HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	中国都市近郊農村における高齢者の自立度と在宅介護 ： 蘇南農村を対象に
Author(s)	王, 鄢
Citation	北海道大学大学院農学研究院邦文紀要, 38, 1-54
Issue Date	2022-03-30
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/84625
Type	departmental bulletin paper
File Information	01_wang_38.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

北大農研邦文紀要 38：1〜54，2022

中国都市近郊農村における高齢者の自立度と在宅介護
―― 蘇南農村を対象に ――

王　　鄢
（北海道大学大学院農学院）

Independence and home care for the elderly in rural areas near Chinese cities: Rural Sunan

Yan WANG
（Graduate School of Agriculture, Hokkaido University）

Ⅰ．問題意識と課題

A．研究の背景と問題意識

a．中国の高齢化

中国においては世界で類例を見ない高齢化が進行している。2020 年の中国統計年鑑によると，2019 年までに 60 歳以上の高齢人口は 2.5 億人（総人口の 18.1%）となり，そのうち 65 歳以上の高齢人口は 1.7 億人，総人口の 12.6%を占めており，前年比で 945 万人の増加をみせている。建国初期のベビーブーム世代は近年高齢者になりつつあり，今後さらに中国の高齢化は急速に進展し，2050 年までには中国人口の 3 人に 1 人は 60 歳以上の高齢者となることが予測されている（中国発展基金会[57]）。

高齢化の進展にともなって，中国の人口構成も変化している。表序-1 によると青少年と労働年齢人口は減少傾向にあるのに対し，高齢人口は増加を示している。周知のように，中国の高齢化は高齢人口の規模の大きさ，高齢化のスピードの速さ，地域間の格差，豊かになる以前に高齢化した（未富先老）などの特徴があげられるが，最も重要なことは高齢化対策・制度が不十分のままで高齢化社会に突入したことである。このような規模とスピードにより高齢化社会を経験した国はほかにないため，中国独自の高齢化対策を策定しなければならない。

b．なぜ農村高齢者なのか

農村部の高齢化は都市部以上に深刻化している。2010 年の人口センサス(注1) によると，60 歳以上の人口のうち，農村部には 9,930 万人（農村人口の 14.9%）が居住しており，都市部の 4,631 万人（都市人口の 11.4%）の 2 倍強となっている。そして，農村高齢者の 19%が中国の貧困ライン以下の生活を強いられており（蔡他[47]），彼らは「未富先老」の典型的な存在となっている。しかも，農村の社会保障制度，特に年金制度は十分に機能しておらず，2015 年の農村住民が受け取る年金保険額は月 117 元に過ぎず（後掲表 1-1），給付水準は低いレベルに留まっている。

農村高齢者(注2) の生活は，就労による所得や財産収入などでは維持できず，社会的扶養も不十分であり，扶養の担い手は依然として家族であることが一般的である。しかし，核家族化，都市化の進展による若年層の流出と少子化によって，家族の扶養機能は低下し，農村高齢者の日常生活における援助や介護に対する社会的支援の必要性が増大している。

c．在宅介護への重視

高齢者は自宅に住み，家族からの援助 −「老親扶養」(注3) あるいは社会的支援 −「在宅介護サービス」(注4) を受ける場合，「居宅養老」（日本の在宅介護に相当する。以下この用語を使用す

* 北海道大学博士論文（2021）
Doctoral thesis submitted to the Graduate School of Agriculture, Hokkaido University (2021)

表序-1　中国の人口構造の変化　単位：億人

年次	総人口	0-14 歳		15-64 歳		65 歳以上	
		人数	割合	人数	割合	人数	割合
1982 年	10.1	3.4	33.6	6.2	61.5	0.4	4.9
1990 年	11.4	3.1	27.7	7.6	66.7	0.6	5.6
2000 年	12.6	2.9	22.9	8.8	70.1	0.8	7.0
2010 年	13.4	2.2	16.6	9.9	74.5	1.1	8.9
2015 年	13.7	2.2	16.5	10.0	73.0	1.4	10.5
2019 年	14.0	2.3	16.8	9.8	70.6	1.7	12.6

