

日本と中国における老後保障制度の現状と課題

2021年度

西九州大学大学院
生活支援科学研究科
地域生活支援学専攻

YANG XIANFANG

楊 賢芳

目次

| | |
|---------------------------------|----|
| はじめに..... | 5 |
| 第1章 研究テーマのフレームワーク | 7 |
| 1 研究背景..... | 7 |
| 2 研究目的と意義..... | 8 |
| 3 研究方法..... | 10 |
| 4 研究の構成..... | 11 |
| 5 先行研究のレビュー..... | 14 |
| (1) 日本文献のレビュー..... | 14 |
| (2) 中国文献のレビュー..... | 17 |
| 第2章 日中の人口高齢化の発展過程と現状..... | 21 |
| 1 人口高齢化の概念..... | 21 |
| 2 日本の人口高齢化の発展過程..... | 21 |
| (1) 1935～1955年：高齢化の幕開け..... | 22 |
| (2) 1955～1970年：徐々に高齢化社会に突入..... | 23 |
| (3) 1970～1980年：高齢化社会に突入..... | 24 |
| (4) 1980～2000年：高齢化のスピード加速..... | 24 |
| (5) 2000～2020年：超高齢社会に突入..... | 24 |
| (6) 2021年以降：高齢化プロセスの継続..... | 25 |
| 3 日本の人口高齢化の現状..... | 26 |
| (1) 日本の人口高齢化の特徴..... | 27 |
| (2) 日本の人口高齢化の主な原因..... | 31 |
| 4 中国の人口高齢化の発展過程..... | 35 |
| (1) 1949～1979年：人口構造の若年化段階..... | 36 |
| (2) 1979～2000年：高齢化の形成段階..... | 36 |
| (3) 2000～2021年：急速な高齢化時期..... | 37 |
| (4) 2021年以降：高齢化の急激な進行..... | 38 |
| 5 中国の人口高齢化の現状..... | 39 |
| (1) 中国の人口高齢化の特徴..... | 39 |
| (2) 中国の人口高齢化の主な原因..... | 43 |

| | |
|---|----|
| 第3章 老後保障制度の概念、理論基礎、基本タイプおよび歴史変遷..... | 48 |
| 1 老後保障制度の概念..... | 48 |
| (1) 社会保障の概念..... | 48 |
| (2) 老後の概念..... | 50 |
| (3) 老後保障と老後保障制度の概念..... | 50 |
| 2 老後保障制度の理論基礎..... | 52 |
| (1) 政治学の面：福祉国家理論と国家干渉理論..... | 52 |
| (2) 経済学の面：ライフサイクル理論..... | 53 |
| (3) 社会学の面：個人意思決定の不経済理論と社会融合理論..... | 54 |
| 3 老後保障制度の基本タイプ..... | 55 |
| (1) 保険型老後保障制度..... | 56 |
| (2) 福祉型老後保障制度..... | 56 |
| (3) 自己蓄積型老後保障制度..... | 57 |
| (4) 非納付型老後保障制度..... | 57 |
| 4 日本老後保障制度の歴史変遷..... | 58 |
| (1) 国家政策としての社会福祉の登場：1874(明治7)年～..... | 58 |
| (2) 戦後の緊急援護と基盤整備期：1945～1955年頃(昭和20年代)..... | 59 |
| (3) 国民皆保険・皆年金の達成と社会老後保障制度の発展期：1955年頃～1975年頃 (昭和30～40年代)..... | 60 |
| (4) 老後保障制度の見直し期：1970年代後半～1980年代(昭和50～60年代).... | 61 |
| (5) 少子高齢社会に対応した老後保障制度の構造改革期：1990年代～..... | 62 |
| 5 中国老後保障制度の歴史変遷..... | 64 |
| (1) 中国老後保障制度の初歩的創立期：1951～1965年..... | 65 |
| (2) 中国老後保障制度の停滞期：1966～1977年..... | 67 |
| (3) 中国老後保障制度の回復期：1978～1985年..... | 67 |
| (4) 中国老後保障制度の発展期：1986～1996年..... | 69 |
| (5) 中国老後保障制度の改革期：1997年～..... | 71 |
| 第4章 日中老後保障制度の比較分析..... | 83 |
| 1 日中人口高齢化の差異性と類似性の比較..... | 83 |
| (1) 日中人口高齢化の差異性..... | 83 |

| | |
|---------------------------------------|-----|
| (2) 日中人口高齢化の類似性..... | 86 |
| 2 日中年金制度の比較..... | 89 |
| (1) 日中年金制度の現行モデルの比較..... | 90 |
| (2) 日中年金制度の現行水準の比較..... | 100 |
| (3) 日中年金支出が GDP に占める割合の比較..... | 113 |
| (4) 日中年金支出が社会保険支出に占める割合の比較..... | 115 |
| 3 日中医療保険制度の比較..... | 117 |
| (1) 日中医療保険制度の現状の比較..... | 117 |
| (2) 日中医療保険制度の問題の比較..... | 124 |
| 4 日中介護保険制度の比較..... | 129 |
| (1) 日本介護保険制度の構築..... | 129 |
| (2) 中国介護保険制度の現状..... | 131 |
| (3) 日中介護保険制度の現状の比較..... | 136 |
| (4) 日中介護保険制度の内容の比較..... | 139 |
| 第5章 日中高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査結果の分析..... | 144 |
| 1 日中高齢者福祉施設の概況..... | 144 |
| 2 日中高齢者福祉施設の類型と特徴..... | 147 |
| (1) 日本の高齢者福祉施設の類型と特徴..... | 147 |
| (2) 中国の高齢者福祉施設の類型と特徴..... | 148 |
| 3 佐賀県と合肥市の人口と高齢者福祉施設の概況..... | 150 |
| (1) 佐賀県と合肥市の人口の概況..... | 150 |
| (2) 佐賀県と合肥市の高齢者福祉施設の概況..... | 152 |
| 4 合肥市の高齢者福祉施設の調査現状..... | 155 |
| (1) アンケート調査の概要と方法..... | 155 |
| (2) 倫理的配慮..... | 156 |
| (3) アンケート調査の結果分析..... | 156 |
| 5 佐賀県のアンケート調査結果との比較分析..... | 163 |
| (1) 高齢者福祉施設のサービス項目およびサービス施設の違い..... | 163 |
| (2) 介護者の違い..... | 164 |
| (3) 在住高齢者の満足度の違い..... | 166 |

| | |
|---|-----|
| (4) 中国特有の伝統文化..... | 166 |
| 6 中国の老後保障制度の建設に存在する主な問題..... | 168 |
| (1) 政策支持が不足で、法律体系の整備の遅れ..... | 169 |
| (2) 年金保障の不公平性の存在..... | 170 |
| (3) 年金統括ルートの単一および「空口座」問題の深刻化..... | 171 |
| (4) 管理体系の不健全性、政策実行の不適切性..... | 172 |
| 第6章 日本老後保障制度の中国への啓示..... | 176 |
| (1) 高齢者福祉施設の運営サービス水準の向上とヒューマニズム・サービスの重視 | 176 |
| (2) 高齢化発展態勢の科学的判断..... | 178 |
| (3) 年金保障面での政府役割の強化..... | 178 |
| (4) 年金制度のさらなる整備..... | 179 |
| (5) 高齢者医療保険制度の試行箇所の創立..... | 181 |
| (6) 介護保険制度確立の加速化..... | 183 |
| (7) 高齢者の再就職の促進..... | 186 |
| (8) 年金支給開始年齢の引き上げ..... | 188 |
| (9) 国民理解の獲得および政府による宣伝・交流の重要性..... | 189 |
| おわりに..... | 193 |
| 1 結論..... | 193 |
| 2 今後の課題..... | 198 |
| 3 謝辞..... | 200 |
| 引用参考文献..... | 201 |
| 資料 : アンケート調査票..... | 209 |

はじめに

現代社会に入り、高齢者問題は既に世界的難題になった。いかにして有効に数億人の高齢者の老後問題を取り扱ったり、解決したりするかは、私たちが深く考え検討すべき課題である。2020年11月、中国の65歳以上人口は1億9064万人で、13.5%を占めている。2021年6月（概算値）、日本の65歳以上の人口は3632万5千人で、総人口の割合は29.0%である。先進国にとっても発展途上国にとっても、国家福祉と老後保障を通じ、高齢期のリスクに対応し、老後問題を解決するのは世界各国にとって大きな課題になっている。アジア先進国代表として、日本の老後保障制度のスタートは早く、1960年代には国民皆年金として、国民年金、厚生年金および共済年金による老後保障制度が形成された。絶え間ない改革と発展とともに、日本の老後保障制度は西洋福祉国家と違い、独自の特色を持っている完全システムを形成した。それによって日本老後保障制度に対して1つの客観的で全面的な評価と相応の展望を行い、その老後保障制度の確立と発展に関連する経験を総括し、中国の老後保障制度の発展に少しでも貢献したいと考えている。

日本は、第二次世界大戦後、約50年の試行錯誤を経て、老後問題に対応し、先進的な老後保障制度を形成した。この制度は西洋国家を勉強したり、参考したりしたが、西洋国家とは異なる独特な特徴を持ち、ここから「東アジア福祉モード」の先駆けとなった。「東アジア福祉モード」の創始国として、日本保障制度はコア地位に位置していると同時に、非常に典型的な意味と研究価値がある成功実践例である。日本と中国の老後保障制度を比較分析することを通じてこそ、日本が老後問題に深刻に対応して解決する方法と対策を理解でき、また体系的に認識でき、さらに中国の老後制度の発展に相応の啓示を提供することを期すことができるのである。

本研究では、制度面と実践面を通じて老後保障制度に対して詳しく比較分析を行っている。中国の老後保障制度の建設は大きな業績を得たが、現在の制度の安定性、公平性と効率性はまだ改善のスペースが大きく、老後保障制度の持続可能な発展能力を強化する必要がある。現在、中国の老後保障制度の建設には以下のいくつかの面で問題がある。例えば、政策支持が不足し、法律体系の整備が遅れている。基本年金保障の不公平性が存在している。年金統括ルートの一貫および「空口座」の問題が深刻である。さらには、管理体系が健全ではなく、政策の実行が適切ではない等である。

本研究は、制度面での比較を行うほか、日中両国の高齢者福祉施設のアンケート調査結

果を比較し、日中高齢者福祉施設の違いを理解することによって、それぞれの老後保障制度の違いを反映し、ある程度中国の老後保障制度を完備させるためにより多くの実践経験を提供することを試みたものである。

本論では、次の4つの仮説を立て検証する。1つは、基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。2つは、人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。3つは、介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する。4つは、高齢者福祉施設の設備は「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。そしてこれらの仮説を、理論的(先行研究の文献考証・制度分析)・実証的(アンケート調査による実態分析)・政策的(啓示としての課題解決・改善提案)に検証していく。

本論文は6章構成で成り立っている。

第1章は、研究テーマのフレームワークであり、本研究の背景、目的および意義、研究方法、研究の構成、先行研究のレビューを紹介する。

第2章は、日中の人口高齢化の発展過程と現状

第3章は、老後保障制度の概念, 理論基礎, 基本タイプおよび歴史変遷

第4章では、日中老後保障制度の比較分析

第5章は、日中高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査結果の分析

第6章では、日本老後保障制度の中国への啓示

最後に、以上全6章の分析結果をまとめ、さらに今後取り組むべき課題について述べる。

第1章 研究テーマのフレームワーク

1 研究背景

老後社会保障制度は社会が一定の歴史時期に発展してできた産物である。西洋国家の福祉観念の影響によって、第二次世界大戦が終わった後、世界の主要国は自国の国情により異なった形態の社会保障制度を相次いで創設した。しかし、出生率と死亡率の低下により世界的な高齢化が進み、現行の社会保障制度が世界各国に大きな影響を与え、社会の高齢化危機にどう対応するか、老後の生活の質の向上をどう図るかは、世界的な問題となっている。国際共通の区分基準によると、ある国または地区の65歳以上の高齢者人口の比重が7%以上、または60歳以上の高齢者人口の比重が10%以上であれば、「高齢社会」または「高齢者型人口国家」と呼ばれる。早くも1965年に、フランスは真っ先に高齢化社会に入り、世界で初めて高齢化社会に入った国である。フランスに続いて、数多くの先進国が高齢化社会に突入している。今日、人口高齢化が世界的な問題になりつつある。先進国でも発展途上国でも、経済の発展と社会の進歩はある程度人口高齢化の影響を受けている。

1999年、中国の60歳以上の高齢者人口は1.32億人に達し、総人口に占める比率は10.46%を超え、65歳以上の高齢者人口の割合は6.9%に達し¹⁾、中国は既に高齢化社会に入ったことを示している。その後、高齢化が進み、第7回中国国勢調査(2021年5月)によると、中国大陸の総人口は14億1,178万人である。そのうち60歳以上の人口は2億6,402万人で、18.7%を占めている。65歳以上の人口は1億9,064万人で、13.5%を占めている。前年の第6回国勢調査に比べると、60歳以上の人口比率は5.44%、65歳以上の人口比率は4.63%とともに上昇している²⁾。中国における65歳以上の高齢者人口の年平均増長速度は、将来2.3%になる見込みである。また80歳以上においては4.2%になり、将来の中国の高齢化のスピードは高齢化の平均水準よりはるかに高くなるだろう。2050年までに、中国の80歳以上の高齢者人口は1億人を超える可能性があり、60歳以上の高齢者人口の22%を占める見通しである³⁾。日本と中国は近接しており、日本の65歳人口の割合に占める高齢化率は、1970年に7%を超え「高齢化社会」へ。1994年には14%に達し「高齢社会」へ。そして、2007年には21%に達し、「超高齢社会」へ突入した。今日では高齢化率29.1%で世界1位

¹ 原新・呉滄萍・李建民ら(2009)「新中国人口60年」『人口研究』5, p. 53.

² 政府网(2021)「第七次全国人口普查公报」

(http://www.gov.cn/guoqing/2021-05/13/content_5606149.htm 閲覧日: 2021. 8. 10)

³ 王延中(2019)『中国社会保障発展報告2019年金と高齢者サービス』社会科学文献出版社, p. 3.

となっている。総務省統計局が発表したデータによると、2021年6月（概算値）、日本の総人口は1億2528万5千人で、前年より57万3千人減り、比重は0.46%減っている。そのうち、65歳以上の人口は3632万5千人で、総人口の割合は29.0%で、前年より22万6千人増え、比重は0.63%増えた。75歳以上の人口は1868万3千人であり、総人口の14.9%を占めている⁴。

日中両国の社会保障制度は異なっているが、人口高齢化の特徴、人口構造の変化、高齢者福祉文化等の面で類似しているところが多い。しかし、日本と比べて中国の老後保障制度は遅れており、発展の過程でいくつかの成績を上げたが、まだ多くの課題がある。例えば、老後保障構造システムには機能における不均衡さが見られ、財務においては持続できない等、社会老後サービスの有効供給は深刻な不足に直面している。老後保障基金管理体制は健全でない等である。現行の老後保障制度をさらに改善することは、中国社会主義市場経済発展の使命であり、さらに中国社会の安定や広大な人民の身近な利益に関わるものである。日本はアジアの先進国の代表として、日本の老後保障制度は、1960年代に国民皆年金として、国民年金、厚生年金および共済年金による老後保障制度が開始された。絶え間ない改革と発展とともに、日本の老後保障制度が西洋福祉国家と違い、独自の特色を持つ完全システムを形成した。

日本の研究では、それによって日本の老後保障制度に対して客観的な評価と相応の展望を行い、日本の老後保障制度の確立と発展に関連する経験を総括し、中国の老後保障制度の発展に貢献したいと考えている。

2 研究目的と意義

現実的視点から見ると、米国、日本等の先進資本主義国家を含めて、老後保障制度を絶えず改善していくことは、終始国家が経済社会の進歩を保障する重要な手段である。経済が徐々に発展している中国では、高い投資と高いリターンを得るという投資牽引型の経済成長モデルが高いGDPと高い失業率を併存させる。中国の経済発展の方向は、既にGDPの単独増長速度を追求することから、経済で社会全体の全面的進歩を促進することに転向した。この過程において、日に日に深刻になっていく高齢化問題は、「中国の老後保障制度でどのように改善すれば経済社会の発展に適応できるのか」が重要課題になってきた。東洋の隣国であり、中国との文化的つながりが深い日本は、アジアで最初に高齢化に入っ

⁴ 総務省統計局（2021）「人口推計」（<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202111.pdf> 閲覧日 2021. 11. 20）.

た国であり、1970年には日本は既に高齢者社会に突入している。20世紀40年代から、日本はドイツモデルに倣って年金制度を構築し、戦後は経済回復に伴ってさらに老後保障システムを完備し、1961年に年金と医療保険を含む全国民保険計画を実現した。高度経済成長と高齢化の進行を経て、日本は高齢化問題の対応や老後の保障制度に対して多くの成功を収めたが、もちろん失敗もあった。そのため、体系的に日本の老後保障制度を理解し、同時に日中老後保障制度の比較を行うことで、その成功経験と直面する問題を研究することによって、中国の回り道を減らせ、より科学的かつ合理的で、中国の国情に合致する老後保障制度を制定することが期待される。

学術的視点から見ると、老後保障制度は社会保障制度の重要な構成部分である。高齢化傾向が深刻になるにつれて、老後保障制度は経費投入の比重から見ても、社会影響から見ても、社会保障システムは重要である。ここ数年来、中国の老後保障制度は一定の理論成果を上げたが、国際水準に比較してみると、中国理論界の学術的研究はまだ遅れており、初期段階にある。本研究は、日中両国の老後保障制度（とくに3点、①基礎年金制度、②高齢者医療保険制度、③介護保険制度）を比較考察し、高齢者の視点から、対応方法を分析し、中国の老後保障制度の改善に有益な参考を導き出すことである。これによって、ある程度中国の社会保障制度の比較論をより豊かにすることができる。

本研究の目的は、制度面での比較考察を行うほか、日中両国の高齢者福祉施設のアンケート調査によって実態比較し、日中高齢者福祉施設の類似性と差異性を理解する。これによってそれぞれの老後保障制度運用の現実的課題を抽出し、中国の老後保障制度のあり方をさらに完備させるため、より多くの実践経験を提供することを試みたものである。そのために、具体的な改善提案（啓示）を提出したものである。

高齢者福祉施設を選んだ理由は、高齢者福祉施設の「良し悪し」が判断のバロメーターとなるからである。ここでの「良し悪し」とは主に高齢者福祉施設の「入居率」と利用者の「満足度」を指している。その「良し悪し」によって直接制度の優劣を反映することができる。例えば、高齢者福祉施設の入居率が高くて、利用者の満足度が高いならば、それに対応する制度は悪くない。て、逆に、高齢者福祉施設の入居率が低くて、利用者の満足度が低いならば、それに対応する制度はきっとよくない。在宅老後は日中両国で人気が高いと言われているが、周知のように、在宅老後は将来の老後の最終的な傾向ではない。現代の家庭構造の変化や社会経済の発展によって、高齢者の介護に適しているのは高齢者福祉施設である。そこで、高齢者たちは専門的配慮を受けるだけでなく、子供の負担を軽減

することができる。晩年の生活の質ももっと高くなる。中国では、在宅老後は文化、習慣、伝統的な思想であり、在宅老後の「良し悪し」にかかわる面が広く、国の老後制度の優劣を直接反映することはできない。だから、本論文では高齢者福祉施設を選んで調査研究を行うものである。

本研究の特色として、現在の両国の老後保障制度の問題点（長所と短所）を分析した上で、「こういう新しい制度を作るべきだ」という中心的価値理念として「4つの仮説」を設定し、それぞれに仮説検証している。その後、さらに「これから取り組むべき課題解決のための9つの啓示」を具体的に改善提案し、その制度論と運用論についても若干の考察をしていることである。仮説とは次の4つである。

〔仮説1〕基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。

〔仮説2〕人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。

〔仮説3〕介護保険制度は、「予防・治療と介護」を全面的に保障する。

〔仮説4〕高齢者福祉施設の設備は、「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。

3 研究方法

本論文では、文献研究法、比較研究法、アンケート調査、3つの方法を用いる。具体的には以下の通りである。

(1) 文献研究法。日中両国の老後保障制度を掘り下げて分析するためには、様々な文献と政策に関わる法律法規を大量に研究することを基にしなければならないため、国内外の関連研究文献と老後保障制度の法律・法規を閲読し、最新の研究動態の整理を基に本論文のテーマと研究方向を確定した。そしてより一層の研究展開のために基礎的理論と文献資料の準備を固めた。

(2) 比較研究法。日本の老後保障制度の経験と抱える問題を真摯に認識し、比較研究する必要がある。日中の人口と制度の研究比較を強化し、日中の高齢者福祉施設の類似性と差異性を明確にする。その中から日本の老後保障制度が急速な高齢化の下で抱える問題と総合的な施策をまとめ、中国の老後保障制度の構築に貢献する。

(3) 日本と中国の高齢者福祉施設のアンケート調査を比較考察する。アンケートは主に中国安徽省合肥市の高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査と、日本佐賀県健康福

社部長寿社会課による介護サービス事業所の実態に関するアンケート調査である。

4 研究の構成

本研究は、日中老後保障制度の深い分析を通じて、日本の総合的な施策と問題点をまとめて、中国老後保障制度改革の参考に提供することを期待している。具体的には次のような課題を明確にしたい。①本研究は、日中両国の老後保障制度問題に関する研究文献を分析し、日中高齢化が急速に発展する社会環境と結び付けて、本研究のテーマと研究方法を確定する。②日中両国の高齢化の発展過程を述べ、両国の高齢化の特徴を深く分析し、両国のそれぞれの高齢化の主な原因をまとめる。③老後保障理論に基づいて、日中両国の老後保障制度の発展過程を系統的に分析する。④それぞれ人口高齢化、年金制度、高齢者医療保険制度、介護保険制度等、4つの面から日中老後保障制度を比較する。⑤日本と中国の高齢者福祉施設のアンケート調査を比較考察して、日中高齢者福祉施設の現状の類似性と差異性をまとめる。⑥制度の比較とアンケート調査結果の比較を結びつけて、日本の老後保障制度と中国の老後保障制度に存在する問題をまとめる。⑦最後に、日本の老後保障制度が中国の老後保障制度に対する「啓示」を導き出したい。以上の研究結果をまとめて、今後の課題について述べる。

本論文の構成は、全部で6章に分けられる。各章の研究内容は、それぞれ以下の通りである。

第1章は、研究テーマのフレームワークである。本研究の背景、目的および意義、研究方法、研究の構成、先行研究のレビューについて詳しく紹介する。

第2章では、日中高齢化の発展過程を紹介する。日中高齢化の特徴と主な原因について詳しく分析する。

第3章は、全文に関わる主要な概念、例えば、老後、老後保障、老後保障制度等の基本概念を紹介し、老後保障制度の理論を詳しく紹介する。日中老後保障制度の内容を分析するための理論基礎を築き、最後に、日中老後保障制度の発展過程を分析し、後述する比較のための下敷きを作る。

第4章は、両国の人口高齢化を比較し、それぞれ年金制度、医療保険制度、介護保険制度の3つの面から日中老後保障制度を詳しく比較する。

第5章は、両国の老後保障制度が高齢者に与える影響をより明確にするために、日中高齢者福祉施設の状況および施設在住の高齢者に対してアンケート調査を分析する。制度と

実践の比較を通じて、中国の老後保障制度に存在する問題を発見する。

第6章は、日本老後保障制度の中国への啓示である。制度の比較とアンケートの比較を結びつけて、日本の老後保障制度の成功経験と中国の老後保障制度に存在する問題を総括して、最後に日本の老後保障制度が中国の老後保障制度に対する啓示を得る。

おわりには、本研究の結論と今後の課題について述べる。次に、本研究の全体構成を図表化すると次の通りである。

論文の全体構成

はじめに

第1章 研究背景 目的と意義 研究方法 研究の構成 先行研究のレビュー

仮説

[仮説1] 基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。

[仮説2] 人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。

[仮説3] 介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する。

[仮説4] 高齢者福祉施設の設備は「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。

第2章 日中の人口高齢化の発展過程と現状

- ・人口高齢化の概念
- ・日本の人口高齢化の発展過程
- ・日本の人口高齢化の現状
- ・中国の人口高齢化の発展過程
- ・中国の人口高齢化の現状

第3章 老後保障制度の概念、理論基礎、基本タイプおよび歴史変遷

- ・老後保障制度の概念
- ・老後保障制度の理論基礎
- ・老後保障制度の基本タイプ
- ・日本老後保障制度の歴史変遷
- ・中国老後保障制度の歴史変遷

第4章 日中老後保障制度の比較分析

- ・日中人口高齢化の差異性と類似性の比較
- ・日中年金制度の比較
- ・日中医療保険制度の比較
- ・日中介護保険制度の比較



第5章 日中高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査結果の分析

- ・日中高齢者福祉施設の概況
- ・日中高齢者福祉施設の類型と特徴
- ・佐賀県と合肥市の人口と高齢者福祉施設の概況
- ・合肥市の高齢者福祉施設の調査現状
- ・佐賀県のアンケート調査結果との比較分析

制度の
比較
から

啓示

実践の
比較
から

第6章 日本老後保障制度の中国への啓示

- ・高齢者福祉施設の運営サービス水準の向上とヒューマニズム・サービスの重視
- ・高齢化発展態勢の科学的判断
- ・年金保障面での政府役割の強化
- ・年金制度のさらなる整備
- ・高齢者医療保険制度の試行箇所の創立
- ・介護保険制度確立の加速化
- ・高齢者の再就職の促進
- ・年金支給開始年齢の引き上げ
- ・国民理解の獲得および政府による宣伝・交流の重要性

おわりに

- ・結論
- ・今後の課題
- ・謝辞

5 先行研究のレビュー

1980年代から、世界の高齢化問題が深刻化しているため、老後保障制度は経済と社会等の面で問題に直面している。異なる研究方法を用いて、高齢化、老後保障制度を検討し、比較的豊富な成果を得た。日本、中国が高齢化社会になり、高齢化が進むにつれ、この問題は日本、中国および海外の学者の普遍的な関心を引き起こした。日本の老後保障制度は確立が早く、比較的完備しているため、老後保障制度の研究面では、日本の学者はスタートが早く、研究成果も比較的豊富である。近年、中国の学者が老後保障分野で行った研究も日増しに広く、深く、その中で日本の老後保障制度について専門的な研究を行っている著作も次々と現れている。しかし両国の老後保障制度に関する研究の多くは自国の老後保障制度自体に関する研究にとどまっており、日中老後保障制度の比較に関する研究は少ない。以下、日中老後保障問題に関する研究をそれぞれの国に分けて総説する。

(1) 日本文献のレビュー

日本の学者は、自国の高齢化に関する研究が非常に体系的である。1980年代に日本政府が打ち出した退職と年金の支払い年齢を延期する政策と結び付けて、長勢甚遠は、日本高齢者就職事情を分析した上で、退職年齢の延長、退職奨励金の延長、高齢者の就業手当の確保、再就職の促進等の政策を提案した⁵。1995年、岡本祐三は、『中国衛生経済』で「日本の高齢社会の福祉と長期保健が直面する試練」という論文を発表し、日本の高齢社会福祉における医療問題を検討し、日本の現行福祉体制に存在する問題を分析し、将来の日本医療制度の発展に対する構想を提出した⁶。特集には、坂脇昭吉、中原弘二が書いた『現代日本の社会保障』という本がある。高齢化企業化された日本現代社会の視点から、雇用政策、年金制度、医療保障、地域福祉政策、財政等のいくつかの方面における社会保障の現状をそれぞれ論じ、日本社会保障のカバー内容を見直す必要があると提言した⁷。「高齢化社会の社会保障制度問題」の中で、望月清人は、冒頭で日本の高齢化と中国の高齢化の違いを詳しく指摘した。高齢化社会の下で、日本の社会保障制度の歴史的変遷を整理し、述べ、同時に日本の高齢化社会の下で、地域社会保障のアンバランスについても述べた⁸。同様に、大山博は、「高齢化社会と社会福祉制度の改正」という論文においても、2020年ま

⁵ 長勢甚遠(1986)「日本の高齢者の就職現状」李樹生訳『西北人口』p. 4.

⁶ 岡本祐三(1995)「日本の高齢社会の福祉と長期保健が直面する試練」岳平訳『中国衛生経済』p. 3.

⁷ 坂脇昭吉・中原弘二(2002)『現代日本の社会保障』ミネルワ書房.

⁸ 望月清人(1996)「高齢化社会の社会保障制度問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社 pp. 139-148.

で日本は超高齢化社会に入ると指摘している。日本政府による福祉に関する8つの法律改正の検討で、日本社会福祉制度の重大な転換と今後の日本社会福祉制度の今後の改正の動向を詳しく述べている⁹。

横山和彦・田多英範編の『日本社会保障の歴史』という本では、日本の社会保障制度は日本資本主義の発展と密接に関連していると考え、二つの段階に分けている。つまり明治維新から日本敗戦期までは社会保障前史段階であり、敗戦から現在までは本史段階であると述べている。この本は日本経済発展の脈絡を主線として、日本社会保障制度の発展における確立、拡大、改革過程について論述・分析した¹⁰。柴田嘉彦の『日本の社会保障』という本は、科学社会主義の観点から、社会保障の発展を労働人民が絶えず自分の権利を勝ち取る政治闘争の歴史と見なし、政党、民主団体、中央社会保障推進協議会等の活動資料を大量に収録しており、今日の社会保障研究においては、珍しい資料である¹¹。2007年、日本国立社会保障人口問題研究所は、「日本の社会保障制度の概要」というパンフレットを出版した。このパンフレットの中で、日本の関係学者は、日本の社会保障制度の概括を簡単に整理して、それぞれ年金、医療保険、看護保険、失業保険、社会救済と児童福祉等の角度から日本の社会保障制度を分析して、中国の学者に日本の社会保障制度を研究するために良好な研究プラットフォームを提供した¹²。山崎広明は、「厚生年金制度の歴史的考察」という文章で、「一、第二次世界大戦後の公共高齢年金制度」、「二、1954年に厚生年金制度が再び実施された」、「三、1965年以降の保険金支払いの充実」、「四、制度の「再評価」——支払額の軽減」、「五、積立金運用方式の変化」、「六、1994年修正」等いくつかの方面を指摘し、日本の厚生年金制度を時系列的に詳しく分析して述べている¹³。

土田武史は、「戦後確立した日本医療保険制度——多元的な国民保険における問題と対策」という論文で、日本の医療保険について全面的に細かい分析を行った。1922年の健康保険法の成立と戦時医療保険、戦後医療保険、国民保険体制の確立と問題、高度経済成長期に拡大した医療保険、専門医療保険制度の改革—高齢者保健法の制定と健康保険法等の改正等いくつかの面を分析し、日本の医療保険制度を詳細に整理した。その中で専門医療保険制度の改革—高齢者保健法の制定と健康保険法等の改正という版本の中で、さらに高

⁹ 大山博(1996)「高齢化社会の社会保障制度問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社 pp. 139-148

¹⁰ 横山和彦・田多英範(1991)『日本社会保障の歴史』学文社

¹¹ 柴田嘉彦(1998)『日本の社会保障』新日本出版社。

¹² 日本国立社会保障人口問題研究所(2007)『日本の社会保障制度概要』。

¹³ 山崎広明(1996)「厚生年金制度の歴史的考察」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社 pp3-12.

齢者保険法の制定と改正、健康保険法の改正、医療法の改正等高齢化下での日本医療保険の変革を分析している¹⁴。八田達夫らが編集した『社会保険改革—年金・介護・医療・雇用保険の再設計』という本は、1980年代以降の医療、年金福祉政策の改革過程をめぐって議論され、21世紀には基礎年金高齢医療等の社会保障のインフラ整備を強化し、政府投資を増やし、財政調整等のような社会保険財源を濫用し、国民に社会保険に対して、より多くの信頼感を持たせている¹⁵。土田武史らが編集した『社会保障改革』は、医療、年金、介護の三方面から日本とドイツの社会保障制度とホットスポット問題を比較し、ドイツの社会保障モデルの持続的発展可能性を分析した¹⁶。田原裕子の「高齢者居住地の移転と地域経済財政に関する考察」は、地域経済の発展状況と高齢者が居住地を選択する関係を分析した¹⁷。荒井良雄は、『大都市圏の高齢化と住宅地の持続性』で、都市周辺近郊の高齢化が進むにつれて、一部のインフラは次第に減少しており、高齢者たちは買い物の難しい局面に直面すると指摘している¹⁸。2009年、広井良典・沈潔は『日中社会保障制度の比較と参考』を出版した。研究は2つの部分に分けられ、第一部は中国、日本社会保障制度の研究であり、第二部は東アジア社会保障の未来発展である。この本では、日中の社会保障制度における共通性と差異性を明らかにした。この本はこれまで、日中社会保障制度の比較分析に関する最も典型的な著作である¹⁹。2000年第10期「中国工業経済」という雑誌において、藤田桂子は研究論文「日中老年社会保障問題比較」が発表された。この論文は中国老年社会保障制度の現状に切り込み、年金制度、医療保険制度、日中社会背景の比較、日本社会保障政策とその変遷等の内容の分析を通じて、両国社会保障制度の相違点を指摘している²⁰。

日本東京都高齢化研究委員会（2003）は、日本の東京都をはじめとする各都市圏の高齢化の現状と問題を詳しく分析し、老後、医療保障、高齢者の再教育と就職、在宅老後等の各政策提案を提出し、深刻化している少子高齢社会に対応した²¹。日本の学者、上之園佳子（2007）は、高齢化が世界経済と社会に与える影響を分析し、医療の発展による長寿世

¹⁴ 土田武史(1996)「戦後に設立された日本医療保険制度——多元型全国国民保険の問題と対策」『日本社会保障制度：中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社。pp. 74-88.

¹⁵ 八田達夫・八代尚宏(1998)『社会保険改革—年金介護医療雇用保険の再設計』日本経済新聞社。

¹⁶ 土田武史ら(2008)『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』ミネワ書房。

¹⁷ 田原裕子(2008)「高齢者居住地の移転と地域経済財政に関する考察」『人口減少社会の家庭と地域』日本評論社。

¹⁸ 荒井良雄(2009)「大都市圏人口高齢化と住宅地の持続性」『新都市』p. 8.

¹⁹ 広井良典・沈潔(2007)『中国日本社会保障制度の比較と参考』中国労働社会保障出版社。

²⁰ 藤田桂子(2010)「中日老年社会保障問題比較」『中国工業経済』pp. 10-14.

²¹ 東京都高齢化研究委員会(1994)『都市の少子高齢化研究』

界は新しいあり方になると考えている。彼女は本の中で日本の高齢者人口の生活保障に関する概況を紹介しているが、彼らが孤独死に直面するかもしれないという社会問題も指摘している。最後に、世界の高齢化対策の面について、科学技術等での協力の可能性と展望を検討した²²。日本の学者田中豊治（2012）は、白山社会学会「白山社会学研究」で「台湾における高齢者の社会参加の現状と課題」という論文を発表し、台湾における高齢者の問題を検討し、台湾の高齢者の社会参加状況を論述した²³。日本の学者清家篤（2012）は、高齢化における日本社会保障制度の改革を継続する必要があるとあり、高齢者人口に関する費用が高すぎて財政に影響を与えていると指摘した。同時に、雇用制度は正社員に執拗しているため、日本の就職発展を阻害し、それが間接的な労働力不足を引き起こしたと指摘した²⁴。小笠原泰之、渡辺智之（2014）は、「団塊の世代」²⁵が2025年までに75歳を迎えるため、国の税収、超高齢者の生活に対する保障、国の自己定義はすべてこれに従って変えなければならないと考えている²⁶。日本健康福祉研究者の岡崎祐司（2020）は、現在の日本の介護保険は保健福祉の政策を基準に実施しておらず、介護者の早期予防が必要な方に偏っているため、制度的に問題があるとしてと指摘している²⁷。

以上からわかるように、1990年代から、日本の学者は日本の社会保障制度の歴史沿革、高齢化社会における今後の社会保障制度の変革等について十分に検討したが、90年代にはまだ日中社会保障制度の比較研究が少ないことがわかった。21世紀に入ってから、日中両国の高齢化の類似と文化の類似によって、オリジナリティを持つ研究論文も現れている。総じて言えば、日中両国はそれぞれの社会保障制度の研究に限られていることが多く、両国の老後保障制度の比較的な学術成果が少ない。つまり日中老後保障制度の現状と研究はまだ初期段階にあるといえる。

（2）中国文献のレビュー

中国が高齢化社会に入るにつれて、高齢者の權益をどのように維持し、社会老後保障制度をどのように完備するかについて、中国学者も学術の視野に入り始めた。関連研究が進むに伴い、比較的革新的な研究論文もいくつか現れた。しかし、全体的には、研究成果は

²² 上之園佳子(2007)『人類の歩み：21世紀の分岐点』文真堂。

²³ 田中豊治(2012)「台湾における高齢者の社会参加の現状と課題」『白山社会学研究』19, pp. 49-64.

²⁴ 清家篤(2012)「保障改革と雇用」『週刊社会保障』pp. 38-39.

²⁵ 「団塊の世代」とは、日本の初めてのベビーブームの時期に生まれた人口。

²⁶ 小笠原泰・渡辺智之（2012）『2050 高齢者大国の現実：超高齢化・人口減少社会での社会システムデザインを考える』東洋経済新報社。

²⁷ 岡崎祐司（2020）「介護保障を阻む構造：介護保険制度の問題点」『佛教大学社会福祉学部論集』pp. 21-37.

日中両国のそれぞれに限られることが多かった。社会保障制度の研究は、両国老後保障制度の比較的な学術成果が現れることは少なかった。そのため、日中老後保障制度の現状と課題研究はまだ初期的段階にあるといえる。

20世紀80～90年代、中国学界はまず、高齢化問題が将来の中国が直面する厳しい情勢であることを明確にし、高齢化危機が発生した日本の研究に着手した。1984年、雑誌『社会』において「日本の高齢化問題の組織機構とその機能」と題する論文が発表され、日本政府と民間組織、学術団体が高齢化問題に対して設立した組織機構とそれぞれの分業について紹介されている²⁸。中国が日本の高齢化問題を研究する先駆けが開かれたのである。21世紀に入ると学界は、日本の高齢化と社会保障制度に対する研究を次第に深く細分化し、日本の社会保障制度の段階的な発展過程を分析した上で、現在日本社会が直面している少子高齢化の現状と結び付け、現在の社会保障制度に対しての研究が行われている。

車維漢は、「日本の高齢化社会の現状・影響・対策」の中で、日本の高齢化社会が形成された原因と、高齢化が労働力の供給、貯蓄と投資、資本市場を含む経済運行に及ぼす影響について、より詳しい研究を行っている²⁹。施錦芳は、「少子高齢化に基づく日本社会保障制度研究」という論文において、日本社会保障の特徴と問題点を分析している。長寿化が進む高齢社会に対応するためには、高齢者同士の受取人再分配をうまく調整する社会保険制度を確立するとともに、公共年金の民営化改革を試みることができると提案した³⁰。復旦大学の日本研究センター童適平氏は、20世紀90年代、「戦後日本社会保障制度の特徴と直面した問題」で、戦後日本社会保障制度の構成体系、日本社会保障制度の特徴、日本社会保障制度が直面した問題等、いくつかの角度から、第二次世界大戦後の日本社会保障制度の発展変化を整理し、高齢化社会に入った後、日本が社会保障資金の調達に直面したことを明らかにした³¹。崔万有の「日本社会保障研究」では、経済分析と実証分析を組み合わせた分析方法、社会学、経済学、法学と統計学の関連知識を用いて日本社会保障制度を研究し、日本の異なる時期の社会保障制度の発展変化の段階的特徴、運行現状、効果作用および存在する問題を探求し、日本社会保障発展における歴史をまとめた³²。

日本の社会保障予算について研究する学者もいる。崔曉冬の「日本の社会保障予算制定

²⁸ 陶立群(1984)「日本高齢化問題の組織機構とその機能」『社会』4, pp. 61-62.

²⁹ 車維漢(2004)「日本の高齢化社会現状影響対策」『日本問題研究』4, pp. 1-4.

³⁰ 施錦芳(2010)「少子高齢化に基づく日本社会保障制度研究」『遼寧大学学报』38(4), pp. 122-129.

³¹ 童適平(1996)「戦後の日本社会保障制度の特徴とその直面する問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社, pp. 13-25.

³² 崔万有(2009)『日本社会保障研究』北京师范大学出版社.

とその啓示」と「アメリカと日本の社会保障予算と啓示」の2つの論文は、日本とアメリカの社会保障予算の基本状況を紹介し、中国が参考できる方法等を指摘した³³。「現代日本の社会保障制度が直面している主な問題」という論文の中で、河北大学日本研究所の江瑞平氏は、経済成長の減速が日本の社会保障制度に二重の圧力をもたらし、人口高齢化が社会保障負担を強め、雇用制度と家族構造の変化等の角度から日本の社会保障制度が直面している様々な問題を詳しく述べた³⁴。2004年、沈潔は、『日本社会保障制度の発展』を出版した。この本の全5章は、社会保障制度の萌芽期、成長確立期、発展期、調整改組期、転換期等について詳しく分析し、第6、7章は、日本の現行社会保障制度を分析し、考察している³⁵。2004年、雑誌『日本研究』では、「日本企業年金制度とその中国への啓発」と題する文章が発表し、日本企業年金の種類、訂算方式、計算方法および政府による企業年金基金運営の管理を系統的に紹介し、さらに中国企業年金の基本状況を分析し、参考できる方法を提案している³⁶。趙艶は、「中日社会保障制度比較」の中で、主に日中社会保障発展歴史の比較、社会保障モデルと内容の比較、社会保障文化(福祉文化)の比較等の角度から、中日社会保障制度を比較分析した³⁷。

張士斌、王橋は、「中日社会老後保障制度の比較——一つの労働力市場の視点」という文章で、中日高齢化社会における社会保障制度の差異点と共通点を概括的に分析し、労働力市場の変革は老後保障制度の改革を推進する重要な要素であり、中国は日本の経験を参考にして労働力市場に基づく老後保障制度を作ることができると提案した³⁸。2012年、上海人民出版社は、宋健敏の学術専門書『日本社会保障制度』を出版した。この専門書の中で、宋健敏は、日本の社会保障制度を深く分析し、日本の医療保険制度、年金制度、介護保険、労災事故保険、雇用保険、社会救済、社会福祉等のいくつかの方面について述べた³⁹。2017年、権形は、『戦後日本老後社会保障制度の変遷の研究』を出版した。主に日本の戦後年金制度と医療保険制度の発展の軌跡を中心に、日本老後保障制度の変化の過程を分析した。また、日本がドイツの年金モードを選択した後、自国の状況をどう結び付けて調整し、実

³³ 崔曉冬(2010)「日本社会保障予算編成とその啓示」『日本研究』p.1。「アメリカと日本の社会保障予算と啓発」『中国財政』p.11.

³⁴ 江瑞平(1996)「現在日本社会保障制度が直面している主な問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社. pp.42-50.

³⁵ 沈潔(2004)「日本社会保障制度の発展」中国労働社会保障出版社.

³⁶ 毛慧紅・戴維周(2004)「日本企業年金制度とその中国への啓発」『日本研究』p.4.

³⁷ 趙艶(2010)「中日社会保障制度比較」『北方経済』(23), pp.54-56.

³⁸ 張士斌・王橋(2010)「中日社会保障制度の比較——労働力市場の視点」『現代日本経済』(4), pp.58-64.

³⁹ 宋健敏(2012)『日本社会保障制度』上海人民出版社.

施するかを考察した⁴⁰。2018年、丁英順は、『日本人口高齢化問題研究』を出版し、日本が高齢化社会に入ってから高齢者に関する各種制度の変化状況を分析し、日本の高齢者が直面する問題と主な原因を探究した⁴¹。2019年、胡令遠・袁堂軍・馬欣欣は、『冷戦後の日本社会保障制度研究—中国への啓示』を出版し、主に日本の高齢化問題と日本政府の対応政策を全体的に検討し、日本の社会保障制度の財政問題を具体的に検討した。また、中国の社会保障制度に対する反省も収録しており、主に制度と実証研究の観点から中国の公的年金制度と公共医療保険制度を分析している⁴²。

以上の分析から分かるように、高齢化社会の日々の深化に伴い、中国の学者は高齢化社会における保障制度の完備に対する配慮を日々深めており、試行的に日本の比較的健全な社会保障制度を参考に、中国の社会保障制度の改革を再度検討する。しかし、これまで見られた学術論文は、日中社会保障制度の検討に集中することが多く、特に中国学者の日本の社会保障制度に関する研究文献を見ると、多くは日本社会保障制度の経験と問題点を提示し、中国社会保障制度への啓発をまとめたものであり、日中老後保障制度の現状と関連課題の比較に関する研究は少ない。そのため、日本老後保障制度を参考にして、実践の面から中国老後保障制度レベルを構築、完備し、本研究にもさらに大きな革新的空間を与えることが大切である。

総じて、日中老後保障制度の比較研究は国内外の関係学者が注目している。しかしながら、より多くの学術研究は自国の老後保障制度の研究にとどまっているだけで、制度における問題、さらには問題解決対策についての深い研究はまだ少ない。日中両国は現在高齢化社会に入っており、高齢化社会における老後保障制度をいかに整備していくかは日中両国が早急に解決すべき問題なのである。日本の老後保障制度の確立は比較的早いため、日本老後保障制度を参考にして中国老後保障制度を完備することは非常に重要な意義がある。本研究もこれを出発点として、日中両国の老後保障制度をさらに深く分析し、比較し、中国特色的な社会主義の老後保障制度の改革にさらに細かい経験参考と政策参考を提供することを目的としている。

第2章 日中の人口高齢化の発展過程と現状

⁴⁰ 権形（2017）『戦後の日本老後社会保障制度の変遷についての研究』人民出版社。

⁴¹ 丁英順（2018）『日本の人口高齢化問題の研究』社会科学文献出版社。

⁴² 胡令遠・袁堂軍・馬欣欣（2019）『冷戦後の日本社会保障制度の研究—中国への啓示』上海人民出版社。

65歳以上の高齢者人口が国家総人口の7%を占める時、この国が高齢化社会に入ること示している。2020年、中国の65歳以上の人口は1億9,064万人で、13.5%を達し、高齢化社会に入りつつあり、一方日本は、65歳以上の人口は3607万人で、総人口の割合は28.6%で、しかも過速的な高齢化が社会に重いプレッシャーをもたらしている。そこで、日中の人口高齢化の現状と特徴を明確にし、異なる制度の下で日中の人口高齢化の発展過程を分析することで、日中両国の老後保障制度に対して認識を深めることができる。

1 人口高齢化の概念

人口高齢化とは1つの国または地域の高齢者人口が増加することを指している。国際通行の基準によると、65歳以上の高齢者人口の比率が7%以上あるいは60歳以上の高齢者人口の比率が10%以上の場合、高齢社会あるいは老年型人口国家と称することができる。これには、2つの意味が含まれている。1つは高齢者人口が総人口に占める比重が増加すること、もう1つは社会人口構造が高齢者化の傾向を示すことである。

人口統計学では、0-14歳の人口は幼少人口で、15-64歳の人口は労働力人口、65歳以上は高齢者人口であり、そのうち、幼少人口と高齢者人口は総称して扶養人口といわれる。人口扶養比とは扶養人口と労働力人口の比をいう。したがって、高齢者扶養比とは高齢者人口と労働力人口の比をいう。人口高齢化が急速に発展する人口学の原因は、出生率の低下と高齢者死亡率の低下である。これは高齢者人口の規模を拡大するだけでなく、高齢者人口扶養比も高める。高齢者人口の増加が幼少人口より速くなると、総人口扶養比も増加し、結果として国の発展に負担をもたらすことになる。

2 日本の人口高齢化の発展過程

日本の人口高齢化は、「第二次世界大戦」後、特に1970年代以降に急速に進んでいる。1950年前まで、日本の高齢者人口は緩やかな成長を続けていたが、1950年以降に、高齢者人口の増長速度が大幅に速くなり、人口の人口高齢化速度が急速に向上した。本稿は日本の人口高齢化の発展過程によって、日本の人口高齢化の歴史変遷を「5つの段階」に分けている。

(1) 1935～1955年：高齢化の幕開け

表1に示すように、1935年、日本の65歳以上の高齢者人口の総数は3225千人から1955年の4786千人まで上昇し、総人口に占める割合は1935年の4.7%から5.3%に上昇した。同時期、日本の人口出生数は1935年の2182千人から1955年の1769千人に下がり、年少人口の割合は36.9%から33.4%に下がった。全体的に見ると、この時期の出生数は減少しているが、1947年から1949年にかけて、3年間のベビーブームが発生した。1947年の出生数は2,678,792人で、1948年は2,681,624人で、1949年は2,696,638人である⁴³。この時期に生まれた人たちは「団塊の世代」と呼ばれ、戦後の日本経済の高度成長に大きな影響を与える一方、現在では膨大な高齢者群になっている。1950年以降、日本の人口出生率は急速に低下し、1950年の29‰から1955年の20‰に減少した。しかし同時に、表1から、同時期の人口死亡率も1950年の11‰から1955年の8‰に減少した。この時期は出生率と死亡率が下がり続けているが、高齢者人口の割合は1950年の4.9%から1955年の5.3%にまで上昇している。この時期は日本の高齢化が始まったことがわかる。

表1 日本の人口構造の変化

| 年 | 総人口 (千人) | | | | | 年齢3区分別人口 (千人) | | | 年齢3区分別人口構成比 (%) | | |
|------|----------|-------|---------|-------|---------|---------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|
| | 総数 | 出生数 | 出生率 (%) | 死亡数 | 死亡率 (%) | 0～14歳 (年少人口) | 15～64歳 (生産年齢人口) | 65歳以上 (高齢人口) | 0～14歳 (年少人口) | 15～64歳 (生産年齢人口) | 65歳以上 (高齢人口) |
| 1935 | 69,254 | 2,182 | 31 | 1,170 | 17 | 25,545 | 40,484 | 3,225 | 36.9 | 58.5 | 4.7 |
| 1940 | 71,933 | 2,110 | 29 | 1,224 | 17 | 26,369 | 43,252 | 3,454 | 36.1 | 59.2 | 4.7 |
| 1945 | 72,147 | 1,902 | 26 | 2,147 | 30 | 26,477 | 41,821 | 3,700 | 36.8 | 58.1 | 5.1 |
| 1950 | 84,115 | 2,447 | 29 | 915 | 11 | 29,786 | 50,168 | 4,155 | 35.4 | 59.6 | 4.9 |
| 1955 | 90,077 | 1,769 | 20 | 708 | 8 | 30,123 | 55,167 | 4,786 | 33.4 | 61.2 | 5.3 |
| 1960 | 94,302 | 1,624 | 17 | 713 | 8 | 28,434 | 60,469 | 5,398 | 30.2 | 64.1 | 5.7 |
| 1965 | 99,209 | 1,811 | 18 | 712 | 7 | 25,529 | 67,444 | 6,236 | 25.7 | 68.0 | 6.3 |
| 1970 | 104,665 | 1,932 | 18 | 721 | 7 | 25,153 | 72,119 | 7,393 | 24.0 | 68.9 | 7.1 |
| 1975 | 111,940 | 1,948 | 17 | 707 | 6 | 27,221 | 75,807 | 8,865 | 24.3 | 67.7 | 7.9 |
| 1980 | 117,060 | 1,616 | 14 | 722 | 6 | 27,507 | 78,835 | 10,647 | 23.5 | 67.4 | 9.1 |

⁴³ウィキペディア「日本の人口統計」

(<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E7%B5%B1%E8%A8%88> 閲覧日: 2020. 8. 10)

| | | | | | | | | | | | |
|------|---------|-------|----|-------|----|--------|--------|--------|------|------|------|
| 1985 | 121,049 | 1,452 | 12 | 738 | 6 | 26,033 | 82,506 | 12,468 | 21.5 | 68.2 | 10.3 |
| 1990 | 123,611 | 1,241 | 10 | 824 | 7 | 22,486 | 85,904 | 14,895 | 18.2 | 69.7 | 12.1 |
| 1995 | 125,570 | 1,222 | 10 | 925 | 7 | 20,014 | 87,165 | 18,261 | 16.0 | 69.5 | 14.6 |
| 2000 | 126,926 | 1,194 | 9 | 968 | 8 | 18,472 | 86,220 | 22,005 | 14.6 | 68.1 | 17.4 |
| 2005 | 127,768 | 1,087 | 9 | 1,078 | 8 | 17,521 | 84,092 | 25,672 | 13.8 | 66.1 | 20.2 |
| 2008 | 128,084 | 1,108 | 9 | 1,142 | 9 | 17,176 | 82,300 | 28,216 | 13.5 | 64.5 | 22.1 |
| 2009 | 128,032 | 1,087 | 8 | 1,146 | 9 | 17,011 | 81,493 | 29,005 | 13.3 | 63.9 | 22.8 |
| 2010 | 128,057 | 1,083 | 8 | 1,188 | 9 | 16,803 | 81,032 | 29,246 | 13.2 | 63.8 | 23.0 |
| 2011 | 127,834 | 1,074 | 8 | 1,256 | 10 | 16,705 | 81,342 | 29,752 | 13.1 | 63.7 | 23.3 |
| 2012 | 127,593 | 1,047 | 8 | 1,248 | 10 | 16,547 | 80,175 | 30,793 | 13.0 | 62.9 | 24.2 |
| 2013 | 127,414 | 1,045 | 8 | 1,277 | 10 | 16,390 | 79,010 | 31,898 | 12.9 | 62.1 | 25.1 |
| 2014 | 127,237 | 1,022 | 8 | 1,274 | 10 | 16,233 | 77,850 | 33,000 | 12.8 | 61.3 | 26.0 |
| 2015 | 127,095 | 1,025 | 8 | 1,301 | 10 | 15,887 | 76,289 | 33,465 | 12.6 | 60.7 | 26.6 |
| 2016 | 126,933 | 1,004 | 8 | 1,300 | 10 | 15,780 | 76,562 | 34,591 | 12.4 | 60.3 | 27.3 |
| 2017 | 126,706 | 965 | 8 | 1,343 | 11 | 15,592 | 75,962 | 35,152 | 12.3 | 60.0 | 27.7 |
| 2018 | 126,443 | 944 | 7 | 1,369 | 11 | 15,415 | 75,451 | 35,578 | 12.2 | 59.7 | 28.1 |
| 2019 | 126,167 | 865 | 7 | 1381 | 11 | 15210 | 75072 | 35,885 | 12.1 | 59.5 | 28.4 |
| 2020 | 126,146 | 870 | 7 | 1371 | 11 | 15105 | 74710 | 36,079 | 11.8 | 59.2 | 28.6 |

出典:総務省統計局各年度(2015、2016、2017、2018、2019、2020年)『国勢調査結果』

『日本の推計人口』『人口推計』のデータより筆者作成

(2) 1955～1970年：徐々に高齢化社会に突入

1955～1970年間、日本の高齢者人口が総人口に占める比重は絶えず上昇し、高齢化の程度は絶えず高まっている。表1から見ると、1955年に65歳以上の高齢者人口は総人口の5.3%を占め、1970年には7.1%にまで増加した。人口出生率も1955年の20%から1970年の18%に下がった。人口出生率の持続的な低下は幼少人口の減少を引き起こし、幼少人口は1955年の30123千人から1970年の25153千人にまで減少し、幼少人口の総人口に占める割合も1955年の33.4%から1970年の24.0%にまで低下した。逆に、65歳以上の高齢者人口は増加し続け、1955年の4786千人から1970年の7393千人に上昇した。注意すべきは、高齢者人口の比率が増加する幅に比べて、幼少人口の総人口に占める比率が低下し続けていることである。高齢者人口の増加と幼少人口の減少は、総人口の中高齢人口の割合が絶えず増加していることがわかる。この過程で、幼少人口の絶対数の減少が主な原因である。1970年、日本は正式に高齢化社会に入った。

(3) 1970～1980年：高齢化社会に突入

1970年から1980年にかけて、日本の高齢者人口の比重は2%上昇し、高齢者人口の数は3254千人増加し、高齢化の水準はさらに向上した。この時期は、日本の人口出生率も下がり続け、1970年の18%から1980年の14%にまで減少した。しかし、人口年齢構造の影響を受け、1970年から1980年までの幼少人口数は減少することなく、増加したため、10年間で2354千人増加し、比率もやや下がった。人口出生率の低下に伴い、日本の人口死亡率も同時に低下しているが、この時期の低年齢層の人口死亡率の低下空間は既に限られており、人口死亡率の減少の重点は主に高齢者人口に集中している。1970年から1980年間に、日本の0歳から4歳の年齢層の人口死亡率は1.9%低下したのに対して、80歳以上の高齢者の死亡率は28.7%低下した⁴⁴。高齢者の死亡率の低下は、人口の平均予想寿命をさらに向上させ、1970年の74.6歳から1980年の78.8歳に引き上げた⁴⁵。人口死亡率の低下、高齢者人口の総人口に占める割合が増加している。

(4) 1980～2000年：高齢化のスピード加速

2000年の日本の高齢者人口は22005千人で、1980年より11358千人増え、8.3%上昇した。これとは対照的に、人口出生率が1980年以来減少し続けてきたため、幼少人口の比重は1980年の23.5%から2000年の14.6%に低下し、9035千人減少した。人口の平均予想寿命は78.8歳から84.6歳に上昇した⁴⁶。平均寿命の延長に伴い、高齢者数が増え続け、人口高齢化は人口出生率と人口死亡率は加速している。

(5) 2000～2020年：超高齢社会に突入

日本経済の急速な発展に伴い、人々の生活水準の向上と出産観念の変化によって出生率の低下をもたらした。表1に示すように、出生率は2000年の9%から2020年の7%まで下がり、2%低下し、324千人減少した。一方、高齢者人口は2000年の22005千人から2020年の36,079千人に上り、総人口に占める比率は17.4%から28.6%になり、11.2%上昇した。医療水準の持続的な発展と医療保障制度の整備によって、長寿化が進んでいる。「令和元年簡易生命表の概況」によると、2019（令和元年）男性の平均寿命は81.41歳で、女性の

⁴⁴ 王莉莉・郭平（2010）『日本老年社会保障制度』中国社会科学出版社, pp. 82-83.

⁴⁵ 郭麗（2011）「中日人口高齢化の差異と対策の考え方」『上海理工大学学報』33(2), pp. 154-158.

⁴⁶ 注45を参照

平均寿命は 87.45 歳である⁴⁷。国民の生活水準は持続的に向上し、医療衛生技術、生活環境、社会保障事業等の発展および国民の健康意識や特有の食文化生活等によって、人口の平均寿命と健康寿命を大幅に延長し、高齢者人口が高止まりしている。また、出生率も低下しているため、高齢化がますます深刻になり、社会の経済発展にも深刻な影響を与えている。

(6) 2021 年以降：高齢化プロセスの継続

今後、日本の高齢化は引き続き加速していく見込みである。総務省統計局の発表したデータによると、2021 年 6 月（概算値）、総人口は 1 億 2528 万 5 千人で、前年より 57 万 3 千人減り、比重は 0.46%減っている。そのうち、65 歳以上の人口は 3632 万 5 千人で、総人口の割合は 29.0%で、前年より 22 万 6 千人増え、比重は 0.63%増えた。75 歳以上の人口は 1868 万 3 千人であり、総人口の 14.9%を占めている、高齢化状況が深刻である。『令和 3 年版高齢社会白書』によると、長期の人口減少過程に入っており、2029(令和 11)年に人口 1 億 2,000 万人を下回った後も減少を続け、2053(令和 35)年には 1 億人を割って 9924 万人となり、2065(令和 47)年には 8808 万人になると推計されている（図 1 参照）。65 歳以上人口は、「団塊の世代」が 65 歳以上となった平成 27 年に 3347 万人となり、「団塊の世代」が 75 歳以上となる令和 7 年には 3677 万人に達すると見込まれている。その後も 65 歳以上人口は増加傾向が続き、2042(令和 24)年に 3935 万人でピークを迎え、その後は減少に転じると推計されている。総人口が減少する中で 65 歳以上の者が増加することにより高齢化率は上昇を続け、2036(令和 18)年に 33.3%で 3 人に 1 人となる。2042(令和 24)年以降は 65 歳以上人口が減少に転じても高齢化率は上昇を続け、令和 47 年には 38.4%に達して、国民の約 2.6 人に 1 人が 65 歳以上の者となる社会が到来すると推計されている。総人口に占める 75 歳以上人口の割合は、令和 47 年には 25.5%となり、約 3.9 人に 1 人が 75 歳以上の者となると推計されている。出生数は減少を続け、令和 47 年には 56 万人になると推計されている。この減少により、年少人口（0～14 歳）は 2056(令和 38)年に 1000 万人を割り、2065(令和 47)年には 898 万人と、現在の 6 割弱程度になると推計されている。出生数の減少は、生産年齢人口にまで影響を及ぼし、2029(令和 11)年に 6951 万人と 7000

⁴⁷ 総務省統計局（2019）「簡易生命表の概況」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-04.pdf> 閲覧日：2020.8.18)

万人を割り、2065(令和 47)年には 4529 万人となると推計されている⁴⁸。

これは予測値であるが、少子化を背景に日本の総人口と労働年齢人口の減少が全体傾向にあることを説明している。出生率を大幅に上げることができないと、人口減少の局面を変えることは難しい。人口の少子高齢化は高齢者扶養負担が重くなることを意味するばかりでなく、労働力資源の深刻な不足を招くことになる。現在、日本は農業、漁業、製造業等の労働条件が厳しい産業において、労働力の高齢化と人手不足の問題に直面している。将来の人口高齢化の発展は経済社会の発展に大きなプレッシャーと挑戦をもたらし続けるとともに、人口構造の変化趨勢は社会の各方面にも影響を及ぼしてしまう。

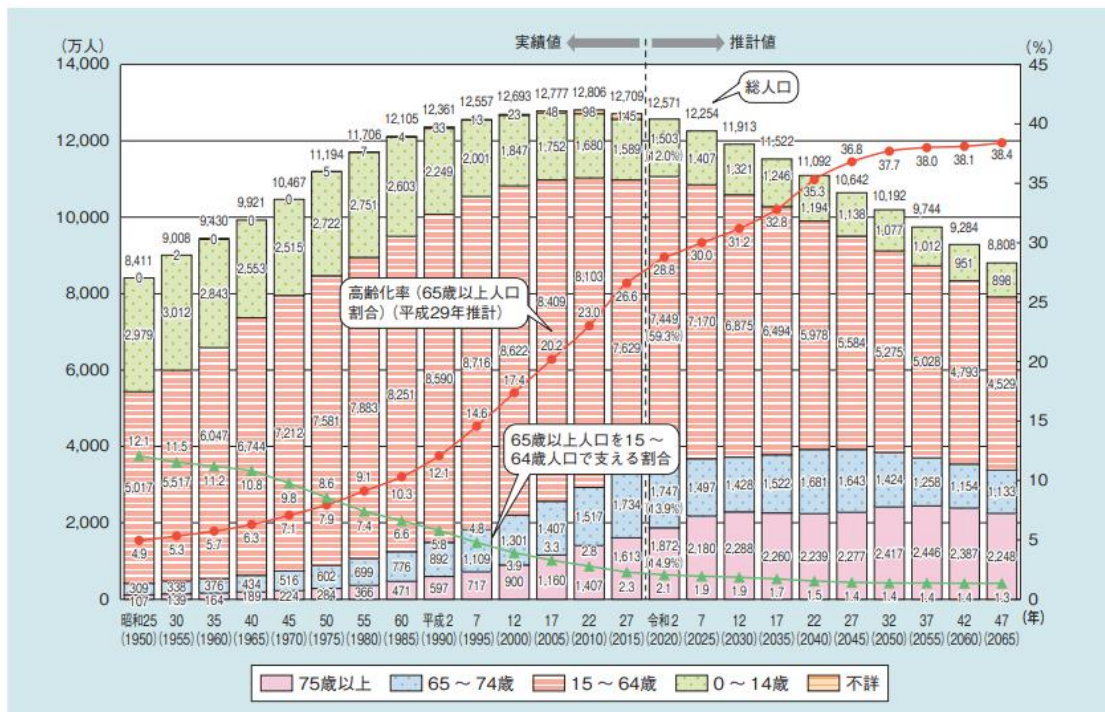


図1 高齢化の推移と将来推計 (1950-2065年)

出典：内閣府 (2021) 『令和 3 年版高齢社会白書 (全体版)』 p. 4

3 日本の人口高齢化の現状

日本は経済的に発展した国である。経済水準の継続的な向上に伴い、国民の生活水準は向上の一途をたどっている。人口の平均寿命は年々増え続けているが、出生率は年々低下しているため、高齢者人口は増え続けている。若年層労働力は絶えず減少しており、深刻な人口構造の二極化を経験している。「日本青書・日本発展報告 (2011)」によると、1970

⁴⁸ 内閣府 (2021) 『出生数および死亡数の将来推計 (2006-2065年) 令和 3 年版高齢社会白書 (全体版)』 p. 5

年に日本の65歳以上の高齢者人口は総人口の中で7%以上を占め、高齢化社会に入った。その後、日本の人口高齢化は驚くべきスピードで発展した。1994年の高齢化率は14%に達し、高齢社会に入った。2007年は21%に達し、高齢者人口の割合が18.2%のイタリアを超え、超高齢社会に入り、世界で高齢者人口の割合が最も大きい国となった⁴⁹。

人口高齢化によって、労働力不足や経済発展の遅れ、社会保障費の膨張等の大きな挑戦に直面しており、社会全体の各方面に影響を及ぼしている。例えば、社会の投資、生産、流通、分配、消費等の各分野を含み、異なる世代の間の収入と負担の分配問題にも関係している。そして、医療、社会保障制度、家族構造の変化にも関係し、経済構造、社会発展の根本的な問題に及んでいる⁵⁰。長期な高齢化で、民族の存続が難しくなり、民族の将来の存亡が危ぶまれる恐れもある。人口構造の変化は日本の社会経済の持続可能な発展に影響し、日本社会にとって早急な解決策を問われる課題となっている。

(1) 日本の人口高齢化の特徴

1) 人口高齢化のスピードは速く、若年層労働力は急速に減少

総務省統計局の発表したデータによると、2021年6月（概算値）、総人口は1億2528万5千人、65歳以上人口は36325万人で、そのうち女性、男性はそれぞれ20529千人、15796千人で、それぞれ総人口の31.9%、25.9%を占めている。65歳以上の人口は総人口の29.0%を占めている。75歳以上の人口は総人口の14.9%を占めている（表2参照）。国連の統計基準によると、65歳以上は高齢者とされており、高齢化率は総人口のうち、65歳以上の人口が占める比率を指し、その比率は7%から14%の間の場合は高齢化社会とみなされ、比率は14%から21%の間の場合は高齢社会で、21%を超えるのは超高齢社会である。2021年、日本の比率は29.0%に急上昇し、既に超高齢社会に入った。

⁴⁹ 郭麗（2011）「中日人口高齢化の差異と対策の考え方」『上海理工大学学報』33(2), pp. 154-158.

王偉（2003）「日本の人口構造の変化傾向と社会に対する影響」『日本学刊』(4), pp. 127-139.

⁵⁰ 陶立群（1995）「日本の人口高齢化の現状、発展傾向と主要な対策」『日本問題研究』(1), pp. 56-58.

