



開発途上国の高齢化を見据えて ～新しい支援・協力への視座～

開発途上国の高齢化を見据えて～新しい支援・協力への視座～



平成18年7月

独立行政法人 国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
J R
05-27

平成18年7月 国際協力機構

開発途上国の高齢化を見据えて ～新しい支援・協力への視座～

大泉啓一郎 梶原弘和 新田目夏実

平成18年7月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

本報告書は、平成17年度独立行政法人国際協力機構客員研究員に委嘱した研究結果をとりまとめたものです。本報告書に示されている様々な見解・提言などは必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 8433 東京都新宿区市谷本村町10 5

FAX : 03 3269 2185

E-mail: iictae@jica.go.jp

表紙の写真（JICA）

上段左から 大熊華子、野町和嘉
中段左から 吉田勝美、吉田勝美、沼田早苗、沼田早苗、河崎充良
下段左から 沼田早苗、鈴木稔

目 次

| | |
|--|---------|
| 要約 | i |
| はじめに | 渡辺利夫 v |
| 1. 開発途上国の人口動態の現状と展望 | 大泉啓一郎 1 |
| 1 - 1 世界の人口動態の特徴 | 1 |
| 1 - 2 所得水準別人口動態の特徴 | 2 |
| 1 - 3 地域別人口動態の特徴 | 3 |
| 1 - 4 開発途上国の少子高齢化と開発支援のあり方 | 4 |
| 2. 主要国の少子高齢化と経済成長 | 梶原弘和 6 |
| 2 - 1 はじめに | 6 |
| 2 - 2 発展と人口転換 | 6 |
| 2 - 2 - 1 人口の局面移行 | 6 |
| 2 - 2 - 2 人口転換の波及 | 7 |
| 2 - 2 - 3 人口転換の加速化 | 8 |
| 2 - 3 開発途上国の人口転換 | 9 |
| 2 - 3 - 1 第1局面から第2局面へ - 死亡率低下の要因 | 9 |
| 2 - 3 - 2 第2局面から第3局面へ - 出生率低下の要因 | 11 |
| 2 - 4 人口と経済成長 | 13 |
| 2 - 4 - 1 経済成長率の推移 | 13 |
| 2 - 4 - 2 低い1人当たり成長 | 14 |
| 2 - 5 主要国の人口動態 | 15 |
| 2 - 5 - 1 先進国の事例 | 15 |
| 2 - 5 - 2 NIESの事例 | 16 |
| 2 - 5 - 3 東南アジア、中国の事例 | 17 |
| 2 - 5 - 4 南アジア、中南米、アフリカの事例 | 19 |
| 2 - 6 合計特殊出生率・女性の年齢別出生率 | 21 |
| 2 - 6 - 1 合計特殊出生率の急速な低下 | 21 |
| 2 - 6 - 2 広がる合計特殊出生率の低下 | 22 |
| 2 - 6 - 3 女性の年齢別出生率 | 24 |
| 2 - 7 少子高齢化 | 29 |
| 2 - 7 - 1 先進国の事例 | 29 |
| 2 - 7 - 2 NIESの事例 | 30 |
| 2 - 7 - 3 東南アジア、中国の事例 | 31 |
| 2 - 7 - 4 南アジア、中南米、アフリカの事例 | 32 |

| | | |
|-----------|--------------------------|----------|
| 2 - 8 | 経済成長と雇用吸収 | 33 |
| 2 - 8 - 1 | 雇用吸収力 | 33 |
| 2 - 8 - 2 | 高い雇用吸収力を伴った韓国の発展 | 33 |
| 2 - 8 - 3 | 韓国経済発展における伝統部門への波及 | 37 |
| 2 - 8 - 4 | 貧困にあえぐフィリピン | 38 |
| 2 - 8 - 5 | 農民の貧困、都市スラムの拡大 | 39 |
| 3 | 開発途上国の少子高齢化と経済発展 | 大泉啓一郎 42 |
| 3 - 1 | はじめに | 42 |
| 3 - 2 | 人口爆発期における経済発展と支援のあり方 | 43 |
| 3 - 3 | 人口ボ - ナス期における経済発展と支援のあり方 | 44 |
| 3 - 3 - 1 | 人口ボ - ナス | 44 |
| 3 - 3 - 2 | 人口ボ - ナス期前半における特徴と施策 | 48 |
| 3 - 3 - 3 | 人口ボ - ナス期後半における特徴と施策 | 51 |
| 3 - 4 | 人口高齢化期の経済発展と支援のあり方 | 55 |
| 3 - 4 - 1 | 開発途上国の人口高齢化 | 55 |
| 3 - 4 - 2 | 高齢化のスピード | 57 |
| 3 - 4 - 3 | 高齢化のスピードを左右する少子化 | 58 |
| 3 - 5 | 開発途上国における社会保障制度整備の視点から | 58 |
| 3 - 5 - 1 | 経済発展と社会保障制度 | 59 |
| 3 - 5 - 2 | 開発途上国の社会保障制度の現状と課題 | 59 |
| 3 - 5 - 3 | 社会保障制度整備に向けた社会的要請 | 60 |
| 3 - 5 - 4 | 社会保障制度構築に向けた政治的要請 | 61 |
| 3 - 5 - 5 | 社会保障制度整備を取り巻く国際環境変化 | 62 |
| 3 - 5 - 6 | 社会保障制度構築の課題（医療と老齢年金を中心に） | 63 |
| 3 - 5 - 7 | 開発途上国における社会保障制度の設計の課題 | 68 |
| 3 - 5 - 8 | 開発途上国の社会保障制度整備の制約要因 | 71 |
| 4 | アジアの高齢化と日本の地域福祉 | 新田目夏実 76 |
| 4 - 1 | はじめに | 76 |
| 4 - 2 | 高齢化と地域福祉 | 77 |
| 4 - 3 | 日本の地域福祉の進展 | 79 |
| 4 - 3 - 1 | 社会福祉制度の発展 | 79 |
| 4 - 3 - 2 | 地域福祉への関心の加速 | 80 |
| 4 - 3 - 3 | 社会福祉法と介護保険法 | 81 |

| | | |
|-----------|----------------------------------|---------------|
| 4 - 4 | 地域福祉の担い手 | 83 |
| 4 - 4 - 1 | 高齢者福祉サ - ビスの特徴 | 83 |
| 4 - 4 - 2 | 多元化する地域福祉の担い手 | 84 |
| 4 - 4 - 3 | 民間福祉の核 - 社会福祉協議会 | 87 |
| 4 - 5 | 地域福祉の実際 | 88 |
| 4 - 5 - 1 | 介護保険と地域福祉 | 88 |
| 4 - 5 - 2 | 地域独自の取り組み | 89 |
| 4 - 6 | アジアの高齢化の実態と対応 | 92 |
| 4 - 6 - 1 | アジアの人口高齢化 | 92 |
| 4 - 6 - 2 | 高齢化と世帯構造 | 93 |
| 4 - 7 | 日本の地域福祉とアジア | 95 |
| 5 | 提言 - 高齢化対策を中心に | 大泉啓一郎・山田浩司 99 |
| 5 - 1 | 高齢化対策の必要性 | 99 |
| 5 - 2 | わが国の果たす役割 | 101 |
| 5 - 3 | 開発途上国の高齢化対策支援のあり方 | 102 |
| 5 - 3 - 1 | 将来の開発課題へのアプロ - チ | 102 |
| 5 - 3 - 2 | 課題の認識を促す「場」の提供 | 103 |
| 5 - 3 - 3 | 日本の経験の整理と共有 | 104 |
| 5 - 3 - 4 | 包括的な高齢化社会対策への配慮 | 104 |
| 5 - 3 - 5 | 人口ボ - ナスの効果最大化に向けた政策実施への関与 | 105 |
| 5 - 4 | 地域福祉概念の普及と「社会の質」の計測方法の検討 | 105 |
| 5 - 5 | 今後に向けた課題 | 106 |
| 添付資料 | | |
| 1 | 人口動態マップ | 109 |
| 2 | 「社会の質 (ソーシャル・クオリティ) 」と欧州での取り組み | 112 |
| 3 | インドネシア、タイ、フィリピン現地調査報告 | 115 |
| 4 | 世界の少子高齢化へ向けた動向 - 高齢化へ向けた国連の動き - | 121 |
| 著者略歴 | | |
| | | 124 |

要 約

本研究は、渡辺利夫拓殖大学学長の監修の下、大泉啓一郎(株)日本総合研究所調査部主任研究員(総括)、梶原弘和拓殖大学国際開発学部教授、新田目夏実拓殖大学国際開発学部教授の3人の客員研究員による共同研究として、2005年度に実施された。また本稿執筆にあたり、小川哲生千葉大学助教授、山田浩司JICA国際協力総合研修所調査研究グループ事業戦略チーム長の協力も得た。執筆の各段階においては、JICA関係者との3回に及ぶ意見交換の機会が設けられ、各執筆者は、それら会合により示されたJICA側の意向を踏まえつつ稿をまとめたが、各章に示された見解は執筆者の責任に属し、JICAとしての公式見解を示すものではないことを明らかにしておく。

第1章では、近年の世界人口の変化を紹介した。国連人口推計によれば、世界人口は今後も増え続け2050年には91億人に達する。しかし人口増加率は低下の傾向にあり、1950 - 2000年の1.8%から2000 - 2050年には0.8%に低下する見通しである。この人口増加率の低下は世界レベルでの出生率の低下の結果であり、合計特殊出生率は1950 - 1955年の5.2から1995 - 2000年は2.79に低下した。このような出生率の低下に加えて衛生面の改善を背景とする平均寿命の伸長から、今後世界レベルで高齢化が加速すると見込まれている。2000年時点の高齢化率は6.9%であるが、2025年には10.5%、2050年には16.1%になると見込まれている。

所得別にみると、高齢化率は先進諸国が高いが、開発途上国の高齢化率も2000年の5.9%から2025年には8.6%、2050年には14.6%に達する見込みである。高齢者の人口の観点では、開発途上国は2000年の2億5034万人から2050年には11億4420万人へ急増し、高齢者全体の占める割合も59.4%から同78.1%へ上昇する。世界における高齢化問題は、先進国よりも開発途上国で深刻化する。

地域的にみれば、出生率が著しく低下したアジア地域で高齢化が早く進展する。高齢化社会(高齢化率7%以上)から高齢社会(同14%)への移行年数で見ると、ほとんどの国は日本よりも速いスピードで高齢社会を迎える。

第2章では先進国(英国、日本)、NIES(韓国、香港、シンガポール)、中国、東南アジア(タイ、フィリピン)、南アジア(インド)、中南米(ブラジル、メキシコ)、アフリカ(エジプト、ケニア)を対象にして人口転換、少子高齢化、成長の問題を分析した。

死亡率低下により19世紀に始まった人口転換は、英国から欧米各国、さらに日本へと波及した。20世紀にはアジア、アフリカ、中南米の開発途上国においても人口が転換し始めた。先進国と開発途上国の人口転換の違いは、後者の人口増加率が前者のそれを大きく上回り、ゆえに開発途上国では人口爆発と呼称された人口増加を経験した。近年において開発途上国の人口増加率はかなり低下した。その要因は様々であるが、先進国と同様に出生率が低下する時代になった。こうした開発途上国の人口増加、出生率低下の経過時間は先進国のそれをかなり短くして達成された。人口転換の時間的圧縮化は、人口増加の終息とともに訪れる少子高齢化の到来を早めることにな

る。その典型は東アジアであり、少子高齢化社会を21世紀の早い時期に迎えることが予想されている。ほかの開発途上国でも時間的な差異はあるが、同じことが生じる。それが人口法則である。従って開発途上国は20世紀における人口増加という課題、21世紀には少子高齢化という課題を抱えることになる。この課題に対処するために開発途上国はこれまで以上に経済を成長させることに努力しなければならない。貧困、失業者があふれる社会が多数の老人を受け入れることは難しい。韓国とフィリピンを対象にして、こうした問題をさらに詳細に分析した。結論として産業の雇用吸収力が人口ボーナスを取得して成長を持続させるためには最重要課題であることが明らかにされた。

第3章では、人口構成の変化が経済発展に与える影響を考察した。

高い人口増加率を有する国においては、引き続き経済発展を促進する諸政策と並行して人口圧力を抑制する政策が必要となる。出生率を低下させた国は、低所得均衡の罠から抜け出すだけでなく、高い成長率を実現する「潜在力」を得る。これは「人口ボーナス」という考え方で、具体的には労働投入量と国内貯蓄率の上昇を通じてなされるが、その効果を十分に発揮させるためには、その人口構成の変化にあった人的開発、インフラストラクチャーの整備、金融制度の整備などが必要となる。

人口ボーナスの効果は期間中一律ではなく、特に開発途上国においては、その後半に労働力の高齢化問題に直面することになる。中国やタイの例でみたように出生率の著しく低下する前後に生まれたベビーブーム世代の多くは、教育を受ける機会に恵まれず、現在もなお農村にとどまり農業に従事している。開発途上国が競争力を強化し、かつ高齢化の負の影響を軽減するためには、この中高年層の生産性向上策が不可欠である。

人口ボーナスを終了した国は、労働投入量の制約や国内貯蓄率の低下など人口高齢化の影響を受けるが、そのほかにも年金や医療費など高齢化の負担が増加する。これは社会保障制度の内容に大きく左右されるが、中国やタイでは全国民を対象とした社会保障制度構築に乗り出しており、将来の財政負担を見通した慎重な議論が必要となっている。開発途上国には、財政面での制約が強いため、社会保障制度は、普遍主義モデル、社会保険モデル、市場型モデルを組み合わせたものとする必要があり、さらに高齢者問題が貧困問題と重なるため政府の公的扶助の継続や、地域共同体の相互扶助機能を活用した地域福祉の視点を取り込むなど、多面的なアプローチが必要となる。

第4章では、少子高齢化が進行するアジアの途上国において、高齢者に対する最低限の生活保障をいかにして提供するかを考える上でヒントとなる事例を、日本の「地域福祉」から提示することを試みた。

まず日本の地域福祉の発展を歴史的に振り返って法体系の整備を概観し、現在の「地域福祉」理念の背景を説明する。また日本の地域福祉が、介護保険というフォーマルな社会制度によって維持・強化されつつ、それを補完するインフォーマルな仕組み・担い手にも支えられていることを説明した。

現地調査で訪問したタイ、フィリピン、インドネシアでも、高齢化は着実に進行し、高齢者の絶対数が増加してきているが、これらの国では高齢者ケアの中心は依然として家族やコミュニティとされる一方、家族や親族関係が以前よりは疎遠になりつつある状況も見られ、今後問題が大きくなりうると予想される。日本の「地域福祉」の取り組みが目指しているところ、すなわち、伝統的地域共同体の単純な復活ではなく、行政と家族・地域住民、民間営利・非営利団体が連携しながら、地域社会の中で高齢者が自立した生活を維持できるような新たな仕組み - 福祉コミュニティ - の構築にかかる経験は、それぞれの国の実情を勘案する必要はあるものの、参考になると考えられることを提示している。

第5章は、これまでの議論を踏まえ、わが国の支援のあり方について検討した。

経済発展に伴う高齢化問題は、各国政府の取り組みによって解決されるべき問題であるが、低所得のうちに高齢化が進展する「開発途上国における高齢化問題」については、高齢化が貧困問題と重なり、高齢者の生活が危険にさらされる可能性が高い。このリスクを回避するためには、将来を見越した高齢化政策を準備する必要がある、そのために人材、資金、技術面での海外からの支援が果たす役割は大きい。世界に先駆けて東アジアで高齢化が加速的に進む可能性が高いこと、日本は先進国としては稀な速度で高齢化が進んだため豊富な経験と教訓を有していることを勘案すると、同地域の高齢化に対するわが国による支援の期待は高い。

開発途上国の高齢化に対するわが国の支援・協力を検討するにあたっては、当面以下の点が重要になると考える。第1に当該国政府に高齢社会への認識を高め、事前かつ自立的な課題解決プロセスの構築を促すことである。第2に、高齢化はわが国にとっても決定打を見いだせていない課題であることから、高齢化問題を東アジア地域で「共に考え、共に歩む」ための議論の場を提供することである。第3に、支援・協力体制を効果的なものとするため、わが国の経験を今一度整理することである。第4に、社会や経済への影響に配慮した包括的な高齢社会政策という枠組みの下で支援を行うことである。第5に、高齢社会を迎えるまでの期間、人口ボーナスの効果を最大化するような政策を促すことである。

もちろん、具体的な支援については、今後当該国の政治、経済、社会の現状を理解した上でのきめ細かな策定作業が必要となる。特に実際の高齢化対策の担い手となる地域社会とはどのようなものであるかの把握は重要となろう。

はじめに

渡辺利夫

正統派開発経済学によれば、一国の経済発展とは「余剰労働力を抱えて低い生産性にあえぐ伝統部門が支配的な経済の中に、高い生産性をもって拡大再生産を続ける近代部門を創生し、後者が前者の余剰労働力を吸収しながら、経済全体に占めるその比率を次第に増大させていく過程を指す」と考えられている。

そして一国がこの過程を歩みながら、ある時点で経済発展の「転換点」を迎え、それ以降、工業構造の高度化と農業部門の近代化が促進される新局面が開かれる。伝統社会の経済近代化が、2部門をどのように交錯させながら進捗していくのかを理解する基本的な枠組みが、ルイスの二重経済発展モデルに代表される正統派開発経済学にほかならない。このモデルの枠組みは疑うべからざる命題として今日にまで受け継がれてきた。

このモデルにおいては、耕地を外延的に拡大していく余地に限りがある一方、人口は既に過剰状態にありながらなお相当の速度で増加しているアジア型の初期条件を持つ開発途上国が想定されている。「低水準均衡の罨」がその帰結である。若干の技術進歩がなされても、その効果は増加する人口によって吸収されてしまい、「罨」からの脱出は容易ではない、という次第である。

要するに、正統派開発経済学の主要な課題は一言でいえば、伝統部門に滞留する過剰人口の解消である。過剰人口をつくりだしたものが「人口爆発」だというのが、もちろん前提である。

しかし、現代の開発途上国においてはこのような仮説を覆すような一つの社会的なダイナミクスが展開し始めたかにみえる。低所得水準にありながら死亡率は下限に近くまで低下し、他方、出生率は死亡率の減少を上回る速度で低下して、少子化が著しい速度で進んでいる。高齢化に向かう速度にも顕著なものがある。要するに、日本や欧米で展開した少子高齢化が低所得社会を一挙に巻き込みつつある。

正統派開発経済学の前提が崩れ去ったといえ言い過ぎであろうが、一世代の後には、少なくとも発展速度の最も速い開発途上国である東アジアの主たる議論のテーマは、人口過剰ではなく、少子高齢化に伴う社会的負担の増大にいかに対抗するか、に転じている可能性が大いにある。

確かに、ここしばらくアジアの人口動態には注目すべき変化が起きつつある。先進国に固有のものだと考えられてきた少子高齢化の波が一挙にアジアをも巻き込もうとしている。「合計特殊出生率」というのは、一人の女性が生涯を通じて産む子供の数である。2004年6月には、2003年の日本の同比率が1.29に落ち込んで、これが大ニュースとして取り上げられた。

平均寿命が世界最高位となる一方で、新たに生まれる子供の数が際立った速度で減少するのであれば、少子高齢化の進行は避けられない。少子高齢化は、労働投入率や国内貯蓄率の減少をもたらすと同時に、老齢年金や医療費などの社会的負担を上昇させ、一国の成長潜在力を奪う危険性がある。日本だけではない。先進国はいずれも多かれ少なかれ、同様の「病弊」を余儀なくされている。

しかしより大きな問題は、少子高齢化が1人当たり所得水準の低いアジアでも際立った速度で

進んでいることであり、その社会的負担に彼らがどの程度耐えられるかが重大問題として浮上しよう。NIES（新興工業経済群）の韓国、台湾、香港、シンガポールの合計特殊出生率は0.94から1.24の幅の中にあり、日本より低い。

NIESの所得水準は既に1万米ドルを超えているから負担に耐えられるとしても、タイやインドネシアなど4,000米ドルに満たない東南アジアでも少子高齢化に歯止めがかからない。所得水準が2,000米ドルを少し上回ったタイの合計特殊出生率は1.80まで低下している。

もっとも、「高齢化率」すなわち人口総数に占める65歳以上人口の比率は、日本の18.1%に比べて東南アジアはもとよりNIESでも低い。それゆえアジアは「少子」ではあるが「高齢」ではない。しかしこのことは今後、高齢化が急速に進む可能性があることを暗示している。日本では高齢化率が7%から14%に達するのに24年かかったが、NIESでは22年、東南アジアでは20年を下回ると予想されている。少子高齢化に向かう速度は後発国ほど速い。日本や欧州を含む先進国の人口史において観察された経験則でもある。

焦点は中国である。所得水準はようやく1,000米ドルを超えたばかりだが、合計特殊出生率は早くも2.0を切り、高齢化率は7%を上回っている。所得水準が10~20数倍のNIESや30倍の日本の値に次第に迫っている。平均寿命も依然伸びが続いている。「一人っ子」政策が導入されたのは1979年のことであり、中国はほどなくして少子高齢化社会に突入する。中国では失業保険、医療保険、老齢年金など社会的セーフティネットの整備が焦眉の急となっているが、少子高齢化に伴って生じる財政負担は極めて重いものとなろう。中国の成長潜在力が大きいことは確かである。しかし、深刻化しつつある環境負荷、石油エネルギーの顕著な不足と並んで、少子高齢化による社会的負担の増大という成長制約要因もまた大きなものとなっていかなざるを得ない。

もう一つ論じておく必要のあるテーマがある。人口経済学に「人口ボーナス」(Demographic Dividend) 論という新しい潮流が生まれ、この潮流が過去の人口爆発を正統派開発経済学のようにネガティブなものとして認識するのではなく、ポジティブな発展要因としてこれをとらえようという研究動向を促している。

人口ボーナスというのは、出生率の低下が、一つには、若年従属人口比率の低下をもたらして社会や家計の養育負担を減少させ、二つには、生産年齢人口の対生産年齢人口比率を上昇させて、経済発展に有利に作用するという考え方である。両者は相まって一国の国内貯蓄率の増加をもたらし、投資原資を増大させる。

計測的にいえば、人口ボーナス期は、生産人口増加率が人口増加率を上回った時点で始まり、これが逆転した時点で終了する。この2つの比率の階差が最大化する時点が、人口ボーナスのピーク時であり、ピーク前が人口ボーナス前期でありピーク後が人口ボーナス後期である。

しかし、この人口ボーナスはすべての国が掌中にできるわけのものではない。中国やタイは豊富な若年労働力と高貯蓄によって人口ボーナスを手にしたものの、両国とも低所得水準、かつ人口過剰下で少子高齢化が発生したために、就業者の農工転換が十分に進展する以前に、人口ボーナス期が終了してしまう可能性がある（第3章参照）。韓国は人口ボーナスを享受して発展に成功したアジアの典型国であるが、フィリピンはこれと対照的に、人口ボーナスの成果をつかみ損ねてなお貧困にあえいでいる他方の典型国である（第2章参照）。

医療、年金、福祉の制度的基盤が脆弱である一方、欧米や日本の速度を超えて進む少子高齢化に悩む東アジアは、この「人口新時代」にいかに関わり立ち向かうのであろうか。難問といわねばならない。政府の積極的な関与を前提にした北欧型の「高福祉高負担モデル」、あるいは老後の生活保障を自己責任として市場メカニズムに委ねる「米国型モデル」のいずれによってもアジアは立ちゆくまい。日常的生活圏の中で地域密着型サービス提供を旨とする「日本型モデル」がアジアの文脈においてその有効性を試されていいのかもしれない（第4章参照）。

人口ボーナス論の政策的示唆を一言でまとめれば、次のようになろう。現代の開発途上国は、低所得段階で人口ボーナスを手に入れるという意味では「後発性利益」の条件に恵まれているものの、このボーナスは、過剰人口、かつ就業者の農工転換が不十分な状態の下では、容易に「消費」され尽くされてしまう可能性がある。この事実を憐れに予想して、人口ボーナスが自らに与えられている間に、この「資源」をいかにして将来の発展と福祉のための「原資」として利用したらいいのかを常に考慮して政策に当たらねばならないのである。

1. 開発途上国の人口動態の現状と展望

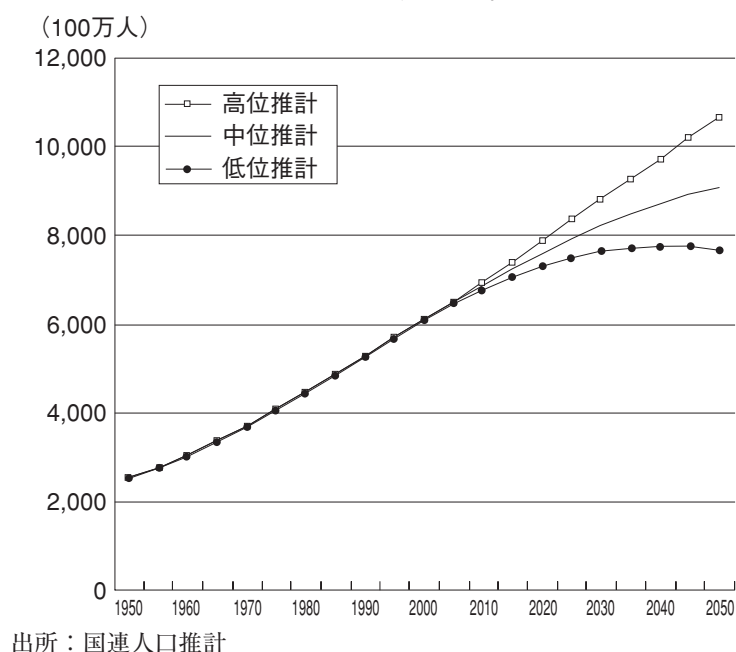
大泉啓一郎

1-1 世界の人口動態の特徴

2004年国連人口推計によれば、世界人口は1950年の25億人から2000年には60億人へ増加した。今後も世界人口は増加し、2050年には91億人に達すると見込まれている（図1-1の中位推計）。しかしながら、人口増加率は、1950-2000年の年率1.8%に対し、2000-2050年は0.8%に低下すると見込まれている。図1-1が示すように、高位推計では、世界人口は2050年までに100億人を突破するものの、低位推計では2040年ごろに世界人口はピークを迎え、その後減少に向かうとみられている。

このような世界人口の増加率の低下は、世界レベルで生じている出生率の低下を考慮したものである。世界の粗出生率¹（以下、出生率で統一）は、1950-1955年の37.5‰から1995-2000年には22.5‰に低下した。このような世界レベルでの出生率の低下は今後も続くとみられており、出生率は、2045-2050年には13.8‰に低下する。このことを、合計特殊出生率²でみると、1950-1955年の5.02から1995-2000年には2.79に低下しており、2045年には2.05に低下する見込みである。他方、平均寿命の世界平均は、過去50年に飛躍的に上昇した。1950-1955年の46.6歳から1995-2000年には64.6歳に上昇し、2045-2050年には75.1歳にまで上昇する見込みである。

図1-1 世界人口推計



¹ 人口1,000人当たりの出生数：一般的には‰（パーミル）千分率で表される。

² 1人の女性が生涯に出産する子供の数。15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生涯の間に産むとしたときの子供数に相当する。

その結果、世界的レベルで高齢化（Global Ageing）が進むことになる。高齢化率（65歳以上の人口の占める割合）は、1950年が5.2%、1975年が5.7%、2000年が6.9%と、これまで緩やかに上昇してきたが、2025年には10.5%、2050年には16.1%と、今後急速に上昇すると見込まれている。

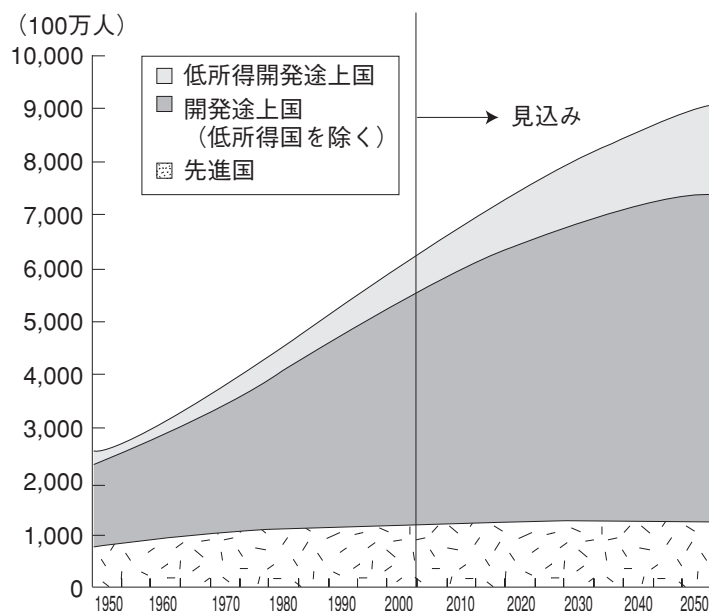
1-2 所得水準別人口動態の特徴

次に所得別に人口動態をみると、先進国の人口は、1950年の8億1300万人から2000年には11億9300万人に増加したが、開発途上国の人口は同期間に17億700万人から48億9200万人へ急増した。その結果、先進国の人口の割合は、1950年の32.3%から2000年には19.6%に低下し、開発途上国の割合は67.7%から80.4%に上昇した。

先進国の人口は2025年には12億4900万人に増加するが、2050年には12億3600万人と微減する。他方、開発途上国でも人口増加率は低下するものの、2025年には66億5600万人、2050年には78億4000万人に増加する。その結果、2050年時点で先進国と開発途上国の人口の割合は、それぞれ13.6%、86.4%に変化する。図1-2が示すように、開発途上国の中でも低所得国の人口は、今後も高い増加率で推移する。

これまで、高齢化は先進国で顕著な現象であった。先進国の高齢化率は、1950年の時点で既に7.9%と高く、2000年には14.3%に上昇した。そして、2050年には25.9%に上昇する。しかし開発途上国においても、今後高齢化が進むとみられる。開発途上国の高齢化率は、1950年の4.1%から2000年には5.9%へと上昇したが、2025年には8.6%、2050年には14.6%と今後、急上昇すると見込まれている。これを高齢者の人口でみると、1950年には6684万人にすぎなかったが、2000年には2億5034万人に増加し、2050年には11億4420万人となる。この結果、高齢者人口のうち開発途上国の高齢者の占める割合は、2000年の59.4%から78.1%に上昇する。

図1-2 所得水準別の人口推移



出所：国連人口推計

1-3 地域別人口動態の特徴

当然のことながら、地域によって人口動態は異なる。国連人口推計は6つの地域（アフリカ、アジア、欧州、南米、北米、オセアニア）に区分している。この区分に従えば、人口の割合の最も高いのはアジア地域で同地域の人口は1950年の13億9600万人から2000年には36億7600万人に増加した。その結果、全世界人口に対する割合は1950年の55.4%から60.4%に上昇した。しかし、アジア地域では出生率の低下が著しく、出生率は1950-1955年の43.0%から1995-2000年には22.1%に低下し、今後もこの傾向は続くものと見込まれ、2045-2050年には12.3%に低下する。その結果、同地域の人口は2050年には52億1700万人となり、世界人口に占める割合は57.5%に低下する。国連区分によるアジアには、依然出生率の高いインドやバングラデシュを含むが、東アジア地域についてみると、2000年の18億2800万人から2035年には21億3100万人に増加するものの、2050年には20億8900万人に減少する。そのため東アジアの世界人口に占める割合は、2000年の30.0%から2050年には23.0%に大幅に低下する。

その他の地域の動向は表1-1に示した通りであるが、アフリカの人口は1950年には2億2400万人で全世界の8.9%を占めるにすぎなかったが、2000年には8億1200万人に増加しており、全世界の13.4%を占めるようになった。アフリカでは人口増加率が依然高い水準で推移するため、アフリカの人口は2050年には19億3700万人に達し、全世界の21.3%を占めることになる。

高齢化が最も進展する地域は欧州であり、その高齢化率は1950年の8.2%から2000年は14.7%、2050年には27.6%になる。最も低いのはアフリカであり、その高齢化率は1950年の3.2%から2000

表1-1 地域別人口比較（中位推計）

（単位：100万人）

| | 世界全体 | アフリカ | アジア | | 欧州 | 南米 | 北米 | オセアニア |
|------|-------|-------|-------|-------|-----|-----|-----|-------|
| | | | | 東アジア | | | | |
| 1950 | 2,519 | 224 | 1,396 | 786 | 547 | 167 | 172 | 13 |
| 1955 | 2,757 | 250 | 1,540 | 863 | 575 | 191 | 187 | 14 |
| 1960 | 3,024 | 282 | 1,699 | 939 | 604 | 219 | 204 | 16 |
| 1965 | 3,338 | 319 | 1,897 | 1,041 | 634 | 251 | 220 | 18 |
| 1970 | 3,697 | 364 | 2,140 | 1,177 | 656 | 285 | 232 | 20 |
| 1975 | 4,074 | 416 | 2,395 | 1,311 | 676 | 322 | 243 | 21 |
| 1980 | 4,442 | 479 | 2,630 | 1,420 | 692 | 362 | 256 | 23 |
| 1985 | 4,844 | 553 | 2,888 | 1,527 | 706 | 403 | 269 | 25 |
| 1990 | 5,280 | 636 | 3,169 | 1,645 | 721 | 444 | 283 | 27 |
| 1995 | 5,692 | 723 | 3,430 | 1,742 | 728 | 484 | 299 | 29 |
| 2000 | 6,086 | 812 | 3,676 | 1,828 | 728 | 523 | 315 | 31 |
| 2005 | 6,465 | 906 | 3,905 | 1,899 | 728 | 561 | 331 | 33 |
| 2010 | 6,843 | 1,007 | 4,130 | 1,964 | 726 | 599 | 346 | 35 |
| 2015 | 7,219 | 1,115 | 4,351 | 2,025 | 721 | 634 | 361 | 37 |
| 2020 | 7,578 | 1,228 | 4,554 | 2,075 | 715 | 667 | 375 | 39 |
| 2025 | 7,905 | 1,344 | 4,728 | 2,108 | 707 | 697 | 388 | 41 |
| 2030 | 8,199 | 1,463 | 4,872 | 2,126 | 698 | 722 | 400 | 43 |
| 2035 | 8,463 | 1,584 | 4,992 | 2,131 | 688 | 744 | 411 | 44 |
| 2040 | 8,701 | 1,705 | 5,092 | 2,128 | 677 | 761 | 421 | 45 |
| 2045 | 8,907 | 1,823 | 5,168 | 2,114 | 666 | 774 | 430 | 47 |
| 2050 | 9,076 | 1,937 | 5,217 | 2,089 | 653 | 783 | 438 | 48 |

出所：国連人口推計

年には3.3%とほとんど変化がなく、今後高齢化が進むものの、2050年も6.7%にとどまる。このような中、最も高齢化が進展する地域はアジアである。アジアの高齢化率は1950年の4.1%から2000年には5.9%と緩やかに上昇したが、今後は急上昇し、2050年には17.5%となる。ちなみにアジアの高齢者人口が全世界の高齢者人口に占める割合は、1950年が43.9%から2000年には51.3%、2050年には62.2%に上昇する。

1-4 開発途上国の少子高齢化と開発支援のあり方

これまで世界の人口問題については、先進国では少子高齢化、開発途上国では人口爆発（高い人口増加率）と区分するのが一般的であったが、近年、「開発途上国の少子高齢化」をとらえる必要性が出てきた。

この「開発途上国の少子高齢化」は東アジアで顕著に進行する。このことを、高齢化のスピードから再確認しておこう。高齢化のスピードは、一般に高齢化率が7%を超えた年から同14%を超える年までの年数（倍加年数）で測定されることが多い。表1-2は、東アジア諸国の倍加年数を比較したものである。国連の人口推計では東アジア諸国の高齢化のスピードは、世界でも類をみないほど速いことが指摘されている日本の高齢化のスピード（24年）と同等もしくはそれより速い。

1人当たりGDPが10,000米ドルを超える韓国や台湾、シンガポール、香港の少子高齢化は、先進国と位相を同じくした問題ととらえてもよいだろう。しかし、その他の東アジア諸国は低所得のうちに高齢社会へ移行を余儀なくされると考えられる。東アジアで進行する高齢化については、その最先端を走る日本の役割への期待は高く、特に日本の経験と教訓を活かした各国への高齢化対策へ支援・協力が求められている。

これらの観点から、本調査では開発途上国の少子高齢化という新しい問題をとらえる枠組み、そして開発支援のあり方を考える材料を提供するため、以下の3つの視点を設定した。

第1は、開発途上国の少子高齢化の特徴を詳細に把握することである。開発途上国で進行する人口動態の背景は何か、それは先進国と比べてどのような特徴を持っているのか、などを明らかにする必要がある。政策評価や支援のあり方を検討する際には、各国の人口動態を詳細に観察し、

表1-2 東アジアの高齢化のスピード（中位推計）（年）

| | 高齢化率 7% | 高齢化率 14% | 倍加年数 |
|--------|---------|----------|------|
| 日本 | 1970 | 1994 | 24 |
| 韓国 | 1999 | 2017 | 18 |
| 香港 | 1983 | 2014 | 31 |
| シンガポール | 2000 | 2016 | 16 |
| タイ | 2005 | 2027 | 22 |
| マレーシア | 2019 | 2044 | 25 |
| インドネシア | 2019 | 2041 | 22 |
| フィリピン | 2026 | 2049 | 23 |
| 中国 | 2001 | 2026 | 25 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

少子高齢化の背景と現状を考察することが大前提となる。(第2章参照)

第2は、人口動態の変化が経済発展に及ぼす影響をどうとらえるかである。出生率の低下が高齢化に発展するまでにはタイムラグがあり、その間、経済活動に関与する生産年齢人口の割合が上昇するため、経済発展が促進される「人口ボーナス期」を迎える。開発途上国は、この人口ボーナスの効果を十二分に享受できる政策を講じるべきであり、国際社会はそれを促進するような支援を行うことが肝要となる。「人口高齢期」には、人口構成の変化が、経済発展に及ぼす悪影響を軽減するとともに、高齢者の生活を安定的なものとする施策が必要になる。その中心は社会保障制度が担うが、人口動態の変化が速いこと、それが所得水準の低い段階で起こることなどから、その設計は慎重でなければならず、海外からの支援も先進国の経験を単に移転するのではなく、それぞれの国の諸条件を勘案し、オーダーメイドの支援を行う努力が必要になる。(第3章参照)

第3に、開発途上国の高齢化支援にあたっては、社会保障制度を補完する地域福祉を取り扱った。開発途上国は、低い所得水準や様々な制度整備の遅れの中で高齢社会に突入することになるため、直ちに「福祉国家」に移行するのは困難な状況にある。仮に「福祉国家」に移行するにしても、財政の規模が小さいために、政府が提供できるサービスは制限されたものにならざるを得ない。また、社会保障の中でも、社会福祉は医療保険や年金一般とは異なり、生活の場である家族と地域社会の中で対応する必要性が強いという特徴がある。そのため全国民を対象とする社会保障制度構築の努力とあわせ、高齢者を含む社会福祉を「地域」が担っていく必要性が生じてくる。その必要性は世界銀行、アジア開発銀行など国際金融機関も指摘するところであるが、どのような支援が有効なのか現在の時点では明らかではない。わが国では2000年の介護保険の施行にみられるように、近年「地域」を基盤として「福祉」を提供する仕組みづくりが進んでいる。その経験を整理し、各国の状況に合わせることで、新しい支援ができるのではないだろうか。(第4章参照)

2. 主要国の少子高齢化と経済成長

梶原弘和

2-1 はじめに

死亡率低下により19世紀に始まった人口転換³は、英国から欧米各国、さらに日本へと波及した。20世紀にはアジア、アフリカ、中南米の開発途上国においても人口が転換し始めた。先進国と開発途上国の人口転換の違いは、後者の人口増加率が前者のそれを大きく上回り、ゆえに開発途上国では「人口爆発」と呼称された人口増加を経験した。近年において開発途上国の人口増加率はかなり低下した。その要因は様々であるが、先進国と同様に出生率が低下する時代になった。こうした開発途上国の人口増加、出生率低下の経過時間は先進国のそれをかなり短くして達成された。人口転換の時間的圧縮化は、人口増加の収束とともに訪れる少子高齢化の到来を早めることになる。その典型は東アジアであり、少子高齢化社会を21世紀の早い時期に迎えることが予想されている。他の開発途上国でも時間的な差異はあるが、同じことが生じる。それが人口法則である。従って、開発途上国は20世紀における人口増加という課題、21世紀には少子高齢化という課題を抱えることになる。この課題に対処するために開発途上国はこれまで以上に経済を成長させることに努力しなければならない。貧困、失業者があふれる社会が多数の老人を受け入れることは難しい。

以上の問題意識に基づいて、本章では先進国（英国、日本）、NIES（韓国、香港、シンガポール）、中国、東南アジア（タイ、フィリピン）、南アジア（インド）、中南米（ブラジル、メキシコ）、アフリカ（エジプト、ケニア）を対象にして人口転換、少子高齢化、成長の問題を分析した。

2-2 発展と人口転換

2-2-1 人口の局面移行

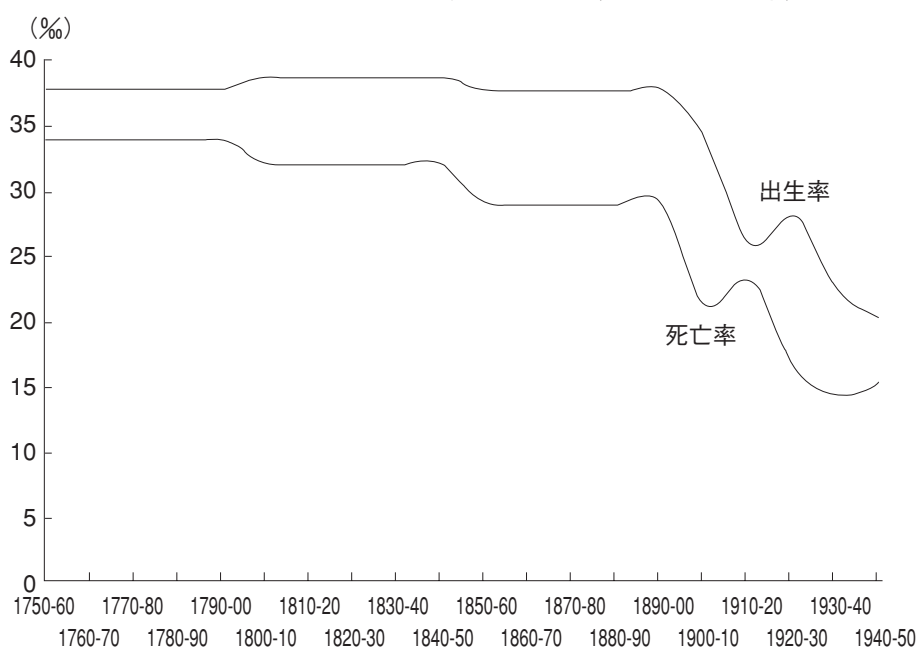
図2-1は国連が推計した先進国の死亡率と出生率に基づいた概念図である⁴。19世紀初期まで先進国は死亡率と出生率がともに高く、自然増加率⁵も低い人口転換の第1局面（多産多死型）にあった。恐らくこれ以前には死亡率が出生率を上回る時期、従って自然増加率がマイナスであったり、人口移動に伴う人口増加時期を経験し、安定的な人口動態ではなかったに違いない。これが19世紀以降に安定して図のような推移を示すようになった。19世紀中期以降には死亡率が低下を開始し、低下は20世紀初期以降さらに大きくなる。出生率は死亡率が低下を始めても高い率

³ 長期的にみた出生率、死亡率の変化で、一般的には開発途上国における多産多死（高出生率・高死亡率）から少産少死（低出生率・低死亡率）への変化について用いられる。

⁴ 以下の分析は、梶原他（2000）を参照した。

⁵ 出生率と死亡率の差として生じる人口の増加率のこと。一般に使われる人口増加率はこれに移民などの人の移動による増減が加わる。

図 2-1 先進国の人口動態概念図（1750～1950年）



出所：United Nations (1971) *The World Population Situation in 1970*, New York.

で維持され、従って自然増加率が次第に高まった。この時期が人口転換の第2局面（多産少死型）に位置し、最も人口が急増する。他方出生率は20世紀以降に急速に低下し、死亡率と出生率はともに低下して自然増加率は減速することになる。これが人口転換の第3局面であり、最終の第4局面への移行過程に位置する。第4局面では死亡率と出生率が低位で再び安定し、自然増加率もさらに低くなる少産少死型となる。

こうした先進国の経験に基づいた人口転換の課題は以下の3点である。①第1局面から第2局面に生じた死亡率低下の要因、②多産少死型の第2局面の特徴をもたらす出生率の低下遅れの要因、③第3および第4局面をもたらす出生率低下の要因、である。

死亡率低下要因は一般的に推測できることであり、我々が生まれて死亡するまでの期間を延ばすにはいかにすればよいかを考えればよいだろう。誕生するまでは母親の健康と栄養状態、誕生時には医療技術、幼児期は体力的に弱いことから病気予防の医療技術、栄養が不可欠であり、これ以降も長寿のためには栄養、医療、衛生等の改善が常につきまとう。従って、医療や衛生上の新技術が誕生し、栄養状態の改善を可能にした時期に死亡率が低下する。西欧では農業革命に続く産業革命により生産力が飛躍的に拡大し、科学が進歩した18～19世紀に死亡率の低下が生じた。この変化は、まず18世紀中期にイングランド・ウェールズで始まった。図2-1の先進国平均の死亡率は1800-1850年に32%であったが、イングランド・ウェールズは30%を下回った。産業革命を世界でいち早く成し遂げ、世界に近代科学の萌芽をもたらしたイングランド・ウェールズで最も早く死亡率が低下した。

2-2-2 人口転換の波及

英国の産業革命期において人口（死亡率低下）と経済（1人当たり生産）間には成長の並行し

た変化がみられ、相互に関連していたことが一般的に認識されている。しかし死亡率が低下して人口が増加するのが1740年代、経済が持続的に成長を始めるのが1780年代であり、従って英国では持続的な経済成長が開始される以前に、既に人口増加が始まっていた。英国の人口動態統計は西欧の中で遅れて記録されてきたことから、統計上の問題もあり、人口増加が死亡率低下によって生じたのか、出生率上昇によって生じたのかという論争が続けられた⁶。人口増加が出生率の上昇によってもたらされたと考える論拠は、農業革命による食糧供給の増加、結婚率の上昇、結婚年齢の低下等である。死亡率低下を人口増加の要因と考える論拠は、医療衛生上の進歩、食糧供給増加による栄養状態が伝染病の制圧、大災害の減少、天然痘予防接種等である。この論争は決着がついていないが、しかしいずれにしても生産力の変化や医療衛生等に関する技術的発展が人口動態に影響したことは明らかである。

英国で始まった産業革命は18世紀後半以降に西欧に波及し、これが英国で生じた死亡率低下（ないし出生率上昇を伴った死亡率低下）を西欧でも生じさせた。先進国の離陸期の分析を行ったクズネツ（S. S. Kuznets）は、近代成長の特徴は1人当たり生産と総人口の持続的な上昇が結びついていると分析している⁷。近代成長が人口転換をもたらしてきたことを裏付ける。さらにクズネツは、持続的な経済成長に随伴して人口および社会的な変化をもたらす、と主張する。死亡率の低下は栄養状態、医療・衛生技術等の改善によりもたらされ、個々人にとって受動的な変化の結果である。しかし出生率は能動的な対応の結果であり、子供を何人もつかどうかは社会的規範、宗教的考え、個々人の意思により決定される。従って出生率の低下は、社会的規範、宗教的考え、個々人の意思が変わったことにより生じ、こうした変化は時間を要する。近代成長が始まる初期に死亡率は低下するのに対し、出生率の低下は経済成長が持続した結果によって生じる社会的な変化によりもたらされ、ゆえに後者は前者より遅れて低下する、と考えられる。

出生率低下に直面した欧州では、19世紀中期以降にこの要因に関する分析が始まった。その多くは各国独自の要因、例えばフランスでは独特の遺産分割性、あるいは文明説、ドイツでは福祉説といった議論がされた。その後も多種多様な要因が列挙されたが、発展に伴う要因に集約された。経済発展が出生に関する個人的な側面に及ぼす影響は、乳児死亡率低下（子供が乳幼児期に死亡しなくなったことから出生を抑制する）、教育機会の拡大（子供の養育費用増加、女性の教育機会拡大から女性の社会進出を促すとともに出生に関する考えに変化をもたらす）、教育期間の長期化（養育費用増加、女性の社会進出とともにこれが結婚年齢を引き上げて出生を抑制）、老齢保障を含む社会保障制度の確立、避妊方法の改善と費用減少、などがある。先進国の長期的な出生率低下に関してはほぼ合意されているが、先進国の歴史統計では以上のような項目がすべてそろっていないことから、統計的な裏付けによって一般化されたわけではない。

2-2-3 人口転換の加速化

いずれにしても人口転換における重要な変化要因は出生率の低下であり、これが人口増加局面から再度、終局へ向かう変化をもたらす。出生率低下は西欧の先進的な地域で最初に始まり、

⁶ Drake (1969)

⁷ Kuznets (1959)

東・南欧では遅れて始まった。また欧州よりも近代化が遅れた日本の出生率低下はさらに遅く始まった。しかし出生率の低下が始まり、人口増加が終局するまでに必要な期間は、後発国ほど短くなる。ドイツの人口学者マッケンロート（G. Mackenroth）はこれを「局面経過加速の法則」と呼び、出生率低下の開始時期が遅いほど、低下を完了（死亡率と出生率が低位で安定）する期間は短くなると主張した⁸。この考えは、経済発展が他国に波及し、後発国ほど変化過程が圧縮されて生じると分析した内容に類似している。持続的な成長が出生に関する考えを変えるとみなすならば、経済的な変化が速い後発国ほど、人口に関する変化もまた急速に生じるからであろう。ゆえに日本を含む先進国は20世紀中期までに人口転換を完了し、人口が減少する事態に直面した先進国もある。

死亡率、出生率の長期的変化は人口構造を変化させ、若年従属人口比率が高い構造から、働き盛りの人口比率が高い構造を経て、老年人口比率が高い構造へと推移する。若年従属人口比率が高いことは平均的家計の子供の数が多く、家計は貯蓄よりも養育のために消費に所得を向けなければならないことから、貯蓄→投資→成長という成長連関は生じにくい。生産年齢人口比率が高い構造では、生産的な雇用機会に恵まれているという条件が満たされているならば、子供の数が減少し、所得を貯蓄にまわす余裕があり、投資の源泉である貯蓄が増加することになる。老年人口比率が高まると、かつて貯蓄した原資を引退した老年者が取り崩すことから、消費増加、貯蓄減少が生じ、経済が成熟化していることから、必ずしも成長にマイナスになるとは限らないが、経済の活力は次第に失われるだろう。死亡率低下により始まった人口転換は、社会経済的变化により生じたが、人口転換それ自体も社会経済的变化の要因であり、先進国の発展は人口転換もたらすとともに人口転換によって支えられていたのである。

2-3 開発途上国の人口転換

2-3-1 第1局面から第2局面へー死亡率低下の要因

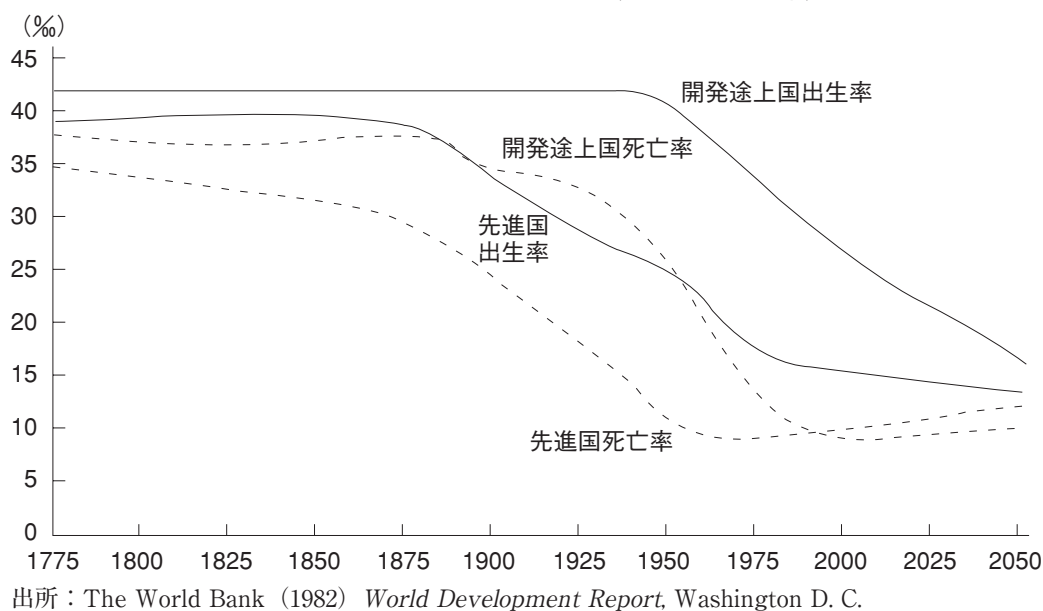
人口転換は先進国の経験に基づいて分析された。しかし今日の先進国が開発途上段階にあり、人口転換が収束していなかった時期において各国の人口転換の将来変化に関しては視点が異なっていた。1929年に発表されたトンプソン（W. S. Thompson）の論文では、当時の各国を人口転換の段階により3グループに区分している⁹。第1グループは出生率、死亡率ともに低位で均衡し、自然増加率が低い西欧諸国、第2グループは死亡率が急速に低下し、死亡率低下速度よりも緩やかに低下を開始した出生率を有して自然増加率はなお高い中欧諸国、第3グループは人口転換の第2局面に達して自然増加率が著しく高いロシア（ソ連）、日本、インド、である。彼の論点は、第2グループはやがて第1グループの段階に達し、第3グループは統計不足から条件付きであるが第2グループへの移行を示唆するとともに、人口転換に基づく将来人口の予測を示したことにある。またノートスタイン（F. Notestein）は1950年にトンプソンの分析結果をその後の統計結果から修正し、日本とソ連を第2グループに含めた¹⁰。トンプソンやノートスタインのよ

