

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)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する
施策や制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「東アジアの高齢者対策の動きと特徴」

研究分担者

小島克久 (城西国際大学)

研究要旨

【目的】

本研究は、東アジア（日本、韓国、台湾、中国）の高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的として進めた。

【方法】

本研究では、東アジアの高齢者対策に関する先行研究、公表された政策資料、統計を収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。

(倫理面の配慮)

本研究は、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。アンケート調査は実施していない。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

【結果】

東アジアの①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の 4 つを取り上げてその経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。その結果、どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。これらの分野に共通するパターンとして、日本で対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は後発で急速に対策を進める。その結果、医療、年金では皆保険・皆年金の達成またはこれに相当する状態を達成している。介護制度は貧困対策の一環の時代を含めるとすべての国と地域の歴史は長い。しかし上記のパターンは当てはまる。しかし、②から④の分野の現在の制度イメージは多様である。

つまり、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。これが医療などで多様な制度イメージになっている。そのため、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

【結論】

日本の高齢者対策の経験として、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。また、伝えられる部分でもカスタマイズする必要、日本が経験しなかった政策もオプションとして盛り込むことも東南アジアなどにとって有用であろう。

※詳細は次ページおよび別添の論文を参照。

A. 研究目的

高齢化の進行は世界的に進んでいるが、その進行度合いは地域により異なる。例えば、低中所得国の多い地域では、十分な医療保障制度や介護制度が整備されていない場合が多い。また、年金制度も十分ではない。一方で、わが国を含む東アジアは経済成長を遂げた地域であるとともに、医療、年金、介護制度などを通じた高齢者対策が進められている。しかし、東アジアの中でもその進行度合いや内容に違いがあり、わが国を先行事例とすると、韓国や台湾は後続事例、中国は後発事例と考えることができる。これらの国や地域では、わが国の経験を参考にする一方で、独自の動きも見られる。

このような問題意識のもと、本研究では東アジアの高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的とする。さらに、ここから得られる東南アジア、南アジアなどにわが国の高齢者対策の経験を伝える上で留意すべき政策的示唆も考察する。

B. 研究方法

本研究は、東アジア（日本、韓国、台湾、中国）の高齢者対策全般、医療、年金、介護制度を対象にした先行研究の収集を行った。その上で研究方法として、日本、中国、韓国、台湾に関する、高齢者対策全般、医療、年金、介護の分野に関する研究成果の活用、本研究事業などで進めたこれらの国や地域の政策資料、統計の収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。特に後者については、中国、韓国、台湾の政策当局の公表資料や統計の収集、OECDなどの国際機関で中国や韓国の統計が収録されている資料を収集した。

（倫理面の配慮）

本研究は、日本、中国、韓国、台湾の高齢者対策に関する研究成果、公表された政策資料や統計を用いた研究という、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。そのため、アンケート調査は実施していない。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

C. 研究結果

本研究の研究結果をまとめると以下のとおりである。

東アジアの高齢者対策について、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の4つを取り上げ、その経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。①の高齢者対策全般では、日本が最も対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は1980年代からさまざまな動きが見られ、例えば老人権益保障法の制定は1990年代半ばであり、決して対策が遅れている訳ではなかった。

②の医療保険制度では、日本が1961年に皆保険達成で先行し、韓国が1989年、台湾が1995年に皆保険達成で後続グループにある。これらの国や地域では、現在の医療保険加入者数の人口カバレッジは100%に近い。中国は1990年代以降に医療保険制度が

整備され、人口のカバレッジでは皆保険の状態である。保健医療支出の公共部門負担割合をみると、②現在の日本は90%程度、韓国、台湾、中国は60%程度と、先行グループの日本、後続グループの韓国、台湾、中国となる。制度イメージも職業と年齢に応じた異なる医療保険に加入する日本、ひとつの医療保険で皆保険を支える韓国と台湾、地域と職業で医療保険が分かれている中国と多様である。

③の年金制度では、日本が1961年に皆年金達成で先行し、韓国が1988年、台湾が2008年に皆年金達成で続く。中国は1990年代以降に年金制度が整備された。将来の年金受給世代であり、現在保険料を負担する年金保険加入者数の15~64歳の人口に対する比で見ると、現在の日本と台湾は80%程度、韓国は60%台である。中国は100%を超える。つまり、年金制度の対象となる人はおおむねカバーできていると考えられる。制度イメージも全国民に共通の基礎年金を持ちつつ、職業による加入する年金制度が異なる日本、職業により制度が分かれ、税財源の基礎年金がある韓国、税財源の福祉手当を基層として職業別の年金制度がある台湾、地域と職業で年金制度が分かれている中国と多様である。

④の介護制度は、すべての国と地域で貧困対策の一環としての時期を含めると長い歴史がある。一方で、高齢者福祉、介護（保険）制度の創設で言うと、日本がそれぞれ1963年と2000年で先行し、韓国がそれぞれ1981年と2008年、台湾がそれぞれ1980年と2007年で後続する。中国は2016年に介護保険パイロット事業が実施されるなど後発に位置する。制度イメージも高齢者に重点が置かれた介護保険を持つ日本、全国民が加入するが給付は高齢者がほとんどである韓国、高齢者だけでなく若年障害者などもひとつの介護制度で対応する台湾、実施都市により制度内容が多様な介護保険パイロット事業を行う中国と、介護制度でも多様な制度イメージである。

D.考察

上記の結果から考えられることとして、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。介護保険を例にすると、韓国は日本の経験を参照し、社会保険方式の介護制度を導入した。しかし、保険者は国民健康保険公団という政府系の医療保険者であり、国営保険である（日本では市町村が保険者という地域保険）。台湾も日本の経験を参照し、多様な介護サービス提供、特に訪問介護、福祉用具や住宅改修、地域密着ケアの仕組みは日本を参考にした。一方で、財源は税財源であり、要介護認定の仕組みは台湾独自の仕組みである。つまり、経済が発展し、急速に高齢化が進み地理的に近接している東アジアの国や地域では、日本のような先行ケースを参照しても、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

E.結論

本研究の結論として、CとDからまとめられることは以下のとおりである。

高齢者対策を概観すると、東アジアの中でも各国・地域それぞれの経緯と制度の姿がある。つまり、東アジアの高齢者対策は、各国・地域による多様性がある。日本が先行し、韓国、台湾が後続、中国が後発という構図を描くことができるが、日本を参

考に類似の仕組みになった、そうでない仕組みを採用したなど、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。例えば、日本は医療、年金、介護などで社会保険方式の制度を構築してきた。特に都道府県や市町村という地方自治体の単位で制度を運営する地域保険の仕組みの経験が豊かである。この方式を機能させるには、ある程度の広さの国土があり、人口などで地域差が存在する、地方自治体の行政の仕組みや組織が整っている、国、都道府県、市町村という国と地方の連携関係が強固であるという条件が整っている必要がある。韓国はソウルをはじめ多様な地域から構成されるが、国土は日本よりも小さく、介護保険では国民健康保険公団という医療保険の政府の組織、人材を活用する方が効率的な制度運営ができる。そのため、韓国で介護保険を検討する際には、日本の経験を参考にしたが、最終的には韓国の事情も踏まえた制度になった。つまり、日本の経験がそのまま伝える、活用できるかは、その国や地域の社会経済的な条件をよく検討した上で判断する必要がある。また、日本の仕組みを現地の実情に合わせたカスタマイズも必要であろう。

日本と異なる制度内容を選んだとしても、日本の経験を参照した検討した結果である場合もあり得る。日本の経験がどのような条件で成り立つのか、成り立たない場合はどんな仕組みがよいのかというオプションも日本側から提示できることも重要かと思われる。

東南アジアなどの他の国や地域は、東アジア以上に人口、社会経済、高齢者対策などの社会保障制度の経験の多様性が大きいと考えられる。そのため、日本の経験を伝える際には、日本の仕組みがふさわしいのか、それ以外の仕組みがふさわしいのかという幅広い政策オプションが提示できることが望ましいと考えられる。

※本研究のさらに詳細な内容は別添論文を参照

F.引用文献

1. 広井良典・駒村康平（編著）（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会.
2. 増田雅暢（編著）（2008）『世界の介護保障』法律文化社.
3. 加藤智章・西田和弘（編著）（2013）『世界の医療保障』法律文化社.
4. 増田雅暢・金貞任（編著）（2015）『アジアの社会保障』法律文化社.
5. 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.
6. 金成垣・金圓景・呉世雄編（2025）『現代韓国の福祉事情 キャッチアップか、新しい制度か』法律文化社.
7. 林玲子（2023）「日中韓少子高齢化施策の推移と実態－比較の視座から－」『人口問題研究』第79巻第4号、pp.280-304. <https://doi.org/10.50870/0002000188>（2026年4月7日確認）
8. 小島克久（2019）「外国人人口を含む人口統計で検証する台湾のUHC」『人口問題研究』第75巻第4号、pp.305-323.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19750403.pdf>（2026年4月4日確認）
9. 守泉理恵（2023）「韓国の少子化の進展と第4次低出産・高齢社会基本計画にみる少子化対策」『社会保障研究』第8巻2号、pp.119-130.

