

韓国「老人長期療養保険」と日本の介護保険との比較

山路 憲夫

欧米、日本を追うようにアジアの国々でも高齢化は確実に進む。とりわけ高齢化が加速しているのが韓国である。

ドイツ、日本に次いで韓国でも介護保険制度が創設された。日本の介護保険を一つのモデルにした韓国の「老人長期療養保険」が2007年4月2日韓国国会本会議で満場一致で通過、4月27日に公布され、2008年7月1日からスタートした。

韓国が世界で3番目の介護保険制度を持つ国となったのは、次のような点で注目される。

ひとつは長幼の序を重んじる儒教文化の国として、介護も家族で支えると思われていた国で、税ではなく介護保険という形で「介護の社会化」に踏み切ったことである。もうひとつは、後述するように高齢化が日本に比べはるかに低い（注1）段階で、介護保険をいち早く導入した点である。介護は先進国共通の問題ではあるが、中国や他のアジア諸国も程度や時期の差はあれ、少子高齢化を迎える。経済発展が進むにつれ、社会保障制度の仕組み作りにもこうした国々は乗り出している。高齢化が本格化する前にいち早く、保険制度を導入したのは、さまざまな点で後に続く国々にとっても大きな参考事例となろう。

韓国の介護保険は日本やドイツをモデルにしながらも、その長所と短所を研究し、当然のことながら韓国の実情に合わせた制度を整備しつつある。その制度設計、取り組みの行方は日本にとっても制度見直しの上で、逆に学ぶべき点も出てこよう。

筆者は、老人長期療養保険スタート直後の08年7月9日～12日の間訪韓し、老人長期療養保険の創設に取り組んできた保健福祉家族部（日本の厚生労働省介護保険担当部局）老人政策官室療養保険制度課事務官 孫 日龍（ソン・イルヨン）氏、国民健康保険公団の鄭弘琪（チャン・ホンキ）氏 長期療養運営室 療養法務部長、鄭 永善（チャン・ヨンソン）氏 長期療養給與室 療養給與管理部長、申 一浩（シン・イルホ）氏 長期療養評価室 療養評価部長、李 相錫（リ・サンソン）氏 長期療養審査室 現地調査部長、金 禪鎮（キム・サンジン）氏 長期療養運営室 療養運営部次長、さらに立案の中心的な役割を果たしてきた李奎植・延世大学保健環境大学院教授とのヒアリングをし、この制度創設の狙いとスタート後の現状と課題について話を聞くことができた。

本稿では、スタートしたばかりの韓国老人長期療養保険制度の特徴と課題を日本の介護保険と比較しながら考察する。

I 「老人長期療養保険」の仕組み

1. 目的

老人長期療養保険法第1条で「高齢や老人性疾病等によって日常生活を一人で遂行し難い老人等に提供する身体活動または家事支援等の長期療養給付に関する事項を規定して、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を減らすことで国民の生活の質の向上を図ることを目的とする」との目的を掲げた。日本の介護保険法と基本的には似通ってはいるが「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配慮されなければならない」（日本の介護保険法第二条）のような「自立支援」という言葉、考えが明確に打ち出されてはいない。

2. 医療保険活用型

韓国「老人長期療養保険」の保険者は国民健康保険公団である。保険者は市町村とした日本と異なる。

（表1）にあるように、要介護認定のやり方は日本ときわめて似ているが、制度の建て方は、医療保険制度活用型である。

韓国の医療保険制度は、かつての日本と同じように職域と地域に分立していたが、2000年に国民健康保険制度に統合され、国民健康保険公団が唯一の保険者となった。全国に支社178、職員1万人余を抱える巨大組織である。

医療保険制度が一元化された後、医療保険制度同公団は韓国老人長期療養保険の制度設計にも保健福祉家族部とともに取り組んできた。韓国老人長期療養保険でも保険者として、保険料の賦課徴収、要介護認定、保険給付等の実務にもあたる。制度設計時に、日本のように保険者を市町村にすべきかどうかという議論はあったが、市町村は保険者としての経験、ノウハウがないという理由で市町村を保険者とする案は見送られた。しかし、基盤整備や制度のチェックなどの役割は当然市町村にも課せられる。身近な単位である市町村の役割をもっと強化すべきという声も強い。

