

第2章 日本と中国における医療・介護の現状と課題

地域包括ケアシステムの機能化モデルが日本のみならず、他国にも活用できるためにも、本章では日本ならびに中国の医療と介護の現状と課題について明らかにする。

第1節 日本における医療・介護の現状と課題

第1章第1節でも述べたように、急速な高齢化の進展により高齢者の慢性疾患の罹患率の増加により疾病構造が変化し、「治し、支える医療」への転換と医療、介護、生活支援などの各種多様なサービスにより、住み慣れた地域で尊厳のある暮らしの継続を図ることが求められている²¹。

このように、医療と介護を必要とする重度の要介護者や認知症高齢者の増加により、医療と介護の連携が求められている。また、医療や介護需要の高まりにより社会保障費の増加、介護人材の確保など多くの問題を抱えている。そこで現状を打破すべく国は2025年までに地域包括ケアシステムの構築を決めた。地域包括ケアシステム概念の具現化には、この概念を構成する医療、介護、予防、生活支援、住まいの5つの要素のそれぞれを充実させるとともに、それらをネットワークとして一体的に提供していかなければならないとしている²²。2005年の介護保険法改正の第3期介護保険事業計画において「地域包括ケアシステム」という用語が初出し、「地域包括支援センター」が生まれた。さらに大きな転機となったのは2011年の介護保険法改正で、この際、条文に「自治体が地域包括ケアシステム推進の義務を担う」と明記された。

厚生労働省では地域包括ケアシステムを図表⁶²³にあるように、団塊の世代が75歳以上になる2025年をめどに、要介護となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける

²¹厚生労働省『平成28年度版 厚生労働白書-人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-』日経印刷株式会社(2016)、p.147

²²厚生労働省『平成28年度版 厚生労働白書-人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-』日経印刷株式会社(2016)、p.146

²³厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ 2019年5月9日アクセス

ことができるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指している。

図表 6 地域包括ケアシステム



ここに至るまでの背景として 2005 年から医療改革大綱や、介護保険制度改革により医療費の適正化、2014 年には医療介護総合確保推進法案が成立、医療と介護の連携強化や機能分化を打ち出した。医療においては①病床機能報告制度の創設、②都道府県ごとに地域医療構想の策定をし、医療計画に盛り込むことが決まった。これにより病院の機能が丸裸になり、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 機能ごとに医療需要と必要病床数を出すことができる。例えば、急性期であるとしていた病院であっても実態は慢性期に近い内容であることも明らかになるため、急性期から回復期、慢性期に移行するといった再編が生まれる。介護の分野においては制度の持続可能性を図るとともに医療と介護の連携強化などを盛り込んだ。その後の社会保障制度国民会議や、各種法改正が行われ、従来の施設か在宅かという選択肢ではなく地域で高齢者を包括的に支援することを掲げ、医療と介護、生活支援までシームレスなシステム構築を各地域で行なっていくことが決まった。地域包括ケアシステム構築のために①在宅医療・介護連携の推進、②認知症施策の

推進、③多職種協働による地域における包括的な支援の推進、④生活支援サービスの充実・強化、⑤介護予防・日常生活支援事業²⁴の充実などがある²⁵。

地域包括ケアシステム構築が制定されるまでの流れを図表 7 に整理した。

図表 7 日本における社会保障の流れ

| | | |
|------------------|---|---|
| 2003年 | 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケア確立に向けて」 | 地域包括ケアシステム概念（ケアマネジメントの適切な実施と質の向上、様々なサービスのコーディネート）を定義 |
| 2005年 | 医療改革大綱 | 医療の安心・信頼を確保するため、患者や国民の視点から、あるべき医療を実現する医療制度の構造改革を推進される。 ①安心・信頼の医療の確保と予防の重視②医療費適正化の総合的な推進③超高齢社会を展望した新たな医療保健制度体系の実編 |
| 2005年 | 「介護保険制度改革の概要—介護保険法改正と介護報酬改定」 | 住み慣れた地域で生活できるよう、地域密着型サービスの創設や住居系サービス体系の見直しを実施。地域包括支援センターの設置等による地域包括ケア体制の整備。中重度者へは医療と介護の連携強化・機能分担の明確化を図ることが示された |
| 2008年 | 地域包括ケア研究会「地域包括ケア研究会 報告書—今後の検討のための論点整理」 | 地域包括ケアシステムを定義「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏）で適切に提供できるような地域での体制 |
| 2011年 11月 | 介護サービス基盤強化のための介護保険法の一部を改正する法律成立 | 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、医療・介護・予防・住まい、生活支援サービスを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築が必要であると定める。 定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設 |
| 2012年 (2013年) | 社会保障制度改革国民会議（社会保障制度改革推進法に基づき設置） | 病院完結型の医療から、医療と介護さらには住まいや自立した生活の支援までが切れ目なくつながる医療へのシフト（急速な高齢化の進展による疾病構造の変化に必要とされる医療について、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の在り方が大きくパラダイムシフトすることが求められた |
| 2012年 4月 | 介護保険法改定 | 地域包括ケアシステムの構築のための具体的方法を示す ①医療と介護の連携の強化等②介護人材の確保とサービスの質向上③高齢者の住まいの整備等④認知症対策の推進⑤保険者による主体的な取組の推進⑥保険料の上昇の緩和 |
| 2013年 | 持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革推進に関する法律（社会保障制度改革プログラム法）成立 | ①新たな基金の創設と医療介護の連携強化②地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保(医療法関係) ③地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化(介護保険法関係) ④看護師の特定行為明確化・医療事故調査制度・介護人材確保対策の検討など |
| 2014年 6月 | 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）成立 | 医療法や介護保険法など19の法案をとりまとめたもので、この内容に従って各法が改正される。地域包括ケアシステムの構築が具現化される。 2025年をめどに、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援（福祉サービス）が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していく |