<https://doi.org/10.50870/0002000133> (2026 年 4 月 7 日確認)

10. 余乾生 (2023)「中国の老人權益保障法について」『社会保障研究』第 8 卷 2 号、pp.245-248. <https://doi.org/10.50870/0002000143> (2026 年 4 月 7 日確認)
11. 上村泰裕 (編著) (2020)『新世界の社会福祉 7 東アジア 中国／韓国／台湾』旬報社.
12. 万琳静・小島克久 (2022)「介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第 6 卷 4 号、pp.454-468.
<https://doi.org/10.50870/000000302> (2026 年 4 月 10 日確認)

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

別添

東アジアの高齢者対策の動きと特徴

小島 克久（城西国際大学）

I. はじめに（研究目的）

高齢化の進行は世界的に進んでいるが、その進行度合いは地域により異なる。例えば、低所得国の多い地域では、十分な医療保障制度や介護制度が整備されていない場合が多い。また、年金制度も十分ではない。一方で、わが国を含む東アジアは経済成長を遂げた地域であるとともに、医療、年金、介護制度などを通じた高齢者対策が進められている。しかし、東アジアの中でもその進行度合いや内容に違いがあり、わが国を先行事例とすると、韓国や台湾は後続事例、中国は後発事例と考えることができる。これらの国や地域では、わが国の経験を参考にする一方で、独自の動きも見られる。

このような問題意識のもと、本研究では東アジアの高齢者対策がどのように進められたかを分野別に概観するとともに、その方向や内容はわが国と同じか否かも検証することを目的とする。さらに、ここから得られる東南アジア、南アジアなどにわが国の高齢者対策の経験を伝える上で留意すべき政策的示唆も考察する。

II. 先行研究と研究方法

（1）先行研究

東アジアの社会保障についての研究は、近年蓄積が進みつつある。医療、介護を中心に各国・地域別の研究が多いが、本研究では東アジア全体を見据えた先行研究についてまとめる。まず、広井・駒村（2003）では、日本、中国、韓国、台湾の他、シンガポール、マレーシア、インドネシア、フィリピン、タイ、ベトナム、カンボジアを対象として、医療、年金などの社会保障制度を幅広くとりあげている。介護制度に限るが、欧米諸国との比較でアジアの介護制度を取り上げたものとして、増田（2008）がある。具体的には、日本、中国、韓国、台湾、シンガポールの介護制度を取り上げている。加藤・西田（2013）ではアジアを含む医療制度を取り上げており、ここでも日本、中国、韓国、台湾、シンガポールをアジアから取り上げている。増田・金（2015）では、介護制度を含めた社会保障制度について、日本、中国、韓国、台湾、タイを取り上げている。

わが国を含む東アジアの人口、社会保障の詳細を検討した研究のひとつとして、厚生労働科学研究『日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究』（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）がある¹。この研究では、東アジアの少子高齢化に着目して、日本、中国、韓国の人口動向を踏まえ、人口を左右させる施策の推移、近年の施策についてその施策の構成要素を明らかにしている。この研究の成果は、国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』（第79巻第4号、2023年12月刊）での特集「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」などで、例えば林（2023）などで発信されている²。金・金・呉（編著）（2025）は、現代韓国の社会福祉事情を取り上げているが、その最初の章で、韓国の福祉制度の発展経路はわが国と異なり、わが国とは別の福祉制度を持つ国

¹ この研究の詳細は、厚生労働科学研究成果データベースから以下を参照。

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/161500>（2026年4月4日確認）

² この特集の詳細と掲載論文は以下を参照。国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第79巻 第4号（2023年12月刊）

<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/jinko/327.html>（2026年4月4日確認）。なお、増田・小島・李（2021）では、この厚生労働科研の成果も参照しつつ、東アジアの社会保障制度の概要をまとめている。

として後発諸国の福祉発展経路のモデルを明示している、韓国をモデルにしているが、中国などの他の東アジアや東南アジアなどへの示唆を含む検討結果を示している。

本研究課題に関する UHC の視点では、国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第 78 巻第 2 号（2022 年 6 月刊）では、その特集「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」では、人口政策や人口統計制度に重点を置いた研究論文が掲載されている³。また、小島（2019）では台湾に限るが外国人人口を含めた UHC の達成状況を検討している。

このように、東アジア全体を見据えた社会保障制度の研究が蓄積されつつある。しかし、本研究課題が目指す UHC と高齢者対策に焦点を置いた成果のまとめ方としては、わが国が世界に広く政策的示唆をまとめるには、これらの研究成果や新しい政策の動きの分析を加えた再検討が必要であり、本研究はまさにこれを目的としている。

（2）研究方法と倫理的配慮

本稿での分析は、以下の方法で行った。まず、対象となる国や地域として、東アジアから日本、中国、韓国、台湾をとりあげた。日本は、東アジアはもとより、世界の高齢者対策のトップランナーであり東アジアでの先行事例となる。韓国と台湾は日本に続く形で経済成長と遂げたほか、少子高齢化は日本より早いテンポで進んでおり、特に少子化については、合計特殊出生率はわが国を下回る水準にある。そのような中、わが国の経験を参照しつつ医療、年金、介護制度を構築しており、日本の後続事例と位置づけることができる。中国は、後発事例として、欧米諸国、日本や韓国の経験を参照しつつ、中国の実情に基づいた社会保障制度を構築している。人口高齢化に加え、近年では少子化も急速に進んでいる。つまり、東アジアの高齢者対策として、先行事例の日本、後続事例の韓国、台湾、後発事例の中国と比較することで、日本との共通点や相違点の有無を確認できる。その結果から、日本の経験が、経済水準が高い東アジアの中で伝わっているかについて考察できる。

次に高齢者施策の分野として、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の 4 つを取り上げる。①は、国や地域全体としての高齢者対策の動きを概観できる。②から④は高齢者対策として代表的な政策ニーズと言える分野である。これらについて、いつごろから制度ができたか、国民や住民全員が対象者になっているか、実際に公的な制度でのカバー状況はどうなっているかを検討できる。UHC は保健医療制度を前提としているが、年金、介護を含めることで高齢者対策がユニバーサルなものか否かを検討できる。

そして研究方法として、日本、中国、韓国、台湾に関する上記をはじめとする研究成果の活用、本研究事業などで進めたこれらの国や地域の政策資料、統計の収集、分析という、文献研究、政策資料・統計の二次分析という方法を採用した。後者については、中国、韓国、台湾の政策当局の公表資料や統計の収集、OECD などの国際機関で中国や韓国の統計が収録されている資料を収集した。

（倫理的配慮）

本研究は、日本、中国、韓国、台湾の高齢者対策に関係する研究成果の活用、これらの国の政府や地域の当局が公表した政策資料や統計を用いた研究であり、文献研究、公表資料の二次分析にあたる。そのため、アンケート調査は実施していない。その結果、個票データ利用の上で懸念される、個人情報流出、毀損などを含む倫理上の問題は発生しなかった。ただし、研究にあたっては、「城西国際大学における公正な研究活動の推進に関する規程」などの分担研究者の所属機関の規定を遵守した。

³ この特集の詳細と掲載論文は以下を参照。国立社会保障・人口問題研究所『人口問題研究』第 78 巻 第 2 号（2022 年 6 月刊）

<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/sakuin/jinko/321.html>（2026 年 4 月 4 日確認）。

Ⅲ. 東アジアの高齢者対策

(1) 高齢者対策全般

高齢者対策は、医療、年金など多岐にわたる。そのため、各分野の政策がそれぞれの役割を果たす、政策ニーズに対応していないという隙間、または異なる政策で同じ政策ニーズに対応しているという重複が生じるのを防ぐには、高齢者対策全般を見通した政策が必要になる。表 1 では東アジアにおける高齢者対策全般の政策の動きを 1960 年代から 10 年ごとにまとめた。あわせて各年代の高齢化率の動きもまとめた。

まず日本の高齢者対策全般の動きは 1970 年代に始まる。具体的には 1973 年の老人対策本部の設置である。この時期の高齢化率は 7～8% 台で、1970 年の 7.1% から 1979 年の 8.9% へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った時期である。1980 年代に入ると、1985 年の長寿社会対策関係閣僚会議の設置、「老人福祉の在り方について」の策定、1986 年の長寿社会対策大綱の策定へと続いている。この年代の高齢化率は、1980 年の 9.1% から 1989 年の 11.6% へと推移している。これらの対策は政府として進めたものであるが、高齢者対策全般の法律に基づくものではなかった。

1990 年代に入り、高齢化率は 1990 年の 12.1% から 1999 年の 16.7% へと推移し、いわゆる「高齢社会」の時代に入った。この時期には、高齢者対策全般の法整備とこれに基づく政策プランの策定が行われた。具体的には 1995 年の高齢社会対策基本法の制定と、1996 年の高齢社会対策大綱の策定である。この法律は高齢社会対策の基本的な方針と政策を推進する体制などについて定めたものである。そして、高齢社会対策大綱はこの法律に基づいて策定される。高齢者対策は時代に応じた政策ニーズがあるため、この大綱は定期的な見直しが行われる。実際に高齢社会対策大綱の改訂は、2001 年、2012 年、2018 年、2024 年に行われている。このように日本の高齢者対策全般に係る政策は、1970 年代から 1990 年代にかけて進められ、特に法律の制定やこれに基づく大綱の策定は 1990 年代に行われている。