資料：『中国統計年鑑 2020』より作成。

る）と呼ばれる。2000 年に入ると，中国では「家庭を基盤とし，コミュニティをよりどころに施設を補充」する高齢者福祉サービスシステムの確立が提唱され，そこから，高齢者は自宅で私的・社会的支援を受ける在宅介護が注目されるようになった。在宅介護を重視する社会的背景としては，老親扶養の重視，福祉施設の不足，高齢者の精神的健康の維持という側面が存在している。

高齢化が進む中で家族の扶養機能が大きく低下したが，子世代による老親扶養は，儒教文化における家族倫理観の影響のもとで当然視され，高齢者の扶養は家族の責任であることは法律（「高齢者権益保障法」）にまで規定されている。また，中国は建国以来，経済成長に重点を置いており，高齢者福祉を含めた社会保障制度の構築にはかなり遅れをとっている。高齢者福祉分野では，2000 年代に高齢者福祉の産業化が推進されはじめ，都市部では在宅介護を基本とした高齢者福祉サービスシステムを構築してきたが（楊[33]），農村部では公営の施設サービスに留まっている（郭[6]）。農村部の福祉施設は，収入源や労働能力および扶養者のない高齢者の収容を目的としているため，大多数の一般高齢者は入所することができない。さらに，「老後の生活の保障のために子供を育てる」と考えている農村高齢者は 80% 以上を占めており（王[74]），さらに積極的に子供の生活に参与することで高齢者の精神的なやすらぎがもたらされている。家族からの精神的支えは高齢者にとってかけがえのないものなのである（鐘ら[50]，鐘ら[51]）。

しかも，国連の「高齢問題国際行動計画[8]」と「国連高齢者原則[9]」において，高齢者は自宅で家族とコミュニティからその社会の文化的で適切な介護と保護を得るべきであると指摘されており，在宅介護の推進は国際的にも重要視されている。

以上の社会的背景によって，家族による老親扶養を基礎に，コミュニティによる在宅介護サービスを補完とする在宅介護の形態は，現段階の農村高齢者にとって最善策であると考えられる。

B．農村高齢者福祉に関する研究動向

a．中国の高齢化問題の構造

中国は高齢人口の規模の大きさ，高齢化のスピードの速さ，地域間の格差という高齢化の特徴のほかに，豊かになる前に高齢化したこともよく知られている。未富先老は 1980 年代に人口学者の鄔滄萍が提起した概念であり，中国の高齢化のスピードが経済発展より速くなるという現実的な問題を捉え，国家と国民が事前準備を行う重要性を喚起したものである。2000 年代に入ると，学術界では，この概念の「富」と「老」の指標，さらには「中国の高齢化問題の本質」をめぐって論争が行われた(注5)。論争の成果として，「富」の概念を 1 人あたり GDP という経済指標だけでは測定できず，収入や資産，ニーズの充足度，そして，社会発展や制度整備などのソフト面も見なければならないということが指摘された。さらに，「富」の格差が注目され，地域間，都市・農村間，階層間，世代間の格差が広がっていることが指摘され，公平で合理的，かつ有効な国家制度と社会の対処メカニズムが「未富先老」を脱する方法であることが共通認識とされた（鄔ら[40]，李[67]）。

中国の高齢化問題の本質は経済上の問題なのか，制度上の問題なのか，あるいは双方の相乗効果なのかという議論はまだ終わっていないが，高齢化問題を分析する際に経済発展の遅れた側面と制度的未整備の側面を分けて分析することが重要であるとされている。そして，21 世紀の中国においては，東部沿岸の都市部では「未富先老」問題は一部緩和されているが，内陸部，特に内陸農村での「未富先老」は経済発展の遅れと制度的未整備の両方が根底にあり，21 世紀においても長期的に存在する問題であるとされる（田[52]，楊[65]）。この点を踏まえ，農村高齢者の在宅介護を主に制度的側面に注目することにする。

b．老親扶養の類型化

中国の家族においてはタテの親子関係が強調され，既婚した子世代が親世代と同居する直系二世代世帯が最も基本的な社会集団であると言われている（費[30]）。老親扶養は，経済面での生計支援，生活面での身の回りの世話，精神面での支えという 3 つの要素からなっている（森岡[32]）。老親扶養の形態は，中国の社会経済の発展段階という時間軸と地域性という空間軸により，一体型，中間型，独立型というタイプ分けが行われている（王[69]）。