出典：宮崎徳子監修豊島泰子・立石宏昭編著『地域包括ケアシステムのすすめ これからの保健・医療・福祉』ミネルヴァ書房(2016)より筆者作成

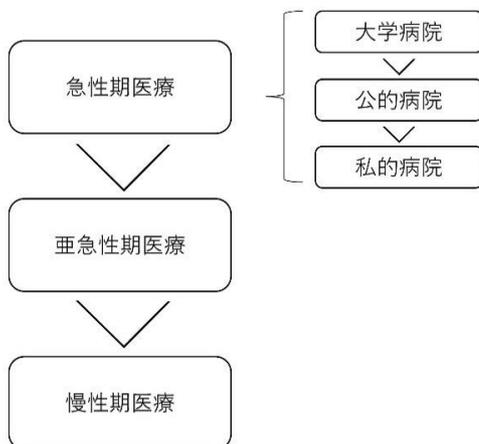
背景として、社会保障制度ができたのは1960～1970年代であり、基本は経済成長を前提としたものであった。また、子育てや介護は家庭が担っていた時代であった。しかし、50年が経過し、構造の変化が起こったのである。第一に家族形態の核家族化、未婚も増加した。加えて経済成長の鈍化もその要因である。改革は行なったものの、抜本的な取り組みが必要となった。

²⁴ 市町村が地域の状況に応じて取り組む総合支援事業。これまで全国統一だった給付を市町村ごとの総合事業へ移管することで、地域の特徴を生かしたサービスを創設することが狙い。日経デジタルヘルス「デジタルヘルス用語」日経BP社 <http://tech.nikkeibp.co.jp/dm/atcl/word/15/327920/012600016/?ST=health> 2018年5月21日アクセス

²⁵ 厚生労働省『平成28年度版 厚生労働省-人口高齢化を乗り越える社会モデルを考える-』日経印刷株式会社(2016)、p.394

その新たな枠組みが地域包括ケアシステムである。地域包括ケアシステムについては介護保険がスタートした後、2003年から根本となる話し合いは行われている。しかしながら、各方面からの重要性を語られるものの、病院や施設の機能分化と連携は十分に進んでいないのが現状だ。機能分化が必要な理由として、松田(2013)は①医療資源の効率化、②傷病構造の変化、③がん難民の問題、④死亡者数の増加と在宅医療の必要性の高まり、⑤医学教育・研修の問題を挙げている。その中で松田は機能分化を阻害する背景要因として、医療者の意識の問題を指摘している。それは「医療としては急性期医療が上位にあり、亜急性期、慢性期といくにつれ医療の「格」が下がっていくという意識ということである(図表8)。加えて、医療組織の特徴として、多種の医療専門職から構成されるため、それぞれが異なる価値観に依拠する。また、明石(2005)も医療組織に内在する多様な価値観のほとんどが、外部の権威に影響を受けることに着目している。

図表 8 医療における暗黙のヒエラルキー



出典: 松田晋哉『医療の何が問題なのか』勁草書房(2013)、p.230より引用

しかしながら、これまでの病院完結型では増大する社会保障費をまかなうことができず、地域包括ケアシステムという医療と介護、住まいが切れ目なく提供することができるようシフトすることが求められるようになった。そのため、旧来の医療や介護の受け手や、提供側の考えでは対応すること

ができないのは明らかである。Kuhn(1962、中山訳、1971)が提唱したパラダイムシフト²⁶が医療・介護業界に生じているのである。激変してゆく時代、枠組み変更の時代に何をなすべきかを真剣に考えねばならないのである。

世界で類をみない高齢化を迎える日本にとって、2025年に向け地域包括ケアシステムの構築が急務とされている。先進的に取り組んでいる自治体や近年の成功事例²⁷など紹介されているものの、そもそも地域包括ケアシステム自体画一的なシステムではなく、地域の特性によって独自に作り上げられるものとされている。そのため進展や内容には自治体や地域により差が生じている。

- (ア) 【住まい】住まいと住まい方とは生活の基盤が整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されている。また尊厳とプライバシーが確保されている。
- (イ) 【生活支援・福祉サービス】心身機能の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるように生活支援を行う。生活支援には食事などのサービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者には福祉サービスとしての提供も。
- (ウ) 【医療】【介護】個々人の抱える問題にあわせて「介護・リハビリ」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される。
- (エ) 【予防】単身・高齢者のみの世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

これらを概念化したのが図表9イラストである。地域包括ケアシステム構築のためには「自助・互助」が重要である。

²⁶ パラダイムとは一般に認められた科学的業績で、一時期の間、専門家に対して問い方のモデルを与えるものとして
いる。Kuhn, Thomas. *THE STRUCTURE OF SCIENTIFIC REVOLUTIONS*, The University of Chicago Press(1962). 邦訳、
トーマス・クーン/中山茂訳『科学革命の構造』みすず書房(1971)、p. まえがきV

²⁷ 地域包括ケアの株式会社日本総合研究所「事例を通じてわが町の地域包括ケアを考えよう『地域包括ケアシステム』事例集成～できること探しの素材週～」平成25年度老人保険事業推進費等補助金 老人保健健康推進事業構築に係る自治体の取組状況の整理・分析に関する調査事業報告書、株式会社日本総合研究所(2014)、pp. 26-274

図表 9 地域包括ケアシステムの「植木鉢」



出典：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書(地域包括ケア研究会) 地域包括ケアシステムと地域マネジメント」平成 27 年厚生労働省老人保健健康推進等事業補助金、老人保健兼健康等事業、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング(2016)

これまで、そして現在も「共助・公助」が中心であったが、先述したように増大する高齢者を共助や公助だけで支えていくことは不可能である。既存のシステムを変え、新しいシステムへ移行する必要がある。地域包括ケアシステムを実現するためには構造変革が求められる。

本節の最後に深刻な問題である少子高齢化の日本において、労働力不足について触れておきたい。その中でも 2030 年までにおよそ 962 万人を必要とする医療・介護分野の人材不足は顕著であるものの、特に不足されるとする看護補助や介護分野は外国人就労が認められていない。そこで経済連携協定(EPA)に基づき外国人看護師候補者、介護福祉士候補者の受け入れを 2008 年から実施している。本制度は協定で定められた一定期間²⁸、病院または介護施設で就労を行い国家試験の合格を目指す。国家資格を取得した場合においては、日本国内で就労が可能と

