2017 年度
国際学研究科修士論文

中核市における高齢者福祉介護サービスに関する研究

―済寧市在宅介護サービスと宇都宮市居宅介護サービスを中心に―

A Study on the Pattern of Home-based Care for the Aged

In Core Cities

宇都宮大学大学院国際学研究科
国際社会研究専攻

要旨

中国は伝統社会における高出生率、高死亡率、低い人口増加率の状態から高出生率、低死亡率、高い人口増加率の状態を経て、現代社会における低出生率、低死亡率、低い人口増加率へと変化している。中国の高齢化は世界平均より速い速度で高齢化が進んでいる。中国国務院が2017 年 3 月 6 日発表した「老齢事業発展計画」によると、2020 年に 60 歳以上の高齢者は 2 億 5500 万人に達し、総人口の約 2 割を占めると予測した。1979 年から実施された「一人っ子」政策により、出生率の低下を実現できたが、深刻な高齢化と核家族化の激増をもたらした。また、国家衛生・計画出産委員介が発表した「2015 年中国家庭発展報告」によると、「空巣老人」、すなわち子供が家を出たため老人世代だけで暮らしている高齢者は、高齢者全体の半分を占めている。急速に高齢化が進んで、介護保険の整備が不十分であり、様々な問題を抱えている。近年、一人暮らし老人の増加により、行方不明問題、孤独死問題等も社会大きな課題になっている。「中国高齢者失踪状況研究報告」により、中国国内で年間 50 万人前後、1 日平均約 1370 人の高齢者が行方不明になっているとのデータが明らかになった。労働人口が減少し、急速に進む中国の高齢化問題と高齢者福祉介護問題は再び注目されている。高齢者要介護問題は顕在化し、高齢者が在宅で安全、安心した日常生活を営み続けることは困難となってきた。中国では新しい高齢者社会保険保障制度と社会福祉制度の再構築が求められている。

本稿では、超高齢化社会に入った日本の高齢者介護サービスと福祉制度・政策、特に在宅福祉サービス、高齢者看護小規模多機能型居宅介護サービスの発展過程を踏まえながら、中国の高齢化社会における高齢者福祉問題、介護施設不足問題、介護職員不足問題、及び在宅介護サービスの発展について分析した。それらを通して、中国の高齢者福祉介護サービスを発展させるには、日本のような先進な在宅福祉制度の整備、看護小規模多機能型居宅介護サービスの展開、医療と介護連携を中心に据えた考え方が不可欠であることを明らかにした。日本の高齢化社会と異なり、中国の高齢化社会は、近代的な産業化社会になる前に現れたもので、十分に資産の蓄積ができないまま高齢を迎え、高齢化社会に備える社会的な仕組みができないうちに老いる状況にある。これは、中国の高齢者福祉事業のすべての分野において言える現象である。また、高齢者向けの平均的な年金水準が低いため、高齢者人口の増加による低収入者の増大が、社会貧富格差の拡大につながるとみられる。現在の中国の高齢者介護福祉サービスにおける改革の動向をみると、社会的な扶養と医養結合を最も重要な研究課題として位置づけている。中国では、医療事業、高齢者福祉と介護サービスは異なる政府部門によって管理されており、病気の治療と高齢者の介護に関しては、多くの不便問題が存在した。この問題を解決のために、2015 年 11 月に中国国務院をはじめとする 9 つの行政機関が共同で医療事業と養老事業との融

和を促進するために、行政政策を公表した。また、公立養老施設と高齢者介護資金が不足問題を解決のために、高齢者、特に農村で住んでいる高齢者達に向けの農村医療制度、「医療」と「養老」との結合が重要な課題として取り上げられるようになった。山東省の場合は、高齢者病院、介護院、敬老院、老人ホームと病院の老年病科建設を強化し、公立病院をリハビリ病院・高齢者介護医療機関に転換することを支援する。現時点において、高齢者介護施設不足に対して、山東省が高齢者住む家と公立養老施設マンションの改造を実施し、既存多層住宅でエレベーターを増設するパイロット作業を開始し、既存居住社区とコミュ二テイの公共場所、都市部と農村部の高齢者専用施設と高齢者生活満足率をもっと高くすることを計画している。2017年8月16日に発表した「山東省老齢事業発展と養老システム建設の計画」によると、2020年までに省内高齢者事業発展、高齢者医療福祉及び省内養老介護システム建設の水準が全面的な小康社会を建設するレベルに達し、全国前位に位置して、全社会が人口高齢化と高齢者介護福祉問題と養老問題に対応する能力と水準をアップし、山東省の高齢者が同時に全面的な小康社会に入ることが掲げられた。

これから、中国で日本のような訪問介護と看護小規模多機能型居宅介護サービスは高齢者の在宅生活を支える基幹となるサービスであり、ますます重要性を増し、効率よくかつ質の高いサービス提供を実現する制度や仕組みを整備することが求められる。今後、高齢者が質の高い自立生活を営むことができるようにするためには、各地域で看護小規模多機能型居宅介護の展開が非常に重要になっていることが明らかになった。

目次

はじめに.....1

1.研究の背景と問題意識.....1
2.研究の目的.....2
3.論文構成と研究方法.....2

第一章　中国の高齢化現状.....3
第一節　急速な高齢化.....3
第二節　「親族養老」から「社会養老」への切り替え.....3
第三節　二元経済により地域の格差.....4
第四節　戸籍制度により都市部と農村部の格差.....4

第二章　高齢者サービスにおける政府の政策.....5
第一節　社会保険制度の更新.....5
第二節　養老産業市場を全面開放.....6
第三節　高齢者保険の拡充.....6
第四節　“医養結合”の推進.....7
第五節　養老金融体系の拡充.....8

第三章　県鎮村における高齢者福祉在宅介護サービスの概観及び事例の調査.....9
第一節　高齢者福祉在宅サービス.....9
1.在宅介護サービスの定義.....9
2.在宅サービスの目的と種類.....9
3.在宅介護における訪問介護と通所介護.....10
4.在宅サービスにおける中央政府の政策.....10
5. 山東省における在宅介護サービスの展開.....11
第二節　済寧市の高齢者福祉サービスにおける訪問介護と通所介護サービスの考察.....12
1.済寧市曲阜市について.....12
2.曲阜市陵城鎮T村敬老院についての調査.....12
3.調査の結果.....13
3.1陵城鎮T村の基本状況.....13
3.2陵城鎮T村敬老院の基本状況と運営方式.....13
3.3陵城鎮T村敬老院の運営資金.....13
3.4陵城鎮T村敬老院の利用対象者と利用現状.....14
3.5陵城鎮T村敬老院の職員配置と仕事内容.....14
3.6認定基準およびサービス内容.....15
第三節　T村敬老院における介護サービス利用方法と提供形態.....15
1.介護サービスの利用方法　.....15
2.介護サービスの施設と体制.....15

3.訪問介護サービス提供形態.....16
4. 通所介護サービス提供形態.....17
5.長期介護サービス提供形態.....18
6.敬老院介護サービス利用の効果.....18
7.敬老院介護サービスの問題点.....19

第四章　日本における居宅系介護サービス(看護小規模多機能型居宅介護).....20
第一節　日本における高齢者福祉介護保険制度について.....20
1.介護保険制度の創設の背景.....20
2.介護保険制度のプロセス.....20
3.日本における要介護・要支援度の目安.....21
第二節　居宅系介護サービスにおける看護小規模多機能型居宅介護.....22
1.複合型サービスと看護小規模多機能型居宅介護の定義.....22
2.看護小規模多機能型居宅介護の基準.....22
3.看護小規模多機能型居宅介護サービスの内容.....24
4.看護小規模多機能型居宅介護サービスの調査.....24
4.1 対象者の所属する区の基本状況.....24
4.2N ケアセンターの介護事業とケアセンターの基本状況.....25
4.3 利用対象者.....25
4.4 利用方法.....25
4.5 職員配置.....25
4.6 利用料金.....26
第三節　居宅系介護サービス(看護小規模多機能型居宅介護)の問題点.....26

第五章　中日高齢者介護問題の比較と中国の在宅介護サービスの展望.....28
第一節　中国と日本の高齢者介護問題の比較.....28
第二節　中国中核市における高齢者福祉介護サービスの展望.....28
1.介護保険制度の整備.....28
2.高齢者介護職員専門性の向上.....29
3.地域における高齢者介護事業所間の連携.....29
4.看護小規模多機能型居宅介護サービスの導入.....30

おわりに.....31
参考文献　参考資料.....32
あとがき.....35

図目次

図 1:高齢者養老資金の財源..... 7

表目次

表 1 :敬老院の職員配置..... 14

表 2:要介護状態区分基準と基準別の提供内容..... 15

表 3:訪問介護サービス提供形態..... 16

表 4:通所介護サービス提供形態..... 17

表 5:長期介護サービス提供形態..... 18

表 6:日本の介護保険制度のプロセス..... 20

表 7:要介護認定等基準時間の分類..... 21

表 8:日本における要介護・要支援度の目安..... 22

表 9:看護小規模多機能型居宅介護の基準..... 23

表 10:職員配置..... 25

表 11:利用料金(一例)..... 26

はじめに

1. 研究背景と問題意識

中国では急速な経済発展と共に、社会保障と社会福祉領域では深刻な問題が生じ、1980 年代以前に比べて、社会生活の安全感が低下している。社会主義時代の中国では、社会保障制度があったが、基本的に企業が従業員の医薬費や年金更に子女の教育費を負担していた。1980 年代以後、計画経済から市場経済へと経済政策を大きく転換し、国民の生活が全般的に改善してきたが、各地域の改革に伴って、国営企業の多くは民営化され、政府のサポートがなくなっている。従来の医療や年金システムは失われ始めた。財源の各層と福祉人材の養成及び施設の整備、制度設計なども著しく遅れている。このような重大な福祉問題は現時点に至って、すでに表面化されている。

また、1979 年から、中国で「一人っ子」政策が実施され、出生率の低下を実現できたが、深刻な高齢化をもたらした。2015 年末時点での 60 歳以上の高齢者人口は 2 億 1242 万人で全体の 15.5%を占め、65 歳以上の高齢者人口は日本の総人口にほぼ匹敵する 1 億 9755 万人に及び、全体の 10%を占めるまでとなっている[1]。毎年、60 歳以上の高齢者人数は約 840 万人ずつ増加しており、2020 年まで 2.55 億、全体の 17.8%を占め、2050 年までに総人口の三分の一を占める 4 億 5000 万人に達すると予測し、80 歳以上の人口が 1 億人を超えると予測されている[2]。現在、中国はもはや世界最大の高齢者大国にもなっている。このことは、中国社会に、大きな影響・変化を与えると考えられる。

国家衛生・計画出産委員介が発表した「2015 年中国家庭発展報告」によると、「空巣老人」、すなわち子供が家を出たため老人世代だけで暮らしている高齢者は、高齢者全体の半分を占めている。急速に高齢化が進んで、介護保険の整備が不十分であり、様々な問題を抱えている。近年、一人暮らし老人の増加により、行方不明問題、孤独死問題等も社会大きな課題になっている。「中国高齢者失踪状況研究報告」により、中国国内で年間 50 万人前後、1 日平均約 1370 人の高齢者が行方不明になっているとのデータが明らかになった。中国では新しい高齢者社会保険保障制度と社会福祉制度の再構築が求められている。

本研究は福祉先進国日本の社会福祉制度、高齢者介護福祉サービスと看護小規模多機能型居宅介護サービスの発展過程を考察しながら、山東省済寧市の高齢者福祉介護サービスの問題、地域社会の変容による発展について分析したい。また、中国高齢者介護福祉サービスをどのように発展させればよいのか、具体的な提案をしたい。

---

1 総務省ホームページ、人口推計（平成 28 年(2016 年)4 月確定値，平成 28 年 9 月概算値）
http://www.stat.go.jp/data/jinsui/new.htm（2016 年 9 月 20 日発表）

