

中国の高齢化社会到来についての一考察

胡 愛 平 松 野 喜 六

An Overview of Elderly Problem in China

Hu Ai-ping Kiroku MATSUNO

はじめに

中国は世界で人口の最も多い国である。この半世紀中国の医療保健事業が発展し、人々の健康水準が高くなってきた。健康に危害を与える伝染病や寄生虫などの地方病による死亡も減少して、死亡率が急速に下降し、平均寿命が伸びることになった。高齢化が進むことは明らかである。1990年には、60歳以上人口は総人口の8.59%¹⁾、65歳以上人口の高齢者は総人口の5.58%になった²⁾。1995年には60歳以上人口は1億1,710万人と総人口12億778万人の9.70%になった³⁾。中国の60歳以上の高齢者人口は急速に増加し、2000年には高齢者人口は1億3千万人となり、総人口13億の10%となると推定されている⁴⁾。

21世紀に向けて中国人口とその構造が大きく変化し、高齢者人口の絶対数は4億人に達し、世界第一位となり、4人に1人の老人となると推定されている。したがって高齢者の保健医療と福祉に対する需要も増え、新しくいろいろな状況と問題が生れている。

特に中国は1970年代から「計画出産」が人口政策となった。出生率は下降し、人口の自然増加率も減少した。21世紀には一組の夫婦（彼等自身一人っ子）が4人の老人（双方の両親）の面倒を見るようになる。高齢者の介護問題は家族だけでは頼れず、彼等自身で解決するのは大変である。高齢者に医療保健、福祉の面で適合した社会保障制度を整え、高齢者に対して社会のサービスを提供する、これが現代社会の中の必然の趨勢である。

本稿では先進国の高齢者医療、介護について簡単に概況した後、日本の高齢者の医療、福祉制度と新たな高齢者介護システム創立の特徴を記述し、中国人口構成の特徴による高齢化社会到来を考える。

1. 中国人口構造の現状と特徴

(1) 概況

中国は、アジア東南部に位置する、面積9,596,951km²、1995年総人口12億778万人（台湾、香港、マカオ地区を除く）人口密度：124（km²につき）。出生率1.71%、死亡率0.66%、自然増加率1.06%、男性人口は6億1629万人（51.03%）、女性人口は5億9149万（48.97%）、性比104.1（女性100）。60歳以上の人口は1億1,710万人で総人口の9.70%である。平均世帯人員は3.7人であり、都市人口は3億4,752万人と総人口の28.85%である⁽³⁾。

(2) 総人口及び人口増加の特徴

今半世紀は中国歴史上人口増加が最も速かった時期である。1949年の中国大陸人口は5億4,167万人、1995年には12億778万人、世界総人口の21.0%を占めている。45年間で6億6,611万人が増え、2.1倍に増加している（図1⁽⁵⁾）。

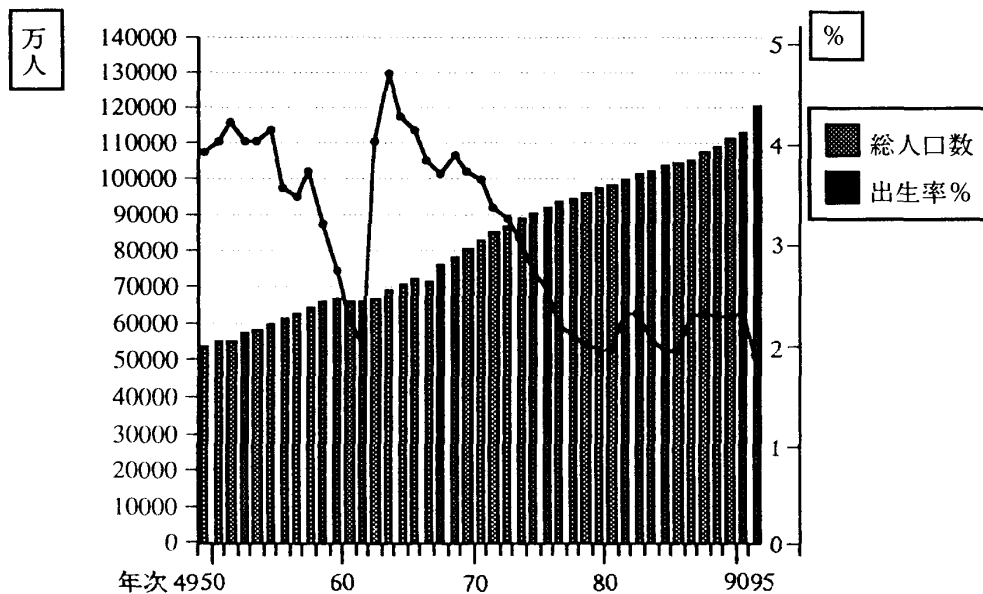


図1 中国総人口数及び出生率（1949～1995年）⁽⁵⁾

45年間中国の出生率は比較的高水準を保っていた。死亡率が急速に低下し、1949年の2.0%から1977年には0.69%に下降した。その後死亡率は0.7%以下を保っている（図2⁽⁶⁾）。平均寿命も延長し、1950年の平均寿命は男性39.3歳、女性42.3歳から、1995年に男性66.7歳、女性70.5歳に伸びた（図3⁽⁶⁾）。

図2のように、3回ベビーブームがあった。*第一回ベビーブームは1954年から1957年にかけて起こり、3年間に人口が5,847万人増加した。当時女性には、多産を奨励する「栄光ママ」が提唱されていた。*第二回ベビーブームは1962年から1972年にかけて起こり、人口が2億1,318