²⁸ 看護は 3 年間、介護は 4 年間、就労・研修をしながら滞在が可能。看護師・介護福祉士の資格取得後の在留期間の更新回数について制限はない。厚生労働省ホームページ「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html 2019 年 8 月 30 日アクセス

なる。なお、協定を結んでいるのは、インドネシア、フィリピン、ベトナムである。なお、2018年8月末時点において、受け入れ人数の累計は3カ国合計で5,600人を超えた²⁹。

また、外国人労働に関しては、2018年11月に「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」の施行に合わせ、対象職種に介護職が追加された。これにより、最長3年間³⁰、介護技能を学ぶことができる。しかし、言語の問題、労働環境の問題など依然として課題は山積している。増加する要介護者に対応するには、IT、AIの活用によるさらなる生産性の向上は必須である。

第2節 中国における医療・介護の現状と課題

第1項 中国における高齢化問題

第1章第2節で述べたように、中国の高齢化率は2025年に14%を迎える。高齢化率が7%から14%に達する期間の予測は日本と同じく24年であるものの、毎年100万人のペースで高齢者が増加³¹することからその規模は異なる。中国の高齢化問題は国際的な問題であると言える。

本章第2項は2000年から2100年までの年齢別人口数の推移、これに伴い第3項では中国の高齢化の特徴をまとめる。第4項では一人っ子政策の余波は大きく、中国における介護観に大きな影響を与えたことに触れていく。第5項ではさらに、戸籍制度による二元構造の影響について取り上げる。第6項では、1980年代に入り、社会保障政策について本格的に取り組むようになり、成人した子どもの父母への扶養義務が憲法に明確に規定されるなど、高齢者問題について政府の取り組みについてまとめていく。第7項から第9項では政策に基づいた高齢者福祉事業、高齢者

²⁹ 厚生労働省ホームページ「インドネシア、フィリピン及びベトナムからの外国人看護師・介護福祉士候補者の受け入れについて」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/gaikokujin/other22/index.html 2019年5月9日アクセス

³⁰ 条件をクリアすることで、技能実習開始から最長5年の在留も可能。

³¹ 中国全国老齡工作委员会弁公室「2013年中国老齡事業發展報告書」による。沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房（2014）、p. 276

福祉施設、福祉人材の現状についてまとめる。高齢化問題は単に医療・社会保障だけではなく、家族観から国全体の経済問題にまで発展する大きな問題である。

第2項から第9項で中国の医療・介護の現状と課題について先行研究を整理、分析し、第10項ではアジアという視点から高齢化社会の先進国である日本の役割について論じる。

第2項 中国における人口と高齢化率

中国では、20世紀末の時点で高齢化社会に突入し、一人っ子政策の影響もあり高齢化は先進国を上回るスピードで加速している。高齢者人口は2025年まで毎年100万人ペースで増え続けると予測³²されており、今後の高齢者の介護ニーズはますます高くなる。一方、16～59歳の労働力人口の減少(図表10)は続く見込みであり、少子高齢化が加速している。

図表 10 年齢別人口数の推移と将来推計

| 年 | 総人口 | 60歳以上 | | 65歳以上 | | 80歳以上 | 0～14歳 | 15～59歳 |
|------|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|--------|
| | | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 人数 | 割合 | 割合 |
| 2000 | 12.74 | 1.29 | 10.1 | 0.88 | 6.9 | 0.11 | 24.7 | 65.2 |
| 2005 | 13.18 | 1.47 | 11.1 | 1.03 | 7.8 | 0.16 | 20.6 | 68.3 |
| 2010 | 13.61 | 1.73 | 12.7 | 1.15 | 8.5 | 0.21 | 19.0 | 68.3 |
| 2015 | 14.04 | 2.13 | 15.2 | 1.36 | 9.7 | 0.25 | 18.9 | 66.0 |
| 2020 | 14.33 | 2.43 | 17.0 | 1.71 | 11.9 | 0.28 | 18.6 | 64.4 |
| 2025 | 14.45 | 2.91 | 20.2 | 1.95 | 13.5 | 0.31 | 17.6 | 62.3 |
| 2030 | 14.44 | 3.48 | 24.1 | 2.36 | 16.3 | 0.39 | 15.9 | 60.0 |
| 2035 | 14.39 | 3.87 | 26.9 | 2.83 | 19.7 | 0.53 | 15.0 | 58.1 |
| 2040 | 14.29 | 3.98 | 27.8 | 3.14 | 21.9 | 0.59 | 15.1 | 57.0 |
| 2045 | 14.08 | 4.08 | 29.0 | 3.16 | 22.5 | 0.75 | 15.5 | 55.5 |
| 2050 | 13.73 | 4.30 | 31.3 | 3.18 | 23.2 | 0.90 | 15.4 | 53.3 |
| 2055 | 13.38 | 4.31 | 32.2 | 3.42 | 25.5 | 1.00 | 14.7 | 53.0 |
| 2060 | 13.00 | 4.19 | 32.2 | 3.39 | 26.1 | 0.93 | 14.4 | 53.4 |
| 2065 | 12.62 | 3.99 | 31.7 | 3.24 | 25.7 | 0.91 | 14.7 | 53.7 |
| 2070 | 12.29 | 3.92 | 31.9 | 3.12 | 25.4 | 1.06 | 15.1 | 53.1 |
| 2075 | 11.95 | 3.93 | 32.9 | 3.07 | 25.7 | 1.05 | 15.0 | 52.0 |
| 2080 | 11.63 | 3.91 | 33.6 | 3.12 | 26.9 | 1.01 | 14.7 | 51.7 |
| 2085 | 11.29 | 3.77 | 33.4 | 3.08 | 27.3 | 0.93 | 14.5 | 52.1 |
| 2090 | 11.04 | 3.68 | 33.3 | 3.03 | 27.4 | 0.97 | 14.5 | 52.2 |
| 2095 | 10.80 | 3.63 | 33.6 | 2.95 | 27.3 | 1.06 | 14.7 | 51.7 |
| 2100 | 10.51 | 3.60 | 34.3 | 2.89 | 27.5 | 1.09 | 14.7 | 51.1 |

