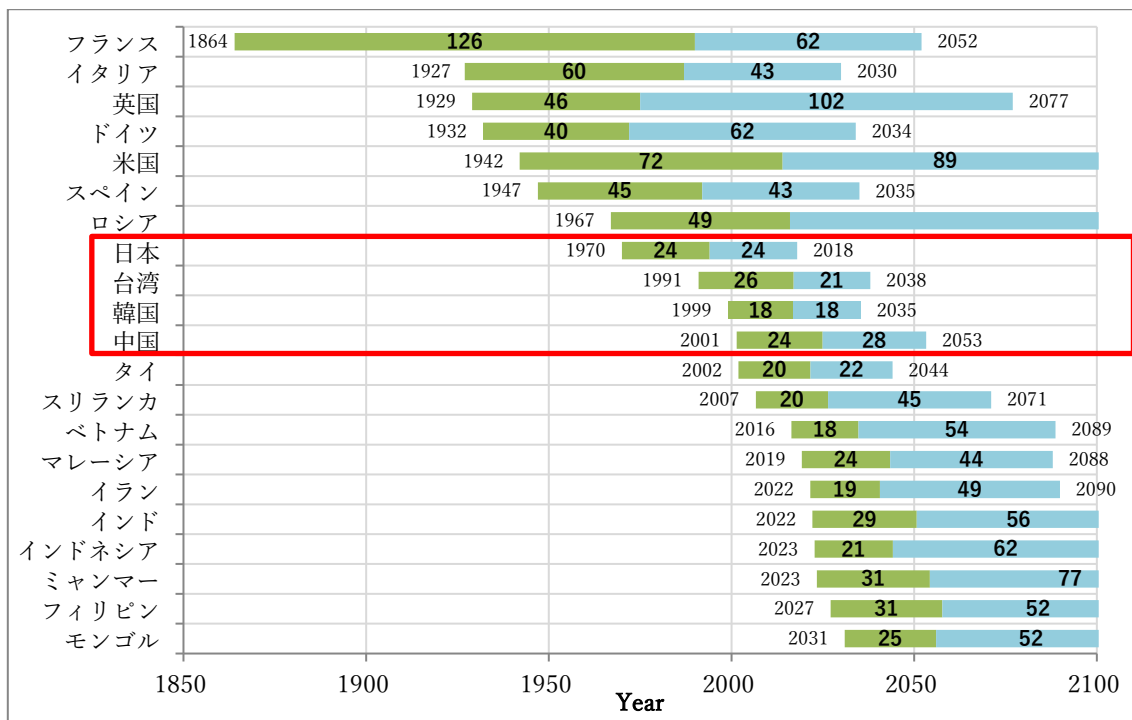


図1 高齢化のスピード（65歳以上人口割合が7%から14%、14%から28%になる年数）

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

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

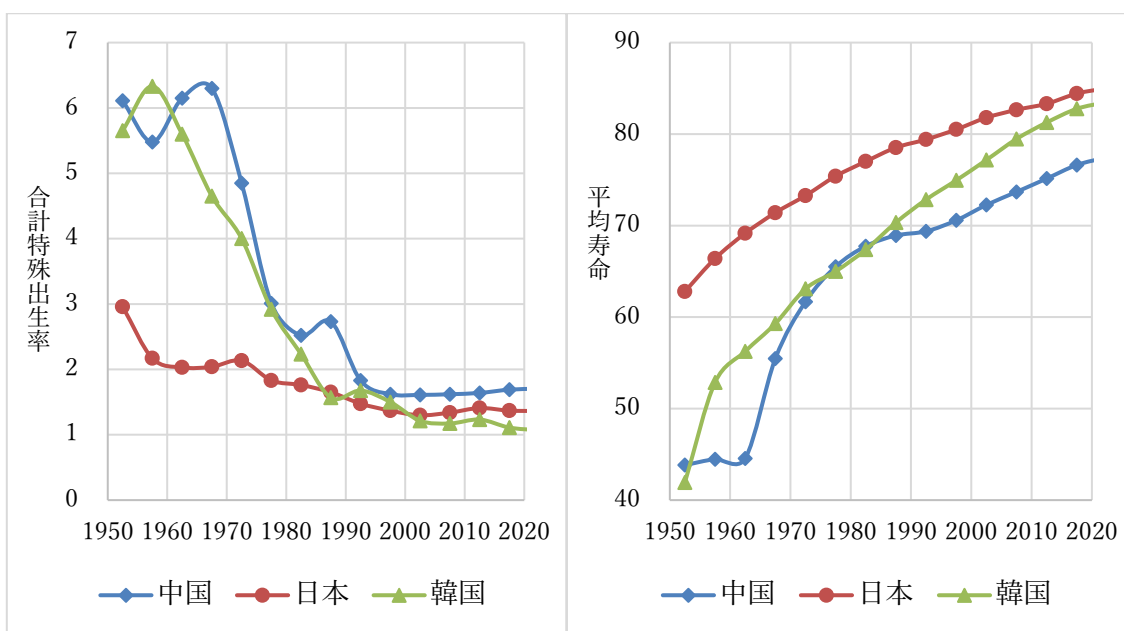


図 2 日中韓の合計特殊出生率と平均寿命の推移

資料: UN(2019a)

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

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

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

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

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

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

## II. 人口構造

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

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

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

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



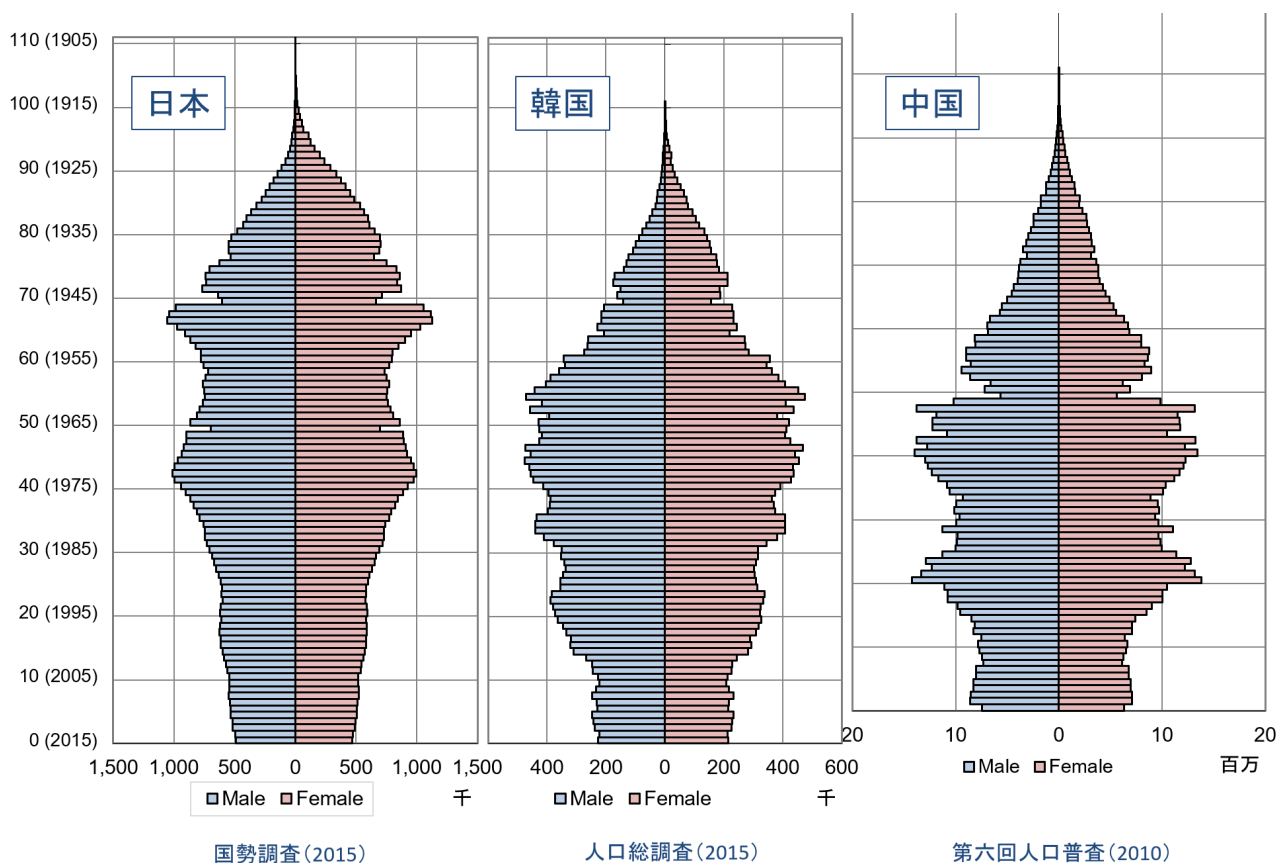


図 3 日中韓の人口ピラミッド

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

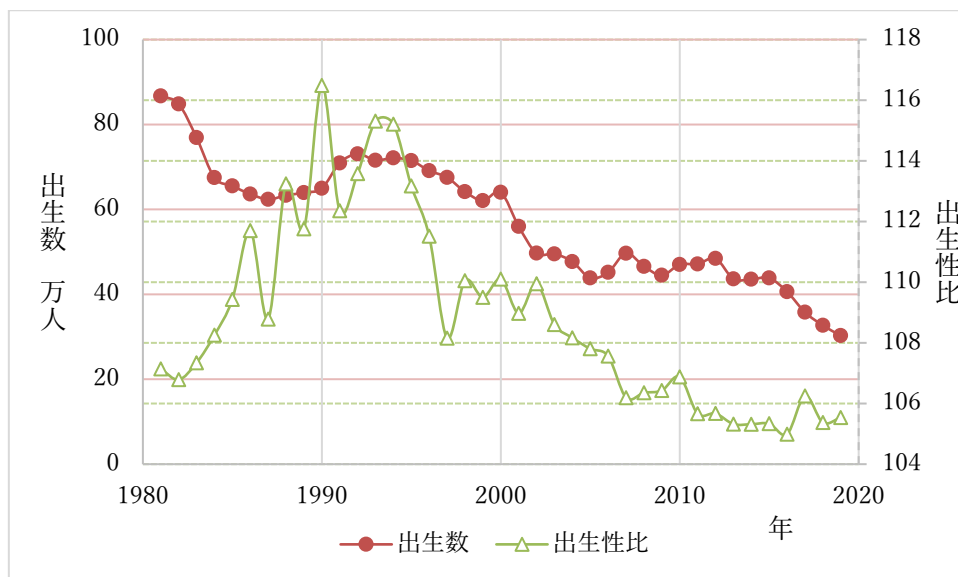


図 4 韓国の出生数と出生性比の推移

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

### III. 人口指標

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

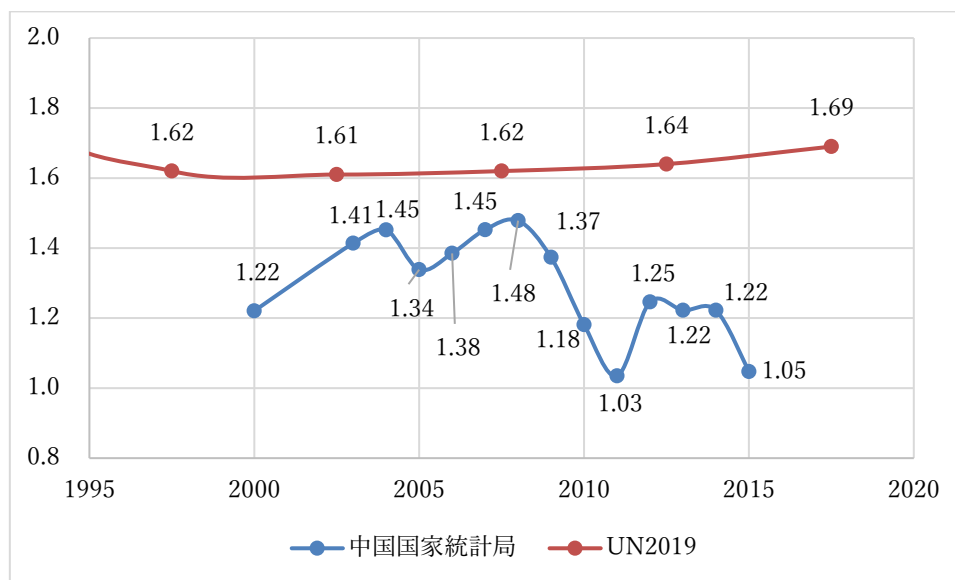


図 5 中国の合計特殊出生率の推移（中国国家统计局と国連人口部推計）

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

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

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

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

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

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

劉、陳であった。

#### IV. 今後に向けて

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

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

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

#### 参考文献

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

石南国（1972）『韓国の人口増加の分析』勁草書房

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

関係部処合同（韓国）（2020）『第4次 低出産・高齢社会基本計画』

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

黒田俊夫（1955）「高年化現象の人口学的研究1」『人口問題研究』第61号

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

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

崔弘基（1996）『韓国戸籍制度史の研究』第一書房

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



# 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 5 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 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 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 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 台北仁済院、台湾慈恵院 および澎湖普済院規則
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 加齢老人安養服務方案 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 中低收入老人生活津貼
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」 8EPA（インドネシア） 9EPA（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） 4EPA（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（ベビーテック）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次低出生・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）に三区別し、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
- 萩野美穂(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

## 第4次少子化社会対策大綱と日本の少子化対策の到達点

守泉 理恵

国立社会保障・人口問題研究所

### はじめに

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

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

### 1. 東アジア諸国の少子化の現状と背景

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

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

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

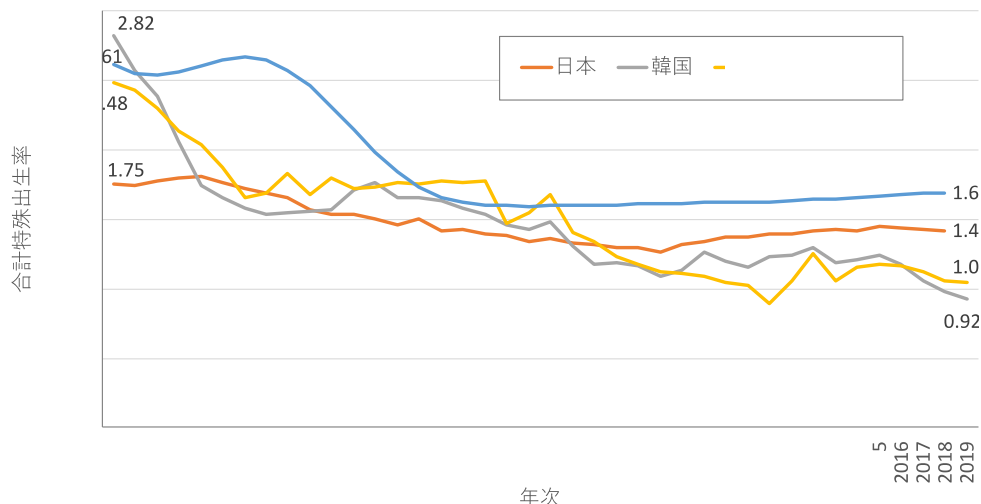


図1 日本・韓国・中国・台湾の合計特殊出生率の推移

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

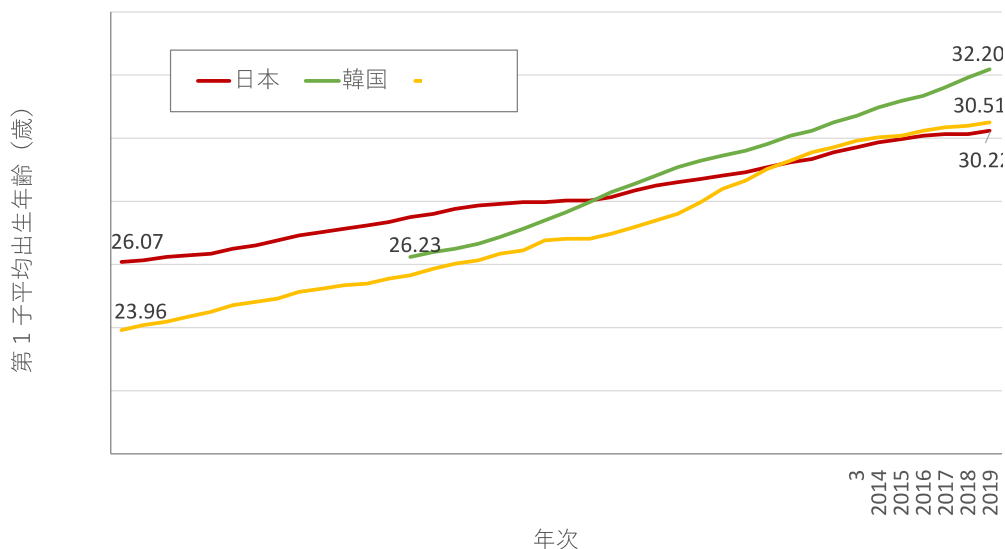


図2 日本・韓国・台湾の第1子平均出生年齢

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

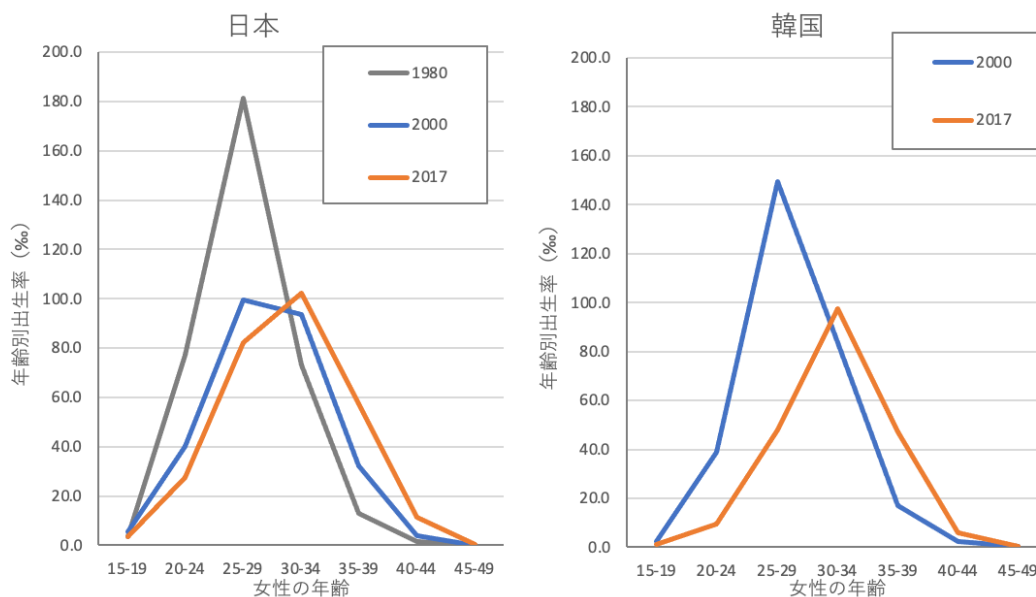


図3 日本と韓国の年齢別出生率の推移

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

## 2. 東アジア諸国の少子化に関する研究

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

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

## 3. 日本の最新の少子化対策内容と策定後の動き

### 3-1 日本の最新の少子化対策

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

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

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

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

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

<sup>2</sup> 内閣府子ども・子育て本部ホームページに掲載。

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

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

<sup>4</sup> 別添資料1「施策の具体的内容」参照。



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

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

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

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

### 3-2 第4次大綱策定後の動き

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

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

<sup>5</sup> 別添資料2「施策に関する数値目標」参照。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. 第4次大綱までの政策の到達点と今後の課題についての考察

##### 4-1 第4次大綱までの政策の重点課題の変遷と到達点

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

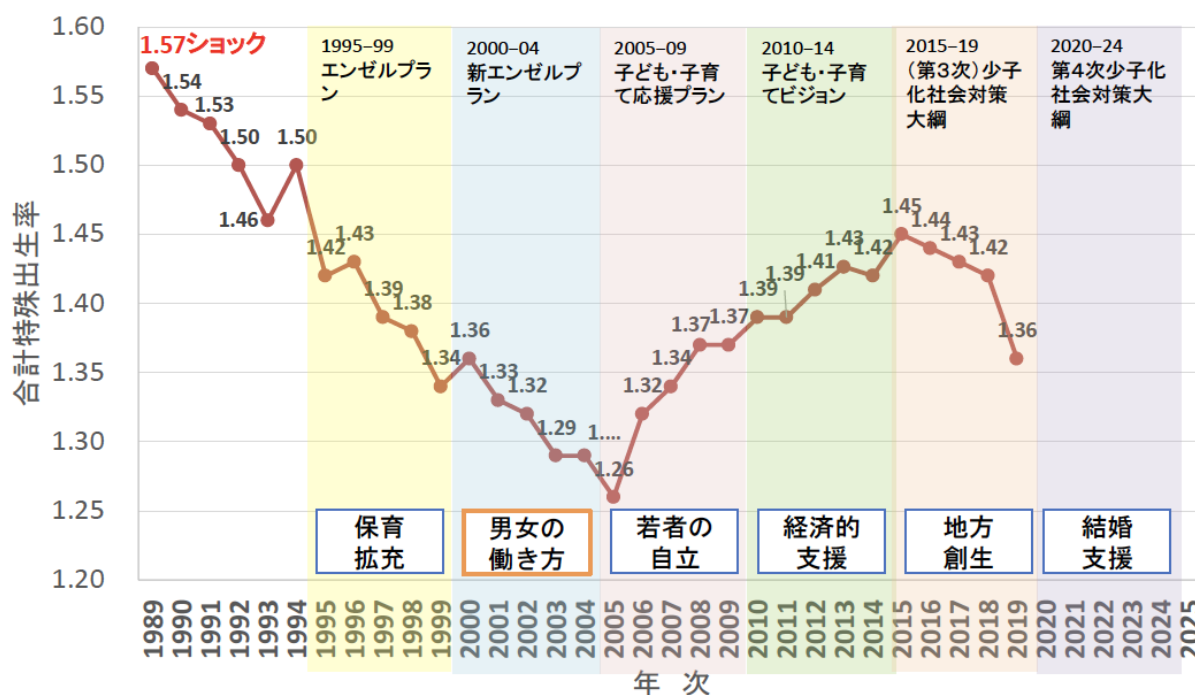


図4 日本の少子化対策・その重点課題と合計特殊出生率の推移

資料：厚生労働省『人口動態統計調査（確定数）』

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>12</sup> 「少子化対策推進基本方針（平成11（1999）年12月17日少子化対策推進関係閣僚会議決定）」  
（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-2_18.html)）のもと、「重点的に推進すべき少子化対策の具体的実施計画について（新エンゼルプラン、平成11（1999）年12月19日大蔵、文部、厚生、労働、建設、自治の6大臣合意）」  
（[https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3\\_18.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/syousika/tp0816-3_18.html)）が策定された。

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

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



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

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

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

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

図5 各少子化対策パッケージが包含する具体的施策分野

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

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

#### 4-2 少子化対策の今後の課題

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

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

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

#### 参考文献

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

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

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

国立社会保障・人口問題研究所（2021）『人口統計資料集2021』

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

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

口問題研究』第 68 巻第 3 号, 14-31 ページ。

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

鈴木透 (2019) 「東アジアの人口問題とその起源」, 『人口問題研究』第 75 巻第 4 号, 285-304 ページ。

日本創成会議・人口減少問題検討分科会 (2014) 「ストップ少子化・地方元気戦略」  
(<http://www.policycouncil.jp/pdf/prop03/prop03.pdf>)

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

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

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

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

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

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

## 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。

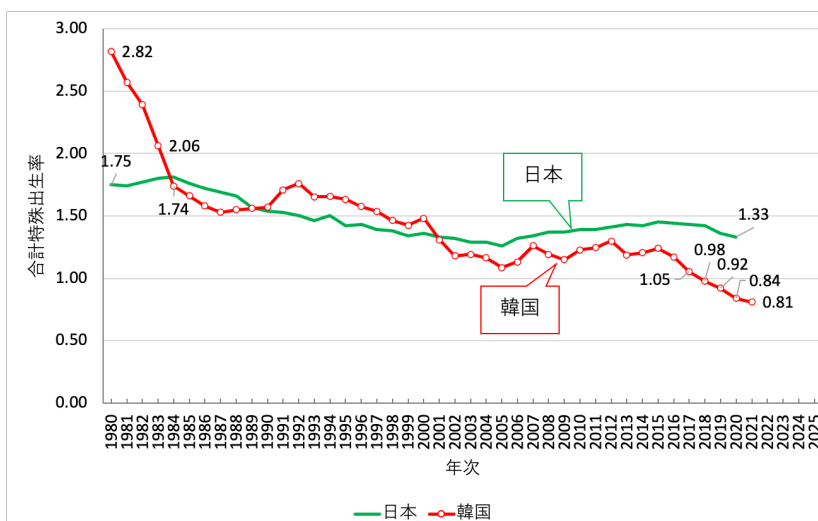


図1 韓国と日本の合計特殊出生率の推移：1980～2021年

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。

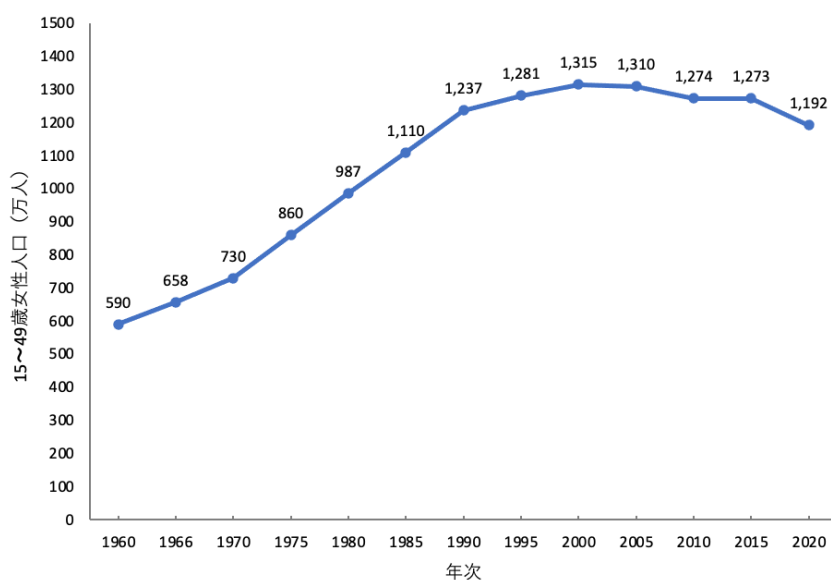


図2 韓国の再生産年齢人口（15～49歳）の推移：1960～2020年

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。

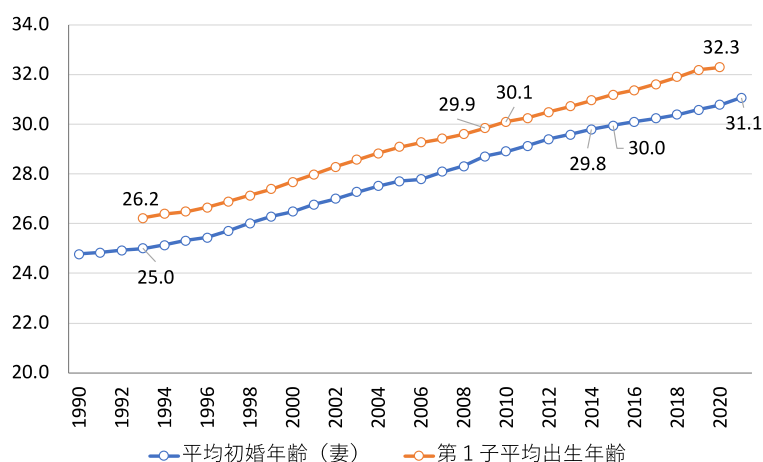


図3 韓国の平均初婚年齢・第1子平均出生年齢の推移：1990～2020年

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。

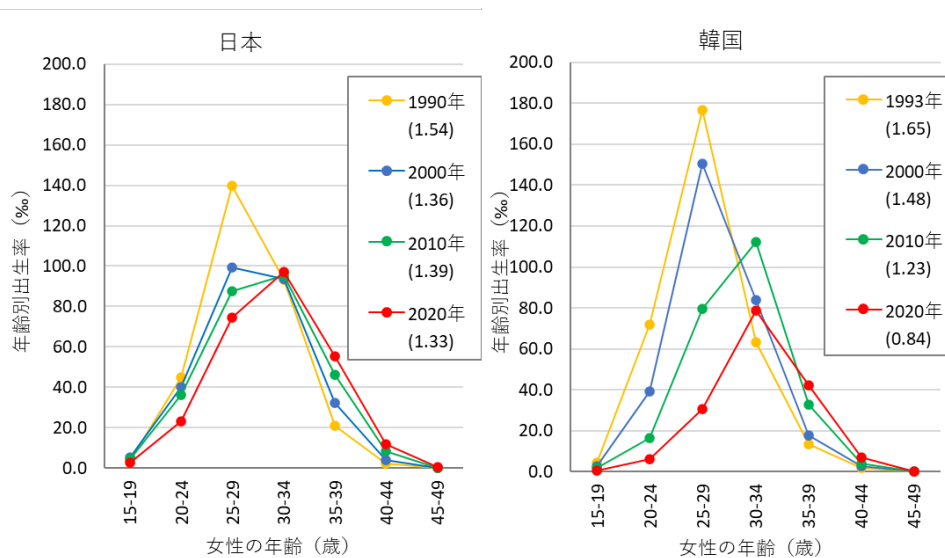


図4 韓国と日本の年齢別出生率の推移：1990～2020年

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と、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」という具体的な数値を掲げたが、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。

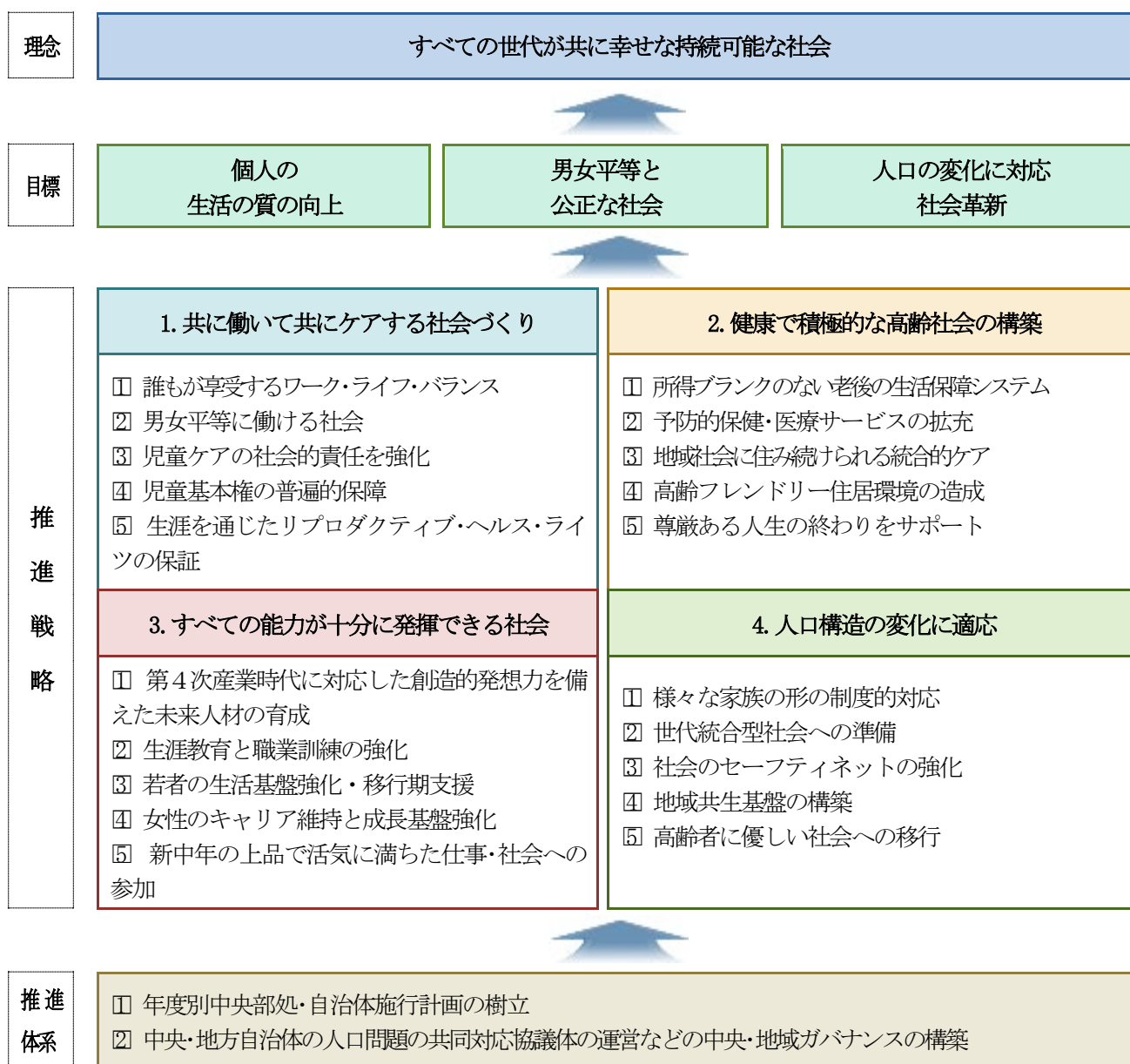


図5 韓国第4次低出産・高齢社会基本計画の政策体系図

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な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」の変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、家庭環境の変革を指す。「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・価値観の変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.

# 日本・韓国・中国の少子化の現状と少子化対策の進展：国際比較による考察

守泉 理恵

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

日本は、第二次世界大戦後、アジア諸国の中でいち早く経済成長を遂げて先進国の仲間入りを果たしたが、人口動態の面でもいち早く少子高齢化問題に直面することになった。日本では1970年代半ばには合計出生率（total fertility rate, TFR）が置換水準を下回る状態に突入し、以後、出生率は低下基調が続いている。一方、韓国は1960年代から、中国は1970年代から、6前後あった高い合計出生率が持続的な低下を開始したが、置換水準を下回る出生率が常態化し、少子化の状態が定着したのは1990年代以降であった。そして2000年代には、韓国が日本の合計出生率を下回り、その後も日本より低い出生率を記録し続けている。また、中国も近年出生率が低下しており、2020年以降は日本と同レベルか、下回る水準に落ち込んでいる。

少子化対策については、日本では1990年代から、韓国では2000年代になってから本格的に取り組みが始まった。中国は、1980年代から維持してきた一人っ子政策を2021年に撤回して出産奨励に舵を切り、近年になって本格的に少子化対策に取り組み始めている。

本プロジェクトでは、3年にわたり、日本、中国、韓国の3か国の専門家が参加して、各国の社会保障制度について情報共有と議論を行ってきた。最終年度にあたる本年度の研究成果として、本稿では、日中韓の少子化の状況と少子化対策の国際比較を行い、研究のまとめとする。少子化の進行状況や政策への取組時期は3か国で異なるが、少子化を推し進めている要因や解決を困難にしている課題には共通点も多い。3か国それぞれの少子化と少子化対策への取組みを把握・比較することで、少子化対策の今後のあるべき方向性について考察を行う。

## 2. 日中韓の少子化の進展と現状

図1は、日本、中国、韓国の合計出生率の長期推移を示している。さらに、図2は最近25年間の動きがわかりやすいよう、1995年以降の合計出生率の推移を示している。

日本では、第2次世界大戦後に短いベビーブームが起こったあと、1950年代前半は合計出生率が急落した。1957年に2.06に達したあとは、1973年まで置換水準出生率をほぼ維持したが、1974年以降はこんにちまで続く出生率低下期に入った。Caldwell and Schindlmayr (2003)は、ヨーロッパ諸国やアジア諸国の一部で、合計出生率1.5を下回る「very low fertility」の国々が出現しているとし、1.5を上回る状態である「moderately low fertility」と対比して述べた。阿藤(2005)は前者を「超少子化」、後者を「緩少子化」と呼んだが、日本が1.5を下回って「超少子化国」となったのは1993年である。さらに、2000年代に入ると、イタリア、スペイン、ドイツといったヨーロッパの国々のみならず、日本、韓国、台湾といった東アジアの国々では合計出生率1.3を下回る国が次々と出現した。Kohlerらは、1.3を下回る状態を「lowest-low fertility（極低出生力）」(Kohler et al. 2002; Billari and Kohler 2004)と表現した。ただ、日本では、2021年までの間に1.3を下回る出生率を記録したのは、2003～2005年の3年間だけである。

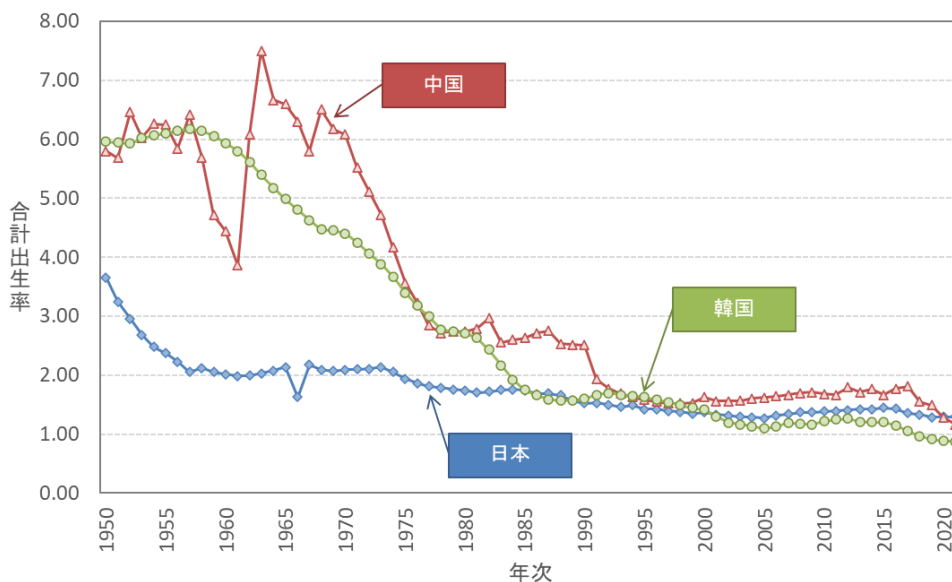


図 1 日本・中国・韓国の合計出生率の長期推移：1950～2021年  
資料：United Nations (2022)

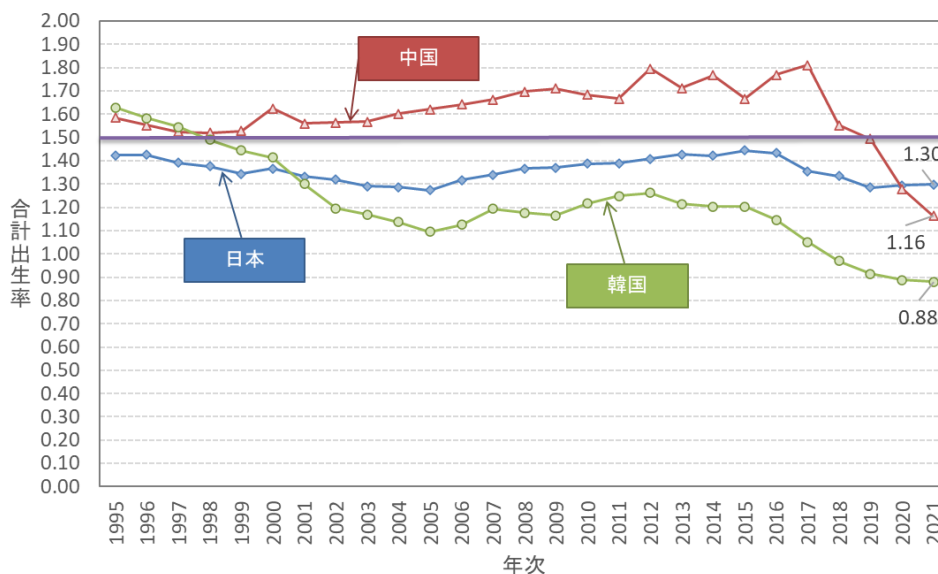


図 2 日本・中国・韓国の合計出生率の近年の推移：1995～2021年  
資料：United Nations (2022)

韓国は、1950年代まで6を超える高い合計出生率を記録していたが、1960年に6を下回る5.94になると、以後、急速に出生率が低下した。韓国の合計出生率は、1980年代半ばに置換水準を下回ると、その後は低下速度が緩んだものの、1998年に1.5を下回り、2002年には1.3の水準も割り込んだ。この1990年代後半から2000年代前半にかけての出生率低下によって日本を下回る出生率になったあとは、一時は1.1～1.2の間で若干の上昇傾向がみられたが、2015年以降に再び低下をはじめ、2018年以降は1を下回る出生率を記録し続けている。2021年の合計出生率は0.88であり、グラフには描かれていないが、2022年は概数で0.78であることが韓国統計庁からすでに公表されている。このように、一時的なものではなく、5年にわたり1を下回る合計出生率を記録し続けている韓国の状況は、現在、世界で

も類を見ないものである。

中国は、1958～61年にかけて、毛沢東の大躍進政策の影響で出生率が一時的に大きく下落したが、全体としては1970年代初頭まで6を超える高い水準にあった。1970年代に入ると急速に出生率が低下し、わずか7年で3を下回るレベルに到達した。1980年に一人っ子政策が開始され、1980年代には緩やかに合計出生率は低下して2.7前後の出生率を示していたが、1990年代に入ると2を下回り、最近まで1.5～1.7のレベルで安定的に推移していた。しかし、2018年以降は再び低下基調に入り、2019年に1.5を下回ったあと、2020年に1.28、2021年に1.16と極低出生力と呼ばれるレベルにまで落ち込んだ。

図3は、日中韓3か国の1980年・2000年・2020年の女性の年齢別出生率を示したものである。曲線の下面積は、合計出生率に相当する。20年ごとの各国の変化を見ると、日本は1980年から2000年にかけて、20代の出生率やピークの出生率レベルが大きく低下した一方、年齢別出生率のピークは20代後半から30代前半に移り、30代の出生率は1980年に比べ2000年で高くなった。これは、晩婚化（初婚年齢の高齢化）に伴う晩産化（出産年齢の高齢化）を反映した動きである。2000年と2020年を比較すると、さらに晩産化が進んでいる様子が分かる。

中国は、1980年と2000年を比較すると、年齢別出生率のピークはむしろ若年化したが、全体の山の高さは低くなった。2000年と2020年では、山の高さは低くなったが、年齢別出生率のピークが20代後半に移り、30代の出生率も上昇した。中国でも晩産化が進んでいる。

ただし、中国の場合は、政策の大きな変更を留意する必要がある。1980年は一人っ子政策が全面的に開始された年であり、2000年は一人っ子政策が完全に定着していた時期に当たる。そして2020年は一人っ子政策から二人っ子政策に政策転換されていた時期となる。

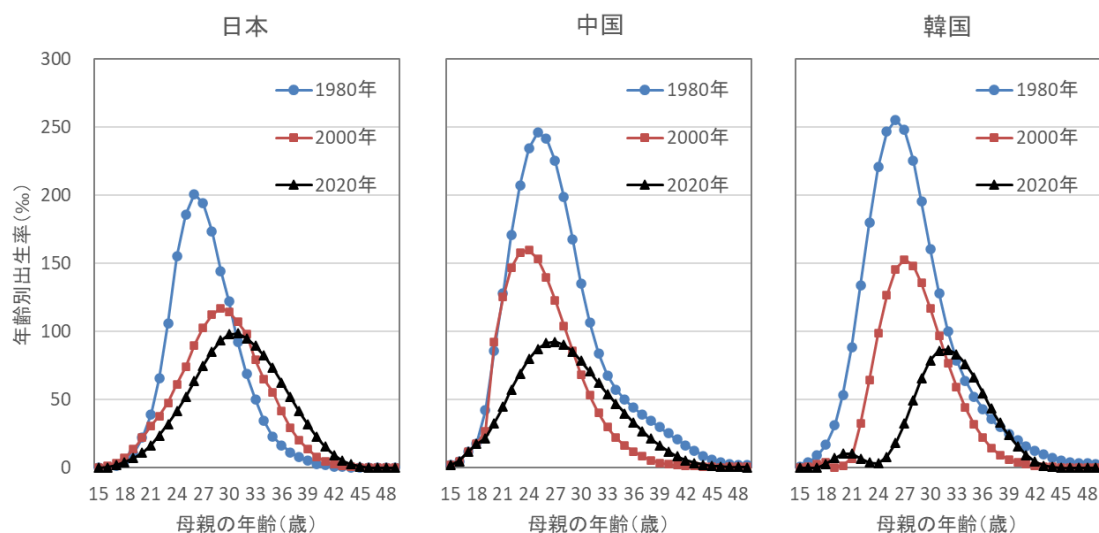


図3 日本・中国・韓国の年齢別出生率：1980・2000・2020年

資料：United Nations (2022)

韓国は、1980年と2000年では、山のピークの位置が変わらないまま、すべての年齢層で出生率が低下した形であったが、2000年と2020年ではカーブに大きな変化がみられる。山の高さが低くなっている点は日本、中国と同様だが、2020年の年齢別出生率カーブでは、20代前半で立ち上がりがほぼなく、子どもを生む女性が極めて少ないことがわかる。20代後半から30代にかけての出生率も、日本、中国に比べて低いレベルにとどまり、より遅い年齢でピークが来ている。これは、韓国で晩産化がもつ



とも進んでいることと、20代で先送りされた出産が30代で取り戻されていないことを示している。

3か国の比較において、注目に値するのは、少子化が進むスピードの違いである。先行して少子化が進んでいた日本に比べ、韓国、中国では出生率低下のスピードが速く、とりわけ韓国の状況は驚くほど短期間に変化している。例えば、2021年の出生数の2倍の出生数があったのが何年前であったかを見ると、日本では1980年である。つまり出生数が2021年の数値まで半減したのに要した期間は約40年である（1980年に159万人→2021年に81万人）。中国では、同様の観点でみると半減まで約30年で、日本より少し期間が短い（1992年に2107万人→2021年に1087万人）。一方、韓国では1999年の60万人から2021年の29万人へと約20年で半減している。韓国は、本稿で扱う3か国の中でもっとも急速に少子化が進んでいるが、このスピードの速さも、問題の改善をより難しくしていると考えられる。

## 2. 日中韓の少子化の要因

前節では、3か国の人口学指標の変化を見た。これらの動きをもたらした社会経済的要因については、各国で次のような議論がある。

日本の少子化の要因については、現在実施されている第4次少子化社会対策大綱で、若い世代の経済的不安定さ、出会いの機会の減少、仕事と子育ての両立の難しさ、家事・育児負担の女性への偏り、子育て中の孤立感・負担感、子育てや教育の重い費用負担、年齢や健康上の理由（不妊含む）があると指摘されている。

韓国では、現在実施されている第4次低出生率・高齢社会基本計画において、少子化の社会経済的要因として、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を挙げている。さらに、少子化の文化・価値観要因として、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を指摘している。韓国の少子化について述べた文献でも、同様の指摘がなされている（金・張 2007；鈴木 2009；裴 2012；韓・相馬 2016；相馬 2016；曹 2017；金 2019；春木 2020；Lim 2021）。これらの要因が出現した背景には、ポスト近代の社会経済変動のなかで、韓国の歴史に根付いた「儒教的家族パターン」と韓国社会が深刻な葛藤を起こしたことがある（鈴木 2016）。

中国では、教育費、住宅費、雇用悪化などを背景とした若年世代の経済的困難、保育サービス等の子育て支援策の不足、仕事と家庭の両立困難、若い世代の結婚や出産に対する意識の変化などが指摘されている（Tsuya et al. 2019；李・張 2022；Zhang et al. 2022）。中国は1970年代から出生抑制のための家族計画政策を推進しており、1980年代には一人っ子政策が定着していったが、その間も出生率は概ね低下する方向で変動していた。彭（2022: 382）は、こうした家族計画政策は中国の出生動向に大きな影響を与えたが、同時に社会・経済の発展にも影響されており、「後者の影響力は増大し続けている一方、政府の政策の影響力は低下し続けている。」と評している。

以上をまとめると、若年層の経済状態の悪化や格差拡大、仕事と家庭の両立の困難、根強い性別役割分業意識の残存（ジェンダー不平等）、教育を筆頭とした子どもの養育に関わる親の負担増大、住宅取得の困難化、不妊の増大、旧来的な結婚・出産規範の後退などが3か国で共通して指摘されている。さらに、出生数が減少している人口構造的な原因として、3か国共通で出産可能年齢にある女性人口（一般に15～49歳とされる）の減少がある。当該年齢の女性人口が減っている上に、未婚化・非婚化の進展で、その中の有配偶女性の割合も減っていることから、今後、出生率が多少回復したとしても、出生数

の回復は相当難しい状況である。

### 3. 日中韓の少子化対策の展開

本節では、日中韓の少子化対策について概観する。各国それぞれの政策展開についてみたあと、次節で主要分野について政策比較を行う。

#### 3-1. 日本

日本は、1990年の「1.57ショック」を契機として少子化対策への取り組みが始まった。1990年代は、「出生率低下」という問題への社会的関心の喚起に始まり、女性の仕事と家庭の両立困難という点が注目され、育児休業制度や保育サービスの拡充が目指された。しかし、90年代末葉になると、男性を含めた日本社会の働き方・職場風土、そしてそれらと密接に関わる固定的な性別役割分業に対して批判が広がった（守泉 2019）。

2000年代には、この働き方の見直しの流れを受け、大企業に行動計画策定を課すなど、企業を巻き込んだ両立支援策が拡充され、ワークライフバランスの視点が大きく取り入れられた。また、少子化対策に含まれる施策分野が大幅に増加した。社会保障改革の議論でも、少子化対策が年金・医療・介護に続き「第4の柱」として扱われるようになった。2000年代は、2003年に少子化社会対策基本法ができ、国の諸施策の中で少子化対策は重要な位置を占めるようになっていった（守泉 2019）。

2010年代には、総人口の減少が明らかになって「人口減少時代」に突入したことから、少子化問題への社会的関心がますます高まった。この頃から、ようやく少子化対策への本格的な財政投入が少しずつ実現するようになり、2015年度に施行された子ども・子育て支援新制度では、消費増税のうち7,000億円を恒久財源として獲得した。高等学校や幼児教育の一部無償化実施なども行われ、少子化対策にも大きな予算配分がなされるようになってきた。

日本の主な少子化対策としては、これまでに以下の6つの総合政策パッケージが策定されている。

①1995～1999年度 エンゼルプラン（文・厚・労・建の4大臣合意）

②2000～2004年度 新エンゼルプラン（大蔵・文・厚・労・建・自の6大臣合意）

※2003年に少子化社会対策基本法が成立し、以後「少子化社会対策大綱」として位置付けられる

③2005～2009年度 子ども・子育て応援プラン

④2010～2014年度 子ども・子育てビジョン

⑤2015～2019年度 少子化社会対策大綱（第3次）

⑥2020～2024年度 第4次少子化社会対策大綱

2023年4月には、少子化対策や子どもに関わる政策を一元的に扱うこども家庭庁が創設され、新たに「こども大綱」の作成に着手した。現行の第4次少子化社会対策大綱は、策定時は2020年度から24年度が実施期間とされたが、子ども関連の施策を推進する新たな包括的な法律である「こども基本法」が2023年4月に施行されたため、少子化対策も他の子ども関連施策と統合されて新たな大綱に含まれることになる。この新しい大綱は、「こども大綱」と名付けられ、2023年度中に策定される予定となっている。また、これより先行して、2023～25年度に政府として少子化対策にさらに集中的に取り組むことを宣言した「こども・子育て支援加速化プラン」の案が提示されており、2023年6月頃に具体的内容が策定されることになっている。



### 3-2. 韓国

韓国では、1990年代前半まで家族計画事業の普及推進による出生抑制政策が行われていた。この対策は功を奏し、韓国の出生率低下を促進した。しかし、1980年代半ばには、人口置換水準を大きく下回る水準にまで出生率は低下し、1990年代後半には1.5の水準も下回り、政府は徐々に出生抑制から出産奨励の方針へと転換していった。2000年代に入ると、早々に「極低出生力」の目安である1.3を切り、1.1台の水準へと落ち込んだ。こうした急速な出生率低下の流れを変えるべく、政府は2005年に「低出産・高齢社会基本法」を制定し、大統領直属の「低出産・高齢社会委員会」にて最初の「低出産・高齢社会基本計画」が策定された。基本法では、5年ごとに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、現行の計画は2021～25年を対象とした第4次計画である。

韓国の少子化対策は、日本と異なり、高齢化対策も一体となった計画になっている。また、韓国では、少子高齢化対策は国の労働力や生産性の観点に基づいた国家発展戦略と位置付けられ、第3次計画まで合計出生率の目標を定めていた。しかし、第4次計画では基本的視点を「個人の生活の質の向上戦略」に転換し、出生率の目標値は定めず、財政投資の引き上げと少子化の原因となっている社会構造の変革を目指すこととした。

韓国の場合、5年間の任期中、特別な事情がなければ大統領が変わることはない。策定された低出産・高齢社会基本計画の途中で大統領が変わると、前政権のもとで策定された計画に対して、現政権の考え方を反映した「補完計画」が作られることがある。第3次計画の際も行われたが、第4次計画についても、実施期間中に大統領の交代があったことと、韓国の2022年の出生率が0.78と一層低下して政府の政策が批判を浴びたことを受け、補完計画の策定が行われる動きがあるようだ。

### 3-3. 日本と韓国の現行対策の枠組み比較

上述のように、日本と韓国は少子化の要因に関連した政策を取りまとめた「少子化対策」という枠組みでの政策パッケージを策定している。後述する中国では、まだこのレベルでの政策のまとまりは見られないため、ここでは日韓を対象として枠組みの比較を行う。

表1は、両国の現行の少子化対策を策定した際の根拠法令や決定機関等の一覧である。少子化対策を策定する根拠法は、日本では少子化社会対策基本法（2003年）、韓国では低出産・高齢社会基本法（2005年）である。最終決定機関は、日本では内閣総理大臣を会長とし、全閣僚が委員となっている少子化社会対策会議で、韓国は大統領直属の機関である低出産・高齢社会委員会である。

大綱や計画を作成する際には、両国とも政策の方向性や内容等について検討する会議が設けられている。日本では各大綱の検討の都度、有識者会議が組織されてきた。第4次大綱の際は、「第4次少子化社会対策大綱策定のための検討会」が立ち上げられ、2019年12月に「第4次少子化社会対策大綱の策定に向けた提言」を取りまとめた。その後は、この提言を反映させつつ、内閣府の担当部署を中心に大綱の具体的な内容が政府内で検討・調整され、少子化社会対策会議での決定を経て、閣議決定され、第4次大綱が正式に策定されるという流れであった。

一方、韓国は、低出産・高齢社会委員会の下位組織として、基本計画の試案作成と意見調整を行う政策運営委員会があり、さらにその下には、テーマごとの分科委員会が設置されている。この分科委員会は、政策策定にあたっての最初の課題抽出を行う委員会で、第4次計画では、表1にある通り、7つの委員会が設置された。

なお、日本は2023年度から新しく「こども基本法」が施行されており、第4次大綱策定時の枠組み

は変更されている。次に策定される第1次の「こども大綱」は、根拠法令が「こども基本法」(2022年)、最終決定機関がこども政策推進会議となる。

表1 日本と韓国の少子化対策策定をめぐる制度枠組み

名称	【日本】 第4次少子化社会対策大綱	【韓国】 第4次低出産・高齢社会基本計画
根拠法令	少子化社会対策基本法(2003年)	低出産・高齢社会基本法(2005年)
決定日	2020年5月決定	2020年12月決定
計画年度	2020～2024年度	2021～2025年
最終決定機関	少子化社会対策会議 (会長:内閣総理大臣)	低出産・高齢社会委員会 (委員長:大統領)
政策検討の 会議体	第4次少子化社会対策大綱策定のための検討会(2019年3～12月、民間委員9名、自治体首長2名) 『第4次少子化社会対策大綱の策定に向けた提言』(2019年12月23日)	政策運営委員会 (委員長・6省庁次官、民間委員29名) →基本計画試案作成、意見調整 ↓ 分科委員会(民間委員のみ。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) →政策策定にあたっての課題抽出

次に、図4は、少子化対策の内容について、全体の構成を比較したものである。

韓国では少子化対策と高齢化対策、および少子高齢社会への適応策までがセットになって一つの計画にまとめられている。一方、日本では少子化対策と高齢化対策は、根拠法令が異なるため、別々に策定されている。両課題を横断した総合的観点の施策は、テーマに応じて別の会議体で議論される。例えば、第3次大綱の際は「一億総活躍国民会議」(「ニッポン一億総活躍プラン」を策定)、第4次大綱策では「全世代型社会保障構築会議」が主にその役割を担っていた。

政策の柱となる分野で見えていくと、韓国で重視しているが、日本では大きく取り上げていない政策として、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、教育改革)、住宅支援がある。在宅育児手当や「多様な家族」の社会的受容促進(制度面での対策)といった項目は、韓国の施策に入っているが、日本では取り上げていない。また、韓国では日本の「希望出生率」のような具体的な出生率の目標数値は掲げておらず<sup>1</sup>、直接的な結婚支援(婚活支援)についても記載はない。これらの相違は、両国の社会構造や、どこまでを公的な施策として許容できるかという意識の違い、社会における家族観・結婚観の違い、政権与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。

全体としては、ほとんどの施策が日韓で共通して重要視されている。つまり、ワーク・ライフ・バランス、ジェンダー平等な労働環境構築、共働き社会志向・両立支援充実、男性の家庭進出推奨、若者の雇用支援、女性の再就職支援、多子世帯支援、不妊治療支援などである。

<sup>1</sup> ただし、日本の「希望出生率1.8」は、国民の結婚・出産に関する希望がかなった場合の出生率のイメージといった意味での理念的な目標である。これを達成するための具体的な目標値のブレイクダウンなどは行われていない。

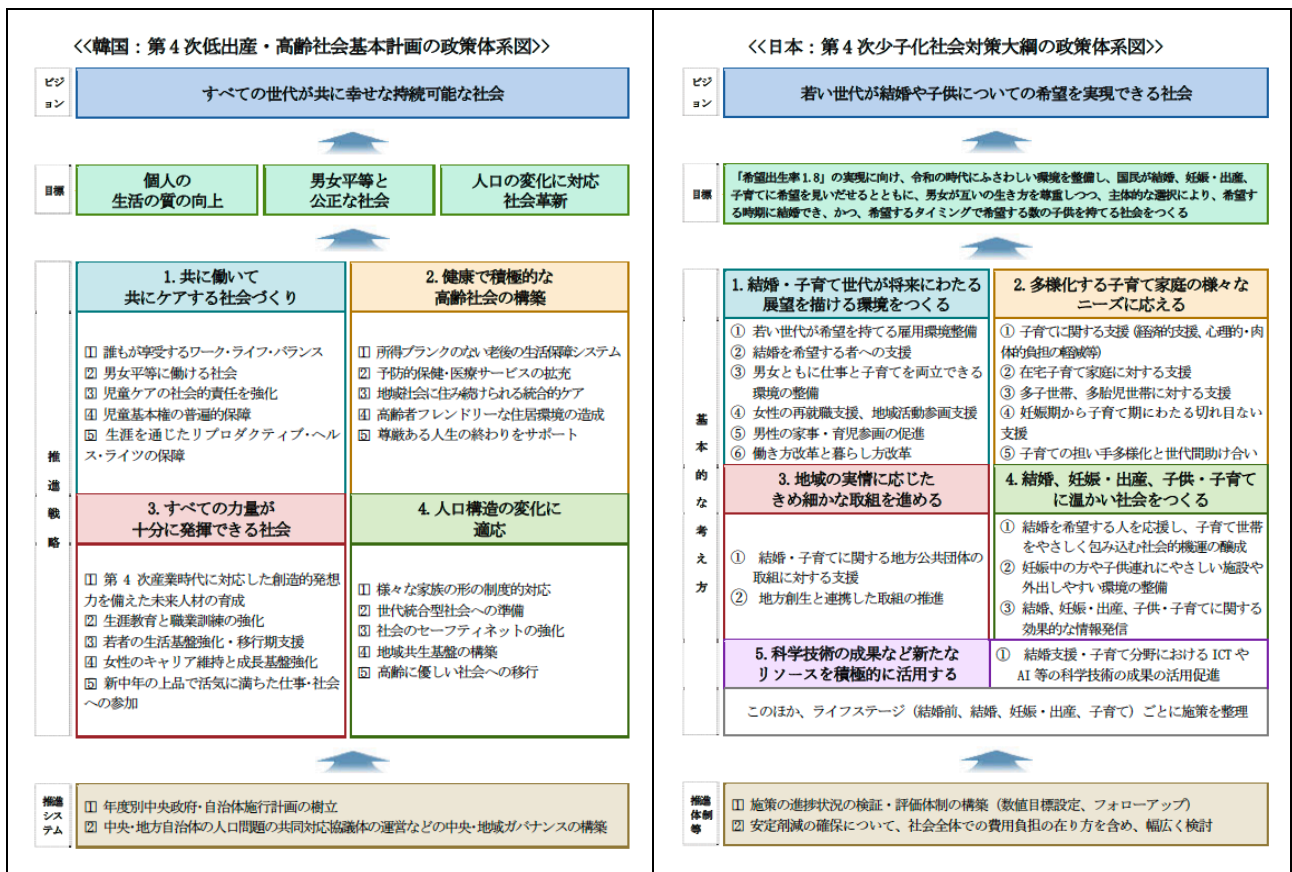


図4 少子化対策の施策体系に関する日韓比較

### 3-4. 中国

中国は、戦後の建国（1949年）以後、人口が大きく増加したことから、1960年代に入ると政府の家族計画への取り組みが開始された（彭 2022）。さらに1970年代に入ると、晩婚・出生間隔の延長・少産を意味する「晩・稀・少」をスローガンとしたソフトな家族計画政策が展開されたが、1980年には正式に一人っ子政策が開始された（1980年9月、中国共産党中央委員会および国务院通達）。しかし、李・張（2022）によれば、一人っ子政策の導入は農村で反発が強く、第1子が女兒の場合はもう1人生んで良いといった制度運用（1.5人政策）や、少数民族の場合は2人またはそれ以上生む子が許されていたなど、全ての国民に一人っ子が強制されていたわけではない。

一人っ子政策は、2013年に転換期を迎えた。それまでは、両親とも一人っ子の場合に、第2子の出産が許されていたが、父母どちらかが一人っ子であれば第2子の出産が許可されるようになった。しかし想定より反応が少なかったことから、2016年には全ての夫婦に第2子の出産を許可し、これをもって事実上、一人っ子政策は廃止され、中国の人口政策に変化がみられるようになった。しかし、第2子の出産が許されても、2016年のみ出生数が増えたあとは再び低下基調に戻り、少子化は止まらなかった。そこで、2021年には、第14次5か年計画で初めて「適正出生水準」という言葉が登場し、その後、中央委員会と国务院において「出産政策の最適化による人口の均衡ある長期的発展の促進に関する決定」が示された。これにより、3人目の出産が認められ、「社会扶養費」と呼ばれる、実態として2人目を生んだ場合の罰金が撤廃されるなどの措置が取られた。4人以上の子どもを持つ夫婦は稀になっていることから、3人目の解禁は、事実上ほぼ人数制限が無くなったことを意味するともいえる。また、同決定では、出産、子育て、教育のコスト軽減や、保育サービスの普及・拡大といった、支援策も提示された。

その後、「人口・計画生育法」が改正・施行されると、多くの地方政府が人口・計画生育条例を改正し、生育休暇日数の引き上げ、育児休業の導入などを図った。さらに、2022年8月には、「積極的出産を支援する措置をさらに整備し、着実に実施することに関する指導意見」が公表された。ここでは、結婚・出産・育児・教育を総合的に捉えて政策を講じること、出産支援の政策構築の加速化、サービス・管理制度の健全化と適度な出生率の実現、結婚・出産・子どもにフレンドリーな社会環境の構築といった20あまりの意見が列挙された。

このように、2016年以降、中国は矢継ぎ早に出産奨励の方向で政策を打ち出してきているが、まだまとまった政策分野として確立はしておらず、今後の動向を注視する必要がある。

## 5. 日中韓の少子化対策比較

本節では、日中韓の少子化対策について、いくつかの分野の施策を取り上げて概観する。ここで用いている比較表は、本報告書に掲載の「政策一覧」をもとにしている。

### 5-1. 雇用・労働分野

産前・産後休業制度と、育児休業制度について比較する。

表2は、産前産後休業制度の比較である。この制度は3カ国とも整備されており、取得できる期間もほぼ同様である。休業中の手当金は、日本は休業前賃金の3分の2だが、韓国と中国は100%の保障となっており、それぞれ雇用保険、生育保険からの支給分を超える賃金の労働者に対しては、企業が差額を補填する必要がある。

表3は、育児休業制度の比較である。日本と韓国は法律が整備され、休業内容も拡充してきており、女性労働者だけではなく、男性労働者の利用も進み始めている。一方、中国は国の制度として育児休業制度は整備されておらず、今後、全国的に適用される制度設計や給付金の財源などを検討していくことになっている。

表2 産前・産後休業制度の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 法律	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓労働基準法第65条</li> <li>✓健康保険法（出産手当金）→傷病手当金と同じ考え方。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓労働基準法74条</li> <li>✓男女雇用平等法19条</li> <li>✓雇用保険法第70～73条</li> <li>✓雇用保険法施行令第95～98条</li> <li>✓2001年制度が作られた当時の国民健康保険基金が赤字であったため、雇用保険に移管したまま現在に至る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓社会保険法第6章生育保険</li> <li>✓各省与計画生育条例</li> <li>✓国务院「女性労働者労働保護条例」第8条</li> </ul>
2 対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓健康保険の被保険者。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓原則的に雇用保険加入者のみ給付される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓労働関係継続中に妊娠・出産した就業中の女性</li> </ul>
3 期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓出産予定日の6週間前から出産後8週間まで（産後8週のうち、最後の2週間は本人の申請と医師の許可があれば短縮可）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓90日（産後45日を確保すること）</li> <li>✓産前・産後休暇分割使用が可能（規定の期間以外で母体の状況により分割取得可）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓国は基本的に98日間の産休を規定している</li> <li>✓省により異なり、128～188日に延長した地域もある</li> </ul>
4 手当金	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓出産手当金：標準報酬日額の3分の2。妊娠4ヶ月経過以降の出産・流産、または産前産後休暇により仕事を休んでおり、給与を受け取っていない場合に支給される。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓通常賃金の金額（給付の上限200万ウォン、これを上回る場合は事業主が負担）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓「女性従業員の労働保護に関する特別規則」第8条に規定</li> <li>✓代替率は100%（産前産後休暇）</li> <li>✓生育保険からの支払基準は、雇用主の従業員の前年度の平均月給。休業する労働者がそれより賃金が高ければ企業が差額を補填、低ければその分を留保できる。</li> <li>✓企業が生育保険に加入していない場合は、雇用主は産休前の給与額を直接支払わねばならない。</li> </ul>
5 財源	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓協会・組合健康保険/共済組合（必要給付）、国民健康保険（任意給付）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓60日：事業主（優先支援企業に上限200万ウォン（現在）、30日：雇用保険</li> <li>✓中小企業については90日分（480万Wが限度2018年）、大企業については30日分（160万Wが限度）が雇用保険より支給。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓生育保険基金</li> <li>✓都市部および農村部の住民のための医療保険</li> </ul>
6 非正規・自営	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓フリーランスや自営業の場合、企業の健康保険に加入していないため、取得できない。ただし、産前産後（4ヶ月間）に国民年金保険料の納付免除は受けられる（2019年度～）。</li> <li>✓パート・アルバイトの場合は、雇用者であるため、制度上は取得可能。会社の健康保険に加入していれば手当金も受け取れる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓賃金労働者なら契約の形態・職種・勤続期間を問わず産前産後休暇を与えなければならない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓出産手当金は、従業員医療保険に加入している部門、企業、および個人のみを対象</li> <li>✓都市部・農村部住民の医療保険は出産費用のみを補償し、出産手当金は含まない</li> </ul>
7 分割	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓分割不可能</li> <li>✓産前は本人が希望しない場合はとらなくてもよい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓流産死産の経験がある、40歳以上などで分割できる</li> <li>✓回数に制限はない</li> <li>✓分割できる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓分割可能、個人が選択できる。</li> <li>✓産前15日、産後83日</li> <li>✓継続して取らねばならない</li> </ul>

表3 育児休業制度の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 基本 枠組	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児介護休業法(1991年～)</li> <li>✓ 雇用保険法（育児休業給付金関連）</li> </ul> <p>※2021年に法律改正、今年の4月から制度の周知と取得意向の確認や1000人以上企業の男性育休取得率公表を義務とした。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 男女雇用平等法（1988年）19条</li> <li>✓ 雇用保険法</li> <li>✓ 育児休業制度及び給付金制度：男女雇用平等法第19条、雇用保険法第70～73条、雇用保険法施行令第95～98条</li> <li>※雇用監督法：雇用主が産休育休についてやっているか企業を監督する。2021年には900企業に対し。勤労監督官として出向く。その他パンフレットなどで周知など。</li> <li>✓ 家族にやさしい企業：指標として産休育休取得率などで認定し、融資が低利でできるなど。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 人口与計画生育法（条例）</li> <li>✓ 条件を整えた地域で育児休暇のパイロットプロジェクトを支援</li> <li>✓ まだ概念的。まだ制度がない。財源未定。</li> <li>✓</li> </ul>
2 対象 ・要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休業の取得要件：子が1歳6か月までの間に労働契約が満了することが明らかでないこと（2022年4月に同一の事業主に引き続き1年以上雇用されている要件廃止）</li> <li>✓ 育児休業給付の受給要件：休業開始前2年間に賃金支払基礎日数（就労日数）が11日以上ある完全月が12か月以上あること。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 雇用保険に180日以上加入し、30日以上休業をした場合に支給</li> <li>✓ 満8歳以下又は小学校2年生以下の子どもを養育する男女労働者→その間いつでも取れる。</li> <li>✓ 父親がとったことに対するインセンティブ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 3歳未満の乳幼児の育児休暇取得可能（一部地域では6歳未満まで延長可）</li> </ul>
3 期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 出生時育休（産後パパ育休）</li> <li>✓ 夫は子の出産後8週間以内（妻の産後休業中）に最大4週間まで、分割して、最大2回まで取得可能</li> <li>✓ 原則子が1歳まで（保育園に入れない等の事情がある場合は最長2歳まで）。父母とも取得した場合は1歳2ヶ月まで休業可能期間が延長される（父母それぞれの休業期間は最大1年まで）。</li> <li>✓ 分割して、最大2回まで取得可能</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1年（ただし、父母各々1年）</li> <li>✓ 子ども1人当たり「1年以内」で、両親共に同じ子に対してそれぞれ1年以内の育児休業を取ることができるが、給付金は同一の子に対して両親が同時に受給することはできない。</li> <li>✓ 妊娠期間中から育児休業が取れるよう母性保護関連3法の改正を推進中である（2017年12月の政府発表案）。法案が改正されても出産休暇90日は使えるが、全体休業期間は育児休業期間を合わせて1年を超えることはできない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休暇は各地で5日から15日まで</li> <li>✓</li> </ul>
4 給付 金	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休業給付金/手当金</li> <li>✓ 180日までは休業前賃金の67%、それ以降50%。ただし、育休中の社会保険料（健康保険・厚生年金保険）が免除されるため、実質的には180日まで8割近い賃金保障が得られる）</li> <li>✓ 法律制定時は賃金保障がなかったが、その後、25%、50%、67%と引き上げられてきた。</li> <li>✓ 給付上限あり</li> <li>✓ 現在、夫・妻とも育休取得した場合、一定期間について給付金を手取り100%に引き上げることを検討中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休業所得代替率向上→通常賃金80%、上限が150万ウォン、下限が70万ウォン（ただし、75%支給、復職後6か月以降に残り25%支給）と決まっています、それを今後上げていく。</li> <li>✓ 2番目に育児休業を取る場合（夫）は3か月まで、上限月250万ウォン、4か月以降通常賃金50%（上限120万ウォン、下限70万ウォン）、通称「パパの月」)</li> <li>✓ 1歳未満の子どもを持つ夫婦が同時に育児休業を取る場合は期間によって異なる（1か月目：200万ウォン、2か月目：250万ウォン、3か月目：300万ウォン、4か月以降通常賃金の80%（上限：150万ウォン、下限：70万ウォン）</li> <li>✓ 3+3制度（親育児休職制度）で夫婦での取得を推進。</li> <li>✓ 1番目に取得する親（3ヶ月）：代替率80%、下限70万W～上限150万W</li> <li>✓ 育児期勤務時間短縮（週15～30時間）：通常賃金80%を基準に労働時間分を算定、下限50万W～上限150万W</li> <li>✓ 給付金後払い制度：育児休業給付金の75%は毎月支給されるが、給付金の25%は育児休業終了後復職し、6か月以上続けて働いた場合、合算一括支給</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 原則として、休暇期間中の支給基準は、雇用主の従業員の前年度の平均月給に応じて計算され、支給される</li> </ul>
5 財源	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 雇用保険/共済組合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 雇用保険（基金は減少）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休暇は生育保険の対象外</li> </ul>