中国の高齢化社会到来についての一考察

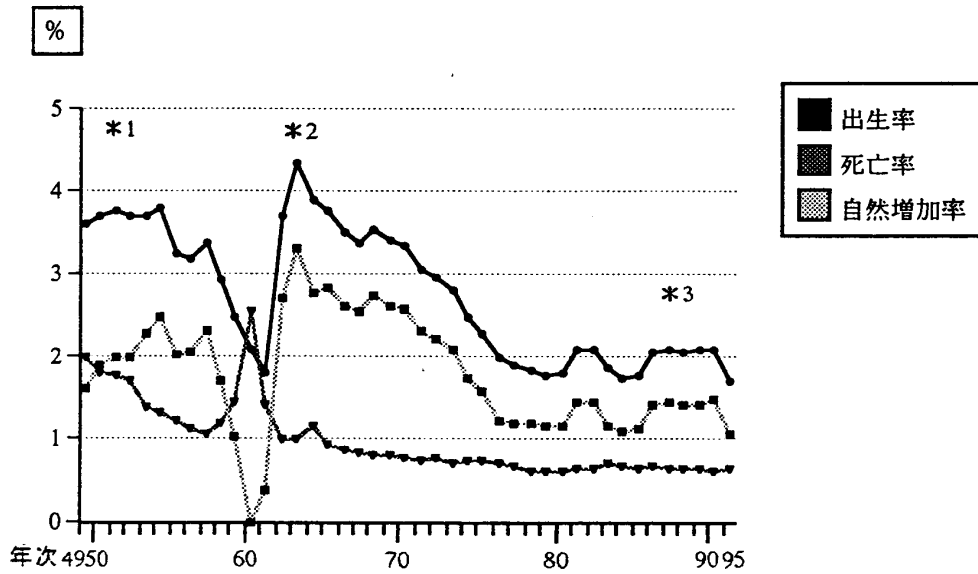


図2 中国の自然増加率、出生率、死亡率⁽⁵⁾
 * 1. 第1回ベビーブーム (1950年～1957年)
 * 2. 第2回ベビーブーム (1962年～1972年)
 * 3. 第3回ベビーブーム (1985年から)

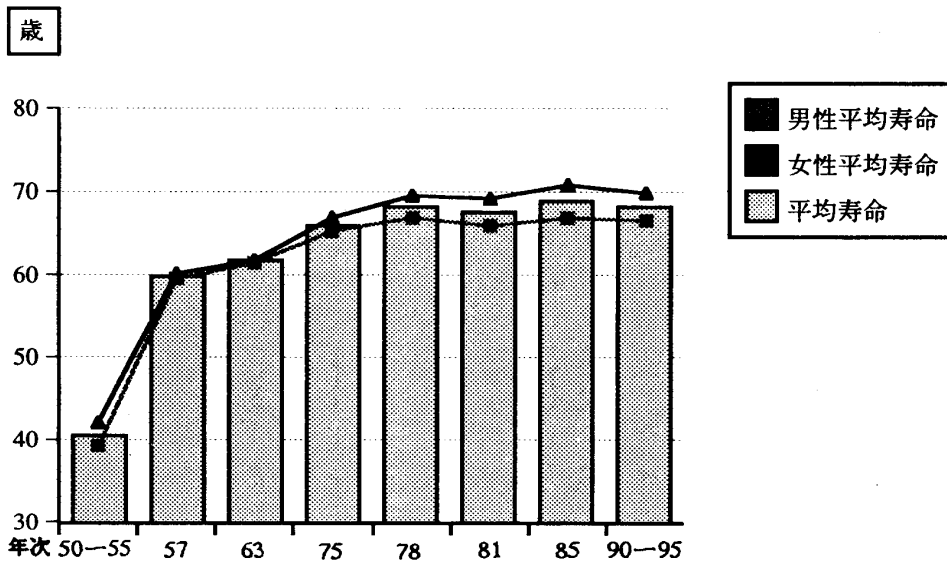


図3 中国の人口年次別性別平均寿命推移⁽⁶⁾

万人増加した。*第三回ベビーブームは1985年からで第二回ベビーブームに生まれた人が出産期に入ったために起こった。この状況がずっと今世紀末まで続いていく⁽⁷⁾。

70年代初めからの「計画出産」の推進で1973年から1984年にかけて出生率は3.34%から1.75%に下降した。「計画出産」政策後、中国の人口を2億人減少させることができた。これは世界人口の50億人到達予定を2年遅らせる結果となった。70年代以降中国人口は高出生率、低死亡率を経て低出生、低死亡へと人口動態が移動する過程で大きく変化している。