⁸ 南（1964）

⁹ Thompson（1929）

¹⁰ Notestein（1950）

図 2-2 人口転換の概念図 (1775~2050年)



うに人口転換を3段階に区分する考えや、先に示した4段階、さらに5段階（第5段階は出生率がさらに低下して死亡率を下回り人口が減少する段階）に区分する、という分析が示された。段階区分は異なるが、結果的に先進国は人口転換を収束させ、人口転換理論の有効性を示した。しかし、これが開発途上国に適用できるのかは課題として残っており、人口転換法則が途上国を含めて一般化できるかどうか問われている。欧米の人口動態に基づいて分析された人口転換は、非欧米社会である日本でも生じ、その変化が加速された。日本の経験はさらに加速化されて東アジアの開発途上国の人口転換でも生じたが、多くの開発途上国では必ずしも肯定できない変化を示している。

図2-2のように、開発途上国でも先進国に遅れて人口転換への進展が生じた。しかし、開発途上国の人口転換は先進国のそれとは異なる状況を示している。まず、人口転換の第1局面から死亡率が低下する第2局面への移行時点において、先進国よりも高い死亡率、出生率の状態から始まっている。多くの開発途上国の生活環境は熱帯、亜熱帯、砂漠等で劣悪であり、乳幼児死亡率が高く、平均寿命も短い。それゆえに人口を維持するため高い出生率を可能とする社会システムが伝統的に構築された。例えば、多くの子供を持つことの高い社会的・宗教的価値観、一夫多妻制、低年齢の結婚、等である。図2-2のように、開発途上国の死亡率は先進国水準を大きく上回る35%を超えていたが、高い出生率を維持する社会システムにより出生率は40%を上回っていた¹¹。この多産多死型の第1段階では、自然増加率はかつての先進国のそれと同水準の2~7%であり、10%を上回ることはなかった。しかし1920-1930年代以降にこの状態から死亡率の低下が始まった。しかも死亡率の低下は1950-1970年代に急激であった。1910年代に30%の後半の水準であった死亡率は、1930年代に30%以下になり、1940年代もほぼ同水準であった。これが1950-1960年代に20%を下回り、1970年代には10%の前半、1990年代には10%を下回った。

先進国における死亡率低下は、栄養状態の改善、医療・衛生技術の改善とともに生じた。開発

¹¹ 人口統計は2005年に国連が作成した統計を利用した。

途上国でも同じ要因によりもたらされたが、先進国ではこれが社会経済的發展に伴って徐々に導入され、ゆえに死亡率も長期にわたって低下するという変化であった。しかし、開発途上国では先進国で開発された医療・衛生技術・方法が導入され、特に第二次世界大戦後には先進国援助などにより導入が一挙に進み、ゆえに死亡率低下が急激に生じた。死亡率の低下は喜ばしいことであるが、問題は人口転換の第1段階における出生率が先進国の同じ段階のそれをかなり上回り、死亡率が低下する第2段階において自然増加率が先進国水準をはるかに上回ったことにある。自然増加率は平均すると2.5~3.0%であり、国によってはこの水準を上回った。20数年で人口が倍増する増加率である。世界人口に占める先進国と開発途上国の比率は、1950年に32.9対67.1であったが、開発途上国の高い自然増加率を反映して1980年には25.5対74.5、2000年には19.6対80.4になった。2000-2005年平均の自然増加率は世界平均で1.21%、開発途上国平均で1.48%であり、開発途上国の人口増加はかなり収束してきている。しかし出生率と死亡率が再度低位で安定するのは21世紀中期であると国連人口推計は予測している。従って、開発途上国の人口規模は今後も増加する。1975年に40.7億人であった世界人口は、2000年に60.8億人に達した。国連予測による2050年の世界人口は、最大で106.4億人（開発途上国人口比率86.5%）、最小で76.8億人（86.2%）の幅を見込んでいる。開発途上国は今後も人口規模の増加という開発課題を抱え続ける。

2-3-2 第2局面から第3局面へー出生率低下の要因

開発途上国における自然増加率の低下は、人口規模の課題とともに次なる課題を突きつける。人口転換の進展がもたらす少子高齢化という課題である。1950-1955年、2000-2005年の年平均出生率は、世界全体で37.5‰から24.1‰、先進国は22.4‰から11.0‰、開発途上国は44.6‰から23.5‰に低下した。また同期間の合計特殊出生率は、世界平均で5.02から2.65、先進国は2.84から1.56、開発途上国は6.17から2.90に低下した。出生率、合計特殊出生率ともにかつての先進国の水準に近づいた。先進国の人口動態に基づく人口転換分析では、一国の社会経済的条件が成熟しない限り出生率は低下しない。しかし、開発途上国でも出生率や自然増加率は低下した。

開発途上国だけでなく第二次世界大戦後の先進国の出生率の低下は、経済發展の結果生じたのではなく、文化的・民族的な要因が作用したという分析が発表された¹²。出生率の低下は、出生を抑制しても神を冒とくしない、家族計画を行うことが人の道を外れたものではない、という考え方の正当性が一般化したことによって生じた、と結論づけた。この結論を支援するのが人口の生物学的接近である。ボンガーツ (J. Bongaarts) は、出生力抑制要因として産後不妊、避妊、中絶、非婚がどれほど出生力（合計特殊出生率）を低下させたかを例示した¹³。これら出生力抑制要因がなければ、女性は15人程度の子供を産む能力をもつが、産後不妊の効果により合計特殊出生率は10人当たりとなる。開発途上国や人口転換開始以前の先進国で母乳授乳期間が長く、産後不妊は高出生率の段階で大きく、出生率が低下するに伴って小さくなる。避妊の効果は開発途上国では低いが、人口転換の局面が進展するに伴って大きくなり、第4段階では出生力低下の約半分は避妊によりもたらされ、これに中絶が加わり、出生率を大幅に低下させる。非婚（未婚、

¹² Mauldin et al. (1978)

¹³ Bongaarts et al. (1990)

離婚、死別)の効果も人口転換が進展するほど大きくなる。これら効果を総合すると、15人の子供を産む能力も有する女性の出生数(合計特殊出生率)は人口転換の第1段階で6.0以上(合計特殊出生率を低めた要因は大きい順に産後不妊、非婚、避妊、以下同様)、第2段階で4.5-5.9(非婚、避妊、産後不妊)、第3段階で3.0-4.4(非婚、避妊、産後不妊)、第4段階で3.0未満(避妊、非婚、中絶、産後不妊)となる。開発途上国の合計特殊出生率が、ボンガーツが想定した第1段階から第4段階の水準に低下したのは、こうした人口の生物学的抑制がかなり作用してきたであろうことが予想できる。

生物学的な抑制とともに開発途上国で出生率低下の有力な要因となったのは家族計画の導入であった。モールデン(W. P. Mauldin)を中心とする研究グループは、開発途上国における出生率低下を社会経済的な指標と各国の家族計画に関する政策から分析を続けた¹⁴。社会経済的指標はこれまでの分析とほぼ同じであり、家族計画に関する指標は実施機関の効率、避妊薬・具の市場流通性、政府支出の規模等から総合指標を計測した。社会経済的指標、家族計画総合指標と出生率低下を回帰分析し、以下のような研究結果を発表した。家族計画総合指標が同水準であるならば、社会経済的発展が進展している国ほど出生率の低下は大きい。また社会経済的発展の度合いが同じ水準であるならば、家族計画総合指標が高い国ほど出生率の低下は大きくなる。しかし総合的には社会経済的発展が進んでいる国ほど、家族計画総合指標も高い。つまり社会経済的な発展がなくても家族計画の導入は出生率を低下させるが、社会経済的な発展が伴うならばその効果はかなり高まる、と結論付けた。

社会経済的要因や避妊等の家族計画の出生への影響を総合化したものが都市化(総人口に占める都市人口の比率)である。伝統的な農業に代わる近代部門の発展が1人当たり生産の増加をもたらした。これが社会経済的な発展や女性の社会進出を促した。近代部門は集積することによって経済的に機能するという特徴から、欧州でも産業革命以降に都市が拡大した。つまり都市の拡大は近代化の反映であり、新たな社会を建設することを通じて伝統的な因習から抜け出し、出生に関する考え方にも変化をもたらした。推計によると、1800年ごろの世界の都市人口比率は2.4%程度であり、10万人以上の都市人口比率は1.7%にすぎなかった。欧州でも10万人以上の都市人口は1800年に3.4%であった。世界の10万人以上の都市人口比率は1900年に5.5%に達したと推計されているが、その時の欧州の都市人口比率は14.6%であり、19世紀の都市化は欧州で始まったといえる。都市化は20世紀に加速化し、1950年の先進国の都市化率は54.0%に達した。20世紀の都市化は先進国だけでなく開発途上国でも拡大し、1900年に2.0%と予測された開発途上国の都市化率は1950年に17.0%に達し、これ以降はさらに世界的に都市化が進展した。また都市化の拡大に伴って出生率は低下した。先進国の経験からすると開発途上国の都市化は加速的に拡大したが、都市雇用の増加していない国も多い。例えばスラムの存在である。都市スラムの拡大は都市人口の増加の結果であり、都市人口の増加は必ずしも発展を伴っているわけではない。しかし、都市人口比率の増加は、たとえスラムでの生活を余儀なくされる場合でも、都市生活の影響を受ける。都市生活は農村での生活よりもコストがかさみ、多くの子供を持つことが難しくなる。また避妊の情報、避妊具等を簡単に得ることができることから、避妊比率を高める。いずれにし

¹⁴ Mauldin et al. (1978)

ても開発途上国の都市化は伝統的な社会構造を変化させ、出生に関する社会的・個人的な考えを変えた。

急速な経済発展が生じなかった開発途上国における出生率低下のほかの要因は、子供の死亡率低下と出生時平均余命の伸長である。開発途上国の乳児死亡率は1950-1955年の79.8%から2000-2005年に62.4%になり、2045-2050年には26.8%に低下すると予測された。同期間の先進国それは59.1%、7.7%、4.4%である。先進国水準ではないが、生まれた子供の生存率は高まり、かつてのように多くの子供を産まなくてもよくなった。また開発途上国の出生時平均余命は同じ3時点で40.9歳、62.8歳、73.6歳である。子供を多く産まなければならない要因の一つがなくなってきた。しかし、出生率の低下、出生時平均余命の伸長という開発途上国の人口転換は、先進国と同様の人口構造における少子高齢化をもたらす。従って、人口規模の拡大を経済成長に結びつけ、経済的な余裕をもたらすことが重要となる。

2-4 人口と経済成長

2-4-1 経済成長率の推移

第二次世界大戦後において先進国の多くの識者は、開発途上国の発展軌道は先進国と同じであり、従って人口転換も同様に展開するとみなした。例えば、1951年の国連の人口予測では、アジアとアフリカの1950-1980年間の平均人口増加率を0.7-1.3%と推計した。しかしこの予測の倍以上の率で両地域と開発途上国の人口は増加し、前述したような人口規模に達した。世界銀行の報告書によると、1996年の世界平均の1人当たりGNPは5,130米ドルであった。しかし世界人口の56.2%を占める低所得国（世銀の基準では1996年の1人当たりGNPが785米ドル以下）の1人当たりGNPは490米ドル、世界人口の27.8%を占める中所得国（1人当たりGNPが785米ドル以上、9,636米ドル以下）は1,190米ドル、世界人口の16.0%を占める高所得国（1人当たりGNPが9,636米ドル以上）は25,870米ドルであった。同報告書には148カ国（地域を含む、以下同様）が記載され、高所得国は25カ国であった。このうちかつて低ないし中所得国、つまり開発途上国であった国はポルトガル、スペイン、ギリシャ、韓国、香港、シンガポール（台湾もこの水準に達しているが、中国との関係から報告書は台湾を記載していない）の6カ国でしかない。しかし、開発途上国の成長率が低かったわけではなく、先進国を上回る成長を記録した。年平均のGNP成長率は、低所得国（1人当たりGNP基準、国の数等は異なる）は1960-1970年4.4%、1970-1980年4.6%、1980-1990年6.0%、1990-1995年6.8%、中所得国はそれぞれ5.9%、5.6%、1.9%、0.1%、高所得国は5.2%、3.2%、3.2%、2.0%であった。低所得国の成長率は1960年代だけ高所得国を下回ったが、これ以外はすべて後者を上回る成長であった。しかも低所得国の成長率は先進国がかつて高成長していた時期の成長率を上回っている。開発途上国の1人当たりGNPが依然として低いのは、増加したGNPが人口の増加により食われてきたからである。開発途上国の人口増加がいかにもすさまじかったかを示している。

世界人口の50%強を占める低所得国はいまだ1人当たりGNPは低水準であるが、1965-1996年間の人口増加率は2.0%に対してGNP成長率は5.3%であった。ほかの要因を考慮しない場合、こ

の間の1人当たりGNP成長率は3.3%であり、人口増加が経済状態を低位に押しとどめる低水準均衡状態から抜け出たとみなすことができる。先進国が人口転換の第2段階から第3段階へと進展した1870-1913年の年平均成長率は、最も高い米国でGNP成長率4.3%、1人当たりGNP成長率2.2%、英国はそれぞれ2.0%、1.0%、人口転換が早いスウェーデンでは3.0%、2.0%であった¹⁵。また1965-1996年間に中所得経済はGNP成長率3.3%、人口増加率1.8%、1人当たりGNP成長率1.5%、高所得国はGNP成長率3.0%、人口増加率0.8%、1人当たりGNP成長率2.2%であった。低所得国は30年にわたってかつての先進国が経験した成長率を上回った。しかしこの間の人口増加率もまた先進国の経験を上回る水準であった。もし人口増加率が低かったならば、30年間に及ぶ成長から1人当たりGNPはより高い水準に達していたであろう。

2-4-2 低い1人当たり成長

人口が増加する期間が長く続きこれが成長を低めたことは事実であるが、しかし人口増加のマイナス面ばかりを強調すべきではない。東アジアでは生産年齢人口の増加を通じて成長にプラスの効果をもたらした。人口ボーナスの取得である。1人当たりGNP水準が依然として低い他の理由の一つは、発展の初期時点の所得水準が低かったことに求められる。クズネッツの先進国に関する離陸分析では、英国では1765-1785年の離陸時の1人当たりGNPは227米ドルであり、日本を例外として200~800米ドルの水準であった¹⁶。しかし開発途上国の1954年の1人当たりGNPは85米ドル、この中には1930年代に独立して既に開発過程が進展していた中南米諸国や石油産出国の比較的高い所得水準の国が含まれ、これを除外するならばこのGNP水準はさらに低くなる。従って多くの開発途上国は低所得段階から成長を開始し、30年間の成長ではいまだこの程度の1人当たりGNP水準でしかないのである。クズネッツの分析では、日本は離陸時に先進国平均を下回る74米ドルの1人当たりGNP水準であり、今日の開発途上国が成長を開始した時期のそれと同水準の低さであった。

しかし日本をはじめとして先進国は100~150年という長期間の成長により発展し、1~2%の成長率が持続して今日のような先進国段階に達した。従って開発途上国の1人当たりGNP水準がいまだ低いもう一つの理由は、成長期間がまだ短いということである。もし開発途上国の成長がこれまでと同じ水準で持続できるならば、先進国の経験を上回る短い期間で先進国段階に達する。もちろんこの間に増加する人口が資源制約や環境制約等をもたらさないことが前提条件になる。またGNP成長率を低めて資源制約等を緩和し、その状態で1人当たりGNP成長率を高く維持するには人口増加率を低めなければならない。例えば、低・中所得国の1965-1996年の成長成果を国別でみた場合、GNP成長率よりも人口増加率が高く、従って1人当たりGNP成長率がマイナスであった国は26カ国ある。このうち人口増加率2.0~3.0%が17カ国、3.0%を上回る国が7カ国ある。開発途上国平均では低水準均衡の罫が想定した状況から離脱したが、しかし国によっては、いまだに人口増加が発展の制約になっている。増加率は低下したが、今後も拡大する人口規模、人口構造変化に伴う少子高齢化の到来を考慮するならば、開発途上国の経済成長これまで以上に重視

¹⁵ Mitchell (1975)

¹⁶ Kuznets (1959)

されねばならない。

2-5 主要国の人口動態

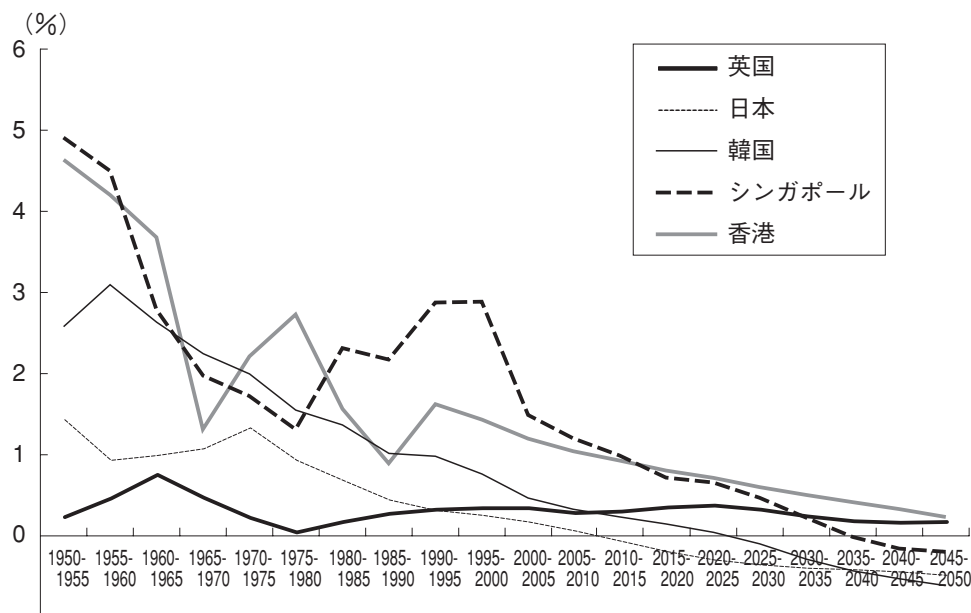
2-5-1 先進国の事例

本節では、英国、日本、韓国、香港、シンガポール、タイ、中国、フィリピン、インド、ブラジル、メキシコ、エジプト、ケニアを対象国として人口動態、成長と人口の関係を分析する。統計は1950年から2005年までの実統計、2010年から2050年までの推計を利用した。国連の推計は上位推計、中位推計、下位推計の3本からなるが、以下では断りのない限り、穏当な中位推計を使用している。統計数値は5年刻みとする。また分析は先進国でいち早く人口動態変化が始まった英国を参照とする。

まず各国の人口規模、人口増加率（出生率から死亡率を差し引いた自然増加率と人口の社会的移動を含めた比率）の推移を検討する。英国（1955年以前の統計はイングランド・ウェールズ、これ以降は英国を対象とした統計である）は1801年1050万人の人口規模から100年後の1901年に3700万人、さらに100年後の2000年に5867万人になった。予測では2050年に約1000万人増加して6714万人に達する。人口規模数の増加から判断できるように次第に増加率が低下し、図2-3のように19世紀に1%台の人口増加率は20世紀には1%以下となり、1950-1955年には0.23%にまで低下した。これ以降、多少回復して2000-2005年には0.34%に達した。予測は多少上下変化するが、大きく上昇することはなく、2045-2050年には0.17%となっている。英国の人口は長期にわたって1%を上回る時期、1%以下の時期を経てきた。予測でも人口増加率がマイナスにはなっていない。人口減少局面は予測されていない。この点は日本と異なる。

日本は人口減少局面が予測されている。日本の人口転換の長期趨勢は、第二次世界大戦の前後

図2-3 人口増加率の推移（実績と予測）（1）



出所：国連人口推計

で異なる特徴を示している。死亡率は1920年代に20%の水準から低下し、1941年には15.8%になった。死亡率は第二次世界大戦後の1946年にはほぼ戦前期の水準であったが、1950年には10.0%程度まで急落した。戦前期に20年かかって低下した死亡率とほぼ同じ低下を戦後期は5年ほどで達成した。その要因は、第1に戦前期には戦争が続き、死亡率が低下しなかった、第2に戦後期に新しい医薬衛生技術が導入され、例えば多くの日本人が悩まされてきた結核医療技術が導入・拡大されたことである。従って死亡率の推移は、戦前期の傾向から急激に低下して戦後期につながった。第二次世界大戦を境にして日本の社会経済的環境が大きく変化し、不連続ともいえる傾向を示している。出生率の推移に日本のこうした特徴が色濃く反映されている。出生率は1920年に36.0%のピークから低下し、1930年代末には27.0%に達した。しかし国防の目的として行われた人口増加政策の結果、出生率は1941年に31.6%に上昇し、人口転換の第2段階から第3段階への移行は戦後期に持ち越された。戦後期直後にベビーブームが起これ、1947-1949年の出生率は33-34%に達した。しかし、出生率は1950年代に急激に低下し、1950年の28.1%から1957年に17.2%となり、日本は戦後期に短期間で人口転換の第2段階から第3段階、さらに第4段階に到達した。また、1941年に1.58%あった人口増加率も1950年代以降に低下し、1956年には合計特殊出生率が人口安定に必要とされる2.1を下回った。戦後期の出生率低下は、1948年の薬事法改正による避妊薬の普及、1948年の優生保護法の制定と1949年の同法改正により経済的理由による人工中絶を認めたことなどによって生じた¹⁷。出生率低下は、1950年代以降の高度経済成長による社会経済的変化も大きな要因であるが、戦後期直後に出生率が急上昇し、さらに急低下した要因は避妊と中絶にある。いうならば戦前期の価値観が戦後期に大きく変化し、ゆえに人工的な出生力抑制が日本社会に急激に普及した。日本の人口転換は戦前期の1920年代から数えると少産少死までに達する時間は30数年かかり、英国の60年に比較して半分の時間であった。議論の分かれるところであるが、戦後期に限ると10年ほどで少産少死の第4段階に到達した。いずれにしても日本は非西欧社会で最初の人口転換を達成し、しかもマッケンロートの局面経過加速の法則通りに西欧世界の経験を時間的に圧縮した。日本の人口増加率は2000-2005年に0.17%の低水準になった後に、予測では2010-2015年以降マイナスであり、2045-2050年のそれは-0.49%である。この予測によれば、日本の総人口は2010年の1億2845万人から減少し、2050年には1億1219万人となる。

2-5-2 NIESの事例

韓国も人口減少局面が予測されている。韓国の総人口は1950年代の2000万人から、今日では4700万人に増加した。1950年代初期には南北分断により北からの移動、独立に伴う日本等からの帰国などにより200万人を上回る社会増加が生じた。その後は人口増加率の上昇から人口が増加し、人口規模は40数年で2.5倍に達した。人口増加率は死亡率の低下と出生率の上昇により増加に転じた。死亡率は1950年代初期には朝鮮戦争とその直後の社会経済的混乱から30%を上回る高率であった。しかし南北に国家が分断され、一応の安定を回復した1950年代中期以降に死亡率は急速に低下し、1970年代初期に10%を下回り、一桁の水準になった。1995年の死亡率は5.1%であり、

¹⁷ 大淵・森岡 (1981)

世銀分類の高所得国の平均（1980年9%、1996年9%）および日本（1995年7.4%）よりも低い死亡率を達成した。出生率は1950年代前半には35%を上回る水準がさらに42%程度まで上昇し、死亡率と同様に出生率も当時の開発途上国の一般的状況を示していた。しかしこれ以降に出生率は低下し、1970年代初期に30%を、1980年代後半には20%を下回り、2005年には10.3%まで低下した。人口増加率は1950年代中期に3.0%近い水準となったが、1970年代に2.0%を下回り、1990年代には1%台に急速に低下した。こうして韓国は1950年代以降に人口転換の第1段階から第4段階を駆け抜けた。2000-2005年の人口増加率0.44%は2025-2030年以降マイナスとなり、2045-2050年には-0.65%と予測されている。人口規模は2025年の4945万人から減少し、2050年には4462万人になる。

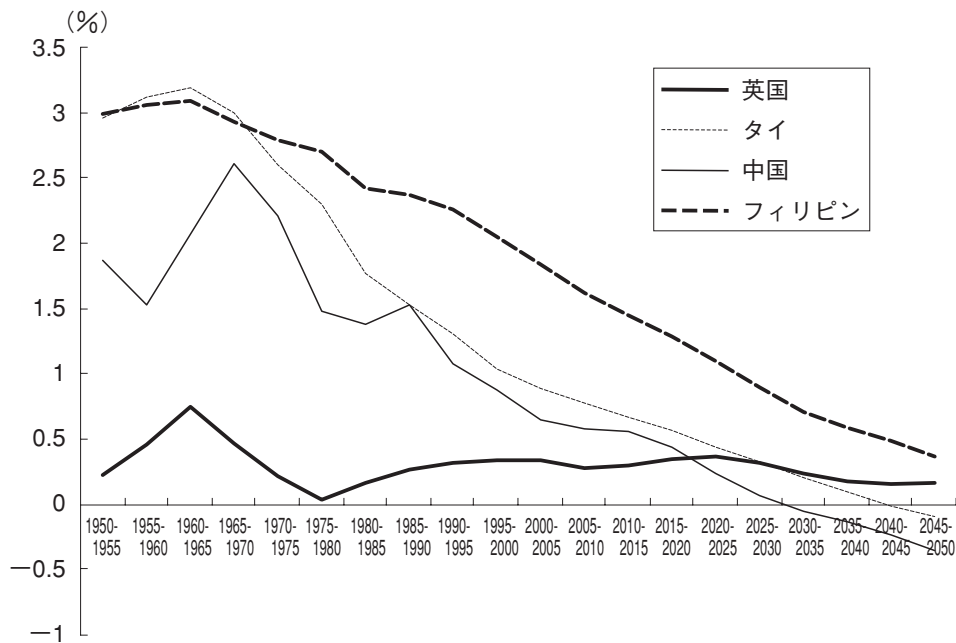
香港の1950-1955年における死亡率は8.9%と既に一桁の低水準に達し、他方で出生率は37.7%であり、自然増加率は2.88%、流入が1.76%、従って人口増加率は4.64%と高水準であった。出生率は1965-1970年19.5%、2000-2005年に8.3%に低下し、自然増加率も低下し、1980年代以降一桁となった。人口増加率は流入に伴い1980年まで2%台、その後も1%台を維持している。人口規模は増加し続け、1950年の197万人から2005年には704万人に達した。自然増加率は2000-2005年の3.0%からさらに低下し、予測では2020-2025年以降マイナスとなる。社会移動を含む人口増加率は2005-2010年の1.04%から低下して2045-2050年には0.24%になるが、プラスの値が予想されている。中国からの流入が想定されている。

シンガポールの1900年から1940年までの人口統計は人口増加率統計が存在しない。1900年から1920年までは出生率よりも死亡率が高く、自然増加率はマイナスであった。本研究では対象としていないが、マレーシアの人口統計もこの時期の自然増加率はマイナスであった。熱帯の環境が過酷であったことを反映した数値である。シンガポールの出生率は、1900年の25.5%から上昇して1940年に45.0%、1950-1955年は同水準の44.4%、20年後の1970-1975年には半減して21.2%、2000-2005年には10.1%の低水準になった。死亡率は1900年には40.0%の高水準であり、戦前期は20%を上回っていた。1950-1955年には10.6%、これ以降一桁となり、2005年には4.9%の低水準であった。人口増加率は1950-1955年の4.9%、1955-1960年の4.48%の高水準から低下し、2000-2005年には1.48%になった。予測では2030-2035年まで1%以下の人口増加率が続き、これ以降マイナスとなる。人口規模は2005年432万人から2035年532万人に増加した後に減少し、2050年には521万人と予想されている。

2-5-3 東南アジア、中国の事例

タイの人口規模は1959年の2000万人弱から2005年には6423万人に達した。この期間で3倍になったが、人口増加率は近年かなり低下した。死亡率は1950年代初期に一桁となり、低い水準が今日まで続いている。出生率は1950年代には20-30%の水準が1960年代中期に40%に近いピークに達した。しかし、出生率はこれ以降に低下を始め、1970年代中期には30%台から20%台へ、1980年代中期にはさらに10%台へ低下した。また人口増加率は1960年代中期に3.19%のピークを経て低下し、1990年代には1%台になり、2000-2005年の国連推計では0.89%になった。従って、タイは1990年代に人口転換の第4段階である少産少死型となり、東アジアでは日本、NIESに次いで

図 2-4 人口増加率の推移（実績と予測）（2）



出所：国連人口推計

人口転換の最終局面に達した。また、予測では2040-2045年以降人口減少局面に達し、人口増加率はマイナスとなる。

中国の人口規模は、社会主義中国が成立した1949年の5.41億人から第1回センサス（1953年）5.82億人、第2回センサス（1964年）6.94億人、第3回センサス（1982年）10.1億人、第4回センサス（1990年）では11.3億人に達し、2005年には13.1億人になった。これだけの人口規模を有しながら、1996年の1人当たりGNPは750米ドルである。もし中国で人口転換を社会経済的变化に委ねるならば、人口転換の最終局面における人口規模はさらに膨らむことになる。しかも耕地面積は限界に達しており、いかに人口増加を抑制するかが中国の人口問題の核心である。死亡率は、1960年代中期以降に10%を下回り、近年では7%の水準である。出生率は変動が激しい。1950-1957年は出生率が30%を上回り、人口増加率が2.0%を越す人口増加の時期であった。社会主義中国の成立直後であり、人口増加は経済発展の源泉をみなされて出生が奨励され、子供に対する特別手当の支給、人工妊娠中絶が禁止された。また、1950年に婚姻法が制定されたことによって生じた結婚ブームを背景に出生率が上昇した。しかし、1958-1961年には出生率は大幅に低下し、1960年には人口増加率はマイナスであった。1960年には死亡率が著しく高く、大躍進政策の失敗と旱魃による農業生産量の減少から大量の餓死者が出たといわれた。この反動で1962-1971年には出生率が再度上昇し、人口増加率も2.5-2.8%の高率で推移して再度人口増加時期となった。1972年以降には出生率は低下し、特に1980年に実施された一人っ子政策から出生率と人口増加率は次第に低下し、人口増加率は1.0%台となった。人口増加率は1990年代後半以降に1%以下となり、以降に出生率と死亡率が再度低率で均衡する人口転換の最終局面へと向かった。人口増加率は2030-2035年以降マイナスが予想され、人口規模は2035年の14.4億人から減少して2050年には13.9億人になる。

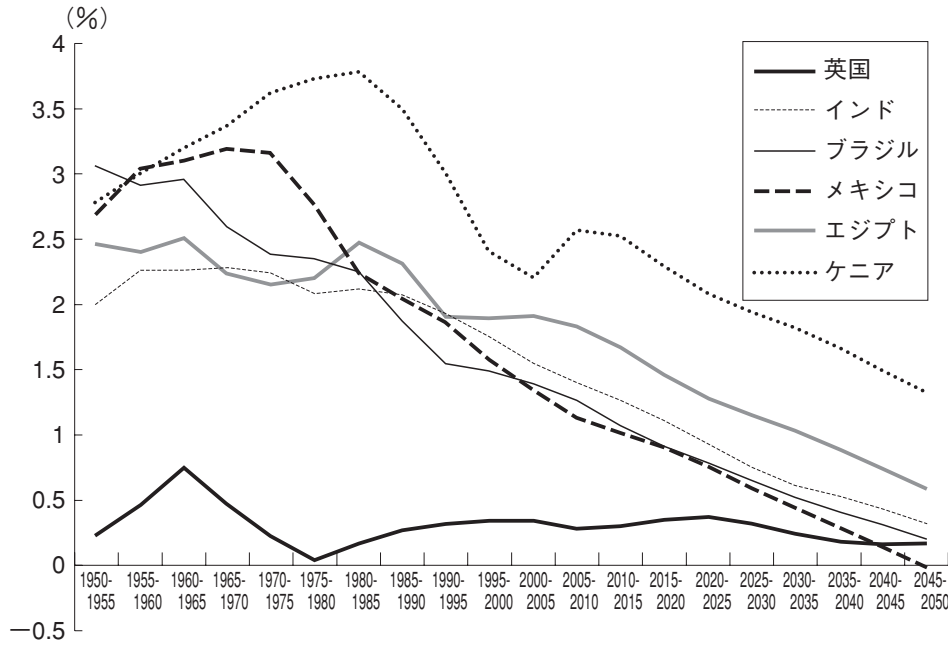
フィリピンの人口規模は、1950年の1991万人から1995年には6861万人の3.4倍に増加し、2005年に8305万に達した。人口増加率は1960年代前半まで3%台、2000年まで2%台であった。かつてフィリピンと人口規模がほぼ同じであった韓国やタイのそれを既に上回り、2005年には韓国の1.74倍、タイの1.29倍になった。人口増加は高い出生率が続いたからである。死亡率は、第二次世界大戦後に10%を多少上回る水準に低下した。死亡率の低下は1930年代から始まり、1950年代中期以降既に一桁となって今日に至っている。しかし出生率は1960年代まで40%を超え、1990年代前半まで30%、2005年現在でも25.7%の高水準にある。従って、人口増加率は2.0%を上回る水準が1995-2000年まで続き、ゆえに人口規模が拡大した。この人口増加率は20数年で人口規模が倍増する高さであり、予測では2025年まで1%台の人口増加率が続いた後、1%以下に低下する。人口規模は2020年に1億人を超え、2050年には1億2706万人に達すると予想されている。東アジアでは例外的な事例である。

2-5-4 南アジア、中南米、アフリカの事例

インドの人口規模は、1901年センサスでは2.38億人であり、その後10年ごとに人口センサスが実施され、第二次世界大戦時の1941年に3.18億人に達した。この40年間で人口は年平均0.7%で増加し、その規模は1.3倍になった。1941年からさらに40年後の1981年の人口規模は2.2倍の6.85億人で、この間人口は年平均1.9%で増加した。2005年の人口規模は11.03億人であり、戦後期の1950年の人口規模3.57億人の3.1倍になった。世界の大国として長期的に発展してきたインドであるがゆえに人口規模はもともと大きかったが、戦前期の人口増加は1%内外であった。しかし戦後期には開発途上国一般の動きと同様に人口は急速に増加した。死亡率は戦前期のセンサスでは1911年の32.3%が最高の死亡率水準であった。これ以降に死亡率は低下し、1941年には21.8%であった。この水準が戦後期にはさらに低下し、1990年代以降には一桁の水準となった。出生率は、1950年にほぼ40%であったが、戦前期の1901年には49.2%であり、この水準が徐々に低下して戦後期に引き継がれた。出生率は戦後期にも低下するが、低下速度は非常に緩慢であり、2000-2005年の出生率水準は依然として24.6%である。インドと並ぶ世界的な人口規模を有する中国における2000-2005年の出生率13.6%と比較すると、インドの出生率はいまだ十分に低下していない。人口増加率は1910年代まで一桁であったが、1920年代に1.0%台、1960年代に2.0%台になり、この水準が続いて再度1%台の水準になったのが1990-1995年の1.93%、2000-2005年でも1.55%の増加率であった。予測では、2020年まで1%台の人口増加が続き、その後1%以下になる。2050年の総人口は15億9270万人に達し、世界最大の人口を有する。45年間にさらに4億人の人口が加わる。

ブラジルは1854年に767万人の人口規模であったが、移民により急増して1900年1743万人、1950年5397万人、1970年には1億人を超え、2005年に1億8640万人に達した。人口増加率は1950年代まで3%を超え、1980年代まで2%台が続き、2000-2005年でも1.39%であった。人口増加率は移民だけでなく自然増加率も大きな要因であった。1950-1955年15.4%であった死亡率は1970年以降一桁に低下し、2000-2005年は6.6%の低水準になった。他方で出生率は1960年代まで40%を上回り、1985年まで30%台、2000-2005年で20.7%である。2000-2005年の自然増加率は

図 2-5 人口増加率の推移（実績と予測）（3）



出所：国連人口推計

1.27%であり、いまだに1.0%を上回る。予測では出生率は低下して人口増加率も1%以下になる。2050年の人口規模は2億5310万人、2005年の1.36倍である。

メキシコの1831年の人口規模は638万人、これが1900年1360万人、1950年2773万人、2005年に1億702万人であり、ブラジルと異なりメキシコの人口増加は戦前期には緩慢であった。戦後期の増加要因は自然増加であった。死亡率は1900年32.7%から低下し、1950-1955年17.0%、1970年代以降一桁となり、2000-2005年には4.5%の水準になった。しかし、出生率は1900年の34.0%から上昇し、1940年代以降1970年代まで40%を超え、2000-2005年でも21.7%の高さである。自然増加率は1995年まで2%を上回り、2000-2005年1.72%の高水準である。予測では出生率は今後低下し、2045-2050年には11.1%、自然増加率は1.8%となる。人口増加率は流出から自然増加率を下回り、1%以下が続き、2045-2050年人はマイナスが予想されている。米国、カナダ等への移動を考慮した数値であろう。

北アフリカのエジプトの人口規模は1846年447万人から1907年1128万人、1950年2183万人、2005年には7403万人に達した。メキシコと同様に戦後期に人口が増加した。戦前期は死亡率が高く、20-30%の水準であった。死亡率は1950-1955年に24.0%、1965-1970年18.3%、1985-1990年9.6%、2000-2005年には6.0%にまで低下した。他方で出生率は1970年まで40%台であり、1990年まで30%台、2000-2005年でも26.3%の水準であった。このため自然増加率は現在も2%を上回る。予測では出生率は今後低下するが、それでも2045-2050年は13.8%である。そのときの自然増加率は0.66%である。また人口規模は2005年の1.7倍の1億2591万人になる。

ケニアの人口規模は、1950年の607万人から2005年に3425万人、55年間で5.6倍に増加した。先述した開発途上国の典型的事例である。死亡率と出生率が高い局面から死亡率が低下した結果、人口が急増する。ケニアの1950-1955年の死亡率は23.6%、出生率51.4%、出生率が対象国の中

でかなり高い。おそらくかつては死亡率が高く、この水準の出生率でなければ人口が維持できなかったと考えられる。こうした状況から死亡率が低下し、同年の自然増加率は2.78%であった。死亡率はこれ以降さらに低下し、1985-1990年に最低の10.2%、これ以降はHIV等の影響から上昇し2000-2005年に15.5%になった。しかし、出生率の低下は緩慢であり、2000-2005年でも38.8%であった。そのため同年の自然増加率は2.3%の高水準である。予測によれば出生率は2045-2050年までに19.9%に低下し、同年の人口増加率は1.32%になる。各国の人口統計からみると依然高い人口増加率であるが、ケニアのこれまでの推移からは大幅な低下である。

以上のように、対象国の人口動態は、全体的に人口増加率が低下し、東アジアでは将来的に人口減少局面に直面する可能性がある。こうした予測を鮮明に示すのが合計特殊出生率の推移である。

2-6 合計特殊出生率・女性の年齢別出生率

2-6-1 合計特殊出生率の急速な低下

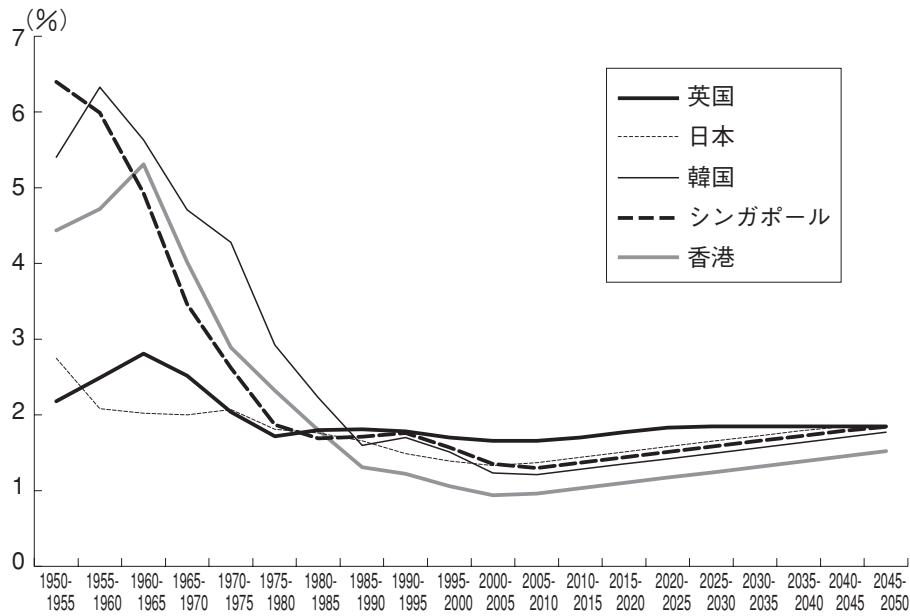
図2-6は合計特殊出生率である。英国は、1950年代に既に2~3の低水準であり、1975-1980年1.72に低下し、2000-2005年に最低の1.66に達した。これ以降は徐々に上昇し、1.7~1.8の水準が維持されると予想されている。日本も1950-1955年に2.75の低水準であった。1975-1980年に1.81まで低下し、2000-2005年には1.33の英国の最低水準を下回った(2004年は1.28)。予測では、これ以降に徐々に上昇し、2045-2050年には1.85に達する。国連の予測は、図に示されているように、合計特殊出生率がほぼ2の近傍に収斂する。

先進国の合計特殊出生率の穏やかな変化に対して、東アジアのそれは急激な動きをみせる。韓国のそれは1955-1960年に6.33の高水準にあった。15年後の1970-1975年には2ポイント低下して4.28、この10年後の1980-1985年にはさらに2ポイント低下して2.23、2000-2005年には日本の水準を下回る1.23という低水準になった。20世紀後半の50年で韓国の合計特殊出生率は開発途上国段階から先進国段階、しかも西欧や日本の水準を下回った。韓国の急激な人口動態は先進国の経験を短時間で経験した日本のそれを上回る変化であった。ゆえに、後述するように、少子高齢化の問題も日本の経験を圧縮するような形で急激に到来する。合計特殊出生率は、国連の予測では2005-2010年に最低の1.21に達した後に上昇し、2045-2050年には1.77になる。

香港の合計特殊出生率も急激に変化した。1950-1955年の4.44から1960-1965年に5.31の最高水準に達した。15年後の1975-1980年には約3ポイント低下して2.32、2000-2005年には1を下回る0.94、つまり女性は生涯に子供を1人しか産まない。むしろ2人以上の子持ち家庭の存在を考えると、その半面で子供を産まない女性も増加していることを示している。この低水準はこれ以降回復して1.52まで戻すと国連は予測している。豊かな都市国家的特長を有する香港の人々がいかなる要因により子供を持つようになるのか、個人の生活を優先する若い人々がはたして今後本当に子供を持つようになるのか、そう考えた時、国連推計の楽観的予測が気になるところである。

香港と同様の都市国家であるシンガポールの変化も激しい。1950-1955年の6.40の水準から15

図 2-6 合計特殊出生率の推移（実績と予測）（1）



出所：国連人口推計

年後の1965-1970年には3ポイント低下して3.46、2000-2005年にはさらに2ポイント低下して1.35の低水準に達した。予測では2005-2010年に最低の1.30になった後に穏やかに上昇し、2045-2050年には1.84まで戻すとみている。

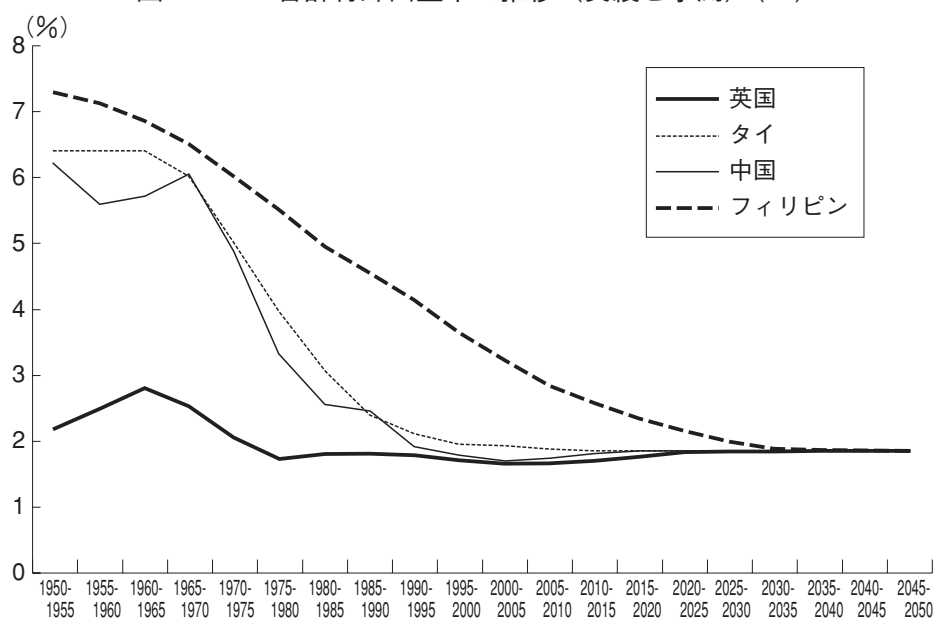
以上の国々は人口規模が小さく、広大な国土を有するわけではないことから変化が著しくなる場合があることは理解できる。しかし、大規模な人口規模、広大な国土、多くの民族からなる中国でも東アジアの変化を踏襲している。中国の人口は、1980年に一人っ子政策が実施される以前までは、政策のゆり戻しから上下変化を経験し、合計特殊出生率も1950-1955年の6.22から1955-1960年に5.59に低下、1960-1965年5.72、1965-1970年に6.06にまで上昇した。政策のゆれは、例えば毛沢東は人民こそが資本であり、資本の増加（人口増加）は生産増加をもたらすという人民資本説を展開し、人口抑制に異議を唱えた。こうした考えと現実が増加する人口に直面して計画出産がたびたび提唱された。その後に政策のゆれがなくなり、一人っ子政策が実施されると、合計特殊出生率は低下した。1975-1980年3.32、1990-1995年1.92、2000-2005年には1.70にまで低下した。予測では1.8の水準が続き、2045-2050年に1.85になる。

急速な経済成長により先進国段階に達したNIES、強力な一人っ子政策を実施してきた中国の人口動態に対して東南アジアは変化が遅れているが、タイはこうした国々の動向に近い。1950-1965年間に6.40の水準であった合計特殊出生率はこれ以降に低下し、15年後の1980-1985年には3.05になった。2000-2005年には1.93に達し、予測ではほぼ1.85の水準が続く。

2-6-2 広がる合計特殊出生率の低下

英国、日本の変化に比較して、東アジアの国々の人口動態は人類史上で例のない激しさであった。以下の国々に関しても現状は東アジアの水準よりは高いが、将来予測では先進国段階へと向

図 2-7 合計特殊出生率の推移（実績と予測）（2）



出所：国連人口推計

かう。フィリピンの1950-1955年の合計特殊出生率は7.29の高水準であったが、30年後の1980-1985年には2ポイント強低下して4.95、2000-2005年には3.22となった。東アジアよりは高いが、かつての水準から4ポイント低下した。約50年間に女性が産む子供の数が平均4人も低下する変化は、先進国の経験では例がないと思われる。歴史的にはこの統計概念は存在しないことから比較はできないが、短期的にこれだけの低下は開発途上国にしかみることはできない。フィリピンのこの水準は将来的にさらに低下し、2045-2050年には1.85になる。

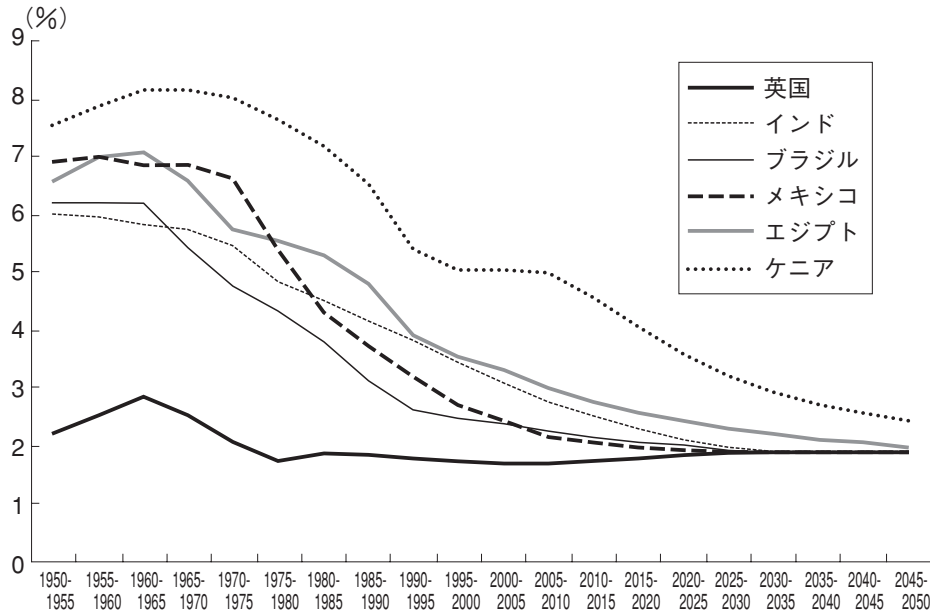
中国と並び世界有数の人口規模を有するインドの合計特殊出生率は、東アジアのそれと比較するとゆっくりと低下した。1950-1955年の5.97から20年後の1970-1975年に5.43、さらに20年後の1990-1995年に3.81、40年間で2ポイント強低下した。2000-2005年は3.07、半世紀で約3ポイントの低下であった。これ以降も徐々に低下し、2045-2050年には1.85となる。

中南米のブラジルにおける合計特殊出生率は、当初は緩慢な低下を示した後、低下速度が速まる。1950-1965年は6.15、1965-1970年5.38、1975-1980年4.31、1985-1990年3.10、2000-2005年2.35となる。東アジアと比較すると1ポイント高い。これがすべての予測の収斂点である2の近傍である1.85に低下する。

メキシコの1950-1955年の合計特殊出生率は、ブラジルの水準を上回る6.87、この水準が1970年代まで続く。これ以降に急速に低下し、2000-2005年には2.40になる。予測ではこれ以降は徐々に低下して2045-2050年に1.85になる。

エジプトの合計特殊出生率の推移は、人口増加の変化からも分かるように対象国の中ではかなり異色である。1950-1955年の合計特殊出生率は6.56から上昇し、1960-1965年には最高水準の7.07になった。これ以降低下するが、1985年まで5.0台が続き、2000-2005年でも3.29の高さである。予測では2045-2050年には1.94になる。この水準でも東アジアの2000-2005年のそれを上回る。

図 2-8 合計特殊出生率の推移（実績と予測）（3）



出所：国連人口推計

エジプトの変化をさらに上回るのがケニアである。1950-1955年の合計特殊出生率は7.51だが、これがさらに増加して1965-1970年には8.12になった。先述したボンガーツの数値を上回る水準である。これ以降低下するが、2000-2005年でも5.0の高水準である。予測では21世紀前半に合計特殊出生率は急速に低下し、2045-2050年に2.39になる。この水準は東アジアの現在のそれを大きく上回る。しかしケニアの統計的推移からはかなり急激な減少である。

2-6-3 女性の年齢別出生率

人口増加率の減少は、女性の平均的な出生数の劇的減少から生じている。これをさらに明確に表しているのが女性の年齢別出生率である。該当年齢の女性総数に対して生まれた子供の比率を示す。15歳から49歳までの出産適齢女性を5歳刻みで計測し、その幅に含まれる女性総数に対する出生数を示し、その年齢の女性数と出生数が同じなら100%となる。100%ならその年齢の女性は平均的に1人の子供を産む。100%以上なら1人以上、100%以下なら1人以下となる。ある意味で女性の年齢別合計特殊出生率を示す。女性の年齢別出生率に関する先行研究の結果によれば、出生率や合計特殊出生率が高い国は特定年齢に集中せず、幅広い年齢層の女性が出生する¹⁸。出生率や合計特殊出生率が低い国は、特定年齢層の女性に出生が集中する。出生率や合計特殊出生率の低下が著しい国ほど全年齢の出生率の低下が大きく、特定年齢への集中が進展する（以下の分析は表2-1参照）。

英国の1995-2000年のそれは、25-29歳がピークとなり、次いで30-34歳、20-24歳が突出し、ほかはかなり小さな出生率である。1995-2000年から2045-2050年までの推移は、15-19歳と45-49歳がゼロに近くなり、20-24歳が半減、40-44歳は上昇するが一桁の値である。35-39歳

¹⁸ 大淵・森岡（1981）

表 2-1 女性の年齢別出生率

英国

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 28.53 | 27.92 | 22.70 | 17.92 | 13.18 | 7.96 | 2.29 | 2.29 | 2.29 | 2.29 | 2.29 |
| 20-24歳 | 70.96 | 69.46 | 62.03 | 55.80 | 50.25 | 44.05 | 36.22 | 36.22 | 36.22 | 36.22 | 36.22 |
| 25-29歳 | 95.20 | 93.18 | 95.47 | 99.89 | 106.55 | 113.20 | 116.85 | 116.85 | 116.85 | 116.85 | 116.85 |
| 30-34歳 | 92.62 | 90.66 | 97.36 | 106.47 | 118.11 | 130.18 | 138.97 | 138.97 | 138.97 | 138.97 | 138.97 |
| 35-39歳 | 43.79 | 42.87 | 46.17 | 50.54 | 56.16 | 61.95 | 66.19 | 66.19 | 66.19 | 66.19 | 66.19 |
| 40-44歳 | 5.17 | 5.06 | 5.72 | 6.52 | 7.53 | 8.55 | 9.36 | 9.36 | 9.36 | 9.36 | 9.36 |
| 45-49歳 | 3.74 | 3.66 | 2.96 | 2.27 | 1.63 | 0.92 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 | 0.11 |

