

# 博 士 論 文

中国における高齢者介護サービスシステムに関する研究  
-政府・企業・社会組織等の多供給主体の視点から見る  
介護サービス市場への参入-

Research on the elderly care service system in China:  
Based on the perspective of government, enterprises,  
and social organizations to participate in the care  
service market

令和 5 年度

張 繼唐

日本経済大学大学院経営学研究科

# 目次

要旨	5
第1章 序論	9
1.1 研究の背景	9
1.2 研究の意義	11
1.3 研究の目的	12
1.4 研究の方法	12
第2章 基本概念と先行研究	14
2.1 社会保障制度	15
2.2 基本概念	19
2.2.1 高齢化・高齢化社会・超高齢社会	19
2.2.2 高齢者のサービス需要	20
2.3 高齢者介護サービスに関する先行研究	21
2.3.1 高齢者介護サービスの形成	21
2.3.2 高齢者介護サービスの発展	22
2.3.4 高齢者介護サービス政策・制度について	26
第3章 中国における高齢化の現状と介護サービスの課題	30
3.1 中国における高齢化の現状	30
3.1.1 高齢者の世帯規模	30
3.1.2 高齢者の経済的所得水準	31
3.1.3 高齢者の健康状態	32
3.2 中国における高齢化の特徴	34
3.2.1 高齢化の地域間格差	36
3.2.2 高齢化の程度と経済発展とのミスマッチ	36
3.2.3 中国における高齢化の原因	37
第4章 中国における高齢者介護サービスシステムの発展	38
4.1 高齢者介護サービス政策・制度	38
4.1.1 法律と政策	39
4.1.2 高齢者保障制度	42
4.1.3 監督管理	51
4.2 高齢者介護サービス方式	55
4.2.1 高齢者介護サービス方式の発展状況	56
4.2.2 高齢者介護サービス方式に関する問題	62
4.3 高齢者介護サービスの内容	66
4.3.1 高齢者介護サービス内容の発展現状	67
4.3.2 高齢者介護サービスの内容に関する問題点	73
第5章 中国における高齢者介護サービスの調査	77
5.1 都市部における在宅、地域介護サービスのアンケート調査 一遼寧省瀋陽市のJ地域を例として一	77
5.1.1 研究の対象および研究の方法	78
5.1.2 調査対象者の基本的な状況	78
5.1.3 考察	82
5.1.4 小括	85

5.2 地方政府職員にインタビュー調査	85
5.2.1 調査方法とインタビュアーの基本情報	85
5.2.2 インタビューの内容と分析	86
5.2.3 小括	87
5.3 施設事業者にインタビュー調査	88
5.3.1 インタビュアーの基本情報	88
5.3.2 インタビューの内容と分析	88
5.3.3 小括	90
5.4 パイロット都市における介護保険制度の比較分析	91
5.4.1 介護保険制度の発展段階	91
5.4.2 研究の対象者	92
5.4.3 比較内容	93
5.4.4 問題点の検討	97
5.4.5 小括	100
5.5 遼寧省瀋陽市における介護サービス多主体供給の現状分析	100
5.5.1 介護サービス政策の発展	101
5.5.2 発展の現状	103
5.5.3 多主体における供給能力の分析	105
5.5.4 問題点	109
5.5.5 小括	111
<b>第6章 中国における高齢者介護サービスシステムの分析</b>	112
6.1 政策手法と分析理論	112
6.2 分析フレームワークの構築	115
6.2.1 X-Y-Z 分析のフレームワーク	115
6.2.2 分析データの収集と処理	117
6.3 分析フレームワークの分析結果	118
6.3.1 X次元とY次元のクロス集計分析（A面）	121
6.3.2 X次元とZ次元のクロス集計分析（B面）	124
6.3.3 Y次元とZ次元のクロス集計分析（C面）	125
<b>第7章 先進国における高齢者介護サービスシステムの発展から得られる経験</b>	127
7.1 先進国における高齢者介護サービスシステムの発展モデル	127
7.1.1 介護保険を特徴とする日本モデル	127
7.1.2 高度に市場化された米国モデル	138
7.2 先進国の経験	141
7.2.1 高齢者介護サービスの主体責任の明確化	141
7.2.2 完全な法制システム	142
7.2.3 専門的なサービスの供給チャネル	142
7.2.4 健全な多段階保険制度の確立	143
7.2.5 効果的な監督管理と介護サービス評価制度の改善	144
<b>第8章 結論と提言</b>	145
8.1 結論	145
8.1.1 課題の特質	145
8.1.2 提言	146
8.2 残された課題	155

参考文献 .....	156
英語 .....	156
日本語 .....	156
中国語 .....	157
附録 .....	160
謝辞 .....	167

# 要旨

## 1. 研究の背景と意義

21 世紀に入ってから中国の高齢化が急速に進んでいる。2020 年の第 7 回国勢調査データによると、2020 年の総人口は 14.12 億人で、そのうち 65 歳以上の人口は 1.91 億人となり、総人口の 13.5% を占める。中国の高齢化社会の特徴としては、「高齢者の絶対数が多い」、「高齢者の増加率が高い」、「高齢化のスピードが速い」である。加えて、経済成長の途上状態の中で高齢化社会を迎え、高齢化と経済発展とのバランスが取れていない「未富先老（富む前に年老いてしまう）」などの状況が挙げられる。

このような急速な高齢化の時代に突入する状況において、高齢者向けの医療、保険、生活支援、リハビリ介護に関する需要が高まり、中国の社会保障負担は一段と重くなっている。加えて、中国における少子化の進展や核家族の増加により家族世帯の規模が縮小しており、老老世帯と独居世帯が増加している。従来の家族で介護をする前提が弱まり、自宅での介護が困難になっている今、高齢者介護の問題は悪化している。このため、中国政府はその対策としての高齢者介護サービス政策の策定を強化し、高齢者介護サービスの構築は著しい発展を遂げている。

中国国務院は 2021 年 2 月 21 日に「第 14 次 5 カ年(2021～2025 年)計画」期間の国家高齢者事業の発展と介護サービスシステムに関する計画」を発表した。2025 年までの高齢者介護サービスの供給拡大、高齢者の健康支援システムのさらなる整備、高齢者介護サービスに関する多様な発展などについての目標を設定し、以下の事項について重点的に取り組むことを盛り込んでいる。

- (1) 社会保障の整備とボトムアップ型高齢者介護サービスの強固なネットワークの構築
- (2) 包括的な高齢者介護サービスの適用範囲の拡大
- (3) 自宅と地域の高齢者介護サービス能力の強化
- (4) 高齢者の健康支援システムの改善
- (5) シルバー経済の発展など

しかし、高齢者介護サービスに関する政策が問題解決に至っておらず、増大している高齢者の介護サービスへの需要にも応えることができていない。本研究の目的は、中国における高齢化の基本的な国情に基づき、政府・企業・社会組織等の多供給主体の視点から、中国における高齢者介護サービス市場への参入や介護サービスシステムのあり方等について分析、検証した上で、現状における課題等に関する改善策を提言することである。具体的には、まず、中国の高齢者介護サービスシステムについて、政策・制度、介護方式、サービス内容の三つの側面からその現状を明らかにする。次に、政府、企業、社会組織という多主体供給の視点から、現状における高齢者介護サービスシステムを分析、検証する。また、オリジナルの政策分析フレームワークを用いて、政府の関与の強さ、介護サービスの供給方式とサービス内

容といった観点に基づいて、既存の高齢者福祉政策が高齢者介護サービスのシステムの形成と発展にどの程度寄与しているのかについて定量的に分析、検証すると共に、先進国の介護サービスの発展経験を踏まえた上で、その改善策を提言したい。

中国は急速な高齢化進展期にあり、それに伴い少子高齢化、世帯の少人数化、高齢者を支える伝統的家族による介護機能の弱体化が進んでおり、急速な社会発展に応ずる高齢者介護サービスシステムの構築が急務である。中国における高齢者介護サービスシステムの研究は、人口発展、社会保障、高齢者福祉と密接な関係があり、本論文は理論的意義と学術的価値を有する。本論文では、高齢者介護サービスシステム全体についての研究は少なく、高齢者介護サービスシステムの特定の要素に焦点を当てた分析が多いことがわかる。その意味では、今正に制度構築の途上にある改革開放政策実施の真骨頂たる漸進主義的手法に基づいて進められている、高齢者介護サービスシステムについての現状、課題、対応策の提言を試みる。本論文の学術的貢献は推して知るべしである。

## 2. 本論文の構成

本論文は三部八章にまとめられており、第四章、第五章、第六章が中心的内容となっている。

第一部では研究の背景と先行研究が含まれている。

第1章では、研究の背景と意義を述べ、研究の目的と方法を提示する。

第2章では、関連する概念、理論と先行研究を整理しており、高齢化、高齢者向け介護サービスの形成と発展を検討する。本論文では、高齢者介護サービスシステムを、関連する法令、政策、高齢者向けの保障制度、監督管理による高齢者介護サービス政策・制度の保証の下、在宅介護、地域介護、施設介護などの多様な方法で、すべての高齢者に生活養老、医療養老、文化養老の高齢者介護サービス内容を提供する総合的なシステム」と定義する。また、国内外の研究成果に基づいて、本論文の研究課題を提示している。

第二部は主な研究の内容である。定性的・定量的分析方法を用いて、中国の高齢者介護サービスの現状、課題、及び高齢化の原因を分析する。

第3章では、マクロレベルから中国の高齢化の現状を説明する。統計データを基にして高齢者介護サービスシステムの需要側である高齢者人口の現状を分析する。高齢者介護サービスの政策・制度、介護方式とサービス内容の三つの側面から、高齢化が中国における高齢者介護サービスシステムに突き付けている課題を要約する。

第4章では、中国の高齢者介護サービスシステムの政策・制度、介護方式、サービス内容の三つの側面から、中国高齢者介護サービスシステムの発展に向けた課題を分析した。政策・制度面では、法律の不備、政策の限局性、監督管理の不備、介護サービスの空白、地域介護サービスの認知度の低さなどがある。施設介護については、都市部や農村部における高齢者のそれぞれのニーズに合ったサービスを提供できていない現状や民間資本の供給不足を示す。他にも職業的魅力が低い、専門

家が不足しているなどが問題点として挙げられる。介護方式面では、中国の東部地域、西部地域の間に経済発展の不均衡、特に農村の高齢者の生活環境が苦しいなど。サービス内容面では、生活介護、経済援助、医療、精神的安らぎなどの面で、需要と供給にずれが生じているなどがある。

第5章では、高齢者介護サービスの調査を行った。中国の高齢者介護分野のモデル省である遼寧省瀋陽市のJ地域に住む187人の高齢者に生活介護、健康管理、精神的な安らぎのニーズについてアンケート調査を実施した。調査の結果、現在の在宅介護、地域介護サービスの発展状況と高齢者のニーズが把握できた。今後も「医療＋介護」の考え方を堅持し、高齢者のメンタルヘルスへの注目度を高めていく必要がある。次に、地域の政府職員にインタビュー調査を行い、メカニズムと医療の両面から在宅と地域介護サービスの現状を理解することができた。また、首慈養老グループの経営者へのインタビューも行い、中国高齢者介護産業企業と既存の関連政策を理解することができた。中国各地域で経済水準が異なり、中央が発行する政策の実施状況にも差がある。介護サービス事業者への資金援助も、事業者の監督管理も、問題点が多い。介護保険制度について、パイロット都市での比較分析も行った結果、中国は2020年からパイロット都市で介護保険制度を導入しているものの、未解決の課題も多くあることが明らかになった。現在、政府の指導力が不足しており企業・社会組織の参加も十分でないため、介護の多主体供給制度の整備には困難が伴う現状が浮き彫りになっている。瀋陽市で行った介護サービス多主体供給現状調査によると、先述した原因から地域介護の多主体供給制度の整備に困難が伴っていることが分かった。したがって、多主体供給体制を整備するためには、政府、企業、社会組織の三大供給主体から出発し、それぞれのメリットを十分に発揮することが必要である。

第6章では、Howlettの政策手法をもとに、高齢者介護サービスシステムが提供する具体的な介護方法やサービス内容を組み合わせ、「政府の参入度」、「高齢者介護サービスの提供方式」、「高齢者介護サービスの内容」という分析フレームワークを構築する。2013年から2022年にかけて発行された中央政府および各省庁・委員会の公共政策文書から、高齢者介護サービスに直接関連する計71部を選出した。対象となる政策の原文を1つずつ抽出し、合計1100以上のコンテンツ分析ユニットを得た。その内容は、社会福祉、財政・税制、制度改革など様々な側面に及んでおり、高齢者福祉政策の定量的分析において、より詳細で信頼性の高い根拠を提供することができる。プログラミング言語“Python”を用いて、データマイニングによるデータの抽出と分析を行った結果、自発的な政策の供給が不十分であると結論づけられた。民間の力や市場のイニシアチブによる参加を実現させるため、自発的な政策ツールの供給を増やす必要がある。また、「在宅介護を基本とし、地域を頼りにする」という政策支援を強化する必要がある。精神的な安らぎのニーズの供給が圧倒的に不足しており、需給の不均衡がより深刻になっている。準公共財である高齢者福祉介護サービスの供給には、政府による政策指導の強化が必要である。

第三部は先進各国の経験を参考にし、対策を提言している。

第7章では、先進各国の高齢者介護サービス発展の経験を整理し、介護保険を特徴とする日本モデル、市場志向の高いアメリカモデルを選別した上で、各国の社会的環境における高齢者介護サービスモデルの違いを比較し、高齢者介護サービスの主体責任の明確化、完全な法制システム、専門的なサービスの供給チャネル、健全な多段階保険制度の確立、効果的な監督管理と介護サービス評価制度の改善という視点で検討した。

第8章では、結論について述べた。中国の高齢者介護サービスの政策・制度、介護方式、サービス内容は絶えず改善されており、初期の高齢者介護サービスシステムが形作られた。政策・制度では、まず高齢者介護の法制度と高齢者保障制度が確立されている。監督管理の厳しさの程度を模索するのに難航しており、常に変更が加えられ、民間資本の発展に適した管理方法が模索されている。介護方式では、在宅高齢者介護サービスの範囲が拡大しており、インテリジェント施設の利用により、より便利で効率的になっている。高齢者介護機関の供給主体も多様化している。サービスの内容では、生活介護のサービスが増加していること、政府の財政支援により高齢者の経済レベルが向上していること、医療サービスと介護サービスの複合発展により高齢者介護サービスの質が向上している。政府が単一の供給主体から、介護サービス市場における企業、社会組織の参入を促進することになった。

まだ、多くの問題がある。政策・制度では、高齢者介護に関する立法が遅れており、関連する保険制度も完璧ではなく、政策の限界性、従業員への日常的な監督管理の欠如、サービス供給のフィードバックルートの不足などがある。高齢者介護方式では、在宅介護サービスの種類が少なく、地域介護サービスの情報伝達が非対称であり、高齢者のサービスの認知度が低いことなどが挙げられる。施設介護サービスの需要と供給のバランスが取れておらず、総供給量が不足している。サービス内容では、生活介護サービスの利用率の低さ、経済的支援の低さ、医療と介護の統合の悪さ、精神的安らぎの供給不足などの問題がある。介護サービスの供給主体である企業の発展状況を分析した結果、介護サービスは投資収益率が低いため運営に大きな圧力がかかっており、そのためサービス拡大や改善に向けた意欲が低く、その結果、提供するサービスの均質化も深刻で、核心競争力が不足している。総合的な管理と専門的な看護人材の不足も問題となっている。

研究結果に基づいて、介護サービスシステムの改善に向けて、①介護サービス法制度の完備、②監督管理、評価システムの改善と第三者専門家サービスの導入、③介護サービス方式の進むべき方向性、④医療資源の供給を継続的に増やす、⑤スマート化の推進、⑥人材供給のパターンを改善する、⑦高齢者向け不動産産業の推進、⑧保険資金の活用という8指針の提言を行った。

〔キーワード〕 高齢化、高齢者介護サービス、高齢者福祉、政策、政策手法、社会保障、介護保険、企業供給



# 第1章 序論

## 1.1 研究の背景

21 世紀に入ってから、中国では高齢化のスピードが加速し、高齢化がさらに進んでいる。2010 年の第 6 回国勢調査と 2020 年の第 7 回国勢調査データによると、2020 年の総人口は 14.12 億人で、2010 年の総人口に比べて 2.9%増加している。65 歳以上の人口は 1.91 億人で、総人口の 13.5%を占め、2000 年に比べて 1.91%増加した。60 歳以上の高齢者は人口の 18.7%を占め、2010 年と比較して 5.44%増加した<sup>1</sup>。2010 年から 2021 年の 10 年間の高齢化率は、2000 年から 2010 年の間の高齢化率を大幅に上回っており、中国が急速な高齢化の時代に入ったことを示していることがわかる。

このような現状において、高齢化問題と経済社会移行期の課題、要介護高齢者の増加、空巢老人<sup>2</sup>の増加、そして少子化の問題は、中国における高齢者介護サービスシステムの強化に高い要求を突きつけている。

高齢者は身体機能が低下する傾向にあり、加齢により老年症候群のリスクが高く、2030 年には 6,000 万人、2050 年には 9,700 万人、2053 年には 1 億人を超えると言われている。高齢者、要介護高齢者、認知症の高齢者が増えれば、必然的に高齢者介護サービス、特に長期介護の需要が高まる（杜、2022）。

従来、高齢者の介護は主に家族の責任で行われてきたが、中国の近代化、都市化、人口構造の変化に伴い、世帯数や世帯人員の構造も変化している。過去の国勢調査のデータによると、中国の世帯数は縮小を続けており、1982 年の 4.41 人から 1990 年には 3.96 人、2000 年には 3.44 人、2010 年には 3.1 人、2020 年には 2.62 人と、40 年足らずの間に 1.79 人も減少している<sup>3</sup>。世帯の規模が縮小し続けていることは、伝統的な高齢者の家族での介護機能の弱くなり、高齢者介護の課題はさらに悪化させている。第 6 回国勢調査のデータによると、2010 年の 60 歳以上の高齢者がいる世帯数は 1.23 億世帯で、そのうち高齢者 1 人の世帯が 58.91%、高齢者 2 人の世帯が 40.14%、高齢者 3 人以上の世帯が 0.95%である。中国の高齢者の 3 分の 1 が空巢老人になる。高齢者の空巢老人や独居老人<sup>4</sup>という現象は、より多くの高齢者が家族からタイムリーな介護を受けることを著しく困難にしており、政府、企業、社会組織などの多主体供給が必要とる。黄、劉（2006）によると、70%以上の高齢者が高齢者介護の主なニーズとして医療サービスを挙げている。そのため、高齢者向けの医

---

<sup>1</sup> 2020 年国民経済と社会発展統計公報。

<http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/202104/t20200428J342211.html> (2021/07/11)

<sup>2</sup> 「空巢老人」とは、中国において子供が成長し家を離れたため、一人または夫婦のみで生活する高齢者を指す語。

<sup>3</sup> 人民日報のニュースによる中国の世帯規模のデータを参照した。

<https://mz.mbd.baidu.com/r/uV08KzHve8?f=cp&rs=3609187061&ruk=XL3RzGQB3F0xSU4c7jtCuw&u=5d35b67e64bda879> (2021/07/11)

<sup>4</sup> 「独居老人」とは、一人暮らしをしている高齢者のこと。

療サービス、特に介護リハビリテーション、保健サービス、健康教育などの分野の開発を加速させる必要がある。中国では、都市部の高齢者は農村部の高齢者に比べて、子供や年金による経済的支援を受けているが、生活介護サービスは不足している。また、地域による高齢者のニーズを満たす介護サービスを提供しているため、在宅介護より、地域密着型高齢者介護サービスのほうが優れている。

また、高齢者向けの精神的・文化的活動の需要も高まっている。精神的・文化的な活動への需要は、近年の社会・経済の発展により、物質的な生活を満足させた後の高齢者の新たな需要となっている。そのため、高齢者と社会とのつながりを強め、精神的・文化的サービスを幅広く提供するために、高齢者大学や高齢者活動センターの設立など、高齢者を対象としたさまざまな文化・芸術活動が実施されている。

高齢者介護サービスシステムの構築と改善は、高齢化に対処し、社会の調和ある発展を維持するための要件であり、共産党と政府が重視する民生事業である。2016年5月27日、中国共産党中央委員会政治局の第32回中国における高齢化の現状と対策会議において、「高齢者のための在宅、地域密着型、複合型の医療・健康介護システムを構築し、高齢者が求めるサービスのニーズをよりよく満たす」と強調した。共産党の第19回全国人民代表大会の報告では、「高齢者のための政策体系と社会環境を構築し、医療と介護の統合を促進し、高齢者産業の発展を加速する」ことを提案している。このことにより、中国の高齢者介護サービスシステムの構築は、革新的な発展の新時代に入った。

第13次5カ年計画では、介護サービスに対する社会組織の参加を重点的に推進することを提案している。民政部は第13次5カ年計画の要求に基づき、「民間資本の高齢者介護サービス業発展への参入を奨励することに関する実施意見」（民発「2015第33号」）などの文書を相次いで発布し、企業を主軸として市場の役割を決定し、政策的支持・財政的支援を提供して社会勢力の参入を積極的に誘導し、融資や土地利用などにおける市場の活力を高めることを明確に提案している。同時に、財政部が発布した「政府による高齢者介護サービスの購買に関する通知」によると、地方政府は、企業や社会組織などの主体が供給の主体になれるよう、発展理念を転換し、社会組織が高齢者介護サービス市場の参入に積極的に指導すべきであり、同時に、高齢者介護企業の税制優遇を明確にし、多様な供給主体の地域高齢者介護サービス提供への参加を促すべきである。それより、介護サービスの発展方向は、政府が主導である多供給体が協同発展になった。特に、介護サービス市場における企業の供給レベルを高め、企業の役割を果たすことが強調される。

国家政策の奨励と指導により、中国の高齢者介護サービス制度は体系的に徐々に形成されており、高齢者介護サービスの構築は著しい発展を遂げている。2020年、国務院は「高齢者介護サービスシステムの建設計画（2020-2022年）」を発表し、「高齢者介護サービスの内容を施設、コミュニティ、家庭の3主体で行うとともに、部門間の調整・監督メカニズム、日常巡査システム、監督システムを確立し、改善する。さらに、明確な責任、完全な構造、包括的な機能、秩序ある対応を備えた緊急計画システムを構築することで、高齢者介護サービスの分野における安全性の確保」

という建設目標を提出した。また、国務院の弁事処は「社会養老サービスシステムの建設（2015-2020）」を発表し、“「高齢者介護サービスシステムの構築は、高齢化社会に対応するための長期的な戦略課題であり、政府主導を堅持し、社会的参加を促し、管理システムを常に改善し、サービス内容を充実させ、サービス水準を向上させ、高齢者介護サービスに対する国民の需要の高まりに応える継続的な開発プロセスである」”<sup>5</sup>ということを示した。このため、中国政府は2000年以降、高齢化問題の取り組みに注力し、数多くの政策を打ち出した。2020年、国務院は「高齢者介護サービスシステムの建設計画（2020-2022年）」<sup>6</sup>、2022年には国務院が「第14次5カ年国家高齢者事業発展・介護サービスシステム計画」を発表した。第14次5カ年計画（2021-2025年）期間中に、高齢化に積極的に対処する国家戦略の制度的枠組みを基本的に確立し、社会全体が高齢化に積極的に対処する構造をひとまず作り上げ、高齢者の生活の質を捉える指標として主観的幸福感、充足感を大幅に向上させることをわかる（野村、2005）としている。

## 1.2 研究の意義

中国における高齢者介護サービスシステムの研究は、人口発展、社会保障、高齢者福祉と密接な関係があり、本論文は理論的意義と学術的価値を有する。第一に、本論文は中国の少子高齢化の基本的な国情に基づき、中国の高齢化と高齢者人口の状況を把握し、中国の高齢者介護サービスシステムのあり方を探り、時代の価値を反映している。

第二に、中国の高齢者介護サービスシステムの改善は、中国の健全な社会保障制度の重要な部分である。本論文は、中国の高齢者介護サービス制度の発展状況を政策・制度、介護方法、サービス内容の三つの側面から分析し、政策手段と方法を用いて既存の高齢者介護サービス政策を実証的に分析しており、本論文は高齢者福祉関連課題の発展にとって一定の科学的価値がある。

第三に、中国は急速な高齢化発展期にあり、それに伴い少子高齢化、世帯の少人数化、高齢者を支える伝統的家族による介護機能の弱体化が進んでいる。急速な社会発展を応ずる高齢者介護サービスシステムの構築が急務である。

第四に、社会的なアプローチを組み合わせ、家族による高齢者介護サービスの課題を解決することである。在宅介護の責任を負わなければならない若者の負担を減らし、若者と中年の労働力を解放し、経済発展を促進することができる。他方では、介護サービス市場において、政府、企業、社会組織の供給能力が分析される。介護サービス市場における企業の発展レベルを高めることは、就職率を高め、社会的経済発展を促進することにつながる。また、現在の中国社会における高齢者介護サービスに関する課題を解決するための方策を提言している。

---

<sup>5</sup>国務院弁事処、「社会介護サービスシステムの建設（2015-2020）」。

<sup>6</sup>脚注5と同じ。

### 1.3 研究の目的

先行研究（呉、2021）、（張、2016）、（劉、2020）によって、高齢者介護サービスシステムの問題点が指摘している。具体的は、中国には高齢者福祉関連法制度が欠如、介護サービスの評価制度も不備しているため、高齢者向け介護サービスの発展を妨げている。高齢者介護サービスの高い費用と高齢者の低い消費水準との問題は、政府が政策支援を改善し、高齢者の所得水準を引き上げ、供給側と需要側の問題を調整することを必要としている。特に、介護サービス市場への参入に関しては、企業や社会組織は遅く、質も低いことが知られている。医療と介護の統合モデルに関しては、現在の規制基準はまだ完全ではなく、医療安全上の問題が多く、複数の部門の監督機能が重複している。地域介護サービスを発展させる過程では、資金援助、施設建設、管理運営メカニズムなどの方面で問題が異なる。医療・介護機関では、医療・介護人材の不足、サービスレベルが低く、施設機関では資金不足、介護保険制度の不備など制度上の問題がある。これらの問題を解決し、高齢者介護サービスシステムを改善することは、中国の第14次5カ年計画で言及された最重要課題であり、中国の高齢化社会への突入に対処し、高齢者の生活を保障するための重要な措置である。

本研究の目的は政府・企業・社会組織等の多供給主体の視点から、中国における高齢者介護サービス市場への参入や介護サービスシステムのあり方等について分析、検証した上で、現状における課題等に関する改善策を提言することである。

具体的には、まず、中国の高齢者介護サービスシステムについて、政策・制度、介護方式、サービス内容の三つの側面からその現状を明らかにする。

次に、政府、企業、社会組織という多主体供給の視点から、現状における高齢者介護サービスシステムを分析、検証する。

また、オリジナルの政策分析フレームワークを用いて、政府の関与の強さ、介護サービスの供給方式とサービス内容といった観点に基づいて、既存の高齢者福祉政策が高齢者介護サービスのシステムの形成と発展にどの程度寄与しているのかについて定量的に分析、検証すると共に、先進国の介護サービスの発展経験を踏まえた上で、その改善策を提言したい。

### 1.4 研究の方法

本論文は以下の研究方法を使用している。

#### (1) 文献研究

国内外の関連研究文献をレビューすることにより、本論文の研究の課題、研究の内容、研究の背景の基礎を構築する。本論文は、高齢化、介護サービス、公共管理に関する関連研究文献を要約、照合し、文献の研究を全体として把握し、文献レビューをまとめ、本論文の研究枠組みを形成する。データは主に中国国家统计局の民

生統計とウェブサイトの関連データに基づき、中国の高齢化の現状と高齢者介護サービスシステムを紹介し、政府主導の高齢者介護サービスシステムの発展に理論的な裏付けを提供している。また、地方政府の情報に基づいて、多供給主体の発展状況と問題点が検討された。

#### (2) アンケート調査

地域を例にとると、高齢者を対象にアンケート調査を実施している。高齢者が既存の介護サービスに満足しているかどうかを直接に把握することができる。また、高齢者のニーズと介護サービスの欠点などを知ることができ、中国介護サービスシステムの発展により良い提言することができる。

#### (3) インタビュー調査

地方で働く政府職員へのインタビュー調査は、高齢者のニーズを知るだけでなく、政策の具体的な実施状況やサービス提供の難しさを検証することができる。高齢者介護施設の経営者へのインタビューも実施した。どのような政策が高齢者施設の発展をよりよく守ることができるかをよりよく理解することができる。

#### (4) 定量分析

本論文では、政策ツールに基づいて、高齢者介護サービス関連政策を分類・整理し、X-Y-Zの分析フレームワークを構築し、高齢者介護サービス政策について、政府の参与度、高齢者介護サービスの供給方法、高齢者介護サービスの内容などの方面から定量的研究を行うことで、政策ツールによる中国介護サービス政策を客観的に評価し、その後の研究において政策改善のための理論的基盤を論じる。

#### (5) 比較分析

本論文では、介護保険の発展について、パイロット都市の発展状況と特徴を比較し、問題点をまとめる。中国における介護保険制度の確立を促進するため、先進国・地域における介護サービスの経験を要約することで、異なる国や社会文化環境における社会介護サービスモデルの違いを比較対照し、中国に適した高齢者介護サービスシステムの発展に関する対策を提言している。

## 第2章 基本概念と先行研究

本章では、中国における高齢者介護サービスシステムに焦点を当て、中国社会保障制度、高齢者のサービス需要、高齢者介護サービスに関する一連の概念を整理し、それに基づいて高齢者介護サービスの形成、発展および政策・制度に関する先行研究をまとめておく。中国社会保障制度体系は図 2-1 に示す。

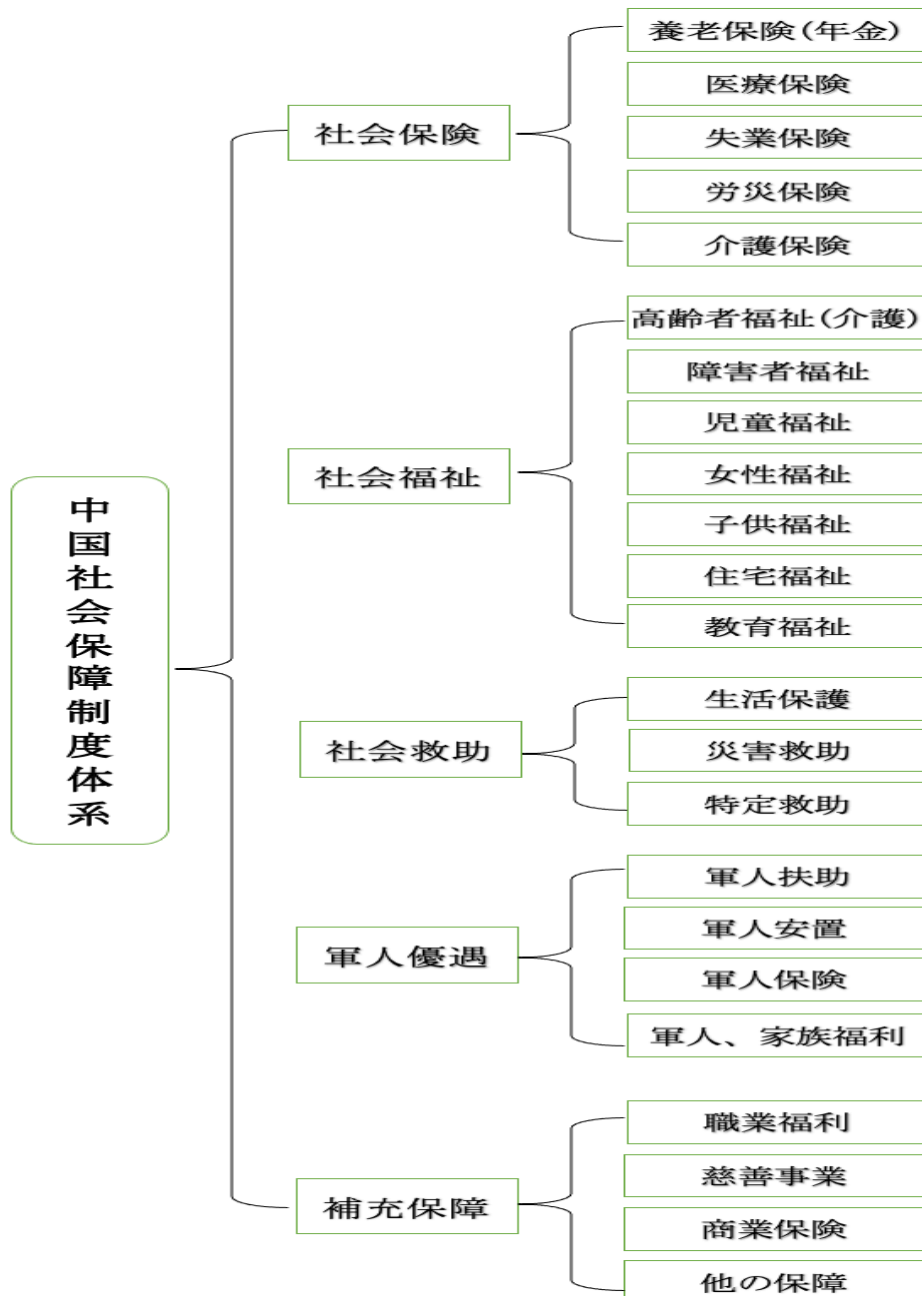


図 2-1 中国社会保障制度体系

出所：中国社会保障部の公式サイトからの情報をもとに筆者作成

[http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/rsxw/202210/t20221024\\_488919.html?eqid=909c5420000322760000000036440aeb3](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/rsxw/202210/t20221024_488919.html?eqid=909c5420000322760000000036440aeb3) (2023/09/24)

## 2.1 社会保障制度

社会保障制度は、19 世紀末のヨーロッパの工業化社会に端を発し、1601 年にイギリス女王が制定した世界初の救貧法が、近代社会保障制度の萌芽となった。1935 年、アメリカ議会は包括的な社会保障法 (Social Security Act) を可決し、これが現代の社会保障制度体系の始まりとなり、「社会保障」という言葉が生まれた<sup>7</sup>。

2009 年 7 月現在、世界 160 以上の国と地域で社会保障制度が導入されている。社会保障制度とは、国民の基本的な生活と幸福を守るために物質的な援助を提供するためにとる措置の総称である。現代社会において最も重要な社会経済システムの一つである。それは、すべての国民の基本的な生存と生活の必要性、特に高齢、病気、障害、失業、出産、死亡、災害、生活上の困難における国民の特別な必要性を保証する役割を果たす。社会保障制度は、国家が国民所得の分配と再分配を通じて実現する。社会保障制度体系は、社会保険、社会福祉、社会救助など、性質、役割、形態の異なるさまざまな社会保障制度で構成されている。現代国家は、社会保障体系が形成されるよう、社会保障に関する法的規範を確立しなければならない。

中国は、新民主主義革命、社会主義革命と建設、改革開放など、さまざまな歴史的時期を経てきた。計画経済の形成と発展、社会主義市場経済への移行に伴い、社会保障制度は無から有へと進化し、単純な労働保護政策から、全国民に恩恵を与える多次元の社会保障へと発展した。

### (1) 建国時期の社会制度

中国の社会保障制度の構築は、中華人民共和国が初めて成立した 1949 年に始まった。それ以前は、孫中山に率いられた旧民主主義革命は、近代工業化社会における労働保険と社会保障の概念に触れていなかった。1944 年に吉林省国境区政府が「労働保護暫定条例」を公布し、続いて 1948 年に東北解放区が「ハルビン特別市戦時臨時労働法要綱」を制定した (欧、2019)。こうした社会保障の考え方の出現は、その後の中国の社会保障制度構築のためのアイデアと政策の初期の源泉となった。

中華人民共和国の建国後、中央人民政府は 1951 年に『中華人民共和国労働保険条例』を公布し、現代における中国の社会保障制度の確立の基礎を築いた。その後、1953 年から 1956 年にかけての社会主義三大改造 (農業、手工業、資本主義工業・商業の社会主義的改造) を経て、都市部では国営経済、農村部では集産経済を特徴とする社会主義経済体制が形成された。この制度の中で、国家保障制度は主に都市住民を対象としていた。中国の計画経済時代には、国は国有企業や政府機関の従業員に対し、雇用、所得保障、医療サービス、子供の教育、住宅を含む包括的な生活保障を提供し、多くの場合、無料受給も含まれていた。労働力は、労働保険制度や国有企業が提供する企業福利厚生を通じて産業発展のために保護された。これとは対

---

<sup>7</sup>何文炯 (2023) . 社会保障制度の建設を加速する. 人民日報.  
<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1766279804440550969&wfr=spider&for=p> (2023/11/02)

照的に、国家財政による農民への社会的支援は非常に限られている。ほとんどの農民は、農村の「五保制度」<sup>8</sup>や農村協同組合医療制度を通じて基本的な福祉扶助を受けながら、自給自足と集団保護の状況で暮らしていた。改革開放の1978年には、農村の貧困人口は7.7億人、農村住民の貧困率は97.5%に達し<sup>9</sup>、科学技術、教育、医療、生産能力の発展も総じて遅れていた。1975年、第4期全国人民代表大会が発表した政府工作報告は、第1回と第3回の全国人民代表大会で言及された「4つの現代化」を繰り返し、20世紀末までに実現するという計画を打ち出した。しかし、当時の社会環境では、この発展戦略を実際に実行に移すことは難しかった。

## (2) 改革開放と生産主義の社会制度

文化大革命の終結後、中国社会は改革開放の新たな時代を迎えた。1978年12月、中国共産党中央委員会は第11期中央委員会第3回全体会議を開催し、国家の発展重点が社会主義現代化の建設にあることを明らかにし、1981年、中国共産党第11期中央委員会第6回全体会議は、当時の中国社会の主な課題が人民の増大し続ける物質的・文化的ニーズと社会生産の後進性との矛盾であることを明確に打ち出し、中華人民共和国建国以来の党のいくつかの歴史的課題に関する影響力のある決議を採択した。1982年から1983年にかけて、人民コミュン制度が廃止された。農村改革により、農民は自ら事業を経営し、自らの損益に責任を持つことができるようになり、生産能力が大幅に解放され、農民の熱意が刺激された。1984年10月、中国共産党第12期中央委員会第3回全体会議が「経済体制改革に関する中国共産党中央委員会の決定」を採択し、1986年3月、国務院は「都市経済体制改革に関する第1回全国作業会議」を開催し、都市経済体制改革を推進する任務を実施した。経済体制の改革は労働制度の改革にもつながり、1986年、国務院は労働契約制度に関する多くの法規を公布し、年金制度を導入し、年金の基金を企業と労働契約労働者が負担し、拠出額と年金給付額を規定し、失業保険制度を導入した。1986年、国務院は国営企業の労働者の失業保険に関する暫定規定を公布し、1999年には「失業保険条例」を公布し、国営企業における労働移動と失業保険制度形成の法的根拠を提供した。

## (3) 労働保障から社会保障へ：再分配的社会制度

1990年代半ば以降、経済効率を向上させるために、都市改革、すなわち合併・買収、株式保有、競売を通じた県レベル以下の国有企業の市場化が実施されてきた。この改革により、都市部の労働者の解雇が相次いでいる。労働部門が発表したデータによると、解雇された労働者の累計数は1995年には564万人に達したが、1997年には累計数が1152万人に達し、1999年には累計数が2278万人に達した(楊、2002)。その結果、中国では1999年に、解雇手当、失業保険、都市最低生活保障の三つの社

---

<sup>8</sup>法定扶養義務者がいない障害者、孤老、寡婦、孤児を対象とし、服装、食事、燃料、医療(年少者の教育)、年輩者の死後葬儀の生活上の5つの内容を保障する。

<sup>9</sup>中国統計部(2015)・改革開放以降、中国の農村部の貧困人口は7億人減少した。中国政府公式サイト.[http://www.gov.cn/xinwen/2015-10/16/content\\_2948328.htm](http://www.gov.cn/xinwen/2015-10/16/content_2948328.htm) (2023/10/27)



会保障体系が形成された。

都市最低生活保障は、社会保険とも社会救助とも異なる。この制度は 1993 年に上海で始まり、1996 年に全国に広まり、1999 年 9 月には国務院が「都市住民の生活条件の最低保障に関する条例」を公布し、都市最低生活保障制度が全国で公認された。2004 年には農村部でも最低生活保障制度が導入され、その後広がり、2006 年には 1800 以上の県で制度が設けられた。近年、多くの地域（浙江省など）では、都市部と農村部の最低生活費の支給額を徐々に統一している<sup>10</sup>。

農村では、経済構造の変化に伴い、1990 年代に多くの郷鎮企業と村落企業が乖離した。一部の労働集約的で経営効率の低い一次加工企業は倒産し、一部の経営の高い郷鎮企業はリストラによって民営化・株式会社化され、もはや集産経済には属さなくなった。2006 年から 2009 年までの 3 年間、中央政府は農村における 3 大社会保障制度（新型社会養老保険、新型農村協同医療制度、農村低所得者保険制度）を強力に推進し、公共財の介入を通じて農村社会保険制度と農村低所得者保険制度の確立と発展を促進した。これにより、都市住民を対象としていた社会保障制度が農村にも拡大され、農村は集団福祉制度から国の財政に支えられた農村社会保障制度へと移行し、所得再分配制度の対象が都市から農村へと拡大する。

第 12 次および第 13 次 5 カ年計画期間中、中国は「広範と多段階」の社会保障制度を構築するという目標を提唱し、制度の一体性を強化し続けてきた。公的財源の支援を通じて、社会保障制度は都市住民だけでなく農村に住む人々も利用できるようになり、都市の社会保障と農村の集団福祉という二重の制度から、都市と農村を統合した新しい社会保障制度への転換が促進された。こうした変化によって、都市住民と農村住民の間の給付の再分配が強化され、国民福祉制度の保護が強化された。21 世紀に入ってから、中国の社会保障政策の発展は多次元的に拡大し続け、制度の再分配効果はさらに強化され、中国の特色ある新しい社会保障制度が形成されている。

#### （4）保障制度の統一と包括的社会制度

中国の社会保障制度は現在、基本的に全人口をカバーし、国民に基本的な生活保護を提供している。2022 年末までに、被保険者はそれぞれ養老保険が 13.46 億人、医療保険が 13.46 億人、失業保険が 2.38 億人、労働災害保険が 2.91 億人となった<sup>11</sup>。これを基盤に、社会政策は包括的發展の方向に進み、21 世紀の中国は、都市部と農村部を統合した社会保障制度の構築を強化し続けている。都市と農村の養老制度、都市と農村の医療制度の調整と統合の推進を通じて、社会保障制度の体系性も強化されてきた。例えば、2014 年と 2016 年に発表された「都市・農村住民のための統一基礎養老保険制度の確立に関する意見」、「都市・農村養老保険制度の収束に関する

<sup>10</sup>李萍. 中国が世界最大の社会保障制度を構築、13.6 億人が基礎医療保険に加入. 深セン特別行政区日報. 2021. 04. 22. 第 4 版.

<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1743297740377632905&wfr=spider&for=pc> (2023/11/16)

<sup>11</sup>人社部 (2022). 社会保障統計年鑑.

暫定措置」、「都市・農村住民のための基礎医療保険制度の統合に関する意見」などの政策はいずれも、異なる保険制度の統合や接続を強化し、社会保障における都市部と農村部の統合プロセスを前進させた。

包括的社会政策のもう一つの基本的な内容は、特定のグループに対する援助の提供である。中国の社会保障制度は継続的に強化され、軍人への優遇措置だけでなく、特に貧困層や自然災害に見舞われた人々への特別救助も行っている。その一方で、女性、児童、障害者のための反貧困、教育、医療といった社会福祉の分野に新たな資源が利用できるようになった。これらの政策は、社会保障制度の内容を拡大しただけでなく、市民の基本的生存権を確保するものであり、共同发展や包括的で政策展開という発展コンセプトを反映している。

#### (5) 「共同富裕」の背景における社会制度

小康社会<sup>12</sup>が構築されつつある現在、この段階で直面する問題と、共同富裕<sup>13</sup>という新たな政策目標達成への道筋を探る必要がある。中国共産党中央委員会は「第14次全国经济社会发展5カ年計画および2035年のビジョン目標の策定に関する提言」が中国の社会発展のビジョン目標として社会主義現代化の基本的実現を打ち出した。2035年までに「全人民の共同富裕がより実質的な進展を遂げる」ことを求めている。より良い生活の追求を目標に掲げ、人々の幸福感と安心感を高めるため、基本的な生活保障を超えたさまざまな生活の追求にもっと注意を払うべきである。

特に、高齢化の深化が進むにつれ、建国初期の基本的な生活保障から、すべての高齢者を対象とした質の高い介護サービスの全面的な提供へと変化しており、障害者となった高齢者層に対する介護サービスの保障だけでなく、シルバー経済を発展し、健康的な高齢者のため、高レベルなニーズに対応することが求められている。民政部は2020年9日に「長期介護保険制度の試行実施に関する指導意見」を公布し、介護保険制度の試行実施範囲が拡大され、高齢者多段階保険制度の構築、医療保険、商業保険、介護保険など幅広い分野に及ぶようになった。2021年2月21日、国務院は「全国高齢者福祉事業の発展及び高齢者介護サービスシステムの改善に関する第14次5カ年計画」を發布した。第14次5カ年計画期間には、介護保険制度をさらに普及させ、政府、企業、社会組織などの多主体供給モデルを確立し、特に介護サービス市場における関連企業の発展を促進し、在宅と地域、施設介護を互い補完し、医療、介護サービスを組み合わせた介護サービスシステムの改善を加速させることが提案された。社会集団の多様なニーズに応えることで、社会の質は向上し、人々の幸福感は改善されることになった。

新時代に「共同富裕」の社会背景における、高齢者向けのサービスは単一の保険制度によって提供されるものではない。高齢者福祉を中心に、様々な保険制度に基

---

<sup>12</sup>小康社会は、「基本的には裕福な社会」である。中国の最高指導者である鄧小平は、1979年12月に「四つの近代化」に基づいて「小康社会」というスローガンを初めて提案した。

<sup>13</sup>中国共産党はスローガンで「貧富の格差を是正し、すべての人が豊かになることを目指す」としている。

づいて、慈善事業、商業保険、その他の保障制度によって補完される。すべての高齢者に質の高い総合的なサービスが提供されている。

## 2.2 基本概念

### 2.2.1 高齢化・高齢化社会・超高齢社会

1956 年の国連の報告書において、7%を超えると「高齢化した (aged)」、14%を超えると「高齢社会」、21%は「超高齢社会」とされている<sup>14</sup>。

高齢化とは、人口の年齢構成が変化することであり、具体的には、総人口に占める高齢者の割合が増加することである。高齢者の年齢は、一般的に 60 歳または 65 歳と定義されている。高齢化の 2 つの年齢の区分は、主に国によって高齢者の定義や定年などが異なることに基づいている。しかし、人口の平均寿命が延びるとともに、国際的には 65 歳以上を高齢者と定義する。

高齢化社会とは、65 歳以上の高齢者の割合が「人口の 7%」を超えた社会を指す。日本は 1970 年に高齢化社会、1994 年の時点で高齢化率 14.6%を超え、高齢社会に突入している<sup>15</sup>。

中国は 1999 年に高齢化社会に突入して以来、第 7 回国勢調査を通じて、年齢構成を見ると、2021 年には 65 歳以上の高齢者が 2056 万人となり、国の人口の 14.2%を占めることになる<sup>16</sup>。これは、中国が高齢社会に突入したことを示す。

2007 年にはついに高齢化率が 21%を超え、日本は「超高齢社会」を迎えたのである。内閣府の平成 29 年版高齢社会白書によると、2016 年 10 月 1 日現在の高齢化率は 27.3%、高齢者数は 3459 万人となっている。日本の高齢化率は世界でも大変高く、今後もハイスピードで進んでいく見込みである。第 7 回国勢調査によると、人口の年齢構成を調べると、中国は超高齢化社会には入っていないものの、現在、国内の 11 都市が超高齢化社会に突入していることが判明した。

少子高齢化の進展、世帯構造の変化などを受け、従来は家族のみで担ってきた介護を広く社会共通の課題として認識し、実際の介護（ケア）を社会全体が担っていく「介護の社会化」が期待される。

介護を社会化するということは、家族から介護を取りあげることではない。また、介護をする家族の負担を軽減することと、介護される要介護高齢者によりよい生活を送ってもらうことは両立されなければならない。家族の優しさによる家族介護によって要介護高齢者の心の安らぎが保たれることは大切である。一方、介護の専門家は確かな技術で、安心して委ねることができる。専門家の介護を受けるというこ

---

<sup>14</sup>内閣府、平成 16 年版高齢社会白書。

<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2004/zenbun/html/GC000001.html>  
(2022/03/24)

<sup>15</sup>内閣府、令和二年版高齢社会白書。

[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) (2022/03/24)

<sup>16</sup>中国統計局 (2021) 中国統計年鑑。

とは、要介護高齢者にとって、ある程度の緊張感がもたらされることになる。それゆえ、そこに家族の良さをそのように結びつけていくのか、というところに重点を置かなければならない。そのために、介護する家族を社会がどのように支えていくのは重要である。

世界に先駆けて超高齢化社会を迎えた日本は、最も完備された介護保険制度を構築している。介護保険は、社会保障の実現や高齢者関連産業の発展のための最も強固な基盤となっている。産官学民連携機構支援プロジェクトの設立により、高齢化社会に対応した都市・地域づくりを模索するため、都市から地域まで、多方面な計画で多くのパイロット・プロジェクトが実施されている。地域の配置を最適化し、医療・生活・仕事が一体となった地域介護の再構築を進めることで、地域の人口構成のバランスと生活環境の質の向上だけでなく、高齢化社会における雇用機会の創出と生活保障の確保が可能となる。

中国政府は高齢化社会の問題への取り組みの重要性を十分に認識しており、国の経済社会発展計画の重要な一部として、高齢化への積極的な対応とバランスのとれた人口開発の推進を検討することを盛り込んだ新地域介護戦略を推進している。この指導的な計画の枠組みを適切に実施し、対応策を確立するための最も有効な手段の一つが、先進国の高齢化への対応を参考にすることである。

## 2.2.2 高齢者のサービス需要

「サービス」とは、中国語では他人に利益を与える有償または無償の活動を指す（高、2013）。社会学では、「サービス」は一般的に、社会の構成員が相互に利便性を提供する活動の種類のみを指し、通常、利便性を提供する有償または無償の直接的または間接的な経済的労働サービスに分類される（張、2009）。

「需要」という言葉は経済学の概念としてよく使われ、ある期間に人々があらゆる可能な価格で購入したいと思っている特定の財の量を意味する（郭、2001）。『現代中国語辞典』では、「需要」という言葉を「必要性から生じる要求」と定義している<sup>17</sup>。この2つの定義を合わせると、人間のニーズには、「必要性による獲得意欲」と「その意欲を実現する能力」の2つの要素があることがわかる。

要約すると、「高齢者のサービス需要」とは、高齢者が自分の特定のニーズを満たすために特定のサービスを得ようとする意志と、その意志を実現するためにサービスを得ようとする能力であると理解できる。高齢者のサービスニーズを正確に理解することは、高齢者に質の高いサービスを提供するための前提条件であり、必要条件でもある。

---

<sup>17</sup>中国社会科学院研究所(2003). 現代漢語辞典. 北京商務印書館.

## 2.3 高齢者介護サービスに関する先行研究

### 2.3.1 高齢者介護サービスの形成

「高齢者介護」は、経済的な扶養だけでなく、高齢者が老後に必要とする介護や精神的な安らぎなども含まれる（徐、2009）。高齢者介護サービスについては、学界では厳密な定義はなく、多くの研究者が、拡張的な概念の中で高齢者介護サービスを定義している。王（2018）は、高齢者介護サービスには狭義と広義があり、狭義の高齢者介護サービスは、基本的な生活介護を中心として政府が組織して実施する民政的な高齢者介護サービスであり、広義の高齢者介護サービスは、高齢者の生活の質を向上させるために国家、社会、または個人が提供する政策措置や施設・サービスの総称であると考えている。具体的に、高齢者介護サービスは、生活介護サービス、医療保険サービス、教育サービス、文化・娯楽サービス、精神的な安らぎサービス、法律・権利主張サービス、家政飲食サービスなどに細分化される。

伝統的な家族による高齢者介護は、「在宅介護」と「子供による介護」の組み合わせであるが、高齢者介護サービスは、従来の家族のみによる高齢者介護とは異なり、新しい高齢者介護のモデルである。家族に加えて、主に政府、市場、社会が提供する高齢者介護のサービスである。中国では家族による高齢者介護の機能が弱まっていることや、高齢者や独居高齢者の増加に対応し、社会的な観点から高齢者を支援することが求められている。しかし、高齢者介護サービスは、高齢者介護における家族の役割を弱めたり、置き換えたりすることを意味しない。高齢者介護サービスには、政府が提供する公的サービスだけでなく、市場メカニズムや、家族をはじめ様々な社会的勢力を動員して、共同で高齢者介護サービスを提供することも含まれる。

高齢者介護サービスは、サービスの形態によって、在宅高齢者介護サービス、地域密着型高齢者介護サービス、施設高齢者介護サービスの三つに分けられる。在宅高齢者介護サービスとは、家族を核に、地域を頼りに、専門サービスを依拠とした社会化されたサービスを指し、在宅で生活する高齢者に、主に日常生活上の困難を解決するためのサービスを提供するもので、サービスの内容は主に生活介護や医療サービスのほか、精神的な安らぎサービスも含まれる。地域密着型の高齢者介護サービスとは、高齢者の日常介護、生活介護、家政サービス、精神的な安らぎなどを主な内容とし、出張サービスや地域デイサービス（通所介護）を主な形態とし、高齢者介護施設の専門サービスを導入した、地域で組織された高齢者介護サービスシステムのことである。施設型高齢者介護サービスとは、高齢者が食事や生活、清掃や衛生、生活介護、健康管理、文化・スポーツ・娯楽活動などの総合的なサービスを提供する施設に入居し、施設スタッフが高齢者介護サービスを提供する方法を指す。

## 2.3.2 高齢者介護サービスの発展

高齢者介護サービスシステムは単なる社会高齢者介護サービスの延長・拡大ではなく、システムの観点から社会高齢者介護サービスをより全面的・体系的に解釈したものである。

国务院事務局は 2011 年 12 月に「社会高齢者介護サービスシステム建設計画（2011-2015）」を発表し、その中で中国の社会高齢者介護サービスシステムの方針を次のように表明した。すなわち、社会高齢者介護サービスシステムは経済社会の発展レベルに適合し、高齢者の介護サービスに対するニーズを満たし、高齢者の生活の質を向上させることを目的とし、すべての高齢者に生活介護、リハビリテーション介護、精神的な安らぎ、緊急時の救援、社会参与など、施設、組織、人材、技術的要素で形成されたネットワーク、またそれに対応するサービス基準、運営メカニズム、監督システムを提供する<sup>18</sup>。「2021 年の「第 14 次 5 年計画」における高齢者事業の発展と高齢者介護システムの構築に関する国家計画」では、高齢化に積極的に対処する国家戦略の制度的枠組みを基本的に確立し、社会全体が高齢化に積極的に対処する構造をひとまず作り上げ、高齢者の生活の質を捉える指標として主観的獲得感、幸福感、安全感を大幅に向上させるという発展目標が打ち出されている。

中国の高齢化社会の特徴としては、「高齢者の絶対数が多い」、「高齢者の増加率が大きいの」、「高齢化のスピードが速い」、さらに、先進諸国と異なり、経済成長の途上状態の中で高齢化社会を迎え、高齢化と経済発展水準とのバランスが取れていない「未富先老（富む前に年老いてしまう）」などの状況が挙げられる。このような急激な高齢化は、中国の経済、財政、社会保障、地域社会などあらゆる面において問題を引き起こすおそれがある。中国の高齢化社会の進展に伴い、高齢者向けの医療、保健、生活支援、リハビリ介護に関する需要も高まりつつ、ハイレベルの高齢者介護サービスシステムの構築と強化が喫緊の課題となっている。

中国の高齢者福祉介護サービスシステムは、高齢者の基本的なニーズを満たし、中国経済の発展水準に合わせ、高齢者の生活の質を向上させることを目的としている。すべての高齢者に対して、基本的な生活ケア、医療、補助金、精神的な安らぎ、緊急支援、社会参加などを提供する施設、組織、人材、技術要素、および運営メカニズム、監督管理で形成される。サービス主体の区分は日本と同じく、在宅介護、地域密着型介護、施設介護に分けられる<sup>19</sup>。

世界保健機構 WHO の定義では、65 歳以上の者となっているが、中国では「60 歳以上」<sup>20</sup>と定義している。高齢者は身体の状態により、さらに「日常生活で身の回りのことを完全に自分自身で行うことができる高齢者」を「自理老人」（自立）、「日常生

<sup>18</sup>中央政府公式サイト. [http://www.gov.cn/zwgc/2011-12/2content\\_2030503.htm](http://www.gov.cn/zwgc/2011-12/2content_2030503.htm). (2022/06/24)

<sup>19</sup>厚生労働省. 介護分野をめぐる状況について. 社保審-介護給付費分科会第 176 回(R2. 3. 16) P3. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608284.pdf> (2022/10/21)

<sup>20</sup>中華人民共和国民政部 (2021). 高齢者社会福利機構基本規範.