次に韓国の高齢者対策全般の動きは 2000 年代に始まる。2005 年の低出産・高齢社会対策基本法の制定である。この法律は高齢者対策だけでなく、少子化対策の基本法でもある。この法律に基づく政策プランである第 1 次低出産・高齢社会基本計画も同年に策定されている。この時期の高齢化率は、2000 年の 7.2% から 2009 年の 10.5% へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った時期に、高齢者対策の基本的な法律と政策プランが整備された。なお、低出産・高齢社会基本計画は 5 年ごとに見直すこととされており、2010 年代では 2010 年と 2015 年に、2020 年代では 2020 年に計画が改訂されている⁴。これらの時期の高齢化率は、2010 年代では 2010 年の 10.8% から 2019 年の 14.9% へと推移しており、「高齢社会」に到達している。2020 年代では 2020 年の 15.7% から 2024 年の 19.2% へと推移している。このように韓国の高齢者対策全般に係る政策は、2000 年代に法律やこれに基づく政策プランが整備され、その後政策プランが改訂されている。

⁴ 少子化への言及が中心であるが、低出産・高齢社会基本計画については守泉（2023）を参照。

表1 高齢者対策（全般）の動き

年代	日本		韓国		中国		〔台湾〕	
	動き	高齢化率	動き	高齢化率	動き	高齢化率	動き	高齢化率
1960年代		5.7% (1960) -6.9% (1969)		2.9% (1960) -3.0% (1969)		4.0% (1960) -3.7% (1969)	1963年 人口施策綱領	2.5% (1960) -2.8% (1969)
1970年代	1973年 老人対策本部	7.1% (1970) -8.9% (1979)		3.1% (1970) -3.7% (1979)		3.7% (1970) -4.3% (1979)		2.9% (1970) -4.2% (1979)
1980年代	1985年 長寿社会対策関係閣僚会議 老人福祉の在り方について 1986年 長寿社会対策大綱	9.1% (1980) -11.6% (1989)		3.8% (1980) -4.8% (1989)	1983年 中国老齡問題全国委員会	4.4% (1980) -5.2% (1989)		4.3% (1980) -6.0% (1989)
1990年代	1995年 高齢社会対策基本法 1996年 高齢社会対策大綱	12.1% (1990) -16.7% (1999)		5.1% (1990) -6.9% (1999)	1996年 老人權益保障法 1999年 全国老齡工作委員会	5.3% (1990) -6.8% (1999)		6.2% (1990) -8.4% (1999)
2000年代	2001年 高齢社会対策大綱改訂	17.4% (2000) -22.8% (2009)	2005年 低出産・高齢社会対策基本法 第1次低出産・高齢社会基本計画	7.2% (2000) -10.5% (2009)		7.0% (2000) -8.5% (2009)	2006年 人口施策綱領改正	8.6% (2000) -10.6% (2009)
2010年代	2012年 高齢社会対策大綱改訂 2018年 高齢社会対策大綱改訂	23.0% (2010) -28.3% (2019)	2010年 第2次低出産・高齢社会基本計画 2015年 第3次低出産・高齢社会基本計画	10.8% (2010) -14.9% (2019)	2013年 老人權益保障法改正	8.7% (2010) -12.1% (2019)	2011年 人口施策綱領改正	10.7% (2010) -15.3% (2019)
2020年代	2024年 高齢社会対策大綱改訂	28.6% (2020) -29.3% (2024)	2020年 第4次低出産・高齢社会基本計画	15.7% (2020) -19.2% (2024)		12.6% (2020) -14.7% (2024)		16.1% (2020) -19.2% (2024)

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに加筆して作成。高齢化率は日本は総務省統計局『国勢調査』『人口推計』、韓国は国家データ庁資料、中国はU.N "World Population Prospects 2024 revision"、台湾は国家發展委員会『人口推估』（2022年、2024年）による。

一方、中国の高齢者対策全般の動きは1980年代に始まる。1980年代の中国の高齢化率は1980年で4.4%、1989年で5.2%に過ぎなかった。しかし、1982年に中国老齡問題全国委員会が設置されている。また1990年代に入ると、1996年に老人權益保障法が制定された。この法律は高齢者対策の基本的な法法律と位置付けられる⁵。1999年には全国老齡工作委員会が設置されている。この時期の高齢化率は、1990年で5.3%、1999年で6.8%であった。2010年代である2013年に老人權益保障法が改正され、現在に至っている。このように中国の高齢者対策全般に係る政策は、高齢化率が低い時期に動きがあったといえる。

さらに台湾の高齢者対策全般の動きは2000年代に始まる。2006年に改正された人口政策綱領がこれにあてはまる。この綱領は1963年に定められたが、このときの綱領の内容は、人口の規模の維持、産業の発展などに関係する内容が中心であった。2006年の改正で高齢化や少子化に対応する計画となった。2000年代の高齢化率は、2000年の8.6%から2009年の10.6%へと推移しており、いわゆる「高齢化社会」に入った後の時期に該当する。2010年代の2011年にこの綱領は改正されている。2010年代の高齢化率は、2010年の10.7%から2019年の15.3%へと推移しており、「高齢社会」に到達した時期である。そして現在へと至っている。このように台湾の高齢者対策全般に係る政策は、2000年代に整備されている、時期的には韓国に類似している。

（2）医療保険制度

a) 医療保険制度の創設と皆保険の達成

医療保険制度（国や地域によっては税方式での医療制度）の整備は、高齢者に限らず

⁵ 老人權益保障法については、余（2023）を参照。

人々の健康を守るために不可欠である。UHC が達成されることはこの目的がより確実に達成される。その便益は、特に子どもや高齢者に対して大きい。つまり、医療保険制度の整備は、高齢者対策として非常に重要である。そこで、表 2 では東アジアにおける高齢者対策としての医療制度、特に医療保険制度の創設、そして UHC にあたる皆保険の達成の状況についてまとめた。この表の最下部には日本、韓国、中国、台湾の現在の医療保険制度のイメージ図をまとめた⁶。

まず日本の医療保険制度の整備は 1920 年代にまでさかのぼることができる。実施は 1927 年であったが、1922 年に工場労働者などを対象とした健康保険法が制定された。1930 年代になると、農林漁業時従事者などを対象とした国民健康保険が任意加入の形で実施された。また、販売、金融、保険などのホワイトカラーを対象とする職員健康保険法、船舶の乗組員を対象とした船員保険法が制定された（実施は 1940 年）。前者は 1942 年に健康保険に統合された。後者は医療、年金などの社会保険の給付を一つの制度で行う総合保険であり、現在も制度が続いている。

第二次世界大戦後になると、皆保険への動きがあった。1958 年には国民健康保険法が改正され、実施も任意であった制度が全国の市町村で実施、加入も強制となった。この改正法の内容は 1961 年に全国で実施され、すでに存在した勤め人向けの健康保険と合わせて皆保険が達成された。つまり職業についていない者が多くなる高齢者も医療保険制度でカバーされたことになる。1970 年代以降は高齢化に対応した制度創設や改革が行われた。まず、1973 年の老人医療費無料化では、高齢者の医療費の自己負担を税財源で補助する仕組みが国の制度として全国で実施された。その後の高齢化、医療費の増加、特に高齢者が多い国民健康保険での負担増加に対応するために、1982 年に老人健康保健法が制定され、（原則 70 歳以上の）高齢者の医療費を医療保険間で負担しあう仕組みとしての老健制度が導入され（実施は 1983 年）、税財源からの補助もその中で導入された。老健制度は高齢者の医療費を社会全体で支える仕組みとして長年機能してきた（対象者は原則 75 歳に引き上げられた）。しかし、制度の複雑さもあり、高齢者の医療費の負担について世代間の支えあい、公費負担（社会インフラとしての支え）、高齢者自身の負担も明確にした制度として、2008 年に（原則 75 歳以上を対象）後期高齢者医療制度が実施された。

⁶ 東アジアの医療を含む社会保障制度の沿革は増田・金（2015）を参照。医療保険制度の全体像は、増田・小島・李（2021）参照。

表2 医療制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1920年代	1922年 健康保険法（実施は1927年）			
1930年代	1938年 国民健康保険法（任意加入） 職員健康保険法（1942年に健康保険に統合） 1939年 船員保険法			
1940年代	1940年 船員保険実施			
1950年代	1958年 国民健康保険法改正（全国で実施、強制加入）		1951年 労働保険条例	1950年 労工保険 軍人保険 1958年 公務人員保険
1960年代	1961年 国民健康保険全国で実施【皆保険】			
1970年代	1973年 老人医療費無料化	1977年 国民健康保険		
1980年代	老人健康保健法（老健制度の実施は1983年）	1989年 地域医療保険【皆保険】		1980年 私立学校教職員保険 1989年 農民健康保険
1990年代			1996年 従業員医療保障制度 1998年 都市従業員基本医療保険	1995年 全民健康保険（すべての社会保険の医療保険部分を統合し、全住民が加入）【皆保険】
2000年代	2008年 後期高齢者医療制度（老健制度の廃止）	2000年 国民健康保険（すべての医療保険を統合） 2003年 医療財政の統合	2003年 新型農村合作医療制度 *a 2007年 都市住民基本医療保険 *b	
2010年代			2016年 都市・農村住民基本医療保険（*aと*bを統合した制度）	2011年 全民健康保険法改正（二大健保）
2020年代				
現在の制度イメージ				

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。皆保険の達成は、制度上すべての国民や住民が医療制度でカバーされた時点を指す。

その他に医療保険制度の改革は多く行われたが、制度創設に限って言えば1970年代は高齢化に対応した施策が実施されてきた。

その結果、現在の日本の医療制度を表の下部のイメージ図で見ると、原則75歳以上の者を対象とする後期高齢者医療制度があり、会社などに雇用されている者とその家族は健康保険、自営業者などは国民健康保険、公務員などは共済組合がある。つまり、年齢と職業