2 内閣府経済社会総合研究所 （2012）p.48

2. 研究の目的

世界において、日本は早く高齢者の介護政策を取り組んだ国であり、その対策は他国への影響も大きい。本論文は 21 世紀になって急速に進行する中国の高齢化を強く意識しながら、高齢者在宅福祉サービスについて日本との比較の視点から分析を試みたものである。具体的に在宅（居宅）介護サービスを中心に、済寧市と宇都宮市において、在宅福祉介護サービスを所管する行政部門とサービス事業者からの聞き取り調査、在宅福祉サービスに対する現地調査を行うことによって、両都市の在宅介護サービスの運営形態、在宅介護サービスの人材状況などの実態を明らかにし、今後の在宅介護サービスの意義とその展開に必要となる課題について論じて、中国高齢者福祉在宅介護サービスをどのように発展させればよいのか、具体的な提案をしたい。

また、中国山東省済寧市における高齢者に関する福祉在宅介護サービスを主体として、サービスの質的な向上に向け、高齢者個人のニーズに合わせたサービスが提供できるように、看護小規模多機能型居宅介護サービスの導入と介護、看護などのサービスに携わる専門職、特に介護職員等を適切に配置することが一つの鍵となることを明らかにしていきたい。

3. 論文の構成と研究方法

本論文では、第一章は高齢化の現状と高齢化社会の特徴を紹介する。第二章は中国の人口高齢化に伴う要介護高齢者の増加傾向について高齢者福祉を取り巻く中央政府の制度を整理し、具体的には社会保険制度の更新、養老産業市場の全面開放、高齢者保険の拡充、医養結合の推進及び養老金融体系の拡充から分析する。第三章は山東省済寧市における公立敬老院の高齢者福祉施設の事例を取り上げ、施設の状況、運営資金、利用対象者、入居者の属性、設備環境、職員配置の面から中核市農村地域における高齢者福祉在宅介護サービス施設の現状と諸問題を分析する。第四章は日本社会における高齢者介護の歴史を振り返りながら、在宅介護サービス展開の経緯を再確認し、高齢者介護に何が求められ期待されているかについて要点を整理する。また、日本における高齢者福祉介護保険制度と居宅系介護サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の展開について分析する。第五章は福祉先進国日本の社会福祉制度と高齢者介護福祉サービスの発展過程を踏まえて、山東省済寧市の高齢者福祉介護サービスの問題、地域社会の変容による発展について整理し、中国高齢者福祉在宅介護サービスをどのように発展させればよいのか、具体的な分析する。また、中国中核市における高齢者福祉在宅介護サービス、とくに看護小規模多機能型居宅介護の導入と介護職員専門性向上の重要性を強調する。

第一章　中国高齢化の現状

第一節　急速な高齢化

中国は伝統社会における高出生率、高死亡率、低い人口増加率の状態から高出生率、低死亡率、高い人口増加率の状態を経て、現代社会における低出生率、低死亡率、低い人口増加率へと変化している。また、中国の高齢化は世界平均より速い速度で高齢化が進んでいる。国連の予測によると、1999 年から 2020 年の世界高齢人口の年平均増加率は 2.5%だが、中国の同期での増加率は3.3%となっている。世界の高齢人口の全体に占める割合は1995年の6.6%から、2020 年の 9.3%に上昇し、同時期の中国は 6.1%から 11.5%に上昇すると見られる[3]。中国人口の増加率も高齢化率も世界のそれより速いことが明らかになった。中国国務院が 2017 年 3 月 6 日発表した「老齢事業発展計画」によると、2020 年に 60 歳以上の高齢者は 2 億 5500 万人に達し、総人口の約 2 割を占めると予測した。労働人口が減少し、急速に進む中国の高齢化問題は再び注目されている。

第二節　家族形態と養老方式の変更：「親族養老」から「社会養老」への切り替え

中国における伝統的文化の一つは高齢者の扶養である。お年よりを尊敬し、大事にすることは基本的な道徳とされている。今まで、社会でずっと重視され続けている。近年、高齢化の進展による家族形態の変化により、高齢者に対する家族の扶養と介護保障は危機的状態になっている。現代化と核家族化の激増により、一人暮らし高齢者が急速に増え、従来の家族を中心とした高齢者の扶養方式は社会の変化と共に変わりつつある。家族の伝統的な高齢者の家族扶養機能は弱くなってきている。

1980 年代前に一家族の平均人数は 4 人以上の大家族形式が、現在では平均 3 人以下と減少し、核家族と少子家族になっている。二人家庭、三人家庭が家庭種類の主体になった。高齢者一人だけの家庭などの家庭形態が絶えず出現する。今の低い出生率と共に、家族の規模はもっと縮小すると予測される。一人っ子政策の進展によって核家族化が進行し、現状「421」（高齢者 4 人、夫婦 2 人、子供 1 人）と言われる家庭構造が一般的となっている。将来の家族は、「4・2・1 家族」[4]形態の比率で 5 人を扶養しなければならない。

高齢者には経済問題と介護問題が出てくる。また、現代化が進展していく中で、家族の暮らす形式も変化してきた。従来の 5 人の大家族はなくなり、新たな住宅があれば、親と子女が別々に居住することがほとんどである。居住距離が近ければ、老親の世話などをすることが便利になる。しかし、現在の若者が農村部から都市部へ移動することが多くなる。老親との距離は遠くなって、老親の生活上の世話などは難しくなる。これにより、高齢者を家庭で支える伝統的

[3] ジェトロ 現代社会文化研究 No.61 2015 年 12 月 - 137 - 2013：2

[4] 4-2-1 家族とは：一人っ子である夫婦二人が結婚した後の家庭構成であり、つまり四人の老人、夫婦二人及び子供一人を指す。

な仕組みが崩壊し始めており、高齢者の介護は社会福祉施設に委ねざるを得なくなってきている。

第三節　二元経済により地域の格差

1980 年代以降、中国は計画経済を市場経済に向けて移行しつつある。市場経済への政策推進により、市民の収入が大きく上昇し、市民の生活水準も向上してきた。政府が「先富論」という政策を出した。「先富論」は、「先に豊かになれるものと一部の地域が先行しよう」という改革方針を提起しただけではなく、「先に豊かになったものと地域が豊かになっていないものと地域を助け、最終的に共に豊かになる」ことを目指すものである。しかし、「先富論」の後半部分で言及された「先富」から「共富」への調整がうまく行われず、一辺倒の改革政策が続けられてきた。それによって、地域経済格差の問題が表面化し、社会安定にも影響が及ぶ大きな問題となっている。

日本の高齢化社会と異なり、中国の高齢化社会は、近代的な産業化社会になる前に現れたもので、十分に資産の蓄積ができないまま高齢を迎え、高齢化社会に備える社会的な仕組みができないうちに老いる状況にある。これは、中国の高齢者福祉事業のすべての分野において言える現象である。また、高齢者向けの平均的な年金水準が低いため、高齢者人口の増加による低収入者の増大が、社会貧富格差の拡大につながるとみられる。

第四節　戸籍制度により都市部と農村部の格差

中国において、都市と農村、都市と都市、農村と農村の間は経済や政策だけでなく、文化や社会福祉など色々な面が異なっているため、高齢化の速度にも相違がある。中国は都市部と農村部ではっきりと制度と政策が違い、いわゆる二元構造と言われている。具体的には、市民は戸籍制度によって都市と農村に分断されて、土地も所有制によって都市と農村に分かれている。戸籍制度では農業戸籍、非農業戸籍という区分があり、土地制度は国有地と集団所有地という違いがある。

一般に、都市戸籍の市民は、国営企業の福祉制度の流れを引き継いだ。養老、年金、医療、退勤金、失業等の保険や福祉制度が整備された。農村戸籍の市民は社会福祉制度と保障制度は不十分で、養老と医療を始めとする社会福祉サービスが受けられなかった。

戸籍制度によって、農民の大半は医療、介護、子女学籍およびその他の社会保障といった都市生活に必要なサービスを受けることができず、都市部で不動産を購入することすらほとんどできない。都市と農村の格差はますますひどくなって、深刻な社会不安の要因となった。農村に住んでいる高齢者たちの介護にかかる費用を誰が、どのように賄うのかという老後の所得保障の問題が依然として課題となっている。

第二章　高齢者サービスにおける政府の政策

2016 年中国中央政府が策定した国の全体計画である「十三五計画」[5]に基づき、2017 年 2 月に高齢者の養老介護体系と高齢者福祉事業に焦点を当てた「中国十三五高齢事業発展および養老体系建設計画」が公表された。本計画によると、中国の 60 歳以上の人口は 2020 年に 2.55 億人に達し、全人口の 17.8%を占めるとされている。高齢者人口を抱える一方、高齢者に対する社会福祉整備及び福祉保険制度が脆弱な状況において[6]、比較的社会負担の少ない「在宅養老」が今後の養老の基盤として推奨されている。

また、急速な高齢化進展により、地方政府、民生部門は高齢者サービスに関連した政策の制定や介護サービスを進めている。現時点では政府の基本方針は高齢者サービスに関して在宅介護サービスを中核に据えて、高齢者が居宅している各地域において福祉サービス事業団体など多様な介護サービスの供給体制づくりを推し進めている。今後、高齢者福祉サービス事業の推進を課題と捉え、より力を入れて取り組み始めている。

第一節　社会保険制度の更新

中国の国民経済と社会発展第 13 次五ヶ年計画要綱において、介護主体を高齢者養老施設や社区による“社会養老”と家族による“家庭養老”にわけて方針を打ち出した。在宅介護サービスを中心に強化し、基本的には親族養老から社会養老への切り替え、高齢者福祉人材の育成と介護職員の育成にも力を入れ始めた。介護職員収入にも水準の引き上げが検討された。これから、中国の伝統文化と高齢化社会の現実を踏まえ、2020 年までに在宅介護を基盤とし、「社区養老」と全面型介護で補完することで、完全に機能する介護サービスシステムの構築を目指している。

この中で、上海の「9073 養老計画」[7]という介護体制は社会から高く評価されている。地域における高齢者サービスでは、中央政府は「全国の都市社区建設の推進に関する意見」等の政策を公表し、未来必要な行動等を行い、社区高齢者養老施設の整備と地域高齢者介護サービス能力を強化し、質の高い介護サービスを提供している。高齢者に対し、医療介護サービス、公立介護施設での養老サービス等を行い、生活介護、病院の救援及びその他の福祉サービスを提供し、高齢者の在宅介護サービス支援を推進する環境の整備に努めている。

5　中国は 1949 年の建国以来、5 年おきに「5 ヵ年計画」を定めて、経済・社会の政策目標としてきた。すなわち「5 ヵ年計画」には、中国における 5 年間の国家戦略が記される。2010 年から 2015 年までが「第 12 次 5 ヵ年計画」、そして 2016 年から 2020 年までが「第 13 次 5 ヵ年計画」の期間である。

6　厳華　2016 年「中国の介護ビジネスには「春」が来るのか」

7　高齢者全体のうち、在宅介護 90%、全部社区介護 7%、施設型集中介護 3%。

第二節　養老産業市場を全面開放

現在、中国の多様な高齢者介護サービスへの需要に対応するため、中国政府は、民間・外国資本の活用や高齢者福祉介護サービス市場の産業化に関するさまざまな対策を打ち出している。これから、政府、民間企業、一般市民、外資などの積極性や創造力を最大限に引き出し、高齢者養老産業と介護サービスの発展に繋げている。高齢者福祉介護サービス市場において、核家族の現状と高齢者たちの需要を理解した上で、高齢者福祉介護サービスの発展に対する専門性を高め、必要な高齢者福祉介護サービスを要介護高齢者たちに提供することを目指している。

2013 年 9 月に国務院が発表した「高齢者サービス業の発展を加速するための若干の意見」には外資参入の許可と支援策などが公表されていた。しかし、外資参入と展開のルールが多く、複雑な手続きなど面倒な問題も多く、結果として投資はうまくできなかった。また、2016 年 12 月 23 日に中国国務院が発表した「高齢者介護サービス市場の全面的開放と介護サービスの質的向上に関する若干の意見」は「先照後証」[8]を打ち出した。つまり、まず事業を立ち上げてから、他の許可書などを後に揃えていくことである。また、国家発展と改革委員会、公安省など 13 省庁とともに、高齢者福祉介護サービス施設の新設許可手続き簡素化の推進に関する通知を公布した。手続きの簡素化と処理の効率を求めている。民間・外国の資本や経験を導入し、高齢者福祉介護サービスを発展する市場環境を整えることができ、介護サービスを全面的な発展につながる。