日本

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 4.48 | 3.86 | 3.51 | 3.23 | 2.87 | 2.50 | 2.05 | 2.13 | 2.22 | 2.28 | 2.29 |
| 20-24歳 | 39.73 | 36.02 | 35.05 | 34.68 | 34.10 | 33.31 | 32.31 | 33.68 | 35.05 | 36.03 | 36.22 |
| 25-29歳 | 106.75 | 99.11 | 99.00 | 100.77 | 102.26 | 103.36 | 104.21 | 108.64 | 113.06 | 116.21 | 116.85 |
| 30-34歳 | 94.52 | 92.01 | 96.42 | 103.05 | 109.84 | 116.79 | 123.95 | 129.21 | 134.47 | 138.22 | 138.97 |
| 35-39歳 | 29.11 | 31.15 | 35.48 | 40.84 | 46.57 | 52.65 | 59.04 | 61.54 | 64.05 | 65.84 | 66.19 |
| 40-44歳 | 3.31 | 3.75 | 4.47 | 5.36 | 6.28 | 7.30 | 8.35 | 8.70 | 9.06 | 9.31 | 9.36 |
| 45-49歳 | 0.11 | 0.11 | 0.08 | 0.09 | 0.09 | 0.10 | 0.10 | 0.10 | 0.11 | 0.11 | 0.11 |

韓国

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 2.82 | 3.16 | 3.98 | 5.13 | 6.35 | 7.70 | 9.15 | 10.70 | 12.32 | 14.07 | 15.92 |
| 20-24歳 | 37.09 | 32.64 | 34.61 | 39.32 | 44.31 | 49.61 | 55.21 | 61.08 | 67.28 | 73.77 | 80.52 |
| 25-29歳 | 149.58 | 118.31 | 113.54 | 117.20 | 120.54 | 123.59 | 126.28 | 128.66 | 130.75 | 132.48 | 133.89 |
| 30-34歳 | 90.63 | 71.84 | 69.10 | 71.48 | 73.71 | 75.76 | 77.64 | 79.30 | 80.83 | 82.17 | 83.34 |
| 35-39歳 | 19.59 | 16.60 | 17.06 | 18.85 | 20.71 | 22.67 | 24.71 | 26.81 | 29.02 | 31.32 | 33.71 |
| 40-44歳 | 2.88 | 2.48 | 2.58 | 2.91 | 3.23 | 3.59 | 3.95 | 4.35 | 4.75 | 5.15 | 5.61 |
| 45-49歳 | 0.21 | 0.17 | 0.15 | 0.13 | 0.16 | 0.09 | 0.06 | 0.09 | 0.07 | 0.03 | 0.00 |

香港

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 5.94 | 5.26 | 5.38 | 5.77 | 6.16 | 6.55 | 6.94 | 7.34 | 7.73 | 8.12 | 8.51 |
| 20-24歳 | 36.25 | 32.15 | 32.83 | 35.23 | 37.62 | 40.01 | 42.41 | 44.80 | 47.20 | 49.59 | 51.98 |
| 25-29歳 | 73.78 | 65.42 | 66.82 | 71.69 | 76.56 | 81.43 | 86.30 | 91.18 | 96.05 | 100.92 | 105.79 |
| 30-34歳 | 66.57 | 59.03 | 60.29 | 64.68 | 69.08 | 73.48 | 77.87 | 82.27 | 86.66 | 91.06 | 95.46 |
| 35-39歳 | 25.44 | 22.56 | 23.04 | 24.72 | 26.40 | 28.08 | 29.76 | 31.44 | 33.12 | 34.80 | 36.48 |
| 40-44歳 | 3.82 | 3.38 | 3.46 | 3.71 | 3.96 | 4.21 | 4.46 | 4.72 | 4.97 | 5.22 | 5.47 |
| 45-49歳 | 0.21 | 0.19 | 0.19 | 0.21 | 0.22 | 0.23 | 0.25 | 0.26 | 0.28 | 0.29 | 0.30 |

シンガポール

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 7.44 | 5.62 | 4.65 | 4.11 | 3.46 | 2.75 | 1.96 | 2.05 | 2.13 | 2.22 | 2.28 |
| 20-24歳 | 41.69 | 34.26 | 31.49 | 31.59 | 31.57 | 31.29 | 30.97 | 32.34 | 33.71 | 35.08 | 36.06 |
| 25-29歳 | 113.58 | 95.61 | 90.06 | 92.83 | 95.36 | 97.70 | 99.79 | 104.21 | 108.64 | 113.06 | 116.21 |
| 30-34歳 | 103.47 | 91.04 | 89.67 | 96.59 | 103.74 | 111.11 | 118.66 | 123.92 | 129.17 | 134.43 | 138.18 |
| 35-39歳 | 41.00 | 37.42 | 38.14 | 42.39 | 46.89 | 51.61 | 56.53 | 59.04 | 61.54 | 64.05 | 65.84 |
| 40-44歳 | 6.81 | 6.02 | 5.95 | 6.44 | 6.94 | 7.46 | 8.00 | 8.35 | 8.70 | 9.06 | 9.31 |
| 45-49歳 | 0.00 | 0.03 | 0.03 | 0.06 | 0.06 | 0.09 | 0.10 | 0.10 | 0.10 | 0.11 | 0.11 |

タイ

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 50.31 | 48.86 | 46.39 | 45.10 | 44.25 | 43.36 | 42.48 | 41.63 | 40.74 | 39.89 | 39.00 |
| 20-24歳 | 122.77 | 123.43 | 121.44 | 122.36 | 124.28 | 126.24 | 128.21 | 130.17 | 132.13 | 134.09 | 136.05 |
| 25-29歳 | 103.35 | 103.19 | 100.80 | 100.86 | 101.82 | 102.75 | 103.71 | 104.64 | 105.56 | 106.52 | 107.45 |
| 30-34歳 | 65.48 | 64.70 | 62.55 | 61.94 | 61.90 | 61.83 | 61.75 | 61.72 | 61.64 | 61.57 | 61.53 |
| 35-39歳 | 33.62 | 32.04 | 30.04 | 28.82 | 27.79 | 26.75 | 25.75 | 24.72 | 23.72 | 22.64 | 21.65 |
| 40-44歳 | 11.47 | 10.68 | 9.67 | 8.92 | 8.25 | 7.62 | 6.96 | 6.29 | 5.66 | 5.00 | 4.33 |
| 45-49歳 | 3.00 | 2.70 | 2.31 | 2.00 | 1.70 | 1.44 | 1.15 | 0.85 | 0.56 | 0.30 | 0.00 |

中国

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 4.98 | 4.76 | 4.87 | 5.07 | 5.18 | 5.18 | 5.18 | 5.18 | 5.18 | 5.18 | 5.18 |
| 20-24歳 | 154.15 | 147.22 | 150.68 | 156.75 | 160.21 | 160.21 | 160.21 | 160.21 | 160.21 | 160.21 | 160.21 |
| 25-29歳 | 137.77 | 131.58 | 134.68 | 140.09 | 143.19 | 143.19 | 143.19 | 143.19 | 143.19 | 143.19 | 143.19 |
| 30-34歳 | 44.86 | 42.84 | 43.85 | 45.61 | 46.62 | 46.62 | 46.62 | 46.62 | 46.62 | 46.62 | 46.62 |
| 35-39歳 | 9.26 | 8.84 | 9.05 | 9.41 | 9.62 | 9.62 | 9.62 | 9.62 | 9.62 | 9.62 | 9.62 |
| 40-44歳 | 3.56 | 3.40 | 3.48 | 3.62 | 3.70 | 3.70 | 3.70 | 3.70 | 3.70 | 3.70 | 3.70 |
| 45-49歳 | 1.42 | 1.36 | 1.39 | 1.45 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 | 1.48 |

フィリピン

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 44.37 | 38.55 | 33.00 | 28.93 | 25.75 | 22.89 | 20.56 | 18.61 | 17.91 | 17.28 | 16.69 |
| 20-24歳 | 172.17 | 152.32 | 133.47 | 120.30 | 109.37 | 100.11 | 92.16 | 86.13 | 85.06 | 84.73 | 84.40 |
| 25-29歳 | 204.66 | 187.39 | 170.38 | 159.24 | 149.92 | 142.01 | 135.14 | 130.48 | 133.05 | 136.72 | 140.34 |
| 30-34歳 | 152.35 | 136.01 | 121.22 | 111.12 | 102.68 | 95.55 | 89.42 | 84.93 | 85.29 | 86.32 | 87.36 |
| 35-39歳 | 108.56 | 92.63 | 78.47 | 68.23 | 59.74 | 52.61 | 46.48 | 41.63 | 39.29 | 37.30 | 35.34 |
| 40-44歳 | 39.86 | 32.62 | 26.48 | 22.01 | 18.26 | 15.14 | 12.44 | 10.26 | 8.73 | 7.33 | 5.88 |
| 45-49歳 | 6.63 | 5.09 | 3.97 | 3.18 | 2.48 | 1.89 | 1.39 | 0.97 | 0.67 | 0.33 | 0.00 |

インド

(単位：%)

| | 1995-2000年 | 2000-2005年 | 2005-2010年 | 2010-2015年 | 2015-2020年 | 2020-2025年 | 2025-2030年 | 2030-2035年 | 2035-2040年 | 2040-2045年 | 2045-2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15-19歳 | 95.47 | 79.87 | 62.88 | 50.54 | 40.73 | 33.70 | 28.05 | 24.83 | 24.42 | 24.42 | 24.42 |
| 20-24歳 | 215.66 | 202.14 | 196.92 | 190.15 | 183.50 | 175.64 | 167.53 | 163.06 | 162.80 | 162.43 | 162.06 |
| 25-29歳 | 181.32 | 163.43 | 150.04 | 138.11 | 127.67 | 118.78 | 111.04 | 105.99 | 106.19 | 106.56 | 106.93 |
| 30-34歳 | 107.14 | 95.23 | 84.40 | 76.06 | 69.10 | 63.18 | 58.05 | 54.85 | 54.76 | 54.76 | 54.76 |
| 35-39歳 | 52.88 | 45.47 | 37.51 | 31.53 | 27.00 | 23.59 | 20.65 | 18.90 | 18.87 | 18.87 | 18.87 |
| 40-44歳 | 25.41 | 20.89 | 14.89 | 11.01 | 7.78 | 5.48 | 3.90 | 2.97 | 2.96 | 2.96 | 2.96 |
| 45-49歳 | 8.93 | 7.37 | 4.96 | 3.00 | 1.83 | 0.84 | 0.39 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |

ブラジル

(単位：％)

| | 1995－2000年 | 2000－2005年 | 2005－2010年 | 2010－2015年 | 2015－2020年 | 2020－2025年 | 2025－2030年 | 2030－2035年 | 2035－2040年 | 2040－2045年 | 2045－2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15－19歳 | 89.70 | 89.60 | 89.30 | 88.70 | 88.00 | 87.20 | 86.30 | 85.50 | 85.40 | 85.40 | 85.40 |
| 20－24歳 | 141.00 | 136.60 | 132.20 | 127.60 | 123.40 | 119.60 | 116.20 | 113.20 | 112.80 | 112.80 | 112.80 |
| 25－29歳 | 121.90 | 115.60 | 109.70 | 103.80 | 98.70 | 94.30 | 90.40 | 87.20 | 86.70 | 86.70 | 86.70 |
| 30－34歳 | 77.00 | 71.90 | 67.10 | 62.60 | 58.80 | 55.50 | 52.70 | 50.40 | 49.90 | 49.90 | 49.90 |
| 35－39歳 | 42.50 | 39.10 | 36.00 | 33.20 | 30.80 | 28.80 | 27.10 | 25.70 | 25.50 | 25.50 | 25.50 |
| 40－44歳 | 14.90 | 13.50 | 12.30 | 11.10 | 10.20 | 9.40 | 8.80 | 8.30 | 8.20 | 8.20 | 8.20 |
| 45－49歳 | 3.00 | 2.70 | 2.40 | 2.10 | 1.90 | 1.70 | 1.60 | 1.50 | 1.50 | 1.50 | 1.50 |

メキシコ

(単位：％)

| | 1995－2000年 | 2000－2005年 | 2005－2010年 | 2010－2015年 | 2015－2020年 | 2020－2025年 | 2025－2030年 | 2030－2035年 | 2035－2040年 | 2040－2045年 | 2045－2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15－19歳 | 78.70 | 70.20 | 62.90 | 59.50 | 57.40 | 55.50 | 54.40 | 54.40 | 54.40 | 54.40 | 54.40 |
| 20－24歳 | 141.00 | 129.40 | 118.80 | 113.50 | 110.10 | 107.10 | 105.40 | 105.40 | 105.40 | 105.40 | 105.40 |
| 25－29歳 | 145.20 | 131.00 | 118.40 | 112.40 | 108.60 | 105.20 | 103.30 | 103.20 | 103.20 | 103.20 | 103.20 |
| 30－34歳 | 100.20 | 87.60 | 77.20 | 72.30 | 69.30 | 66.70 | 65.20 | 65.20 | 65.20 | 65.20 | 65.20 |
| 35－39歳 | 58.30 | 48.90 | 41.60 | 38.30 | 36.40 | 34.70 | 33.80 | 33.80 | 33.80 | 33.80 | 33.80 |
| 40－44歳 | 13.50 | 10.70 | 8.70 | 7.90 | 7.40 | 7.00 | 6.70 | 6.70 | 6.70 | 6.70 | 6.70 |
| 45－49歳 | 3.00 | 2.30 | 1.80 | 1.50 | 1.40 | 1.30 | 1.30 | 1.30 | 1.30 | 1.30 | 1.30 |

エジプト

(単位：％)

| | 1995－2000年 | 2000－2005年 | 2005－2010年 | 2010－2015年 | 2015－2020年 | 2020－2025年 | 2025－2030年 | 2030－2035年 | 2035－2040年 | 2040－2045年 | 2045－2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15－19歳 | 54.24 | 46.44 | 37.71 | 31.49 | 26.96 | 23.55 | 20.91 | 18.76 | 17.01 | 15.56 | 14.30 |
| 20－24歳 | 195.90 | 187.93 | 177.49 | 168.43 | 160.71 | 154.03 | 148.22 | 143.12 | 138.56 | 134.48 | 130.73 |
| 25－29歳 | 208.54 | 200.37 | 188.84 | 178.89 | 170.57 | 163.46 | 157.12 | 151.65 | 146.73 | 142.38 | 138.34 |
| 30－34歳 | 145.48 | 133.99 | 119.40 | 108.30 | 99.74 | 92.95 | 87.41 | 82.76 | 78.77 | 75.32 | 72.28 |
| 35－39歳 | 72.60 | 64.40 | 54.92 | 48.01 | 42.83 | 38.88 | 35.73 | 33.16 | 30.96 | 29.14 | 27.51 |
| 40－44歳 | 24.93 | 21.12 | 16.67 | 13.60 | 11.40 | 9.72 | 8.44 | 7.39 | 6.58 | 5.88 | 5.29 |
| 45－49歳 | 4.52 | 3.55 | 2.57 | 1.87 | 1.39 | 1.02 | 0.78 | 0.57 | 0.38 | 0.24 | 0.16 |

ケニア

(単位：％)

| | 1995－2000年 | 2000－2005年 | 2005－2010年 | 2010－2015年 | 2015－2020年 | 2020－2025年 | 2025－2030年 | 2030－2035年 | 2035－2040年 | 2040－2045年 | 2045－2050年 |
|--------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 15－19歳 | 99.50 | 97.10 | 93.82 | 83.70 | 72.41 | 62.63 | 54.61 | 48.34 | 43.32 | 39.28 | 35.85 |
| 20－24歳 | 246.40 | 254.70 | 260.94 | 246.38 | 225.94 | 206.68 | 191.01 | 178.85 | 169.87 | 162.99 | 157.74 |
| 25－29歳 | 231.80 | 240.60 | 247.45 | 234.49 | 215.60 | 197.93 | 183.35 | 172.17 | 163.96 | 157.72 | 152.96 |
| 30－34歳 | 180.00 | 177.00 | 172.57 | 155.23 | 135.61 | 118.37 | 104.33 | 93.27 | 84.58 | 77.54 | 71.70 |
| 35－39歳 | 137.40 | 131.70 | 125.07 | 109.39 | 92.67 | 78.34 | 66.65 | 57.43 | 50.05 | 43.89 | 38.72 |
| 40－44歳 | 62.20 | 59.40 | 56.04 | 48.75 | 41.09 | 34.51 | 29.17 | 24.93 | 21.47 | 18.65 | 16.25 |
| 45－49歳 | 42.70 | 39.50 | 35.90 | 29.87 | 23.89 | 18.94 | 14.88 | 11.62 | 8.95 | 6.74 | 4.78 |

出所：国連人口統計より筆者作成。

も上昇するがその値は70%弱である。残る25-29歳、30-34歳に集中し、ピーク年齢は前者から後者に移動する。いずれにしてもこの2つの年齢層が英国女性の出産年齢として収斂する。低出生率国の典型である。もう一つの特徴は、35-39歳および40-44歳の年齢層の出生率の上昇であり、高年齢の出産が増加する傾向がある。日本の変化は英国とほぼ同じであり、25-29歳、30-34歳に出生年齢が集中し、ピーク年齢は前者から後者へ移動する。また、35-39歳、40-44歳女性の出生率が上昇する出産年齢の高齢化現象が示されている。

韓国は、1995-2000年において25-29歳が150%とかなり高いピークを形成し、次いで30-34歳、これ以外の年齢層の出生率はかなり低い。2050年までの推移はこの2つのピークが多少低下し、20-24歳が2.5倍の80%で新たなピークとなり、15-19歳が6倍弱の15.9%、40-44歳が約2倍の5.6%、45-49歳はゼロになる。出産の若年化と高齢化という2方向への変化がみられる。大きな趨勢としては2大ピークが3大ピークになるということが出来る。こうした年齢別出生率上昇が合計特殊出生率の上昇予測に反映されている。

香港はピーク年齢の25-29歳とこれに次ぐ30-34歳の年齢層の出生率が大きく上昇し、ピークが高くなる一方で、全年齢層の出生率が上昇している。香港も韓国と同様に合計特殊出生率が上昇すると予測され、全年齢層の出生率上昇が要因である。

シンガポールは、ピーク年齢が25-29歳、次いで30-34歳という状態から、2つの年齢層が上昇し、2050年にはピークが後者に入れ替わる。また35-39歳、40-44歳の出生率も上昇し、特定年齢への集中と高齢出産という先進国型パターンの典型である。

タイは1995-2000年に20-24歳が出産年齢のピークであり、次いで25-29歳、30-34歳、15-19歳、35-39歳、40-44歳、45-49歳となっており、全体的に比率は高い。これ以降の傾向はピーク年齢の20-24歳、25-29歳の比率が上昇し、その後はすべて減少する。特定年齢への集中という先進国段階への移行を示すが、まだ英国、日本のように高年齢出産の傾向はない。

一人っ子政策を強力に実施してきた中国の年齢別出生率は、特定年齢に集中させる度合いがかなり強く表れている。出生率のピーク年齢である20-24歳の150%を超える値は2050年までに160%までに上昇し、これに次ぐ25-29歳のそれも137%から143%になる。この3大ピークに次ぐ30-34歳はほぼ同水準が維持され、ほかの年齢層は大きな変化はない。

いまだ人口増加率、合計特殊出生率が高いフィリピンは、典型的な開発途上国の状況を示している。全年齢層において出生率が高い。1995-2000年における25-29歳のピーク年齢の出生率は200%を超え、これに次ぐ20-24歳は172%、35-39歳は108%、15-19歳は44%、40-44歳は39%、45-49歳は6%であった。推計によれば2050年までの変化は、全体的に出生率が低下し、25-29歳の出生率集中がより鮮明になる。また全体的に出生率が低下しているが、高年齢出産という変化までは至っていない。インドの変化は、フィリピンの状況以上に特定年齢への出生依存を示す。1995-2000年におけるピーク年齢はフィリピンのそれより若く20-24歳、これに次いで25-29歳、30-34歳であり100-200%に達する。また全体的に出生率が高く、高い出生率の要因を説明する。予測は全体的に出生率が低下し、ピーク年齢の階層は変化しない。特定年齢への出生集中へと向かっている。ブラジル、メキシコ、エジプト、ケニアの変化は1995-2000年の年齢別出生率は高いが、その傾向は全体的に出生率が低下し、特定年齢への集中が生じる。また特徴

として中南米は15-19歳年齢層の出生率は次第に低下しているが、対象国の中では高い。

以上のように、出生率、合計特殊出生率の低下は、女性の特定年齢層の出生率が高まる傾向を示す。また先進国段階へと向かうにつれて高年齢層の出生率が高くなる。

2-7 少子高齢化

2-7-1 先進国の事例

人口増加率低下、合計特殊出生率低下、女性の特定年齢層への出生集中は各国の人口構成の変化、少子高齢化への傾向を反映する。表2-2は対象国の2005年と2050年の人口の平均年齢および出生時平均余命を示す。各国とも人口の平均年齢が上昇し、英国以上に日本の水準が高く、将来的には日本以上に韓国、シンガポール、香港の水準が高まる。出生時平均余命も70歳後半から80歳前半に上昇する。ケニアは約70歳と低いが、2005-2050年間に約20歳余命が延びる。こうした平均年齢の上昇、出生時平均余命の上昇は少子高齢化への傾向を明確に示す。さらに少子高齢化への傾向を詳細に分析するために生産年齢人口、従属人口比率の趨勢を以下で検討する。

人口転換の第1局面から第2局面への移行に伴い、子供の数が増加する。若年従属人口比率（生産年齢人口に対する若年従属人口の比率）が上昇する。出生率の低下する第3局面では、子供が成人して経済活動に参加することから、生産年齢人口比率（15-64歳人口の総人口に対する比率）が上昇する。このとき人口が生産的労働として社会に吸収されるならば、経済成長が高まる。出生率と死亡率が低位で均衡する第4局面では生産年齢人口が高齢化し、老年従属人口比率（高齢従属人口の生産年齢人口に対する比率）が上昇する。老年従属人口比率がさらに上昇し、先述した平均余命が上昇することで、65歳以上人口比率（総人口に占める65歳以上人口比率）や80歳以上人口比率（総人口に占める80歳以上人口比率）が増加する。これが少子高齢化の一般的な経緯である。

英国は若年従属人口比率が最高になるのは1881年の62%で、これ以降徐々に低下して2005年27%、予測ではこの水準が2050年まで持続する。生産年齢人口比率は1931年に69%の最高水準に達し、これが2005年には66%、2050年には60%に低下する。老年従属人口比率は2005年に24%、予測では2035年に最高の38%に達し、この水準が2050年まで続く。若年従属人口比率が低下し、一方で老年従属人口比率が上昇することで、前者が後者を下回る時期は2015年と予測されている。また65歳以上人口比率は2005年16%、2050年23.2%、80歳以上人口比率は2005年4.4%、2050年8.8%である。英国の高齢化社会ははまだピークに達しておらず、今後到来する。出生率上昇から高齢化社会まで長期的な変化であった。

日本は若年従属人口比率が最高になるのは1940年の62%で、2005年に21%まで低下した後、予測ではこの水準が2050年に26%に上昇する。出生率、合計特殊出生率の上昇予測を反映している。生産年齢人口比率は1990年に70%の最高水準に達し、これが2005年には66%、2050年には51%に低下する。老年従属人口比率は2005年に30%、予測では2050年に最高の70%に達する。若年従属人口比率が低下し、一方で老年従属人口比率が上昇することで、前者が後者を下回る時期は2000年で既に高齢従属人口比率が若年従属人口比率を上回った。また65歳以上人口比率は2005年

表 2-2 人口の平均年齢と出生時平均余命（男女平均）

| | 人口の平均年齢 | | 出生時平均余命 | |
|--------|---------|-------|---------|-------|
| | 2005年 | 2050年 | 2005年 | 2050年 |
| 英国 | 39.0 | 42.9 | 78.3 | 83.5 |
| 日本 | 42.9 | 52.3 | 81.9 | 88.3 |
| 韓国 | 35.1 | 53.9 | 76.8 | 84.4 |
| 香港 | 38.9 | 51.0 | 81.5 | 86.9 |
| シンガポール | 37.5 | 52.1 | 78.6 | 84.5 |
| タイ | 30.5 | 42.5 | 69.7 | 79.1 |
| 中国 | 32.6 | 44.8 | 71.5 | 78.7 |
| フィリピン | 22.2 | 37.9 | 70.2 | 78.6 |
| インド | 24.3 | 38.7 | 63.1 | 75.9 |
| ブラジル | 26.8 | 40.3 | 70.3 | 79.2 |
| メキシコ | 25.0 | 43.0 | 73.7 | 81.3 |
| エジプト | 22.8 | 35.7 | 69.6 | 78.4 |
| ケニア | 17.9 | 27.6 | 50.3 | 69.3 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

19.7%、2050年35.9%、80歳以上人口比率は2005年4.8%、2050年15.3%である。既に日本は英国を上回る老年従属人口比率を抱え、英国よりも短期間で高齢化社会を迎える。しかも生産年齢人口比率の低下、老年従属人口比率や老年人口比率の上昇に関する予測から、日本は英国以上に多くの老年人口を有する社会になる。

2-7-2 NIESの事例

韓国は1965年に若年従属人口比率が最高の81%に達し、2005年に26%まで低下した後、予測では2050年に22%になる。ピーク時の若年従属人口比率が英国、日本の水準を上回り、開発途上国における高出生率と急激な死亡率低下から先進国経験を上回る高い自然増加率であったことを反映している。従ってピーク時の生産年齢人口比率も英国、日本よりも高い。2005年に72%、2010年に最高水準の73%に達した後には低下し、2050年には54%になる。老年従属人口比率は2005年に13%、予測では2050年に最高の65%に達する。若年従属人口比率が低下し、一方で老年従属人口比率が上昇することで、前者が後者を下回る時期は2015年、ほぼ英国と同じである。また65歳以上人口比率は2005年9.4%、2050年34.5%、80歳以上人口比率は2005年1.4%、2050年13.0%である。今後、急速に高齢化社会を迎えると予測されている。日本は英国よりも短期間で高齢化社会を迎えるが、韓国の予測は日本のそれをさらに短縮している。また高齢化に関する各種の統計は英国を上回り、ほぼ日本の水準に近い。

香港は韓国よりも早い1960年に若年従属人口比率が最高の73%に達し、2005年に20%まで低下した後、予測では2050年に22%になる。ピーク時の若年従属人口比率は韓国よりも低い、英国、日本の水準を上回る。生産年齢人口比率は移民の影響から韓国の水準を上回り、2005年に73.6%、2010年に最高水準の74.3%に達した後には低下し、2050年には55%になる。老年従属人口比率は2005年に16%、予測では2050年に最高の58%に達する。若年従属人口比率が低下し、一方で老年従属人口比率が上昇することで、前者が後者を下回る時期は2015年、ほぼ英国と同じである。また65歳以上人口比率は2005年12.0%、2050年32.3%、80歳以上人口比率は2005年2.8%、2050年13.2%である。韓国と同様に今後、急速に高齢化社会を迎えると予測されている。

シンガポールは1965年に若年従属人口比率が最高の81%に達し、2005年に27%まで低下した後、予測では2050年に23%になる。ピーク時の若年従属人口比率はほぼ韓国と同じく高水準であった。生産年齢人口比率は2005年に72%、2010年に最高水準の74%に達した後に低下し、2050年には56%になる。老年従属人口比率は2005年に12%、予測では2050年に最高の56%に達する。若年従属人口比率が低下し、一方で老年従属人口比率が上昇することで、前者が後者を下回る時期は2020年、韓国、香港よりも少し遅くなる。また65歳以上人口比率は2005年8.5%、2050年31.3%、80歳以上人口比率は2005年1.5%、2050年14.0%である。NIESは今後、急速に高齢化社会を迎える。

2-7-3 東南アジア、中国の事例

タイは1965年に若年従属人口比率が最高の88%に達し、2005年に34%まで低下した後、予測では2050年に27%になる。ピーク時の若年従属人口比率は韓国を上回る高水準であった。生産年齢人口比率は、2005年に69%、2010年に最高水準の70%に達した後に低下し、2050年には62%になる。生産年齢人口比率は今後低下するが、NIESよりは高い。老年従属人口比率は2005年に10%、予測では2050年に35%に達する。老年従属人口比率が高まるのは21世紀後半であり、老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回るのも2040年と予測されている。65歳以上人口比率は2005年7.1%、2050年21.4%、80歳以上人口比率は2005年0.8%、2050年5.8%である。2050年の比率は2005年の日本のそれを多少下回る水準にある。NIESよりは遅いが、先進国の経験よりも短期間で高齢化社会を迎えるのは間違いない。

中国は1965年に若年従属人口比率が最高の72%に達し、2005年に30%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に26%になる。ピーク時の若年従属人口比率はNIESよりは低いですが英国、日本を上回る高水準であった。生産年齢人口比率は2005年に71%、2010年に最高水準の72%に達した後に低下し、2050年には61%になる。生産年齢人口比率は今後低下するが、NIESよりは高い。老年従属人口比率は2005年に11%、予測では2050年に39%に達する。老年従属人口比率がさらに高まるのは21世紀後半であり、老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回るのはタイより少し早い2035年と予測されている。65歳以上人口比率は2005年7.6%、2050年23.6%、80歳以上人口比率は2005年1.1%、2050年7.2%である。2050年の比率はタイを上回り、2005年の日本のそれを上回る水準である。あと40数年で現在の日本の水準に達すると予想され、しかも人口規模が大きいことから、いかなる状況になるのか予測しがたい。

フィリピンは1965年に若年従属人口比率が最高の91%に達し、2005年に58%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に28%になる。ピーク時の若年従属人口比率はNIESよりも高い。生産年齢人口比率は2005年に61%、2040年に最高水準の69%に達した後に低下し、2050年には67%になる。生産年齢人口比率は今後も増加し、若い労働人口をフィリピンは21世紀中期まで保有できる。老年従属人口比率は2005年に6%、2050年でも21%と低い水準である。従ってフィリピンが高齢社会を迎えるのは21世紀後半であり、2050年までの予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は到来しない。65歳以上人口比率は2005年3.9%、2050年14.2%、80歳以上人口比率は2005年0.5%、2050年2.8%である。老年人口は次第に増加するが、フィリピンは今しばらく生産年齢人口増加が期待できる。

2-7-4 南アジア、中南米、アフリカの事例

インドは1965年に若年従属人口比率が最高の72%に達し、2005年に51%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に27%になる。ピーク時の若年従属人口比率は中国と同水準であった。生産年齢人口比率は2005年に63%、2035年に最高水準の69%に達した後に低下し、2050年には67%になる。生産年齢人口比率は今後も増加し、若い労働人口をインドは21世紀中期まで保有できる。老年従属人口比率は2005年に8%、2050年でも22%と低い水準である。従ってインドが高齢社会を迎えるのは21世紀後半であり、2050年までの予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は到来しない。65歳以上人口比率は2005年5.3%、2050年14.8%、80歳以上人口比率は2005年0.8%、2050年3.3%である。老年人口は次第に増加するが、インドはフィリピンと同様に今後しばらく生産年齢人口増加が期待できる。

ブラジルは1965年に若年従属人口比率が最高の83%に達し、2005年に42%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に28%になる。ピーク時の若年従属人口比率はほぼNIES水準である。生産年齢人口比率は2005年に66%、2020年に最高水準の67%に達した後に低下し、2050年には63%になる。生産年齢人口比率は今後も増加するが、NIESより10年程度長く、フィリピンより20年短い。21世紀の早い時期に生産年齢人口はピークを迎える。老年従属人口比率は2005年に9%、2050年でも31%で、フィリピンやインドよりも10ポイント高い。予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は2050年である。65歳以上人口比率は2005年6.1%、2050年19.2%、80歳以上人口比率は2005年1.2%、2050年5.5%である。2050年のそれは2005年の日本の水準に近い。

メキシコは1975年に若年従属人口比率が最高の95%に達し、2005年に49%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に27%になる。ピーク時の若年従属人口比率はフィリピンを上回る高水準である。生産年齢人口比率は2005年に64%、2025年に最高水準の68%に達した後に低下し、2050年には62%になる。生産年齢人口比率は今後も増加するが、ブラジルより5年程度長く、フィリピンより15年短い。21世紀の早い時期に生産年齢人口はピークを迎える。老年従属人口比率は2005年に8%、2050年でも34%で、2050年のそれはブラジルより高い。予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は2045年である。65歳以上人口比率は2005年5.3%、2050年21.1%、80歳以上人口比率は2005年1.0%、2050年5.8%である。2050年それは2005年の日本の水準を上回る。

エジプトは1965年に若年従属人口比率が最高の83%に達し、2005年に54%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に32%になる。ピーク時の若年従属人口比率はNIESと同水準であった。生産年齢人口比率は2005年に62%、2040年に最高水準の67%に達した後に低下し、2050年には66%になる。生産年齢人口比率は今後も増加し、若い労働人口をエジプトは21世紀中期まで保有できる。老年従属人口比率は2005年に8%、2050年でも20%と低い水準である。従ってエジプトが高齢社会を迎えるのは21世紀後半であり、2050年までの予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は到来しない。65歳以上人口比率は2005年4.8%、2050年13.3%、80歳以上人口比率は2005年0.6%、2050年2.4%である。老年人口は次第に増加するが、エジプトもフィリピンと同様に今後しばらく生産年齢人口増加が期待できる。

ケニアは1985年に若年従属人口比率が最高の106%に達し、2005年に79%まで低下した後、予測ではこれ以降も低下して2050年に43%になる。ピーク時の若年従属人口比率は対象国最高である。生産年齢人口比率は2005年に54%、これ以降も上昇して2050年には66%になる。生産年齢人口比率は今後も増加し、若い労働人口をケニアは21世紀後半まで保有できる。老年従属人口比率は2005年に5%、2050年でも10%と低い水準である。従ってケニアが高齢社会を迎えるのは21世紀後半であり、2050年までの予測では老年従属人口比率が若年従属人口比率を上回る時期は到来しない。65歳以上人口比率は2005年2.8%、2050年6.3%、80歳以上人口比率は2005年0.4%、2050年0.8%である。老年人口は次第に増加するが、21世紀後半まで生産年齢人口増加が期待できる。

日本は英国の経験を短縮化し、NIESは日本のそれを短縮して、早く少子高齢化社会を迎える。中国や中南米諸国はしばらく時間的余裕があるが、21世紀の早い段階で同じ状況を迎える。フィリピン、インド、アフリカの少子高齢化は21世紀後半になるが、NIESほどではないが先進国の時間的長さを短縮化し、人口動態の今後の推移は予断を許さない。

2-8 経済成長と雇用吸収

2-8-1 雇用吸収力

表2-3は各国の第一次産業から第三次産業の雇用数増減を総雇用増加数で除した値である。いわば雇用吸収貢献度を示す。英国は戦前期に第一次産業はマイナス、戦後期には第二次産業もマイナスとなり、第三次産業が雇用増加をすべて吸収した。また人口増加率の低下から女性の雇用参加が著しい。日本の推移も第一産業がマイナス、第二次産業はマイナスではないが、雇用吸収力の主力は第三次産業に移り、女性雇用の雇用吸収貢献度は戦後期に40%を上回る。韓国、シンガポールは日本、香港は英国の変化に似ている。ほかの国はいまだ第一次産業の雇用貢献度がプラスであり、第一次産業の雇用比率が一桁になるような先進国段階の雇用構造に向けての変化が遅い。製造業やサービス部門に代表される都市近代部門が高い雇用吸収力を伴って成長する力が弱いことを反映している。例えば各国経済成長率は、英国2.48%（1940-2000年）、日本5.72%（1940-2000年）であり、英国を上回る人口増加を日本は高い経済成長の達成により吸収した。また韓国の年平均経済成長率は7.69%（1960-2000年、以下中国以外は同じ期間）、香港は8.07%、シンガポールは8.77%であった。中国は8.26%と高いが人口規模が大きく、今後も高成長を続けることでさらに雇用を吸収する必要がある。ほかの国はタイ6.85%、フィリピン4.38%、インド4.76%、ブラジル4.73%、メキシコ4.52%、エジプト5.02%、ケニア4.52%であり、タイは比較的高いが、40年間の経済成長率はNIESのそれよりも3~4%低い。

2-8-2 高い雇用吸収力を伴った韓国の発展

当然のことながら、先述したようにNIES以外の国はこれから生産年齢人口が増加することからこれを成長に結びつけることが可能である。そのためにはNIESのように近代部門の雇用吸収力が高いことが必須条件となる。その具体的な事例を韓国とフィリピンを比較して分析してみよう。

表 2 - 3 雇用吸収貢献度

(単位：雇用数および雇用増加数は1,000人、雇用吸収貢献度は%)

| 英国 | 1841年 | 1931年 | 雇用増加数 (1841 - 1931) | 雇用吸収貢献度 (1841 - 1931) | 1951年 | 2004年 | 雇用増加数 (1951 - 2004) | 雇用吸収貢献度 (1951 - 2004) |
|-------|---------|----------|------------------------|--------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 7,124.0 | 21,073.0 | 13,949.0 | | 22,610.0 | 28,008.4 | 5,398.4 | |
| 第一次産業 | 1,539.0 | 1,257.0 | - 282.0 | - 2.02 | 1,142.0 | 356.2 | - 785.8 | - 14.56 |
| 第二次産業 | 3,275.0 | 9,716.0 | 6,441.0 | 46.18 | 11,099.0 | 6,208.0 | - 4,891.0 | - 90.61 |
| 第三次産業 | 2,310.0 | 10,100.0 | 7,790.0 | 55.85 | 10,369.0 | 21,370.0 | 11,001.0 | 203.80 |
| 女性雇用数 | 1,815.0 | 6,273.0 | 4,458.0 | 31.96 | 6,961.0 | 12,970.7 | 6,009.7 | 111.33 |

| 日本 | 1872年 | 1940年 | 雇用増加数 (1872 - 1940) | 雇用吸収貢献度 (1872 - 1940) | 1950年 | 2004年 | 雇用増加数 (1950 - 2004) | 雇用吸収貢献度 (1950 - 2004) |
|-------|----------|----------|------------------------|--------------------------|----------|----------|------------------------|--------------------------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 17,074.0 | 31,783.0 | 14,709.0 | | 35,627.0 | 63,290.0 | 27,663.0 | |
| 第一次産業 | 14,495.0 | 14,193.0 | - 302.0 | - 2.05 | 17,208.0 | 2,860.0 | - 14,348.0 | - 51.87 |
| 第二次産業 | 833.0 | 8,563.0 | 7,730.0 | 52.55 | 8,037.0 | 17,960.0 | 9,923.0 | 35.87 |
| 第三次産業 | 1,746.0 | 9,027.0 | 7,281.0 | 49.50 | 10,382.0 | 41,760.0 | 31,378.0 | 113.43 |
| 女性雇用数 | | 12,632.0 | 12,632.0 | 85.88 | 13,756.0 | 26,160.0 | 12,404.0 | 44.84 |
| 分類不可能 | | | | | | 670.0 | 670.0 | 2.42 |

| 韓国 | 1955年 | 2004年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|---------|----------|-----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 8,071.0 | 22,557.0 | 14,486.0 | |
| 第一次産業 | 6,436.0 | 1,825.0 | - 4,611.0 | - 31.83 |
| 第二次産業 | 647.0 | 6,198.0 | 5,551.0 | 38.32 |
| 第三次産業 | 988.0 | 14,534.0 | 13,546.0 | 93.51 |
| 女性雇用数 | 3,220.0 | 9,364.0 | 6,144.0 | 42.41 |
| 分類不可能 | | | | |

| 香港 | 1978年 | 2004年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|---------|---------|---------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 2,002.8 | 3,287.6 | 1,284.8 | |
| 第一次産業 | 29.9 | 8.8 | - 21.1 | - 1.64 |
| 第二次産業 | 1,022.9 | 513.4 | - 509.5 | - 39.66 |
| 第三次産業 | 704.4 | 1,478.2 | 773.8 | 60.23 |
| 女性雇用数 | 948.3 | 2,765.6 | 1,817.3 | 141.45 |
| 分類不可能 | 1.5 | | | |

| シンガポール | 1957年 | 2003年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|--------|-------|---------|---------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 423.0 | 2,033.7 | 1,610.7 | |
| 第一次産業 | 40.0 | 5.0 | - 35.0 | - 2.17 |
| 第二次産業 | 98.0 | 490.3 | 392.3 | 24.36 |
| 第三次産業 | 285.0 | 1,536.4 | 1,251.4 | 77.69 |
| 女性雇用数 | 66.0 | 911.1 | 845.1 | 52.47 |
| 分類不可能 | | 2.0 | | |

| タイ | 1960年 | 2004年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|----------|----------|----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 13,825.0 | 35,712.0 | 21,887.0 | |
| 第一次産業 | 11,334.0 | 15,115.0 | 3,781.0 | 17.28 |
| 第二次産業 | 584.0 | 7,325.0 | 6,741.0 | 30.80 |
| 第三次産業 | 1,907.0 | 13,249.0 | 11,342.0 | 51.82 |
| 女性雇用数 | 6,719.0 | 16,013.0 | 9,294.0 | 42.46 |
| 分類不可能 | | 23.0 | | |

| フィリピン | 1960年 | 2004年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|---------|----------|----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 7,843.0 | 31,741.0 | 23,898.0 | |
| 第一次産業 | 5,162.0 | 11,785.0 | 6,623.0 | 27.71 |
| 第二次産業 | 1,052.0 | 4,880.0 | 3,828.0 | 16.02 |
| 第三次産業 | 1,629.0 | 15,075.0 | 13,446.0 | 56.26 |
| 女性雇用数 | 1,955.0 | 11,905.0 | 9,950.0 | 41.64 |
| 分類不可能 | | 1.0 | | |

| 中国 | 1987年 | 2002年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 527,830.0 | 737,400.0 | 209,570.0 | |
| 第一次産業 | 316,630.0 | 324,870.0 | 8,240.0 | 3.93 |
| 第二次産業 | 117,260.0 | 130,480.0 | 13,220.0 | 6.31 |
| 第三次産業 | 56,640.0 | 119,010.0 | 62,370.0 | 29.76 |
| 分類不可能 | 37,300.0 | 163,040.0 | 125,740.0 | 60.00 |

| ブラジル | 1960年 | 2003年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|----------|----------|----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 22,652.0 | 80,163.0 | 57,511.0 | |
| 第一次産業 | 11,698.0 | 16,568.0 | 4,870.0 | 8.47 |
| 第二次産業 | 3,363.0 | 16,742.0 | 13,379.0 | 23.26 |
| 第三次産業 | 7,591.0 | 46,853.0 | 39,262.0 | 68.27 |
| 女性雇用数 | 4,057.0 | 32,850.0 | 28,793.0 | 50.07 |
| 分類不可能 | | | | |

| メキシコ | 1970年 | 2004年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|----------|----------|----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 12,957.0 | 42,306.1 | 29,349.1 | |
| 第一次産業 | 5,104.0 | 6,937.9 | 1,833.9 | 6.25 |
| 第二次産業 | 2,976.0 | 10,501.7 | 7,525.7 | 25.64 |
| 第三次産業 | 4,877.0 | 24,704.0 | 19,827.0 | 67.56 |
| 女性雇用数 | 2,468.0 | 14,949.0 | 12,481.0 | 42.53 |
| 分類不可能 | | 162.5 | | |

| エジプト | 1960年 | 2003年 | 雇用増加数 | 雇用吸収貢献度 |
|-------|---------|----------|----------|---------|
| | 雇用数 | 雇用数 | | |
| 合計 | 7,783.0 | 18,118.6 | 10,335.6 | |
| 第一次産業 | 4,406.0 | 5,411.3 | 1,005.3 | 9.73 |
| 第二次産業 | 920.0 | 3,578.6 | 2,658.6 | 25.72 |
| 第三次産業 | 2,457.0 | 9,127.2 | 6,670.2 | 64.53 |
| 女性雇用数 | 619.0 | 3,466.9 | 2,847.9 | 27.55 |
| 分類不可能 | | | | |

出所：ILO統計より筆者作成。

韓国の都市人口比率は、1950年の21.4%から2005年に80.8%に達した¹⁹。これに伴い農村人口が絶対的に減少し、女性人口が1960年代後半、男性人口は1970前半以降に絶対的な減少局面に達した。多くの開発途上国でも都市人口比率の上昇が続いているが、それは都市・農村の相対的な人口比率であり、農村人口が絶対的に減少した国は少ない。韓国では製造業を中心とした都市産業が急速に発展し、農村の過剰人口を吸収できた。しかもまず農村女性人口の絶対的減少が生じたことに、韓国の経済発展の特徴が示されている。1960年代はアパレル等の軽工業の輸出生産が工業化を牽引し、ゆえに女性労働需要が増加して農村から多くの女性人口を都市へ移動させた。重化学工業化が1960年代末から開始され、男性労働需要の増加に伴って農村男性人口も絶対的な減少を始めた。

韓国の都市への人口移動のもう一つの特徴は、大都市およびその周辺に集中していることである。ソウルの人口は、1960年に244.5万人、総人口の9.9%を占めていたが、1975年688.9万人、1990年には1061.2万人で総人口の24.8%となり、韓国総人口の4人に1人はソウルに住んでいることになる。ソウルに次ぐ都市である釜山も1960年の116.4万人から1975年245.3万人、1990年379.8万人となり、総人口の8.9%を占める。韓国の行政区は1980年まではこの2つの特別市と9つの道からなっていたが、1980年までに流入から流出を差し引いた純流入があったのは2つの特別市と京畿道だけであった。京畿道では1970年代に過密になってきたソウルの人口を分散するために衛星都市、工業団地が建設され、ソウルとともに多くの人口を吸収した。京畿道の人口は1975年の403.9万人から1985年479.4万人、1995年には764.9万人に達した。また重化学工業化のために新たな生産拠点が馬山などに設けられ、こうした工業地域へも人口が移動し、都市人口が急速に増加した。

都市への人口移動は、農村の過剰人口を解消して伝統部門が発展するインパクトを与えた。韓国の経済開発過程は輸出志向工業化戦略の実施に伴い、輸出増加→輸入増加投資増加→生産増加→生産性改善→輸出増加というメカニズムが、産業構造を高度化させながら継続した。この拡大循環メカニズムによる製造業部門の発展は、さらに他部門にも好影響を及ぼした。第二次産業（鉱工業）のGDPに占める比率は1962年の16.4%から1988年には最大33.2%に達し、建設、電気・ガスを含めた広義の第二次産業は40%を上回る。鉱工業の生産増加は雇用の増加をもたらして、経済全体で1962-1988年間（1988年に製造業の雇用数がピークに達した）に総雇用は約900万人増加し、このうち500万が鉱工業と建設に吸収された。こうした高い雇用吸収力を伴った製造業を中心とした第二次産業の発展は、過剰労働を抱える開発途上国にとって最も重要な発展要因であり、近代部門だけでなく農業等の伝統部門の発展へのインパクトとなる。

¹⁹ 韓国の統計は以下を利用した。

National Statistical Office (NSO), Statistical Yearbook, various years.

韓国銀行『経済統計年報』各年版。

経済企画院『主要経済指標』各年版。

アジア経済研究所 AIDXT (貿易データ検索システム)

農水産部『農家経済調査報告書』各年版。

NSO, Labor Statistical Yearbook, various years.

2-8-3 韓国経済発展における伝統部門への波及

農林漁業からなる第一次産業の総雇用に占める比率はほぼ一貫して減少し、比率だけでなく就業者数も1976年の550万人をピークとして減少した。過剰労働の解消は農村における実質賃金の変化に反映されて、1975年を基準年とした農村の実質賃金（農家が支払った労働賃金を消費者物価指数で実質化した値）は1962年の62.1から1970年の77.8に緩やかに上昇し、絶対的減少が始まる1970年代中期以降に急上昇して1980年には194.7に達した。

賃金だけでなく、供給に限りがある土地の価格も、経済活動の拡大に伴って上昇した。他方で農業の投入財である化学肥料や農業機械の価格は、製造業の発展に伴って供給力が拡大して相対的に低下した。精米100リットル当たり価格に対する生産要素価格を計測すると、1960-1980年間に労働と土地が約2倍に上昇し、農業機械や化学肥料は2分の1から3分の1に低下した。こうした生産要素の相対価格変化を受けて、生産構造は労働に代替して機械や化学肥料を多く投入するものに変化した。韓国の農業では要素価格の推移を反映して要素代替が生じ、資本労働比率（農業就業者1人当たりの農業機械や化学肥料等の近代投入財の投入額）や資本土比率（農地単位面積当たりの近代投入財の投入額）は1960-1980年間に約5倍に増加した。

要素代替とともに、新品種、つまり高収量品種の導入は農業生産の拡大（1970年代前半にコメの自給達成）と生産性を改善し、1960-1980年間に労働生産性は約4倍、土地生産性は約3.5倍に増加した。生産性改善とともに1970年代初期の政府の価格政策の変化（農業開発計画として実施されたセマウル運動の一環としてコメの政府支持価格を高め維持）は農家所得を増加させ、都市家計所得の約60%であった農家家計の所得水準を改善し、1970年代中期には一時的に農家家計が都市家計を上回るという現象さえ生じた。農家の実質所得は1960-1980年間に約3倍に増加し、また農家家計支出に占める食糧支出の比率を示すエンゲル係数は1960年代初期の60%の水準から1980年代初期には35%にまで低下した。よって韓国の農業部門における経済厚生は大幅に改善された。

以上で見てきた通り、製造業の発展は、農業に相対要素価格変化→要素代替→生産拡大→生産性改善→経済厚生改善をもたらして農業を発展させるとともに、他方でこの循環は農業から製造業へさらに労働供給を拡大させて製造業の発展に貢献した。いわば農工間の相互作用といえる変化が韓国の経済開発の過程で生じた。

第三次産業も製造業発展の影響を受けて変化した。1950-1960年代の韓国のサービス産業は開発途上国で一般的な雑業で構成されるインフォーマル部門がかなりの比重を占めた。インフォーマル部門は不完全就業と低賃金を特徴とし、それゆえに参入しやすいことから雇用機会の乏しい開発途上国の都市部で多くみられるサービス産業である。韓国の不完全就業者（1週間の労働時間が18時間未満）は1962年の66.7万人²⁰から1970年代に急速に減少し、1985年には12.6万人になった（不完全就業者と失業者の合計は1966年のピーク時に138.8万人、生産年齢人口の17.6%）。GDP構成のサービス部門が1960-1970年代に収縮したことにその経緯が反映され、近代部門の発展に伴ってインフォーマル部門が減少した。またサービス産業の実質賃金は、1968-1975年間に

²⁰ サービス産業だけの統計がないので経済全体のそれを利用した。

約1.3倍、1976－1985年間に約1.8倍に上昇した。経済全体の不完全就業者の減少、サービス部門の実質賃金上昇から、韓国のインフォーマル部門は消滅したと考えられる。インフォーマル部門の労働者が製造業に吸収されただけでなく、経済の発展に伴って近代的なサービス部門を必要とし、インフォーマルがフォーマルなものに変化した。

経済全体の発展は経済開発の指標である1人当たり所得を増加させ、1960年代初期に100米ドル未満の水準から1970年代末に1,000米ドルを超え、現在はほぼ1万米ドルの水準にある。絶対水準の拡大とともに所得分配もかなり平等化され、所得分配の不平等の度合いを示すジニ係数は1960年代の0.37から1970年代に0.33に低下した。世界でも所得分配が平等といわれている日本の1970年代の指数の0.30にほぼ匹敵し、韓国では経済発展に伴う所得増加が全体的に均霑された。近代部門だけでなく伝統部門も発展し、それゆえに所得格差が大きくならなかったのである。

以上のように韓国の経済発展と人口転換の要因は雇用吸収力、つまり労働需要の拡大であった。

2－8－4 貧困にあえぐフィリピン

フィリピンの第二次産業（鉱工業、電気・ガス、建設）のGDP比率は1960年代に30%に達し、1980年39%、2001年37%を占めた。しかし雇用比率は依然として低く、1980年15%、2001年16%にすぎない。従って増加した人口は、農業やサービス部門で働く場所を求めざるを得ない。

しかし農業を取り巻く環境も芳しいものではなかった。フィリピンの耕地面積は1950－1970年代中期までに年平均2%強で拡大したが、1975年に可耕地に占める既耕地の比率が98%に達し、耕地拡大の可能性はほぼなくなった。このため農業センサス年の1960年、1980年、1990年の農家1戸当たり耕地面積は3.59ha、2.84ha、2.16haに減少した²¹。しかし韓国の農家1戸当たり耕地面積1.05ha（農業センサス年の1990年）と比較すると、フィリピンの平均的農家の耕地保有面積は大きい²²。ところが、韓国は1950年代に農地改革を実施したことから平均的農地所有面積は3ha未満が一般的であり（小作の禁止）、1990年センサスの農家平均耕地面積の2倍弱である2ha以下耕地規模の農家戸数は全体の90.2%、その規模の農家が所有する耕地の全耕地に占める比率は71.8%であった。フィリピンでは1990年センサスの農家平均農地規模の2倍強の5ha以下耕地規模農家の戸数比率は韓国とほぼ同じ90.5%であったが、この規模農家が所有する耕地の全耕地に対する比率は56.1%であった。また10～25haの規模農家の戸数比率は2.01%、耕地所有比率は13.0%、25ha以上規模農家は戸数比率0.28%、耕地所有比率10.4%であった。

計算上ではフィリピンの農家平均の耕地面積は広いが、耕地所有の不平等は増加する労働人口は農地を所有する自作農ではなく、小作農や農業労働者として農業内部に吸収したにすぎない。例えば、農村の不完全就業者は1971年の127万人から1980年に258万人に増加し、NEDA（The National Economic and Development Authority）が新計画作成の基礎資料として推計した1986年の農村における不完全就業率（総労働人口に占める不完全就業者の比率）は42.4%、失業者は60万人弱であった²³。土地を所有していないがゆえに、継続的に労働していない人々が増加した。

²¹ FAO (1997)

²² *Ibid.*

²³ NEDA (1986) Medium-Term Philippine Development Plan 1987-92, Manila.