まず，一体型タイプは老親扶養の 3 側面である経済面，生活面と精神面を一体的に行う家庭内扶養を指している。これは，従来の伝統的な老親扶養の形態であり，現在でも内陸農村部，特に貧困地域で一般的である。つぎに中間型タイプは，都市部と経済発展の著しい沿海部の農村地域で主流となっている扶養形態である。親世代はそれなりの経済力を持ち自立生活が基本であり，子世代による扶養は生活面と精神面でのサポートが中心である。前者は罹患時の身の回りの世話であり，後者は心の支えである。また，社会保障制度と福祉市場がある程度整備されているため，社会的サービスの利用も可能である。そして，独立型タイプは，精神面でのサポートが中心とする扶養形態である。親世代と子世代が経済的にそれぞれ独立しているが，精神面では強いつながりを持ち，現時点では社会保障制度が高度に発達している大都市部において，経済的に恵まれたごく一部の親世代の扶養に限定される。

c．老親扶養の機能弱体に関する研究

儒教文化における家族倫理観の影響のもとで，高齢者に対する老親扶養と死後の葬式と祭祀は子世代の責任と義務として当然視される。しかし，市場経済化の進展のもとで，老親扶養機能の弱体化，特に農村地域や貧困地域における経済面・生活面での扶養機能の弱体化は顕著であり，高齢者の生活に不安をもたらしていた（王[69]）。老親扶養機能の弱体化の要因としては，扶養意識の低下，人口移動と少子化があげられている（郭[41]，陳[53]，王[70]）。

扶養意識については，家父長制の崩壊によって家族内での親の権力と権威が著しく弱まり（王[72]），さらに 2000 年以降になると子世代の農外収入が親世代の収入を上回り，「親を見下す」傾向が強まっているとされる（肖[49]）。極端に言うと，親の財産・労働を「搾取」し，老親の扶養を軽視する（李[34]）という子世代の老親扶養意識の低下さえ見られるのである。

中国の人口移動は農村部から都市部へ，中西部から東部･沿岸部へ移動する傾向が見られる。厳[12] は 2007 年農業センサスのデータをもとに，全国の農村では農村住民の 17％が半年以上戸籍登録地を離れて都市部に居住している。そのため，人口の流出が激しい中西部の農村では直系家族が維持できず，従来の家族形態が崩れ，家族による老親扶養の基盤が動揺しているとしている。

そして，1980 年代からは一人っ子政策が強制的に実施され，子供の出生率が急速に減少した。これによって中国の人口構成はその自然増減のプロセスを超えて急速に少子化時代に突入し（于ら[4]），その結果，高齢化の進展に拍車がかけられた。このため，子世代の夫婦がともに一人っ子の場合では，4 人の親を扶養しなければならず，限界が生じているのである。2016 年に「一人っ子」政策は緩和され，二人目の子供の出産が認められたが，子供の出生率は予想通りには上昇しておらず，少子高齢化はさらに進行している。

d．在宅介護サービスの定義と内容

各地で「居宅養老服務」（日本の在宅介護サービスに相当する。以下この用語を使用する）が行われるようになるにつれ，それに関する研究も進展をみせているが，中国の研究では「居宅養老」や「社区養老」など，様々な表現が使われ，概念が整理されていない（徐[15]，郭[6]）。これは全国的に統一した法律・法規が整備されていないことが原因であり，研究上だけではなく，行政と現場の間でも混乱をもたらし，サービスの展開を妨げていると指摘されている（徐[15]）。