第三節　高齢者保険の拡充

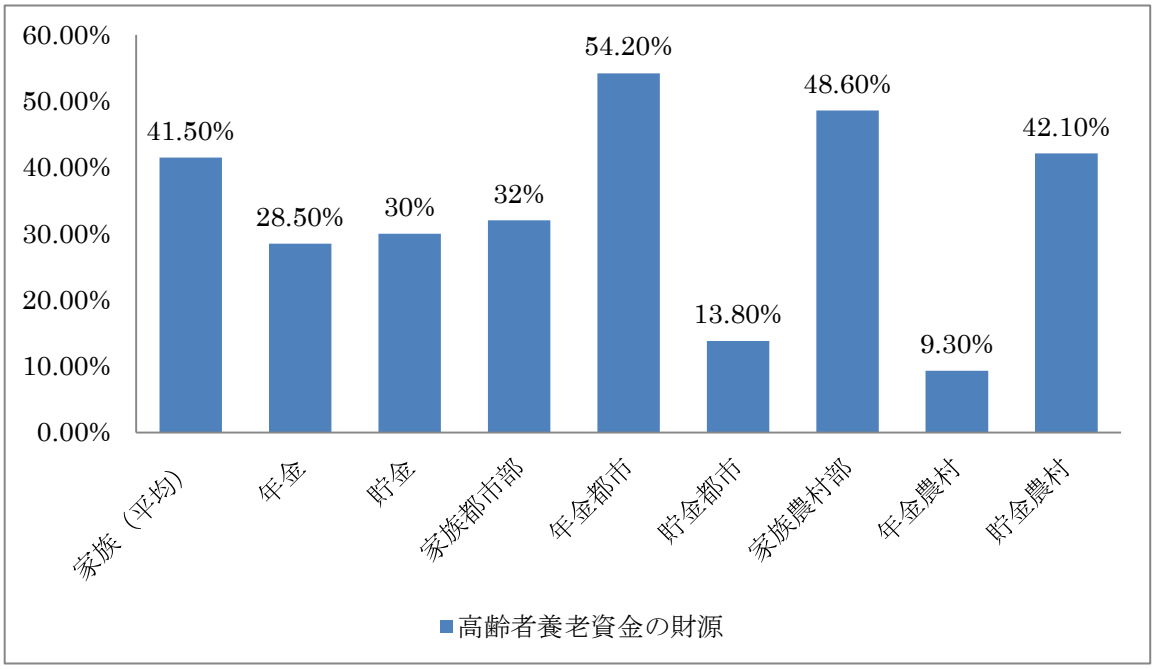
2015 年 3 月 17 日、「中華人民共和国国民経済と社会発展第 13 次五ヶ年計画要綱」が公表された。「第 13 次五ヶ年計画」の対象期間中、高齢者向けの多層的な社会保険体系の構築が目指されている。そのなかで、次の 3 点について注目されている。一つは年金双軌制[9]（ダブルスタンダード）の廃除、もう一つは基本年金保険のカバー率の拡大（現在の 80%を 90%へ）、最後は「介護保険制度」の構築検討である。この 3 点の行方は、中国の高齢者福祉事業に大きな影響を与えると予想される。

また、基本養老保険制度を完備しながら、職業年金、企業年金および個人貯蓄型養老保険、商業保険といった多階層保険体系を構築した。中国統計局が実施した「2010 年全国 1%人口サンプリング調査」の結果によると、60 歳以上の高齢者の養老資金の財源において、社会保障年金が占める割合はわずか 28.5%である。それ以外の部分は家族による扶養および貯蓄でカバーする状況である。

8　証は行政許可証で、照は営業許可証である。「先証後照」とは、関係部門で行政許可証を得てから工商部門で営業許可証を取ることであり、「先照後証」とは、工商部門で営業許可証を取り、必要なら行政許可証を得ることである。

9　中国の年金制度は、「官」と「民」が違う「二重制」となっており、「年金双軌制」と呼ばれている 1995 年より施行されているが、不公平という社会批判を受けて、制度の一本化に切替えられている。

図 1　高齢者養老資金の財源



出典　中国統計局「2010 年全国 1%人口サンプリング調査

第四節　“医養結合”[10]の推進

中国では、医療事業、高齢者福祉と介護サービスは異なる政府部門によって管理されており、病気の治療と高齢者の介護に関しては、沢山な不便問題が続けられた。この問題を解決のために、2015 年 11 月に中国国務院をはじめとする 9 つの行政機関が共同で医療事業と養老事業との融和を促進するために、行政政策を公表した。また、公立養老施設と高齢者介護資金が不足問題を解決のために、高齢者、特に農村で住んでいる高齢者達に向けの農村医療制度、「医療」と「養老」との結合が重要な課題として取り上げられるようになった。

「第 13 次五ヶ年計画」では、「医養結合」を推進していくため、高齢者養老施設での医療、介護の連携を推奨している。医療機関の機能補完のために、養老施設にて治療期のケア、回復期のリハビリ、ターミナルケアに至るサービスを提供する体制の確立を目指している。以上の「医養結合」の推進により、養老施設での医療サービス、通所サービスや訪問介護施設でのリハビリサービスの提供が求められた。今後、各地方政府は 2017 年までに、政策体系と基準の雛形の作成を行い、と 2020 年には、運営までを作成する 2 段階目標を設けて、“医養結合”を一層推進する予定である。

10　医養結合は高齢者介護事業に医療サービス支援を充実するために、医療機関及び医療機能と介護事業を結合するための政策である。2017 年と 2020 年の 2 段階での推進目標が設けられている。2015 年 11 月 18 日に発表した「医療衛生と養老服務の結合に関する指導意見」では、医療衛生と養老サービスを連携する重要性を強調し、2017 年と 2020 年の二段階の目標を掲げていた。

第五節　養老金融体系の拡充

高齢者福祉介護サービス産業分野について、2015 年末頃から 2016 年 3 月にかけて、中央政府は主に三つの政策を発表した。まず、全国社会保障基金と基本養老保険基金に関する管理、運営が地方政府から中央政府に一本化される。次に、銀行などの金融機関が高齢者専用の窓口を設置するなど、高齢者向けのサービスの拡充や多様化の推進である。三つ目は、養老債券という特定債券の発行制度が新規に設立され、シルバー産業に関わるインフラ整備プロジェクトに養老債券の発行という金融手法が適用されようとしている点である。

第三章　県鎮村における高齢者福祉在宅介護サービスの概観及び事例の調査

第一節　高齢者福祉在宅サービス

1.在宅介護サービスの定義

在宅介護とは、要支援・要介護者が自宅で生活しながら、介護のサポートを受ける形態のことである。老人ホームや介護施設への入居という選択をせず、住み慣れた自宅での生活を選んだ方の、介護のスタイルということになり、在宅介護をする上で、訪問介護や通所介護は必要な存在である。また、医療ケアが必要な場合、訪問看護ステーションや訪問診療といったサービスを利用することもある。

中国高齢者介護在宅サービスは中国中央政府の民政部（日本の厚生労働省にあたる）の政策方針に基づき、高齢者福祉サービス事業の一部分として実施されている。各地域にサービスを提供する場所となる高齢者福祉在宅介護サービスセンター（日本の地域支援センターに相当）が設置された。運営組織は、高齢者福祉担当副部長（行政）、民政局長（事務と行政）、非営利組織社区（町村）敬老協会となる。事務の方は中央政府の民政部の政策を伝達し、書類と事業計画書の作成、電話・来客応対、行政手続きの処理、資金の調達を行う。そして、社区（町村）敬老協会の方は「街道」（自治体・町内会にあたる）の協力を得て、地域高齢者在宅介護サービス受給者の認定、サービス内容の検討と改善、介護職員の採用、教育と派遣、従業員の研修・手配、サービス提供状況の検討、トラブルの解決と問題点のまとめなどトータルな運営管理に当たる。

2. 在宅サービスの目的と種類

在宅介護サービスの目的は、各地域の高齢者の人数と要介護状況を把握し、高齢者特に一人暮らしの高齢者への訪問サービス、指定場所でのサービス（村民センターで行う）と多様なサービスを提供し、地域に高齢者の在宅生活支援を行っている。また、高齢者たちの身体的異常や災害時の緊急事態に備え、高齢者支援電話や緊急通報配備を設置する。また、サービスセンターは 24 時間体制で高齢者に対応できるようにしている。

在宅介護サービスは主に訪問介護、通所介護、短期入所サービス（ショートステイ）にカテゴリ分けされ、それぞれのカテゴリ内でまたサービスが分かれていて、全部で 12 種類ある。例えば、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、住宅改修費支給である。近年、中国で訪問介護と通所介護の供給体制づくりを推し進めている。

3. 在宅サービスにおける訪問介護と通所介護

中国中央政府の民政部の資料よって、訪問介護事業は、介護福祉士やホームヘルパーと呼ばれる訪問介護員が自宅を訪問してサービスを提供し、利用者ができるだけ自立した生活が送れるように支援するのが目的である。内容は、排泄、おむつ交換、体の清拭、自宅の風呂での入浴などの身体介護、買い物や料理、洗濯などの生活援助である。

通所介護の事業は、要介護状態となった場合においても、高齢者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものでなければならない。つまり、利用者が自立して精神的にも社会的にも暮らせるようなケアをしましょうというのが方針である。一般的には、デイサービスといわれる。利用者は、老人デイサービスセンターや養護老人ホームなどに日帰りで通所し、入浴や食事、健康維持や機能訓練などのサービスを受ける。通所介護サービスの対象者は、通常に要介護状態となった 65 歳以上の高齢者である。通所介護サービスは、要介護高齢者たちに良いだけではなく、家族の介護負担も減少する影響があって、要介護高齢者に利用されるのが幸せな家庭を築く一助になる。

4. 在宅介護サービスにおける中央政府の政策

中国は儒教の国として、高齢者を扶養する伝統が継承されてきた。介護には家族の代替としての機能が求められることが多いので、専門的なことに関する要望は希薄となっている。しかし、中国核家族化に伴い、高齢者の「家族介護」は困難な状況になってきている。中国での特別養護老人ホームは、公称では 500 万床[11]である。これは、中国全国民数の 2.5%を占める年金受給対象の高齢者を受け入れるには十分な数である。しかし、高齢者の多くは自宅での介護を受けており、特に経済的に豊かでない人たちに対する中国での在宅介護サービスは非常に立ち遅れている状況にある。また、高齢者介護サービスの仕事に就いている人は、失業者や農村にいる余剰人員が主であり、専門的な介護サービスが求められる時代になった。

高齢者在宅介護サービスとは中央政府の政策方針に従って、要支援・要介護者が自宅で生活しながら、介護のサポートを受ける形態のことである。老人ホームや介護施設への入居という選択をせず、住み慣れた自宅での生活を選んだ方の、介護のスタイルということになり、料理や買い物、洗濯などの家事援助と身体介護やリハビリの補助、夜間の巡回介護などの介護援助と医療ケアを提供し、伝統的な家族機能を補強しながら専門知識や技能を統合し、現代化と社会化した高齢者対象のサービスである。中国高齢者福祉在宅介護サービス事業は中国の伝統文化と高齢化社会の現状に適しており、機能性と現実性の備わった新しい養老形式とされている。

[11] [中国・北京での介護サービス事情～中国版の”地域包括ケアシステム”の構築が進む？](2015/3/30) https://p-kaigo.jp/news/8156.html

中国在宅介護サービスの対象は 60 歳以上の高齢者となるが、利用形態に関しては政府補助と自費に二分化されている。政府補助は生活保護者や低所得者に限定され、サービス券として給付される。それ以外の高齢者は自費となる。現在では政府補助の在宅介護サービスは各行政区によって推進されている。しかし介護人材の不足や技術レベルに問題があり、この政府補助のサービスの利用率は高齢者総人口の 5%[12]にとどまり、自費の利用者も少ない状況である。

5. 山東省における在宅介護サービスの展開

山東省の場合は省内高齢化の程度の深刻化に伴って、高齢者介護福祉問題と高齢者養老問題は社会に注目された。2017 年 8 月 16 日、山東省政府が『第 13 次五ヵ年計画』山東省老齢事業発展と養老システム建設の計画」を発表した。計画によると、2020 年までに省内高齢者事業発展、高齢者介護、高齢者医療福祉及び省内養老介護システム建設の水準が全面的な小康社会を建設するレベルに達し、全国前位に位置して、全社会が人口高齢化と高齢者介護福祉問題と養老問題に対応する能力と水準をアップし、山東省の高齢者が同時に全面的な小康社会に入ることが掲げられた。

