

2015 年度 博士学位申請論文

中国都市部における社区を基盤とした高齢者支援システムのあり方に関する研究

—大連市をフィールドとした高齢者ニーズとサービスの実態調査を通して—

立教大学大学院 コミュニティ福祉学研究科

陳 燕

目次

序 章	5
第1節 研究背景と目的	5
1 研究の背景—高齢化により深刻化する介護問題—	5
2 問題の所在	6
3 本研究の目的と意義	10
4 研究方法	12
5 倫理的配慮	12
6 大連市をフィールドとして選定した理由	13
第2節 本研究で扱う用語の定義	15
1 「社区」と「社区居民委員会」	15
2 「社区サービス」(社区服务)	15
3 「社会养老服务」	16
4 「社区养老」	17
5 「家庭养老」	17
6 在宅养老	18
第3節 研究の枠組みと論文の構成	19
第1章 中国の高齢社会の現状と特徴	22
第1節 中国人口発展過程	22
1 第一次人口生育高峰(1949~1957年)	24
2 人口低成長段階(1958~1961年)	24
3 第二次人口生育高峰(1962~1970年)	25
4 人口高成長段階(1971~1990年)	25
5 平穏な人口増加段階(1991年~現在まで)	25
第2節 中国における高齢化の特徴	27
1 人口高齢化のスピードの速さ	27
2 高齢化の進行の地域間格差	28
3 高齢人口の規模の大きさ	29
4 「未富先老」「未備先老」	30
第3節 「空の巣家庭」・「失独家庭」とは	32
1 「空の巣」、「空の巣家庭」、「空の巣老人」の定義	32
2 「空の巣家庭」の現状と形成要因	32
3 「空の巣家庭」の種類	33
4 「空の巣家庭」の問題	34
5 「失独家庭」	36

第4節	まとめ	38
第2章	中国政府における高齢化問題の解決策及びその課題	39
第1節	中国の高齢者福祉政策及び制度	41
1	法律による「家庭扶養」の強化	41
2	高齢者福祉政策の変化	41
第2節	第12次5カ年計画について	49
第3節	家庭・社区・社会福祉機構（施設）の比率—「9073」というバランス	53
第3章	高齢化対策及び社区に関わる先行研究	55
第1節	社区建設について	55
第2節	中国の高齢化問題について	57
第3節	社会保障制度からみる高齢化問題	59
1	社会保障制度と地方自治体との関係	59
2	社会保障制度の問題点	60
3	年金収入について	63
4	都市部における住民の所得格差	64
第4節	高齢化問題の対策	66
第5節	在宅養老と社区養老の関係	68
第6節	先行研究からみた高齢化対策の論点	71
第4章	高齢化対策の先進的都市・大連市 — その対策と現状—	72
第1節	大連市の概況	72
1	大連市の概要	72
2	大連市の経済産業構造	73
第2節	大連市の人口構造の特徴と推移	75
第3節	大連市医療保険制度・年金制度について	77
1	医療保険制度	77
2	年金制度について	79
3	近年の高齢者に関する政策	82
第4節	大連市における高齢者介護サービスの現状	84
第5節	現状から見える課題	87
第5章	大都市高齢者の意識にみる生活実態と課題 — 顕在化していない介護ニーズ—	89
第1節	都市部の高齢者の生活実態と介護ニーズ意識—調査の目的、概要及び方法—	89
1	調査目的	89
2	調査地域の概要	91
3	調査概要	92
第2節	前期高齢者層のまだ低い介護ニーズ	93
1	性別・年齢・年金収入・住まいの形態・家族構成と介護・介助の状況	93

2	養老サービスと介護・介助の状況	94
3	サービスの利用料金と介護・介助の状況	99
4	要介護予防の対象と介護・介助の状況	100
5	まとめ	101
第3節	潜在化している「空の巣」高齢者の課題	105
1	性別・年齢・年金収入・住まいの形態と家族構成の状況	105
2	養老サービスの状況と家族構成	106
3	サービスの利用料金と家族構成	111
4	要介護予防対象者と家族構成	111
5	まとめ	112
第4節	中間所得層の高齢者の特徴	114
1	性別・年齢・家族構成・住まいの形態について	114
2	介護・介助・養老サービスの状況	115
3	サービスの利用料金について	118
4	要介護予防の対象	119
5	まとめ	120
第5節	年齢階層別のサービス整備に関する課題	121
1	性別・年金収入・住まいの形態と年齢	121
2	介護・介助・養老サービスの状況	122
3	サービスの利用料金について	125
4	要介護予防の対象	125
5	まとめ	126
第6節	高齢者の生活実態にみる政策上の課題	127
1	全体で見る高齢化問題の課題	127
2	「9073」政策上の課題	128
第6章	都市部における高齢者向けサービスの現状と課題	131
第1節	都市部における養老施設の現状と課題—大連市の養老施設ヒアリング調査を通して—	131
1	調査目的、概要と方法	131
2	大連市養老施設全体像	133
3	調査結果の論点の整理	135
4	調査結果に見る養老施設の課題	138
第2節	コミュニティサービスの現状と課題—社区居民委員会・コミュニティサービスセンターのヒアリング調査を通して—	141
1	調査の概要と方法	142
2	社区居民委員会の高齢化問題の認識と課題	143

3	調査結果に見る社区サービスの現状と課題.....	147
第3節	社区养老服务センターの現状と課題.....	150
1	調査の概要と方法.....	150
2	老人クラブとなっている社区养老服务センター.....	150
3	社区居民委員会と社区养老服务センターの課題.....	153
第4節	社区居民委員会と高齢者向け社区サービスの課題.....	154
1	「9073」の視点からみる高齢者向けのサービスの課題.....	154
2	社区居民委員会を中心とした高齢者向けサービスの関係の整理.....	154
第7章	補論—政策と先行研究にみる日本の高齢化対策の変遷—.....	158
第1節	老人福祉法の成立と老人福祉の確立期～一人暮らし高齢者対策の萌芽と寝たきり 高齢者問題の出現～（1945年～1970年代前半）.....	160
第2節	本格化する高齢化と在宅ケアへの重点化期（1970年代後半～1990年代前半）	163
第3節	介護保険制度の成立と改正介護保険法～認知症対策・予防対策（1990年代半ば ～2006年）.....	172
第4節	2025年に向けて、地域包括ケアシステムの整備と推進（2007年～現在）.....	174
第5節	中国高齢化問題の解決策への示唆.....	178
終章	中間所得層高齢者の問題の解決に向けた方策の提案.....	179
第1節	研究の総括.....	179
第2節	どう解決すべきか—社区居民委員会の可能性について.....	182
1	中国の政策から求められること.....	182
2	日本の経験からみる社区居民委員会の必要性.....	183
3	大連市の調査結果からみる社区居民委員会の可能性.....	184
第3節	中間支援組織としての社区居民委員会の役割.....	186
1	インフォーマル・サポートに重点をおいた社区を基盤とした支援システムの考え方	186
2	インフォーマル・サポートに重点をおいた社区を基盤とした支援システムの実践モ デルの考察.....	189
第4節	残された課題.....	192
引用・参考文献一覧.....		194
中国語引用・参考文献：		194
日本語引用・参考文献：		199
インターネット資料：		204
添付資料.....		206
謝辞.....		211

序 章

第 1 節 研究背景と目的

1 研究の背景—高齢化により深刻化する介護問題—

速すぎる人口増加を抑え、これによってもたらされるさまざまな社会負担を軽減するため、中国政府は 1970 年代から計画出産（「一人っ子政策」）を国策として実施してきた。この 30 年あまりの努力の成果として、人口の自然増加率は効果的に抑えられてきた。しかし、社会・経済の発展に伴い、人々の生活条件が改善され、死亡率が下がる一方で、高齢化の進行も徐々に目立ってきた。

2000 年に行われた第 5 回全国人口調査と、2010 年の第 6 回全国人口調査を比べると、平均世帯人数は、0.34 人減って 3.10 人となっており、さらに都市部では 2.87 人¹まで減少している。また全国老齡工作委员会弁公室が配布した『中国老齡事業發展報告（2013）』によれば、2013 年の中国の高齡者人口は 2.02 億人に達し、そのうち「空の巢」高齡者²は 1 億人を超え、失能高齡者³は 2012 年の 3,600 万人から 3,750 万人に増えた。一方「失独家庭」⁴は 2012 年に 100 万世帯に達し、毎年 7.6 万世帯のスピードで増加している。このように、中国の平均世帯構成人数が減少している背景には、計画出産だけでなく家族倫理観と親孝行に対する意識が大きく変わったことも挙げられる。その結果、「空の巢家庭」と呼ばれる一人暮らしの高齡者世帯や夫婦のみの高齡者世帯だけではなく、「失独家庭」も増加し、「4 + 2 + 1」また「8 + 4 + 2 + 1」⁵のような逆ピラミッド型の家族構造が生まれて

¹ <http://wenku.baidu.com/view/4d5cc0d626fff705cc170a80.html> アクセス 2012 年 11 月 3 日

² 一人暮らし高齡者、夫婦のみ高齡者を指している。

³ 失能高齡者とは食事、着替え、ベッドの乗降、トイレ・排泄、室内の移動、入浴といったの基本動作が 1 項目以上できない者を指す。中国老齡弁の『2010 年度中国老齡事業發展統計公報』によれば、2015 年までに失能高齡者は 4,000 万人に達し、そのうち、寝たきり高齡者は 1,240 万人となると予測されている。

<http://cyqfy.chinacourt.org/public/detail.php?id=2198> 2014 年 1 月 8 日アクセス

⁴ 「失独家庭」は一人っ子を失った家庭を指す。 <http://hb.sina.com.cn/zt/kclr/index.shtml>

⁵ 「4 + 2 + 1」: 4 人（父方と母方の祖父母）+ 2 人（両親）+ 1 人（一人っ子）という家族構成である。

「8 + 4 + 2 + 1」: 8 人（父方と母方の曾祖父母）+ 4 人（父方と母方の祖父母）+ 2 人（両親）+ 1 人（一人っ子）という家族構成である。

いる。そのため、中国では家族だけに依存した扶養方式は困難となりつつあり、高齢者の扶養問題（以下、養老問題）が大きな社会問題となっている。

2006年に中国国務院が公表した『関与加速発展養老服務業的意見』（『養老サービス業の発展の加速に関する意見』）では「家庭・社区（コミュニティ）・機構（施設）⁶」という発展方向が示された。扶養形式は家庭養老を基礎とすることを堅持しつつも、社区と機構（施設）で補充することを発展方向とし、国家が財政的支援をしながら社会の各方面の力を積極的に社会福祉事業に導き新たな道を模索することを提唱した。2011年に国務院弁公庁が発表した『社会養老服務体系建設規劃（2011～2015年）』（『社会養老サービスの仕組みの建設計画（2011～2015年）』）では、社会養老サービスのシステムの構築を強化することは失能⁷・半失能高齢者の養老問題の解決策であり、社会和諧（社会調和）と安定にもつながるとしている。そして社会養老サービスのシステムの構築については「在宅養老⁸を基礎にし、社区と機構（施設）で補充する」という仕組みを取るべきであると強調しながらも、高齢者のニーズに着目し、低収入、一人暮らし、失能等の高齢者のニーズを最優先に満たしながら、高齢者全体のサービスの質の向上と改善の要求を満たせるように努めるという旨が明記されている。

これらの意見や計画などを基にして、上海をはじめ、多くの都市では「9073」の養老サービスの枠組みが推進された。「9073」とは高齢者の介護ニーズの90%を「在宅」、7%を「社区サービス」、3%を「機構（施設）」という枠組みで養老サービスを提供することを意味する。

2 問題の所在

中国では1980年代前まで、家庭扶養は「単位福利」（各職能団体による福利厚生）からの多くの支援を受けていた。また民間が施設を運営することは認められず、養老施設（高齢者福祉施設）は全て国によって運営され、入所対象者は「三無老人」⁹に限られていた。

1980年代以降の改革開放政策による計画経済から市場経済への移行に伴い、それまで保障されてきた住宅、養老、医療等の様々な福利厚生の多くが削られた。そのためにその後は年金制度、医療保険制度など社会保障の基盤整備を行ってきた。研究の背景でも述べた

⁶ 2001年の「老年人社会福利機構基本規範」（「高齢者社会福祉施設基本規範」）によれば、本論でいう養老施設は高齢者社会福祉院、敬老院、養老院、護老院、護養院、高齢者マンションを指している。

⁷ 脚注3を参照。

⁸ 2006年の制度には「家庭」という用語を使っていたが、2011年から「在宅」という用語に言い換えられている。同様に、本研究でも2011年前のものを述べる際には「家庭」を使い、その以降のものを述べる際には「在宅」を使っている。

⁹ 子どもと収入と労働能力がない60歳以上の高齢者のことをいう。

ように、一人っ子政策により急速に表面化してきた高齢化問題を解決するために、養老施設の需要が増加し、これまで行政あるいは集体（協同組合に似た組織）でしかできなかった養老施設の運営が市場化され、近年は民営の養老施設も増加した。このような変化に応じて、建設基準や最低の運営規則などが条例や通知により定められたが、日本のようにサービスの利用資格となる要介護認定や利用料金の設定などについての規程は定められていないため、サービスの質や職員の配置などによって利用料金が異なっているのが現状である。

中国における高齢化の進展に伴う問題の所在を図序-1に示す。いずれの所得層の高齢者も元気な時には、特に問題はみられないが、虚弱または要介護状態になってくると、その課題の対応の仕方に違いが生じてくる。例えば、高所得層の高齢者は家政婦を雇用したり、自費で養老施設に入居したりすることで、その介護ニーズを充足することができる。また、低所得層の高齢者は公費負担の対象となり、養老施設に入所するか、自宅に住みながら社会サービスを低額あるいは無料で利用することも可能である。

しかし、両者の間に位置する膨大な中間所得層に対しては何ら対応策が取られていないため、今後は彼らの要介護問題が、大きな課題となることが想定される。中間所得層の高齢者は複数の子どもがいる場合には彼らからの経済的援助を受け、養老施設に入居するか、彼らから介護を受けることができる。ところが、一人っ子政策が取られてきたことによって、子どもからの支援が期待できなくなること、また、公費の対象にならず、低額または無料で利用できるサービスが少ないこと、そして、本人の年金収入だけでは施設への入居が困難な状態となることなどが予測される。

図序-1 所得層別にみる介護の必要性の増加に伴う課題対応と問題点

		介護の必要性		
		元気な高齢者	虚弱(二次予防)	要介護
所得 ↑	高所得層	<ul style="list-style-type: none"> ・養老施設への入居が可能 ・サークル活動には参加可能 ・社区にあるサロン 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー(家政婦)の雇用 ・必要に応じて、自費で、市場化サービスや養老施設を利用 	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー(家政婦)の雇用 ・要介護状態になれば、自費で、市場化サービスや養老施設を利用
	中間所得層	<ul style="list-style-type: none"> ・サークル活動には参加可能 ・社区にあるサロン 	<ul style="list-style-type: none"> ・サークル活動や社区にあるサロン活動には参加しにくい ・閉じこもりがち 	<ul style="list-style-type: none"> ・公費負担の対象とならない ・自費での市場化サービスや養老施設の利用困難 ・子どもからの援助がある場合は、養老施設の利用が可能
	低所得層	<ul style="list-style-type: none"> ・サークル活動には参加可能 ・社区にあるサロン 	<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じて、社会化サービスや養老施設を公費負担で利用可能 	<ul style="list-style-type: none"> ・公費負担の対象で、社会化サービスや養老施設を利用

筆者作成

筆者は、修士論文において、中国と日本の高齢者施策の展開について比較し（表序-1を参照）、その中で、中国において高齢者対策を考える際には、現状だけではなく、将来の展望のもとに検討する必要があると述べた。例えば、中国の一人暮らし高齢者対策は、日本の1970年代のような「生きがい」「孤独」対策、あるいは、2000年のような要支援・要介護モデル対策だけでなく、1970年代の対策と2000年の対策を踏まえた新たな対策が必要になってくることを指摘した。さらに、今後、中国都市部では高齢化問題に向けて、住民自治の性格を持っている「社区居民委員会」がどのような役割を果たすか、そして、いかなる視点を持って事業を進めるかに注目すべきであることも指摘した。

近年、日本の高齢者福祉政策においては、核家族や一人暮らし世帯、あるいは、高齢者夫婦のみの世帯が増加し、親戚付き合いも近所付き合いもほとんどない状況の中、高齢で介護が必要になっても、住み慣れた家や地域社会で、できる限りそれまでの生活や人間関係を継続できることが目指している。具体的には、2008年の「社会保障国民会議最終報告書」では、今後の社会保障が進むべき道筋として「制度の持続可能性」とともに、「社会保障の機能強化」に向けて取り組むべきことが提起されている¹⁰。なるべく長期入院させないことで、医療給付を減らしつつ、地域の受け皿の拡大を重視する政策を取りあげる方向性が示された。こうした方向性は、2013年に公表された「社会保障制度改革国民会議報告」にも引き継がれ、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の整備が急務とされている。

¹⁰ 2008年11月4日「社会保障国民会議最終報告」社会保障国民会議

表序-1 日中高齢化状況比較

高齢化率	日本			中国		
	年	高齢化課題	政策	年	高齢化課題	政策
7%未満	1970年まで	・救貧中心	・国民健康保険法改正(国民皆保険) ・国民年金法(国民皆年金) ・老人福祉法 ・養護老人ホーム・特別養護老人ホームなど施設を整備する ・家庭奉仕員制度実施	2000年まで	・救貧	・「国務院は従業員の年金保険制度に関する決定」 ・中国民政部、県レベル農村社会養老保険基本法案を公表 ・「中国老年人權益保障法」 ・「市、鎮の従業員に関する基本医療保険制度を立てる決定」
一人暮らし高齢者問題社会問題化						
7%	1970年	・一人暮らし高齢者問題(孤独死・生きがい)中心	・老人福祉法改正(老人医療無料化) ・1982年老人保健法の制定 ・福祉サービス制限撤廃(普遍化) ・医療費一部負担へ ・施設充実→在宅福祉充実 ・在宅サービス三本柱	2000年	・救貧中心 ・「空の巣」問題	・「全国における都市部社区建設を推進する意見」 ・「社会福祉事業社会科に関する意見」 ・「社区老人福祉服務「星光計画」実施法案」 ・「中国介護事業発展計画綱要」 ・「養老サービス事業の加速発展に関する意見」 ・「中国老齡事業の発展白書」
寝たきり問題重度化						
14%	1994年	・一人暮らし高齢者問題(孤独死・生きがい・介護) ・寝たきり高齢者問題 ・予防を重視する ・多様な対策 ・介護 + 予防 ・再び一人暮らし高齢者への注目	・計画化 ・ゴールドプラン(施設緊急整備と在宅福祉の推進) ・新ゴールドプラン(在宅介護の充実) ・介護保険法(措置から契約) ・2002年健康増進法制定 ・2003年「2015年の高齢者介護」 ・2005年介護保険改正 ・2006年「介護保険法改正」	2025年 (推測値)	・「空の巣」問題 ・寝たきり高齢者問題 ・多様な対策 ・予防を重視する ・介護 + 予防 ・再び「空の巣」への注目	・施設整備 ・在宅介護の充実 ・サービス利用の普遍化
認知症問題重度化						
21%	2007年	・地域包括支援センター機能強化と地域包括ケアシステムの整備 ・地域密着型サービスの整備 ・介護予防・日常生活支援総合事業、インフォーマル・サポートの重視	・2012年介護保険法改正 ・2015年介護保険法改正	2040年 (推測値)	・医療と介護の総合的なシステムの構築	

(陳、2009)に基づき、作成した

以上の政策的な動向を受け、介護予防対策、小地域ネットワークなどが制度化された。さらに、支援のあり方には長期療養を支える視点が求められ、医療や看護などの医療的なケアと福祉や介護などのような専門的なケアと生活支援が適切に組み合わせられて提供され、家族や友人・知人・近隣などによるインフォーマル・サポートと効果的に連動しなければならないという「地域包括ケア」の考え方が重視されるようになってきた¹¹⁾(牧里ら、2013)。また、森本(2013)は「地域包括ケアの成立要件」の中で、最も重要な要件の一つとして、「地域社会や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員」と「フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動」、さらに、すでに弱体化しているインフォーマル・サポートの再構築が急務だと指摘している¹²⁾。

一方、中国の高齢化の特徴としては以下の4点があげられる。①人口高齢化のスピードが速い。人口の年平均成長率は0.66%であるが、65歳以上の高齢者人口は1990年から2020年にかけて年平均3.3%ペースで増加している。②高齢人口の規模が大きい。高齢者人口は常に世界の高齢者人口の5分の1を占めている。③「未富先老」。つまり、中国の高齢化は経済が富む前に年老いてしまうこと。中国の経済はいまだ発展途上にあり、2013年には国

11 牧里毎治・杉岡直人・森本佳樹 (2013) 『ビギナーズ地域福祉』有斐閣アルマ

12 牧里毎治・杉岡直人・森本佳樹 (2013) 『ビギナーズ地域福祉』有斐閣アルマ p.254

民総収入が世界の 2 位に上がったが、一人当たりの GDP はまだ低く、世界 83 位である¹³。

④一人っ子政策による家庭養老の担い手の不足が起こっている。

その結果中国では、日本を上回るスピードで高齢化が進行すると予測され、日本でも課題となっている「一人暮らし高齢者」、「寝たきり高齢者」、「認知症高齢者」の問題が同時に表出する可能性がある。

その場合には公的施策は、課題の深刻な順に対応せざるを得なくなり、結果としては「一人暮らし高齢者」への公的対応が十分になされないことが指摘できる(陳 2009:70)。したがって、この問題に 대응されるような公的なサービスを増加するのも一つの解決方法ではあるが、中国の現状においては全てのニーズに対応しようとするならば、公的サービスに関わる人材や財源が著しく必要となり、短期間にはその実現は困難だと思われる。

3 本研究の目的と意義

2013 年北京市で開催された中国老齡事業發展フォーラムにおいて、民政部部長李立国は、高齢者の多様・多階層の養老ニーズを満たすためには、社会資本（社会力量）を養老サービスの主体とすることを促進しなければならないと述べた¹⁴。また 2013 年半ばに開催された国務院常務會議で今後、行政がサービスを購入する方式で養老サービスの發展を促進し、公的な財政の重点は農村養老サービスに置き、社会資本（社会力量）の役割が最大限に發揮されることが望ましいとされた。さらに、同會議では、行政は「保基本、兜底線」（ベースラインを守る）の上に、改革創新し、市場を活かす形で、社会資本（社会力量）が養老サービス業の主役となることを促進しなければならないといった方向性¹⁵が示された。

問題の所在で触れた通り、中国においては、要介護状態になっても、住み慣れた地域で自立した生活を送ることのできる社会システムの構築が重要な課題となっている。「9073」という養老サービスの枠組みにおいては、「在宅養老」と「社区サービス」¹⁶が大きな割合を担わざるを得ない。また、日本の経験からもみられるように、高齢化の進展に伴って、高齢化問題が複雑化し、公的な財源の確保も課題となってくる。

これらのことから、今後中国で購買力が弱い中間所得層の高齡者問題を解決するために

¹³ 2013 年度、一人当たりの GDP（名目）は 6,958.69US ドルであった。

<http://ecodb.net/country/CN/>より。2015 年 3 月 20 日アクセス

¹⁴ 「民政部：中国老齡人口將破 2 億 人口老齡化加速」

<http://www.i-altus.com/wwwnews/trade/2013-11-05/9990.html> 2013 年 12 月 5 日

¹⁵ 「民營養老院舉步維艱 扶持政策很難享受」

<http://www.i-altus.com/wwwnews/trade/2013-11-08/10012.html> 2013 年 12 月 5 日

¹⁶ 中国では高齢者問題を解決するために、「在宅養老を基礎にし、社区と機構（施設）で補充する」という仕組みを提示し、「9073」というバランスでサービスを整備すれば、97%の高齡者は「在宅養老」「社区サービス」に頼らなければならない。

は、要介護予防の視点¹⁷を入れながら、地域社会（中国では社区となる）や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートを重視しなければならないことが考えられる。つまり、社区でいかに在宅養老サービスを発展させるかに加え、社区・社区サービスにおいてインフォーマル・サポートをどのように活性化するかということが重要となる。こうした仕組みをいかに作るかが高齢化の進展により顕在化してくる問題や課題の解決にもつながると考えられる。

経済発展途上の中国の都市部の高齢化対策を考える際には、背景として述べてきた諸課題に対して、日本の地域福祉を踏まえながら、公的サービスだけに頼らず、インフォーマル・サポートに重点をおいた、社区（コミュニティ）を基盤とした支援システムの理論とモデルを構築していく必要がある。本研究は、中国都市部の社区を基盤とし、インフォーマル・サポートに重点を置いた支援システムの構築に向けて、大連市を対象としたフィールド調査の知見に依拠しながら、有効な理論及び実践モデルを検討することを目的とする。

この目的を達成するために、以下の5つの研究課題を設定した。

第1に、公表されているデータや文献から、中国全土の今後の高齢化の現状と特徴について整理し、高齢化問題において課題が山積していることを明らかにする（研究課題1）。

第2に、中国における高齢者支援システムの提供主体のバランスを検討するうえで、重要な在宅養老：社区サービス：施設養老の比率「90：7：3」（9073）の導入背景とその実現可能性を批判的に検討する（研究課題2）。

第3に、本研究と関わる「社区」、「高齢化問題」、「社会保障の課題」、「高齢化対策」、「在宅養老・社区養老」についての政策動向と先行研究のレビューを行い、先行研究における本研究の意義を提示する（研究課題3）。

第4に、中国の人口規模、省・県・市や自治区などによる行政制度の相違や文化・風習等の多様性を鑑みると、問題の普遍化は難しい。このため、本研究では対象を都市部の高齢化対策に焦点化する。具体的には、大連市を事例として、同市における医療保険制度、年金制度、高齢化対策に関係する政策を整理し、実施されているサービスの現状と課題を明らかにする。また社区サービスの位置づけの明確にするため、施設養老および在宅養老の現状と課題を、ヒアリング調査とアンケート調査によって明らかにする。なお大連市を選んだ理由については後述する（研究課題4）。

第5に、社区居民委員会、社区養老サービスセンターへのヒアリング調査を通して、社区サービスの現状と今後の可能性について明らかにする（研究課題5）。

これらを通して本論文では、これまでの研究ではあまり議論されてこなかった「9073」の実現可能性並びに中間所得層高齢者の要介護問題の検討の重要性のもとに、高齢者のニーズや実施している支援サービスの実態を明らかにし、それらの検討を踏まえて、研究目的である社区を基盤とした高齢者支援システムのあり方を検討する。さらに今後求められ

¹⁷ 日本の制度では「介護予防」という言葉が使われているが、本論では要介護状態にならないための予防という意味から、「要介護予防」を使っている。

るコミュニティサービスの内容・対象・課題やそこで重要な役割を担う社区居民委員会の役割についても提示する。

4 研究方法

本研究では、文献研究と自記式アンケート調査、ヒアリング調査、以上の三つの方法を用いる。

文献研究は、日本と中国の文献や調査データを通して、中国全体と大連市の高齢化の特徴と、高齢者福祉政策の現状並びに課題を明らかにする（補論として、日本の高齢化についても検証する）。

自記式アンケート調査およびヒアリング調査は大連市をフィールドとし、2009年より数回に分けて調査を行った。

1) 高齢者生活の現状と課題——大連市高齢者アンケート調査

調査期間：2011年11月～2012年1月

調査対象：大連市における西崗区C街道の6つの社区の60歳以上の高齢者（6,000人）

調査方法：自記式アンケート調査、調査票は社区の職員が配布・回収を行った

有効回答数：2,232件（回収率：37.2%）

2) 都市部養老施設の現状と課題——大連市の養老施設ヒアリング調査

調査期間：①2012年8月17日～9月16日 ②2013年7月4日～31日

調査対象：公営（1か所）、民営（4か所）、集体（協同組合）経営（1か所）の施設長もしくは管理職職員

調査方法：ヒアリング調査（半構造化面接）

3) コミュニティサービスの現状と課題——大連市の社区居民委員会ヒアリング調査

調査期間：2011年9月21日～10月20日

調査対象：社区居民委員会の書記または高齢者に係わる業務に専従する職員（23か所、23名）

調査方法：ヒアリング調査（半構造化面接）

5 倫理的配慮

本研究は筆者が所属していた立教大学コミュニティ福祉学研究研究科の倫理指針に基づき実施した。

調査の実施にあたっては、研究の趣旨とプライバシーの保護、および拒否権について説明し、結果については論文に載せる旨を伝え、同意を得たうえでヒアリング調査を行った。

また、個人の特定を防ぐため、対象者の氏名や関係者の氏名、関係機関等の固有名詞は、原則としてアルファベットで表記した。

なお、本研究において引用および参考にした先行研究は、巻末に原著者名・文献・出版社・出版年・引用箇所を明示し、原典をそのまま表記したものについては、自説と他説を峻別するようにした。

6 大連市をフィールドとして選定した理由

これまで述べてきたように、中国では速すぎる人口増加を抑え、これによってもたらされるさまざまな社会負担を軽減するために、1970年代から計画出産を国策として実施してきている。

しかし、社会・経済の発展に伴い、人々の生活条件が改善され、死亡率が下がる一方で、人口高齢化が目立ち始めている。

中国の高齢化は「スピードが速い」「規模が大きい」「未富先老」「一人っ子政策による在宅養老の担い手の不足」という特徴を持ち、また、改革開放政策の結果、経済的な格差が都市部と農村部の間だけではなく、都市間・農村間においても地域間格差として見られ、さらに同一地域内でも階層格差の広がりが見られ、こうした地域経済のあり方は高齢者の生活にも直接、影響している。さらには、高齢化の進行に伴い中国の社会構造も大きく変わってきている。特に、都市部の産業構造の変化や計画出産政策の推進などを背景に、核家族、夫婦共働き、一人っ子の増加、また個人主義的な意識の広まりなどの新しい社会現象も見られるようになってきている。

本論でフィールドとして取り上げた大連市は、全国でも最も高齢化が進んでいる都市の一つである。そのため、2002年には全国に先駆け「在宅養老サービス（「養護員」派遣）¹⁸」というサービスを開始し、それは全国のモデルとしても採用された。その後も、非営利組織による「托老所」の運営開始（2005年）、10種類のサービス形式を展開し、早い段階で高齢者福祉サービスの多様化を実現（2006年）、個別の優れたサービスを大連市全域に展開するために、「社区養老サービスセンター」を建設（2010年）等、大連市は全国的に見ても先進的事例であると評価されている。また、王文亮（2006）は具体的事例を挙げることの必要性を次のように述べている。

最近の中国は変化のスピードがあまりにも速いために、社会政策が社会現実をリー

¹⁸ 楊団、葛順道は2003年に大連市沙河口区「居家養老院」（「養護員」の派遣事業）の展開に関して評価報告を発表し、「大連市は全国に先駆けて『居家養老院』サービスを開始し、貧困高齢者の養老困難に対応しながら、失業者の雇用の場を創造してきた。この点で全国各地に参考できるモデルを提示している」と明確に指摘した（楊、葛 2003）。

ドしているのか、それとも社会実現が社会政策を突き動かしているというべきなのか、もう誰もわからない状況になっている。したがって、中国の政治と社会などを語る場合、共産党や政府の方針と政策を解説するのはもちろんのこと、具体的事例を取り上げて社会の末端や庶民の生活にまで観察と分析の光を当てることも必要不可欠である¹⁹。

以上の理由から、本研究は大連市をもとに中国都市部の高齢化問題の解決策を考えていくものとする。

¹⁹ 王文亮 (2006) 『格差で読み解く現代中国』 ミネルヴァ書房

第2節 本研究で扱う用語の定義

本研究における重要な用語の定義と、その背景について整理したい。

1 「社区」と「社区居民委員会」

「社区」とは、英語“community”（コミュニティ）を中国語に訳したものである。「社区」という用語は、都市部において改革開放が全面的に展開されてきた1987年から公の場で使われるようになった。2000年11月19日に発表された「関与在全国推進城市社区建設的意見」によれば、「社区」は一定の地域範囲内に集まって住んでいる人々から構成される社会生活共同体である。中国の都市部の行政組織は、「市」がいくつかの「行政区」に分かれ、「行政区」はさらにいくつかの「街道」に分かれるという三層構造をとっている。さらにその下には「社区居民委員会」が基層政権として位置づけられている。「中華人民共和国都市居民委員会組織法」第2条によると、社区居民委員会は、「居民委員会は住民が自ら管理を行い、自ら教育を行い、自らサービスを提供する基層的大衆的な自治組織である」と規定されている。（本論文では、地域を指す時には社区を使い、組織を指すときには社区居民委員会を使っている。）

2 「社区サービス」（社区服務）

1987年の「全国都市部社区服務活動座談会」で当時の民政部長崔乃夫は、今後の中国の極めて深刻な高齢化問題の解決にあたっては、家庭での扶養が機能しなくなるであろうことに対し、社区サービス(社区服務)の重要性について、「政府の指導のもとで、区内の成員を動員し、互助的な社会サービス活動を促進し、地域で当該社区の社会問題を解決する」必要があると述べている。そして、彼は住民の間の援助活動を組織化し、それを正当化させることが「社区サービス」の実現にとって有効だと認めている。

1993年には、国务院より『関与加速社区服務的意見』が公表され、社区サービスは社区の成員のニーズを満たすため、社会福利性と住民へのサービス提供などの役割を持つことを指摘した。『社区服務体系建設規劃(2011-2015年)』によれば、社区サービスの内容は就労支援、社会保険、社会サービス、文化娯楽、社会治安等であり、行政の公共サービス事項が徐々に社区を範疇として行われるようになり、社区のボランティア登録制度も広がってきている。家政サービス、不動産管理会社、養老・保育、食品配送、修理サービス、再生資源のリサイクルなどのサービスの提供、及びスーパー、市場、朝食などのサービスにも取り組んでいる。その中で高齢者を対象とするサービスを社区養老サービスと呼ぶ。

2001年民政部は高齢者福祉に関する「星光計画」を立案・実施した。全国の福利宝くじ

の総額 80%の利用に加え、行政からも補助金を投入し、社区居民委員会の参与や高齢者福祉サービスネットワークの建設等を決定した。「星光計画」は一般高齢者のために便利で福祉的なサービスの提供を強調しており、こうした動きを背景に、社区を基盤とした在宅養老モデルを全国的に推し進めてきた。

さらに 2010 年に民政部が発表した『社区老年人日間照料中心建設標準』によれば、「日間照料中心」²⁰の建設と強化は社区の養老サービスを徹底的に実行することであり、養老サービスシステムには不可欠で重要な一環であるとしている。

3 「社会養老サービス」

1990 年代以後には、計画出産の成果と家族構造の変化が見え始め、この時期に人々の施設養老方式への認識と需要の度合いも高まった。2000 年の全国社会福利社会化工作会议で「家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という高齢者養老政策が提示された。その後 2006 年に公表された『関与加速発展養老服務業的意見』も同様に「家庭・社区・機構」という発展方向を示したものとなっている。

さらに 2011 年国务院弁公庁『社会養老服務体系建設規劃（2011～2015 年）』では、社区養老サービスは在宅養老サービスをサポートするために重要であり、托老所と在宅養老の機能を持ち、サービスを提供することとした。昼間に介護の担い手がない、あるいは、介護能力がない社区に住む高齢者の家庭へ向けて、都市部には社区サービス施設を建設する。加えて養老施設のネットワークの増加、社区養老サービス機能の強化、在宅養老サービスのプラットフォーム作りに取り組む。そうした中では、ボランティア活動及び高齢者の支えあい活動、あらゆる人々の社区養老サービスへの参与が望ましいとされている。

また、社会養老サービスのシステム構築の強化は失能²¹、半失能高齢者の養老問題の解決策となり、社会和諧（調和）と安定にもつながると指摘されている。そして社会養老サービスの構築は在宅養老を基礎にし、社区と機構（施設）で補充するという仕組みを取るべきであり、高齢者のニーズに着眼し、低収入、一人暮らし、失能等の高齢者のニーズを最も優先して満たしながら、高齢者全体のサービスの質の向上と改善の要求を満たせるように努めると明記されている。ここでは注目すべきは「家庭養老」から「在宅養老」に変化したことである。

²⁰ 日本のデイサービスセンターのようなものであり、中国では「托老所」とも言う。

²¹ 注 3 に参照。

4 「社区養老」

1993年に国務院より『関与加速社区服務的意見』が公表され、社区サービスは社会の成員のニーズを満たすため、社会福利性と住民へのサービス提供などの性質を持つとされた。

『社区服務体系建設規劃(2011-2015年)』によれば、社区サービスの内容は就労支援、社会保険、社会サービス、文化娯楽、社会治安等行政の公共サービス事項が徐々に社区をカバーし、社区のボランティア登録制度を広げてきた。社区サービスの内容についてはすでに示したが、その中で高齢者を対象とするサービスが社区養老サービスである。

鄭建文(1998)は、社区サービスについて、行政が提唱するもので、街道弁事処や居民委員会は一定の区域内の各資源を動員し、組織しながら、一人暮らし高齢者、障害者・児と社区内の住民など困っている者に、小型、地域内、分散、ボランティアを原則として、柔軟な形で、様々なサービスを提供するものとしている。また社区サービスは広汎性と群集性を持っているため、サービス内容は多様性という特徴を持っている。主な内容は高齢者向けサービス、青少年・幼児向けサービス、障害者向けサービス、軍人及びその家族向けサービス、リハビリテーション医療サービス、社会治安サービス、環境衛生サービス、便民²²のサービスなどが含まれている。このなかでも、高齢者は重要な対象であり、社区サービスの中の高齢者向けの部分は社区養老サービスに分類され、中国の養老サービスの主なモデルとなることを指摘している。

5 「家庭養老」

姚遠(2001)は、先行研究から、中国の家庭養老について三つの観点で分けている(一つ目は「愛情」の観点。家庭養老が「愛情」の養老であること。二つ目は「家族」の観点。家庭養老が家庭及びその成員に支えられる養老であること。三つ目は「方式」の観点。家庭養老が一種の養老方式あるいは運営形式であること。)

その上で姚遠は、この三つの定義は相対するものではなく、角度が異なるものであると指摘し、家庭養老は家族が養老責任を負担する文化のパターンと行為の方式の総称だと定義した。すなわち、家庭養老は具体的に高齢者の衣・食・住・行・医などの問題を解決し、高齢者の経済・ケア・精神的また特殊な需要を満たすための行為の方式である。また一定の感情パターンと価値観が反映されることから、文化のパターンでもある。社会の経済発展に伴い、家庭養老の方式も変化した。家庭養老の中にある感情パターンと愛情、責任などには根本的な変化がない。そのため、行為と文化を結合したうえで家庭養老の概念を形成し、中国の家庭養老の総合化した特徴を構築する。

つまり家庭養老を、高齢者が自費か子どもや親戚などから養老資源とケアを得る養老方

²² 住民の生活に便利なサービス

式（易、2006）と定義した場合、自宅で老後生活を送らなくても「家庭養老」と呼ぶことができる。

6 「在宅養老」

定義や主に提供されるサービス内容の点から先行研究をまとめてみると、在宅養老とは社区を基盤として、家族や親戚を中心に、社会養老保険制度に利用しながら、社会全体の力を合わせ、自宅で生活している高齢者に、日常生活の問題を解決するためにサービスを提供する養老方式である。

このサービス内容には、高齢者向けに日常生活上のケアと医療サービス、文化・スポーツ活動、情緒また精神的な慰め、法律サポート・権利擁護等を提供することが含まれている（張春艶、2009；劉飛燕、2009；項麗萍、2010；張俊浦、2013）。これらの研究者はいずれも在宅養老は様々な課題を抱えていることを指摘しながら、最も相応しい養老方式であると述べている。

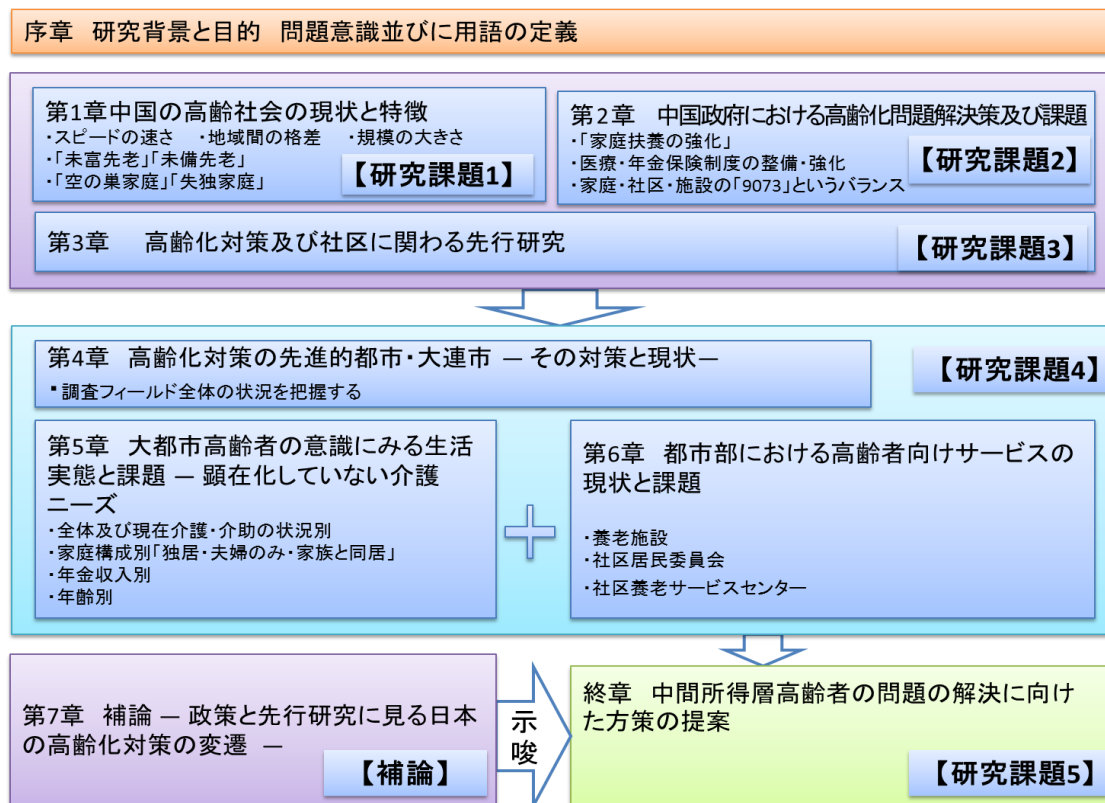
また、羅曉蓉（2008）は、在宅養老は家庭養老と社会養老を結合した養老方式であり、社区を基盤としながら、社区養老サービス（社区サービスの中の高齢者向けの部分）を家庭まで延長する社会養老方式であると述べている。さらに社区・在宅・施設という養老方式は中国の主流であり、社区サービスをその中心に位置付けていると指摘している。

呂らは、在宅養老サービスの仕組みのデザインについては、行政は初動力となり、推進、指導の役割に関しては、組織・企画・運営・モニタリング等、それぞれの段階とプロセスを経て効率的な指導を行う組織——養老工作委员会²³を立ち上げるべきだという認識を示している。一連の流れの中では養老工作委员会が主導しつつも、多くの人々が参加でき、社区で執行できるといった段階的なサービス管理システムを確立が望まれる。また、在宅養老サービスの仕組みの構築においては、福利的な養老サービス、政府支出を強化する上で、在宅養老サービスの社会組織と養老サービスのボランティアの仕組みを作り、育成、発展させ、社区ベースで養老サービスの社会化と産業化の建設を加速すべきであると述べている（呂、2010；張、2013）。

²³ 中国社会工作協会社会養老工作委员会は中国民政部により立ち上げられた。養老工作委员会は中国社会工作協会の指導に基づいて、全国の養老サービス業界を管理する機構であり、非営利性、公益性、業界性、全国性を持った社会団体である。

第3節 研究の枠組みと論文の構成

図序-2 研究の枠組みと論文の構成



序章では本研究の背景と目的を明確にした上で、研究フィールドに大連市を選定した理由について述べた。

第1章では、中国の高齢化の現状と特徴について整理し、高齢化問題において多大な課題が山積されていることを明らかにした（研究課題1）。

第2章では、中国政府によって打ち出された解決策及びその課題を概観する。その結果、①法律：「家庭扶養」が原則、②年金制度：退職年齢の低さ、寿命の伸長に伴う受給年限の延長とそれによる財政負担の拡大、③医療保険制度：高齢化問題の深刻化、慢性疾病の増加、医薬衛生体制の改革の推進などによる医療費の増加などの課題の存在、第12次5ヵ年計画では高齢化問題の解決に対して具体的な目標を立て、在宅養老：社区サービス：施設養老の比率を「9073」（90：7：3）、「9064」（90：6：4）とすることが提唱された。しかし、家族・親族による扶養機能が弱体化する将来において、90%を家庭養老に依存することは現実的ではなく、近隣や社区による互助をいかに組み込むかが重要な視点だと明らかにした。また、社区養老サービスとの役割分担を検討することも必要であると明らかにした（研究課題2）。

第3章では、本研究に関わる「社区」、「高齢化問題」、「社会保障の課題」、「高齢化対策」、「在宅養老・社区養老」についての先行研究のレビューを行った。その結果のまとめとして以下のことを見出した。

現段階のニーズは何かを把握し、ニーズに合わせて、サービスを統合する中間支援組織が必要である。また先行研究では、専門性を持っている人材の不足が課題として挙げられている。そのため、専門的な人材の育成が急務であることに加えて、一般住民が高齢化問題、介護問題への関心を高めること、高齢者自身は要介護問題、健康への関心を高めることも重要なポイントである。また、住民教育の重要性も挙げられる。こうした意味でも、これらに対応可能な中間支援組織は必要であり、この中間支援組織を中心とする仕組み作りが重要な課題であると同時に、その具体的な役割を明らかにすることが求められている（研究課題3）。

第4章では、フィールドとなる大連市の都市部の全体状況を把握するために、先行研究やヒアリング調査の中で入手した資料を整理し、大連市の概要・現状と課題、市全体の経済状況、人口及び高齢化状況と特徴等を記した。また、大連市の医療保険制度、年金制度、高齢化対策と関係がある政策の整理を行い、実施しているサービスの現状から見える大連市の高齢化対策の課題を明らかにした（研究課題4-1）。

第5章では、在宅養老の現状と課題を明らかにすることを目的として、60歳以上の高齢者を対象としたアンケート調査を実施した。これを現状・要介護ニーズ・サービスに対する希望などに着目し分析を行った結果、家族構成が縮小する中で家族が高齢者の介護を担い続けることが困難であることが明らかになった。また養老施設より、社区で提供されるサービスへのニーズの方が高く、多様であることも示された（研究課題4-2）。

第6章では、①養老施設の現状と課題を明らかにすることを目的に、公営・民営施設を対象として、運営主体、行政の補助金の有無、利用料金、入居者の基本属性、介護職員の配置・基本属性、課題等について半構造化ヒアリング調査を行った。その結果、公営施設と民営施設とでは、そのサービスの質・入所率・運営上の困難などに違いが見られ、今後、政策的に民営施設を拡大するにあたってはさまざまな課題が存在することを指摘した。特に、年金しか頼ることができない高齢者にとっては、サービスを利用したくても利用できない現状があることを明らかにした（研究課題4-3）。

これに加え、②中国都市部における社区サービスの現状と課題を、具体的実践事例を通して明らかにするため、大連市の社区居民委員会へのヒアリング調査を実施した。その結果、これから顕在化してくる高齢化問題を解決するためには、社区居民委員会の動きが重要なポイントとなることが示唆された。また、中国国内の平均的な経済収入がまだ低い現段階では、低料金で利用できるサービスの充実や年金額を引き上げる一方で、社区におけるインフォーマル・サポートをいかに活性化するかが、高齢化問題の解決には重要なポイントになると明らかにした（研究課題4-4）。

第7章は補論として位置付けている。ここでは、一人暮らし高齢者に対する政策を軸と

して、日本の高齢者福祉政策の変遷を見た。戦後、急激に増加してきた高齢者の問題を解決するために、日本では様々な政策が実施されてきた。その中には試行錯誤や、大きな状況変化もあったが、現在もその努力は続けられている。中国の高齢化問題の検討にあたっては、高齢化が先行している日本から何らかの示唆が得られるのではないかという問題意識のもと、日本の高齢化対策の政策や実践の経緯を、社会の高齢化率の進展と合わせて考察した。これは、終章で提示する今後の中国における高齢化対策に日本の取り組みを反映させることを意図して行ったものである。

終章では、今後の中国で高齢者問題を解決するために重要となる、購買力が弱い中間所得層へのインフォーマル・サポートの活用およびその活性化に重点を置いた、社区を基盤とした支援システム構築を支える理論、及びこれを実践するために有効な具体的なモデルの検討を行った（研究課題 5）。

第1章 中国の高齢社会の現状と特徴

本章では、中国の高齢者福祉を議論する前提として、中国の人口発展と高齢化の現状およびその特徴を概観する。

第1節 中国人口発展過程

中国は、その総人口数が世界一位だけではなく、高齢者人口も最も多い国となっている。1949年に中国が建国されてから、現在まで65年が経過した。この65年間の人口動態は、計画出産を実施する前の高成長期と、実施後の平穏な成長期の大きく二つ分けられるが、具体的には人口総量の変化から5つの段階に分けられる。(表1-1を参照)

表1-1 中国の総人口数・出生率・死亡率・自然成長率

65歳以上高齢化率の変動(1949~2013年)

西暦	人口 (万人)	出生率 (‰)	死亡率 (‰)	自然成長率 (‰)	65歳以上人口 率(%)
1949年	54167	36.00	20.00	16.00	
1950年	55196	37.00	18.00	19.00	
1951年	56300	37.80	17.80	20.00	
1952年	57482	37.00	14.00	23.00	
1953年	58796	37.97	14.00	23.00	4.41
1954年	60266	32.60	13.18	24.79	
1955年	61465	31.90	12.28	20.32	
1956年	62828	34.03	11.40	20.50	
1957年	64653	29.22	10.80	23.23	
1958年	65994	24.78	11.98	17.24	
1959年	67207	20.86	14.59	10.19	
1960年	66207	18.02	25.43	-4.57	
1961年	65859	37.01	14.24	3.78	
1962年	67295	43.37	10.02	26.99	
1963年	69172	39.14	10.04	33.33	
1964年	70499	37.88	11.50	27.64	3.56

1965年	72538	35.05	9.50	28.38	
1966年	74542	33.96	8.83	26.22	
1967年	76368	35.59	8.43	25.53	
1968年	78534	34.11	8.21	27.38	
1969年	80671	34.11	8.03	26.08	
1970年	82992	33.43	7.06	25.83	
1971年	85229	30.65	7.32	23.33	
1972年	87177	29.77	7.61	22.16	
1973年	89211	27.93	7.04	20.89	
1974年	90859	24.82	7.34	17.48	
1975年	92420	23.01	7.32	15.69	
1976年	93717	19.91	7.25	12.66	
1977年	94974	18.93	6.87	12.06	
1978年	96259	18.25	6.25	12.00	
1979年	97542	17.82	6.21	11.61	
1980年	98705	18.21	6.34	11.87	
1981年	100072	20.91	6.36	14.55	
1982年	101590	21.09	6.60	14.49	4.91
1983年	102764	18.62	7.08	11.54	
1984年	103876	17.50	6.69	10.81	
1985年	105044	17.80	6.57	11.23	
1986年	106529	20.77	6.69	14.08	
1987年	108773	21.04	6.65	14.39	5.50
1988年	109614	20.78	6.58	14.20	
1989年	111191	20.83	6.54	14.33	
1990年	113368	21.06	6.67	14.39	5.58
1991年	114511	19.68	6.70	12.98	
1992年	115563	18.24	6.64	11.60	
1993年	118517	18.09	6.64	11.45	
1994年	119850	17.70	6.49	11.21	
1995年	121121	17.12	6.57	10.55	
1996年	122389	16.98	6.56	10.42	6.40
1997年	123626	16.57	6.51	10.06	
1998年	124761	16.03	6.50	9.53	6.70
1999年	125786	15.23	6.46	8.77	6.90

2000年	126743	14.03	6.45	7.58	6.96
2001年	127627	13.38	6.43	6.95	7.10
2002年	128453	12.86	6.41	6.45	7.30
2003年	129227	12.41	6.40	6.01	7.50
2004年	129988	12.29	6.42	5.87	7.58
2005年	130628	12.40	6.51	5.89	7.69
2006年	131448	12.09	6.81	5.28	7.90
2007年	132219	12.10	6.93	5.17	8.1
2008年	132802	12.14	7.06	5.08	8.25
2009年	133450	11.95	7.08	4.87	8.47
2010年	134091	11.9	7.11	4.79	8.87
2011年	134735	11.93	7.14	4.79	9.12
2012年	135404	12.1	7.15	4.95	9.39
2013年	136072	12.08	7.16	4.92	9.67

出所：中国統計局ホームページによる。

1 第一次人口生育高峰（1949~1957年）

戦後中国では、生活条件と医療衛生条件の改善により、戦前の多産多死から多産少死に特徴が変化した。死亡率が大幅に下がる一方で、出生率を高く維持することができ、「人多ければ、力が大きい」という思想も影響して、人口自然成長率も高かった。1949年、人口出生率 36‰、死亡率 20‰、自然成長率 16‰、人口は 5.42 億人であったが、1957年に死亡率が 10.8‰に下がり、自然成長率が 23.2‰に上昇することで、人口が 6.47 億人に達した。この 1949~1957 年の 8 年間に、中国の人口は 1.05 億人増加した。建国してからのこの段階を「第一次人口生育高峰」と呼ぶ。この時期に生まれてきた人は 2010 年に高齢期(60 歳)に入り、第一次の「銀色浪潮」²⁴と言われる。

2 人口低成長段階（1958~1961年）

1958~1961 年には 3 年連続で自然災害が発生し、人口死亡率が高くなり、出生率は急速に下がった結果、1960 年、1961 年と 2 年連続で人口が減少することとなった。このとき、人口は 6.72 億人から 6.59 億人に減少している。

²⁴ 高齢者の増加現象を指す。

3 第二次人口生育高峰（1962~1970年）

3年続いた自然災害後、人口死亡率が大幅に下がり、補償的な出生は人口出生率が素早く回復したことで上昇してきた。1970年には、死亡率が7.06%までに下がった。人口が、9年間に1.57億人増加したこの時期を「第二次人口生育高峰」と呼ぶ。この時期に生まれてきた人は2022年に高齢期(60歳)に入り、第二次の「銀色浪潮」²⁵と言われる。この期間に生まれてきた者の子どもは、後の一人っ子政策の対象者となる。

4 人口高成長段階（1971~1990年）

この時期をさらに出産政策により区分すると、1971~1980年と1981~1990年の2つの時期に分けられる。人口政策により、出生率についてはある程度抑えられたが、人口成長がさらなるスピードで増加した期間である。

1950、1960年代に人口が急速に増加したことにより、人口の増加と経済発展の停滞という矛盾が日々深刻になった。1971年7月、国務院は国民経済第4次5ヵ年計画期間に、人口自然成長率を1975年までに都市部では10%に、農村部では15%に下げる目標を掲げた。同時に「晩、稀、少」²⁶、「一人は少ない、二人はちょうど、三人が多い、一つの家庭に二人の子どもが理想だ」という政策を制定した。さらに1978年「一人っ子政策」が実施され、これらの政策の実施により、ある程度出生率と自然成長率を抑えることができた。しかし、その元となる人口が多いことから、1971~1980年の間に人口は1.35億人増加し、結果として、「第一次人口生育高峰」よりも大幅に増加することとなった。また、60年代初期の「第二次人口生育高峰」の影響と、80年代初期に「婚姻法」が改正されたことにより、女性が早期に結婚・育児をするようになって、1981~1990年の9年間で人口は1.43億人増加した。この時期を「第三次人口生育高峰」と呼ぶ。この時期に生まれてきた人は2045年に高齢期(60歳)に入り、第三次の「銀色浪潮」²⁷と言われる。

5 平穏な人口増加段階（1991年~現在まで）

1990年代に入り、計画出産政策の実施の強化と改善により、出生率は1991年の19.7%

²⁵ 高齢者の増加現象を指す。

²⁶ 「晩、稀、少」とは、1973年12月に中国第一次計画出産の報告会で提唱され、実行されたものである。「晩」とは、男性は25歳以上、女性は23歳以上（数え年）で結婚すること（都市部がもう少し遅くてもよい）、「稀」とは、第一子と第二子の間には4年程度の間隔を置くこと、「少」とは子供は二人まで、を指している。

²⁷ 注19を参照。

から 2004 年の 12.3%に低下し、1998 年に人口自然成長率は初めて 10%を下回った。2000 年以降の人口については、年間 1,000 万人程度で穏やかに増加している。

年齢構造を見てみると、1953 年と 1964 年に行った全国人口調査では、人口年齢構造には若さが見られたが、1982 年の第 3 回全国人口調査において、若い人口構造から成年型の人口構造(young population) (多くは 65 歳以上人口割合が 5%前後) に転換したことが確認された。また、1990 年と 2000 年の第 4,5 回の全国人口調査では、人口年齢構造が成年型から老年型の人口構造に転換し始めたことが明らかになった (表 1-2 を参照)。

表 1-2 中国人口年齢構成資料

	0～14 歳(%)	15～64 歳(%)	65 歳以上(%)
1953 年	36.3	59.3	4.4
1964 年	40.7	55.8	3.6
1982 年	33.6	61.5	4.9
1990 年	27.7	66.7	5.6
2000 年	22.9	70.1	7
2010 年	16.6	74.5	8.9

出典：1953 年、1964 年、1982 年、1990 年、2010 年全国人口調査資料より。

第2節 中国における高齢化の特徴

人口の急激な増加と、それによるさまざまな社会負担を軽減するために、1970年代から、政府は計画出産を国策として実施してきた。30年以上の努力の結果として、人口が13億人まで達する所要時間を4年間遅らせたことは、中国人口発展の軌道を根本的に変えたと言われている(黄、2006)²⁸。また、人口の自然増加率についても、効果的に抑えられている。しかし、社会・経済の発展に伴い、人々の生活条件が改善され、死亡率が下がる一方で、人口高齢化の趨勢も示し始めた。

本節ではその特徴について概観したい。

1 人口高齢化のスピードの速さ

中国では、60歳以上の高齢者が総人口に占める割合は1953年の7.3%、1964年の6.1%、1982年の7.6%、1988年の8.9%と推移し、2000年には10.34%となった。さらに、その後の2020年には60歳以上の割合は総人口の16.61%、2050年には28.76%になる見通しである。また、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合は、1953年の4.4%、64年の3.6%、82年の4.9%、87年の5.5%を経て、2000年末には7.13%となった。そして、2020年には11.83%、2050年には21.81%になると予測されている²⁹。

中国における65歳以上の高齢者人口が、高齢化社会の指標とされる7%に達したのは2000年である。この7%から14%に倍増する所要期間の国際比較をすると、フランスは実に128年(1864～1992年)もかかっている。この他、スウェーデンは85年、アメリカは70年、イギリスは47年、ドイツは40年と数十年を要している。しかし、戦後急速に出生率が低下した日本はわずか24年で7%から14%(1994年)に上昇した。ところがさらに驚くことに、中国では10年間(1969年～1979年)で出生率が半減し、日本より一層短い期間で倍の速さの急カーブを描くと推定されている³⁰。65歳以上の高齢者人口は、1990年から2020年にかけて年平均3.3%ペースで増え、世界の平均伸び率の2.5%を上回ると指摘されているが、人口の年平均成長率は0.66%しかない³¹。

2004年には、80歳以上の高齢者人口の割合が65歳以上人口の15.77%を占め、その後も65歳以上人口の増加速度より2.2%上回る、毎年5.4%の速度で増加している³²。

²⁸ 黄小花 (2006) 「中国人口与社会保障」 经济管理出版社

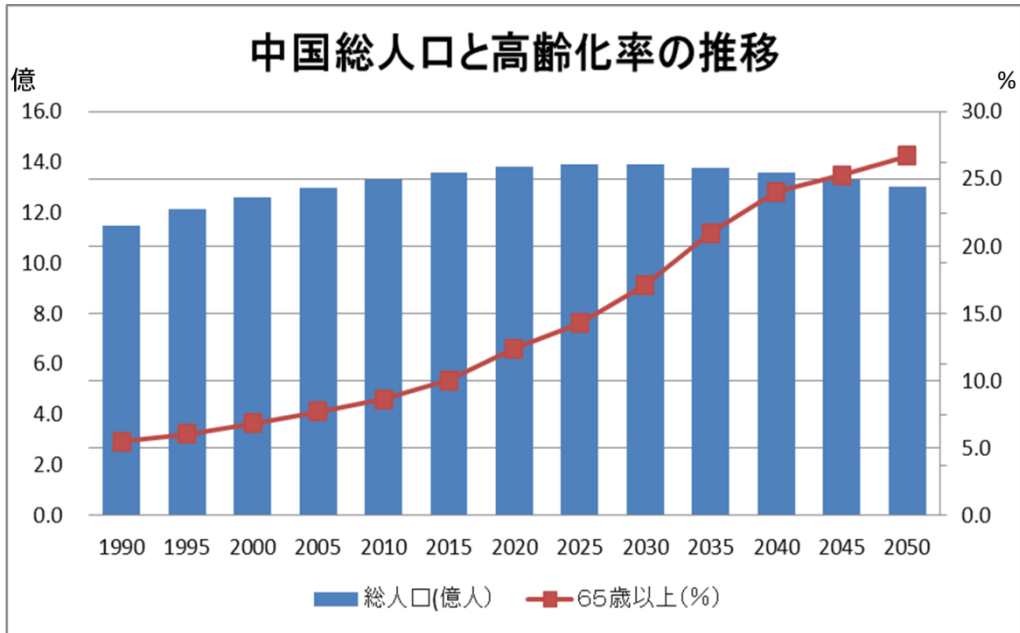
²⁹ 1998年中国人口統計年鑑より。

³⁰ 若林 敬子 (1997) 『現代中国の人口問題と社会変動』 新曜社 pp.207.

³¹ 「社区」2006-3上 pp40.

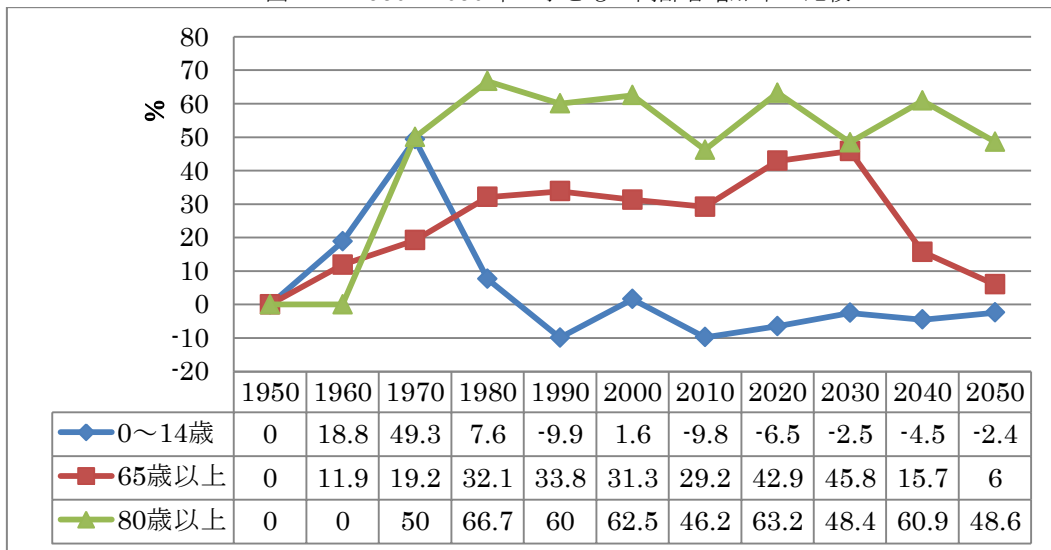
³² 陳立行・柳中権主編 (2007) 『向社会福祉跨越』 社会科学文献出版社 pp.72.