医療保険制度の一元化とその結果生まれた国民健康保険公団という巨大な唯一の保険者の誕生が、医療保険活用型を採用した最大の理由である。

3. 給付対象者の年齢制限がない

被保険者は日本の場合、40歳以上、給付対象者は原則65歳だが、韓国の場合、国民健康保険制度の被保険者とされており、年齢制限はない。その点でドイツと同じ構成である。保険料は、保険公団が、医療保険料と一緒に介護保険料として徴収する。

給付対象者は65歳以上の高齢者または65歳未満であっても、認知症、脳血管疾患、パーキンソン病など施行令で定める老人性疾患を持った者となっており、基本的には高齢者である。

4. 施設入所中心

保険給付サービスは在宅給付と施設給付さらに特別現金給付とがある。同法第22条（長

期療養給付の種類)で、在宅給付のサービスとして、訪問療養(訪問介護)、訪問入浴、訪問看護、デイサービス、夜間サービスがある。施設給付は、老人療養施設やグループホームなど「長期療養機関」(介護施設)に入所して、受けられるサービスである。

現実にはかつての日本がそうだったように施設入所が中心で、在宅のサービスの基盤整備は立ち遅れている。施設及び在宅サービスを担う専門職としてのケア・ワーカーの養成はこれからである。

5. 現金給付も導入

家族が介護した場合の「特別現金給付」を認めたのも、韓国老人長期療養保険の特徴である。

島やへき地、施設が不足している地域で、家族介護者に「家族療養費」を支給する。本人が認知症の要介護者で、ヘルパーなどの在宅給付サービスではなく家族介護を希望した場合も支給される。

この点では、家族介護への現金給付を認めたドイツと同様である。日本の場合、家族介護への現金給付を認めるかどうか、介護保険スタート前に議論となったが、妻や嫁、娘といった女性が担ってきた家族介護からの解放、軽減ができず、介護保険が目指す「介護の社会化」に反することを理由に家族介護の現金給付は認めなかった経過がある。

日本で現金給付を認めなかった、もうひとつの理由として、ゴールドプラン(高齢者保健福祉十カ年戦略)、新ゴールドプランなどにより在宅サービスを中心とした基盤整備を介護保険スタートまでにある程度進めてきた結果「保険あってサービスなし」という事態を避けられたことも大きい。韓国の場合「特別現金給付」を認めたのは、在宅サービスの整備が立ち遅れ、その代替策としての色彩が強い。

II 制度設計にあたった韓国側の問題意識—日独の制度を徹底研究

1. 韓国の実情に合わせ、持続可能な制度に

制度設計に当たった韓国の保険家族福祉部や国民健康保険公団の関係者は、日本とドイツの介護保険を相当研究しつつ、韓国の実情にどう合わせるのか、持続可能な制度にするにはどうしていくのかの観点から韓国流に手直ししていったことがうかがえる。

保健福祉家族部老人政策官室療養保険制度課の孫 日龍・事務官によると、その観点から

- ① そのために介護の対象者をどこまで絞るか。
- ② 管理、運営システムをどうするか。
- ③ ケアマネジャー(介護支援専門員)が必要かどうか。
- ④ 軽度者に対するサービスをどうするか。

の4つの点を中心に検討を深めた。

日本が2000年に介護保険を導入した時の高齢化率は17.3%だったのに対し、韓国は高齢化率が10%となった2008年に導入した。高齢化率の違いだけでなく、所得の違いもある。韓国は平均所得年2万ドル程度だ。保険料の負担能力の違いも当然ある。

その結果①について、日本の介護保険での要介護度は当初6等級に分けられていたのに対し、韓国は軽度を除く中度以上の3等級にした。

中度以上だと高齢者人口の約3%にあたる17万人をカバーできる。日本のように要介護度2以下で要支援1と要支援2も含めた軽度者を含めなかったのは、財政面からの「持続可能な制度」を重視したといえよう。日本の介護保険の場合、軽度者の家事援助サービスの利用が増え、介護保険財政を圧迫、それが2005年度の介護予防を柱とした大改正につながったことが韓国側の念頭にあることがうかがえる。

②の管理運営について、老人長期療養保険はドイツと同じように「医療保険活用型」にしたのは、全国一律の中央集権的システムとして運用した方が韓国の実情に合うとして、医療保険制度を一元管理する「国民健康保険公団」を保険者とし、自治体は健康保険、社会保険を管理する組織に位置づけた。

この背景には、韓国の自治体が日本と比べ行政的に未成熟で保険者の経験もない、効率的ではないとの判断があるようだ。

ケアマネが必要かどうかも検討されたが、日本の状況も調べたうえで採り入れないことにした。入浴や食事介助もこの保険費用から出さない。公団が一元管理することで、乗り切れると判断した、という。

