

東アジア地域における長期ケアの実践および中国に対する示唆

——日本の介護制度と台湾の「長期照護制度」の実践を例として

臧 政

(訳 金 鑫)



長期ケア (Long-term care, LTC) 問題は人口の高齢化に伴って出現し、一九九〇年代以降、世界における人口の高齢化が深刻化することにより、高齢者を対象とした問題がますます顕著になった。いわゆる長期ケアは、米国健康保険協会 (Health Insurance Association of America, HIAA) に よって、「アルツハイマー型認知症などの慢性疾患 (chronic illness) のような認知障害 (cognitive impairment)、または身体に障害がある機能障害 (functional impairment) を持つ人に対して、長期間にわたり、持続的に提供しているケア

であり、医療サービス、社会サービス、居宅サービス、移動サービス、およびその他の生活支援サービスが含まれる」と定義される。また、世界保健機関 (World Health Organization, WHO) は長期ケアについて、「完全なセルフケア能力を持たない人が、自分の好きな生活を維持し、より高い生活の質を継続的に得ること、および可能な限りの独立性、自主性、参与、個人的な満足と尊敬を得るため、非公式のケア提供者(家族、友人または隣人)、ケアサービス従事者(衛生と社会サービス) により行われるケアシ

システムである」と定義している。したがって、本稿では、長期ケアを以下のように定義する。長期ケアとは、非公式のケア提供者（家族、友人または隣人）とケアサービス従事者（衛生と社会サービス）は、慢性疾患を持つ人または身体に障害がある人を対象に、日常生活のケアサービス、専門的な医療ケアサービス、心のケアサービス、社会サービスを提供し、完全なセルフケア能力を持たない個人が可能な限り正常な生活と満足を得るためのケアシステムである。

国連の統計基準によると、六〇歳以上の人口が総人口の一〇%以上、または六五歳以上の人口が総人口の七%以上を占める国・地域は、高齢化国家、あるいは高齢化社会と呼ばれる。現在、中国では、人口の高齢化が進んでおり、それによる高齢者の長期ケア問題はますます深刻になっている。二〇一一年四月に発表された「第六回全国人口センサス」のデータによると、中国には六〇歳以上の高齢者がおよそ一億四三〇〇万人、総人口の一三・二六%を占め、二〇〇〇年に発表された全国人口センサスの結果より二・九三ポイント増加した。二〇二〇年の時点で、高齢者人口は二億四三〇〇万人に達し、二〇二五年には三億人を超え、二〇五〇年には総人口の三分の一に達すると予測されている。生理機能の低下による膨大な高齢者のセルフケア能力を完全にまたは部分的に喪失することは、高齢者の生

活上の問題のみならず、良い社会の構築にも影響を与える。中国は、深刻な高齢化と長期ケアサービスに対する膨大な需要に直面して、長期ケアシステムの推進は必然性と緊急性を有している。

中国は欧米諸国との間に、社会的背景や文化的伝統に違いがあり、欧米諸国の長期ケアにおける経験から学ぶには一定の制約がある。対照的に、中国と同じ東アジアの国と地域では地縁、人種、および文化が類似し、その長期ケアの実践における経験を参考にすることは意義がある。また、東アジア文化圏の中で、「孝文化」という共通の文化を持ち、日本が高齢化社会に入った後、そこで向き合った一連の問題に対処する際の経験と教訓から学ぶことは中国にとって重要である。さらに、台湾の人々は、中国本土と同じく中華民族の子孫であり、共通の文化的伝統と価値観を有している。台湾と中国本土において、人口高齢化の進展傾向と現実的な問題は、多くの共通点を持っている。台湾は中国本土より早く高齢化社会に突入した。人口高齢化の急速な進展に対峙して、台湾は早い時期から人口高齢化問題と長期ケアの研究に着手し、政府から民間組織まで、人口高齢化問題にかかわる理論的および実践的な研究を多く蓄積し、比較的完全な社会保障システムを確立した。これは、深刻化する人口高齢化問題に直面する中国本土に有益な参考資料を提供している。

一 日本の介護制度の実践と問題点

長期ケアは、日本では介護と呼ばれている。日本は非常に深刻な高齢化問題を抱えている国であり、六五歳以上の人口が総人口の二七%以上を占めるとともに、少子化問題もあるため、高齢化問題をより一層加速させている。日本

の高齢化社会の進展に伴い、要介護高齢者が増加し、介護に費やす時間も徐々に長期化する傾向がみられるようになり、介護に対する需要がますます高まっている。同時に、日本社会の家族構成も変化しつつある。日本では、核家族化が進む一方、家族全員が介護を必要とする高齢者となる現象があらわれ、家族の自力だけでは高齢者の介護をこなすことは困難になってきた。したがって、日本では、これまでの高齢者福祉制度や高齢者医療制度の欠点や不足を補うため、介護保険制度を軸とした介護制度が策定・実施された。

(一) 日本の介護制度の概要

1 日本の介護保険制度

日本の介護産業の規模と成熟度は、アジアにおいてトップレベルにある。日本の介護産業は、介護保険制度を軸として発展、形成されてきた福祉関連産業である。日本の介

護保険制度は社会保険制度に属し、強制加入方式を採用し、政府が管理の主体となっている。ほとんどの国や地域における長期ケアの実践と同様に、日本の介護サービスは生活面のケアとそれに関連する一部の医療ケアに重点を置いている。また、日本の介護サービスは家庭やコミュニティの参加をより重視している。

一九九七年一二月に制定され、二〇〇〇年四月一日に正式に施行された「介護保険法」によると、四〇歳以上の人には強制加入し、保険料を支払うことが義務付けられる。日本の介護保険は、主として、閉塞性動脈硬化症、関節リウマチ、糖尿病合併症、慢性閉塞性肺疾患、パーキンソン症候群、初老期における認知症、脳血管疾患、筋萎縮性側索硬化症などの中高年層の患者を対象としている。そのうち、六五歳以上の被保険者は、「第一号被保険者」と呼ばれ、日常生活動作（activities of daily living, ADL）や手段的日常生活動作（instrumental activities of daily living, IADL）などが含まれる身体的・精神的障害により要介護となる場合、介護サービスが提供される。また、四〇歳から六四歳までの被保険者は、「第二号被保険者」と呼ばれ、加齢に伴う病気で要介護となる場合、介護サービスが提供される。被保険者は介護サービスを受ける際、介護サービス費用の七〇〜九〇%が介護保険により賄われ、被保険者は所得に応じて介護サービス費用の一〇%、二〇%、三〇%の