に応じた医療保険制度に加入することで、高齢者を含めたすべての者を医療保険でカバーする皆保険の体制が保たれている。なお、生活に困窮した者には医療保険ではなく、生活保護で対応する。

次に韓国の医療保険制度の整備の大きな動きは 1970 年代から始まる。1977 年に国民健康保険が創設されるが、自営業者などの地域住民は加入対象者ではなかった。その後、1989 年に彼らを対象とした地域医療保険が実施されることで、制度上は皆保険が達成された。しかし、保険者が多いなどの医療保険財政の上での課題に直面した。韓国政府は医療保険者を統合することでこれに対応した。2000 年にすべての医療保険が国民健康保険に統合された。医療財政面での統合は 2003 年であるが、韓国では単一の医療保険制度で高齢者を含むすべての人々をカバーするという制度となった。その制度イメージは表 2 の下の図のとおりであるが、日本と同様に生活に困窮した者には、医療扶助という日本の生活保護制度にある医療扶助に相当する仕組みで対応するが、そのほかの者は年齢、職業に関係なく国民健康保険でカバーする。

中国の医療保険制度の整備は 1990 年代以降に急速に進む。1951 年に労働保険条例が制定されるが、医療保険としての制度は 1990 年代から整備が始まる。具体的には 1996 年に従業員医療制度が創設されるが、現在も存在する制度としては、1998 年に都市の雇用者を対象とする都市従業員基本医療保険が創設される。自営業者や農民を対象とする医療保険制度は 2000 年代に創設された。具体的には 2003 年創設の新型農村合作医療制度、2007 年創設の都市住民基本医療保険である。それぞれ、農村、都市の住民が対象となる。ここで言う住民とは雇用者以外の者を指す。2010 年代に入った 2016 年には、新型農村合作医療制度と都市住民基本医療保険が統合された。これが、都市・農村住民基本医療保険であり、現在に至っている。現在の中国の医療保険制度のイメージは表の下部の通りであるが、都市、農村という居住地域、従業員か否かという職域によって加入すべき医療保険が異なる。しかもこれらの医療保険は北京市や浙江省といった地域別に運営されている。さらに、公務員には別制度で医療保障が行われている。中国は、このような複雑に分かれた制度で皆保険を目指している。

さらに台湾の医療保険は 1950 年代にまでさかのぼることができる⁷。台湾の社会保険は総合保険（医療、年金などを一つの制度から給付）で始まった。1950 年の労工保険、軍人保険ではそれぞれ、企業に雇用される者、軍人が対象の制度であった。特に労工保険は大企業の雇用者が中心であった。1958 年に公務員を対象とした公務人員保険（公務員を対象とした総合保険）が創設された。つまり、公務員や軍人、大企業の雇用者を優先した社会保険制度の構築であった。その後 1980 年代に入るとこれらの制度の対象でない者をカバーする社会保険や医療保険が創設される。表にあげた主なものとして、1980 年に創設された私立学校教職員保険（私学教職員が対象の総合保険）、1989 年の農民健康保険（年金も給付）がある。その結果、1950 年代に創設された総合保険や、そのほかの社会保険制度、医療保険制度が乱立し、制度が複雑になった。また、医療保険制度の対象でない自営業者などが加入しやすい制度に入るなどの問題が発生した。このような状況に対して、台湾でも医療保険の統合が行われた。労工保険などの総合保険からは医療給付部分、それ以外の医療保険を統合する形で、1995 年に全民健康保険が創設された。2011 年に「二台健保」と呼ばれる全民健康保険法の改正が行われ現在に至っている。表の下部にまとめた台湾の医療保険の制度イメージでは、全住民を全民健康保険でカバーする形になっている。韓国と類似するが、日本の生活保護に相当する社会救助の受給者もこの医療保険に加入する点が異なる。

b) 東アジアの UHC の達成度（医療保険人口カバー率と公共部門負担率）

上記より東アジアの各国・地域では、それぞれ医療保険制度の創設の経緯があり、皆保

⁷ 台湾の社会保険制度の沿革は、広井・駒村（2003）を参照。

険を達成、これを目指してきている。実際に東アジアの UHC 達成の程度を、医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門負担割合を、日本、韓国、中国、台湾について、利用可能な統計データを用いて算定し、図1のようにまとめた⁸。図の横軸は医療保険人口カバー率であり、つまり医療保険に加入している人口を総人口で割った数値である。この数値は各国・地域が公表する公的統計を用いて算定した。縦軸は保健医療支出の公共部門負担割合であり、台湾以外は OECD の”Health Statistics”、台湾はの統計を用いた。つまり、OECD の基準で把握された保健医療支出のうち、社会保険などの公的な制度から支出される費用の割合を算定した。この図の年次は、利用可能な統計が利用できる年次、東アジアの比較を一覧できることを考慮して決定した。そのため、国や地域によって年次が異なるが、おおむね 1980 年から 2000 年が起点年であり、終点は 2021 年から 2024 年の間である。両者の組み合わせた時系列データのグラフを作成したので、右上に行くほど、医療保険による人口のカバレッジ、医療費の公共部門の負担の程度が上がることを意味する。

図1からわかることとして、日本は 1980 年から 2023 年にかけて、医療保険人口カバー率はほぼ 100%であり、保健医療支出の公共部門負担割合も 1980 年の 71.3%から変動を持ちつつも上昇し、2022 年に 86.0%に達している。韓国では、医療保険人口カバー率は 1980 年には 24.2%に過ぎなかったが、1985 年に 44.1%、皆保険達成直後の 1990 年には 93.7%に達した。その後は若干の変動を持ちつつ上昇し、2024 年には 99.4%に達している。保健医療支出の公共部門負担割合も 1980 年の 20.1%から 1990 年には 40.3%に達した。その後も変動を持ちつつも上昇し、2024 年に 60.0%に達している。台湾は 1991 年の医療保険人口カバー率は 49.3%であったが、全民健康保険が実施された 1995 年には 88.6%に達している。その後もこの割合は変動を持ちながらも上昇し、2023 年には 98.1%に達している。保健医療支出の公共部門負担割合を見ると、1991 年で 47.5%であったが、全民健康保険実施の 1995 年には 71.7%と大きく上昇した。その後低下したものの、2023 年では 58.0%となっている。中国は UHC の達成に向け短期間でこれらの数値が大きく上昇している。医療保険人口カバー率は 2000 年で 3.0%であったが、2015 年は 48.1%となり、その後も急速に上昇し 2021 年には 96.1%に達している⁹。保健医療支出の公共部門負担割合は、2000 年の 22.0%から 2015 年の 60.2%まで大きく上昇し、その後は 50%代後半で推移し、2021 年には 54.1%となっている。

このように、医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門負担割合の組み合わせを時系列データで東アジアの UHC の達成を検証すると日本が人口のカバレッジ、保健医療支出の公的な負担の両方で 1980 年の段階で UHC の達成の程度が高い。韓国、台湾は皆保険の達成により、人口のカバレッジでは日本に近い水準に至ったが、保健医療支出の公的な負担でも 60%程度の水準であり、UHC 達成の程度では日本に次ぐ。中国は近年、医療保険の人口カバレッジを急速に高め、現在では日本に近い水準に至っている。保健医療支出の公的負担も現在では 60%付近にあり、韓国に近い水準にある。このように、人口カバレッジ、保健医療支出の公的負担の水準で UHC の達成度を検討すると、日本が先行し、韓国、台湾、中国がこれに続く形となっている。

⁸ UHC とは、WHO の定義によると「経済的な困難に見舞われることなしに、質の高い医療サービスにすべての住民がアクセスできる状態」である。その要素として、①医療保険制度がカバーする対象者の人口に占める割合、②医療保険が給付する医療サービスの種類、③医療保険が給付する医療費の程度（自己負担の割合）、の 3 つがある。本研究では、公的統計による把握が容易な①と②に着目して UHC の達成度を検討した。UHC の定義は以下を参照。https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1（2026 年 4 月 8 日確認）

⁹ 都市・農村住民基本医療保険の被保険者数の伸びが顕著であり、2016 年の 4 億 4860 万人から 2021 年には 10 億 1676 万人へと急増している（中国国家统计局『中国統計年鑑 2025』による）。

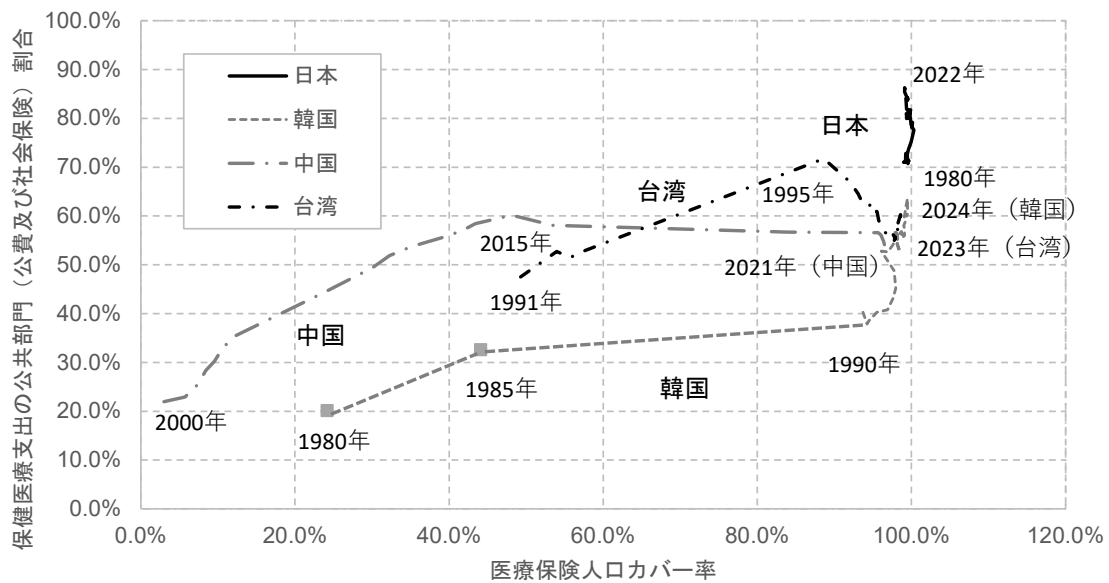


図1 東アジアにおける医療保険人口カバー率と保健医療支出の公共部門割合

出所：医療保険人口カバー率は各国・地域の公的統計から算定。保健医療支出の公共部門負担割合は、日本、韓国、中国はOECD “Health Statistics”、台湾は衛生福利部「中華民國112年國民醫療保健支出」をもとに算定。