表2 2021年日本の人口年齢層分布

| 種類 年齢層 | 2021年6月1日 | | | | | |
|-----------|-----------|--------|--------|--------|-------|-------|
| | 人口(千人) | | | 構成比(%) | | |
| | 総数 | 男 | 女 | 総数 | 男 | 女 |
| 人口総数 | 125,285 | 60,937 | 64,348 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 75歳以上人口 | 18,683 | 7,366 | 11,317 | 14.9 | 12.1 | 17.6 |
| 65歳以上人口 | 36,325 | 15,796 | 20,529 | 29.0 | 25.9 | 31.9 |
| 15～64歳人口 | 74,096 | 37,527 | 36,569 | 59.1 | 61.6 | 56.8 |
| 15歳未満人口 | 14,864 | 7,614 | 7,250 | 11.9 | 12.5 | 11.3 |

出典：日本総務省『人口推計』2021年6月1日（概算値）

（<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=1&year=20210&month=24101211&tclass1=000001011678> 最終閲覧日：2021.12.1）

表2によると、主要労働力である15～64歳の「生産年齢人口」は74096千人で、人口総数の59.1%を占めている。このことから、日本の労働力人口が不足していることがわかる。2016年、日本の15～64歳の労働年齢人口が人口総数に占める割合はわずか60.1%である。この傾向で発展していくと、2060年には日本の労働年齢人口の総人口に占める割合は50%に下がる⁵¹。社会経済発展の中核的役割を果たしているのは青年労働人口であり、青年労働人口の減少は労働力供給の減少を意味している。これは日本政府に財政におけるプレッシャーをもたらすだけでなく、日本の持続可能な社会発展にも深刻な影響を与えている。そのため、日本では少子高齢化が進んでおり、若い労働力の急激な減少が日本の人口高齢化の著しい特徴となっている。

世界銀行が発表したデータ「世界発展指標 2013」によると、「世界の一部の国家における人口高齢化率」の発展のスピードの変化（図2）が分かる。高齢化社会速度とは、高齢化率が7%から14%に上がるまでの時間の年限である。この基準で推計すると、フランスは115年、スウェーデンは85年、ドイツは40年、イギリスは47年、日本はわずか24年（1970～1994）である⁵²。図3からみて、「日本の人口高齢化率の時間曲線」の変動幅が最も大き

⁵¹ 内閣府（2019）「人口推計」（https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s_1_1。閲覧日：2020.1.15）

⁵² 孫耀明・潘蕊（2004）「日本年金の問題と対策」『日本問題研究』（4），pp. 37-49。

く、世界人口高齢化率の平均発展水準を著しく上回っており、世界人口高齢化率が最も速い国となっている。この人口高齢化の急速な発展は、日本社会の人口の最も著しい特徴になっている。

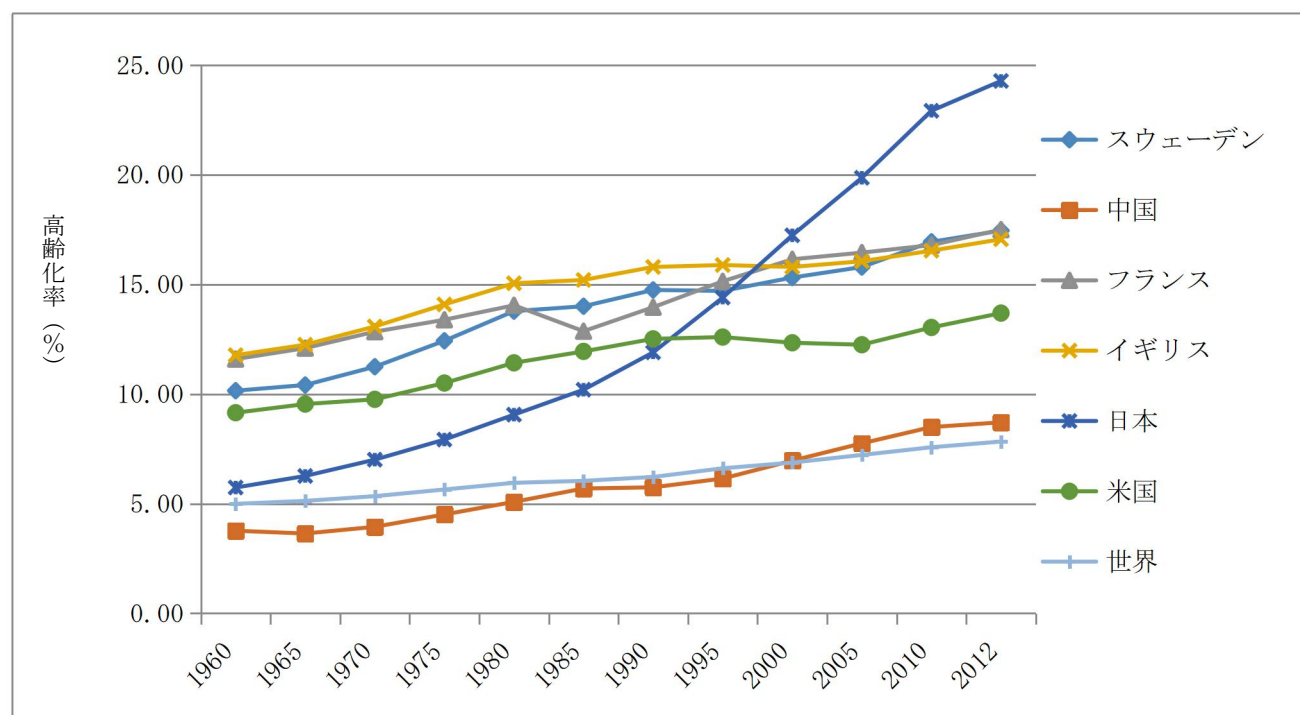


図2 世界の人口高齢化率の変化曲線

出典：世界銀行（2013）『世界発展指標』p. 42

2) 高齢人口のうち、特に女性の高齢化が目立つ

表3によると、2018年、65歳以上、75歳以上、90歳以上の人口はそれぞれ3557万人、1796万人、219万人であり、それぞれの割合は28.1%、14.2%、1.7%であった。このデータから、高齢者の割合が高いことが分かる。このうち65歳および75歳以上の男性はそれぞれ1545万人、705万人で、それぞれ25.1%と11.5%を占めている。同じ年齢層の女性はそれぞれ2012万人、1091万人で、高齢女性はそれぞれ31.0%、16.8%を占めている。日本の高齢女性の占める割合は男性より高いことが分かる。注意すべきは、2018年100歳以上の高齢者数は既に7万人に達している。そのうち、男性は1万人しかいないが、女性は6万人もいる。高齢者の人口が増加するにつれて、高齢者は居住条件、医療看護水準、利用する公共施設、精神文化等に対してより高い要求を出している。これは日本社会に大きな圧力を与えている。つまり、人口高齢化は既に社会の危機になった。そのため、高齢者の比

率が高く、女性の高齢化が日本の高齢化社会の顕著な特徴となっている。

表3 2017-2018年日本高齢者の比率分析

| 年齢別 | 人口(万人) | | | 人口総数に占める割合(%) | | | | |
|--------|--------|------|------|---------------|------|------|-----------------|------|
| | 総数 | 男 | 女 | 総数 | 男 | 女 | 性別比 (女100対男) | |
| 合計 | 12642 | 6152 | 6490 | 100 | 100 | 100 | 94.8 | |
| 15~64歳 | 7542 | 3816 | 3726 | 59.7 | 62.0 | 57.4 | 102.4 | |
| 65歳以上 | 3557 | 1545 | 2012 | 28.1 | 25.1 | 31.0 | 76.8 | |
| 2018年 | 75歳以上 | 1796 | 705 | 1091 | 14.2 | 11.5 | 16.8 | 64.6 |
| 85歳以上 | 570 | 176 | 393 | 4.5 | 2.9 | 6.1 | 44.8 | |
| 90歳以上 | 219 | 54 | 165 | 1.7 | 0.9 | 2.5 | 32.7 | |
| 95歳以上 | 51 | 9 | 42 | 0.4 | 0.1 | 0.7 | 20.2 | |
| 100歳以上 | 7 | 1 | 6 | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 14.9 | |
| 総計 | 12669 | 6165 | 6504 | 100 | 100 | 100 | 94.8 | |
| 15~64歳 | 7596 | 3841 | 3755 | 60 | 62.3 | 57.7 | 102.3 | |
| 65歳以上 | 3513 | 1525 | 1988 | 27.7 | 24.7 | 30.6 | 76.7 | |
| 2017年 | 75歳以上 | 1746 | 682 | 1063 | 13.8 | 11.1 | 16.3 | 64.2 |
| 85歳以上 | 544 | 167 | 377 | 4.3 | 2.7 | 5.8 | 44.1 | |
| 90歳以上 | 206 | 49 | 156 | 1.6 | 0.8 | 2.4 | 31.8 | |
| 95歳以上 | 47 | 8 | 39 | 0.4 | 0.1 | 0.6 | 20.1 | |
| 100歳以上 | 7 | 1 | 6 | 0.1 | 0.0 | 0.1 | 15.0 | |

出典：日本総務省統計局. 高齢者人口2018年『人口推計』

(<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2018np/index.html> 最終閲覧日：2019.8.1)

3) 人口高齢化は地域差が顕著で、農村は都市より高い

戦後の高度経済成長期を経て、日本の人口流動は加速し、多くの若者が農村から都市に流出し、都市の人口密集化と農村の人口過疎化が形成された。人口移動によって農村は真っ先に高齢化が進み、日本の人口高齢化の地域分布は図4に示しているように、日本の47都道府県の中で、高齢化が最も深刻なのは秋田県で、その高齢化率は35.6%である。次い

で高知県の高齢化率は34.2%、島根県は33.6%、山口県は33.4%であるのに対して、大都会の東京都、大阪府の高齢化率はかえって低く、それぞれ23.0%、27.2%である。最も比率が低いのは沖縄県で21.0%であった。これによると、日本の周辺地域の人口高齢化率は東京都、大阪、名古屋といった中心経済圏より高く、都市化の発展による人口移動が発生していることが分かる。それに、日本の多くの大手企業、教育機関等はいずれも中心大都市に集中しており、多くの農村や周辺地域の高齢化現象が激化している。もしコントロールしなければ、2045年の高齢化率について、秋田県は50.1%まで上がり、高知県は42.7%、山口県は39.7%に達すると予測されている（図3参照）。このように、人口高齢化も地域性の特徴を持っている。

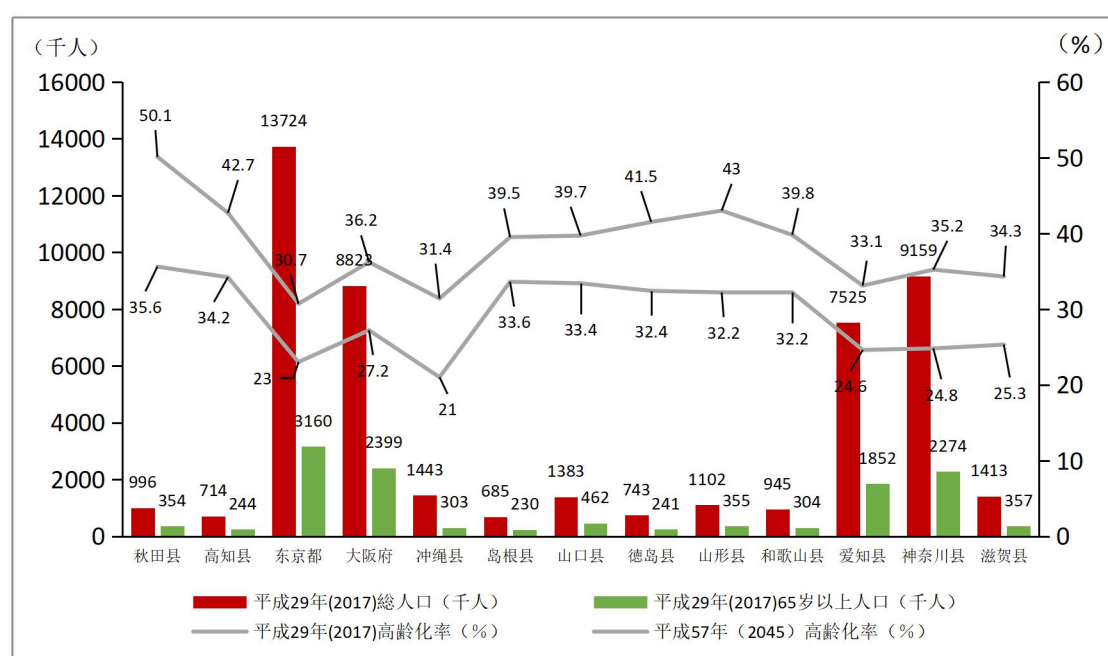


図3 日本の人口高齢化率の地域分布

出典：日本総務省 2017年『人口推計』のデータより筆者作成

(2) 日本の人口高齢化の主な原因

人口高齢化、長寿化は人類社会が一定の段階まで発展してから自然に現れる産物であり、本来は人類社会の進歩の反映のはずである。しかしながら同時に、国家経済、環境、社会発展等の諸方面に潜在的な問題をもたらし、高齢化は人口問題だけではなく、民族の持続可能な発展、ひいては存続の戦略問題にまで深刻になっている。そのため、人口高齢化の原因を分析し、人口の発展規律を総括し、日本の高齢化の経験と教訓を活かし、人口高齢

化に対応する戦略を探求し、相応する社会保障体系を改善することは、重要な社会的意義と歴史的意義がある。

1) 赤ちゃんの出生率は絶えず低下

日本の人口が高齢化になる主な原因は、人口出生率が下がり続けていることである。日本の人口出生率の変化は図4に示すように、1947-1949年は、日本の第一次ベビーブームであり、当時、毎年の出生数は270万前後で、合計特殊出生率はそれぞれ4.54(1947年)、4.40(1948年)、4.32(1949年)であり、合計特殊出生率の正常な水準をはるかに上回っている。毎年の人口出生数は210万人前後で、合計特殊出生率はそれぞれ2.16(1971年)、2.14(1972年)、2.14(1973年)、2.05(1974年)で、合計特殊出生率は正常な水準は大体同じである。しかし、1975年になると、日本の合計特殊出生率は1.91と2.0以下に下がり始めた。1990年に一気に1.57に下がった。日本はこれを「1.57ショック」と呼んでいる。その後、日本の出生率はずっと下がっている。2005年の出生人口は106万人ぐらいで、合計特殊出生率はわずか1.26で、「超低出生率」に属している。その後の10年間(2006-2016年)において、合計特殊出生率はずっと1.33-1.44の間にある。したがって、

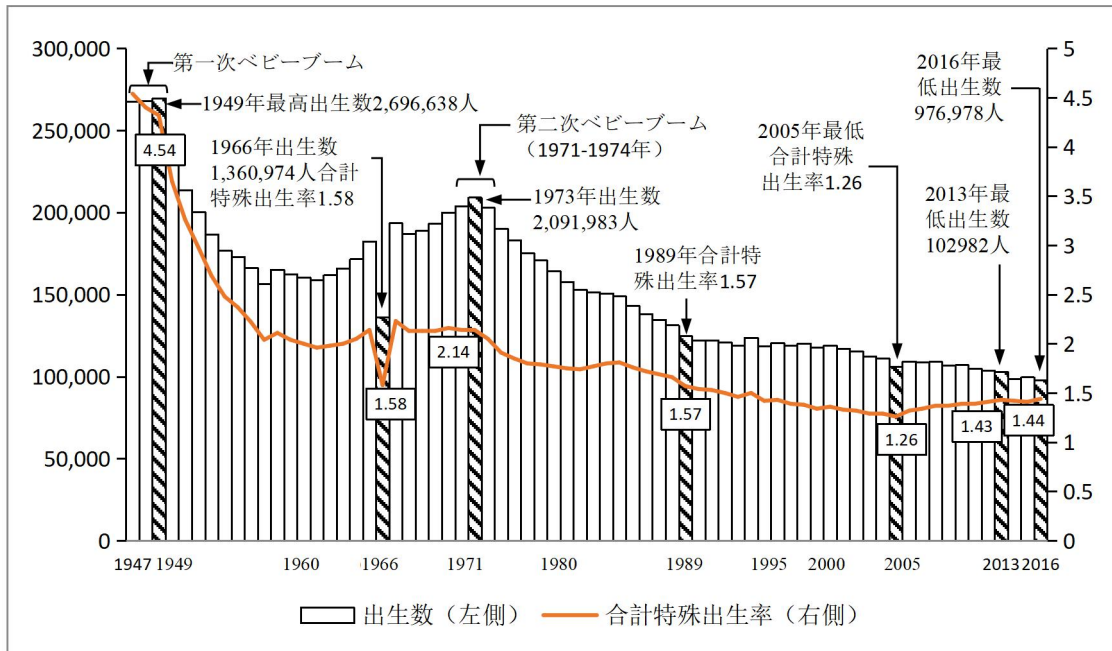


図4 日本の人口出生率の変化

出典：日本厚生労働省の2016年『人口動態統計』

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei16/index.htm> 最終閲覧日：2019.8.15)

出生率の低下によって、子どもの数が現象し、少子化の問題がますます深刻になり、間接的に高齢者人口の人口構造に占める割合が高いため、人口高齢化がますます深刻になってきた。

2) 平均寿命が絶えず延長

経済水準と医療水準の持続的な発展と日本の医療保障制度の整備に伴い、日本の環境、食品の安全保証の向上により、日本の長寿化が進んでいる。周知のように、日本は世界最大の長寿国である。「令和元年簡易生命表の概況」によると、2019（令和元年）日本の男性の平均寿命は81.41歳で、女性の平均寿命は87.45歳である。2060年までに日本男性の平均寿命は84.19歳まで増加し、女性の平均寿命は90.93歳と予想されている⁵³。日本の人口出生率が大幅に低下した背景として、日本国民の生活水準が持続的向上、医療衛生技術、生活環境、社会保障事業等の発展および国民の健康意識、日本特有の食文化生活等がある。それにより、人口の平均寿命と健康寿命は大幅に延長され、平均寿命がどんどん延びていることも高齢化社会に入った原因の1つである。

3) 未婚化、晩婚化、子育て化の進行

日本女性の社会的地位、経済力、教育水準等が高くなるにつれて、女性は以前のように専業主婦として、毎日絶えない家事と子どもを教育するという概念に縛られ、女性の社会進出は少なかった。女性の労働力人口の割合の変化傾向、は図5に示すように、1985年の女性の就業率は総就業率に占める割合はわずか39.7%であったが、2005年には42.0%まで増加し、2014年には42.9%まで増加した。このように、日本女性の就業率は年々増加している。1980年代から、社会も女性のためにますます多くの仕事の機会を提供した。働く女性は早く子どもを産むと仕事との両立が難しくなるため婚期が遅くなる。企業競争が非常に激しいため、多くの規模の大きな企業や雇用主は人材を募集する時、既婚女性を除外することが多い。その主な原因は、女性を採用する場合、経営コストが増えるだけでなく、生産性を高めることも難しいと考えられているからである。このような環境下で、多くの女性が結婚をしないことが多い。特に日本はここ数年、経済が停滞し、下がる傾向が見られる。そして、社会収入の格差も増えてきている。結婚や出産のために体力とお金を使いたくないという若者が増えている。同時にもっと自主的で自由な生活スタイルに憧れるようになり、積極的に社会活動に参加し、自分の理想的な生活を求め、晩婚・晩産を選んでい

⁵³ 厚生労働省（2020）「令和元年簡易生命表の概況」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-15.pdf> 閲覧日：2021. 1. 10)

る。

厚生労働省の「2016年人口動態統計特殊報告」によると、日本男性の初婚の平均年齢は1975年の27.8歳から2015年の31.3歳まで上昇し、同世代の日本女性の初婚年齢は25.2歳から31.1歳まで上昇⁵⁴、女性の初出産の平均年齢は2015年に30.4歳に達し、2000年より2.1歳上昇した⁵⁵。日本の男女未婚率の変化（図6）から、1960～2010年にかけて、25～29歳の男性の未婚率は46.1%から71.8%に増加し、30～34歳の未婚率は9.9%から47.3%に上昇したことが分かる。一方、25～29歳の女性の未婚率は21.7%から60.3%に上昇、30～34歳の未婚率は9.4%から34.5%に上昇した。そのため、未婚化、晩婚化・晩育化は人口高齢化が激化する原因の1つである。このほか、日本政府は適齢期女性の出産問題に対する支持力が足りず、経済の不景気、男女地位の不平等等の要素を加え、日本の少子高齢化が深刻になっていると発表している。

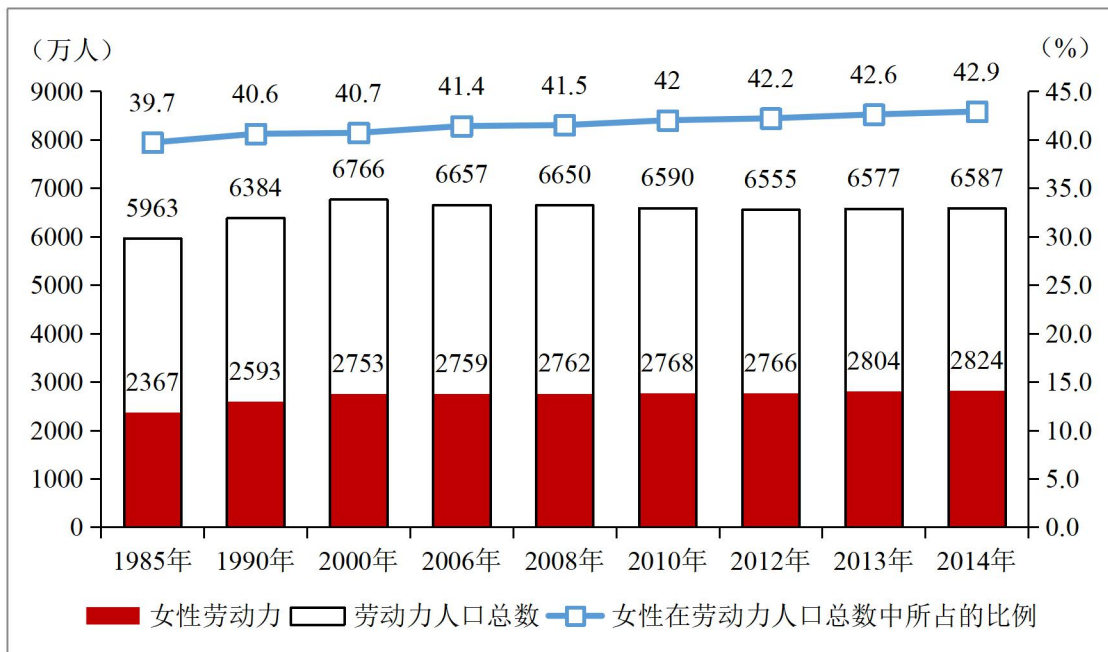


図5 労働力人口および女性労働力人口の割合変化状況

出典：日本総務省の2014年『労働力調査』

(<https://www.stat.go.jp/data/roudou/report/2014/index.html> 最終閲覧日：2019.8.27)

⁵⁴ 厚生労働省（2016）「人口動態統計特殊報告」

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jikou/tokusyuu/konin16/dl/gaiyo.pdf>. 閲覧日：2019.12.10)

⁵⁵ 丁英順（2018）『日本の人口高齢化問題に関する研究』社会科学文献出版社, p. 11.

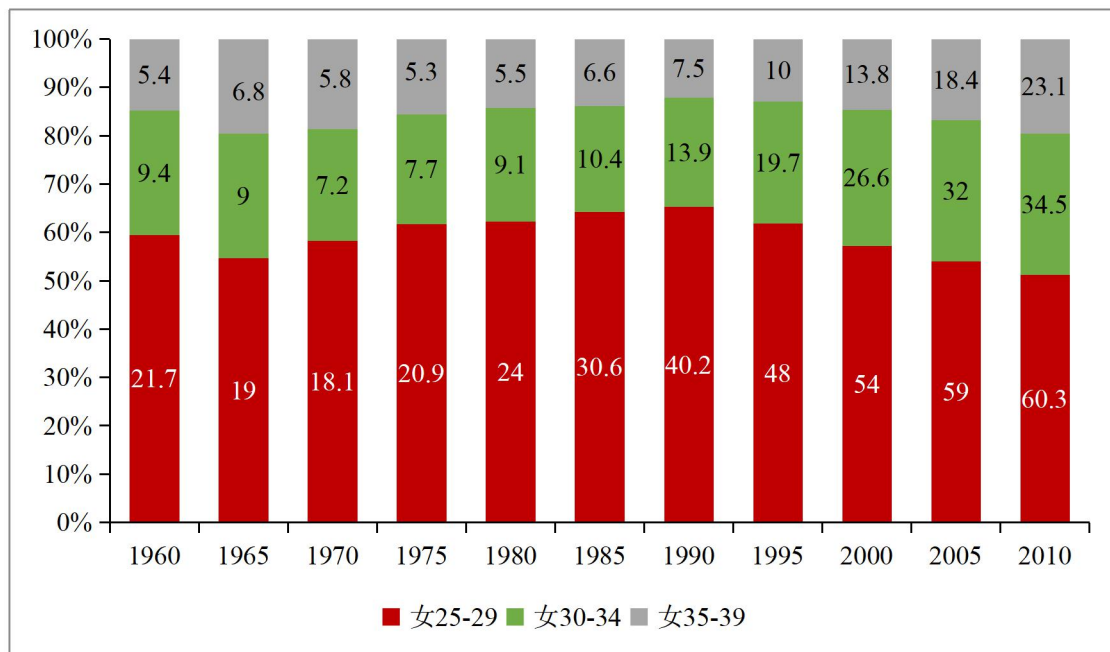
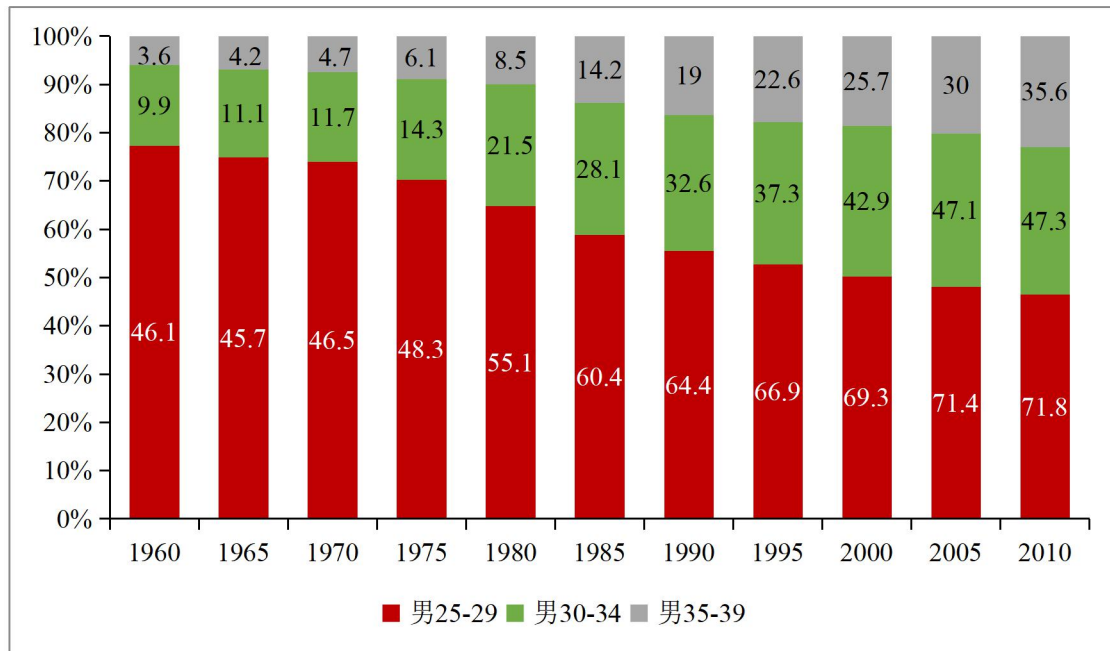


図6 日本の男女年齢別未婚率の変化状況

出典：日本総務省 2010 年『国勢調査』のデータより筆者作成

4 中国の人口高齢化の発展過程

中華人民共和国の成立後 70 年余りの間は、中国の人口転換の過渡期である。この間、中国は死亡率の大幅な減少と 3 回のベビーブームを経験し、人口構造の転換を完成した。基本的に安定した低出産レベルを実現したと同時に、人口の平均予想寿命も絶えず延長され、これが 21 世紀において高齢社会の大きな要因になった。本稿では、中国の人口高齢化の発

展過程を次の「4段階」に分けている。

(1) 1949～1979年：人口構造の若年化段階

1949年に中華人民共和国が成立してから改革開放までの30年近く前に2回のベビーブームと死亡率の急速な低下が見られ、人口構造の若年化が現れた。これまで、中国が経験した3回のベビーブームのうち、2回は中華人民共和国の成立から改革開放までの30年近くの間で発生した。しかも、この2回の人口増加速度が最も速く、増加規模も大きい。第1次ベビーブームは1950年から1959年（そのうち、1950年から1954年までの平均出生率は37‰に達した）に現れ、年平均出生人口は2034万人で、人口規模が「緩やかから速くなる」という増長の基礎を提供した⁵⁶。第2次ベビーブームは1962-1975年で、年平均出生人口は2583万人に達している。

この2回のベビーブームは累計で中国の総人口を4億人近く増加させ、当時の人口年齢構造の若年化につながっている。65歳以上の人口割合は1953年の4.41%から1964年の3.56%に下がり、高齢化の割合は0.85%下落した⁵⁷。中国の人口死亡率から見ると、1949年に中国の人口死亡率は20‰で、1962年には10‰（3年自然災害時期を除く）に急激に下がった。70年代半ばまでは6‰-7‰の低水準に下がり、現在まで維持している。同期の乳児死亡率は200‰前後から50‰前後まで下がり、平均出生の予想寿命は50歳未満から62歳まで増加した⁵⁸。これらのデータは当時の中国の人口構造の若年化という現実を十分に説明している。

(2) 1979～2000年：高齢化の形成段階

改革開放以来、人口出生率は急速に低下し、最終的には低水準で横ばいと同時に、平均寿命の延長もみられ、中国人口高齢化プロセスが開始した。1982年の第3回国勢調査の結果によると、0-14歳の人口比重は1964年より7%減少し、15-64歳の人口比重は1964年より11%上昇したが、65歳以上の人口比重は1964年より1.3%上昇し、変化幅は比較的小さい。1990年の第4回国勢調査の結果によると、0-14歳の人口比重は1982年より5.9%減少し、15-64歳の人口比重は1982年より6%上昇し、65歳以上の高齢者人口の割合は5.6%まで上昇した。2000年第5回国勢調査によると、0-14歳の幼少人口の割合は22.89%に低下

⁵⁶ 張岩松(2016)『社会高齢者サービス体系建設研究』東北财经大学出版社, pp. 3-5.

⁵⁷ 注55を参照.

⁵⁸ 注45を参照.

し、15-64 歳の労働年齢人口の比重は 70.1%に上昇し、60 歳以上の人口の比率は 10%を超え、65 歳以上の高齢者人口は 6.96%になった⁵⁹。

幼少人口比重の絶えざる減少と労働年齢人口の割合の絶えざる増加から見て、中国の人口ピラミッドが底部から収縮する傾向にあることを示している。強力な計画生育政策の実施と社会経済の急速な発展により、合計特殊出生率はわずか 10 年で 20 世紀 70 年代初期の 5.8 から 80 年代初期の 2.5 前後まで下がった⁶⁰。しかし、人口モメンタムの法則のため、80 年代に第 3 次ベビーブームが形成され、年平均出生人口は 2225 万人で、90 年代の年平均出生人口数は依然として 2097 万人の水準を維持している。21 世紀以来、中国の年平均出生人口はずっと 1600 万人余りの低水準を維持してきた。しかし、1982-2007 年には、中国の 65 歳以上の人口高齢化レベルは 4.93%から 7.92%まで上昇し、そのうちの 27.11%は出生率の低下によるもので、18.67%は平均寿命の増加に起因した。人口モメンタムの作用（すなわち年齢構造）の影響が最も大きく、人口高齢化の増加に対する貢献率は 56.06%である⁶¹。そのうち 1999 年、中国の高齢者人口は 1.32 億人になり、高齢化レベルは 10.46%に達したため、中国が高齢化社会に入ったことを示している。

（3）2000～2020 年：急速な高齢化時期

2000 年以來、中国の合計特殊出生率は低下しつつある。2000 年の合計特殊出生率は 1.22 で、2005 年の 1%のサンプリング調査の結果は 1.34 で、2.1 という交替レベルをはるかに下回った⁶²。2021 年の第 7 回国勢調査の結果、0-14 歳の幼少人口比重は 17.95%、15-59 歳の労働年齢人口の比重は 63.35%、60 歳以上の人口の比重は 18.7%、65 歳以上の高齢者人口の割合は 13.5%であった。2010 年第 6 回全国国勢調査に比べて、0-14 歳人口の比重は 1.35% 上昇し、15-59 歳人口の比重は 6.79%低下し、60 歳以上の人口の比重は 5.44%上昇し、65 歳以上の人口の比重は 4.63%上昇した⁶³。2021 年 5 月までに、60 歳およびそれ以上の人口は 2 億 6,402 万人で、総人口の 18.7%を占めている。そのうち、65 歳およびそれ以上の人口は 1 億 9,064 万人で、13.5%を占めている⁶⁴。21 世紀に入ってから、中国の高齢者人口と比重の増長速度は改革開放の前 30 年より高くなり、人口高齢化は加速段階にある。

⁵⁹ 程志強・馬金秋(2018)「中国の人口高齢化の発展と対応策」『学术交流』12, pp. 101-109.

⁶⁰ 注 55 を参照.

⁶¹ 原新・劉士傑(2009)「1982-2007 年中国の高齢化原因の人口学的要素分解」『学海』4, p. 142.

⁶² 注 58 を参照.

⁶³ 国家統計局(2021)「第 7 回国勢調査」(http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202106/t20210628_1818824.html 閲覧日: 2021.6.10)

⁶⁴ 注 2 を参照.

(4) 2021 年以降：高齢化の急激な進行

この時期、20 世紀 60 年代から 70 年代半ばまでの第 2 次ベビーブーム期に生まれた人々が高齢期に入り始めた。同時にマイナス成長を始めたため、人口高齢化はさらに加速した。図 7 の予測によると、中国の高齢者人口は 2022 年の 2.68 億人から 2036 年の 4.23 億人まで増加し、人口高齢化レベルも 18.5%から 29.1%に上昇する。2050 年までに中国の高齢者人口は 4 億人を超え、高齢化レベルは 30%以上に達する見込みであり、そのうち、65 歳以上の高齢者人口は 3.36 億人に達し、総人口の 24.3%を占め、80 歳以上の高齢者人口は 944.8 万人に達し、高齢者人口の総数の 21.78%を占めることになる⁶⁵。図 7 から見ると、2053 年から 2100 年までに、中国はますます高齢化が進行し、高齢者人口は 2053 年の 4.87 億人から 2100 年の 3.83 億人に減少し、人口高齢化レベルは常に 1/3 前後に安定する見込みである。この段階では、幼少人口、労働年齢人口と高齢者人口の規模が共に減少し、それぞれの割合は比較的安定している。しかし社会扶養比は 90%以上を維持するため、重度の高齢化時期に入ることになる。

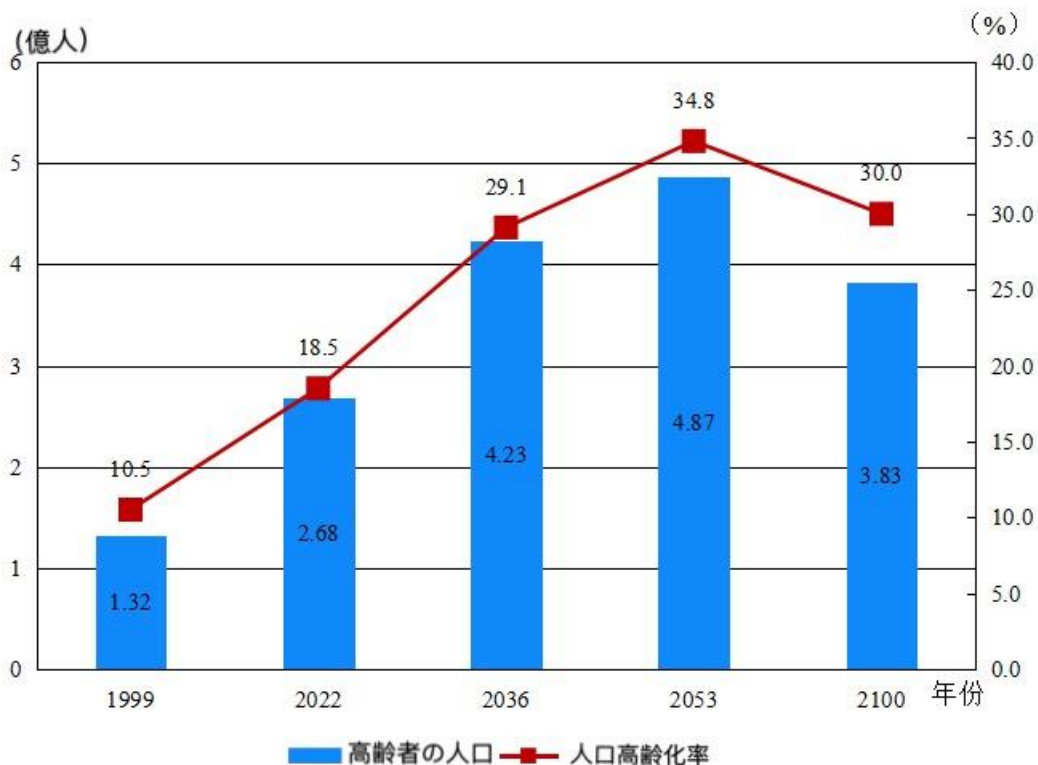


図 7 高齢者人口数と高齢化水準予測

出典：2014 年『国家の人口高齢化対策戦略研究総報告』華齡出版社

⁶⁵ 張岩松（2016）『社会高齢者サービス体系建設研究』東北財経大学出版社，pp. 3-5.

5 中国の人口高齢化の現状

現在、中国は既に高齢化の段階に入っている。しかも、高齢化の傾向はますます加速し、現在の社会老後保障に大きな挑戦を与えている。急速に発展している人口高齢化の傾向は、人口出生率と出生率の低下、死亡率の低下、予想寿命の向上は密接に関係している。現在、中国の出生率は既に人口交替率の水準以下まで下がり、人口の予想寿命と死亡率も先進国の水準に近くなった。20世紀中期のベビーブームに生まれた人口が高齢者になるにつれて、21世紀前半は中国人口高齢化の発展が一番速い時期になると予想される。中国政府は人口高齢化問題の解決を高度に重視し、積極的に高齢事業を発展させ、政府主導、社会参加、国民全体をカバーするという高齢事業の発展パターンを形成した。国家は全国高齢者工作委员会を設立し、高齢事業の目標、任務と基本政策を確定した。また、「中華人民共和国高齢者權益保障法」を公布し、「中国高齢事業発展の第十回五年計画要綱」「国家高齢事業発展と養老体系建設の第十三回五年計画」「国家が積極的に人口高齢化に対応する中長期計画」等、高齢者事業を経済社会発展の全体計画と持続可能な発展戦略に明確に組み入れた。

(1) 中国の人口高齢化の特徴

1) 人口高齢化の規模は大きく、しかも急速に増加する

この特徴が現れたのは、中国全体の人口基数が巨大なため、これらの人口は一旦高齢者段階に入ると、長い間高い数字を維持することになる。2000年から2020年の間に、中国の65歳以上の高齢人口は8811万から1億9064万に増加し、総人口に占める比率は6.96%から13.5%に上昇し、中国の高齢化は規模が大きく、スピードが速いという特徴が現れた。中国の高齢者人口の割合が4.91%から7.0%に上昇するには、18年しかかからなかったが、スウェーデンの高齢者人口の比重は5.2%から8.4%に上昇するには40年もかかった⁶⁶。図1によると、フランスの高齢者人口の比重は7%から14%に上昇するのは115年、イギリスは47年、ドイツは40年であった。このように、中国の人口高齢化のスピードは欧米より早く、そのスピードの速さは前例のないことを示している。図1から分かるように、日本の高齢者人口の比重は7%から14%まで上昇するのに25年(1970~1995)であったが、中国は2000年に高齢化率が7%だと計算する場合、2024年は14%に達することになる⁶⁷。そして、

⁶⁶ 注47を参照。

⁶⁷ 呉滄萍ら(1999)「社会老年学」『中国人民大学出版社』p.160.

中国の高齢者人口が7%から14%に上昇するスピードは日本と大体同じであるが、日本は世界で最も高齢化が激しい国の1つであるため、中国の高齢化の激化も深刻な問題である。

2) 高齢者人口が急激に増加する

高齢者の人口増加が急速であることは、高齢者の高齢化傾向が顕著であることを集中的に示している。人口学の理論によると、60～69歳は低年齢高齢者人口で、70～79歳は中高齢人口、80歳以上は高齢人口である。国勢調査のデータによると、1982年の中国の80歳以上の高齢者人口は505万人で、高齢者人口の総数の6.59%を占めていた。1990年の中国の80歳以上の高齢者人口は768万人で、高齢者人口の総数の7.92%を占めている。2000年の中国の80歳以上の高齢者人口は1199万人で、高齢者人口の総数の9.23%を占め、2010年の中国の高齢者人口は2099万人で、総人口の11.82%を占めている。このように、中国の人口高齢化の傾向は明らかである。低年齢の高齢者人口に比べて、高年齢の高齢者死亡率と病気の確率が高く、生活の自己管理能力も低く、より多くの医療保障、経済保障等が必要とされ、高齢化は中国の老後保障体系と医療衛生体系に厳しい現状をもたらしている。

3) 地域発展のアンバランス

中国の領土は広く、人口も多いほか、地域間の差異も大きい。経済条件と計画生育政策の影響を受けて、中国の人口高齢化に関する地域間の不均衡現象は明らかである。中国の人口高齢化の発展は東から西に向かって地域ごとに変化していく特徴を持っており、東部沿海経済の発達している地域の高齢化は明らかに西部の経済未発達な地域より速い。上海は早くも1979年に既に高齢者型社会に入った。2012年最後の人口高齢者型の行列に入った寧夏と比較すると、時間の幅は33年もある⁶⁸。近年の大規模な人口移動により、多くの労働年齢人口が都市に移動し、農村滞在人口の多くは高齢人口であり、農村地域の高齢化状況は都市より深刻になっている。

第6回全国国勢調査データによると、2010年に居住地統計により、農村、鎮（町）、都市の高齢化率はそれぞれ14.98%、12.01%、11.47%で、農村地区は都市地区より3.51%高い。このように農村と都市のギャップが存在する状況は、2040年まで持続する見込みである。21世紀後半になって、都市の高齢化レベルは農村を上回り、徐々に格差が広がっていく見込みである。人口高齢化の都市と農村の大きな差異が生じる根本的原因は、中国の戸籍制度にある。中国各地の間には大きな人口流動があるが、主に若者と労働人口の流動であり、高齢人口、特に膨大な農村高齢人口は、戸籍の制限を受けて故郷を離れることが難しい。

⁶⁸ 譚琳（2007）「中国の人口高齢化発展トレンドの予測研究報告」『中国婦運』2，pp.15-18.

4) 豊かになる前に高齢化する

先進国は基本的に近代化を実現した上で高齢社会に入っているため、まず豊かになった後に年を取るか、あるいは豊かになると同時に高齢になっている。しかし、中国はまだ近代化を実現しておらず、経済はまだ発達していない状況下で早めに高齢社会に入り、「豊かになる前に高齢化する」タイプに属する。中国は1999年に高齢社会に入り、当時の一人当たりのGDPはわずか840ドルだったが、米国、フランス、ドイツは1990年のGDPはそれぞれ4096ドル、2849ドル、3134ドルであったため、一人当たりのGDPは先進国の平均水準よりはるかに遅れており、人口高齢化の度合いも経済発展の水準をはるかに超えている。表4から見ると、中国は2000年時点で65歳以上の人口が総人口の7%を占め、当時の一人当たりGDPはわずか1740ドルであったが、同時期の日本の一人当たりGDPは40167ドルであった。2010年に中国の65歳以上の人口は総人口の8.9%を占め、日本の1980年の水準に相当するが、同時期の一人当たりGDP水準（4434ドル）は日本の1980年の半分（9333ドル）しかない。このように、中国の高齢化に対応する基礎がまだ弱く、人口転換の過程は経済発展のスピードをはるかに超えていることが分かる。

表4 異なる国の高齢者人口の比率と一人当たりGDPの比較

| 国家 | 65歳および以上の人口割合 (%) | | | 一人当たりのGDP (2010年不変ドル価格) | | |
|------|-------------------|-------|-------|-------------------------|-------|-------|
| | 1980年 | 2000年 | 2010年 | 1980年 | 2000年 | 2010年 |
| 日本 | 8.91 | 17.2 | 23.0 | 9333 | 40167 | 43118 |
| ドイツ | 15.65 | 16.3 | 20.8 | 12091 | 36517 | 40164 |
| フランス | 13.92 | 16.01 | 16.82 | 12709 | 22262 | 40629 |
| イタリア | 13.33 | 18.3 | 20.3 | 8431 | 34832 | 33761 |
| アメリカ | 11.56 | 12.4 | 13.1 | 12458 | 43890 | 46616 |
| 中国 | 4.70 | 7.0 | 8.9 | 307 | 1740 | 4434 |

出典 :United Nations (Population Division, Department of Economics and Social Affairs), 2018, World Population Prospects, The 2017 Revision ; World Bank Data.

5) 女性の高齢化の程度は男性より高い

2010年第6回全国国勢調査データによると、中国の人口平均予想寿命は74.8歳に達し、そのうち男性は72.4歳で、2000年より2.8歳高くなり、女性は77.4歳で、2000年より4.1歳高くなった。男女平均の予想寿命の差は10年前に比べて3.7歳から5歳に拡大した(表5参照)。このことから中国の人口の平均予想寿命が高まる中、女性の増加速度は男性より速く、両者の差もさらに拡大していることがわかる。表6から見ると、65歳以上の女性の高齢者人口と80歳以上の女性高年齢人口の比率は、いずれも同時期の男性の高齢者人口と高年齢人口より高い。65歳以上の人口の割合の中で、男性人口の占める割合は絶えず増加し、女性の占める割合は下がり、1982年の性別比の差は11.2%であったが、2010年は3.8%になった。男女の違いは依然として存在していた。80歳以上の男女割合の変化傾向は、65歳以上の男女の割合の変化傾向と同じであるが、変化の幅は異なっている。1982年の性別比の差は30%であり、2010年は16.4%である。女性の高齢者の割合は男性の高齢者よりはるかに高いことが分かる。

表5 平均予想寿命の変遷

| 単位：歳 | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 年 | 合計 | 男性 | 女性 | 男女の差 |
| 1981 | 67.8 | 66.3 | 69.3 | -3 |
| 1990 | 68.6 | 66.8 | 70.5 | -3.7 |
| 2000 | 71.4 | 69.6 | 73.3 | -3.7 |
| 2010 | 74.8 | 72.4 | 77.4 | -5 |

表6 高齢者人口の男女割合

| 年 | 65歳以上の人口割合 (%) | | 80歳以上の人口割合 (%) | |
|------|----------------|------|----------------|------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 1982 | 44.4 | 55.6 | 35.0 | 65.0 |
| 1990 | 45.5 | 54.5 | 35.3 | 64.7 |
| 2000 | 47.3 | 52.8 | 38.0 | 62.1 |
| 2010 | 48.1 | 51.9 | 41.8 | 58.2 |

出典：暦年（1981年、1982年、1990年、2000年、2010年）中国国勢調査データ

(2) 中国の人口高齢化の主な原因

人口高齢化は、人類社会の経済発展の過程で経験しなければならない段階であり、社会発展の趨勢でもある。その発生は単一の原因による影響ではなく、様々な要因が総合的に作用した結果である。人口発展の観点から見ると、人口の年齢構造が高齢化に向かう主な人口学的原因は出生率の低下によるものである。一方、死亡率の低下と平均寿命の延長が人口の高年齢化を強め、高齢化の傾向を顕著にしている。後者は主に経済社会の発展による医療衛生条件の改善による影響であり、これも社会進歩の必然な結果である。このような一般的な原因を除いて、他の国の人口がだんだん高齢化していくことと比べて、中国の人口高齢化の形成には特有な原因を持っている。前世紀の70年代に人口数を抑えるために実施された計画生育政策が中国の「未富先老」の人口高齢化の独特な原因を構成した。

1) 計画生育政策により出生率の低下が加速

中国の人口変化の過程での主要な矛盾は、人口の急速な増加が経済社会の発展水準を超えていることである。また、中国の経済発展が遅れていることや伝統的な生育観念の影響を受けることで、このような自発的な人口変化は緩やかな過程になる。計画生育政策は中国が実施した主導的に関与する人口政策であり、その実施は人口出生率の大幅な低下の加速に成功し、中国の人口転換のプロセスを大いに加速させた。中国の人口転換は3段階に分けて行われている。第1段階は、解放戦争前の高出生率、高死亡率、低成長率である。第2段階は、解放戦争後の高出生率、低死亡率、高成長率である。第3段階は、計画生育政策が実施された後の低出生率、低死亡率、低成長率である。

建国初期、中国の社会、政治と経済の各方面は初歩的な安定を実現したが、実力はまだ低い水準にあった。そのため生産力の発展は中国の第一任務となり、大量の労働力が需要され、政府は出生を奨励していた。その後、人口の増加に伴って、政府は急速な人口増加が中国経済等に大きな影響を与えていることを認識し、人口増加を抑制する必要性を意識し、「計画生育を本気で提唱する指示について」⁶⁹という文書を出した。計画生育政策の目標は人口規模をコントロールし、人口の総合素質を高めることである。1962年にこの政策が実施されて以来、中国の人口出生率は効果的にコントロールされた。1979年まで、わずか17年で元の4.36%から2%にまで低下し、約60%近く減少した。

図9は中国の人口出生率、死亡率と自然成長率の変化傾向を示すものであり、新中国の

⁶⁹ 中共中央、国務院は、1962年12月18日に「一人っ子政策を真剣に提唱する指示」の書類を発行し、書類の中で都市と人口が密集している農村地区で、産児制限と一人っ子政策に対する指導を真剣に強化することを強調した。

成立後、国内情勢は次第に安定し、中国の人口死亡率は基本的に低下している（1958～1961「三年自然災害」⁷⁰を除く）。まず1952年の17%から1965年の9.5%に下がり、70年代からさらに7%に下がり、その後2000年までずっとこの数値を下回っていた。21世紀以降は人口基数が大きいため、死亡者数が増え、中国の人口死亡率はわずかに上昇し、現在全体は7.1%に安定している。1949～1958年の間、政府が出産を奨励したため、中国の人口出生率の平均値は35%以上で、1958～1961年の「三年自然災害」の影響を受けて、18%に急落した。その後、経済発展に伴い、人民の生活が軌道に乗り、人口出生率は史上最高点の37.88%まで急速に回復した。1965年以降、中国の人口出生率は徐々に下がり始め、70年代から計画生育政策の影響で出生率は急速に低下した。80年代の初めころ、人口出生率は既に18.21%まで下がっている。その後、補償性の出産がやや増えたため、90年代から中国の人口出生率はまた下がり、現在までに維持してきた。日本に比べ、中国の人口出生率は自然要因のほかに計画生育政策という人的関与の影響を受けている。

1982年「晩婚、晩育、少生、優生」という計画生育政策は、中国の基本政策として確立された。計画生育政策は直接に中国の人口出生率に影響を与えただけではなく、長期的に実施する過程で若者の結婚と出産に対する認識にも影響を与えた。この政策は中国女性の初婚・出産年齢の延長を招いた。1971年の中国人女性の平均初婚年齢は20.3歳で、1995年は22.9歳まで上昇し、2010年は23.9歳まで上昇し、2017年には24.5歳まで上昇した⁷¹。女性の初婚年齢の上昇にともない、女性の初出産年齢も徐々に遅くなっている。初婚・初出産の年齢が延びるにつれて、女性の妊娠可能な時間帯が自然に短くなり、人口出生率も下がってきた。ここ数十年の強力な発展を鑑みて、計画生育政策は中国で非常に良い効果を得た。中国の人口増加は著しく減速し、人口出生率は下落傾向を呈し、中国の人口構造を若年型から老年型へと変化させた。

計画出産政策が中国の人口に与える影響が深まるにつれて、中国の少子高齢化現象が徐々に現れてきた。人口高齢化に積極的に対応するため、中国は2021年5月31日に新しい計画出産政策「三児政策」を実施し、夫婦が3人の子どもを産むことができる政策とサポートの措置を実施した。

⁷⁰ 「三年自然災害」はまた「三年困難な時期」と呼ばれている。中国大陸地区の1959年から1961年までの間に大躍進運動と農業を犠牲にして工業を發展させる政策によって引き起こされた全国的な食糧不足と饑饉を指す。

⁷¹ 第6回国勢調査および『中国統計年鑑2019』。

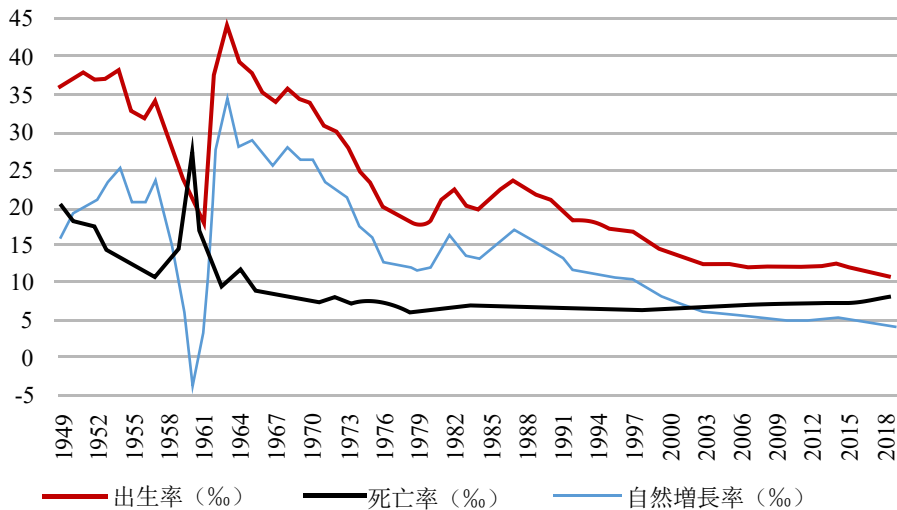


図8 改革開放して以来、中国の出生率、死亡率と自然増長率の変化

出典：『中華人民共和国統計年鑑（2019）』のデータより筆者作成

2) 科学技術医療水準の向上が人口死亡率を減少

以前の計画生育政策は人口出生率の低下をもたらしたと同時に、人々の生活水準の向上、科学技術と医療水準の絶えざる進歩に伴い、人口の死亡率は大幅に下がった。図8からわかるように、1958年～1961年（三年困難時期）の死亡率の異常上昇を除いて、死亡率全体は下落傾向を維持し、建国初期の20%から1963年の10.1%まで下がり、それ以来、死亡率はずっと下がり続けている。人口寿命は個人差のほか、社会経済条件、医療衛生水準と密接な関係があるので、経済が発達し、生活資料が豊かな地域であるほど、人間の体質もより強くなり、その予想寿命も長くなる。死亡率の低下は中国の高齢者人口の比重を増加させるだけでなく、寿命の増加も引き起こす。

「2019年中国衛生健康事業の発展統計公報」によると、住民一人当たりの予想寿命は2018年の77.0歳から2019年の77.3歳に引き上げられ、妊婦・産婦の死亡率は18.3/10万から17.8/10万まで下がり、赤ちゃんの死亡率は6.1%から5.5%まで下がった⁷²。表5によると、1981年の中国の平均予想寿命は67.8歳で、経済発展水準の向上、医療施設の完備に伴って、このデータは2019年までに77.3歳になり、わずか38年間で10歳近く上昇した。高齢者人口の平均寿命の延長により高齢者人口の比率が徐々に強められ、中国の高齢化のプロセスを推進した。

⁷² 中国政府網計画発展と情報化司（2019）「中国衛生健康事業の発展統計公報」
<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml> [最終閲覧日：2020.8.20]

3) 経済の急速な発展による人々の出産意欲の変化

以前の計画生育政策は、政策変数として人口転換の影響に強制性があったが、経済社会の発展の影響は、人々の自発的な出産観念、出産願望を調整し、それを経済社会の発展水準に適応・協調させている。経済社会の発展水準の継続的な向上は、中国の高齢化の急速な発展を促進するもう1つの重要な原因であり、その影響は家庭の出産意欲を変え、出産水準の低下を促進することによって実現されている。人口学視点から見て、家庭の出産意欲は経済条件、伝統文化、家庭習俗等多くの要素の影響を受けているが、経済社会の発展水準の絶えざる向上は、家庭の出産意欲の著しい変化を促す最も重要且つ活発な要素である。人的資本理論の中で家庭出産の意思決定行為に関する経済学的分析では、既に子どもを生む意欲は子どもがもたらす経済収入と経済コストの影響に依存すると指摘されている。

中国は改革開放して以来、経済が急速に発展しており、家庭の生育観念に対する影響はミクロとマクロの2つの角度から見ることができる。第1に、急速に発展している経済はさらに産業構造の最適化とアップグレードを推進しており、第2産業と第3産業が第一産業に取って代わり、経済構造の主導的力となり、労働力全体の素質に対する要求もますます高くなり、生育コストも相応的に増加する。第2に、社会主義市場経済体制と政府機能の改善と転換に伴い、出産福祉プロジェクトの比重が低くなり、家庭出産コストが増加する。第3に、出産の機会コストが増加したため、賃金収入の減少と余暇コストの増加につながっている。

以上の分析から、日本は中国より29年早く高齢化に入ったことがわかる。日本と中国の高齢化の発展過程は一致していないが、いずれも高齢化が深刻化する傾向にあり、国情や制度の違いによって、それぞれの高齢化の特徴を持ち、人口高齢化の原因が形成されている。以上の分析結果をまとめたものが表7である。

表7 日中の人口高齢化の歴史変遷と現状

| | 日本 | 中国 |
|------------|--|--|
| 人口高齢化の発展過程 | <p>1935～1955年：高齢化の幕開け</p> <p>1955～1970年：徐々に高齢化社会に突入</p> <p>*1970年（高齢化率7.1%）高齢化社会に入った。</p> <p>1970～1980年：高齢化社会に突入</p> <p>1980～2000年：高齢化のスピード加速</p> <p>2000～2020年：超高齢社会に突入</p> <p>2021年以降：高齢化プロセスの継続</p> | <p>1949～1979年：人口構造の若年化段階</p> <p>1979～2000年：高齢化の形成段階</p> <p>*1999年（60歳：高齢化率10.46%、65歳：高齢化率6.9%）高齢化社会に入った。</p> <p>2000～2020年：急速な高齢化時期</p> <p>2021年以降：高齢化の急速な進行</p> |
| 人口高齢化の特徴 | <p>①人口高齢化のスピードが速く、若年層労働力は急速に減少する。</p> <p>②高齢人口のうち、特に女性の高齢化が目立つ。</p> <p>③人口高齢化に地区差が顕著で、農村は都市より高い。</p> | <p>①人口高齢化の規模は大きく、しかも急速に増加する。</p> <p>②高齢者人口が急激に増加する。</p> <p>③地区発展のアンバランス</p> <p>④豊かになる前に高齢化する。</p> <p>⑤女性の高齢化の程度は男性より高い。</p> |
| 人口高齢化の主な原因 | <p>赤ちゃんの出生率は絶えず低下する。</p> <p>平均寿命が絶えず延長する。</p> <p>未婚化、晩婚化、子育て化の進行する。</p> | <p>計画生育政策によって出生率の低下が加速される。</p> <p>科学技術医療水準の向上は人口死亡率を減少させた。</p> <p>経済の急速な発展は人々の出産意欲が低下した。</p> |

第3章 老後保障制度の概念、理論基礎、基本タイプおよび歴史変遷

老後保障制度は、社会保障制度の重要な構成部分であり、高齢者の権益と利益を維持する有効な措置であり、医療衛生サービス、保健サービス等多方面的なサービスを含んでいる。老後保障制度は、伝統社会の家庭老後保障とは異なり、主に国家と政府が立法と行政の手段で関連老後保障制度を推進することによって、高齢者の基本生活を保障しているのである。老後保障制度を推進することは、国家の基本的な職責の1つであり、社会の安定団結と協調発展に有利である。世界的高齢化を背景に、老後保障制度の概念、基礎理論、基本タイプおよび日中老後保障制度の歴史変遷を明確にすることは、日中老後保障制度を深く研究する上で重要な意義がある。

1 老後保障制度の概念

世界的な高齢化を背景に、老後保障制度は社会の安定と調和を保障する上で重要な意義がある。世界各国の経済社会の発展程度が異なるため、老後保障政策の推進にも一定の差があるが、高齢者の晩年の基本生活を保障することは一致した追求である。

(1) 社会保障の概念

社会保障とは、英語の Social Security という言葉に由来する訳文で、1935年にアメリカが制定した「社会保障法」(Social Security Act)に初めて現れる言葉である。この法律は最初「経済保障法案」(Economic Security Bill)という名称で連邦議会に提出されたが、経済という言葉の範囲が狭く、社会保険とは同等ではないため、「社会」と「保障」という言葉を取って「社会保障」という言葉を合成したわけである⁷³。

日本では、社会保障という言葉が1946年に公布された「日本国憲法」に最初に登場した。「日本国憲法」第25条に、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と謳われている。現在、学界で広く使われている社会保障の概念は、1950年に日本社会保障制度審議会が発表した「社会保障制度に関する意見」の中で、社会保障制度に対する定義である。社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、障害、死亡、高齢、失業、多子等の原因による生活の貧困に対して、国家扶助の形で、保険や国

⁷³ 北場勉(2007)『入門社会保障』ミネルヴァ書房。

費負担等の経済保障ルートを通じて、国民最低限の生活を保障し、さらに公衆衛生と社会福祉事業を発展させ、すべての社会構成員が受けられるようにすることである⁷⁴。一般的に言えば、社会保障は国家が社会構成員の必要最低限の基本的な生活権利を保障する政策であり、国民が生活上失業、死亡、障害、高齢等の問題に直面して苦境に陥ったとき、社会保険と国家援助等の形で救助することである。「世界社会保障制度」の報告では、社会保障を「政治法律に基づいて確立された様々な方案（または制度）であり、個人が生計を立てる能力が中断または喪失したとき、及び個人が結婚、出産または死亡のために特別な支出を必要としたときに保障を提供することである」と定義している⁷⁵。国際的に社会保障の具体的内容に対する見方はそれぞれ異なるが、1つの共通点は、社会管理機能を行使する政府組織と社会公民全体をカバーする様々な保障と福祉措置を実施することで、社会保障といえるということである。

20世紀50年代初めにおいて、中国は民政業務において「社会保障」という言葉を使った。「中華人民共和国憲法」では、「中華人民共和国公民は高齢、病気、あるいは労働力を失った場合、国家と社会から物質的な援助を受ける権利がある」と、明確に規定している。これは中国の社会保障に対する最も簡潔な概括である。1986年、中国は「中共中央の国民経済と社会発展の第七回五ヵ年計画の制定に関する提案」の中で、社会保障を社会保険、社会救済、社会福祉と優待等4つの内容に定めた。1993年、第十四回三中全会が可決した「社会主義市場経済体制の構築に関するいくつかの問題の決定」で、「中国の社会保障システムは、社会保険、社会救済、社会福祉、優待配置と社会的助け合い、個人貯蓄積立保障を含む」というふうに、6つの側面を提出した。2004年第十回全国人民代表大会二次会議は、憲法を改正し、健全な社会保障制度を確立する規定を増やし、「国家は健全で経済発展水準に適した社会保障制度を確立する」ことを明確に提出した。

本研究では、中国の法律と正式書類の表現により、中国の社会保障制度とは、政府の管理下で、国家を主体とし、一定の法律と規定に基づき、国民所得の再分配を通じて、社会保障基金を頼りに、公民が一時的あるいは永久的に労働力を失い、様々な原因で生活が困難になった時に物質援助を与え、住民の最も基本的な生活需要を保障し、社会全体の物質と文化福祉を次第に増進することであると考える。

⁷⁴ 社会保障制度審議会「社会保障制度に関する意見 社会保障に関するコメント」
(<http://www.max.hi-ho.ne.jp/nvcc/KANK025.htm>[最終閲覧日：2017.12.20])

⁷⁵ 崔少敏・アメリカ社会保障署(1996)『世界社会保障制度大全』中国物質出版社, p. 3.

(2) 老後の概念

老後とは年をとった後という意味であり、「年をとった後の人生」を指している。そして、日本では主に「定年退職後」の意味で用いられているようである。「老後」は何歳頃からなのかについては、人によって捉え方がさまざまである。一般的には、経済の角度から、公的年金や退職金等、準備した資金を生活費として使いはじめる年齢を老後生活の開始だと見られている。

(3) 老後保障と老後保障制度の概念

老後保障制度の保障対象は高齢者である。現代社会では、世界各国の高齢者に対する定義は、退職年齢を境にしていることが多い。法律に基づいて社会老後保障制度によって与えられた合法的権益を受けることができる。「社会保障が指す定年は一般に暦年齢を基準とし、定年の起点は一般に国や政府が定め、その基準は各国で一定の差があり、先進国の基準は少し高く、発展途上国の基準は相対的に低い」⁷⁶。例えば、先進国のアメリカ、ドイツ、日本、デンマークは、男女の定年を65歳、イギリスは男女の定年を66歳と定めている。発展途上国はインドのように男女の定年を55歳、中国の定年は男性60歳、女性55歳と定めている。

老後保障には、広義と狭義の区別がある。広義の老後保障とは、高齢者の生活における各方面に対する保障であり、経済保障、医療保障、精神慰藉、高齢者サービス、文化政治保障等の各方面を含む。その中で、高齢者保障の主な問題は、高齢者が生存を維持できるような経済収入を得ることを保障することである。狭義の老後保障とは、主に高齢者の経済面における保障である。

老後保障の定義に対応して、老後保障制度にも広義と狭義の区別がある。広義の老後保障制度は、高齢者の生活を保障する様々な制度の総称であり、家庭老後保障等の非公式的な制度と、社会保障等国家保障が実施する公式的な制度の両方を含む。狭義の老後保障制度とは、主に国家レベルにおいて、高齢者の基本収入を保障する制度である。ここで説明する必要があるのは、両国の老後保障制度の比較をより全面的に、詳細に、重点的に論述するため、本研究の第4章は、主に狭義の日中老後保障制度の内容を比較して論述している。

⁷⁶ 孫広徳・董克用 (2008) 『社会保障概論』中国人民大学出版社, p. 144.