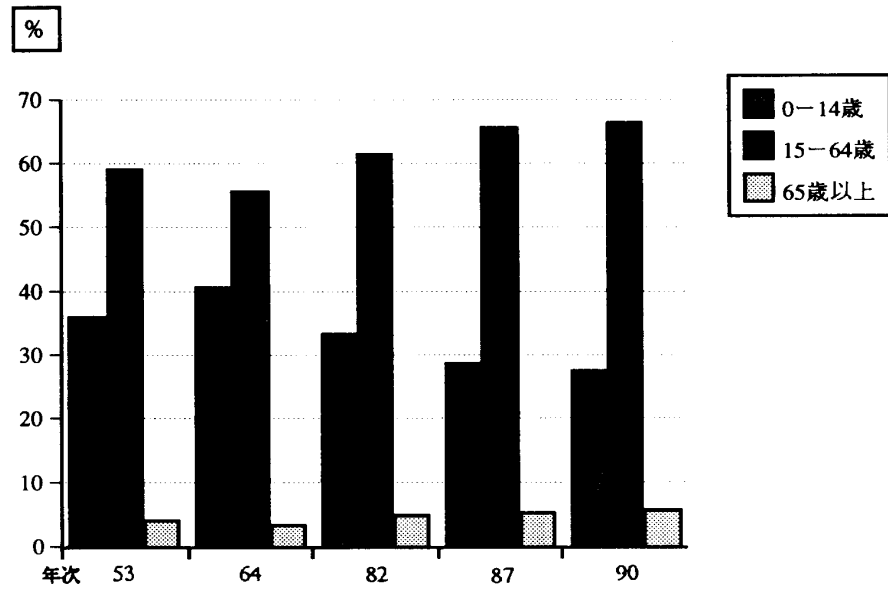


図4 中国の人口年齢3区分割合の推移⁽¹⁾

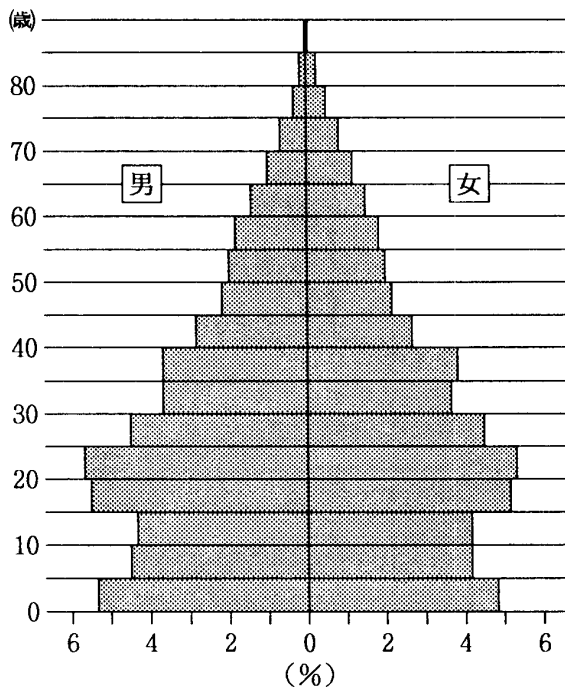


図5 人口ピラミッド 1990年⁽⁶⁾

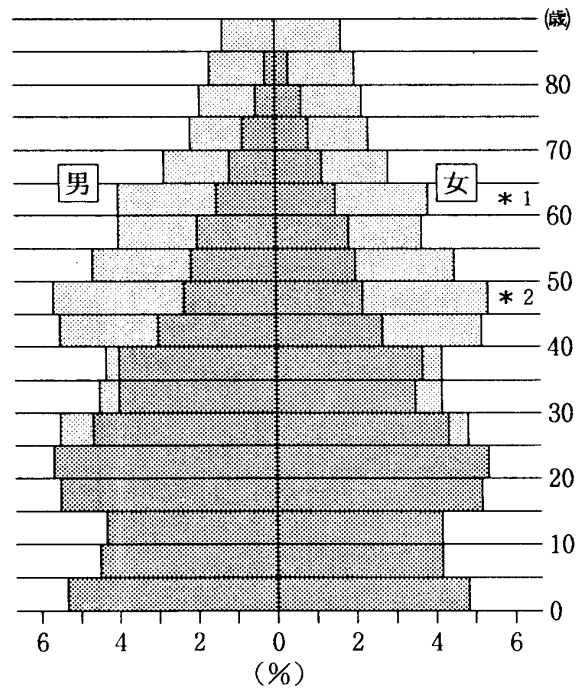


図6 人口ピラミッド 2015年

図6の予想図は、死亡率を無視して、そのままの人口構造で推移すると仮定して作成した
 * 1. 第1回ベビーブーム (1950~1957年)
 * 2. 第2回ベビーブーム (1962~1972年)

(3) 人口構造の変化

人口構造の変化は2つの段階に分けられる。50年代始めから70年代にかけて出生率は高水準が続き、年少人口割合が高い(図4)。70年代始めから現在にかけては計画出産の推進により比較

中国の高齢化社会到来についての一考察

的大幅に出生率下降があった。人口構造は変化し、老人人口が増加している。人口高齢化に大きな影響をもたらす要因として、出生率の低下と死亡率の低下を挙げることができる。出生率2.0%以下を保っていると人口ピラミットの低部は狭くなる。また死亡率の低下は多くの人が高齢まで生存する割合を高め、人口ピラミットの上層部を広げる、こうした「少子長寿」への人口転換は中国人口の高齢化をもたらすことになる(図5⁶⁾、図6)。図5のように、1990年には若い年齢ほど人口が多く、年齢が上がるにしたがって人口が少なくなる「金」字型を示している。図6のように、第一回ベビーブームと第二回ベビーブームの出生数の増加によって、2015～2030年には、高齢者人口はさらに多くなると予想される。

(4) 世帯構造の変化

1970年の「計画出産」政策により、一つの家庭では一人の子供しか生めなくなった。このような傾向を背景として世帯規模の縮小が進んでいる(図7)。

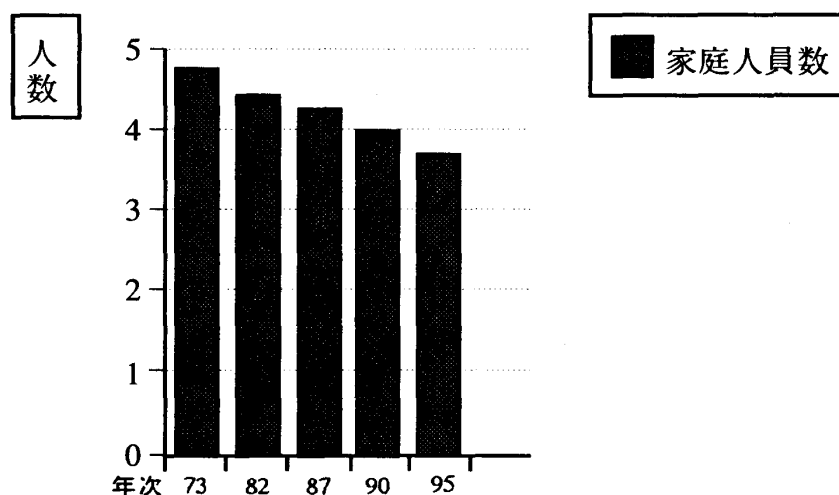


図7 平均世帯人員の推移¹⁾

2. 高齢者人口の国際比較

20世紀初め欧米諸国の大部分が高齢化社会となった。現在先進地域の65歳以上人口割合は総人口の13.5%(1995年)、発展途上地域は4.7%(1995年)である。2050年には先進地域では65歳以上の人口割合は23.7%、発展途上地域13.4%となると推定される²⁾。各国の高齢化の速度は異なっている(図8)。日本の人口高齢化は先進各国の中で短時間に進んだ。24年間で高齢者人口の割合は7%(1970年)から14%(1990年)になった。中国の高齢者人口も5年間で急速に進んだ。人口推計による中国の高齢者人口の増加は明らかに発展途上地域のインドをしのぐと予測されている。