各割合を自己負担として事業所に支払う。

介護保険制度は、強制加入の基礎の上で、被保険者が所属する市区町村が主体となつて運営し、被保険者と政府がそれぞれ保険料の半分を負担する形を取っている。そのうち、被保険者が負担する保険料の出資比率は、「第一号被保険者」が二三%、「第二号被保険者」が二七%の割合である。他方、政府が負担する保険料は、主として、「社会の公的資金」とよばれる税金から拠出し、国、都道府県、市区町村が二・一・一の比率で出資し、国が二五%（そのうちの五%は調整交付金である）、都道府県と市区町村がそれぞれ一・二・五%の割合を負担している。平成三〇年（二〇一八）を例にとると、この年の介護保険に関する総予算は一〇・三兆円であつた。そのうち、「第一号被保険者」が支払う保険料は二・四兆円（二三%）、「第二号被保険者」が支払う保険料は二・八兆円（二七%）であつた。また、国庫負担は二五%の割合を占め、定率分の一・九兆円（二〇%）、および調整交付金の〇・五兆円（五%）が含まれる。都道府県、市区町村はそれぞれ保険料の一・二・五%の割合で、一・四兆円と一・三兆円を負担する。

四〇歳以上の中高年者が要介護認定を申し込むと、まず、訪問調査員が申請者の心身状況について調査し、その認定調査の結果と主治医意見書のデータをもとにして、一次判定を行う。つぎに、一次判定の結果を受け、介護認定

審査会が二次判定を行う。要介護が認定された後は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、老人福祉施設とのうち、一次判定は、市区町村に認定された訪問調査員が実施した申請者の心身状況にかかわる訪問調査項目（七四項目）の結果と主治医意見書のデータをコンピュータにかけた判定である。二次判定は、保険、医療、福祉の専門家の委員で構成される介護認定審査会が、その一次判定の結果と主治医意見書をもとに判断する認定である。介護認定審査会の結果に基づいて、三種類の結果が通知される。第一に、「非該当」であり、サービスは必要ないと判断される。第二に、「要介護」であり、身体介助などのサービスが提供される。第三に、「要支援」であり、家事代行サービスが提供される。また、「要支援」の場合は、介護の必要度が低い方から要支援一、二と分類され、それに応じた家事代行サービスが提供される。それに対して、「要介護」の場合も、介護の必要度が低い方から要介護一〜五まで分けられ、それに応じた身体介助などのサービスが受けられる。さらに、介護サービスを受ける過程において、介護サービスの認定ランクが再び調整され、それに合わせてケアプランも変更される。

2 日本の介護サービスの種類

日本の介護サービスは、大きく居宅サービス、地域密着

型サービス、施設サービスの三種類に分けられる。日本の介護サービスの大きな特徴は、自宅での介護とコミュニティによる介護の結合である。したがって、本稿では、自宅での介護とコミュニティによって提供される介護サービス、すなわち居宅（介護予防）サービスを主たる研究対象とする。居宅サービスは、介護サービスが行われる場所によって、大きく訪問サービス（居宅型ケア）、通所介護サービス（コミュニティ型ケア）、短期入所介護サービス（ショートステイケア）の三種類に分類される。二〇〇〇年四月に、日本で介護保険制度が創設されて以来、人口高齢化の進展につれて、介護サービスを受ける人数が増加しつづけた。第一号被保険者数は二〇〇〇年の二一六五万人から二〇一九年四月には三五二七万八一四二人に達し、そのうち、要介護と認定された被保険者の数は二一八万人から六四六万四〇八八人に増加した。二〇一九年四月の時点で、訪問サービスの利用者数は三七三万四六八五人、通所介護サービスの利用者数は八六万一〇五九人、短期入所介護サービスの利用者数は九四万二三三八人であった。これらのデータは、日本では介護保険制度が利用され、広く普及されていることを説明している。

(1) 訪問サービス——居宅型ケア

訪問サービスは、訪問介護（要介護者の自宅において介護サービスを提供する）、訪問入浴介護（要介護者の自宅

において入浴の介助サービスを提供する）、訪問看護（要介護者の自宅において看護サービスを提供する）、および訪問リハビリテーション（要介護者の自宅において居宅医療リハビリや居宅療養管理指導サービスを提供する）の内容が含まれる。訪問サービスでは、要介護者の実際の状況と家庭状況によって、訪問看護計画書と訪問看護指示書が作成される。

訪問介護は、家事代行サービスと身体介助サービスとの二種類が含まれる。家事代行サービスでは、掃除、洗濯、料理などの基本的な家事が含まれる。それに対して、身体介助サービスは、食事、排泄、入浴などの直接身体に触れるサービスが包括される。なお、訪問サービスには、特別に訪問入浴介護があるが、身体介助サービスにおける入浴のサポートとは異なる。なぜなら、訪問入浴介護は要介護者の入浴をサポートするだけでなく、日本の入浴文化にも対応しているからである。介護スタッフは、要介護者の自宅で入浴をサポートするとともに、要介護者を専用の車で移動させ、銭湯での入浴サポートも行う。また、介護スタッフは、入浴中に起こり得る事故の発生を防ぐため、常に要介護者の健康状態に細心の注意を払う。訪問看護は、生活面のケアが重視される訪問介護と訪問入浴介護と異なり、訪問看護計画書に基づき、要介護者の自宅に訪問し、病気や身体障害の看護を提供する。

また、訪問リハビリテーションは、主治医の指示に沿って、理学療法士、作業療法士、語学聴覚士などの国家試験に合格した専門スタッフが、自宅で療養している要介護者に対して、サービスを提供する。このサービスの主旨は、身体、精神、言語または聴覚などの障害を持つ要介護者に対して、機能回復のためのリハビリテーション指導を提供することである。それは、要介護者の基本的な動作機能、簡単な作業能力、基礎的な言語または聴覚能力を回復させることにより、睡眠や歩行などの日常生活動作（ADL）と買い物や洗濯などの手段的日常生活動作（IADL）の機能維持と機能回復を目指す。このサービスは、ADLとIADLにおける機能回復のためのリハビリテーション指導の提供に重点を置いていることが理解できる。さらに、多くの要介護者は、日常生活における機能の欠如に加えて、高齢者がかかりやすい多くの病気と慢性疾患を患っている。したがって、訪問リハビリテーションは、日常生活における機能の回復を目指す指導以外に、居宅療養管理指導を行い、要介護者が自宅でそれらの疾病の予防と治療に関するサービスを受け、快適に暮らせることも重要な内容の一つとしている。

(2) 通所介護サービス——コミュニティ型ケア

通所介護サービスは、主として、通所看護（施設において看護サービスを提供する）と通所リハビリテーション

（施設において医療リハビリサービスを提供する）に分けられる。二種類のサービスは異なる場所で行われる。

通所看護は、主として、デイサービスセンターや老人福祉センターなどの専門機関で、要介護者に定期的に生活面のケアが提供されるサービスであり、また、前述した訪問サービスに属する訪問介護に含まれる身体介助サービスの内容とほぼ同じである。自宅だけではなく施設でもこのようなサービスが提供されることは、要介護者が家庭から出て、他者との交流を通して社会的孤立感の解消を図り、また、家族介護者の身体的・精神的負担の軽減も目的とされるからである。このサービスは、日本と台湾では「息抜きサービス」とも呼ばれる。デイサービスセンターや老人福祉センターなどの施設における看護サービスの具体的な内容と利用の手順については、事例を通じて後述する。

通所リハビリテーションは、主として、病院、診療所、老人保健施設などの専門機関で、理学療法士、作業療法士、および言語聴覚士などの専門家により、医師の指示の下、要介護者に定期的に日常生活動作の機能維持と機能回復を目指すためのサポートと訓練が提供されるサービスであり、また、前述した訪問サービスに属する訪問リハビリテーションに含まれるサービスの内容とほぼ同じである。