日中両国の国情が異なるため、老後保障制度の実施方法も少し異なっている。しかし、全体的には以下4つのような共通的な特徴を備えている。

1つは、権利が資格条件に対応していることである。高齢者が受ける権益は、労働義務、保険と対等であり、受けられる老後保障待遇と職業貢献につながっている。高齢者社会保障を受けている高齢者は、勤続年数が法定退職年数に達して退職した後、国は相応の法律と退職制度に基づき、退職した高齢者が社会物質の援助とサービスを受けることを保障する。高齢者が退職した後に社会保険と社会待遇を受ける水準は、その勤務貢献に結び付けており、勤務期間中に参加する社会保険と納付する保険料に関連している。さらに、勤務期間中に履行される労働義務が多いほど、創造する社会的価値が多いほど、保険加入期間中に支払う保険料の時間が長いほど、それに応じて退職後に受ける高齢者保険待遇も高くなる。

2つは、基本的な生活水準を保障することである。労働者が法定退職年齢に達して労働領域を脱退した後、老後保障制度に基づいて支給された年金は彼らの生活の主な資金源となる。高齢者の退職後の基本生活を保障するには、年金給付の安定性と経済発展状況、物価変動に合わせて調整する持続性を確保しなければならない。一般に、年金の受給は一定の期限、一定の基準に従って継続的に受け取られるものである。年金を以て高齢者の退職後の基本生活を保障できるようにするには、合理的な年金成長メカニズムを確立しなければならない。例えば、経済成長やインフレ等の場合において、年金は物価がある程度上昇すると共に自動的に上昇しなければならない。例えば、スイスでは、物価が8%を超えると、年金の支給額も自動的に調整される。あるいは経済発展状況に応じて、2年あるいは3年等の年限を年金発行調整サイクルとし、物価水準に合わせて合理的に年金を支給する。

3つは、待遇を受ける期間が長く、費用が莫大であること。老後社会保障に参与する労働者は、法定退職年齢に達して労働生涯を脱退した後、法に基づき、死亡するまで老後社会保障を受けるという長期的な資格を持つ。同時に、老後社会保障の対象は広く、高齢退職で老後社会保障を受けることはすべての労働者の労働生涯が終わった後の必然的な成り行きであり、特に高齢化のピーク時に老後社会保障を受ける人が多く、相応の老後社会保障の費用も莫大である。

4つは、社会経済発展の成果を共有することである。高齢者の老後社会保障水準は、社会経済発展状況の向上に伴い絶えず向上し、社会経済発展成果を共有しなければならない。高齢者は退職せずに仕事に参与する際、その労働義務を履行し、社会経済発展の歴史的責

任を引き受け、社会経済の発展にも推進作用と良い基礎を築いたので、経済発展の成果を共有すべきである。また、社会経済の発展状況に合わせて退職高齢者の年金給付額を調整することも社会的公平さの体现である。年金は社会経済の発展に応じて増加し、低所得者を効果的に減らすことができ、退職者と在業者の賃金格差が次第に大きくなることを避けることができる。

2 老後保障制度の理論的基礎

理論は実践の先導である。老後保障制度がなぜ存在するのか、どのような形で運営されるのか等についての構想と検討は、早くから各分野で研究され、新しいものが次々と出現していく過程で確固たる理論的基礎を打ち立ててきた。具体的には、人口発展理論、社会契約理論、西洋生育理論、高齢者社会理論等多くの理論的観点と体系が現れ、社会全体に顕在化し、膨大になっていく老後需要の問題に焦点を当てている。それぞれの視角があり、成果も異なるが、結論は大体一致しており、老後保障システムの機能と役割を理解するために、より完備された思考の枠組みを提供してくれている。社会老後保障に関する理論が多くあるため、本稿は主に政治、経済、社会の3つから考察する。

(1) 政治学の面：福祉国家理論と国家干渉理論

福祉国家理論の哲学の基礎は「協力主義」で、英語の単語「Corporatism」の解釈から来ている。福祉国家理論は思想の根源からいうと、ヨーロッパの封建社会の中の“組織化国家統制 (organic statism)” のイデオロギーにさかのぼることができる。つまり社会の諸階層はそれぞれそのポジションに安定し、それぞれのことをやり、互いに干渉せずに、国家全体は一種の組織化の統一で運行するということである⁷⁷。このようなイデオロギーは、実際には支配者の立場から社会の安定と社会の調和に対する理想的な描写である。実際には、人類社会のいかなる歴史的発展時期においても、社会的差異が存在している以上、社会矛盾は避けられず存在し、どのように処理・協調し、どのようにこれらの矛盾を解消するかという過程において、異なる理論が生まれたのである。人間関係の調和と社会関係の統一および民族利益を最重視するという観点から、福祉国家理論は支配者の慈善心に基づいて設立された社会救済政策を変更させ、一般市民が自身の権利を保障するための要求に基づき、相応の制度性を築くことを主張している。福祉国家理論は「福祉型」社会老後保

⁷⁷ 丁東紅(2011)「福祉国家理論の起源と発展について」『中共中央党学校学報』2, pp. 55-60.

障制度の価値観に理論的な支持を提供したのである。

20世紀30年代の経済危機は、アダム・スミス（Adam Smith）以来の自由放任主義の失敗を証明し、ケインズ（Keynes）、ベヴァリッジ（Beveridge）に代表される国家干渉理論の台頭を促した。この理論は、自由は相対的であり、社会問題の解決は個人だけではなく、政府も積極的に関与すべきで、国家は社会の安定と人民の安全を守る以外に、文化と福祉の目的もあるべきだと考えている。国家は、工業化の過程と領域の中で現れた教育、児童、労働者の住宅、高齢者・身体障害者・病弱者のケア等の問題に対して集団責任を負うべきである。高齢者・身体障害者・病弱者のすべての需要は、すべて「公共福祉」が負担し、特に高齢者に年金制度を確立し、労働者の老後憂いを解決し、全社会の健康を促進する。全社会の正常な発展を促進すると同時に、国家の責任と国家のある変化を実現し、相応の責任調整を行うことを体現すべきだと主張した。ケインズの政府干渉主義の影響で、1935年に米国政府が「社会保障法案」を公布し、現代の社会保障制度を確立している。

（2）経済学の面：ライフサイクル理論

ライフサイクル理論は、またライフサイクル仮説とも呼ばれ、社会保障分野ではゆりかごから墓場までの過程だと理解できる。ライフサイクル理論は、米国の経済学者フランコ・モディリアーニ（Franco Modigliani）とブルームバーグ（Richard Brumberg）が提案した。老後保障の面では、主に老後体系は備蓄、再分配、保険の3つの機能を備え、強制的な「基金蓄積制」を推進し、国家の関与を減らす。競争的な市場メカニズムが老後保障領域での作用を拡大し、老後基金に対して私有化管理を実現すべきだという観点である。個人にとって、収入と消費を合理的に分配して、消費資料の使用効果の最大化を達成しながら、一生の収入と消費をほぼ均衡状態を維持させる。老後制度の経済価値と効率を高めるために、ライフサイクル理論は後ほどまた拡張して「世代重複モデル」の理論を展開し、代表人物はサミュエルソン（Paul A. Samuelson）、アレン（Maurice Félix Charles Allais）等である。「世代重複モデル」の下では、「異なる世代」が持っている物質資料はそれぞれ違っており、必要な老後サービスは「自主供給」を実現できないため、「世代間交換」の形で「財産」の移転を完了し、老後保障のために十分な資源保障を集めるしかないと主張した。

これによって、人々の交換できる対象は家庭内から社会全体に広がり、世代間の移転も家庭内から社会全体の異なる世代、公共の世代間に広がり、すなわち公共世代間移転にな

る。国家として強制的に設立されたのは、社会財産を集めることで、定年退職者の基本的な生活を保障するための現代社会的老後保障制度はまさに典型的な公共世代間移転である。このような移転方式は個人のライフサイクルの異なる段階の財産移転に取って代わり、老後保障の目標を実現しただけでなく、個人の理性不足と貯蓄リスクをも回避した。社会老後保障制度の構築は財産の世代間移転を実現し、富の社会範囲内の異なる世代間の移転を通じて老後保障を実現したといえる。そのため、世代間移転は社会老後保障制度の運行メカニズムと基本機能である。

(3) 社会学の面：個人意思決定の不経済理論と社会融合理論

個人意思決定の不経済理論は、「理性人」の仮説に基づいている。遠見のある労働者は合理的に一生の「消費」を計画する。つまり「終身消費計画」をする時、年を取った時の可能な収入源を考慮し、退職のために貯金を詳細に計算し、貯蓄していく。人々は政策の規定をよく理解し、周りの影響を受けずに決定することができる。実際には、行動の調整は緩やかであり、人々は自分の意志に対して非常に曖昧である。必要な情報が不足する状況下で仕事と貯蓄に関する各種決定を全面的に分析しようとする時に、社会関係網からの影響を大きく受け、一生の福祉を最大化する「最良の決定」ができなくなる。それどころか、事後には偶然の行為選択過程を最良な選択と見なしている。これは個人意思決定の経済理論が実践過程の中にある表現されている。

具体的に個人の老後政策の計画に応用する場合、老後政策に「長期性」と「複雑性」があるため、個人は政策決定をする時に「決定できない」と「決定遅延」の2つのヒステリシスがある。これらのヒステリシス行為を招いた心理層要素として、老後生活に対して楽観しすぎ、現実的な財務状況に対して「財政幻覚」がある等が挙げられる。そのため、個人は退職年金の貯蓄を遅らせることが多く、退職後の生活のために十分な貯蓄をすることができない。意思決定の複雑さと方策決定のヒステリシスがあるため、個人の理性は、一生の中で決して経済理性を実現することができなくなる。このような制限があるため、関連している政策制度設計を通じて個人の決定に対して誘導を加え、そしてタイムリーに支持と助けを提供し、共に高齢者の生活保障を実現することが必要である。

社会融合理論は、ヨーロッパに起源し、社会政策の概念として、学界理論の視点から、弱者に対する関心を表している。社会融合は社会排斥に対応し、社会統合に関連する。社会融合理論思想の最高レベルの構築者として、マルクス (Karl Heinrich Marx) の共産主

義思想の提案は、人類に搾取や圧迫されず、物質が極めて豊富で、人々が平等であるという壮大な理想を提供し、しかも人類に追求できる高レベルの融合社会を提供した。共産主義理論は、社会融合理論とその実践に影響を与え、最も広範で権威のある理論的裏付けである。社会融合理論は開放的で包容性のある理論の創造である。イギリス社会学者ハーバート・スペンサー (Herbert Spencer) は社会融合理論の研究に基づいて、「社会統合」を提唱した。ハーバート・スペンサー (Herbert Spencer) によると、社会統合とは、社会構造の各部分間の相互依存性およびこれらの社会構造の各部分に対する協調とコントロールのことである⁷⁸。社会融合理論はより多くの目線を弱者群体に対する関心に置き、社会の排斥によってもたらされる社会的亀裂を修復し、是正しようとし、社会群体間の距離を取り除き、各社会階層、各社会群体の融合と調和の取れた社会を提唱することである。

高齢者は労働から引退したり、あるいは労働能力を喪失後、労働していたときのように豊かな社会価値を創造できなくなるため、経済社会あるいは自然災害の前で有効な対応能力が足りなくなり、社会的弱者になってしまう。老後保障制度の実施は、高齢者の弱者層の利益を守る有効な措置として、社会の融合を促進することに役立つ。「老後保障をテーマとした社会保障は、社会問題報道の解消、社会関係の潤滑化、社会の公平性の追求、社会の発展の共有に役立つ。…社会保障の本質は、法律と経済手段を利用して、貧富の格差を調整し、国民の身近な利益を保障し、社会分配の最大限の公平と合理を実現することである⁷⁹。」総じて言えば、社会融合理論の実践は、弱者群体に対する関心と保護や老後保障制度の実施に役立ち、高齢者の社会受容度を高め、心理面で社会団結を維持する凝集力を形成し、社会の調和と安定を保障し、さらなる社会融合を促進する。

3 老後保障制度の基本タイプ

老後保障制度の適切性と有効性は、制度そのものの科学的属性と現実的な需要によって決められる。実際の設計と運営の中で、老後保障制度は価値志向、内在的メカニズム、管理方式の違いによって、大きな差異性を表し、異なる運行の特徴を持っている。一般的には、複数の異なる要素の組み合わせを総合的に考えると、世界の現存する基本老後保障制度を次の4つの具体的なタイプに分類することができる。

⁷⁸ 黄匡時・嘎日達 (2010) 「社会融合理論研究総説」『新視野』6, p. 87.

⁷⁹ 劉振傑 (2011) 「現代老年保障制度の理論と実践」『黒竜江社会科学』5, p. 141.

(1) 保険型老後保障制度

保険型の老後保障制度は、「ビスマルクモード」または「社会保険モード」とも呼ばれる。この制度はドイツで最初に生まれた。1884年、ビスマルク政府は世界初の「社会年金計画」を制定した。このような年金制度の下で、高齢者のリスクは「保険」という形で、「賦課方式」⁸⁰と「確定給付制」⁸¹が主な特徴であり、年金の待遇を受ける権利は直接または間接的に保障を受ける者の勤務年限、または企業（雇用主）と社員（従業員）が保険料を納める年限によって決まる⁸²。

第二次世界大戦後、この保険制度は広く普及され、ほとんどの国に受け入れられた。確定給付制度の特徴から見て、リスク共担を体現し、異なる社会階層の収入を調節できる。また、制度のバランス性や財務リスクは政府が負担し、個人とは関係がない。しかし、待遇と費用の分離が行われているため、激励不足による「親方日の丸」状態や「フリーライダー」という問題も出やすい。

(2) 福祉型老後保障制度

福祉型老後保障制度は、「ベヴァリッジモード」または「国民手当モード」とも言われ、イギリスで最初に現れた。この制度を実施している国は、一般的に「福祉国家」と呼ばれている。

2つの特徴がある。1つは保障対象の普遍性である。福祉思想の影響で、公正に社会福祉を獲得することは、重要な社会権利となっている。つまり、職業、身分、貧富、政治の傾向にかかわらず、すべての国民は社会老後保障の権利を享受すべきである。したがって、福祉型年金制度は国民全体をカバーしており、老後待遇は基本的に個人の勤務年限と個人の納付した費用とは関係がない。2つ目は、資金は税金からきている。

福祉型老後保障制度も一種の納付制度であるが、保険型社会老後保障制度に規定されるように、雇用者と従業員が強制的に給与額の一定の割合で納付するのと違って、福祉型老後保障制度の基金は国から来ており、予算を通じて国家から財政移転の形で当該制度に資金保障を提供している。国家財政は企業と個人が納税する形で来ている。福祉型老後保障

⁸⁰ 現在、徴収されている年金料は、現在の年金に使われ、基本的に積み立てられていない。働く能力のある在職者が年金料を払い、それによって上の世代の年金資格のある退職者を養っているということである。その中には企業の補助金や政府が投入した税金手当もあり、また、在職者自身が「納付義務」を果たしたことに応じて将来退職後に年金を受給できるという「予期権利」がある。

⁸¹ 受益基準制度とも呼ばれる。一般的に加入者のサービス年齢（労働年限）と賃金基数に基づいて加入者の年金受益を確定し、老後の受益と納付費用は分離される。つまり、加入者が規定の条件を満たせば、相応の待遇を享受でき、その待遇は一定の確定性を持っている。

⁸² 丁純（2000）「ドイツ老後保障体制の改革」『ヨーロッパ』2, pp. 66-73.

制度を実施すると、国の財政に大きなストレスを与え、年金給付水準が物価指数や給与指数と同じレベルになり、年金給付の総量が増え続け、国の財政に大きなストレスを与えている。経済先進国を除いて、ほかの発展途上国は福祉費用が高すぎて国家財政に負担をかけるまい、福祉型老後保障モデルを回避しようとしている。

(3) 自己蓄積型老後保障制度

自己蓄積型年金保障制度は、「貯蓄金制度」または「積立金制度」とも呼ばれる。最初にマレーシアに現れ、シンガポールを代表としている。自己蓄積とは、自己準備という保障方式で高齢者リスクに対処することであり、完全に個人の責任を際立たせている。法定の基本老後保障制度や公共老後保障制度の建設において、自己蓄積型の年金制度はあまり採用されていない。このモデルの出現時間は遅く、主に社会老後保障制度改革の波の中で次第に形成され、発展してきた。

(4) 非納付型老後保障制度

非納付型老後保障制度は、家庭の経済状況調査に基づく社会老後手当制度ともいえ、デンマークが設立した「高齢者援助計画」によって形成された社会老後体系を代表とする。この計画は、高齢者を一般社会保険の範囲から逸脱させ、60歳以上の貧困人口はいずれも老後援助の受給を申請できると規定し、「家庭保障第一位」、「社会保障第二位」を提唱する。その後、ニュージーランド(1898)、オーストラリア(1908)、スウェーデン(1913)も同様の老後計画を立て、次第に「非納付型」の老後保障制度が形成されてきた。この「非納付型」の社会老後保障制度は、早期社会救済型の老後保障に相当する。

これには3つの特徴がある。1つ目は、国の財力と社会の現実的な状況制限のため、「非納付型」の老後保障制度は、特殊な高齢者貧困層だけを対象とし、高齢者貧困問題を解決し、貧困高齢者の生活状態と家庭介護の経済的負担を改善することを目的としている。2つ目に、特定の対象をカバーするため、対象者の選別には特殊な方式と基準が必要である。

「家庭経済調査」を制度の基礎とし、実際の経済状況調査をもとに、社会の助けが必要な高齢者だけに限られた社会公共資源を使用し、道徳リスクと資源の誤分配、浪費を避ける。3つ目は、そのほかの3種類の老後保障制度と比較し、「救済」の性質を持っている老後保障補助制度である。その老後待遇水準はやや低く、最低生活水準とほぼ同じである。

4 日本の老後保障制度の歴史変遷

(1) 国家政策としての社会福祉の登場：1874(明治7)年～

日本では、1874年、総合的な社会福祉法として「恤救規則」が定められる。この規則の前文の部分には、「人民相互の情誼」「無告の窮民」といった記述がみられる。具体的にいうと、当初の認識では「社会福祉的なものは、本来、親族や地域社会等の相互扶助で行うべきであるが、そのようなものが期待できない人についてのみ国が救済を行う」というように、かなり消極的視点に立っていたことが推察できる。恤救規則は、その後の1929年に「救護法」へと発展する。その前の恤救規則と救護法との違いは、対象における変化である。すなわち、「無告の窮民」あるいは「独身」（まったく身寄りのない人のこと）という限定が解除されたこと、また、高齢者の年齢制限を70歳以上から65歳以上に拡大されたこと、そのほかに、妊産婦が追加されたことが挙げられる。救護の種類について、具体的には、生活扶助、医療、助産、生業扶助という4種類に分けられる。救護施設については、養老院、孤児院、病院、その他という4種類に大別され、これが現在の生活保護の原型になっている。

また、総合的な施設ではなく、高齢者のみを対象とする施設として、日本では、1897年に「聖ヒルダ養老院」が初めて創設された。その始まりは、イギリス人のミス・ソートンが東京市芝区（現在の東京都港区）に部屋を借りて、高齢になって生活困難になった娼妓2人の世話をしたことである。その後、養老院は次々と建設されて、1911年には17施設、1923年には32施設となった⁸³。養老院が増加するにつれて、養老院関係者の処遇の向上も議論されるようになった。それを背景に、1925年、全国23の養老院が参加者として、大阪で第1回全国養老事業大会が開催された。これをきっかけに、1932年に全国養老事業協会が立ち上げられた。上記協会は、その後の1965年に全国高齢者福祉施設協議会と改称し、今でも高齢者福祉事業に尽力しつつある。

そのほかに、健康保険法は1922年に公布され、その後1927年に施行された。この法律の施行により、労働者を対象とした公的医療保険制度の整備が初めてなされた。さらに、1938(昭和13)年には、国民健康保険法が制定され、被用者以外の国民一般に対する医療保険が現れた。しかし、この医療保険は国民皆保険というわけではなく、導入は各自治体によって決められ、任意加入であった。老後保障として、当時は軍人や国家公務員に対する恩給制度があり、それが税財源による年金であり、一般の労働者を対象とした年金保険は

⁸³ 大塩まゆみ・奥西栄介（2018）『高齢者福祉』ミネルヴァ書房, p. 42.

長らく作られなかった。そして、1941(昭和16)年に労働者年金保険法が制定され、1944(昭和19)年に厚生年金保険法に改正され、現在の厚生年金の前身となった。この頃の社会保障は「厚生事業」と呼ばれ、1938(昭和13)年には現在の厚生労働省の前身である厚生省が創設された。

(2) 戦後の緊急援護と基盤整備期：1945～1955年頃（昭和20年代）

第二次世界大戦の敗戦後、日本は経済社会の不況のなかで、緊急対策として劣悪な食糧事情と衛生環境に対応した栄養改善と伝染病予防に重点を置いた。また、引揚者・失業者等を中心とした生活困窮者に対する生活援護施策も講じられた。そのほか、社会保障の面では、新憲法のもとに基本的理念が形成された。

敗戦後、日本では貧困、失業、住居喪失といった問題が深刻であった。政府はGHQ(連合軍最高司令官総司令部)の指示の下で、新しい社会保障制度を計画した。1946(昭和21)年に、旧生活保護法によって貧困問題の解決に邁進し、同年には日本国憲法も制定された。憲法第25条では、「生存権」の規定が追加され、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。日本国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならない」と定められた。

この条文で、日本は初めて「社会福祉」と「社会保障」という表現が使われた。そして、国家責任の原則、無差別平等の原則、最低生活保障の原則という三原則を柱とする公的扶助制度が形成された。その後、1947(昭和22)年の児童福祉法、1949(昭和24)年の身体障害者福祉法が公表された。さらに、1950(昭和25)年に、(旧)生活保護法は生存権に関する内容を憲法第25条の生存権保障の観点を根拠に修正された。これによって、戦後の「福祉三法体制」が確立された。さらに、1951(昭和26)年には、社会福祉事業法(現・社会福祉法)が制定され、これは戦後日本の社会福祉事業の発展基盤となった。また、社会保障制度審議会は、1950(昭和25)年の「社会保障制度に関する勧告」で、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子、その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生および社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と社会保障の具体的な内容や定義を示した。昭和25(1950)年には、国家責任の原理、無差別平等の原理、最低生活保障の原理、補足性の原理という4原理を理論基礎とし

て、新生活保護法が公布され、施行された。基盤整備について、保健所や福祉事務所に関する制度が整備されたと同時に、医師、看護師等の各種資格法が整備されるようになった。

(3) 国民皆保険・皆年金の達成と社会老後保障制度の発展期 :1955 年頃～1975 年頃 (昭和 30～40 年代)

1955(昭和 30)年に、日本の経済は急速に成長し、国民の生活水準も改善された。これを背景に、生活困窮者の救済対策に加え、疾病や老齢等で貧困状態に陥るのを予防する施策の重要性が顕著になってきた。1958(昭和 33)年に、新国民健康保険法が制定され、被用者保険に加入していないすべての自営業者や農業者を対象に、市町村が国民健康保険を実施し、昭和 36(1961)年に国民皆保険体制が形成された。被用者に対する年金は、既に厚生年金とされているが、他の一般国民を対象とする強制加入年金は 1959(昭和 34)年に国民年金法によって決められた。

こうして、1961(昭和 36)年に「国民皆保険・皆年金」の体制が確立した。これは、日本の社会保障制度の発展において記念すべきマイルストーンである。これによりすべての国民が何らかの形で医療保険制度および年金保険制度に加入することとなり、医療費保障や老後保障が確保されることとなった。この制度は現在でも、日本の社会保障制度の基本となっている。

1960 年代に入り、日本は高度経済成長時代に突入し始めた。日本も欧米のような福祉国家体制を構築するために、社会保障の拡大整備を続行した。昭和 35(1960)年には、精神薄弱者福祉法(現行する『知的障害者福祉法』の前身)が制定され、昭和 38(1963)年には、高齢者福祉法が公表され、昭和 39(1964)年には、総合的な母子福祉を目標とする母子福祉法(現行する母子および父子並びに寡婦福祉法の前身)が制定された。これら三法と、昭和 20 年代に制定された生活保護法・児童福祉法・身体障害者福祉法の三法は、社会福祉に関する基本的法律構図を形成しており、世間では「福祉六法」と呼ばれている。このうち、高齢者福祉法の趣旨をもとに養護高齢者ホームや特別養護高齢者ホーム、軽費高齢者ホーム等の高齢者福祉施設が体系化されるようになった。1971 年には、71～75 年の 5 年間に於いて、社会福祉施設の増設、老朽化した施設の建て替え、また施設職員の養成確保を目指す「社会福祉施設緊急整備 5 か年計画」が策定された。その結果、特別養護高齢者ホームの入所者数は、目標値 3 万 8000 人に対して 3 万 6773 人を達成した⁸⁴。

⁸⁴ 大塩まゆみ・奥西栄介(2018)『高齢者福祉』ミネルヴァ書房, p. 44.

さらに、1977年に中央社会福祉審議会が「今後の高齢者ホームのあり方について」の意見を述べ、「施設福祉から在宅福祉」へと転換する意向を示した。そのため、高齢者ホームの小規模化や「収容の場」から「生活の場」への転換がみられ、さらにボランティアの活用や地域住民への解放といった方向性が明確になった。1970年以降、地域の人々にも利用可能な福祉サービスの拠点施設として、高齢者ホームの機能性が求められた。1978年には高齢者ショートステイ事業が開始され、翌年には高齢者デイサービス事業が開始され、高齢者福祉施設は在宅福祉サービスを提供する地域拠点となった。また福祉行政とは違って、ボランティアによる地域密着型の宅老所やグループホーム等も増えた。これらの官民両方で経営する介護サービス事業が現在の在宅ケアサービスの原型となっている。

一方、給付改善については、生活保護制度の生活扶助基準の引上げや年金制度における年金給付水準の引上げ等の代表例が挙げられる。具体的には、1968(昭和43)年の国民健康保険の7割給付が実現された。1973(昭和48)年に、高齢者医療費支給制度の実施により、70歳以上の高齢者の医療費の自己負担の無料化が決められた。1973(昭和48)年は、高齢者医療費無料化のほかに、年金制度では給付水準の大幅引上げや、医療保険制度では保険給付率の改善等が行われ、この年は「福祉元年」と呼ばれた。

(4) 老後保障制度の見直し期：1970年代後半～1980年代(昭和50～60年代)

1973(昭和48)年のオイルショックを境に、日本における高度経済成長は終焉し、経済の低迷による国の財政赤字が増大した。特に1980年代になると、行財政改革が大きな課題となった。

そのため、高齢者医療費が無料になる政策が終結し、1982(昭和57)年に高齢者保健法が制定された。当時の制定内容では、70歳以上(寝たきり等の状態にある者は65歳以上)の医療費が一部負担であった。その後改正が重ねられ、2000年には定率1割負担に、2002年からは対象年齢を70歳から75歳に変更された。1983(昭和58)年には、高齢者医療費の増大によって大きな財政圧力が出てきたため、高齢者医療の無料制度を見直すため高齢者保健制度が創設されるようになった。各医療保険制度が拠出金を納付するとともに、高齢者本人も一部自己負担する必要がある。また、1984(昭和59)年には、健康保険法の改正により、被保険者本人に定率1割負担が導入された。1985(昭和60)年に、基礎年金の導入による年金制度の再編成が行われるとともに、現役世代と高齢世代間の給付と負担の公平を図るため、給付水準が見直された。。施設の面では、1986年には高齢者保健施設が創設さ

れている。1994(平成6)年に、支給開始年齢が改正され、65歳以上になってから支給を受領することができるようになった。また、障害者福祉や高齢者福祉等の社会福祉施策の面でも同じく、生活の質の維持・向上が図られ、従来の施設への入所を中心とした施策から転向し、在宅ケアをサポートする施策に重点を移行した。

1980年版の『厚生白書』は、「高齢化社会への軟着陸をめざして」というタイトルを付けているとしているように、当時の日本では、「高齢化」が重要なテーマとされた。その時点から、日本は高齢社会を視野に入れたことがわかる。さらに、1990年、社会福祉関係8法の改正により、訪問介護(ホームヘルプ)、日帰り介護(デイサービス)、短期入所(ショートステイ)等、在宅福祉サービスの導入と多様化が行われた。

(5) 少子高齢社会に対応した老後保障制度の構造改革期:1990年代～

1990年代には、日本における平均寿命が長くなると同時に、出生率が低下し、人口高齢化の急速な進行が顕著となってきた。1994年には、高齢化率4%を超え、高齢社会を迎えた。人口高齢化の深刻化により、社会保障制度分野での高齢者医療費の負担や年金制度の設計、高齢者介護のあり方等に問題も関心が移行した。

1989年12月に「高齢者保健福祉推進十カ年戦略(ゴールドプラン)」が発表され、これは高齢者介護問題を解決するためのものである。この戦略はその後10年間の在宅福祉対策の目標を示した。「在宅福祉三本柱」といわれるショートステイ事業、ホームヘルパー事業、デイサービス事業の拡充が重点になった。また1990年には、在宅介護支援センター(現在の地域包括支援センターの前身)は、地域で介護を要する高齢者やその家族の相談窓口として創設され、各市町村への普及も実施され始めた。1990年の「高齢者福祉法等の一部を改正する法律」(福祉8法改正)にともなって、施設福祉と在宅福祉の連携はより強化された。そして、救貧的なサービスというイメージが強かった福祉は、福祉サービスのカバー範囲の絶えざる拡充により、福祉サービスは一般化されていった。

1995年から「新ゴールドプラン」によって高齢者保健福祉サービスのさらなる改善が進められ、1995年の年末に、「高齢社会対策基本法」が成立した。「高齢社会対策基本法」の成立によって、日本における高齢社会対策にかかわる基本理念と基本事項が形成された。当該法律は経済社会の健全な発展および国民生活の安定と向上を図るための法律である。この法律の施行後、内閣府でも関連の組織改編が行われた。高齢社会対策会議を設置し、「高齢社会対策大綱」案を公表し、関係行政機関相互の調整を行って高齢社会対策の実施

に邁進した。また地方公共団体も国の法律政策に合わせて、地域における社会的、経済的状況を考慮し、施策を策定することとなり、地方公共団体に実施する責務が課せられた。少子高齢化の深刻化につれて、介護問題は、老後生活の質に影響する最大要因である。今後、高齢化が進むにつれて、介護を必要とする者の増加が見込まれる一方、介護期間の長期化や核家族化を中心とする家族形式の変化、介護する側も高齢化してしまい、家族の介護機能の低下等が大きな問題となってきた。このため、1997(平成9)年の介護保険法の制定がみられ、2000(平成12)年4月に、高齢者保健と高齢者福祉という二つの部分からなる介護に関する制度も再編成された。給付と負担の関係が明確な社会保険方式を通して、「社会全体で介護を支える」という介護保険制度が生まれたのである。これを起点に、利用者の選択によって保健・医療・福祉を含める介護サービスを総合的に利用できるようになった。この介護保険制度の創設によって、介護を医療保険から分離させることに成功した。一方、医療は治療が目的の制度として、抜本的な医療制度の改革を実施するために、社会保障構造改革が行われた。2000(平成12)年には、社会福祉事業法は社会福祉法と改称され、社会福祉事業法を中心とする社会福祉基礎構造改革が行われた。

2006(平成18)年6月に、「健康保険法等の一部を改正する法律」が公布された。これは国民皆保険を持続可能なものにするための改正であった。そして、高齢者保健法も一部改正が行われたため、法律名は「高齢者の医療の確保に関する法律」に改められた。医療の面では、医療費適正化計画制度の導入や特定健診・保健指導の実施の医療保険者への義務づけが図られ、さらに、75歳以上の高齢者等を対象とする後期高齢者医療制度が制定された。そして、2008(平成20)年に、後期高齢者医療制度が施行された。後期高齢者医療制度の規定によると、自己負担は1割負担となっているが、現役並み所得者の場合、3割負担とし、それによって財政圧力を緩和させようとした。ただし、この自己負担には、上限額が定められている。2010年年末に厚生労働省の社会保障審議会・介護保険部会は、「介護保険制度の見直しに関する意見」(以下「意見書」と略称)を発表した。「意見書」によると、政府が6月22日に閣議決定した「ペイアズユーゴー原則」で利用料負担を引き上げ、給付を抑制し、営利企業の参入を目指す。そのほかにも、民主党は2019年9月の総選挙で約8000億円の国庫負担拡大を公約に掲げて政権に就いた。介護保険法改正の面で、公約どおり国庫負担を拡大し、利用料の引き上げや給付の抑制を行うことなく、介護保険制度を改善するよう強く求められた。

また医療と介護の連携も近年盛んに行われた。2014(平成26)年に成立した医療介護総合

確保推進法により、医療と介護の連携は地域支援事業に位置づけられている。具体的には、市町村が主体となって医師会と連携するもので、2015年度から執行し始め、2018年度には全ての市町村をカバーできた。2015（平成27）年9月には「新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン」を策定し、「誰もが支え合う共生社会の実現」を目標とした。具体的な地域共生社会の実現を図るための対策は、下記の4つを含む。①包括的な相談支援システムの構築、②高齢、障害、児童等への総合的な支援の提供、③効果的・効率的なサービス提供のための生産性向上、④総合的な人材の育成・確保が進められること。

2017（平成29）年6月に、「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」が公布された。今回の改正では、被保険者の地域における自立した日常生活の支援等の施策が追加され、そのほかにも、施策実施に当たり、政府による支援の強化、また、長期療養が必要な要介護者に対して医療および介護を一体的に提供する介護医療院の創設、所得水準に合わせて利用者負担の見直し、ならびに介護給付費・地域支援事業支援納付金の額の算定に係る総報酬割の導入等、さまざまな面から詳細に決められている。さらに、2020（令和2）年6月12日に「地域共生社会の実現のための社会福祉法等の一部を改正する法律」が成立している。この改正では、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応するために、包括的な福祉サービス提供体制を整備すべきという観点を提出し、具体的に市町村の包括的な支援体制の構築の支援、地域の特性を考慮した認知症施策、さらには介護サービス提供体制の整備、医療・介護のデータ基盤の改善、介護人材確保の取り組みや業務効率化、社会福祉連携推進法人制度の創設等、地域共生社会の実現を図るためのさまざまなアプローチが講じられた。

5 中国老後保障制度の歴史変遷

新中国が成立して以来、中国の社会老後保障は無から有へ、発展から段階的改善への過程を経て、その間に多くの著しい成績をあげた。しかし、社会保障の役割の強化に伴い、中国の基本老後保障システムにおけるいくつかのものは、社会経済発展の要求に合致しない問題も日々顕在化してきている。とりわけ重要な問題は、基本老後保障制度の断片化である。老後保障の発展速度から、中国の老後保障制度の発展は大体次の「5段階」に分けることができる。

(1) 中国老後保障制度の初歩的創立期:1951~1965年

1951年2月26日、「中華人民共和国労働保険条例」が正式に公布・実施され、これは中国の都市部職工老後保障制度が初めて設立されたことを示している。この「労働保険条例」は、雇用労働者と職工数が100人以上の国営、公私合弁、私営および協同組合が経営する工場、鉱場およびその附属機関と各管理機関、鉄道、水上運輸、郵便の各企業単位および附属単位であれば、社会保険の範囲に属すると規定している。労働保険プログラムの項目には、年金、医療、出産、病気休暇、労災、死亡等が含まれる。一時的に「労働保険条例」を実施しない機関に対しては、条例の要求に応じて集団契約を締結することで、職工に一定の労働保険待遇を提供することができる。

1953年、中国政務院はさらに「中華人民共和国労働保険条例に関する若干の改正意見の決定」（以下「決定」と略す）を採択し、社会保険の範囲を工場、鉱場および交通事業の基本建設単位と国営建築会社に拡大することを決定した。また、「決定」は労働保険待遇の支出ルートを統一し、社会保険料は企業の行政側あるいは出資側が負担することを規定し、その金額は各企業の全労働者と従業員の給料総額の3%に相当する。基礎労働組合は毎年保険金の一部を残し、その他の部分は調整金の形で上級労働組合に移る。各省市は毎年残額を総労働組合に支払い、総組合で統一的に調整する。受け取る条件は、男性の定年は60歳で、一般勤続年数は25年以上で、所属会社における勤続年数は5年以上である。女性は50歳で、一般勤続年数は20年以上で、所属会社における勤続年数は5年以上である。労働者が退職した後、所属会社における勤続年数の長さに応じて、本人の給料の30%から50%の金額を毎月老後補助費として受け取る。

「労働保険条例」（以下「条例」と略す）は、職工の労働障害待遇、疾病または非労働障害待遇、死亡待遇、老後待遇、生育待遇、職工直系親族待遇、優れた労働保険、集団労働保険等8つの従業員待遇基準を規定した。「条例」は、当該条例を実行しない単位および季節性企業に対して、相互に協議し、集団契約方式を締結して労働保険関連事項を規定している。1953年、中国の経済状況はさらに好転し、当条例は2年の実行を経て、一定の効果を果たした。こうした中、政務院は「保険条例」を改正し、主に実施範囲を少し拡大し、条件を緩和し、待遇基準を高め、細分化した。条例では、所属会社における勤続年数が5年以上10年未満の支払い基準は、本人の給料の50%、10年以上15年未満の場合は、給料の60%、15年以上経った者は、給料の70%が支払われる。現職年金手当は元の15-30%から20-30%に引き上げられた。

1955年、中国は「国家機関職員退職処理暫定方法」を発行した。この条例は政府部門職員の年金を個別に規定した。この「退職方法」は、男性が60歳以上、労働年限が合計25年以上であることを規定している。女性は55歳以上、勤続年数は20年以上であれば、退職できる。勤続年数の長さに応じて、本人の給料の50--70%に相当する退職金をそれぞれ受け取ることができる。

1956年、中国は個人の手工業と私営商工業に対する社会主義改造が基本的に完成した。「保険条例」の実施範囲は再び拡大し、すべての国営企業といくつかの規模が大きく、経済条件のよい集団所有制企業も、この条例を実行または参照して実行した。1956年末までに、全国の労働保険制度がカバーする従業員は、1600万人余りに達し、退職年金に参加した人数は2300万人に達した。全国国営、公私合弁、私営企業の職工総数の94%が年金を受けている⁸⁵。1957年3月、中国国務院は「労働者、職工退職処理に関する暫定的な方法」を公布した。国家機関、事業単位従業員と国有企業職工における退職方法を統一し、全国統一した退職制度を確立した。退職条件は、男性60歳、女性55歳、連続勤続年数5年以上、一般勤続年数は15年以上である。待遇基準は退職前の勤続年数の長さによって、40%、50%、60%の3段階に分けられる。1964年、「軽工業、手工業の集団所有制企業職工、社員退職統括暫定方法について」が公布され、集団所有制企業職工の退職条件と待遇基準が規定された。1962年、大躍進運動と3年間の自然災害が中国の経済に深刻な破壊をもたらしたため、工業発展の就業能力が低下し、就業問題を解決するために、駐区は大量の都市職工を簡素化し、故郷に帰って農業生産に参加する政策を取った。これらの人員の生活問題を適切に処理し、財政負担を軽減し、職工を簡素化するために、国務院は「職工削減の配置方法に関する若干の規定」を制定・公布した。削減した老弱残職工で、退職条件を満たす者は定年処理に、退職条件を満たさない者には、退職処理にすることを規定している。補助の必要がある者に対しては、退職補助費を支給する。家庭生活に補助の必要がない者に対し、地元民政部門が月ごとに本人の元標準賃金の40%に相当する救済費を支給する。1966年現在、全国の社会保険を受けている職工数は既に4000万人に達し、保険を支払う費用は30億5千万元に達した。

1950年代初頭に設立された社会老後保障制度は、計画経済の背景の下で次第に形成されてきた。この制度は実際に賦課方式の年金制度であり、年金支払いにおいては完全な受益確定制の方式をとり、資金源においては完全に企業が負担することになる。この制度は社

⁸⁵ 侑天心（1995）『辺縁財政考察』中国財経出版社，p. 359.

会の「公平」の原則を完全に体现し、職工の積極性を引き出し、退職者の基本生活を有効に保障し、当時における経済と社会発展を促進した。しかし、範囲は限られており、保障制度の統一性はまだ確立されていない。

(2) 中国老後保障制度の停滞期：1966～1977年

この時期は、中国の10年にわたる「文革」時期に当たる。10年の動乱は中国の経済、社会、文化、政治等の各方面の発展に深刻な破壊をもたらし、老後保障制度を含む社会保障制度の建設も停滞・後退の段階にある。社会保障は「修正主義悪性腫瘍」と中傷され、「保険条例」は批判と否定を受け、企業職工労働保障調整管理部門である労働組合組織は活動を停止された。この時期において、救済や社会福祉等の事務を主導する内務省が廃止され、労働保険事務は麻痺状態に陥った。1969年2月、中国財政部は「国营企業の財務業務におけるいくつかの制度に関する改革意見」を発表し、国有企業が労働保険金の抽出を停止することを規定した。もともと労働保険料として支出されていた保険料は、企業の営業外支出に変更され、職工個人は依然として年金を納める必要がない。

この段階における特徴は、社会保障が統一されなくなり、本来あるべき統一と調整の機能が失われ、「企業が社会を運営する」および社会保障の「単位化」という局面を現出することになる。社会保障制度はそれぞれ独立して分散した単位でしか継続できず、調整機能が破壊され、リスクに対する抵抗力が大幅に低下しただけでなく、企業の責任と負担を重くし、年金を滞納する現象が発生し、企業間年金の負担が増える。無論、この時の機関事業単位の老後保障は依然としてすべて政府財政によって負担する国家保障制である。

(3) 中国老後保障制度の回復期：1978～1985年

1978年、第五回人民代表大会は民政部の再設置を決定し、社会保障、社会福祉、社会救済の無主管部門の状況を終了した。同時に、社会保障制度の改正と局部改革を行った。国務院が公布した「国務院が高齢病弱幹部の配置に関する暫定的方法」と「国務院が労働者の定年、退職に関する暫定的方法」は、機関と国有企業の人員に対する定年・退職待遇規定を改正し、定年・退職待遇基準と退職生活費基準を高めた。「企業労働契約制職工年金制度」を規定し、国家、企業と個人の3者が共同で年金基金を調達する原則を正式に確立した。都市部の国营、大手集団企業における職工の年金を、労働部が統一的に管理した。1980年、国務院はさらに「高齢幹部退職休養暫定規定について」を公布し、退職制度と定

年・退職制度の違いを明らかにした。この時期において、企業職員の定年制度は、既に形成された単位保険状況を変えておらず、企業職員と国有企業職員が異なる定年・退職待遇を受ける局面は続いている。企業職員の定年・退職保障は依然として企業のみによって担っている。退職者の増加と企業の経営状況が不安定になるにつれて、これは必然的に企業の負担を増やし、企業間における公平な競争と企業改革にとって不利な要因となっている。

総合的に見ると、中国の市町における年金制度は国有経済に基づいている。国有企業の職員は一般に高い老後社会保険待遇を受けることができる。区県以上の集団所有制企業(通称大集団企業)は、国が国有企業の退職制度に照らして職員に年金待遇を提供することを要求しているが、一部の経済条件の悪い大集団企業は国家財力の支持が得られないため退職職員に退職金を支給することができない。区県以下の小集団企業に対して、国は明確な老後退職制度を定めていないので、この部分の職員は基本的に老後社会保険体制から除外されている。

このように、都市部職員の社会年金待遇は異なる所有制企業間において、明らかな階段構造を呈している。所有制形式の高い企業ほど定年退職職員の受ける年金待遇も高くなる。1985年の状況を例にとると、当時国有企業の職員は基本的に社会年金に加入していたが、全国に1089万の都市部集団企業の職員は社会年金を受けておらず、全国の都市部集団企業の職員の33%を占めていた。当時全国における450万人の個人労働者は、社会年金を受けていなかった⁸⁶。

農村では、1980年代に入ってから、一人っ子政策の実施により、中国農村の伝統的後保障方式は厳しい挑戦に直面し、農村家庭後保障から社会後保障への移行を処理するために、少数の農村地区は年金後保障を実行する方法を模索し始めた。1982年、11省市における3457の生産チームが年金制度を推進し、集団生産労働に参加して10年以上で、かつ65歳以上の男性社員と60歳以上の女性社員は、年金待遇を受けられると規定した。受け取り基準は一般的に10-15元で、最高20元以上に達することもあった。当時、約42万人の高齢者農民が年金を受け取っていた。この年金基金は生産組合と生産チームが比例的に分担し、チーム経営企業の利益と公益金から支払っていた⁸⁷。

⁸⁶ 朱清(2003)『年金制度の経済分析と運営分析』中国人民大学出版社, p. 24.

⁸⁷ 劉翠宵(2006)『中国農民社会保障制度研究』法律出版社, p. 23.

(4) 中国老後保障制度の発展期：1986～1996年

1986年の「国営企業による労働契約制を実施するに関する暫定規定」の公布は、中国の年金を中心とした社会保険が深いレベルにおける改革探索時期に入り始めたことを意味している。暫定規定は初めて企業、個人、国家の3者が共同で年金基金を調達する給金原則を正式に確立し、初めて個人拠出制度を導入した。当規定は契約制労働者の定年退職保障方法を定め、企業に労働者給料総額の15%ぐらいで、労働者に本人の標準給料を超えない3%で、定年退職保険基金を納付することを規定し、納付した年金基金を企業の「定年退職金」の専用口座に預金するように要求している。契約制労働者の退職老後待遇には、定年退職費、医療費と葬儀補助費、直系親族扶助費、救済費の4項目が含まれる。社会保障建設を強化するため、1988年、中国は人事部と労働部を設立し、行政機関・政府関連事業における従業員の老後保障が人事部によって主管し、その他は労働部が主管することを規定した。

1991年、国務院は「企業職工年金制度改革に関するの決定」（以下「決定」という）を発表し、老後保障制度の改革をさらに進め始めた。この「決定」において、中国は「基本年金と企業補充年金保険および職工個人貯蓄性年金とを結合するという制度を段階的に確立する」ことを決めた。年金を完全に国、企業が引き受ける方法を国、企業、個人の3者が負担することに変え、職工個人も一定の費用を支払わなければならないと決めた。中国老後保障制度改革の目標は、国家の基本年金、企業補充年金と職工個人貯蓄性年金を組み合わせた多段階的な老後保障制度を確立することである。この制度は、国家基本年金を核心とし、企業年金を補充して、職工個人貯蓄性年金と結合し、財政負担、企業負担を軽減、個人負担を増加、多面的な積極性を引き出し、経済発展を促進することを目的としている。年金料は企業、職工、国家の3者から資金を徴収する原則を実行する。「一部蓄積」のモデルを実施し、社会統一管理を実現し、県レベルから統一を始める。基本年金基金調達の原則は「支出によって収入を決め、一部の蓄積を残す」ことである。「職工定年退職後の年金基本計算方法は現在変更されておらず、今後は賃金制度改革に合わせて、賃金総額に占める標準賃金の割合を増やすことで、年金の額を徐々に高めることができる」。

しかし、今回の改革は予期していた効果が得られなかった。その主な原因は、改革後に企業と個人の拠出金の負担が重くなり、しかも社会統一管理の実施によって、多く収めた者が必ずしも多く得られないという現象をもたらしているため、企業と個人の納金する積極性が低く、少納または無納という現象が深刻である。統計によると、1995年末までに、

全国で年金料を支払わない企業は既に5万件近くに達し、累積滞納総額は既に50億元を超えている。

1992年1月、人事部は「国有企業年金制度改革に関する問題の通知」を公布し、国有企業職工年金制度改革に対して、比較的漠然とした意見を提出した。同年、労働部は、基本年金は社会的年金と拠出年金の2つの部分からなると提唱した。社会的年金は、全省における職工の平均賃金の25%、拠出年金は指数化月平均拠出賃金を基数とし、拠出金ごとに1年、1%とされた。1993年、第十四回三中総会で採択された「中共中央社会主義市場経済体制の構築に関するいくつかの問題の決定」は社会保障制度改革に対して3つの原則を提出した。

第1に、多段階の社会保障システムを構築することである。社会保障システムには、社会保険、社会救済、社会福祉、優待扶助配置と社会的助け合い、個人貯蓄蓄積保障が含まれる。社会保障の水準は、「中国の社会生産力の発展レベルおよび耐える能力を各方面で適応させなければならない。都市と農村住民の社会保障方法は区別すべきである。社会的助け合いを提唱し、商業保険業を発展させ、社会保険の補充とする」と決められている。

第2に、社会保障の異なるタイプに応じて資金源と保障方式を決定することである。「都市部職員の年金と医療保険金は、企業と個人が共同で負担し、社会統一と個人口座の結合を実行する。失業保険制度をさらに健全化し、保険料は企業が職工の給料総額の一定の割合で統一的に調達する。農民老後保障は家庭保障を主とし、コミュニティ支援と結合する。生活の豊かなところは、農民の自発的な意志によって、個人貯蓄を実行して年金を蓄積することもできる」と決められている。

第3に、統一的な社会保障管理機構を構築することである。「政府関係部門と社会民衆代表が参加する社会保険基金監督組織を設立し、社会保険基金の収支を管理する。法に基づいて社会保険基金を主に国債の購入に使用し、社会保険基金のヘッジと付加価値を確保することができる」と決められている。この「決定」は、年金改革の方向が多段階老後保障システムを構築することを改めて肯定し、年金は国家、企業と個人の3者が負担し、社会保険基金の投資方向を規定した。しかし、この決定は、年金保障の改革にいくつかの方向と原則を提示しただけで、特に個人口座の規定における用語があいまいで、操作が困難である。

1995年、中国国務院は「企業職工年金制度改革の深化に関する通知」を制定・公布し、企業職工年金改革の目標と原則で「多段階、社会統一と個人口座の結合、権利と義務の対

応、管理サービス社会化の年金体系」を明らかにした。しかし、どのように「社会統一と個人口座の結合を実施する」のだろうか。国務院は2つの実施方法を提示している。地方、市（県級市を除く）が選択を提出し、各地区は現地の実際状況に合わせ、2つの実施方法を修正して完備することができる。この2つの実施方法は、それぞれに重点を置いている。方法1はより多くの個人口座を強調し、方法2はより多くの社会統一を強調している。実施過程において、各地はまた現地の特徴に基づいて実施方法を改革した。その結果、各地の案はそれぞれ異なり、互いに統一されておらず、より高いレベルで統一することが難しく、改革が苦境に陥った。

（5）中国老後保障制度の改革期：1997年～

1997年、当時存在していた基本年金制度の不統一、企業負担が重く、また統一度合いが低く、管理制度が健全でない等の問題に対して、中国は、「統一的な企業職工基本年金制度の確立に関する国務院の決定」を発表した。改革の歩調をさらに速め、統一的な企業職工基本年金制度を確立し、経済と社会の健康による発展を促進した。今回の改革内容は、主に以下の通りである。

第1に、拠出金の割合を統一することである。企業の拠出金の割合は、一般的に企業の賃金総額の20%（個人口座に記入された部分を含む）を超えてはならない。個人が基本年金料（以下、個人拠出金と略称する）を支払う割合は、1997年に個人拠出金の4%を下回らなければならない。1998年から2年ごとに1ポイント上昇し、最終的に個人拠出金の8%に達する。

第2に、統一された個人口座を作成することである。個人拠出金の11%の金額で職工に基本年金の個人口座を作成し、個人の拠出金はすべて個人口座に記入し、その残りの部分は企業の拠出金から加算する。個人拠出金の割合が高くなるにつれて、企業の引き入れた部分は徐々に3%まで下がる。職工または定年退職者が死亡し、個人口座の個人拠出金の部分を継承することができる。

第3に、基本年金の発給方法と受け取り条件を統一することである。実施後に就職した職工は、個人の拠出年限が累計で15年に達した場合、退職後、月ごとに基本年金を支給する。基本年金は基礎年金と個人口座年金からなる。退職時の基礎年金月基準は、省、自治区、直轄市あるいは地方（市）の前年度職工月平均賃金の20%であり、個人口座年金月基準は本人口座の貯蓄額を120で割ったものである。個人の拠出年限が累計で15年未満の場合

合、退職後に基礎年金待遇を受けられず、その個人口座の貯蓄額は一度に本人に支払われる。

第4に、移行制度を確立することである。本決定が実施される前に退職した者に対し、依然として国の元の規定に従って年金を支給する。本決定実施前に就職、または実施後に退職した者で、個人拠出金と拠出金同一視の年限が累計で15年に達した者に対し、基礎年金と個人口座年金を支給した上で過渡年金を確定し、過渡年金は年金基金から捻出する。

第5に、統一水準を段階的に高めることである。「決定」では、県レベルの統一から省または省が認可した地域の統一へと段階的に移行することを提案している。全国が基本的に省レベルの統一を実現した後、国务院の批准を経て、関係部門と企業組織が統一した企業は、所在地区の社会統一に参加する（図9、図10参照）。

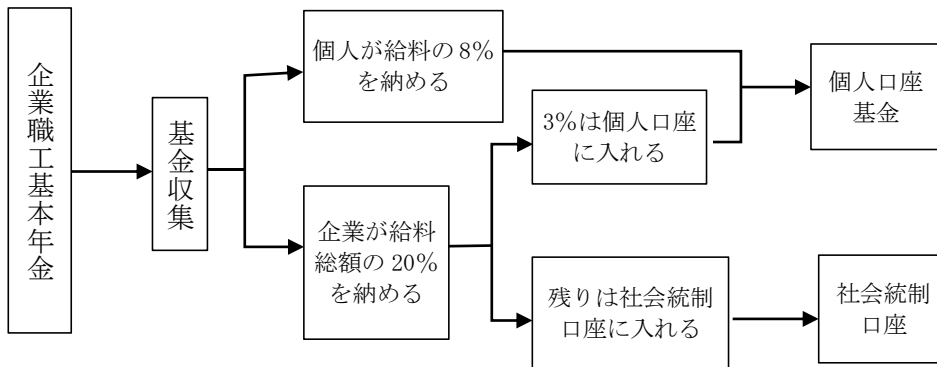


図9 企業職工基本年金料の調達（1997年7月－2005年12月）

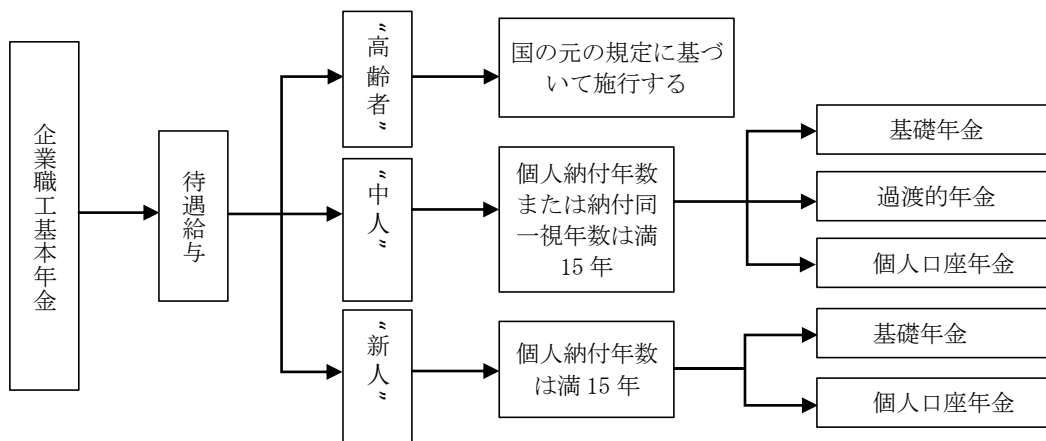


図10 企業職員別年金待遇給与の枠組み

出典：図10、図11は1997年「国务院は統一的な企業職工基本年金制度の確立に関する決定」より作成

【注】 新人：「国務院は統一的な企業職工基本年金制度の確立に関する決定」の実施後に、
仕事に参加する保険加入者は「新人」に属する。

中人：「決定」の実施前に、仕事に参加し、本決定実施後に退職した保険加入者は「中
人」に属する。

高齢者：「決定」実施前に退職した保険加入者は「高齢者」に属する。

1998年、中国国務院は、「企業職工基本年金省級統括と業界統括移管地方管理の実施に
関する通知」を発表し、異なる所有制企業間の年金制度が統一されておらず、老後基金が
全社会統一的に運用できないという問題を解決した。2000年に国務院は「都市社会保障シ
ステムの完備に関する試行案」を公布し、2001年に遼寧省と他の各省（自治区、直轄市）
が選定した一部の地市で試行することを決定した。試行案では、もともと規定されていた
使用者の20%の拠出金の割合は変わらないが、個人口座に入るのではなく、すべて社会統
制にまとめることを規定している。個人口座の規模はこれまでの個人賃金に相当する11%
から8%に引き下げられ、すべて個人口座に計上される。職工が統制範囲を越えて移動する
場合、個人口座は一緒に移動する。職工または定年退職者が死亡した場合、個人口座は継
承できる。

2005年、中国国務院は「企業職工基本年金制度の完備に関する国務院の決定」を公布し
た。決定の主な内容は以下の通りである。

第1に、基本年金の範囲を拡大することである。非公有制企業、市町の個人経営者と柔
軟した就業者を基本年金の範囲に入れる。参加する拠出基数は、現地における前年度に勤
務している職工の平均賃金で、拠出比率は20%であり、そのうちの8%は個人口座に記入し、
退職後は企業職工の基本年金計算方法に従って基本年金を計上する。

第2に、基本年金の発給方法を改革することである。2006年1月1日から、個人口座の
規模統一は、本人の拠出金の11%から8%に調整され、すべて個人の拠出金で形成され、企
業拠出金は個人口座に計上されなくなった。

第3に、統制レベルの向上を加速することである。市レベルの統制を完備し、統制レベ
ルを高め、省レベルの統制を実現し、全国統一的な労働力市場を構築し、人員の合理的な
流動を促進するための条件を作る。この決定は、東北三省が都市社会保障システムの試行
経験を完備することをまとめたものであり、同時に将来の中国老後保障制度の発展にも道
を示した。

このほか、労働社会保障部も、2004年1月6日に「企業年金試行方法」を公布し、企業補充年金を企業年金に変更した。以来、中国はより体系的な多段階にわたる年金制度を確立した。2006年「中共中央の社会主義調和のとれた社会構築に関する若干の重大問題に関する決定」では、初めて都市と農村住民をカバーする社会保障体系を構築し、2020年社会主義初級段階の発展の中期目標とすることを提示した。政府関連事業体の改革を推進するため、2008年に国務院は、「事業単位従業員年金制度改革試行案」を発行した。山西、上海、浙江、広東、重慶の5つの省・市を政府関連事業体年金制度改革試行箇所として、企業につながる基本年金制度を実施した。2008年に労働・社会保障部と人事部を統合させ、人的資源と社会保障部を設立したのである。

2008年から、国家社会保障改革の重心は、農村の年金保障に移った。2008年第17回第三中全会で可決した「農村改革発展の推進に関する中共中央の若干重大問題に関する決定」は、農村の年金に対して新たな要求を提出した。新型農村年金制度の基本原則は、「基本を保ち、広くカバーし、柔軟性があり、持続可能である」ことであり、社会統括と個人口

表8 新旧農村年金制度と都市部職工基本年金制度の違い

| タイプ 特徴 | 旧型農村年金 | 新型農村年金 | 都市部職工基本年金 |
|-----------|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| 運行モード | 個人口座 | 社会統括+個人口座 | 社会統括+個人口座 |
| 調達モード | 個人の納付が主で、 集団補助が補助、国 家から政策支援； | 個人の納付、集団補助、 国家財政補助金 | 個人と企業の納付 |
| 参加の性質 | 自発的 | 強制的に近い | 基本的に強制 |
| 計算・配布方法 | 個人口座の累計額 | 基礎年金+個人口座 | 基礎年金+個人口座 |
| カバー範囲 | 非都市戸籍住民 | 非都市戸籍住民 | 企業職工、個人商工業者、フ リーター |
| 社会保険の性質 | 弱 | 強 | 強 |

出典：『2008年新旧農村社会年金制度と都市部職工基本年金制度』より作成

【注】新型農村年金の参加性質を「強制的に近い」と規定したのは、この年金制度の参加は名義上「自発的」であるが、参加者だけが国家の補助金を受けられるため、実施効果から見ると、「強い強制性」を持っている。

座を結合した基本モデルと「個人納付、集団補助、政府補助」を組み合わせた資金調達方式を採用している。表8は特徴で分類し、新旧農村年金制度と都市部企業職工基本年金制度の違いをまとめたものである。

都市部企業職工基本年金保険の加入者の合法的權益を保障し、人的資源の合理的な配置と秩序のある流動を促進し、保険加入者が省、自治区、直轄市間で流動し、都市で就業する時でも基本年金手続きがスムーズに移行することを保証するために、2009年12月28日、人力資源社会保障部と財政部が「都市部企業職工基本年金手続き移転継続の暫定方法」通知を公表した。これは長期的な年金手続きの移転が難しい問題は、國務院主管部門の高度な重視と強力な推進のもとで解決されることを示している。

2010年10月29日、「社会保険法」が可決された。社会保険法の規定により、国は基本年金、基本医療保険、労災保険、失業保険、生育保険等の社会保険制度を確立した。国民は高齢者、疾病、労災、失業、生育等の場合において、法により国家と社会から物質的援助を受ける権利を保障されることになった。この制度は広くカバーし、基本を保ち、多階層にわたり、持続可能な方針を堅持し、社会保険水準を経済社会の発展水準に適応させた。特に各関連主体の法律責任を明確にし、歴史的な遺留問題をある程度解決した。例えば、2005年に中国政府は、「納付と見なす」という政策を打ち出し、政府機関と関連事業体の従業員は費用を納付していなくても、「納付と見なす」と規定されている。しかし、口座に資金がないため、社会保険機構は記帳できない。今回の「社会保険法」では、この部分について政府が責任を持ち、財政補助金を提供すると規定するようになったのである。

2011年には、都市部の年金保障を持たない住民の老後問題を解決するため、國務院は2011年6月に、「都市部住民の社会年金保険試行個所に関する指導意見」を発表し、2011年7月1日に実行した。都市部住民の社会年金保険は、個人納付と政府の補助金を組み合わせたモデルを使い、基礎年金は財政が負担する。都市部住民年金保険は新型農村年金保険と制度設計において非常に類似しているため、一部の地区では両者を合併して都市・農村部住民年金保険モードを実施するようになった。

2014年2月、國務院は「統一された都市・農村部住民の基本年金制度構築に関する意見」を発行した。この「意見」は、全国範囲において統一された都市・農村部住民基本年金制度を構築し、新農保和城居保を並行実施し、制度名称、政策基準、管理サービス、情報システムの「4つの統一」を形成した。もともとの農村年金と都市部従業員年金に比べて、全国統一の都市部・農村部住民年金には、以下のようにいくつかの鮮明な特徴があった。

第1に、社会統一計画と個人口座を結合した基本年金を確立した。保険基金は個人納付、集団補助、政府補助金で構成されている。そのうち、より多層的で柔軟な個人納付レベルが規定され、集団補助のほかにも、社会経済組織、公益慈善組織、個人が加入者の納付に援助を提供することも奨励されている。政府補助金は中央政府と地方政府の2つのレベルに分けられ、基礎年金は政府が支払い、中西部地区ではすべて補助することになるが、東部地区では50%の補助を与える。地方人民政府は加入者の納付に補助金を与え、最低レベルの基準で納付する場合、補助金の基準は1人当たり毎年30元を下回らないと規定されている。500元以上のレベルで納付する場合、補助金の基準は1人当たり毎年60元を下回らないが、具体的な基準と方法は省(区、市)の人民政府によって確定する。重度の障害者等、納付が困難な対象に対して、地方人民政府がその一部または全部の最低基準の年金料を納付する。

第2に、納付年限と受領年齢が規定されている。納付年限は15年であるため、追納は可能である。満60歳になってから年金を受け取るのは、男女同じである。

第3に、長く納付したり多く納付したりすると、より多く年金を受領できるという激励メカニズムと基礎年金の正常な調整メカニズムを確立した。地方政府が異なるレベルの納付に異なる補助金の激励を示し、また、15年以上納付してから、1年多く納付するごとに、基礎年金が1%増やすという激励をしている。

第4に、多制度連合の老後制度体系を構築し、最低生活保障制度、社会優先撫養と組み合わせを行い、家庭養老、土地保障、社会救助、農村部の計画出産家庭奨励扶助制度等、その他の社会保障政策措置と組み合わせて、農村住民の老後の基本的生活を保障する。

第5に、低レベルからスタートするが、全国民をカバーする。

第6に、納付期間中に戸籍が移転する場合、地域間での都市・農村住民の年金関係を移転し、個人口座のすべての貯蔵額を一括移転することができる。引き続き保険に加入して納付する場合、納付年限の累計計算を行うことを明確に規定している。

2015年1月14日、国務院は、「政府機関・関連事業体の従業員年金制度改革に関する決定」を発表した。2014年10月1日時点から、行政機関・政府関連事業が基本年金制度を実施し、公務員年金を設定することを決定した。これにより、中国年金制度は企業・事

業体の「二重軌道制」⁸⁸の運行が終焉した(図 11、図 12 参照)。

⁸⁸ 「二重軌道制」とは一般的に「退職年金二重軌道制」を指す。すなわち、異なる労働者の性質の人員に対して異なる退職年金制度を採用することを指している。全体的に言えば、退職年金二重軌道制は、計画経済時代から市場経済への転換期における特殊な産物である。中国の都市年金の改革が企業から始まり、企業は先に社会化をし始めたが、行政機関・政府関連事業は依然として職場管理であるため、両者のギャップが形成された。中国で現行しているのは、「退職金二重軌道制」であり、これには2つの並列した年金システムがある。1つ目は、行政機関・政府関連事業の退職制度であり、財政が統一的に支払う年金である。もう1つは社会企業の「納付型」統括制度である。この制度では、企業と従業員本人が一定の基準によって納付する。

行政機関・政府関連事業の退職年金と企業従業員の退職年金は、具体的には3つの違いがある。1つは統括計画の方法が異なること。すなわち、企業従業員は企業と従業員本人が一定の基準によって納付しているが、行政機関・政府関連事業の場合は国家財政が統一的に資金を調達する。2つ目は、支払いのルートが異なること。企業従業員は自己準備の口座から支払うが、行政機関・政府関連事業の場合は国家財政で統一的に支払う。3つ目は、享受する基準が異なること。すなわち行政機関・政府関連事業の年金基準は、企業の定年退職者よりはるかに高く、格差は大体3~5倍である。年金待遇は最高50倍の差がある。

□行政機関・政府関連事業職員年金制度の改革

1. 統括計画方式（社会統括計画 + 個人口座の結合）

企業主納付の割合は当該企業給与総額の20%

個人納付の割合は本人の納付賃金の8%

2. 年金の支給方法

『決定』実施後に就職し、個人納付年限が満15年間：退職後に基本年金を月額で支給する

『決定』実施前に就職し、実施後に定年退職し、納付年限が満15年間：基礎年金と個人口座年金を支給した上で、納付年限の長さを考慮して過渡性年金に支給する

『決定』実施後に定年退職し、個人の納付年限は15年間未満：『<中華人民共和国社会保険法>の若干の規定』を基準に執行する

『決定』実施前にすでに定年退職した場合：引き続き国が規定した元の待遇基準に従って基本年金を支給し、同時に基本年金の調整方法を実行する

3. 年金関係の移転方法

加入者は同じ統括範囲内の行政機関・政府関連事業の間で移動する場合、年金関係だけを移転し、基金を移転しない。

異なる統括範囲間で移転し、あるいは行政機関・政府関連事業と企業の間で移転する場合、年金関係を移転すると同時に、基本年金個人口座の貯蔵額も一緒に移転する。

4. 職業年金制度の確立

機関・事業体は基本年金に加入した上で、その従業員のために職業年金を設立しなければならない。

事業主は当該事業主の賃金総額の8%で納付し、個人は本人の納付賃金の4%で納付する。

5. 社会化管理サービスを徐々に実行：全国統一の社会保障カードの発行を普及し、基本年金の社会化発行を実行し、各事業主から発行しない。

図 11 行政機関・政府関連事業職員の年金制度の改革

出典：『中国政府網(2015)における行政機関・政府関連事業職員年金制度改革に関する内容』に基づいて筆者作成

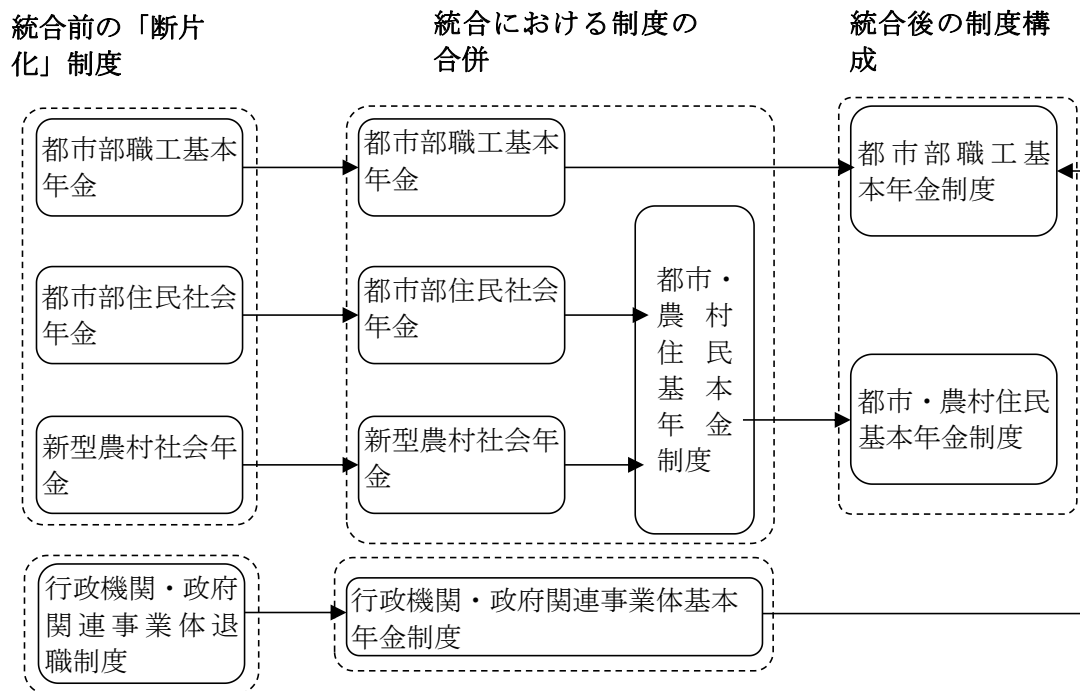


図 12 中国年金制度の統合

出典：『中国の基本年金制度改革に関する内容』に基づいて筆者作成

国务院は、「企業職工基礎年金基金の中央調整制度の確立に関する通知」を発行し、年金基金の中央調整制度の確立を決定し、2018年7月1日から実施することになった。年金基金の中央調整制度を実施することは、企業や個人の納付負担を増やすことではなく、退職者の待遇にも影響しない。『通知』は年金基金の中央調整制度を構築するための主な内容は、現行の企業従業員基礎年金に対して省レベルで統一計画を立てる上で年金の中央調整基金を設立し、各省の年金基金に対して適度な調整を行い、基礎年金が時間通りに全額支給されることを確保することである。具体的には次のような特徴がある。