活を行うために、手すり、杖、車椅子、昇降機等の設備を必要とする高齢者」を「介助老人」（要支援）、「日常生活を行うために、人からの介護を必要とする高齢者」を「介護高齢者」（要介護）と分類される。よって、高齢者福祉介護サービスの内容は、高齢者のニーズに応じて、生活養老、健康養老、文化養老に分けられる<sup>21</sup>。生活養老は、主に生活介護と経済的支援（高齢手当など）で構成されている。健康養老とは、医療、介護を組み合わせた新しいパターンや、介護サービスにおける AI 技術の活用を指す。文化養老とは、高齢者の精神的な安らぎニーズに応えるために、文化的・娯楽的な活動や施設を提供している。

中国における高齢者の福祉政策について、1949 年の新中国成立後、4 つの段階に要約されるような発展してきた(包、2021)。

#### 第一段階（1949-1977）：萌芽期

計画経済の背景から、一部の生活困窮高齢者に対するケアの問題を解決ために、寡婦、孤児などに対象として、政府が運営する福祉施設で単純な福祉・介護サービスを提供されるようになった。この頃、高齢者福祉は社会保障の一部であり、独立した概念やサービスではない。

まず、最も早くから都市部の高齢者施設が改造・新築された。都市と農村の二元的な社会構造の下で、都市部の介護施設は生産教養院を呼んで、後に養護施設や老人ホームと名前を変え、1953 年には 923 施設があり、高齢者を介護していたのである。第二に、農村の高齢者施設が台頭してきたことである。農村のサービス施設は老人ホームで、1956 年に黒龍江省白泉県興華郷で誕生したのが最初だった。1958 年末には、農村部に 15 万人の老人ホームが設立され、五保対象<sup>22</sup>のもとで 300 万人が介護対象者になった<sup>23</sup>。

#### 第二段階（1978 年～1999 年）：調整期

市場経済の背景を踏まえ、政府主導の介護サービスを改善しながら、社会的高齢化問題を解決し、初めて高齢者相関政府機関、高齢者向けの法規、介護施設と管理規制が現れた。高齢者介護サービスや介護施設でのサービスにも発展が始まった。

まず、高齢者相関政府機関が設立された。中国政府は高齢化に注目し始め、1982 年に国家高齢化工作委员会を設立し、当初は中央から地方レベルまでの高齢者に関係業務の流れを形成していた。中国では 1996 年に『中華人民共和国高齢者權益保護法』が初めて制定され、「高齢者の介護を主に家族に依存する」と明記された。1998 年、国務院は「社会福祉の加速に関する意見」を発表し、民政部などは「社会福祉施設管理暫定弁法」、「高齢者社会福祉施設基本規範」などの社会福祉施設管理の発

---

<sup>21</sup>養老服務体系 <https://mbd.baidu.com/ma/s/EsvwPazH> (2022/05/21)

<sup>22</sup>五保対象：労働能力を欠くか完全に労働能力を失った身寄りのない高齢者、虚弱者、孤独者、寡婦、障害者の社員に対し、保食、保衣、保燒、保教、保葬という五保を受ける。

<sup>23</sup>楊根来（2019）. 新中国養老服務 70 年發展歷史脈絡. 中国社会報. <https://zmzf.bcsa.edu.cn/info/1022/1192.htm> (2022/06/01)

展と標準化につながる一連の規則が制定された。この制度により、高齢者介護サービスが、単一の生活介護から、住居、医療、介護、リハビリ、娯楽になったものへのカバーされ、高齢者介護サービスの質も徐々に向上している。第四に、高齢者介護サービスの対象が拡大したことである。「五保戸」から、「困っている高齢者」へとサービス対象が徐々に向けていった。

### 第三段階（2000 年～2011 年）：発展期

国連が定めた基準では、中国は 1999 年に正式に高齢化国に入っていた。高齢者介護サービスの構築、高齢者介護サービス産業、高齢者介護サービスシステムがキーワードとなり、高齢者介護サービスは内容から政策や法規、技術の標準化、人材育成まで大きく発展してきたのである。

第一に、高齢者に関する役割を重視する。2000 年、中国共産党中央委員会と国務院は「高齢化工作強化決定」を策定し、「家族介護を基本とし、地域介護に依存し、社会介護で補完する介護メカニズム」ことを提案し、中国が初めて家族、地域、社会からなる老齡介護方式を構築することを提唱した。第二に、在宅介護サービスを重視するようになったことである。施設介護以外の高齢者に対しては、集中居住と生活介護などのサービスが提供されることを通じて、徐々に在宅サービスにも広がる。2000 年、国務院は民政部など 11 部門が発行した「社会福祉の社会化加速に関する意見」を転送し、「介護方式において、家庭を基本とすることを主張する」と明記した。2008 年、国家老齡事務局、発展改革委員会など 10 部門は「高齢者介護サービス業務の全面的推進に関する意見」を発表した。

### 第四段階（2012 年～現在）：新たな時代へ

2012 年、新しい党中央委員会が成り立つ、高齢者介護サービスとシルバー経済に大きな関心を寄せ、高齢化社会に積極的に対応し、中国の高齢者介護サービスは新時代に突入したのである。

第一に、党中央委員会は高齢者介護サービスの仕事を重視している。第 17 期中央委員会第 5 回全体会議で「高齢者介護サービスの発展を優先する」、第 18 期中央委員会第 3 回全体会議で「高齢化社会に積極的に対応し、高齢者介護サービスシステムの確立と介護産業の発展を加速する」、第 19 期全国代表大会で「人口高齢者に応じて、医療、介護を結びつけて、高齢者介護産業の発展を優先する」という理念が打ち出された。”2016 年、習近平総書記は高齢者と高齢者介護サービスの仕事について 4 回にわたって指示を出し、特別会議を行っている。

第二に、高齢者介護サービスシステムを改善している。2017 年、「国家高齢化システム発展及び国家高齢化システム建設第 13 次 5 カ年計画」は、当初の「社会高齢化サービスシステムの建設は、家庭を基本とし、地域に頼り、施設に支えられるべきである」から「家庭を基本とし、地域に頼り、施設に補足され、医療、介護を結びつけする」に修正された。

第三に、政策や規則の構築の仕事を重視している。『高齢者權益保護法』（2013 年



第 72 号で 2 回目の改訂、2018 年第 24 号で 3 回目の改訂)」高齢者介護サービス産業の発展加速に関する国务院意見」（国発〔2013〕35 号）、「高齢者介護サービス市場の全面的自由化と高齢者介護サービスの品質向上に関する国务院総局意見」（国発〔2016〕91 号）などにより、法律、規制、規則、政策、規範文書が次々と発行されている。

第四に、標準化とサービスの品質を重視することである。第 18 回全国代表大会以降、中国は標準化と品質建設作業を非常に重視しており、2014 年には民政部、国家標準委員会など 5 部門が「高齢者介護サービスの標準化強化に関する指導」を発表し、高齢者介護サービスの標準化を議題に挙げされた。2016 年には民政部と国家工商行政管理总局が「高齢者施設介護サービス契約」を発表した。この事により、高齢者介護施設の建設、高齢者地域デイサービスセンター、高齢者の能力評価などに関する技術仕様について、国および業界の基準が策定されている。

日本は中国に先駆けて高齢化社会が進展しており、その豊富な経験をもとに、両国の政府関連機関はこれまでもさまざまな形で協力してきた。国際協力機構（JICA）は中国の民政部と 2016 年 5 月から 2020 年 5 月までの 4 年間にわたり技術協力プロジェクト（日中高齢化対策戦略技術プロジェクト）を展開した。厚生労働省と中国国家衛生健康委員会は、2018 年 10 月に「日本国厚生労働省と中華人民共和国国家衛生健康委員会との間の高齢者介護の協力に関する行動計画（2018～2022 年）」に署名した。経済産業省は中国国家發展改革委員会との協力のもと、「日中介護サービス協力フォーラム」を 2018 年 10 月は北京で、2019 年 9 月は東京で開催した。

中国の高齢者福祉介護サービス関連政策について、地方行政への権限移譲、公正な監督管理による公平な競争の促進、効率性の高いサービスによる環境づくり、医療と介護の統合、消費メカニズムの整備、スマート健康養老産業の発展、社区養老サービス業発展への優遇政策（社区内でデイケア・リハビリ・食事や移動支援などのサービスプロバイダーに対する各種割引や減免措置）、都市企業連動普惠養老特定行動、社区におけるリハビリ補助器具のレンタルサービス試行等、注目すべきものが多い<sup>24</sup>。中国国务院が 2021 年 2 月 21 日、「第 14 次 5 カ年（2021～2025 年）計画」期間の国家高齢者事業の発展に関する計画」を発表した。2025 年までに高齢者向けサービスの供給拡大、高齢者の健康支援システムのさらなる整備、高齢者介護サービスに関する多様な業態の融合発展などについて目標を設定した。以下の事項について重点的に取り組むことを盛り込んでいる。

- (1) 社会保障の整備とボトムアップ型高齢者介護サービスの強固なネットワークの構築
- (2) 包括的な高齢者介護サービスの適用範囲の拡大
- (3) 自宅と地域（コミュニティ）の高齢者介護サービス能力の強化
- (4) 高齢者の健康支援システムの改善

---

<sup>24</sup>中国日本商会. 中国経済と日本企業 2021 年白書.

[https://www.jpcc-sh.org/uploads/mail\\_attachment/1623920896.pdf](https://www.jpcc-sh.org/uploads/mail_attachment/1623920896.pdf) (2022/06/10)

#### (5) シルバー経済の発展など

このことにより、高齢者介護サービスシステムの構築と完成は、高齢化に対処し、社会の発展を維持するための要件であり、中国政府が重視する民生事業である。これらの内容を見れば、中国の高齢化問題への施策・制度の構築及び整備がトップダウン設計によるものであることがわかる。従って、様々な視点からの政策評価による改善への取組が求められる。

### 2.3.4 高齢者介護サービス政策・制度について

高齢者介護サービス政策・制度に関連する先行研究は主に、国の法律と政策、保障制度、監督管理に焦点を当てている。

高齢者介護サービスの質を向上させるためには、高齢者介護関連の法的構築を強化することが研究者のコンセンサスとなっている。汪（2013）によると、中国の高齢者介護サービス機関には、不明確な分類、不規則な管理、改善すべき従業員の質、不十分なリスク分担メカニズムなどの問題があり、高齢者介護サービス機関の法制度の改善が急務であるという主張している。徐（2015）は、高齢化社会の厳しい状況に適応するためには、国家は高齢者権益保護法を核とし、関連する補助法や地方の立法を強化し、中国の特色ある高齢者権益保護の法制度を構築すべきだと主張している。Hoskins（2003）は、高齢化の流れは止められず、高齢化の潮流に直面して、政府はすべての社会的主体が社会保障に参加するよう積極的に誘導し、個人、企業、社会グループの役割を十分に発揮させるべきだと主張している。宗、王（2015）は、現在、中国の高齢者向けの政策はまだ発展途上にある。法規の整備が不十分である結果、中国の高齢者介護の分野では「守るべき規則がない」という問題が残っており、継続的な実践による改善が急務であるという主張している。

高齢者向けの保障制度については、李（2022）によると、中国政府は高齢者のニーズを満たすため、医療保険、個人商業医療保険などを含む、都市部と農村部の両方をカバーする多レベルの保障制度を徐々に確立していることが示された。呉、韓（2023）によると、中国の社会年金保険は細分化されており、都市部でも、農村部でも、全国に統一の医療保険制度の構築に着手すべきだという。医療保険サービスについては、高齢化の進展や高齢者の平均寿命の伸びに伴い、高齢者介護サービスにおける医療保険の需要が高まっているという調査結果があることが示された。

監督・管理の面では、姚（2015）が国内外の政府による在宅高齢者介護サービスの購入経験をまとめ、在宅高齢者介護サービス主体への監督には、高齢者介護施設などのサービス提供者だけでなく、政府当局の監督も含まれるべきだと主張している。林（2019）は、中国のあらゆる形態の高齢者介護方式を実地調査したところ、監督不足が最も深刻な問題であることが明らかにしたことが示された。孫（2022）政府の監督能力は不十分であることが示された。一部の施設、特に小規模の民間経営施設は、高齢者介護施設の設置認可を取得するための条件を満たすことが困難であ

るため、政府の監督から恒久的に外れており、その結果、明確性が欠け、不確実性が高く、安全上のリスクが高まっている。認可を受けていない施設については、規制当局が一般的に罰則を科す手段を持たないことが主な主張している。

提供される高齢者介護の内容には、従来の扶養方法と新しい医療・介護複合型の提供方法があり、提供される場所には、在宅高齢者介護、施設高齢者介護、地域密着型の高齢者介護がある。

中国では、高齢者が高齢者介護サービスを受ける最も重要な形態は在宅介護である。張（2023）は「インターネット＋在宅高齢者介護」という新しい高齢者介護サービスモデルを研究し、「インターネット＋」という新しい形は在宅高齢者介護サービスにもっと便利なツールをもたらし、政府、コミュニティ、家族の共同参与到役立つと考えたことをわかる。王、馮（2015）は、医療サービスを在宅高齢者介護モデルに統合することの必要性和実現可能性を探り、資金ルート、人材チーム、監督管理などの方面から関連する対策を提案したことがわかる。

地域の高齢者介護は、コミュニティをプラットフォームとして高齢者介護サービスを提供する重要な方法であり、中国の高齢者介護サービスシステムの中では依存的な立場にある。温、陳（2023）は、「インターネット＋」の背景で知的地域密着型の高齢者介護サービスシステムを研究し、知的地域密着型の高齢者介護サービスシステムの概念、内容、キャリアについて論じた。青（2016）は、地域密着型の高齢者介護の独自の価値を分析し、地域密着型の高齢者介護の発展には、設備投資、人材のチーム作り、施設の建設、管理運営の仕組みなどを強化する必要があると主張している。

施設での高齢者介護は、中国の高齢者介護サービスの重要な手段の一つであり、高齢者介護サービスシステムで支柱的な地位にあるということが示される。張、魏（2014）は、北京の高齢者介護サービス施設にいる高齢者の施設滞在意向を現地調査で調べ、個人、家族、地域の複数の要因が、要介護高齢者と非要介護高齢者の施設滞在意向に異なる影響を与えていることを主張している。任（2016）は、厦門の 28 社の高齢者介護施設の規模と効率を調査し、高齢者介護施設の固定資産の総額が大きいほど、施設の高齢者介護サービスの効率が低いことを明らかにし、病院と提携していない高齢者介護施設の効率が高いことが示される。

高齢者介護サービスの内容は、高齢者のニーズに応じて、生活養老、健康養老、文化養老に分けられる。生活養老は、主に生活介護と経済的支援（高齢者手当など）で構成されている。健康養老とは、医療、介護を組み合わせた新しいモデルや、介護サービスにおける AI 技術の活用を指す。文化養老とは、高齢者の精神的なニーズに応えるために、文化的・娯楽的な活動や施設を提供することが示される<sup>25</sup>。

中国や海外の高齢者介護のニーズを調査した結果、生活介護は高齢者が老後の生活を維持するために必要な基本サービスの一つであることがわかる。Sasso、

---

<sup>25</sup>2017 年第十九次全国人民代表大会に「養老服务体系」の概念が紹介された。  
<https://mbd.baidu.com/ma/s/EsvwPazH>、(2022/5/23)

Johnson (2002) の研究でも、ほとんどの高齢者は、高齢者ホームや高齢者介護施設などの介護施設ではなく、自宅での生活を望んでいるという点で一致している。北京大学の中国社会調査センター (2020) が発表した CFPS のデータによると、高齢者の生活介護のニーズは、性別や教育レベルによって大きな違いがあり、特に家事や精神的な安らぎの分野で顕著であると結論づけている<sup>26</sup>。

高齢者が高齢者介護サービスを購入し、老後をよりよく楽しむためには、経済的な支援が重要である。現在、中国では、高齢者に対する社会的支援や補助金に焦点を当てた研究が多くなっている。朱 (2019) は、中国は 65 歳以上の高齢者を対象に、都市部で 608.43 元/月、農村部で 322.65 元/月の標準で、高齢手当制度を構築できると主張している。

健康養老については、高 (2021) は、高齢者介護サービスにおける健康管理の理念の適用を紹介し、健康管理の理念を家庭医ベースの高齢者介護サービスモデルに組み込む可能性を説明した。嚴 (2015) は、都市化における空巢老人の増加は、空巢高齢者の増加と医療サービスの供給不足という課題に現れており、空巢老人の医療サービスの需要を満たすために、より多くの都市の地域医療機関を設立する必要があると指摘している。林 (2018) は、中国の人口が高齢化し、高齢者が高齢化していることで、慢性疾患医療サービスの需要が増加していることから、中国の高齢者介護サービスは、高齢者の介護に注力するだけでなく、慢性疾患治療やリハビリテーション介護などのニーズに応え続ける必要があると主張している。

文化養老については、精神的な安らぎが高齢者の生活介護、経済的支援に加えて、より高いサービスである。姚 (2017) の研究によると、農村部の空巢高齢者は生活満足度が低く、高齢者介護サービスの需要が高いことが分かっており、また、うつ病や精神障害を持つ一部の高齢者にとっては、必要とする高齢者介護サービスの内容がより包括的なものが必要であることが示される。李 (2020) は、都市部の空巢老人の精神的な健康状態を調査して研究した結果、空巢老人にとっては精神的な安らぎの欠如と心理的な孤独がより大きな問題であり、心理的な孤独による身体的健康問題も無視できないと結論づけている。

国内外の研究者は介護サービスの供給能力について、多供給主体という視点から、各主体の供給能力の向上を重視し、各主体の相乗効果を十分に発揮させるという研究を行っている。例えば、David L. Brown、Nina Glasgow ら (2008) は、コミュニティの政府機関と外部介護組織との連携が関連介護サービスの供給を促進すると指摘している。楊、鍾 (2020) は、高齢者向け介護サービスへの多主体の参画と、国家レベルでの設計が強調される。また、家族・地域社会・その他の関係者との協力を提唱し、統一的・協調的な高齢者介護サービス供給の新モデルを確立している。劉、韓 (2022) は、県の視点から農村における多段階の介護サービスシステムの構

---

<sup>26</sup>China Family Panel Studies (CFPS)

<https://opendata.pku.edu.cn/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.18170/DVN/45LCS0>  
(2022/03/24)

策を提案している。

近年、中国の介護保険制度の試行範囲がさらに拡大されるにつれて、国内の研究者による介護保険制度に関する研究が徐々に増やし、介護保険制度の内容に関する研究成果は以下の三つの側面を中心としている。

まず、介護保険制度の資金調達メカニズムに関する研究である。呉（2018）は、パイロット都市の資金調達プログラムは異なる問題があり、財政水準を踏まえ、現実のニーズと組み合わせて、社会保険と商業保険をつなぐ資金調達メカニズムを形成する必要があると指摘した。李（2020）は、資金調達政策に関する研究を行い、パイロット都市の介護保険制度の資金調達基準は、固定基準による資金調達、基準額の一定割合による資金調達、異なるコーホートによる資金調達という三つの大きな特徴があることを示される。陳（2020）は、都市職員と都市・農村住民の両方を保障の範囲に含めることは、個人の資金圧力を軽減し、制度の断片化を避けることに資すると主張している。都市住民と農村住民を制度の対象に含めることは、資金調達の範囲を拡大するのに役立つ。

二つ目は、介護保険費用の支給制度に関する研究である。韓、胡（2020）は、介護保険給付は支給方法、支給内容、支給水準の三つの面で困難であることを明らかにした。支給方法については、サービス支給の形態が単一であり、現金補助が不足しているため、実際のニーズに対応することが難しく、支給内容については、サービス支給の要求が曖昧であり、支給の基準も異なり、支給水準については、基本的なニーズが満たされていない。郭と李（2022）は、地域の実施基準が統一されていないことが、一方では地域間の連結性を妨げ、他方では制度に不公平を生み出していると指摘している。孟と胡（2022）は、介護保険給付制度を最適化するための対策として、障害高齢者への投資拡大、競争メカニズムの改善、サービス提供の量と質の向上、介護保険給付範囲の明確化などを提案している。

第三に、介護保険パイロット都市の既存の問題点に関する研究である。張、雷（2016）は、体系的な政策・制度がないため、制度が断片化され、資金調達ルートが不合理になり、介護従業員やサービス提供の不足が深刻になっていると指摘している。劉と張（2020）は、介護資源とサービスの供給には、資源の不合理な配分、供給能力と量の不足、統一性のないサービス基準、具体的な定量的指標の欠如などの問題があり、サービス供給水準の向上を深刻に制約していると結論づけている。

まとめると、国内の研究者による介護保険制度に関する研究はさらに深まっている。研究者が介護保険を研究する場合、その多くは資金調達制度や給付制度などの方面から単一的に研究している。しかし、介護保険制度において、資金調達ルートと給付支給政策は二つの重要な側面であり、相互に関連し、補完し合い、切り離すことができない。中国は国土が広く、地域間の経済発展レベルに過度の格差があるため、一つのパイロット都市を例として、分析しても客観性に欠け、現段階の中国の介護保険政策の全体状況を総合的に理解することはできない。

## 第3章 中国における高齢化の現状と 介護サービスの課題

### 3.1 中国における高齢化の現状

高齢化とは、人口の年齢構成が変化する過程であり、高齢化には2つの意味がある。1つ目は、高齢者の数が増え、総人口に占める割合が増加すること、2つ目は、高齢状態を示す社会人口の構造を意味する。高齢者の年齢は、一般的に60歳以上と定義されている。

高齢者の割合は、高齢化の程度を測る上で、最も広く使われている指標である。現在、国際的な共通基準として、60歳以上の人口の割合が10%に達したとき、または65歳以上の人口の割合が7%に達したときに、その国や地域が高齢化社会に突入したと考えられている。この基準を参考に、中国の第7回国勢調査のデータを見ると、2020年末には60歳以上の高齢者の割合が18.7%、65歳以上の高齢者の割合が13.5%に達しており、中国は高齢化社会に突入している。

中国は欧米の先進国に比べて遅れて高齢化社会に突入したが、中国の高齢者人口は裾野が広く、急速に増加している。高齢化は、中国の社会的・経済的発展を制約する重要な問題となっており、高齢化の問題に関する研究はますます重要になっている。

#### 3.1.1 高齢者の世帯規模

高齢者の世帯規模は、家族が高齢者を養う能力を反映する最も直感的な根拠であり、家族が高齢者にどれだけ支援を行っているかは、家族成員の構成や居住形態を知ることで分析することができる。2015年初頭の「全国高齢者社会追跡調査(CLASS)」のデータによると、調査対象となった1.15万人の高齢者のうち、家族の1人と一緒に2人で食事・生活をしている人は9.8%、家族の2人と一緒に3人で食事・生活をしている人は40.99%、家族の3人と一緒に4人で食事・生活をしている人は11.8%、家族4人と一緒に5人で食事・生活をしている人は11.25%、家族5人以上と一緒に6人以上で食事・生活をしている人は26.15%となっている。高齢者と同居する人の平均は3.27人となる。

表3-1を見ると、都市部は高齢者の一人暮らしの割合が一番少なくなっており、農村部では、3人暮らしの割合が一番少なくなっている。調査によると、中国の農村部の世帯規模は、一人暮らしではない高齢者のうち、配偶者と同居している人の割合が最も高く36.38%、次いで息子と同居している人が17.72%、孫またはその配偶者と同居している人が17.57%、義理の娘と同居している人が14.86%、娘と同居している人は4.54%と非常に低い割合となっている。

表 3-1 中国カテゴリー別の高齢者世帯の規模 (%)

		高齢者と同居する人数				
		1 人	2 人	3 人	4 人	5 人
総計		9.8	40.99	11.8	11.25	26.16
性別	男	7.44	43.94	12.6	9.27	26.75
	女	12.08	38.16	11.02	13.16	25.52
地域	都市	9.15	43.95	12.94	11.4	22.52
	農村	10.53	37.68	10.52	11.09	30.18

出所：孫娟, 杜鵬(2018). 『中国人口老齡化和老齡事業發展報告』. 中国人民大学出版社.

### 3.1.2 高齢者の経済的所得水準

高齢者の経済的所得水準は高齢者の生活の質を測る重要な基準である。必要な高齢者介護サービスを受けるには資金が必要であり、所得水準によって受けられる介護サービスの量と質が決まると言われている。

表 3-2 は、第 5 回中国（全国）の都市部と農村部の高齢者の生活状況に関するサンプル調査のデータから、高齢者人口一人あたりの収入を取り出したものである。表 3-2 を見ると、都市部と農村部の高齢者は収入格差が大きく、高齢手当は年齢とともにあがるわけではないことも示している。

表 3-2 高齢者人口一人あたりの収入(元)

		年	月
全国		34600	2883
性別	男	35500	2985
	女	33700	2808
年齢	60-64	36400	3033
	65-69	34100	2841
	70-74	32300	2692
	75-79	33100	2758
	80-84	35300	2942
	85 以上	35600	2967
区域	都市	46100	3842
	農村	22100	1842

出所：第 5 回中国（全国）の都市部と農村部の高齢者の生活状況に関するサンプル調査<sup>27</sup>をもとに筆者作成

<sup>27</sup>第 5 回中国（全国）の都市部と農村部の高齢者の生活状況に関するサンプル調査(2015)  
<https://wenku.baidu.com/view/4d1990867f21af45b307e87101f69e314232falcl.html>

高齢者の収入は、大きく分けて2つある。一つ目は、大企業に勤めたことがある場合、退職後に支給される退職年金である。ほとんどの中小企業では、退職金が支払われない。二つ目は、若いうちに保険を払うことで、退職後に受け取ることができる養老保険金である。保険には公的保険と商業保険に分けられる。

中国生命保険（2019）の報告によると、商業保険の加入率は10%未満である。高齢者の収入源は、主に養老保険金である。中国の公的保険制度には、養老保険、労災保険、失業保険、生育保険、医療保険が含まれる。その中でも、養老保険は高齢者への補助金である。しかし、地域ごとに政府の財政収支が異なるため、高齢者への補助金の基準も異なる。経済が順調に発展している中国の東部地域では、補助金の基数は高くなる。しかし、中国北西部では、経済発展が良くないため、対応する補助金は少なくなる。

一方、都市のほとんどの人は仕事があるので、養老保険に入っている。農村部では、ほとんどの人が農業をしているため正式な仕事をおらず、農村部のほとんどの人は養老保険に入っていない。地域別に見ると、西部地域の農村部の高齢者は最も所得が低く、中部地域の都市部の高齢者は最も所得が低くなっている（党、2018）。年金の受給によって、国内の高齢者の所得水準は都市と農村で大きい格差が生じている

### 3.1.3 高齢者の健康状態

高齢者の健康状態は、高齢者介護サービスの需要レベルに影響を与える重要な要因である。高齢者の健康状態が悪い場合は、医療への需要が第一となり、高齢者の健康状態が良い場合は、より高いレベルの精神的なニーズや自己実現のニーズを追求することができる。2015年の全国1%人口サンプル調査のデータは、全国の高齢者約343.59万人が対象となっている。

図3-1に示すように、82%以上の高齢者が自分自身を健康または基本的に健康であると評価している。その中で、「健康である」と評価した高齢者は約139.17万人、40.50%を占める。「基本的に健康である」と評価した約143.79万人は41.85%である。「不健康だが自分の身の回りのことができる」という約51.69万人が15.05%、「自力で生活できない」という約8.94万人が2.60%となっている。



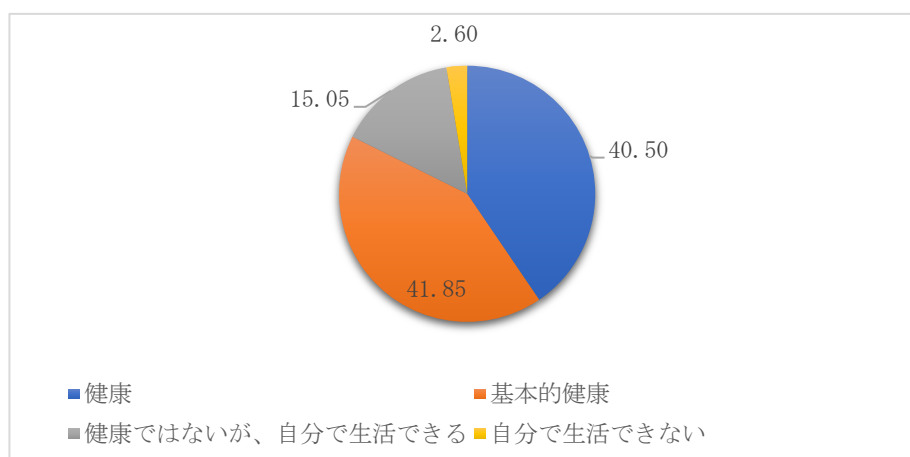


図 3-1 健康状況に関して中国高齢者の自己評価  
出所：全国 1% サンプルングデータ<sup>28</sup>をもとに筆者作成

表 3-3 健康状況に関して中国高齢者の自己評価の比率（年齢別）（単位：%）

状況 年齢	健康	基本的健康	健康ではない、自分で生活できる	自分で生活できない
60-64 歳	56.23	36.49	6.48	0.80
65-69 歳	43.93	43.17	11.56	1.34
70-74 歳	31.83	47.41	18.49	2.27
75-79 歳	23.72	47.21	25.20	3.87
80-84 歳	17.39	44.26	31.44	6.91
88-89 歳	13.04	39.58	35.14	12.24
90-94 歳	10.14	34.50	35.74	19.62
95-99 歳	8.47	29.96	33.11	28.46
100 歳以上	8.75	27.85	30.51	32.89

出所：全国 1% サンプルングデータをもとに筆者作成

年齢層別に見ると、年齢が高くなるほど健康状態が悪くなっている（表 3-3）。60-64 歳の高齢者は、自己評価の健康状態と自力で生活できる状況が良好で、56.23%が「健康である」、36.49%が「基本的に健康である」と評価しており、「健康ではないが、自力で生活できる」または「自力で生活できない」と評価しているのは 10%未満であった。70-79 歳の高齢者は、60-69 歳の高齢者よりも自己評価の健康状態がやや悪くなっている。100 歳以上の高齢者の全体的な健康状態は、「健康である」と評価した高齢者は 8.75%にとどまり、「基本的に健康である」と評価した高齢者は 27.85%、「健康ではないが、自力で生活できる」と評価した高齢者は 30.51%、「自

<sup>28</sup>2015 年全国 1% サンプルングデータ. <https://bbs.pinggu.org/a-2987995.html> (2021/11/14)

力で生活できない」と評価した高齢者は 32.89%となった。9 つの年齢層における高齢者の健康状態の自己評価に関するデータによると、健康な高齢者の割合は年齢とともに減少し、自分の身の回りのことができない高齢者の割合が年齢とともに徐々に増加している。

都市部と農村部別でみると、都市部の高齢者の健康レベルは農村部の高齢者よりも高い（表 3-4）。都市部の高齢者のうち、「健康である」と評価した人の割合は 48.79%と最も高く、「自分は基本的に健康である」と評価した人の割合は 40.78%、「健康ではないが、自力で生活できる」と評価した人の割合は 8.19%、「自力で生活できない」と評価した人の割合は 2.25%となっていた。農村部の高齢者のうち、「健康である」と評価した高齢者の割合は 37.17%と都市部の高齢者に比べて低く、「基本的に健康である」と評価した高齢者の割合は 42.28%と都市部の高齢者とほぼ同じである。「健康ではないが、自力で生活できる」と評価した高齢者と「自力で生活できない」と評価した高齢者の割合は、それぞれ 17.81%と 2.74%で、いずれも都市部よりも高かった。都市部の高齢者と比較すると、農村部の高齢者の健康自己評価と自分で身の回りのことができる能力は、いずれも都市部の高齢者よりも低く、農村部の高齢者の身体状況は都市部の高齢者よりもやや悪いことがわかる。

表 3-4 健康状況に関して中国高齢者の自己評価の比率（地域別）

地域 \ 状況	健康	基本的に健康	健康ではない、自分で生活できる	自分で生活できない
都市	48.79%	40.78%	8.19%	2.25%
農村	37.17%	42.28%	17.81%	2.74%

出所：全国 1%サンプリングデータをもとに筆者作成

### 3.2 中国における高齢化の特徴

中国は世界で最も人口の多い国であり、高齢化の進展に伴い、世界で最も高齢者人口の多い国にもなっている。表 3-5 に示すように、2020 年時点で、60 歳以上の高齢者は 2.64 億人で総人口の 18.7%を占めている<sup>29</sup>。

表 3-5 2010-2020 年中国 60 歳以上高齢者人数と比率（億人、%）

年度	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
人数	1.78	1.85	1.94	2.02	2.12	2.22	2.31	2.41	2.49	2.53	2.64
比率	13.3	13.7	14.3	14.9	15.5	16.1	16.7	17.3	17.9	18.1	18.7

出所：中国統計局サイトをもとに筆者作成

<sup>29</sup> 民政部（2020）. 2019 年社会的サービス発展統計公報.

高齢者人口の増加率を見ると、2010 年から 2020 年にかけて、全国の 60 歳以上の人口は 1.78 億人から 2.64 億人に増加し、高齢者人口の割合は 13.3%から 18.7%に増加し、2010 年から 2020 年初頭までの 10 年間で毎年 1000 万人近くの新規高齢者が増加した。2050 年には、中国の 65 歳以上の高齢者人口は 4 億人を超え、総人口の約 4 分の 1 を占め、総世帯のうち約 10 分の 1 の世帯には 65 歳以上の高齢者が一人以上いると予想される<sup>30</sup>。

中国における将来の高齢化の傾向は、高齢者人口が増えることだけでなく、人口構造を大きく変えてきている。中国の 80 歳以上の高齢者人口の状況を表 3-6 に示す。

表 3-6 1999-2019 年中国 80 歳以上高齢者人数（万人）

年度	80 歳以上高齢者人数	総人口
1999	1169.81	125786
2000	1216.73	126742
2001	1276.27	127627
2002	1387.29	128453
2003	1447.34	129227
2004	1624.85	129988
2005	1778.28	130756
2006	1800.84	131448
2007	1889.45	132129
2008	2018.59	132802
2009	2068.46	133450
2010	2098.90	134091
2011	2182.71	134735
2012	2273.00	135404
2013	2419.34	136072
2014	2554.38	136782
2015	2617.32	137462
2016	2755.32	138271
2017	2880.22	139008
2018	2914.02	139538
2019	3053.11	140005
2020	3580.23	144349

出所：中国国家統計部和就職統計部、『中国人口和就業統計年鑑 2011-2021』により筆者が整理。

中国の高齢者人口の絶対規模は、2000 年約の 1200 万人から 2020 年には 3580 万人へと加速度的に拡大していることがわかる。翟等（2018）の分析によると、中国の高齢者人口は、2032 年には 5000 万人を超え、2050 年には 1.09 億人になると予測さ

<sup>30</sup> 白晨、雷曉燕（2019）. 新時代中国高齢化趨勢、挑戰及び思考. 中国社会科学報, 08-09 (005). <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1664442194563705194&wfr=spider&for=pc> (2022/04/17)

れており、高齢者人口の 22.3%を占めることになる。高齢者人口の全体的な増加率と比較すると、80 歳以上高齢者人口の増加率が速くなる。2050 年には、中国の 80 歳以上の高齢者人口全体の規模は 2000 年の約 4 倍、80 歳以上の高齢者人口の規模は 2000 年の約 9 倍となり、中国における 80 歳以上の高齢者人規模の拡大は、全体の成長率をはるかに上回ると考えられる。

### 3.2.1 高齢化の地域間格差

中国の高齢化は、主に地域間、都市部と農村部の不均等な発展に現れている。地域別の分布を見ると、1990 年から今まで人口密度の高い南東部沿岸地域は、人口密度の低い北西部や南西部に比べて高齢者人口の割合が高かった。高齢化の傾向としては、中国東部地区の高齢化率が徐々に緩やかであるのに対し、中部地区・西部地区の高齢化率は速く、若年層や中年層が持続的に東部地区に流動していると考えられる。上海は中国で最も早く高齢化社会に突入した南東部の都市で、チベットは中国で最も遅く高齢化社会に突入した西部の省であり、両者には 40 年以上の差がある（報告起草組、2015）。このことから、国内の高齢化速度は地域ごとに異なることがわかる。

現在、中国の農村部では、都市部より高齢化が進んでいる。この主な理由の一つは、前出の通り、農村部の若年・中年層の労働者が大量に農村部から移動すると、農村部の高齢者人口の割合は都市部のそれをはるかに上回り、農村部の高齢化度が高まるが、都市部の高齢化度はある程度抑えられることになるからである。一方、都市部の出生率は、それ以前の一人っ子政策の影響により、農村部の出生率より低くなっている。

### 3.2.2 高齢化の程度と経済発展とのミスマッチ

先進国と異なり、高齢化現象が発生した時点では、中国の経済発展の全体的なレベルは高くなかった。中国が高齢化社会に突入した 2000 年には、一人当たりの年所得は 800 ドルに過ぎなかったが、多くの先進国では高齢化社会に突入した時点で一人当たりの年所得は 1 万ドルに達していた。経済力は高齢者の保障であり、中国では経済レベルが一定程度以上になる前に高齢化社会に突入している。中国で流行語になっている「未富先老」（豊かにならないうちに先に高齢化を迎える）、もしくは「未備先老」（制度が整備されないうちに先に高齢化を迎える）の状況が、近未来に確実に起こってくるのである。2030 年頃には、中国で高齢者人口が急増し、老年依存度が子供のそれを上回り、介護の負担増が生産年齢人口を圧迫する大きな要因となることが予想されている。2050 年には、高齢者扶養比率は 49.9%に上昇し、OECD 諸国の平均 43.9%よりも 6 ポイント高くなると予想されている（白、2019）。

### 3.2.3 中国における高齢化の原因

#### (1) 科学技術の進歩による高齢化

科学技術の進歩は、人間の生活環境を改善し、死亡率を大幅に低下させ、平均寿命を延ばし、年齢構成の高齢化を増加させ、経済発展と技術発展が高齢化に寄与してきた。科学技術が未発達の時代表、人口の再生産は高出生率・高死亡率という構造的な状態が続いていた。科学技術の発展により、高齢期まで生き延びることができる人の数が増え、高齢化社会の発展の要因となっている（韓、2018）。

#### (2) 医療技術の発展と進歩による高齢化

医療技術の発展と進歩は、人間の生存と生命の継続を技術的に支え、高齢になっても人間が生存できる可能性を大きく高めてきた。人間の生命の継続を妨げる最も重要な要因は病気であるが、医療技術の継続的な向上、技術に支えられたスマート医療機器、医療環境の漸進的な改善により、人間の生命は効果的に延長され、平均寿命は増加している。

#### (3) 経済的・社会的進歩が高齢化社会を支える

医療技術の進歩は人々の健康ニーズを満たし、経済社会の進歩は人々の衣食住や移動のニーズを満たす豊富な物質的ものをもたらした。食生活や栄養、生活環境、医療の改善により、健康状態は大幅に改善され、平均寿命が延び続け、完全な高齢化社会の到来に経済的安定をもたらしている。経済的・社会的発展のこととて、中国の平均寿命は、経済的に発展していなかった初期の頃は35歳であるが、2019年には77.3歳に達した<sup>31</sup>。平均寿命の向上には、経済の進歩が大きな役割を果たしていることがわかる。

#### (4) 少子化による高齢化の加速

経済や社会の進歩に伴い、国や政府は社会的対立を和らげるために社会福祉や社会保障の制度を確立する立場にある。「息子が多ければ幸せ」、「老後のために子供を育てる」という昔ながらの考え方が現代社会に合わなくなり、若い世代の人生に対する価値観や生育意識が大きく変化し、子供を産むことへの意欲に直接影響を与えている。科学技術の革新、経済の進歩、社会の発展という状況下で、女性の地位、教育水準、自己価値観が徐々に向上し、「不妊文化」や「ディンキー・ファミリー」などの観念や家族形態の出現により、出生率はある程度低下した。技術発展の面では、避妊技術の急速な向上と普及が出生率の着実な低下に寄与し、高齢化が加速させている（党、2004）。

---

<sup>31</sup>斑馬（2021）．中国人平均寿命多少歳？2020年中国各省人均寿命预期．毎日財経网．  
<https://m.mrcjcn.com/n/298211.html> (2021/10/22)

## 第4章 中国における高齢者介護サービスシステムの発展

中国の高齢者介護サービスシステム構築の目標は、すべての高齢者の介護サービスに対するニーズを満たすことである。高齢化のスピードに応じて、高齢者の数はますます多くなり、高齢者介護サービスの需要は徐々に高まっている。高齢者人口の各年齢層における高齢者介護サービスの需要も変化しており、これは社会、経済、文化、教育などの各分野に大きな影響を与え、中国の高齢者介護サービスシステム（図4-1）における高齢者介護サービス政策・制度（法律と政策、高齢者保障制度、監督管理）、高齢者介護サービス方式（在宅介護、地域介護、施設介護）、高齢者介護サービスの内容（生活養老、健康養老、文化養老）に新たな課題を投げかけている。

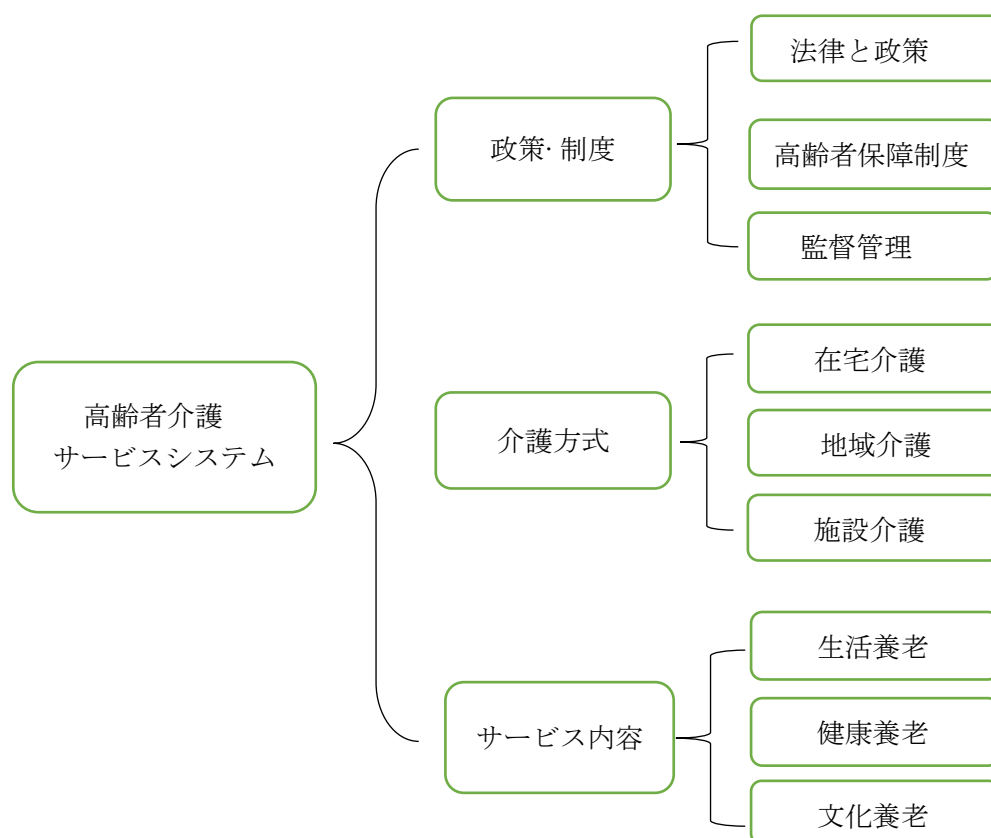


図4-1 中国介護サービスシステムの枠組み  
出所：筆者作成

### 4.1 高齢者介護サービス政策・制度

高齢者介護サービス政策・制度には、高齢者介護に関する法律の構築、政策計画、保障制度の改善、サービスの監督管理などが含まれる。高齢化社会の到来に伴い、高齢者介護サービスシステムの運営秩序を規制するための法整備や政策立案の強化

が求められている。中国は一連の規範制度となる法律文書を発行しており、それが高齢者介護サービスの発展を促進している。しかし一方で、法規制の低さや操作性の悪さなど、現実的な問題を解決する必要がある。『高齢者權益保障法』をもとに、中国では高齢者介護サービスに関する法的文書を修正・完備している。中国人民代表大会常務委員会が発表した「高齢化に積極的に対処し、高齢化に対応して、介護サービスの質の高い発展を促進するための国家戦略の実施に関する研究報告」において、現段階では、中国の高齢者介護サービスに関する法律は整備されていないことを指摘している。次の2つの優先課題としては、法律と監督・管理を組み合わせることである。法律の草案は修正・改善され、早めに常務委員会に提出し、審議される予定である。『高齢者介護サービス法』に関するシンポジウムが開催され、在宅と地域社会における介護施設の連携、医療サービスと介護サービスの組み合わせなど、重要な課題に焦点が当てられ、関連部門に法制化プロセスを促す方針が示された<sup>32</sup>。

高齢者介護サービスの主体の行動やサービスの内容について法的な制約がないため、問題が発生したときに責任の所在を明らかにすることが難しく、高齢者が自分の権利を守ることも困難である。一方、中国で出されている政策を見ると、高齢者介護サービスの各供給機関の機能の境界は明確に定義されておらず、家族、政府、市場、社会組織の主体责任も不明確である。

さらに、高齢化社会の到来により、高齢者介護サービスの理念の変化が求められている。より快適的な老後生活を目的とした、それに伴って、高齢者介護サービスの供給者の多様化が必要である。

政府の責任は、高齢者介護サービスの提供者から、高齢者介護サービスシステムを運営する指導者になる。政府は基本的な公共サービスに責任を持ち、ハイエンドで、かつパーソナライズされたサービスを市場や社会の主体に開放すべきである<sup>33</sup>。

## 4.1.1 法律と政策

### 4.1.1.1 高齢者向けの法律と政策の構築

高齢者介護サービスシステムの法的構築は、法律とシステムを通じて高齢者介護サービスの供給を導くべきである。立法面では、中国では高齢者のための特別法である『高齢者權益保障法』が制定されているほか、『憲法』や『民法通則』など多くの法律に高齢者を保障する関連法規が制定する。制度面では、基礎養老保険、企業補填養老保険、商業養老保険を組み合わせたマルチレベルの養老保険制度が確立されている。

---

<sup>32</sup>中国人民代表大会常務委員会. 「高齢化に積極的に対処し、高齢化に対応して、介護サービスの質の高い発展を促進するための国家戦略の実施に関する研究報告」. 中国人大公式サイト, 2022-09-02.

[http://www.bjrd.gov.cn/xwzx/qgrd/202209/t20220914\\_2815027.html](http://www.bjrd.gov.cn/xwzx/qgrd/202209/t20220914_2815027.html) (2024/01/11)

<sup>33</sup>肖俊(2017). 養老サービス政策の二つの基本的理念. 深圳特区, 2017-09-12(B10).

[https://www.sohu.com/a/191397459\\_759437](https://www.sohu.com/a/191397459_759437) (2021/11/27)

『高齢者權益保障法』は、中国の急速な経済発展と高齢化の進展に鑑み、高齢者の正当な権利利益を保護するために制定された。1996年に制定された『高齢者權益保障法』は、立法目的、家族介護、社会保障、ポジティブエイジング、法律援助の5つの部分で高齢者の様々な権利利益を法的に規制している。2000年に高齢化社会に突入した中国では、高齢者の数が急増し、高齢化の程度が深まり、高齢者介護の問題が多様化・複雑化しており、高齢者の介護をより良い形で立法的に支援するために、『高齢者權益保障法』が何度も改正・改訂されている。2013年には、新たに改正された『高齢者權益保障法』が施行され、旧法に比べて内容が50つの項から85つの項に拡大され、高齢者の家族支援や精神的な安らぎをより重視し、高齢者介護サービスに対する高齢者のニーズに沿った社会的優遇措置、社会サービス、住みやすい環境に関する三つの主要部分が追加され、より具体的法律条例が完備されている。2018年には高齢者介護サービス方面に焦点を当てて『高齢者權益保障法』が改正され、高齢者介護サービスの発展が促進された。

中国が高齢化社会に突入して以来、高齢者介護サービス政策は急速な発展期を迎えており、様々な国家省庁や委員会が高齢者介護サービスの発展を支援・指導するために次々と政策を発表している。高齢者介護サービスに関する政策は、ほとんどが複数の政府部門によって策定されているが、政策の内容は包括的なものになる傾向があり、保障的な政策の数も増えて、高齢者の保障を継続的に強化している。高齢者介護サービスに直接関連する政策文書の全国的な分析を通じて、現在の中国の高齢者介護サービス政策は、複数の部門の努力を結集し、政策内容が全面的になる傾向にあり、保障政策が増加しているという特徴があることが明らかになった。

第1に、政府の各省庁が連携して政策を導入している。国務院、民政部、国家高齢者委員会、財政部、衛生健康委員会、国家発展改革委員会などの機関が、高齢者介護サービスに関連する政策の策定に関わっている。高齢者介護サービスの政策には、社会福祉、財政税收、制度改革などが関わってくるため、個々の部門の努力に頼っていては、効果的な政策を策定することは困難である。政府の各省庁が協力して取り組むことで、本来の効果を発揮する政策の策定が可能になる。

第2に、政策内容がより包括的な傾向がある。中国の高齢者介護サービスに関する既存の政策は、家庭や地域での高齢者介護、施設での高齢者介護、医療と保健の統合など、さまざまな側面をカバーしている。施設での高齢者介護に関する政策が最も多く、「高齢者介護施設管理弁法」は、高齢者介護施設の設立や運営を規制する行政法規の形をとり、より強い法的効力を持っている。民政部と財政部は、在宅・地域高齢者介護サービスの実践的発展を支援するため、「在宅・地域高齢者介護サービスの試験的改革に対する中央財政支援に関する通知」を公布した。

第3に、保障的な政策が増え、高齢者の保障が強化された。「経済的に困難な高齢者や障害者に対する助成制度の確立に関する通知」や「企業従業員の基礎養老保険基金の中央調節制度の確立に関する通知」などの政策は、助成金や年金増額という形で高齢者の経済的支援を行っている。また、政府は高齢者の精神的・文化的生活を豊かにすることや、高齢者への介護を強化することについても、政策文書を通じ



て指導的な意見を通知した。

#### 4.1.1.2 高齢者向けの法律および政策の欠如

「高齢者権益保障法」は、中国で高齢者の権利利益に直接関係する唯一の法律である。しかし、高齢者介護サービスに対する特別法は策定されておらず、高齢者介護サービスシステムには立法上の欠如である。高齢者の社会保障、ポジティブエイジング、法律扶助、社会的優遇措置、社会サービス、住みやすい環境などの分野で規定されているが、概要に留まる内容であり、資金、医療、介護の面では対象となる法律規定はない。

他の先進国と比較して、中国の高齢者介護サービスシステムの立法作業は大幅に遅れている。先進国ではまず立法をし、非常に早い段階で高齢者のあらゆる面での保護を法制化している。養老保障に関しては、英国の『年金法案』や『国民年金法』、日本の『国民年金法』など、いずれも適応性の高い法律である。医療保障面では、日本の『国民健康保健法』、米国の『医療保険法』、『医療救助法』、ドイツの『介護保険法』などが、高齢者の健康保障に強固な法的基盤となっている。高齢者介護サービスについては、英国の『国民健康及び地域介護法案』が地域介護の定義を明確にしており、その内容も網羅的で充実したものとなっており、地域介護モデルの完全な実施を保証している。一方、中国では、『憲法』や『婚姻法』などの既存の法律の中に高齢者介護の問題を扱う具体的な規定があるものの、多くの法律規定は抽象的であり、ほとんどが指導的な表現で、必要な罰則などの法的措置が明記されていない。高齢者の権利・利益を害するような事件が発生した場合、効果的に保護する方法がないこともある（鄭、2014）。

中国では高齢化が急速に進んでいる。65 歳以上の人口は 2021 年に 2.56 億人となり、総人口（14.13 億人）に占める割合は 14.2%<sup>34</sup>となり、国際基準でみた 14%という「高齢社会」に突入した。中国は 2000 年に高齢化率が 7%に達し、高齢化社会に突入して以来、高齢社会になるまでの期間は 21 年間と、欧米の 40～50 年間、日本の 25 年間より短い。このような急激な高齢化で、年金や医療、福祉などを合わせた社会保障負担は一段と重くなる。多くの政策があるが、政策の策定、政策の実行、政策の遂行などの面で欠如がある。

高齢者介護サービスを支援する政策の遂行が困難である。高齢者介護サービスシステムへの投資を多様化するために、政府は民間資本、社会組織、個人の参与を促すための多くの支援政策を策定したが、優遇措置を受けるための基準が高い、ほとんどの民間資本、社会組織、企業は条件を満たしていない。一方で、地方政府の担当部署はそのことを十分に認識しておらず、結果的に優遇支援政策が実践されていない。例えば、民間の非営利養老施設の場合、政府は高齢者向けの民間資本の設立を積極的に支援しているものの、民間資本による融資の申請にはより多くの制限

---

<sup>34</sup>民政部. 中国民政統計年鑑 2022.