(3) 短期入所介護サービス——ショートステイケア

短期入所介護サービスは、主として、短期入所生活介護

(生活面のケアを受けるための養護老人施設へのショートステイ)、短期入所医療介護(リハビリテーションや医療ケアを受けるための養護老人施設へのショートステイ)が含まれる。

短期入所介護サービスは、前述した訪問サービスと通所介護サービスの目的と内容に類似し、要介護者に特別養護老人ホーム、老人短期入所施設を利用してもらい、長期の在宅生活の質向上を目指すための介護とリハビリテーションが提供されるサービスである。また、このサービスは介護者(家族)に「息抜き」の機会を提供する。

短期入所医療介護の場所は、短期入所生活介護と比較して、養護老人ホーム、介護老人保健施設(老健)、病院、介護医療院のように細分化することができる。

3 日本の介護産業における介護職員の現状

日本の介護産業では、サービス内容の総合性と多様性から、様々な専門性をもつ労働者の協力が求められる。日本の介護産業における介護職員は、介護福祉士、ホームヘルパー、看護師、社会福祉士、介護支援専門員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などの資格を有する労働者が含まれる。

そのうち、介護福祉士は国家試験に合格し、且つ合格後に資格登録を行う必要がある、主として、食事や入浴などの身体介助のようなサービスを提供する。しかし、厚生労

働省は、二〇〇七年一二月以降、介護福祉の仕事内容について、「介護福祉士の名称を用いるには、専門的知識・技術をもつて、身体または精神に障害を持つ要介護者の心身状況に応じた介護を行い、また要介護者および看護職員に対して助言、指導を行う必要がある」と見直し、その結果、心理的、社会的、且つ日常生活における広範囲にわたる援助も含まれるようになった。また、看護師は通常、介護福祉士と連携し、介護福祉士とともに要介護者に対して「療養にかかわる介護」を行い、また、医師の指示の下で「補助診療」を提供することを主な仕事とする。それから、ホームヘルパーは、要介護者の自宅を訪問して介護を実施する方法でサービスを提供する。政府によって設立された専門研修プログラムを修了したホームヘルパーは、要介護者の自宅を訪れ、生活面のケアに関する介護サービスを行う。他方、前述した理学療法士、言語聴覚士などの専門家との連携を通して、要介護者へのサービスの充実を図る。

全体的にみると、日本では、二〇〇〇年に介護保険制度が施行されて以降、介護職員数は増えつつけてきた。介護産業の有効求人倍率は、全業種の有効求人倍率と比較すると、高い水準を維持している。統計データによると、二〇〇八年の米国のリーマン・ショックの影響を受け、二〇〇九年の日本の介護産業における有効求人倍率が他業種の有

効求人倍率とともに低下した。しかし、介護職員の雇用者数の増加率は常にプラスの傾向を保ち、二〇一〇年から急速に伸び始めた。また、平成二九年（二〇一七）の介護産業の有効求人倍率は三・五〇倍であり、全業種の有効求人倍率（一・五〇倍）の二・三倍であった。要介護（要支援）と認定された要介護者数の増加に伴い、介護職員数は大幅に増加した。さらに、平成二八年（二〇一六）の介護職員数は、平成二二年（二〇一〇）の三・三倍である。

しかし、介護に従事する労働者は増加しつつあるものの、介護産業の人材不足という問題が依然として残る。たとえば、報道によると、平成二七年（二〇一五）には、日本の介護職員数は一八三・一万人に達したものの、必要とされる介護職員数との間に、四万人のギャップが存在した。また、平成二八年（二〇一六）の介護職員数は二〇〇〇人しか増加せず、前年度の介護職員における四万人の不足が依然として実質的に緩和されていない。二〇三五五年までに、日本の「団塊世代」の年齢は八五歳を超えると予想される。それまでに、日本の介護職員数の不足は七九万人に達するであろう。また、報道によると、日本で介護福祉士を養成する介護福祉士養成施設の入学者数は五年連続で減少し、二〇一八年の入学者数は六八五六人であり、募集人数の四四・二％にとどまった。

平成三〇年（二〇一八）の日本賃金構造基本調査による

と、医療・福祉関連の職員の平均月給は三四・〇二万円である。⁽⁸⁾ そのうち、医療産業の職員の平均月給は、医師が六〇・一四万円、薬剤師が四一・三二万円、看護師が三六・〇七万円とランク付けされた。⁽⁹⁾ 他方、介護産業の職員の平均月給（基本給、職務関連手当、資格手当）は、看護師が三二・一三万円、介護支援専門員が二八・一九万円、社会福祉士が二七・六五万円、認知症介護関連の研修の修了者が二七・九三万円、認定特定行為業務従事者が二七・六三万円、介護福祉士が二六万円、介護職員が二四・四四万円となっている。⁽¹⁰⁾ 介護産業の職員の低収入の影響を受け、医療・福祉産業全体の平均収入が大幅に引き下げられた。平成三〇年（二〇一八）に、厚生労働省が公布した最低賃金水準によると、全職種における一時間あたりの賃金の加重平均額は八七四円である。また、就業規則に基づき、一日八時間、週五日で換算すると、二〇一八年度の最低賃金労働者の年収は約一六七・八一万円であり、月給は約一三・九八万円である。さらに、報道によると、⁽¹¹⁾ 二〇一六年の厚生労働省の統計結果は、介護産業の職員の平均月給が二六・二万円であり、全職種の平均月給の三六・二万円より一〇万円も低いことを明らかにした。対照的に、日本の介護産業の職員の平均年収は最低賃金水準より高いものの、医療産業の職員の賃金水準よりはるかに低いことは議論の余地のない事実である。介護産業の内部においても、第一線で働く

労働者の収入は、その他の介護職員の収入よりはるかに低い。たとえば、統計データによると、同じ社会福祉法人の中で、介護老人福祉施設で働く労働者の平均月給（基本給）は二一・二八九三万円、介護老人福祉施設以外の場所で勤務する介護職員の平均月給（基本給）は三二・六六八三万円となっており、一・五三倍の差がある。

仕事のプレッシャーが大きく、賃金も比較的到低いことは、介護産業における人材不足の主な原因となった。その上で、日本の介護保険制度の長期的、且つ健全な運営を確保するには、いかに財政による支援や介護職員の待遇改善を行うかということが重要な課題となっている。

(二) 日本の介護制度の実践における問題点

前述したように、日本は高齢化問題が非常に深刻な国であり、少子高齢化の進展により、東アジア地域において長期ケアシステムを初めて導入した国となった。現在、日本の介護制度は徐々にその欠点を露呈している。日本の厚生労働省は、「平成三〇年における介護従事者処遇状況等調査結果」によると、二〇一八年一〇月に、日本の介護産業における職員の収入状況について、層別無作為抽出法による調査を実施した。調査では、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設から四分の一、訪問介護、通所介護、居宅支援介護から二十分の一、認知症対応