第1に、中央調整基金は各省の年金基金により納付された資金で構成されている。各省の従業員の平均賃金の90%と在職年金加入人数（在職應参保人数）を国家に対する納付金の計算の基数として、納付率は3%からスタートし、徐々に向上する。

第2に、中央調整基金は徴収金額によって支出を確定し、その年に集めた資金は一人当たりの定額給付の方法で全部地方に支払う。

第3に、中央調整基金は中央級社会保障基金の財政専門アカウントに納付され、収支の別々管理を実行し、専門資金を専用し、財政予算のバランスを取るために使用してはいけない。

第4に、現行の中央財政の補助政策と補助方式は不変で、省級政府は基本年金の時間通りの満額給付と年金基金の不足分を補うという主体的責任を確実に負担しなければならない。

本章は主に老後保障制度に関する概念、理論基礎、基本タイプと歴史変遷を紹介した。両国の歴史的変遷から見ると(表9参照)、日本の老後保障制度と関連法律の確立は中国より早く、しかも現状に応じて絶えず修正されているため、内容は中国より全面的である。中国の老後保障制度は数から見ると少なくないが、その大部分は政府が公表した「指導意見」「暫定方法」「試行方法」「決定」「通知」等であり、長い間立法のレベルから確立されていないことがわかる。中国の現行の老後保障制度に関する法律は3つしかなく、「中華人民共和国憲法」のほか、「中華人民共和国高齢者權益保障法」と「社会保険法」である。そのうち、「中華人民共和国高齢者權益保障法」は主に高齢者の基本生活に基づいて行われ、高齢者の衣食住と外出、社会の高齢者へのケア等が含まれている。「社会保険法」は主に各種年金に関する問題である。

表9 日中老後保障制度の変遷

| 日本 | | 中国 | |
|------|---|------|--|
| 年 | 制度 | 年 | 制度 |
| 1963 | 高齢者福祉法 | 1951 | 中華人民共和国労働保険条例 |
| 1971 | 社会福祉施設緊急整備5か年計画 | 1953 | 中華人民共和国労働保険条例に関する若干の改正意見の決定 |
| 1971 | 中高年齢者等雇用促進特別措置法 | 1955 | 国家機関職員退職処理暫定方法 |
| 1982 | 高齢者保健法 | 1957 | 労働者、職工退職処理に関する暫定的な方法 |
| 1987 | 高齢者保健法改正 | 1964 | 軽工業、手工業の集団所有制企業職工、社員退職統括暫定方法について |
| 1989 | 高齢者保健福祉推進十カ年戦略（ゴールドプラン） | 1969 | 国営企業の財務業務におけるいくつかの制度に関する改革意見 |
| 1990 | 社会福祉関係八法改正 | 1978 | 国務院が高齢病弱幹部の配置に関する暫定的な方法 国務院が労働者の定年、退職に関する暫定的な方法 |
| 1991 | 高齢者保健法改正 （高齢者訪問看護制度の創設） | 1980 | 高齢幹部退職休養暫定規定について |
| 1992 | 福祉人材確保法 | 1991 | 企業職工年金制度改革に関する決定 |
| 1995 | 高齢社会対策基本法 | 1992 | 国有企業年金制度改革に関する問題の通知 |
| 1996 | 高齢社会対策大綱の策定 | 1993 | 中共中央社会主義市場経済体制の構築に関するいくつかの問題の決定 |
| 1997 | 介護保険法（痴呆対応型高齢者共同生活援助事業「痴呆性高齢者グループホーム」の創設） | 1995 | 企業職工年金制度改革の深化に関する通知 |
| 2000 | 介護保険法 | 1997 | 統一的な企業職工基本年金制度の確立に関する国務院の決定 |
| 2006 | 高齢者保健法改正 | 1998 | 企業職工基本年金省級統括と業 |

| | | | |
|------|---------------------------------------|------|---|
| | | | 界統括移管地方管理の実施に関する通知 |
| 2008 | 後期高齢者医療制度施行 | 2000 | 都市社会保障システムの完備 に関する試行案 |
| 2010 | 介護保険制度の見直しに関する意見 | 2004 | 企業年金試行方法 |
| 2011 | 介護保険法改正 | 2005 | 企業職工基本年金制度の完備に 関する国務院の決定 |
| 2014 | 医療介護総合確保推進法 | 2006 | 中共中央の社会主義調和のとれた社会構築 に関する若干の重大問題に関する決定 |
| 2017 | 介護保険法改正 | 2008 | 事業単位従業員年金制度改革試行案 |
| 2020 | 地域共生社会の実現のための 社会福祉法等の一部を改正す る法律 | 2009 | 都市部企業職工基本年金手続き移転継続の 暫定方法 |
| | | 2010 | 社会保険法 |
| | | 2011 | 都市部住民の社会年金保険試行 個所に関する指導意見 |
| | | 2014 | 統一された都市・農村部住民の基本年金制度 構築に関する意見 |
| | | 2015 | 政府機関・関連事業体の従業員年金制度改革 に関する決定 |
| | | 2018 | 中華人民共和国高齢者権益保障法 企業職工基礎年金基金の中央調整制度の確 立に関する通知 |

第4章 日中老後保障制度の比較分析

日中両国は一衣帯水で、文化が類似するところが多く、また人口高齢化は同じような時間の変遷をたどってきた。そのため、老後保障制度を制定することにおいて、両国には類似しているところがある。しかし、国情や経済発展状況の違い、高齢化人口の数の相違等様々な要因によって、日中両国は人口高齢化、老後保障制度の面で大きな違いがある。相対的に、日本は高齢化社会に入るのが比較的早く、老後保障制度の制定に対する探求も早く始められたため、中国より比較的完備された多階層にわたる老後保障制度を制定した。日中両国の高齢化には多くの類似性があるため、中国の老後保障制度の構築、改善に参考になると思われる。

1 日中人口高齢化の差異性と類似性

日中両国が高齢化社会に入る歴史的段階は異なっており、社会経済発展の背景も異なっている。さらに人口の基数の違いによって、両国は人口高齢化において大きな違いがある。しかし同時に無視してはいけないのは、高齢化人口増速の早さ、地域のアンバランス、経済の発展を背景としていること等、両国は大きな類似性を持っていることである。

(1) 日中人口高齢化の差異性

日中両国は人口高齢化の形成原因において差異性は明らかである。日本は人口が1億人を超える人口大国として、人口高齢化の成因から見ると、第二次世界大戦後の日本経済の落ち込み、社会の混乱、国民生活が困窮するためによる自発的な出産減少である。それによって出生率が下がり、また先進した老後保障制度の下で人口高齢化が急速に進んでいる。中国の人口は基数が大きく、計画生育政策の実施と一人当たりの寿命の増加に伴い、人口高齢化が急速に進んでいるため、中国の人口高齢化は国家のマクロ政策の影響によるところが多い。そのほか、高齢者福祉制度の違い、年金保障制度の違い等も人口高齢化の差異を生み出している。

1) 日中両国の出生率が低い原因が違う

人口高齢化の原因は様々であるが、基本的には、出生率と死亡率は直接に人口高齢化に影響する。出生率の低下、少子化現象の出現により、青少年が総人口に占める比率の低下と高齢者人口が総人口に占める比率の上昇を招いている。同様に、死亡率の低下は、ある

程度高齢者の人口比率の上昇をもたらす。生活水準が低く、出生率と死亡率の高い時期には、一人当たりの寿命が短いため、死亡率の低下がかえって社会を若年化するが、一人当たりの寿命が長く、人口の寿命の延長が安定してくる時、死亡率の低下が人口高齢化の激化を引き起こす。日本人口の急激な高齢化の根本的な原因は、出生率の持続的かつ急激な低下とそれによる年齢構成の変化にある。中国の場合は、建国から1970年までの20数年間、中国の人口合計特殊出生率は一貫して高く、最も高い年は6.26にも達した。1973年、中国は計画生育を提唱し始め、生育率は大幅に下がり、1995年には、合計特殊出生率が1.99に下がり、1970年より3.82も低下した。それは前代未聞の低下スピードであった⁸⁹。出生率の急激で持続的な低下により、人口の年齢構成を変化させている。生育率が低下すると同時に、社会医療の改善と経済生活水準の向上によって、平均寿命の成長は高齢化の急激な進行をもたらした。

日中両国にとって、高齢化が進む大きな原因の1つは、出生率の低下である。しかし、同時に、出生率低下の原因にはまた大きな違いがある。日本の出生率の低下は、第二次世界大戦後の日本経済の落ち込み、社会の混乱、国民生活が困窮するためによる自発的な出産減少であった。1952年、日本政府は家庭出産計画や、教育を推進させ、国民素質の向上を図ったがそれによって晩産化、少子化を招いた。また、日本人口の中で特に女性人口の非婚化が次第に高まり、1995年には5.2%にも達しており、これもある程度出産率の変化に影響した⁹⁰。一方、中国の人口出生率の急激な低下、高齢者人口割合の上昇の主な原因は、政府が提唱する計画出産の影響を受けたものであり、人為的に出生率に与える影響であるため可逆性がある。政策緩和の前提の下で、出生率は大きくリバウンドする可能性を持っている。ここが、日本との大きな違いである。

2) 老後保障福祉制度の違いによって日中人口高齢化の差が著しい

経済の高度成長のおかげで、日本の先進的な老後保障福祉制度によって日本の一人当たりの寿命を著しく延伸させたが、低死亡率は日本の高齢化の重要な原因となる。中国は老後保障福祉制度の制定において発展段階にあり、福祉制度の不備は依然として明らかであり、「シルバーの波」は人口基数が大きいことによるところが多い。

日本政府は、自国の国情の変更に従って、自国の法律法規を絶えず改善し、異なる国情に応じて高齢者福祉の保障に適応できるようにしてきた。例えば、1963年に、日本政府は

⁸⁹ 李新偉 (2002) 「中日の人口高齢化についての比較研究」『東北アジアフォーラム』3, p. 88.

⁹⁰ 注86を参照

高齢者福祉法を公布し、高齢者の享有する福祉項目に対して明確な規定をした。1983年、日本政府は高齢者保健法を公布し、高齢者福祉保障を改正した。2000年、日本政府は介護保険法を公布し、積極的に市場参入の許可を緩和し、民間資本を高齢者の福祉サービス供給分野に参入させ、高齢者福祉商品の供給を豊かにし、高齢者福祉の質を向上させた。また、日本政府は相次いでゴールドプランや地域高齢者保健福祉計画等の計画を実施し、法律保障と政策計画の面で高齢者の合法的福祉権益を全面的に保障している。先進的な高齢者福祉制度と豊富な高齢者福祉商品の供給のおかげで、日本の高齢者は平均寿命が著しく伸び、年齢は世界のトップにある。先進的な高齢者福祉制度の下で、平均寿命の増長は日本の高齢化が進んでいる重要な原因の1つである。

日本の高齢者福祉制度と違って、中国は高齢者福祉制度保障の面でのスタートが遅く、日本と比べて大きな差がある。中国も前後して「中国機関職員退職処理暫定方法」(1955)、「国务院が高齢病弱幹部の配置に関する暫定的な方法」、「国务院が労働者の定年、退職に関する暫定的な方法」(1978)、「企業従業員養老保険制度改革に関する国务院の決定」(1991)、「企業年金試行方法」(2004)、「企業従業員基本老後保険制度の完備に関する国务院の決定」(2005)、「社会养老服务体系建设规划」(2011-2015)、「統一された都市・農村部住民の基本年金制度構築に関する意見」(2014)、「政府機関・関連事業体の従業員老後保険制度改革に関する決定」(2015)、「企業従業員基本老後保険基金の中央調整制度の確立に関する通知」(2018)、「中華人民共和国高齢者権益保障法」(2018)等の法律法規と政策措置を制定した。全体として、中国の老後保障福祉制度は依然として健全ではなく、高齢者の一人当たりの寿命の延長に対する影響は日本ほど顕著ではない。生活水準の違いや社会老後保障措置等の面で大きな差があるため、日中両国を比較すると、老後保障制度の水準の差は明らかであり、同時に平均寿命にも大きな差がある。20世紀60年代の日本経済の高度成長は日本の平均寿命の高速成長をもたらした。1960年に男性が65.3歳、女性が70.2歳、1980年に男性が73.4歳になり、女性は78.8歳に伸びた。1997年日本の男性は77.2歳で、女性は83.8歳に達した⁹¹。「令和元年簡易生命表の概況」によると、令和元年(2019)年日本の男性の平均寿命は81.41歳で、女性の平均寿命は87.45歳である。2015年中国の男性の平均寿命は73.64歳で、女性の平均寿命は79.43歳である。2015年の中国の男性、女性の平均寿命は日本の2019年の男性、女性の平均寿命よりも短く、そのうち男性は7.77歳短く、女性は8.02歳短く、特に女性の差が顕著である。UNFPA

⁹¹ 陶立群(1997)「人口高齢化と老後保障の国際比較研究—日本経験と参考」『南方人口』1, p. 50.

(国連人口基金)は、WHOと同じく国連の1機関で、主に人口分野を担っているが、UNFPAが発表した「2020年版の世界人口白書(State of World Population)」によると、平均寿命が最も長い国(地域)は日本と香港で85歳であった。中国国家衛生健康委員会が発表した「2019年中国衛生健康事業発展統計コミュニケ」によると、中国の住民の平均寿命は2018年の77.0歳から2019年に77.3歳にまで伸びている⁹²。

(2) 日中人口高齢化の類似性

1) 日中の人口構造の変化傾向が似ている

日本の人口構造は、年齢構造が最も若いパターンから最も高齢化した発展過程を経て、人口の少子高齢化問題は次第に深刻になっている。日本の1970年の高齢化率は7.1%で、世界で最も早く高齢化社会に入った国の1つである。図13から分かるように、日本の高齢化比率から見ると、1994年の高齢化程度は14.3%で、高齢社会に入り始め、2007年の高齢化程度は21.9%で超高齢社会に入り、2050年の高齢化は38.9%になる見込みであり、高齢化問題は日本が早急に解決しなければならない問題となっている。労働力の比重から見ると、1990年以降、労働人口の比重が急速に低下しており、2050年には51.3%に低下する見込みで労働力不足が深刻である人口扶養の負担から見ると、1995年から日本の人口扶養比重は徐々に上昇し始め、労働人口の扶養負担は日増しに重くなり、2050年にはこの比重は95%に達し、人口の扶養問題、特に高齢者扶養問題は政府の重荷となる。日本の高齢化は2020~2050年にピークを迎える。日本と比べて、中国は現在、日本の1990年代頃と似たような人口構造の変化を経験している。表1を見ると、中国の2010~2015年の人口構造の変化の特徴は、日本の1985~1990年と非常に近いことがわかる。日中の人口構造の変化はいずれも労働力比重の低下、また高齢化の度合いが高いという特徴に対して、中国は高齢化が速いという特徴を呈している。中国は日本より高齢化社会に入る時間が30年遅れているが、全体的に見ると、速度は日本より15年ほど速い。日本は高齢化社会から高齢社会に入るまでの期間は約25年で、中国の高齢化社会から高齢社会までの期間は約24年の見込みで、日本より1年少ないと予想されている。また、中国の労働人口の比重は、2013年から低下し、日本より43年遅れている。日本と中国は人口基数が全く異なるが、人口構造の変化の傾向は似ている。したがって、日本の制度や政策を参考にすることは中国にとって

⁹² 人民網(2020)「中国の平均寿命が77.3歳に 全国の医療衛生機関総数が100万以上に」
(<http://j.people.com.cn/n3/2020/0608/c94475-9698531.html> 最終閲覧日:2021.10.20)

重要な意義を持っていることがわかる（図 14 参照）。

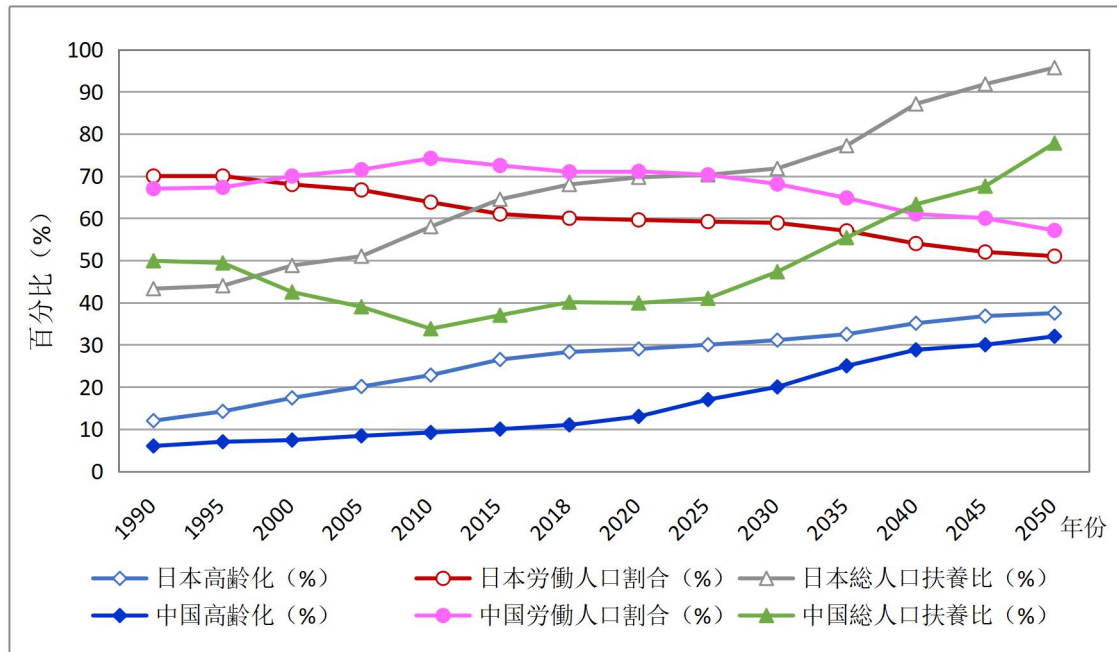


図 13 日中人口構造の変化

出典：中華人民共和国統計局『中国統計年鑑(2019)』と日本総務省統計局『高齢者の人口(2021)』より筆者作成

2) 人口高齢化の発展地域の不均衡性

2017年の日本の65歳以上の人口が総人口に占める割合は28.1%であった。これに対し、図4によると、日本の47都道府県の中で高齢化が最も深刻なのは秋田県で、高齢化率は35.6%に達した。次には高知県で高齢化率は34.2%、島根県は33.6%、山口県は33.4%で、その比重はいずれも28.1%を超えている。また対照的に、大都市である東京都、大阪府の高齢化率は逆に低く、それぞれ23.0%、27.2%で、最も低いのは沖縄県で21.0%であった。

中国の異なった地区間の人口高齢化の程度は同様に差が明らかである。中国東部の沿海地区は人口が多く、中西部地区は人口が少ないが、高齢化の動向も全体的に見ると、東から西へ次第に低下し、明らかな地域間の不均衡性を示している。1990年前後、東部沿海地区は真っ先に高齢化社会に突入した。例えば、上海、北京、天津、江蘇、浙江等である。2019年末までに、北京の60歳以上の高齢者は総人口の17.2%を占め、上海の60歳以上の高齢者は総人口の35.2%、天津の高齢化率は24.16%、浙江の高齢化率は20.6%で、これらの地区の数値はいずれも全国の高齢化率より高い。これと対照的に、寧夏の高齢化率は

13.96%で、内モンゴルの65歳およびそれ以上の高齢者人口はわずか11.03%を占めている⁹³。以上の分析から分かるように、日中両国の高齢者人口は、地域の不均衡性においても同じく大きな類似性がある。

3) 人口高齢化の都市と農村の不均衡性

現在まで、中国は都市と農村の二元体制の管理方式を実行している。ここ数年来、中国の工業化と都市化のスピードが加速して、大量の農村の若い労働力が都市に移動しているため、農村に居残りしているのは多くが年取った住民で、これが都市と農村間の人口高齢化の逆さまな現象を招いている。つまり農村の経済発展のレベルははるかに都市より低いが、高齢化のレベルははるかに都市より高い。中国の第6回全国国勢調査データによると、2010年の居住地統計では、農村、鎮（町）、都市の高齢化率はそれぞれ14.98%、12.01%、11.47%で、農村地区は都市地区より3.51%高い。このような都市と農村の逆さまの状況は、2040年まで続く見通しである⁹⁴。農村人口高齢化速度が速くなり、高齢化人口の比率は都市よりはるかに高くなっている。同様に、より良い生活を追求するために、日本でも農村から都市に移動する若者が数多くいるため、日本の農村の高齢化率も都市よりはるかに高い。2021年、日本の総人口における高齢者人口の割合は29.0%であったが、日本の農業、林業人口の中での高齢者人口の割合は52.2%に達し、深刻な不均衡性を示している⁹⁵。

日本も中国も同様に高齢化の動向が比較的が高く、区域間、都市と農村、人口構造の変化傾向等の面で多くの類似性が存在している。その類似性が存在しているため、比較的を整っている日本の老後保障制度は、中国の老後保障制度の改善において役に立つと思われる。

本節は主に政策、制度の面から日中両国の人口高齢化を比較し、両者の差異性と類似性を見だし、後述の両国の老後保障制度をよりよく理解するための礎にしたい。（表10参照）。

⁹³ データは、北京、上海、天津、浙江、寧夏、内モンゴル統計局（2019）による。

⁹⁴ 国務院発展研究センター社会部課題（2019）「グループ高齢者サービス体系発展の国際経験と中国実践」中国発展出版社、p. 3。

⁹⁵ 総務省（2020）「統計からみた我が国の高齢者」

(<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf> 最終閲覧日：2021.11.1)

表 10 日中人口高齢化の差異性と類似性

| 差異性 | | |
|--|--|--|
| 国 | 日本 | 中国 |
| 1) 日中両国の出生率が低い原因が違う | ①第二次世界大戦後の日本経済の落ち込み、社会の混乱、人民生活が困窮するためによる出産減少 ②国民の晩産、少産 | 政府が提唱する計画出産の影響を受けたものであり、人為的に出生率に与える影響。 |
| 2) 老後保障福祉制度の違いによって日中人口高齢化の差が著しい | 日本政府は自国の国情の変更に従って、自国の法律法規を絶えず改善し、異なる国情に応じて高齢者福祉の保障に適応できるようにしてきた。 | 中国の老後保障制度は数から見ると少なくないが、その大部分は政府が公表した「指導意見」「暫定方法」「試行方法」「決定」「通知」等であり、長い間立法のレベルから確立されていないことがわかる。現在、老後保障制度に関する法律は3つしかない。 |
| 類似性 | | |
| 国 | 両国 | |
| 1) 日中の人口構造の変化傾向が似ている。 2) 人口高齢化の発展の地域不均衡性。 3) 人口高齢化の都市と農村の不均衡性。 | | |

2 日中年金制度の比較

中国と日本は同じアジア国家である。しかし社会制度と経済の発展水準が違うため、両国の年金制度のモデルとレベルに大きな差がある。日本が年金制度を作り始めたタイミングは中国とほぼ似ているが、日本の年金制度の完成度は中国をはるかに超えている。日本の現行の「国民皆年金」の年金制度は改革の過程で徐々に形成され、年金保険の納付率は経済発展水準とともに変化し、適度な水準に維持されている。中国より代替率と年金保険の支出水準はいずれも高い水準にあり、年金保険は制度の設計上、異なった役割の責任分担を体現しており、人口高齢化の急速な発展に対応するために適時に制度調整を行っている。日本と比べて、中国の年金制度は長い間都市部の企業従業員を主な保障対象とし、他

の階層の老後保障と年金需要を見落としていた。絶えずに発展・完備をすることによって、中国は2014年2月に統一的な都市・農村住民基本年金制度を確立し、2014年10月1日から行政機関・政府関連事業体も基本年金制度を施行し、同年に公務員年金制度を確立した。中国の年金制度は絶えず発展しているが、まだ向上すべきところがあることも考えられる。本節では、年金制度の現行モデルと現行レベルの2つの面から日中の比較を行う。

(1) 日中年金制度の現行モデルの比較

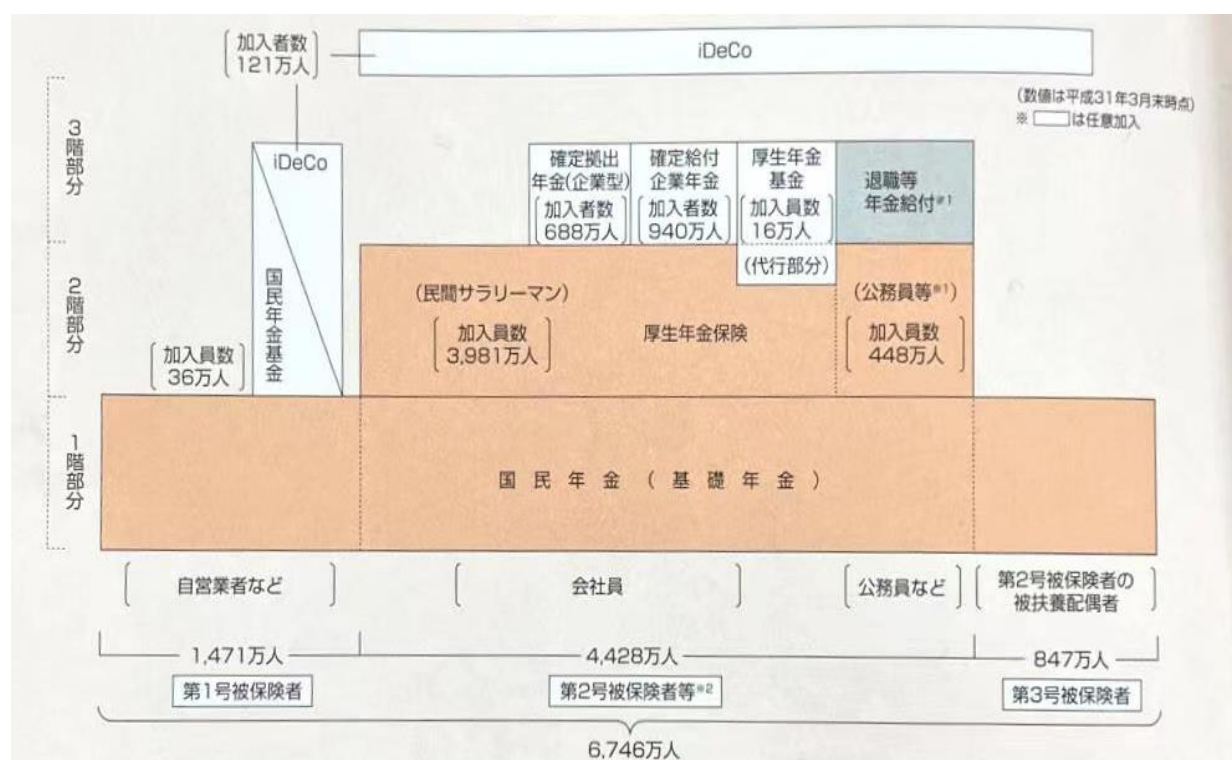


図14 日本年金制度の現行モデル

出典：厚生労働省（2021）『令和3年版厚生労働白書資料編』, p. 240

注1：被用者年金制度の一元に伴い、2015（平成27）年10月1日から公務員および私学教職員も厚生年金に加入。また、共済年金の職域加算部分は廃止され、新たに退職等年金給付を創設した。ただし、平成27年9月30日までの共済年金に加入していた期間分については、平成27年10月以後においても、加入期間に応じた職域加算部分を支給する。

2：第2号被保険者等とは、厚生年金被保険者のことをいう（第2号被保険者のほか、65歳以上で老齢、または、退職を支給事由とする年金給付の受給権を有する者を含む）。

日本と中国の年金制度は、いずれも 20 世紀 50 年代から始まった。日中両国は政治的背景、経済発展、文化的伝統および年金保険の設立に関する理論的基礎に違いがあるため、継続的な発展と改善を経て形成された現行の年金制度のモデルには共通点があるが。しかし同時に顕著な差異もある。共通点は、両国がいずれも確定拠出 (Defined Contribution)、確定給付 (Defined Benefit) の混合モデルを構築し、責任分担において政府、企業と個人が分担する納付モデルを確立したことである。基金の運営と管理も政府の組織と監督管理のもとで行われている。相違点は主に両国の異なった群体の年金モードが異なるという面で体现し、その料金の納付と給付のモードもそれぞれ異なっていることである。(日本と中国の年金制度の現行モデルは (図 14 と図 15 参照))

1) 日中年金制度の仕組みの比較

①日本の年金は 2 つの部分からなり、公的年金と私的年金である。国民年金や厚生年金は公的年金といい、企業年金や生命保険会社等による個人年金は私的年金という。公的年金制度は、社会保障制度の一環として、人々の生活の安定を図るために実施されている。一方、私的年金は、個人が任意で加入するもので、公的年金に上乗せしてより多くの年金を受け取ることを目的としている。一般的に、公的年金を土台にして、その上に企業年金や個人年金、あるいは個人の貯蓄等によって、老後の生活を支えることが望ましい。公的年金は、①すべての国民が国民年金制度に加入し、基礎年金給付を受ける「国民皆年金」、②加入者が保険料を拠出し、それに応じて年金給付を受ける「社会保険方式」、③現役世代の保険料負担で高齢者世代を支える「世代間扶養」、④年金額が物価等に対応して変動することから実質的価値が維持されること、⑤生存している限り支給される終身の年金であること、⑥保険料の減免措置がある等の 6 つの特徴がある。

一方、私的年金は、基本的に個人の自己責任のもとに加入するもので、年金の支給期間が限定されているものや、経済変動に対応して年金の実質価値の維持が困難になるものが多い。図 15 で示されているように、日本の公的年金制度は基本的には 2 階建ての仕組みである。満 20 歳以上から 60 歳未満の全ての人加入する 1 階部分の国民年金と、1 階部分に上乗せする 2 階部分の厚生年金がある。1 階部分は基礎年金とも呼ばれる。日本に住所のある 20 歳から 60 歳までの人 (国籍は問わない) は 1 階部分の国民年金に加入が義務づけられ、国民年金の被保険者となる。高齢期になったら基礎年金の給付を受けることができる。民間のサラリーマンや公務員等は 1 階部分の国民年金に加え、2 階部分の厚生年金に加入する。2 階部分の厚生年金は、基礎年金に上乗せする報酬比例年金である。2 階部分

は2015(平成27)年9月までは厚生年金と共済年金の二種類があった。共済年金は、国家公務員、地方公務員および私立学校教職員が加入する公的年金制度であった。被用者年金制度の一元化に伴い、共済年金制度が廃止となり、2015(平成27)年10月1日から国家公務員、地方公務員および私立学校教職員も厚生年金保険に加入するようになった。

3階部分は、確定拠出年金、確定給付年金、厚生年金基金であり、これらは企業年金と総称される。就業先企業でこれらの制度が運用されている場合に被用者が加入する年金であり、厚生年金等に上乘せする給付になる。また、イデコ(iDeCo)や国民年金基金も公的年金に上乘せの年金である。

②ここ10年間の改革と建設を経て、中国の新しい年金制度は既に初歩的に確立され、基本年金、企業補充年金と個人貯蓄性年金を主とする多階層、多支柱の新型年金システムを形成した。第1の柱となる基本年金は主に2つある。1つは、都市職工基本年金制度、もう1つは、都市・農村住民基本年金制度である。第1の柱は、私たちが一般的に言う公的年金である。国の統一政策の規定に基づいて強制的に実施され、一般離職・定年退職者の基本的な生活需要を保障することを目標とする年金制度である。現在、中国では9億人以上が第1の柱である基本年金に加入している。これは、公的年金制度としては世界最大級のものである。1980年代半ばに始まり、継続的な調整と改善を経て、社会プールと個人口座勘定からなる、企業就労者向け年金制度の「都市従業員基本年金」が形成された。その基本的な枠組みは、2005年に発表された国务院の「企業従業員の基本年金制度の改善に関する決定」に示されている。また、農村住民や都市部の非就労者に対する老後保障の観点から、政府は2009年に「新型農村社会年金」、2011年には「都市住民社会年金」を設定した。2012年には、全国民がこれら2つの年金制度の対象者となった。そして2014年にはこれら2つの制度が統合され、「都市・農村住民基本年金」が設定された。同年、中国政府は公務員・公的機関職員における年金制度について、「都市従業員基本年金」に準ずる形で改正を実施し、新たな「公務員年金」を設定した。また、政府は公的年金を補完する制度として、企業年金を導入した(参照図11)。2017年末時点において、都市従業員基本年金の加入者は約3億5300万人となっていて、公務員年金の加入者は5000万人であり、都市・農村住民基本年金の加入者は約5億1300万人である⁹⁶。都市職工基本年金と都市・農村住民基本年金は、社会プールと個人口座の二層構造からなるものである。

⁹⁶ 財務省(2018)「中国の公的年金制度」(<https://www.mof.go.jp/pri/research/seminar/fy2018/lm20180824b.pdf>)
最終閲覧日:2021.10.1)

第2の柱は企業年金であり、企業とその従業員が法に基づいて基本年金に参加した上で、自主的に確立した補充年金制度であり、従業員の退職後の生活水準を高めることを目的としている。企業年金は国家のマクロ的な指導、企業内部の意思決定によって実行される。企業年金に必要な費用は、企業と従業員個人が共同で納付する。企業年金基金は完全蓄積を実行し、企業年金に参加する従業員に個人口座を設立し、国の関連規定に従って投資運営をする。企業年金基金の投資運営収益は、企業年金基金に組み込まれる。企業の納付費用は毎年当該企業の従業員の賃金総額の8%を超えず、企業と従業員の個人納付の合計額は、当該企業の従業員の賃金総額の12%を超えない。具体的に必要な費用は、企業と従業員が協議して確定する。従業員個人の納付額は企業が従業員個人の給料から控除して代納する。中国の人的資源と社会保障部のデータによると、2020年末現在、全国の企業年金蓄積資金規模は22496.83億元で、前年同期比4511.5億元増加し、25.1%上昇している。「第12次5カ年計画」末期に比べて12971.3億元増加し、136.2%増加した。全国で合計10.5万軒の企業が企業年金計画を設立し、前年同期比0.9万件増加し、9.4%上昇し、「第12次5カ年計画」末期に比べて3.0万件増加し、39.5%上昇した。参加者数は2717.5万人で、前年同期比169.6万人増加し、6.7%上昇し、「第12次5カ年計画」末期に比べて401.3万人増加し、17.3%上昇した。企業年金は2007年に投資運営して以来、年平均の加重平均収益率が7.3%であった。2020年の加重平均収益率は10.31%で、前年より2.01ポイント増加し、2008年以来の高値を記録し、基金の価値維持・価値増加の目標を実現した⁹⁷。

第3の柱は、個人貯蓄年金である。参加するかどうかは完全に自発的で、保険管理機関は自分で選択し、貯蓄金額も個人の収入と負担能力によって決まる。個人貯蓄年金は個人の口座に計上され、個人所有になる。資金調達方式から見ると、個人貯蓄年金は完全蓄積制に属している。一世代が必要とする年金は、当該世代が在職中に貯蓄で蓄積し、蓄積した元金と利息で退職後の生活に使われる。個人貯蓄年金も同様に基本年金の補充として、個人の晩年に高い生活水準を提供することができる（図15参照）。

⁹⁷人社部（2021）「10.5万軒の企業が企業年金計画を設立 規模2兆2000億元を突破」

(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1695694154157086757&wfr=spider&for=pc> [最終閲覧日：2021.11.20])

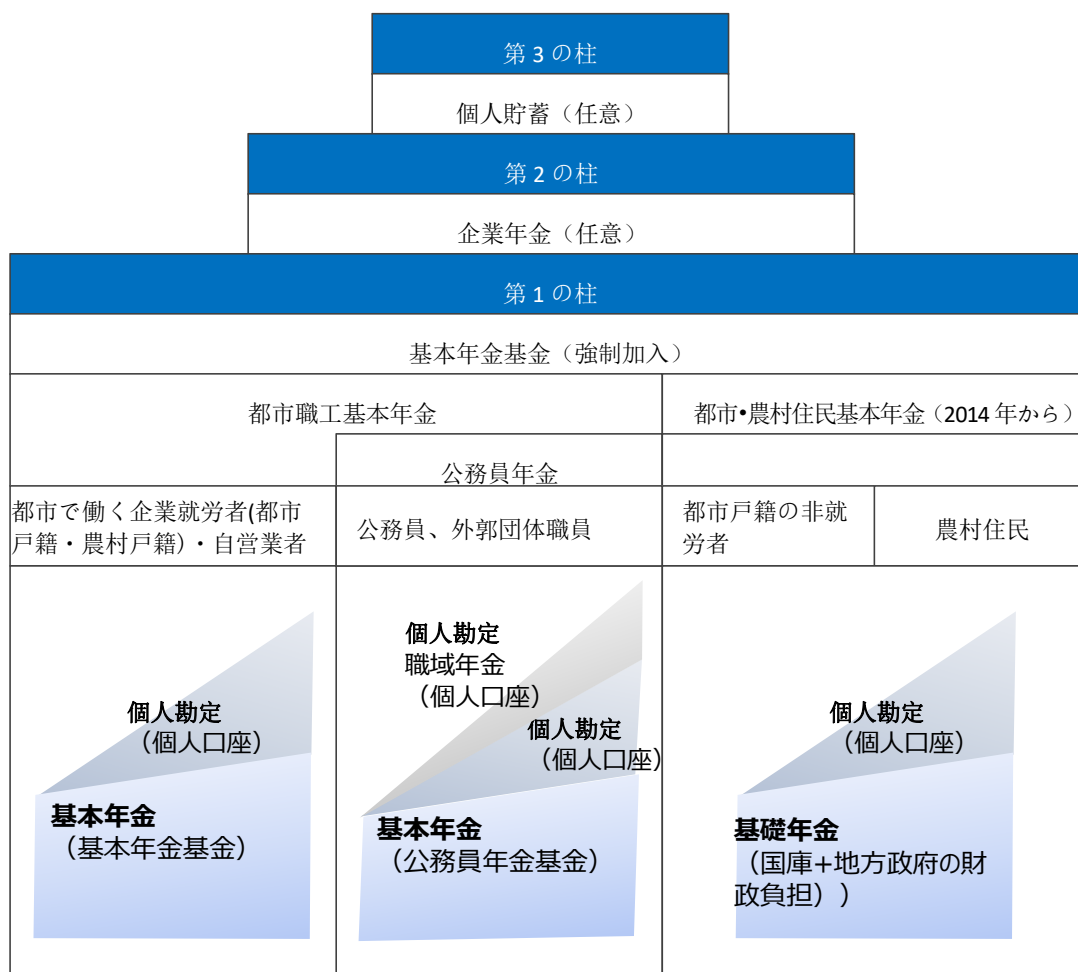


図15 中国年金制度の現行モデル

出典：中国の人力資源・社会保障部「年金制度について」の内容より筆者作成

日中年金制度構造の比較を通じて、日中両国はそれぞれの「年金構造モデル」を形成していることがわかる。両国とも公的年金と私的年金によって年金制度が構成され、3つの階層に分かれている。日本の年金制度の構造は3つの階層に分けられており、その中の第1階層の国民年金は国民が参加しなければならない。第2階層の厚生年金は、第1階層の国民年金に含まれており、第1階層と第2階層は公的年金に属する。第3階層は、企業年金であり、私的年金に属し、国民は任意に加入することができる。中国の年金制度の構造は3つの柱に分かれておる。第1の柱は、強制参加の公的年金である。第2の柱である企業年金と第3の柱である個人貯蓄は、国民が任意に加入する私的年金である。両国は年金制度を設立する構造が似ているが、中国の第1の柱である基本年金構造は、2014年から正式に調整されたものである。第3章の分析を通じて、これまでの基本年金制度の構造が断片化しすぎて、統括計画のレベルが低く、極めて不公平であったことが分かる。年金制度

は国民の定年後の生活を保障する上でかけがえのない役割を果たしているため、社会保険制度の中で最も重要な項目の1つである。日本と中国は、自国の人民の老後保障の需要を解決するために、異なる状況に対して異なる年金制度を創設した。本節は、国家の年金制度の強制性と国民需要の普遍性と長期性の特徴に基づいて、両国の基本年金(公的年金)だけ、つまり国民が参加しなければならない年金保険のみを比較対象とする。

2) 日中年金の保障対象およびカバー面の比較

①日本は、国民の職業や年金保険加入制度のレベルによって、年金保険の保障対象いくつかの種類に分けている。このうち、国民年金の被保険者は、第1号被保険者と第2号被保険者、第3号被保険者に分けられる。第1号被保険者は、日本国内に住所を有する20歳以上60歳未満の自営業者、農業者、厚生年金保険の適用を受けない短時間労働者、無職者等、彼らは国民年金に強制加入される。第2号被保険者は、厚生年金制度に参加する民間企業の被用者(サラリーマン)、国家および地方公務員と私学教職員を含む。つまり、中国でいうと、企業、政府関連事業の職工と公務員はすべて第2号に該当する。第3号被保険者は第2号被保険者の被扶養配偶者であって、かつ、20歳以上60歳未満の者。被保険者本人は負担を要しない、ただし配偶者本人は第2号被保険者の場合、これには含まれていない。また、60歳以上から65歳以下の個人経営者、20歳以上から65歳以下の海外在住者は、強制加入者ではないが、希望者は自由に国民年金制度に加入することができる。国民年金制度の保障対象は、基本的に日本の全住民を含む。

厚生年金保障の対象は、厚生年金が70歳未満の会社員や公務員を対象とした制度である。具体的な被保険者の範囲は次の通りである。株式会社等の法人や常時5人以上の従業員を雇っている個人の事業所は「強制適用事業所」となり、その従業員は厚生年金の被保険者となる。また、それ以外の事業所でも、事業主が従業員の半数以上の同意を得て「任意適用事業所」となれば、その従業員は厚生年金の被保険者となる。なお、パート、アルバイト等の短時間労働者でも、1週間の所定労働時間と1か月の所定労働日数が正社員の4分の3以上である場合は、厚生年金の被保険者となる。また、被保険者数が常時501人以上の事業所では、所定労働時間と所定労働日数が正社員の4分の3未満の短時間労働者であっても、次の4つの条件を全て満たせば厚生年金の被保険者となる。①1週間の所定労働時間が20時間以上であること、②雇用期間が1年以上見込まれること、③賃金の月額が8.8万円以上(年収106万円以上)であること、④学生でないこと。なお、厚生年金の被保険者は同時に国民年金の第2号被保険者となり、2つの制度に同時に加入することになる

(表 11 参照)。

表 11 2021 年日中年金制度のカバー率の状況

| 単位:万人、% | | | | | | |
|---------|--------------------|--|--------|--------|--------|-------|
| | 年金制度 | 保障対象 | 年金加入人数 | 各階合計人数 | カバー率 | 総カバー率 |
| 日本 | 国民年金 | 第 1 号被保険者 | 1471 | 8738 | 77.20% | 84.9% |
| | | 第 2 号被保険者 | 4428 | | | |
| | | 第 3 号被保険者 | 847 | | | |
| | | 合計 | 6746 | | | |
| | 厚生年金 | 会社員 | 3981 | 4429 | 100% | |
| | | 公務員 | 448 | | | |
| | | 合計 | 4429 | | | |
| 中国 | 都市職工基本年金(公務員年金を含む) | 都市で働く企業就労者(都市戸籍・農村戸籍)・自営業者等(公務員、政府関連事業の職員) | 41901 | 46271 | 90.6% | 85.5% |
| | 都市・農村住民基本年金 | 都市戸籍の非就労者、農村住民 | 54243 | 66134 | 82.0% | |

出典：中華人民共和国統計局『中国統計年鑑(2021)』、人社部『人的資源と社会保障事業発展統計公報(2020)』、『中国社会保障発展指数報告2016-2018』と日本総務省統計局『高齢者の人口(2021)』、『日本統計年鑑(2022)』、『厚生労働白書(2021)』、『厚生労働省年金局(2020)』、『厚生労働省老健局(2019)』より筆者作成

注1：年金のカバー率＝年金加入人数/各階合計人数

年金の総カバー率＝総年金加入人数/総合計人数

2：一部のデータは統計過程において異なるバージョンが出た場合があるため、政府の発表した最新の文書に基づいて筆者が計算したものである。

②中国の年金制度は創立当初、主に企業の職工を保障対象としていた。制度の絶えざる発展と完備につれて、保障対象も次第に異なった集団をカバーしてきた。都市で働く企業就労者（都市戸籍・農村戸籍）・自営業者等は、都市職工基本年金に加入する。公務員、政府関連事業の職員は、公務員年金に加入する。なお、公務員、政府関連事業の職員は同時に都市職工基本年金に加入して、2つの制度に同時に加入することになる。都市戸籍の非就労者、農村住民は都市・農村住民基本年金に加入する（表 11 を参照）。

表 11 から分かるように、日本の国民年金と厚生年金のカバー率はそれぞれ 77.2%、100%であり、総カバー率は 84.9%である。統計データによると、日本国民年金の第 2 号被保険者と第 3 号被保険者のカバー率は 100%で、第 1 号被保険者の年金カバー率は 70%余りにすぎない。中国の都市職工基本年金（公務員年金を含む）と都市・農村住民基本年金のカバー率はそれぞれ 90.6%、82.0%である。日本の国民年金のカバー率は厚生年金のカバー率より低いが、中国の都市職工基本年金（公務員年金を含む）のカバー率と都市・農村住民基本年金のカバー率の差は大きくない。両国は総年金カバー率での差は小さくなく、日本の年金カバー率は 84.9%で、中国は 85.5%である。

3) 日中年金保険基金の運営と管理の比較

日本の年金積立金の管理と運用は、年金積立金管理運用独立行政法人 (GPIF) が行っている。年金積立金管理運用独立行政法人は、厚生労働大臣から寄託された年金積立金の管理および運用を行うとともに、その収益を年金特別会計に納付することにより、厚生年金保険事業および国民年金事業の運営の安定に資することを目的としている。2000（平成 12）年まで旧厚生省は、年金積立金を旧大蔵省に預けて金利収入を得ていた。旧大蔵省は、その資金を財投機関に融資し、公共事業等に活用してきた。現在 2001（平成 13）年以降法律改正によって、厚生労働省が、年金積立金を G P I F に直接預けて運用している。年金積立金の運用実績について、管理運用法人で管理する積立金と年金特別会計で管理する積立金を合わせた、令和 2 年度の年金積立金の運用実績は、37 兆 7326 億円の収益額となった。収益率は、23.98%である。また、2001 年（年金積立金の自主運用開始）から 2020 年までの年金積立金の運用実績は、106 兆 1554 億円の収益額となった。平均収益率は、3.64%となった⁹⁸。

「年金積立金の運用実績 2001 年（年金積立金の自主運用開始）から 2020 年まで」の

⁹⁸ 厚生労働省 (2021) 「年金積立金の運用状況について 年金積立金管理運用独立行政法人法第 28 条に基づく公表資料」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000835822.pdf> 最終閲覧日：2021. 11. 21)

20年間における年金積立金の運用実績は、厚生年金が99兆8113億円、国民年金が6兆3441億円となり、合計で106兆1554億円の収益額となった。また、20年間の平均収益率は、厚生年金が3.64%、国民年金が3.59%となり、合計で3.64%となった⁹⁹。年金積立金は、異なる価格の動きをする複数の資産に分散投資をすることで最低限のリスクで運用している。具体的には国内外の債券や株式に幅広く分散投資している（図16参照）。

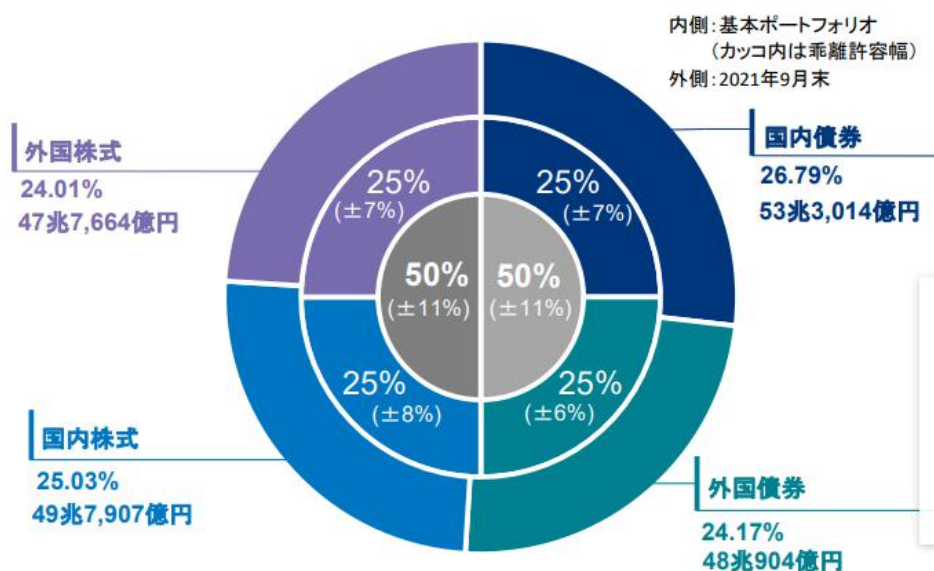


図16 日本年金積立金投資構造の割合

出典：GPIF（2021）年度第2四半期運用状況（速報）

https://www.gpif.go.jp/operation/2021_2Q_1105_jp.pdf 最終閲覧日：2021.11.24

2000年8月、中国共産党中央国務院は、「全国社会保障基金」の設立を決定し、同時に「全国社会保障基金理事会」を設立し、全国社会保障基金の管理運営を担当する。全国社会保障基金は、定期的に収支、管理、投資運営の状況を社会に公表している。国務院財政部門、社会保険行政部門、監査機関は、全国社会保障基金の収支、管理と投資運営状況に対して監督を実施する。2018年3月、国務院は全国社会保障基金理事会の管理権を国務院から財政部の管理に調整し、理事会が基金の安全と価値維持・価値向上の主体责任を負い、基金の投資運営機構として、行政レベルを明確に設けなくなった。基本年金積立金は全国社会保障基金理事会に委託して運営されている。

⁹⁹ 注97を参照。

2020 年末、基本年金積立金の資産総額は 13,950.85 億円で、負債総額 1,506.27 億元(主に基本年金積立金の投資運営によって形成された短期負債)、權益総額は 12,444.58 億円で、そのうち、直接投資は 4,700.06 億円で、37.77%を占め、委託投資は 7,744.52 億円で、62.23%を占めている。2020 年末、基本年金積立金の權益総額は 12,444.58 億円で、そのうち、委託を行った省の基本年金積立金の權益は 12,312.05 億円で、基金の積立金は 0.19 億元(主に売却可能な金融資産による浮動損益変動額)、受託管理をしている基本年金積立金のベンチャーファンドは 132.34 億元である。2020 年、基本年金積立金權益投資収益額 1,135.77 億元であり、投資収益率は 10.95%である。そのうち、実現済みの収益は 853.27 億元(実現済みの収益率 8.50%)、取引類資産の公正価値の変動額は 282.50 億元である。基本年金積立金は 2016 年 12 月に受託運営されて以来、累計投資の収益額は 1,986.46 億元であり、年平均の投資収益率は 6.89%である¹⁰⁰ (図 17 参照)。

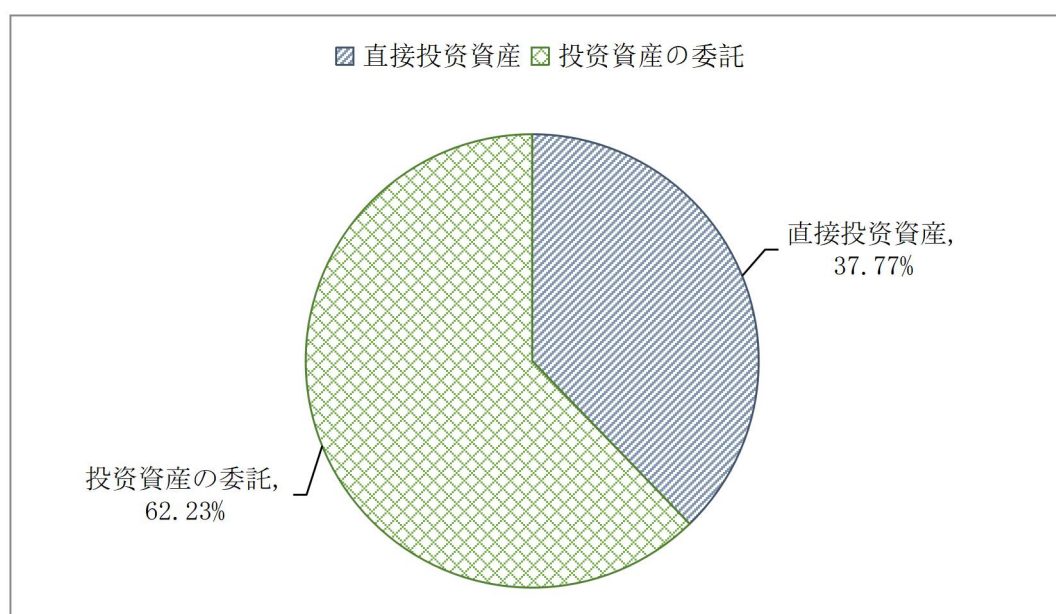


図 17 中国年金積立金投資構造の割合

出典:全国社会保障基金理事会(2020)「基本年金積立金の受託運営年度報告」

(http://www.ssf.gov.cn/yljjtzgl/202109/t20210913_7974.htm 最終閲覧日 : 2020.10.24)

上記の比較から、2000 年の日本年金積立金の収益率は 23.98 であるのに対して、中国年金積立金の収益率は 10.95%で、わずか日本の約半分にすぎないことが分かる。一方、日本

¹⁰⁰ 全国社会保障基金理事会(2020)「基本年金積立金の受託運営年度報告」
(http://www.ssf.gov.cn/yljjtzgl/202109/t20210913_7974.htm 最終閲覧日 : 2020.10.24)

の年金積立金の運営は2000年からで、中国の運営は2016年で、日本より16年遅れている。日本の年金積立金は中国積立金と同じようにインフレやその他の各種リスクによる圧力に直面しており、積立金の価値保持・増値は極めて重要である。日本年金積立金は安全と効率的な運営を前提に、収益率が貸金より高い伸び率を確保することと、市場の平均収益率を確保することを重視している。分散投資と慎重投資を行う上で、政府は統一した政策、制度と管理方法を制定し、年金積立金の投資分野および各種投資の収益率を規定し、実際の市場発展傾向に基づき、適切なリスク管理を行い、市場変動において、積立金の安全収益を確保するために適切な調整を行っている。中国年金積立金の投資運営の理念は長期投資、価値投資と責任投資であり、これは日本と似ている。安全性、流動性、営利性の原則を堅持する前提の下で、慎重な投資を行い、安全至上、リスクコントロール、収益向上を目指す投資方針を立て、投資を分散し、最大の社会利益を獲得するようにしている。

(2) 日中年金制度の現行水準の比較

日本と中国は、いずれも自国で実施された年金制度に基づいて相応の納付モデルとレベルを確定した。日本の公的年金制度は、賦課方式・確定給付型の仕組みを採っている。日本の公的年金の財政方式は、積立方式と賦課方式の2つに分かれる。中国の公的年金制度は、都市職工基本年金と都市・農村住民基本年金は、社会プールと個人口座の二層構造からなるものである。都市職工年金の財政方式について、基礎年金部分は賦課方式であるが、個人口座部分は、制度上では積立方式であるものの、ほとんどは既退職者の年金給付にあてられ、「空口座」¹⁰¹の存在で、個人口座部分も実質では賦課方式である。都市・農村住民年金の財政方式であるが、個人口座部分は積立方式となっているが、最終的な給付額の中に、基礎年金部分も含まれているので、厳密な積立方式とは言えない。次に両国の年金保険の納付水準を紹介する。

1) 日中年金保険の納付水準の比較

① 日本年金保険料の納付水準

国民年金保険料の納付について、第1号被保険者は、毎月定額の国民年金保険料2021(令和3)年度は16610円を自分で納めなければならない。なお、まとめて前払い(前納)すると、割引が適用されるのでおトクである。第2号被保険者は厚生年金に加入している

¹⁰¹ 2014年、個人口座部分に記録された金額は合計40974億元であるが、確実に存在している積立金は5001億元しかなく、「空口座」になっている。ただし、個人口座部分は「空口座」であるにもかかわらず、収益率が計上される。南方都市报(2015)(http://epaper.oeeee.com/epaper/A/html/2015-12/27/content_25690.htm最終閲覧日2019.10.20)

方である。国民年金保険料は厚生年金制度のなかで負担してくれるため別途支払う必要はない。第3号被保険者の国民年金保険料は、夫や妻（第2号被保険者）の厚生年金制度のなかで負担してくれるため、個人として支払う必要はない。また、国民年金の保険料は、原則60歳まで支払うことになるが、年金を受給できる10年間の支払い期間に足りない場合や年金受給額を増やすことを目的に、65歳まで任意加入して保険料を支払うことが可能である。65歳まで支払っても、まだ10年に足りない場合は70歳まで特例による任意加入をすることもできる。具体的な年間保険料の納付額は表12をご参照ください。

表12 日本国民年金保険料の納付額の推移(2004-2021年)

| 単位：円 | | | |
|------|---------|------|---------|
| 年 | 保険料の納付額 | 年 | 保険料の納付額 |
| 2004 | 13300 | 2013 | 15040 |
| 2005 | 13580 | 2014 | 15250 |
| 2006 | 13860 | 2015 | 15590 |
| 2007 | 14100 | 2016 | 16260 |
| 2008 | 14410 | 2017 | 16490 |
| 2009 | 14660 | 2018 | 16340 |
| 2010 | 15100 | 2019 | 16410 |
| 2011 | 15020 | 2020 | 16540 |
| 2012 | 14980 | 2021 | 16610 |

出典：厚生労働省（2021）『令和3年版 厚生労働白書』p. 248.