（企業規模、授権株式数、利益率）を設けており、その結果、民営の介護施設は資金難の問題があり、その発展や運営にも影響を与えている（宋、2016）。

高齢者介護サービス政策では、政策は多いが、政策の取り決めが精緻化されていないため、多くの高齢者介護サービス政策を遂行することは困難である。例えば、医療と介護の統合のシステム設計はまだ完備ではなく、長期介護保険制度も完全には実施されにくく、特に農村の高齢者介護サービスシステムの発展が都市部より遅れており、農民の介護サービスの現状は心配である。また、多部門連携の能力が低く、仕事の内容と責任を区別できず、相互に責任逃れをすることが多く、部門ごとの共同作業の実現を妨げている。

## 4.1.2 高齢者保障制度

### 4.1.2.1 高齢者の保障に関わる制度

#### （1）養老保険

具体的には、中国の都市養老保険制度の改革と「退職養老保険制度の双軌制」の形成には、主に三つの段階があった。第一に、伝統的な養老保険制度の確立（1951年～1978年）、中華人民共和国の建国当初、「中華人民共和国労働保険条例」が公布され、中国に養老保険事業が誕生した。国の機関、公共機関、国有企業、官民連携企業、民間企業の従業員は社会保険に加入しているが、社会保険の費用は企業が負担している。退職後、勤続年数の要件を満たした従業員は、勤続年数に応じた年金手当を毎月受け取ることができる。

第二に、養老保険制度の社会協調の模索段階（1978年～1991年）、第三に、社会協調と個人勘定を組み合わせた養老保険制度の実践段階（1991年～2014年）である。1998年、中国は企業従業員を対象とした全国統一基礎養老保険制度を設立し、「社会協調と個人アカウントの組み合わせ」を年金制度モデルとし、全国統一の養老保険制度と基準を実現した。2008年には、農村部の年金保障制度の不足を補うために、新しい農村部社会養老保険制度が設立され、2011年には都市部住民の養老保険制度が設立され、2014年には両制度が統合されて実施された。

2015年1月14日、国務院は「公共機関職員の養老保険制度改革に関する決定」を発表し、2015年10月1日以降、公的機関職員の養老保険制度改革を実施することを決定し、公的機関職員は、社会的調整と個人勘定を組み合わせた基礎養老保険制度を実施し、単位と個人が共同で保険料を拠出することになった。これにより、約20年間も続いてきた「年金双軌制（ダブルスタンダード）」が廃除され、約4000万人の公的機関職員が企業職員と同じ年金を支払うことになる。

長年の改革を経て、中国の養老保険制度は継続的に改善され、養老保険の適用範囲は徐々に拡大され、被保険者数は年々増加し、年金も継続的に増加している。2022年、都市住民と農村住民の養老保険の一人当たりの金額は578円で、前年に比べて、22%の純増となった。都市型基礎養老保険の被保険者数は年々増加している。

企業の退職者の基礎養老金の待遇が引き上げられ、年末には合計 1.17 億人の企業の退職者が地域の管理下にあり、企業の退職者総数の 85.8%を占めていた<sup>35</sup>。表 4-1 に示す。

表 4-1 1990-2022 年都市型基礎養老保険の被保険者数（万人）

年度	職員		退職者	
	合計	企業	合計	企業
1990	5200.7	5200.7	965.3	965.3
1995	8737.8	8737.8	2241.2	2241.2
2000	10447.5	9469.9	3169.9	3016.5
2005	13120.4	11710.6	4367.5	4005.2
2010	19402.3	17822.7	6305.0	5811.6
2015	26219.2	24586.8	9141.9	8536.5
2017	29267.6	25856.3	11025.7	9460.4
2018	32312.4	28545.9	12172.4	10444.3
2019	31178.2	27543.38	12310.3	10562.4
2020	32859.7	29123.8	12762.5	10950.2
2021	34917.8	31847	13157.6	11389.2
2022	36711.4	33431.5	1364411707	11707

出所：人力資源社会保障部(2022).『中国人力資源和社会保障年鑑 2022』.中国人事出版社

中国の保障制度は改善を続けており、養老保険の適用範囲は徐々に拡大し、加入者数は年々増加し、養老金額も増加し続けている。2023 年初頭には、国民基礎養老保険基金の累積残高は 69851 億元となった<sup>36</sup>。

## (2) 医療保険

中国の医療保険制度は 1950 年代に始まり、長年にわたる発展を経て、労働保険、公的医療から社会医療保険制度への転換を基本的に完了し、都市住民の基本医療保険、都市労働者の基本医療保険、新型農村合作医療保険を本体とし、多額の補助金、補助医療保険、商業医療保険で補い、医療扶助をバックボーンとする多層医療保険制度を徐々に確立してきた。中国の医療保険制度の発展は以下の通りである。

計画経済期（1949-1998）の医療保障制度。新中国の建国から改革開放まで、この時期の医療保障制度は主に労働保険、公費医療、農村合作医療保険で構成されていた。

新医療保険制度の模索と制定が 1998 年～2015 年の間に行われた。市場経済の発展

<sup>35</sup> 人力資源社会保障部(2022). 中国人力資源和社会保障年鑑 2022. 中国労働社会保障出版社.

<sup>36</sup> 邱海峰 (2021). 全国社会保障の運行. 人民网-人民日報海外版.

<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1654601887694929469&wfr=spider&for=pc> (2022/03/14)

と国有企業の改革に伴い、旧型の健康保険制度は低レベルの財政と非合理的な管理構造を露呈し始め、国家の財政負担が重くなり、市場経済の需要を満たすことができなくなった。その結果、国の財政負担が重くなり、市場経済発展のニーズに応えられなくなった。継続的な模索と実践を経て、この段階で都市住民の基本医療保険、従業員医療保険、新農村合作医療保険を柱とする医療保険制度が徐々に形成された。

2016 年以降、都市住民と農村住民の医療保険制度の統合が進んだ。2016 年 1 月、国務院は「都市住民と農村住民の基本医療保険制度の統合に関する意見」を発表し、医療・医薬・保健制度の改革を深化させるという中国共産党中央委員会の要請を実行に移し、都市住民と農村住民の統一的な基本医療保険制度を構築し、医療保険制度の持続的かつ健全な発展を促進するため、都市住民と郷鎮住民の基本医療保険制度と新型の農村協同医療との統合を推進するよう求めた。

国家医保局はこのほど、「2022 年全国医療保障事業発展統計公報」を発表した。それによると、2022 年末までに、全国基本医療保険の加入者数は 13.46 億人で、加入率は 95%以上で安定した。2022 年、全国基本医療保険基金の総収入は 3092.27 億元で、前年比 7.6%増、全国基本医療保険基金の総支出は 2459.72 億元で、前年比 2.3%増、全国基本医療保険基金の現在の残高は 6324.93 億元で、累積残高は 4263.99 億元になる<sup>37</sup>。

### (3) 介護保険

2016 年 6 月、人力資源社会保障部総局は「介護保険制度試行に関する指導」を発表し、全国 15 都市で介護保険制度を試行することを決定した。2020 年 9 月、国民健康保険管理局は財政部と共同で「介護保険制度試行拡大に関する指導」を発表し、新たに 15 都市で試行を拡大することを決定した。

中国の介護保険制度の試行は、医療保険制度に基盤としている。人力資源社会保障部の「指導意見」、国家医療保障総局の「意見」とともに、「適用範囲と対象」の項で、「介護保険制度は、試行期間中は、原則として、主に医療保険の職員被保険者を対象とする」と述べている。試行地域とは、原則として一つの省一つの都市である。都市部に限定し、農村部はあまり関係ない。内容については、図 4-2 に示すパイロット都市で提供される介護サービスは、主に基本的な生活介護と医療介護であり、場所によって在宅介護、地域介護、施設介護の 3 種類に別される。地域介護には、訪問介護サービスや自立支援介護サービスがある。施設介護は、主に指定医療機関や高齢者介護サービス事業者が、専門的な医療を提供するものである。中国の長期介護保険試行制度の有効性は、まず、政府が長期介護保険制度の枠組みを構築し、社会保険のメカニズムを通じて中国社会の高齢化問題に対応する第一歩を踏み出したことにある。この前提の下で、パイロット都市の一部の障害高齢者の介護サービスがある程度保証され、同時に、地域の介護サービス市場、在宅介護サービス、高齢者介護産業の発展を支え、一部の就業と創業のチャンスが現れている。

---

<sup>37</sup>国家医保局. 2022 年全国医療保障事業発展統計公報 2023.



図 4-2 パイロット都市の分布  
出所：中国地図<sup>38</sup>をもとに筆者作成

#### (4) 商業保険

2017年に国務院弁公庁が「商業養老保険の発展加速に関する意見」を発表して以来、中国では商業養老保険が健全な発展を続けている。現代社会において、高齢者の経済的保障の欠如は深刻な経済・社会問題である。商業養老保険の特徴は、独自の精算バランス技術、資産と負債のマッチング管理、長期穏健投資理念にある。多段階養老保険制度の相互発展において、養老保険制度の調整と改善は、商業養老保険の改革と革新が必要である。

「商業養老保険は、商業保険組織が提供する保険商品とサービスであり、養老基金管理を主な内容とし、養老保険制度の重要な一部である。」これは国務院が商業養老保険に対して打ち出した新たな要求であり、それによると、商業養老保険の意味には、商業保険会社が個人と家族向けに提供する個人商業養老保障計画（企業年金制度など）、社会保障の市場化運営を支援し、（介護サービス産業向けの商品とサービスの提供などが含まれる）、介護サービス産業向けの商品・サービスの提供（リタイアメント・コミュニティや介護保険など）である。

中国の養老保険制度の重要な一部として、商業養老保険の発展と変化は三つの段階を経てきた（表 4-2）。

<sup>38</sup> 中国自然資源. 標準服務地図. <http://bzdt.ch.mnr.gov.cn> (2023/11/16)

表 4-2 商業養老保険の発展について、各段階の主な施策

時期	主要的政策措置
第一段階 萌芽期 (1984-1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1984 年、旧労働人事部と中国人民保険公司是共同で「都市企業養老保険制度設立原則及び管理問題に関する書簡」を發表し、中国人民保險公司在企業の従業員の「法定養老保險」を引き受けることができることを明らかにした。</li> <li>・1994 年、財政部と国家稅務總局は「特定項目の營業稅免除に関する通達」を公布し、商業養老保險に加入する企業に対して法人稅の減免を認めた。</li> <li>・1997 年、國務院は「統一的な企業従業員基礎養老保險制度の確立に関する決定」を公布し、商業養老保險が基礎企業養老保險を補足する重要なことをさらに明確にした。</li> </ul>
第二段階 調整期 (2000-2007)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2000 年以降、企業養老保險は急速に發展し、事業發展の平均速度は同時期の GDP 成長率を上回っている。</li> <li>・2004 年、「企業年金試行弁法」と「企業年金基金管理試行弁法」が公布され、規制と政策に支えられた養老保險制度が施行された。保險業界は政策の要求に応じ、2004 年から 2008 年にかけて、養老保險会社 5 社を相次いで設立し、多段階養老保險制度改革の實踐に積極的に参加した。</li> </ul>
第三段階 發展期 (2008-現在)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2008 年、旧保監會は「保險会社養老保險業務管理弁法」を公布し、商業養老保險を運営する保險会社の商品、サービス、管理に関する要求事項を規定した。</li> <li>・2015 年、國務院は「基礎養老保險基金運用管理弁法」を公布し、商業養老保險は「慎重投資、價值投資」の概念に基づき、養老保險の市場ベースの運用に参加するようになった。</li> <li>・10 年近くの研究を経て、2018 年、保險業界は關連部門と共同で「個人節稅型商業養老保險試行プログラムに関する通知」を發布し、政策支援型個人貯蓄型商業養老保險の正式な開始を示し、商業養老保險組織は政策試行に参加する最初の金融機關となった。</li> </ul>

出所：王(2020)「我国養老服務的 policy 演變与發展路經的研究」により筆者が整理。

近年、複数の研究者は、医療、介護モデルへの商業保険会社の参入について研究を行ってきた。同時に、保険会社は医療、介護の組み合わせに会社の資源をすべて消費するのではなく、会社の長期的な發展を促進するために、さまざまな側面を考慮し、複数のイニシアチブをとるべきだと提案している。中国の研究者たちは、現在の「医療介護」モデルには十分な資金が不足を指摘している。一方、商業保険会社には充足的な資金があり、商業保険が医療、介護モデルの構築に参加する可能性があると考えている。同時に、李(2018)は、保険会社は大量の顧客資源とデータ、ハイエンドの保険精算チームを保有しているため、医療、介護モデルに参加することで、旧来の顧客との関係を強化できるだけでなく、新商品を開発し、顧客資源を拡大できると主張している。

#### (5) 年金制度

中国における企業年金制度の確立は比較的遅く、1991年に国務院が「企業従業員養老保険制度改革に関する決定」の中で、経済発展の必然的な要求により、企業補充養老保険、個人貯蓄養老保険、基礎養老保険を組み合わせた制度を徐々に確立している。1999年、中国では「企業年金」という概念が正式に提唱され、国務院が発布した「都市社会保障制度改善試行計画発布に関する通知」という文書では、当初の「企業補充養老保険」に代わって「企業年金」という用語が使用され、能力のある企業による企業年金制度の設立が提唱された。同時に、公式文書で企業に対する税制優遇措置、つまり賃金総額の最大4%を企業負担分として課す可能性について言及したのは、これが初めてである。2001年、遼寧省で試行プロジェクトが開始され、翌年、遼寧省は率先して「遼寧省都市企業従業員企業年金試行弁法」を実施し、全国規模の企業年金制度の実施に積極的かつ効果的な役割を果たした。これは、企業年金の全国的な実施において積極的かつ効果的な役割を果たした。中国はまた、2004年に「企業年金基金管理試行弁法」及び「企業年金試行弁法」を含むいくつかの関連措置を公布し、それぞれ2011年及び2016年に改善・改正され、現段階では、中国は主に2018年に公布・実施された「企業年金弁法」を参照し、実施している。これらの弁法は、企業年金の設立条件、支給、受領、運営及び監督について具体的に規定しており、中国における企業年金制度の基本的な確立を示すものである。

中国の企業年金は、2018年2月1日に施行された「企業年金弁法」（人力資源社会保障部令第36号、以下「弁法」という）に基づいている。同弁法によると、企業年金とは、法律で規定された基礎養老保険への加入を前提に、企業とその従業員が独自に構築する補充年金制度を指すと明記されている。

すなわち、従業員が完全に労働力を失った場合、または国の法定定年年齢に達した場合、企業年金の一部を一括または月賦で受け取ることができる。従業員が定住のために出国することを選択した場合、関連規定に従って一時金を受け取ることができる。

中国では、企業年金制度への拠出方法は、企業と従業員が共同で一定額を拠出し、企業は制度に参加する従業員の個人口座を設立し、企業年金基金は全額積み立て方式を採用している。企業の年間拠出額は従業員の給与総額の8%以下、企業と従業員の合計拠出額は従業員の給与総額の12%以下とされるが、拠出計画を最終決定するためには企業と従業員個人との間でより詳細な協議を行う必要がある。企業年金は、従業員の個人口座と企業口座の2つの口座を設定し、従業員は個人口座への拠出金と企業年金資産の運用収益をすべて受け取る権利を享受する。企業年金への企業の拠出金と運用収益は、契約に従って一括または段階的に従業員が受け取ることができる。

現在、中国の企業年金の運営・監督は主に政府が主導しており、監督部門は企業年金運営組織の資格基準を厳格に設定し、承認プロセスも同様に厳格で、企業年金の資産配分には比例的な制限が設けられている。こうした条件や制限を通じて、現

段階での中国における企業年金資産の運用リスクを低減し、健全な運用を確保するための効果的な監督を行っている。

具体的な監督部門には、人力資源社会部（MOHRS）、気候債券イニシアティブ（CBI）、証券監督委員会（SFC）などがあり、そのうち MOHRS は企業年金政策の策定・実施・監督、企業年金資産の運用範囲・比率の調整、企業年金運営組織の資格審査・認可などに責任を負い、CBI などそれぞれの責任範囲内の金融監督、MOHRS との調整・協力に責任を負う。

#### （6）個人養老金制度

2020 年 1 月、銀保監会、財政部、人社部などの部門は、マルチレベルの養老保険システムを構築し、年金保険の第三支柱の発展を促進するための展開を行った。2021 年 2 月 26 日、国務院新聞弁公室は就業と社会保障に関する記者会見を行った。人社部の副部長（ユー・ジュン）は、十分な調査と実証を経て、国際的な経験を参考し、国内のいくつかの試験的な経験をまとめた結果、予備的なアイデアが形成されたと述べた<sup>39</sup>。2022 年 4 月 21 日、国務院弁公室は「個人年金の発展促進に関する意見」を発表した。加入者の個人年金拠出額の上限は年間 1.2 万元であることが明確にされている。2022 年 7 月 22 日、人社部（MOHRSS）の関係責任者は、MOHRSS の記者会見で、MOHRSS は引き続き企業従業員の基礎養老保険の全国調整のための支援政策を改善し、養老保険政策をさらに統一・標準化する。また、関連部門と協力し、支援政策を策定し、個人養老金制度の試行実施都市を選定する。

個人養老金の導入には、養老保険とは異なるメリットもある。

##### ・優遇税制

国は、税制を通じて個人養老金制度の確立を支援し、市場で運営される他の個人向け商業養老金融商品を補完・促進する。したがって、個人が個人年金制度に加入する最も直接的なメリットは、個人税の優遇措置を享受できることである。9 月 26 日に開催された国務院の常務会議では、個人養老金が個人税控除の対象となり、優遇措置を享受できることが決定された<sup>40</sup>。

##### ・介護ニーズの充実

社会保障の第一支柱は、基本的な生活を保障することであり、第二支柱である企業年金は、補足的な年金の役割を果たすものである。そして今、個人養老金の導入は、第二支柱に参加する人だけでなく、別の補助的な養老チャネルを追加している。

<sup>39</sup>人社部. 将推出個人養老金制度. 2021. 02. 26

<https://finance.sina.com.cn/china/2021-02-26/doc-ikftssap8830888.shtml> (2023/07/24)

<sup>40</sup>財政部. 關於個人養老金有关个人所得税的公告. 2022. 11. 23

[https://baike.baidu.com/reference/24268974/03f5ybt0dw3mZ3jjbSYZYWXNttRTKJ0\\_mNM6DazR3D3678hPUHbyJiU1R2NeZ9u9n0gt80fe728A4d9AAvVH3tVBu6pMyHfibVvGH-g6pRMBBipkMBYGyWMpRYcTViE](https://baike.baidu.com/reference/24268974/03f5ybt0dw3mZ3jjbSYZYWXNttRTKJ0_mNM6DazR3D3678hPUHbyJiU1R2NeZ9u9n0gt80fe728A4d9AAvVH3tVBu6pMyHfibVvGH-g6pRMBBipkMBYGyWMpRYcTViE) (2023/07/24)



多様な養老保険に対する加入者のニーズが豊かになる。

- ・養老金の合理的な計画。

個人年金加入後、口座資金はクローズドに運用され、資金は拠出のみで、特定の目的に利用できる。個人の拠出金や運用益はすべて口座にあり、基礎養老金年齢などに達した時点で回収できる。つまり、加入者が個人養老金の出入りを厳格に管理し、より合理的な養老金計画を立てるのに役立つ制度からの個人年金である。さらに、個人養老金は規定に基づいて直接引き出すことしかできないため、早期引き出しを避けることができ、養老を補完する役割を効果的に果たしている。

#### 4.1.2.2 高齢者に関する保障制度の不備

##### (1) 養老保険

中国の養老保険制度は長年にわたって発展してきたが、基礎養老保険の調整の困難、マルチレベルの養老保険制度の未確立、医療保険の管理の杜撰さ、長期介護保険の未確立などの問題がある。

第1に、都市部と農村部の基礎養老保険加入についての問題がある。政府や国営企業の従業員、都市部の企業の従業員は加入できるが、農村部の従業員は加入できない。

また、養老保険に加入できたとしても、各省レベルの養老保険の調整により、各省、市、自治区の経済力の違いから、保険水準が地域ごとにことなる、つまり、保険料の基数<sup>41</sup>、保険料の支払い比例、さらには給付金の計算方法や支払い方法が国営企業と個人で同じではないため、被保険者にとって養老保険の給付に違いが生じている。保険に加入できたとしても、地域間格差がある。したがって地域間格差を縮小させる必要がある。農村部に関しては、まずは基礎養老保険に加入できるような政策を構築する必要がある。

##### (2) 医療保険

医療保険には、治療の差別化や不合理な支払いなどの問題がある。高齢化が進む中で、健康レベルの低い特別な集団である高齢者は、医療の必要性が高まっており、高齢者にとって養老保険は特に重要である。現在の中国の医療保険制度は複数の部門が管理しており、都市部の職員と住民医療保険制度は労働社会保障省が、都市部と農村部の医療扶助制度は民政部が管理している。管理部門は異なっているが、医療保険の用途は基本的に同じである。また、部門ごとに設定された医療保険の基準が異なるため、医療サービス内容のカバー範囲や保険給付の標準が違いし、都市部と農村部に区別される。

精算基準から見ると、中国の医療保険では、政府機関などの機関、都市部の職員、

---

<sup>41</sup>保険料の基数：中国の支払い方法。

都市部と農村部の住民、新農合などは区別されている。一般的には、入院費の精算率はおおむね 75～90%、住民医療保険の精算範囲は入院費のみで、精算率はおおむね 65～70%、新農合医療保険<sup>42</sup>の精算範囲は主要疾病のみで、精算率はおおむね 45～55%とされている（劉、2018）。農村部の住民は、当地の医療サービスのレベルが低いと、基本的には転院する必要があると、その際に発生する旅費、宿泊費、医療費は、患者の医療費を引き上げ、経済的負担を大きくしている。

### （3）介護保険

長期介護保険制度とは、高齢者の長期介護リスク（健康リスクや収入リスク）に対応するために特に設けられた社会保険制度で、2020 年 10 月に深圳で長期介護保険制度が正式に施行された。現実的な問題として、長期介護保険の保障タイプをどのように定義するか、介護保険と医療保険の境界線の区別、長期介護保険制度の目的的位置づけなど、長期介護保険制度を構築する過程ではまだ解決していない難しい問題が山積している。

### （4）商業保険

商業養老保険商品については、中国の商業養老保険の発展はまだ初期段階にあり、保険会社が提供する養老保険商品の構造は比較的単一で、同質化が深刻であり、商品の価格は一般的に高く、高齢者には受け入れられず、ニーズを満たすことができない状況である。新製品の開発は、十分な革新性がなく、市場の現実に即しておらず、高齢者や市場のニーズとはかけ離れている。2019 年初め、中国には 235 社の保険会社あったが、このような商品を供給できるのは一部の保険機関に限られていた。例えば、節税型の養老保険は、上海市、福建省（アモイを含む）、蘇州工業園区で試験的に導入されており、6 社が 19 種類の商品を販売している（成、2019）。商業養老保険の対象グループは、所得の高い人と低い人の間に大きな違いが見られる。所得水準が高い人は、より高い利益が得られるため、加入意欲が高まる。一方、所得水準の低い人にとっては、市販の養老保険では割引がないか、ほとんどないため、加入の動機にはならない。中国では家族構成の変化に伴い、一人っ子家庭、独居高齢者家庭、1 人親家庭が増加しているが、市場には特殊な家庭を対象とした商業養老保険商品がなく、農村部の市場も商業養老保険から見放されている。的確な商品設計や商品開発がなされていないため、都市部と農村部の商品が均質化している。都市部と農村部の住民の経済的所得レベルの違いにより、現在の商業年金保険商品の構造では、農村部の高齢者の年金保険ニーズを満たすことができないに違いない。

### （5）年金制度

2011 年 5 月 1 日に施行された「企業年金基金管理弁法」では、中国の企業年金基金の信託管理について規定されており、その中で、保管者、受託者、投資管理者及

---

<sup>42</sup>新農合医療保険：中国の農村部について保険の名称。

び口座管理者の職務が明確に定義されているが、各主体間の責任の帰属、関係及び引受方法について、より詳細かつ具体的な原則及び基準がまだ欠如している。

前章で述べた年金や養老保障水準などの社会問題に加えて、商業保険の発展の低さも重要な問題である。養老保険市場の発展可能性は、規模、商品設計、保障対象者数のいずれにおいても十分に発揮されておらず、多段階養老保険の発展は期待される制度の設計目標にはほど遠いものとなっている。2019年、中国で年金を設立した企業数は9.6万社で、全国の企業数の12.33%に過ぎず、企業年金基金は2.25億元を蓄積している。企業年金は2547.94万人をカバーしている。商業養老保険の保険料収入は1.43億元に過ぎない<sup>43</sup>。

#### (6) 個人養老金制度

##### 1. 自由に引き出すことができない

クローズド運用を実施する個人養老金基金口座は、非常の場合がなければ、口座内の資金を自由に引き出すことはできず、流動性は相対的に低くなる。

##### 2. 年金の増額措置は受けられない

基礎養老保険は毎年一定の幅で上方調整されるが、個人養老金は常に固定されており、毎年の上方調整のメリットを享受できない。

##### 3. 自由に引き出すことができない

クローズド運用を実施する個人年金基金口座は、特別な事情がないため、口座内の資金を自由に引き出すことはできず、流動性は相対的に低くなる。

##### 4. 終身受け取れない

基礎養老保険は終身受け取ることができ、死亡の翌月まで停止されるが、個人養老金は終身受け取ることができないが、口座残高は引き出し後になくなる。

##### 5. 年金の増額措置は受けられない

基礎養老保険は毎年一定の幅で上方調整されるが、個人年金は常に固定されており、毎年の上方調整のメリットを享受できない。

##### 6. 低所得層の納付ストレスを高める

低所得者層にとって、基礎養老保険の納付は依然として非常に厳しいものであり、個人養老金に加入する場合、このように豊かでない場合には支出を増やさなければならず、納付ストレスが高まり、退職前の生活がより貧困になる。

### 4.1.3. 監督管理

#### 4.1.3.1 監督管理の変革

高齢者介護サービスシステムが健全に運営されるためには、政府が権限を行使して監督・管理することが必要である。効果的な監督は、高齢者介護サービスの実現

---

<sup>43</sup>中国の企業年金「拡大」が2019年に加速、参加企業は9万6千社に。華経情報網。2020.04.22. <https://m.huaon.com/detail/604920.html>. (2023/07/18)

に必要な保証であり、高齢者介護サービスのすべてと資源の合理的な配分と利用を結びつけることで、高齢者のニーズの効率的な充足をより確実にすることができる。高齢者介護サービスの監督管理の変革は、主に高齢者施設の参入メカニズムの変革、高齢者介護サービスの評価規範の標準化、公的高齢者施設に対する厳しい監督に反映されている。

### (1) 高齢者介護施設の監督管理

高齢者介護施設の監督管理は、中国政府にとって常に重要な問題である。政府は長年にわたり、参入監査の基礎となる「高齢者社会福祉施設基本規範」や「高齢者介護者国家職業基準（試行）」などの規範を発行してきた。その内容は、食事、衛生、看護、リハビリテーション、心理の 5 つの側面に基づいており、高齢者の日常生活に必要なサービスの要件を明確に定めている。政府は施設面で高齢者介護施設の規模を確保しようとしているが、参入障壁の高さが民間資本の高齢者介護サービス提供への参加を阻害しており、社会化された高齢者介護サービスの発展にはつながらないものとなっている。介護市場において、政府の財政補助を受ける公的高齢者介護施設の優位性に直面し、民間高齢者介護施設は顧客を引きつけ、市場シェアを維持するために低価格に頼らざるを得なくなった。公的施設による民、民間施設の悪質な価格競争が、民間高齢者介護施設の発展に深刻な影響をもたらしている。一方では、民間の高齢者介護施設は多額の投資を行い、ランニングコストの高さから、運営を維持するために、コストの削減や提供するサービスの質の低下を招き、悪循環を形成し、民間施設の運営に対する評価は低下している<sup>44</sup>。2018年の国务院常务会议では、高齢者施設の設立許可を廃止することが決定され、高齢者施設の参入メカニズムが変わり、投資の参入基準が下がったことで、民間資本がある程度動員された。また、さまざまなタイプの高齢者施設の開発を促進することができる。

現在、中国では公的高齢者介護施設の数が介護市場の半数以上を占めており、それらに対する厳しい監督管理が特に必要とされている。公的介護機関の性質として、システムの中の機関であり、社会的に必要な料金は物価部門を設定し、監督している。政府は特別なサービス提供者として、公的高齢者施設の建設と発展に、土地、建物、人材チーム、管理システムなどの質の高い資源を提供し、厳格な規制のもとで公的施設の料金が低く抑えられるようにして、高齢者介護サービスの供給力を効果的に強化している。

2000 年以降、中国では「社会福祉施設基本規範」や「高齢者介護者職業技能基準」などの専門的な基準や規範が制定されている。これらの「規範」や「基準」は、高齢者施設の建設、給食、介護、衛生、財務などの多くの面で法的要件を定めている。2017 年、国家標準委員会は「高齢者介護施設のサービス品質に関する基本規範」を

---

<sup>44</sup>山東省高齢者産業協会. 民間高齢者介護施設が直面するジレンマと発展戦略. 2020. 12. 08.  
[https://mp.weixin.qq.com/s?\\_\\_biz=MzA3MjY0MTY1OA==&mid=2651313239&idx=2&sn=2f714e64b1a54ac750d38bcb49bd9ebe&chksm=84e84942b39fc0544f1a830b5119dd09436fb2cd7bb61e06ee6f3d70197453b9cfd41f071e1c&scene=27](https://mp.weixin.qq.com/s?__biz=MzA3MjY0MTY1OA==&mid=2651313239&idx=2&sn=2f714e64b1a54ac750d38bcb49bd9ebe&chksm=84e84942b39fc0544f1a830b5119dd09436fb2cd7bb61e06ee6f3d70197453b9cfd41f071e1c&scene=27) (2024/01/11)

発表し、高齢者介護施設のサービス品質をさらに規制するためのガイドラインを提示した。2019 年、国家市場監督管理局と標準委員会は共同で「高齢者介護施設の分類と評価」を発表し、高齢者介護施設の分類と評価が規制される。高齢者施設の料金、環境、設備、人員、サービスなどを包括的に評価し、格付けをする（综合评价、并实行分等级）。この標準化により、高齢者介護施設の分類と等級管理のための評価ツールが提供され、高齢者介護サービス施設のクレジットシステム構築に強固な基礎が築かれている。高齢者介護施設を科学的に分類し、評価・格付けすることで、基準に対する不備を見つけ、ギャップを埋め、高齢者介護施設を全国的に高品質なステージへと発展させることができる。

## (2) 高齢者介護サービスの監督管理

中国国务院弁公室が 2020 年に「高齢者介護サービスの監督制度を確立し、高齢者介護サービスの質の高い発展を促進することに関する意見」を発表してから、監督の内容と範囲を規制している。高齢者介護施設の質、介護サービス関連従業員の資格、医療基金や商業保険の資金などの面が含まれ、多部門が連携して監督管理を提案している。高齢者介護施設の安全や食品の衛生を監督するだけでなく、従業員が専門技術を習得し、サービスの質とレベルを向上させることが求められている。高齢者介護施設に関する信用公約制度を確立する。これにより、申請者は、建設、防火、食品、医療、保健に関する法令および関連する国家基準に従ってサービス活動を実施する公約書を提出し、それを公表する。公約書の履行状況は信用記録に記載され、公約違反があった場合は、法律に従って処分が下される。法律に基づき、経営の資格を取れなければ、経営の活動を取り締まり、行政処罰を科す。

介護従業員の監督強化。高齢者介護サービス機関で医療、リハビリ治療、防火管理などの業務に従事する専門家や技術者は、適切な資格を持つべきである。保健衛生部門は、高齢者介護サービス組織内の医療機関で医療ケアやリハビリ治療に従事する専門家・技術者の資格検査を強化する。消防救助機関は、高齢者介護サービス機関の防火管理室で勤務する人員の資格検査を強化する。人社・民政部门は、高齢者介護従事者の就業前職業技能訓練と就業後職業技能レベルアップ訓練を強化し、高齢者介護従事者の職業技能レベル認定を積極的に実施し、監督を厳格に終了させ、関連訓練・評価組織と職業技能レベル認定証の監督を法律に基づいて強化する。

「インターネット+監督」の実施では、ビッグデータの活用により、標準化された正確でスマート化監督を実現し、高齢者介護サービス機関と従業者の負担を軽減する。高齢者介護サービス分野における政府データ資源と社会データ資源の利用を調整し、データの統一とオープン共有を推進する。民政部门は全国高齢者介護サービス情報システムに依拠して、高齢者介護サービス機関、サービスの質、運営、安全管理、補助金交付などの基本情報、高齢者介護従事者などの職業技能レベル、経験、職業信用などのデータと情報を適時に収集し、高齢者介護サービス機関の組織と基本データセット、高齢者実務者の基本データセットを形成し、高齢者介護サービス機関の組織情報システムを形成する。高齢者介護サービス機関の基本データセ

ットと高齢者介護実務者の基本データセットを形成し、関連する基本データセットの共有を促進するため、国家総合政府サービスプラットフォームと国家「インターネット+監督」システムに依拠して、技術のドッキング、データの融合、マルチシナリオの利用を推進し、地域横断的な相互運用性と相互認識、情報のワンストップ照会、総合的な監督・管理を実現する。

#### 4.1.3.2 監督管理の欠如

##### (1) 高齢者介護サービスの監督管理における連携の弱さ

高齢者介護サービスの監督管理における連携不足の問題は、一方では様々な規制機関間の協力関係に反映されている。高齢者介護サービスシステムの構築過程においては、民政部が主要な責任部門であり、高齢者介護サービスの供給の各段階に対応する主管部門があり、高齢者介護サービスの資金は財務部門が管理する必要がある。高齡者介護施設は計画・建設から使用開始まで多くの部門が監督する必要がある。分権的な運営形態は、部門間の責任分担の不明確さにつながり、高齢者介護サービス運営機関の連携を弱める（張、2014）。効果的な監督管理機関の欠如と多頭経営モデルは、非効率性と資源の断片化の問題を引き起こし、高齢者介護サービスシステムの調整を妨げる傾向がある。

##### (2) 社会的監督意識の逸脱

マスメディアは、社会的監督の重要な担い手として、高齢者がより質の高いサービスを受けられるように、高齢者介護サービスの継続的な改善を目指している。高度に発達したインターネット時代には、インターネット上の意見の力が日に日に増しており、一部の偏った考えや判断は、それが流布されると拡大してしまう。例えば、高齢者介護サービス施設で管理不行き届きや高齢者虐待の事例があれば、ほとんどのメディアがそれを報道し、高齢者介護サービス施設へのマイナスイメージが拡大する。一般の人々はその情報を受け取り、高齢者介護サービスへの信頼を失い、不安になり、高齢者介護サービス施設を拒絶したり、拒否したりするようになる。これでは、高齢者介護サービスの正しい選択や、高齢者介護施設の発展・成長にはつながらない。

##### (3) 従業員に対する日常的な規制の欠如

従業員の規制については、政府は主に介護師の資格や専門性、高齢者へのサービス提供能力を重視しているが、日常業務に対する規制はほとんどない。高齢者介護サービスを提供する第一線の介護者として、彼らのキャリア発展環境は劣悪であり、社会的生存環境はさらに憂慮すべきものである。特に、従業員に対する日常的な監督管理が行われていない。中国老年医学会が編集された「高齢化への積極的対応に関する研究報告」（2020）によると、中国で高齢者介護サービスの従業員が 50 万人となり、看護師、栄養士などの国家資格を持っている方は 2 万人に満たないという

調査結果が出ている。このことは、介護サービスの従業員に資格の審査と管理を強化する必要があることを示唆している。

#### (4) 高齢者介護サービスの提供に関するフィードバックチャネルの欠如

高齢者介護サービスの質に関するフィードバックは、高齢者介護サービスの質を向上させ、高齢者のニーズを満たすことに重要な役割を果たす。在宅介護サービスのほとんどは、地域のデイケアセンターが提供している。現在、高齢者が在宅介護サービスを受けるプロセスは、「サービス依頼を出す」→「地域の介護センターが人を派遣する」→「サービスが完了し、地域の介護センターに戻って記録をする」というものであるが、このプロセスを通じて、サービスのフィードバックの重要なステップは、ケアマネジャーの不在であることがわかった。地域の介護センターは、サービス提供者の質を評価することができず、介護サービスに対する高齢者の満足度を知ることができないため、ソーシャルワーカーや高齢者介護サービスの評価にはつながらないのである。そのため、特に高齢者の養老ニーズに対応した評価システムの構築が重要となる。

## 4.2 高齢者介護サービス方式

高齢化社会では、高齢者介護サービスを提供するために、複数の分野にまたがる供給方式を取ることが必要である。現在、中国の高齢者介護サービスには、在宅介護、地域密着型介護、施設介護の三つがあり、その中でも在宅介護が中心となっているが、メリット・デメリットがある。

在宅介護や地域密着型介護は、自宅に居ながらサービスを受けることができるため、高齢者の精神的な安らぎのニーズを満たすことはできるが、家族の機能が継続的に弱まっているため、生活介護が困難でサービスが不完全であるなどの問題がある。

施設介護は、生活介護と医療介護のニーズを満たすことができ、健康状態の悪い高齢者の生存ニーズをよりよく満たすことができるが、精神的な安らぎの面にサービス内容が欠如である。現在、中国では3種類の高齢者介護サービスは、それぞれが独立しており、補完的なメカニズムを形成していないため、高齢者の生活・健康・精神面でのニーズを同時に満たすことができず、医療サービスとの統合も完璧ではない。そのため、高齢化社会の課題に直面して、医療保健サービス、生活介護サービスという2つの統合されるべきことがある。それは病院と老人ホームに代表される施設介護の統合と、在宅介護、地域密着型介護、施設介護の3種類の高齢者介護サービスの統合である（銭、2018）。

在宅介護サービスを高齢者介護サービスシステム構築の中心とするべきである。伝統的な概念により、中国のほとんどの高齢者は自宅で老後を過ごしたいと考えており、完璧な在宅介護サービスは、ほとんどの高齢者の高齢者介護サービスに対するニーズを満たすことができる。完備した地域密着型サービス施設とサービス機能

は、在宅介護サービスを強力にサポートし、家庭で高齢者介護サービスを享受できない高齢者には、施設介護が必要な高齢者介護サービスを提供する。中国の高齢者介護サービスシステムでは、三つの介護方式の関係を、「在宅介護が基礎」、「地域密着型介護が支援」、「施設介護が補完」と定義している。三つの介護方式は、高齢者介護の責任を共有し、互いの欠点を補い、高齢者介護サービスの供給を調整する。高齢化の深化に伴い、在宅介護サービスの向上、地域密着型介護サービス施設の継続的な強化、地域密着型介護サービス供給内容の充実、高齢者介護施設の医療機関への統合プロセスの迅速化が急務となっている。

## 4.2.1 高齢者介護サービス方式の発展状況

### 4.2.1.1 在宅介護サービス

2008 年に発表された「在宅高齢者介護サービスの全面的実施に関する意見」では、在宅高齢者介護サービスについて、「在宅高齢者介護サービスとは、政府と社会勢力が地域に頼って、在宅高齢者に日常生活の介護、家政サービス、リハビリ、精神的な安らぎなどのサービスを提供するサービス形態である」という方針が示されている。ここから、在宅高齢者介護サービスは、在宅で生活する高齢者のために、政府や社会が地域を通じて提供するものであることがわかる。家族介護と違い、在宅介護を受ける高齢者が自宅で社会が提供するあらゆるサービスを受けることができるもので、施設介護と比較すると、在宅介護は高齢者が自宅で生活するという伝統的な概念に合致しており、自宅を離れない高齢者のニーズを満たすものである。

在宅介護は、人口動態の変化による家族の介護のプレッシャーを分担した。家族介護者の減少、ディンクス・ファミリーの出現、二人っ子政策の開放、家族介護者へのプレッシャーの増大などの人口動態の変化により、高齢者が家庭内でより全面的な介護を受けることができなくなっている。地域が在宅介護サービスの直接の提供者となり、高齢者が自宅で介護や医療サービスを享受できるため、家族の介護負担が大きく軽減される。また、介護のコストを節約することができる。

現在、中国の高齢者介護サービスシステムの構築は完璧ではない。国務院が「国家高齢者事業の発展および高齢者介護サービス体系の計画に関する第 14 次 5 カ年計画」を發布し、施設介護には現在、高額な料金、サービスの供給過剰、専門的な介護者の不足、利用者側の適応性の欠如などの問題があると指摘されている。サービスの数、内容及び範囲はまだ比較的狭く、提供するサービスも比較的同質的で、高齢者のニーズに応じきれないのが現状である。高齢者施設介護に比べて、地域で提供される高齢者介護サービスは安価であり、経済的に恵まれていない高齢者でもサービスを受けることができる。

2021 年、産業情報化部、民政部、国家健康福祉委員会は共同で「スマート・高齢者介護産業発展行動計画（2021-2025）」を発表し、一連の基本原則を定め、以下を要求している。スマートな健康・高齢介護サービス製品とサービスの供給を充実さ



せ、健康・高齢者ケア分野におけるモノのインターネット、ビッグデータ、クラウドコンピューティング、人工知能などの技術の統合革新と統合応用を促進し、健康・高齢者ケア製品およびサービスのスマート化を強化する。そのため、情報化社会の進展に伴い、「インターネット+」が生じた。2022年、国務院は「国家高齢者福祉事業の発展に関する第14次5カ年計画」を発表し、その中で高齢者介護サービスの新しい発展モデルの育成が提案された。「インターネット+高齢者介護サービス」の発展を促進するため、高齢者介護サービスに関する企業が、オンラインとオフラインでの双発展を推進し、地域介護サービス機関がオンラインの発展を支援し、「メニュー型」サービスを近くで便利に提供し、「子供がインターネットで注文し、高齢者がサービスを体験する」ように薦めた。都市レベルの統合情報プラットフォームを育成する。インターネット、ビッグデータ、人工知能などの技術革新を利用して、サービスモデルを革新するよう指導する。インターネット企業に対して、高齢者の様々な活動シーンに対応したモニタリングやリマインド機能の開発を促し、ビッグデータを活用して高齢者の在宅旅行、健康管理、緊急時の対処を容易にする。

従来の在宅介護サービスでは、需要側と供給側の情報交換が不十分で、高齢者のニーズがタイムリーに伝わらず、地域サービスセンターも高齢者のニーズにすぐに対応できず、結果として在宅介護サービスの供給に遅れが生じていた。現在、中国では多くのテクノロジー企業が在宅介護サービスプラットフォームを立ち上げており、スマートウェアラブルデバイスと携帯電話のソフトウェアをキャリアとして使用するだけで、高齢者のニーズと社会が提供する介護サービスを効果的に結びつけることができる。シニアクライアント端末では、地域内でサービスを受けられる高齢者の基本情報（主に健康診断の情報）をプラットフォームで入力し、システムにアップロードすることで、高齢者の体調をリアルタイムに把握し、高齢者やその子供がクライアント端末でサービスの予約を行うことができる。危険にさらされている高齢者に対しては、スマートデバイスや携帯電話のソフトを使って所在を確認し、タイムリーで的確な救助活動を行うことができる。高齢者介護サービスの供給側では、高齢者介護サービスを提供する地域サービスセンター、プロジェクトプロバイダー、コール&ヘルプセンター、生活サービス事業者、医療サービスセンター、地方政府、高齢者の家族、ボランティア、その他の供給主体を接続する。高齢者のニーズに応じて、知的サービス供給側が生活サービス事業者と連携し、注文が発生した際に、家政サービス、ヘアカット、食事の注文、買い物などの訪問サービスを提供する。在宅介護サービスのスマートプラットフォームを通じて、高齢者のサービスニーズを表明する際の利便性と適時性が向上し、全体的な管理効率が高まり、サービスリソースが効果的に統合され、サービスコストが削減される。最も重要な点は、高齢者が緊急の危機に遭遇したときに、救助時間を短縮することができ、高齢者の身の安全を大きく守ることができるということである。インターネット技術の応用は、今後の在宅介護サービスの発展の一つの傾向といえるであろう（図 4-3 参照）。

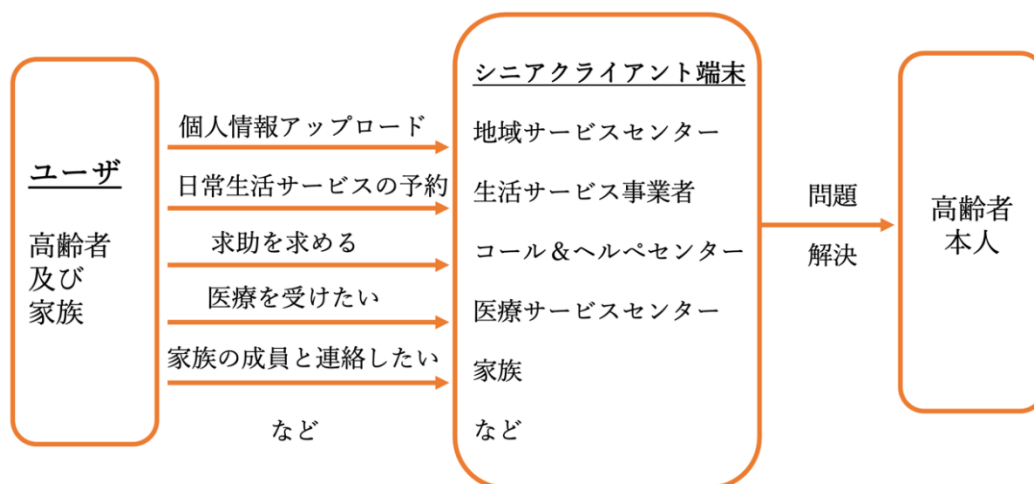


図 4-3 「インターネット+」利用の流れ  
出所：筆者作成

中国の各地域におけるスマート在宅介護サービスの発展も比較的楽観的で、多くの省や市では「インターネット+高齢者介護サービス」のサービス供給モデルを形成している。2013 年、山東省済南市はスマート在宅介護サービスセンターを設立し、もともとあった地域介護センターに、リアルタイムの健康モニタリング、訪問家政サービス、心理的な健康相談を追加した。健康モニタリングの面では、地域の高齢者に無料で健康診断を提供するだけでなく、インターネット技術を使って高齢者の健康データをクラウドに保存し、医療従事者や高齢者の子供たちがいつでも簡単に閲覧できるようにしている。2016 年には、江蘇省南京市秦淮区にバーチャル高齢者ホームを設置し、地方政府から委託を受けて三槐在宅介護サービスセンターが運営している。地域を対象にして、60 歳以上の高齢者を対象としたサービスを提供し、あらゆるフランチャイズを集めており、地域を通じて高齢者にサービスを提供している。サービス内容は多岐にわたり、日常の介護、医療介護、精神的な安らぎなど 15 種類のサービスをカバーしている。この地域のサービス対象者は 2 万人以上をカバーし、200 人以上のサービス提供者が存在し、バーチャル高齢者介護サービスも順調に発展している（劉、2018）。

2021 年に「ゼロコロナ政策」を厳守しているため、省・市政府は、コロナの状況変化に応じて、ひどい場合は、社会が完全に停止してしまうこともある。すなわち、家にいて外に出られないという強制的な政策である。その場合、日常生活や仕事に大きな支障をきたすとともに、不安を感じることになる。高齢者も「ゼロコロナ政策」で生活習慣を変えている。高齢者が家から出られなくなった場合に、日常生活のニーズと健康管理を満たすために保障を提供する。そのため、コロナに対して、さまざまな緊急対応・対策は、社会全体で問題と反省を含む。

新型コロナが流行する中、高齢者は自宅に閉じこもり、外出もままならず、日常生活もままならない状態である。外出するにしても、日用品の購入や医療機関へのアクセスなど、多くの行動が制限される。新型コロナの発生後、図 4-4 からわかる

ように、日常生活サービスは主に地域によって提供され、多くの地域ではソーシャルワーカーが毎日一人暮らしの高齢者の家を訪問して日常生活状況を把握し、それぞれの家庭状況に合わせて食品や日用品を購入して届けてくれるように手配された。このことは、新型コロナとの戦いにおける地域やソーシャルワーカーの働きの重要性を無視できないことを示している。健康管理の変化としては、通院からオンラインで診察に移行したことが挙げられる。

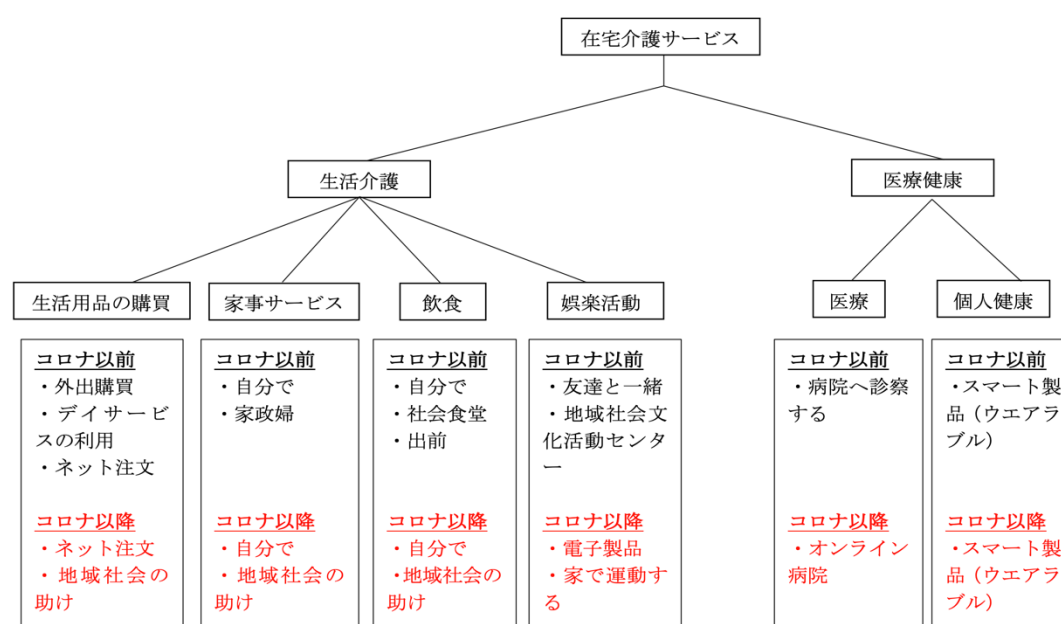


図 4-4 コロナ前後に在宅介護サービスの提供方式の比較  
出所：筆者作成

中国は新型コロナの流行以来、「インターネット+」を展開している各業界を通じて、利便性施策を数多く実施しているが、高齢者にとっては、まだ困難が多く残っている。

#### (1) 情報の非対称性について

高齢者は若い者に比べて情報へのアクセスが少なく、学習速度も相対的に遅い場合がある。そのため、新型コロナの流行時には、最新の施策や情報が遅れていたり、知らなかったりすることが多い。

#### (2) 各種オンラインプラットフォームの運用について

新型コロナの流行により、スーパーマーケット、青果店、薬局、病院など、高齢者が必要とするサービスがオンラインに切り替わっている。オンラインサービスでは、主に適切なアプリのダウンロード、実用的な操作、安全な決済が必要となる。例えば、病院からオンライン病院に移行する場合、まず正しいアプリのダウンロード方法やアカウントの登録方法を知る必要があるが、この過程ですでに多くの高齢者が失敗し、次のステップに進めないという状況になっている（許、高ら、2018）。

### (3) オンライン決済について

多くの高齢者は、詐欺にあったり、操作ミスであったりして間違って買い物をしないように、携帯電話に銀行カードとの紐付けを避けている。そのため、オンラインで商品を購入することは、彼らにとって大きな手間となる。したがって、技術的な欠点に対処するため、多くの地域では、高齢者の日常的なニーズや困難さに焦点を当てるために、多数のソーシャルワーカーを手配している。

しかし、インターネットはソーシャルや娯楽や健康管理に重要な役割を担っている。関連する調査報告によると、新型コロナの流行時に総合な電子商取引分野の新規ユーザーの割合が中高年で11%増加した<sup>45</sup>。まず、スマートフォンのさまざまなアプリが社会との接点を持ち、友人や家族と瞬時につながることを可能にし、「Tiktok」などのさまざまなソーシャルネットワーキングサービスが、家庭での退屈や孤独から抜け出すのに役立っているのである。さらに、インターネット+スマート製品により、本人や家族の健康状態をリアルタイムに把握することができる。しかし、インターネットに置き換えられない欠点も多くある。例えば、ヒューマンタッチや必要な人的サービスなどである。テクノロジーとヒューマニズムをどう両立させるかが、インターネット+スマート高齢者介護の重要な課題の一つである。

## 4.2.1.2 地域密着型介護サービス

地域密着型介護サービスとは、高齢者が自宅や住み慣れた地域で生活し、家族が介護しながら、地域の関係機関が高齢者介護業務や介護サービスを請け負う高齢者介護の形態である（黄、2018）。このサービスは、正式なサービス、地域のボランティア、社会的なサポートネットワークの組み合わせによって支えられており、必要な高齢者が慣れ親しんだ地域でネットワークを維持できるように支援する。地域密着型の高齢者介護は在宅介護の重要なサポートであり、地域のデイ介護と在宅介護の2つの機能を持っている。

欧米の先進国に比べれば発展はまだ遅いが、中国の地域密着型高齢者介護サービスの全体的な構築は形になってきている。民政部の最新の統計によると、2020年8月時点で、全国の地域密着型高齢者介護サービス機関・施設は18万件以上で、中国の高齢者機関・施設総数の83.6%を占め、地域介護ベッド数は341.8万床で、中国の介護ベッド総数の43%を占めている。第13次5カ年計画期間中、民政部は財政部と共同で、在宅と地域高齢者介護サービスの全国的な試験改革を開始し、中央の財源50億元を投入し、203の市区町村が試験改革を実施することを支援・指導し、地域密着型高齢者介護施設は基本的に都市部のすべての地域と農村部の半分をカバーすることになった<sup>46</sup>。中国高齢者社会追跡調査（CLASS）では、回答者の居住地周辺

<sup>45</sup>Quest Mobile (2022). 2022 China mobile インターネット春季報告書。  
[https://www.sohu.com/a/644032944\\_100106801](https://www.sohu.com/a/644032944_100106801) (2022/09/17)

<sup>46</sup>民政部：コミュニティーサービス機構と施設は全国総数83.6%。央視新聞。

の高齢者施設に関する情報を地域レベルと個人レベルで収集しており、その結果によると、都市部と農村部の高齢者施設のカバー率は一定のレベルに達している。特に、都市部では高齢者活動室や地域の基層医療衛生機関のカバー率が 80%を超え、農村部では約 40%の地域で高齢者活動室が設置されている。表 4-3 のように、これは、中国の地域密着型高齢者介護が国の政策の強力な支援を受けて着実に発展していることを示している。地理的、経済的、資源的、政策的に優れているため、都市部の地域高齢者介護の発展は、農村部のそれよりも迅速かつ包括的である。

表 4-3 都市と農村に地域介護サービス施設と機構のカバー率 (%)

介護施設、機構	都市と農村		合計
	都市	農村	
養老院	21.22	10.33	16.88
高齢者活動室	80.58	39.13	64.07
高齢者デイサービスセンター	27.70	4.89	18.61
基層医療衛生機関	83.09	90.22	85.93

出所：中国人民大学老年学研究所 (2015). 中国老年社会追踪調査 (CLASS).