型共同生活介護から十分の一という比率で、全国一四万三五八二か所の介護施設や事業所から一万八九二件を抽出し、調査を行った。この調査結果では、多くの問題が判明した。要約すると、日本の介護制度は、主として、以下のような二つの問題点を抱えている。一つは、政府の介護に関する財政が窮迫していることである。もう一つは、介護従事者の社会的地位と収入は、比較的到低いため、介護の人材が極端に不足していることである。近年、介護従事者が高齢者を殺害する一連の事件が発生したことは、その矛盾が集中的に発生していると、ある程度みなすことができる。たとえば、二〇一四年に神奈川県川崎市の老人ホームにおいて、二か月以内に三人の高齢者がビルから落下し、死亡した事件が発生した。その後、二〇一四年二月一日に、男性看護師である今井隼人は「ビルから人を投げ捨てた」と罪を認め、事件の真相が明らかとなった。¹⁵⁾日本の警察庁の犯罪統計資料によると、二〇〇七年から二〇一四年までの八年間に、「看護による疲弊を感じる」という理由で殺人事件が引き起こされたケースは、三五六件であった。¹⁶⁾また、二〇一五年二月から二〇一六年六月にかけて、『毎日新聞』（大阪版）に連載された「介護家族」が本として刊行されたことにより、介護殺人は社会問題として関心を集めた。

日本社会は、すでにこの問題の深刻さを認識し、多方面

から解決方法を探ってきたと言える。しかし、政策選択、社会的支援、そして個人の努力は、理論的に介護産業の賃金水準の引き上げという目標を達成できるはずであるものの、明らかな効果があらわれていない。日本の政府、社会、市民は、介護産業における低賃金問題への対応策を講じてきたものの、その効果はあまりあがらなかった。現状を改善するため、どのような努力を要するのかを考える価値がある。

二 台湾の長期ケアシステムの実践と問題点

長期ケアは、台湾において「長期照護」(長期照顧)と呼ばれる。「長期護理專業人員培訓規劃會議記錄」(長期ケア専従者職業訓練企画議事録)によると、台湾における「長期照護」は、機能障害または認知障害を持つ人に対して、その機能またはセルフケア能力に応じ、異なるレベルのケアを提供することにより、ケアを受ける人の尊厳性、自主性、独立性に基づいた生活の質を確保するための制度である。これらのケアには、健康面におけるケア、個人に対するケア、社会サービスの提供が含まれる。また、ケアは、継続的、あるいは断続的に提供される一方、通常はある種の機能に障害を持つ人のニーズに合わせて、ある期間において提供されつづけなければならない。

(一) 台湾の「長期照護制度」実践の概要

1 台湾における長期照護の発展の背景

台湾は、中国大陸と比べて、人口高齢化が比較的早く顕在化し、高齢者人口の割合が最も大きい地域の一つである。台湾は、一九九三年に六五歳以上の人口の割合が七・〇九%にのぼり、高齢化社会に突入した。¹⁷⁾二〇一〇年に高齢者人口の割合が一〇・八九%で、二六〇万人以上となり、一九九三年の約二・五倍に増加した。統計データによると、高齢者人口は、二〇五〇年までに台湾の総人口の五分の一を超え、いわゆる五人に一人が高齢者となり、また、社会形態の変化により、一人暮らしの高齢者がますます増え、高齢者の総人口の二〇%を占めるようになると推定される。¹⁸⁾人口高齢化の進行は、高齢者扶養率を急速に高めた。台湾の高齢者扶養率は一九七〇年代以前には約五%で、一九九三年に一〇・五〇%にのぼり、二〇〇四年に一三・一七%に達した。¹⁹⁾この比率は、二〇三一年に三七・六一%、二〇五一年に六三・七六%に達すると予測される。²⁰⁾他方、台湾は、二〇一〇年に合計特殊出生率が〇・九であり、世界最低水準の地域の一つとなった。一人の高齢者は、二〇一〇年に六・六人の生産年齢人口によりサポートされ、二〇六〇年になると、一・二人の生産年齢人口によりサポートされることになると推定される。高齢者扶養率

が高まりつづけることは、社会保障への圧力が日々重くなることを意味している⁽²³⁾。

また、人口高齢化の加速化と寿命の伸長により、慢性疾患が多くの高齢者の直面せざるを得ない問題となっている。一方、機能障害を持つ人の数も上昇しつづけ、二〇〇九年にその数は約一〇七万一〇七三人となり、総人口の四・六三%を占めた⁽²⁴⁾。人口高齢化の急速な進展、慢性疾患を持つ患者数と障害者数の増加は、必然的にケアに対する新たなニーズを作り出すため、その問題を解決するにあたり、新しいケアの方式と内容の提供、「長期照護制度」の整備が必要とされる。したがって、「長期照護」は台湾における養老サービスの重点課題といえる。

台湾の「長期照護」システムは、衛生医療、社会福祉、および「退補会」（訳注＝国軍退除役官兵輔導委員会の略で、退役軍人労行政を所轄する機関）と三つのシステムに管轄される。また、「長期照護」サービスのモデルは、「施設型照護」「地域型照護」「居宅型照護」の三つに分けられる。「護理之家」「長期照護施設」「養護施設」「安養施設」「栄民之家」は、いずれも「施設型照護」の一種であるものの、それぞれ異なるシステムに属する。「護理之家」は衛生医療システム、「長期照護施設」「養護施設」「安養施設」は社会福祉システム、「栄民之家」は退補会システムに所属する。また、「護理之家」「長期照護施設」「養護施設」

「設」「栄民之家」は習慣的に「長照」と略称される。いかなる「長照」施設でも、介護スタッフを配置する必要がある。他方、「地域型照護」は、「日中照護」あるいは「日中託老」と呼ばれる。また、「居宅型照護」は、体系的な健康ケアと社会サービスを要する在宅療養者または身体障害者に、患者の自宅においてサービスを提供するケアである。「長期照護」サービスにおける三つのモデルは、主として、ケアサービスを受ける人によって分類され、サービス提供者に関する制限は設けられていない。

2 台湾の「長期照護十年計画」

台湾は、二〇〇七年に「長期照護十年計画」を提出し、「長期照護制度」の発展における全体的な構造と基本的な方向性を確立した。以下は、二〇〇七年に台湾で発行された『我国長期照護十年計劃摘要本』（我が国における長期照護の十年計画概要）に基づいた内容である⁽²⁵⁾。

(1) 計画の基本目標

この計画は基本的に、心身の機能に障害を持つ人が、満足できるサービスの獲得、自立して生活する能力の向上、生活品質の向上、尊厳性と自主性の維持を保障するため、包括的な「長期照護」システムの構築を目指している。また、基本目標の下、六つのサブ目標が置かれている。第一に、「全人照護」（病気になった後のケアだけではなく、病気にかかる前の予防ケアも提供されること）、「在地老化」