注：国民年金保険料額は、毎年、280円（*）ずつ引き上げ、平成29年度に16900円（*）固定された。産前産後期間の保険料免除開始に伴い、平成31年4月以降は17000円（*）。
（*）平成16年度の賃金水準を基準として価格表示

厚生年金保険料の納付について、標準報酬月額に既定の保険料率を掛けた額を支払うことになるが、被保険者がすべて支払うのではなく、被保険者と被保険者を雇っている会社等が半分ずつ支払うことになっている。この支払いを通じて、厚生年金の被保険者は国民年金の保険料も合わせて支払ったことになる。国民年金の加入年齢が20歳～60歳までであるのに対して、厚生年金は会社等に入社した時点からの加入となる。それゆえ、20歳に

なる前に就職した場合でも、就職をした時点での加入が原則となっている。また、厚生年金は正社員のみが加入するのではなく、一定の基準を満たしたパート・アルバイトの方も対象になる。2003年4月から総報酬制が導入され、月収（標準報酬月額）と賞与（標準賞与額）のそれぞれに同一の保険料率を乗じて保険料が算定される。標準報酬月額とは、基本給の他、役付手当、通勤手当、残業手当等の各種手当を加えたもので、臨時に支払われるものや3か月を超える期間ごとに受ける賞与等を除いたものである。標準報酬月額は、1等級の8万8000円から32等級の65万円までの32等級に分けられ、その等級に該当する金額のことである。個々人の標準報酬月額は原則として年に一度見直される。標準賞与額とは、賞与（ボーナス）の支給総額から1000円未満を切り捨てた額をいう。標準賞与額の上限は150万円である。保険料率は、2004年の年金制度改正により、2004年10月分から毎年0.354%ずつ引き上げられ、2017年9月以降は18.30%に固定されている。なお、このように厚生年金保険の財源は、被保険者本人および事業主が負担する保険料であり、国民年金のような国庫負担はない（表13参照）。

また、国民年金には免除制度がある。第1号被保険者のうち一定水準以下の低所得者は保険料の負担を免除される。免除には法定免除と申請免除の2種類がある。法定免除は、生活保護の生活扶助を受けている場合や障害基礎年金等の障害給付を受けている場合に、届出により自動的に全額が免除される。一方、申請免除は、低所得で保険料の納付が困難である場合に申請し、日本年金機構で審査・承認を受けると免除される。申請免除には全額免除、半額免除、4分の1免除、4分の3免除の4種類があります。保険料免除期間は年金を受給するための資格期間に算入される。また、50歳未満で、本人と配偶者の前年所得が一定額以下の場合には、申請により保険料の納付が猶予される納付猶予制度がある。学生の場合、本人の所得が一定額以下の場合に申請により保険料納付が猶予される学生納付特例44制度が設けられている。なお、厚生年金の保険料は、育児休業期間中および産休期間中は免除される。

②中国年金保険料の納付水準

中国の都市職工基本年金保険料の納付について、基本年金料は所属事業主と個人が共同で負担することを規定している。企業主が基本年金料(以下、企業主納付と略称)を納付する割合は、本事業主の賃金総額の20%であり、個人が納付する基本年金料(以下、個人納付と略称)の割合は、本人の納付賃金の8%であり、事業主のほうで代理控除される。本人の納付賃金の8%という額で基本年金の個人口座を設立し、すべて個人納付によって形成され

る。個人の賃金が現地の前年度在職従業員の平均賃金より 300%以上を超えた部分は、個人の納付賃金基数に計上されない。現地の前年度の在職従業員の平均賃金の 60%を下回った場合、現地の在職従業員の平均賃金の 60%に基づいて個人の納付賃金基数を計算する。個人口座の預金額は、従業員の老後にのみ使用され、事前に支給してはならず、毎年国が統一的に公表した記帳金利に基づいて利息を計算し、利息税を免除する。加入者が死亡した場合、個人口座の残高は法に基づいて相続することができる。このうち公務員年金の納付については、事業主は本事業主の賃金総額の 8%で納付し、個人は本人の納付賃金の 4%で納付し、事業主が代理控除する。事業主と個人の納付基数は行政機関・政府関連事業体の従業員の基本年金の納付基数と一致している（表 13 を参照）。

都市・農村住民基本年金の納付について、納付基準は現在、毎年 100 元、200 元、300 元、400 元、500 元、600 元、700 元、800 元、900 元、1000 元、1500 元、2000 元の 12 レベルに設定されており、省(区、市)人民政府は、実際の状況に応じて納付レベルを増設することができる。最高納付レベルの基準は、原則として現地の不定職従業員が加入した基本年金の年間納付額を超えない。加入者は自主的にふさわしいレベルを選んで料金を払い、多く払う場合、多くもらえる。条件のいい村集団経済組織は加入者の納付に補助を与えるべきであり、補助基準は村民委員会が村民会議を開いて民主的に確定すると同時に、条件のいいコミュニティが集団補助をコミュニティ公益事業資金の調達範囲に組み入れることを奨励する。また、他の社会経済組織、公益慈善組織、個人が加入者のために資金援助を提供することを奨励する。補助、援助金額は現地で設定された最高納付レベルの基準を超えてはいけない。政府は都市・農村住民基本年金の条件を満たす加入者に対して基礎年金を全額支払い、そのうち、中央財政は中西部地区に対して、中央が確定した基礎年金基準に基づいて全額補助し、東部地区に対して 50%の補助を与える。地方人民政府は加入者の納付に補助金を与え、最低レベルの基準で納付する場合、補助金の基準は 1 人当たり毎年 30 元を下回らない。高いレベルの基準で納付した場合、補助金の金額を適切に増加する。500 元以上のレベルで納付する場合、補助金の基準は 1 人当たり毎年 60 元を下回らない。重度の障害者等、納付が困難な対象に対して、地方人民政府がその一部または全部の最低基準の年金を納付する（表 13 参照）。

表 13 日中年金保険料の納付水準の比較

| 日中年金保険料の納付水準の比較 | | | |
|--|---|---|--|
| 日本 | | 中国 | |
| 国民年金 | 厚生年金 | 都市職工基本年金 (公務員年金) | 都市・農村住民基本年金 |
| 2004 ～ 2021 年 (13300 ～ 16610 円) 年間固定納 付額 | 月収(標準報酬 月額)と賞与 (標準賞与額) のそれぞれに 同一の保険料 率(18.30%) を乗じて保険 料が算定され る。 | 事業主:本事業主の賃金総 額×20% 従業員:本人の納付賃金× 8% 料率は地域で異なる場合 がある (公務員年金: 事業主:本事業主の賃金総 額×28% 従業員:本人の納付賃金× 12% うち、職域加算分として、 本事業主が8%、従業員が 4%分を拠出) | (複数の保険料から選択 して納付)毎年100元、 200元、300元、400元、 500元、600元、700元、 800元、900元、1000元、 1500元、2000元の12レ ベルに設定されており、 省(区、市)人民政府は実 際の状況に応じて納付レ ベルを増設することがで きる。 地方政府財政補助金: 30～60元 |

出典:日中年金保険料の納付水準の内容に基づいて筆者作成

現段階の日中年金保険費用の納付の比較から分かるように、中国と日本の年金保険の資金調達はいずれも国家、企業と個人の責任分担モデルの特徴を持っている。日本の公務員は決められた納付率によって個人で納付し、その中の一部は国民年金に入る。給付モードでは、中国は確定拠出と確定給付を結びつけるモードを使用するが、日本は主に確定給付モードである。日本にはもう1つの特別なところがある。それは第2号被保険者の配偶者は費用を納付する必要がないところであり、中国よりずっと先進的である。また、日本国民年金保険料の納付費用は、毎年1つのレベルしかないが、中国の都市・農村住民基本年金保険の納付料は、異なる納付レベルに設定されている。政府は現地の状況に応じて自由に指定することができ、加入者も自由に納付レベルを選択することができる。多く納付すれ

ば、多く受け取ることができる。両国とも納付が困難な者に対して全部または一部免除する政策があり、日本の国民年金には法定免除という特例制度がある。

③日中年金保険の納付負担

年金保険の負担水準とは、年金保険の納付額が国、地域、業界の従業員給与総額または国民収入総額に占める比率のことであり、労働者の世代間の老後負担の移転の状況を反映している。特に賦課制の下で、年金保険の世代間の分配をできるだけバランスよく維持することである。高すぎたり低すぎたりなることで、若い世代の負担が重すぎることや、年金保険の給付水準が低下することを避けるべきである。日本と中国の負担水準は、比較的適切な割合で年々増加している。しかし成長率は大幅に変化していない。表 14 から分かるように、日本の 2004 年の公的年金の納付総額は、国民の収入に占める割合が 6.93%で、2012 年は 8.59%で、9 年間で 1.66%伸び、平均年増長率はわずか 0.184%である。表 15 からわかるように、中国の 2004 年年金保険の納付率が国民の収入に占める割合は 2.25%で、2012 年は 3.30%で、1.05%伸びており、平均年増長率は 0.177%だけである。しかし、中国の 2004 年から 2009 年までの納付総額には農村住民と他の年金保険の納付総額が含まれておらず、都市部の従業員年金保険の納付総額だけが含まれている。都市部従業員の納付総額しか国民収入の比率に示されていないので、この比率は小さいわけである。その時、都市部・農村部の住民社会年金保険は、まだ制度統一のスタート段階にあったため、新型農村年金保険と都市部住民年金保険の納付総額も低い水準にあるため、2010 年から 2012 年までの年金保険の納付総額が国民所得に占める比重も比較的低い。日中の年金保険の負担レベルは人口数、納付人口の構造、社会経済発展等の多方面の要素の影響を受けているため、納付の収入と国民収入の増加に伴い、両国の年金保険の負担水準も緩やかに増加している。ただし、現段階では、いずれも低い成長水準にある（図 18 参照）。

表 14 日本年金の納付総額と全体負担

単位：億円、%

| 年 | 国民年金 | 厚生年金 | 共済年金 | 納付総額 | 国民収入 | 比例 |
|------|-------|--------|-------|--------|---------|------|
| 2004 | 19354 | 194537 | 42633 | 256524 | 3701166 | 6.93 |
| 2005 | 19480 | 200584 | 43178 | 263242 | 3741251 | 7.04 |
| 2006 | 19038 | 209835 | 43563 | 272436 | 3781903 | 7.20 |
| 2007 | 18582 | 219691 | 43757 | 282030 | 3812392 | 7.40 |
| 2008 | 17470 | 226905 | 43810 | 288185 | 3550380 | 8.12 |
| 2009 | 16950 | 222409 | 43125 | 282484 | 3443848 | 8.20 |
| 2010 | 16717 | 227252 | 42884 | 286853 | 3527028 | 8.13 |
| 2011 | 15807 | 234699 | 43513 | 294019 | 3490563 | 8.42 |
| 2012 | 16124 | 241549 | 43846 | 301519 | 3511000 | 8.59 |

出典：各年度（2004－2012年）『厚生年金保険国民年金事業概況』により

表 15 中国基本年金保険の納付額と負担

単位：億元、%

| 年 | 都市部 従業員 | 都市部・ 農村部住 民 | | | 納付収入 総額① | 国民収入 ② | 負担水準 ①/② |
|------|------------|-------------------|-----------|-------------------|-------------|-----------|-------------|
| | | 農村部 住民 | 都市部 住民 | 都市部・ 農村部住 民 | | | |
| 2004 | 3585 | — | — | — | 3585 | 159453.60 | 2.25 |
| 2005 | 4312 | — | — | — | 4312 | 183617.37 | 2.35 |
| 2006 | 5215 | — | — | — | 5215 | 215904.41 | 2.42 |
| 2007 | 6494 | — | — | — | 6494 | 266422.00 | 2.44 |
| 2008 | 8016 | — | — | — | 8016 | 316030.34 | 2.54 |
| 2009 | 6534 | — | — | — | 9534 | 340319.95 | 2.80 |
| 2010 | 11110 | 225 | — | — | 11335 | 399759.54 | 2.84 |
| 2011 | 13956 | 415 | 6 | 421 | 14377 | 468562.38 | 3.07 |
| 2012 | 16467 | — | — | 594 | 17061 | 516810.05 | 3.30 |

出典：中国国家统计局の各年度統計データ『中国統計年鑑（2013）』、『2012年度人力資源と社会保障事業発展統計公報』、『2012年全国社会保険状況』により

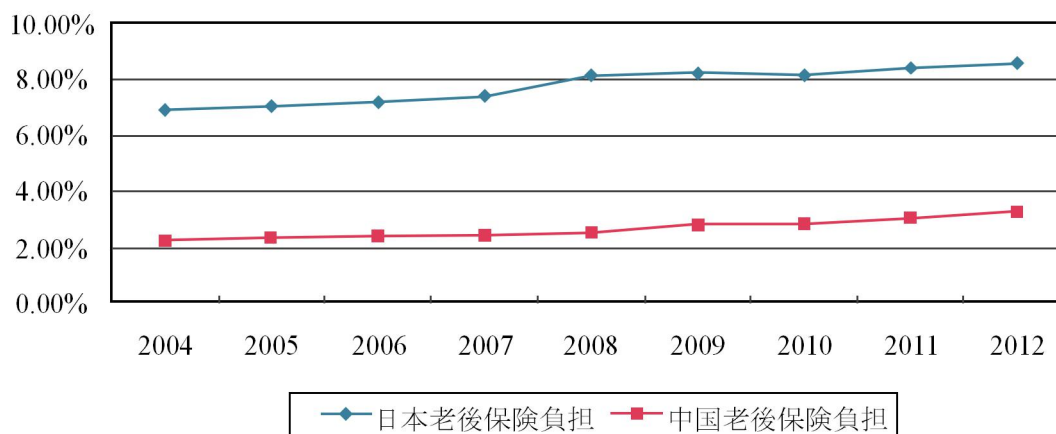


図 18 2004-2012 年の日中基本年金保険負担の変化

出典：2004-2012 年の日中基本年金保険負担の内容に基づいて筆者作成

2) 日中年金保険の給付水準の比較

①日本の年金保険料の給付水準

国民年金・厚生年金の給付について、国民年金・厚生年金どちらの場合においても原則 65 歳から支給開始となるが、給付の内容が異なる。説明したように、そもそも年金保険制度は、3 階建て構造になっている。第 1 号被保険者と第 3 号被保険者は、国民年金に加入することになるが、給付は国民年金の 1 階部分（この部分は定額部分ともいう）のみの給付となる。一方、第 2 号被保険者は、国民年金と厚生年金にダブル加入し、給付は国民年金の 1 階部分に加え、厚生年金の 2 階部分（この部分は報酬比例部分ともいう）の給付となる。なお、第 2 号被保険者のうち公務員の場合は、3 階部分として年金払い退職給付が給付される。ここで定額部分とは、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を送るために定額で給付される部分である。2021 年度は、年額 78 万 900 円（月額約 65075 円）となっている。ただし、この年額は、20 歳～60 歳まで保険料を全期間支払った場合の金額である。したがって、未納期間が少しでもあった場合は、全期間に対する未納期間の割合に応じて定額部分の給付額は減額される。一方、報酬比例部分とは、後述する支払った保険料に基づいて給付される部分であり、支払った保険料が多ければ多いほど、給付額も多くなる。今まで見てきた保険給付（原則 65 歳から支給開始となる給付）とは、国民年金の場合は老齢基礎年金、厚生年金の場合は老齢厚生年金である（老齢年金）。しかし、65 歳を過ぎ老後生活を迎えた際、生活の不安は必ずしも長生きに伴うものだけではない。加齢によって障害を負ったり、大切な家族の一員を失ったりすることも生活不安の一要因とし

てなり得る。年金保険制度はそれらについても給付を行い、生活を保障してくれる。そこで、障害者に対する年金給付として、国民年金の障害基礎年金と厚生年金の障害厚生年金を、また遺族に対する年金給付として、国民年金の遺族基礎年金と厚生年金の遺族厚生年金である。国民年金の受給額は、「保険料の納付月数」で決まる。20歳～60歳までの40年間のうちに毎月欠かさず保険料を納めていれば、令和3年度の年金受給額は最大で65075円（年間で780900円）となる。厚生年金の受給額は「保険料の納付月数」と「収入額」によって決まるので、給与所得が多ければ多いほど年金の受給額も増えていく（表16を参照）。

年金受給額（年間）＝78万900円（令和3年度）×加入期間（月数）（保険料納付期間）
／480

厚生年金の基本的な計算式：

年間の給付額の具体的な計算式は2003年3月以前の加入期間の分と2003年4月以降の加入期間の分で異なっており、両者を合計したものが実際の給付額となる。

2003年3月以前の加入期間の分の計算式：

A：平均標準報酬月額×7.125（1946年4月1日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる）／1000×被保険者期間の月数

注：平均標準報酬月額とは、2003年3月以前の加入期間の標準報酬月額の平均である。金額は現在の価値に換算（再評価）される。

2003年4月以降の加入期間の分の計算式：

B：平均標準報酬月額×5.481（1946年4月1日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる）／1000×被保険者期間の月数

注：平均標準報酬月額とは、2003年4月以降の加入期間中の標準報酬月額と標準賞与額の総額の平均である。金額は現在の価値に換算（再評価）される。

②都市職工基本年金保険料の給付については、本決定が実施された後に就職し、個人納付年限が満15年間の場合、退職後に基本年金を月額で支給する。基本年金は基礎年金と個人口座年金からなる。定年退職時の基礎年金の月間基準は、現地の前年度在職者の月間平均賃金と本人の指数化月間平均納付賃金の平均値を基数とし、納付は満1年ごとに1%支給

される。個人口座年金の月間基準は、個人口座の勘定残高を計上月数で割って¹⁰²、計上月数は本人が退職した時の都市人口の平均予想寿命、本人の退職年齢、利息等の要素によって確定する。本決定の実施前に仕事に参加し、実施後に定年退職し、かつ納付年限(納付年限と見なす場合を含む、以下同)が満 15 年間の人員に対して、合理的に繋ぎ、平穩に移行する原則に従い、基礎年金と個人口座年金を支給した上で、納付年限と見なす年限の長さによって過渡性年金を支給する。具体的な方法は、人的資源社会保障部が関係部門と共同で制定し、実施を指導する。本決定が実施された後に定年し、個人の納付年限が 15 年未満の者に対して、その基本年金関係の処理と基本年金の計上は「『中華人民共和国社会保険法』の若干の規定の実施」(人的資源社会保障部令第 13 号)に従って執行する。本決定が実施される前に既に退職した者に対して、引き続き国が規定した元の待遇基準に従って基本年金を支給し、同時に基本年金調整方法を実行する。

行政機関・政府関連事業体の退職人員は依然として国の統一規定に従って退職費を支給し、関連待遇を調整する。このうち、公務員年金の給付については、次のいずれかの条件を満たしていればよい。1 つ目は、従業員が国が規定した退職条件に達し、法に基づいて退職手続きを行った後、本人が毎月職業年金を受け取る方式を選択することである。一括で商業年金商品を購入し、保険契約に基づいて相応する待遇を受け、相応の相続権を有する。また、本人の退職時に対応する支給月数に従って年金月間待遇基準を発行が完了するまでに計上し、同時に職業年金個人口座の残高は相続権を有する。本人がいずれかの受け取り方を選択した後、変更はできない。2 つ目は、出国(境)定住者の職業年金個人口座の資金について、本人の要求に応じて一括で本人に支払うことができる。3 つ目は、従業員

¹⁰² 個人口座年金計上月数表

| 退職年齢 | 計上月数 | 退職年齢 | 計上月数 | 退職年齢 | 計上月数 | 退職年齢 | 計上月数 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 40 | 233 | 48 | 204 | 56 | 164 | 64 | 109 |
| 41 | 230 | 49 | 199 | 57 | 158 | 65 | 101 |
| 42 | 226 | 50 | 195 | 58 | 152 | 66 | 93 |
| 43 | 223 | 51 | 190 | 59 | 145 | 67 | 84 |
| 44 | 220 | 52 | 185 | 60 | 139 | 68 | 75 |
| 45 | 216 | 53 | 180 | 61 | 132 | 69 | 65 |
| 46 | 212 | 54 | 175 | 62 | 125 | 70 | 56 |
| 47 | 207 | 55 | 170 | 63 | 117 | | |

が在職中に死亡した場合、その職業年金個人口座の残高を相続することができる。上記の職業年金の受給条件のどれか1つに達していない場合、個人口座から事前に資金を引き出してはならない。

都市・農村住民基本年金保険料の給付について、都市・農村住民基本年金に参加した個人は、満60歳で、累計納付が15年になる。国が規定した基本年金待遇を受けていない場合、月ごとに都市・農村住民基本年金を受け取ることができる。新型農村社会年金または都市・農村住民基本年金制度の実施時に満60歳になり、『国務院の統一的な都市と農村住民の基本年金制度の確立に関する意見』が公表される日までに国が規定した基本年金を受け取っていない場合、料金を払う必要はないが、本『意見』が実施された月から、都市・農村住民基本年金を毎月受け取ることができる。規定の受給年齢まで15年未満の場合、毎年納付するべきであり、追納も許可され、累計納付年限は15年を超えてはいけない。規定の受給年齢まで15年を超えた場合、毎年納付し、累計納付は15年以上になるべきである。都市・農村住民基本年金の受給者が死亡した場合、翌月から年金の支払いを停止する。「人的資源社会保障部、財政部の都市・農村住民の基本年金待遇の確定と基礎年金の正常調整メカニズムに関する指導意見」（人社部発[2018]21号）によると、近年の都市・農村部住民の収入の増加、物価の変動、職工の基本年金等の保障基準の調整状況を統一的に考慮するために、2018年1月1日から、全国都市・農村部の住民基本年金の最低基準を1人当たり毎月88元に引き上げることにした。つまり元の1人当たり毎月70元からさらに18元増やした。中央財政は中西部地区に対して全額補助を与え、東部地区に対して50%補助を与える（表16参照）。

表 16 日中年金保険料の給付水準の比較

| 国 | 日本 | | 中国 | |
|--------|--|---|--|--|
| 年金種類 | 国民年金 | 厚生年金 | 都市職工基本年金 (公務員年金) | 都市・農村住民基本年金 |
| 支給開始年齢 | 原則 65 歳から | | 男性：60 歳 女性：女性管理職 55 歳、女性労働者 50 歳 | 男女とも 60 歳 |
| 給付 | 年金受給額(年間) = 78 万 900 円 (令和 3 年度) × 加入期間 (月数) (保険料納付期間) / 480 | A: 平均標準報酬月額 × 7.125 (1946 年 4 月 1 日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる) / 1000 × 被保険者期間の月数 B: 平均標準報酬額 × 5.481 (1946 年 4 月 1 日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる) / 1000 × 被保険者期間の月数 | 基礎年金：〔(C+N) / 2〕 × Y × 1% 個人口座年金：個人口座の勘定残高 / 計上月数 | 基礎年金：国庫負担 88 元 + 地方財政負担 個人口座年金：個人口座の勘定残高 / 計上月数 |
| 給付平均月額 | 65075 円 [老齢基礎年(満額)] | 220496 円 (夫婦 2 人分の老齢基礎年金を含む標準的な年金額) | 2362 元 | 120 元 |

出典：日中年金保険料の給付水準の内容に基づいて筆者作成

注：C：現地の前年度在職者の月間平均賃金、N：加入期間の平均賃金、Y：納付期間

中国の給付平均月額については 2015 年の参考値。

日本の給付平均月額については 2021 年の参考値。

Aの中で：平均標準報酬月額とは、2003年3月以前の加入期間の標準報酬月額の平均である。金額は現在の価値に換算（再評価）される。

Bの中で：平均標準報酬額とは、2003年4月以降の加入期間中の標準報酬月額と標準賞与額の総額の平均である。金額は現在の価値に換算（再評価）される。

日中年金保険料の給付水準の比較から分かるように、日本と中国の年金給付年齢は異なり、日本は原則的に65歳から給付を開始しているが、中国の都市部職工と都市・農村住民は男女とも60歳から給付している。ただし、都市部の職工の女性は異なる状況にによって給付開始時間が異なり、そのうち女性管理職の年金給付年齢は55歳であり、女性労働者の年金給付年齢は50歳である。毎月の給付額を見ると、日本国民年金の毎月の給付額は65075円で、厚生年金の毎月の給付額は220496円で、両者の差は3.4倍にすぎない。それに対して、中国の都市部職工の基本年金の月間給付額は2362元で、都市・農村住民の毎月の給付額は120元しかなく、両者には19.7倍の差がある。

3) 日中所得代替率の比較

所得代替率とは、年金を受け取り始める時点における年金額が、現役世代の手取り収入額と比較してどのくらいの割合か、を示すものである。例えば、所得代替率50%といった場合は、そのときの現役世代の手取り収入の50%を年金として受け取れるということになる¹⁰³。一定の所得代替率を維持することは、定年退職後に毎月の収入が生活水準を維持できるかどうかの鍵である。所得代替率が高いほど、退職後の生活水準も高くなる。国際労働機関の「社会保障（最低基準）条約」は現在、年金の最低代替率を55%としている¹⁰⁴。表17から分かるように、日本の1973年から2019年までの所得代替率は59%を下回ったことがなく、2019年の日本の所得代替率は61.7%であった。表18から分かるように、中国の所得代替率の変化幅は大きく、しかも割合は低い。2002年の72.9%から2019年の42.9%に低下し、ここ数年はずっと40%以上で横ばい、「社会保障（最低基準）条約」に規定された55%をはるかに下回っている。

¹⁰³ 厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/nenkinkenshou/verification/index.html> 最終閲覧日：2021.11.1)

¹⁰⁴ Baidu (<https://baike.baidu.com/item/%E5%85%BB%E8%80%81%E9%87%91%E6%9B%BF%E4%BB%A3%E7%8E%87/3570856?fr=aladdin> 最終閲覧日：2021.11.1)

表 17 日本の所得代替率の推移（1973年～2019年）

| 単位:年 | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-----------|-------|-------|
| 1973 | 1976 | 1980 | 1984 | 1989 | 1994 | 1999 | 2004 | 2009 | 2010～2013 | 2014 | 2019 |
| 62% | 64% | 68% | 69% | 69% | 68% | 59% | 59% | 62.3% | 61.7% | 62.7% | 61.7% |

出典：厚生労働省（1973～2019）のデータより筆者作成

表 18 中国の所得代替率の推移（2002年～2019年）

| 単位:年 | | | | | | |
|-------|-------|-------|------|------|--------|-------|
| 2002 | 2005 | 2011 | 2014 | 2017 | 2018 | 2019 |
| 72.9% | 57.7% | 50.3% | 45% | 40% | 49.99% | 42.9% |

出典：中国社会科学院世界社会保障研究センター（2019）「中国年金精算報告 2019-2050」と「中国年金発展報告（2012、2018）」のデータに基づいて筆者作成

（3）日中年金支出が GDP に占める割合の比較

年金保険の支出が国内総生産に占める比率は年金保険の給付規模、年金市場規模および年金備蓄が十分であるかどうかを測定する重要な指標である。このレベルは、老後保障と経済発展の間の相互関係と協調性を反映し、国民経済における年金保険基金の運行に現れるマクロ経済効果を反映することもできる。

日本と比べて、中国の年金市場の規模は明らかに小さく、年金保険基金の給付と備蓄力も低い。2019年、中国と日本はそれぞれ世界第2位、第3位の経済体となっているが、中国と日本の年金保険基金の市場規模のギャップはまだ大きい。表 19 と表 20 に示すように、2019年の中国の GDP は 15.4905 万億ドルで、日本の GDP は 4.8940 万億ドルである。中国の GDP は日本の GDP の 3.17 倍であるが、日本の年金総支出は GDP の 15.83% を占める。中国の年金総支出は GDP の 5.31% にすぎないため、日本の年金総支出が GDP に占める割合は中国の 2.98 倍である。日本の 2015 年から 2019 年までの年金支出が GDP に占める割合は 14.84% から 15.83% の間で、中国の 2015 年から 2019 年までの年金支出が GDP に占める割合は 4.05% から 5.31% の間であり、この両者の差から、日本の年金保険の給付水準は中国よりはるか高いといえる。

表 19 日本年金支出が国内総生産（GDP）に占める割合（2015～2019年）

| 単位：億円、% | | | | | | |
|---------|---------|--------|----------|--------|----------|-------|
| 年 | GDP | 国民年金支出 | 国民年金/GDP | 厚生年金支出 | 厚生年金/GDP | 合計比 |
| 2015 | 5375152 | 265783 | 4.94 | 532092 | 9.90 | 14.84 |
| 2016 | 5418867 | 275511 | 5.08 | 582173 | 10.74 | 15.82 |
| 2017 | 5473525 | 277576 | 5.07 | 586754 | 10.72 | 15.79 |
| 2018 | 5551990 | 276747 | 4.98 | 596398 | 10.74 | 15.72 |
| 2019 | 5548791 | 277805 | 5.0 | 600830 | 10.83 | 15.83 |

出典：厚生労働省『公的年金各制度の財政収支状況各年度（2015～2019年）』と内閣府『国民経済計算各年度（2015～2019年）』のデータより筆者作成

表 20 中国基本年金保険支出が国内総生産（GDP）に占める割合（2015～2019年）

| 単位：億元、% | | | | | | |
|---------|--------|-------|----------|---------|-------------|------|
| 年 | GDP | 都市職工 | 都市職工/GDP | 都市・農村住民 | 都市・農村住民/GDP | 合計 |
| 2015 | 688858 | 25812 | 3.74 | 2116 | 0.31 | 4.05 |
| 2016 | 746395 | 31853 | 4.27 | 2150 | 0.29 | 4.56 |
| 2017 | 832035 | 38051 | 4.57 | 2372 | 0.29 | 4.86 |
| 2018 | 919281 | 44644 | 4.86 | 2905 | 0.32 | 5.18 |
| 2019 | 986515 | 49228 | 4.99 | 3114 | 0.32 | 5.31 |

出典：『中国統計年鑑各年度（2015～2019年）』のデータより筆者作成

表 21 日本年金支出が社会保険支出に占める割合

単位：億円、%

| 年 | 社会保障 | 年金総支出 ② | 割合 ②/① | 医療保険支出 ③ | 割合 ③/① | 福祉とその他 ④ | 割合 ④/① |
|------|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|
| | 支出総額 ① | | | | | | |
| 2004 | 858143 | 455188 | 53.04 | 271285 | 31.61 | 131670 | 15.34 |
| 2005 | 877766 | 462930 | 52.74 | 281240 | 32.04 | 133595 | 15.22 |
| 2006 | 890925 | 473253 | 53.12 | 281006 | 31.54 | 136666 | 15.34 |
| 2007 | 914387 | 482737 | 52.79 | 289410 | 31.65 | 142239 | 15.56 |
| 2008 | 941037 | 495443 | 52.65 | 296201 | 31.48 | 149394 | 15.88 |
| 2009 | 998607 | 517246 | 51.80 | 308446 | 30.89 | 172914 | 17.32 |
| 2010 | 1034879 | 524184 | 50.65 | 323312 | 31.24 | 187384 | 18.11 |
| 2011 | 1074950 | 536000 | 49.86 | 336000 | 31.26 | 206000 | 19.16 |
| 2012 | 1095000 | 538000 | 49.13 | 351000 | 32.05 | 206000 | 18.81 |

出典：日本国立社会保障・人口問題研究所による『各年度（2004—2012年）の社会保障費統計』により

（4）日中年金支出が社会保険支出に占める割合の比較

年金保険支出が社会保険支出に占める比重は、社会保障資金の支出構造を反映し、社会保障システムにおける年金保険の役割を体現することができる。表 21 と表 22 から分かるように、両国の年金保険支出は他の保険に比べて比重がかなり高く、日本の 2004 年から 2012 年までの年金支出が社会保障支出総額に占める平均比重は 51.75% に達しており、中国の年金保険は社会保険支出総額に占める平均割合は 73.39% に達した。しかし、日本と比べて、中国の年金保険の支出は比較的 low、中国は社会救済、社会福祉等その他の関連支出を計上していないため、単独で年金保険の支出だけを社会保険と比較すると、日本より高くなるわけである。

表 22 中国基本年金保険支出が社会保険支出に占める割合

単位：億元、%

| 年 | 社会保険 | 年金総支出 | | 医療保険 | その他の保険支出 | | |
|------|-----------|---------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | 支出総額 ① | ② | 割合 ②/① | 支出 | 割合 ③/① | ④ | 割合 ④/① |
| 2004 | 4627.4 | 3502.1 | 75.68 | 862.2 | 18.63 | 263.1 | 5.69 |
| 2005 | 5400.8 | 4040.3 | 74.81 | 1078.7 | 19.97 | 281.8 | 5.22 |
| 2006 | 6477.4 | 4896.7 | 75.60 | 1276.7 | 19.71 | 304 | 4.69 |
| 2007 | 7887.8 | 5964.9 | 75.62 | 1561.8 | 19.80 | 361.1 | 4.58 |
| 2008 | 9925.1 | 7389.6 | 74.45 | 2083.6 | 20.99 | 451.9 | 4.55 |
| 2009 | 12302.6 | 8894.4 | 72.30 | 2797.4 | 22.74 | 610.8 | 4.96 |
| 2010 | 14818.5 | 10554.9 | 71.23 | 3538.1 | 23.88 | 725.5 | 4.90 |
| 2011 | 18054.6 | 12764.9 | 70.70 | 4431.4 | 24.54 | 858.3 | 4.75 |
| 2012 | 22181.6 | 15561.8 | 70.16 | 5543.6 | 24.99 | 1076.2 | 4.85 |

出典：人的資源と社会保障部の各年度『（2004—2012年）の人的資源と社会保障事業発展統計広報』により

〔仮説1〕基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。本節において、日中年金制度の現行モデル、納付水準、給付水準、年金支出がGDPに占める割合、年金支出が社会保険に占める割合等について詳しく比較考察した。特に日中年金保険料の給付水準の比較から分かるように、日本と中国の年金給付年齢は異なり、日本は原則的に65歳から給付を開始しているが、中国の都市部職工と都市・農村住民は男女とも60歳から給付している。ただし、都市部の職工の女性は異なる状況にによって給付開始時間が異なる。そのうち女性管理職の年金給付年齢は55歳であり、女性労働者の年金給付年齢は50歳である。日本と中国では公的年金の給付方式も違う。日本の国民年金と厚生年金の給付方式はそれぞれ「年金受給額（年間）＝78万900円（令和3年度）×加入期間（月数）（保険料納付期間）／480」と「A：平均標準報酬月額×7.125（1946年4月1日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる）／1000×被保険者期間の月数。B：平均標準報酬額×5.481（1946年4月1日以前に生まれた人は生年月日に応じて異なる）／1000×被保険者期間の月数」である。中国の都市職工基本年金（公務員年金を含む）と都市・農村住民基本年金の給付方式はそれぞれ「基礎年金：〔（C+N）／2〕×Y×1%。個人口座年金：個人口座の勘定残高／計上月数」

と「基礎年金：国庫負担 88 元＋地方財政負担。個人口座年金：個人口座の勘定残高／計上月数」である。そのような給付方式によって、日本国民年金の毎月の給付額は 65075 円で、厚生年金の毎月の給付額は 220496 円で、両者の差は 3.4 倍にすぎない。それに対して、中国の都市部職工(公務員を含む)の基本年金の月間給付額は 2362 円で、都市・農村住民の毎月の給付額は 120 元しかなく、両者には 19.7 倍の差がある。このように中国の年金制度は異なる対象を保障する際に「不公平の問題」がかなり深刻であることがわかる。

3 日中医療保険制度の比較

(1) 日中医療保険制度の現状の比較

1) 日本後期高齢者医療制度の現状

日本の医療保険制度の性質は、ほとんどの国と同じで、社会保険を中心とした強制的な保険制度を実施している。後期高齢者医療制度の構築は、世界で初めて高齢者を対象とした独立医療保険制度である。後期高齢者医療制度は、国民健康保険と雇用者保険から独立した医療保険制度であり、75 歳およびそれ以上の後期高齢者を対象としている。独立した制度とはいえ、その財源はほとんど公費や他の医療保険の支援金に頼っている。65 歳から 74 歳までの前期高齢者は、従来の医療保険制度だけを利用できる。制度間の医療費負担の不均衡を調整するために、制度間の財政調整が行われているため、前期高齢者財政調整制度ともいわれる。したがって、2つの制度の構成に本質的な違いがある。本節では主に後期高齢者医療制度を分析する。

年齢別に高齢者が加入する医療保険制度の構想は、世界ではまだ実施されたことのない例で、日本の高齢者医療保険制度の運営メカニズムは非常に革新的である。そして介護保険制度については、医療保障の範囲に属するとはいえ、日本の学者は、医療保険制度に属するかどうかについての認識が様々である。大部分の学者は介護保険制度は医療保険制度と並行する独立した社会保障の一部であると考えている。そこで本稿では、介護保険制度を独自の章として論じる。

後期高齢者医療制度の基本構造の 1 つは、被保険者と保険者である。後期高齢者医療制度は、75 歳以上の方が加入する独立した医療制度である。従来の高齢者保健制度に代わり、2008 年 4 月より開始された。対象となる高齢者は個人単位で保険料を支払う。退職して国民健康保険(市町村)の被保険者となった人で、次のいずれにも該当する人と、その同居している被扶養者は 75 歳以上の方(75 歳の誕生日当日から資格取得)、65 歳以上 74 歳

以下の方で、寝たきり等一定の障害があると認定された方（認定日から資格取得）である。ただし、本人の意思により、被保険者とならないことができる（広域連合への届出が必要である。窓口は市区町村役場となる。）これらの方々は、加入中の医療保険（健康保険組合、国民健康保険等）から脱退し、後期高齢者医療制度に加入する。健康保険組合の被扶養者も対象となる。後期高齢者医療制度の運営主体は各都道府県および市町村が参加する「高齢者医療広域連合」であり、保険者として主に被保険者の資格管理、保険料の制定、医療費の給付等を担当する。2013年1月、日本は全国47の高齢者医療広域連合を有し、1473.3万人の保険加入者がいる¹⁰⁵。制度運営主体と医療費調達主体が一体となり、財政運営の責任を一層明確にした。市町村は保険料の徴収や保険証の交付等の事務的な仕事をする。国民健康保険料は世帯単位で納めるが、高齢者保険料は個人単位で納める。後期高齢者医療制度を利用し、保険料を納める時、一般的に低所得者が支払う保険料が少なく、高所得者が支払う保険料が多い。後期高齢者医療制度に加入している者は、過去の「高齢者保健医療受給証」と「国民健康保険被保険証」を利用できなくなり、「後期高齢者医療被保険者証」を利用することになる。日本の後期高齢者医療制度は伝統的な医療保険制度と違い、昔は夫が家族の医療保険料を負担していたが、後期高齢者医療制度は個人を単位に、同じ基準で保険料を納めることになる。普通は75歳の誕生日当日から、高齢者の医療保険は健康保険と国民健康保険から自動的に高齢者医療保険に移行する。

2つは、保険料である。後期高齢者医療制度の場合、その被保険者が支払う保険料の部分は、条例に従って、後期高齢者医療広域連合によって決められている。その決められた金額を毎年、個人単位で徴収することになっている。また、条例の規定によると、その保険料は2年おきに保険料率を調整するようになっている。すなわち、保険料の金額はすべての被保険者が負担する均等割とその所得とセットになっている負担の所得割からなっている。2018年と2019年度の日本全国の平均保険率により、所得割率は8.81%であり、相当する均等割は45116円である。下記の図19と表23のように、軽減策も講じられている。具体的には、世帯の所得が一定のレベルより低い場合、徴収金額は均等割の7割、5割、2割等の割合でその負担を軽減する。そして、7割軽減の対象者に対して、また国費を利用し、8.5割、8割軽減する政策もある。

表 23 均等割の軽減の割合

¹⁰⁵ 厚生労働省（2013）『厚生労働白書』日経印刷，p. 26.

| 均等割の軽減割合 | 対象者の所得要件(令和元年度) | 年金収入額の例 | |
|----------|----------------------|-----------|---------|
| | | 夫婦2人世帯(※) | 単身世帯 |
| 7割軽減(※1) | 33万円以下 | 168万円以下 | 168万円以下 |
| 5割軽減 | 33万円+28万円×(被保険者数) 以下 | 224万円以下 | 196万円以下 |
| 2割軽減 | 33万円+51万円×(被保険者数) 以下 | 270万円以下 | 219万円以下 |

出典:厚生労働省(2021) 後期高齢者医療の保険料について

注1:7割軽減の対象者には、さらに国費を投入し、令和元年度には8.5割、8割軽減としている。

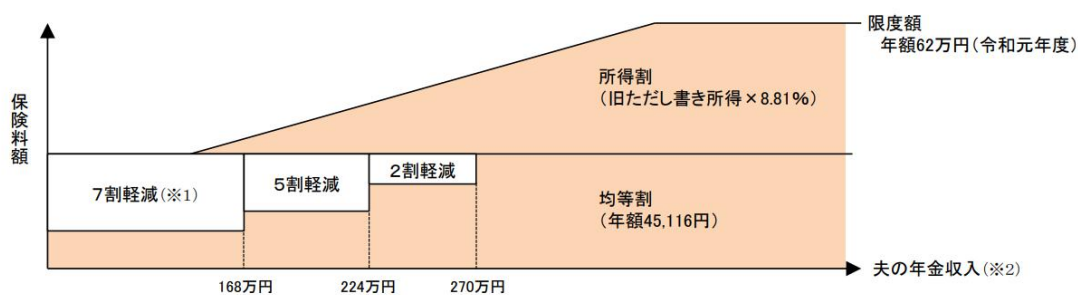


図 19 後期高齢者医療制度の保険料の負担

出典:厚生労働省(2021) 『後期高齢者医療の保険料について』

注2:夫婦2人世帯で妻の年金収入80万円以下の場合における夫の年金収入額。

3つは、財源の構成である。後期高齢者医療費の場合、その財源は4つの面からなっており、それぞれ自己負担、保険料、公費および支援金である。自己負担も所得額と関係しており、現役並みの所得の場合は3割、それ以外の者は1割となっている。下記の表24と図20は後期高齢者医療制費から自己負担を除いた給付費の異なる場合の詳細について示したものである。そこから財源について、高齢者自身が負担する保険料は給付費の10%程度に過ぎず、残りは公費(50%)と支援金(40%)からなることがわかる。そして、保険料は個人単位で徴収され、被保険者の均等割と所得割から構成されている。均等割は被保険者全員を対象とするが、所得割は所得と関係し、一定所得以上の対象者のみに賦課される。同時に、低所得者の場合、均等割軽減措置があり、収入に準じて調整することができる。従来の高齢者保健制度で被用者保険に被扶養者資格で加入している高齢者には、もともとは保険料の負担義務はなかったが、後期高齢者医療制度の規定によると、それらの

高齢者にも保険料負担義務がある。

表 24 後期高齢者医療制度の財源の構成

| | |
|-----------|-----------|
| 支援金 (40%) | 調整交付 (8%) |
| | 国庫 (25%) |
| 保険料 (10%) | 都道府県 (8%) |
| | 市町村 (8%) |

出典:厚生労働省 (2021) 「後期高齢者医療財政の概要」のデータより筆者作成

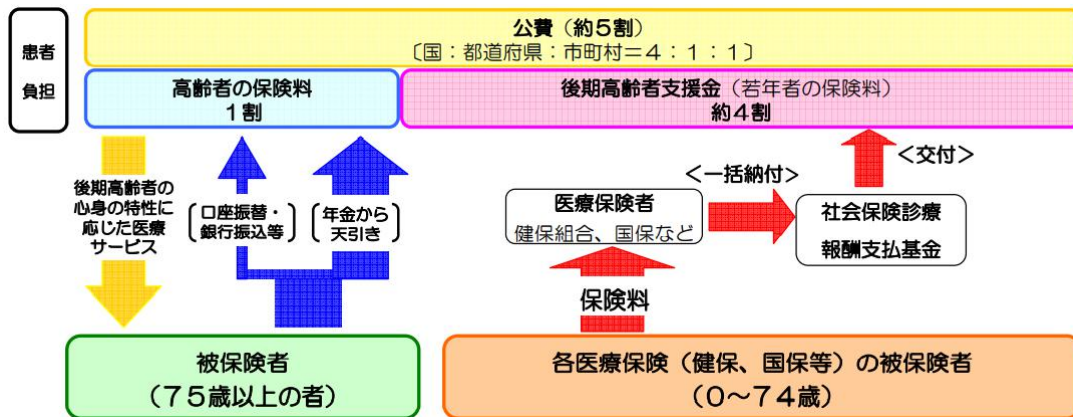


図 20 後期高齢者の医療にかかる費用

出典:厚生労働省 (2021) 『後期高齢者医療制度の概要』 p. 3.

注 1 : 現役並み所得者については、高齢者保健法と同様に公費負担 (50%)はないため、実質的な公費負担率は 46%、後期高齢者支援金の負担率は 44%となる。

注 2 : 国保および政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16. 4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担があり、これらを含めた公費負担率は 58%となる。

2) 中国医療保険制度の現状

中国の医療保険制度は創設以来、ずっと二元経済の影響を受けてきた。改革開放の経済政策を実施してから、二元経済の格差がさらに拡大した。それを防ぐために、一定の経済政策をとることは重要な課題である。同時に、中国の社会保障制度の構築にも影響を与えた。したがって、中国の医療保険制度を研究するには、農村部と都市部を分けて検討しなければならない。また、中国には高齢者だけを保障対象とする高齢者医療保険制度はない。

2016年1月3日に、国務院が「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を発表し、既存の都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療保険制度を統合し、都市・農村住民基本医療保険制度とすることを決定した。これにより中国の医療保険体制は、これまでの3本立てから2本立てとなった。つまり、それぞれ都市職工基本医療保険制度と都市・農村住民基本医療保険制度である。

①都市職工基本医療保険制度について説明する。まず、この保険の対象者は、都市で生活する対象者であり、例えば会社員、個人事業主、行政機関・政府関連事業で働く職員等である。制度の構造は2階建てとなっている。まず、1階部分の基本医療保険を通して一定額まで基礎的な給付が受けられる。そして、基本医療保険がカバーできない高額な医療費については、2階部分の高額医療保険から給付が受けられる。ただし、2階部分ではある程度の自己負担が必要であり、日本の高額療養費制度とは異なり、限度額がある。また、日本との相違点として、1階部分の給付についても、一定額（免責額）を自己負担するという保険免責制が実施されている。具体的に言うと、給付は、基本的に入院や通院を対象としており、それぞれ免責額や自己負担割合、限度額も異なる。

保険料の納付の割合について、労使折半ではなく、企業側の負担が重い。1階部分としての基本医療保険の保険料の場合、雇用主が職工の賃金総額の8%を支払うのに対して、職工本人が前年度の平均賃金の2%を支払うことになる。職工が負担する保険料を計算するには、それぞれの基数があり、その基数は前年の平均賃金に準じて決められ、しかも上限と下限がある。上限は管轄地域の前年の平均賃金の300%であり、下限は前年の平均賃金の60%となっている。2階部分は高額な医療費給付を対象とした医療保険であり、各地域で定めることができる。雇用主が負担した基本医療保険の保険料は、各地域で基本医療保険基金として積み立てられ、給付に使用される。職工が負担した保険料は医療保険専用の個人口座で積み立てられる。そして、2階部分の保険料については、各地域の規定に準じて高額医療保険基金として設けられ、積み立てられる。

給付は、基本的に、入院と通院（すなわち外来、管轄地域が指定した特殊疾病・慢性病）を対象としている。給付は受診医療機関の規模やランク、医療費の実際金額等に基づいて各地域によって設定されている。なお、被保険者は医療保険専用の医療保険カードから薬代等を支払うことができる。給付の対象者は、被保険者本人であり、日本とは違って、被保険者に扶養されている家族への保険給付はない。したがって、扶養される家族は各自都市・農村住民基本医療保険に加入する必要がある。制度は各管理地域によって制定されて

いるため、基本的に管轄地域以外で受診した場合は、全額自己負担となる。ただし、医療費が加重なものとならないように、管轄地域で、一部の医療費の償還も可能である。この場合の自己負担割合は、管轄地域内での受診よりも高く設定されている。日本では、「フリーアクセス」という理念があり、患者の希望でいつでも、誰でも、どこの医療機関でも医療を受けられるが、中国ではこのような公的医療保険の特徴は見られない。受診する医療機関についても管轄地域内での指定箇所に限って保険を使うことができる。

②次に、都市・農村住民基本医療保険制度について説明する。当該保険の対象者は、当該市の都市あるいは農村戸籍をもち、都市職工基本医療保険に加入していないほかの対象である。制度の構造は同じく、2階建てとなり、1階部分の基本医療保険、2階部分の大病医療保険に分けられる。また、2階部分でも一定の自己負担が必要となっているが、一般的には、限度額が設けられていない。1階部分の運営は各地域で行うが、2階部分については、地方政府と当該地域の民間保険会社が協働で運営を行う。都市・農村住民基本医療保険は、都市職工基本医療保険に比べて、基金による給付限度額が低く設定されている上に、自己負担も高く設定されている。実際的に見て、所得が相対的に低い非就労者・農村住民がより多くの費用を負担する構造となっている。大病医療保険は発生した多額自己負担費用に主眼を置き、直接的な負担軽減、制度間の受給格差の緩和を目的としている。都市・農村住民基本医療保険の保険料は、地方政府がそれぞれの基準によって決定している。被保険者は年に1回年額の保険料を納付する。また、管轄地域の財政から一定額の補助もある。保険料と財政補助は、都市農村住民基本医療保険基金に積み立てられ、都市・農村住民への給付に使用される。そして、この基金は都市職工基本医療保険の基金とは別々で管理される。

大病医療保険の保険料について、管轄地域の地方政府と当地の民間保険会社が協働で定め、都市・農村住民基本医療保険基金から一定額を転用して給付される。ただし、都市職工基本医療保険と違うところとして、保険料は別途徴収しないところである。

大病医療保険の給付は、都市職工基本医療保険と同じように、入院、一般外来、特殊疾病、慢性病による通院を対象としている。そして、自己負担の割合は同じく受診した医療機関の規模やランク等に基づいて各管轄地域が決める。ただし、都市職工基本医療保険には医療専用の個人口座が設けられているが、大病医療保険の専用個人口座がない（表 25 参照）。

表 25 中国の公的医療保険制度の仕組み

| 制度 | 都市職工基本医療保険 | 都市・農村住民基本医療保険 | |
|------|---|--|---------------|
| 被保険者 | 都市で働く企業就労者、自営業者、公務員等 | 都市戸籍の非就労者学生、児童等 | 農村住民 |
| 加入形態 | 強制 | 任意 | 任意 |
| 加入状況 | 52.4% (2016年) | | 98.8% (2015年) |
| 制度構造 | 1階：基本的な医療費の給付 2階：高額な入院費、特殊疾病通院費等を給付 個人口座：通院治療費、薬代の支払いに活用 〔1階・2階とも公的医療保険基金から給付〕 | 1階：基本的な医療費の給付 2階：高額な入院費、特殊疾病通院費等を給付（大病医療保険） 〔1階は公的医療保険基金から給付、2階は官民協働運営の大病医療保険から給付〕 | |
| 保険料 | 1階〔基本医療保険〕 ①雇用主負担：職員の賃金総額×8% ②職工負担：職員の前年平均賃金×2% 2階〔高額医療保険〕 また各地域で異なる | 1階〔基本医療保険〕 予め設定された複数の保険料から選択して納付（また各地域で異なる） 2階〔大病医療保険〕 基本的にはなし | |
| 給付 | 1階、2階ともそれぞれの保険料を積み立てた基金から給付 | 1階部分は保険料を積み立てた基金から給付、2階部分は1階部分の保険料負担・基金積立金から一定額を転用して給付 | |
| 財源 | 保険料、国庫、個人負担 | | |

出典：中国の公的医療保険制度の内容に基づいて筆者作成

(2) 日中医療保険制度の問題の比較

1) 日本の後期高齢者医療制度の問題点

1つ目は、医療費の増加である。一般的に年を取るにつれて、心身状況は悪くなる傾向があり、75歳以上になる医療費も増加する傾向にある。「後期高齢者医療事業状況報告」のデータを見ると、全年齢平均の医療費は33万3000円であるのに対し、75～79歳は80万1500円、80～84歳は94万3500円、85歳以上は107万7900円となっている。一方、75歳以上人口は多くなり、厚生労働省の「後期高齢者医療事業状況報告」によると、2008年に比べて、1297万2364人から2016年度時点で1645万477人に増えた。この結果、後期高齢者医療制度を利用した医療費(後期高齢者医療制度に加入する65～74歳の医療費も含む)も多くなっている。表26と図21の通り制度発足時2008年の医療費は約11.44兆円であり、2017年は約15.38兆円で、1.34倍に増えている。

表 26 後期高齢者医療制度の医療費の推移

| 年 | 単位：兆円 |
|------|-------|
| 2008 | 11.44 |
| 2009 | 12.01 |
| 2010 | 12.72 |
| 2011 | 13.3 |
| 2012 | 13.7 |
| 2013 | 14.19 |
| 2014 | 14.49 |
| 2015 | 15.13 |
| 2016 | 15.38 |

出典：厚生労働省平成29年度「後期高齢者医療事業状況報告」に基づいて作成

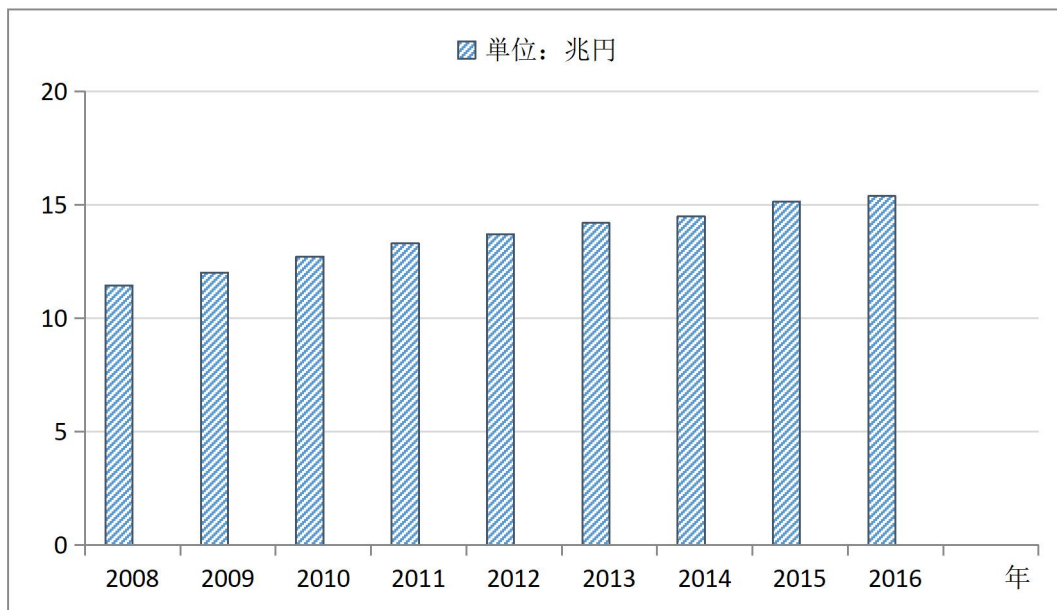


図 21 後期高齢者医療制度の医療費の推移

出典：厚生労働省平成 29 年度「後期高齢者医療事業状況報告」のデータより作成

2 つ目は、国と自治体の財政負担を増やしたことである。これは国・自治体の税金部分である。療養費に関する支出金の詳細を見ると、その推移の状況は表 27 と図 22 に示したように、制度創設時の 2008 年から比較すると、国で 1.56 倍、都道府県で 1.53 倍、市町村で 1.51 倍となっており、いずれも後期高齢者医療制度の医療費の増長率より大きくなっている。

表 27 後期高齢者医療の国・自治体の支出金

| 年 | 国 | 都道府県 | 市町村 |
|------|------|------|------|
| 2008 | 2.29 | 0.75 | 0.76 |
| 2009 | 2.61 | 0.85 | 0.85 |
| 2010 | 2.7 | 0.92 | 0.92 |
| 2011 | 2.89 | 0.97 | 0.98 |
| 2012 | 3.1 | 1 | 1.02 |
| 2013 | 3.28 | 1.04 | 1.05 |
| 2014 | 3.44 | 1.06 | 1.06 |
| 2015 | 3.53 | 1.1 | 1.11 |
| 2016 | 3.57 | 1.14 | 1.14 |

出典：厚生労働省 2017 年「後期高齢者医療事業状況報告」を基に作成

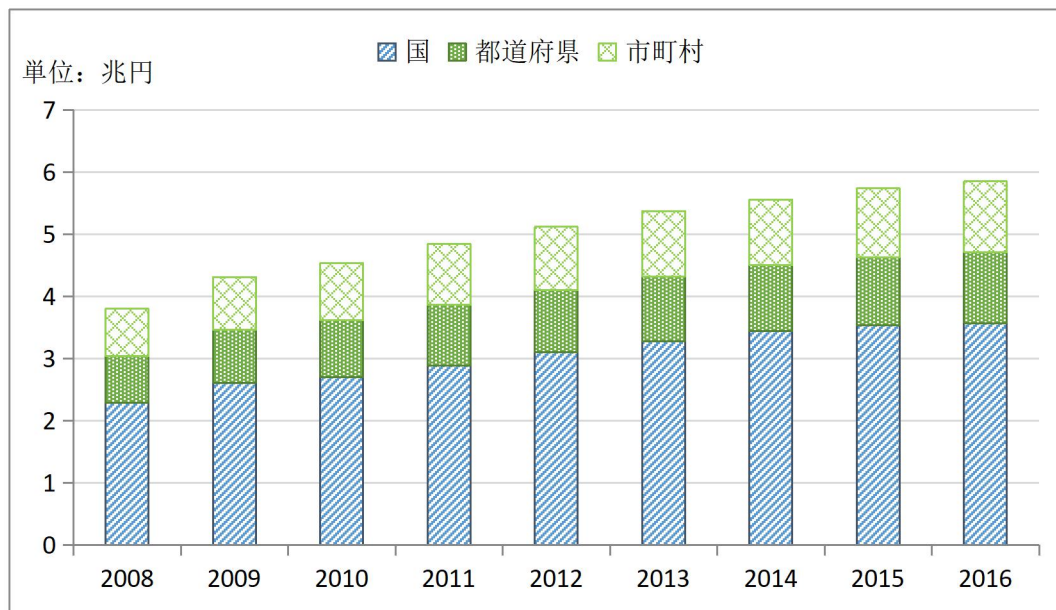


図 22 後期高齢者医療の国・自治体の支出金の推移

出典：厚生労働省 2017 年「後期高齢者医療事業状況報告」を基に作成

3つ目は、支援金の増加である。勤め人が加入する被用者保険の支援金の推移について、被保険者数に合わせている人頭割の割合を低減させると同時に、一方所得によって徴収する総報酬割の割合も年々増加し、2017 年度までに全面総報酬割に移行している。これは健康保険組合の負担を増加させる代わりとして、協会けんぽの国庫負担を減らすことで国の一般会計を見掛け上、減らす効果を持っている。しかし、事実上、税金で広く薄く国民が負担していた部分を、その代わりとして健康保険組合加入者に課しているに過ぎない。すなわち負担の付け替えということである。その結果、健康保険組合連合会からの不満もたまっている。

4つ目は、世代間医療費負担の不公平である。増え続けている高齢者医療費は、若い現役世代にも負担がかかる。高齢者医療の給付金のうち、若い現役世代からの支援金が 40% を占め、加えて少子化で若い現役世代の人数が減ったこともあり、若い現役世代の負担はさらに重くなっている。そこで、世代間医療費負担の公平性も高齢者医療保険制度の大きな問題として注目されている。後期高齢者医療制度が始まった 2008 年に、法律規定によると、医療機関の決済窓口で 70～74 歳の高齢者の個人負担割合が、前の 10% から 20% に引き上げられ、75 歳以上の高齢者は依然として前の 10% で負担することになった。しかし、当時の政府は国民の反対を恐れ、70～74 歳の負担割合を 10% に抑えるという特別措置を実施することを決め、今もこの政策が引き続き実施されている。その結果、患者の個人負担部

分が平均収入に占める割合として、65～69歳は3.8%、75歳以上は4.6%、70～74歳は2.4%で、明らかに前の二者より低く、その弊害が日増しに現れている。

この特別措置を維持するために、毎年約2000億円の国費がかかり、財政赤字拡大の要因の1つとなり、その負担も若い世代に押し掛かっている。高齢者は現役世代に比べ、税金や保険料の負担を超えた年金や医療サービスを受けることができる。医療保険制度の窓口での個人負担特別措置の存在によって、世代間の格差を助長しているともいえる。現行の後期高齢者医療制度は、個人単位で保険料を徴収しているので、国民健康保険と共済組合の被扶養者としては保険料の負担はない。ただし、75歳になると、後期高齢者医療制度の被保険者となり、保険料の納付義務も始まる。しかし、被扶養者はその以前に収入がないため、家族の中の若い世帯への負担を増やすに違いない。そのため、後期高齢者医療制度によって後期高齢者やその家族の保険料負担が増える可能性が高く、それに対する批判や不満も絶えない。このように、日本の高齢者の医療費負担割合は低くないため、今後日本の人口構造と経済の低迷を考慮し、医療保険制度の持続可能性を維持するために、世代間負担の公平を図らなければならない。

2) 中国の医療保険制度に存在する問題

中国は現在、都市職工基本医療保険制度と都市・農村住民基本医療保険制度を柱とする医療保険制度を形成している。しかし医療保険の各制度自体はまだ完全ではなく、実施面でも多くの問題を残している。高齢化社会に入ると高齢化が進み、高齢者を対象とした医療保険制度が確立されていない状況において、現行制度の様々な問題が発生している。

第1に、法律体系が健全ではない。高齢者向けの医療保険制度だけでなく、中国の医療保険制度は法律に基づいて作られたものではなく、国务院関連の政策法規をもとに作られたものである。医療保険に対する専門的法律がないと、制度の安定と持続可能な運行は確保できない。

第2に、現在の医療保険制度は高齢者に対する優遇政策が少な過ぎる。高齢者は現役の若者より収入が低い上に、病気のリスクが高いため、医療保険制度を構築する際には、高齢者の特徴を考慮すべきである。高齢者向けの対策が少な過ぎるうえ、不利な対策もある。例えば、都市・農村住民基本医療保険制度は最大の精算限度額を設定しているが、高齢者の罹患率は若者より高いため、医療費の精算限度額を超えるのも高齢者が多い。また、超えないように多くの高齢者は小さい病気の時には受診しないようにしている。このような医療保険制度の設計は、高齢者の病気の予防と治療にマイナスとなっている。

第3に、制度の管理体制が科学性に欠けている。中国の国情に適応するために、2つの異なる対象群に対する医療保険制度を構築した。これで理論的には全カバーを実現したが、制度の管理体制は地方管理と部門管理の形式をとっている。地方管理とは、各地方政府の管理部門が社会保険の管理を担当することであり、部門管理とは異なる方式の医療保険の管理権を政府の異なる部門が担当するということである。この管理方式による最大の問題は地域間保障の格差問題があり、労働人口の自由流動性を低下させると同時に、重複建設による資源の浪費をもたらし、管理コストを増加させている。さらに、地方ごとに管理されているシステムの中で、中央政府の医療保険に関する政策意見は、地方政府の解釈により異なるため、同じ医療保険制度でも、地方によって異なるケースがみられる。

第4に、疾病の予防と保健に対してあまり重視していない。現行の医療保険制度は高齢者を対象とする疾病予防と保健措置がなく、疾病予防と保健に対する軽視は疾病者数を増加させ、医療保険基金の給付に潜在的な圧力をもたらしてしまう。そのため、高齢者を対象とした疾病予防と保健の医療保険制度を構築することは、高齢化社会に対応する重要な手段である。

[仮説2] 人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。本節の分析から分かるように、日本は2008年に後期高齢者医療制度を確立した。これは世界で初めて高齢者を対象とした独立医療保険制度である。2008年4月に実施されてから13年以上が経ったが、これとは対照的に、中国は2016年までに医療保険制度が断片化した状態を呈し、2016年1月3日に、国務院が「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を発表し、既存の都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療保険制度を統合し、都市・農村住民基本医療保険制度とすることを決定した。それぞれ都市職工基本医療保険制度と都市・農村住民基本医療保険制度である。制度の分析から分かるように、現在の医療保険制度は高齢者に対する優遇政策が少なすぎる。高齢者は現役の若者より収入が低い上に、病気のリスクが高いため、医療保険制度を構築する際には、高齢者の特徴を考慮すべきである。しかし、中国の医療保険制度は高齢者向けの対策が少なすぎる問題があり、中には高齢者に不利な対策もある。例えば、都市・農村住民基本医療保険制度は最高の精算限度額を設定しているが、高齢者の罹患率は若者より高いため、医療費の精算限度額を超えた人の中で、高齢者が多い。また、最高の精算限度額を超えないために、多くの高齢者は小さい病気にかかる時には受診しないようにしている。このよう

な医療保険制度の設計は、高齢者の病気の予防と治療にマイナスの役割を果たしている。また、疾病の予防と保健に対してあまり重視しない。現行の医療保険制度は高齢者を対象とする疾病予防と保健措置がなく、疾病予防と保健に対する軽視は病気の人数を増加させ、医療保険基金の給付に潜在的な圧力をもたらしてしまう。そのため、「高齢者向け」とした疾病予防と保健の医療保険制度を構築することは、高齢化社会に対応する重要な手段なのである。ここで[仮説 2]を検証した。

4 日中介護保険制度の比較

(1) 日本介護保険制度の構築

日本の場合、介護保険制度は、1990年代半ばに発足した。1996年11月に行われた国会において介護保険法案が提出され、その翌年12月に介護保険法が成立した。その後、2000年4月から介護保険制度が施行された。この介護保険制度は、日本では5番目の社会保険となる。この制度は、日本社会における高齢化の深刻化に伴い、高齢者介護を緩和し、社会全体で支える仕組みである。社会保険方式を個人の実情に合わせて選択できるため、利用者の給付と負担を合理化することができるだけでなく、利用者が必要とする医療・福祉サービスが提供されるという利用者本位の仕組みとなっている。なお、保険給付の費用のうち、半分は保険料から来ており、残りの半分は公費から捻出している。公費の部分について、国、都道府県、市町村の負担割合は類別によって異なる。例えば、居宅給付費では、それぞれ25%、12.5%、12.5%であり、施設といった費用の場合、それぞれ20%、17.5%、12.5%となっている。また、国費の5%分という財政補助もあるが、これは後期高齢者の加入割合と負担能力の相違を考慮した場合、市町村間の財政力の格差調整のため設定したものである(図23参照)。介護保険制度のうち、介護費用と保険給付費部分は50%が公費であり、50%は保険料である。半分を公費で対応するのは、日本の介護保険制度の特徴である。この設定は、介護サービスの提供について公共主体である国や地方自治体にも一定の公的責任があるほか、従来の高齢者福祉制度も公費負担になっていたことから、被保険者の保険料負担を軽減する必要があると決められたのである。

保険料の徴収も場合によって異なる。まず、第1号被保険者(対象者が65歳以上である場合)の保険料は、市町村が所得状況に応じて額を定めて徴収するようになっている。第2号被保険者(対象者が40~64歳の者)の保険料は、介護納付金として医療保険者によって一括納付を実施している。また、被用者医療保険者の介護納付金は、第2号被保険者で

ある加入者数に応じて負担していたが、2017年に新たな介護保険法の改正が行われ、同年8月から段階的に被用者医療保険者間で報酬額に比例した負担とされている。

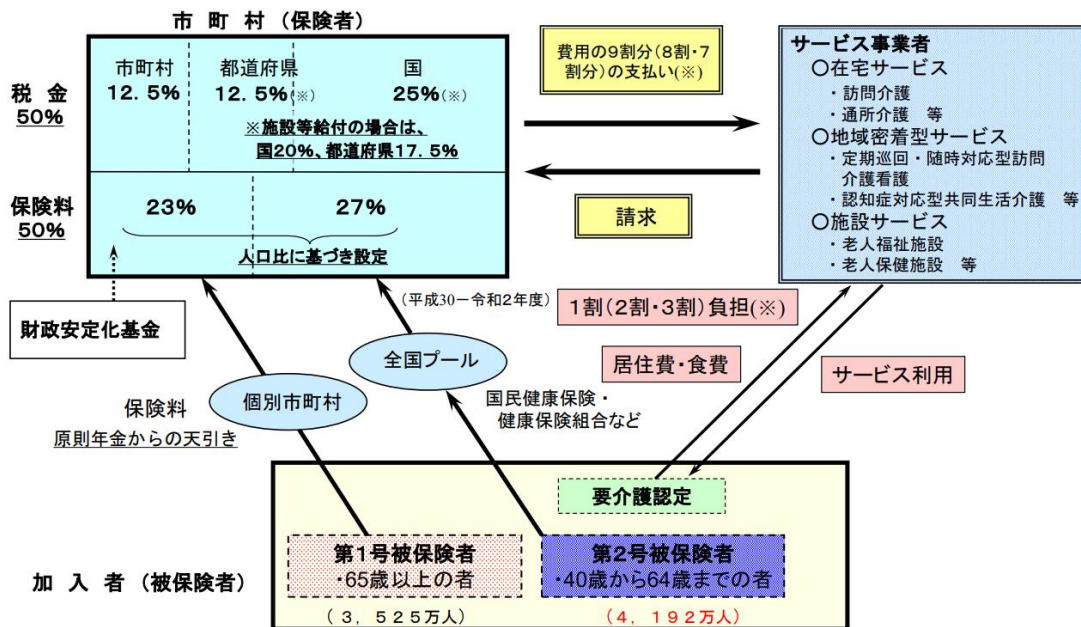


図 23 介護保険制度の仕組み

出典：厚生労働省ホームページ (<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>)

注：第1号被保険者の数は、「介護保険事業状況報告年報」によるものであり、平成30年度末現在の数である。第2号被保険者の数は、社会保険診療報酬支払基金が介護給付費納付金額を確定するための医療保険者からの報告によるものであり、平成30年度内の月平均値である。

(※) 一定以上所得者については、費用の2割負担（平成27年8月施行）または3割負担（平成30年8月施行）。

介護保険制度では、寝たきりや認知症等で常時介護を必要とする状態（要介護状態）になった場合や、家事や身支度等の日常生活に支援が必要であり、特に介護予防サービスが効果的な状態（要支援状態）になった場合に、介護の必要度合いに応じた介護サービスを受けることができる。この要介護状態や要支援状態にあるかどうかの程度判定を行うのが要介護認定（要支援認定を含む。）であり、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みである。要介護認定の流れは、まず、市町村の認定調査員による心身の状況調査（認定調査）および主治医意見書に基づくコンピュータ判定を行う（一次

判定)。次に、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う（二次判定）。この結果に基づき、市町村が申請者についての要介護認定を行う。

日本の介護保険制度の実施は、日本の高齢化の介護需要をある程度解決したと同時に、政府財政の医療費の圧力も緩和した。しかし制度の推進に伴って、サービス提供能力の不足、介護者の流失、巨大な財政圧力、政府の監督管理の欠如等の問題にも直面している。そのため、日本政府は2005、2008、2011、2014、2017、2020年にそれぞれ相応の改革措置をとった。サービス能力が足りない問題に対して、日本は制度改革の中でより完備された介護保険制度体系を構築した。具体的には、2005年の改正時に提出された介護予防システムの構築、コミュニティ密着サービスプロジェクトの創設、コミュニティ総合援助センターの設立を含む。この基礎の上で、2012年に介護保険制度を改正する時、さらに援助サービスをコミュニティに推進した。コミュニティ総合援助センターは、医療保険、介護保険と福祉事業の多目的協力だけではなく、医療、介護、予防一体化の方向に発展した。介護者の流失問題に対して、2008年と2012年の改正で、いずれも介護サービス従業員の給付待遇の改善を提案し、専門介護士の養成機会を増加させるとともに、政府の介護サービスの供給面での財政支出を増加させた。財政圧力の問題に対して、日本政府はコストダウンの方法で、保険者の範囲の拡大、保険費用の引き上げおよび給付範囲の縮小を提案した。政府の監督・管理の欠如問題に対して、2008年の改革は、機構の規模によって異なる業務管理体制を取り、検査の力を強め、法により厳格に処罰するとともに、事後申告制度を事前申告制度に変更すると提出した。2017年改正について、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化、介護療養型医療施設に代わる介護医療院の創設、利用者3割負担の導入を取り入れた。2020年の改正は、地域の特性に応じた認知症施策の推進や介護サービス提供体制の整備等の推進、医療・介護のデータ基盤の整備の推進等を取り入れた。

（2）中国介護保険制度の現状

介護保険制度の構築について、中国は2006年から実践と模索の過程を始めた。まだ全国統一の高齢者長期介護に関する法律法規を形成していない。2006年から2016年末までに、22項目の政策法規は長期介護問題に関連している（表28の中に挙げているのは、そのうちの重要内容の6つである）。政策法規の数量から見ると、国家の介護保険制度に対する関心が高まりつつあり、「第12回五年計画」期間から関連文書が続々と発表され、2016

年は「第13回五年計画」のスタートとして、さらに7部の長期介護に関する政策文書が相次いで登場した。政策法規の内容から見ると、主に3つの部分に分けられる。まず、長期介護に対するサービス保障である。中国の高齢化の現状に直面して、現在の長期介護サービスの資源は品質と量の面でいずれも需要を満たしにくい。本論も章を立てて中国の高齢者福祉施設、医療関係者等の具体的状況を分析し、例を挙げて今の中国の高齢者介護の現状を説明し、アンケート調査の形式で実践の中から中国の老後保障制度の創設における主要な問題を発見しようとしている。

その次は、長期介護に対する商業保険である。現在、中国の商業保険における医療保険は、主に疾病治療の過程で発生した費用の補償であり、高齢者の病気後の介護費用に及ぶものは少ない。中国の各種政府文書は、商業保険が積極的に多様な形式の介護保険業務を開発するよう誘導し、高齢者に長期介護の商業保険の加入を奨励すると強調している。現在、中国では既にいくつかの伝統的な保険会社と新しく設立された専門健康保険会社¹⁰⁶が、相次いで高齢者の介護に関する保険商品を出している。例えば、国泰人寿が打ち出した「康順介護保険」、中国人民健康保険株式有限公司が打ち出した「無憂長期介護個人健康保険」等（表29参照）。2012年末までに、中国では、保険会社約10社が介護保険に関する保険を導入している。これは中国にもビジネス的な性格を持つ介護保険の芽生えが現れ始めたということである¹⁰⁷。

¹⁰⁶ これらの新設の専門な健康保険会社は、中国人民健康保険株式会社、陽光健康保険株式会社、正華健康保険株式会社、昆侖健康保険株式会社等が挙げられる。

¹⁰⁷ 刘翊（2010）「中国の長期看護保険の発展に関する検討」『時代金融』10, pp. 13-15.