保険対象外の軽度者については、自治体に「高齢者向け福祉プログラム」を作らせ、各自治体ごとに予防、教育、支援サービスを実施するようにした。各保健所でも初期の認知症に対応できる治療やサポート、家事援助も実施している。

保険の範囲でやることと、自治体、保健所で担うサービスとを区別したのは、財政の安定化を重視していることに他ならない。

認知症の判定は、日本の事例を参考に4年間モデル事業を実施した。

1～2時間の訪問で判断するのは難しいが、診察した医師診断書、社会福祉士、家族と本人の意見を総合的に判定する。これまでは「自分が認知症」といった人たちのうち91.2%を認知症とするという結果が出た、という。

日本がゴールドプラン（高齢者保健福祉十カ年戦略）を1989年策定、10年かけて基盤整備を進め、介護保険をスタートさせるためのサービスを整えていったのに対し、韓国は基盤整備が遅れているのはまぎれもない。

病院と療養施設のうち、とくに介護が必要な療養施設が足りない。

在宅ケアを担うヘルパーが足りない。在宅サービスはまだ不十分である。往診サービスも弱かったし、今も弱い。長期療養保険でも医師、看護師が訪問する往診サービスも盛り込んだ。医師が指示書を作って看護師に渡す。療養施設は嘱託医がいる。療養施設に行っ

でも処方できるようにした。

医師の指示書を出した場合、それに基づき訪問した場合、1回につき4万8350ウォン（ヒアリング時は1ウォン=13円）出すようにした。

ヘルパーは足りているが、今までは資格がなかった。2007年2月から1500カ所で講習、10万人が「療養保護士」を取得し、15万人になった。

どこまで医療機関がやり、療養施設はどこまでやるのか。薬で治療可能なら療養施設、酸素ボンベや透析などの医療行為は病院でという分け方をした。

2. 医療費抑制が最大の狙い

保健福祉家族部老人政策官室療養保険制度課の孫 日龍・事務官は「老人長期療養保険を導入したのは、医療費が急速な高齢化で急速に増加したのが第一の理由だ。医療保険だけで解決できない。国で支援する制度はない。韓国の場合、医療費の個人負担が重い（入院の場合、診療費の20%だが、外来、入院、調剤によって異なり、診療費の半額負担という場合もある＝注1）。医療費の負担増によって家庭が破たんすることにもなりかねない」として、老人長期療養保険の創設の狙いが「医療費の抑制」にあるとした。

さらに、その流れを明確に語ってくれたのは李奎植・延世大学保健環境大学院教授である。

李教授は政府の医療制度改革や「老人長期療養保険」の立案にもあたってきた韓国を代表する医療経済学者である。

老人長期療養保険が創設された理由の中で、李教授が最も強調したのは高齢者医療費の削減効果である。

李教授は、これまでの韓国の医療制度改革の流れを次のように説明した。

韓国は1963年12月に医療保険法を制定、当初は任意加入だったが、76年から強制適用に転換、まず職域、公務員、農村、地域と国民の医療保険適用範囲を拡大、その上で2000年7月、公務員と職域（民間サラリーマン）、地域（自営業者等）のそれぞれの組合に分かれた制度を統合することにより一元化、2003年には保険財政も完全に一元化した。

問題は一元化した後も、医療費が増加し続けたことにある。

2000年の統合時には10兆7000億ウォンだった保険診療費の総支出は、それ以後も増え続け、05年には倍の20兆ウォンまで膨らんだ（注3）。

加速する高齢化が最大の原因だが、李教授によると政策の失敗もあったという。その一つが2000年7月に実施された医薬分業だった。薬価差益を狙った医師の過剰処方を抑制するために導入されたが、医薬分業前の99年と医薬分業後の06年と比べ、薬局診療費は7年間で2.3倍に膨らんだ。この結果、保険診療費に占める薬剤費は01年度21.5%から06年度29.2%にまで増えた（注3）。診療報酬も、薬価差益があるために抑えることができたのが、薬価差益がなくなったために抗議した診療所、医師が2000年7月にストライキを実施、政府は診療報酬の大幅な引き上げを認めた。それも医療費の増加につながった。