6 父親 休暇	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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</li> <li>✓ 両親学級などの講習会の実施拡大</li> <li>✓ 配偶者の出産時・出産後の有給取得しやすい環境の整備</li> <li>✓ 男性国家公務員の育児に伴う休暇・休業の取得促進</li> <li>✓ 男性の家事・育児に関する啓発</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 男性のケア権利の確保</li> <li>✓ 男性の家事・育児に関する啓発普及・意識改革</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1/3 男性が家事を負担。2/3 は女性。</li> <li>✓ 育児は女性がメイン。男性 10%以下（時間）90 年代生まれの 40%は育児に参加したい。</li> </ul>
6 非正規・ 自営業者	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2022 年 4 月より有期雇用の休業取得要件緩和（休業前 1 年間雇用継続の要件削除）</li> <li>✓ 現在支給対象外となっている雇用保険非加入の短時間労働者やフリーランサー、自営業者等へも給付できる制度改革について、今後議論される予定（全世代型社会保障構築会議で提言あり）。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 非正規・短時間労働者は基本的に育休の条件（入職後 6 か月以降、出産後 12 か月以内）を満たせば取得可能。自営業者・特殊雇用職は雇用保険に入れば取得可能。</li> <li>✓ 自営業者も 90 日</li> <li>✓ 2020 年 10 月に全国民雇用保険ロードマップ</li> <li>✓ 自営業者は以前から雇用保険に入れたが、インセンティブがなかった。2018 年からは小商工人（10 人未満）に限り、雇用保険料を支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ サポートされていない</li> </ul>
7 関連 支援策	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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</li> <li>✓ 育児・介護休業法改正により制度周知義務化、分割取得等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 働くすべての人の育児休業の権利の確立（全国民雇用保険ロードマップ）</li> <li>✓ 両親とも育児休業取得する文化の定着（3+3 両親育児休業制）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 育児休暇・男性看護休暇の分担制度が徐々に明確化されつつある</li> <li>✓ 男性が家事に参加するよう奨励する</li> </ul>

## 5-2. 保育分野

保育サービスは、仕事と家庭の両立支援策の車の両輪として必要とされ、少子化対策でも重要な位置を占める。幼稚園を含む幼児教育についても、子どもを育てるすべての家庭への支援という意味で、その整備は重要視されている。

3カ国の制度を見ると、日本と韓国では確立された制度があり、保育・教育の無償化も実現している（日本は基本的に3～5歳のみ）。中国は、長らく公的な保育制度はなかったが、表の「1法律」欄にあるように、2019年に「3歳以下の子どもに対する保育サービスについての意見」が策定され、2021年6月の「『第14次5カ年（2021～25年）規画』期間における高齢化対応と保育施設の建設実施方案」では公的保育施設の量的拡大、政府の施設整備費の支援策などが目指されるなど、矢継ぎ早に保育施設・サービスの拡充が表明されている。しかし、量的拡大には多大なコストがかかること、保育士の確保や免許・資格制度等の整備もこれからであり、課題は山積している。

表4 保育サービス・幼児教育の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 法律	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 子ども・子育て支援法等関連3法</li> <li>✓ 保育園：児童福祉法</li> <li>✓ 幼稚園：学校教育法</li> <li>✓ 認定子ども園：「就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律」</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所：乳幼児保育法</li> <li>✓ 幼稚園：幼児教育法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育サービス：人口家族計画法（託児を強化するという項目がある）</li> <li>✓ 幼稚園：就学前教育法</li> <li>✓ 以前、保育制度はなかったが、2019年から規定（3歳以下の子供に対する保育サービスについての意見）が策定され、託児所の発展が議論されている。</li> </ul>



2 施設数	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 幼稚園 9,418 (2021年)</li> <li>✓ 保育所 23,899 (以下、2022年4月1日時点)</li> <li>✓ 認定子ども園（幼保連携型）6,475</li> <li>✓ 認定子ども園（幼稚園型等）1,396</li> <li>✓ 特定地域型保育事業（小規模保育、家庭的保育、事業所内保育、居宅訪問型保育）7,474</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所:33,246カ所(2021年末基準)</li> <li>✓ 幼稚園:8,660カ所(2021年末基準)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地域保育園,事業主福祉保育園,家族保育園,幼稚園保育園,その他の保育園</li> <li>✓ 数は17,800施設、保育所数は131万件(2022年9月現在)</li> <li>✓ 無認可保育所は正確な統計がなく、約160万の保育所がある</li> <li>✓ 保育所設定基準:2021年末、2.03/1000人の保育サービス提供可能数を2025年には4.5にすることを目標。</li> <li>✓ 施設利用状況は現状で40%</li> </ul>
3 入所・入園児数	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所 1,957,907人(2020)</li> <li>✓ 地域型保育事業所 98,824人(2020)</li> <li>✓ 保育所型認定こども園 96,007人(2020)</li> <li>✓ 幼保連携型認定子ども園 570,421人(2020)</li> <li>✓ 幼稚園型認定子ども園 570,421人(2022)</li> <li>✓ 幼稚園 923,089人(2022)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所:1,184,716人(2021年末基準)</li> <li>✓ 幼稚園:582,572人(2021年末基準)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 統計システムが確立されつつある</li> <li>✓ 2019年全国調査では、5.7%が保育所、その後増え8-9%程度</li> <li>✓ 110万人が保育サービスを受けている(0-2歳の9%)→出典?</li> <li>✓ 北京は3歳以下の6%が託児所、10%が家政婦、84%は家族(44%は祖父母、40%は両親・昼間)により保育</li> </ul>
4 保育士・保育教諭・幼稚園教諭数	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育士(登録者数)1,665,549名(男性82,330、女性1,583,219)</li> <li>✓ 保育士(勤務者)382,375名(常勤329,741、非常勤52,634)(2020) ※登録者の約60%は潜在保育士 ※勤務している保育士のうち、幼稚園教諭免許併有者は約68%</li> <li>✓ 幼稚園教諭 112,230名(本務者90,140、兼務者22,090)(2021) ※免許保有者の約85%が保育士免許併有</li> <li>✓ 保育教諭数 100,058名(2020)</li> <li>✓ 文科省・厚労省それぞれで、幼稚園教諭免許・保育士免許のみ保有する人に向けて、もう一方の資格も取りやすいよう特例措置が行われている(令和6年度末までの授与申請分)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育士:236,085人(担任、延長型、補助、代替保育士含む)</li> <li>✓ 幼稚園教諭:54,457人(2021年末基準)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 統計システムが確立されつつある</li> </ul>
5 配置基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所: 0歳児3人に対し保育士1人 1・2歳児6人に対し保育士1人 3歳児20人につき保育士1人 4・5歳児30人につき保育士1人</li> <li>✓ 幼稚園:1学級あたり専任教諭1人(1学級の幼児数は35人以下が原則)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 保育所:0歳班 1:3、1歳班 1:5、2歳班 1:7、3歳班 1:15、4、5歳班 1:20</li> <li>✓ 幼稚園:3歳班 14-20人、4歳班 18-25人、5歳班 22-28人(地域教育庁により異なる)</li> </ul>	-



<p>5 施策 の 状 況</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓子育て安心プランに基づく保育の受け皿整備</li> <li>✓地域の実情に応じた保育の実施(保育コンシエルジュ、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)</li> <li>✓事業所内保育施設・企業主導型保育事業の拡大</li> <li>✓子ども・子育て支援新制度の着実な実施</li> <li>✓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</li> <li>✓幼児教育無償化政策→2019年10月開始。対象は3～5歳で0～2歳は住民税非課税世帯のみ無償。</li> <li>✓認可外保育所の保育料も「保育認定」を受ければ補助対象(上限額あり)。本来は児童福祉法の規定に基づく届出をおこなっており、国の定める指導監督基準を満たした施設が無償化対象だが、待機児童問題により基準を満たさない施設の利用児童もいることから、これらの施設への補助は5年間の猶予期間が設けられた。それらの施設には、5年間に指導監督基準を満たすことが求められる。</li> <li>✓保育人材の確保・育成</li> <li>✓待機児童の解消はまだ達成していない(3～5歳は改善しているが、0～2歳はまだ足りていない)。特に都市部で待機児童が多い。</li> <li>✓かつては3歳以下を預けるとかわいそう、という発想があったが、今は母は働くこと、子どもを保育園に預けることが普通になった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓公立の保育園・幼稚園利用率拡大(50%→60%)</li> <li>✓保育の無償化推進(2012年:0～2歳無償保育、5歳ヌリ課程、2013年:3～4歳にヌリ課程拡大推進)※ヌリ課程とは保育園・幼稚園の共通課程のことと同時に保育料・教育費支援策をいう。</li> <li>✓財源は中央政府、市郡区。0-2歳は税金、3～5歳は幼児教育支援特例法(2017年から、以前は地方教育財政交付金)</li> <li>✓全世帯、すべての階層を対象。</li> <li>✓2012年から保育の無償化が始まったが、就業有無や世帯所得を問わず、保育所及び幼稚園の利用料が援助されるようになり、その利用率が上がった。(2022年0歳49万9千won, 1歳43万9千won, 2歳36万4千won, 3～5歳26万won)</li> <li>✓70万wonの保育園利用料を短時間勤務者も使えるようになり、利用率が高くなった</li> <li>✓保育の質管理・評価制度があり、親の信頼を得た。</li> <li>✓保育支援体制改編(保育所1日12時間運営から基本運営時間及び延長保育時間分離運営)</li> <li>✓保育士配置基準改善計画(担当児童数減少)</li> <li>✓保育士勤務環境及び処遇改善</li> <li>✓保育士権利保護のための事業拡大</li> <li>✓事業所内職場保育所拡大(義務設置事業所公表、未履行強制金あり)</li> <li>✓時間制保育(一時保育)拡大</li> <li>✓現在は定員が余っており待機児童問題は起きていない(保育所によっては0歳班の待機児童あり)</li> <li>✓自治体が他の分野の支出を減らして保育に支出している</li> <li>✓保育に関する税金控除はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓保育園・幼稚園の入園者数が増加</li> <li>✓公立保育園・幼稚園の建設促進</li> <li>✓普遍的保育制度を開発・実施し、場の建設のため中央財政基金を投資する</li> <li>✓中央政府は、農村部の保育総合指導センターの建設に投資し、保育サービス提供のための訓練、監督と指導を行う</li> <li>✓地方政府が場所を無料で提供し、運営補助金を交付し、雇用主が育児サービスを提供することを支援</li> <li>✓総合所得税制度を改正し、0歳から3歳までの子供のための支出を控除対象とする(1,000元/月、2022年1月1日より)</li> <li>✓保育施設に対する付加価値税の部分的免除</li> </ul>
-----------------------------------	---	---	---

### 5-3. 児童手当

児童手当制度は、日本・韓国では法律が制定されているが、日本は1972年から児童手当制度が開始されており、50年余りの歴史がある。法律の制定当初や、その後しばらくは多子貧困家庭への支援の色合いが濃く、第3子以降での支給であったが、1990年代以降は少子化対策としての意味合いも強く持たされるようになり、第1子、第2子への拡充や、金額の引き上げが行われてきた。韓国は2019年に児童手当法が制定され、児童手当制度が始まった。中国では、全国に適用される児童手当制度はまだない。しかし、近年中国では子育てのコスト軽減策を進めることが表明されており、全国的な児童手当制度の発足も検討課題として上がっていくものと考えられる。現在は、一部の地域のみでの実施である。

表5 児童手当制度の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 法律	✓児童手当法（1971年）→子ども手当特別措置法（2010/11年）→児童手当法（子ども・子育て支援法（2012年）にて、子ども・子育て支援給付2種類のうち、児童手当を「子どものための現金給付」として位置付け）	✓児童手当法（2019年）、乳幼児保育法（手当部分：2008年） ✓児童手当制度改編の検討	✓15の省が育児補助金制度の設立を提案 ✓一部の地域（四川省の攀枝花、甘粛省の臨沢県、湖南省の長沙市など、十数か所の地域）では、育児補助金の発行を開始
2 手当額	✓15,000円/月（3歳未満） ✓10,000円/月（3歳以上小学生以下） ✓15,000円/月（3歳以上小学生以下第3子以降） ✓10,000円/月（中学生）	✓児童手当：10万ウォン/月（8歳未満） ✓養育手当（保育所利用しない場合、2022年1月1日出生以前）：20万ウォン/月（1歳未満）、15万ウォン/月（1～2歳未満）、10万ウォン/月（2～8歳未満） ✓乳児手当（保育所利用しない場合、2022年1月1日出生児以降）：30万ウォン/月（2歳未満）、2025年までに50万ウォン/月に引き上げる予定	✓RMB 500 /人/月（攀枝花） ✓3歳まで、第2子は月額500元、第3子は月額1,000元の子育て支援（温州龍湾区） ✓2人目は年間5千元、3人目は3歳まで1万円の育児補助（林澤、甘粛） ✓一時保育補助金1万円（長沙、湖南） ✓2万円の奨励金と毎月500元の育児補助金（大興安嶺地区は3人目のみ補助）
3 財源	✓国・都道府県・市町村・事業主	✓国・市道・邑洞面	✓地方財政/雇用主

#### 5-4. 若者の経済的自立支援

若年層の経済状態の悪化は、3カ国共通の少子化要因として重要視されており、これに対応した政策として、若者を対象とした雇用・労働政策が多数挙げられている。若年層の経済力の向上は、結婚や子どもを持つハードルを下げると考えられ、日韓の少子化対策の中でも重要な位置を占めている。

3カ国とも、若者の雇用対策が中心となっている。日本では、親からの生前贈与による支援という他の2カ国にはない経済的支援経路がある。韓国は、高学歴化が進んでいるにも関わらず、大卒者であっても卒業後の就職に苦勞する現実があり、雇用対策や職業訓練にとどまらない広範な支援策を提示している。中国でも同様に若者の就業困難が社会問題となっていることから、この分野の施策には力を入れていることがわかる。

表6 若者の経済的自立支援策の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 人材育成・資産形成支援	✓ライフイベントを踏まえたキャリア教育の推進 ✓若者の能力開発・キャリア形成促進（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、教育資金一括贈与に係る贈与税非課税制度	✓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） ✓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	✓中国共産党中央委員会・國務院「若者の雇用と起業家精神」に関する特別な章を含む「中長期の若者育成計画（2016-2025）」（2017年発表） ✓

2 雇用	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓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）</li> <li>✓正社員転換・待遇改善</li> <li>✓若者雇用促進法による、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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓若者の雇用と起業を促進するための政策システムの改善、積極的な雇用政策、起業支援、若者の雇用統計指標システム改善</li> <li>✓青少年雇用研修プログラム、無料の公共雇用サービスの完全実施、長期失業中の若者の就職支援、就職指導、就職情報、就職インターンシップ、就職支援等のサービス</li> <li>✓若者の職業訓練の強化、職業訓練補助金政策の実施</li> <li>✓若者の雇用権と利益の保護を強化する。若者の雇用と労働安全権益の保護メカニズムを改善し、労働安全監督と法執行、労働と人事の紛争調停、仲裁と訴訟、労働安全監督と監督を強化する。人材市場の監督を強化し、採用・雇用制度を標準化し、公正な雇用環境を整備する。失業保険、社会扶助、雇用の連携メカニズムを改善する。</li> </ul>
2 起業支援	✓	✓若者の起業支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓若い起業家のプラットフォームの確立、トレーニングとカウンセリングによる意識とスキルの向上、起業のための第三者総合サービスシステムの構築、金融サービス、銀行ローンなどの間接的な資金調達方法の最適化</li> </ul>

### 5-5. 不妊治療支援

3カ国とも、晩婚化・晩産化が進んでおり、妊娠を企図する年齢が高齢化して、個々のカップルが不妊のリスクに直面することが増えている。日韓では不妊治療に対する支援は拡充しており、韓国では2017年から、日本では2022年から不妊治療に保険適用を開始した。中国は、日本・韓国と比べてまだ平均第1子出産年齢が低いものの、急速に晩産化が進んでいることから、不妊治療への支援は注目されてきている。表にあるように、北京市など一部の地域で不妊治療の保険適用が開始されたものの、すぐに停止されるなど、まだ試行錯誤の状態にある。

表6 不妊治療支援策の比較：日本・韓国・中国

日本	韓国	中国
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓2022年4月より保険適用（自己負担3割）</li> <li>✓対象治療法はタイミング法、人工授精、体外受精、顕微授精、男性不妊手術で、第三者の精子・卵子等を用いた治療は対象外。</li> <li>✓治療開始時に妻の年齢43歳未満、事実婚夫婦も保険適用されるが認知意向ありの場合に限る。</li> <li>✓不妊専門相談センターの整備</li> <li>✓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（2021年度末で終了、ただし治療が継続している場合は経過措置で22年度末まで助成継続）</li> <li>✓不妊治療と仕事の両立の支援（<a href="#">厚労省情報提供ページ</a>）</li> <li>✓不妊治療連絡カードの活用（治療中の労働者と企業の円滑なコミュニケーションを促進）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓2017年10月より健康保険を適用</li> <li>✓当事者の要求を受け入れ、否定的なニュアンスがある不妊から難妊という言葉に変更（2010年～）</li> <li>✓2017年10月から難妊施術に健康保険適用</li> <li>✓健康保険給付提供に加え、所得基準（中位所得180%以下）を満たす人々を対象に難妊夫婦施術費支援事業施行（新鮮胚最大9回、凍結胚最大7回、人工授精最大5回、支援回数増加傾向、施術ごとに支援金申請可能）</li> <li>✓難妊夫婦心理及び医療相談サービス提供（難妊憂鬱相談センターを医療機関に委託）</li> <li>✓難妊施術費支援等の制度は過去法律婚の夫婦にしか提供していなかったが、2019年4月に法律改定により事実婚関係も含むようになった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓国家衛生健康委員会は、生殖補助医療機関を規定している。「人間による生殖補助医療の適用計画に関する指導原則（2021年版）」「生殖補助医療サービス機関および人員の管理の強化に関するいくつかの規定」</li> <li>✓2022年2月、北京市は人工授精、体外受精、胚移植など16項目を医療保険に含めたが、4月中旬、北京市医療保険局は生殖補助医療サービスの医療保険による支払いを停止した（中国医療保険局による医療保険の費用増大につながるという判断）</li> </ul>

## 5-6. 住宅支援

少子化対策において、住宅の取得が困難であるという問題は、韓国と中国で先行して顕在化した。不動産投機などにより、都市圏で住宅価格が高騰して、若年層の住宅事情が悪化した。結婚や子どもを持つ際の大きなハードルになっていると言われる。日本では、これまでの少子化対策で住宅施策はそれほど大きく扱われてこなかったが、2023年になって政府の少子化対策に関する情報発信の中で住宅支援が大項目の一つとして挙げられるようになった。少子化対策の一分野として「住宅政策」の重要性は認識されつつあり、今後、新婚夫婦や子育て中の夫婦に対してだけでなく、若者に対する住宅施策（例えば家賃支援や安価で良質な賃貸居住者向け住宅の供給増など）も打ち出されていく可能性がある。

表7 住宅支援の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 若者支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓若者向けの住宅政策は乏しく、親の家での同居者が多いことや、住宅ローン供給による持ち家政策が主流であったこともあり見過ごされてきた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓若者の住宅支援（若年者向け賃貸住宅の供給（青年幸福住宅、寮型青年住宅や買取りフォーム、チョンセ賃貸住宅など）</li> <li>✓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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> </ul>
2 結婚時	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓第3次低出産・高齢社会基本計画（2016年～）における①青年・予備夫婦住居支援強化（多様な青年住宅供給拡大:2019～）、②学生夫婦住居与件改善（青年賃借世帯住居費支援強化: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（子育ての良い住居インフラ整備:2019～）</li> <li>✓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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓不動産価格高騰の抑制</li> <li>✓17省庁が発表した「積極的な生殖支援対策の一層の充実と実施に関する指導的意見」により、自分の住宅を持たないが預金で賃貸住宅を借りる多子世帯を優遇している。住宅積立金は実際の家賃支出に応じて引き落とされる場合があり、子供の多い家庭が初めて自家用住宅を購入する場合、条件付きの市は、住宅積立金の融資額を適切に増額するなどの関連する支援策を提供できる。</li> <li>✓一部の市では、第二子のいる家庭に対するセカンドハウスの購入制限を解除している。無錫市梁溪区の人材住宅購入新施策では、2人以上の子供がいる家族はセカンドハウス購入総額の3%がサポートされると規定（一般的にはセカンドハウスの購入制限がある）</li> <li>✓三人っ子政策が発出されたことにより、このような住宅施策は国の政策として中国全体に広がる可能性がある</li> </ul>
3 子育て時	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓多子世帯への配慮・優遇</li> <li>✓融資・税制を通じた住宅取得等への支援（子育て世帯）</li> <li>✓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）</li> <li>✓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）</li> <li>✓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</li> <li>✓街なか居住等の推進（職住近接）</li> <li>✓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）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓住宅都市農村開発省は、複数の子供を持つ家族のために公営賃貸住宅提供を支援する（部屋数の確保、待機と割当ルールの最適化、住み替え時の便宜を図る）</li> <li>✓浙江省住宅都市農村開発局の「浙江省の良い教育を促進支援するためのいくつかの意見」では、共有財産権付住宅担保の条件を満たした3人の子供を持つ家族に、購入優先権を付与している</li> </ul>

4 新居の準備	✓新婚者が準備(以前は男性側の親が準備)	✓男性側：79.5%、女性側：20.4%（「2019年度 青年世代の結婚と出産動向に関する調査」） ✓ここ3-4年住宅が高くなったので結婚できない状況があり、住宅事情は結婚に影響している	✓農村部では、ほとんどの場合男性が家を準備するが、都市部では様々で、双方とその家族の経済状況による
5 持家率	✓51.5%（20-39歳男女、 <a href="#">2020年国勢調査</a> ）	✓34.8%（20-39歳男女、「2022年度 家族と出産調査」）	✓96%（全年齢） ✓70%（80年代、90年代生まれの持家率、米国の二倍、 <a href="#">HSBC銀行報告</a> ） ✓90年代生まれは25歳までに64.7%が家を購入した。（ <a href="#">HSBC銀行報告</a> ） ✓都会（北京上海広州）では買いにくい、特に都会では、住宅が結婚の障害になっている ✓若い人は親からの支援があり持家率が高い。 ✓65%の親は子供と住んでいない ✓90年代からすべて個人所有

### 5-7. 結婚支援

少子化の進展において、未婚化、晩婚化の進行の影響が大きいことは認識されてきたが、結婚を促進する政策は位置付けや具体策の提示が困難であり、若者の経済的自立支援という形での支援以外は、それほど行われてこなかった。しかし、日本では2010年代以降、結婚支援が少子化対策の中でも重要な位置付けがなされる分野となり、どのような方策があるのか模索が続いている。政府として日本全国に適用されるような直接的な結婚支援の制度（お見合い支援や婚活支援など）は存在しないが、地方自治体の取り組みに対して費用補助は行っている。また、個々人のライフコースにおいて結婚や出産をどう位置付けていくかということを考えるライフプランニング支援事業を補助するという形での支援も展開している。

韓国でも、自治体によって直接的な結婚支援は行われているが、中央政府による施策は行っていない。中国でも、結婚の減少は問題視されており、若年層の結婚に関する意識の啓発、結婚時に行われる彩礼金という慣習の行き過ぎの防止、出会いの場の整備等が検討されているが、中央政府による施策は行われていない。

表8 結婚支援策の比較：日本・韓国・中国

	日本	韓国	中国
1 施策・ 状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 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）</li> <li>✓ 移住者促進の面があり、地方の方が手厚い施策</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 出会い支援等は中央政府では明示的には行っていないが、一部の地方公共団体では行っている。</li> <li>✓ 地方公共団体の施策内容や金額は様々である</li> <li>✓ 結婚支援は結婚前と結婚後に分けられ、結婚前は主に住居支援やお見合いパーティー、結婚後は住居支援や結婚祝い金を支給（100万～1,000万ウォン）</li> <li>✓ 出生奨励手当は地域的に競争しており、出生率が低いところは非常に手厚い。しかしながら、韓国南部の自治体が、最初に500万wonの出産奨励金を出して出生率が上がったが4-5年後に調査をしたら受給者はみな転出していった。最近はそのそれぞれ中央政府で一律にしようという話をしている。</li> <li>✓ 父母給付 2023年1月から0-1歳：70万won、1-5歳：35万won。2024年1月からは0-1歳：100万won、1-5歳：50万won予定。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 2017年、中国共産党中央委員会と国務院は、「青少年の結婚と愛」に関する特別な章を含む「中長期青少年発展計画（2016-2025）」を発表した。若者の結婚、家族、リプロダクティブヘルスサービスがさらに改善され、若者の関連する法的権利がより適切に保証されるようになった。</li> <li>✓ 1.若者の結婚観、恋愛観、家族観の教育と指導を強化する。高校教育システムに愛と結婚の教育を取り入れ、感情的な生活に対する尊敬、誠実さ、責任に対する若者の意識を強化し、若者が結婚と愛についての文明的で健康的で合理的な見方を確立するように導く。マスメディアの社会的影響力を十分に発揮し、結婚と愛の肯定的な概念を広く広め、結婚と愛の否定的な概念に明確に抵抗し、肯定的で健全な世論の方向性を形成する。婚姻届や証明書の発行、集団結婚式など、文明的で儉約的な結婚式のエチケットを提唱する。若者が正しい家族概念を確立するように導き、高齢者を尊重し、若者を愛すること、男女間の平等、夫婦間の調和、勤勉で儉約家事、近所の団結、優れた家庭教育と家族の伝統の継承、および育成を提唱する家族文明、高齢者を尊重し、養い、助けるという若者の道徳的構築を強化し、高齢者を尊重するという伝統的な美徳を積極的に推進する。</li> <li>✓ 2.若い人たちの結婚や交際に効果的に奉仕する。未婚高齢者等への婚活サービスを中心に、健全な青少年の育成と交流活動を支援する。既存の社会化された若者の出会い系情報プラットフォームを標準化し、信頼性の高い若者の出会い系情報プラットフォームのグループを立ち上げる。婚姻サービス市場は法律に従って是正され、婚姻信託や婚姻詐欺などの違法な婚姻行為は厳重に取り締まる。労働組合、共産青年団、婦人連合会などの大衆組織や社会組織の役割を十分に発揮し、若者が結婚し、友人を作るために必要な基本的な保証と、特性に適した便利な条件を提供する。</li> </ul>
3 出会いの 場の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 以前は個人的に知り合いを紹介する人材（中高年女性）や職場などでの組織的な紹介の習慣があったが、今は少ない</li> <li>✓ 以前は結婚にあたり仲人を立てていたが、今はほとんどこの慣習はなくなった（ゼクシイ結婚トレンド調査2022によると仲人ありは1.9%）</li> <li>✓ 自治体が婚活パーティーなどを企画・実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ お見合いパーティーやマッチングシステムは民間結婚情報会社が行う</li> <li>✓ 家族関係が重要。</li> <li>✓ 本貫が同じなので別れる例、海外駆け落ちの例がある。昔よりも少なくなったが、まだある。本貫が一緒でも結婚できるようになった。法律でいとこ婚は禁止。</li> <li>✓ 仲人は20年までは盛んだが、今はない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 結婚プラットフォーム：政府はなし、民間ではたくさんある。</li> <li>✓ 労働組合、婦女連合会によりパーティーを組織。</li> <li>✓ 農村には仲人がいる。年配の女性が熱心に仕事としてやっている。お礼も貰う。都市にもある程度残っている。</li> </ul>



3 ICT・AI 活用	✓地域少子化対策重点推進交付金による結婚支援のAI活用(AIを始めとするマッチングシステムの高度化を含む、2020年度11.8億円、2021年度8.2億円、衆議院 <a href="#">質問・答弁</a> )	✓特になし	✓特になし
-------------------	---	-------	-------

## 6. まとめと考察

本稿では、日中韓の少子化の状況と少子化対策の進展・現状についてまとめた。

少子化の現状では、3カ国とも合計出生率は低下基調にあり、とりわけ韓国では1を下回るなど厳しい状況にある。いずれの国でも、晩婚化・晩産化が進んでおり、さらに再生産可能年齢層の女性人口が減少しているため、出生率・出生数ともに減少トレンドとなっている。少子化を推し進めている要因としては、若年層の経済状態の悪化や格差拡大、仕事と家庭の両立の困難、根強い性別役割分業意識の残存（ジェンダー不平等）、教育を筆頭とした子どもの養育に関わる親の負担増大、住宅取得の困難化、不妊の増大、旧来的な結婚・出産規範の後退などが3カ国で共通して指摘されている。

少子化対策への本格的な取り組みは、日本では1990年代、韓国は2000年代、中国は2010年代から始まった。中国は、2010年代の後半に出生抑制の方針が変化し、2021年をもって明確に出産奨励の方向へ転換したばかりで、「少子化対策」と呼べるような政策のまとまりはできていない。日本と韓国では、少子化の要因に関わる既存の施策や、創設した制度やサービスをまとめて「少子化対策」と位置付ける政策パッケージをもっており、日本では現行の第4次少子化社会対策大綱で6つ目、韓国では現行の第4次低出産・高齢社会基本計画で4つ目となる。

主な施策分野（産前産後休業、育児休業、保育サービス、児童手当、若者の経済的自立支援、不妊治療支援、住宅支援、結婚支援）について、3カ国の比較を行ったが、日本と韓国では似た施策が多数挙げられていた。一方、中国は、育児休業制度や児童手当制度、保育サービスの整備、不妊治療支援といった分野では制度や対策が確立しておらず、今後の課題となっていた。

日中韓3カ国とも、他の先進諸国において共通にみられる「親になることの先送り」が少子化進展のおもな理由であるが、この「先送り」をある程度一時的なもので収束させられるか、それとも多くの若者が「永遠の先送り」を行い、あるいはせざるを得ず、非婚化・無子化が進むかは、若い世代が直面している困難をいかに軽減し、多くの若者が将来展望を持てる社会にしていけるかにかかっている。将来展望がある社会にしていくために、各国とも性別役割分業を基盤とした社会から脱却し、共働きでも子育てしながら暮らしやすい社会を構築することが目指されている。

これには、少子化対策を筆頭に、安定的・長期的に施策を実行・改善し続けていくしかない。その際、制度やサービスはすぐに作れても、それが実際に使われ、人々の行動を変えるところまで実効性を持たせるには、ジェンダー意識をはじめとした社会規範が変わることも重要だ。例えば、どんなに充実した育児休業制度を作っても、性別役割分業を支持し、それに基づいた職場風土が社会にあれば、男性の育児利用は進まず、女性に家事・育児の負担は偏り続け、結局、制度は不完全にしか使われずに少子化の流れを変える一助にならない。しかし、人々のジェンダー意識が変わり、働き方が変わってくれば、育児休業があることで夫婦共働き・子育てが実現しやすくなり、出産のハードルを一つ下げることになる。

少子化対策の難しさは、制度やサービスの整備・拡充に多大なコストがかかるため、財政措置の壁が



立ちはだかることと、性別役割分業に基づく旧来的な社会規範が変わる必要があること、そして短期的に結婚・出生行動を変えられるような有効な手立ては乏しく、長期的視野で行う必要があるところにある。特に社会規範の変革は、新しいジェンダー平等の意識を持った世代が現役世代の中心になるまで待たねばならないことも多く、時間がかかる。3カ国の中では、日本はもっとも早く少子化対策に着手したが、30年の時間を経て、ようやく制度と社会規範のすり合わせが可能になった段階だと考えられる。その意味では、韓国の変化の速さは少子化対策の効果を阻む大きな壁となる可能性がある。

3カ国で様々な政策が行われているが、その政策を行って実際にどのような影響があったのか、どのような問題が生じたのかについて、情報交換を行うことは有効である。特に、少子化対策の本格的実施がこれからである中国にとっては、日本・韓国の制度やサービス設計、少子化対策に挙げられている施策メニュー、そして失敗の経験は大いに参考になるだろう。

## 参考文献

- Billari, Francesco C. and Kohler, Hans-Peter, 2004, "Patterns of Low and Lowest-Low Fertility in Europe", *Population Studies*, 58:2, pp.161-176.
- Caldwell, John C. and Schindlmayr, Thomas, 2003, "Explanations of the Fertility Crisis in Modern Societies: A Search for Commonalities", *Population Studies*, 57:3, pp.241-263.
- Kohler, Hans-Peter, Billari, Francesco C. and Ortega, Jose Antonio, 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.
- Tsuya, Noriko O., Minja Kim Choe and Feng Wang, 2019, "Socioeconomic Factors of Fertility Change", Tsuya, N.O., Choe, M.K. and Wnag F. (ed.), *Convergence to Very Low Fertility in East Asia: Processes, Causes, and Implications*, SpringerBriefs in Population Studies, Springer.
- United Nations, 2022, *World Population Prospects 2022*. (<https://population.un.org/wpp/>)
- Zhang, Jiakai, Xia Li and Jie Tang, 2022, "Effect of public expenditure on fertility intention to have a second child or more: Evidence from China's CGSS survey data", *Cities*, 128, 103812.
- 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。
- 金敬哲（2019）『韓国 行き過ぎた資本主義：「無限競争社会」の苦悩』講談社現代新書。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 彭希哲（2022）「中国の人口推移傾向と今後の展望」『社会保障研究』6(4)、pp.374-388。
- 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。

「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」  
『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）』

---

「中国における人口問題と政策対応に関する研究」

佐々井 司

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

少子化  
人口移動（地域間移動）  
世帯・家族

plus

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

【中国の人口管理】計画生育、戸籍管理

計画生育  
→ 緩和から自由化へ

戸籍管理（家族＞世帯＞住宅）  
→ 人口移動の実態に応じて改革

表 5-1 一人っ子政策の仕組み（主柱：晩婚・晩産・少生・稀・優生）

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

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

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

表 5-2 各地区の計画出産条例による第2子出産規定

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

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

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

## 「計画生育」に関する研究資料

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

### 【規制緩和の流れ】

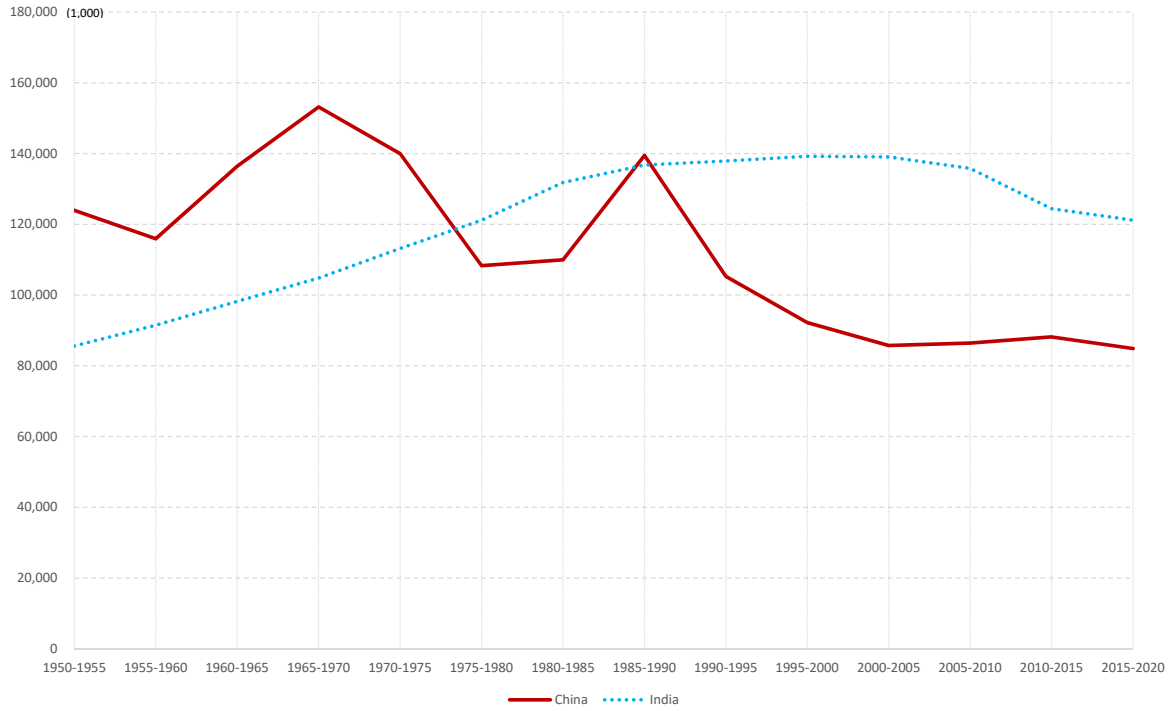
- 2001年 「人口・計画生育法」
- 2003年 「国家計画生育委員会」→「国家人口・計画生育委員会」
- 2013年 夫婦どちらかが一人っ子の場合の第2子出産を承認
- 2016年 「人口・計画生育法」改訂：第2子出生の合法化

### 【計画生育に起因する課題】

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

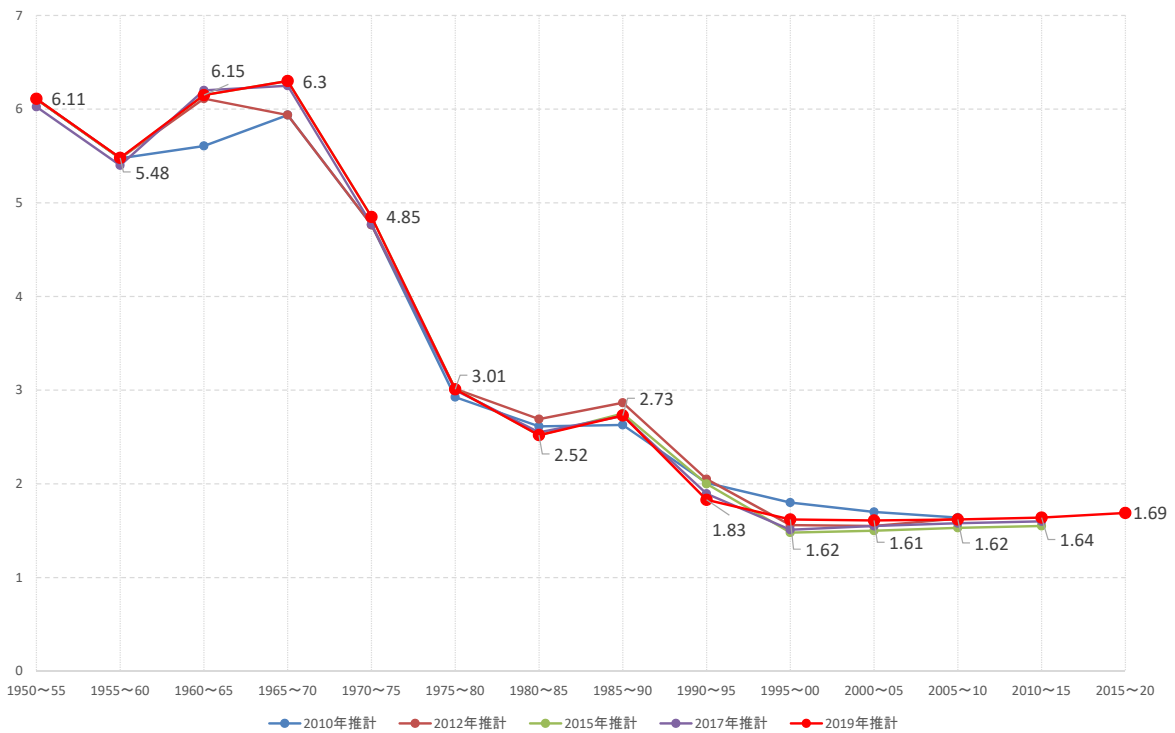
※少子化を加速させる要因  
(未婚化、住宅事情、大卒者の就職……)

### 出生数の推移



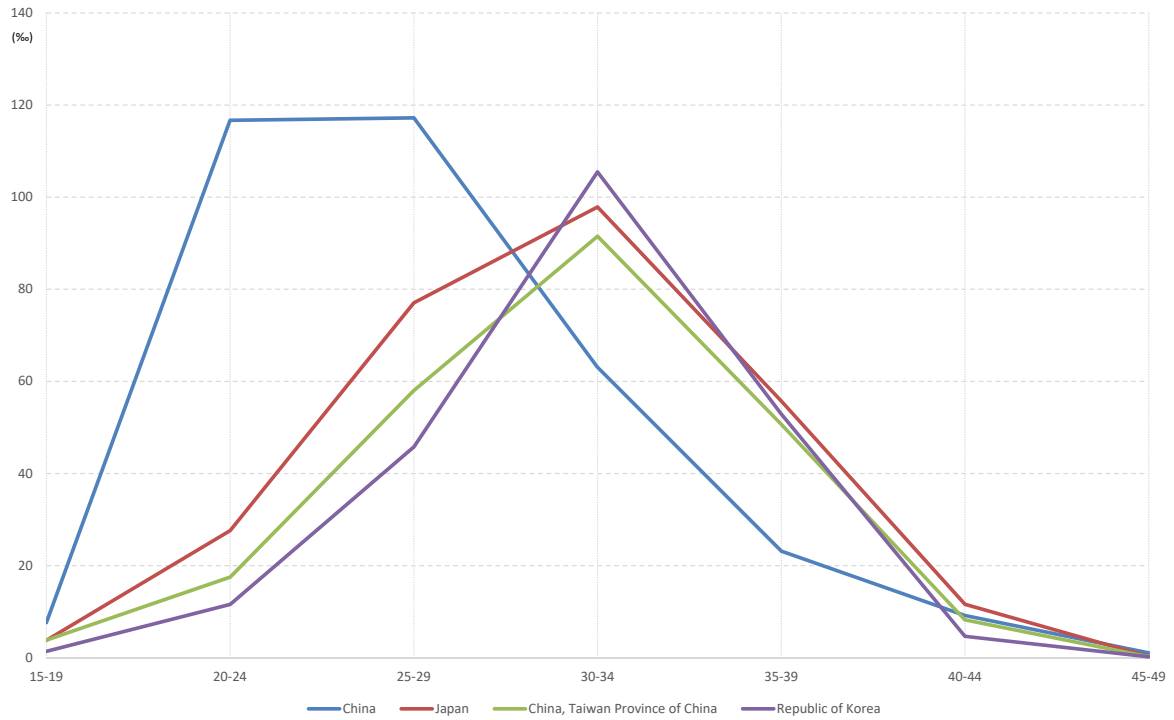
UN Population Prospects 2019.

### 中国の合計特殊出生率



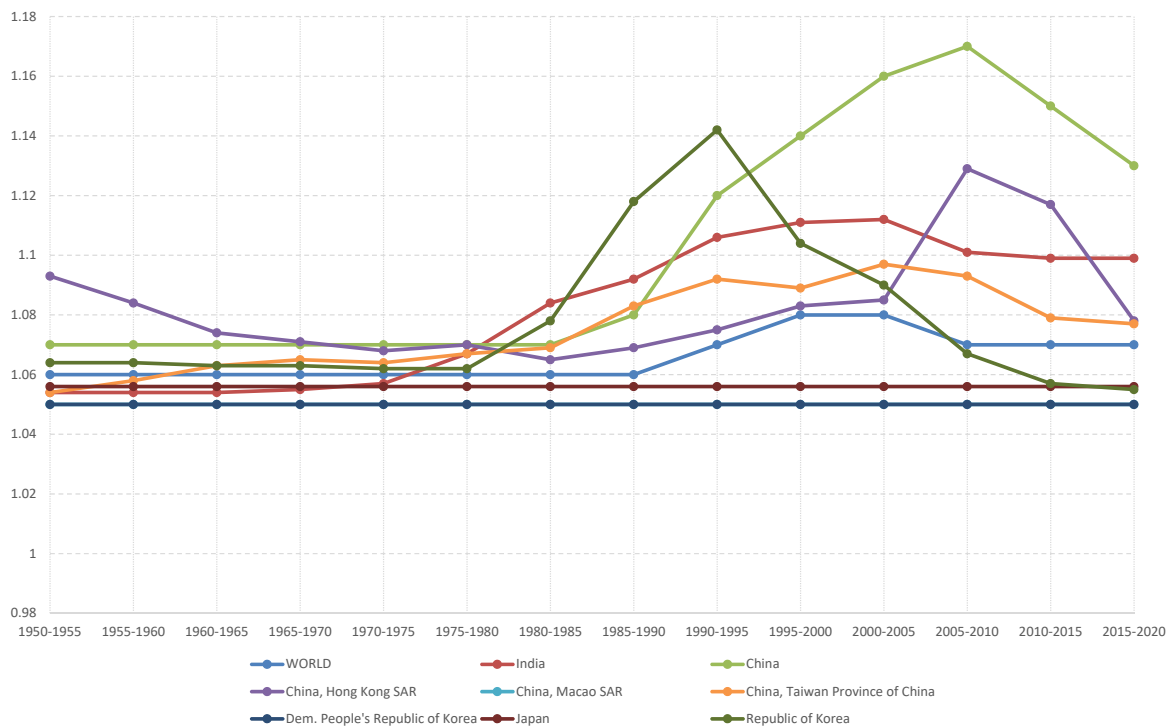
UN Population Prospects 2019.

### 年齢別出生率（2015～2020）



UN Population Prospects 2019.

### 出生性比（2015～2020）



UN Population Prospects 2019.



## 中国の戸籍制度と国内人口移動

household registration system and internal migration in China

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

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

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

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

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

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

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

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

### 「中国の戸籍制度と人口移動」に関する資料

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

目的：人口移動をコントロール

経済成長のための地域人口分布、人口構造  
地域間人口の補完関係

← 産業構造・就業状況、住宅事情

2014年

中国国務院「關於進一步推進戸籍制度改革の意見」（戸籍制度改革の更なる推進のための意見）

“2020年までに都市戸籍と農村戸籍を合わせた居民戸籍（住民戸籍）に統一する改革方針”大卒で40歳未満であれば都市の戸籍を取得できるなどの緩和

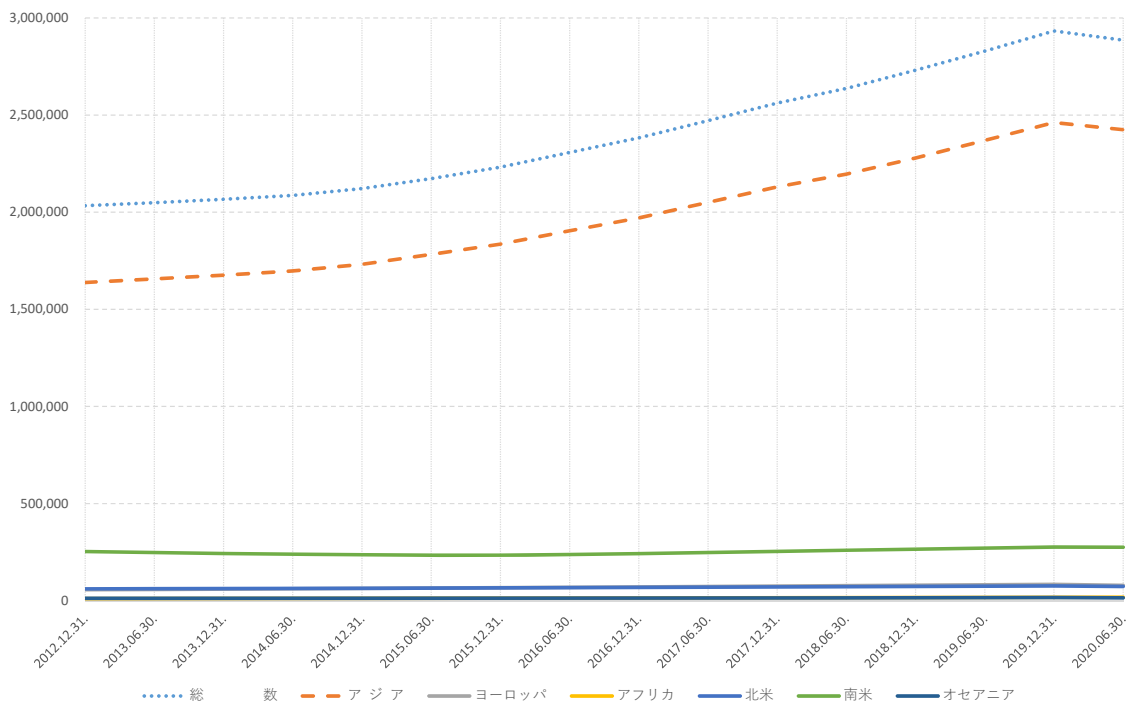


## 中国人口研究への問題提起

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

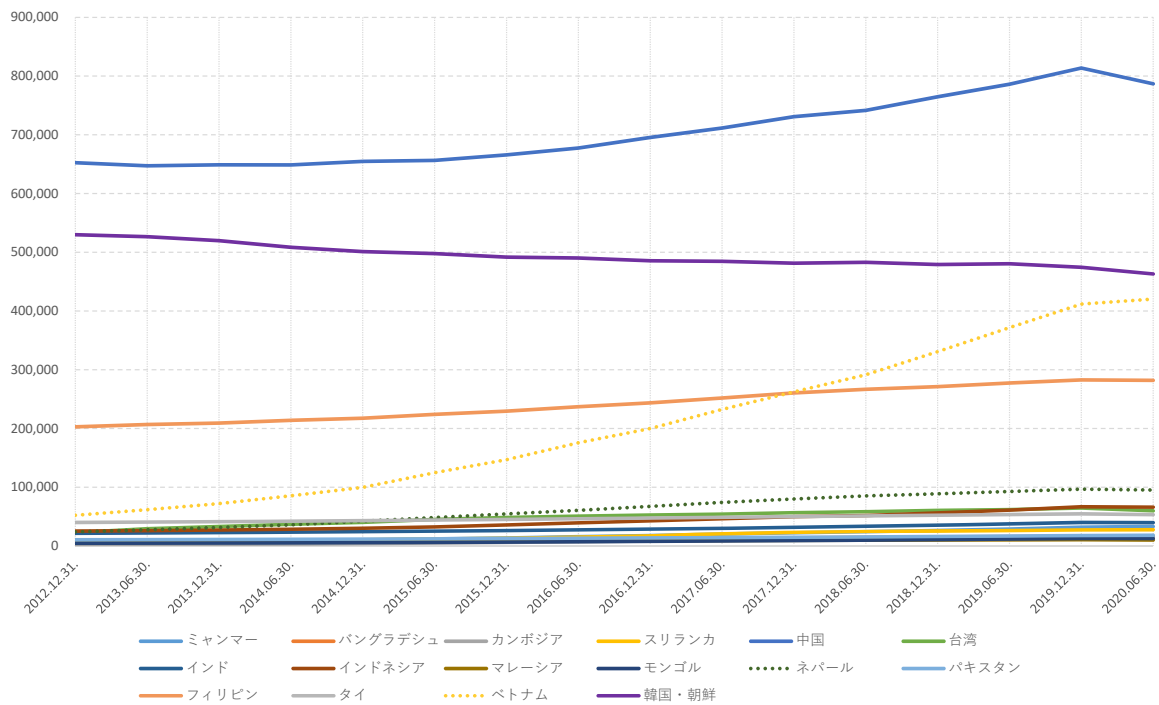
中国人口の行方  
少子高齢化と人口減少という課題  
※ 少子化、人口移動（地域間）、世帯・家族

## 在留外国人



出所：「在留外国人統計」

## 在留外国人（アジア諸国）



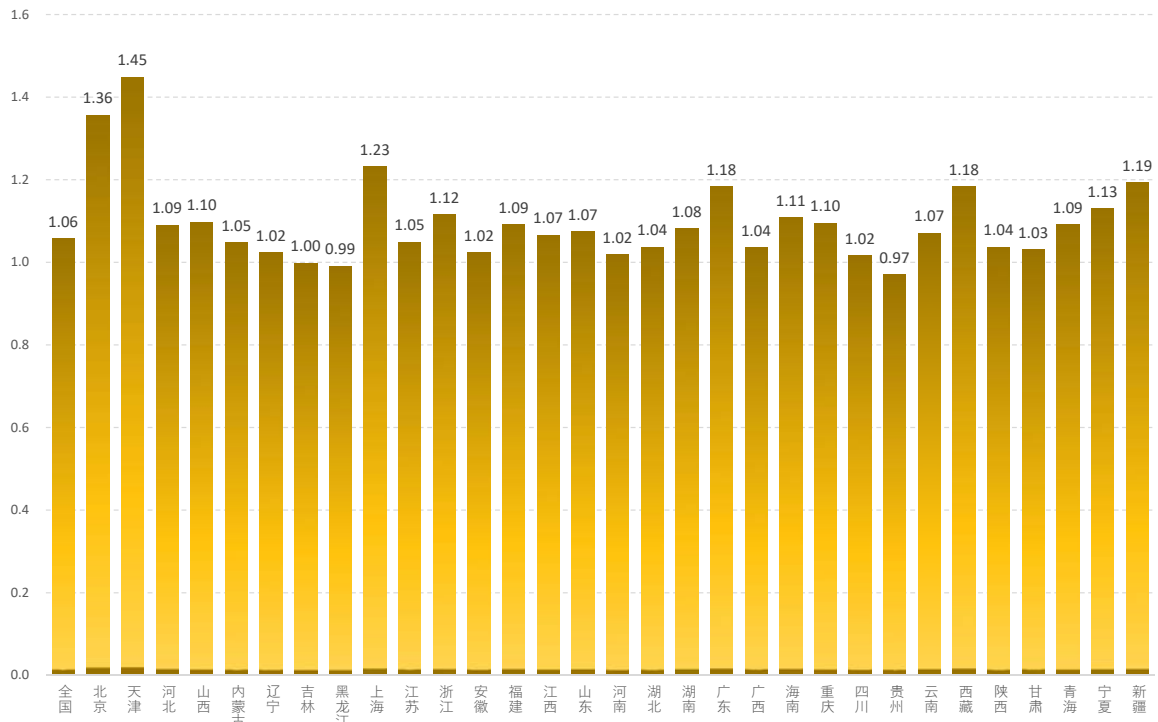
対日本人口0.5以上(y2020)	y1990	y2005	y2020	/Japan's	2005→20	TRF2015-2	Net Repro.	y1990→20	CTFR1985-1	Net Repro
Ethiopia	47,888	76,346	114,964	0.909	1.51	4.30	1.91	1.59	7.37	2.44
Democratic Republic of the Congo	34,612	54,786	89,561	0.708	1.63	5.96	2.47	1.58	6.71	2.32
Nigeria	95,212	138,865	206,140	1.630	1.48	5.42	2.08	1.46	6.60	2.19
Turkey	53,922	67,903	84,339	0.667	1.24	2.08	0.99	1.26	3.39	1.44
Bangladesh	103,172	139,036	164,689	1.302	1.18	2.05	0.96	1.35	4.98	1.94
India	873,278	1,147,610	1,380,004	10.911	1.20	2.24	1.002	1.31	4.27	1.64
Iran (Islamic Republic of)	56,366	69,762	83,993	0.664	1.20	2.15	1.03	1.24	5.62	2.46
Pakistan	107,648	160,304	220,892	1.747	1.38	3.55	1.54	1.49	6.30	2.48
China	1,176,884	1,330,776	1,439,324	11.380	1.08	1.69	0.78	1.13	2.73	1.23
Japan	124,505	128,326	126,476	1.000	0.99	1.37	0.66	1.03	1.65	0.79
Indonesia	181,413	226,289	273,524	2.163	1.21	2.32	1.09	1.25	3.40	1.46
Philippines	61,895	86,326	109,581	0.866	1.27	2.58	1.20	1.39	4.53	2.02
Thailand	56,558	65,416	69,800	0.552	1.07	1.53	0.73	1.16	2.30	1.06
Viet Nam	67,989	83,833	97,339	0.770	1.16	2.06	0.94	1.23	3.85	1.73
Mexico	83,943	106,005	128,933	1.019	1.22	2.14	1.02	1.26	3.75	1.72
Brazil	149,003	186,127	212,559	1.681	1.14	1.74	0.83	1.25	3.14	1.41
Russian Federation	147,532	143,672	145,934	1.154	1.02	1.82	0.87	0.97	2.12	1.00
United Kingdom	57,134	60,288	67,886	0.537	1.13	1.75	0.85	1.06	1.84	0.88
France	56,667	61,120	65,274	0.516	1.07	1.85	0.90	1.08	1.80	0.87
Germany	79,054	81,603	83,784	0.662	1.03	1.59	0.77	1.03	1.43	0.69
United States of America	252,120	294,994	331,003	2.617	1.12	1.78	0.86	1.17	1.91	0.92
WORLD	5,327,231	6,541,907	7,794,799	61.630	1.19	2.47	1.10	1.23	3.44	1.44
More developed regions	1,145,508	1,209,215	1,273,304	10.068	1.05	1.64	0.79	1.06	1.81	0.87
Less developed regions	4,181,723	5,332,692	6,521,494	51.563	1.22	2.59	1.15	1.28	3.90	1.61
Nepal	18,905	25,745	29,137	0.230	1.13	1.93	0.89	1.36	5.33	1.98
Sri Lanka	17,326	19,545	21,413	0.169	1.10	2.21	1.07	1.13	2.64	1.22
China, Hong Kong SAR	5,728	6,770	7,497	0.059	1.11	1.33	0.64	1.18	1.36	0.65
China, Macao SAR	344	483	649	0.005	1.34	1.20	0.58	1.40	2.00	0.95
China, Taiwan Province of China	20,479	22,706	23,817	0.188	1.05	1.15	0.55	1.11	1.77	0.83
Dem. People's Republic of Korea	20,293	23,904	25,779	0.204	1.08	1.91	0.90	1.18	2.36	1.08
Republic of Korea	42,918	48,701	51,269	0.405	1.05	1.11	0.54	1.13	1.57	0.71
Malaysia	18,030	25,691	32,366	0.256	1.26	2.01	0.96	1.42	3.67	1.72
Myanmar	41,335	48,950	54,410	0.430	1.11	2.17	0.997	1.18	3.78	1.55
Singapore	3,013	4,266	5,850	0.046	1.37	1.21	0.58	1.42	1.70	0.81

### 海外在留邦人（令和元(2019)年10月1日現在）

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

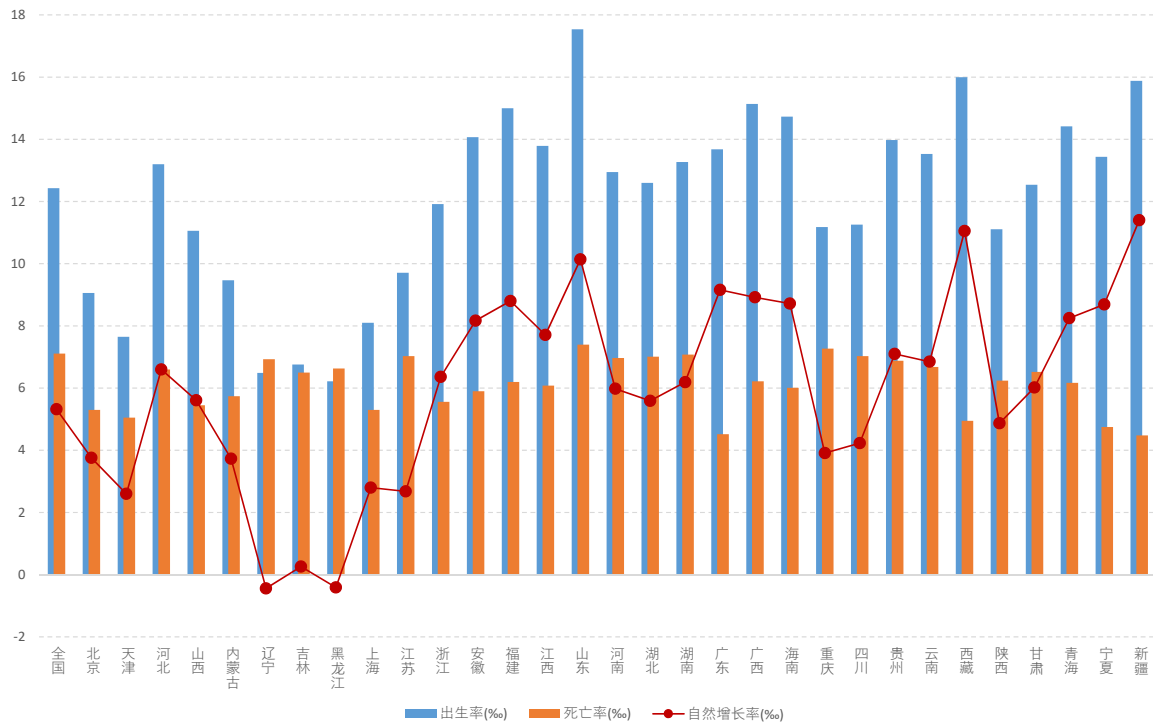
出所「海外在留邦人数調査統計（令和2年版）」

### 人口増加（2006～17年）



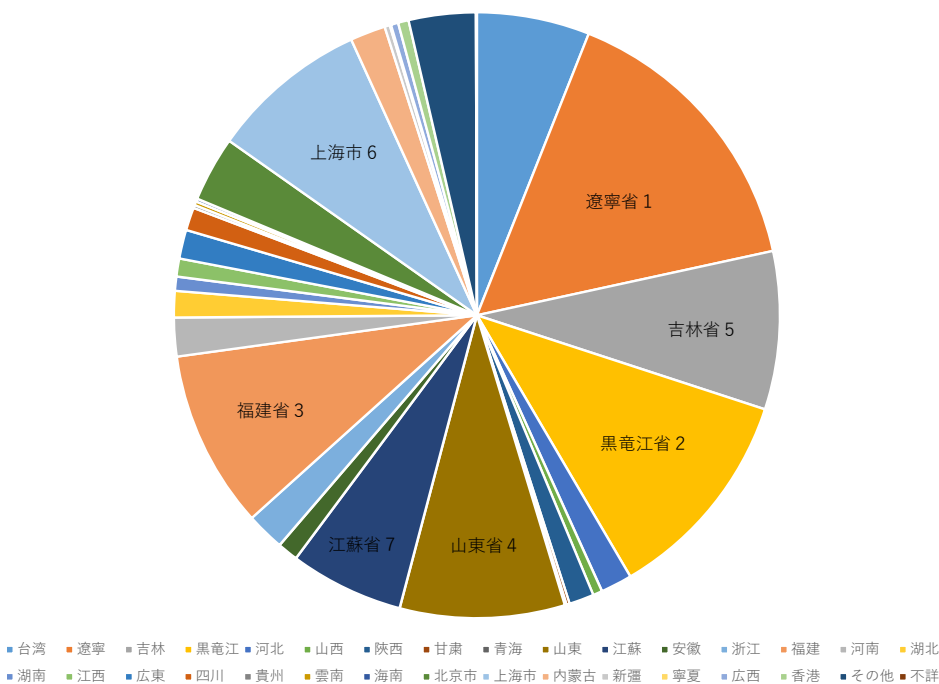
出所：中国統計年鑑2018

### 人口増加（2017年）



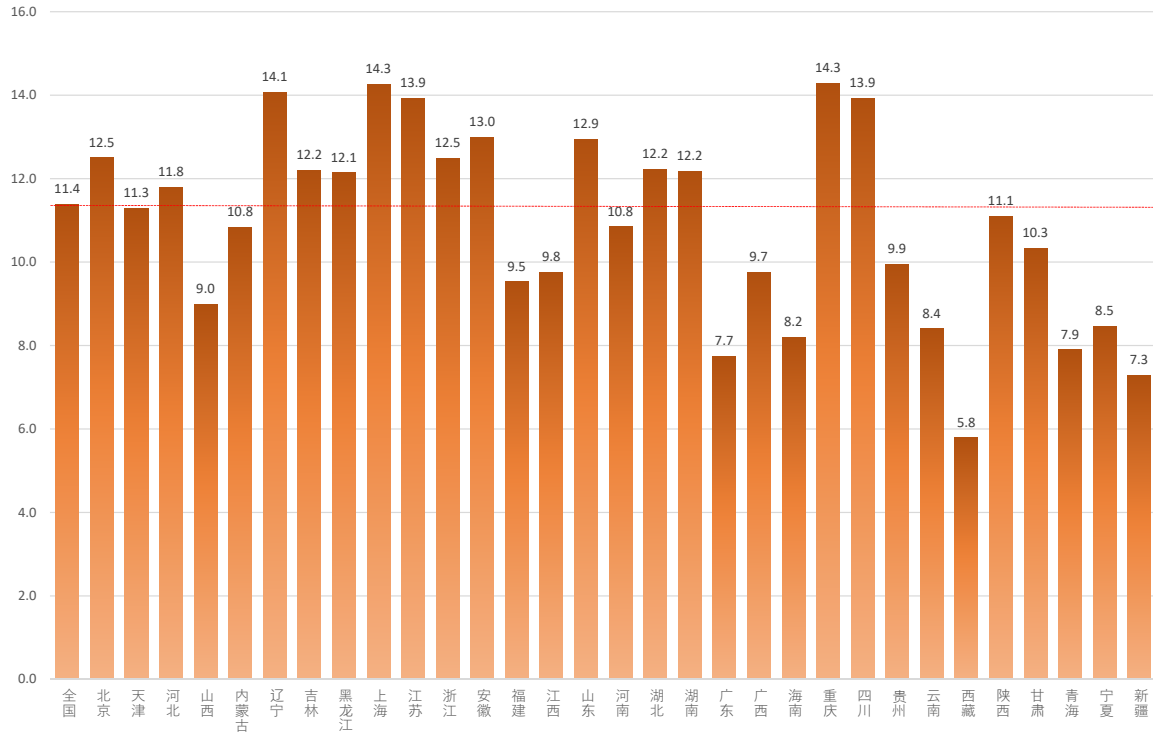
出所：中国統計年鑑2018

### 本籍別・外国人登録者（2011年）



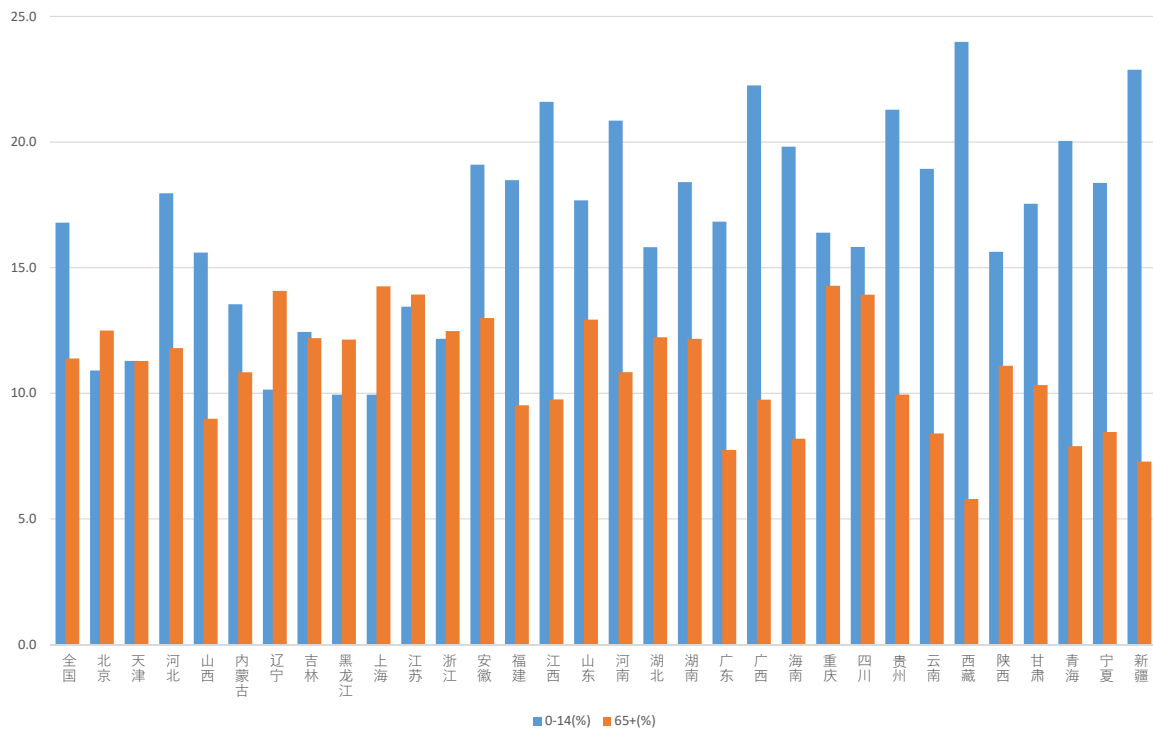
出所：登録外国人統計（2011年）

### 高齢者(65歳以上) 人口割合 (2017年)



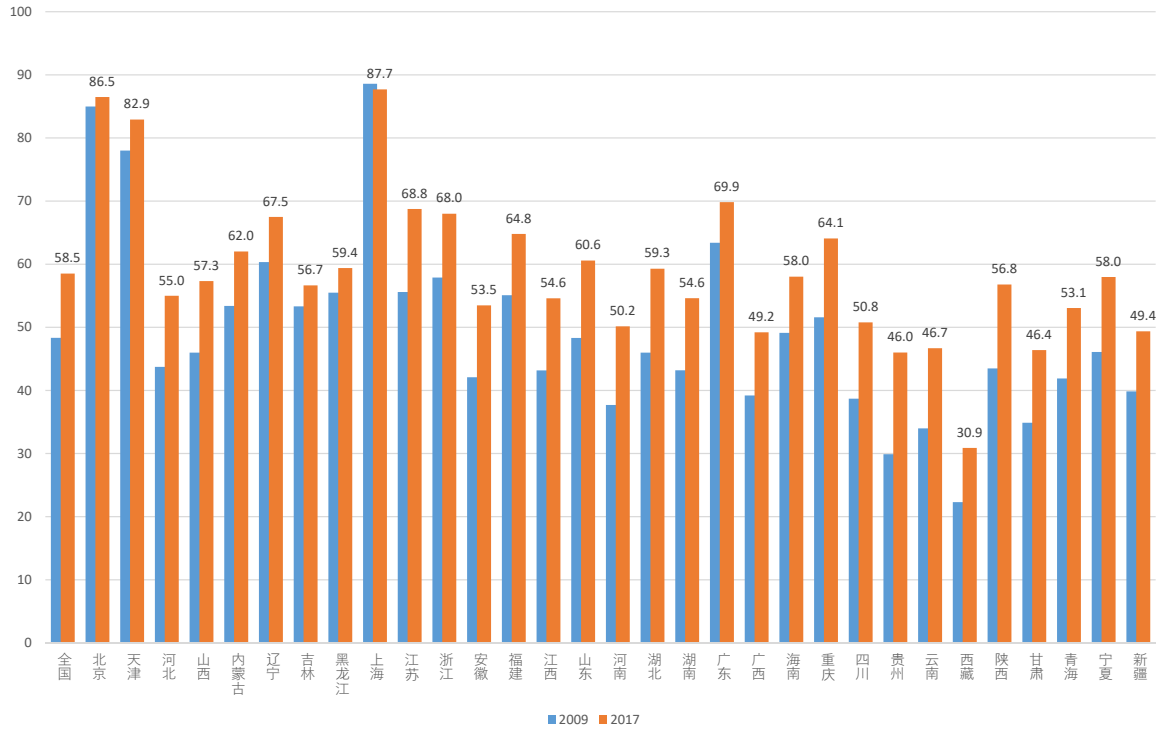
出所：中国統計年鑑2018

### 0～14歳、65歳以上人口割合 (2017年)



出所：中国統計年鑑2018

### 都市人口割合（2009、2017年）



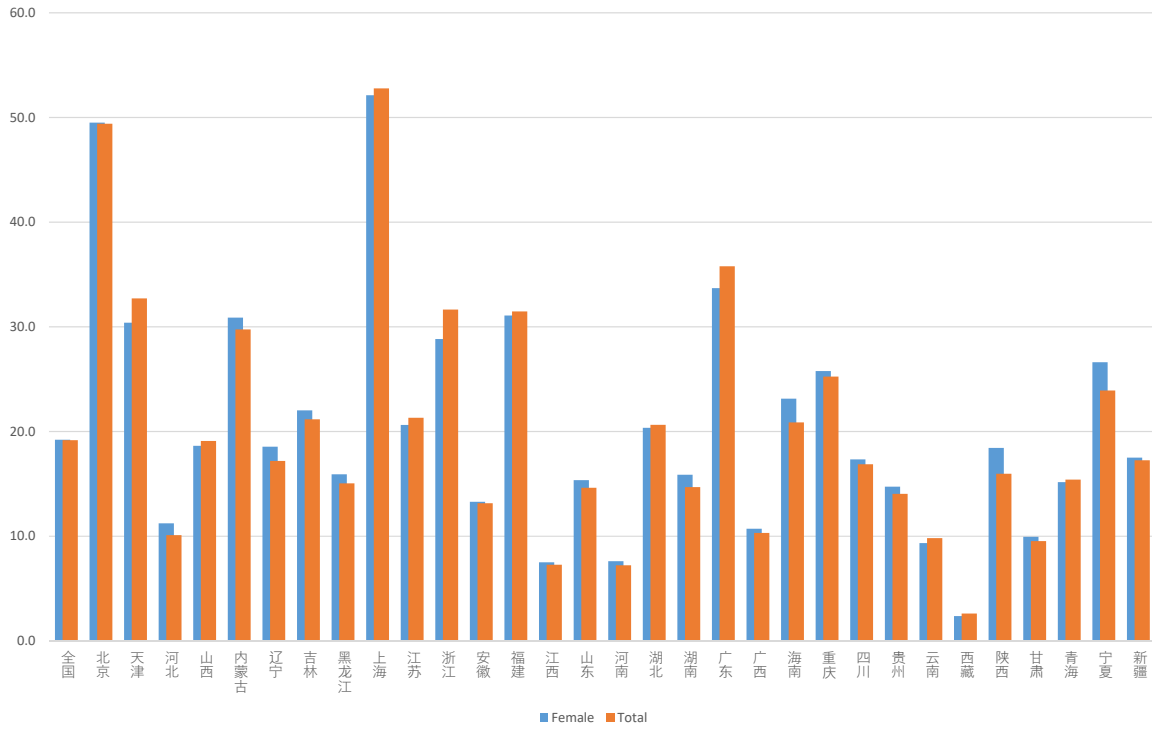
出所：中国統計年鑑2018

### 流動人口

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

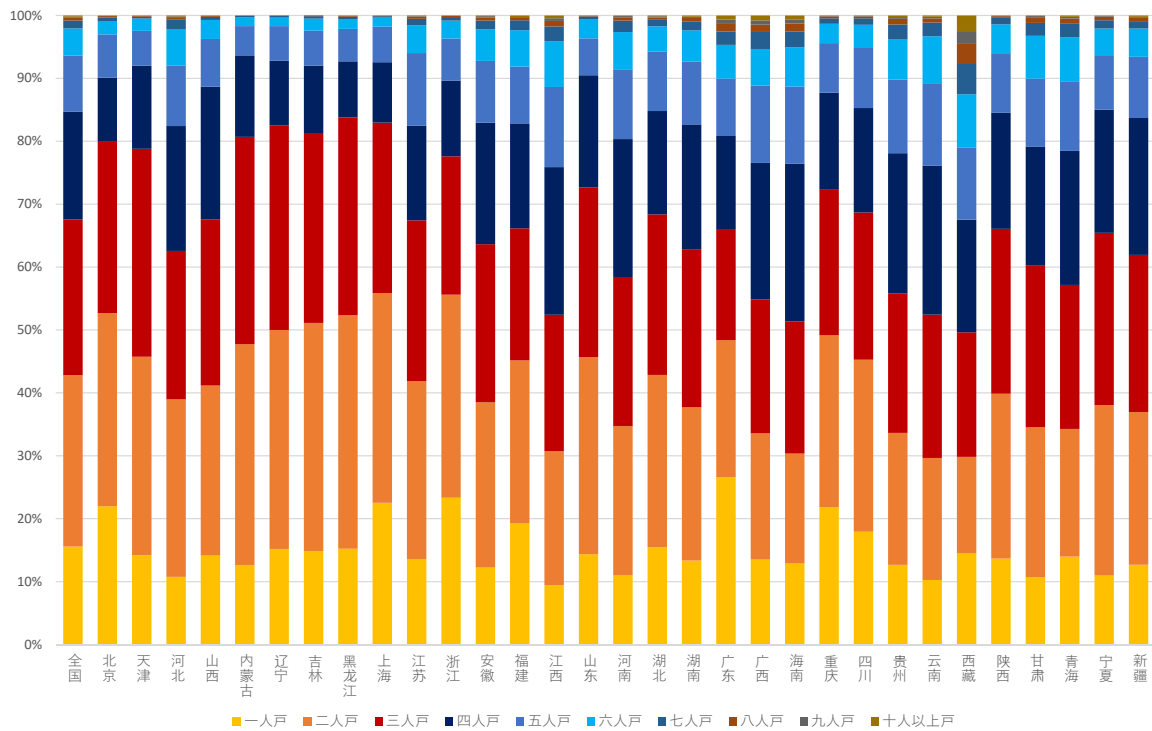
出所：中国統計年鑑2018

### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



出所：中国統計年鑑2018

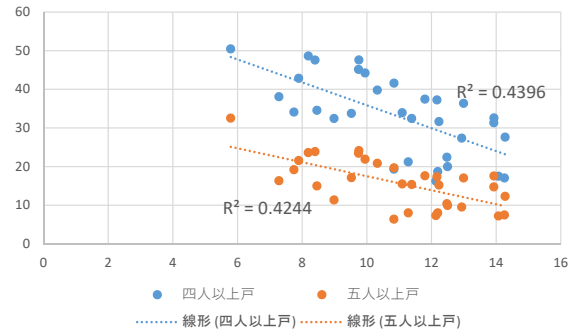
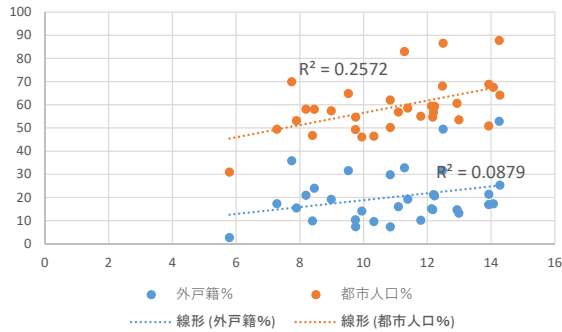
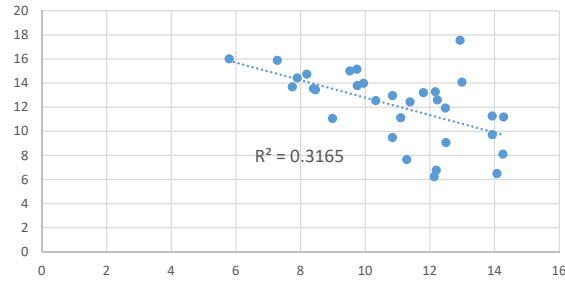
### 戸口が他地域にある者の割合（2017年）