注：韓国の1990年以前は1980年、1985年のみ。

(3) 年金制度によるカバレッジ

a) 年金保険制度の創設と皆年金

年金保険制度は、高齢、遺族、障害といった場合にその基本的な生活を保障するための仕組みである。就労する現役世代に年金保険に加入して保険料を納め、保険料を一定期間以上納める、高齢に達するなどの条件を満たしたときに、年金を受け取る権利が発生する。つまり、年金制度は社会保険方式をとる限り、世代間の支えあいである。そのため、現役世代の年齢から公的年金制度にカバーされることが、高齢期などにおける所得保障を公的に行うことが可能である。そこで、表3では東アジアにおける高齢者対策としての年金制度の創設、大きな改革についてまとめた。そして、この表の最下部には日本、韓国、中国、台湾の現在の年金制度のイメージ図をまとめた¹⁰。

まず日本の年金制度の源流ともいえる制度は1870～1880年代にさかのぼることができる。1875年の陸軍、海軍の恩給制度、1880年の官吏恩給制度である。ただしこれらは、軍人や官僚の国への貢献に対して支払われる性格のものであり、給付と負担の関係で成り立つ年金保険とは異なる。恩給制度は1923年の恩給法、1924年の私立中等学校恩給の制度につながる。社会保険としての年金制度は、1940年の船員保険、1942年の労働者年金、1944年の厚生年金の制度創設がその起源となる。特に、1942年創設の労働者年金は工場などの男性労働者を対象としたものであり、1944年にホワイトカラーや女性の雇用者も対象とした厚生年金に改組される。つまり、高齢期の所得保障の年金制度は第2次世界大戦前から整備されていた。

第2次世界大戦後の年金制度の整備としての特に大きな出来事は、1961年の国民年金の創設である。企業などに雇用される者は厚生年金に加入するが、農林漁業従事者、自営業者などには公的年金制度が存在しなかった。国民年金が創設されることで、自営業者など

¹⁰ 東アジアの年金制度についても、前掲6の増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）を参照。

が公的年金でカバーされることになった。つまり、1961年に日本では、職業に応じて厚生年金、国民年金のどちらかに必ず加入するという皆年金が制度上達成された。皆年金が達成されても、年金支給水準が十分でないといった課題があった。これに対しては例えば1973年に年金額を物価上昇率にあわせて改定する物価スライド制が導入された。また、職業により加入する年金制度が異なるという状態にあったが、1986年の年金制度改正で国民年金が基礎年金として位置づけられ、厚生年金加入者も国民年金第2号被保険者として基礎年金に加入するという、全国民共通の制度ができた。その後、1989年には年金の完全物価スライド制の導入、1994年や2000年の年金制度改正での年金支給開始年齢の引き上げ、2012年の年金制度改正での被用者年金の一元化（公務員の共済組合（年金給付）を厚生年金に統合）、年金受給資格期間の短縮（25年から10年へ）が行われた。また2016年には短時間労働者の厚生年金適用拡大が行われた。他にも多くの改革が行われたが、高齢化の中で皆年金の体制を維持し、制度を持続可能にする努力が続けられてきた。現在の制度イメージを表の下部のイメージで見ると、全国民共通の国民年金が基礎年金としてあり、官民の雇用者は報酬比例部分としての厚生年金がある。他に企業年金、個人年金があるが、公的年金制度としては2階建ての制度で全国民をカバーし、高齢期などの暮らしを支えている。

次に韓国の公的年金制度は1960年代から整備が始まった。1960年の公務員年金、1963年の軍人年金の創設である。その後の1975年に私立学校教職員年金が創設されたが、自営業者などは年金制度の対象外であった。1988年に国民年金が創設され、自営業者などもこの制度でカバーされることになった。この時点で韓国では皆年金が制度上達成された。その後の韓国では、年金制度の改正が行われ、高齢者などの所得保障制度としての持続可能な年金制度構築の努力が続けられている。特に、年金が少ない、年金がないために低所得である高齢者を対象とした仕組みとして基礎年金が2014年に導入され、税財源で基礎年金が支給されている。現在の制度のイメージ図を表の下で見ると、韓国の年金制度は職業などの立場により制度が分かれる形になっている。民間の勤め人、自営業者は国民年金でカバーされる。

表3 年金制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1870～ 1910年代 1920～ 1930年代	1875年 陸軍、海軍恩給制度 1880年 官吏恩給制度 1923年 恩給法			
	1924年 私立中等学校恩給 1940年 船員保険 1942年 労働者年金 1944年 厚生年金			
1950年代			1951年 労働保険条例	1950年 労工保険、軍人保険 1958年 公務人員保険
1960年代	1961年 国民年金【皆年金】	1960年 公務員年金 1963年 軍人年金		
1970年代	1973年 年金額の物価スライド制導入	1975年 私立学校教員年金		
1980年代	1986年 1986年年金改革（基礎年金創設など） 1989年 完全物価スライド制の導入	1988年 国民年金【皆年金】		1980年 私立学校教職員保険 1989年 農民健康保険
1990年代	1994年 年金制度改正（厚生年金定額部分の支給開始年齢引き上げなど）		1997年 都市職工基本養老保険	1994年 中低收入老人生活津貼
2000年代	2000年 年金制度改正（厚生年金報酬比例部分の支給開始年齢引き上げなど）		2009年 農村住民基本養老保険*a	2002年 敬老福利生活津貼 2008年 国民年金【皆年金】
2010年代	2012年 年金制度改正（老齢年金の受給資格期間短縮、被用者年金一元化など） 2016年 年金制度改正（短時間労働者への厚生年金適用拡大の推進など）	2014年 基礎年金導入（低所得高齢者を対象とする税財源の仕組み）	2011年 都市住民基本養老保険*b 2014年 都市・農村住民基本養老保険（*aと*bを統合） 2015年 公務員の年金を都市職工基本養老保険に統合	
2020年代				
現在の制度イメージ	1961年に皆年金を達成	1988年に皆年金を達成	職域別の年金保険	2008年に皆年金を達成

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。

一方で公務員、教職員などは特殊職域年金と呼ばれる別の制度でカバーされる。公共部門、民間部門で年金制度が分かれる仕組みであるが、年金制度の整備が日本よりも遅かったことなどを背景に、低所得（年金がないまたは少ない）高齢者が多い。彼らに対する税財源での年金制度として「基礎年金」がある。このように、年金保険制度が分立し、税財源での制度が混在する点では韓国の年金制度は日本よりも複雑である。

中国の年金保険制度の整備は医療保険と同じように、1990年代以降に急速に進む。1951年に労働保険条例が制定されるが、年金保険（正式名称は養老保険）としての制度構築は

1990年代から始まる。例えば、1997年に都市職工基本養老保険が創設され、都市部の労働者（雇用者）を対象とする年金制度ができた。その後、2009年に農村住民基本養老保険が創設され、農村に住む農民などの雇用者以外の者を対象とした年金制度ができた。都市部の労働者以外（自営業者等）を対象とする年金制度は、2011年に都市住民基本養老保険が創設されることで整備された。その後医療保険と同様に、雇用者以外の「住民」を対象とする年金制度は統合される。具体的には2014年に都市住民基本養老保険と農村住民基本養老保険が統合され、都市・農村住民基本養老保険が創設された。翌年の2015年には公務員の年金が都市職工基本養老保険に統合されている。現在の中国の年金制度のイメージは表の下部の通りであるが、都市の雇用者、都市、農村の住民（雇用者以外の者）で制度が大きく分かれている。しかし、医療保険と同様に、年金制度も北京市や広東省といった地域別に分かれている。そのため、中国の年金制度も、地域と職域で細かく分かれた制度で、皆年金を目指している。