一元化により、管理運営費の抑制も期待されたが、実際には99年に5.9兆ウォンだった管理運営費は07年9.9兆ウォンまで増え続けている。

薬価については2006年に薬剤費適正化法が成立、2007年から実施、2011年までに薬剤比率を24%まで下げる目標を掲げた。

具体的には薬の保険収載にあたって、それまでは薬が認可されれば自動的に保険適用となっていたのを改め、同じ効能を持つ薬のうち経済性が優れているものだけを保険適用にする、いわゆる「ポジティブリスト方式」にした。ジェネリック医薬品も普及させることにした。

こうした形で医療費の適正化を図ってはいるが、まだなかなか効果は出ていない。

最大の問題はいうまでもなく高齢化である。

現在でこそ、韓国の高齢化率は10%だが、これから加速する（注2）（表2）。

2000年には20歳～49歳の間の7人が1人の高齢者を扶養していたのが、15年になると3.5人で1人、25年には2人に1人が扶養することになる。このままでは制度が破たんする。

医療費の効率化と同時に、介護保険制度の導入を決めたのはそのためだ。

制度設計にあたっては日本を参考にしたが、日本の介護保険を見ると、介護費用が増え続けていると同時に高齢者医療費も増え続けており、介護保険が高齢者医療費の削減につながったかどうか疑問がある、として李教授は最後に「医療費から介護費用へのコストシフトはしたくない。老人長期療養保険の制度設計にあたって、日本だけでなくドイツも参考にしたのは、そうした理由でもある」と締めくくった。

3. 「ケアマネ制度は問題がある」と採用せず

唯一の保険者として、国民健康保険公団は、制度設計にあたって、多角的な検討を続けた。

国民健康保険公団は医療保険制度が一元化された2000年7月に設立された韓国唯一の医療保険者。老人長期療養保険でも保険者として、保険料の賦課徴収、要介護認定、保険給付等の実務にもあたる。

作り上げた制度と日本との違いは、韓国老人長期療養保険は64歳以下でも老人性疾患があれば対象となる。64歳以下の老人疾患の対象はアルツハイマー、認知症、脳卒中、脳血管疾患が対象となる。

介護度はドイツと同様、3ランクにし、財源は保険料、国と自治体が補助して財源調整する。

本人負担は在宅15%、施設給付の場合20%、食事は給付対象とならない。ベッドの基本は4人部屋。

対象者は17万人（高齢者の3.1%）。このうち62000人は施設入所。92000人は在宅である。認定は二次にわたる調査を実施する。コンピュータ結果を受けて、等級判定委員会で決定（日本方式）。

日本の介護保険でのケアマネという職種を作らなかったが、保険者である国民健康保険公団が36項目のニーズ調査（ケア・アセスメント）をし、等級判定をし、略式のケアプランを作る。

ヒアリングで公団側は「（民間居宅事業所に属する）日本のケアマネ制度は問題があるのではないかと日本のケアマネ制度に疑問を呈した。

等級判定実施にあたって、担当者として看護師と社会福祉士2300人を採用した。非該当の場合は、A～C型の三種類に分け、市区の福祉サービスにつなぐ。在宅給付のメニューは訪問入浴、訪問看護、昼・夜間保護、短期保護、その他に、在宅給付（福祉用具貸与及び購入）がある（注4）。

韓国の老人療養施設は日本の特別養護老人ホームと同じで、施設給付として認めた（注5）。

日本介護保険との大きな違いの一つは、家族介護に現金給付（特例給付費）を認めたことだ（注6）。

苦情解決の仕組みとして、強制審判制度を採用した。

公団支社で苦情が受け入れられない場合は本部に提起、さらに保健福祉部と市町村が苦情解決に協力、指導・監督の役割をする。

今後、認知症高齢者が増え、虐待も増えてくる。虐待を行政が調査、事実がはっきりした場合、重罰に処す仕組みも作った。

老人長期療養保険になって、療養施設での利用者一人当たり面積、職員の数ともに増えた。従来の施設は運営できるよう利益が出るよう設定した。

Ⅲ ヒアリングを終えてのまとめ

介護保険スタートの前後、国内で、さまざまな見直し論議が沸騰、第一号被保険者の負担の軽減措置まで実施した日本に比べ、08年訪韓した際も、韓国内は驚くほど静かだった。メディアでもほとんど取り上げられていない。

ひとつは制度発足時の高齢化率に大きな違いがあり、介護で深刻な状況は生まれつつあるものの、日本ほど「介護地獄」が全国的な課題として切実なものになっていないことが第一の理由であろう。