不完全就業者や失業者の増加は賃金水準の引き下げ圧力となり、農業部門の実質賃金（食糧給付を除く）は1969年のピーク時を100として、1975年79、1985年70に低下し、1980年代後半は上昇傾向にあるが過去の水準を回復するまでに至ってない。1995年の農業賃金は日給92.27ペソ（名目）で、ドル換算では3.58米ドル、同年の農業日給統計が得られるペルーでは10.7米ドルであり、フィリピン農業賃金は低い²⁴。実質賃金の低下は絶対的貧困層の増加をもたらし、1985年のNEDAの調査によると1家族6人の農家家計の絶対的貧困所得水準、1ヵ月所得2,066ペソ（約13,000円）を下回る農家家計数は全農家の63.7%を占めると報告した²⁵。またILOの統計では1990年の農村貧困人口比率は54%であった。これら貧困農民の大部分は土地なし層であると報告された²⁶。

2-8-5 農民の貧困、都市スラムの拡大

しかし、フィリピンの農業生産が停滞したことが農民の貧困をもたらしてきたわけではない。生産指数から農業部門の成長率を計測すると、フィリピンは1950-1985年に年平均で4.7%であり、これは韓国の5.8%を下回るが、台湾4.0%、インドネシア2.9%を上回る成長を遂げている²⁷。また1985-2001年でも3.6%の成長を達成し、農業部門の成長率としては高い。耕地面積の拡大余地がないフィリピンでの農業成長は、何らかの技術進歩が生じたからと思われる。農業における技術選択は、一般的に生物学的改良（高収量品種）、化学肥料・農薬の投入、灌漑等の土地節約的なものと、農業機械に代表される労働節約的なものに大きく区分できる。その選択は、初期的には人口過剰な国ではその生産改善のために土地節約的技術が導入され、次いで生産要素賦存の変化に伴って機械による労働節約的技術が導入されることが、人口過剰な国においては理想的な推移である。

フィリピンと韓国の1980年と2000年における農業機械投入は、農業用トラクターが韓国は0.3万台から19.2万台、フィリピンは1.1万台から1.2万台、収穫脱穀機は両国とも1,000台未満から韓国は8.7万台、フィリピンは約1,000台であった²⁸。韓国の農業機械の導入は経済発展、農業発展に伴って普及し、フィリピンでは当初の導入台数がそのまま永続する構造である。つまりその台数からもフィリピンでは労働節約的技術が早期導入されている。その違いは農地経営規模から生じ、大規模な農地で機動的な農業を行うために機械が導入されたと考えられる。例えばフィリピンにおける耕耘機導入の土地規模損益分岐点は1970年代中期時点で、輸入品（ディーゼルエンジン、7馬力）12ha、国産品（ガソリンエンジン、7馬力）6ha、国際稲作研究所（International Rice Research Institute: IRRI）が開発した国産品（ディーゼルエンジン、5-7馬力）5haで、また伝統的な耕耘手段である水牛は2.5haであった²⁹。IRRIが開発した普及型の耕耘機の生産が始まった1972年を境にして耕耘機の需要は増加し、1965-1972年の年平均耕耘機販売台数1,480台が

²⁴ 国際比較統計は以下を利用した。

World Bank (various years) *World Development Report*.

World Bank (various years) *World Development Indicators*.

²⁵ NEDA (1985) *Family Income and Expenditure Surveys 1985*の推計結果。

²⁶ ILO (1993)

²⁷ FAO (various years) *Production Yearbook*により計算した結果。

²⁸ FAO (various years) *Production Yearbook*.

²⁹ アジア経済研究所 (1977)

1973-1976年では7,568台に急増した³⁰。また耕耘機を購入しない農民層では、大型機械所有者による請負（賃耕）への依存が高まり、耕耘機非所有者でもその93%が賃耕を利用するようになった³¹。しかも近代部門の雇用吸収力が増加しない一方で、農村人口の増加は小規模農家の構造変化をもたらさず、韓国のような農業機械が普及する段階へと発展できなかった。

小規模な土地で家族経営農業を行う場合、労働投入はコストと認識されることは少なく、他部門への移動が不可能ならばそれを排除することはない。その中で扶養される場合が一般的である。しかし雇用労働を使用している大規模農家では労働投入はコストであり、生産にとって有利であるならば、機械と労働の代替は進展する。つまりフィリピンの農地所有構造にとって合理的な選択が農業生産構造を近代化させて生産および生産性の改善をもたらした。しかしこれが土地を持たない農民を農業から排除し、彼らの生活を困窮化させた。

農民層は以上のような要因から都市へ移動した。フィリピンの総人口に占める都市人口比率は1960年の30%から1990年には43%、2005年には63%に達し、都市人口の3分の1がマニラ首都圏に集中した。また1970-2005年間に総人口は4650万人増加し、そのうち86%が都市人口の増加であった。フィリピン大学の調査によると、雇用者10人未満の事業所3,500社の就業者の61%がマニラ首都圏以外からの流入者であったと報告した³²。しかし流入した多くの人々は、都市産業の雇用吸収力の弱さや近代的サービス部門で働くことができるほどの能力を有していないことから都市で生産的雇用機会を得ることが難しく、インフォーマル部門に流入した。都市の不完全就業者は1971年の51万人から1981年に106万人に倍増し、不完全就業者と失業者の合計が都市労働人口に占める比率は同期間に19%から28%に上昇し、1986年には39%に達したと推計された³³。フィリピンの雇用統計では第一次産業の減少（1960-2001年間に61.1%から37.4%）、第二次産業は不変（ほぼ15-16%）、第三次産業の上昇（22.9%から47.0%）が生じたが、第三次産業に吸収された労働の多くは低生産性を特徴とするインフォーマル部門のものであった。都市インフォーマル部門の増加は都市における絶対的貧困層を増加させ、1985年に都市の絶対的貧困水準（1家族6人の1ヵ月所得3,021ペソ）を下回る家族の都市全家族に占める比率は、全都市で52.1%、マニラ首都圏で44.1%に達した³⁴。つまり農村の貧困は都市に移動しても解決せず、むしろ人口移動によって貧困が農村だけでなく都市へも拡散した。

以上のような経済開発の推移と宗教上の影響から、出生率は依然として高く、人口増加は慢性的ともいえる貧困状態を生み出した。韓国では急速な経済成長に伴う人口動態の推移から少子高齢化社会の到来が予想され、これにいかに対処するかを今後議論する状況にある。両国の違いは、都市近代部門の雇用吸収力の違いから生じた。フィリピンは生産年齢人口のピークが21世紀中期になるが、これをいかに経済活動の中に取り込むかが課題である。もしこれに失敗すれば、多くの失業者がいる中で少子高齢化社会を迎えることになる。社会経済的な負担はかなり大きなものとなる。フィリピンの課題は、21世紀に少子高齢化を迎える開発途上国にとって大いなる教訓となる。

³⁰ *Ibid.*

³¹ Hayami and Kikuchi (1981)

³² Jurado and Castro (1976)

³³ Department of Labor and Employmentの推計結果。

³⁴ NEDA (1985) *Family Income and Expenditure Surveys 1985*の推計結果。

参考文献

- アジア経済研究所 (1977) 『年次経済報告－フィリピン』
- 大淵寛・森岡仁 (1981) 『経済人口学』新評論
- 梶原弘和・武田晋一・孟建軍著／渡辺利夫監修 (2000) 『経済発展と人口動態』勁草書房
- 南亮三郎 (1964) 『人口理論－人口学の展開－』千倉書房
- Bongaarts, J.; Mauldin, W. P. and Phillips, J. F. (1990) “The Demographic Impact of Family Planning Programs,” *Studies in Family Planning*, Vol. 21, No. 6, June 1990.
- Drake, Michael (1969) *Population in Industrialization*, Burns and Noble.
- FAO (1997) *Report on the 1990 World Census of Agriculture*, Food and Agriculture Organization.
- Hayami, Yujiro and Kikuchi, M. (1981) *Asian Village at the Crossroads: An Economic Approach to Institutional Change*, University of Tokyo Press.
- ILO (1993) *World Labour Report 1993*, International Labor Organization (FAO)
- Jurado, Gonzalo M. and Castro, Judy S. (1976) “The Informal Sector in the Greater Manila Area: An Overview.” *UPSE Discussion Paper 7809*.
- Kuznets, Simon S. (1959) *Six Lectures on Economic Growth*, Free Press of Glencoe.
- Mauldin, W. Parker; Bernard, Berelson and Sykes, Zenas (1978) “Conditions of Fertility Decline in Developing Countries 1965-75,” *Studies in Family Planning*, Vol. 9, No. 5, May 1978.
- Mitchell, Brian R. (1975) *European Historical Statistics 1750-1970*, The Macmillan Press.
- NEDA (1985) *Family Income and Expenditure Survey 1985*.
- (1986) *Medium-Term Philippine Development Plan 1987-92*, Manila.
- Notestein, Frank W. (1950) “The Population of the World in the Year 2000,” *Journal of American Statistical Association*, Vol. 45, No. 251, September 1950.
- Thompson, Warren (1929) “Population,” *The American Journal of Sociology*, Vol. 34, No. 36, June 1929.
- United Nations (1971) *The World Population Situation in 1970*, New York.
- World Bank (various years) *World Development Indicators*.
- (various years) *World Development Report*.

3. 開発途上国の少子高齢化と経済発展

大泉啓一郎

3-1 はじめに

これまで開発途上国の経済発展と人口動態の関係は、人口規模や人口増加率を主な説明変数として議論されてきた。しかし近年、「少子化」や「高齢化」という言葉に象徴されるように、人口構成の変化に焦点を当てた見方にシフトしている。開発途上国における出生率の低下（少子化）と、高齢者人口の割合の上昇（高齢化）との間には、タイムラグがあり、現実には、出生率の低下により人口増加率が低下するとともに、人口に占める生産年齢人口（15-64歳）が高まる時期がある。その後も出生率の低下が続けば、徐々に老年従属人口（65歳以上）の割合が上昇し、開発途上国においても「少子高齢化」が進展することになる。

本章では、このような人口構成の変化が開発途上国の経済発展にどのような影響を及ぼすのかを考察することを目的にしている。また、その人口構成の変化に伴う効果を最大化し、負の効果を軽減するためにはどのような施策が重要か、さらに、海外からのどのような支援が効果的であるかを検討したい。

なお、人口動態および人口構成が経済発展に及ぼす影響は時間とともに変化する。そこで本章では、

- ①人口増加率が高く、若年従属人口が多い「人口爆発期」
 - ②出生率が低下し、生産年齢人口の割合が上昇する「人口ボーナス期」
 - ③さらに出生率の低下が続き、高齢者人口の割合が上昇する「人口高齢化期」
- の3つに区分して述べる。

ただし、「人口爆発期」や「人口ボーナス期」、「人口高齢化期」は便宜上の区分であり、実際には明確な区分基準はない。本章では、若年従属人口が人口の40%を超える状況を「人口爆発期」、生産年齢人口が人口の3分の2を超える状況を「人口ボーナス期」、老年従属人口が人口の14%を超える状況を「人口高齢化期」としてとらえた。それぞれの国がどの区分に該当するかを、添付資料1「人口動態マップ」に示した。

「人口高齢化期」に向かう開発途上国においては、高齢者の生活を安定的なものとするために、医療や年金を保障する社会保障制度が構築されなければならない。しかし、開発途上国における社会保障制度の構築は、所得水準やインフラ設備・法制度の整備状況などで制約を受けるため、先進国に比べて困難である。また、どのような社会保障制度を設計するかは、社会安定化に重要な役割を果たすだけでなく、経済発展に強い影響を及ぼすと考えられる。そこで、後半では、開発途上国の社会保障制度構築に焦点を当て、その共通する特徴や課題、整備を取り巻く内外の環境変化、人口高齢化の観点から検討する。

なお、本章では、各事項について開発途上国に共通する特徴や課題を示した後、具体的に、出生率の低下が著しく、高齢化のスピードが速いと考えられる東アジア（特に中国とタイ）を対象

表3-1 年少従属人口が全体の40%以上を占める国・地域

| | 全体 192 | アフリカ 50 | アジア 50 | 欧州 40 | ラテンアメリカ 35 | 北米 2 | オセアニア 11 |
|------|-----------|------------|-----------|----------|---------------|---------|-------------|
| 1950 | 87 | 38 | 24 | 1 | 18 | 0 | 6 |
| 1955 | 99 | 42 | 23 | 1 | 26 | 0 | 7 |
| 1960 | 115 | 46 | 32 | 2 | 27 | 0 | 8 |
| 1965 | 129 | 48 | 41 | 2 | 30 | 0 | 8 |
| 1970 | 124 | 51 | 37 | 2 | 26 | 0 | 8 |
| 1975 | 116 | 51 | 32 | 1 | 26 | 0 | 6 |
| 1980 | 103 | 50 | 26 | 1 | 20 | 0 | 6 |
| 1985 | 92 | 51 | 22 | 1 | 13 | 0 | 5 |
| 1990 | 84 | 49 | 22 | 1 | 8 | 0 | 4 |
| 1995 | 75 | 45 | 18 | 1 | 7 | 0 | 4 |
| 2000 | 66 | 44 | 13 | 1 | 4 | 0 | 4 |
| 2005 | 49 | 38 | 7 | 0 | 1 | 0 | 3 |
| 2010 | 37 | 32 | 4 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 2015 | 32 | 28 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2020 | 26 | 23 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2025 | 17 | 15 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2030 | 15 | 14 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2035 | 12 | 11 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2040 | 7 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2045 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2050 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

にして考察を加えた。

3-2 人口爆発期における経済発展と支援のあり方

かつて開発途上国においては、「人口爆発」という言葉で象徴されるように、急増する人口圧力が経済発展を妨げると考えられてきた。1980年代以降、世界的レベルで出生率が低下する傾向がみられるが、まだ過剰人口に悩まされる国は少なくない。

そこで、若年従属人口が全体の40%を超える国を「多産少死の国」と定義し、該当する国の変化をみてみよう。国連人口推計によると、「多産少死の国」³⁵は、1950年の87カ国³⁶から1965年には129カ国に増加した。その後は、1980年には103カ国、2000年には66カ国と減少している（表3-1参照）。これらの国においても出生率は低下し、「多産少死の国」は2020年に26カ国に、2040年には7カ国に減少し、2050年には存在しなくなる。

ただし、現時点でも、なお世界全体の3分の1の国々が過剰人口問題に悩まされていることには留意すべきである。

2000年時点の「多産少死の国」の分布をみると、66カ国中44カ国とアフリカに最も多く、特にサハラ以南でこの傾向が強い。アジアでは中央アジアや西南アジア地域に「多産少死の国」が多い。ただし、東アジアや東南アジアやラテンアメリカにおいては一部の国を除いて、この段階か

³⁵ 国連推計には香港、マカオを含むため、正確には国・地域と記す必要があるが、本稿では「国」で統一した。

³⁶ 国連推計による10万人以上の国・地域。

ら既に脱している。

所得別にみると、「多産少死の国」は、1人当たりGDPが1,000米ドル以下に集中している。また、これらの国の1人当たりGDP成長率（1990－2000年）をみると、年平均0.15%とほとんど成長していない。若年従属人口の割合が30%以上40%未満の国の成長率が同1.5%であることと比較すると、「多産少死の国」が極めて低所得にあり、経済成長が困難な状況にあることが分かる。

開発に携わる人たちの間で、高い人口増加率がこれらの国の経済発展を阻害する要因の一つになっていると考えられてきた。開発経済学の分野では、「低水準均衡の罣」としてこれをとらえた。これは、人口増加に生産物や所得の増加が追いつかないため、その国の所得水準が低いレベルでとどまらざるを得ないことを示したモデルである。また、開発途上国政府にも人口圧力が経済発展を阻害するという認識が広まった。例えば、東アジアでは各国政府は人口抑制策を開発計画の重要な施策の一つに位置づけてきた。中国では1970年代末から「晩婚」、「晩産」、「少産」、「稀」、「優生」をスローガンとした一人っ子政策を実施してきた。タイでは第3次経済開発計画（1971－1976年）および第4次経済社会開発計画（1976－1981年）の中で人口抑制を重要な開発課題に掲げ、家族計画を積極的に推し進めてきた。その結果、中国の若年従属人口の割合は1965年の40.2%から1990年には27.7%へ低下し、タイでも1965年の45.5%と高水準から1980年には39.7%、1990年には31.9%へ低下した。しかし、「多産少死の国」においては、いまだ決定的な人口抑制策が見いだせていないのが現状である。

これら「多産少死の国」については、これまでと同様の開発支援が求められよう。特に、「国連ミレニアム宣言」を受けて示された「ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals: MDGs）」の達成が重要になる。「多産少死の国」の人口問題とそれに対する支援については、1974年のブカレストで開催された世界人口会議（World Population Conference）、1984年、メキシコシティで開催された国際人口会議（International Conference on Population）、1994年のカイロで開催された国際人口開発会議（International Conference on Population and Development）で議論されてきた。その過程で、リプロダクティブ・ヘルス／ライツや男女平等など「人権アプローチ」が重視されるようになってきた。わが国では、国際協力機構（2003a）などにおいて、人口援助のあり方が詳細に議論されている。

3－3 人口ボーナス期における経済発展と支援のあり方

3－3－1 人口ボーナス

このように「多産少死」に悩む国は依然多いが、他方で出生率が低下する「少産少死の国」が増える傾向にある。開発途上国の出生率は、1950－1955年の44.6%から2000－2005年には23.5%に低下し、地域別ではアジア地域の出生率が同期間に43.0%から20.1%と半減した。

そして、出生率を低下させることに成功した開発途上国は、国によって格差はあるものの、「低水準均衡の罣」から徐々に脱出しつつあるようにみえる。また1980年代以降に出生率を大幅に低下させた国々においては、持続的な成長路線に乗ったかのようにみえる。中でも「多産少死」から「少産少死」への人口転換をいち早く実現した東アジア諸国は「奇跡」ともいわれる高成長

を遂げた。

これまで出生率の低下は、「低水準均衡の罫」から抜け出す条件と考えられてきたが、東アジア諸国の高成長を事例に、近年では、出生率の低下は経済成長を促進する要因であると積極的にとらえるようになってきている。その代表的な見方としては「人口ボーナス (Demographic Dividend)³⁷」と呼ばれる考え方があり、これは、これまでの開発途上国と経済発展と人口の関係を、人口規模や人口増加率からみるのではなく、従属人口と生産年齢人口と割合など人口構成の変化の観点から説明しようというものである。

「人口ボーナス」については、前章でも触れているが、ここでは成長会計 (Growth Accounting) を用いながら、出生率の低下が経済成長を促進するプロセスを再確認しておこう。

一般的には、成長会計において長期経済成長 (Q) は

$$Q = F(L, K, T)$$

で示される。ここでLは労働投入量、Kは資本ストック、Tは技術水準 (全要素生産性) を示す。そして、人口ボーナス論は、開発途上国における出生率の低下が、この労働投入量、資本ストック、技術水準のそれぞれにプラスの効果を及ぼすと考える。順を追って説明しよう。

第1に出生率の低下と労働投入量との関係である。出生率の低下により、人口に占める若年従属人口の割合が低下する。他方で、経済活動に関与する人口 (生産年齢人口) の割合が上昇する。労働投入量 (L) は、正確には労働人口と労働時間の積であるが、長期的な視点では労働人口の変化の影響を受ける。また、生産年齢人口のすべてが労働に従事するわけではないが、一般的には同一国の生産年齢人口に対する労働人口の割合 (労働力率) には大きな変化はないので、生産年齢人口の変化を労働人口の変化と代替することができると考えてよいだろう。つまり、開発途上国では、出生率の低下により、ある期間において労働投入量を増加する「潜在力」が高まるといえる。もっとも生産年齢人口の増加を労働投入量の増加に結びつけるには、労働市場の整備、産業構造の変化が大きく影響するものと考えられる。

第2に出生率の低下と資本ストックとの関係である。資本ストックとは生産に寄与する投資の累積であり、その源泉は貯蓄である。投資は外国からの資金取り込みによってもファイナンスできるが、一般的に外資受入制度が整わない開発途上国では国内貯蓄がその基盤となる。出生率の低下により、生産年齢人口の割合が上昇することは、就労機会が十分に与えられるならば、所得を得る人口の割合が上昇することを意味し、それは貯蓄する人口の割合が上昇することを意味する。その結果、社会全体の貯蓄率、すなわち国内貯蓄率が上昇する可能性が高まる。また家計貯蓄においても出生率の低下が子供の養育費を減少させ、可処分所得が増えるために、家計貯蓄率がさらに上昇する可能性がある。ただし、国内貯蓄と効率的な投資に結びつけるためには、金融システムの整備が不可欠なのはいままでのない。

第3に出生率の低下と労働生産性の関係である。社会全体における若年従属人口の割合が低下することは、政府や家計が子供1人当たりの教育支出を増加させる基盤となりうる。World Bank (1993) は、東アジアの高成長を実現した要因の一つとして初等教育の普及を指摘してい

³⁷ 人口ボーナスの基本的な考え方は、Bloom and Williamson (1998) を参照。この中で、著者は東アジアの高成長の3分の1が出生率の低下による人口構成の変化によって説明できると指摘している。

るが、この背景には政府の真摯な取り組みに加え、出生率の低下があったことは明らかである。また、出生率の低下に伴い1人当たりの医療・衛生支出が改善することで、労働者の健康状態が改善されたことも労働生産性の上昇につながったと考えられる。経済発展が進むにつれて、国内貯蓄率が上昇することにより投資の内容が多様化し、建設や設備機械への投資だけでなく、研究開発に資金を投入することができるようになることも労働生産性の上昇に寄与するであろう。

このような人口ボーナスの効果と経済成長率、若年従属人口、生産年齢人口、老年従属人口との関係を示したものが図3-1である。

注意すべき点としては、人口ボーナスの効果は、時間とともに変化することである。特に、人口ボーナス期の前半と後半ではその効果が大きく異なる。

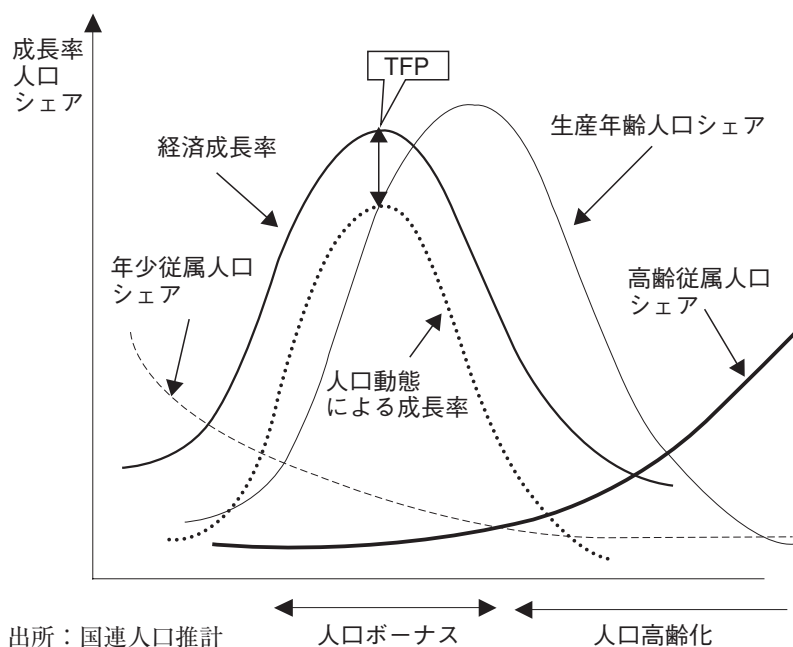
人口ボーナス期前半では、出生率の低下による年少人口の減少によるプラスの効果が強く、潜在成長力は時間とともに高まる。

その後、人口ボーナスのピークを迎える。このピークについては定まった見方はないが、経済成長率が生産年齢人口の増加率に影響を受けることから、生産年齢人口の割合が最大値を取る時点よりも早く到来すると考えられる。

人口ボーナス期後半は、労働投入量の増加率が低下し、貯蓄率も低下する時期であり、潜在成長力も時間とともに減少する。さらに年金や医療など高齢化負担が重なるため、高齢化対策のあり方によっては、潜在力をさらに押し下げる可能性もある。そして、人口ボーナス期が終わった国は、人口高齢化期に突入する。

参考までに日本と台湾の経済成長率から人口ボーナスの効果を概観しておこう。日本の人口ボーナス期前半は1955-1970年に相当すると考えられる。同期間に若年従属人口の割合は33.6%から24.0%に低下し、生産年齢人口の割合は59.6%から68.9%に上昇した。また台湾における人口ボーナス期前半は1965-1985年に相当し、同期間に若年従属人口の割合は44.9%から29.6%に低下

図3-1 人口ボーナスと人口高齢化の経済成長に及ぼす影響



し、生産年齢人口の割合は52.5%から65.4%に上昇した。これらの期間の年平均実質GDP成長率は、日本が9.3%、台湾が8.7%と極めて高かった³⁸。

その後、生産年齢人口の増加率がピークを迎え、人口ボーナス期は後半に入る。日本や台湾では生産年齢人口の増加率が1.5%を下回ったところから、成長率は低下傾向を強めた。日本では1970-1994年がそれに相当するが、同期間の年平均実質GDP成長率は3.2%に、同様に1998-2004年の台湾の成長率は同3.4%に低下した。これには、労働人口の増加率の低下に加え、高齢化の進展に伴う国内貯蓄率の低下も影響していると考えられる。日本の国内貯蓄率は1991年の34.0%（高齢化率12.5%）をピークに2001年には26.1%（同17.7%）に、台湾では1987年の38.5%（同5.1%）をピークに2001年には23.8%（同8.6%）に低下した。

ただし、人口ボーナスは、開発途上国の人口構成変化が経済発展に及ぼす「潜在成長力」を示すにすぎないことには留意が必要である。人口ボーナスの効果は、当該国の政策や発展段階に依存する。例えば、生産年齢人口が増加しても雇用市場の整備が遅れていれば、増加する労働力を十分に吸収し、経済発展につなげることはできない。また国内貯蓄率が高まっても、金融制度が未発達な場合には効率的な資金配分ができない。つまり、各国の産業政策、雇用政策、金融政策などが人口ボーナスの効果を左右するといえる。また全要素生産性に含まれる、人材育成にかかわる教育制度、企業の技術開発を促すような諸条件、港湾、電力、道路、水道などのインフラストラクチャーの状況、法律・制度などの整備状況によってもその効果は異なる。

人口ボーナス期にある国

では、開発途上国で人口ボーナス期にある国はどのくらいあるのだろうか。人口ボーナスの期間（開始、ピーク、終了など）についてはまだ統一的な見解はないので、ここでは便宜上、生産年齢人口が従属人口の2倍になった期間を「人口ボーナス期」と定義する。つまり、生産年齢人口が人口全体の3分の2を超える期間をここでは人口ボーナス期とした。

国連人口推計によると、これに該当する国は、1970年には4カ国にすぎなかったが、1980年には13カ国に、2000年には49カ国に増加した。今後も2015年まで増加し続け、75カ国になる。その後は減少に転じ、2035年には46カ国、2050年には41カ国となる（表3-2参照）。

所得別にみると、2000年時点で人口ボーナス期にある国は49カ国あり、そのうち33カ国が先進国である。ただし、開発途上国の中でも、1980年以降、人口ボーナス期に属する国が増加している。1980年の5カ国から2000年には16カ国に増加し、2020年には51カ国に増える³⁹。

開発途上国の中には、所得水準が低い段階で人口ボーナス期を迎えている国が少なくない。2005年時点で、人口ボーナス期にあると思われる国を所得水準（1人当たりGDP：2000年）が低いものから挙げると、アゼルバイジャン（422米ドル）、グルジア（470米ドル）、中国（825米ドル）、ウクライナ（896米ドル）、スリランカ（902米ドル）、アルメニア（976米ドル）、ルーマニア（1,321米ドル）、ベラルーシ（1,429米ドル）、カザフスタン（1,496米ドル）、ボスニア・ヘルツ

³⁸ これらの期間は両国の高度成長期に相当する。

³⁹ 出生率の低下に伴い開発途上国は必ずしも人口ボーナスを経験するわけではない。例えば、出生率の低下速度の緩慢なサモア、エクアドル、ドミニカ、パラグアイなどは人口ボーナスを経験せずに人口高齢化に向かう。

表3-2 人口ボーナス分布

| | 全体 192 | 先進国 45 | 開発途上国 147 | アフリカ 50 | アジア 50 | 欧州 40 | ラテンアメリカ 35 | 北米 2 | オセアニア 11 |
|------|-----------|-----------|--------------|------------|-----------|----------|---------------|---------|-------------|
| 1950 | 13 | 9 | 4 | 1 | 2 | 9 | 0 | 0 | 1 |
| 1955 | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 1960 | 5 | 4 | 1 | 1 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 1965 | 3 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 1970 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 1975 | 7 | 6 | 1 | 0 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 1980 | 13 | 8 | 5 | 0 | 6 | 6 | 0 | 1 | 0 |
| 1985 | 25 | 20 | 5 | 0 | 6 | 18 | 0 | 1 | 0 |
| 1990 | 29 | 20 | 9 | 0 | 9 | 17 | 1 | 1 | 1 |
| 1995 | 37 | 24 | 13 | 1 | 12 | 22 | 1 | 1 | 0 |
| 2000 | 49 | 33 | 16 | 1 | 13 | 31 | 3 | 1 | 0 |
| 2005 | 60 | 33 | 27 | 2 | 19 | 30 | 5 | 2 | 2 |
| 2010 | 71 | 33 | 38 | 3 | 25 | 29 | 8 | 2 | 4 |
| 2015 | 75 | 27 | 48 | 4 | 29 | 25 | 12 | 1 | 4 |
| 2020 | 67 | 16 | 51 | 5 | 30 | 16 | 13 | 0 | 3 |
| 2025 | 57 | 7 | 50 | 5 | 30 | 7 | 12 | 0 | 3 |
| 2030 | 49 | 4 | 45 | 5 | 28 | 4 | 8 | 0 | 4 |
| 2035 | 46 | 1 | 45 | 6 | 28 | 1 | 8 | 0 | 3 |
| 2040 | 51 | 1 | 50 | 10 | 30 | 1 | 7 | 0 | 3 |
| 2045 | 45 | 0 | 45 | 13 | 21 | 0 | 7 | 0 | 4 |
| 2050 | 41 | 0 | 41 | 16 | 16 | 0 | 6 | 0 | 3 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

エゴビナ（1,526米ドル）、ブルガリア（1,539米ドル）、イラン（1,658米ドル）、リトアニア（2,165米ドル）、チュニジア（2,470米ドル）、ロシア（2,471米ドル）、マケドニア（2,535米ドル）、ラトビア（2,603米ドル）、タイ（2,824米ドル）、レバノン（2,891米ドル）、ポーランド（3,678米ドル）、モーリシャス（4,104米ドル）となっている（添付資料1「人口動態マップ」参照）。

もちろん、1人当たりGDPが当該国の生活環境を十分に説明しているとはいえない。しかし5,000米ドル以下で人口ボーナス期を迎えている国々においては、所得が十分に高まらないうちに人口ボーナスが終了するため、低所得の段階で人口高齢化に迎えざるを得ないことは明らかである。

例えば、中国やタイのそれを日本、台湾と比較してみよう。日本において人口ボーナス期が終了したと思われるのは1990年前後である。この時点での1人当たりGDPは名目で27,000米ドルであった。台湾は2015年ごろに人口ボーナスの効果がなくなると予想されるが、2004年時点の同国の1人当たりGDPは14,223米ドルである。他方、台湾とほぼ同時期に人口ボーナス期が終わると思われる中国とタイの1人当たりGDP（2004年）は、それぞれ1,269米ドル、2,766米ドルにすぎず、中国においては、人口ボーナス期が終了する時点で3,000米ドルに達するのさえ困難であろう。

従って、所得水準が低い段階で人口ボーナス期を迎える国は、同期間の間にできる限り、その効果を活用し、人口高齢化に備えた経済社会環境を整備しておく必要がある。その際には、人口構成の変化に配慮した開発計画をすることが重要になるであろう。人口ボーナスの効果を長期化することができれば、人口高齢化の負担の軽減につながる。以下、人口ボーナス期を前半と後半に区分して、それぞれの特徴を示し、どのような政策および支援が効果的かを検討する。

3-3-2 人口ボーナス期前半における特徴と施策

人口ボーナス期前半は、労働投入量が増加し、国内貯蓄率が上昇することが期待される。この効果を十分に活用するためには、企業の技術・開発能力の向上、教育を通じた人的資本の蓄積、外資導入の促進、金融システムの近代化による資本効率の改善、インフラ整備、法律・制度の近代化、行政機関の効率的な運営、産業集積地の形成など様々な施策が考えられる。ここでは、若年労働者の活用、金融・財政基盤の整備、初等教育の充実の観点から述べる。

(1) 若年労働者の増加

人口ボーナス期前半の労働人口は、若年層が多い構成をとる。つまり人口ボーナス期の前半にある開発途上国は、労働集約的な産業が成長する機会を有しているといえる。現実に台湾では、豊富な若年労働力を活用した外資誘致策を展開し、輸出拡大をテコに工業化を実現してきた。アジア域内では安価な労働を求めて外資企業が生産拠点を移転してきたが、その受入国が豊富な若年労働力を有していた（人口ボーナス期前半にあった）ことは興味深い視点である。また、これら諸国が教育を重視し、初等教育を充実させたため単純な技術移転が容易であったこと、輸出企業の活動を促進するインフラストラクチャーを優先的に整備したことなどが人口ボーナスの効果を高めたと考えられる。これらのことは、今後人口ボーナス期を迎える開発途上国にとって教訓となるはずである。

わが国は、東アジア諸国に対して、民間セクターによる活動を促進させるような、すなわち民間投資を呼び込むような貿易・投資環境などの整備に資する運輸、エネルギー、情報、通信、生活環境などのインフラ整備を支援してきたが、このような支援が人口ボーナス期前半の若年労働力の吸収、工業化を促したと考えることができる。

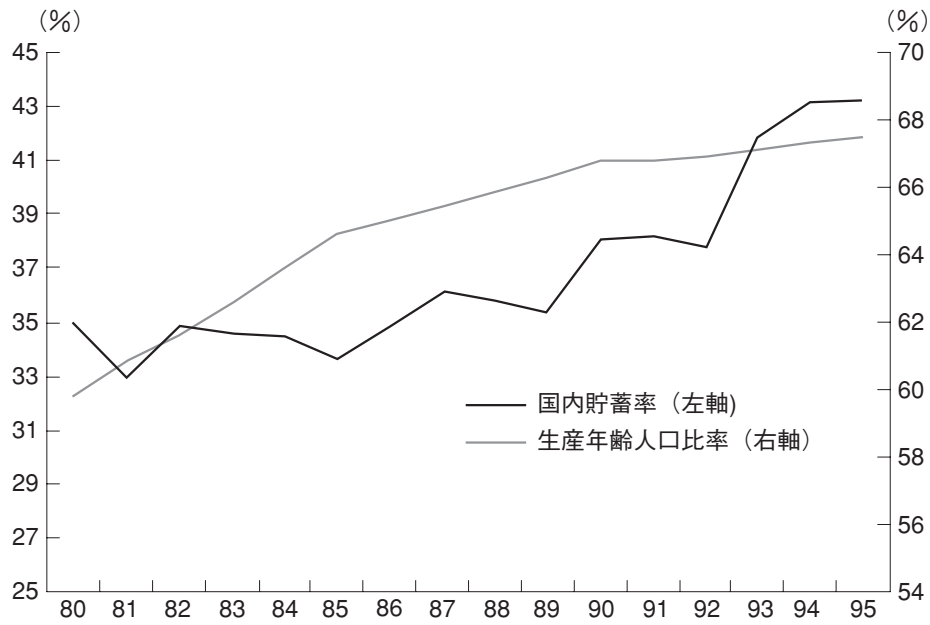
(2) 金融・財政の基盤整備

人口ボーナス期の前半に国内貯蓄率は上昇する傾向にある。開発途上国は総じて貯蓄不足にあるが、人口ボーナス期の貯蓄増加に資する政策を取ることで国際収支の改善を図ることも可能かもしれない。図3-2は中国の生産年齢人口の割合と国内貯蓄率の推移をみたものであるが、生産年齢人口の割合の増加とともに国内貯蓄率が急速に上昇したことを示している。

ただし貯蓄率の上昇の程度は、雇用拡大の速度、所得格差の程度、消費行動の変化、金融機関の整備状況などに影響を受ける。特に、人口ボーナス期に高まった国内貯蓄を経済発展に効果的に結びつけていくためには、金融機関の整備が不可欠である。しかし開発途上国において金融機関が未発達なことに加え、周辺インフラストラクチャーが整っていないことが多く、金融機関への貯蓄動員や効率的な資金配分を阻害する要因は多い。

わが国は、近年、マクロ経済の安定化、金融セクターの改革・国営企業改革・公共財政管理適正化などの経済構造改革などへのソフト分野の支援を行ってきたが、人口ボーナス期前半に位置する国に対しては、特に国有銀行や政策金融機関が資金配分を歪めていないかなどをチェックするモニタリング制度の整備、中小企業を含め民間企業の資金調達の基盤としての所有権の確立、担保・債権回収制度の整備など基本的な制度支援を進めていくことが有効であろう。

図3-2 生産年齢人口比率と国内貯蓄率（1980-1995年）（中国）

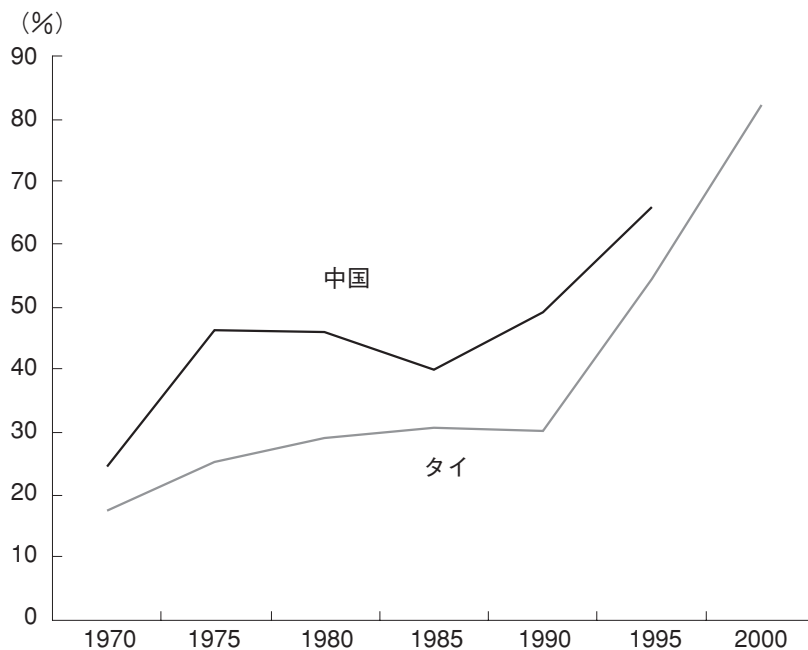


出所：World Development Indicators

(3) 初等・中等教育の充実

既に述べたように、人口ボーナス期を迎える国において、社会全体における若年従属人口の割合が急速に低下するため、子供1人当たりの教育支出を増加させることができる。開発途上国はこの機会を逃すべきではない。World Bank (1993) が指摘するように、東アジア諸国で高成長が実現した要因の一つとして初等教育の充実があった。このことをタイの識字率でみると、1975年の男性87.2%、女性70.3%から1985年にはそれぞれに92.3%、84.0%へ上昇し、小学校の就学率

図3-3 中等教育学校の就学率



出所：World Development Indicators

も同期間に男性87.0%、女性80.0%からそれぞれ100.0%、97.0%へ上昇した。

この点では、外国からの支援は重要な役割を果たすものと期待される。わが国は、2002年に、向こう5年間で低所得国向け教育分野のODAを2500億円以上実施する「成長のための基礎教育イニシアティブ（Basic Education for Growth Initiative: BEGIN）」を発表した⁴⁰。このような支援により、当該国政府の教育への取り組みを促すことが期待される。人口ボーナスを享受できれば、それに伴う経済発展が、その後の就学率や教育水準を引き上げるという好循環の形成が期待できる。図3-3は中国とタイの中等教育学校の就学率をみたものであるが、1990年以降に中学校の就学率が急速に上昇していることが分かる。

（4）医療保険制度の整備による労働生産性の向上

人口ボーナス期前半に位置する国の多くは、感染症を中心とした疾病構造から慢性疾患を中心とした疾病構造への過渡期にある。教育投資と同様に、疾病を予防する保健・医療制度は、人的資本の開発に寄与するものであり、労働生産性の向上に寄与すると考えられよう。このような段階では、公衆衛生の確立によって疾病予防やより多くの人々に基礎的な保健医療サービスを提供する「プライマリー・ヘルス・ケア」の視点に立った支援が効果的で、保健医療に携わる人材育成、保健・医療インフラ整備などの支援が重要である。しかし、保健・医療制度の構築については、現状と整合性のとれたものとする必要がある。例えば速水（2000）が指摘するように、「人道主義ないし人権思想の普及により、現在の途上国では、先進国ではかなり経済発展が進んだ段階で確立した労働組合や最低賃金制などの労働立法や福祉制度が極めて低所得の段階から導入される傾向が強い。それが労働の過剰化にかかわらず労働のコストを高め、労働節約型の技術導入を促進し、労働過剰化を激化させてしまう⁴¹」という危険性を伴う。特に生産年齢人口が増大する局面では、このような点に配慮する必要がある。

3-3-3 人口ボーナス期後半⁴²における特徴と施策

人口ボーナス期後半においては、労働力人口の増加率や貯蓄率の低下から潜在成長力が低下する。さらに人口高齢化の負担も時間とともに増加する。以下にみる通り、持続的な経済発展の条件は、開発途上国の方が先進国よりも厳しいことには留意を促しておきたい。

（1）労働力人口の増加率の低下

経済成長への技術の寄与度が一定と仮定すると、経済成長率は労働力の増加と資本ストックの増減関数であるため、労働力の増加率（生産年齢人口の増加率）の低下とともに経済成長率も低下する。

生産年齢人口が人口の3分の2を超えた状況を「人口ボーナス期」とみなした場合、後半の10年間において潜在成長力を大幅に減退すると考えられる。例えば、1990-2000年の日本の平均成長率は1.4%と1980-1990年の4.1%に比べ大幅に低下した。また、日本のように人口ボーナス期

⁴⁰ 外務省（2005）

⁴¹ 速水（2000）p.30

⁴² 最近では人口ボーナスの効果低下する期間を「人口オーナス」と呼ぶ傾向がある。

後半に高齢社会（高齢化率が14%以上）に突入する国は少なくない。先進国では日本、デンマーク、オーストリア、スウェーデン、ドイツ、フィンランド、イタリアがあり、開発途上国ではブルガリア、中国、ルーマニア、ボスニア、ブルガリア、リトアニア、ラトビア、ポーランド、エストニア、ハンガリーなどがあり、これらの国では人口ボーナスの効果が高齢化の負担によって打ち消される可能性がある（添付資料1「人口動態マップ」参照）。

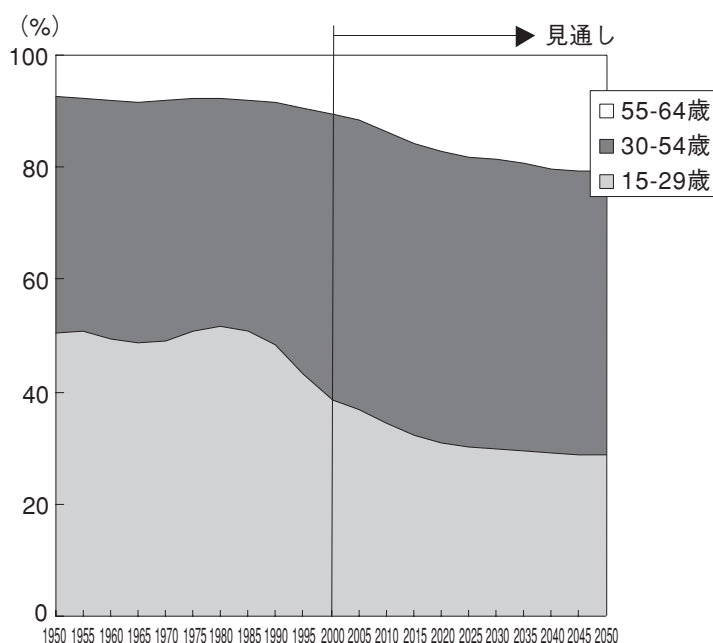
人口ボーナス期後半から人口高齢化期初期における重要な政策は、女性や高齢者の労働市場参加を促す政策である。このことは単に労働力の増加が期待できるだけでなく、特に高齢者の就業機会の増加は、経済・社会へ的高齢化の負担を軽減する点からも重要である。

ここでは、人口ボーナス期後半の課題として、労働力の高齢化を挙げておきたい。例えば、15歳から29歳を若年労働人口、30歳から54歳を中高年労働人口、55歳から64歳を高齢労働人口と区分すると、中国の若年労働人口の割合は2005年の33.7%から2030年は26.4%に、中高年労働人口が55.2%から50.5%に、高齢労働人口が11.1%から23.1%に変化する。タイも同様に、若年労働人口が36.6%から29.6%に、中高年労働人口が52.0%から51.9%に、高齢労働人口が11.4%から18.4%に変化する（図3-4）。中国やタイは、人口ボーナス期前半において豊富な若年労働力を比較優位として、安価で勤勉な労働力を活用し、労働集約的な製品輸出を伸ばしてきた。従って労働力の高齢化は、労働集約的な産業の比較優位を失わせるものと考えられる。

もちろん、中国とタイの両政府は、国際競争力を高めることを目的に産業構造を労働集約的なものから資本集約的なものへ、さらには知識集約的なものへとシフトさせる政策を既に実施している。しかしながら、労働生産性向上策の中心となる教育水準の引き上げは、若年層を対象とするものであり、ベビーブーム世代を含めた中高年労働者はその対象とはなっていない。

人口構成が中高年層に大きな固まりを持つ以上、持続的な経済発展を実現するためには、この

図3-4 タイの生産年齢人口の内訳



出所：国連人口推計より筆者作成。

中高年層の生産性を高める施策は不可欠である。それは単に国家の生産性の向上というだけでなく、高齢化が進む中で中高年層の就業を維持するという、高齢化負担の軽減策となる。

しかし、中国とタイにとって、これら中高年層の生産性向上や就業機会の拡大は容易ではない。表3-3は、1980年の日本と、2000年の中国とタイにおける農林水産業の就業人口の割合を年齢層別でみたものである。若年層ほど農林水産業の就業人口の割合が低下する傾向にあるものの、農林水産業者の割合の水準は高く、特にベビーブーム世代を含む中高年以上の年齢層で著しく高い。

また、年齢層別に最終学歴をみると、ここでも若年層ほど最終学歴の水準が高くなっているものの、その全体の水準はまだ低い(表3-4参照)。特に、ベビーブーム世代を含む中高年以上の年齢層において小学校と中学校を最終学歴とするものが多い。

つまり多くのベビーブーム世代を含めて中高年層の多くは、人口ボーナス期を通じて工業部門に吸収されることなく、農業部門にとどまり続け、かつ教育機会に恵まれてこなかった。人口ボーナス期には経済成長の果実として、国全体としては教育水準が高まったように見えるが、年齢別、業種別、地域別の違いには注意が必要である。

前述したように、中国やタイでは、知識基盤経済の構築を目標に、高等教育の充実に力を注い

表3-3 農林水産業の就業人口割合

(単位：%)

| 年齢(歳) | 日本 (1980年) | 中国 (2000年) | タイ (2000年) |
|-------|---------------|---------------|---------------|
| 25-29 | 5.4 | 56.2 | 46.5 |
| 30-34 | 6.9 | 60.5 | 49.7 |
| 35-39 | 10.6 | 59.7 | 50.2 |
| 40-44 | 14.7 | 61.0 | 51.8 |
| 45-49 | 18.9 | 68.3 | 56.7 |
| 50-54 | 22.0 | 74.9 | 61.5 |
| 55-59 | 25.5 | 81.5 | 66.9 |
| 60-64 | 29.9 | 89.0 | 74.0 |
| 65-69 | 34.8 | 92.9 | 77.2 |

出所：日本 「昭和55年国勢調査報告書」
 中国 「中国2000年人口普查資料」
 タイ 「The 2000 Population and Housing Sensus」

表3-4 日本、タイ、中国の年齢層別最終学歴

(単位：%)

| 年齢(歳) | 日本(1980年) | 中国(2000年) | | | タイ(2000年) | | |
|-------|-----------|-----------|------|--------|-----------|------|--------|
| | 大学・大学院 | 小学校 | 中学校 | 大学・大学院 | 小学校 | 中学校 | 大学・大学院 |
| 25-29 | 17.7 | 24.0 | 52.3 | 1.9 | 53.4 | 26.2 | 4.5 |
| 30-34 | 14.4 | 29.1 | 50.3 | 1.8 | 60.4 | 22.0 | 3.7 |
| 35-39 | 11.2 | 25.2 | 47.2 | 1.7 | 64.4 | 17.0 | 3.8 |
| 40-44 | 9.0 | 32.5 | 36.7 | 1.0 | 68.8 | 13.2 | 2.2 |
| 45-49 | 7.8 | 45.2 | 32.1 | 0.8 | 75.1 | 8.9 | 1.5 |
| 50-54 | 5.1 | 52.0 | 24.6 | 0.8 | 75.9 | 8.9 | 1.1 |
| 55-59 | 3.5 | 47.4 | 21.8 | 1.4 | 75.6 | 7.7 | 1.0 |
| 60-64 | 2.5 | 45.0 | 13.6 | 1.7 | 74.6 | 4.6 | 0.8 |
| 65-69 | 2.4 | 33.0 | 7.5 | 0.7 | 74.0 | 3.5 | 0.5 |

出所：日本 「昭和55年国勢調査報告書」
 中国 「中国2000年人口普查資料」
 タイ 「The 2000 Population and Housing Sensus」

でいるが、これには農林水産業に従事する中高年層が含まれていない。農林水産業は肉体労働を主とする性質を有するため、中高年層にとっては、時間とともにその作業は困難なものとなるだろう。また彼らは近代的な産業に従事する経験がなかったため、それに対応する技術や経験の蓄積がない場合が多く、新しい職に就くことは容易ではない。これらの世代が急速に高齢化している事実を看過すべきではない。

このような社会全体の高齢者の雇用・再訓練を促進するため、官民が連携し生涯教育を含めて中高年層の再教育の場を増やす努力が必要となる。これらの再教育はその後の人口高齢化の負担を軽減するものととらえ、人口ボーナス期前半から制度化し、施策を実施する必要があるだろう。

(2) 国内貯蓄の低下

人口ボーナス期の後半には国内貯蓄率の低下が予想される。第5章でも詳述するが、「ライフサイクル仮説」に基づけば、所得機会の少なくなる高齢者は生活のための貯蓄を取り崩さなければならず、その結果、高齢化に伴い社会の貯蓄率も低下すると考えられる。もっとも、ライフサイクル仮説が前提とするような、自らの消費に貯蓄のすべてを使いきると考えるのは理想的であり、子孫に財産の一部を遺産として残すのが一般的だとする見方もある。高齢化による貯蓄率の低下は人口構成の変化より緩慢であるとの見方もある。

しかし、高齢化のスピードが先進国よりも速い開発途上国においては、社会全体の貯蓄率が急速に低下することは避けられない。また、ライフサイクル仮説は先進国を対象とするものであり、開発途上国においては、高齢者が生活を営むための貯蓄を有すると考えるのは現実的ではない。高齢者に消費を補う自らの貯蓄がない場合、生産年齢人口（現役世代）の所得の一部を高齢者の生活に回さざるを得ないため、貯蓄率の低下は人口構成の変化以上に早くなる可能性もある。さらに、開発途上国では、都市部における市民の消費行動が先進国化しており、所得の伸びに対して消費も同様のスピードで伸びるため、貯蓄が高まらないケースもみられる⁴³。

世界中で資金の流れが加速している中では、効果的な外資誘致策や金融市場のインフラ整備を強化することで外国資本を動員することができるため、経済成長率に対する国内貯蓄率の寄与度は低下したかもしれない。しかし、外資を効率的に取り込むためには、法律や行動規範の整備・改正、透明性を確保するための情報公開制度の構築、監視・監督の強化などが必要となる。これらは開発途上国では未整備な場合が多く、同インフラ整備において引き続き海外からの支援が果たす役割は大きい。

また、IMF（2004）が指摘するように、多くの先進国で高齢化の進展に合わせ、経常収支が悪化することが予想されることから、開発途上国は外資の取り込みが困難になることも考えられる。開発途上国は自国の貯蓄率を高め、維持することを優先すべきであろう。高齢社会に備えた貯蓄制度（年金積立制度）の整備に加え、自らの高齢期の生活を維持するための貯蓄奨励策および啓発活動が重要な施策となろう。