図 1-1 中国総人口と高齢化率の推移



筆者作成。出典：<http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

図 1-2 1950～2050年 子ども・高齢者増加率の比較



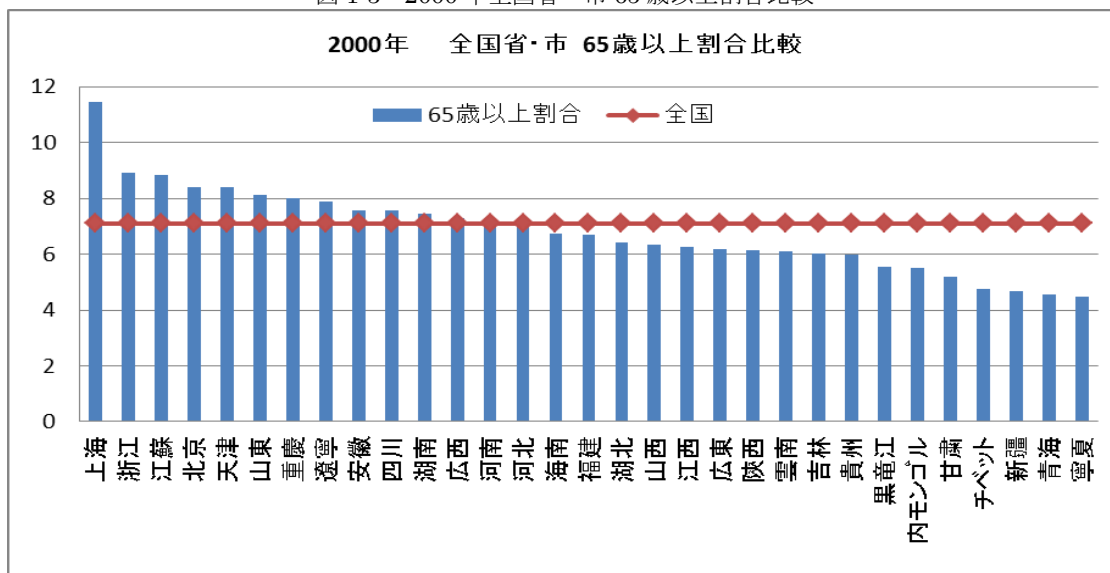
出典：国务院人口調查弁公室、国家統計局人口と社会科技統計司編（2005）『転型期的中国人口：2000年人口調查国家級重点課題』 中国統計出版社

2 高齢化の進行の地域間格差

中国では 30 カ所の省・市が 2005 年前後に高齢化社会に突入した。各地域が高齢化社会に入る時期の平均差は 9.36 年であり、最大で 36 年だと言われ、高齢化の進行には地域間

格差が見られる。その特徴として、東部沿海地域の高齢化率が高く、内陸平原地区はこれから高齢化社会に入る。特に、西北、西南及び辺境地区は65歳以上の高齢化率が低く、全国より約20年遅れている。

図 1-3 2000年全国省・市65歳以上割合比較



出典：『中国統計年鑑』（2012年）を参考にして筆者作成

3 高齢人口の規模の大きさ

中国は人口大国であるだけでなく、高齢者大国でもある。1950年、全世界の60歳以上の高齢者人口は2億1千万人で、そのうち中国が4,100万人と全体の20%を占めていた。1975年、全世界の高齢者人口3億5千万人のうち中国は7,400万人（21%）、2000年には全世界の高齢者人口5億9千万人のうち1億3千万人（22%）と、その後も高い割合を維持している。さらに、2025年には、全世界の高齢者人口は11億2千万人、そのうち中国は2億8千万人と、25%を占めるようになると推測されている。2040年には、平均5人に1人の割合で、65歳以上の高齢者がいることが見込まれており³³、21世紀の前半までにはインドに次いで中国は第2の高齢者大国になると予測されている。また、表1-3を見ると、高齢化率の増加に伴って、80歳以上の後期高齢者も増えていくことが分かる。

³³ 陳立行・柳中権主編（2007）「向社会福祉跨越」社会科学文献出版社 pp.72.

表 1-3 中国人口高齢化推移

年	総人口(億人)	60 歳以上		65 歳以上		80 歳以上	
		人口	総人口比率	人口	総人口比率	人口	60 歳以上人口比率
		億人	%	億人	%	億人	%
2000	12.70	1.30	10.34	0.91	7.13	0.14	10.44
2010	13.76	1.70	12.54	1.15	8.38	0.12	12.23
2020	14.72	2.50	16.61	1.74	11.83	0.30	12.07
2030	15.24	3.60	23.30	2.44	15.98	0.43	12.07
2040	15.43	4.10	26.52	3.24	20.98	0.64	15.64
2050	15.21	4.40	28.76	3.32	21.81	1.00	22.91

出所：中国人口情報ホームページ (<http://www.cpirc.org.cn/tjsj-cy-detail.asp?id=445>) より。

4 「未富先老」「未備先老」

世界保健機関 (WHO) が発表した「World Health Statistics 2014 (世界保健統計 2014)」によれば、中国の国民総収入は世界の 2 番目に上がったが、1 人当たりの GDP はまだ低く、世界 80 位であることから、中国は未だに発展途上国であることが明らかになった。

先進諸国が、高齢化社会に入ったときの 1 人当たりの GDP は 1 万～3 万ドルに達していたが、中国では 1,000 ドルに満たないまま (2001 年には 1042 ドル、2006 年には 2004 ドルに達した³⁴⁾ 高齢化社会を迎えた。つまり、中国の高齢化は、経済が富む前に年老いてしまう「未富先老」という特徴を持つといえる。

中国の「未富」は一人当たりの GDP だけではなく、あらゆる面にも現れている。例えば、都市化、文化教育、衛生の水準、産業構造等である。先進諸国のように経済の発展を遂げてから、あるいは経済成長や都市化と同時に少子化と高齢化が進行したのとは異なり、つまり、準備ができる前に年老いてしまう「未備先老」という特徴をも持つと言える。また吉田らは一人っ子政策による人口政策や人口移動制限などの要因で緩やかな高齢化は不可能だと指摘している (吉田ら、2000) ³⁵⁾。

改革開放政策の結果、経済的な格差が都市部と農村部の間だけではなく、都市間・農村間においても地域間格差として見られ、さらに同一地域内でも階層格差の増大が顕著に見られるようになってきており、地域経済のあり方は高齢者の生活にも影響している。しかし、高齢化の進行に伴って中国の社会構造も大きく変わってきている。特に、都市部の産業構造の変化や計画出産政策の推進などを要因として、核家族、夫婦共働き、一人っ子の増加、また個人主義的な傾向などの新しい社会現象も見られるようになった。

中国では、伝統的な家族倫理観によって、親の老後は子どもが扶養するという養老意識

³⁴⁾ 「中国統計摘要」2007 年版より。

³⁵⁾ 吉田成良・馬利中 (2000) 「中国」総務庁長官官房高齢社会対策室『各国の高齢化の状況と高齢社会対策——高齢社会対策に関する海外動向把握調査報告書——』pp. 249—281

である「家族扶養」が維持されてきた。高齢者が家庭や社会でも最も尊敬されるべき存在として、その子や孫が責任を持って扶養の義務を果たすという「孝行」が当然のこととされてきた。しかし、高齢化の進展と一人っ子政策により、中国の家族構成は伝統的大家族から核家族へと変化してきた。2005年、全国民の1%を対象に人口調査を行った結果によると、2000年の第5次人口調査より平均世帯人数が、0.31人減少の3.13人となり、さらに都市部では2.97人にまで減少している。表1-4のように、中国の平均世帯人数が減少している背景として、家族倫理観と親孝行に対する意識が大きく変わったことがあげられる。その結果「空の巣家庭」と呼ばれる一人暮らし高齢者世帯と夫婦のみ高齢者世帯が増えてきており、養老問題は大きな社会問題となっている。

表 1-4 平均世帯人数

年	1953	1964	1982	1990	2000	2010	2012
平均世帯人数	4.33	4.43	4.41	3.96	3.44	3.1	3.02

出典：『中国統計年鑑』（1997年～2012年）を参考にして筆者作成

第3節 「空の巣家庭」・「失独家庭」とは

研究背景でも述べたように、中国では「空の巣」と呼ばれる一人暮らしの高齢者世帯と老夫婦のみの高齢者世帯の増加が課題となっている。そこで、本節では「空の巣家庭」に関する定義、形成した要因、種類と問題点について整理を行う。

1 「空の巣」、「空の巣家庭」、「空の巣老人」の定義

1999年に弘文堂から出版された『福祉社会事典』によると、「空の巣」とは、夫婦家族制の家族周期において、子どもが成長して家を出て夫婦だけの家族になった期間を、雛が巣立った後の巣にたとえて「空の巣（エンプティネスト）」という。一方、現在の中国でいう「空の巣家庭」とは、一人暮らし高齢者世帯、夫婦のみ高齢者世帯を指している。また、「空の巣家庭」の高齢者は「空の巣老人」と呼ばれる。

2 「空の巣家庭」の現状と形成要因

中国全国老齡事業委員弁公室が2007年12月17日に発表した「中国都市・農村高齢者人口状況追跡調査」によると、近年中国で「空の巣家庭」が急増していることが明らかになった。

都市部では、高齢者（60歳以上）だけで暮らす世帯が49.7%（単身8.3%、夫婦41.4%）、他の家族成員との同居が50.3%を占めた。このうち都市部では、子どもなどとの同居を望む高齢者は37.1%、老人ホームなどへ入居を望む高齢者は16.1%であった³⁶。また同弁公室によれば、2010年の都市部では高齢者だけで暮らす世帯が54.0%に達した。

表1-5 「空の巣家庭」は高齢者総人口を占める割合

	2000年	2007年	2010年
都市部	42.0%	49.7%	54.0%
農村部	37.9%	38.3%	45.6%

出典：全国老齡工作委員会弁公室資料より

一方、高齢者は年齢が高くなるにつれ、自立能力を失い、生活上の困難や支障が増え、介護ニーズが高くなると予測できる。全国人口調査によると、今後の数十年の間に、高齢者人口は毎年3%のスピードで増え続け、80歳以上の高齢者が毎年5%のスピードで増加す

³⁶ チャイナネット「中国で同居高齢者世帯が急増」より、2007年12月18日

ると推測されているが、それとともに「空の巣家庭」率も増えてくると考えられる。したがって、「空の巣老人」の問題は、社会問題として注目すべきであろう。

中国には昔から、「父母在、不遠遊」ということわざがある。「親が活着ているうちは、遠いところへ行かない」という意味であり、「孝」の手本として昔から伝えられている。一方現代において、経済の発展、転職の頻繁化、人口流動化などにより、生活や仕事のリズムが速くなり、社会における競争意識やストレスが大きくなっている。また、物質面の生活水準が高まることによって、精神面の要求も高まっている。このような中、多くの若者がファッションや個人主義のような新しい思潮を追求する反面、多くの「空の巣老人」はいまだ伝統的考え方を持っている。二世世代間の考え方の違いによる家庭内コミュニケーションなどの問題が目立つようになり、お互いに独立し、自由な空間に対するニーズが高まり、伝統的な大規模家庭（三世代同居の家庭）は核家族、小規模家庭へと変化している。

全利民は以上のことから、「空の巣家庭」が増える主な原因を以下のように整理している（全、2006）。

- ①高齢者は独立し、かつ住み慣れた地域から離れたくない。
- ②子どもと生活習慣や価値観などが違うため、衝突が起これないように、独立した生活を選ぶ。
- ③住まいが狭いため、一緒に暮らせない。
- ④子どもは高齢者の面倒を見たくない、一緒に住みたくない。
- ⑤子どもは就職や就学のために家を離れる。

3 「空の巣家庭」の種類

穆光中は「空の巣家庭」の種類を以下のように分けている。（穆、2002）

- ①純「空の巣家庭」：独居の高齢者または老夫婦共暮らしの家庭を指す。
- ②準「空の巣家庭」：子どもは近くにいないが、親戚が近くにいる家庭を指す。
- ③短期「空の巣家庭」：若い世帯と高齢者世帯が一緒にいる時間によって、分類された家庭の形態である。例えば、子どもが仕事あるいは出張により、短期間に高齢者だけ家に残された場合である。
- ④若い「空の巣家庭」：一人っ子家庭の中で、子どもが小さい頃、就学・留学などの原因で、家から離れたケースである。この家庭は「空の巣家庭」の予備軍となり、「空の巣」になる期間が長期化する。

4 「空の巣家庭」の問題

1) 経済的問題

経済的な支援は、高齢者の生存ニーズを満たすうえで保障として重要であり、高齢者の生活の質を維持するための大切な物質的基礎である。表 1-6 を見ると、都市部の高齢者の71.5%が年金保障を受けているが、38.0%の高齢者は子どもから経済支援を受けなければならない状態にある。

表 1-6 高齢者の経済収入源（都市部）

主な収入源 (複数選択)	割合(%)
	都市部
年金	71.5
社会補助(もらったことがある)	4.8
家庭(子ども)	38.0
貯金と保険	27.7, 3.3
労働収入(個人)	10.0

出典：中国老齡科学研究センター「中国都市部と農村部の老年人口状況一次性抽樣調査データ分析」北京・中国標準出版社（2003）。

多くの「空の巣老人」が、住居の環境が悪く病気がちであり、収入が低いなどの問題を抱えている。60代～70代前半の高齢者には、家族と社会保障制度（養老金＝年金を指している）といった二重の保障があるため、基本的な生活は保障されていると見られる。しかし70代後半の高齢者になると、無職であったために年金収入が無かったり、あるいは早期退職して年金収入が少なかったりなどの理由から、生活が保障されない高齢者も少なくない。また、加齢に伴い医療費が増加するが、基本生活を守ることに必死である高齢者は、その費用が支払えず、病気によって生活環境が悪化してしまうケースも少なくない。さらには、養老施設の基準料金は貧困の「空の巣老人」の収入よりも高く、介護サービス料が高いため、日常生活支援の料金さえ支払えない。

2) 心理的ケアに係わる問題

「空の巣老人」は、心が満たされず、情緒が不安定であり、加齢に伴う心身機能の低下や孤独感が強くなることによって、精神不安、偏屈、生理機能低下、食欲低下、睡眠不足などの総合症状を表す。この総合症状は、「空の巣総合症状」と呼ばれている。この「空の巣総合症状」が原因となり、憂鬱、閉じこもり、精神的なストレスなどの問題が起こりやすくなり、さらに、精神障害、認知症の誘引にもなるといわれている。

「空の巣総合症状」の原因は、①定年退職後、新しい生活に慣れない、②子どもへの依存感情は強いが、子どもは常に側にいられない③消極的であるなどの性格上の問題も含めて、生き甲斐を見つけにくいことなどが挙げられる。

加齢にともない、生活面だけではなく、さまざまな面から困難・支障が出てくると考え

られる。家族からの経済的な支援で、日常的な生活問題は解決できるが、心理的、精神的な問題も多く見られる。上海市老齡問題研究センターの2004年『純「空の巣家庭」の高齡者調査報告』によると、上海市には純「空の巣家庭」の高齡者は70.96万人で、上海市に戸籍がある高齡者数の27.86%を占め、そのうち80歳以上の高齡者は16.36万人である。また、一人暮らしの高齡者は16.56万人で、そのうち子どもが上海市内にいない一人暮らし高齡者は0.43万人、子どもが上海市内にいない80歳以上の高齡者夫婦は1.61万人である。長期間、生活の自立ができていない高齡者は1.99万人で、障害がある高齡者は0.97万人である³⁷。これらの、純「空の巣家庭」の高齡者に対する日常生活援助では、精神面でのケアが一番求められていることが分かっている。

3) 病気の際の看護の有無

加齢に伴い身体機能が衰え、記憶力、健康状態も低下してくる。「空の巣老人」は家族が側にいないため、病気になったときの通院あるいは受診が困難である。高血圧、心臓病など、危うい病気を抱えている「空の巣老人」であっても、介護者や安否を確認する者がいない。また、年齢を重ね、最良の治療時期を逃がすことで、病状が悪化し、長く健やかな高齡期を送れない原因となる。

4) 日常生活の介護問題

中国では、高齡者介護は家庭扶養を中心に行われているが、「空の巣老人」は家族からの介護を受けることができず、日常生活に大きな支障をきたしている。特に体調が崩れたときや行動能力が低下したときに、介護が必要となり、困難な状況に陥りやすくなる。例えば、料理、買い物、洗濯などである。また、加齢による物忘れあるいは認知症により、水漏れ、ガス中毒、火災など、高齡者自身の安全だけでなく、近隣住民にも危険を及ぼす場合がある。

5) 再婚問題

中国では「少年夫妻、老来伴」ということわざがある。これは、男女の関係が年若い時には夫婦であるが、年を取ってくるにつれ、仲間関係になり、話し相手や相談相手としてお互いを支え合うという意味である。しかし、高齡者が自立した生活を送るようになると、精神的なニーズにより、結婚・再婚を希望する人が少なくない。ただし、遺産問題、封建思想の影響、または子どもの反対や墓の問題などが原因で、高齡者の結婚・再婚は難しいのが実状である。

³⁷ 2004年10月21日『老人最需精神慰藉』「文艺報」7版。

5 「失独家庭」

30年以上の一人っ子政策は中国の人口抑制のみならず、経済発展の目標の達成にも貢献したが、一方で、家庭にとってのリスクを増大させ、「失独家庭」（中年になってから、子どもを失った家庭）と呼ばれる社会問題も引き起こした。人口学者の彭希哲によれば³⁸、一人っ子政策が個人と家庭に与えた影響は非常に大きく、中国の社会転換期³⁹には社会的リスクとなっている。また彭の調査によれば、中国では100万以上の世帯が「失独家庭」であり、こうした家庭は毎年7.6万世帯ずつ増加している。

2001年に発表した『中華人民共和国人口与計生育法』（『中華人民共和国人口と計画出産法』）の第二十七条では、地方政府が一人っ子である子どもが不慮の事故で障害や死亡に至った家庭に対し、生育ができなくなる人、養子取りの家庭には適切な補助を提供すると定めている。2007年8月には、中国政府は『計画生育家庭特別扶助制度』（別名：独生子女残死亡家庭扶助制度）を推進した。2012年民生部部長・李立国と副部長・姜力、甯玉沛によれば⁴⁰、民政部は「失独家庭」の養老問題の解決の基本目標として、三無老人、農村の五保老人に行政からのサービスを提供するとしている。なぜなら、「失独家庭」は中国の計画出産の実施が起こした問題であり、今後民政部がこの問題についての研究と対策を考える必要があるという。

また、中国老齡科学研究センター副主任・党俊武⁴¹によれば、『高齡者權益保護法』も同じく「失独」高齡者の養老問題に注目したものである。将来的には、在宅養老サービスの提供を「失独」高齡者のニーズに即したものとし、特に長期ケアサービスの中心は「失独」高齡者に移行しなければならないとしている。

中国人口と発展研究センターの研究調査から、「失独」高齡者の多くは経済状況、精神状態が悪く、高血圧・癌・慢性病等の持病があり、また介護資源が不足しているなどの特徴があることが分かっている。具体的には、半数以上の「失独家庭」の収入は平均より低く、全体の70～80%が精神的な障害を持ち、そのうちの半数以上がうつ症状である。さらに、6割が慢性病を持っており、これらの問題の解決には「失独家庭」の間の自助や近隣間の互助などが必要であると指摘している⁴²。

³⁸ 「統計称中国年増数万失独家庭 评论吁补偿制度尽孝」

<http://society.people.com.cn/n/2012/0717/c136657-18536230.html?prolongation=1>
2012年9月23日アクセス

³⁹ 社会転換期は、計画型経済から市場型経済に転換する時期を意味する。

⁴⁰ 「失独家庭養老問題将解决」 北京晨報 2012年9月22日アクセス

<http://society.people.com.cn/n/2012/0921/c1008-19068497.html>

⁴¹ 「中国失独家庭将达千万 民政部：失独老人政府养」

<http://hb.sina.com.cn/news/n/2013-02-16/115153052.html> 2014年1月8日アクセス

⁴² 「用“制度手杖”扶助失独老人」

<http://www.chinadevelopmentbrief.org.cn/newsview.php?id=7114> 2013年3月28日アクセス

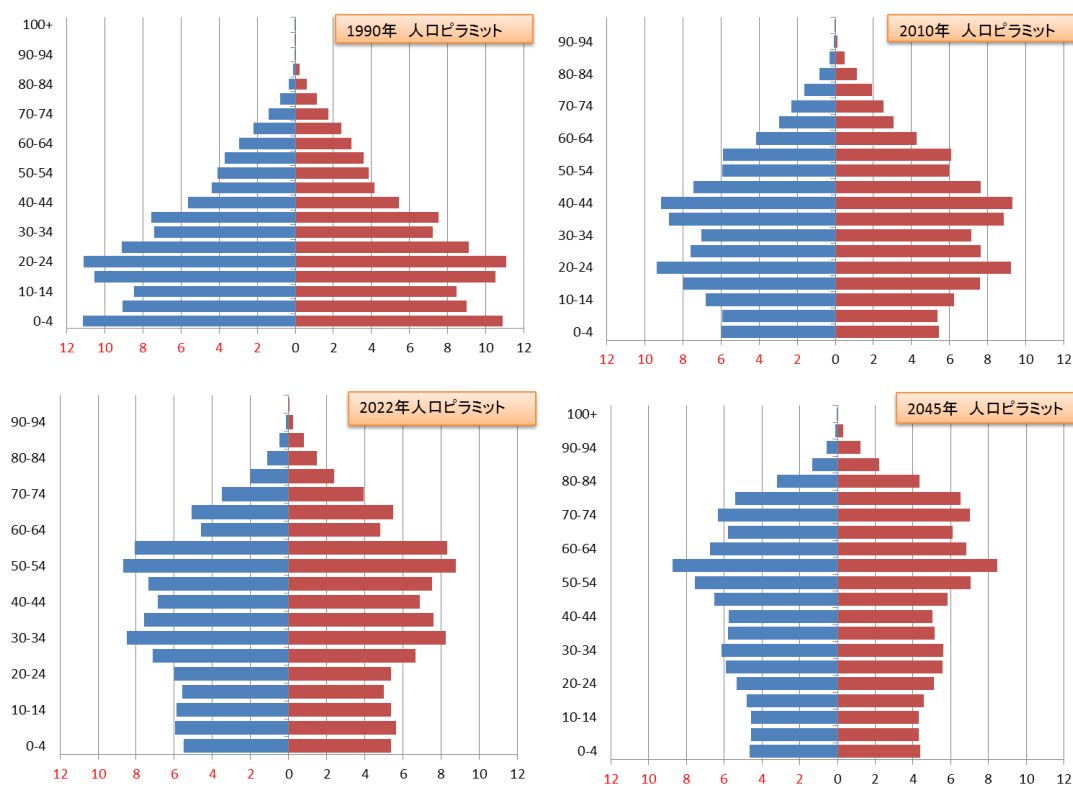
湖南省の人民大会代表・薛開伍は長年間「失独家庭」のグループに注目してきた。彼は多くの「失独」高齢者は養老施設に入所したくないと考えており、ピアカウンセリングを好むと指摘している。このため、政府の出資で「失独」高齢者専用の施設を設立すること、また、子どもを失った親たちの寂しさなどを緩和し、「誤解と偏見」による心理的問題から脱出するような心理的なケアが必要であると提言している。

第4節 まとめ

本章では中国の高齢化の現状と特徴について整理を行った。中国の高齢化の特徴として、人口高齢化のスピードの速さ、高齢化の進行の地域格差、高齢人口の規模の大きさ、また「空の巣家庭」の増加と「失独家庭」の増加など、中国の高齢化問題において多くの課題が山積していることを明らかにした。

中国では戦後、3回の人口高成長期を経て、人口が急速に増加してきた。急激な人口増加の抑制と、これによる社会負担の増大を回避すべく、1970年代末からは一人っ子政策を実施した。この政策により中国の人口構造は大きく変わった。図1-3は中国の1990年、2010年、2022年、2045年それぞれの人口ピラミッド図である。この図によって、中国の高齢化問題は2020年以降から深刻になっていくことがわかる。高齢者の増加に伴い、しだいに顕著になってくる要介護高齢者の問題を解決するため、その解決策を探ることも急務である。とはいえ、高齢化の進行に地域間格差が見られることから、中国全土で同じ政策を対応することはできないと懸念される。

図1-4 1990年、2010年、2022年、2045年の時に人口ピラミッド図



筆者作成。出典：<http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>

第2章 中国政府における高齢化問題の解決策及びその課題

経済の発展、計画出産政策や人口移動などにより、中国では養老問題が社会問題となっている。この問題を考えるにあたり、本章では中国の法律および高齢者福祉政策の現状を概観する。

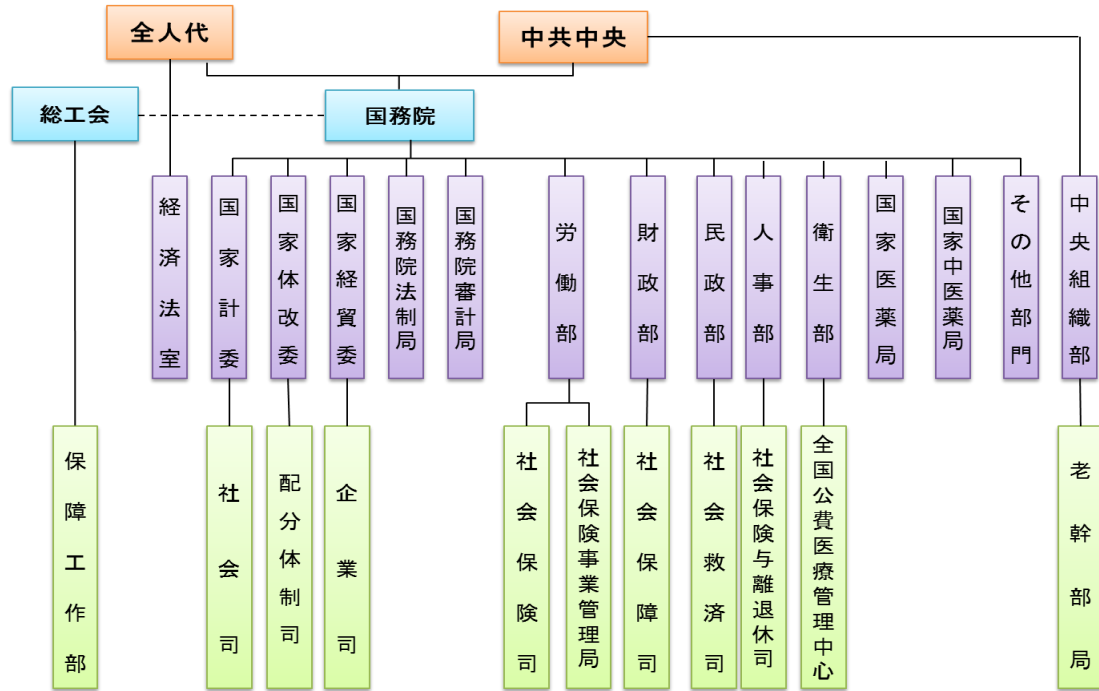
図2-1と図2-2は中国の社会保障事業と関連する機関とそれを所管する部門、社会保障制度の体系を描いたものである。まず、図2-1は2000年頃、中国の社会保障事業と深い関連を持つ中国の行政管理部門を図示したものである。(全人代とは全国人民代表大会の略称で、最高の国家権力機関であり、日本の国会に相当する。『労働法』をはじめ、社会保障制度の原則を定める社会保障関連法規などは全人代によって公布される。中共中央は社会保障管理の役割を持ち、共産党の最高指導機関である。社会主義市場経済の確立を主として、計画経済体制から市場経済体制への移行をスムーズにするため、社会保障制度の管理運営に関与する。国務院は最高国家権力の執行機関であり、最高の国家行政機関でもある。国務院の関連委員会、行政主管部門はそれぞれ社会保障事業の一部を担当するとともに、他の社会保障行政所管部門と密接な連携を取りながら、全国的な社会保障管理体制を形成する。)⁴³この図は当時(2000年)の社会保障の管理体制と主管政府機関の関係を表しているが、その後、中国の行政機関の合併、統廃合があったため、必ずしも現状を正確に表わしてはいない。

図2-2は2013年の中国の社会保障制度の体系図である。都市部の社会保険(年金保険、医療保険、失業保険、労災保険、生育保険)は労働部の社会保険部に管轄され、農村部(年金保険、医療保険、貧困世帯救済、五保世帯救済)と都市部の最低生活保障制度、また被災者救済、社会福利院(敬老院、児童福利院、精神病患者福利)、その他の社会福利機構(施設)は民政部の社会救済司に管轄されている。

図2-1と図2-2には、10年余の期間の中で、制度の新設・改編や機関の合併・統廃合を経て移行したが、対応関係の全ては明らかになっていないため、それぞれの時点で示している。

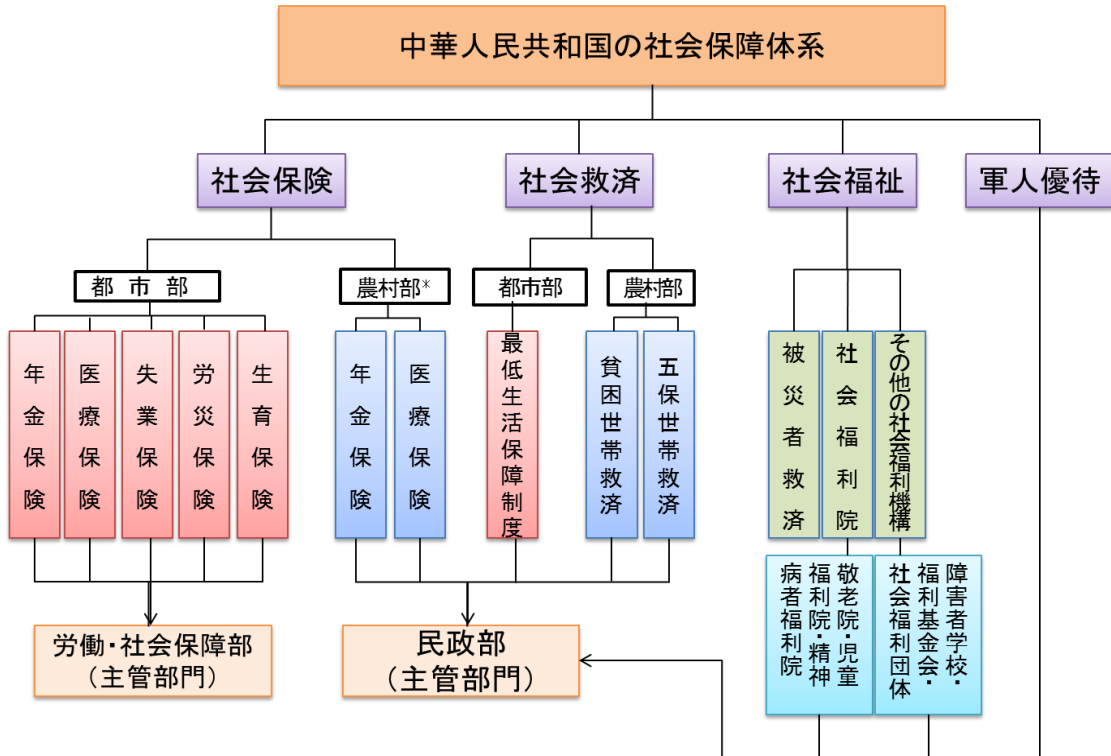
⁴³ 張紀濤(2001)『現代中国社会保障論』創成社 pp.191-192

図 2-1 社会保障の管理体制と主管政府機関



出典：張紀濤（2001）『現代中国社会保障論』創成社より。（p.191）
 ＊国家計委：国家発展計画委員会、国家体改委：国家経済体制改革委員会、国家経貿委：国家経済貿易委員会

図 2-2 中国の社会保障制度の体系



出典：中国総合研究センター（2013）『中国の社会保障制度の現状と行動』独立法人科学技術振興機構より。（p.19）
 ＊農村部の年金保険と医療保険は一部の地域で導入したばかりであり、適用者がまだ少ない。

第1節 中国の高齢者福祉政策及び制度

1 法律による「家庭扶養」の強化

子どもが親の老後生活の保障を義務と考えることが家族規範として社会化されていることは広く認められているが、伝統的な家族倫理観を維持させようとしているのは法律や制度でも同じである。1982年に改正された中国人民共和国憲法では「成年の子どもが父母を扶養する義務を持つ」⁴⁴とし、1981年に改正された婚姻法では「子どもが父母を扶養する義務を持ち、子どもが扶養の義務を果たさない場合、労働力を失いまたは生活に困っている父母は子どもに扶養費用を請求する権利を持つ」⁴⁵としている。また「中国人民共和国老年人権保障法」(1996)においても「扶養者とは、高齢者の子ども及び扶養義務を持つものを指す」とし、「扶養者は高齢者に対して、経済扶養、生活の世話と精神的な慰めの面で扶養義務を果たすべきである」⁴⁶と扶養義務が定められ、法律を通して、家庭扶養という伝統的な家庭倫理観を強化しているといえる。2012年には、この「中国人民共和国老年人権保障法」が改正された。新法は、高齢者福祉に対する国家の責務がより強調されているが、親に対する子女の扶養義務は一層強化された。

2 高齢者福祉政策の変化

1) 計画経済時代

1980年代前まで、家庭扶養は「単位福利」(中国では、職業を持つ人々が所属する企業や官庁、学校、病院、軍など全ての組織体が「単位」と呼ばれる。)からの大きな支持を受けていた。福祉政策として、民間が施設を運営することを認めていなかったため、高齢者福祉施設は全て国によって運営され、入所対象者は「三無老人」⁴⁷だけに限られていた。

1953年の「中華人民共和国労働保険条例」では「職員の直系親族が労働保険の待遇が享受できる」、「従業員の親に職業がない場合、医療費用の3割を従業員の所在の単位が負担する」と規定されている。従業員とその直系親族も生活困窮に陥った場合には、「単位」からの支援や援助を受ける権利を保障されていた。従業員は親の世話や看病を理由に休みを申請すれば、「単位」が従業員とその家族への物質的、精神的な福祉サービスを提供し、人間的な感情としての親孝行を「単位福利」の文化に融合させることによって、従業員もそ

⁴⁴ 1982年12月修正した『中華人民共和国憲法』第2章第49条より。

⁴⁵ 2001年4月修正案の中華人民共和国婚姻法より。

⁴⁶ 1996年10月の中華人民共和国老年人権益保障法より。

⁴⁷ 中国では、子どもと収入と労働能力がない60歳以上の高齢者を「三無老人」と呼ぶ。

の家族も単位を「家」と見なしていた。この労働保険条例は、従業員の生活を全面的に保障することを目的としていた。その後、この条例の実施対象は1953年から1956年のあいだで4倍に拡大した⁴⁸。都市部では職業（自営業者、私営企業の職員以外）を持っている人は、養老・医療・公傷・出産などを含め、「単位福利」によって生涯にわたり生活を保障されていた。

しかし計画経済体制から市場経済体制に移行すると、企業は経営の主体になり、市場の主体にもなった。企業の役割の変化と同時期から、高齢化の趨勢も目立ってきた。こうした状況により、今までの「単位福利」の養老保険制度の理念を維持することができなくなり、新たな養老保険制度によって代替する仕組みが求められるようになった。

2) 社会主義市場経済の導入から現在まで

経済改革の進展と市場経済制度の下でも、「三無老人」は以前のまま公的制度の対象として国に保障されている。1983年、第8回全国民政工作会議において社会福祉自由化の方針が出され、政府以外の企業、団体、個人なども福祉事業・施設を設立することが認められた。また、1993年には国务院および14の部・委は「社区サービスの発展を推進する意見書」を公布し、社区居民委員会は福利サービスの提供主体として位置づけられた。さらに1994年、政府は1953年の「中華人民共和国労働保険条例」に代わって、改めて『労働法』を制定した。これによって、中国の高齢者福祉政策は計画経済の下での「単位福利」制度から、社会主義市場経済制度の下での福祉のあり方として進められるようになった。

また、2000年には国务院弁公庁は民政部の『加速実現社会福祉社会化的意見』（『社会福祉の社会化の加速を実現する意見』）を許可した。この意見では「扶養形式は在宅を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充することを発展方向とし、国家が財政的支援をしながら社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に導く新たな道を模索することを提唱する。社会主義市場経済体制と社会発展に応じた社会福祉事業管理体制及び運用機構を設立し、社会福祉事業の健全で秩序ある発展を促進する」ことがうたわれている。具体的には、投資主体の多元化、サービス対象の普遍化、運営奉仕の市場化、サービス内容の多様化、サービスチームの専門化、またはボランティア活動との結合である。そして、社会的な力を促すために、計画、建設、土地の使用、電気水道、また税収と貸出金などの面では優遇政策を打ち出した。つまり「福祉の社会化」方針は、あくまでも扶養形態の基本が「在宅扶養」にあり、政府は社区サービスなどの拡大を図りながら、それを後方支援するというものである。

『労働法』では、「労働保険条例」の第1章の総則の第1条で「従業員の健康を保障し、生活の困難を軽減するために現実の経済条件の下で、本条例を制定する」という制定目的が削除された。また、「労働法」第9章社会保険及び福利の第70条では「国家は社会保険事業を發展させ、社会保険制度を樹立し、社会保険基金を設立し、労働者の老齡、疾病、

⁴⁸ 叶响裙（2004）『中国社会養老保障：困境与决択』社会科学文献出版社

業務上の負傷、失業、出産などに際し補助及び補償を与える」と記している。さらに第 72 条に「社会保険基金は保険の種類により、資金源を定め、逐次社会全般の統一的調整を実施する。使用者及び労働者は法に従い社会保険に加入し、社会保険費を支払わなければならない」、第 76 条に「国家は社会福利事業を発展し、公共福利施設を建設し、労働者の休息、休養及び療養のための環境を提供する。使用者は集団福利を改善し労働者の福利待遇を向上させるための環境を創出しなければならない」⁴⁹と記されたように、従業員の福祉は「単位福利」による保障から、社会保障へ、さらに社会保険へと形を変えた。「単位」の「従業員の家」としての位置づけが揺らぎ始め、従業員とその直系親族が受けていた「単位福利」の基盤も崩れてきた。結果として、親の世話や看病（看護）が理由での休暇は、計画経済時代のように「単位」からの理解が得られなくなり、欠勤により失業するケースも少なくなる。

1996 年には「中国人民共和国老年人権保障法」が実施され、高齢者の介護を家庭で行うという伝統的な家庭扶養習慣にのっとり、高齢者の家庭扶養義務を明確化するとともに、社会保障、高齢者教育、人材育成、文化生活、施設整備、社会参加などの基本事項が定められた。また、2000 年には、全国社会福利社会化工作会议で「家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という高齢者養老政策が提示された。2001 年、民政部は全国の社区の高齢者福利サービス——「星光計画」⁵⁰の実施のために全国福利宝くじの収益の 80%を使用に加え、政府の資金の投入と社区の参与によって社区養老福利サービスネットワークを構築することを決定した。都市部では、社区居民委員会を中心として、社区高齢者福祉サービス施設と活動場所を複数ヶ所設置し、社区居民委員会を中心に施設のネットワーク化を図っている。また、同年 7 月には「中国第十五次老齡事業發展 5 年計画綱要」（2001～2005）が実施され、高齢者の経済扶養、医療保険、介護サービス、精神文化生活などの改善や、高齢者の權益保護などについて定められた。

2006 年 2 月 9 日に國務院弁公庁は『関与加速發展養老服務業的意見』（『養老サービス業の發展の加速に関する意見』）を公表した。扶養形式は家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充することを發展方向とし、国家が財政的支援をしながら社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に動員するという新たな道の模索が提唱された。

さらに、2008 年 1 月 29 日全国老齡弁をはじめとする計 10 の部署⁵¹が連合して、『関与全面推進居家養老服務工作的意見』（『全面的に在宅養老サービスの推進に関する意見』）を公表した。この中で、「在宅養老サービスとは、行政と社会資源が社区に頼りながら、在宅

⁴⁹ 『中華人民共和国労働法』より。1994 年 7 月 5 日公布、1995 年 1 月 1 日施行。

⁵⁰ 2001 年、民政部が発表し、翌年から実施された。全称：『社区老年福利服務星光計画』。主な目標は、都市部に各社区を重点的に設置し、社区高齢者福利サービスや活動場所を新設または開設することにある。また、徐々に社区にはステーションがあり、街道にはサービスセンターがある高齢者福利サービスネットワークを形成する。

⁵¹ 全国老齡委員会、發展改革委員会、教育部、民政部、労働保障部、財政部、建設部、衛生部、人口計生部、税務総局、以上の 10 の部署が連合して推進した。

養老を希望する高齢者のため、生活上の世話、家事サービス、リハビリテーションと精神的な慰め等のサービスを中心とするサービスの形式である。在宅養老サービスは伝統的な家庭養老方式の補填と更新を目的とし、我が国がコミュニティサービスの発展と養老サービス体系を構築するうえで重要なポイントである」と指摘している。また、在宅養老サービスを発展させるためには、以下の4つの原則を順守すべきとしている。

- ・「以人為本」：高齢者の実際のニーズに基づき、高齢者のために便利で迅速でかつ質の高い人的サービスを提供する。

- ・「依托社区」：社区の中に在宅養老サービス機構、場所とサービスチームを設立し、社会資源を統合・活用し、高齢者の在宅養老サービスの社会環境を共同で営む。

- ・「因地制宜」：地域の状況に応じて、経済発展の水準、社区の人的環境と高齢者のニーズに適応する必要がある。着実なステップアップを目指す。

- ・「社会化方向」：(供給主体の多元化と民営化) 民間の力を多様な方式で資源として活用し、在宅養老サービスへの参与や支援を図る。

これらの政策はいずれにコミュニティ養老サービスを強調し、社区の中に養老施設を設置し、養老サービスの専門職員を増加させることを目的としている。

このように、中国における高齢者福祉では、家庭扶養を基礎としながら、政府、社会、家庭、個人を組み合わせる形で社会養老保障システムが形成されていった。

3) 年金制度

中国では、家庭扶養機能の低下により、高齢者の生活は公的年金に頼らざるを得ない状況にある。特に都市部の高齢者は、年金受給額の大小によってその生活のあり方も変わってくる。

年金制度に関しては、建国当初の1951年に制定された「中華人民共和国労働保険条例」にさかのぼる必要がある。当時は、年金制度の対象は都市部の100人以上の規模を持つ国有企業、国家機関などに限られ、その財源も国家のみが負担する福利厚生的な要素を色濃く持っていた。ところが、1966年の文化大革命（～1977年まで）で一切の社会保障制度が否定され、企業が保険者としてその費用の全てを負担する企業保険制度となり、文化大革命後には、都市部従業員年金制度が再び構築された。その後は、対象範囲の拡大、個人による保険料負担、社会プール制度の実施などを盛り込んだ社会保障的な年金制度が試行錯誤の末に確立され、現在に至っている。

現行の都市部従業員年金制度は、1997年に公布された「統一的な企業従業員基本年金制度の設立に関する決定」の規定を基本としている。制度の中心をなすのは「社会プール」及び「個人口座」（個人別年金積立専用口座）から支給される基本年金である。各省は、それぞれの実情に合わせた規定（年金加入対象者、年金の保険料率、給付率）を制定したが、

年金保険料の徴収、支給、社会プール運営などの実務は、基本的にその下位政府である市級政府が行うことから、実質的な保険者は市級政府となっている。また、本制度は1997年に本格実施され、受給年齢は男性60歳以上、女性50歳以上（管理職55歳以上）とされ、15年間保険料を納付していることが条件となる。その納付年数が通算15年に満たない場合には、旧制度の年金に調整金を加えた合計額が、その間（中人⁵²）にあたる場合は新制度導入後に納めた保険料を考慮した過渡的年金が毎月支給される。したがって、地域・年齢により、支給額が異なっているのが現状である⁵³。

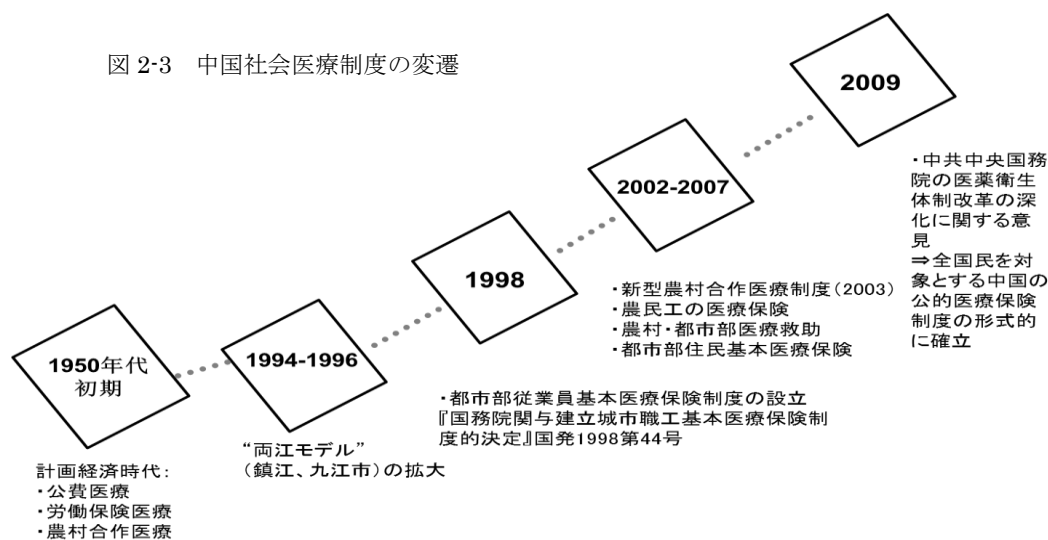
表 2-1 中国 60 歳以上高齢者の主要な収入源構成 1994 年 2000 年、2010 年 (%)

	2010 年	2000 年	1994 年
労働収入	29.1	33.0	25.0
年金	24.1	19.6	15.6
子女か親戚より	40.7	43.8	57.1
最低生活保障金	3.9	1.6	1.2
その他収入	2.2	1.9	1.1

出典：①国家統計局 人口と就業統計司 2004 中国人口 中国統計出版社 2005 ②中国 2010 年人口センサス資料 北京：中国統計出版社 2012

4) 医療保険制度

中国の医療保険制度については、図 2-3 に示したように、いくつかの段階を経て、現在の形に至った。



⁵² 岡伸一 (2002) 『諸外国における高齢者の就業形態の実情に関する調査研究Ⅱ (アジア諸国編)』 第2章中国 pp.26 「中人」は古い制度の適用対象者である「老人」と新しい制度の適用者である「新人」の間に位置する。積立金が少ないために、退職しても年金給付を受けることができない。

⁵³ http://www.clair.or.jp/j/forum/forum/sp_jimu/170_3/index.html#1 より。

戦後、中国の医療制度は表 2-2 に示しているように、「公費医療」、「労働保険医療」、「農村合作医療」という 3 つの制度で構成され、それぞれが国民の一部をカバーしていた。基本的には、戸籍制度（都市戸籍と農村戸籍）による区分、公務員、企業従業員、農民といった職業による区分に基づき制度設計がなされていた。

表 2-2 1950 年代医療改革前の医療制度の仕組み

	経費	対象	特徴	欠点
公費医療	国家と各級政府の財政	事業単位及び大学教員と在学学生	ほぼ全額無料・保障水準が比較的に高い	対象が限定され、費用の増加が速い
労働保険医療	企業生産資本	国有企業・都市部集体（協同組合）所有制の従業員	ほぼ全額無料・保障水準が比較的に高い	対象が限定され、共済能力が低く、費用の増加が速い
農村合作医療	個人・村レベル協同組合補助	農民	郷・村の社区で自己管理	保障レベルが低い、リスク管理が困難

1980 年の経済改革開放以降、いくつかの改革が行われ、1994 年、鎮江市（江蘇省）と九江市（江西省）が全国に先駆けて、医療保障制度改革を始動させた。その試験的成果が評価されたため、1996 年には試験都市が 40 まで拡大され、1998 年 12 月 14 日には国务院が「国务院関与建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」（「市、鎮の従業員に関する基本医療保険制度を建てる決定」）を公布した。これは、従来の公費医療保険制度と労働保険制度を一本化したものであり、全国統一の新たな医療保険制度が実現した。

この基本医療保険制度では、原則、基本医療保険基金及び医療サービスの管理、監督などについて制定し、医療保険に関する政策の方向性が示された。その内容は以下の通りである⁵⁴。

(1) 医療保険基金は事業主、企業主と個人が負担することになる。企業は収入総額の 6%、個人は収入総額の 2%を負担する。

(2) 社会プール基金と個人口座を作成する。企業の負担額は従業員の賃金総額の 6%前後であり、そのうち 70%は社会プール基金に、残りの 30%と個人の 2%は個人口座に振り込む。

(3) 利用時、まず利用者は個人口座から支払いを行い、全額を使用したら現金で支払う。現金による支払いが前年度の年間収入の 10%以上を超えた場合は、社会プール基金から支払われる。ただし、個人も医療費の一部を負担し、その比率は医療費の増加に従って異なる。

このように、医療費用は政府が全てを支払う市、鎮医療保険制度から、社会プール基金と個人口座を結合した医療保険制度へと変わっていった。

また、表 2-3 に示したように、都市部医療保険改革がある程度進むにつれて、2003 年に

⁵⁴ 李蓮花（2003）「中国の医療保険制度改革—経済体制改革との関連を中心に—」『アジア経済』XLIV-4 pp.2-19

は新型農村合作医療保険制度が導入された。また、2007年には「都市部住民基本医療保険制度」が発足し、全国民を対象とする中国の公的医療保険制度が形式的に完成した。

表 2-3 医療保険制度

	「两江モデル」 (鎮江市・九江市)	従業員基本医療保険制度 (ガイドライン)	新型農村合作医療 制度	城鎮住民基本医療保険制度
実施 年度	1994～1996年	1998年～	2003年～	2007年～
対 象 者	都市部従業員、公務員 (退職者の保険料は 免除)	都市部従業員、公務員 (退職者の保険料は免 除)	農村戸籍者(世帯 単位)	城鎮職工基本医療保険制 度適用外学生、児童、高 齢者等非就業者
負 担 方 式 保 険 料	政府+企業+個人の 三者負担	政府+企業+個人の三 者負担	個人+政府	個人+財政
保 険 料	雇用者側10%、被用者1% 個人口座： 「個人支出+雇用者 支出の40%」 社会プール基金： 「雇用者側支出の60%」	雇用者側6%、被用者 2% 個人口座： 「個人支出分+雇用者 側支出の30%」 基本医療保険講座： 「雇用者側支出の30%」	加入者個人負担： 20元以上/世帯・ 年 財政補助：地方財 政と中央財政から 120元/人・年	加入者負担と財政補助 一般的に18歳以下、18 歳～60歳、60歳以上年齢 によって納入金額と財 政補助額が違ってくる
運 営 主 体 基 金 の	市政府	地方自治体	県政府	市政府

出典：塔林図雅(2011)「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担—公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義—」生命保険論集第182号 pp.143-170

袁麗暉(2009)「中国の医療保険制度における医療格差問題」山口経済学雑誌第59巻第1・2号 pp.83-106
を参考し、筆者作成

その後、医療分野が抱えていたさまざまな問題を解決するため、国務院と中国共産党中央委員会は2009年、「関与深化医療衛生体制改革的意見」(「医療医薬体制の改革を推進することに関する意見」)を公布した。この中では、「従業員基本医療保険制度」、「都市住民基本医療保険制度」、「新型農村合作医療保険制度」をそれぞれ確立し、3者間の引き継ぎ問題の解決に加え、2020年を目途に都市部と農村部全体をカバーする基本医療衛生制度を確立することを目標として明記した。

表 2-4 都市部における高齢者に係る政策の変遷（分野ごと）

分類	発行年	名称
年金保険	1951年	『中華人民共和国労働保険条例』
	1955年	『国家機関、事業単位工作人員退休暫定行規定』
	1978年	『国务院関与安置老弱病殘幹部の暫行規定』 『国民関与工人退休、退職の暫行弁法』
	1991年	『関与企業職工養老保険制度改革の決定』
	1995年	『関与深化企業職工養老保険制度改革の通知』
	1997年	『関与建立統一的企業職工基本養老保険制度の決定』
	2000年	『関与完善城鎮社会保障体系の試点方案』
最低生活保障	1997年	『国务院関与在全国建立城市居民最低生活保障制度通知』
	1999年	『城市居民最低生活保障条例』
衛生健康	1951年	『中華人民共和国労働保険条例』
	1994年	『関与職工医療制度改革の試点意見』
	1998年	『関与建立城鎮職工基本医療保険制度の決定』
	1998年	『関与実行国家公務員医療補助の意見』
	1999年	『関与發展城市社区卫生服務的若干意見』
	2001年	『衛生部関与加強老年人衛生工作的通知』
	2005年	『関与建立城市医療救助制度試点工作的意見』
サービス施設	1993年	『国家級福利院評定標準』
	1999年	『社会福利機構管理暫行弁法』 『老年人建築設計規範』
	2000年	『関与加速實現社会福利社会化的意見』 『財政部、国家稅務總局関与对老年服務機構有關稅收問題的通知』
	2001年	『老年人社会福利機構基本規範』 『“社区老年福利服務星光計畫”实施方案』 『無障害施設建設工作“十五”实施方案』
ケア	2006年	『関与積極推進企業退休人員社会化管理服務工作的意見』 『関与發展養老服務業的通知』
教育・文化	1999年	『関与加強老年文化工作』
	2001年	『関与做好老年教育工作的通知』
スポーツ活動	2000年	『老年人体育工作發展規劃』
	2000年	『2000～2010年体育改革与發展綱要』
権利擁護	1996年	『関与保障老年人合法權益做好老年人法律援助工作的通知』
	1997年	『関与開展法律援助工作的通知』 『関与開展公証法律援助工作的通知』
	1999年	『関与民事法律援助工作若干問題的聯合通知』
	2000年	『関与在刑事訴訟活動中開展法律援助工作的聯合通知』
	2003年	『関与加強維護老年人合法權益工作的意見』
	2012年	『中華人民共和国老年人權益保障法』の改正
末端組織	2000年	『関与在全国推進城市社区建設的意見』
	2001年	『全国城市社区建設示範活動指導綱要』 『関与在十省市進行城鄉社区老齡工作試点的通知』
	2006年	『関与加強基層老齡工作的意見』

出典：李兵 張ケイ悌主編『中国老齡政策研究』を参考に、筆者作成。

第2節 第12次5カ年計画について

中国では改革開放に伴い、都市部住民を中心として社会保障制度を整備してきたが、制度が地方ごとにばらばらであり、カバー率は不十分で、保障水準も低いことが指摘されている。第11次5カ年計画（2006～2010年）には、高齢者の社会保障、権利保障、貧困救済、社会参加、社会福祉サービスの供給、シルバー産業の推進、養老施設の整備などが盛り込まれている。なかでも、低所得者対策が重点事業として位置づけられ、具体的には、低所得及び無収入の高齢者を対象とした無条件での最低生活保護制度の利用や、各地方政府の財政状況に応じた高齢者医療救助・介護補助制度の創設などが明示された。

しかし、前節にも述べてきたように、高齢化社会に突入しているにもかかわらず、年金の財源不足は深刻であり、人力資源・社会保障部の胡曉義副部長は、「2010年の全国年金保険基金の累計残高は1.5兆元であるが、年金個人口座の支払いに必要な資金を満たすには至っていない。従業員の個人口座の大部分はカラ口座であり、しかも積立金の価値を維持し増加させる方途もない。物価水準の急上昇を背景に、実際は目減りしている状態である」⁵⁵と述べている。このように、中国では高齢者の増加と一人っ子政策の影響で、社会保障制度の整備も急務になってきた。

中国の第12次5カ年計画（2011年～2015年）の制定を前に、計画の内容に関して中国共産党5中全会（2011年10月18日）において、国内・外の状況を認識した上で、その基本方針が確定された。「発展は人民のためにあり、発展は人民に依拠し、発展の成果を人民が共に享受することを堅持することが、科学的発展観の核心である。我々は最も広範な人民の根本的利益から出発し、発展を図り、発展を促すことを堅持し、人民の主体的地位を尊重し、人民の各種権益を保障しなければならない。民生の保障・改善を重点とする社会建設の推進を加速し、共同富裕の道を断固として歩み、社会の公平正義を促進し、人の全面的発展を促進しなければならない」と強調しながら、中国の発展におけるアンバランス・不合理・持続不可能の問題が相当際立っていることを強く認識すべきだと明記した。

2011年3月14日の全国人民代表大会（全人代）で決定された第12次5カ年計画は十六篇62章で構成されている。第八篇には、「民政を改善し、基本公共サービスシステムを確立・整備する」ことについて言及している。その内容は、7章の構成で、「基本公共サービス水準の引き上げ」、「就業優先戦略の実施」「所得分配関係の合理的調整」「都市・農村住民をカバーする社会保障システムの健全化」「基本医療衛生制度の充実」「住宅保障水準の向上」「人口問題への全面的取り組み」について具体的な範囲を記載した。そのうち、人口高齢化問題については、第36章第4節には「在宅を基礎とし、社区（コミュニティ）を拠点とし、機構（施設）を支えとする介護（養老）サービス・システムをつくる。社会的介護サービスの発展を進め、シルバー事業と産業を育成し、公益的介護サービス施設の整備

⁵⁵ 経済参考報 2011年4月20日

に力を入れる。民間資本が看護機能付き介護サービス機関を経営することを奨励し、高齢者1,000人当たりの介護ベッド数を30床にする。介護サービス分野を広げ、介護サービスの基本的な生活の世話から、医療・健康、補助器具、精神的慰め、法律サービス、緊急援助などの面への延伸を実現する。コミュニティの中に高齢者の活動場所を設置し、且つ、利便性を追求するため施設を増やす。高齢者の人的資源を開発、利用する。

表 2-5 12次5カ年計画期の基本的公共サービスの範囲と重点

公共教育	<ul style="list-style-type: none"> ①9年制義務教育を無償に。農村義務教育段階の寄宿制学校の宿泊料を免除し、貧困家庭の寄宿制に生活補助を提供。 ②農村の学生、都市の貧困家庭の学生と農業専業生は中等職業教育を無償に。 ③貧困家庭の児童、孤児と障害児に就学前教育補助を提供。
就職サービス	<ul style="list-style-type: none"> ①都市と農村の労働者に就職情報、就職コンサルタント、職業紹介と労働調停・仲裁を無償で提供。 ②失業者、農民工、障害者、新規労働者に基本職業技能育成訓練を無償で提供。 ③就職困難者と就業者ゼロ家庭に就職援助を提供。
社会保障	<ul style="list-style-type: none"> ①都市職員労働者と住民は基本養老保険を享受し、農村住民は新型の農村社会養老保険を享受。 ②都市職員労働者と住民は基本医療保健を享受し、農村住民は新型の農村合作医療を享受。 ③都市職員労働者は失業保険、労災保険、出産保険を享受。 ④都市・農村の貧困層に最低生活保障、医療補助、埋葬救助サービスを提供。 ⑤孤児、障害者、「五保戸」(食料、衣服、住居、医療、葬儀などの5項目保障の対象世帯)、高齢老人などの特殊層に福利サービスを提供。
医療衛生	<ul style="list-style-type: none"> ①住民健康カルテ、予防接種、伝染病予防・治療、児童保険、妊産婦保険、老人保健、健康教育、高血圧などの慢性病管理、重度精神疾患管理などの基本公共衛生サービスを無償で提供。 ②エイズの予防・治療、肺結核の予防・治療、初期妊娠農村女性の葉酸補給服用、農村女性入院出産補助、農村女性子宮頸癌、乳癌検査、貧困者の白内障手術などの重大公共衛生サービス特定プロジェクトを実施。 ③国家基本薬物制度を実施し、基本薬物を全て基本医療保障薬物立替精算目録に取り組む。
人口計画出産	<ul style="list-style-type: none"> ①避妊薬具、妊娠前優生出産健康診断、生殖健康技術と宣伝教育など計画出産サービスを無償提供。 ②条件に合う出産適齢層に出産の技術サービスを無料で提供。
住宅保障	<ul style="list-style-type: none"> ①都市の低所得で住宅の困難な家庭に低家賃住宅を提供。 ②都市中位下層所得の住宅の確保が困難な家庭に公共賃貸住宅を提供。
公共文化	<ul style="list-style-type: none"> ①基礎公共文化、スポーツ施設を無料で開放。 ②全ての農村にラジオ・テレビを普及し、農村に無料映画の上映、本、新聞、芝居を送るなど公益性文化サービスを提供。
インフラ	<ul style="list-style-type: none"> ①行政村に道路と旅客輸送バスを通し、全ての都市区内に公共交通を普及。 ②行政村に電気を通し、無電気地区全てに通電。 ③郵政サービスを全ての郷に設け、全ての村に郵便サービスを普及する。
環境保護	<ul style="list-style-type: none"> ①全ての県で汚水、ゴミの無害化処理能力と環境モニタリングの評価能力を備える。 ②都市と農村飲用水の水源地安全を保障。
教育の国際交流協力	中国留学計画を実施し、模範的ないくつかの中外協力学校と研究機構を立派にする。海外留学を奨励する。孔子学院の建設を支持する。

出典：田中修(2011)『2011～2015年の中国経済—第12次5カ年計画を読む』蒼蒼社 pp.271

さらに、高齢化問題を解決するため、『中華人民共和国国民経済・社会発展第 12 次 5 年計画綱要（2011～2015 年）』に加え、『中国老齡事業発展“十二五”規劃』（中国高齢者事業の発展の第 12 次 5 年計画）を制定した。『中国老齡事業発展“十二五”規劃』では、従来の貧困高齢者対策を強化しながら、高齢者全体の満足度向上に深く関連する医療・福祉・介護サービスの整備と拡充が、重要な政策課題として取り上げられた。

具体的には、第 12 次 5 年計画期間の養老事業の目標と任務を定めた。中国の社会養老サービスの枠組みは主に「在宅」、「社区」と「施設」の 3 つにより構成される。

なお、建設目標は以下の通りである。

2015 年までに、制度と組織を健全化し、適切な規模とスムーズな運営、サービスと監督・管理の質を向上、持続発展が可能な社会介護サービスシステムを形成する。高齢者 1,000 人あたりの介護施設ベッド数・30 床を達成し、基本的な在宅養老と社区養老サービスのネットワークを完備する。

建設内容としては、在宅養老の環境を改善し、在宅養老サービス支援システムを健全化する。社区日間介護センター（コミュニティデイサービスセンター）と専門的な介護施設を重点的に新設、増設、買い取ることで、社会養老サービス施設のレベルを高める。経済社会発展のレベルと人口高齢化の進展を十分に考慮し、第 12 次 5 年計画期間中、日間介護用ベッド数と施設介護用ベッド数を 340 万床余に増加させ、養老施設のベッド総数を 2 倍にする。同様に、既存介護用ベッドの 30%を、建設基準を満たすように改造する。

在宅介護については、需要のある高齢者の住宅バリアフリー化を支援する。また、高齢者在宅養老に対し、より便利なサービスを提供するために、サービス内容と種類を改善し、在宅サービスが提供できる機関の発展を支援する。

都市と農村の社区養老について、日間介護サービスが概ね全ての都市社区と半数以上の農村社区をカバーできるように、高齢者日間介護センター（デイサービスセンター）、托老所、高齢者活動センター、互助支援介護サービスセンター等の社区養老施設を集中的に建設し、社区総合サービス施設の介護サービス機能を強化する。

養老施設の形態については、生活ケア型、養護型、医療介護型の養老施設の充実に重点を置く。県レベル以上の都市では、半自立・自立できない高齢者を入所させる高齢者養護施設を最低一箇所以上建設する。国と省レベルでは、訓練機能付きの養老施設を複数建設する。

社会養老サービスの設備の水準も引き上げ、介護専用設備と補助器具の研究開発、並びに、介護サービス専用車両の開発も促進する。介護サービスにおける情報技術レベルを強化し、最新の技術を利用して高齢者に効率かつ便利なサービスを提供するとともに、介護産業の管理基準の制定や、介護サービスの質の向上を図る。

建設方法は、新築、増築、改築、買収等の方式を通じて、地域の状況に応じて養老施設を建設する。新規建設の社区においては、公共工事の配置計画に養老施設の建設が含まれるように、全体的な設計を試みる。統合、入れ替え、または用途変換等の方式で、遊休病

院、企業、農村の公共遊休建物及びその他トレーニングセンター、文化センター、小規模旅館・ホテル等の施設を養老サービス提供に適用できるよう改造する。このような施設の整備とリハビリ器具製品の研究開発や、介護サービス専用車両の配備と情報ネットワークの充実により、社会養老サービスのレベルを全面的に向上させる。

運営メカニズムは、市場の機能を十分に活かし、各サービス提供者が平等で公平な競争ができる環境を作り、社会養老サービスの持続可能な発展を実現する。

これらをまとめると、以下の通りである。

① 高齢者社会保障制度をより拡充し、これまで基礎養老保険に加入していない、若しくは、加入できない農民および都市部の住民に対しても、養老保険制度を普及させる。低所得層の高齢者を最低生活保障制度によりフォローする。

② 高齢者医療・衛生・保健事業を促進し、社区医療衛生機関が管轄区域内の65歳以上の高齢者の健康カルテをつくり、定期健康診断を実施する。また、高齢者の健康教育を幅広く展開し、高齢者に対する精神的ケアにも力を入れる。

③ 在宅介護支援体制の整備、在宅介護サービスのネットワークを都市部の全ての地域、80%以上の郷鎮、50%以上の農村地域に行き渡らせる。

④ 高齢者の活動の場やバリアフリー施設の建設を加速し、文化・教育・スポーツ・フィットネス施設を増やし、高齢者の精神・文化生活を豊かにする。

⑤ 高齢者向け産業の誘導・支援策を整備し、高齢者用品・用具・サービス製品の開発を促進する。

⑥ 高齢者関連法の整備と法律サービスの強化を進める。介護サービス業界の監督を強化して、高齢者の合法的権益を保護する。

第3節 家庭・社区・社会福祉機構（施設）の比率—「9073」というバランス

1990年代以後には、計画出産の成果と家族構造の変化が見え始め、この時期から人々の施設養老方式への認識と需要の程度も高まった。2000年の全国社会福祉社会化工作会议では「家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という高齢者養老政策が提示された。また、2006年2月9日に国务院弁公庁が公表した『関与加速發展養老服務業的意見』（『養老サービス業の發展の加速に関する意見』）においても、扶養形式の基礎は家庭養老にあり、これを補う形で社区サービスと機構（施設）養老を進め、国家が財政的支援をしながら、社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に向けると記されている。

この意見の影響を受けて、2006年以降は上海市をはじめ、各地域で「9073」⁵⁶という基準で整備が進められてきた。上海市の「9073」という養老基準は、市の「第11次5ヵ年計画」（2006～2010年）によれば、家庭、社区、施設はそれぞれ90%、7%、3%の基準でサービスを整備することを指す。

一方、2008年末、北京市民政局をはじめとした5つの部門の連名で『関与加速養老服務機構發展的意见』（『養老サービス業の發展の加速に関する意見』）を發表し、「9064」という養老基準を打ち出した。2020年までに90%は社会的なサービスを通して家庭養老、6%はバウチャー制度を使って社区サービス、4%が機構（施設）養老のバランスで養老サービス体系を構築してきた。

2008年1月に公表された『関与全面推進在宅養老服務工作的意見』では在宅養老サービスのサービス形式と位置付けに関して、4つの原則を挙げている。これらの政策を通して社区養老サービスを強化し、社区の中に養老施設を設置し、養老サービスの専門職員を増加しようとした。

2010年に民政部が發表した『社区老年人日間照料中心建設標準』（『社区高齢者デイサービスセンターの建設基準』）の説明文書によれば、「日間照料中心」（デイサービスセンター）の建設の強化とは社区の養老サービスを徹底的に実行することであり、養老サービスシステムには不可欠な要素である。