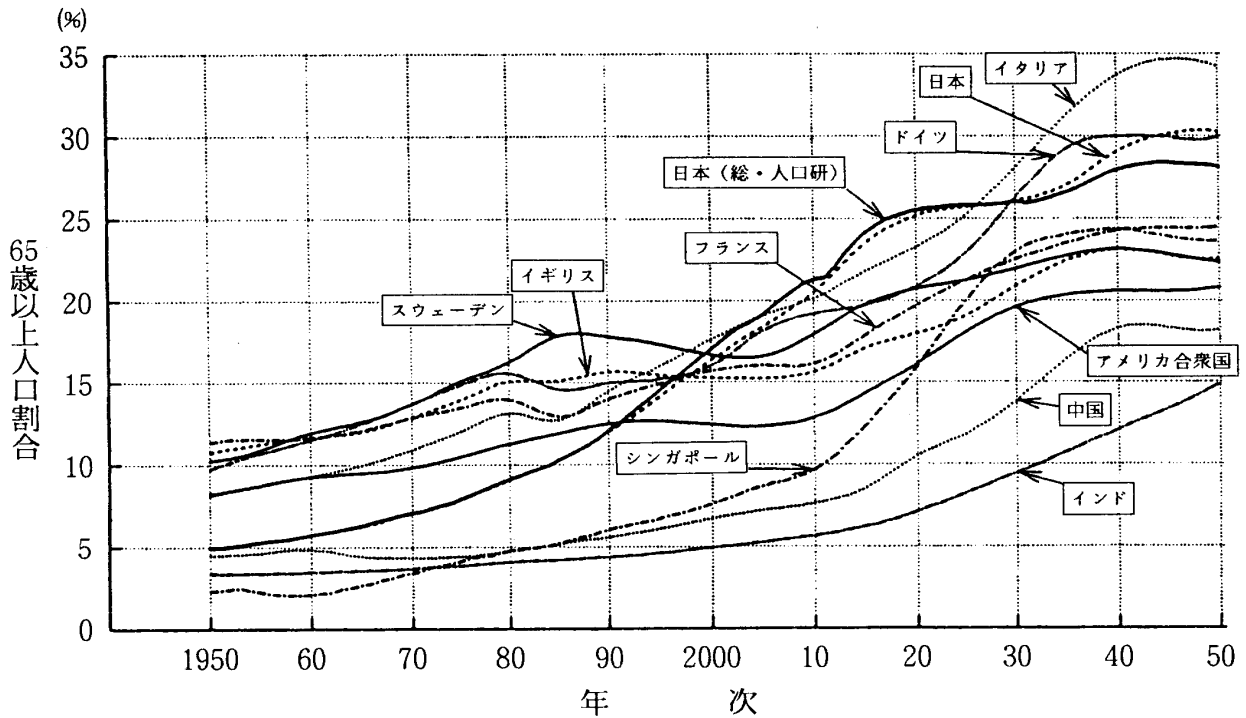


図8 主要国の65歳以上総人口割合：1950年～2025年

UN. World Population Prospects:1994 による。

日本(総・人口研)は、総務庁統計局『国勢調査』『人口推計』及び人口問題研究所『日本の将来推計人口』(平成4年9月推計)による。

3. 諸国の高齢者に対する医療、保健、福祉状況について

諸国政府は高齢者に医療、保健、福祉を保障し、同時に高齢者介護関連の制度をうちたてて、介護が必要な高齢者に在宅並びに施設のケアサービスを提供している。人口の高齢化、とりわけ後期高齢者の著しい増加により、病気にかかる高齢者や心身機能の低下した高齢者が増加するとともに、寝たきりや痴呆の状況になる高齢者も大幅に増加することが予測されている。スウェーデンでは65歳以上の高齢者は総人口の17.9%、80歳以上高齢者は高齢者総人口の20%。90歳の3人に一人が痴呆を有しており、2000年までに痴呆性高齢者は10万人に達する⁷⁾。また近年高齢者と子供の同居率が低下し、特にデンマーク、スウェーデン、ドイツ等のヨーロッパ諸国で顕著である(表1)。日本の高齢者の子との同居は先進国の中で例外的に高く、3世代世帯が伝統的な規範であった。しかし、日本でも高齢者の子との同居率は過去30年間に15%低下した⁸⁾。

長寿高齢者の増加は引き続いてみられ、それに伴い高齢者の医療、介護問題はさらに深刻なものとなって来ている。高齢者の医療費が増加することについては一般国民の合意ができているが、このことが社会保障費負担の視点から社会問題となっており、各国では高齢者医療、介護の政策等の改革が行われている⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾。

中国の高齢化社会到来についての一考察

表1 先進諸国の65歳以上人口の世帯状況

	1人暮らしの率		子との同居率		有配偶率		ホームヘルプ・サービスを受けている人の割合	
	年	%	年	%	年	%	年	%
カナダ	86	25	...	...	86	52	90	2
デンマーク	92	42	88	4*	89	51	86	20
フランス	90	28+	90	17	90	59	83	2
旧西ドイツ	85	41	87	14	87	47	...	...
イタリア	90	31	90	39	90	54	86	1
日本	92	11	85	65	85	55	90	0.5-1
オランダ	86	31	87	8	91	56	87	8
ノルウェー	90	35	88	11	89	46	86	14
スペイン	88	19+	88	25-30	88	58	85	1
スウェーデン	90	39	86	5	89	46	91	12
スイス	80	35	80	16	80	51	...	...
イギリス	91	36	80	16	85	51	85	9
アメリカ	90	30	87	15	84	55	84	0-8