山東省は全国高齢者人口第一位として、2016 年末までに、山東省で 60 歳以上の高齢者人口が 2057 万人に達し、人口総数の 20.68%に占める[13]。高齢、障害者、空き巣高齢者の数と割合が大幅に増加し、高齢化社会に対応する介護と養老課題の負担が大きくなる。また、山東省の高齢者養老発展環境と養老政策支援が優良化して、高齢者介護事業と福祉事業の発展と養老システム建設のために重大な機会を提供する。完備な養老整備、制度、介護保障システム及び高い高齢者介護水準は高齢者の生活水準をアップする重要な基礎である。「第 13 次五ヵ年計画」によると、山東省が社会計画と個人口座に合わせる基本養老保険制度を完備し、職業年金、企業年金、個人貯蓄養老保険と商業保険を含める多層養老保険システムを建設し、全部保険加入者の基本養老保険待遇合理調整メカニズムを逐次確立する。

医療養護制度とシステムは高齢者養老事業と介護事業の発展に対して不可欠である。医療養護制度とシステムに対して、高齢者日常生活のニーズを満たすために、山東省は高齢者病院、介護院、敬老院、老人ホームと病院の老年病科建設を強化し、公立病院をリハビリ病院・高齢者介護医療機関に転換することを支援する。現時点において、高齢者介護施設不足に対して、山東省が高齢者住む家と公立養老施設マンションの改造を実施し、既存多層住宅でエレベーターを増設するパイロット作業を開始し、既存居住社区とコミュ二テイの公共場所、都市部と農村部の高齢者専用施設と高齢者生活満足率をもっと高くすることを計画している。

---

12 姜波（2011)、「中国全土に推進される在宅介護サービス事業の現状と課題」、2 頁

13 中国山東ネート山東省高齢者事業状況及び都市部と農村部高齢者生活状況調査成果ブリーフィング、2017 年 5 月 24 日 10 時 AM、http://www.sdchina.com/

第二節　済寧市の高齢者福祉サービスにおける在宅介護サービスの考察

1. 済寧市曲阜市について

済寧市は中華人民共和国山東省の西南部に位置する中核市。孔子の故郷曲阜、孟子の故郷鄒城、九州のひとつとして名高い兗州の名を引き継ぐ兗州など古い町が多い。面積は10,685平方キロメートルで、北の済南と南の徐州の間にあたり、現在は青島から西への鉄道や高速道路、兗石線など東西方向への交通網が通るほか、北京・上海を結ぶ京滬線、北京・香港を結ぶ京九線など南北方向の国土軸も貫く交通の要地である。2016年まで、済寧市の60歳以上の高齢者人口はすでに144万人を突破した。これは人口の16.9%に達していた。全国の平均水準の2倍に近く、100歳以上の高齢者は441名、平均寿命も79.28歳まで延びた。全本研究の対象として、済寧市の曲阜市を取り上げる。

曲阜市は中華人民共和国山東省済寧市に位置する県級市[14]である。省都・済南からは約 130km に位置する。周・春秋時代の魯国の故地であるほか、孔子の生地として世界に知られている。曲阜は中国政府の「国家歴史文化名城」の称号が真先に与えられたほか、1994 年にユネスコの世界遺産にも登録された。1986 年には曲阜県は廃止され曲阜市となり、地級市[15]・済寧市の管轄下におかれた。曲阜市は歴史都市として、市内の国際交流、高齢者福祉の中心としての位置を占めている。曲阜市は、済寧市で最初に高齢化社会に突入した県級市であり、2017 年には既に 60 歳以上の高齢者人口が総人口の 16.3%に達していた。

2. 曲阜市陵城鎮 T 村敬老院[16]についての調査

2017 年 9 月 8 日から 2017 年 9 月 10 日までの 3 日間、陵城鎮 T 村敬老院院長へのインタビューを行った。以下はインタビューをもとに高齢者介護サービスについての考察である。

施設名：陵城鎮T村敬老院

調査日：2017年9月8日から2017年9月10日まで

調査対象：陵城鎮T村敬老院担当者

設立年:2015年4月

調査内容：①対象者の所属する区の基本状況、②敬老院の基本状況と運営方式、③運営資金、④利用対象者と利用現状、⑤職員配置、⑥認定基準およびサービス内容

[14] 県級市（けんきゅうし、簡体字: 县级市, 拼音: xiànjí shì, シエンチーシー）は中華人民共和国の行政区画の単位で「県」と同じ区分にある市である。中国においては 1980 年代以来、工業化の発展と都市化に随い、大多数の「市」が県を廃して置かれた。

[15] 地級市は、中華人民共和国の地方行政単位。地区、自治州、盟とともに二級行政単位を構成する。省クラスの行政単位と県クラスの行政単位の中間にある地区クラスの行政単位である。

[16] 敬老院（Homes for the Elderly in the Rural Areas）農村郷（鎮）、村に設置された。“三無”“五保”老人の生活の面倒をみるとともに高齢者が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いつくかの設備を有する。

3. 調査の結果

3.1 陵城鎮 T 村の基本状況

陵城鎮は曲阜市西南部に位置する町であり、総面積 73 平方キロメートルで、51 村を管轄している。2015 年人口調査によると、総人口は 58136 人、人口増加率は 3.56‰である。2011 年に開業した京滬高速鉄道にも陵城鎮の東北部に曲阜東駅が設置された。交通の発展に伴い、陵城鎮の社会発展の著しい進歩は、さらに社会保障の品質も急速に向上させた。近年、都市部と核家族の進展や農村での若者の出稼ぎに伴い、「空巣家庭」（子が独立し、家を離れ、老人だけが残される家）が増えている。曲阜市老齢工作委員会弁公室の調査によれば、都市部における空巣高齢者家庭の比率は 51.0%で、農村部でも 48.6%となっている。一人っ子として生まれた子供が疾患などで死亡するか、子供のいない高齢者世帯が少なくても 9600 人といわれている。配偶者に死なれて一人暮らしをする高齢者も増えている。T 村は陵城鎮の中東部に位置し、総人口は 336 人、総面積は 0.403 平方キロメートルである。2017 年 8 月 22 日、山東省農業庁、省観光発展委員会が「山東省レジャー農業及び田舎観光モデル区建設リストを公表に関する通知」[17]を発表し、一連のレジャー農業及び田舎観光モデル区を選び出し、20 ヵ所の一つとして、T 村はリストに入選された。

3.2　陵城鎮 T 村敬老院の基本状況と運営方式

陵城鎮T村敬老院は、2015年4月に成立し、総面積は578平方メートル、建築面積は380平方メートル、サービスは訪問介護と通所介護を中心に展開する。2017年9月までにT村敬老院の施設は食堂、浴室、医務室、リハビリ室、会議室、娯楽室を含めて全部15箇所がある。利用条件は、①本村の戸籍帳に登録する、②身体検査を受け、健康証明を持っている、③本敬老院と契約を結ぶ、以上の3 点である。

陵城鎮 T 村敬老院の運営は、陵城鎮政府と鄭庄村村委員会による指導と支援で、管理部門、保障部門、監督部門の三つの部門から構成されている。管理部門は敬老院の事業計画、年間の事業計画を定めるとともに、月間の事業計画を定め、通知に定めた事業を計画的に実施し、基本台帳を適切に管理し、継続的支援、運営資金管理と需給のバランスの把握、及び人員の管理を責務としている。保障部門は鎮中心病院の医療センターと赤十字会で構成され、医療センターは高齢者の健康状況の統計、夜間などの緊急の相談、必要な関係機関などとの連絡方法、緊急時のサービスの利用に伴う利用申請手続きなどの取扱などの対応手順と定期的な訪問診断を行い、ザービスを確保する。監督部門は敬老院の運営とヘルパーの仕事を監査し、評価する。

3.3　陵城鎮 T 村敬老院の運営資金

陵城鎮T村敬老院運営資金は、公益金と陵城鎮政府の財政からなっている。利用料は、政府

[17] 山東省農業庁「山東省レジャー農業及び田舎観光モデル区建設リストを公表に関する通知」
http://www.sdny.gov.cn/zwgk/tfwj/stc/201708/t20170823_681972.html (2017/08/22)

が9割と自己負担が1割である。つまり、政府からの財源負担は限られている。また、全地域を見ると、曲阜市の高齢者介護サービスは、市区政府の財政支援を得て発展してきた。2016年に、曲阜市政府は市鎮の介護サービスに968万元を投入したが、2017年8月まで、その資金投入はすでに1100万元までに増加している[18]。このことから、地方政府は市県鎮介護サービスに注目していることがわかる。

給付金は新型農村社会養老保険により月55 元の基礎養老金がすべて政府財政で賄われる。2017年1月1日から基礎養老金月70元になった。また、100歳以上の高齢者に月300元の養老栄養金を提供する[19]。特別補助の資金は鎮と村委員会の財政によって均等負担で支出される。敬老院事業の運営資金、基礎施設の修理などは関連する行政部門の財政から支出される。

3.4　陵城鎮T村敬老院の利用対象者と利用現状

陵城鎮T村敬老院の利用対象は60歳以上の弱者である。最大利用可能人数は25名で、2017年9月17日までの利用者は21人（要訪問介護9人、通所介護7人、長期入所5人)、この中で貧困高齢者は14名である。

3.5　陵城鎮T村敬老院の職員配置と仕事内容

職員配置は、管理員、介護スタッフ、生活相談員、栄養士、看護職員、機能訓練指導員、医師、その他の職員となっている。

表１　「敬老院の職員配置」

職種	職員数の基準	必要な資格	主な仕事
管理者	1 人	介護職場の経験、社会福祉士、介護支援専門員などの有資格が優先。	医師や老人、家族の意見を踏まえ、状況に合わせた計画を立てる。敬老院の運営を把握する。
介護員	入居者 2 人に対して 1 人以上	無資格可能だが、介護福祉士や介護職員研修修了者などの有資格が優先	介護プランに基づいた、高齢者食事・排泄・入浴の介助、家事援助などを行う
生活相談員	入居 30 人に対して 1 人以上	無資格でも可能だが、カウンセラーの有資格が優先	入居者や家族の相談に応じ、興味も含めて、快適な生活が送れるように環境改善を図る。
栄養士	1 人	栄養士資格を持てる方	食事メニューの作成、栄養管理を行う。食事に対応したメニューなどを提供するなど。
看護員	1 人	看護師専攻、看護師資格持てる方	医療的ケア。医療機関などへの連絡
機能訓練員	1 人（計画）	理学療法士、言語聴覚士	心身機能の維持・向上のため、個別リハビリ計画を作成して訓練を実施する。
医師	不定（鎮中心病院と協力）		健康相談、健康診断など。

出典　2017 年 9 月 8 日のインタビューにより筆者が作成

18　農村大衆ネット曲阜千余名貧困老人家门口养老
http://paper.dzwww.com/ncdz/content/20160318/ArticelNC07002MT.htm (2016/03/18)

19　社保ネット「2017 年高齢津貼政策出台，老人可领这些津贴」
http://www.chashebao.com/shehuifuli/18112.html (2017/10/13)

3.6　認定基準およびサービス内容

認定基準およびサービス内容については、ここで中国浙江省の基準を参考した。具体的には、要介護入所者が入居する前に軽度、中度、重度、特別介護といった４つの種類に分けられた要介護状態区分基準に従って、それぞれのケースに応じて介護サービス提供するものである。

表２　「要介護状態区分基準と基準別の提供内容」

種類	認定基準	サービス内容
軽度(三級)	排泄、入浴などに介助を要する	食事、掃除、入浴の時に手伝う
中度(二級)	移動不便、排泄、入浴、食事などに介助する	食事、掃除、入浴の時に手伝う、同行散歩
重度(一級)	全面的な介護、一日中ベッドの上で過ごす	24時間介護、食事、排泄、入浴の介護など
特別(特級)	尿意、便意が見られなく、一日中ベッドで	24時間介護、食事、排泄、入浴の介護など