〔高齢になっても住んでいる地域で暮らしつづけること〕、多元的、且つ連続的なサービスを原則とし、「長期照護」サービスの発展と普及を強める。第二に、人々が個人のニーズを満たすような「長期照護」サービスの獲得を保障し、サービスを選択する権利を強化する。第三に、家庭ケアの能力をサポートし、家庭ケアの責任を分担する。第四に、ケアの管理メカニズムを設立し、各種サービスと資源を統合し、提供されるサービスの効率と利益を確保する。第五に、政府の財政補助を通じて、人々の「長期照護」サービスの経費負担を軽減させる。第六に、「長期照護」の財源の持続可能性を確保するため、政府と市民は財政的責任を共有する。

(2) 「長期照護」サービスの対象

第一に、主として、日常生活において、他人のサポートが必要とされ（ADL評価法、IADL評価法の基準による「要照護認定」を受けること）、六五歳以上の高齢者、五五歳以上の山間部の原住民、心身の機能に障害を持つ五〇歳以上の人、およびIADLの機能のみ喪失した独居老人、以上の四つの対象者が含まれる。第二に、「要照護認定」により、「要照護度」が軽度（ADL評価法の項目のうち一〜二項目支障がある人、およびIADLの機能のみ喪失した独居老人）、中度（ADL評価法の項目のうち三〜四項目支障がある人）、重度（ADL評価法の項目のうち

五項目以上支障がある人）と三段階の判定を受けた人である。

(3) サービスの原則

第一に、サービスの提供（実物給付）を主として、サービス利用者に助成金を与えることを原則とする。第二に、障害者家庭の経済状況に応じて異なる金額の助成金が提供される。家庭の総収入が社会救助法で規定された最低生活費の一・五倍未満の場合は全額支給され、家庭の総収入が社会救助法で規定された最低生活費の一・五〜二・五倍の場合は九割が支給され（一割の自己負担）、一般家庭の場合は六割が支給され（四割の自己負担）、政府の支給限度額を超えた場合は、サービス利用者が費用の全額を負担する。

(4) サービスの項目

第一に、居宅生活への支援サービスである。「照護服務員」をサービス提供者とし、また、サービス利用者の障害の程度に応じ、入浴への介助、散歩の同行、家事代行、清掃、通院付き添いなどの異なるサービスが提供される。第二に、居宅ケアサービスである。このサービスは「居宅型照護」サービスの最も初期のモデルであり、ケアスタッフが定期的に利用者の自宅を訪問し、傷の処置、注射、利用者のニーズに合うケア、一般的な身体検査、利用者のニーズに合うケアへのコーチング、栄養と基本的なりハビリテーション指導、および適切な社会、医療資源に関するコ

ンサルティングなど、利用者家族へのサポートを提供する。第三に、自宅環境への改善サービスである。利用者の需要に応じて、家庭用給水、排水、防水、寝室、台所、浴室などの施設の改善と居宅生活動作補助用具の追加が提供される。第四に、配食サービスである。一人暮らしの高齢者は、以下の方法によってサービスが提供される。まず、「定点用餐」という方法であり、いわゆる、高齢者は決められた時間に、「社区發展協会」、高齢者センターまたは公共福祉団体によって提供された場所で食事を取る方法である。つぎに、ケアスタッフが利用者の自宅へ赴き、食事の準備と摂取を手伝う方法である。さらに、タクシーの運転手を介して、一人暮らしの高齢者にランチボックスを定時に届ける方法がある。第五に、緊急救援システムサービスである。高齢者は自宅で突発的な事故に遭った時、救助信号を発し、それにより救助される。第六に、息抜きサービスである。利用者家族のプレッシャーを軽減し、心身の健康を保つため、息抜きの時間を提供するものであり、さらに、居宅型、施設型および日中型の三つのタイプに分けられる。第七に、送迎サービスである。利用者のニーズに応じて、送り迎えが提供される。第八に、施設入所の認定サービスである。「長期照護管理センター」は、利用者の申請に応じ、認定調査員を利用者の自宅に派遣し、施設入所の認定を行う。

(二) 台湾における

「長期照護制度」実践の経験と問題

台湾における「長期照護」の実践は、いくつものプラスの社会的効果を生み出し、人口高齢化によってもたらされた「長期照護」サービスの問題に対処するための実行可能な一つの方法を提供了。要約すると、主として、以下のような成果がもたらされた。第一に、中国の伝統的な「孝文化」の継承が促進され、高齢者は自宅から離れることなく、ケアサービスを受けることが可能になったと同時に、家族の負担が軽減された。第二に、家族への一定の助成金の拠出、一人暮らしの高齢者へのサービスの提供、低所得の家庭に対する無料サービスの提供などを通じて、社会的平等が図られた。第三に、「在地老化」の「長期照護」を実現し、「地域型照護」による在宅化と居宅型の「長期照護」を積極的に提唱することにより、施設型の「長期照護」サービスによる不利益を回避できた。第四に、多元的な「長期照護」モデルを実施し、政府、高齢者、および養老産業にとって、「ウインウイン」の関係を構築する目標が達成された。

他方、台湾において「長期照護」を実施する過程で、主として、以下のような欠点と問題点もあらわれた。第一に、政府の拠出金と「福祉」の形によって提供されるサー

ビスへの過度な依存は、政府へ大きな財政圧力を加えた。第二に、サービスに対する「有効需要」の不足と支払い能力の低さは、「長期照護」に関する政策の進展を大きく妨げた。第三に、不適切なサービス資源、サービスの量の不足、自宅からの距離の長さ、サービス時間の柔軟性とサービスの多様化の欠如などの問題により、多くの家庭はこのようなサービスを申請しなかった。そのため、「居宅型照護」と「地域型照護」のサービスモデルを改善する必要がある。第四に、ケアスタッフの人員不足であり、サービスへの需要に対応できていないことである。実際、高齢者は部外者の世話に慣れていないことも重要な理由の一つである。これらの要因は、「長期照護」サービスの実施効果に影響を及ぼしている。

三 中国における長期ケアの発展と 日本、台湾の示唆

これまで論じてきた日本と台湾は世界で最も人口高齢化の進展が速い地域の一つである。フランスは世界で初めて高齢化に突入した国であり、六五歳以上の人口の割合が、一七七六年の四・四％から一八八六年の七％に上昇するまで、一一〇年かかっている。しかし、日本では、六五歳以上の高齢者人口の割合について、一九五〇年の四・九％か

ら一九七〇年の七・一％になるまでに、わずか二〇年であった。さらに、台湾では、六五歳以上の高齢者人口の割合が、一九八〇年の四・三％から一九九三年の七・一％に増えるまでに、わずか一三年を要するのみであった。日本と台湾の高齢化進展のプロセスを比較すると、以下のような共通点がある。第一に、人口構造が変化する時間が短かった。第二に、人口高齢化の加速化が著しかった。第三に、人口高齢化の進展の地域間アンバランスがみられた。第四に、高齢化に伴い少子化もあらわれた。

(一) 中国における長期ケアの歴史変遷と現状

中国における長期ケア制度は、遅れて発足したものの、養老サービスに基づき、長期的に「準」長期ケアサービスが実践されてきた。一九五〇年代において、「民政部门」は、扶養親族、労働能力、生活収入源がないという「三無」高齢者に社会的支援を提供し始めた。具体的な救済措置は、住宅の無償提供、養老施設サービスと社会サービスの無償提供、給付金の支給などがあげられる。社会救助の範疇に属する早期の養老サービスの本質は、「セーフティーネット」のような基礎項目である。統計データによると、中国では一九六四年の時点で、七〇〇以上の社会福祉院または老人ホームがあり、およそ七万九〇〇〇人の「三無」高齢者に施設型の長期ケアサービスを提供してい