出所：中国統計年鑑2018



出生率(‰)



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

中国の人口変動と日本への影響

中国の社会保障に影響を及ぼすと考えられる3つの人口学的要因

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

中国人口に関する研究の視点  
 中国人口研究への問題提起

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

国連人口統計等を用いた定量分析

## 国際比較からみた日本の出産サービスの特徴と課題 – 予備的検討 –

竹沢 純子

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

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

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

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

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

### 2. 先進諸国における出産サービスの国際比較に関する先行研究

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

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

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

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

軸を検討する。

(1) 文献の分析対象と概要

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

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

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

図1 先行研究の対象

① De Vries et al. (2001)

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

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

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

## ② 松岡・小浜（2011）

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

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

## ③ Kennedy and Kodate（2015）

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

## （2）3 文献の貢献と限界

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

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

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

### (3) 先行研究を踏まえた本研究の方向性

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

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

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

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

表1 日本の出産サービスの内容

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

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



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

出典：Fukuzawa and Kodate (2015)に基づき作成。

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

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

#### (1) 先行研究で指摘される日本の出産サービスの特徴

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

表2 日本の出産サービスの特徴

- 1) 人口に対して産科医・助産師数は少ない。
- 2) 妊娠中の疾病の場合及び産後の入院期間は OECD 平均より長い。
- 3) 里帰り出産に代表される通り産後は親族によるサポートが一般的で、産後ケア施設が普及している中国・韓国とは異なり日本では普及していない。
- 4) 無痛分娩率は先進諸国と比べて非常に低い。
- 5) ジェンダーギャップ指数の国際比較によれば日本のランクが低位であり、立法府と医療提供者と出産サービスの提供現場においても権力アンバランスが色濃く反映されている。

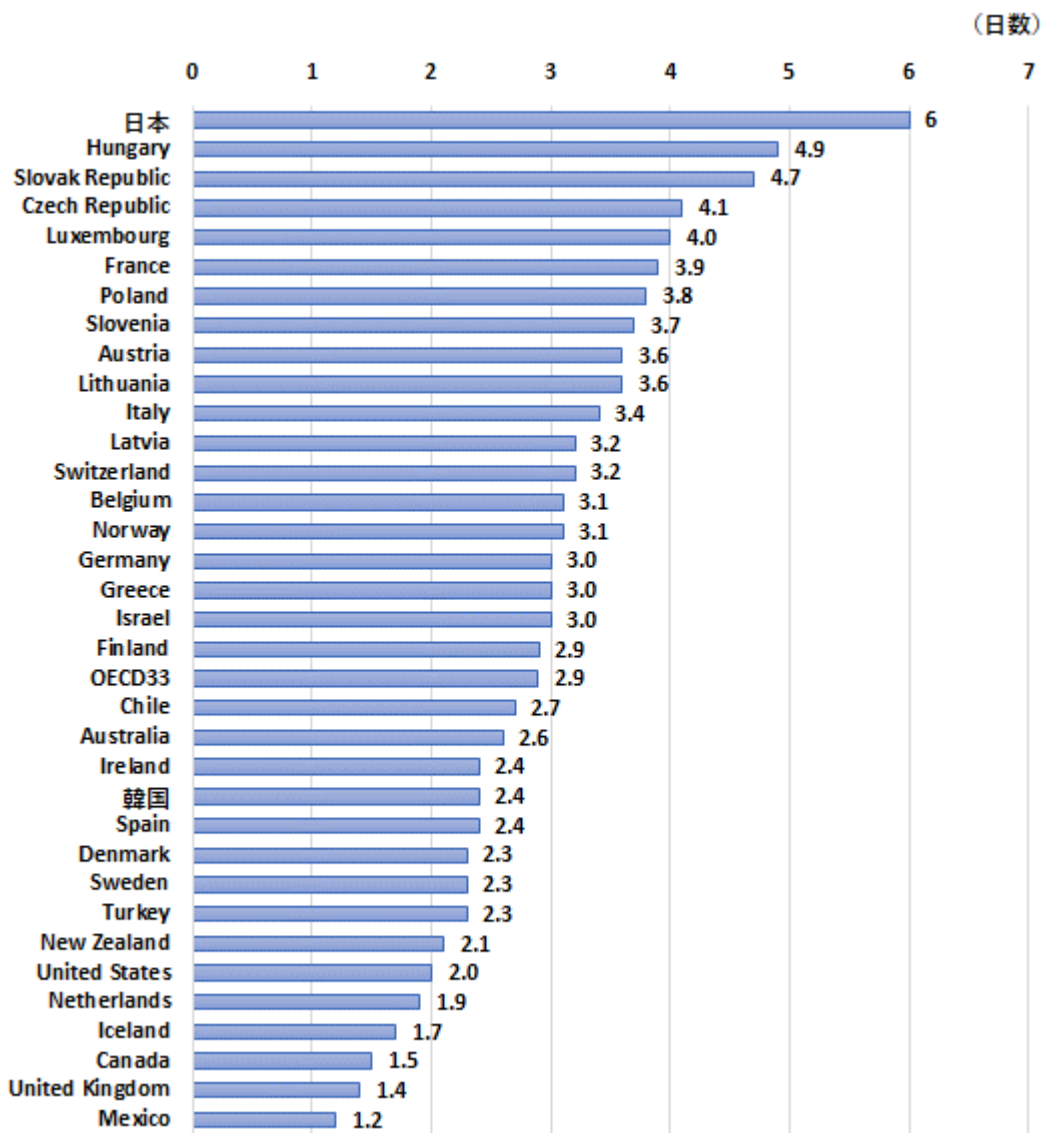
#### ①入院期間が長いこと（表2の2）

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

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

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

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

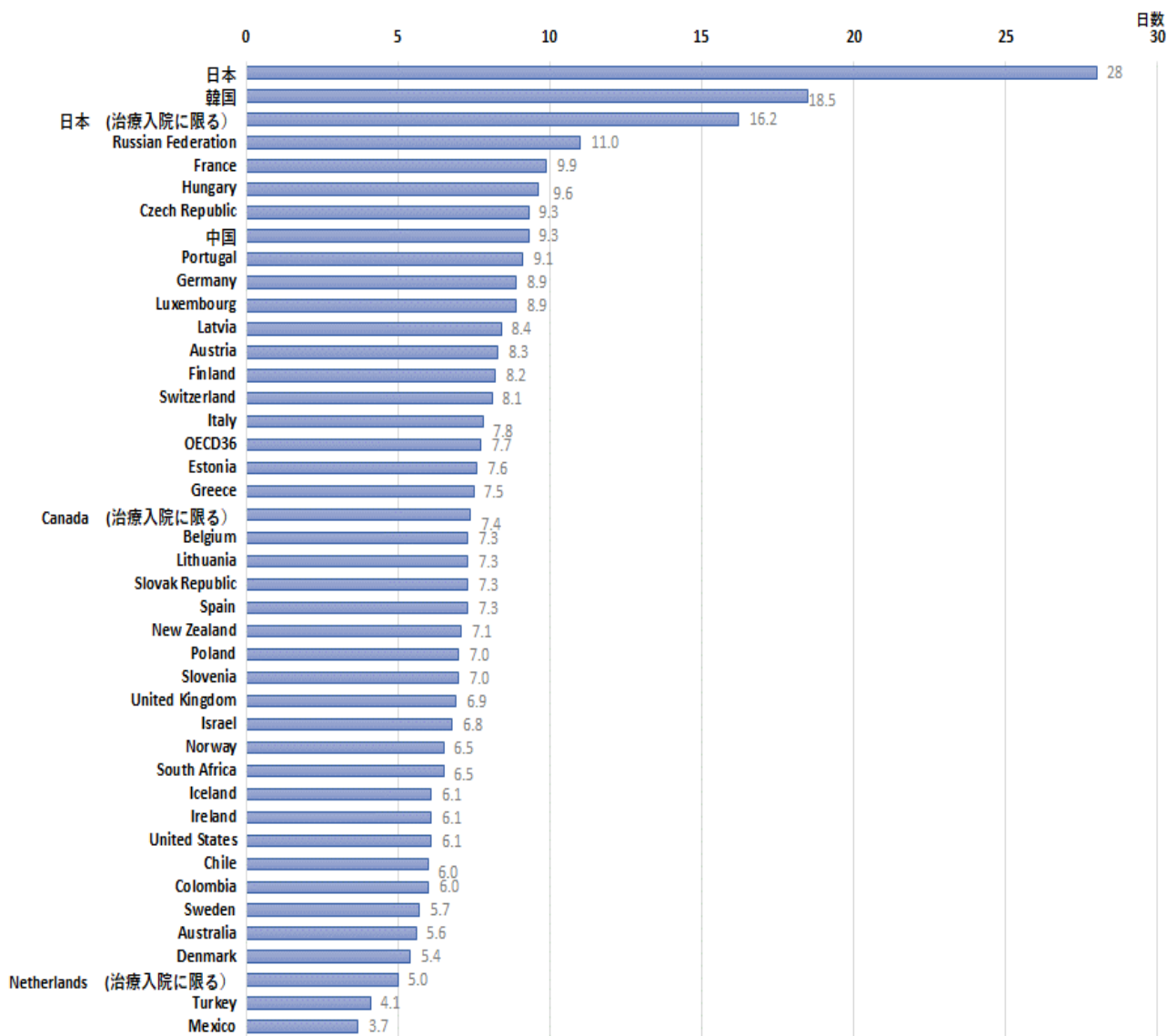


出典：OECD Health Statistics 2019.

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

注：諸外国は2017年、日本は2016年。

図2 正常分娩の入院日数(2017年)



出典：OECD Health Statistics 2019.

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

図3 平均入院日数(2017年)

②無痛分娩率が低いこと (表2の4)

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

表3 硬膜外無痛分娩率、帝王切開率

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

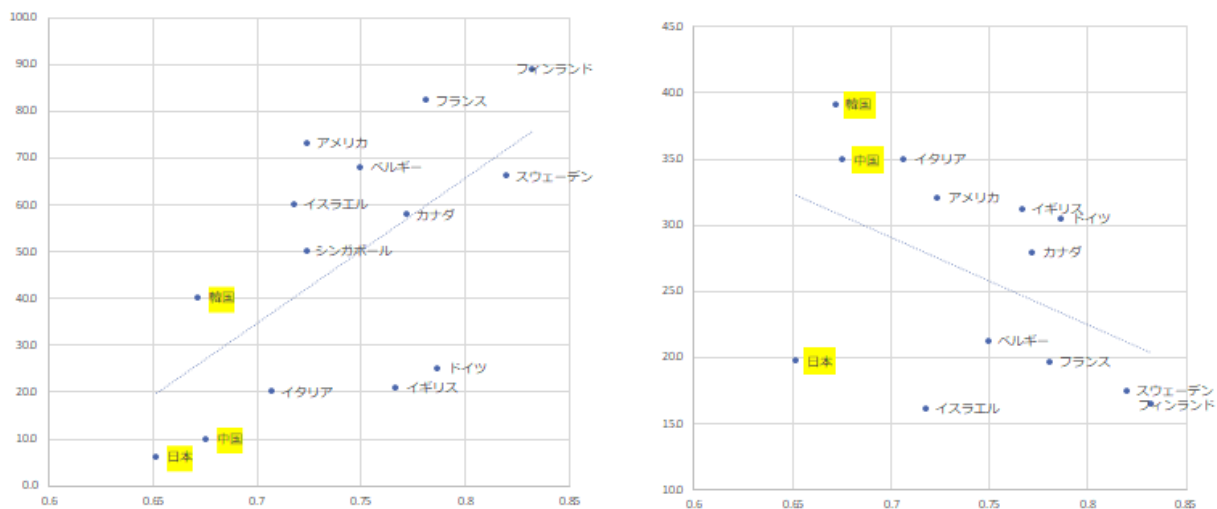
(出所) 硬膜外無痛分娩率は大原 (2019)、帝王切開率はWHOデータベース  
[Births by caesarean section \(%\) \(who.int\)](#)

### ③ジェンダーギャップが大きいこと（表2の5）

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

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

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



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

図4 ジェンダーギャップ指数と硬膜外無痛分娩率及び帝王切開率

## (2) 先行研究において指摘されていない日本の出産サービスの特徴

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

### ①妊娠、分娩及び産じょくに係る保健医療支出の国際比較

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

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

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

である。

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

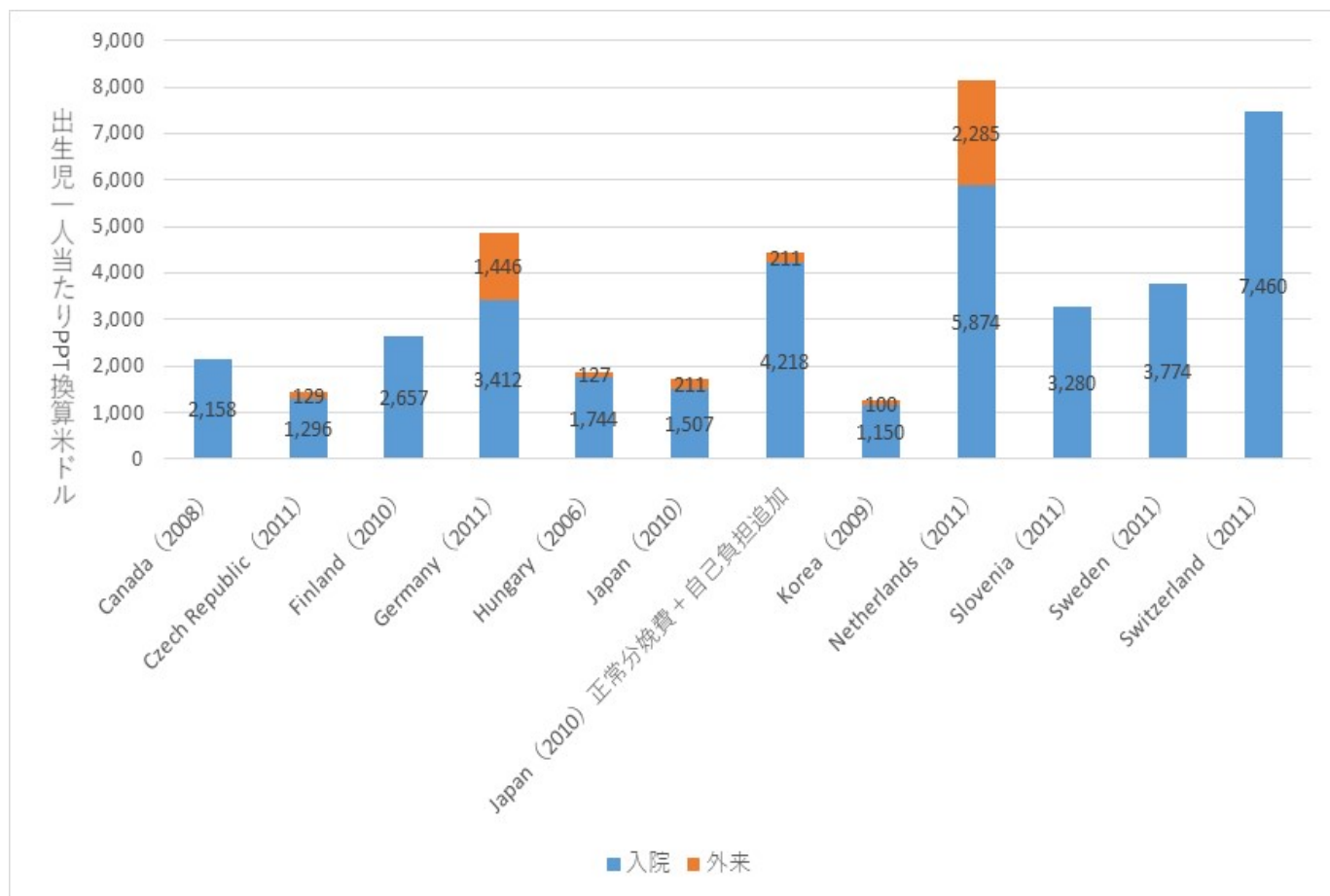


図5 出生児一人あたり妊娠、分娩及び産褥に要する費用

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



## ②出産給付の形式－現金給付（出産育児一時金）

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

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

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

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

表4 出産給付の変遷

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

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

表5 日本の出産給付（出産育児一時金）に関する先行研究

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

#### 4. おわりに

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

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

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

## 参考文献

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

## International comparison of maternity service of Japan – preliminary study

TAKEZAWA Junko<sup>7</sup>

In the first year, a preliminary study is conducted on the characteristics of Japanese maternity care services from the perspective of international comparisons, based on previous comparative studies and international comparison data.

The three previous studies dealing with international comparisons of maternity care services are commendable in that they examine the diversity of services in each country and the factors behind them, with a broad focus on history, politics, and culture. However, they only present country-specific examples, and there is no analysis that follows a common analytical framework for international comparative studies. There is also no sufficient consideration of the characteristics of Japan from an international comparison perspective. In the future, this study will start with a comparison of East Asian countries (China, South Korea, and Taiwan) along the analysis axis of Kennedy and Kodate (2015), collect and organize information, and then expand the comparison targets to Western countries. In the course of these comparative analyses, we plan to examine the characteristics and issues of Japan, and further deepen our analysis of the issues that have become apparent.

Next, as a preparation for conducting comparative research in the next year and onward, I will examine the following three points of Kennedy and Kodate's (2015) description of Japan's characteristics in terms of international comparisons (average hospital stay for normal delivery, epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate, and the relationship between the gender gap index and epidural pain relief delivery rate and cesarean section rate). For these three indicators, I made a preliminary study of the characteristics of Japan, referring to international comparison data and literature, and extracted issues that need to be examined. The differences between Japan, China, and Korea are clearly expressed in these indices, and it is our task to further investigate the factors that cause these differences in the future. In addition, although not mentioned in Kennedy and Kodate (2015), we discussed two points that are considered to be characteristic of Japan (health care expenditures for pregnancy and childbirth, and cash benefits in the lump-sum payments for childbirth) based on data and literature. Regarding the former, we estimated the expenditure on pregnancy, childbirth, and childbirth per birth by inpatient and outpatient categories, and found that Japan has the second highest inpatient expenditure after Switzerland and the Netherlands, suggesting that the cost of hospitalization for pregnancy, childbirth, and childbirth may be high internationally. This suggests that the cost of hospitalization for pregnancy, labor and delivery and obstetrics in Japan may be high from an international perspective. The reason for this is the long duration of hospitalization, but the level in Japan and the factors that explain it remain to be determined.

<sup>7</sup> National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)



## 就業構造基本調査の個票データを用いた父親の育児休業取得に関する分析

竹沢 純子

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

近年、父親の育児休業（以下、「育休」という。）の取得率は上昇傾向にあり、2021年度には14%に達している<sup>1</sup>。政府は父親の育休取得率目標を「2025年に30%」に設定したが<sup>2</sup>、2021年の育児・介護休業法改正において出生時育児休業（通称「産後パパ育休」）を導入し、さらに今後、同期間の育休給付の給付率を実質的に100%とする等の取組を集中的に進めることにより、父親の取得率を「2025年に50%、2030年度に85%」へ、大綱の目標を上回る水準が目指されている<sup>34</sup>。

このような父親の取得率の引き上げを目標として政策を進めるに際して、まず現状どのような属性の父親が取得または取得していないか、実態を把握する必要がある。しかし、最近まで公的統計調査で育休の実態分析に適するデータはなく、民間調査データによる父親の取得の実態把握についても代表性や父親育休取得者のサンプル数確保の面で限界があり、実態の把握は十分とはいえない<sup>5</sup>。そうした中、総務省「就業構造基本調査」<sup>6</sup>では2014年調査から育休取得有無の項目が加わり、個人・世帯の社会経済的属性と育休取得の関係について分析が可能となった。同調査は調査規模が大きいため、父親の育休取得者についてもサンプル数が確保されているが、同調査の個票データを用いた父親の育休取得の規定要因の分析はまだ行われていない。

本研究は、総務省「就業構造基本調査」の個票データを用いて、夫婦の収入や就業状況等の社会経済的属性と父親の育休取得の関係を明らかにすることを目的とする。

### 2. 先行研究

父親の育休取得と社会経済的属性の関係については、北欧諸国を中心に個票データを用いた先行研究

<sup>1</sup> 厚生労働省『令和3年度雇用均等調査』

<sup>2</sup> 少子化社会対策大綱（令和2年5月29日閣議決定）

<sup>3</sup> 2023年3月17日朝日新聞記事「産後パパ育休」手取り実質100%保障 首相アピール、課題は財源」

<sup>4</sup> 2023年3月31日毎日新聞記事「政府、少子化対策の加速プラン発表 財源に社会保険料引き上げ検討」

<sup>5</sup> 父親の育休取得者は社会全体で見ると少数派のため、調査において属性別の分析が可能なサンプル数を確保することが難しく、調査データによる先行研究を政策立案の基礎とすることは、サンプルの代表性の点で懸念がある。中里

（2023）は独立行政法人労働政策研究・研修機構が実施した二つの小規模な調査を用いて分析考察を行っているが、男性取得者数がかかなり少数のため、結果の解釈は留保付きとならざるを得ない。また、長沼ほか（2017）が利用する株式会社インテージリサーチが実施した『男性の育児休業等取得による本人の働き方等の変化に関する調査研究』においては、育休取得者のオーバーサンプリングによりサンプル数確保を優先したため、勤務先の業種や従業員数、回答者の雇用形態等は、日本全体の就業構造とは異なり、代表性の点で十分とはいえない。

<sup>6</sup> 育休取得の項目を含む公的統計調査として、厚生労働省「雇用均等調査」がある。しかし同調査は事業所ベースで調査が実施され、同調査で得られる情報は事業所毎の取得者数等のマクロ指標であり、労働者個人とその配偶者の属性などミクロレベルでの分析に必要な情報は含まれておらず、同調査による取得実態の把握には限界がある。また、総務省「全国消費実態調査（現、全国家計構造調査）」においても育休の取得有無と取得期間が調査項目を含んでいたが、平成31（2019）年度調査より削除となっている。

があり、父親の高学歴、高収入が取得に正の効果を持つことなどが明らかにされている。Marinissen et al. (2019) は収入に関して、仕事と家庭を両立するための夫婦間の共同決定との考え方から、Becker(1991)の家庭内経済生産理論及び Blood and Wolfe (1960) の勢力理論に基づき、父親の育児休業取得において、収入やキャリアの展望が有利で機会費用が高い父親は、同費用が低い父親よりも育児休業を取得する確率が高くなり、収入面では世帯収入への貢献度が高い父親ほど育児休業の取得率は低くなるとの理論仮説を立てている。この点について、スウェーデンとベルギーを比較検証した結果、ベルギーでは世帯収入が中間層の場合に父親が最も育児休業を取得しやすく、スウェーデンでは父親の相対所得が女性パートナーと同程度の場合に最も休業を取得する傾向を見いだしている。また、同様の理論枠組みによりスウェーデンとフィンランドを比較した Duvander et al. (2021) では、父親と母親がそれぞれ家計全体の 45-55% の同程度の収入を得ている場合に父親は最も休暇を取得しているという結果を得ている。これらの研究から、世帯収入に占める父親の収入が高いほど父親の取得率が高いという線形の関係になるとは限らず、逆 U 字型、つまり父母で同程度の収入で最も取得が多く、父親の収入比率が低いまたは高い層では取得率が低くなる国があることが明らかにされている。

一方、日本の先行研究では、調査なデータを用いて父親の取得要因を計量分析したものは数少ない（長沼・中村・高村・石田 2017、幅・白石 2020）。長沼ほか（2017）では父親の年齢、学歴、世帯年収、企業規模、就業形態などの社会経済的変数をダミー変数として投入しこれらの父親育休に影響する要因の影響をコントロールした上で、職場環境要因として両立支援制度の有無や職場の雰囲気、家庭要因として家事時間や配偶者の就業状況が父親の取得に与える影響を分析している。家庭要因のうち配偶者が無業の場合よりも正規・非正規として就業の場合に父親の取得率が有意に低いという結果が得られている。この点は、日本の育休制度が共働き世帯よりも専業主婦世帯の父親の取得促進的(優遇的)であるという注目すべき結果であるが、考察において全く言及がない。それよりも、職場の両立支援制度の充実や職場の理解、出生前から家事育児に参画している場合に父親はしやすい傾向にあることを強調し、父親の取得率増加には職場環境の整備と、出産前から家事に関われるような環境整備が求められ、働き方改革や啓発が重要としている。幅・白石（2020）は長沼ほか（2017）が実施・利用した調査を二次利用した分析であり、父親が大企業、父親年収が有意に正の効果、母親が専業主婦であることが有意に負の効果を有するとの結果を得ている。

これらの先行研究では職場環境、家庭環境と取得の関係の分析に重点が置かれ、世帯収入や父親の収入が取得に有意に正の効果があることが確認されているが、父母の相対的な収入と父親の取得の関係については分析されていない。また、母親の就業有無と取得の関係については、長沼ほか（2017）は非就業よりも正規・非正規で就業のほうが父親の取得に負の効果の結果であるのに対し、幅・白石（2020）は非就業の場合に父親の取得に負の効果との結果を得ており、両研究で符号が逆の結果となっている。

本研究では、以上の先行研究を踏まえ、父親の休暇取得の規定要因について、海外の研究で論点となっているが国内の研究で扱われていない父母の相対的収入と取得の関係と、国内の研究で結果が相反している母の就業有無と取得の関係を明らかにすることを主な目的として、計量分析を行う。

### 3. 使用データと分析対象

総務省『平成 29 年度就業構造基本調査』の個票データを用いる<sup>7</sup>。分析対象は世帯主、配偶者と子ども

<sup>7</sup> 統計法第 33 条第 1 項の規定に基づき総務省より調査票情報の提供を受けた（総統推第 216 号）。



もからなる世帯のうち、世帯主と配偶者がともに49歳以下で、0歳児がいる世帯である。このうち、就業者のうち父または母の収入情報が欠損となっている世帯は除いた。加えて、父親のうち育児休業の取得要件を満たさない可能性が高い、調査時点において非就業、及び自営業、家族従業者、役員として就業しているサンプルを除いた。計4,517サンプルを対象として、父親の育休取得有無を被説明変数とするロジスティック回帰分析を行う。

## 4. 分析結果

### (1) 基本統計量

表1は、社会経済人口的属性別に父親の育児休業取得率、非取得率を示している。

年齢に関しては明確な傾向は見られないが、学歴については父母ともに高学歴であるほど父親の取得率は高い傾向がみられる。

就業については、父が正社員の場合、父親の取得率が最も高い。つぎに、母親の就業と父親の取得の関係を見ると、母親が非就業の場合に父親の取得率が最も高く、派遣社員や契約社員の場合に父親の取得率が最も低くなっている。

世帯年収、父母の就労年収については、世帯年収が高いほど父親の取得率は高い傾向がみられる。世帯年収のうち父の年収比率については、Marinissen et al. (2019) の4区分は0～45%未満、45%以上～55%未満、55%以上～75%未満、75%以上～100%であるが、日本においては父親の年収比率が100%で母が非就業のいわゆる専業主婦世帯の比率が半数を占めていることから、100%を別区分とする5区分とした。

図1は5区分ごとに、父親の育休取得率と、母親の育休取得率を示したグラフである。父親の取得率は45%以上～55%未満において6.6%と最も高く、次いで100%が5.8%と高くなっている。先行研究のスウェーデンの結果では、45%以上～55%未満が最も高く、それよりも低い場合、高い場合は低くなるという、逆U字型の関係がみられた。日本においては45%以上～55%未満が最も高いという点はスウェーデンと同様の傾向だが、55%以上～75%未満で最も低く、75%～100%未満、100%で高くなっており、U字型、もしくはN字型ともいべき形状となっており、スウェーデンとは異なっている。一方、母の取得率は、父親の収入比率が高いほど低くなる傾向がみられる。以上は、記述統計による結果であり、次節の計量分析において、5区分をダミー変数として、他の変数をコントロールした場合に、45%以上～55%未満と比べて他の区分が父親の取得に有意な正負の効果があるのか、確認する。

企業規模は民間企業1000人未満に比べて、1000人以上、官公庁の場合に取得率が高く、先行研究と同様の傾向が確認される。子ども数が多いほど取得すると予想したが、子ども数が多いほど取得する傾向はみられなかった。

表 1 父親の育児休業取得に関する社会経済人口学的変数

		父 育児休業取得 (%)	父 育児休業非取得 (%)
年齢	父 平均 (歳)	34.3	34.0
	29歳未満	4.1	95.9
	30～34歳	5.1	94.9
	35～39歳	4.7	95.3
	40～49歳	5.2	94.8
	母 平均 (歳)	32.5	32.3
	29歳未満	43.4	56.6
	30～34歳	44.7	55.3
	35～39歳	44.3	55.7
	40～49歳	42.5	57.5
学歴	父 高卒以下	3.6	96.4
	専門学校・短大卒	3.9	96.1
	大学卒以上	6.1	94.0
	母 高卒以下	35.9	64.1
	専門学校・短大卒	42.4	57.6
	大学卒以上	53.3	46.7
就業 ※1	父		
	就業		
	正社員	4.9	95.1
	パートアルバイト	0.0	100.0
	派遣社員、契約社員等	1.5	98.5
	会社役員・自営業・家族従業者 ※4	0.2	99.8
	非就業 ※4	0.0	100.0
	母		
	就業		
	正社員	4.2	95.8
	パートアルバイト	3.7	96.3
	派遣社員、契約社員等	1.3	98.7
	会社役員・自営業・家族従業者	3.8	96.2
	非就業	5.8	94.3

(表1 続き)

		父 育児休業取得 (%)	父 育児休業非取得 (%)
世帯年収 ※2	平均 (万円)	660.6	594.3
	第1四分位	3.3	96.7
	第2四分位	4.5	95.5
	第3四分位	5.5	94.5
	第4四分位	8.3	91.7
就労年収 ※3	父 平均 (万円)	524.4	456.0
	0～300万円未満	2.3	97.7
	300～400万未満	4.0	96.0
	400～500万未満	4.5	95.5
	500～600万未満	5.5	94.5
	600～700万未満	7.1	92.9
	700万以上	9.5	90.5
	母 平均 (万円)	136.2	138.2
	0～100万円未満	3.8	96.3
	100～200万未満	2.6	97.4
	200～300万未満	2.4	97.7
	300～500万未満	5.0	95.1
	500万以上	7.9	92.1
世帯年収のうち父の年収	0～4.5%未満	5.1	94.9
	4.5%以上～5.5%未満	6.6	93.4
	5.5%以上～7.5%未満	2.5	97.5
	7.5%以上～10.0%未満	4.2	95.8
	10.0%	5.8	94.2
企業規模	父		
	民間企業(1000人未満)	2.5	97.5
	民間企業(1000人以上) 官公庁	7.6 9.2	92.4 90.8
子ども数	平均 (人)	1.8	1.8
	1名 (0歳児が末子)	4.8	95.2
	2名以上 (0歳児が末子でない)	4.9	95.1
	3名以上 (0歳児が末子でない)	4.6	95.4

資料：総務省「平成29年度就業構造基本調査」より筆者作成。

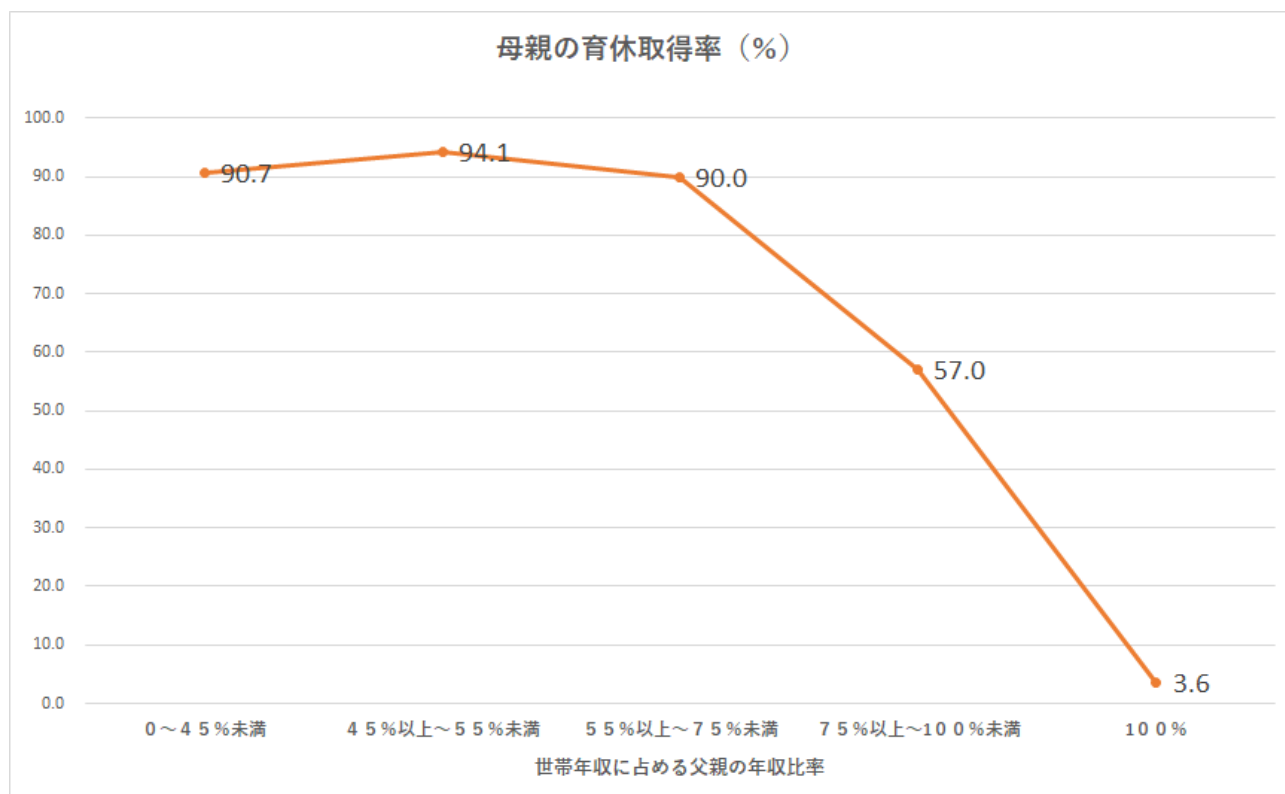
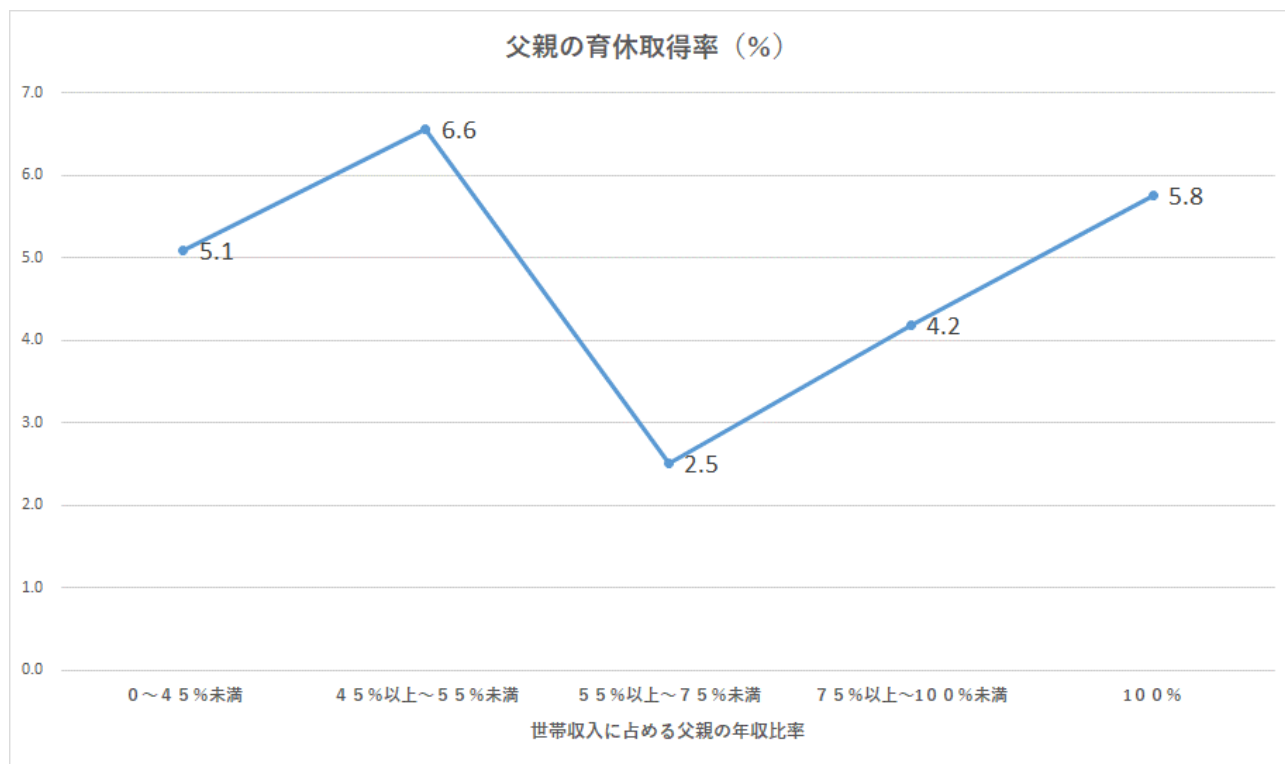
注1：調査時点で育児中の場合は就業扱いとして、普段の仕事（休業前の仕事）について回答。

注2：父と母それぞれの就労収入、自営業の場合は経費を除く収入について、父母の合計。なお、調査票では収入16階級の選択肢から回答のため、各個票の収入値は各階級の中央値に換算したうえで、四分位を計算している。

注3：父と母それぞれの就労収入、自営業の場合は経費を除く収入。本表では、収入16階級を5～6階級に統合したうえで階級別の取得率を算出している。

注4：父親の育児休業取得のロジスティック回帰分析（表2）においては、育児休業の取得要件を満たす父親の取得要因をみるため、取得要件を満たさない可能性が高いと考えられる、調査時点において会社役員・自営業・家族従業者、非就業については分析から除外している。不変数であるが、本表においては各区分の取得率を参考値として示しているもの。

図 1 世帯年収に占める父親の年収比率別にみた父母の育休取得率



資料：総務省「平成 29 年度就業構造基本調査」より筆者作成。

(2) ロジスティック回帰分析による父親の育児休業取得要因の分析

表 2 は、父親の育児休業取得を 1、非取得を 0 とするロジスティック回帰分析の結果である。説明変数については、Marinissen et al. (2019) を参考に選定した。

### ①推計 1

世帯年収が高いほど、また、父親の収入割合が 45－55％に比べて 55－75％の場合に有意に父の取得確率が高くなっており、100％の場合も弱い有意に正の効果がある。父母の収入が同等の場合と比べて、夫がより多く収入を得ている 55－75％のほうが父親の取得確率は低くなるが、専業主婦世帯の方が父親は取得する傾向があるという結果となっている。

### ②推計

推計 1 の説明変数に加えて企業規模を加えている。民間企業 1000 人未満に比べて 1000 人以上の大企業、官公庁の場合に有意に父が取得する効果がある。企業規模を追加的に加えると、推計 1 と異なり世帯年収は第 4 四分位のみ有意となる。父親の収入比率は推計 1 と同様に父親の収入割合が 45－55％に比べて 55－75％の場合に有意に父の取得確率が高くなっているが、100％の場合については推計 1 とは異なり非有意な結果となっている。これは企業規模を変数に加えたことによる影響と考えられる。

### ③推計 3

推計 2 の説明変数に先行研究を参考に父母の年齢と学歴を加えている。これらのうち、母の年齢 40－49 歳のみが弱い有意に正の効果をもっている。推計 1，2 と異なり世帯年収は全て非有意となるが、これは世帯年収と父母の年齢学歴との相関が高いためと考えられる。企業規模については、推計 2 と同様に正の効果が見られる。

### ④推計 4

推計 2 の説明変数から世帯年収のうち父親の年収比率を除き、父母の就業形態を加えた。このように加除した理由は、世帯年収のうち父親の年収比率が 100％と、母の就業形態が被就業は同じ意味であるため、両方ダミー変数として同時に加えることを回避した。世帯年収については、最も高い第 4 四分位のみ有意に正となっている。また、企業規模は他の推計同様に有意に正となっている。

父親がパート・アルバイト、派遣・契約社員である場合と比べて正社員の場合に有意に取得する傾向がみられる。母親は非就業に比べて正社員、パート・アルバイト、派遣社員・契約社員等、会社役員・自営業・家族就業者のいずれの場合も父の取得に負の影響があるが、そのうち正社員のみ強く有意に負、派遣社員・契約社員は 90％水準で有意に負である。以上から、他の条件をコントロールした場合に、母が専業主婦である場合と比べて、正社員、派遣社員・契約社員である方が、父親は取得しない傾向にあることが明らかとなった。

表 2 父親の育児休業取得に関するロジスティック回帰分析の結果

	推計1			推計2			推計3			推計4		
	係数	標準誤差	オッズ比	係数	標準誤差	オッズ比	係数	標準誤差	オッズ比	係数	標準誤差	オッズ比
世帯年収 (Ref.第1四分位)												
第2四分位	0.213	0.214	1.238	-0.071	0.221	0.931	-0.105	0.226	0.900	-0.158	0.225	0.854
第3四分位	0.834	0.236 ***	2.303	0.454	0.246 +	1.575	0.405	0.257	1.499	0.391	0.251	1.478
第4四分位	1.155	0.225 ***	3.175	0.592	0.245 *	1.808	0.470	0.275	1.600	0.497	0.252 *	1.644
世帯年収のうち父親の収入比率 (Ref.45%以上～55%未満)												
0～45%未満	-0.270	0.367	0.764	0.023	0.373	1.023	0.032	0.376	1.032			
55%以上～75%未満	-0.988	0.272 ***	0.372	-0.957	0.275 ***	0.384	-0.905	0.277 ***	0.404			
75%以上～100%未満	-0.181	0.306	0.835	-0.201	0.312	0.818	-0.127	0.319	0.880			
100%	0.394	0.234 +	1.483	0.233	0.244	1.263	0.275	0.254	1.316			
企業規模 父 (Ref.民間企業(1000人未満))												
民間企業(1000人以上)				1.016	0.180 ***	2.762	0.996	0.183 ***	2.706	1.051	0.182 ***	2.860
官公庁				1.296	0.190 ***	3.655	1.245	0.193 ***	3.473	1.347	0.193 ***	3.844
年齢 父 (Ref.29歳未満)												
30～34歳							0.045	0.253	1.046			
35～39歳							-0.187	0.232	0.830			
40～49歳							-0.365	0.227	0.694			
母 (Ref.29歳未満)												
30～34歳							0.007	0.229	1.007			
35～39歳							0.291	0.353	1.337			
40～49歳							0.646	0.663 +	1.908			
学歴 父 (Ref.高卒以下)												
専門学校・短大卒							0.179	0.243	1.196			
大学卒以上							0.126	0.186	1.134			
母 (Ref.高卒以下)												
専門学校・短大卒							-0.076	0.200	0.927			
大学卒以上							0.183	0.206	1.200			
就業形態 父 (Ref.パート・アルバイト、派遣社員、契約社員等)												
正社員										1.331	0.724 *	3.787
母 (Ref.非就業)												
正社員										-0.689	0.723 ***	0.502
パート・アルバイト										-0.467	0.192	0.627
派遣社員・契約社員等										-1.659	0.288 *	0.190
会社役員・自営業・家族従業者										-0.462	0.726	0.630
定数	-3.552	0.280 ***	0.031	-3.772	0.292 ***	0.023	-3.916	0.331 ***	0.020	-4.816	0.724 ***	0.008
n			4,514			4,485			4,450			4,402
Pseudo R2			0.032			0.065			0.070			0.064

資料：総務省「平成29年度就業構造基本調査」より筆者作成。

注：\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.1

## 5. まとめと考察

計量分析の結果から、日本では、スウェーデンの研究で確認された父母が同等の収入を得ている場合に最も父親が育休を取得する「逆U字型」は成立していないことが確認された。

日本は、父の収入比率が45%以上～55%未満の父母が同等の収入の場合と、父収入が100%で母が専業主婦の場合に父の取得率が高い傾向にあり、U字型ともいえるべき形状であることが明らかになった。なぜ父の収入比率が多めの55%以上～75%未満で父の取得に負の効果をもつのか、そのメカニズムの解明は今後の課題として残された。

つぎに、世帯年収や父親の企業規模など他の条件をコントロールした場合に、母が専業主婦であるよりも、正社員、派遣社員・契約社員である方が、父親が取得しない傾向にあるという結果は、日本の育休制度において共働き世帯よりも専業主婦世帯の父親のほうが育休を取得しやすい環境にあることを示唆している。

日本の育休制度は創設当初、労使協定により専業主婦のいる男性従業員を適用外にすることが可能であったが、2010年の法改正により労使協定で取得除外が可能な条件から妻が専業主婦の場合が削除された。専業主婦世帯の父親の育休取得促進は、少子化対策の観点から重視され、政府は大企業・官公庁を主なターゲットとして父の取得、特に出産直後の短期取得を促進してきた。その成果が今回の結果に表れたものと考えられるが、共働き世帯よりも専業主婦世帯の父親のほうが育休を取得する傾向がなぜ生じるのか、その詳細な検討は今後の課題である。

## 6. おわりに

本研究では、就業構造基本調査の個票データを用いて、社会経済的な属性と父の取得の関係を明らかにした。同調査の個票データを用いた育休取得の要因分析は、本研究のほかに見当たらず、先駆的な研究といえる。ただ、計量分析の結果の解釈等については、今回十分に検討ができておらず、今後の課題として残した。

父親の取得率は今後さらなる上昇が見込まれている。取得率というマクロ指標で評価するのみならず、政策の効果がどのような世帯・個人に及んでいるのか、今後ミクロレベルでデータにより検証し、政策評価を行うことが求められる。

### 付記

本研究は、統計法第33条第1項の規定に基づき総務省より調査票情報（平成29年度就業構造基本調査）の提供を受け実施されたものである（総統推第216号）。



## 参考文献

- Becker, Gary (1991) *A Treatise on the Family*. London: Harvard University Press.
- Blood, Robert O. Jr., and Donald M. Wolfe. (1960) . *Husbands and Wives: The Dynamics of Married Living*. Oxford: Free Press Glencoe.
- ブリントン、メアリー C (2022) 『縛られる日本人－人口減少をもたらす「規範」を打ち破れるか』中央公論新社
- Ann-Zofie Duvander, Eleonora Mussino, Jussi Tervola (2020) *Similar negotiations over childcare? A comparative study of fathers' parental leave use in Finland and Sweden*, *Stockholm Research Reports in Demography* 2020:6
- 幅勇介・白石祐子(2020) 男性による子育て休暇取得の実状と規定因－職場・家庭・個人の枠組みから－、*Journal of Human Environmental Studies*, Volume 18, Number 1
- Marynissen, L., Mussino, E., Wood, J., & Duvander, A.-Z. (2019). *Fathers' Parental Leave Uptake in Belgium and Sweden: Self-Evident or Subject to Employment Characteristics?* *Social Sciences*, 8(11), 312.  
<https://doi.org/10.3390/socsci8110312>
- 三菱UFJリサーチ&コンサルティング(2017)「仕事と家庭の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書」(平成29年度)
- 長沼裕介、中村かおり、高村静、石田絢子(2017) 男性の育児休業取得が働き方、家事・育児参画、夫婦関係等に与える影響 March 2017 New ESRI Working Paper No.39  
[https://www.esri.cao.go.jp/jp/esri/archive/new\\_wp/new\\_wp040/new\\_wp039.pdf](https://www.esri.cao.go.jp/jp/esri/archive/new_wp/new_wp040/new_wp039.pdf)
- 中里英樹(2023)『男性育休の社会学』、さいはて社
- 大島敬士・佐藤朋彦(2021)「就業構造基本調査の個票データを用いた出産前後の女性の就業継続に関する要因分析」『統計研究彙報』総務省統計研究研修所  
<https://www.stat.go.jp/training/2kenkyu/ihou/78/pdf/2-2-781.pdf>
- 酒井正・竹沢純子(2020)「雇用保険財政と育児休業給付」『社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所

付表1 世帯年収に占める父親の収入比率と父母の育休取得状況、父母の年収

世帯年収に占める父親の収入比率	父親の育休取得率 (%)	母親の育休取得率 (%)	父親 育休取得		父親 育休非取得		父親が育休取得			父親が育休非取得			
			n	%	n	%	平均世帯収入	父親平均年収	母親平均年収	平均世帯収入	父親平均年収	母親平均年収	
	n	%	%	n	%	n	%	万円	万円	万円	万円	万円	万円
0～45%未満	216	5.1	90.7	11	5.1	205	4.8	927	377	550	712	286	426
45%以上～55%未満	426	6.6	94.1	28	12.9	398	9.3	871	438	434	801	402	399
55%以上～75%未満	1,156	2.5	90.0	29	13.4	1,127	26.2	868	543	325	733	460	273
75%以上～100%未満	479	4.2	57.0	20	9.2	459	10.7	683	586	96	566	478	88
100%	2,240	5.8	3.6	129	59.4	2,111	49.1	542	542	0	476	476	0
計	4,517	4.8	44.1	217	100.0	4,300	100.0	661	524	136	594	456	138

資料：総務省「平成29年度就業構造基本調査」より筆者作成。

付表2 父母の育児休業取得状況別にみた平均年収と父の収入比率の平均値

取得類型	取得状況		平均年収（万円）			世帯年収に占める父の年収比率
	n	構成比(%)	父	母	父母計（=世帯年収）	
母のみ取得	1913	42.4	441.0	282.4	723.5	62.4%
父のみ取得	139	3.1	544.1	22.3	566.4	97.5%
父母共に取得	78	1.7	489.4	339.1	828.5	61.2%
父母共に非取得	2387	52.8	468.1	22.6	490.7	96.3%
全世帯	4,517	100.0	459.3	138.1	597.5	81.4%

資料：総務省「平成29年度就業構造基本調査」より筆者作成。父親のうち育休の取得対象外と考えられる自営業、家族従業者、役員は集計から除いている。

付表3 父親の育児休業取得に関するロジスティック回帰分析の結果(参考推計、本文中で言及なし)

		推計5			推計6		
		係数	標準誤差	オッズ比	係数	標準誤差	オッズ比
世帯年収	(Ref.第1四分位)						
	第2四分位	-0.159	0.225	0.853	-0.160	0.226	0.852
	第3四分位	0.364	0.251	1.439	0.361	0.252	1.435
	第4四分位	0.499	0.253 *	1.647	0.499	0.255 *	1.647
世帯年収のうち父親の収入比率	(Ref.45%以上～55%未満)						
	0～45%未満	0.119	0.392	1.126	0.120	0.392	1.128
	55%以上～75%未満	-0.915	0.285 ***	0.401	-0.925	0.286 ***	0.397
	75%以上～100%未満	-0.392	0.425	0.675	-0.406	0.427	0.667
100%	0.034	0.706	1.035	0.017	0.707	1.017	
企業規模	父 (Ref.民間企業(1000人未満))						
	民間企業(1000人以上)	1.084	0.184 ***	2.956	1.084	0.185 ***	2.956
	官公庁	1.347	0.194 ***	3.848	1.347	0.194 ***	3.848
年齢	父 (Ref.29歳未満)						
	30～34歳						
	35～39歳						
	40～49歳						
	母 (Ref.29歳未満)						
	30～34歳						
35～39歳							
40～49歳							
学歴	父 (Ref.高卒以下)						
	専門学校・短大卒						
	大学卒以上						
	母 (Ref.高卒以下)						
専門学校・短大卒							
大学卒以上							
就業形態	父 (Ref.パート・アルバイト、派遣社員、契約社員等)						
	正社員	1.433	0.724 *	4.190	1.439	0.724 *	4.216
	母 (Ref.非就業、会社役員・自営業・家族従業者)						
	正社員	-0.187	0.674	0.830	-0.196	0.673	0.538
	パート・アルバイト	0.096	0.654	1.101	0.096	0.655	0.721
派遣社員・契約社員等	-0.930	0.947	0.395	-0.935	0.947	0.257	
子ども数	(Ref.1名(0歳児が末子))						
	2名以上(0歳児が第2子)				0.067	0.161	1.069
	3名以上(0歳児が第3子)				-0.047	0.209	0.954
定数	-4.962	0.992 ***	0.007	-4.970	0.993 ***	0.011	
n			4,402			4,402	
Pseudo R2			0.072			0.072	

資料：総務省「平成29年度就業構造基本調査」より筆者作成。

注：\*\*\* p<0.001, \*\* p<0.01, \* p<0.05, + p<0.1

## Analysis of fathers' use of parental leave using micro data from the Basic Survey of Employment Status

TAKEZAWA Junko

National Institute of Population and Social Security Research (IPSS)

The purpose of this study is to clarify the socioeconomic factors governing fathers' use of parental leave, using micro data from the Basic Survey on Employment Status.

The results of the econometric analysis show that fathers tend to take parental leave when their household income is high and the father works for large companies or governments.

It was also confirmed that in Japan, the "inverted U-shape," in which fathers are most likely to take parental leave when both parents have equal incomes, which was confirmed in the Swedish study, is not established. In Japan, the "U-shape" is also observed in the case where both parents have equal incomes and where the father's income is 100%, i.e., the mother is a full-time housewife. However, this is still a tentative conclusion, and the mechanism by which the negative effect on father's take-up was observed when the father's income ratio was 55% or more to less than 75% remains to be elucidated in the future.

In addition, when controlling for other conditions such as household income and the size of the father's company, the result that fathers tended not to take parental leave when the mother was a full-time employee, or a temporary/contract employee rather than a full-time housewife suggests that the Japanese parental leave system makes it easier for fathers in full-time housewife households to take parental leave than those in dual-earner households. This suggests that fathers in full-time housewife households are more likely to take parental leave than those in dual-earner households.

The rate of fathers taking parental leave is expected to increase further in the future. In addition to evaluating the take-up rate as a macro indicator, it will be necessary to examine the effects of the policy on the households and individuals at the micro level and evaluate the policy.

# Japan Report in Asia-Pacific Region:

## Recent family policy developments and suggestions to improve the FDB

The 6th Family Policy Experts Meeting  
November 29, 2022

Junko TAKEZAWA

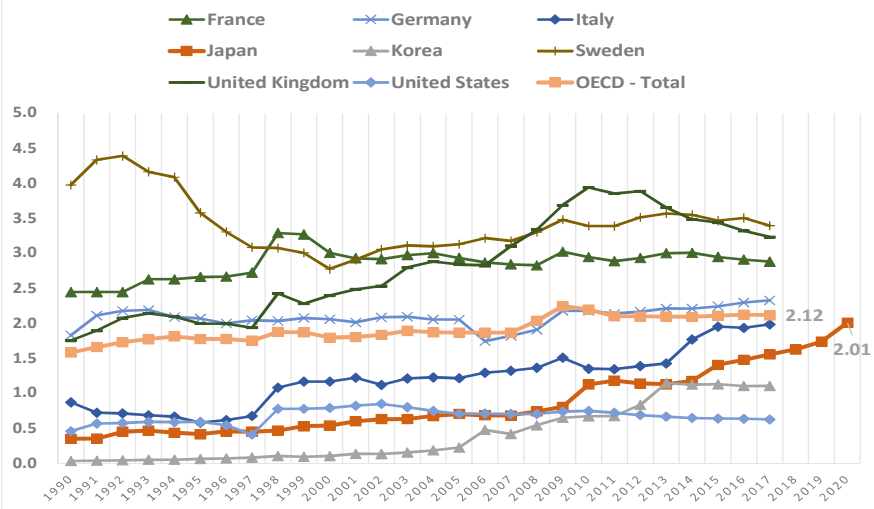


## Outline

1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments
2. Suggestions to improve Japanese data in the OECD FDB

### 1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

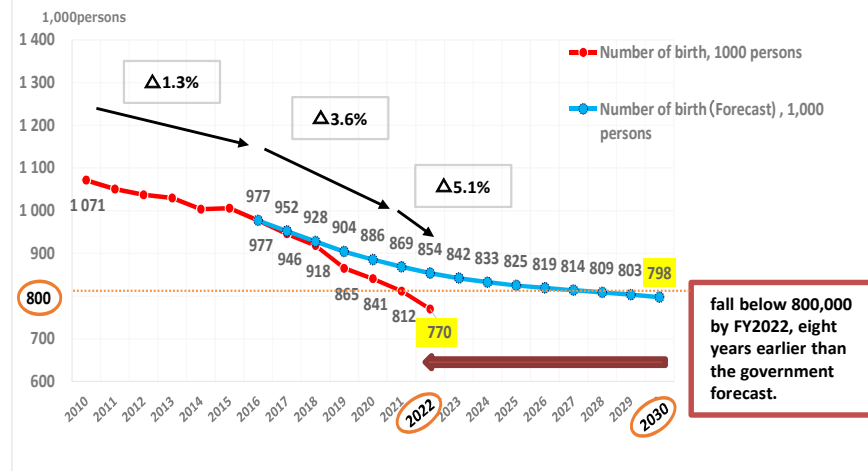
#### Family policy expenditures in OECD countries(% to GDP)



(Source) OECD SOCX NIPSSR Financial Statistics of Social Security FY2020

### 1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

#### Number of birth: 2010-2030

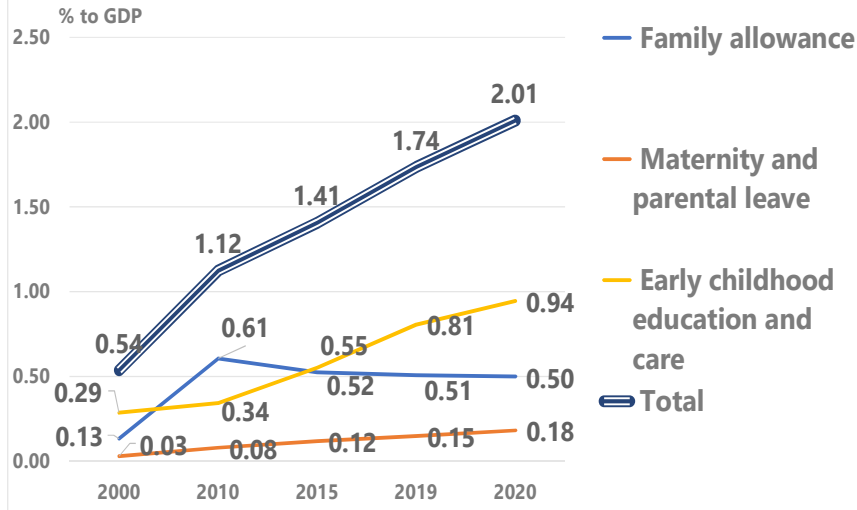


(Source) Number of birth for 2022: Japan Research Institute's forecast. Others: NIPSSR Population Statistics Database

1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

厚生労働行政推進調査事業員補助金（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）

Recent trends in family policy expenditures (% to GDP)



(Source) NIPSSR Financial Statistics of Social Security FY2020

1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

日中韓における少子高齢化の兆候と対応に関する研究」令和2～4年度 総合研究報告書

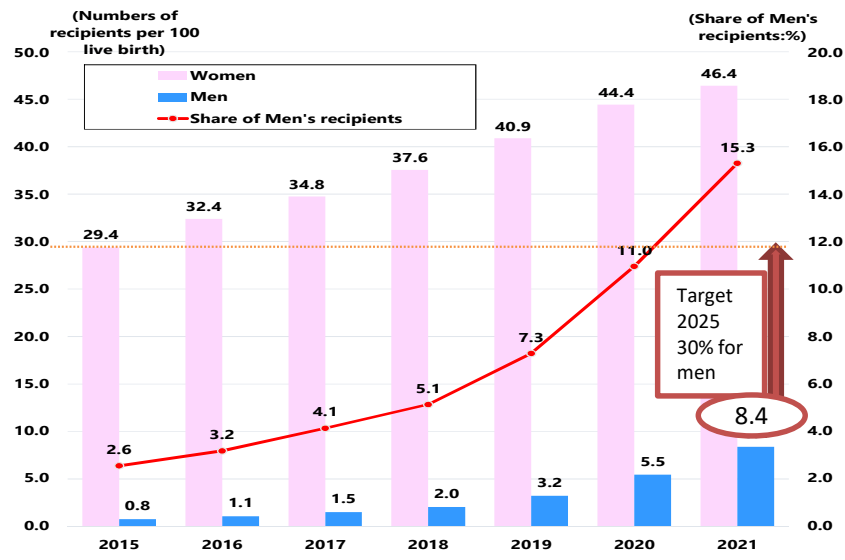
ECEC participation rates for aged 0-5 by institution types in 2020

Categories by ages	Facilities certified to national standards						Facilities noncertified to national standards				Total number of children by age participating in ECEC	Total Number of Children by age	ECEC participation rates by age	
	Kinderga-rden	Certified Integrated Children Facilities			Nurseries	Others	Baby hotel	On-site child care facilities for companies	Childcare at home	Others				
		Kinderga-dren-type	Kinderga-rden & Nursery type	Nursery type										Local governm-ent manage-ment
Total (age 0-5)	773,096	161,579	786,429	110,442	5,050	1,957,907	98,824	19,314	113,688	6,115	104,150	4,136,594	5,514,746	75.0%
age0-2	0	11,586	219,263	37,452	1,326	845,167	95,577	9,583	85,994	3,422	50,152	1,359,522	2,608,354	52.1%
age 0	-	647	27,094	4,816	172	183,140	33,294	1,567	21,765	1,018	8,670	282,182	831,824	33.9%
age 1	-	4,214	86,851	14,754	486	314,152	39,441	3,796	35,814	1,232	18,494	519,234	866,525	59.9%
age 2	-	6,725	105,318	17,882	668	347,876	22,843	4,220	28,415	1,172	22,988	558,106	910,005	61.3%
age3-5	773,096	149,993	567,166	72,990	3,724	1,112,740	3,247	9,731	27,694	2,693	53,998	2,777,072	2,906,392	95.6%
age 3	226,400	46,680	181,575	24,047	1,197	355,904	2,442	3,829	13,140	995	19,197	875,406	934,063	93.7%
age 4-5	546,696	103,313	385,591	48,943	2,527	756,837	805	5,902	14,554	1,698	34,801	1,901,667	1,972,329	96.4%

Sources: NIPSSR's estimation using Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) "Social Welfare Facility Survey", and "Data on the current status of uncertified childcare facilities", Ministry of Education Education Basic Survey, Cabinet Office "Status of certified child care facilities" and NIPSSR Population statistics database

1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

Recipients per 100 live birth



Source: NIPSSR calculation using MHLW Annual Report on Employment Insurance, MHLW Materials of Employment Insurance Subcommittee, MHLW Vital Statistics

1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

Revision of Parental Leave Law in 2021, effective in 2022-2023

April 2022~

- For all business establishments, employers are obliged to inform workers who report pregnancy or childbirth of their own or their spouse's parental leave system, etc., and take measures to confirm their intention to take leave on an individual basis.
- Relaxed requirements for fixed-term workers to take parental leave, and eliminated the requirement of one year of continuous employment.

October 2022~

- Establishment of parental leave at birth for fathers within 8 weeks of their wife's childbirth (commonly known as postnatal father parental leave).
- Allow split taking of parental leave after 8 weeks postpartum, for both fathers and mothers.

April 2023~

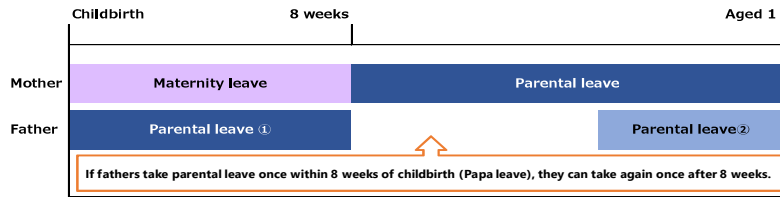
- Mandatory disclosure of the status of male employees (1) taking parental leave and (2) taking paid leave for childcare purposes for companies with 1,000 or more employees.

# 1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

厚生労働行政推進調査事業補助金（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）

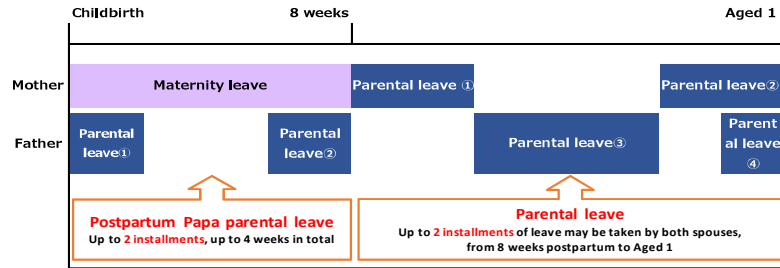
## [Before revision]

As a general rule, the leave may be taken only once before the child turns one year old.