出典　浙江省民政局「要介護状態区分基準」および「基準別の提供内容」により筆者が作成

第三節　T 村敬老院における介護サービス利用方法と提供形態

1. 介護サービスの利用方法

T村敬老院の養老サービスの申請はT村村委会で行う。T村村委会は申請者の居民身分証、収入証明書、家族構成証明書（独身の場合は市民政局発行の一人暮らし証明書も必要)、鎮中心病院の証明書などを提出することによって敬老院養老サービスの申請が判断する。

申請後、T 村村委会幹事による訪問調査と陵城鎮鎮政府福祉センターによる初審が行われる。介護要件を満たす高齢者について、「T 村敬老院介護サービス通知書」を高齢者の家に送り、T 村村委会に連絡を入れる。また、訪問サービス、通所サービス及び長期入居サービス内容を確認したうえで、サービス説明書、注意事項、入所可能日と敬老院担当者の連絡方式を高齢者に渡し、訪問サービスの場合はサービススタッフを派遣し、高齢者に介護サービスを開始する。T 村敬老院は長期入居高齢者たちに対して持続的に補助し、高齢者補助金および介護サービス内容の調整を行う。また、介護要件を満たさなくなった高齢者、または亡くなった高齢者について、養老サービスは中止となる。

2. 介護サービスの施設と体制

部屋について居室は広く、夫婦入居も可能である。部屋で浴室、冷蔵庫、トイレ、エアコン、テレビが設置され、居室でネット利用できる。敬老院で食事は一日三回を提供し、具体的には、朝７時に朝食、12時に昼食、午後5時に夕食である。また、メニューに加えて欲しい物があったとき、需要対応は可能である。入浴につては、毎日24時間入浴でき、必要に応じて1名に対し、介助の職員が１名付く。敬老院で職員の仕事は大きく分けて、事務管理、生活管理、給食、

医療管理の四つである。24時間の対応が可能で、要介護高齢者が軽症病気になったときは、施設の中で医師の治療を受け、薬を与えられる。しかし、重い病状の場合は家族に通知し、病院に連れて行く。敬老院において、年間では新年会とお正月に敬老会が開催される。また、毎週1回将棋対戦イベントと2ヶ月に１回園芸経験交流会等の活動が催される。

3. 訪問介護サービス提供形態（一人暮らし、軽度介護、中度介護の場合）

表3　訪問介護サービス提供形態

時間	サービス内容
8：30	出勤：敬老院でミーティング、その日の訪問準備（電話確認前日の状況報告）
9：30	高齢者宅へ車或いは自転車で出発
10：00	高齢者へのサービス開始（45分の身体介護（入浴、排せつなど）
11：00	食事の準備（食材チェックなど）
11：30	60分の食事援助（昼食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
12：30	休憩（敬老院に戻る、食堂で食事をする）
13：30	午後のサービス開始　60分の身体と生活介護（薬の介助、掃除、洗濯）
14：30	高齢者と散歩する、買い物する
15：30	高齢者と交流するとともに注意点を記録する。（サービスの評価、体の具合など）
16：30	60分の生活援助（夕食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
17：30	翌日のスケジュール確認、報告書類の作成など。高齢者宅から自宅へ直帰　業務終了

出典　2017年9月8日から2017年9月10日にかける筆者の現地調査により作成

訪問介護は、利用者に対して2人でサービス提供する場合もあるが、基本的には１人で訪問する。T村では、中心とした高齢者の扶養方式はまだ家族養老なので、訪問件数は特に上限は定められないが、現時点で1対1である。また、一般的な対応以外に、状況によっては予定されていた訪問以外にも、緊急時に随時対応として訪問介護を行う場合もある。T村敬老院ではまだ展開してはいなかったが、済寧市中心部の民営養老院で18～8時の夜間帯にサービスを提供する「夜間対応型訪問介護」と１日複数回・短時間の訪問ができる「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」は実施されている。

4. 通所介護サービス提供形態

表4　通所介護サービス提供形態

時間	サービス内容
8：00	出勤：敬老院でミーティング、準備（電話確認、介護内容確認、前日の状況報告）
8：30	敬老院公共バスで送迎に出発。また、スタッフは迎え入れの準備
9：00	到着・迎え入れ。
10：00	体具合チェック（体温・血圧など)、散歩、ラジオ体操など
11：00	希望者に一般浴と機能訓練など
11：30	60分の食事援助（昼食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
12：30	休憩（食堂で食事をする）
13：30	午後のサービス開始　60分の身体と生活介護
14：30	高齢者と散歩する、買い物する。また、園芸経験交流
15：30	連絡帳に提供内容や利用者の健康状態の記録など（サービスの評価、体の具合など）
16：30	60分の生活援助（夕食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
17：00	敬老院公共バスで送迎に出発
17：30	帰社翌日のスケジュール確認、報告書類の作成など。業務終了

出典　2017年9月8日から2017年9月10日にかける筆者の現地調査により作成

敬老院通所サービスの提供時間は、ほぼ 7 時間以上 9 時間未満で午前中から夕方まで入浴や昼食も含めて 7 時間以上の総合介護サービス提供を行う。従業員たちは毎日朝は 7 時半くらいに敬老院に出勤し、送迎や利用者迎え入れの準備を行う。要介護高齢者に送迎時は、高齢者たちの家族と交流ができる良い機会であり、要介護高齢者の状況と問題点などの健康状況についての情報を収集し、家族あるいは親友への連絡確認を行う。

毎日要介護高齢者を迎え入れながら体温や血圧を測定・記録する。気になる点があれば、すぐ対策を出す。また、場合によって、介護一日のスケジュールも調整する。サービス提供時間中は問題点があれば、すぐ連絡帳の記入し、リーダーに報告する。長期入居と違って、通所介護サービスは深夜サービスを提供しなくて、必要な場合は、長期入居へ変更できる。

5. 長期介護サービス提供形態

表５　長期介護サービス提供形態

時間	サービス内容
７：00	起きる。離床・排泄介助など
８：00	朝ごはん。食事の介助、食後の服薬など
９：00	体具合チェック（体温・血圧など）
10：00	園芸、散歩、ラジオ体操など
11：00	希望者に一般浴と機能訓練など
11：30	60分の食事援助（昼食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
12：30	休憩（食堂で食事をする）
13：30	午後のサービス開始　60分の身体と生活介護
14：30	レジャーとスポーツ活動（将棋対戦、園芸経験交流、ラジオ体操）
15：30	利用者の健康状態の記録など（サービスの評価、体の具合など）
16：30	60分の生活援助（夕食の調理、食事の介助、食器の洗いなど）
17：00	午後の入浴介助、入浴終了後は風呂場の掃除など
１８：00	興味教室（書道、絵、音楽、ドラマなど）
20：30	就寝（就寝の見守り、介助）

出典　2017年9月8日から2017年9月10日にかける筆者の現地調査により作成

長期入所介護の場合は、一年間、毎日24時間見守る。従業員たちの出勤は3交代制（一人で８時間）のシフトを取る。土日、祝日、年末年始の場合は、1ヵ月前に出勤希望時間帯を報告しなければならない。給料も平日の三倍である。また、よる10時から朝6時の出勤者が特に気をつけることは入居高齢者の体温や急変に対する対応である。また、村クリニックと協力鎮医療センターに急変時の対応について確認し、特に看護師や医師に指示を出し、救急車を呼ぶ必要のある場合もあるので、夜勤は通常複数名で行う。

6. 敬老院介護サービス利用の効果

インタビューを通して、以下の効果がわかった。

一つ目は家族にとって、敬老院で毎日の状態をみてくれていることで安心感を得ていた。

二つ目は高齢者たちが敬老院に通う中で、心の不安、考え方と自らの気持ちを敬老院の職員に話すことで、精神的な負担を軽減することができたようだった。

三つ目は敬老院の場所は自分が住んでいる村であり、何十年間なじみの場所、なじみのスタッフ、住み慣れた地域だからこそ、本人・家族にとっては安心して幸せな生活を迎えることが

できたと感じる。

四つ目は家族のメンバーが仕事等と介護を両立しながら、要介護高齢者たちが敬老院で長期療養できるような体制をつくることができた。昼間の時間帯を看護が対応することで、家族が昼間に外出できるようにしておくことは重要である。

五つ目は通所看護サービスに支えられることで、家族の介護負担は軽減し、生活が継続できる。

六つ目は要介護高齢者にとって、病院と医療センターの依存度は高くても、デイ通所介護施設や敬老院アパートを利用できることで、自宅に閉じこもる生活ではなく、村の市民活動参加が可能となり、他の高齢者たちとの交流できる機会も増えた。

7. 敬老院介護サービスの問題点

第 1 は、介護人材の養成と介護資格の認定問題である。現時点の介護サービスは、初級の介護サービスが主となり、一般的な日常生活の支援にとどまって、サービス内容・利用者の変化に対する見極め・対応力の不足問題と専門知識と介護技術は普通に利用されてきた家政婦との違いがほとんどないという問題がある。ヘルパーの質は、特に農村部で高くない。より良いサービスを提供するため、介護人材の養成が課題である。

第 2 は、サービス提供者の高負荷問題である。サービス提供責任者は仕事の負担が大きく、介護職員の不足と高い離職率のため、介護実施、計画書作成と事務作業とによる時間の圧迫が課題とされている。

第 3 は、介護保険制度の整備及び運営資金の問題である。現時点で、在宅介護サービスの運営資金はほぼ政府からの補助金である。運営は政府の補助金を頼りながら、寄付や募金への依頼度が高いため、運営資金の保障が課題になっている。また、民間と外資の福祉事業の参画が少ない。これから、多元化の新しい競合により、介護サービス内容の充実と質の高いケアの提供という課題もある。

第 4 は、訪問介護サービス提供不足の問題である。現在中国の公立の高齢者養老施設では通所介護サービスと長期入所介護サービスの提供しかないので、要介護高齢者たちが自宅で長期療養できるような援助が少ない。

第 5 は、高齢者介護施設の地域分布に不均衡があり、都市の中心区と郊外地区、農村部の高齢者介護施設の利用率にも格差があるという問題である。

第四章　日本における居宅系介護サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

第一節　日本における高齢者福祉介護保険制度について

1.介護保険制度の創設の背景

日本の高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護の複雑化、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大している。介護の利用は、利用者の身体状況を主に分類されている。また、核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況も変化している。

介護保険制度は、このような背景の中、日本政府は介護費用をそれまでの租税に基づく措置制度によって賄うことに限界があるということを判断し、保険主義に基づく社会保険に大きく転換するために制度化されたものである。

2. 介護保険制度のプロセス

日本の厚生省（現在の厚生労働省）は、1993 年に介護費用を消費税の増税によって賄うことを模索したが、市民の強い反対に遭った。その後、厚生省は、国民の反対が少ないために、新たな社会保険の創設を考え、1994 年に新しい介護保険を構想した。厚生省主体として、制度の企画立案が進められ政府審議会での議論を経て、政府原案が作成された。創設された介護保険は、医療、年金、雇用、労災に次ぐ、日本の 5 番目の社会保険制度として 2000 年 4 月に施行された。介護保険法第 2 条第 4 項の規定に「保険給付の内容及び水準は，被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮されなくてはならない」と規定されている。

表 6　日本の介護保険制度のプロセス

時間	内容
1994 年 4 月	厚生省内に高齢者介護対策本部の設置。
1994 年 12 月	「高齢者介護・自立支援システム研究会」が介護保険制度の創設を提言。
1995 年 2 月	老人保健福祉審議会で介護保険制度に関する審議が開始。
1996 年 5 月	老人保健福祉審議会の最終報告による法案の立法作業及び国会提出。
1996 年 9 月	介護保険法案原案の一部修正。
1997 年 12 月	国会での可決成立。
1999 年 5 月	政府首脳から介護保険法案の実施延期の発言。
1999 年 11 月	高齢者の保険料徴収を 1 年半にわたって減免する等の対策を決定。
2000 年 4 月	介護保険法の施行。

出典　増田雅暢『介護保険見直しの争点 政策過程からみえる今後の課題』

3. 日本における要介護・要支援度の目安

要介護認定は、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間である「要介護認定等基準時間」を下記基準にあてはめ、さらに痴呆性高齢者の指標を加味して実施するもので、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成 11 年 4 月 30 日厚生省令第 58 号)」として定められている[20]。