注：*は70歳以上、+は60歳以上

UN. OECD Caring for frail Elderly People, 1994

(1) 医療とケア財源の徹底した分権

1960年代スウェーデンは福祉国家の模範を示した。1970年代末から、福祉国家の財政危機が深刻化し、スウェーデンの医療保健の費用は地方管理（地方分権化）となっている。高齢者人口の急速な増加にともなって、1992年スウェーデンは老人医療総合改良政策を施行し、高齢者の医療費と介護費が地方分権化された。デンマークでは1982年高齢者保健医療福祉3原則を確立した。その両国では高齢者の医療分野は主として県が、福祉分野の高齢者のケアに必要な財源は主として市が責任を負っておりどちらも税金収入で賄われている。また国庫補助は施設整備のみに行われている（スウェーデン）⁹⁾。

(2) 在宅ケアの重視

高齢社会の進展、要介護者の激増ということもあり、施設入居者や長期入院の高齢者は増加し、それらに対する費用は増加している。施設ケアに対する反省がなされた。イギリスは1990年「国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法（Community care）を制定した。この法律によって、在宅ケアの充実、強化を図るとともに、医療、福祉サービスの統合的な運営によって¹⁰⁾、在宅保健指導や訪問看護等のサービスを提供している。オーストラリアは、1954年に「高齢者ホーム法」を制定した。1970年代に高齢者の在宅ケア重視へと方針が転換され、施設ケアにおいてはナーシングホーム（nursing home）からホステル（hostel）に重点が移された¹¹⁾。

(3) 公的介護保険法

ドイツでは要介護状態の発生率は60歳以上～80歳未満で5%、80歳以上で20%となっている

(1991年現在)⁷⁾。1994年12月に約20年間にわたって論議されてきた介護保険法が成立した。この社会保険方法による介護費用の確保と介護サービスの提供が導入された。公的介護保険を導入することにより、将来激増が予想される介護費用に備えることが可能であり。また、保険制度の特徴として、保険料とサービス受給者との関係が密接なため過剰サービスを防ぐことができるという利点も考えられている。

(4) 日本の高齢者の医療と福祉制度

日本では、高齢者の医療と福祉が異なった制度をとっている。医療制度は社会保険方式で、福祉制度は公費等の方式となっている、昭和38年（1963年）に老人福祉法が制定された。当時平均寿命は男性が65歳、女性が70歳であった。65歳以上高齢者人口は総人口の約6.0%であった。その後急速に増加する要介護高齢者に対し、老人福祉制度のみでは対応が追いつかなくなり、その分を医療がカバーすることとなったのである。そもそも基本的には急性期傷病に対する治療機能を中心する病院が生活支援サービスを最も必要とするような要介護高齢者を受け入れることは、療養型病床群や老人病棟等の創設による対応はなされてはきているもののマンパワーおよび施設の両面において困難な面が多い⁸⁾。現在日本の高齢者（1690万人）のうち病院や診療所にそれぞれ69万人、28万人が長期入院している（表2⁹⁾）。長期間入院している高齢者の多くは介護を主たるニーズとしていることは確かである。国民医療費増の主因は老人医療費の増加にあると言われている（図9¹⁰⁾）。そして国民の高齢者介護問題に対する関心の高まりなどを背景に、適切な公費負担を組み入れた社会保険運営による財政方法の下で総合的・一体的に介護サービスを提供する新たな高齢者介護システムの創設が必要であると議論がなされている¹¹⁾。

表2 高齢者のいる場所⁹⁾

65歳以上人口		1,690万人						
在宅	1,587万人	有料老人ホーム 3万人	老人福祉施設 26万人		老人保健施設 5万人	病院・診療所 69万人		
			特養 18万人	養護 7万人		その他 2万人	長期 28万人	短期 41万人

数値は平成5年、ただし、老人福祉施設入所者、老人保険施設入所者については平成4年。

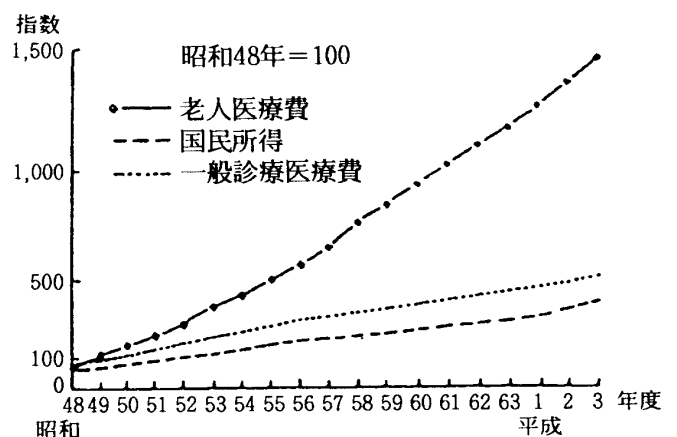


図9 老人医療費、国民所得、一般医療費の推移¹⁰⁾

4. 中国の高齢化社会到来を考える

中国は発展途上の国家で、国土は広く人口は多い。しかし資源はかぎりがある。近年中国の社会経済は計画経済から市場経済へと徐々に変化し、21世紀に向けて高齢少子の社会を迎え、高齢者の医療、福祉等各方面にわたって、社会経済に大きな影響を与えることが予想される。これら多様な課題に対して必要な社会保険体制の準備に入ったところである。