出典：杜鵬・陳衛・翟振武「中国人口老齡化百年發展趨勢」『人口研究』2005年第29期より作成

王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p.83より転載

続いて、中国では一人当たりGDPが低く、少子高齢化は先進国より厳しい状況である。社会保障給付費対GDPの比(図表11)は日本より低く、中国では高齢者福祉への財政投入が日本より

³² 中国全国老齡工作委員会弁公室「2013年中国老齡事業發展報告書」による。沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.276

低いものの、当然のことながら急速な高齢化の進展により、社会保険料である年金給付や国民医療費の支出が増えている。

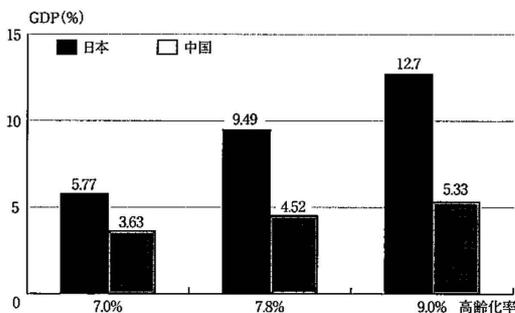
図表 11 社会保障給付費対 GDP の比（日中比較）

日本と中国の社会保障給付費対GDP

| 日本 | | 中国 | |
|------|-------|------|------|
| 年 | % | 年 | % |
| 1970 | 5.77 | 2000 | 3.63 |
| 1975 | 9.49 | 2004 | 4.52 |
| 1980 | 12.7 | 2010 | 5.33 |
| 1990 | 13.66 | 2020 | - |

出典：日本のデータは国立社会保障・人口研究所の『社会保障給付年報』を参照し、中国のデータは各年の『中国財政年鑑』を参照。郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房（2014）、p.80が作成したものを転載

社会保障給付費対GDP（日中比較）



出典：上記日本と中国の社会保障給付費対GDPの比より郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房（2014）、p.80が作成したものを転載

第3項 中国の高齢化の特徴

本項では中国の高齢化の特徴³³は王(2008)によると以下、6点である。

- ① 高齢者の人口規模が大きい
- ② 高齢化のスピードが速い
- ③ 地域間の差が拡大、特に農村部において高齢化率の上昇
- ④ 高齢化が近代化より先行し、社会保障制度が未整備のまま高齢化が急速に進行
- ⑤ 女性の高齢者が多い
- ⑥ 都市化と核家族化の進展により家族による高齢者扶養機能が弱体化し、社会福祉事

³³ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房（2008）、pp. 84-85

業へのニーズが高まっている

また、中国においては GDP と高齢化率との関連は希薄であるものの、農村部の高齢化は深刻な状況であると言える。

第4項 中国における介護観と支え手

郭(2017)によると、中国では憲法や法律においても親に対する子どもの扶養義務が規定されており、高齢者の扶養は長い間、家族・親族により行われてきた。また、これは儒教の倫理観念と一致しており、伝統的な美德ともされてきた。福祉の社会化が進められる中でも、政府が制定した法律³⁴や政策では家族扶養・介護を再強化する姿勢が見られる。この背景としては、介護・福祉サービスが質・量ともに低水準で、家族に頼らざるを得ないことが挙げられる。

しかしながら、一人っ子政策により家族規模が縮小し、「421 家庭(4:2:1 構成の家庭)」が激増している。それにより、「親への恩返し型」家族扶養機能が弱体化し、家族以外の担い手による支援へのニーズが高まっている。また、高齢者の一人暮らし、または夫婦だけの世帯である「空巢化」問題も進行している。「空巢³⁵」高齢者世帯の問題は農村部において特に深刻となっている。

第5項 都市と農村の二元構造

中国では住民を「農村戸口(農村戸籍)」と「城鎮戸口(都市戸籍)」に分けて管理する戸籍制度により、都市と農村の二元構造ができた。制度や政策も戸籍制度の下で制定されてきたため、経済や教育、福祉など多くの面において不平等が生じている。毛沢東時代には「単位」に基づく都市労働者向けの社会保障・福祉制度が確立された。一方、農村部では「三無老人(労働力、法定扶養者、収入源がない高齢者)」に対しては、「五保制度」が適用されるが、家族による扶養が中心であ

³⁴ 憲法、婚姻法、高齢者權益保障法などで規定されている。郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、p.167

³⁵ 高齢者の一人暮らしまたは夫婦だけの世帯。王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p.277

るため、一般農民の老後生活を保障する年金制度は存在しなかった³⁶。また、農村の高齢化問題として、近代化の進行により、抑制策の緩和に伴い農村から都市への出稼ぎ労働者が増えており、農村の高齢化が急速に進んでいる³⁷。中国の社会保障制度³⁸のうち、社会福祉は狭い範囲であり、養老、失業、医療、出産育児、労働災害が中核となっている。先述の通り、農村では家族による扶養が中心であるため、1990年代まで社会保険は皆無の状態、王(2008)³⁹によると農村社会養老保険制度が立ち上げられたものの果たして社会保険といえるものかには問題⁴⁰があるとしている。その他、農村における社会保障制度も対象者が少数に限られており、全員をカバーするものではない。農村住民には土地を媒介した保障と孤児孤老への集団保障制度があるのみである。また、都市と農村では1人当たり年間所得でも格差があり、社会保障給付の格差は所得格差を一層拡大させている。