#### 4.2.1.3 施設型介護サービス

呉 (2015) は高齢者介護機関の概念を定義し、高齢者介護機関は高齢者に集中的に住居、生活介護、リハビリ介護、精神的な安らぎと文化的な娯楽のサービスを提供する高齢者介護サービス機関であり、その主なサービス対象者は要介護と準要介護の高齢者であると指摘している。この定義によれば、介護施設が提供するサービスは、最も基本的な介護サービスから、必要性の高いレベルの文化的・娯乐的サービスまで、包括的なものであり、さまざまな高齢者の多面的なニーズに応えることができる。特に、要介護や準要介護である高齢者の多くは自宅で老後生活を過ごすことができないため、施設は自宅や地域での介護の不足を補うことができ、そのような高齢者の介護やケアのニーズに応えることができるのである。

2020 年 5 月以降、高齢者施設のスターレーティングに対応した「高齢者福祉施設等級評価国家基準」の実施要領（試行実施用）が続々と公開された。1 級から 5 級までの 5 段階のうち、等級が高いほど環境、施設・設備、運営・管理、サービスの面で総合的な品質が高いことを示している。高齢者福祉施設の格付けの導入は、高齢者やその家族から好評を得ている。また、施設型高齢者介護サービスは、施設建設に重点を置いており、施設の建設を通じて、基本的な高齢者介護サービスの機能を

2020. 10. 25. <https://nd.mbd.baidu.com/r/kBvIt6bN9C?f=cp&rs=1373736227&ruk=XL3RzGQB3F0xSU4c7jtCuw&u=96ee15bf8d29ed8d> (2022/09/17)

実現している。長年にわたる精力的な発展の結果、施設型高齢者介護サービスの量と質は、以下の2つの方面から見ても改善された。

第1に、投資主体の多様化が基本的に形成されている。高齢者介護施設の主体は、もはや政府に限らず、企業、個人、民間団体など多様な主体が高齢者介護施設の建設に投資している。高齢者介護施設の設立には、資金調達が重要である。現在、中国の高齢者介護施設設立の資金源は政府資金に限らず、より多くの合弁企業や外資企業が次々と国内の高齢者施設の投資分野に参入している。多くの海外の高齢者介護サービス機関が中国市場に参入し始めている。

第2に、サービス項目や施設が日に充実している。サービス項目としては、生活介護、食事サービス、医療保健、リハビリケア、文化娯楽活動など、高齢者が必要とするあらゆるサービスを網羅している。サービス施設としては、医療施設、文化娯楽施設、室外活動会場などを備えたものがほとんどになった。

## 4.2.2 高齢者介護サービス方式に関する問題

中国の高齢者介護サービスシステムの発展は、在宅の高齢者介護を基本とし、地域での高齢者介護に頼り、施設での高齢者介護によって補われている。しかし、現在の開発状況から判断すると、三つの高齢者介護サービスモードの開発と相互統合は、システム発展目標の要件を満たしておらず、在宅高齢者介護サービスの不十分な発展、地域密着型高齢者介護サービスの情報伝達の悪さ、施設高齢者介護サービスの発展構造の不均衡、評価制度まだ形成されていないなどの問題がある。

### 4.2.2.1 在宅介護サービスの供給が欠如

#### (1) 在宅高齢者介護サービスの数と種類の欠如

在宅高齢者介護サービスは、主に地域で提供され、訪問家事、飲食、買い物支援などの生活介護サービスが主な内容で、高齢者施設介護と比較して、高齢者介護サービスの内容は基本的に日常生活の介護である。サービスの種類は単一化であり、精神的安らぎニーズが対応できず、サービスの内容が豊富ではない。これは主に、高齢者が在宅介護サービスに対する認知度が比較的低いため、サービスに対するニーズが相対的に低く、市場の発展が低水準にとどまっている。医療保健サービスは、薬の宅配や受診同行などに限られている。地域の医療機関のサービスレベルは低く、高齢者の医療ニーズに対応する医療・看護スタッフの数も不足している。このことは、地方政府と近くの病院の結びついていないことを示している。また、高度な精神的な安らぎサービスが提供されておらず、専門的な心理サービスの人材も不足している。地方政府が高齢者向け娯楽施設の開設やカウンセラーの雇用に財政的支援を行っていないことがある。高齢者の精神的な安らぎのニーズは高いので、養老物資の提供や社会的援助を前提に、高齢者の精神的な方面に注意を払い、その心理的なニーズを理解する必要がある。しかし、現段階では、在宅で介護を受ける

高齢者の精神的な安らぎは、依然として家族や親戚、友人によるものが多く、他の対処法や解決法として有効な方法は見つかっていない。

#### (2) 在宅高齢者介護サービスの高齢者に適した施設の不備

現在、中国の在宅高齢者介護センターのサービスは、主に政府によって提供されており、介護関連企業や社会組織が介護市場に参入することはできない。これは政府にとって重い負担となっている。現在、ほとんどの地域では、在宅高齢者介護サービスの施設が不足しており、特に医療サービスは、地域社会での医療機関が十分に整備されていない。農村部では、経済的資源が不足しているため、医療施設のカバー率が低い。政府は、社会の中より多くの組織や商業企業が投資家に加わり、資金源を広げるよう提唱する必要がある（侯、2018）。

高齢者介護サービスを支える施設の適合性の低さは、在宅高齢者介護サービスの発展の重要な障害となっている。一部の地域では、高齢者介護サービスの支援施設を設置する過程で、高齢者の適性を考慮しておらず、高齢者の生理的特性に合った手すりや非常呼出ベルなどの必要な安全保護具や、衝突防止、滑り止め、転倒防止などのバリアフリー設備が不足している。既存の高齢者介護サービス施設の中には、特に体調の悪い高齢者には適していないものもあり、また、安全上の問題もあり、ある程度は安全上の緊急事態につながりやすいものもある。

### 4.2.2.2 地域介護サービスの情報伝達の悪さ

高齢者介護サービスに関する情報を効果的に発信することは、地域の高齢者介護サービスの供給効率を高める重要な手段である。高齢者介護サービスの需要と供給に関する情報が非対称であることが、地域の高齢者介護サービスの供給側と需要側がうまく結びつかない重要な理由となっている。陳（2017）は、上海のある地域で地域介護サービスについて研究した結果、地域の高齢者介護サービスに対する潜在的な需要と実際のサービスの利用にギャップがあり、前者が後者よりもはるかに高く、サービスの認知度やサービスの情報伝達が高齢者のサービス利用を妨げる大きな要因になっていることを明らかにした。地域密着型高齢者介護サービスを提供するプロセスには、「供給」、「利用」、「フィードバック」という三つの重要な要素がある。現状では、この三つのプロセスにおける情報交換が不足しておる。高齢者は、消費者によって、どのようなサービスが受けられるかを知らない。同時に、介護サービスの供給者としても、地域の高齢者のニーズを把握していないし、より心のこもったユーザー目線のサービスが提供できない。表 4-4 は、2017 年の都市部と農村部高齢者人口追跡調査の結果を表したものである。

表 4-4 都市と農村部における高齢者介護サービスに対する認知度 (%)

介護サービス項目	農村部	都市部
訪問診療	50.8	49.6
法律扶助	18.6	54.0
訪問看護	10.6	42.6
退屈しのぎのおしゃべり	10.5	26.3
訪問家事	9.0	89.7
リハビリテーション	8.4	33.6
高齢者食堂		71.9
デイサービスセンター		68.3
高齢者ホットライン		29.7
日常の買い物		22.0
通院への付き添い		20.8

出所：孫娟, 杜鵬(2018).『中国人口老齡化和老齡事業發展報告』. 中国人民大学出版社.

データによると、中国の都市部と農村部の高齢者の地域が提供する各種高齢者介護サービスの認知率は低いことが分かった。主な理由は、中国がまだ完備的な介護保険制度を形成していないからである。高齢者では、高額な費用を負担できない。農村部の高齢者の多くは養老保険に加入しないし、その地域の財源不足による高齢手当が支給されない可能性があり、経済的に困難である。また、農村部は発展が遅れているため、消費習慣や介護サービス利用の認知度は都市部の高齢者に比べて一般的に低い。農村部の高齢者の認知率が最も高いのは、5割を超える「訪問診療」で、次いで2割に近い「法律扶助」、同程度の「訪問介護」、「退屈しのぎのおしゃべり」がそれぞれ10.6%、10.5%となっており、最も低いのは1割に満たない「リハビリ治療」、「訪問家事」で、それぞれ8.4%、9.0%となっている。農村部の高齢者と異なり、都市部の高齢者の認知度が高いサービスは、「訪問家事」と「飲食」で、認知度は89.7%と71.9%と高く、「訪問診療」と「訪問看護」の認知度は50%近くに達している。最も認知度が低い項目は「受診時の付き添い」で20.8%となっている。農村部の高齢者と比べると、都市部の高齢者の全体的な認知度は高いが、「退屈しのぎのおしゃべり、日常の買い物、通院への付き添い」などの項目の認知度はまだ4分の1にも達していない。

#### 4.2.2.3 施設型介護サービスの構造の不均衡

中国の施設型高齢者介護サービスは国の政策支援の焦点となっており、高齢者介護施設の発展規模とサービスの質は高めているが、現在、施設型介護サービスには需要と供給の間に顕著な不均衡の問題がある。



民間の高齢者介護施設の空室率が高い。2017 年末、全国の高齢者介護サービス施設のベッド数は 383.4 万床、年末の高齢者の引き上げ数は 211.1 万人で、ベッドの空室率は約 45%に達している<sup>47</sup>。一般的に高齢者は、施設が充実していて料金もリーズナブルで、国が保証している公的な高齢者施設を選ぶ傾向にあるので、ベッドを探すのに苦労することが多い。逆に、民間の高齢者施設の場合、小規模な建設であれば料金は安い、設備は公的な高齢者施設に比べてはるかに劣る。大規模な建設の場合は料金が大きく、ほとんどの高齢者は経済力の関係で購入できず、結果的に空室率が高くなる。民間の高齢者介護施設のサービス資源は、高齢者に有効に活用されず、一定の空室と浪費が生じている。

また、都市部と農村部のベッドの配分は合理的ではない。2020 年初頭の時点で、中国の高齢者人口の 44.08%が都市部に、55.92%が農村部に住み、農村部の高齢者数は中国全体の高齢者数の半分以上を超えている。2020 年、中国には 18 万の地域高齢者介護施設があるが、そのうち都市部の地域高齢者介護サービスのカバー率は 83.6%であるのに対し、農村部の地域高齢者介護サービスのカバー率は 6.5%にとどまり、都市部の 10%にも満たない<sup>48</sup>。民間の高齢者介護サービス施設の 74%は都市部にあり、農村部にあるのは 26%に過ぎないという数字もある。これは、農村部の高齢者に対する膨大な需要を前に、中国では都市部と農村部で民間高齢者介護サービス資源のカバー率に大きな開きがあり、その配分が極めて偏っていることを示している。農村部の高齢者の数はかなり多いので、農村部の高齢者介護サービスの供給は、今後も社会的勢力や民間資本の投資の優先課題となるべきである。

また、中華人民共和国が建国されて間もない頃、国が提供していた高齢者介護サービスは公的扶助のみで、すべての高齢者をカバーすることはできなかった。1958 年の公社化時代には、五保戸<sup>49</sup>が集中的にケアされ、国営の老人ホームが全国に数多く設置された。中国経済の発展、高齢化の進展、高齢者介護サービスの社会化などに伴い、高齢者介護業界に参入する起業家が増えている。子供が家庭で高齢者の面倒を見ることができないという問題が緩和された一方で、監督・管理の政策や評価制度が欠如していることから、介護施設での高齢者虐待のニュースが頻繁に流れている。そのため、介護施設の管理・評価は、中国の高齢者保障事業において重要な課題となっている。

中国における高齢者介護サービスの質に関する政策は比較的遅れている。中国民政部 (MCA) は 2013 年 8 月に「高齢者介護サービスのアセスメント推進に関する指導意見」を発表し、高齢者介護サービスの健全なアセスメントシステムの構築を提案し、高齢者介護サービスのアセスメントの概念と基準を定義した。しかし、「指導

---

<sup>47</sup>中国老齡工作委员会事務室. 中国都市部および農村部の高齢者の生活状況に関する第 4 回サンプル調査の結果の発表, <http://www.cncaprc.gov.cn/contents/2/177118.html>. (2021/11/23)

<sup>48</sup>民政部. 中国民政統計年鑑 2019.

<sup>49</sup>社会的にハンディキャップを負う自立生活が困難な人々に対する基本的な生活保障として保食・保衣・保燒・保教・保葬の五つ、五保を受ける世代を「五保戸」と呼ぶ。

意見」における評価は、主に高齢者の介護サービスに対するニーズの評価に重点が置かれており、まだ介護サービス自体が実施の初期段階にあることから、中国の高齢者介護サービスの評価に関する制度はやや遅れている。2017 年 8 月、民政部は「高齢者介護サービス標準システム構築の手引き」を発行したが、中国の介護施設における高齢者介護サービスの品質評価は、統一的な基準が形成されていない。

しかし、多くの問題も存在している。第一に、地域差が大きく、画一的な評価基準では各地域の高齢者のニーズに応えられないこと、第二に、品質評価のための専門的な評価機関や評価担当者が不足していることである。評価機関の不足は、質の高い評価のための専門的な開発、および専門的な評価者の生成と育成を妨げている。第三に、施設介護サービスの品質評価に関する情報開示の仕組みやフィードバックのチャンネルが不足していることである。中国は評価結果の情報公開プラットフォームを確立しておらず、また評価結果をサービス利用者にフィードバックしていないため、サービス利用者が各施設の高齢者介護サービスの質を理解することに支障がある。

#### 4.3 高齢者介護サービスの内容

中国の社会進歩と経済発展の新時代において、高齢者の高齢者介護サービスの内容に対する要求は、家族、身体、収入などの要因の影響を受けて増加し、充実してきている。本論文の第二章の分析によれば、高齢者の増加は健康状態の低下を伴い、それが医療保健需要の増加につながっていることがわかる。

2015 年の全国 1%人口サンプル調査のデータによると、都市部と農村部で高齢者人口の 18.3%が障害者・準障害者となっている。これだけの医療需要がある中で、中国の医療の発展は理想的ではなく、特に高齢者の医療へのアクセスが困難で高額になるという問題が顕著である。現在、高齢者向け医療サービスを提供する専用の医療機関・施設の深刻な不足、サービス項目やサービス内容の不完全、料金水準の不合理、医療サービス従事者の不足や専門性低さ、などによって高齢者の医療・保健ニーズに応えられていないため、高齢者介護サービスの内容を強化することが重要なポイントとなっている。

高齢者の急増により、高齢者ニーズへの負担が著しく増加している。労働・社会保障省が明らかにしたところによると、退職者数が年率 6%で増加する中、空の養老保険個人口座は年間 1000 億元のペースで増加している。2020 年には、年金を受け取る退職者が 1 億人を超え、保険料率は 2.5 対 1 になると予想されている<sup>50</sup>。

家族の人数が減り、高齢者の日常的な介護ニーズが高まっている。高齢者は、病気だけでなく、精神的な介護や、場合によっては家事の介護も必要になる。家族自身が提供する介護サービスは持続不可能であるため、社会組織や民間資本が在宅介

---

<sup>50</sup>半島晨报. 高齢化は年金保険に打撃を与える. 新浪財經.

2006. 07. 15<http://finance.sina.com.cn/roll/20060715/1459800123.shtml?from=wap> (2021/08/24)

護サービスの専門機関を設立することを奨励し、高齢者介護サービス企業が規模化、ネットワーク化、ブランド化された運営を実施するよう積極的に指導すべきである。

最後に、精神的な安らぎを求める需要の高まりは、中国の高齢者介護サービスの内容に新たな課題を投げかけている。高齢化の進展に伴い、独居老人や一人暮らしの高齢者が徐々に増えてきており、子供が行う本来の精神的な安らぎの介護では高齢者のニーズに応えられなくなっていること、双方の年齢差によりコミュニケーションに一定の障壁があること、高齢者が家族を通じて得られる精神的な安らぎの効果が徐々に低下してきていることなどから、社会的な力を使って供給することが必要になってきている。高齢者の精神的な健康を促進するために、精神的な安らぎは社会的な力によるマルチチャネルのサービス供給経路を確立することが非常に必要である。

### 4.3.1 高齢者介護サービス内容の発展現状

中国の「高齢者介護サービスシステム構築計画（2011～2015年）」では、高齢者介護サービスの内容として、高齢者のリハビリケア、生活介護、緊急時の対応、精神的な安らぎ、社会参与などの高齢者介護サービスを提供すると説明されている。高齢者のニーズを低・中・高の3段階でカバーし、高齢者介護サービスに対するニーズを総合的に解説している。本節では、高齢者介護サービスの内容を、生活養老、健康養老、文化養老、の三つの分野に分けて、その発展現状を論じる。

#### 4.3.1.1 生活養老

##### (1) 日常生活の介護

高齢者の生活介護ニーズの観点から、陸、張（2018）は、2015年中国高齢者社会追跡調査のデータに基づいて、中国の高齢者の介護ニーズモデルは、依然として家族介護モデルが主流であるが、介護モデルが徐々に受け入れられており、高齢者が介護モデルを選択する発生率は、西部地域から東部地域、東北部地域へと徐々に増加しており、介護モデルのシェアが徐々に増加していることを示す。高齢者の介護ニーズに影響を与える主な要因は、世代間の家族支援の強さである。一人っ子政策と全面的な二人っ子政策の開放の複合的な効果により、世代間の家族支援は深刻に弱まり、家族が提供する介護は、増大する高齢者の介護ニーズを満たすことができず、社会化された生活介護が強く求められている。

地域が提供する介護サービスの利用状況を見ると、訪問家政、訪問食事、日常の買い物の手伝い、家庭訪問など、高齢者の日常生活の介護ニーズに応えるサービスが充実してきている。表4-5に示すように、2015年中国高齢者社会追跡調査（CLASS）の結果によると、生活介護方面では、高齢者介護サービスで最もよく利用されているのは「家庭訪問」で3.91%、次いで「訪問家事」が2.05%、「高齢者介護サービスホットライン」が1.03%、「医療機関への付き添い」が0.91%となっている。

表 4-5 地域が提供する介護サービスの利用状況 (%)

生活サービス	使用率		合計
	都市	農村	
家庭訪問	4.85	2.50	3.91
高齢者介護サービスホットライン	1.41	0.46	1.03
通院の付き添い	1.03	0.72	0.91
買い物の付き添い	0.75	0.50	0.65
法律支援	0.52	0.22	0.40
訪問家事	3.22	0.28	2.05
高齢者食堂	0.89	0.09	0.57
高齢者デイサービスセンター	0.30	0.07	0.21
心理カウンセラー	0.26	0.09	0.19

出所：中国人民大学老年学研究所(2015). 中国老年社会追踪調査(CLASS).

## (2) 経済援助

資金は、高齢者が老後生活を過ごす重要な要素であり、高齢者介護サービスシステムの持続可能性の大きな原動力である。自分で身の回りのことができる高齢者の場合は、年金や子供扶養などの家計収入でサービスを受けることができる。年金や子供がいない高齢者にとっては、老後の資金不足に直面する。ここで、高齢者への経済的支援を行う政府の役割が出てくるが、政府は高齢者への経済的支援を行う主な責任を負う必要がある。ここでの経済的支援については、主に政府による供給の観点から、高齢者福祉と高齢者むけの手当の現状に焦点を当てて論じている。

最低生活保障制度では、企業の退職者が基本的な生活費、失業保険金、年金、従業員の賃金を受け取っている状態で、一人当たりの世帯収入が地域の最低生活保障基準を下回る場合、都市住民の最低生活保障を申請できると規定されている<sup>51</sup>。高齢者福祉は、中国における高齢者への経済的支援の重要な手段であり、高齢手当、介護手当、高齢者介護サービスへの補助金などがある。高齢手当は、高齢者の基本的な生活問題を解決するために設けられた社会保障制度である。中国では高齢化社会の進展に伴い、高齢者の割合が増え続けており、高齢手当は高齢者の老後生活を守るために特に重要なものとなっている。2010年、中国で高齢手当を受けることができた高齢者はわずか 576.4 万人であるが、2019 年には高齢手当を受けることができる高齢者は全国で 3500 万人に達した。約 6 倍に増え、高齢手当のカバー率は 97% に達している。中国における介護手当や高齢者介護サービスへの補助金の支給は、

<sup>51</sup>労働と社会保障部、民政部、財政部(1999). 国有企業退職者の基本的生活保障および都市住民の最低生活保障制度の改善に関する通達.

主に現金、サービス券、現物の形で行われており、国内のほとんどの場所でサービス券の形をとっている。人数的には、表 4-6 に示すように、介護手当だけでなく、高齢者介護サービスの補助金を受けている人の範囲が広がっている。

表 4-6 高齢者の経済的支援を受けている人数（万人）

年度	高齢者の経済的支援		
	高齢手当を受ける 人数	介護手当を受ける 人数	補助金を受ける 人数
2010	576.4		
2011	883.1		
2012	1257.7		
2013	1557.9	11.7	101.9
2014	1719.6	20.0	154.7
2015	2155.1	26.5	257.9
2016	2355.4	40.5	282.9
2017	2682.2	61.3	354.4
2018	3021.7	68.2	394.1
2019	3500	71.5	447.93

出所：民政部(2020).『中国民政統計年鑑 2020』.中国統計出版社.

### 4.3.1.2 健康養老

前述したとおり、高齢者の増加に伴い、慢性病、障害、半障害の高齢者の数も増加している。衛生委員会の調査によると、中国の慢性疾患高齢者の数は 1.5 億人を超え、高齢者総人口の 57%を占めている。慢性疾患を抱える高齢者は、障害者や半障害者になるリスクが高まる。2015 年の中国の都市部と農村部の高齢者の生活状況に関する第 4 回サンプル調査のデータによると、全国の障害者や半障害者の数は 4063 万人に達し、高齢者の 18.3%、介護サービスを必要とする高齢者の 15.3%を占めている。病気の高齢者の増加に直面し、医療・保健機関の数は高齢者の医療・保健サービスの需要を満たすことができない。現在、ほとんどの医療機関は「過密状態」であることが多く、ベッドを確保することが困難であり、高齢者の患者が重症の場合のみ、外来または短期の入院サービスを提供することができ、慢性疾患、認知症、半身障害に苦しむ高齢者に専門的できめ細かい介護サービスを提供することが困難である。慢性疾患や認知症、半障害を抱える高齢者に対して、専門的できめ細かい介護サービスを提供することは難しい。この点で、高齢者の健康に対する要求の高まりを背景に、伝統的な在宅介護という単一のパターンでは、高齢者のニーズを満たすことはできず、国が政策・戦略のレベルで健康な老いを促進することが急務となっている。

2017 年、国家衛生・計画委員会は 13 部門と共同で「第 13 次健康高齢化 5 年計画」を発表し、医療、介護の資源配分パターンの最適化、医療、介護の強化、国情

に沿った高齢者保健サービスシステムの構築を提案した。医療、介護の資源配分パターンを最適化し、医療、介護の一体化を強化し、国情に合致した高齢者介護サービスシステムを構築し、高齢者の健康生活水準を向上させることを提案している。国家政府が医療、介護パターンを推進する前に、2016 年、国家衛生・計画委員会と民政部は国家医療、介護パイロット都市第一陣を發布し、中国の一部の都市はすでに小規模な医療、介護サービスを実施している。中国のいくつかの都市は、すでに小規模の医療、介護パイロット・プロジェクトを開始している。近年の発展に伴い、研究者たちは各地の実践に基づき、都市や農村における医療、介護の特徴を徐々にまとめてきた。近年の発展に伴い、研究者たちは各地の実践状況に応じて、都市と農村における医療、介護サービスの実践の道筋を徐々にまとめてきた。

政策指導の面では、2015 年に民政部をはじめとする 10 個の部門委員会が共同で「民間資本の高齢者介護サービス産業の発展への参与奨励に関する実施意見」を発表し、医療、介護の一体的な発展を促進し、ケア型介護施設の建設を支援・発展させることを提案している。ケア型介護施設への民間資本の投資は、財政的な補助などの政策面で支援すべきである。

病院の種類としては、高齢者の医療ケアは主に、高齢者病院、病院の高齢科、医療・介護機関、ターミナルケア病院などの専門機関に提供され、在宅介護サービスを受ける高齢者にサービスを提供する地域衛生機関も含まれる。2018 年には、全国で 2988 社の高齢者病院が建設され、ベッド数は 14.8 万床、高齢者医療機関にはターミナルケア病院が 704 社含まれており、ベッド数は 2.75 万床、年末には 1.5 万人が入院した。地域医療機関は 3.7 万社、ベッド数は 23.9 万床である<sup>52</sup>。高齢者の年齢が徐々に上がり、さまざまな病気が出てくると、リハビリテーションやケアの需要が高まり、高齢者の介護ニーズに応えるために、リハビリテーション病院、ケア病院、ケアステーションも年々増加する傾向にある。

#### (1) 都市の場合

代表的な都市を例にとると、主に三つの特徴的な経路がある。地域密着型、施設＋地域＋家庭の統合、インターネット＋医療の統合である。

地域密着型は、主にホームドクター契約制度に依拠しており、地域医療サービスセンターの医師が契約した高齢者の健康診断や診断・治療サービスを提供する。代表的な都市は上海で、徐匯区の路上にある保健サービスセンターが「コミュニティ・センター・ファミリー」モデルを確立している（郭、2015）。地域介護サービスセンターは、コミュニティ半径内の高齢者とホームドクター契約を結び、定期的に訪問し、その場で検診やケアを受けられるように手配している。高齢者の重症化リスクを事前に排除し、同時に病気の「早期発見・予防」というコンセプトのもとにサービスを提供している。

施設＋地域＋家庭の統合は、地域の半径内に医療、介護コンソーシアムを作り、

---

<sup>52</sup>国家衛生健康委員会(2019).『中国衛生健康統計年鑑 2019』.中国協和医科大学出版社.

その地区の高齢者に医療・介護サービスを提供することを目指している。代表的な都市は北京と杭州である。北京市は、多段階の医療、介護高齢者介護システムを形成し、全チェーン高齢者介護サービスシステムを確立しているが示される（沈、2018）。江蘇省杭州市は革新的な「1+1+X」の医療、介護メカニズムを形成しており、1つの公立病院+1つの地域保健サービスセンター+Xの地域内の高齢者介護施設から構成されている。江蘇省杭州市は2014年、病院、介護機関、地域で高齢者向けの各種サービスを楽しむことができることに加え、在宅での医療・介護サービスを率先して開発し、高齢者が自宅に居ながらにして健康指導や出張相談などの便利な医療サービスを享受できるようにした（武、2021）。

「インターネット+医療、介護」は、ビッグデータが医療と介護の統合を支援し、高齢者の在宅介護サービスのレベルを向上させる方法である。蘇州市は国内初の「バーチャル老人ホーム」を創設した。これは、インターネットを通じて高齢者向けの幅広いサービスを統合し、在宅の高齢者に適用する現実的な方法である。高齢者は自分のニーズに応じて、有料、低額、無料のサービスから選ぶことができ、自宅で専門的なサービスを享受できる。現在、この方式はいくつかの都市で試験的に実施されているが、政府は関連する支援政策と財政投入を改善する必要がある。

## （2）農村の場合

未発達地域では都市型の医療、介護を実践することは難しいため、農村部における医療、介護は、医療資源と高齢者介護を組み合わせただけのものであり、村や鎮レベルの医療機関との協定と、ホームドクターとの契約という2つの方式がある。

他の年齢層と比較して、高齢者の健康にはより多くの医療ケアが必要であり、医療ケアの需要が拡大するにつれ、中国の高齢者介護サービスシステムの構築には、医療介護の組み合わせという新たな発展理念が加わった。医療介護の組み合わせは、医療サービスと高齢者介護サービスの有機的な統合を実現し、高齢者の医療、介護のニーズを同時に満たし、高齢者介護サービスの質を向上させる。

政策指導の面では、2015年に民政部をはじめとする10個の部門委員会が共同で「民間資本の高齢者介護サービス産業の発展への参与奨励に関する実施意見」を発表し、医療、介護の一体的な発展を促進し、ケア型介護施設の建設を支援・発展させることを提案している。ケア型介護施設への民間資本の投資は、財政的な補助などの政策面で支援すべきである。

病院の種類としては、高齢者の医療ケアは主に、高齢者病院、病院の高齢者科、医療・介護機関、ターミナルケア病院などの専門機関に提供され、在宅介護の高齢者にサービスを提供する地域衛生機関も含まれる。2018年には、全国で2988社の高齢者病院が建設され、ベッド数は14.8万床、高齢者医療機関にはターミナルケア病院が704社含まれており、ベッド数は2.75万床、年末には1.5万人が入院した。

地域医療機関は 3.7 万社、ベッド数は 23.9 万床である<sup>53</sup>。高齢者の年齢が徐々に上がり、さまざまな病気が出てくると、リハビリテーションやケアの需要が高まり、高齢者のケアニーズに応えるために、リハビリテーション病院、ケア病院、ケアステーションも年々増加する傾向にある。

#### 4.3.1.3 文化養老

中国では、高齢者向けの精神的な安らぎを与えるサービスの提供は、政府の政策指導と重要な関係がある。2011 年に発表された「サービス業発展のための第 12 次 5 ヵ年計画の発布に関する国務院の通知」と、2017 年に発表された「高齢者介護サービス項目の制定と実施に関する国務院総局の意見」は、いずれも高齢者の「精神的な安らぎ」を重視することを打ち出している。その中で、「高齢者介護サービス産業の発展を加速する意見」だけが、「精神的な安らぎ」の業務をどのように行うかを説明しており、中国における高齢者への精神的な安らぎのサービスの供給は、自然に調節されている状態であるといえる。近年、物質的な豊かさが持続する中で、高齢者介護サービスに対する需要レベルも上昇しており、世界各国の政府は高齢者向けの精神的な安らぎサービスの供給を模索し始めており、様々な地域の実践モデルの探求は、中国における精神的な安らぎサービスの全面的な供給にとって重要な意味を持っていると言える。

青島市では、政府と民間社会組織の協力により、地域が土地を提供し、政府がサービスを購入して活動資金を調達し、社会団体が地域に入って高齢者の心理カウンセリングサービスを行うことで、高齢者に精神的な安らぎを与えるサービスを提供している。政府がサービスを購入して、社会的組織が地域で介護サービスを提供するように導くことは、「サービス重視の政府」を実現する効果的な方法であり、同時に社会的組織の有効性を十分に促進することができる。

上海では、「心悅夕陽紅」など、地域で高齢者向けの精神的な安らぎプログラムが数多く展開された。これらのプログラムは主に、社会団体が提供する民間の心理カウンセリングや公益的なカウンセリングサービスを政府が購入したり、比較的専門的な心理サービスを高齢者に提供するボランティアを育成したりすることで提供されている。

蘇州市では、訪問サービスを提供する医療スタッフや看護スタッフに頼って、高齢者に精神的な安らぎを与えているほか、地域の娛樂室を設けてさまざまな文化娛樂活動を行うことで、高齢者の社会性を強化し、老後の生活を豊かにするとともに、社会的ネットワークの中でお互いに慰め合うことで自己同一性を持たせている。また、一部の地域では、ソーシャルワーク団体と協力して、高齢者に精神的な安らぎを与える公益活動を行っている。

---

<sup>53</sup>国家衛生健康委員会（2019）. 中国衛生健康統計年鑑 2019.



## 4.3.2 高齢者介護サービスの内容に関する問題点

### 4.3.2.1 生活養老

#### (1) 介護サービスの利用率の低さ

高齢者が年を重ねるにつれ、健康の喪失は生活の質に影響を与える。そのため、全面的な介護が必要になるケースもある。しかし、中国では、高齢者の生活の基盤である生活介護のようなサービスの利用率が低いという問題がある。

中国高齢者社会追跡調査（CLASS）（2015）によると、中国の都市部と農村部の高齢者の生活介護サービスに対する需要は全体的に高くなく、82.21%の高齢者が「生活介護サービスは必要ない」と回答している。訪問家事、受診付き添い、訪問診療の需要率は比較的高いが、表 4-7 のように 4.49%、3.61%、3.00%にとどまっている。このような状況は、高齢者の所得水準、住んでいる都市部と農村部、東部・中部・西部の都市の違いにかかわらず共通している。その理由は、消費者の意識や習慣から、高齢者が高齢者介護の社会化という理念にまだ馴染んでおらず、在宅介護サービスを積極的に利用していない人がほとんどである。そのようなサービスを購入しなければならない人は、自分の経済的余裕に制限されていることが多く、そのようなサービスを購入することに強い持続可能性を感じていない。

表 4-7 都市と農村部における高齢者の高齢者介護サービスに対する需要状況（%）

介護サービス項目	都市と農村	
	都市部	農村部
サービス不要	82.21	83.51
訪問看護	3.00	2.89
高齢者介護サービスホットライン	1.88	0.99
通院の付き添い	3.61	5.75
日常の買い物	0.57	0.83
訪問家事	4.49	2.32
高齢者食堂	2.16	1.49

出所：孫娟, 杜鵬(2018). 『中国人口老齡化和老齡事業發展報告』. 中国人民大学出版社.

#### (2) 経済支援の不足

養老保険を除いて、中国は高齢者の福利として、補助金制度を確立した。それぞれは基礎の養老手当、高齢手当、介護手当である。三つの補助金の発展には差がある。補助金制度の確立については、現在、中国のすべての省で高齢手当制度が確立されている。高齢者介護サービスに対する補助金は、東部と中部の省では完全に実

施されており、西部では貴州省、広西省、チベット、甘肅省などの一部の省・市でしか実施されていない。介護補助金の実施状況は悪く、介護補助金についてもいくつかの省・市ではまだ実施されておらず、全体的に補助金の水準は低いといえる。中国の高齢者の人口基盤が大きいことや、高齢手当の水準が上昇することは莫大な財政支出となり、ある程度、政府の補助金を最も必要としている要介護高齢者や貧困高齢者を圧迫することになり、補助金の水準が偏って発展すると、補助金の効果が大きく低下することになる。

#### 4.3.2.2 健康養老

##### (1) 行政管理体制の不備

まず、医療、介護は、異なる政府部門の共同で責任にあり、それぞれが独自のやり方で仕事をしており、統一された機能部門を欠いている。政府主導の医療、介護モデルの伝統的な組織構造が制度的制約となる。国はまだ医療と介護の統合のための専門部署を設置していないため、医療と介護の統合は民政、医療委員会、人社、財政などの異なる部署の下でしか行えず、多重かつ細分化された管理によって、医療と介護資源の統合はおろか、「断片化」さえも難しくなっている。

第二に、政府部門間の権限分担に無理があり、相互の連携がとれていない。現在、高齢者関連部門は医療と介護の統合において多くの重要な業務を担っているが、これらの部門は行政権限を持たないため、他の機能部門との調整が難しい。

第三に、医療と介護の統合に関連する支援政策が完全ではない。医療、介護機関の医療保険加入率は低く、医療保険の範囲に含まれていない。

さらに、異なる部門間の提携がなく、介護施設の設立には複数の部門の規制や要件に準拠する必要があるため、医療、介護施設の積極的な発展をある程度妨げている。

現在、医療と介護の統合に関連する政策の実施が十分に実現されているかどうか、行政の承認プロセスがオープンであるかどうか、監督と評価の基準が標準化されているかどうかについては、ほとんど検討がなされていない。

##### (2) 資金調達メカニズムの難しさ

現在、国内の医療、介護パターンの主な資金調達機関には、公的機関、民間団体、社会組織、企業などがあるが、都市部でも農村部でも、資金調達メカニズムには合理性と持続可能性が欠けている。浙江省における地域への累積補助金を分析しており、資金調達ルートは単一であり、政府からの資金提供だけでは限界があり、コミュニティを基盤とした医療、介護の健全な発展を阻害する可能性があるとしている。医療、介護の介護組織には、資金調達ルートは円滑ではなく、回収期間も長い。正確な高齢者産業投資プラットフォームのデータに基づき、研究者は 96%の医療、介護高齢者介護組織が独立採算していないことを明らかにし、施設型の医療、介護サービスが政府資金、財政補助、高齢者の支払いだけに頼って長期的な発展を遂げる

ことは難しいと指摘している（鄭、2019）。また、施設型の医療、介護は、国費や財政補助、高齢者の利用料支払いだけに頼っていては、長期的な発展は難しいと指摘されている。加えて、農村部では、長期的な計画の欠如や政府からの十分な情報提供の不足のために、社会化された資金調達メカニズムが欠如している。ほとんどの研究では、都市部と農村部の医療、介護サービスに対する資金不足がボトルネックになっていることは認識されているが、医療保険のマッチングや社会資本投資の不足に対する支払いメカニズムの難しさには注意が払われていない。

### （3）人材の量と質のジレンマ

農村部でも都市部でも、医療、介護人材の不足しており、その差は大きい。農村部では、介護要員、特に質の高い介護要員が不足しており、農村部の医療、介護の発展が制限されている。第二に、医療、介護部門における介護職員の体系的で専門的な研修制度や人材管理メカニズムがないため、部門全体として人材供給が逼迫している。また、大都市では医療、介護人材の配置に不公平があり、医療、介護機関の介護職員は一般的に「三低、二高、二老」、低収入、低い社会的地位、低い肩書き、高い労働集約度と高い流動性、高齢化と古い知識を抱えており、この産業に従事する労働力を集めるのは難しい。現在、研究者たちは医療、介護における人材不足と訓練不足の問題に注目しているが、介護職員の選抜の敷居の低さ、報酬制度におけるインセンティブの不足、キャリアプランの欠如といった問題についての研究は少ない。

### （4）サービス提供の難しさ

第一に、医療、介護サービスの標準化が不十分である。既存の高齢者介護サービスや産業に関する基準はあまりにも一般的で単純であり、高齢者のニーズに基づいた包括的かつ体系的な評価がなされていない。

第二に、医療、介護サービスの需要と供給の不均衡がある。一方では、医療、介護というサービス供給システムの構築は完全ではなく、サービス内容の単一化などの問題がある。他方では、医療、介護まだ模索段階にあり、高齢者の多様化・差別化されたニーズに応えられていない。

第三に、既存の医療、介護サービスの専門性が不十分であり、具体的な医療、介護サービスの質の欠如、対応する政策支援と完璧な法律の欠如に現れており、医療、介護サービスの発展をある程度妨げている。業界標準の欠如、需要と供給のアンバランス、サービスの質における専門性の欠如は研究で認識されているが、しかし、医療、介護のサービスの質の評価と監督と同様に、サービス種類に関する検討は少ない。

## 4.3.2.3 文化養老

人口動態の変化に加えて、独居高齢者の増加も深刻化している。一方で、高齢者

の精神的な安らぎを提供する上で、社会組織や民間企業が十分に役割を果たしていない。高齢者の精神的な安らぎの供給者は、いまだに家族の子どもたちが中心であると考えている人が多く、社会組織が供給に参加することを強く意識していないこと、専門的な支援・相談機関や心理カウンセラーが不足しているなどが挙げられる。現段階では、中国のほとんどの都市部では高齢者専用の相談窓口が設置されておらず、専門の心理カウンセラーも不足している。また、高齢者の心のゆとりのための活動に使える資金が不足しているため、外部からの資金援助を受けられず、活動を適切に行えない地域も多くある。娯楽文化の活動施設を提供する地域では、提供されるサービスに対するプロ意識、責任感、意識が欠如している。

一方、農村部の高齢者は、経済的所得が不安定で、経済的収入も低く、精神的な安らぎのニーズも限られている。農村部での高齢者の暮らし方は、精神的なコミュニケーションを妨げる。都市化が進む中、地方では空き巣高齢者が増え、精神的なコミュニケーションの対象が非常に限られているのが現状である。地理的に、地方の高齢者の精神生活は制限される。中国の農村部の多くは人里離れた場所にあり、人工的に作られた憩いの場や活動施設がほとんどないため、専門的な精神的なサービスプログラムを享受することができない。お年寄り自分の庭に集まって単調な生活をしがちで、孤独感からネガティブな気持ちを話す場所もなく、気持ちを表現する方法もない。このことは、特に農村部において、高齢者の精神的な安らぎのニーズを強化する必要があることを示している。

## 第5章 中国における高齢者介護サービスの調査

前章では、高齢者介護サービスに関する多くの政策が列挙された。しかし、これらの政策がどの程度効果的なのか、その実施にはどのような困難があるのか、高齢者のニーズに合致しているのか、また、どのような欠点があるのか。これらの疑問を念頭に、筆者は関連する調査を行った。

中国東北部の重工業都市である遼寧省の人口動態の特徴は、深刻な人口減少と高齢化が進んでいる。遼寧省人民政府が公表された「2022 年遼寧省国民経済社会発展統計公報」によると、2022 年の遼寧省居住人口は 4197 万人で、2021 年に比べ 32.4 万人を減少し、年平均人口増加率はマイナス 4.31% である。出生数は 17.2 万人で、出生率は 1000 人当たり 4.08 人で、全国平均より 0.27% が低い、人口の自然増加率は 1,000 人当たり -4.96 人で、全国平均より 0.44% が低いである。また、2022 年に国家統計局が公表したデータによると、遼寧省の 65 歳以上の人口は 741.74 万人で 17.42% を占めて、中国で最も高齢者人口の一番多い省である。こうした問題に対し、遼寧省政府は経済発展の促進、高齢者介護サービス産業の発展に措置を講じている。また、国務院が発布された「健康中国 2030 プログラム」では、遼寧省はターミナルケア・パイロット・プログラムの対象として選ばれている。遼寧省の省都である瀋陽市は、都市発展の基盤が整っているだけでなく、豊富な財政保障と政策支援もある。この地域は深刻な高齢化問題を抱えているが、介護サービスを発展させるための政治的・経済的環境も整っているため、瀋陽市を実証研究の対象とした。

### 5.1 都市部における在宅、地域介護サービスのアンケート調査

#### 一遼寧省瀋陽市の J 地域を例として一

遼寧省統計局が発表した「第 7 回遼寧省国勢調査」のデータによると、2020 年 11 月 1 日 00 時までに遼寧省の人口は 4259.14 万人で、全国人口の 3.02% を占めている。2010 年の第 6 回国勢調査の 4374.63 万人と比較すると、10 年間で 115.49 万人、2.64% 減少した。年平均成長率は -0.27% である。遼寧省の 65 歳以上の人口は 741.74 万人で 17.42% を占めて、中国で最も高齢者人口の一番多い省である。2010 年の第 6 回国勢調査と比較すると、65 歳以上の割合は 7.11 ポイント増加している。

中国の高齢化社会の進展に伴い、高齢者向けの医療、保健、生活支援、リハビリ介護に関する需要も高まりつつ、ハイレベルな高齢者福祉介護サービス政策の策定と強化が喫緊の課題となっている。2000 年に発表された「介護の社会化促進に関する意見」では、「在宅介護が基礎」、「地域密着型介護が支援」、「施設介護が補完」を提起した。中国では、高齢者が高齢者介護サービスを受ける最も重要な形態は在宅介護サービスである。そのため、在宅介護サービスの発展は、国の高齢者福祉保障

の最重要課題となっている。

2020 年以降、遼寧省は「在宅・地域サービス改革に関するパイロット・プロジェクトの実施、100 のモデル在宅・地域サービスセンターの建設」など、政府の作業報告書の各項目を実施している。また、ホームケア、コミュニティケア、医療を組み合わせた高齢者ケアサービスシステムの構築を推進するための一連の措置も講じている。遼寧省は、中国における高齢者分野の発展のモデル省になる。モデルとして一つの地域を選ぶことで、高齢者が在宅介護でどのようなサービスを受けているか、どのようなニーズや問題が残っているかを検証する。

遼寧省の都市部における在宅および地域介護サービスの需要の現状をよりよく理解するため、瀋陽市の J 地域における高齢者の生活介護、健康管理、精神的なニーズについて調査を実施した。調査の結果、回答者 187 人のうち 67%が配偶者と同居しており、69%が自分を不健康だと考え、57%がそのまま年をとることを望んでいることがわかった。

### 5.1.1 研究の対象および研究の方法

J 地域は遼寧省瀋陽市に位置し、380 世帯、1514 人が住んでいる。そのうち、60 歳以上の高齢者は 642 人（うち障害者 10 人）で、高齢者全体の 42.4%を占めている。本稿では、介護サービスに対する高齢者のニーズや希望を深く理解するために、アンケート調査やインタビュー調査を通じて、J 地域における高齢者の基本的な状況やニーズについて情報を収集した。アンケート調査では、200 枚の質問紙を配布し、187 枚の有効な質問紙を回収し、回収率は 93.5%であった。

### 5.1.2 調査対象者の基本的な状況

#### (1) 性別と年齢構成

調査対象となった高齢者 187 名のうち、男性 79 名（42.2%）、女性 108 名（57.8%）であり、年齢構成は、60～69 歳が 94 人（50.3%）、70～79 歳が 66 人（35.3%）、80～89 歳が 23 人（12.3%）、90 歳以上が 4 人（2.1%）であった（図 5-1、図 5-2）。

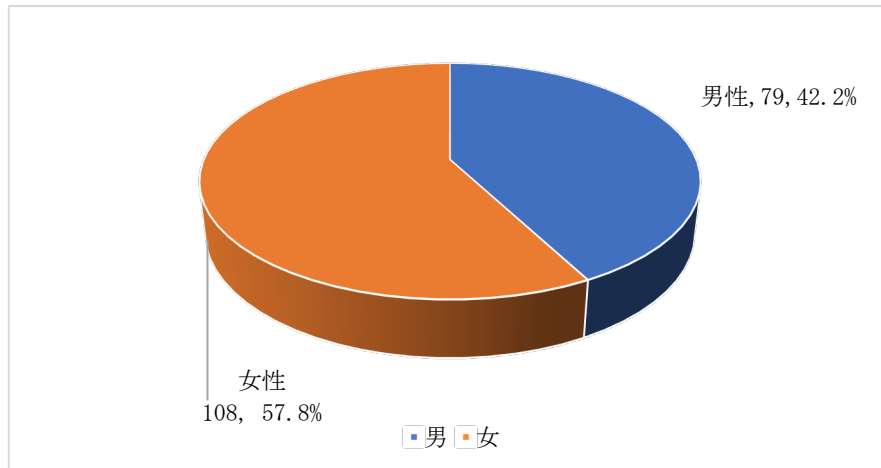


図 5-1 アンケート回答者に対する性別別  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

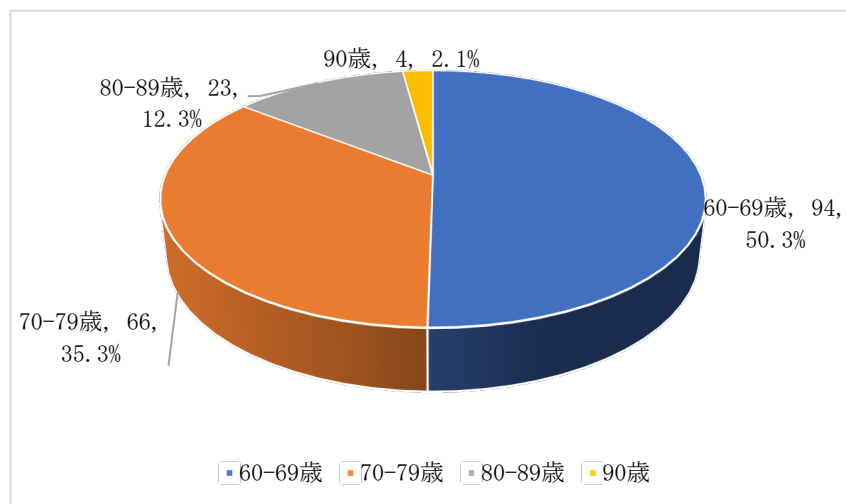


図 5-2 アンケート回答者に対する年齢別  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

## (2) 教育レベル

学前教育が 7 人 (3.7%)、初等教育が 37 人 (19.8%)、中等教育が 103 人 (55.1%)、職業教育が 28 人 (15%)、高等教育が 12 人 (6.4%) であった (図 5-3)。

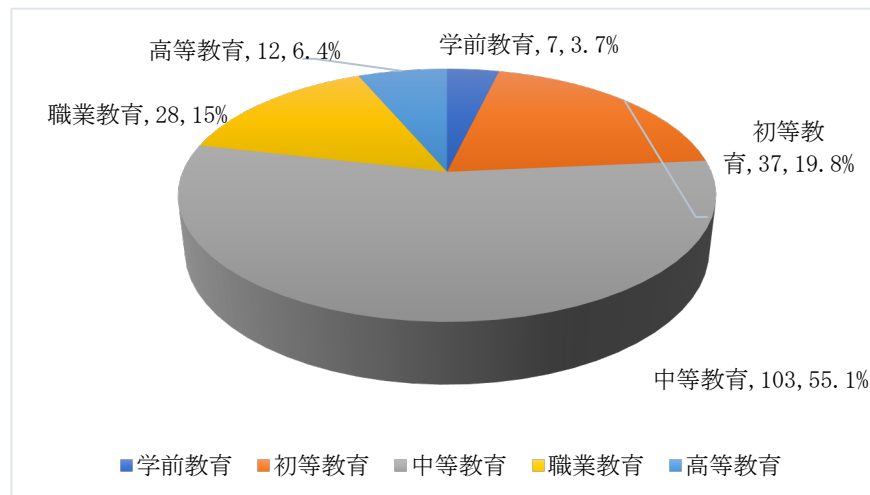


図 5-3 アンケート回答者に対する教育水準別  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

### (3) 婚姻状況

既婚者 127 人 (67.9%)、配偶者を失った 49 人 (26.2%)、離婚者 9 人 (4.8%)、未婚者 2 人 (1.1%) であった (図 5-4)。

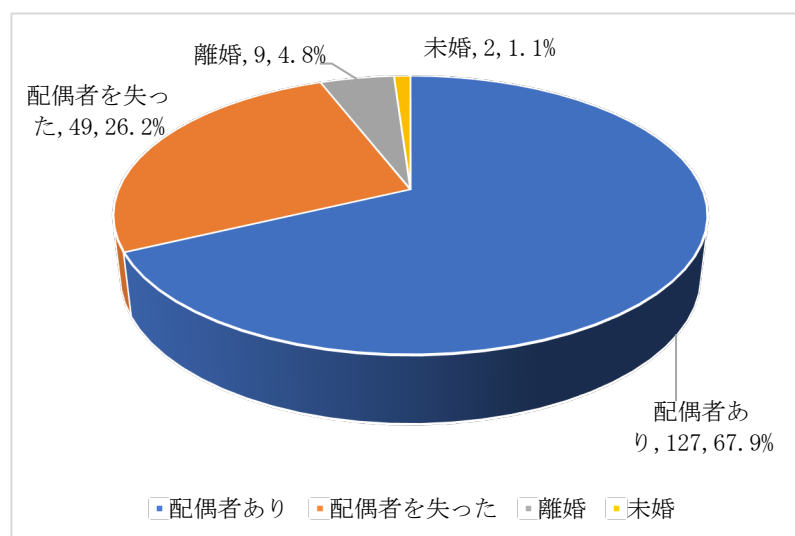


図 5-4 アンケート回答者に対する配偶者の有無  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

### (4) 居住形態

36 人 (19.3%) が一人暮らし、125 人 (66.8%) が配偶者と同居、17 人 (9.1%) が子供と同居、9 人 (4.8%) が他人と同居していた (図 5-5)。



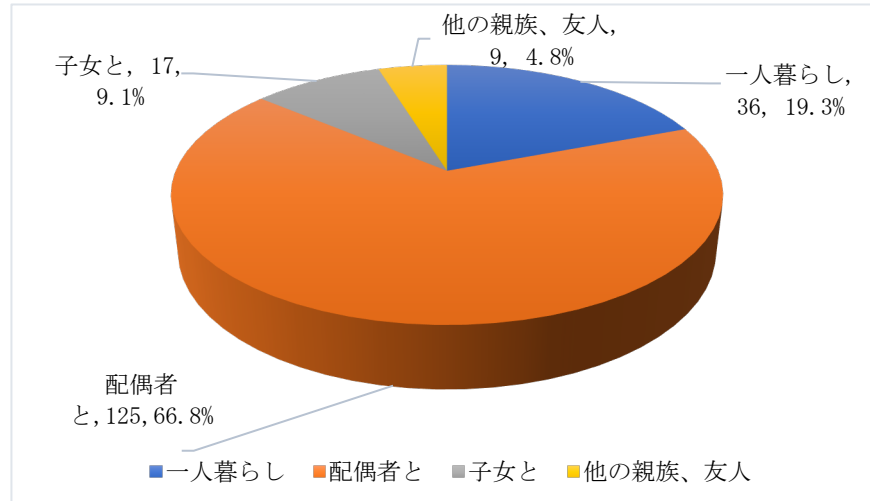


図 5-5 アンケート回答者に対する同居者  
出所：アンケート調査結果をもとに、筆者作成。

#### (5) 月収について

1999(RMB) 未満が 9 人 (4.8%)、2000～2999(RMB) が 81 人 (43.3%)、3000～3999(RMB) が 75 人 (40.1%)、4000(RMB) 以上が 22 人 (11.8%) であった (図 5-6)。

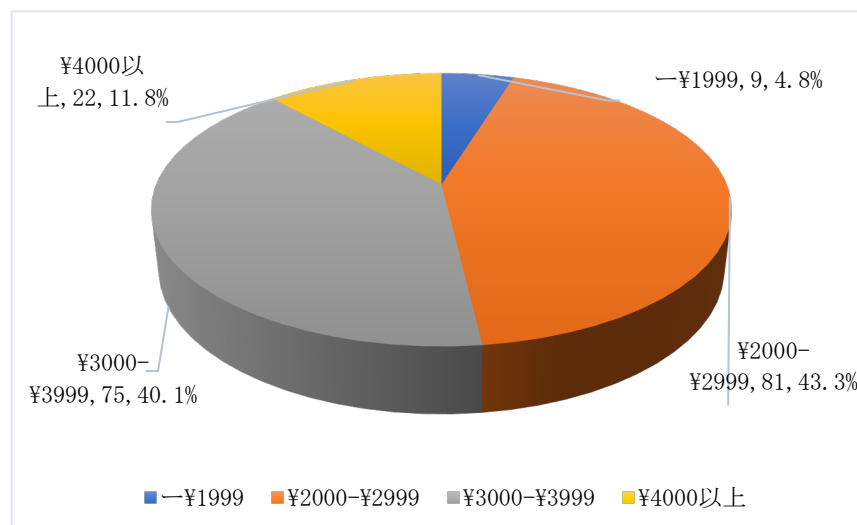


図 5-6 アンケート回答者に対する収入状況  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

#### (6) 健康状態や介護サービス方式の選択

自分が非常に健康だと思う人は 21 人 (11.2%)、基本的に自理できると思う人は 92 人 (49.2%)、自理できないと思う人は 74 人 (39.6%) である。介護サービス方式の選択については、106 人 (56.7%) が在宅介護サービスを選択、66 人 (35.3%) が地域介護サービスを選択し、15 人 (8%) が施設介護サービスを選択していた (図 5-7、図 5-8))。

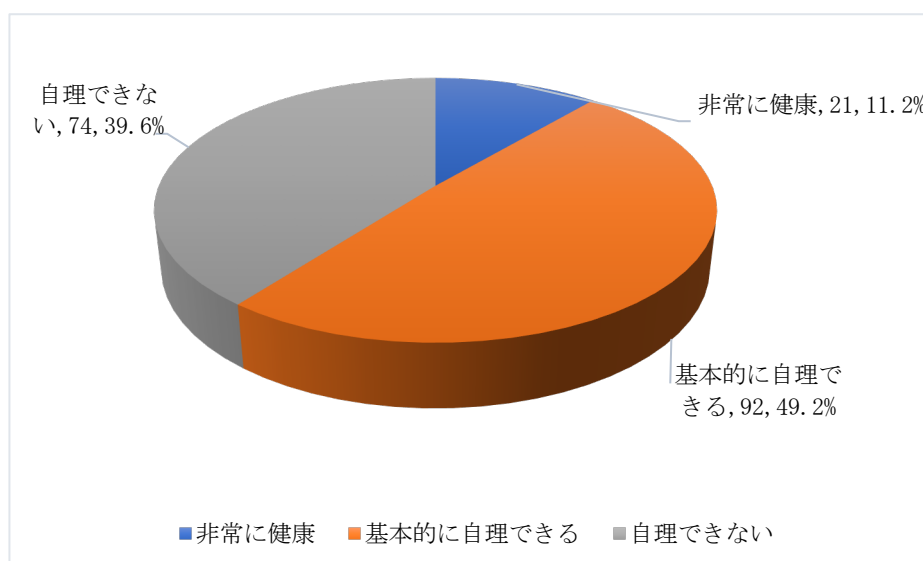


図 5-7 アンケート回答者に対する健康状況  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

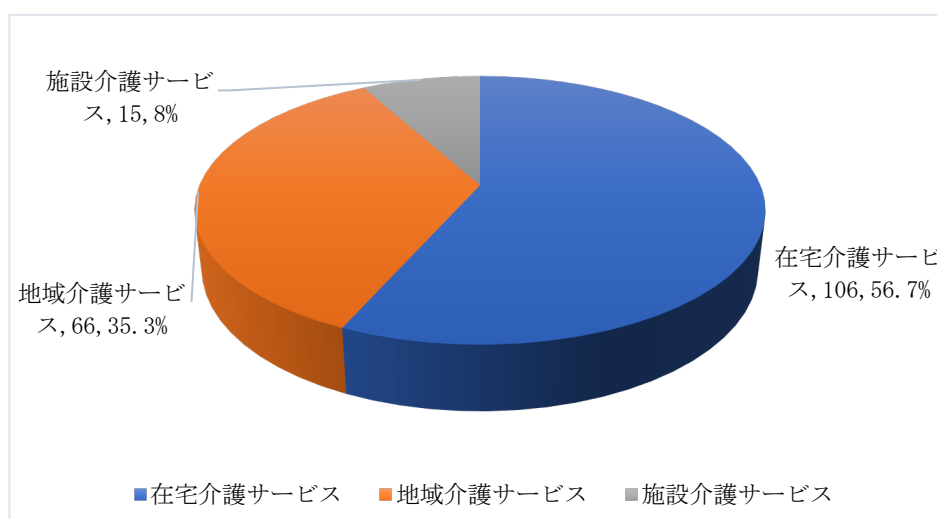


図 5-8 アンケート回答者に対する介護サービスの選択  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

### 5.1.3 考察

#### (1) 生活介護のニーズ

生活介護ニーズとは、高齢者が基本的なニーズを満たすために必要不可欠なものである。今回の調査では、通院への付き添いが 79%、飲食サービスが 51%、家庭での補修サービスが 42%、看護サービスが 32%、買い物の付き添いが 22%、訪問家事が 17%というニーズがあった。このように、高齢者は健康を重視するため、医療に対するニーズが高く、医療付き添いなどのサービスが急務となっていることがわかった（図 5-9）。