長期にわたって、中国には四つの医療制度がある。就職者（公務員等の）を対象とする公的医療と、国営、地方営、民営等の企業の就職者と家族を対象とする労働保険医療制度があり、農村には共済（合作）医療制度、又私費医療制度がある。1949年には公的医療と労働保険医療の利用者は400万人と総人口5億4,167万人の0.74%となり、1992年には利用者は1億8,500万人と総人口の16%となった¹⁾。公費医療等の制度は利用者の健康を保障している。政府と企業が医療費を全部引き受けるため、利用者の診察、診断、治療、入院等の医療費は無料である。ただしこれらの医療制度の過剰利用による、医療資源の浪費傾向も指摘されており、1979年の医療費の財政支出は29億元、1993年は300億元、医療費の財政支出は国内総生産の4%になり²⁾、就職者の総所得の約10%となっている³⁾。

1950年～1980年の間、中国の農村衛生工作の主要な特徴は、県、郷、村には3種類の医療、保健、予防システムがあった。郷村医師（裸足医師）を養成し、共済合作医療制度を設立していった。これによって、農民の基本的な医療保健が保障されている。1976年には、農村の90%の村は共済合作医療を設立した。1980年には、郷村医師は1,463,406人となった。1980年代に中国農村では経済体制改革が進められた。人民公社が廃止され、農村の共済（合作）医療の制度も変化した。そのため、80年代後期には農村の共済（合作）医療の利用者は1976年の90%から5%に減少し⁴⁾、農村の衛生工作は低下した。1988年以後に、中国の山東省、広東省、四川省、湖北省などを調べたところによると、共済（合作）医療は農民の90%が支持している。1991年4月9日第七回全国人民代表大会四次会議の「国民経済と社会発展十ヵ年計画」中に、「医療衛生工作の重点を農村に置く」ことを再度強調した。中国では2,211県、55,800郷、735,355行政村がある。農村では県、郷、村の3種類の医療、保健、予防のシステムを強化している（図10、表3）。県医療機構は技術指導として中核をなし、郷に衛生院があり、4～5力所の衛生院の1つは衛生院センターの役割をしている。村には衛生室がある。1992年全国で2211県のうち県病院は2158がある。各所の平均病床は179.3で、衛生技術人員は176.9人いる。郷衛生院は46,117と総郷数55,800のうち82.96%にあり、各所の平均病床は15.9で、衛生技術人員は17.6人いる。村医療点、衛生室は651,031と総行政村735,355のうち88.5%である。郷村医師は816,557人で、衛生員は452,504人いる。農村の助産婦は446,072人である。2211県のうち377県（17.12%）で農村共済（合作）医療制度を実施することになった。現在そのうち253県（67.12%）で試行されている⁵⁾。

公費医療と労働保険医療の医療費は財政支出を減少するために、公的医療保健の利用することの公平性が高くなるので、1990年から中国医療制度改革が行われており、医療保険を導入し、将

表3 中国農村医療機構、病床、人員数^[11]

	所 数	平均病床	平均衛生技術人員
県 病 院	2,158	179.3	176.9
郷衛生院	46,117	15.9	17.6
村衛生室	651,031	...	1-3

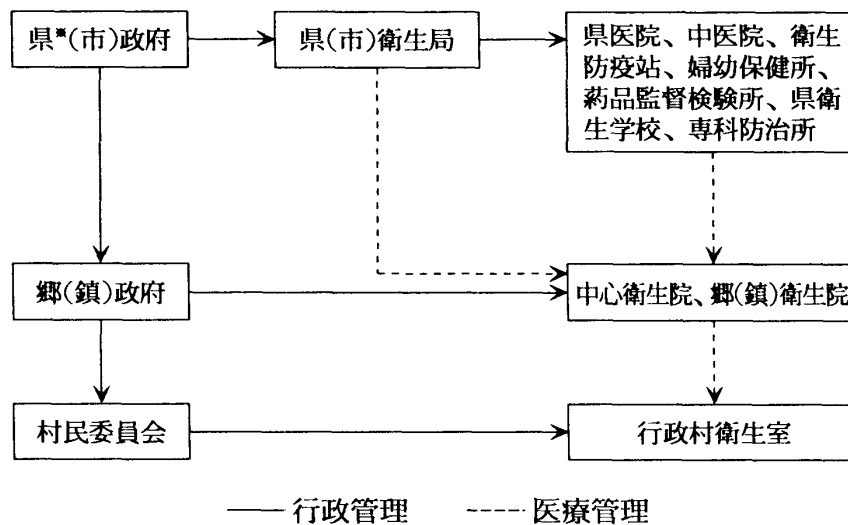


図10 中国農村医療保健予防システム^[11]

※ 中国の県は、日本の郡である。

来全市町村の労働者をカバーするにいたると予想される。また就職者の退職金制度は養老保険制度に改革するようになる^[12]。1996年中国では、社会養老保険に参加しているのは約1億人である。企業労働者の総数8738万人のうち76.9%は社会養老保険に参加している。定年退職人員の総数2,241万人のうち94%も加入している^[13]。社会医療保険と社会養老保険制度改革を推進することは、労働力の流動を有利にする。新たな市場経済制度管理のために、社会保障を充実させ、同時に高齢化社会保障に対しても基礎を打ちだすことを政府は述べている。

高齢化社会に対して先進各国はそれぞれ国情に応じた解決策を模索している。中国と先進国家間の国情の違いがある。過去中国では「養老院」という形での救貧対策の色彩の濃いサービスがあった。近年経済発展にともなって、高齢人口も急速に増加し、老人の世話をすることは社会問題になってきている。中国は高齢化社会を迎え、どのような高齢者の保健、福祉制度を設立するか、どのような介護サービス方法をとるか、又高齢者介護費用をどのように備えるか、種々検討されなければならない。