さらに台湾の年金制度は、医療保険と同じように1950年代にまでさかのぼることができる。これは台湾の社会保障制度が総合保険で整備され始めたことによる¹¹。1950年創設の劳工保険、軍人保険、1958年創設の公務人員保険で、大企業を中心とした雇用者、軍人、公務員が年金制度でカバーされた。その後1980年代に入ると、医療保険の整備と同様にこれらの制度の対象でない者をカバーする年金制度（年金給付を行う総合保険）が創設される。例えば、1980年創設の私立学校教職員保険、1989年創設の農民健康保険が該当する。しかし、医療保険のように制度を統一することはなかった。つまり、年金制度¹²が複数存在する一方で、自営業者などを対象とした年金制度が存在しないという状態であった。年金がなく、そのほかの収入もないか少ないために低所得である高齢者を対象とした福祉手当が年金制度を補完していく。具体例として、1994年に創設された中低收入老人生活津貼（中低所得高齢者生活手当）、21002年に創設され、後述する国民年金の実施までの制度として機能した敬老福利生活津貼（敬老福祉生活手当）が該当する。これらは税財源の福祉手当として無年金高齢者を中心とした、低所得の高齢者の暮らしを支える制度となり現在に至る。そして、従来の年金保険の対象でない自営業者などを対象とした年金制度として、2008年に国民年金が創設された。この時点で台湾の皆年金が制度上達成された。年金制度改革は台湾でも重要な課題であり、皆年金実現後も制度改革が続いている。表の下部にまとめた台湾の現在の年金制度のイメージでは、低所得の高齢者を対象とした税財源での各種の福祉手当が基盤として（台湾当局の表現では第0層）存在する。その上部に職業別に年金制度が分かれている。具体的には、国民年金（自営業者など）、劳工保険（民間の雇用者）、公共人員保険（公務員や公立・私立の教職員）、軍人保険、農民健康保険（農業団体に加入している農民など）である。これらが高齢期の所得保障の第1層として存在する。この図にはないが、退職金制度、企業年金や個人年金がこれらのさらに上層に位置付けられている。このように台湾の年金制度は職業別に分立した制度であり、これに税財源の福祉手当が加わるという韓国に類似した複雑な仕組みである。

b) 東アジアの皆年金の達成度（年金制度被保険者の人口カバー率）

年金制度についても、東アジアの各国・地域にはそれぞれ制度創設などの経緯があり、現在の制度イメージもそれぞれの特徴がある。ただし共通することとしては、すべての人々を年金制度でカバーする、その状態を持続させる努力がなされてきたことであろう。東アジアにおける年金制度のカバレッジを、年金加入者（保険料を支払う側）の人口カバー率でみてみよう。年金受給者の側で見ない理由は、①年金制度が整っていない時代の高

¹¹ 前掲7の広井・駒村（2003）を参照。

¹² 1995年に全民健康保険が創設されると、医療、年金などの給付を行っていた総合保険である、劳工保険などは、年金、労働関係の給付などに特化していく。農民健康保険は現在も存続するが、年金給付が主体の制度として機能している。

齢者がいること、②年金加入者はやがて年金を受け取る側に回るため、高齢期などの備えとして年金制度に守られている人の割合を見る方がよいこと、によるものである。図 2 では、公的年金制度によるカバレッジを、公的年金制度加入者数を 15～64 歳人口で割った算定した数値で、日本、韓国、中国、台湾についてまとめた。図の横軸は年次であるが、縦軸は公的年金制度に加入している者の数を、15～64 歳人口で割ったものである。公的年金制度への加入は、例えば日本の国民年金が原則として 20 歳から 60 歳までとしているように、15～64 歳人口と厳密に一致しない。しかし、生産年齢人口とされるこの年齢階級の人口を現役世代の人口とみなして分母にした。そのため算定した数値が 100%を超えることがあり得る。年次は 2000 年から 2024 年で統一した。グラフが右上に行くほど、公的年金制度による人口カバレッジが大きくなることを意味する。そして、なお、数値の算定は各国・地域が公表する公的統計を用いた。

図 2 からわかることとして、日本は 2000 年から 2024 年にかけて、公的年金制度の人口カバレッジは 80%台で推移している。具体的には、2000 年の 81.6%から 2024 年の 91.6%へと推移している。分母となる 15～64 歳人口の中には、年金制度の対象でない年齢（例、15～19 歳の学生・生徒等雇用されていない者）があるため、これを考慮すると就労しているものはほぼ公的年金制度でカバーされていると考えられる。韓国の公的根金制度の人口カバレッジは、日本よりも低く、2000 年で 51.9%であり、その後は少しずつ上昇するが、2024 年では 65.0%にとどまる。日本と同じように若年層で年金制度の対象とならない者がいることが考えられるが、年金制度でカバーされない人口の存在が示唆される。台湾では、公的年金制度の人口カバレッジは、2000 年から 2007 年にかけては 50%台であり、2000 年の 54.6%、2007 年の 56.6%と韓国とあまり変わらない水準であった。2008 年に国民年金が実施されると、この数値は上昇し、2008 年に 81.4%に達した。その後は 80%台で推移し 2024 年には 86.6%となっている。国民年金創設後の 2008 年以降は、日本に近い水準である。15～64 歳人口の中に年金制度の対象でない年齢の者がいることを考えると、年金に加入すべき者はおおむねカバーされているように考えられる。年金加入者が大きく伸びたのは中国である。中国の公的年金制度の人口カバレッジは、2000 年で 15.3%、2009 年で 24.2%であった。しかしこの年に農村住民基本養老保険が創設され、2011 年に都市住民基本養老保険が創設されたことで、この数値は大きく上昇した。具体的には 2012 年に 78.2%に達しており、2009 年から 50%ポイント以上の上昇である。その後もこの数値は上昇し、2024 年では 111.1%となっている。15～64 歳の人口と年金制度加入対象者の年齢に大きなずれがあることなどが考えられる。しかし、中国で公的年金加入者が大きく増えたと考えられることはできる。

このように、公的年金制度への人口カバレッジは、日本と台湾で 80～90%で年金加入対象者がほぼカバーされていると考えられ、韓国がそれに次ぐ状態である。中国は独特の変化を見せており、年金加入者数でみれば公的年金制度のカバレッジが急速に進んでいると考えられる。

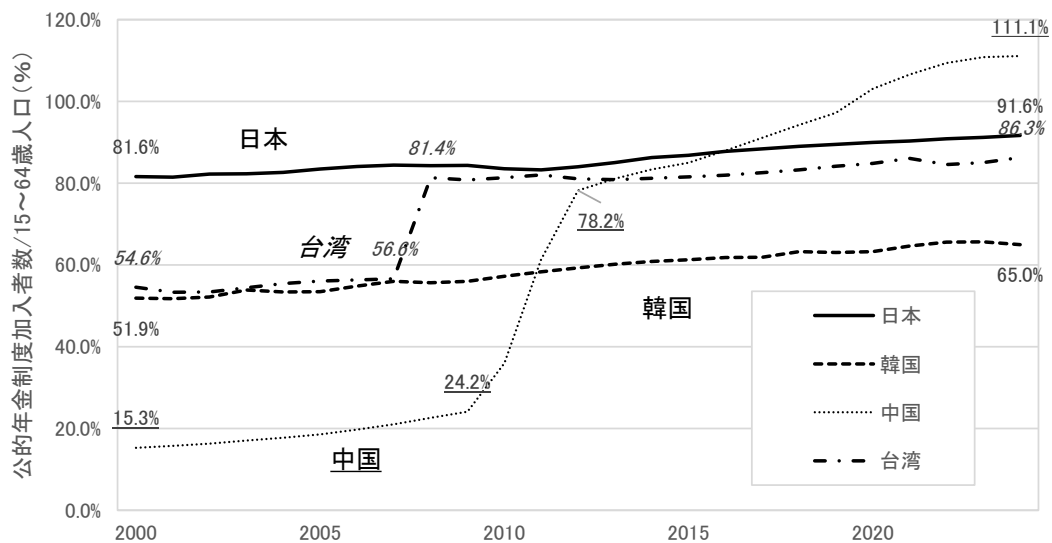


図2 東アジアにおける公的年金制度のカバレッジ
(加入者数の15～64歳人口比)

出所：日本は総務省統計局『人口推計』、厚生労働省資料、韓国は国家データ庁資料、公務員年金、軍人年金および私学年金の統計、中国は国家统计局データ、台湾は内政部、労働部勞工保険局、台湾銀行データによる。

注：各国・地域とも主要な制度の加入者数。韓国の1991年～2014年は軍人年金加入者数を含む。

(4) 介護

介護制度（または介護保険制度）は、高齢化と社会の変化に伴って整備されたため、医療や年金よりも歴史が浅い制度のように考えられる。しかし、高齢者福祉、困窮した高齢者への支援であるいわゆる貧困対策の一環としての歴史までを考えると、ある程度長い歴史をたどることができる。そこで、表 4 では、東アジアにおける高齢者対策としての介護制度の動きを、貧困対策の一環の時期、高齢者福祉制度の時期、独立した介護制度（介護保険制度）の創設までの見通す形でまとめた¹³。

まず日本の介護制度は、1929 年の救護法にまでさかのぼることができる。救護法は現在の生活保護につながる貧困対策の制度である。この法律で、生活に困窮した高齢者、障害などで保護を必要とする者のための施設として「救護施設」が規定され、特に高齢者介護については現在の養護老人ホームにあたる養老院が含まれていた。こうした救護施設は第 2 次世界大戦後に制定された（旧）生活保護法（1946 年）、（新）生活保護法に引き継がれた。つまり、高齢者介護は生活に困窮した者を保護するための貧困対策として展開された。