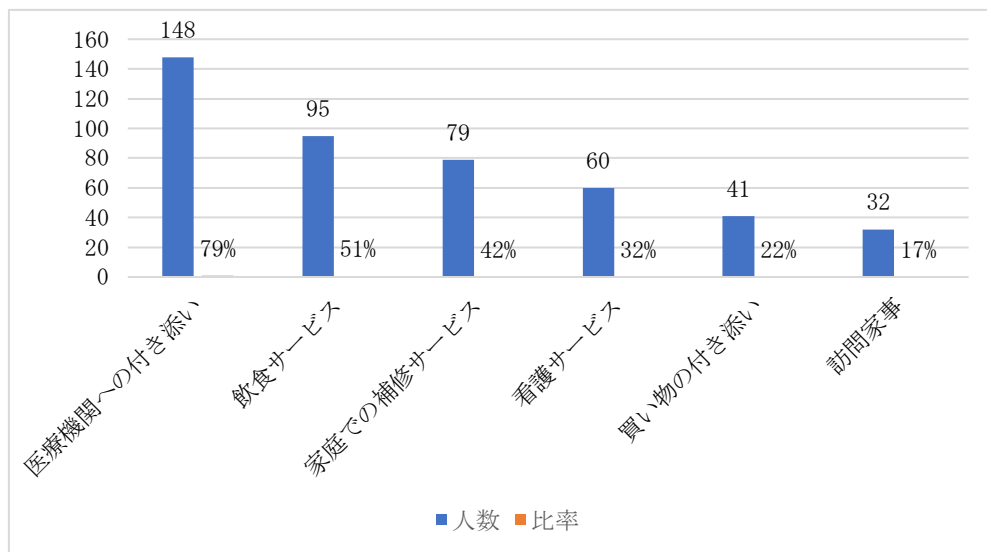


図 5-9 生活介護サービスのニーズ  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

## (2) 健康保健のニーズ

高齢になると、病気にかかりやすくなり、それに対処する精神力も低下するため、ヘルスケアの需要が高まっている。健康管理の需要は、主にカウンセリングと訪問サービスの分野である。高齢者の場合、緊急診察のニーズが 95%と最も多く、それ以外は保健相談、リハビリ、定期回診、訪問看護などである。調査データやインタビューによると、高齢者に救急サービスへのニーズが最も高いのは、高齢者の誰もが、病気になったときにいち早く発見され、治療されることを望んでいるためである。また、保健相談やリハビリ指導も上位にランクされている。J 地域の高齢者は多かれ少なかれ慢性的な病気を抱えており、リハビリ指導や病気を予防するための情報や方法を必要としているからである（図 5-10）。

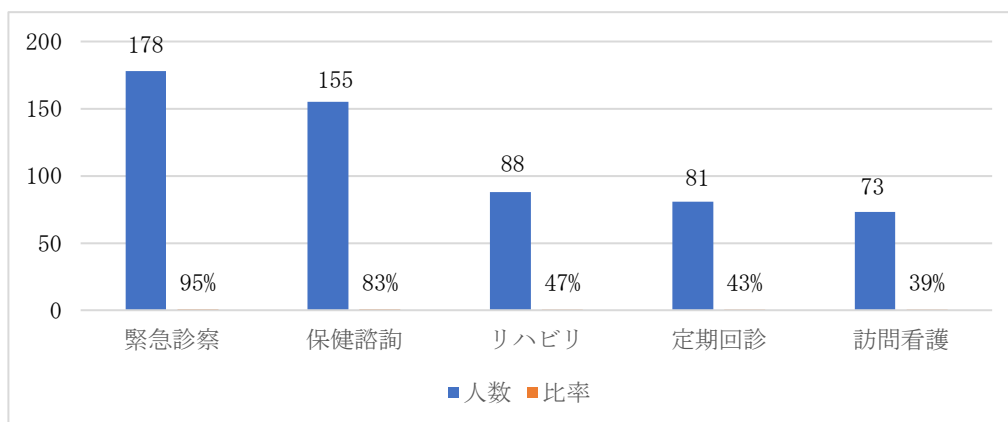


図 5-10 医療保健のニーズ  
出所：アンケート調査結果をもとに、筆者作成。

### (3) 精神的な安らぎのニーズ

スピリチュアルなニーズは、人間のニーズの階層で高い位置にあり、無視することはできない。調査対象となった高齢者の 22%が定期的にイベントに参加し、56%がほとんど参加せず、22%が全く参加しない（図 5-11）。

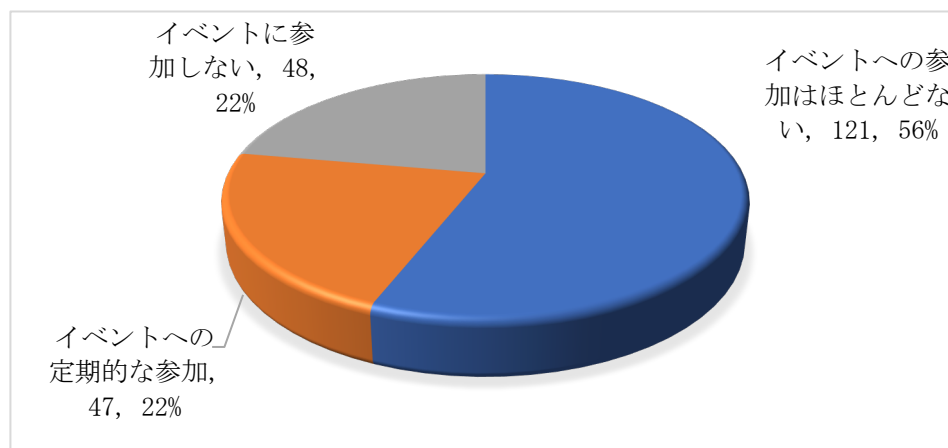


図 5-11 イベントの参加に関する調査  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

孤独感については、37%が時々孤独を感じ、58%がよく孤独を感じ、26%がほとんど孤独を感じず、16%がまったく孤独を感じない（図 5-12）。アンケート回答者の一定割合が、まだ活動に参加せず、孤独を感じていることがわかる。高齢者にとって、適切な自己表現方法を見つける手助けをし、より多くの活動に参加するよう促し、同じような興味を持つパートナーを見つけることは、不安を和らげ、精神的な安らぎのニーズを満たすことにつながる。

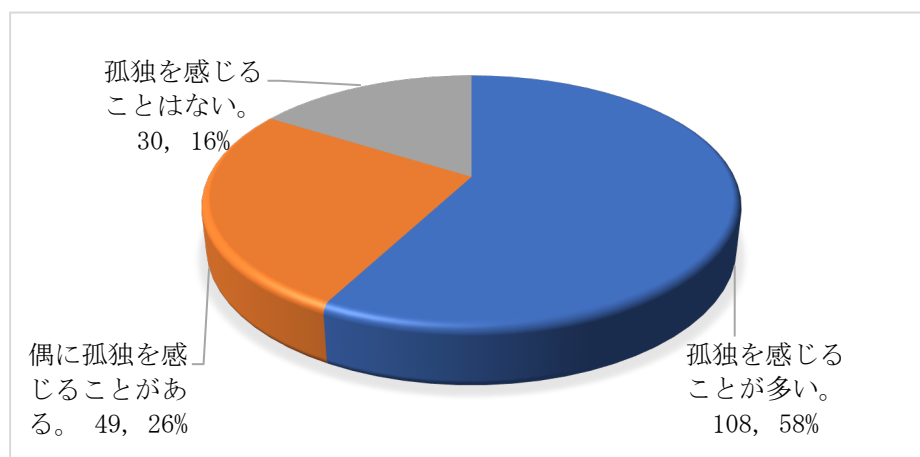


図 5-12 孤独感に関する調査  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

精神的な安らぎの必要性についての調査では、「ソーシャルメディア」が 85%、「文化娯楽」が 66%、「アウトドアスポーツ」が 39%、「心理ケア」が 26%となって

いる。調査では、「ソーシャルメディア」が 85%、「文化娯楽」が 66%、「独りにする」が 42%、「アウトドアスポーツ」が 39%、「心理ケア」が 26%という結果になった。高齢者は、人とのおしゃべり、文化的娯楽、アウトドアスポーツなどの実用的な活動を好み、専門的な心理カウンセリングの必要性和認知率は低いことが分かった。

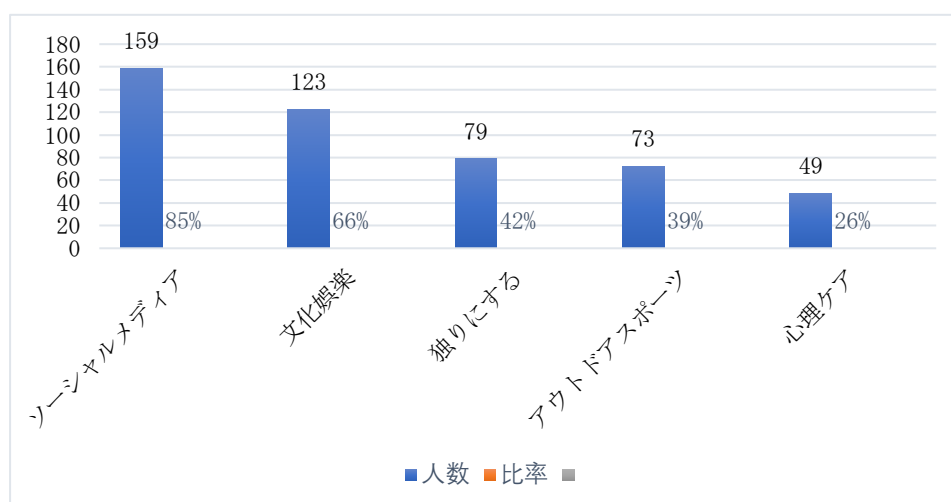


図 5-13 精神的な安らぎの方法に関する調査  
出所：アンケート調査結果をもとに筆者作成。

#### 5.1.4 小括

J 地域での調査を通じて、現在の在宅介護・地域介護サービスの発展と高齢者のニーズを把握した。今後も「医療＋介護」の考え方を堅持し、高齢者のメンタルヘルスへの注目度を高めていく必要がある。

### 5.2 地方政府職員にインタビュー調査

中国は人口の多い大国である。一つの地域だけを例にしたアンケート調査では客観性に欠ける。実施機関である地域の政府職員にインタビュー調査を行うことで、高齢者のニーズを把握できることもある。また、政策を実施する上でどのような困難があるのかを知ること、修正することができるし、筆者のアイデアのいくつかが実現可能かどうかを検証することもできる。

#### 5.2.1 調査方法とインタビュアーの基本情報

本節では、J 地域の二人の政府関係者にインタビューを行った。インタビューは 2023 年 4 月 17 日に実施し、主に対面式で行い、関連する内容の確認と照合を行っている。

一人は J 地域（事例 1）の高齢者介護サービス担当者である。主に高齢者介護サー

ビスに関する政策の実施と高齢者介護サービスの提供に従事している。また、地域、介護関連企業、病院間の協同も担当している。もう一人はJ地域（事例2）の医療部門の責任者で、地域で高齢者への医療・介護の提供を担当している。

## 5.2.2 インタビューの内容と分析

### (1) 高齢者の介護サービスのニーズ

高齢者の居住地である地域社会は、本地域の高齢者の身体状況、家族関係、興味、健康状況、地域サービスへの期待など、基本的な状況やニーズを把握しておく必要がある。

事例1：都市住民である高齢者の多くは、実際にはまだ基本的な自理能力を持つ。本地域の提案箱では、高齢者のニーズのほとんどは精神的な安らぎに関するものである。例えば、「もっとアクティビティを開催できないか」、「もっと大きなアクティビティセンターを作れないか」などという質問が多い。一方で、アクティビティを企画する際には、事故のリスクを最小限に抑える必要がる。一方で、財政的、地理的な制限もある。このような問題は、まだ解決していないのである。

事例2：私の仕事の範囲は、健康状況が良くなく高齢者向けである。中国での在宅・地域介護サービスの提供は、まだ生活介護を中心に、それに基本的な緊急治療や風邪などの軽症の治療である。しかし、より多くの高齢者が、より専門的な医療サービスを提供してほしいと望んでいるのである。

### (2) 日常業務における困難性

地域によっては、多くの仕事と複雑さがある。日々の仕事の中で見つけた問題こそ、国の高齢者介護事業の焦点となる。

事例1：高齢者の方から、介護サービスを提供する企業に対する何らかの不満やご意見をいただくことが多い。地方政府部門として、プラットフォームを構築することしかできないが、一部の介護サービスは、態度が悪い、食事の質が悪い、サービスが悪いということがある。介護施設に行ったことのある高齢者からも、「クレームをつけても解決しない」というフィードバックがある。こんなの問題にまだ管理できない。

事例2：地域として、医療従事者の数が少ないことは、最も深刻な問題ではない。リハビリテーションや介護サービスのスタッフが不足しているため、多くのサービスが高齢者に行き渡らないのである。

### (3) 政策的な供給

政府主導の国としての中国が、福祉保障事業は、政策的支援と法的保護がなければ実現できない。対応する法律や政策があれば、業務上の多くの問題を効果的に解決することができる。

事例1：多くの中小企業が、政府の関連部門との協力について相談したことがある。

特にコロナが流行する時期には、高齢者の健康が大きく脅かされ、企業の経済状況もよくなかった。この業界に参入しようとする中小企業や起業家の中には、高い参入障壁を含め、税金など何らかの優遇制度が必要であり、多くの企業の発展を本当に制限している。

事例2：高齢者にとって一番大切なものは、間違いなくお金である。一部の高齢者は、健康保険や年金保険に加入していない。また、年金や補助金なども少ない。特に介護サービスの分野では、介護保険が今でも一番の問題であることは間違いない。

#### (4) 技術サポート

科学技術の発展により、あらゆる分野の仕事に大きな利便性がもたらされた。高齢者介護サービスにおいても、どんな問題があるかという点、科学技術の発展によって解決されている。

事例1：インターネットプラットフォームの確立。高齢者介護サービスに関するアプリがたくさん出てきて、高齢者やその家族が携帯電話で直接にサービスの注文ができるようになり、私たちの仕事が大幅に軽減された。

事例2：多くの先進的なモデル地域では、医療機器やリハビリ機器を多く導入している。これは非常に効果的で、スタッフ不足の問題からも解決された。

#### (5) 提言の検討

筆者は、高齢者の生活の質をより良く確保するために、マクロな視点から高齢者の介護サービスに関する研究結果に基づいて、いくつかの対策を提唱している。その対策は、基層の職員に受け入れられれば、実現可能性が高まる。

事例1：企業が高齢者関連の公的機関に参加できるようにすることで、多くの問題を解決し、高齢者関連企業の発展を促進することができる。また、第三者による監督機関を設けることができれば、高齢者介護サービスの水準を向上させ、政府と企業が相互にチェックすることができるようになる。

事例2：現在、多くの若者がこの業界で働くことに消極的である。高齢者介護の専攻は、教育水準が比較的低いことは事実である。従業者の資格などの要件を盛り込むことで、本当にサービスの質が向上する。

### 5.2.3 小括

政府職員へのインタビューにより、メカニズムと医療の両面から、在宅と地域介護サービスの現状を理解することができた。高齢者としては、経済が最も重要な基盤であり、もちろん国の保障制度も切っても切り離せない。そのため、国は高齢者をしっかり保護するための政策をもっと導入すべきである。最近に発行された個人年金制度は、より多くの経済的手段によって高齢者の生活の質を向上させる。科学技術の活用、プラットフォームの構築、政府と個人の努力の組み合わせにより、高齢者により良い保護を提供することができる。同時に、政府部門、高齢者介護企業、

高齢者施設のいずれにおいても、健全な監督システムの形成は、高齢者介護事業にとっての焦点である。

### 5.3 施設事業者にインタビュー調査

高齢者介護サービスの発展は、市場の力なしには達成できない。政府はまた、市場が十分に発展するように、高齢者介護サービス産業への企業の参入を奨励している。また、税制上の規制や、高齢者施設や高齢者ベッドの改築に対する補助金の増額などを通じて、市場参入を刺激する一連の政策を打ち出している。しかし、これらの政策がどの程度実施されているかを知るためには、高齢者介護サービスの事業主へのインタビューが必要である。

#### 5.3.1 インタビュアーの基本情報

本節では、首慈康健養老グループ会社のマネージャーにインタビューを行った。インタビューは2023年5月12日に実施し、主にネットビデオチャットで行い、関連する内容の確認と照合を行っている。

2015年、当社は専門の高齢者介護サービス投資・運営チームを設立し、河南省発展改革委員会により、ニューメキシコ島の高齢者介護施設2件を千万ドルで買収し、首慈という企業ブランドを構築した。中国河南省鄭州市を中心に、10万人以上の高齢者に介護サービスを提供し、18の都市、100の高齢者地域介護サービスセンター、300の高齢者地域介護サービスセンターのグリッド配置、首慈康健職業教育訓練基地の創立である。当社は、在宅と地域の介護サービスネットワークの改善、手厚い高齢者介護サービス、健康養老、医療と介護の統合、資産管理という4つのセグメントの構築、専門管理および資源統合の総合開発プラットフォーム構築に取り組んでいる。手厚い高齢者介護サービス分野には、地域密着型介護施設、高齢者ケアセンター、高齢者ケアステーション（在宅介護）、複合医療分野には高齢者施設、CCRC（Continuing Care Retirement Communities）、健康養老分野には高齢者不動産、高齢者旅居などが含まれるブランド化、専門化、チェーン化、規模化、多角化、インテリジェントな運営を経て、首慈康健養老グループ会社は河南省、さらには中国の高齢者介護業界のリーディングカンパニーとなった。インタビュー対象者は、10年以上高齢者介護業界に携わっており、中国の高齢者介護関連政策、高齢者介護業界の現状と問題点、今後の発展方向について豊富な知識を持っている。

#### 5.3.2 インタビューの内容と分析

##### (1) 高齢者の介護サービスに対するニーズ

高齢者の最新のニーズを十分に理解することは、介護サービス企業を発展させるための基本であると同時に、高齢者向けの関連する政策を制定するための必要条件



である。

回答者：在宅介護サービスや地域密着型介護サービスを受ける高齢者には、多く健康的な体を持つ方である。この層は、従来の生活ニーズから、より精神的なニーズが高まっている。一般的に施設介護サービスで選択する高齢者の大半は、不健康な身体状態にあり、なおかつより大きな生活ニーズを持っている。それから、高齢者介護方式によって、提供されるサービス内容は異なる。

#### (2) 介護サービス事業展開のための新しいアイデア

高齢者は経済水準の上昇や社会の発展に伴い、高齢者のニーズは続々変化している。介護サービス企業として、高齢者の生活をより良くするために、サービス内容を継続的に最適化する必要がある。

答え：中国の東北部は冬の気温が比較的低いので、高齢者の生活には適していない。多くの高齢者は、東北地方から海南省へ避寒するために、徐々に固定された居住地ではない理念を形成させた。経済水準の向上により、このような介護方式が流行された。全国的に気温差が大きいため、避暑や避寒するために、数カ月間他の都市で暮らすことを選択する高齢者が増えている。このような高齢者の生活介護や医療ニーズに対応するため、新しい介護サービス方式を提供している。

#### (3) 日常業務における困難さ

高齢者介護関連企業には、多くの仕事と複雑さがある。日々の仕事の中で見つけた問題こそ、国の高齢者介護事業の焦点となる。

回答者：介護サービス企業の運営は、主に財務計画とサービス内容計画に分かれる。企業が良い発展を望むなら、良い財務状況は必須条件である。そのためには、国からの補助金や資金援助（建設補助金、運営補助金）が必要である。しかし、財政水準が各省、市によって異なるため、十分とは言えない。高齢者は、介護サービスの費用を自分で負担するという理念がまだ十分ではないので、介護保険の確立が非常に重要である。

また、介護サービスの提供には、質の高いサービス提供者というオールラウンドなチームが必要で、これが一番難しいところである。このチームは、医療、介護など人材も含まれている。少子高齢化し、人口動態が変化し、若い人が少なくなっていることである。また、学習能力、高い素質、サービスの意欲などの要求にかなって、そのような従業員は、ほとんどいないのが現状である。それから、人材不足は最大の問題である。

#### (4) 政策サポート

政府主導の国としての中国が、特に福祉保障事業は、政策的支援と法的保護がなければ実現できない。高齢者人口の急増と中国介護サービスの発展の遅れにより、介護関連する企業が発展させるためには、さまざまな方面で政策サポートが必要である。

回答者：確かに支払いこと、すなわち介護保険の確立の問題である。財政的な問題が解決されなければ、企業は発展できない。サービス商品の価格設定が低いと、高齢者に良質なサービスを提供できない。価格が高ければ、高齢者は手が届かない。従って、介護保険がテコにとって、高齢者のニーズを満たすサービス提供と、事業者が運営と発展を確保するための十分な資金を両立させるための規制を行うことができる。

#### (5) 現行政策の欠如

近年、民政部などの政府機関によって、高齢者介護事業の発展を促進するための政策が次々と導入されている。しかし、得られる結果は大きく異なっている。高齢者介護企業の視点から既存の政策を分析することは、一つには政策の問題点を洞察することになり、また、政策の改善に向けた対策を提言することになる。

回答者：中国が広く、各地域リーダーの管理理念や省・市政府の財政能力によって、中央政策の実行効果が大きく異なる。また、中国には強制的な政策がなく、提唱型の政策しかない。政策は全国をカバーし、目的も明確でも、実施効果は各々で異なる。

第三者評価制度が例をとって、強制的な介入は、多くの企業の参入を阻み、市場発展を妨げることになる。企業に自主的な規制を求めるのであれば、そもそも関連企業がより良く発展するように支援する必要がある。しかし、各地域は財政能力や高齢者介護の重視度によって異なるため、企業の発展に寄与できない、悪循環に陥っているのである。例えば、中国ではスターレーティング評価制度が導入されたが、評価後は相対的な奨励制度がないため、企業はサービスを改善しようという意欲も熱意もない。これには、政府が高評価を得られなかった組織に対して、フォローアップのための是正や援助をしないことも含まれる。

### 5.3.3 小括

インタビュー調査により、中国高齢者介護サービス企業による提供サービスと既存の関連政策との関連性また現状における実態との乖離等が明らかになった。高齢者としても、企業としても、経済が最も重要な基盤であり、もちろん国の保障制度と深い関係にある。中国は2020年からパイロット都市で介護保険制度を導入しているが、未解決の課題も多くある。また、中国各地域で経済水準が異なり、中央が発行する政策の実施状況にも差がある。介護サービス事業者への資金援助も、事業者の監督管理も、まだまだ問題が多い。および都市部と農村部、地域間の格差などという問題を解決しないが、高齢者介護事業にとっての焦点である。

## 5.4 パイロット都市における介護保険制度の比較分析

本論文では、最初の 15 パイロット都市の発展状況に基づいて、その資金調達制度と給付支給政策を分析し、介護保険制度を改善するために解決すべき問題点を探る。

### 5.4.1 介護保険制度の発展段階

#### (1) 模索段階（2012 年～2015 年）

中央政府が 2016 年に指導文書を発表する前に、山東省青島市、吉林省長春市、江蘇省南通市、上海市はすでに介護保険制度の模索を始めており、地域の実情に応じた自発的な試行を通じて貴重な経験を蓄積していた。

山東省青島市は、長期医療保険制度を初めて構築した都市であり、2012 年に「長期医療保険制度の構築（試行実施）に関する意見」（青島市[2012]第 91 号）<sup>54</sup>を公布し、正式に長期介護保険制度を構築した。主な特徴は、介護サービスと医療サービスを適切に分離し、高齢者医療を有機的に組み合わせることである。長春市は 2015 年に「長春市介護保険制度設立に関する意見」（長府弁発[2015] 第 3 号）<sup>55</sup>と「長春市障害者医療保険実施弁法」<sup>56</sup>を公布し、正式に急性期後医療を中心とする障害者介護保険制度の試行を開始し、短期または長期の医療＋介護は指定された機関によって提供される。南通市は早くも 2000 年に在宅病床制度を確立し、2015 年には「基本的介護保険制度の確立（試行実施）に関する意見」（通政法[2015]第 73 号）<sup>57</sup>を導入し、医療保険基金、政府、個人によって財源を賄い、長期的な医療と生活介護サービスを提供する基本介護保険の試行が正式に開始された。2013 年、上海市は高齢者介護保険制度の試行を開始し、基本医療保険の範囲内で、医療保険基金が高齢者の家族介護を支援している。2016 年 12 月、「上海市介護保険試行弁法」（滬府発[2016]110 号）<sup>58</sup>が公布され、試行作業が開始された。

---

<sup>54</sup>青島市人民政府(2012). 青島市人力資源社会保障局およびその他の部門による長期医療保険制度の制定（試行実施）に関する意見通知。

[http://www.qingdao.gov.cn/zwgk/zdgk/fgwj/zcwj/zfgb/n2012\\_16/202010/t20201025\\_1752118.shtml](http://www.qingdao.gov.cn/zwgk/zdgk/fgwj/zcwj/zfgb/n2012_16/202010/t20201025_1752118.shtml). (2023/10/03)

<sup>55</sup>長春市人民政府（2015）. 長春市人民政府総処の障害者介護保険制度の確立に関する意見。

[http://www.changchun.gov.cn/zw\\_33994/zfwj/sfbwj\\_108294/201612/t20161210\\_2026705.htm](http://www.changchun.gov.cn/zw_33994/zfwj/sfbwj_108294/201612/t20161210_2026705.htm) 1. (2023/10/03)

<sup>56</sup>長春市総工会職員服務網. 長春市障害者介護保険実施弁法（試行実施）の公布に関する通知. 2016

<https://12351.ccgh.org.cn/template/10002/mobile/column.jsp?cid=11> (2023/10/03)

<sup>57</sup>南通市人民政府. 南通市人民政府「基本的介護保険制度の確立に関する意見（試行実施用）」を發布する市政府の通知. 2015.

<http://www.nantong.gov.cn/ntsrzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>. (2023/10/03)

<sup>58</sup>上海市人民政府. 上海市人民政府関する「上海市長期介護保険試行的仕方」の通知。  
[https://www.shanghai.gov.cn/nw39327/20200821/0001-39327\\_51124.html](https://www.shanghai.gov.cn/nw39327/20200821/0001-39327_51124.html). (2023/10/03)

## (2) 予備試行段階（2016 年～2019 年）

2016 年 6 月、人力資源社会保障部（MOHRSS）は「介護保険制度の試行実施に関する指導意見」（HSSD[2016]第 80 号）を発表し、吉林省、山東省を重点省とし、河北省承德市、吉林省長春市、黒龍江省チチハル市など 15 都市で試行業務を実施することを決定した。同時に、「日常生活能力評価表」に基づき、重度の障害者が受給者として認定された。

## (3) 拡大試行段階（2020 年～現在）

2020 年 9 月、国家医療保険局と財政部は共同で「介護保険制度の試行拡大に関する指導意見」（医保発[2020]第 37 号）を公布し、北京市石景山区、天津市、フフホト市など 14 の試行都市を新たに追加することを決定し、介護サービス事業の急速な発展につながった。拡大試験段階では、試験都市の 80%以上が依然として都市労働者の基本医療保険加入者のみを対象としているが、フフホト市と北京市石景山区は都市住民と農村住民に対象を拡大した。支給条件はより明確かつ具体的になり、拡大された試行都市は、そのほとんどが独自の能力評価基準に依拠している。拡大されたパイロット都市における介護サービスの形態や内容はそれほど拡大していないが、サービス提供者の数は増加し、より多くの社会組織や民間勢力が介護サービス事業に参加するようになった。監督・管理の分野では、介護機関や従業員の参入条件、監督・管理、品質評価に関する制度が策定・改善され、サービス内容、基準、品質評価などの技術管理仕様に関する要求が明確に打ち出された。

## 5.4.2 研究の対象者

パイロット都市の関連政策を理解することは、政策実施の効果を分析するための前提条件である。加入範囲については、介護保険制度は基本的に都市職員の基本医療保険の対象者からスタートし、各市は経済能力に照らして、対象者を定め、徐々に拡大していくことができる。第一陣の 15 パイロット都市（表 5-1）のうち、5 都市は都市職員を対象としていたが、残りの 10 都市は都市職員から都市住民、農村住民へ対象を拡大し、カバー範囲も徐々に拡大していった。

表 5-1 パイロット都市

対象者	最初の 15 パイロット都市
都市職員	河北省承德市、チチハル市、 浙江省寧波市、安徽省安慶市、重慶市
都市職員＋都市住民＋農村住民	吉林省長春市、上海市、江蘇省南通市、 江蘇省蘇州市、広東省広州市、四川省成都市、 新疆石河子市、江西省上饒市、山東省青島市、湖北省荊門市

出所：筆者作成

### 5.4.3 比較内容

#### (1) 資金調達制度の比較

資金調達ルートとは、資金調達のために選択された具体的な資金調達形態を指す。15 のパイロット都市のうち、安慶、チチハル、南通、石河子、上饒、蘇州、寧波はすべて定額制の資金調達方式を採用している。この方式は、加入者グループを区別しないため、実施しやすいが、資金調達の水準を地域経済のレベルに合わせるのが難しい。承德、上海、荊門、青島、広州、重慶の 6 都市は、比例資金調達方式を採用している。すなわち、個人の給与総額、住民の一人当たり可処分所得、医療保険の資金調達総額の一定割合によって資金調達額を決定する方式である。この方式は、地域経済の発展度合いを十分に考慮したものであるが、比率の設定が難しい。成都と長春は混合方式、つまり定額方式と比例方式を組み合わせた方式を採用している。この方式は、異なる加入者の介護サービスに対する実際のニーズを十分に考慮したものであるが、加入者グループの資金調達基準が異なるため、政府の財政支出に大きな差がある。

資金調達のチャンネルとは、資金調達の財源とチャンネルを意味し、15 のパイロット都市における介護保険の資金調達のチャンネルには、7 つの異なる組み合わせがある（表 5-2 参照）。このうち、安慶、承德、青島、南通、荊門の 5 つのパイロット都市は、医療保険の基金、個人拠出金、財政補助金を組み合わせており、石河子は医療保険の基金、個人拠出金、財政補助金の組み合わせの上に、福祉宝くじの公益基金を加えている。寧波、上海、広州、蘇州の 4 つの都市は、現在、医療保険の基金を財源としており、チチハルと重慶は医療保険の基金と個人拠出金を組み合わせており、重慶は医療保険の基金と個人拠出金を組み合わせて財源を調達している。長春、上饒、成都是、パイロットのプログラムで「企業拠出金」の概念を提出している（表 5-3 参照）。

表 5-2 資金調達のチャンネルの比較

パイロット都市	資金調達のチャンネル
安慶、承德、青島、南通、荊門	医療保険の基金＋個人拠出金＋財政補助金
石河子	医療保険の基金＋個人拠出金＋財政補助金＋公益基金
寧波、上海、広州、蘇州	医療保険の基金
チチハルと重慶	医療保険の基金＋個人拠出金
長春	医療保険の基金＋個人拠出金＋企業拠出金
上饒	医療保険の基金＋個人拠出金＋企業拠出金＋財政補助金
成都	個人拠出金＋企業拠出金＋財政補助金

出所：医療保障局のデータをもとに筆者作成。

表 5-3 資金調達基準の比較

方式	資金調達の基準	資金調達の明細
定額の資金調達	100RMB 未満/人・年	安慶：40 元、寧波：90 元、上海：90 元、石河子（都市・農村部住民）：24 元、蘇州（都市・農村部住民）：54 元
	100RMB/人・年	チチハル：100 元、南通：100 元
	100RMB 以上/人・年	石河子（職員）：24 元、蘇州（職員）：54 元
比例の資金調達	前年度の賃金総額の比率	承德：前年賃金総額の 0.4%
	住民一人当たりの可処分所得の比率	荊門：住民一人当たりの可処分所得 0.4%
	医療保険の支給額の比率	重慶が、従業員：0.1%、個人・退職者：0.2%
		広州：0.05%～0.17%
		青島：0.3%
混合の資金調達	長春	都市職員：0.2%、都市・農村住民：12 元/人・年、+個人：10 元+財政補助：1 元
	上饒	都市職員：年齢に応じて 0.1%（50 代）／0.2%（40 代）／0.3%（30 代）、都市・農村住民：65 元、学生：10 元

出所：医療保障局のデータをもとに筆者作成。

#### ・資金調達の基準

資金調達基準とは、資金を調達する際の水準や標準のことである。資金基準が合理的かどうかは、介護保険制度の運営に影響する。15 のパイロット都市では、資金基準が固定されている都市では、一人当たり年間 24 元から 180 元までの幅がある（通貨単位：RMB）。石河子のような財政水準の高い地域では、都市職員の年間財政水準は一人当たり 180 元に達するが、安慶のような財政水準の低い地域では、年間財政水準は一人当たり 40 元に過ぎない。両地域の資金の差は 3.5 倍である。石河子市では、都市職員向けと都市、農村住民向けの資金額に大きな差がある。チチハル市と南通市では、一人当たり年間 100 元である。比例調達が実施されている都市では、承德、上海、荊門など 6 か所がそれぞれ一定の割合で財政基準を定めている。例えば、荊門では住民一人当たりの可処分所得の 0.4%が財政基準となっており、承德では前年度の賃金総額の 0.4%が財政基準となっている（表 5-3 参照）。

#### (2) 給付制度の比較

##### ・被保険者

「高齢者介護サービス業の発展加速に関する意見」によると、介護保険の被保険者は 2 つの基本原則に従うべきであり、第一に、長期的な要介護状態にあるグループであること、第二に、主に従業員基本医療保険の加入者を対象とすることである。

現在までのところ、15 のパイロット都市の被保険者はすべて基本医療保険加入者である。このうち、安慶、寧波、チチハル、承德、重慶、広州の 6 つの試行地域は都市職員基本医療保険加入者のみを対象としており、青島、南通、蘇州、上饒、石河子、荊門、成都、上海の 8 つの試行区は都市住民と農村住民を対象としており、上海は都市住民と農村住民の年齢を 60 歳以上に制限している。上海では、都市住民と農村住民の基本医療保険の年齢制限は 60 歳以上であり、長春では都市職員と都市住民が対象である。

#### ・給付基準

給付水準の違いは、給付の割合と金額に反映される。ほとんどの地域では、施設介護と在宅介護を主に、給付上限や給付比率が設定することには大きな違いがある。給付上限については、支給限度額を日数で設定する。地域もあれば、月数で設定する地域もある。15 のパイロット都市の支給比率は 50% から 90% で、70% が大きな割合を占めており、支給比率の高いパイロット都市もある。例えば、上海と広州では、在宅介護の支給比率が 90% と高いが、チチハルでは在宅介護の支給比率は 50% と低かった。異なる介護方式に対する支給比率を見ると、上海、成都、広州、荊門の在宅介護に対する支給比率は施設介護に対する支給比率より高く、チチハルの在宅介護に対する支給比率は施設介護に対する支給比率より低く、石河子の在宅介護に対する支給比率は施設介護の支給比率と同程度である（表 5-4 参照）。

表 5-4 資金調達の基準の比較

パイロット都市	在宅介護	施設介護	
上海	支給比率：90%	支給比率：85%	
成都	支給比率：75%	支給比率：70%	
広州	支給比率：90%、（上限：115 元）	支給比率：70%（上限：120 元/天）	
蘇州	重度的な要介護：30 元/天、中度的な要介護：25 元/天	重度的な要介護：26 元/天、中度的な要介護：20 元/天	
承德	50 元/天	60 元/天	
寧波	公表しない	40 元/天、1200 元/月	
上饒	訪問介護 900 元/月、家族介護 450 元/月	1200 元/月	
青島	50 元/天	170 元/天	
重慶	公表しない	50 元/天	
長春	公表しない	107 元/天(上限)	
石河子	25 元/天（上限：750 元/月）	支給比率：70%、750 元/月(上限)	
パイロット都市	在宅介護	介護施設	医療機関
南通	15 元/天 8 元/天	重度的な要介護：50 元/天、中度的な要介護：30 元/天	重度的な要介護：70 元/天、中度的な要介護：30 元/天
安慶	重度的な要介護：500 元/月、中度的な要介護：450 元/月	50 元/天	60 元/天
荊門	支給比率：80%、全日 100 元/天 支給比率：100%、非全日 40 元/天	支給比率：75%、100 元/天	支給比率：70%、全日 100 元/天
チチハル	支給比率：50%、20 元/天	支給比率：55%、25 元/天	支給比率：60%、30 元/天

出所：医療保障局のデータをもとに筆者作成

## ・供給内容

15 のパイロット都市の実施状況（表 5-5）によると、各地域の供給内容は基本的保障するものであり、障害者や認知症患者のための基本的な医療、介護サービスを提供している（表 5-5 参照）。精神的な安らぎという問題点では、青島と石河子の 2 地域が心理カウンセリングを、蘇州、南通、成都、承德、寧波、荊門の 6 地域がメンケアを含んでいる。上記 8 地域は、医療保障を基本に、リハビリテーションケアを介護の範囲に取り入れ、障害や認知症の発症を遅らせるために、障害や認知症患者向けのリハビリを行っている。特に南通市では、介護保険制度は医療介護と生活介護の両方を考慮し、生活介護に重点を置くことを明確に規定している。重慶市では、在宅介護サービスが「8+4+3」組み合わせモデルと「6+3」組み合わせモデルに



基づいて形成されている。上海では、入院医療サービス内容のみが規制されている。広州と長春は基本的な生活介護と医療ケアのみで、リハビリテーション、特別ケア、臨終ケアなどのサービス内容が含まれていない。また、上饒や安慶のように、介護の内容が明確に定義されていないところもある。

表 5-5 供給内容の比較

パイロット都市	供給内容
蘇州、南通、成都、承德、寧波、荊門	家事サービス、睡眠ケア、食事ケア、排泄ケア、看護サービス、心理的安らぎ、リハビリテーションケアなど
青島、石河子	定期的な問診、医療サービス、食事ケア、心理カウンセリング、リハビリテーション、臨終ケア
広州、長春	日常生活介護、医療サービス
上饒、安慶	明確しない
上海	入院医療サービス
チチハル	家事サービス、食事ケア、排泄ケア、看護サービスなど
重慶	「8+4+3」モデル、「6+3」モデル

出所：医療保障局のデータをもとに筆者作成

#### 5.4.4 問題点の検討

##### (1) 資金調達制度

資金調達の責任分担が不明確で、制度の持続可能性が低い。既存の介護保険制度の資金調達方式のうち、7 地域が定額方式、6 地域が比例方式、2 地域が混合方式を採用しており、パイロット都市によって資金調達チャンネルが独立負担モデル、両方負担モデル、多者負担モデルの三つに分けられる。図 5-14 に示すように、中国の介護保険制度の財源は主に医療保険の資金に依存している。パイロットのプログラムでは、政府、企業、個人の間の資金調達責任の分担が不明確であり、それぞれがどのような役割を果たすべきか、あるいは政府が主導的な役割を果たすべきかについて明確な規定がない。15 の試行的地域は、資金調達の責任を分担するための三つのルートを示した。第一は、蘇州のように、政府と個人が資金調達で主導的な役割を果たすことである。第二は、成都や広州のように、企業が主導的な役割を果たし、政府が補完的な役割を果たすというものである。第三は、優先順位に関係なく、政府、企業、個人が資金調達において共同の役割を果たすことを提案するものである。また、一部の試行的地域の中で、個人が拠出するかどうかは実際の状況に応じて決めるべきだと提案している。医療保険資金が余裕な地域は個人負担を考慮しないかもしれないが、医療保険資金残高が不足している地域は個人負担を考慮すべきである。筆者が、政府、企業、個人の納付比率について、関連する法律や文書に明確な規定がないと考える。介護保険の資金調達において、責任の分担が明確でないため、

各関係者の納付比率が不合理に分担され、制度の持続可能な発展に影響を与えることになる。

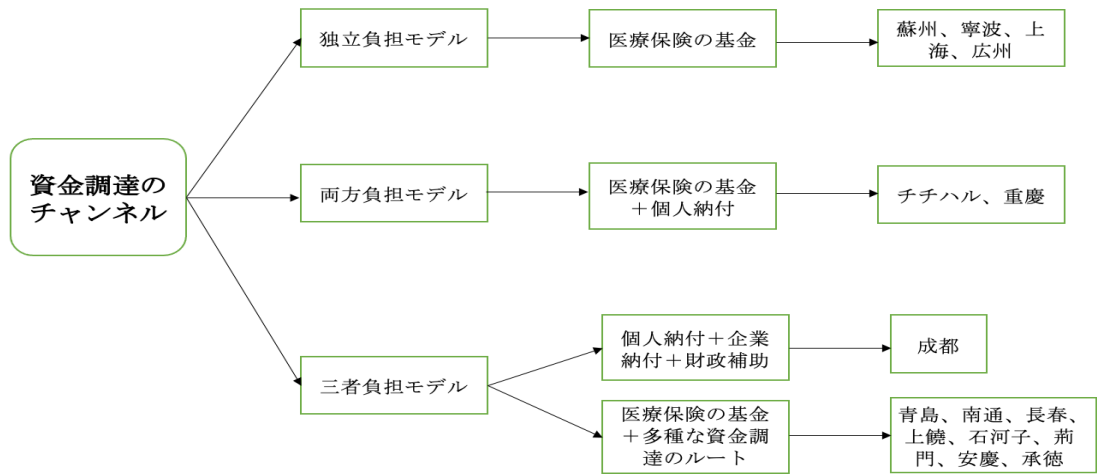


図 5-14 中国介護保険について、資金調達的方式  
出所：筆者作成

中国のパイロット都市で介護保険の納付費用は、原則的に政府、単位、個人が負担すべきであり、主な医療保険基金、個人拠出金、単位拠出金、財政補助金であり、成都を除く残りの 14 地域の資金調達ルートはすべて医療保険基金を利用している。その見ると、介護保険の実施財源は主に医療保険基金に依存しており、独立した資金調達ルートがなく、この単一の財源は介護保険制度の円滑な運営に寄与していないことがわかる。介護保険の資金調達制度を早急に改善する必要がある。2021 年と比較すると、2022 年の中国の介護保険受給者数は前年比 30.2%増の 180.7 万人、介護保険基金の支出は前年比 28.2%増の 168.4 億元となる（表 5-6 参照）。

表 5-6 2021-2022 年 介護保険制度試行地域のデータ

年度	加入者数	介護保険 受給者数	資金 支出	資金 収入	介護 施設	介護 従業員
2021 年	10835.3 万人	83.5 万人	131.4 億元	196.1 億元	4845 個	19.1 万人
2022 年	14460.7 万人	108.7 万人	168.4 億元	260.6 億元	6819 個	30.2 万人
前年比	33.5%	30.2%	28.2%	32.9%	40.7%	58.1%

出所：2022 年医療保障発展全国統計報告をもとに筆者作成

中国で障害高齢者が大幅に増加し、高齢化が深まるにつれ、医療保険基金の収支を圧迫し、長期的な介護保険の財源としては適さなくなる。介護保険は、初期の段階で個人負担が不足すれば、それを補うために多額の財源が必要となる。財源を政府、企業、個人に限定し、他の保険制度と同じ財源ルートを採用し続けることは、

上記三つ主体の拠出負担をさらに高めることになる。同時に、医療保険の財源のほとんどは地方財政収入であるため、介護保険の財政的圧力が医療保険に課されれば、中国のほとんどの都市の医療保険システムに難題を突きつけることになる。したがって、資金調達制度をさらに改善し、多様なチャンネルと統合する必要がある。

資金調達の基準は統一ではなく、制度の質の高い発展に影響を与える。各パイロット都市の資金調達の基準は、地域の経済発展レベル、介護サービスの需要、納付レベルなどの要因に関連しており、地域差が大きい。定額資金調達のパイロット都市では、年平均 40（元）、100（元）、180（元）を基準とする都市がある。比例資金調達のパイロット都市では、0.4%の都市もあれば、0.5%に達する都市もあり、比率は 0.1%から 1%となっている。他の都市は、定額と比例を組み合わせ、混合方式を採用している。第一陣の 15 パイロット都市のうち、蘇州、安慶、京門の 3 都市だけが資金調達の基準を動態に調整している。各試行的地域が地域の実情に基づいて適切な資金調達の基準を策定することは、試験段階では合理的であるが、各試行的地域の経済水準には大きなばらつきがあり、介護保険制度そのものに影響を与える可能性があり、全国的な介護保険制度の確立には不利である。

## （2）給付制度

介護保険の被保険者はまだ統一の標準ではなく、カバーする範囲を広げる必要がある。一部の地域では適用範囲が比較的狭く、安慶、寧波、齊齊哈爾など 6 地域では都市労働者の基本医療保険加入者のみを対象としているため、適用対象者が限られ、適用範囲が不合理な水準に設定されている。青島、南通、蘇州など 8 つの地域は、都市職員と都市・農村住民の両方を加入対象としており、基本的に全都市人口をカバーしている。長春は農村住民を介護保険から除外し、都市職員と都市住民の両方を介護保険の範囲に含めている。既存の介護保険政策は対象となる障害高齢者と重度の障害者が優先され、認知機能が低下した高齢者の保護は二の次とされる。医療保険の加入者は一般的に年金が高いか、賃金が安定しているが、農村では、一人当たりの所得が低く、労働集約度が高く、医療状況や介護に対する意識が脆弱である。農村部高齢者について、体の回りのことは自分ではないとき、介護保険の必要性が高くなるが、介護保険の範囲に含まれていないため、介護保険制度の共済性を実現するのに適していない。今後、より多くの国民を介護保険の対象に加え、介護保険サービスを受けられるようにすることが、解決すべき喫緊の課題となっている。

要介護の評価基準が統一されておらず、給付水準が異なる。現在、施設介護と在宅介護の給付水準は、パイロット都市間や同じパイロット都市内でも市町村間で異なっている。介護保険制度の給付水準が異なる主なひとつの理由は、パイロット都市が要介護の評価基準を統一していないことで、要介護の評価基準や評価内容に不明であり、評価ツールも統一されていない。独自の評価基準を採用しているパイロット都市もあれば、諸外国を参考にしている地域、ADL スケールを要介護の評価の基準としている地域もある。各地域で作られた評価基準は、評価の多様性を高めた反

面、評価基準の相違を招き、被評価者の回答による主観的な障害判定が強く、介護保険制度の公平性に影響を与えやすい。介護保険制度の有効性を確保するためには、介護保険制度のトップレベルの設計を強化し、統一的な障害評価基準を確立する必要がある。

給付内容が均質であり、サービス形態の増加が急務である。給付内容に関しては、パイロット都市の現状を見るから、医療、衛生、基本的な生活介護サービスなど、高齢者の身体的なニーズに重点が置かれており、心理的、精神的なニーズはあまり重視されていない。15 カ所の試行地域のうち、精神的な安らぎが含まれていたのは蘇州、南通、成都、承德、寧波、荊門の 6 カ所、心理カウンセリングが含まれていたのは青島と石河子の 2 カ所で、他の 7 カ所は試行プログラムに心理的ニーズが反映されていなかった。パイロット都市では、高齢者や障害者の心理状態や精神的なニーズに対応することはほとんどなく、サービスは主に医療サービスで構成されているため、医療、介護サービスの結合モデルや各種資源の利用につながらない。サービスの形態については、ほとんどの試行地域の政策文書では、施設介護が主な介護内容と規定されており、青島を除くほとんどの都市では、施設介護とサービスが主な介護内容であり、医療介護サービスは生活介護サービスより少なく、在宅介護と地域介護の基本的な役割を十分に発揮できていない。介護保険は、衣食住、交通、医療などのニーズを満たすべきである。同時に、高齢者の心理的ニーズ、特に障害者や知的障害者の心理的ニーズにももっと重点に置かれる。社会的支援と障害高齢者の精神的な健康との相関関係に関する全国調査によると、障害高齢者の心理的ニーズは基本的に家族によってのみ満たされ、政府、地域社会、施設、ソーシャルワーカー、公共福祉機関の介入はほとんどないことがわかった。

#### 5.4.5 小括

介護保険制度は、中国が積極的に高齢化に対応するための重要な制度であり、「健康中国」戦略を実施するための方法である。本論文では、資金調達チャネル、資金調達ルート、資金調達の基準、被保険者対象、支給水準、支給内容などについて詳細な調査を行い、全国 15 の試験都市の介護保険制度の実施プログラムを渉猟し、比較分析を行った結果、資金調達責任の分担が不明確であること、医療保険基金への依存度が高いこと、資金調達基準が異なること、被保険者対象が不統一であること、給付水準が不均等であること、給付内容が均質であることなど、試行過程において解決すべき緊急の問題が多く存在することが判明した。

#### 5.5 遼寧省瀋陽市における介護サービス多主体供給の現状分析

遼寧省瀋陽市は高齢者福祉モデル都市として、瀋陽市における介護サービス多主体供給現状を調査し、介護サービスに関する多主体供給の現状を検討する。

### 5.5.1 介護サービス政策の発展

高齢化の度合いがますます深まるにつれ、単一の供給主体では高齢者介護の重圧に耐えられなくなり、介護サービスの多主体供給は政府の重要な研究分野となり、国務院と各級地方政府は介護サービスの総合的な多主体供給システムを形成するため、関連政策と法規を絶えず発表している。このように、関連政策の発展歴史を三つの段階に整理し、国の政策が単一主体による供給から多主体による供給へとどのように傾いてきたかを探る。

#### (1) 萌芽期

介護サービスの多様供給の萌芽期とは、主に 2011 年から 2012 年にかけての時期を指し、この時期には介護サービスの多様な供給主体が形成され、徐々に発展していった。政府は民間資本の介護サービスへの参加を促したが、企業が介護サービス市場への参加に対する明確な要求と政策支持を發布しなかった。この時期、介護サービスは主に政府によって供給され、政府の運営補助金や税制優遇などの優遇政策が企業を関与させなかったため、企業の参入インセンティブが不十分であり、多主体供給の発展が遅れていた。2012 年、政府は「民間資本の高齢者介護サービス分野への参入を奨励・指導することに関する実施意見」を発表し、民間勢力の地域介護サービス事業への参与を積極的に導入する必要性を強調し、社会勢力が主要都市コミュニティに地域介護サービスセンターを設立し、高齢者介護施設を整備し、地域の高齢者に専門的な高齢者介護サービスを提供することを奨励したことが示される（楊、2015）。しかし、政策内容の細則は明確でなく、介護関連企業がどのように介護サービスに参加すべきかが説明されておらず、高齢者介護企業が必要とする資金補助についても説明されていないため、民間勢力の発展を促していない。同時に、高齢者介護方式の主流は依然として在宅介護であり、地域高齢者介護サービスに対する全体的な注目度は高くなく、政府の投資も不十分で、多主体供給の発展も比較的遅れている。高齢化が急速に発展し、高齢者介護への圧力が高まり、政府は過重な負担を強いられ、高齢者のニーズに応えられなくなっているため、国は社会勢力の参与指導に力を入れ始めた。2013 年、国は「高齢者介護サービスの発展加速に関する意見」を発表し、地方政府はコミュニティをつなぎ役とし、企業の役割を主軸とした総合的な高齢者介護サービスネットワークを構築し、高齢者に多様な高齢者介護サービスを提供するよう提案した。これにより、介護サービスの多主体供給の発展方向が明確化された。それ以来、介護サービスは徐々に単一の主体供給から多主体供給へと移行し、急速な発展期を迎えている。

#### (2) 急速な発展期

2013 年以降、介護サービスの多主体供給は急速な発展期に入った。この時期、政府は単一の主体供給の欠点に気づき、ますます重くなる介護の圧力に耐えられなく

なったため、社会勢力を導入して介護サービスの発展を共同で推進しなければならなくなった。この時期、国の政策は全面的に地域介護サービスへの多主体供給を支持し、社会勢力が介護サービスに積極的に参与する重要な役割を強調した。この段階で、政府は社会勢力が介護サービス市場への参入を資金と税制の面で強力に支持し、各主体が積極的に発展し、介護サービス制度は絶えず完備される。国の第 13 次 5 年計画では、介護サービスに対する社会勢力の参与を重点的に推進することを提案している。民政部は第 13 次 5 年計画の要求に基づき、「民間資本の高齢者介護サービス業発展への参与を奨励することに関する实施意见」（民発「2015 第 33 号」）などの文書の発布を相次いで発布し、企業を軸として市場の役割を決定し、政策的支持・財政的支援を提供して社会勢力の参与を積極的に誘導し、融資や土地利用などにおける市場の活力を高めることを明確に提案している。同時に、財政部が発布した「政府による高齢者介護サービスの購買に関する通知」によると、地方政府は、企業や社会組織などの主体が供給の主体になれるよう、発展理念を転換し、社会勢力が高齢者介護サービス市場の参入ように積極的に指導すべきであり、同時に、高齢者介護企業の税制優遇を明確にし、多様な供給主体の地域高齢者介護サービス提供への参加を促すべきである。そのより、介護サービスの発展方向は、政府が主導で多供給主体が協同発展になった。

### (3) 安定期

介護サービスの多主体供給が主要な発展方向となりつつあり、政策展開が実践・調整・改善の時期に入った。この段階の最大の特徴は、試行的な改革を通じて、政府による単一な主体供給の現状問題を解決し、関連政策を実施すると同時に、改革の過程で現れた問題を適時に調整・完成させることである。2016 年、政府は介護サービスの多主体供給による提供の試験的实践を推進し始め、全国 90 近くの都市（地区）を三つのグループに分け、中央政府が支援する介護サービス改革のパイロット都市とし、これらのパイロット都市が改革の問題点を生かし、民政部と財政部などが積極的に評価をフォローアップしている。地域介護の多供給主体制度の改善・発展を共同で推進するため、改革のフォローアップと評価を積極的に行っている（呉、2017）。「試行-経験総括-推進-再び試行」という一連の実践仕事を通じて、介護サービスの持続可能で健全な発展が推進された。瀋陽市も改革試行都市の一つである。介護サービスの多主体供給を促進するため、瀋陽市政府は 2018 年に「瀋陽市在宅・地域介護サービス改革試行計画」を発表し、国の改革試行と積極的に協力し、社会資本の積極的な参加を促し、都市部と農村部の両方をカバーする高齢者介護サービスシステムを構築するよう求めている。介護サービスの関連政策からわかるように、政府は単一供給では限界があり、ますます豊かになる高齢者のニーズに応えられないことを認識している。国家政策の配当により、介護サービスの多元的供給は、介護サービスの急速な発展を強力に推進することができる。

## 5.5.2 発展の現状

本論文では、瀋陽市の高齢者介護サービスセンターの統計データと地方政府職員へのインタビュー調査の結果および政府が公表された報告書により、瀋陽の地域介護サービスについて、多主体供給能力の状況を検討する。瀋陽市を対象となる理由は第一、中国の2020年の第7回国勢調査では65歳以上の人口が全体の13.5%となり、2000年に比べて1.91%増加した。遼寧省統計局が発表した「第7回遼寧省国勢調査」のデータによると、遼寧省の65歳以上の人口は741.74万人で17.42%を占めて、中国で最も高齢者人口の一番多い省である。2010年の第6回国勢調査と比較すると、65歳以上の割合は7.11ポイント増加している。高齢化問題は深刻である。第二に、瀋陽市は地域介護の改革発展のパイロット都市であり、代表性が高く、総合高齢者介護サービスセンターは、障害者、半障害者に対し、長期介護、生活介護、文化・スポーツ・レクリエーションサービスなど9つの高齢者介護サービスを提供し、比較的完備した高齢者介護サービスシステムを有している。

中国の東北部に位置する瀋陽は、長い歴史を持ち、資源に恵まれ、中国の重要な先進工業都市である。近年、瀋陽の高齢者問題が深刻になってきて、2020年11月1日00時までに遼寧省の人口は4259.14万人で、全国人口の3.02%を占めている。2010年の第6回国勢調査の4374.63万人と比較すると、10年間で115.49万人、2.64%減少した。年平均成長率は-0.27%である<sup>59</sup>。2017年、瀋陽市は高齢者介護サービス改革の第2パイロット都市の1つとしている。政府は「399モデル」を構築し、高齢者の多様なニーズに応える高齢者向け介護サービスシステムの改善に力を入れている。市は22の介護サービスセンター、200の地域介護サービスステーション、108の社会介護施設を建設した。しかし、現在、瀋陽市の地域介護サービスの発展は不十分であり、企業、社会団体、その他の供給主体が介護サービス市場への参入するよう、積極的に指導する必要がある。

瀋陽市の介護サービスの多主体供給の現状において、家族の供給は突出しておらず、図5-15に示すように、主に政府、企業（市場）、社会団体が占めており、これら三つの主体はそれぞれ異なる種類のサービス内容を提供しており、その中で、政府が支配的であり、瀋陽市民政局は、政府が主導であり、直接的な財政投入と間接的な優遇政策を通じて、多供給主体が地域介護サービス市場への参入ように指導している。企業は重要な供給主体であり、瀋陽市の民間企業は政府の高齢者介護の圧力を分担し、直接的に資金投資と高品質の介護製品の提供を通じて、市場に活力を注入している。また、社会的組織は多主体供給制度の重要な一部であるが、瀋陽市ではまだ発展途上であり、低レベルの介護サービス内容しか提供しておらず、介護センターを独立的な運営することもできていない。

瀋陽市はパイロット都市として、持続的な模索と実践を通じて、企業、社会団体、家族などの資源を統合する政府主導の地域介護サービスシステムを形成した。表に

---

<sup>59</sup>中国国家統計部（2017）. 第7回中国国勢調査.