表 28 中国 2006-2016 年までの長期介護に関する主要な政策法規

| 発布時期 | 文書名 | 関連内容 |
|----------|--|---|
| 2006. 12 | 中国共産党中央、国務院が人口と計画生育に対する統括を強化し、人口問題を解決することに関する決定 | 高齢化社会の現状に直面して、高齢者長期介護保険等の社会化サービス制度の構築を模索しなければならない。 |
| 2011. 12 | 衛生部『中国介護事業発展計画要綱（2011-2015 年）』の公布に関する通知 | 「第 12 回 5 年計画」期間に、長期介護サービス体系を徐々に確立し、完備させ、全国 10 個の都市で長期介護サービスモデルの試行を展開。 |
| 2015. 11 | 国務院弁公庁『衛生計画生育委員会等の部門が医療衛生・老後サービスの結合を推進することに関する指導意見』の通知を伝送。 | 長期的な商業介護保険を含め、条件のある地方が長期介護保険制度の探索を確立することを奨励し、積極的に多元化の保険資金調達モデルを模索する。高齢者が長期介護保険商品を購入するよう奨励する。長期ケアプロジェクトの内包、サービス基準および品質評価等の業界規範と体制を確立し、健全化する。比較的健全な専門ケアサービス提供システムを模索する。 |
| 2016. 06 | 人力資源と社会保障部弁公庁長期介護保険制度の試行に関する指導意見 | 河北省承德市等十五カ所を試行箇所とし、そのうち、吉林省と山東省は国家試行箇所の重点連絡省とする。 |
| 2016. 12 | 「第 13 回 5 年計画」衛生と健康計画 | 治療—リハビリ、長期的なケアサービスチェーンを完備させ、リハビリ、高齢者疾患、長期的なケア、慢性的疾患の管理、緩和治療等の継続性医療機構を開発し強化する。 |
| 2016. 12 | 国務院による「第 13 回 5 年計画」医薬衛生体制の改革計画を深化させることに関する通知 | 診療—リハビリ—長期介護の連続サービスモデルの形成を推進し、慢性病医療機関がリハビリ、長期介護サービスといった医療資源の提供を著しく増加させ、長期介護保険制度の構築を模索する。 |

出典：中国 2006-2016 年長期介護に関する主要政策法規により筆者作成

表 29 中国商業保険会社の関連介護保険

| 保険種類 | 保険内容 | 購入年齢 | 給付期限 | 納付期限 | 保険金額 |
|-------------------------------------|--|-------------------------|------------------------------|----------------------------|-------------|
| 昆侖長寿宝長期介護保険 (昆侖健康) | 疾病死亡保険金 健康介護保険金 長寿介護保険金 長期介護保険金 高齢者介護保険金 | 生まれてから 28日～55歳ま で | 88歳後の 最初の保 険証券の 周年日 | 10年 | 10万元 |
| 国泰康順長期 介護保険(国 泰人寿) | 第一級身体障害保険 金 疾病死亡保険金 長期介護保険金 長期介護リハビリ保 険金 満期保険金 | 18～55歳 | 88歳 | 15または20 年 | 10万元 |
| 人保健康全無 憂長期介護 個人健康保険 (人保健康) | 高齢者介護保険金 長期介護保険金 高齢者疾患保険金 ガン保険金 死亡保険金 | 18～59歳 | 100歳 | 10年 | 10万元 |
| 至康長期介護 健康保険(生 命人寿) | 死亡保険金 長期介護保険金 長期介護療養保険金 | 18～65歳 | 終生 | 5、10、15、 20年 | 納付期限 による |
| 国寿康馨長期 介護保険(中 国人寿) | 高齢者ケア保険金 疾病死亡保険金 長期介護保険金 | 18～59歳 | 80歳 | 10、20年ま たは60歳ま でに納める | 納付期限 による |

出典：各保険会社の公式サイトより作成

表 29 によると、中国の商業介護保険は、以下のいくつかの特徴がある。

第 1 に、中国の保険商品の保障範囲はまだ限られている。各主要介護保険商品はやはり病気の後遺症に対して発効する。例えば、疾病死亡保険金、障害保険金、がん保険金等で

ある。先進国には治療型介護とターミナルケアの保険商品といったものもあるが、中国の商業介護保険商品はまだ単一である。

第2に、中国の介護保険商品は被保険者が介護を必要とする場合にのみ支払った保険料に対応する保険金を提供しているだけで、具体的な介護サービスを提供していない。つまり、被保険者は自分で介護場所を選び、保険会社から受け取った保険金を必要な介護費用に使うことができるが、保険会社は介護サービスの提供はしていないので、完備された商業介護保険として一定の社会保障機能を備え、保険金を支払うだけでなく、介護サービスも提供すべきである。この面から見て、中国の現在の保険商品にはまだ一定の限界があることが分かる。

第3に、支払う保険料が高い。上記のような介護保険商品から見ると、毎年の保険料は約1万元ぐらいである。しかし、2012年の中国人の1人当たりの年間可処分所得の金額は約2万元であるため、一部の収入が高い者しか購買力がないため、保険商品のカバー率が低いことが中国の商業介護保険の発展が停滞している主な原因となっている¹⁰⁸。

最後に、介護保険制度に対する試行箇所の実行である。10年間にわたる政策の育成と準備を経て、2016年6月に人力資源と社会保障部弁公庁が発表した「介護保険制度試行箇所の実施に関する指導意見」（人社庁発〔2016〕80号）は介護保険制度の試行が正式に開始されたことを示している。「指導意見」は河北省承德市等15カ所を試行箇所とし、「第13回五年計画」期間中に中国社会主义市场经济体制に適応した介護保険制度の枠組みを基本的に形成することを目指した。「介護保険制度試行箇所の実施に関する指導意見」の登場に伴い、各地は介護保険制度の試行を開始した。2017年3月までに、15の試行箇所のうち、既に10箇所が試行関連の政策文書を発表した。

各地のモデルはそれぞれ違っているが、その中でも4つの典型的な都市がある。それぞれ「保険種類が独立し、基本を保障し、新型商業保険を発展する」との方針を持つ上海、「医療と老後介護を結合させ、介護費用も保障される（医療と老後介護の医療総合機構で発生した医療介護費を介護保険基金の支払い範囲に組み入れること）」と強調した青島、「独立した社会保険の種類を構築し、資金調達ルートの多元化」を図る南通と「老後、病気治療、臨終ケア」を重点とする長春である。上海の介護保険は従業員基本医療保険加入者および60歳以上の都市・農村住民基本医療保険加入者を全部カバーし、従業員医療保険と住民医療保険統一基金から資金を調達する。同時に、上海は詳しい高齢者介護評価シ

¹⁰⁸ 喬海舟（2015）「中国の商業長期介護保険の発展戦略探索」『経済研究ガイドブック』7, p. 86.

システムを創出し、評価等級によってサービス内容項目を明確にした。そしてコミュニティ・在宅、老後機関と入院を全部支払範囲に入れた。コミュニティ・在宅介護の場合は90%を、老後機関の場合は85%を支払うことで、在宅介護を選択することを奨励する。

また、自立能力を失った高齢者の社会化介護問題を解決するために、青島市は早くも2012年に既に都市長期医療介護保険制度を創出し、同時に、この保険は知的障害者も保障範囲に組み入れた。「青島市社会医療保険弁法」によると、青島介護保険制度は単一の資金調達モデルを採用し、従業員基本医療保険と住民社会医療保険基金から振り替え、従業員介護保険は年間約6億元を拠出し、住民介護保険は年間約3億元を拠出する。青島市人社局の統計によると、青島市の介護保険は昨年未までに、既に自立能力を失った保険加入の高齢者3万人余りをカバーし、介護保険基金を累計6億元支出した。

南通の介護保険は多元資金調達モードを採用している。基金は医療保険統括基金、政府補助金、個人から来ており、同時に企業、組織、慈善団体等の社会団体と個人から寄付や、そして福祉宝くじの公益基金の援助も受けている。南通市は独立した社会保険の種類に基づいて基本的な介護保険を設計し、平安養老、太平養老、太平洋人寿、中国人寿等の商業保険会社からなる共同保険体で保険を引き受け、医療保険と相対的に独立する同時に、相互につながりながら、分類管理をしている。

長春市の介護保険の保障範囲は主に長期的な重度自立能力を失った者を対象としている。保険資金は都市部の従業員、住民基本医療保険基金から振り替えられるため、個人は保険料を別途払う必要がない。長春市人社局が発表したデータによると、2017年末までに、長春市では79の指定医療介護機構が介護保険業務を展開している。このうち、短期医療機関は25軒、長期老後介護機構は54軒ある。介護費用は累計13,218万元で、介護保険基金の支出は10552万元、基金の平均補償比率は79.8%で、介護保険の待遇を受けた者は延べ41147人である。

(3) 日中介護保険制度の現状の比較

現在、日本は既に中央から地方までの介護制度を備えており、その細部の規範もかなり完備されている。20世紀の20年代から、日本政府は相次いで一連の社会保障制度に関する法律を制定した。1997年に日本議会で「介護保険法」が可決され、2000年4月1日から施行されることになった。この法案は国と地方自治体のそれぞれの職能範囲、介護申請と認定の段取り、介護保険の対象条件、介護保険費用の資金調達構成、介護サービスの等級

区分、介護保険のサービス内容、特定対象者の費用減免政策等、多岐にわたる内容に触れている。また、介護保険制度を実施する過程で、日本政府は新たな情勢の下で発生した新たな問題に合わせて既存の制度を改正して、この制度をより現在の社会ニーズに合致させるようにしてきた。

それに比べて、中国はまだ全国統一の高齢者長期介護に関する法律法規を形成していない。高齢者の介護について、多くの人がまだ子どもを養って老後を防ぐという伝統的な観念を持っているので、大多数の人はまだ主に家族の世話を受け、たまに臨時介護士を雇うという思惟モードにとどまっており、社会福祉老後高齢者福祉施設を高齢者介護の補助としてとらえている。将来中国が全国統一の長期介護に関する法律を制定できるのか、現在の状況に応じていかに各種介護細則を制定するかについて、政府が各指標を評価し、計画的に主要なインフラを建設する必要があると思われる。

ここでは主に以下の3つの方面から比較研究を行いたい。

第1に、介護保険サービスの内容である。2000年に日本で介護保険制度が始まって以来、国は介護サービスの内容を明確に規定している。政府は介護保険サービスを介護サービスと介護予防サービスの二種類に分けている。その中で、介護サービスは主に在宅介護サービス、専門施設介護サービス、地域密着型介護サービスおよび福祉用具に関するサービス、住宅改修サービスがある。介護予防サービスは主に訪問型サービス、デイサービス、小規模多機能型在宅ケア予防サービスおよび認知症患者介護予防のデイサービス等がある。これらの多様化した介護サービスの項目は、最大限で異なる被保険者の需要を満たすことができる。そのため、被保険者が在宅それとも専門機関を選ぶかに関わらず、プロで合理的な介護サービスを受けることができる。

一方、現在、中国の介護サービスはまだ比較的単一のモードを利用している。その主要な介護内容は、まだ高齢者の日常生活、食事と清潔衛生面の世話にとどまっている。在宅介護や専門機関の介護に関わらず、大部分の介護者は食事や宿泊等の基本的な生活配慮型のサービスしか提供できない。プロの医療、リハビリ、介護に便利な住宅改造、入浴・排せつ等の面での介護サービスを提供されるレベルは低い。中国の高齢化が深刻化している現状に合わせて、いかに高齢者介護サービスの内容を豊かにするかは、政府が重点課題として対策を検討するべきところである。

第2に、介護サービス施設の建設である。介護保険制度を全面的に推進し、各種のインフラ整備を保証するため、日本政府は制度の公布前から多くの介護サービス施設の建設を

計画的に推進した。政府は各種の減免優遇政策を実施することによって、民間資本の流入を大いに奨励している。多くの専門介護機関の運営・維持費は、地方自治体だけでなく、各種社会福祉協議会、地域振興協議会、自治会、社会福祉法人、地域包括支援センター、在宅介護支援センター、非営利組織（NPO）、企業法人等からも多く支援されている。また、日本の介護サービスの内容が多様化するにつれて、介護サービス施設も大量化と専門化の傾向が見られる。統計によると、2013年の介護予防サービスのうち、介護予防訪問サービスの施設数は31908で、デイケアサービスの施設数は36097で、この2つのサービス施設数の合計は介護予防サービスの総施設数の57.8%を占めている。在宅介護サービスでは、施設の多くは訪問介護とデイケアサービスで、その数はそれぞれ32761と38127である。

日本に比べて、中国の介護サービス機関の数は深刻に不足している。民政部の統計によると、2010年、中国ではわずか39904の高齢者社会福祉施設しかなく、242.6万人だけが関連の高齢者介護福祉施設に引き取られ、介護サービスを受けることができた。一方、2010年の日本の介護サービスの実際の利用人数は492.8万人で、そのうち専門施設で介護サービスを受ける人数は100万人を超えている。日本は専門介護機関で介護を受ける人が中国より少ないが、全体の人口基数から見ると、日本での一人当たりの介護サービスを受ける割合が中国よりはるかに高い。

第3に、専門介護士の育成。介護保険制度を安定的に運営し続けるためには、プロの介護者の数と質の向上が必要である。プロの介護者を確保するため、日本政府は介護者の労働環境の改善に努め、給与待遇を増やし、研修体制を規範化し、就業資格を統一する措置を出している。すべての介護士が資格を持って着任し、介護の知識と技術を身につけなければならない。これらの厳格な監督管理により、日本の介護サービスは制度が完備され、サービス内容が豊富で、施設の数が多く、細かく分類され、介護者の質も高いという良性循環モードになっている。

一方、中国の介護人員の質は全体的に低く、技能もまだ高めていく必要がある。各地域の発展水準が不均衡のため、多くの介護者に対する管理が規範化されておらず、介護者の医療知識が不足しており、介護の水準もバラバラである。そのため、中国の数少ない高齢者福祉施設では、高齢者が介護サービスを受けることができず、ケアの効果が大幅に低下している。現在、中国には統一的な介護制度がなく、介護サービスの内容は単一で、加えて高齢者福祉施設の数が多いことと介護者がプロでない現状（第5章に詳述する）があるため、ますます深刻になる高齢者の介護問題を根本から緩和するのは難しい。

(4) 日中介護保険制度の内容の比較

ここでは日本の介護保険制度の内容を中国の試行中の介護保険制度の内容と比較し、主に以下の4つの方面から比較研究を行う。

①保険者

日本では介護保険は主に市町村が担当し、政府と都道府県は財政と行政を通じて支援している。日本の社会福祉は地方化するという発展特徴があり、長期にわたりずっと地方自治体が高齢者保健福祉を担当してきた¹⁰⁹。主な業務は被保険者の認定申請業務、介護保険の費用徴収、介護保険サービスの費用の支払いおよび介護保険サービスの計画の作成と改善等が含まれている。

中国の介護保険制度は医療保険制度から起源し、国家人力資源社会保障局が試行を行う。具体的な試行措置は、各試行都市の人力資源社会保障局が責任を負い、管理の面では統一性を持っている。試行箇所のうち、長春、上海等は社会保険機構によって執行され、青島、南通等は政府を通じて資質のある商業保険会社に委託してサービスを提供している。

②保険の対象

日本の介護保険制度の規定により、当該保険の加入者は40歳以上の国民全体であり、日本の介護保険制度の保険対象者は2つの種類に分けられている。そのうち、65歳以上の市町村の住民は第1号被保険者で、40歳から64歳までであり、認知症、癌末期等の病気を患う保険加入者は、第2号被保険者である。

中国の試行箇所に指定された各地区の経済発展水準は違っているので、介護保険のカバー範囲も違っている。「指導意見」の要求に基づき、試行段階の介護保険制度は原則として、主に職工基本医療保険をカバーしている。この基礎の上で、長春、上海、青島、南通は同時に都市部職工医療保険加入者と都市住民医療保険加入者をカバーしている。さらに、長春、南通等は重度の自立能力を失った者の保障を重視している。上海は60歳以上を保険サービスの享受基準の1つとして、これによって高齢者の権益を保護している。青島等は同時に知的障害者を保険の範囲に入れている。

③財源の構成

日本の介護保険制度では、保険料の50%は被保険者から支払われた保険料からきており、ほかの50%は政府が負担している。そのうち、国は25%、都道府県と市町村はそれぞれ12.5%を負担している。第1号と第2号の被保険者が納付する保険料は規則が異なり、第1号の

¹⁰⁹ 高春蘭・班娟 (2013) 「日本と韓国の高齢者長期介護保険制度の比較研究」 『人口と経済』 3, pp. 104-110.

被保険者の場合、市町村の比率によって年金から差し引かれる。第2号の被保険者の場合、国が一元化に徴収する。

中国の介護保険制度の試行箇所では、資金調達ルートが単一資金調達と多元資金調達に分けられる。長春市と青島市を例に、長春市と青島市の介護保険の資金は医療保険基金から一定の割合で振り替えられるため、個人と雇用主には保険料の負担がない。上海市と南通市は多元的な資金調達モデルを採用しており、南通市の介護保険基金は医療保険による資金調達、政府補助、個人、社会团体、個人の寄付、福祉宝くじの公益金等で構成されており、上海市では雇用主、個人と市、区財政等が共同で負担している。

④保険給付

保険給付に必要な費用については、半分を保険料、残りの半分を公費で賄うこととしている。公費のうち、国、都道府県、市町村の負担割合は、居宅給付費では25%、12.5%、12.5%、施設等給付費では20%、17.5%、12.5%となっている。また、国費の5%分は、後期高齢者の加入割合の相違や高齢者の負担能力の相違等によって生じる市町村間の財政力の格差の調整のために充てられる(図23参照)。

中国の試行各地の介護保険給付は主にベッドの利用日数で定額の給付をすることや、病種別、サービスの回数別、サービス単位別、現金補助金の支給等の方式を含んでいる。具体的には、例えば、長春市病院のサービスは病種別に支払う方式を採用している。南通市の在宅ケアは現金補助金を支給する方式を採用している。両市の高齢者福祉施設内のサービスはいずれも、ドの利用日数で定額給付をする方式を採用している。

本章は、両国の人口高齢化を比較し、それぞれ年金制度、高齢者医療保険制度、介護保険制度の3つの面から日中老後保障制度を詳しく比較する。具体的には表30のとおりである。

「仮説3」介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する。本節では、日中介護保険制度の現状と内容を比較した。その比較から分かるように、すでに21年間実施されている日本の介護保険制度に比べて、現在、中国の介護保険制度はまだ試行中であり、正式な介護保険制度はまだ確立されていない。保険の対象、財源の構成、保険給付の方式、介護サービスの内容にかかわらず、現在統一された基準はなく、各試行地にもそれぞれの基準があり、これにより各試行地が提供する介護サービスのレベルが異なる。特に長期介護に対する商業保険における医療保険は、主に疾病治療の過程で発生した費用の補償であ

り、高齢者の病気後の介護費用に及ぶものは少ない。高齢者の病気の予防にかかわる内容は少ない。先進国には治療型介護とターミナルケアの保険商品といったものもあるが、中国の商業介護保険商品はまだ単一である。以前にも医療保険制度の分析で述べたように、中国の医療保険制度の設計自体にいくつかの問題がある。例えば、高齢者を対象とする疾病予防と保健措置が少ない。介護サービスはまだ比較的単一のモードを利用している。その主要な介護内容はまだ高齢者の日常生活、食事と清潔衛生面の世話にとどまっている。在宅介護や専門機関の介護に関わらず、大部分の介護者は食事や宿泊等の基本的な生活配慮型のサービスしか提供できない。医療、リハビリ、介護に便利な住宅改造、入浴・排せつ等の面での介護サービスを提供されるレベルは低い等。また、介護保険は主に被保険者の病後のケアとリハビリおよび重大疾患に対する予防サービスである。それは医療保険の疾病治療保障モードと互いに補完し、同時に2種類の保険を分けて管理するコストを下げることができ、中間のプロセスを減らし、サービス提供の効率化ができる。両者の結合で「予防、治療と介護」の全面的な保障モードを形成することができるのである。

表 30 日中老後保障制度の比較分析

| 国 | 日本 | | 中国 |
|---------------|---------------|-----------------------------------|--|
| 年金制度 | カバー率 | 84.90% | 85.50% |
| | 年金保険基金の運営・管理 | 年金積立金管理運用独立行政法人 (GPIF) | 全国社会保障基金理事会 |
| | 給付水準 | 国民年金 : 65075 円 厚生年金 : 220496 円 | 都市職工基本年金 : 2362 元 都市・農村住民基本年金 : 120 元 |
| | 所得代替率 | 61.90% | 42.90% |
| | 年金支出が GDP の割合 | 15.83% (日本 GDP : 4.8940 万億ドル) | 5.31% (中国 GDP : 15.4905 万億ドル) |
| 「高齢者向け」医療保険制度 | 後期高齢者医療制度 | | なし |

| | | | |
|------------|---------------|--|---|
| 介護保険 制度 | 設置時期 | 2000年4月 | 2016年6月に試行開始 |
| | 保険者 | 市町村 | 都市の人力資源社会保障局 |
| | 保険の 対象 | 65歳以上のもの第1号被 保険者 40歳から64歳であり、認知 症、癌末期等の保険加入者は 第2号被保険者 | 原則として都市部従業者基本医 療保険の被保険者。60歳以上の 者、都市部職工医療保険加入者と 都市住民医療保険加入者、重度の 自立能力を失った者、知的障害 者。（各地で規定が違う） |
| | 財源の 構成 | 保険料の50%は被保険者か ら支払われた保険料で、残り の50%は政府が負担。そのう ち、国は25%、都道府県と市 町村はそれぞれ12.5%を負 担している。 | 単一資金調達＋多元資金調達 医療保険基金＋地方財政。政府補 助、個人、社会団体、個人の寄付、 福祉宝くじの公益金等で構成さ れる。雇用主、個人と市、区財政 等で共同で分担している。（各地 で規定が違う） |
| | 保険 給付 | 被保険者に直接介護サー ビスを提供するほか、限度基準 額以下の部分の90%または 80%・70%（※）は保険料 で負担され、介護を受ける者 は介護費用の10%または 20%・30%（※）を支払う ことになる。（※）一定以上 所得者については、費用の2 割負担（平成27年8月施行） または3割負担（平成30年 8月施行）。 | 試行各地の介護保険給付は、主に ベッドの利用日数で定額の給付 をすること、病種別、サービスの 回数別、サービス単位別、現金補 助金の支給等の方式を含んでい る。 |
| | 介護保険サ ービスの | ①介護サービス（在宅介護サ ービス、専門施設介護サービ | 高齢者の日常生活、食事、清潔衛 生面の世話にとどまっている。プ |

| | | | |
|--|----|--|--|
| | 内容 | <p>ス、地域密着型介護サービスおよび福祉用具に関するサービス、住宅改修サービス)</p> <p>②介護予防サービス(訪問型サービス、デイサービス、小規模多機能型在宅ケア予防サービス及び認知症患者介護予防のデイサービス等)。</p> | <p>ロの医療、リハビリ、介護に便利な住宅改造、入浴・排せつ等の面での介護サービスを提供されるレベルは低い。</p> |
|--|----|--|--|

第5章 日中高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査結果の分析

以上のように、本論は既に日中老後保障制度の関連概念、基本的な類型、理論的基礎、および歴史的変遷を詳しく紹介してきた。第4章では、日中人口高齢化を詳しく比較し、その相違性と類似性を見出した。その次に、日中年金制度の現行モデル、納付水準、給付水準、年金支出がGDPに占める割合、年金支出が社会保険に占める割合等について詳しく比較考察した。さらに、日中医療保険制度、介護保険制度等についても比較を行った。

本章では、両国の老後保障制度が高齢者に与える影響をより明確にするために、日中高齢者福祉施設の状況および施設在住の高齢者に対してアンケート調査を分析した。アンケートは、主に中国安徽省合肥市の高齢者福祉施設の現状に関する調査と、日本佐賀県健康福祉部長寿社会課による介護サービス事業所の実態に関する調査のデータを考察している¹¹⁰。中国合肥市を選んだ理由は、65歳以上の高齢者人口が1億9,064万人で、そのうち60%以上が全国の中型都市に分布していること、合肥市はその二線都市¹¹¹（中型都市）の1つであること等から、本研究の事例的考察の価値は十分にあるものと思われる。日本の佐賀県は経済発展レベルや人口規模から見て、日本の中等レベルの地方都市と位置づけ、これを対象として選出した。

1 日中の高齢者福祉施設の概況

日本の高齢者福祉施設について、老人ホームの総数は35978である。その中で、養護老人ホームの施設数は948、特別養護老人ホームの施設数は8935、軽費老人ホームの施設数は2321、老人福祉センターの施設数は1959、有料老人ホームの施設数は21815。介護保険施設の総数は14296である。その中で、介護老人福祉施設と特別養護老人ホームの施設数は同じである。介護老人保健施設の施設数は4335、介護医療院（介護療養型医療施設）の施設数は1026である。要介護認定者数（要支援も含む）は、第1号被保険者が645万人、第2号被保険者が13万人、合計658万人である¹¹²（表31参照）。

¹¹⁰ 佐賀県（2020）「令和2年度介護サービス事業所実態調査結果」

（https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00380441/index.html 最終閲覧日：2021.7.1）

¹¹¹ 一、二、三線都市：一線都市とは、中国の北京市、上海市、広州市、深セン市のこと。二線都市とは、一般的に中国の省都都市、東部地区の経済強市または経済発達地区の地域中心都市が多く、全部で45都市である。例えば、合肥市、寧波市、廈門市、済南市、大連市、長春市、南昌市、珠海市、中山市、紹興市、泉州市等。三線都市は70都市である。

¹¹² 厚生労働省（2019）「介護保険事業状況報告平成31年3月分」

（<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1903.html> 最終閲覧日：2021.11.1）

表 31 日中の高齢者福祉施設の概況

| 国 | 日本 | | 中国 |
|-------------------------|---------------------------------|-----------|--|
| | 区分 | 施設数 | 施設数 |
| 施設数 | 養護老人ホーム | 948 | 入所型高齢者福祉施設数は 29900、社区（コミュニティ）老後サービス施設数は 143400 |
| | 養護老人ホーム（一般） | 896 | |
| | 養護老人ホーム（盲） | 52 | |
| | 特別養護老人ホーム （介護老人福祉施設） | 8935 | |
| | 軽費老人ホーム | 2321 | |
| | 軽費老人ホーム A型 | 190 | |
| | 軽費老人ホーム B型 | 13 | |
| | 軽費老人ホーム（ケアハウス） | 2034 | |
| | 都市型軽費老人ホーム | 84 | |
| | 老人福祉センター | 1959 | |
| | 老人福祉センター（特A型） | 227 | |
| | 老人福祉センター（A型） | 1291 | |
| 老人福祉センター（B型） | 441 | | |
| 有料老人ホーム | 21815 | | |
| ①サービス付き高齢者向け住宅以外 | 15956 | | |
| ②サービス付き高齢者向け住宅であるもの | 5859 | | |
| 介護老人保健施設 | 4335 | | |
| 介護医療院（介護療養型医療施設） | 1026 | | |
| | 合計：41339 | 合計：173300 | |
| 要介護者数 | 658 万人 | | 4000 万人 |

出典：厚生労働省（2020）「令和 2 年社会福祉施設等調査の概況」、「高齢者向け住まいの概要」、厚生労働省（2019）「介護保険事業状況報告平成 31 年 3 月分」、人民資訊(2021)「全国高齢委員会:我が国には現在 4000 万人の生活能力を喪失した高齢者がいる」のデータより筆者作成

中国の高齢者福祉施設について、2019年6月末までに、入所型高齢者福祉施設数は2.99万カ所、コミュニティ老後サービス施設は14.34万カ所、介護サービスベッド数は合計735.3万床である¹¹³。「千人当たりの高齢者が持つ介護ベッド数41.77床」という数字であり、「千人あたりの高齢者介護ベッド数は50床」という国際標準に基づいて計算すると¹¹⁴、不足は明らかである。中国の高齢者福祉施設数は少なすぎ、しかもまだ現代的社会を実現していない状態で高齢化社会に入っている。そのため、超高齢者、独居高齢者、配偶者を亡くした高齢者、障害高齢者等の高齢者人口が著しく増加し、規模も大きく、高齢化のトレンドは顕著である。高齢者が増加すれば、当然、要支援・要介護者が増える。中国の要介護者数は、2021年には4,000万人であったが、ほかにも1億9000万人の高齢者が慢性病を患っている¹¹⁵。かつ中国の都市化のスピードアップによってもたらされた諸問題が未解決という特殊背景の下で、中国の老後問題が社会一般から広く注目を浴びているのである（表31参照）。

「第13回5年計画（2016-2020）の国家高齢者事業発展と老後体系建設計画」は中国の社会介護サービス体系の建設に対して、在宅介護を基礎として、社区（コミュニティ）を頼りに、機構（施設）を補完しながら、医療・介護を結合させた介護サービス体系を更に健全化し、提供力の向上と質の改善に取り組む。さらに多段階、多様化した介護サービスを便利かつ効果的に構築していくという発展目標を提出した¹¹⁶。

中国には現在、主に3つの老後方式があり、「在宅老後」、「社区（コミュニティ）老後」、「高齢者福祉施設老後」がある。「在宅老後」とは社区を基盤として、家族や親戚を中心に、年金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老後方式である。「社区（コミュニティ）老後」とは、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、軍人およ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のサービス等が含まれている。この中でも、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介護サービスに

¹¹³ 中国ニュースサイト(2019)「今年6月末現在、中国には各種高齢者福祉施設が2万9900カ所ある。」

(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=164571981072042318&wfr=spider&for=pc> 最終閲覧日：2020年12月13日)

¹¹⁴ 尹惠茹・袁華・石晓群・李文涛・安力彬(2016)「深刻な高齢化背景下にある中国の高齢者福祉施設の発展難局と対策」『中国高齢者学雑誌』, pp. 33-46.

¹¹⁵ 人民資訊(2021)「全国高齢委員会:我が国には現在4000万人の生活能力を喪失した高齢者がいる」

(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1718638368681555403&wfr=spider&for=pc> 最終閲覧日：2021年12月13日)

¹¹⁶ 国务院(2017)「关于印发“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划的通知国发13号」

(http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-03/06/content_5173930.htm 最終閲覧日：2020年7月2日)

分類される。「高齢者福祉施設老後」が「在宅老後」や「社区（コミュニティ）老後」と異なる点として、高齢者、特に生活の自立が制限されている高齢者に、より体系的・専門的介護サービスを提供できることである。つまり「社会化介護サービス」の一部として、高齢者の老後需要を満たし、「在宅老後」の欠点と力不足を補い、就業機会も増やせるということである。

2 日中の高齢者福祉施設の類型と特徴

(1) 日本の高齢者福祉施設の類型と特徴

高齢者福祉施設にはいくつかの種類があり、それぞれ利用目的や利用条件が異なる。ここでは、大まかな高齢者福祉施設の類型と特徴を紹介する。（表 32 参照）。

表 32 日本の高齢者福祉施設の類型と特徴

| 施設の類型 | 特徴 |
|-------------------------------------|--|
| 養護老人ホーム | 身体上又は精神上又は環境上の理由、及び経済的理由により、家庭での生活が困難な65歳以上の高齢者を入所させて、養護することを目的とする施設である。平成18年度より入所理由から「身体上及び精神上」が除外された。また、入所している方が介護保険サービスを利用する途が開かれた。 |
| 特別養護老人ホーム (介護老人福祉施設) | 65歳以上の高齢者で、身体上又は精神上の著しい障害があるため、常時介護を必要としかつ在宅生活が困難な高齢者に対し、入浴・排せつ・食事等の日常生活の世話、機能訓練、健康管理、療養上の世話を行うことを目的とした施設です。指定介護老人福祉施設とよばれ、要介護認定で要介護3以上（特例の要介護1・2）と判定された方が利用できる。 |
| 軽費老人ホーム 軽費老人ホーム A型 軽費老人ホーム B型 | 60歳以上を対象に、独立しての生活に不安がある人を受け入れる施設である。無料または低額な料金で利用できる。食事サービス付きの「A型」、自炊可能な人 |

| | |
|---|--|
| <p>軽費老人ホーム（ケアハウス）</p> <p>都市型軽費老人ホーム</p> | <p>のための「B型」、食事・生活支援サービスの付いた「C型（ケアハウス）」および「都市型」の4種類に分かれている。</p> |
| <p>老人福祉センター</p> | <p>地域の高齢者に対して相談に応じる施設である。健康増進・教養の向上・レクリエーションのための便宜が、総合的に提供されている。無料または低額な料金で利用できる。</p> |
| <p>有料老人ホーム</p> | <p>高齢者の心身の健康を保つための施設である。要介護者向けや、自立状態の高齢者向け等、入居者の状況に合わせて施設の種類が分かっている。老人福祉施設とは異なり、民間企業等により運営されている。</p> |
| <p>介護老人保健施設</p> | <p>在宅復帰を目的としたリハビリを行う施設。</p> |
| <p>介護医療院 (介護療養型医療施設)</p> | <p>長期的な医療サービスを必要とする方向けの施設。</p> |

出典：厚生労働省（2020）「令和2年社会福祉施設等調査の概況」

(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/20/index.html> 最終閲覧日：2022.2.8)

（2）中国の高齢者福祉施設の類型と特徴

「高齢者社会福祉施設基本規範」（民政部 2001年）では、中国の高齢者福祉施設（高齢者福祉施設）の名称について「高齢者社会福利院」「養老院」「高齢者アパート」「護老院」「護養院」「敬老院」「託老所」「高齢者サービスセンター」の8種類を挙げ注釈した（表33参照）。2001年の「基本規範」発表時点では、それぞれの施設の利用可能な対象者が明確に定められていない。「高齢者社会福祉施設基本規範」の発表から20年が経過するなかで、実際の個々の施設の施設名称については「家庭養老院」「養護院」「高齢者の家」「高齢者院」「養老センター」「療養センター」等非常に多様化している。

事実、本章で示す筆者の調査においても「〇〇福寿の家（〇〇福寿居）」や「〇〇夕陽赤（夕陽紅）」「〇〇療養院」等の名称で、一見して上記のいずれの種類に属するのかわけられない施設が存在していた。故に、民政部の「基本規範」は各地高齢者福祉施設の呼び方を総称したものであり、資金運営や管理による施設種類の分類ではないと理解する。そのような背景から、本論文でいう高齢者福祉施設とは一種の総称であり、具体的にはどのようなものを指すのかは示されていない。第5章は合肥市の高齢者福祉施設のランダムサンプリング調査であるため、どの性質の高齢者福祉施設であるかについても具体的には触れない。ここでは中国の高齢者福祉施設の種類について大まかに紹介することにとどめる（表33参照）。

表33 中国の高齢者福祉施設の種類と特徴

| 中国の高齢者福祉施設の種類と特徴 | |
|---|---|
| 施設の種類 | 特徴 |
| 高齢者社会福祉院 (Social Welfare Institution for the Aged) | 国が出資・運営・管理する。総合的に“三無高齢者”（扶養義務者が決められない、あるいは法定扶養義務者はいるが、扶養義務者が扶養能力がない場合、労働能力がない場合、生活源がない場合）、自立高齢者、要介助高齢者、要介護高齢者を受け入れ、無事に晩年を過ごせるよう設置された高齢者福祉サービス施設である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保険設備等いくつかのサービス設備を有している。 |
| 養老院 (Homes for the Aged) | 自立高齢者を専門的に受け入れる場合、または自立高齢者、要介助高齢者、要介護高齢者が無事に晩年を過ごせるよう設置された高齢者福祉サービス施設である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等いくつかのサービス設備を有している。 |
| 高齢者アパート (Hostels for the Elderly) | 高齢者がまとまって居住するための、高齢者の身体能力、心理状態の特徴に合わせたマンション式高齢者住宅である。飲食設備、清潔な空間、レクリエーション設備、医療保健等いくつかのサー |

| | |
|---|--|
| | ビス設備を有している。 |
| 護老院 (Homes for the Device-aided Elderly) | 要介助高齢者を受け入れ、晩年を無事に過ごすことができるように設置された高齢者福祉サービス施設である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等いくつかのサービス設備を有している。 |
| 護養院 (Nursing Homes) | 要介護高齢者を受け入れ、晩年を無事に過ごすことができるように設置された高齢者福祉サービス施設である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等いくつかのサービス設備を有している。 |
| 敬老院 (Homes for the Elderly in the Rural Areas) | 農村郷(鎮)、村に設置された“三無高齢者”、“五保”(衣、食、住、医、葬)高齢者と社会上の高齢者を受け入れ、晩年を無事に過ごすことができるように設置された高齢者福祉サービス施設である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等いくつかのサービス設備を有している。 |
| 託老所 (Nursery for the Elderly) | 高齢者を短期的に受け入れるためのコミュニティ高齢者福祉サービス場所である。日常生活を送るための設備、レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等いくつかのサービス設備を有していて、日托、全托、臨時托等に分けられる。 |
| 高齢者サービスセンター (center of Service for the Elderly) | 高齢者のために各種の総合的なサービスを提供するコミュニティサービス場所である。レクリエーション設備、リハビリ訓練設備、医療保健等の多項目または単項サービス施設と訪問サービス項目がある。 |

出典:中華人民共和国民生部(2001)が公布した「高齢者社会福祉施設ガイドライン」に基づいて筆者作成

3 佐賀県と合肥市の人口と高齢者福祉施設の概況

(1) 佐賀県と合肥市の人口の概況

1) 佐賀県は日本43県のうちの1つで、その下には10の市(佐賀市、唐津市、鳥栖市、多久市、伊万里市、武雄市、鹿島市、小城市、嬉野市、神埼市)と6つの郡(神埼郡、三

養基郡、東松浦郡、西松浦郡、杵島郡、藤津郡)があり、2020(令和2)年10月1日現在の推計人口は、808821人である。これは、2019(令和元)年10月1日の人口814211人と比較すると、1年間に5390人減少し、増減率は6.62%となっている。人口を年齢3区分別にみると、年少人口(0-14歳)108827人、生産年齢人口(15-64)447901人、老年人口(65歳以上)247737人であり、総人口に占める割合は、それぞれ13.5%、55.4%、30.6%となっている。これを前年と比較すると、年少人口は1353人(1.23%)減少、生産年齢人口は6875人(1.51%)減少、老年人口は2838人(1.16%)増加している¹¹⁷(表34を参照)。

2) 合肥市は安徽省の省都である。市に所属する管轄区である蜀山、瑶海、廬陽、包河と長豊県、肥東県、肥西県、廬江県という4県と県級市である巢湖市を含める。合肥市の第7回全国国勢調査(2021年)によると、合肥市の常住人口は936.99万人で、2010年の第6回全国国勢調査の745.7万人に比べて191.3万人増加し、25.7%増加した。年平均では2.3%増加し、10年間、全市の人口は急速に増加した。60歳以上の人口は143万人で15.3%を占め、そのうち、65歳以上の人口は112.3万人で12%を占め、第6回全国国勢調査と比較した人口の割合は、0~14歳は1.9%上昇、15~59歳は3.4%減少、60歳以上は1.6%上昇、そして65歳以上は2.8%上昇した¹¹⁸(表34参照)。

表34 佐賀県と合肥市の人口概況(2020年)

| 佐賀県と合肥市の人口概況 | | | 単位:万人 | |
|--------------|-------|-------|-------|-------|
| | 佐賀県 | | 合肥市 | |
| 指標 | 数量 | 比率(%) | 数量 | 比率(%) |
| 人口 | 80.88 | | 770.4 | |
| 年少人口 | 10.88 | 13.5 | 154.8 | 16.5 |
| 生産年齢人口 | 44.79 | 55.4 | 639.2 | 68.2 |
| 老年人口 | 24.77 | 30.6 | 112.3 | 12 |

出典:佐賀県と合肥市の人口データに基づいて筆者作成

¹¹⁷ 佐賀県政策部統計分析課(2020)「推計人口」
(<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00374169/index.html> 最終閲覧日:2021.8.13)

¹¹⁸ 合肥市統計局(2021)「合肥市第7回全国国勢調査主要データ状況」
<http://tjj.hefei.gov.cn/tjyw/tjgb/14735553.html> (最終閲覧日:2021年8月13日)

(2) 佐賀県と合肥市の高齢者福祉施設の概況

1) 佐賀県には、計 1426 の高齢者福祉施設がある。通所型高齢者福祉の施設数は 869、入所型高齢者福祉の施設数は 401、特定施設の施設数は 40、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の施設数は 58、介護老人保健施設の施設数は 40、介護医療院（介護療養型医療施設）の施設数は 18 である。佐賀県で、使用可能な病床数は 11682 で、高齢者 1000 人（65 歳以上 1 千人あたり）当たりの病床数は 47.15 であった¹¹⁹。75 歳以上の 1 千人あたりの施設数で計算すれば、佐賀県は 17.41 であり、日本の平均値は 12.40 であるため、佐賀県の高齢者福祉施設数は全国平均値より 5.01 高い。同様に、75 歳以上の 1 千人あたりの病床数で計算すれば、佐賀県における 75 歳以上の 1 千人あたりの病床数では 83.79 で、日本平均値である 76.41 より 7.38 高い。

佐賀県では、高齢者施策を保健・福祉・医療等の観点から総合的に推進し、明るく活力のある豊かな長寿社会を実現することを目的とする「さがゴールドプラン 21」（佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画）を 2000（平成 12）年に策定し、3 年ごとに見直しを行っている。2021 年 3 月に、2021 年度から 2023 年度の 3 か年を計画期間とする「第 8 期さがゴールドプラン 21」を策定した。この計画においては、いわゆる団塊世代が 75 歳以上となる 2025 年、さらにはいわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上となる 2040 年に向け、地域共生社会の実現を見据え、地域包括ケアシステムの推進を目標として、2040 年までのサービスや給付等の水準を推計した上で、中長期的な視野に立った施策の展開を図っていく（表 35 参照）。

2) 合肥市民政局のデータによると、2019 年時点、合肥市の公営高齢者福祉施設は 112 カ所、社会性質の高齢者福祉施設は 51 カ所、運営の届出が完了した民営高齢者福祉施設は 52 カ所だった、使用可能な病床数は合計 50803 床で、高齢者 1000 人（65 歳以上 1 千人あたり）当たりの病床数は 45.24 であって、全国平均値より 3.47 高い。また農村特別養老介護区 69 カ所、コミュニティ老後サービスセンター 425 カ所、都市部コミュニティ高齢者福祉施設のカバー率は 93.28%、農村のカバー率は 75.58%を建設した¹²⁰。このような供給量から見ると、合肥市全市の数百万人の高齢者のうち、一部だけ介護サービスを楽しむことができ、残り的高齢者は入居したくても病床がないという状態にあることを意味している。

¹¹⁹ 佐賀県（2020）「地域医療情報システム」（<https://jmap.jp/cities/detail/pref/41> 最終閲覧日：2021.9.2）

¹²⁰ データは、安徽省合肥市民政局介護サービス処（内部データ）からの出所である。

2017年民政局は「合肥市社会老後サービス体系の建設実施方法」に焦点を当て、コミュニティ老後サービスによって在宅老後を支持し、高齢者福祉施設と協力して介護サービスを健全化し、老後供給を完備するよう要求した。2018年、市政府は「合肥市在宅・コミュニティ老後サービス改革試行箇所実施案」を発表し、政府の扶助、社会の参加という方針を明確にした。県レベル、街道、コミュニティ老後ステーションを貫通させ、普及可能、持続可能、市場化できる本土の老後モデルを形成した。2019年、財政局と民政局は共同で「合肥市社会老後サービス体系と老後スマート化建設実施方法」を発表し、老後サービス「インターネット+」管理プラットフォームを通じて、老後資源データベース、老後マップ、施設監督管理、「コミュニティ・在宅老後」の監督管理、総合評価分析等の内容を融合させ、スマート化の介護サービス体系の建設を推進することを提案した(表 35 参照)。

表 35 佐賀県と合肥市の高齢者福祉施設の概況

| | 佐賀県 | | 合肥市 | |
|-----------------------------------|--|-----|--|-----|
| 施設数 | 通所型高齢者福祉施設 | 869 | 公営高齢者福祉施設 | 112 |
| | | | 社会性質の高齢者福祉施設 | 51 |
| | 入所型高齢者福祉施設 | 401 | 民営高齢者福祉施設 | 52 |
| | 特定施設 | 40 | 農村特別養老介護区 | 69 |
| | | | コミュニティ老後サービスセンター | 425 |
| | 介護老人福祉施設 (特別養護老人ホーム) | 58 | | |
| | 介護老人保健施設 | 40 | | |
| | 介護医療院 (介護療養型医療施設) | 18 | | |
| | 合計：1426 | | 合計：709 | |
| 使用可能な病床数 | 11682 | | 50803 | |
| 高齢者 1000 人（65 歳以上 1 千人あたり）当たりの病床数 | 47.15 | | 45.24 | |
| 関連制度 | 「第 8 期さがゴールドプラン 21」 (佐賀県高齢者保健福祉計画・佐賀県介護保険事業支援計画) 等。 | | 「合肥市社会介護サービス体系の建設実施方法」、「合肥市在宅・コミュニティ介護サービス改革試行箇所実施案」、「合肥市社会介護サービス体系と養老スマート化建設実施方法」等。 | |

出典：佐賀県（2020）「地域医療情報システム」（<https://jmap.jp/cities/detail/pref/41> 最終閲覧日：2021.9.2）、佐賀県（2022）「高齢者福祉・介護保険」（<https://www.pref.saga.lg.jp/list00571.html> 最終閲覧日：2022.2.10）と安徽省合肥市民政局介護サービス処（内部）からのデータである。

4 合肥市の高齢者福祉施設の調査現状

(1) アンケート調査の概要と方法

今回の調査は、合肥市の「高齢者福祉施設の現状」および「在住高齢者の現状」を設計し実施した。抽出した高齢者福祉施設に出した施設向けアンケートは45部、いずれも有効回答で、アンケートの回収率は100%であった。さらに合計900人の在住高齢者に対して個人アンケートを配布し、回収後、情報の不完全なサンプルを除いた有効個人アンケートは828件、回収率は92%であった（表36参照）。中型都市合肥市を代表的サンプルとして、合肥市の215の高齢者福祉施設リストから、行政区画および高齢者福祉施設の病床数によってランダムに高齢者福祉施設45ヶ所を抽出した。そのうち小規模施設37（入居者数<200）、中規模施設6（入居者数200~1000）、大規模施設2（入居者数>1000）である。抽出した45の施設の在住高齢者情報に番号を付け、10歳ごとに1つの年齢組とし、各年齢組の人数を200人、合計800人以上にした上で、高齢者福祉施設の入居者数の規模に合わせて、層化比例抽出を行い、900人を抽出して調査サンプルを作った。調査後、無効情報を取り除いた有効サンプル数は合計828名を今回の研究対象とした（具体的なサンプル構成は表36を参照）。

自記式アンケート、調査票は社区の職員が配布・回収を行った。EpiData 3.1ソフトウェアでデータベースを作成し、データの入力とロジック検査を行った。SPSS 12.0ソフトウェアを用いて統計学的に分析し、 χ^2 を用いて高齢者福祉施設の介護サービスに影響する各要素の著しい差異を検証・分析した。結果は、有意水準5%以下を有意とした。重回帰分析（Stepwise法）を行い、Stepwise法で変数の組み入れと削除を行い、高齢者福祉施設のサービス満足度の各要素の分析を行った。

表 36 高齢者福祉施設の高齢者調査サンプルの構成

| 年齢組 (y) | 高齢者福祉施設の病床数規模 | | | 合計 |
|---------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| | 小規模 | 中等規模 | 大規模 | |
| 60~ | 148 (141) | 30 (30) | 40 (38) | 218 (209) |
| 70~ | 148 (138) | 30 (30) | 50 (40) | 228 (208) |
| 80~ | 148 (130) | 30 (30) | 58 (50) | 236 (210) |
| 90~ | 148 (131) | 30 (30) | 40 (40) | 218 (201) |
| | 592 (540) | 120 (120) | 188 (168) | 900 (828) |

(2) 倫理的配慮

人権擁護の観点を守り、対象者のプライバシーに関わる個人情報は一切公表しない。全ての調査に関して、研究以外には一切利用しない。研究実施代表者および研究責任者が研究終了後にフラッシュメモリおよび紙データは、切断、粉碎する等、責任を持って完全処理を行う。個人のプライバシーに関する事項については、守秘を徹底する。研究の参加は任意であり、研究不参加あるいは研究を途中でとりやめても、不利益を受けることはないことを説明する。なお本調査については、西九州大学倫理審査委員会の承認（番号：20RNV03）を得ている。

(3) アンケート調査の結果分析

1) 合肥市高齢者福祉施設の現状分析

① 高齢者福祉施設の入居率

調査した高齢者福祉施設は45カ所、合計4,662人が入居し、平均入居率は49.6%、つまり半分の病床が空いている。このうち、小規模と大規模高齢者福祉施設の入居率は比較的高く、それぞれ56.4%、56.7%で、中等規模の入居率は最低で37.1%となっている（表37参照）。この結果から見ると、高齢者福祉施設はまだ中国の住民に広く受け入れられていない。

表 37 合肥市高齢者福祉施設の入居率

| 高齢者福祉施設 の規模（病床数） | 料金の水準 （元 / 月） | 平均病床数 （人） | 平均入居者数 （人） | 平均入居率（%） |
|---------------------|------------------|--------------|---------------|----------|
| 小（≤200） | ≤1000 | 98.4 | 55.5 | 56.4 |
| 中（～1000） | ～4000 | 561.2 | 208.2 | 37.1 |
| 大（>1000） | >4000 | 1200 | 680 | 56.7 |
| | | 209 | 103.6 | 49.6 |

② 高齢者福祉施設のサービス項目

サービス項目から見ると、主に4種類に分けられる。生活介護、娯楽サービス、保健サービスと特殊看護である。施設の調査結果によると、現在のところ、高齢者福祉施設内で

の介護サービスの内容は、全体的に簡単で、主に生活介護サービスで、普及率は最高で100%に達している。次に娯楽サービスの項目の中で、本を読む、テレビを見る、ラジオを聞くが62.7%を占める。個人的なサービス項目、例えば、趣味に関するレッスン、保健サービス、特殊看護等は少ない（図24参照）。

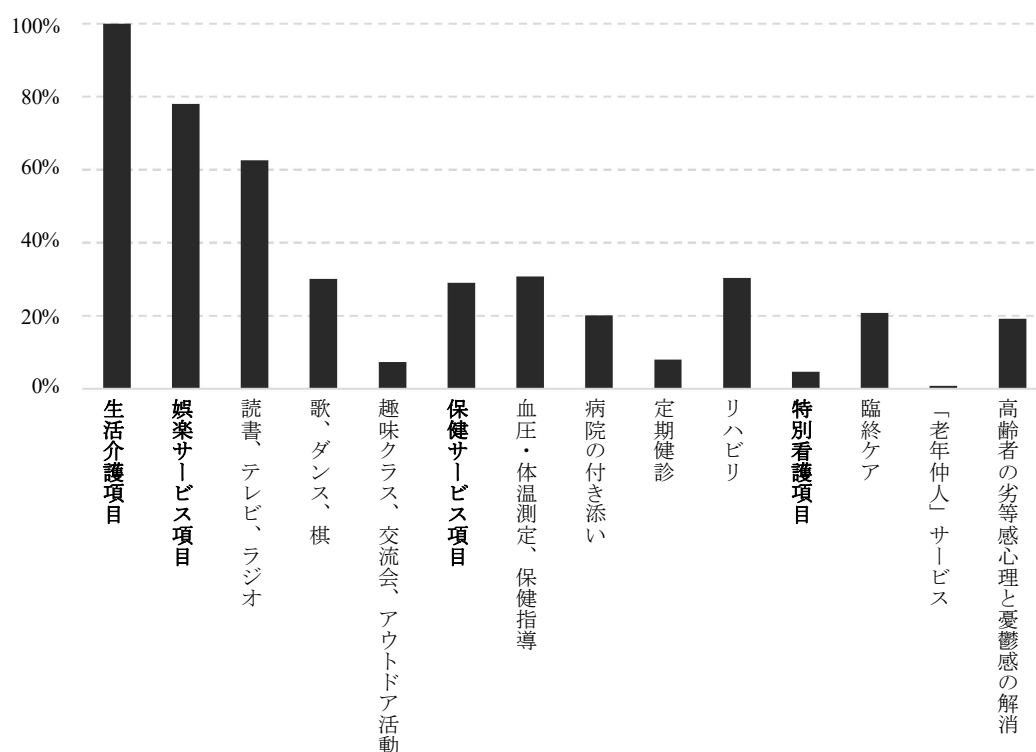


図24 高齢者福祉施設のサービス項目の構成

③ 高齢者福祉施設におけるサービス用施設

高齢者福祉施設のサービス用施設は主に3種類で、生活施設、住居施設、医療施設である。調査の結果、高齢者福祉施設のサービス用施設は全体的にやや簡単であり、生活施設の普及率は最高で100%である。次は救急医療施設である。特色のあるサービス施設、例えば、スマートルーム、多機能医療施設等は少ない（図25参照）。

④ 高齢者福祉施設のサービススタッフ

図26によると、高齢者福祉施設の管理者数は、5人以下が48.1%である。医師、看護師、介護スタッフと高齢者の比率は極めて低く、かつ医療関係者の離職率は高く、安定性も低い。管理者および介護者の文化レベルが低い、年齢が高い、労働時間が長い等の特徴が見られる、高齢者施設のサービス品質が全体的に低く、サービススタッフのレベルを向上させる必要があることが分かる。

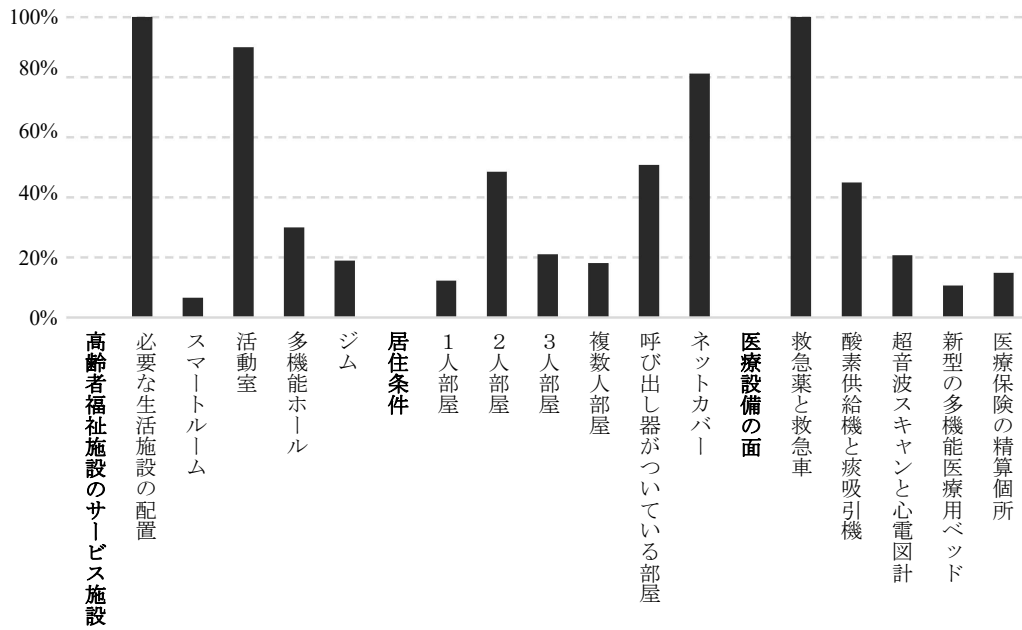


図 25 高齢者福祉施設のサービス用施設の構成

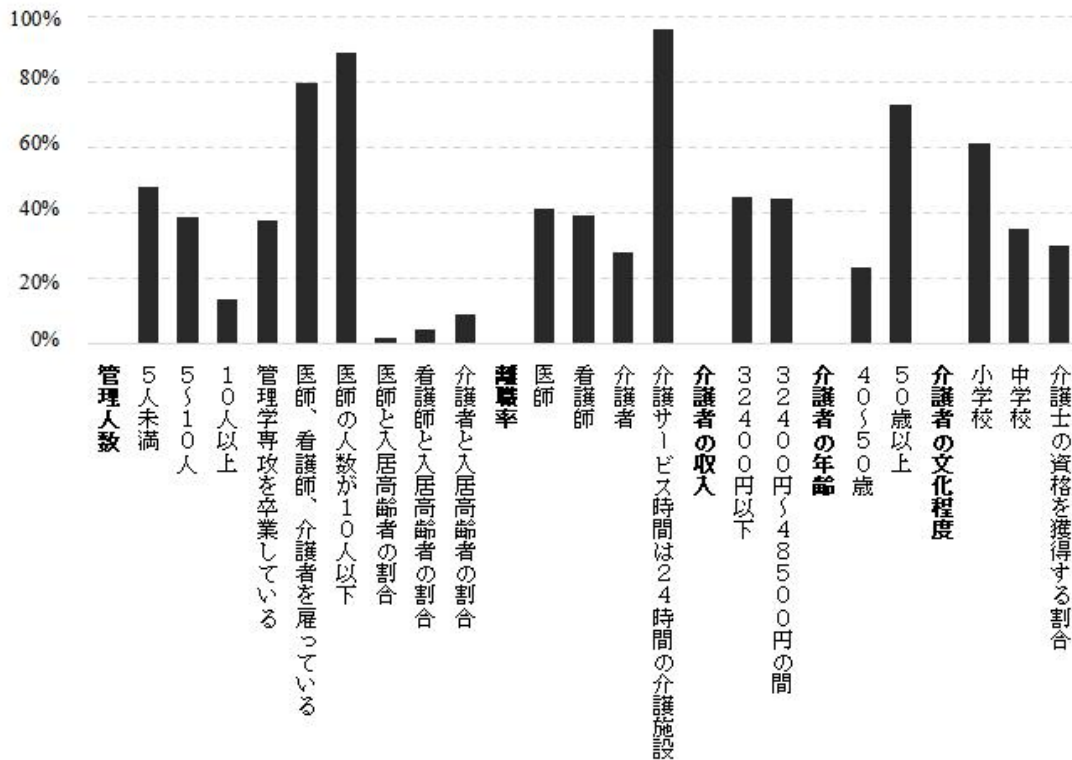


図 26 高齢者福祉施設のサービススタッフの構成

2) 高齢者福祉施設のサービス満足度への影響要因の分析

高齢者福祉施設のサービス水準は多くの要素に関連している。高齢者福祉施設の高齢者サービスに対する満足度を対比分析したところ、 χ^2 検定により、高齢者福祉施設のサービス体系の整備、具体的には、サービス項目（生活介護、娯楽サービス、保健サービス）、サービス施設（生活施設、居住施設、医療施設）、サービススタッフの配置（管理者、看護師）の P 値はすべて < 0.05 のため、データは統計学的意義を持っていると判断した。また、高齢者福祉施設のサービス満足度に対して著しい差があり、サービス体系建設という要素が高齢者福祉施設のサービス水準に著しく影響している（表 38 参照）。

また高齢者個人の要素もサービス満足度に影響を与えていることがわかった。例えば、性別、文化程度、婚姻歴、経済収入、在住箇所の位置、月収水準、養老費用支出等の各要素の P 値は平均でいずれも < 0.05 であるため、データは統計学的意義があると説明することができる。高齢者福祉施設のサービス満足度と著しい差異があり、主に高齢者女性の不満は明らかに男性より高い。また、文化レベルが高いほど、不満が高くなる。結婚歴のある方の不満は未婚者より高い。農村に住んでいた高齢者の不満は都市部の高齢者より高い。経済収入の高い高齢者は低収入の高齢者より満足度が低い。養老費用が高ければ高いほど、満足度が低いという傾向であった（表 39 参照）。

表 38 高齢者福祉施設のサービス体系がサービス満足度に与える影響分析

| 影響要因 | 満足 (%) | 不満 (%) | P |
|-----------------|--------|--------|---------|
| サービス項目 | | | |
| 生活介護項目 | 10.1 | 89.9 | 0.028* |
| 娯楽サービス項目 | 6.5 | 93.5 | 0.000** |
| 保健サービス項目 | 4.9 | 95.1 | 0.012* |
| 特別看護項目 | 51.8 | 48.2 | 0.428 |
| サービス施設 | | | |
| 生活施設 | 38.2 | 61.8 | 0.000** |
| 居住施設 | 46.2 | 53.8 | 0.000** |
| 医療施設 | 19.8 | 80.2 | 0.000** |
| サービススタッフ | | | |
| 管理者 | 9.7 | 90.3 | 0.000** |
| 医者 | 42.1 | 57.9 | 0.329 |
| 看護師 | 39.3 | 60.7 | 0.136 |
| 介護師 | 4.9 | 95.1 | 0.012* |

注：* P < 0.05, **P < 0.01

表 39 高齢者福祉施設の高齢者の個人要因がサービス満足度に与える影響分析

| 個人的な要因 | 満足 (%) | 不満 (%) | P |
|-----------------|--------|--------|---------|
| 年齢 | | | |
| 60～ | 9.5 | 90.5 | |
| 70～ | 8.6 | 91.4 | 0.079 |
| 80～ | 3.6 | 96.4 | |
| >90 | 2.1 | 97.9 | |
| 性別 | | | |
| 男 | 9.7 | 90.3 | 0.000** |
| 女 | 0.6 | 99.4 | |
| 文化程度 | | | |
| 高校以下 | 5.4 | 94.6 | 0.038* |
| 大学および以上 | 2.3 | 97.7 | |
| 婚姻 | | | |
| 未婚 | 38.1 | 61.9 | 0.000** |
| 既婚 | 0.0 | 100.0 | |
| 離婚/配偶者死亡 | 2.7 | 97.3 | |
| 家庭位置 | | | |
| 都市 | 6.8 | 93.2 | 0.012* |
| 農村 | 4.6 | 95.4 | |
| 月収水準 (元) | | | |
| <1000 | 9.9 | 90.1 | 0.028* |
| ～2000 | 8.7 | 91.3 | |
| >3000 | 3.4 | 96.6 | |
| 負担する養老費 | | | |
| 高い | 0.5 | 99.5 | 0.000** |
| 普通 | 3.1 | 96.9 | |
| 低い | 42.9 | 57.1 | |

注：* P < 0.05, **P < 0.01

3) 高齢者福祉施設のサービス満足度に関する重回帰分析

上記の高齢者福祉施設のサービス満足度の単一要因の分析結果を踏まえ、重回帰分析 (Stepwise 法) を採用し、高齢者福祉施設のサービス体系建設要素におけるサービス項目、サービス施設、サービススタッフおよび高齢者個人要素である性別、文化程度、婚姻、経済、家庭位置等を独立変数とし、高齢者福祉施設のサービス満足度を目的変数とする (満足=0、不満=1)、Stepwise 法を用いて変数の組み入れと除外をして重回帰分析を行った。他の変数の潜在的な混雑作用を調整した結果によると、高齢者の性別、婚姻歴、家庭位置および経済的要因が満足度に与える影響がより顕著である ($P < 0.01$) ことが分かった (表 40 を参照)。その中で、「経済的要因 (月収水準)」が施設の満足度に最も影響を与え、そのオッズ比 (OR 値) は 60.235 で、関連係数 β も 0 より大きいため、月収の高い高齢者が高齢者福祉施設サービスに対する満足度の影響は月収が低いことの 60.235 倍であることが分かった。同じように、「高齢者女性」が高齢者福祉施設サービスに対する不満は高齢者男性の 14.342 倍である。

表 40 高齢者福祉施設の高齢者の高齢者福祉施設のサービス満足度に関する重回帰分析

| 変数と代入 | β | SE | χ^2 | P | OR | 95%CI |
|----------------------|---------|-------|----------|---------|--------|---------------|
| 定数項 | -7.620 | 2.418 | 9.927 | 0.002** | 0 | |
| 性別 | | | | | | |
| 女 vs 男 | 2.663 | 0.806 | 10.909 | 0.001** | 14.342 | 2.953~69.658 |
| 婚姻状況 | | | | | | |
| 離婚/配偶者死亡 vs 未婚 | 1.772 | 0.621 | 8.144 | 0.004** | 5.880 | 1.742~19.852 |
| 家庭位置 | | | | | | |
| 農村 vs 都市 | 1.942 | 0.739 | 6.915 | 0.009** | 6.975 | 1.640~29.671 |
| 月収の水準 | | | | | | |
| 500 元以上 vs 500 元以下 | 4.098 | 1.145 | 12.806 | 0.001** | 60.235 | 6.383~568.434 |
| 養老費用は高いと思いますか | | | | | | |
| 一般 vs 高 | -1.451 | 0.921 | 2.480 | 0.115 | 0.234 | 0.039~1.426 |
| 低 vs 高 | -5.179 | 0.868 | 35.597 | 0.001** | 0.006 | 0.001~0.031 |

注： **P < 0.01

本分析の結果、高齢者福祉施設のサービスの改善について、サービス用施設の整備とサービススタッフの水準の向上を目指すほか、高齢者の経済条件、個人差（性別、婚姻歴、家庭）および個人のニーズを考慮しなければならないということである。

5 佐賀県のアンケート調査結果との比較分析

アンケート調査の表 30 のデータから見て、大規模、中規模、小規模の高齢者福祉施設でも平均入居率は 56.7%以下で、総平均入居率は 49.6%にとどまり、現段階では合肥市の高齢者福祉施設の入居率が低いことを示している。日本の佐賀県健康福祉部長寿社会課が実施した介護サービス事業所の実態に関するアンケート調査によると、佐賀県の高齢者福祉施設の平均入居率は 91.3%である。中国と日本の入居率の差がこんなに大きい原因は、主に以下のいくつかの面から生じていると考えられる（表 41 参照）。

（1）高齢者福祉施設のサービス項目およびサービス施設の違い

日本の高齢者福祉施設は主に生活、娯楽、保健、特別看護という 4 つの種類を主なサービス内容としており、大まかな分類では差があまりないが、これを踏まえてより細かい分類がある。しかも、日本では、高齢者に向けた、インテリジェント化のサービス設備は中国より多く、しかも配備率は高い。例えば新型の多機能の介護ベッド、先進的な入浴設備、多機能便器、高齢者向けのトイレ等。特に病床数について、日本の高齢者福祉施設内の多くは個室と 2 人部屋であり、中国の高齢者福祉施設内の多くは 2 人部屋、3 人部屋、多人数部屋であり、最も多い場合、8 人部屋の状況も現れている。娯楽プロジェクトについて、日本では各種の趣味クラスや交流会はほとんど毎日行われており、高齢者の交流をよりよくするために、アウトドア活動の頻度も高い。また、施設内には医療室やリハビリ室が設置され、PT（理学療法士）・OT（作業療法士）が関与している。

合肥市のアンケート(図 24)によると、高齢者福祉施設が提供する 4 大サービス項目の中で、簡単な生活介護サービスおよび文化娯楽項目の中の本を読む、テレビを見る、ラジオを聞くという割合が比較的高い以外、残りの項目の提供率はいずれも 40%以下である。大多数の高齢者福祉施設は簡単な生活介護サービスと娯楽項目を提供しているのは、生活介護サービスの技術性が医療保健サービスより低いため、従業員が短期研修を経てから着任できるからである。医療保健サービスは専門医療従事者に依存するが、高齢者福祉施設の内部の医療・看護人員の数自体が少なく、加えて高齢者福祉施設のサービス理念が遅れ、

顧客視点の思考が足りない。もう1つの原因は、簡単な生活介護サービス・娯楽項目を提供するためのコストが低いからである。図25によると、高齢者にとって欠かせない医療施設の中で、救急薬や救急車の割合が高いが、ほかはいずれも低い。主な原因として、第1に、ハードウェア施設のコストが高く、特に医療、リハビリ等の設備は、高齢者福祉施設の配置を阻害する重要な要素である。また、関連設備のオペレーター不足も設備の配置数が低い原因である。調査によると、設備を配置すると同時に、それを操るオペレーターが必要である。例えば、リハビリ設備にPT（理学療法士）を配備する必要があるが、高齢者福祉施設は現在のところ、設備とその後のコストを負担できない。第2に、高齢者福祉施設の建物はほとんど賃貸に属しているため、改装しにくい。一部の住宅は建設当初に、高齢者福祉施設の建設基準に従って計画し、設計を行わないため、後期の改装が難しくなり、規定の基準に達することができない。