⁵⁶ 「9073」とは高齢者のニーズの90%を家族を中心とする家庭養老、7%を社区にある高齢者向けの無料あるいは低額のサービス、残り3%を養老施設で対応しようとするものである。

表 2-6 「9073」の対象・内容・提供形式・機能などについて

	対 象	内 容	提供形式	機 能	備 考
在宅 (90%)	自立できる高齢者	家事援助、高齢者食堂、法律面での相談	・訪問	日常生活のケア 家事援助、リハビリ、医療保健、精神的なケア	・超高齢者には、必要なリハビリ補助器具への補助金を給付し、自立生活を促進する。
	自立できない80歳以上の高齢者、一人暮らし高齢者、失能(全介助)高齢者	家事援助、家庭ヘルスケア、補助器具の配備、配食、住宅改修(バリアフリー)、緊急ベル、安全援助サービス			
社 区 (7%)	日中家族介護者がいない、また家族が介護できない	社区サービス施設の建設、介護施設の充実、社区高齢者向けサービス能力のアップ、居宅養老サービスのプラットホームの創設	・通所 ・訪問	社区日中ケア・居宅養老	・居宅養老の重要な補助 ・多様なボランティア活動及び高齢者互助活動の展開 また様々な人の高齢者向けサービスへの参与を動員することを提議する
施 設 (3%)	半自立 自立できない	高齢者養護型施設 その他形態の介護施設	・入所	日常生活のケア リハビリテーション 緊急救助	・施設の建設に重点を置く ・施設の中に医療施設などの設置を提議する ・条件を満たす高齢者養護施設は自分の資源を活用し、社区介護サービス組織及びその介護職員に訓練及び指導を行い、居宅介護を提供し、モデルとして、先導的作用を発揮する。

これまでの政策を整理し、筆者作成

これまで、この「9073」という養老方式の導入背景について述べてきたが、その対象・内容・提供形式・機能について整理すると、表 2-6 に示したようになる。中身を確認していくと、公的サービスと私的サービスが区別されていないことが分かる。また、社区サービスは全体の 7%を占めているが、在宅養老の重要な補助であることから、実際の社区では 97%の高齢者に対応しなければならないと考えられる。さらに、社区サービスには、多様なボランティア活動及び高齢者互助活動の展開のほか、様々な人を高齢者向けサービスに動員することが提起されたが、これらがだれを主体とするかや、その者らの動員方法、提供の方式などについては明記されていない。

一方、第 1 章の「中国の高齢化の現状と特徴」で明らかになったように、中国では高齢化の進行に地域間格差があることから中国全土に同じ政策を適用することは困難である。それにもかかわらず、上海・北京を始め、「9073」という養老方式が中国全土に広がっていることは、その実効性が懸念される。また、沈潔 (2014) は、支援や介護の必要がある高齢者に対して、元気な高齢者が自主介護サービスを提供することが提唱されているが、こうした高齢者個人の自助努力のみでは対応できない人々も存在しており、彼らの生活を社会全体の仕組みで支えるセーフティーネットの構築を視野に入れざるを得ないと指摘している⁵⁷。

⁵⁷ 沈潔 (2014) 「中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか——社会主義・資本主義の調和——」 ミネルヴァ書房

第3章 高齢化対策及び社区に関わる先行研究

本章では、「社区」、「高齢化問題」、「社会保障の課題」、「高齢化対策」、「在宅養老・社区養老」についての、政策動向と先行研究のレビューを行う。

第1節 社区建設について

中国の社区の概念は、アメリカの都市社会学者 R.パークのコミュニティに起源する。パークが1932年燕京大学で講義を行った折、教えを受けた学生たちはパークの帰国に際して論文集を編み、その中国語訳を師に捧げた。学生を中心となった費孝通は、“community is not society”という一文に接して当惑した。当時の中国では society も community も共に社会（コミュニティは地方社会など）と訳されており、この文章を直訳するとは「社会は社会ではない」となる。苦心の末編み出されたのが、「社区」という新たな訳語であった⁵⁸。

「社区」という用語がはじめて公の場で使われた1987年は、都市部において改革開放が全面的に展開されるようになった時期と重なる。郭定平（2003）は、社区は都市の基層であり、街道弁事処（区政府の出先機関）と居民委員会（末端の住民自治組織）は社区建設の重要な担い手になると述べている⁵⁹。また、郭定平（2003）は、社区建設は明らかに共産党と政府によって上から行われたもので、その直接の目的を以下の三点としている。

①流入人口やレイオフされた一時帰休者の急増によって、社会的不安が増す恐れがあるため、都市の草の根レベルから治安維持体制を強化し、社会・政治的安定を維持する

②私営企業や外資企業等の急速な発展、都市の改造により、従来の共産党の支持基盤となってきた「単位」体制が崩れつつあるため、都市の基層社会の再構築を通して、その支持基盤を強固にする

③都市住民が直面している諸問題を解決し、さまざまなサービスを提供することによって、住民たちの生活水準を向上させる⁶⁰

単聯成（2004）によれば、「社区建設は2000年11月に転機を迎える。中央政府が『全

⁵⁸ 倉沢進（2007）「中国の社区建設と居民委員会」『ヘスティアとクリオ』 No.6

⁵⁹ 郭定平（2003）「上海市の社区建設と都市基層社会の管理体制改革」『アジア経済』XLIV-9 pp.21-44

⁶⁰ 同上

国的範囲で都市社区建設を推進する民政部の意見』を公表して以後、都市コミュニティ政策は、社区の規模、社区幹部の配置など、組織の再構築に向けて全面的に調整され始める。新たな都市コミュニティ政策は、居民委員会を基に再編された社区居民委員会を主な担い手と位置付け、住民組織と社区内組織の協力関係の構築を重視しながら、都市社会管理機能の強化を目指そうとしている」と指摘している⁶¹。

唐燕霞（2012）は、瀋陽市の社区を検討し、社区居民委員会について、「社区事務の公共管理を実現するために、社区居民委員会は、運営方式を変更し、直接のサービス提供者、執行者の身分から社区内の多元的主体の協調者、運営者へと変換し、業主委員会、老年協会等の組織と協力して多くの住民の社区建設に参加する積極性を引き出し、住民が家から出て、議事協商委員会などの方式を通して社区の事務について話し合い、住民が自主的に社区の問題を解決するようにしなければならない」としている。また「同時に市場の役割を利用して、管理会社や駐区単位（社区の区域内にある企業や社会团体等）の支持をとりつけ、社区の公共サービスのために、より多くの資源を確保するべきである」という。そして社区居民委員会が社区内の社会組織、民間団体、企業等と協力してこそ、その主体的役割を発揮することができ、「国家権力の内卷化」⁶²（State Involution）から逃れ、住民による自己管理、自己教育、自己サービスが実現できると述べている⁶³。

⁶¹ 単聯成（2004）「中国の都市におけるコミュニティ政策と住民組織の再編：長春市の3つの社区居民委員会の事例を中心に」フォーラム現代社会学（3） pp.96-107

⁶² 唐は、デュアラを参照し、旧来の国家と社会の関係を複製或いは拡大することによって、その行政職能を高めることと説明している。（唐燕霞、2012）

⁶³ 唐燕霞（2012）「中国の社区自治における居民委員会の役割に関する試論」『総合政策論叢』第23号 pp.95-107

第2節 中国の高齢化問題について

李兵ら（2009）は、中国では1982年に「老齡問題全国委員会」⁶⁴を創設し、積極的に高齢者政策の研究や策定を行ってきたが、政策策定者としての高齢者問題への認識は高くないと見ている。中国の研究者も社会、経済、政治、文化などの面から人口の高齢化による経済の発展、社会の分配、市場の発展と社会保障などの面への影響を分析した⁶⁵（鄔滄萍1999）。

一方、高齢者人口の増加や、一人っ子政策による家族構成の変化などに伴い、高齢者の介護問題も議論されてきた。

戦後の「第一次生育高峰」の人口が高齢期に入り、中国の高齢化が急速に進んだことから、高齢化率の増加が社会問題として認識されるようになってきた。中国の高齢化の特徴として多くの研究者は、①高齢者人口の規模が大きい、②人口高齢化のスピードが速い、③高齢化率の地域間格差が大きい、④高齢化の進行と経済の発展が同時ではなく、「未富先老」の特徴を持っていることなどを指摘していた⁶⁶（林宝ら 2010；蒋劲柏 2008；劉清明 2001）。

鄔滄萍（1987）は先進国と比較して中国は高齢化社会に入るときに、一人当たりの平均収入が先進国より低いことから「未富先老」という言葉を用いてその特徴を明確に表し、それからは高齢化問題の研究や実践の場においてこの用語が使われるようになった。その後、鄔滄萍は「未富先老」の問題の解決にあたっては、まず「未富」の問題を優先的に解決しつつ、「先老」に備えなければならないと述べた（杜鵬 2007）。

一方、李建民（2007）は、多くの研究者が「未富先老」を基本的な特徴として検討を行い、それを中国の高齢化の課題または危機の元として見てきたのに対し、「未富先老」は中国の高齢化の本質的な特徴ではなく、本当の課題は経済、社会変革と高齢化の急進の中で、いかに公正で、合理的かつ効果的な制度と社会的な対応の仕組みを確立することにあると述べている。つまり「未備先老」である。また、中国高齢化の危機の元は人口構造の変化であり、高齢者人口の増加ではない。高齢化は諸問題の導火線に過ぎず、真の原因は政策制度の不足、公共サービスの仕組みの構築が遅れていることである⁶⁷。

⁶⁴ 政府部門・住民団体・研究機関・マスコミなどによって設立された社会団体。中国の高齢化問題について研究調査・総合計画・協調・監督及び高齢者問題に関する国際的、または、地域的なシンポジウムや会議に参加し、様々な方面から技術の援助、技術の協力を提供する。また、老年医学・老年心理学・老年社区学についての研究や、いかに高齢者の知識と技術を発揮するかについても研究を行い、高齢者の医療保健事業を高め、そして社会に広く敬老のイベントを開催する。

⁶⁵ 鄔滄萍編著（1999）『社会老年学』中国人民大学出版社

⁶⁶ 蒋劲柏（2008）「中国人口高齢化問題及对策思考」『消費導刊』09期

劉清明（2001）「我国人口老齡化問題及应对措施浅探」『湖湘論壇』第5期

⁶⁷ 李建民（2007）「“未富先老”不是中国老齡化的本質特徵」『光明日報』2007年8月7日

こうした見方について杜鵬(2007)は、「未富先老」であれ、「未備先老」であれ、実質的には差がなく、中国の高齢化問題を解決するためには、経済発展と同時に成果の再分配の仕組みの確立が求められると述べている⁶⁸。

⁶⁸ 杜鵬（2007）「再論中国是否“未富先老”」『人口研究』 第4期 pp.46-56

第3節 社会保障制度からみる高齢化問題

杜鵬ら（2006）は1994年から2004年の10年間、中国高齢者の主な生活の収入源の変化について分析を行った。その結果、全国的に見ると高齢者の主な収入源は未だ家族成員に頼っているが、その割合は下がってきている。年金収入は第2位になり、子どもからの収入は第3位と変化してきた。都市部では60%の高齢者は主に年金収入に頼っているが、農村部では6%と僅かである。また、1994年以降は高齢者自身の経済能力が高くなってきたものの、男女、都市部と農村部、各自治体の間の格差の問題が残されていると示した⁶⁹。

その後、姜向群ら（2013）は第5、6次（2000年と2010年）人口国勢調査のデータを利用し、高齢者の生活収入源を分析し、杜鵬の研究結果と同様の課題を示した。都市部においては、年金収入に頼っている高齢者は66.3%を占めており、都市部の高齢者の生活は社会保障制度の改革・改善と密接に関係しており、都市部高齢者が子どもに頼らなくなったのは、工業化と近代化プロセスの中での必然的な結果であると述べている⁷⁰。

1 社会保障制度と地方自治体との関係

石原享一（2003）によれば、中国の改革・開放期における社会保障制度改革は社会保険化と市場化を推進することによって、都市の国有企業や政府機関、事業体の職員、労働者を中心とした閉鎖的・特権的な保障体制を打破して、より広い範囲で社会統合を実現することを目指していた。しかし、タテ割り行政の根強さや都市・農村の二重構造が存在するためあまり成功したとは言い難い。今のところ市場化は、従来 of 国有セクター従業員向けの保障から、都市部の職員・労働者と高所得層中心（自費医療や住宅の商品化）の保障に転換する役割を果たしたにすぎないと指摘している⁷¹。

他方、劉曉梅（2005）は社会保障制度の一つの特徴として、「制度改革方向の統一」と「地域別制度の設立」という相対立する考え方が並存していることを指摘している。中央政府は改革の方針を定めたが、地方政府は実施の過程で、中央の方針を施行が可能な形に変形させていく。こうした地方政府の努力は「上に政策があれば、下に対策があり」とよばれる現象の一つと見ることができ、単に中央と地方の対立だけで語ることはできない。つまり、地方の経済状況の格差があまりにも大きく、保険料率といった保険制度の根幹にかか

⁶⁹ 杜鵬 武超（2006）「1994～2004年中国老年人主要生活来源的变化」『人口研究』第30卷第2期 pp.20-24

⁷⁰ 姜向群 鄭研輝（2013）「中国老年人的主要生活来源及其经济保障问题分析」『人口学刊』総第198期 Vol.35 pp.42-48

⁷¹ 石原享一（2003）「中国の社会保障制度改革と社会統合——市場化と地方主義の狭間で——」『アジア経済』XLIV-5・6 pp.67-100

わる部分を含めて、地方ごとの「対策」が必要となるのである。また、社会保障の財政も地方政府に依存している⁷²。

表 3-1 中国の新社会保険制度の概要

種類	根拠法規	財源（保険料）	給付内容	給付条件
養老年金保険	1997年7月16日、「企業の労働者・職員の統一された基本養老年金保険制度を確立することに関する決定」	企業：月給総額の20% 個人：月給の8%	前年度地区平均月給の20%+個人口座総額の120分の1	支給年齢：男性：60才 女性：50～55才かつ保険料支払期間が15年を超える者
医療保険	1998年12月14日、「都市労働者・職員の基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」	企業：月給総額の6% 個人：月給の2%	3段階 個人口座→個人負担→社会プール医療保険基金	社会プール医療保険基金の支給の開始：個人負担は当該地区の平均賃金の10%を超えた部分。最高支給額：当該地区の平均賃金の400%
失業保険	1999年、1月22日、「失業保険条例」	企業：月給総額の2% 個人：月給の1%	企業および本人の保険料の納付累計年数にしたがって、保険金：1～5年未満：最長12か月 5～10年未満：最長18か月・10年：最長24か月	登録済み失業者 2年を上回らない
生育保険	1994年12月1日「企業労働者・職員の生育保険の試行弁法」	企業：前年度の賃金総額の1%前後	産婦の出産に関する費用：診察費、検査費、出産費、手術費、入院費、薬代	一人子政策の遵守が前提
労災保険	2004年1月1日から実施する、「労災保険条例」	産業別、企業別の保険料率（事故率によりランクつく）	労災の医療費、看護費用、身体障害の弔慰金、一括的な補助金、身体障害者の補助器具代、埋葬費、遺族への弔慰金、死亡時の一括補助金	負傷、傷病 身体障害に残る事故 労災による死亡事故 職業病

出典：劉曉梅（2005）「中国における社会変動と社会保障制度改革」『特集／中国・アジアにおける〈持続可能な福祉社会〉の構想 セッション1：福祉政策』千葉大学 公共研究 第2巻第2号

2 社会保障制度の問題点

また、劉曉梅（2005）によれば、中国の社会保障制度は、20年あまりの改革を通して、初歩的ではあるが、新しい枠組みを作り出し、ある程度の経験を積み重ねるに至った。だが、さらにもう一歩進んで改革を行うためには、依然として障害が存在する。むしろ、改革の進展にともない、解決が困難な問題がますます表面化し、深刻になると思われる。加

⁷² 劉曉梅（2005）「中国における社会変動と社会保障制度改革」『特集／中国・アジアにおける〈持続可能な福祉社会〉の構想 セッション1：福祉政策』千葉大学 公共研究 第2巻第2号

えて、劉曉梅（2005）は中国の社会保障制度の主な問題点を次のように整理している⁷³。

1) 社会保障法体系の未整備

法体系としては、社会保険ごとに『中華人民共和国労働法』を根拠法とする行政機関（国務院）の発する条例に基づいて制度を発足させたことにより、社会保障法体系が必ずしも整理されていない。加えて、国民の権利関係を律する法規としては、全国人民代表大会などの立法機関で、個々の制度ごとに法律を制定するのが至当であろうと考えられる。

制度の設計について、漸進主義的な実験手法を採用したため、制度化が相対的に遅れがちとなった。それゆえ、制度改革では、暫定的な方法・条例が常に制定、修正され、全国統一的な法律がなかなか制定されにくい状態にある。

年金改革から見れば、地方（県・市）での試行からスタートしたため、地方の色が濃く、そのため政策の規範性が欠けることに加えて、地域での経済発展が不均衡となり、立法が遅れ、マクロ的なコントロールも無力である。

2) 社会保障システムの欠如と不十分な保障

中国の社会保障システムの不足について、まず、適用範囲が狭く、保障項目が足りない。次に、社会保障制度への監督とサービスシステムについては、年金保険を除いて、他の社会保険分野はまだ整備されていない。また、公的保障以外に、多層的な保障システムが形成されていない。たとえば企業年金と個人貯蓄年金の進展が遅れているため、老後の保障負担が基本養老年金に偏ってしまう。以上のシステム上の欠陥により、セーフティ・ネットでカバーできる国民の数は少ない。それゆえ、制度から排除された人たちは、基礎年金保険と社会医療保険の保障がなく、さらに老後生活援助システムもほとんどが未整備で、農民人口、高齢者と障害者向けの福祉制度の整備も遅れがちであることから、社会的弱者の生存権が損なわれる。

3) 役割分担が不明確

現行社会保障制度においては、政府の責任あるいは公私の役割分担が明確にされていない。たとえば、政府（国家）と市場（企業、個人）、中央政府と地方政府、旧制度と新制度間の責任の所在は曖昧で、制度の運用において、多大な困難に直面している。

4) 制度の運営が不十分

理論的に国有企業の負担の削減、公平性と効率性のバランスをとるためスタートしてきた社会保障制度の改革は、必ずしも予定通りに進んでいるとは言えない。年金を例に挙げると、次のような課題が生じている。①基本年金保険制度の平均水準が高く、しかも、地域により年金水準の格差が大きいため、平均水準が低い地方では経済発展水準に合わない水準になってしまう。②定年退職年齢に対する規定が厳格でないため、早目に定年退職し

⁷³ 同上

て年金受給者となる者が増えてきた。③各県・市の方法が異なっており、基金の収支状況によって地方の利益も顕在化した。それゆえ、保険レベルは省レベル、さらに広い範囲で基金を調整することが困難に至った。政策が地方ごとに異なるため、制度統一への転換が難航している。④制度管理の基礎は極めて薄く、管理手段も不完全なため、様々な情報やデータを科学的に収集・管理することができない。⑤年金が財政上危機に直面している。

また、医療の視点から見れば、社会プール医療保険基金と個人の医療保険口座の結合によって社会医療保険制度が確立されたが、個人口座と社会プール基金の有効性は必ずしも高いとは言えない。まず、両者を合理的に使用できなければ、国民の医療ニーズに適合することができない。また、医療費の抑制システムは完全には機能していない。さらに医療保険の加入率が低いため、医療を受ける権利が不平等で、一部の民間人は、病気になると経済的に困窮することがしばしばある。とりわけ農村部において医療問題は未解決のままである。社会福祉の分野においても、深刻化している問題の解決策はいまだに見えていない。例えば、高齢者の介護とサービスシステムはほとんど白紙の状態にある。

要するに、上記からは、社会主義国である中国が本来、相容れない市場経済を導入して行くために、さまざまな矛盾を抱えながら、対症療法を重ねつつ、中央の政策と地方の対策の狭間で市場経済の構築を模索してきた様子が見て取れる。矛盾を整理・解決する際に、どのくらい受益者つまり国民の視点から施策を打ち出していけるかが、現行社会保障制度の命運を決することになるだろうと劉曉梅は指摘している。

王文亮（2009）は『格差大国中国』の中で中国都市部と農村部の「二重構造」、格差が大きいことに触れている。戸籍制度、及び戸籍制度をベースにした食糧配給制度（計画経済時代）、住宅、教育、雇用、医療、年金、人事、兵役、計画出産、最低生活保障制度など、都市と農村では別立ての制度設計になっている。また王文亮（2004）は、社会保障制度の改革と整備について、中央と各地方政府は社会保障制度の改革に関する一連の措置を打ち出している。高齢者の扶養において、その目標は2010年までに社会主義市場経済体制の要請に応えられるような高齢者社会保障システムをほぼ確立することと定めているが、その目標設定は依然として都市部を中心とするものにすぎず、農村地域における社会保障制度の整備は依然として都市部より大きく立ち遅れている状況にあると述べている。また、社会構造が農村地域では都市部とまったく異なるため、都市部のような「社区」が農村地域には存在せず、現在は完全に自給自足の生活を送る農家はそれほど多くないとはいえ、家族としての自己完結度は依然として都市住民よりずっと高いと述べている⁷⁴。

以上のことから、中国で高齢化問題の対策を講じる場合、都市部と農村部を分けて考えていく必要があると再認識される。特に、農村部は都市部より制度・政策の整備や経済的な発展等が遅れており、人口流動などによって都市部よりも複雑な高齢化問題に直面する恐れがある。一方、王文亮（2004）によれば、生活機能の遂行におけるこうした農村家族の自己完結度も決して永遠不変のものではなく、家族規模の縮小や核家族化の進行は、や

74 王文亮（2004）『九億農民の福祉——現代中国の差別と貧困』中国書店 p.540

がて彼らにも高齢者の扶養として多大な影響を与えるようになると予測している。そして、その日の到来に備えるべく、農村の末端に位置する地方公共団体としての村または郷・鎮を都市部の「社区」になぞらえ、それらを基本単位として地域住民とりわけ高齢者の生活にさまざまな便利や福祉サービスを提供するための制度やシステムを構築していく必要があると述べている⁷⁵。

3 年金収入について

関志雄（2012）は、現在の中国の公的年金制度には、従来の「都市従業者基本年金」、「公務員年金」、「農村年金」に加え、試行中の制度である「都市住民社会年金」と「新型農村社会年金」があるとし、それらを表 3-2 の通り整理した。年金の加入率は低い上、並存しているいくつかの年金制度間の給付水準の差は極めて大きい。また、年金の管理運営が各地の地方政府に頼っているため、都市間における年金基金の移動ができないという問題が生じている。さらに、今後、高齢化のペースが加速し、長寿化も進むにつれて、保険金を支払う世代の人数が減る一方で、給付を受ける世代の人数が増えることになり、給付のための資金を確保することは難しくなる。そして、これらの問題を解決しながら、年金制度を整備していくことは、「調和が取れた社会」の実現を目指す中国にとって、まさに避けて通れない課題であると関志雄は指摘している⁷⁶。

表 3-2 都市従業者基本年金と都市住民社会年金、新型農村社会年金との比較

	都市従業者基本年金	都市住民社会年金	新型農村社会年金
関連政策	「統一した従業者の基本年金制度の確立に関する決定」（国発〔1997〕26号） 「従業者の基本年金制度の改善に関する決定」（国発〔2005〕38号）	「都市住民社会年金試行の展開に関する指導意見」（国発〔2011〕18号）	「新型農村社会年金試行の展開に関する指導意見」（国発〔2009〕32号）
対象者	都市部の企業（国有企業、集団企業、株式制企業、外資企業、私営企業、個人商店等）に勤務する者	16歳以上（在学生含まず）で「都市従業者基本年金」の加入条件を満たしていない都市部の住民	16歳以上（在学生含まず）で「都市従業者基本年金」の加入条件を満たしていない農村住民
強制／任意	強制	任意	
年金保険料基準	企業は賃金総額の20%、従業者は賃金の8%	年間100元から1,000元まで100元刻みの10段階に設定、選択が可能	年間100元から500元まで100元刻みの5段階に設定、選択が可能

⁷⁵ 王文亮（2004）『九億農民の福祉——現代中国の差別と貧困』中国書店 p.540

⁷⁶ 関志雄（2012）「高齢化に備えるための年金改革」『季刊中国資本市場研究』pp.63-67

年金財源	社会プール基金は企業納付の保険料、個人口座基金は従業者納付の保険料、財源不足の場合は政府からの補助もある	個人口座基金は個人納付の保険料、その他は政府補助
年金給付要件 (給付開始年齢)	納付期間 15 年以上 (男性：満 60 歳、女性：幹部 55 歳、一般従業者：満 50 歳)	給付期間 15 年以上 (満 60 歳) (注1)
年金給付算定方式 (注2)	個人口座	個人口座残高の元利合計/給付開始年齢に基づいて定められた値 (年金現価率)
	基礎年金	〔(退職時における地域の前年の平均賃金+加入期間の平均賃金) /2〕×加入年数×1% 定額 (現時点では、全国統一の最低金額は 55 元/月、地域の状況によって設定額を挙げることができる)
加入者数 (2011 年末)	2.84 億人 (在職者 2.16 億人、受給者 0.68 億人)	3.32 億人 (60 歳未満 2.4 億人、受給者 0.92 億人)
年金収入額 (2011 年末)	1 兆 6,895 億元 (保険料収入 1 兆 3,956 億元、財政補助 2,272 億元)	1,110 億元
年金給付額 (2011 年末)	1 兆 2,765 億元	598 億元
基金残高 (2011 年)	1 兆 9,497 億元	1,231 億元

(注1) 経過措置として、2012 年 1 月 1 日から、満 60 歳以上の場合、保険料を納付する必要がなく、基礎年金が給付される。45 歳～60 歳未満の場合、15 年に不足する分の保険料を納付すれば、満 60 歳から基礎年金が給付される。

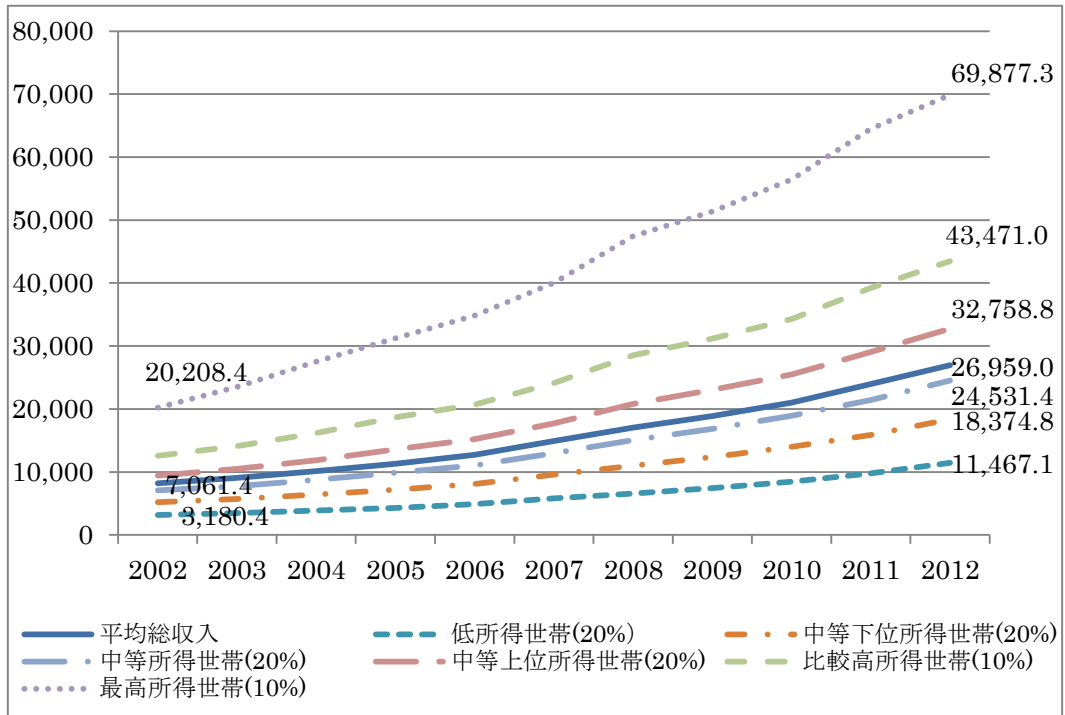
(注2) 「都市従業者基本年金」の給付算定方式に表記されているのは「新人」(1997 年の新制度実施後に就業した従業者)の給付算定方式である。「中人」(申請土実施前に就業し、新制度実施後に退職する従業者)は旧制度の給付算定方式〔(地域の前年の平均賃金)×20%+(個人口座残高/120)〕に従う。

(出典：各種関連資料および全国老齡工作委員会弁公室「2011 年度中国老齡事業発展統計公報」2012 年 6 月)より野村資本市場研究所作成) 関志雄 (2012)

4 都市部における住民の所得格差

次の図 3-1 は 2002～2012 年の『中国統計年鑑』をもとに筆者が作成したものである。都市部住民の所得は 6 階層 (低所得、中等下位、中等、中等上位、比較高所得、最高所得) で分けられる。中央の実線は平均年間総収入の数字を指し、この図からは都市部住民の所得が毎年上がっていることが分かる。また、2012 年の数字を見ると、低所得世帯は全体の 20%を占め、平均年収は 11,467 元である。最高所得世帯は全体の 10%を占め、平均年収は 69,877 元である。最高所得世帯と最低所得世帯の間には約 6 倍の差がある。2002 年時点ではあまり差がない平均収入も、2012 年になると、その差がはっきり見えてきた。以上のことから、都市部住民の所得の差が拡大してきていることは明らかである。

図 3-1 2002～2012 年都市部住民平均年間所得（単位／元）



出典：2002～2012 年『中国統計年鑑』より、筆者作成。

第4節 高齢化問題の対策

中国は高齢化社会に突入し、高齢者の介護問題の解決が重要な課題となってきた。

全利民（2006）は、人口の高齢化によって高齢者人口の男女比率の差、女性の高齢者の「空の巣」・独居家庭の増加、後期高齢者の増加による介護負担の増加と計3つの現象が生じ、介護ニーズの増加による家庭、社会、政府の負担も重くなると述べている。

包敏（2008）が、中国の江蘇省にある蘇州大学の大学生を対象として老親扶養意識調査を実施したところ、高齢化の進展、一人っ子を始めとする若者の意識変化などにより、中国では高齢者扶養の危機がすでに訪れていると結論づけている。近い将来、一人っ子世代の親世代の一部もやがて高齢期に入り、寝たきりや認知症などの要介護状態になっていく。それに備えるためには、政府は今から取り組みを始めていくことが必要である。特に施設サービスと在宅サービスの整備が重要であると指摘している。

王文亮（2009）は、「中国都市部の高齢者福祉では、国の責任がほとんど要保護世帯に限られており、家族が行えない部分は主に市場が補完する。1980年代以降に新たに登場した民間老人ホームや家政婦はいずれも市場を通じたケアサービスの提供であり、市場化の産物である。また、それは前江沢民政権から胡錦濤政権に至る政府が唱導してきた『社会福祉の社会化(実際多元化、民営化)』の必然的結果でもある」と述べている。

陳社英（2010）は、高齢化問題の解決にあたっては、すぐに一人っ子政策を廃止することができないことを指摘している。そのうえで、「他の方法を探し、高齢化による問題を緩和するしかない。公共政策の視点からみると、中国の高齢化問題にあたっては社会すべてでともに解決し、また予防サービスと高齢者の長期ケアのニーズを重視しなければならない。都市部における高齢者の介護問題は特に一人っ子の家庭の介護ニーズを解決するために国の政策の支持が必要であり、高齢者の間の互助を勧めること（若い高齢者は後期高齢者にサービスを提供する）が必要であろう」と述べている。

崔恒展ら（2012）は、経済改革開放以降、経済が成長してきたことから、高齢者への経済面の保障を提供するようになり、年金保険制度の確立と発展は法律による高齢者の基本的な経済面の保障を可能にしてきたと述べている。また、日常生活上のケアは最も高齢者の生活の質に影響を与えることから、その解決が急務である。さらに、高齢者の介護ニーズを満たすためには、①健康な高齢化の理念の提唱、②人口生育政策の調整、③介護保険制度の設立、④在宅養老の推進と改善、以上の4点を示した上で、1980年代から都市部には社区建設が盛んになってきたが、その中でも高齢者向けの社区サービスを重視すべきだと指摘している。

鄭功成（2013）は、年金保険制度の推進や発展と比べ、養老サービスの整備が遅れていることを指摘し、加えて、養老サービスの発展を促進するための要件を次のようにまとめている。すなわち、①政策上の重点は経済保障と養老施設の増設から在宅養老への移行、

②养老服务事業の公共投入の拡大と優遇政策の設定による社会資源と市場資源の参入の増加、③家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充するという养老服务政策の仕組みの確立に加え、今後はそのバランスを考慮すること、特に在宅養老と社区养老服务の重視、多様なニーズを満たすための養老施設の多様化、④「公弁＋公助民弁＋民弁」⁷⁷という3つが並行した养老服务の仕組みを実施すること、⑤家庭養老を支持する政策の確立、⑥养老服务を提供する人材の育成、⑦养老服务事業の発展を促進する支援施策の重視、以上の7点である。

盧徳平（2014）は、中国の高齡者扶養の問題は経済的な要素以外に、中国の伝統文化と社会構造面の特徴を考慮しながら、世代間の互助と共済による基礎的な条件も重視しなければならないと述べている。

⁷⁷ 「公弁」とは、行政が運営主体であるサービスを指す。「公助民弁」は、行政が補助金を出し、実際の運営は民間が行っているサービスを指す。「民弁」とは、民間が運営主体であるサービスを指す。

第5節 在宅養老と社区養老の関係

2000年の全国社会福祉社会化工作会議では「家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という高齢者養老政策が提示された。2006年に国务院弁公庁は全国老齡工作委员会等の10部門を聯合し、『関与加速發展養老服務業的意見』（『養老サービス業の發展の加速に関する意見』）を發表した。そこでも、扶養形式は家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充することを發展方向として、国家が財政的支援をしながら、社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に導く新たな道が提唱されていた。そして、その後、国务院が發表した『中国老齡事業發展“十二五”規劃』（2011～2015年）（『中国高齢者事業の發展の第12次5カ年計画』）においても同じ發展の方向性が示されている。

国の政策だけではなく、多くの研究者が中国の高齡化問題の解決策は国内の政治、經濟、文化伝統及び高齢者とその家庭の經濟負担能力などの具体的な状況に即した養老方式を選ばなければならないと指摘し、在宅養老と社区養老の結合や、養老施設の補充を提言してきた（龔静怡 2004；翟德華ら 2005；郭競成 2010）。

在宅養老サービスとは、社区に社会的な養老サービスの仕組みを作り、自宅で住む高齢者にサービスを提供する。このサービスは家庭養老と施設養老の間にある新しい養老サービスであり、社区にある様々なサービスの資源を統合し、高齢者に家事援助・医療・余暇・娛樂などのサービスを提供するものである。在宅養老サービスは、2006年のはじめ、北京・上海・大連・江蘇、広東・湖南等の省市で民政部が推奨した「社区在宅養老」計画のモデル事業によって開始された。

一連の流れの中では、社区建設による社区サービスへの期待、在宅養老サービスの重要性などが示されているが、一方で、以下のような問題点も指摘されている。

李兵ら（2008）は社区在宅養老サービスの定義に基づき、社区在宅養老政策を設定する際には、以下の2点を考えなければならないと指摘している。

1. 社区在宅養老サービス事業における、政府、企業、社会組織、家庭と個人等の役割の明確化、参与の仕方、社区在宅養老問題の具体的な解決方法
2. 政府の役割。政府は管理者とサービスの提供者として、社区在宅養老政策の市場行為と福利行為をどのように区別するか。

また、在宅養老サービスは、サービスの単一性、資金不足、サービス提供を担う人材が少なく、専門性が低いといった4つの課題を抱えている。さらに、在宅養老に係わる機関の間の連携や、高齢者に関係する各部署の間の連携も不十分で、力が發揮できていないことも指摘している。

任焜越（2005）は、現在、在宅養老サービスはまだ發展の初期であり、政策の不整合、發展規範の不在、専門化と社会化が遅れていることで、実践と探索はまだ沿海都市部と経

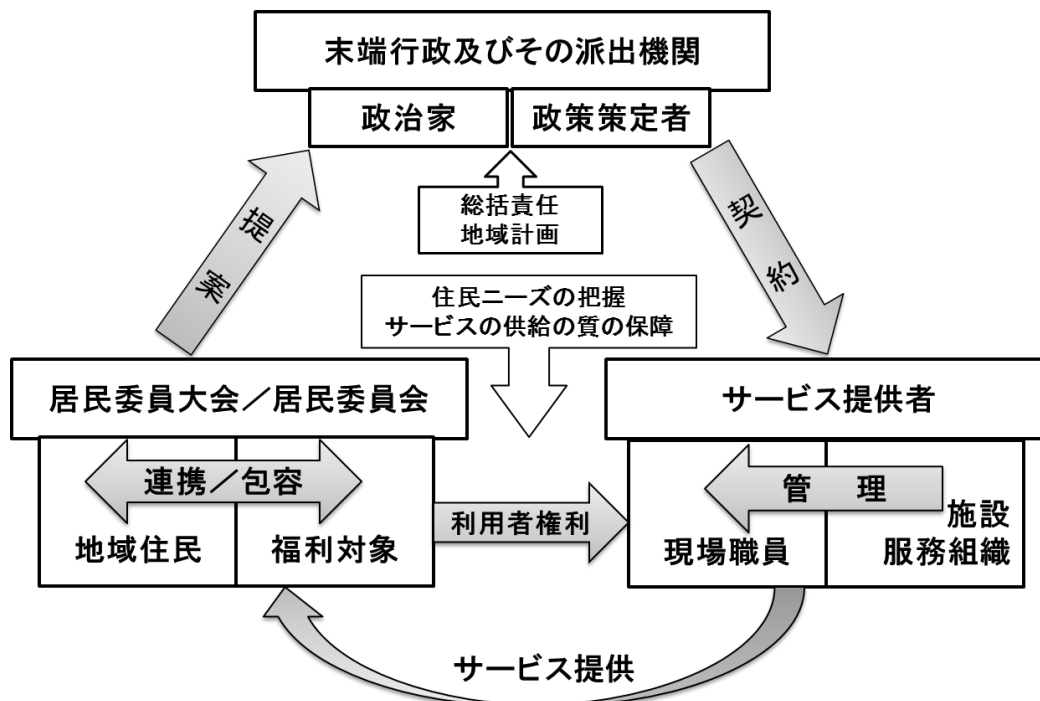
済発達地域に限定されていることを指摘している。

孟宪东（2010）は、中国の都市部に存在する一人っ子の親の養老問題の解決には、社区在宅養老が最も適していると述べている。

呉世民（2010）は、居民委员会はサービスの監督者であり、住民を代表して、サービス提供者に監督権を行使し、行政に意見や提案をする役割を持っていることを示している。社区福利サービスの供給の仕組みを引き上げるためには、参与主体それぞれの責任と役割を明確化し、行政・市場・社会のメカニズムの強みを発揮しながら、三者の適切な組み合わせを実現させることによって、社区サービスの質と効率を向上させることが重要なポイントであると指摘している。

沈潔（2014）によれば、「社区建设」の施策の主眼は、社区サービスの産業化、社区福祉施設の体系化、社会サービス供給の多元化を通して、住民生活の基盤作りに力を注ぐことにあるという。また、「社区建设」が経済発展の国家戦略の一環として取り込まれたことから、住民の主体的参加による在宅ケアサービス、専門的なケアサービス、予防的なケアサービスを含めた「社区福祉」の構築が求められると指摘している。すなわち、次のステージである「社区福祉」においては、公益公共圏の中核として、住民の主体化や社区の組織化、専門化、生活化等が展開されていくとしている。

図 3-2 社区福祉サービスの責任関係図



出典：沈潔（2014）『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか』ミネルヴァ書房
 （呉世民（2010）「城市社区福利服务的需要压力与供给体系建设」 『民政論壇』）

沈潔（2014）によれば、近年、「社区福祉」という言葉が政策用語・生活用語として使わ

れるようになっており、実際、社区福祉モデルを目指す先駆者の姿が現れ始めているという。例えば、図 3-2 に示した社区福利サービスモデルは北京市民政局社会福祉担当官が提示したものである。地域福祉推進の主体は、地域住民、社会福祉を目的とする非営利事業を経営する者および行政の三者から構成される。主な課題は、住民の生活課題をいかに解決するかということにある。社区福祉のキーワードは福祉性・互助性・公益性である。この図は、地域住民・サービス組織（福祉 NPO）、行政の協働の相関関係を示したものであり、行政の中核的な役割を強調している。いずれにしても、社区福祉の概念及び理念は社会福祉の現場に浸透しつつあり、今後のさらなる展開が期待されると述べている。

第6節 先行研究からみた高齢化対策の論点

以上「社区」、「高齢化問題」、「社会保障の課題」、「高齢化対策」、「在宅養老・社区養老」についての、政策動向と先行研究のレビューを行った。中国の高齢化問題の解決には、在宅養老をどのように発展させるかが重要なポイントになるであろう。一見、在宅養老サービスの種類は多いが、実際には単一のものしか提供されていない場合も多い。その理由として、サービス提供者の不足がまず挙げられるが、もう一つの理由としては、利用者、住民のニーズに合わないサービスが多いことも指摘されている。したがって、現段階のニーズを的確に把握し、ニーズに合わせて、サービスを統合する中間支援組織が必要である。

また先行研究では、専門性を持っている人材の不足が課題として挙げられている。そのために、専門的な人材の育成が急務であることに加えて、一般住民が高齢化問題、介護問題への関心を高めることと合わせて、高齢者自身が要介護問題、健康への関心を高めることも求められている。また、住民教育の重要性という意味でも、これらに対応できる中間支援組織が必要であると同時に、この中間支援組織を中心とした仕組み作りが課題の一つである。さらに今後は、その中間支援組織の具体的な役割を明らかにすることが求められる。ところが、これらの点に関して、先行研究ではあまり検討がなされていないことから、本研究では、複数のフィールド調査を通して、これらの課題の解決策について明らかにする。

第4章 高齢化対策の先進的都市・大連市 — その対策と現状—

本章では、大連市の概要・現状と課題において先行研究やヒアリング調査の中で入手した資料をもとに現状と課題のまとめと整理を行う。大連市全体の経済状況、人口及び高齢化状況と特徴など、さらに医療保険制度、年金制度、高齢化対策に関する政策の整理、実施しているサービスの現状から見える大連市の高齢化対策の課題を明らかにする。

第1節 大連市の概況

本節では大連市の全体状況を概観する。

1 大連市の概要

大連市は、全国より13年早い1987年に65歳以上の高齢者が人口の7%を超え、高齢化社会に突入した。同市は、遼東半島の最南端に位置する。港町であり、貿易都市、工業都市および観光都市の側面ももつ。

現在、大連市は7区（中山区、西崗区、沙河口区、甘井子区、旅順口区、金州区、経済技術開発区—国家に認知されていない）、3県級市（瓦房店市、普蘭店市、庄河市）、1県（長海県）を管轄している。また、全市社区居民委員会⁷⁸573カ所（2012年）である。具体的な行政区の区分、また大連市と市内4区の面積・人口・高齢化率・街道、鎮、郷、社区の数などを纏めると、表4-1のようになる。

⁷⁸ 大連市では「社区」も社区居民委員会と言い、中国では、都市地域社会やコミュニティのことを「社区」という。

表 4-1 大連市と市内 4 区の面積・人口・高齢化率・街道、鎮、郷⁷⁹、社区の数など

		大連市全体	中山区	西崗区	沙河口区	甘井子区
行政区の基本状況	街道	95	8	7	9	15
	社区 居民委員会	573	51	45	88	133
	郷	20	-	-	-	-
	鎮	46	-	-	-	-
	村委員会	-	-	-	-	47
土地面積、人口密度及び人口	土地面積 (km ²)	12,573.85	40	24	35	452
	総世帯数	2,055,511	133,631	114,795	230,919	266,842
	総人口(人)	5,848,049	357,632	306,139	657,021	743,795
	人口密度 (人/km ²)	465	8,919	12,788	18,929	1,647
	男性	2,937,776	175,913	151,561	326,149	382,593
	女性	2,910,273	181,719	154,578	330,872	361,202
高齢者人口状況	合計	1,037,836	65,654	59,623	138,530	118,202
	60-64歳	412,227	12,474	15,265	44,230	44,499
	65-79歳	458,919	43,988	38,493	74,299	58,762
	80-99歳	166,317	9,164	5,849	19,947	14,905
	100歳以上	373	28	16	54	36

出所：大連市統計年鑑（2012年）より、筆者作成。

2 大連市の経済産業構造

大連市の経済産業構造は以下の 3 点にまとめられる。

- ① GDP 7,650.80 億元（2013 年度）
- ② 一人当り GDP（人民元建て）111,268.18 元（一人当り GDP 17,966.19 ドル）
- ③ 産業別 GDP（第 1・2・3 次）

表 4-2 に示したように、大連市全体の GDP が増加してくることが分かる。そのうち、第 1 次産業は占めている割合が減りつつ、第 3 次産業は増加してきたことが明らかになった。

表 4-2 産業別 GDP

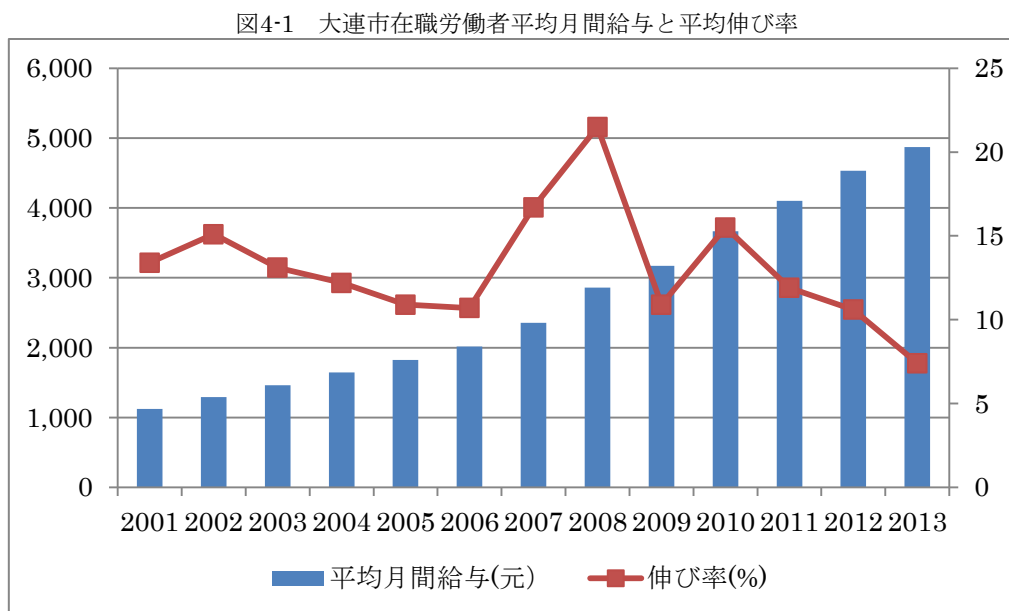
区分 (単位:億元)	1990年	1995年	2000年	2003年	2004年	2006年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
総数	191.1	645.1	1110.8	1632.6	1961.8	2569.7	3858.2	4417.7	5158.1	6150.1	7002.8	7650.8
(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
第1次産業	23.5	69.0	105.4	135.6	153.1	208.6	289.1	313.7	345.6	393.6	448.2	474.3
(%)	12.3	10.7	9.5	8.3	7.8	8.1	7.5	7.1	6.7	6.4	6.4	6.2
第2次産業	98.7	305.3	517.2	782.5	983.3	1229.0	1993.9	2314.9	2646.1	3204.2	3634.5	3894.3
(%)	51.7	47.3	46.5	47.9	50.1	47.8	51.7	52.4	51.3	52.1	51.9	50.9
第3次産業	68.8	270.8	488.2	714.5	825.4	1132.0	1575.2	1789.2	2166.4	2552.3	2920.2	3282.2
(%)	36.0	42.0	44.0	43.8	42.1	44.1	40.8	40.5	42.0	41.5	41.7	42.9

出典：大連統計年鑑（1990～2013年）より、筆者作成

⁷⁹ 郷と鎮は同じレベルの行政単位である。郷は総人口が 2 万人以下、郷政府の所在地の非農業人口（戸籍が農民ではない人）が 0.2 万人以上である。鎮は総人口が 2 万人以上、鎮政府の所在地の非農業人口（戸籍が農民ではない人）が総人口の 10%以上である。

④ 在職労働者平均月間給与と平均伸び率

図4-1に示したように、2000年以降には、大連市在職労働者の給与は平均伸び率が近年下がっているが、平均月間給与が伸びていることが分かる。



出典：大連統計局、大連市労働社会保障局 H.P より、筆者作成

※注：i 2013 年度中国主要都市の在職労働者平均月間給与（全国平均は 3,806 元）大連市は 7 位である。（出所：2013 年上半期）

ii 市区住民一人当たり年間平均可処分所得 30,238 元

iii 農民一人当たり年間平均収入 17,717 元

第2節 大連市の人口構造の特徴と推移

まず高齢化の状況についてであるが、2011年末で、大連市の戸籍上⁸⁰の総人口は588.54万人であり、60歳以上の高齢者人口は111.0万人で、総人口の18.9%を占めている。その中、そのうち、65歳以上の高齢者人口は77.4万人、総人口の13.2%を占めている。2010年と比べ、60歳以上の高齢者人口は5.3万人増加した。前述したように大連市は全国より13年早い1987年に、65歳以上の高齢者が人口の7%を超え、高齢化社会になっている。高齢者人口は毎年4%のスピードで増加しており、全国の平均速度より1ポイント高い。2015年末には大連市の戸籍上総人口は643万人、60歳以上の高齢者は135.7万人に達し、総人口の21.1%を占めると予測されている。

一人暮らし高齢者の増加と平均世帯人数の減少に関して、2010年の全国人口調査によれば、大連市では60歳以上の高齢者がいる世帯は69.8万世帯で、全市総世帯の30%を占めており、2000年より2.9%増加した。また、「空の巣家庭」は30.6万世帯で、高齢者総世帯の43.9%を占め、2000年より10.6%増加した。そのうち、一人暮らし高齢者世帯は11.3万世帯で、高齢者総世帯の16.2%を占め、2000年より5.5%増加し、老夫婦のみ家庭は19.3万世帯で、高齢者総世帯の27.7%を占め、2000年より5.1%増加した。また、平均世帯人数は2.63人であり、2000年より0.36人減少し、1990年からみると約1人(0.84人)減少した。

大連市統計局の「大連市第5次全国人口調査報告」によれば、2000年に市(戸籍上)の人口が551.5万人に達している。また、1990年の全国人口調査と比べると、10年間の人口変化は以下のように4つの特徴が示されている⁸¹。

第1、人口の増加が有効に抑えられた。自然人口成長率は80年代末より7%₀下がり、低出産発展段階に入った。

第2、人口高齢化のスピードが速い。今回の人口調査で、大連市における0～14歳人口は総人口の16.02%を占め、1990年より5.27%減少した。また、65歳以上の人口は総人口の8.65%を占め、1990年より2.24%増加している。

第3、平均世帯人数の減少。今回の人口調査では、大連市の平均世帯人数は2.99人であり、1990年より0.48人減少している。

第4、流動人口の急増。1990年の人口調査では、大連市に流入した人口が11.2万人と総人口の2.1%を占めたが、2000年の人口調査では43万人となり、総人口の7.3%を占め、大連市で増加した人口の66.4%を占めた。多くの高齢者が大連市に定住することも、大連市の高齢化率が上がる原因の一つとなっている。

⁸⁰ 1958年に公布された『戸籍登録条例』による戸籍管理制度である。農村と都市で二元化されている。

⁸¹ 「大連市第5次全国人口調査報告」より。

また、2005年に人口の1%を対象に行った人口調査の結果によると、大連市の戸籍に登録された人口は565.3万人、そのうち60歳以上の高齢者人口は88万人と同市の人口の15.6%を占め、その高齢化率は中国の平均より約4%高くなっている。そのうち、約50%の高齢者世帯は「空の巣家庭」である。そして、現在大連市では100歳以上の高齢者が400名に達し、平均寿命は80歳以上になっており、大連市の6人に1人が60歳以上の高齢者である⁸²。老年人口（60歳以上高齢者）は、毎年平均4%のスピードで増加しているといわれている⁸³。2008年9月大連市民政局、大連市老齡弁公室などが共同で行った連合調査によれば、高齢者の生活状況は、①年金収入が低い（毎月900元以下で高齢者の50%は800元以下）②居住面積が狭い（高齢者の50%は子どもと同居している）③医療負担が重い（高齢者の50%は、毎年医療費用を2000元以上支払っている）④活動場所が少ない（60%以上は家、道路、公園で活動している）⑤孤独でストレスが大きい（50%が「空の巣家庭」であり、30%以上は一人暮らしである）としている⁸⁴。

⁸² 「対応老齡化急需拿辦法」（2008年7月16日）『半島晨報』A04版

⁸³ 「大連市養老福利新政策新聞發布會」より（2008年9月2日）

⁸⁴ 「大連七成老人内心抑鬱多為空巢老人傾訴無門」（2008年10月14日）『半島晨報』

第3節 大連市医療保険制度・年金制度について

中国の中央政府では、医療保険制度や年金制度について、それぞれの「意見」や「通知」を出しているが、自治体の経済状況などにより、国から出された医療保険制度の基準に準じて、独自の政策をとることができる。これによって中国では、例えば医療保険制度は大枠では似ているように見えるが、個別具体的には違うことがわかる。ここでは、大連市医療保険制度・年金について取り上げる。

1 医療保険制度

中国の医療保険制度については、1980年以降からいくつかの改革を行っており、1998年12月14日には国務院が「市、鎮の従業員に関する基本医療保険制度を建てる決定」を公布した。その中で、基本医療保険制度の任務、原則、基本医療保険基金及び医療サービスの管理、監督などについて制定し、医療保険に関する政策の方向性が示された。大連市では「従業員」（在職者）、「私営業者」（失業者、私営業者、自由職業者、私営企業に在職者）、都市部住民（児童、老人、生活保護者、低所得者）、大学生、退職者で5つに分けられている。それぞれの保険料の基準や保険料の分配は下の表4-3のように異なっている。

表 4-3 大連市の医療保険制度について

被保険者	備考	保険料	保険料の分配		医療機関
従業員		I 企業 + II 個人 I 企業 ①中山区・西岗区・沙河口区・甘井子区・大連高新技术産業園区内企業には、前月賃金総額の8% ②旅順口区、金州区・県、大連経済技術開発区内企業は各自の自治体で設定し、大連市政府に批准されて、実施する II 個人 ①中山区・西岗区・沙河口区・甘井子区・大連高新技术産業園区内企業には、本人の前月賃金総額の2% ②旅順口区、金州区・県、大連経済技術開発区内企業は各自の自治体で設定し、大連市政府に批准されて、実施する	個人口座 ①45歳以下、賃金の2.8% ②45歳以上、賃金の3.3% 社会プール基金 (I 企業 + II 個人) - 個人口座	診査・支払 請求	外来診察 入院 指定薬局
私営業者	・失業者 ・私営業者 ・自由職業者 ・私営企業に在職者	本人が納入している年金の基数の6% (社会平均賃金より低い場合は社会平均賃金の6%を納入する)	社会プール基金	診査・支払 請求	外来診察 入院
都市部住民(児童・老人・生活保護者・低所得者) (2007年から実施)	・児童(非農村戸籍かつ18歳以下) = 未成年 ・老人(大連非農村戸籍かつ無年金者) = 男性60歳以上・女性50歳以上 ・生活保護者(非農村戸籍かつ18歳以上)	・年間1回支払 ・児童(未成年) 毎年80元(50%補助) ・老人 前年度社会平均賃金の2.5%(40%補助) ・生活保護者 無料(100%補助) ・特殊教育学校の学生 無料(100%) ・軍人の遺族かつ未成年 無料(100%)	社会プール基金	診査・支払 請求	外来診察 入院
大学生 (2009年から実施)	3年制短期大学あるいは4年制大学に在学学生	毎年1回支払 年間80元(50%補助)	社会プール基金	診査・支払 請求	外来診察 入院
退職者	・男性60歳以上 ・女性50歳以上 年金保険加入者	(25年間以上医療保険加入者) 無料	個人口座 本人年金の6.5% 社会プール基金	診査・支払 請求	外来診察 入院 指定薬局

また、具体的な①給付方法と②社会プール基金⁸⁵の給付基準は以下のようになっている。

① 給付方法

- a 個人口座：毎月初めに振り込まれる。
- b 社会プール基金：毎月 5 日のまでに、医療機関は前月に入院した患者が実際発生した診療項目や薬品の費用の明細を医療保険経弁機構に提出、審査によって、毎月 20 日に医療機関に振り込まれる

② 社会プール基金の給付基準

- a 給付基準以内の費用は個人口座から支払う、あるいは自己負担になる。
- b 最高給付限度額 年 5 万元 (限度額を超えた場合には、医療保険の拡充や公務員医療補助等で解決ができる)
- c 給付基準：三級病院 850 元 二級病院 500 元 一級病院 300 元 (医療機関の等級は市以上の衛生行政部門による認定される)
- d 個人負担の割合：三級病院 15% 二級病院 12% 一級病院 10% (「大連市城鎮職

⁸⁵ 「社会プール基金」とは企業が納めた保険料は個人口座に帰入する一部分以外、残された保険料をプール基金にして、全体的に管理するものである。

員基本医療保険実施弁法」より)

e 退職者（従業員基準の 50%になる）三級病院 7.5% 二級病院 6% 一級病院 5%
 （「大連市城鎮職員基本医療保険実施弁法」より）

※ 高血圧・心筋梗塞・糖尿病（合併症あり）・慢性肝炎・結核の 5つの慢性病には年度内、
 1次入院の場合 75%を給付、2次入院の場合 50%を給付、3次入院の場合が病名により 25%
 を給付、4次以上入院の場合給付しないと決められている。（大労医字[2004]59号より）

現在の大連市における病院、診療所、衛生所等の医療資源数は表 4-4 のとおりである。病
 院のベッド数でみると、2011 年末には、病院と衛生院を合わせて 32,874 床があり、平均
 1000 人に 5 床である。

表 4-4 大連市における医療資源の整備

類 型	箇所	ベッド数	医者人数
病院	111	29,140	9,417
療養院	4	1,100	34
社区卫生サービスセンター	98		650
衛生院	105	3,734	770
問診部	158		787
救急センター(ステーション)	4		61
採血機構	3		18
婦女・児童保健所	13	321	375
専科疾病予防治療院	5	100	27
疾病予防コントロールセンター	17		318
衛生院監督所	11		
医学科学研究機構	3		20
その他衛生機構	21		91
診療所・衛生所・医務室	1,804		2,506
合 計	2,357	34,395	15,074

出所：大連統計年鑑（2012 年）より、筆者作成

2 年金制度について

前にも述べたように、現行の都市部従業員年金制度は、1997 年に公布された「統一的な
 企業従業員基本年金制度の設立に関する決定」の規定を基本とし、各省の実情に合わせた
 規定（年金加入対象者、年金の保険料率、給付率）が制定されているため、地域・年齢に
 より、支給額が異なっているのが現状である⁸⁶。

ここでは、大連市人民政府が 2007 年に発表した第 77 号「関与完善企業従業員基本養老
 保険制度的意見通知」を整理し、具体的に大連市の基本養老保険制度はどう決められてい

⁸⁶ http://www.clair.or.jp/j/forum/forum/sp_jimu/170_3/index.html#1 により。

るかを見てみよう。

1) 納める保険料

①企業及び従業員

a 企業の従業員は本人の前年度の実月平均給料の総額を納める。条件が成熟した場合には本人の実際の前月の給料の総額を納める。2006年7月1日から、保険料を納める金額は最小が全市、前年度在職者の月平均給料の60%で、最大が300%までとする。確定できない従業員は全市前年度在職者の月平均給料を納める。

b 企業は全ての従業員の給料を納める。

②私営業者と自由職業者

2006年7月1日から、私営業者及びその従業員、また自由職業者は全市前年度の在職者の月平均給料を納める。

2) 保険料を納める割合

①企業の従業員は本人の納める総額の8%を納め、全部個人口座に記入する。企業は企業の納める総額の19%を納め、社会プール基金に記入する。

②私営業者と自由職業者は本人の納める総額の20%を納め、そのうち、8%を個人口座に記入する。残りの12%を社会プール基金に記入する。

3) 基本養老年金支給方法

①2006年1月1日から支払年限は15年以上の方には毎月基本養老年金を支払う。基本養老年金は基礎年金と個人口座養老年金で構成される。計算公式：

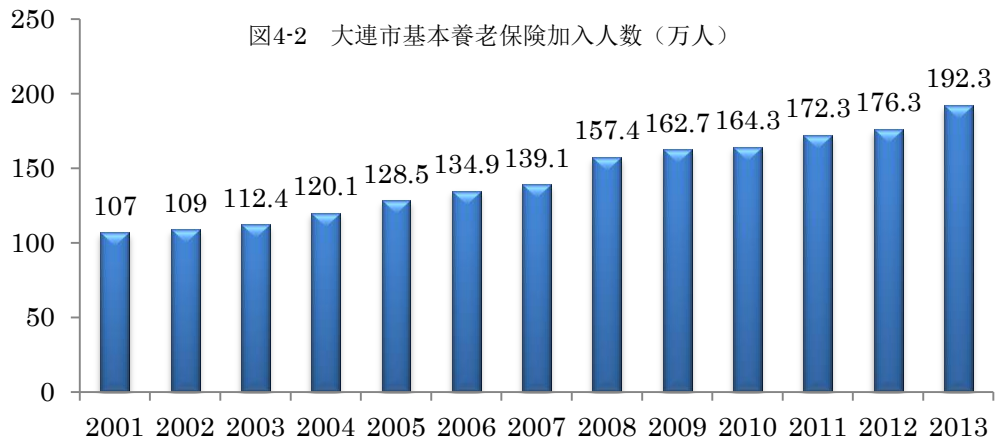
a 基礎年金の基準 = (本人が退職した時に全市前年度在職従業員月平均給料 + 本人指数化された月平均給料) ÷ 2 × 納めた年限 × 1%

b 個人口座養老年金の基準 = 個人口座累計貯蓄額 ÷ 支給月数 (退職した時に都市部人口の平均予期寿命、本人が定年した年齢、利息等の要素による確定)

②国家法定の定年退職年齢に達する時点で、保険料を納める年限は15年間に満たさない場合、基礎養老年金を支給せず、個人口座に貯蓄された額を一括して本人に支給され、基本養老保険関係を終止する。

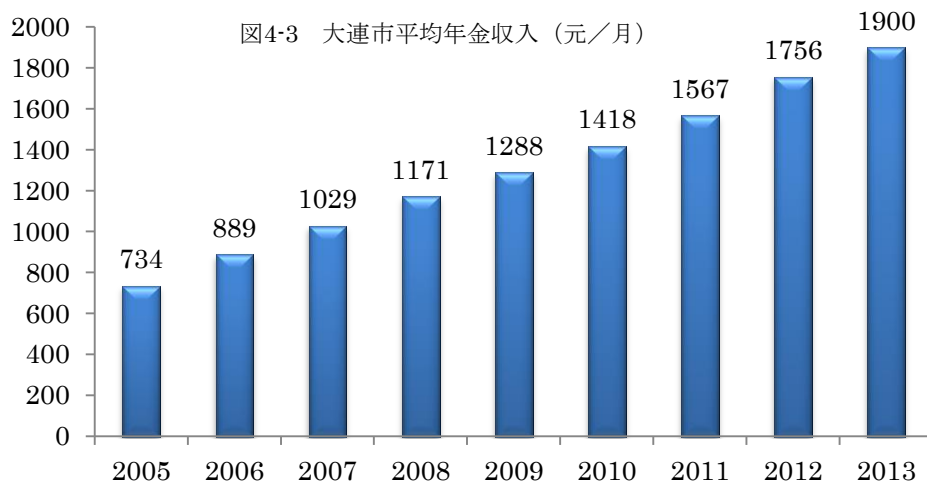
2010年末まで、大連市基本養老保険に加入した人数は164.3万人、徴収した社会保険料は121.7億元であり、それぞれ前年年末より1%と8.6%増加した。その結果、67.1万人の離・退職者の年金を確保することができた。2010年における企業からの退職者の平均年金は1,418元/人・月で、6年前より10.1%増加し、遼寧省では第一位である⁸⁷。

⁸⁷ http://society.yunnan.cn/html/2013-09/22/content_2892612.htm 20131030 アクセス
2012年に遼寧省平均年金収入は1,683元で、全国の18位になる。



大連市統計年鑑（2001～2013年）を参照。筆者作成

図4-2を見て分かるように、都市化の進展に伴い、基本養老保険加入人数が毎年増加してきた。



大連市統計年鑑（2005～2013年）を参照。筆者作成

図4-3に示しているように、年金収入は毎年増加していることが分かる。2012年には、平均年金は1か月1,756元となったが、大連市内4区の高齢者のタイプと年金収入の内訳を見てみると、格差が大きいことがわかる。

① 「離休」⁸⁸の高齢者：市内に約13,800人おり、市内高齢者人口の約3.46%を占めている。「離休」とは共産党の幹部や戦争時の革命家などである。平均の年金収入は5,000元以上で、国家からも各種の特別待遇も受けている。