## [After revision]

As a general rule, the father may take up to four installments and the mother up to two installments before the child is one year old.



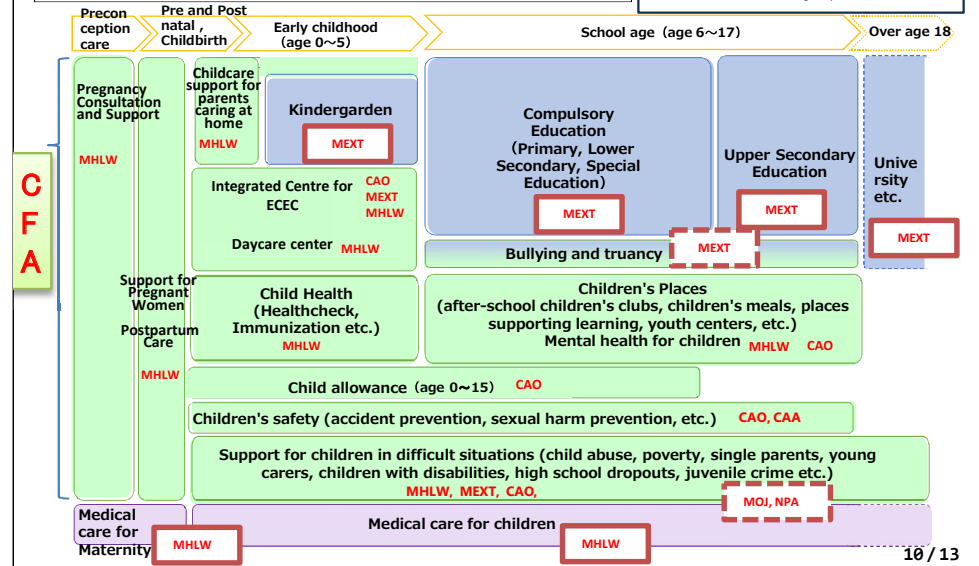
# 1. Recent trends of family policy expenditure and policy developments

日中韓における少子高齢化の兆候と対応に関する研究」令和2〜4年度 総合研究報告書

## Children and Families Agency (CFA) - due to launch in April 2023

The Children and Families Agency (CFA) will unify policies across multiple government ministries and entities to better deal with imminent issues concerning children, such as declining birth rates, child poverty and sex crimes.

- MHLW: M of Health, Labor and Welfare
- MEXT: M of Education and Technology
- CAO: Cabinet Office
- MOJ: M of Justice
- NPA: National Police Agency
- CAA: Consumer Affairs Agency



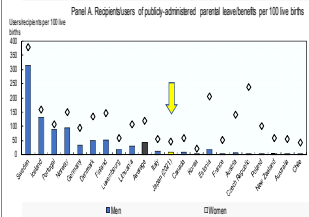
## 2. Suggestions to improve Japanese data in the OECD FDB

### PF2.2 Users of paid parental leave

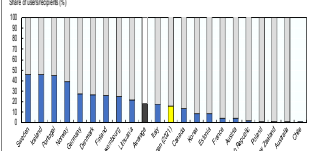
Chart PF2.2.B. Users of paid parental leave

Recipients/users of publicly-administered parental leave benefits or publicly-administered paid parental leave.

Panel A. Recipients/users of publicly-administered parental leave/benefits per 100 live births

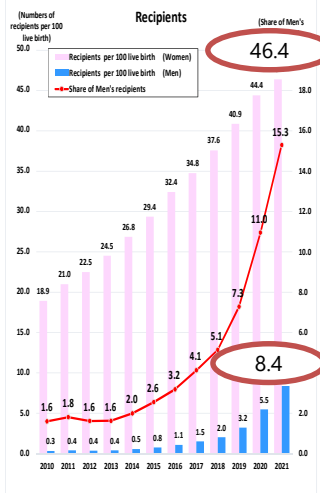


Panel B. Gender distribution of recipients/users of publicly-administered parental leave/benefits



Notes: ..... For Korea and Japan, data refer to recipients of employment insurance parental leave benefits and cover private sector employees only. ....

	Number of users/recipients per 100 live births		
	Male share of recipients	Women	Men
Sweden	45.3	380.0	314.1
Iceland	45.2	158.9	131.0
Portugal	44.8	107.8	87.4
Norway	39.2	148.1	96.1
Germany	27.2	59.7	36.0
Denmark	26.9	134.4	49.3
Finland	25.9	145.8	50.9
Luxembourg	24.6	59.3	19.1
Lithuania	21.6	106.2	29.3
Average	19.0	118.2	43.4
Italy	17.0	54.1	11.1
Japan (2021)	15.3	46.4	8.4
Canada	13.6	57.3	9.0
Korea	8.5	20.2	1.9
Estonia	8.4	204.3	10.6
France	4.4	53.3	2.4
Austria	4.2	140.6	6.1
Czech Republic	1.9	208.6	4.6
Poland	1.5	102.4	1.1
New Zealand	0.9	59.6	0.6
Australia	0.4	55.1	0.2
Chile	0.2	43.5	0.1

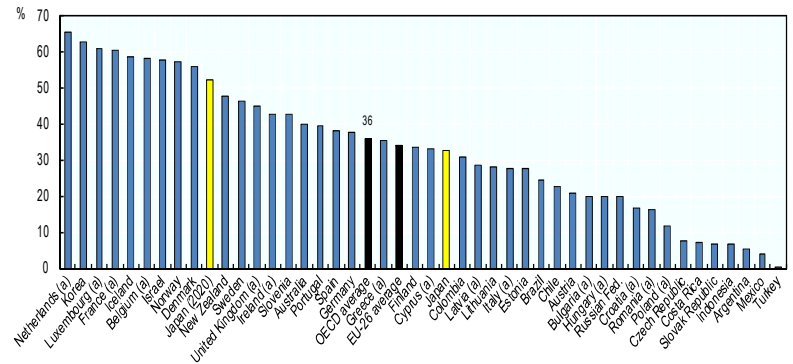


## 2. Suggestions to improve Japanese data in the OECD FDB

### PF3.2 Enrollment rates of ECEC 0-2 years old

Chart PF3.2.A. Enrolment rates in early childhood education and care services, 0- to 2-year-olds

Percent of children enrolled in early childhood education and care services (ISCED 0 and other registered ECEC services), 0- to 2-year-olds, 2019 or latest available





## 人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例

菅 桂太（国立社会保障・人口問題研究所）・曹 成虎（韓国保健社会研究院）

### 1. はじめに

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. シンガポールにおける住宅政策の構造

### 2.1. 住宅政策の理念と3つの基本法制

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

<sup>15</sup> CPF 制度の展開については Chia（2016）が簡潔であり、退職制度については Chia（2016：pp.66-82）などを参照されたい。1987年に退職口座制度が創設された際には最低必要額

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

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

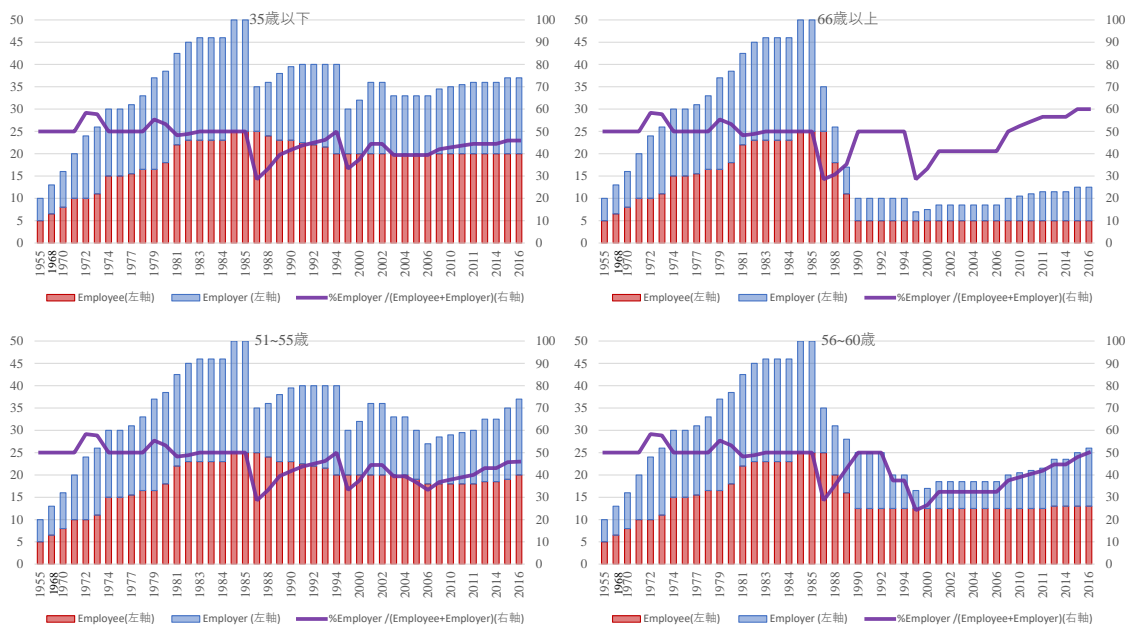


図1. 年齢階級別，加入者負担と雇い主負担別の CPF 保険料率（%ポイント；左軸）と総拠出に占める雇い主負担割合（%；右軸）：1955年7月から2016年1月～

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

注：保険料率が改定された月は年次によって異なる。

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

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

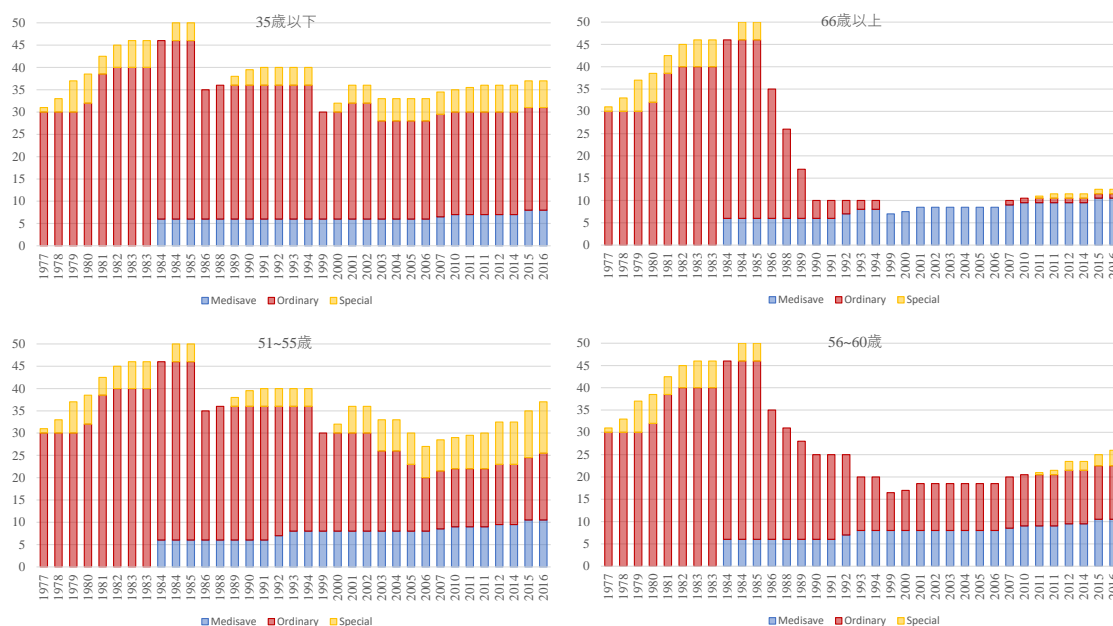


図 2. 年齢階級別、口座種別 CPF 拠出率：1977 年 7 月から 2016 年 1 月～現在

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

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

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

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

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

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

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

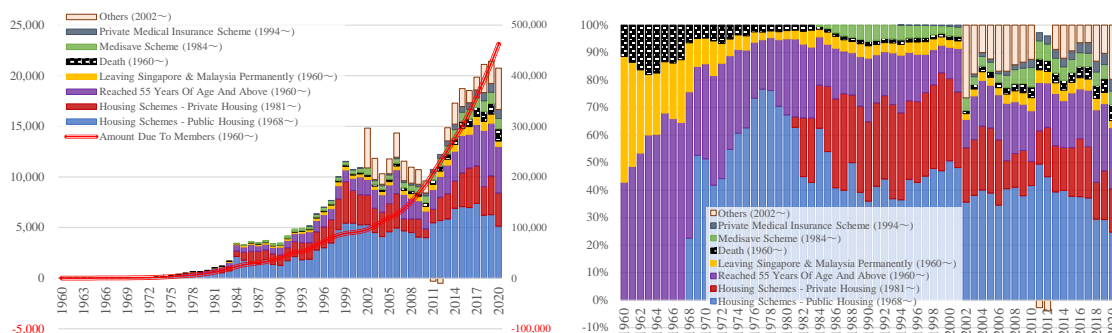
ことをできるようにした<sup>18</sup>。さらに、1971年から中古住宅市場を創設・断続的な規制緩和を行い（Cheong 2018:p.33-34, Phang 2016:p.232-234）<sup>19</sup>、中古住宅の購入に CPF 貯蓄を用いることができるようにすることで、住宅資産の流動性を高め、資産価値を維持できるようにし、同時に中所得者層（たとえば子どもが増えた夫婦）の買い換え需要を喚起している。

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

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

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

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



(a) 積立金額（左軸）と引き出し額（右軸） (b) 支出項目構成

図 3. CPF 積立金額と支出項目別引き出し額，支出項目の構成割合

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

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



## 2.5. 住宅政策の成果

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

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

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

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

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



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

表1. シンガポールの住宅関連指標

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

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

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

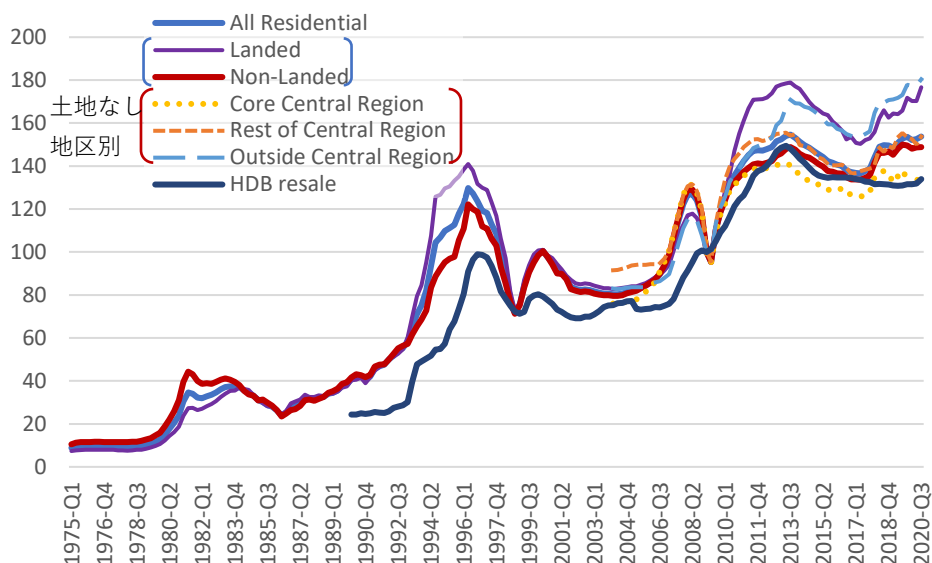


図 4. 民間住宅資産価格指数（2009 年第 1 四半期=100）の推移：1975Q1～2020Q3

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

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

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

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

### 3. シンガポールにおける家族人口政策としての住宅政策

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

#### 4. 韓国における少子化対策としての住宅政策

##### 4.1. 韓国少子化対策の経緯

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.2. 少子化対策における住宅政策

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

##### 1) 第三次基本計画（2016年～2018年）

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

##### ① 青年・予備夫婦住居支援強化

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

##### ② 学生夫婦住居与件改善

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

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

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

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

③ 新婚夫婦の住宅用意資金支援強化

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

④ 新婚夫婦仕立て賃貸（幸福）住宅供給を大幅拡大

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

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

2) 第三次基本計画（修正版）（2019年～2020年）

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

① 多様な青年住宅供給拡大

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

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

② 青年賃貸世帯住居費支援強化

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

③ 新婚夫婦仕立て賃貸・分譲住宅供給拡大

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

④ 子育ての良い住居インフラ整備

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

5. 結語

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

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

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

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

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

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

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

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

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

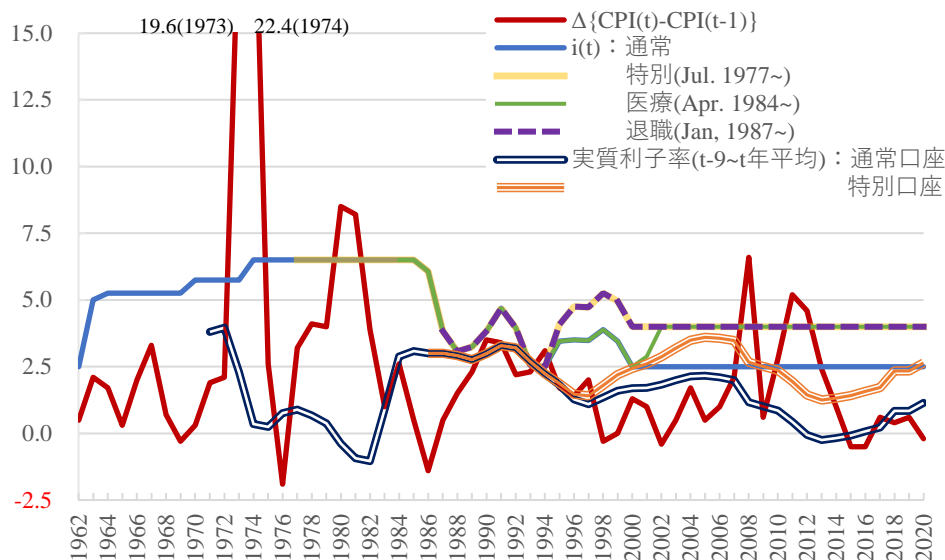
#### 参考文献

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

## 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 Yeo (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。

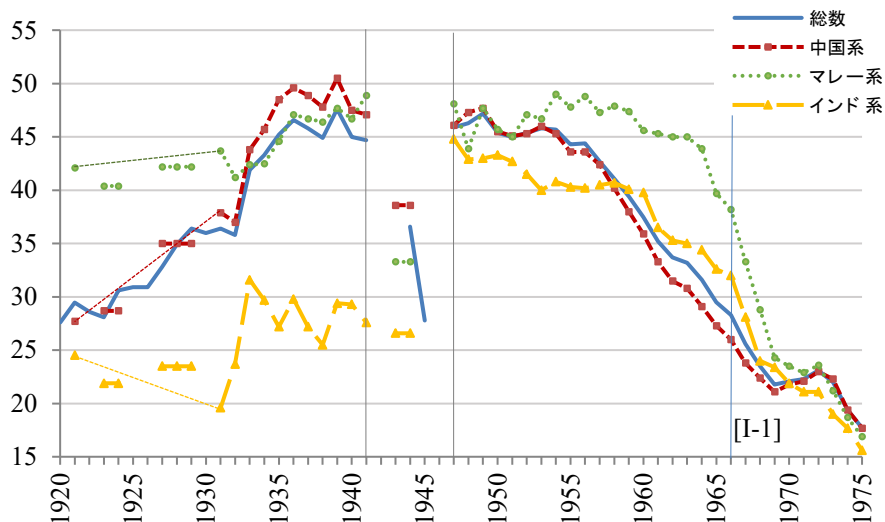
中国系は1920年の27.7‰から1932年の37.0‰へ上昇しマレー系を上回る水準になり、さらに1936年や1939年の49.6–50.5‰へ急速に上昇した。1947–1954年は45.1–47.7‰であり1930年代後半と同水準だったが、民間の家族計画協会の活動が本格化した1956–57年から公的な家族計画・人口評議会の第1期5年計画期の1968–69年にかけて平均して年1.7ポイント低下している。1969–72年に若干上昇した後、1973–74年に2.9ポイントという対象期間中最大の下げを記録して20‰を下回り、1975年17.7‰になった。

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.

# シンガポールにおける子ども育成口座法に基づく現金給付制度

菅桂太

国立社会保障・人口問題研究所

## 要旨

子ども育成口座法に基づく現金給付制度である ベビーボーナス制度について、2001年設立以来の変遷を紹介する。とくに、支出目的を子どもの発育のために制限し、親と政府が拠出を折半する子ども育成口座に着目して、支出が認められている施設等の状況を紹介します。他国における類似制度の例を示した。

## 1. 緒言

本稿は、シンガポールにおける子ども育成口座法（Child Development Co-Savings Act, 2001）に基づく現金給付制度であるベビーボーナス制度（Baby Bonus Scheme）の概要を示すことを目的とする。ベビーボーナス計画は、2000年8月の独立記念集会における演説によってゴー・チョクトン（Goh Chok Tong）首相が導入を公表した包括的な家族人口政策「2001年版 結婚と子どもを産み育てる親のパッケージ（Marriage and Parenthood Package 2001）」の柱を成す政策である。シンガポールにおける人口政策の展開（関連する制度や実施体制の移り変わり）は菅（2022）で扱ったため繰り返さないが、この演説の中でゴー首相はベビーボーナス制度導入の経緯や目的を次のように説明している（Goh 2000）。「1987年に私は「余裕があるならば（子どもは）3人以上持とう」という新しい人口政策を発表した。その時の合計出生率（TFR）は1.62だった。これはシンガポールの人口規模を置き換えるのに必要な2.1を遙かに下回る。…（中略）…新しい人口政策は当初は功を奏し1988年（辰年）のTFRは1.96に上昇したが、10年を経て、TFRは1.48に低下し1987年水準の1.62を下回った。TFR低下の背景には2つの社会変化「第1により多くの男女が未婚に留まる」、「第2に結婚するシンガポール人の子ども数が減っている」があるとゴー首相は続け、「我々の政策は依然として「余裕があるならば3人以上持とう」ではあるが、政府はその障害を減らすよう手助けしたい。多くのシンガポール人が子どもを持つことを、資金は制約しているように見える」、そこで「第1に、子ども育成口座制度、略してベビーボーナスを導入する」。

2001年に導入された際のベビーボーナス制度は、簡潔かつ明瞭なゴーの言葉を借りれば、第2～3子について子ども育成口座（Children Development Account）を開設し、第2子の場合、政府は6歳になるまで毎年500ドルの他に 両親の分担金と同額の1,000ドルを提供する（第3子の場合金額を倍にする）という制度である。また、分担金と同額を給付する仕組みは、子育ては親の責任であることを踏まえた（ベビーボーナス制度の）重要な特色である<sup>1</sup>。

なお、シンガポールにおける包括的な家族人口政策「結婚と子どもを産み育てる親のパッケージ（Marriage and Parenthood Package）」による 少子化対策としての現金給付制度には、ベビーボーナス制度のほか、種々の住宅政策（たとえば、菅・チョ 2021）、新生児向け医療補助（MediSave for Newborns）、妊産婦（難産）向け医療保険補助（MediSave Maternity Package、MediShield Life Coverage for

<sup>1</sup> 原文は次の通り：“This matching contribution is an important feature of the scheme. It recognizes that the primary responsibility for providing for the child lies with the parents”（Goh 2000）。

Delivery-Related Complications)、生殖補助医療補助 (MediSave for Assisted Conception Procedures (ACPs)、Government co-funding for ACP)、扶養還付・税軽減措置 (Parenthood Tax Rebate, Qualifying Child Relief and Handicapped Child Relief、Working Mother's Child Relief、Grandparent Caregiver Relief)、外国人家事労働者税の特例・軽減 (Levy Concession for a Domestic Worker、Foreign Domestic Worker Levy Relief)、就学前児童の保育補助 (Subsidies for Preschool、Kindergarten Fee Assistance Scheme)、出産・育児休暇と補助 (Government-Paid Maternity Leave、Government-Paid Maternity Benefit、Government-Paid Paternity Leave、Government-Paid Shared Parental Leave、Government-Paid Childcare Leave、Extended Childcare Leave、Paid Adoption Leave、Government-Paid Adoption Benefit) が含まれる (SG Made for Families 2023)。これらが相互に補完することで少子化対策パッケージを成しているのだが、本稿が扱うのは子ども育成口座法 (Child Development Co-Savings Act, 2001) に基づく現金給付制度であるベビーボーナス制度 (Baby Bonus Scheme) のみである。出生届出により自動的に、4,000 ドル入金された医療保険口座 (MediSave) が開設される仕組み (中央積立基金 Central Provident Fund による MediSave for Newborns) も扱わないことに留意されたい。なお、本稿執筆時点において、1 シンガポールドルは約 100 円 (2023 年 2 月平均) である。

## 2. ベビーボーナス制度

子ども育成口座法に基づく ベビーボーナス制度は、ベビーボーナス現金給付 (Baby Bonus Cash Gift もしくは Cash grant) と子ども育成口座 (Child Development Account) への補助という 2 種類の現金給付から成る。前者は親が申告する口座に振り込まれ、用途は制限されていない。一方、既に言及した通り、後者への拠出に対して政府は同額を拠出する補助 (口座あたり補助金総額に上限あり) があるものの、支出は子の発育に資すると 社会・家族開発省 (Ministry of Social and Family Development) が認定した施設 (Approved Institution) のみに限定されている。子ども育成口座は、現行法では子が 12 歳の誕生日を迎えた年の 12 月 31 日に閉じられ、その時点の残額は教育省が管理し、政府補助のある 中等後教育に支出可能な口座 (Post-Secondary Education Account) に移管される。中等後教育口座も 31 歳に閉じられ、残額は最終的に (当該子の) 中央積立基金・通常口座に移管されることになる。中央積立基金・通常口座 (への拠出は概ね労使折半) は公共住宅等の購入に利用することができるため、子ども育成口座は子の生涯にわたる (人的・金融) 資産形成を支えるものである (Sherraden 2018)。

この他に、子ども向けに不定期の補助金 (政府財政の余剰分配) が支払われる際にも、制度 (支給の仕組み) は利用されている。直近では、たとえば、新型コロナウイルスのパンデミック渦に生まれた (生まれる予定の) 子に対して、親の将来設計を支援するための 3,000 ドルの給付金 (Baby Support Grant) の支給に用いられた。

不定期の給付が行われるだけでなく、ベビーボーナス制度は 2000 年代前半の導入以来、少子化対策及び出産・育児支援の主要な要素としてシンガポール人の認知度も高く、対象者や補助金額が断続的に修正されてきた。そのため、ベビーボーナス制度の根拠法は子ども育成口座法なのであるが、この法では目的と細則・運用規則 (Child Development Co-Savings Regulations) を別途定めることになっている。はじめての細則・運用規則が 2001 年 4 月 26 日に施行されて以来、最新の細則 (2022 年 5 月 29 日施行) は 31 番目の修正規則となっており、非常に弾力的な運用が行われている。以下では、ベビーボーナス

制度のうち ベビーボーナス現金給付と子ども育成口座への補助について、頻繁に改正が行われてきた加入条件と支給額、子ども育成口座からの支出が認められる認定施設等の状況について、それぞれ紹介する。

#### （1）ベビーボーナス制度に加入することができる条件

ベビーボーナス制度に加入し、子ども育成口座を開設する（口座への拠出に対し同額の政府補助を受ける）ための要件の変遷を表1に示した。2001年に制度が新設された際には父親もしくは母親がシンガポール市民（子の国籍がシンガポール人）である母親が法的に結婚している第2子か第3子のみが対象であった<sup>2</sup>。制度の対象は断続的に拡張されており、2004年生まれ以後の第4子と養子も、子ども育成口座への政府補助の対象になった。2015年以後生まれの子については出生順位についての制限が撤廃されており、2016年9月以後生まれの子については、（母）親の（法的な）婚姻状態に対する制限も撤廃され、現在はすべてのシンガポール国籍を有する子どもがカバーされている。ただし、2016年9月1日以降に生まれた子のうち、従前の基準を満たさない場合（親が有配偶以外の血縁の子、養親が未婚の養子・継子）には、現金給付は行われない。

この変遷によれば、制度導入から3年間（2004年頃まで）は「余裕があるならば（子どもは）3人以上持とう」という政策が堅持されていたが、7年目（2008年頃）にはたとえ子どもを2人持たないとしても支援することとなり、13年目（2015年生まれ以後）は全子を対象とするよう断続的に対象範囲が拡大されてきたことがわかる。2000年代後半以後の出生順位別出生の構成について第1子の割合を主要民族についてみると、中国系は約50～52%、マレー系では約36～39%、インド系は約43～48%であり、中国系やインド系のように女性の出生数が将来的にも置き換え水準未満に留まる可能性があっても（民族別出生の半分を占めるため相応の財政が必要な）第1子への支援を開始したことは本格的な積極的出生促進政策への重要な移行点であったと言える。また、2000年代以後の期間の出生順位が第5子以上の出生数の民族割合は、マレー系が概ね65～70%以上を占めており、2015年以後の全子への対象拡大はマレー系の出生・子育てを支援するという性格が強い。

<sup>2</sup> 少子化対策としては、高次出生順位の出生を支援するべきであるが、2001年の制度は第2～3子のみを対象としていた。この背景には、人口政策の急転換（出生促進政策に対する所得等の条件・制限の撤廃）は人口爆発を招く可能性があることが危惧され「余裕があるならば（子どもは）3人以上持とう」という政策が堅持されたとされる（Saw 2016:p.169）。一方、中国系とマレー系の出生率には顕著な差があり、平均的にはマレー系の出生数が多く、マレー系の教育水準は低い。第2～3子のみを対象とする制度は教育（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。他方で、この時期の政策について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った（菅 2022）。

表1 子ども育成口座を開設することができる子の条件（親の子ども育成口座への拠出に対する公的補助金の支給条件）

条件	子の出生年月日（出生予定日） <sup>(注1)</sup>						
	2001/4/1～ 2004/7/31	2004/8/1～ 2005/12/31	2006/1/1～ 2008/8/16	2008/8/17～ 2014/12/31	2015/1/1～ 2016/3/23	2016/3/24～ 2016/8/30	2016/9/1以 降 <sup>(注2)</sup>
当該子が血縁か養子・継子かの別（母）親の婚姻状態							
血縁 <sup>(注3)</sup>	子の妊娠がわかったとき（もしくは妊娠がわかった後生まれるまでの間）に 両親が法的に婚姻している						全婚姻状態
養子・継子	対象外	養子縁組したとき両親が法的に婚姻している、もしくは養親が 死別もしくは離別である					全婚姻状態
当該子の国籍・申請時年齢・出生順位							
国籍	シンガポール 市民	→	→	→	→	→	→
申請時年齢	6歳未満	6歳未満	12歳未満	→	→	→	→
出生順位	2～3子	2～4子	→	1～4子	全子	→	→
参考：（現金給付対象） <sup>(注3)</sup>	(2～3子)	(2～4子)	→	→	(全子)	→	→

資料：Singapore (2001, 2004, 2005a, 2005b, 2008, 2012a, 2012b, 2021), Singapore Ministry of Social and Family Development (2022a) 並びに Saw (2016:pp.175-178, 188-191)を用いて筆者作成。

（注1）当該子が血縁の子の場合、出産予定日もしくは生まれた日のうち遅い方を指す。（注2）（母）親の婚姻状態の条件を満たさない場合、「現金給付」は対象外。（注3）2016年9月1日より前の条件は、2004年10月1日施行の Children Development Co-Savings 2001 Revised Edition 2003 (Amendment) Regulations 2004 による。改正前は、子が生まれたとき（もしくは妊娠がわかった後から生まれるまで）に両親が法的に婚姻していることが必要だった。（注4）括弧内には参考として、現金給付（Cash grant）の対象となる子の出生順位を示す。

## （2）ベビーボーナス制度による金銭的補助支給額

ベビーボーナス制度に加入後、現金給付もしくは子ども育成口座を通じた政府補助について、加入者1人あたりの上限額の変遷を表2に示した。繰り返しとなるが、後者については、2016年3月24日以後生まれの子に適用される 現行制度の場合、子ども育成口座が開設されると2週間以内に政府は「初期給付」を行うことになっている。また親が子ども育成口座へ拠出すると、政府から同額の補助金が（現行では2週間以内に）口座に入金されることになるが、（2006年以後に生まれた現行制度では）口座が開設されてから子が12歳になる年末までの拠出総額（補助金総額）が子の加入要件（出生年月、親の配偶関係、出生順位）別に定められており、表2の「入金に対する補助上限」は親の拠出に比例した補助金総額に対応する。

表2 ベビーボーナス制度による補助金給付総額（父もしくは母がシンガポール市民で 血縁の子の場合）

子の出生 順位	子の出生年月日（出生予定日） <sup>(注1)</sup> 別 給付額(\$)									
	2001/4/1～2004/7/31		2004/8/1～2008/8/16		2008/8/17～2012/8/25		2012/8/26～2014/12/31		2015/1/1～2016/3/23	
	現金給付	子ども育 成口座へ の入金に 対する補 助上限	現金給付 (注3)	子ども育 成口座へ の入金に 対する補 助上限	現金給付	子ども育 成口座へ の入金に 対する補 助上限	現金給付	子ども育 成口座へ の入金に 対する補 助上限	現金給付	子ども育 成口座へ の入金に 対する補 助上限
1子	N.A.	N.A.	3,000(注4)	N.A.	4,000	6,000	6,000	6,000	8,000	6,000
2子	3,000	6,000	3,000	6,000	4,000	6,000	6,000	6,000	8,000	6,000
3子	6,000	12,000	6,000	12,000	6,000	12,000	8,000	12,000	10,000	12,000
4子	N.A.	N.A.	6,000	12,000	6,000	12,000	8,000	12,000	10,000	12,000
5子以上	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.	18,000	N.A.	18,000	10,000	18,000

子の出生 順位	2016/3/24～2016/8/30			2016/9/1～2020/12/31（注2）			2021/1/1～2023/2/13（注2）			2023/2/14以後（注2）		
	現金給付	子ども育成口座		現金給付	子ども育成口座		現金給付	子ども育成口座		現金給付	子ども育成口座	
		初期給付	親の入金 に対する 補助上限		初期給付	親の入金 に対する 補助上限		初期給付	親の入金 に対する 補助上限		初期給付	親の入金 に対する 補助上限
1子	8,000	3,000	3,000	8,000	3,000	3,000	8,000	3,000	3,000	11,000	5,000	4,000
2子	8,000	3,000	3,000	8,000	3,000	3,000	8,000	3,000	6,000	11,000	5,000	7,000
3子	10,000	3,000	9,000	10,000	3,000	9,000	10,000	3,000	9,000	13,000	5,000	9,000
4子	10,000	3,000	9,000	10,000	3,000	9,000	10,000	3,000	9,000	13,000	5,000	9,000
5子以上	10,000	3,000	15,000	10,000	3,000	15,000	10,000	3,000	15,000	13,000	5,000	15,000

資料：Singapore (2001, 2005a, 2007, 2008, 2021), Singapore Ministry of Social and Family Development (2022a) 並びに Saw (2016:pp.175-178, 188-191)を用いて筆者作成。

（注1）出産予定日もしくは生まれた日のうち遅い方を指す。（注2）子ども育成口座を開設できる条件（親の子ども育成口座への入金に対する公的補助支給条件）（表1）のうち、（母）親の婚姻状態の条件を満たさない場合、「現金給付」は対象外。表の「現金給付」と「子ども育成口座」以外に、2020年10月1日から2022年9月30日生まれ(予定)は子ども支援給付金（Baby Support Grant）3,000(\$)を受けられる（2023年2月現在、対象児の出生期間は2023年2月13日生まれまで延長されている、SG Made for Families 2023）。（注3）Saw(2016:p.188-189)によれば、2004年改正(Singapore 2004)によって現金給付の支給タイミングが短縮されている（改正前：{500,1,000}\$×6回(6年間)、改正後：{750,1,500}\$×4回(18ヶ月)）。（注4）Saw(2016:p.188-189)によれば、第1子は子ども育成口座への入金に対する補助（Co-Savings arrangement）の対象外。

加入要件は断続的に緩和されてきたが、支給金額も断続的に拡充されており、とくに 2008 年以後や 2010 年代半ば以後の拡充が著しい。現在の制度では、2023 年 2 月 14 日以後に生まれた子は、第 1 子で 2 万シンガポールドル、第 2 子で 2 万 3 千ドル、第 3～4 子で 1 人あたり 2 万 7 千ドル、第 5 子以上では 3 万 3 千ドルの金銭的補助を受けることになる。本稿執筆時の為替レートで、第 5 子以上の場合には生まれてから 12 歳までの間にベビーボーナス制度のみから約 330 万円の補助を受けることになる。たとえば、子どもが 5 人いる夫婦が政府から受ける補助の総額は、約 1,300 万円となる。この補助を受けるためには約 440 万円を子ども 5 人の子ども育成口座に入金する必要があるものの、既に支払先の決まった支出の決済手段を子ども育成口座とするだけで実質負担を半額にすることができる。とくに、制度開始当初は銀行間送金（のための登録審査）が必要であったが、2008 年からは NETS カード（デビットカードのようなもの）による直接の決済が可能になっており、認可施設等が NETS システムを導入していれば、決済は非常に容易になっている。

なお、政府が折半する子ども育成口座への補助金額は、子ども育成口座の名義人である子の出生順位に強く依存するが、支出は子の育成に関するものであれば当該子には限定されず兄弟姉妹の支出にも用いることができる。

### （3）子ども育成口座からの支出が認められる 認可施設（事業所）

子ども育成口座からの支出が可能な領域、並びに領域別の認定施設数（2023 年 2 月現在）を表 3 に示した。支出が認められているものは、いずれも公的機関の認可や登録制度があり、したがって一定の質が確保されている。また、それぞれの領域内においても、支出が認められる品目は細かく定められており、たとえば認可保育所に対するすべての支出が認められているわけではなく、加えてどのような認可を得た事業所なのかによっても支出が可能な品目（間接経費）が細かく定められている。一方、子ども育成口座からの支出が子どもの発育のためとして認められている認可施設等の支出先は、保育所・幼稚園及び障害児のための施設だけでなく、病院、市販薬（ビタミンやサプリメントも含む）から眼鏡店、保険と多岐にわたる。また、新生児向けの医療保険を提供する代理店は 1 つしか認可事業所には含まれないが、これ以外の代理店からの医療保険（MediShield）購入を希望する場合には、立替払いを行って事後的に精算を要求することも可能であるとされる。

表 3 の認定施設数は、このような性格のものであるため、施設数の割合は子ども育成口座からの支出がどのように使われているかを、示すものでは必ずしもない。しかしながら、認定施設数の構成をみると、最も古くから認定を受けることができた保育所や幼稚園等の施設が全体の 3 分の 1 程度、病院が 3 分の 1、その他が 3 分の 1 程度という構成になっている。前述の通り 2012 年以後は薬局や眼鏡店が認定施設に加えられ、半額の政府補助が入る子ども育成口座は幅広く利用が可能なものになっている。

表3 子ども育成口座の支出が可能な領域と領域別の認可施設数（注1）

領域（注2）	認定開始日	認定施設数	%
i. 保育所（幼児開発庁ECDA認可）	2001年4月26日	1,649	34.2
ii-a. 幼稚園（私学教育委員会CPE登録）	2001年4月26日	11	0.2
ii-b. 幼稚園（幼児開発庁ECDA登録）	2001年4月26日	382	7.9
ii-c. 特別支援学校（教育省MOE登録）	2001年4月26日	26	0.5
iii. 病院，クリニック，その他の保険施設 （保健省MOH認可）	2007年5月1日	1,615	33.5
iv. 薬局（薬事法認可）	2012年12月1日	201	4.2
v. 早期支援教育プログラム（社会・家族開 発省MSF認可）（注3）	2007年5月1日	138	2.9
vi. 眼鏡店（会計監査評議会ACRAが所管す る法により登録）	2012年12月1日	783	16.2
vii. 障害者支援機器（社会サービス評議会 NCSS，保健省MOH，または会計監査評 議会ACRAに登録）	2012年12月1日	20	0.4
viii. 医療保険（医療保護保険制度MSS）	2005年12月5日	1	0.0
	総数	4,826	100.0

資料：Singapore (2001, 2005a, 2005b, 2012a, 2021)並びに Singapore Ministry of Social and Family Development (2019, 2022b)，社会・家族開発庁ベビーボーナス特設サイトの認可施設（Approved Institutions）ページ（2023年2月16日アクセス：<https://www.babybonus-eservices.msf.gov.sg/ai-home/xhtml/layout/ListOfAI.faces>）を用いて筆者作成。

（注1）認可施設数は2023年2月16日現在。（注2）以下の公的機関については訳語及び略語を用いた。幼児開発庁 ECDA (the Early Childhood Development Agency)，私学教育委員会 CPE (the Committee for Private Education)，教育省 MOE (the Ministry of Education)，保健省 MOH (the Ministry of Health)，社会・家族開発省 MSF (Ministry of Social and Family Development)，会計監査評議会 ACRA (the Accounting and Corporate Regulatory Authority)，社会サービス評議会 NCSS (the National Council of Social Service)。また、医療保護保険制度 MSS とは the MediShield Scheme を指す。（注3）早期支援教育プログラム (Early intervention programmes) とは、発達障害、知的障害、知覚・身体障害、及びこれらの複合的なリスクがあると小児科医に診断された乳幼児(6歳以下)に対するプログラムである。

### 3. 他国における 子ども育成口座と類似の制度

Huang, Sherraden and Zou (2020)の整理による 各国の子ども育成口座 (Child Development Account) の整備状況を表4に掲げた。ここでいう子ども育成口座とは、社会包摂、社会公正と社会開発（単に社会・経済・政治の現状を維持するのではなく個人・家族・コミュニティの潜在的な能力・機会を改善すること）に資する 全国民が対象で所得累進的であり生涯にわたる資産形成を成す革新的な社会政策（明確な社会開発戦略と制度設計）であり、金融投資と社会開発を結びつけるものである (Huang, Sherraden and Zou 2020)。表4に掲載されているのは7ヶ国のみであるが、この他にも英国 (The Child Trust Fund) とカナダ (The Canada Education Savings Program) に類似の制度がある (Loke and Sherraden 2008)。「全員を対象にする」「所得累進性」「生涯にわたる」



表4 各国の子ども育成口座の特徴と金融効果

国	口座開設	資産蓄積	金融投資
シンガポール	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動開設 (Edusave)</li> <li>・加入手続きが必要 (Child Development Account)</li> <li>・自動開設 (Post-Secondary Education Account)</li> <li>・自動開設 (Medisave)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期資金を政府提供</li> <li>・政府による追加的な資金繰入</li> <li>・家族の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・最低保証利率</li> </ul>
イスラエル	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動開設 (Saving for Every Child Program)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・政府による毎月の入金</li> <li>・家族の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・銀行口座の利率</li> <li>・低リスク投資</li> <li>・中リスク投資</li> <li>・高リスク投資</li> </ul>
米国 (メイン州, ロードアイランド州, ネバダ州, ペンシルバニア州, ネブラスカ州, カリフォルニア州, イリノイ州) (注1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・州保有の大学貯蓄口座を自動開設 (Kids Investment and Development Account)</li> <li>・個人保有の大学貯蓄口座</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期資金をCDAプログラムが提供</li> <li>・家族拠出と同額の政府拠出</li> <li>・家族の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・大学貯蓄プランによる多様な投資先の選択肢 (529プラン) あり</li> </ul>
台湾	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入手続きが必要 (the Children Future Education and the Development Accounts)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族拠出と同額の政府拠出</li> <li>・家族の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・銀行口座の利率</li> </ul>
ウガンダ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入手続きが必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族拠出と同額の政府拠出</li> <li>・個人の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・銀行口座の利率</li> </ul>
韓国	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入手続きが必要 (Korean Child Development Accounts)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族拠出と同額の政府拠出</li> <li>・個人の拠出</li> <li>・社会的協賛からの財源</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・銀行口座の利率</li> </ul>
中国	<ul style="list-style-type: none"> <li>・加入手続きが必要 (Chunyu, Qianshou)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族拠出と同額の政府拠出</li> <li>・家族の拠出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・銀行口座の利率</li> </ul>

出典：Huang, Sherraden and Zou (2020)の表 C.1.

(注1) Huang et. al (2021).

表5 子ども育成口座政策の制度設計要素別にみた 各国の制度

制度設計要素	シンガポール	イスラエル	米国	台湾	ウガンダ	韓国	中国
1 全員を対象にする	○	○	○	×	×	×	×
2 自動加入	○	○	○	×	×	×	×
3 出生時から開始	○	○	○	○	×	×	×
4 自動的な初期入金	○	×	○	×	×	×	×
5 自動的な累進的補助	×	×	○	○	○	○	○
6 中央集権的な貯蓄プラン	○	○	○	×	×	×	×
7 潜在的な投資成長の可能性あり	○	○	○	○	○	○	×
8 目標を設定した投資先の選択肢	×	○	○	×	×	×	×
9 用途制限	○	○	○	○	○	○	×
10 他の所得制限付き公的給付から排除されない	○	○	○	○	○	○	○

出典：Huang, Sherraden and Zou (2020)の表 C.2.

といった安全で安定した効率的な子ども育成口座制度を実現するための強固な制度設計モデルとして、Huang, Sherraden and Zou (2020)は10の要件に整理している。これらの要件別にみた各国の制度を表5に示した。

なお、シンガポールの子ども育成口座と比べると、他国の制度は規模が小さく、貧困世帯の支援を狙う場合が多い。貧困世帯の支援を政策の主要な目的に据えることは、制度導入の障壁（主権者の反対）を軽減するのかもしれない。

#### 4. 結語

本稿では子ども育成口座法に基づく現金給付制度である ベビーボーナス制度について、2001年設立以来の変遷をみてきた。本稿ではベビーボーナス制度のみを扱い、ベビーボーナス制度と相互に深く関連するエデュセイブ、中等後教育口座、新生児向け医療保険口座については取り扱わなかったが、このうち1993年に開始したエデュセイブ（教育寄付制度 the Education Endowment Scheme Act of 1993）はすべての子どもを対象とする資産形成政策のうち世界最古のものである

（Sherraden 2018）とされ、シンガポールの子ども育成口座制度はワシントン大学セントルイス校社会開発研究センターのシェラーデン教授を中心とする研究グループが推奨する子ども育成口座政策についての政策提案を形成する中心的な事例のひとつであり、米国をはじめ様々な国・地域に輸出されつつある。資産形成政策は短期の消費を支援するものではなく、社会投資の蓄積を促進するものであり、（現状を）維持・管理するという側面よりも開発・発展させるという側面が強調され所得に基づく政策とは異なった論理と目的に依って立つ（Sherraden 2018）。依然として、子ども育成口座のような資産政策を有する国は限られているものの、3節の表4～5に示されたように多様な地域、人口規模、社会文化、歴史、社会経済状況、政治制度や社会福祉政策理念の国々において実施され、検証が進められている。これらの国々における経験の精査は、わが国に対する重要な政策的な含意をもたらすであろう。

言うまでもなく、子ども育成口座について最も長く包括的な経験があるのはシンガポールの制度である。シンガポールでは出生促進政策の実施にあたり「結婚と子どもを産み育てる親の実態調査（Marriage and Parenthood Survey 2004, 2007, 2012, 2016, 2021）」といった若いカップルの希望や実態を把握するための調査が定期的に行われているが、非常に簡素なプレスリリース以外には調査の結果は公表されておらず、たとえば、子ども育成口座を保有する親が実施にどのような施設に対し支出を行っているのかといった基本的なことも十分には明らかにされていない。シンガポールにおける経験を他国で活用していくためにはシンガポールにおいて実施された制度の正確な実態把握が必要であり、独自調査の実施も視野に入れさらに検討を深めることが望ましい。

#### 参考文献

- Goh, Chok Tong (2000) "National Day Rally Address by Prime Minister Goh Chok Tong, Speech in English on 20 August 2000," Ministry of Information, Communications and the Arts. (Access on 2023/2/25 at National Archives of Singapore (Document Number: 2000082001): <https://www.nas.gov.sg/archivesonline/speeches/record-details/768fdeb2-115d-11e3-83d5-0050568939ad>)
- Huang, Jin, Michael Sherraden and Li Zou (2020) "Conclusion: Policy models for child development accounts: vision, potential, strategies," in Jin Huang, Li Zou, and Michael Sherraden(eds.) *Inclusive Development Accounts: Toward Universality and Progressivity*, pp.96-107, London: Routledge.
- Huang, Jin, Michael Sherraden, Margaret M. Clancy, Sondra G. Beverly, Traina R. Shanks, and Youngmi Kim (2021) "Asset Building and Child Development: A Policy Model for Inclusive Child Development Accounts," *The Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences*, 7(3), pp.176-195.
- Loke, Vernon and Michael Sherraden (2009) "Building Assets from Birth: A Global Comparison of Child

- Development Account Policies," *International Journal of Social Work*, 18(2), pp.119-129.
- Saw, Swee-Hock (2016) *Population Policies and Programs in Singapore*, Second Edition, ISEA-Yusof Ishak Institute, Singapore: ISEAS Publishing.
- Singapore (2001) *Children Development Co-Savings Regulations 2001*, G. N. No. S 233/2001.
- Singapore (2004) *Children Development Co-Savings (Amendment) Regulations 2004*, G. N. No. S 603/2004.
- Singapore (2005a) *Children Development Co-Savings (Amendment) Regulations 2005*, G. N. No. S 424/2005.
- Singapore (2005b) *Children Development Co-Savings (Amendment No. 2) Regulations 2005*, G. N. No. S 769/2005.
- Singapore (2007) *Children Development Co-Savings (Amendment No. 2) Regulations 2007*, G. N. No. S 644/2007.
- Singapore (2008) *Children Development Co-Savings (Amendment No. 2) Regulations 2008*, G. N. No. S 550/2008.
- Singapore (2012a) *Child Development Co-Savings (Amendment) Regulations 2012*, G.N. No. S 251/2012.
- Singapore (2012b) *Child Development Co-Savings (Amendment No. 3) Regulations 2012*, G.N. No. S 594/2012.
- Singapore (2021) *Child Development Co-Savings (Amendment No. 2) Regulations 2021*, G.N. No. S 829/2021.
- Singapore Ministry of Social and Family Development (2019) "List of Approved CDA Uses". Accessed on 2023/02/24 at <https://www.babybonus.msf.gov.sg/AI/documents/List%20of%20Approved%20CDA%20Uses.pdf>
- Singapore Ministry of Social and Family Development (2022a) "Terms and Conditions for Baby Bonus Scheme". Accessed on 2023/03/01 at <https://www.babybonus.msf.gov.sg/Documents/Terms%20and%20Conditions%20for%20Baby%20Bonus%20Scheme%20%28Updated%2028%20Mar%202022%29.pdf>
- Singapore Ministry of Social and Family Development (2022b) "Approved Person / Approved Institution Terms and Conditions". Accessed on 2023/02/24 at [https://www.babybonus.msf.gov.sg/ai/Documents/APAI%20TnCs\\_updated%20as%20of%2017%20Feb%202022.pdf](https://www.babybonus.msf.gov.sg/ai/Documents/APAI%20TnCs_updated%20as%20of%2017%20Feb%202022.pdf)
- SG Made for Families (2023) *Building a Singapore Made For Families: An overview of support for Marriage & Parenthood*. Accessed on 2023/3/2 at [https://www.madeforfamilies.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/mff-m-p-booket-24-feb6f77b1383e8248c0ac26bec3366537e3.pdf?sfvrsn=eff5f91b\\_0](https://www.madeforfamilies.gov.sg/docs/default-source/default-document-library/mff-m-p-booket-24-feb6f77b1383e8248c0ac26bec3366537e3.pdf?sfvrsn=eff5f91b_0)
- Sherraden, Michael (2018) "Challenges in Asset Building in Singapore," Chapter 1 in S Vasoo and Bilveer Singh (eds.), *Critical Issues in Asset Building in Singapore's Development*, pp.1-19, World Scientific: NJ, U.S.A.
- 菅桂太・チョンソンホ (2021) 「人口政策としての住宅政策：シンガポール・韓国の例」, 『厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球環境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 総括研究報告書（研究代表者：林玲子，課題番号：20BA2001）』, pp.89-120. (2021年6月23日アクセス：[https://ipss.repo.nii.ac.jp/?action=repository\\_uri&item\\_id=227](https://ipss.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=227))
- 菅桂太 (2022) 「シンガポールにおける人口政策の展開」, 『厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球環境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3年度 総括研究報告書（研究代表者：林玲子，課題番号：20BA2001）』, pp.77-88. (2022年7月5日アクセス：[https://ipss.repo.nii.ac.jp/?action=repository\\_uri&item\\_id=367](https://ipss.repo.nii.ac.jp/?action=repository_uri&item_id=367))

# 日本、中国と韓国の公的医療保障制度の概要：UHCの視点から

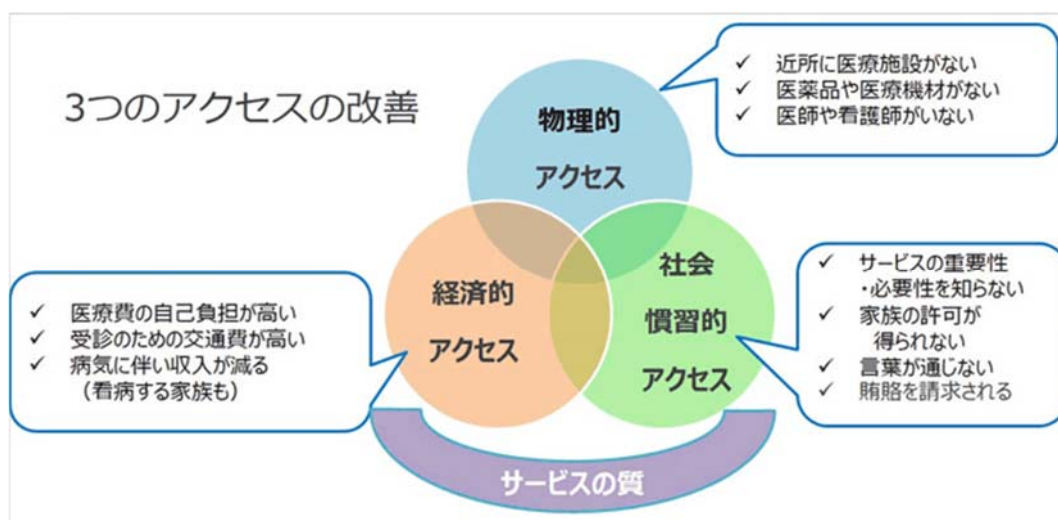
蓋 若琰

厚労科研林班研究会

2020年9月30日

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

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

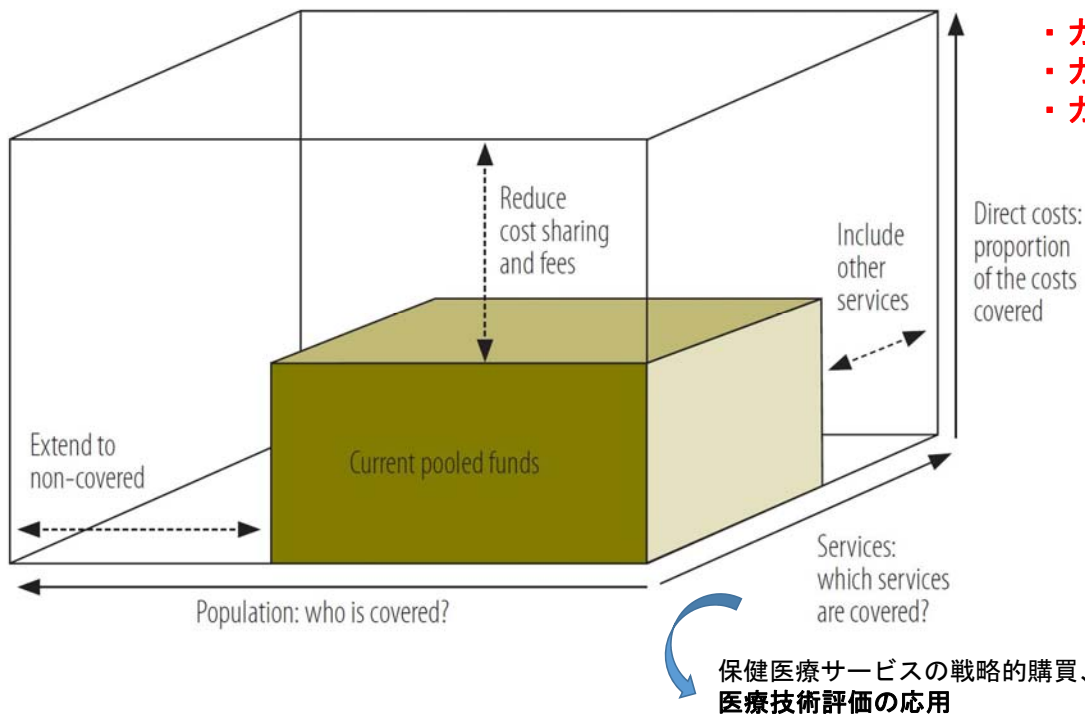


Source:  
JICA

## ユニバーサルヘルスカバレッジ（狭義）

3つの要素：

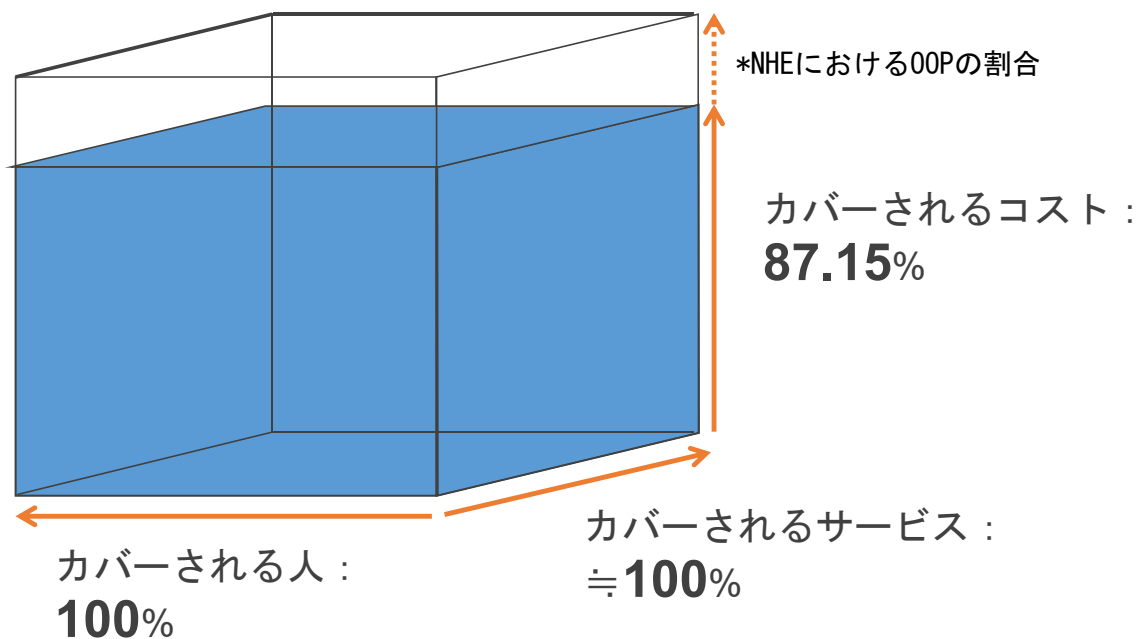
- ・カバーされる人
- ・カバーされるコスト
- ・カバーされるサービス



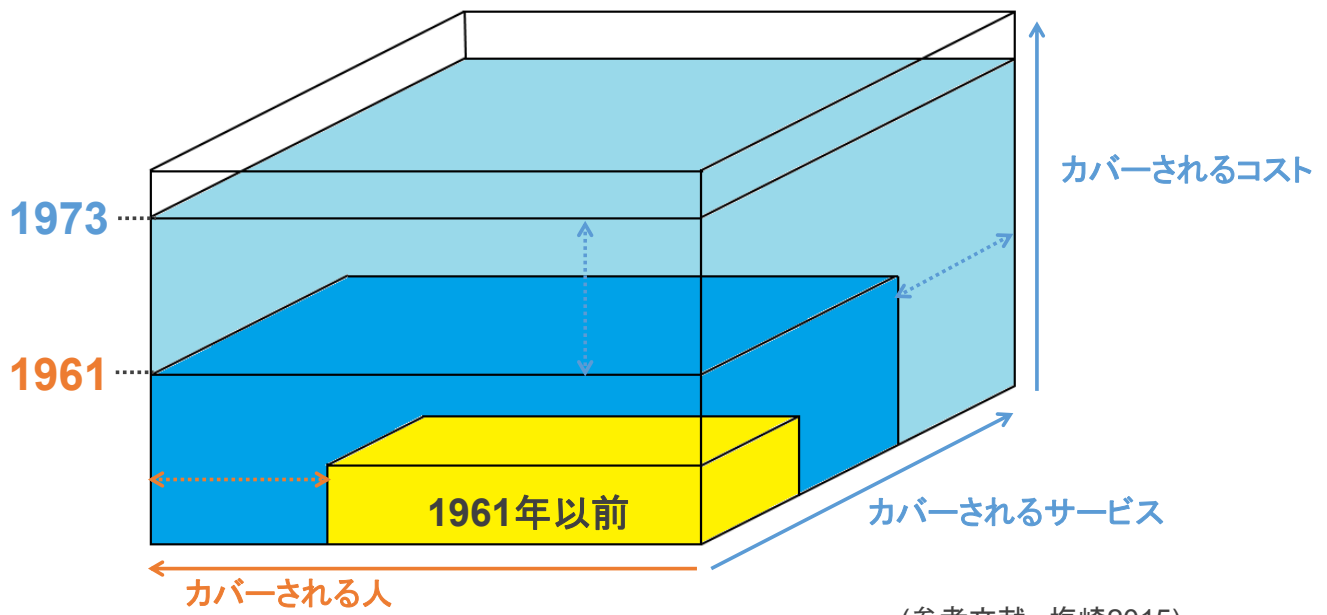
Source: WHO 2010

保健医療サービスの戦略的購買、  
医療技術評価の応用

## 日本のユニバーサルヘルスカバレッジ



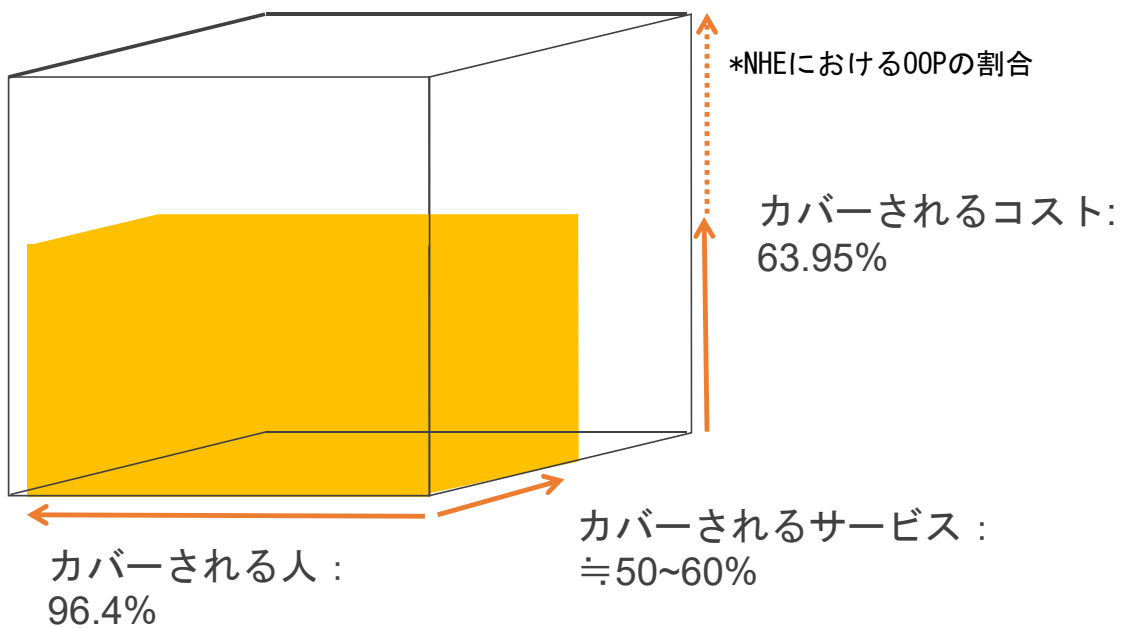
## 日本の国民皆保険の沿革：徐々に拡大したUHC



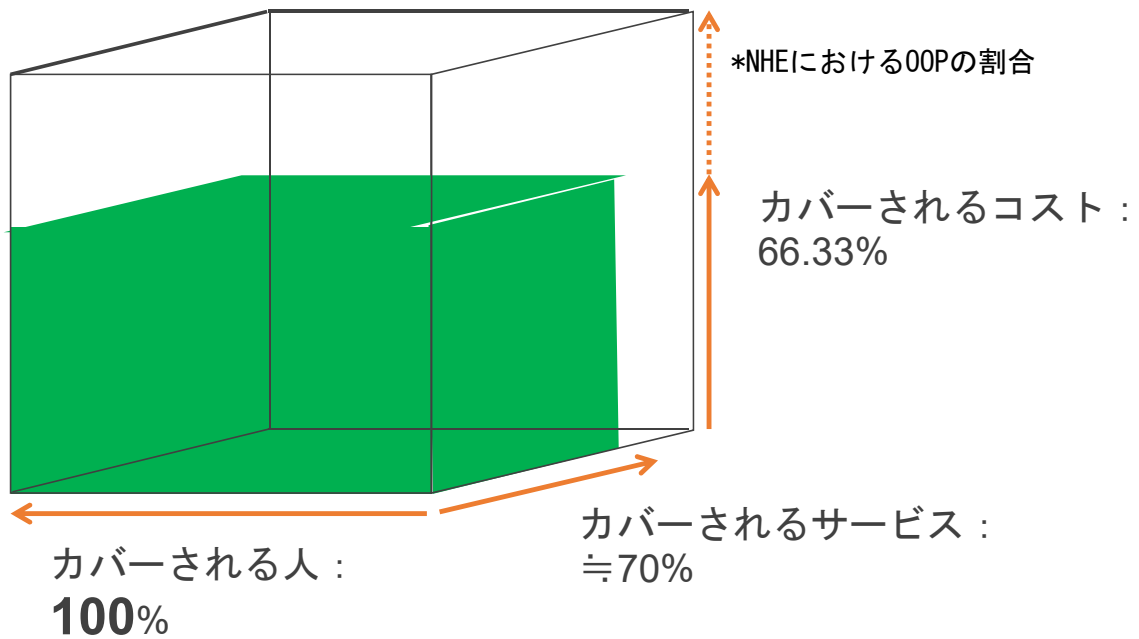
(参考文献：塩崎2015)