た。改革開放政策が導入されて以降、中国経済の繁栄と民間資本の台頭により、二〇〇一年の時点で養老サービスが提供された施設の数は一三万九三三八か所で、入所した人数は八九万三〇〇〇人に達した。また、養老ケアサービスの対象も、「三無」高齢者から、ケアが必要とされ、且つ費用の自己負担が可能なすべての高齢者へと徐々に拡大している。

現在、養老サービスの施設において長期ケアサービスを利用している高齢者は、主として政府が費用を負担する「三無」高齢者、本人または家族が国に特別な貢献をした高齢者、および自費で入所する高齢者の三種類に分けられる。施設に提供される長期ケアサービスを受ける高齢者では、政府の財政支援を受ける最初の二種類の高齢者が主流となっている。統計データによると、自費で施設型の長期ケアサービスを受ける高齢者は、都市部で施設型の長期ケアサービスを受ける人の二五%を占め、農村部で六%にとどまった。中国では長期ケアサービスに対する膨大な需要と比較すると、施設型の長期ケアサービスの供給が不十分であり、また、現在の発展の趨勢から、短期間のうちに長期ケアサービスの需要とのギャップを埋めることは難しいと予想される。現在、中国では養老サービスを提供する施設は、長期ケアサービスの巨大な需要を満たすことができないうもの、これまで長い発展の歴史を持ち、且つ最も主

流となっている長期ケアサービスの提供手段でもあり、中国社会における養老問題に対して多大な影響を与えてきた。その影響は、主として、以下の二点があげられる。第一に、これまでの家庭を養老の主体とした伝統に対して影響を及ぼし、多くの人は家庭以外にケアサービスを求めるという考え方を受け入れ始めた。第二に、養老サービスの形式と内容が多様に発展することを促進し、長期ケアサービスの不足を実質的に埋め合わせた。

施設型の長期ケアと比較すると、中国における居宅型、コミュニティ型の長期ケアの発足は遅かった。国家レベルの政策文書は、二〇〇〇年に国務院によって「関于加快实现社会福利社会化的意见」（社会福祉の社会化の実現を加速する意見に関して）が公布され、養老の方法を「居家为基础、社区为依托」（居宅を基礎とし、コミュニティに頼る）と指摘した。それ以来、社会養老、居宅養老サービス（高齡者福祉の星の光計画）を形成され、社会福祉の社会化の波が巻き起こり、国はコミュニティにおける「老年福利星光計劃」（高齡者福祉の星の光計画）を実施し始めた。中国政府は、二〇一六年に「コミュニティ・サービスセンター（ステーション）、コミュニティ・デイサービスセンター、衛生サービスセンターなどの資源を頼りにし、高齡者に健康、文化、体育、法律援助などのサービスを提供する。小規模のコミュニティ養老院の建設を励まし、高齡者の近所

で養老サービスを受ける需要に応じ、親族の見舞いへ便益を与える」という方針を示した。これに基づき、各地で政策を打ち出し、集合団地を建設する際、「養老服務用房」（養老サービスを提供するための部屋）の用意が必須になった。

中国は過去五年間、政府主導の下、長期ケアサービスに対応する長期ケア保険制度を設立するステップを加速した。中国政府は、二〇一六年に「関于開展長期護理保險制度試点的指導意見」（長期ケア保険制度の実験地域の展開に対する指導意見²⁶）を公布し、長期ケア保険制度を実験的に実施する都市を一五か所設立した。この実験の目的は、「社会的な互助共済の方式を通じて資金を調達し、障害者の基本的な生活面のケアと基本的な生活に密接に関連する医療ケアのための資金とサービスを確保するための社会保障制度の設立を探索する。それから、一、二の実験期間を設け、経験を蓄積し、「第一三次五カ年計画」期間に、社会主義市場経済体制に適応する長期ケア保険制度の政策的な枠組みが基本的に形成されることを目標とする」ことである。また、中国政府は、二〇二〇年に「関于拡大長期護理保險制度試点的指導意見」（長期ケア保険制度の実験地域の拡大に対する指導意見²⁷）を公布し、長期ケア保険制度を実験的に実施する都市を一四か所追加した。さらに、この実験の目標は、「第一四次五カ

年計画」期間に、中国経済の発展レベルと高齢化進展の趨勢に応じる長期ケア保険制度の政策的な枠組みが基本的に形成され、国民の多様なニーズに応えるマルチレベルの長期ケア保険制度の整備が促進される」ことを設定した。また、実験における長期ケア保険の適用範囲は、「実験は「職工基本医療保険」に加入した従業員から始め、重度の機能障害を持つ人の基本的なケアに対する需要に対応することを重点に置き、条件を満たした障害を持つ高齢者と重度障害者への保障を優先する」ことを定めた。長期ケアの実験における資金調達の原則は、「企業と個人による支払いをメインとし、企業と個人は、原則上同じ保険料率で拠出し、企業の拠出ベースが従業員の賃金総額であり、また、企業の負担を減らすため、最初の段階において「職工基本医療保険」の費用から拠出することができる。他方、個人の拠出ベースが従業員本人の賃金であり、「職工基本医療保険」の口座から引き落とすことができる」とされた。待遇提供の基本原則として、「医療機関またはリハビリテーション機関の正式な診断を受け、障害を有してから半年間以上が経ち、且つ申請により認定された障害のある被保険者は、規定に基づき待遇を受けることができる。また、ケアの必要性のレベル、サービス提供の方式などに對して異なる待遇保障政策が施され、居宅型とコミュニティ型のケアサービスの利用が奨励される。さらに、規定

を満たすケアサービスの費用に対して、全体の給付水準は、基金によって支払われる金額が費用の約七〇％に抑えられることが掲げられた。

(二) 中国における長期ケア制度の確立が直面する問題と挑戦

1 「未富先老」という社会的現実が

長期ケア体系の発展にもたらした巨大な挑戦

西側先進国の高齢化は、東アジア地域と異なり、産業化を経験した後に出現した一方、東アジア地域における高齢化は、比較的年アンバランスであり、とくに中国では「未富先老」（豊かになる前に高齢になる）の局面を迎えた。中国政府は、老後に備えるための保障制度の構築を加速しているものの、経済的な側面を保障する需要に加えて、高齢者の身体機能が低下するにつれ、長期ケアに対する需要がますます顕著になっていることは否めない。しかし、現在の中国では、経済発展の水準、養老における伝統的な観念、一人っ子政策などによってもたらされた「四二一」家庭（一組の夫婦が双方の両親四人を扶養し、一人っ子を養育する家庭構成を指す）は、家族のみによって提供される養老ケアをより困難にしている。このため、高齢者向けの規範的、専門的な社会サービスシステムの重要性が示された。しかし、中国では資格を有するケアスタッフの数が二