⁴³ タイにおいては家計貯蓄が低下傾向にあり、政府は銀行預金、国債発行、生命保険加入、年金制度整備などを通じた貯蓄奨励を検討している。タイ中央銀行は貯蓄向上策として、日本の郵貯システムに注目している（中央銀行インタビュー）。また、高齢化に地域ごとに対処するため、1ヵ月10パーツの貯蓄運動などを試みている（NESDBインタビュー）。

(3) 人口高齢化を視野に入れたインフラ整備

開発途上国のインフラ整備においても、人口ボーナス期後半には、単に経済効率だけでなく、人口高齢化を視野に入れた設計・建設に配慮すべきであろう。例えば、低所得者向けの集団住宅の建設は、労働者の生活環境を改善し、労働生産性を高めることに加え、高齢社会を迎えた際の住宅コストの引き下げにつながる。その際には、バリアフリーなど、高齢者の活用に配慮した設計などを盛り込み、高齢社会に対応したものとすべきである。

この点について、わが国は、「高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律（交通バリアフリー法）⁴⁴」や「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の促進に関する法律（ハートビル法）⁴⁵」などを制定し、積極的に取り組んでいる。「どこでも、誰でも、自由に、使いやすく」というユニバーサルデザインに基づく、子育てにも貢献するまちづくりに取り組んでいる。このようなインフラ設計の支援も今後、重要になろう。

3-4 人口高齢化期の経済発展と支援のあり方

3-4-1 開発途上国の人口高齢化

人口ボーナスの期間と人口高齢化の期間を明確に区分することはできない。先に述べた通り、いくつかの国では人口ボーナスと人口高齢化の双方を同時に経験している。人口高齢化期には人口ボーナス期とは逆のサイクルが働く。ベビーブーム世代が定年を迎えるに伴って労働力が減少する。また高齢者は所得が少なく、生活を維持するために自らの貯蓄率を取り崩すため貯蓄率が低下する。これらは、経済発展を抑制する。このことについては「人口ボーナス期後半」の課題と施策に該当する。

まず、世界の高齢化の現状をみておこう。国連は高齢化率（65歳以上の高齢者の人口に占める割合）が7%を超えた社会を「高齢化社会」、14%を超えた社会を「高齢社会」としている。これに基づいて、国連人口推計を整理したものが表3-5、表3-6で、世界的な高齢化（Global Ageing）の傾向が観察できる。「高齢化社会」に達した国は1950年には39カ国であったが、1980年には52カ国に、2000年には64カ国に増加した。今後もこの傾向は続き、2025年には110カ国、2050年には152カ国となる。この傾向は、開発途上国においてもみられる。開発途上国で「高齢化社会」にある国は、1965年には3カ国であったが、1980年には11カ国、2000年には21カ国に増加した。今後2025年には67カ国、2050年には109カ国に増加する（表3-5）。

「高齢社会」に最も早く移行した国はオーストリアで、その後、「高齢社会」に移行した国は、1990年に10カ国、2000年に23カ国と増加した。しかしいずれも先進国であり、現時点では「高齢化問題は先進国特有の問題」である。

しかし、今後、「高齢社会」に属する国の数は、2025年には60カ国、2050年には117カ国と急増する。開発途上国においても、2005年にグルジアが「高齢社会」に移行した。高齢社会に移行する開発途上国は、2025年に17カ国、2050年に73カ国に増加する（表3-6）。

⁴⁴ 旅客施設や車両の設計、周辺道路、駅前広場などの使い勝手の良さを盛り込んでいる。

⁴⁵ 住宅の手すり、広い廊下の確保、段差の解消などが盛り込まれている。

表3-5 高齢従属人口が全体の7%以上を占める国・地域

| | 全体 192 | 先進国 54 | 途上国147 | | アフリカ 54 | アジア 50 | 欧州 40 | ラテンアメリカ 35 | 北米 2 | オセアニア 11 |
|------|-----------|-----------|--------|--------|------------|-----------|----------|---------------|---------|-------------|
| | | | | うちLLDC | | | | | | |
| 1950 | 39 | 31 | 8 | 1 | 2 | 4 | 27 | 2 | 2 | 2 |
| 1955 | 39 | 32 | 7 | 1 | 2 | 4 | 28 | 1 | 2 | 2 |
| 1960 | 38 | 34 | 4 | 1 | 1 | 2 | 30 | 1 | 2 | 2 |
| 1965 | 40 | 37 | 3 | 0 | 0 | 1 | 33 | 2 | 2 | 2 |
| 1970 | 44 | 40 | 4 | 0 | 0 | 3 | 35 | 2 | 2 | 2 |
| 1975 | 46 | 40 | 6 | 0 | 0 | 4 | 35 | 3 | 2 | 2 |
| 1980 | 52 | 41 | 11 | 0 | 0 | 5 | 36 | 7 | 2 | 2 |
| 1985 | 54 | 41 | 13 | 0 | 0 | 5 | 36 | 9 | 2 | 2 |
| 1990 | 56 | 42 | 14 | 0 | 0 | 5 | 37 | 10 | 2 | 2 |
| 1995 | 59 | 43 | 16 | 0 | 0 | 7 | 38 | 10 | 2 | 2 |
| 2000 | 64 | 43 | 21 | 0 | 0 | 9 | 39 | 12 | 2 | 2 |
| 2005 | 71 | 43 | 28 | 0 | 0 | 15 | 39 | 13 | 2 | 2 |
| 2010 | 75 | 43 | 32 | 0 | 2 | 15 | 39 | 14 | 2 | 3 |
| 2015 | 83 | 43 | 40 | 1 | 2 | 15 | 39 | 21 | 2 | 4 |
| 2020 | 97 | 43 | 54 | 2 | 4 | 20 | 39 | 26 | 2 | 6 |
| 2025 | 110 | 43 | 67 | 2 | 8 | 26 | 39 | 28 | 2 | 7 |
| 2030 | 120 | 43 | 77 | 3 | 8 | 32 | 39 | 31 | 2 | 8 |
| 2035 | 132 | 44 | 88 | 5 | 9 | 40 | 40 | 33 | 2 | 8 |
| 2040 | 139 | 44 | 95 | 11 | 11 | 43 | 40 | 34 | 2 | 9 |
| 2045 | 149 | 44 | 105 | 17 | 16 | 46 | 40 | 35 | 2 | 10 |
| 2050 | 152 | 43 | 109 | 19 | 19 | 47 | 39 | 34 | 2 | 11 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

表3-6 高齢従属人口が全体の14%以上を占める国・地域

| | 全体 192 | 先進国 54 | 途上国147 | | アフリカ 54 | アジア 50 | 欧州 40 | ラテンアメリカ 35 | 北米 2 | オセアニア 11 |
|------|-----------|-----------|--------|--------|------------|-----------|----------|---------------|---------|-------------|
| | | | | うちLLDC | | | | | | |
| 1950 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1955 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1965 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1970 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 1975 | 4 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 1980 | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 1985 | 8 | 8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| 1990 | 10 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 |
| 1995 | 18 | 18 | 0 | 0 | 0 | 1 | 17 | 0 | 0 | 0 |
| 2000 | 23 | 23 | 0 | 0 | 0 | 1 | 22 | 0 | 0 | 0 |
| 2005 | 31 | 30 | 1 | 0 | 0 | 2 | 29 | 0 | 0 | 0 |
| 2010 | 33 | 31 | 2 | 0 | 0 | 2 | 29 | 1 | 1 | 0 |
| 2015 | 45 | 38 | 7 | 0 | 0 | 4 | 33 | 4 | 2 | 2 |
| 2020 | 55 | 41 | 14 | 0 | 0 | 7 | 36 | 8 | 2 | 2 |
| 2025 | 60 | 43 | 17 | 0 | 0 | 8 | 38 | 10 | 2 | 2 |
| 2030 | 66 | 44 | 22 | 0 | 1 | 12 | 39 | 10 | 2 | 2 |
| 2035 | 83 | 44 | 39 | 0 | 2 | 17 | 39 | 18 | 2 | 5 |
| 2040 | 92 | 44 | 48 | 1 | 3 | 20 | 39 | 23 | 2 | 5 |
| 2045 | 106 | 44 | 62 | 3 | 5 | 27 | 39 | 26 | 2 | 7 |
| 2050 | 117 | 44 | 73 | 3 | 6 | 34 | 39 | 28 | 2 | 8 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

これら開発途上国では高齢化もしくは高齢社会に移行するにあたって所得が先進国並みには高まらない。ここで1人当たりGDP（1995年の実質米ドルベースを基準に）が2000年以降年率3%で成長したと仮定し、どの程度の水準で高齢化社会あるいは高齢社会を迎えるかをみてみよう。

ちなみに、日本の場合、高齢化率が7%を超えたのは1970年で1人当たりGDPは20,465米ドルであり、高齢化率が14%を超えた1994年は42,186米ドルであった。ここではアジアの中で高齢化の進んでいるタイと中国を例にとってみよう。2000年の1人当たりGDPはタイが2,824米ドルで、中国が825米ドルである。タイは2005年に、中国は2001年に、既に「高齢化社会」に移行しており、両国の高齢化率が14%を超えるのは、それぞれ2027年、2026年と推計される。タイが「高齢社会」に移行する2027年の1人当たりGDPは、2000年以降年率3%で上昇した場合で6,273米ドル、5%の場合は10,543米ドルとなる。他方中国は、3%の場合で1,779米ドル、5%の場合で2,933米ドルでしかなく、7.5%の場合でも5,408米ドルにしか達しない。

3-4-2 高齢化のスピード

このように所得水準が低い中で高齢化を迎えざるを得ないのは、開発途上国の出生率の低下が急速であり、そのために高齢化のスピードが加速するからである。表3-7は、国連推計による東アジアの高齢化のスピードを示したものである。高齢化のスピードは、一般に、「高齢化社会」から「高齢社会」に至るまでに要する期間（倍加年数）で測定するが、日本が24年を要したのに対し、韓国では18年、シンガポールでは16年と日本を上回るスピードで高齢社会に移行する。さらに、タイが22年、マレーシアが25年、インドネシアが22年、フィリピンが23年、中国が25年と、ASEAN4と中国は日本に匹敵する速度で高齢社会に突入する⁴⁶。

低所得で高齢社会を迎えるということは、高齢者に対する医療や介護を支えるインフラ整備が整わないうちに高齢社会を迎える可能性があるということである。高齢化を考える上では、所得水準の上昇ではなく、高齢化の上昇に合わせて医療インフラや衛生水準が引き上げられるかが課

表3-7 東アジアの高齢化のスピード（中位推計）
(年)

| | 高齢化率7% | 高齢化率14% | 倍加年数 |
|--------|--------|---------|------|
| 日本 | 1970 | 1994 | 24 |
| 韓国 | 1999 | 2017 | 18 |
| 香港 | 1983 | 2014 | 31 |
| シンガポール | 2000 | 2016 | 16 |
| タイ | 2005 | 2027 | 22 |
| マレーシア | 2019 | 2044 | 25 |
| インドネシア | 2019 | 2041 | 22 |
| フィリピン | 2026 | 2049 | 23 |
| 中国 | 2001 | 2026 | 25 |

出所：国連人口推計より筆者作成。

⁴⁶ 倍加年数では、フランスが115年、スウェーデンが85年、ドイツが40年、英国が47年であったのに対し、日本が24年であったことから、日本の高齢化を「世界で類をみない」と評価されることが多いが、上記のように東アジア全体で見れば日本は平均的な水準にあり、「東アジア型高齢化」というとらえ方ができよう。

題となる。

3-4-3 高齢化のスピードを左右する少子化

上記の高齢化のスピードは合計出生率が1.85で収束するという中位推計に基づくものである。日本、韓国、台湾、シンガポールではこれを大きく下回り、タイや中国が現在ほぼこの収束値と同等の水準にある。しかし、タイや中国の出生率は今後も低下するものと考えるのが現実的であろう。その場合、高齢化のスピードは上記よりも速くなり、開発途上国の取れる政策の選択肢はより狭いものにならざるを得ない。

高齢化のスピードを緩めるためには、出生率の低下に歯止めをかけることが重要であり、わが国では「少子化対策」が近年、加速的に進められてきた。2004年6月に「少子化社会大綱」が制定され、同12月に「子育て応援プラン」が発表された。2005年4月には「次世代育成支援対策推進法」が公布され、さらに2005年10月には「少子化社会対策推進委員会」が発足した。

これらの努力がなされたものの、残念ながら出生率の低下には歯止めがかかっていない。しかし真摯な議論の中でいくつかの論点・問題点・ニーズが浮き彫りになってきた。例えば、ニーズとしては「経済的支援の充実」や「安心して産み育てられる生活環境の整備」、「保育所の増加」、「再就職環境の整備」などが広く認識されるようになった。また、女性の労働力率と出生率の関係をみてみると、あるOECDの調査では、従来は労働力率が高いほど出生率が低かったが、近年では労働力率が高いほど出生率が高いことが示されており、女性の労働環境の改善により出生率の低下に歯止めがかけられるという、新しい視点が提示されるようになってきた。

ただし、開発途上国への少子化対策の支援について慎重であるべきである。開発途上国で出生率の低下が広範にみられるものの、これまで人口急増により経済発展が妨げられてきた国においては、出生率の低下は経済社会の負担を軽減するものであり、望ましい傾向であろう。開発途上国の中での少子化の著しい国においてさえ、例えば、中国やタイでは置き換え水準を下回ってはいるものの、それを解決すべき少子化とみなしうるものかどうかは評価が分かれるところである。

また、開発段階が異なるため、開発途上国における出生率の低下の原因は、わが国やほかの先進国のものと異なるのかもしれない。そうならば、先進国で実施されているような政策を実施しても出生率の低下の歯止めとはならないかもしれない。開発途上国における出生率の低下については、まずその原因についての調査研究が必要と思われる。

3-5 開発途上国における社会保障制度整備の視点から

いずれの開発途上国も社会開発の一環として、個別の高齢者対策を実施している。しかし、今後は人口高齢化の進展に合わせた高齢社会対策を作成、実施していく必要が出てきた。ここでいう高齢社会政策は、個々の高齢者対策を連携させた包括的な高齢化対策であり、それは経済や社会の各方面への影響を配慮したものでなければならない。

中でも社会保障制度は、高齢社会対策の中心的な役割を果たす。少子高齢化が進展する開発途上国において、どのような社会保障制度を構築するかが、高齢者の生活だけでなく、国全体の経

済社会構造に影響を及ぼすことは明らかである。以下、開発途上国における社会保障制度構築の位相、開発途上国に共通する社会保障制度の特徴、社会保障制度の構築の方向性と課題について述べる。

3-5-1 経済発展と社会保障制度

西欧における社会保障制度の構築は、18世紀後半の工業化の進展という、経済システム全体の構造的な変化を背景にスタートした。この工業化以前の社会、つまり農業中心の社会では、西欧においても農村共同体による相互扶助が実質的に社会保障の機能を担っていた。工業化を中心とした経済発展の過程で、都市化が進み、また被雇用者が増えるという社会構造の変化の中で、従来の共同体の相互扶助を補完するような社会保障制度が必要となった。この点は日本も同様であり、工業化が進む開発途上国も同様である。

現在、先進国の社会保障制度は、国民に健やかに安心できる生活を保障することを目的としているが、開発途上国において必要とされる社会保障制度は、社会保険による貧困の予防策、公的扶助による貧困の救済策が課題となる。例えば、開発途上国に求められる医療保険制度は傷病を理由に貧困に陥るリスクを回避させることであり、福祉サービスについては貧困者に対する無償サービスが基本となる。

3-5-2 開発途上国の社会保障制度の現状と課題

各国の社会保障制度は、その政治体制、経済構造、文化・社会的要因などによって独自の内容を持つ。しかし、いずれの国の社会保障制度も経済社会の発展に応じた整備が行われてきたことを考えると、経済社会発展の段階によって社会保障制度を大まかに区分することは可能であろう。表3-8は、広井・駒村編（2003）をベースに、東アジアの社会保障制度を、経済発展段階と人口動態の特徴によって区分したものである。

第1グループは、経済発展の度合いが比較的高く、少子化が進み、社会は高齢社会突入直前の国々である。東アジアでは韓国、シンガポール、台湾に相当する。これまでに普遍的な給付もしくはそれに近い制度が整備されている。これらの国の所得水準が比較的高いため、開発途上国の高齢化というよりも、先進国の高齢化と同様にとらえた方が適切であろう。例えば、これらの国では、高齢化の負担をどのように配分するのかをめぐって、現行制度の見直しが図られている。

第2グループは、経済発展の段階は工業化の途上にあり、少子化が進んでいるため高齢化率が

表3-8 アジアの社会保障制度

| | 経済発展段階 | 人口動態 | 社会保障制度 | 基礎インフラ |
|--------------------------------------|--------|---------|-----------------------|--------|
| 第1グループ (シンガポール、台湾、韓国) | 比較的高い | 人口高齢期 | 普遍的な給付 | 整備済み |
| 第2グループ (マレーシア、タイ、フィリピン、インドネシア、中国) | 産業化の途上 | 人口ボーナス期 | 被雇用者向けに整備、農業・自営業者は未整備 | 整備途上 |
| 第3グループ (ベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマー) | 初期段階 | 人口爆発期後期 | 公務員・軍人に限定 | 未整備 |

出所：広井・駒村編（2003）pp. 11-12を参考に筆者作成。

徐々に高まる国々である。東アジアではASEAN 4（タイ、マレーシア、フィリピン、インドネシア）、そして中国がこれに相当する。これらの国の社会保障制度は、公務員や軍人と民間企業の被雇用者には整備されているが、人口の大半を占める農業従事者や自営業者向けの社会保障制度が欠如しているか、もしくは整備の過程にある⁴⁷。ただし、第1グループに比較して、所得水準がかなり低水準にあるため、社会保障制度の選択肢はあまり多くない。本研究の主な対象は、この第2グループに属する国々である。

第3グループは、経済発展および工業化自体がまだ初期段階にあり、人口動態では、出生率の低下はみられるものの、まだ人口増加に悩まされる「多産少死」の国々である。東アジアでは、ベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマーがこれに相当する⁴⁸。これらの国の社会保障制度は主として一部の公務員や軍人などに限定的な対象とするケースが多い。これらの国では、徐々に増える都市部の被雇用者を対象に含めた制度づくりが当面の課題となる。

3-5-3 社会保障制度整備に向けた社会的要請

上記区分のうち本研究の対象である第2グループの国々は、「圧縮された工業化」により経済発展を実現したといわれるが、それは「圧縮された社会構造の変化」を伴ってきたことは軽視できない。このことが社会保障制度構築を要請する国内要因の一つとなっている。ここでは都市化とライフスタイルの変化をみておこう。

(1) 都市化の進展

例えば都市化を考えてみよう。図3-5は、所得水準と都市化率の関係をみたものであるが、1970年と2000年を比べると、全体的に上方にシフトしている。つまり開発途上国の都市化が、所得水準の伸びに比べて速く進展していることを示している。

ちなみにタイの都市化率は、1975年の23.8%から2000年には31.1%に、中国では、労働移動を厳しく制限していたにもかかわらず、都市化率は同期間に17.4%から35.8%に上昇した。今後も都市化の傾向はより一層強まることが予想されており、タイでは2025年には43.3%に、中国は同60.5%に上昇する見込みである。

このように急速に拡大する都市において、相互扶助の機能を持つ共同体が形成される、あるいは既存の共同体が新しい都市住民を吸収する能力は限定的である。地方から出てきた労働者の中には、戻る故郷をもたない人たちが増え、その数は時間とともに増加する傾向にあることが明らかである。

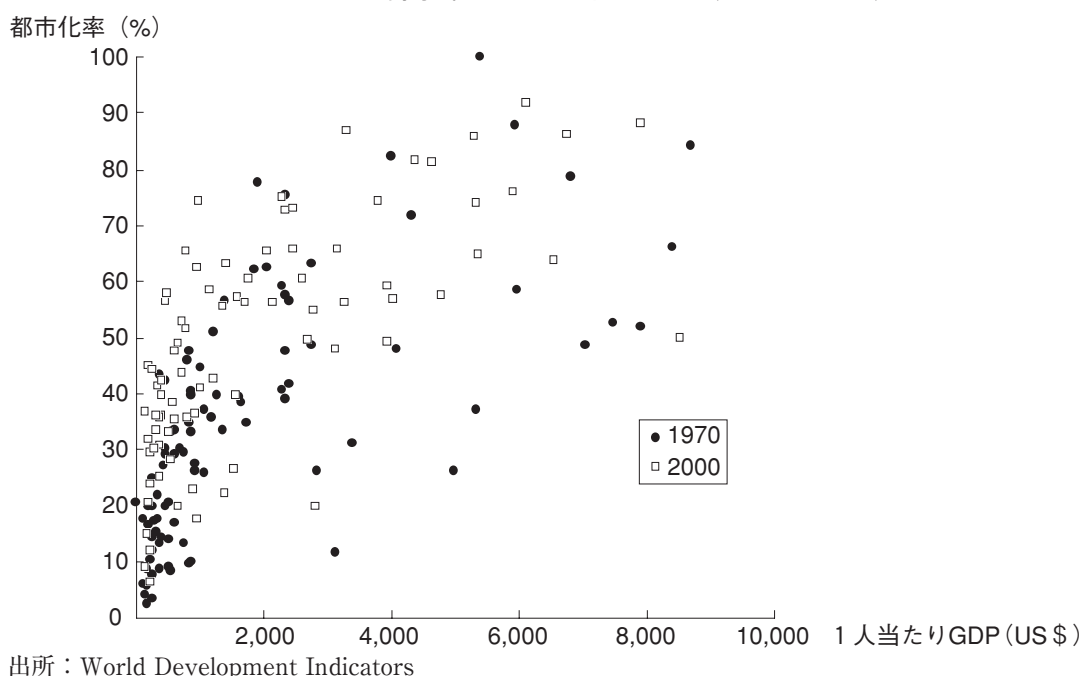
(2) ライフスタイルの変化

都市化と並行して、開発途上国のライフスタイルも大きく変化している。初婚年齢の上昇、晩婚化や非婚化、核家族化の進展などによって示すことができよう。

⁴⁷ 広井・駒村編（2003）は、中国は大国であるので、別枠で取り扱うべきとしているが、ここでは経済発展、人口動態、社会保障制度の現状を勘案し、一番位相の近い第2グループに含めることとした。

⁴⁸ ベトナムでは出生率の急速な低下がみられ、近い将来に第2グループに移ることが予想される。

図3-5 所得水準と都市化率の関係（1970、2000）



例えば、中国の女性の初婚平均年齢は1960年の19.6歳から1980年には23.1歳、2000年には24.2歳へと徐々に上昇している。タイにおいても1960年の21.6歳から2000年には24.0歳に上昇している。また中国の晩婚率（23歳以上で結婚した人の割合）は、1960年の11.0%から1980年に52.8%、2000年には59.0%に上昇した。

ライフスタイルの変化は、他方、家族形態を変化させる原因になっていると考えられる。中国の世帯人数をみると、1～3人で構成される世帯は、1995年は全体の48.0%であったが、2004年には58.9%へ上昇した。特に上海では70.6%から80.0%に上昇しており、核家族化が定着しているように見える。タイでは、バンコクの平均世帯人数は、1980年の5.1人から2004年には3.2人に低下した。核家族化の進展の背後には、子供と同居しない高齢者や一人暮らしの高齢者が増えているものと予想される⁴⁹。

3-5-4 社会保障制度構築に向けた政治的要請

また開発途上国においては、経済発展に伴う所得格差拡大に対する政府への是正策の要請、生存権や社会権、社会的弱者の保護を求める政治的要請などにより社会保障制度構築が求められているという状況がある。ここでも中国とタイの例を取り上げる。

中国における社会保障制度改革は、従来国有企業改革と並行して行われてきた。つまり、国有企業の従業員向け社会保障の財源のあり方、また国有企業改革の中で解雇された従業員についての保障などが議論の焦点であった。しかし、近年では、改革開放の過程で都市と農村との所得格差が拡大し、それは政治社会問題に発展したことへの対処策として社会保障制度が注目されるよ

⁴⁹ 高齢者の生活状況についてはUnited Nations（2005b）が横断的な調査を行っている。

うになった。つまり、中国政府は、地域所得格差の拡大を改革・開放政策の「負の側面」としてとらえ、その一つとして、全国民を対象とした社会保障制度の構築を議論するようになった。

このような中、2002年3月に国務院が第9期全人代第5回会議の政治報告の中で「社会的弱者（弱勢群体）」という概念を提示し、同年11月の中国共産党第16回全国代表大会において江沢民総書記（当時）は「社会保障制度」を「社会の安定と国家の長期安定の重要な保証」と位置付けた。これを受けて2004年3月に公布された憲法においては、第14条に「経済の発展水準と照応する社会保障制度を建立し、健全なものとする」と明記し、第33条には「国家は、人権を尊重し保障する」と政府の社会保障制度の取り組みを義務付けた。

さらに2004年9月12日－18日に北京で開催された「国際社会保障協会第28回大会」において、中国国務院新聞（報道）弁公室は、「中国的社会保障状況と政策白皮」（中国の社会保障状況と政策に関する白書）を発表した。中国政府が社会保障に関する白書を発表したのは初めてのことである。

タイにおいては、1991年の軍事クーデター、1992年の「5月流血事件」の流れを受けた政治民主化運動の中で、社会的弱者を含めた「人間の尊厳」に対する議論が高まった。1997年公布の憲法では、「人間の尊厳、個人の権利と自由は、当然のものとして保護される」（第4条）と明記され、第3章「国民の権利と自由」（第26条－65条）が大幅に書き加えられた。高齢者についても「60歳以上で十分な収入のない者は、法律の規定に従って政府の支援を受ける権利を有する」（第54条（2））とし、政府に対しては「政府は高齢者、貧困者、障害者、その他の社会的弱者に対し、生活の質を維持し、自立を促す支援を講じなければならない」（第80条）と政策の立案と実施が義務付けられた。この憲法改正を受けて、1999年に「高齢者宣言」が発表され、2003年には「高齢者に関する法律」が制定された。

3－5－5 社会保障制度整備を取り巻く国際環境変化

上記のような国内の要因のほかにも、国際機関の社会保障への支援のあり方も開発途上国の社会保障制度構築に影響を及ぼしていると考えられる。

1997年にアジアで起こった通貨危機以降、開発途上国における経済発展のトリクルダウン効果は限定的であること、また市場自由化・規制緩和に伴う負の効果については、別途社会政策によって補完する必要があるということが国際機関に広く認識された。この観点から国際機関は、市場自由化・規制緩和とともに「ソーシャル・セーフティ・ネット（Social Safety Net）」を整備することに注力した。ソーシャル・セーフティ・ネットの語源（綱渡りの下に張った安全網のこと）が示すように、これは市場自由化・規制緩和に乗り遅れた、あるいはその過程でダメージを被った者への事後的な措置であった。

その後、通貨危機の被害が終息するにつれて、国際機関の視点は長期化し、またMDGsに象徴されるように、「貧困撲滅」へ向けて足並みを揃えた協力体制が強調されるようになった。その中で、経済の市場化やグローバル化と並行して、社会的弱者への支援を行うことによって、そのリスクを事前に回避する「ソーシャル・プロテクション（Social Protection）」へと議論はシフトした。

「ソーシャル・プロテクション」の対象は各国際機関によって異なるが、貧困や低所得者だけでなく、児童、女性、労働者、障害者、そして高齢者が対象に含まれるようになった。2001年に世界銀行は「ソーシャル・プロテクション・セクター戦略」と題した報告書を作成し、社会保障制度構築支援を含めた取り組みを強化し始めた⁵⁰。同年、アジア開発銀行も貧困撲滅の観点から「ソーシャル・プロテクション戦略」をスタートさせている⁵¹。わが国においても、2002年にJICAが同様の観点からの研究会を発足させた⁵²。

このような国際機関による支援が、開発途上国の社会保障制度構築に影響を及ぼしていることは明らかである。

例えば、中国の年金改革をみてみよう。中国では、改革・開放政策に合わせて国営企業の年金制度を見直し、企業からの保険料を年金基金に移行する措置が講じられてきた。その一つとして、1995年にはその修正案として「企業職工養老保険改革の深化に関する通知」が公布され、年金財源の主要部分を積み立てで行い、基礎的な給付にのみ賦課方式を残す方向で年金制度の財源が見直された。これはWorld Bank（1994）が示した「3つの層からなる年金制度」と合致するものであったといわれている⁵³。また、1997年に世界銀行が中国の年金のあり方に関する報告書をまとめたが、国務院はこの指摘に則った「統合した企業職工基本養老保険制度の確立に関する国務院の決定」を公布した⁵⁴。

これらは、中国が高齢化対策について海外からの知的支援を必要としていることを示すのにはかならず、国際機関による社会保障制度支援の期待の大きさと責任の重大さを示すものである。

3-5-6 社会保障制度構築の課題（医療と老齢年金を中心に）

次に、社会保障制度構築の課題を、人口高齢化の観点から、医療と老齢年金（所得保障）について検討したい。

（1）医療：疾病構造の変化への対応

開発途上国の医療・福祉システムや所得保障システムについて、広井・駒村編（2003）は、表3-9のように整理している。これは、開発途上国における疾病構造が、経済・社会の発展とともに変化することに着目したものであり、「健康転換（Health Transition）」と呼ばれている⁵⁵。表3-9には人口動態の段階も示した。

これを用いて、開発途上国が経済発展や人口動態の変化の中で、どのような疾病構造の変化を

⁵⁰ Holzmann and Hinz（2005）を参照。世界銀行は、これまで10年にわたって80カ国以上の年金制度改革に関与し、60カ国以上の改革に資金的支援をしてきた。その経験についてはWorld Bank（2005）を参照。

⁵¹ しかし具体的な施策は少なく、ソーシャル・プロテクション・インデックスの作成が終わったばかりである（ADBインタビュー）。

⁵² その成果は、JICA国際協力総合研修所（2003b）を参照。

⁵³ この3つの層とは、第1層が現役世代からの資金を年金の財源とする「賦課方式」によるもの、第2層は自ら資金を積立、将来その積立から年金を取り崩す「保険方式」、第3は、自己責任の下に、自ら積立・運用を行う「市場方式」である。

⁵⁴ 金子・何（2003）、広井・駒村編（2003）。

⁵⁵ 「健康転換」についての詳しい解説は、広井・駒村編（2003）pp. 15-17を参照。

表 3-9 経済発展および健康転換

| 健康転換／ 疾病構造 | 医療・福祉システム | | 産業構造 | 人口動態 |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|------------------|---------|
| | 財政 | 供給 | | |
| 第1相 感染症 ↓ | 公衆衛生施策 | プライマリーケア& 保健所整備等 | A. 前産業化社会 | 人口爆発期 |
| 第2相 慢性疾患 ↓ | 医療保険制度（被雇 用者→農業・自営業 者への拡大） | 病院中心： 医療&施設 | B. 産業化社会 前期 | 人口ボーナス期 |
| | 「企業&核家族」を単位とする社会保障 | | 後期 | |
| 第3相 老人退行性 疾患 | 高齢者の医療・福祉 を統合したシステム | 福祉& 在宅へのシフト | C. 成熟化・ 高齢化社会 | 人口高齢化期 |
| | 「個人」を単位とする社会保障へ | | | |

出所：広井・駒村編（2003）p. 17より筆者作成。

伴い、いかなる医療サービスが必要としているのかを確認したい。

健康転換の第1相は、(飢饉・疫病から)感染症への対応が主となる段階であり、これらの原因は人々の生活というより病原菌そのものや都市環境の衛生状況にある。そのため、政府が主導者となって、予防接種や衛生水準の向上などの公衆衛生策を推進することが重要である。前述した人口増加がなおも続く国々は依然この段階にあり、それに対応した医療支援が必要となる。

第2相は、感染症に代わり慢性疾患への対応が重要となる段階で、脳卒中、悪性腫瘍、心臓病などが死因の上位を占めるようになる。このような慢性疾患は「生活習慣病」と呼ばれるように、その原因は個々の健康管理のあり方にある。従ってこの段階では、個人が自ら保険料を支払い病気に備えるという「保険」が有効となる。また、この段階においては病院中心の医療サービスが浸透していくため、病院インフラの整備が重要となる。

第3相は、慢性疾患から老人退行性疾患へと対応のシフトが重要になる段階である。この相では65歳以上の高齢者に対する老人医療の占める割合が高まる。特に人口高齢化が加速する国において医療負担は急増する。高齢化がさらに進展すると「介護」の問題が発生し、医療と福祉の統合が求められるようになる。

少子高齢化が進む開発途上国は、大まかには第2相にあり、今後第3相へシフトする段階にあるといえる。例えば、2001年におけるタイの死因をみると、第1位が悪性新生物、第2位が心臓疾患、第3位が不慮の事故、第4位が脳血管疾患であり、先進国のそれとほとんど変わらない。従って、健康転換で考えると、少子高齢化が進む開発途上国に共通して求められている医療サービスは、国民全体を対象とした保険制度（国民皆医療保険制度）の導入であり、それを支える病院インフラの整備・充実といえる。

しかし、現実には健康転換が示すほど疾病構造の変化は明確なものではなく、一国内に地域別や所得別に疾病構造にばらつきがある。例えば、地方部ではいまだ感染症への対応が不可欠であり、都市部では所得の上昇と生活スタイルが変化するため慢性疾患が増え、全国レベルで高齢者医療、そして高齢者福祉への要請が高まるといったものである。開発途上国政府は、当然のことながら、これらすべての相に対応していかなければならない。このように国内の多様な疾病構造を抱える

ことを考えると、財源や人材など医療サービスの供給での対応が次第に困難になることは明らかである。海外からの医療支援の際には、当該国の疾病構造の状況と医療発展の方向性を見極め、どの分野への支援が有効なのかを詳細に検討し、実施に移す必要がある。

(2) 国民皆健康保険の導入の課題

表3-10は、ASEAN4と中国の医療保険制度の概略を示したものである。公務員や民間企業従業員には保険制度が整備されているが、就業者の大半を占める自営業者や農業従事者がカバーされていない点で共通している。医療保険の対象とならない国民に対しては、無償あるいは安価な医療サービスの提供などの貧困対策（公的扶助）によって対処しているのが現状である。

全国民を対象とした医療保険制度については各国ともに検討中であるが、ASEAN4では2002年にタイがいち早く導入した⁵⁶。中国では国民皆医療保険制度はないものの、農村部にも医療保険制度があり、ASEANに比べ広い範囲の国民が保険によってカバーされている。

次に、これらの国の国民医療費（政府と国民双方の医療支出の合算）が高齢化の進展によってどのように変化するかについて検討する。

現行の医療サービスが継続した場合（シナリオ1）について、2000年の医療支出をベースとし、Heller（1997）の推計を参考に国民医療費を年齢別に配分し、高齢化の進展の影響をみた⁵⁷。開

表3-10 ASEANと中国の医療保険制度

| | | 対 象 |
|---------------------------------|--|---------|
| タイ | ・公務員医療制度 | 公務員 |
| | ・社会保障基金 | 民間企業 |
| | ・「30パーツ医療保険」 | その他 |
| インドネシア | ・公務員・退職者健康保険制度 | 公務員 |
| | ・労働者社会保障（JAMSOSTEK） | 民間企業 |
| | ・健康維持保障制度 | その他 |
| | ・国公立病院、保健所で安価な医療サービスを提供 | |
| ・低所得者に対して無料医療サービスを提供（ヘルスカードを配布） | | |
| マレーシア | ・公的な医療保険制度はない。 | 全国民 |
| | ・英国統治下から続く公営医療サービスを中心に無料もしくは安価なサービスを提供 | |
| フィリピン | ・フィリピン健康保険組合（社会保険基金にリンク） | 全労働者 |
| | ・国公立医療機関において所得に応じた医療費の減免を実施 | 低所得者 |
| | ・2020年を目標に全国民へ拡大（国民健康保険法第6条） | |
| 中国 | ・公費医療制度 | 公務員 |
| | ・都市従業者基本医療保険制度 | 都市企業従業者 |
| | ・高額医療費補充医療保険 | |
| | ・農村合作医療制度 | 農村住民 |

出所：上村・末廣（2003）、広井・駒村編（2003）、厚生労働省（2004）より筆者作成。

⁵⁶ これは30パーツの支払いで最高1,300パーツまでの医療サービスを受けられる制度で、「30パーツ医療保険制度」とも呼ばれている。

⁵⁷ Heller（1997）は、OECD加盟国の年齢階級別医療支出の結果を用いて東アジアの医療費の推計を行っている。そこでは、0-14歳、15-44歳、45-64歳、65歳以上の年齢階級別に医療費を0.75：1：1.7：2.2の割合で配分している。ちなみに、1997年度の日本における国民医療費の同年齢階級の割合は、0.97：1：2.6：7.3であり、高齢者に相当厚い配分比率になっている。

表3-11 国民医療費の推計

(単位：GDP比 (%))

| | | タイ | マレーシア | フィリピン | インドネシア | 中国 |
|---------------|------|------|-------|-------|--------|------|
| 医療支出 政府負担率 | 2000 | 3.6 | 3.3 | 3.4 | 2.7 | 5.3 |
| | 2000 | 56.8 | 53.1 | 48.2 | 23.7 | 36.6 |
| シナリオ 1 | 2010 | 3.8 | 3.5 | 3.5 | 2.8 | 5.6 |
| | 2020 | 4.0 | 3.6 | 3.7 | 3.0 | 5.8 |
| | 2030 | 4.2 | 3.8 | 3.9 | 3.1 | 6.3 |
| | 2040 | 4.3 | 4.0 | 4.1 | 3.3 | 6.6 |
| | 2050 | 4.4 | 4.2 | 4.3 | 3.4 | 6.6 |
| シナリオ 2 | 2010 | 4.2 | 3.8 | 3.9 | 3.1 | 6.2 |
| | 2020 | 4.9 | 4.4 | 4.5 | 3.6 | 7.1 |
| | 2030 | 5.6 | 5.0 | 5.2 | 4.1 | 8.3 |
| | 2040 | 6.2 | 5.7 | 5.9 | 4.7 | 9.4 |
| | 2050 | 6.9 | 6.4 | 6.7 | 5.2 | 10.2 |

出所：国連推計、WHOデータより試算。

発途上国における国民医療費の増加率の経済成長率に対する弾性値は一般に1を超える。しかし、ここでは1とし、これを医療の自然増加分とみなした。

結果は表3-11に示した通りである。ASEAN 4の場合、国民医療費のGDP比は2020年に3.0-4.0%、2040年には3.3-4.3%に上昇する。中国では、既にASEAN 4よりも医療保険制度のカバー率が高いため、2000年の5.3%から2020年に5.8%、2040年には6.6%に上昇する。

しかし、実際の医療費は、新しい医療技術の導入などにより一層増加すると考えるべきである。経済発展に伴い感染症・疫病から慢性疾患へと疾病の中心が変化することも医療サービスの費用の増加につながる。そこで医療サービスの内容が高度化した場合（シナリオ2）について、これらの医療技術の進歩に伴う費用の増加分として、2020年まで1人当たりの国民医療費が実質ベースで毎年1%ずつ増加すると仮定した⁵⁸。ASEAN 4の場合、2020年にGDPの3.6-4.9%、2040年には4.7-6.2%に上昇する。中国では2020年に7.1%、2040年には9.4%に上昇する。

(3) 老齢年金の課題

次に老齢年金（以下、年金）の負担について検討したい。ASEAN 4と中国の年金制度の概要を表3-12に示した。

これらの国の年金制度は、公務員や国営企業従業員、軍人向けには早い段階から年金制度が導入された点、民間部門については最近になってようやく整備された点で共通している。また、タイやインドネシアでは、従業員数や支払賃金総額などにおいて一定の規模以上の民間企業に年金制度への加入を義務付けているが、自営業や農家についての年金制度は存在しない。またマレーシアやフィリピンの年金制度は比較的整備されているものの加入率は低く、また拠出金の未納入が多いなど制度上の問題点がある。中国においては、医療保険制度同様、農村部にも不十分ではあるが年金制度が存在する。

ASEAN 4と中国の年金制度は整備途上にあり、今後、どのような年金制度が構築されるかに

⁵⁸ この見積もりは過小評価かもしれない。日本ではこの技術進歩率を年2%と見積もっている。

表3-12 ASEANと中国の年金制度

| | | 対 象 |
|--------|-----------------------------------|---------|
| タイ | ・政府年金基金 | 公務員 |
| | ・社会保障基金 | 民間企業従事者 |
| インドネシア | ・公務員年金制度+公務員貯蓄保険 (TASPEN) | 公務員 |
| | ・労働者社会保障 (JAMSOSTEK) | 民間企業従事者 |
| マレーシア | ・政府年金基金 (Government Pension Fund) | 公務員 |
| | ・従業員積立基金 (EPF) | 民間企業従事者 |
| フィリピン | ・政府サービス保険制度 (GSIS) | 公務員 |
| | ・社会保障制度 (SSS) | 民間企業従事者 |
| 中国 | ・公務員年金保険 | 公務員 |
| | ・都市従業者基本年金 | 都市企業従業者 |
| | ・農村社会年金基金 | 農村住民 |

出所：上村・末廣（2003）、広井・駒村編（2003）、厚生労働省（2004）より筆者作成。

表3-13 年金負担率の推計

(単位：GDP比)

| | | タイ | マレーシア | フィリピン | インドネシア | 中国 |
|-------|------|-----|-------|-------|--------|-----|
| | 2000 | 0.6 | 2.9 | 1.6 | 1.0 | 2.6 |
| シナリオ1 | 2010 | 0.9 | 4.3 | 2.3 | 1.4 | 3.3 |
| | 2020 | 1.3 | 7.2 | 3.6 | 1.8 | 4.0 |
| | 2030 | 1.9 | 11.3 | 5.5 | 2.6 | 7.0 |
| | 2040 | 2.3 | 15.2 | 7.8 | 3.8 | 9.5 |
| | 2050 | 2.6 | 19.5 | 10.8 | 4.9 | 9.8 |
| シナリオ2 | 2010 | 2.1 | 1.7 | 1.5 | 1.9 | 1.9 |
| | 2020 | 3.0 | 2.4 | 1.9 | 2.2 | 2.1 |
| | 2030 | 4.3 | 3.5 | 2.5 | 3.0 | 4.0 |
| | 2040 | 5.4 | 4.4 | 3.4 | 4.3 | 5.9 |
| | 2050 | 6.4 | 5.5 | 4.6 | 5.7 | 6.4 |

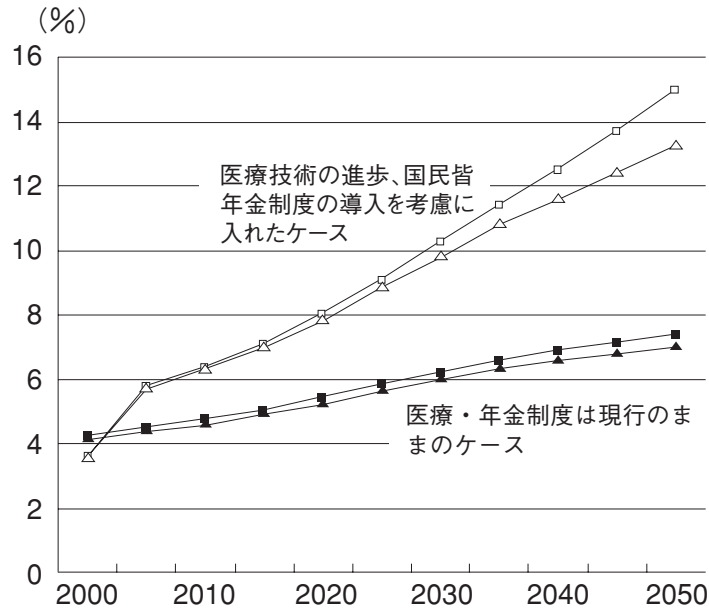
出所：国連推計から試算。

よって負担の水準は大きく変化する。ここでは、高齢化の進展に伴う年金負担率（対GDP比）の変化を、現行の年金制度で人口動態のみが変化した場合（シナリオ1）と、国民皆年金制度が導入された場合（シナリオ2）に分けて検討した。なお国民皆年金制度を導入した場合の給付額は、現役世代の平均給与の30%と仮定した。

その結果は、表3-13に示した通りである。マレーシア、フィリピン、中国の場合、シナリオ1の方がシナリオ2よりも将来の年金負担率が高くなっている。これは現行の年金制度が特定の対象のみに適用されているものの、その給付水準が高いために、現行の制度そのものが高齢化の進展により持続困難になることを示している。これらの国においては、国民全体を対象とした社会保障制度を構築するにあわせて、既存の制度の見直しを行わなければならないことを示している。

国民皆年金制度を導入した場合、年金負担率は、ASEAN4では、2020年にGDPの1.9-3.0%に、2040年には3.4-5.4%に上昇し、中国では2020年の2.1%から2040年には5.9%に上昇する。ここでの推計は、給付水準を平均給与の30%と仮定したが、給付率を引き上げれば、当然のことながら負担率はさらに上昇する。

図3-6 高齢化の負担の推移（GDP比）（タイのケース）



注：上方が低位推計、下方が中位推計
出所：国連推計から試算。

（4）高齢化の負担と社会保障制度

上記の医療負担と年金負担を合わせて「高齢化の負担」とみなせば、タイにおける高齢化の負担は図3-6のようになる。図に示した下限ラインは、現行の医療制度と年金制度が継続したケースであり、上限ラインは医療の技術進歩や国民皆年金制度の導入を考慮に入れたケースである。

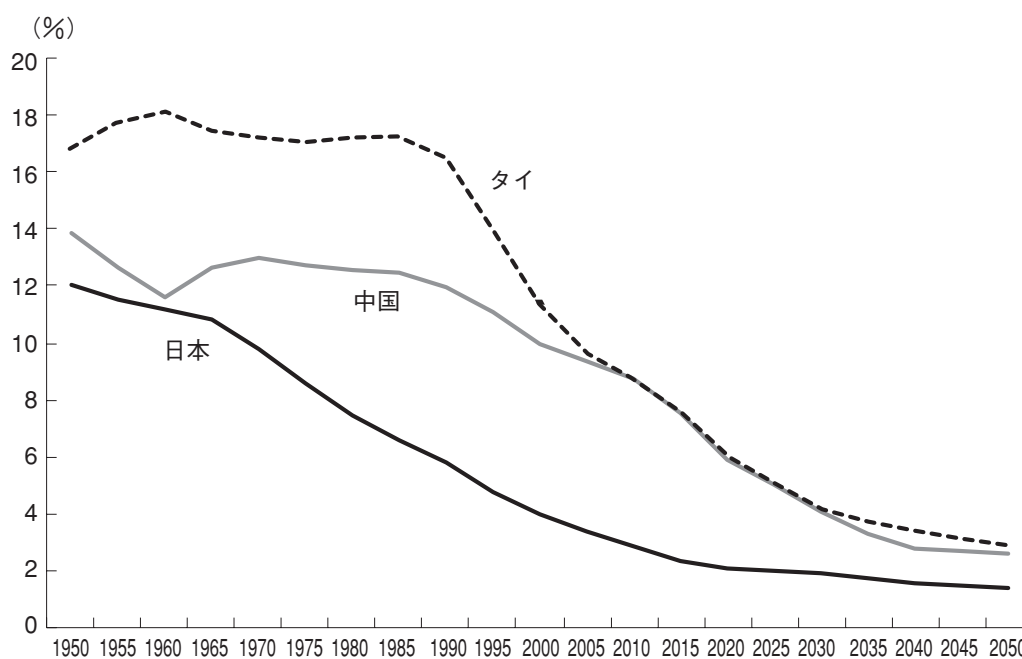
また、それぞれが人口高齢化の進展度合い（中位推計と低位推計）によってどのように変化するかも示した。高齢化の負担の水準は、高齢化のスピードよりも、医療の技術進歩や国民皆年金制度の導入に強く影響を受けることを示している。ここで示した負担は、政府と国民の負担を合算したものであるため、これらの負担の配分は、各国の保険制度のあり方や地域の取り組み方に依存する。

政府は高齢化の負担を最小限にとどめようとするかもしれないが、下限ラインにとどめられると考えるのは現実的ではない。ASEAN 4 や中国では、地方部では貧困撲滅のために医療サービスや所得保障など財政支援を今後も継続し、強化しなければならない。また、社会的政治的要請に基づいた国民皆医療制度や国民皆年金制度の導入は確実に負担を増加させよう。従って、現実には高齢化の負担は下限ラインから上方へ乖離していくと考えられる。図に示した上限ラインは年金給付額を平均給与の30%として推計したものであり、給付率が高まれば上限ラインを超えて、高齢化の負担は増加することになる。

3-5-7 開発途上国における社会保障制度の設計の課題

次に、開発途上国の社会保障設計の課題について、先進国のそれとは異なる点を中心に述べる。

図3-7 日本、中国、タイの高齢者と生産年齢人口の関係



出所：国連推計より筆者作成。

(1) 急速な人口構造変化を見据えた設計

社会保障制度の設計においては、当該国における高齢化のスピードに配慮しなければならないが、既にみてきたように、開発途上国全般に出生率の低下速度は先進国に比べ速いため、高齢化のスピードは先進国よりも速くなる傾向にある。

このような国においては、年金を賦課方式（現役労働者が高齢者を養う）で賄う際には慎重でなければならない。図3-7は、中国、タイ、日本の高齢化と生産年齢人口の比率をみたものであるが、中国とタイ両国では今後急速に高齢者を支える生産年齢人口（現役世代）の数が減少し、1人当たりの負担が高まることが明らかである。

このような国において、高齢者層を厚遇した医療・年金サービスを提供すると、将来の財政負担を急増させることは明らかである。持続性の高い社会保障制度を構築するためには、まず、人口構造の変化を見据えた設計が不可欠であり、少子化が進んだ際の人口推計を持つべきである。

(2) 普遍主義と選別主義

社会保障、特に社会福祉の分野では、その給付の対象をどのように選定するかについて、普遍主義と選別主義に区分される。普遍主義とは、すべての者に対し給付を行うもので、選別主義とは一定の基準に基づいて対象者を選別し給付を行うことをいう。

普遍主義に基づいた社会保障制度を構築する際には、特に所得格差の大きい開発途上国では、給付をどのような水準にするかが問題になる。都市部の比較的所得水準の高い住民の要請に基づいた給付を行うと、高齢化が加速する過程で財政負担が急速に膨らむことは明らかである。

世界銀行は、開発途上国の高齢者の年金について、高齢者を①フォーマルな社会保障制度が適用される高齢者と、②インフォーマルな社会保障制度の中にいる高齢者とに区分し、さらに後者

を恒常的に貧困な状況に置かれる高齢者とそうではない高齢者に区分している。そして、この恒常的に貧困な状況下にある高齢者については、財政が100%負担する公的扶助を給付することとした⁵⁹。

選別主義に基づいた年金制度は、個々のニーズに合わせた給付ができ、財政負担のバランスを取るのに普遍主義的な制度より柔軟であるという利点を有する一方で、その選別の基準の明確化、またその対象者を選定するために、個人の資産もしくは所得の状況から調べる、いわゆるミーンズ・テスト（資産調査）をいかに効率的に行うのかというコストの問題がある。

（3）賦課方式と積立方式

年金制度の基本的な財政方式として賦課方式と積立方式がある。賦課方式は、年金給付に必要な費用をその時点での現役世代からの保険料で補う方式である。賦課方式は賃金や物価上昇などに応じて年金給付額が増加した場合には同時に保険料を引き上げることで対処するため、財政への悪影響が少なく済むというメリットがある半面、高齢化の影響を受けやすい。他方、積立方式は将来の年金給付に必要な資金を保険料で事前に積み立てておく方式である。積立方式では、物価上昇などの経済変動の影響を受けやすい。そのため、相対的なマクロ経済の不安定な開発途上国では賦課方式からスタートさせ、一定の経済発展と経済安定化が確保された後、積立制へ移行あるいは一部を導入することが望ましいといわれる。また積立方式の場合、その資金を運用する担い手、金融市場、監視制度など金融関連のインフラ整備を事前に行う必要がある。なお、強制的な積立方式を採用すべきとの意見もある。シンガポールやマレーシアでは強制的な基金への積立制度を採用しており、国内貯蓄率も高く、経済発展を牽引した。

（4）経済構造への影響に配慮した設計

図3-8は、少子高齢化がマクロ経済に及ぼす影響を考えたものである。既に述べたように、人口高齢化は労働投入量の減少と国内貯蓄率の低下を通じて潜在成長力を押し下げる。さらにその医療および年金制度のあり方は財政・家計の支出を圧迫し、さらに成長力を押し下げる要因となる可能性を持っていることを示している。仮に、政府の負担が大きすぎれば、財政は圧迫され、インフラ整備などそのほかに必要な支出に影響を及ぼすかもしれない。企業の負担が大きければ、企業の投資意欲を減退させるかもしれない。また、外資企業はそのような国への投資を見合わせる可能性もある。さらに家計の負担が大きすぎれば、家計の消費が抑制され、足元の景気が減速するかもしれない。そのほか、例えば、先進国で議論されているように年金などの給付開始年度については、労働者の勤労意欲をそがないよう設定する必要がある⁶⁰。

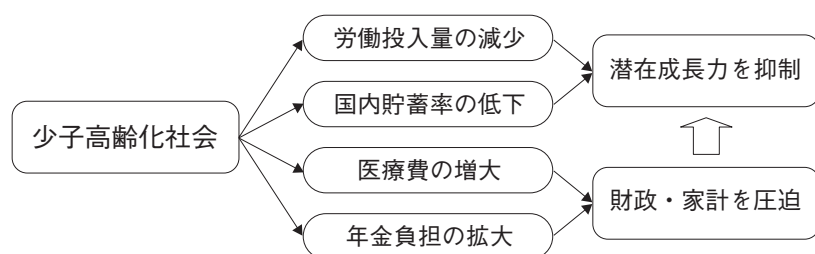
（5）社会構造への影響を配慮した設計

また社会構造への配慮も必要となる。フォーマルな年金制度や介護制度の整備は、高齢者とそ

⁵⁹ Holzmann and Hinz (2005)