カバーされる人をまず増やしてから、カバーされるコストとサービスも拡大する。

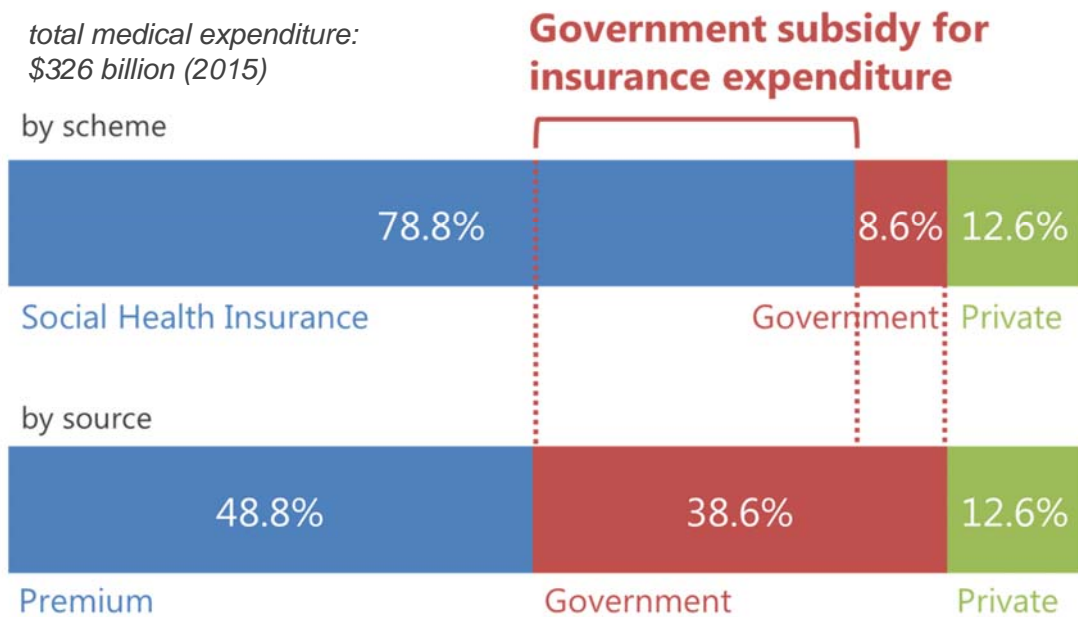
## 中国のユニバーサルヘルスカバレッジ



## 韓国のユニバーサルヘルスカバレッジ

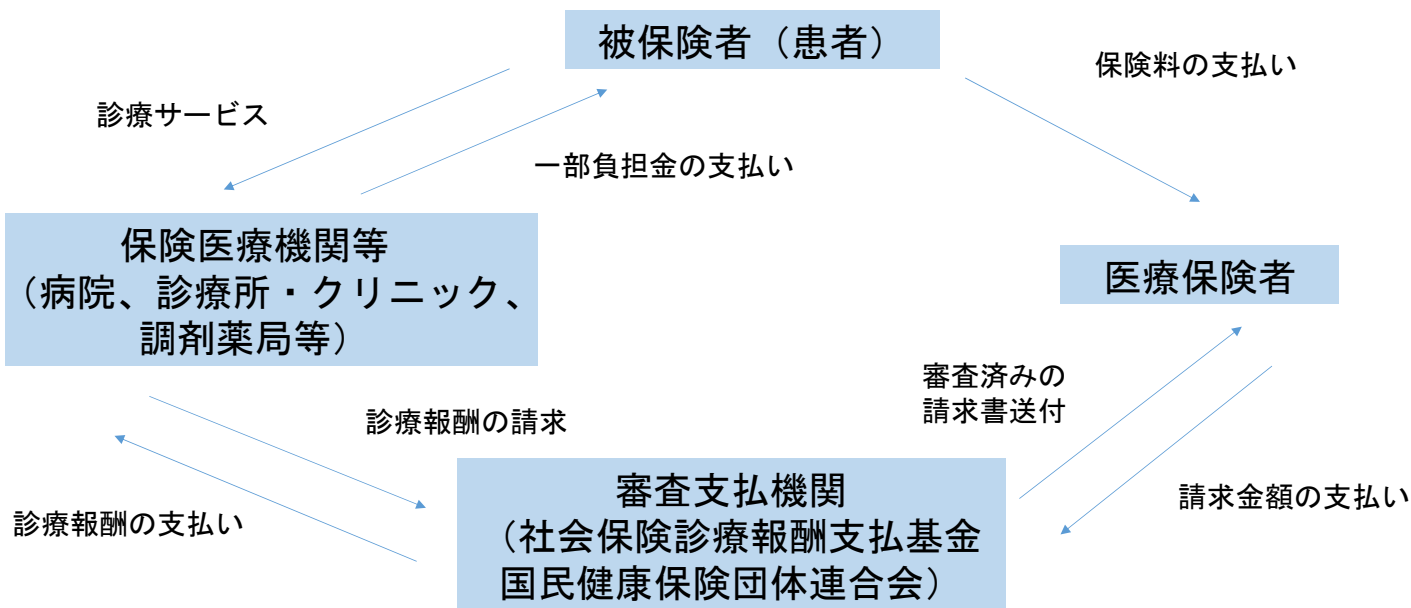


## 日本の国民医療費から見た社会保険制度とその財源

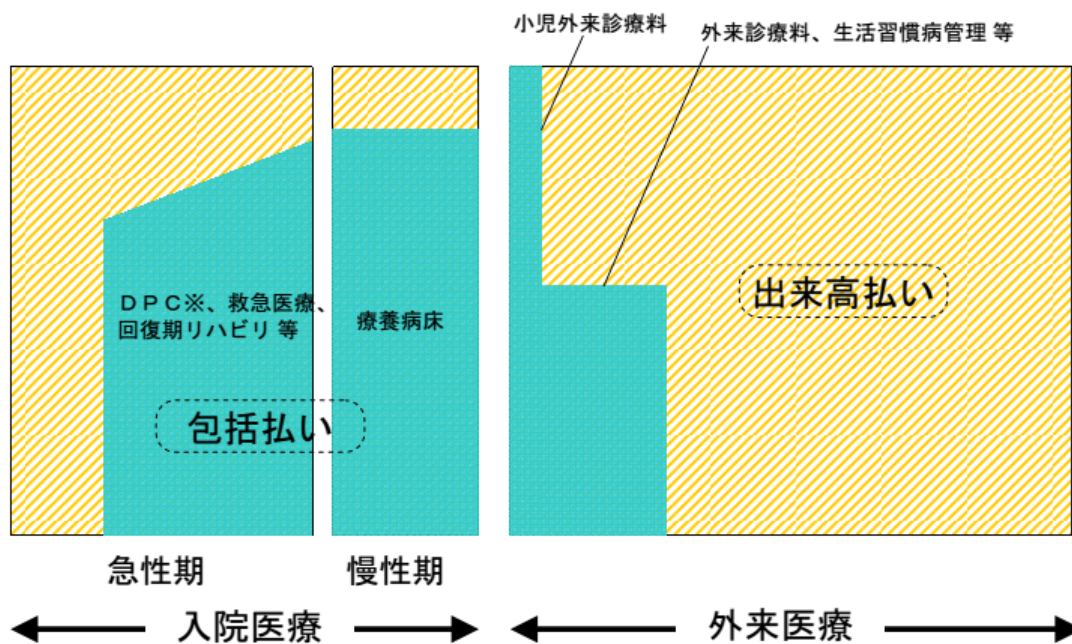


Source: Ministry of Health, 2015

# 日本の保険診療の流れ



# 日本の診療報酬と支払い方式



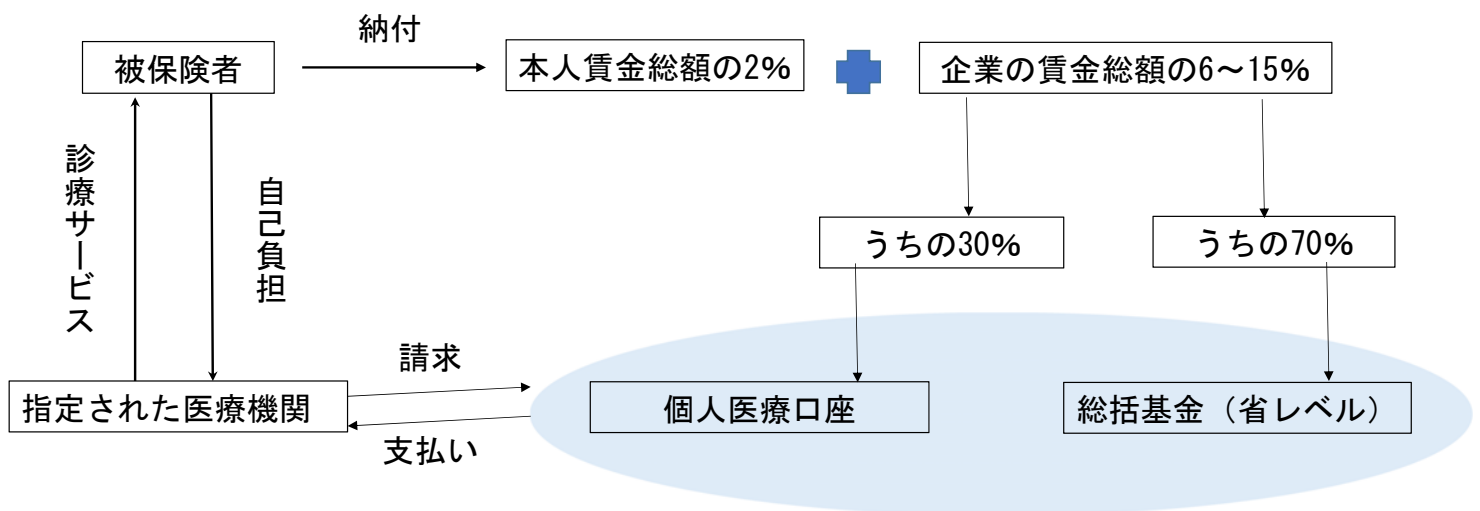
厚生労働省2015



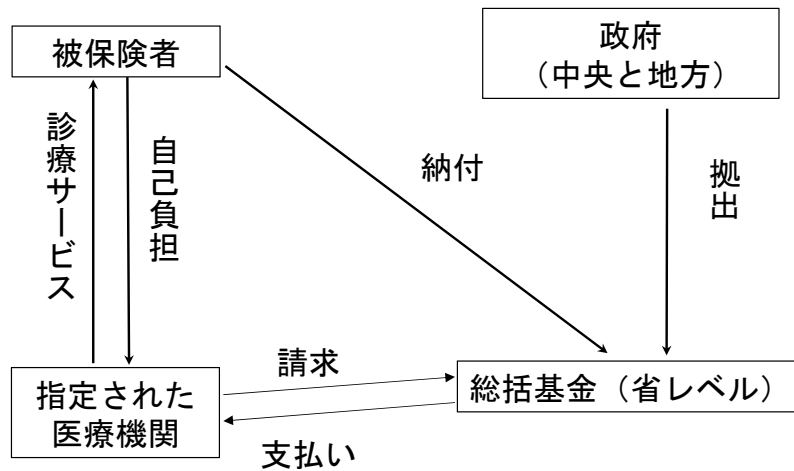
## 中国の医療保険制度

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

### 都市部従業者基本医療保険の仕組み



## 都市部住民医療保険、新型農村合作医療の仕組み



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

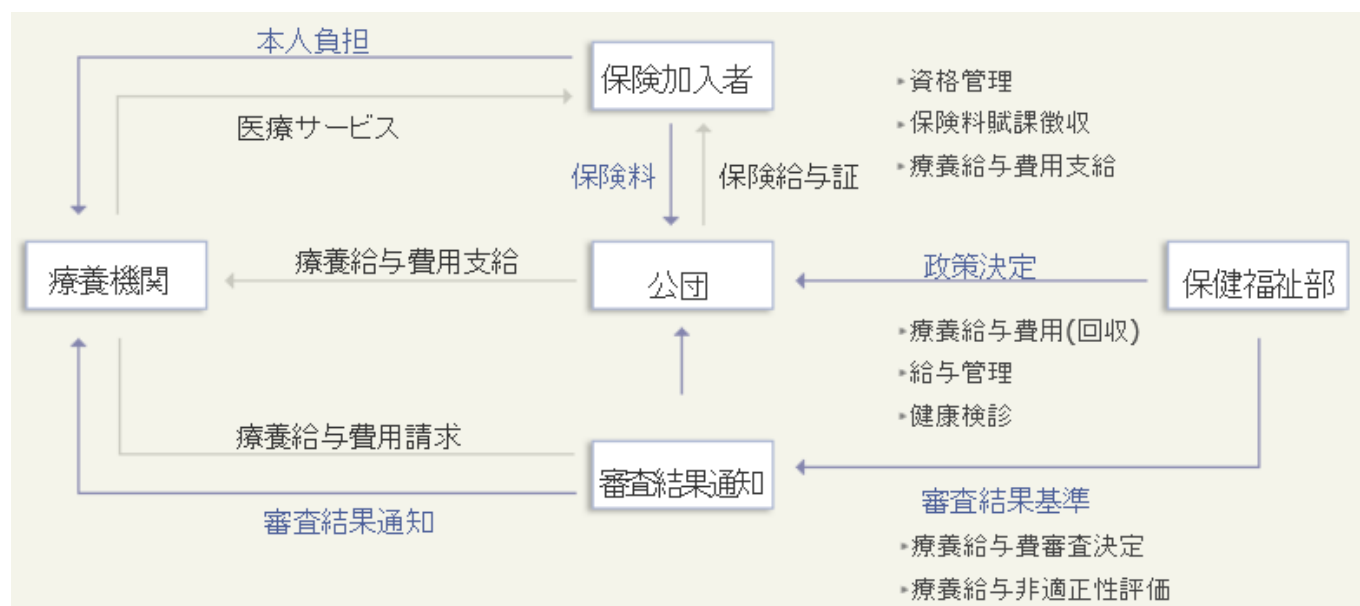
中国医療保障局,  
2019

## 医療保険制度の給付率

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

中国医療保障局,  
2019

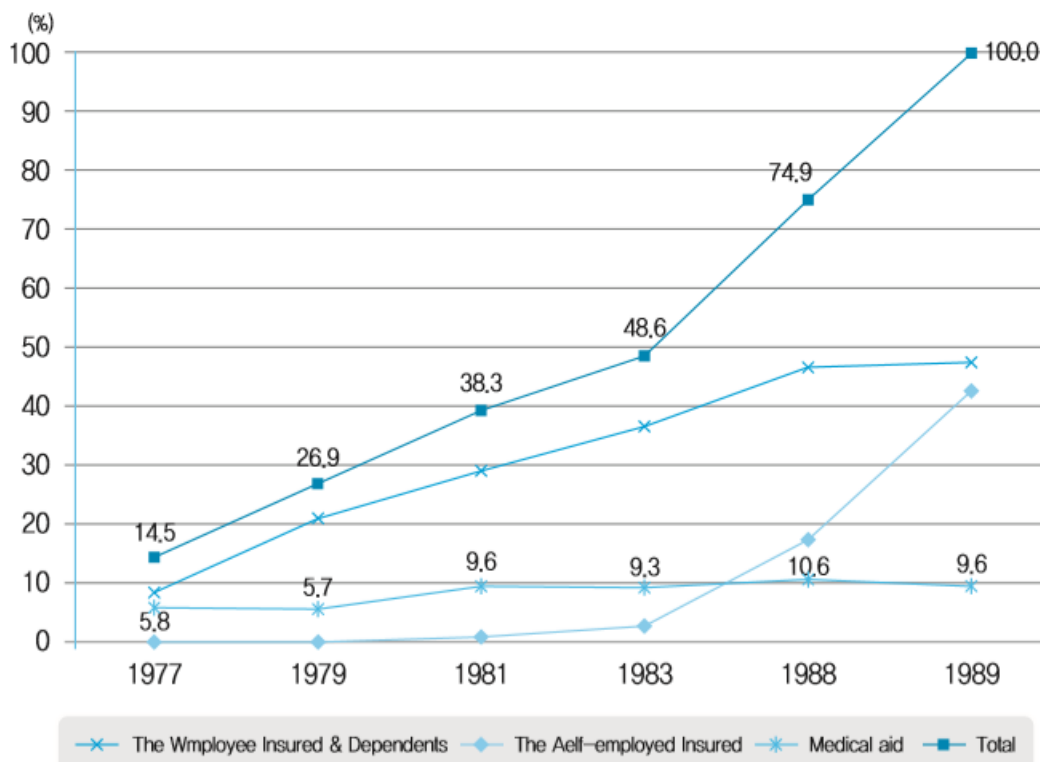
## 韓国



韓国国民健康保険会社HP

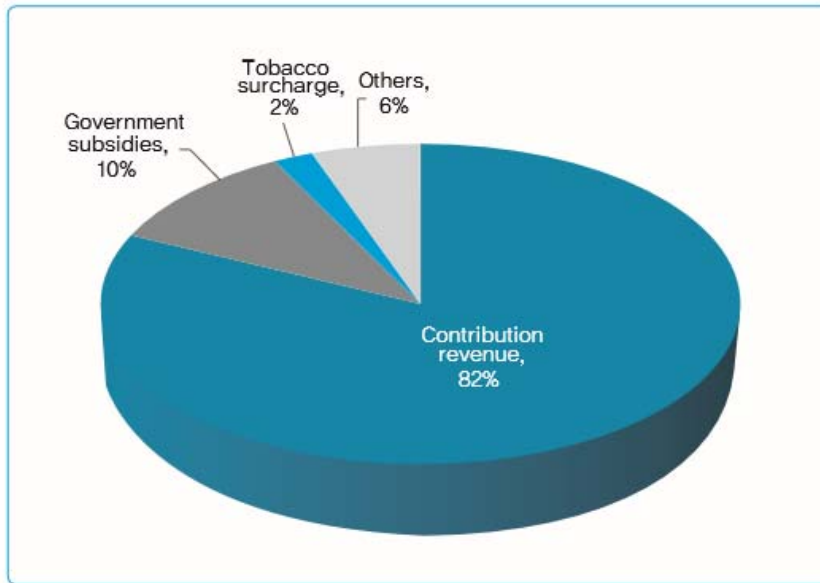
## 韓国の国民皆保険の沿革

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



## 社会保険制度の財源

National Health Insurance Financing Source, 2014



韓国国民健康保険公団2014

## 社会保険の自己負担額

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

韓国国民健康保険公団2014

## 医療費の支払い方式

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

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

## 日本、中国、韓国の医療保障制度の比較

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

## 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

### The fee schedule:

- Lists and price of clinical practices

医科診療報酬点数表



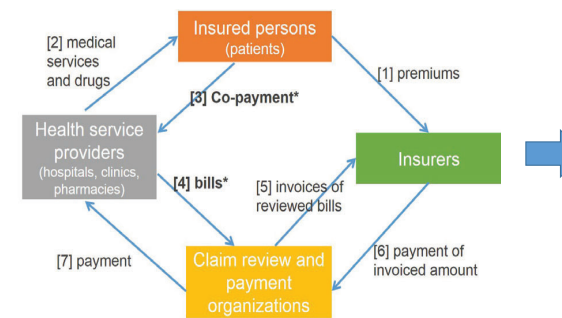
診療項目	点数
1. 内科	1.1 診察
1.2 検査	1.2.1 血液検査
1.3 処置	1.3.1 注射
1.4 手術	1.4.1 手術
1.5 看護	1.5.1 看護
1.6 理学療法	1.6.1 理学療法
1.7 作業療法	1.7.1 作業療法
1.8 言語療法	1.8.1 言語療法
1.9 歯科	1.9.1 診療
1.10 検査	1.10.1 検査
1.11 処置	1.11.1 処置
1.12 手術	1.12.1 手術
1.13 看護	1.13.1 看護
1.14 理学療法	1.14.1 理学療法
1.15 作業療法	1.15.1 作業療法
1.16 言語療法	1.16.1 言語療法
1.17 歯科	1.17.1 診療
1.18 検査	1.18.1 検査
1.19 処置	1.19.1 処置
1.20 手術	1.20.1 手術
1.21 看護	1.21.1 看護
1.22 理学療法	1.22.1 理学療法
1.23 作業療法	1.23.1 作業療法
1.24 言語療法	1.24.1 言語療法
1.25 歯科	1.25.1 診療
1.26 検査	1.26.1 検査
1.27 処置	1.27.1 処置
1.28 手術	1.28.1 手術
1.29 看護	1.29.1 看護
1.30 理学療法	1.30.1 理学療法
1.31 作業療法	1.31.1 作業療法
1.32 言語療法	1.32.1 言語療法
1.33 歯科	1.33.1 診療
1.34 検査	1.34.1 検査
1.35 処置	1.35.1 処置
1.36 手術	1.36.1 手術
1.37 看護	1.37.1 看護
1.38 理学療法	1.38.1 理学療法
1.39 作業療法	1.39.1 作業療法
1.40 言語療法	1.40.1 言語療法
1.41 歯科	1.41.1 診療
1.42 検査	1.42.1 検査
1.43 処置	1.43.1 処置
1.44 手術	1.44.1 手術
1.45 看護	1.45.1 看護
1.46 理学療法	1.46.1 理学療法
1.47 作業療法	1.47.1 作業療法
1.48 言語療法	1.48.1 言語療法
1.49 歯科	1.49.1 診療
1.50 検査	1.50.1 検査
1.51 処置	1.51.1 処置
1.52 手術	1.52.1 手術
1.53 看護	1.53.1 看護
1.54 理学療法	1.54.1 理学療法
1.55 作業療法	1.55.1 作業療法
1.56 言語療法	1.56.1 言語療法
1.57 歯科	1.57.1 診療
1.58 検査	1.58.1 検査
1.59 処置	1.59.1 処置
1.60 手術	1.60.1 手術
1.61 看護	1.61.1 看護
1.62 理学療法	1.62.1 理学療法
1.63 作業療法	1.63.1 作業療法
1.64 言語療法	1.64.1 言語療法
1.65 歯科	1.65.1 診療
1.66 検査	1.66.1 検査
1.67 処置	1.67.1 処置
1.68 手術	1.68.1 手術
1.69 看護	1.69.1 看護
1.70 理学療法	1.70.1 理学療法
1.71 作業療法	1.71.1 作業療法
1.72 言語療法	1.72.1 言語療法
1.73 歯科	1.73.1 診療
1.74 検査	1.74.1 検査
1.75 処置	1.75.1 処置
1.76 手術	1.76.1 手術
1.77 看護	1.77.1 看護
1.78 理学療法	1.78.1 理学療法
1.79 作業療法	1.79.1 作業療法
1.80 言語療法	1.80.1 言語療法
1.81 歯科	1.81.1 診療
1.82 検査	1.82.1 検査
1.83 処置	1.83.1 処置
1.84 手術	1.84.1 手術
1.85 看護	1.85.1 看護
1.86 理学療法	1.86.1 理学療法
1.87 作業療法	1.87.1 作業療法
1.88 言語療法	1.88.1 言語療法
1.89 歯科	1.89.1 診療
1.90 検査	1.90.1 検査
1.91 処置	1.91.1 処置
1.92 手術	1.92.1 手術
1.93 看護	1.93.1 看護
1.94 理学療法	1.94.1 理学療法
1.95 作業療法	1.95.1 作業療法
1.96 言語療法	1.96.1 言語療法
1.97 歯科	1.97.1 診療
1.98 検査	1.98.1 検査
1.99 処置	1.99.1 処置
1.100 手術	1.100.1 手術

- Lists and price of drugs / medical devices

第1部 内用薬



薬名	単価	支払額	自己負担額
アムピシリン	100円	70円	30円
アモキシシリン	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円
アモキシシリン/クラバン酸ナトリウム/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール/メチロキサニール	100円	70円	30円

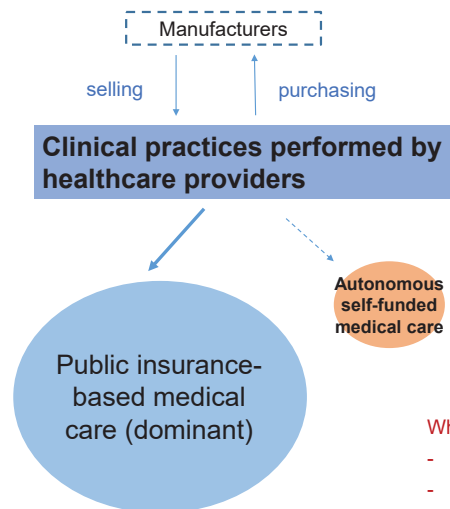


\* Calculated based on medical fee scheme, 1 points = 10 JPY

## 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

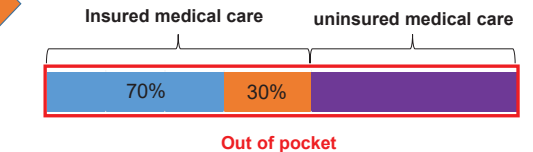
## The reimbursement in the health insurance system



A mixed medical care series is prohibited in the Health Insurance Law in general

- Payment based on public insurance: 70% (Public insurance) and 30% (Out of pocket)

- Payment for autonomous self-funded medical care



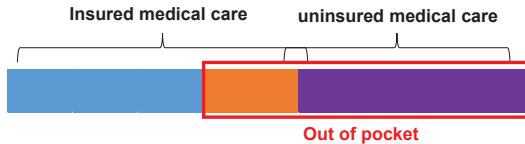
Why prudent:

- Concerns in inequality and potential financial burden
- Concerns in furtherance of non-evidence-based special clinical practices in terms of safety and efficacy



## 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

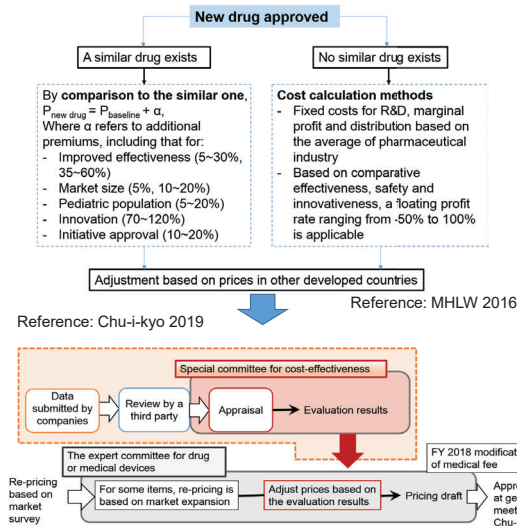
## Current status of immunotherapy in the health insurance system

- Drugs covered in the public insurance:

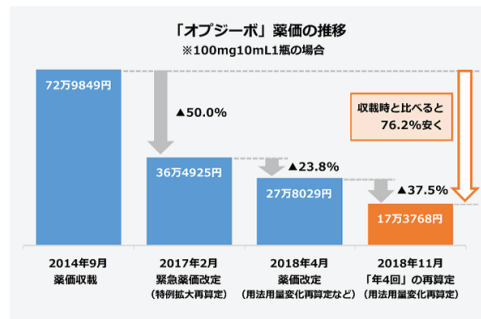
Types	Drugs
PD-1 inhibitors	Nivolumab Pembrolizumab
CTLA-4 inhibitors	Ipilimumab
PD-L1 inhibitors	Durvalumab Atezolizumab Avelumab
BCG (for urothelial carcinoma)	

- 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

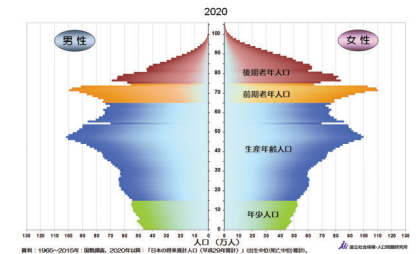
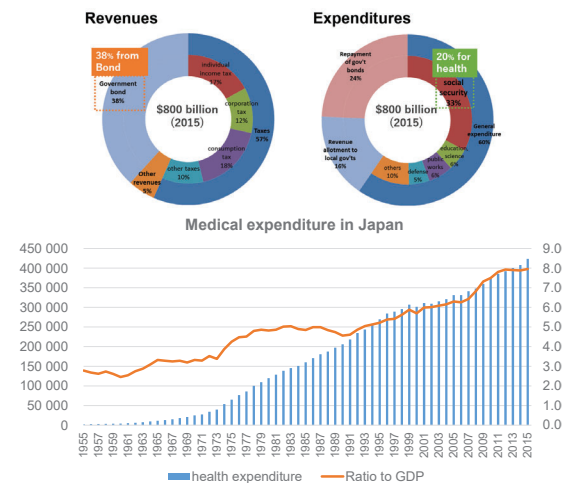


Largely reduced price of Nivolumab, as result of pharmaceutical price reform including introduction of health technology assessment



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

## 育児、介護・看護時間のジェンダー格差と日中韓の比較： 生活時間利用に関わる公的調査（Time use survey）の結果に基づいて

盖若琰

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

深刻化した少子高齢化と人口減少の社会では、家族構造の変容、労働力人口の減少、女性の社会参加に伴い、子育て、介護、家事などの時間の男女分担が求められている。しかし、現実には女性が働きながら家庭内の仕事を努めることが多く、負担が増える傾向がある（筒井、竹内、2016）。

生活時間調査（Time Use Survey）を利用した研究は近年、就業、家庭生活、子ども・子育て、介護、ジェンダーなど社会経済の多岐な分野に広がっている。OECDの2020年の国際比較データでは、日本の有償労働時間と無償労働時間を合計した総労働時間が男女とも最も長く、無償労働が女性に偏在する傾向が強いと示された（OCED Time Use Database）。このような家事など負担と責任が女性に偏在することは、女性の仕事の面での活躍を阻害する要因の一つである指摘され、無償労働の不平等な分担はOECD諸国で重要な課題と挙げられている（WEF, 2022）。

少子高齢化は日本、中国と韓国の共通した政策課題であり、その対策として労働・就業、少子化と家族政策、医療・介護・年金をはじめとする社会保障制度など、人々の各ライフステージのニーズに対応する関連政策の整備と改善が急務である。高齢者介護と子育てに関して、3か国は似たような社会文化的風土を持ち、伝統的に家族と家族内ケアが重要な役割を果たしてきた一方で、少子高齢化の急速な進展より、公的社会保障機能の強化のほか、働き方など子育てと介護を取り巻く環境の改善と従来のジェンダー分業に関わる意識変容が求められている。

したがって、本分担研究は生活時間の視点から、日中韓3か国の子育て環境、介護環境と家庭内無償労働のジェンダー分業の共通点と相違点を考察し、さらに日本の社会生活基本調査の個票データを利用して日本の子育てと介護・看護時間を精査することを目的とする。

### 2. 公表データに基づいた日中韓の無償労働時間の比較

本分担研究で利用した中国と韓国の生活時間に関する調査データはOECDと世界銀行のウェブサイトから入手した。表1は日中韓3か国における15～64歳の被調査者の無償労働、有償労働・学習、交際・余暇、個人的ケア、その他の平均生活時間のまとめである。表1のデータ元は、OECDの生活時間データで収録した日本、中国、韓国でそれぞれ2016年、2008年、2014年実施された生活時間調査であり、その中、中国の調査はより時間の離れがあり、集計の対象も15～74歳で日本と韓国の調査と異なったが、入手可能なデータを利用して比較した。各項目の定義は備考でリストした。

その中、無償労働は日常的な家事、買い物、世帯員の介護と育児、世帯以外のメンバーの世話、ボランティア、家庭活動に関連する移動やその他の無給の活動を含む。15～64歳の被調査者における無償労働の日当たりの平均時間について、中国は日中韓3か国の中でもっとも長く、男女とも同じような傾向がある。中国の男性の無償労働の日平均時間は91分であり、約日本と韓国の倍になる。女性の無償労働の日平均時間は日本、中国、韓国でそれぞれ224分、234分、215分であり、無償労働時間における男女格差は3か国とも顕著的である。一方で、比較的長い無償労働時間は有償労働・学習、交際・余暇の時間に代償されるように見え、有償労働・学習の時間、交際・余暇時間について、女性の有償労働・

学習時間以外に、中国は3か国でもっとも短かった。女性の有償労働・学習時間は日本、中国、韓国でそれぞれ272分、291分、269分であり、中国はもっとも長かった。睡眠を含む個人的ケアの時間について、被調査者全体、男性、女性のいずれのグループにおいても日本が最も短く、中国が最も長かった。

表 1. 15～64 歳の被調査者の平均生活時間（単位：分）

	全体			男性			女性		
	日本	中国	韓国	日本	中国	韓国	日本	中国	韓国
無償労働	136	164	132	41	91	49	224	234	215
有償労働・学習	363	340	344	452	390	419	272	291	269
交際・余暇	278	228	258	292	248	272	266	211	244
個人的ケア	620	694	678	613	696	676	626	692	680
その他	47	15	28	43	15	24	51	12	32

\*データ元：OECD データ ([Time Use \(oecd.org\)](https://data.oecd.org/time-use/))

\*\*日本、中国、韓国のデータはそれぞれ2016年、2008年、2014年の生活時間調査から集められた。なお、中国のデータは15～74歳の被調査者を対象とされた。

\*\*\*各項目の定義

- 無償労働：無給労働の時間には日常的な家事、買い物、世帯員の介護と育児、世帯以外のメンバーの世話、ボランティア、家庭活動に関連する移動やその他の無給の活動を含む。
- 有償労働・学習：有給の仕事や学習活動に費やされたすべての時間、具体的に、有給の仕事、就職のためのすべてのレベルの指導・訓練(就学前、初等、中等、技術および職業、高等教育、追加または補講クラス)でのクラスの出席、研究/宿題、仕事/学習のための移動、その他の有給の仕事または研究関連の活動を含む。
- 交際・余暇：社交に使った時間、具体的に、文化、娯楽、スポーツイベント、趣味、ゲーム、その他の娯楽活動、スポーツや野外活動の参加、マスメディアを介した交際・余暇活動、他の社会・余暇活動も含む。
- 個人的ケア：個人の生理的ニーズ(睡眠、食事、休息など)に関連する活動、個人または家族のヘルスケアとメンテナンス、もしくはこれらのケアを受けること、個人レベルの精神的/宗教的ケアに関連する移動、何もせず、休養、リラククス、瞑想、思考、計画などを含む。
- その他：精神的および宗教的活動および市民の義務、もしくは不特定の活動に使う時間。

図1は世界銀行の公表された男女別の無償労働時間が生活時間全体で占めた割合である。そのデータ元は日本で2006年、2011年、2016年、中国で2008年、2018年、韓国で2004年、2009年、2014年、2019年実施された生活時間調査であり、異なる年のデータを利用した比較を可視化するために、調査実施年の間にある調査実施年でない年の数値は、隣の2つの調査実施年の移動平均と仮定しグラフを作成した。その結果、女性の無償労働時間が生活時間全体で占めた割合は、3か国においてわずかに減る傾向が見えたが、男性は約3～4%（中国では6%）、女性は約14～16%、無償労働時間におけるジェンダー格差は大いに変化がなかった。男性における上記の割合は高い順からそれぞれ中国、韓国、日本、女性の場合は日本と中国、韓国である。

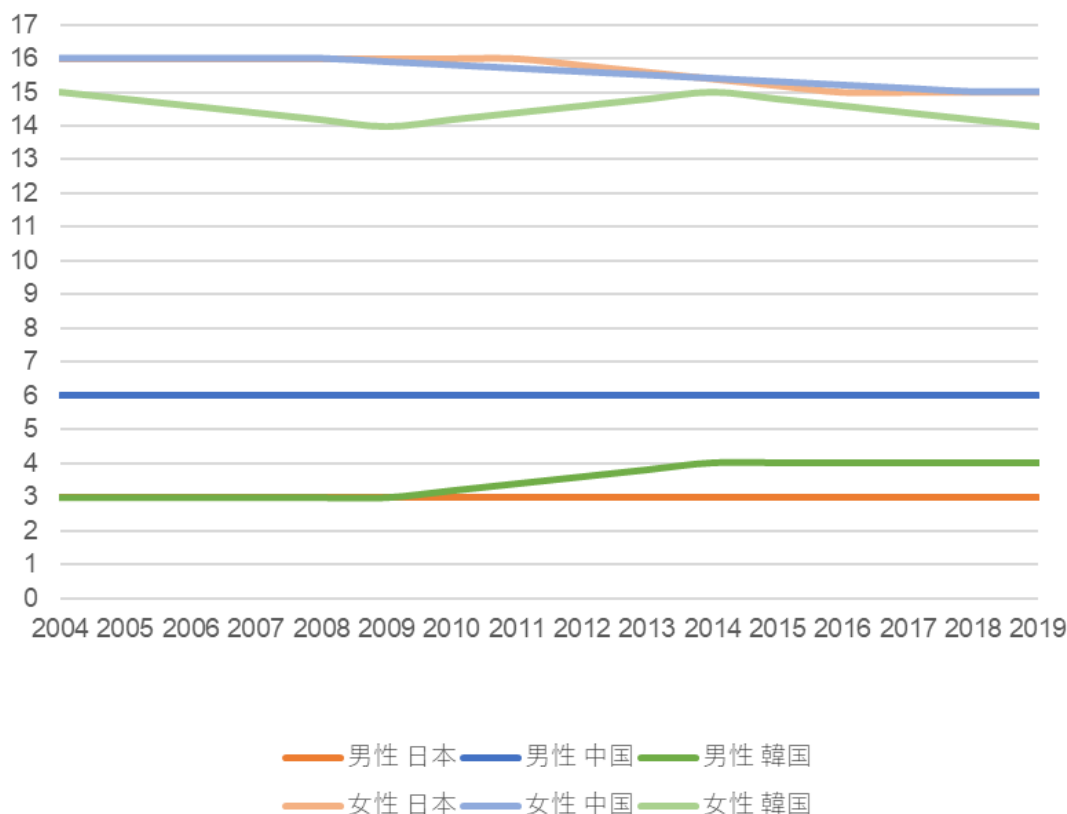


図1. 男女別生活時間全体に占める無償労働時間の割合

\*データ元：世界銀行データ ([Proportion of time spent on unpaid domestic and care work, female \(% of 24 hour day\) | Data \(worldbank.org\)](https://data.worldbank.org/SD/SH.UW.ZS))

\*\*生活時間調査は日本では2006年、2011年、2016年、中国では2008年、2018年、韓国では2004年、2009年、2014年、2019年実施され、調査実施年のデータは上記のデータ元から収集した。それ以外の年のデータは移動平均法を用いて求めてグラフ化した。

### 3. 個票データを利用した日本の子育てと介護・看護時間の精査

上記の比較は日本、中国、韓国の公表された生活時間調査の結果を利用したものである。個票データの入手可能性は日本に限るため、日本の社会生活基本調査（平成18年調査、平成23年調査、平成28年調査）の二次利用をし、無償労働時間、特にその中の子育てと介護・看護時間を精査した。社会生活基本調査は総務省統計局が実施する統計法に基づいた統計調査であり、国民の各活動への生活時間の配分や仕事、余暇時間における主な活動の状況などを精査し、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、ワークライフバランスの推進、男女共同参加社会の形成に関わる政策立案を資する国民の豊かな社会生活に関連するエビデンスに基づいた政策形成を支えている。

調査対象は指定する全国の約7,600調査区内にある世帯から、無作為に選定した約91,000世帯の10歳以上の世帯員約19万人である。表1は、各調査の被調査者全体の社会人口属性（都市圏、10歳以下子どもの数、世帯構造、年齢階級、性別、婚姻状況、教育背景、就業と勤務状況、週勤務時間、世帯収入、介護しているか否か）をまとめた。2006年、2011年、2016年調査の被調査者数はそれぞれ176,096人、176,285人、176,225人であった。

表 2. 社会生活基本調査の被調査者の社会人口的属性

	2006		2011		2016	
	頻度	%	頻度	%	頻度	%
大都市（人口 100 万人以上の市）	17,337	9.85	18,295	10.38	17,799	10.1
中都市（人口 15 万人以上 100 万人未満の市）	60,507	34.36	63,849	36.23	64,391	36.53
小都市 A（人口 5 万人以上 15 万人未満の市）	51,650	29.33	51,454	29.2	49,865	28.29
小都市 B（人口 5 万人未満の市）	19,792	11.24	19,313	10.96	21,801	12.37
町村	26,810	15.22	23,314	13.23	22,429	12.72
10 歳以下の子どもがいない	142,850	81.12	144,793	82.16	148,132	84.03
10 歳以下の子どもが 1 人	18,884	10.72	18,340	10.41	16,615	9.43
10 歳以下の子どもが 2 人	11,752	6.67	10,682	6.06	9,145	5.19
10 歳以下の子どもが 3 人及びそれ以上	2,610	1.48	2,410	1.37	2,393	1.35
夫婦のみの世帯 下記以外	16,006	9.09	15,496	8.79	13,499	7.66
高齢者夫婦世帯	17,513	9.95	19,335	10.97	24,172	13.71
夫婦と子供の世帯	62,816	35.67	63,199	35.86	62,101	35.23
夫婦と両親の世帯 夫婦と夫の両親の世帯	1,729	0.98	1,877	1.07	1,524	0.86
夫婦と妻の両親の世帯	348	0.2	343	0.19	315	0.18
夫婦とひとり親の世帯 夫婦と夫の男親の	519	0.29	525	0.3	553	0.31
夫婦と夫の女親の世帯	3,281	1.86	3,046	1.73	3,004	1.7
夫婦と妻の男親の世帯	92	0.05	148	0.08	135	0.08
夫婦と妻の女親の世帯	871	0.49	894	0.51	903	0.51
夫婦、子供と両親の世帯 夫婦、子供と夫	11,681	6.63	8,821	5.01	6,663	3.78
夫婦、子供と妻の両親の世帯	1,636	0.93	1,613	0.92	1,360	0.77
夫婦、子供とひとり親の世帯 夫婦、子供	1,995	1.13	1,642	0.93	1,334	0.76
夫婦、子供と夫の女親の世帯	9,658	5.48	8,205	4.66	6,399	3.63
夫婦、子供と妻の男親の世帯	344	0.2	349	0.2	372	0.21
夫婦、子供と妻の女親の世帯	2,196	1.25	2,204	1.25	1,553	0.88
父子世帯	232	0.13	257	0.15	269	0.15
母子世帯	1,841	1.05	2,212	1.26	2,017	1.14
有配偶のひとり親と子供の世帯	2,312	1.31	2,590	1.47	1,574	0.89
単身世帯	14,136	8.03	16,176	9.18	17,638	10.01
その他の世帯	24,078	13.67	24,988	14.18	25,702	14.58
不詳	2,812	1.6	2,305	1.31	5,198	2.95
10 代	19,865	11.28	19,051	10.81	18,332	10.4
20 代	17,452	9.91	15,932	9.04	13,480	7.65
30 代	24,227	13.76	23,029	13.07	19,256	10.92
40 代	24,292	13.79	25,114	14.25	27,044	15.34
50 代	31,929	18.13	26,724	15.16	25,169	14.28
60 代	26,614	15.11	31,071	17.63	33,611	19.07
70 代	21,615	12.27	22,461	12.75	24,135	13.69

80代及びそれ以上	10,102	5.74	12,843	7.29	15,258	8.66
男	83,516	47.43	83,445	47.35	83,670	47.46
女	92,580	52.57	92,780	52.65	92,615	52.54
未婚	45,464	25.82	45,779	25.98	45,029	25.54
配偶者あり	109,460	62.16	107,775	61.16	107,676	61.08
死別・離別	20,794	11.81	22,280	12.64	22,967	13.03
無回答	378	0.21	391	0.22	613	0.35
在学中 小学	5,015	2.85	4,883	2.77	4,585	2.6
在学中 中学	6,231	3.54	6,059	3.44	5,844	3.32
在学中 高校	6,280	3.57	5,992	3.4	6,554	3.72
在学中 短大・高専	1,164	0.66	1,016	0.58	456	0.26
在学中 大学・大学院	2,582	1.47	2,915	1.66	2,589	1.47
卒業 小学・中学	36,561	20.76	32,172	18.26	25,294	14.35
卒業 高校・旧制中	73,392	41.68	72,982	41.41	84,370	47.86
卒業 短大・高専	20,177	11.46	22,780	12.93	14,542	8.25
卒業 大学・大学院	22,688	12.88	26,048	14.78	29,832	16.92
その他の世帯・無回答	2,006	1.14	1,378	0.78	2,219	1.26
おもに仕事	83,393	47.36	80,702	45.79	80,191	45.49
家事などのかたわらに仕事	17,752	10.08	18,182	10.32	19,272	10.93
通学のかたわらに仕事	2,387	1.36	2,325	1.32	2,254	1.28
仕事をしない人のうち主に家事をしている人	32,136	18.25	33,557	19.04	33,283	18.88
仕事をしない人のうち主に通学している人	9,085	5.16	8,851	5.02	8,580	4.87
その他の仕事をしていない人	21,011	11.93	22,641	12.85	22,998	13.05
無回答	10,332	5.87	9,967	5.66	9,707	5.51
正規の職員・従業員	49,652	28.2	46,260	26.25	46,977	26.65
パート	15,388	8.74	15,808	8.97	17,317	9.82
アルバイト	6,799	3.86	6,803	3.86	6,691	3.8
契約・嘱託・派遣社員	2,324	1.32	7,415	4.21	7,978	4.53
その他の雇用されている人	2,830	1.61	2,125	1.21	2,081	1.18
会社などの役員	4,673	2.65	4,206	2.39	4,309	2.44
雇人のある業主	3,102	1.76	3,084	1.75	3,015	1.71
雇人のない業主	9,869	5.6	8,762	4.97	7,437	4.22
家族従業者	7,718	4.38	5,957	3.38	5,057	2.87
家庭内の賃仕事（内職）	800	0.45	581	0.33	487	0.28
該当なし（勤務していない）	72,941	41.42	75,224	42.69	74,936	42.51
週勤務時間 15時間未満	7,301	4.15	6,651	3.77	7,136	4.05
週勤務時間 15～29時間	11,050	6.27	12,122	6.88	13,205	7.49
週勤務時間 30～34時間	5,276	3	5,187	2.94	5,497	3.12
週勤務時間 35～39時間	7,555	4.29	8,284	4.7	8,915	5.06
週勤務時間 40～48時間	33,404	18.97	33,074	18.77	32,973	18.7

週勤務時間 49～59 時間	16,625	9.44	15,313	8.69	15,428	8.75
週勤務時間 60 時間以上	10,119	5.75	8,786	4.99	7,629	4.33
週勤務時間がきまっていない	10,384	5.9	10,832	6.15	9,054	5.14
該当しない	74,382	42.24	75,976	43.11	76,448	43.37
世帯収入が 100 万円未満	9,209	5.23	6,824	3.87	6,395	3.63
世帯収入が 100～199 万円	14,636	8.31	14,056	7.98	14,419	8.18
世帯収入が 200～299 万円	21,154	12.01	20,237	11.48	21,515	12.2
世帯収入が 300～399 万円	24,334	13.82	22,775	12.92	21,728	12.33
世帯収入が 400～499 万円	20,096	11.41	20,256	11.49	19,260	10.93
世帯収入が 500～599 万円	18,263	10.37	18,770	10.65	18,437	10.46
世帯収入が 600～699 万円	14,268	8.1	15,649	8.88	15,587	8.84
世帯収入が 700～799 万円	12,052	6.84	13,011	7.38	13,374	7.59
世帯収入が 800～899 万円	10,680	6.06	10,956	6.22	10,826	6.14
世帯収入が 900～999 万円	7,840	4.45	8,713	4.94	8,583	4.87
世帯収入が 1000～1499 万円	14,394	8.17	17,233	9.78	16,831	9.55
世帯収入が 1500 万円以上	4,615	2.62	5,059	2.87	5,345	3.03
無回答	4,555	2.59	2,686	1.52	3,985	2.26
介護はしていない	166,814	94.73	160,933	93.58	164,251	93.17
65 歳以上の家族を介護(自宅内)	4,547	2.58	5,708	3.24	5,583	3.17
65 歳以上の家族を介護(自宅外)	2,504	1.42	3695	2.1	4393	2.49
その他の家族を介護(自宅内)	1,161	0.66	885	0.5	870	0.49
その他の家族を介護(自宅外)	1,070	0.61	1018	0.58	1188	0.68
	176,096	100	176,225	100	176,285	100

調査票では、生活行動の種類として、「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 分刻みで記入されたのである。図 2 は 2006 年、2011 年、2016 年の社会生活基本調査の生活時間分布をまとめた。無償労働時間は前述した OECD の定義に基づいて、7.家事、8.介護・看護、9.育児の項目の合計値とした。介護・看護と子育ての時間はそれぞれ、「8. 介護・看護」と「9. 育児」の項目に基づいて算出した。その中、被調査者全体の無償労働の日平均時間は 136 分、137 分、136 分であった。



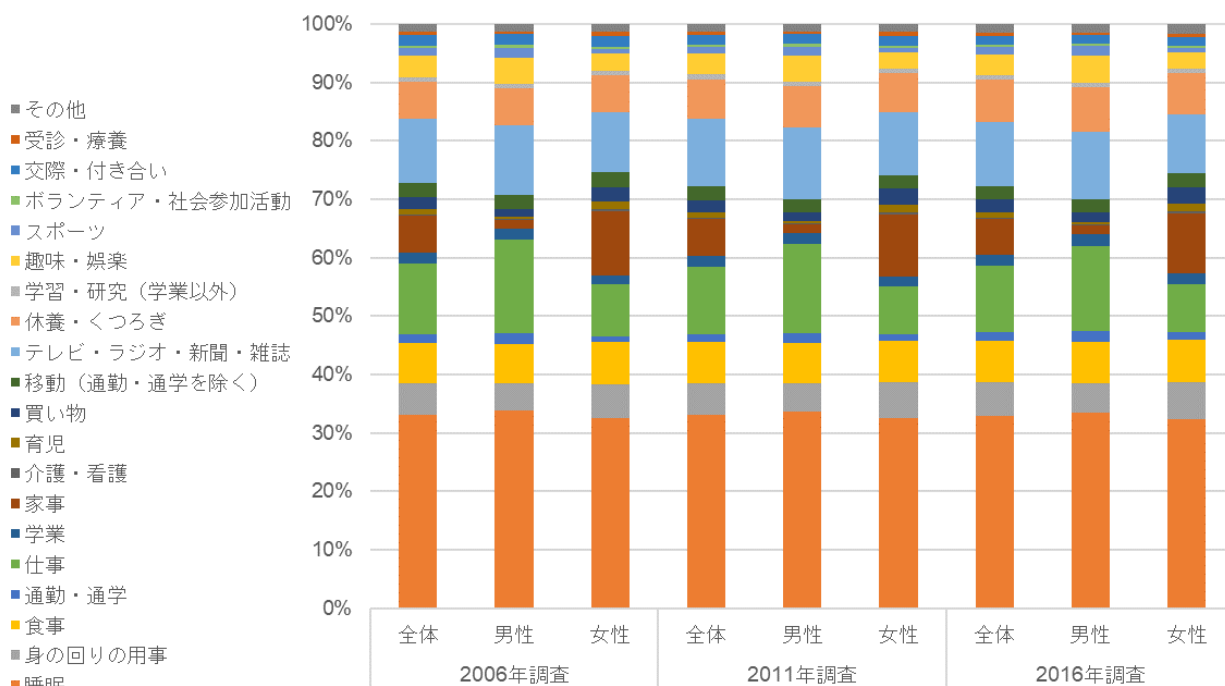


図 2. 平成 18 年～平成 28 年社会生活基本調査被調査者全体及び男女別の生活時間分布

被調査者全体の無償労働時間、また介護するか否か×性別の介護・看護時間、10歳以下の子どもの数×性別の育児時間をマルチレベルの一般化線形モデル (Generalized Linear Model: GLM) で推定する際に同一世帯を一つのクラスターとし、表 3 のように年齢、性別、就業状況、調査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。GLM における各生活時間項目の分布はガウス分布とした。その影響因子の有意性の結果は 2006 年、2011 年、2016 年同じような傾向であり、女性、30 代～50 代の者、フルタイムで仕事をしない者、休日が高齢者より高く示された (表 3)。モデルで予測した無償労働時間は 136.98 分 (95%信頼区間: 136.49 分～137.41 分)、137.98 分 (95%信頼区間: 137.53 分～138.43 分)、136.94 分 (95%信頼区間: 136.49 分～137.48 分) であった。

表 3. 調査者全体の無償労働時間の影響因子 (2016 年)

		係数	p	95%信頼区間	
性別	男性	ref.			
	女性	105.72	<0.001	104.69	106.74
年齢階級	10 代				
	20 代	35.53	<0.001	31.73	39.33
	30 代	102.06	<0.001	97.94	106.18
	40 代	99.86	<0.001	95.88	103.85
	50 代	97.70	<0.001	93.66	101.75
	60 代	74.71	<0.001	70.67	78.75
	70 代	38.78	<0.001	34.67	42.90
	80 代及びそれ以上	-15.40	<0.001	-19.65	-11.15
就業の有無	おもに仕事	ref.			
	家事などのかたわらに仕事	119.02	<0.001	117.33	120.71



	通学のかたわらに仕事	-12.04	<0.001	-16.75	-7.34
	仕事をしていない人のうち主に家事をしている人	179.90	<0.001	178.30	181.50
	仕事をしていない人のうち主に通学している人	-2.88	0.156	-6.86	1.10
	その他の仕事をしていない人	43.26	<0.001	41.47	45.05
	無回答	-0.49	0.817	-4.64	3.66
調査日	平日	ref.			
	休日	20.60	<0.001	19.47	21.73

表4は育児時間の推定を示している。被調査者全体において、男性と女性、10歳以下の子どもの数による各グループにおいて、調査年とともに育児時間の増加が見えた。10歳以下の子どもの数のいずれのグループにおいても女性の子育て時間が長く、それぞれのグループにある男女差はおよそ15分である。この男女差の時間と伴う変化は見えなかった。さらに、調査日に育児時間がゼロでない者を対象として予測した男女別の育児時間では、2006年から2016年まで増加の傾向が二つのグループで見える者の、女性は男性より60分以上長いことが変わらないかった。

表4. 育児時間の推定

		平成18年調査			平成23年調査			平成28年調査		
		予測値	95%信頼区間		予測値	95%信頼区間		予測値	95%信頼区間	
被調査者全体*		13.75	13.48	14.02	14.45	14.17	14.74	14.59	14.28	14.89
男性×	10歳以下子どもなし	-5.14	-5.49	-4.79	-5.18	-5.55	-4.82	-4.82	-5.21	-4.43
男性×	10歳以下子ども1人	44.02	43.13	44.91	48.16	47.22	49.11	54.89	53.80	55.97
男性×	10歳以下子ども2人	61.44	60.37	62.52	72.38	71.20	73.56	81.01	79.63	82.39
男性×	10歳以下子ども3人以上	77.79	75.54	80.04	90.74	88.30	93.19	99.25	96.55	101.96
女性×	10歳以下子どもなし	9.96	9.62	10.30	10.14	9.79	10.50	10.24	9.86	10.62
女性×	10歳以下子ども1人	59.13	58.24	60.01	63.49	62.55	64.43	69.95	68.87	71.03
女性×	10歳以下子ども2人	76.55	75.48	77.62	87.71	86.54	88.88	96.07	94.69	97.45
女性×	10歳以下子ども3人以上	92.89	90.64	95.15	106.07	103.63	108.51	114.31	111.61	117.01
男性×	その調査日育児時間があった**	23.96	22.71	25.21	28.79	27.42	30.15	31.83	30.21	33.45
女性×	その調査日育児時間があった	84.95	83.77	86.14	92.80	91.50	94.10	100.88	99.33	102.43

モデル\*は、各調査年の被調査者全体を対象に、10歳以下の子どもがいるか否かにかかわらず推定した。

モデル\*\*は、調査日に育児時間がゼロでない者に限って育児時間を男女別で推定した。

表 5. 介護・看護時間の推定

		平成18年調査			平成23年調査			平成28年調査		
		予測値	95%信頼区間		予測値	95%信頼区間		予測値	95%信頼区間	
被調査者全体*		3.77	3.61	3.93	3.93	4.08	3.78	4.44	4.28	4.61
男性×	介護していない	0.09	-0.09	0.28	-0.09	-0.27	0.09	0.10	-0.10	0.29
男性×	介護している	47.04	46.52	47.55	40.57	40.10	41.03	40.89	40.40	41.38
女性×	介護していない	2.38	2.20	2.57	2.30	2.12	2.47	2.77	2.57	2.96
女性×	介護している	49.33	48.82	49.83	42.95	42.50	43.40	43.56	43.08	44.04
男性×	その調査日介護をした**	146.94	144.01	149.88	140.77	138.34	143.19	145.45	142.98	147.92
女性×	その調査日介護をした	150.80	148.51	153.08	142.98	141.04	144.92	146.19	144.19	148.19

モデル\*は、各調査年の被調査者全体を対象に、介護しているか否かにかかわらず推定した。

モデル\*\*は、その調査日介護・看護をした者に限って介護・看護時間を男女別で推定した。

表 5 は介護・看護時間の推定であり、被調査者全体（自宅内もしくは自宅外で介護をしているか否かにかかわらず）のほかに、調査日に介護・看護をした者を対象とした解析の結果もまとめた。その調査日介護・看護をした者を対象とした介護・看護時間の男女差は 2006 年、2011 年、2016 年にいずれもあったが、2006 年の男性 146.94 分、女性 150.80 分から、2016 年の男性 145.45 分、女性 146.19 分になり、小さくなる傾向が見えた。

#### 4. 今度の解析結果の考察と関連政策への示唆

本分担研究は公表データを利用して、日中韓 3 か国の生活時間調査で調べられた家庭内無償労働時間を比較し、さらに日本の社会生活基本調査の個票データを利用して、日本の子育てと介護・看護を含む無償労働時間の動向を考察した。日中韓 3 か国において、無償労働時間のジェンダー格差は顕著的で経時的な変化が見えにくい一方で、無償労働時間、そしてその代償となる仕事、余暇、睡眠を含む個人的ケアの時間の配分パターンから、男性の家庭内無償労働への参加及び女性の社会参加の度合いにおける異同も見えた。少子高齢化の進行が加速化している中で、3 か国の少子高齢化対策はそれぞれの施策の経緯が異なるものの、法律と社会的理念の整備、育児休業、介護休業などの充実や再雇用の促進、労働時間の改善や勤務形態の多様化による雇用・就業環境づくり、保育サービスや母子保健医療体制の充実、育児手当の充実をはじめとする経済的負担の軽減などの取組みを進めている。最近の関連施策の特色として、日本では AI や ICT など先進的な科学技術の活用、ワークライフバランスの推進、切れ目のない包括的な子育て支援の強化、保育無償化、不妊治療の保険適用、韓国では男女平等、若者世代の結婚・家族形成支援、生活の質の向上、中国では出生率と生産性向上に向けた出産・子育て支援の体制づくりなどがあげられる（林，2021）。

また、個票データを利用した解析では、無償労働時間、育児及び介護・看護時間における男女差と経年的な変化を明らかにし、この数値は介護と育児による機会コスト、潜在的な生産力損失を捉えることより、関連の政策立案における投資の価値の見える化に役立つ（WHO, 2022）。介護・看護時間における男女差が小さくなる傾向があるものの、無償労働、特に育児において顕著なジェンダー格差があることは、男性の育児分担に向けた性別分業に関する意識の変容、育児休業制度の整備や弾力的な働く方の促進、労働・通勤時間の削減など施策を一次元的よりも多次的に推進する必要性を示唆する（労働政策研究・研修機構，2007）。介護・看護時間がやや減少し、ジェンダー格差が縮小する背景は、平成 23 年以降の地域包括ケアの推進、在宅医療・介護の連携、認知症施策の推進であり、このような公的介護

サービス、特に在宅サービスが充実化は家族内の介護負担、特に女性の介護負担の軽減につながると考えられる（厚生労働省、2018）

今度の解析はデータの入手可能性とデータ元の異質性より比較の限界があるものの、生活時間を介して日中韓3か国の無償労働、育児と介護の不平等な分担を定量化し、比較・解析の結果に基づいて育児、介護を取り巻く環境と政策施策を考察した。日中韓3か国の人口減少社会の持続可能性に向けて、子育て、介護の平等な分担より、社会全体の生産力とウェルビーイングの向上に関わる政策形成に一助する。

## 参考文献

厚生労働省（2018）. 「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf>

厚生労働省（2020）. 「令和2年版厚生労働白書 — 令和時代の社会保障と働き方を考える」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/wp/hakusyo/kousei/19/>

筒井淳也、竹内麻貴（2016）. 「家事分担研究の課題—公平の視点から効果の視点へ」『季刊家族経済研究』第109号、pp.13-25.

林玲子（2021）. 「厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 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令和2年度研究報告書 日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」

<https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/145635>

労働政策研究・研修機構（2007）. 「仕事と生活—体系的両立支援の構築に向けて」

<https://www.jil.go.jp/institute/project/series/2007/07/>

OCED. OCED.Stat Time Use Data

[https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TIME\\_USE](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=TIME_USE)

World Economic Forum (2022). Global Gender Gap Report 2022.

WEF\_GGGR\_2022.pdf (weforum.org)

World Health Organization (WHO) (2022). Valuing Health for All: rethinking and building a whole-of-society approach.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who\\_councilbrief3.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who_councilbrief3.pdf)

## Comparison of time use for child care and aged care in Japan, China, and Korea: Based on results of the Time Use Survey

Ruoyan Gai<sup>1</sup>

1. National Institute of Population and Social Security Research

Globally, Time Use Surveys have provided insights into patterns of unpaid work that can inform policies aimed at reducing gender disparities in unpaid activities such as home-based caregiving. In Japan, China and Korea, unpaid care work often falls primarily on women who are expected to care for aged family members and children, which is prone to hinder their participation to labor market. Understanding the extent and nature of this gendered imbalance is conducive of identifying interventions to reduce the burden on women and promote their social participation and productivity and tracking the effectiveness and progress of these policies. Aiming to assess this gender disparity in home-based unpaid care for children and aged people, this study compared home-based unpaid working hours in Japan, China and South Korea by using published data of Time Use Surveys. Besides published data, time use data at the individual level generated in Japan were analyzed to assess time use in child-rearing and nursing care by performing multi-level Generalized Linear Models. As the results, the relevant gender gap in time use in home-based unpaid work was significant and stubborn across time in the three countries, whereas the pattern of time distribution reflecting men's participation to home-based unpaid work and women's participation to labor market was found to be somehow different by countries. In addition, the analysis using individual data further clarified trends of these gender differences over time in time use for home-based unpaid care, childcare, and nursing care, suggesting that gender differences in nursing care and nursing hours tended to decrease, whereas significant gender disparities still exist in contributions to unpaid work, especially childcare. Although there are limitations in comparison due to the availability of individual-level survey data and the heterogeneity of data sources, this analysis quantified the unequal contribution to childcare and nursing care in the three countries by time use in daily life, and reviewed the social environment surrounding childcare and nursing care and policy trends based on the results of the comparison and analysis. It is expected to inform policies related to improving gender equity in both public and private domains for productivity and well-being of society.

## 東アジアの介護制度の特徴と周辺地域への示唆の検討

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

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

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

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

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

### 2. 東アジアの介護制度のイメージ

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

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

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

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

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

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

表1 東アジアの介護制度イメージ

国・地域	制度イメージ	国・地域	制度イメージ
日本		韓国	
台湾		中国	<p>15都市で介護保険モデル事業 (2015年～) 介護保険モデル事業拡大の指導意見 (2020年9月)</p>

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



### 3. 東アジアの介護制度の特徴

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

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

表2 東アジアの介護制度の特徴

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

出所：各国・地域資料より筆者作成

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

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

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

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

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

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

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



「多様性」があると言える<sup>2</sup>。

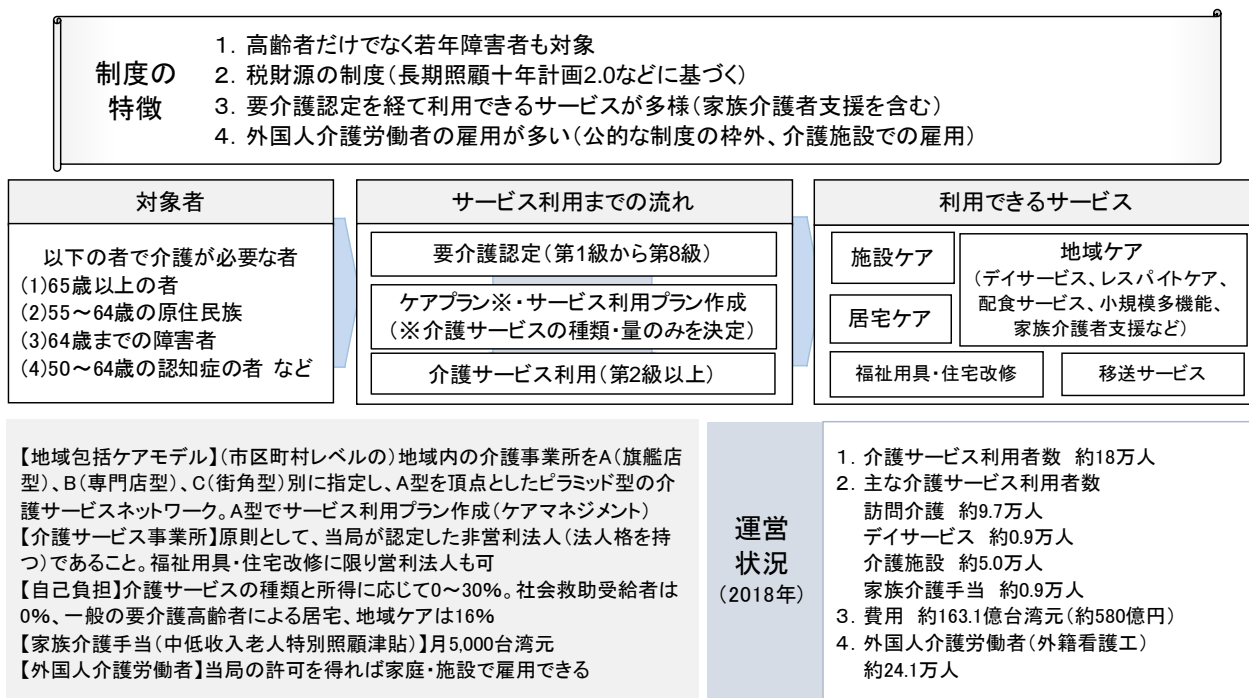
#### 4. 東アジアの介護制度の多様性—各国・地域の例から—

##### (1) 台湾の介護制度—税財源で全年齢対象の制度—

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

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

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



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

図1 台湾の介護制度の概要

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

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

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

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

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

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

## (2) 韓国の介護保険—医療保険活用型の制度—

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

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

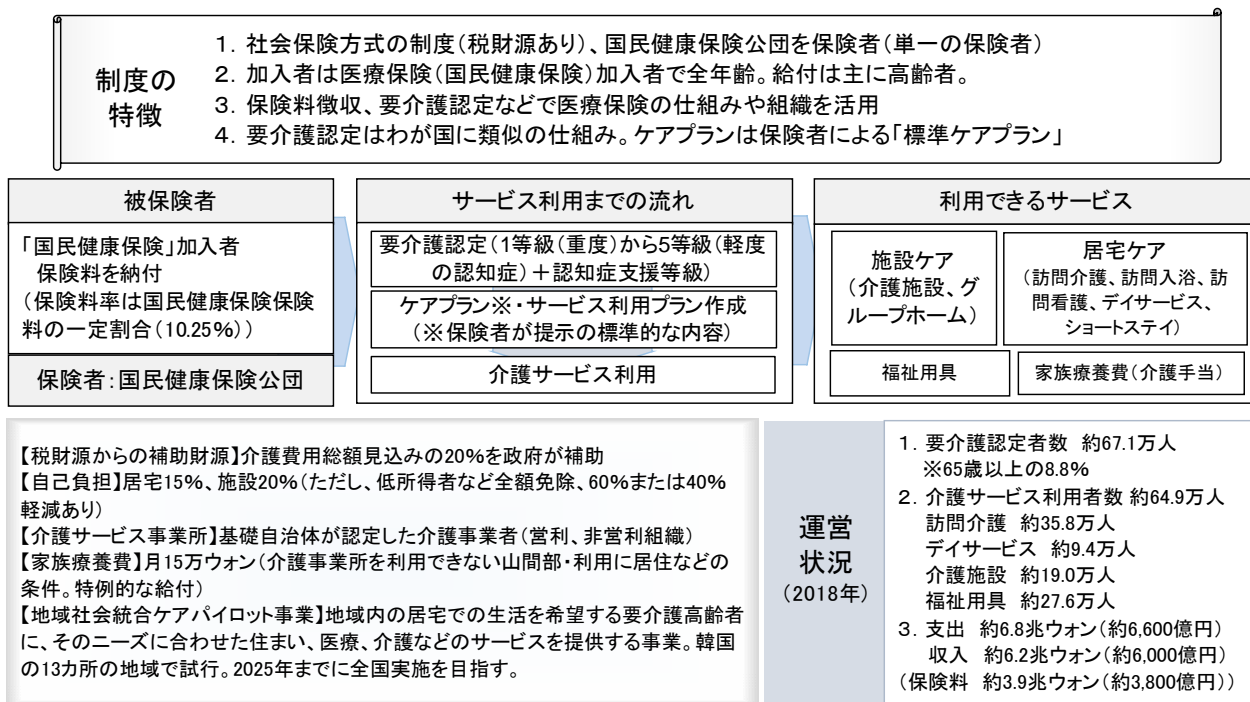
まず①について社会保険方式で税財源からの補助があることは、わが国の介護保険と共通している。ただし、税財源からの補助は介護費用の見込額の 20%を政府が補助する仕組みである。地方自治体（例：ソウル特別市、京畿道）からの補助は行われない。保険者はわが国と異なり、国民健康保険公団という医療保険を運営する政府の団体である。韓国の医療保険は国民健康保険に一本化されているので、政府の団体が介護保険を運営する。これは国民健康保険公団の組織、専門人材の活用という観点を背景とする。このことが他の特徴にも影響してくる。

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

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

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

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



出所: 韓国保健福祉部、国民健康保険公団資料より筆者作成

図2 韓国の老人長期療養保険(介護保険)の概要

### (3) 中国の介護保険モデル事業—全国実施を目指すモデル事業拡大—

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

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

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

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

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

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

表3 中国の介護保険モデル事業

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

出所: 中国国家医療保障局資料などから作成

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

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

## 5. 周辺地域への示唆の検討—対象者と財政方式を例に—

### (1) 考えられる論点

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

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

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

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

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

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

## (2) 対象者と財政方式を例にした検討

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

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



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

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

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

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

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

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

表4 東アジアの介護制度の構成要素と検討ポイント（政策示唆のための検討）

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

出所：筆者作成

注：日本（1963年）は老人福祉法施行当時の状況をもとにした筆者評価。

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

## 6. まとめ

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

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

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

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

#### 付記・謝辞

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

#### 参考文献

- 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」『Int'lecowk 2018年11/12月号』国際労働経済研究所, No1085, pp.17-24. [http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int\\_2018\\_11-12.pdf](http://www.iewri.or.jp/cms/docs/Int_2018_11-12.pdf)
- 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp1-14.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2019）「アジアの公的医療および介護制度－台湾－」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会, No.124, pp.15-24.  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf\\_kaigai\\_iryu/201912\\_no124.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf_kaigai_iryu/201912_no124.pdf)
- 小島克久（2020年）「台湾の医療・介護制度の特徴・課題・新型コロナへの対応」『月刊健康保険』（2021年1月）健康保険組合連合会, 2021年1月号, pp.16-21.
- 沈潔（2017）「中国介護保険制度の構想を読み取る」『週刊社会保障』第2048号, pp.50-55.
- 増田雅暢（2014）『世界の介護保障【第2版】』法律文化社.
- 増田雅暢・金貞任編著（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
- Reiko Hayashi (2018) "Demand and Supply of Long-term Care For Older Persons in Asia" ERIA Research Project Report No.18. <https://www.eria.org/publications/demand-and-supply-of-long-term-care-for-older-persons-in-asia/>
- 国家医療保障局(2020)『关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见』(2020年9月16日 医保発(2020)37号) [http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art\\_37\\_3586.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/9/16/art_37_3586.html)



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

KOJIMA Katsuhisa<sup>1</sup>

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

The total number of deaths in Japan declined in 2020 compared to 2019. This article describes the characteristics of COVID-19 deaths and components of decline using the data of COVID-19 deaths based on the “Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for Patients with Infectious Diseases” and Vital Statistics.

East Asia has faced with rapid population aging, and it is an urgent policy challenge to construct and enhance long-term care system. Actually, each country and region in East Asia has been constructing or enhancing it now. We can find some aspects that are commonly seen in East Asian long-term care system, including social insurance scheme, long-term care assessment system and comprehensive long-term care service provision.

But, we can also find diversity in it. Japan has long-term care insurance with comprehensive benefits mainly for the elderly. It is a region based social insurance managed by local government like city, town and village with support by national and prefectural government in finance and policy management. Korea also has long-term care insurance since 2008, but it has aspects of state insurance that utilizes the system of national health insurance including insured persons and insurance premium calculation. These are based on national health insurance scheme. Taiwan has comprehensive long-term care system too. It has been constructing community based long-term care service provision with reference to Japan experience. But it is tax funded system, and has a unique aspects employing too many foreign born care workers. China has implemented pilot projects of long-term care insurance in 15 cities. Most of them adopts the system utilizing health insurance scheme. But, there is diversity in targeted persons, benefits among these cities. In Sep/ 2020, Chinese government has issued guidance opinions with designation of new model project cities and future perspective to construct long-term care insurance dependent from health insurance.

East Asian long-term care system is too complex because of its similarity and diversity. When we analyze it from the point of components in detail, policy makers in surrounding regions such as South East Asia can learn policy experience in East Asian long-term care policy. They can learn what kinds of aspects they need or take care to construct long-term care system. For better understand of East Asian policy implications, it is also important to show population aging, economic growth and policy system.