在宅介護サービスの提供場所や利用時間によって分類すると，訪問型（家事援助，生活介助，看護，配膳等），通所型（デイサービス，入浴，移送，会食等），滞在型（ショートステイ，宅老所等）があり（徐[15]），サービスの内容では，身の回りの世話や医療機関受診の介助，心のケアに分類されている（姜[10]，陳[55]）。

e．在宅介護サービスに対する高齢者のニーズ

王[73] は在宅介護サービスについて，中国老齢科学研究センターの全国データをもとに都市高齢者のニーズと満足度を分析した。都市高齢者は在宅介護サービスに対するニーズが高いが，満足する程度は低い。その中で，訪問医療のニーズが最も高く，続いてリハビリ，訪問介護であり，買い物の手伝い，病院への同伴に対する需要は比較的低い。高齢者の健康状況に対応した訪問医療，リハビリ介護などの医療系サービスのニーズが高くなっているのである。しかし，高齢者は伝統的な考え方により，金銭の節約や子供の幸福に貢献することを優先するため，実際のニーズが在宅介護サービスの購入に結びつくことを妨げている。

農村高齢者のニーズの内容に関しては，黄ら[46] の研究がある。黄らは江蘇省の 1,051 人の農村高齢者を分析した結果，22.2%の高齢者が社会的サービスに対するニーズを有しているが，主に家族によって扶養されているため，社会的サービスが家族による扶養を代替することができていないことを指摘している。必要とされる社会的サービスは主に日常生活の援助，医療介護，精神面の援助があげられている。しかし，農村高齢者はサービスに対する購買力が高くなく，潜在的なニーズを購入行動に変換することに困難がある。

そして農村部で在宅介護サービスを普及する際には財源が限られているため，さまざまなサービス項目の実施については順位をつける必要がある。この観点から，郭[43] はそれぞれの在宅介護サービスの農村高齢者にとっての重要性と不可欠性を分析している。 そのうち，料理，掃除，買い物などの日常生活に対するサービス支援は重要性が少なく，保健医療教育系サービスの需要が高く，不可欠なサービスであり，そして緊急時の対応，リハビリ，長期的な介護に関するサービスに対する需要が大きく，もっとも不可欠であると指摘されている。

f．在宅介護サービスの地域差

2000 年以降，社会福祉の社会化の改革以来，高齢者福祉の発展水準は，地方政府の財政力の相違により地域間に相当のバラツキが見られるようになった（沈[21]）。

高齢化率が中国第一位の上海市は経済的には最も発展している都市であり，福祉サービスの整備も全国で最も高い。サービス内容，サービス提供，サービスの評価・管理システムを含め，上海市は在宅介護を中心に高齢者福祉サービスシステムを構築している。そのうち，自立できない者は施設で介護され，自立あるいは部分的に自立する者は「社区」（コンミュニテイ）により健康管理，介護，リハビリサービスが提供され，そして，認知症患者向けの専門サービスや裕福な高齢者向けの高級老人ホームなども用意されている。上海市の在宅介護サービス事業の設置目標は「9073」と表現されている。つまり 90％の一般高齢者は私費で在宅介護サービスを利用し，７％の政府補助対象者は公費で福祉サービスを利用し，残り３％の自立困難度の高い高齢者は施設に収容されるということである。潤沢な財政力や海外からの介護技術の導入による介護人材の育成などにより，上海市では在宅介護サービス事業が発展しているが（姜[10]），長期的な介護に関する資金調達が課題である（房[64]）。

遼寧省の大連市砂河口区は，2002 年から貧困高齢者の介護問題と中年女性の再就職問題の解決を契機として在宅介護サービスを行うようになった。地区内の身寄りのない貧困高齢者，自立できない高齢者，そして子供と別居している高齢者に日常生活の援助を行い，ホームヘルパーとしてリストラされた 40 歳－ 50 歳の女性を雇用している（許[7]）。また，自立困難の高齢者向けの家庭式のミニ養老院（小規模宅老所に相当），緊急電話サービス，サービスクーポン券の配布など，地区政府の工夫が見られるが，資金調達や専門的な人材の確保問題のためサービスの質が懸念されるという（許[7]，郭[42]）。ほかにも，寧波市，蘇州市などが都市部の先進事例が紹介されており，特に寧波市の「政府によるサービスの購入」は評価が高く，その仕組みがモデル化されて多数の都市に波及している（郭[42]）。