さらに、農村の社会保障の①土地養老・家族養老については、農村では土地の付与が最大の保障という基本方針があったため、社会保障がほとんど整備されてこなかった。農地開発により発生した失地農民への十分な補償金はなく、失地農民向けの社会保障制度の整備が求められる⁴¹。また、伝統的な家族養老も核家族化、空巢世帯の増加と出稼ぎ高齢者の増加から機能の弱体化が懸念されている⁴²。つづいて、②施設養老については、農村には生活保護制度としての五保制度があり、地方政府が作る敬老院という福祉施設に五保の対象者が入所しているが、設備環境やサービスに課題がある。福祉の社会化により一般高齢者向けの公營養老院ができたものの、利用費が高く富裕層に限られ、入居率が低い。民營養老院は「五保老人」と一般高齢者に開放され、比較的利用費は安い、設備環境が良くないのが現状である。現行の農村施設養老では、法律・

³⁶ 郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、pp. 34-36

³⁷ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 82、郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 11

³⁸ ①社会保険、②社会救済、③社会福祉(企業福利厚生)、④優撫配置(退役軍人、退役軍人およびその家族・遺族に対する優遇策)、⑤社会的扶助、⑥個人積立貯蓄保険(生命保険など)という6つの基本制度で構成されている。王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 6

³⁹ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 6

⁴⁰ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 6

⁴¹ 郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、p. 209

⁴² 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 14

法規の欠如、基礎設備の不備、サービス提供の専門化の遅れ、現場の人手不足、医療サービス提供における限界という問題点がある⁴³。

第6項 社会保障政策

中国では1980年代に国際会議に初めて代表団を送ったことを機に、国際社会からの刺激を受けて政府は顕在化してきた老人問題の重要性を痛感した。しかし、直後に改正された憲法では成人した子どもの父母への扶養義務が明確に規定され、家族扶養を原則とすることが明文化されている。また、1996年に公布された老人權益保障法の中でも、家族扶養が再確認されている。同法は2012年に改正されたが、その中でも伝統的な孝行を推進している⁴⁴。

実務レベルの施策として第11次5カ年計画では、従来の貧困高齢者を対象とする救済から総合的な社会サービスの整備へと変わりつつある特徴が見られた。2011年から始動した養老事業第12次5カ年計画では、介護サービスシステムの構築を課題に取り上げたこと、公的支援の対象を低所得層高齢者から支援や介護の必要のある高齢者までに拡大されたことが特徴である。

財政支援の仕組みとしては、補墻頭(新設する介護施設への建設用地優遇政策)、補床頭(稼働ベッドに対する補助)、補人頭(高齢者への介護給付)がある。介護手当給付の財政は各地方政府により賄われるため、給付水準にばらつきがある。また、介護手当を受けている高齢者数は少なく、貧困高齢者対策としてのイメージが払拭できない。中国の介護福祉サービスの社会化は、家庭内・家族が担ってきた介護を、広く社会共通の課題として認識する点では日本と共通するが、社会全体で担っていくという根本的な財政的仕組みが異なる。

中国における高齢者政策の流れについては図表12の通りである。

⁴³ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、pp.20-21

⁴⁴ 沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.278-281

図表 12 高齢者政策のあゆみ

| 年 月 | 発布部門 | 事 項 |
|---------|-----------|---------------------------------------|
| 1982年4月 | | 「老齡問題世界大会中国委員会」を発足 |
| 1983年4月 | | 老齡問題全国委員会を発足 |
| 1991年 | 国務院 | 県級農村社会養老保険基本方案を發布 |
| 1993年 | 国務院 | 「中国養老事業7ヵ年發展要綱(1994-2000年)」を公表 |
| 1994年 | 国務院 | 「農村5保供養工作条例」を發布 |
| 1994年 | 民政部 | 「敬老院管理暫定弁法」を發布 |
| 1995年 | | 中国老齡協会を発足 |
| 1996年 | 国務院 | 「中華人民共和国老人權益保障法」を發布 |
| 1998年 | 国務院 | 「城鎮職工基本医療保険」制度の導入 |
| 1999年 | | 全国老齡工作委員会の成立 |
| 2000年 | 国務院 | 「中国養老事業發展の第10次5ヵ年計画要綱(2001-2005年)」を公表 |
| 2000年 | 中央13省庁 | 「社会福祉の社会化の促進に関する意見書」を公表 |
| 2000年 | 老齡科研中心 | 城郷老人人口状況調査の実施 |
| 2001年 | 民政部 | 2001年に民政部が「老人福祉施設設置基準」を公表 |
| 2001年5月 | 民政部 | 「社区老年福利服務星光計画实施方案」を公表 |
| 2003年 | 国務院 | 国務院が「新型農村合作医療制度の構築に関する意見書」を公表 |
| 2005年 | 衛生部 | 「中国介護事業發展計画要綱(2005-2010年)」 |
| 2006年1月 | 国務院 | 「中国養老事業發展の第11次5ヵ年計画要綱(2006-2010年)」を公表 |
| 2006年3月 | 国務院 | 「新農村5保供養工作条例」を發布 |
| 2007年 | 国務院 | 「城鎮住民基本医療保険」制度の導入 |
| 2007年 | 中央10省庁 | 「医療救助」制度の実施 |
| 2008年1月 | 民政部 | 「居家養老服務工作推進に関する意見書」を公表 |
| 2011年 | 国務院 | 「養老事業第12次5ヵ年計画(2011-2015年)」を実施 |
| 2013年2月 | 全国老齡工作委員会 | 「中国老齡事業發展報告2013年」公表 |
| 2013年7月 | 国務院 | 「老人權益保障法」改正版を公布・実施 |
| 2014年2月 | 国務院 | 城郷統一居民基本養老保険制度の創設について |
| 2014年2月 | 民政部 | 養老服務施設建設を強化することについて |

出典: 沈潔『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.283 より転載

さて、都市部においては「単位」という生活保障制度があった。都市部において国家が住民全員の雇用を確保し、都市住民を単位という職場に計画的に配分し、都市住民に豊富な福利厚生制度を提供していた⁴⁵。

しかし、改革開放が進む中で、市場に自由競争原理が導入された結果、非効率な国有企業は経営不振に陥り、単位制度が崩壊した。その結果、社区の登場が促された。政府により社区政策が主導された背景としては、単位制度崩壊により生み出された大量失業者の受け入れ先として必要だったこと、それと同時に単位が担っていた社会厚生サービスの供給を地域社会に移行させようと