⁸⁸ 建国前から建国に関わる仕事に参加した人が、既定の年数に達したあるいは病気・障害の原因で仕事能力を完全に喪失した人は法規に従って、定年退職し、年金を受ける。

- ② 「退休」⁸⁹の高齢者：市内に約 33 万人おり、市内高齢者人口の約 94.5%を占めている。その中には機関・事業単位⁹⁰（約 28%）から定年退職した高齢者の平均年金収入は 2,800 円で、そのなかには 5,000 元以上にも達する高齢者もいる。その以外の高齢者（約 23.8 万人）は企業からの定年退職者で、平均年金収入は 1,200 元である。
- ③ それ以外、年金がない高齢者は約 1 万人で、市内高齢者人口の 2.2%を占めている。月收入 360 元以下の人は最低生活保障を受け、行政から補助金を受給している（最高金額は月 360 元まで）。

3 近年の高齢者に関する政策

養老事業を促進するために、大連市民政局は市の委員会と政府の名義で順次に、「老齡工作への強化に関する決定」、「大連市の社会福利社会化の加速を実現するための工作方法」、「社会福利施設管理への暫行の方法」、「ミニ家庭式養老施設の基本的な規範（暫行）」、「養老サービスの社会化を発展させるためのモデル活動の実施意見」、「大連市“敬老活動”の実施に関する意見」、「都市部の社会福利施設等級の評価の基準」、「社会福利施設の要介護者の区分及び介護規範」などを公表し、養老サービスの社会化の政策を整えてきた。これらの政策でカバーしている領域は施設や在宅養老サービスの拡大を促進する政策、三無老人などの貧困高齢者への保障が中心となっていることがよく分かる。

それぞれの領域を見れば、分かるように、

- ・ 養老サービスの社会化の拡大
- ・ 在宅養老サービスの拡大・強化
- ・ 養老施設への補助の強化
- ・ 生活補助金の対象者は生活困窮者・90 歳以上の後期高齢者を中心とする

表 4-5 近年大連市で出された政策について

領域	年次	政策	概要
社会福利サービス全体	2000 年	遼寧省人民政府弁公庁「関与加快實現社会福利社会化意見的通知」	<ul style="list-style-type: none"> ・2005 年までに都市部では、1000 人高齢者に対して 10 ベッドに整備。目標:2.8 万床。 ・民間資金を最大利用し、社会福利社会化の推進。 ・社区居民委员会は社会福利サービスの重要な頼りとなる
	2010 年	「大連市人民政府関与加快發展養老服務業的意見」	
	2005 年	遼寧省民政庁「関与深入推進居家養」	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅養老サービスの意義を強調 ・在宅養老サービスの主な内容

⁸⁹ 建国後に仕事に参加した人が、既定年数に達したあるいは病気・障害の原因で仕事能力を完全に喪失した人は法規に従って定年になり、年金を受ける。

⁹⁰ 公務員・大学教員等を含めている。

在宅養老サービス		老服務工作的通知」	・在宅養老サービスを推進するための要素
	2008年	大連市民政局・財政局「大連市完善居家養老服務工作實施意見」	<ul style="list-style-type: none"> ・社区をベースとなり、高齢者の家庭に直接サービスを提供する ・生活保護を受けている60歳以上の高齢者、遺族単身高齢者には在宅養老サービス補助金を給付する ・「三無老人」は公営社会福利院の入所を勧め、民營養老施設に入居する「三無老人」と遺族単身高齢者には適切な補助金を給付する ・在宅養老サービスの養護員は研修などを受け、資格証を持ってサービスを提供する
	2010年	「大連市城郷社区養老服務中心建設標準(試行的)的通知」	3年計画、建設基準、目的などを定めている
養老施設	2006年	大連市民政局「大連市小型家庭養老機構基本規範(暫定)的通知」	<ul style="list-style-type: none"> ・「国务院弁公厅転発全国老齡委弁公室和發展改革委等部門関与加快發展養老服務業意見的通知」(2006)の指針より、設定 ・開設者は自宅を改築し、高齢者に養護、世話、リハビリなどのサービスを提供するミニ養老施設 ・申し込みと審査の条件(6~15ベッド、一人当たりの面積10㎡等の基準) ・社区卫生サービスセンターと連携し、「医療サービス契約」をする
	2008年	大連市民政局「大連市社会養老福利機構新增床位資助暫行弁法」	・補助金を出す対象、30床以上の養老施設には必要な条件(ハード面などの条件等)。30床以下の基準は「大連市小型家庭養老機構基本規範(暫定)的通知」を参考
在宅養老サービス、養老施設	2010年	「関与完全我市養老機構和居家養老資金補貼政策的的通知」	<ul style="list-style-type: none"> ・社区養老サービスセンター80か所、養老施設の補助金の基準、後期高齢者や失能貧困高齢者の保障型のベッドは2000床を増設する。 ・市内4区及び大連高新園区にある非営利の養老施設には、一人100元/月、他の区には80元/月を補助する。 ・貧困高齢者には自立:100元、80元/月、半自立200元/月、非自立400元/月 ・財源は区(市・県)財政による負担
後期高齢者	2007年	大連市財政局・民政局「関与提高我市百歳老人生活補貼標準的通知」	各区市県の財政を負担する。100歳以上の高齢者に一人当たり100元/月
	2010年	「関与做好全市90歳以上高齢老年人生活補貼發放工作的通知」	90歳以上の高齢者への生活補助について
高齢者 失能	2011年	「関与印発大連市困難老年人身体失能狀況弁法(試行的)的通知」	失能高齢者の判断基準
高齢者 貧困	2010年	「大連市城鎮“三無”人員認定暫行弁法」	<ul style="list-style-type: none"> ・「労働能力がない、生活収入がない、義務扶養者がいない」 ・市民政局は認定機関であり、主管部門である
年金	2010年	「大連市城鎮無社会保障老年居民養老保障暫行弁法的通知」	・70歳以上の人は支払う日から連続5年間毎月100元、70歳以下の人は75歳まで毎月100元を支払えば、支払う翌月から毎月200元の養老保障金をもらう
	2013年	「大連市人民政府関与建立城郷居民社会養老保險制度的實施意見」	

筆者作成

第4節 大連市における高齢者介護サービスの現状

大連市の高齢化の特徴、社会保障制度をみてきた。次に大連市における高齢者介護サービスの現状を見ていく。大連市では、2006年7月時点では以下のような10種類の高齢者介護サービスを実施している。

養老施設：老人ホームで高齢者の介護を実施する。大連市では福祉施設が合計223ヶ所あり、ベッド数は1.94万床に達している。その内訳は、公営施設が19ヶ所、集体（日本でいうと、協同組合）で経営している施設が83ヶ所、個人や株式会社で経営している施設が128ヶ所である。

ミニ家庭式養老施設：自宅の空き部屋を改築し、自分の親を介護するとともに、区内の高齢者を募集して介護を行う。ベッド数は6～15床である。家族でサービスを提供するところが多いため、開設しやすい、資金の投入が少ない、家庭的な雰囲気が濃い、サービスが充実しているなどの特徴を持っている。現在施設は20ヶ所ある。

托老所（日本でいうデイサービス）：社区あるいは街道に開設され、日帰り方式で、活動室、休憩室、食堂および高齢者教室を設置し、9時から17時の間に開かれており一緒にゲームなどの活動をし、昼食を食べ、夕方自宅に戻る。市内4区には31か所ある。ただし送迎はない。

「家庭養老サービス」：「養護員」（日本でいうと、ホームヘルパー）派遣サービス：2002年9月に大連市の沙河口区で初めて設立され、全国に普及した。中国の伝統的な家庭養老と緊密な関係がある新しい養老方式といわれ、政府が失業者に介護サービスの育成訓練を行い、貧困高齢者の家庭へ派遣し、養老サービスを提供する。つまり、「養護員」を派遣し、サービスを提供する。その利用方法は、街道弁事処が管轄する「在宅養老サービスセンター」か、社区居民委員会が管轄する「在宅養老サービスステーション」に申し込み、利用者のニーズとヘルパーの条件などをマッチングした、有償または低額でサービスの提供を受ける。2010年末の利用者は2,678名である。在宅養老の補助金の基準は地域やADL、年齢によって異なるが、月1人当たり80元～500元を受給することができる。

貨幣化養老：「三無老人」または最低社会生活保障金を受けている高齢者は政府による補助金を受け、自主的にサービスを選択し、サービスを購入する。補助金は利用者の年齢と健康状態によって区分され、月1人当たり50元～200元の利用券の形で支給されている。施設養老を選択した高齢者は、範囲以内の施設に入所することができる。その差額は、政府からの補助金の支給あるいは施設による免除となる。この貨幣化養老は、2005年から大連市中山区虎灘街道で創始され、その後、全大連市に広がって、2010年末現在8,125名の貧困高齢者がこの養老サービスを受けている。

訪問介護：一人暮らし高齢者のために「世話人」を手配する。日常生活ケア、健康管理、生活用品の購入、レジャー娯楽などを、訪問によりサービスを提供する。2010年末現在732世帯の高齢者が利用しており、延べ人数が8,500人である。サービスステーションは23ヶ

所設置された。

他地域間連携介護：現住地の介護施設あるいは仲介機関に登録し、他地域の介護施設で介護を受ける。毎年約 2,000 人の高齢者が、大連市で旅行・養老サービスを利用している。

学校・介護の連携：国内外の知識人の高齢者を対象として、大連市が介護サービスを提供する。これに対して、無償あるいは低報酬で知識や経験を教える。

情報化介護：介護サービスの関連情報を増やし、介護サービスの情報化を目指す。西岗区に創設された。“養老 110 番”の呼び出しプラットホーム、区内の高齢者の“救急ベル”システム、「空の巣」高齢者用の“愛心ベル”などの情報手段を通して、社会福祉施設・社区卫生サービスセンター・街道社会化養老サービスセンター・社区日中高齢者活動センターなどの養老サービス資源を統合し、養老サービスネットを形成する。これにより養老サービス内容・資源・機能を開拓し、24 時間・全方面のサービスが提供できるシステムの構築を図る。

外資による養老施設：外国の資金や技術を導入し、高齢者養老施設を設立することで、高齢者介護サービスシステムを完備させる。2003 年から民政局はインターネットを通して企業を誘致し、全面的に社会福祉事業の拡大を図っている。

2010 年から、新しい動きとしては、「家庭養老サービス」と「貨幣化養老サービス」と「托老所」を統合して、社区養老サービスセンターを立ち上げ、総合的な養老サービスを提供しようとしている。

2010 年から 3 年計画で 255 か所の社区養老サービスセンターを建設することになっている。計画によれば、養老サービスセンターは高齢者 2,000 人に付き、1 か所設置し、800 人の高齢者のニーズをカバーする。総合的な養老サービスセンターとして、高齢者向けのサービスを高齢者は自分の状況に合わせて、自分に合う養老方式を選べる。施設養老、日中托老、ヘルパー派遣、養老仲介サービス、応急救助サービス、リハビリテーション、精神的な慰め、またレジャー・文化生活の活動場所として利用できる。低額でサービスの提供を保障し、条件（「三無老人」や貧困高齢者など）を満たすと無料でサービスを受けられる。

表 4-6 は 2009 年現在、大連市の各行政区におけるサービス資源の分布表である。

表 4-6 大連市また各行政区にあるサービス資源

	施設	居宅養老サービス	ミニ家庭養老院	看護養成学校	托老所	老人用品	養老仲介サービス	社区卫生サービスセン
市	4			3				
中山区	7	8	5		2		3	7
西崗区	11	7	4		8	2	2	9
沙河口区	10	9	8		19	1	1	16
甘井子区	66	1	12		2			18
旅順口区	13	4	4		0			
金州区	3	6	1		0			
開發区	2	0	0		0			
普蘭店市	2	5	0		2			
瓦房店市	7	5	0		1			
庄河市	2	0	0		1			
長海県	2	0	0		0			
合計	129 (18400床)	45	34 (584床)	3	35 (395床)	3	6	50

出典：大連市労働保障ネットー医療保険特定医療機構⁹¹より、筆者作成

⁹¹ <http://www.ldbzj.dl.gov.cn/info/yb.jsp?sname=&recordPerPage=25¤tPage=44>
アクセス 2009 年 11 月 24 日

第5節 現状から見える課題

大連市は東沿海都市として、中国の経済改革開放の最初の地域である。2013年の中国国
家統計年鑑によれば、大連市のGDPは7650.79億元で全国の12位であり、在職職員の平
均収入は58,946円で、全国の13位で、一人当たりのGDPは17966.19ドルである。中国
(2013年 6,958.69ドル)では比較的裕福な都市である。

大連市の医療保険と年金制度についての整理からは基本的な保障について整備はされて
いるが、その整備や水準は充実しているとは言えないことが明らかになった。

また、発展途上国である中国は、まだ2,000万人以上の貧困人口を抱えている。大連市
にも10万人の貧困者層が存在し、その3分の1が高齢者である。このような人びとは政策
やサービス対象の中心となり、何らかのサービスによって、保障されていることがあきら
かになった。

養老施設に関して大連市では、2012年までに総床数が2万床に達しているが、高齢者人
口の3%を占めている。しかし、利用料金は、利用者の要介護度と施設の質により異なり、
2009年の平均利用料金は1,000元以上であった⁹²。これは高齢者の月平均年金収入の1,250
元からすれば、多くの高齢者にとって決して利用しやすい額とは言えない。このようなこ
とから、大連市の高齢者総人口に対して、十分なサービスが用意されているか疑問であり、
また、下記の表に表しているように施設の経営主体は民営が多くを占めており、入居者の
実態、抱えている課題について調べる必要性がある。

表4-7 大連市経営主体別、養老施設の箇所数とベッド数の分布

	箇所	箇所%	ベッド数	ベッド数%
公営	16	7.2%	3,342	15.4%
民営	190	85.2%	16,782	77.1%
集体	12	5.4%	1,031	4.7%
株式	5	2.2%	605	2.8%
合計	223	100%	21,760	100.0%

2012年に公表した大連市各種養老福祉施設一覧表に基づき、筆者作成。

一方、大連市の10のサービスの中では、コミュニティサービスの内容としては、「托老所」、「家
庭養老サービス」、「訪問介護」と「貨幣化養老サービス」が該当している。これらのサー
ビスについての先行研究も少なくないが、ほとんどは先進的な事例しか取り上げておらず
(楊団ら、2003⁹³；沈潔、2007⁹⁴；広井・沈、2007⁹⁵；江・沈、2008⁹⁶)、一般的な社区や

⁹² 2009年9月大連市におけるヒアリング調査結果から

⁹³ 楊団、葛道順(2003a)「大連市沙河口区居家養老院評価与発展報告」中国社会科学
院社会政策研究中心

社区居民委员会の実態が知られていないことから、それらについての現状を明らかにする必要がある。

⁹⁴ 沈潔（2007）『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』ミネルヴァ書房

⁹⁵ 沈潔・広井良典編著（2007）「中国の社会保障改革と日本」 ミネルヴァ書房

⁹⁶ 江立華・沈潔（2008）『中国城市社区福利』（中国都市部における社区福祉）社会科学文献出版社

第 5 章 大都市高齢者の意識にみる生活実態と課題 — 顕在化していない介護ニーズ

本研究は、中国都市部の社区を基盤とし、インフォーマル・サポートに重点を置いた高齢者支援システムの構築に向けて、大連市を対象としたフィールド調査の知見に依拠しながら、有効な理論及び実践モデルを検討することを目的としている。この目的を果たすため、高齢者の生活の実態と社区サービスまた、養老施設の現状を踏まえなければならない。

したがって、本章では大連市の高齢者の生活の実態と課題について行った調査結果の分析を中心に検討を行う。

第 1 節 都市部の高齢者の生活実態と介護ニーズ意識—調査の目的、概要及び方法—

1 調査目的

中国では、1970年代から、速すぎる人口増加を抑え、これによってもたらされるさまざまな社会負担を軽減するために、政府は計画出産を国策として実施してきている。30年以上の努力の結果として、人口の自然増加率についても、効果的に抑えられている。しかし、社会・経済の発展に伴い、人々の生活条件が改善され、死亡率が下がる一方で、人口高齢化の趨勢も示し始めた。これらを背景にして、第 2 章に述べたように、中国の高齢化の特徴は人口高齢化のスピードが速いこと、高齢人口の規模が大きいこと、「未富先老」・「未備先老」、高齢化の進行の地域間格差、「空の巣家庭」・「失独家庭」が挙げられる。

高齢化人口の増加によってもたらされた高齢者の介護問題は社会問題として注目されるようになった。前にも述べたように、2000年には国务院弁公庁は民政部の『加速実現社会福祉社会化的意見』（『社会福祉の社会化の加速を実現する意見』）を許可し、「福祉の社会化」を推し進めてきた。また、同意見では扶養形式は「居宅を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という発展方向を示した。2001年に民政部は全国福利宝くじの収益と一部政府の資金を投入し、全国で社区養老福利サービスネットワークを作り上げるための社区の高齢者福利サービス——「星光計画」⁹⁷を実施した。この計画によって、

⁹⁷ 2001年民政部より発表し、翌年から実施された。正式名称：『社区老年福利服务星光计划』。主な目標として、都市部では、各社区を重点に置き、社区高齢者福利サービスや活動場所を新設また開設し、社区にはステーションがあり、街道にはサービスセンターがある高齢者福利サービスネットワークを徐々に形成することである。

全国各地で高齢者の活動センターや社区高齢者サービス施設が建設され、高齢者の日常生活サービスは明らかに改善された。

第12次5カ年計画（2011年～2015年）『中国老齡事業“十二五”發展規劃』（『中国老齡事業の發展に関する“十二五”計画』）にも、「居宅を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充する」という養老サービス体系の構築を早期に実現しようとし、そのバランスは「9073」で、90%は社会的なサービスを通して在宅養老、6%はバウチャー制度を使って社区サービス、4%が機構（施設）養老のバランスで養老サービス体系である。そのうち、社区にある居宅サービスは将来の中国式の重要な養老方式であると指摘されている⁹⁸。中国では高齡化問題を解決するために、「9073」という養老政策が推進された。この政策が高齡者のニーズをカバーできるかどうか、どんな課題があるかを検討しなければならない。しかし、現在の社区での高齡者向けのサービス内容は決して高齡者の実際のニーズに合うものではないことが指摘されている⁹⁹。

裴曉梅（2009）養老介護ニーズを把握するのに用いられるデータには過去のデータや住民の主観意志を基づくものが多いが、それは合理性と客観性が欠如し、また高齡者の年齢や健康状態などの要因によって要介護ニーズが異なってくるため、サービスの継続性への対応ができていないことを指摘している¹⁰⁰。

一方、高曉路（2012）は、近年、老年社会学、環境心理学などの領域から高齡者の介護ニーズや養老方式の問題についての理論の検討と実証する研究が多く見られるが、統計データまた現地調査の結果より、高齡者の養老方式に対する選択及び影響要素に基づき、機構（施設）養老、居宅養老、社区日間托老所の需要について分析、予測を行う研究が不足していることを指摘している¹⁰¹。

さらに、顔秉秋（2013）は、現在、地域また高齡者の年齢層などによってそのニーズも異なってくるが、高齡者向けのサービスは量的、質的また仕組みも似通っているし、供給のずれも生じている。地域によって、高齡者は社区の高齡者向けサービスの情報を把握していない問題、社区の高齡者向けサービスは“ハコもの”（形だけ）となり、使えないまたは、使いにくい現象があると指摘している¹⁰²。

したがって、本章では、フィールドとして取り上げた大連市西崗区C街道の60歳以上の高齡者を対象とした自記式アンケート調査を通して、全体状況を把握しながら、現在介護・介助の状況、家族構成、年金収入、また年齢の4つの視点から、都市部の高齡者の介護ニ

⁹⁸ 孟宪东（2010）「城市独生子女父母的養老照護方式研究」『西南財經大学』

⁹⁹ 李德明、陳天勇、李海峰（2009）「中国社区為老服務及其对老年人生活滿意度的影響」『中国老年学雜誌』 第19期 pp.2513-2515

¹⁰⁰ 裴曉梅（2009）「構建需求构建需求导向型老年人城市生活社区」『上海城市管理职业技术学院学报』

¹⁰¹ 高曉路（2012）「中国城市居家老人養老行為調查分析——以北京市為例」『裝飾』第9期

¹⁰² 顔秉秋（2013）「城市老年人居家養老滿意度的影響因子与社区差異」『地理研究』 第32卷第7期 pp.1269-1279

ーズと、希望するサービスの利用料金、要介護予防の状況などについての分析を通し、生活実態と課題を明らかにする。

2 調査地域の概要¹⁰³

西崗区は大連市の中心部であり、全区域の面積は26.1km²で常住人口は約30万人である。7つの街道、45の社区を管轄している。調査を実施した大連市西崗区C街道の面積は2.625km²、人口は5万人以上、世帯数は約2万世帯で、6の社区を管轄している。

1) 高齢者人口の状況

2013年4月の60歳以上常住高齢者人口は5.9万人であり、全区域の常住人口の19%を占め、毎年3%のスピードで増加している。そのうち、70-79歳の高齢者は20,520人、60歳以上常住高齢者人口の34.7%を占め、80-89歳の高齢者は9,958人で、60歳以上常住高齢者人口の16.8%を占め、90歳以上の高齢者は980人、60歳以上常住高齢者人口の1.7%を占めている（そのうち100歳の高齢者は12人いる）。また、2015年末までに、60歳以上の高齢者は23%に達すると予測されている。

- ・「三無老人」は32人で、生活保護を受けている人は468人である。
- ・「失独」高齢者は241名で、遺族一人暮らし高齢者1,823名であり、60歳高齢者人口の約3%を占めている。
- ・「空の巣家庭」は25,642人で、60歳高齢者人口の43.3%を占めている。
- ・「空の巣家庭」が早いスピードで増加していると同時に、失能高齢者、半失能高齢者は増加してきた。区の調査によると、2013年4月現在には失能と半失能また大きな病気を抱えている高齢者人数は6,778人で、60歳以上常住高齢者人口の11.5%を占め、さらに、慢性病を抱え、毎日薬を飲んでいる高齢者はより多い。

2) 養老サービスの状況

養老施設：区域内には養老施設21箇所あり、1,582床である。そのうち民營養老院は養老施設の95%を占め、公営施設の15.2倍である。入所者人数は1400人以上で、総入所人数の90%を占めている。

社区養老サービスセンターの建設：2010年～2012年の3年間に社区養老サービスセンターが23箇所立ち上がった。

補助金：「補欠型」から「適度普惠型」への転換。2014年から85歳以上の高齢者は身体状況によって生活補助金制度の強化、失能高齢者は月800円で、半失能高齢者は月500円を給付する。また、80歳以上の高齢者が意外傷害保険の加入と年間一回無料健康診断の実施を促す。

¹⁰³ 2013年5月大連市民政局老齡弁の「西崗区養老サービス状況調研報告」より。

3 調査概要

C 街道弁事処は調査主体とし、2011 年 11 月～2012 年 1 月に大連市西崗区 C 街道の 6 つの社区で、60 歳以上の高齢者 6000 人を対象とし、自記式アンケート調査を実施した。アンケート調査表は、各社区の職員によって配布・回収を行った。

本調査表は 2009 年度武蔵野市で実施した一般高齢者の調査票を参考にしながら、調査に協力した街道弁事処の意見を取り入れ、筆者が作成したものである。主な調査項目について、本人に関する基本属性、生活の状況、家族の構成、養老サービスに対するニーズ、日本の「生活機能チェックリスト評価基準」などの項目を入れ、10 項目、97 問で構成した。具体的な調査項目については論文巻末の添付資料として掲載した。

調査で収集された調査票は 2,232 票、回収率：37.2%であった。なお、本章の分析にあつては、「空の巣家庭」かどうかに着目した分析を実施するため、家族の形態及び同居の人数の回答に欠損がない 1,119 件のデータを分析対象として作成した。

本調査の分析にあたって、IBM SPSS Statistics Base Authorized User V 21 を使用し、主に、クロス集計、カイ 2 乗検定を中心に、分析を行った。

本調査の分析については、

- ①現在、介護・介助の状況（「必要ない」、「必要だが、受けていない」、「受けている」）
- ②家族構成は、「独居」と「夫婦のみ」（「空の巣家庭」）と「家族と同居」（「空の巣」以外）
- ③年金収入は（1,000 元以下、1,000～1,499 元、1,500～1,999 元、2,000 元以上）4 層
- ④年齢は（60～64 歳、65～69 歳、70～74 歳、75 歳以上）4 層

に区分して、分析した。この 4 つのカテゴリーによって介護ニーズと、必要となるサービスの内容、サービス利用料金などの関係性を考察するために、クロス集計を行い、検討を行った。また、困っていることや介護ニーズのような複数回答の質問については、「はい」だけの統計結果を出し、また、できるだけ正確な結果を出すため、調整残差の値（調整残差 $> \pm 1.96$ ）を求めた。

また、調査回収率を確保するために、質問項目にはなるべく応えやすい選択肢を設定した。例えば、年齢、年金については、具体的な数字を聞かずに、選択肢を用意し、応えやすいように設定した。

第2節 前期高齢者層のまだ低い介護ニーズ

本節では現在介護・介助を受けているかどうかを軸に、「性別・年齢・年金収入・住まいの形態・家族構成の状況」、「介護・介助状況、養老サービス」、「サービスの利用料金」、「要介護予防の対象」について、全体の状況を見てみよう。

現在、介護・介助が「必要ない」の高齢者が78.0%を占めている。介護・介助は「必要だが、現在は受けていない」の回答が11.3%であった。現在、介護・介助を「受けている」高齢者は4.2%を占めている。

表 5-2-1 介護・介助の状況について

	n	%
必要ない	873	78.0%
必要だが、受けていない	126	11.3%
現在受けている	47	4.2%
未回答	73	6.5%

1 性別・年齢・年金収入・住まいの形態・家族構成と介護・介助の状況

性別では、全体では男性より、女性の割合が高く、54.4%を占めている。「現在の介護・介助の状況」別で見ると、男女の有意差は見られなかった。

年齢別で見ると、全体では、「60～64歳」が一番多く、27.8%を占め、その次は「65～69歳」が25.5%、「70～74歳」が18.9%、「75歳以上」の高齢者は27.7%を占めている。「現在の介護・介助の状況」別で見ると、69歳以下では「必要ない」の回答者が最も多く見られた。75歳以上では「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が多く見られた。

年金収入では、全体では「1,000～1,499円」の割合が最も高く42.1%占め、その次、「1,500～1,999円」の割合が26.0%であり、その次は「2,000円以上」で21.5%を占めている。「現在の介護・介助の状況」別で見ると、1,000元以下では「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られた。また「1000～1499円」では「必要ない」の回答者が多い結果であった。他の年金収入層では介護・介助の状況別の有意差は見られなかった。

住まいの形態別では、全体では、「産権¹⁰⁴を持つ」の回答が一番多く約6割占め、次には「使用権のみ」が32.7%であった。「現在の介護・介助の状況」別で見ると、「借家」では、「必要ない」の回答者が少なく、「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られた。

¹⁰⁴ 産権とは、不動産に対する所有権とその不動産にある土地の使用権を指している。

家族構成では、全体では、「空の巣」（独居と夫婦のみ）家庭が 45.2%で、「空の巣」以外（家族と同居している）の家庭が 54.9%であった。「現在の介護・介助の状況」別で見ると、「独居」の回答では、「必要だが、受けていない」の回答者が多く、「必要ない」回答者が少ない結果であった。「夫婦のみ」では、「必要ない」の回答者が多く、「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が少ない結果であった。「家族と同居」では、「必要ない」の回答者が少なかったが、「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が多く見られた。

表 5-2-2 性別・年齢・年金収入・住まいの形態・家族構成の状況*現在の介護・介助の状況 クロス表

		必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ^2	d f	p
		n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
性別	男性	400	45.9%	0.7	48	38.4%	(1.7)	26	55.3%	1.4	474	45.4%	4.431	2	.109
	女性	471	54.1%	(0.7)	77	61.6%	1.7	21	44.7%	(1.4)	569	54.6%			
年齢4段階	60-64歳	267	30.8%	4.8	19	15.1%	(3.4)	3	6.5%	(3.3)	289	27.8%	102.861	6	.000
	65-69歳	243	28.1%	4.2	19	15.1%	(2.9)	3	6.5%	(3.0)	265	25.5%			
	70-74歳	167	19.3%	0.7	22	17.5%	(0.4)	7	15.2%	(0.6)	196	18.9%			
	75歳以上	189	21.8%	(9.6)	66	52.4%	6.6	33	71.7%	6.8	288	27.7%			
年金収入4 段階	1000元以下	70	8.2%	(5.2)	25	21.2%	4.1	10	23.8%	2.9	105	10.4%	36.252	6	.000
	1000~1499円	370	43.4%	2.0	49	41.5%	(0.1)	7	16.7%	(3.4)	426	42.1%			
	1500~1999円	229	26.9%	1.5	22	18.6%	(1.9)	12	28.6%	0.4	263	26.0%			
	2000元以上	183	21.5%	(0.1)	22	18.6%	(0.8)	13	31.0%	1.5	218	21.5%			
住まいの形 態	産権を持つ	513	59.7%	0.7	70	57.9%	(0.3)	24	53.3%	(0.8)	607	59.2%	14.285	6	.027
	使用権のみ	286	33.3%	0.9	33	27.3%	(1.4)	16	35.6%	0.4	335	32.7%			
	借家	47	5.5%	(3.4)	17	14.0%	3.5	4	8.9%	0.6	68	6.6%			
	その他	13	1.5%	0.3	1	0.8%	(0.6)	1	2.2%	0.4	15	1.5%			
家族構成	独居	46	5.3%	(2.8)	16	12.7%	3.2	3	6.4%	0.0	65	6.2%	30.938	4	.000
	夫婦のみ	374	42.8%	5.0	29	23.0%	(4.0)	10	21.3%	(2.6)	413	39.5%			
	家族と同居	453	51.9%	(3.5)	81	64.3%	2.4	34	72.3%	2.5	568	54.3%			

2 養老サービスと介護・介助の状況

1) 日常生活の中のニーズ

日常生活の中での最も困っていることについては表 5-2-3 に示したように、全体的には、「家具の移動」が最も多く、37.8%を占めている。その次には「特に困ったことはない」で、31.9%を占め、その次は「掃除・洗濯・炊事」、「電化製品の扱い方」、「買い物」、「外出の際の移動手段」、「財産金銭管理」、「その他」、「ゴミ出し」の順となっている。

また、「現在の介護・介助の状況」別で見ると、有意差が見られたのは「家具の移動」、「特
にない」、「掃除・洗濯・炊事」、「買い物」、「外出の際の移動手段」、「財産やお金の管理」、

「ゴミ出し」であった。「特にない」以外、他の項目には、「必要ない」の回答者が少なく、「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が多く見られた。

また、「必要だが、受けていない」では、「家具の移動」が最も多く、50.8%であった。その次は、「買い物」34.9%、「掃除・洗濯・炊事」26.2%、「外出の際の移動手段」21.4%、「電化製品の扱い方」13.5%であった。

「受けている」では、「家具の移動」の後には「掃除・洗濯・炊事」と「外出の移動手段」になり、それぞれは34.0%を占めている。その次は「買い物」23.4%、「家電製品の扱い方」、「財産金銭管理」、「ゴミ出し」はそれぞれ17.0%を占めている。

表 5-2-3 日常生活の中で最も困っていることについて*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
家具の移動	314	36.0%	(2.7)	64	50.8%	3.2	17	36.2%	(0.2)	395	37.8%	10.351	2	0.006
特にない	316	36.2%	6.6	13	10.3%	(5.5)	5	10.6%	(3.2)	334	31.9%	44.194	2	0.000
掃除・洗濯・炊事	148	17.0%	(3.5)	33	26.2%	2.3	16	34.0%	2.7	197	18.8%	13.593	2	0.001
電化製品の扱い方	151	17.3%	0.9	17	13.5%	(1.1)	8	17.0%	0.0	176	16.8%	1.14	2	0.565
買い物	99	11.3%	(6.9)	44	34.9%	6.8	11	23.4%	1.7	154	14.7%	51.718	2	0.000
外出の際の移動手段	76	8.7%	(6.1)	27	21.4%	3.8	16	34.0%	5.0	119	11.4%	42.753	2	0.000
財産やお金の管理	30	3.4%	(4.3)	11	8.7%	2.3	8	17.0%	4.1	49	4.7%	23.685	2	0.000
その他	40	4.6%	0.3	4	3.2%	(0.8)	3	6.4%	0.6	47	4.5%	0.918	2	0.632
ゴミ出し	8	0.9%	(6.4)	7	5.6%	2.7	8	17.0%	7.1	23	2.2%	61.296	2	0.000

2) 在宅养老服务の需要について

好きな养老服务に関する項目では、表 5-2-4 に示したように、「家政サービスや家政婦を利用して」また「社区にある养老服务」を利用して、在宅养老を希望する答えが多かった。それぞれは 32.9%と 27.5%であった。その次は「養老院」つまり施設を選択したのは「托老所(昼)」より約 2 倍多く、13.2%であった。また、「高齢者専用賃貸介護なし」は 5.4%で、「病院などの機構に入る」は 3.0%を占めている。

「現在の介護・介助の状況」にみると、「托老所(昼)」と「その他」には有意差が見られた。「托老所(昼)」では、「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られ、「受けている」には托老所を利用しようとする回答者はいなかった。

表 5-2-4 好きな养老服务について*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
家政サービスや家政婦を利用して在宅養老	283	32.4%	(0.7)	43	34.1%	0.3	18	38.3%	0.8	344	32.9%	0.799	2	0.671
社区にある养老服务で在宅養老	245	28.1%	0.9	34	27.0%	(0.1)	9	19.1%	(1.3)	288	27.5%	1.798	2	0.407
養老院	111	12.7%	(1.0)	20	15.9%	0.9	7	14.9%	0.4	138	13.2%	1.083	2	0.582
托老所(昼)	49	5.6%	(1.5)	15	11.9%	2.9	0	0.0%	(1.8)	64	6.1%	10.796	2	0.005
高齢者専用賃貸(介護なし)	46	5.3%	(0.6)	9	7.1%	0.9	2	4.3%	(0.4)	57	5.4%	0.886	2	0.642
その他	51	5.8%	1.3	1	0.8%	(2.5)	5	10.6%	1.6	57	5.4%	8.018	2	0.018
病院などの医療機関に入る	21	2.4%	(2.4)	7	5.6%	1.8	3	6.4%	1.4	31	3.0%	5.8	2	0.055

必要とされる社区养老服务に関する項目では、上位となるニーズは「家政サービス(洗濯・食事等)」が 42.9%であり、その次は「掃除・片づけ」が 26.3%、「医療・リハビリサービス」が 10.0%を占め、他の項目はそれぞれ 10%未満であった。

「現在の介護・介助の状況」にみると、有意差が見られたのは「医療・リハビリサービス」、「専門性がある介護員の派遣」、「買い物」、「精神的に慰め」と「通院介助」であった。

「医療・リハビリサービス」では、「必要ない」の回答者が少なかった。「専門性がある介護員の派遣」、「買い物」では、「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られた。

「精神的な慰め」では、「受けている」の回答者が多い結果であった。また、「通院介助」では、「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が多く見られた。

表 5-2-5 必要とされる社区养老サービス*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
家政サービス（洗濯・食事等）	375	43.0%	0.0	55	43.7%	0.2	19	40.4%	(0.4)	449	42.9%	0.147	2	0.929
掃除・片づけ	229	26.2%	(0.1)	33	26.2%	(0.0)	13	27.7%	0.2	275	26.3%	0.048	2	0.976
医療・リハビリサービス	79	9.0%	(2.4)	18	14.3%	1.7	8	17.0%	1.6	105	10.0%	6.001	2	0.050
文化・娯楽	75	8.6%	1.0	11	8.7%	0.2	0	0.0%	(2.1)	86	8.2%	4.411	2	0.110
専門性がある介護員の派遣	59	6.8%	(3.6)	24	19.0%	4.8	2	4.3%	(1.0)	85	8.1%	23.262	2	0.000
配食サービス	49	5.6%	(1.3)	10	7.9%	1.0	4	8.5%	0.7	63	6.0%	1.588	2	0.452
家電製品の修理	42	4.8%	(0.8)	10	7.9%	1.6	1	2.1%	(0.9)	53	5.1%	3.12	2	0.210
買い物	31	3.6%	(4.2)	15	11.9%	4.0	4	8.5%	1.2	50	4.8%	18.387	2	0.000
その他	46	5.3%	1.7	1	0.8%	(2.2)	3	6.4%	0.5	50	4.8%	5.123	2	0.077
精神的に慰め	34	3.9%	(2.4)	9	7.1%	1.5	5	10.6%	2.0	48	4.6%	6.767	2	0.034
通院介助	12	1.4%	(3.7)	7	5.6%	2.9	3	6.4%	2.1	22	2.1%	13.726	2	0.001

托老所を利用するかどうかの意識を伺ったところ、「利用する」と回答したのは全体の34.1%を占めている。「介護・介助の状況」とクロス集計した結果を見ると、表 5-2-6 に示したように、有意差がみられた。「必要ない」と「受けている」では「利用する」の回答が少なかったが、「必要だが、受けていない」の回答が多い結果であった。

托老所（昼）に必要とするサービスに関する項目では、「健康管理（講座・血圧測定等）」と「昼食の提供」の回答が最も多く、それぞれ、43.8%と38.7%であった。残りは「趣味や学習スクール」、「入浴」、「専門性がある介護員の派遣」、「団体活動」、「本や雑誌などの閲覧」の順となっている。

現在の介護・介助の状況別にみると、「昼食の提供」、「入浴」、「専門性ある介護員の派遣」には有意差が見られた。「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られ、「必要ない」の回答者が少ない結果であった。

表 5-2-6 托老所の需要と托老所（昼）に必要とするサービス*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p	
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%				
托老所(昼)の利用 について	利用する	258	31.5%	(3.9)	67	58.8%	5.9	8	18.2%	(2.3)	333	34.1%	38.31	2	0.000
	利用しない	561	68.5%	3.9	47	41.2%	(5.9)	36	81.8%	2.3	644	65.9%			
托老所(昼)に必 要とするサービス	健康管理(講座・血 圧図り等)	382	43.8%	(0.0)	59	46.8%	0.7	17	36.2%	(1.1)	458	43.8%	1.581	2	0.454
	昼食の提供	325	37.2%	(2.2)	64	50.8%	3.0	16	34.0%	(0.7)	405	38.7%	8.993	2	0.011
	趣味や学習スクール	189	21.6%	2.1	20	15.9%	(1.4)	5	10.6%	(1.7)	214	20.5%	5.174	2	0.075
	入浴	153	17.5%	(2.9)	38	30.2%	3.4	9	19.1%	0.0	200	19.1%	11.363	2	0.003
	専門性がある介護員 の派遣	144	16.5%	(4.0)	41	32.5%	4.3	10	21.3%	0.5	195	18.6%	18.914	2	0.000
	団体活動	128	14.7%	1.1	15	11.9%	(0.8)	5	10.6%	(0.7)	148	14.1%	1.189	2	0.552
	本や雑誌等の閲覧	117	13.4%	0.0	21	16.7%	1.2	2	4.3%	(1.9)	140	13.4%	4.55	2	0.103
	その他	34	3.9%	1.8	2	1.6%	(1.2)	0	0.0%	(1.3)	36	3.4%	3.518	2	0.172

3) 入所施設の需要について

入所施設への条件に関する項目では、「利用料金が適切」の割合が最も高く5割以上占めている。その次になるのは「医療条件が良い」、「子どもの住まいから近い」、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」はそれぞれ約4割占め、「健康管理とリハビリサービスがある」が一番低く、16.9%占めている。

また、現在の介護・介助の状況別に見ると、「子どもの住まいから近い」、「健康管理とリハビリサービスがある」には有意差が見られた。「子どもの住まいから近い」には、「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られ、「受けている」の回答者が少ない結果であった。「健康管理とリハビリサービスがある」には、「必要ない」の回答者が少なく、「必要だが、受けていない」の回答者が多く見られた。

表 5-2-7 入所施設への条件について*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ^2	d f	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
利用料金が適切	476	54.5%	0.0	70	55.6%	0.3	24	51.1%	(0.5)	570	54.5%	0.281	2	0.869
医療条件が良い	412	47.2%	(1.3)	72	57.1%	2.2	19	40.4%	(1.1)	503	48.1%	5.524	2	0.063
子供の住まいから近い	378	43.3%	(0.4)	67	53.2%	2.3	11	23.4%	(2.9)	456	43.6%	12.525	2	0.002
介護職員の質が高い、院内環境が良い	368	42.2%	(1.0)	62	49.2%	1.5	18	38.3%	(0.6)	448	42.8%	2.65	2	0.266
健康管理とリハビリサービスがある	131	15.0%	(3.7)	40	31.7%	4.7	6	12.8%	(0.8)	177	16.9%	22.554	2	0.000
その他	16	1.8%	(0.9)	3	2.4%	0.3	2	4.3%	1.1	21	2.0%	1.432	2	0.489

3 サービスの利用料金と介護・介助の状況

托老所（昼）の利用料金に関して、約7割の高齢者は「150元以下」を選択した。表5-2-8に示したように、利用料の値上がりとは逆に、希望者も減ることが分かる。「250元以上」を選んだ人は0.3%しかいなかった。

「現在、介護・介助をうけているかどうか」と「托老所（昼）の利用料金」との関係性が見られなかった。

入所施設の利用料金に関する項目では、介護・介助が必要であるかどうかに関係なく、入所施設の利用料金については最低設定利用料金を選択する割合が多く占められていた。

「入所施設の利用料金」と「現在の介護・介助の状況」との関連性が見られなかった。

表 5-2-8 托老所（昼）、入所施設の利用料金について*現在の介護・介助の状況 クロス表
(単位：元/月)

		必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p
		n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
托老所の利用料金について	150元以下	439	72.6%	1.1	60	64.5%	(1.6)	23	76.7%	0.6	522	71.7%	7.052	6	.316
	150～200円	135	22.3%	(0.1)	23	24.7%	0.6	5	16.7%	(0.8)	163	22.4%			
	200～250円	29	4.8%	(2.2)	10	10.8%	2.3	2	6.7%	0.3	41	5.6%			
	250円以上	2	0.3%	0.6	0	0.0%	(0.5)	0	0.0%	(0.3)	2	0.3%			
自立高齢者(食事付き)	1000元/月以下	505	68.9%	(0.0)	77	72.6%	0.9	21	58.3%	(1.4)	603	68.9%	5.616	6	.468
	1000～1500元/月	181	24.7%	(0.2)	25	23.6%	(0.3)	11	30.6%	0.8	217	24.8%			
	1501～2000元/月	37	5.0%	0.1	3	2.8%	(1.1)	4	11.1%	1.7	44	5.0%			
	2001元/月以上	10	1.4%	0.6	1	0.9%	(0.3)	0	0.0%	(0.7)	11	1.3%			
半自立高齢者(食事・介護付き)	1500元/月以下	416	69.4%	0.6	48	65.8%	(0.6)	19	67.9%	(0.1)	483	69.0%	1.288	6	.972
	1501～2000元/月	140	23.4%	(0.3)	18	24.7%	0.2	7	25.0%	0.2	165	23.6%			
	2001～2500元/月	32	5.3%	(0.2)	5	6.8%	0.6	1	3.6%	(0.4)	38	5.4%			
	2501元/月以上	11	1.8%	(0.8)	2	2.7%	0.5	1	3.6%	0.6	14	2.0%			
非自立高齢者(食事・介護付き)	1800元/月以下	435	73.4%	1.9	47	66.2%	(1.2)	15	57.7%	(1.7)	497	72.0%	10.873	6	.092
	1801～2300元/月	103	17.4%	(2.0)	16	22.5%	0.9	9	34.6%	2.1	128	18.6%			
	2301～2800元/月	35	5.9%	1.1	3	4.2%	(0.5)	0	0.0%	(1.3)	38	5.5%			
	2801元/月以上	20	3.4%	(1.8)	5	7.0%	1.4	2	7.7%	1.0	27	3.9%			

4 要介護予防の対象と介護・介助の状況

前述したように、本調査表には日本の「生活機能チェックリスト評価基準」などの項目を設定した。この評価基準に基づいて、要介護予防とする高齢者の割合の分析を行った。

「うつ状態」となっている高齢者の割合が最も多く、73.5%であったが、「空の巣」と「空の巣」以外との有意差は見られなかった。次いで「口腔機能」の予防対象者の割合が多く、38.3%であった。また、「運動器関係」と「生活機能全般」の予防対象者の割合がそれぞれ15.6%、14.8%を占めていた。「閉じこもり」の対象者の割合は7.9%で、「栄養機能」の対象者の割合が最も低く、0.4%であった。

そして、現在の介護・介助の状況とクロス集計した結果は表 5-2-9 に示したように、「運動器機能」、「生活機能」、「口腔機能」、「うつ状態」、「閉じこもり」には有意差が見られた。全体的には「必要ない」には二次予防となる回答者が少なく見られたが、「必要だが、受けていない」と「受けている」の回答者が多い結果であった。

表 5-2-9 要介護予防の対象について*現在の介護・介助の状況 クロス表

	必要ない			必要だが、 受けていない			受けている			合計		χ ²	d f	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
うつ状態	295	68.4%	(4.9)	91	90.1%	4.2	28	90.3%	2.2	414	73.5%	24.465	2	0.000
口腔機能	249	32.0%	(8.7)	81	69.2%	7.4	27	69.2%	4.1	357	38.3%	76.043	2	0.000
運動器関係	77	9.7%	(11.5)	47	41.2%	8.0	24	63.2%	8.2	148	15.6%	143.292	2	0.000
生活機能全般に関する質問	63	10.2%	(8.8)	28	36.8%	5.7	16	64.0%	7.0	107	14.8%	87.656	2	0.000
閉じこもり	33	4.1%	(10.1)	28	24.3%	7.0	15	38.5%	7.2	76	7.9%	108.991	2	0.000
栄養機能	2	0.3%	(0.9)	1	1.2%	1.3	0	0.0%	(0.3)	3	0.4%	1.683	2	0.431

5 まとめ

1) 全体的な結果

① 高齢者の状況

本調査においては、65歳～74歳で日本では前期高齢者と呼ばれる高齢者が多かった。この年齢層の高齢者は元気で、比較的要介護ニーズが低いとも言える。年金収入が大連市の(2011年)の平均年金収入1,500元より低い高齢者が多く占めていることが明らかになった。家族と同居する高齢者が半数以上占めている。産権また使用権を持っている高齢者は合わせて9割を占めていることが明らかになった。

② 介護ニーズ

政策だけではなく、多くの高齢者も在宅養老方式が好ましいとしていることが今回の調査で明らかになった。サービスの内容は家事サービス(洗濯・食事等)、掃除・片付けのようなニーズが高く見られ、専門性がある介護員の派遣のニーズが低い結果から、国の政策や研究者たちが指摘しているような扶養危機が現在は現れておらず、あるいは高齢者本人が実感していないと言えよう。

在宅養老サービスにおいては托老所の需要は最も少ないが、6.1%を占めていることが明らかになった。托老所のサービス内容について、健康管理と昼食の提供に対するニーズが高くみられ、介護サービスとも言える入浴や介護職員の派遣へのニーズが少なかった。

また、養老施設への要求は利用料金が最も重要な条件である一方、医療条件が良いところも重要視されていることが明らかになった。今後、このようなニーズを対応にできるように、社区サービスでも、養老施設にも医療との連携が必要であると言える。

③ サービスの利用料金

社区サービスの利用料金や養老施設の利用料金は自立度と関係なく、いずれも低い料金

を選択する高齢者の割合が高かったことから、年金収入の水準によって、サービスを利用できるかどうかの関係があると考えられる。

④ 要介護予防

全体の結果から見ると、最も多く占めているのは「うつ状態」と「口腔機能」であった。「うつ状態」と「口腔機能」の低下の関連性は今回の調査結果から導き出すことはできなかったが、今後、要介護度に結びつくことが懸念され、心のケアや口腔機能の向上のようなサービスが必要だと考えられる。

2) 介護・介助の状況別

① 高齢者の状況

年齢の増加とともに、介護・介助を受けている高齢者の割合が増えてくることが明らかになった。現在、介護・介助を受けている高齢者は47件あり、全体の4.2%を占めている。そのうち、家族構成は家族と同居しているのが34件であった。また、主な介護者のパターンを見ると、家族が中心であることが明らかになった。その中で、最も多いのは配偶者よりの介護であり、約3割占めている。また、表5-2-12に示したように、独居の高齢者は子どもが中心となり、夫婦のみでは、介護や介助を主に配偶者が担っていること、家族と同居している家庭では、主な介護者は配偶者である割合が低いことが明らかになった。

表 5-2-10 主な介護者のパターンと家族構成 (n=47)

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ ²	d f	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
配偶者のみ	0	0.0%	(1.2)	9	90.0%	4.7	5	14.7%	(3.7)	14	29.8%	29.517	12	0.003
子どものみ	2	66.7%	2.0	0	0.0%	(1.9)	8	23.5%	0.6	10	21.3%			
保母または家政婦	0	0.0%	(0.7)	0	0.0%	(1.4)	6	17.6%	1.6	6	12.8%			
子ども夫婦	0	0.0%	(0.7)	0	0.0%	(1.4)	6	17.6%	1.6	6	12.8%			
子どもの配偶者	0	0.0%	(0.4)	1	10.0%	1.0	1	2.9%	(0.7)	2	4.3%			
配偶者と子ども	0	0.0%	(0.4)	0	0.0%	(0.8)	2	5.9%	0.9	2	4.3%			
無回答	1	33.3%	0.9	0	0.0%	(1.5)	6	17.6%	0.9	7	14.9%			
合計	3	100.0%		10	100.0%		34	100.0%		47	100.0%			

一方、家族構成別にみた「介護・介助が必要だが、受けていない」高齢者は126件があった。未回答を除き、118件のデータを年齢と年金収入をクロス集計した結果では、関係性は見られなかったが、年金収入では「1,000～1,499 円」の割合が最も高く、41.5%を占めている。家族構成では「家族と同居」の高齢者が最も多く、75件(63.6%)であった。介護や介助が受けられるかどうかは、家族との同居とは関係がないと言えよう。また年齢層で見ると、75歳以上の高齢者が60件(50.8%)であった。

表 5-2-11 介護・介助が必要だが、受けていない高齢者、家族構成別に年齢と年金収入のクロス表

	1000元以下		1000～1499円		1500～1999円		2000元以上		合計		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
独居	65-69歳	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.1%
	70-74歳	1	50.0%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	2	14.3%
	75歳以上	0	0.0%	5	83.3%	4	100.0%	2	100.0%	11	78.6%
	合計	2	14.30%	6	42.90%	4	28.60%	2	14.30%	14	100.0%
夫婦のみ	60-64歳	0	0.0%	1	6.7%	1	20.0%	0	0.0%	2	6.9%
	65-69歳	0	0.0%	4	26.7%	1	20.0%	2	33.3%	7	24.1%
	70-74歳	0	0.0%	6	40.0%	1	20.0%	2	33.3%	9	31.0%
	75歳以上	3	100.0%	4	26.7%	2	40.0%	2	33.3%	11	37.9%
合計	3	10.30%	15	51.70%	5	17.20%	6	20.70%	29	100.0%	
家族と同居	60-64歳	5	25.0%	5	17.9%	3	23.1%	3	21.4%	16	21.3%
	65-69歳	4	20.0%	3	10.7%	1	7.7%	2	14.3%	10	13.3%
	70-74歳	3	15.0%	4	14.3%	4	30.8%	0	0.0%	11	14.7%
	75歳以上	8	40.0%	16	57.1%	5	38.5%	9	64.3%	38	50.7%
合計	20	26.70%	28	37.30%	13	17.30%	14	18.70%	75	100.0%	
合計	60-64歳	5	20.0%	6	12.2%	4	18.2%	3	13.6%	18	15.3%
	65-69歳	5	20.0%	7	14.3%	2	9.1%	4	18.2%	18	15.3%
	70-74歳	4	16.0%	11	22.4%	5	22.7%	2	9.1%	22	18.6%
	75歳以上	11	44.0%	25	51.0%	11	50.0%	13	59.1%	60	50.8%
合計	25	21.20%	49	41.50%	22	18.60%	22	18.60%	118	100.0%	

② 介護ニーズ

日常生活の中には、介護・介助が必要だが、受けていない回答者は最も困っていることが多く、様々な面からの支援が必要であることが明らかになった。

好きな養老サービスには、サービスを利用して在宅養老の希望者が多かったが、「養老院」を選択した回答者が1割以上を占めていることが明らかになった。

必要とされる社区養老サービスには、介護・介助が「必要ない」と回答した者のニーズが少なく見られた。「必要であるが、受けていない」の回答者のニーズが「買い物」や「専門性がある介護員の派遣」、「通院介助」にはニーズが高かったことが明らかになった。また、「受けている」の回答者には、「通院介助」と「精神的に慰め」が必要である回答者が多く見られた。

これらによって、介護・介助が必要だが、受けていない回答者は最も利用したいのは托老所であることが明らかになった。托老所のサービス項目については、「昼食の提供」、「専門性がある介護員の派遣」、「入浴」、の需要が高く見られた。

入所施設の入所条件においても、「必要だが、受けていない」の回答者では「健康管理とリハビリサービスがある」と「子どもの住まいから近い」は他の回答者より重視されていることが明らかになった。

③ サービスの利用料金

托老所と入所施設の利用料金と介護・介助の状況の関係性が見られなかった。いずれも低い料金を選択する結果であった。

④ 要介護予防

介護・介助が「必要だが、受けていない」と「受けている」の高齢者が最も機能が低下していることが明らかになった。

第3節 潜在化している「空の巣」高齢者の課題

調査対象の家族構成を独居・夫婦のみ・その他（配偶者以外、別の家族と同居の高齢者）を3群で分け、独居の高齢者は69件（6.2%）、夫婦のみの高齢者は436件（39.0%）、家族同居は614件（54.9%）である。性別・年齢・住まいの形態、介護・介助・養老サービスの状況、サービスの利用料金、要介護の対象について、分析を行い、その特徴を検討する。

表 5-3-1 家族構成

		n	%
空の巣家庭	独居	69	6.2%
	夫婦のみ	436	39.0%
空の巣以外	家族と同居	614	54.9%

1 性別・年齢・年金収入・住まいの形態と家族構成の状況

性別・年齢・年金収入・住まいの形態に関する項目では、表 5-3-2 に示したように、「家族構成」と有意差が見られた。

性別では、「男性」の中では「夫婦のみ」の回答者が多く見られ、「女性」の中では「独居」の回答者が多い結果であった。「独居」では、「男性」より「女性」の割合が高く、70.6%を占めている。

年齢別では、「60～64歳」の独居が少なく見られ、「65～69歳」の中では、「夫婦のみ」が多く、「家族と同居」が少なく見られた。「70～74歳」では家族構成で明らかな差が見られなかった。「75歳以上」の場合では「独居」と「家族と同居」の回答者が多く見られ、「夫婦のみ」が少なく見られた。また、「独居」の中には、「75歳以上」の割合が高く、44.9%を占めている。「夫婦のみ」の中には、「65～69歳」の割合が高く、32.1%であった。「家族と同居」の中には、「75歳以上」の回答者が多く、31.8%であり、「60～64歳」の割合は30.0%を占めている。

年金収入では、「1,000元以下」の「家族と同居」の回答者が多く、「夫婦のみ」の回答者が少なかった。「1,000～1,499円」の中には家族構成別に差が見られなかった。「1,500～1,999円」の中には、「夫婦のみ」の回答者が多く、「家族と同居」の回答者が少なく見られた。「2,000元以上」の中には家族構成別に有意差が見られなかった。

住まいの形態では、「産権を持つ」の中には、「夫婦のみ」の回答者が多く、「家族と同居」の回答者が少なく見られた。「使用権のみ」の中には差が見られなかった。「借家」の中には、「夫婦のみ」の回答者が少なく、「家族と同居」の回答者が多く見られた。

表 5-3-2 性別・年齢・年金収入・住まいの形態*家族構成 クロス集計表

		独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
		n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
性別	男性	20	29.4%	(2.8)	222	51.0%	2.9	266	43.5%	(1.6)	508	45.6%	13.489	2	0.001
	女性	48	70.6%	2.8	213	49.0%	(2.9)	346	56.5%	1.6	607	54.4%			
年齢4段階	60-64歳	10	14.5%	(2.6)	118	27.1%	(0.5)	181	30.0%	1.7	309	27.9%	39.217	6	0.000
	65-69歳	13	18.8%	(1.2)	140	32.1%	4.3	126	20.9%	(3.6)	279	25.2%			
	70-74歳以上	15	21.7%	0.7	88	20.2%	1.0	105	17.4%	(1.3)	208	18.8%			
	75歳以上	31	44.9%	3.2	90	20.6%	(4.5)	192	31.8%	2.9	313	28.2%			
年金収入4段階	1000元以下	10	15.9%	1.4	23	5.4%	(4.4)	79	13.6%	3.7	112	10.5%	25.038	6	0.000
	1000~1499円	28	44.4%	0.3	176	41.2%	(0.6)	250	43.0%	0.5	454	42.4%			
	1500~1999円	16	25.4%	(0.0)	124	29.0%	2.2	133	22.9%	(2.1)	273	25.5%			
	2000元以上	9	14.3%	(1.5)	104	24.4%	1.7	119	20.5%	(1.0)	232	21.7%			
住まいの形態	産権を持つ	36	57.1%	(0.3)	276	64.8%	3.0	333	55.4%	(2.8)	645	59.2%	17.708	6	0.007
	使用権のみ	22	34.9%	0.4	131	30.8%	(1.2)	205	34.1%	1.0	358	32.8%			
	借家	5	7.9%	0.5	16	3.8%	(2.9)	49	8.2%	2.6	70	6.4%			
	その他	0	0.0%	(1.0)	3	0.7%	(1.8)	14	2.3%	2.3	17	1.6%			

2 養老サービスの状況と家族構成

1) 日常生活の中のニーズ

日常生活の中で最も困っていることに関する項目では、「独居」には「家具の移動」の割合が最も高く、40.6%を占め、次は「掃除・洗濯・炊事」で24.6%を占め、また「電化製品の扱い方」は3位であり、20.3%を占めている。「夫婦のみ」では、同じく「家具の移動」が高い割合を占め、38.3%であり、その次には「掃除・洗濯・炊事」は18.8%で、「電化製品の扱い方」は14.7%を占めている。「家族と同居」が困っていることは上位の二つは「家具の移動」と「掃除・洗濯・炊事」であったが、第3位は「買い物」であり、16.6%を占めている。

一方、「家族構成」によって日常生活の中で最も困っていることの中では、「買い物」だけに有意差が見られた。「夫婦のみ」の回答者が少なく、「家族と同居」が多く見られた。

表 5-3-3 日常生活の中で最も困っていること*家族構成

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家具の移動	28	40.6%	0.7	167	38.3%	1.0	214	34.9%	(1.3)	409	36.6%	1.823	2	0.402
特にない	17	24.6%	(1.3)	153	35.1%	1.9	185	30.1%	(1.3)	355	31.7%	4.603	2	0.100
掃除・洗濯・炊事	17	24.6%	1.4	82	18.8%	0.3	107	17.4%	(0.9)	206	18.4%	2.223	2	0.329
電化製品の扱い方	14	20.3%	1.1	64	14.7%	(0.8)	99	16.1%	0.3	177	15.8%	1.504	2	0.471
買い物	8	11.6%	(0.6)	49	11.2%	(2.3)	102	16.6%	2.5	159	14.2%	6.452	2	0.040
外出の際の移動手段	8	11.6%	0.2	42	9.6%	(1.1)	72	11.7%	1.0	122	10.9%	1.186	2	0.553
財産やお金の管理	3	4.3%	(0.1)	19	4.4%	(0.3)	29	4.7%	0.3	51	4.6%	0.086	2	0.958
その他	3	4.3%	(0.0)	13	3.0%	(1.8)	33	5.4%	1.8	49	4.4%	3.487	2	0.175
ゴミ出し	2	2.9%	0.4	8	1.8%	(0.7)	15	2.4%	0.5	25	2.2%	0.580	2	0.748

2) 在宅养老服务の需要について

まず「好きな养老服务」について、「独居」の場合には、「養老院」の割合が高く、21.7%を占め、「社区にある养老服务で在宅养老」は、2番目で、20.3%を占め、3番目は「家政服务や家政婦を利用して在宅养老」が14.5%であった。

「夫婦のみ」の場合には、「家政服务や家政婦を利用して在宅养老」と「社区にある养老服务で在宅养老」が多く、それぞれ約3割となり、「養老院」は3位で11.7%を占めている。

「家族と同居」の場合には、「家政服务や家政婦を利用して在宅养老」が多く、33.1%を占め、その次には「社区にある养老服务で在宅养老」であり、25.1%を占めている。「養老院」を選択したのは12.2%であった。

「家族構成」によって、「家政服务や家政婦を利用して在宅养老」と「病院などの医療機関に入る」、「その他」に有意差が見られた。「家政服务や家政婦を利用して在宅养老」では「独居」の回答者が少なく見られた。「病院などの医療機関に入る」では、「夫婦のみ」の回答者が多く、「家族と同居」の回答者が少なく見られた。

表 5-3-4 好きな养老服务*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービスや家政婦を利用して在宅养老	10	14.5%	(3.1)	138	31.7%	0.2	203	33.1%	1.3	351	31.4%	9.962	2	0.007
社区にある养老サービスで在宅养老	14	20.3%	(1.2)	128	29.4%	1.8	154	25.1%	(1.1)	296	26.5%	3.832	2	0.147
养老院	15	21.7%	2.4	51	11.7%	(0.7)	75	12.2%	(0.4)	141	12.6%	5.638	2	0.060
托老所(昼)	4	5.8%	(0.0)	22	5.0%	(1.0)	40	6.5%	1.0	66	5.9%	0.992	2	0.609
その他	10	14.5%	3.2	25	5.7%	(0.1)	30	4.9%	(1.5)	65	5.8%	10.470	2	0.005
高齢者専用賃貸(介護なし)	6	8.7%	1.3	23	5.3%	(0.1)	31	5.0%	(0.5)	60	5.4%	1.636	2	0.441
病院などの医療機構に入る	3	4.3%	0.8	18	4.1%	2.2	10	1.6%	(2.6)	31	2.8%	6.594	2	0.037

必要とされる社区养老服务の項目について、「独居」では、「家政サービス(洗濯・食事等)」が最もニーズが多く、33.3%であり、「掃除・片付け」と「医療・リハビリサービス」はそれぞれ、11.6%を占めている。

「夫婦のみ」では、「家政サービス(洗濯・食事等)」が42.9%を占め、その次は「掃除・片づけ」であって、26.8%を占めている。また、「専門性がある介護員の派遣」と「医療リハビリサービス」がそれぞれ、約1割を占めている。

「家族と同居」では、同じく「家政サービス(洗濯・食事等)」が上位であり、次に「医療・リハビリサービス」で、9.7%を占めている。

「家族構成」によって、「掃除・片づけ」と「通院介助」には有意差が見られた。「独居」の「掃除・片づけ」の需要が少ないが、「独居」の「通院介助」の需要が多く見られた。

表 5-3-5 必要とされる社区养老服务*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービス(洗濯・食事等)	23	33.3%	(1.2)	187	42.9%	1.3	243	39.6%	(0.7)	453	40.5%	2.722	2	0.256
掃除・片づけ	8	11.6%	(2.7)	117	26.8%	1.0	157	25.6%	0.3	282	25.2%	7.439	2	0.024
医療・リハビリサービス	8	11.6%	0.6	40	9.2%	(0.4)	60	9.8%	0.2	108	9.7%	0.423	2	0.809
専門性がある介護員の派遣	6	8.7%	0.3	40	9.2%	1.3	42	6.8%	(1.4)	88	7.9%	1.987	2	0.370
文化・娯楽	6	8.7%	0.3	30	6.9%	(1.0)	52	8.5%	0.8	88	7.9%	0.958	2	0.619
配食サービス	4	5.8%	0.0	25	5.7%	0.0	35	5.7%	(0.0)	64	5.7%	0.001	2	0.999
その他	5	7.2%	0.8	20	4.6%	(0.6)	32	5.2%	0.2	57	5.1%	0.911	2	0.634
家電製品の修理	1	1.4%	(1.4)	26	6.0%	1.4	27	4.4%	(0.7)	54	4.8%	3.186	2	0.203
買い物	2	2.9%	(0.7)	18	4.1%	(0.4)	30	4.9%	0.7	50	4.5%	0.767	2	0.681
精神的に慰め	5	7.2%	1.2	13	3.0%	(1.8)	31	5.0%	1.2	49	4.4%	4.046	2	0.132
通院介助	5	7.2%	3.1	8	1.8%	(0.4)	10	1.6%	(1.1)	23	2.1%	9.896	2	0.007

托老所の需要に関する項目では、「独居」と「夫婦のみ」は全体よりもやや多くを占めて、それぞれは35.9%、34.2%であり、「家族と同居」は32.5%であった。家族構成の関係性は見られなかった。

托老所（昼）に必要とするサービスの項目については、「独居」では、「健康管理」と「昼食の提供」は同じく、37.7%を占めている。その次には「専門性がある介護員の派遣」では23.2%、「趣味や学習スクール」は15.9%であり、「入浴」が約1割を占めている。

「夫婦のみ」では、「健康管理」を重視し、47.2%を占めている。それに次ぐのは「昼食の提供」で、40.8%を占め、また、「入浴」と「趣味や学習スクール」、「専門性がある介護員の派遣」はそれぞれ、約20%を占めている。また、「本や雑誌等の閲覧」は17.0%、「団体活動」は14.7%であった。

「家族と同居」では、「健康管理」は39.3%以下、「昼食の提供」34.5%、「趣味や学習スクール」19.5%、「入浴」17.8%、「専門性がある介護員の派遣」16.4%、「団体活動」14.5%、「本や雑誌等の閲覧」11.6%であった。

「家族構成」別にみた「健康管理」と「本や雑誌等の閲覧」では有意差が見られた。「健康管理」には「夫婦のみ」の回答者が多く、「家族と同居」の回答者が少なく見られた。「本や雑誌等の閲覧」には、「夫婦のみ」の回答者が多く見られた。