示すように、在宅介護は主に瀋陽市政府が主導し、企業が運営する総合的な高齢者介護サービスプラットフォームから構成されており、高齢者介護企業や社会組織など異なる種類の高齢者介護資源を統合し、専門的でパーソナル介護サービスを提供している。瀋陽市の既存の多主体供給システムは、表に示すように主に 4 つのパターンに分けられる。地域介護パターンは、地域の高齢者介護サービスステーションや高齢者食堂に依存し、地域の高齢者に介護サービスを提供する。食事介助、入浴介助、デイケア、短期看護、リハビリ・健康管理、文化・スポーツ・レクリエーション、精神的な安らぎなどのサービスが高齢者に提供される。現在、瀋陽市は 200 カ所の高齢者地域介護センターを建設し、そのうち 87 カ所は公募により評判の高い高齢者介護企業が運営し、高齢者に質の高い専門的な高齢者介護サービスを提供している。共済型パターンとは、地域社会の隣人同士が互いの世話をし合うという政府主導のパターンで、瀋陽市政府は 25 カ所の高齢者相互扶助サイトを設立し、さまざまなレジャー・娯楽施設を備え、光熱費を減免している。このモデルは、政府、社会、家族の資源を統合するだけでなく、高齢者が自分の力で年を取ろうとする意欲を刺激し、隣人同士が助け合う精神を発揮させる。医療と介護の統合パターンとは、専門的な医療サービスと地域の在宅介護を組み合わせるアプローチであり、病院の専門的な医療・介護スタッフが地域を巡回し、高齢者に訪問医療サービスを提供することが示される<sup>60</sup>。

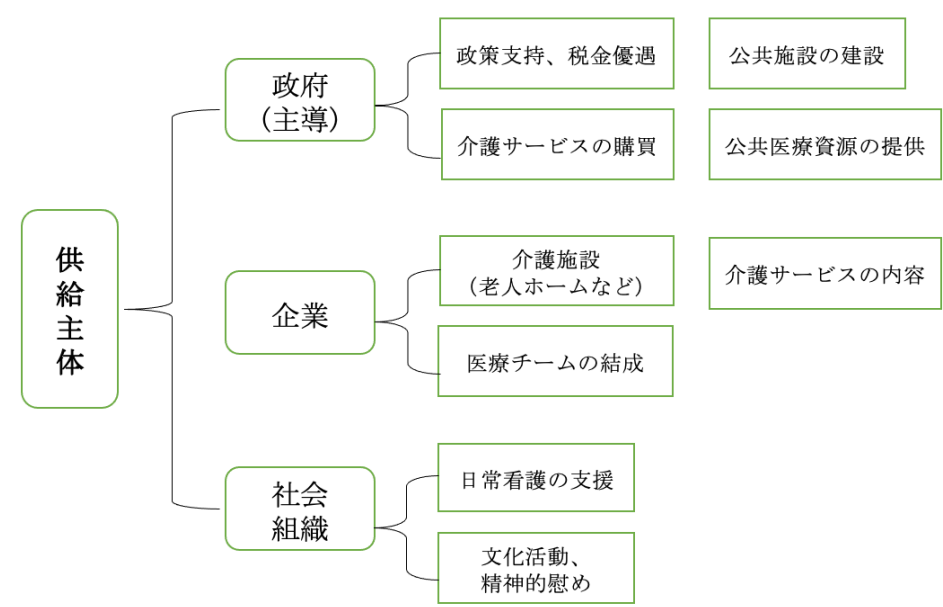


図 5-15 瀋陽市地域の主なサービス供給主体  
出所：瀋陽市の高齢者介護サービスセンターの統計データをもとに筆者作成

<sup>60</sup>瀋陽市政府公式サイト. 統計データ. <https://www.shenyang.gov.cn> (2023/10/06)



表 5-7 瀋陽市における介護サービス供給パターン

供給パターン	供給主体	供給プラットフォーム	サービス内容
在宅介護	政府、企業、社会組織	12349 ホットライン、知能介護	日常介護、家事サービス、医療保健
地域介護	政府、企業、社会組織	高齢者地域介護センター、シルバーサポート	デイサービス、短期看護、リハビリ・健康管理、文化活動、精神的安らぎ
共済型	政府、家庭	高齢者相互扶助サイト	文化活動、精神的な安らぎ
医療と介護の統合	政府、医療機関、企業	高齢者介護サービスセンター	訪問医療、保健サービス

出所：瀋陽市陽市の高齢者介護サービスセンターの統計データをもとに筆者作成

### 5.5.3 多主体における供給能力の分析

瀋陽の地域介護サービスの供給主体は、主に政府、企業、社会組織であり、政府主導、市場運営、社会参加という多主体供給パターンを研究し、各主体が役割と効果を分析している。

#### 5.5.3.1 政府の供給能力分析

介護サービスの供給主体は政府が主導である。高齢化は、人材的、財政的に多くの資源を必要とする社会課題であるため、介護サービスの発展を推進する主体は政府でなければならない。パイロット都市である瀋陽市では、「399 モデル」に基づいて 22 の総合高齢者介護サービスセンターが建設され、200 の地域デイサービスセンターが建設され、4131 の高齢者地域介護ベッドが設置されている。政府が供給主体となって、総合高齢者介護サービスセンターの設立、高齢者介護サービスの直接購入、高齢者介護サービスへの経済補助、高齢者介護施設への財政支援、高齢者介護サービスに対する政策支持、地域介護サービスのインフラ整備という 5 つの側面からサービスを提供している<sup>61</sup>。

パイロット都市として、瀋陽市政府は引き続き改革を深化させ、瀋陽の特色を生かした「399 モデル」を模索している。図に示すように、3 は「大・中・小」の 3 種類の合理的な規模配分、「高・中・低」という 3 段階の補完機能、9 は「9 つの統一」を実現することである。統一計画、統一制度、統一施設、統一ロゴ、統一基準、統一管理、統一プラットフォーム、統一配送、統一育成を指す。第二の 9 は、「9 つの機能」を実現することである。長期看護、デイケア、在宅介護、医療＋介護、文化室、高齢者党の建設、民意収集、高齢者大学、親孝行教育の 9 つの機能を実現する。

<sup>61</sup>瀋陽市政府(2022). 在宅・地域高齢者介護サービス改革に関するパイロット・プロジェクトの実施、100 のモデル在宅・地域高齢者介護サービスセンターの報告書。

高齢者総合サービスセンターは主に政府が出資し、企業が運営する。2022 年までに、政府は約 1.2 億元を投じて 22 つの総合高齢者介護サービスセンターを建設し、2000 人近くの高齢者が入居する予定である。政府は積極的に「15 分高齢者介護サービスループ」を作り、高齢者介護センターのサービス範囲を広げ、地域の高齢者が徒歩数分でセンターに到着できるようにし、高齢者が住み慣れた生活環境を離れることなく、専門的で効率的な高齢者介護サービスを享受できるようにしようとしている。

第二に、政府は高齢者向け介護サービスを直接購入し、地域サービスの利用補助金を給付している。政府が直接購入する地域介護サービスは、主に食事の準備と入浴介助の 2 つの分野に重点が置かれている。ほとんどの高齢者が地域デイサービスセンターで受けているサービスは、日常生活介護が中心で、食事の準備と入浴介助が主である。2022 年、瀋陽市 H 区政府は地域介護サービスの購入に 2489 万元を投資し、契約は 1 年で終了し、政府は次の期間も引き続きサービスを購入したことが示された<sup>62</sup>。

第三に、高齢者介護サービス事業の発展ために、政府は建設補助金とベッド補助金という 2 つの主要な補助金を用意している。この 2 つの補助金は、主に高齢者介護サービス事業者を対象としており、社会勢力を介護市場に呼び込むため、政府は補助金を支給している。建設補助金は、新規に建設された高齢者介護施設で、政府の規定に適合し、届出済んでいるものに支給される。ベッド数が 50 以上、建築面積が 500m<sup>2</sup>以上の施設には、許可されたベッド数に応じて建設補助金が支給され、補助率は 1 ベッドあたり 1500 元である。運営補助金は、施設に居住する高齢者の数に応じて、1 ベッドあたり月額 60 元の補助金が支給されるが、企業への支払いが適時に行われないこともあり、補助金の範囲も限定されている。同時に、高齢者には高齢手当が支給される。瀋陽市は 2019 年から 80 歳以上を対象に老齢手当制度を実施しており、80～90 歳は 1 人当たり月 50 元、90～99 歳は 1 人当たり月 100 元となっているが、全体の金額は高くなく、対象も限られている<sup>63</sup>。

### 5.5.3.2 企業の供給能力分析

企業が介護サービスの供給方式には、政府と直接協力して介護サービスセンター、地域密着型介護ステーション、12349 ホットライン介護センターなどのスマート介護プラットフォームを通じて、訪問介護を提供する方法などがある。

まず、政府と協力して地域密着型在宅介護サービスセンターを運営する。瀋陽に建設された 22 の地域介護サービスセンターも、政府と企業の協力の優れた例である。H 区の総合高齢者介護サービスセンターを例にとると、「399 介護モデル」に基づいて、建設された総合高齢者介護サービスセンターで、総面積は約 3000 m<sup>2</sup>、ベッド数は 110 床、利用料は 2200—5500 元となっている<sup>64</sup>。センターは主に 4 つのエリアに

---

<sup>62</sup>瀋陽市 H 政府(2022). 在宅と地域介護事業に関する報告.

<sup>63</sup>脚注 61 に同じ

<sup>64</sup>脚注 61 に同じ

分かれている：デイケアエリア、アシストケアエリア、アシストパスポートマテリアルエリア、ガーデンアクティブエリア。現在、センターには 80 人以上の高齢者が暮らしている。センターには、地域クリニック、レクリエーション用サンルーム、セントラルキッチン、入浴センター、読書室などの機能的施設が整っており、地域の高齢者に長期看護、生活介護、スポーツ、レクリエーションなどのサービスを提供している。具体的なサービス内容は下表 5-8 の通りである。

表 5-8 介護サービスセンターとサービス内容

介護サービスのパターン	介護サービス内容
長期看護	地域内で一人暮らし、障害高齢者のため、生活介護、食事、文化活動などの長期看護サービス。
デイサービス	高齢者のため、生活介護、食事、入浴、リハビリ、ヘルス介護サービス。
訪問サービス	スマート高齢者介護プラットフォームの利用者のため、家事、食事、入浴などの訪問サービス。

出所：政府公表データをもとに筆者作成

第二に、介護サービス項目の提供である。企業が提供するサービスは、主に日常介護と文化、スポーツ、レクリエーション活動が中心である。瀋陽には、地域の高齢者のために、より専門的で多様な高齢者介護サービスを提供する老老介護企業が十数社ある。例えば、瀋陽市金太陽養老会社は J 地方政府と協力し、独自にコミュニティ介護センターを運営している。介護センターの面積は 390 平方メートルで、そのうち 1 階は 110 平方メートル、2 階は 280 平方メートルで、建物の特性やレイアウトに合わせて高齢者に合わせた改修を行い、無線 LAN が完備され、室内は通話し放題で、全フロアが特殊な滑り止めのプラスチック床材で覆われ、「生活介護、書画閲覧、リハビリ、健康管理、食堂」などの介護サービスを合理的に備えている<sup>65</sup>。専門の看護・管理チームを設置し、各種社会専門サービス業者とボランティアの統合により、地域内の高齢者にデイ介護、レジャー・娯楽、健康管理などのサービスを提供している。具体的なサービス内容は表 5-9 の通りである。

第三、12349 ホットラインというスマート高齢者介護プラットフォームは、様々な社会資源を統合し、政府主導、企業運営、市場運営のパターンで、都市の高齢者に介護問題を解決するために構築された。瀋陽市政府は、高品質的なサービスを提供する企業を選定し、家事、メンテナンス・リフォーム、ケータリング・配食、ポーター・物流、法的支援、レクリエーション・ライフなどのカテゴリーにおいて、高品質・低価格の 100 以上の高齢者介護サービスを地域住民に提供している。同時に、12349 プラットフォームは高齢者の位置情報を受信することができ、スタッフは高齢者のニーズに応じて関連救助隊に連絡し、高齢者が最短時間で治療を受けられるよ

<sup>65</sup>脚注 62 に同じ

うにし、高齢者の生命と健康を守る。現在、30 社以上の戸別訪問サービス業者が登録され、家事サービス、水道・電気工事、飲食サービスなどの業種をカバーしており、都市部と農村部の3万人以上の高齢者をカバーし、500回以上の各種サービスを提供している<sup>66</sup>。12349 の高齢者介護サービス情報プラットフォームを通じて、高齢者は家にいながらにして、家事代行や医療などさまざまなサービスを享受できる。

表 5-9 企業が供給する介護サービス内容

サービス類別	サービス項目	サービス範囲	利用料金
在宅介護	パート	部屋の片付け、着替え、掃除	30RMB/一時間
	お手伝い	着替え、お手洗い、家事などの日常介護	2500-4000/月
食事サービス	訪問炊事	1日3食	25RMB/一時間
	ケータリング	メニューから注文	12-15RMB
清潔サービス	訪問理髪	シャンプー、ヘアカット	10RMB/回
	固定場所で理髪	シャンプー、ヘアカット	5RMB/回
	足湯、爪を切る	マッサージする	30RMB/回
	家事	部屋、フロア、キッチン	25/一時間
	クリーニング	手洗い、ドライクリーニング	25/一時間
入浴サービス	訪問入浴	背中流す、シャンプー、着替え	50/一時間
	固定場所で入浴	背中流す、シャンプー、着替え	30/一時間
外出サービス	同伴外出	地域の近く	30/一時間
	受診の付き添い	医療機関	30/一時間
精神的な安らぎ	付き合い	しゃべくる、新聞を読む	25/一時間
	カウンセリング	専門的な心理サービス	無料
看護サービス	デイサービス	日常生活	30-100RMB/天
	長期看護	食事、家事	2200-4000/月

出所：地方政府職員へのインタビュー調査結果をもとに筆者作成

### 5.5.3.3 社会組織の供給能力分析

瀋陽市の社会組織は弱く、介護サービスに従事する社会組織は市内に200しかなく、高齢者介護サービスステーションを独自に運営する能力を持つ社会組織はほとんどないため、精神的な安らぎと簡単な日常介護サービスしか提供できない。提供

<sup>66</sup>脚注 61 に同じ

する地域介護サービスには、ボランティアを組織して高齢者に文化・スポーツ・レクリエーション活動や簡単な訪問介護サービスを提供すること、高齢者の精神的・文化的建設に参加すること、12349 を通じて高齢者に基本的な食事や入浴介助を提供すること、その他の地域介護サービスが大まかに含まれる。

まず、ボランティアチームを組織し、高齢者に文化、スポーツ、レクリエーション活動や簡単な在宅介護サービスを提供する。市民政局はボランティアチームの力を存分に発揮し、訪問サービスを強化し、食事、家事、買い物、医療などの援助を提供することで、困難な状況にある高齢者が直面する問題を解決し、高齢者とのコミュニケーションを強化することで、高齢者が地域のケアを感じられるようにしている。地方政府職員へのインタビュー調査により、J 地域には 38 の専門ボランティアチームがあり、1100 人以上がコミュニティ・クリニック、家電修理、法律サービスなどのボランティア活動を定期的に行っている。ボランティアチームは、事前の訪問とニーズの調査を通じて、物資の購入を購買し、地域による集中配布と家庭訪問を組み合わせて、空巢高齢者に挨拶の訪問していることをわかる。

第二に、高齢者の精神的なニーズを満たす。高齢者にとっては、衣食住や交通などの基本的なニーズを満たすことに加え、精神的・文化的なニーズも満たす必要がある。なかでも、高齢者大学は代表的な存在である。現在、瀋陽には 28 の高齢者大学があり、4 万人以上の学生が在籍し、30 以上の専門分野が提供されている。その中で最も有名なのが瀋陽市高齢者大学で、2017 年に国家高齢者先進大学と国家高齢者教育宣伝先進ユニットの榮譽を獲得した。この大学には 36 のクラスと書道、音楽、文学・歴史、写真など 30 以上の専門分野に 1600 人以上の学生が在籍しており、高齢者の生活を豊かにしていることが示される<sup>67</sup>。

## 5.5.4 問題点

### 5.5.4.1. 政府補助金の安定性と持続性

政府補助金の不足は、主に高齢者介護施設とサービス内容に対する補助金に反映されている。高齢者向けの補助金は主に、政府が直接購入するサービス内容数と介護補助金になる。2021 年、瀋陽市政府が投資した高齢者介護サービスプロジェクトは 45 件、総額 439.5 万元<sup>68</sup>に過ぎず、現在、介護サービスの財源はすべて市政府と区政府にあるため、その年に地方財源が逼迫していれば、政府の投資はさらに少なくなる。また、政府が購入するサービスの種類はあまりにも均質で、そのほとんどが食事補助と入浴補助に重点が置かれており、高齢者がより緊急に必要としている医療・保健サービスへの投資はあまりにも少ない。毎年投資される金額は 200～500 万元と決して大きくはなく、高齢者一人に割り当てられる優遇措置は 4.5 元程度に過ぎず、高齢者自身が基本的な食事補助と入浴補助を受けるために 20～30 元を費や

---

<sup>67</sup>脚注 61 に同じ

<sup>68</sup>脚注 61 に同じ

し、他の介護サービス項目も高い料金を徴収している。高い消費レベルの高齢者は多くないため、多くの高齢者は政府からの優遇補助金をあまり享受していない。政府の高齢者向け補助金は 80～90 歳で 50 元、90～100 歳で 100 元に過ぎず、比較的低額である。政府は、地域で低収入の高齢者のため、介護サービスの購入に年間約 100 万元しか費やしておらず、高齢者のニーズを満たすことはできない。

#### 5.5.4.2. 介護企業の投資効率

瀋陽市の 200 ヶ所の地域介護サービス拠点のうち、87 ヶ所は専門の高齢者介護企業が運営しているが、瀋陽市の高齢者介護企業が提供するベッド総数は 5000 床未満であり<sup>69</sup>、瀋陽市には 65 歳以上の高齢者が合計 75 万人おり、高齢者 1000 人当たりの平均ベッド数は約 25 であるため、高齢者介護の需要は多いが、高齢者介護産業はリスクが高く、収益率が低く、投資サイクルが長いという特性から、政府が施設や資金、政策を優遇しても、企業が地域介護サービスの参入意欲はまだ不十分である。瀋陽市政府は近年、地域介護サービスへの多主体供給を促進するために努力しており、多くの優れた高齢者介護サービス企業を育成してきた。しかし、高齢化の加速と高齢者介護産業の特殊性により、瀋陽市の高齢者介護企業の総合力は弱く、力の供給も不十分である。企業の供給能力が弱いのは、企業が利益を上げることが目的とした営利組織であることが主な原因である。一方、高齢者介護サービス産業は、先行投資が大きく、利益サイクルが長く、資本回収が遅く、高齢者に何か問題が起こした場合、多額の賠償金を支払わなければならない、経営リスクが高い。このようなハイインプット・ローリターンの産業では、政府の支援がなければ、企業が生き残ることは非常に難しい。政府は企業を支援するため、インフラ投資や経営補助、免税政策などの一連の優遇政策を実施しているが、政府の財源は限られており、補助金も決して高くはなく、企業は光熱費や人件費も自己負担しなければならないため、投資コストは決して低くない。同時に、高齢者の消費能力が低く、ほとんどの企業の収入はコストよりも低く、赤字の状態か、基本的な経営を維持するのがやっとの状態である。営業年数が長く、消費者基盤を持つ少数の企業は利益を上げているが、全体の利益は 10% 以下と高くない<sup>70</sup>。

#### 5.5.4.3. 社会組織からのサービス

瀋陽市の非営利社会組織の発展が不十分なため、力が弱く、資金調達が難しく、専門的な介護人材が不足しているため、低レベルの精神的な安らぎなど簡単な日常介護サービスしか提供できず、高水準の医療と介護の統合とカスタマイズされたサービスを考慮することができず、提供するサービスの専門性の程度は高くない。ま

---

<sup>69</sup>脚注 61 に同じ

<sup>70</sup>楊普森. 老人ホームの立ち上げ. 青年發展会. 2022. 05. 13. <https://www.163.com/dy/article/H79CITRA051487C6.html> (2023/10/07)

た、非営利の社会組織は自発的な特徴であり、監督や管理が行き届いていないため、形式主義が多く、サービスの質も低い。さらに、サービスを提供する人々のほとんどはボランティアであり、彼らが介護能力は、高齢者企業に比べてはるかに低下するため、企業に比べ社会組織の発展ははるかに遅れている。多くの小規模な社会組織には、基本的に精神的な安らぎや文化・スポーツ・レクリエーション活動を提供することに重点を置いているものもある。例えば、節日に高齢者のためのお見舞い活動を行う。また、瀋陽高齢者大学のように、高齢者がリラックスして学べる場所を提供するユニークな高齢者介護サービスもある。また、12349 という高齢者介護サービスプラットフォームを通じて、一人暮らしの高齢者のために、家事代行、家電修理、など、訪問サービスを提供する社会組織もある。しかし、こうしたサービスに従事する人の数は多くなく、その大半は定年退職者であり、専門的な高齢者介護サービスのスキルを持っていないため、簡単な介護にしか従事できず、専門性が十分でない。

#### 5.5.5 小括

介護サービスの改善はますます深刻化する高齢者介護問題の解決につながるものである。現在、政府の指導力不足と企業・社会組織の参加不足のため、地域介護の多主体供給制度の整備には困難が伴う。したがって、多主体供給体制を整備するためには、政府、企業、社会組織の三大供給主体から出発し、それぞれのメリットを十分に発揮することが必要である。

## 第6章 中国における高齢者介護サービスシステムの分析

中国の高齢者介護サービスシステムは、長い発展を経て、政府主導、多主体供給の全体像を形成しているが、まだ多くの問題を抱えている。その原因を探ると、これまでも述べてきたように、社会的、経済的、文化的、政治的に複雑な要素が絡み合っている。まず、中国では高齢者の数が多く、高齢化のスピードも速い。次に、中国の経済発展の程度と高齢化の程度が一致しておらず、「富める前に老いる」という問題がある。また、中国の長年にわたる都市と農村、地理的な格差が、高齢者介護サービスシステムの不均等な構築を引き起こしている。最後に、中国では「親孝行文化」が深く根付いており、思想や理念のレベルから高齢者介護サービスシステムの構築に影響を与えている。

有機的な全体として、高齢者介護サービスシステムの存在の前提は、高齢者介護サービスメカニズムの確立と完成である。そこで本章では、主に高齢者介護サービス政策・制度のレベルに焦点を当て、中国の高齢者介護サービスシステムの問題の原因を議論・分析する。

### 6.1 政策手法と分析理論

#### (1) 政策過程と政策手法

田中（2012）では、政策は様々に定義されているが、共通点は政府が社会や経済に与える影響や達成目的という視点である。伊藤ら（2000）は、こうした政策を作り実施する「政策過程」には、政治過程論、政治家、政党、官僚、利益団体、市民などの政治アクターの相互作用を動的に分析する<sup>71</sup>。ラスウェル（Lasswell、1956）は、情報収集、勧告、法規化、発動、適用、評価、終結の7段階に分けたが、一般的に「政策の立案（PLAN）」、「政策の実施（DO）」「政策の評価（SEE）」の三つの段階に大別される（PDS サイクル）。政策を実施（DO）した結果を的確に評価（SEE）し、社会経済情勢の変化等にあわせて政策を柔軟に見直すことが求められている。政策の全体像は、図 6-1 のように図式化することができる。目標と現状との差（ギャップ）を「問題」ととらえ、その「問題」の解決策を「政策」と考えることができる。本論文では、すでに実施されている中国の高齢者福祉政策に政策手法を通じて、評価と分析を行う（すなわち SEE の部分）。このことは、新たな政策の立案過程や実施過程に対するフィードバックとなり、より良い政策形成に役立てるための今後の研究を促進するものである。

---

<sup>71</sup>伊藤・田中・真淵（2003）は、「政治過程は、政治家、政党、官僚、利益団体、市民などの諸アクターによる自己利益の実現のための活動を基礎とする、交渉と取引からなっている。そのなかで、とくに政策の形成や実施を巡って展開される過程を政策過程という。」と定義する。



## (2) 政策形成の過程

一般に、次の 4 つの過程のサイクルとしてとらえることができる。これは、仕事の進め方についての PLAN(計画)・DO(実施)・CHECK(評価)・ACTION(改善)のマネジメントサイクルと同じ考え方に立つものである。政策を企画・立案し、実施して、その結果を評価し、さらに次の政策の企画・立案につなげるというらせん状のサイクルになっている<sup>72</sup>。

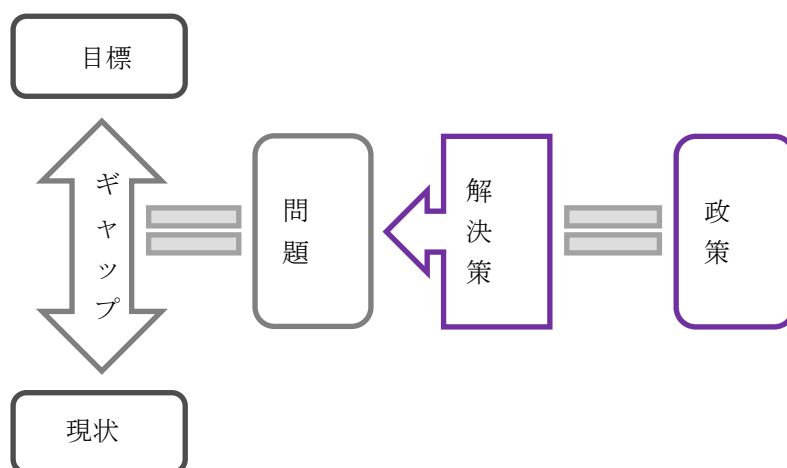


図 6-1 政策の全体像

出所：彩の国さいたま人づくり広域連合「政策形成の手引」（第 18 版）p12



図 6-2 PDCA サイクル

出所：藤澤俊明. PDC サイクル、OODA ループとは？

<https://kaizen-base.com/column/31135/>

<sup>72</sup>彩の国さいたま人づくり広域連合. 政策形成の手引. 2020. 05.

本論文では、すでに実施されている中国の高齢者福祉政策に政策手法を通じて、評価と分析を行われる（すなわち CHECK の部分）。このことは、新たな政策の立案過程や実施過程にフィードバックし、より良い政策形成に役立てるための今後の研究を促進するものである。

政策手法（Policy Instrument）は、政府手段とも呼ばれる。公共財・サービスの供給方法とその実現メカニズム、すなわち、公共財・サービスに対する国民の要求を実現し満たすために政府が採用する様々な方法・手段、システム、社会問題を解決するために政府が政府機能を発揮するための手段・方法などである。政策手法は多様で複雑であり、組み合わせて使われることも多い。政策手段の定義は研究者によって異なるが、いずれも政策実行の過程における公共政策の主体が、政策目的を達成する過程で採用する手段、方法、アプローチという共通の基本属性を反映していることが分かる。これらの定義を総合すると、政策手段とは、公共政策の策定を主軸として、特に与党や政府部門が公共政策を策定し、政策目標を達成するために選択、使用し、それによって政策課題を解決する手段・道具のことであると考ええる。

政策手段は多様で複雑であり、組み合わせて使われることも多い。国内外の研究者たちは、政策手段の分類・類型化に関する多くの研究を行い、政策手段の分類・組み合わせを通じて、独自の研究モデルを構築してきた。分類に関しては、研究者も見方によって様々な意見がある。政策手段の分類を最初に試みたのは、オランダの経済研究者 E. S. Kirschen (1964) である。彼は、経済政策を実行し、最適な結果を得るためのさまざまなツールに研究して行った。彼は 64 の手法をリストアップしたが、体系的な分類ではなかった。Christopher C. Hood (1983) は、もう少し体系的な分類の枠組みを提案し、すべての政策手段は例外なく以下の 4 つのリソースのうち 1 つ以上を使用すると主張している。この 4 つの資源とは、情報、権限、資金、利用可能な正式な組織である。Anne Schneider と Helen Ingram (1993) は、達成しようとする目的によって、激励型、能力の開拓型、勧め型、学習型に分類している。政策の評論家である。Vander Doelen は、政策手法を「法律型」、「経済型」、「コミュニケーションツール型」の三つに分類している。Howlett (1995) は、政策手段を政府権力の強さによって強制的ツール、複合的ツール、自発的ツールに分類している。Owen E. Hughes (1998) は、政府の介入は供給、助成、生産、規制という 4 つの経済的手段によって達成できると論じている。E. S. Savas (1999) は、政策手段は政府サービス、政府間協定、契約、フランチャイズ、補助金、市場、利用料、ボランティア活動などであると主張している。

1988 年に国务院の制度改革綱領で「政府職能の転換」が正式に打ち出されて以来、「政府職能の転換」はすべての制度改革の不変のテーマとなっている。2015 年 5 月 12 日、国务院は「分権と職能転換の結合を推進する全国テレビ会議」を開催し、そこで初めて「放、管、服」の概念が紹介された。「放」とは、中央政府による行政権限の委譲と、法的根拠や法的権限のない行政権限の削減、複数の部署で繰り返し管

理されている行政権限の明確化という概念である。「管」とは、とは、政府部門が規制職能の革新と強化を図り、新しい技術やシステムを活用し、規制システムのイノベーションを強化することである。「服」とは、政府の市場への介入を減らし、市場を決定するために市場に押し出し、市場参加者の過度の行政決裁やその他の行為を減らし、市場参加者の市場運営の行政コストを削減し、市場参加者の活力と革新能力を促進するための政府職能の変換である。2020年5月22日、発表された「2020年国务院政府工作报告」の中で、李克強総理が、産業の各分野における「行政・サービス」改革を深く推進することが提案された。

それから見ると、社会的力量の増大と産業の市場化により、高齢者介護サービスの社会的供給が必然的な発展の流れとなっていることを窺い知る。社会的能力の増大と政府権力の相対的低下は、別の観点から見れば、政府の能力を高めると言える。すべての社会的アクターの力を最大限に活用し、適切な政策手段を選択することによって、政府は公共サービスを提供する能力をより向上させることができる。

本論文では、では、主に Howlett (1995) の政策手法の分類理論を参考にしている。Howlett (1995) は、政府の介入度が高い順に、強制的手法、複合的手法、自発的手法に分類している。強制的手法には、政府の規制、公共企業、直接供給など、政府の権威と強制力に頼るものがある。一方、複合的手法には、分権的な協力、政府の補助金、税や料金の規制、人材育成など、政府の介入と自律性の両方がある。自発的手法には、個人や家族、地域、自主的な組織、市場などがあり、政府の介入度は低い。Howlett の研究では、政府が利用できる様々な資源は、政府の職務を遂行するための政策手段と捉えることができ、政策手段は政府資源の強制力の度合いによって分類することができるとしている。公務の経略は、市場原理と社会化されたパブリック管理戦略によって行われるべきであると主張する。複雑で包括的な社会政策として、高齢介護サービスに関する政策は、高齢者介護サービスシステムの様々な要素と、政策の中の様々な政策手段の設計、組織、調整、利用の両方に関わる。中国における高齢者介護サービスの供給は、市場化と社会化の時期を迎えているため、この政策手段の分類は、中国における高齢者介護サービスの政策手段の現段階での欠点をより正確に反映することができる。

## 6.2 分析フレームワークの構築

### 6.2.1 X-Y-Z 分析のフレームワーク

政策手段は、公共管理学における最も一般的な研究形態の一つである。政策手段の分類を選択する限り、政府能力と市場能力の両方の結合、メリット、デメリットを分析することができる。本論文では、Howlett と Ramesh (1995) の政策手法をもとに、図 6-3 に示すように、高齢者福祉介護サービスシステムにおける介護サービス提供の具体的な方法や内容と、政策手法との組み合わせで、X-Y-Z 分析のフレームワークを構築する。

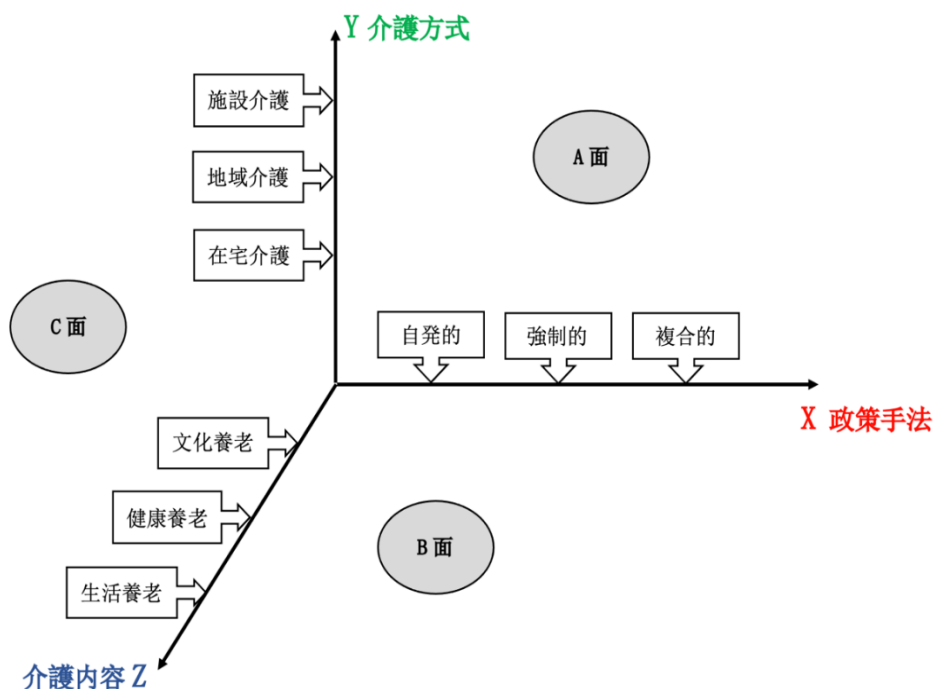


図 6-3 分析フレームワーク  
出所：筆者作成

X1 次元は、基本的な政策手法の分類次元である。政府の介入の強さに応じて、高齢者介護サービスの政策手法は、完全に強制的なものと完全に任意的なものの両極端の数軸で分析することができ、強制的政策手法、複合的政策手法、自発的政策手法が形成される。

X2 次元では、表 6-1 に示すように、政策手法の種類に基づいて、X 次元の二次元を設定し、強制的、複合的、自発的手法を、政府規制、公共事業、直接提供、分権的協力、政府補助金、税金規制、サービスのアウトソーシングと人材育成、個人や家族、地域、ボランティア組織、民間市場など、12 種類の二次分析カテゴリーに分けている。本論文では、これを高齢者介護サービス政策の定量的分析ために、一つの次元として用いている。

Y 次元は、高齢者介護サービス方式の次元である。ある意味では、高齢者介護サービス政策の特徴も、政策手法の分類の次元と高齢者介護サービス提供の多次元的な方式と内容を組み合わせて分析する必要がある。現在の中国の高齢者介護サービス提供には、主に在宅介護、地域介護、施設介護の 3 種類がある。本論文では、上記の三つの高齢者介護サービス方式を、高齢者介護サービス政策の 3 次元分析フレームワークの Y 次元に単純化している。

Z 次元とは、高齢者介護サービス内容の次元である。高齢者介護サービスシステムのサービス内容は、大きく分けて「文化養老」「健康養老」「生活養老」の三つのカテゴリーに分けられ、基本的には低レベルから高レベルまでのあらゆるニーズをカバーしている。本論文では、上記の高齢者介護サービス内容の三つのカテゴリーを、高齢者介護サービス政策の三次元分析フレームワークの Z 次元としている。

## 6.2.2. 分析データの収集と処理

政策ツールを用いて政策内容を定量的に分析する過程では、データの収集、選択、整理は基本的な作業である。高齢者介護サービスに関する政策は、高齢者介護サービスシステムのメカニズムの重要な構成要素であり、政府の高齢者介護責任を果たすための重要な手段である。2013年から2022年にかけて、中国では高齢者介護サービスに関する政策が頻繁に発表された。中央政府および各省庁・委員会の公共政策文書から、計画、通達、意見、方法どの形で高齢者介護サービスに直接関連する計71部の政策文書を選別し、全国に公表した（付録1、高齢者介護サービスに関連する政策のリスト）。

具体的には、この71の政策文書のうち、2013年に9、2014年に17、2015年に1、2016年に9、2017年に5、2018年に5、2019年に8、2020年に6、2021年に6、2022年に5が発行されている。政策発行機関は、国務院、民政部、国家高齢化委員会、財政部、衛生福利委員会、国家発展改革委員会など27の省に及んでいる。中でも、民政部が個別・共同で出した政策が最も多く、国家発展改革委員会も共同文書の形で政策を出し、7、9、11の部門が共同で出した政策文書もある。分析フレームワークは政策手法理論に基づいて構築され、対象となる政策の原文に1つつ抽出し、合計1100以上のコンテンツ分析ユニットを得た。その内容は、社会福祉、財政・税制、制度改革など様々な側面に及んでおり、高齢者介護サービス政策の定量的分析において、より詳細で信頼性の高い根拠を提供することができる。

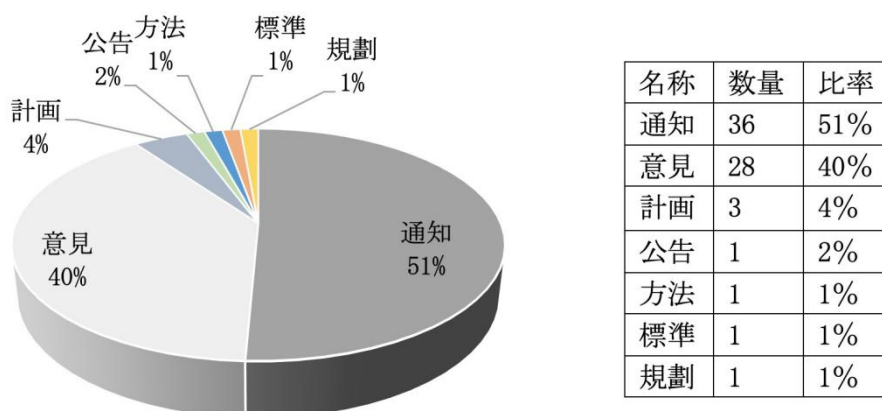


図 6-4 2013 年-2022 年高齢者介護サービス政策文書類型の分布  
出所：中国統計局サイトのデータをもとに筆者作成

本論文では、プログラミング言語“Python”を用いて、高齢者福祉介護サービスに関する政策データを用いて、データマイニングによるデータ抽出と分析を行った。

具体的には、全データを対象に形態素解析を行い、プログラミング言語 Python のライブラリである jieba を用いて、表 6-1 のキーワードを抽出する。さらに tf-idf による意味づけを行ったうえで、頻度分析を行う。

表 6-1 政策手法名とキーワード

政策手法名		キーワード
介護サービスの方式	在宅介護	在宅養老、居宅
	地域介護	地域養老、地域
	施設介護	施設養老、老人ホーム、福祉施設、療養
介護サービスの内容	文化養老	文化、娯楽活動、精神的、出版物
	健康養老	智恵養老、医療と介護
	生活養老	生活介護、年金制度、養老金、養老保険、訪問介護、デイサービス、リハビリ
強制的	政府規制	政策、規則、規制、準入、条例、監督管理、方法、処罰
	公共事業	公共管理、公用事業、電力、給水、ガス、公園
	直接提供	公共財の提供、資金の提供、公共産品、価値材
複合的	分権的協力	政府と企業、政府と社会
	補助金	低利融資、利子補給
	税金規制	税金、免税、税費減免、税制優遇
	サービスのアウトソーシング	アウトソーシング
	人材育成	人材、職業教育、看護師、福祉士、弁護士、資格証
自発的	個人と家族	個人、子女、家族
	地域	地域型、地域密着型
	ボランティア組織	ボランティア
	民間市場	民間、民間資本、民間企業

出所：筆者作成

### 6.3 分析フレームワークの分析結果

頻度分析の結果は表 6-2 に示す。

表 6-2 高齢者福祉政策の X-Y-Z 三次元分析結果

次元	政策手法の種類	頻度	比率
X	強制的	295	31.1%
	複合的	433	45.7%
	自発的	220	23.2%
	<b>合計</b>	<b>948</b>	<b>100%</b>
Y	在宅介護	51	14.6%
	地域介護	66	18.9%
	施設介護	232	66.5%
	<b>合計</b>	<b>349</b>	<b>100%</b>
Z	生活養老	194	46.5%
	文化養老	60	14.4%
	健康養老	163	39.1%
	<b>合計</b>	<b>417</b>	<b>100%</b>

出所：筆者作成

頻度分析の結果は、X 次元には 948 個、Y 次元には 349 個、Z 次元には 417 個となった。高齢者福祉政策について、政策手法の種類、介護方式、高齢者福祉介護サービスの内容、政府介入の度合いなど、様々な方面から客観的に評価し、今後の政策最適化の道筋に理論的な根拠を与えることを貢献できる。

高齢者介護サービスの政策は、様々なタイプの政策ツールからなる多次元的、多面的、多視点的な政策空間である。高齢者介護サービス政策は、ほとんどが組み合わせた形で効用を発揮し、政策制定者、政策制定の目的と環境、政策対象者グループなど多くの変数が高齢者介護サービス政策の組み合わせに影響を与える。この分析フレームワークを使うことで、高齢者介護サービス政策の様々な視点から、異なる政策の意味を解釈し、政策の価値を実現することができる。

以上の分析フレームワークの定量的結果に基づいて、さらに政策文書内容の定性的分析を加えて、中国高齢者福祉介護サービス政策について考察する。

政策手法の分類次元 (X) では、最も多いのは複合的手法で 45.7%と半数近くを占め、次いで強制的手法で 31.1%、最も少ないのは自発的政策手段で 23.2%のみである。強制的政策手法と複合的政策手法の比率は、高齢者福祉介護サービス政策の制定において、政府主導、政策支援、総合計画という指導理念をよく反映しており、政府への依存度が最も低い自発的な政策供給が少ない。例えば、2014 年の「關於推广应用政府和社会资本合作模式有关问题的通知」では、垂範プロジェクトへの資金支援は財務省が行うと明記されており、金融機関が垂範プロジェクトに対して融資や保険などの金融サービスを提供することを奨励・支援するものである。しかし、金融機関に対する具体的な要件はなく、金融リスクに対する政府の責任も明確に区分されていない。これでは、金融機関が民間企業や個人を支援することは不十分であり、政策はスローガンと化してしまう。また、「各レベルの地方財政部門は、自らの財政状況を考慮して、予備費用の補助や垂範プロジェクトの資本補助など、さま

ざまな形で財政支援を行うことができる」と提案されているが、補助の方法、金額などは明確にされていない。各地域の経済水準に大きな差があるため、実施の強弱や補助金の財政投入などの方面への影響は乏しいと思われる。そのため、このような政策設計では政府が民間や市場の積極的な参加を促すことができない。

高齢者介護サービス方式の次元（Y）では、施設介護の政策手法が最も多く、66 高齢者福祉介護サービス方式の次元（Y）では、施設介護の政策手法が最も多く、66.5%を占め、次いで地域介護が 18.9%、在宅介護が 14.6%にとどまっている。これは、中国の高齢者福祉介護サービスに関する現在の政策が、依然として施設での介護サービスに重点を置いていることを示している。

施設介護は本来、特に身体障害者や精神障害者の高齢者にとっては最後の選択肢であるのが望ましく、現在中国政府では在宅介護と地域介護を強力に推進している。しかし、現実には介護サービスの利用に対する基本的な保障、すなわち介護保険制度の確立と実施が欠如しているため、いくら政策があっても、在宅介護と地域介護を推進することはできないのである。また、「關於中央財政支持开展居家和社区养老服务改革试点工作的通知」等の政策文書が導入されている。しかし、その内容は「評価結果が良好で一定の基準を満たした地域には、決済資金に加えてさらに 10%のボーナスを支給する」などという提案にとどまり、評価結果が悪い地域に対する罰則の仕組みは提案されていない。そのため、上海のように経済水準が高く、新しい政策コンセプトがあり、介護サービスも充実している一部の先進都市を除いては、このような状況になっており、国レベルでのケアの「質」と「量」の両立は望めない。したがって、実際の政策制定は、「家庭を基礎とし、地域を頼りにする」という政策理念から少しずれており、この 2 つの面での政策支援の強化が必要と思われる。

高齢者介護サービスの内容の次元（Z）では、政策手法の分布は、高い順に、生活養老 46.5%、健康養老 39.1%、文化養老 14.4%となっている。高齢者福祉介護サービスの重要課題は、やはり生活介護と経済的支援であり、そのために最も多くの政策がとられている。しかし、高齢者向けの補助金だけでなく、中国経済の発展が進み、高齢者の経済力が高まれば、徐々に需要水準が上がってくる。また、近年は“銀髪経済”、つまり高齢者関連産業の育成も重要な課題となっている。医療、介護の組み合わせが提案され、国家は高齢者の健康を非常に重視しており、医療レベルの政策が最も導入されている。娯楽活動、精神的な安らぎレベルの政策供給はやや不十分であり、政策指導をさらに強化することが急務である。

X 次元の細分（表 6-3 参照）では、政府による規制の頻度が強制的政策ツールの中で最も高く、全体の 33.8%を占めているが、公共事業と直接供給は 2.9%と 1.1%に過ぎず、非常に少ない割合である。現在、中国の高齢者福祉介護サービスシステムのメカニズムはまだ健全ではなく、政府がコントロールする政策手法が必要である。分権協力の頻度は複合的政策手法の中で最も高く、全体の 31.6%を占め、政府による規制の割合よりもさらに高くなっている。残りの手法は、政府の補助金（8.1%）、人材育成（6.2%）、税金の調整（3.3%）、サービスのアウトソーシング（1.6%）である。分権的協力には主に公的民間政府が含まれており、高齢者福祉介護サービ



スの供給における主な関係者の機能分担を助長し、高齢者福祉介護サービスの責任は個人、市場、社会によって分担されるが、政府の指導が不十分である。2016 年、国务院は「关于全面开放养老服务市场提升养老服务质量的若干意见」を發表し、「優遇政策の実施と支援を拡大し、高齢者介護サービス業界への参入基準を下げ、社会力量を導入する」と提唱した。申請手続きや決済手続きはかなり簡略化されていると言われている。前述の「关于推广应用政府和社会资本合作模式有关问题的通知」とほぼ同じ内容である。明確な優遇政策がなく、補助金の支援額も決まっていないため、民間企業が介護サービスを供給するインセンティブが小さいという欠点がある。また、自発的政策手段は少なく、「民間市場」で、その割合は7.8%に過ぎない。2019 年 3 月、国务院総局は「高齢者介護サービスの発展促進に関する意見」を發表し、地方では、ボランティアの育成の時間銀行などの手法を検討するよう求められた。高齢化社会の相互扶助の考え方は、ボランティアの貢献に一定の報酬と補償を与える。そのため、社会や市場が継続的に発展する中で、複数の供給主体の熱意を効果的に結集し、政府と協力して高齢者福祉介護サービスシステムをいかに構築するかが、自発的政策ツールの開発と適用の鍵となる。

表 6-3 X 次元の細分の分析

政策手法の種類	二次元	頻度	比率
強制的	政府規制	283	29.8%
	公共事業	27	2.9%
	直接提供	10	1.1%
	<b>合計</b>	<b>320</b>	<b>33.8%</b>
複合的	分権的協力	300	31.6%
	政府補助金	77	8.1%
	税金規制	31	3.3%
	サービスの アウトソーシング	15	1.6%
	人材育成	59	6.2%
	<b>合計</b>	<b>482</b>	<b>50.8%</b>
自発的	個人や家族	19	2.0%
	地域	23	2.4%
	ボランティア組織	30	3.2%
	民間市場	74	7.8%
	<b>合計</b>	<b>146</b>	<b>15.4%</b>

出所：筆者作成

### 6.3.1 X 次元と Y 次元のクロス集計分析（A 面）

高齢者介護サービスの各レベルにおける基本的なタイプの政策ツールの比率をさ

らに明確にするために、X と Y の次元のクロス集計分析を行い、その結果、2 次元の分析が表 6-4 に示されている。

表 6-4 X と Y の次元のクロス集計分析 1

	強制的		複合的		自発的		まとめ	
	頻度	比率	頻度	比率	頻度	比率	頻度	比率
在宅介護	12	23.5%	23	45.1%	16	31.4%	51	100%
地域介護	15	25.4%	23	39.0%	21	35.6%	59	100%
施設介護	77	34.7%	104	46.8%	41	18.5%	222	100%

出所：筆者作成

表 6-5 X と Y の次元のクロス集計分析 2

	在宅介護	地域介護	施設介護
強制的	政府規制	12	12
	公共事業	0	0
	直接提供	0	3
複合的	分権的協力	14	13
	政府補助金	5	4
	税金規制	1	1
	サービスのアウトソーシング	1	2
	人材育成	2	3
自発的	個人や家族	6	1
	地域	6	11
	ボランティア組	1	3
	民間市場	3	6
合計	51	59	222

出所：筆者作成

在宅介護サービスに関する政策では、強制的な政策が 23.5%、複合的な政策が 45.1%、自主的な政策が 31.4%となっている。例えば、2020 年の「関于推動物業サービス企業発展居家養老服務的意見」では、在宅高齢者介護サービスのニーズを踏まえ、地域に密着し、住民に近く、迅速に対応できる不動産管理会社の利点を十分に発揮し、不動産管理会社による在宅介護サービスの実施、介護サービス内容の拡大、介護サービス方法の革新、介護サービス品質の向上を促進・支援することが提案されている。また、不動産管理会社が高齢者向け介護サービスの資金調達ルートを拡大し、高齢者向けサービスの減税や料金引き下げを実施するためのインセンティブを提供する。したがって、在宅介護サービスに関する政府の政策は、強制的な政策という形では明らかに不十分で、ほとんどが支援や奨励という形で民間勢力や介護サ

サービス提供者が、市場の中である程度の重点を置いている。表 6-5<sup>73</sup>と合わせると、強制的な政策は政府の完全なコントロールが反映され、関連する政策は 12 にとどまり、政府の直接提供や公的事業は反映されていない。自発的な政策手段は個人、家族、地域に多く反映されており、この段階の政府の政策は個人、家族、社会が高齢者の在宅介護にもっと責任を持つよう促す傾向があることがわかる。

地域介護サービスに関する政策のうち、25.4%が強制的政策手法、39.0%が複合的な政策手法、35.6%が自発的な政策手法である。2022 年に国务院が発表した「关于“十四五”城乡社区服务体系建设规划的通知」では、「まず、対象となる高齢者世帯に一定の資金補助を行い、高齢者の生活の質と家庭での介護能力を向上させる」とされている。次に、契約した高齢者が医療や医薬品を利用できるよう、近隣の病院と協力し、訪問診療を行う。三つ目は、食品監督部門が申請した後、食事の準備や配達サービスなどを行うことを許可された地域食堂を作ることである。一方、街区町会や地域住民委員会には、それぞれの地域の高齢者介護サービス施設や事業者の品質監督機能が与えられている」ということが明記された。これは、政府が地域レベルでバランスよい手段を用いて規制し、権力を細分化し、地域で供給するという形を中心として、高齢者福祉介護サービスの提供に複数の主体が参加することを強力に政策支援していることを示している。表 6-3 と見比べると、税制の規制手段が適用されていないことがわかる。地域にサービスを提供する中小企業に対して何らかの税制上の優遇措置があれば、サービス提供者のモチベーションが上がり、地域高齢者介護関連産業に注目する事業者が増え、関連産業のサービス範囲の拡大、生産・運営の拡大が可能になるだろう。政府の複合的政策手法の利用が少ないサービスのアウトソーシングは、政府の直接供給を市場にシフトさせ、市場サービスの購入に政府が資金を提供することで、効果的に動員し、市場を活性化させることができる。

施設介護での政策のうち、強制的手法が 34.7%、複合的手法が 46.8%、自発的手法は 18.5%しかない。このことは、施設介護は政策が最も監督管理される介護方式であり、政府が絶対的に支配的で、民間勢力や市場運営型マルチサービス事業者の参加に対する政策の引導が欠如していることを意味する。上記の分析のように、2019 年に公布された「关于明确养老机构免征增值税等政策的通知」により、介護施設の事業者や商業保険会社の付加価値税免除の優遇方針が明確化されても、補助金の額や金融融資の支援制度など一連の方針がまだ決定されていないためである。財政難の中小企業にとって、このコンセッションはあまり魅力的ではない。そのため、市場でイニシアチブを引き出すことが難しく、高齢者福祉介護サービス供給の市場化がより困難になっていることを表している。施設介護の自発的な政策手法の割合が低いのは、中国の市場や社会の発展が不十分であることを反映しており、高齢者福祉介護サービスの提供には、市場や社会の力が発展する余地がまだ多く残されているといえる。

---

<sup>73</sup>クロス集計の数値について、SPSS でクロス集計の検定を行った。各部分の P 値は 0.05 未満であり、統計的に効果であることが証明された。

### 6.3.2 X次元とZ次元のクロス集計分析（B面）

高齢者福祉介護サービスの内容の違いによる基本的な政策ツールの種類の比率をさらに明確にするために、XとZ次元のクロス集計分析を行った結果、表6-6のような2次元の分析結果が得られた。

表 6-6 XとZ次元のクロス集計分析 1

	強制的		複合的		自発的		まとめ	
	頻度	比率	頻度	比率	頻度	比率	頻度	比率
生活養老	59	30.9%	87	45.5%	45	23.6%	191	100%
健康養老	48	29.8%	77	47.8%	6	22.4%	161	100%
文化養老	9	17.6%	21	36.2%	8	48.3%	58	100%

出所：筆者作成

表 6-7 XとZ次元のクロス集計分析 2

		生活養老	健康養老	文化養老
強制的	政府規制	21	24	0
	公共事業	27	16	7
	直接提供	11	8	2
複合的	分権的協力	31	51	9
	政府補助金	34	2	4
	税金規制	13	4	0
	サービスの アウトソーシング	6	7	3
	人材育成	3	13	5
自発的	個人や家族	9	4	19
	地域	12	5	5
	ボランティア組織	5	3	3
	民間市場	19	24	1

出所：筆者作成

生活養老向けの政策のうち、強制的政策手法が 30.9%、複合的政策手法が 45.5%、自発的政策手法は 23.6%を占める。これは、高齢者のケアにおいて、政府が主導的位置にあることを示している。高齢者人口の増加に伴い、政府の財政負担が重くなり、長期的な発展につながらないことを示している。表 6-7 によると、政府は主に複合的政策手法を用いて、補助金による一部民間市場に対する支援も行っている。しかし、自発的政策手法は少なく、高齢者介護における家族の責任と義務に対する認識不足を示すとともに、企業、特に国有企業の従業員に対しては、奉仕精神がある模範となる事績の宣伝と、弱者に対するケアの活動を強化することができる

う。

健康養老向けの政策のうち、29.8%が強制的、47.8%が複合的、22.4%が自発的である。例えば、2015 年に国務院は「關於推進医療衛生与养老服务相结合指导意见的通知」を通達し、医療、介護の一体化により、高齢者は基本的な保健・高齢者介護サービスを楽しむことができる。医療と介護の統合に向けた政策体系、基準、管理体制の確立が求められている。と提言している。そのため、高齢者の医療サービスにおいては政府が支配的であり、自発的政策手法は不十分であることを示している。医療が高齢者介護サービスの重要な一部であり、高齢者の生活に直接関係しており、政府の監督管理が高齢者の権利と利益を守るための重要な条件であるためである。また、例えば、2014 年に教育部が発表した「關於加快推进养老服务業人才培养的意见」では、高齢者介護サービス関連専攻の教育システムの構築を加速し、高齢者介護サービス関連専攻の教育・指導の質を高め、高齢者介護サービス従業員の継続教育を強力に強化し、学生に対して、高齢者介護サービス業への従事指導を積極的に行うなどの四つのポイントで中国の高齢者介護サービス業の発展ニーズに対応できるよう、高品質な高齢者介護サービス人材育成に取り組んでいる。したがって、政府が高齢者介護の専門家を育成し、医療、介護サービスを積極的に充実させることを重視していることが窺える。

文化養老向けの政策のうち、強制的政策手法は 17.6%、複合的政策手法は 36.2%、自発的政策手法は 48.3%を占める。高齢者の感情的・精神的なニーズや文化・娯楽活動については、強制的政策手法が少なく、中国の高齢者の精神的な安らぎは主に社会と市場の自発的な供給に依存しており、政府の関与は不十分であることが示されている。政策ツールはかなりの部分が欠如しており、強制ツールはなく、複合ツールや自発ツールは一部分しか言及されておらず、高齢者の多次元の介護ニーズの高まりに応えることは困難である。高齢者の経済力が向上し、高い能力を持った人が高齢期を迎えるようになると、より高レベルの介護を必要とするようになる。高齢者の精神的な健康やスピリチュアルなニーズの重視、文化的な生活の充実は、次に実施される高齢者政策の重要なトピックである。

### 6.3.3 Y 次元と Z 次元のクロス集計分析（C 面）

高齢者介護の異なる方式における各サービス内容の政策比率を明らかにするために、Y 次元と Z 次元のクロス集計分析を行い、その結果、表 6-8 のような 2 次元の分布が得られた。

表 6-8 Y と Z の次元のクロス集計分析

	在宅介護		地域介護		施設介護	
	度数	百分比	度数	百分比	度数	百分比
生活養老	27	75.0%	27	54.0%	34	31.5%
健康養老	4	11.1%	14	28.0%	66	61.1%
文化養老	5	13.9%	9	18.0%	8	7.4%
合計	36	100%	50	100%	108	100%

出所：筆者作成

在宅での高齢者介護に関する政策のうち、「生活養老」はともに 75.0%、「健康養老」は 11.1%、「文化養老」は 13.9%となっている。これは、在宅介護サービスの政策設計において、生活介護サービスが最も重視されている一方で、健康管理、精神的な快適さは著しく低く評価されていることを示している。地域高齢者介護に関する政策のうち、「生活養老」に関するものが 54.0%、「健康養老」に関するものが 28.0%、「文化養老」に関するものが 18.0%、となっている。地域高齢者介護サービスの設計では、精神的な安らぎに関する政策が特に乏しく、生活介護に重点を置いた政策が多く、次いで健康に関する政策が多い。施設介護に関する政策のうち、「生活養老」に関するものが 31.5%、「健康養老」に関するものが 61.1%、「文化養老」に関するものが 7.4%、となっている。施設介護サービスの設計に関する政策のうち、医療と健康に関する政策が最も多く、生活介護サービスも重視されている、これは医療と介護の統合と公平性の維持を重視する施設介護の属性を反映している。しかし、文化に関する政策は不十分であり、施設介護は現在、高齢者のニーズを高いレベルで満たすことができないことを示している。

介護方式では、施設介護に関する政策が最も多く、在宅介護に関する政策は少ない。これは、中国の高齢者介護政策が依然として施設介護に重点を置いていることを示している。実際の政策制定は、「家庭を基礎とし、地域が支援する」という政策理念から少しずれており、この 2 つの面での政策支援の強化が必要と思われる。

介護内容では、中国が高齢者の健康をより重視し、健康に関する政策が最も充実していることを示している。生活介護と経済的支援という高齢者福祉の重要課題に対しては、既に多くの生活養老政策がとられている。娯楽活動、精神的な安らぎレベルの政策供給はやや不十分であり、政策指導をさらに強化することが急務である。

## 第7章 先進国における高齢者介護サービスシステムの発展から得られる経験

### 7.1 先進国における高齢者介護サービスシステムの発展モデル

#### 7.1.1 介護保険を特徴とする日本モデル

##### (1) 日本における高齢化

日本は1970年に正式に高齢化社会に突入し、2021年日本の総人口は、前年に比べ51万人減少している。一方、65歳以上の高齢者人口は、3640万人と、2020年（3618万人）に比べ22万人増加し、過去最多となった。総人口に占める割合は29.1%と、2020年（28.8%）に比べ0.3ポイント上昇し、過去最高となった<sup>74</sup>。国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、図7-1を見るから、この割合は今後も上昇を続け、65歳以上となる。2040年には、35.3%になると見込まれている。表7-1のように、2021年の高齢者の総人口に占める割合を比較すると、日本（29.1%）は世界で最も高く、次いでイタリア（23.6%）、ポルトガル（23.1%）、フィンランド（23.0%）などとなっている<sup>75</sup>。このように、日本は長期的に高齢者介護を需要されることは明らかである。

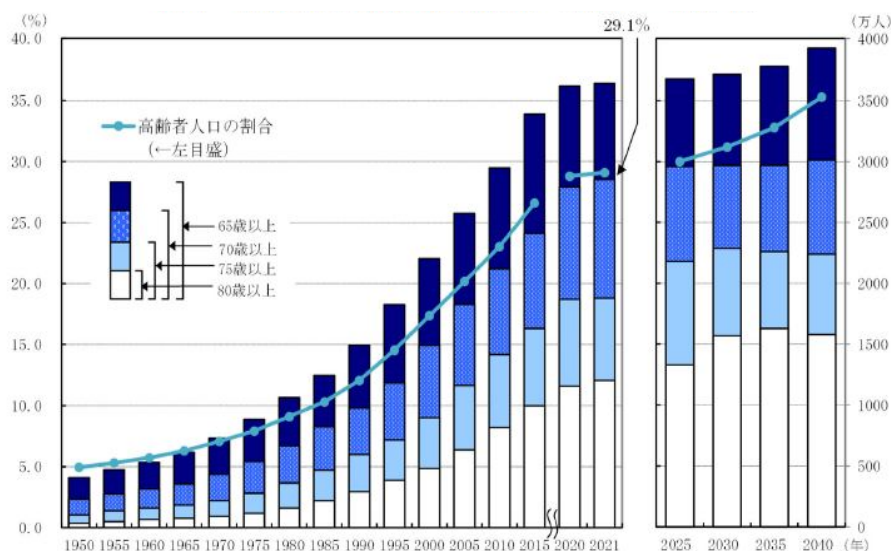


図7-1 高齢者人口及び割合の推移（1950-2040）

出所：総務省統計局. 統計トピックス No. 129 統計.