以上から、高齢者福祉施設が提供するサービスは主に費用の節約、操作しやすいという2つの特徴を持っており、加えて提供するサービスはほとんど類似している。入居者の個人的需要の違いを考慮することが少ないのは高齢者福祉施設が市場調査とセグメント意識に欠け、高齢者の需要を同質化しているためである。一方、現在の大部分の高齢者福祉施設は建設の重点をハードウェアとしてのサービス施設に置いており、高齢者が本当に気になるサービスと精神的需要を見落としているため、需給のズレが深刻になっている。高齢者は身体的能力、経済能力、趣味等が多様であり、サービスに対する需要は実際に大きな違いがある。単一化されたサービス内容、簡単な生活施設、立ち遅れた医療施設によって、異なる訴求を持つ高齢者の個性的需要が満たされなくなり、高齢者の高齢者福祉施設に対する満足度が低下し、最終的には施設入居率が低いことになったわけである。

（2）介護者の違い

佐賀県のアンケート調査によると、高齢者福祉施設の介護者の離職率は0.09%であった。介護者の月収が10万円以下の割合はわずか0.6%であり、介護者の35.6%が月収15万～20万、38.3%が月収20～25万円である。介護者の年齢が50歳以上が32.9%であり、中卒は4.3%にすぎず、高等学校（介護福祉関係の学科、その他）の学歴は57.1%、高等専修学校および短大卒の割合は28.4%、大学および大学院卒の割合は8.5%で、その他は回答していない場合である。そして、80.1%の介護者は週40時間以上勤務している。

合肥市のアンケート調査（図26）によると、介護者の離職率は27.8%である。介護者の

月収は3万2400円以下の割合は45%であり、介護者の年齢は50歳以上の割合が73%である。小卒の割合は61.1%であり、中卒の割合は35.2%である。また、介護者の60%は毎日24時間勤務し、高齢者と同居している。

このことから、佐賀県の介護者のデータと比べると、合肥市の高齢者福祉施設の介護従業者は学歴程度が低い、年齢が高い、労働時間が長い、収入が低い、専門性が低い等の特徴がある。その原因を分析すると、いくつかの面に表現される。

第1に、高齢者福祉施設の仕事環境が悪く、収入が低く、仕事のプレッシャーが大きい。高齢者福祉施設のサービス対象は、主に生活能力喪失者、半生活能力喪失者であるため、労働時間が長く、環境が悪く、プレッシャーが大きい等の問題がある。しかしその割には待遇が低く、収入と仕事量に比例しない現状がある。

第2に、職業の認知度が低く、発展や昇進の機会が少ない。社会は高齢者福祉施設関連の仕事に従事することに対して偏見があり、これは不名誉な仕事だと認識することが多いため、従業者はあるべき尊重が得られない。しかも、従業者に対するキャリア計画が不足しているため、若者に対する魅力がないことも、労働者採用難、人員不足の原因である。

第3に、人員の流動メカニズムが不完全で、仕事の圧力が大きかったり、あるいは他の仕事の機会を見つけると人員は転職してしまう。同時に整った人材募集ルートが不足し、人員が流出してしまうと、仕事が新しい人に引き継がれない問題があり、特に介護スタッフの場合なおさら深刻である。高齢者介護の仕事は一定の技術要求があり、一人前の養老介護者の育成時間は長く、正式な仕事に就く前にある程度の期間で訓練を受けなければならない。しかも仕事の中で絶えず実践しなければならない。しかし、介護者の流動性は最も大きく、介護者の流出は高齢者福祉施設にとって大きな損失である。

第4に、研修指導が不足している。専門性が強くないので、理論的知識を強調しすぎて実践操作の指導が不足している問題があり、高齢者福祉施設の従業者に専門的介護サービス技能が不足している。また、管理職が専門ではなく、医療関係者の流動性も高いため、サービスチームが不安定になり、知らず知らずのうちに高齢者の心理的ストレスを増やし、高齢者福祉施設の運営とコストの増加にも影響し、最終的には高齢者福祉施設の低入居率をもたらしている。

(3) 在住高齢者の満足度の違い

佐賀県の社会福祉法人凌友会のアンケート調査¹²¹によると、介護サービスに対する高齢者の満足度は86%だったのに対し、合肥市のアンケートでは、介護サービスに対する高齢者の満足度は20%にとどまった。高齢者福祉施設が提供するサービス項目について、項目量、品質が入居高齢者のニーズを満たせるかどうか施設運営の鍵であり、高齢者を引き付ける重要な部分でもある。そのためサービス項目が少ない、内容が足りない、介護者が少ない、専門家の技量が低い等はいずれも高齢者の満足度に影響を与える。高齢者は個人差があるため、サービスに対する需要にも大きな差がある。高齢者福祉施設を選ぶ時、高齢者とその親族は最もサービスの質に関心を持っているが、サービスの質はまたサービス項目、サービス施設と環境、サービスレベルと職員の態度等に関連している。

一方、現在の中国の高齢者福祉施設の現状は、養老の需要に比べてまだギャップが大きいので、入居率が低い。また、医療サービスは高齢者の最も基本的な硬直的需要であり、図25から分かるように、医療保険の範囲に組み入れられた医療・養老を結合した高齢者福祉施設は14.84%にすぎず、数が少なすぎるため、高齢者の診察に対する硬直的需要を明らかに満たすことができない。そして、医療保険の範囲に組み入れられない医療サービスも高齢者にとって大きな経済的な負担になる。中国と日本との最も大きい違いは、中国には高齢者向けの介護保険制度がなく、すべて医療制度に頼るしかないが、医療制度には高齢者向けの医療制度がない。そのため、高齢者の介護、治療等の一連の問題が深刻になりつつある。

(4) 中国特有の伝統文化

中国の高齢者福祉施設の入居率が低いのはもう1つの特別な原因があり、それは中国特有の伝統文化と深く関係している。伝統文化が間接的に高齢者福祉施設の介護サービスにおける地位を弱体化させている。「孝道文化」は中国の伝統文化の代表的要素である。「子どもを養うのは老後のためである」という暗黙の法則は、中国人の精神に深く根ざしている。この思想は歴史発展の潮流となり、家庭養老の基盤となっている。外部要因から見ると、高齢者が子どもから離れ、高齢者福祉施設で養老するということは、社会的親不孝として評価される。そのため、自然的に高齢者福祉施設に対して抵抗感と反発の気持ちが強

¹²¹ 社会福祉法人凌友会 (2021) 「社会福祉法人凌友会アンケート報告」
(<http://www.ryoyuukai.jp/houkoku.html> 最終閲覧日：2021.7.3)

く存在する。このような社会的プレッシャーの中で、高齢者福祉施設を選ぶ高齢者は少なくなる。内的要因からいえば、高齢者の多くが孝道思想の影響で、依然として「在宅養老」を選ぶ傾向がある。これが客観的に高齢者福祉施設サービスの発展を制限している。社会的認知が変化しない限り、高齢者自ら高齢者福祉施設に入居することはない。親の子どもに対する遠慮と子どもの親に対する高齢者福祉施設への入居反対が、施設への抵抗感として表れている。このことから、人々の思想意識から見ると、ほとんどの人は高齢者福祉施設を選びたがらないということが分かる。

表 41 佐賀県のアンケートと合肥市のアンケートの比較概況

| | 佐賀県 | | 合肥市 |
|--------|------------|----------------------|---|
| 平均入居率 | 91.3% | | 49.6% |
| サービス項目 | 生活介護項目 | 100% | 100% |
| | 娯楽サービス項目 | 98% | 78% |
| | 保健サービス項目 | 96% | 29% |
| | 特別看護項目 | 81% | 4.6% |
| サービス施設 | 必要な生活施設の配置 | 100% | 100% |
| | 居住条件 | 多くは個室である。 | 個室、2人部屋、3人部屋、多人数部屋であり、最も多い場合、8人部屋の状況も現れている。 |
| | 医療設備 | 基本的に必要な医療施設が整備されている。 | 救急薬と救急車を提供する割合が高く、他の医療設備の配置は少ない。 |
| 介護者 | 離職率 | 0.09% | 27.80% |
| | 月収 | 10万円以下：0.6% | 3万2400円以下：45% |

| | | | |
|-----------|------|---|----------------------------------|
| | 年齢 | 50 歳以上：32.9% | 50 歳以上：73% |
| | 勤務時間 | 介護者の 80.1%は週 40 時間以上勤務している。 | 介護者の 60%は毎日 24 時間勤務し、高齢者と同居している。 |
| | 学歴 | 中卒：4.3% 高等学校：57.1% 高等専修学校および短大：28.4% 大学および大学院：8.5% | 小卒：61.1% 中卒：35.2% |
| 在住高齢者の満足度 | | 86% | 20% |

6 中国の老後保障制度の建設に存在する主な問題

第 4 章では制度面で老後保障制度に対して詳しく比較を行って見たが、本章では実践の形を通じて日中高齢者福祉施設の比較を行った。より明確に中国高齢者福祉施設の問題を認識するために、単回帰、重回帰の分析方法を用いて、中国高齢者福祉施設の低入居率の原因を見極めてみたい。2018 年 12 月 29 日「中華人民共和国高齢者權益保障法」第 5 条の規定によると、国家は多段階にわたる社会保障体系を構築し、高齢者に対する保障水準を段階的に向上させた。国家は在宅を基礎に、コミュニティを頼りに、施設を支えとする社会老後サービス体系を確立し、整備する。中国の高齢化が加速するにつれて、伝統的な家庭老後パターンはますます多くの挑戦を受けるようになった。一方、施設介護モードは日に日に人々の愛顧を受け、需要量は徐々に増大していく。国家老後サービスシステムにおける施設老後介護の需給バランスが崩れているため、その地位が「補充」から「支え」へのという根本的転換が大勢であり、それがやがて中国老後産業の黄金時代へと導く。高齢者福祉施設は、高齢者、特に生活能力が制限されている高齢者により体系的かつプロなケアサービスを提供することができる。社会化老後サービスの一部として、高齢者の老後需要を満たせるだけでなく、在宅老後ケアの不足と力不足を補い、労働就職機会を創造することもできる。社会経済水準の継続的な発展と人々の生活水準の向上に伴い、施設老後介護は中国老後保障分野での地位は絶えず上昇し、将来はさらに重要な地位を占めることになる。高齢者福祉施設や在宅介護、コミュニティ介護どちらを選んでも、それぞれの利点

と弊害がある。制度と実践の比較を通じて、中国の老後保障制度の建設は大きな業績を得たが、現在の制度の安定性、公平性と効率性はまだ改善の余地が多分にあり、老後保障制度の持続可能な発展能力を強化する必要もある。現在、中国の老後保障制度の建設には以下のいくつかの面で問題がある。

(1) 政策支持が不足で、法律体系の整備の遅れ

社会老後保障制度の建立と運営は、法律法規体系の強制性と規範性によって実施を保障し、政府、企業と個人の利益を調整し、広範な人民大衆の切実な利益を守る必要がある。日本は老後保障制度の法律体系の整備を非常に重視しており、立法先行は完備された社会老後保障制度を構築するための重要な条件である。一方、中国の老後保障制度の建設は遅れており、レベルも比較的低い。社会老後保障制度は健全ではなく、社会老後保障文化が欠けている。高齢者福祉施設に対するアンケート調査分析を通して、中国高齢者福祉施設内のサービス施設が簡単で、サービス項目が少なく、介護者の学歴が低いだけでなく、年齢が高く、提供できるサービスの質が望めないという一連の問題を発見した。これはつまり、関連の政策と相応の法律体系が不足しているからである。中国の老後保障の現状は老後保障サービスの供給不足を呈しており、老後保障の法律政策の断片化傾向が厳しくなっている。

近年、国はいくつかの老後サービス業の関連政策を打ち出したが、総じて言うと、いずれも縦割り行政の政策で、協調性に欠けている。具体的には、以下のいくつかの面に現れている。

まず、科学的な計画に欠けている。2000年以降、国は一連の老後に関する政策を出している。例えば、「健康と老後サービスプロジェクトの建設の加速に関する通知（2014）」、「健康中国2030計画要綱（2016）」、「老後サービス発展の推進に関する意見（2019）」等。しかし、全体的には、これらの政策はいずれもある面について計画されたものであり、計画には具体性と統一性が不足しているように見える。老後サービス体系の建設は困難な任務であり、国が全体的に考え、計画を統一し、統括手配をする必要があり、科学規範の政策体系を形成する必要がある。

次に、統一的な業界基準が不足し続けている。現在、老後サービスの提供種類はマクロの分類にすぎず、提供するサービスの標準は統一されていない。高齢者福祉施設に対するアンケート調査分析を通して、各地の高齢者福祉施設も自身の状況によって決められてい

る。そのため、サービスの範囲は狭く、特定の高齢者だけに対応し続ける。サービス内容は単一で、生活の世話を重視するだけで、リハビリと精神的ケアを軽視している。サービス項目はあるが、このサービスに対する具体的な規定は見られない。統一された業界基準がないため、老後サービスの範囲、内容、品質は保証できない。

最後に、統一的な監督管理措置が欠けている。老後サービスの建設、老後サービスが提供する主体と内容、優遇政策の実施状況等は統一的に監督管理する必要があり、そうでもない、さまざまな問題が出てしまう。これまでに、国家の老後サービス業に対する監督管理はまだ明確に規定されていないため、老後サービス業の各政策措置が本格的に実現されるかどうかは、老後サービス業が政策に沿って運行されるかどうかに影響する。したがって、中国では社会老後介護の政策が急務であり、関連法律法規を完備させ、福祉文化の宣伝を強化し、伝統老後介護思想を早急に変える必要がある。

(2) 年金保障の不公平性の存在

表 11 によると、中国の年金の総カバー率は 85.5% に達している。しかし、調査によると、ほとんどの高齢者が年金に加入しているが、同じ年金に加入している高齢者でも、養老の待遇はそれぞれ異なり、差が大きいことが分かった。中国は、2014 年 2 月に都市・農村住民基本年金を統一し、都市部と農村部で異なる年金制度を実行することはなくなったが、農村部の住民と都市部の非就業者の保障が低いことが大きな問題である。2016 年の都市部従業員の受給平均月額 は 2362 元で、農村部の住民と都市部の非就業者の受給平均月額 は 120 元で、格差は 19 倍以上に上った。2018 年 7 月、国務院は「企業職工基礎年金基金の中央調整制度の確立に関する通知」を発行し、年金基金の中央調整制度の確立を決定した。

「通知」は年金基金の中央調整制度を構築するための主な内容で、現行の企業従業員基礎年金に対して省レベルで統一計画を立てる上で年金の中央調整基金を設立し、各省の年金基金に対して適切な調整を行い、基礎年金が規定通りに全額支給されることを確保することである。しかし、都市・農村住民基本年金は依然として各省が管理している現状では、これらの人々を保障する制度である都市・農村住民基本年金は、被保険者からの低額の保険料負担と国庫負担から成り立ち、国庫負担額も省によって異なっている状況であり、全体としての保障も高いものとはいえない。

(3) 年金統括ルートの単一および「空口座」問題の深刻化

日本と比較して、どのように年金計画のルートを広げ、年金統括管理の世代間平等と動態バランスを実現するかは、依然として中国の老後保障制度が直面している深刻な問題である。日本政府にとって急速に発展する高齢化は、日本の年金計画の統括に重い圧力をもたらしたが、年金統括危機に対応するため、日本政府は有益な模索と成功した政策調整を行った。現在、日本は公的年金で基本老後を確保し、非公的年金で老後保障水準グレードアップし、商業年金で豊富な老後保障分野と多段階の老後保障構造を広げる体制を形成した。それに応じて、年金統括の面でも政府が徴収した公共年金と非公共年金、基金投資の増値、社会の慈善寄付、および政府の財政補助金、企業と従業員が比例に沿って納付する年金金といった年金保険金を納付する方法が形成された。また、年金統括のルートを拡大するため、日本政府は国情の変化に応じて適時に年金の調達方式を調整している。例えば、年金統括の不足問題を解決するために、日本政府は年金徴収方式の調整、年金の政府財政投資の拡大、納付確定型と収益確定型の職業年金の導入、年金資金経営基金の再構築、経営範囲の拡大、競争メカニズムの導入、老後基金の投資収益の拡大等の措置を講じ、絶えず年金統括ルートを豊かにし、年金統括の水準を向上させている。

一方、中国を見ると、人口高齢化が急速に発展する国情の下で、中国も実際状況に合わせて年金の調整を続けてきた。現在、中国の年金統括方式は、賦課方式から部分積立方式に転換したが、現実にはまだ賦課方式が実行されている。しかし、中国の老後保障の基礎が弱く、人口高齢化が急速に進んでいるため、年金支出は絶えず増加しており、賦課方式の財務メカニズムのもとで、資金圧力は日増しに増大している。そのほか、社会統括部分には長期的な財政赤字があるため、個人口座の「空運営」問題を引き起こしている。統括の度合いが低いため、中国の老後保障制度には深刻な財政困難が存在し、中国の年金統括と資金運用の面で資金不足と「空口座」等の問題が発生している。年金統括の拡大、個人口座の資金確保等の面で大きな財政圧力があり、老後保障の持続性は比較的悪い。また、年金の価値増値を実現するため、中国も全国社会保障基金管理運営機構によって年金基金の運営と投資を担当する制度を確立した。年金基金の統括管理モデルから見ると、中国と日本はいずれも政府が主導的に管理した。日本は、「年金積立金管理運用独立行政法人（GPIF）」を専門機関として管理し、それを政府の投融資体系に組み入れ、政府によって年金保障資金の運営を担当する。同様に、中国の老後保障は、人的資源と社会保障部によって統括的に実施され、中央から地方までの統括システムを構築している。しかし、統括方

式、管理モデルが単一で、行政力に多く依存しているため、管理モードにおいて、中国の老後保障制度は依然として大きな改善すべき問題が存在している。また、中国国情の特殊性によって、高齢化人口は絶対基数が大きく、経済発展水準が低く、都市・農村二元構造が著しい。そのため、いかに中国の実際状況に合わせて年金統括方式を豊かにし、賦課方式の下で世代間のバランスを維持し、年金動態管理を実現するかは、やはり早急に解決しなければならない問題である。

(4) 管理体系の不健全性、政策実行の不適切性

管理を統一し、効率を高めるために、国務院は人的資源と社会保障部を設立し、以前の社会年金管理体系の業務交差や機構の重複等の管理の混乱を解消しようとした。しかし中国では、社会老後保障に関する法律が不足しているため、管理体制の機能の位置づけはまだ法律上で明確されていない。政策の制定、リアルタイムの操作、監督機構と基金運営等の面において、依然として権利・責任が明確ではなく、政府と具体的事務担当者の不可分、政治と企業の不可分の状況が存在している。中国の老後保障管理体制の不健全によって、監督・管理の不足や効率の低下をもたらしている。年金基金が流用され、占用される現状は依然として深刻であり、これは中国の老後保障制度の改革発展にとって非常に不利である。

実践調査の結果、中国高齢者福祉施設の発展政策体系は改善が必要であることが分かった。例えば、一部の公的高齢者福祉施設のポジショニングは精度が高くない。公共商品として、公的高齢者福祉施設は政府が一部の高齢者層に無償で提供するサービス組織である。そのサービス対象は基礎保証の対象になるべきであり、すなわち“三無”、“五保”、高齢、生活能力喪失、経済困難を持つ特殊高齢者層である。しかし、実際にはすべての「三無」「五保」「高齢者」「生活能力喪失者」「経済困難」の人々が入居できるわけではないため、サービス対象のずれが生じている。一部の基本老後サービスを提供すべき公的高齢者福祉施設は、ハードウェア条件とサービスレベルが政府から救済を受ける最低保障対象の基本的な需要範囲を超え、社会の一般水準より高い老後サービスを提供しているため、サービス機能のズレを招いている。そして、老後保障制度の中で、高齢者福祉施設の発展に対する重要な政策はまだ明確ではない。主に土地、融資、チェーン経営、リスク分担等の面に現れる。融資の場合、ほとんどの民間の高齢者福祉施設は民間の非営利性質に属している。そして、国の規定により、民間の非営利組織は営利、利益配当をもらってはいけ

ないので、その貸付資格も制限されている。民間の非営利高齢者福祉施設は、「分枝機構を設立してはならない」という規定の制約により、チェーン経営の市場要求を実現することが困難である。また、高齢者福祉施設のサービス紛争に対する責任認定、および責任認定後の有効賠償について、今は関連の政策規定が不足している。

そのほか、高齢者福祉施設の発展を奨励する政策の実行も不十分である。1つ目は、部門の分割による政策の協調性が悪いことである。2つ目は、政策の操作可能性が強くなく、一部の扶助政策は原則的な規定にとどまっており、具体的な操作可能性のある条項が少なく、責任部門の職責に対する定義も確立されていない。関連の政策の実施は困難な結果をもたらしている。

[仮説1] 基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。中国の年金の総カバー率は85.5%に達している。しかし、本章の合肥市のアンケート調査によると、ほとんどの高齢者が年金に加入しているが、同じ年金に加入している高齢者でも、身分によって介護の待遇はそれぞれ異なり、差が大きいことが分かった。例えば、年金保険が低い、あるいは年金保険がない、収入の少ない高齢者の多くは、3人部屋あるいは多人数部屋に住んでいる。特に多人数部屋には独立したトイレがなく、他の高齢者とトイレを共有する必要がある。一部の独立生活能力を喪失した人や独立生活能力を喪失した高齢者には、極めて不便であり、しかも衛生的に悪い問題がある。また、これら的高齢者は1人の介護者を共用し、介護者が少なく、高齢者が多いため、介護の質もそれなりに悪くなるという悪循環が存在する。年金保険の高い高齢者や収入の高い高齢者は、1人部屋や2人部屋に住むことが多い。ほとんどが独立したトイレを備えており、各部屋に介護者が配置されている。

[仮説2] 人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。本章のアンケート調査によると、高齢者と密接に関連する医療施設の整備率は低く、例えば、わずか20%以下の高齢者福祉施設に酸素供給機と痰吸引機、新型多機能医療ベッドが配備されている。また、高齢者医療保険の精算を対応できる割合も非常に低い。高齢者福祉施設のサービス項目のうち、わずか29%の高齢者福祉施設が保健サービス項目を提供し、高齢者の疾病予防と保健に対する意識が非常に弱いことが明らかになった。その原因は、中国に高齢者向けの専門な医療保険制度がないことである。制度の保障がなければ、高齢者福祉施設のサービスレベルはバラバラになる。

「仮説3」は、介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する。本章のアン

ケート調査によると、高齢者は専門の高齢者福祉施設内でも、専門的介護をしてもらうのは難しい。高齢者福祉施設が提供するサービス項目から見ると、基本的な生活介護項目と簡単な娯楽項目を提供する高齢者福祉施設の割合が高いほか、保健サービス項目と特別介護項目の割合が低いことがわかる。しかも高齢者の疾病予防と保健意識が弱いだけでなく、施設内で提供される医療施設が簡単過ぎるため、治療とは言えない。さらに、単回帰分析と重回帰分析の結果、高齢者は高齢者福祉施設内で提供されるサービスに非常に満足していないことが分かった。これは主に中国が現在試行中の介護保険制度が断片的状態にあるからである。模索の過程にあるため、このような事態は避けられないことでもある。しかし、高齢者の立場により多く立ち、介護保険制度と医療保険制度を有機的に結合することができれば、2つの保険を分離して管理するコストを省くことができるだけでなく、その間の煩雑な流れを減らし、サービス効率を高めることができる。一方、高齢者に便利を提供し、老後生活の質を高めることもできる。そうしたら、介護保険制度が高齢者にとっての本当の意味を実現することができる。

さらに、「仮説4」は、高齢者福祉施設の設備は「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。本章の日中高齢者福祉施設の比較結果から、日本の4大サービス項目における総合的割合は、中国より高く、しかも提供するサービス項目の種類が多いことが分かった。サービス設備の面では、高齢者の立場から高齢者視点で設計されている。例えば、新型の多機能の介護ベッド、1人部屋、高齢者適用の助浴設備、多機能便器、高齢者向けのトイレ、基本的に必要な医療施設等である。アンケート調査を通じて、中国の高齢者福祉施設内の多くは2人部屋、さらには多人数部屋の状況も見られる。また、高齢者福祉施設内には必要な医療施設がない場合が多い。日本の介護者のデータと比べると、中国の高齢者福祉施設の介護従業員は学歴程度が低い、年齢が高い、労働時間が長い、収入が低い、専門性が低い等の特徴がある。加えて仕事の環境が悪い、職業の認知度が低い、人員の流動性が大きい、研修指導が不足する等の原因もあるため、最終的に介護サービスの品質が悪くて、ヒューマニズムに欠けているという現状である。そして、高齢者に接するとき個人差を考慮することもできない。介護者のサービスの質が悪く、高齢者が満足していないため、高齢者福祉施設の入居率が低い。したがって、高齢者福祉施設がよりよく発展するためには、よりヒューマニズムで多様化の施設を配備しなければならないだけでなく、介護者は高齢者を尊重・愛護し、サービスはもっとヒューマニズムを重視する。

ここで言えることは、介護問題は社会発展に伴い必ず迎える1つの未来である。人間の最後の時間をどのように迎えるかは、個人の問題から家族そして地域、社会、国家、世界まで及ぼす問題なのである。どの国家、どの社会、どの地域、どの家庭、どの個人でも避けては通れない未来である。一教育者、研究者として本論を書いたのも、少しでも現実・現場から介護問題を研究し、解決するための方法を見つけることである。世界の介護問題がやがて世界の安定的発展に貢献できることは事実である。本論がその意味において少しでも役に立つことを願っている。

第6章 日本老後保障制度の中国への啓示

完全な老後保障制度を確立し、老有所養（老後に面倒を見てくれる人がいる）、老有所依（老後に頼れる存在がある）を保障することは、各国の老後保障制度建設の最終目的である。中国の国情には特殊性があり、人口の基数は大きく、老年人口の数量は多く、しかも増加スピードが速く、老後保障の基礎も薄弱であるため、どのように中国の国情を結び付けて、日本をはじめとする国の豊富で成熟している経験を参考にして、中国の老後保障体系を健全化することを探求するかは、早急に解決しなければならない問題になっている。現在、中国は社会統括・個人口座と自発納付の年金の「三位一体」という老後保障モードの基本的な枠組みを形成した。この枠組みの下で、中国の老後保障体系は初めて原形を整えた。年金保障システムを絶えず改善するため、中国は絶えず老後保障制度の改革を推し進めている。しかし、年金保障の基礎が脆弱で、国情も独特性を持つため、中国の老後保障システムは依然として大きな改善がある。本論ではまず、日中の人口高齢化の発展過程と現状、日本の老後保障制度の発展の変遷を紹介し、次に日中老後保障制度の内容を比較し、実践形式で日中高齢者福祉施設を比較し、制度面と実践面から中国の老後保障制度と日本の違いを明らかにする。日本の老後保障制度の建設はスタートが早く、比較的成熟しているため、独自の特色を持つ日本モデルを形成している。日中両国は人口高齢化において多くの類似性があるため、日本の老後保障制度の建設の成功経験を参考にして、中国の特色のある老後保障制度の構築と改善のために、より詳細な経験と政策の参考を提供することができると思われる。例えば、次の9つの項目が十分に参考になる。

（1）高齢者福祉施設の運営サービス水準の向上とヒューマニズム・サービスの重視

まず高齢者福祉施設は運営理念を転換する。サービスの重点を単純に高齢者の日常生活の基本的需要を満たすことから、生活と精神の両方に配慮するよう転向する。一方、高齢者福祉施設のハードウェア施設設備を完備し、新型の多機能医療用ベッドの導入数を増やす。新規建設または改造する高齢者福祉施設は、建設基準に従って科学的計画と設計を行う。同時に周辺環境を重視し、高齢者福祉施設内の用品を高齢者向けの設計にする等、各ソフト面の条件を備え、絶えず異なった高齢者層のニーズを満たす。一方、サービス管理の理念を変えて、「管理」の思惟から「サービス」の思惟に転向する。高齢者に必要な日常生活サービスを提供する以外に、十分に高齢者自身の作用を発揮し、彼らの精神需要と

社会参加需要を重視し、定期的いくつかの特色あるサービスを展開する。例えば、家庭間パーティー、高齢者の趣味グループ活動、野外活動、あるいは歌・ダンス・棋等の試合を展開し、高齢者が自分の力の及ぶ範囲で高齢者福祉施設の管理とサービスに参加することを奨励し、暖かい高齢者福祉施設文化を作る。さらに高品質の高齢者福祉施設と基礎の弱い高齢者福祉施設の「協働建設事業」を展開する。「強い」が「弱い」ほうを指導し、弱い高齢者福祉施設の管理とサービス能力を向上させる。また高齢者福祉施設内の入居高齢者に対して、個性的な健康評価表を制定し、高齢者の生理、精神等の各方面の指標を記録し、より適切なサービスを提供する。

また、政府は厳格な監督・管理制度を制定することを提案する。政府の高齢者管理部門は定期・不定期的に高齢者福祉施設を訪問し、調査を行うべきである。また、専門の第三者検討機構を導入し、審査の中で発見した問題に対して、その場で指導を行うべきである。同時に、コミュニケーションとフィードバックのメカニズムを強化し、審査過程で発見された問題と効果に対して定期的にフィードバックし、改善案を提出する。また審査結果を公示し、問題について指導し、期限を定めて改正させる。その他、相応の賞罰措置を制定し、高齢者福祉施設の政策実施を激励する。例えば、高齢者福祉施設の運営状況、各種サービス項目およびハードウェア施設の基準達成率によって等級別に分類し、異なるレベルの補助金と罰金を与える。それにより高齢者福祉施設が規則を従順する積極性を促進し、高齢者福祉施設が自身のハードウェア施設建設とサービス項目を絶えず改善し、自身のサービス品質を向上させるよう激励することができる。政府は異なる介護サービス市場に対して異なるサポート政策をとるよう提案する。低水準の介護サービス市場については、政策指導を通じて、非営利組織の介護サービスの投資と運営への参加を奨励し、低所得の高齢者に低料金で、ある程度の専門レベルを備える高齢サービスを提供する。中等水準の介護サービス市場については、市場プラットフォームの構築と秩序の管理を通じて、企業が介護サービスの投資と運営に参加するよう誘導し、中所得の高齢者により品質高く、市場水準に合わせた費用を徴収する介護サービスを提供する。異なるタイプの企業が投資と運営の形で営利性の養老産業の性質を持つチェーン高齢者福祉施設に参加させる。高水準介護サービス市場に対して、政府は市場規範と秩序の監督を通じて、企業が高水準の介護サービスの投資と運営に参加させ、多様な発展を促進する。高収入の高齢者のために品質化、専門化、個性化、市場一般料金水準より高い介護サービスを提供するといふ。具体的な開発形式として、例えば、商業的な老後用不動産開発、医養融合の養生基地開発等。

(2) 高齢化発展態勢の科学的判断

老後保障制度の構築には、整った制度と合理的な基準を確立する必要があるが、人口高齢化発展態勢に関する科学研究と経済発展情勢の慎重な見通しは、科学的かつ持続可能な発展を遂げる公共老後保障制度の必要条件である。日本の現在の老後保障制度の苦境は、前の人口高齢化の発展態勢に対する判断の誤りと経済情勢に対する楽観的な予測と無関係ではない。経済情勢の発展が良い時期に、日本はより完備した老後保障制度を確立し、高い年金給付率を確立した。その後、高齢化が急速に進み、景気が低迷している今、年金制度は強いストレスと大きな財政負担をもたらしている。

国家統計局の2012年の統計データによると、2000年に中国の65歳以上の高齢者人口の比率は7%に達した後、高齢化が急速に進み始めた。2012年の高齢化率は9.4%、2020年には13.5%に達した。そして2049年末には18.1%と予想される。2040年前後までに、全国の高齢者人口は4億人に達し、総人口の30%を占めると予想されているため、現在の情勢は非常に厳しく迫っている。しかし、中国はまだ中等所得国家の行列に立っており、「未富先老（豊になる前に老いる）」に属し、完璧な老後保障制度の構築が目前に迫っている。そして、長期的な遅延は老後基金の不足を絶えず累積させ、将来より高い改革コストを払い、経済社会の発展にも大きなマイナスを与える。しかし、支払基準が高すぎると、今の経済発展にも影響し、未来で予測できない制約を受けるかもしれない。中国は、人口高齢化の発展態勢の科学的な研究と経済の発展情勢を慎重に推測し、また老後保障制度の再建と改善を加速することで、日本の老後保障制度が直面する問題を免れるように取り組む必要がある。

(3) 年金保障面での政府役割の強化

日本社会保障の発展の歴史的経験によると、全国民をカバーし、多階層を持つ社会保障制度の早期確立は、高度高齢化段階の政府と高齢者家庭の経済的圧力を効果的に軽減することができる。特に日本の基本年金の支出の中で、政府の財政負担の割合は既に1/3から1/2に引き上げられた。このことは、国が社会老後保障の分野において、逃れられない責任があるということを表している。人口高齢化の急速な発展に伴って、出生率が絶えずに低下し、家族の人口規模が減少し、それに応じた老後扶養能力も次第に弱体化したため、個人は老後の負担に対応できなくなった。そのため、政府にはより大きな責任の負担を余儀なくされている。これは社会老後保障システムが存在する根本的な原因でもある。

中国は計画出産政策を実施して以来、人口の急速な増加を効果的にコントロールしてきたが、家庭の規模が急速に縮小している。在宅養老は社会全体の養老問題において重要な役割を果たしているが、出産率の持続的な低下によって家庭の養老負担をますます重くしている。したがって、中国の老後保障制度の整備において、政府はより多くの責任を負い、公共政策と福祉モデルの革新を推進し、老後資金源のルートを広げ、積極的に民間組織を育成し、民間組織の老後サービスにおける特殊な役割を十分に発揮させるべきである。また、既存の在宅介護、施設介護、コミュニティ介護の3種類の老後の介護パターンはそれぞれ優勢があるが、お互いの協力が不足している。政府は積極的に高齢者に正しい老後消費観念を樹立するよう指導し、高齢者の実情と経済能力によって、異なるレベルのサービス基準を形成し、異なったレベルの高齢者のサービス要求を満足させるべきである。

また、政府は積極的に基礎人口データの発表、人口基礎研究と方策決定のための研究を推進すべきである。日本政府の人口データに関する研究及び関連政策決定に関する研究は非常に丁寧で発表速度が非常に速い。信憑性のあるデータと研究推計は精度の高い方策決定の基礎であり、企業の投資とレイアウトを指導ができ、社会資源の利用効率を高めることもできる。政府は国勢調査、人口調査、モニタリングデータおよび関連研究資料を整理し、詳細的で体系的、比較可能且つ行政区画を県レベルに分けるような人口データプラットフォームに統合する。そして、オンラインデータ分析と可視化ツールを開発することで、研究者、企業、政府関連機関、公衆等社会各界が情報収集し、理解や利用しやすいものにするべきである。また、基礎的な推計と予測を重視し、大学と科学研究院の力を十分に生かすことで多面的に論証し、統一的に出産、死亡、移転、家庭と健康等人口の基本状況を含む一連の人口予測データを試算する。人口変動状況を全面的に把握し、人口対応政策と社会各界の投資政策の見通しと確度を高めるべきである。そして、抜取調査によって意欲と需要状況を把握することを重視し、政策決定のために根拠を提供し、医療、老後、幼児養育等、各資源の配置と投入時に参考にして指導を行う。

(4) 年金制度のさらなる整備

第1に、年金資金調達ルートの広げることである。日中両国は老後保障資金の調達において、国家財政支出、社会納付と個人貯蓄、慈善献金等に集中している。しかし、中国の現存する老後保障資金調達において、統括程度が低く、持続可能性が弱く、公平性が足りないという欠点がある。現在、中国老後保障基金は、国家財政支援、企業納付、個人貯

蓄に依存している。投資管理の面では、「全国社会保障基金理事会」が管理しているが、主に銀行貯蓄と国債の購入に集中している。銀行の貯蓄投資や国債の購入は比較的に安全であるが、収益率は低い。年金のルートに関して、中国はここ数年来いくつか措置をとって、一定の効果をえた。例えば、全国社会保障基金を設立し、機構の資金は主に国家財政支出および国家が認可したその他の資金調達方式から来ており、その主な用途は社会保障の不足部分の補充である。高齢化のリスクに対応するため、中国は蓄積制の財務モデルを試み、全国社会保障基金理事会を通じて上述の国家財政支出、および国有ホールディングを管理し、多くのやり方で投資と運営をしている。

比較してみると、中国の老後保障システムは依然として改革発展段階にあり、保障はまだ低い水準にある。したがって、資金、収益を保証する上で、投資方式を革新し、投資ルートを広げ、多様な投資を行い、より豊富な収益を獲得すべきである。例えば、銀行の貯蓄、国債の購入をする上で、一部の老後保障基金で会社の株や債券の購入、投資委託に用い、銀行、国家信託投資会社を通じて投資する。また老後保障基金を商業貸付資本に転化させたり、不動産投資をすることで、老後保障基金の投資方式が拡大し、資本を十分に生かせ、より大きな収益を得ることができる。財務メカニズムの面では、現金の収支をもとに、徐々に部分蓄積式に転換し、年金保障基金を豊かにし、拡大していくべきである。個人の貯蓄と商業保障資本の導入を誘導することによって、年金保障基金の基数を徐々に拡大し、老後保障の自給の圧力を緩和する。

第2に、年金管理の動的なバランスを実現することである。日本の老後保障の経験から見ると、人口の高齢化が進み、経済成長が緩和される中で、年金の納付率をあげたことは、個人や企業の支出が増加するため、個人の生活水準や企業の発展に深刻な不利益をもたらしている。また、高すぎる給付水準の場合、行政の力でそれを削減し、年金収支の均衡を実現しようとするときにも大きな抵抗をもたらすである。そのほか、政府の行政力で年金投資を主導するのは、安定的でコントロールできるが、収益率が低いことも明らかな弊害である。年金投資収益に関して、中国と日本は似たような弊害を持っている。中国は今すでに高齢化社会にあり、年金管理の動的なバランスの実現に向けて、日本の経験を参考にし、以下のいくつかの面から着手することができる。1つ目は、年金の納付率をコントロールし、個人の納付、企業の運営発展を最大限に激励することである。2つ目は、給付水準をコントロールし、給付水準を合理的な空間に保つことで、コントロール時のプレッシャーを減らすことである。3つ目は、年金の多様な投資ルートを拡大し、安定且つ最

大限の収益を実現することである。4つ目、は政府の財政投資の比率を高め、公的年金の基礎を充実させ、年金危機を緩和することである。

中国にとって、日本の失敗経験を踏まえながら、中国の年金資金計画管理を完備させるのに最も重要なことは、開源節流を実現し、多くのルートで年金資金の統括を拡大し、国情に合わせて適切な年金給付方式を制定することである。そして現段階の経済発展水準に適応した給付水準を確定することである。年金資金調達をルートを広げ、年金の世代間のバランスと動的管理を実現することは、中国の老後保障制度を改善するための有益な措置である。

第3に、基本年金の改革をよりよく行い、持続可能な発展を図るため、定期の年金財政精算制度の確立を提案する。年金の財政精算は、人口と経済の仮定を前提に、将来の年金財務の運営状況を予測することである。しかし、未来の人口と経済の不確実性があるため、人口と経済の仮定は時間の経過とともに実際の状況と乖離することをもたらす可能性がある。したがって、定期的にデータを更新し、精算の仮説を設定し、現実を出発点として新たな年金財政精算を行う必要がある。中国は、年金精算報告書を制定する際、経済発展の内部と外部環境に基づいて多重経済仮説を設置し、様々な可能性における場合の年金財務収支の未来の運行状況を予測しなければならない。人口高齢化のほかに、17年連続で定年退職した従業員の年金待遇を引き上げたことは、既に中国の年金支出の急速な増加に影響を与える重要な要素となっている。中国は経済成長が遅くなり、人口高齢化が日増しに深刻化し、年金支出が持続的に上昇する局面に直面している。現在、年金精算報告制度を確立し、年金制度が直面しているリスクと挑戦をできるだけ量化し、これに基づいて年金制度の改革を行い、科学的に年金待遇調整メカニズムを確立するために根拠を提供する必要がある。

(5) 高齢者医療保険制度の試行箇所の創設

第1に、高齢者医療保険制度の試行箇所を確立することである。日本は中国より先に人口の高齢化問題に直面している。高齢化社会は多くの問題を引き起こし、家庭に負担をかけるだけでなく、国の経済にも影響を与えている。日本に遅れて比べて高齢化社会に入った中国は、日本の多くの改革経験を参考にすることができるが、日本は一人当たりのGDPが高く、先進国であるため豊かである。中国は発展途上国であり、多くの医療施設と関連の法律は日本と格差があるため、高齢化問題に直面すると、問題解決は一層難しい。この

問題を解決するために、日本は2008年に高齢者医療保険制度を発足させた。各新制度の構築と実施は、日本の高齢者階層の基本的権利を保障し、高齢者の生活の質を向上させた。現在の中国の人口高齢化の程度は日本の二分の一にも及ばないが、ここ数年来、中国の人口高齢化も加速している。より重要なのは、2020年に中国の総人口は約14億1,178万人であるのに対して、日本の総人口は1億2,528万人だけであり、日中の総人口のギャップは10倍以上に上る。そのため、中国が直面する人口高齢化問題は日本よりも大きい。だから、中国は深刻な事態を未然に防ぐために、人口高齢化の程度が比較的に高い地区を選び、高齢者の医療保険制度の試行箇所を創出し、未来の人口高齢化に対応するために良好な制度と実践の経験を提供する。

第2に、政府の財政は医療衛生へ力を入れなければならない。2018年の中国の財政医療衛生支出は15291億元で、財政支出の7.3%にすぎないことから¹²²、政府資金の投入が少なすぎるのがわかる。逆に日本を見ると、中国が学ぶべき多くの優れたモデルがある。例えば、高齢者の医療保障に対して、政府は高齢者の医療問題を処理する上で多くの精力を投入して、科学的医療衛生保護と発展システムを構築し、各種の疾病を区分し、相応の補助基金を提供している。一部の特殊大衆や弱者階層に対して、補助の度合いは相対的に増加している。これらの補助は国の財力が支えられる程度で推進した。この提案を中国の国情に応用すると、国家経済の基礎を保障することを原則とし、政府の職能と責任を発揮するよう努め、住民の医療負担を勇敢に引き受け、適度に補助金を引き上げるべきである。医療事業は政府の措置に依存する業界であり、その発展は完全であるかどうかは政府の投入の程度によって決められている。医療建設について、中国政府がしっかり重視し、合理的な範囲内で資金を増やし、医療水準を向上させなければならない。

第3に、都市の貧困者、失業者、独居高齢者、障害者、幼児等の社会特殊団体の利益を保証することを重視する。フリーター、失業者、障害者等を主体とした収入が少ない、社会特殊集団の生活条件を保障することは中国が経済繁栄、社会調和を実現する基礎である。調和のとれた社会が提唱しているのは公平統一で、本当の公平は弱者層の基本的權益を保障し、彼らの尊厳を守ることに体现している。これらの特殊な大衆を保障する方式は主に革新的な社会救済方式を採用し、彼らの最低生活保障を維持することである。これは政府が直接コントロールを行う必要がある。資金の援助を通じて、より多くの社会福祉機構を

¹²² 搜狐網(2018)「全国の財政医療衛生支出は59502億元」
(https://www.sohu.com/a/284731346_456060 最終閲覧日:2021.10.26.)

建設し、弱者層の個人および住宅、医療と教育問題を解決し、これをシステム化、ワンストップ式で支援すべきである。生活の需要を保障する同時に、彼らの特徴によって就業分配を行い、生存の経済源を解決すると同時に、国家のために経済負担を軽減し、社会に貢献することもできる。特殊な大衆が自信を取り戻すためにも役立ち、社会の容貌を改善するのにも役立つ。同時に、弱者に対する援助政策を真に貫徹するために、整った法律制度をもって弱者層の基本的権益を維持してこそ、社会の各階層の公平性を徹底的に実現することができる。住宅問題については、需要に応じた住宅タイプを作り出すべきである。また、政府は資金を援助し、国民が住める家を持てるようにすべきである。

(6) 介護保険制度確立の加速化

第1に、長期介護保険の合理的なモデルを作ることである。いかなる制度の安定運行も調査、合理的な推計から切り離すことができないため、現実に相応しいものにする必要がある。中国の現在の状況から分析してみると、地域間の経済発展のアンバランス、国民の生活水準にギャップがあるのは統一基準を持つ長期介護保険を確立できないことが主な原因である。単一の長期介護保険モードでは、各階層の人々のニーズを満たすことができないかもしれない。そして、商業的な介護保険だけでは一部の富裕層の需要しか満たせず、全国の介護保険事業の発展を満足させることができない。また、単独の社会的介護保険も高いレベルのサービスの需要は保証できない。介護保険のカバー率を大きくし、できるだけ多くの高齢者がプロの介護サービスを受けられるようにするために、中国は国情に合った多ルート、多段階の保険方式を設立するべきである。

中国政府は保険会社が打ち出した商業的な長期介護保険商品を発展させる上で、ドイツや日本の介護モデルのような国民全体をカバーする社会保障型介護保険制度を構築すべきである。社会保険、商業保険を効果的に結合し、サービスの効用を最大化する。このモードの最大の特徴は、強制的で、政府を主体として、すべてのカバー対象者に必要な介護サービスを提供することである。ドイツや日本等の社会保障型介護制度にならって、介護保険を社会保険システムに組み入れたり、外国の経験を参考にして、介護保険と医療保険を統合して管理するのも1つの方法である。日本では40~64歳で医療保険に加入する人は介護保険への加入を申請できると規定されており、また、65歳以上の場合は無条件に組み入れられている。中国もこのように被保険者に対して階層的に管理することができる。介護保険と医療保険を結びつけるのは、次のような理由がある。

1つ目は、中国の医療保険制度は日増しに改善されている。2009年の新しい医療改革以来、中国では既に基本的に全国民をカバーする基本医療保険制度を構築し、2020年までに医療保険の加入者数は13.6億人、加入率は95%以上に安定し、保障レベルは以前より大きく向上した¹²³。

2つ目は、介護保険は主に被保険者の病気後のケアとリハビリおよび重大疾患に対する予防サービスである。それは医療保険の疾病治療保障モードと互いに補完し、両者の結合で「予防、治療と介護」の全面的な保障モードを形成することができ、同時に2種類の保険を分けて管理するコストをも下げ、中間のプロセスを減らし、サービス提供の効率化ができる。中国の現在の経済発展水準を考慮すると、介護保険の全カバーを一気に実現することは不可能であるため、一部の経済が発達している地域を試行箇所として、発展のルートとモデルを模索しなければならない。経済水準の向上と、介護保険に対する国民の認識が普及されることで、全国をカバーする介護保険制度の公布を考えることができる。国が介護保険に関する法律法規を制定し、各地区の発展水準によって具体的な納付と給付基準を確定するべきである。また、政府、企業と個人が負担する資金調達モデルを確立し、介護レベルや相応の給付水準を明確にし、レベルによって厳格に執行し、被保険者が認定を受ける時にモラルのリスクに遭遇することを防止すべきである。また、国は被保険者の条件によって適切な政策補助を行う。

3つ目は、ビジネス型介護保険制度である。商業保険の発展に力を入れた商業保険と社会保険の併存である。社会保険の性質によって社会型長期介護保険は基本的な介護サービスだけを提供することができるが、より高いレベルの介護需要は商業保険のモードで実現できる。商業保険は社会保険の補足として、社会保険の不足をカバーし、より便利で、ヒューマニズムで、高いレベルの介護サービスを提供できる。高収入の階層にとって、社会保険に加入する以外に、個人の必要に応じて、保険会社の他のレベルの商業介護保険製品を選び加入することができる。これらの政策の実施を通じて、中国の介護保険事業の発展はますます多様化していく。商業保険を発展させるのは、営利を目的とする性質があるが、商品とサービスと価格のバランスを整えるのも重要であり、つまり自由に物価をつり上げることができないようにすることも必要である。

現在、中国の商業介護保険の発展が遅い理由の重要な1つとして、保険料が高すぎるた

¹²³ 中国政府網(2021)「中国の基本医療加入者数は13.6億人」
(http://www.gov.cn/xinwen/2021-06/15/content_5617599.htm 最終閲覧日：2021.10.27.)

め、広く受け入れられていない。したがって、今後の商業保険は保険料の適切性を先に解決し、合理的な保険レベルを設け、納付した保険料に見合ったサービスを受け、被保険者に対する待遇の公平性を保証し、人々に商業保険を普遍的に受けいられるようにして、市場の活力を維持しなければならない。

第2に、日本の多ルートの資金調達モデルは、介護保険費用の安定的な調達を確保するとともに、国と企業の支出圧力を軽減することにも有利で、日本の介護保険制度の設計のハイライトである。中国は介護保険制度を設計する時も日本の経験を参考にし、多ルートの資金調達モデルを構築すべきである。青島は中国初の社会保険モードで介護保険制度の実施を試みる試行都市で、医療保険に参加するすべての保険加入者をカバーしている。基金の募集方法は主に2つである。1つ目は、個人の医療保険口座から一定の比率によって振り替えることである。2つ目は、毎年地方財政が福祉金から補助金を支給することである。青島は社会保険モードの介護制度を実施しており、現行の社会保険の資金調達モデルは政府、企業、個人の三者が共同で負担している。しかし、企業が既に従業員のために5つの保険と1つの積立金（賃金総額の約40%以上）を納めており、さらに一部の企業では他の商業保険等の福利厚生項目を納めているため、企業の負担分が重すぎる。したがって、個人医療保険口座が企業の代わりに負担し、支払いが困難な弱者階層に対しては、国家財政が全額負担することも考えられる。

第3に、高齢者介護人材の育成を重視することである。日本はプロな介護人材チームを利用して、在宅介護を主として、施設介護を補助とする介護保険制度を制定した。この介護保険制度には、専門機関で知識、技術を学び、国家試験及び公歴資格に合格したケアマネージャー、介護福祉士、社会福祉士等が常駐している。しかし、中国の場合は日本と違って、人口の基数が大きく、高齢者も多く、これらの高齢者の介護問題を解決するためには、国の政策調整と支援だけでなく、企業もこの面に対して研究を行い、投資を増やすべきである。同時に、大学も介護課程を開設し、知識を習得させ、関連する人材を育成すべきである。

1つ目は、介護人材育成の規模化を重視する。人材は業界発展の重要な要素であり、現在中国の介護業界に存在する最大の問題は関連の介護専門人材が不足していることである。2019年末に登録された看護師は445万人であり、平均千人に3人の看護師しかいない¹²⁴。

¹²⁴ 中国政府網（2020）「全国登録看護婦数445万人」
(http://www.gov.cn/xinwen/2021-06/15/content_5617599.htm 最終閲覧日：2021.10.27.)

これは中国の介護者の需給に深刻な問題があることを鮮明に示している。だから中国の人口基数を合理的に利用し、学校等の教育機関を通じて多くの介護者を育成し、現在と未来の需要を確保し、市場の需給バランスを実現すべきである。

2つ目は、介護人材育成の専門化を重視する。日本の介護保険制度を手本にして、多様な介護人材を育成し、国内介護スタッフのモデルが単一である現状を変える必要がある。関連の人材を育成する同時に高齢者という弱者階層に関心を持つことで、高齢者市場の将来性を見ながら、保健と福祉の面に対して力を入れる。コミュニティの調査と家宅訪問の方法を通じて、管轄区内の介護ニーズに対して明確に理解し、異なるタイプの高齢者のニーズを理解し、そこにフォーカスして人材を育成する。

3つ目は、介護人材育成の規範化を重視する。介護人材育成の規範化を重視することである。介護者の資質向上と道徳育成を強化、行動規範を統一、専門技能の育成を重視するとともに、要介護者を尊重し、相互の信頼を築いていく。そのためには、コミュニケーションを重視すべきである。

(7) 高齢者の再就職の促進

第1に、社会が高齢者の再就職に対する認識を変えることである。社会観念は高齢者の再就職に影響する重要な要素であり、現在中国は高齢者の就職に対して一定の差別があり、高齢者は家で過ごすべきだと考えており、一部の高齢者が社会復帰すると、若者の職位や社会リソースを奪ったりすると見なされる。中国は就業の観念を転換し、技術能力を持っている者や労働条件に満たしている高齢者に対しては、創業、再就職を奨励し、良好な社会世論雰囲気を作り、高齢者が社会に対する貢献を肯定し、高齢者の余熱を十分に発揮させ、高齢者が社会公益性のポジションに従事することを奨励し、高齢者の精神生活を豊かにすべきである。企業も雇用の観念を転換する必要がある。高齢者は体力と反応能力が若者に及ばないが、そのコストは比較的低い。それに、高齢者は社会保険を強制的に納入する必要がなくなり、企業の負担を効果的に軽減することができるため、企業は雇用者の理念を変えて、積極的に高齢者を募集し、労働コストを低減し、競争力を強化しなければならない。

第2に、高齢者の就職指導システムを構築し、政府は公共サービスを購入し、高齢者のために就職の職位を提供すべきである。現在の中国の人的資源市場には高齢者向けのサービスプラットフォームが不足している。日本の高齢者就職政策から見て、「シルバー人材

センター」「東京ワークセンター」「公共職業安定所」等の組織とプラットフォームは高齢者のために完備された就職指導システムを構築し、就職情報のシステムを構築し、高齢者の順調な再就職を支援している。

中国は日本の就職指導政策を参考にし、中国の実情と合わせて、高齢者人材サービスセンターを構築し、労働組合の優勢を利用し、定期的に高齢者向けの人材募集の会を開催し、情報化プラットフォームを構築し、ビッグデータのプラットフォームを利用して、高齢者の就職に有利な職位を集め、情報共有の問題を解決するべきである。また、コミュニティ人材サービスセンターを開設して、再就職の意向を持つ高齢者に対して登録制度を実施し、正式な職業仲介を通じて、高齢者向けの職位や技能のマッチングをうまく行い、高齢者の就職権利を保障するべきである。同時に、高齢者の再就職の不均衡の局面を確実に変えるために、高齢者の生涯学習プラットフォームおよび高齢者の技能と素質訓練機構を創立することによって、技能向上を図り、技術と知識型の職種に従事することを奨励し、高齢者の体力面での負担を軽減する。日本の高齢者の就職政策から見て、政府は主導的な役割を發揮しており、例えば、高齢者のために政府の公益性の職位を提供する形を通じて、再就職を助ける。中国の政府は積極的に高齢者就職を奨励し、社会公益性の職場を増やすことによって、高齢者の就職問題を解決する必要がある。現在、中国の財政は毎年社会公共サービス（主に公益性の職位）を購入する必要があるが、その職場の給与は低額のため若い労働者は従事することを嫌がる。そこで特別購入をし、能力があり、条件を満たしている高齢者に職位を提供し、再就職ルートを広げている。

第3に、高齢者の創業・就業の税金優遇と財政補助政策を確立することである。2013年に、日本の「高齢者雇用安定法」では、高齢者を雇用する企業に対して財政補助金を実施し、高齢者の起業に対して起業補助金を支給しているため、高齢者の就職を大きく推進している。現在、中国の国家トップレベルの設計には高齢者の就職に対する政策が欠けており、地方の高齢化が高い東北地方だけが高齢者の創業を奨励すると提示しているが、具体的な支持政策にかけていないため、政策は空談になっているようである。そのため、中国はトップレベルの設計から高齢者に対して創業・就職する優遇政策が必要で、高齢者を雇う企業と、高齢者の創設する企業に対しても一定の税収の優遇を与えるべきである。また、各地の経済状況に応じて、高齢者を雇用する企業に対して一定の財政補助金を実施しなければならないと規定している。また、高齢者の再就職の法律制度を整備し、中国の「労働法」「労働契約法」「労働

災害保険条例」等の法律法規を改善し、中国の現在の高齢化の動向に応じて適切に調整を行い、特に高齢者の再就職に対する労働関係の認定について、適切な調整が必要であり、雇用側が高齢者を雇用する場合に労災保険だけを購入させ、高齢者にも労災待遇を受けさせることができる。

(8) 年金支給開始年齢の引き上げ

第1に、年金の支払い時間を遅らせるには、階層的、性別的に徐々に行わなければならない。階層的にすることは漸進的な改革を推進する重要な方式であり、異なる年齢の人が年金を受け取る時間を徐々に引き上げることで、改革の安定性を保証することができる。いかなる改革も一気にできるわけではない。改革の推進には人々がその変化に適応するための時間を与える必要がある。年金制度の改革は企業、個人、国家財政運営等の各方面に関わり、利益関係の主体が多く、状況が複雑であるため、順次漸進的に推進しなければならない。性別にわけて年金の支給時間を引き上げる際、日本ではまずは男性、次は女性という方式を採用している。これは主に改革前、日本の男性と女性が厚生年金を受け取る年齢が一致し、いずれも60歳で、まずは男性、次は女性という改革方式を採用することで、女性高齢者により多くの調整と適応する時間を与えることができるからである。

中国の現行退職政策は1978年に制定され、従業員の現行退職年齢は、男性60歳、女性幹部55歳、女性労働者50歳である。男女の定年には5年か10年の差があり、長い間女性の定年が早いという問題があった。そのため、中国は年金制度の改革を推進する際、労働者の具体的な状況を考慮し、まずは女性、そして男性の形をとることができる。

第2に、年金の支払い時期を引き上げると同時に、年金制度とその他の政策の間の関連性に注意し、相応する高齢者再就業法案の改革を実施し、各改革を互いに協調・支持・関連する関係を形成させなければならない。単独の改革の実施効果は往々にして他の関連政策の実施に依存し、その実施の効果を前提としている。年金制度改革だけではすべての目的の実現を保障できないが、就業法案等の関連措置の実施を通じて、改革のマイナス効果をできるだけ減らすことができる。そのため、年金制度の改革や年金の支給を遅らせるとともに、就業法案を通じて高齢者の安定した収入をどのように保障するかも、民生にかかわる重大な問題である。また、全国の各地域、各業界の発展は不均衡で、高齢者の体、精神状況もそれぞれ異なるため、統一的な退職制度は高齢者には不利であるため、柔軟な退職制度を国が適用するべきである。老後生活に対する需要の変化に伴って、“外在の面で

身の居場所を安定させる”ことから“内在的に心の居場所を作る”ことになってきている。就業は間違いなく高齢者が人生の価値を実現して、“内在的に心の居場所を作る”重要な方式になった。多元化、柔軟な退職制度の下で、高齢者自身の状況に応じて自由に就業形式を選択し、その重ねてきた知恵を生かして個人の自由と価値を実現することができるだけでなく、「老有所為（老後にまた社会に貢献できる）、老有所楽（老後に愉快である）を実現できると同時に、老年期間の生活収入レベルを効果的に保障することができる。

（9）国民理解の獲得および政府による宣伝・交流の重要性

伝統的な「孝行文化」の影響で、「子どもを養って老後を防ぐ」という考えが根付いている。現在、人々の老後に関する観念は既にある程度の変化ははるが、大部分の人は高齢者福祉施設に対する偏見を根本から取り除くのが難しい。特に立ち遅れた農村では、これが客観的に高齢者福祉施設の発展を制限している。これに対して、経済が比較的発達している都市部で宣伝を行い、一定の経験を積んだ後、農村や山間部に普及し、一步ずつ浸透作業を展開していくべきである。同時に、高齢者福祉施設のハードウェア・ソフトウェアの建設をしっかりとやる。みんなに高齢者福祉施設で老後生活を送るメリットを見せることができたら、彼らの思想の観念を変えることができる。また、政府は、宣伝を強化し、複数のルートを通じて高齢者福祉施設と介護者の必要性と重要性を宣伝する。社会と大衆の理解を深め、心理面で介護者の仕事を認めてもらう。この職業の名声と自身の価値に対する肯定を増やす。絶えず彼らに対する社会受容度を向上させる。政府はまた、介護者の公益ポストを設置する。公益ポストに補助金を提供し、適切にその収入を増やし、仕事への熱意を動員することである。

また、年金制度の改革に対する国民の理解と支持は、年金制度の改革を持続可能なものにするにおいて非常に重要である。政府は現行する年金制度が抱える問題点、それがこのまま続行する場合のデメリットについて国民に共有し、正しく世論をリードすべきである。

第1に、政府は、世代間の公平と将来世代の厚生を考慮するために改革をしようとする本意を国民に訴えかけ、現役の被保険者の理解と支持を獲得し、改革の必要性を世間一般に知ってもらう必要がある。

第2に、政府による説明は一方向的な告知という形ではなく、国民の様々な層の実際状況に配慮しながら、少しずつ国民の納得できる意思決定を行うべきである。何よりも重要な

のは、国民それぞれ受ける直接的な影響を十分に説明し、理解してもらう努力である。例えば、中国の年金制度改革について、退職年齢を引き上げる政策が長年検討されてきたが、遅々として打ち出せなかった主な原因は国民の反対の声が強いからである。将来、年金待遇を適切に引き下げるには、国民の理解と支持が必要である。定期的に年金精算報告書を作成・発表し、年金精算の透明性を高めることで国民の理解と支持を勝ち取り、制度改革の順調な進行を保障する必要がある。

中国の地域は広大で、地区間の経済発展の不均衡、人民の生活水準の違いは明らかで、老後保障制度を確立するには中国特有の国情、制度の改革と確立の必要性について政府は宣伝を強化する必要があり、国民の理解を得る。

本第6章は、主に日本の老後保障制度の経験と結びつけて、中国の老後保障制度に存在する問題解決に対して具体的な「啓示」（改善提案）を提出したものである。

〔仮説1〕基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する対策としては、本章の(3)(4)(8)の改革に取り組むことが必要である。つまり、(3)の改革では、政府の老後保障における役割をさらに強化することを提案した。(4)の改革では、年金制度をさらに充実させるべきだと提案した。例えば、①年金資金調達ルートを広げることである。②年金管理の動的なバランスを実現することである。③基本年金の改革をよりよく行い、持続可能な発展を図るため、定期の年金財政精算制度の確立を提案すること等である。(8)の改革では、年金支給の開始年齢の引き上げを提案した。例えば、①年金の支払い時間を遅らせるには、階層的、性別的に徐々に行わなければならない。②年金の支払い時期を引き上げると同時に、年金制度とその他の政策の間の関連性に注意し、相応する高齢者再就業法案の改革を実施し、各改革を互いに協調・支持・関連する関係を形成させなければならないこと等である。これらの諸政策を通じて、基礎年金制度の保障の公平性を絶えず高めていかねばならない。

〔仮説2〕人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する対策としては、(5)の改革に取り組むことが必要である。(5)の改革では、高齢者医療保険制度の試行箇所を建立することを提案している。例えば、①高齢者医療保険制度の試行箇所を確立することである。②政府の財政は医療衛生へ力を入れなければならない。③都市の貧困者、失業者、独居高齢者、障がい者、幼児等の社会的特殊団体の利益を保証することを重視すること等である。「高齢化率の高い地域に対して高齢者医療制

度の試行を行う」ことによって、問題を発見・総括し、さらに絶えず改善し、新しい高齢者医療保険制度を形成するべきである。これは将来中国が直面する深刻な高齢化問題を予防するための制度面での実践でもある。

[仮説3] 介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する対策としては、(6)の改革に取り組むことが必要である。(6)の改革では、介護保険制度の確立を加速させることを提案している。例えば、①長期介護保険の合理的モデルを作ることである。②日本の多ルートの資金調達モデルは、介護保険費用の安定的調達を確保するとともに、国と企業の支出圧力を軽減することにも有利で、日本の介護保険制度設計のハイライトである。③高齢者介護人材の育成を重視することである。ここでは、介護保険制度のモデル、資金調達ルート、介護者等の面から具体的対策を示した。中国の現在の介護保険制度はまだ試行模索の段階にあるため、既存の医療保険制度と有機的に結合し、「予防・治療と介護」の三位一体の介護モデルを形成することができれば、高齢者の老後生活の質を根本的に保障することができる。

[仮説4] 高齢者福祉施設の設備は「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。このことの対策としては、(1)の改革に取り組むことが必要である。合肥市に対するアンケート調査により、現在、高齢者福祉施設内には多くの問題が存在していることが分かった。(1)の改革では、これらの問題に対して具体的対策を提出している。高齢者福祉施設の運営・サービスのレベルを絶えず向上させ、ヒューマニズムなサービスを重視しなければならない。例えば、①まず高齢者福祉施設は運営理念を転換する。②政府は厳格な監督・管理制度を制定する。中国の高齢者福祉施設に現存する普遍的問題は、整備された施設が本当に高齢者の角度から考慮し、設計しておらず、介護サービスがヒューマニズムと個性化に欠けていること等である。

もちろん、これらの問題の原因はどちらか一方のせいではなく、多様な原因によって総合的に形成されている。既存の状況を変えるためには、まず政府が制度面から各方面の責任と義務を明確にする必要がある。現在の情勢に基づいて、年金保険制度、医療保険制度および試行段階の介護保険制度の改善を絶えず向上させてこそ、問題を絶えず発見し、相応の対策をタイムリーに提出することができ、中国の老後保障制度をより完備させることができる。そうすることによって、高齢者の人生や生活もより保障され、人民の幸福感をより強くすることができる。

以上、制度論と実践論の比較分析を通して、[仮説1]、[仮説2]、[仮説3]を検

証した。さらに、日中両国の高齢者福祉施設の比較を通して、[仮説 4] を検証したことになる。

おわりに一結論と今後の課題

1 結論

日本の現在の人口年齢構成は、急速に高齢化が進み、人口出生率は低い水準を維持している。毎年の退職者数は仕事を始める人数より多いため、社会保障は深刻な財政危機に直面している。ここ 20 年間、日本の経済は低迷を続け、国民の実際の購買力が低下し、高齢者の貧困状況が深刻化しているため、高齢者の犯罪問題が頻発している。日本社会は深刻になりつつある高齢者問題に直面し、知らず知らずのうちに「経済大国」から「高齢者大国」になった。高齢化社会が直面する高齢者問題に対応するため、日本は、経済の発展が緩やかで、人口高齢化がますます厳しくなっている背景において、高齢者に関する年金、医療、介護等の社会保障制度を制定・整備したほか、各種の育児、女性の就業、高齢者の就業に関する数多くの政策を打ち出し、労働力不足の問題に対応している。これらの対策措置はいずれも一定の効果を収めている。

中国現在の人口高齢化率はまだ日本の水準に及ばないが、高齢者人口の基数が大きいため、日本と同じような高齢化社会と高齢者問題に直面している。2000 年、中国が高齢化社会に入ってから、高齢化のペースは絶えず加速している。第 6 回国勢調査の資料によると、中国の 65 歳以上の人口は、総人口に占める割合は 8.87%で、低年齢人口は総人口に占める割合は 16.6%である。2020 年までに、60 歳以上の人口は総人口の 18.7%を占め、そのうち、65 歳以上の人口は総人口の 13.5%を占める。21 世紀の中頃まで、中国の高齢者人口は総人口の 3 分の 1 を占め、すべての先進国の高齢者人口の総計に値する見込みである。中国は、「未富先老（富みに入る前に老いていく）」、「未備先老（蓄積ができないうちに老いていく）」の状況で人口高齢化社会に入り、人口高齢化に対応する経済力が弱く、制度の整備も十分ではない。しかも、中国の高齢化には生活能力を失った高齢者、超高齢者、独居高齢者、貧困高齢者の比率が高いという特徴が現れ、人口高齢化状況が最も厳しい発展途上国である。もし対策を怠り、事前に準備をしなければ、より厳しい社会問題に直面することになる。日中両国の社会制度は違っているが、人口高齢化の特徴、人口構造の変化、高齢者福祉文化等の面で類似点も多い。しかし、日本と比べて、中国の老後保障制度は遅れ始めており、多くの問題が続出している。したがって、本論は、日中老後保障制度を理解した上で、日中老後保障制度を比較し、その成功経験と直面する問題を研究することによって、中国の回り道を減らし、より科学的かつ合理的で、より中国の国情に合致する老