その一方で，農村部では資金の財源，介護人材などが不足しているため，特に内陸農村部では，公的サービスは公営の高齢者施設しか存在しない。とはいえ，北京市，浙江省，河北省などの比較的経済が発達している東部農村では，高齢者が安心して暮らせるように，無料あるいは低価格の食事を提供する「老年食卓」，「老人活動室」の充実，独自の年金給付，互助幸福院（ロングステイ）の設置など，農村独自の取り組みを行う事例が見られる（張[22]）。

在宅介護サービスは高齢者の多様なニーズに対応できるが，より多くの地域で実施するためには，法の整備や資金や介護人材の確保など様々な課題が残されている（許[7]，姜[10]，石田[2]，徐[15]，鈴木[17]）。

g．既存研究の限界

これまで農村高齢者の在宅介護に関する既存研究では，私的介護の老親扶養と公的支援の在宅介護サービスが別々に研究されており，高齢者の受け手側の視点から，同じ農村地域での老親扶養と在宅介護サービスを総合的に分析した研究はほとんど見当たらない。

老親扶養に関する研究においては，老親扶養の重要性が強調されるものの，老親扶養の機能が衰退している結果とその要因が提示され，タイプ分けによって地域性があることを示唆しているが，高齢期の異なる段階における老親扶養の実態についての分析は欠けている。

また，在宅介護サービスに関する研究では，都市部あるいは農村部のいずれかの事例研究が行われていた。地方政府の財源，福祉市場の発展水準，高齢化の水準によって，サービスの内容や水準には地域間の格差が存在しているが，地域間の格差，調査地域の位置づけに十分配慮がなされていない。

最後に，在宅介護に関する研究では，高齢者ニーズの側面から農村部向けのサービスの理論化が試みられている。しかし，在宅介護サービスを農村部に普及する際のサービス内容の適切性やサービスの実践上の課題については事例も少く，実証的な研究はあまり進んでいないのが現状である。

C．課題設定と分析視角

a．課題設定

このように，中国の農村部では，急速な高齢化，核家族化の進行によって老親扶養の機能が衰退しており，施設サービスの充実が限定的である中で，在宅介護サービスが重要となっているが，十分普及を見せていない点が大きな問題となっている。

中国の高齢化問題を分析する際，経済発展の遅れた側面と制度的未整備の側面があるが，高齢者福祉を構成する年金，医療，介護のうちの介護を対象として制度的側面に重点をおいて分析を行う。介護は，老親扶養に属する私的介護と近年政策的に進められている公的介護があるが，それが十分に機能しているかどうかを高齢者ニーズの充足度を指標としてとらえることにする。

そこで，本論では支援を受ける側の農村高齢者の生活実態と自立度により主要ニーズを分析し，その上で支援をする側の老親扶養と在宅介護サービスの実態と課題を把握し，両者の関係から農村部の在宅介護の課題を明らかにすることにする。

b．分析視角

この課題に対して，３つの視点から接近を行う。

第一は，高齢者のライフステージによりニーズが変化することに対する注目である。高齢期を前期，中期，後期の３つに区分し，高齢者の生活実態と自立度（ADL）をみると，時期ごとに高齢者の主要ニーズは変化しており，支援側の介護への対応も変わってくる。

第二は，同一地域での老親扶養と在宅介護サービスを総合的に分析する。該当地域の高齢者は高齢期の各段階により異なるニーズを有しており，老親扶養と在宅介護サービスの対応と限界，支援に対する需要と実際の供給能力のギャップを明らかにする必要がある。