<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1291.html> (2022/09/16)

<sup>74</sup>日本の65歳以上の高齢者は3,617万人であり、高齢者の割合は世界最大である。天眼ニュース 20200917 <https://mr.baidu.com/r/kHjpd4c2go?f=cp&u=6cd56cafcacd00dc> (2022/09/16)

<sup>75</sup>総務省統計局. 統計トピックス No. 129 統計からみた我が国の高齢者-「敬老の日」にちなんで。 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1291.html> (2022/09/16)

表 7-1 2021 年に高齢者人口の割合（上位 10 カ国）

順位	国・地域	総人口 (万人)	65歳以上人口 (万人)	総人口に占める 65歳以上人口の割合 (%)
1	日本	12522	3640	29.1
2	イタリア	6037	1425	23.6
3	ポルトガル	1017	235	23.1
4	フィンランド	555	127	23.0
5	ギリシャ	1037	235	22.6
6	マルティニーク	37	8	22.3
7	ドイツ	8390	1844	22.0
8	マルタ共和国	44	10	21.8
9	ブルガリア	690	150	21.8
10	クロアチア	408	88	21.7

資料：日本の値は、「人口推計」の 2021 年 9 月 15 日現在、  
他国は、*World Population Prospects: The 2019 Revision* (United Nations) (201 の国及び地域を掲載) における  
将来推計から、2021 年 7 月 1 日現在の推計値を使用

出所：総務省統計局. 統計トピックス No. 129 統計.

<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1291.html> (2022/09/16)

## (2) 日本における高齢者介護政策の変遷

高齢化と高齢者へのプレッシャーに対応するため、日本政府は高齢化以前から高齢者の福祉や高齢者政策に積極的に注目し、高齢者介護サービスの革新的モデルを模索し続けており、いくつかの政策実践やコンセプトはユニークで、一部の国や地域が模範としている。表 7-2 は、日本の高齢者介護サービスに関する主な政策とその導入の背景、各時代の主な施策についてまとめたものである。1963 年の『高齢者福祉法』の制定を皮切りに、日本政府はほぼ 10 年ごとに大規模な高齢者介護政策を導入してきたが、これらの政策の導入は、その時代の経済社会の発展、高齢化の程度、それまでの高齢者介護政策の実施効果などと密接に関係し、結果としてその時代にふさわしい政策コンセプトと実践が行われることになった。

日本の高齢者介護政策の変遷を 2 つの視点から見て理解することができる。社会福祉、高齢者福祉という観点から見ると、日本の高齢者介護政策は、国営の普遍的な高齢者福祉制度を構築しようとする過程から、普遍的な福祉制度の崩壊、そして社会化された高齢者福祉制度の構築という過程を経てきたことが分かる。政策が支援する高齢者介護の種類と形態を見ると、家族介護の支援から施設介護の支援、地域介護の支援、そして最後に多様な介護の支援へと移行していることがわかる。実際、どちらの視点から見ても、日本の高齢者介護政策の進化の大きな特徴は、当初は経済的ニーズや健康上のニーズが中心だったのが、生活上のニーズ、そして精神的・社会的ニーズと、高齢者の複数のニーズに焦点を合わせるようになってきたことである。



表 7-2 日本における高齢者介護サービスに関する背景、各時代の主な施策

時期	高齢者人口比率	主要的政策措置
1960 年代 高齢者福祉政策の始まり	5.7% (1960)	1960 年、『高齢者福祉法』成立 政府は「特別養護高齢者ホーム」の建設に資金を提供し、「高齢者家庭介護ヘルパー」制度を法制化した。
1970 年代 高齢者の医療保険支出の増加	7.1% (1970)	1973 年、70 才以上高齢者向けの無料医療制度
1980 年代 無料医療制度が廃除された 「特別養護高齢者」は社会問題になった	9.1% (1980)	1982 年、『老年医療保険法』成立 高齢者の医療費用は国家、地方公共団体、医療保険制度の保険人が負担する。 1989 年、「ゴールドンプラン」（高齢保健と福祉を推進するための十年戦略）の制定；高齢福祉施設と在宅介護サービスの大規模な拡大；施設ケアから在宅・地域ケアへの移行を促進する。
1990 年代 「ゴールドンプラン」成立	12% (1990)	1994 年、在宅ケアを改善するために「ゴールドンプラン」成立
「介護保険制度」の計画	14.5% (1995)	1996 年、三党合意； 1997 年、『介護保険法』成立
2000 年代 「介護保険制度」の実施	17.3% (2000)	2000 年、『介護保険法』正式実施； 2005 年、『介護保険法』修訂
2010 年代 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する	23% (2010)	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案（平成 26 年 2 月 12 日提出） 地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案（平成 29 年 2 月 7 日提出）
2020 年代 コロナとインフルエンザと伝染病に関する予防と治療	28.8% (2020)	新型コロナウイルス感染症等の影響に対応するための雇用保険法の臨時特例等に関する法律案（令和 2 年 6 月 8 日提出） 予防接種法及び検疫法の一部を改正する法律案（令和 2 年 10 月 27 日提出）

出所：厚生労働省のデータをもとに筆者作成

日本の高齢者在宅介護サービス政策も非常に特徴的で、以下のようにいくつかの段階を経て発展してきた。

第一段階：高齢者住宅の導入。高齢者向け住宅は 1970 年代に登場し、通常の住宅よりも広々とした空間であることが特徴である。高齢者の世話は子供がするものという社会通念があったため、高齢者は子供と同居している場合のみ高齢者向け住宅に申し込むことができると規定し、あくまでも家族の老後を充実させることを目的

とした政策である。

第二段階：居住施設と高齢者介護サービスの統合を模索する。高齢者が自宅を離れ、アパートに移り住むことが多くなると、誰が高齢者を看護するかということが難しくなってきた。1980年代に入ると、政府は高齢者住宅の供給を増やすと同時に、高齢者介護サービスを提供する方法を考え始めた。国土交通省と厚生労働省の共同作業により、新しいプロジェクトやタイプの高齢者住宅が導入され始めている。1987年に始まった「シルバーハウジング」(Silver Housing Project)は、高齢者向けの公営住宅と地域のデイサービスセンター(Regional Day Service Centers)を提供することを目的としたものである。「シルバーハウジング」の後、国営住宅会社が開発する“高齢者住宅”(Senior Citizen Housing)や民間が開発する「老人ホーム」に発展していったのである。その後、高齢者向け住宅市場では、介護住宅以及グループホーム(Group Home)など的高齢者向け集合住宅(Collective Housing For The Elderly)が登場するようになった(大原、2004)。

この時期のもう一つの大きな変化は、高齢者介護の施設化が始まったことである(1989年)。主に当時の農村地域の人口が減少し、小規模な介護施設やデイセンターが大規模な高齢者向けの生活福祉センターに統合されたことが要因である。介護施設とデイセンターの統合は、実際に実現可能であることがわかった。このように、日本における高齢者住宅政策の概念は、高齢者住宅は居住サービスと在宅介護サービスの組み合わせであり、高齢者介護サービスを高齢者住宅政策システムの中にいかに組み込むかが中心的な関心事である、という新しい段階に進んでいるのである。

第三段階は、高齢者向けの住宅・介護サービスの質の向上である。この段階は、住まいに対する高齢者ニーズの満足の高まりと施設介護が家庭的な雰囲気を持っているという2つのレベルで特徴づけられる。住宅の高齢化に関する画期的な出来事は、1995年に日本政府が高齢者全般の生活の質や環境を向上させるための基準として制定しようとした「長寿社会対応住宅設計指針」が発表されたことである。この頃から、建物は十分的な高齢者のニーズを考えるようになり、階数、出入り口の幅、車椅子対応、非常ボタンなど、一般住宅の設計にも多く反映されるようになった。建築デザインにおけるエイジングの精神は、その後、高齢者向けの家具やバス、ストーブなどの生活用品を生産・販売し、高齢者向け商品の市場を発展させることになった。

第四段階：高齢者住宅の市場化。その始まりは、2000年の介護保険法の施行である。高齢者が民間の老人ホームに入居する際にも介護保険制度の恩恵を受けられるようになった結果、それまで国が行っていた高齢者の介護が民間にも手が届く産業となり、高齢者の選択肢も増えたのである。高齢者向け住宅の民間デベロッパーと地方自治体が協力し、自宅での老後はもちろん、訪問サービスや短期訪問介護などの小規模な介護サービスも数多く建設され始めている。現在、日本の高齢者介護サービスは、在宅介護サービス、地域介護サービス、施設介護サービス、介護予防・

日常生活支援総合事業(新しい総合事業)の4つのシステムで構成されている<sup>76</sup>。介護の4つの制度とは在宅介護サービスとは、自宅で生活する高齢者を対象とした、在宅介護サービス(訪問看護、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション指導、訪問療養指導など)、短期介護サービス(デイサービス、短期入所生活介護、短期入所療養介護)などの介護サービスのことを指す。地域密着型サービスは、高齢者を住み慣れた地域でケアすることで、高齢者の生活パターンや家庭の雰囲気、人間関係、周囲の環境を維持し、24時間体制で定期巡回、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、などを受けられるようにするものである。定期巡回介護、随時対応型訪問介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、地域福祉や特定施設入居者生活介護などがある。

### (3) 介護サービスの利用状況

施設介護サービスには、高齢者福祉施設、すなわち高齢者向け介護高齢者福祉施設、介護高齢者保健施設、介護医療院を必要とする高齢者向け療養型医療施設の3種類がある。介護高齢者福祉施設では、ケアプランに沿った入浴、排泄、食事などの介護のほか、リハビリテーションや機能訓練、健康管理、療養上の世話などを行うことができる。介護高齢者保健施設は、病院と家庭の中間に位置する高齢者施設の一つで、病状が安定した高齢者にリハビリテーションや医療を提供する施設である。介護医療院は、長期療養を必要とする高齢者のための場所とサービスを提供する。

日本の予防介護サービスは、ますます増加する健康保険料や介護費用の削減を目的としていることが特徴的である。高齢者への老化防止対策やリハビリテーションの知識、できるだけ自分の力で自立できるように促すこと、在宅介護予防や通所介護予防などの予防サービスを通じて半身不随者の心身の健康を回復させることに重点を置いている。予防介護サービスは、多くの場合、居宅、地域、施設サービスを通じて提供されることに留意することが重要である。

在宅介護サービスは、政策の指針や高齢者の好みにより、高齢者の第一選択肢となっている。在宅介護サービスと地域介護サービスによる介護予防も含めると、厚生労働省によれば(表7-3)、在宅介護サービスの利用割合は2000年以降約70%を維持しており、地域介護サービスの利用割合は近年にやや増加しているが、施設介護サービスの割合はやや減少して、機関投資家向けサービスの比率は若干低下し、現在は約17%程度である。

現在、日本で高齢者が利用できる介護施設は、伝統的な特別養護老人ホームのような国や公的機関から、営利企業が運営する有料老人ホームまで多岐にわたるが、その中でも特に注目されているのが「介護付き有料老人ホーム」である。表7-4は、主な高齢者介護施設の種類とその特徴を示したものである。

---

<sup>76</sup> 社保審-介護給付費分科会. 介護分野をめぐる状況について.

2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000608284.pdf> (2022/09/18)

表 7-3 2020-2022 年に介護サービスを利用人数及び利用率

年度	在宅（介護予防）サービス	地域密着型（介護予防）サービス	施設サービス	合計	在宅（介護予防）サービス利用（%）	地域密着型（介護予防）サービス利用（%）	施設サービス利用（%）
2010	36227672	3170696	10105953	49504321	73.18%	6.40%	20.41%
2011	38286417	3534007	10262818	52083242	73.51%	6.79%	19.70%
2012	40553600	3930868	10488144	54972612	73.77%	7.15%	19.08%
2013	42903473	4243304	10718639	57865416	74.14%	7.33%	18.52%
2014	44921261	4623761	10781039	60326061	74.46%	7.66%	17.87%
2015	46722194	4915104	10939718	62577016	74.66%	7.85%	17.48%
2016	46911066	9242704	11076960	67230730	69.78%	13.75%	16.48%
2017	45177878	10008085	11160578	66346541	68.09%	15.08%	16.82%
2018	44888266	10349411	11289565	66527242	67.47%	15.56%	16.97%
2019	46089971	10584854	11397132	68071957	67.71%	15.55%	16.74%
2020	3975193	888808	960050	5824051	68.25%	15.26%	16.48%
2021	4058383	890525	961753	5910661	68.66%	15.07%	16.27%
2022	4092023	903319	961943	5957285	68.69%	15.16%	16.15%

出所：厚生労働省. 介護保険事業状況報告（年報）をもとに筆者作成

表 7-4 高齢者介護施設の種類と特徴

種類	ホームのポイント	介護・看護・医療体制			費用相場		入居条件							
		介護サービス	看護サービス	医療サービス	入居金 ※1※2	月額利用料 ※1	自立	要支援 1～2	要介護 1～2	要介護 3～5	認知症 軽度	認知症 重度	看取り	入居の しやすさ
民間施設	介護付き 有料老人ホーム	介護度に応じて定額で介護サービスを受けられる。認知症や看取りなど幅広い対応が可能	ホーム内の介護スタッフが行う	ホーム内の看護師が行う	0～580 万円	15.7～28.6 万円	△	△	○	◎	◎	◎	◎	○
	住宅型 有料老人ホーム	入居者に合った介護サービスを選んで利用する。 比較的自立した方が対象	個別にケアプランを作成して介護サービスを受ける	訪問看護を利用	0～21 万円	9.6～16.3 万円	△	○	◎	○	○	△	○	○
	サービス付き高 齢者向け住宅	高齢者向けの賃貸住宅であり、入居時の費用が安い。 安否確認や食事の提供も行つ		協力医療機関からの 往診・通院	0～20.4 万円	11.8～19.5 万円	○	◎	◎	○	○	△	△	○
	グループホーム	認知症の方専門の施設。 入居者対象は同一市区町村に住民票がある方		看護師がいない 場合がほとんど	0～15.8 万円	10～14.3 万円	×	△ ※3	○	○	◎	◎	△	△
公的施設	ケアハウス	低所得で独居生活の高齢者を対象とした施設。 「一般型・介護型」の2つがある			0～30 万円	9.2～13.1 万円	○	○	△	△	△	×	×	△
	特別養護 老人ホーム	要介護3以上の方が入居対象で、費用が安い。 待機時間が長い	ホーム内の介護スタッフが 行う	ホーム内の 看護師が行う	なし	8.8～12.9 万円	×	×	×	◎	○	○	○	×
	介護老人 保健施設	在宅復帰を目的とした リハビリを行う施設			なし	7.6～13.4 万円	×	×	○	○	○	○	○	△
	介護医療院 （介護療養型医療施設）	長期的な医療サービス を必要とする方向けの施設		ホーム内の医療 スタッフ（医師など） が行う	なし	7.6～13 万円	×	×	△	○	○	○	◎	△

※1 「最も安い価格帯、最も高い価格帯のそれぞれ2割を除外した残りの6割」を主な価格帯として算出

※2 敷金礼金を含む

※3 要支援2から

◎ 充実した対応

○ 受け入れ可

△ 施設によって受け入れ可

× 受け入れ不可

出所：老人ホーム検索サイト. <https://www.minnanokaigo.com/guide/type/>  
(2022/09/18)

民間高齢者福祉施設の運営費の約 1 割は入居者からの支払いで、残りの 9 割は各都道府県に設置されている国民健康保険組合への申請で得ており、国民健康保険から支払われる分は、保険者として市町村や特別区行政から得ているのが一般的である。もちろん、有料の一部高級機関の主な財源はユーザーからのものである。高齢者介護サービスの利用者から見ると、低所得者が施設介護を受ける場合、通常、医療・介護費に基づき自己負担の上限を設定することで、食費や居住費の軽減を受けることができる。この制度は、介護事業者のコストを削減することで、要介護者の家族が実質的にコストを負担しないようにするためのものである。このため、要介護者は介護保険に加入していなければならない、さらに要介護者が直接介護事業者に出向いて介護サービスを受けることはできない。要介護者が高齢者介護サービス事業者からサービスを受け、入所するためには、保険者に申請し、保険者の承認と許可を得る必要がある。

#### (4) 日本における施設介護サービスの品質評価制度

日本における高齢者介護サービスの評価の始まりは前世紀末に遡り、「ゴールドプラン」の遂行によって高齢者介護サービスが急速に発展してきた。1951 年に公表された『社会福祉法（第 78 条）』では、評価制度という考え方も出てきた。『介護保険法第 5 章（第 115 条第 35 号～第 44 号）』により、評価の対象・内容、政府の責任分担、評価機関の評価プロセスなどを定めている。日本は、外部評価の情報公開の仕組みや高齢者施設介護サービスの全国ネットワーク化により、サービス利用者のサービス品質に対する理解度が大幅に向上し、サービス評価のフィードバックも充実してきた。これまで、全国統一の評価制度が設けられ、複数の主体が参加する評価制度が形成された。

日本では介護サービスの分野によって評価制度が異なるため、担当する政府機関も異なる。各々の評価制度は、介護サービスの事業者が提供するサービスの問題点を洗い出し、従業員が福祉・介護関係各法や個人情報保護法などの法令を遵守することを促す。また、サービスの継続的改善を促進し、そして結果を公表することで利用者が信頼できるサービス選択を支援する（表 7-5 参照）。

日本における介護サービスの品質評価は、常に「利用者本位」という一つの核となる考え方を堅持しており、自己評価、利用者評価、外部の第三者評価の三つがある。自己評価は介護サービス事業者が自らの問題点を評価し、介護サービス品質を向上させるチャンスである。近年、徐々に重要性を増している「第三者評価」は、主に専門の評価機関によって実施されている。第三者機関の選定には政府の厳しい規制があり、実施機関には認定された審査員が必要で、審査員には厳しい研修制度があり、審査要件を満たした機関のみが審査を請け負うことができる。第三者評価は、評価の客観性や専門性を大きく高めることができ、その結果は、介護サービスの質の向上に決定的な影響を与えることがある。利用者評価は顧客満足度調査とも呼ばれ、利用者からのフィードバックを通じてサービスの質を検証するものである。

三つの主体の関係を図 7-2 に示す。

表 7-5 各評価の比較

		介護サービス評価	介護サービス第三者評価
効果		<u>事業所</u> 客観的な情報を提供できる。 他の事業所の取組みを参考にできる。 <u>利用者</u> 事業所の介護サービス情報を知ることができる。 事業所の比較検討ができる	<u>事業所</u> 課題を把握できる。 評価機関から客観的な助言を受けられる。 サービスの質を向上させることができる。 <u>利用者</u> 事業所のサービスの質を知ることができる。 質の高いサービスを受けられる。
評価項目の策定・管理		公益社団法人かながわ福祉サービス振興会	社会福祉協議会
評価対象サービス		介護サービス（13 サービス） 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、地域密着型通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、介護高齢者福祉施設、介護高齢者保健施設、認知症対応型通所介護	高齢分野（介護高齢者福祉施設、介護高齢者保健施設等） 障害分野（障害福祉施設） 児童分野（保育所）
評価機関		1 機関 かながわ福祉サービス振興会	17 機関
事業所調査	資料調査	自己評価項目による調査を実施（WEB システムを利用）	自己評価項目による調査を実施
	訪問調査	実施せず	2 名の調査員により、数日間の訪問調査を実施
利用者調査		利用者や家族に対してアンケート調査を実施する。利用者の生の声を事業所にフィードバックできることが特徴。	アンケート調査と利用者へのヒアリングを実施する。評価結果報告書に利用者評価結果を盛り込む。
評価受審料		27000 円～	30 万～60 万程度

出所：厚生労働省（2004）「第 9 回社会保障審議会介護保険部会資料 3」を基に筆者作成

図 7-3 は、日本の施設における高齢者介護サービスの品質評価プロセスをより明確にしたものである。介護サービス事業者がまず自己評価フォームに記入し、評価機関に提出すると、評価機関は自己評価に基づくサービス提供状況を確認し、疑問

点についてはフィードバックを行い、第三者評価の準備に入る。第三者による評価では、調査の真実性を保証し、より包括的なものであることを確認するため、より良いコミュニケーションが求められる。第三者評価の終了後、評価検討会を開催する必要がある。最後に、評価機関は結果報告書を評価機関のホームページで公開するとともに、専用の情報公開サイトでも公開し、サービス利用者に高齢者介護サービス事業者のサービス品質に関する十分な情報を提供できるようにする。

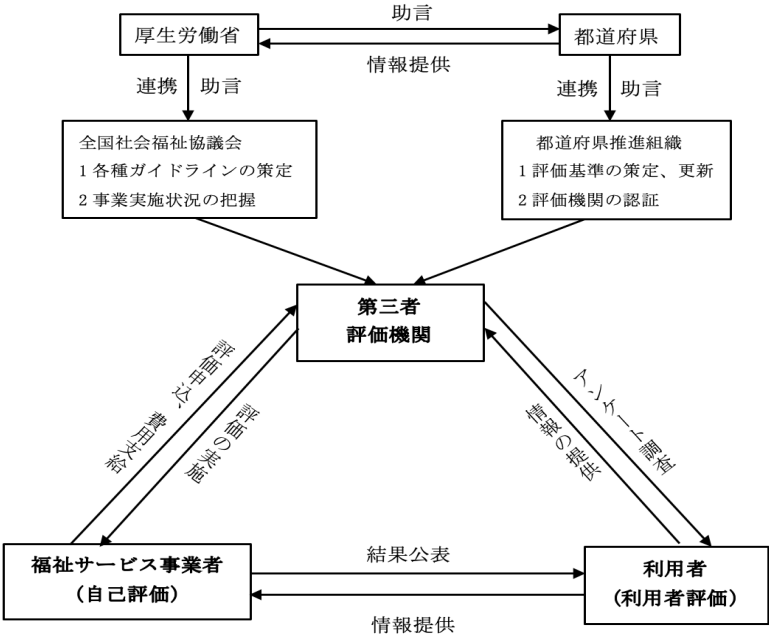


図 7-2 評価主体の関係  
出所：筆者作成

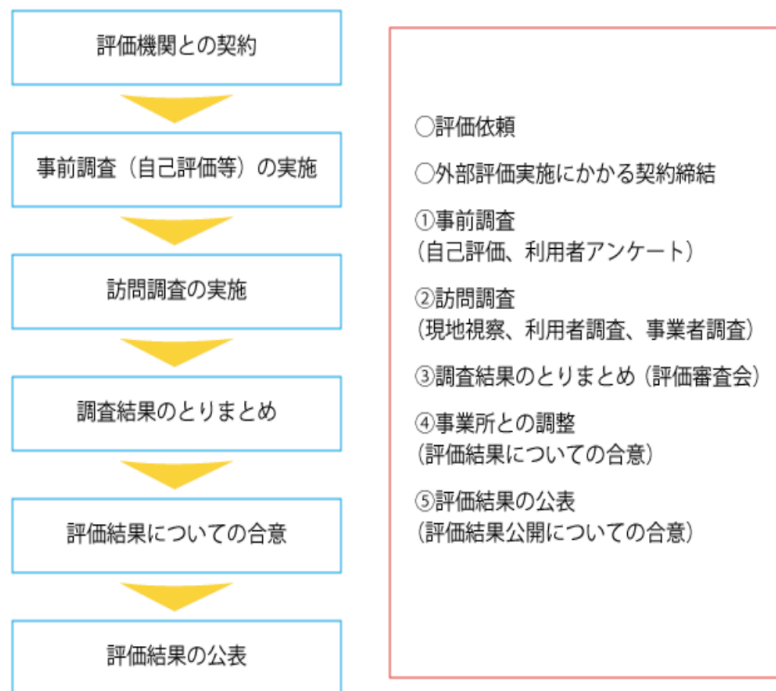


図 7-3 外部からの第三者評価の流れ

出所：かながわ介護福祉辞典

<https://houkatsu.rakuraku.or.jp/hyouka/type/>（2022/10/21）

#### (5) 介護保険制度の発展

日本における高齢者施設の急速な発展は、主に日本独自の介護保険制度に起因している。日本では、健康保険、年金保険、雇用保険、労働災害保険に加え、介護保険が 5 番目の社会保険として位置づけられている。食事・生活支援、家事代行など、「介護」と「看護」の中間に位置するケアワークの体系である。この制度の目的は、高齢者の生活の質を確保するための介護サービスを提供することである。第一に、要介護者の身の回りの世話をするだけでなく、高齢者の自立を支援・援助するという理念に基づいていること、第二に、高齢者のニーズや選択に応じて、保健・医療・福祉のニーズに対応した多様な介護を提供するという利用者本位の運営である（聶、2014）。

介護保険制度には、被保険者（加入者）、保険者（保険の対象者）、介護事業者の三つの要素とその関係に着目し、制度の仕組みを解説している。介護保険制度の被保険者には、65 歳以上が「第 1 号被保険者」、40～64 歳が「第 2 号被保険者」の 2 つの区分があり、「第 1 号被保険者」と「第 2 号被保険者」の 2 つの被保険者がいる。介護保険サービスは、原則として第 1 号被保険者となる 65 歳以降にしか利用できない。ただし、65 歳未満の第 2 号被保険者で、早期認知症や脳血管障害など 15 疾病に該当する場合は、介護保険も適用される。介護保険の運営を担う市町村と東京都 23 区特別区自治体であり、国や都道府県、市町村は資金拠出のみを行い、介護保険制度の実施には責任を持っていない。この制度における介護サービスの主な提供者は、



地方公共団体、社会福祉法人、医療機関、営利企業、非営利組織（NPO）などである。保険料を納めた高齢者が介護保険サービスを利用する場合は、市町村などの自治体（保険者）に申請する必要がある。資格確認をして初めて介護サービス事業者によるサービス提供が可能となり、利用者の負担は 1 割で、残りの 9 割を保険者が負担することになります。保険会社の負担は、国税と被保険者の保険料がそれぞれ 50% を占め、国税が 25%、都道府県が 12.5%、市町村が 12.5% を占めている。保険料の構成は、第 1 号被保険者が年金から直接納付 90% (90%\*20%)、無年金者が地方自治体に納付 10% (10%\*20%)、第 2 号被保険者が介護保険基金として社会保険料から直接納付 (30%) という 2 種類の被保険者からの納付で構成されている<sup>77</sup>。

被保険者が受けられる介護保険の形態は、アセスメントの結果によって認定される。介護保険法における要支援と要介護の定義には、表 7-6 ように示す。その結果、自立、要支援、要介護の順に低から高に分類され、表 7-7 ように、要支援はレベル 1～2、要介護はレベル 1～5 に分類された。自立と判定された方は介護保険サービスを受けることはできない。要支援と判定された方は主に介護予防サービス（地域サービスも含む）を受けられるが、施設サービスは受けられない。要介護と判定された方はそのレベルやニーズに応じて施設介護サービス、在宅介護サービス、地域介護サービスのいずれかを受けることができる。上記のサービスレベルに応じて、介護保険では、要支援者は予防給付、要介護者は介護給付を受けるが、要支援・要介護者は被保険者の身体状況の悪化を防ぐために、市町村行政から特別給付を受けるという 3 種類の給付がある<sup>78</sup>。

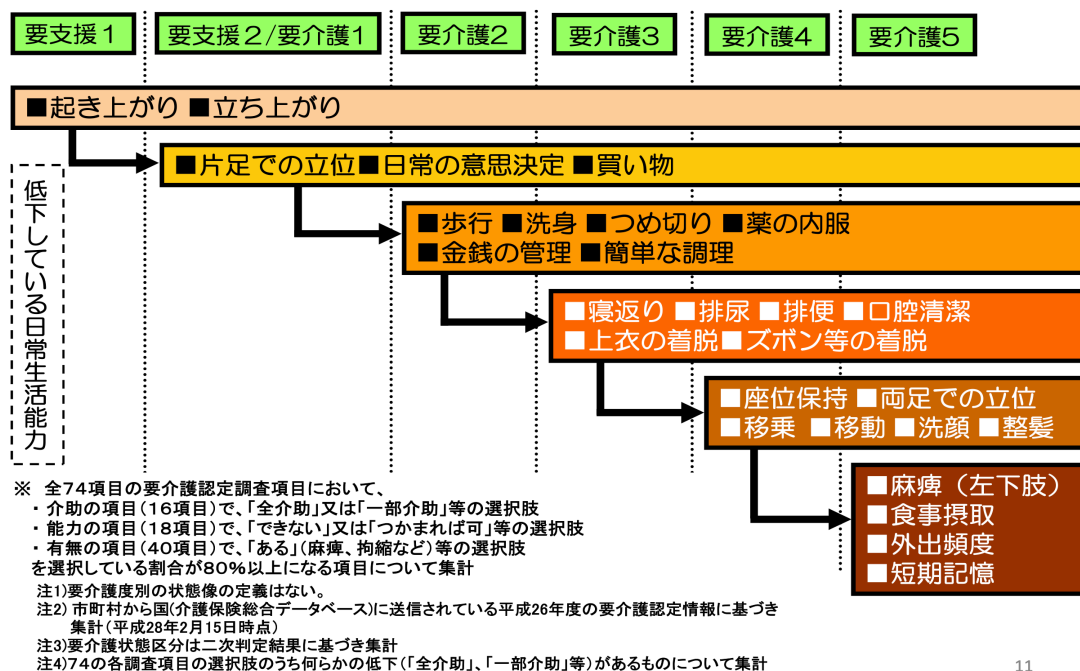
---

<sup>77</sup>厚生労働省老健局（2021）. 介護保険制度の概要.

<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> (2022/11/13)

<sup>78</sup>ベネッセスタイルケア. はじめての介護のヒント. 2021. 12. 22

<https://kaigo.benesse-style-care.co.jp/article/knowledge/beginner/shienkaigo> (2022/11/13)



11

図 7-4 要支援状態および要介護状態のめやす

出所：厚生労働省. 要介護認定の仕組みと手順.

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000->

Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000126240.pdf (2022/11/13)

要支援状態および要介護状態の分析（図 7-4 参照）から、不動産分野が急速に発展したのは、介護保険制度が在宅、地域、施設の介護サービスを保険制度に組み込んでいるため、被保険者がその恩恵を受けられ、さまざまな形態の高齢者介護を選択、消費する経済的インセンティブを与えているからだといえるだろう。時間の経過とともにいくつかの問題が生じたかもしれないが、これらは致命的な欠陥ではなく、より良い制度設計によって改善される可能性がある。

## 7.1.2 高度に市場化された米国モデル

米国は、高齢者介護サービスの供給が市場原理に基づいており、社会福祉の供給における政府の責任は、市場の不在を補完するだけのものであるという典型的な国である。高齢者介護サービスの供給は、需要主導型、個別対応型、市場主導型であり、製品やサービスは市場によって提供される。米国では、公的な高齢者施設の割合はわずか 7%、営利目的の施設の割合は 66%、非営利目的の施設の割合は 27%となっている。政府は、高齢者介護施設への参入、監督、検査、評価の面で多くのことを行ってきた。法規制の策定、厳格な市場参入基準、統一されたサービス基準を通じて、政府は高齢者介護サービスを規制し、高齢者介護サービス市場の発展を確保している。資金面では、米国政府は合理的な組織構造を持ち、評判の良い非営利団体にしか補助金を出さない。低所得の高齢者に対しては、政府がサービスを購入したり、クーポン券を発行したりする形でニーズに応えている。

米国の様々なタイプの高齢者介護サービスの中でも、地域型の高齢者介護サービスは最も成熟しており、長年の探求と発展を経て、米国では在宅型介護、地域型介護、施設型介護、プロの看護師などの様々なモデルを組み合わせた全面的な高齢者介護サービスシステムを形成している。地域型介護は、医療の程度に応じて、生活自立型、生活協力型、特殊介護型、継続介護型地域の 4 つのカテゴリーに大別される。前の三つの地域型介護は、高齢者の身体的状態や介護能力によって分類され、それぞれの地域は、高齢者の日常生活上のニーズと介護ニーズを満たすように構成されている。特に、特殊介護型地域では、専門の看護スタッフや医師が常駐し、さまざまな介護・医療サービスを提供している。

### (1) CCRC モデルの発展

CCRC (Continuing Care Retirement Community) とは、定年退職した高齢者に持続的な介護サービスを提供するコミュニティのことで、高齢者には、住居、生活サービス、ヘルスケアサービスなど、さまざまなニーズに合わせたシニア介護サービスが提供される。生活、レジャー・レクリエーション、レクリエーション・ヘルスケアサービスなど、さまざまな機能を統合したコミュニティとしている。あらゆる年齢層の高齢者のニーズを十分に満たすことができる。CCRC は、米国では主流介護モデルとなっており、非常に高いレベルで発展している。

米国では、高齢者に便利で住みやすく快適な生活環境を提供するため、シニア・リビング・コミュニティの立地は、主に交通の便が良く、生態環境が良く、地価の安い郊外にあり、周囲の支援サービスや施設も申し分ない。例えば、米国の典型的なリタイアメント・コミュニティであるオーククレストは、市の中心部から 1 時間の郊外にあり、周囲には公園、レストラン、ショッピング、娯楽などの施設がある。機能とサービスの面では、米国の CCRC は機能が豊富である。米国の CCRC の機能は、基本的な生活、レジャー・娯楽、ヘルスケアの 3 種類に分けられる。基本的な生活機能には、レストラン、コンビニエンスストア、美容院などがあり、レジャー・娯楽機能には、シニア大学、チェス・トランプ会場、スポーツ会場、ジムなどがあり、ヘルスケア機能には、健康管理センター、医療事務所、老人ホーム、リハビリテーション、医療ケアなどがあり、高齢者の生活の質の向上に重点を置いている。例えば、米国アリゾナ州フェニックスのサンシティ・コミュニティは、さまざまな年齢の高齢者のために、活力セルフケアエリア、継続ケアリタイアメントエリア、アシステッドリタイアメントエリア、専門看護ケア、特別看護ケアサービスを設けると同時に、ゴルフ場、競馬場、図書館、ショッピングモール、レストラン、コミュニティ銀行、薬局、ゲストハウスなど、生活、レクリエーション、余暇をサポートする施設を完備している。

### (2) 年金制度の完備

運営形態という点では、米国は成熟したビジネスモデルを形成しておる。第一は、デベロッパーが高齢者向け住宅を建設・販売し、レクリエーション・サービスの機

能の一部を提供し、主に財産権の売却によって利益を得る方式であり、デル・ウェブ社が開発したサンシティなどがこれにあたる。このモデルは、開発サイクルが長く、投入コストが高く、収益性が難しいヘビー・アセット・モデルである。第二は、賃貸モデル、すなわち、賃貸権と介護サービスを提供し、住居と介護サービスの賃貸料を徴収することで利益を実現するモデルであり、ブルックデール社が運営するコミュニティのように、そのほとんどが会員制モデルを採用している。これは収益リスクの低い資産軽量モデルだが、人件費や減価償却費とのバランスを取る必要がある。第三 REITs モデルである。これは、不動産投資信託 (REITs) が自社所有の不動産を事業者 に一定の賃貸料で貸し出し、事業者が運営・維持費を負担するネットリースモデルに基づくもので、REIT はコミュニティに対して低コストの資本を提供し、後者はコミュニティに対して長期的に安定したリターンを提供する。このモデルは低リスク、高利回りであり、持続可能な発展の可能性を高めている。国内市場と海外市場の両方をカバーする多様で広範な財務管理、一般個人や企業当局がファンドへの投資を自ら決定できることで、金融セクターにも活力が注入されること、特別な状況下での早期引き出しを可能にする柔軟かつ多様なファンドの引き出し方法の採用などである。2014 年以降、米国では第二の柱である年金基金が年金の主要な供給源となっており、年金全体の 40%以上、総額 10 兆ドルを占めている。米国の年金制度の第 3 の柱は、個人退職口座 (IRA) の設立と改善である。IRA は、政府の財政的支援を受けながら、個人が実際のニーズに応じて自発的に加入を選択できる。この制度の特徴は、個人のために特別な口座を設け、市場の経験や好みに応じて投資できることである。数十年の間に、米国では 40%以上の世帯が少なくとも 1 つの IRA を保有しており、約 32.5%の世帯が Traditional IRA を、16.8%の世帯が ロート Roth IRA (年齢制限なし) を保有している。

第 1 の柱である連邦基礎年金基金 ((Federal Old-Age Survivors Insurance And Disability Insurance Trust Funds)、すなわち連邦高齢・遺族保険・障害保険信託基金 (OASDI) は、政府主導の強制的な社会年金制度であり、連邦政府は強制的に社会保障税を徴収している。連邦政府は社会保障税を徴収し、1990 年以降は 12.4%という低い拠出率を維持しており、被雇用者と雇用者はそれぞれ 6.2%を拠出している。連邦基礎年金基金 (FBPF) は、米国の退職者の 95%をカバーしているが、代替率は低く、公民が退職時に受け取る基礎年金の水準と退職前の賃金収入の水準との比率は約 40%である。連邦基礎年金基金の主な目的は、高齢者の基本的ニーズを維持し、老後の貧困を減らすことである。連邦社会保障院 (IPSS) は、年金の実質的な購買力を維持するため、被保険者が受け取る年金を毎年、その年の物価指数に従って調整する。

退職後の生活の質を高める補足年金制度。第 2 の柱は、適格従業員年金制度即伝統的年金制度 (401K プラン)、税額控除年金制度 (403B プラン)、州および地方自治体の適格繰延報酬制度 (457B プラン)、連邦従業員貯蓄制度 (Federal Thrift Savings Plan、TSP) を含む雇用主主催の年金制度である。401K プラン、TSP プランは第 2 の柱である。第 3 の柱である個人退職口座 (Individual Retirement Account、

IRA) は、個人が責任を持って任意に加入する個人貯蓄・年金保険制度である。第 2 と第 3 の柱である年金制度は、米国の補足的年金保障制度を構成するもので、市場に基づく任意制度であり、普及率は非常に高く、平均社会的代替率は 50%以上である。

補足的な年金制度は基礎年金よりも柔軟性が高く、代表的なものに 401K プラン、TSP プラン、個人退職口座がある。401K プランに参加する従業員は、自分の状況に応じて拠出額を決定し、会社は同じ口座に一定割合を拠出し、口座に拠出された金額とその資金の運用方法に応じて給付が行われる。TSP プランは 401K プランの政府版とされ、その管理運営方法は 401K プランと同様である。同プランの加入者は連邦政府の職員であり、比較的收入が高く安定している。連邦政府職員の退職後の生活の質の高さを十分に保証できる。個人退職年金口座 (IRA) は最も柔軟性が高く、制度加入者が自己管理する。70.5 歳未満の個人であれば、金融機関で IRA を設立し、毎年自分で拠出することができる。

### (3) 評価制度の導入

介護サービスの質を向上させるために、米国では施設に入所する高齢者を評価することを義務付ける RAI (Resident Assessment Instrument) を採用している。高齢者のニーズを把握し、介護プランを作成することで、高齢者介護の質を向上させる。評価の内容は、主治医、看護スタッフ (看護師、看護補助員)、ソーシャルワーカー、セラピスト (理学療法士、言語聴覚士)、運動専門家からなる学際的なチームによって行われ、タイムリーな介護プランの作成を監督する。

## 7.2 先進国の経験

### 7.2.1 高齢者介護サービスの主体責任の明確化

米国、日本では、高齢化社会に突入した後、高齢者介護サービスの主要な参加主体の責任が明確に分担されている。家庭、地域、施設における高齢者介護サービスの提供は、非常に市場志向が強く、営利団体や非営利団体が高齢者介護サービスの直接の供給者として活動している。一方、政府は、法律や法規の策定、基準の設定、審査や監督管理、財政支援、高齢者介護サービスの供給主体の監督管理などに主要な責任を担っている。米国では、高齢者が必要とする多面的な高齢者介護サービスを提供するために、さまざまな種類の介護施設が設立されている。イギリスでは、政府の役割は、法律や政策の策定者、サービスの購入者、監督者として位置づけられている。ドイツでは、政府の高齢者介護サービスに対する責任はより限定されている。政府は、家族が高齢者介護サービスを提供できない場合にのみ介入する一方で、家族による介護を奨励し、在宅介護を行う家族介護者には一定の経済的補償を行う。日本政府の主な責任は、政策や法規を継続的に更新・修正し、高齢者介護提供の主体を規制し、人材を育成することであり、高齢者介護サービスの提供には、

営利・非営利団体、企業、家庭が責任を負う。合理的な分業により、日本の高齢者介護サービスシステムは発展してきた。

Maslon (1943) の自己実現理論によれば、高齢者介護サービスに対する高齢者のニーズは、「生存的なニーズ」、「普遍的なニーズ」、「贅沢的なニーズ」の三つのレベルによって、低いニーズから高いニーズまで分類することができる。政府の責任は、高齢者介護サービスの種類によって異なる。生存を目的とした基本的なニーズが満たされない場合、政府は国民の生存権を保証する責任がある。政府は、都市部や農村部で困難な生活を強いられている高齢者に対して、公共福祉施設の建設、高齢者介護サービスの購入、養老補助金の支給などの無償サービスを提供している。高齢者の普遍的なニーズについては、政府による高齢者介護サービスの購入と国の財政補助の提供を通じて、政府には限定的な責任がある。高齢者の贅沢なニーズに、高齢者介護サービスの性質は、政府による供給から、政府の責任によらず、基本的には個人が高齢者介護サービス市場から購入することに依存する私的商品へと変化してきた。

## 7.2.2 完全な法制システム

先進国では、高齢者介護サービスを発展させる過程で、高齢者のニーズを出発点とし、市場や様々な社会的主体が高齢者介護サービスシステムの構築に参加するように、立法や制度構築を通じて適切に指導してきた。1960年代、米国は高齢者関連の法律を模索し始め、高齢者介護サービスシステムの構築に密接に関連する市場参入、サービス基準、監督管理に関する法規や制度を公布・施行した。日本の高齢者関連の立法は、介護、保健、高齢者福祉、人材育成など、福祉のすべての方面を網羅している。

同様に、先進国では、システムの調整や改革は、法律に基づいて行われる必要がある。高齢者福祉制度は、立法によって法的地位を与えられているため、政策の実施は法律に基づいて行うことができる。先進国の経験から、高齢者向けのあらゆる種類のサービスが適切なシステムに支えられていることは明らかである。中国は、生活の介護、高齢者の精神的安らぎ、長期介護保険、高齢者の就職などの分野で、制度の確立と完備を引き続き強化すべきである。

## 7.2.3 専門的なサービスの供給チャネル

中国では高齢者の数が多く、高齢化の程度と経済発展のバランスが取れていないことから、在宅介護サービスをベースとした高齢者介護サービスシステムを構築する方向性が当初から打ち出されていた。高齢者が自宅で行うサービスの多くは生活介護が中心であり、これらのサービスは技術的にもそれほど高度なものではないため、供給主体に多くを要求することはない。日本の在宅介護サービスは隣人同士の相互扶助を励ましており、これは中国の農村部における地域の相互扶助モデルに似

ている。日本のより成熟した在宅介護モデルは、中国の農村部における地域の在宅介護を発展させるために利用することができ、家族に頼ることで低コストで農村部の総合的な高齢者介護サービスシステムを構築することができる。

高齢者にとって比較的恵まれた環境にある都市部の地域では、地域高齢者介護サービスの発展を促進するために、既存の地域ネットワークの活用、高齢者の自発性の発揮、高齢者の社会組織の育成、多面的なパートナーシップの構築、サービス提供チャネルの拡大などが必要である。地域の高齢者介護サービスの供給に科学技術を加え、現代の情報技術を駆使し、専門機関に頼って地域の情報プラットフォームを構築することで、高齢者が必要とする高齢者介護サービスを得ることがより便利になる。先進国の高齢者介護サービスシステムに学びつつ、中国の発展の違いを組み合わせ、家族、市場、地域、民間機関の参加を得て、高齢者介護サービスの提供チャネルを多様な方向に発展させていく必要がある。

高齢者介護サービスを効率的に提供するには、プロのサービス人材のチームにかかっている。先進国では、高齢者介護サービスの従業員は、専門的な訓練を受けるだけでなく、厳しい資格試験や認定に合格する必要がある、政府の財政投資も比較的大きい。一方、中国では、高齢者介護サービスの専門家養成システムやキャリア保障の仕組みがまだ確立されておらず、人材育成の望ましくない問題が存在しており、深刻な高齢化と高齢者介護サービスの需要の増加に直面して、この状況を逆転させることが急務となっている。

## 7.2.4 健全な多段階保険制度の確立

持続的な改革と調整を経て、中国の多段階保険制度は形が整ってきたが、国家高齢者保障制度、企業高齢者保障制度、個人貯蓄養老金の発展は不均一である。国家養老保険は政府から大きな注目と宣伝を受けており、その結果、加入者数が多く、制度がよく整備され、十分な財源が確保され、適用範囲も広い。しかし、他の2つの制度の発展は遅れている。中国の高齢者保障制度は、政府の財政負担を軽減するために、政府の責任と市場の規制を組み合わせ、企業保障制度と個人貯蓄の発展に努めるべきである。同時に、中国政府の各部門は、短期的な利益だけでなく長期的な利益も確保できるように年金基金を管理すべきである。長期戦略的積立基金として、年金基金は長期投資をさらに増やし、短期投資の割合を減らし、そして年金基金の投資経路を革新すべきである。

近年、中国の養老保険加入者数はある程度増加しているものの、養老保険のカバー率はまだ比較的低い水準にあり、養老保険への全面的な加入を促すための広報やインセンティブ・メカニズムはまだ改善する必要がある。したがって、政府は高齢者福祉政策の適用範囲を拡大すると同時に、財政補助を通じて保険料を適切に引き下げ、第2、第3の柱の発展のための余地を確保する必要がある。第2の柱については、政府は税制上の優遇措置を採用し、国内企業による企業年金制度の設立を奨励するための支援政策を策定する必要がある。第3の柱については、個人年金口座の

設立と普及を加速させ、高齢者が多様な年金商品を選択することを励ます必要がある。

## 7.2.5 効果的な監督管理と介護サービス評価制度の改善

### (1) 高齢者向け施設介護サービスの品質基準について

近年、高齢者施設介護の評価基準について、中国民政部が発行するサービス基準などの政策をはじめ、地方自治体からも多く策定され、提案されている。一方では、政策はあるものの、実際には実行されていない場合もある。今の主な課題は、設定された基準が現実と合致していないことにあると思われる。

中国では、1980年代半ばから高齢者介護サービスの社会化が始まっているが、未だ道半ばであることから企業や社会組織に適用可能で実用的なサービス基準を早急に確立することが重要である。また、中国の経済発展や施設介護の発展度合いに応じて、地域の状況に応じた具体的な評価項目を策定して、適時、評価指標を調整することが重要となる。

### (2) 評価機関の選定と評価者の育成について

高齢者向け施設介護サービスの品質基準を設定する必要があることに加え、基準に基づいた評価を確実に実施するために、専門的な評価機関や評価者を確保する必要がある。中国の多くの地域では、第三者評価機関は独立した機関ではなく、人選も恣意的である。日本では、様々なレベルで承認された評価機関が政府から独立しており、多くの場合、専門の評価機関として、その内部のスタッフは適切な資格を取得することが要求される。この点で、中国政府は、専門の研究者や経験豊富な実務家からなる評価機関の設立を奨励するなど、専門的な評価機関への支援を強化し、注力する必要がある。同時に、政府は評価者の定期的な研修を段階的に整備し、従業員の専門性を高め、業務に関する基準を策定し、定期的に専門技能資格審査を実施すべきである。

### (3) 情報開示制度について

日本は、全国的な情報公開制度があり、第三者評価機関の評価結果をホームページで公開している。同時に、ウェブサイトオープンにし、地域コミュニティ支援センターを通じて情報を発信することで、利用者のニーズに合ったサービス事業者を選択できるようにしている。現在、中国では介護施設の事業者は多数存在し、そのサービスの対象も内容も異なる。早急に情報開示・共有の仕組みを確立し、施設における高齢者介護サービスの水準に関する情報を閲覧できる全国的なサイトを開設する必要がある。中国の一部地域では、地域の高齢者施設の品質評価後にその結果を自治体の公式サイトで公開しているが、利用者に知られていないことが多く、また内容も格付けにとどまるものが多い。



## 第8章 結論と提言

### 8.1 結論

#### 8.1.1 課題の特質

本論文では、主に介護サービスに関する政策・制度、介護方式、サービス内容の三つの側面から、中国高齢者介護サービスシステムの現状と問題点を把握する。さらに政策分析フレームワークを用いて、政府関与の強さ、介護サービスの供給方式とサービス内容から、中国における介護サービスの社会化の実践が困難である原因を分析する。その上で先進国における介護サービス発展の経験を踏まえて、中国の介護サービスシステムの改善に向けた対策を提案する。高齢者介護サービスシステム全体についての研究は少なく、高齢者介護サービスシステムの特定の要素に焦点を当てた分析が多いことがわかる。その意味では、今正に制度構築の途上にある改革開放政策実施の真骨頂たる漸進主義的手法に基づいて進められている、高齢者介護サービスシステムについての現状、課題、対応策の提言を試みる。本論文の学術的貢献は推して知るべしである。

本論文では、目的に基づき、中国の高齢者介護サービスシステムについて四つのステップで研究を進めた。本論文の主な結論は以下の通りである。

(1) 高齢者介護サービスシステムの分析フレームワークを考察した。中国の高齢者介護サービスシステムは、政策・制度、介護方式、サービス内容の三つの側面に分けられる。政策・制度は、法律と政策、高齢者向けの保障制度、監督管理の三つの主要分野に分けられる。サービス方式は主に、在宅型、地域密着型、施設型の三つの主要方式から構成される。介護サービス内容は主に、生活養老、健康養老、文化養老の三つの方面から構成される。

中国の高齢者介護サービスの政策・制度、介護方式、サービス内容は絶えず改善されており、初期の高齢者介護サービスシステムが形作られた。政策・制度に関しては、まず高齢者介護の法制度と高齢者介護保障制度が確立され、社会の進歩と経済の発展に合わせて発展理念が更新され続けている。監督管理の方では、常に変更が加えられ、民間資本の発展に適した管理方法が模索されている。介護方式に関しては、在宅高齢者介護サービスの範囲が拡大しており、スマート施設を利用することによって更に効率的にサービスを提供できるようになっている。各種高齢者ベッド数と地域サービス施設のカバー率は年々増加傾向にあり、高齢者介護機関の供給主体も多様化している。全体として、高齢者介護サービスシステムは、家庭が基礎、地域が支援、施設が補完という状況を形成しており、様々なタイプの高齢者介護サービスモデルが共に発展している。サービス内容に関しては、生活介護タイプのサービスが増加していること、政府の財政支援により高齢者の経済レベルが大幅に向上していること、医療サービスと介護サービスの継続的な複合発展によりサービスの質が向上していること、精神的な安らぎサービスの重要性が高まっていることなどが