## 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）

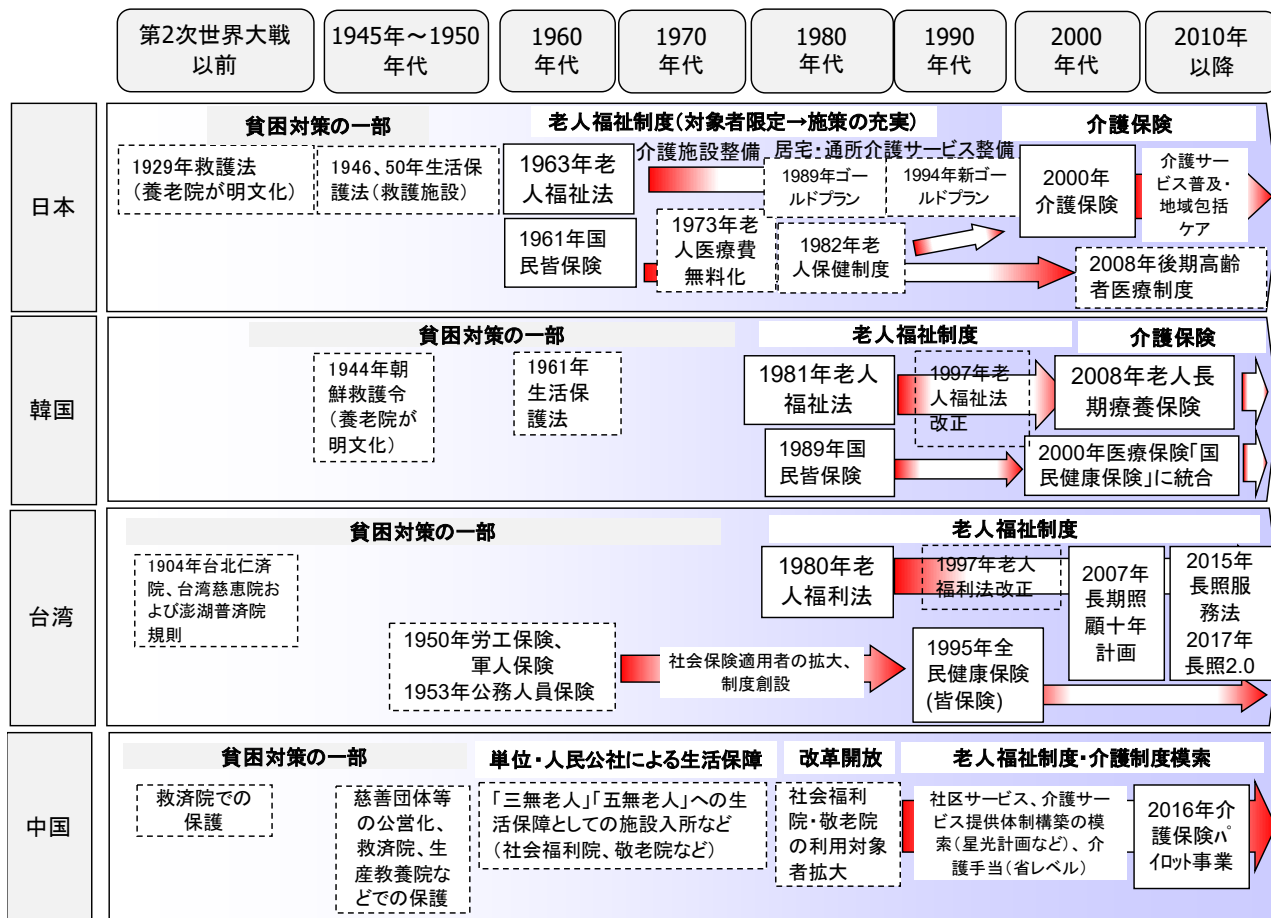
韓国、台湾は、介護制度構築は後続グループに属する。ともに老人福祉が独立した政策分野になるのは1980年代であり、2000年代以降介護制度の構築を急速に進めてきた。

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		
		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	Basic principles	
		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		
	制度運営	①国(中央政府)	Applicable statutory basis	
		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)		
	(対象者条件)	②制度の対象者	Field of application	
		年齢	Conditions	3. Age
		居住期間	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)	Conditions
②被保険者期間条件なし				
③財政方式	原則	Basic principles		
	(1)財源の種類			
		(2)拠出者		
(社会保険料)	(1)保険料算定方法			
		(2)税財源からの補助の有無		
	実施者	Organization	1. Evaluation of dependency	Evaluators
		認定基準	Organization	1. Evaluation of dependency
④要介護認定	要介護状態の継続	Conditions	2. Minimum level of dependency	
	要介護認定の等級の範囲	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独立した専門職を設けて行う	-
	実施・ケアプラン作成者(行う場合)	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	Benefits
		④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)	Benefits
利用者による選択(現物、現金)	③選択は認めない	Benefits	
	④現金給付は行わない	Benefits	
	⑤施設、居宅、通所などを自由選択	Benefits	
利用者による選択(現物種類)	②居宅、通所のみ自由選択	Benefits	
	③自由選択を認めない	Benefits	
	④自由選択が可能	Benefits	
利用者による選択(事業者)	①自由選択が可能	Benefits	
	②自由選択を認めない	Benefits	
	③公営のみ	Organisation	
事業所組織形態	②非営利民営も可	Organisation	
	③営利民営も可	Organisation	
	④医療系の事業所のみ	Organisation	
事業所種類	②福祉系の事業所のみ	Organisation	
	③医療系および福祉系の事業所	Organisation	
	④あり(許認可、指定事業者)	Organisation	
許認可制度	②あり(届出)	Organisation	
	③なし	Organisation	
	④特に想定しない	Organisation	
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	①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)	2. Providers
		②他制度・過去の制度の認可等のある事業所は無条件で参入できる	2. Providers
		③他制度・過去の制度の認可等のある事業所は経過措置で参入できる	2. Providers
		④特に想定しない	2. Providers
情報公開制度	①政府・地方政府・保険者が実施(公的ルール)	②介護事業者団体が実施(業界ルール)	2. Providers
		③民間で自由に行う	2. Providers
		④なし	2. Providers
		⑤政府など公的な枠組み	2. Providers
事業所評価制度(質の評価)	①民間で行う評価	②民間で行う評価	2. Providers
		③特に想定しない	2. Providers
		④なし	2. Providers



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
(利用限度枠)	利用限度枠設定の有無	その他サービス	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Other benefits in kind
		①サービスごとに設定	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	Cost sharing for benefits in kind
		②要介護度別に設定	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		③設定しない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		④実施しない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		⑤介護相談	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		⑥ピアサポート	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		⑦その他	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		⑧給付に含めない	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	
		⑨サービスごとに設定	Benefits	Benefits for dependent persons	1. Benefits in kind	

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－（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 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 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 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 for dependent persons	Means test		
⑩インフォーマルケア支援	支援内容	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隣接地域間の医療、介護などの連携 ⑥特に想定しない	Benefits for informal carers			
	医療との連携	①受け入れる ②限定的 ③受け入れない				
⑪介護サービス関連事項	地域密着	①民間営利事業所の参入 ②利用者による事業所選択が自由(事業者の競争) ③価格は市場メカニズムで決定 ④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					
	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)					

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	
		③併給不可	
		④併給に関する規定なし(現金給付を実施しない場合)	
	税制優遇	①課税	Taxation of cash benefits
		②非課税	
		③課税に関する規定なし(現金給付を実施しない場合)	
		④介護支出の税制優遇を行う	
	政府の役割	①制度を作る	-
②制度運営の詳細を決める			
③サービス提供の監督			
④サービス提供			
⑤時に想定しない			
地方政府の役割	①制度運営、サービス提供など広範	-	
	②制度運営のみ(サービス監督を含む)		
	③制度運営のみ(サービス監督の権限がない)		
	④時に想定しない(中央政府など他の機関が制度運営)		
介護政策に関する計画	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)		
	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		
⑬介護政策全般	政府などの総合的高齢化対策との関係	-	
	国土面積	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	
	⑭人口・社会経済の状況	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	
		説明など	
		説明など	
		説明など	
		説明など	
		数値など	
数値など			
数値など			
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、仮説例として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ので、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 ②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、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.

## 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観

小島克久

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. はじめに

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

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

### 2. 台湾の社会保障制度の概要

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

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

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

表1 台湾の主な社会保障制度

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

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

### 3. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

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

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

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

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

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

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

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

表2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き

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

出所：行政院、衛生福利部、經濟部資料より作成

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

## 4. 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み

### (1) 特別条例による枠組み

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

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

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

### (2) 特別予算の編成

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

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

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

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

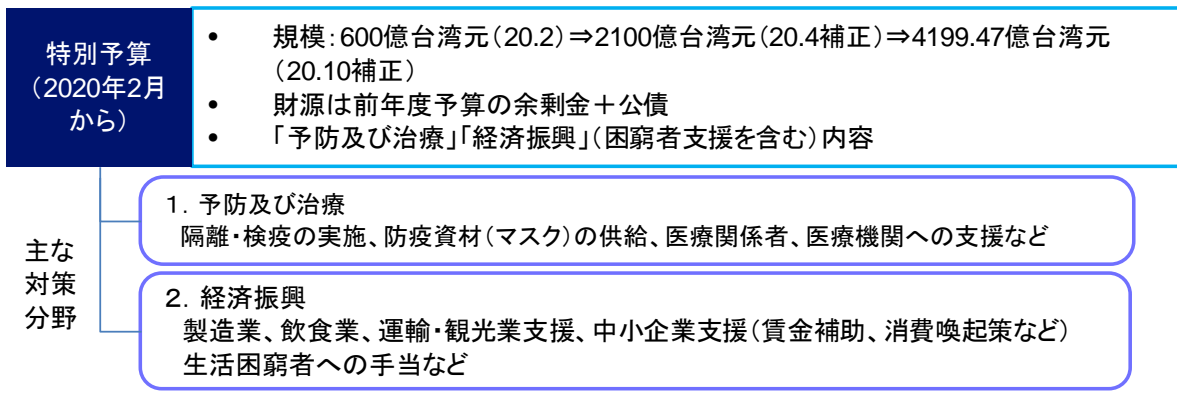
億台湾元（約1兆6千億円）であり、海外の新型コロナウイルス感染症拡大の状況を踏まえ、台湾経済への影響は依然として大きいと判断し、そのための備えをすること、感染症予防策の継続が謳われている。増額分は全額公債で賄われ、特別予算の期間を2021年6月まで延長し、感染症予防に必要な物資購入の一方で、経済振興策の不足分に重点を置くなど、経済振興策が重視されている。

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

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

（主な内容）

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



出所：行政院、行政院主計総処（予算）、衛生福利部資料より作成

**図1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の枠組み**

5. 台湾の主な分野での新型コロナウイルス感染症対策

(1)医療

a)検査

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

b)医療従事者・医療機関支援

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

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

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

#### c)感染者と家族への支援

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

#### d)医療費

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

#### e)マスク実名制割当販売制度

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

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



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

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

出所：行政院、衛生福利部資料より作成

## 図2 台湾の新型コロナウイルス感染症対策－医療分野－

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

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



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

## (2)介護

### a)介護事業所での対策

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

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

### b)介護事業所支援

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

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

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

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

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

さらに介護事業所評価の簡素化などの運営の弾力化も認められている。

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

出所: 行政院、衛生福利部資料より作成

図3 台湾の新型コロナウイルス感染症対策—介護分野—

#### c) 外籍看護工

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

#### (3) 経済分野 (主なもの)

<sup>5</sup> 詳細は小島(2017)参照。

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

<p>経済部（中小企業処を含む）</p>	<p>1. 対象 製造業・サービス業など新型コロナウイルスの影響を受けた産業</p> <p>2. 主な施策</p> <p>①融資返済期限延長（1年間延長、中小企業には利息補助）</p> <p>②運転資金融資（信用保証、中小企業等への利息補助。最高5.5万台湾元） ※貸金引き下げ、人員整理を行っていないこと</p> <p>③事業振興資金融資（信用保証、中小企業等への利息補助。最高22万台湾元）</p> <p>④デジタル化支援、新規産業創成などへの支援</p> <p>⑤消費喚起（「振興三倍券」として2020年7月から実施）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>1) 目的: 台湾の消費喚起（内需振興）</p> <p>2) 発行対象者: 台湾住民と外国人の一部 （外国人配偶者など、外籍労工は対象外。11月に台湾駐在の外交官などに拡大）</p> <p>3) 金額: 3000台湾元（2000台湾元は当局が補助。低所得者には全額補助）</p> <p>4) 使用場所: 店舗、屋台などでの買い物（2020年7月～12月まで）</p> <p>5) 発行形式: 商品券、ICカード、アプリ、クレジットカードの4タイプ</p> <p>6) 発行・購入方法: オンラインまたはスーパーでの予約・購入、郵便局での直接購入 （外交官は外交部で発行、購入）</p> </div>
<p>労働部</p>	<p>1. 労働時間短縮・一時帰休労働者 スキルアップ目的の技能訓練への補助、賃金減少分補助、職業紹介</p> <p>2. 失業者 就業保険からの失業給付、子どもへの教育費補助</p> <p>3. 企業 ワークライフバランス促進補助（保育施設拡充など） 就業保険の保険料納付猶予など</p>
<p>交通部</p>	<p>1. 旅行業、宿泊業などの賃金及び運営資金補助</p> <p>2. 航空業（大型融資への信用保証など）と空港事業者への補助（空港施設利用料補助など）</p>
<p>文化部</p>	<p>1. 出版、芸術、芸能などの産業に従事する法人や個人を対象</p> <p>2. 運営困難軽減補助（賃金、運営費の補助）、新規創作やデジタル化補助などの支援（法人のみ）</p>

出所: 行政院、経済部、経済部中小企業処、労働部、交通部、文化部資料より作成

図4 台湾の新型コロナウイルス感染症対策－経済分野・所管省庁別の主なもの－

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

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

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

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

## 6. まとめ

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

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

## 付記・謝辞

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

## 参考文献

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

## Taiwan Policy Overview to Cope with COVID-19

KOJIMA Katsuhisa<sup>1</sup>

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

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

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

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

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



## 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。

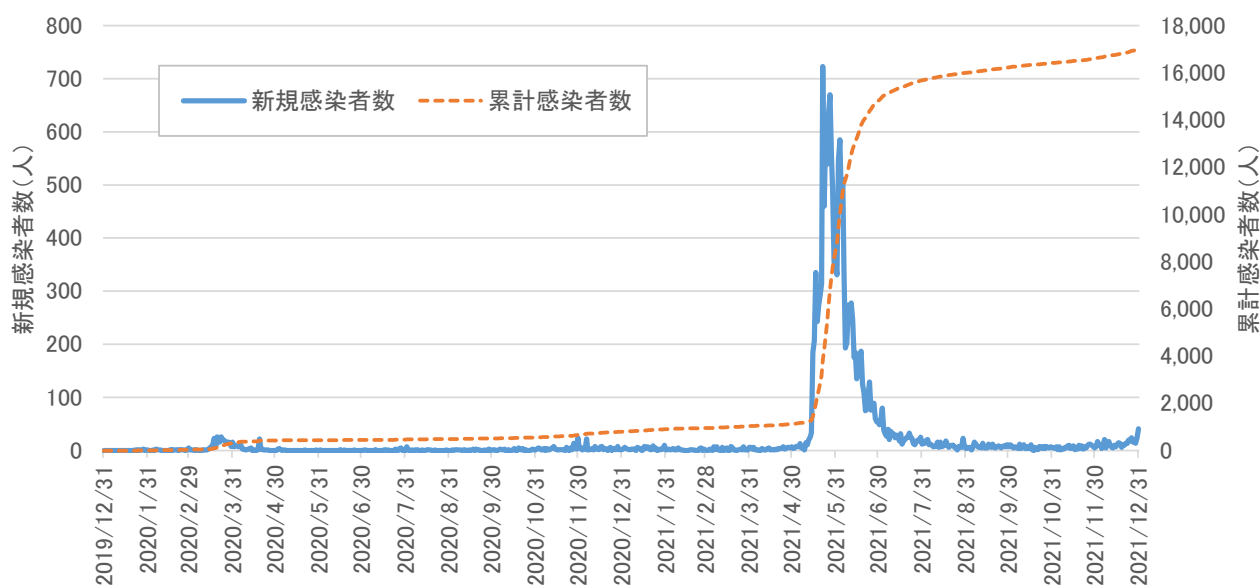
この図から分かることとして、新規感染者数が増えた時期が、2020年3月、11月、2021年5月に見られる。2020年3月と11月は図の上では小さく見えるが、前後の時期に比べて新規感染者数が多くなっている。台湾での最初の新型コロナ感染例は、2020年1月22日に確認された。この時期の新規感染者数は3月半ばまで1ケタで推移し、累計感染者数も1月末で10人、2月末で39人に過ぎなかった。しかし、3月半ばから10～20人台を記録する日が多くなり、累計感染者数は3月末には322人と、2月末の約8.3倍にまで増加した。4月からはごく一部の日を除いて、新規感染者数は0人または1ケタで推移するようになり、感染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 (主要省庁別)	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ったとしながらも、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。

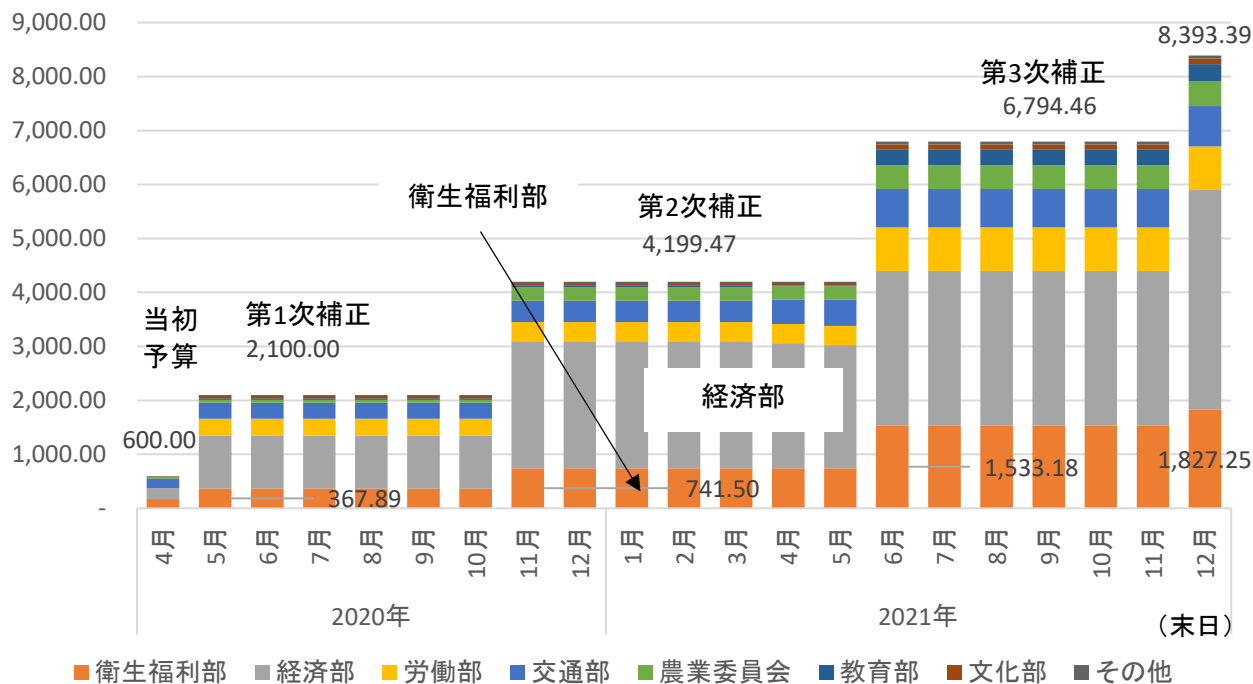
<sup>6</sup> データは以下のwebサイトから定期的に収集した。

<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

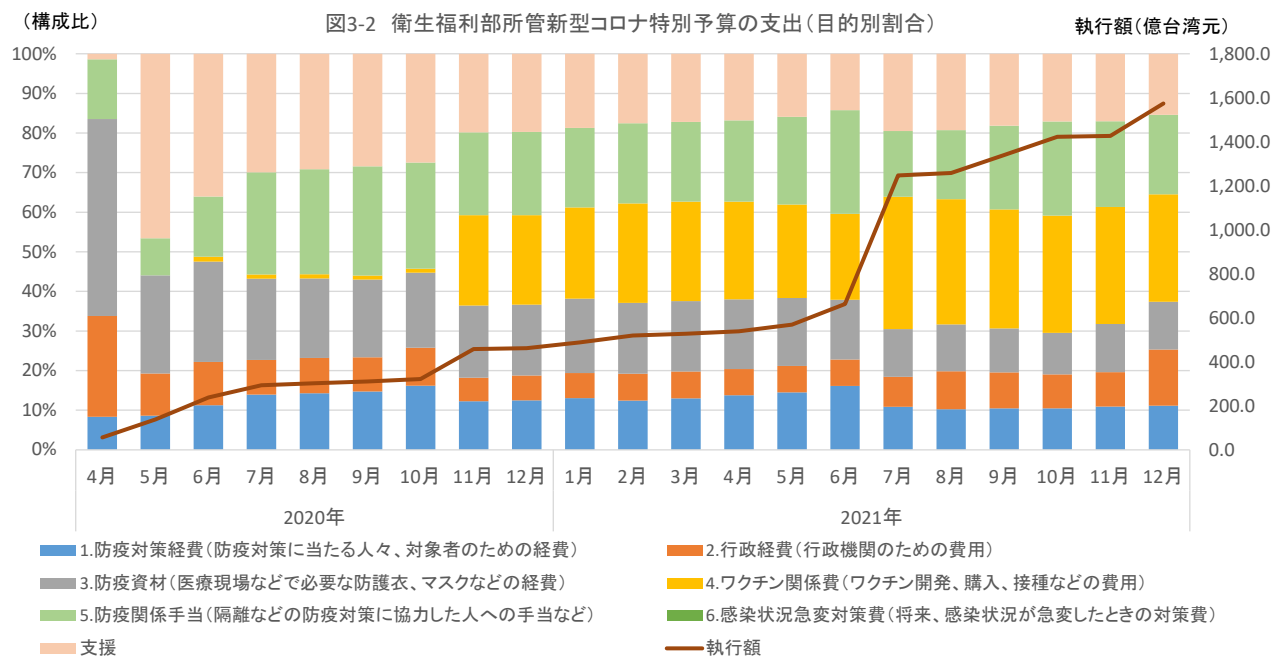
## ②衛生福利部所管特別予算執行状況

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 категория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 categoria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 categoria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 categoria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

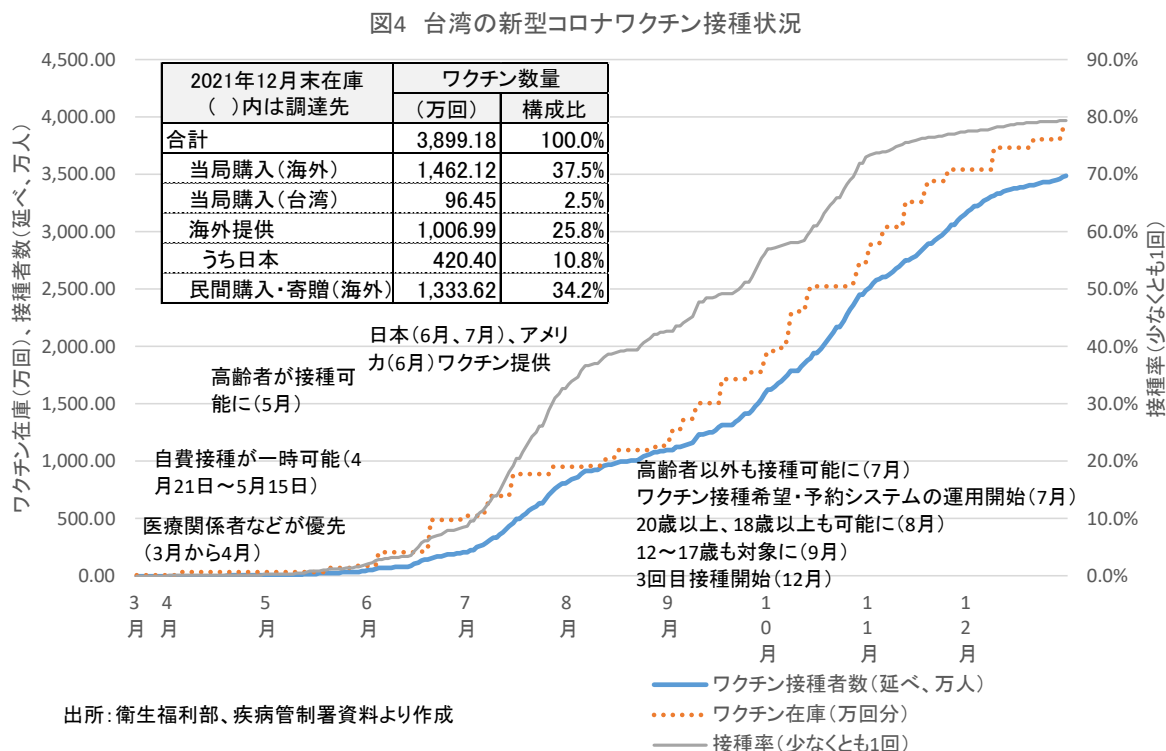
実際のワクチン接種状況は図4のとおりである。太い実線は接種回数を示し、1回目から3回目に関

<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.



## 台湾の新型コロナ対策・外国人介護労働者・予算の動向

小島 克久

国立社会保障・人口問題研究所

### I. はじめに

新型コロナ感染症の広がりから3年が経過した。台湾はその迅速な対応により、感染者数を極めて少ない水準に押さえていたが、2022年4月頃から感染者数が大幅に増えた。その結果、2022年末現在の累計感染者数は約885万人に達した。一方で、当局による対策が緩和される方向にあり、そのひとつとして、外国人労働者の受け入れ再開がある。さらに、特別予算からの支出状況も、社会保障支出の統計にも現れるようになり、台湾の新型コロナ対策の規模が公的統計からある程度わかるようになってきた。台湾の新型コロナ対策は、本研究事業の2020年度および2021年度の報告書でも触れてきた<sup>1</sup>。今回はその継続分析として、対策の緩和などを取り上げることが、長期化する感染症対策を収束させるプロセス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、①2022年の主な動き、②外国人介護労働者の受け入れ再開、新型コロナ禍における彼らの状況、③特別予算の状況、に焦点を置いて述べる。

### II. 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数の動向を振り返ると図1のようになる。ここでは、2022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。また、初期の対策の実施と感染拡大期を記載している。

この図から分かることとして、2020年3月、2021年5月に感染拡大期が小さく見られるが、2022年4月以降に感染者数が大きく伸びている。特に同年4月から5月、8月から10月にかけて新規感染者数が大きく伸びている。前者では1日の新規感染者数が5万人を超える水準が続き、最大で9万人を超える日も見られた（2022年5月27日）。後者では1日の新規感染者数が2万人から5万人の水準で推移し、最大で5.3万人を超える日が見られた（2022年10月13日）。その後の12月末までは1～2万台で推移している。

累計感染者数で見ると、2022年3月末までは約2万人程度であったが、4月末には約12万人、5月末には約203万人とそれぞれ前月の4.95倍、17.55倍の水準に達した。対応する時点の人口（内政部戸政司公表の毎月末の人口<sup>2</sup>）と比較すると、4月は住民の0.5%であるが、5月は8.8%を占めるようになっている。6月には約377万人と前月からの増加は1.85倍に落ち着くが、人口との比較では住民の16.2%が感染した計算となる。その後も累計感染者数は増加の一途をたどり、8月末には約531万人、10月末には約771万人に達した。特に10月末の感染者数は人口の33.2%を占めるようになった。そして2022年12月末には約885万人に達した。同じ時時点の台湾の人口が約2,326万人であるので、住

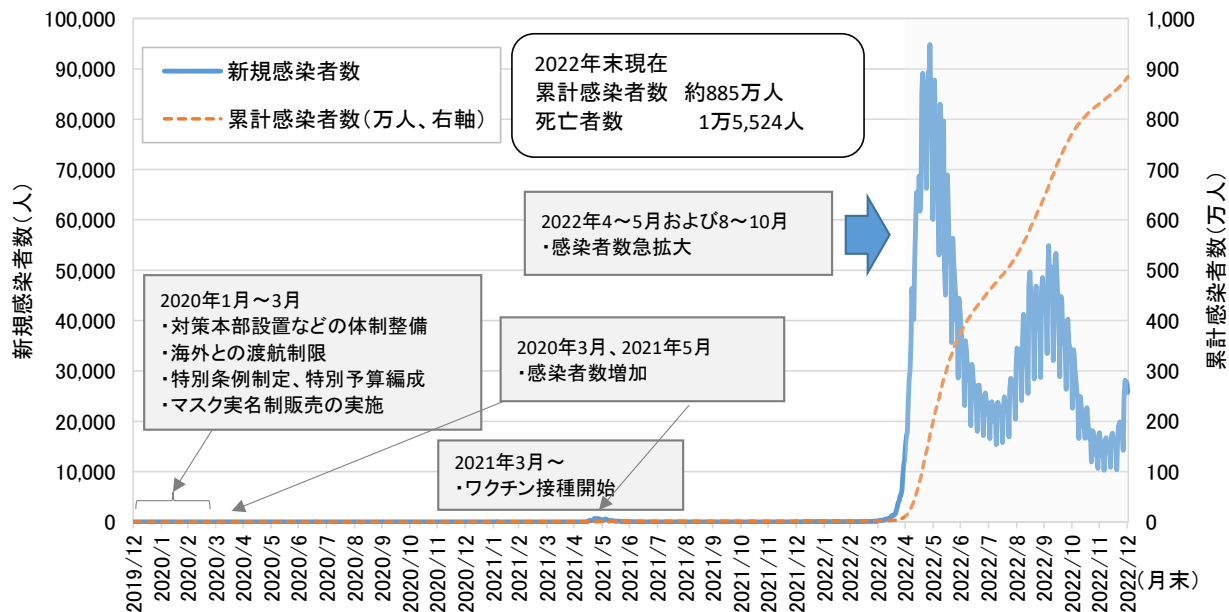
<sup>1</sup> 詳細は、小島（2021）<http://doi.org/10.50870/00000206> および小島 a（2022）<http://doi.org/10.50870/00000345> を参照。対策の特徴などは小島（2020）、小島 b（2022）を参照。

<sup>2</sup> 詳細は内政部戸政司 web サイト「人口統計資料」参照（<https://www.ris.gov.tw/app/portal/346> 2023年1月28日最終閲覧）。

民の約38%が感染した計算となる。

このように、2022年の台湾では、新型コロナの感染者数が大きく増えたといえる。

図1 台湾の新型コロナ感染者数の推移



出所：衛生福利部、疾病管制署、行政院資料をもとに作成

### Ⅲ. 台湾の2022年の新型コロナ対策の主な動き

#### 1. 2022年の対策の特徴

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したまとめは、本研究事業の2020年度、2021年度の報告書でも行った。本稿ではその続きとして、2022年度の主な対策をまとめると、表1のようになる<sup>3</sup>。2022年度の特徴をひとこと言えれば、対策の緩和の時期であったと言える。これを念頭に置いて、2022年の新型コロナ対策の主な動きを見てみよう。

<sup>3</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（2023年1月28日最終閲覧）。

表1 台湾の新型コロナウイルス感染症対策の主な動き(2022年)

年	月	主な動き	累計 感染者数 (月末)
2022年	1月	ワクチン接種報償品提供開始(4日) 3回目ワクチン接種対象の拡大(7日など) 感染警戒レベル2の維持(9日など) 台北などでの福祉施設および医療機関見舞客等規制(9日、24日に台湾全土に拡大) 南アフリカなどからの入境規制強化(12日など)	18,790
	2月	感染警戒レベル2の維持(8日) 外国人労働者受入再開第2段階(15日)	20,489
	3月	防疫措置の一部緩和、台北などの医療機関の見舞客を条件付で許可(1日) 外国人の商用目的の入境の再開、入境時居宅検疫の期間を10日間に短縮(7日) 韓国からの入境時検疫の強化(22日)	23,393
	4月	ワクチン接種オンライン予約の運用停止(1日) 居宅隔離規定の緩和(6日など)、居宅隔離解除時の検査を簡易検査に変更(12日) 感染者の軽症・重症者の分離治療原則の実施(14日) 台北市などの医療機関見舞客受け入れ停止、台湾の福祉施設の訪問者規制(22日) 居宅隔離を3日の隔離と4日の自主健康管理に変更(26日)、実連制廃止(27日) 簡易検査キット実名制販売開始(28日)	115,883
	5月	地域の検査拠点、発熱外来の増設(2日など)、濃厚接触者の定義(同居者に限る)変更(8日) 入境時の居宅検疫期間を7日に短縮(その後7日の自主健康管理期間)(9日) 4回目のワクチン接種開始(16日) 高齢者等のワクチン接種未完了者に簡易検査キットの無料配布(25日) 介護施設入所者及びスタッフに簡易検査キットの無料配布(28日)	2,033,464
	6月	就学前児童に簡易検査キットの無料配布、入境時の検査方法を唾液検査に変更(1日) 台湾の医療機関、福祉施設の見舞客規制の変更(24日) 通所型施設での簡易検査キットの公費での提供開始(27日)	3,767,283
	7月	4回目のワクチン接種を空港などでの検疫担当者などに拡大(1日) 入境者数の上限を毎週4万人に引き上げ(7日) 衛生福利部長、中央感染症指揮センター指揮官の異動(15日) マスク着用等の規制緩和(19日) 外国人労働者、ボランティア等の入境再開(25日)	4,588,185
	8月	入境者のPCR検査結果準備義務の廃止(15日) 入境者数の上限を毎週5万人に引き上げ(22日)	5,308,029
	9月	入境時隔離を3日と4日の自主健康管理とする(1日) 米国などからのビザなし入境を再開(12日) 入境時の唾液検査を廃止し、簡易検査結果に代える(29日)	6,461,400
	10月	入境時の居宅検疫を「7日間の自主健康管理」とする(13日)	7,712,726
	11月	感染予防措置の緩和(7日) 簡易検査キットの無料配布対象者を低所得世帯や小中学生に拡大(11日) 感染者のうち重症でない者の隔離/自主健康管理期間を5+n日とする(14日)	8,313,366
	12月	マスク着用規定等の緩和(1日) 入境者の上限を毎週20万人に引き上げ(1日、10日に上限撤廃) 台湾の医療機関への見舞客の受け入れを条件付きで再開(10日)	8,847,360

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>）より作成

## 2. 感染大幅拡大前（1月～3月）

この時期は感染拡大の警戒を続けつつも、ワクチン接種の促進がとられた。高齢者などにワクチン接種を促進するために、接種者への報償品の提供（1月）が行われた。その一方で、対策の緩和とも言える措置がとられ始めた。具体的には、医療機関での見舞客の規制緩和（3月）、商用目的の外国人入境の

再開や入境時の検疫期間の短縮（3月）がとられた。それに加えて、2021年11月に再開した外国人労働者の受け入れ再開の第2段階（検疫場所の拡大などを盛り込む）が2月にとられた。

### 3. 最初の感染急拡大期を含む時期（4月～7月）

すでに述べたように、この時期には新規感染者数、累計感染者数ともに急増した。それでは、新型コロナ対策は規制が強化されたかという点、規制を行うものがある一方で、規制の緩和や変更が見られた。

まず、住民への計画的かつ感染対策に効果的なワクチン接種のオンライン予約システムが4月に運用を終了した（その後は住民が医療機関に問い合わせ予約）。

一方で同月に、感染急拡大の一方で、居宅隔離時の検査方法がPCR検査から簡易検査に変更された。これを背景に、簡易検査キットの需要が急拡大した。そこで、当局は健康保険証などを本人確認書類とした実名制の予約販売制度を、簡易検査キットにも導入した。これはマスクの実名制予約販売のシステムに類似したものである。時期を限って販売予約を受付、購入可能数量と価格を固定した上で、薬局などで販売する。これとは別に高齢者等の感染リスクが高い者を対象に簡易検査キットの無料配布が5月に開始され、6月には就学前児童や通所型施設の利用者などに対象が拡大された。

また、4月に感染者の軽症・重症者の分離治療原則が実施されている。これは感染者数の急増する中で、医療インフラを確保するためにとられた措置である。具体的には、医療機関への入院は重症の感染者に加え、高齢者（70歳以上）、透析患者、妊娠36週以上の者で感染者と診断された者に限るとされた。入院の必要がなくなると、防疫対策の整ったホテルなどでの隔離に移行する。無症状者や軽症の感染者、70歳未満の者、自立した生活ができる者、妊娠36週未満の者で感染者と診断された者もこうしたホテルなどでの隔離となる。自宅療養を推奨する地域では、65歳未満の者などの自宅での療養が可能な場合は、自宅療養が可能とされた。

さらに、入境時の規制としての居宅隔離（自宅等での隔離。外出は原則不可）の期間が5月には7日間に短縮され、最終的には隔離が7日間の自主健康管理（仕事などで外出が可能。マスク着用が求められ、感染リスクが高い人との接触が不可）に緩和されることにつながっている。さらに、医療機関等の見舞客の規制も随時変更されている。

7月に入ると感染拡大がいったん落ち着いており、規制緩和に関する措置が多くとられた。具体的には、マスク着用の規制緩和の他、入境者の上限の毎週4万人への引き上げが行われている（2.5万人からの引き上げ）。また、この月に衛生福利部長、中央感染症対策指揮センター長が交代している。

### 4. 二度目の感染拡大期を含む時期（8月～12月）

この時期も感染拡大が目立った時期であるが、規制が緩和される内容の措置が見られる。8月には入境者に求めていたPCR検査結果の準備が廃止されている。また1週間あたりの入境者の上限を5万人に引き上げている。9月になると7日間の隔離を、3日間の隔離と4日間の自主健康管理に変更されている。また、アメリカなどからのビザなし入境が再開されている。10月には入境時の隔離等が7日間の自主健康管理に緩和された。

11月以降も規制の緩和措置がとられている。11月には、感染予防措置のうち、商店などでの検温の措置が廃止され、軽症の感染者の居宅隔離期間が5日間の隔離と簡易検査で陰性が確認されるまでの間とされた。その一方で、簡易検査キットの無料配布対象が、小中学生と生活困窮世帯に拡大された。12月にはマスク着用規定が12月に緩和されるとともに（屋外での着用は不要になる）、入境者の1週間あたりの上限が撤廃された。

## IV. 新型コロナと外国人介護労働者受け入れ

### 1. 新型コロナ禍での外国人介護労働者（家庭外籍看護工）に関する主な対策

台湾では、外国人介護労働者が多く、特に家庭で雇用されることがほとんどである<sup>4</sup>。家庭で雇用される外国人介護労働者（以下、家庭外籍看護工）も新型コロナの影響を受け、その新規受け入れ停止措置が取られた一方で、台湾にいる家庭外籍看護工に関係するさまざまな支援策がとられた。図2はその主な対策をまとめたものである。

まず、家庭外籍看護工の新規受け入れが2020年3月に停止された。この時期は新型コロナの初期であり、当局は新型コロナ対策の人流規制としていち早く実施している。新規受け入れ再開は、2段階で行われており、第1段階は2021年11月、第2段階は2022年2月である。第1段階では、台湾入境後の14日間の検疫（隔離）、入境の条件にワクチン接種を含めている。また、雇用主には50万台元相当の民間医療保険の提供を求めている。第2段階でも同様の条件が課されているが、ワクチン接種を条件とする運用は停止され、14日間の隔離は雇用主が手配した場所でも可能になっている（ただし、台湾当局に申請、許可を得ること）<sup>5</sup>。

次に、台湾に居住し続けている家庭外籍看護工への対策が必要となる。家庭外籍看護工は、原則として雇用主の変更は認められないが、雇用主が死亡などの場合は、申請して許可を得れば変更ができる。ところが、外国人労働者の多い工場でのクラスター発生を背景に、2021年6月に家庭外籍看護工を含めて、彼らの雇用主変更を一時停止した。家庭で働く外国人労働者にはクラスター発生のリスクは小さいため、7月に入って雇用主変更の許可を再開した。ただし、再開に当たっては、新しい雇用主の費用負担によるPCR検査の手配や感染予防策が求められた。12月に入り、その条件が緩和され、新型コロナのワクチン接種を終えている場合、PCR検査は必要ないとされた。感染予防策をとることは継続して雇用主に求められている。

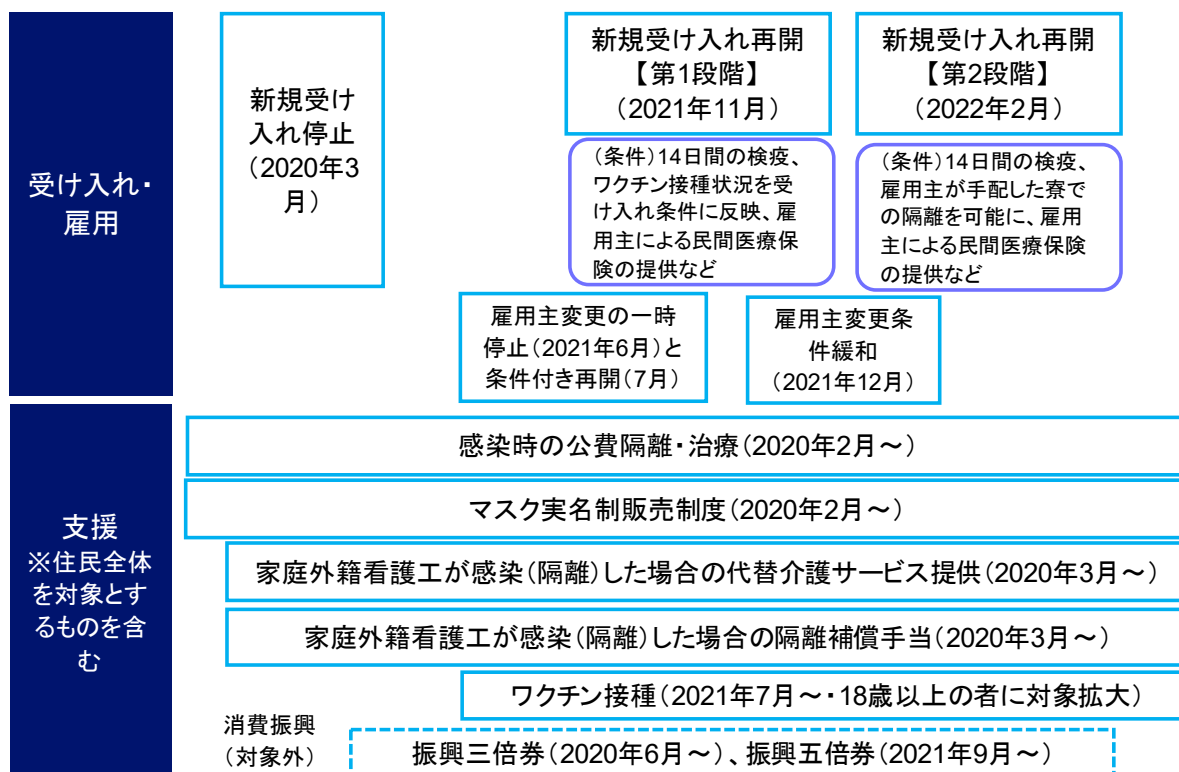
そして、家庭外籍看護工の新型コロナ感染予防、感染時の対策も取られている（全住民を対象とするものを含む）。家庭外籍看護工も、新型コロナの感染が明らかになった場合（入境時の検査を行っていたときを含む）は隔離の対象となる。その場合の治療費は公費負担となる。台湾では2020年2月からマスクの実名販売制度を行っていた。現在は大幅に縮小されているが、マスクを住民に広く行き渡らせるため、その販売を医療保険の保険契約を結んでいる薬局などに限り、予約や販売には健康保険証などの本人確認を必要とするというものであった<sup>6</sup>。家庭外籍看護工の場合、自身の健康保険署や身分証明書で購入の予約や購入時の本人確認ができた。

<sup>4</sup> 台湾の外国人介護労働者受け入れの仕組みなどは、小島（2017）参照。

<sup>5</sup> 外国人労働者も台湾に居住する間は全民健康保険（公的医療保険）に加入する。入境直後はこれに加入していないため、無保険期間中の感染で、公費負担となる隔離中以外の医療費を想定していると思われる。

<sup>6</sup> この仕組みの詳細は小島（2022）a 参照。

図2 新型コロナ禍における家庭外籍看護工に関する主な対策



出所: 衛生福利部、行政院資料から作成

もしも家庭外籍看護工が新型コロナに感染した場合、隔離が行われ、家庭の中で介護をする人がいなくなる。その影響を最小限にするため、家庭外籍看護工を雇用している家庭では、代替の介護サービス使用を申請することができるようにした。ただし介護される人が要介護等級の2級以上（介護が必要とされるもっとも軽度のレベル。最重度は8級）であることが条件となる。また、家庭外籍看護工を雇用している家庭では、もともと彼らが休暇を取る期間は代替の介護サービスを利用できるが、利用は30日間の間隔を空けて行うという条件がある。ただし、新型コロナ感染に伴う代替介護サービス利用の場合は、その利用間隔条件は適用されない。こうした代替介護サービス利用は、①雇用を予定している家庭外籍看護工が新型コロナ感染のため入境できない、②一時帰国している外籍看護工が新型コロナに感染して台湾に再入境できない、という場合にも可能である。

新型コロナに感染し、隔離されることは、就労や家族の介護などができなくなることを意味する。家庭外籍看護工に当てはめると、彼ら自身が感染、隔離されることになる。そのような場合に当局は日額1000台湾元の補償手当を支給している。この手当は、隔離対象者となった者、隔離対象者が要介護高齢者等で、彼らを看護するために就業できなくなった家族を対象としている。そのため、家庭外籍看護工のための仕組みではないが、彼らも対象となっている。

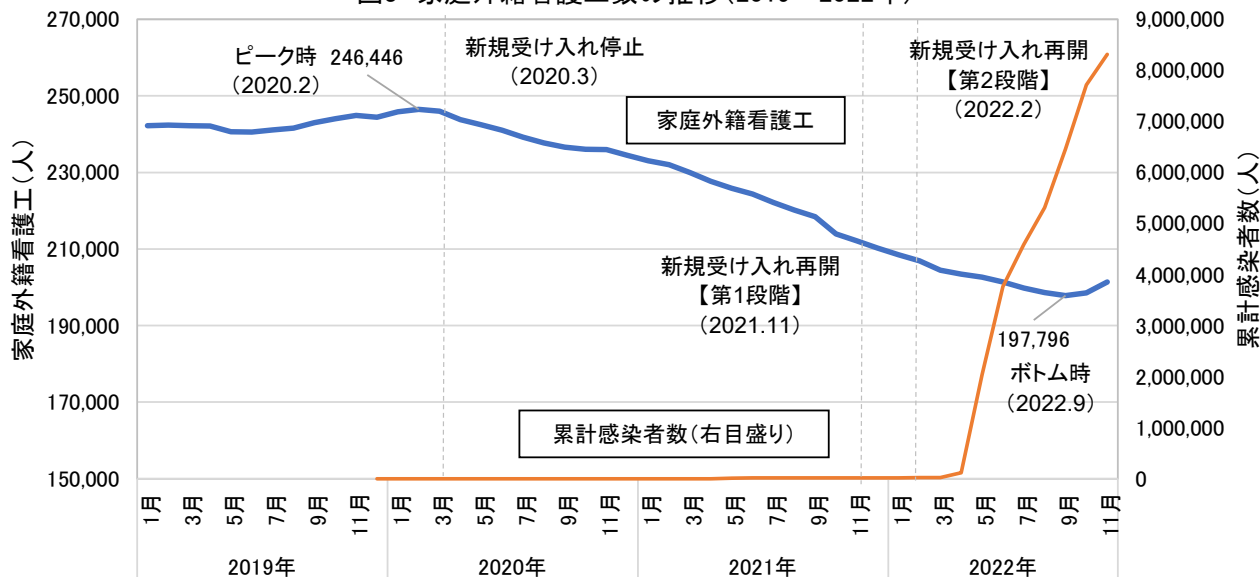
感染予防として台湾でもワクチン接種が進められた。接種は2021年3月から開始されたが、18歳以上の者にまで拡大されたのは同年7月からであり、家庭外籍看護工も予約をすれば接種が可能となった。

台湾では新型コロナの影響で落ち込んだ消費を振興させるために、消費振興のためのクーポンを発行した。2020年には「振興三倍券」（1,000台湾元の自己負担で3,000台湾元のクーポンを利用可能）、2021年には「振興五倍券」（自己負担なしで5,000台湾元のクーポンを利用可能）発行されている。台湾住民及び定住に相当する資格を持った外国人がその受け取りの対象であり、居住期間が決まっている外国人労働者は対象外であった。



このように、家庭外籍看護工をめぐる新型コロナ対策にはさまざまなものがある。

図3 家庭外籍看護工数の推移(2019～2022年)



出所: 労働部、行政院資料から作成

## 2. 家庭外籍看護工の人数の動き

新型コロナが拡大した時期の外籍看護工の動きをまとめたものが図3である。労働部の月次データからその数を新型コロナ前の2019年からまとめてみるとともに、対応する月末の累計感染者数も加えてみた。この図によると、家庭外籍看護工は、2019年の段階で24万人に達しており、月次データでは変動を持ちながらも、増加傾向をたどっている。2019年12月末には約24万4千人に達している。2020年に入り、新型コロナの広がり初期はまだその数を増加させており、同年2月には約24万6千人を超えてピークに達した。この図では累計感染者数は2022年になるまで非常に低い水準にあるが、新規受け入れ停止の影響もあり、家庭外籍看護工の数は減少傾向をたどった。2020年12月末には約23万4千人となり、1年前より1万人ほど減少している。

2021年に入ってもこの傾向は続き、11月に家庭外籍看護工の新規受け入れが再開されても、増加に転じることはなかった。2021年末の家庭外籍看護工の数は約21万人と、1年前より2万人ほど減少した。2022年に入ってもその傾向は続き、この年の2回目の大幅な感染拡大が落ち着く前の9月には、約19万8千人と最も少なくなった。その後若干の増加は見られたが、2022年末の家庭外籍看護工の数は約20万1千人となり、新型コロナ前の2019年末よりも4万人以上減少していることがわかる。

このように、新型コロナ禍により台湾の家庭外籍看護工は15%ほど減少するという影響を受けている。

## 3. 家庭外籍看護工の減少の影響

### (1) 「家庭外籍看護工カバー率」で見る影響

台湾当局は、公的介護サービスの利用者数の要介護者に対する割合を「カバー率」(長照サービス涵蓋率)として公表している。公的介護サービスの普及度の指標となっている<sup>7</sup>。算定方法がシンプルなため、

<sup>7</sup> 長照サービス涵蓋率の詳細は以下を参照。衛生福利部介護制度特設webサイト「長期十年計画2.0 関連統計表」<https://1966.gov.tw/LTC/lp-6485-207.html> を参照 (2023年2月2日最終閲覧)。



同じ指標を家庭外籍看護工について行うことができる。そこで、当局がカバー率の算定のために公表している「要介護者数（推計値）」を用いて、家庭外籍看護工の数をこれで除することで、「家庭外籍看護工カバー率」を算定した。その結果が表 2 であり、ここでは台湾の地域別（わが国の都道府県に相当）に算定結果をまとめた。

家庭外籍看護工の人数は（表の（A））、図 3 と同じデータであり、2020 年から 2021 年にかけて約 2 万 4 千人減少しており、10%の減少となっている。地域別に見ても同じ傾向が見られ、中部の彰化県や雲林県、南部の高雄市、北部の新竹市などでは、9%台の減少となっている。一方、離島の連江県では約 16%の減少、中部の嘉義市や南投県では約 12%の減少を記録している。このように、地域差があるが、家庭外籍看護工の減少は台湾のどの地域でも見られる。

高齢者や若年障害者の要介護者の数（表の（B））は増加しており、2020 年の約 82 万 4 千人から 2021 年の約 85 万 5 千人へと、約 3.7%の増加となっている。地域別に見ると、どの地域でも要介護者は増加しており、増加率にすると 3.5%～4.0%に相当する。要介護者は台湾全土で増加している。

両者から求められる家庭外籍看護工カバー率（表の（C））は、2020 年から 2021 年にかけて低下している。台湾全体で見ると、28.4%から 24.6%へと低下し、3.9%の低下幅である。単純な説明になるが、要介護者 100 人のうち 4 人が外国人介護労働者を失ったことになる。地域別に見ても、どの地域でも家庭外籍看護工カバー率は低下している。そこで台湾全体で見たこの低下幅を基準に見ると、地域差が見られる。低下幅が少なくなっているのは、北部では基隆市だけであるが、中部では台中市、彰化県、雲林県で、南部では台南市、高雄市、屏東県、澎湖県で見られる。東部では台東県、離島の金門県でも同様である。家庭外籍看護工カバー率低下の影響は中部から南部の地域を中心に比較的小さく、その他の地域では大きいといえる。影響の小さな地域は、2020 年の家庭外籍看護工カバー率が台湾全体の数値よりも低く、介護を外国人介護労働者に依存している地域では影響が比較的小さく、そうでない地域では大きいことがわかる。

このように家庭外籍看護工の減少は、カバー率の低下として地域差を持って現れている。

表2 家庭外籍看護工の人数の変化

(単位:人、%)

縣市	地域	家庭外籍看護工 人数(A)		要介護者(B) (若年障害者を含む)		家庭外籍看護工 カバー率 (C=A/B)	
		2020年	2021年	2020年	2021年	2020年	2021年
台湾		234,476	210,208	824,515	855,253	28.4%	24.6%
新北市	北部	38,469	34,318	129,906	134,616	29.6%	25.5%
台北市	北部	40,556	36,514	105,694	109,832	38.4%	33.2%
桃園市	北部	19,688	17,727	63,301	65,507	31.1%	27.1%
基隆市	北部	3,665	3,253	13,831	14,350	26.5%	22.7%
新竹市	北部	5,114	4,616	13,143	13,616	38.9%	33.9%
宜蘭県	北部	6,209	5,529	17,355	18,014	35.8%	30.7%
新竹県	北部	6,014	5,424	17,182	17,802	35.0%	30.5%
台中市	中部	24,483	22,075	83,951	86,942	29.2%	25.4%
苗栗県	中部	7,282	6,484	20,919	21,722	34.8%	29.8%
彰化県	中部	11,046	9,997	46,473	48,250	23.8%	20.7%
南投県	中部	5,711	5,022	20,412	21,197	28.0%	23.7%
雲林県	中部	8,041	7,266	28,715	29,856	28.0%	24.3%
台南市	南部	14,759	13,196	67,453	70,000	21.9%	18.9%
高雄市	南部	19,960	18,015	98,731	102,439	20.2%	17.6%
嘉義市	南部	2,616	2,288	9,464	9,820	27.6%	23.3%
嘉義県	南部	5,974	5,304	22,352	23,242	26.7%	22.8%
屏東県	南部	7,083	6,257	33,092	34,343	21.4%	18.2%
澎湖県	南部	930	818	3,928	4,080	23.7%	20.0%
台東県	東部	1,793	1,577	9,809	10,149	18.3%	15.5%
花蓮県	東部	4,175	3,716	14,009	14,510	29.8%	25.6%
金門県	離島	782	706	4,424	4,581	17.7%	15.4%
連江県	離島	126	106	371	385	34.0%	27.5%

出所:労働部統計(家庭外籍看護工)、衛生福利部資料(要介護者)より作成

## (2) 家庭外籍看護工の働き方に見る影響

家庭外籍看護工の人数が減っていることは、彼らの働き方にも影響を与えているものと考えられる。働き方のなかで重要なことのひとつである休日の状況、つまり休日を取得していない者の割合から見ていきたいと思う。家庭外籍看護工の就労、処遇の状況は労働部『移工管理及運用調査』からわかる。この調査は、産業部門で働く外国人労働者も含めて、その就労状況や賃金や休日などの処遇について、毎年調査を行っている。近年の調査では新型コロナの影響に関する調査項目も含まれている<sup>8</sup>。

<sup>8</sup> この調査の詳細は以下を参照。労働部「移工管理及運用調査」(2022年調査)  
<https://statdb.mol.gov.tw/html/svy11/1142menu.htm> (2023年2月2日最終確認)

表3 家庭外籍看護工の休日の状況（各年6月現在）

（単位：人、％）

縣市	地域	人数				休日なし				休日なし(理由:新型コロナ)			
		2019年	2020年	2021年	2022年	2019年	2020年	2021年	2022年	2019年	2020年	2021年	2022年
台湾		240,569	240,999	224,348	201,409	34.4	42.7	74.3	50.6		7.9	48.9	18.5
新北市	北部	39,090	39,457	36,760	32,933	30.2	41.7	76.2	48.3		7.3	51.8	14.8
台北市	北部	41,933	41,662	38,899	35,201	28.6	34.3	73.4	45.4		8.2	50.3	16.9
桃園市	北部	20,281	20,261	18,837	16,969	31.2	37.4	73.5	50.1		9.2	52.9	22.2
基隆市	北部	3,714	3,780	3,464	3,150	25.8	34.2	74.5	48.8		5.4	62.4	16.8
新竹市	北部	5,324	5,228	4,907	4,447	29.3	41.0	72.0	49.7		4.9	51.1	18.1
宜蘭県	北部	6,371	6,372	5,953	5,295	28.6	45.3	76.6	56.6		8.4	46.2	19.4
新竹県	北部	6,196	6,159	5,790	5,205	41.0	46.4	72.6	55.6		10.3	44.4	24.0
台中市	中部	25,368	25,338	23,390	21,150	28.7	38.9	73.8	46.6		8.0	49.9	18.1
苗栗県	中部	7,470	7,494	6,957	6,236	42.2	47.3	75.0	57.1		6.6	54.1	25.5
彰化県	中部	11,290	11,324	10,667	9,622	41.8	41.3	74.6	47.5		8.9	50.8	14.1
南投県	中部	5,896	5,839	5,404	4,794	42.7	49.2	73.3	53.1		7.2	38.5	21.4
雲林県	中部	8,112	8,185	7,748	6,877	43.2	51.5	74.2	65.2		8.0	41.2	19.3
台南市	南部	15,273	15,193	14,112	12,529	42.9	51.7	82.6	55.4		8.1	53.7	27.9
高雄市	南部	20,163	20,506	19,160	17,181	40.5	50.9	71.9	50.5		8.6	42.6	16.4
嘉義市	南部	2,678	2,740	2,494	2,208	36.0	39.2	70.1	46.4		10.4	47.4	16.8
嘉義県	南部	6,079	6,105	5,662	5,122	45.9	48.2	66.8	58.5		4.6	36.4	16.0
屏東県	南部	7,255	7,294	6,719	5,975	33.7	46.9	69.6	54.1		6.0	47.7	19.8
澎湖県	南部	966	976	876	761	49.0	75.6	84.7	65.8		19.7	43.5	24.0
台東県	東部	1,813	1,858	1,697	1,458	57.6	56.8	78.4	61.1		9.6	53.0	7.9
花蓮県	東部	4,368	4,307	3,994	3,520	34.1	49.7	70.1	58.9		5.0	33.1	24.7
金門県及連江県	離島	929	921	858	776	71.3	65.3	81.6	67.6		7.1	19.5	6.6

出所：労働部「移工管理及運用調査」より作成

注：2019年調査では休日なしの理由に「新型コロナ」の選択肢がない。

この調査の2019年から2022年の結果を用いて、家庭外籍看護工の人数、「休日なし」（調査の基準となる6月現在）の者の割合、その内数として、休日なしの者で理由が「新型コロナ」である者の割合を表3にまとめた。この調査でも地域別にデータを得られるので、縣市別の表となっている。この表より、台湾全体で家庭外籍看護工のうち、6月に「休日なし」の者の割合は、2019年は34.4%であった。2020年にはこれが42.7%と上昇し、2021年には74.3%に達した。そして2022年には50.6%に低下したが、2019年よりも16%程度高くなっている。「休日なし」の割合の内数として、理由が「新型コロナ」の者の割合をみると、データが得られる2020年は7.9%であった。これが2021年には48.9%に急上昇し、2022年には18.5%に低下するが、2020年の2倍以上の水準である。仮に新型コロナがなかったら休日を取ることができたと仮定すると、2022年の「休日なし」の割合は50.6%から18.5%を差し引くと、32.1%となり、2019年の水準に近くなる。2020年について同じ計算をすると34.8%となり、2019年の水準により近くなる。このような単純な計算でも、新型コロナの影響で家庭外籍看護工が休日を取れないほどの状況になっていることが推察される。

この結果は地域差も伴っている。「休日なし」の者の割合、理由が「新型コロナ」である者の割合がともに台湾全体の数値よりも高い地域として、北部では宜蘭県、新竹県、中部では苗栗県、南投県、雲林県、南部では台南市、屏東県、澎湖県、東部の花蓮県で見られる。これらの地域のうち、家庭外籍看護工の減り方の程度（減少率）が台湾全体で見た場合よりも小さいのは、新竹県、雲林県であり、他の地域では、家庭外籍看護工の減少が顕著な地域である。

このように、家庭外籍看護工の減少は彼らの働き方、休日の取得に影響を与えており、その程度に地域差があることがわかる。

### （3）感染および補償手当の受給状況

新型コロナに感染する可能性は程度の差があっても誰にでもある。家庭外籍看護工も感染可能性とそれに伴う隔離・就労不能の状態になることもある。前者の状況、後者による当局の補償手当受給状況が上記の表3で取り上げた統計でわかる。その状況をまとめたものが表4である。

この表から、家庭外籍看護工の新型コロナ感染状況を見ると、2021年の台湾では、彼らのうち4.83%が感染や隔離の経験があった。この割合は2022年には15.72%にまで上昇している。この1年間で家庭外籍看護工の間でも新型コロナの感染が広がっていたことがわかる。感染や隔離になったときの補償の状況についてみると、2021年と2022年で調査項目が一部異なっているが、次のようになる。2021年の結果では、感染・隔離時の賃金は53.66%の者が受け取っている。そうでない46.34%の者について、当局の補償手当（隔離による1日1,000台湾元の手当）の申請状況を見ると、内数で29.73%が申請を行っている。合計すると感染・隔離経験がある者の83.42%が何らかの経済支援を受けている。2022年では賃金支払いに関する項目がないが、補償手当は感染・隔離経験者の37.46%が申請している。調査項目の変更で単純な年次変化を見ることは困難であるが、補償手当の申請の有無で見ると、水準そのものは40%を下回るが、申請経験者の割合が上昇してきたことがわかる。

感染・隔離状況、補償手当の申請についても地域差が見られる。感染・隔離経験者の割合が2021年、2022年の両方で台湾全体の水準よりも高い地域は、北部の新北市、桃園市、基隆市、新竹県、南部の台南市、屏東県であり、北部が目立つ。補償手当申請割合が2021年、2022年の両方で高い地域は、北部の台北市、新竹県、中部の南投県、南部の台南市、嘉義県、屏東県、東部の台東県である。むしろ中部や南部の地域が目立つ。

この地域差の背景として、介護サービスカバー率（介護サービス利用者の要介護者に対する割合）、家庭外籍看護工カバー率（家庭外籍移籍看護工の数の要介護者に対する割合）との関係を図4としてまとめてみた。図の右側の分布は補償手当申請割合と介護サービスカバー率との関係、左側の分布が補償手当申請割合と家庭外籍看護工カバー率との関係である。分布の点は各地域（縣市）を表す。これを見ると、介護サービスカバー率が高い地域ほど、補償手当申請割合が高い傾向が見られる。一方で、家庭外籍看護工カバー率と補償手当申請割合の水準には明確な関係が見られない。

このように、家庭外籍看護工の間でも新型コロナの広がりが見られ、隔離に伴う補償手当の申請もある程度の水準で見られる。ただし、その地域差が大きく、介護サービス利用が大きな地域でむしろ申請が進んでいることがわかる。

表4 家庭外籍看護工の新型コロナ感染時の補償の状況（新型コロナ対策期間中）

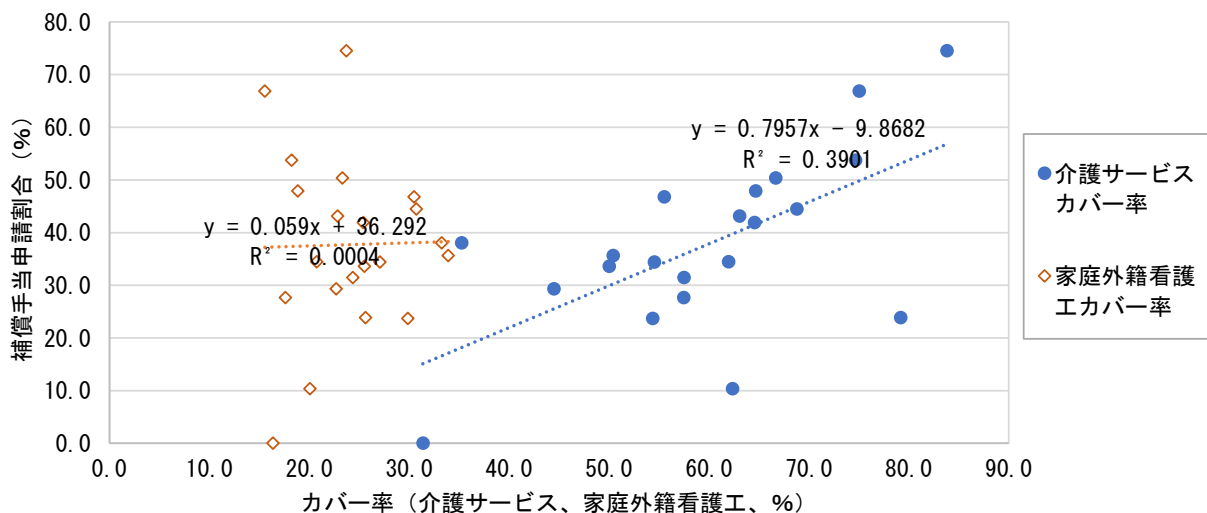
（単位：人、％）

縣市	地域	2021年									2022年				
		人数	感染・隔離あり(%)	隔離期間中賃金給付(%)			防疫補償手当申請			人数	感染・隔離あり(%)	防疫補償手当申請(%)			
				計	あり	なし	あり	なし	不詳			計	あり	なし	不詳
台湾		224,348	4.83	(100.00)	(53.66)	(46.34)	(29.76)	(1.98)	(14.60)	201409	15.72	(100.00)	(37.46)	(44.53)	(18.01)
新北市	北部	36,760	5.46	(100.00)	(63.97)	(36.03)	(28.83)	(0.00)	(7.20)	32933	17.00	(100.00)	(33.58)	(54.96)	(11.46)
台北市	北部	38,899	4.04	(100.00)	(69.33)	(30.67)	(30.67)	(0.00)	(0.00)	35201	15.91	(100.00)	(38.04)	(47.51)	(14.44)
桃園市	北部	18,837	5.06	(100.00)	(92.67)	(7.33)	(7.33)	(0.00)	(0.00)	16969	17.84	(100.00)	(34.39)	(35.95)	(29.66)
基隆市	北部	3,464	6.21	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(75.69)	(0.00)	(24.31)	3150	25.96	(100.00)	(29.34)	(47.82)	(22.84)
新竹市	北部	4,907	2.66	(100.00)	(1.95)	(98.05)	(98.05)	(0.00)	(0.00)	4447	13.42	(100.00)	(35.63)	(44.18)	(20.19)
宜蘭県	北部	5,953	3.76	(100.00)	(65.82)	(34.18)	(0.00)	(34.18)	(0.00)	5295	9.78	(100.00)	(44.48)	(44.10)	(11.41)
新竹県	北部	5,790	4.87	(100.00)	(29.97)	(70.03)	(63.00)	(0.00)	(7.04)	5205	19.00	(100.00)	(46.78)	(32.08)	(21.14)
台中市	中部	23,390	5.38	(100.00)	(57.03)	(42.97)	(4.55)	(0.00)	(38.42)	21150	15.11	(100.00)	(41.88)	(40.07)	(18.06)
苗栗県	中部	6,957	4.46	(100.00)	(97.76)	(2.24)	(2.24)	(0.00)	(0.00)	6236	21.89	(100.00)	(23.68)	(48.43)	(27.88)
彰化県	中部	10,667	5.80	(100.00)	(53.99)	(46.01)	(0.00)	(9.28)	(36.73)	9622	12.11	(100.00)	(34.44)	(56.45)	(9.11)
南投県	中部	5,404	6.45	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(100.00)	(0.00)	(0.00)	4794	14.22	(100.00)	(74.51)	(15.73)	(9.76)
雲林県	中部	7,748	5.02	(100.00)	(37.80)	(62.20)	(62.20)	(0.00)	(0.00)	6877	9.90	(100.00)	(31.43)	(45.90)	(22.66)
台南市	南部	14,112	5.05	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(49.71)	(8.73)	(41.55)	12529	16.06	(100.00)	(47.91)	(32.58)	(19.51)
高雄市	南部	19,160	3.70	(100.00)	(98.83)	(1.17)	(0.00)	(0.00)	(1.17)	17181	14.99	(100.00)	(27.65)	(44.88)	(27.48)
嘉義市	南部	2,494	4.10	(100.00)	(100.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	(0.00)	2208	16.31	(100.00)	(50.34)	(37.89)	(11.76)
嘉義県	南部	5,662	7.08	(100.00)	(3.82)	(96.18)	(65.93)	(3.82)	(26.42)	5122	12.97	(100.00)	(43.14)	(48.79)	(8.07)
屏東県	南部	6,719	5.59	(100.00)	(2.11)	(97.89)	(31.45)	(0.96)	(65.49)	5975	15.86	(100.00)	(53.72)	(34.97)	(11.30)
澎湖県	南部	876	2.63	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(100.00)	(0.00)	(0.00)	761	9.36	(100.00)	(10.35)	(50.00)	(39.65)
台東県	東部	1,697	3.93	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(100.00)	(0.00)	(0.00)	1458	7.86	(100.00)	(66.83)	(33.17)	(0.00)
花蓮県	東部	3,994	3.33	(100.00)	(0.00)	(100.00)	(100.00)	(0.00)	(0.00)	3520	17.28	(100.00)	(23.83)	(57.90)	(18.27)
金門県及連江県	離島	858	1.75	(100.00)	(4.67)	(95.33)	(95.33)	(0.00)	(0.00)	776	9.87	(100.00)	(0.00)	(33.31)	(66.69)

出所：労働部「移工管理及運用調査」より作成

注：2022年調査では賃金支払いに関する質問項目がない。

図4 家庭外籍看護工の（感染・隔離）補償手当申請割合と介護サービス及び家庭外籍看護工カバー率との関係（縣市、2022年）



出所：労働部「移工管理及運用調査」および家庭外籍看護工統計、衛生福利部資料より作成。

注：金門県と連江県は補償手当申請率がまとめられているため、カバー率も両県を合わせて算定した

## V. 特別予算と社会保障支出統計から見る新型コロナ対策

### 1. 特別予算の執行状況

特別予算は、新型コロナ対策の基本的な方針を定めた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。当初予算では 600 億台湾元の規模であったが、4 回の補正の結果、約

8,400 億台湾元にまで増加している。主計総処（わが国の財務省主計局と総務省統計局をあわせたような組織）の統計から、その省庁別の執行状況が月次で公表されている<sup>9</sup>。その統計を元に 2020 年から 2022 年までの毎年末（各年度ごと）の省庁別の執行状況を表 5 のようにまとめた。

表5 台湾の「新型コロナ対策特別予算」執行状況(省庁別)

(単位: 億台湾元、%)

	執行済予算(各年末)				予算総額		備考(主な執行目的)
	2020年	2021年	2022年	総額	2020-2022年	執行率	
総数	2,635.7	2,900.2	2,369.4	7,905.3	8,393.4	94.2%	
行政院	5.7	6.3	8.8	20.8	23.9	87.1%	感染者追跡システムの整備など
内政部	3.7	10.5	7.3	21.5	24.4	87.8%	検疫場勤務者への支援など
財政部	2.1	2.2	0.0	4.3	5.0	85.9%	
教育部	10.1	271.0	28.0	309.2	319.2	96.9%	子どものいる家庭、私立幼稚園などへの支援
經濟部	1,362.3	574.8	1,284.2	3,221.3	3,520.0	91.5%	新型コロナの影響を受けた企業への支援、消費振興など
交通部	305.5	352.2	205.2	862.9	880.2	98.0%	新型コロナの影響を受けた旅行者などへの支援など
労働部	349.6	447.3	2.9	799.8	806.2	99.2%	新型コロナの影響を受けた自営業者などへの支援など
農業委員会	219.1	209.9	22.2	451.2	459.4	98.2%	新型コロナの影響を受けた農林漁業者への支援など
衛生福利部	340.2	967.8	798.9	2,106.9	2,244.5	93.9%	感染対策、隔離の実施、医療機関、福祉事業者、生活困窮者への支援など
環境保護署	0.0	1.8	2.4	4.3	4.7	92.3%	
文化部	36.2	56.3	9.5	102.1	104.8	97.4%	芸術文化従事者への支援など
海洋委員会	1.1	0.0	0.0	1.1	1.1	100.0%	

出所: 行政院主計総処(予算)、行政院資料から作成

この表から年次ごとに特別予算執行状況を見ると、総額では 2020 年は 2,635.7 億台湾元、2021 年は 2,900.2 億台湾元、2022 年は 2,369.4 億台湾元が執行されている。合計で 7,905.3 億台湾元が執行され、特別予算の総額である 8,396.4 億台湾元の 94.2% が執行されている。特別予算は各省庁に配分されており、最も金額が多いのは經濟部（わが国の経済産業省に相当）で、3 年間で 3,520 億台湾元が配分されている。2021 年は執行額が少ないが、3 年間の総額では 3,221.3 億台湾元が執行され、執行率も 91.5% である。經濟部からは新型コロナの影響を受けた企業への支援（運営費などの補助）の他、一般住民を対象とした消費振興策（「振興三倍券」「振興五倍券」といった消費クーポンの発行）を行っている。次いで配分額が多いのは、衛生福利部であり、3 年間で 2,244.5 億台湾元が配分されている。2021 年で 900 億台湾元を超える規模の予算執行となっており、3 年間では 2,106.9 億台湾元が執行され、執行率も 93.9% となっている。衛生福利部は、感染対策の他、隔離の実施、医療機関や福祉事業者（新型コロナの影響を受けて閉鎖した、収入が減った場合の運営費の補助）、生活困窮者への支援（臨時の手当の支給）などを行っている。

そのほかに労働部への予算配分が多く、労働部では自営業者への支援などを行っている。また農業委員会（わが国の農林水産省に相当）も、新型コロナの影響を受けた農林漁業者への支援を行っている。さらに、文化部（わが国の文化庁に相当）でも、新型コロナの影響を受けた芸術文化従事者（芸術家に加えて、出版産業に従事する者を含む）への支援も行っている。

新型コロナ対策は、この特別予算だけでその費用をまかなっているわけではない。例えば医療費については、居宅での治療費の場合は全民健康保険（医療保険）からの支出となる場合がある。また、生活

<sup>9</sup> 特別予算の毎月の執行状況は、主計総処 web サイトのうち、「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興專區」（新型コロナ特別予算特設ページ）の「相關預算執行」を参照。

[https://www.dgbas.gov.tw/News\\_hyperlink.aspx?n=1968&sms=10834](https://www.dgbas.gov.tw/News_hyperlink.aspx?n=1968&sms=10834) （2023 年 2 月 3 日最終確認）

困窮の場合、社会救助（わが国の生活保護に相当）で対応する場合もある。これらはそれぞれ予算があり、特別予算の範囲ではない。よって新型コロナ対策の費用の全体像はこの特別予算だけで把握することはできない。しかし、台湾当局が機動的に編成した予算をどのように運営したかは、特別予算の記録や統計からわかる。