表 5-3-6 托老所の需要、托老所（昼）に必要とするサービス*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p	
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%				
托老所(昼)の利用について	利用する	23	35.9%	0.5	138	34.2%	0.4	181	32.5%	(0.6)	342	33.4%	0.494	2	0.781
	利用しない	41	64.1%	(0.5)	266	65.8%	(0.4)	376	67.5%	0.6	683	66.6%			
托老所(昼)に必要なとするサービス	健康管理（講座・血圧図り等）	26	37.7%	(0.8)	206	47.2%	2.7	241	39.3%	(2.3)	473	42.3%	7.316	2	0.026
	昼食の提供	26	37.7%	0.1	178	40.8%	2.0	212	34.5%	(2.0)	416	37.2%	4.338	2	0.114
	趣味や学習スクール	11	15.9%	(0.8)	91	20.9%	0.7	120	19.5%	(0.3)	222	19.8%	0.985	2	0.611
	入浴	7	10.1%	(1.9)	92	21.1%	1.7	109	17.8%	(0.8)	208	18.6%	5.353	2	0.069
	専門性がある介護員の派遣	16	23.2%	1.1	85	19.5%	1.0	101	16.4%	(1.5)	202	18.1%	2.910	2	0.233
	団体活動	4	5.8%	(2.0)	64	14.7%	0.5	89	14.5%	0.5	157	14.0%	4.140	2	0.126
	本や雑誌等の閲覧	4	5.8%	(1.9)	74	17.0%	2.9	71	11.6%	(1.9)	149	13.3%	10.064	2	0.007
	その他	4	5.8%	1.1	13	3.0%	(0.6)	21	3.4%	0.0	38	3.4%	1.442	2	0.486

3) 入所施設の需要について

「入所施設への条件」について、「独居」では、「子どもの住まいから近い」と「利用料金が適切」の回答が最も多く、それぞれ、34.8%を占めている。また「医療条件が良い」の割合は30.4%で、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」は26.1%であった。「健康管理とリハビリサービスがある」は11.6%を占めている。

「夫婦のみ」には、利用料金の適切さが最も重視され、58.9%を占め、それに次ぐのは医療条件の良さであり、52.5%を占めている。また、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」と「子どもの住まいから近い」はそれぞれ45.2%と44.3%となっている。「健康管理とリハビリサービスがある」が最も少なく、15.4%であった。

「家族と同居」では、「利用料金が適切」を選択したの回答者が多く、49.2%であり、それに次ぐのは「医療条件が良い」で、43.5%を占め、「子どもの住まいから近い」は40.6%を占めている。

また、「家族構成」による入所施設への条件のクロスを行った結果、「医療条件が良い」、「利用料金が適切」、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」には有意差が見られた。「医療条件が良い」と「利用料金が適切」には、「独居」と「家族と同居」の回答者が少なく、「夫婦のみ」の回答者が多く見られた。「介護職員の質が高い、院内環境が良い」には、「夫婦のみ」の回答者が多く、「独居」の回答者が少なく見られた。

表 5-3-7 入所施設への条件*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
利用料金が適切	24	34.8%	(3.0)	257	58.9%	3.7	302	49.2%	(2.2)	583	52.1%	18.567	2	0.000
医療条件が良い	21	30.4%	(2.7)	229	52.5%	3.4	267	43.5%	(2.0)	517	46.2%	15.733	2	0.000
子供の住まいから近い	24	34.8%	(1.2)	193	44.3%	1.4	249	40.6%	(0.8)	466	41.6%	2.870	2	0.238
介護職員の質が高い、院内環境が良い	18	26.1%	(2.6)	197	45.2%	2.4	241	39.3%	(1.1)	456	40.8%	10.265	2	0.006
健康管理とリハビリサービスがある	8	11.6%	(1.1)	67	15.4%	(0.6)	106	17.3%	1.1	181	16.2%	1.815	2	0.404
その他	2	2.9%	0.4	4	0.9%	(2.3)	18	2.9%	2.0	24	2.1%	5.127	2	0.077

どんな場合に施設に入ろうと考えるかについては、「独居」では、「一人暮らしで要介護状態になった時」を選択した回答者が最も多く、65.2%であった。その次には「子女による面倒が見られない時」であり、18.8%を占めている。

また表 5-3-8 に示したように、「夫婦のみ」と「家族と同居」も同じ順であり、一人暮らしで要介護状態になったら、施設に入所しようとする人が多く、それぞれ、62.6%と52.3%であった。次は「子女による面倒が見られない時」で、「夫婦のみ」は26.8%であり、「家族と同居」は29.5%であった。

「家族構成」により、施設に入ろうと考える時期とクロス集計した結果では「一人暮らしで要介護状態になった時」には差が見られた。「夫婦のみ」は一人暮らしで要介護状態になった時に、施設に入ろうと思う高齢者が多く、「家族と同居」は少ない結果であった。

表 5-3-8 施設に入所しようとする状況*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
一人暮らしで、要介護状態になった時	45	65.2%	1.4	273	62.6%	3.0	321	52.3%	(3.6)	639	57.1%	13.092	2	0.001
子女による面倒が見られない時	13	18.8%	(1.7)	117	26.8%	(0.6)	181	29.5%	1.4	311	27.8%	3.825	2	0.148
医者や介護職員がいる	2	2.9%	(1.4)	37	8.5%	1.5	40	6.5%	(0.8)	79	7.1%	3.451	2	0.178
養老施設に人が多く、寂しくない	3	4.3%	(0.5)	30	6.9%	1.3	31	5.0%	(1.1)	64	5.7%	1.843	2	0.398
その他	2	2.9%	(0.2)	13	3.0%	(0.5)	22	3.6%	0.6	37	3.3%	0.327	2	0.849

3 サービスの利用料金と家族構成

托老所（昼）の利用料金と入所施設の利用料金に関する項目では、金額が高くなるとともに、利用しようとする者も減っていくことが分かった。家族構成による、有意差は見られなかった。

表 5-3-9 托老所（昼）の利用料金・入所施設の利用料金*家族構成（単位：元/月） クロス表

		独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
		n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
托老所の利用料金について	150元以下	36	73.5%	0.2	207	68.1%	(2.1)	298	75.3%	2.0	541	72.2%	9.538	6	0.146
	150～200円	8	16.3%	(1.0)	77	25.3%	1.9	79	19.9%	(1.4)	164	21.9%			
	200～250円	5	10.2%	1.4	18	5.9%	0.3	19	4.8%	(1.0)	42	5.6%			
	250円以上	0	0.0%	(0.4)	2	0.7%	1.7	0	0.0%	(1.5)	2	0.3%			
自立高齢者(食事付き)	1000元/月以下	36	70.6%	0.3	234	63.4%	(3.0)	349	73.2%	2.9	619	69.0%	12.526	6	0.051
	1000～1500元/月	13	25.5%	0.2	105	28.5%	2.3	102	21.4%	(2.3)	220	24.5%			
	1501～2000元/月	2	3.9%	(0.4)	22	6.0%	0.8	23	4.8%	(0.6)	47	5.2%			
	2001元/月以上	0	0.0%	(0.8)	8	2.2%	2.1	3	0.6%	(1.7)	11	1.2%			
半自立高齢者(食事・介護付き)	1500元/月以下	30	78.9%	1.4	196	64.1%	(2.5)	269	72.1%	1.9	495	69.0%	8.559	6	0.200
	1501～2000元/月	5	13.2%	(1.5)	81	26.5%	1.7	81	21.7%	(1.0)	167	23.3%			
	2001～2500元/月	2	5.3%	(0.1)	20	6.5%	1.0	18	4.8%	(0.9)	40	5.6%			
	2501元/月以上	1	2.6%	0.2	9	2.9%	1.4	5	1.3%	(1.5)	15	2.1%			
非自立高齢者(食事・介護付き)	1800元/月以下	28	73.7%	0.2	199	67.0%	(2.6)	281	75.9%	2.4	508	72.1%	6.903	6	0.330
	1801～2300元/月	7	18.4%	0.0	63	21.2%	1.7	59	15.9%	(1.7)	129	18.3%			
	2301～2800元/月	2	5.3%	(0.1)	20	6.7%	1.0	18	4.9%	(1.0)	40	5.7%			
	2801元/月以上	1	2.6%	(0.4)	15	5.1%	1.3	12	3.2%	(1.0)	28	4.0%			

4 要介護予防対象者と家族構成

要介護予防については、「独居」では、「うつ状態」が 81.1%、「口腔機能」は 45.6%、「運動器関係」は 26.3%で、「生活機能全般」は 22.2%を占め、「閉じこもり」は 5.1%を占めて

いる。

「夫婦のみ」では、「うつ状態」は70.7%で、「口腔機能」は31.6%であった。また、「生活機能全般」と「運動器関係」はそれぞれ約10%を占め、「閉じこもり」は3.9%を占めている。

「家族と同居」では、「うつ状態」は75.9%で、「口腔機能」は44.3%であった。また、「生活機能全般」と「運動器関係」はそれぞれ約17%を占め、「閉じこもり」は7.6%を占めている。

「家族構成」とクロス集計した結果を見ると、「運動器関係」、「口腔機能」、「閉じこもり」には有意差が見られた。「独居」と「家族と同居」の「運動器関係」が低下している者は「夫婦のみ」より多く見られた。また「口腔機能」の低下者は「夫婦のみ」が最も少なく、「家族と同居」の者が多く見られた。「閉じこもり」がちの「夫婦のみ」の者は少なく、「家族と同居」の者が多く見られた。

表 5-3-10 要介護予防の対象*家族構成 クロス表

	独居			夫婦のみ			家族と同居			合計		χ^2	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
うつ状態	30	81.1%	1.0	152	70.7%	(1.5)	264	75.9%	1.0	446	74.3%	2.799	2	0.247
口腔機能	26	45.6%	1.0	125	31.6%	(4.0)	235	44.3%	3.5	386	39.3%	16.296	2	0.000
運動器関係	15	26.3%	2.4	41	10.4%	(3.4)	94	17.5%	2.2	150	15.2%	14.669	2	0.001
生活機能全般	8	22.2%	1.2	36	11.6%	(2.3)	68	17.2%	1.7	112	15.1%	5.771	2	0.056
閉じこもり	3	5.1%	(0.8)	16	3.9%	(3.6)	58	10.6%	3.9	77	7.6%	15.634	2	0.000
栄養機能	1	2.6%	2.3	1	0.3%	(0.3)	1	0.2%	(0.7)	3	0.4%	5.498	2	0.064

5 まとめ

家族構成（独居・夫婦のみ・家族と同居）を軸として、分析を行った。

「独居」の高齢者の特徴としては、女性が多く、「60～64歳」の高齢者が少なく見られた。また年金収入では、「夫婦のみ」と「家族と同居」よりも「500元以下」である者が多く見られた。「家政サービスや家政婦を利用して在宅養老」のニーズは少ない結果であった。社区养老服务でも「掃除・片づけ」への需要は少ない傾向であったが、「通院介助」のニーズは高く見られた。

「夫婦のみ」の高齢者の特徴としては、「独居」と「家族と同居」よりも、男性が多く、年齢は、「65～69歳」の高齢者が多く見られ、「80～89歳」が少ない結果であった。年金収入には、「1,500～1,999円」が多く見られた。「住まいの形態」では、「産権を持つ」のが多かったが、「借家」は少なかった。日常生活の中においては困っていることが少なかった。

「独居」と「家族と同居」より、「夫婦のみ」に病院等の医療機関に入ろうとする回答が多く見られた。托老所に必要とするサービスは「健康管理」と「本や雑誌等の閲覧」には高く見られた。入所施設には「一人暮らしで、要介護状態になった時」には入ろうとする者が多くみられ、また入所施設の利用料金の適切さと介護職員の質の高さ、院内環境の良さに対して、「独居」と「家族と同居」よりも重視していることが見られる。

要介護予防の対象には、あまり大きな差が見られなかったが、「独居」と「家族と同居」に「運動器機能」が低下している高齢者が多く、「夫婦のみ」では少なかった。また「家族と同居」には、「口腔機能」と「閉じ込もり」が多く見られた。

第4節 中間所得層の高齢者の特徴

本調査を実施した2011年の時には、大連市都市部の平均年金収入は月約1,567元であった。したがってデータ分析上、データの分布を考慮し、調査対象の年金収入を（1000元以下、1000～1499元、1500～1999元、2000元以上）4層に分け、性別・年齢・家族構成・住まいの形態、介護・介助・養老サービスの状況、サービスの利用料金、要介護の対象について、分析を行い、その特徴を検討する。

表5-4-1 年金収入4段階

	n	%
1000元以下	112	10.0%
1000～1499元	454	40.6%
1500～1999元	273	24.4%
2000元以上	232	20.7%
未回答	48	4.3%

1 性別・年齢・家族構成・住まいの形態について

性別・年齢・家族構成・住まいの形態をカテゴリーごとに年金収入とクロス集計した。その結果は表5-4-2に示したように、全てのカテゴリーに有意差が見られた。

性別では、有意差が見られ、年金収入は「1,000元以下」である女性は男性より約3倍多く、74.8%となっている。「1,000元～1,499元」の間も男性より女性の方が多かった。「1,500～1,999元」の男女の差が少なく、男性は女性より6.6%高くなっている。「2,000元以上」には、男性は女性より2倍多く占めている。

年齢では、有意差が見られた。具体的には、「60～64歳」の中には「2,000元以上」であるの者が多かった。「65～69歳」には「1,000元以下」の者が少ない傾向であった。また年金収入「1,000元以下」は「75～79歳」と「90歳以上」の者が多く見られた。

家族構成では、「独居」には、大きな差が見られなかった。「夫婦のみ」には、「1,000元以下」が少なく、「1,500～1,999元」が多い傾向であった。「家族と同居」には、「1,000元以下」が多く、「1,500～1,999元」が少ない結果であった。

住まいの形態では、「産権を持つ」には、年金収入は1,500元以下の回答者が少なく、「2,000元以上」の回答者が多く見られた。「使用権のみ」には、1,500元以下の回答者が多く、「2,000元以上」の回答者が少ない傾向であった。また「借家」の者は「1,000元以下」の回答者が多い傾向を示した。

表 5-4-2 性別・年齢・家族構成・住まいの形態*年金収入 クロス

		1000元以下			1000~1499元			1500~1999元			2000元以上			合計		χ ²	df	p
		n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%			
性別	男性	28	25.2%	(4.6)	163	35.9%	(5.7)	145	53.3%	2.8	155	67.4%	7.3	491	46.0%	86.133	3	0.000
	女性	83	74.8%	4.6	291	64.1%	5.7	127	46.7%	(2.8)	75	32.6%	(7.3)	576	54.0%			
年齢4段階	60-64歳	24	21.8%	(1.5)	123	27.3%	(0.4)	66	24.2%	(1.6)	85	37.0%	3.4	298	28.0%	31.729	9	0.000
	65-69歳	18	16.4%	(2.3)	124	27.6%	1.3	73	26.7%	0.5	56	24.3%	(0.5)	271	25.5%			
	70-74歳以上	20	18.2%	(0.3)	94	20.9%	1.3	50	18.3%	(0.4)	39	17.0%	(0.9)	203	19.1%			
	75歳以上	48	43.6%	4.0	109	24.2%	(2.0)	84	30.8%	1.5	50	21.7%	(2.2)	291	27.4%			
住まいの形態	産権を持つ	45	40.2%	(4.5)	232	52.0%	(4.4)	164	61.0%	0.5	190	83.0%	8.1	631	59.8%	91.974	9	0.000
	使用権のみ	48	42.9%	2.4	181	40.6%	4.7	89	33.1%	0.2	27	11.8%	(7.6)	345	32.7%			
	借家	16	14.3%	3.8	26	5.8%	(0.4)	12	4.5%	(1.3)	11	4.8%	(1.0)	65	6.2%			
	その他	3	2.7%	1.2	7	1.6%	0.3	4	1.5%	0.1	1	0.4%	(1.4)	15	1.4%			
家族構成	独居	10	8.9%	1.4	28	6.2%	0.3	16	5.9%	(0.0)	9	3.9%	(1.5)	63	5.9%	25.038	6	0.000
	老夫婦	23	20.5%	(4.4)	176	38.8%	(0.6)	124	45.4%	2.2	104	44.8%	1.7	427	39.9%			
	その他	79	70.5%	3.7	250	55.1%	0.5	133	48.7%	(2.1)	119	51.3%	(1.0)	581	54.2%			

2 介護・介助・養老サービスの状況

1) 日常生活のニーズ

日常生活の中で最も困っていることに関する項目では、「外出移動手段」、「財産やお金の管理」「買い物」、「掃除・洗濯・炊事」、「電化製品の扱い方」、「特に困ったことはない」の項目には有意差が見られた。

「外出移動手段」には「1,000元以下」と「1,500~1,999元」の回答者が多く、「1,000~1,499元」と「2,000元以上」の回答者が少ない傾向であった。

「財産金銭管理」と「買い物」には、「1,000元以下」の回答者が多く見られ、「1,000~1,499元」の回答者が少なかった。他には差が見られなかった。

「掃除・洗濯・炊事」と「電化製品の扱い」には、「1,000~1,499元」で他と比較すると、回答者が多く見られた。また、「掃除・洗濯・炊事」には、「2,000元以上」の回答者が少ない結果であった。「電化製品の扱い」には、「1,500~1,999元」と「2,000元以上」の回答者が少ない傾向であった。

「特に困ったことはない」には、「1000元以下」の回答者が一番低く見られ、「2,000元以上」の回答者が多い結果であった。

表 5-4-3 日常生活の中で最も困っていること*年金収入 クロス表

	1000元以下			1000~1499円			1500~1999円			2000元以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家具の移動	48	42.9%	1.4	169	37.2%	0.2	95	34.8%	(0.8)	83	35.8%	(0.4)	395	36.9%	2.372	3	0.499
特にない	22	19.6%	(2.9)	135	29.7%	(1.3)	90	33.0%	0.4	95	40.9%	3.3	342	31.9%	17.601	3	0.001
掃除・洗濯・炊事	25	22.3%	1.0	101	22.2%	2.5	51	18.7%	(0.0)	24	10.3%	(3.7)	201	18.8%	15.33	3	0.002
電化製品の扱い方	18	16.1%	(0.0)	107	23.6%	5.7	24	8.8%	(3.8)	24	10.3%	(2.7)	173	16.2%	35.135	3	0.000
買い物	23	20.5%	2.0	50	11.0%	(2.6)	38	13.9%	(0.1)	41	17.7%	1.7	152	14.2%	9.792	3	0.020
外出の際の移動手段	22	19.6%	3.1	36	7.9%	(2.8)	45	16.5%	3.3	15	6.5%	(2.5)	118	11.0%	26.138	3	0.000
財産やお金の管理	16	14.3%	5.0	12	2.6%	(2.8)	10	3.7%	(1.0)	13	5.6%	0.7	51	4.8%	27.983	3	0.000
その他	3	2.7%	(0.9)	34	7.5%	4.4	2	0.7%	(3.4)	7	3.0%	(1.1)	46	4.3%	21.329	3	0.000
ゴミ出し	5	4.5%	1.8	9	2.0%	(0.3)	4	1.5%	(0.9)	5	2.2%	0.0	23	2.1%	3.525	3	0.318

2) 在宅養老サービスの需要について

好きな養老サービスに関する項目では、「家政サービスや家政婦を利用して在宅養老」と「社区にある養老サービスで在宅養老」の項目には有意差が見られた。

「家政サービスや家政婦を利用して在宅養老」の中には、「1,500~1,999 円」の回答者が多く、「1,000~1,499 円」の回答者が少なく見られた。

「社区にある養老サービスで在宅養老」には、「1,000~1,499 円」の回答者が多く、「1,500~1,999 円」の回答者が少ない傾向であった。

表 5-4-4 好きな養老サービスについて

	1000元以下			1000~1499円			1500~1999円			2000元以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービスや家政婦を利用して在宅養老	44	39.3%	1.9	108	23.8%	(4.6)	100	36.6%	2.2	84	36.2%	1.8	336	31.4%	21.409	3	0.000
社区にある養老サービスで在宅養老	26	23.2%	(1.0)	146	32.2%	3.1	52	19.0%	(3.5)	67	28.9%	0.7	291	27.2%	16.039	3	0.001
養老院	10	8.9%	(1.3)	57	12.6%	(0.4)	46	16.8%	2.2	26	11.2%	(0.9)	139	13.0%	5.966	3	0.113
托老所(昼)	4	3.6%	(1.2)	26	5.7%	(0.4)	23	8.4%	1.9	12	5.2%	(0.6)	65	6.1%	4.304	3	0.230
その他	6	5.4%	(0.2)	27	5.9%	0.1	16	5.9%	(0.0)	14	6.0%	0.1	63	5.9%	0.069	3	0.995
高齢者専用賃貸(介護なし)	8	7.1%	0.8	23	5.1%	(0.5)	15	5.5%	(0.0)	13	5.6%	0.1	59	5.5%	0.75	3	0.861
病院などの医療機構に入る	1	0.9%	(1.3)	17	3.7%	1.4	11	4.0%	1.3	2	0.9%	(2.1)	31	2.9%	7.424	3	0.060

どんな社区養老サービスが必要かという項目について、「買い物」、「配食サービス」、「通院介助」には有意差が見られた。

「買い物」と「配食サービス」には、「1,000~1,499 円」の回答者が最も少なく、「2,000 元以上」で回答が多く見られた。

「通院介助」には、「1,000 元以上」の回答者が多く見られた。

表 5-4-5 必要とされる社区养老サービス*年金収入 クロス表

	1000元以下			1000~1499元			1500~1999元			2000元以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービス（洗濯・食事等）	46	41.1%	(0.0)	185	40.7%	(0.2)	115	42.1%	0.4	95	40.9%	(0.1)	441	41.2%	0.141	3	0.986
掃除・片づけ	29	25.9%	0.1	116	25.6%	(0.1)	66	24.2%	(0.7)	64	27.6%	0.8	275	25.7%	0.772	3	0.856
医療・リハビリサービス	12	10.7%	0.3	51	11.2%	1.3	28	10.3%	0.2	15	6.5%	(2.0)	106	9.9%	4.096	3	0.251
専門性がある介護員の派遣	11	9.8%	0.7	42	9.3%	1.1	24	8.8%	0.4	11	4.7%	(2.2)	88	8.2%	4.862	3	0.182
文化・娯楽	9	8.0%	0.1	36	7.9%	0.2	21	7.7%	(0.0)	17	7.3%	(0.3)	83	7.7%	0.092	3	0.993
配食サービス	4	3.6%	(1.1)	19	4.2%	(2.0)	17	6.2%	0.3	23	9.9%	2.9	63	5.9%	10.312	3	0.016
その他	5	4.5%	(0.3)	26	5.7%	0.8	12	4.4%	(0.6)	12	5.2%	0.0	55	5.1%	0.737	3	0.864
家電製品の修理	3	2.7%	(1.1)	25	5.5%	0.9	11	4.0%	(0.7)	13	5.6%	0.6	52	4.9%	2.25	3	0.522
買い物	6	5.4%	0.5	11	2.4%	(2.8)	15	5.5%	0.9	16	6.9%	2.0	48	4.5%	8.51	3	0.037
精神的に慰め	9	8.0%	1.9	20	4.4%	(0.1)	11	4.0%	(0.4)	8	3.4%	(0.9)	48	4.5%	4.02	3	0.259
通院介助	7	6.3%	3.3	8	1.8%	(0.6)	4	1.5%	(0.8)	3	1.3%	(0.9)	22	2.1%	11.131	3	0.011

「托老所を利用するかどうか」と年金収入をクロス集計したところ、有意差が見られなかった。「托老所（昼）に必要とするサービス」と年金収入をクロス集計したところ、「入浴」には有意差が見られた。それは2,000 元以上の回答者に多く見られた。

表 5-4-6 托老所の需要と托老所（昼）に必要とするサービス*年金収入 クロス表

	1000元以下			1000~1499元			1500~1999元			2000元以上			合計		χ ²	df	p	
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%				
托老所(昼)の利用について	利用する	45	42.5%	2.0	124	30.0%	(2.0)	93	36.0%	1.0	70	33.2%	(0.1)	332	33.6%	6.905	3	0.075
	利用しない	61	57.5%	(2.0)	290	70.0%	2.0	165	64.0%	(1.0)	141	66.8%	0.1	657	66.4%			
托老所(昼)に必要とするサービス	健康管理（講座・血圧図り等）	42	37.5%	(1.2)	194	42.7%	(0.1)	127	46.5%	1.4	97	41.8%	(0.4)	460	43.0%	2.91	3	0.406
	昼食の提供	41	36.6%	(0.3)	166	36.6%	(0.8)	107	39.2%	0.5	92	39.7%	0.6	406	37.9%	0.922	3	0.820
	趣味や学習スクール	15	13.4%	(1.9)	90	19.8%	(0.3)	61	22.3%	1.0	51	22.0%	0.7	217	20.3%	4.483	3	0.214
	入浴	17	15.2%	(1.0)	73	16.1%	(1.8)	51	18.7%	0.0	58	25.0%	2.8	199	18.6%	9.056	3	0.029
	専門性がある介護員の派遣	14	12.5%	(1.7)	81	17.8%	(0.4)	57	20.9%	1.2	45	19.4%	0.4	197	18.4%	3.963	3	0.265
	団体活動	14	12.5%	(0.7)	63	13.9%	(0.5)	44	16.1%	0.8	35	15.1%	0.3	156	14.6%	1.136	3	0.768
	本や雑誌等の閲覧	11	9.8%	(1.2)	70	15.4%	1.5	33	12.1%	(0.9)	32	13.8%	0.1	146	13.6%	3.17	3	0.366
	その他	3	2.7%	(0.5)	20	4.4%	1.5	10	3.7%	0.2	4	1.7%	(1.6)	37	3.5%	3.551	3	0.314

3) 入所施設の需要について

入所施設への条件については、「医療条件が良い」、「利用料金が適切」、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」、「健康管理とリハビリサービスがある」には有意差が見られた。

「医療条件が良い」には、「2,000 元以上」の回答者が多く、「1,000 元以下」の回答者が最も少ない傾向であった。

「利用料金が適切」には、「1,000～1,499 元」の回答者が多く、「1,000 元以下」の回答者が少なく見られた。

「介護職員の質が高い、院内環境が良い」には、「2,000 元以上」の回答者が多い傾向であった。

表 5-4-7 入所施設への条件*年金収入 クロス表

	1000元以下			1000～1499元			1500～1999元			2000元以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
利用料金が適切	40	35.7%	(3.9)	274	60.4%	4.0	145	53.1%	(0.1)	112	48.3%	(1.7)	571	53.3%	25.344	3	0.000
医療条件が良い	37	33.0%	(3.1)	214	47.1%	0.0	127	46.5%	(0.2)	126	54.3%	2.5	504	47.1%	13.77	3	0.003
子供の住まいから近い	44	39.3%	(0.7)	204	44.9%	1.4	116	42.5%	0.0	91	39.2%	(1.1)	455	42.5%	2.593	3	0.459
介護職員の質が高い、院内環境が良い	41	36.6%	(1.2)	183	40.3%	(0.8)	107	39.2%	(1.0)	116	50.0%	2.9	447	41.7%	8.833	3	0.032
健康管理とリハビリサービスがある	14	12.5%	(1.2)	66	14.5%	(1.6)	42	15.4%	(0.6)	56	24.1%	3.5	178	16.6%	12.556	3	0.006
その他	2	1.8%	(0.1)	11	2.4%	0.9	5	1.8%	(0.2)	3	1.3%	(0.8)	21	2.0%	1.084	3	0.781

3 サービスの利用料金について

托老所（昼）の利用料金と年金収入をクロス集計したところには有意差が見られなかった。各年金収入層には 150 元以下を選ぶ回答者が多かったが、年金収入の増加により、割合が少し減ることが分かる。

入所施設の利用料金と年金収入とクロス集計をした結果は、有意差が見られた。

「自立高齢者（食事付き）」では、利用料金「1,000 元/月以下」では、年金収入 1,500 元以下の回答者が多く、「2,000 元以上」の回答者が少なく見られた。利用料金「1,000～1,500 元/月」では、年金収入「1,000 元以下」の回答者が最も少なく、「2,000 元以上」の回答者が多い傾向であった。利用料金「1,501～2,000 元/月」には、年金収入「1000 元以下」と「2,000 元以上」の回答者が多く、「1000～1499 元」の回答者が少ない傾向であった。利用料金「2,001 元/月以上」には「1,000～1,499 元」の回答者が最も少なく、「2,000 元以上」の回答者が多い結果であった。

「半自立高齢者（食事・介護付き）」の場合では、利用料金「1,500 元/月以下」では、年金収入の 1,500 元以下の回答者が多く、「2,000 元以上」の回答者が少ない結果であった。

利用料金「1,501～2,000 元/月」では、年金収入「1,000 元以下」の回答者が少なく、年金収入「2,000 元以上」の回答者が多い結果であった。利用料金「2001～2500 元/月」では、年金収入 1,000 元～1,999 元の回答者が少なく、「2,000 元以上」の回答者が多く見られた。利用料金「2,501 元/月以上」では、年金収入「2,000 元以上」の回答者が多い結果であった。

「非自立高齢者（食事・介護付き）」では、利用料金「1,800 元/月以下」では、年金収入 1,500 元以下の回答者が多く、「2,000 元以上」の回答者が少なく見られた。利用料金「1,801～2,300 元/月」では、年金収入「1,000 元以下」の回答者が少なく、「2,000 元以上」の回答者が多く見られた。利用料金「2,301～2,800 元/月」では、年金収入「1,000～1,499 元」の回答者が低く、「2,000 元以上」の回答者が多く見られた。利用料金「2,801 元/月以上」では、年金収入「2,000 元以上」の回答者が多く見られた。

表 5-4-8 托老所（昼）の利用料金、入所施設の利用料金*年金収入（単位：元/月） クロス表

		1000元以下			1000～1499元			1500～1999元			2000元以上			合計		χ ²	df	p
		n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
托老所の利用料金について	150元以下	64	77.1%	1.1	207	74.7%	1.3	154	71.3%	(0.3)	103	65.6%	(2.0)	528	72.0%	14.345	9	0.111
	150～200元	12	14.5%	(1.8)	61	22.0%	0.0	50	23.1%	0.5	38	24.2%	0.8	161	22.0%			
	200～250元	7	8.4%	1.1	9	3.2%	(2.3)	11	5.1%	(0.5)	15	9.6%	2.3	42	5.7%			
	250元以上	0	0.0%	(0.5)	0	0.0%	(1.1)	1	0.5%	0.6	1	0.6%	1.0	2	0.3%			
自立高齢者(食事付き)	1000元/月以下	70	81.4%	2.7	280	76.9%	4.5	162	69.8%	0.5	87	45.3%	(7.8)	599	68.5%	103.722	9	0.000
	1000～1500元/月	7	8.1%	(3.8)	79	21.7%	(1.9)	59	25.4%	0.2	73	38.0%	4.7	218	24.9%			
	1501～2000元/月	9	10.5%	2.2	5	1.4%	(4.4)	10	4.3%	(0.8)	23	12.0%	4.6	47	5.4%			
半自立高齢者(食事・介護付き)	2001元/月以上	0	0.0%	(1.1)	0	0.0%	(2.7)	1	0.4%	(1.2)	9	4.7%	5.2	10	1.1%	88.873	9	0.000
	1500元/月以下	60	83.3%	2.9	228	76.0%	3.7	138	72.3%	1.3	58	40.6%	(8.1)	484	68.6%			
	1501～2000元/月	7	9.7%	(2.9)	61	20.3%	(1.8)	45	23.6%	(0.0)	54	37.8%	4.4	167	23.7%			
	2001～2500元/月	5	6.9%	0.5	8	2.7%	(3.0)	4	2.1%	(2.5)	23	16.1%	6.0	40	5.7%			
非自立高齢者(食事・介護付き)	2501元/月以上	0	0.0%	(1.3)	3	1.0%	(1.8)	4	2.1%	(0.0)	8	5.6%	3.2	15	2.1%	78.908	9	0.000
	1800元/月以下	65	89.0%	3.5	230	78.5%	3.5	139	73.5%	0.7	62	44.9%	(7.8)	496	71.6%			
	1801～2300元/月	5	6.8%	(2.7)	47	16.0%	(1.5)	36	19.0%	0.2	41	29.7%	3.7	129	18.6%			
	2301～2800元/月	3	4.1%	(0.6)	8	2.7%	(2.9)	8	4.2%	(1.1)	21	15.2%	5.3	40	5.8%			
	2801元/月以上	0	0.0%	(1.9)	8	2.7%	(1.5)	6	3.2%	(0.7)	14	10.1%	4.1	28	4.0%			

4 要介護予防の対象

要介護予防の対象では、「運動器関係」、「生活機能全般」、「口腔機能」、「うつ状態」と「閉じこもり」には、有意差が見られた。

「運動器機能」では、「1,000 元以下」の回答者が多く見られた。「生活機能全般」では、「1,000 元以下」の回答者が多く、「2,000 元以上」の回答者が少なく見られた。「口腔機能」には、「1,000 元以下」の回答者が多かった。「うつ状態」には、「1,000 元以下」の回答者が多く、「1,000～1,499 元」の回答者が少なく見られた。「閉じこもり」には、「1,000 元以下」の回答者が多く、「2,000 元以上」の回答者が少ない傾向であった。

表 5-4-9 要介護予防の対象*年金収入 クロス表

	1000元以下			1000~1499元			1500~1999元			2000元以上			χ^2	df	p
	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差	n	%	調整 残差			
運動器関係	25	25.5%	3.2	53	13.1%	(1.2)	37	15.2%	0.3	25	12.0%	(1.2)	11.26	3	0.010
生活機能全般	25	35.2%	5.1	43	14.0%	(0.5)	30	16.0%	0.5	10	6.1%	(3.6)	33.91	3	0.000
栄養機能	0	0.0%	(0.6)	1	.3%	(0.3)	1	.5%	0.3	1	.6%	0.5	0.58	3	0.900
口腔機能	56	58.3%	4.2	144	35.6%	(1.7)	86	35.2%	(1.3)	82	39.6%	0.3	18.49	3	0.000
うつ状態	63	84.0%	2.1	166	68.3%	(2.7)	93	77.5%	1.0	102	75.6%	0.5	8.92	3	0.030
閉じこもり	21	20.8%	5.5	26	6.3%	(1.0)	15	6.0%	(0.8)	9	4.2%	(2.0)	31.72	3	0.000

5 まとめ

本節は年金収入を軸として、分析を行った。男性より、女性の方の年金収入が低い傾向であった。また低い年齢層には年金収入が高い人が多く見られた。年金収入は「1,500～1,999 元」には「夫婦のみ」が多く見られ、「1,000 元以下」では「家族と同居」のが多かったが、「夫婦のみ」は少なかった。「2,000 元以上」では「産権を持つ」の回答者が多く見られ、「1,500 元以下」には、「使用権のみ」の者が多く見られた。また「1,000 元以下」には「借家」であるのが多く見られた。

入所施設への条件について、年金収入が「1,000 元以下」の回答者は家族と同居していることが多いためか、年金収入が低い割に、「利用料金が適切」を気にする人が少なく見られた。一方、「1,000～1,499 元」の中には「利用料金が適切」を重要視している回答が多く見られた。また年金収入「2,000 元以上」の人は、利用料金より、サービスの質について関心を示している。

サービスの利用料金については、「托老所の利用料金」には年金収入によって差が見られなかったが、入所施設には年金収入が「2000 元以上」の高齢者はやや余裕があって、高い料金を選択する傾向が見られた。

第5節 年齢階層別のサービス整備に関する課題

先進国では65歳以上の人は高齢者と呼ばれるが、中国では60歳以上の人となっている。また、大連市では2008年に初代の一人っ子政策の親たちが60歳となり、本調査の分析にあたって、年齢層別に年金・家族構成・住まいの形態、介護・介助・养老服务の状況、サービスの利用料金、また要介護予防の対象の特徴を見るときには、これらのことを考慮し、調査対象の年齢を4層で（60-64歳、65～69歳、70～74歳、75歳以上）分け、分析を行い、その特徴を検討した。

表 5-5-1 年齢 4 段階

	n	%
60-64歳	309	27.6%
65-69歳	279	24.9%
70-74歳	208	18.6%
75歳以上	313	28.0%
未回答	10	0.9%
合計	1119	100.0%

1 性別・年金収入・住まいの形態と年齢

性別・年金収入4段階・住まいの形態と年齢4段階とのクロス集計を行った結果、表 5-5-2 に示したように、「年金収入」と「住まいの形態」には、有意差が見られた。

性別では、有意差が見られなかったが、各年齢層には、女性は男性より割合がやや高い結果であった。

年金収入については、有意差が見られた。各年齢層には、年金収入が「1,000～1,499 元」の割合が最も多く占めている。その次には「1,500～1,999 元」であった。

また、年金収入別で有意差を見ると、「500 元以下」である回答者の中には、「65～69 歳」が少なく、「75 歳以上」の者が多かった。また、「500～999 元」と「1,500～1,999 元」、「2,000～2,499 元」にはあまり差が見られなかった。「1,000～1,499 元」と「2,500～2,999 元」の中には、「75 歳以上」である回答者が少ない結果であった。

住まいの形態では、有意差が見られた。「産権を持つ」の回答者の中には、「60-64 歳」と「65～69 歳」の者が多く、「75 歳以上」の者が少ない結果であった。また、「使用権のみ」の回答者の中には「60～64 歳」の者が少なく、「75 歳以上」の者が多く見られた。一方、「借家」である「75 歳以上」の回答者が多く見られた。

表 5-5-2 年金・家族構成・住まいの形態*年齢 4 段階 クロス表

		60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
		n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	度数	%			
性別	男性	141	45.6%	(0.0)	119	42.7%	(1.2)	92	44.9%	(0.3)	153	49.0%	1.4	505	45.7%	2.50	3	0.475
	女性	168	54.4%	0.0	160	57.3%	1.2	113	55.1%	0.3	159	51.0%	(1.4)	600	54.3%			
年金収入4段階	1000元以下	24	8.1%	(1.5)	18	6.6%	(2.3)	20	9.9%	(0.3)	48	16.5%	4.0	110	10.3%	31.729 ^a	9	.000
	1000~1499円	123	41.3%	(0.4)	124	45.8%	1.3	94	46.3%	1.3	109	37.5%	(2.0)	450	42.3%			
	1500~1999円	66	22.1%	(1.6)	73	26.9%	0.5	50	24.6%	(0.4)	84	28.9%	1.5	273	25.7%			
	2000元以上	85	28.5%	3.4	56	20.7%	(0.5)	39	19.2%	(0.9)	50	17.2%	(2.2)	230	21.6%			
住まいの形態	産権を持つ	205	67.4%	3.3	177	64.8%	2.1	110	54.7%	(1.5)	151	50.0%	(4.0)	643	59.5%	33.35	9	0.000
	使用権のみ	77	25.3%	(3.1)	77	28.2%	(1.8)	82	40.8%	2.8	115	38.1%	2.4	351	32.5%			
	借家	18	5.9%	(0.4)	16	5.9%	(0.4)	7	3.5%	(1.9)	28	9.3%	2.4	69	6.4%			
	その他	4	1.3%	(0.4)	3	1.1%	(0.7)	2	1.0%	(0.7)	8	2.6%	1.8	17	1.6%			

2 介護・介助・養老サービスの状況

1) 日常生活の中のニーズ

日常生活の中で最も困っていることと年齢層でクロス集計をした結果、全ての項目には有意差が見られた。

「60~64歳」である回答者が他の年齢層より困っているものが少なく、「75歳以上」の者が多く見られた。

表 5-5-3 日常生活の中で最も困っていること*年齢 4 段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家具の移動	93	30.1%	(2.8)	110	39.4%	1.1	78	37.5%	0.3	125	39.9%	1.4	406	36.6%	8.17	3	0.043
特に困ったことはない	152	49.2%	7.8	79	28.3%	(1.4)	67	32.2%	0.2	53	16.9%	(6.6)	351	31.7%	76.75	3	0.000
掃除・洗濯・炊事	29	9.4%	(4.9)	45	16.1%	(1.2)	47	22.6%	1.7	85	27.2%	4.6	206	18.6%	35.82	3	0.000
電化製品の扱い方	24	7.8%	(4.6)	45	16.1%	0.1	47	22.6%	2.9	61	19.5%	2.0	177	16.0%	25.21	3	0.000
買い物	36	11.7%	(1.6)	32	11.5%	(1.6)	26	12.5%	(0.8)	65	20.8%	3.8	159	14.3%	14.79	3	0.002
外出の際の移動手段	17	5.5%	(3.5)	26	9.3%	(0.9)	22	10.6%	(0.1)	55	17.6%	4.5	120	10.8%	24.51	3	0.000
財産やお金の管理	5	1.6%	(2.9)	15	5.4%	0.8	5	2.4%	(1.6)	25	8.0%	3.5	50	4.5%	17.42	3	0.001
その他	10	3.2%	(1.2)	21	7.5%	2.9	8	3.8%	(0.4)	10	3.2%	(1.2)	49	4.4%	8.68	3	0.034
ゴミ出し	2	0.6%	(2.2)	4	1.4%	(1.1)	4	1.9%	(0.4)	15	4.8%	3.6	25	2.3%	13.73	3	0.003

2) 在宅養老サービスの需要について

好きな養老サービスに関する項目では、年齢層別には「その他」以外では、有意差が見

られなかったが、各年齢層には、「家政サービスや家政婦を利用して在宅養老」と「社区にある養老サービスで在宅養老」を選択した回答者が最も多かった。「養老院」を選択した者はそれぞれ1割程度占めている。

表 5-5-4 好きな養老サービス*年齢4段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービスや家政婦を利用して在宅養老	99	32.0%	0.3	80	28.7%	(1.2)	63	30.3%	(0.4)	107	34.2%	1.2	349	31.5%	2.26	3	0.520
社区にある養老サービスで在宅養老	84	27.2%	0.3	81	29.0%	1.1	62	29.8%	1.2	67	21.4%	(2.4)	294	26.5%	6.33	3	0.097
養老院	36	11.7%	(0.4)	43	15.4%	1.8	25	12.0%	(0.2)	33	10.5%	(1.1)	137	12.4%	3.52	3	0.318
托老所(昼)	15	4.9%	(1.0)	21	7.5%	1.3	10	4.8%	(0.8)	20	6.4%	0.4	66	6.0%	2.50	3	0.476
その他	19	6.1%	0.3	7	2.5%	(2.8)	15	7.2%	0.9	24	7.7%	1.6	65	5.9%	8.27	3	0.041
高齢者専用賃貸(介護なし)	14	4.5%	(0.7)	16	5.7%	0.4	12	5.8%	0.3	17	5.4%	0.1	59	5.3%	0.57	3	0.904
病院などの医療機構に	7	2.3%	(0.7)	12	4.3%	1.8	6	2.9%	0.1	6	1.9%	(1.1)	31	2.8%	3.54	3	0.315

必要とされる社区養老サービスに関する項目(表 5-5-5)では、各年齢層では「家政サービス(洗濯・食事)」を応えた回答者が多かった。有意差が見られた「医療・リハビリサービス」では、「60~64歳」の者は他の年齢層より少ない結果であったが、「文化・娯楽」には、多く見られた。

表 5-5-5 必要とされる社区養老サービス*年齢4段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
家政サービス(洗濯・食事等)	122	39.5%	(0.5)	115	41.2%	0.3	89	42.8%	0.7	124	39.6%	(0.4)	450	40.6%	0.74	3	0.863
掃除・片づけ	68	22.0%	(1.5)	78	28.0%	1.2	60	28.8%	1.4	73	23.3%	(0.9)	279	25.2%	4.85	3	0.183
医療・リハビリサービス	19	6.1%	(2.5)	29	10.4%	0.4	28	13.5%	2.0	32	10.2%	0.3	108	9.7%	8.03	3	0.045
専門性がある介護員の派遣	48	15.5%	(1.4)	54	19.4%	0.6	39	18.8%	0.2	61	19.5%	0.7	88	7.9%	2.12	3	0.549
文化・娯楽	36	11.7%	2.8	22	7.9%	(0.0)	12	5.8%	(1.3)	18	5.8%	(1.7)	88	7.9%	9.22	3	0.027
配食サービス	14	4.5%	(1.1)	14	5.0%	(0.6)	17	8.2%	1.6	19	6.1%	0.3	64	5.8%	3.42	3	0.331
その他	17	5.5%	0.3	12	4.3%	(0.7)	11	5.3%	0.1	17	5.4%	0.3	57	5.1%	0.85	3	0.837
家電製品の修理	10	3.2%	(1.4)	14	5.0%	0.3	12	5.8%	0.8	16	5.1%	0.4	52	4.7%	2.20	3	0.533
買い物	12	3.9%	(0.5)	15	5.4%	0.9	9	4.3%	(0.1)	13	4.2%	(0.3)	49	4.4%	0.87	3	0.832
精神的に慰め	14	4.5%	0.1	13	4.7%	0.2	11	5.3%	0.7	11	3.5%	(0.9)	49	4.4%	1.03	3	0.795
通院介助	3	1.0%	(1.6)	6	2.2%	0.1	6	2.9%	0.9	8	2.6%	0.7	23	2.1%	2.89	3	0.409

「托老所を利用するかどうか」、「托老所に必要とするサービス」と年齢をクロス集計した結果、「托老所を利用するかどうか」と「団体活動」、「趣味や学習スクール」、「本や雑誌等の閲覧」には有意差が見られた。

「利用する」を選択した「60～64歳」の者が多く見られ、約4割占めている。「75歳以上」の者が3割未満で、少ない結果であった。

「団体活動」と「本や雑誌等の閲覧」には、「75歳以上」の回答者が他の年齢層より少ない結果であった。

「趣味や学習スクール」には「60～64歳」の回答者が多く見られたが、「75歳以上」には興味を示す者が少ない結果であった。

表 5-5-6 托老所の需要と必要とするサービス*年齢4段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p	
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%				
托老所(屋)の利用について	利用する	111	39.4%	2.5	90	34.6%	0.5	61	31.8%	(0.6)	78	27.7%	(2.4)	340	33.5%	9.07	3	0.028
	利用しない	171	60.6%	(2.5)	170	65.4%	(0.5)	131	68.2%	0.6	204	72.3%	2.4	676	66.5%			
托老所(屋)に必要なとするサービス	健康管理(講座・血圧図り等)	137	44.3%	0.8	121	43.4%	0.4	88	42.3%	(0.0)	124	39.6%	(1.2)	470	42.4%	1.575	3	0.665
	昼食の提供	125	40.5%	1.3	100	35.8%	(0.6)	79	38.0%	0.2	111	35.5%	(0.8)	415	37.4%	2.05	3	0.562
	趣味や学習スクール	77	24.9%	2.6	55	19.7%	(0.1)	43	20.7%	0.3	45	14.4%	(2.9)	220	19.8%	10.98	3	0.012
	入浴	69	22.3%	1.9	46	16.5%	(1.1)	31	14.9%	(1.5)	61	19.5%	0.4	207	18.7%	5.684	3	0.128
	専門性がある介護員の派遣	48	15.5%	(1.4)	54	19.4%	0.6	39	18.8%	0.2	61	19.5%	0.7	202	18.2%	2.115	3	0.549
	団体活動	51	16.5%	1.4	47	16.8%	1.5	31	14.9%	0.3	28	8.9%	(3.1)	157	14.2%	10.152	3	0.017
	本や雑誌等の閲覧	51	16.5%	1.9	38	13.6%	0.1	33	15.9%	1.1	27	8.6%	(2.9)	149	13.4%	9.792	3	0.020
	その他	10	3.2%	(0.2)	10	3.6%	0.2	9	4.3%	0.8	9	2.9%	(0.6)	38	3.4%	0.852	3	0.837

3) 入所施設の需要について

入所施設への条件について、各年齢層には、「利用料金が適切」と「医療条件がよい」が最も重要な条件であるが、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」には有意差が見られた。

「60-64歳の高齢者」の回答者が多く、「75歳以上」の回答者が少ない結果であった。

表 5-5-7 入所施設への条件*年齢4段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%			
利用料金が適切	168	54.4%	0.9	154	55.2%	1.2	113	54.3%	0.7	144	46.0%	(2.6)	579	52.2%	6.78	3	0.079
医療条件が良い	153	49.5%	1.4	127	45.5%	(0.3)	94	45.2%	(0.3)	138	44.1%	(0.9)	512	46.2%	2.06	3	0.559
子供の住まいから近い	129	41.7%	(0.0)	130	46.6%	1.9	92	44.2%	0.8	113	36.1%	(2.4)	464	41.8%	7.32	3	0.062
介護職員の質が高い、院内環境が良い	144	46.6%	2.5	119	42.7%	0.8	80	38.5%	(0.7)	108	34.5%	(2.6)	451	40.7%	10.31	3	0.016
健康管理とリハビリサービスがある	61	19.7%	2.0	43	15.4%	(0.4)	26	12.5%	(1.6)	50	16.0%	(0.1)	180	16.2%	5.08	3	0.166
その他	9	2.9%	1.1	3	1.1%	(1.4)	4	1.9%	(0.3)	8	2.6%	0.6	24	2.2%	2.66	3	0.446

3 サービスの利用料金について

托老所（昼）の利用料金、入所施設の利用料金と年齢のクロス集計をした結果、「托老所（昼）の利用料金」と入所施設の「半自立高齢者（食事・介護付き）」には有意差が見られた。

托老所（昼）の利用料金の「150元以下」には、「60～64歳」の回答者が多く、「65～69歳」の回答者が少ない結果であった。「150～200元」では「60～64歳」の回答者が少なく、「65～69歳」の回答者が多く見られた。また、「65～69歳」の回答者は「201～250元」を選択した者が多く見られた。

入所施設の「半自立高齢者（食事・介護付き）」では、利用料金層別で見ると、「1,500元／月以下」を選んだ回答者の中、「60～64歳」が最も少なかった。「1501～2000元／月」には、「75歳以上」の者が少なく、「2,001～2,500元／月」の中には、「65～69歳」が少ない結果であった。また、「2,051元／月以上」には、「70～74歳」の回答者が少なく見られた。

表 5-5-8 托老所（昼）の利用料金と入所施設の利用料金＊年齢 4 段階 クロス表（単位：元／月）

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p	
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%				
托老所の利用料金について	150元以下	172	78.5%	2.5	118	61.1%	(4.0)	100	75.2%	0.9	146	73.7%	0.6	536	72.1%	20.52	9	0.015
	150～200元	36	16.4%	(2.3)	56	29.0%	2.8	28	21.1%	(0.3)	43	21.7%	(0.1)	163	21.9%			
	201～250元	11	5.0%	(0.5)	18	9.3%	2.6	5	3.8%	(1.0)	8	4.0%	(1.1)	42	5.7%			
	250元以上	0	0.0%	(0.9)	1	0.5%	0.8	0	0.0%	(0.7)	1	0.5%	0.7	2	0.3%			
自立高齢者(食事付き)	1000元/月以下	170	65.6%	(1.3)	158	67.8%	(0.4)	118	72.0%	1.0	165	71.1%	0.9	611	68.8%	8.79	9	0.457
	1000～1500元/月	74	28.6%	1.7	61	26.2%	0.6	35	21.3%	(1.1)	50	21.6%	(1.3)	220	24.8%			
	1501～2000元/月	11	4.2%	(0.8)	10	4.3%	(0.7)	11	6.7%	1.0	14	6.0%	0.7	46	5.2%			
	2001元/月以上	4	1.5%	0.5	4	1.7%	0.8	0	0.0%	(1.6)	3	1.3%	0.1	11	1.2%			
半自立高齢者(食事・介護付き)	1500元/月以下	123	62.8%	(2.2)	135	68.2%	(0.3)	103	72.0%	0.9	127	74.3%	1.7	488	68.9%	21.04	9	0.012
	1501～2000元/月	55	28.1%	1.8	52	26.3%	1.1	32	22.4%	(0.3)	27	15.8%	(2.7)	166	23.4%			
	2001～2500元/月	13	6.6%	0.8	4	2.0%	(2.5)	8	5.6%	0.1	14	8.2%	1.8	39	5.5%			
	2501元/月以上	5	2.6%	0.5	7	3.5%	1.6	0	0.0%	(2.0)	3	1.8%	(0.4)	15	2.1%			
非自立高齢者(食事・介護付き)	1800元/月以下	128	66.0%	(2.2)	143	73.7%	0.6	102	73.4%	0.4	128	75.7%	1.2	501	72.0%	12.98	9	0.164
	1801～2300元/月	45	23.2%	2.0	35	18.0%	(0.1)	27	19.4%	0.4	21	12.4%	(2.3)	128	18.4%			
	2301～2800元/月	13	6.7%	0.8	9	4.6%	(0.7)	8	5.8%	0.1	9	5.3%	(0.2)	39	5.6%			
	2801元/月以上	8	4.1%	0.1	7	3.6%	(0.3)	2	1.4%	(1.7)	11	6.5%	1.9	28	4.0%			

4 要介護予防の対象

要介護予防の対象に関する項目では、「運動器機能」、「生活機能全般」、「口腔機能」、「うつ状態」、「閉じこもり」には有意差が見られた。年齢を重ねるとともに予防対象者の割合も上がってくるのが明らかになった。

「60～64歳」の中では「運動器機能」、「生活機能全般」、「口腔機能」、「うつ状態」、「閉じこもり」が低下している者が少なくみられた。

「65～69 歳」の中では「運動器機能」、「生活機能全般」、「口腔機能」、「うつ状態」が低下しているものが少ない結果であった。

「75 歳以上」の中では「運動器機能」、「生活機能全般」、「口腔機能」、「うつ状態」、「閉じこもり」が要介護予防の対象となるものが多く見られた。

表 5-5-9 要介護予防の対象*年齢 4 段階 クロス表

	60-64歳			65-69歳			70-74歳以上			75歳以上			合計		χ ²	df	p
	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	n	%	調整残差	度数	%			
うつ状態	98	68.1%	(2.1)	94	66.7%	(2.5)	80	76.9%	0.6	172	83.5%	3.6	444	74.6%	16.85	3	0.001
口腔機能	79	28.6%	(4.3)	75	30.2%	(3.4)	78	42.6%	1.0	151	56.8%	6.8	383	39.4%	56.55	3	0.000
運動器関係	9	3.3%	(6.5)	20	8.0%	(3.6)	25	13.2%	(0.9)	95	35.4%	10.8	149	15.2%	125.76	3	0.000
生活機能全般	7	3.2%	(5.8)	14	7.4%	(3.4)	21	14.5%	(0.2)	68	36.6%	9.6	110	14.9%	100.38	3	0.000
閉じこもり	5	1.8%	(4.3)	13	5.1%	(1.6)	14	7.2%	(0.1)	42	15.6%	6.0	74	7.4%	41.45	3	0.000
栄養機能	1	0.4%	0.2	0	0.0%	(1.0)	0	0.0%	(0.9)	2	0.9%	1.6	3	0.4%	3.32	3	0.345

5 まとめ

本節は年齢を軸として、分析を行った。年齢層別には、高齢者ニーズや健康状態が変わってくるのが明らかになった。例えば、社区养老サービスでは、「60～64 歳」は「文化・娯楽」と「趣味や学習スクール」のニーズが高いのに対して、「70～74 歳」の高齢者は「医療・リハビリサービス」の需要が高く、「75 歳以上」の高齢者は他の年齢層より日常生活の中で困っている「掃除・洗濯・炊事」、「買い物」、「外出の際の移動手段」のニーズが高く見られた。このように、今後中国の高齢化対策を考えるとときには年齢別に考えなければならない。

また、本調査は 2011 年に実施したもので、大連では 2008 年には、初代の一人っ子政策の親たちは 60 歳となっており、したがって本調査におけるこの「60～64 歳」(27.6%占めている)の高齢者の家庭は「4+2+1」のような逆ピラミッド型の家族構造であり、家族だけに依拠することが難しく、現在困っていることが少ないが、今後この年齢層の高齢者の特徴を考慮しながら、养老服务を整備する必要があると言える。さらに、この年齢層の高齢者の年金収入を見ると、「1,000～1,999 元」の割合が 63.4%で、特に「1,000～1,499 元」の割合は多く、この年金層の高齢者が利用できるサービスの整備が重要なポイントであると言えよう。

第6節 高齢者の生活実態にみる政策上の課題

1 全体で見ると高齢化問題の課題

大連市の高齢者に対するアンケート調査の分析については、

- ①現在、介護・介助の状況（「必要ない」、「必要だが、受けていない」、「受けている」）
- ②家族構成は、独居と夫婦のみ（「空の巣家庭」）と「家族と同居（「空の巣」以外）」
- ③年金収入は（1,000元以下、1,000～1,499元、1,500～1,999元、2,000元以上）4層
- ④年齢は（60～64歳、65～69歳、70～74歳、75歳以上）4層

に区分して分析をし、この4つのカテゴリーによって介護ニーズと、必要となるサービスの内容、サービス利用料金などの関係性について考察を行った。

①介護・介助の状況別では、「必要だが、受けていない」という高齢者は全体の1割を占めている。この層の高齢者は日常生活の中で最も困っていることが多く、何らかの支援が必要である。必要とされる社区养老服务で、介護・介助が「必要であるが、受けていない」と回答した者が、「買い物」や「専門性がある介護員の派遣」、「通院介助」のニーズが高かった。また、「受けている」の回答者では、75歳以上の割合が高く、「通院介助」と「精神的な慰め」が必要であるという回答者が多く見られた。

②家族構成別では、「空の巣」と呼ばれる「独居」と「夫婦のみ」世帯を合わせて45.1%を占めている。多くの研究者が指摘するような「空の巣」の問題や高齢者の介護ニーズを示すことはできなかった。また、本調査では、上海、浙江省、江蘇3つの地域の高齢者の生活の質に対する満足度の調査報告¹⁰⁵で指摘された独居高齢者の精神的な慰めについてのニーズは、「夫婦のみ」と「家族と同居」の高齢者より高く見られるが、有意差は見られなかった。介護ニーズには家族構成別で大きな差が見られなかったが、独居高齢者の中には70歳以上が最も割合が高いこと、要介護予防対象者の割合が高いことから、今後、介護ニーズが増加してくることが予測できるし、日常生活の中には、見守りのような支援が必要であるといえよう。

③先行研究での高齢者の実態調査の中には、低所得者のニーズについて言及するものも多く見られた。そのうち、鄭小華（2008）は、2004年に北京市をフィールドとして70歳以上の高齢者を対象として調査し、高齢者の養老介護サービス利用希望およびその関連要因に関する研究を行った。鄭の結果によれば、現在の中国の養老サービスは要介護状態の人に対して十分対応しきれていないとし、低所得高齢者（月1,000元以下）にとって特に施設入居の費用負担が困難なことがその理由であると述べ、今後の中国都市部の養老サービスについて、要介護高齢者のニーズに応えるサービスを促進する必要があることと、低

¹⁰⁵ 上海市質協用戸評価センター（2009）「上海老年人生活質量満足度調査報告」

所得高齢者に配慮した介護政策を強化することが課題であると指摘している¹⁰⁶。

今回の大連市の調査の中で、年金収入を4段階で分け、分析を行った結果では1,000元以下の高齢者はサービスへのアクセスが控えめであり、家族と同居する高齢者が多く見られた。また年金収入が月1,000元～1,999元の高齢者に夫婦のみという家族構成がやや多く見られたが、サービスへのアクセスを控えているように見られた。

年金収入別では、調査結果で示したように年金収入は1,000～1,999元の高齢者が多く、合わせて65%を占めている。第3章に掲載していた図3-1の中国都市部住民の所得の差の分け方というと、この「1,000～1,999元」は中間所得層であることを考えられる。一方、調査実施した時期には、大連市の平均年金収入は1,567元であったため、4層で分けて分析を行ったが、分析結果、「2,000元以上」の高齢者はサービスの質を重視する傾向があり、また、入所施設の利用料金とのクロス集計した結果にも示したように、高い利用料金を選択する回答者が多く見られた。

④年齢別では、大きな差異が見られなかったが、「60～64歳」の層の高齢者は托老所を利用する志向性が見られ、必要とするサービスは家事援助や介護サービスより、文化・娯楽や団体活動を利用する回答者が他の年齢層より、多い傾向が見られた。要介護予防対象には、高い年齢層の高齢者が低下していることが明らかになった。

2 「9073」政策上の課題

1) 養老施設へのニーズ

好きな養老サービスについては「養老施設」を回答したものが1割以上占めている。「9073」の養老方式では、養老施設の整備の3%の目標は決して高い基準とは言えない。

また、施設に入ろうとする主な理由(表5-6-1)は「一人暮らしで、要介護状態になった時」を選択する回答者は約6割で、その次は「子女による面倒を見られない時」で約3割であった。前にも述べたように、「60～64歳」の高齢者は一人っ子政策の対象者であったことから、これからは施設への需要も高くなることが推測できよう。

養老施設の条件については、「60～64歳」の高齢者だけを見ると、「介護職員の質が高い、院内環境が良い」と「健康管理とリハビリサービスがある」への回答は他の年齢層より高かったことから考えると、今後養老施設はサービスの質のアップと、医療面の強化が必要だと言えよう。

¹⁰⁶ 鄭小華 (2008) 「北京市高齢者の養老介護サービス利用希望およびその関連要因に関する研究」 『社会福祉学』第48巻第4号 pp.131-145

表 5-6-1 養老施設に入る理由とは

	n	%
一人暮らしで、要介護状態になった時	639	57.1%
子女による面倒を見れない時	311	27.8%
養老施設に人が多く、寂しくない	64	5.7%
医者や介護職員がいる	79	7.1%
その他	37	3.3%

2) 社区養老サービスへのニーズ

社区にある養老サービスを利用して、在宅養老を選ぶ高齢者は約 3 割を占めている。必要とされる社区養老サービスへの項目で見られたように、洗濯、食事、掃除・片づけのような家事援助のサービスへのニーズが高かったが、専門性がある介護員の派遣と医療・リハビリサービスへのニーズもそれぞれ 1 割弱を占めている。これらのニーズが専門性を必要とするニーズなのか非専門的なものかを区別し、対応しなければならない。

3) 要介護予防の高齢者

「生活機能チェックリスト評価基準」に基づく回答の分析結果からみると、その対象となる高齢者がいる。例えば、本調査の中では、閉じこもりがちの高齢者の割合は 7.9%を占めている。閉じこもりは寝たきりとなる要因ともなり、今後この人たちへの予防対策を考えなければならない。さらに、中国のマンションはエレベーターが付いていないものが多く、本調査だけ見ると、閉じこもりで、2 階以上に住みかつエレベーターがない高齢者は 46 人いる。この人たちへの外出支援などが必要となると言える。

4) アンケート調査の限界

本調査では、6,000 人の高齢者を対象としてアンケート調査を実施し、2,232 件を回収した。未回収のアンケートは 3,768 件ある。この未回収の中には、入所また入院している高齢者もいれば、寝たきりの高齢者もいると考えられる。

例えば、本調査を実施した翌年には、調査対象の一つの社区では、寝たきり高齢者 40 人を対象として、介護ニーズのアンケート調査を実施したが、ニーズを十分に把握ができなかった。一方、このアンケート調査を実施する前の、聞き取りのほうが多くの情報収集をすることができたと社区居民委員会の書記は述べている。この社区には 40 人の寝たきり高齢者、さらに入院と入所の高齢者の存在を考えれば、要介護高齢者がもっと多く存在し、ニーズが顕在化していないと言えよう。

現在、大連市の高齢化率から見ると、日本の 90 年代の前半とほぼ同じ割合である。当時日本では、さまざまな議論や政策などが取り上げられたが、実際には高齢者の要介護ニーズは今ほど現れていなかった。その後高齢化率の増加、また介護保険の実施などによって、

サービスの利用条件が緩和され、高齢者の介護ニーズが顕在化してきた。

日本と同様、大連市の高齢化の特徴などから見て分かるように、今後高齢化率の増加を伴い、要介護ニーズも増加してくることが予測できる。

第6章 都市部における高齢者向けサービスの現状と課題

第5章では、都市部の高齢者の生活実態調査から、介護ニーズがいまだ顕在化していない状況が明らかになった。所得収入、年齢層、介護・介助、家族構成によって、高齢者の介護ニーズが異なってくるのが明らかになった。一方、中国の高齢化の特徴から考えてみると、高齢化率の増加とともに、今後介護ニーズは急に現れることが推測できる。この課題に対して、高齢者向けサービスをどう整備するかどうかは、今後の問題の解決につながると思われる。

したがって本章では、養老施設、社区居民委員会、社区養老サービスセンターでのヒアリング調査を通して大連市における高齢者向けサービスの現状および課題を明らかにする。

第1節 都市部における養老施設の現状と課題—大連市の養老施設ヒアリング調査を通して—

1 調査目的、概要と方法

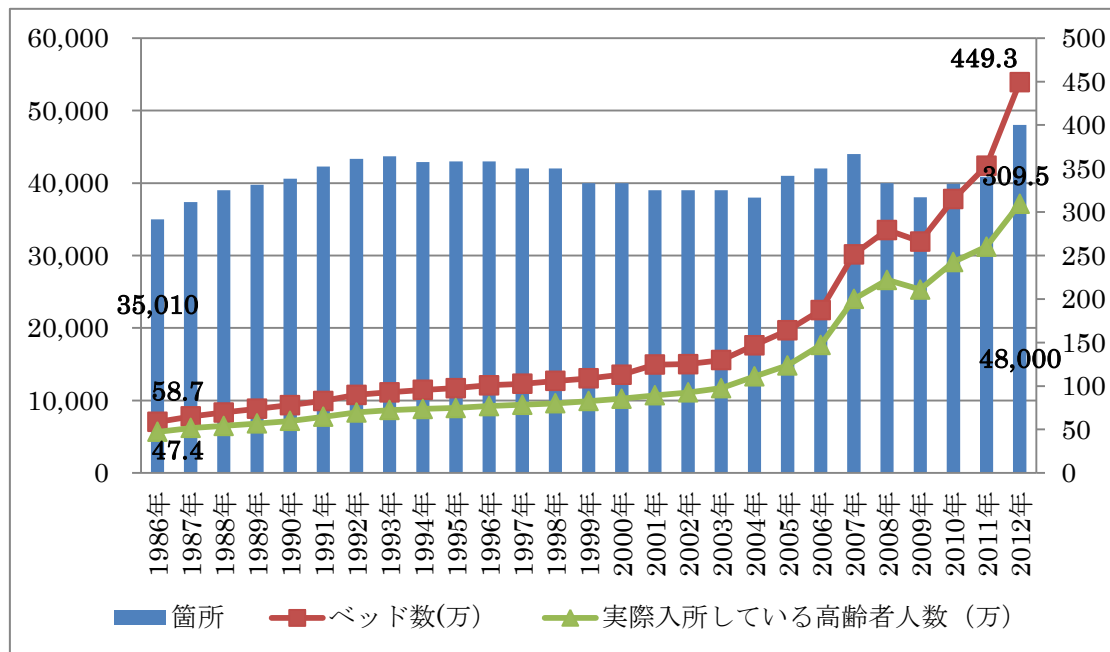
前述したように、中国では、一人っ子政策による家庭規模の縮小、高齢化の進行、また改革開放政策による所得格差の拡大を背景として、昔のような家庭扶養を行うことが極めて困難になる。一方中国の高齢化は「スピードが速い」「規模が大きい」「経済が富む前に年老いてしまう」という特徴を持ち、日本を上回るスピードで高齢化が進行すると予測され、中国では「一人暮らし高齢者」「寝たきり高齢者」「認知症高齢者」の問題が同時に表出する可能性があると考えられる。