後保障制度を制定することを期待している。本論を統括すると次のようにまとめられる。

論文の第1章では、まず本研究の背景、目的、意義、先行研究のレビューと研究方法を紹介し、冒頭で基礎を定めた。

日中両国の老後保障制度をより深く理解するために、第2章では、日本の総人口高齢化の発展過程と現状を詳しく分析した。日本は、1970年に高齢化社会に入り、当時の高齢化率は7.1%であった。中国は、1999年に高齢化社会に入り、当時の高齢化率は10.46%であった。日本の人口高齢化の特徴は、主に以下の点がある。1つは、人口高齢化のスピードが速く、若年層労働力は急速に減少する。2つは、高齢人口のうち高齢者が多く、女性の高齢化が目立つ。3つは、人口高齢化に地域差が顕著で、農村部は都市部より高い。さらに、日本の人口高齢化の主な原因としては、以下の3点が考えられる。1つは、赤ちゃんの出生率は絶えず低下する。2つは、平均寿命が絶えず延長する。3つは、未婚化、晩婚化、子育て化の進行する等である。

中国の人口高齢化の特徴は、主に以下の点がある。1つは、人口高齢化の規模は大きく、しかも急速に増加する。2つは、高齢者人口が急激に増加する。3つは、地域発展のアンバランスが目立つ。4つは、豊かになる前に高齢化する。5つは、女性の高齢化の程度は男性より高い。さらに、中国の人口高齢化の主な原因としては以下の3点が考えられる。1つは、計画生育政策によって出生率の低下が加速される。2つは、科学技術医療水準の向上は人口死亡率を減少させた。3つは、経済の急速な発展は人々の出産意欲を変えた。

老後保障制度という概念をより明確に理解するために、第3章では、老後保障制度について概説を行い、社会保障、老後、老後保障および老後保障制度の概念を明確にした。そして、政治学、経済学、社会学の面から老後保障制度の理論基礎を分析した。保険型、福祉型、自己蓄積型、非納付型等いくつかの老後保障のタイプを分析した。老後保障制度の日中比較をより良くするために、第3章の第4節と5節では、それぞれ日中両国の老後保障制度の発展過程を紹介した。日中両国は一衣帯水で、文化は似ているが、国情、経済発展が異なり、高齢化人口の数が異なる等の要素があるため、日中両国は人口高齢化、老後保障制度の面で大きな違いがある。

このような違いを見出すために、第4章では、日中両国の老後保障制度を比較した。まず日中人口高齢化の相違性と類似性を分析した。日中の人口高齢化の差異性は主に以下のようなものである。1つは、日中両国の出生率が低い原因が違う。2つは、老後保障福祉制度の違いによって日中人口高齢化の差が著しい。日中の人口高齢化の類似性は、主に日中の人口

構造の変化傾向が似ていて、人口高齢化の発展の地域不均衡性であり、人口高齢化の都市と農村の不均衡性である。

第2節から第4節までは、主に年金制度、医療保険制度、介護保険制度を比較した。年金制度の比較により、社会制度と経済水準の違いによって、両国の年金制度のモデルとレベルに大きな差がある。日本が年金制度を作るタイミングは中国とほぼ同じで、20世紀50年代から初歩的に建てられたが、日本の年金制度の整備度は中国をはるかに超えている。日本の現行の「国民皆年金」の年金制度は、改革過程で徐々に形成され、年金の納付率は経済発展レベルの変化に伴って変化する。また、中国に比べて年金支出がGDPや社会保険に占める割合が高い。年金は制度の設計上、異なった役割の責任分担を体現しており、人口高齢化の急速な発展に対応するために適時に制度調整を行っている。日本と比べて、中国の年金制度は、長い間都市部の企業従業員を主な保障対象とし、他の階層の老後保障と年金需要を見落としていた。継続的な発展と完備を経て、2014年になってようやく中国の都市・農村の住民年金制度が統一された。多くの制度の詳細はまだ計画・検討される段階にあり、年金の待遇水準はさらに向上させる必要がある。

〔仮説1〕基礎年金制度の保障額は、「公平性」を重視する。第4章第2節において日中年金保険料の給付水準の比較から分かるように、日本国民年金の毎月の給付額は65075円で、厚生年金の毎月の給付額は220496円で、両者の差は3.4倍にすぎない。それに対して、中国の都市部職工(公務員を含む)の基本年金の月間給付額は2362元で、都市・農村住民の毎月の給付額は120元しかなく、両者には19.7倍の差がある。中国の年金制度は異なる対象を保障する際に不公平の問題が深刻であることがわかる。そのため、年金の資金調達ルート拡大、年金の国家統一管理、年金管理の動態バランスの実現等、様々な措置を通じて、最終的に年金の持続可能な発展と保障の平等性を実現するべきである。

〔仮説2〕人口高齢化率が高い地域を選び、「高齢者向け」の医療保険制度の試行箇所を創立する。第4章第3節分析から分かるように、日本は2008年に後期高齢者医療制度を確立した。これは世界で初めて高齢者を対象とした独立医療保険制度である。2008年4月に実施されてから13年以上が経った。これとは対照的に、中国は2016年までに医療保険制度が断片化した状態を呈し、2016年1月3日に、国务院が「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を発表し、既存の都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療保険制度を統合し、都市・農村住民基本医療保険制度とすることを決定した。それぞれ都市職工基本医療保険制度と都市・農村住民基本医療保険制度である。制度分析から分

かるように、現在の医療保険制度は高齢者に対する優遇政策が少なすぎる。高齢者は現役の若者より収入が低い上に、病気のリスクが高いため、医療保険制度を構築する際には、高齢者の特徴を考慮すべきである。しかし、中国の医療保険制度は高齢者向けの対策が少なすぎる問題があり、中には高齢者に不利な対策もある。例えば、都市・農村住民基本医療保険制度は最高の精算限度額を設定しているが、高齢者の罹患率は若者より高いため、医療費の精算限度額を超えた人の中で、高齢者が多い。また、最高の精算限度額を超えないために、多くの高齢者は小さい病気にかかる時には受診しないようにしている。このような医療保険制度の設計は、高齢者の病気の予防と治療にマイナスの役割を果たしている。また、疾病の予防と保健に対してあまり重視しない。現行の医療保険制度は高齢者を対象とする疾病予防と保健措置がなく、疾病予防と保健に対する軽視は病気の人数を増加させ、医療保険基金の給付に潜在的な圧力をもたらしてしまう。そのため、「高齢者向け」とした疾病予防と保健の医療保険制度を構築することは、高齢化社会に対応する重要な手段である。

介護保険制度では、日本が1997年12月に「介護保険法」を可決し、2000年4月1日施行している。「介護保険法」の登場は日本の介護保険制度の確立を示している。これに対して、中国では今はまだ介護保険制度が確立されていない。2006年から介護保険制度の模索が始まり、2016年6月に「長期介護保険制度の試行に関する指導意見」を発表し、河北省承德市等十五カ所を試行箇所とするようになった。それは、長期介護保険制度の試行が本格化したことを示している。

〔仮説3〕は、介護保険制度は「予防・治療と介護」を全面的に保障する。日中介護保険制度の比較から分かるように、中国の介護サービスはまだ比較的単一のモードを利用している。その主要な介護内容は、まだ高齢者の日常生活、食事と清潔衛生面の世話にとどまっている。在宅介護や専門機関の介護に関わらず、大部分の介護者は食事や宿泊等の基本的な生活配慮型のサービスしか提供できない。医療、リハビリ、介護に便利な住宅改造、入浴・排せつ等の面での介護サービスを提供されるレベルは低い。また、介護保険は主に被保険者の病後のケアとリハビリおよび重大疾患に対する予防サービスである。それは医療保険の疾病治療保障モードと互いに補完し、同時に2種類の保険を分けて管理するコストを下げることができ、中間のプロセスを減らし、サービス提供の効率化ができる。両者の結合で「予防、治療と介護」の全面的な保障モードを形成することができる。

両国の老後保障制度が高齢者に与える影響をより明確にするために、第5章では、日中

高齢者福祉施設の状況および施設在住の高齢者に対してアンケート調査を分析した。

[仮説4]は、高齢者福祉施設の設備は「適老性」と「多様性」を備え、介護サービスは「ヒューマニズム」と「個性化」に重点を置く。第5章では、日中高齢者福祉施設の比較結果から、日本の4大サービス項目における総合割合は中国より高く、しかも提供するサービス項目の種類が多いことが分かった。サービス設備の面では、高齢者の立場から高齢者視点で設計されている。例えば、新型の多機能の介護ベッド、1人部屋、高齢者適用の助浴設備、多機能便器、高齢者向けのトイレ、基本的に必要な医療施設等である。アンケート調査を通じて、中国の高齢者福祉施設内の多くは2人部屋、さらには多人数部屋の状況も見られる。また、高齢者福祉施設内には必要な医療施設がない場合が多い。日本の介護者のデータと比べると、中国の高齢者福祉施設の介護従業員は学歴程度が低い、年齢が高い、労働時間が長い、収入が低い、専門性が低い等の特徴がある。加えて仕事の環境が悪い、職業の認知度が低い、人員の流動性が大きい、研修指導が不足する等の原因もあるため、最終的に介護サービスの品質が悪くて、ヒューマニズムに欠けているという現状であった。そして、高齢者に接するとき個人差を考慮することもできない。介護者のサービスの質が悪く、高齢者が満足していないため、高齢者福祉施設の入居率が低い。したがって、高齢者福祉施設がよりよく発展するためには、よりヒューマニズムで多様化の施設を配備しなければならないだけでなく、介護者は高齢者を尊重・愛護し、サービスはもっとヒューマニズムを重視する必要がある。ここで[仮説4]を検証した。また、それに関連する制度の[仮説1][仮説2][仮説3]も、本章の分析によって検証された。

制度と実践の比較を通じて、中国の老後保障制度の制定は大きな業績を得たが、現在の制度の安定性、公平性と効率性はまだ改善のスペースが大きく、老後保障制度の持続可能な発展能力を強化する必要がある。

現在、中国の老後保障制度の制定には、以下のいくつかの面で問題がある。1つは、政策支持が不足で、法律体系の整備が遅れている。2つは、基本年金に不公平性が存在している。3つは、年金統括ルートの単一および「空口座」の問題が深刻である。4つは、管理体系が健全ではなく、政策の実行が適切ではない。このように、中国の老後保障制度には様々な問題があるため、人口高齢化の急速な発展によるリスクの絶えず増加を防ぐのがますます困難になる。制度保障の効果的実現が難しいため、改革の度合いを高め、老後保障制度の充実が目前に迫っている。

第6章では、日中老後保障制度の比較をもとに、中国の国情を結び付けて日本の経験を

参考にして、中国の老後保障制度の改革に対する「啓示」を提示した。1つは、高齢者福祉施設の運営サービス水準の向上とヒューマニズム・サービスの重視する。2つは、科学的に高齢化の発展態勢を判断する。3つは、政府が年金保障面での役割をさらに強化する。4つは、年金制度のさらなる整備する。5つは、高齢者医療保険制度を試行的に確立する。6つは、介護保険制度確立を加速させる。7つは、高齢者の再就職を促進する。8つは、年金支給開始年齢を引き上げる。9つは、国民理解の獲得および政府による宣伝・交流の重要性である。

筆者の知識構造と研究レベルには制限があるため、文章の中で述べた内容は一定の制限性と偏差性があると思われる。よりきめ細かく、より重点的に両国の老後保障制度の比較を行うために、本論は、狭義の老後保障面で比較をただけで、研究内容は比較的簡単である。老後保障の内容はいろいろある。例えば、精神慰謝、高齢者サービス、文化政治保障等である。これら残した課題は次の研究に期したいと考えている。

2 今後の課題

現在、中国では健康、医療、老後資源の面での供給が相対的に不足しており、経済発展水準のアンバランス等もあいまって、国民の健康と老後に対するニーズを満たすのは難しい。「スマート老後」概念の提出は、この難題を解決するために新しい幕を開いた。インターネット、モノのインターネットとクラウドコンピューティング等の技術が絶えず発展し、在宅、コミュニティ、施設老後方式の統合発展を促した。「スマート老後」は新型の老後パターンとして生まれ、現在の老後問題を解決する有効な手段となり、老後産業も今まで見られないチャンスを得た。「スマート老後」(Smart Senior Care)は最初にイギリス生命信託基金が提出したもので、当時は「オールインテリジェント高齢者システム」と呼ばれ、高齢者は時間と環境の制限を受けずに自宅で高品質で楽しい生活を送ることができるということであった。

「スマート老後」の前身は、「スマート在宅老後」(Smart Home Care)であり、先進的な情報技術手段を利用して、在宅高齢者に物質化、インターネット化、インテリジェント化の老後サービスを提供することを指している。その核心は先進的な管理技術、コンピュータ技術とワイヤレスセンサーネットワーク(Wireless Sensor Networks, WSN)を応用することである。高齢者、政府、コミュニティ、医療関係者、医療機関、サービス機関を有機的な全体として形成する。2008年11月にIBMは、ニューヨークで開催された外国関係理

事会で「スマート地球」の建設をコンセプトに掲げ、2010年「スマートシティ」のビジョンを正式に打ち出し、グローバルのスマート都市の探索と建設のブームを巻き起こした。イギリス、日本、米国、ドイツ、オランダ等は、相次いで「スマート都市建設」の実践と探求を展開した。これを背景に、一連の「スマート」が生まれ、「スマート病院」、「スマート交通」、「スマート農業」、「スマート家庭」、「スマートコミュニティ」等が広がった。

2014年3月、中国共産党中央、国務院は、「国家新型都市化計画」を発表し、「スマート都市」を都市発展の新たなモデルとして、スマート都市建設を強力に推進するよう求めた。スマート都市の建設が絶えず深くなるにつれて、スマート都市の重要な構成部分としての「スマート老後」も概念から実践に転向した。「スマート」で民生、社会、老後にサービスを提供し、最後に「スマート中国」という目標を実現する。

中国の「スマート老後」研究のスタートは遅く、2007年に「デジタル老後」という概念が現れる。その後、学术界は「情報化老後」の概念を運用し始め、2011年以降には、「科学技術老後」、「ネット化老後」等が現れ、さらに「インテリジェント老後」「スマート老後」に発展した。多くの学者が「スマート老後」の概念を深く研究したが、「スマート老後」の概念については、現在の学界には統一的な規範の定義はない。「スマート老後」の本質は、主に現代情報技術を利用して老後サービスのモデルチェンジとアップグレードを促進することである。人、財、情報資源、技術設備の4つの要素から構成され、コンピュータネットワーク技術、クラウド計算、モノのインターネット、人工知能等の技術を媒介として、在宅老後、コミュニティ老後と施設老後を研究開発の対象に、その内容と方式を革新し、高齢者に良質、高効率、快速、科学的かつヒューマンイズムのサービスを提供することである。同時に、高齢者の知恵と経験に対して再開発と再利用を行い、高齢者の物質生活と精神生活の両面での絶えざる向上を促し、高齢者を尊厳と幸福感を持ち、より高い価値のある人生を送らせることである。

現在、中国の老後保障システムがまだ完備されていないため、「スマート老後」は政策普及と部分的な試行段階にあり、各試行基地で順調に展開されている。新世代の情報技術の急速な発展に従って、「スマート老後」は中国の老後サービス資源の需給矛盾を解消するための実行可能な道であり、必然的な選択になると思われる。しかし、本論では、「スマート老後」分野の分析をしておらず、これを今後のさらなる研究課題としたい。

3 謝辞

本論文は、筆者が西九州大学大学院生活支援科学研究科地域生活支援学専攻博士課程在籍中の研究成果をまとめたものである。田中豊治先生には指導教員として本研究の実施の機会を与えていただき、その遂行にあたって終始ご指導をいただいた。ここに深謝の意を表します。本研究のために調査にご協力いただいた各高齢者福祉施設の皆様方に心から感謝致します。坂田周一先生には普段から私に対し細かいところまで気を配ってくださり、論文に対しても懇切丁寧なご指導とご修正をいただいたことに、ここで深く感謝させていただきます。

また宮原洋八先生、菅原正志先生、白田久美子先生、そして西南学院大学の倉田康路先生からも厳しくも優しいご指導とご鞭撻をいただいた。心より感謝申し上げます。また江越実咲さんと家族、本論の作成に当たりご修正をいただき、深甚の感謝を申し上げます。さらに、クラスメートや友達からの関心と支持にも感謝したい。最後に、何よりも家族がいつも黙々として私のことを見守ってくれ、私が欲しい生活を求めるのを応援し、支えてくれたことに最大の感謝を表します。

引用参考文献

日本語参考文献

- 荒井良雄(2009)「大都市圏人口高齢化と住宅地の持続性」『新都市』p. 8.
- 藤田桂子(2010)「中日老年社会保障問題比較」『中国工業経済』pp. 10-14.
- 広井良典・沈潔(2007)『中国日本社会保障制度の比較と参考』中国労働社会保障出版社.
- 北場勉(2007)『入門社会保障』ミネルヴァ書房.
- 厚生労働省(2013)『厚生労働白書』日経印刷, p. 26.
- 望月清人(1996)「高齢化社会の社会保障制度問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社 pp. 139-148.
- 日本国立社会保障人口問題研究所(2007)『日本の社会保障制度概要』
- 長勢甚遠(1986)「日本の高齢者の就職現状」李樹生訳『西北人口』p. 4.
- 大山博(1996)「高齢化社会の社会保障制度問題」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社 pp. 139-148
- 岡本ゆぞ(1995)「日本の高齢社会の福祉と長期保健が直面する試練」岳平訳『中国衛生経済』p. 3.
- 小笠原泰・渡辺智之(2012)『2050 高齢者大国の現実:超高齢化・人口減少社会での社会システムデザインを考える』東洋経済新報社.
- 岡崎祐司(2020)「介護保障を阻む構造:介護保険制度の問題点」『佛教大学社会福祉学部論集』pp. 21-37.
- 大塩まゆみ・奥西栄介(2018)『高齢者福祉』ミネルヴァ書房, p. 42-44.
- 坂脇昭吉・中原弘二(2002)『現代日本の社会保障』ミネルワ書房.
- 柴田嘉彦(1998)『日本の社会保障』新日本出版社.
- 清家篤(2012)「保障改革と雇用」『週刊社会保障』pp. 38-39.
- 田中豊治(2012)「台湾における高齢者の社会参加の現状と課題」『白山社会学研究』19, pp. 49-64.
- 田原裕子(2008)「高齢者居住地の移転と地域経済財政に関する考察」『人口減少社会の家庭と地域』日本評論社.
- 土田武史ら(2008)『社会保障改革—日本とドイツの挑戦』ミネワ書房.
- 土田武史(1996)「戦後に設立された日本医療保険制度——多元型全国国民保険の問題と対策」『日本社会保障制度:中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社. pp74-88.

- 東京都高齢化研究委員会(1994)『都市の少子高齢化研究』
- 上之園佳子(2007)「人類の歩み：21世紀の分岐点」『文真堂』
- 横山和彦・田多英範(1991)『日本社会保障の歴史』学文社
- 山崎広明(1996)「厚生年金制度の歴史的考察」『日本社会保障制度：中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社. pp. 3-12.
- 八田達夫・八代尚宏(1998)『社会保険改革—年金介護医療雇用保険の再設計』日本経済新聞社.

中国語参考文献

- 崔万有 (2009) 『日本社会保障研究』北京師範大学出版社.
- 崔曉冬(2010)「日本社会保障予算編成とその啓示」『日本研究』p. 1. 「アメリカと日本の社会保障予算と啓発」『中国財政』p. 11.
- 車維漢(2004)「日本の高齢化社会現状影響対策」『日本問題研究』p. 4.
- 程志強・馬金秋(2018)「中国の人口高齢化の発展と対応策」『学术交流』12, pp. 101-109.
- 崔少敏・アメリカ社会保障署(1996)『世界社会保障制度大全』中国物質出版社, p. 3.
- 丁英順 (2018) 『日本の人口高齢化問題の研究』社会科学文献出版社, p. 11.
- 第6回国勢調査および『中国統計年鑑 2019』.
- 丁東紅(2011)「福祉国家理論の起源と発展について」『中共中央党学校学報』2, pp. 55-60.
- 丁純 (2000) 「ドイツ老後保障体制の改革」『ヨーロッパ』2, pp. 66-73.
- 郭麗 (2011) 「中日人口高齢化の差異と対策の考え方」『上海理工大学学報』33(2), pp. 154-158.
- 國務院發展研究中心-社会部課題 (2019) 「グループ高齢者サービス体系発展の国際経験と中国実践」『中国發展出版社』, p. 3.
- 高春蘭・班娟 (2013) 「日本と韓国の高齢者長期介護保険制度の比較研究」『人口と經濟』3, pp. 104-110.
- 胡令遠・袁堂軍・馬欣欣 (2019) 『冷戦後の日本社会保障制度の研究---中国への啓示』上海人民出版社.
- 黄国時・嘎日達 (2010) 「社会融合理論研究総説」『新視野』6, p. 87.
- 江瑞平(1996)「現在日本社会保障制度が直面している主な問題」『日本社会保障制度: 中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社. pp. 42-50.
- 劉振傑 (2011) 「現代老年保障制度の理論と実践」『黒竜江社会科学』5, p. 141.
- 劉翠宵 (2006) 『中国農民社会保障制度研究』法律出版社, p. 23.
- 李新偉 (2002) 「中日の人口高齢化についての比較研究」『東北アジアフォーラム』3, p. 88.
- 劉翹 (2010) 「中国の長期看護保険の発展に関する検討」『時代金融』10, pp. 13-15.
- 毛慧紅・戴維周(2004)「日本企業年金制度とその中国への啓発」『日本研究』p. 4.
- 権形 (2017) 『戦後の日本老後社会保障制度の変遷についての研究』人民出版社.
- 喬海舟 (2015) 「中国の商業長期介護保険の発展戦略探索」『經濟研究ガイドブック』7, p. 86.

- 施錦芳(2010)「少子高齢化に基づく日本社会保障制度研究」『遼寧大学学报』p. 4.
- 沈潔(2004)「日本社会保障制度の発展」中国労働社会保障出版社.
- 宋健敏(2012)『日本社会保障制度』上海人民出版社.
- 孫耀明・潘蕊(2004)「日本年金の問題と対策」『日本問題研究』(4), pp. 37-49.
- 孫広徳・董克用(2008)「社会保障概論」『中国人民大学出版社』P. 144.
- 陶立群(1984)「日本高齢化問題の組織機構とその機能」『社会』p. 4.
- 童適平(1996)「戦後の日本社会保障制度の特徴とその直面する問題」『日本社会保障制度：中国社会保障制度改革に関する併論』復旦大学出版社. pp. 13-25.
- 陶立群(1995)「日本の人口高齢化の現状、発展傾向と主要な対策」『日本問題研究』(1), pp. 56-58.
- 譚琳(2007)「中国の人口高齢化発展トレンドの予測研究報告」『中国婦運』2, pp. 15-18.
- 陶立群(1997)「人口高齢化と老後保障の国際比較研究—日本経験と参考」『南方人口』1, p. 50.
- 王延中(2019)「中国社会保障発展報告 2019 年金と高齢者サービス」『社会科学文献出版社』p. 3.
- 王偉(2003)「日本の人口構造の変化傾向と社会に対する影響」『日本学刊』(4), pp. 127-139.
- 王莉莉・郭平(2010)『日本老年社会保障制度』中国社会出版社, P. 82-83.
- 吳蒼萍ら(1999)「社会老年学」『中国人民大学出版社』p. 160.
- 原新・吳蒼萍・李建民ら(2009)「新中国人口 60 年」『人口研究』5, p. 53.
- 原新・劉士傑(2009)「1982-2007 年中国の高齢化原因の人口学的要素分解」『学海』4, p. 142.
- 侑天心(1995)『辺縁財政考察』中国財経出版社, p. 359.
- 尹惠茹・袁華・石曉群・李文濤・安力彬(2016)「深刻な高齢化背景下にある中国の高齢者福祉施設の発展難局と対策」『中国高齢者学雑誌』, pp. 33-46.
- 趙艷(2010)「中日社会保障制度比較」『北方經濟』(23), pp. 54-56.
- 張士斌・王橋(2010)「中日社会保障制度の比較——労働力市場の視点」『現代日本經濟』(4), pp. 58-64.
- 張岩松(2016)「社会高齢者サービス体系建設研究」『東北財経大学出版社』, pp. 3-5.
- 張岩松(2016)「社会高齢者サービス体系建設研究」『東北財経大学出版社』pp. 3-5.
- 朱清(2003)『年金制度の經濟分析と運營分析』中国人民大学出版社, p. 24.

張曉傑 (2016) 「医療・老後介護による老後革新のロジックボトルネックと政策選択」『西北人口』 37(1), p. 45.

ウェブサイト参考文献

- BAIDU(<https://baike.baidu.com/item/%E5%85%B8%E8%80%81%E9%87%91%E6%9B%BF%E4%BB%A3%E7%8E%87/3570856?fr=aladdin> 最終閲覧日：2021. 11. 1)
- 中国政府網計画発展と情報化司（2019）「中国衛生健康事業の発展統計公報」
(<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/202006/ebfe31f24cc145b198dd730603ec4442.shtml> [最終閲覧日：2020. 8. 20])
- 中国政府網(2021)「中国の基本医療加入者数は13.6億人」
(http://www.gov.cn/xinwen/2021-06/15/content_5617599.htm 最終閲覧日：2021. 10. 27.)
- 中国政府網（2020）「全国登録看護婦数445万人」
(http://www.gov.cn/xinwen/2021-06/15/content_5617599.htm 最終閲覧日：2021. 10. 27.)
- 中国ニュースサイト(2019)「今年6月末現在、中国には各種高齢者福祉施設が2万9900カ所ある。」
(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=164571981072042318&wfr=spider&for=pc> 最終閲覧日：2020年12月13日)
- 合肥市統計局(2021)「合肥市第7回国勢調査主要データ状況」
(<http://tjj.hefei.gov.cn/tjyw/tjgb/14735553.html> (最終閲覧日：2021年8月13日))
- 人民網（2020）「中国の平均寿命が77.3歳に 全国の医療衛生機関総数が100万以上に」
(<http://j.people.com.cn/n3/2020/0608/c94475-9698531.html> 最終閲覧日：2021. 10. 20)
- 人民資訊(2021)「全国高齢委員会:我が国には現在4000万人の生活能力を喪失した高齢者がいる」
(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1718638368681555403&wfr=spider&for=pc> 最終閲覧日：2021年12月13日)
- 人社部（2021）「10.5万軒の企業が企業年金計画を設立 規模2兆2000億元を突破」
(<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1695694154157086757&wfr=spider&for=pc> [最終閲覧日：2021. 11. 20])
- 厚生労働省（2020）「令和元年簡易生命表の概況」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-15.pdf> 閲覧日：2021. 1. 10)
- 厚生労働省（2016）「人口動態統計特殊報告」
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jikou/tokusyuu/konin16/dl/gaiyo.pdf>. 閲覧日：2019. 12. 10)
- 国家統計局（2021）「第7回国勢調査」

(http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/202106/t20210628_1818824.htm
1 閲覧日：2021. 6. 10)

厚生労働省（2021）「年金積立金の運用状況について 年金積立金管理運用独立行政法人
法第 28 条に基づく公表資料」（<https://www.mhlw.go.jp/content/000835822.pdf> 最終閲覧
日：2021. 11. 21)

厚生労働省 (<https://www.mhlw.go.jp/nenkinenshou/verification/index.html> 最終閲覧
日：2021. 11. 1)

厚生労働省（2019）「令和元年介護サービス施設・事業所調査の概況」
（https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service18/dl/kekka-gaiyou_1.pdf
最終閲覧日：2021. 1. 15)

國務院(2017)「第 13 次 5 カ年計画の国家高齢事業発展と養老体系建設計画に関する通知国
発 13 号」

(http://www.gov.cn/zhengce/content/2017-03/06/content_5173930.htm 最終閲覧日：
2020 年 7 月 2 日)

内閣府（2019）「人口推計」
(https://www8.cao.go.jp/kourei/whitoeppaper/w-2018/html/gaiyou/s_1_1_1.pdf 閲覧日：2020.
1. 15)

政府网（2021）「第 7 回全国国勢調査公報」
(http://www.gov.cn/guoqing/2021-05/13/content_5606149.htm 閲覧日：2021. 8. 10)

総務省統計局（2021）「人口推計(<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/202111.pdf>
閲覧日 2021. 11. 20)

総務省統計局（2019）簡易生命表の概況
(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life19/dl/life19-04.pdf> 閲覧日：
2020. 8. 18)

社会保障制度審議会。「社会保障制度に関する意見 社会保障に関するコメント」
(<http://www.max.hi-ho.ne.jp/nvcc/KANK025.htm>[最終閲覧日：2017. 12. 20])

総務省（2020）「統計からみた我が国の高齢者」
(<https://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics126.pdf> 最終閲覧日：2021. 11. 1)

佐賀県（2020）「令和 2 年度介護サービス事業所実態調査結果」
(https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00380441/index.html 最終閲覧日：2021. 7. 1)

佐賀県政策部統計分析課（2020）「推計人口」
(https://www.pref.saga.lg.jp/ki_ji00374169/index.html 最終閲覧日：2021. 8. 13)

佐賀県（2020）「地域医療情報システム」（<https://jmap.jp/cities/detail/pref/41> 最
最終閲覧日：2021. 9. 2)

社会福祉法人凌友会 (2021) 「社会福祉法人凌友会アンケート報告」

(<http://www.ryoyuukai.jp/houkoku.html> 最終閲覧日 : 2021. 7. 3)

搜狐網(2018) 「全国の財政医療衛生支出は 59502 億元」

(https://www.sohu.com/a/284731346_456060 最終閲覧日 : 2021. 10. 26.)

ウィキペディア 「日本の人口統計」

(<https://ja.wikipedia.org/wiki/%E6%97%A5%E6%9C%AC%E3%81%AE%E4%BA%BA%E5%8F%A3%E7%B5%B1%E8%A8%88> 閲覧日 : 2020. 8. 10)

財務省 (2018) 「中国の公的年金制度」

(<https://www.mof.go.jp/pri/research/seminar/fy2018/lm20180824b.pdf> 最終閲覧日 : 2021. 10. 1)

全国社会保障基金理事会(2020) 「基本年金積立金の受託運営年度報告

(http://www.ssf.gov.cn/y1jtzgl/202109/t20210913_7974.htm 最終閲覧日 : 2020. 10. 24)

資料：アンケート調査票

安徽省合肥市高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査票

(高齢者福祉施設へのアンケート)

高齢者福祉施設の管理者様：

こんにちは。まず、貴重なお時間をいただき、アンケートにご協力いただきありがとうございます。私は西九州大学大学院生活支援科学研究科に在籍するヨウ ケンホウ と申します。

今回のアンケート調査は、主に中国の高齢者福祉施設の現状と現実的な苦境を理解し、中国高齢者福祉施設のより良い発展に役立ち、中国高齢者福祉施設が本当に一般養老の基本的な需要と一部の群体の差別化の需要を満たすことを実現するために実施しました。あなたの有力なご協力は、私達の研究にとって強いデータ面のサポートになります。

質問紙調査への回答、回答用紙の提出をもって、本調査協力の同意ありとみなします。本調査の参加は対象者本人の意思を尊重するものであり、強制することは一切ありません。また、調査協力しないことにより、不利益を被ることも一切ありません。

本アンケート調査は学問的研究活動以外には、使用いたしません。併せて個人情報を十分に管理し、個人が特定されることもありません。さらにデータは統計的に処理されます。また個人情報を守ることを順守します。貴施設の発展をお祈りして調査の依頼を申し上げます。

【本調査は西九州大学倫理委員会の倫理審査により承認されています（承認番号 20RNV03）】

西九州大学大学院生活支援科学研究科地域生活支援学専攻

博士後期課程大学院生 楊賢芳(YOU KENHOU) ヨウ ケンホウ

西九州大学大学院生活支援科学研究科地域生活支援学専攻教授

西九州大学健康福祉学部 教授 田中 豊治(TANAKA TOYOJI)

2020年6月30日

西九州大学 〒842-8585 佐賀県神埼市神埼町尾崎 4490-9

実施分担者 西九州大学院生活支援科学研究科地域生活支援専攻 3年 YANG XIANFANG

連絡先：E-mail 541304124@qq.com

注：表示通りに記入をお願いします（下線の部分にご回答を埋め、選択肢のある部分は○でご記入ください）

一、貴高齢者福祉施設の基本状況：

1. 本高齢者福祉施設は何年に設立されたか _____
2. 本施設の性質：
 - (1) 公営； (2) 民営； (3) 公立民営
3. 既存の病床数： _____； 現在の入居者数は _____
4. 建設資金の主な出所（複数選択可能）：
 - (1) 政府からの資金調達； (2) 社会資金（集金）； (3) 個人の自己資金；
 - (4) その他：
5. 本施設の運営資金源（複数選択可能）：
 - (1) 政府出資； (2) 社会資金（募金）； (3) 個人の自己資金；
 - (4) 政府補助金； (5) 寄付金； (6) その他：
6. 本施設の運営状況から見て、その属性は高齢者福祉施設にとって一番いいと思いますか。
 - (1) 公益性（非営利）； (2) 営利性； (3) 公立民営
7. 本施設現在の固定サービス項目の月間料金基準：
 - (1) 1000元以下； (2) 1001-2000元； (3) 2001-3000元；
 - (4) 3001-4000元； (5) 4000元以上
8. 本施設の現在の主な業務内容（複数選択可能）：
 - (1) 生活介護 (2) 医療サービス (3) リハビリテーション (4) 娯楽サービス
9. 本施設が現在持っているサービス資質（複数選択可能）：
 - (1) 高齢者福祉施設許可証 (2) 食品経営許可書 (3) 入居対象者の入院評価を行う資質
 - (4) 医療機関許可証 (5) 医療保険指定箇所の資格 (6) 高齢者福祉施設責任保険に加入
10. 本施設の運営状況：
 - (1) 最初は赤字で、数年後から横ばいになり、現在は黒字
 - (2) 最初は黒字で、数年後から横ばいになり、現在は赤字
 - (3) 最初から今までずっと赤字
 - (4) 最初は赤字で、数年後に黒字になり、ここ数年は赤字
 - (5) これまでずっと黒字
11. 本高齢者福祉施設の入居率に満足しているか
 - (1) 満足 (2) 不満 (3) 普通

12. 入居率に不満があるなら、その主な原因は：

- (1) 経営管理の経験が足りない
- (2) 「子どもを養って老後を防ぐ」という伝統思想文化の影響を受ける
- (3) サービス人員の素質が高くない
- (4) サービス施設は簡単すぎる
- (5) 料金が安い
- (6) 居住環境は理想的ではない
- (7) 医療サービスが良くない
- (8) その他：_____

13. 現在どのような特別看護項目を提供しているか（複数選択可能）

- (1) 臨終ケア；
- (2) 「高齢者仲人」サービス；
- (3) 高齢者の劣等感心理と憂鬱感の解消；
- (3) その他：_____

二、高齢者福祉施設の管理者およびスタッフ：

- 1. 管理職数_____、管理学関連の専攻の卒業者の割合
- 2. 医師数_____、医師免許所持の割合_____、医学専攻の卒業者の割合
- 3. 介護士数_____、介護士免許所持の割合_____、介護専攻の卒業者の割合
- 4. 看護師数_____、看護師資格所持の割合_____
- 5. 既存の管理者の年齢状況：
 - (1) 20-30 歳の人数_____；
 - (2) 31-40 歳の人数_____；
 - (3) 41-50 歳の人数_____；
 - (4) 51 歳および以上の人数_____；
- 6. 既存の看護師の年齢状況：
 - (1) 20-30 歳の人数_____；
 - (2) 31-40 歳の人数_____；
 - (3) 41-50 歳の人数_____；
 - (4) 51 歳および以上の人数_____；
- 7. 既存の介護士の年齢状況：
 - (1) 40-50 歳の人数_____；
 - (2) 51 歳および以上の人数_____；
- 8. 医師の月給
 - (1) 2000 元以下；
 - (2) 2000-3000 元；
 - (3) 3000-4000 元；
 - (4) 4000 元以上；
- 9. 看護師の月給

(1) 2000 元以下； (2) 2000-3000 元； (3) 3000-4000 元； (4) 4000 元以上；

10. 介護士の月給

(1) 2000 元以下； (2) 2000-3000 元； (3) 3000-4000 元； (4) 4000 元以上；

11. 医師の年間退職件数

(1) 10 人以下； (2) 10-20 人； (3) 20-30 人； (4) 30-40 人； (5) 40 人以上

12. 看護師の年間退職件数

(1) 10 人以下； (2) 10-20 人； (3) 20-30 人； (4) 30-40 人； (5) 40 人以上

13. 介護者の年間退職件数

(1) 10 人以下； (2) 10-20 人； (3) 20-30 人； (4) 30-40 人； (5) 40 人以上

14. 看護師の学歴

(1) 小学及以下 (2) 初中 (3) 高中 (4) 大专 (5) 大学本科 (6) 研究生及以上

15. 既存の介護者の学歴状況：

(1) 小学及以下の人数_____；

(2) 初中の人数人数_____；

(3) 高中の人数人数_____；

(4) 大专の人数人数_____；

(5) 大学本科および以上の人数_____；

16. 既存の介護者の 1 日当たりの勤務時間：

(1) 4-6 時間； (2) 6-8 時間； (3) 8-10 時間；

(4) 10-12 時間； (5) 12-24 時間； (6) 24 時間以上

三、現在の施設発展における苦境：

1. 施設の発展過程で最大の苦境は何だと思うか

(1) 発展資金の不足； (2) 介護サービス人員が足りない； (3) サポート政策の欠如；

(4) 科学的管理が不足している； (5) サービスのデジタル化管理が不足している； (6)

その他：_____

2. 発展資金の不足をもたらす主な原因は（複数選択可能）：

(1) ローンを組むのが難しい； (2) 料金が低い； (3) 募金が難しい；

(4) 人件費が高い； (5) 物価が高い； (6) その他：_____

3. 介護サービス人員が足りない（複数選択可能）：

- (1) 若者はやりたくない； (2) 専門職が少ない； (3) 収入が低い；
- (4) 人員流失が大きい； (5) 社会的地位が低い； (6) その他： _____

4. 政策サポートの欠如（複数選択可能）：

- (1) 税収の優遇政策が少ない； (2) 人的資源の関連政策が不健全；
- (3) 土地支援政策が少ない； (4) 医療保険政策が不健全；

5. 科学的管理の欠如（複数選択可能）：

- (1) 経営管理に革新的な理念が不足； (2) 管理職の専門素質は高くない；
- (3) 人材の募集が困難； (4) 管理手段が遅れている； (5) その他： _____

6. サービス情報管理の欠如（複数選択可能）：

- (1) スマートモニタリングシステムが不健全； (2) 情報化サービスを提供するソフトの種類が少ない； (3) 情報化管理の部門がない； (4) 情報化の専門者が不足している； (5) ネットワークがカバーされていない； (6) ネットの通信速度が遅く、電波が悪い； (7) その他： _____

四、入居高齢者の選択条件：

1. 入居を希望する高齢者の上限年齢：

- (1) 65 歳未満； (2) 70 歳未満； (3) 75 歳未満； (4) 80 歳未満；
- (5) 85 歳未満； (6) 90 歳未満； (7) 100 歳未満； (8) 制限なし

2. 入居を希望する高齢者の身体条件：（数選択可能）

- (1) 生活が完全に自立していること； (2) 生活が自立できないこと； (3) 半自立生活。
- (4) 制限なし

3. 入居を希望する高齢者の経済的条件：

- (1) 経済収入が高い； (2) 経済収入が一般的であること； (3) 低経済所得； (4) 制限なし

4. 入居を希望する高齢者の性格要件：

- (1) 内向型； (2) 外向型； (3) 制限なし

五、入居高齢者の状況：

1. 既存の入居高齢者の年齢構成：

- (1) 60-64 歳の人数 _____； (2) 65-69 歳の人数 _____；

(3) 70-74 歳の人数_____ ; (4) 75-79 歳の人数_____ ;

(5) 80-84 歳の人数_____ ; (6) 85-89 歳の人数_____ ;

(7) 90 歳および以上の人数_____

2. 現在入居高齢者の男女数:

(1) 男性の数_____ ; (2) 女性の数_____ ;

3. 既存の入居高齢者の文化レベル:

(1) 小学校以下_____ ; (2) 中学校/高等学校_____ ; (3) 専科および以上の人数_____ ;

4. 入居高齢者の婚姻状況:

(1) 既婚者の数_____ (そのうち、配偶者を亡くした者の数_____ ; 離婚した者の数_____) ; (2) 未婚者数_____

5. 入居高齢者の生活能力状況:

(1) 生活が完全に自立している人数_____ ; (2) 生活を自立することができない人数_____ ; (3) 半自立生活者数_____ ;

以上で質問は終わりです。

ご協力くださり有難うございました。

自由回答：高齢者福祉施設のサービスに対する意見と希望について

中国語の高齡者福祉施設アンケート調査票：

一、养老机构基本情况：

1. 本养老机构哪年成立_____
2. 本机构性质：
 - (1) 公办； (2) 民办； (3) 公办民营
3. 现有床位规模_____床位； 现入住人数_____
4. 本机构筹建资金来源(可多选)：
 - (1) 政府拨款； (2) 社会资金(集资)； (3) 个人自有资金；
 - (4) 其他：
5. 本机构运营资金来源(可多选)：
 - (1) 政府拨款； (2) 社会资金(集资)； (3) 个人自有资金；
 - (4) 政府补贴； (5) 捐助资金； (6) 其他：_____
6. 根据本机构运营情况，您认为养老机构属性最好是：
 - (1) 公益性(非盈利)； (2) 盈利性； (3) 公办私营；
7. 本机构目前固定服务项目每月收费标准：
 - (1) 1000 元以下； (2) 1001-2000 元； (3) 2001-3000 元；
 - (4) 3001-4000 元； (5) 4000 元以上
8. 本机构目前主要业务内容是(可多选)：
 - (1) 生活照顾； (2) 医疗服务； (3) 康复疗养； (4) 娱乐服务
9. 本机构目前拥有的服务资质(可多选)：
 - (1) 养老机构许可证； (2) 食品经营许可证； (3) 入住对象入院评估资质；
 - (4) 医疗机构许可证书； (5) 医保定点资格； (6) 投保养老机构责任险
10. 本机构运营情况：
 - (1) 开始亏损，若干年后开始持平，目前盈利
 - (2) 一开始就盈利，若干年后持平，目前亏损
 - (3) 开始至今一直亏损
 - (4) 开始亏损，若干年后盈利，近几年亏损
 - (5) 开始至今一直盈利
11. 您对本养老机构的入住率满意吗
 - (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般
12. 如果对入住率不满意，其主要原因是：
 - (1) 经营管理经验缺乏； (2) 受“养儿防老”传统思想文化影响；
 - (3) 服务人员素质不高； (4) 服务设施简单； (5) 收费较高；

(6) 居住环境不理想； (7) 医疗服务欠佳； (8) 其他：_____

13. 现在提供哪些特殊护理服务（可多选）

(1) 临终关怀服务； (2) “老年红娘”服务；

(3) 高龄老人的自卑心理和抑郁情绪的排解服务； (4) 其他：_____

二、养老机构管理者及服务人员情况：

1. 本机构现有管理人员数量_____，大专以上学历人数_____

2. 本机构现有医生人数_____，持有执业资格医生人数_____

3. 本机构现有护士人数_____，持有护士资格证人数_____

4. 本机构现有护工人数_____，持有养老护理员资格证人数_____

5. 现有管理人员年龄情况：

(1) 20-30 岁人数_____；

(2) 31-40 岁人数_____；

(3) 41-50 岁人数_____；

(4) 51 岁及以上人数_____；

6. 现有护士队伍年龄情况：

(1) 20-30 岁人数_____；

(2) 31-40 岁人数_____；

(3) 41-50 岁人数_____；

(4) 51 岁及以上人数_____；

7. 现有护工队伍年龄情况：

(1) 40-50 岁人数_____；

(2) 50 岁及以上人数_____；

8. 医生每月工资

(1) 2000 元以下； (2) 2000-3000 元； (3) 3000-4000 元； (4) 4000 元以上；

9. 护士每月工资

(1) 2000 元以下； (2) 2000-3000 元； (3) 3000-4000 元； (4) 4000 元以上；

10. 护工每月工资

(1) 2000 元以下； (2) 2000-3000 元； (3) 3000-4000 元； (4) 4000 元以上；

11. 医生每年辞职数量

(1) 10 人以下； (2) 10-20 人； (3) 20-30 人； (4) 30-40 人； (5) 40 人以上

12. 护士每年辞职数量

(1) 10 人以下； (2) 10-20 人； (3) 20-30 人； (4) 30-40 人； (5) 40 人以上

13. 护工每年辞职数量

- (1) 10人以下； (2) 10-20人； (3) 20-30人； (4) 30-40人； (5) 40人以上

14. 护工学历

- (1) 小学及以下 (2) 初中 (3) 高中 (4) 大专 (5) 大学本科 (6) 研究生及以上

15. 现有护工人员学历情况：

- (1) 小学及以下人数_____；
(2) 初中人数_____；
(3) 高中人数_____；
(4) 大专人数_____；
(5) 大学本科及以上人数_____；

16. 现有护工每天服务时间：

- (1) 4—6小时； (2) 6—8小时； (3) 8—10小时；
(4) 10—12小时； (5) 12—24小时； (6) 24小时以上

三、目前机构发展遇到的困境：

1. 您认为机构发展过程中遇到的最大困境是什么？

- (1) 缺乏发展资金； (2) 缺少护理人员； (3) 缺乏配套政策扶持；
(4) 缺乏科学管理； (5) 缺乏服务信息化管理； (6) 其他：_____

2. 缺乏发展资金，主要原因是（可多选）：

- (1) 贷款难； (2) 收费低； (3) 集资难；
(4) 人力成本高； (5) 物价高； (6) 其他：_____

3. 缺少护理人员（可多选）：

- (1) 年轻人不愿意干； (2) 专业人员少； (3) 收入低；
(4) 人员流失大； (5) 社会地位低； (5) 其他：_____

4. 缺乏配套政策扶持（可多选）：

- (1) 税收优惠政策少； (2) 人力资源配套政策不健全；
(3) 土地支持政策少； (4) 医保政策不健全；

5. 缺乏科学管理（可多选）：

- (1) 缺乏经营管理新理念； (2) 管理人员专业素质不高；
(3) 人才引进困难； (4) 管理手段落后； (5) 其他：_____

6. 缺乏服务信息化管理（可多选）：

- (1) 智能监控系统不健全； (2) 信息化服务软件应用少；
(3) 无信息化管理部门； (4) 缺乏信息化专业人员；

(5) 网络未覆盖； (6) 网速慢、信号差； (7) 其他：_____

四、入住老年人的选择条件

1. 您希望入住老人的上限年龄是：

(1) 65 岁以下； (2) 70 岁以下； (3) 75 岁以下； (4) 80 岁以下；

(5) 85 岁以下； (6) 90 岁以下； (7) 100 岁以下； (8) 不限

2. 您希望入住老年人的身体条件是（可多选）：

(1) 生活完全自理； (2) 生活不能自理； (3) 生活半自理； (4) 不限

3. 您希望入住老年人的经济条件是：

(1) 经济收入高； (2) 经济收入一般； (3) 低经济收入； (4) 不限

4. 您希望入住老年人的性格要求是：

(1) 内向型； (2) 外向型； (3) 不限

五、入住老年人情况

1. 现有入住老年人年龄构成：

(1) 60-64 岁人数_____； (2) 65-69 岁人数_____；

(3) 70-74 岁人数_____； (4) 75-79 岁人数_____；

(5) 80-84 岁人数_____； (6) 85-89 岁人数_____；

(7) 90 岁以上人数_____； _____

2. 现有入住老年人男女人数：

(1) 男性人数_____； (2) 女性人数 _____； _____

3. 现有入住老人文化程度：

(1) 小学及以下_____； (2) 初/高中_____；

(3) 专科及以上人数_____；

4. 入住老人婚姻状况情况：

(1) 已婚人数____（其中：丧偶人数____；离异人数____）；

(2) 未婚人数_____

5. 入住老人生活能力情况：

(1) 生活完全自理人数_____； (2) 生活不能自理人数_____；

(3) 生活半自理人数_____；

安徽省合肥市高齢者福祉施設の現状に関するアンケート調査票

(在住高齢者へのアンケート)

尊敬する高齢者の皆さま：

こんにちは。まず、貴重なお時間をいただき、アンケートにご協力いただきありがとうございます。私は西九州大学大学院生活支援科学研究科に在籍するヨウ ケンホウ と申します。

今回のアンケート調査は主に中国の高齢者福祉施設の現状と高齢者の実際的な需要を理解し、中国の高齢者福祉施設のより良い発展に役立つためのものであり、あなたの有力なご協力は、私達の研究にとって強いデータ面のサポートになります。

質問紙調査への回答、回答用紙提出をもって同意ありとみなす。本調査の参加は対象者本人の意思を尊重するものであり、強制することは一切ありません。また、調査協力しないことに不利益を被ることに一切ありません。

本アンケート調査は学問的研究活動以外には、使用いたしません。併せて個人情報をも十分に管理し、個人が特定されることなく、統計的に処理されます。また個人情報を守ることを順守します。ご健康をお祈りしております。

【本調査は西九州大学倫理委員会の倫理審査により承認されています（承認番号 20RNV03）】

西九州大学大学院生活支援科学研究科地域生活支援学専攻

博士後期課程大学院生 楊賢芳(YOU KENHOU) ヨウ ケンホウ

西九州大学大学院生活支援科学研究科地域生活支援学専攻教授

西九州大学健康福祉学部 教授 田中 豊治(TANAKA TOYOJI)

2020年6月30日

西九州大学 〒842-8585 佐賀県神埼市神埼町尾崎 4490-9

実施分担者 西九州大学院生活支援科学研究科地域生活支援専攻3年 YANG XIANFANG

連絡先：E-mail 541304124@qq.com

注：表示通りに記入をお願いします（下線の部分にご回答を埋め、選択肢のある部分は○でご記入ください）

一、一般情報

1. 年齢は :

- (1) 60-64 歳 ; (2) 65-69 歳 ; (3) 70-74 歳 ;
(4) 75-79 歳 ; (5) 80-84 歳 ; (6) 85-89 歳 ; (5) 90 歳以上

2. 性別は :

- (1) 男性 ; (2) 女性

3. 文化レベルは :

- (1) 小学校およびそれ以下 (2) 中学校 (3) 高校又は中等専門学校 (4) 短大
(5) 本科 (6) 大学院およびそれ以上

4. 結婚の状況は :

- (1) 未婚 (2) 既婚 (3) 離婚 (4) 配偶者死亡 (5) その他

5. 家庭位置は :

- (1) 都市 ; (2) 農村

6. 日常生活能力は :

- (1) 完全自立 (2) 部分自立 (3) 全く自立できない

7. 元のご職業は :

- (1) 公務員又は企業・事業の職員 (2) 個人経営者 (3) 農業従事者
(4) 工場労働者 ; (5) 無職 ; (6) 軍人

二、生活状況

1. 子どもの数____人 (合計数を記入してください) , 息子____人、娘____人

2. 高齢者福祉施設に入る前に、身近にいる子どもの数を教えてください。____人 (ない場合は 0 とお書きください)

3. 高齢者福祉施設に入居する前の居住方法は:

- (1) 子と居住すること ; (2) 妻と居住すること ; (3) 一人暮らし ;
(4) 子どもおよび妻と一緒に住むこと ; (5) その他 : ____

三、経済状況:

1. 収入源は (複数選択可能) :

(1) 退職金 (2) 在職給与 (3) 子どもの扶養 (4) 政府の補助金 (5) 親戚の援助 (6) 預金、
家賃収入 (7) その他 : ____

2. 月間の収入状況は：

- (1) 500 元以下； (2) 501-1000 元； (3) 1001-1500 元；
- (4) 1501-2000 元； (5) 2001-2500 元； (6) 2501-3000 元；
- (7) 3001-3500 元； (8) 3501-4000 元； (9) 4000 元以上

3. 毎月支払う養老費は：

- (1) 500 元以下； (2) 501-1000 元； (3) 1001-1500 元；
- (4) 1501-2000 元； (5) 2001-2500 元； (6) 2501-3000 元；
- (7) 3001-3500 元； (8) 3501-4000 元； (9) 4000 元以上

4. 負担している養老の費用は高いと思いますか

- (1) 高い； (3) 普通 (4) 低い

5. 使用している医療費ソースは（複数選択可能）：

- (1) 都市部従業員基本医療保険； (2) 都市住民基本医療保険； (3) 新型農村合作医療保
険； (4) 商業保険； (5) 自費； (6) その他：_____

四、介護サービスの願望：

1. 希望する養老の方法：

- (1) 在宅養老； (2) 高齢者福祉施設； (3) コミュニティ養老

2. 以前に高齢者福祉施設に入院したことがあるかどうか：

- (1) は； (2) いいえ

もしそうであれば、質問に続けて教えてください：

- (1) 最初に高齢者福祉施設に入居する時間はいつなのか
- (2) 高齢者福祉施設に行った理由は
- (3) その時の高齢者福祉施設への入居費用は誰が支払うのか
- (4) 当時の高齢者福祉施設のサービス満足度はどうだったか

3. 高齢者福祉施設に入居する理由は（複数選択可能）：

- (1) 子どもが忙しくて自分の世話をする時間がない； (2) 医療保健がよい； (3) サービス
項目が豊富であること；
- (4) 子の負担の軽減； (5) 家だと寂しい； (6) 子どもとの関係がギスギスしている；
- (7) レジャー・レクリエーション活動が豊富であること； (8) 親友に誘われる； (9) 連れ
合いを探すため； (10) その他：_____

4. 高齢者福祉施設に入居したくない理由は（複数選択可能）：

(1) 人に馬鹿にされるから； (2) 生活が不自由であること； (3) 身内の付き添いが足りない； (4) 介護サービスの質が悪い； (5) 「子どもを養って老後を防ぐ」という観念の影響でなんだか気分が悪い； (6) 経済源がない； (7) その他： ____

五、介護サービスの状況

1. 今の生活サービス施設に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

2. 現在どのような生活サービス施設を利用しているか（複数選択可能）：

(1) 独立した浴室 (2) 家電（テレビ、冷蔵庫、洗濯機） (3) ジム

(4) 多機能ホール； (5) 図書室； (6) 家具（ベッド、ソファ、タンス、テーブルと椅子等） (7) スマートホーム； (8) 呼び出し器； (9) ネットワークがカバーされネットワーク覆盖； (10) その他：

3. 既存のスポーツ施設に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

4. 現在どのようなスポーツ施設を利用しているか（複数選択可能）：

(1) フィットネス器材； (2) リハビリ区域； (3) 脳トレの手作業器材；

(4) 球技施設； (5) プール； (6) その他： ____

5. 既存の医療衛生施設に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

6. 現在どのような医療衛生施設を利用しているか（複数選択可能）：

(1) 酸素供給機、痰吸引機 (3) 超音波検査、心電図計 (4) 救急呼吸器 (5) 救急薬、救急車； (6) 多機能医療用ベッド (7) その他

7. 既存の交通施設に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

8. 現在どのような交通施設を利用しているか（複数選択可能）：

(1) 車椅子 (2) 乗用車 (3) 自転車 (4) 電動車 (5) ワゴン (6) その他

9. 現在の居住面積に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

10. 現在の居住面積は：

(1) 一人部屋 (10-20 平方メートル、20-30 平方メートル、30-40 平方メートル、40-50 平方メートル) ;その他 : ____

(2) 2 人部屋 (10-20 平方メートル、20-30 平方メートル、30-40 平方メートル、40-50 平方メートル) ;その他 : ____

(3) 三人部屋 (20-30 平方メートル、30-40 平方メートル、40-50 平方メートル) ;その他 : ____

(4) 複数人部屋 (20-30 平方メートル、30-40 平方メートル、40-50 平方メートル、50 平方メートル以上) ;その他 : ____

11. 既存の安全保障施設に満足しているか

(1) 満足 ; (2) 不満 ; (3) 普通

12. 現在どのような安全保障施設を利用しているか (複数選択可能) :

(1) 高齢者車椅子 (2) 安全手すり (3) 滑り止め床 (4) モニタリング設備 (5) 点字ロード
(6) バリアフリー通路 (7) 消防設備 (8) 照明施設 (9) その他 : ____

13. 現在の介護サービススタッフのサービス態度とサービスレベルに満足しているか

(1) 満足 ; (2) 不満 ; (3) 普通

14. 介護サービス人員は十分だと思いますか :

(1) 十分 (2) ちょうどいい (3) 不足している (4) 非常に不足

15. 今の生活介護サービスに満足していますか

(1) 満足 ; (2) 不満 ; (3) 普通

16. どのような生活介護サービスを受けているか (複数選択可能) :

(1) モーニングコールサービス (2) 雑事の代理 (生活用品の購買、日常雑事等の代行) (3) 定期的な掃除サービス (4) シャンプー、足洗い、爪切り等の身体清潔の協力。 (5) その他 : ____

17. 今の娯楽サービスに満足しているか

(1) 満足 ; (2) 不満 ; (3) 普通

18. 今はどのような娯楽サービスを受けているか (複数選択可能) :

(1) 本・新聞を読んだり、テレビを見たり、ラジオを聞いたりする ; (2) 歌、ダンス、棋 ;
(3) 趣味クラス、人文経済、時事政治類の交流会の開催、アウトドアボランティア活動の展開 ;
(4) その他 : ____

19. 今の医療保健サービスに満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

20. 今はどんな医療保健サービスを受けているか（複数選択可能）：

(1) 血圧、体温等の測定、医療関係者は定期的に衛生保健指導を行う； (3) 検査の付き添い； (4) 定期の健康診断； (5) リハビリテーション； (6) その他：

21. 現在の介護サービスの全体的な現状に満足しているか

(1) 満足； (2) 不満； (3) 普通

22. 現在の介護サービスに不満があるなら、一番の原因はだと思うのか

(1) サービス人員の態度が悪い； (2) 費用が高すぎる； (3) 居住環境が悪い；

(4) 内部施設の条件が悪い； (5) サービス内容が単一； (6) その他：____

23. 現在どのような特別看護項目を利用しているか（複数選択可能）：

(1) 臨終ケア； (2) 「老年仲人」サービス； (3) 高齢者の劣等感と憂鬱の解消； (4) その他：____

六、介護サービスへの期待と提案：

1. 高齢者の老後に最適な方法は何だと思うのか

(1) 在宅養老

(2) 高齢者福祉施設

(3) コミュニティ養老

2. 高齢者介護サービスにおいて一番重要だと思ふ要素は（複数選択可能）：

(1) 居住環境 (2) 衣食住、交通の保障 (3) 配偶者、子孫の関心と付き添い

(4) さらなる学習 (5) 隣同士の助け合い (6) 友達の付き添い (7) 生活の世話

(8) 医療サービス (9) 娯楽、社交活動 (10) 保健・摂生

(11) その他（複数選択可能）：_____

重要度で順番を並べ替えてください：

3. 既存の高齢者福祉施設が提供しているサービスについて、何か新しい需要があるか

4. まだ高齢者福祉施設に入っていない高齢者に対して、入居することをアドバイスするか

(1) アドバイスする (2) アドバイスしない

入居するのをアドバイスするなら、どうやって彼らを引きつけるべきだと思ふか

以上で質問は終わりです。ご協力くださり有難うございました。

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

中国語の在住高齢者へのアンケート調査票：

一、一般信息

1. 您今年多大岁数：

- (1) 60-64 岁； (2) 65-69 岁； (3) 70-74 岁；
(4) 75-79 岁； (5) 80-84 岁； (6) 85-89 岁； (5) 90 岁以上

2. 您的性别是：

- (1) 男； (2) 女

3. 您的文化程度是：

- (1) 小学及以下； (2) 初中； (3) 高中或中专；
(4) 大专； (5) 本科； (6) 研究生及以上

4. 您的婚姻状况是：

- (1) 未婚； (2) 已婚； (3) 离婚、丧偶； (4) 其他

5. 您家住在哪里：

- (1) 市区； (2) 城镇； (3) 农村

6. 您的生活自理能力是：

- (1) 生活完全自理； (2) 生活半自理； (3) 生活完全不能自理；

7. 您的原职业是：

- (1) 公务员或企事业单位人员； (2) 个体经营户；
(3) 务农； (4) 工人； (5) 无工作者； (6) 军人

二、生活情况

1. 子女数____个（请填总数），儿子____个，女儿____个

2. 您入住养老机构之前，陪在您身边的子女数____个（如没有请写 0）

3. 您入住养老机构之前，您的居住方式是：

- (1) 与子女住； (2) 与老伴住； (3) 一个人住；
(4) 与子女和老伴一起住； (5) 其他：____

三、经济状况

1. 您的收入来源是（可多选）：

- (1) 退休金； (2) 社保； (3) 子女赡养； (4) 政府补贴；
(5) 亲戚资助； (6) 存款、租金收入； (7) 其他：_____

2. 您的月收入水平是：

- (1) 500 元以下； (2) 501-1000 元； (3) 1001-1500 元；
(4) 1501-2000 元； (5) 2001-2500 元； (6) 2501-3000 元；
(7) 3001-3500 元； (8) 3501-4000 元； (9) 4000 元以上

3. 您每月需要支付的养老费用是：

- (1) 500 元以下； (2) 501-1000 元； (3) 1001-1500 元；
(4) 1501-2000 元； (5) 2001-2500 元； (6) 2501-3000 元；
(7) 3001-3500 元； (8) 3501-4000 元； (9) 4000 元以上

4. 您觉得您承担的养老费用高吗

- (1) 高； (2) 一般； (3) 低

5. 您使用的医疗费用来源是（可多选）：

- (1) 城镇职工基本医疗保险； (2) 城镇居民基本医疗保险； (3) 新型农村合作医疗保险；
(4) 商业保险； (5) 自费； (6) 其他： _____

四、养老服务意愿

1. 您希望的养老方式是：

- (1) 居家养老； (2) 机构养老； (3) 社区养老

2. 您以前是否住过养老机构：

- (1) 是； (2) 否

若是，请继续回答一下问题：

- (1) 您以前最早去养老机构的时间 _____
(2) 当时去养老机构的原因是 _____
(3) 当时去养老机构的费用谁支付 _____
(4) 当时养老机构服务满意度如何 _____

3. 您这次入住养老机构的原因是（可多选）：

- (1) 家里无人照料； (2) 医疗保健好； (3) 服务项目丰富；
(4) 减轻子女负担； (5) 家里寂寞； (6) 与子女关系紧张；
(7) 休闲娱乐活动丰富； (8) 被好友邀请； (9) 找老伴儿； (10) 其他： _____

4. 您不愿意入住养老机构的原因是（可多选）：

- (1) 觉得被人看不起； (2) 生活不自由； (3) 缺少亲人陪伴； (4) 养老服务质量差；
(5) “养儿防老”观念影响，内心不舒服； (6) 没有经济来源； (7) 其他：_____

五、养老服务情况

1. 您对现在的生活设施满意吗

- (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般

2. 您现在享受哪些生活服务设施（可多选）：

- (1) 独立卫浴间； (2) 家用电器（电视、冰箱、洗衣机）； (3) ジム；
(4) 多功能厅； (5) 图书室； (6) 家具（床、沙发、衣柜、桌椅等）；
(7) 智能家居； (8) 呼叫器； (8) 网络覆盖； (9) 其他：_____

3. 您对现有的体育锻炼设施满意吗

- (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般

4. 您现在享受哪些体育锻炼设施（可多选）：

- (1) 健身器材； (2) 康复操场地； (3) 益智手工器材；
(4) 球类运动设施； (5) 游泳池； (6) 其他：_____

5. 您对现有的医疗卫生设施满意吗

- (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般

6. 您现在享有哪些医疗卫生设施（可多选）：

- (1) 供氧机、吸痰机； (2) B超、心电图仪； (3) 急救呼吸器；
(4) 急救药物、急救车； (5) 多功能医护床； (6) 其他：_____

7. 您对现有的交通服务设施满意吗

- (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般

8. 您现在享用哪些交通服务设施（可多选）：

- (1) 轮椅； (2) 小轿车； (3) 自行车； (4) 电动车； (5) 面包车； (6) 其他：_____

9. 您对现有的居住面积满意吗

- (1) 满意； (2) 不满意； (3) 一般

10. 您现在的居住面积是：

- (1) 单人间（10-20 平米，20-30 平米，30-40 平米，40-50 平米）； 其他：_____
(2) 双人间（10-20 平米，20-30 平米，30-40 平米，40-50 平米）； 其他：_____

(3) 三人间 (20-30 平米, 30-40 平米, 40-50 平米); 其他: _____

(4) 多人间 (20-30 平米, 30-40 平米, 40-50 平米; 50 平米以上) 其他: _____

11. 您对现有的安全保障设施满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

12. 您现在享用哪些安全保障设施 (可多选):

(1) 老人轮椅; (2) 安全扶手; (3) 防滑地板; (4) 监控设备; (5) 盲道;

(6) 无障碍通道; (7) 消防设备; (8) 照明设施; (9) 其他: _____

13. 您对现在的养老服务人员的服务态度及服务水平满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

14. 您认为养老服务人员是否足够:

(1) 充足; (2) 刚好; (3) 短缺; (4) 非常短缺

15. 您对现在享有的生活护理服务满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

16. 您现在享有哪些生活护理服务项目 (可多选):

(1) 叫醒服务; (2) 事务代理 (生活用品代买、代办日常琐事等); (3) 定期保洁服务;

(4) 帮助洗头、洗脚、剪指甲等清理身体服务; (5) 其他: _____

17. 您对现有的娱乐服务满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

18. 您现在享有哪些娱乐服务项目 (可多选):

(1) 读书、看报、看电视、听收音机; (2) 歌、舞、棋牌活动; (3) 各类兴趣班、开展人文经济、时事政治类交流会、参加志愿者活动; (4) 其他: _____

19. 您对现有的医疗保健服务满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

20. 您现在享有哪些医疗保健服务项目 (可多选):

(1) 测量血压、体温等、定期卫生保健指导; (2) 陪同就医;

(3) 定期体检; (4) 康复训练; (5) 其他: _____

21. 您对现在养老服务总体现状满意吗

(1) 满意; (2) 不满意; (3) 一般

22. 如果您对现在养老服务不满意, 最主要原因是

- (1) 服务人员服务态度差； (2) 费用太高； (3) 居住环境差；
- (4) 内部设施条件差； (5) 服务内容单一化； (6) 其他： _____

23. 特殊护理项目 (可多选)：

- (1) 临终关怀服务； (2) “老年红娘” 服务； (3) 高龄老人的自卑心理和抑郁情绪的排解服务； (4) 其他： _____

六、养老服务的期望及建议

1. 您认为老年人养老最合适的方式是

- (1) 居家养老 (主要由家庭成员提供日常照顾)；
- (2) 机构养老 (如养老院、老年公寓)；
- (3) 社区养老 (如家庭综合服务中心，提供心理上，生活上的照顾)；

2. 您认为老年人养老服务最重要的是 (可多选)：

- (1) 居住环境； (2) 衣食住行保障； (3) 配偶、儿孙的关爱陪伴；
- (4) 增值学习； (5) 邻里互助； (6) 朋友陪伴； (7) 生活照料；
- (8) 医疗服务； (9) 娱乐、社交活动； (10) 保健养生； (11) 其他 (可多选)： _____

请按重要性排序： _____

3. 在现有养老机构提供的服务基础上，您还有没有什么新的需求

4. 对于还没有进入养老机构的老年人，您希望他们进来吗

- (1) 希望； (2) 不希望

如果您希望他们进来，您认为如何吸引他们？