## 2. 『社会保障支出統計』からわかる新型コロナ対策

### (1) 『社会保障支出統計』と新型コロナ対策特別予算

台湾でも社会保障支出に関する統計を作成、公表している。それは、『社会保障支出統計』といい、主計総処が ILO 基準による社会保障の支出の統計を作成し、毎年末に公開している。統計は、社会保障支出の総額、機能別、制度別などで作成されている<sup>10</sup>。制度別の統計では、社会保険（医療、年金保険など）、社会福祉および社会救助（社会福祉や生活保護）に分かれている。特に後者はさらに中央政府一般会計予算、同基金、地方政府予算などに分かれている。中央政府一般会計の中に、中央政府特別予算の項目がある。新型コロナ対策特別予算はこれに含まれる。

ILO 基準による社会保障支出は、個人に給付されたものを把握するので、この統計から新型コロナ特別予算からどの程度人々に給付が行われたかがわかる。中央政府特別予算の項目には内訳を示す項目がない。そのため新型コロナ対策特別予算以外の特別予算の支出も含まれる。ただし、台湾の特別予算として、2020 年から現在まで運用されているものとして、新型コロナ対策特別予算の他に、新型戦闘購入特別予算、前線基礎建設予算（台湾のインフラ整備予算）である<sup>11</sup>。そこで、新型コロナ対策特別予算から支出が想定される分野（機能別の保健医療など）に着目することで、新型コロナ対策の社会保障費用の中での位置づけをある程度明らかにすることができる。

### (2) 『社会保障支出統計』の動きと保健医療、中央政府特別予算の支出

『社会保障支出統計』のから新型コロナ前の 2019 年から統計が得られる直近の 2021 年までの主な数値をまとめたものが表 6 である。表の一番上は社会保障支出の全体像を示すデータ、その次は社会保障支出の機能別のデータ、一番下が制度区分別のデータである。新型コロナ対策特別予算が含まれるのは、中央政府特別予算の部分である。

この表からまず、社会保障支出の総額（管理費などを除く「社会支出」の部分）を見ると、2019 年の 2 兆 603 億台湾元から、2021 年の 2 兆 3,812 億台湾元へと推移しており、年平均の増加率は 7.5%となっている。また管理費などを含めた費用で見た対 GDP 比は、2019 年から 2021 年にかけて 11%台で推移している。

<sup>10</sup> 『社会保障支出統計』の詳細は、以下を参照。主計総処（統計）web サイト「社会保障支出統計」<https://www.stat.gov.tw/cp.aspx?n=3978>（2023 年 2 月 4 日最終確認）。

<sup>11</sup> 台湾の特別会計予算は以下を参照。主計総処（予算）web サイト「特別予算」[https://www.dgbas.gov.tw/News\\_SP\\_Budget.aspx?n=3797&sms=11507](https://www.dgbas.gov.tw/News_SP_Budget.aspx?n=3797&sms=11507)（2023 年 2 月 4 日最終確認）。



表6 台湾『社会保障支出統計』の近年の動きおよび中央政府特別予算からの給付

(単位: 100万台湾元、%)

		金額(100万台湾元)			構成比(%)			変化(2019-21年)	
		2019年	2020年	2021年	108年	109年	110年	金額	年平均増加率
社会保障支出概況	総数	2,088,956	2,361,436	2,412,139	100.0%	100.0%	100.0%	323,183	7.5%
	社会給付	2,060,326	2,331,751	2,381,244	98.6%	98.7%	98.7%	320,918	7.5%
	現金	1,186,113	1,377,869	1,349,979	56.8%	58.3%	56.0%	163,866	6.7%
	現物	874,213	953,882	1,031,265	41.8%	40.4%	42.8%	157,052	8.6%
	管理費	23,815	24,991	25,744	1.1%	1.1%	1.1%	1,929	4.0%
	その他	4,815	4,694	5,151	0.2%	0.2%	0.2%	336	3.4%
	対GDP比	11.0	11.9	11.1					
社会給付機能別	高齢	1,039,095	1,112,334	1,104,992	(50.4%)	(47.7%)	(46.4%)	65,897	3.1%
	障害	49,407	51,598	51,647	(2.4%)	(2.2%)	(2.2%)	2,240	2.2%
	遺族	46,373	47,663	50,642	(2.3%)	(2.0%)	(2.1%)	4,269	4.5%
	保健医療	693,662	752,989	825,077	(33.7%)	(32.3%)	(34.6%)	131,415	9.1%
	生育	24,386	22,994	22,196	(1.2%)	(1.0%)	(0.9%)	-2,190	-4.6%
	家族	121,472	124,961	140,502	(5.9%)	(5.4%)	(5.9%)	19,030	7.5%
	失業	18,076	20,652	17,677	(0.9%)	(0.9%)	(0.7%)	-399	-1.1%
	労働災害	8,254	8,703	8,653	(0.4%)	(0.4%)	(0.4%)	399	2.4%
	住宅	15,667	25,682	14,627	(0.8%)	(1.1%)	(0.6%)	-1,040	-3.4%
	その他	43,934	164,176	145,232	(2.1%)	(7.0%)	(6.1%)	101,298	81.8%
社会給付制度区分別	社会保険	1,737,383	1,838,753	1,858,331	(84.3%)	(78.9%)	(78.0%)	120,948	3.4%
	(うち) 労工保険	422,566	456,242	463,719	(20.5%)	(19.6%)	(19.5%)	41,153	4.8%
	(うち) 全民健康保険	656,592	695,336	727,259	(31.9%)	(29.8%)	(30.5%)	70,667	5.2%
	(うち) 国民年金	82,473	87,183	88,859	(4.0%)	(3.7%)	(3.7%)	6,386	3.8%
	社会福祉および社会救助(生活保護)	322,943	492,999	522,913	(15.7%)	(21.1%)	(22.0%)	199,970	27.2%
	中央	202,466	369,883	399,342	(9.8%)	(15.9%)	(16.8%)	196,876	40.4%
	一般会計	125,835	271,645	292,363	(6.1%)	(11.6%)	(12.3%)	166,528	52.4%
	(うち) 中央政府特別予算	7,103	147,100	154,698	(0.3%)	(6.3%)	(6.5%)	147,595	366.7%
	基金	76,631	98,237	106,979	(3.7%)	(4.2%)	(4.5%)	30,348	18.2%
	(うち) 長照サービス発展基金	29,763	41,335	45,034	(1.4%)	(1.8%)	(1.9%)	15,271	23.0%
地方	106,931	110,190	111,067	(5.2%)	(4.7%)	(4.7%)	4,136	1.9%	
その他	13,547	12,926	12,504	(0.7%)	(0.6%)	(0.5%)	-1,043	-3.9%	

出所: 行政院主計総処『社会保障支出統計』より作成

注: ILO基準で台湾当局が作成した統計。( )内は社会支出(わが国の「社会保障給付費」に相当)に占める割合。

機能別の社会支出を見ると、年金などの「高齢」が半分近くを占め、2019年から2021年の年平均3.1%で増加していた。その一方で、2019年から2021年にかけての増加が著しいのは「保健医療」と「その他」である。「保健医療」は2019年の6,937億台湾元から2021年の8,251億台湾元へと増加し、社会支出の32～34%を占めるが、増加は1,314億台湾元と、年平均の増加率では9.1%となっている。新型コロナ対策の特別予算が、感染者の隔離や治療などに使われたこと、全民健康保険での新型コロナの治療に関する支出も増えたことが背景にあるものと思われる<sup>12</sup>。機能別「その他」は、高齢や保健医療などに該当しない、生活困窮者への支援などが該当すると思われる。「その他」の支出は2019年の439億台湾元から2020年の1,642億台湾元に急増し、2021年には1,452億台湾元へと推移している。社会支出に占める割合も2019年の2.1%から、2020年の7.0%、2021年の6.1%と上昇している。2019年から2021年までの増加は1,013億台湾元と、年平均増加率では81.8%となっている。新型コロナ対策の特別予算は、新型コロナの影響を受けた生活困窮者への手当などにも支出されていることが、この機能からの支出増加につながったと考えられる。

<sup>12</sup> 同様の見方をする分析として、主計総処『国情統計通報』(第009号、109年我國疾病與健康給付7,538億元、年増8.7%)にも示されている。詳細は以下を参照。

<https://ws.dgbas.gov.tw/Download.ashx?u=LzAwMS9VcGxvYWQvNDYzL3JlbGZpbGUvMTEwMjA5ODczNTIvNGJhODk5ZTMtOGNhOS00YjIxLTg4ODAtMDNiYjIxNGYyNGFiLnBkZg%3d%3d&n=MjExMzE1NDUzN0NBNOZBVkMyLnBkZg%3d%3d&icon=.pdf> (2023年2月4日最終確認)

表の一番下の制度区分別のデータから、「中央政府特別予算」を見てみよう。この予算からの支出は2019年には71億台湾元であったが、2020年には1,471億台湾元となり、約20倍の規模に増加している。2021年には1,547億台湾元が支出されている。2019年から2021年の増加は1,476億台湾元と、年平均増加率は366.7%である。新型コロナ前の2019年は、中央政府特別予算からの支出は社会支出の0.3%を占めるに過ぎなかった。そのため、2020年と2021年の支出増加は新型コロナ対策特別予算からの支出であると考えられる。2020年、2021年の中央政府特別予算の社会支出に占める割合はそれぞれ6.3%、6.5%である。臨時の対策である新型コロナ対策特別予算だけをとっても、新型コロナが社会保障支出を増加させた影響があると考えられる。

### （3）機能別に見た中央政府特別予算からの支出

新型コロナ対策特別予算は、個人に対しては、感染者の隔離・治療や生活困窮者などへの支援に使われていた。これが社会保障支出統計の中でどのように表れているかは、この統計が公表している、機能及び制度別の社会支出の統計表から見る事ができる<sup>13</sup>。この表から社会保障支出統計の中で中央政府特別予算からの支出の詳細を表7のようにまとめた。一番上は社会支出の規模、2番目が中央政府特別予算からの支出である。その下がこの特別予算からの支出を機能別の内訳をまとめた。支出がない機能もあるので、該当する機能はその総数のみ表示し、支出がある機能はその総数とともに、現金と現物の給付の種類別の金額を示した。機能別の内訳でみて金額が特に多いのは、「保健医療」と「その他」であった。ここではこれらについて見ていく。

まず「保健医療」では、2020年に220億台湾元が支出され、現物（治療などのサービス給付）が184億台湾元とほとんどを占めている。2021年には612億台湾元と3倍近くに増加し、現物が599億台湾元とほとんどを占めている。社会支出に占める割合も、2020年の0.9%から2021年の2.6%に上昇している。感染者の隔離・治療のために使われた費用が2021年でより多く使われたことがわかる。

次に「その他」についてみると、2020年に1,168億台湾元が支出されて、その中でも現金が1,153億台湾元とほとんどを占めている。翌年の2021年には904億台湾元が支出され、その中でも現金が889億台湾元とほとんどを占めている。社会支出に占める割合も2020年には5.0%を占めたが、2021年には3.8%を依然として占めている。

このように中央政府特別予算から「社会支出」としての支出は、保健医療サービスや経済的な支援を目的としたものに使われていることがわかる。

<sup>13</sup> 該当する統計表は脚注10のリンク先の表4である。

表7 台湾『社会保障支出統計』における中央政府特別予算からの給付の詳細

(単位:100万台湾元、%)

		金額(100万台湾元)			構成比(%)			
		2019年	2020年	2021年	2019年	2020年	2021年	
社会給付	総数	2,060,326	2,331,751	2,381,244	100.0%	100.0%	100.0%	
	現金	1,186,113	1,377,869	1,349,979	57.6%	59.1%	56.7%	
	現物	874,213	953,882	1,031,265	42.4%	40.9%	43.3%	
中央政府特別予算	総数	7,104	147,100	154,698	0.3%	6.3%	6.5%	
	現金	0	118,858	92,940	0.0%	5.1%	3.9%	
	現物	7,104	28,243	61,757	0.3%	1.2%	2.6%	
機能別	高齢	総数	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	障害	総数	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	遺族	総数	0	0	67	0.0%	0.0%	0.0%
		現金	0	0	67	0.0%	0.0%	0.0%
		現物	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	保健医療	総数	0	22,007	61,221	0.0%	0.9%	2.6%
		現金	0	3,600	1,334	0.0%	0.2%	0.1%
		現物	0	18,407	59,887	0.0%	0.8%	2.5%
	生育	総数	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	家族	総数	114	73	2,719	0.0%	0.0%	0.1%
		現金	0	0	2,629	0.0%	0.0%	0.1%
		現物	114	73	89	0.0%	0.0%	0.0%
	失業	総数	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	労働災害	総数	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
	住宅	総数	6,990	8,224	266	0.3%	0.4%	0.0%
		現金	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
		現物	6,990	8,224	266	0.3%	0.4%	0.0%
	その他	総数	0	116,796	90,425	0.0%	5.0%	3.8%
現金		0	115,258	88,910	0.0%	4.9%	3.7%	
現物		0	1,539	1,515	0.0%	0.1%	0.1%	

出所: 行政院主計総処『社会保障支出統計』より作成

注: ILO基準で台湾当局が作成した統計。機能別で支出が0ものは現金、現物の表示は省略した。

## VI. まとめ

台湾では、2022年に入り新型コロナの感染が大きく増加した。その一方で2022年の新型コロナ対策は、2020年にとられた対策の緩和する方向が見られた。その背景として、世界的に新型コロナの感染が拡大している時期に、迅速異な対策により感染者数を低く抑えている間に、新型コロナウイルスの特性を把握し、感染拡大期には「分流治療」に代表されるような重症者を優先などの対応をとることができたことなどがあろう。

特に規制を緩和させる動きのひとつとして、家庭外籍看護工の新規受け入れ再開があった。家庭外籍看護工に関係する新型コロナ対策として、新規受け入れの停止と再開があった。その一方で、台湾に滞在する彼らへの対策として、感染時の公費での隔離・治療、隔離時の補償手当支給、マスクの実名制販売やワクチン接種の対象者に含まれるなどさまざまな対策が準備された。しかし、それでも彼らの新規受け入れ一停止の影響として、家庭外籍看護工カバー率の低下、休日の減少など台湾に滞在し続けている彼らの働き方に現れている。また、家庭外籍看護工の間でも新型コロナの広がりが見られ、隔離に伴う補償手当の申請もある程度の水準で見られた。こうした影響や制度の利用には地域差が見られた。特に補償手当の申請は、介護サービス利用が大きな地域でむしろ申請が進んでいた。

新型コロナへの対策として特別条例があり、それに基づく特別予算が編成されていた。新型コロナ対策の費用はこの特別予算以外でも支出されているが、この特別予算からは 2020 年からの 3 年間で 7,905.3 億台湾元が支出され、特別予算の 94.2%が使われた。特に、經濟部、衛生福利部への配分と支出が多く、前者は新型コロナの影響を受けた企業への支援や住民を対象とした消費振興策に予算を使っている。後者は、感染対策の他、隔離の実施、医療機関や福祉事業者、生活困窮者への支援に予算を使っている。こうした予算の支出を、社会保障支出統計で見ると、個人への給付に当たる「社会支出」は、2019 年から 2021 年の年平均増加率は 7.5%であったが、機能別では保健医療、その他（生活困窮者への支援など）では、これを上回る 9.1%、81.8%の増加率であった。制度別では中央政府特別予算の年平均増加率は 366.7%であり、新型コロナ対策に短期間で支出が増えたことがわかる。中央政府特別予算から支出を機能別に見ると、保健医療サービスや経済的な支援を目的としたものに使われていることも明らかになった。

このように、台湾の新型コロナ対策は、規制の緩和の方向が見られている。ただし、家庭外籍看護工の状況から分かるように、何らかの影響を垣間見ることができる。さらに、新型コロナ対策として支出した費用の一部が社会保障費用の統計でわかるようになり始めている。こうした影響や対策の評価をどのように検証するかという点を考える必要がある。

#### 付記・謝辞

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

#### 参考文献

- 小島克久（2017）「台湾—介護サービスにおける外国人介護労働者」『アジアにおける高齢者の生活保障持続可能な福祉社会を求めて』金成垣・大泉啓一郎・松江暁子 編著 明石書店 pp.184-204.
- 小島克久（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（2021）「台湾の新型コロナウイルス感染症対策の概観」厚生労働科学研究費補助金（地球規模保健課題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 年度報告書（2021.5）
- 小島克久（2022）a「台湾の新型コロナ対策の動向」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 3 年度報告書（2022.5）
- 小島克久（2022）b「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.

#### 参照 web ページ

- 衛生福利部 <https://www.mohw.gov.tw>  
 新型コロナ対策特設ページ <https://covid19.mohw.gov.tw/ch/mp-205.html>  
 疾病管制署 <https://www.cdc.gov.tw/>  
 行政院 <https://www.ey.gov.tw/>  
 主計総処 <https://www.dgbas.gov.tw/>

（統計） <https://www.stat.gov.tw/>

（予算） <https://www.dgbas.gov.tw/cl.aspx?n=1153>

労働部 <https://www.mol.gov.tw/>

（統計） <https://www.mol.gov.tw/1607/2458/normalodelist>

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

佐藤格<sup>2</sup>

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

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

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

## 2. 公的年金制度の各国比較

### 2.1 日本における公的年金制度

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>4</sup> これは単純化したものであり、詳しくは

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



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

## 2.2 中国における公的年金制度

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

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

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

という算定式により決定され<sup>5</sup>、2階部分の給付は

$$\text{個人勘定残高の元利合計}/\text{年金現価率}$$

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

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

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

## 2.3 韓国における公的年金制度

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.4 モンゴルにおける公的年金制度

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

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

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

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

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

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

### 3. 各国の人口構成

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

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

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

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

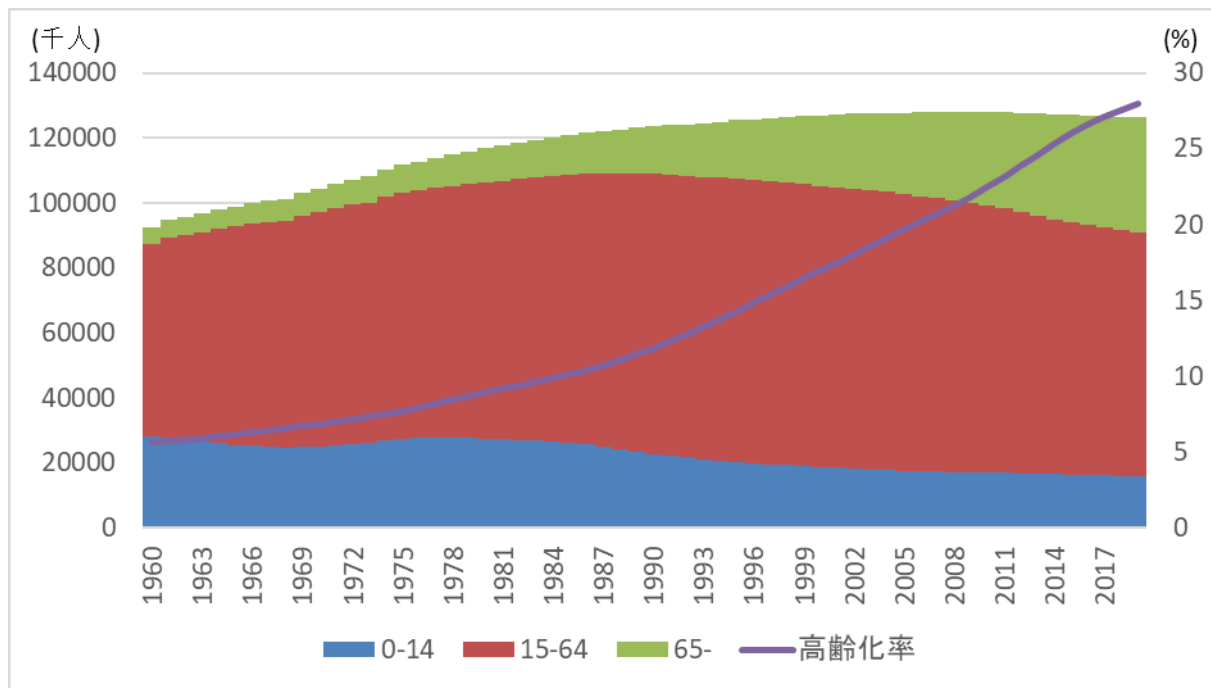


図1 日本の年齢3区分別人口の推移

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

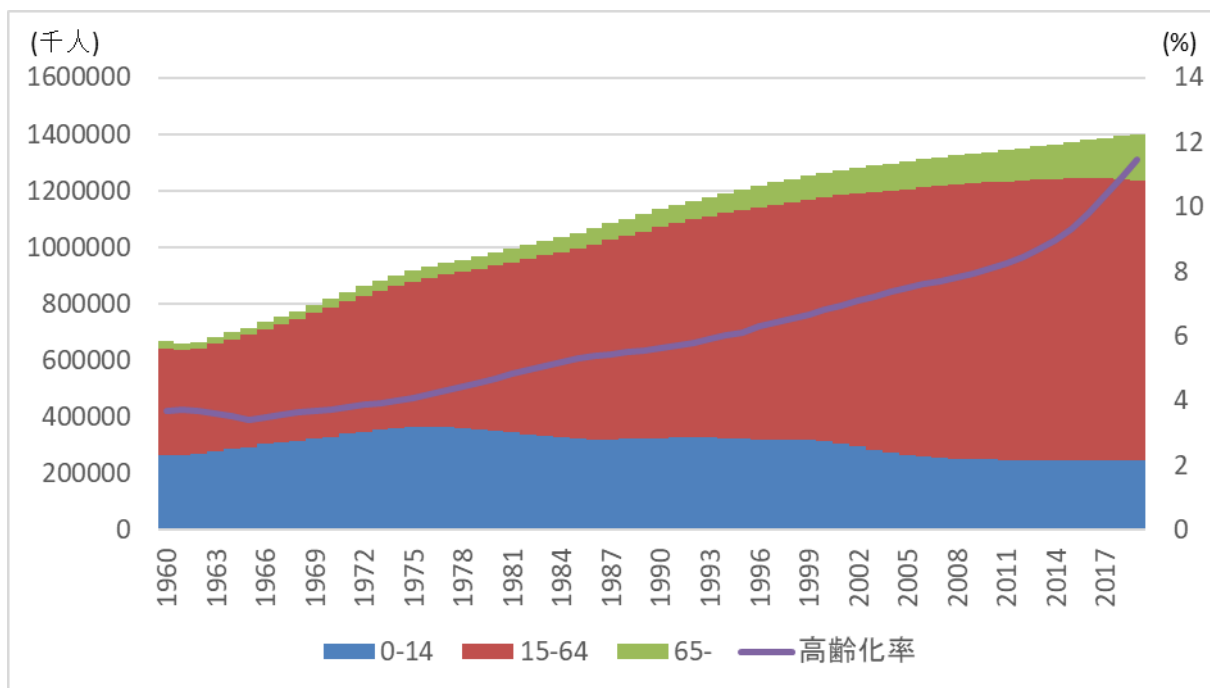


図2 中国の年齢3区分別人口の推移

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

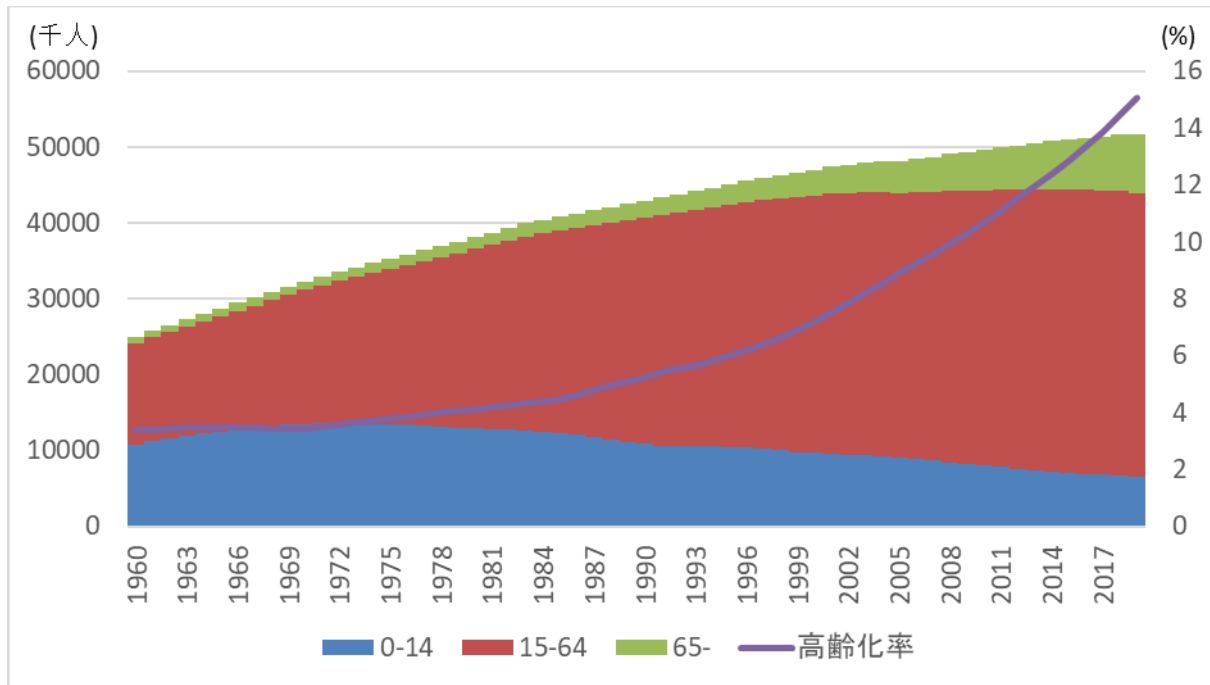


図3 韓国の年齢3区分別人口の推移

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

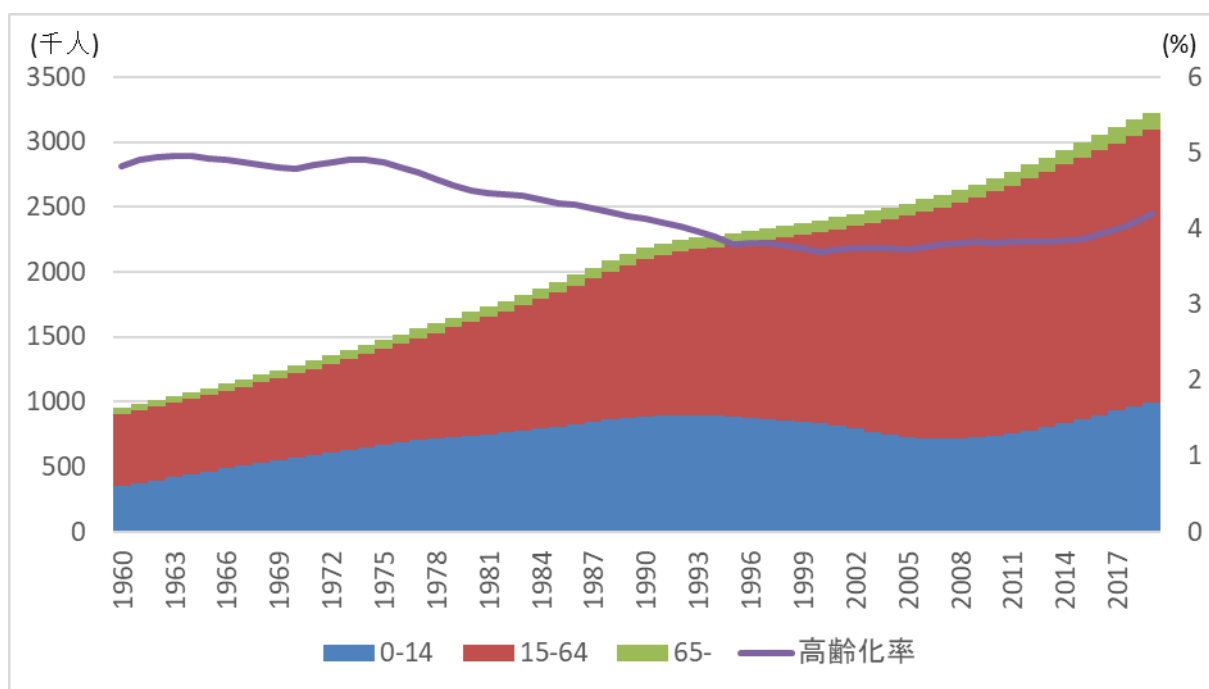


図4 モンゴルの年齢3区分別人口の推移

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

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

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

#### 4. 結論

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

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

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

## 参考文献・資料

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

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

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

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

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

厚生労働省『厚生年金保険・国民年金事業年報』各年版

厚生労働省ホームページ「公的年金各制度の財政収支状況」

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

厚生労働省ホームページ「2019年財政検証結果レポート」

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

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

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

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



# 日中韓の年金制度に関する比較分析<sup>1</sup>

佐藤格

国立社会保障・人口問題研究所

## 1. はじめに

本稿では、日中韓3か国の公的年金制度についての比較を行う。3か国ともに急速な少子高齢化の中にあり、公的年金制度の持続可能性を確保していくために、定期的な制度の健全性の確認や見直しが必要とされる状況にある。本稿では各国の状況を、歴史・枠組み・給付・負担・財政状況といった観点から確認しつつ、各国が公的年金制度を持続可能なものとして維持していくために将来求められるであろう改善の方向性についても検討した。

## 2. 公的年金制度の比較

### 2.1 公的年金制度の歴史

公的年金制度は長い期間をかけて制度が成熟し、安定する。制度導入初期には被保険者に比べて受給者は少ないため収入が支出を上回り、比較的健全な財政状況が保たれるといえる。しかし被保険者が加齢し受給者に変化していけば、支出が増大することになる。各国が直面する少子高齢化という要因も加われば、財政状況が悪化し、制度の見直しにも迫られることになる。そこでまずは、各国の公的年金制度がどのように成立し、発展してきたのかという点について概観しよう。

#### 2.1.1 日本

日本における公的年金制度は、1942年に創設された労働者年金保険制度から始まる<sup>2</sup>。これは工場等の男子労働者を被保険者とする制度である。さらに労働者年金保険は1944年には厚生年金と改められ、事務職員や女子も被保険者として扱われるようになった。また1954年には私立学校教職員共済、1961年には国民年金と、適用範囲が拡大していく。特に1961年の国民年金の成立は、年金制度の対象を被用者以外にも広げ、「国民皆年金」の成立として扱われる。

さらに1985年には基礎年金制度が導入されることにより、個人の年金権が確立されることになった。基礎年金は全国民に共通する1階部分であり、被用者の場合は基礎年金の上に、厚生年金や共済年金が加算されるということになった。

公的年金制度の枠組みが大きく変わったのは2004年である。この年の制度改正は、次のような点で従来の制度を大きく変更するものであった。

- (1) 保険料水準固定方式の導入
- (2) 基礎年金国庫負担割合の1/2への引き上げ
- (3) 積立金の活用
- (4) マクロ経済スライドの導入

これらの改正は、急速に進行する少子高齢化の中で、将来にわたり制度を持続可能で安心できるものとするためのものである。この改正後も、社会経済の状況に対応してさまざまな改正は行われている。

<sup>1</sup> 本稿の執筆にあたっては、参考文献一覧に記した文献のほか、2022年12月の日中韓科研の際に作成された施策表を参考にした。施策表の作成に携わった先生方に感謝する。もちろん、本稿に残された誤りは、すべて筆者自身の責任によるものである。

<sup>2</sup> 公務員や軍人に対する恩給はそれ以前から存在するものの、一般国民を対象としたものは労働者年金からとなる。

るが、基本的にはこの改正の枠組みをもとに、給付水準が調整される仕組みが完成したといえる。

給付以外の点では、2015年の被用者年金の一元化が大きな改正として挙げられる。従来国家公務員・地方公務員・私立学校教職員は独自の共済制度により年金の給付・負担を行っていたが、これらが厚生年金に統合されることで、被用者年金の一元化が図られた。

### 2.1.2 中国

中国においては、1951年に始まった労働保険制度の中に含まれる養老保険制度が公的年金制度の始まりである。その後1950年代には、公務員および公的機関正規職員向けの公的職年金制度が創設された。さらに1997年には都市企業職工基本養老保険制度が成立し、徐々に公務員以外のすべての雇用労働者に拡大した。また、農民を対象とする基本養老保険制度は2009年、都市住民を対象とする基本養老保険制度は2011年に成立したが、これは2012年に普遍的となり、2014年に統合され、都市・農村住民基本養老保険制度となった。さらに2015年には、公務員年金制度が企業職工基本養老保険制度に統合された。

### 2.1.3 韓国

韓国においては、特殊職域年金として1960年に公務員年金と軍人年金、1975年に私立学校教職員年金が導入された。さらに1988年には10人以上の事業所を対象とした国民年金、2008年には基礎老齢年金が導入された。なお、国民年金は1999年より、無業者や自営業者を含むすべての国民を対象とするように拡大され、国民皆年金が達成された。また2014年に基礎年金が導入されたことに伴い、基礎老齢年金が廃止された。

## 2.2 年金制度の枠組み

次に、年金制度の枠組みについて見てみることにしよう。拠出や給付が1階建てか2階建てか、働き方と加入する制度にはどのような関係があるのかといったことも、国によって大きく異なる。これらの要素について、各国でどのようになっているのかを概観しよう。

### 2.2.1 日本

日本の年金制度は、3階建てとなっている。強制加入の公的年金は2階建てであり、全国民に共通の給付を行う基礎年金と、被用者について報酬比例的な給付を行う厚生年金がある。すなわち、被用者以外についても、公的年金の強制加入の対象となっている。

被保険者は働き方や世帯の構造により第1号から第3号までの3種類に分けられる。第2号被保険者は被用者、第3号被保険者は第2号被保険者の配偶者が該当する。第1号被保険者は、第2号、第3号に該当しないすべての者である。非正規雇用者については一定の条件を満たした場合には厚生年金が適用される第2号被保険者となるが、その条件を満たさない場合には第1号被保険者として国民年金に加入することになる。この条件は次第に緩和されつつあり、厚生年金の適用拡大が進んでいる。

2022年度において、1階部分である国民年金の加入者は第1号被保険者1,431万人、第2号被保険者等4,535万人、第3号被保険者763万人の計6,729万人である。2階部分の厚生年金保険は、会社員4,065万人、公務員等471万人である。さらに、企業年金や国民年金基金、厚生年金基金、iDeCoといった任意加入の年金が3階部分として存在する。公的年金の2階建ての構造は、前節においても触れた通り、1985年の年金制度改正により成立したものである。それ以前は定額の国民年金と、報酬比例部

分を含む厚生年金、共済年金という 3 つの制度が並立していたが、1985 年改正により、全国民に共通する国民年金(基礎年金)が創設されるとともに、報酬比例の厚生年金、共済年金が、基礎年金に上乘せされるものとなった。これは制度ごとに異なる支給要件や給付水準、国庫負担を統一するとともに、世帯としての年金水準の適正化や、婦人の年金権の確立といった意味を持つものであった。

### 2.2.2 中国

中国においては、企業職工基本養老保険と都市・農村住民基本養老保険がそれぞれ 2 階建ての制度をもつほか、企業年金や職域年金、公務員年金が存在する。さらに 3 階として個人年金が存在する。個人年金は政府が統一的なプラットフォームと情報システムを構築し、個人が任意参加し、税制優遇措置をもち、金融機関が事務処理するものと、金融機関の年金商品に分けられる。

企業職工基本養老保険や都市・農村住民基本養老保険は基金と個人口座の 2 階建ての構造を持っており、基金は企業と政府補助による賦課方式、個人口座は積立方式という組み合わせになっている。

正規雇用者ではない専業主婦や非正規労働者、自営業者は、企業職工基本養老保険、あるいは都市・農村住民基本養老保険に加入することができる。また、農業従事者は都市・農村住民基本養老保険に加入することになる。なお、給付と負担は個人単位になっているため、第 3 号被保険者のような制度は存在しない。

また厚生労働省(2021)によれば、中国では年金の第 2 の柱として企業年金、第 3 の柱として個人年金を推進している。

### 2.2.3 韓国

国民年金・公務員年金・軍人年金・私立学校教職員年金・別定郵便局職員年金といった年金が並立しているほか、65 歳以上の高齢者のうち所得下位 70% の高齢者を対象とした基礎年金制度により、公的な老後所得保障を充実させている。

正規雇用者以外に目を向けると、主婦は国民年金に任意加入することができる。また非正規雇用者は国民年金の事業所加入者、あるいは地域加入者となる。農業従事者や自営業者は、国民年金の地域加入者となる。

## 2.3 給付

### 2.3.1 日本

前述の通り、日本において、公的年金制度は 2 階建てとなっている。すなわち、すべての受給者は 1 階部分の給付を受け、現役時代に被用者だった者は、1 階部分に加えて 2 階部分の給付を受けることになる。国民生活基礎調査によれば、2019 年において、65 歳以上の受給者は 65 歳以上人口の 94.3% に上る。さらに高齢者世帯 1 世帯当たりの平均所得金額 312.6 万円に対して、公的年金・恩給は 199 万円と、6 割以上を占めているばかりでなく、公的年金・恩給が総所得に占める割合が 100%、すなわち年金収入だけで生活している高齢者世帯は 48.4% と、約 5 割に上っている。また平均受給額は、2020 年度末において基礎年金が月 5.6 万円、厚生年金が基礎年金を含めて 14.6 万円となっている。なお、給付額については、次のような給付算定式に基づいて計算される。

$$\text{基礎年金} = 64,816 \text{ 円} \times \text{保険料納付月数} / 480$$

$$\text{厚生年金} = \text{平均標準報酬} \times 5.481 / 1000 \times \text{被保険者期間月数} / 12$$

支給開始年齢は、労働者年金保険法が制定された1942年には55歳であった。これが1954年の改正において、女性は55歳に据え置く一方で、男性については1957年から4年に1歳ずつ、16年間かけて60歳に引き上げられることになった。この支給開始年齢は30年以上にわたり維持されていたが、1985年の改正において、男性・女性ともに5歳ずつ、すなわち男性は65歳、女性は60歳に引き上げられることになる。なお、男性については60歳から65歳まで、特別支給の老齢厚生年金が支給されることとなり、女性は3年に1歳ずつ、1987年度から12年かけて60歳に引き上げられることとなった。さらに1994年改正においては老齢厚生年金の定額部分が、男性は2001年度から12年、女性は2006年度から12年かけて65歳に、2000年改正では報酬比例部分についても、男性は2013年度から12年、女性は2018年度から12年かけて、いずれも65歳まで引き上げられることとなった。

2020年度末現在、公的年金の受給権者数は4,051万人であり、年金給付の総額は2022年度予算ベースで56.7兆円に達する。

### 2.3.2 中国

中国の企業職工基本養老保険においては、給付水準は「老人」「新人」「中人」のいずれに該当するかで異なる。2005年12月31日までに定年退職した者は「老人」に該当し、基本的に旧制度の規定で支給される。一方1998年7月1日以降加入した者は「新人」に該当し、基礎年金と個人口座年金の合計額が支給される。基礎年金と個人口座年金はそれぞれ次のように計算される。

$$\begin{aligned} \text{基礎年金} &= (\text{前年度の当該地域の平均賃金} + \text{個人別指数化平均賃金}) / 2 \times \text{実際の保険料納付期間} \times 1\% \\ \text{個人口座年金} &= \text{個人貯蓄額} / \text{所定の払込月数} \end{aligned}$$

1998年6月30日前に加入し、2006年1月1日以降定年退職した者は「中人」に該当し、基礎年金・個人口座積立・経過年金の3種類の給付を受ける。それぞれの年金額は次のように計算される。

$$\begin{aligned} \text{基礎年金} &= (\text{前年度の当該地域の平均賃金} + \text{個人別指数化平均賃金}) / 2 \\ &\quad \times \text{実際の保険料納付期間} + \text{みなし納付期間} \times 1\% \\ \text{個人口座年金} &= \text{個人貯蓄額} / \text{所定の払込月数} \\ \text{経過年金} &= \text{個人別指数化平均賃金} \times \text{移行係数} \times \text{みなし納付期間}。 \end{aligned}$$

なお、基礎年金の算定に用いられる個人別指数化平均賃金は、(定年退職時)前年度の当該地域の平均賃金に、平均納付指数を乗じることで計算される。また都市・農村住民基本養老保険は基礎年金と個人口座年金により構成される。基礎年金は当該地域の所定金額であり、個人口座年金は個人貯蓄額を所定の払込月数で除算することにより求められる。

支給開始年齢は、企業職工基本養老保険の場合男性60歳、管理職女性55歳、一般女性50歳である。また都市・農村住民基本養老保険の場合は、男女ともに60歳である。65歳への引き上げは現在議論がなされているところではあるが、実施には至っていない。

2021年における給付総額は、企業職工基本養老保険56481億元、都市・農村住民基本養老保険3715億元の、合計60197億元である。

### 2.3.3 韓国

韓国において、国民年金は「基本年金額」に「扶養家族年金額」が加算され、年金給付額が決定される。より具体的には、国民年金=(基本年金額×加入期間別支給率/12)－月減額金額となる。2021年における国民年金の平均給付月額が557,000ウォン、基礎年金の月額が307,500ウォンである。また2019年における老齢年金の受給者数は4,090,497人であり、支給総額は19兆0693億ウォンである。

支給開始年齢については、2020年現在で62歳である。2013年から5年ごとに1歳ずつ引き上げられ、2033年に65歳になる予定である。

## 2.4 負担

### 2.4.1 日本

前述の通り、被保険者は働き方や世帯の構造により第1号から第3号までの3種類に分けられ、負担のあり方もそれぞれ異なる。まず第2号被保険者は賃金に保険料率を乗じた保険料を支払う。現在の保険料率は18.3%であり、これを労使で折半する<sup>3</sup>。次に第3号被保険者は、保険料の拠出は行わない。最後に第1号被保険者は、毎月定額の保険料を拠出する。金額については、2022年4月以降、国民年金の保険料は月額16,590円である。また基礎年金については、給付の1/2が国庫負担によってまかなわれる。

### 2.4.2 中国

中国において、企業職工基本養老保険の拠出は、事業主が賃金の16%、従業員が賃金の8%となる。また事業主からの拠出は1階の基礎年金基金の部分、従業員からの拠出は2階の個人口座の部分への拠出となる。個人の支払いベースは本人の賃金であるが、地域の社会的平均賃金の60%から300%の間で決定される。雇用主の支払いベースは、被保険者全員の支払い賃金の総額である。事業主負担は従来は20%であったが、現在では16%に下がっており、今後も下がる可能性がある。なお、2014年の一元化前は保険料負担は存在しなかった。

都市・農村住民基本養老保険においては、被保険者は保険料を支払うが、その額は自由に選択できるため、ほとんどの被保険者は最も低い支払い区分を選択している。支払基準は年間100元、200元、300元、400元、500元、600元、700元、800元、900元、1000元、1500元、2000元の12段階に分かれており、各地域では支払基準等級の増減が調整できる。

2021年において、年金基金の収入は基本養老保険65793億元、企業職工基本養老保険は60455億元、農村住民基本養老保険は5339億元である。

### 2.4.3 韓国

韓国において、国民年金の保険料率は所得の9%である。また公務員年金と私立学校教職員年金の保険料率は18%、軍人年金保険料の保険料率は14%である。いずれにおいても、労働者と使用者が折半して拠出を行う。また、月額486万ウォンを算定の上限としている。保険料収入の総額は2021年においては53.7兆ウォンである。

<sup>3</sup> 厳密には賃金の値そのものではなく、標準報酬と呼ばれる値が使用される。また保険料率は2017年度以降18.3%で固定されている。

## 2.5 財政状況

前節までで示した給付と負担をもとに、公的年金の財政状況が決定される。もちろん、これに加えて積立金の運用や取り崩しなども存在するが、財政のバランスを考慮する上で最も基本となるのは給付と負担の大きさである。また年金の給付と負担は長期的な観点から財政の健全性を確保しなければならず、そのためには定期的な見直しも必要である。これらの見直しについても、どのように行われているのかの比較を行おう。

### 2.5.1 日本

日本においては、国民年金と厚生年金の拠出をもとに、基礎年金と厚生年金の給付を行う。基礎年金の財源は国民年金と厚生年金からの拠出に加えて、国庫負担がある。また 2004 年改正による有限均衡方式の導入に伴い、国民年金・厚生年金の積立金の取り崩しもそれぞれ行われている。

財政状況の健全性を確認するために、5 年に 1 回は財政検証を行うことが法律で定められている。これによって約 100 年後までの年金財政の見通しを示すとともに、給付水準の自動調整機能であるマクロ経済スライドの適用期間も決定される。

財政検証はデータおよびプログラムが公開されており、この公開されたプログラムを利用することで、誰でも計算結果を確認することができる。

### 2.5.2 中国

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い。厚生労働省(2020)および厚生労働省(2021)によれば、基本年金の基金積立金は十分にあるものの、2019 年まで収入が支出を上回っていたものが、2020 年には支出額が収入額をわずかに上回っている状況になっている。単年度の収支だけを見ても支出が超過するような状況においては、長期的な年金財政の持続可能性を示すことの重要性はますます高まることになる。現時点において中国においては、関係者や専門家による予測や分析が行われているが、公開されたルールなどは現在のところ存在しないが、経済変動や人口変動などにさまざまな仮定をおいた形で予測・分析を広く公表することが今後重要になるだろう。

### 2.5.3 韓国

現時点において韓国の年金財政は収入が支出を超過しており、積立金も 2018 年現在で 634 兆ウォンという水準にある。しかし急速な少子高齢化により、長期的には積立金の枯渇する可能性が財政再計算で指摘されている。韓国では国民年金制度発展委員会が 5 年ごとに財政再計算を行うこととなっている。2018 年に行われた 4 回目の財政再計算では、2018 年に 634 兆ウォンである積立金が、2057 年には枯渇すると計算されている。金(2018)はこの原因として、急速な少子高齢化と低水準で固定された国民年金の保険料率にあるとしている。韓国政府は所得代替率の引き下げによって財政悪化への対応を行っているものの、実際の所得代替率が低く、国民年金の給付のみでは老後の生計費をまかなうことは難しいことも指摘されている。

## 3. まとめ

各国ともに、少子高齢化にさらされる状況下において、どのように持続可能な年金制度を構築して

いくのかは非常に大きな課題となっているといえるだろう。この3か国で比較を行った場合、制度の枠組みにおいて特徴的なのは中国であるといえるだろう。日本と韓国はいずれも皆年金であり、また賦課方式を採用しているのに対して、中国は全国民が加入しているわけではなく、また2階部分で積立方式となっていることが、他の2か国との大きな違いである。また拠出についても、労働者と使用者の双方が行うことはどの国においても共通であるが、中国は労働者と使用者の拠出割合が1:2になっていることが特徴である。

各国ともに少子高齢化が進む中で、日本はいち早く保険料水準の固定化、マクロ経済スライドによる自動的な調整といった仕組みを取り入れ、安定的で持続可能な制度の構築を果たしている。もちろんすべてが当初の予定通りに進行しているというわけではなく、社会経済の状況が変化したことにより、マクロ経済スライドは当初の予定よりかなり先まで適用される見込みになっている。また非正規雇用者への厚生年金の適用拡大や、国民年金と厚生年金の間でマクロ経済スライド適用期間の差が発生する問題など、新たな課題もあり、さまざまな改善を求められている状況は続いている。

中国では、皆年金ではないことに加えて、被保険者が自由に保険料を選択でき、その額が低い水準にあることが問題となると考えられる。高齢化自体の進展は日本や中国と比べると緩やかであるが、人口規模が非常に大きいため、高齢化は年金財政に非常に大きな影響を与えることが予想される。その中でも拠出額がどの程度の大きさになるのかということも非常に重要である。被保険者1人1人の拠出額が小さければ当然拠出総額も小さくなり、十分な給付を行えない、あるいは年金財政が赤字に陥るといったことにつながる。したがって、所得等に応じて高い拠出水準を強制するような仕組み、あるいは自発的に高い拠出水準を選択するインセンティブを与えるような仕組みを構築することが必要となるだろう。また、支給開始年齢引き上げの検討も急務である。さらには日本の財政検証、あるいは韓国の財政再計算のような仕組みを整えることも非常に重要である。現役世代が将来受給できる年金の額をある程度予測できるようになることは、生涯を通じた消費の決定に非常に重要である。また将来の見通しいかンでは、高い拠出水準を選択するための動機づけになる可能性もあるだろう。

韓国の場合、今後急速に少子高齢化が進み、年金財政が赤字化することが予測されている。赤字化を回避する、あるいはある程度でも抑制するための1つの方法として、保険料率の引き上げが考えられる。公務員年金等の保険料率と比較して、国民年金の保険料率は明らかに低い水準にある。段階的にこれを引き上げることは、将来の年金財政を健全化させるためには不可欠であると考えられる。

公的年金制度は引退後の生活を支える非常に重要な仕組みである。各国ともに経済社会の変化に対応し、さまざまな改革を進めているが、必ずしも十分でないと思われる部分もある。引退後の所得保障を実現するために、公的年金制度を持続可能なものとするよう、さらに検討を進めていくことが必要である。

## 参考文献

金明中(2018)「韓国、国民年金の第4回財政再計算の結果を発表－財政安定化政策のみならず、雇用安定化政策の同時実施を－」『ニッセイ基礎研レター』2018-08-20.

厚生労働省(2021)「2021年海外情勢報告」

厚生労働省(2020)「2020年海外情勢報告」



## 台湾における外国人受け入れの動向と影響

中川雅貴

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. 台湾における外国人人口の主な分類と統計

台湾における外国人人口は、主に、「外籍勞工」と呼ばれる二国間協定に基づく外国人労働者、いわゆる高度人材に位置づけられるその他の外国人労働者、国際結婚による外国籍配偶者、その他（留学生等）に分類される。それぞれの主な属性および規模は表1のとおりであり、このうち二国間協定に基づく外国人労働者（以下、特にことわりのない限り、単に「外国人労働者」とする）が2020年末時点で約70万人と最大のグループとなっている。

表1. 台湾における外国人人口の主な分類

分類	主な属性	規模 (2020年)
二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工)	<ul style="list-style-type: none"> <li>インドネシア・タイ・フィリピン、ベトナム、モンゴルとの二国間協定による受け入れ。</li> <li>主に製造業、介護・看護分野で就労。</li> </ul>	約70万人 <sup>a</sup>
その他の外国人労働者 (高度人材)	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動・資格に基づく就労許可。</li> <li>就労分野は、管理・専門職、教育・研究、投資・経営等。いわゆる高度人材。</li> <li>国籍別では日本人が最多</li> </ul>	約3万人 <sup>a</sup>
国際結婚による外国籍配偶者	<ul style="list-style-type: none"> <li>年間の新規登録ベース（直近）では、男（夫）約6,000人、女（妻）約15,000人<sup>b</sup> ※2000年代初頭がピーク</li> <li>妻の国籍は、中国本土と東南アジアが95%を占める。</li> </ul>	約25～30万人 <sup>c</sup>
その他、留学生等	<ul style="list-style-type: none"> <li>移民局の統計には、中国本土からの留学生が含まれない。</li> <li>国籍別ではマレーシア、ベトナム、インドネシア、日本が主要グループ</li> </ul>	約4万人 <sup>d</sup>

出所：

<sup>a</sup> Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

<sup>b</sup> Department of Household Registration Affairs, Minister of the Interior（内政部戸政司）

<sup>c</sup> Liaw et al. (2011); Chen (2012); Chu et al. (2019)

<sup>d</sup> National Immigration Agency, Minister of the Interior（内政部移民署）

表2に記載のとおり、台湾における外国人人口のうち国際結婚による外国籍配偶者については、内政部移民署による登録外国人統計では中国本土（香港・マカオを含む）の国籍をもつ人口が含まれていないために、外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することが難しくなっている。内政部戸政司による戸籍統計では、これら中国本土（香港・マカオを含む）からの配偶者も含めた国際結婚の年間新規登録

者数が示されているものの、ストック数については不明のため、やはり外国籍配偶者人口の全体的な規模を把握することはできない。なお、内政部が 2003 年に実施した調査結果に基づいて推計した外国籍配偶者の規模は約 24 万人であり、これは 2010 年において「外国籍の配偶者」として把握された約 28 万人に近い水準となっている (Liaw et al. 2011)。

表 2. 台湾における外国人人口に関する統計

分類	主な属性
<p><b>人口センサス</b> (Directorate-General of Budget, Account and Statistics : 行政院主計処)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 10 年毎に実施。</li> <li>・ 「国籍」に関する設問。(※中国本土を含む)</li> <li>・ 国籍別に公表されている集計項目： 地域 (県・市)、男女・年齢、就業 (産業)</li> <li>・ 2010 年の外国籍人口： 562,000 人 ※外国籍の配偶者に関する集計 (再掲)： 286,000</li> </ul>
<p><b>登録外国人統計</b> (National Immigration Agency, Minister of the Interior : 内政部移民署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 移民局への在留届に基づく。</li> <li>・ 活動内容 (Occupation) に関する集計あり。</li> <li>・ 中国大陸 (香港・マカオを含む) 籍については、「外僑居留人」 (Foreign Residents) に含まれず。</li> <li>・ 2010 年末の登録外国人数： 418,000 人 ※2020 年末： 807,000 人</li> </ul>
<p><b>戸籍統計</b> (Dept. of Household Registration Affairs, Minister of the Interior: 内政部戸政司)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 国際結婚 (外国籍の配偶者との婚姻) 新規登録件数を集計。 ※配偶者の国籍 (中国本土・香港・マカオを含む)</li> <li>・ 「外国籍の配偶者」の登録累計 (2020 年末まで)： 565,000 人</li> </ul>
<p><b>外国人労働者統計</b> (Workforce Development Agency, Ministry of Labor : 労働部労働力発展署)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外国人労働者 (外籍勞工) とその他の外国人労働者 (高度人材) を別に集計。</li> </ul>

## 2. 台湾における外国人労働者受け入れ政策の背景と展開

1970 年代後半から 80 年代にかけて高度経済成長期においても、非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の雇用が認められていなかった台湾における外国人労働者問題は、1980 年代半ばになって不法就労外国人の増加というかたちで顕在化した<sup>1</sup>。不法就労者の規模を正確に示す統計は存在しないが、1980 年代の半ばには約 10 万人以上の外国人が非専門職・非熟練労働分野で不法に就労していたとされ、その多くはインドネシア、フィリピン、タイ、マレーシアといった東南アジア諸国から「観光

<sup>1</sup> 1980 年代まで、台湾において正規の就労目的滞在が許可されていたのは、多国籍企業あるいは教育・研究機関関係者などのいわゆる専門職労働者に限られていた。Tsay (2003) は、こうした外国人労働者が、1960 年代初頭に約 5,000 人、1980 年代半ばには約 20,000 人いたとしている。

ビザ」で入国し、主に建設業や製造業といった労働力不足が深刻化する産業分野で雇用されていた (Seyla 1992; Tsay 1995)。

こうした状況の中、依然として非専門職・非熟練労働分野における雇用を認めないという立場を堅持していた行政院当局の方針は、公共事業における建設労働者の確保が困難となったことにより、1980年代末に大きく転換されることになる。1989年10月、行政院勞工委員会（Council of Labour Affairs）は行政院が発注した14の公共事業における建設労働分野への外国人労働者の就労を許可した。この決定は、台湾の労働市場が非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者の就労に対して初めて開放されたという意味において画期的な転換点であったと言えるが、行政院当局は「あくまでも特例的な対応」という立場を堅持していた(Chan 1999)。しかしながら、1991年には外国人労働者の雇用認可対象分野が繊維産業や電機産業といった特定の製造業に拡大され、外国人労働者雇用およびその手続きに関する規定を定めた「雇用法」（Employment Service Act）が1992年5月に施行されたことにより、台湾における非専門職・非熟練労働分野への外国人労働者の受け入れは本格的に制度化されることになった。また、この「雇用法」の制定により、従来の建設業および製造業分野に加えて、家内労働・福祉サービス・農業分野においても外国人労働者の雇用が認められるようになった。「雇用法」によって定められた外国人労働者の雇用条件および滞在条件は、以下のように要約できる<sup>2</sup>。

#### 【雇用条件】

- ・ 外国人労働者は、国内労働力供給を補完する目的においてのみ受け入れ、この原則を担保するために、就労部門・職種ごとの割り当て上限数を厳格に定めるとともに、個別の事業体にたいしては、全雇用者数の30%の規模を超えない範囲での外国人労働者の雇用を認可する。
- ・ 外国人労働者の雇用認可を求める雇用主は、当該部門および職種において労働力不足が発生し、事業を維持・拡大および効率化するうえでの深刻な障害になっているという事実を、当局にたいして明確に示す必要がある。
- ・ 外国人労働者の最低賃金水準は、当局によって決定および監視される。
- ・ 外国人労働者の雇用により台湾経済の産業構造高度化が遅延および阻害されていると判断された場合には、外国人労働者の受け入れを直ちに停止する。

#### 【滞在条件】

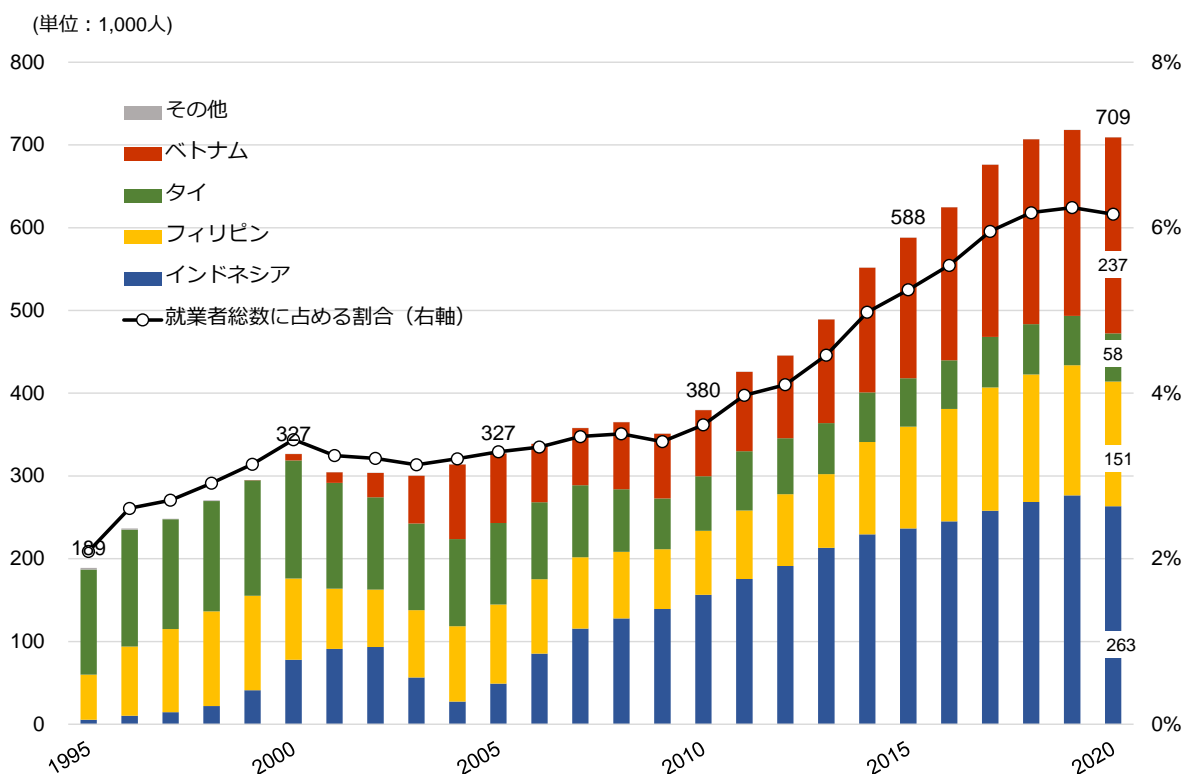
- ・ 雇用主および就労業務内容の変更は、原則として認められない。
- ・ 外国人労働者は「一時的滞在就労者」としてのみ受け入れられ、原則として、その滞在期間が2年を超えることができない。雇用主による所定の手続きを経たうえで、行政院当局によってその必要性・妥当性が認められた場合にのみ、最大で1年間の滞在延長が認められる。
- ・ 外国人労働者が本国から家族を呼び寄せることはできない。

1992年の「雇用法」で定められた雇用条件および滞在条件のうち、台湾における就労期間（累計）の上限については、その後の改訂により12年にまで延長されているが、東南アジア諸国との二国間協定に依拠した民間仲介業者を介したリクルートシステムに加えて、「雇用主に対する労働市場テスト」「定住・永住を目的としない受け入れ」が、台湾における外国人労働者受け入れ制度の根幹をなすフレームワークとして、今日に至るまで維持されている。

<sup>2</sup> Lee (2002) および Chan (1999) に基づいて要約。

### 3. 台湾における外国人労働者の推移

1992年の「雇用法」施行以降、東南アジア各国との二国間協定によって受け入れられた外国人労働者の規模は1990年代後半にかけて一貫して増加した後、2000年代の横ばいを経て、2010年以降は再び増加を続けている。2020年末時点で、こうした外国人労働者の規模は70万人を超え、全就業者数に占める割合は6%となっている（図1）。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。  
各年末の登録者数。

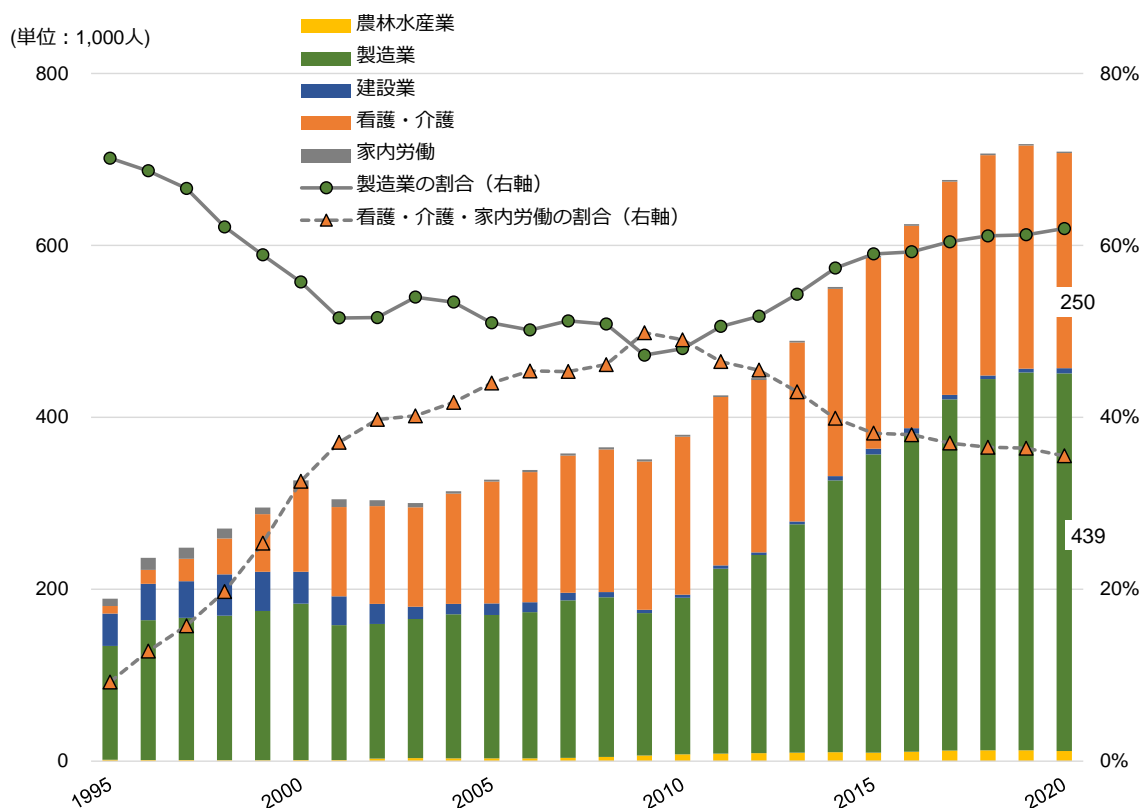
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力發展署）

図1. 台湾における外国人労働者の国籍別構成：1995～2020年

外国人労働者の国籍別内訳をみると、1990年代前半の「雇用法」施行直後は、タイ人が全体の約7割、フィリピン人と併せて95%を占めた。2000年代以降は、これら2か国からの労働者数の割合が減少する一方で、インドネシア、フィリピンからの労働者受け入れが拡大している。2020年末時点において最も多いのはインドネシア人労働者の26.3万人であり、次いでベトナムの23.7万人となっている。

産業部門別の構成をみると、1990年代半ばに70%を超えていた製造業のシェアは、2000年代にかけて低下を続ける一方で、看護・介護分野における外国人労働者の雇用が1990年代後半に急速に拡大した。介護・看護分野における外国人労働者は、2000年以降の20年間で1.5倍の規模に増加しており、2009年～10年にかけては製造業のシェアを一時的に上回るものの、2010年以降は再び製造業のシェ

アが拡大を続けている。2020 年末で、製造業で雇用されている外国人労働者数は約 44 万人、介護・看護分野では 25 万人であり、これら二業種で台湾における外国人労働者の 97%を占めている。



注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍勞工）に限る。各年末の登録者数。

出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

図 2. 台湾における外国人労働者の産業部門別構成：1995～2020 年

なお、1990 年代から 2000 年代にかけて介護・看護分野における外国人労働者数が増加する一方で、製造業分野における外国人労働者数が横ばいとなった要因として、台湾の製造業における外国人労働者雇用の重心が、繊維産業をはじめとする従来の方集約的部門から輸出向けハイテク産業部門に移行したことが指摘されている (Lee 2002)。また、介護・看護分野の外国人労働者については、統計上は「居宅介護」(家庭看護工)が 90%以上を占めるが、高齢者施設等において雇用主(施設入居の高齢者及びその家族)が居宅介護ヘルパーを居室で住み込む形態で雇い入れるケースも多くみられるなど、雇用形態が多様化しており、「居宅介護」が必ずしも個人の家庭内でのケア労働を意味するわけではない点については留意が必要である (宮本 2015)。

その他、台湾における外国人労働者の雇用構造の特徴として、産業部門別の分布が国籍によって顕著に異なるという点が挙げられる (表 3)。最大のグループであるインドネシア人労働者は、その 75%が女性に占められており、就業部門についても介護・看護・家内労働分野のシェアが 70%を超えている。フィリピン人労働者については、インドネシア人労働者と同様に女性の割合が比較的大きいが、産業部

門別では製造業の割合が約 80%を占めている。タイ人労働者については、製造業分野で就労する男性が大半を占め、ベトナム人労働者についても同様の傾向がみられる。

表 3. 台湾における外国人労働者の国籍別、就業分野の分布：2020 年

(%)	インドネシア	フィリピン	タイ	ベトナム
農林水産業	3.2	1.0	0.1	0.8
製造業	23.7	79.9	91.9	85.9
建設業	0.2	0.1	7.3	0.6
看護・介護・家内労働	72.9	19.0	0.7	12.8
計	100.0	100.0	100.0	100.0
総数	261,602	150,376	58,252	239,616
(女性の割合、%)	(75.4)	(60.7)	(16.5)	(34.8)

注：二国間協定に基づく外国人雇用許可制度によって受け入れられた労働者（外籍労工）に限る。

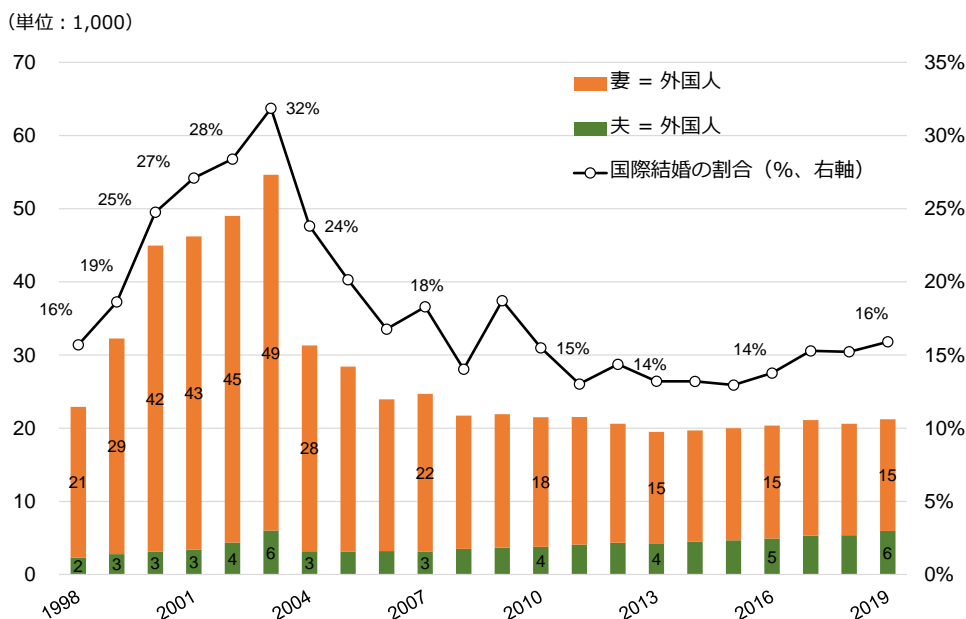
出所：Workforce Development Agency, Ministry of Labor（労働部労働力発展署）

#### 4. 台湾における国際結婚の動向とその影響

台湾における国際結婚は、2000 年代前半までは妻が外国人のケースが 90%以上を占め、その新規登録件数も年間 5 万件近くにまで増加したが、2004 年に配偶者ビザの発給および国際結婚の受理に係る審査が厳格化された影響により、2000 年代半ばには急速に減少した。近年では、台湾における国際結婚の新規登録数は年間約 2 万件、台湾全体の結婚に占める割合は 14～16%、そのうち妻が外国人のケースは約 70%で推移している（図 3）。

国際結婚による外国籍配偶者の国籍別構成をみると、女性（妻）については、2000 年代初頭までは中国本土（香港・マカオを含む）出身者が 6 割以上を占めていたが、その割合は低下傾向にあり、近年では東南アジア出身者の割合が増加している（図 4）。外国籍の妻における東南アジアの内訳をみると、そのうち 65%がベトナム人女性で、インドネシア 9、フィリピン 6%となっている。一方、男性（夫）については、中国本土（香港・マカオを含む）以外が全体の 70%以上を占めており、東南アジア諸国に加えて、日本やアメリカといった先進国出身の配偶者の割合も比較的高くなっている。

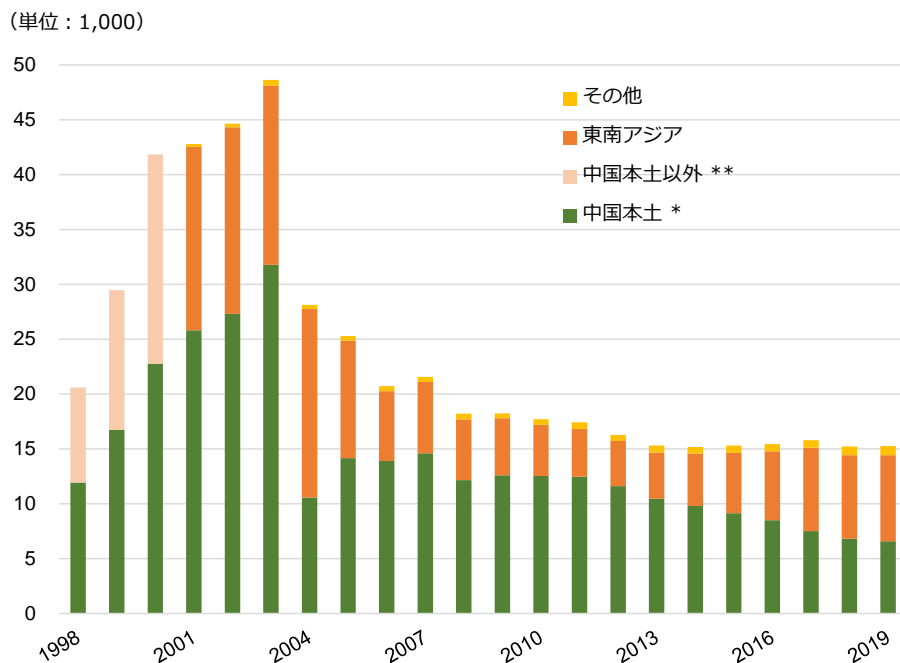
外国人女性の出生が台湾の総出生数に占める割合は、1990 年代末～2000 年代初頭には 10%～14%、2000 年代半ば以降はほぼ 10%で推移している（Wang & Belanger 2008；Liaw et al. 2011；Chen 2012）。台湾の結婚総数に占める国際結婚の割合を考慮すると、外国人女性の出生力が相対的に高いとは言えず、これについては、配偶者（台湾人男性）との年齢差、国際結婚カップルにおける比較的高い離婚率に加えて、とりわけ本土出身（中国籍）の女性において出生率が低いことが要因として指摘されている（Liaw et al. 2011；Chen 2012）。



注：夫・妻いずれも外国人のケースは含まない。

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

図 3. 台湾における国際結婚の動向：1998～2019 年



\* 香港・マカオを含む。 \*\* 2000 年以前は「中国本土以外」の内訳不明。

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

図 4. 台湾における外国籍配偶者（妻）の国籍別構成：1998～2019 年



外国人女性の出生率が相対的に低いことに加えて、台湾における外国人の約70%が定住・永住を前提としていない外国人労働者によって占められていることを考慮すると、外国人の増加による人口再生産（とくに出生）への影響は限定的であると言える。この点は、近年の日本においても類似する状況がみられる。ただし、外国人の受け入れによる人口学的影響については、欧米の移民受け入れ国において移民労働者の増加と受け入れ国の女性の出生力の変化を関連付ける分析結果も報告されており（Furtado 2015; Cortés and Tessada 2011）、介護・看護というドメスティックな領域での外国人の活用が進んだ台湾においても、こうした間接的な効果を検証する必要があると考えられる。

## 参考文献

- Chan, Raymond (1999) "Taiwan's Policy Towards Foreign Workers", *Journal of Contemporary Asia* 29(3): 383-400.
- Chen, Yu-Hua (2012) "Trends in Low Fertility and Policy Responses in Taiwan", *The Japanese Journal of Population* 10(1): 78-88.
- Chu, Feng-Yuan; Chang, Hsiao-Ting; Shih, Chung-Liang; Jeng, Cherng-Jye; Chen, Tzeng-Ji; Lee, Wui-Chiang (2019) "Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis", *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16: 2830.
- Cortés, Patricia and Tessada, José (2011) "Low-Skilled Immigration and the Labor Supply of Highly Skilled Women", *American Economic Journal: Applied Economics* 3: 88-123.
- Furtado, Delia (2016) "Fertility Responses of High-Skilled Native Women to Immigrant Inflows", *Demography* 53: 27-53.
- Lee, Joseph (2002) "The Role of Low-Skilled Foreign Workers in the Process of Taiwan's Economic Development" in Debrah, Y. A. (ed.), *Migrant Workers in Pacific Asia*, International Specialized Book Service, pp.41-66.
- Liaw, Kao-Lee; Lin, Ji-Ping; Liu Chien-Chia (2011) "Reproductive Contributions of Taiwan's Foreign Wives from the Top Five Source Countries", *Demographic Research* 24: 633-670.
- Selya, Mark (1992) "Illegal Migration in Taiwan: A Preliminary Overview", *International Migration Review* 26(3): 787-805.
- Tsay, Ching-lung (1995) "Taiwan" *ASEAN Economic Bulletin* (Special Issue on Labour Migration in Asia) 12(2): 175-190.
- Tsay, Ching-lung (2003) "International Labour Migration and Foreign Direct Investment in East Asian Development: Taiwan as Compared with Japan" in Hayase, Y. (ed.), *International Migration in APEC Member Economies: Its Relations with Trade, Investment and Economic Development*, Institute of Developing Economies: IDE-JETRO.
- Wang, Hong-Zen and Belanger, Belanger (2008) "Taiwanizing Female Immigrant Spouses and Materializing Differential Citizenship", *Citizenship Studies* 12(1): 91-106.
- 宮本義信（2015）「台湾の介護を担う東南アジアからの出稼ぎ労働者たち」『同志社女子大学総合文化研究所紀要』第32巻，pp. 54-70.