⁴⁵ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p.106、沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.97

したこと、貧富格差の拡大や人間関係の荒廃といった問題を生み出した経済発展優先政策を是正することが挙げられる。

社区とは1980年代から都市において展開され、一定地域の範囲内に住む人々によって構成される社会生活の共同体と定義されている。1,000～3,000世帯の近隣の範囲ごとに、住民生活と関連する施設を整備するとともに住民の自主参加によって地域が抱えている生活問題を解決することが役割である。社会福祉の社会化のため、中国における主な養老方式として、伝統的な家庭養老に加え、近年推進されている機構養老(施設養老)と社区居宅養老(自宅を生活拠点として、所属する社区からサービスを受けながら老後を過ごす)の三つが挙げられる⁴⁶。

社区サービスとは、地域住民を対象に提供される福祉サービスのことであり、住民生活のニーズと関連する施設を整備し、住民の自主参加によって地域が抱えている生活問題を自ら解決してもらうことである。基本的には、所得保障の代替的機能ではなく、地域における居住生活の安定を基盤として、社会福祉サービスを利用しやすくするシステムである。また、社区は都市住民の生活保障機能であり、社区住民の再就職を促進する機能もある。

社区サービスの高齢者福祉サービスとして、①生活困窮の高齢者に対する「最低生活保障制度」、②施設サービス、③在宅サービス、④高齢者の生きがいづくりへの支援が挙げられる。特徴としては、①行政の色彩が強いこと、②高齢者福祉施設サービスと居宅養老サービスを結びつけながら実施していること、③各社区の特色を重視していることが挙げられる⁴⁷。

社区の課題としては、サービス提供方法や価格における公共性の確保、国と地方政府からの資金投入が少ない中での資金・資源の調達、住民の需要を満たすための社区ごとの独立性の確保が挙げられる。公的福祉制度や基本的な基盤が十分に整備されていない状態で市場経済に頼りすぎていることから、福祉性の維持が危惧される。諸外国と異なり、中国では「単位」制度の崩壊と

⁴⁶ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p.97、pp.105-106、沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.129、p.290、郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、p.5、pp.170-171

⁴⁷ 郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、pp176-179

社会管理システムの再構築という特別な社会背景のもとに地域福祉が展開されたため、郭(2017)は住民主体の意識が欠落していることを指摘している⁴⁸。

単位外の就業者の増加に伴い、社区はサービス提供だけでなく地域による住民管理者としての役割や失業対策事業の役割も重視されるようになった。その結果、1990年代以後、総合的な社区の「建設」が政策的に進められた。社区建設においては、コミュニティの範囲の再定義を行い、行政地域基準から住民のアイデンティティによって結成された地域範囲を社区として認める方針とした。また、コミュニティサービスセンターを高齢者や障害者、子ども等の多様なニーズに対応できるコミュニティケアのシステムを作り上げることとし、地域資源の統合や組織の連携が重視された。社区建設は経済発展のための国家戦略の一環として取り組まれたため、住民の主体的参加や地域ケアの専門性という意識が薄いという課題があることを沈(2014)は指摘している⁴⁹。

都市部で「単位」制度が実施されていたとき、農村では土地改革が展開された。その後、土地所有制度が変動するに従い、五保制度⁵⁰という民政救济制度が確立された。また、人民公社制度という集団経済組織を一体化した体制が作り上げられていたが、人民公社体制が崩壊し、都市の社区建設に対応した形で地域社会の再建のため村民自治制度が導入された。村民自治に強い行政化傾向があったことから、農村では新しい組織の作り直しをしようと農村社区建設が意図された。しかし、中国農村の地域間格差の大きさから、経済的条件の整っていない地域では、社区建設はまだ始まっていない。農村地域においてなぜ「社区」高齢者サービスが展開されていないかの理由としては、家族扶養を過信したこと、村民委員会の自治機能発揮が不十分であり、社区高齢者サービスの実施も地方政府からの命令が下りてこないと実施されない状態であること、財源がないことが挙げられる⁵¹。

⁴⁸ 郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、p. 119

⁴⁹ 沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、pp. 120-130、pp. 214-219

⁵⁰ 農村地域の鰥(結婚できない男性)、寡(未亡人)、孤(孤児)、独(独身者)や身体障害者等に対するの食料の保障、衣類の保障、住宅の保障、医療の保障、教育の保護(子どもに対して)、埋葬の保障(高齢者に対して)を含んだ生活を保障すること。沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p. 101

⁵¹ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 126、沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014) pp. 100-101、pp. 109, 129、郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、pp. 104-114、p. 122

さて、沈(2016)によると、要援助者、要援助家庭に対しさまざまな資源を活用して福祉サービスを提供することを社区福利とし、社区サービスの根本的な機能とみなされてきた。社区福利に重点が移るにつれ、住民ニーズを把握し地域資源を結び付けていくコーディネート機能が重視されるようになった⁵²。

さらに、社区機能の本質が社区福利になるにつれて、住民関与の動きも生まれた。ただし、社区自治といえども、あくまでも社区住民の生活利便性の向上に向けた取り組みや日常生活課題の解決に向けた利害調整であり、政治的な要素は排除されている。一方、中国社会特有の排他性の問題により、信頼関係の中では互酬性があるが、社区外、集団外に対しては無関心を当然視する面がある。

「社区服务体系建设计划(2011-2015)」において、社区服务体系とは公共的なサービスである公共サービス、互助活動としてのボランティア活動である志愿服务、社区内での生活支援ニーズを満たすサービスである便民利民サービスを主な内容とした、社会の多様な参画者によるサービスネットワークシステムであると位置づけられた。また、これまでの社区の問題点も踏まえ、目標設定がされた。社区関連施設の整備率を高め、専門的サービスを包括的に提供するためのネットワーク構築、公共サービス、志愿服务、便民利民サービスの組み合わせによるサービス拡大、社区サービスに従事する人員確保と専門性向上とボランティア登録制度の推進、地方政府や自治組織といった関連組織との関係強化が目標である⁵³。