さらに保険料の引き上げをスタートした時、日本の介護保険料（第一号被保険者の平均月額2991円）に比べると、ひと桁低い水準にとどめたことももう一つの要因であろう。それを可能にしたのは、高齢化率の違いだけでなく、ドイツと同様に対象者を中度以上に絞り込み、3ランクに止めたことである。日本やドイツとも異なり、サービス基盤の整備をしつつ、ソフトランディングしていくという韓国独自のやり方であろう。3等級に絞り込んだことで、保険料も日本ほど上がらない。目に見える保険料負担がアップしていない。

制度設計にあたっては日本の介護保険の特徴、弱点もよく研究したのがうかがえる。例

えばケアマネを導入しなかったのは、段階的に導入していくにあたって、当初からきめ細かいケアマネイジメントを必要としない面もあるが、コムスン問題を引き合いにしながら「特定の事業所にケアマネが属して中立的なケアマネイジメントができるのか」「日本のアセスメントには問題がある」（国民健康保険公団）という声もヒアリングの際に出された。

IV 韓国老人長期療養保険の課題

韓国にとって最大の課題はサービス基盤の整備がまだ途上にあることであろう。療養施設も十分ではもちろんない。日本もかつてはそうだったように、まだ在宅のニーズが切実でないのか、いまのところ「施設中心型」であるのはまぎれもない。その施設の受け入れがとくに大都市部で不足している。国民健康保険公団の説明によると、06年全国に823カ所あった老人療養施設をこの2年間で1274カ所（定員数6万6000人）に増やしたがまだまだ足りないという。在宅にいたっては在宅老人福祉施設、ヘルパー派遣施設、デイサービスが整備されつつあるが、ニーズが本格化する2010年までに十分な整備ができるかどうか。「療養保護士」の養成はこれからである。専門職が育てなければ、認知症や寝たきりといった重度の介護のニーズにこたえきれまい。

国民健康保険公団という全国組織に保険者を委ねた結果、中央集権的なシステムとなり、地方の実情に応じたきめ細かいサービス提供や苦情対応、チェックシステムがどこまでできるのか。自治体が直接関与しないことで、住民参加、住民によるチェックが本当にできるのか。

さらに今後高齢化が加速するにつれ、負担も増えてくる。本人負担は20%で、日本より高い。生活保護受給者を含めた低所得者、災害罹災者などに対して負担は半額に軽減されるが、低所得者層が負担に耐え切れるのか。

医療と介護の連携もこれからますます必要となってくるが、新たな老人長期療養保険により、医療保険制度との区分けがどこまで明確にできるのか。韓国も高齢者の社会的入院が多く、その解消も大きな課題となっている。

以上のような問題、課題を感じたままに挙げたが、これらはもとより韓国だけの悩みではなく、日本もまた同様の問題を抱えている。両国が違いと共通点を明確にした上で、ともに協力して課題解決に当たる必要も改めて感じさせられた。

以上のまとめにあたっては、保健福祉家族部老人政策官室の金道勲老人政策官に多大な協力を得た。とくに（注4）（注5）（注6）の韓国老人長期療養保険法の翻訳、（表1）の韓国の高齢化率の推移の作成は氏によるものである。厚くお礼申し上げたい。また増田雅暢上智大学教授による「韓国の介護保険成立と今後の課題」p（「週刊社会保障」2429号、2007年4月所収）など韓国老人長期療養保険の一連の調査、研究も参考にさせていただいた。感

謝したい。

(注1) 健康保険組合連合会「韓国の医療保険制度についての追跡調査報告書」(2007年3月)

(注2) 金道勲「韓国介護保険制度の内容と構造に関する考察」(1P)によると、高齢化率が7%を超えた(高齢化社会)のは2000年で、日本より30年遅れたが、日本が14%を超えた(高齢社会)のは24年かかったのに対し、韓国は19年後の2019年に14%を超える見通しで、日本よりも高齢化の速度は速く、2050年には高齢化率で日本を上回る。