⁶⁰ 給付の水準とともに、給付開始年齢も検討すべきであろう。日本では、年金の財政負担が大きくなってから、2000年に年金の給付開始年齢を60歳から65歳に引き上げた。その際には、当該国の高齢者の定義や企業の定年などとの調整が不可欠であることはいうまでもない。タイでは60歳以上を高齢者と定義しており、年金の支給開始年齢は55歳である。

図 3-8 少子高齢化がマクロ経済に及ぼす影響



出所：筆者作成。

の家族の同居の必要性を低めるという見方がある。他方、高齢者の同居は両親の子供の養育コストを低下させ、このことは必要以上の出生率の低下に歯止めをかけるとの見方もある。高齢社会は高齢者の社会への参画が重要な視点であるが、上記のことは高齢者の家族への参画といえるかもしれない。そのほか、伝統的な社会の規範がどのようなものであるかなどの配慮が必要である。

社会保障制度構築の基礎は、「公平と平等の実現」と「国家の役割」であるが、この2つは社会あるいは国家を構成する人々の価値観によって異なる。従って社会保障制度のあり方は、国によって異なるであろう。当該国の、国家の統合度や民族構成など、植民地時代の制度遺産、社会慣習やコミュニティの強さなどにも配慮しなければならない。また社会保障支援の尺度としては、社会そのものの状況を評価するために欧州で開発された「社会の質 (Social Quality)」を計測できるような指標を活用するのも重要であろう (添付資料4 参照)。

(6) 健全な財政の確保と徴税制度の整備

高齢者の負担は、財政、企業、家計で分担されるものであるが、社会保障制度を構築する段階にある開発途上国においては財政負担が増加することは避けられない。開発途上国が高齢社会を迎えた時に、年金制度を含めて高齢者支援策を効果的、効率的に実施できるようにするために、財政の健全化を確保しておく必要がある。

また、確実な税収を確保するために徴税能力の向上は不可欠である。開発途上国には徴税システムが整備されていない国が多いが、高齢化のスピードが速いと予測される国においては、その制度整備を急ぐべきであろう。このような高齢社会を見据えた財政構造の整備は、高齢化が深刻な状況になる前から進めていくべき課題である。

3-5-8 開発途上国の社会保障制度整備の制約要因

開発途上国の社会保障制度は、先進国に比べ制約要因が強いため、その選択肢は多くない。ここでは先進国における福祉国家もしくは社会保障モデルの区分を参考に、開発途上国の社会保障制度構築の方向性を検討しておこう。その手がかりとして広井・駒村編 (2003) が行った西欧の社会保障制度モデルの区分を用いる。

このモデルは、表 3-14 に示したように「普遍主義モデル」、「社会保険モデル」、「市場型モデル」に区分される。

第 1 は普遍主義モデルで、公的な介入が大きく、均一給付で全国民を対象とし、租税を財源と

表 3-14 福祉国家／社会保障のモデル

| 分類 | 特徴 | 例 | 基本となる原理 |
|---------|--|-----------|----------------|
| 普遍主義モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・大きな社会保障給付 ・全住民対象 ・財源は税中心 | ・北欧 | 「公助」(公共性) |
| 社会保険モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・拠出に応じた給付 ・被雇用者中心 ・財源は社会保険料中心 | ・ドイツ、フランス | 「共助」(相互扶助、共同体) |
| 市場型モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・最低限の公的介入 ・民間保険中心 ・自立自助やボランティア | ・米国 | 「自助」 |

出所：広井（1999）、広井・駒村編（2003）p. 7

した「公助」モデルである。高所得者が低所得者の一部給付を賄うという所得再分配の機能を持つ。第2は社会保険モデルで、保険を中心とし拠出に応じた給付を中心とする「共助」モデルである。対象は拠出を行う被雇用者などに限定される。このモデルについても公的介入が認められるが、基本的には普遍主義モデルに比べ、積立額に応じた給付を受けるという市場原理を基本としたものである。第3は市場型モデルで、政府の介入を最低限に抑え、市場への依存を高めた「自助」モデルである。現実には、自己責任に基づく民間保険加入などがその中心となる。普遍主義モデルから市場型モデルに向かうほど、市場に委ねる部分が大きくなる。

社会保障制度構築において後発国である日本は、被雇用者を中心とした社会保険モデルから出発し、その後全国民の対象とした普遍主義モデルへと拡張したとみることができる。無拠出の「福祉年金」の導入（1959年）や「基礎年金制度」の導入（1985年）などがこれに相当し、公共投資の拡大や農家や中小企業への補助金給付など、生産部門を通じた所得保障もこれに含めていいのかもしれない。しかし、近年は、少子高齢化の予想以上の加速による財政負担の拡大、経済発展に伴う国民の自助能力の高まりを背景に、「自己責任」を基本とした市場型モデルへの移行を急いでいる。

上記のように、各時期の条件に応じて各モデルの要素を組み合わせた日本の経験は、開発途上国の社会保障制度の構築を与える上で有用と思われる。なぜなら開発途上国の社会保障制度の現状は、公務員と軍人、民間企業の被雇用者を対象とする社会保険モデルを出発点とすることで共通しており、国民全体に拡充しようとする現在の動きは普遍主義モデルへの移行ととらえることができるからである。ただし、日本の場合と大きく異なるのは、公的扶助の対象となる貧困層が多いことに加え、新しく対象となる農業従事者や自営業者の所得水準が低いため、社会保険の形態をとったとしても、その支出の多くを国家が「保険者」とする（税を財源とする）制度とならざるを得ない点である。

また、財政の規模が小さいために、政府が提供できるサービスは制限されたものにならざるを得ないため、開発途上国では、普遍主義モデルの導入と同時に、市場型モデルへの移行も検討せざるを得ない。確かに、所得水準が低いとはいえ、タイや中国の都市部では、定年後の生活を自らの努力で支えられる可能性のある人々が増えていることも事実であり、部分的には自己責任に基づいた民間保険への加入が促すことができよう。しかし、開発途上国の多くの人々、特に低所

得層や農業従事者や自営業者には民間保険へのアクセスは困難である。つまり、開発途上国政府には、普遍主義モデルと市場型モデル以外のモデルを模索しなければならない。

このような中、新しいモデルとして、「共同体活用モデル」もしくは「地域活用モデル」が注目を集めている。開発途上国はつい最近まで農村主体のインフォーマルな社会保障制度によって支えられてきたし、現在もなお農村住民が多い。失われつつある伝統的な共同体の機能を持続あるいは強化することは、新しい制度を構築よりもコスト的にも効率的・効果的であるかもしれない。社会保障制度を補完するものとして、伝統的なインフォーマル部門を活用すべきだという視点である。世界銀行は、10年間にわたる年金制度支援の経験から、開発途上国における高齢者の所得保障には、非金銭的なサービスの供給者である家族や地域福祉の活用が重要であると指摘している。

世界銀行は、Holzmann and Hinz (2005) の中で、年金制度として表3-15のような多層(multi-pillar)モデルを提唱した。注目すべきは、1994年に示した3つの柱(表中1、2、3)に、「第0層」の貧困層に含まれる高齢者への公的扶助と、「第4層」の家庭や地域を含めた非金銭的なサービスを加えた。世銀の多層モデルについては、第4章でも詳述する。

タイでは、既に社会開発・人間安全保障省の主導による「家族開発戦略2004-2014」や国家経済社会開発庁の主導による「住みよい村落、住みよい共同体プロジェクト」と名付けられた共同体の見直し・強化が国家プロジェクトとして進められている。これらはいずれも共同体や家族制度の見直し・強化を意図したものである。「福祉社会」の構築に向けた取り組みととらえることもでき、「福祉国家」から「福祉社会」への移行を目指す先進国と同じ位相にあるといえる。しかしタイや中国では「福祉国家」に移行する余裕がない、ほかに選択肢がないという点で先進国とは大きく異なる。

開発途上国においても共同体は急速に弱体化する状況にあり、共同体の見直し・強化は、理念的には理解できるものの、それをどのように具体化していくのかは明らかではない。共同体見直し・強化に過度の期待を寄せるのは危険と考えるべきであろう。むしろ共同体そのものの評価から始め、その際には、NGOなどを中心とした新しい共同体の創設や共同体間の連携促進・強化を図る制度づくりなどの視点を含める必要がある。また、両国においては、同時に議論されている「地方分権化」にあわせて調整していくことが、効果的で効率的なのはいうまでもない。この点では、わが国では「地域福祉」という観点での取り組みがあり、その蓄積を活かせる可能性があるものと考えられる(第4章を参照)。

表 3-15 Multipillar Pension Taxonomy

| Pillar | Target group | | | Main criteria | | |
|--------|---------------|-----------------|---------------|---|-----------------------|-----------------------------------|
| | Lifetime poor | Informal sector | Formal sector | Characteristics | Participation | Finding or collateral |
| 0 | X | X | x | “Basic” or “Social pension” at least social assistance | Universal or residual | Budget or general revenues |
| 1 | | | X | Public pension plan, publicly managed (defined benefit or notional defined contribution) | Mandated | Contributions, perhaps with some |
| 2 | | | X | Occupational or personal pension plans (fully funded defined benefit or fully funded defined contribution) | Mandated | Financial assets |
| 3 | x | X | X | Occupational or personal pension plans (partially or fully funded defined benefit or funded defined contribution) | Voluntary | Financial assets |
| 4 | X | X | X | Access to informal support (family), other formal social programs (health care), and other individual financial and nonfinancial assets (homeownership) | Voluntary | Financial and nonfinancial assets |

注：The size and appearance of x reflect the importance of each pillar for each target group in the following increasing order of importance: x, X, X
 出所：Holzmann and Hinz (2005)

参考文献

- 大泉啓一郎 (2005a) 「東アジア少子高齢化時代と日本の協力」 渡辺利夫編『日本の東アジア戦略』東洋経済新報社
- (2005b) 「タイの人口高齢化問題」 拓殖大学『海外事情』2005年9月
- (2006) 「人口ボーナス論からみた中国の経済発展の軌跡と展望」 環太平洋ビジネス情報『RIM』Vol.6, No.20日本総合研究所
- 外務省 (2005) 『政府開発援助《ODA》白書 (2005年版)』国立印刷局、2005年12月
- 金子能宏・何立新 (2003) 「中華人民共和国の社会保障」 広井良典・駒村康平編 (2003) 所収 上村泰裕・末廣昭編 (2003) 『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所
- 厚生労働省 (2004) 『世界の厚生労働2004』
- 国際協力機構 (JICA) 国際協力総合研修所 (2003a) 『第二次人口と開発 援助研究－日本の経験を活かした人口援助の新たな展開』
- (2003b) 『ソーシャル・セーフティ・ネットに関する基礎調査－途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの確立に向けて』
- (2004) 『日本の社会保障の経験－社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から－』

- 国土交通省（2005）『国土交通省白書2005』
- 佐藤龍三郎（2002）「人口・保健医療・社会福祉および年金制度」国際協力銀行『21世紀開発援助戦略：地球環境問題、地域問題』
- 土屋英雄（2004）「中国の憲法改正」国立国会図書館『レファレンス』2004.9
- 寺西重郎（2004）『アジアのソーシャル・セーフティネット』頸草書房
- 速水佑次郎（2000）『開発経済学－諸国民の貧困と富』創文社現代経済学選書
- 広井良典（1999）『日本の社会保障』岩波新書
- 広井良典・駒村康平編（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 渡辺利夫（1996）『開発経済学 経済学と現代アジア（第2版）』日本評論社
- Besanger, Serge; Guest, Ross S. and McDonald, Ian（2000）“Demographic Change in Asia: The Impact on Optimal National Saving, Investment, and the Current Account” IMF Working Paper.
- Bloom, David E. and Williamson, Jeffery G.（1998）*Demographic Transition and Economic Miracles in Emerging Asia*, The World Bank.
- Heller, Peter S.（1997）“Aging in the Asian “Tigers”：Challenges for Fiscal Policy” IMF Working Paper.
- Holzmann, Robert and Hinz, Richard（2005）*Old Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*, Washington, D.C.: The World Bank.
- IMF（2004）“How will Demographic Change Affect the Global Economy” IMF Economic Outlook, September 2004.
- Martins, Joaquim Oliveira; Gonand, Frederic; Antolin, Pablo; Maisonneuve, Christine de la and Kwang Yeol Yoo（2005）“The Impact of Ageing on Demand, Factor Markets and Growth Economics Working Papers No.420” OECD Working Paper.
- United Nations（2005a）“World Population Prospects, The 2004 Revision.”
- （2005b）“Living Arrangement of Older Persons Around the World.”
- World Bank（1993）*The East Asian Miracle: Economic Growth and Public Policy*, A World Bank Policy Research Report, September 1993.（世界銀行（1994）『東アジアの奇跡』白鳥正喜監訳、東洋経済新報社）
- （1994）*Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth*, The World Bank.
- （2001）“Social Protection Sector Strategy: From Safety Net To Springboard,” The World Bank, January 2001.

4 . アジアの高齢化と日本の地域福祉

新田目夏実

4 - 1 はじめに

少子高齢化がアジア途上国でも急速に進行している。少子高齢化の先進国である欧米および日本では、退職後の生活を保障するため、医療・年金・福祉の社会保障の各領域で制度改革を進めてきた。これに対し、アジアの開発途上国においては、医療・年金・福祉制度のどの領域についても制度的対応が不十分な状態にあり、現在の財政状況下でその状態を短期間に改善することは困難である。そもそも高齢化対策以前に解決しなければならない問題が多い中で、高齢者に対して最低限の社会保障を提供するためにはどのような選択肢があり得るだろうか。

一般に、社会保障の枠組みとして、北欧諸国にみられるような「高福祉・高負担」モデルと、米国のような自己責任の下、市場メカニズムに老後の生活保障を委ねるモデルを考えることができる。しかし、多くの途上国においては、財政上、高福祉・高負担モデルは困難である。かといって、市場メカニズムに任せて自己責任を問うモデルが途上国で可能であるとも考えにくい。現実的には、そのスペクトラムのどこか中ほどに、代替案を求めなければいけないように思われる。本章では、そのような選択肢の一つとして日本の「地域福祉」の理念と実態を紹介し、その可能性を検討する。

現在の日本の高齢者福祉は、高齢者が住み慣れた地域社会の中で自立した生活を維持できるような「福祉コミュニティ」の構築を目的としたものであり、決してかつての伝統的地域社会をそのまま復活しようとしているものではない。このような日本型福祉モデルは、意図したものではないが、開発途上国の社会保障の枠組みとして世界銀行が提唱するモデルと一致する部分が多い⁶¹。しかし、世銀モデルがまだ理論的提唱のレベルにとどまっているのに対し、日本の「地域福祉」は法的整備が進み、既に地方自治体レベルで実施され、大きな成果をあげつつある。その意味で、日本の経験は今後のアジア途上国の社会保障政策に寄与するところが大きいと考えられる。

本章では、まず日本およびアジア途上国において地域福祉が必要であるとする社会的背景についてふれる。次に日本の地域福祉の発展について歴史的に振り返るとともに、その法体系について整理する。現在の日本の地域福祉は、福祉の担い手の多様化と表裏一体の関係で進行中である。日本においても、ほかの途上国においても、地域の実情に即した福祉サービスを供給するためには、多様かつ柔軟な福祉の供給体制が必要である。そこで、地域社会および自治体レベルで福祉サービスの供給体制にどのような変化が生じつつあるのか福祉の担い手の観点から分析し、担い手が多様化していること指摘する。最後に、地域福祉は地域レベルの創意工夫が問われる政策であるので、地域福祉の実践例としてその特徴を浮き彫りにする事例を都市部と農村部から紹介する。ここで紹介する事例は、アジア途上国の地域福祉を進める上でも参考になる部分が多い。

⁶¹ この点はHolzmann and Hinz (2005) 参照。なお、福祉国家論とアジアの社会保障制度一般については、広井・駒村編 (2003) 参照。

4 - 2 高齢化と地域福祉

日本の高齢化は急速に進んでいる。これまでたびたび指摘してきた通り、65歳以上人口が7%を超え、「高齢化社会」となったのは1970年であったが、1995年には14%を超えて「高齢社会」を迎え、2006年現在20%を超え、なお上昇中である。世帯数に注目すると、65歳以上の高齢者のいる世帯の割合は1980年には全世帯の24%であったが、2000年には33%まで上昇した⁶²。このような高齢社会の到来は、しばしば医療・年金など社会保障費用の増大や経済成長率の低下をもたらすという観点から危惧するものが多い。しかし、高齢者の身体介護、食事介護、医療支援などといった高齢化にかかわる問題の多くは、日常生活の中で日々直面する問題であり、生活の場である家族と地域社会の中で解決する必要がある具体的生活問題である。しかし戦後、高齢者の日常生活を支える家族と近隣地域社会のあり方は大きく変化した。

家族構造についてみると、1950年に約5人だった世帯規模は2000年現在、2.7人まで減少した。核家族化が進行し、3世代世帯が減少し、単身世帯が増大した。世帯規模の減少は単なる少子化のためだけではなく、家族構造のこのような変化を反映したものである⁶³。65歳以上の高齢者の家族形態に注目すると、一人暮らし高齢者および夫婦のみ世帯（夫婦とも65歳以上）の割合が28%から47%に増加した。その一方、子供と同居の高齢者の割合は69%から49%に減少した（表4-1参照）。日本の老人介護は伝統的に同居する家族が担ってきたわけであるが、進行する少子化、世帯規模の減少と同居率の低下は、介護の担い手となるものの減少と、そもそも同居による老親介護というパターンが変化しつつあることを示唆している⁶⁴。

それでは高齢者の日常生活を支える地域社会のあり方はどうかというと、これも大きく変化しつつある。戦後の急速な工業化と都市化の過程で、1950年から1970年の間に、都市人口が4300万人増加したのに対し、農村人口は2300万人減少した。このような猛烈な人口移動を背景にして都市の過密化と農村の過疎化が進み、伝統的な地域社会は解体していったのである。近所付き合いや相互扶助は伝統的社会で生活を維持するために必要な要件であったが、このような産業化と都市化を背景に近隣関係は希薄になっていった。

地域社会の人間関係に関する調査によると、近所と「親しく付き合っている」と答えたものの割合は、1975年には53%であったが、2004年には22%まで低下した。居住地の規模別にみると、「親しく付き合っている」ものの割合が一番高いのは町村部であったが、それでも35%にとどまっており、次いで小都市、中都市、大都市がそれぞれ23%、19%、14%であった。そもそも2000年の日本の町村部人口は21%であることを考慮すると、日本社会全体としては希薄な近隣関係が規範化する一方、伝統的地域社会においても、社会関係の希薄化が着実に進展しているという文

⁶² 2000年以前については国立社会保障・人口問題研究所（2005）、2006年は国立社会保障・人口問題研究所による日本の将来推計人口（2002年1月推計）、1980年の高齢世帯の割合については内閣府（2005）による。なお、「高齢社会」（高齢化率14%）、「高齢化社会」（高齢化率7%）は現在慣用的に使われているが、その根拠、由来は必ずしも明らかではない（内閣府（2005）p.5）。

⁶³ 日本の家族構造の歴史的变化については、国立社会保障・人口問題研究所（2005）参照。

⁶⁴ このことは少子化による家族構成の変化のみならず、その背後にある親子関係にかかわる規範の変化を示している。親の面倒は子供が見るのが当然だという感覚は近年急速に変化し、「慣習」としての扶養からやむを得ない「義務」としての扶養へ変化している。この点については、石川（1998）第12章参照。

表4 - 1 65歳以上高齢者の世帯類型

(%)

| | 一人暮らし(1) | 夫婦のみ(2) | (1) + (2) | 子供と同居 |
|------|----------|---------|-----------|-------|
| 1980 | 8.5 | 19.6 | 28.1 | 69.0 |
| 1990 | 11.2 | 25.7 | 36.9 | 59.6 |
| 2000 | 14.1 | 33.1 | 47.2 | 49.1 |

出所：国立社会保障・人口問題研究所（2005）

表4 - 2 65歳以上高齢者の居住形態：中国、韓国、台湾

(%)

| | 年次 | 子供と同居 | 単身 | 夫婦のみ |
|----|------|-------|------|------|
| 中国 | 1982 | 71.2 | 12.2 | 14.2 |
| | 1990 | 71.0 | 9.5 | 17.6 |
| | 2000 | 64.1 | 9.5 | 24.5 |
| 韓国 | 1984 | 78.0 | 不明 | 21.0 |
| | 1990 | 73.0 | 8.9 | 16.9 |
| | 1995 | 62.6 | 13.3 | 23.3 |
| | 2000 | 54.7 | 16.2 | 28.7 |
| 台湾 | 1980 | 81.6 | 12.8 | |
| | 1989 | 70.7 | 22.8 | |
| | 1999 | 62.7 | 30.1 | |

注：台湾の単身比率は、単身と夫婦のみ世帯居住者の比率の合計。

出所：Kodel and Debavalya (1992)、Kodel and Debavalya (1997)、Population Division (2005)、Choe and Byun (2003)、Sun (2003) より筆者作成。

脈でこの結果を理解する必要がある⁶⁵。

過疎中山間地においては、人口流出と少子化のためさらに高齢化が進み、現在集落の維持すら困難な状況が生じている⁶⁶。このような地域では、地域医療・地域福祉制度なくして高齢者が生活を継続することは困難であり危険ですらある。都市部においても、勤労者家庭の高齢者は日中独居状態になるため、地域に密着した福祉サービスなくして生活を続けることは、高齢者自身にとっても、同居する家族にとっても困難になりつつある。地域の持つ福祉機能に対する関心が高まってくる背景にはこのような事情があるのである⁶⁷。

同様な事情はほかのアジア途上国でも進行中である（表4 - 2参照）。東アジアでは急速に少子化が進行中であるが、中国、韓国、台湾について高齢者の居住形態をみると、日本と同じ変化がより急速に進行中であるように思われる。この3国はいずれも高齢者介護の主体が家族である点で共通しているが、日本同様、子供と同居の高齢者の割合が低下し、その一方で高齢者の一人暮らしおよび高齢者夫婦が増大している。確かに多くのアジア諸国においては依然として同居が

⁶⁵ 日本の都市・農村人口の変化については、総務省統計局（2006）を、また近隣関係の変化については、内閣府広報室（1975）および内閣府大臣官房政府広報室（2004）参照。

⁶⁶ 過疎問題は、現在若者人口流出型から少子高齢化の影響により集落の再生産が不可能な「消滅の危機に瀕した村」の問題に深化しつつある。このような日本の過疎問題の現状と諸相については、山本（1996）および山本・徳野・加来・高野（1998）参照。

⁶⁷ 本稿では地域に対する関心を「地域福祉」との関連で述べているが、地域社会の再生に対する問題提起は様々な立場からなされている。例えば「コミュニティ - 生活の場における人間性の回復」（1969年国民生活審議会のコミュニティ問題小委員会による答申）や1971年からスタートした自治省のモデル・コミュニティ施策などは重要である。この点については倉沢（2002）参照。

重要な社会規範であるため家族との同居率は高い。また子供との別居が直ちに家族関係の疎遠化を示すわけではないが、家族同居による老親介護の伝統は急速に変化しつつあるように思われる⁶⁸。

4 - 3 日本の地域福祉の進展

4 - 3 - 1 社会福祉制度の発展

日本の社会事業は戦後大きく発展した。特に1990年の「福祉関係8法」および「社会事業法」の改正と、1997年に成立し2000年から施行された「介護保険法」、2000年に改正された「社会福祉法」は今日の日本的な地域福祉を形づくる上で極めて重要であり、社会福祉制度にとっても転換点といっても過言ではない⁶⁹。「地域福祉」は「コミュニティ・オーガニゼーション」、「コミュニティ・ケア」、「コミュニティ・ワーク」、「コミュニティ・ディベロップメント」といった英米由来の概念・方法論に影響を受けたことは事実であるが、その実態は、日本の政治・行政制度と地域社会のあり方を踏まえて発展したもので、現在では英語に適当な翻訳を持たない日本固有の概念といってよい⁷⁰。

日本の近年の地域福祉概念の発展、定着は一夜にして進んだわけではない。また、このような大きな理念的・制度的変化は、日本の地方自治制度全般の変化と結びついて可能になったものであり、決して社会福祉という特定領域だけで進化したわけではない。

公的社会福祉の観点からみると、戦後の社会事業の関心は生活貧窮者、戦災孤児、傷痍軍人などの救護活動からスタートする。まず「生活保護法」が1946年、「児童福祉法」が1947年に、そして「身体障害者福祉法」が1949年に成立するが、当時は地域福祉に対する関心は限定的であり、このような貧窮者の保護収容を目的とした施設の整備が主要な課題であった。1950年代に入り、社会が落ち着きを取り戻すにつれ、福祉の対象が貧困対策に加え保健衛生に広がり、地域社会住民の生活問題に拡大していく。地域福祉の理論と実際に対する関心が深まった時期といえる。1960年代に入り、日本の社会福祉制度が確立する。「精神薄弱者福祉法」(1960年)、「老人福祉法」(1963年)、「母子福祉法」(1964年)が成立し、これをもって公的福祉の根幹を成す「福祉6法」

⁶⁸ アジアの家族と高齢者の実態、同居傾向、家族構造については嵯峨座(1996)。

⁶⁹ 以下、社会福祉関係法の制定過程全般および介護保険の概要については、平野他(2001)および社会福祉の動向編集委員会(2004)を参考にした。2000年の法改正に直接つながったのが中央社会福祉審議会による「社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)」(1998年6月)である。その背景にある状況は1990年代以降顕著になる国の福祉費負担の増加傾向をいかに抑制する必要と、従来の低所得者を対象にした行政処分による一方的サービスの提供(措置制度)が、現在の多様化したニーズに応えられないという問題意識である。ただし、この2つは深く関連している。措置制度は公費による費用負担である以上、高齢化による医療福祉ニーズの増大は、直接国の福祉費負担増に帰結するからである。社会福祉基礎構造改革の背景および批判的レビューについては、伊藤(2003)参照。

⁷⁰ 欧米の理論の影響は、例えば、初期の理論家である岡村(1974)や永田(1981)の中に見ることができる。欧米由来の「地域福祉」概念の受容と発展、「国産化」過程については武川(2005)、筒井(2004)、平野他(2001)等参照。特にアジア諸国との関連でいうと、多くのアジア諸国で民間組織の活動は極めて活発ではあるが、日本の社協のように地域独占に基づき、地域の民間団体の核として機能する「準行政的民間団体」の存在はまれである。また欧米との比較でいうと、町内会のような地域住民の大半が加入する地縁組織の役割も、やはり日本の地域福祉の重要な要素であるように思われる。町内会とは何であるのか(何であったか)については多大な議論があるが、例えば倉沢・秋元(1990)参照。

が成立したのである。

既に1950年代から始まっていた変化であるが、1960年代の高度経済成長期をはさんで1970年までに、地域社会に重大な変化が生じてくる。前述のように、急速な工業化と都市化の結果、都市の過密化と農村の過疎化が進み、その過程で伝統的な地域社会は解体していった。この時期はまた公害などの生活環境の悪化に対する住民活動を通じ、地域の生活問題に関する関心の深まった時期でもある。1969年、国民生活審議会のコミュニティ問題小委員会による答申「コミュニティ - 生活の場における人間性の回復」や1971年からスタートした自治省のモデル・コミュニティ施策はその端緒となるものである。

1970年代に入り、日本にいよいよ高齢化社会が到来する。65歳以上人口が7%を超え、介護のような高齢化に伴う問題が社会問題として浮上する。有吉佐和子の小説『恍惚の人』がベストセラーとなり、老人介護の現状に問題提起をしたのが1972年であった。老人福祉に対する一般的関心が高まるのもこの時期であり、老人医療無料化や年金の物価スライドが実施された1973年は「福祉元年」と言われた。1973年中央社会福祉審議会による答申「コミュニティ形成と社会福祉」は、特に社会福祉の領域で地域福祉の必要性に関する問題意識を反映したものであった。そこでは、施設ケアと在宅ケアの関連を明らかにし、両者を含んだ専門ケア体系としてのコミュニティ形成の必要性を指摘したのである。

4 - 3 - 2 地域福祉への関心の加速

以上の流れが加速するのが1980年代末であり、特に、1989年3月に福祉関係3審議会合同企画分科会により提出された報告書（「今後の社会福祉のあり方について」）は、市町村の役割の重視、在宅福祉、民間サービスの育成、福祉と保健・医療の連携・総合化、福祉の担い手の養成、福祉情報提供体制の整備を謳ったものであり、今日につながる福祉行政の流れを形成した。この意見具申が1990年の社会福祉関係8法の改正（「老人福祉法等（福祉関係8法）の一部を改正する法律」）と社会事業法の改正につながっていくのである。また、高齢化社会に対応する具体的施策が計画的に立案されるようになったのもこの時期であり、1989年の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）、1994年の「新高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（新ゴールドプラン）、さらに1999年の「今後5ヵ年の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21）へとつながっていくのである。

1990年の福祉関係8法および社会事業法の改正により、高齢者福祉領域において「地域福祉」の理念が初めて規定され、在宅福祉サービスとして「居宅介護事業」（ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ）が明記され、また、施設入所措置権が市町村へ委譲されることとなった。同法の改正により、1993年から市町村、都道府県レベルで老人保健福祉計画の策定が義務付けられた。また、専門職としての老人介護の専門育成のために、また民間事業所の参入を容易にするために資格制度が導入され、1987年には「社会福祉および介護福祉士法」が、また1997年には「精神保健福祉士法」が成立し、最後に1997年に「介護保険法」が成立し、2000年から施行されることになった。2000年にはこれまでの社会福祉理念の進展を総括するように、社会福祉関係8法がさらに改正され、それまでの社会福祉事業法は新たに「社会福祉法」として名称改正された

のである⁷¹。

4 - 3 - 3 社会福祉法と介護保険法

2000年に成立した社会福祉法⁷²によると、福祉サービスの目的は「福祉サービスの利用者の利益の保護及び地域における社会福祉（以下「地域福祉」という）の推進を図る」（第1条 目的）ものとされ、追求すべき福祉サービスの基本理念を「個人の尊厳の保持を旨とし、その内容は、福祉サービスの利用者が心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するものとして、良質かつ適切なもの」（第3条 福祉サービスの基本理念）と定めた。さらに、理念を実施に移す手法として、「地域住民、社会福祉を目的とする事業を営むもの及び社会福祉に関する活動を行うものは、相互に協力し、福祉サービスを必要とする地域住民が地域社会を構成する一員として日常生活を営み、社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられるように、地域福祉の推進に努めなければならない」（第4条 地域福祉の推進）と、行政と民間組織の連携、住民参加の推進を提唱している。以上の目的・理念を計画的に推進するために、同法は市町村社会福祉協議会を地域福祉の担い手として法的に位置付けるとともに、107条と108条において、都道府県地域福祉支援計画と市町村地域福祉計画を策定することを定めている。

社会福祉法の制定と並んで2000年に施行された介護保険は、高齢者福祉を地域で実現するにあたって基本的かつ具体的枠組みを提供することとなった。まず、介護保険法は地域の中で自立した生活を可能にするような環境の整備を目的としており、従来の要介護者の施設収容を前提とする福祉制度から「在宅福祉」へ方針を転換した。次に、以前は介護サービスは国家責任により提

表4 - 3 わが国における地域福祉関連法制度制定の流れ

| 年 | 整備された法制度 |
|-------|--|
| 1969年 | 地方自治法改正 「コミュニティ - 生活の場における人間性の回復」（国民生活審議会） |
| 1971年 | モデル・コミュニティ施策（自治省） |
| 1973年 | 「コミュニティ形成と社会福祉」（中央社会福祉審議会） |
| 1983年 | 「今後の社会福祉のあり方について」（福祉関係3審議会合同企画分科会） |
| 1989年 | 「今後の社会福祉のあり方について」（福祉関係3審議会合同企画分科会） 「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン） |
| 1990年 | 福祉関係8法および社会事業法の改正 |
| 1994年 | 「新高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（新ゴールドプラン） |
| 1997年 | 社会福祉および介護福祉士法、精神保健福祉士法 介護保険法成立 |
| 1999年 | 地方分権一括法 「今後5ヵ年の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21） |
| 2000年 | 社会福祉法 |

⁷¹ 社会福祉事業法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、民生委員法、社会福祉施設職員等退職手当共済法、生活保護法の一部改正と公益質屋法の廃止。

⁷² なお、社会福祉法の正式名称は「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」である。

供するもの（措置制度）であるため、利用者とサービス提供者は対等な関係になく、また利用者はサービスの選択をすることができなかった。介護保険はこの関係を対等、平等な関係なもの（契約）に改め、利用者の選択により、必要な福祉サービスを必要なだけ、民間企業を含む福祉事業者から購入できるようになった。また、介護保険は地域保険であるため、国のガイドラインがあるとはいえ市町村の実情に応じて事業計画を立案・変更することが可能となった。2006年4月から施行される改正介護保険法は介護予防の観点を正面に打ち出し、そのための手法として地域密着型サービスを重視しているという意味で、地域福祉の性格をさらに強化している。

以上のような、地域を重視した福祉手法は福祉を実現する手法の一つにすぎない。しかし現在の日本の福祉制度においては、地域福祉は手段であると同時に実現すべき政策理念となったのであり、高齢者福祉もその文脈で理解する必要がある。特に高齢者にかかわる施策を定めたものが「市町村老人保健福祉計画」⁷³と「市町村介護保険事業計画」であり、両法は上位計画である上述の市町村地域福祉計画と整合性をとりつつ定められている。

このような地域への関心は福祉分野のみにみられるものではなく、日本の行政事務のあり方に関して進行中の変化と深く連動している。例えば、1969年に成立した「地方自治法」は、自治体レベルの基本構想（総合計画）作成を義務付けたものであり、1998年の改正を経て地方分権化の制度的根拠の一つとして現在に直接つながっている。上述の福祉計画は、多くの場合、この市町村基本構想の部門計画として計画され実施されるものである。地方自治・地方分権への動きは「地方分権一括法」（1999年）の施行によりさらに加速する。同法により、国の機関委任事務の廃止・縮小など中央集権的行政システムを改め、地方分権を進める流れが決定的になったのであり、この結果、理念ではなく実体として、自治体レベルで地域福祉を推進できる条件が整備されることになった。2000年以降の地域福祉の推進にあたって、このように地方自治法の改正の果たした役割は大きい。

最後に、地域福祉を重視する福祉理念は、高齢者を取り巻く国際的潮流とも無縁ではない。例えば、現在重要な理念の一つである「ノーマライゼーション」は、国際障害者年（1981年）の宣言を受けて広まったものであり、「障害のある人を特別視せず、社会の中で普通に生活できるような条件整備をすべき」という考え方は、障害者福祉分野だけではなく、ほかの福祉分野にも影響を及ぼし、今日の在宅福祉の理論的支柱となったのである。高齢者福祉とは直接関係ないように思われるが、現在のMDGsや「人間の安全保障」の概念も、「参加と平等」を謳う点で同じ傾向を有している。

⁷³ 高齢者にかかわる施策として、1989年の「高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（ゴールドプラン）、1994年の「新高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略」（新ゴールドプラン）、さらに1999年の「今後5ヵ年の高齢者保健福祉施策の方向」（ゴールドプラン21）がある。この概要については、社会福祉の動向編集委員会（2004）、また老人保健・老人福祉法については、白澤他（2002）参照。

4 - 4 地域福祉の担い手

地域福祉を実現するためには、外部からの働きかけを通じて「コミュニティ」を強化、再生する必要がある。地域福祉に向かい福祉行政が大きく舵を切った現在、地域の現場で高齢者に適切なサービスを供給する（できる）人材がますます必要となりつつある。本節では、まず福祉サービスの特徴を指摘した後に、現在の日本の地域社会で活用可能な福祉資源としてどのようなものが存在するか、整理してみたい。

4 - 4 - 1 高齢者福祉サービスの特徴

前節では日本の福祉制度の変革とその過程で福祉を地域で実現する仕組みづくりが重視されるようになってきたことを説明した。社会福祉法における福祉理念を一口で言うと、「個人の尊厳、心身の健康と自立」である。サービスの対象は人間であるので、機械整備のように、汚れを落とし、油を注すだけでは、個人の尊厳を尊重していることにはならず、心身ともに健康な状態に維持することはできない。また、機械には「自立」は必要ない。明らかに、単に「生きている」のではなく、「より良く生きている」ことが、またそのような状態を作り出すことが、今日の福祉の目的となったのである。前節で述べたような施設収容から地域福祉への転換は、そのような理念の変化を反映したものである。ここで「生活の質」(Quality of Life: QOL)が問題になるわけであるが、「福祉一般」と「高齢者福祉」は同じではない。高齢者福祉を考える場合は、例えば児童福祉とは異なる高齢者特有の状況を考慮する必要がある。

高齢者のQOLを考慮する場合、高齢者特有の身体的変化、心理的变化、社会的変化に配慮する必要がある⁷⁴。その点をまとめると以下ようになる（図4 - 1参照）。

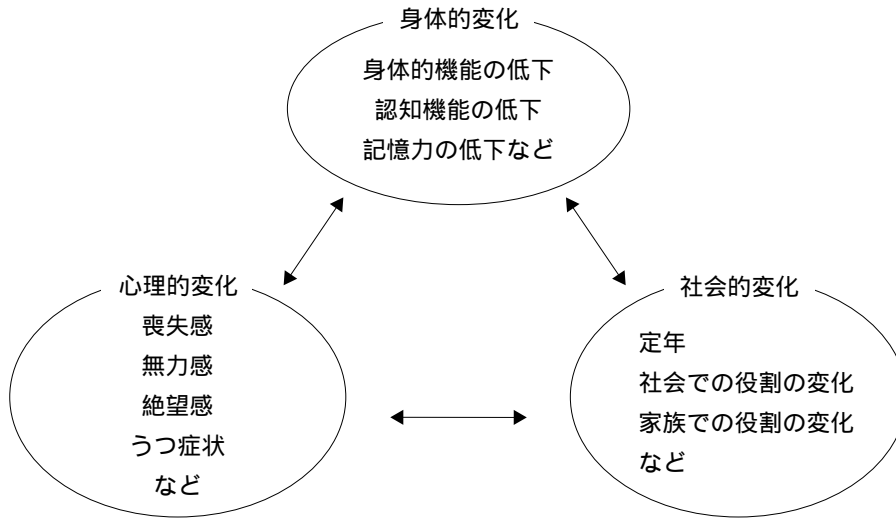
老化とともに失う身体機能は、社会的役割の変化とともに、深い喪失感を生じさせる要因となる。そのような心理的状况は、逆に身体状況を悪化させる。一方で、活発な社会参加を続けることは、高齢者の健康状態を維持するにあたって重要な要件となる。各種調査にも明らかであるが、自宅、自室に「引きこもり」始めるにつれ、急速に認知機能が衰えていく。前述の社会福祉法の理念である参加と平等、自立およびノーマライゼーション概念はこの観点からも重要な意味を持っている。すなわち、障害の有無にかかわらず、社会生活に参加し、他者に依存せず自立して普通に生活できるような条件を整備することは、高齢者の生活の質を維持・増進するにあたって基本的要件なのである。

同様な指摘をさらに具体的に行っているのが金子（1998）である（図4 - 2）。金子は沖縄と長野という日本の二大長寿県の比較調査に基づき、長寿を支える要因について分析した。以下の図は沖縄の状況を整理したものである。

まず、中心に精神的健康、身体的健康と社会的健康のトライアングルが示されているが、これは図4 - 1と全く同様である。この図からも明らかなように、沖縄の高齢者は、「趣味・スポーツ・地域活動」に参加することで頻繁に外出し、健康を維持する機会に恵まれる一方、血縁・地

⁷⁴ 高齢者のQOL研究には既に多くの研究がある。その主要なものについては、Renwic et al. (1997)、白澤他 (2002)。

図4 - 1 高齢者の生活の質を規定する要因



出所：白澤他（2002）p. 63

縁を中心とした密な社会的交流の機会が存在し孤独に陥るのを未然に防いでいる様子が見えがえる。ただし、具体的状況は地域によって違うことにも留意する必要がある。

例えば、長野の高齢者は「旅行」「新聞、雑誌を読むこと」など行為の中に楽しみを見いだす傾向があるのに対し、沖縄の高齢者は相対的に無趣味であり、「家族団らん」や「孫と遊ぶ」など、人とのかかわりの中に楽しみを見いだす傾向が強い。金子はかつて高齢者のいきがいの源泉を、「家族交流」「友人交際」「社会参加」と「趣味娯楽」に分類したが、沖縄の高齢者はこの意味で、依然として比較的強固な家族・地域社会の中に楽しみを見いだしているのである。

以上、高齢者の生活の質を高めるためには、単なる身体的介護を超えた視点が必要であることが明らかである。身体的健康に加え、社会的健康と精神的健康が必要なのであり、地域福祉の目的は、これら3要件を維持・促進するような地域環境を整備することにあるといえる。

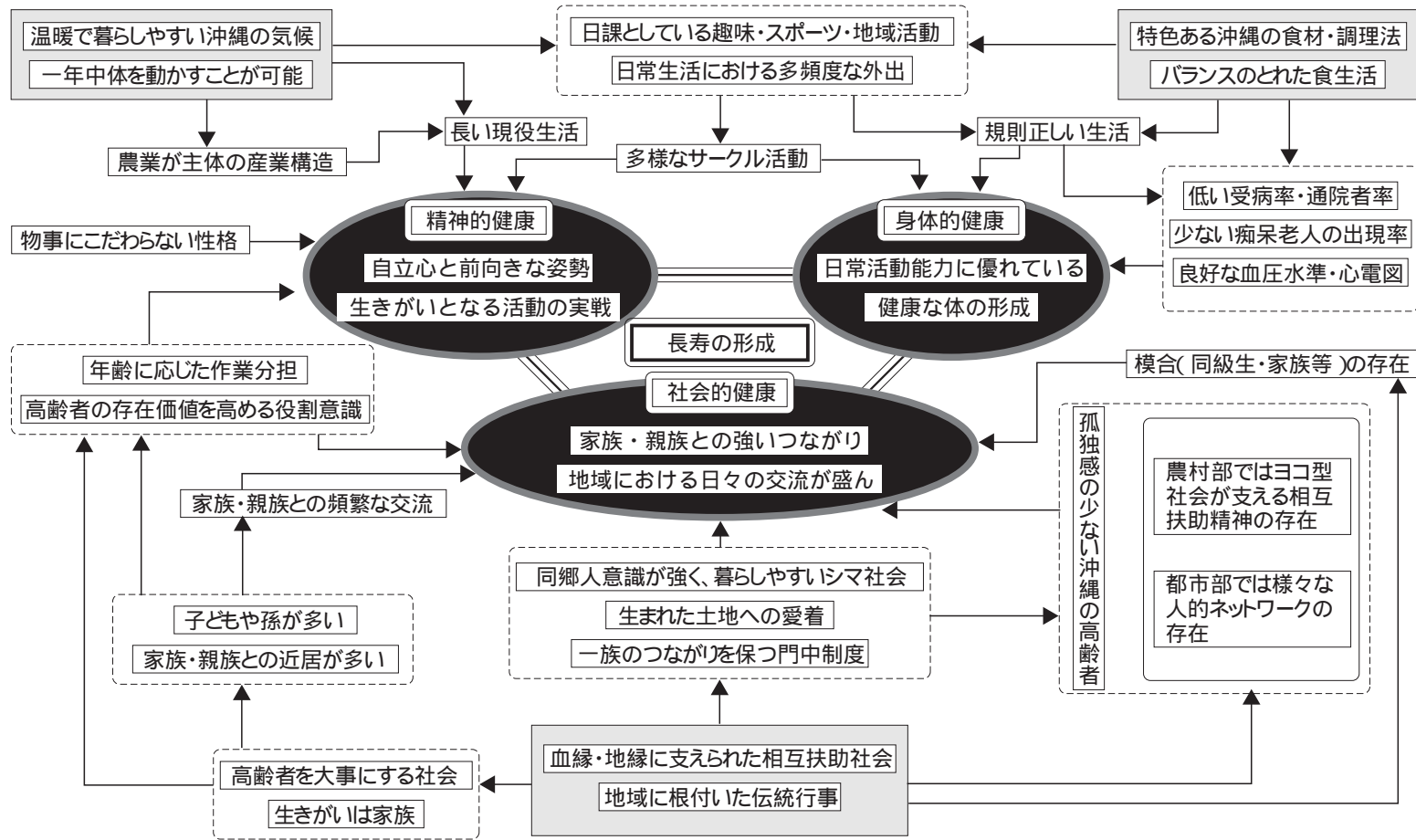
4 - 4 - 2 多元化する地域福祉の担い手

サービス業一般に成り立つことであるが、福祉サービスは人に依存する側面が強く、特に高齢者を対象とする福祉サービスについては、身体的健康に加え、社会的健康と精神的健康に配慮したようなサービスの提供が求められる。また、現在の介護保険制度は、一人ひとりの状況に応じてサービスを個別化（パーソナライズ）することを理想としているため、個別の状況（ケース）に適したサービスの選択・開発を行う技量が求められている⁷⁵。

高齢化の進展により高齢者福祉サービスに対する質的量的ニーズが増大することを考えると、

⁷⁵ なお、専門職としての老人介護の専門家育成のために、また民間事業所の参入を容易にするために、1987年には社会福祉および介護福祉士法が、また1997年には精神保健福祉士法が成立した。またホームヘルパー（訪問介護員）1～3級コースが自治体、福祉事業者、福祉系専門学校などで提供されている。資格がなくとも働くことは可能であるが、実際の福祉業務につく場合には2級以上を要求されるケースが多い。介護保険法の施行とともに新設されたのがケアマネジャー（介護支援専門員）であり、要介護認定者のケアプラン作成の中心的役割を担っている。

図4-2 長寿要因関連図



出所：金子（1998）図4-1

表4 - 4 住民参加型福祉サービス団体の推移

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| 住民互助型 | 75 | 91 | 107 | 147 | 175 | 246 | 346 | 435 | 549 | 646 |
| 社協運営型 | 90 | 108 | 126 | 148 | 173 | 224 | 249 | 263 | 281 | 309 |
| 生協 | 34 | 31 | 32 | 40 | 47 | 54 | 77 | 75 | 94 | 102 |
| 農協 | | 1 | 2 | 2 | 2 | 23 | 27 | 30 | 37 | 66 |
| ワーカーズコレクティブ | | 23 | 25 | 39 | 45 | 58 | 72 | 105 | 116 | 149 |
| 行政関与型 | 18 | 27 | 27 | 31 | 36 | 39 | 42 | 45 | 51 | 58 |
| 施設運営型 | 13 | 14 | 3 | 4 | 4 | 5 | 6 | 8 | 13 | 12 |
| ファミリーサービスクラブ | | | | | | 41 | 38 | 37 | 38 | 35 |
| その他 | 41 | 37 | 37 | 41 | 38 | 1 | 4 | 4 | 4 | 32 |
| 合計 | 271 | 332 | 359 | 452 | 520 | 691 | 861 | 1,002 | 1,183 | 1,409 |

出所：倉沢（2002）p. 130

福祉サービス提供者の量的拡大と質的向上は緊急の課題であるが、実際にはニーズに追いつかないのが実態である⁷⁶。しかしながら、高齢者の生活支援技術の多くは必ずしも長期にわたる高度の医療的トレーニングは必要ない。そこに非専門職である地域住民やボランティアが参加し貢献できる余地がある。後述するようなお年寄りの見守り活動、あるいは家事、買い物・散歩の手助けなど、保健・医療以外の領域で、高齢者の生活維持に役立つ活動はたくさんある。ただし、そのような支援ネットワークは高齢者の利用しやすい地域の中に存在している必要がある。ここに地域住民が中心となる「インフォーマル」な福祉資源の組織化が地域福祉を考える上で重要な視点となる理由の一つがある。

地域に存在している福祉資源には、介護保険のような公的制度を根拠に提供される制度的サービスと、既存の法律や公的制度では十分な対応ができないために、当事者団体やボランティアが自発的に組織し提供する非制度的サービスがある。日本における地域福祉の担い手は近年大きく変化しつつある。従来福祉サービスの提供は行政および社会福祉法人のような専門機関の役割であったが、1980年代以降、住民組織、ボランティア団体、NGO/NPO、シルバービジネスなど、サービスの提供主体が多様化した。表4 - 4は住民参加型福祉サービス団体の推移をみたものであるが、多様化傾向が如実に表れている。

表4 - 4の団体の多くは非営利団体であり、有料・有償サービス（しかし低料金）であること、サービスの提供者と利用者が同じ団体の会員となり会員同士の互助組織であることを特徴としている。この意味で、従来のボランティア活動とは性格を異にするものであり、また地域に根ざし、公的サービスでは対応できないようなサービスを柔軟かつ創造的に提供している点で、地域福祉の新しい展開を示している。団体総数をみると、1989年から1998年の間に271から1,409へと、過去10年の間に大きく増加した。住民互助型団体の増加は特に著しく、75から646団体に増加したのである。この傾向は2000年以降も継続しており、訪問介護を行う団体数についてみると、2000 - 2003年までの間に、NPO法人が3.5倍、営利法人が2.4倍、協同組合が1.5倍、医療法人が1.4

⁷⁶ 高齢者保健福祉推進10ヵ年計画（ゴールドプラン21）による2004度のホームヘルパー必要数は35万人であった（社会福祉の動向編集委員会（2004））が、同年の実際のホームヘルプサービス従業者数は16万人強であり（厚生労働省大臣官房統計情報部（2005））、必要数をはるかに下回っているのが実態である。

倍と、NPO法人は突出した増加を示している⁷⁷。

4 - 4 - 3 民間福祉の核 - 社会福祉協議会

住民参加型団体の増加は福祉サービスの供給主体が細分化しつつある印象を与えるが、日本の地域福祉に特徴的であるのは、すべての市町村に存在し、民間の立場から地域福祉を推進する「社会福祉協議会」(以下、社協)の存在である。

社会福祉協議会は1951年に日本社会事業協会、全日本民生委員連盟、同胞援護会が合併し設立された中央社会福祉協議会に始まり、その後、都道府県、市区町村レベルで組織化が進んだ。2004年現在、市区町村社協数は3,251、職員数2万を超える大組織である⁷⁸。社協は「民間組織」であるが、社会福祉法により、市町村に立地し、地域福祉の推進を目的とする団体として明確に位置付けられている。自治会、PTA、老人クラブ、NGO、農協・生協や福祉施設・団体、民生児童委員、企業、行政のような社会福祉事業関係者をメンバーとし、地域福祉活動の連絡調整とともに、社会福祉にかかわる独自の事業を行っている。

地域社協の主たる活動は、福祉活動のための地域住民・福祉団体の組織化、小地域福祉活動の推進、ボランティア活動の推進、在宅福祉サービスの実施・推進、行政や福祉施設との連携である。特に、1980年代以降「福祉コミュニティづくり」が社協の基本的課題となり、地域社会の組織化に積極的に取り組むようになった。小地域福祉活動は小学校区のような学区単位や、町内会・自治会(およびその連合)単位で行われることが多く、地域の問題について考え解決をすすめる主体的なネットワークづくりを目的とする。次節で紹介する秋田県の見守り活動などはその一例である。これらの活動に加え、2000年社会福祉法の規定により、都道府県社協の中に、福祉サービス利用援助事業(地域福祉権利擁護事業)を適正に運営し、利用者からの苦情に対応する「運営適正化委員会」が設置されることとなった⁷⁹。

このように、社協は民間組織ではあるが、非常に公共性の高い「準行政組織」でもある。地域社協は市町村が行政の立場から定める市町村地域福祉計画や老人保健福祉計画・介護保険事業計画に呼応する形で、住民や民間団体の活動に関する「地域福祉活動計画」を策定している。

社協は地域密着型の組織であるだけに、そのあり方は地域ごとにかなり多様であり、市町村レベルの事業の実際はかなり異なっている。ただし、2000年の介護保険施行以降、居宅介護事業は多くの地域社協にとってかなり重要な活動および財源となっている⁸⁰。

以上、地域福祉の担い手の特徴に明らかなように、福祉サービスの提供主体が多化する一方で、それらが全くバラバラの形で存在するのではなく、一方では行政と、もう一方では社会福祉協議会と連携しながらサービス提供が拡大しているところに、日本型地域福祉の一つの重要な特徴をみることができる。

⁷⁷ 内閣府(2005)図表1-4-2。ただしCD-ROM所収資料表より。

⁷⁸ 社会福祉の動向編集委員会(2004)

⁷⁹ 社協の歴史、現状、課題については沢田(1998)、平野他(2001)。

⁸⁰ 介護の市場化の流れの中で、社協が民間企業と介護ビジネスを競うことには多くの論議がある。この点も含め介護保険法施行以降の社協の果たすべき役割についての議論については日本医療企画(2005)参照。

4 - 5 地域福祉の実際

広義の高齢者福祉制度は、必ずしも介護保険に限定されるものではない。具体的には、老人福祉法を根拠に提供される高齢者の社会活動促進事業や老人保健法を根拠に提供される健康診断、相談事業などがある。さらに、地域の物理的環境の改善も高齢者の住みやすいまちづくりに関し重要な要素である。この点については、現在「障害者基本法」(1993年)や「高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の促進に関する法律」(いわゆるハートビル法、1994年)などを根拠に、多くの人々が利用する公共機関、商業施設、交通機関などにおける障害を取り除く施策が進んでいる⁸¹。以上はいずれも国のガイドラインの中で、地方自治体が計画し実施するものであるが、上述のように福祉の担い手の多様化の中で、市町村独自の生活支援プログラム、社協およびその他民間非営利団体が提供する福祉サービス、さらには民間営利団体が有料で提供するサービスなどの重要性が増しつつある。ここでは紙幅の都合もあるので、以下、介護保険にかかわる事業と市町村独自の事業を中心に紹介したい。