さらに沈(2016)によると、中国では単位制度崩壊により、日常生活圏内完結型の多元的社区包括サービス構築を目指してきた。一方、生活支援サービスを市場に頼ることにより、受益格差や不安定さが生じるため、その対策として互助等を補強する取り組みを進めている。また、社区の取り組みは全国共通でないため、地域による支援格差が大きい。市場サービス中心で多元的サービス提供を目指す中国と、制度保障を中心に包括的なサービス提供を目指す日本の地域包括ケアシ

⁵² 沈潔、澤田ゆかり編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか-選別主義から普遍主義への転換の中で-』ミネルヴァ書房(2016)、pp. 216-217、pp. 220-221

⁵³ 沈潔、澤田ゆかり編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか-選別主義から普遍主義への転換の中で-』ミネルヴァ書房(2016)、pp. 222-225

システムでは、制度背景や権利保障の考え方が大きく異なる。一方、日常生活圏内での包括的なサービス提供が政策課題であることは共通している⁵⁴。

第7項 高齢者福祉事業

王(2008)によると、中国における高齢者福祉事業は、1949年、新中国が成立してから政府と共産党の指導の下で発展してきた⁵⁵。新中国建国後は養老院と独り暮らし高齢者を入所させる救貧型福祉施設である生活教養院を数多く作り、三無関係者を入所させた。その後、施設の分離や改称といった動きはあったが、基本的に三無高齢者が入所者のメインを占めた。

文化大革命により福祉施設も合併・廃止されたことにより、多くの三無高齢者は路頭に迷うこととなった。

1980年代には社会福祉事業関連の重要な会議が開かれ、福祉施設の業務改善を命じたほか、専門職養成の方針が打ち出された。また、これまでは三無関係者が主な入所者であったが、共働き家庭で暮らす高齢者と定年退職した一人暮らし高齢者が自費入所できるようにする政策が打ち出された。今後の福祉サービス事業の展開にあたっては、国、民間団体と個人の三者が共同で社会福祉事業を担っていくことに決め、施設サービスは救済型から福祉型へ、収容型からリハビリ型へ、閉鎖型から開放型へ転換することを方針とした。それに加え、主に各都市の社会福利院をコミュニティサービスセンターに変えていくこと、新たな福祉施設を積極的に作っていくことが議論された。

⁵⁴ 沈潔、澤田ゆかり 編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか-選別主義から普遍主義への転換の中で-』ミネルヴァ書房 (2016)、pp. 227-230

⁵⁵ 王文亮 編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房 (2008)、pp. 85-87

第8項 高齢者福祉施設

1990年代半ばには、それまで認められていなかった高齢者福祉サービスへの民間参入⁵⁶が認められ、高齢者福祉施設が急速に発展した。シルバーサービス業の発展を加速させるにあたり、政策が指導し、政府が支援し、民間で行い、市場で促進することが原則とされた。社会保障ニーズを満たすためには、民間資本に任せるだけでは不十分であるが、中国での社会保障財政投入は限定的であり、民間資本の参入や地域住民の協力を最大限図るほか手段がないことも背景としてある。

さて、高齢者福祉施設は民生部が所管しており、高齢者福祉施設ガイドラインにより運営管理の法的根拠が付与され、質向上が図られている。施設形態は8種類に分かれ、入所型(高齢福利院、敬老院、養老院、護老院、養護院)、通所型(宅老所、老人サービスセンター)、居住型(高齢者マンション)に分類される。高齢社会福利院、敬老院は三無老人、五保老人を対象としているものの、高齢者の増加により一般高齢者にも開放している施設もある。高齢者マンションは比較的に自立している高齢者の富裕層を対象としている。なお、これらの施設は1つのガイドラインに基づき福祉施設の種類の種類が定められているため、提供するサービスはほぼ同じで機能分化がされていない。また、郭(2014)によると高齢者福祉施設の対象者は自立している人が多く、介護度の高い人が入居する比率が低い⁵⁷。

それでは高齢者福祉施設を設立主体と運営主体について郭(2014)をもとに紹介していく⁵⁸。設立、運営主体を分類すると、公設公営、公設民営、民設民営に分かれる。設置主体は政府、集団などの組織だけでなく、個人でも申請することができる。日本では主に社会福祉法人⁵⁹として認可された施設が担っている⁶⁰が、中国の場合、施設の設置・経営主体は、施設の種類と関係なく、公的

⁵⁶ シルバーサービス業の外資をはじめとする民間資本の参入を大々的に奨励するようになった。郭莉莉『日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護-』北海道大学出版会(2017)、p. 171

⁵⁷ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 91

⁵⁸ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 66、pp. 92-93

⁵⁹ 社会福祉法によって、社会福祉事業を行うことを目的として、この法律の定めるところにより設立された法人と定義されている。

⁶⁰ 施設形態により、医療法人、株式会社が運営できるものもある。

社会的に責任が明確なものであればよく、条件を備えれば個人でもよい。そのうえ、社会福祉の社会化を推進するため、民間の力による社会福祉施設の運営を奨励、支援している。

さて、中国は先進国と比べ、高齢者 1,000 人当たりの高齢者施設ベッド数やベッドの設置率が少ない⁶¹。421 家庭、空巣家庭といった社会問題の解決策の一つに施設入所があるが、施設が圧倒的に不足している。一方、施設の利用率をみると 80%前後であり、施設の供給量が少ないにも関わらず、空きベッドがある状況である。その背景として、特に農村において施設に対する偏見が存在していること、施設利用料の負担能力がない人が多いこと、施設の機能に不備があることが挙げられる⁶²。

続いて、都市と農村の高齢者福祉施設の違いについて述べていく⁶³。施設の利用率は都市よりも農村が高くなっている⁶⁴。都市にある施設の多数は一般高齢者を対象としているが、農村地域にある福祉施設は生活保護者の五保老人を対象としているものが多く、仕方なく入居するケースが多い。都市では公的なサービスのニーズの高まりから公設公営、公設民営、民設民営と新しい形態である民設公助の施設と多種多様な形態・機能で存在しているが、農村部では五保老人を対象にした公設公営の敬老院が主であり機能も限定的で救済色が強い。施設の職員を見ても、農村では医師はほとんど兼職であり、介護職は一般の農村労働者であるため、養成や再訓練が必要である。