(注3) 李奎植「韓国医療保険制度統合一元化とその後の動向」22p=健康保険組合連合会「健康保険」2007年9月所収

(注4) 老人長期療養保険法第22条(長期療養給付の種類)①この法による長期療養給付の種類は次の各号のとおり。

1. 在宅給付

- ア. 訪問療養: 長期療養要員(金道勲注; 健保公団職員)が受給者の家庭等を訪問して、身体活動及び家事活動等を支援する長期療養給付
- イ. 訪問入浴: 長期療養要員が入浴設備を取り揃えた装備を利用して、受給者の家庭等を訪問し、入浴を行う長期療養給付
- ウ. 訪問看護: 長期療養要員である看護師等が医師及び歯科医師の指示書(以下、“訪問看護指示書”だという)によって、受給者の家庭等を訪問して、看護、診療の補助、療養上の相談等を提供する長期療養給付
- エ. 昼・夜間保護(金道勲注; デイケア): 受給者を一日の中で一定時間の間に、長期療養機関(金道勲注; 介護施設)に保護して、身体活動支援及び機能回復訓練等を提供する長期療養給付
- オ. 短期保護(金道勲注; ショートケア): 受給者を保健福祉家族部令が定める範囲中で、一定期間に長期療養機関に保護して、身体活動支援及び機能回復訓練等を提供する長期療養給付
- カ. その他の在宅給付: 受給者の日常生活・身体活動の支援に必要な用具を提供するか、家庭へ訪問してリハビリに関する支援等を提供する長期療養給付としてする介護給付として大統領令が定めること

** 施行令第9条(その他の在宅給付)法第23条第1項第1号カによるその他の在宅給付は、受給者の日常生活または身体活動の支援に必要な用具として保健福祉家族部が定めて告示するものを提供するか、貸与することをいう。*

(注5) 施設給付：長期療養機関が運営する〈老人福祉法〉第34条の規定による老人医療福祉施設（老人専門病院は除く）等に長期間に入所させて、身体活動支援及び心身機能の維持・向上のための教育・訓練等を提供する長期療養給付

(注6) 特別現金給付

ア．家族療養費：第24条の規定によって支給する家族長期療養給付

イ．特例介護費：第25条の規定によって支給する特例長期療養給付

ウ．療養病院看病費：第26条の規定によって支給する療養病院長期療養給付

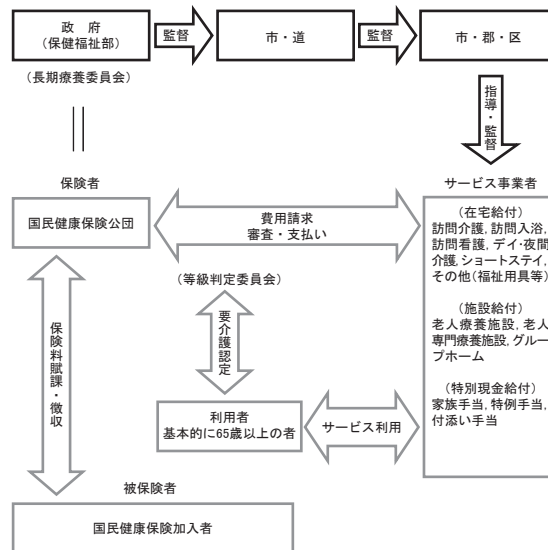
第24条（家族療養費）

① 次の各号のいずれか一つに該当する受給者が家族等から第24条第1項第1号ア目の規定による訪問療養に相当な長期療養給付を受けた時には、大統領令が定める基準によって当該受給者に家族療養費を支給することができる。

1. 島嶼・僻地等の長期療養機関が著しく不足している地域として保健福祉家族部長官が決めて告示する地域に居住する者
2. 天災地変その他これと類似の事由によって長期療養機関が提供する長期療養介給付を利用し難いと保健福祉家族部長官が認める者
3. 身体・精神または性格等大統領令が定める事由によって家族等から介護を受けなければならない者

② 第1項の規定による家族療養費の支給手続きその他必要な事項は保健福祉部令で定める。

(表1) 韓国老人長期療養保険の仕組み



(表2) 韓国の年齢階層別人口及び高齢化指数推移

(単位：千人，%)

	1990	1997	2000	2006	2007	2010	2016	2018	2026
総人口	42,869	45,954	47,008	48,297	48,456	48,875	49,312	49,340	49,039
65歳以上	2,195	2,929	3,395	4,586	4,810	5,357	6,585	7,075	10,218
<構成比率>	5.1	6.4	7.2	9.5	9.9	11.0	13.4	14.3	20.8
老年扶養費	7.4	8.9	10.1	13.2	13.8	15.0	18.2	19.7	30.9
高齢化指数	20.0	28.6	34.3	51.0	55.1	67.7	100.7	112.5	178.6
高齢者一人当たり生産可能人口(人)	13.5	11.2	9.9	7.6	7.3	6.6	5.5	5.1	3.2

資料：統計庁，将来人口推計，2006