4 - 5 - 1 介護保険と地域福祉

現在の介護保険は、世帯に対するサービスである「在宅型サービス」、施設において提供される「入所型サービス」と、居宅ではあるが日中施設を訪問しサービスを受ける「通所型サービス」を通じて、高齢者が身近な地域社会の中でそれまでどおりの社会生活を維持しながら生活していく仕組みを作ることを目指している。そのようなサービスの代表がホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイといういわゆる在宅福祉の三本柱である。以上に加えて、これらのサービスへのアクセスを可能にするための移送サービスや、障害を持ちながらの日常生活を可能にする福祉機器の貸与などがあわせて実施されている。

これらのサービスが通常の福祉サービスと異なるのは、サービスの対象が高齢者本人のみならず、高齢者を介護する家族がサービス対象者となっていることである。また通所型サービスにみられるように、サービスが家庭と同時に各種施設との連携の中で提供されている。

以上のサービスに加えて、2006年から導入されることになったのが介護予防事業である。前述の在宅・施設サービスの対象者が要介護者であるのに対し、ここでいう介護予防サービスの対象者は、(要介護者を含めた)一般地域住民である。介護予防重視の背景にある考え方は、高齢者が要介護状態にならないように早くから注意するとともに、その状態をできるだけ長く保持する施策を推進することにある。具体的には、一般高齢者および将来要支援・要介護状態に進む恐れの高い高齢者を対象については転倒予防、筋力向上、栄養改善、認知症予防、尿失禁予防、口腔ケア等に関するプログラムを提供し、参加を奨励すること、また、軽度の認知症・身体障害を有するもの(要支援1、2)については、このような介護予防プログラムに参加することを義務付けるというものである⁸²。

⁸¹ 内閣府(2005)

⁸² このうち要支援・要介護認定を受けていない高齢者に対する予防事業を地域支援事業、要支援1、2に対する事業を新予防給付と呼んでいる。

このような予防・福祉増進サービス自体は様々な形で以前から実施されていたが、2005年に改正された介護保険法において明確に位置付けられ、さらに重視されるようになったものである。介護予防の重視は、要介護度が進行するにつれ介護給付が増大するため、介護にかかわる医療保険費の抑制を同時に意図している。

最後に、2006年度からさらに強調されることになったのが、地域密着型サービスの提供である。地域密着型サービスは、高齢者が住み慣れた地域で生活を継続できるように、日常の生活圏の中に比較的小規模な施設を配置することを通じて、高齢者の多様なニーズに対応することを目的としたものである。具体的には、小規模多機能型居宅介護施設、認知症対応型グループホーム、認知症対応型デイサービス、小規模特別養護老人ホーム、夜間対応型訪問介護などを整備することとしている。以上の施設を配置する基礎となるのが、「日常生活圏」の考え方である。これは人口、地理的条件、交通事情、その他社会的条件、介護施設等の整備状況その他を勘案して市町村が定めるものであり、日常生活圏ごとにサービス需要を推定し施設整備を行うことになる。

筆者の調査した東京都調布市の場合、全域を東西南北の4つの広域的な地域区分（日常生活圏）10の基礎的地域（福祉エリア）と20の生活区域に分け、施設・サービスを整備する予定である。4つの広域的な地域については、上位計画である調布市基本計画の区分けに連動するものであり、高齢者総合計画で定めるものではない。10の基礎的エリアは、在宅介護支援センターの立地と関連しており、現在8カ所、2006年度までに10カ所を設置することにより、各地域のサービスを充実したものにすると予定である。最後に、生活区域は様々なコミュニティ活動の展開の場として近隣者がまとまりを保持することが可能な生活圏域であり、調布市ではほぼ小学校区に相当する。

改正介護保険法では、人口2万～3万人に1カ所を目安として「地域包括支援センター」を設置し、地域に密着した形で、介護予防事業のマネジメント、高齢者や家族に対する相談・支援、虐待を含む高齢者の権利擁護、およびケアマネジャーへの支援を担当させることとなった。調布市では、現在ある在宅介護支援センターを「地域包括支援センター」として改組・発展することで、この指針に対応することとしている。ただし、在宅介護支援センターは、従来、介護予防事業に加えて居宅プランの作成（個別のケアプランの作成）を行っていたが、法律の改正により、居宅プランの作成はできなくなり、介護予防・相談業務に特化することになった。地域包括支援センターには、必ず社会福祉士、保健士、ケアマネジャーが配置されることとなっている。調布市の場合、以上の3人に加えて、次に述べる見守りネットワーク担当職員を配置する予定である⁸³。

4 - 5 - 2 地域独自の取り組み

以上のサービスは、基本的には介護保険の枠組みに沿って提供されるものである。それに対し、地域に独自のサービスも自治体、社協もしくは民間組織により数多く提供されている⁸⁴。そのようなものとして、独居高齢者の安全のための見守り・支援活動の例を農村部と都市部から紹介し

⁸³ 以上、介護保険の概要については社会福祉の動向編集委員会（2004）および調布市役所における聞き取り。

⁸⁴ 本研究の一部として聞き取りを行った調布市では、調布市と調布市社会福祉協議会、調布市ゆうあい福祉公社が高齢者向け事業として42の事業を独自に行っている（2005年現在）。介護保険給付の対象となる事業もあるが、その多くは比較的健康な老人に対する趣味・生きがい、引きこもり予防に役立つ事業であった（調布市福祉部高齢福祉課（2005a））。

たい。最初の例は、秋田県西仙北町の事例、2つ目は東京都調布市の事例である。

(1) 秋田県西仙北町の見守りネットワーク⁸⁵

西仙北町の高齢化の進展は著しい。2000年人口は1万897人、過去15年間に1万人以上減少し、65歳以上人口の割合は14.1%から28.5%に倍増した。このペースで人口減少が続くと、2030年には人口は6,940人、高齢化率41%になると推計されている⁸⁶。町民の3～4人に1人が高齢者という状態に近づきつつあることになる。雪深い西仙北町において、冬季一人暮らしの高齢者が生活することは困難である。この地域では1980年以来要援護世帯支援のネットワークづくりに取り組んでいる。

支援対象であるAさんは、支援開始の1983年当時78歳、結婚歴はなく、自立した生活を送っているが、年とともに目が悪くなり、生活保護を受け、家事援助と給食サービスを受給しながら生活していた。基本的には自立した生活を送っていたが、単に高齢で一人暮らしであるというだけではなく、目が悪く、高血圧症であり、しかも近隣と疎遠であったため、通常 of 自然発生的相互扶助関係を期待しにくい状態にあった。このように状態を解消するために、西仙北町社協と民生委員・行政の連携の下、近隣住民の協力を得ながらAさん支援のネットワークを構築することにしたものである。まず、町内会長（民生委員）、老人クラブ会長夫妻、隣組長（福祉員）が中心になり、毎日の声かけ、回覧板の受け渡しなどを通じ安否の確認と見守り活動を開始した。その後、青年会（近隣）にも参加を求め、屋根の雪下ろしと除雪作業を行うようになった。Aさんは身体状況の悪化により最後には特別養護老人ホームに入所するのであるが、このような周囲の介入努力により、脳卒中による人事不省状況（コタツでうずくまっていたのを発見される）を乗り越え、2年間在宅で生活を送ることができたのである。

このケースで注目されるのは、まず地区（近隣）レベル、実務者レベル、関係機関代表レベルのネットワークが、バラバラではなく機能的に連携しながら漏れのないネットワークを構築していることである（図4-3参照）。次に、このネットワークの中では、家族・親族がほとんど何の機能も果たしていないことである。単身の高齢者・高齢夫婦が増加しつつある今日、Aさんのような支援ネットワークの必要性がますます高まっているといえよう。またこのケースが示すように、平均寿命の長い女性はしばしば一人暮らしに直面することになるが、未婚の高齢女性は特に介護問題に直面しやすい。

(2) 東京都調布市の見守りネットワーク

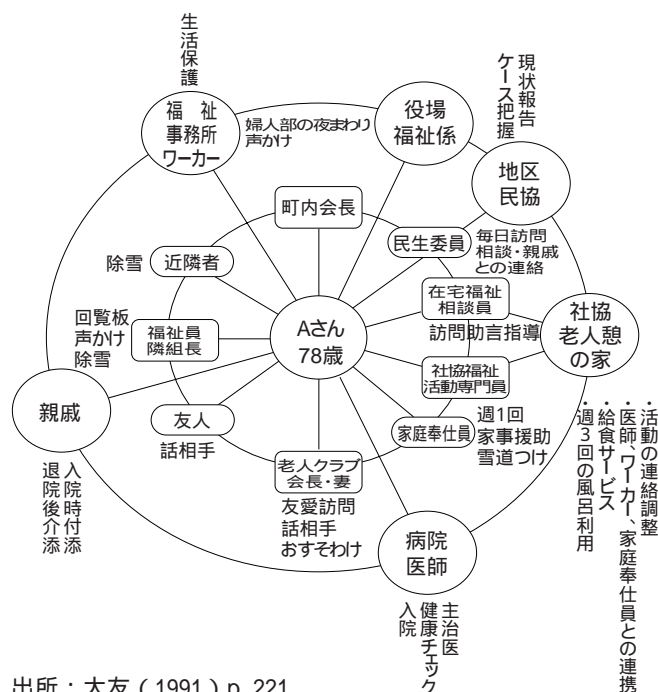
東京都調布市の人口は2000年に20万4759人、過去20年に約2万4000人増加した（総務省統計局（1981）（2001））。東京区部・市部50地域の中では人口第20位、平均的な地域である。65歳以上人口は14.3%、東京平均の15.8%よりは低いが、このまま高齢化が進むと2015年には21.6%、2030年には24.2%になると推計されている⁸⁷。調布市では、地域で孤立しがちな一人暮らし高齢者や、日

⁸⁵ 以下の事例は大友（1991）に基づく。

⁸⁶ 総務省統計局（1986）（2001）、国立社会保障・人口問題研究所（2003）

⁸⁷ 総務省統計局（1981）（2001）、国立社会保障・人口問題研究所（2003）

図4 - 3 秋田県西仙北町におけるAさんのネットワーク



出所：大友（1991）p. 221

中独居の高齢者、身体障害者、生活困窮者といった人々の安全、安心を確保するために、24時間対応の見守りネットワーク（「みまもっと」）を地域独自の施策として整備中である⁸⁸。

調布市では先述の地域密着型サービスの基盤整備の準拠地域として、市域を東西南北の4つの広域的地域（日常生活圏）、10の基礎的地域（福祉エリア）と20の生活区域に分けて福祉施設・サービスを整備中である。生活区域は調布市ではほぼ小学校区に相当し、10の基礎的地域には在宅介護支援センター（地域包括支援センターに変更予定）が立地している。

調布市のシステムは、この10の基礎的地域を単位として構築されている。そこでは、高齢者の異常に気づいた地域の協力者（自治会、老人クラブ、商店会、地域医院・薬局、コンビニ店、新聞販売店、福祉施設、民生児童委員、学校等）が地域の在宅介護支援センターに通報し、連絡を受けたセンターは市の福祉課、警察・消防および関係諸団体と連携しながら必要な対応を進めるというものである。2003年よりモデル事業を開始し、2004年より本格運用を開始し、2008年までに市内全域を対象範囲としてカバーする予定で整備が進行中である。

「みまもっと」の必要性の背景には、一人暮らしもしくは高齢者のみ世帯の増加に加えて、近隣関係の希薄化の結果、高齢者の安全確保が伝統的方法では困難になったという認識がある。大都市部ではさして珍しい現象ではないが、調布市でも激しい人口の転入出により地域社会の一体感の形成が難しい状況にある。2000年国勢調査によると、調布市人口の26%は過去5年以内に調布市外から転入したものである。調布市内の他町からの移動者を加えると、実に43%が過去5年間に住所を移動している。このような状況を背景に近年の急速な高齢化を考えると、都市部に

⁸⁸ 調布市福祉部高齢福祉課（2005b）。なお、調布市の事業については調布市高齢福祉課で聞き取りを行った。資料提供、インタビューに答えていただいた職員の方々にお礼申し上げます。

においてはかなり組織的、意識的に地域の安全支援システムを構築することが必要な時代に入ったのであり、調布市の取り組みはその先進的事例として考えることができる。

ただし、このような見守り・通報システムとプライバシーの保護は矛盾する恐れがある。「みまもっと」の趣旨はあくまで「ソフトな見守り」や「緩やかな働きかけ」にあり、「高齢者を見張ったり、福祉サービスを強制したりするのを目的としているのではなく、個人の尊厳を尊重しつつ、本人のライフスタイルに合った福祉サービス提供のきっかけをつくる」ことを目的としている⁸⁹。都市部における個人情報保護やプライバシー意識の高まりの中で、「みまもっと」が今後どのように発展するか注目されるところである。

4 - 6 アジアの高齢化の実態と対応

アジア途上国の高齢化の実態は多様であり、またアジアの社会保障制度に関する研究はあまり多いとはいえない⁹⁰。そこで、ここではまず国連等の資料を用い、近年の人口高齢化の現状と家族構造の変化について述べる。なお、2005年度に訪問したタイ、フィリピン、インドネシアの分析から得られた知見については添付資料3において報告する。

4 - 6 - 1 アジアの人口高齢化

世界全体でみると、高齢者比率は2000年の10%から2050年には20%になる（表4 - 5参照）。この間先進国の高齢化は著しく、中でも欧州の高齢化率は35%に達する。途上国の高齢化率も着実に上昇し、アフリカを除く地域は2050年までにすべて20%を超えることになる。高齢化は全人口に占める高齢者比率が上昇しているだけでなく、高齢者がさらに高齢化しつつあることにも注目する必要がある。60歳以上人口に占める80歳以上人口の割合は、2000 - 2050年の間に、先進国では16%から29%に、途上国では9%から17%に増加する。地域別にみると、アフリカを除くすべての地域において、2050年にはほぼ20%を超えることになる。

高齢化率ではなく世界で増加した高齢者の地域別割合をみたものが表4 - 6である。1950 - 2000年についてみると、世界の高齢者人口の増加分の66%が途上国で生じており、特に56%がアジア地域の高齢者の増加に由来するものである。この傾向は次の50年間に加速し、高齢者の増加分のうち88%が途上国で生じていること、また世界の高齢者の増加分のうちアジアで67%が生じていることが分かる。このように途上国の高齢化は比率として急上昇しているが、特にアジアでは高齢人口のさらなる高齢化と、高齢者の絶対人口の増加に同時に対応しなければならないのである。

⁸⁹ 調布市福祉部高齢福祉課（2005b）

⁹⁰ アジアの社会保障研究については、沙（2004）参照。

表4 - 5 地域別高齢者数

| 年 | 60歳以上人口 (100万) | | | 全人口に占める 割合(%) | | | 80歳以上人口 (100万) | | | 60歳以上人口に 占める割合(%) | | |
|---------|-------------------|------|-------|------------------|------|------|-------------------|------|------|----------------------|------|------|
| | 1950 | 2000 | 2050 | 1950 | 2000 | 2050 | 1950 | 2000 | 2050 | 1950 | 2000 | 2050 |
| 世界 | 205 | 606 | 1,907 | 8 | 10 | 21 | 14 | 69 | 377 | 7 | 11 | 20 |
| 先進国 | 95 | 232 | 394 | 12 | 19 | 32 | 9 | 37 | 113 | 9 | 16 | 29 |
| 途上国 | 110 | 375 | 1,514 | 6 | 8 | 20 | 5 | 32 | 265 | 5 | 9 | 17 |
| アフリカ | 12 | 40 | 183 | 5 | 5 | 10 | 1 | 3 | 20 | 5 | 7 | 11 |
| アジア | 95 | 322 | 1,191 | 7 | 9 | 23 | 4 | 29 | 224 | 5 | 9 | 19 |
| 欧州 | 66 | 147 | 222 | 12 | 20 | 35 | 6 | 21 | 60 | 9 | 14 | 27 |
| ラテンアメリカ | 10 | 42 | 184 | 6 | 8 | 24 | 1 | 5 | 38 | 7 | 12 | 21 |
| 北米 | 21 | 51 | 117 | 12 | 16 | 26 | 2 | 10 | 33 | 9 | 20 | 28 |
| オセアニア | 1 | 4 | 11 | 11 | 13 | 25 | 0 | 1 | 3 | 9 | 17 | 25 |

出所：United Nations (2005)

表4 - 6 60歳以上人口の増加数と内訳

| | 増加人口 1950 - 2000年 (100万人) | 増加人口 2000 - 2050年 (100万人) | 増加人口の内訳 1950 - 2000年 (%) | 増加人口の内訳 2000 - 2050年 (%) |
|---------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 世界 | 401 | 1,301 | 100.0 | 100.0 |
| 先進国 | 137 | 162 | 34.2 | 12.5 |
| 途上国 | 265 | 1,139 | 66.1 | 87.5 |
| アフリカ | 28 | 143 | 7.0 | 11.0 |
| アジア | 227 | 869 | 56.6 | 66.8 |
| 欧州 | 81 | 75 | 20.2 | 5.8 |
| ラテンアメリカ | 32 | 142 | 8.0 | 10.9 |
| 北米 | 30 | 66 | 7.5 | 5.1 |
| オセアニア | 3 | 7 | 0.7 | 0.5 |

出所：表4 - 5より計算。

4 - 6 - 2 高齢化と世帯構造

急増する高齢者を支えるために社会保障制度を整備するのは急務である。しかし、何らかの公的社会保障制度が存在しているとはいうものの⁹¹、多くのアジア途上国において全人口を対象とする公的医療保険制度を早期に整備するのは困難である。そこにインフォーマルな支え合いの仕組みを見直す必要が生じてくる。多くのアジア諸国において、高齢者の生活保障は家族の役割であるといわれてきたが、その実態はいかなるものであろうか。

60歳以上人口のうち単身世帯を形成しているものの割合をみたものが表4 - 7である⁹²。この表から明らかなように、女子についてみると、欧州、北米、オセアニア地域では、高齢期に単身で生活しているものが3分の1いるのに対し、アジアではその割合は10%以下にすぎない。男子も同じ傾向を示している。男女別にみると、どの地域についても女子の単身生活者が多いことが分かる。この表にみられる男女差は、平均余命の差により女子既婚者のうち夫と死別する者が増

⁹¹ アジアの社会保障制度の全般的紹介については、広井・駒村編(2003)および国立社会保障・人口問題研究所編(2001)参照。

⁹² この表は1980年代から2000までの様々な人口センサスや標本調査に基づき推定したものである。詳細はUnited Nations(2005)。

表 4 - 7 60歳以上の単身者比率 (%)

| | 女子 | 男子 |
|---------|----|----|
| 世界 | 19 | 8 |
| アフリカ | 11 | 6 |
| アジア | 9 | 5 |
| 欧州 | 35 | 13 |
| ラテンアメリカ | 10 | 7 |
| 北米 | 34 | 15 |
| オセアニア | 34 | 16 |

出所：United Nations (2005)

表 4 - 8 60歳以上高齢者の居住形態 (%)

| | 単身 | 夫婦のみ | 子供 / 孫と同居 | その他親族 / 非親族と同居 | 計 |
|---------|----|------|-----------|----------------|-----|
| 世界 | 14 | 25 | 56 | 5 | 100 |
| 先進国 | 25 | 43 | 27 | 5 | 100 |
| 途上国 | 7 | 13 | 75 | 5 | 100 |
| アフリカ | 8 | 9 | 74 | 8 | 100 |
| アジア | 7 | 16 | 74 | 4 | 100 |
| 東アジア | 9 | 20 | 70 | 1 | 100 |
| 東南アジア | 6 | 13 | 73 | 9 | 100 |
| 南・中央アジア | 4 | 9 | 83 | | 100 |
| 西アジア | 9 | 25 | 61 | 4 | 100 |
| 欧州 | 26 | 43 | 26 | 4 | 100 |
| ラテンアメリカ | 9 | 16 | 62 | 14 | 100 |
| 北米 | 26 | 47 | 19 | 8 | 100 |

出所：United Nations (2005)

加するためと考えられる。

さらに高齢者の家族構造を、同居者との関係で具体的にみると表 4 - 8 のようになる。アジアについては、構成地域の内訳も示した。上述のように、先進国では独立した世帯が多いのに対し、途上国では一般に同居世帯の割合が高い。アジア地域の単身高齢者世帯の割合はいずれも10%以下であるが、特に東南アジアと南・中央アジアの単身世帯の割合は低い。子供 / 孫との同居率が世界で最も高いのは南・中央アジアである。

以上から明らかなように、アジアの高齢者は、現在も基本的には家族、特に子供世帯との同居を規範として老後を送っている。欧米諸国と比較すると、その差は極めて明瞭である。ただし、その理由が文化的なものであるかどうかについては議論がある。欧米諸国においてもかつて子供との同居率は現在の途上国と同様なレベルにあったのであり、19世紀から20世紀初頭にかけて徐々に現在の水準まで低下したからである⁹³。そのような変化の背景にあったのが産業発展であり、その過程で農業を生業とする人口が減少し、賃金労働者が増加したためである。

表 4 - 2 (65歳以上高齢者の居住形態：中国、韓国、台湾) で示したように、経済発展が進展している国においては、近年この「アジア的」居住パターンは急速に変化しつつある。フィリピン、インドネシア、タイにおける現地調査中にも、家族・親族関係がかなり疎遠になってきているという意見を繰り返し聴取した (添付資料 3 参照)。まだ統計には表れていないが、経済成長

⁹³ United Nations (2005) pp. 5-14

の著しい東アジア、東南アジアを中心に、伝統的家族・地域社会頼みの社会保障政策がいずれ限界に直面するという視点を持つことが必要であるように思われる。アジア諸国でも単なる伝統的
社会制度に依存するのではなく、また単なる伝統の再生強化でもなく、日本の地域福祉のように、
新たな仕組みづくりを検討する時期が近づきつつあるのではないかと考えられる。

4 - 7 日本の地域福祉とアジア

高齢化が進展する日本では、「地域福祉」をキーワードとして高齢化に関する施策が進行中である。日本の地域福祉はもはや理念の段階ではなく、法的裏付けをもって組織的に進んでいるのである。ただし、地域福祉への関心は福祉領域のみで進行中の特殊な変化ではなく、広く地方自治・地方分権への関心の高まりを反映していることに留意する必要がある。2000年に施行された社会福祉法と介護保険法は以上の動きを具現化するものである。介護保険法はもともと「在宅」による地域福祉の実現を目指したものであるが、2006年度より「介護予防」の重視と「地域密着型サービス」の提供により、その理念をさらに維持可能な形で「発展」させようとしている。地方自治体は以上の変更に対応するだけでなく、介護保険に基づくサービスに加え、地域独自の多様な福祉サービスを主体的に提供している。

アジア途上国に対する含意はいかなるものであろうか。アジア諸国の発展レベル、家族構造、人口構造、社会保障制度の実態は多様であり、一般化して述べるのは困難である。ただし、冒頭でふれたように、欧州型社会保障モデルの早期の導入はかなり困難な状態にあるのは間違いない。かといって、米国型市場主義モデルのメリットを享受できる人口は、民間保険市場の未発達という点を除いても、それほど多くないと考えられる。以上のような途上国の状況に鑑み、また1990年代以来の援助経験に基づき世界銀行が提唱しているのが、社会保障の多層（multi-pillar）モデルである⁹⁴。

この考え方の特徴は、各国の年金制度は、各国の歴史、伝統、文化などを十分に踏まえた上で、社会手当（Demogrant、Social Pension）、公的年金、私的年金、さらに家族・コミュニティなどのインフォーマルな「社会保障」やその他の医療制度、個人資産などに配慮し、それらの最も適当な組み合わせを考慮した上で設計することが望ましいというものである。このうち、社会手当と家族・コミュニティの社会保障機能については、特に近年重視されるようになったものである。ただし、家族・コミュニティの社会保障機能をいかに活用するか、また近代化とともに弱体化していく地域社会をいかに維持・強化するかに関し具体的提案があるわけではない。その意味で、介護保険制度を含む日本の地域福祉のあり方は、世銀の提唱する多層的アプローチを先取りしたものである⁹⁵。

日本の地域福祉は、本章でみてきたように、伝統的地域共同体を単純に復活させようとするものではない。都市化と産業化の結果、家族と地域社会に生じた変化の多くは不可逆的なものであ

⁹⁴ Holzmann and Hinz (2005) および本書第3章表3 - 15参照。

⁹⁵ 本稿ではアジアの高齢化との関連で、地域福祉実現の支柱である介護保険の「積極的」側面を主に紹介しているが、もちろん実施にあたって解決すべき問題は多い。介護保険の全般的背景と問題点については、伊藤（2003）杉澤・中谷・杉原（2005）増田（2004）等参照。

り、伝統社会の再生はもはや現実的な目標たり得ない。日本の地域福祉が目指しているのは、行政と地域住民、民間営利・非営利団体が連携しながら、地域社会の中で高齢者が自立した生活を維持できるような仕組みを構築しようとするものである。そのような仕組みに対する参加は強制ではなく、自発的意思に基づくものであることに注意する必要がある⁹⁶。

日本の高齢者福祉の実態は、世銀モデルが曖昧にしているインフォーマルな社会保障のあり方について一つの具体的提案となるものであり、そのようなインフォーマルな社会保障システムが、介護保険を含むフォーマルな社会制度によって維持・強化される必要のあることを示したものと見える。日本の地域福祉制度は、その意味で急速に高齢化が進展するアジア途上国にとっても示唆に富む点が多いのではないかと考えられる。

確かに、日本の経験を直ちに途上国に移植することは困難であろう。なぜなら日本の地域福祉概念は、日本の行政システム、行政能力を前提に長い年月を経て発展した高度なシステムであり、また、国家責任による社会福祉整備の経験を経て現在の分権的地域福祉に行きついたものだからである。しかしながら、途上国では租税方式にしる、社会保険方式にしる、国家的制度構築・維持が困難であるため、地域の自立的福祉システムの導入に目を向けざるを得ないという側面が強い。その場合、日本より強固な伝統的地域社会の存在は、地域をベースにした社会保障制度の構築に当たってむしろ有利な条件となるとも考えられる。

2005年8月に実施した3ヵ国現地調査の結果報告を添付した（添付資料3参照）。その中でも国際NGOであるHelp Age Internationalの事例を紹介しているが、現在、多くの国内、国際NGOが高齢者の生活支援のための活動を行っている。このような民間団体の経験を活用し、伝統的地域組織やボランティアと連携しながら、高齢者の生活支援を目的とした福祉ネットワークを構築することは、途上国の高齢者福祉制度の最初の現実的ターゲットとなるのではないだろうか。ただし、日本の経験が示すところによると、行政の働きかけとともに、社会福祉協議会のように一本核となる民間組織があることは、システムの安定的運営にあたって重要であるように思われる。以上のような段階を踏んだ上で、徐々に介護保険を導入していくのは不可能であろうか。

日本と同じ介護保険制度を導入するには保険事務、要介護認定にかかわる専門的行政能力・事務処理体制に加え、介護サービス計画の作成に必要な介護支援専門員（ケアマネジャー）の確保・養成、介護サービスを提供する居宅サービス事業者の育成などが必要である。これらの条件の多くは現在の途上国には存在しない。しかし、介護保険が地域保険であるところに注目するならば、全国的社会保障システムを構築するより、対象地域住民にとって理解しやすい、従って費用負担・給付に関する信頼を得やすいという側面もあるのではないだろうか。

老後の生活保障を考える視点は一つではないが、本章では高齢者福祉は日常の生活問題であるという視点から、日本の地域福祉の理念と実態について紹介した。本章で紹介したような具体的事例の中にこそ、アジアの地域社会の中で老後を迎える高齢者を支援するヒントが多数隠されているのではないかと。ただし、実際の導入にあたっては、各国の実情を勘案しながら検討することが必要である。

⁹⁶ この点について明確に指摘しているのが金子勇であり、福祉コミュニティづくりにおいては住民参加が重要であるが、同時に参加に関する自発性と多様な考え方の尊重が重要であることを指摘している（金子（1993））。

参考文献

- 石川実 (1998) 『現在家族の社会学 脱制度化時代のファミリー・スタディーズ』 有斐閣
- 伊藤周平 (2003) 『社会福祉のゆくえを読む』 大月書店
- 大泉啓一郎 (2005) 「タイの人口高齢化」 拓殖大学 『海外事情』 2005年 9月
- 大友義勝 (1991) 「小地域ネットワーク活動 - 秋田県西仙北町の地域福祉活動」 沢田清方編 『小地域福祉活動』 ミネルヴァ書房
- 岡村重夫 (1974) 『地域福祉論』 光生館
- 金子勇 (1993) 『年高齢化と地域福祉』 ミネルヴァ書房
- (1998) 『高齢社会とあなた 福祉資源をどうつくるか』 日本放送出版協会
- 倉沢進 (2002) 『地方自治政策II自治体・住民・地域社会』 放送大学教育振興会
- 倉沢進・秋元律朗 (1990) 『町内会と地域集団』 ミネルヴァ書房
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2005) 『平成16年介護サービス施設・事業所調査結果の概況』
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2003) 『日本の市区町村別将来推計人口 (平成15年12月推計)』 厚生統計協会
- (2005) 『人口統計資料2005』 厚生統計協会
- 国立社会保障・人口問題研究所編 (2001) 「アジアと社会保障」 『海外社会保障研究』 No. 135
- 沙銀華 (2004) 「アジアの社会保障研究」 『海外社会保障研究』 No. 148
- 嵯峨座春夫 (1996) 「アジアの高齢者の生活」 『季刊年金と雇用』 第14巻第4号
- 沢田清方編 (1998) 『住民と地域福祉活動』 ミネルヴァ書房
- 社会福祉の動向編集委員会 (2004) 『社会福祉の動向2004』 中央法規
- 社会保障審議会介護保険部会 (2004) 『介護保険制度の見直しに関する意見』 7月30日
- 白澤政和・東條光雅・中谷陽明編 (2002) 『高齢者福祉とソーシャルワーク』 有斐閣
- 杉澤秀博・中谷陽明・杉原陽子 (2005) 『介護保険制度の評価 - 高齢者・家族の視点から - 』 三和書籍
- 総務省統計局 (2006) 『第55回 日本統計年鑑 平成18年』 日本統計協会
- 総務省統計局統計調査部国勢統計課 (1981) 『国勢調査報告 (昭和55年) 第2巻第1次基本集計結果 その2 都道府県・市区町村編13 東京都』
- (1986) 『国勢調査報告 (昭和60年) 第2巻第1次基本集計結果 その2 都道府県・市区町村編05 秋田県』
- (2001) 『国勢調査報告 (平成12年) 第2巻人口の男女・年齢・配偶関係、世帯の構成・住居の状態 その2 都道府県・市区町村編』
- 武川正悟編 (2005) 『地域福祉計画 ガバナンス時代の社会福祉計画』 有斐閣
- 調布市福祉部高齢福祉課 (2005a) 「『介護保険制度の見直し』とこれからの『高齢者向け事業の展開』」 調布市、2005年 3月
- (2005b) 『生活支援見守りネットワークの構築について』 2005年 4月

筒井のり子 (2004) 『コミュニティソーシャルワーク』(ワークブック社会福祉援助技術演習5)、
ミネルヴァ書房

東京都総務局統計部人口統計課 (2003) 『国勢調査報告(平成12年)東京都区市町村別報告』

内閣府 (2005) 『平成17年版 高齢社会白書』ぎょうせい

内閣府政府広報室 (1975) 「社会意識に関する世論調査」

内閣府大臣官房政府広報室 (2004) 「社会意識に関する世論調査」

永田幹夫 (1981) 「地域福祉組織論」全国社会福祉協議会

日本医療企画 (2005) 『介護ビジョン』5月

平野隆幸・宮城孝・山口稔編 (2001) 『コミュニティとソーシャルワーク』有斐閣

広井良典・駒村康平編 (2003) 『アジアの社会保障』東京大学出版会

増田雅暢 (2004) 『介護保険見直しへの提言 5年目への課題と展望』法研

三浦文雄 (1980) 「地域福祉の概念」永田幹夫編 『地域福祉論I』全国社会福祉協議会

右田紀久恵 (1973) 「地域福祉の本質」住谷馨・右田紀久恵編 『現代の地域福祉』法律文化社

山本勉 (1996) 『現代過疎問題の研究』恒星社厚生閣

山本勉・徳野貞雄・加来和典・高野和良 (1998) 『現代農山村の社会分析』学文社

Abikusno, Nugroho (2005) “The Elderly of Indonesia Current Policy and Programmes,” *Bold*
Vol.15, No.2, pp. 18-22.

Choe, Ehn Hyun and Yong Chan Byun (2003) “Population of Korea” (東アジア地域の高齢化
研究委員会編 『東アジア地域の人口高齢化と社会変化』社団法人エイジング総合センター、
pp. 83-105)

Holzmann, Robert and Hinz, Richard (2005) *Old Age Income Support in the 21st Century: An
International Perspective on Pension Systems and Reform*, Washington, D.C.: The World
Bank.

Kodel, John and Debavalya, Nibhon (1992) “Social and Economic Support Systems for the
Elderly in Asia: An Introduction,” *Asia-Pacific Population Journal*, Vol.7, No.3, pp. 5-32.

(1997) “Living Arrangements and Support among the Elderly in South-East Asia: An
Introduction,” *Asia-Pacific Population Journal*, Vol.12, No.4, pp. 5-15.

Population Division, Department of Economic and Social Affairs (2005) *Living Arrangements
of Older Persons Around the World (ST/ESA/SER.A/240)*, New York: United Nations.

Renwick, R.; Brown, I. and Raphael, D. (1997) “Quality of Life: Linking a Conceptual Approach
to Service Provision,” *Journal on Developmental Disabilities* 3, pp. 33-44.

Sun, Te-Hsiung (2003) “Population Dynamics and Social Change in Taiwan” (東アジア地域の高
齢化研究委員会編 『東アジア地域の人口高齢化と社会変化』社団法人エイジング総合セン
ター、pp. 107-118)

5 . 提言 高齢化対策を中心に

大泉啓一郎・山田浩司

本章では、これまでの各章での議論を踏まえ、開発途上国の人口動態について国際社会が今後求められるであろう取り組みについて、特に高齢化対策に焦点を当てて述べてみたい。

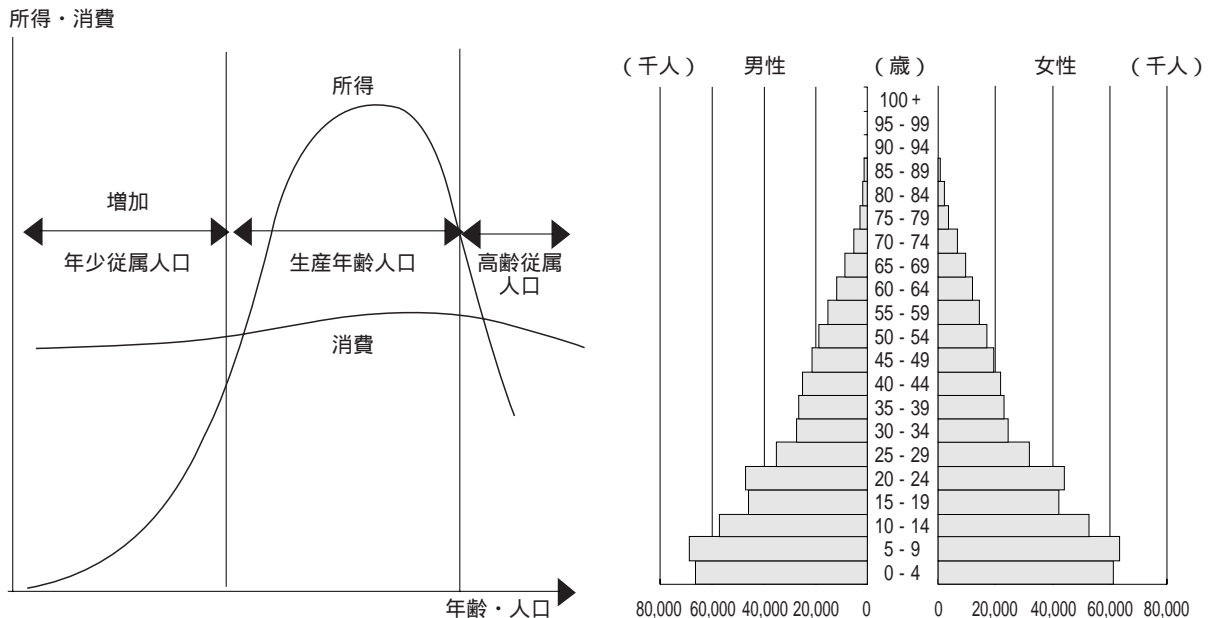
5 - 1 高齢化対策の必要性

前章までに紹介してきた通り、開発途上国の人口動態は、必ずしも既にその影響が顕在化しているわけではないが、近い将来必ず顕在化するとみられる。例えば、中国の高齢者人口は2005年から2030年までに年平均3.0%、タイにおいては3.8%のペースで増加する。まさに両国は、高齢者の「人口爆発期」に突入するといえる。第3章では、タイや中国を含めた開発途上国が選択できる社会保障制度の方向性を主に検討してきたが、国際社会からの支援も重要な役割を果たすと考えられる。この点を、再びライフサイクル仮説モデルを用いて考察してみよう。

まず、人口爆発期にある国への支援を考えてみたい。前述のように、人口増加に悩まされる国では年少従属人口の割合が多いため、社会は重い養育負担を強いられている（図5 - 1参照）。国内貯蓄率は高まらず、資金を海外から補うため国際収支は悪化する。それでも基本的な消費が行えない場合、年少者の生活が危機にさらされることになる。これは年少者の生存権が侵されることを意味するため、人口爆発期には年少者を最終受益者とする支援のあり方が考えられねばならない。

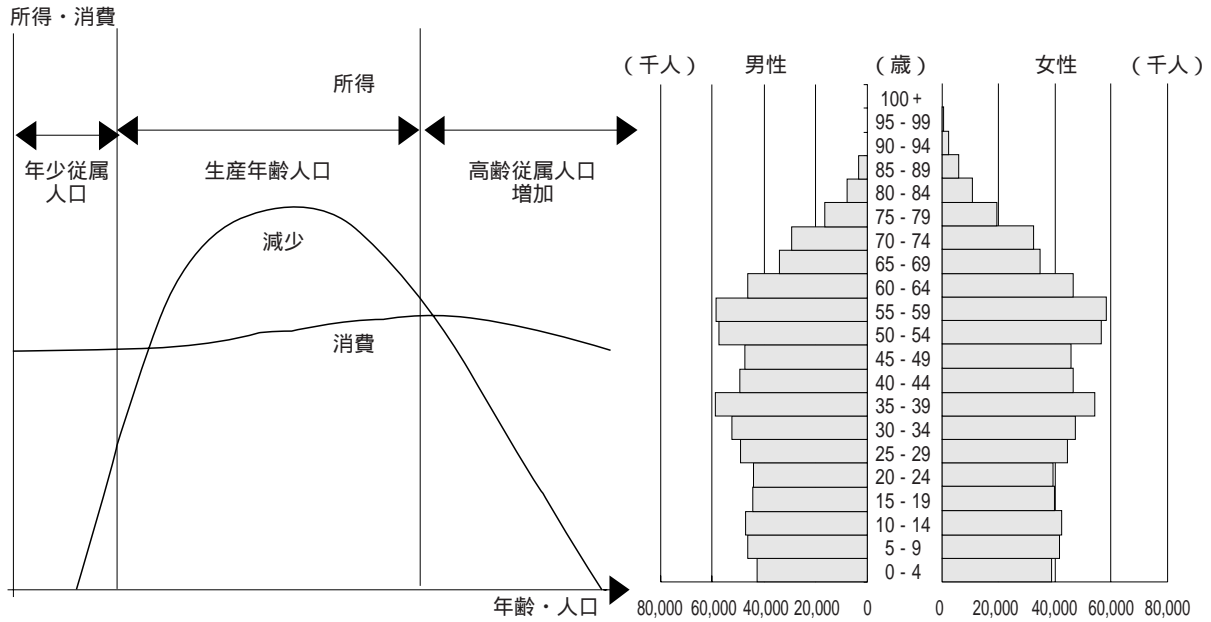
これと同様に開発途上国の高齢化を考えてみよう。高齢者の所得と消費のギャップを社会はな

図5 - 1 人口爆発期のライフサイクル仮説モデルと人口ピラミッド



出所：筆者作成。「中国の人口構成」は国連推計より作成。

図5 - 2 人口高齢化期のライフサイクル仮説と人口ピラミッド



出所：筆者作成。「中国の人口構成」は国連推計より作成。

んらかの方法で賄う必要がある（図5 - 2 参照）。ライフサイクル仮説では高齢者は勤労期に蓄えた自らの貯蓄を取り崩して、これを賄うものと想定している。しかし開発途上国の場合には、多くの高齢者が自らの生活を補うに十分な蓄えを持っていると考えることは現実的とはいえない。その場合、社会保障制度などを通じて現役世代の貯蓄の一部が移転されることになるが、開発途上国の現役世代の所得水準が高齢者の消費不足を賄うのに十分でない場合もありうる。その場合には人口爆発期に似た問題、基本的な消費が行えない高齢者の生活が危機にさらされることになる。こうして、高齢者の生存権の保護が必要となってくるのである。

もちろん、高齢者と子供では社会での対応は異なるであろう。高齢者は自らの努力により所得を生み出し、あるいは社会に参加することで生活を維持することができる。従って、すべての高齢者を社会的弱者とみなすのは適切ではないと考えられる。最近では、年齢75歳を境として「前期高齢者」（65 - 74歳）と「後期高齢者」（75歳以上）に区分する見方が国際社会においては主流になってきており、前者は、就業が可能で社会での様々な活動に参加できるため、「保護」よりも「参加」の観点に立った高齢化対策を講じるべきだというのが共通認識になり始めている。

それでも、高齢者の就業機会や社会参加の機会や能力は時間とともに減少し、介護を受ける確率が高まることはいうまでもない。このような後期高齢者の福祉に対するニーズは充足にかかるコストが高い上にニーズ自体も多様であり、社会負担は前期高齢者に比べてもさらに重くなる。開発途上国の高齢化問題の焦点は、このような後期高齢者に当てることを考えるべきかもしれない。さらに、男性よりも女性が長寿傾向にあるため、後期高齢者の多くは女性高齢者である。安定した労働や貯蓄に恵まれなかった女性たちにとっては、高齢期での生活費の獲得は厳しく、生命の危険にさらされることにもなりかねない⁹⁷。

⁹⁷ 鄭（2004）p. 7

表5 - 1 高齢者の構成の変化（中国）

（単位：千人、％）

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2020 | 2030 | 2040 | 2050 |
|----------|-----------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 65歳以上 | 87,229 (6.8) | 100,020 (7.6) | 112,213 (8.3) | 169,354 (11.9) | 236,172 (16.3) | 319,372 (22.3) | 329,102 (23.6) |
| 65 - 74歳 | 60,106 (4.7) | 66,563 (5.1) | 71,333 (5.3) | 115,196 (8.1) | 146,183 (10.1) | 191,550 (13.4) | 154,283 (11.1) |
| 75歳以上 | 27,123 (2.1) | 33,457 (2.5) | 40,880 (3.0) | 54,158 (3.8) | 89,989 (6.2) | 127,822 (8.9) | 174,819 (12.6) |

注：上段は人数、下段は人口に占める割合

さらに注意しなければならないのは、総人口に占める後期高齢者人口の割合の増大だけでなく、後期高齢者人口の規模自体の増勢である。ちなみに中国における後期高齢者数は、2000年の2712万人から2010年に4088万人、2030年に8999万人に急増し、2050年には1億7482億人にも達する（表5 - 1参照）。これだけの規模の後期高齢者を、開発途上国の公的セクターが十分な財政基盤をもって支援できる能力には限界もあろう。ましてや援助をもってカバーできる規模であるとも考えにくい。

中国やタイでは、社会保障制度の導入は、経済発展の負担となるとの観点から本格化していないようにも見受けられる。しかし長期的にみると、経済発展にはその基盤となる社会の安定が不可欠であり、その基盤形成の一つが高齢化政策であり、効果的かつ持続的な社会保障制度の構築であることはいうまでもない。しかし、上記のように後期高齢者が今後急速に増えていくことが確実視されている状況では、事態が深刻化してから対処策を講ずるのではなく、人口高齢化の負担を軽減する施策を人口ボーナス期から準備し、実施されるのが望ましい。すなわち、開発途上国の人口爆発抑制は依然として重要課題として従来からの取り組みが求められる一方、社会保障制度の整備を通じた公的支援の枠組みと、地域住民を主体とした地域レベルでの高齢者ケアの枠組みの構築が早い段階から進められる必要がある。

5 - 2 わが国の果たす役割

1982年にウィーンで「高齢化に関する世界会議（World Assembly on Ageing）」が開催され、「高齢化に関する国際行動計画（International Plan of Action on Ageing）」が採択された。この行動計画には、健康と栄養、高齢消費者の保護、住宅と環境、家族、社会福祉、所得保障と就業、教育、国際的情報交換や研究協力に関して118項目の指摘と62項目の勧告が含まれている。しかし、この行動計画は、世界各国が高齢化対策を進めるためのガイドラインとして十分な内容を含むものではあったが、あまりに詳細であったために各国政策担当者や高齢化問題の関係者等が具体的な行動に移すのが困難なものだったとも指摘されている⁹⁸。

高齢化問題に関しては、その後の国連における「高齢化に関する国際行動計画」「高齢化に関

⁹⁸ 横田（2001）

する宣言」(1992年)、「国際高齢者年」(1999年)、「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」の提示(1999年)等を経て、ウィーン行動計画の見直しの機運が高まり、ウィーン会議後20年を経た2002年、マドリッドにおいて第2回高齢化に関する世界会議が開催されるに至った⁹⁹。第1回と第2回との大きな違いは、第1回では先進国・地域を中心に高齢化の問題が強く意識されていたのに対して、第2回は高齢化を世界的な課題としてとらえ(Global Ageing)、そして開発途上国の高齢化に焦点を当てたことにある。

当然ながら世界でも最も高齢化が進んでいるわが国に対して寄せられる各国の期待には大きいものがあるが、これまで高齢化問題に関してわが国が行ってきた情報発信や貢献は十分なものとはいえなかった。

本書でこれまでみてきた通り、開発途上国における出生率の低下が続けば、今後高齢化を加速させることは明らかで、かつその負担は、開発途上国であるがゆえに、また所得水準が低いがゆえに重くなる。高齢社会を安定した状況で迎えるためには事前の準備を怠らないことが重要になる。また、地域別にみた場合に東アジアで高齢化が最も顕著に表れることが予測されることも、わが国に期待される役割を大きなものにしていく。

5 - 3 開発途上国の高齢化対策支援のあり方

本節では、開発途上国、とりわけアジアの高齢化問題に対するわが国の支援のあり方について検討してみたい。既に前章までの各所において、人口動態に伴って生じる経済や社会の歪みとその表れ方、取り組みの方向性についていくつかの示唆を行ってきた。それらについて改めてここで整理して述べることは避け、全体的な支援のあり方を中心に論じることとする。

5 - 3 - 1 将来の開発課題へのアプローチ

開発途上国向け支援を考える場合に前提となるのは、当事者である開発途上国自身が開発課題を十分に認識し、課題解決に向けた取り組みを自ら始めることであろう。取り組みの方向性を定め、それに必要な資源や知見が同定されることによって、初めて外部の資源や知見の導入につながってくるものと考えられる。従って、少子高齢化という課題への取り組みが進められるためには、その影響を被るであろう開発途上国自身がこれを課題として認識することが大前提となる。

しかし、開発途上国において、この問題が経済や社会にもたらすインパクトの大きさは果たして十分に認識されているであろうか。多くの国々では、現在既に顕在化している課題に対する取り組みにすら十分な資源の投入は行われていない。何十年先にならないと顕在化してこない課題に対して今から手を打つという計画性を期待することは極めて困難であり、そうした課題を認識するところまで至っている国は多くはないであろう。

他方、国際社会においては、当面の目標を2015年と定めてミレニアム開発目標の達成に取り組まれているものの、それ以降に顕在化する新たな開発課題に対する配慮が十分になされていると

⁹⁹ 第2回マドリッド会議の内容は<http://www.un.org/esa/socdev/ageing/waa/index.html>を参照。

は言い難い。世界銀行においても、人口動態のインパクトへの関心はこれまでは主に社会保障の制度設計に関連したものであり、数十年後の開発課題に対する備えの必要性が認識され始めたのは比較的最近のことである¹⁰⁰。

数十年先に顕在化する問題のインパクトを軽減するために十分な備えをしておくことが必要であることは、わが国の社会保障制度改革や少子高齢化対策の経験をみれば明らかであろう。わが国は、自らの経験を語ることによって事前の備えの重要性を開発途上国に対して訴えていくことができるユニークな立場にある。日本やアジアNIESよりも急速に高齢化が進むと考えられる開発途上国では、そのインパクトの表れ方や深刻さが先に経験した国々とは異なるものになることが予想され、高齢化が進むそれらの国々の経済や社会のあり方や社会保障制度は、各々が先行国の経験を踏まえて独自の設計を行うことが求められる。いわば内発的な課題解決プロセスである。わが国は、この自律的な課題解決プロセスを促すお膳立てを行い、中長期にわたって側面支援を行うという役割を演じていくことが必要である。こうしたファシリテーションを通じて、開発途上国自身の「気づき」を促し、わが国の経験の共有を図ることで開発途上国自身の自律的な課題解決プロセスを促すことが求められる。こうしたプロセスの中から、個別の技術協力への要請が生まれてくるものと考えられよう。

5 - 3 - 2 課題の認識を促す「場」の提供

わが国自身が自国の高齢化対策に関する決定打を欠いている現状を考えると、ファシリテーションの第一歩は、アジア地域において高齢化対策に関する議論の「場」、あるいは知見の共有の「場」を設けることであろう。小泉首相が提唱した「共に考え、共に歩む」というアジア共同体の理念は、この高齢化対策にこそ活かされるべきものであると思われる。そのような議論の場を日本が率先して創出していくことは、共同体形成に最も必要な社会の基盤整備と知識の共有につながるであろう。また、日本がそれを語るからこそ、アジアの国々へのインパクトも大きいものとなると考えられる。

福祉国家から福祉社会への移行は、先進国にとっても開発途上国にとっても挑戦的な課題である。その具体化の探求は先進国と開発途上国が共に知恵を出し合える課題と読み替えることも可能である。アジアにおいては、これまで、援助については日本の技術や経験を開発途上国に供与することが主に考えられてきたが、急速な少子化によって高齢社会を迎える東アジアの高齢化問題に取り組むことは、翻ってわが国の高齢社会への対応にも資する協力になり得る。

また、これら高齢社会に対する取り組みは、政府間でのみ行われるものではない。自治体間あるいはシンクタンク間、NGO間など多様なアクター間の協力体制も不可欠である。これら様々なアクター間の情報交換や知識の共有あるいは議論の場を設けていくことが重要である。広井・駒村編（2003）は、社会保障の問題をアジアという地域に引き付け、政府やNGO/NPOの相互協力と連携強化を目的とする「アジア福祉ネットワーク」の形成を提唱している。近年、日本と東

¹⁰⁰ 2006年9月発刊予定の『世界開発報告2007年版』は、テーマを「開発と次世代」に定め、人口動態を念頭に次世代の開発プロセスを担う若年層に対して行うべき支援のあり方について論じられる予定であるが、残念ながらそこでは、現在の就労年齢人口が高齢化することによって生じる開発課題に関する考察は行われていない。

アジア諸国の関係は、支援国・被支援国からパートナーシップへ変わりつつあるといわれるが、急速な少子高齢化とそれに伴う社会保障制度の整備、そしてサステイナブル・コミュニティの創設への協力した取り組みは、まさにパートナーシップに基づく未来志向の協力体制といえるだろう。

5 - 3 - 3 日本の経験の整理と共有

わが国は自らの高齢化対策に取り組んでいる最中であり、決定打を見いだしているわけではない。しかし、年金制度の改革や、高齢者介護、医療保険、地域福祉など、今後の開発途上国の高齢化が進むにあたって直面することが予想される諸課題に対して、良い点も悪い点も含めて豊富な経験を有しているのは事実である。このような経験を整理し、アジアの開発戦略に貢献するよう共有化する作業が必要であると思われる。

JICAは、2004年に日本の社会保障の経験の整理を調査・研究を通じて行っている¹⁰¹。この調査・研究は社会保障制度を中心とするものであるが、さらに社会福祉、地域福祉、さらには雇用促進策まで含めた幅広いわが国の経験の整理が必要となろう。特に、第4章でも取り上げた地域福祉のうち、住民主導で形成されてきた取り組みについては、その形成プロセスや成功要因などの詳細な分析が今後進められることが必要であると考えられる。

これから制度設計に取り組む多くの開発途上国においては、わが国の経験だけではなく、韓国、台湾等のアジアNIES、ほかの開発途上国の経験も含めて比較考量を行うことによって、自国に最も適した制度を検討することができる。前節で述べた「場」の提供にあたっては、単にわが国と支援対象開発途上国の二国間での「場」だけではなく、複数の国々が各々の経験を持ち寄って共有し、ともに考えるという多国間の知的交流の「場」が求められている。

5 - 3 - 4 包括的な高齢化社会対策への配慮

高齢化が進むにつれて、高齢者対策に関する開発途上国からの支援要請は今後増加していくことが予想される。わが国がそうであったように、医療や年金などの社会の高齢者負担は急増していくことであろう。このことは、社会保障制度や福祉社会の設計を考えるにあたって、医療や年金、高齢者介護といった一部分だけを切り出して制度構築を行うだけでは、高齢化問題の一側面のみに対処しているにすぎず、そうした社会保障制度や福祉社会の設計が、保護の対象となる者とならない者を分かつことにより、経済や社会に予期せぬ大きな影響を及ぼす可能性もある。わが国がこれまで行ってきた開発途上国の高齢化対策への支援は件数こそ少ないが、要請主義に則って要請があった省庁への支援を行っていく限り、往々にして、全体の枠組みの考察が不十分のまま、特定コンポーネントにおいて「できるところからやる」案件が形成される可能性が高い。

これまで、高齢化を念頭に置いた経済や社会のあり方の検討がまずあり、その上で高齢化社会対策、特に社会保障制度の設計が行われる必要があるという点を強調してきたが、こうした大きな枠組みを踏まえた上で個別の高齢化対策への支援が行われることが必要であり、社会保障制度

¹⁰¹ JICA国際協力総合研修所（2004）

全体の改革の方向性が定まっていないうちで個別具体的な高齢者支援を行うリスクの大きさは十分認識しておくべきであろう。

5 - 3 - 5 人口ボーナスの効果最大化に向けた政策実施への関与

本章では、これまで、高齢化問題は将来の開発課題であるとの認識の下、主に社会保障制度の設計と地域福祉の導入を中心として高齢者を直接支援対象とした制度構築について論じてきた。高齢化問題を将来の開発課題ととらえると、援助の対象として現在のニーズを発掘することは確かに困難であろう。しかし、これが現在既に開発途上国が直面している課題とも密接に関連するものであれば、その課題の解決に向けたプロセスに人口動態への配慮を加えることも重要であろう。第3章において示したインフラや教育、国内金融市場の制度設計などはこれに相当する。

また、第1章、第2章などでたびたび指摘してきたが、人口動態を考慮した場合の開発途上国のマクロ的な課題は、「人口ボーナス」の効果を十二分に享受できる政策を講じることにある。これを個人レベルの「ライフサイクル仮説」でみた場合は、図5-1、図5-2で示した通り、生産年齢人口の所得を最大化することが必要であり、そのためには十分な所得向上機会が得られなければならないことになる。すなわち、高い雇用吸収を伴った経済発展戦略が求められる。

わが国のODAでは、途上国政府の政策・制度設計と実施能力の強化を目的とした援助がこれまで志向されてきたが、民間部門、さらにはインフォーマル部門を含めた途上国の雇用の問題に正面から取り組む支援はなかなか行われてこなかった。国内の労働需要に対応して十分な技能や技術を持った労働力が供給されることや、職業紹介制度の整備等を通じた労働市場における情報の非対称性の解消、コーポレート・ガバナンスの推進を通じた職場の労働環境改善等、今後、雇用と所得向上機会の提供に向けた途上国の取り組み強化を支援することが求められる。

5 - 4 地域福祉概念の普及と「社会の質」の計測方法の検討

第3章や第4章で論じてきたように、わが国では既に「地域福祉」の推進に必要な政策・制度の枠組み構築が進んでいるが、これを今後のアジアにおける高齢化対策の一つのモデルとして共有していく上での大きな課題は、高齢化対策導入を必要とする地域が共同体ベースの福祉プログラムを受け入れて実施できるキャパシティがあるかどうかであろう。アジアにおいても伝統的あるいは自発的な市民社会が社会保障の一端を引き受けることができたとしても、社会保障の領域に入る様々なサービスの提供者として、各市民社会の規模は合致しているのかといった疑問も生じ、場合によっては、サービス提供を効果的なものとするために異なった市民社会組織を連携させるような大きな枠組みを形成する必要もあるかもしれない。地域福祉を即座に受け入れられる土壌が十分できていない地域において日本型の地域福祉の導入を試みても、持続性の高い制度にはつながらない可能性が強い。しかし、こうした地域のキャパシティを計測する指標やその計測方法はいまだ確立されていないわけではない。

欧州では、欧州共同体の創設にあたって、共同体の本質である社会の融合を視野に入れ、各国の社会の構造を調査・研究する「社会の質 (Social Quality)」プロジェクトが始まっている (添

付資料2参照)。このような共同体、社会の現状、特徴そして融合の可能性の把握は、グローバル化が進んでいく中、また社会開発支援を効果的に行う視点からも重要である。しかし、欧州で概念形成された「社会」とその質を計測する手法が、共同体の形成プロセスが異なるアジアにおいても適用されるものではない。欧州における調査・研究の動向にも注視しつつ、アジアにおける「社会の質」の見方については、日本を含めたアジアの研究者に各国の市民社会も巻き込んで今後検討が進められねばならないと考える。

5 - 5 今後に向けた課題

最後に、本書にて十分な考察が行えなかった事項を、今後に向けた課題として2つ挙げておきたい。

第1に、本書で描かれている人口動態は、分析や考察を単純化するため、一国で生まれた人が同国内で成長し、最後は国内で高齢期を迎えることを前提としたものである。ここでは、国家間の人の移動が当該国にもたらすインパクトについて十分な配慮がなされていない。しかし、わが国やほかの先進国の経験を引き合いに出すまでもなく、高齢化社会を迎えれば国内労働市場には職種によって大きな需給のミスマッチが生じて外国からの労働者受け入れが進むであろうし、特に高齢者ケアの分野においては、外国からの介護士や看護師導入が検討されてくる可能性がある。また、送出国側の視点に立てば、国内の人口圧力を軽減して出稼ぎ送金という新たな外貨稼得手段を得られる可能性がある。こうした、国際労働移動によって受け入れ国と送出国の人口動態がどのように変化してくるのかについては、今後の検討が待たれるところである。

第2に、わが国を含めた先進国の少子高齢化が開発途上国の人口動態に及ぼす影響の考察も必要である。これらの先進国の外国人労働者受け入れが本書で展開した開発途上国の人口動態予測では考慮されていない点は既に述べた通りであるが、影響の表れ方はこれだけではない。少子高齢化が進む先進国では国内市場の拡大ペースが頭打ちになるため、開発途上国は、労働集約的製品の輸出に依存しづらくなることが考えられる。第2章で紹介した、韓国のような輸出主導型経済発展は今後期待することは難しいだろう。高齢化対策に向けた開発途上国の政策・制度設計に影響を及ぼすチャンネルとしてもう一つ考えられるのは、先進国から流入する援助である。先進国が高齢社会を迎えるにつれて高い税収は期待できなくなり、ODAへの資金配分は、増額はあろうか維持することすら難しくなる可能性がある。従って、高齢者人口の増加がかつてない規模で起きると予測されていながらも、開発途上国は援助資源の制約を念頭に置いた政策・制度設計を進めていくことが求められよう。

JICAのような技術協力実施機関では、わが国が進む少子高齢化によってその実施体制が大きな影響を受けることも予想されるが、その考察は別の機会に委ねたい。

参考文献

- 国際協力機構（JICA）国際協力総合研修所（2004）『日本の社会保障の経験 - 社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から - 』
（2005）『キャパシティ・ディベロップメント - 途上国の主体性に基づく総合的課題対処能力の向上を目指して』
- 鄭香里（2004）「アジア地域の少子高齢化に向けて」国際協力機構平成16年度インターン報告書、2004年10月
- 広井良典・駒村康平編（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 横田安宏（2001）「国連主催の『第2回高齢化に関する世界会議』2002年4月スペイン・マドリードで開催 - 高齢化問題のグローバル化 - 」『協同の発見』2001年12月、No.114、pp. 53-59
- Ito, Chiaki (2006) “International Labor Migration and Its Effect on Poverty Reduction: Critical Review on the Current Literature,” JICA Guest Researcher Program Report, January 2006.