中国の高齢化社会到来についての一考察

表4 世界の主要地域及び中国上海市人口状況比較

地 域	年次	人口総数(万人)	出生率%	死亡率%	自然増加率%
世界地域	1995	571,643	2.37	0.88	1.49
先進地域 ¹⁾	1995	116,660	1.22	1.02	0.20
発展途上地域 ²⁾	1995	454,983	2.66	0.85	1.80
上 海 市 ³⁾	1992	1,282	0.73	0.71	0.02
	1993	1,292	0.65	0.73	-0.18
	1994	1,297	0.59	0.73	-0.14
	1995	1,300	0.55	0.75	-1.21

UN. World Population Prospects:1994 による。

- 1) ヨーロッパ、北部アメリカ、日本、オーストリア及びニュージーランドからなる地域。
- 2) 先進地域以外の地域。
- 3) 上海市衛生局統計資料。

(1) 高齢者保健、福祉制度の制定

これから中国の人口高齢化は急速に進む、第一回と第二回のベビーブーム世代の人口は約2億6千万人である。2015年にはこれらの人々は高齢者になる。高齢者人口は急速に増えると予想される。その期間は長く、2050年にかけてずっと続くと思われる。中国の国土は広く、地域間の経済発展は不均等で、人口構造も異っている。経済と文化の発達した地域は人口出生率が低く、人口の高齢化が進んでいるといわれている。上海市では(表4)90年代の出生率、死亡率、自然増加率は世界の先進地域の平均値と比べて低くなった。現在上海市の60歳以上の老人人口は227万人に達し⁹⁾、総人口1300万人の17.4%である。中国東南部に位置し、上海市隣接している浙江省の60歳以上の老人人口は515.7万人と総人口約4,377.7万人の11.78%に達している¹⁰⁾。現在浙江省では老年福祉基金が設立されている。浙江省では85県うちの20余県は老年福祉基金をつくっている。同省の80%以上の町村で老人工作委員会が組織されている。省の老年福祉基金の基金は2800万元が調達され、いろいろな敬老院(養護老人ホーム)、老人保育所(デイ・ケアサービス等の仕事を提供する)、老人アパート(老人ホーム)などは1510あり、養老院、老人アパートに2.09万人が入所している。省政府は老人の健康水準を重点項目としている。老人病院、老人診療所などは142あり、150の総合病院には老人病専科と老人病棟がある。在宅医療、看護、介護などを拡大し、老人の家庭病床約1万がある。

老人の生活の質を高めるために、老人大学が建設され、書道、絵画、写真、料理、医学などの講座が設置されている。現在利用している老人は10万人余に達している¹¹⁾。浙江省杭州市の杭州老人大学では「海外クラス」を設置し、日本、アメリカ、タイなどから外国の老人が中国語、中

華料理、気功、太極拳、中国画、書道などを勉強しながら旅行している⁹⁾。それに反して、西北部の地域の経済発展は東南部より立ち遅れている。現在人口構造の高齢化問題はまだまだ表面化していない。

中国の高齢化社会を適切にするために、中国人口構造の変化の現状と将来により、政府が高齢化社会の対策を検討し、中国の高齢者保健、福祉制度を設立しなければならないと考える。省(市)県を運営主体として高齢者在宅医療(家庭病床)、介護の事業を発展させ、高齢者介護保険を導入することについても検討すべき課題であろう。中国では地域間人口構造の変化が異っているので、高齢者介護と社会保険の事業を地域性として発展させることが良い。運営主体の省(市)県がその地域の高齢者の割合によって、介護保険を導入し、介護者(訪問看護等)を養成しながら整備を推進する。その地域の老人福祉基金会は高齢者の介護施設(老人保健施設、老人ホーム、老人保育所など)を整備し、貧困と虚弱等の状態の老人を入所させ介護できると思われる。

(2) 高齢者在宅介護の設立

歴来中国では高齢者に対する介護は家族に依存する伝統があった。最近、中国は「高齢者權益保障法」の内容を公表した。主に子供たちを「扶養者」とし、「扶養者は老父母を経済的に支え、精神的にも慰める義務を負う」と規定している。その「高齢者權益保障法」は1996年10月から施行される¹⁰⁾。しかし、21世紀一組の夫婦(彼等自身は一人っ子)が4人の老人の面倒を見るようになる(図11)。また将来高齢者と子供が同居するかどうか分からない。一人っ子の夫婦はその50%以上の両親が独居することになり、高齢者が老後、身体上又は精神上の障害や病気により、寝たきり、痴呆、虚弱などになった時、高齢者の移動、入浴、食事、排泄等の基本的な日常生活能力が低下し、高齢者の介護を家族だけで解決するのは困難である。日本の厚生省(1995年)が65歳以上で亡くなった高齢死亡者の生前の状況などを調べたところによると、高齢死亡者の53.8%が死亡一か月前から寝たきりになっていることがわかった。平均寝たきり期間は8.5か月だった。主な介護者は家族が約七割である¹¹⁾。家族はまさに「介護疲れ」の状態にあり、身体的にも精神的にも大きな負担を負っている場合がしばしば見られ、介護の普遍性と長期性、介護者自身の高齢化等のいずれをとっても、昔とは比較にならないほど事態は深刻化している。