万人強にすぎず、入所率が七〇％にとどまっている。これは、養老サービスに対する需要の圧力を緩和することすらできないことが示された。

2 長期ケアにおける「福祉」と「産業」の二重性のアンバランス

長期ケアは「福祉」と「産業」の二重性を兼ね、単に「福祉」または「産業」として位置付けることができない。多くの国と地域における長期ケアの実践は、「福祉」的な側面が示されることが多い。しかし、長期ケアを単に「福祉」と位置付ければ、政府の財政負担が大きくなるだけではなく、長期ケアの発展も制限される。他方、長期ケアを単に「産業」として位置付ければ、その主な欠点は無秩序な発展と監督の欠如となる。

長期ケア産業の主流である施設型の長期ケアから言うと、養老サービスの施設は、資金源に応じて、以下のように三種類に分けられる。第一に、社会福祉の公的支出として、市政府に所有され、地方民政部门が直接に設立した施設。第二に、都市部において国有企業によって設立された国所有の施設、または農村部において設立された集団所有制の施設。第三に、個人投資家によって設立された個人所有の施設。三種類のうちの最初の二つは、政府を主体として「福祉」の側面を示す長期ケアの施設である。したがって、政府は、より多くの民間資本が長期ケア産業へ参入す

ることを奨励し、民間資本を長期ケア産業の発展の重要な要素とみなすべきである。

3 長期ケアに関連する法律と制度の欠如、

都市・農村、地域、階級間権利と福祉のアンバランス
現在、長期ケアに関連する立法が欠如し、それに対応する社会保障制度も整備されていない。とくに、都市・農村の二元体制の下、基本的な医療保険制度と養老保険制度が分割されている。将来、長期ケア制度を進展し、中国で成功を収めるには、いかに二元体制を打ち破り、長期ケア保険制度を医療保険制度、養老保険制度と統合するかということが重要な課題となっている。

現在の医療・福祉政策の下、中国の国情と体制によって、特別な医療福祉の恩恵を受けている人々がまだ存在することは注意を要する。これらの人々は、主として、過去に政府機関、事業単位または国有企業で雇用され、政府機関、事業単位の公務員と国有企業の正社員であり、公費医療の福祉システムに属し、公的財政支出によって医療保険料が賄われた。一九八九年に公布、実施された「公費医療管理弁法」⁽²⁸⁾によると、公費医療制度は、国が公的部門の職員を保障するために実施され、医療衛生部門が規定に基づき、対象者に無料の医療と予防サービスを提供する社会保障制度の一つである。これらの人々は、通常「体制内」に属する人と呼ばれ、養老サービスを受ける時、「特権」を

享受する階層であるとみなされる。このため、長期ケアサービスの発展を図るには、いかにして様々なグループ間における権利と権益のバランスを取るかということも重要な挑戦となっている。

(三) 日本と台湾における長期ケアの実践が中国に与える示唆

中国の高齢化は、経済発展の水準が高くない段階で顕在化したため、中国にとって長期ケアサービスを進展させる際、日本と台湾における長期ケアサービスの経験を分析することを通じ、少なくとも以下のようないくつかの問題点が検討される価値があることがわかる。

第一に、公式と非公式の居宅型のケアサービスは最も費用対効果が高い長期ケアサービスの形式であるが、公共資源のサポートより、いかにして多くの居宅型のケアサービスを利用させるか、また、非正規雇用のケアスタッフにトレーニングを提供することによって、いかにしてサービスの質を保証できるか。

第二に、現行制度のうちに、長期ケアサービスに直接的または間接的に影響を与えるものは何があるか。また、利用できる資源を有する制度は何があるか。異なる制度間の連携にはどのような問題が生じ得るか。

第三に、長期ケアサービスは複数の医療サービスと社会

サービスが含まれ、既存の財政と行政の管理体制は各種サービスの統合に有利であるか否か。また、財政と行政の管理体制を設計し、改革することによって、いかにして各種サービスの連携を実現し、資源の無駄遣い、過剰な管理コストを回避できるか。

第四に、長期ケアを発展させる際、いかにして政府の介入と市場競争との関係を調整するか。長期ケアサービスの資源はどのような形式によって分配されることが最も効果的であるか。公的部門と私的部門は協力する価値があるか、またはどのように協力すれば良いか。

これらの四つの問題点を分析すると、施設型の長期ケアサービスを長期ケアの発展の主流とすることは、明らかに前述した問題にうまく対処できないことを示す。日本と台湾における実践の経験からも、施設型の長期ケアサービスのコストが高く、政府財政、社会保険、およびサービスを受ける高齢者が、この莫大な経済負担を独自で背負うことは困難であることがわかる。日本と台湾の長期ケアの発展経緯からみると、長期ケアの主な方式について、施設型から居宅型とコミュニティ型に移行したことは共通の選択肢である。また、施設型の長期ケアは、医療ケアと過度に統合することにより、多くの高齢者が日常生活へのケアサービス、心のケアサービス、社会欲求サービスに対する需要を満たすことができない。さらに、中国における「安土重

遷」（生まれ故郷から離れようとしないうこと）の民族性により、集中型である施設型の長期ケアにおいて、新しい環境への適応に伴い高齢者にもたらされる不安が、高齢者の心身の健康にどの程度の影響を及ぼすかについて慎重に検討しなければならない。

他方、核家族化と少子化の特徴が同時にあらわれ、女性雇用率の上昇と平均寿命の延長に加え、現代における家庭は、伝統的な家庭の養老モデルを独立して継続することが不可能となった。東アジア地域は古くから儒教文化の影響を受け、家庭による養老ケアの理念が浸透しているものの、高齢化が迅速に進展する現実に直面し、養老ケアの中心は家庭から社会へ移転せざるを得ない。しかし、「孝文化」の理念は簡単に揺るがないため、文化的な側面から考慮しても、居宅型とコミュニティ型の長期ケアは、東アジア諸国と地域にとって第一の選択肢となる。実際、居宅型とコミュニティ型の長期ケアは、日本と台湾では長期ケアの発展プロセスにおいて、最終的に主流となった方法でもある。

居宅型とコミュニティ型の長期ケアを発展させる際、以下の三点が要求される。第一に、サービスのプラットフォームが住民の一般生活に取り入れられることである。第二に、コミュニティの衛生サービスセンターを主体としたコミュニティの医療体系と有機的に統合することであ

る。第三に、政府主導を前提条件として堅持し、合理的に民間資本、ソーシャルワーカー、ボランティアを導入し、必要時に民間保険会社によって補足されることである。これらの三点は、前述した四つの問題点に対する効果的な解決策でもある。長期ケアが居宅化とコミュニティ化され、サービスのプラットフォームが住民の一般生活に取り入れられる場合のみ、公式・非公式の家庭サービスを有効に利用し、それらを正式な長期ケアサービスシステムに組み込み、公共資源のサポートを通じて、より多くの家庭サービスを利用するように誘導することにより、最大限コストが節約できる。また、長期ケアは、コミュニティの衛生サービスセンターを主体としたコミュニティの医療体系と有機的に統合し、コミュニティの医療体系の背後にある社会医療体系に有機的に溶け込む場合のみ、各種サービスの連携を実現し、現行制度と資源をより良く利用し、有効に連携させ、資源の無駄遣いと過度な管理コストを回避することができる。さらに、政府主導を前提条件として堅持し、合理的に民間資本、ソーシャルワーカー、ボランティアを導入し、必要時に商業保険の業者によって補足され、社会資源と金融システムを適切に導入することによって、長期ケアサービスのプラットフォームと長期ケアサービスを受けられる高齢者に対して補償を行う場合のみ、政府への財政圧力と個人の経済負担を減らし、長期ケアの発展における政府