表 7　要介護認定等基準時間の分類

種類	内容
直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助

出典　労働省ホームページ「介護保険制度における要介護認定の仕組み」

表 8　日本における要介護・要支援度の目安

要介護度	身体などの状況
要支援	食事・排せつ・衣類の着脱は概ね自立しており、日常生活を遂行する能力は基本的にあるが、浴槽の出入りなどに一部介護が必要。要介護状態とは認められないが，社会的支援を要する
要介護 1	立ち上がりや歩行などに不安定さが見られることが多い。食事・排せつ・衣類着脱、概ね自立しているが、排泄や入浴などに一部を必要とする場合が多い。
要介護 2	立ち上がりや歩行などが自力ではできない場合が多い。食事・衣類着脱はなんとか自分でできるが、排泄や入浴などに一部介助が必要。
要介護 3	立ち上がりや歩行などが自力ではできず介護を必要とする状態。排泄や入浴、衣服の着脱などに全面介助が必要。
要介護 4	日常生活を遂行する能力はかなり低下しており、入浴や排泄、衣服の着脱などに全面的な介助、食事摂取に一部介助が必要。 身体状態は様々であるが。尿意，便意が伝達されていない。
要介護 5	日常生活を遂行する能力は著しく低下しており、生活全般にわたって、全面的な介助が必要。いわゆる寝たきり状態であり，意志の伝達が困難。食事・排せつ・衣類着脱のいずれにも介護者の全面的な介助を必要とする。

出典　医療ネット「要介護・要支援度の目安」　http://www.iryo-net.jp/rh/kaigohelp.html

[20] 厚生労働省ホームページ　「介護保険制度における要介護認定の仕組み」
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html（2017 年/12/07 閲覧）

第二節　居宅系介護サービスにおける看護小規模多機能型居宅介護

介護サービスには、居宅介護支援サービス（ケアマネジメント）、居宅サービス、施設サービス、そして 2006 年 4 月 1 日から新たに始まった介護予防サービス、地域密着型サービス、地域密着型介護予防サービスなどがある。居宅サービス及び介護予防サービス居宅サービスには、介護や入浴介護、看護、リハビリなどのサービスを自宅で受けるものと、通所や短期入所によりサービスを受けるものがある。また、福祉用具や住宅改修などの費用が支払われる種類のものがある。近年、介護サービスにおいて、一番先進、注目されたサービスは看護小規模多機能型居宅介護である。

1. 複合型サービスと看護小規模多機能型居宅介護の定義

2011 年の介護保険法改正で創設した「複合型サービス」は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、認知症対応型通り所介護、小規模多機能型居宅介護の中から 2 種類以上組み合わせて提供することが、特に効果的かつ効率的と考えられるサービスの総称である。

看護小規模多機能型居宅介護サービスは 2012 年度の介護報酬改定で創設された新しいサービスである。厚生労働省のホームページによって、「看護小規模多機能型居宅介護」とは、退院直後の在宅生活へのスムーズな移行、がん末期等の看取り期、病状不安定期における在宅生活の継続、家族に対するレスパイトケア、相談対応による負担軽減のようなニーズのある人々を支援するため、創設した。介護報酬改定において「看護小規模多機能型居宅介護」と名称を変更した[21]。看護小規模多機能型居宅介護サービスは通所介護を中心に利用しながら、必要に応じて訪問介護と訪問看護を受けることができるサービスである。このサービスは地域密着型サービスで、住んでいる近い施設で一体的に総合サービスが提供されることにより、多様な対応が可能になるので、医療と救急事件においてさらなる要介護高齢者だけではなく、家族も安心感が得られる。

2. 看護小規模多機能型居宅介護の基準

看護小規模多機能型居宅介護の事業は、指定居宅サービス等基準条例第 55 条[22]に規定する訪問看護の基本方針及び指定地域密着型サービス条例第 82 条[23]に規定する小規模多機能型居宅介護の基本方針を踏まえて行うものでなければならない。

21　厚生労働省ホームペー「看護小規模多機能型居宅介護」（複合型サービス）について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html（2017/11/10 閲覧）

22「指定居宅サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例第 69 号」（2016 年 4 月 1 日実行）
http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/reiki/reiki_honbun/g204RG00001761.html

23「指定地域密着型サービスの事業の人員等に関する基準等を定める条例第 71 号」
http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/reiki/reiki_honbun/g204RG00001763.html

表 9　看護小規模多機能型居宅介護の基準

基準項目	要件
従業員の員数	①日中 ・通いサービス提供：利用者 3 人に対し 1 以上（常勤換算） ・訪問サービス提供：2 以上（常勤換算） ・人員配置は各サービスに固定にせず、柔軟な業務遂行が可能 ・通いサービス及び訪問サービス提供のうちそれぞれ 1 人以上は保健師、看護師又は准看護師 ②夜間・深夜 ・泊まりサービス及び訪問サービス提供：2 人以上（うち 1 人は宿直勤務可） （泊まりサービスの利用者がいない場合、訪問サービス提供のために必要な連絡体制を整備しているときは、夜間・深夜の時間帯を通じて宿直勤務及び夜間・深夜の勤務を行う従業員を置かないことができる） ③従業者のうち 1 人以上が常勤の保健師又は看護師 ④従業者のうち保健師、看護師又は准看護師 は常勤換算法で 2.5 以上 ⑤訪問看護事業者の指定を併せて受け、同一事業所で一体的な運営をしていれば 、 訪問看護ステーションの人員基準（ 看護職員 2.5 人以上 ）を満たすことにより ④ の基準を満たすものとみなす ⑥「認知症対応型共同生活介護事業所」「地域密着型特定施設」「地域密着型介護老人福祉施設」「指定介護療養型医療施設」を併設する場合、一体的な運営をしていれば兼務可能（同一時間帯で職員の行き来を認める） ⑦必要な研修を修了し、居宅サービス計画等の作成に専従する介護支援専門員（非常勤可、管理者との兼務可）を置く ⑧介護支援専門員は利用者の処遇に支障がない場合は、事業所・併設施設等の他の職務に従事できる
管理者	①常勤専従（管理上支障が無い場合は、事業所・併設施設等の職務に従事できる） ②特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として、３年以上認知症である者の介護に従事した経験があり、厚生労働大臣が定める研修（認知症対応型サービス事業開設者研修）を修了した者 又は保健師若しくは看護師
代表者	特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保健施設、小規模多機能型居宅介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所等の従業員又は訪問介護員等として認知症である者の介護に従事した経験、又は保健医療サービスもしくは福祉サービスの経営に携わった経験があり、厚生労働大臣が定める研修（認知症対応型サービス事業管理者研修）を修了した者 又は保健師若しくは看護師
登録定員・ 利用定員	①登録定員：29 人以下 ②通いサービス利用定員：登録定員の 2 分の 1 から 15 人まで。ただし、登録定員が２６人以上 29 人以下の事業所について、居間及び食堂を合計した面積が、「利用者の処遇に支障がないと認められる十分な広さ（1 人当たり 3 ㎡以上）が確保されている場合」は、通いサービスに係

	る定員を 18 人までとすることができる。 ③泊まりサービス利用定員：通いサービスの利用定員の 3 分の 1 から 9 人まで
設備・備品等	①居間及び食堂は機能を十分に発揮しうる適当な広さ ②宿泊室 個室の定員： 1 人（利用者の処遇上必要と認められる場合は 2 人） 個室の床面積：7.43 ㎡以上（ 病院又は診療所の場合は 6.4（ 定員 1 人の場合に限る ）） 個室以外の宿泊室：合計面積が 1 人当たり概ね 7.43 ㎡以上で、プライバシーが確保された構造 ③家族との交流の機会の確保や地域住民との交流を図る観点から、住宅地等に立地する

出典　2015 年厚生労働省「居宅介護の基準」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

3. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの内容

看護小規模多機能型居宅介護事業所は要介護高齢者の主治医師と連携を取りながら、治療も含めた総合介護サービスを、24 時間 365 日提供する。つまり、介護と医療の協働により住み慣れた自宅・地域で暮らし続けられる介護サービスである。特に、医療ニーズの高い利用者の対応が理想なサービスである。医療・介護ニーズの高い在宅要介護者へ医療処置を含めた「通い」のサービスを中心として、「宿泊」、「訪問介護」、「訪問看護」の 4 つのサービスを組み合わせサービス提供を行う。

4. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの調査

2017年8月3日と2017年11月16日に、介護業界最大手のN社ケアセンターの本部と宇都宮市事業所の担当者へのインタビューを行って、以下はそのインタビューをもとに看護小規模多機能型居宅介護サービスについての調査である。

施設名：宇都宮N社ケアセンター
調査日：2017年8月3日と2017年11月16日
調査対象：Nケアセンターの本部と宇都宮市事業所
設立年: 1999年08月04日
調査内容　①対象者の所属する区の基本状況、②N ケアセンターの介護事業とケアセンターの基本状況、③利用対象者、④利用方法、⑤職員配置、⑥利用料金（一例）

4.1　対象者の所属する区の基本状況

宇都宮市は、関東地方の北部、栃木県の中部に位置する市で、同県の県庁所在地である。1996 年 4 月 1 日より、中核市に指定されている。北関東最大の都市。本市を中心市とする宇都宮都

市圏は、政令指定都市を除く都市圏として日本最大である[24]。2017 年 10 月 1 日まで日本全国 48 中核市の人口ランキングによって、宇都宮市は 520,197 人、全国 5 位になり[25]、2015 年まで高齢化率は 22.9%、65 歳以上は 26.3%になった[26]。

4.2 Nケアセンターの介護事業とケアセンターの基本状況

N 社は介護業界最大手の企業である。在宅系・居住系介護サービスから生活支援サービスまで、あらゆるラインナップを揃えた多彩な「トータル介護サービス」を提供する。1996 年から在宅系介護サービスを中心としたヘルスケア事業を開始した。現在、全国 47 都道府県の 1,400 ヵ所以上の拠点で約 15 万人の要介護高齢者が利用する。

宇都宮 N 社ケアセンター看護小規模多機能型居宅介護サービスの定員は最大 29 名まで登録が可能で、サービス対応地域は宇都宮市である。「通い」サービス、「訪問介護」サービス「訪問看護」、サービス「宿泊」、サービスを組み合わせることができる。

4.3 利用対象者

介護の利用対象者は、以下の条件を全て満たしている人である。まずは介護保険の要介護認定要介護 1-5 と認定された方。次は原則としてその市町村の住民のみ。また、介護所在の(自治体)に住民票がある方。最後は 40～64 歳までの方については要介護状態となった原因が、特定疾病による場合が認定。

4.4 利用方法

1.自分の状況によって、センターのケアマネジャーに自分の現状、気になる点、体の状況、困っていることを伝え、利用を検討する。

2.現状によって、実際に利用したいサービスの内容や、利用頻度などを決め、利用したいサービス提供事業者と交流し、介護プランを作成する。

3.ケアプランが完成し、問題がなければ、ケアセンターと契約する。契約後、サービスの利用が開始される。

4.5 職員配置

以下の職員配置は2017年11月16日にNケアセンター担当者へのインタビューをもとに作った表である。

図10　職員配置

サービス名称	定員	提供時間
通いサービス	1 日最大 15～18 名	6 時から 21 時
訪問サービス	定員なし	24 時間
訪問看護サービス	定員なし	24 時間
宿泊サービス	1 日最大 9 名	21 時から 6 時

出典　2017 年 11 月 16 日に筆者の現地調査により作成

[24] ウィキペディア　https://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%AE%87%E9%83%BD%E5%AE%AE%E5%B8%82
[25] 都道府県市区町村「ランキングデータ」　https://uub.jp/rnk/chu_j.html　(2017/11/25 閲覧)
[26] 日本医師会地域別統計「宇都宮市」　http://jmap.jp/cities/detail/city/9201 (2017/11/25 閲覧)

4.6　利用料金（一例）

図 11　利用料金（一例）

項目	金額	注意点
敷金	140，000 円	※入居条件:グループホーム在所の自治体(市区町村）に住民票がある高齢者。 ※敷金は、利用者は退去される際に現状回復費を差し引いた額を返金させる。 ※月額利用料は 30 日の月の負担額となる。 ※介護度に応じた介護保険料が毎月かかる。 ※介護保険料は自治体によって異なる。
月額利用料	125，980 円	
入居金	0 円	
家賃	70，000 円	
管理費	19，080 円（30 日の月の場合）	
食費	36，900（30 日の月の場合）	