添付資料1 人口動態マップ

大泉啓一郎

- 「人口爆発期」：年少従属人口（0-14歳）が全体の40%を超える
- ▨ 「人口ボーナス期」：生産年齢人口（15-64歳）が従属人口の2倍を超える
- 「人口高齢期」：高齢従属人口（65歳以上）が14%を超える

数字は2000年の1人当たりGDPと、それが年平均5%で増加した場合の推計値

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|
| コンゴ共和国 | 92 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| エチオピア連邦民主共和国 | 115 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ブルンジ共和国 | 139 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| エリトリア国 | 146 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| シエラレオネ共和国 | 153 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| マラウイ共和国 | 169 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| タンザニア連合共和国 | 190 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ▨ | ▨ |
| モザンビーク共和国 | 191 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| リベリア共和国 | 191 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ニジュール共和国 | 200 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ギニアビサウ共和国 | 210 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| チャド共和国 | 218 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ルワンダ共和国 | 242 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ネパール王国 | 242 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| ブルキナファソ | 243 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| マダガスカル共和国 | 246 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ナイジェリア連邦共和国 | 254 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| マリ共和国 | 294 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| カンボジア王国 | 304 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| スーダン共和国 | 313 | | | | | | | | | | ▨ |
| イエメン共和国 | 316 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| トーゴ共和国 | 323 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ケニア共和国 | 328 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| 中央アフリカ共和国 | 339 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| サントメ・プリンシペ民主共和国 | 341 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| ウガンダ共和国 | 348 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | |
| ハイチ共和国 | 368 | | | | | | | | ▨ | 3,303 | |
| ベトナム社会主義共和国 | 370 | | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | 2,602 | ■ | ■ |
| ガンビア共和国 | 370 | | | | | | | | | | ▨ |
| バングラデシュ人民共和国 | 373 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| タジキスタン共和国 | 384 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| ザンビア共和国 | 394 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| キルギス共和国 | 399 | | | | | | | | ▨ | ▨ | 4,574 |
| ガーナ共和国 | 413 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| ベナン共和国 | 414 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| アゼルバイジャン共和国 | 422 | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | 3,796 | ■ |
| モンゴル国 | 428 | | | | | | | | ▨ | ▨ | 4,911 |
| コモロ連合 | 436 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | ▨ |
| ラオス人民民主共和国 | 451 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | ▨ |
| インド | 460 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| グルジア | 470 | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ▨ | ■ |
| モリタニア・イスラム共和国 | 495 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ウズベキスタン共和国 | 497 | | | | | | | | ▨ | ▨ | ▨ |
| パキスタン・イスラム共和国 | 516 | | | | | | | | | | |
| アンゴラ共和国 | 524 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ブータン王国 | 532 | | | | | | | | ▨ | 4,782 | |
| レソト王国 | 548 | | | | | | | | | | |
| ギニアビサウ共和国 | 605 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ▨ | ▨ | ▨ |
| セネガル共和国 | 609 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | | |
| ジンバブエ共和国 | 620 | | | | | | | | | | |

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
|------------------|-------|------|------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ソロモン諸島 | 663 | | | | | | | | | | |
| カメルーン共和国 | 675 | | | | | | | | | | |
| ホンジュラス共和国 | 711 | | | | | | | | | | |
| コートジボワール共和国 | 739 | | | | | | | | | | |
| ジブチ共和国 | 780 | | | | | | | | | | |
| コンゴ民主共和国 | 791 | | | | | | | | | | |
| シリア・アラブ共和国 | 794 | | | | | | | | | | |
| 中華人民共和国 | 825 | | | | | | 3,565 | | | | |
| ウクライナ | 896 | | | 1,863 | | | | | | | |
| スリランカ民主社会主義共和国 | 902 | | | | | | | 4,976 | | | |
| ガイアナ協同共和国 | 934 | | | | | | | 5,155 | | | |
| パプアニューギニア独立国 | 952 | | | | | | | | | | |
| ボリビア共和国 | 954 | | | | | | | | | | |
| アルメニア共和国 | 976 | | | | | | 4,218 | | | | |
| アルバニア共和国 | 979 | | | | | | 4,231 | | | | |
| スリナム共和国 | 985 | | | | | | | 5,432 | | | |
| インドネシア共和国 | 1,014 | | | | | | | | | 9,114 | |
| フィリピン共和国 | | | | | | | | | | | |
| エジプト・アラブ共和国 | 1,217 | | | | | | | | | | |
| バヌアツ共和国 | 1,248 | | | | | | | | | | |
| ルーマニア | 1,321 | | | | | | 5,711 | | | | |
| トルクメニスタン | 1,354 | | | | | | | | | | |
| モロッコ王国 | 1,370 | | | | | | | | | | 15,709 |
| サモア独立国 | 1,379 | | | | | | | | | 12,393 | |
| エクアドル共和国 | 1,425 | | | | | | | | 10,033 | | |
| ベラルーシ共和国 | 1,429 | | | | 3,793 | | | | | | |
| カザフスタン共和国 | 1,496 | | | | | | | 8,252 | 10,532 | | |
| ボスニア・ヘルツェゴビナ | 1,526 | | | | | 5,167 | | | | | |
| スワジランド王国 | 1,538 | | | | | | | | | | |
| ブルガリア共和国 | 1,539 | | | | | 5,210 | | | | | |
| マルチネク諸島 | 1,540 | | | | | | | | | | |
| カーボヴェルデ共和国 | 1,541 | | | | | | | | | | |
| グアテマラ共和国 | 1,562 | | | | | | | | | | |
| 赤道ギニア共和国 | 1,599 | | | | | | | | | | |
| アルジェリア民主人民共和国 | 1,607 | | | | | | | | | 14,438 | |
| ヨルダン・ハシミテ王国 | 1,619 | | | | | | | | | | |
| イラン・イスラム共和国 | 1,658 | | | | | | | | | 14,896 | |
| ミクロネシア連邦 | 1,686 | | | | | | | | | | |
| パラグアイ共和国 | 1,700 | | | | | | | | | | |
| トンガ王国 | 1,716 | | | | | | | | | 15,421 | |
| エルサルバドル共和国 | 1,759 | | | | | | | 9,704 | | 15,806 | |
| モルディブ共和国 | 1,942 | | | | | | | | | | |
| ドミニカ共和国 | 2,054 | | | | | | | | | | |
| ジャマイカ | 2,149 | | | | | | | 11,852 | | | |
| リトアニア共和国 | 2,165 | | | | | 7,331 | | | | | |
| コロンビア共和国 | 2,285 | | | | | | | | 16,086 | | |
| ペルー共和国 | 2,343 | | | | | | | | | | |
| ナミビア共和国 | 2,366 | | | | | | | | | | |
| チュニジア共和国 | 2,470 | | | | | | | | 17,389 | | |
| ロシア連邦 | 2,471 | | | | 6,556 | | | | | | |
| マケドニア旧ユーゴスラビア共和国 | 2,535 | | | | | 8,584 | | | | | |
| ラトビア共和国 | 2,603 | | | | | | | 14,360 | | | |
| フィジー諸島共和国 | 2,710 | | | | | | | | | | |
| タイ王国 | 2,824 | | | | | | 12,205 | | | | |
| レバノン共和国 | 2,891 | | | | | | | | | | |
| ベリーズ | 3,125 | | | | | | | | | | |
| トルコ共和国 | 3,147 | | | | | | | | | | |
| パナマ共和国 | 3,283 | | | | | | | | | | |
| ベネズエラ・ボリバル共和国 | 3,301 | | | | | | | | | | |
| ポーランド共和国 | 3,678 | | | | 9,760 | | | | | | |

| | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
|---------------|--------|------|------|------|--------|--------|------|------|------|------|------|
| メキシコ合衆国 | 3,806 | | | | | | | | | | |
| コスタリカ共和国 | 3,928 | | | | | | | | | | |
| ボツワナ共和国 | 3,931 | | | | | | | | | | |
| 南アフリカ共和国 | 4,020 | | | | | | | | | | |
| モーリシャス共和国 | 4,104 | | | | | | | | | | |
| スロバキア共和国 | 4,267 | | | | | | | | | | |
| ガボン共和国 | 4,378 | | | | | | | | | | |
| エストニア共和国 | 4,464 | | | | 11,843 | | | | | | |
| ブラジル連邦共和国 | 4,626 | | | | | | | | | | |
| マレーシア | 4,797 | | | | | | | | | | |
| クロアチア共和国 | 5,146 | | | | 13,653 | | | | | | |
| チリ共和国 | 5,304 | | | | | 17,963 | | | | | |
| トリニダード・トバゴ共和国 | 5,324 | | | | | 18,029 | | | | | |
| ハンガリー共和国 | 5,372 | | | | 14,252 | | | | | | |
| チェコ共和国 | 5,381 | | | | 14,278 | | | | | | |
| オマーン国 | 5,909 | | | | | | | | | | |
| ウルグアイ東方共和国 | 6,104 | | | | 16,196 | | | | | | |
| セルビア・モンテネグロ | 6,557 | | | | | | | | | | |
| サウジアラビア王国 | 6,752 | | | | | | | | | | |
| アルゼンチン共和国 | 7,913 | | | | | | | | | | |
| バルバドス | 8,522 | | | | | | | | | | |
| マルタ共和国 | 10,302 | | | | | | | | | | |
| バーレーン王国 | 11,116 | | | | | | | | | | |
| スロベニア共和国 | 11,653 | | | | | | | | | | |
| ポルトガル共和国 | 12,916 | | | | | | | | | | |
| ギリシャ共和国 | 13,169 | | | | | | | | | | |
| 大韓民国 | 13,199 | | | | | | | | | | |
| プエルトリコ | 13,659 | | | | | | | | | | |
| バハマ国 | 13,836 | | | | | | | | | | |
| クウェート国 | 13,891 | | | | | | | | | | |
| キプロス共和国 | 14,096 | | | | | | | | | | |
| モナコ公国 | 15,242 | | | | | | | | | | |
| イスラエル国 | 17,067 | | | | | | | | | | |
| スペイン | 17,384 | | | | | | | | | | |
| ニューカレドニア | 17,432 | | | | | | | | | | |
| ニュージーランド | 17,939 | | | | | | | | | | |
| 仏領ギアナ | 19,896 | | | | | | | | | | |
| イタリア共和国 | 20,868 | | | | | | | | | | |
| 英国 | 22,237 | | | | | | | | | | |
| カナダ | 22,981 | | | | | | | | | | |
| オーストラリア連邦 | 23,543 | | | | | | | | | | |
| 香港 | 24,689 | | | | | | | | | | |
| アイルランド | 28,106 | | | | | | | | | | |
| シンガポール共和国 | 28,462 | | | | | | | | | | |
| フランス共和国 | 30,094 | | | | | | | | | | |
| ベルギー王国 | 31,014 | | | | | | | | | | |
| オランダ王国 | 31,217 | | | | | | | | | | |
| スウェーデン王国 | 31,338 | | | | | | | | | | |
| アイスランド共和国 | 31,342 | | | | | | | | | | |
| 米国 | 31,843 | | | | | | | | | | |
| フィンランド共和国 | 31,983 | | | | | | | | | | |
| ドイツ連邦共和国 | 32,678 | | | | | | | | | | |
| オーストリア共和国 | 32,924 | | | | | | | | | | |
| ノルウェー王国 | 37,954 | | | | | | | | | | |
| デンマーク王国 | 38,482 | | | | | | | | | | |
| 日本国 | 44,775 | | | | | | | | | | |
| スイス連邦 | 46,777 | | | | | | | | | | |
| ルクセンブルク大公国 | 56,206 | | | | | | | | | | |

出所：国連人口推計、World Development Indicatorsより筆者作成。

添付資料 2

「社会の質（ソーシャル・クオリティ）」と欧州での取り組み

小川哲生・Laurent van der Maesen¹⁰²

社会の質（Social Quality）とは、欧州において共同体が形成される際に、社会面での統合を最終目標に、生活の質を基礎にその社会および共同体の性質を評価しなければならないとの要請から生まれた概念である。具体的な活動は「欧州ソーシャル・クオリティ財団」（The European Foundation on Social Quality: EFSQ）が中心となって行われており、欧州において当該研究者のネットワークを構築し、重要な政策に対する視座・理論・調査方法を提供することを目的としている。近年では、アジア地域の研究者とのネットワーク構築が新しく目標に加えられ、現在、千葉大学公共研究センターが中心となって財団との研究交流が進められている。

1. 財団の目的

財団の目的および活動領域は次の5つの柱からなる（図A 2 - 1 参照）。

第1に、欧州共同体のビジョン達成に向けて、経済に偏りがちな開発スキームを、学際的協力をテコに具体的な理論（「社会の質」を中心とする）へと発展させる一方、「社会の質」に関する実質的な条件を吟味するために、学際的協力とともに規範的研究と実証研究の統合を促進することである。「社会の質」とは、①社会経済保障（socio-economic security）、②社会的結合（social cohesion）、③社会的包摂（social inclusion）、④社会的エンパワーメント（social empowerment）の4つの領域から構成され、課題別には、①社会正義（social justice）、②社会的認知（social recognition）、③社会的責任（social responsiveness）、④社会参加（social participation）の視点から評価する。その成果は、研究論文や一般向けの冊子として公表される（図A 2 - 1 のpillar-a）。

第2に、「社会の質」を評価するための具体的な理論に合致する測定方法や構成因子の決定方法を開発し、欧州共同体に属す地域および都市の評価に適用することである。その実施は、欧州市民の社会正義、公正、統合を促進する公共政策の比較を可能にする。「社会の質」のアプローチは、具体的適用を裏づける理論形成を恒常的に行う点で、「生活の質（Quality of Life）のアプローチ」とは異なる（図A 2 - 1 のpillar-b）。

第3に、理論研究の成果を「現代の公共の健康（公衆衛生、保健、医療、福祉の統合）」、「労働市場、雇用と人口の高齢化」、「都市開発」、「高齢者の問題」など重要な政策に適用し、政策に一定の方向性を与えることである。また、これらの領域における包括的な分析を促し、実証研究から社会の質に関する理論の再構築を行うこともその目的に含まれる（図A 2 - 1 のpillar-c）。

第4には、上記の理論、方法論、実際の調査の成果を基に、ソーシャル・プロテクション、社会保障、経済成長と環境、ガバナンス、持続的な福祉国家、多文化主義、コミュニティ開発、欧

¹⁰² 小川哲生（千葉大学助教授）、Laurent van der Maesen（社会の質に関する欧州基金ディレクター）

州憲法などに関連する社会科学の分析の新しい枠組みの構築や現実社会への適用などを通じた科学的貢献を促すことである。政策理論アプローチが欠如している領域については、大学との連携を緊密化し、取り組みを強化するとしている（図A 2 - 1 の*pillar-d*）。

最後に、①（2000年欧州議会のカンファレンスへの貢献に見られるような）「社会の質」に関する社会学者（社会政策、経済学、社会学、政治学、法学）、政策立案者、NGO間の対話を促進し、②特に欧州のレベルで政策立案者を支援し、（2003年欧州委員会円卓会議のブリーフィング資料に見られるように）「社会の質」の観点から日常生活の質的向上に向けた社会・政治・経済・司法・文化政策面での新しいアプローチを開発し、③欧州における「社会の質」の向上に関わる幅広い活動を支援することである。「欧州市民の声（Voice of Civil Europe）」プロジェクトの名の下に、オランダ・アムステルダムで公開討論会を開催することで、財団は発足した（図A 2 - 1 の*pillar-e*）。

2. 財団によるパートナーシップ関係

現在、財団が関与している協力関係としては以下のものが挙げられる。

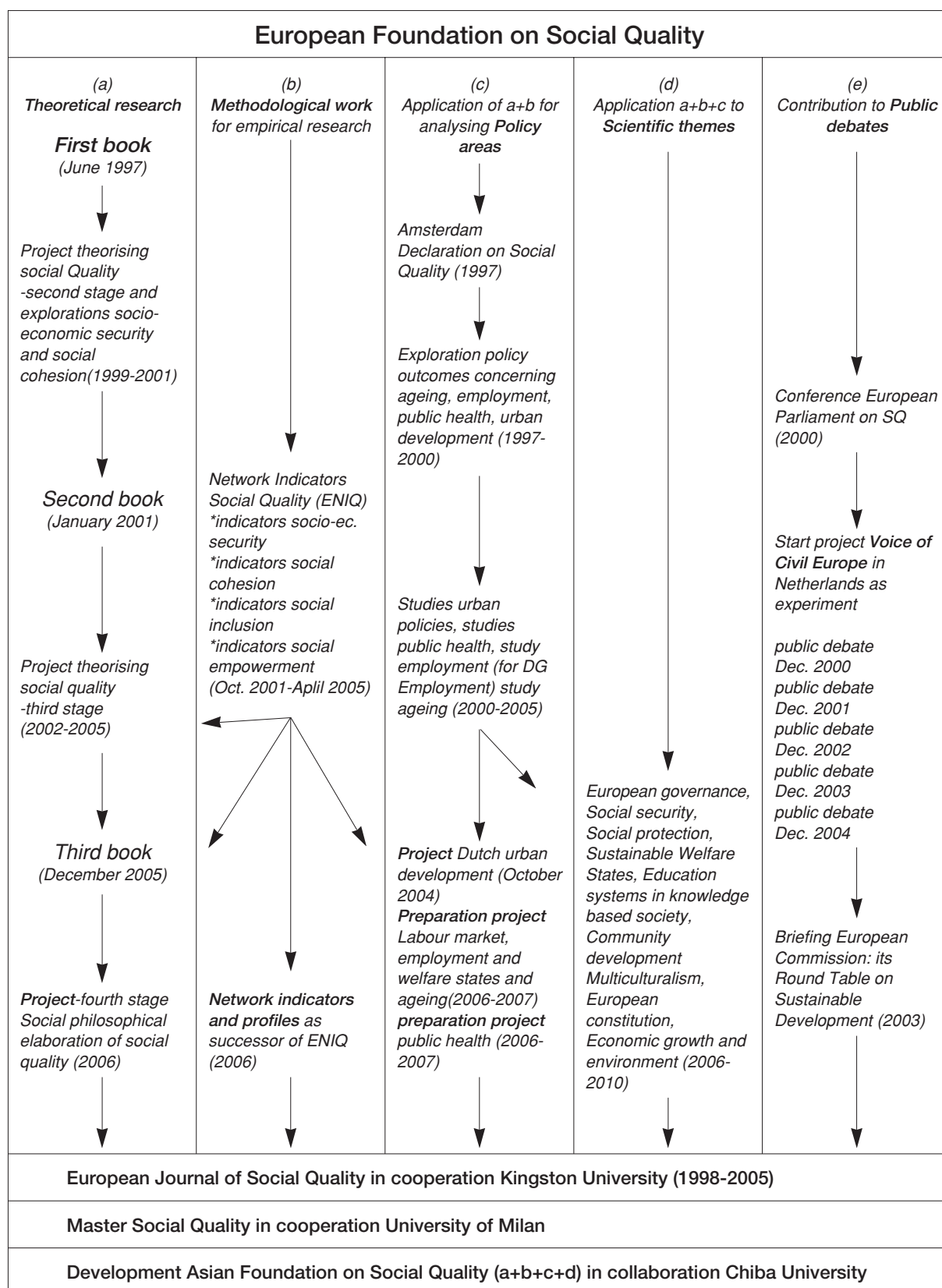
第1に、英国キングストン大学と共同で、欧州における「社会の質」に関する出版活動を進めている。これまで、「欧州の社会の質」（1999年）、「高齢と自立性」（2000年）、「雇用における社会の質」（2000年）、「市民と福祉」（2001年）、「雇用の流動性と保障」（2003年）、「社会の質に関する指標」（2005年）といったテーマで書籍を出版している¹⁰³。

また、イタリア・ミラノ大学との共同で、同大学内に「社会の質」に関する修士課程を設置した。今後、同財団は他大学においても教養課程に「社会の質」が採用されるよう啓発活動を行うことにしている。

最後に、同財団は、わが国においても、千葉大学との共同で東アジアにおける社会の質に関する財団設立を検討中である。同財団の設立により、「持続可能な福祉国家」の形成という共通の目標の下に、欧州とアジアとの比較が可能になるものと期待されている。

¹⁰³ 同財団のホームページを参照。URLは以下の通り。<http://www.socialquality.org>

図A 2 - 1 「社会の質に関する欧州財団」の活動に関する5つの柱



添付資料3 インドネシア、タイ、フィリピン現地調査報告

新田目夏実

ここでは2005年度に訪問し、資料収集、意見聴取を行ったタイ、フィリピン、インドネシアの分析から得られた知見について報告する。この3ヵ国を選んだのは、少子高齢化が急速に進展し、その実態について既にながりの調査研究がみられる中国、韓国等東アジア地域に比べ、東南アジアの少子高齢化については不明な点が多いからである。ここでは、3国の政策・制度的体制と地域レベルで活動している民間団体の紹介を通じて、アジア途上国における地域福祉の方向性について検討したい。

1. 高齢化の進行

2000年の人口は、インドネシアが2億1000万人、タイが6000万人、フィリピンが7500万人である。合計特殊出生率にみるように、近年出生率は急速に低下しており、タイは人口置換水準を既に下回り、インドネシアは2.3、フィリピンもかつての水準と比べると、明らかに低下局面に入っている。それに伴い、高齢化率が上昇し始めている。インドネシアとタイは既に7%を超え、高齢化社会段階に入っている¹⁰⁴。フィリピンの高齢化率はまだその段階に到達していないが、今後急速に上昇することが予想されている。第4章でも述べたように、問題は高齢化の比率だけではない。2000年段階で、例えば、インドネシアの60歳以上人口は1600万人であり、絶対数においても既に膨大な高齢人口を抱えているのが実態である。

表A3-1 人口、出生率、高齢化率（インドネシア、タイ、フィリピン）

| | 2000年人口 (1,000人) | 合計特殊出生率 | | 60歳以上人口の割合 (%) | |
|--------|---------------------|-----------|-----------|----------------|------|
| | | 1950-1955 | 2000-2005 | 2000 | 2050 |
| インドネシア | 211,559 | 5.49 | 2.352 | 7.6 | 23.1 |
| タイ | 60,925 | 6.40 | 1.925 | 8.4 | 27.6 |
| フィリピン | 75,711 | 7.29 | 3.176 | 5.5 | 19.8 |

出所：2000年人口と合計特殊出生率についてはPopulation Division（2004）
60歳以上人口の割合についてはPopulation Division（2003）

2. 高齢化にかかわる政策

以上の状況に対して、各国政府とも高齢者にかかわる法律、制度の整備を進めている。以下は筆者が2005年8月に行った現地調査の過程で明らかになった主な法律・条令である。

¹⁰⁴ ただし、65歳以上ではなく、60歳以上人口で算出している点について注意が必要。

(1) フィリピン

- ・ Rep. Act No. 7876 (1994) Senior Citizens Center Act of the Philippines：高齢者の交流や社会活動のための集会施設をすべての市町村に設置することを規定
- ・ Rep. Act No. 9257 The Expanded Senior Citizens Act of 2003 (2004)：医薬品購入に際しての20%割引、政府の病院での無料診断、民間医療施設における20%割引等を規定
- ・ Presidential Proclamation 470 (1994)：10月の第1週をElderly Filipino Weekに指定
- ・ 1994-2004 Philippines Plan of Action for Older Persons and Philippine Plan of Action for Persons with Disabilities
- ・ 2005-2010 Philippines Plan of Action for Senior Citizens：1994-2004計画を継承し、現在実施中の計画

「高齢者のための行動計画2005-2010」は、MDGs、「高齢化に関わるマドリッド行動計画 (Madrid Action Plan on Ageing)」(2002) および「高齢化に関する上海実施計画 (Shanghai Implementation Strategy)」(2002) を反映したものとなっている。そこでは、家族および世代間の助け合いやコミュニティを重視し、高齢者自身の参加と地域保健の重視を謳っている。同時に、コミュニティ、地方自治体、NGO、POs (People's Organizations)、市民団体等による地域活動を強化することを規定している。なお、10月の第1週は「高齢者週間」として、かなり大々的に啓発活動が実施されている。ただし、要介護老人を収容する政府系高齢者施設は3施設しかなく、今後の需要増に対応できる状態にはない¹⁰⁵。

最大の老人ホームであるGolden Acresでは、医薬品が不足し、病棟の改築が進んでいなかった。ここは一時的シェルターであるにもかかわらず、長期入居している者がかなりいる。入所の条件は、伝染病などに罹患しておらず、医療的治療が必要でないことであり、2005年8月現在、7棟の病棟に患者の症状別に収容されていた。患者数246人、男性・女性比は約1対2であり、平均年齢は70~80歳ということであった。スタッフは約70人、内訳はソーシャルワーカー7人、ナース5人、医者1人、介護士 (care givers) 35人、ガードマン、事務員等であった。

(2) タイ

- ・ First Long-Term Plan of Action for the Elderly in Thailand (1986-2001) 1986
- ・ Second National Long-term Plan for Older Persons (2002-2021) 2000

ここでも、家族・コミュニティの強化を強調し、高齢者との同居、貯蓄の奨励・労働機会の拡大を目指している。高齢者にかかわる政策立案・調整・実施は、現在、「社会開発人間の安全保障省」(Ministry of Social Development and Human Security) が担当している¹⁰⁶。

2005年8月現在、20の老人ホーム、18のデイケア・リハビリセンター、および200のコミュニティ・サービスセンターを運営している。老人ホームの中でも最大のものがBangkhae Home for the Agedであり、60歳以上の自立し身寄りのない高齢者を収容している。男子48人、女子173人

¹⁰⁵ 社会福祉開発省のパフレットによれば、通所型施設が563あることになっているが、その実態については未調査である。

¹⁰⁶ タイの近年の政策については、大泉 (2005) 参照。

の合計221人を収容中であった。収容者の年齢は最高98歳、平均78歳であった。それに対し、スタッフは12人（ソーシャルワーカー、ナース、経理等）であった。

（3）インドネシア

- ・ Law Number 6 Concerning The Basic Provision of Social Welfare (1974)
- ・ Coordinating Minister of Public Welfare Decree Number 15/Kep/Menko/Kesra/IX concerning National Committee of Elderly Institutionalization in the National Living
- ・ Law Number 13 Concerning the Elderly Welfare (1998)
- ・ Law Number 22 Concerning The Local Government (1999)
- ・ Presidential Decree Number 52 Concerning National Commission of Elderly (*Komnas Lansia*) (2004)

インドネシアでは、2004年に「高齢者委員会（National Commission on Old Persons）」が設立された。インドネシアの高齢者にかかわる政策展開には、フィリピン同様、国際会議・国際宣言が影響している。その政策目標は、高齢者の生活に対する家族と社会の関与の重視、高齢者サービスの質の向上と専門家養成、関係組織の協働、サービスの種別の拡大等に置かれている。在宅と施設系サービスが現在提供されているが、高齢者委員会委員の説明によると、これ以上老人ホームは増やさない方針である¹⁰⁷。重点はコミュニティ・ホームケアに置かれており、併せて農村の老人の支援（エンパワーメント）、特に貧困、見捨てられた高齢者（女性高齢者）が対象となっている。2005年8月現在、政府系老人ホーム数は、中央政府レベルで2件（182人）、地方政府レベルで66件（5,126人）、民間／コミュニティ施設165件（5,812人）である。

3. NGOと社会サービス：HelpAge Internationalと各国「支部」の活動

現地調査では、HelpAge International（以下、HelpAge）と、それ以外にフィリピンではカトリック教会が運営する女子老人ホーム、インドネシアでは政府系非営利団体が運営する老人ホームを訪問した。以下、HelpAgeを取り上げるのは、国際的支援組織として共通の理念・方法論を持つ一方で、地域レベルの高齢者支援の方法として対照的なアプローチを採用しているため、アジアの地域福祉の今後を考える上で実施可能な選択肢を提供しているように思われるからである。また、HelpAgeは世界的なネットワークであり、今後様々な開発途上国で日本が協力を行う際、現地で実際に連携するパートナーとなる可能性もある。

HelpAgeは、1983年設立され、現在、世界50カ国以上に70以上の協力組織を有する国際NGOである¹⁰⁸。英国、ベルギー、米国に事務局を置き、アフリカ、アジア太平洋、ラテンアメリカ、カリブ諸国、東欧・中央アジアに地域中核組織を置いている。高齢者問題に関するアドボカシーが主たる活動領域であるが、最近では、津波と老人問題、HIVのリスクにさらされた家族と老人の問題等も扱っている。個別のプロジェクトとともに、社会手当（Social Pension、Non-

¹⁰⁷ Nugroho Abikusno氏より聞き取り。

¹⁰⁸ 組織の詳細については、<http://www.helpage.org/Home>参照。

Contributory Pension) 概念について啓発活動を行っており、2005年秋にはこのテーマに関して、国際シンポジウムを開催した。以下、各国における活動について紹介する。なお、実際活動にあっているのは、当該国における協力組織である。

事例1 フィリピン—Coalition of Services of the Elderly (COSE)

1989年設立。主たる活動領域は以下の通りである。

- ・老人の組織化と老人向けコミュニティベースプログラム (Community Based Programs among the Elderly Poor: CBPE)
- ・マニラ都市圏に現在44の老人組織を組織。
- ・コミュニティ保健士 (Community Gerontologist) の養成
- ・COSEにより訓練を受けた高齢者自身が、その他のボランティア専門家と協力しながら、コミュニティ保健士 (Community Gerontologist) として高齢者のための保健サービスを提供している。
- ・グループホーム運営
- ・社会福祉開発省および上述のGolden Acresと協力の下、3件のグループホーム (GH) を運営している。2005年8月現在、GH1には5人、GH2とGH3には、それぞれ4人の女性が生活している。女性たちは、もともとはGolden Acres収容者だったが、過密であったため、グループホームに移ったということであった。必要な費用はCOSEが支出している。
- ・職業訓練
- ・所得創出のための生計プログラムを実施している。GHの女性も、雑貨販売の訓練を受けている。

事例2 タイ—Foundation for Older Persons' Development (FOPDEV)

1999年設立。専従職員4人。高齢者がコミュニティの中で生活を維持できるようにすることを主たる目的としている。1997年に起きたタイの金融危機の際に、農村から若者が都市に出かけ、老人の世話をする者が誰もいなくなっていることに気づいたのが始まりである。具体的活動は以下の通り。

- ・貧困削減、高齢化に関するセミナー実施
- ・保健ボランティアの訓練
- ・職業訓練による老人のエンパワーメント—食品、かご、スリッパ、ロープ作り等

本団体の主たる目的は農村の高齢者のエンパワーメントであり、主たる収入源の創出ではなく、あくまで補助的収入と社会参加が目的である。参加型アプローチをとっているが、単なる保健医療支援ではなく社会的経済的支援を試みている。具体的には、訪問と社会的ケアを目的としているが、彼らは、自分たちのアプローチを「ヘルスケア」ではなく「ホームケア」と呼んでいる。なお、Caregiversは無給のボランティアである。保健ボランティアの養成セミナーについては、HelpAge Koreaの支援を受けている。

事例3 インドネシア—Yayasan Emong Lansia - HelpAge Indonesia

1996年設立。設立にあたってはMr. Cho Ki Dong (HelpAge Korea) とDr. Tony Setiabudhi (老人学会会長) が参加・協力している。主たる活動は以下の通り。

- ・ Adopt A Granny Program (里親プログラム)、高齢化に関する研修、ホームケアプロジェクト
- ・ 西ジャカルタにおけるホームケアプログラム：約40人のボランティアをコミュニティ・ソーシャルワーカー、家族計画・老人家族支援員、赤十字、女性団体から採用し、約40人の貧困高齢老人の家庭を訪問し相談活動に従事している¹⁰⁹。
- ・ タイ同様、HelpAge Koreaの援助を受けている。NGOのプロジェクトであるが、実質的には政府のパイロットプロジェクトの一つとして位置付けられている¹¹⁰。インドネシアにはRWレベルでヘルスセンター (PUSAKA) があり、サービスを提供することができるが、このプロジェクトは、「出張」するところに特徴がある。

4. 共通点と相違点

以上3カ国におけるNGO活動の概略を紹介したが、そこには共通点と相違点が見られる。重要な共通点としては、第1に、家族とコミュニティの果たす役割が強調されていることである。この点については、NGO活動は言うまでもなく、政府の政策の中で「家族・コミュニティ」が強調され、実践されているところに注目すべきであるかもしれない。

第2に、実際に観察・聞き取りをする過程で明らかになったことだが、高齢者と貧困問題、雇用問題がオーバーラップしていることである。日本の場合は、皆年金・皆保険に加え、社会福祉制度の下、貧困家庭は生活保護を受けることができる。介護保険についても、生活保護受給者には保険料の軽減措置を講じている。それに対し、アジアの多くの開発途上国のように医療・年金保険が不備である状態で高齢化し働けなくなると、一気に貧困化する高齢者が生じてくる。フィリピンとタイのプログラムで生計維持活動を導入しているのはそのためである。

第3に、これはNGOからだけでなく老人ホーム関係者からも聞いたことであるが、都市化の結果、また雇用労働の必要性のため、日中の家庭における高齢者介護が困難になりつつあることである。老親介護の価値観が弱体化しているという意見に加えて、このように、(面倒を見たくとも) 物理的に高齢者の面倒を見られない状況が生じている。

以上の共通点に対して、各国のアプローチは以下の点で異なっている。

- ・ グループホーム・アプローチ (フィリピン)
- ・ 老人の参加型活動、雇用創出重視 (タイ)
- ・ 訪問介護重視 (インドネシア)

以上のどれが優れているということではない。これら3つのアプローチは、地域において高齢者の生活支援を行う際の基本的視点を提供しているといえる。フィリピンで試みているグループ

¹⁰⁹ このプロジェクトの概要については、Abikusno (2005)。

¹¹⁰ Abikusno (2005)

ホーム・アプローチは、日本の地域密着型サービスと同じ方向を志向している。単身の高齢者が増加している現在、地域の中で身寄りのない高齢者の共同生活を可能にする試みは必要である。ただし、上述のように、健康である限り働き収入を得ることは、年金制度が十分でない国において極めて重要である。このような意味で、タイのNGOが試みていることは重要である。ささやかな収入ではあるが、このような収入が自立と尊厳の保持に大きく貢献することになる。最後に、高齢のため、また病気のため、はからずも貧困に陥ってしまった高齢者に対して支援する必要がある。このような高齢者は、クリニック・集会場のようなところまで出向くことに困難がある。インドネシアのアプローチは、ボランティアが貧困家庭を訪問することで、この問題に対応しようとするものである。

参考文献

大泉啓一郎（2005）「タイの人口高齢化」拓殖大学『海外事情』2005年9月

Abikusno, Nugroho（2005）“The Elderly of Indonesia: Current Policy and Programmes,” *Bold* Vol.15, No.2, pp. 18-22.

Population Division, Department of Economic and Social Affairs（2003）*World Population Prospects: The 2002 Revision*（ESA/P/WP.180）Highlights. New York: United Nations.

———（2004）*World Population to 2030*（ST/ESA/SER.A/236）, New York: United Nations.

添付資料 4 世界の少子高齢化へ向けた動向

－高齢化へ向けた国連の動き－

1982年にウィーンで、第1回高齢化世界会議が開かれた。先進地域を中心に高齢化の問題が強く意識されることとなり、日本もその影響を受けて政府が長寿社会対策大綱を策定した。世界的な動向を把握することは、日本政府の施策の方針の推移を知る上でも、かつ日本が世界に果たしうる役割を考える上でも重要である。ここでは、同世界会議以降の国連における取り組みを概説する。

1. 高齢化に関する世界会議以後の動き

高齢化へ向けた国連の本格的な動きは、1982年の「高齢化に関する世界会議」（ウィーン）に始まり、同会議で採択された「高齢化に関する国際行動計画」は同年の国連総会で決議されている。その後も高齢化の問題は次第に国連で取り上げられるようになり、1990年の国連総会決議では毎年10月1日を「国際高齢者の日」に指定することが決まり、1991年の国連総会では「高齢者のための国連原則」が採択された。

1992年の国連総会では「高齢化に関する国際行動計画」と「高齢者のための国連原則」の一層の促進を図るために「高齢化に関する宣言」が採択され、1999年を国際高齢者年に指定する決議がなされた。国際連合広報センターが1999年11月に発行した「高齢化に関する国際行動計画および高齢者のための国連原則」には、「総会決議によって設立された『高齢化に関する世界会議信託基金』は、開発途上国における高齢化関連問題への関心を高め、これらの国々の政府の要請に応じて各国が高齢者向けの政策およびプログラムを策定・実施する援助に用いるべきであり、さらに高齢化に関する技術協力と研究、開発途上国間における関連情報や技術交換に関する促進にも用いるべきである」と記されている¹¹¹。つまり、ここにおいて高齢化対策が先進国だけの問題ではなく、開発途上地域においても対応が迫られていることが認識され、先進国から途上国に対して、必要な支援を行うべきであることが明確に位置付けられたといえる。

1999年の国際高齢者年においては、世界各国で研究集会やシンポジウムなどの啓発イベントが開催され、同年10月には高齢化に関する世界会議を2002年にスペインで開催し、国際行動計画を20年ぶりに改訂することが提案された。

2. 高齢化に関する第2回世界会議の概要

2002年4月にスペイン・マドリッドで国連の第2回高齢化世界会議とNGOフォーラムが開催された。会議の目的は、第1回世界会議（1982年）以降の急速な人口構造の変化や、特に開発途上地域での高齢化の加速を踏まえて、20年ぶりに「高齢化に関する国際行動計画」を見直すこと

¹¹¹ <http://www.unic.or.jp/centre/pdf/elderly.pdf>

表A4-1 高齢化問題に関する国連の取り組みの沿革

| | 事 項 |
|-------|---|
| 1956年 | 高齢化率7%以上を「高齢化した (aged)」と表現 (国連経済社会理事会報告) |
| 1982年 | 高齢化に関する世界会議 (ウィーン) 「高齢化に関する国際行動計画」採択 「高齢化に関する国際行動計画」決議 (第37回国連総会) |
| 1990年 | 「国際高齢者の日」(毎年10月1日) 制定 (第45回国連総会) |
| 1991年 | 「高齢者のための国連原則」採択 (第46回国連総会) |
| 1992年 | 「高齢者に関する宣言」採択 1999 (平成11) 年を国際高齢者年に決定 (第47回国連総会) |
| 1999年 | 国際高齢者年 国際高齢者年フォローアップのための国連特別会議 (10月) |
| 2002年 | 第2回高齢化に関する世界会議 (4月) (マドリッド) 「高齢化に関するマドリッド国際行動計画2002」採択 |

出所：内閣府 (2004)

であった。国連会議には159カ国から国家元首・首相・閣僚・次官級の政府代表が総計700人近く出席し、国際機関やNGO等を含めると総数約9,000人が参加したといわれる、大きな国際会議となった。ただ、一人っ子政策を進める中国が会議に積極的である一方で、日本政府の態度は積極的とはいえず、世界とりわけ途上国に対して高齢化に向けた積極的な姿勢を示す好機を失ったとも指摘されている¹¹²。

全体会合では「高齢化に関するマドリッド国際行動計画2002」(以下、「行動計画2002」)が採択され、実現に向けた決意表明として「政治宣言」も行われた。

「国際行動計画2002」は、I序文、II行動勧告、III実施とフォローアップという3部から成り立ち、中心となる行動勧告は3つの優先方針 (A. 高齢者と開発、B. 高齢期に至る健康と福祉の推進、C. 活動可能かつ支援的な環境の確保) を掲げ、その下に35の行動目標を設定し、この目標を達成するために239の具体的な行動勧告を行っている。この内容は、内閣府が発行している2003年版の高齢社会白書では、以下のように紹介されている。

「『国際行動計画2002』は、世界的な高齢化の進展、特に今後予想される開発途上国での急速な高齢化を踏まえ、21世紀において高齢化を新たな発展のおおなる原動力とするために、あらゆる部門のあらゆるレベルにおいて姿勢、政策及び慣行を変更することを求めている、とある。(中略) この計画は、政策立案者が高齢化に関する重要な優先事項に焦点を当てるための実質的な手段となるよう意図されている。(中略) 「政府宣言」においては、各国政府が計画の完全な実施のために国際的な協力体制を強化すること、年齢による差別を含むあらゆる形態の差別を撤廃するためのいかなる努力も惜しまないこと、高齢化問題への取組を社会的・経済的戦略・政策及び行動に組み入れること等がうたわれている」¹¹³

この世界会議の閉会演説で、コフィ・アナン国連事務総長は「2050年までに高齢者の数は約6億人から20億人になるであろう。50年経たぬうちに15歳以下の子供より60歳以上の高齢者が多く

¹¹² 井上 (2003)

¹¹³ 内閣府 (2004) p. 60

いることになるだろう。おそらく最も重要なことは、高齢者人口の増加が開発途上国で最大になることであろう。このことが最も大切な監視事項である。(中略) 高齢化はもはや単なる『第一世界の問題』ではない」と述べ、都市化に伴う伝統的な家族や社会組織の援助の低下と、HIV感染の拡大によって高齢者が孤児を世話すること、先進国において「ゆりかごから墓場まで」の保障の概念が弱まり高齢者が低劣な年金と医療等のケアしか受けられなくなること、に伴う危機を指摘した。

表A4-2 高齢化に関するマドリッド国際行動計画2002

| |
|---|
| <p>I 序文</p> <p>II 行動勧告</p> <p>A. 優先方針 I：高齢者と開発</p> <p>課題 1：社会と開発への積極的参加</p> <p>課題 2：労働と高齢化する労働力</p> <p>課題 3：農村地域の発展、移住、都市化</p> <p>課題 4：知識、教育、訓練へのアクセス</p> <p>課題 5：世代間の連帯</p> <p>課題 6：貧困の根絶</p> <p>課題 7：所得保障、社会的保護／社会保障、貧困防止</p> <p>課題 8：緊急事態</p> <p>B. 優先方針 II：高齢期に至るまでの健康と福祉の増進</p> <p>課題 1：生涯にわたる健康増進と福祉</p> <p>課題 2：保健医療サービスへの普遍的で平等なアクセス</p> <p>課題 3：高齢者とHIV/AIDS</p> <p>課題 4：介護者と保健医療専門家への訓練</p> <p>課題 5：精神衛生における高齢者のニーズ</p> <p>課題 6：高齢者と障害</p> <p>C. 優先方針 III：支援活動かつ支援的な環境の確保</p> <p>課題 1：住宅と生活環境</p> <p>課題 2：介護と世話（ケア）提供者へのケア</p> <p>課題 3：無視、虐待、暴力</p> <p>課題 4：高齢化のイメージ</p> <p>III. 実施と追行（フォローアップ）</p> <p>国内行動、国際的活動、調査、世界的監視・見直し・改定</p> |
|---|

出所：内閣府（2004）p. 62、井上（2003）p. 17

参考文献

- 井上英夫（2003）『高齢化への人類の挑戦』萌文社
- 内閣府（2004）『平成15年度版高齢社会白書』ぎょうせい

略 歴

渡辺 利夫（わたなべ としお）

最終学歴：慶應義塾大学大学院 経済学研究科博士課程（1970年3月）

学 位：経済学博士（慶應義塾大学 1980年）

学位論文：開発経済学研究－輸出と国民経済形成

主な職歴：1975年10月 筑波大学助教授

1980年4月 筑波大学教授

1988年4月 東京工業大学教授

現 在：拓殖大学学長、第17期学術会議会員、アジア政経学会（元理事長）、国際開発学会（副会長）、国際経済学会（前常任理事）、国際ビジネス研究学会（常任理事）、ODA総合戦略会議議長代理、山梨総合研究所理事長、日本総合研究所顧問

主 著：『成長のアジア 停滞のアジア』東洋経済新報社、1985年（吉野作造賞）

『開発経済学』日本評論社、1986年（太平正芳記念賞）

『西太平洋の時代』文藝春秋、1989年（アジア太平洋賞大賞）

『Asia, Its Growth and Agony』Hawaii University Press, 1992年

『神経症の時代』TBSブリタニカ、1996年（開高健賞）

『種田山頭火の死生－ほろほろほろびゆく』文藝春秋、1999年

『海の中国』（岩崎育夫教授との共著）弘文堂、2001年

『開発経済学入門』東洋経済新報社、2002年

大泉 啓一郎（おおいずみ けいいちろう）

最終学歴：京都大学農学研究科修士課程修了（1988年）

現 在：日本総合研究所 調査部 環太平洋戦略研究センター 主任研究員

研究テーマ：タイ・インドシナの経済発展

主 著：「東アジアの少子高齢化と日本の協力」渡辺利夫編『日本の東アジア戦略』東洋経済新報社、2004年

「経済連携時代におけるタイの新開発戦略」渡辺利夫編『東アジア 経済連携の時代』東洋経済新報社、2003年

「通貨危機と会社法制度改革」末廣昭編『タイの制度改革と企業再編』アジア経済研究所、2001年

「ベトナム」原洋之介編『アジア経済論』NTT出版、1999年

梶原 弘和 (かじわら ひろかず)

最終学歴：拓殖大学経済学研究科博士課程満期退学（1978年）

学 位：学術博士（東京工業大学 1995年）

現 在：拓殖大学 国際開発学部 教授

経 歴：在フィリピン日本大使館専門調査員、千葉経済大学教授

研究テーマ：開発途上国の長期発展に関する各種分析

主 著：『アジアの発展戦略』東洋経済新報社、1995年

『アジア発展の構図』東洋経済新報社、1999年

『経済発展と人口動態』頸草書房、2000年

新田目 夏実 (あらため なつみ)

最終学歴：シカゴ大学大学院社会科学部博士課程修了

学 位：Ph. D (社会学) (シカゴ大学)

現 在：拓殖大学 国際開発学部 教授

経 歴：民間企業、四国学院大学教授を経て、2002年より現職。

研究テーマ：アジアの人口問題と都市問題

主 著：「人口爆発と過剰都市化」渡辺利夫編『国際開発学II』東洋経済新報社、2000年

「結婚・夫婦満足度の規定要因－特に妻の就業状況の影響をめぐって－」『家計経済研究』第48号、2000年

「高齢者と家族－高齢者支援ネットワークの日米比較－」『社会学研究科紀要』No. 1、2001年

「夫婦関係の安定性について－家族経済学の可能性と限界－」『社会学研究科紀要』No. 2、2002年

山田 浩司 (やまだ こうじ)

現 在：独立行政法人国際協力機構国際協力総合研修所 調査研究グループ副主任研究員