挙げられる。

(2) 中国の高齢者介護サービスの多主体供給の現状は多くの問題を抱えている。政府は高齢者介護サービス関連政策・制度を制定しているが、高齢者介護に関する立法が遅れている。関連する保険制度も不完全で、政策の限界性、発展理念の逸脱、サービス監督管理の連携不足、従業員への日常的な監督管理制度の不足、サービス供給のフィードバックルートの不足などの問題がある。企業のサービス供給状況としては、民間資本の供給が不足しており、専門的な人材の供給も不足している。特に、投資サイクルが長いという特性から、政府が施設や資金、政策を優遇したところで、企業の地域介護サービスへの参入意欲は高まらない。また、高齢者に何か問題が起こった場合、多額の賠償金を支払わなければならない、経営リスクが高い。したがって、介護サービスの数や種類が少なく、サービスの質が低いという発展状況となる。社会組織として専門的な介護人材が不足しているため、高水準の医療と介護の統合とカスタマイズされたサービスまで考慮する余裕がなく、提供できる内容としては低水準の精神的な安らぎと簡単な日常介護サービスにとどまっている。また、非営利の社会組織は自発的で社会による監督や管理が行き届いていないため、サービス内容を軽視した形式主義が多く、サービスの質も低い。

(3) 政策分析フレームワークを用いて既存の政策を研究した結果、中国の強制的政策ツールと複合的政策ツールは、高齢者介護サービス政策の策定と公布によく適合しており、高齢者介護サービスシステムの構築において、政府主導、政策支援、多供給主体の発展を堅持するという指導理念を反映していることがわかった。しかし、自発的政策ツールの割合は非常に低く、現在の中国における高齢者介護サービスの市場志向型供給に関する政策不足により、企業の介護サービス市場への参入意欲はまだ不十分であることを示している。

(4) 高齢者介護サービスシステムの改善を目的として、現状分析、社会の調査、先進国の発展経験の整理を通じ、政策、方式、内容の 3 方面の問題点に分けて提言する。

## 8.1.2 提言

### 8.1.2.1 政策・制度の完備

#### (1) 介護サービスの法律と保険の完備

医療、経済、高齢者介護サービスに関する特別法を制定し、遅れた法律の現状を変え、法的強制力のある形で高齢者介護サービスの発展を効果的に促進することが急務である。特に、家族介護、精神的な安らぎ、経済的支援、法律扶助などの供給に社会勢力が参加することについての法整備を迅速に行い、高齢者介護サービスシステムの法制化を推進する必要がある。

普遍的なニーズとして、高齢化の深化に伴い高齢者の医療サービスの需要が高まっている。高齢者介護サービスの内容はほとんどが有料であるため、社会保障収入

を増やし、高齢者の経済レベルを向上させることが重要である。医療サービスも同様で、その特殊性から他の高齢者介護サービスよりも高額になる傾向がある。都市部の高齢者は収入を年金に頼っているが、都市部は消費水準が高いため、年金だけでは高齢者の支出をまかなうことができない。農村部の高齢者は老後の生活保障が少ないため、子供の支援に頼っているが、支援は不安定である。高齢者の低所得化が進む中で、高齢者介護サービスに対する高齢者の購買力をいかに高めるかは、政府が早急に解決すべき問題である。高齢者の購買力を高めるには、まず社会福祉から始めなければならない。政府は福祉支出を増やし、高齢者の福祉水準を高めるべきであるとする。年金については、基礎養老保険の保障レベルでは高齢者のニーズや支出を維持するのに十分ではないため、企業年金制度の普及に努めるとともに商業年金保険制度も普及させ、相互に補完し合う三つの保険制度を共存させることにより高齢者に充実した年金資金を提供し、高齢者の収入を増やすことが必要である。そして、高齢者の基本的な医療保険制度の適用範囲を引き続き拡大し、医療サービスを医療保険の範囲に入れることで、高齢者の医療サービスのニーズを制度レベルから保護・支援するべきである。医療、介護の統合を真に実現したいのであれば、基本的な医療保険制度を積極的に推進してより多くの医療機関・保健機関をカバーし、各地の医療の決済システムを最適化することで、各地の医療と高齢者介護の統合を強力にサポートしていくべきである。最後に、介護保険制度のフルカバー化を早期に実現すべきである。長期介護保険制度創設の初期段階では、社会的受容度を高めることで、高齢者の保険加入意識を高めることができる。制度が作られた初期段階では、老齢、疾病、障害などにより身体機能の一部または全部が失われ、身の回りの世話ができなくなったことに関連する費用や、医療保険指定機関や介護施設への入所、在宅での介護サービスの受給などを介護保険の支給範囲に含めることで、医療保険制度との抱き合わせが可能となる。これをモデルケースとして国への拡大を加速させ、全国民を対象とした長期介護保険制度を早急に構築する必要がある。

## (2) 監督管理、評価システムの改善と第三者専門家サービスの導入

政府は、高齢者介護サービスについて、「参入を重視する」から「監督管理を重視する」へと経営理念を変更した。監督管理システムの大規模な再構築に直面して、様々な部門や各レベルの地方政府は、関連する既存のシステムや政策を刷新し、代替アプローチを真剣に検討し、全面的な監督管理メカニズムを形成し、効果的な接続を行う必要がある。高齢者施設の建設は、関連する施設、人員、サービスに関する既存の基準や要件に沿って行われるべきである。このような規制の変化に直面して、すべての関連部門が対応する変更を行い、高齢者介護施設の施設やサービスの建設基準の開示を加速させ、すべての主体が高齢者介護施設の設立に投資するための基盤を整えることが必要である。

高齢者、マスメディアの高齢者介護サービスに関する社会的監督機能を強化する。介護サービスの受益者としての高齢者の監督力が十分に発揮されておらず、不十分である。先進国の経験から、マスメディアは客観的かつ公平な立場で、放送、報道、

ニュース、インターネットなどのメディアを通じて、高齢者介護サービスの供給過程における不正を報道し、社会の注目を集め、世論の制約を形成しなければならない。第三者機関は、先進国の監督メカニズムを参考にして、監督権を効果的に行使できる機関群を形成・確立し、高齢者介護サービスを監督しなければならない。一方で、政府による高齢者介護サービスの供給は、国民による監督が必要である。中国が社会の変革期にあることから、政府は投書制度などを改善して、社会から政府への監督ルートを広げ、社会から政府機能の行使への監督能力を高める必要がある。高齢者介護サービスシステムには、複数の主体による共同監督と相互監督が必要であり、政府は市場の秩序を維持し、社会的な力によって供給される高齢者介護サービスの質を監督・監視する責任がある。社会には、政府機能の行使を監視し、権力の濫用を防止する権利がある。

高齢者のニーズと介護に関する健全な評価システムを確立する。先進国では、主に高齢者の身体的状態の評価、高齢者介護サービス機関の資質の評価、専門家の評価に焦点を当てた評価システムが比較的発達している。高齢者介護施設の質のばらつきという問題に直面して、標準化と標準化構築を通じて高齢者介護サービス施設全体の管理とサービスレベルを向上させるために、完全で統一された標準化システムを研究し、確立することが必要である。高齢者の身体的条件が異なる中で、高齢者のニーズに対応した評価システムを構築し、高齢者集団の心身全体の評価を通じ、また、施設設備の選定に対する高齢者の要求を組み合わせることで、高齢者の特性に合った高齢者介護サービスの方法や内容を選択することが必要となる。

評価結果と評価レベルに見合ったインセンティブのメカニズムを構築する。より良い評価結果や高いレベルの格付けを受けた民間高齢者施設には、それに応じた報酬を与えることで民間資本の熱意を促すべきである。報酬の与え方については、具体的には、民間高齢者施設の運営状況や総合的な評価に応じて、さまざまな減税措置を講じるという形が考えられる。また、民間の高齢者施設の評価結果に応じてポイントが与えられるというポイント制でもよい。上記のインセンティブ方式はすべて、政府の政策やシステムによって保障される必要がある。

中国における高齢者人口の増加と家族概念の変化に伴い、高齢者介護市場の潜在力は巨大である。中国の基本的な高齢者介護の現状は、在宅介護については都市部でも農村部でも家族中心で、子どもの親族や第三者機関が家庭で専門的サービスを提供している。地域介護については都市部でも農村部でも社会福祉機関が高齢者に介護サービスを提供している。（各級民政部が運営する老人ホームを指し、国の資金が投入されている）また、地域住民委員会が介護施設、高齢者娯楽活動センター、デイサービスセンターなどを設立している（自立型）。施設介護については、高品質介護サービスを受けたい高齢者のために、民間企業が出資する有料老人ホームなどがある。これらの施設の利用料金は一般的に高額である。種類を問わず、高齢者介護は専門サービスの提供が必要であり、多くの第三者専門サービス組織が高齢者介護市場に参入し、高齢者介護業界に強い活力を注入している。現在、第三者による高齢者介護サービス機関には、主に、第三者飲食企業、第三者ソフトウェアシステ

ム企業、第三者ハードウェア設備企業、第三者介護者訓練アウトソーシング機関、第三者評価機関、第三者専門リハビリテーション機関などがある。

政府は業界標準の向上に力を入れるべきである。実際、近年では、「標準化業務の改革を深化させるプログラムを發布することに関する国務院の通知」、「国家標準化システム構築の発展計画（2016～2020 年）を發布することに関する国務院総局の通知」、「複数の省・委員会が合同で発した高齢者介護サービスの標準化業務強化に関する指導意見」などの重要プログラムの文書を発し、介護産業の標準化を推進する動きになっている。業界標準が徐々に整備されることで、サービスが標準に基づき、それを基準に判断されるようになる。

政府は、高齢者介護サービスの総合的な情報プラットフォームを構築すべきである。サービスプラットフォーム上での円滑な情報交換、消費者支払システムを構築するためには、政府、消費者、高齢者介護機関、第三者サービス企業など複数の関係者が関与する情報連携メカニズム、すなわち政府が消費者情報データベースを一元的に管理・統制するプラットフォームの構築が必要である。各サービス提供者が情報サービスプラットフォームにサービス内容、サービス能力、サービス評価などの総合指標情報を記録することで、高齢者は各サービス提供者の情報を把握し、それを基に選択し、迅速に評価することができるようにする。これは高齢者市場の情報制約の解決に有効である。一方で、サービス事業者の発展促進にも有効な手段である。総合的な情報サービスプラットフォームを構築することで、情報伝達による効果が薄い第三者高齢者介護の推進と運営の足かせを減らし、政府の調整の役割を十分に発揮させ、第三者高齢者介護サービスの急速な発展に利益をもたらすことができるのである。

監督・罰則の強化制度、参入基準、評価方法の統一・標準化を改善・発展させる。監督面では、第三者機関の監督・検査を強化する必要がある、政府は、第三者サービス業者の運営を定期的に検査し、指導し、長期的な動態評価監督機構を構築すべきである。サービス内容、サービス需要、サービス基準、サービス品質、政府補助事業資金の使用状況、サービス効果などの問題を議論し、サービス受給者の機関サービスに対する満足度、政府による機関の監督・検査に対する評価などを重要な根拠とすべきである。総合評価で不合格となった第三者サービス機関については、機関の信用の有無が記載されたリストに登録され、今後、政府の事業や推奨リストに入ることができなくなるようにするのが望ましい。

### (3) 人材供給のパターンを改善し

喫緊の課題として、中国は完全な高齢者介護サービスの人材育成の研修システムを確立すべきである。

まず、高齢者介護サービスの専門教育システムの構築を加速させるべきである。現在、中国における高齢者介護サービスの教育は、ほとんどが職業教育であり、学部・大学院レベルはほぼない。大学院の学位を授与する権利を持つ大学で、高齢者介護サービス関連の専攻を積極的に開設し、高度な高齢者介護サービス人材の育成

を促進する必要がある。

次に、高齢者介護サービスの専門教育の質を総合的に向上させる必要がある。マルチレベルの高齢者介護サービス専門教育システムを構築する上で、教育機関は、実践的なトレーニング拠点の構築、専門的な開設点の構築、教師チームの構築、国際交流・協力の推進を強化し、高齢者介護サービス専門教育の質を総合的に向上させる必要があると考えられる。

最後に、高齢者介護サービスの従業員を対象とした継続教育のプロジェクトを効果的に推進する必要がある。一方では、高齢者介護サービスの人材を育成する資格を持つ専門学校や大学に頼って、高齢者介護サービスの従事者、特に基幹となる人の在職教育や研修を強化することに注力し、他方では、高齢者介護サービス関連の職業を対象とした「職業資格証明書＋学歴証明書」という「ダブル認証」制度を全国的に積極的に推進すべきだと考える。

すべてのレベルの政府および関連機関は、効果的な対策を積極的に講じるべきである。まず、高齢者介護サービス業の報酬体系を改善する必要がある。投入した労働力に見合った報酬を与えてこそ、専門人材が高齢者介護サービス産業への参入を躊躇したり、給与の低さを理由に離職や転職を繰り返すことを防ぐことができる。あらゆるレベルの政府は、人材手当や人材保護の形で、業界の発展のための支援を強化すべきである。次に、完全なキャリア発展システムを構築する必要がある。高齢者介護の職業の発展の見通しが立たないため、専門人材は頻繁に離職したり、転職したりしている。したがって、高齢者介護サービスの人材チームを安定させるためには、完璧なキャリア発展システムを構築して、従業員のキャリア発展計画を明確にするために、指導を提供する必要がある。一方では、職業上の資格、勤続年数、仕事の成果との関連性を重視した、職業上の昇進・昇格システムを制定し、他方では、他の看護職、医療衛生、教育など、他のサービス産業や分野との人材の流れのメカニズムを改善し、よりダイナミックな人材育成と管理のパターンを形成する必要がある。

### 8.1.2.2 介護サービス方式の進むべき方向性

#### (1) 在宅型高齢者介護サービスの基本的な位置づけを強化する

高齢者の介護理念から見ると、在宅介護が最もそれに合致している。経済コストの観点からは、在宅介護は最もコストが低く、国や社会の負担を効果的に軽減することができる。対象者の観点からは、在宅介護は主に体調の良い高齢者を対象とするが、在宅介護は地域社会を頼り、介護を必要とする個々の高齢者に対しては、訪問介護や生活介護などのサービスを依頼することができる。現在、一般の人々は養老という概念を十分に理解していないため、政府は概念レベルから一般の人々を指導し、介護サービスの特徴や利点を積極的に宣伝し、在宅高齢者介護サービスが高齢者にとって真の第一の選択肢となるようにする必要がある。

高齢化に対応した介護サービス施設の建設を強化する。政府は、年齢に応じた施

設の建設に財源を集中させ、地域の支援施設を設計・設置する際には、高齢者の身体的特徴や個々のニーズを十分に考慮し、手すりや衝突防止のためのバリアフリー設備を追加し、緊急時に高齢者が助けを求めやすいように緊急コールベルを装備すべきである。余裕のある省では、在宅介護を受ける障害のある高齢者への特別な補助を検討し、必要なリハビリテーション補助器具を装備して、自分の世話をする能力と生活の質を向上させることを促進することができる。

## (2) 地域型高齢者介護サービスの供給能力の向上

在宅高齢者介護の重要なサポートである地域の在宅高齢者介護は、地域組織が提供する必要がある、在宅高齢者介護サービスの完成には、高齢者介護サービスを提供する地域の完全なサポートが必要であるとしている。在宅介護サービスとは異なり、地域高齢者介護サービスは、デイサービスセンターや老人ホームなどの施設を通じて、自分で身の回りのことができない高齢者に在宅高齢者介護サービスを提供するもので、地域高齢者介護サービスは、在宅介護サービスと施設介護を両方カバーし、施設高齢者介護の機能の一部を一定程度代替することができるものである。近接性と利便性は、地域密着型高齢者介護サービスの基本属性であるべきで、高齢者のニーズに応えるために、生活サービス、文化・スポーツ活動、デイケア、病気介護、リハビリテーションサービスなどの施設を設置し、身近な高齢者への介護サービスを提供するべきであると考え（丁、2018）。

## (3) 施設型高齢者介護サービスの不均衡を是正する

中国における高齢者介護施設の発展の焦点は、家庭や地域介護を補完し、地域や家庭での介護では満たせない障害者や準障害者の高齢者の厳しい介護要件を受け止めることにある。しかし、現在、高齢者介護施設の需要と供給には深刻な不均衡があり、供給する高齢者介護施設の数に巨大な需要を満たすことができない。したがって、政府は、高齢者介護施設の供給関係の調整に焦点を当てた、施設レベルでの高齢者介護施設の開発計画を策定する必要がある。具体的には、養護型の高齢者介護施設を積極的に展開していく必要がある。特に、高齢者の医療介護の需要が高まっていることから養護型の高齢者介護施設の需要が急増している。養護型医療機関の建設費は高く、政府の建設投資が必要であるが、政府の投資だけに頼ると国庫に過大な負担がかかり、施設規模の急速な拡大につながらないため、民間の投資参加を誘導し、その施設建設に対する政策的支援を充実させ、社会勢力の参加意欲を高めることが必要になっている。一方で、地域高齢者介護や在宅高齢者介護を支える技術支援資源として、都市部の中小規模の高齢者介護施設を整備する必要がある。最後に、民間による投資の概念を変え、都市部への投資が農村部を上回っている状況を逆転させ、農村部の老人ホームの介護センター化を推進することが必要である。

高齢者介護施設の資源を、資金、サービス資源、専門人材という三つの方面から統合する必要がある。まず、高齢者介護施設の発展に、一方では政府の投資、他方では市場や社会資本からの資本投資という資金の統合が一層重要になる。また、経

済のグローバル化を背景に、外国資本が高齢者介護施設の施設建設に投資するように誘導し、政府、社会、世界からの複数のソースを統合して投資と融資のチャネルを広げ、高齢者介護施設の建設と発展に十分な資金を提供する必要がある。次に、サービス資源の統合であるが、高齢者介護施設のサービスが徐々に多様化していくことで、高齢者の様々なニーズに応えることができる。また、医療、高齢者介護、教育などの様々な公共サービス資源を統合することで、高齢者施設と公共サービスの相互統合が実現する。地域にとっては、地域高齢者介護施設は、周辺地域の医療サービスステーションやリハビリテーションセンターなどの既存の公共サービス施設との資源統合を実現する。最後に、ボランティアチームとプロのサービスチームの統合が実現する。ボランティアは高齢者介護サービスを提供する上で重要な力であり、先進国ではボランティアの有効性を重要視している。ボランティアチームを積極的に育成・発展させることで、専門的なサービスを提供する人材チームの不足をある程度補うことができ、高齢者介護サービスの社会化への参加を促進することができる。

中国の高齢者施設は、政府が出資する公的なものから、非営利団体が出資するもの、企業が運営する商業的な高齢者施設まで、その性質や種類は多岐にわたっている。様々なタイプの介護施設が相互に補完し合い、施設型高齢者介護サービスに対する高齢者の様々なニーズに応えることができる。政府は、「公平な競争、優勝劣敗」という市場競争メカニズムを構築し、主体間の利害競争によってもたらされる価格調整メカニズムを誘導し、高齢者介護サービスの法的保障メカニズムを確立し、拘束力とインセンティブ機能を持つ政策システムを形成するべきである。一方で、公立高齢者介護施設の既存の運営管理モードを革新し、公立高齢者施設の人員配置モードを改革することで、危機意識を高め、怠慢な勤務態度を改め、経営品質の向上につなげる必要がある。公的高齢者施設の運営形態を公設公営から公設民営に変更し、運営対象の多様化を実現する。公設民営が企業を全面的に動員して高齢者介護サービスの供給と管理に参加させ、企業の利益と結びついた管理モードが高齢者介護施設の管理効率を効果的に向上させている。

#### (4) スマート化の推進

スマート・エイジングを発展させ、様々なスマート・エイジング・モニタリング製品を開発する。高齢者の身体的特徴や所得水準を考慮すると、高齢者向けモニター商品の設計は、シンプルさと手頃な価格という要件のバランスを取りながら、両方の要素を十分に考慮する必要がある。現在、様々な高齢者向けスマート製品が販売されているが、いずれも操作手順が複雑で、高齢者の身体機能が徐々に低下していく中で、煩雑な操作手順は、高齢者が学び、使いこなすのに適していないというデメリットがある。高齢者が使いやすいように、操作性に優れたスマート製品を作る必要がある。またスマート製品は、高齢者の情報セキュリティを確保し、情報データの漏洩を防ぐ必要がある。高齢者は社会的弱者であり、体調データ、家族データ、財務データを保護することに重点を置き、不心得者がそれらを盗んで使用し、



高齢者の正当な利益を危険にさらすことを防ぐ必要がある。スマート製品やスマートプログラムの開発と使用は、市場での使用を開始する前に、政府による厳しい審査を受けるべきである。政府部門は、研究開発技術の厳格な審査、資金規模、サービス体制を強化すべきである。

テクノロジーを駆使した高齢者介護の概念を広め、普及させる。従来の高齢者介護サービスモデルと比較して、スマート高齢者介護の利点は、高齢者の生理的ニーズ、医療ニーズ、精神的な快適さを同時に満たすことができ、技術的手段により需要主体と供給主体を効果的に結合させ、知能的な情報化の手段を用いてサービス供給の効率を向上させ、スマート機器の使用により高齢者介護サービスの伝達の利便性を高められることである。スマート介護モデルの概念はまだ普及しておらず、政府と技術系企業が共同で推進し、このようなモデルが社会に受け入れられるようにする必要がある。スマート高齢者介護モデルの開発を促進するために、政府は設備のアップグレードや人材の導入に対して、より多くの資金援助を行うべきである。

### 8.1.2.3 サービス内容の豊富さ

#### (1) 保険資金の活用

中国の保険資金は、シンガポールの資金運用とは異なり、株式や社債などの高リスク・高利回りの業種には投資できない。労働省が発行した「企業年金保険基金管理規程」に従い、年金保険基金がその価値を維持・向上させるための方法を規定している。保険積立金は、国庫短期証券、国立銀行が発行する債券の購入にのみ使用することができ、国立銀行や国立信託・投資会社に貸し出しを委託するなど、利回りは低い安定した投資を行っている。保険基金は、通常の支出の6ヶ月分として、すべての退職費用をまかなうために蓄えられている場合にのみ投資することができる。年金基金の投資額が少なく、保険基金が価値を高める余地も少ない。保険基金の規模が比較的小さく、投資チャネルが単一であることと、効果的な監督が行われていないことが相まって、基金の運用が非効率的であり、基金の付加価値を高めることが困難になっている。

中国の既存の保険資金は保守的で慎重な運営がなされているが、このようなやり方では、基金の価値を維持・向上させることは困難である。高齢者人口の増加に伴い、年金の給付圧力が高まる中、給付危機を回避するため、日本や韓国では年金基金の継続的な積み増しを実現するための一連の施策が導入されている。学ぶべきことはたくさんある。

まず、保険基金の運営・管理を担う専門部門を設置し、投資人材を幅広く募集し、競争メカニズムやパフォーマンス評価を導入して、より付加価値の高い基金運用を推進する必要がある。

第二に、資金を計画的に資本市場に向かわせる必要がある。リスクとリターンは正比例する。リスクのある投資をする前に慎重になり、起こりうるリスクをきちんと見積もり、可能な限り回避することが必要だということである。

第三に、運用の手段を広げると同時に、リスクをある程度分散させるために、リスク性の高いものから安定性の高いものまで幅広く投資を行うことが重要である。

## (2) 医療資源の供給を継続的に増やす

高齢者の医療介護ニーズは継続的なものであり、政府、家庭、地域、医療機関が連携して高齢者の継続的な介護サービスを提供する必要がある。ファミリードクターは地域の高齢者に対して症状の診断や治療、リハビリテーションの相談などの医療支援を行い、公立病院の専門医は高齢者介護施設の高齢者に対して専門的な診断や治療支援を行い、地域保健センターの看護師は地域高齢者と介護施設のない高齢者に対して医療行為を伴わない介護サービスを行う。医師や看護師の流動性を適宜高め、高齢者介護施設でのローテーション勤務を支援する。医師や看護師の労働圧力や強度が大きいことに鑑み、国や医療機関等は適切な特別補助を行うべきである。医療機器は、地域における検診機器の共有、大型医療機器の共有、検診結果の相互承認を実現する共有メカニズムを形成する必要がある(郭、2019)。

## (3) 高齢者向け不動産産業の推進

近年、中国の各レベルの政府によって、民間の高齢者介護施設に対する多くの支援政策が導入されているが、高齢者介護不動産産業の発展の不確実性を含めても、全体として、中国における高齢者施設の供給は、高齢者介護の需要の高まりと乖離しているのが現状である。筆者は、この問題について、単に新しい政策の導入に頼るのではなく、政策システムの枠組み設計レベルにまで深く踏み込んで考えるべきだと主張する。体系的な政策フレームワークの設計思想がないまま、やみくもに多くの政策を導入することは、かえって政策間の非整合性を高めることになりかねない。

中国の高齢者向け不動産政策の枠組みを構築する上で、中央政府、地方、社会のアクティビティを確保するために、トップレベルデザインと地方の実行の密接な統合を堅持することが重要な考え方の一つであると考えている。トップダウン設計とローカル実行については、中国の経済・社会事業の発展を推進する過程で形成された2つの改革思想である。

トップレベルデザイン(top-down design)という言葉は、システムエンジニアリングに共通する概念で、本来はプロジェクトのあらゆるレベルや要素を総合的に考え、問題の解決策を最高レベルで探し求めることを意味する。近年、中国の改革、発展、社会統治の統合計画を指す「トップレベル設計」という言葉が新しい用語として適用されている。これは、社会全体の発展を促進するための戦略レベルに立ち、全体の発展に影響を与える様々な現実、利益、社会矛盾を考慮し、科学的に計画目標を策定し、改革設計と社会統治を統合する計画を指す。

筆者の考えでは、現在の中国の高齢者介護分野の多部門管理システムは、民間高齢者介護施設の発展を制限しており、高齢者介護分野への社会資本の参加に寄与していないと考えられる。中国の高齢化社会がもたらす大きな影響を考えると、中国

の高齢者介護政策の改善に向けたトップレベルの設計を確立することが不可欠である。具体的には、中央政府が民間高齢者介護施設の産業発展計画を策定したり、現在複数の機能部門が担当している事項を 1、2 部門に集約したり、高齢者に関わる各部門を調整するスーパー部門のようなものを設置することである。

## 8.2 残された課題

本論文では、政策・制度を着目点とし、同時に高齢者の実際ニーズと政策の実行状況を検討して、その結果、多くの政策が高齢者のニーズに合致していないことがわかった。また、中国は国土が広く、各地域の経済発展レベルが不均等であるため、政府の末端部門のガバナンスに大きな欠点があると思われる。中央政府から発行される政策は、広範で具体的でない提唱型の文書が多く、強制力のないものがほとんどである。そのため、地域によって政策の実行状況に大きな格差がある。政策が実行されていないことも、企業の参入と発展を制限している。

本研究において、十分な分析、検証が行えなかった、残された課題としては、以下の三つの分野と考えられる。

第一に、介護サービスの基盤としての介護保険制度である。現在、中国介護保険の発展はまだ初期段階にあり、国民の認知度も比較的低い。本論文では、第一陣のパイロット都市を比較分析したに過ぎず、包括的なものではない。次のステップは介護保険制度を深く研究する予定である。

第二に、介護サービスシステムは広範な分野と多くの内容を含み、中国の介護サービスシステムの発展は比較的遅く、関連のマクロデータが少ないため、詳細で深い研究を行うことがより困難であり、本論文は定性分析と文献分析という目的に基づいており、定量分析をさらに改善する必要がある。

第三に、企業の発展を促進するために、政策策定の側面からのみ改善案を出しているため、客観性が欠ける。次に、経営学の視点、介護関連企業の発展に対して、より包括的な、体系的な分析の必要があろう。

## 参考文献

### 英語

- Anne Schneider, Helen Ingram (1993). Social Construction of Target Populations: Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*. Vol.87, No.2, 334-347. American Political Science Association.
- Anthony T. Lo Sasso, Richard W. Johnson (2002). Does in formal care from adult children reduce nursing home admissions for the elderly? *Inquiry*. Vol.39, No.3, 279-297.
- Christopher. C. Hood (1986). “The Tools of Government”. Chatham House Publishers.
- Glasgow, L. J. Kulcsa (2008). “Rural Retirement Migration”. Springer.
- E. S. Kirschen et al., (1964). “Economic Policy in Our Time”. North Holl and Publishing.
- E. S. Savas (1999). “Privatization and Public-Private Partnerships”. Chatham House.
- Kazuoki Ohara (2012). Housing policy towards a super aging society: From building specification to special needs measures. *Geriatrics and Gerontology International*, Vol.4, pp.210-213.
- Lasswell, Harold (1956). “The Decision Process: Seven Categories of Functional Analysis”. University of Maryland.
- M. Howlett, M. Ramesh (1995). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press.
- Maslow, A. H (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4).
- Owen. E Hughes (1964). “Public Management and Administration”. Red Globe Press London.
- Van der Doelen, Frans C. J. (1998). The Sermon: Information Programs in Public Policy Process: Choices, Effects, Evaluation. In book: “Carrots, Sticks & Sermons: Policy Instruments & Their Evaluation” edited by Marie-Louise Bemelmans-Videc, Ray C. Rist, Evert Vedung. 103-128, Transaction Publishers.

### 日本語

- 田中秀明(2012). 「政策過程と政官関係—三つのモデルの比較と検証」. 日本行政学会, 第 47 号, 21-45.
- 野村千文(2005). 「「高齢者の生きがい」の概念分析」. 日本看護科学会誌, Vol. 25, 第 3 号, 61-66.
- 包敏(2021). 「中国における高齢者福祉事業の変遷と展望」. 東京医科歯科大学教養部研究紀要, 第 51 号, 23-42.

## 中国語

- 報告起草組(2015).「国家高齢化戦略研究総報告」. 高齢科学研究, 第 3 号, 4-38.
- 陳誠誠(2020).「長期護理保險試点地区籌資機制的實施現狀与政策述評」. 學習与实践, 第 6 号, 88-96.
- 成歡, 林義(2019).「多層次養老保險協同發展的聯動机制及配套政策研究」. 社会保障評論, 第 3 号, 29-42.
- 陳岩燕, 陳虹霖(2017).「需要与使用的懸殊：对地区養老服務遞送的反思」. 浙江學術誌, 第 2 号, 30-37.
- 党俊武(2004).『高齢化社会引論』. 華齡出版社, 80-81.
- 党俊武(2018).『中国城鄉高齢者生活狀況調查』. 社会科学文献出版社, 53.
- 丁建定(2018).「居家養老服務：認識誤区, 理性原則及完善对策」. 中国人民大学學報, 第 2 号, 20-26.
- 杜鵬, 謝立黎, 王飛(2022).「積極老齡化視角下的老年網絡沈迷應對」. 晉陽雜誌, 第 3 号, 24-30.
- 高培培(2013).「淺談市場經濟下服務的經濟價值」. 科技致富向導, 第 9 号, 82-82.
- 高興如(2021).「日本高齢老年人医療保險制度及启示」. 合作經濟与科技, 第 2 号, 121-128.
- 郭斌(2015).「論上海市社區衛生服務中心医养結合模式的可行性」. 黑龍江生態工程職業學院學報, 第 1 号, 39-41.
- 郭麗君, 鮑勇等(2019).「医养結合模式的國際成功制度与政策分析」. 中国高齢者學雜誌, 第 4 号, 975-981.
- 郭金龍, 李紅梅(2022).「養老金融產品國際比較研究」. 価格の理論と実践, 第 1 号.
- 郭毅(2001).『市場營銷学原理』. 北京: 電子工業出版社, 123-137.
- 侯冰(2018).「城市老年人社区居家養老服務需求層次及其滿足策略研究」. 華東師範大學.
- 韓麗, 胡玲(2020).「長期護理保險給付的現實困境優化路徑研究」. 医療經濟研究, 第 7 号, 49-52.
- 韓振秋(2018).「老齡化問題應對研究」. 中共中央黨校, 34-35.
- 黃少寬(2018).「我国城市社区養老服務模式創新研究綜述」. 城市觀察, 第 4 号, 101-113.
- 李佼思(2022).「大病保險制度对農村部中老年人医療費用負擔的影響研究」. 当代金融研究, 第 3 号, 32-38.
- 李雪雪, 史新宇, 孫錚(2020).「城市空巢老人社会疎离感与家庭親密性和适应性相關研究」. 泰山医科大学雜誌, 第 4 号, 724-727.
- 李月娥, 明庭星(2020).「長期護理保險籌資機制：实践, 困境与对策-基于 15 試点城市政策的分析」. 金融理論と実践, 第 2 号, 97-103.
- 李毅文, 吴清川(2018).「商業保險融入医养結合領域探析」. 福建金融, 第 10 号, 77-80.
- 林宝(2019).「加快社区養老服務体系建設」. 中国国情国力, 第 4 号, 11-13.
- 林峰(2018).「銀發浪潮下養老不動產的困局」. 中国不動產, 第 3 号, 47-52.

- 劉二鵬, 韓天闊等(2022).「縣域統籌視角下農村多層次養老服務體系建設研究」. 農業經濟問題, 第 7 号, 133-142.
- 劉嵐(2018).「南京地區虛擬養老院的問題及對策研究—以秦淮區, 六合區虛擬養老院為例」. 南京師範大學.
- 劉文華, 白寧(2018).「社會保險基金管理法律規制與實踐」. 社會保障, 第 4 号, 37-45.
- 劉曉梅, 張昊(2020).「我國長期照護保險可持續運行的機制完善」. 研究與實現第 4 号, 13-14.
- 陸杰華, 張莉(2018).「中國老年人的照料需求模式及其影響因素研究—基於中國老年社會追蹤調查數據的檢証」. 人口學刊, 第 40 号, 22-33.
- 孟佳娃, 胡靜波(2022).「長期護理保險待遇給付問題研究」. 人民論壇, 23-27.
- 聶建明(2014).「公共政策視角下的中國養老地產研究」. 中國社會科學院.
- 歐瑞(2019).「日本侵略抵抗戰爭期陝甘寧邊區社會保障問題研究」. 吉林大學.
- 青連斌(2016).「地區養老服務的獨特價值, 主要方式及發展對策」. 中州學刊, 第 5 号, 77-83.
- 錢學明(2018).「社會養老服務的一體化」. 小康, 第 10 号, 79.
- 任潔(2016).「機構養老服務效率研究—以廈門市為例」. 人口與經濟, (02):58-68.
- 孫海燕(2019).「快速康復護理在老年人工股骨頭置換術後的應用效果分析」. 二足と保健, 64-65.
- 王皓田(2020).「我國養老服務的政策演變與發展路徑的研究」. 中國經貿導刊, 第 6 号, 74-78.
- 孫娟(2017).「中國城鄉老年人的經濟收入及代際經濟支持」. 人口研究, 第 1 号, 34-35.
- 孫娟, 杜鵬(2018).『中國人口老齡化和老齡事業發展報告』. 中國人民大學出版社
- 沈俊(2018).「北京市醫養結合養老模式分析」. 醫學與社會, 第 3 号, 76-79.
- 宋全成(2016).「人口高速老齡化：我國社會養老服務面臨嚴峻挑戰」. 理論學術誌, 第 2 号, 122-129.
- 吳翠萍(2017).「居家養老服務中社會組織的介入式發展」. 雲南民族大學雜誌哲學社會科學, 第 2 号, 71-77.
- 吳海波, 邵英杰等(2018).「長期護理保險籌資研究—基於全國 15 試點城市方案的比較」. 金融理論與實踐, 第 10 号, 98-101.
- 吳敏, 韓志琰(2023).「中國政策工具視角下我國基本醫保門診保障政策文本分析」. 中國醫療保險, 第 8 号, 28-35.
- 溫順生, 陳安琪(2023).「城市社區養老服務供給研究」. 人口學刊, 第 2 号, 54-65.
- 王皓田(2020).「我國養老服務的政策演變與發展路徑的研究」. 中國經貿導刊, 第 6 号, 74-78.
- 王霞, 馮澤永等(2015).「醫療服務和養老的關係」. 醫學與哲學(A), 第 2 号, 56-58+61.
- 王先菊(2018).「養老服務供給研究」. 中共中央黨校.
- 武玉, 張航空(2021).「國內大城市醫養結合的實行模式及發展路徑」. 中州學刊, 第 4 号, 78-84.
- 吳玉韶, 王莉莉, 孔偉(2015).「中國養老服務機構研究」. 高齡科學研究, 第 8 号, 13-24.

- 徐宏偉(2009).「中国养老保障制度改革研究」.中共中央党校.
- 徐寧(2015).「養老護理員何時叫好又叫座」.嘉興日報.
- 許曉雲,高博寧等(2018).「老年人能力評估系統可視化設計策略研究」.包裝工程,第10号,145-151.
- 楊宝強,鍾曼麗(2020).「農村養老服務供給能力的測度与提升策略-基于海南18個市縣的实证研究」.湖北民族大学雜誌:哲学社会科学版,第4号,69-76.
- 姚虹(2017).「農村地区居家養老介護的研究-以恩施市為例」.武漢大学.
- 姚俊,趙俊(2015).「農村人口流動的健康不平等結果-基于勞働再生產的視角」.江蘇社会科学,第4号,58-64.
- 楊繼瑞、薛曉(2015).「社会居家養老的社会協同機制探討」.經濟理論と經濟管理.2015,第6号,06-112.
- 嚴妮(2015).「城鎮化進程中空巢老人養老模式的選取:城市社会医養結合」.華中農業大學學報(社会科学版),第4号,22-28
- 楊宜勇(2002).『中国轉軌時期的就業問題』.中国勞働社会保障出版社,89-90.
- 張棟,張琪(2014).「中国の養老服務体系運行的局限性及再定位」.商業時代,第19号,96-97.
- 中国老年医学会(2020).『關於積極対応老齡化的研究報告』.社会科学文献出版社.
- 鄭函,王夢苑,趙育新(2019).「我国医养結合养老模式發展現狀,問題及对策分析」.中国公共衛生,第4号,512-515.
- 張惠芳,雷鹹勝(2016).「中国探索長期護理保險的地方实践,經驗總結和問題研究」.現代經濟管理,38(9).
- 朱火雲,夏会琴等(2019).「基礎普惠型高齡津貼制度研究」.人口學刊,54-55.
- 宗明明,王永志(2015).「中国老齡化社会的福祉服務設計」.設計,第3号,7-12.
- 鄭蓉菲(2014).「我国老年人權益保障立法現狀評析」.延邊大学.
- 張潤彤,侏曉敏(2009).『服務科学概論』.北京:電子工業出版社.
- 張文娟,魏蒙(2014).「城市老年人的機構養老意願及影響因素研究-以北京市西城区為例」.人口和經濟,第6号,22-34.
- 張雅靜(2023).「A区互聯網+居家養老服務發展現狀及对策研究」.中国市場,第1号,17-23.
- 翟振武,陳佳鞠等(2016).「中国人口老齡化的大趨勢,新特点及び相應養老政策」.山東大學學報告(哲学社会科学版),第3号,27-35.
- Dalmer D. Hoskins 編(2004).侯宝琴訳.『21世紀初的社会保障』.中国勞働社会保障出版社,13-14.

# 附錄

## (1) 2013–2022 年中国高齢者福祉関連政策

順番	発布機構	ナンバリング	ファイル名	発布時間
1	商務部、民政部	商資函(2013)67号	関与香港、澳門服務提供者在内地開展營利性養老机构和残疾人机构服務有關事項的通知	2013. 3. 12
2	民政部	民政部令第 49 号	養老机构管理方法	2013. 6. 28
3	民政部	民政部令第 48 号と民政部令第 49 号	關於貫徹落實「養老机构立入許可方法」和「養老机构管理方法」的通知	2013. 7. 8
4	民政部	民發(2013)127 号	關於推進養老服務評估工作的指導意見	2013. 8. 1
5	國務院	国發(2013)35 号	國務院關於加快發展養老服務業的若干意見	2013. 9. 6
6	國務院	国發(2013)40 号	關於促進健康服務業發展的若干意見	2013. 9. 29
7	民政部	民函(2013)369 号	關於开展公立養老机构改革試點工作的通知	2013. 12. 13
8	民政部、發改委	民弁發(2013)23 号	關於开展養老服務業綜合改革試點工作的通知	2013. 12. 27
9	衛健委	国衛体改發(2013)54 号	關於加快發展社会辦医的若干意見	2013. 12. 30
10	民政部	民發(2014)17 号	關於加強養老服務標準化工作的指導意見	2014. 1. 26
11	國務院	国發(2014)8 号	國務院關於建立同意的城鄉居民基本養老保險制度的意見	2014. 2. 21
12	民政部、保監会、中国高齢者協會	民發(2014)47 号	關於推進養老机构責任保險工作的指導意見	2014. 2. 28
13	国土資源部	国土資庁發(2014)11 号	關於印發養老服務施設用地指導意見的通知	2014. 4. 17
14	民政部	民發(2014)116 号	關於推進都市養老服務施設建設工作的通知	2014. 5. 28
15	教育部など	教職成(2014)5 号	關於加快推進養老服務業人才培养的意見	2014. 6. 10
16	發改委	發改高技(2014)1358 号	關於組織开展面向養老机构的遠程医療政策点試點工作的通知	2014. 6. 16
17	民政部	民弁函(2014)22 号	關於开展国家智能養老物聯網应用示范工程的通知	2014. 6. 20
18	保監会	保監發(2014)53 号	關於开展老年人住房反向抵押養老保險試點的指導意見	2014. 6. 23



19	住宅都市 農村建設 部など	建標(2014)100 号	關於加強老年人家庭及居住区公共施 設无障礙改造工作的通知	2014. 7. 8
20	広 電 総 局、中国 高齡者協 会	新広出函(2014)313 号	關於公布首屆向全国老年人推荐優秀 出版物的通知	2014. 7. 30
21	財政部	財社(2014)105 号	關於做好政府購買養老服務工作的通 知	2014. 8. 26
22	發改委 な ど	改發投資(2014)2091 号	關於加快推進健康与養老服務工程建 設的通知	2014. 9. 12
23	財政部	財金(2014)176 号	關於推广応用政府和社会資本合作模 式有関問題的通知	2014. 9. 23
24	国務院	国弁発(2014)50 号	国務院市庁舎關於加快發展商業健康 保險的若干意見	2014. 10. 27
25	財 政 部、 發改委	財税(2014)7 号	關於減免養老和医療机构行政行業事 業性收費有関問題的通知	2014. 11. 1
26	民政部、 国家工商 行政管理 総局、国 家統計局	民発 (2014)251 号	關於开展養老服務業統計工作的通知	2014. 12. 8
27	国務院	国弁発(2015)84 号	国務院市庁舎衛生計生委等部門關於 推進医療衛生与養老服務相結合指導 意見的通知	2015. 11. 18
28	中国人民 銀行、民 政部、銀 監会、保 監会、証 監会	銀発(2016)65 号	關於金融支持養老服務業加快發展的 指導意見	2016. 3. 21
29	民政部	民発(2016)107 号	民政事業發展第十三个五年計画	2016. 7. 6
30	民政部、 財政部	民函(2016)200 号	關於中央財政支持开展居家和社区養 老服務改革試点工作的通知	2016. 7. 13
31	財 政 部、 民政部	財社(2016)4013 号	關於建立健全經濟困難的高齡、失能 等老年人補助金制度的通知	2016. 8. 31
32	民政部、 發改委 な ど	民発(2016)179 号	關於支持整合改造限制社会資源發展 養老服務的通知	2016. 10. 9
33	国務院	国発(2016)160 号	国務院關於加快發展康复補助器具產 業的若干意見	2016. 10. 23

34	國務院	国弁発(2016)85号	國務院市庁舎關於進一步擴大旅游文化体育健康養老教育培訓等領域消費的意見	2016. 11. 20
35	發改委	中国高齢者協会、發改委発(2016)73号	關於推進老年宜居環境建設的指導意見	2016. 11. 25
36	國務院	国弁発(2016)91号	國務院市庁舎關於全面开放養老服務市場提升養老服務質量的若干意見	2016. 12. 7
37	工業情報化部、民政部、衛健委	工業情報化部聯電子(2017)25号	智慧健康養老行業發展行動計划(2017-2020年)	2017. 2. 6
38	國務院	国発(2017)13号	“十三五”国家老齡事業發展和養老体系建設計划	2017. 2. 28
39	國務院	国弁発(2017)52号	國務院市庁舎關於制定和實施老年人介護服務項目的意見	2017. 6. 16
40	國務院	国弁発(2017)59号	國務院市庁舎關於加快發展商業養老保險的若干意見	2017. 6. 29
41	民政部など	民発(2017)193号	關於加強農村留守老年人關愛服務工作的意見	2017. 12. 28
42	交通運輸部など	交運発(2018)8号	關於進一步加強和改善老年人残疾人出行服務的实施意見	2018. 1. 8
43	財政部	財税(2018)22号	關於开展个人税收递延型商業養老保險試点的通知	2018. 4. 2
44	人力資源・社会保障部、財政部	人社部規(2018)3号	關於2018年提高全国城鄉居民基本養老保險基礎養老金最低標準的通知	2018. 5. 10
45	國務院	国発(2018)18号	關於建立企業職業基本養老保險基金中央調剂制度的通知	2018. 7. 1
46	銀保監会	銀保監発(2018)43号	關於擴大老年人住房反向抵押養老保險开展範圍的通知	2018. 7. 31
47	民政部	民函(2019)1号	關於徹底貫徹落實新修改的《中华人民共和国老年人權益保障法》的通知	2019. 1. 3
48	衛健委	財税(2019)20号	關於明确養老机构免征增值稅等政策的通知	2019. 2. 11
49	國務院	国弁発(2019)5号	關於推進養老服務發展的意見	2019. 4. 18
50	衛健委	国衛弁老齡発(2019)17号	關於做好医养結合机构審批工作的通知	2019. 5. 31
51	衛健委	国衛発(2019)45号	關於老年人介護需要評估和規範服務工作的通知	2019. 8. 27
52	教育部	教職成庁発(2019)3号	關於教育支持社会服務產生發展提高緊缺人才培養培訓質量的意見	2019. 10. 9

53	衛健委	中国高齢者協会発 (2019)61 号	建立改善老年健康服務体系的指導意見	2019. 11. 1
54	民政部など	发改高技(2019)1903 号	關於促進互聯網+社会服務發展的意見	2019. 12. 13
55	民政部	民発(2019)137 号	關於加快建立全国統一養老机构等級評定体系的指導意見	2020. 1. 2
56	市場監督管理總局、国家標準化管理委員會	市場監督管理總局、国家標準化管理委員會發	關於養老机构服務安全基本規範強制性国家標準	2020. 1. 13
57	住宅都市農村建設部	住建發(2019)285 号	關於養老服務智能化系統技術標準的公告	2020. 4. 5
58	医保局	医保發(2020)37 号	關於擴大長期介護保險制度試點的指導意見	2020. 5. 7
59	民政部など	民発(2020)43 号	關於規範養老機構服務行為的意見	2020. 7. 29
60	住宅都市農村建設部など	建房(2020)92 号	關於推動物業服務企業發展居家養老服務的意見	2020. 12. 04
61	发改委住宅都市農村建設部	发改(2021)1275 号	關於加強城鎮老旧小区改造配套設施建設的通知	2021. 09. 02
62	民政部、財政部	民函(2021)64 号項目	關於組織實施 2021 年居家和社区基本養老服務提升行動項目的通知	2021. 10. 12
63	工信部、民政部衛健委	工信部電子函 (2021)154 号	關於印發《智慧健康養老產業發展行動(2021-2025 年)》的通知	2021. 10. 20
64	民政部、国家開發銀行	民発(2021)94 号	關於“十四五”期間利用開發性金融支持養老服務體系建設的通知	2021. 11. 26
65	銀保監会	銀保監弁發(2021)134 号	關於規範和促進養老保險機構發展的 通知	2021. 12. 17
66	衛健委、中国高齢者協会、国家中医藥局	国衛老齡發(2021)45 号	關於全面加強老年健康服務工作的通知	2021. 12. 31
67	发改委など	发改社会(2021)1946 号	“十四五”公共服務規劃	2022. 01. 10

68	衛健委、 中国高齢者協会、 国家中医薬局	国衛老齡発(2021) 45号	關於全面加强老年健康服務工作的通知	2022. 01. 18
69	國務院	国弁発(2021) 56号	關於“十四五”城鄉社区服務体系建設規劃的通知	2022. 01. 21
70	國務院	国弁発(2021) 35号	關於“十四五”国家老齡發事業發展和養老服務体系規劃的通知	2022. 02. 21
71	國務院	国弁発(2022) 7号	關於推動个人養老金發展的意见	2022. 04. 21

(2) 第3章 表3-5 健康状況に関して中国高齢者の自己評価データ (年齢別)

状況 年齢	健康	基本健康	健康ではない、自分で生活できる	自分で生活できない	合計
60-64 歳	679822	441169	78330	9704	1209025
65-69 歳	373011	366569	98159	11292	849031
70-74 歳	178976	266543	103969	12722	562210
75-79 歳	97382	193833	103471	15884	410570
80-84 歳	43961	111914	79485	17488	252848
88-89 歳	14544	44163	39205	13657	111569
90-94 歳	3419	11638	12056	6617	33730
95-99 歳	519	1836	2029	1744	6128
100 歳以上	66	210	230	248	754
合計	1391700	1437875	516934	89356	3435865

データ出所：全国1%サンプリングデータから筆者作成

(3) 表3-6 健康状況に関して中国高齢者の自己評価データ (地域別)

状況 地域	健康	基本健康	健康ではない、自分で生活できる	自分で生活できない	合計
都市	481241	402200	80734	22204	986379
農村	910457	1035674	436200	67153	2449484

データ出所：全国1%サンプリングデータから筆者作成

#### (4) 第5章のアンケート調査用紙（中国語）

尊敬的各位生活在本社区的高龄业主们、您好！

我也是该社区的居民。基于学术需要、耽误您一点宝贵的时间、根据问卷内容、烦请各位如实填写、谢谢。

您的名字：	居住单元：	电话：
性别： <input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
年龄： <input type="checkbox"/> 60-69	<input type="checkbox"/> 70-79	<input type="checkbox"/> 80-89
学历： <input type="checkbox"/> 没有上过学	<input type="checkbox"/> 初中毕业	<input type="checkbox"/> 高中毕业
<input type="checkbox"/> 大学以上		<input type="checkbox"/> 职业教育
婚姻状况： <input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 丧偶	<input type="checkbox"/> 离异
<input type="checkbox"/> 未婚		
同住人：		
<input type="checkbox"/> 一人独居	<input type="checkbox"/> 和配偶一起生活	
<input type="checkbox"/> 和子女一起生活	<input type="checkbox"/> 和其它亲友一起生活	
收入：		
<input type="checkbox"/> 1999	<input type="checkbox"/> 2000-2999	<input type="checkbox"/> 3000-3999
<input type="checkbox"/> 4000 以上		
健康状况：		
<input type="checkbox"/> 身体非常健康	<input type="checkbox"/> 基本能够生活自理	<input type="checkbox"/> 生活不能自理
养老方式：		
<input type="checkbox"/> 居家养老	<input type="checkbox"/> 社区养老	<input type="checkbox"/> 常住养老院
关于日常生活、您最需要的养老服务是？		
<input type="checkbox"/> 餐食诉求	<input type="checkbox"/> 陪同就医	<input type="checkbox"/> 家政服务
<input type="checkbox"/> 陪同购物	<input type="checkbox"/> 家事维修	<input type="checkbox"/> 护理服务
<input type="checkbox"/> 其它		
关于身体健康、您最需要的养老服务是？		
<input type="checkbox"/> 健康咨询	<input type="checkbox"/> 术后康复	<input type="checkbox"/> 紧急就诊
<input type="checkbox"/> 定期复诊		
<input type="checkbox"/> 上门照顾	<input type="checkbox"/> 其它	
关于精神需求、您的自我评价是？		
<input type="checkbox"/> 我经常感到孤独	<input type="checkbox"/> 我很少感到孤独	<input type="checkbox"/> 我从未感觉到孤独
您经常参加社交活动吗？		
<input type="checkbox"/> 我经常参加活动	<input type="checkbox"/> 我偶尔参加活动	<input type="checkbox"/> 我从不参加活动
哪种方式能为您的日常生活提供精神慰藉？		
<input type="checkbox"/> 聊天解闷（面对面和媒体）	<input type="checkbox"/> 专业的心理咨询服务	
<input type="checkbox"/> 户外活动	<input type="checkbox"/> 文娱活动（如书法、合唱、下棋）	
<input type="checkbox"/> 我喜欢一个人独处。		

感谢您的回答、请把此问卷交回社区工作人员。

(5) 研究業績

①著書・論文・翻訳書名 ②研究発表の題目	発行・発表の 年月日	発表場所 掲載誌名	発行所
研究発表 高齢化へ進む中国の高齢者福祉政策の考察	2022. 08. 18	第 30 回全国大会研究発表大会	日本ホスピタリティ・マネジメント学会
研究発表 コロナ後の中国「インターネット＋在宅介護サービス」の考察	2022. 11. 26	第 18 回研究大会	政策情報学会
査読論文 中国における高齢者福祉介護サービス政策の考察：介護サービスの提供方式と内容を中心に	2022. 11. 26	政策情報学会誌 第 16 巻第 1 号	政策情報学会
研究発表 高齢者福祉サービスの評価制度に関する日中比較-施設介護サービスを中心に-	2022. 12. 04	第 61 回 「東アジアの文化・社会・産業経営」 国際学術会議	亜東経済国際学会
査読論文 高齢者福祉サービスの評価制度に関する日中比較-施設介護サービスを中心に-	2023. 02. 25	亜東経済国際学会 研究業績書（24）： 「東アジアの文化・社会・産業経営」	亜東経済国際学会
査読論文 高齢社会に突入した中国介護サービス政策の考察	2023. 03. 31	「HOSPITALITY」 第 33 号	日本ホスピタリティ・マネジメント学会
研究発表 Survey on the Current State of Home and Community Care Services in Urban Areas : An Example from the Area of Shenyang	2023. 07. 08	第 62 回 「東北亜の福祉ビジネスと観光産業経営」 国際学術会議	亜東経済国際学会

## 謝辞

本論文は経営学の視角から、中国の高齢者福祉介護サービスを中心に論じたものであり、福祉政策の制定に関する意見が大変重要な粹割を担っています。しかし、私自身に福祉介護サービスに関する勤務経験がないため、現状と問題点の理解は客体でしか捉えることができませんでした。したがって、中国の国情がとしても十分な理解でき、経営戦略の知識を携えられている指導教員である高橋文行先生の指導なくして、本論文の完成はなし得ませんでした。まずは高橋文行先生に心より感謝の意を表します。また、日本経済大学大学院では、アカデミアとしても十分な業績を有し、さらに実務経験も持たれている多くの先生方にご指導をいただきました。なかでも、多田稔先生、赤瀬朋秀先生におかれては、中国の福祉介護制度の制定と改革に関する研究の深めだけでなく、多くの抱える課題についてもご教示いただいたことによって、調査対象の業界や個々の企業について正面から向き合えることができたと確信します。また、石松宏和先生におかれては、分析フレームワークの構築と統計解析をご指導いただきました。

また、本論文執筆にあたり、学外の多くの先生にもご協力・アドバイスを賜りました。まず、インタビュー調査において、首慈養集団の経営者として李先生にご協力賜りました。そして、瀋陽市 H 地域政府から、貴重な資料をもらっていただきました。本当に感謝の意を表します。

文至此处，也就意味着彻底告别了博士学术生涯。对于择校选导的挣扎，延毕风险的压力，熬夜改稿追文献的打磨还都历历在目。回顾这三年虽然经历了换导，退稿，疫情等波折，所幸预期中的“课程修满退学”淬炼成了“学位取得”。但我深感距离博士学术研究水准仍有较大差距，这个学位更是审查会全体教授对我的鼓励。对于这一结果与其说是开心满足，更多的是对知识的敬畏之心所致的诚惶诚恐。感恩高桥老师，对我研究业绩的督导鞭策，倾尽资源为我保驾护航，更是我未来人生之路的高山。也很荣幸得到研究科教授们更多的关注和偏爱，谢谢所有教授们的引领提携。

同样感谢国内张，王两位教授的无私帮助。以及西门桑一路以来对我的支持和关怀。最后要感谢一直信任尊重我的父母，给予我更多的自由，选择自己喜欢的生活。最后，得失参半，枯荣与否，有心人自有答案。希望这颗悬而未决的心，带着三分运气三分感恩四分谨慎继续前行。

在中国考研考公持续热度不减的浪潮之下，一方面得幸于拥有留学机会，使得上岸的机率较国内提高不少，而同样异国求学的个中滋味唯有自知。希望所有留学的小伙伴们能够守望相助，珍重健康。心想事成，蟾宫折桂。不管何时何地，也不要轻言放弃，享受人生的每一段经历。

最后，山河无恙，人间皆安。祝愿我们的祖国繁荣昌盛！