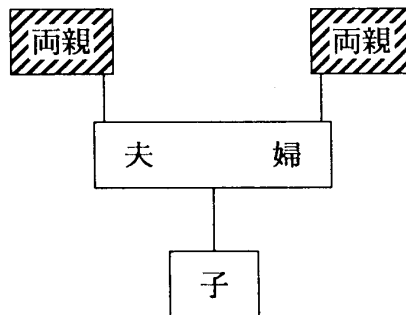


図11 世帯人員 □自身は1人っ子

在宅サービスについては、訪問看護、在宅介護、家事援助、食事援助、相談等の保健、医療、福祉にわたる総合的なサービスを提供する。先進国家には在宅サービスの内容がいろいろある。一人暮らしや高齢者夫婦の世帯が増加しているので、ホーム・ヘルプ・サービス（home help service）が家族の代わりのような形で掃除、料理、食事、洗濯など高齢者を援助している。通常24時間体制で勤務している。スウェーデンでは1992年の統計で65歳以上の16%と80歳以上の38%の高齢者が利用している⁷⁾。デイ・ケア（day care）事業は介護する家族の負担を軽減するために行われる。高齢者に入浴、食事、健康チェック、日常動作訓練等のサービスを提供する。頻度としては週に2日というのが一般的である。各国では高齢者に対する訪問看護のサービスが普遍的になる。しかし、在宅ケアにおける家族の最大の役割は、高齢者を精神的に支えることである。中国では、1984年12月15日衛生部が「家庭病床暫行条例」を公表し、家庭病床を設立した¹¹⁾。長期入院の患者が退院後、家庭病床で治療と看護を続けている。このようにして医療資源不足の問題を緩和している。同時に多くの老人が家庭病床で医療と看護を受けている。家庭病床は各病院に管理されているので、病院が管理できる数と家庭病床サービスのマンパワー等には限りがあるため、高齢者医療、介護の役割として家庭病床には一定の限度がある。また高齢者に対する介護施設が少ない。したがって、高齢者介護に対する総合的なサービスの社会の支援体制を整備し、保健、福祉専門人員を養成する必要がある。その介護人員が一定の介護知識水準と技を持てば、職業として安定的に、持続的に高齢者の利用者に在宅サービスを提供できると考えられる。

(3) 地域的高齢者介護の保険の設立

各国の高齢者政策をみると、介護の費用は大きく分けて4つに分類される^{7), 8)}。1. 租税負担方式。北欧諸国、オーストラリア、カナダなどで実施され、世界最高水準の在宅ケアを提供している。2. 政府公費の方式。オーストラリア、ベルギー、日本、アメリカなどでは低所得者に対して介護の費用を生活保護などで政府が援助している。3. 税金負担と公費の方式の併用。フランス、ニュージーランド、イギリスなどでは両方のアプローチを併用し、長期の介護のうち一部については医療サービスの中に入っているが、残りについては低所得者にだけ対策がなされている。4. 社会保険方式。高齢者介護の費用を確保するために、1994年ドイツでは公的介護保険が創立された。近年、日本では新たな高齢者介護システムの創設が検討されている、適切な公費負担を組み入れた社会保険方法による財政方法の下で総合的一体的に介護サービスを提供する新たな高齢者介護システムの創設が必要であると議論がなされている⁷⁾。中国では農業人口は多く、国民所得は低い、政府の財力も限りがある。しかし高齢人口は急速に進んでいる。高齢者の保健、介護の費用は先進国家のように税金負担方式で賄うことができない。また政府の公費方式で支払うこともできない。したがって、社会保険の方式で社会連帯の責任に募づく老人対策が検討課題の一つであろう。中国の各地域の人口構造の変化が違い、経済と文化発達の地域は人口出生率が低いので、人口構造高齢化の問題が急速に進んでいる。そして、高齢者介護の社会保険の設立を地域

性として発展させることが良い。省（市）県を運営主体である。保険という制度の特徴として、保険料とサービス受給者との関係が密接なため過剰サービスを防ぐことができるという利点も考えられている。高齢者「同世代連帯」と現世代連帯を導入し、各年齢層の相互援助で、介護の費用を確実に保証できると思う。

むすび

高齢者人口は急速に進んだ、高齢者の医療、福祉問題の解決は各国の難題である。ドイツでは20年にわたって討論され、介護保険法が創立された。日本では「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が平成11年には目標の達成を目指している。先進国家は老人福祉施設の重視から、在宅介護重視へと転換している。21世紀に向けて中国も高齢化社会を迎える。そのために、中国の国情に適切な高齢者保健、福祉の対策を整備しなければならない。地域性を主体とした、在宅介護等の社会サービスを発展させるための高齢者の医療、保健、福祉制度を充実すべきであろう。また今後の中国経済発展と考え合わせると、社会保障制度の充実は医療、保健、福祉等の分野で、新たな産業と雇用の機会が作り出される。

注

- 1) 陳敏章、黄永盛主編「中国衛生国情」1994年、上海
- 2) 日本厚生省人口問題研究所「人口動向—日本と世界人口統計資料集1995」
- 3) 中国国家统计局1995年10月1日人口の1%に対して調査。人民日報（海外版）1996年2月14日
- 4) 中国21世紀白皮書1994年、北京
- 5) 向 洪 主編：国情教育大辞書。1991年、成都
- 6) 国際連合「世界の将来人口」1994年。
- 7) 「新たな高齢者介護システムの確立について—老人保健福祉審議会中間報告」厚生省高齢者介護対策本部事務局
- 8) 和田 勝「新たな高齢者介護システムのあり方」公衆衛生 1995；59（10）：670-4
- 9) 三浦高夫編「図説高齢者白書1996」全国社会福祉協議会
- 10) 中島克己／林 忠吉編著「日本高齢化を考える」
- 11) 資料：総務庁統計局「平成5年10月0日現在推計人口」厚生省大臣官房統計情報部「平成5年社会福祉施設調査」、「平成5年老人保健施設調査」、「平成5年患者調査」による。
- 12) 坪井栄孝「医師会と公的介護保険」公衆衛生 1995；59（10）：684-7
- 13) 中国財経報1995年9月20日
- 14) 人民日報（海外版）1995年9月25日
- 15) 人民日報（海外版）1996年8月8日
- 16) 人民日報（海外版）1996年5月
- 17) 人民日報（海外版）1996年7月29日
- 18) 人民日報（海外版）1996年8月1日
- 19) 朝日新聞1996年8月31日

中国の高齢化社会到来についての一考察

20) 厚生省1995年「人口動態社会経済面調査」読売新聞1996年6月30日

(1996年9月13日受理)

(Hu Ai-ping こ あいへい 文学部 研究生)

(まつの きろく 文学部 教授)