出典　2017 年 11 月 16 日に筆者の現地調査により作成

日本で看護小規模多機能型居宅介護の利用料金は、サービスを提供する事業所が、要介護高齢利用者の住んでいる建物と同じかどうかによってサービス料金が異なる。事業所と要介護高齢利用者が同じ建物の場合の方が、料金が安くなる。宇都宮 N ケアセンター看護小規模多機能型居宅介護の場合も介護サービス費が各々の状態に応じてプラスされたりマイナスされたりする。

第三節　居宅系介護サービス（看護小規模多機能型居宅介護）の問題点

日本で居宅系介護サービス問題点には主に三つある。一つ目は兼務と収入により離職が増加すること、二つ目は介護員は休みが取れなくて、雇用状況はが厳しいこと。三つ目は事務処理とケア業務の両立による残業の増加である。

厚生労働省は 2025 年度には 75 歳以上が日本の全人口の 18%を占めることから、要介護者が相当な数増え介護職員が全国で 38 万人不足するであろうと発表した。具体的には、2025 年の前に、211.7～255.2 万人[27]が必要になると推計されており、今から毎年年間に 5 万から 8 万人の介護職を純増していかなければならないことになる。現在、要介護者に対しての介護職員数は不足している現状が続いており、その不足数の割合は年々増えていくであろうと推測される。また、今の日本は生産年齢人口、前期高齢者人口[28]の減少により介護サービス事業に従事人材が相対的に少なくなる時代になる。

介護職員数不足理由としては、介護職に対する大変さや給料の低さなどがあるものだと考えられる。また、介護職の離職率の高さを考えると、魅力ある職場づくりをしていかなければ、

[27]「社会保障国民会議最終報告参考資料」（平成 20 年 11 月）

[28]「平成 28 年版高齢社会白書（概要版） － 内閣府」65 歳以上の高齢者人口は 3,392 万人。「65～74 歳人口」（前期高齢者）は 1,752 万人、総人口に占める割合は 13.8%。「75 歳以上人口」（後期高齢者）は 1,641 万人、総人口に占める割合は 12.9%。

人材の確保が難しいといえる。新たに仕事を始める人が少ない為、段々に人手不足が起こっている。介護職員数不足の現状事態を想定すると、生産年齢人口だけでなく、前期高齢者を含めた雇用体制を確立していくことが不可欠である。特に、利用者からのニーズが高まっていく介護サービス事業者については、極めて重要な視点である。

「平成 21 年度在宅介護サービス業高齢者雇用推進事業報告書」により、訪問介護事業者の訪問介護員については、既に高齢者雇用が相当進んでおり、再雇用制度[29]や継続雇用[30]が行われている事業者も多いという実態が明らかになった。このような高齢者雇用実態を受けて、高齢者が働きやすい職場環境を作ることで、在宅介護サービス事業者が他の事業者に先駆け、高齢者雇用の定着を図っていくことが求められている。また、60 歳以上のサービス提供責任者を雇用するメリットとしては、若手や後輩の指導の面でも役立つと認識している比率も高くなっている。

29 定年年齢に達した者をいったん退職させた後、再び雇用する制度をいう。「会社が特に認めた者に限る」とする企業が最も多いが、規模が小さくなるほど「原則として希望者全員」とする企業の割合が高くなっている。

30 現に雇用している高年齢者が希望するときは、当該高齢者とその定年後も引き続いて雇用する制度。

第五章　中日高齢者介護問題の比較と中国の在宅介護サービスの展望

第一節　中国と日本の高齢者介護問題の比較

以上のように、済寧市と宇都宮市における高齢者介護の現状、介護施設の現状および中核市農村部が行う在宅介護サービスについて、実態調査をもとに検討した。高齢化の特徴をみると、済寧市と宇都宮市の類似点が多く見られる。それは、①高齢化率が全国上位、高齢化率の上昇が速い。②高齢者人口の規模が大きい。③核家族によって、家族扶養機能が低下し、社会養老は注目されている。以上の 3 点を挙げることができる。

実態調査をもとに検討してきた高齢者介護施設の現状を見ると,2 つの都市の類似点としては、①高齢者介護施設が増加しているが、介護職員の給料が低いので、介護職員雇用状況は厳しい。②介護職員が不足している現状の中で，特に専門知識と資格を持つ介護職員が不足している。また、離職率が高いので、要介護高齢者は十分な介護サービスが受けられない。③介護保険料の問題と介護施設の財源が不足している。以上の 3 点を挙げることができる。

済寧市と宇都宮市における地域の在宅介護サービスは、政府から打ち出された在宅介護サービスを促進する政策が似ている。2 つの都市とも，今後の高齢者介護問題を解決するために、通所介護といった介護方法を中心にしながらも、訪問介護と病院施設が補完し合うという医養結合を打ち出している。しかし、済寧市と宇都宮市の高齢者の生活状況や経済状況等によって、済寧市と宇都宮市の高齢者介護施設及び在宅介護サービスの内容は異なっている。

第二節　中国中核市における高齢者福祉介護サービスの展望

1．介護保険制度の整備

中国では、1990 年後半から中央政府が高齢者福祉サービスと介護問題に注目し、数多く介護政策も打ち出した。地方政府は現状によって、各地方の五年間の発展計画も公表した。高齢者たちの介護環境が益々変わった。

日本は、介護保険制度を準備する、発展する段階で、イギリスやドイツ等の介護保険制度を参考にした。東アジアの場合は、韓国は 2008 年 7 月に発表した長期療養保険制度という新たな介護保険制度も日本の介護保険制度を参考にした。中国も、日本、ドイツ等の先進国の介護保険制度から学び、中国の国情と各地域の現状によって、高齢者介護保険制度の構築に向けた検討を行うべきである。また、中国地域の格差により、特に都市部と農村部の格差問題をめぐって、高齢者の生活状況及び各地方の介護政策等を考慮に入れなくてはならない。山東省の場合は、まず市県村における高齢者介護保険制度の導入を検討すべきと考える。

2. 高齢者介護職員専門性の向上

調査対象敬老院の介護職員の学歴をまとめて、高学校卒業及びそれ以下の学歴の介護職員の割合が 90%に達し、相対的に介護職員の教育水準が低いことがわかる。専門学校卒業以上及びそれ以上の学歴を有する介護職員は１割ぐらい。介護職員の教育水準が低ければ、介護の新しい知識や技術の習得に支障をきたし、介護職員養成講習を受講する際、また、介護現場において要求される技術を提供する上でも不利である。しかし、低学歴の人が介護職員としての職務を担っている、というのが現状である。

調査によって、介護職員の勤務体制として、8 時間勤務（3 交替制），12 時間勤務（2 交替制）がある。給与は基本給与と残業給与から構成される。超過勤務給与、報奨金、食事手当等がほぼないのである。調査した敬老院介護職員の平均月給は 1500～2550 元であり。長時間勤務、悪い労働環境および社会的な援助が少ないため、介護職員が研修を受けて就職した後、2 年間以内に辞める職員が多いのが現状である。介護職員は、高齢者介護を担う介護人材の不足を解決するために不可欠な存在である。今後、介護職員の養成とよりいっそうの管理強化が必要となっている。

中国は日本のように、介護職員の専門性を厳格化しなければならない。介護福祉士は「養老護理員国家職業基準」により、初級、中級、高級、特級の 4 等級に分けられ、研修時間、研修内容などによって該当するレベルの資格を取得することが必要である。資格を取得した介護福祉士は、地域福祉センターに登録され、要介護センターの情報によって、必要な各家庭に派遣される。

3. 地域における高齢者介護事業所間の連携

地域の中で、要介護者の在宅生活を支えていくためには、質の高い高齢者介護サービスを提供する必要があり、地域の介護施設間、地域の老人大学との連携も必要である。敬老院の管理部門を組織化し、ネットワークを作って、敬老院の利用状況に空きがあることを伝える。老人大学[31]の教育資源も活用し、高齢者たちにもっと素晴らしサービスを提供する。

調査対象とした日本のＮケアセンターの地域では、地域医療連携体制が数年前から構築され、医者との顔の見える連携関係ができている。居宅介護事業者連絡会に結びつける形で訪問介護の連絡会も組織している。

以上の状況を踏まえると、今後、地域に質の高い訪問介護サービスを提供し続けるための敬老院、病院、行政機関との連携が必要であり、こうした連携を実現し、円滑に行うために、中国で地域連携検討が必要と考えられる。

---

31 高齢者を対象とした教養講座。定年後もみずからの教養を高め，学び続けたいと願う高齢者のために，おおむね 60 歳以上を対象に開設される。生涯学習の場を提供し，高齢者の生きがいや健康づくりを支援する。シニア大学，シルバー大学，高齢者大学とも呼ばれる。自治体が老人大学運営事業の実施要綱を作成し，福祉課や教育委員会が主管するもの，社会福祉協議会や老人会などの団体が支援するものなどがある。受講期間は講座によって異なり，カリキュラムは一般教養科目から専門科目，趣味の講座や健康づくりのスポーツなど多彩である。

4. 看護小規模多機能型居宅介護サービスの導入

今までの 30 年間、中国で公立養老施設、各地域の民間施設サービス、近年急速発展した社区養老と家族介護を中心とする在宅介護サービスなどの基礎整備が行われてきた。しかし、全国からみると、家族介護が相変わらず中心であり、高齢者介護問題が社会的な課題になってきた。これから、在宅サービス利用者はますます増加することが予測され、介護サービスの提供場所とサービス内容の不足が大きな課題である。

日本の在宅介護施設事例の分析を通して、日本の在宅介護サービス、特に看護小規模多機能型居宅介護のメリットが明らかになった。訪問看護サービスは看護師や医師が定期的に要介護高齢者の住むところを訪ねて体温チェックや健康管理などの世話をするサービスであり、通所介護は「通い」「泊り」のサービスを一つの事業所にまとめたサービスであり、通所介護の弱点である「医療」を、訪問看護と連携することでカバーする「看護小規模多機能型居宅介護」が誕生した。今までは、通所介護サービス、訪問介護サービスといった介護サービスは、別々の介護事業所が提供することが一般的であり、数多くの介護事業所と契約することは不便利だ。要介護高齢者は数多くの介護事業所のサービスを利用する場合は、もし要介護情報が契約した事業所間で上手く伝わらず、よくトラブルが発生する。これから、医療と介護を一体化した看護小規模多機能型居宅介護を導入すれば、そのようなトラブルが少なくなり、より要介護高齢者のニーズに合ったサービスの提供が期待できる。中国の家族養老の伝統文化の影響で、要介護高齢者たち、特に常に医療ケアが必要な高齢者や介護度が高い高齢者たちは自宅で看護されたいと希望する傾向があり、看護小規模多機能型居宅介護を利用することで、住み慣れた自宅で療養生活を送りやすくなるのである。同時に、介護者である家族の負担も軽くなるはずである。これから、要介護高齢者生活水準の向上、家族負担の軽減等を目指して高齢者介護サービスを発展させ、中国にも日本のような在宅介護サービス、特に看護小規模多機能型居宅介護サービスを導入するべきであると考える。また、日本における介護保障のシステムを参考としながら、自らの国情に合う施策を探らなければならない。

おわりに

本論文では、まず、中国における高齢化問題の現状とその特徴を考察し、次は山東省済寧市で高齢者介護サービスが最も進んでいる曲阜市と日本北関東最大な中核市の栃木県宇都宮市を事例としてより具体的な形で、中国と日本中核市における高齢者介護サービスの現状と課題を明らかにした。そして、中国現行の高齢者介護政策と在宅介護サービスの展開を整理し、山東省済寧市市鎮村における高齢者在宅介護サービスおよび介護職員の現状について検討した。とくに、市鎮村における山東省美麗レジャー農村の敬老院で行う高齢者在宅介護サービスと宇都宮市の看護小規模多機能型居宅介護サービスの現状と課題を、済寧市と宇都宮市における在宅介護サービスの事例を通じて明確にした。

済寧市と宇都宮市の高齢者介護在宅介護サービス問題の現状と課題の比較分析を通して、今後の中国中核市における高齢者在宅介護サービスの発展について展望し、山東省済寧市においても検討し始めている。高齢者在宅介護サービスと介護保険制度について若干の意見を述べた。本論文において紹介した筆者の実態調査は高齢者在宅介護施設が中心であり、高齢者介護施設が提供する施設サービスの現状と問題点を分析した。