の介入と市場競争との関係を有効に調整し、公的部門と私的部分との効果的な連携が促進される。

結びにかえて

日本が、東アジア地域において最初に長期ケアシステムを推進した国として、介護保険、介護サービス、介護施設などにおいて効率の良い介護システムを設立したことから、中国にとって学習し、手本にする価値が生まれた。台湾も日本に続き、「長期照護制度」を徐々に形成し、改善してきた。現在、日本と台湾における長期ケアシステムは、政府の財政が逼迫していることや、長期ケア産業の職員の社会的地位と収入が低いことなど、徐々にそれらの問題点を露呈している。これを受けて、日本と台湾は、政府、社会、市民などの各レベルから、長期ケア産業の低賃金問題に積極的に対応し、長期ケアの財政支出を改革してきたものの、有効な成果を収めることができなかつた。

中国では、伝統的な「孝」文化によって、養老が家族の主要な義務の一つとみなされるものの、二〇三〇年前後になると、人口高齢化のピークに達し、一人っ子政策による一人っ子みみの家族が増加することに加え、「四二一」家族構造が広く形成され、女性就業の拡大、家族の居住形態の多様化により、伝統的な孝道の思想に基づいた家族によ

る養老の方式が継続されにくくなる。現在、家族のみによってケアが行われる方式は、家族に多大な経済的、精神的な圧力を加え、高齢者に生活の質の低下と心のケアを提
供できなくなる事態がもたらされている。ケアサービスに
おける問題の現状は、若者が社会的価値の創造に影響を与
えるだけではなく、社会の進歩と発展も妨げる。その意味
では、伝統的な孝道の思想は、現代の価値観へ転換する問
題にも直面している。いかにして「私」の領域における
「孝」から「公」の領域における「敬」に切り替え、養老
を家族の義務から社会的責任へと意識的に変化させるか
が、将来、長期ケア制度を構築する際、その背後に隠され
た文化的価値の建設を図る道すじとなる。

高齢者の長期ケアは、以前の家族の責任から現実の社会
問題として徐々に変化してきた。現在、中国の高齢者に対
する長期ケアは本格的に始まっていることから、高齢者
の生活の質が低下し、家族と国に一連の問題が絶えず発生
している。したがって、中国の人口高齢化を背景に、都市
部の高齢者の長期ケアに対する需要の現状、また、長期ケ
ア制度を円滑に実施し、健全に発展させる方法、さらに、
長期ケアに対する需要と制度による供給との関係を正しく
処理する方法を考察することは、価値の高い研究課題とし
てあげられよう。

注

〔付記〕本稿は、中国教育部人文社会科学青年基金プロ
ジェクト（19YJCZH235）と教育部人文社会科学重点研究
基地重大项目（17JJD720007）の援助を受けた。

〔1〕日本厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今
後の役割」平成三〇年度。

〔2〕日本厚生労働省「介護保険事業状況報告（暫定）（平
成三一年四月分）」二〇一九年六月二六日。

〔3〕王磊・林森・趙擘「日本介護保険制度改革及其啓示」
『地方財政研究』二〇一三年第五期、七五―七九頁。

〔4〕社会福祉士養成講座編集委員会「高齢者支援と介護保
険制度」中央法規出版、二〇〇九年。

〔5〕日本内閣府「平成三〇年版高齢社会白書」。

〔6〕「介護人材七九万人不足」『産経新聞』二〇一八年五月
八日。丁英順「日本護理保険財政困境及対応措施」『日本
問題研究』二〇一九年第三期、五四―六三頁より引用。

〔7〕「介護福祉士養成校入学最少」『読売新聞』二〇一八年
九月一二日。丁英順「日本護理保険財政困境及対応措施」
『日本問題研究』二〇一九年第三期、五四―六三頁より引
用。

〔8〕日本厚生労働省「主な産業、性、年齢階級別賃金、対
前年増減率及び年齢階級間賃金格差」[https://www.mhlw.
go.jp/toukei/list/chingin-kouzou.html](https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chingin-kouzou.html)

- 〈9〉日本厚生労働省「平成二九年度介護事業経営概況調査」。
- 〈10〉日本厚生労働省「介護従事者一人当たりの基本給月額」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>
- 〈11〉日本厚生労働省「平成三〇年度地域別最低賃金改定状況」。
- 〈12〉「待遇改善やロボ導入」『産経新聞』二〇一八年五月八日。丁英順「日本護理保險財政困境及应对措施」『日本問題研究』二〇一九年第三期、五四—六三頁より引用。
- 〈13〉日本厚生労働省「社会福祉法人（介護）における基本給等」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/chinginkouzou.html>
- 〈14〉「日本介護人員為何屢屢淪為『殺人狂魔』」『日本新華僑報』二〇一六年七月二六日。
- 〈15〉「『殺老送終』——日本的老齡化哀歌」『華爾街日報』（中文版）二〇一七年五月二日。
- 〈16〉劉亦心、搜狐網「日本頻發殺老送終悲劇 对老齡中國意味着什麼？」http://www.sohu.com/a/139735571_665455
- 〈17〉台湾地区内政部統計処「一九九八年底老人長期照顧及安養機構概況」一九九八年。
- 〈18〉台湾地区行政院經濟建設委員會「人力運用与規劃：二〇〇六年—二〇一五年人口推計」二〇〇六年六月。
- 〈19〉台湾地区内政部統計処「二〇〇五年底老人長期照顧及安養機構概況」二〇〇五年。
- 〈20〉台湾地区行政院經濟建設委員會「人力運用与規劃：二〇〇六年—二〇一五年人口推計」二〇〇六年六月。
- 〈21〉台湾地区内政部統計処「内政部統計年報」二〇一〇年。
- 〈22〉台湾地区内政部統計一処「二〇〇九年底列冊身心障礙者人數統計」二〇〇九年。
- 〈23〉台湾地区行政院「我國長期照顧十年計劃」（合本）、二〇〇七年。
- 〈24〉中国國務院「關於加快實現社会福利社会化的意見」二〇〇〇年。
- 〈25〉中国國務院「關於全面放開養老服務市場提升養老服務質量的若干意見」二〇一六年。
- 〈26〉中国人力資源社会保障部「關於開展長期護理保險制度試点的指導意見」二〇一六年。
- 〈27〉中国国家醫療保障局・財政部「關於擴大長期護理保險制度試点的指導意見」二〇二〇年九月一〇日。
- 〈28〉中国衛生部・財政部「公費醫療管理辦法」一九八九年八月九日。