第三は，地域間，都市農村間の格差の存在の中で，蘇南農村の位置づけを行うことである。そのことにより，農村地域全体における在宅介護のあり方を展望する。

c．対象地域と研究方法

本論の対象地域である蘇南農村は，蘇州市の南部，上海市の西部という都市近郊に位置しており，改革開放後，蘇南モデルといわれた典型的な郷鎮企業による工業化が発展した。農村工業化の進展及び地域経済の優位性によって，若年層の大量流出が回避され，三世代直系家族が維持されている。これを前提として高齢者扶養の主体は依然として家族である。しかも，近年，該当地域では，訪問型在宅介護サービス事業を管内の都市部と農村部と同時に実施されており，すべての対象高齢者が受益者となっているため，農村部での在宅介護の課題を分析するうえで絶好の対象であると考えられる。

高齢者の在宅介護に関する福祉事業は全国統一的ではなく地域別に展開されており，地方政府の財政力，福祉市場の発展水準，老親扶養の持続力の相違によって地域間の格差は大きく，その差により社会の不満が生じている。この３つの要素により，大都市，一般俊，都市近郊農村，内陸農村の地域差を示したものが表序-2 である。都市近郊農村である蘇南農村の在宅介護は蘇州市政府の財政力(注6) を基礎とし，上海市の福祉市場の影響を受けており，老親扶養の中間タイプの地域に位置づけることができる。

研究方法としては，各事例について高齢者，ホームヘルパー及び関係者からの聞き取り調査を行い，聞き取り調査のできない高齢者に参与観察調査も行った。そして，入手した資料および公表された統計データから分析を行う（表序-3)。

表序-2　高齢者の在宅介護に関する地域差

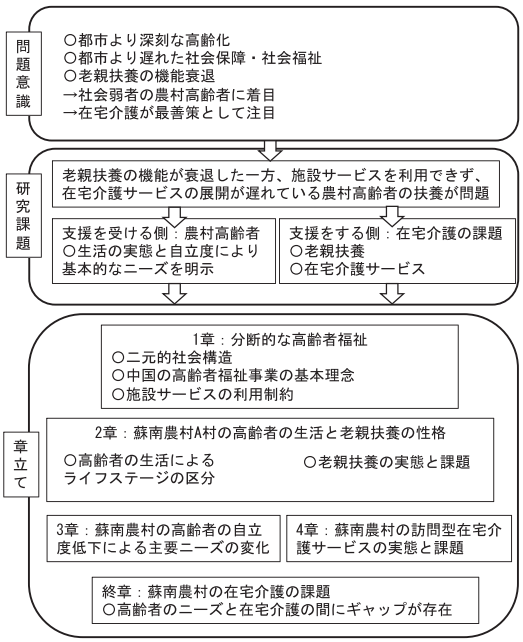
	地域政府の財政力	福祉市場の発展水準	老親扶養のタイプ*
大都市	高	高	独立型
一般都市	中	中	中間型
都市近郊農村	中	中	中間型
内陸農村	低	低	一体型

資料：王[28] を参考して筆者作成。
注：一体型タイプは子世代から経済面，生活面と精神面を一体的に行う老親扶養を指している。
中間型タイプは子世代による扶養は罹患時の身の回りの世話と精神面のサポートが中心的である。独立型タイプは，精神面でのサポートが中心となる扶養形態である。

D．論文の構成

論文の構成は，図序-1 に示している。本論文は分析枠組に沿って序章，終章を合わせ，６章構成となっている。

第一章では，中国の高齢者福祉事業の基本理



図序-1　本論の分析枠組み
資料：著者作成。

表序-3　調査対象，方法及び内容

	調査地	主要な調査時間	調査対象	調査方法	調査内容の概要
第2章：老親扶養	蘇州市呉江区Q鎮のA村	2017年8月，2018年1月-3月と9月	村民委員会及び関係者	資料収集と聞き取り調査	人口データと社会保障の加入状況など
			第13組の23世帯の中高年者	聞き取り調査	生活の実態と老親扶養の現状
第3章：自立度	蘇州市呉江区Q鎮の各村	2019年9月-2020年1月	20村の122名80歳以上の高齢者	参与観察と聞き取り調査	健康状況，生活の自立状況など
第4章：在宅介護サービス	蘇州市呉江区Q鎮のK村	2018年9月，2019年3月-4月と9月	村民委員会	資料収集	人口データ
			65名80歳以上高齢者	参与観察と聞き取り調査	自立状況とサービスの利用状況など
			Q鎮支部長とホームヘルパー	聞き取り調査	サービスの運営体制と参入動機など