さらに、高齢者福祉施設の課題については、都市部の老人公寓(日本の軽費老人ホームに相当)は高級化を売りにしているところが多く、ニーズがあっても経済的な理由で利用できない高齢者が多い。施設財産の不透明性により、民営施設は一般市民の信頼を得にくく、寄付や募金を得ることが難しいという課題もある。中国では、一時帰休者やリストラされた者が再就職のために社会

⁶¹ 王文亮編著『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房(2008)、p. 82

⁶² 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、pp. 67-68

⁶³ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 96、pp. 98-100

⁶⁴ 郭(2014)によると都市の利用率は 70%前後、農村地域の施設利用率は 80%前後とし、その理由として入居対象構成が違うこと、都市高齢者向けとは別の福祉サービスがあるためとしている。郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、p. 96

福祉施設を設立する傾向があり、創立者の動機と福祉を目指す施設の方向性が必ずしも一致しない。

政府の参与は設立許可や政策の通達などに限られており、補助金などの公的責任が十分果たされておらず、市場から撤退する施設もある。介護職も専門職として機能しておらず、農村からの出稼ぎ労働者や中年女性が担っているため質に問題がある。

最後に、郭(2014)による日本の高齢者福祉施設との比較について紹介していく⁶⁵。中国の高齢者福祉施設の機能は戦後の日本と同様に救貧の役割を果たしてきたが、1990年代以降は一般高齢者への対象拡大やサービスの有料化が進んだ。日本の高齢者福祉施設は生活援助、家族の扶養機能の強化、地域機能と福祉教育機能の4つの役割をはたしている一方、中国では基本的な生活保障や生活援助にとどまっている。施設の機能分化がなされていないという課題もあり、介護度の高い人が入所しにくい現状である。

郭(2014)は高齢者施設に4つの役割を述べているが、介護保険制度において、施設と位置付けられるものは老人保健施設(特養)、介護老人保健施設(老健)、介護療養型医療施設⁶⁶である。なお、中国における施設の詳細については、図表13の通りである。なお、有料老人ホームやグループホーム、サービス付き高齢者住宅などは住宅に位置付けられている。

⁶⁵ 郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて-』明石書房(2014)、pp.90-92

⁶⁶ これらを総称して、介護保険3施設と呼ぶ。

図表 13 中国の高齢者福祉施設

| | 中国 |
|-------|-------------------|
| 法律・法規 | 高齢者福祉施設ガイドライン |
| 利用形態 | 入所型 通所型 居住型 |
| 施設種類 | 高齢者福利院、敬老院 |
| | 護老院、護養院 |
| | 養老院 |
| | 高齢者サービスセンター |
| | 高齢者マンション |

出典：郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス-小規模多機能ケアの構築に向けて』明石出版(2014)より一部修正

第9項 福祉人材

本項では、福祉人材について取り上げていく。中国における介護職として、家政服務員(家事援助ヘルパー)、養老護理員(介護ヘルパー)がある。2002年には養老護理員国家職業基準を定め人材養成事業に取り組んだ。しかし、沈(2014)によると、養老介護専門人員の需給ギャップが大きいことから、介護従事者という専門職への理解や認識度が低いこと、高齢者ニーズの地域差が大きいことからうまくいかなかったとしている。その理由として、介護有資格者の大半は農村からの出稼ぎ労働者と失業者であり、学歴が低いことが特徴である。この問題を解決するため、養老介護職員の就業認定試験制度が導入され、いずれかの試験に合格しないと採用されない方針が定められた。また、養老護理員国家職業基準が改正され、4等級の資格⁶⁷が定められた。現在、大都市では介護職は有資格者でないと採用されない方針となっている。また、低賃金、労働環境、それに加

⁶⁷ 初級、中級、上級、特級(技師)の4等級に分類し、研修期間、研修内容によってそれぞれのレベルの資格が取得できることになっている。沈潔『中国の福祉改革は何を目指そうとしているのか-社会主義・資本主義-の調和』ミネルヴァ書房(2014)、p.198

え社会的評価が低いこともあり、離職率も高い。経験の蓄積や質の高い人材の確保は困難である

68。

第10項 アジアの高齢化と日本の役割

第2節から第9節まで中国の現状と課題についてまとめた⁶⁹。しかしながら、中国が置かれている現状を鑑みると、爆発的な高齢化の進展は中国自体だけでなく、世界的な課題にも発展しかねない。そのためにも、世界の中で超高齢化を先行する日本において地域包括ケアの実現、ならびに地域包括ケアシステムの構築は必然であると言える。

さらに、少子高齢化において、EPA や技能実習、特定技能の拡大、さらには国際展開支援として介護関連サービスや医療機関が海外展開を行なっている。日本の介護事業者の国際展開により、現地に介護産業を振興し、人材の帰国後の受け皿を創出する、またアジア人材の積極的な受け入れにより、国内の介護現場の活性化に繋げつつ、アジアに必要な介護人材の育成を可能にする。国際展開をした介護事業者はアジア現地のニーズを捉えた新しいサービスを創出し、日本へのリバーシノベーションを生み出すことを戦略の一つ⁷⁰としている。このことは、中国だけでなく進行するアジアの高齢化にも貢献できると言える。

⁶⁸ 日本貿易振興機構「日本高齢者産業調査報告書」日本貿易振興機構（2013）、p. 49

⁶⁹ 日本において中国の資料を入手する限界があり、先行研究を中心となっていることから、さらなる調査は必要である。

⁷⁰ アジア健康構想の一つ。経協インフラ戦略会議「第37回経協インフラ戦略会議 主要産業・重要分野の海外展開戦略（医療）」（2018）、pp. 1-3 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keikyoku/pdf/180607iryuu_honbun.pdf 2019年5月11日アクセス