中国政府は、高齢化問題を解決するために法律では家庭扶養という伝統的な家庭倫理観を強化しながら、年金と医療保険制度を充実するとともに、「9073」（90%在宅養老、7%社区、3%社会福祉機構）という扶養形式を提示した。行政より財政的な支援をしながら、社会各方面の資源を積極的に取り込み、社会福祉事業を発展させ、新たな道を模索しようとしている。

これらを背景とし、図6-1-1に示したように、1980年代半ばから中国の養老施設の「施設数」と「ベッド数」と「実際入所している高齢者人数」の変化を見れば、養老施設の「施設数」はそれほど増えていないが、養老施設のベッド数は増加し続けてきた。大規模な施設が増えてきたことも推測できる。それぞれ「施設数」が約1.4倍、「ベッド数」が約7.7倍、「実際入所している高齢者人数」が約6.5倍増加した。「ベッド数」「実際入所している

高齢者人数」とも、2000年から急増してきたことが明らかになった。

図 6-1-1 1986年～2012年全国養老施設の施設数・ベッド数・入所者数の変遷図



出典：中国人民共和国国家统计局ホームページ <http://www.stats.gov.cn/tjsj/>を参考 (2014年5月3日にアクセス)

大連市では、2000年に、国務院が出した『関与加速実現社会福利社会化的意見』を参照し、『大連市社会福利機構管理暫行弁法』(『大連市社会福祉施設の管理に関する暫定の方法』)を公布した。これより民営施設の位置づけが明確になった¹⁰⁷。2004年から5年間で、民営施設が20カ所、2,500床を増加した¹⁰⁸。また、背景でも述べたように、一人っ子政策により表面化してきた高齢化問題を解決するために、養老施設の需要が高まり、行政や集体(協同組合)しか運営できなかった施設経営が市場化され、民営施設が急速に増加している¹⁰⁹。

その後、2006年に『大連市小型家庭養老機構基本規範(暫定)的通知』(『大連市ミニ家庭養老施設の基本規定(暫定)に関する通知』)と2008年に『大連市社会養老福利機構新增床位資助暫行弁法』(『大連市社会養老施設の新規ベッドの補助金を支給する基準』)が出

¹⁰⁷ 「大連市民営養老機構的現状与走勢」

http://www.360doc.com/content/11/0408/17/6695647_108214364.shtml 2012年11月16日アクセス

¹⁰⁸ 「大連市民営養老院撑起半边天」

<http://epaper.lnd.com.cn/html/inrb/20100522/inrb460817.html> 2015年5月28日アクセス

¹⁰⁹ 魯炜「中国高齢者福祉の現状—大連市の在宅介護福祉サービス事業を中心に—」岡山大学大学院文化科学研究科博士課程

された。いずれにも、養老施設を開設する際の基準や優遇条件などについて定めているが、入居者状態や利用料金の基準などについて明記していない。

本節では、大連市の養老施設へのヒアリング調査から、入居率、入居した高齢者の状態、利用料金などの現状を把握し、「9073」という政策の視点からみる養老施設の課題を明らかにする。

調査は、①2012年8月17日～9月16日と、②2013年7月4日～31日の2回わたって大連市市内の公営施設（1か所）、民営施設（4か所）、集体(協同組合)施設（1か所）、合計6か所にヒアリング調査を行った。主な調査項目は運営主体、行政の補助金の有無、利用料金、入居者基本属性、介護職員配置・基本属性、課題等であった。

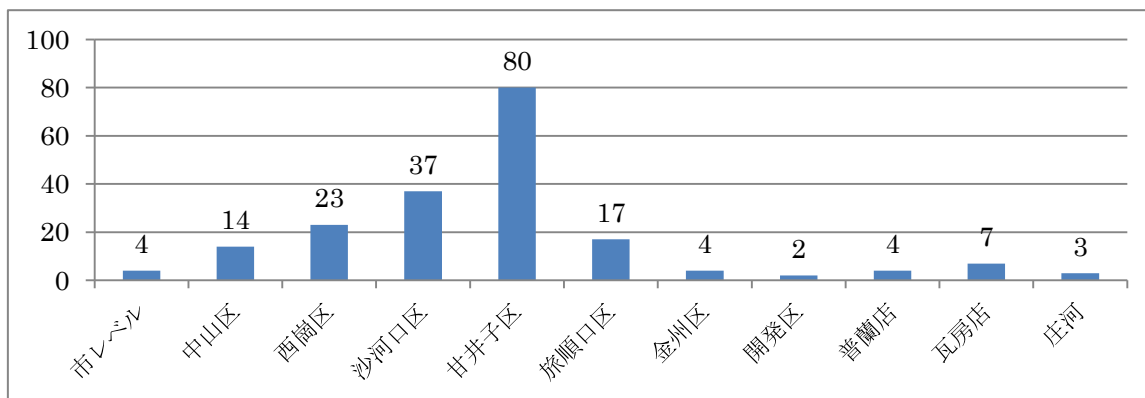
2 大連市養老施設全体像

大連市における養老施設の全体の状況を把握するために、2012年8月にヒアリング調査を実施した時に、大連市の民政局から入手した資料に基づき整理を行った。

1) 養老施設の分布状況

大連市の都市部には2011年7月現在養老施設が197か所、そのうち甘井子区80か所、沙河口区37か所、西崗区23か所、中山区14か所ある。各区市（大連市下管轄の市）の配置の格差が存在している。40.61%の養老施設は郊外と隣接している甘井子区にある。

図 6-1-2 大連市の養老施設の分布状況（単位：箇所）



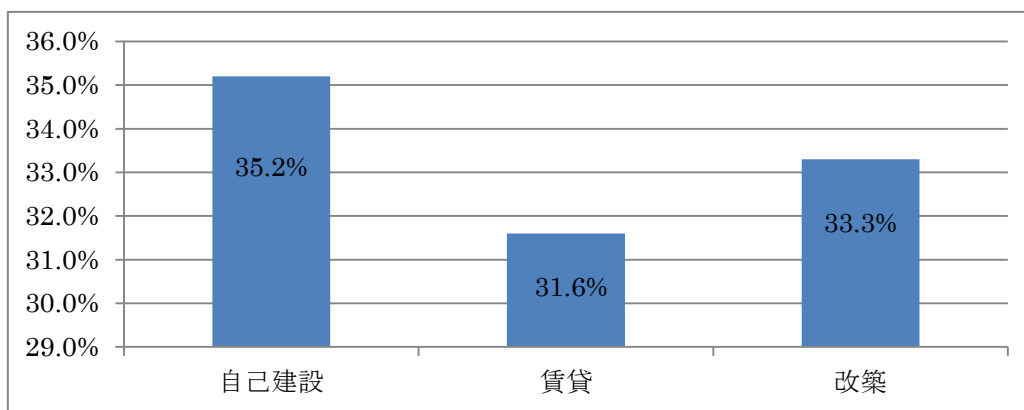
2) 養老施設の配置状況

① 養老施設の状況

建物は新たに建設した自己建設の養老施設が35.1%を占め、古い建物を改築した養老施設が33.3%であり、そのうち、土地を賃借した施設が75%占め、政府より譲渡されたのは

25%である。また、建物を賃借している施設は31.6%、そのうち賃借期間が11年以上である施設が最も多く、44%を占めている、これに次ぐのは6-10年の間の施設で36%を占め、5年以下の施設が20%を占めている。

図 6-1-3 養老施設の状況

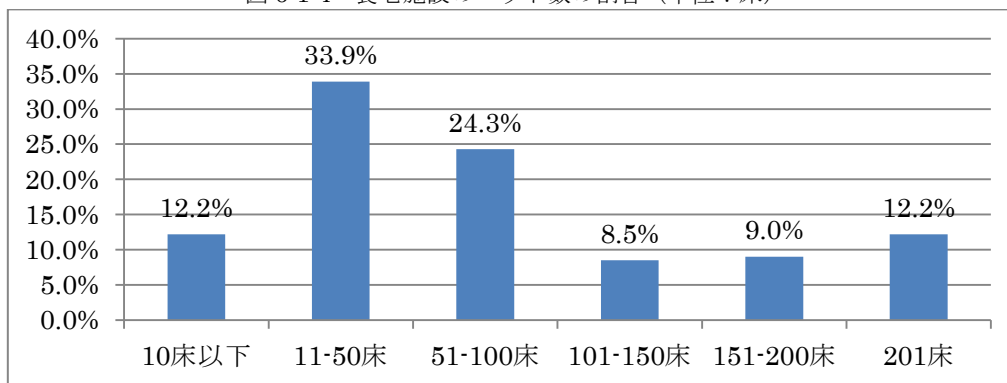


② 施設のベッド数

大連市都市部の養老施設のベッド数は50ベッド以下の施設が46.1%を占め、ベッド数は11~50床の施設が最も多く33.9%である。51~100床の養老施設が24.3%を占め、100床以上の養老施設は29.7%占めている。

ベッド数が最も多いのは公営施設が2か所、480床と400床であり、もう1か所は集体（協同組合）施設が1か所、410床である。さらに、甘井子区で建設中の公營養老施設が3か所あり、それぞれのベッド数は600床、1,000床、1,000床である。

図 6-1-4 養老施設のベッド数の割合（単位：床）



3) 医療設備の不足

基本の設備では、公共トイレ、公共浴室、活動室、食堂の設置率が高く、90%以上占めている。図書室・閲覧室の設置率が低い。ジムと医療リハビリを設置している施設の割合はもっと低い。入所者の年齢が高い、持病を持っている人が多く、疾病の突発性も高いため、医療に対するニーズも高くなるが、大規模施設より中小規模の施設が経費を制限され、医療設備等が不十分である。生活上の設備として、テレビ、筆筒、電話機、車いすの設置率が比較的に高い。

4) 民営養老施設の低い入居率

大連市の民営養老施設は施設総数の70.1%を占めている。民営養老施設のベッド数は総数の68.1%である。一方、民営養老施設の平均入居率は60%で、多くの民営施設はぎりぎりの経営を維持している。民営施設の入居率に影響する原因としては立地、養老施設のハードとソフト面の設備、利用料金の設定などが挙げられた。もう一つの原因は公営施設が最大の競争者である。公営施設の待機者が2年待ちであるが、民営施設の入居率が60~79%しかなく、100%に達した民営施設は6.45%しか占めていない。

3 調査結果の論点の整理

5つの養老施設にヒアリング調査を実施し、分析した結果は以下の通りである（調査対象施設の概要については、表6-1-1、表6-1-2、表6-1-3を参照）。

1) 公営施設は介護のノウハウを持っているとともに、医者の配置など設備が充実しているところから評判がよく800名の待機者がいるのに対して、民営施設は入居率が100%に達していないのが現状である。公営施設と同じ人員配置や設備を確保すれば、それに応じて利用料金も高くなる。一方購買力が低いのでニーズがあるのにも関わらず、利用できないことも指摘されている。

2) 運営主体にかかわらず、BPSD等周辺症状が激しい認知症高齢者と要介護度が高い高齢者の入居は拒まれている。自立、半自立、要介護の高齢者のうちでは自立の高齢者が最も望ましいとされている。その理由としては介護職員の確保の困難さや職員の力量の低さがあげられる。また、施設の生活は起床時間、食事時間など全て決められ、入居者はこれらのルールに従わないといけないのが現状である。

3) マンパワーに関しては、介護職員は殆ど40~50歳の出稼ぎの農村労働者である。民営養老院の中にはD養老院だけ市戸籍を持っている職員がいる。それも2002年に「4050」¹¹⁰失業者の再就職事業で就職した職員であり、その後は、辞める一方である。また集体が運営主体であるE養老院には正職員がおり、平均年齢は40代後半で、新卒の大学生も数人

¹¹⁰ 失業した40歳、50歳の女性を指している。

いたが、長くは続かなかつた。周知のように、中国では高齢化の問題は都市部だけではなく、農村部でも多くの課題を抱えている¹¹¹。出稼ぎによって農村には高齢者¹¹²と子どもしか残されていないところが少なくない。いつまでも農村からの出稼ぎ者に頼り、介護問題を解決することができない。このような状況の中では都市部の問題は都市部で解決方法を考えなくてはならない。

また、男性職員の数が少ない。

給料は施設によって少し異なるが、平均収入は 2,500 元程度に留まる。(大連市の 2013 年 8 月に最低収入基準は 1,300 元であり、個人で支払う「5 險 1 金」¹¹³を含む。時給は 13 元/時間。)

4) 施設の利用者は 5 か所とも 80 歳以上の高齢者が多いことが明らかになった。利用料は、公営施設の一部は、公費対象となる低所得層の高齢者が入所しているため、低額または無料である。公営施設の一部と民営施設は高い年金収入者や、子どもから経済支援を得ている人がほとんどであった。また、リバースモーゲージ¹¹⁴の形で入居した高齢者も数人いた。

5) 養老施設を増やすために、大連市では毎年、新たな政策が打ち出され、新しく建設・増築した施設に出す補助金は高くなっているが、その条件が厳しく、受けにくいという声が多かった。

¹¹¹ 石田路子(2013)は中国国務院が 2004 年から 7 年連続で三農(農業、農村、農民)問題を第一号文件として掲げているように、中国の抱えている大きな問題として都市部と農村部の格差がある。そのため人口の高齢化というときにも、都市部と農村部とを同じ条件で考えていくことはできない。嚴善平(2013)は、中国における高齢化は都市部より農村部のほうがいっそう速いスピードで進んでいる。若い人は大学等への進学、都市部への出稼ぎで農村から姿を消したためである。都市戸籍の住民を対象に医療・年金等の社会保障制度が作られているが、農村部に住む人は今のところ極めて不十分な社会保障しかない。病気や老後は基本的に自力か子供に頼るしかない指摘している。

¹¹² 『中国老齡事業發展報告(2013)』によれば、2012 年末には、出稼ぎによって農村に残された高齢者は 5,000 万人に達した。

¹¹³ 2010 年に社会保険法が制定され、体系的な統一がはかられた。現行法は会社が加入すべき保険として、養老保険、医療保険、労災保険、失業保険、生育保険(以上を「5 險」と呼んでいる)を定めている。人力資源社会保障部が所轄部である。また従業員に対する福利厚生制度として、住宅積立金制度がある。上記「5 險」と合わせて「5 險 1 金」とも呼ばれる。

<http://www.baioxianzx.com/show.asp?id=24790>

2011 年大連市の在職者の平均収入は 4,144 元である。比率 会社：個人 = 30 : 11
それぞれ支払う金額 ⇒ 1243 元 : 456 元 失業者は自己負担 20% で(年金と医療保険)保険料約 828 元/1 月。

¹¹⁴ 2003 年に提出され、2004 年末に、広州、北京、上海市等の大都市で養老保険の一種として試験的に実施してきた。その後、様々な議論を行ったが、2013 年に国務院が出した『加速發展養老服務業的若干意見』(『養老サービス業の發展の加速に関する意見』)によれば、金融養老の一つの方式としてリバースモーゲージが挙げられた。利用者は 60 歳以上で、自己名義で不動産の産権を持つ者である。

表 6-1-1 所在地・運営主体・入居者・概要について（調査結果 1）

施設	所在地	運営主体	入居者	概要
A	中山区	民営(2011年10月)	定員：100床 現：30人	<ul style="list-style-type: none"> ・古い建物の改築 ・利用者平均年齢80歳、半自立高齢者6～7名 ・24時間体制介護職員2名、農村からの出稼ぎ、平均収入2500～3000円 ・入居料金：1ベッド1700元～、1部屋3000元～
B	中山区	民営(2001年)	定員：120床 現：92人	<ul style="list-style-type: none"> ・社区卫生サービスセンターと併設 ・利用者平均年齢80歳、半自立19名、自立18名、その他は全介助 ・24時間体制介護職員10名、農村からの出稼ぎ、平均収入2500～3000円。医者2名、看護師6名(毎日9～17時) ・入居料金：2676元～
C	甘井子区	民営(2010年8月)	定員：300床 現：200人	<ul style="list-style-type: none"> ・区立福利施設の敷地で再築 ・利用者平均年齢80歳、認知症30名程度、要介護高齢者約60名 ・介護職員40名、平均収入2000円。医者1名、看護師1名 ・利用料金1350～2750元(自立で入浴と食事代を含む)
D	西崗区	民営(2002年5月設立)	定員：200床 現：170～180人	<ul style="list-style-type: none"> ・元企業の建物の賃貸 ・利用者平均年齢85歳、70代の高齢者が少ない ・介護職員は農村からの出稼ぎが多く、平均収入2500～3000円 ・利用料金2500～3000元(4人部屋)
E	甘井子区	集体(1958年・2004年)	定員：260床 現：220人	<ul style="list-style-type: none"> ・2004年に現地に移設 ・利用者平均年齢80歳以上、 ・介護職員55名(正職員20名、残りが臨時職員)、平均収入2000円。医者2名で24時間体制。 ・利用料金2000～8000元(食事代を含む)
F	中山区	公営(1972年・2009年)	定員：148床	<ul style="list-style-type: none"> ・他の市社会福祉院と併設 ・利用者平均年齢80歳前後、認知症2名、 ・介護職員5名、平均収入2400～2800円。24時間看護師配置(昼2名、夜1名) ・利用料金：2480～3680元(食事別)

表 6-1-2 入居者の状態と支払状況・病院・地域との関係について（調査結果 2）

施設	入居者の状態&支払い	病院との関係	地域との関係
A	<ul style="list-style-type: none"> ・初期に離・退休の幹部&自立の高齢者 ・2段階目には一般企業の定年退職者の自立高齢者 ・3段階目には半自立の高齢者 	提携病院あり	<ul style="list-style-type: none"> ・特別な連携を取っていない。 ・社区からの慰問活動がある ・近所の住民と健康体操を行っている
B	<ul style="list-style-type: none"> 半自立：19名 自立：18名 その他：全介助(入居者のうち、非大連市市民1～2名) ・入居者の年金収入は2000元前後で、子供からの支援が必要とする高齢者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・提携病院あり ・同法人の社区卫生サービスセンターと併設 	<ul style="list-style-type: none"> ・大連市慈善総会、中山区愛心団体と連携がある ・地域からボランティアを受け入れている
C	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護高齢者は60名程度、認知症高齢者は30名程度、残りは自立高齢者 ・80%の高齢者は年金で利用料を支払い、20%の高齢者は子供の支援が必要 ・単身・男性高齢者が多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・提携病院あり ・社区卫生サービスセンターとの連携：死亡証明書の提出、定期的に健康講座、無料診査。また中医療法と一般診療は有料となる 	特にない
D	<ul style="list-style-type: none"> ・約三分の一の高齢者は子供が支払う、約三分の一の高齢者(大学教授・医者など)は年金より支払う、残り「リバースモーゲージ」 	<ul style="list-style-type: none"> ・特に連携を取っていない。 個別対応 ・社区卫生サービスセンターより定期的に健診 	特にない
E	<ul style="list-style-type: none"> ・三無老人は数名 ・多くの高齢者は裕福層 	2か所の病院と連携を取っている(骨科・総合)	特にない
F	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症高齢者2名、他には自立高齢者 ・一般高齢者向けの棟 	特にない	<ul style="list-style-type: none"> ・特にない 地域からボランティアを受け入れている

表 6-1-3 見えた課題とその他について (調査結果 3)

施設	課題	その他
A	<ul style="list-style-type: none"> ・開設当初には周辺の住民よりトラブルがあった。 ・消防署、警察署、衛生局などの関係 ・職員と利用者の確保 	特になし
B	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の教育 	入居条件:精神的な疾患がない方、集體的な生活に支障がない方。
C	特になし	<ul style="list-style-type: none"> ・入居原因としては、子供との関係が悪い、介護限界、都市開発で移住できないなど。 ・コスト削減のため、本社にある農場から、定期的に肉・野菜を発送する
D	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員の確保 ・家族との関係調整 	・市の計画より併設した社区養老サービスセンターには特に力を入れたりしていない
E	<ul style="list-style-type: none"> ・「8421」家庭問題の解決は課題となる。養老施設の細分が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日午前中にリーダー会議開催 ・毎週水曜日の午後に研修会 ・定期的に介護職員の心理問題の相談を行っている ・精神病(BPSD)周辺症状が激しい認知症と伝染病を持っている高齢者を受け入れない
F	<ul style="list-style-type: none"> ・待機入所者が800人 	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護状態・認知症の状態になると、基本には各自家政婦を雇うが、必要であれば、別料金でサービスを提供する ・食事の料金は市物価局より設定 ・職員は大連市の職業技術学院の卒業生が多い ・入所判定基準がない

4 調査結果に見る養老施設の課題

1) 養老施設としての課題

まず、高齢者の年金収入と施設の利用料金のジレンマである。姜向群(2011)は、民営施設の運営に影響を与える要因について分析を行い、高齢者は養老施設に入所しようとする者が増加してきたが、高齢者の収入の水準や、施設の建設資金の来源などに制約され、養老施設の発展を阻害されていると指摘している¹¹⁵ように、施設の利用料金を払えるかどうかの一つの基準は年金収入だといえる。

前にも述べたように大連市の高齢者の現状として定年退職する前の職種によって、年金の収入に差がある。9割を占めている一般企業定年退職者の平均年金は1,400元前後しかなく、ベッド代を除けば、ほとんど残らず、子どもの支援がなければなかなか施設に入所することを選べない。一方都市部にある養老施設は地価が高い、人件費が高いなどでコストが高くなり、円滑な運営状況を維持するために、高い料金を設定せざるを得ない。このような利用者の購買力、コストの削減、サービスの質の保障とのギャップをいかに改善するかが運営上の課題となる。

¹¹⁵ 姜向群、丁志宏、秦艶艶(2011)「影響我国養老機構發展的多因素分析」『人口与經濟』2011年 第4期 pp.58-63

2) 職員の育成

今後、高齢化率が高くなるとともに、認知症、要介護高齢者が増えてくると推測できる。現在の養老施設には自立の高齢者が多くいるが、この高齢者たちが認知症となり、要介護度が落ちたときに、対応できるようにするには専門職や介護職員の育成が必要である。寥敏（2006）は、養老施設の介護職員の課題について人数の不足、男女比率のバランスの問題、専門教育と研修の欠如を挙げている¹¹⁶。本調査で明らかになったように、民営施設では農村地域からの出稼ぎの者が多く見られた。しかし、周知のように、中国では高齢化の問題は都市部だけではなく、農村部でも多くの課題を抱えている。農村からの出稼ぎで介護を担っている都市部の養老施設は、いつかは維持できなくなるであろう。それを防ぐためには、人材の育成は急務であることが指摘できる。

3) 医療との連携

既存調査の結果からも今回の調査からも明らかなように、中小型の養老施設には、常駐の医師と看護師を配置することが困難であり、また配置することによって、コストも高くなる。それを改善するために、施設が所在する社区にある社区卫生サービスセンターと連携を取ること、定期的に健診を受けたり、慢性疾患で通院が必要な高齢者に対応したりすることができるようにする必要がある。

4) 地域との連携

養老施設としては少なくとも介護のノウハウは持っているので、介護技術などを家庭で介護を行う介護者に伝えたり、長期の入所を経済的に負担できない家庭には、ショートステイのような短期入所サービスを提供したりすることができる。さらに、食堂や、リハビリテーション室、洗濯室、活動室などは地域の高齢者に対しても随時、開放できるものにし、地域の一つの社会資源として活用してもらうことによって、経済効果も高くなる。また、核家族化が進む中で昔のような三世同居という家庭が減ってきた。家庭の中で老人と生活をともにしなくなると、幼い子の人格形成に影響するところが大きいといわれている。このような意味で地域と連携をとり、地域に開放することは重要な意味があるといえる。

5) 「9073」政策上の課題

中国は経済発展途上国でありながら、一人っ子政策を背景にし、高齢化社会に突入した。高齢化問題として様々な課題を持っている。今まで整備してこなかった養老施設の需要が一気に増えてきている。社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に導くというスローガン

¹¹⁶ 寥敏、張蕾（2006）「養老機構発展主要問題及対策研究——長沙市養老機構及入住老人的調査与思考」 『長沙民政職業技術学院学報』 pp.13-15

のもとで、優遇条件を出し、民営施設が多く増えてきている。しかしその民営施設に対しては、面積や設備などハード面の基準しか定められていない。それぞれカバーする範囲、例えば、要介護高齢者か、貧困高齢者か、を決めていないことで、軽い高齢者ばかりを受け入れているため、実際要介護度が高い高齢者はケアを受けられない事態が生じている。今後、さらに高齢化率が高くなり、特に初代の一人っ子の親たちが後期高齢者になってくるときに対応できるように、養老施設として重度の要介護高齢者を受け入れるようなベースを作る必要がある。その際には、家族・社区・施設の間ではそれぞれのカバーする範囲、役割を明確にし、いかにネットワークを作るかということが重要なポイントとなる。

また、市場化された養老施設は建設基準や最低限の運営規則などは定められているが、これから増加してくる要介護高齢者のニーズに応えるためには、①入居者の要介護度の認定、②中国では、施設の利用料金が完全に自己負担であり、要介護度が落ちた時に、付加料金が必要で、利用料も高くなることで、中間所得層の高齢者にも利用できるような料金基準の設定、または公的な補助を増加しなければならないといえる。

第 2 節 社区サービスの現状と課題—社区居民委員会・社区養老サービスセンターのヒアリング調査を通して—

本節では大連市の社区居民委員会、社区養老サービスセンターのヒアリング調査を通して、社区居民委員会と社区サービスとの関係、現状と課題を見る。

中国政府は、今後の高齢者の介護ニーズの増大に対し、公的な支援では十分にまかなえない¹¹⁷ことを予想し、社会関係資本や民間サービス¹¹⁸を充実させることによって対応させるとを趣旨の政策とした 2013 年に打ち出している。すでに、2006 年には『関与加速発展 養老服務業的意見』¹¹⁹（『養老サービス業の発展の加速に関する意見』）や『社会養老服務体系建設規劃(2011~2015 年)』¹²⁰（『社会養老サービスの仕組みの建設計画 (2011~2015)』）などに基づいて、上海市をはじめ多くの都市では「9073」という養老サービスの枠組みが打ち出されていた。この「9073」とは、前述したように高齢者のニーズの 90%を在宅養老¹²¹、7%を社区サービス、3%を機構（施設）サービス」で対応するという枠組みで養老サ

¹¹⁷ <http://www.i-altus.com/wwwnews/trade/2013-11-08/10012.html> 「民営養老院挙歩維堅 扶持政策很難享受」 2013 年 12 月 5 日アクセス

2013 年半ばに開催された国務院常務会議では今後、行政がサービスを購入する方式で養老サービスの発展を促進し、公的な財政の重点を農村養老サービスに置き、社会力量（社会関係資本）の果たす役割を最大に発揮することが望ましい。さらに、行政は「保基本、兜底線」（最低限の基盤を整備する）の上に、改革創新し、市場の活力を発揮させ、社会力量（社会関係資本）は養老サービス業の主役となるように充実しなければならないとの方向性を示した。

¹¹⁸ <http://www.i-altus.com/wwwnews/trade/2013-11-05/9990.html> 「民政部：中国高齢人口将破 2 億人口高齢化加速」 2013 年 12 月 5 日アクセス

¹¹⁹ 「家庭・社区・施設（機構）」という発展方向を示した。扶養形式は家庭養老を基礎とすることを堅持し、社区と機構（施設）で補充することを発展方向とし、国家が財政的支援をしながら社会各方面の力を積極的に社会福祉事業に導く新たな道を模索することを提唱した。

¹²⁰ 社会養老サービスの仕組みの建設を強化することは全介助（失能）、半介助（半失能）高齢者の養老問題の解決策であり、社会の調和と安定にもつながると指摘し、社会養老サービスの建設は「在宅養老を基礎にし、社区と機構（施設）で補充する」という仕組みを取るべきと強化しながら、高齢者のニーズに着眼し、低収入、一人暮らし、失能等の高齢者のニーズを最優先に満たしながら、高齢者全体のサービスの質のアップと改善の要求を満たせるように努めるという旨を明記した。

¹²¹ 在宅養老：定義や主に提供できるサービス内容の点から先行研究をまとめてみれば、在宅養老は社区を基盤としながら、家族や親戚を中心とし、社会養老保険制度に頼りながら、社会全体の力を合わせ、自宅で生活している高齢者に、日常生活の問題を解決するためにサービスを提供する養老方式である。サービス内容は高齢者向けに日常生活上のケアと医療サービス、文化・スポーツ活動、情緒また精神的な慰め、法律サポート・権利守り等が含まれている（張、2009；劉、2009；項、2010；張、2013）。いずれにしても在宅養老は様々な課題を抱えていることを指摘しながら、最も相応しい養老方式であると述べている。また、羅曉蓉（2008）は、在宅養老は家庭養老と社会養老を結合した養老方式であり、社

サービスを提供することである。

こうした状況を踏まえると、要介護状態になっても、住み慣れた地域で自立した生活を送ることのできる社会システムの構築が重要な課題となっていることが分かる。中国政府が想定する、この「9073」という養老サービスの仕組みの中では、「在宅養老」「社区サービス」が大きな役割を担わなければならない。このことは、高齢者の増加に伴って、高齢化の問題が複雑化し、公的な財源の確保も課題となってきている日本の経験からも予想されることである。また「在宅養老」は「家庭養老」の補強であり、「社区サービス」の中の「社区養老サービス」は「在宅養老」の基盤であり、「社区居民委員会」¹²²は「社区養老サービス」の供給主体でもある。

今後の中国で、購買力が弱い中間所得層の高齢者問題を解決していくため、すでにふれたように2006年から日本で導入された要介護予防の視点を入れながら、地域社会（中国では社区となる）や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートを重視しなければならない状況にある。換言するなら、社区でいかに在宅養老サービスを発展させるかということと、社区におけるインフォーマル・サポートをどのように活性化するかということが重要である。つまり、中国の高齢化問題を解決するには提供主体となる「社区居民委員会」の動きが重要になってくる。

そこで、本節においては、大連市の社区居民委員会へのヒアリング調査を通して、社区サービスの現状と課題を明らかにする。

1 調査の概要と方法

2011年9月21日から10月20日まで、社区居民委員会の書記¹²³または高齢者に係わる

区を基盤としながら、社区養老サービス（社区サービスの中の高齢者向けの部分）を家庭まで延長する社会養老方式であり、更に社区・在宅・施設という養老方式は中国の主流であり、社区サービスはその中心であることを指摘している。

¹²² 1989年に公布した『城市居民委员会組織法』では、居民委员会の性格は「住民の自治組織」と位置付けられている。主な任務として同法の第三条では、法律法規と国家政策の宣伝を始め、住民間の紛争の調停、治安維持への協力、公衆衛生、計画出産、低所得者層の救済などを挙げ、第四条では居民委员会は住民の利便をはかる地域「社区服務」（社区サービス）を展開すべきであり、それに関するサービス事業を行うことができると明記されている。居民委员会は街道弁事処による指導と支持、援助を受けているため、実情は行政の末端組織として活動しているという指摘が多かったが、法的には自治組織であり、社区建設における住民自治実現の担い手であり、社区サービスの供給主体でもあり、連絡調整の役割を担い、地域社会の生活空間を作ることなどが明示されている。

2000年以降、住民生活に関する仕事を遂行する民主的な社区自治組織を建設するという目的で、従来の居民委员会は社区居民委员会へと名称変更した。（馬 2004）

¹²³ 区内の共産党の支部組織の書記であり、一般的には社区居民委员会の主任でも務めている者である。

業務に専従する職員（23 か所）を対象に、ヒアリング調査を行った。

調査内容は、調査先の社区の基本的な状況（面積、世帯数、人口、高齢化率、失業者、障害者、生活保護者（特に高齢者の人数））などを聞いた上で、社区居民委員会には高齢者担当職員の有無、管轄している社区の特徴、高齢者向けのサービスの有無、高齢化問題への対応策、社区にとって必要な政策、高齢化の課題、インフォーマル・サポートの典型事例の有無などをヒアリングした。

2 社区居民委員会の高齢化問題の認識と課題

1) 社区の基本状況

調査した 23 か所の社区を「社区の特徴」についての質問項目への回答傾向により、「新しい社区」、「古い社区」、「新旧混在社区」¹²⁴の三つのタイプに分けた。このタイプに従うとそれぞれの数は、古い社区が 13 か所、新しい社区が 4 か所、新旧混在の社区は 5 か所（未回答の社区は 1 か所）であった。

各タイプの特徴を比較すると、古い社区は新しい社区より、戸籍上の人口が少ないものの、高齢者人口の割合が高く、また世帯平均人数では古い社区が新しい社区より 0.3 人多かった。このように、人口密度、高齢化率などの違い以外に、面積の広さ、所在地によって、社区の特徴・問題も異なることが分かる。

それぞれの社区の特徴をみていくと、まず、古い社区には古い集合住宅が多く、旧住民が多い。高齢者の養老観念として自分自身が自立できる限り、自分で生活する意識が強い。また管理会社がないマンションが多く、住宅の面積が狭い。収入水準が中等レベルで、退職者の平均収入は 1,500 元前後が多く、生活保護を受ける高齢者の人数などが多いという傾向が強い。

次に、新旧混在社区は、繁華街に隣接しているのが特徴である。古い区域は住居面積が狭い、高齢者が多く、出稼ぎの流動人口が多い。また、戸籍に登録していても在住していない人が多く、区内の全体状況を把握しにくいのが現状である。

新しい社区には大連市の戸籍を持っていない在住者（マンションを購入した人）が多くみられる。人口密度は相対的に高く、また閉鎖的な中級以上の住宅も多い。管理会社は他

¹²⁴ 侯岩は北京を例として取り上げ、社区を大きく 2 種類、5 タイプで分けている。第 1 種類は優勢社区として、中高級マンション住宅の区域、手頃な価額の住宅の区域、単体住宅の区域の 3 つのタイプで、第 2 種類は弱勢社区として、古い住宅の区域、平屋及び準取壊し区域の 2 つのタイプである。また、社区の中には 3 つの社会があると指摘している。平屋などの下層階層、1970 年代～80 年代で建てられたマンションが中層階層、1990 年代以降で建てられたマンションは上層階層として分けられた（侯岩、2009）。本研究はこれらに基づいて、大連市の社区を 1990 年代以降に建てられた住宅を中心とする社区は「新しい社区」として、1970 年代～80 年代以前に建てられた住宅を中心とする社区は「古い社区」として、両方がある社区は「新旧混在社区」として分けて分析を行った。

の社区のタイプと比較して整備されている。

表 6-2-1 基本属性

	全体 (n=23)	古い社区 (n=13)	新しい社区 (n=4)	新旧混在社区 (n=5)	未回答 (n=1)
面積(k㎡)	1.7	1.9	1.5	1.5	0.3
戸籍上人口(人)	8,528	7,157	10,460	10,121	10,668
人口密度(人/k㎡)	14,896	12,190	16,790	14,858	42,672
世帯	3,361	2,732	4,567	3,861	3,465
一世帯平均人数(人)	2.6	2.6	2.3	2.7	3.1
流動人口(人)	972	999	727	1,156	617
失業者(人)	1,432	1,447	1,409	1,539	800
障害者(人)	85	87	83	80	---
生活保護(人)	116	125	74	126	107
生保高齢者(人)	12	12	8	13	16
マンション棟数(棟)	116	87	200	128	74
老夫婦のみ(人)	212	186	287	211	---
60以上の割合(%)	18.5	22.1	12.7	13.7	21.6
65以上の割合(%)	14.1	15.5	6.0	---	---
「空の巣」高齢者(%)	3.2	3.4	3.7	2.3	2.5
一人暮らし高齢者(%)	0.6	0.6	0.9	0.4	---

2) 専任職員と社区内高齢者サービスの有無

社区居民委員会に管轄内の高齢者のための専任職員がいるかどうかについて聞いたところ、23か所の社区居民委員会のうち専任職員を配置しているところは10か所で43.5%であった。専任職員の具体的な担当業務は定年退職者の登録・管理、老年証¹²⁵の申し込みの手続き・配布等である。

以下2つの表で社区内高齢者向けサービスの現状を見てみると、約8割の社区居民委員会が高齢者向けのサービスについて「あり」と回答した。そのサービスの内容は「托老所¹²⁶のみ」1か所、「在宅介護¹²⁷のみ」6か所、「在宅介護+貨幣化養老」¹²⁸5か所、「貨幣化養老のみ」3か所、「未回答」が8か所であった。サービス利用状況については7か所から回

¹²⁵ 65歳以上の高齢者が申請すれば、配布する。バスや遊園地などを利用するとき割引を享受できる。

¹²⁶ 社区あるいは街道に開設され、日帰り方式で、活動室、休憩室、食堂および高齢者教室を設置し、9時から17時の間に開かれており一緒にゲームなどの活動をし、昼食を食べ、夕方自宅に戻る。

¹²⁷ 大連市では「在宅介護サービス」はホームヘルパー派遣サービスを指している。

¹²⁸ 市政府は「三無老人」または最低社会生活保障金を受けている高齢者に利用券の形で補助金を支給し、自主的にサービスを選択し、サービスを購入する。

答¹²⁹が得られた。「托老所のみ」から1回答、登録者は約100名であり、「在宅介護のみ」より2回答、それぞれの利用者数は4人、7人で、「在宅介護+貨幣化養老」から2回答、それぞれの利用者数の合計は13人、5人で、「貨幣化養老のみ」から2回答、それぞれの利用者数は4人、11人である。「托老所のみ」の登録者100人を除けば、いずれも利用者数が多いと言えない状況であった。また、ボランティアの有無については、「あり」と回答したのは11か所、47.8%であった。

表 6-2-2 専任職員と区内高齢者向けサービス・ボランティアの有無 (N=23)

		件数	%
職員配置	専任	10	43.5
	兼任	10	43.5
	いない	1	4.3
	未回答	2	8.7
高齢者向けサービス	有	18	78.3
	無	4	17.4
	未回答	1	4.3
ボランティアの有無	有	11	47.8
	無	12	52.2

表 6-2-3 高齢者向けサービス内容について (N=23)

	社区数	割合(%)
托老所のみ	1	4.3
在宅介護のみ	6	26.1
在宅介護+貨幣化養老	5	21.7
貨幣化養老のみ	3	13.0
未回答	8	34.8

3) 高齢化問題に対して社区が取るべき対策

「高齢化問題に対して社区が取るべき対策」の質問に対して23か所のうち9か所の回答が得られた。その対策としては、「マンション長・共産党員及びボランティアが力を発揮し、一対一、多数対一、近隣の助け合い等の活動を行い、社区衛生病院と連携を取りながら、扶助をする」、「自主財源がないので、サービスを開拓できない。街道弁事処¹³⁰が運営している托老所等に頼っている。在宅養老が一番よいが、費用がない」、「高齢者に健康を保障する医療の仕組みの整備。高齢者の生活上の基本的な需要を満す施設の設置。便利かつ迅速にサービスを提供できる近隣の支え合いの仕組みの構築。高齢者の精神生活を豊かにする文化娯楽施設の配置」、「社区の高齢者とレイオフされた方々の間の調整を行い、無料で

¹²⁹ 利用者の人数は直接、街道弁事処より管理し、社区居民委員会では把握していないため、回答が少なかった。

¹³⁰ 中国では、1954年に「街道弁事処組織条例」の成立に伴って、街道弁事処が設置された。政府の出先機関である。

家事援助サービスを紹介し、それぞれのニーズを満たす。社区組織の役割を發揮し、高齢者の精神的ニーズを満たす。ボランティアが役割を發揮し、高齢者と障害者のために訪問サービスを提供する」、「定期的に健康講座を開催する。リハビリテーション器具を提供し、リハビリテーションを指導する専門職員を配置する。社区衛生サービスの医者を中心とし家庭病床や無料健康診断、食生活の指導などを提供する」、「区の中に法律支援センター、街道にトラブル調整センター、社区にはトラブル調整窓口を設置する必要がある。高齢者の権利擁護をする専任職員の配置」などの回答があった。

4) 高齢化への認識と課題について

「高齢化問題についてどう思っているか」という質問に対して、23 か所のうち 11 か所から回答を得ることができた。現状認識としては、「高齢者人口の増加は必然」、「高齢化により社会の調和と安定、さらに家庭の調和と安定に影響がある」、「高齢化と長寿化により、高齢者の家庭が「空の巣」化し、家庭の扶養機能を弱化させている。経済の発展により生活の水準が高まって、子どもと親の別居、留学等の原因で高齢者の「空の巣」の現象も著しくなる。」また、高齢化により医療費が高くなるので、「看病難」¹³¹の問題があげられた。

例えば、「一人暮らしに対して、生活保護受給者から養護員を募集し、月 300 円でサービスを提供している。現在社区内 95 歳以上高齢者 4 名、三無老人 3 名に対し、合計 7 名の養護員で対応している。以前は 1 対 2 の体制でサービスを提供していたが、一人暮らし高齢者の入院などの対応は難しいので、1 対 1 に変わった。」という回答に示されているように「社会化養老サービスもよいが、利用者は制限されている」。さらに「高齢者の収入の格差が大きい、生活は子どもや配偶者に頼らなければならない。文化娯楽活動は乏しく、形式も単調、社会活動参加率が低い。高齢者の生活満足度は中等レベルに止まっているが、生活満足度に影響する主な原因は経済・医療・住宅状況だと考えられる。」等が挙げられた。

「高齢化問題への認識を高め、家庭養老と社会養老のバランスのよい養老政策を取り、健康な高齢化社会を促進する」必要がある。「“集中養老”¹³²“小飯卓”¹³³：政府の補助金により、高齢者自身が半分、政府の補助金が半分で実施する」「家政サービスの公益性の強化」などが挙げられた。

「高齢化の課題について」の質問に対して 23 か所の中から 12 か所の回答を得ることができた。「低収入段階で高齢化社会になった」、「経済問題。近隣の支え合いでもお金が必要だと感じる。」、「在宅介護サービスニーズの増加と養護員の不足の矛盾」、「在宅養老サービスと社会養老サービスを結合する養老政策、在宅養老サービスを主として社区養老サービス

¹³¹ 診察を受けるのが難しいこと。

¹³² 高齢者が何人か一緒に住む、他の人の住宅を賃貸に出し、その収入を養老費用として使う。

¹³³ 高齢者に提供する食事サービス。2008 年前後に沙河口区より実施し、生活保護を受ける 60 歳以上高齢者が貨幣化養老サービス券を使い、指定の店で食事をする。一時的に利用者が多かったが、2010 年までに利用者が殆どいなくなった。

スの建設を加速させる」、高齢者自身の「養老観念の転換」が必要でありながら、入所施設の条件として「子どもが近くにいる、環境がいい、病院が近い、サービスの質がいい、料金が低い」こと、また「托老所は望ましい解決方法」である。一方「現在自立している高齢者でも月 1,500 元（週 6 日）の条件の養護員でも探しにくい」という課題も挙げられている。さらに、多様なニーズを満たすような「レベル別、地区別に様々なニーズに適する養老施設の建設」が必要である。また、「社区居民委員会の本当の仕事の意義は何か？仕事の方向性は何か？行政上の業務が多く、高齢者・女性・児童また障害者のことに関心があるが、余裕がない。また、待遇が低い、社会的地位が低い、専門知識が足りないなど、無力感」を感じる社区職員もいる。

3 調査結果に見る社区サービスの現状と課題

1) 社区サービスの課題について

社区サービスの現状については、利用者もメニューも限定されていることが明らかになった。背景でも述べたように、社区サービスは社区の成員のニーズを満たすため、社会福利性と住民へのサービス提供などの役割を持つと定められているため、今後の中国の高齢化問題の解決には重要な役割を担っている。

大連市では 2007 年までに在宅介護サービス、貨幣化養老サービスを計画的に整備してきたにもかかわらず、養護員¹³⁴が集まりにくく、活動資金がないため、高齢化問題への対応が緊急であると認識される一方で、計画通りに進められてこなかったことが明らかになった。社区での高齢者向けのサービスといっても、内容は定年退職者の登録・管理、老年証の登録・配布等に留まっている。社区居民委員会の職員により、週 1 回食事サービスを提供したり、不定期に買い物や訪問などのサービスを提供している事例もあったが、いずれにしても利用者が限定され、困窮者にしか届いていないのが現状である。今後、高齢化率の上昇に伴って、多様なニーズが現れることが推測できる。それらに対応できるサービスの拡充、サービス対象者の拡大並びに選定方法などをいかに工夫するかが重要である。

また、地域特性によってニーズが異なっていることが明らかになった。社区ごとの高齢化率、平均世帯人数などの相違により、社区に表出する高齢者問題が異なり、社区が取るべき対策と高齢化の課題も多様であった。また、街道弁事処の税収状況により、社区居民委員会への補助金も異なることが分かった。例えば、社区のタイプでみると、古い社区は、高齢化率が高く、平均世帯人数が多いことから、家族と同居している高齢者が多いことが推測できる。住民同士の情が深く、近隣間の支えあいがよくみられるということである。

しかし、エレベーターがない住宅が多く、今後要介護状態が重度化することにより、ひきこもり状態に陥りやすく、介護ニーズ以外には見守りや外出援助などのニーズも増える

¹³⁴ 日本でいうホームヘルパー

と考えられる。新しい社区は新しく開発された地域であり、他地域からの移住者が多い。また新しく建てられた住宅にはエレベーターが付いているものが多く、高齢者の外出には便利であるが、セキュリティが重視されているので、近隣間の付き合いが少ない傾向がある。現在は目立っていない高齢化問題が顕在化するときに備えた地域づくりが必要とされる。新旧混在社区は繁華街と隣接しており、高齢者の活動場所となる公園や空き地が少ない、流動人口が多いという特徴がある。今後、活動場所の確保や潜在化している高齢者ニーズの把握とそれへの対応が必要とされる。

2) インフォーマル資源の開発可能性

大連市では朝晩に広場、空き地、駐車場などを利用し、高齢者だけではなく、多人数で踊りや太極拳などの健康活動を行うグループが多く見られる。調査の中で、社区を基盤とした住民の支えあいのような典型的なインフォーマル・サポートの事例¹³⁵も得られた。各社区ではマンション長¹³⁶や定年退職した共産党員が組織されており、社区居民委員会における諸活動（交通安全・ゴミ収集等のイベント）に協力し、積極的に参加している。実際、事例の中に登場するボランティアはマンション長か、退職した共産党員である。そして、多くの社区居民委員会の職員は、マンション長や退職した共産党員を通し、管轄区内の住民の情報を収集し、また行政の情報を伝達していることが今回の調査で明らかになったが、その担い手となるマンション長の高齢化により引き継ぐ人がいない現状となっている。特に古い社区ではすでにマンション長がいないところが出てきている。新しい社区ではマンション長の代わりに業主委員会¹³⁷が役割を果たしていることも明らかになった。

すでに見たように社区サービスは今後の深刻な高齢化対策の重要な解決策として政府も認めており、その中でも互助的な社会サービス活動の促進が重視されている。従って、社区居民委員会は、共産党員やマンション長だけではなく、まだ組織化されていない健康活

¹³⁵ インフォーマル・サポートへの対応の事例としては、以下のようなものがある。

- ① Yさんは定年退職者で、ボランティアとして、長年近隣の一人暮らし高齢者に買物や銭湯への同行等をしている。
- ② 社区内に“三幫一”（三：社区居委員の幹部、隣人、共産党員、一：高齢者や障害者）の愛心支え合いチームを成立した。“三幫一”の愛心支え合いチームは、訪問を通して社区内の“ハイリスク”な高齢者と障害者を確定し、支え合いチームを結成し、隣人による毎日戸別訪問を行い、社区内の高齢者と障害者たちの生活上の安全を確保している。
- ③ Zさんはマンション長であり、障害者のJさんの生活を支えるために、普段、菓や買物や洋服の裁縫、光熱費の支払い等のボランティアを行っている。
- ④ 100歳のお婆ちゃん（家庭事情は良く分からないが、養女が一人いるが付き合いは少ない。認知症の疑いがある）に対して、マンション長のK氏（女・70歳）が安否確認や外出介助等を行っている。

¹³⁶ マンションにあるリーダー、住民の推薦より、社区居民委員会から指名する。

¹³⁷ 業主委員会とは、住宅が住民の私有財産になったため、住宅を持っている住民、すなわち「業主」が現れた。住民たちは水道管理や環境整備などの権利を守るため、自主的に「業主委員会」の組織を作り、行政や不動産会社等に住民代表として交渉する。現在、この新しい住民組織と社区居民委員会の関連関係が都市社会学者から注目されている。

動グループなどを組織化し、助け合いや見守りのような活動をしてもらうように働きかける必要があると考えられた。

また、すでに地域のタイプ別のところで触れたように、新しい地域では新築マンションのセキュリティの完備などにより、住民間のつながりが脆弱化している傾向が見られた。都市化が進んでいる中国では高齢者問題を解決するために、住民自治組織である地域住民委員会が住民間のつながりを強化し、住民への啓蒙活動を促進することが必要とされると考えられた。

3) 地域住民委員会職員による区域内の状況把握の課題

ヒアリング調査では、地域住民委員会職員は区域内の状況を十分に把握できていないことが明らかとなった。例えば、「空の巣家庭」、一人暮らし高齢者、要介護高齢者などの状況について聞いたところ、数字としては挙げられたが、具体的な状況、特に個別の要介護高齢者の状態を殆ど把握しておらず、「家族に介護されているのではないか」「施設に入所したのではないか」というような推測回答が多かった。新旧混在地域に多く見られた「住戸分離」¹³⁸が理由の一つだと言えるが、提供できるサービスが少ないこと、街道弁事所からの下請け仕事が多く余裕がないこと、また高齢化問題の解決のノウハウが蓄積されていないことなどが原因であることも考えられる。従って地域住民委員会には、ソーシャルワークの資格を持つ職員の配置が必要とされると考えられた。

¹³⁸ 戸籍上には登録されていて、実際に住んでいないか、実際に住んでいても戸籍上に登録していないこと。

第3節 社区养老服务センターの現状と課題

第4章でも述べたように、大連市では、2010年から新しい動きとしては、「在宅养老服务」と「貨幣化养老服务」と「托老所」を統合して、社区养老服务センターを立ち上げ、総合的な养老服务を提供しようとしている。

計画の内容によれば、养老服务センターは高齢者2000人に付き、1か所設置し、800人の高齢者のニーズをカバーする。総合的な养老服务センターとして、高齢者向けのサービスを高齢者は自分の状況に合わせて、自分に合う养老方式を選べる。施設养老、日中托老、ヘルパー派遣、养老仲介サービス、応急救助サービス、リハビリテーション、精神的な慰め、またレジャー・文化生活の活動場所として利用できる。低額でサービスの提供を保障し、条件（「三無老人」や貧困高齢者など）を満たすと無料でサービスを受けられる。本節ではこの社区养老服务センターの現状と課題を明らかにする。

1 調査の概要と方法

2012年8月17日から9月16日まで、社区养老服务センター（3か所）の管理者（3名）を対象に、ヒアリング調査を行った。

調査内容は開設時期、面積、内部設置、職員配置、利用料金、利用時間、利用者数、活動内容、利用現状、運営状況等をヒアリングした。

2 老人クラブとなっている社区养老服务センター

大連市における3か所の社区养老服务センターを対象として調査を行った。調査結果は表6-3-1に示した通りである。

まず、Aセンターは2011年12月に開設し、面積は200㎡で、管理者を含めて職員2名を配置している。利用料は月10円で登録者数は40名である。午前中には太極拳・防災安全・歌・踊りなどの教室を開催、午後にはマーじゃんを中心に活動する。一方所在地域は古い市街区域で、人情が深く、管理者は区内の住民で、かつて10年間社区の書記を担当した経験があって、住民から信頼感を得ている。周辺3つの社区に住む60歳以上の住民なら誰でも利用できる。

Bセンターも2011年末に開設し、大連市の繁華街にあり、面積は100㎡である。内部には、キッチンや健康リハビリ機器、閲覧コーナーなどがある。住民に認識されておらず、英語や書道などの教室を午前中に運営しているが、参加者が少ないのが現状である。現在、

センターが所在している社区に住む 60 歳以上の高齢者しか利用できない。

C センターは大連市のモデル事業として 2005 年に開設され、面積が 300 m²ある。管理者を含めて職員は 4 名いる。そのうち 1 名は昼食を作るスタッフである。利用料金は前の二つのセンターより、やや高く、1 日 3 元で、昼食は前日までに予約して 1 食 8 元である。食事の内容によって、利用数が変わるが、平均 1 日 10～15 名が利用している。管理者は開設当初からずっといたため、ほとんどの利用者を覚えているが、実際に登録したり、会員制をとっていないため、利用者の状況をはっきり把握していないのが現状である。また、要介護高齢者の受け入れについては、初期 5～6 名いたが、介護状態の悪化に伴い、利用を中止した。それ以来は要介護の利用者はいない。

3 センターでは、運営資金は行政（街道）より支給されており、会員の収入などは運営資金にもならない。養老サービスセンターの開設目的として、高齢者向けサービスをワンストップ化し、相談やサービス、リハビリ、娯楽文化活動などを全部センターより提供するが、実際、利用しているのは元気な高齢者が多く、養老サービスセンターを活動場所として認識し、日本でいう老人福祉センターとして利用されていることで、収支バランスに合う利用料金を取るのが難しいのが現状である。高い利用料を出すなら、マンションの下や公園でしゃべる方が良いと思う住民も少なくない。

利用者は高齢であっても、元気な高齢者のみで、今後、高齢化の進展に伴い要介護高齢者も増えてくる。その時に、最もニーズが高い、要介護状態が高い高齢者を中心に対応しなければならない。そのために人員配置と人材育成が必要とされる一方、地域で長く生活できるように、利用者への支えあい、見守りネットワークづくりも必要とされる。

表 6-3-1 社区养老サービスセンターの調査結果

	A:西岗区工人村	B:中山区人民路修竹	C:沙河口区中山公園街道民興花園
開設時期	2011年12月	2011年末	2005年に開設(大連市のモデル事業)
面積	200 m ²	100 m ²	300 m ²
内部設置	キッチン、健康リハビリ機器・休憩ベッド(4床⇒2床)・パソコン(2台)・閲覧室・トイレ1か所	キッチン、健康リハビリ機器、閲覧コーナー・トイレ1か所	3階建て(1階マージャン活動、厨房・2階休憩部屋4ベッド、健康リハビリ室・3階踊りなどの活動室・教室)
職員配置	職員2名(管理者1名)	管理者1名	職員4名(ご飯作り1名、管理者1名)
利用料金	10元/月	無料	3元/日、80元/月、 昼ごはん 8元/食(予約制・10-15名/日)
利用時間	平日8:30~17:00(土日休み)	午前中(9:30~10:30)	10:00~16:00
利用者数	登録者数40名	約13-14名程度	会員制ではない。60歳以上の地域住民なら利用できる
活動内容	・午前中は太極拳・防災安全・歌・踊り等の教室 ・午後マージャンを中心に活動	教室を運営、英語や書道等	高齢者教室(書道・踊り等)無料
利用現状	マージャン以外の活動は無料で、参加は自由で、毎回参加人数を把握していない	不特定・活動内容より人数が異なる	利用者年齢はバラバラ、60歳後半の男性が多くみられる。毎日利用者が20-30人。男性利用者80%
運営状況	運営資金は行政(街道)からの支援が多い(水道・光熱代・人件費等)	運営資金は行政(街道)からの支援が多い(水道・光熱代・人件費等)	運営資金は行政(街道)からの支援が多い(水道・光熱代・人件費等)
その他	・管理者は区内の住民であり、かつて10年間社区の書記だった。住民から信頼感を得られている ・社区养老サービスセンターは社区と合同主催することが多い ・社区は住民の管理を主として、养老サービスセンターは活動を主としている	・現在利用できる社区は修竹社区のみ ・狭いので、また事故があつてマージャン等の活動を停止 ・社区には活動室があり、月・水に踊りのサークルは活動している ・活動室はサークルのメンバー自分で管理している ・課題としては、場所と運営資金の問題	・ボランティア活動はない ・職員給料800元/月 ・開設当初には5-6名の要介護高齢者を受け入れたことがあるが、要介護状態が悪化する事で中止 ・1階フロア

3 社区居民委員会と社区養老サービスセンターの課題

大連市は2010年から3年計画で255か所の社区養老サービスセンターを建設してきている。計画によれば、社区養老サービスセンターは社区ごとではなく、高齢者(60歳以上)2,000人に付き、1か所設置し、800人の高齢者に総合的な養老サービスとして、メニュー式サービス¹³⁹を提供する。つまり、高齢者向けの個別サービスを提供する部分を社区居民委員会から分離するということである。これらのことから、高齢化問題の解決は、社区居民委員会がいかに社区養老サービスセンターや、社区衛生サービスセンターなどの関係機関との連携を取り、地域課題解決のコーディネーションを図れるかということに関わってくるといえよう。

大連市では2000年以降になって、様々なサービスが発展し、2006年までに10種類のサービスに拡大してきたが、実際公的サービスの対象者はまだ貧困高齢者に留まっているのが現状である。今回の社区居民委員会の調査も社区養老サービスセンターの調査でも高齢者の実態が把握されていないこと、貧困高齢者や元気高齢者しか対応していないことから、ニーズが高い要介護高齢者は社区に潜在化していると考えられる。これらのニーズを掘り起こし、必要とするサービスにつなげるためには、社区にある資源を最大限活用することが重要だと思う。そのためには社区と社区養老サービスセンターの関係の確立が必要である。

例えば、社区居民員会では、社区職員による定期的な訪問や、マンション長、また組織されていた定年退職共産党員を通して、住民のニーズや情報を把握しているので、得られた情報は社区養老サービスセンターにつなげることができるであろう。

また、各社区には活動グループがあり、例えば：太極拳、踊りサークルなど、またすでに組織された定年退職した共産党員など、これらの資源を活用し、日本の「小地域見守りネットワーク」のような活動が必要である。

¹³⁹ 高齢者は自分の状況に合わせて、自分に合う養老方式を選べる。施設養老、日中托老、在宅養老、養老仲介サービス、応急救助サービス、リハビリテーション、精神的な慰め、またレジャー・文化生活の活動場所として利用できる。低額でサービスの提供を保障し、「三無老人」や貧困高齢者は無料でサービスを受けられる。

第4節 社区居民委員会と高齢者向けサービスの問題

1 「9073」の視点からみる高齢者向けのサービスの課題

これまで、養老施設、社区居民委員会、社区養老サービスセンターでのヒアリング調査を通して大連市における高齢者に向けたサービスの現状および課題について検討を行った。

章の冒頭にも述べたように、中国では高齢化問題を解決するために、「9073」という扶養形式を提示した。つまり、90%の高齢者は個人または家族により、7%の高齢者は社区にあるサービスに、3%の高齢者は社会福祉機構（入所施設）に入所するという構成である。また、第5章では、現在の中国の高齢化率はおよそ30年前の日本と同じ状況であることが分かってきた。逆にいうと、今の日本は約30年先の中国だといえる。

本調査の結果、または日本の高齢者対策から考える中国都市部の高齢化対策を検討するには、家族介護が減少傾向にあるなかで、家族機能を代替できるようなサービスを提供するために、養老施設や在宅サービスの増加やサービスの質の向上に加え、それらを組み合わせさせた仕組み（＝システム）が必要だといえる。

さらに、第5章の高齢者調査の結果から明らかになったように、中国ではまだ潜在している高齢者介護ニーズが今後急に顕在化してくることが予測できる。この際、公的サービスの対象の拡大、重度の要介護高齢者への重点化が必要であるとともに、養老施設も、自立高齢者だけではなく、要介護度が高い高齢者を受け入れるようにしなければならない。さらに、介護ニーズが拡大しないように、元気な高齢者が要介護にならないように「要介護」予防の対策を取る必要性を指摘できよう。

また、中国の都市部の地価高騰の中で、養老施設を建設することが困難であり、コストを削減する意味でも、なるべく自宅で生活できるようにしていくことになるだろう。これらを総合的に考えると、日本で取り組みが始まっている、医療と介護の連携促進、地域住民による支えあい活動、「要介護」予防などを中心とする地域包括ケアシステムが参考となるであろう。

2 社区居民委員会を中心とした高齢者向けサービスの関係の整理

大連市における3つの調査の結果に基づき、社区居民委員会を中心として、中国都市部における社区養老サービスの現状と課題について明らかにした。

先行研究でも指摘されているように、現状ではサービスの種類と内容が少ない。コミュニティサービスの運営主体である社区居民委員会が実際、社区内の状況を把握していないことも明らかになった。今後、サービスをいかに充実するか、どんなサービスを充実していくかが

課題だと言える。また中国における平均的な経済収入がまだ低い現段階では、低料金で利用できるサービスの充実や年金額を引き上げる一方、社区におけるインフォーマル・サポートをいかに活かすかが、高齢化問題の解決には重要なポイントとなる。

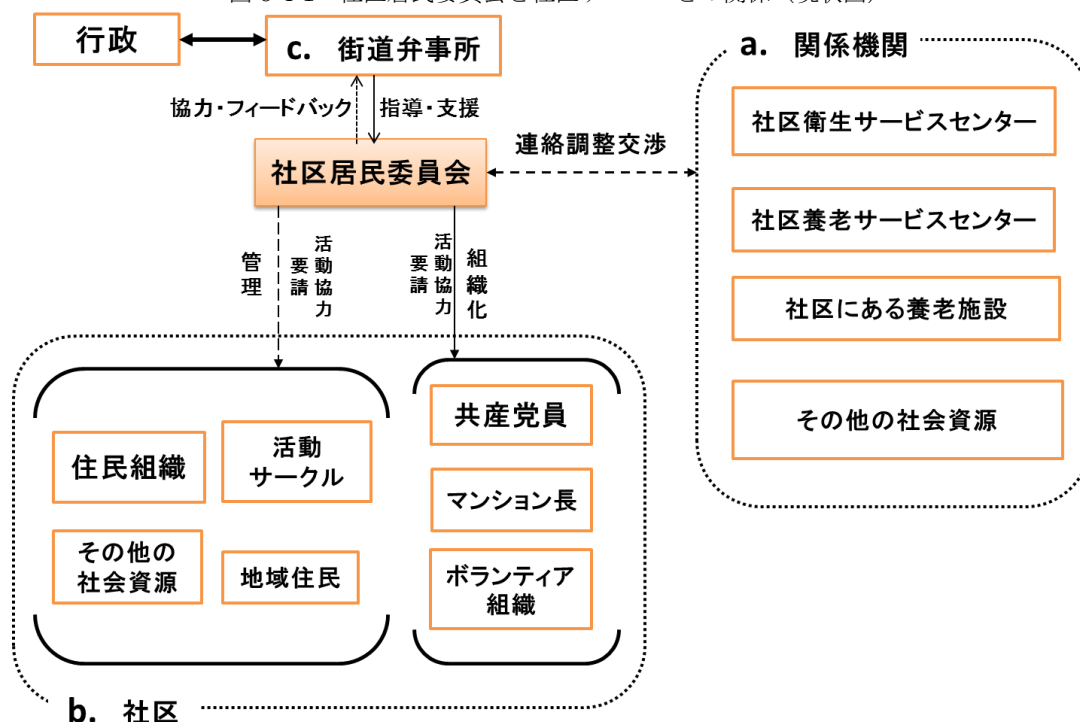
大連市では高齢者向けサービスは社区居民委員会から分離され、社区养老服务センターにより提供される動きが見られる。以上を踏まえ、各サービス提供機関と社区居民委員会の関係、インフォーマル・サポートを活かした仕組みづくりの中での社区居民委員会の役割などについて終章で検討を行いたい。

なお、社区居民委員会と社区养老服务の調査結果から、社区居民委員会が取り組んでいる諸関係機関、また社区の住民や住民組織等との関係図は以下のように描くことができる。

高齢者向けサービスの関係機関として、医療サービスを提供する社区卫生サービスセンター、介護や日中託老サービスなどを提供する社区养老服务センター、社区にある養老施設、また、様々な社会資源（企業・非営利機構・社会組織・NGO組織等）等が挙げられる。

また、社区には、定年退職した共産党員の組織、住民組織、マンション長、活動サークルのグループ、またボランティア組織が挙げられる。

図 6-4-1 社区居民委員会と社区サービスとの関係（現状図）



調査結果に基づき、筆者作成

調査結果を踏まえて、以下のように整理することができる。また、図 6-4-1 に示したように、社区居民委員会は関係機関との間に弱いでながら、

a.関係機関

大連市の調査結果から明らかになったように社区には以下のような関係機関がある。

a-1. 社区衛生サービスセンター

社区にある医療機関である。社区衛生サービスセンターは健康講座、健康管理、慢性病患者の管理、家庭病床などの設置などによって住民の医療的なサービスを提供している。

a-2. 社区養老サービスセンター

在宅養老を選択した高齢者向けにサービスを提供する機関である。

a-3. 社区にある養老施設

入所施設である。

a-4. その他の社会資源

高齢者向けサービスを提供する営利、非営利組織、NGO 団体等

b. 社区

b-1. 住民組織

高齢者の自助組織：話し合い、買い物、食事、家事援助などを行っている支えあい活動。

業主委員会：住宅が住民の私有財産になったため、住宅を持っている住民、すなわち「業主」が現れた。住民たちは水道管理や環境整備などの権利を守るため、自主的に「業主委員会」の組織を作り、行政や不動産会社等に住民代表として交渉する。（現在、この新しい住民組織と社区居民委員会の関連関係が都市社会学者から注目されている。）

b-2. 活動サークル

朝晩行われている自発的な太極拳、踊り、趣味活動などのサークル。

b-3. その他の社会資源：

管轄の社区内にあるスーパー、商店、美容室、大衆浴場、飲食店、法律事務所、家政サービス、薬局などを指す。

b-4. 地域住民

社区に住んでいる住民また、社区内で働いている社員。

事例：Yさんは定年退職者で、ボランティアとして、長年近隣の一人暮らし高齢者に買物や銭湯への同行等をしている。

b-5. 定年退職した共産党員

社区居民委員会には、定年退職した共産党員を組織している。月 1 回定例会を行っている。筆者は調査を行う際に、この定例会に参加したことがある。定例会では、行政からの知らせや地域の課題の共有などを話し合っていた。

事例：区内に“三幫一”（三：社区居委員の幹部、隣人、共産黨員、一：高齢者や障害者）の愛心支え合いチームを成立した。“三幫一”の愛心支え合いチームは、訪問を通して区内の“ハイリスク”な高齢者と障害者を確定し、支え合いチームを結成し、隣人による毎日戸別訪問を行い、区内の高齢者と障害者たちの生活上の安全を確保している。

b-6. マンション長

住民の推薦より、社区居民委員会が指名するマンションのリーダーである。

事例：① Zさんはマンション長であり、障害者のJさんの生活を支えるために、普段、薬や買物や洋服の裁縫、光熱費の支払い等のボランティアを行っている。

② 100歳のお婆ちゃん（家庭事情は良く分からないが、養女が一人いるが付き合いは少ない。認知症の疑いがある）に対して、マンション長のK氏（女・70歳）が安否確認や外出介助等を行っている。

b-7. ボランティア組織

社区居民委員会はボランティアの窓口があり、そこに登録しているボランティア。

c. 街道弁事処をはじめとする行政機関

委託事業、活動の指導、活動資金の提供など。

第7章 補論 —政策と先行研究にみる日本の高齢化対策の変遷—

本章では、本研究の一つのキーワードでもある「一人暮らし高齢者」を軸にして日本の高齢化対策について概観し、中国で進行する高齢化への対応のあり方を検討する上での課題を提起する。

もとより、「一人暮らし」そのものが高齢者福祉・介護の政策対象となるわけではなく、「一人暮らし」が原因、あるいは背景にあって生じる生活課題への支援が必要となるのであるから、単独の「一人暮らし」対策として、政策化されたものは数少ない。しかし、詳しく見ていくと、さまざまな高齢者施策のなかに、「一人暮らし対策」が散りばめられていることが見えてくるのである。

したがって、本章では、こうした「一人暮らし対策」の変化に着目し、大きく4つの時代区分を設定している。第1期は1945年から1970年代前半、第2期は1970年代半ばから1990年代前半、第3期は1990年代半ばから2006年まで、第4期は2007年以降としたい。

第1期（1945年～1970年代前半）は、老人福祉法の成立と老人福祉の確立期であり、一人暮らし高齢化対策の萌芽と寝たきり高齢者問題の出現の時期でもある。

この時期は政治社会的な区分に従うと、敗戦から高度成長の終焉までということになる。この時期の高齢化対策は、救貧対策としての生活保護法に基づく養老施設からスタートし、1963年の老人福祉法の制定による特別養護老人ホームや養護老人ホームの創設などに伴う老人福祉制度のスタート、そして1973年の老人医療費無料化に象徴される福祉国家への模索とオイルショックによるその挫折などがトピックスとして挙げられる。

またこの時期の末期には、高度成長政策の「ひずみ」が表面化し、都市の過密化・地方の過疎化、核家族化の進展などによるコミュニティ紐帯の希薄化とそれによる個人の「孤立」などが社会問題になってきた時期でもある。そして、その結果として、「一人暮らし」が注目され各種の調査が行われ、社会参加や生きがい対策の必要性が認識され、それを目的とした施策が登場することになる。

第2期（1970年代前半～1990年代前半）は、本格化する高齢化と在宅ケアの重点化期である。

この時期の政治社会的な区分は第1期ほど明確ではないが、低成長時代の到来による新自由主義の台頭と、バブル経済とその崩壊の時期にあたる。またこの時期は、高齢化率が7%（1970年）から14%（1994年）へと倍増し、日本が高齢化社会から高齢社会へと移行する時期に相当する。この時期の高齢化対策としては、老人医療費の増加や社会的入院の顕在化などを背景とした在宅福祉（のちに在宅ケア）への取り組みの本格化、それに伴うサービス利用の「普遍化」、社会福祉法人以外の事業者の参入規制の緩和、計画的なサービス整備などが挙げられる。また、国際障害者年などの影響によるノーマライゼーションの

考え方の普及も、在宅指向に拍車をかけた。

一方、第1期で注目されたかに見えた「一人暮らし」対策は、急増する「寝たきり」高齢者対策に取って代われ、高齢者保健福祉十カ年戦略（ゴールドプラン：1989年）や福祉関係8法改正（1990年）にも、際立った「一人暮らし対策」が見られなくなる。

第3期（1990年代半ば～2006年まで）は、介護保険制度の成立とその後の改正に認知症対策・予防対策の時期である。

この時期は世界規模では東西冷戦の終結による民族紛争の激化と経済のグローバル化、国内ではバブル経済の崩壊後の長期不況と、それへの対策としての「構造改革」とその結果としての「格差社会」の進行などの時期にあたる。

この時期の高齢者施策としては、何とんでも、介護保険制度の導入が挙げられる。加速化する要介護高齢者への対応は、1989年に税率3%でスタートした消費税だけでは賄いきれず、長期不況のなかでの税率の急激なアップも困難ななかで、財源を保険制度に求めることになり、2000年に介護保険がスタートすることになる。またこの時期には、施設指向から在宅指向への転換も顕著となっていく。

第4期（2007年～）は、2025年に向けて、地域包括ケアシステムの整備と推進の時期である。

この時期には、高齢化がますます進み、2007年には高齢化率は21%を超え、人類史上どこも経験したことのない「超高齢社会」に突入することになる。また、この時期は、2025年第1次ベビーブームに生まれた「団塊の世代」が後期高齢者に移行し、これに伴い、一人暮らし高齢者や老夫婦のみ高齢者の割合も増大し、このような家庭は特別な家庭形態ではなくなり、長期化する一人暮らし高齢者の家庭は標準的な家庭形態になると言われている。

この時期の高齢者施策として、3年ごとの介護保険制度の見直しに伴い、「制度の持続可能性」を高めるために、「地域包括ケアシステム」の整備充実が提唱され、住まい・介護・医療・予防・生活支援の5つの柱を基盤とした、地域包括ケアシステムの推進には、「地域」を強調することになる。

第1節 老人福祉法の成立と老人福祉の確立期～一人暮らし高齢者対策の萌芽と寝たきり高齢者問題の出現～（1945年～1970年代前半）

《敗戦から老人福祉法の成立まで～救貧対策としての老人福祉対策～》

敗戦直後の日本は国土の疲弊、経済力の低下に加え、外地から大量の引揚者も抱え、戦災、失業、物価騰貴等により貧困者が急増し、社会不安が増大した。最初の具体的な国家施策として「生活困窮者緊急生活援護要綱」を作成し、生活困窮者に対する緊急措置として、主に日常生活の支援を行った。そして1946年、GHQは「社会救済に関する覚書」（SCAPIN775号）を日本政府に提出し、総合的な救済法規として「(旧)生活保護法」が制定された。

しかし、「(旧)生活保護法」には慈恵的な性格が残っており、憲法第25条に規定されている生存権保障の精神が明確に示されていなかった。また、「(旧)生活保護法」は第2条の怠惰者や素行不良者を保護の対象外とする欠格条項、公私分離に抵触する第5条の補助機関としての民生委員の規定、保護請求権や不服申立権の否定など改善すべき点が残されていた。そのために、「(旧)生活保護法」が全面改定され、1950年には「(新)生活保護法」が制定された。

旧生活保護法は特に高齢者に対する仕組みを採り上げられていなかったのに対して、「(新)生活保護法」では保護施設として、養老施設を、老衰のため独立して日常生活を営むことのできない要保護者を収容して生活扶助を行うことを目的とする施設として、救護施設、更生施設、医療保護施設、宿所提供施設とともに法文上明記された¹⁴⁰。高齢者の対策としては貧困の高齢者のみを救済の対象としており、人口高齢化は一般的には社会問題として考えられていなかった¹⁴¹。しかし、1953年に厚生省大臣官房統計調査部が刊行した「昭和27年 社会福祉統計年報第一部」では、すでに1947年から始まった第一次ベビーブームによる人口の増加とともに老人人口の増加の将来への影響を心配していたことは特記に値する¹⁴²。

また戦後、高齢者の寿命の延び、高齢者人口や要介護高齢者の増加などにより、1956年には長野県で社会福祉協議会（以下、社協）に委託して「家庭養護婦」派遣事業が開始された。1960年までに身寄りのない老人ホーム希望者は3.9万人であったが、一般入所可能老人ホームは27ヶ所であり、定員約千人しかなかったため、「家庭養護婦」派遣事業はすぐ広がって、1961年までに18市町村で家庭奉仕員制度として実施された。

¹⁴⁰ 百瀬孝（1997年）『日本老人福祉史』中央法規出版 pp.90-91.