高齢者介護が高齢者福祉として独立した政策分野になるのは、1963 年に老人福祉法が制定されることによる。このときに特別養護老人ホームが制度化された。またその前年の 1962 年には訪問介護事業が制度化される。高齢者福祉が独立した政策分野になるが、介護の面ではサービスや予算が十分でなかった、高齢者の介護は家庭で行うべきものという意識が強く、高齢者介護サービスの充実が 1970 年代以降になる¹⁴。1970 年代に入ると、特別養護老人ホームなどの高齢者介護施設が整備された。1970 年の社会福祉施設緊急整備 5 カ年計画によるものである。また、1978 年にはショートステイ、1979 年にはデイサービスが制度化された。1980 年代に入ると、介護施設に加え、居宅、通所の介護サービスの整備が

¹³ 東アジアの介護を含む社会保障制度の沿革は前掲 6 の増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）を参照。

¹⁴ こうした背景は厚生省『平成 12 年版厚生白書』が詳しい。

行政プランをもとに進められた。1986 年の老人福祉法改正の他、1989 年のゴールドプラン、1994 年の新ゴールドプラン、1999 年のゴールドプラン 21 により、介護サービス提供体制の整備が続けられた。一方、高齢者介護ニーズは税財源による高齢者福祉、社会保険による医療制度の両方にまたがる。そのため、医療、社会福祉の両方のニーズに対応し、安定した介護費用の確保を社会全体で進める必要から、新たな介護制度が検討され、1997 年に介護保険法が制定され、2000 年に実施された。

その後は介護保険を中心とした介護制度が展開され、特に介護保険法の複数回の改正を通じて、介護予防サービスの創設、地域包括ケアの推進などが進められている。

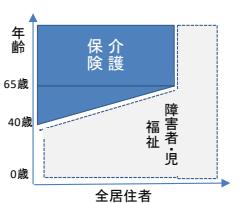
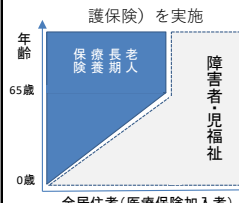
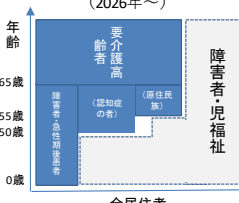
その結果、現在の日本の介護制度を表 4 の下部のイメージ図で見ると、40 歳以上の者を対象とする介護保険があり、特に 65 歳以上の者の介護ニーズに対応している。その他の年齢や介護保険に該当しない介護サービスは障害者・児福祉で対応する。つまり、日本の介護制度は高齢者を中心としている。

次に韓国の介護制度の動きをみると、貧困対策の一環の時期がある。第 2 次世界大戦中の 1944 年制定の朝鮮救護令（日本本土の救護法に相当）、第 2 次世界大戦後の 1961 年の生活保護法がある。高齢者福祉が独立した政策分野になったのは、1981 年の老人福祉法の制定である。この法律は日本より 18 年後の制定である。その後、この法律は 1997 年に改正されるが、介護保険の創設は 2000 年代になる。具体的には 2008 年に老人長期療養保険（介護保険）が創設された。これは日本より 8 年後である。その後は老人長期療養保険を中心とした介護制度であるが、老人福祉館などの老人福祉法によるサービスも活用される形で展開される。医療、介護の連携についても日本と変わらないペースで進められ、特に 2023 年からモデル事業として行われていた、医療・療養・介護などの統合支援制度が 2026 年から実施されている。韓国の介護制度のイメージは表 4 の下の図のとおりであるが、老人長期療養保険は 0 歳からの加入であるが、介護給付は 65 歳以上の者がほとんどである。国民健康保険に加入する者をすべて被保険者にする仕組み（64 歳以下の者は介護保険料徴収できるという位置づけ）であるため、このような制度イメージとなる。

韓国と同じような時期に、高齢者福祉、介護制度の構築を進めているのが台湾である。台湾でも貧困対策の一環として介護を含む高齢者福祉が行われていた時期があった。具体的には、第 2 次世界大戦前の 1904 年に台北仁濟院、台湾慈恵院および澎湖普濟院規則が発出された。これは当時台湾を治めていた台湾総督府によるものであるが、清代に起源をもつ福祉施設に関する規定である。生活に困窮した、ケアが必要な高齢者などを対象とした施設である。1921 年に台湾総督府は依命通達を出し、社会の安定を目指した統治方針を打ち出した。高齢者福祉に関係する内容として救護施設の充実などが示された¹⁵。

¹⁵ 第 2 次世界大戦前的高齢者福祉を含む台湾の社会福祉の歴史は、上村（編著）（2020）を参照。

表4 介護制度の動き（制度創設等）と現在の制度イメージ

年代	日本	韓国	中国	〔台湾〕
1900～ 1910年代				1904年 台北仁済院、台湾慈恵院 および澎湖普済院規則
1920～ 1930年代	1929年 救護法		1928年 各地方救済院規定	1921年 依命通達
1940年代	1946年 (旧)生活保護法	1944年 朝鮮救護令	1943年 社会救済法 1949年 民政救済	
1950年代	1950年 (新)生活保護法		1950年 「単位」「人民公社」による 生活保障 代～ 救済院、生産教養院の設置 1956年 五保制度	
1960年代	1962年 訪問介護事業 1963年 老人福祉法	1961年 生活保護法	1961年 社会福利院	
1970年代	1970年 社会福祉施設緊急整備5カ年 計画 1978年 ショートステイ 1979年 デイサービス			
1980年代	1986年 老人福祉法改正 1989年 ゴールドプラン	1981年 老人福祉法	1980年 「人民公社」解体（改革・開 代～ 放）	1980年 老人福利法
1990年代	1994年 新ゴールドプラン 1997年 介護保険法制定 1999年 ゴールドプラン21	1997年 老人福祉法改正	1993年 コミュニティサービス事業の 発展を求める意見 1994年 農村五保供養工作条例	1997年 老人福利法改正 1998年 加齢老人安養服務方案 老人長期照顧三年計画
2000年代	2000年 介護保険実施 介護保険法改正（介護予防事 業、地域密着サービスの創設 など） 2005年	2008年 老人長期療養保険（介護保 険）実施	2001年 星光計画	2002年 照顧服務福利及産業發展 方案 2007年 長期照顧十年計画
2010年代	2011年 介護保険法改正（地域包括ケ アシステムの推進など） 2018年 介護保険法改正（介護医療院 の創設など）		2013年 養老サービス事業の発展の加 速に関する若干の意見 2016年 介護保険パイロット事業	2017年 長期照顧十年計画2.0
2020年代		医療・療養・介護などの統 合支援制度実施（2023年 からモデル事業）	2020年 介護保険パイロット事業拡大 国家医療保障局「国家介護保 険サービス目録（試行実施 用）」 2025年 民政部・財政部「中等度要 介護高齢者の介護サービス利用 補助に関する通知」	2026年 長期照顧十年計画3.0
現在の制 度イメ ージ	2000年に介護保険を実施 	2008年に「老人長期療養保険」（介 護保険）を実施 	29都市で介護保険モデル事業（都 市従業員基本医療保険の仕組みを 活用など多様な仕組み）	税方式の制度。長期照顧十年計3.0 (2026年～) 

出所：厚生労働科学研究「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」（2020年度～2022年度、研究代表者：林玲子）の資料をもとに、増田・金（2015）、増田・小島・李（2021）などをもとに加筆して作成。

第2次世界大戦後は高齢者福祉に関する目立った動きは見られなかったが、1980年に老人福利法が制定され、高齢者福祉の対象者の年齢（70歳以上）、高齢者福祉の枠組みが定められた。この法律の制定は韓国とほぼ同じであり、1980年代に高齢者福祉が独立した政策分野になった。1997年に老人福利法が改正され、高齢者福祉の対象となる年齢の引き下

げ（70 歳から 65 歳に）、高齢者福祉サービスの明確化などが行われた。

高齢者介護に関する施策の動きは 1990 年代終わりから進み始めた。1998 年の加強老人安養服務方案、老人長期照護三年計画では、2002 年の照顧服務福利及産業發展方案在宅などの高齢者介護サービスの充実が進められた。台湾の高齢者や障害者の介護サービス提供の政策プランとしては、2007 年に「長期照顧十年計画」が策定された。この計画では、高齢者や中高年の認知症患者などを対象に、要介護認定を経て介護が必要とされた人に、施設、在宅、通所の介護サービスを提供するというものである。財源は公費（税財源）でまかなうが、日本の介護保険のような要介護認定（基準は台湾独自開発のもの）、自己負担もある。この計画の実施により、介護サービスの提供、利用が増えたが、2017 年に後継の計画である「長期照顧十年計画 2.0」が策定、実施された。この計画では前の計画を引き継ぎつつ、地域密着のケアサービスの充実（介護事業所間の連携）、家族介護者支援の充実などが盛り込まれた。この計画により、介護サービス、特に地域密着の介護サービスが増加し、介護サービスの利用、費用も大きく増加した。2026 年からはさらに後継の計画である「長期照顧十年計画 3.0」が実施されている。この計画では、医療との連携、リハビリの重視、ICT 技術の活用など、これまでの計画をさらに充実させる方向となっている。

台湾の介護制度のイメージは表 4 の下部にまとめたとおりである。税財源の制度であるが、65 歳以上の要介護者を中心に、0 歳から 64 歳までの障害者（児）、急性期後の患者、50 歳以上の認知症患者、55 歳以上の原住民族の住民も長期照顧十年計画 3.0 でカバーしている。つまり、高齢者だけでなく若年障害者なども対象とする点では、日本や韓国よりも対象者の幅が広い。ただし、この計画の対象でない支援ニーズについては、障害者福祉で対応する。