## 国際・国内人口移動に関する施策の日韓中台比較

中川雅貴

国立社会保障・人口問題研究所

### 1. 国際人口移動に関する諸施策の比較

日本・韓国・中国・台湾の国際人口移動（とくに外国人受け入れ）に関する諸施策を、表1のとおり整理したうえで比較した。対象とする施策は、原則として現行のものに限定した。

国際人口移動に関する政策は、しばしば入国管理とも言われる移動（出入国）に関する管理と、入国後の活動を規定したり、受け入れ社会への影響を制御することを目的とした管理に大きく分類することができる。前者は入国者の身分や資格に関する要件を設けることによって、その構成や規模に影響を与える一方で、後者は就労をはじめ、住居、福祉、教育など広範な分野にわたる公共政策を含むものである（中川 2018）。日本の出入国管理制度を規定するのは、「出入国及び難民認定法」（入管法）であり、同様に韓国では「出入国管理法」、中国では「出境入境管理法」、台湾では「入出国及び移民法」によって、それぞれの出入国管理および外国人の入国・滞在に関する諸規定が定められている。また、日本では、入管法に基づき政府（法務大臣）が出入国管理行政および関連施策の基本となる「出入国在留管理基本計画」を5年ごとに定めているが、これは従来の「出入国管理基本計画」の内容に加えて、法務省が「外国人の在留」の公正な管理を図る任務を負うことを明記することを目的として、2018年の入管法等改正法により改称されたものである。同様の基本計画としては、韓国の「外国人政策基本計画」が相当すると考えられるが、中国と台湾についてはこうした4～5年のやや中期的なスパンを対象とする基本計画は確認されなかった。

韓国、中国、台湾においては、それぞれ「外国人雇用法」、「就業管理規定」、「就業服務法」といった外国人の雇用および就労に特化した法令が定められているのに対して、日本では外国人の雇用や就労のみを対象とした法律はない。外国人労働者の受け入れに関する対外的な協定としては、日本がインドネシア、フィリピン、ベトナムとの経済連携協定（EPA）による二国間の枠組みでの受け入れを行っているのと同様に、韓国および台湾もそれぞれ、おもに東南アジア諸国との二国間協定によって製造業や介護分野での外国人労働者を受け入れている。なお、二国間協定による外国人労働者の受け入れ分野は、日本では介護と看護分野に限定されているが、同じく二国間協定に基づいて運用されている韓国の「雇用許可制度」（EPS）の対象分野は、製造業、建設業、農業、漁業となっており、日本のEPAの対象と比較して多分野にわたる。台湾の「雇用許可制度」においても、二国間協定に基づいて受け入れられた主にタイ、フィリピン、インドネシアといった東南アジアからの労働者が、製造業、建設業、農林水産業に加えて、看護・介護・家内労働分野で従事している。なお、韓国では1990年代以降、日本の技能実習制度をモデルとした産業研修制度が運用されていたが、外国人研修生に対する人権侵害や劣悪な労働環境が社会問題化した結果、外国人「労働者」として受け入れることを前提とした現行のEPSが2004年に開始された（佐野 2017）。いわゆる非専門職・非熟練労働分野における外国人労働者を、「二国間協定」による「短期滞在」（通常3年未満）の契約によって受け入れるという特徴において、韓国のEPSと台湾の「雇用許可制度」は共通しており、これらの要素は東アジアにおける外国人受け入れ

の先進的なケースを特徴づけていると言えるであろう。

日本における外国人雇用の特徴として、「永住者」や「定住者」、「日本人の配偶者等」などの、いわゆる「身分に基づく在留資格」による外国人の就労が、外国人労働者の最大の供給源となっている点が挙げられる。例えば、厚生労働省が公表する『外国人雇用状況』の届出状況によると、2022年10月時点で、日本国内の外国人労働者総数約182万人のうち、ほぼ3分の1に相当する59.5万人が、こうした「身分に基づく在留資格」をもつ外国人であり、これは専門的・技術的分野の在留資格をもつ外国人（48万人）を上回る規模である。その他、技能実習（34.3万人）、おもに留学生のアルバイトが該当する「資格外活動」（33.1万人）も、新型コロナウイルス感染症拡大を受けた入国制限の影響により規模が減少しているものの、それぞれ日本の外国人労働者総数の20%近くを占めている。

日本における「定住者」ビザは、1989年の入管法改正（施行は1990年）によって新設された在留資格である。これは、就労に制限のない在留資格であり、日本国籍をもたない日系三世とその配偶者およびその未成年の子に適用されたことから、ブラジルやペルーをはじめとする南米諸国から就労を目的として来日する日系人が急増することになった。こうした日系人労働者は、おもに製造業分野における生産工程作業に従事し、事実上、非専門職・非熟練労働分野における外国人労働力となったが、現在では、永住者資格を取得するケースも増えている。例えば、2022年6月末時点で、日本に在留するブラジル国籍者20.7万人のうち55%（11.4万人）は在留資格が「永住者」となっている。同様に、自国にルーツをもつ外国人の入国および国内での就労に関する制限を緩和し、事実上の外国人労働者として受け入れる制度としては、韓国の「訪問就業制度」（いわゆる外国国籍同胞訪問就業制度）が相当すると考えられる。これは、中国朝鮮族や中央アジアに住む朝鮮半島にルーツをもつ人々を受け入れる制度で、通常の「雇用許可制度」（EPS）とは採用・入国手続きがなる「特例雇用許可制」とも呼ばれる。この制度による外国人の雇用は、EPSの対象となる製造業や農漁業、建設業に加えて、介護・家事労働分野を含む38業種が対象となっている。ただし、就労期間は原則として3年間に限定されており、「定住者」ビザの更新により事実上の定住さらには永住が可能となる日本における日系人の処遇とはやや異なる。

なお、日本で2019年に施行された改正入管法では、就労を目的とした新たな在留資格として「特定技能（1号・2号）」が設けられた。なかでも「特定技能2号」では、在留期間の更新に加えて、一定の条件を満たせば家族の帯同や永住申請が可能とされるなど、いわゆる非専門職・非熟練労働分野の外国人労働者の定住化、さらには永住の可能性も想定した設計であるという点において、前述の韓国や台湾における「二国間協定」と「非定住（一時滞在契約）」の二つの要素を柱とする外国人労働者受け入れ政策とは異なる方向性が打ち出されていると言えよう。

表 1. 国際人口移動に関する施策の比較

分野	構成要素	日本	韓国	中国	台湾
制度枠組み	国内法体系・制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出入国管理制度</li> <li>・ 出入国管理及び難民認定法(入管法)</li> <li>・ 「出入国在留管理基本計画」</li> <li>・ 「経済財政運営と改革の基本方針」(骨太の方針)</li> <li>・ 技能実習制度</li> <li>・ 在留資格「定住者」(在外日系人等)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出入国管理法 Immigration Act</li> <li>・ 外国人雇用法 Act on the Employment of Foreign Workers</li> <li>・ 外国人政策基本計画</li> <li>・ 雇用許可制度 Employment Permit System: EPS</li> <li>・ 訪問就業制度(外国国籍同胞訪問就業制度) Work-visit Program</li> <li>・ 「長期滞在ビザ」(観光系外国人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出境入境管理法</li> <li>・ 外国人の中国における就業管理規定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入出国及び移民法 Immigration Act</li> <li>・ 外国人雇用許可制度</li> <li>・ 就業服務法 Employment Service Act</li> </ul>
	対外関係・協定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間経済連携協定(EPA)(インドネシア、フィリピン、ベトナム)</li> <li>・ ワーキングホリデー(26か国)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定(雇用許可制度)(16か国)</li> <li>・ ワーキングホリデー(20か国)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定(タイ、フィリピン、インドネシア、マレーシア、モンゴル)</li> </ul>
受け入れカテゴリー	国際結婚	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在留資格「日本人の配偶者」(11.7万人)<sup>1)</sup></li> <li>・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「配偶者ビザ」約10.5万人<sup>3)</sup></li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「配偶者ビザ」(約20～30万人)<sup>5)</sup></li> </ul>
	外国人労働者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門的・技術的分野の在留資格(48.0万人)<sup>2)</sup></li> <li>・ 特定活動(7.3万人)<sup>2)</sup></li> <li>・ 技能実習(34.3万人)<sup>2)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 雇用許可制度 EPSによる外国人労働者(約27万人)<sup>3)</sup></li> <li>・ 訪問就業制度 Work-visit Programによる外国人労働者(訳28.5万人)<sup>3)</sup></li> <li>・ 高度外国人材(約4.8万人)<sup>3)</sup></li> <li>・</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外国人労働者(外籍労工)(約70万人)<sup>6)</sup></li> <li>・ その他の外国人労働者(高度人材)(約3万人)<sup>6)</sup></li> </ul>
	家事・ケア労働者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在留資格「介護」(0.5万人)<sup>1)</sup></li> <li>・ 在留資格「特定活動」(EPA 看護師・EPA 介護福祉士)(0.4万人)<sup>1)</sup></li> <li>・ 在留資格「特定技能1号」</li> <li>・</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問就業制度 Work-visit Programの対象カテゴリー(H-2ビザ)に含まれる(Private nursing and similar services)<sup>3)</sup></li> <li>・ 雇用許可制度 EPSでは対象外.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外籍労工に含まれる(約25万人、主にフィリピン、インドネシアからの労働者)<sup>6)</sup></li> </ul>
	永住者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在留資格「永住者」(84.6万人)<sup>1)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 約12万人)<sup>3)</sup></li> </ul>		

定住促進・社会統合施策	家族呼び寄せ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門的・技術的分野の在留資格及び在留資格「特定技能2」「文化活動」「留学」による外国人の配偶者又は子の滞在.</li> <li>・ 技能実習生の家族帯同は不可.</li> <li>・ 「特定2号」では一定の条件を満たせば家族帯同が可能.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 雇用許可制度 EPS および 訪問就業制度 Work-visit Program はいずれも不可.</li> <li>・ 高度外国人材による家族帯同は可.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 二国間協定に基づく外国人労働者（外籍劳工）の家族呼び寄せは不可.</li> </ul>
	永住・国籍取得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在留期間に関する規定。</li> <li>・ 在留資格「定住者」「日本人の配偶者」をもつ外国人の永住権取得に関する要件緩和。</li> <li>・ 在留資格「高度専門職」をもつ外国人（高度人材）の永住権取得に際するポイント制適用。</li> <li>・ 国籍取得申請可。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高度外国人材を対象としたポイント制度による永久許可.</li> <li>・ 結婚移民（配偶者ビザ保持者）及び高度外国人材による国籍取得申請可.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高度人材・専門職外国人、投資移民の永久居留申請可.</li> </ul>
	社会統合	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「本邦外出身者に対する不当な差別的言動の解消に向けた取組の推進に関する法律」（「ヘイトスピーチ解消法」）（2016年）</li> <li>・ 外国人の子供の就学促進事業（文部科学省）</li> <li>・ 地方公共団体における多文化共生の推進に係る指針・計画策定のための「地域における多文化共生推進プラン」（総務省）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「外国人処遇基本法」（2007年）<sup>4)</sup></li> <li>・ 「多文化家族支援法」（2008年）<sup>4)</sup></li> <li>・ 第二次外国人政策基本計画（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.</li> </ul>	
	社会保障制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 雇用保険・健康保険・公的年金制度への加入. 最低賃金の適用.</li> <li>・ 生活保護（「永住者」、「定住者」、「日本人の配偶者等」、「永住者の配偶者等」、「特別永住者」、「難民認定された者」）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 雇用保険・健康保険・公的年金制度への加入. 最低賃金の適用.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労働保険及び国民健康保険<sup>7)</sup></li> </ul>

<sup>1)</sup> 出入国在留管理庁「在留外国人統計」（2022年6月）

- 2) 厚生労働省『外国人雇用状況』の届出状況まとめ（2022年10月）  
 3) OECD（2019）  
 4) 佐野（2020）  
 5) Liaw et al. (2011); Chen (2012); Chu et al. (2019)  
 6) Workforce Development Agency, Ministry of Labor：労働部労働力発展署（2020年）  
 7) 洪榮昭（2006）

## 2. 国内人口移動に関する諸施策の比較

日本・韓国・中国・台湾の国内人口移動に関する諸施策を、表2に示した。対象とする施策は、原則として現行のものに限定した。移動に関連する施策については、地域レベルでの人口分散および移動に関連するマクロの施策と、個人あるいは世帯・家族単位で生じるライフイベントに応じたミクロの施策に分けて整理した。資料の制約により、とくに台湾の国内移動に関する施策については、十分な情報収集および整理を行うことができなかった。

国際人口移動（とくに外国人受け入れ）と比較して、国内人口移動を直接的かつ明確な対象とした政策は限られている。移動と密接に関連する居住地の登録制度としては、日本では住民基本台帳法に基づく居住市区町村への住民票の登録（異動の届け出）が義務付けられている一方で、個人の移動の自由を制約する法令等はなく、国内外への移動の自由は憲法（第22条）により保障されている。一方、中国では、戸籍（戸口）制度により「農村戸籍」と「都市戸籍」に区分されており、とりわけ「農村戸籍」から「都市戸籍」への変更は厳しく制限されている。これは、本来、都市部への人口集中を防ぐ目的で設けられたものであるが、中国の経済発展に伴う農村部から都市部への出稼ぎの拡大や、大学をはじめとする高等教育機関への進学率の上昇を背景に、都市戸籍保有者と農村戸籍保有者の格差を生じさせる大きな要因となっている。ただし、2021年からの第14次五か年計画では、都市の規模に応じた戸籍制限の撤廃・緩和を進める方針が示され、とりわけ常住人口が300万人未満の都市では戸籍取得制限が全面撤廃されることとなった（JETRO 2021）。

日本と韓国においては、それぞれ「国土計画」（国土交通省）あるいは「国土総合計画」（国土交通部）において、人口の過度な地域的偏在の是正と関連する諸課題への対応が、基本的な方針の一つとして示されている。ソウルへの人口一極集中が著しい韓国では、「行政中心複合都市計画」による世宗特別自治市への中央官庁および関係機関の移転が具体的に進められている。一方、日本で2014年以降進められている地方創生関連施策は、首都圏への人口集中の是正に加えて、地方圏の人口減少対策や地方活性化を含む包括的な領域を対象とするという特徴をもつ。

日本では、進学や就職・転職、さらには結婚・子育て・住宅取得といったライフイベントに伴う移動に関連する様々な施策がみられるが、市区町村や都道府県といった各自治体が独自に整備しているものが多い。また、地方創生起業支援・移住支援事業のように、地方公共団体による独自の取り組みを国が支援するスキームもあり、こうした領域の施策については、国が一律の制度を定めるというよりは、地域の実情や特性に応じた施策が展開されているのが特徴と言えよう。こうした施策の「地方分権化」が、他の東アジア諸国においてもみられるのかという点については、今後の検証課題としたい。

表 2. 国内人口移動に関する施策

分野	構成要素	日本	韓国	中国	台湾
制度枠組み	登録制度	<ul style="list-style-type: none"> <li>住民基本台帳法</li> <li>✓ 移動制限なし</li> </ul>	なし	<ul style="list-style-type: none"> <li>戸籍制度（戸口）</li> <li>✓ 移動制限あり</li> <li>✓ 第14次5カ年計画（2021～25年）における都市の規模に応じた戸籍制限の撤廃・緩和<sup>7)</sup></li> </ul>	なし
地域レベルでの人口分散・移動関連施策（マクロ施策）	人口分布	<ul style="list-style-type: none"> <li>国土計画</li> <li>✓ 大都市への人口、諸機能の集中を原因とする過密・過疎問題の解消<sup>2)</sup></li> <li>✓ 第二次国土形成画（2016年～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>国土総合計画（国土交通部）</li> <li>✓ 人口と産業の適正配置および継続的誘導による均衡発展（第五次国土総合計画、2020～2040年）<sup>5)</sup></li> <li>首都圏整備計画（国土交通部）</li> </ul>		
	地方開発・活性化、地域間格差解消施策	<ul style="list-style-type: none"> <li>まち・ひと・しごと創生法（2014年）</li> <li>✓ まち・ひと・しごと創生本部の設置</li> <li>✓ まち・ひと・しごと創生総合戦略の策定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域開発5カ年計画（産業通商政策部）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>西部大開発（2003年全国人代表会議）</li> <li>大都市近郊の中小都市の開発による人口分散（第13次5カ年計画～）</li> </ul>	
	首都機能移転計画	<ul style="list-style-type: none"> <li>政府関係機関の地方移転（地方創生における取組）</li> <li>✓ 文化庁 → 京都市（2023年）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>行政中心複合都市計画</li> <li>→ 世宗特別自治市への中央官庁および関係機関の移転（2012年～）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>なし</li> <li>✓ 「北京と市総合計画」（1991～2010年）</li> <li>→ 都市建設の重点を郊外へ</li> <li>✓ 「北京都市総合計画」（2004～2020年）</li> <li>→ 北京周辺における新都市建設構想<sup>3)</sup></li> </ul>	なし



ライフイベントに応じた移住関連施策（ミクロ施策）	進学	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方自治体による大学立地・誘致政策<sup>3)</sup></li> <li>・ 地方圏の大学の振興施策（まち・ひと・しごと創生総合戦略 2016 改訂版）</li> <li>・ 地方大学・産業創生法             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 東京都 23 区内の大学における定員抑制（2018 年～）</li> </ul> </li> <li>・ 地方大学による留学生誘致<sup>4)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方人材奨学金制度（2014 年導入）             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 首都圏以外の地域に所在する大学の新生を対象とした奨学金制度<sup>6)</sup></li> </ul> </li> <li>・ 地方大学による留学生誘致<sup>4)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 戸籍制度             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 大都市部の上位校における地域別合格者割り当ておよび合格最低点の設定<sup>8)</sup></li> </ul> </li> </ul>	
	就職・転職	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方公共団体による地方圏就職者（Uターン・Iターン就職を含む）を対象とする奨学金減免制度（日本学生支援機構）</li> <li>・ 地方圏地方就職希望者活性化事業（厚生労働省）             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 大都市部における「地方就職支援コーナー」および「農林漁業就職支援コーナー」の開設・運営など。</li> </ul> </li> <li>・ 地方創生起業支援・移住支援事業（地方公共団体の取り組みを国が支援）</li> <li>・ 地域おこし協力隊制度（総務省）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「雇用や定住条件を備えた中小都市圏の育成」（第五次国土総合計画）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地方就業プロジェクト             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 「大卒者の地方就業プロジェクトの包括的实施に関する通知」（2009 年）<sup>9)</sup></li> </ul> </li> </ul>	
	結婚・子育て・住宅取得	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 各自治体（市区町村）による支援制度</li> <li>・ フラット 35 地域連携型の導入             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 地方公共団体と住宅金融支援機構の連携による住宅取得に際する「財政的支援」と「住宅ローン金利」の一定期間引き下げ。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「新婚希望タウン」「若年層住宅」の整備             <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 新婚夫婦や若者世代のための公共賃貸住宅の整備</li> <li>✓ 結婚や出産による優遇措置<sup>5)</sup></li> </ul> </li> </ul>		

	高齢者ケア・介護等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケアシステム</li> <li>・ 日本版 CCRC 構想</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域社会コミュニティケア総合計画 (2019年) → 高齢者や障害者が、施設ではなく、地域社会で居住しながら、本人のニーズに合うサービスを統合的に受ける<sup>5)</sup></li> </ul>		✓
--	-----------	---	---	--	---

- 1) JETRO (2021)  
 2) 北本 (2015) ; 近藤 (2018)  
 3) 白水 (2020)  
 4) 佐藤 (2018)  
 5) 国土交通部 (2019)  
 6) 藤原夏人 (2017)  
 7) 張 (2015)  
 8) 劉 (2019)  
 9) 高田 (2021)

## 参考文献

- 北本政行 (2015) 「第2次国土形成計画の基本的考え方について—対流促進型国土の形成—」, 『農村計画学会誌』, 34(1), pp. 19-22.
- 国土交通部 (2019) 『第五次国土総合計画—全ての人のための国土、ともに享受する生活の場—』 (国土計画協会 訳)  
[https://www.kok.or.jp/project/pdf/korea\\_5th\\_national\\_land\\_comprehensive\\_plan.pdf](https://www.kok.or.jp/project/pdf/korea_5th_national_land_comprehensive_plan.pdf) (最終アクセス 2023年5月1日)
- 近藤共子 (2018) 「人口分布と国土計画」, 日本人口学会編『人口学事典』 (丸善出版), pp. 282-283.
- 佐藤由利子 (2018) 「韓国と日本の地方私立大学における留学生の誘致、支援の状況とコストの分担」, 『広島大学高等教育研究開発センター 大学論集』 第50集, pp.177-192.
- 佐野孝治 (2017) 「韓国の『雇用許可制』にみる日本へのインプリケーション」, 『日本政策金融公庫論集』, 第36号, pp. 77-90.
- 佐野孝治 (2020) 「外国人労働者受け入れ政策の日韓比較：単純技能労働者を中心に」, 『韓国経済研究』, Vol. 17, pp. 30-35.
- 白水晶子 (2020) 「地方自治体による大学立地・誘致政策とその影響—千葉県を事例とした大学進学同行の分析—」, 『大学経営政策研究』 第10号, pp.19-35.
- 高田晋史 (2021) 「中国における若者の地方就業プロジェクトの展開と従事者意識」, 『関西大学経済論集』, 70 (4), pp. 441-467.
- 張兵 (2015) 「中国における大都市問題と日本の経験—北京と東京の事例を中心に—」, 『山梨国際研究 (山梨県立大学国際政策学部起用)』, No. 10, pp. 103-113.
- 中川雅貴 (2018) 「国際人口移動をめぐる日本の政策」, 『人口学事典』 (丸善出版), pp. 334-335.
- 洪榮昭 (2006) 「アジア・外国人労働者受入の制度と実態：台湾—2国間協定に基づく受入れを実施—」 海外労働情報フォーカス (2006年3月), JILPT.  
[https://www.jil.go.jp/foreign/labor\\_system/2006\\_3/taiwan\\_01.html](https://www.jil.go.jp/foreign/labor_system/2006_3/taiwan_01.html) (最終アクセス 2023年5月1日)
- 藤原夏人 (2017) 「韓国の奨学金制度—所得連動返還型奨学金を中心に—」, 『外国の立法』 (国立国会図書館調査及び立法考査局), 241, pp. 222-249.
- 劉蒼 (2019) 「中国内陸部貧困地域における公立高校間の格差と戸籍制度の影響」, 『大学院研究年報 文学研究科篇』 (中央大学大学院), 48, pp. 41-50.
- Chen, Yu-Hua (2012) “Trends in Low Fertility and Policy Responses in Taiwan”, *The Japanese Journal of Population*, 10(1), pp. 78-88.
- Chu, Feng-Yuan; Chang, Hsiao-Ting; Shih, Chung-Liang; Jeng, Cherng-Jye; Chen, Tzeng-Ji; Lee, Wui-Chiang (2019) “Factors Associated with Access of Marital Migrants and Migrant Workers to Healthcare in Taiwan: A Questionnaire Survey with Quantitative Analysis”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, pp. 2830.
- JETRO (2021) 「ビジネス短信 (中国)：常住人口 300 万人未満の都市の戸籍取得制限の全面撤廃をあらため

て明確化」2021年4月30日。

<https://www.jetro.go.jp/biznews/2021/04/5b1036e40b1a1d31.html>（最終アクセス 2023年5月1日）

Liaw, Kao-Lee; Lin, Ji-Ping; Liu Chien-Chia (2011) "Reproductive Contributions of Taiwan's Foreign Wives from the Top Five Source Countries", *Demographic Research* 24, pp. 633-670.

OECD (2019) *Recruiting Immigrant Workers: Korea*, OECD.

# 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らせる。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ヶ所、専門介護施設が85ヶ所に増えた。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「漸進的出生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)

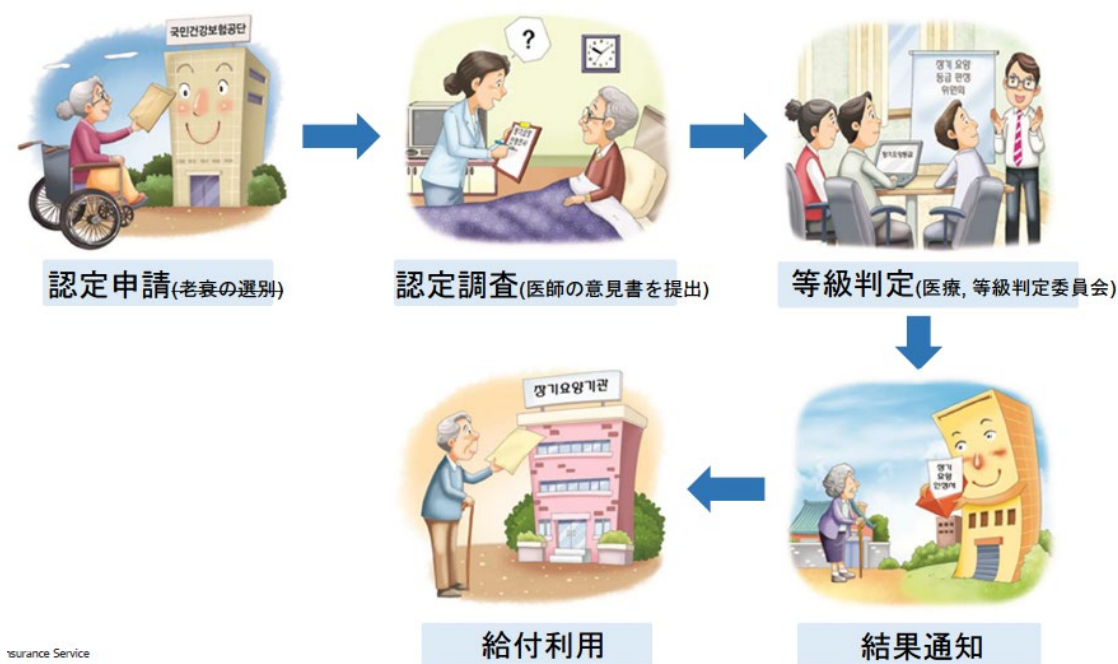
介護保険は介護保険料と国及び地方自治体の負担金、そして受給者が負担する自己負担金で運営される。

- 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、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

- －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)
- －身だしなみ(髪の手入れ、手・足爪の整理、着替えなど)
- －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)
- －身体機能増進活動等

### ○認知活動支援

－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

- －外出同行(買い物、散歩、物品の購入、病院利用など)
- －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)

## 2023年の韓国政府における医療・福祉の政策変化

金 道勲<sup>1</sup>

### はじめに

韓国政府(保健福祉部)は2023年1月9日(月)「未来跳躍のための強固な福祉国家」をビジョンに2023年主要業務推進計画を発表した。

保健福祉部は2022年を死角地帯なしに社会的弱者を探して支援する弱者福祉元年とし、福祉・介護・健康など色々な分野の政策を推進した経緯があり、今年はこのに基づいて①きめ細かく厚い弱者福祉の拡大、②生命と健康を守る必須医療の強化、③持続可能な福祉改革の推進、④より良い未来への準備を集中して推進する計画だと明らかにした。

本稿では韓国政府の2023年主要業務推進計画をもとに韓国政府における医療・福祉の政策変化を、批判的な視点も交えて検討を行うこととする。

### 1. 2022年度新政権の推進成果と評価

#### 1) 主な政策成果

社会的な弱者を隙間なく支援する「弱者福祉」基盤の整備及びライフサイクル別の脆弱対象への個別ケアを拡大するために、2022年12月に高齢者への訪問診療・看護などの在宅医療センターを導入(28ヵ所)し、ICTを活用した緊急安全・安心サービスを拡大(10万人→17.6万人)した。

より公正に医療保険料賦課体制を改編し、日常・防疫のバランスを図り、新型コロナウイルス感染症への対応、バイオヘルス分野のグローバルな飛躍の可能性も確認した。

職場と地域加入者間で異なる保険料の賦課に対する公平性を向上させた(財産・自動車保険料の縮小、所得定率制の導入)、被扶養者のただ乗り論議を解消した。所得のある被扶養者の地域加入者への転換(27万人)、職場加入者の報酬外所得への保険料賦課を拡大(23万人→45万人)。

ソーシャルディスタンスに代わるエビデンスに基づいた感染に脆弱な施設の集中的な防疫(Intensive quarantine)で社会・経済・健康被害を最小化した。新型コロナウイルス感染症については、回復力(Covid Resilience Ranking) 1位(ブルームバーグ、2022年6月)、新型コロナウイルス感染症敏捷性指数6位(BBC、2022年6月)と国際的にも評価した。

世界バイオサミットの開催(2022年10月)、グローバルバイオ人材養成ハブの運営などで国際的な役割の拡大、医薬品の輸出も活性化された。2022年上半期の輸出額が前年比43.5億ドル(45%↑)となる。

#### 2) 見直し必要事項

持続的な社会安全網の改善にもかかわらず、福祉の死角地帯及び必須医療サービスの空白が依然として存在し、医療保険の保障性の強化の副作用として医療乱用も指摘されている。人口構造の急激な変化で年金枯渇、介護サービス不足などの問題も浮き彫りになっている。それで、今後の見直し必要事項は、福祉の死角地帯、医療保険、必須医療などである。

<sup>1</sup> プライマリ・ケア研究会運営委員、国民健康保険公団城北支社長。E-mail: nhic1@naver.com



## 2. 韓国政府の政策推進環境

（家計経済） 高物価、高金利、雇用の悪化は、所得の少ない弱者層にさらに大きな困難をもたらすと予想される。物価は当面高い水準（2022年5.1%）が続き、雇用は増加傾向が鈍化する見通し（2023年経済政策方向）。所得格差は全体的に改善される傾向にあるが、最近は一部悪化する恐れがある。可処分所得のジニ係数0.333(+0.002)、所得五分位倍率5.96倍(+0.11倍p)(2022年家計金融福祉調査)。

（医療・健康） 生命に直結する必須医療人材、インフラなど基盤が弱体化している。医師数比の小児青少年科専門医の確保率(2020)68.2%→(2021)34.4%→(2022)27.5%、市町村のうち42%が分娩脆弱地である(2021)。新型コロナウイルス感染症は冬季の再流行のリスクと同時に、マスク、隔離などのエンデミック(endemic)の議論が進み、感染に対する深刻性認識も低下した。「新型コロナウイルス感染症が健康に深刻な影響」の回答率は（2020年12月）70%→(2022年11月)46%となった(ソウル大学、2022)。

（人口変化） 超低出生率が持続(2002年から合計特殊出生率1.3を下回り続けている)し、超高齢社会に突入する(2025年)。医療・介護・所得・扶養負担が急激に増加する見通し、特に老後所得保障の中核である国民年金の財政の持続可能性が懸念される。老人診療費(2016)25.0兆ウォン→(2021)40.6兆ウォン。現行の年金制度を維持した場合、2057年に基金枯渇が予想される。

（未来成長） 低成長時代にバイオヘルス産業が注目される(成長率の見通し： バイオ4.0 > 自動車1.5%)。新型コロナウイルス感染症で上昇した国際的な認知度を基にグローバル跳躍の可能性が確認された。バイオヘルス輸出額は： (2018)148億ウォン→(2019)155億ウォン→(2020)215億ウォン→(2021)254億ドルとなった。

## 3. 2023年度韓国政府の政策推進方向

表1 韓国政府の政策推進方向

ビジョン	未来への飛躍のための強固な福祉国家	
目標	弱者福祉及び必須医療の拡大	
	未来に備える改革課題の重点的な推進	
核心推進課題	きめ細かく厚い弱者福祉の拡大	
	弱者福祉の拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>— 危機家庭の緻密で決め細い発掘</li> <li>— 脆弱階層の手厚い保護</li> <li>— 新しい福祉ニーズに積極的に対応</li> <li>— ニーズに合わせた社会サービスの高度化</li> </ul>
	生命・健康を守る必須医療の強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>— 保健医療分野における弱者福祉の実現、必須医療の強化</li> <li>— ライフサイクル・スマート健康投資の拡大</li> <li>— 大規模災害対応医療体制の構築</li> <li>— 新型感染症対応体制の革新</li> </ul>
	持続可能な福祉改革の推進	— 医療保険改革を通じた持続可能性の確保

		<ul style="list-style-type: none"> <li>—持続可能な共生型国民年金の改革</li> <li>—実感できる福祉支出のイノベーション</li> </ul>
	より良い未来への準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>—人口政策パラダイムの転換</li> <li>—少子化緩和のための仕事と育児の両立支援</li> <li>—一千万人高齢者時代、全方位的な準備</li> <li>—先端技術による保健安全及び新市場の先導</li> <li>—バイオヘルスの育成・輸出の総力支援</li> </ul>

出典: [保健福祉部ホームページ](#)

## 1) 核心推進課題：保健医療分野における弱者福祉の実現、必須医療の強化

### (1) 必須医療(Essential health care)の拡充

生命に直結するが、ニーズ減少・忌避科目など必須分野を持続的に強化する。

(1段階) 重症・救急、分娩、小児診療強化体制を構築する(必須医療対策、2023年1月)。公聴会(2022年12月)で出された意見などを反映し、小児診療支援策を追加に補完する。(重症・入院)小児病院の事後赤字補償、(救急)小児救急体制の強化、(一次医療)児童深層相談モデル事業(Pilot project for in-depth counseling for children)等がある。

①地域完結的必須医療の提供: 重症・救急疾患の診療能力の向上、病院間の協力を通じた常時提供体制の構築。

②適正報酬(公共政策診療報酬の導入): 人材の拡充・重症疾患の補償強化、分娩小児の診療基盤の維持等。

③十分な医療人材の確保): 勤務条件の画期的改善、地域・科目の間の人材格差の最小化など。

(2段階) 診療環境の不備・専門人材の不足で適切な治療が困難な必須医療分野を支援する(「必須医療支援追加対策」、2023年7月~12月)。地域・診療科間の不均衡を解消するため、供給不足分野の補償を強化する。地域別診療報酬(分娩 2023年、重症・救急など段階的に検討)など公共政策診療報酬を持続的に開発する。

○災害的医療費(catastrophic medical expenses)を次のように見直している。

—基準緩和(年収15%→10%超過、2023年1月)

—限度額の引き上げ(3千万ウォン→5千万ウォン、2023年上半期)

—適用疾患の拡大(外来は6大重症→全ての疾患、2023年上半期)

①重症希少難治性疾患専門療養病院の設立(2023~2024)、介護など患者の複合的なニーズを満たす方策を検討する。

②専門人材が不足している分野の人材確保・診療活性化方を策定する(例:手指接合・再建成形・画像・ヘルニアなど)。

③重症精神救急適時診療のために病床を確保し、圏域精神救急医療センターを拡大する(8ヶ所→14ヶ所、~2025)。

## (2) 医療基盤の強化

必須医療の支持基盤を改善するための全方位的な政策を策定する。

（病床） 医療利用、人口などを考慮した需給状況の分析を行い、地域別の病床需給計画の策定、履行力を担保するための制度見直しを推進する(病床需給施策、2023 年上半期)。

（人材） 首都圏集中及び診療科間の不均衡を緩和するための専攻医配置基準の再検討とともに、研修の質の向上を推進し、専攻医依存から専門医中心に再編するために評価・診療報酬を見直す。

（重症） 地域完結体制・診療力量を強化する(救急医療計画、心脳血管疾患計画、2023 年 7 月～12 月)。

（評価） 上級総合病院の機能を強化するための評価の周期・基準、診療報酬調整案の検討、各種評価を必須医療中心に再編・効率性の向上を推進する。

（インフラ） 救急、外傷、感染症など国家必須・公共医療の総括的役割を強化するため、国立中央医療院の移転・新築及び中央感染症病院を設立する(設計・着工 2023～2024)。

（核心政策） 遠隔診療の制度化、医学部の定員増員などは、医療界と常時協議体を稼動し、スピード感を持って推進する。

（中長期ビジョン） 医療提供体制の再編など、様々な政策間の連携性・整合性を考慮し、保健医療の総括ビジョンを提示する(保健医療発展計画、2023 年 7 月～12 月)。

## 2) 核心推進課題：ライフサイクル・スマート健康投資の拡大

### (1) 生涯サイクル

人生 100 年時代に備え、すべての児童が健康な生涯を過ごせるよう、人生開始段階の集中投資及び周期別管理を支援する。

（乳幼児期） 乳幼児検診の内実化及び検診後の深層相談の連携(児童深層相談モデル事業、2023)を通じて「早期発見・早期治療」体制を構築する。形式的な問診の改善、満足度の向上など制度全般の改善事項の策定(2023 年上半期)、情緒・社会性教育の拡大検討(年に 2 回→4 回、2023 年下半年期)、精密検査・発達リハビリサービスの連携を強化する(2023 年 1 月)。

（児童・青少年期） 自己主導的な健康習慣を確立するため、児童・青少年の衛生・食習慣・口腔管理・精神保健に関する教育及び認識改善策を策定する(2023 年上半期)。

（青・壮年期） 青年期の精神保健検診強化の推進、生活習慣の変化に対応した健康管理教育及び管理方法を案内する(視力、腰・首関節疾患など 2023 年下半年期)。例えば、検診項目の拡大(うつ病→統合失調症・躁うつ病の追加)、検診周期の短縮(10 年→2 年)がある。

（老年期） AI・IOT 高齢者健康管理事業を全国保健所に段階的に拡大し(86 ヲ所→139 ヲ所)、保健所の訪問健康管理事業と統合モデルを設計する。例えば、定期的訪問健康管理+AI-IOT 機器を活用した常時健康管理がある。

### (2) スマート管理

効率的な常時管理を行うため、遠隔診療の制度化を推進し、ICT 基盤の健康管理プラットフォームを活用して一次医療中心の慢性疾患管理を強化する。感染症の拡散を防ぐため、「深刻」段階の間に一時的な遠隔診療を許可している(2020 年 2 月～)。

### 3) 核心推進課題：医療保険改革による持続可能性の確保

#### (1) 財政の効率化

公平な医療保険料の賦課、財政漏れの防止を通じて医療保険の持続可能性を確保する(医療保険の持続可能性向上対策、2023年1月)。

①(医療的必要性に基づく保障) 保障強化項目・計画を再点検し、薬剤費・老人療養病院を管理する。

②(公正な資格・賦課制度) 外国人などの医療保険加入者資格を整備し、保険料の賦課・徴収を充実させる。

③(合理的な医療利用誘導) 過剰医療利用者の管理を強化し、自己負担上制限(日本の高額療養費に相当)を合理化する。

④(違法行為の厳断・給付外管理) 医療保険財政を守る申告センターを運営し、給付外・損害保険を管理する。

#### (2) 構造改革

健全な財政を基盤に良質の医療サービスを持続的に提供できるように「医療保険改革対策」を策定する(医療保険総合計画、2023年下半年)。

(補償) 資源投入レベルに応じて入院・手術・治療費の引上げ、映像・検体検査料の引下げなど診療報酬を正常化し、革新的な新薬・原価割れ必須医薬品の補償を強化する。定期的な分析を通じて、弾力的・合理的に診療報酬を持続的に調整する。

(財政統制) 次年度財政計画・決算の国会報告、財政情報の対国民公示の活性化など、外部統制・透明性向上の仕組みを設ける。

(医療保険料) 所得中心の賦課体制の改編を持続的に推進するなど、公平性を拡大する。

(アクセス) 生存を脅かす重症疾患の高額治療薬の登録期間の短縮(210日→150日)、革新的な医療技術を迅速に参入させる(一時の診療報酬+再評価のモデル事業)。

#### (3) 医療の質・費用管理

高齢化など医療ニーズの急増にも適正な医療質・財政健全性を確保できるよう、革新的な支払い制度の導入及び給付外を管理する。

(支払い制度) 医療の質の向上と必須医療の維持のため、事後補償、成果基盤の差分補償(Performance-based differential compensation)、医療機関単位補償など代替的な支払い制度を試みる(2023)。子ども公共専門診療センター事後補償モデル事業、重症診療体制強化試行事業の推進及び障害者口腔診療など追加適用分野を発掘する。

(給付外) 給付外リストの整備、民間保険管理の強化(金融委員会の協業)を通じて、給付外による医療市場の歪み及び診療費の過大発生を防止する。

### 4) 核心推進課題：体感できる福祉支出の革新

(制度) 中央省庁の社会保障事業の類似・重複性を検討し、「統合整備及び偏重・欠落調整案」を策定・実施する(2023年上半年)。汎省庁作業班を構成し、中核事業から順次調整する(2024年政府予算案の反映及び法令改正など)。社会保障制度全数DBを構築(~2025)して中央・自治体事業の統合管理を推進し、社会保障統計・行政データで制度評価を充実させる(社会保障統計戦略、2023年上半年)。

（戦略） 「第3次社会保障基本計画(2024~2028)」を策定し、持続可能な韓国型福祉国家のための汎政府戦略を提示('23年上半期)、核心課題・指標を重点管理する。

（システム） 社会保障情報システムを通じた民間機関(病院、福祉館など)での福祉給付申請(34ヵ所、新規)、福祉メンバーシップの高度化など、オーダーメイドのサービスを強化する。

（補助金） 福祉補助金の透明・効率的管理のため、違法執行、浪費を徹底的に管理する。

## 5) 核心推進課題：人口政策のパラダイム転換

出産、超高齢社会(2025)、低成長(経済成長率 2.5%→1.6%の見通し)など、危機をチャンスに転換できる人口政策及びバイオヘルス戦略を推進する。

少子化対応中心から超高齢社会、人口減少に備えた構造変化及び適応方を策定する。2023年上半期のアジェンダ発掘 → 2023年下半期の少子高齢社会基本計画の補完。

（少子化緩和） 出産・育児支援などの効果性を評価し、集中分野への投資を拡大する。

（高齢化に備え） 積極的で活力ある老後保障のための健康・介護・住居支援の拡大及び働き口・雇用、生涯教育など高齢化政策を改編する。高齢者の継続雇用方、世代間生計型賃金体制の普及などを検討する(例：日本の65歳継続雇用義務化)。

（人口減少適応） 経済・産業・教育・雇用・国防など各分野システムを人口減少・超高齢社会に合わせて再編し、有望分野を中心に未来成長基盤を整える。生産可能人口の拡充、大学構造の改善、国防人材の補充体制の改編、保健医療需給計画の策定などを行う。

## 6) 核心推進課題：一千万人高齢者時代、全方位的な準備

### (1) 老後支援

活力ある老後生活のために所得、雇用、余暇支援を拡充する。

（所得） 基礎年金支給額を月 307,500 ウォン(2022)→323,180 ウォン(2023)に引き上げる。

（雇用） ベビーブーマー世代の経験・能力を活用する民間型・社会サービス型を中心に高齢者雇用の提供を拡大する(84.5万人→88.3万人)。

（余暇） 福祉館・老人ホームの余暇プログラム(音楽・運動・公演など)の多様化、老人ホームの冷・暖房費支援を強化する(単価年 215 万ウォン→250 万ウォン)。

### (2) コミュニティケア

地域社会中心の高齢者医療介護体制に転換する。

（医療） 在宅医療センターの拡大(現在 28 ヵ所→2026 年 80 ヵ所目標)、認知症安心主治医(モデル事業、2023 年下半期)及び医療・介護統合判定(モデル事業、2023 年 3 月)などを推進する。介護保険の在宅受給者に医師・看護師が訪問診療(月 1 回)、訪問看護(月 2 回)などを提供する。個人の医療・介護の必要度、生活環境などを総合的に評価し、療養病院(医療)、施設・在宅給付(介護)、高齢者個別ケアサービス(介護)などを連携する。

（介護保険） 地域社会の居住支援のために在宅給付を拡充し、多様な在宅給付を一箇所で提供する統合在宅サービスを拡大する(31 ヵ所→50 ヵ所)。既存の訪問介護・看護・入浴サービスのほか、移動支援・住居環境改善提供のモデル事業を実施する。

（ケア高度化） 自治体の事例管理センターの統合ケアモデルを構築する(12 地域実証事業、2023 年下半期)、高齢者向けケアサービス対象を拡大する(50 万人→55 万人)。

（スマートケア） IOT 基盤の緊急安全安心サービス(計 30 万世帯)、ウェアラブル機器を活用した健康・情緒支援実証事業(~2024)などの推進及び関連 R&D 投資の拡大などを推進する。高齢者・障害者のリハビリ・自立・介護 R&D 最適化事業(2024~2030、6,495 億ウォン)」の予備妥当性調査を推進する。

（住居）（仮称）高齢者親和型共同住宅などで一緒に居住し、介護・医療・レジャーなどのサービスを複合的に享受する地域社会居住案を策定する。関係部署の協業、専門家の意見収集などを通じて、「都市でも農漁村の公民館のように高齢者が一緒に食事・文化生活などを解決する住居方式」の開発を推進する。

## 7) 核心推進課題：先端技術による保健安全及び新市場の先導

### (1) 保健安全

バイオ新技術への投資で将来のパンデミック、希少疾患などに備える。

（感染症対策） 輸入に依存している必須ワクチンの国産化、次世代ワクチン・治療剤を開発する。必須ワクチンの国産化(2,151 億ウォン、~2029)、mRNA ワクチン(210 億ウォン、~2023)、抗ウイルス剤(464 億ウォン、~2029)などを支援する。防疫・医療安全技術の高度化(857 億ウォン、~2027)、感染症の流行状況で活用可能な遠隔診療技術を開発する(288 億ウォン、~2027)。

（革新的 R&D） 希少疾患治療技術など目的指向の戦略型 R&D 課題に対し、成功するまで支援する体制(韓国型 ARPA-H(Advanced Research Projects Agency for Health))を構築する。

（先端再生医療） 深化する血液・臓器需給不足を根本的に解決するための革新技術である人工血液(省庁合計 471 億ウォン、~2027)及び異種臓器(Xeno-transplantation, 380 億ウォン、~2027)技術を国産化する。

### (2) デジタルヘルスケア

デジタル、データ中心の医療パラダイム転換に備える。

（マイデータ） 情報連携・活用基盤である「健康情報高速道路」システムの本格開通及び地域基盤の救急患者情報共有実証などサービスモデルを開発する。2023 年上半期に開通予定(860 ヲ所参加)、救急患者を対象に地域機関間の情報共有及び役割モデルの実証など。

（スマート病院） デジタル転換先導モデル(スマート手術室など 39 個のモジュール)の持続的な開発、拡散支援センターの運営などで、公共・民間病院のカスタマイズされたスマート化を支援する。

（研究開発） AI を活用した病理・画像診断、デジタル治療薬、医療用融合・複合ロボット技術の研究開発支援など、有望な技術開発を活性化する。

（ビッグデータ） 100 万人の臨床・遺伝子データバンクの構築及び癌など主要疾患克服のためのビッグデータ活用の活性化を推進する。がん特化型ビッグデータ構築(K-CURE)、医療データ中心病院第 2 期を指定する(7 つのコンソーシアム 40 ヲ所、2023 年上半期)

（法的基盤） 第 3 者転送要求権、安全管理体制、匿名処理手続きの法制化など医療データの活性化及びバイオヘルス特化型規制サンドボックスの根拠の構築を推進する。デジタルヘルスケア振興及び保健医療データ活用促進法案」を発議する(2022 年 10 月)。

## 8) 核心推進課題：バイオヘルス育成・輸出総力支援

生産 10 億ウォン増加 雇用効果は、バイオヘルス 16.7 人 > 全産業平均 7.4 人となる。

## (1) 育成

バイオヘルス産業育成のための基盤を構築する。

(人材育成) 生産・研究人材 11 万人(～2027)の育成方を策定する(2023 年上半期)。

(グローバル連携) 中・低所得国を対象に WHO 人材養成ハブを運営し、国内外のワクチン・原・副資材企業間のパートナーシップを促進し、韓国企業の海外進出を支援する。(2022) 43 中・低所得国 492 人 WHO、ADB 協力教育 → (2023) IDB、ビル・ゲイツ財団に拡大する。

(規制革新) 革新的医療機器統合審査制度、新医療技術評価猶予の拡大など先進入・後評価を推進し、先端再生医療治療機会の拡大・商用化を促進する。革新的医療機器、革新・必須医薬品、デジタルヘルスケア、先端再生医療・バイオ医薬品、脳・機械インターフェース、遺伝子検査、インフラ分野の規制改善案を策定する(「バイオヘルス規制革新ロードマップ」、2023 年上半期)。

(ガバナンス) 省庁間の垣根なく「基礎 R&D から製品化まで」の効率的支援のための汎省庁ガバナンス(製薬バイオ革新委員会)の構成を推進する。

## (2) 輸出

バイオヘルス輸出を戦略的に支援する。20'17 年 125 億ドル(全産業中 12 位)→2021 年 254 億ドル(7 位)達成、2017-2021 年平均年率 19.5%成長となった。

(官民投資) 医薬品 3.8 兆ウォン(25 兆ウォン、～2027)、医療機器 1.6 兆ウォン(10 兆ウォン、～2027)など R&D 拡大、K-バイオワクチンファンドの本格投資(5 千億ウォン)及び追加ファンドを造成する(累積 1 兆ウォン、2025)。

(個別支援) 主要国の許認可・規制強化及び自国の保護措置に積極的に対応し、新市場開拓のための産業・地域別に戦略的に支援する。

(医薬品) グローバル進出支援のための相互規制協定など G2G(Government to Government)パートナーシップの強化、製薬バイオ輸出総合支援センターの設置及びグローバル製薬専門家のコンサルティングを拡大する。

(医療機器) 欧州の許・認可(MDR)強化に対応し、関係機関メドテック輸出支援タスクフォースチームの運営を通じて国際認証を支援し、アジア、北米など地域別の輸出支援ロードマップを策定、ASEAN(ベトナム、インドネシア)現地拠点を運営する。

(化粧品) 輸出国多角化のための輸出相談及び広報支援などを通じて海外市場開拓を支援し、中国の許認可・規制強化(2024 年 5 月予定)に対応する情報提供システムを構築し、専門人材を育成する。

(総合計画) グローバルブロックバスター級の新薬創出(2 個、2027 年)、医療機器輸出目標(5 位、2027 年)を達成するための体制的な支援策を策定する(製薬バイオ計画、医療機器計画、2023 年 1 月)。

## 4. 最近の政策動向

### 1) 「第 2 次国民医療保険総合計画策定推進団」の発足

保健福祉部は、今後 5 年間(2024～2028)の医療保険政策の方向性を盛り込む「第 2 次国民医療保険総合計画」の策定に向けた推進団を発足し、2023 年 5 月 4 日に最初の企画会議(Kick-off、主宰：共同団長：ソウル大学キム・ジンヒョン教授、パク・ミンズ第 2 次官)を開催した。第 2 次国民医療保険総合計画策定推進団(以下、「推進団」)は官民合同で運営され、10 人の学界専門家が委員として参加する。

これまで医療保険は国民がいつでも、どこでも必要な医療サービスを受けることができるように保障

し、国民の医療安全網として定着した。しかし、人口の高齢化、急激な保障性強化、新型コロナウイルス感染症以降、新たな医療ニーズの発生など短期間で急激な支出の増加が見られ、財政健全性に対する懸念も高まっている。

近年、必須医療基盤が弱体化し、生命が危機的な時に治療の適期を逃したり、国民が居住地以外の他地域で診療を受けなければならない状況が増え、これを解決するための新しい支払い制度の導入など、構造改革の要求も高まっている。

また、新型コロナウイルス感染症以降、保健安全の観点から必須医薬品などの安定的な供給が強調されており、そのために保健産業の革新を促進し、高品質の医療・良い雇用・高い所得に好循環するように支援する医療保険政策も必要な状況である。

これに対し、推進団は、医療保険の保障性の確保の下、持続可能な財政管理及び公正な賦課体制の運営、必須医療体制が円滑に機能するための補償体制の導入、製薬・医療機器産業の革新的な生態系造成支援などを目指し、中長期的な医療保険構造改革の方向性を議論する予定である。

これを基に6月までに「第2次国民医療保険総合計画」草案を作成し、加入者及び医療低提供者団体、関係機関などの意見を収集した後、医療保険政策審議委員会の審議を経て、今年下半期に総合計画を策定する計画である。

急激な高齢化などで医療費支出の増加が予想されるため、国民が納めた貴重な保険料を必要な医療に効率的に投入することが重要である。第2次国民医療保険総合計画の策定を通じて、これまで国民が適正に利用している医療は引き続き保障し、小児、重症疾患など不足している分野の支援は強化し、医療のアクセス性の向上及び医療保険の持続可能性という二兎を追う必要がある。

## 2) 高齢者医療・介護統合支援モデル事業（コミュニティケア）

高齢者医療・介護統合支援モデル事業は、超高齢社会の到来に備え、高齢者の地域社会での継続的な居住のために、地域内の多様な医療・介護サービスを連携し、対象者中心に統合支援するシステムを構築する事業である。

選定された地域は、光州広域市西部・北区、大田広域市大徳区・柳城区、京畿道富川市・安山市、忠清北道鎮川郡、忠清南道天安市、全羅北道全州市、全羅南道麗水市、慶尚北道義城郡、慶尚南道金海市である。

選定された12地域は、今年7月から2025年までの3年間、高齢者が地域社会で健康な老後を過ごせるよう、医療・介護関連サービスを統合的に提供するシステムを構築していく計画である。

モデル事業実施自治体は、病院入院または施設入所境界線上にあり、医療・介護ニーズの高い75歳以上の高齢者を対象に、訪問医療サービスの拡充と医療・介護分野の関連サービス間の連携体制構築を重点的に推進する。

モデル事業を実施する自治体は、邑（ウプ）・面（ミョン）・洞（トン）の統合支援窓口を通じて対象者を受付・発掘し、市町村地域事例会議を運営し、地域社会の継続居住に必要な住居支援サービス、訪問医療・健康管理サービス、移動・食事支援など多様な社会サービスが統合支援されるようにする計画である。

（地域事例会議）国民健康保険公団の支社担当者、保健所の訪問健康管理・認知症安心センターの担当者、サービス提供機関などが参加し、サービス間の連携・調整及びサービス提供の有無などを最終決定する会議体。

モデル事業は、国政課題である人生100年時代に備える老後生活支援のための地域医療・介護連携体



制構築の一環として、これまで自治体で実施した介護事業の成果と経験を基に、全国的に拡散可能な基本的な高齢者介護モデルを開発するために実施する。

（地域・医療・介護連携体制）高齢者の地域社会での継続居住のため、地域内の多様な医療・介護サービス提供機関を連携し、対象者中心の医療・介護統合ケース管理サービスを提供する体制。

モデル事業は、医療と介護の需要が大きく、療養病院入院または療養施設入所の境界線上にある高齢者を対象に、訪問医療サービスを拡大し、医療・介護分野の関連サービス間の連携システムを重点的に構築する。このため、モデル事業対象者の基準を明確に提示し、長期療養再加療者または急性期病院退院患者など一時的な医療・介護ニーズの高い75歳以上の高齢者を対象者に設定する。

また、介護保険在宅医療センターのモデル事業との連携や看護師と社会福祉士で構成される訪問医療支援チームの構成などを通じて、自治体が地域の状況に合わせて在宅医療インフラを拡充するようになる。

（介護保険在宅医療センターモデル事業）身体が不自由で医療機関を訪問することが困難な在宅介護受給者（1～2等級優先）を対象に、医療機関から自宅に訪問して診療と看護サービスなどを提供する事業。

地域社会での継続的な居住に必要な医療・介護・療養などのサービスが地域事例会議を通じて対象者中心に統合提供される仕組みを設け、住居支援サービス、保健所と認知症安心センターの健康管理サービス、移動・食事支援など多様な社会サービスも統合支援される。

表2 コミュニティケア事業概要

目標	医療と健康管理・介護サービスの連携を通じて、健康的な地域社会の老後生活が可能な基本的な高齢者医療・介護統合支援モデルを確立する。
方向	医療・介護分野のサービス間の連携体制の構築と訪問医療サービスの拡充に重点を置く。
期間・規模	2023年7月～2025年12月(2年6ヶ月間)、12の自治体。
対象者	老人療養病院(施設)入院の境界線上にある高齢者。介護保険の在宅介護医療者、一時医療・介護ニーズ群、急性期・療養病院退院患者など介護サービスの必要性が高い高齢者。
サービス連携	医療・介護・療養など関連サービスの連携体制を構築する。介護サービス、日常支援社会サービス、訪問健康管理など既存のサービスを優先的に連携した後、不足サービスに対する自治体の補完的な開発・提供の原則を適用する。
訪問医療	地域社会における医療アクセス性強化のための在宅医療サービスの拡大。介護保険の在宅医療センターとの連携、訪問医療支援チームの構成など、地域の実情に合った訪問医療サービスの拡大方を策定する。

出典: [保健福祉部ホームページ](#)

## 5. 結論

韓国政府の医療・介護政策は2022年が弱者福祉元年だったとすれば、2023年は弱者福祉を着実に拡大していかなければならない。

弱者福祉が保健医療分野でも実現できるように自ら声を出すのは難しいが、いざ直面すれば生命と直結する重症、応急、小児、分娩分野で医療弱者を保護するために医療伝達体系、医療人材需給など様々な問題を積極的に解決していかなければならない。

医療保険は浪費を防ぎ、必要な時に必ず必要な医療サービスを受けられるようにし、保険料もより公正に賦課されるようにしなければならない。そして、国や自治体の福祉制度全般を見直し、制度が欠けたり、偏ったりした部分はないか、革新の目で細かくにチェックし、空白がないよう補完していかなければならない。

また、デジタルヘルスケア分野からグローバル中心国家に跳躍するために、国民の安全を最優先しながらも不必要な規制を革新していかなければならない。

コミュニティケア政策の変化、医療サービスの営利化、看護法など様々な議論が続いているが、弱者福祉をさらに拡大していき、未来に備えた改革課題を支障なく推進していかなければならない。

上記の点は、少子化・高齢化等に伴う医療・介護ニーズの量的拡大および質的变化への対応を考えていくうえで、重要な参考となりうるものであるといえる

## 参考文献

保健福祉部ホームページ <https://www.mohw.go.kr/>

国民健康保険公団ホームページ <https://www.nhis.or.kr/>

韓国保健社会研究院ホームページ <https://www.kihasa.re.kr/>

大韓高齢親和産業学会ホームページ <http://www.kr-kafa.org/>

企画財政部、2023年経済政策方向、2022年12月21日。

統計庁、2022年家計金融調査の結果、2022年12月1日。

ソウル大学保健大学院、新型コロナウイルス感染症認識調査、2022年7月7日

※日本語添削：小藪 基司(横浜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

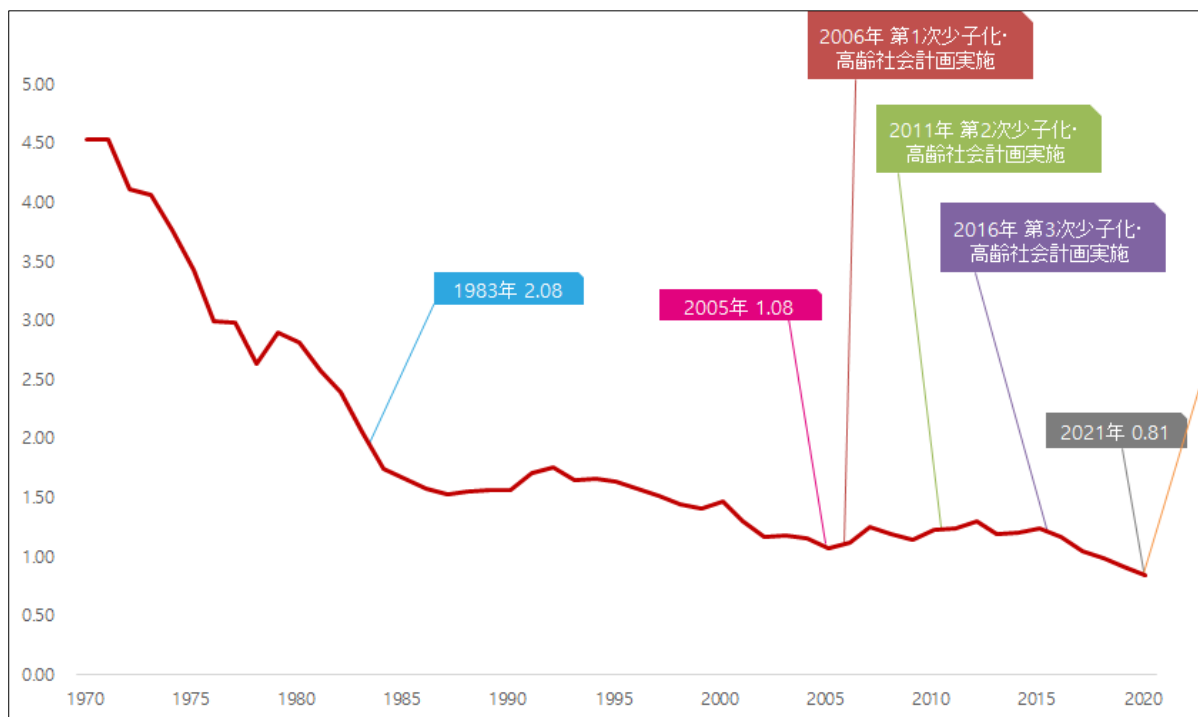
本稿は韓国における人口の現状と1962年から始まった人口政策の流れについて紹介することを目的とする。人口の現状については韓国の合計特殊出生率や年齢構造に関する指標、家族形成に関する指標を検討しながら、現在韓国の人口の状況を把握する。一方、韓国は人口の増加を抑える政策から出生を奨励し人口を増やすような政策を実施している特徴を持つ極めて稀な国であり、韓国の人口政策がどのような過程を経て、ここまで来ているのかについて述べることにする。

### 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

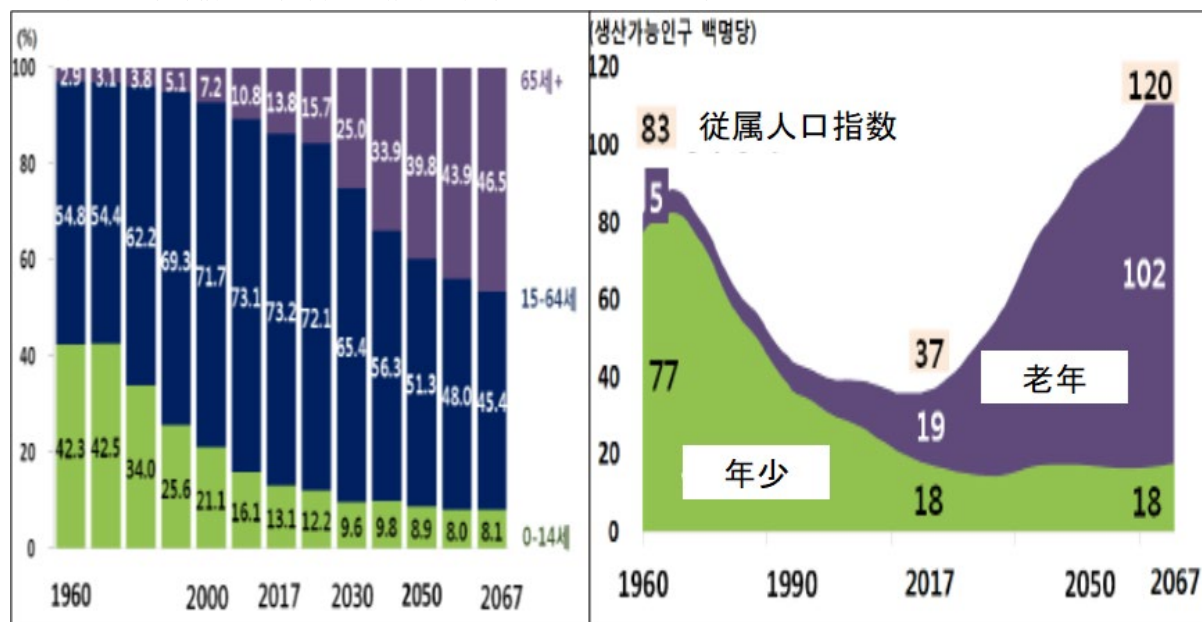


資料：統計庁、「人口動態統計」、各年度

## 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

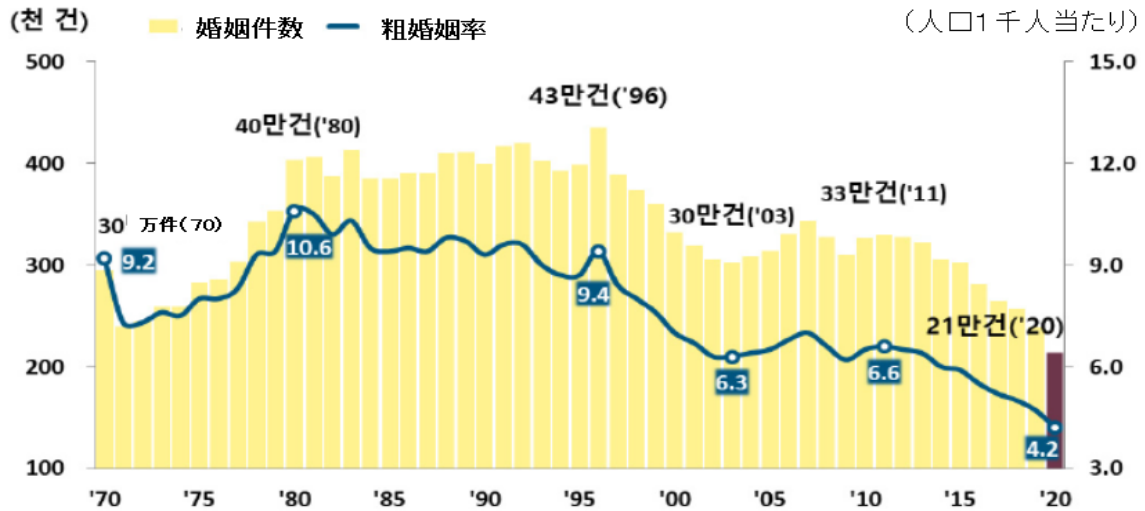


資料：統計庁（2019）、「将来人口推計：2017-2067」

## 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

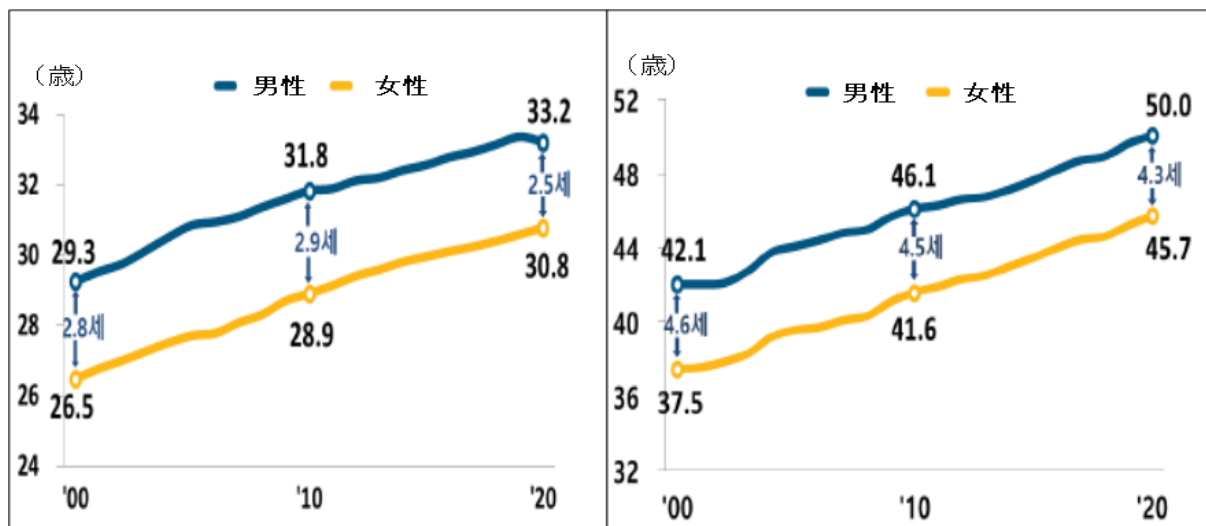


資料：統計庁（2020）「2020年婚姻・離婚統計」

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歳の間に変動している。

<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。



&lt;図表9&gt;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かかな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と考え、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」