¹⁴¹ 岡本多喜子（1993年）『老人福祉法の制定』誠信書房 p.40.

¹⁴² 同上。

《高度経済成長と老人福祉法の制定》

1960年代にはいると日本は高度経済成長期を迎え、国民の生活に多大な変化を及ぼすことになった。人口の都市集中化と過密化、地方とりわけ農山村の過疎化が進行し、労働力の移動や女性の社会進出も顕著となり、核家族化が進行した。1946年に日本国憲法が公布され、旧来の家族制度が廃止され、制度的にも高齢者は昔のように自分の老後を次の時代に託すことができなくなり、また上述の社会の変化によっても、家族扶養機能は低下していった。「厚生省の調べによると、当時の高齢者の自殺率と高齢者の職を求める率も世界最高だ」と言われていた¹⁴³。このような状況のもと、児童福祉法、身体障害者福祉法より遅れはしたものの、老人の福祉の増進を目的として1963年に老人福祉法が制定された。具体的な福祉の措置としては①健康診断、②老人ホームへの収容など、③老人福祉の増進のための事業を規定するとともに、老人福祉法では、新たな老人福祉施設として、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センターを規定し、老人家庭奉仕員も制度上位置づけられた。この時期の老人家庭奉仕員は生活保護を受給している65歳以上の身寄りのない家庭のみが対象であったが、高齢者の生活困窮に対する救済だけを行っていた時代から、それぞれの高齢者の状況等を勘案した高齢者全体を対象とした入所施設や利用制度が新たに創設されたのである。老人福祉法の制定は「老人福祉の一大躍進だ」¹⁴⁴とされている。

老人福祉法では、具体的に「老人家庭奉仕員」と「老人福祉センター」が提起された。その目的として、高齢者は、日常生活に支障をきたしていても、老後を自らの家庭で明るく生活することができるようにサービスを提供し、また、地域の高齢者に対して、各種の相談、機能回復訓練などを行うとともに、教養、レクリエーション等に関する便宜を提供することにより、老人に健康で明るい生活を営ませること、とされている。

このように老人福祉法によって、老人福祉サービスが充実されたように見えるが、ソフト面であるサービスの質に対する具体的な規定が決められていなかったため、1965年に厚生省は「老人休養ホーム」「老人憩いの家」の設置及び運営、1966年に「養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設置及び運営に関する基準」、「養護施設・更生施設・授産施設及び宿泊施設の整備及び運営に関する最低基準」などを出し、体制整備にあたった。

《高齢化の進展と寝たきり・一人暮らし高齢者問題の登場》

一方、1967年に東京都社会福祉協議会・長野県社会福祉協議会が実施した調査により、東京都では75歳以上高齢者のうち6,617人が寝たきり状態であり、そのことが家計を圧迫し、また未受診が多いことが明らかになった。1968年に全国社会福祉協議会が全国調査を

¹⁴³ 下松佳馬(1963)「寿命は延びたが、晩年はさびしい」『老人福祉』第31号 全国養老事業協会

¹⁴⁴ 森幹郎(1963)「養老事業から老人福祉事業へ」『老人福祉』第31号 全国養老事業協会 p.9.

行い、「日常ほとんど寝たきり」状態の高齢者が 20 万人に達し、そのうち男が 41%を占め、女が 59%を占めていること、女性介護者が 90%を占めていることなどが明らかになった。これらの調査の影響で、翌年 1969 年から東京都では、寝たきり老人対策事業（老人家庭奉仕員制度、訪問健康診断など）、70 歳以上医療費無料化、老人日常生活用具給付事業（ギャッジベッドの貸与）が開始され、1970 年には「福祉電話設置事業」の発足、1971 年には東京都東山村市の白十字病院での「寝たきり老人訪問看護制度委託」等、続々と政策が制定され、寝たきり高齢者は社会問題として注目されるようになった。

この時期の政策は主に貧困・孤独・衰弱した高齢者を中心したものだだったと考えられるが、次の時期に向けての兆しも見られ始めている。具体的には、1960 年から 1973 年にかけての社会福祉の展開はおよそ、次のような変化として集約することができる。第一に、社会保険と福祉サービスの拡大、そしてそれに照応する生活保護の縮減である。第二に、第一の変化の別の側面として、福祉サービスが生活保護から相対的に分離独立し始めたことである。第三に、福祉サービスの適用範囲が一般階層にまで拡大され、いわゆる普遍化、一般化の傾向をみせ始めたことである。第四に、福祉サービスにおける提供システム、なかでもその組織と方法に関して多様化、多元化の徴候がみられ始めたことである。そして、第五に、第一から第四までの変化を総括するような形で、社会福祉の施設福祉型社会福祉から在宅福祉型社会福祉への萌芽的な移行がみられ始めたことである¹⁴⁵。

¹⁴⁵ 岡本民夫・田端光美・濱野一郎・古川孝順・宮田和明編集（2007）『エンサイクロペディア—社会福祉学』中央法規

第2節 本格化する高齢化と在宅ケアへの重点化期（1970年代後半～1990年代前半）

《一人暮らし高齢者の実態》

1970年にはいると高齢化率が7%を超え、そして男女ともに世界1位の平均寿命となり、日本は高齢化社会に突入していった。高齢者の急増と核家族化の進展等により、高齢者問題は社会問題として注目されるようになった。

1969年頃からマスメディアでは都市の孤独死に関する、特に一人暮らし高齢者の孤独死に関する報道が繰り返し掲載され、一人暮らし高齢者は社会の大きな関心を集めることになった¹⁴⁶。この影響を受け、東京都社会福祉協議会（以下、東社協）は1970年3月に民生委員を調査員として「一人暮らし老人実態調査」を行った。その結果として、東京都の65歳以上人口の約2.9%は一人暮らし高齢者であり、そのうちの約20%が日常生活で不便を感じており、さらに、半数以上の人が身体に不自由なところがあると訴えている。また、生活保護を受けている人は20%を占め、半数以上の人が現在子どもを持っていないなどの実態が明らかになった。

また、厚生省社会局の行った「老人実態調査（1970年）」のなかの「一人暮らし老人の生活実態」によると、40%の一人暮らし高齢者は病気がちあるいは床につききりの状態であり、介助が必要であるにもかかわらず介護者がいないものが22.1%を占め、子どもや親戚に頼っているものが18.2%を占めている。子どもと接触の度合いが年間数回またはほとんど会わないとしたものが30%を占めており、約60%の一人暮らし高齢者が常にまた時々寂しさを感じていることが判明した。

これらの調査・報道、また高齢者自殺率の上昇等により、一人暮らし高齢者の孤独状態が注目された。また、1969年に総理府が行った「老後の生活に関する世論調査」をみると、60歳以上の高齢者の場合では、毎日の暮らしの中で「生きがい」「生活のはり」が「家族（息子や孫の成長など）のこと」と答えるものが37%を占め、「職業・仕事上のこと」と答えるものが21%を占めていた。これらの調査により、高齢者の孤独感を解消するために、生きがい対策が重要な課題として認識されるようになった。

《寝たきり高齢者の実態》

前述したように、1967年に東京都・長野県社会福祉協議会で実施した調査、1968年の全社協の全国調査、また1968年の国民生活実態調査などを通して、寝たきり高齢者が増加してきたことが明らかとなった。1968年に全社協がまとめた「居宅寝たきり老人実態調査中間報告」では寝たきり高齢者問題の重要性とその対策をのべ、また、この調査によると、寝たきりになる原因から、寝たきり高齢者の問題は補足として医療費の問題があり、大多

¹⁴⁶ 黒岩亮子（2008）「高齢者の『孤立』と福祉政策—『関係的孤立』と『地域活動型』アプローチの矛盾」 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科博士論文

数の高齢者は自己負担を免れなく、年金収入がない高齢者は全く家族の扶養等に頼っていて、家計収支上の負担になることが指摘されていた。

さらに寝たきり高齢者問題のマイナス面での影響を踏まえた寝たきり高齢者への対策として、個人、家族、地域社会、国の四つの方面に対して以下のような提言がなされた。

①個人：寝たきり老人が傷病を克服して再び社会の役に立ちたいという意味、病状がそれを許さないとすれば少なくとも家族に迷惑をかけない程度まで回復しようとする意志がなければならない。

②家族：医師から症状を聞き回復に対する方法を伝え、回復の希望を持たせること。看病は一人に任せるのではなく、男も協力して輪番制をとることを考える。家族の健康のために無料の奉仕員を受け入れる開放性が必要である。

③地域社会：一人暮らしまたは老夫婦のみ的高齢者はしばしば社会疎外感を持ち閉鎖的であるが、内心は孤独に苛まれる場合が多いため、30%に及ぶ話し相手のない老人に対する友愛訪問が必要である。一人暮らし高齢者の孤独感の解消になり、また在宅寝たきり高齢者でも家族との内に感情の阻害がある場合には高齢者の訪問は喜ばれる。老人クラブの増加、民生委員・ボランティアの社会奉仕をしたい人の増加を期待する。(一人暮らしの寝たきり高齢者は施設収容をするべき)

家庭奉仕員政策の対象の拡大・待遇を改善して質をよくする。研修を行い、専門性を持たせる。(現在、単身の生活保護受給者が奉仕員の対象になっている。すくなくとも単身または夫婦のみの世帯全てにまで早急に拡大されるよう増員する)

④国：特別養護老人ホームの設置(最低1万床)、家庭奉仕員の増員、老人クラブ指導者に対する教育、医療給付は被扶養者について10割給付の実施。家屋改造費の補助また貸付おむつ、特殊寝具などの現物給付の制度化。医療給付の裏付けとして、健康診断を推進し、病気の早期発見、早期治療を重視しようとした。

《老人医療の無料化とその後～寝たきり高齢者と社会的入院の増加～》

以上の調査などを背景にして、日本政府は1970年に「社会福祉施設緊急整備5か年計画」を策定し、1971年から養護老人ホームや特別養護老人ホームを整備していった。更に、「活力ある福祉社会の実現」を目的とした「経済社会基本計画」を策定した。同計画の中で政府は、戦後の経済政策の基本的流れを根本的に変え、今後は活力ある福祉社会の建設を推し進めていく必要性を謳い、1973年から、70歳以上(寝たきり老人65歳以上)の老人医療費の無料化に踏み切った。1973年度の予算を編成するに当たって、政府は同年を「福祉元年」とすると宣伝した。しかし、同年秋のオイル・ショックを契機として日本経済は低成長期に移行し、施設の設置を拡大することは財政上困難になった。そこで、日本政府は、日本型福祉社会構想を提起し、老親扶養や子どもの養育といった、ケアを家族の役割に依存するという点で、「家族は福祉の含み資産」と位置づけられ、個人の自助努力と家族や地域による相互扶助を基本とする家庭基盤の充実が提唱された。

一方、老人医療費無料化は高齢者の受診を容易にしたが、高齢化の進展から医療費高騰という問題も含めて、多くの課題を生み出す要因ともなった。老人医療費無料化は、無料で入院できることから、老人のみを入院させる病院が数多く設立された。特別養護老人ホームの整備が遅れ、在宅福祉サービスも普及しておらず、多くの要介護老人が病院へ入院せざるを得なかった。1982年には老人保健法が制定され、各医療保険制度に加入している70歳以上の高齢者（寝たきりの場合は65歳以上）に医療費の一部負担を課し、10年にわたる老人医療費無料化の時代は終わった。また政策の傾向を見てみると、一人暮らし高齢者対策は以前のまま、生きがい・職業の紹介などに留まっていたが、寝たきり高齢者に対する政策が拡大されたことが明らかになった。また、1981年からは、認知症高齢者のためのサービスが新たに開始されたことがわかる。

《老人保健法の成立と在宅の重視～社会的入院から在宅指向へ～》

戦後、日本は公衆衛生の向上、医療技術の進歩などにより、平均寿命が延び、世界の代表的な長寿国になった。平均寿命の伸長は人口高齢化の一因になるとともに、日本の高齢化は諸外国に例を見ないスピードで進行した。その結果、高齢化問題は社会問題にもなり、さまざまな対策を実施したが、1973年のオイル・ショックを受けて、経済低成長期へ転換した日本経済にとって、社会保障の財源確保は、次第に厳しくなる。

1979年に全国社会福祉協議会は『在宅福祉サービスの戦略』を出版し、在宅福祉サービスは今までのように単独事業として実施されるだけでなく、体系的計画的な推進が必要とされると提言し、在宅福祉サービス強化のための前提・内容・体制及び条件整備・今後の課題を整理した。在宅福祉サービスの体制及び条件整備としては、①施設対策②マンパワー対策③組織の強化④モデル地域の設定などについてそれぞれ具体的な内容が述べられている。

また、1981年の国際障害者年の影響で、可能な限り家庭や地域で生活できるようにするための福祉サービスが重視されるようになり、併せて、増え続ける要介護高齢者対策として、従来の施設入所中心主義から在宅重視の方向転換が明確になっていった。

医療の場では、「社会的入院」の削減と在宅ケアの推進などを目的として、1982年に老人保健法が実施され、長期療養患者の早期退院を促進するために老人保健施設が創設された。また、老人福祉センター、特別養護老人ホームなどが有するリハビリテーション、入浴サービスなどの専門的機能を在宅者にも提供し、ホームヘルプサービス（家庭奉仕員）利用の所得制限を撤廃し、サービス内容も拡大し、対象も全家庭に拡大された。しかしながら、80年代以降、明確に一人暮らし高齢者を意識して採られた施策は、90年代後半に登場する要介護予防対策までは、緊急通報システムだけと言っていいかもしれず、後述するように、高齢者対策の中心は寝たきり、認知症高齢者に焦点化されていくのである。

《ゴールドプランと福祉関係八法の改正》

前述したように、1980年代後半に入って、高齢者介護の問題はより身近な問題になってきた。高齢化の進展、平均寿命の延び等を背景として、寝たきり高齢者の数は急増してきた。1986年の国民生活基礎調査によると、65歳以上の高齢者のうち、寝たきり期間が6ヶ月以上の者は22万人となっている。すでに述べたように、こうした要介護高齢者の増加の中で、一般家庭にも利用できるように、所得制限を撤廃するなど、サービス対象者の拡大を図り、さらには「施設対策」から「在宅」への転換などが打ち出された。

このような中、1986年に「長寿社会対策大綱」が閣議決定され、「バリアフリー」や「福祉のまちづくり」事業が本格的に決定され、のちに続く高齢者対策の方向性が打ち出された¹⁴⁷。その後、1988年に「福祉ビジョン」、1989年には「ゴールドプラン」が公表され、具体策と目標が提示された。「ゴールドプラン」は大蔵大臣、自治大臣、厚生大臣の合意という形で、消費税制度を導入し財源を確保することで、在宅福祉と施設福祉の両面から今後10年間の目標を挙げた。また、「在宅3本柱」と言われたホームヘルプ・デイサービス・ショートステイを拡充するとともに、施設対策についても大幅な拡充を目標とした。在宅介護支援センター・ケアハウス・高齢者生活福祉センターの新規施策も取り込まれ、また「寝たきり老人ゼロ作戦」として機能訓練体制の整備、脳卒中情報システムの整備、介護職員の確保、脳卒中などの予防のための健康教育なども充実させた。

また、ゴールドプランを円滑かつ強力に推進するために、1990年6月には社会福祉関係8法の改正が実施され、「老人福祉法の一部を改正する法律」として公布された。その後、1991年には老人保健法、1992年に医療法を改正し、また1992年には福祉人材確保法及び看護婦などの人材確保法も制定された。その結果、特別養護老人ホームなどの入所決定権の都道府県から町村への委譲、全市町村及び都道府県における老人保健福祉計画の作成義務化など、住民にもっとも身近な市町村が在宅福祉と施設福祉などを一元的かつ計画的に提供できるような体制の整備がはかられた。

1994年、日本の高齢化率は14%に達し、わずか24年間で高齢社会に突入した。高齢人口が大幅に増加する一方、女性の社会進出等による晩婚化・非婚化等により、少子化も進行してきた。このように高齢化・少子化が急速に進行してきた社会において、社会保障の全体像、主要施策の基本的方向、財源負担のあり方などについての中長期的な方向性の検討が必要とされた。また、核家族世帯や一人暮らし・夫婦のみの高齢者世帯が増加する一方で、三世帯世帯は減少するなど家族の多様化・小規模化が進行しつつあり、これまで、家庭の中で担われてきた介護や子育て機能が低下し、社会保障の重要性がますます顕在化してきた。さらに各自治体の老人保健福祉計画の合計値がゴールドプランを上回ることが明らかになったため、その財源保障の必要性から、1994年に「21世紀福祉ビジョン」が閣議報告され、社会保障の安定財源を確保するため、これまで5:4:1となっていた年金・

¹⁴⁷ 岡本民夫・田端光美・濱野一郎・古川孝順・宮田和明編集(2007)『エンサイクロペディア—社会福祉学』中央法規 p.140

医療・福祉の給付構造を、福祉の水準を引き上げ、5:3:2程度へ転換させることが提唱された。また、いつでもどこでも介護サービスを受けられるようにするために、同年に「ゴールドプラン」を見直し、大蔵大臣、自治大臣、厚生大臣の合意による「新ゴールドプラン」が発表された。

このように1980年代の末から1990年代にかけて、日本の高齢者対策は「施設福祉対策」から「在宅福祉対策」へ変更し、高齢者介護の基盤整備を目指した時期であった。

《一人暮らし高齢者対策の動き》

1979年に小平市・東村山市・東大和市・東久留米市・清瀬市の5市を中心として発足したデイホーム（信愛デイケアセンター）が設立された。その目的は在宅障害老人及び寝たきり老人などに対し各種のサービスを提供することによって、心身の健康・生きがい・生活の助長等を図るとともに、家族の身体的精神的な負担の軽減を図ることであった。

デイホームの対象者の受入れ基準は

- ①一人暮らし又は日中一人暮らしで心身に障害を持ち、昼間の介護を必要とする者
- ②老夫婦2人暮らしで、両方、あるいはいずれか一方が心身の障害を持ち放置すると共に倒れになる危険がある。尚、家族と同居していても昼間の生活がこれと同様な状態である場合はこれに含める
- ③家族の介護は受けているが、心身の障害のため家に閉じこもりきりで活動性が著しく低下している場合、あるいは介護者が介護の苦勞で疲労している場合
- ④家族の介護は受けられるが、機能訓練をすれば、家庭生活を一層円滑に行えると期待される場合
- ⑤身の回りのことは独力でできるが近隣との接触がなく孤独に陥りやすいと明記されていた。

利用経路としては、1位が病院で34.6%、2位が福祉事務所で31.7%、3位が知人で24.0%であった。

この事業は1983年には東京都の独自事業として実施され、内容も規模も発足当時より縮小されたが、目的はできるだけ健康なまま、また社会や家庭の中で孤立することなく、生活を続けられるようにと、はじめて予防にまで踏み込み、予防対策と虚弱な高齢者への援助を総合化して行っており、1987年には東京都単独事業「高齢者在宅サービスセンター」として再スタートした。

信愛デイホームを例にして見ると、1982年には利用者数は85名に達し、デイホーム受け入れ許容人数を越えたため、「休止措置」を実施した。その対象者は一人暮らしと夫婦のみの世帯に該当する者とした。しかし、利用者の増加などが原因で、1987年から終了制度を導入するとともに、終了者へのフォローとして「信愛デイホーム友の会」が結成された。この会は、会員による自主的な会として利用者が自主運営し、デイホーム終了者が家庭に戻っても自立した生活が営め、且つ社会的交流を保ち、あるいは作り出していくための交

流、親睦の機会としていき、会員の意識を高めていくことを目的としていた。また、デイホームを休止している期間中、家に閉じこもりがちになってしまう利用者が多いことで、移動デイホーム事業を始めた。PR に関しても特に障害老人や一人暮らし老人への参加呼びかけに力を入れた。

このように、高齢者の政策の重心は要援護高齢者（寝たきり高齢者、認知症高齢者）へ移行し、その中には虚弱なひとり暮らしも含まれているが、比較的元気な一人暮らし高齢者の対策は徐々に公的なサービスから離れていき、インフォーマルな活動の対象になっていったという特徴も見える。

高齢化の進行、また 75 歳以上のいわゆる後期高齢者の増加に伴って、介護を要する高齢者が増えていくことは避けられないと考えられ、また、同居率の低下、女性の社会進出による家庭の介護力の低下等により、従来、家庭内で家族のみの負担で行われてきた高齢者の介護を社会的に援助する必要性が増大してきた。こうしたことを背景にして、この時期（1970 年代前半～1990 年代前半）の日本の高齢者福祉対策は、寝たきり高齢者・認知症高齢者にその重点を置き、一時期注目された一人暮らし高齢者対策は、単独施策としては成立せず、比較的元気な一人暮らし高齢者対策としての生きがいや就労対策と、虚弱や障害あるいは認知症高齢者対策の中に収斂される形をとるようになっていった。

《住民参加型有償在宅サービスの登場と展開》

1970 年代後半期は、福祉見直しの影響があり、行政によるサービスの展開よりは住民の主体的活動を育成する方法が政策として重視された。1982 年 10 月には、家庭奉仕員派遣事業が有料化され、制度の対象が全世帯に拡大されたが、十分なサービス量が用意されておらず、ホームヘルパー数は実質的な対象拡大には至らなかった。

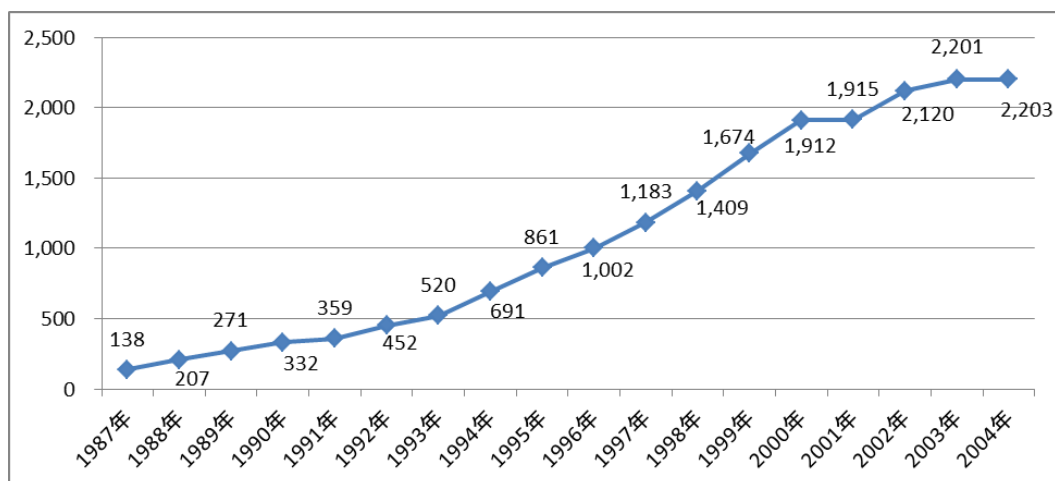
これらを背景にし、介護問題をはじめとして、ますます深刻化する家庭の生活問題に対し、1980 年代に入り、東京や阪神地域などの大都市の近郊地域を中心に、サービスの利用者と提供者を会員制とし、地域で組織された非営利の民間団体が組織した新しいタイプの活動がはじまった。この活動は、本格化する都市高齢化社会での介護問題への地域活動からの対応という性格をもち、また、都市社会での相互扶助活動の再組織化という意義をもっていることから評価され、その後広く全国に広がった。

住民参加型在宅福祉サービス団体¹⁴⁸は、それぞれの団体ごとに、活動理念、活動形態、サービスの担い手の意識について個性がみられるのも特徴のひとつでもある。全国社会福祉協議会によれば、嚆矢となるのは 1972 年に立ち上げられた住民互助型組織一杉並・老後を良くする会であって、その後、灘神戸生協（現在のコープこうべ）1976 年から福祉活動を生活文化活動として位置づけ、1983 年に「コープくらしの助け合いの会」として開始さ

¹⁴⁸ サービスを利用する人も提供する人も、同じ地域に住む住民同士“みんなでお互いに助け合っていこう”という趣旨で行われている住民の思いを形にした住民自身による地域福祉活動が住民参加型在宅福祉サービスと言われている。

れた協同組合型組織、さらに 1981 年に有償在宅サービスの実施を目的に、地方公共団体が設立や運営に大きく関与している武蔵野市福祉公社をはじめとする行政関与型、さらに、社会福祉協議会が中心となる社協運営型などに分類している。これらの住民参加型在宅福祉サービスの活動は図 7-2-1 に示したように、全国的に展開し、増加してきた。

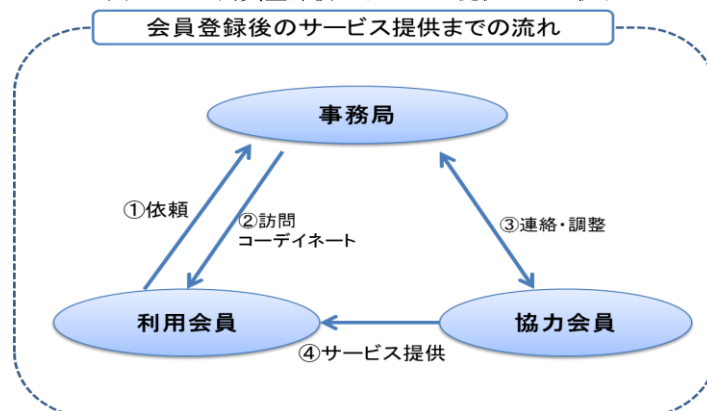
図 7-2-1 住民参加型在宅福祉サービス団体数の推移（単位：団体）



出典：全国社会福祉協議会 全国ボランティア活動振興センターによる

また、住民参加型在宅福祉サービス団体の活動の仕組みは家事援助・介護を行っている活動を例にして見ると、いずれも会員制を取り、サービスを利用する者は「利用会員」、サービスの担い手として活動に協力する者は「協力会員」¹⁴⁹となる。利用会員は、サービスを利用した時間によって料金を支払い、協力会員はサービスを提供することによって、その報酬を受けるといった有償のサービスになる。利用会員はサービスを受けた分の費用を負担し、サービスを利用する。その仕組みは以下の図 8-2-2 で示すことができる。

図 7-2-2 会員登録後のサービス提供までの流れ



出典：住民参加型在宅福祉サービス団体全国連絡会（2006）「住民参加型在宅福祉サービス」より

¹⁴⁹ また、援助会員・活動会員・奉仕会員などの呼称もある。

《ふれあいのまちづくり事業の展開》

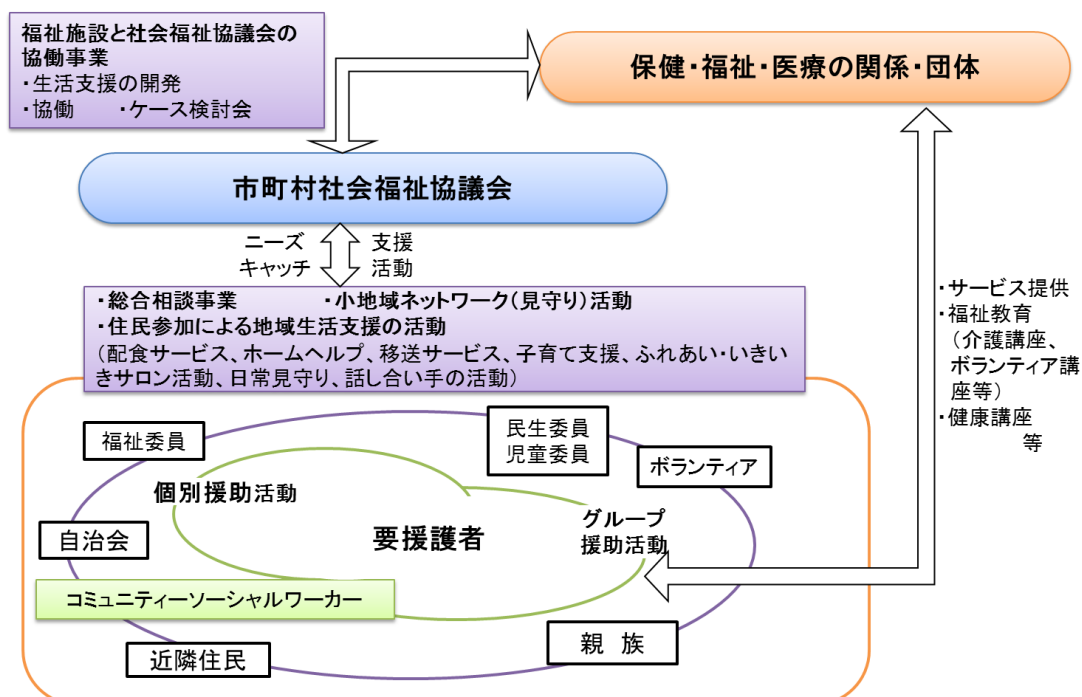
厚生省は、1991年度より国庫補助事業として、「ふれあいのまちづくり事業」を実施し、地域における相談・援助活動の充実や住民の参加による各種福祉サービスの実施等地域福祉の総合的な推進を図ってきた。この事業は地域における課題への対応や住民の福祉活動への参加並びに、共に支え合う地域社会づくりを図るために、実施前の各市区町村社協の事業（たとえば、相談事業や地域での住民同士の活動助け合い活動など）の実績等を踏まえ、市区町村社会福祉協議会が実施主体となった。

「ふれあいのまちづくり事業」は住民からの様々な福祉ニーズから、総合相談事業、小地域福祉ネットワーク（見守り）活動、住民参加による地域生活支援の活動、福祉施設と社会福祉協議会の協働事業などが展開されてきた。それぞれの事業の概要は以下の通りである。

- ・総合相談事業：住民にとって親身に受け止めてもらえる相談、頼りがいのある相談として、問題解決への道筋を明らかにする重要な役割を果たしている。相談として受け止められた生活問題や福祉ニーズは、その内容に応じて、公的サービスにつないだり、社会福祉協議会自ら運営する在宅福祉サービスや住民による福祉活動につなげるとともに、より専門的な対応が必要とされる問題については、福祉施設関係者や福祉事務所、医療機関などと連携し協同での問題解決にあたるよう努めている。そのために、各種の専門相談機関や関係機関などとの連携が不可欠である。
- ・小地域福祉ネットワーク（見守り）活動：一人暮らしの高齢者や高齢者夫婦世帯などを対象に、小地域（小学校区等）を単位として、民生委員や福祉推進委員等が核となり、近隣住民の参加を得て、チームを組んで、日常の見守りや話し相手の活動、食事サービスなどに取り組んでいる。
- ・住民参加による地域生活支援の活動：総合相談や小地域からのニーズキャッチによって受けとめられたニーズを解決するために、住民が参加した地域生活支援の活動が新たに開発し、取り組まれる。1996年まで、「ふれあいのまちづくり事業」によって開発された住民参加の活動は、①毎日の職を提供する生活援助型の食事サービス、②住民参加型在宅福祉サービス（ホームヘルプ、移送サービス、子育て支援等）、③高齢者や障害者が地域のなかで住民と交流する「ふれあい・いきいきサロン」活動、④生活支援のための各種サービス・活動（ふれあい移送サービス事業、認知症高齢者を対象としたグループハウスの運営、福祉用具貸出事業等）など。
- ・福祉施設と社会福祉協議会の協働事業：①住民一人ひとりの福祉ニーズを受けとめるための総合相談における連携、②受理した福祉ニーズに関する援助方針を検討するケース検討会などの開催、③ケア計画に基づき、福祉施設職員を持つ専門性を発揮した生活支援の開発、協働実施、④住民に対する介護講座やボランティア講座等の福祉教育の実施。に大別できる。

確実に高齢化が進行する中で、一人ひとりの住民が安心して地域で暮らしていくためには、公的サービスの充実に合わせて、地域住民の参加を得た日常のきめ細かな支えあい、助け合いの活動が不可欠となってくる。「ふれあいのまちづくり事業」は、このような住民参加による助け合い活動を、着実に地域に根付かせる役割を持っていると評価されている。そのうち、「ふれあい・いきいきサロン」は、高齢者の社会参加の「受け皿」としての機能だけではなく、参加する住民自身の「社会参加の場」として、また「福祉教育の場」として機能としており、地域の福祉の向上、ひいては高齢社会に対応した新しい社会システムの構築につながる可能性を秘めている¹⁵⁰ため、1997年から2005年の間に高齢者向けの「ふれあい・いきいきサロン」は全国3,159か所から32,522か所へと急増した¹⁵¹。

図 7-2-3 ふれあいのまちづくり事業のイメージ図



出典：「泉大津市社会福祉協議会のパンフレット」——小地域ネットワーク活動（イメージ図）を参考、筆者作成

¹⁵⁰ 高野和良、坂本俊彦、大倉福恵（2007）「高齢者の社会参加と住民組織～ふれあい・いきいきサロン活動に注目して～」 『山口県立大学大学院論集』 第8号 pp.129-137

¹⁵¹ 全国社会福祉協議会（2006）『NORMA』8月号

第3節 介護保険制度の成立と改正介護保険法～認知症対策・予防対策（1990年代半ば～2006年）

《介護保険制度の創設・介護予防の重視》

1990年代に入って、日本国内ではバブル経済の崩壊後の長期不況、それへの対策としての「構造改革」、さらにその結果としての「格差社会」の進行など、社会の混迷がますます深まってきた。またこの時期には、高齢化がますます進んで、2007年には高齢化率は21%を越え、人類史上どこも経験したことのない「超高齢社会」に突入することになり（1994年に14%を越え、わずか13年で移行）、高齢者の介護問題も一層複雑になってきた。

このように高齢者を取り巻く状況が変化してきたなかで、最も大きな影響は家族の変容であった。核家族化の進行により、高齢者と子との同居率は低下してきた。1995年の「厚生白書」では、1993年には高齢者夫婦のみまたは単独の世帯の数は374万世帯で、高齢者の4割は高齢者単独か夫婦同士で暮らしていること分かる。また、1980年代以降の親の扶養に関する意識の変化は、家族の扶養機能が意識の面でも期待できにくくなりつつあることを示しており、私的扶養から社会的扶養に移ってきているといえる¹⁵²。

一方高齢化の進展に伴い、介護を必要とする高齢者が急速に増え、寝たきりや認知症、虚弱となり介護や支援を必要とする要援護高齢者は1993年の段階では200万人に上っている。また介護者の続柄を見ると、主な介護者は86%が同居者であり、性別にみると85.9%が女性であり、介護の担い手の大半を占めている。そして、主な介護者の年齢をみると、介護者の49%が60歳以上、22%が70歳以上となっており、家庭内で高齢者が高齢者を介護している「老老介護」のパターンが増加してきていることが分かる¹⁵³。

このような状況の下で、高齢者が自立して生活し、安心して社会参加できる条件を整備する必要性に応じて、新たな高齢者介護制度の創設が求められ、「介護保険法」が1997年に制定され、2000年4月に実施された。

介護保険法の基本的目標¹⁵⁴は①高齢者介護に対する社会的支援、②高齢者自身による選択、③在宅介護の重視、④予防・リハビリテーションの充実、⑤総合的、一体的、効果的なサービス提供、⑥市民の幅広い参加と民間活力の活用、⑦社会連帯による支え合い、⑧安定的かつ効率的な事業運営と地域性の配慮などを目指していた。介護保険法は、急速に拡大してきた介護のニーズを満たすため、また、福祉サービスの財源の安定的確保を図るために「社会保険方式」として導入された。また、従来の「措置」制度から「契約」によるサービス利用に移行し、利用者は自由に福祉サービスを選ぶ権利を持つようになった。また、ケアマネジメントを制度化し、介護が必要な高齢者に適切なサービスを提供するこ

¹⁵² 「平成9年厚生白書」より。

¹⁵³ 「平成7年厚生白書」より。

¹⁵⁴ 厚生省老人保健福祉審議会（1996）「高齢者介護保険制度の創設について」厚生省。

とも目的の一つであった。

この時期には、社会的に不活発であること、身体機能を使わないことによって引き起こされる「廃用性症候群」によって要介護状態になる傾向が強いことなどが明らかになり、2004年には「介護予防・地域支え合い事業」も制度化された。ここに至って、一人暮らし状態が介護予防という観点から、対策の対象として、再びクローズアップされることになった。

《『2015年の高齢者介護』と2006年介護保険法改正》

2000年4月に、要介護状態になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けられることを目指して、介護保険がスタートした。実際、制度開始後、サービスの利用は大きく伸びた。しかし一方で、利用者・事業者ともに過剰なサービスを利用したり提供したりすることも少なくなかった。国は、不適切なサービス利用等に関して、給付の適正化を求める措置も行ったが、全体としての利用増はとどまることはなかった。こうした利用の大幅な伸びに伴い、介護費用も急速に増大した。もし将来的に介護保険制度の持続可能性を確保しようとするならば、給付を抑制するか、公費の割合を増やすか、あるいは保険料を大幅にアップするかのいずれかの方法をとらざるを得ないことになる。

このような観点も含め、介護保険制度スタート後の評価を踏まえて今後のあり方についての検討を行った厚労省・高齢者介護研究会は、2003年6月に『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～』と題した報告書を公表し、これまでのケアモデルを転換する必要があることを指摘するとともに、自助・共助・公助のあらゆるシステムを組み込んだ地域包括ケアの確立が重要であると提言した。

さらに、太田（2011）は2006年の介護保険制度見直しでは「在宅重視」というだけではなく、地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設をし、地域に“「拠点施設」+「新しい住まい」+「住宅」”をめざし、地域生活の実現へという流れが一層加速されたと指摘している。

第4節 2025年に向けて、地域包括ケアシステムの整備と推進（2007年～現在）

《2025年に向けて、新たな動き》

2025年には、第1次ベビーブームに生まれた「団塊の世代」が後期高齢者に移行し、これに伴い、一人暮らし高齢者や老夫婦のみ高齢者世帯も増大し、このような家庭は特別な家庭形態ではなく、長期化する一人暮らし高齢者の家庭は標準的になると言われている。こうした状況が進展することが予測されるなか、高齢者福祉政策のモデル像は「介護＋独居」「認知症＋独居」「予防＋独居」のようなものになると推測できる。

2025年に向けて、社会保障のあるべき姿について、国民に分かりやすい議論を行うことを目的として、2008年1月25日閣議決定により社会保障国民会議が開かれた。同年6月に中間報告として、今後の社会保障が進むべき道筋として「制度の持続可能性」とともに、「社会保障の機能強化」に向けて取り組むべきことが提起された¹⁵⁵。

また、2008年9月9日に開かれた第7回社会保障国民会議第2分科会では、「地域包括ケア」を、医療や介護・福祉サービスを広い意味の「生活支援サービス」ととらえ、その需要に社会全体が応えるために、包括的・継続的に提供できるような地域での体制づくりが必要であり、さらに、ボランティア組織や地域の互助組織のようなインフォーマル・サポートも含め、地域ぐるみの取り組みが必要であるという考え方を示した。

同年10月23日「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション」が出された。その中で、2025年に向けて、75歳以上高齢者の増大・家族介護力の低下・地域のサポート力の低下等々により医療・介護サービス需要が増大すること、そしてその需要に応えるサービスを確保するための財源確保が、大きな課題となることは不可避との指摘がされた。

その後、2012年8月に成立した社会保障制度改革推進法に基づき、同年11月に社会保障制度改革国民会議が設置され、12月の衆議院選挙の結果成立した第2次阿部内閣においても継続され、2013年8月に『社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』が取りまとめられたが、基本的方向性は内閣が交代しても変わらずに引き継がれた。

《地域包括ケアシステムの提起》

地域包括ケアは、2003年に公表された厚労省・高齢者介護研究会の報告書『2015年の高齢者介護』で登場した考え方であり、2005年の介護保険法改正で、地域包括ケアを進める拠点としての地域包括支援センターや具体的なサービスとしての地域密着型サービスなどが誕生したが、すぐにはその機能は発揮されず、徐々にその機能強化が図られていった。

とくに、2012年の介護保険の見直しでは、「地域包括ケア」システムの整備充実が全面的

¹⁵⁵ 2008年11月4日「社会保障国民会議最終報告」社会保障国民会議。

に強調された。2009年に公表された『2008年度 地域包括ケア研究会報告書～今後のための論点整理～』によれば、「地域包括ケアシステム」をニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義した。また、同報告書は日常生活圏域を「おおむね30分以内」に必要なサービスが提供される圏域であり、具体的には中学校区を基本とすると述べていた。

前にも述べたように、地域包括ケアシステムが提起された背景には、高齢化の増加とともに、医療・介護財政の負担が大きくなり、それを抑制する目的があり、また、ノーマライゼーションの視点を入れた「地域づくり」という二面性があると太田（2012）は指摘している¹⁵⁶。この二面性をどうとらえるかが最も重要であると述べ、そのためには、「地域包括ケアシステム」の“システム”が何を意味しているのかがとりわけ重要である。「地域包括ケア」の部分の問題なのではなく、全体をとらえること、個々のサービスだけでなく、それらのサービスのシステムをとらえることが重要であると指摘している（太田2011）¹⁵⁷。

森本（2011；2013）は「地域包括ケアシステム」は「地域包括ケア」が成立するための仕組み（＝システム）であり、直接的なケアを成立させる要件だけを指すものではないとし、成立要件を10点挙げているが、そのうち、最も重要な要件の一つとして、「地域社会や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員」と「フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動」、さらに、すでに弱体化しているインフォーマル・サポートの再構築が急務だと指摘している¹⁵⁸。

高室（2011）は、地域包括ケアシステムではインフォーマル資源としての福祉コミュニティと住民参加型サービスを積極的に活かすことを目指していると述べ、地域住民自らが地域の生活課題（一人暮らし高齢者の増加等）に気づき、支えあいのネットワーク（近隣のエリアが中心）を通じてボランティアな気持ちを動機づける機会を増やし、当事者を含めてできることから解決を図る（見守り・声かけ・配食の分担等）という具体的な取り組みを行う点が特徴だと指摘している¹⁵⁹。

一方、2008年に厚生労働省の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」は報告書『地域における「新たな支えあい」を求めて一住民と行政の協働による新しい福祉』において、日本の社会では、少子高齢化の進行と従来の安心システムの変容と地域社会の変化（地域の連帯感の希薄化、特に大都市での地域社会の脆弱化は顕著）であることを指摘し、

¹⁵⁶ 太田貞司（2012）『大都市の地域包括ケアシステム―「見えにくさ」と「描く力」』光生館 p.17

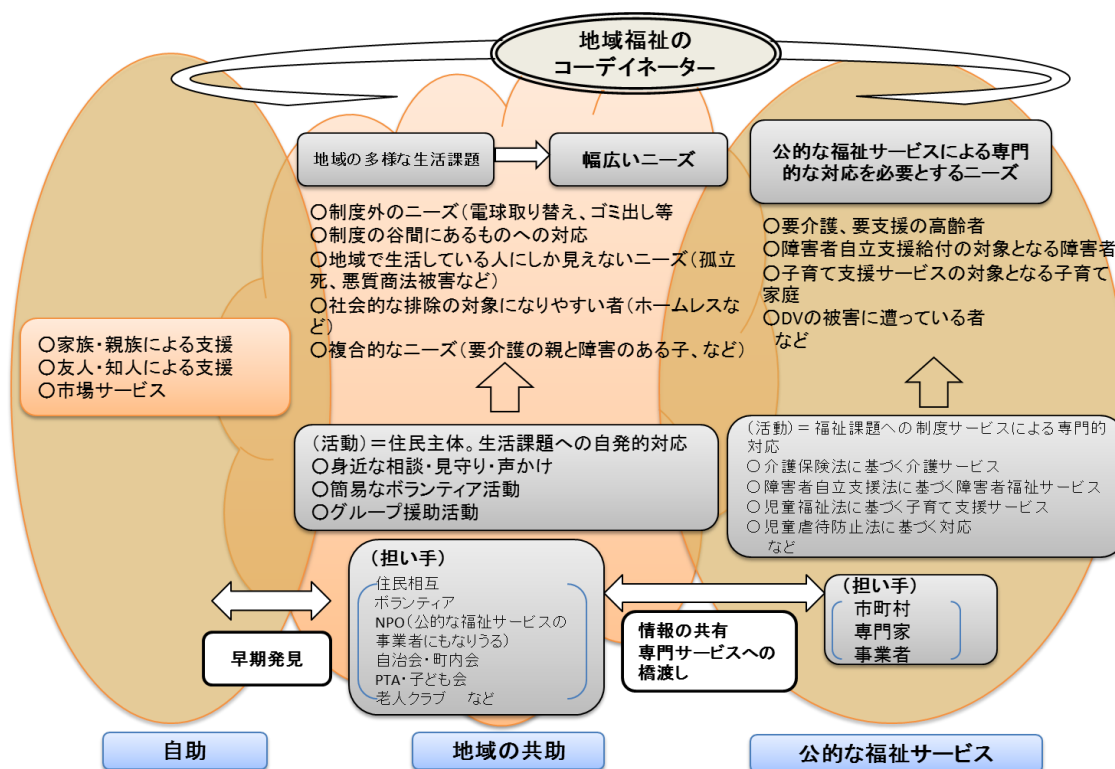
¹⁵⁷ 太田貞司 森本佳樹編著（2011）『地域包括ケアシステム―その考え方と課題』光生館 p.12

¹⁵⁸ 牧里毎治・杉岡直人・森本佳樹（2013）『ビギナーズ地域福祉』有斐閣アルマ p.254

¹⁵⁹ 太田貞司 森本佳樹編著（2011）『地域包括ケアシステム―その考え方と課題』光生館 p.172

地域における多様な福祉課題に対応するために、地域福祉の意義と役割を確認した上で、それを推進するための 6 つの必要な条件とその整備方策について検討を行っている。その結果、①住民主体を確保する条件があること、②地域の生活課題発見のための方策があること、③適切な圏域を単位としていること、④地域福祉を推進するための環境、⑤核となる人材、⑥市町村の役割、を必要な条件として挙げている。

図 7-4-1 地域における「新たな支えあい」のイメージ



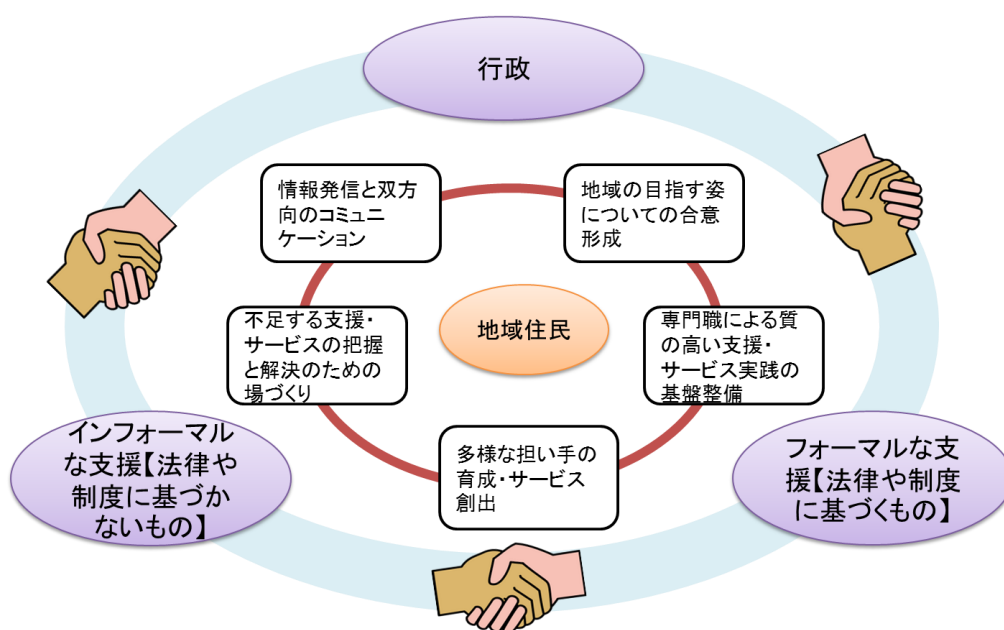
出典：厚生労働省（2008）『地域における「新たな支えあい」を求めて—住民と行政の協働による新しい福祉』これからの地域福祉のあり方に関する研究会の報告書

つまり、図 7-4-1 に示しているように、市町村は、制度的に位置づけられ、公的な福祉サービスが適切に提供されるよう責任を有すると同時に、住民の福祉に責任を負っている主体として、市町村全体をみて、地域福祉活動、市場による福祉サービスがあいまって、住民が地域で普通に暮らし続けることを可能にする責任も負っている。また、住民の地域福祉活動に対しては、活動自体は住民の自発的な行為であるとしても、これらの活動が継続できるよう、活動の基盤を整備することは市町村の仕事である。このような観点から市町村の役割を具体的に列挙すると、地域福祉計画に住民の新たな支え合いを位置づける、地域福祉計画の作成に当たって住民が参画する仕組みを作る、地域福祉活動の内容にふさわしい圏域を設定する、また、コーディネーターや拠点など住民の地域福祉活動に必要な環境を整備する、といったことなどが挙げられる。市町村はそのための財源を確保すべきで

あり、また、国においても、市町村が財源を確保できるよう支援が必要であると述べている。

2013 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康推進等事業 地域包括ケアシステム事例分析に関する調査研究事業で（株）日本総合研究所が出した『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～』（以下、事例集）では、地域包括ケアシステムの構築にあたって、なにをどうやって良いかの課題に応えるため、全国で展開している約 400 の事例から選んだ 50 の事例がとりあげられている。事例集では、地域包括ケアシステムの構築はすぐに実現できないため、多様な主体と協働し、進め目標を共有し、地道な取り組みが必要であることを指摘し、それは時間が掛かることであるため、「仕組みをつくる」ことが重要であると指摘している。さらに、地域包括ケアシステム構築の「仕組みをつくる」ためには 5 つの要素、①情報発信と双方向のコミュニケーション、②地域の目指す姿について合意形成、③専門職による質の高い支援・サービス提供のための基盤整備、④不足する支援・サービスの把握と解決のための場をつくる、⑤多様な担い手の育成・サービス創出、が必要であると指摘している。

図 7-4-2 地域包括ケアシステム構築の仕組みづくり概念図



出典：2013 年度（株）日本総合研究所 『事例を通じて、我がまちの地域包括ケアを考えよう「地域包括ケアシステム」事例集成～できること探しの素材集～』

また、事例集では、これらの「仕組み」は必ずしも全て行政がやらなくてはならないわけではなく、こうした「仕組み」を地域の中で誰が担うかを考えるところから、協働して取り組みを始めることが重要であると指摘している。

第5節 中国高齢化問題の解決策への示唆

以上のように、日本の高齢者福祉政策の変遷を見てきたが、急激に増加してきた高齢者の問題を解決するために、様々な政策を実施してきたことが分かる。その中には試行錯誤もあり、大きな状況変化もあったが、現在まで努力が続けられている。財政の確保と地域づくりという二面性を持つ地域包括ケアシステムにも、少子高齢化を背景に、公的福祉サービスだけではカバーできないこと、地域社会の脆弱化に対応するための地域福祉の推進にも、適切な地域生活圏域の設定、また住民主体となる地域支えあいのようなインフォーマル・サポートの重要性が広く認識されるようになった。近年、多くの市町村では、呼び方は様々であるが、地域のネットワークづくりや活動のマネジメントができるコーディネーターを配置するような動きが見られている。

本論の目的である中国の高齢化問題の解決策の検討において、高齢化が先行している日本から何らかの示唆が得られるのではないかという問題意識のもと、以上のように、日本の高齢化対策の政策や実践の経緯を、社会の高齢化率の進展に合わせて考察してきた。これらの結果を、終章で考察する、今後の中国における高齢化対策に反映したいと考えるところである。

終章 中間所得層高齢者の問題の解決に向けた方策の提案

第1節 研究の総括

本研究は、中国大連市を対象としたフィールド調査をよりどころに、インフォーマル・サポートに重点をおいた中国の社区を基盤とした支援システム構築にあたって、有効な理論及び実践モデルを検討することを目的とした。

この目的を達成するために、序章で設定した5つの研究課題に対して、第1章では中国の高齢化の現状と特徴を概観した。繰り返すが、一人っ子政策は、中国の高齢化問題（「空の巣」高齢者問題、「失独」高齢者問題）を深化させ、また問題を多様化させた。また、高齢化率の増加は、失能・半失能高齢者、つまり要介護高齢者が増加することとなり、その扶養問題、さらに、都市と農村、都市間の格差問題などが山積されていることが明らかとなった。

第2章では、中国政府により打ち出された解決策の変化、解決に向けての方向性、高齢者への支援システムにみる提供主体のバランス——在宅養老：社区サービス：施設養老の比率「90：7：3」（9073）を検討し、その導入背景の整理を行った。

第3章では、本研究と関わる「社区」、「高齢化問題」、「社会保障の課題」、「高齢化対策」、「在宅養老・社区養老」についての先行研究のレビューを行った。現段階のニーズは何かを把握し、ニーズに合わせて、サービスを調整する中間支援組織が必要である。また先行研究では、専門性を持っている人材の不足が課題として挙げられている。そのために、専門的な人材の育成が急務であることが指摘されているが、加えて、一般住民が高齢化問題、介護問題への関心を高めること、高齢者自身が要介護問題、健康への関心を高めることも重要なポイントである。また、住民教育の重要性も挙げられる。その意味でも、これらに対応できる中間支援組織が必要とされ、この中間支援組織を中心とする仕組み作りが重要な課題であり、さらにその具体的な役割を明らかにすることが求められていることを明らかにした。

中国の人口規模・国土の広さ・文化・風習等多様性を鑑みると全土を一括して捉えたとしても問題の特定が難しいため、第4章以降では高齢化が先行する地域としての大連市に着目し、大連市の医療保険制度、年金制度、高齢化対策に関係ある政策、実施しているサービスの現状について先行研究や既存調査結果などを整理し、そこから見えた課題について検討を行った。

第5、6章では、大連市における3つの調査を通して、高齢者の生活実態、施設養老、社区サービスの現状と課題について明らかにした。

1) 都市部における高齢者生活の現状と課題

年齢と介護ニーズでみる課題：75歳以下の高齢者の割合が高かったことが明らかになった。この年齢層の高齢者はわりと元気な人が多く、介護ニーズはいまだ表面化していないことがうかがえる。今すぐではないが、この先5年後、10年後に急に介護ニーズが増加するであろう。また、大連市では2008年から一人っ子の親たちが60歳となり始めたことで、現在60～64歳の年齢層には一人の子どもしかいない高齢者が多いことが考えられる。今後、これらの高齢者を念頭に置きながら、その対策の方向性を考えなければならない。

年金収入と利用料金でみる課題：1,000元～1,999元間の割合が最も多かった。大連市では毎年、年金を引き上げている。しかし、大連市の養老施設のヒアリング調査結果を見ると、一番低い料金を設定した施設でも、利用料金は1,350元/月（自立・食事付き）である。年金収入だけだと、月2,000元以下の年金収入では決して利用しやすいとは言えない。今後、この年金収入層（中間所得層）の高齢者の介護ニーズに対して、利用しやすいサービスの供給が必要だと考えられる。

困っていることと必要とするサービスでみる課題：在宅養老が一番好まれる養老方式であることが明らかになったが、困っていることと必要とするサービスが一致していなかった。それは現在困っていないか、要介護状態となった際、どんなサービスが必要となるかのイメージができていないためと考えられる。一方、社区サービスでもある托老所のサービス内容、養老施設の入所条件でみられた健康管理及び医療へのニーズの需要が高いことが明らかになった。

2) 都市部における施設養老の現状と課題

市場化された養老施設では様々な課題を抱えていることが明らかになった。「公設民営」¹⁶⁰または「民弁公助」¹⁶¹など養老施設の新設や運用に関する方式が示されているなか、発展途上国として、公的なレベルで高齢化問題に対処できることが限られているため、第12次5カ年計画では社会的資源を最大限に利用することが提唱された。多くの企業が参入することとなったが、大連市を例にとると、総ベッド数は計画に設定した3%を達成していても、利用料金や、立地、サービスの質などで、実際には3%の高齢者のニーズを満たしていないことが明らかとなった。今後、養老施設の役割を果たすための建設基準の設定や運営規則を強化する上で、要介護状態による養老施設の細分化、また要介護度による公的な補助の増加が必要である。