中国の介護制度も貧困対策の一環の時代、計画経済下での生活保障、改革開放以降の高齢社会福祉の推進、介護保険パイロット事業の実施と大きな変化を経験している。まず、第 2 次世界大戦前の 1928 年の各地方救済院規定、1943 年の社会救済法といった貧困対策の規定で、生活に困窮してケアが必要な高齢者に対応していた。1949 年に今の中国になったが、この年には民政救済という制定されるが、1950 年代以降は「単位」（職場）、「人民公社」（農村）による、集団での生活保障となった。1956 年には五保制度ができ、身寄りがいない人（高齢者など）が社会的な保護の対象とされた。1961 年には社会福利院が創設され、生活に困窮した福祉施設として現在も存在する。

1980 年代以降は改革・解放が進み、人民公社の解体、国営企業の民営化など、職場や農村地域での生活保障の仕組みがなくなる。その一方で 1990 年代以降、介護などの高齢者福祉構築への動きが始まる。例えば、1993 年には「コミュニティサービス事業の発展を求める意見」が発出され、2001 年には「星光計画」の下で介護サービスの整備が進められる。2013 年には「養老サービス事業の発展の加速に関する若干の意見」が発出された。その 3 年後の 2016 年には「介護保険パイロット事業」が開始された。中国の都市の中から 15 都市（その後 29 都市に拡大）を指定して、各都市に政府の方針に基づく介護保険のパイロット事業が実施された。2020 年代の全国的な実施を目指していたが、パイロット事業はその後も続き、2020 年に対象地域が 29 都市に拡大され、現在に至っている。なお 2025 年には、国家医療保障局「国家介護保険サービス目録（試行実施用）」、民政部・財政部「中等度要介護高齢者の介護サービス利用補助に関する通知」が発出された。前者は介護保険の全国的な実施を見通した、公的介護制度での介護サービス項目の明確化を指示した。後者では介護サービス利用の促進を目指し、介護サービスの自己負担への補助を行うものである。中国の介護制度は、全国共通のイメージを描くことは困難である。それは、介護保険がパイロット事業段階であり、その内容には都市による違いが大きいためである。中国の介護保険パイロット事業から、その特徴をまとめると「都市従業員基本医療保険の仕組みを活用するなどの多様な仕組み」ということができる¹⁶。

¹⁶ 中国の介護保険パイロット事業の詳細は、万・小島（2022）参照。

IV. 考察

東アジアの高齢者対策について、①高齢者対策全般、②医療、③年金、④介護の4つを取り上げ、その経緯と、②～④については現在の制度イメージを概観した。どの分野でも各国・地域それぞれの動きが見られた。①の高齢者対策全般では、日本が最も対策が先行し、韓国、台湾がこれに続く。中国は1980年代からさまざまな動きが見られ、例えば老人権益保障法の制定は1990年代半ばであり、決して対策が遅れている訳ではなかった。

②の医療保険制度では、日本が1961年に皆保険達成で先行し、韓国が1989年、台湾が1995年に皆保険達成で後続グループにある。これらの国や地域では、現在の医療保険加入者数の人口カバレッジは100%に近い。中国は1990年代以降に医療保険制度が整備され、人口のカバレッジでは皆保険の状態である。保健医療支出の公共部門負担割合をみると、②現在の日本は90%程度、韓国、台湾、中国は60%程度と、先行グループの日本、後続グループの韓国、台湾、中国となる。制度イメージも職業と年齢に応じた異なる医療保険に加入する日本、ひとつの医療保険で皆保険を支える韓国と台湾、地域と職業で医療保険が分かれている中国と多様である。

③の年金制度では、日本が1961年に皆年金達成で先行し、韓国が1988年、台湾が2008年に皆年金達成で続く。中国は1990年代以降に年金制度が整備された。将来の年金受給世代であり、現在保険料を負担する年金保険加入者数の15～64歳の人口に対する比で見ると、現在の日本と台湾は80%程度、韓国は60%台である。中国は100%を超える。つまり、年金制度の対象となる人はおおむねカバーできていると考えられる。制度イメージも全国民に共通の基礎年金を持ちつつ、職業による加入する年金制度が異なる日本、職業により制度が分かれ、税財源の基礎年金がある韓国、税財源の福祉手当を基層として職業別の年金制度がある台湾、地域と職業で年金制度が分かれている中国と多様である。

④の介護制度は、すべての国と地域で貧困対策の一環としての時期を含めると長い歴史がある。一方で、高齢者福祉、介護（保険）制度の創設で言うと、日本がそれぞれ1963年と2000年で先行し、韓国がそれぞれ1981年と2008年、台湾がそれぞれ1980年と2007年で後続する。中国は2016年に介護保険パイロット事業が実施されるなど後発に位置する。制度イメージも高齢者に重点が置かれた介護保険を持つ日本、全国民が加入するが給付は高齢者がほとんどである韓国、高齢者だけでなく若年障害者などもひとつの介護制度で対応する台湾、実施都市により制度内容が多様な介護保険パイロット事業を行う中国と、介護制度でも多様な制度イメージである。

ここからわかることとして、東アジアの高齢者対策は、1) 各国・地域がそれぞれの経緯がある、2) その結果構築された制度も多様である、である。高齢者対策で日本が先行し、東アジアの国や地域が日本の経験を参照しても、そのまま取り入れている訳ではない。介護保険を例にすると、韓国は日本の経験を参照し、社会保険方式の介護制度を導入した。しかし、保険者は国民健康保険公団という政府系の医療保険者であり、国営保険である（日本では市町村が保険者という地域保険）。台湾も日本の経験を参照し、多様な介護サービス提供、特に訪問介護、福祉用具や住宅改修、地域密着ケアの仕組みは日本を参考にした。一方で、財源は税財源であり、要介護認定の仕組みは台湾独自の仕組みである。つまり、経済が発展し、急速に高齢化が進み地理的に近接している東アジアの国や地域では、日本のような先行ケースを参照しても、日本を参考にする面、独自の対応をする面の両方があるといえよう。

V. 結論

上記の考察から結論としてまとめられることは以下の通りである。

高齢者対策を概観すると、東アジアの中でも各国・地域それぞれの経緯と制度の姿がある。つまり、東アジアの高齢者対策は、各国・地域による多様性がある。日本が先行し、韓国、台湾が後続、中国が後発という構図を描くことができるが、日本を参考に類似の仕組みになった、そうでない仕組みを採用したなど、日本の経験で伝えられる部分とそうでない部分があると考えられる。例えば、日本は医療、年金、介護などで社会保険方式の制度を構築してきた。特に都道府県や市町村という地方自治体の単位で制度を運営する地域保険の仕組みの経験が豊かである。この方式を機能させるには、ある程度の広さの国土があり、人口などで地域差が存在する、地方自治体の行政の仕組みや組織が整っている、国、都道府県、市町村という国と地方の連携関係が強固であるという条件が整っている必要がある。韓国はソウルをはじめ多様な地域から構成されるが、国土は日本よりも小さく、介護保険では国民健康保険公団という医療保険の政府の組織、人材を活用する方が効率的な制度運営ができる。そのため、韓国で介護保険を検討する際には、日本の経験を参考にしたが、最終的には韓国の事情も踏まえた制度になった。つまり、日本の経験がそのまま伝える、活用できるかは、その国や地域の社会経済的な条件をよく検討した上で判断する必要がある。また、日本の仕組みを現地の実情に合わせたカスタマイズも必要であろう。

日本と異なる制度内容を選んだとしても、日本の経験を参照した検討した結果である場合もあり得る。日本の経験がどのような条件で成り立つのか、成り立たない場合はどんな仕組みがよいのかというオプションも日本側から提示できることも重要かと思われる。

東南アジアなどの他の国や地域は、東アジア以上に人口、社会経済、高齢者対策などの社会保障制度の経験の多様性が大きいと考えられる。そのため、日本の経験を伝える際には、日本の仕組みがふさわしいのか、それ以外の仕組みがふさわしいのかという幅広い政策オプションが提示できることが望ましいと考えられる。

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

- 広井良典・駒村康平（編著）（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会。
増田雅暢（編著）（2008）『世界の介護保障』法律文化社。
加藤智章・西田和弘（編著）（2013）『世界の医療保障』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。
金成垣・金圓景・呉世雄編（2025）『現代韓国の福祉事情 キャッチアップか、新しい制度か』法律文化社。
林玲子（2023）「日中韓少子高齢化施策の推移と実態－比較の視座から－」『人口問題研究』第 79 巻第 4 号、pp.280-304. <https://doi.org/10.50870/0002000188>（2026 年 4 月 7 日確認）
小島克久（2019）「外国人人口を含む人口統計で検証する台湾の UHC」『人口問題研究』第 75 巻第 4 号、pp.305-323. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/19750403.pdf>（2026 年 4 月 4 日確認）
守泉理恵（2023）「韓国の少子化の進展と第 4 次低出産・高齢社会基本計画にみる少子化対策」『社会保障研究』第 8 巻 2 号、pp.119-130. <https://doi.org/10.50870/0002000133>（2026 年 4 月 7 日確認）
余乾生（2023）「中国の老人権益保障法について」『社会保障研究』第 8 巻 2 号、pp.245-

248. <https://doi.org/10.50870/0002000143> (2026 年 4 月 7 日確認)
上村泰裕 (編著) (2020) 『新世界の社会福祉 7 東アジア 中国／韓国／台湾』旬報社.
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 6 卷 4 号、pp.454-468. <https://doi.org/10.50870/00000302> (2026
年 4 月 10 日確認)