中国では、長い歴史を通して家族養老は伝統文化であり、人々の中に根差している。しかし、一人っ子政策の実施、核家族化によって家族の規模が小さくなり、高齢者夫婦のみや空き巣家庭が増える一方である。三世代の伝統家族が少なくなり、「421」という人口構造（夫婦の二人が 4 人の老人と 1 人の子供を扶養する）と「空き巣老人」）が増加し続けている。今後、本論文において紹介した鎮村による在宅介護サービスと民営高齢者在宅介護施設に注目した実態調査も行い、その現状と課題を検討したい。また、今回山東省済寧市の中心農村部だけに焦点を当て研究を進めてきたが、今後できれば問題を多く抱える山東省の農村部の高齢化と高齢者介護政策に関する実態調査を行いたい。また、介護施設に入居できない高齢者、貧困高齢者の介護問題は今もなお解消されておらず、今後さらに検討される必要があるように思われる。そして、日本などとの国際比較を行い、今後の中国の高齢者在宅介護サービス、特に看護小規模多機能型居宅介護サービスの発展に関する政策と課題を模索していく予定である。

参考文献

宮垣元（2001)「在宅介護サービス NPO における組織運営とサービス実施状況の実態―NPO における「情報と信頼」(上)」研究開発部

河合克義等編著（2001)『地域介護調査からみた高齢者の実像－「高齢者介護に関する住民生活調査」報告書』萌文社

石田浩（2002)『中国内陸農村の貧困構造と労働力移動』関西大学出版部　p.161

塩田咲子（2004)「介護保険における在宅介護の課題」『地域政策研究』高崎経済大学地域政策学会 第 6 巻 第 3 号 pp.56－67

于洋　(2005)「中国における格差問題と社会保障改革」

武藤 宏典（2005)「介護保険制度における在宅介護」経済政策研究第 1 号（通巻第 1 号）

許福子（2007)「中国・大連市における在宅介護サービスの現状と課題」東北福祉大学研究紀要第 31 巻　ｐｐ.83－100

康越（2008)「中国都市部における高齢者対策－北京市のコミュニティサービスを中心に－」西村成雄・許衛東編著『現代中国の社会変容と国際関係』汲古書院

王亜新（2009)「現代中国の人口政策と課題」『立命館経済学』第 57 巻第 6 号　p.248

(財)自治体国際化協会 北京事務所(2009)「中国における高齢者福祉」

牛嶋俊一郎「中国における所得格差の拡大― 中国の高度成長の持続可能性との関連で―」東京経大学会誌　第 249 号

畢　麗傑　立命館国際研究 (2010)「中国都市部における高齢者介護の社会化― 北京市と上海市の事例研究を通じて ―」

王文亮（2010)『現代中国社会保障事典』集広舎　p.387, 393, 528

王輝（2010)「養老院老人の幸福指数為何不高」『中国社会工作』第 20 期

姜波（2011)「中国全土に推進される在宅介護サービス事業の現状と課題」川崎医療福祉学会誌 Vol. 21 第 1 号　pp.1－6

日 本 学 術 会 議社会学 委員会（2011)「福祉職・介護職の専門性の向上と社会的待遇の改善に向けて」

郭 芳（2011)「中国農村地域における高齢者福祉施設に関する考察―山東省 J 市の事例」

吴 婕（2013)「中国における高齢者介護サービスに関する研究 - 浙江省杭州市」

李宣（2013)「中国の医療制度改革における再分配の課題」横浜国際社会科学研究第 １７巻第６号

郭 芳（2013)「日本の高齢者福祉の経緯から中国に示唆できるもの」

矢作 大祐（2013）金融調査部兼経済調査部研究員「中国の年金制度・資産の現状と課題」

林鑫、大山さく子（2013)「中国における高齢者に対する在宅サービスの現状―上海」

郭芳（2014)「中国高齢者福祉施設の不足と制約―日本との比較を通して」日中社会学会「21 世紀東アジア社会学」第 6 号 2014 年 3 月

吉田健三(2014)「中国の年金システム―― 形成過程と持続可能性――」松山大学論集第 26 巻第 2 号 2014 年 6 月 pp.81－86

樑直美、尾形由起子、横尾美智代、田渕康子（2014）「家族介護者の介護力構成要素と介護負担感との関連」

周金蘭（2015）「中国における高齢化の現状と高齢者対策」現代社会文化研究

三菱ＵＦＪリサーチ&コンサルティング株式会社　（2015）老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業　複合型サービスにおける自己評価･外部評価のあり方に関する調査研究事業(別冊)「看護小規模多機能型居宅介護の事例集～住み慣れた地域で自分らしく～」

西川 昌登（2015）在中国日本国大使館経済部・領事部「中国の社会保障の現状と今後の動向について－年金、医療、高齢者介護を中心に－」

三菱総合研究所　人間・生活研究本部（2015）「訪問介護におけるサービス提供責任者のあり方に関する調査研究事業報告書」

厚生労働省　老健局総務課（2015）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

自治体国際化協会 北京事務所（2015）「中国が取り組む人間中心の「新型都市化」政策-都市と農村の二元構造の打破は経済成長につながるか-」第 424 号 2015 年 7 月 9 日

厚生労働省（2016）「看護小規模多機能型居宅介護のサービス提供の在り方に関する
調査研究事業　報告書」

ZHANG Jia（2016）「日本における在宅高齢者福祉事業の形成と介護保険制度下の展開
－通所介護（デイサービス）を中心に－」

岡室美恵子（2016）「中国における介護保険制度導入に関する初期的考察」千葉経済論叢　第 53 号　pp.39－53

ウェブサイト

大和総研グループホームページ 第 13 次五ヶ年計画に係る中国高齢者福祉事業政策動向
http://www.dir.co.jp/consulting/asian_insight/20160523_010900.html

大和総研グループはリサーチ（中国養老産業に関する考察と示唆 2015 年 11 月 19 日アジア事業開発グループ シニアコンサルタント 張暁光）
http://www.dir.co.jp/consulting/asian_insight/20151119_010326.html

東京コンサルティンググループ中国における「医療結合」政策について（2016 年 6 月 30 日）
http://blog.goo.ne.jp/tcg-china/e/478d26c17a4b948e2ce52d6ee613551d

KAIPOPI ホームページ介護「中国の介護事情を紐解く」(2016 年 11 月 23 日)
http://kaigonews.net/2016/11/23/

津久見市ホームページ介護保険と介護サービス種類
http://www.city.tsukumi.oita.jp/content/kaigo_n/2.html

ベネッセの相談室
https://kaigo-sodanshitsu.jp/informations/kaigo/choice/choice_03/

住まいと暮らしの健康学在宅介護一覧
https://www.sekisuiheim.com/spcontent/seniorwellness/knowledge03.html

在宅介護について みんなの介護（在宅介護サービスの種類介護施設ガイド）
https://www.minnanokaigo.com/guide/homecare/type/

中国の「第 13 次 5 カ年計画（2016～2020 年)」、設定された社会・環境の定量目標
https://sustainablejapan.jp/2016/03/23/chinas-13th-five-year-plan/21635

宇都宮在宅介護サービス
http://kaigodb.com/jigyousho/0970100020-430/

厚生労働省ー介護保険制度の概要

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html
安心介護介護の基礎知識
https://ansinkaigo.jp/knowledge/1430

宇都宮市統計データバンク
http://www2.city.utsunomiya.tochigi.jp/DataBank/index.htm

日本全国 48 中核市の人口/面積/人口密度ランキング
https://uub.jp/rnk/chu_j.html

曲阜天論養老サービスセンター
http://www.qfyanglao.com/cn/guanyuwomen/zhongxinjieshao/

中国の最新介護事情について
https://go-kaigo.net/2016/07/26643/

China Radio International
http://japanese.cri.cn/781/2017/09/07/Zt141s265011.htm

デイサービスの未来と今後
http://kaigonews.net/2017/07/22/%E3%83%87%E3%82%A4%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%83%93%E3%82%B9%E3%81%AE%E6%9C%AA%E6%9D%A5%E3%81%A8%E4%BB%8A%E5%BE%8C/

[中国・北京での介護サービス事情～中国版の”地域包括ケアシステム”の構築が進む？]
https://p-kaigo.jp/news/8156.html

[中国・北京での介護サービス事情～中国版の”地域包括ケアシステム”の構築が進む？]
https://p-kaigo.jp/news/8156.html

中国山東ネート山東省高齢者事業状況及び都市部と農村部高齢者生活状況調査成果ブリーフィング　http://www.sdchina.com/

山東省農業庁　「山東省レジャー農業及び田舎観光モデル区建設リストを公表に関する通知」
http://www.sdny.gov.cn/zwgk/tfwj/stc/201708/t20170823_681972.html (2017/08/22)

農村大衆ネット曲阜千余名貧困老人家门口养老
http://paper.dzwww.com/ncdz/content/20160318/ArticelNC07002MT.htm (2016/03/18)

厚生労働省ホームページ「介護保険制度における要介護認定の仕組み」
http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou3.html

厚生労働省ホームペー　介護・高齢者福祉 > 介護保険制度の概要 > 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）について
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000091038.html

指定居宅サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例第 69 号
http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/reiki/reiki_honbun/g204RG00001761.html

厚生労働省　看護小規模多機能型居宅介護の基準等（平成 27 年度）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html

ウィキペディア　https://ja.wikipedia.org/wiki/%E5%AE%87%E9%83%BD%E5%AE%AE%E5%B8%82

都道府県市区町村 > ランキングデータ　https://uub.jp/rnk/chu_j.html

日本医師会地域別統計 栃木県 宇都宮市　http://jmap.jp/cities/detail/city/9201

指定地域密着型サービスの事業の人員等に関する基準等を定める条例
http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/reiki/reiki_honbun/g204RG00001763.html

あとがき

論文を書き終え、40 ページ以上日本語で書く、という修士論文作成は、大変ではありましたが、非常に楽しんで行うことができました。論文全体としては、詰め切れなかった部分も多々あり、少し未練が残りますが、高齢者福祉介護サービスについて学ぶ時間は私にとってたいへん有意義なものとなりました。

自分の大学院生活を振り返るとゼミでの思い出が非常に多く、どれをとっても良い経験をさせてもらったなと感じています。ゼミの活動を通して、みんなの発表を聞いて、学ぶことは本当にたくさんありました。皆さんの目標に向かって努力する姿、最後まで諦めずに一生懸命頑張るの精神力など、大いにプラスの刺激を受けました。みなさんには本当に感謝しています。

実は私は大学院に入るまで、自分に自信が持てなかったので、最初の研究生としての半年、毎週月曜日のゼミ発表が緊張と不安しかありませんでした。でも、ゼミを通して教わるのではなく、自分の頭で考えることを学び、自分の主張に自信をもつことができるようになりました。中村ゼミでの活動はジョイント合宿、宇都宮市大学生によるまちづくり発表会など、本当に大きな、実りある活動でした。きっとゼミでの活動が無ければ、こんなに一生懸命に勉強し、大きく成長できることもなかったと思います。就職活動でも自信を持って話すことができました。就職活動では、至らない点はたくさんありましたが、飯塚瞳さんや学校キャリア教育・就職支援センターの北畠和雄先生と守屋宗子先生など、貴重な意見と経験をさせていただき、心から感謝しております。

国際学研究科の多くの先生にもお世話になりました。副指導教官・磯谷先生、倪先生、田巻先生、吉田先生、立花先生、栗原先生の皆様には、博士前期課程の時代からご指導をしていただきました。講義でのご指導に加て、研究の進め方等貴重なご指導をしていただいたことに深く御礼申し上げます。

最後に中村先生、2 年半間ご指導いただきまして本当にありがとうございました。目次から結論まで、色々な角度から論文に対してご意見を頂くことができ、卒業論文の作成も明るい気持ちで乗り切ることができました。実は中間発表会の前に、就活と卒論の両立はすごく大変でした。その時、就職先、就職面接時間についての相談にものって頂いたこと、本当に感謝しています。また、論文のご指導を下さった先輩方、たくさん話してくれた後輩のみなさん、そして２年間半一緒に頑張ってきた院 2 年生の皆さん、素敵な思い出を本当にありがとうございました。修了してもよろしくお願いします。