¹⁶⁰ 「公設民営」は養老施設の建設・設備に関する費用などは公的資金から賄い、日常の運営は民間福祉団体に委託すること。

¹⁶¹ 「民弁公助」は、民間福祉団体が運営し、建設用地を政府が提供するか、ベッド数及び利用者数の実績によって補助金を与えること。

3) 都市部におけるコミュニティサービスの現状と課題

コミュニティサービスの担い手としてコミュニティ住民委員会を取り上げ、ヒアリング調査を行ったところ、コミュニティサービスの現状については、利用者もメニューも限定されていることが明らかになった。高齢者へのアンケート調査結果からも見られたように、今後、高齢化率の上昇に伴って、多様なニーズが現れることが推測できる。それらに対応できるサービスの拡充、サービス対象者の拡大並びに選定方法などをいかに工夫するかが重要である。

これらの知見を踏まえ、現状のままであるならば、「90：7：3」の養老枠組みのもとで、これから国が対処しなければならない高齢化問題、特にますます家族扶養に頼れなくなる「空の巣」高齢者、さらに購買力が弱く、公的サービスの対象となりにくい中間所得層の介護ニーズにどう対応するかは非常に重要な課題であると言える。

第2節 どう解決すべきか—社区居民委員会の可能性について

今まで検討してきたように中国における平均的な経済収入がいまだに低い現段階では、低料金で利用できるサービスの充実や年金額を引き上げる以外には、社区におけるインフォーマル・サポートをいかに活かすかが、高齢化問題の解決には重要なポイントとなると考えられる。本節では第6章の調査結果から示唆された社区居民委員会の可能性について検討する。

1 中国の政策から求められること

2008年1月29日全国老齡弁¹⁶²を始め10の部署が連合して、公表した『関与全面推進居家養老服務工作的意見』（『在宅養老サービスの包括的推進に関する意見』）において、在宅養老サービスを発展するために、守らなければならない原則として「以人為本」¹⁶³、「依托社区」¹⁶⁴、「因地制宜」¹⁶⁵、「社会化方向」¹⁶⁶の4つが挙げられている。つまり在宅養老サービスは社区を基盤として、高齢者のニーズを把握し、地域の現状やあらゆる資源を最大限に生かしながら、サービスを提供することである。また、2011年国務院弁公庁『社会養老服務体系建設規劃（2011～2015年）』（『社会養老サービスの仕組みの建設計画（2011～2015年）』）では、社区養老サービスは在宅養老サービスをサポートするためには重要であり、托老所と在宅養老の機能を持ち、サービスを提供すると明記している。

『中国社会保障發展報告（2014）』においては、社区養老の發展を促進するため、6つの改善策を提言している。1つ目に行政の責任の強化、2つ目に家族介護を支持するために、家族介護者向けの研修制度、法律上で介護休暇の保障、家族介護を行う子どもに対しての補助金などの給付制度、3つ目に社区における総合医の育成、4つ目に社区における介護資源を統合し、介護専門職の育成を行い、介護サービス情報システムを立ち上げる、5つ目に社区養老文化を立ち上げる、6つ目に、高齢者の社会参加ができる社会の雰囲気を作り、支持し、高齢者の社会参加の主体性を發揮させる、であった。

つまり、中国では高齢化問題を解決するにあたって、家族を中心とし、社区（小地域単

¹⁶² 全国老齡委員会、發展改革委員会、教育部、民政部、労働保障部、財政部、建設部、衛生部、人口計生部、税務総局で10の部署が連合して推進した。

¹⁶³ 高齢者の実際のニーズに基づき、高齢者の為に便利で迅速でかつ高い質の人的サービスを提供する。

¹⁶⁴ 社区の中に在宅養老サービス機構、場所とサービスチームを設立し、社会資源を統合し、活用し、高齢者の在宅養老サービスの社会環境を共同に営む。

¹⁶⁵ 地域の現状と接合して、經濟發展の水準に適應し、また社区の人文環境と高齢者のニーズに適應する必要がある。着実にステップアップする。

¹⁶⁶ 多様で社会各方面の資源を充分に活用し、在宅養老サービスに参加しまた支える。

位)を基盤として、地域の高齢者の要介護ニーズを把握・分析し、地域にある資源をマネジメントし、また福祉教育によって地域住民が主体的に地域ニーズに向き合い、問題を解決する能力を高める取り組みが必要であることが読み取れる。

2 日本の経験からみる社区居民委員会の必要性

日本の高齢者福祉政策の変遷を見よう。近年、核家族や一人暮らし世帯あるいは高齢者夫婦のみの世帯が増加し、親戚付き合いも近所付き合いもほとんどない現状の中、高齢で介護が必要になっても、住み慣れた家や地域社会で、できる限りそれまでの生活や人間関係を継続できるように、今後の社会保障が進むべき道筋として「制度の持続可能性」とともに、「社会保障の機能強化」に向けて取り組むべきことが提起された。

なるべく長期入院させないことで、医療の給付を減らしつつ、地域の受け皿の拡大を重視する政策がとられた。「介護予防」対策、小地域ネットワークなどが制度化され、さらに、これからの支援は長期的な在宅ケアを支える視点が求められ、医療や看護などの医療的なケアと福祉や介護などのような専門的なケアと生活支援が適切に組み合わせられて提供され、家族や友人・知人・近隣などによるインフォーマル・サポートと効果的に連動しなければならないという「地域包括ケア」の考え方が重視されるようになってきた(牧里ら、2013)。また、森本(2013)は「地域包括ケアの成立要件」中で、最も重要な要件の一つとして、「地域社会や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員」と「フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動」、さらに、すでに弱体しているインフォーマル・サポートの再構築が急務だと指摘した。

補論で少しふれたように、少子高齢化、また地域の脆弱化を背景とし、2008年に厚生労働省の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」により報告書『地域における「新たな支えあい」を求めて一住民と行政の協働による新しい福祉』が出された。本研究会は「地域社会で支援を求めている者に住民が気づき、住民相互で支援活動を行う等の地域住民のつながりを再構築し、支え合う体制を実現するための方策」について検討するにあたって、最も重要な方策の一つとして挙げられたのは地域福祉コーディネーターの設置であった。また実例から、その有効性が評価され、日本全国で広がるようになった。

序章でも提示した(表終-1)日中高齢化状況比較表から分かるように、中国はこの先、日本と同じような高齢化問題が出てくると推測できる。また、中国の高齢化の課題を整理したところ、中間所得層の問題、高齢化率の増加とともに複雑となる高齢化問題(「空の巣家庭」、「失独家庭」、要介護高齢者の増加)が、さらに深刻になることが明らかになった。これらの問題に答えられる公的なサービスを増加するのも一つの解決方法であるが、中国の現状から全てのニーズに答えようとすると、公的なサービスに関わる人材や財源が著しく必要となり、短期間には実現しがたい。これらを踏まえれば、中国では急速に増加してく

高齢者の介護問題を解決するにあたって、公的な補助やサービス対象の拡大などが必要とされる一方、日本で見られた、地域社会や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員ができ、フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動ができる基幹的組織の構築、地域福祉コーディネーターの配置が1つの有効な対策であると言える。

表終-1 (表序-1 再掲) 日中高齢化状況比較

高齢化率	日 本			中 国		
	年	高齢化課題	政策	年	高齢化課題	政策
7% 未満	1970年まで	・救貧中心	・国民健康保険法改正(国民皆保険) ・国民年金法(国民皆年金) ・老人福祉法 ・養護老人ホーム・特別養護老人ホームなど施設を整備する ・家庭奉仕員制度実施	2000年まで	・救貧	・「国務院は従業員の年金保険制度に関する決定」 ・中国民政部、県レベル農村社会養老保険基本法案を公表 ・「中国老年人權益保障法」 ・「市、鎮の従業員に関する基本医療保険制度を立てる決定」
一人暮らし高齢者問題社会問題化						
7%	1970年	・一人暮らし高齢者問題(孤独死・生きがい)中心	・老人福祉法改正(老人医療無料化) ・1982年老人保健法の制定 ・福祉サービス制限撤廃(普遍化) ・医療費一部負担へ ・施設充実→在宅福祉充実 ・在宅サービス三本柱	2000年	・救貧中心 ・「空の巣」問題	・「全国における都市部社区建設を推進する意見」 ・「社会福祉事業社会科に関する意見」 ・「社区老人福祉服務『星光計画』実施法案」 ・「中国介護事業発展計画綱要」 ・「養老サービス事業の加速発展に関する意見」 ・「中国老齡事業の発展白書」
寝たきり問題重度化						
14%	1994年	・一人暮らし高齢者問題(孤独死・生きがい・介護) ・寝たきり高齢者問題 ・予防を重視する ・多様な対策 ・介護 + 予防 ・再び一人暮らし高齢者への注目	・計画化 ・ゴールドプラン(施設緊急整備と在宅福祉の推進) ・新ゴールドプラン(在宅介護の充実) ・介護保険法(措置から契約) ・2002年健康増進法制定 ・2003年「2015年の高齢者介護」 ・2005年介護保険改正 ・2006年「介護保険法改正」	2025年 (推測値)	・「空の巣」問題 ・寝たきり高齢者問題 ・多様な対策 ・予防を重視する ・介護 + 予防 ・再び「空の巣」への注目	・施設整備 ・在宅介護の充実 ・サービス利用の普遍化
認知症問題重度化						
21%	2007年	・地域包括支援センター機能強化と地域包括ケアシステムの整備 ・地域密着型サービスの整備 ・介護予防・日常生活支援総合事業、インフォーマル・サポートの重視	・2012年介護保険法改正 ・2015年介護保険法改正	2040年 (推測値)	・医療と介護の総合的なシステムの構築	

3 大連市の調査結果からみる社区居民委員会の可能性

すでに述べていたように、社区居民委員会¹⁶⁷は住民が自ら管理を行い、自ら教育を行い、自らサービスを提供する基層的な大衆的な自治組織であり、その任務としては憲法や法律や国家の政策を宣伝する政治統制、担当地域の住民への公共サービスや公益事業の提供、民間紛争の調停、治安維持、政府や街道弁事処と協力した公共衛生、計画生育、青少年教育などの実施、政府や街道弁事処への民意伝達の8つが定められている¹⁶⁸。

167 1989年「中華人民共和国都市居民委員会組織法」第2条

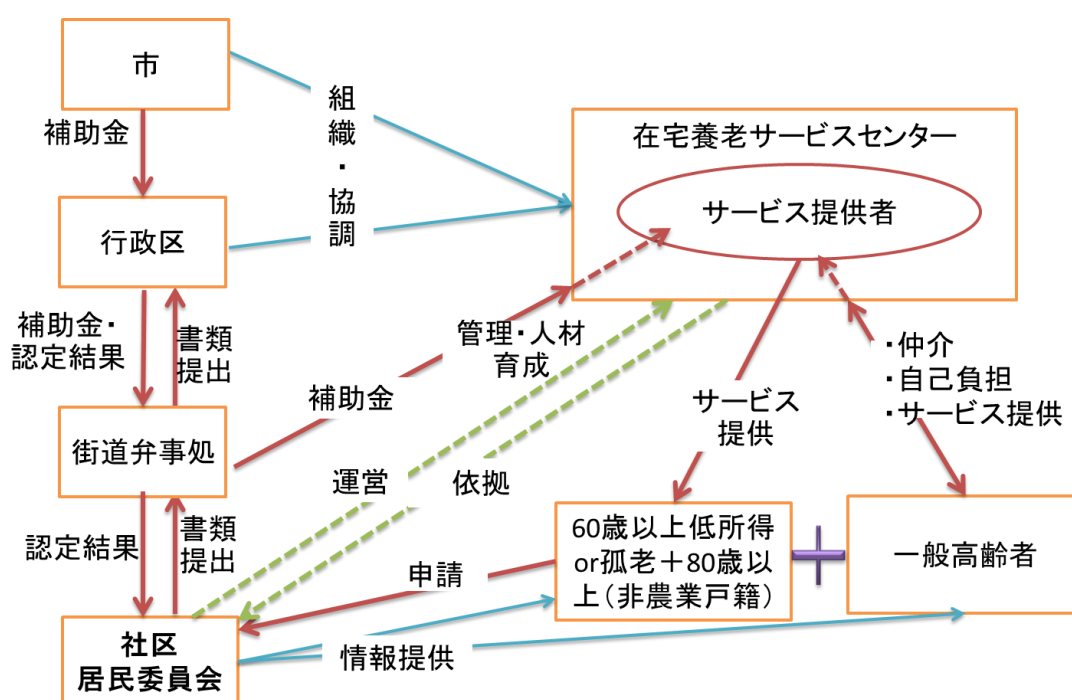
168 同法第3条。

さらに、李妍焱（2002）は、行政と住民のパイプ役という役割を積極的に評価するならば、社区居民委員会はボランティア（志願者）活動が盛んになることを奨励し、その上で、地域の地理的条件を活かし住民をスタッフとして巻き込み、住民が直接受益者になるようにサービス活動の実績を蓄積し、目に見える形で住民へのサービスを提供するというコーディネート機能を持っていると述べている。

これらのことを踏まえて、『中国社会保障発展報告（2014）』に提言されている6つの改善策を成り立たせるためには、行政と地域をつなげる中間支援組織が必要と考えられ、その役割を果たせるのは社区居民委員会だと言える。

大連市在宅养老服务計画に基づいて各機関に求められている役割を図示すると図終-1 のようになる。さらに、本論文の調査結果では、高齢者は自身の介護問題については意識していないが、すでに問題を認識しており、その取り組みを始めている社区居民委員会も見られた。これらの動き、また、日本の経験から示唆された方策を念頭に入れながら、次の節で、今後社区居民委員会に求められる役割について、検討を行う。

図終-1 大連市在宅养老服务計画に示された各機関に求められている役割と関係



出典：居家养老服务工作的主要内容 辽民函〔2005〕48号
「大連市人民政府関与加速發展养老服务の意見」 大政发〔2011〕63号

第3節 中間支援組織としての社区居民委員会の役割

中国の高齢化問題に取り組む上での今後の焦点は、家族に頼ることができない高齢者と中間所得層の高齢者の介護問題にある。これを解決するにあたって、社区にあるインフォーマル・サポートをいかに増やすかが重要なポイントであり、さらにインフォーマル・サポートを組織化して、インフォーマル・サービスを構築していくことが具体的な課題となる。つまり、インフォーマル・サポートが担う部分を増やし、家族や親族に頼っている「90」の在宅養老を「70」→「60」→「50」と減らし、社区サービスの「7」を「17」「27」「37」と増やしていく方策をとる必要がある。同時に、インフォーマル・サポートからインフォーマル・サービスへの移行も推進する。社区居民委員会はこれらを進める基幹的組織であることが調査結果から示唆されている。

在宅養老サービスの効果を高めていくためには、具体的なサービスの供給の他に、サービスとニーズを効果的に結ぶことも必要であり、社区居民委員会がこの役割を果たすことが可能であると考えられる。社区にある高齢者の顕在化及び潜在化しているニーズを的確に把握し、社区にある社会資源と結びつける形で、個々の対象者のニーズの特性を評価しながら、サービスを提供していく。これを有効に機能させるためには、一定の専門性を備えた専門職員の存在が不可欠であるが、同時に、地域社会における社会資源のネットワークや、また、潜在的なものも含めたケースの発見が重要になってくる。そのためにはネットワーク形成のための関係機関・組織による日常的な交流、ケースの発見や多様なサービスの提供の一翼を担うための地域住民相互による高齢者サポートの仕組み作りが必要である。従って、社区居民委員会は調整機能、組織化機能を持たなければならない。

1 インフォーマル・サポートに重点をおいた社区を基盤とした支援システムの考え方

住民、ボランティア、共産党員、マンション長をはじめとする多様な主体にとって、社区居民委員会が何をする組織なのかというイメージを共有することは、社区居民委員会の機能や事業からではなく、社区における具体的な活動を通じて形成されるものである。したがって、社区において、地域包括ケアシステムの視点から、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供されるシステムを確立させていくには、社区居民委員会がどうかかわるかが重要なポイントとなる。

そこで、中間支援組織としての社区居民委員会にその機能として、求められることについて、以下の6点にわたって述べてみたい。

1) 総合的・体系的視点

ここでは単にサービスを提供するシステムだけではなく、現在、有機的に機能していないサービスや住民活動の諸機能を総合的に関連づけることが必要である。同時に、地域の動態や制度、社会資源の運用、高齢者の生活状況、提供されているサービスの実態等を社区居民委員会の側から点検・評価し、そこから出てくる課題を社区で検討し、共通認識を見出し、それを具体的なサービスに結びつけるプロセスを大事にすべきである。

2) 組織化活動の重視

今後、高齢化、核家族化、疾病の長期化、また家族や地域の閉鎖性などから、深刻な問題が顕在化してくる。そのような背景のもとに、社区居民委員会に対して、個別ニーズへの対応が求められ、「サービス」のシステム化の要求に対しては、サービスの提供主体である社区居民委員会そのものが、住民参加や専門諸機関との連携を基盤としながら、住民自治組織としての役割を發揮していくことが重要である。この際、社区における従来からある地域住民組織（例えば、健康づくりのような活動サークル：太極拳・踊り、ボランティア、住民支えあい等）を大切に、継続、発展させることを基本とする。

3) 社区養老につながる土壌づくり

先行研究でもふれたように、「社区」は経済改革開放とほぼ同時に「上から」意図的に作られてきたものとも言える。そのため、サービスの提供主体、自治組織として、機能させるために、「社区建設」も政策によって推進されてきており、様々な課題が存在している。高齢者の支援について「一人の高齢者のニーズにいかに関わり、援助できるか」という面から考えるとき、今の社区居民委員会が十分な解決能力を持っているとは言えない。専門機能を有する諸組織と連携してネットワーク的な援助を行うにしても、また直接ケースワーク的な展開を図るにしても、社会資源の整備や社区居民委員会自体の態勢の問題など、多くの未整理の課題がある。社区建設について明確な展望を持つことも必要になってくる。今後、行政や関係機関が主体となって行う社区養老の土壌づくりが重要な意味を持っていると言える。

4) 社区居民委員会の機能の充実強化

社区居民委員会が中間支援組織としての期待に応えるためには、様々なハード面での機能も必要とされるが、それに伴い、住民による柔軟な協議と実践、運動、活動を中心としたソフトな推進基盤の整備が重要である。前述の総合的・体系的な視点、組織化活動、地域ケアの土壌づくりとともに、それらを包括的に推進するための推進機能の充実、強化を目指さなければならない。

5) 地域福祉運営の自覚

日本の先行研究は、地域を作ることは時間がかかることであり、すぐに効果が見えるものではないことが明らかになった。都市化の進展に伴い、地域の結びつきが弱体化している都市部では、社区居民委員会は自治組織として、常に意識をしながら、地域福祉を推進しなければならない。

6) 地域包括ケアシステムの考え方の援用

中国の社区を基盤とした支援システム構築にあたって、日本の知見を通しての有効な理論について検討する。日本は、すでに述べたように、団塊世代が 2025 年に 75 歳以上となり、それを見据えて「高齢者が、尊厳をもって暮らすこと」を確保するために、地域包括ケアシステムの視点から新しい介護サービス体系を作ろうとしている。この地域包括ケアシステムについての理論的検討は地域福祉論において論じられてきている。

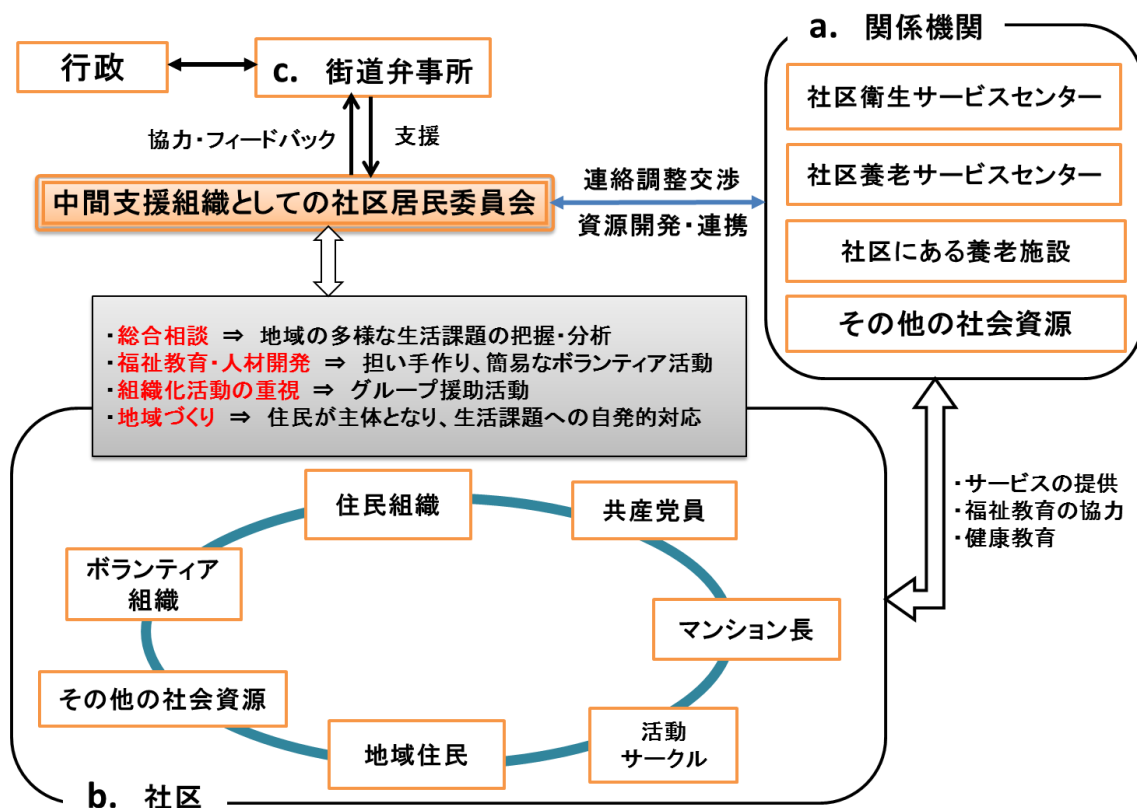
森本（2013）によれば、地域包括ケアシステムは地域包括ケアと違って、ケアが必要な人に対する個別に組み立てられた直接的な支援・援助だけではなく、その支援・援助が成立するための環境であり、その成立要件について 10 点¹⁶⁹を挙げている。また、地域福祉は様々な局面で地域包括ケアの重要な部分を担っており、さらに、地域包括ケアの成立 10 の要件のうち、もっとも重要な要件として、地域社会や家族・親戚・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員と、フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動を指摘している。本論では、この森本理論を踏まえて第 6 章で整理した社区にある a.高齢者向けサービスを提供する関係機関、b.社区の社会資源、c.行政機関などとの関係において、中間支援組織としての社区居民委員会が果たす役割を検討する。

¹⁶⁹ ①介護、福祉、医療、看護、保健、リハビリステーションなどのフォーマル・サービスの連携、②地域社会や家族・親切・友人・知人などによるインフォーマル・サポートの動員、③フォーマル・サービスとインフォーマル・サポートとの連動、④各種サービス、サポート間のネットワークと適切なマネジメントの確立、⑤総合相談・ニーズ発見・権利擁護・虐待防止などの個別ケアを重層的に支えるネットワークの構築、⑥個々のケースにおける生活の時間的連続性を確保するための長期継続ケア体制の構築、⑦前提としての生活の場所の確保と連続性、⑧障害者、児童なども包含した統合的な共生ケアの可能性、⑨当事者や家族の参加の確保、⑩上記の要件に関わる全体的なマネジメント体制などの整備。

2 インフォーマル・サポートに重点をおいた社区を基盤とした支援システムの実践モデルの考察

これまでの調査結果、先行研究また 1 で述べた考え方を受けて、インフォーマル・サポートに重点をおいた、社区を基盤とする支援システムの実践モデルを図示すると、以下のようになる。

図終-2 中間支援組織としての社区居民委員会の位置づけ



筆者作成

中国の高齢化問題を解決するためには、社区を基盤とし、インフォーマル・サポートをいかに活かすかが、重要なポイントになる。さらに、上記の a、b、c が円滑にその役割を發揮するために、近年日本で取り組まれている地域包括ケアシステムの考え方を参考にしながら、仕組みを作ることが適当である。

以下、順を追って図終-2 を説明したい。社区居民委員会は街道弁事処をはじめとする行政との連携を取りながら、地域の住民のニーズ、発見した課題を行政に伝達し、フォーマル・サービスにつなげ、さらに、フォーマル・サービスの基盤を強化していく。また、街道弁事処から委託された行政の業務を通して、例えば、定年退職した高齢者の登録ファイ

ルの管理、高齢者の生存管理、65歳以上の高齢者の老年証の申請・配布の手続きなどを通して、地域の高齢者の全体像を把握し、住民との間に信頼関係を作ることができる。

社区居民委員会は区内の住民ニーズを把握し、サービスを提供する関係機関に伝え、ニーズとサービスの間をつなげる役割がある。例えば、高齢者のアンケート調査結果の中から見えてきた健康管理のニーズと社区卫生サービスセンターとを結び付け、健康講座、要介護予防講座の開催などを要請する。社区居民委員会は開催の場所を提供したり、開催時間等の情報を住民に伝えたりすることができる。また社区卫生サービスセンターへ受診しにくる高齢者の通院介助のニーズ、慢性病を抱えている見守りが必要な高齢者を発見した際には、社区居民委員会が持っているインフォーマル・サポートで対応してもらう。

社区养老服务センターとの間には、今は十分に機能が果たされていないが、高齢者の介護ニーズの増加に伴い、サービスの重心は重度な要介護高齢者に移行し、専門性が高いサービスを提供する役割が求められる。社区居民委員会が収集した情報やキャッチしたニーズを社区养老服务センターにつなげ、また、見守りが必要な高齢者がいれば、社区居民委員会を通し、住民組織やマンション長などの社区にあるインフォーマル・サポートで担う。

養老施設との間では、社区居民委員会が養老施設に働きかけ、養老施設が介護技術を家庭で介護を行う家族介護者に教えたり、持っている食堂、リハビリステーション、洗濯室、活動室などを社区の高齢者に開放するようにする。さらに、要介護状態になって施設に入った高齢者は、中々地域に戻ることが困難となるが、ボランティアや活動サークルなどの地域住民が出入りするすることで、地域との関わりを繋げることができる。

そして、社区居民委員会は諸関係機関との連携だけではなく、諸関係機関の間で連携を取るように働きかけることも考えられる。

さらに、社区居民委員会には最も重要な役割として地域づくり、地域への働きかけがある。以下列挙しておきたい。

- ・社区居民委員会の職員は、地域訪問するとき、地域のトラブルなどを解決するだけでなく、地域の課題などを見つけること、ニーズを把握することができる。
- ・社区居民委員会が総合相談窓口となり、サービスに繋げていく。
- ・福祉教育：区内の学生（小・中・高）や地域の住民を対象として啓蒙教育を行う。

区内の高齢化の課題を解決するためには、担い手を養成しなければならない。一時的には、レイオフした「4050」（40、50代）の女性がサービスの担い手となったが、現在は減少していることが調査で明らかになった。いずれにせよ、社区居民が地域福祉に関心を寄せることが重要である。そのために懇談会を開き、社区の課題について話し合い、地域にある課題などを引き出し、一緒に解決方法を探る必要がある。

- ・その他の社会資源：管轄の区内にある様々な資源を最大に利用する。すでに社区居民委員会の中に芽生えている活動を例示すると、契約を結んで高齢者に低額または無料で便利なサービスを提供する、または現金給付の形で、地域の高齢化問題の解決に参与させる。

例えば、法律事務所の無料相談・訪問相談、低額での美容室の利用・出かけられない高齢者に訪問サービスを提供する、などである。

・朝晩の自発的な太極拳、踊り、趣味活動などのサークルを組織化する。これらの活動は自発的であり、要介護予防につながる活動であり、普段の活動の中でできた関係を、今後介護度が落ちた時に関係が切れないように組織化していく。また一緒に活動するメンバーに見守り活動をつなげていく。

・ボランティア組織との間：力を合わせて福祉活動を進める。

・マンション長との間：定年退職した世話焼きの者、また定年退職した共産党員が担当する場合が多い。社区居民委員会はマンション長を通して、地域住民に情報を伝達したり、地域住民のニーズ・情報を把握することができる。

最後に、現在社区居民委員会は、管轄している社区を人口や世帯数などによって分担して1～2名の職員で担当している。今後、担当する職員の専門性を高め、日本で配置されてきている地域福祉コーディネーター¹⁷⁰のような活動ができるように、関係機関や地域との連携・協力体制の構築、行政のバックアップの体制などの支援体制を整備する必要がある。

¹⁷⁰ 2008年『これからの地域福祉のあり方に関する研究報告』によれば、地域福祉コーディネーターは「専門的な対応が必要な問題を抱えた者に対し、問題解決のため関係する様々な専門家や事業者、ボランティアなどとの連携を図り、総合的かつ包括的に支援する。また自ら解決することのできない問題については適切な専門家などにつなぐ」「地域の住民活動で発見された生活課題の共有化、社会資源の調整や新たな活動の開発、地域福祉活動二関わるものによるネットワーク形成を図るなど、地域活動を推進する」役割を持つ専門職である。

第4節 残された課題

1 本研究の課題について

本研究は、中国都市部における高齢化問題を解決するための、社区を基盤とした高齢者支援システムのあり方について、住民自治組織である社区居民委員会が中間支援組織となるシステムにおける位置づけとその果たす役割の可能性について検討を行ってきた。しかし、大連市という一地域のフィールド調査をよりどころとした研究であり、収集データの普遍性は限界があるため、一定の方向性を示すにとどまったことに留意し、今後、より多くの都市部を対象とした調査を進め、社区を基盤とした高齢者支援システムのあり方について検討を行う必要がある。

2 今後の課題について

日本・中国の今後更なるフィールド調査を実施し、日中に共通する課題であるインフォーマル・サポートを取り込んだ支援システムの構築について、引き続き探求していきたいと考えている。

1) 中国の住民支えあい活動の検討

本研究でも、少しふれたが、大連市では社区居民委員会が一メンバーとして参加した住民支えあい組織があった。社区にいる熱心な高齢者を中心として、社区にある社会資源—法律事務所、スーパー、商店、美容室、大衆浴場、飲食店、法律事務所、家政サービス、薬局などと契約を結び、会員となった高齢者に低額または無料のサービスを提供する仕組みを作っていた。今後、このような動きについて追跡調査を行い、中国の高齢化問題の解決に役立つかどうかについて検討を行う必要がある。

2) 日本の都市部における支援システム事例の中国への適用可能性の検討

本研究では近年、日本で取り組まれている地域包括ケアシステムについての検討が十分に行うことができなかった。日本の都市部における支援システムの実例についての調査分析を行い、成功事例の要素を引き出し、中国への適用可能性があるかどうかについて検討を行う。

最後に中国で調査することの困難性について言及したい。

中国における高齢化問題の解決策を探るためには複数の都市部を対象とした調査が必要であるが、海外に留学している学生として、中国社会から離れていることが原因で、中国

で研究調査を実施することは、容易なことではなかった。

目的を明らかにするために、大連以外の都市部で研究調査を実施することも試みたが、調査の経費、人脈的な問題などによって、あきらめざるを得なかった。

しかしながら、2009年以降、毎年2回中国に渡り、大連市民政局を訪問し、関係を作り、信頼が得られたことで、2011年に社区居民員会を紹介され、ヒアリング調査の実施につながった。この社区居民委員会の調査実施の間に、調査対象となる地域から高齢者アンケート調査への協力の要請があった。その調査データを活用した分析は、本論文第5章に掲載している。

これは、短期間で作った調査票であり、回収率をあげ、調査協力をした街道弁事処の意見を受け入れなければならないことで、調査項目の設定が不備なところがある。例えば、認知症高齢者、寝たきり高齢者についての情報を把握することができなかった。分析でわかったことを踏まえ、この調査の改訂版の調査を実施することが必要であると考えている。

引用・参考文献一覧

中国語引用・参考文献：

B

本書編集グループ（2005）『全国養老院所速査手冊』 華齡出版社

C

柴文杰（2010）「社区照顧的優勢及其實施中的關鍵因素」 『黄山学院學報』第12卷第6期 pp.69-71

陳紅敬、嚴曉玲ら（2012）「國際健康老齡化實現模式的探討」 『中華健康管理学雜誌』第6卷第2期 pp.129-130

陳佳瑛（2009）「中国改革三十年人口年齡結構变化与總消費關係研究」 『人口与發展』第15卷第2期 pp.11-19

陳晶、李丹（2013）「人口老齡化、家庭消費結構与中国養老模式改革——基于微觀数据对人口紅利的探討」 『瀋陽工業大學學報（社会科学版）』第6卷第1期

陳立行、柳中權主編（2007）『向社会福祉跨越』 社会科学文献出版社

陳平（2010）「城市養老模式新探——以南京市鼓楼区為例」 『江蘇社会科学』2010年第3期 pp.119-123

陳社英（2010）「公共政策視角下中国人口老齡化問題研究」 『改革与戰略』

陳雪萍（2011）『以社区為基礎的老年人長期照護体系構建——基于杭州市的實証分析』 浙江大学出版社

崔恒展、李宗華（2012）「老齡化背景下的養老內容研究」 『山東社会科学』總第200期 pp.29-35

D

戴衛東（2011）「老年長期護理需求及其影響因素分析——基于蘇皖兩省調查的比較研究」 『人口研究』第35卷第4期 pp.85-93

大連市統計局（2002~2012年）『大連市統計年鑑』

杜鵬、武超（2006）「1994~2004年中国老年人主要生活來源的变化」 『人口研究』第30卷第2期 pp.20-24

杜鵬（2007）「再論中国是否“未富先老”」 『人口研究』第4期 pp.46-56

杜贊奇著、王福明訳（2004）『文化、權力與国家—1900~1942年的華北農村』 江蘇人民出版社

G

戈娜、劉華華（2011）「護理保險模式的研究進展」 『中華現代護理雜誌』2011年第17卷第31期

龔靜怡（2004）「居家养老_社区养老服务——符合中国国情的城镇养老模式」 『河海大學學報（哲学社会科学版）』第6卷第4期 pp.72-74

顧大男、柳玉芝（2007）「我国機構養老老人与居家養老老人健康狀況和死亡風險比較研究」

『人口研究』第 30 卷第 5 期 pp.49-56

郭定平 (2003) 「上海市の社区建設と都市基層社会の管理体制改訂」 『アジア経済』
XLIV-9 pp.21-44

郭競成 (2010) 「中国居家養老模式的選取」 『寧波大学学報 (人文科学版)』第 23 卷
第 1 期 pp.106-111

国务院第五次全国人口普查办公室編 (2006) 『世紀之交的中国人口全国卷』 中国統計
出版社

H

華迎放主編 (2007) 『社会保障』 中国労働社会保障出版社

黃小花 (2006) 『中国人口与社会保障』 經濟管理出版社

胡湛、彭希哲 (2012) 「發展型福利模式下的中国養老制度安排」 『公共管理学報』第九
卷第三期 pp.60-70

J

蒋劲柏 (2008) 「中国人口高齡化問題及对策思考」 『消費導刊』09 期

姜向群、鄭研輝 (2013) 「中国老年人的主要生活来源及其經濟保障問題分析」 『人口学
刊』總第 198 期 Vol.35 pp.42-48

賈雲竹 (2002) 「北京市城市老年人对社区助老服務的需求研究」 『人口研究』第 26 卷
第 2 期 pp.44-48

江立華、沈潔 (2008) 『中国城市社区福利』 社会科学文献出版社

K

孔慶珠編 (2006) 『不是兒女勝似兒女——中山公園街道居家養老院養護員風采录』 大連
市沙河口区中山公園街道

L

樂章、陳璇、風笑天 (2000) 「城市独生子女家庭養老問題」 『福建論壇 (經濟社会版)』
總第 209 期 pp.44-46

李兵 張ケイ梯主編 (2009) 『中国老齡政策研究』 中国社会出版社

李兵ら (2008) 「月壇街道社区居家養老服務調研報告」 『北京行政学院学報』增刊

李德明ら (2006) 「城市空巢与非空巢老人生活和心理狀況的比較」 『中国老年学雜誌』
第 26 卷 pp.294-296

李建民 (2007) 「“未富先老”不是中国老齡化的本質特徵」 『光明日報』 2007 年 8
月 7 日

李曉楓、馬文元ら (2006) 「大連市市区 800 名老年人健康現狀与健康需求調查」 『中
国慢性病予防世控制』 第 14 卷第 6 期 pp.427-428

劉東、何雪松 (2012) 「大都市老人的生活質量与社区服務需要——基于上海的調查」 『広
東工業大学学報 (社会科学版)』 pp.25-33

劉飛燕 (2009) 「積極推广“居家養老”新型社会養老模式」 『現代經濟探討』 2009(8)

pp.48-51

劉清明 (2001) 「我国人口老齡化問題及应对措施淺探」 『湖湘論壇』第 5 期

林宝ら (2010) 「中国人口老齡化存在的問題及应对策略」 『社会工作』2010 年 9 期下
pp.27-30

盧德平 (2014) 「略論中国的養老模式」 『中国農業大学学報 (社会科学版)』第 31 卷
第 4 期 pp.56-63

陸杰華、肖周燕、顧林枝 (2008) 「中国人口学研究的回顧和評述」 『人口研究』第 32
卷第 3 期 pp.88-96

羅觀翠主編 (2011) 『中国城市老人社区照顧綜合服務模式的探索』 社会科学文献出版社

呂津 (2010) 「中国城市老年人口居家養老服務管理体系的研究」 吉林大学 博士論文(管
理科学与工程)

M

馬曉、郭照江 (2006) 「中国老年医療照料的倫理思考」 『中国医学倫理学』總 109
期 pp.79-80

孟宪东 (2010) 「城市独生子女父母的養老照護方式研究」 『西南財經大学』

穆光中 (2002) 『挑戰孤独——空巢家庭』 河北人民出版社

Q

翟德華、陶立群 (2005) 「居家養老与機構養老選抉决策模型理論研究」 『市場与人口分
析』增刊 pp.62-64

曲蘭 (2003) 『来自老父老母的生存報告』 北京十月文芸出版社

R

任焜越 (2005) 「城市居家養老服務發展的基本思路」 『社会学』 上海市民生局社会福
利处处长

S

石瑞君、孫麗娜 (2009) 「日本老年護理見聞及对我国老年護理發展的思考」 『護理学報』
第 16 卷第 10A 期 pp.26-28

史鉄尔 (2007) 「单位体制下的福利—以 M 单位為例」 『華東理工大学学報 (社会科学
版)』NO.3 pp.6 - 10

宋順鵬ら (2001) 「大連市社区卫生服務現狀与發展对策研究」 『中国初級衛生保健』第
14 卷第 7 期 (總第 171 期) pp.23-26

孫鵬娟、王清清 (2008) 「中国無子女老人：現狀、趨勢及特徵」 『人口研究』第 32 卷
第 2 期 pp.73-80

孫澤宇 (2007) 「関与我过城市社区居家養老服務問題与对策的思考」 『中国労働關係学
院学報』第 21 卷第 1 期 pp.98-101

T

唐世明 (2008) 「杭州空巢独居老人服務保障機構的創建和示範」 『浙江工商大学学報』

第4期 Vol.91 pp.65 - 68

唐燕霞 (2012) 「中国の社区自治における居民委員会の役割に関する試論」 『総合政策論叢』第23号 pp.95-107

譚琳ら (2004) 「“搭伴養老”我国城市老年同居現象的社会性別分析」 『学海』 pp.121-126

全利民 (2006) 『老年社会工作』 華東理工大学出版社

W

王金元 (2008) 「城市老人居家養老的現狀与对策——以無錫社区居家養老服務為例」 『江南大学学报(人文社会科学版)』第7卷第3期

王穎ら (2008) 「空巢老人的健康問題及对策思考」 『中国医学倫理学』第20卷第3期 pp.106-107

鄔滄萍 (1987) 『漫談人口老化』 遼寧人民出版社

鄔滄萍編著 (1999) 『社会老年学』 中国人民大学出版社

武麗 (2007) 「関与我国城市社区養老發展可能性的分析」 西南財經大学社会保障学修士論文

吳蓓、徐勤 (2008) 「城市社区長期照料体系的現狀与問題——以上海為例」 『人口研究』第31卷第3期 pp.61-70

吳世民 (2010) 「城市社区福利服務的需要压力与供給体系建設」 『民政論壇』

吳玉韶主編 (2013) 『老齡藍皮書—中国老齡事業發展報告』 社会科学文献出版社

X

項麗萍 (2010) 「居家養老及其服務的研究綜述」 『科技風』2010(2) pp.58-59

肖林 (2001) 「“‘社区’研究”和“社区研究”-近年来我国城市社区研究評述」 『社会学研究』(第4期)

徐俊、風笑天 (2011) 「我国第一代独生子女家庭的養老問題研究」 『人口与經濟』第188期 pp.55-62

徐詩举ら (2004) 「規範家庭養老保障制度問題研究」 『皖西学院学报』第20卷第6期 pp.31-34

Y

楊愛民編 (2006) 『大連老年社会福利事業發展政策法规和經驗材料的汇编』 大連市民政局

楊团、葛道順 (2003a) 「大連市沙河口区居家養老院評估与發展報告」 中国社会科学院社会政策研究中心

楊团、葛道順 (2003b) 「中国城市社区的社会保障新範式—大連与杭州社区個案与探索」 中国社会科学院社会政策研究中心

姚遠 (2001) 『中国家庭養老研究』 中国人民大学人口学(博士論文)

姚遠 (2008) 「從宏觀角度認識我国政府对居家養老方式的選择」 『人口研究』第32

卷第 2 期 pp.16-24

姚遠 (2009) 「老年殘障对我国家庭養老功能变化的影響」 『人口研究』第 33 卷第 2 期 pp.58-68

叶南客 (2001) 「城市現代化進程中的老年生活考察——南京市老年人生活方式与生活質量變遷的個案研究」 『社会学研究』2001 年第 4 期 pp.77-88

叶响裙 (2004) 『中国社会養老保障：困境与决择』 社会科学文献出版社

易松国 (2006) 『社会福利社会化的理論与实践』 中国社会科学出版社

袁彦鵬 (2007) 「城鎮退休職工从单位養老模式向社区養老模式的變遷」 『東岳論叢』第 27 卷第 3 期 pp.33-40

Z

張春艷 (2009) 「居樂養老研究綜述」 『武漢科技大学學報 (社会科学版)』2009(1) pp.61-64

張俊浦 (2013) 「西部城市社区居家養老的發展障碍及对策——以四川省 D 市為例」 『四川理工学院學報 (社会科学版)』第 28 卷第 1 期 pp.34-38

張明亮 (2009) 「認清形勢 明確任務 推動養老服務社会化又好又快發展」 『社会福利』pp.4 - 17

張甜甜、王增武 (2011) 「我国大陸地区社区照顧研究綜述」 『四川理工学院學報 (社会科学版)』第 26 卷第 3 期 pp.26-30

張文娟 (2008) 「中国老年人勞働收入的影響因素及其地区差異」 『人口研究』第 32 卷第 6 期 pp.69-75

趙麗宏 (2007) 「城市居家養老生活照料体系研究」 『學術交流』第 10 期 Serial.163 pp.123-125

鄭功成 (2003) 「中国社会保障改革与制度建設」 『中国人民大学學報』2003 年第 1 期 pp.17-25

鄭功成 (2013) 「我国養老服務發展現狀与面臨的問題」 『中国經济社会論壇』2013 第 11 期

鄭建文 (1998) 「社区老年人服務是養老機能社会化的主要模式」 『特区理論与实践』pp.23-25

周愛玲 (2011) 「淺談中国農村“空巢”家庭的養老保障問題」 『中国農学通報』2011,27(14) pp.151-156

朱麗茹、張培 (2009) 「引入社会工作理念 促進養老服務事業發展」 『社会福利』pp.47-48

日本語引用・参考文献：

A

阿部志郎編（1993）『小地域福祉活動の原点——金沢一善隣館活動の過去・現在・未来』
全国社会福祉協議会

E

袁麗暉（2009）「中国の医療保険制度における医療格差問題」 『山口経済学雑誌』 第 59
巻 第 1・2 号 pp.83-106

G

巖善平（2013）「中国における少子高齢化とその社会経済への影響—人口センサスに基づ
く実証分析—」 『J R I レビュー』 Vol.3 No.4 pp.21-41

H

浜島書店編集部（1998）『新詳日本史図説』 浜島書店

原田正二（1978）『ねたきり老人とホームヘルプ活動—実践記録と活動の展開』 全国社
会福祉協議会

橋本武（1980）「歴代総理大臣の国土ビジョンを読む・その 2『田園都市国家の構想』」
財団法人日本開発構想研究所

広原盛明ら編集（2002）『少子高齢時代の都市住宅学—家族と住まいの新しい関係』 ミ
ネルヴァ書房

包敏（2008）「高齢化の進展と老人扶養意識の変化」 『現代中国の社会と福祉』
pp.81-100 ミネルヴァ書房

本田義信、高橋紘士編集（1987）『しあわせへの挑戦』 全国社会福祉協議会

藤田忍・表野聖子（2002）「中国の都市高齢者世帯における支え合い居住に関する研究—
高齢者と子、孫との関係を中心に」 『日本建築学会計画系論文集』 第 551 号 pp.253 -
258

福祉士養成講座編集委員会編集（1997）『資料編』 中央法規

I

飯島渉、澤田ゆかり（2010）『叢書中国問題群 10 高まる生活リスク——社会保障と医
療』 岩波書店

石田路子（2013）「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」 『城西国際大学紀
要』 21(4) pp.1-29

石原享一（2003）「中国の社会保障制度改革と社会統合——市場化と地方主義の狭間で—
—」 『アジア経済』 XLIV-5・6 pp.67-100

K

金子光一（2005）『社会福祉のあゆみ』 中央法規

金子勇（1993）『都市高齢社会と地域福祉』 ミネルヴァ書房

金子勇編著（2002）『高齢化と少子社会』 ミネルヴァ書房

韓榮芝 (2004) 「中国の高齢化と養老保障問題に関する研究」 『長崎国際大学論叢』第4巻 pp.183-191

河合克義 (2009) 『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』 法律文化社

河合克義編著 (1990) 『これからの在宅福祉サービス』 あけび書房

川上昌子 (2003) 『都市高齢者の実態 (増補改訂版)』 学文社

夏建中著、鈴木未来 (訳) (2001) 「(翻訳) 現代中国の都市におけるコミュニティー管理組織の歴史、構造及び機能」 『立命館産業社会論集』第37巻第2号 pp.175-190

厚生省大臣官房政策課監修 (1995) 『21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて』 第一法規

厚生省大臣官房総務課広報室監修 (1995) 『どう支える超高齢社会—21世紀福祉ビジョンシンポジウム』 財団法人厚生問題研究会

厚生省老人保健福祉審議会 (1996) 『高齢者介護保険制度の創設について』 厚生省

倉沢進 (2007) 「中国の社区建設と居民委員会」 『ヘスティアとクリオ』 No.6 pp.5-22

黒岩亮子 (2008) 「高齢者の『孤立』都福祉政策—『関係的孤立』と『地域活動型』アプローチ矛盾」 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科助教博士論文

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—主として中国の社区福祉サービスの展開に関連して」 『東北福祉大学研究紀要』第31巻 pp.83-100

許福子、李秀英 (2003) 「貧困高齢者のための在宅養老院について—中国大連市沙河口区民権街道の試みをめぐって」 『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第6巻1号 pp.19-25

M

牧里毎治、杉岡直人・森本佳樹 (2013) 『ビギナーズ地域福祉』 有斐閣アルマ

松岡洋子 (2011) 『エイジング・イン・プレイス (地域居住) と高齢者住宅』 新評論

南裕子 (2013.3) 「中国都市社会の変動と住民組織の機能：社区居民委員会リーダーの行動と役割意識から」 『人文・自然研究』, 7 pp.324-346

三浦文夫・高橋紘士ら (2002) 『戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望Ⅲ 政策と制度』 ドメス出版

三浦市社会福祉協議会 (1984) 『老人実態調査報告書 昭和58年度地域福祉推進体制—一人暮らし老人 寝たきり老人実態調査』 三浦市社会福祉協議会

水原清香 (2008) 「中国都市基礎社会における統治機構—都市部「社区」の機能と役割—」 『創造都市研究』第4巻第1号 pp.99-94

百瀬孝 (1997) 『日本老人福祉史』 中央法規

森幹郎 (1981) 『政策老年学』 垣内出版

N

長倉真寿美 (2007) 「地域ケアシステムの構造と水準—介護保険制度創設の前後を通じた高齢者ケアの継続と断絶」 立教大学コミュニティ福祉学研究科・博士論文

那須宗一、増田光吉 (2006) 『老人と家族の社会学』 日本図書センター

21世紀中国総研（2007）「中国情報ハンドブック『2007年版』」 蒼蒼社
西村周三監修（2013）『地域包括ケアシステム——「住み慣れた地域老いる」社会をめざして』 慶応義塾大学出版会

O

小笠原祐次監修（1992）『老人問題研究基本文献』（20/21/22巻）大空社
岡本多喜子著（1993）『老人福祉法の制定』 誠信書房
岡本民夫・田端光美・濱野一郎・古川孝順・宮田和明編集（2007）『エンサイクロペディア—社会福祉学』 中央法規
奥山正司（2009）『大都市における高齢者の生活』 法政大学出版局
太田武男（1975）『現代の親子問題』 有斐閣
太田貞司（1992）『在宅ケアの条件』 自治体研究社
太田貞司編集（2001）『高齢者福祉論』 光生館
太田貞司編集（2003）『地域ケアシステム』 有斐閣アルマ
太田貞司編集（2012）『地域ケアシステム・シリーズ④ 大都市の地域包括ケアシステム——「見えにくさ」と「描く力」——』 光生館
太田貞司編集（2011）『地域ケアシステム・シリーズ① 地域包括ケアシステム——その考え方と課題』 光生館
太田貞司編集（2010）『地域ケアシステム・シリーズ③ 地域ケアシステムとその変革主体』 光生館
大塚正修・日本経済研究センター（2002）『中国社会保障改革の衝撃--自己責任の拡大と社会安定の行方』 劉草書房
王文亮、和田要（2001）『中国の高齢者社会保障--制度と文化の行方』 白帝社
王文亮（2004）『九億農民の福祉——現代中国の差別と貧困』 中国書店
王文亮（2006）『格差で読み解く現代中国』 ミネルヴァ書房
王文亮（2009）『社会政策で読み解く現代中国』 ミネルヴァ書房
王文亮（2009）『格差大国中国』 (株)旬報社
王文亮（2010）『現代中国 社会保障事典』 集広舎
王国忠（2006）「中国の高齢者福祉の変遷について—考察—都市部の高齢者介護を中心に」 『人間文化研究』4 pp.15-27
王挺（2007）「中国の都市における福祉社区形成に関する考察—日本の『福祉コミュニティ』形成の事例及び中国の沈陽市におけるフィールド調査からアプローチ」 立教大学コミュニティ福祉学修士論文

R

李妍焱（2012）『中国の市民社会——動き出す草の根 NGO』 岩波新書
林文潔ら（2002）「中国大連市集合住宅に住む高齢者の屋外活動及び空間の特徴について寒冷地域における都市在宅高齢者の居住環境に関する研究その2」 『日本建築学会大会』

学術講演梗概集』 pp.269-270

林文潔ら (2006) 「中国大連市・ハルビン市集合住宅に住む高齢者夫婦の住まい方の特徴—都市在宅高齢者の住空間計画に関する研究」 『日本建築学会計画系論文集』第 599 号 pp.1-7

李蓮花 (2003) 「中国の医療保険制度改革—経済体制改革との関連を中心に—」 『アジア経済』XLIV-4 pp.2-19

ロバート・K・イン著・近藤公彦 訳 (1996) 『ケース・スタディの方法』 千倉書房
老人福祉計画課・老人保健課監修 (1994) 『老人保健福祉計画作成ハンドブック』 (財)長寿社会開発センター/中法規出版

劉曉梅 (2002) 『中国の改革開放と社会保障』 汐文社

劉曉梅 (2005) 「中国における社会変動と社会保障制度改革」 『特集／中国・アジアにおける〈持続可能な福祉社会〉の構想 セッション1：福祉政策』千葉大学 『公共研究』第2巻第2号

S

沙銀華 「中国社会保障の生成と展開に影響を与える5つの要因に関する考察」

三本松政之、玉野和志ら監修 (2006) 『地域社会の政策とガバナンス』 東信堂

佐々木寿美著 (2005) 『現代日本の政策形成と住民意識——高齢者福祉の展開過程』 慶應義塾大学出版会

佐藤広樹、大木栄一、堀田聰子 (2006) 『ヘルパーの能力開発と雇用管理』 劉草書房

佐藤進 (1999) 『世界の高齢者福祉政策』 信山社

関志雄 (2012) 「高齢化に備えるための年金改革」 『季刊中国資本市場研究』 pp.63-67

城本るみ (2001) 「中国知識層の高齢者扶養にみる親子関係」 『人文社会論叢—社会科学篇』第5号 pp.1-18,

城本るみ (2005) 「中国の社会福祉改革と高齢者福祉の行方」 『人文社会論叢—社会科学篇』第13号 pp.37-59

清水由賀 (2012.9) 「中国における人口高齢化と「社区福利」—高齢社会中国の統合理論を目指して—」 『社会学論集 Vol. 20』 pp.123-138

『新版・社会福祉学習双書』編集委員会 編 (2007) 『新版・社会福祉学習双書 2007 <第2巻>老人福祉論』 全国社会福祉協議会

孫皎、劉群 (2005) 「中国の医療保健制度と養老保険制度の紹介」 『石川看護雑誌 Ishikawa Journal of Nursing』 Vol.2 pp.43-46

相磯富士雄、太田貞司 (1995) 『日本の高齢者政策を問う—保険・医療・福祉からの提言』 大月書店

総務庁長官官房高齢社会対策室 (2000) 「高齢者一人暮らし・夫婦世帯に関する意識調査結果」

社会福祉法人信愛報恩会信愛デイケアセンター (1989) 『信愛デイケアセンター10年史』

庄司洋子、木下康仁、武川正吾、藤村正之編集 (2000) 『福祉社会事典』 弘文堂

T

田口さつき 「遠距離介護という視点からみた高齢者世帯」 『金融市場』6月号 農林中金総合研究所

高橋紘士、山口昇編集 (1993) 『市民参加と高齢者ケア』 第一法規

高橋伸彰著 (2005) 『少子高齢化の死角 本当の危機とは何か』 ミネルヴァ書房

高野和良、坂本俊彦、大倉福恵 (2007) 「高齢者の社会参加と住民組織～ふれあい・いきいきサロン活動に注目して～」 『山口県立大学大学院論集』 第8号 pp.129-137

武田宏 (1995) 『高齢者福祉の財政課題』 あけび書房

竹内孝仁 (1984) 『老人のケア—すぐに役立つ理論と実際』 中央法規

玉田弘毅、吉田忠雄ら (1996) 『高齢化社会の法律・経済・社会の研究』 信山社

田中荘司 (1991) 『老人福祉論』 建帛社 (三訂版・四訂版)

談麗玲、今井範子、伊東理恵 (2005) 「中国都市集合住宅における『空巢家庭』の生活様態と住空間の住様式上の検討—四川省成都における」 『日本家政学会誌』 Vol.56 No.3 pp.197-207

田代国次郎 (1980) 「広島の高齢者福祉—一人暮らし老人の実態調査ケース」 広島女子大学田代研究室

立石昌広 (2002) 「中国のコミュニティサービス経済モデルの変革」 『経済科学研究所紀要第32号』 pp.169-179

単聯成 (2004) 「中国の都市におけるコミュニティ政策と住民組織の再編：長春市の3つの社区居民委員会の事例を中心に」 『フォーラム現代社会学』 (3) pp.96-107

陳燕 (2007) 「これからの中国都市部における一人暮らし高齢者対策の位置と課題—日本の高齢者対策の展開過程からの考察—」 立教大学コミュニティ福祉学 修士論文

陳燕 (2008) 「中国都市部における高齢化問題—都市部高齢者の特質と課題」 『立教大学コミュニティ福祉学研究科紀要』 第6号 pp.33-45

沈潔 (2007) 『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』 ミネルヴァ書房

沈潔 (2014) 『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか』 ミネルヴァ書房

沈潔・広井良典編著 (2007) 『中国の社会保障改革と日本』 ミネルヴァ書房

沈奇志著 (2003) 『改革開放中国の光と「陰」—積み残された福祉』 文眞堂

友清貴和、姫野 (2008) 「中国の社会構造の変化による『社区』の形成と高齢化社会への対応に関する研究」 『鹿児島大学工学部研究報告 第50号』

唐燕霞 (2012.3) 「中国の社区自治における居民委員会の役割に関する試論」 『総合政策論叢』 第23号 島根県立大学 総合政策学会 pp.95-107

(財) 東京市町村自治調査会第2次高齢者介護制度研究会 (1998) 『市町村への緊急提言—介護保険と市町村の役割』 中央法規

東京都福祉局 (1985~1994) 『社会福祉の手引き』

東京都社会福祉協議会編 (1983) 『東京都社会福祉協議会の二十五年』 東京都社会福祉協議会

東京都社会福祉協議会編 (2001) 『東京都社会福祉協議会の五十年』 東京都社会福祉協議会

東京都社会福祉審議会 (1964) 「東京都における社会福祉事業に関する答申」

塔林図雅(2011) 「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担—公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義—」 『生命保険論集』第 182 号 pp.143-170

張瑩 (2006) 「中国東北部本溪市における在宅高齢者の心身不自由度と介護の必要度に関する実態について」 『国際医療福祉大学紀要』第 11 巻 1 号 pp.7-16

張紀濤 (2001) 『現代中国社会保障論』 創成社

U

碓井隆次 (1979) 『類別 社会福祉年表』 家政教育社

W

若林敬子 (1997) 『現代中国の人口問題と社会変動』 新曜社

Y

山口昇 (1992) 『寝たきり老人ゼロ作戦』 家の光協会

一番ヶ瀬康子・黒澤貞夫監修 (2006) 『介護福祉思想の探求—介護の心のあり方を考える』 ミネルヴァ書房

吉田久一編著 (1986) 『社会福祉の日本的特質』 川島書店

楊開宇、坂口正之 (2003) 「中国・上海市における高齢者医療保健制度改革の動向と課題」 『生活経済学研究』第 18 巻 pp.83-95

Z

財団法人北海道民生委員児童委員連携 (1994) 「一人暮らし老人生活実態調査・報告書」

在宅老人福祉対策検討委員会 (1986、1987) 「東京都が今後推進すべき在宅老人福祉施策について」

全国老人福祉問題研究会 編 (1994) 『老後保障最新情報資料集 11「特集—21 世紀福祉ビジョン—と増税問題」』 あけび書房

全国社会福祉協議会 (1979) 『在宅福祉サービスの戦略』 全国社会福祉協議会

全国社会福祉協議会痴呆性老人処遇研究会報告 (1986) 『痴呆性老人の理解と処遇』 全国社会福祉協議会

全労済協会 (2003) 『地域ケアシステム構築の実践』

全社協 (1991) 『老人介護の国際比較』 中央法規

インターネット資料：

中国都市部社区建设研究文献評論 (http://govinfo.so/news_info.php?id=8287) 2013 年 10

月 3 日アクセス

中華人民共和国国家統計局 〈<http://www.stats.gov.cn/tjsj/>〉 2013 年 12 月 20 日アクセス
〈<http://www.census.gov/population/international/data/idb/informationGateway.php>〉

添付資料

大連市高齢者アンケート調査の質問項目

問1 あなたについて

- Q1-1 性別
- Q1-2 年齢
- Q1-3 所在社区
- Q1-4 最終学歴
- Q2-1 家族構成
- Q2-1 ご自分を含めて何人で暮らし

問2 あなたのご家族や生活状況について

- Q2_1 同居されている方
 - Q2-1-2 日中、一人になることがある（家族などと同居されている方のみ）
- Q2-2 普段の生活でどなたかの介護・介助が必要ですか
 - Q2_2_1 「介助また介護を受けていない理由」
 - Q2_2_2 「介助また介護が必要となる病気」
 - Q2_2_3 「主に誰の介助また介護を受けている」
 - Q2-2-4 主に介護・介助している方の年齢（介護・介助を受けている方のみ）
- Q2-3 退職金(月)
- Q2-4 現在、収入のある仕事をしているかどうか
- Q2-5 現在の暮らしの経済状況
- Q2-6 お住まいの形態
- Q2-7 お住まいは2階以上にある
 - Q2-7-1 お住まいにエレベーターの設置（2階以上の方）

問3 養老サービスについて

- Q3_1 好きな養老方式
- Q3_2 在宅養老には、どんな社区養老サービスが必要
- Q3-3 街道弁事処にある托老所(昼)について
- Q3-4 托老所(昼)の利用について
 - Q3_4_1 托老所（昼）を選択する理由
- Q3_5 托老所（昼）に必要とするサービス
- Q3-6 托老所の利用料金について
- Q3-7 平素近隣との接し方
- Q3-8 近隣間の互助は日常生活の中には大切かどうか
- Q3_9 日常生活の中、最も困っていること
- Q3_10 今後最も心配していること
- Q3_11 どんな状況で施設に入るか

- Q3_12 入所施設を選ぶなら、どんな条件が必要か
- Q3-13-1 入所施設の利用料金について～自立高齢者(食事付き)
- Q3-13-2 入所施設の利用料金について～半自立高齢者(食事・介護付き)
- Q3-13-3 入所施設の利用料金について～非自立高齢者(食事・介護付き)

問4 運動・閉じこもりについて

- Q4-1 階段を手すりや壁をつたわずに昇っているかどうか
- Q4-2 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうか
- Q4-3 15分位続けて歩いている
- Q4-4 5m以上歩ける
- Q4-5 週に1回以上は外出している
- Q4-6 昨年と比べて外出の回数が減っている
- Q4-7-1 買物で外出する頻度(週平均)
- Q4-7-2 散歩で外出する頻度(週平均)
- Q4_8 外出する時の移動手段

問5 転倒予防について

- Q5-1 この1年間に転んだことがある
- Q5-2 転倒に対する不安は大きい
- Q5-3 以前に比べて歩く速度が遅くなってきた
- Q5-4 杖を使っている

問6 口腔・栄養について

- Q6-1 6カ月間で2～3kg以上の体重減少がある
- Q6-2 肥満度
- Q6-3 半年前に比べて固いものが食べにくくなった
- Q6-4 お茶や汁物等でむせることがある
- Q6-5 口の渇きが気になる
- Q6-6 毎日歯磨きしている
- Q6-7 定期的に歯科受診
- Q6-8 入れ歯を使用している
- Q6-8-1 噛み合わせは良い
- Q6-8-2 毎日入れ歯の手入れをしている

問7 物忘れについて

- Q7-1 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われる

- Q7-2 自分で電話番号を調べて、電話をかける
- Q7-3 今日が何月何日かわからない時がある
- Q7-4 5分前のことが思い出せる
- Q7-5 その日の活動（食事をする、衣服を選ぶなど）を自分で判断できる
- Q7-6 人に自分の考えをうまく伝えられる

問8 日常生活について

- Q8-1 バスや電車で一人で外出している
- Q8-2 日用品の買物をしている
- Q8-3 自分で食事の用意をしている
- Q8-4 自己で退職金を管理している
- Q8-5 食事は自分で食べられる
- Q8-6 外力を借りないで椅子から立ち上げる
- Q8-7 自分で入浴ができる
- Q8-8 50m以上歩ける
- Q8-9 階段を昇り降りできる
- Q8-10 大便の失敗・尿もれや尿失禁がある
- Q8-11 家事全般ができています

問9 社会参加について

- Q9-1 社区や病院などに出す書類が書ける
- Q9-2 新聞を読んでいる
- Q9-3 本や雑誌を読んでいる
- Q9-4 健康についての記事や番組に関心がある
- Q9-5 友人の家を訪ねている
- Q9-6 何かあったときに、家族や友人・知人などに相談をしている
- Q9_6_1 困る時の相談相手
- Q9-7 趣味はある
- Q9-8 ここ最近、不安・悩み・ストレス・孤独（孤立）感などがある
- Q9_9 不安・悩み・ストレス・孤独などの感情はどのように解消するか

問10 健康について

- Q10-1 普段、ご自分で健康だと思う
- Q10_2 現在治療中まだ後遺症がある病気
- Q10-3 現在、薬を何種類飲んでいる
- Q10-4 現在、病院・医院（診療所、クリニック）に通院する頻度

Q10-5 お酒を飲む習慣

Q10-6 タバコを吸う習慣

Q10-7 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない

Q10-8 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった

Q10-9 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられる

Q10-10 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない

Q10-11 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする

自由回答：高齢者向けのサービスに対する意見と希望について

謝 辞

留学のために来日し、あっという間に 15 年目となりました。日本に行こうと決心した時は、長期滞在での学びで、まさか博士号を取得できるとは夢にも思いませんでした。今思えば、何度も挫折しかけてましたが、諦めずに走り続けてきて本当に良かったと思います。

当初、立教大学コミュニティ福祉学部を選んだ理由は、中国では 30 年以上にわたる一人っ子政策の影響により、高齢者の割合が急速に上昇したことで、高齢者に対する福祉サービスの整備が求められると考え、日本の進んでいる福祉制度や施策を学び、中国の高齢社会に生かしていきたいと思ったからです。この思いをずっと頭の片隅に置きながら、その解決方法を探そうと、研究に励んできました。

本論執筆にあたってご指導ご助言下さった立教大学コミュニティ福祉学部の先生方をはじめとする多くの方々の支えがありました。特に縁があつて、学部に入學してからずっとお世話になった森本佳樹先生、副査としてご指導ご助言下さった三本松政之先生、平野方紹先生、橋本正明先生、福山清蔵先生、学外副査を引き受けて下さった川森茂樹先生、日本語を丁寧に修正して下さった佐藤暁美さん、温かく見守って励まし続けて下さった森本研究室の皆さん、心より深謝申し上げます。

最後に、これまで自分の思う道を進むことに対し、温かく見守りそして辛抱強く支援してくれた両親、家族に対しては深謝の意を表し、謝辞と致します。