資料：筆者作成。

念と事業の目的を明らかにするため，都市部と農村部の二元社会構造の由来と社会保障制度の構築の歴史的過程を分析する。そこから，社会保障システムにおける高齢者福祉及び福祉施設の位置付けを確認する。

第二章では，老親扶養の実態を示すには，農村工業化が進展した沿海部の蘇州市にあるQ鎮のA村を取り上げる。A村は子世代の流出が少なく，三世代世帯が比較的維持されている都市近郊型農村である。高齢者の収入状況や衣食住の水準を明らかにするとともに，高齢期の異なる段階に老親扶養の性格を明らかにする。

第三章では，高齢期の異なる段階に異なるニーズを分析するため，蘇南農村に属するQ鎮の約100名高齢者の自立度を把握し，高齢者の自立度の低下により，どのような支援が求められているのかを明示する。

第四章では，農村部における在宅介護サービスの実証事例として，Q鎮のK村を取り上げる。実行された訪問型在宅介護サービスの運営体制，ホームヘルパーの性格を把握した上で，K村の高齢者の自立度によるサービス利用の差異を明らかにする。

終章では，以上を要約し，総合的考察を行い，今後の変貌についても触れてみる。

注

1）2010年のデータは第6次人口調査に基づいたが，他の年次のデータは抽出したサンプルによって推測されたものである。

2）農村高齢者は，中国の「高齢者権益保障法」により60歳以上の人を高齢者として規定しているが，本論では農村年金の取得年齢，即ち男性60歳，女性55歳を高齢者として定義づける。また，農村高齢者は，農村戸籍を有する高齢者を指す。収入源や労働能力および扶養者のない高齢者は国から特別な優遇措置があるため，分析対象外とする。

3）老親扶養とは子世代による老いた親に対する扶養であり，子世代から経済面での生計支援，生活面での身の回りの世話，精神面での支え（森岡[32]）という三つの側面が扶養の内容となる。高齢者夫婦の場合，お互いに世話をすることができるが，高齢化の進展とともにいずれは子供に頼る時期が来るため，老親扶養が行われる。

4）在宅介護サービスについては，高齢者の家に訪問して家事援助，生活介助を中心とする訪問型在宅介護サービスを注目する。

5）「未富先老」をめぐる論争の論点と結果などについて，張[22]が詳しい。

6）2019年に中国一人当たりGDPのランキングにより，蘇州市が6位，上海市が1位である。

II．分断的な高齢者福祉事業の展開

A．本章の課題

本章の課題は中国の高齢者福祉事業の基本理念と事業の目的を明らかにすることである。このため，中国における都市部と農村部の二元的な社会構造の由来と社会保障制度の構築の歴史的過程を明らかにしてから，社会保障システムにおける高齢者福祉の位置づけを確認する。次に，農村高齢者がほとんど施設に入所できない原因を明確し，最後に，中国の地域間格差の中で蘇南農村の位置づけをする。

B．二元的な社会構造による中国の社会保障制度の発展

a．二元的な社会構造の由来と社会保障制度の構築

1950 年代の建国初期の中国は，東西対立や朝鮮戦争への参戦などの厳しい国際情勢の中で国際的な孤立状況に陥り，国家と政権の存亡に対する危機感を強く抱え，国防の近代化を前提とした工業システム，特に重工業の発展を国家の最優先課題とした。しかし，当時の中国は資本が少なく，労働力が多い局面にあり，重工業優先の発展戦略には常に人口圧力が伴っていた。それを解消するために，都市部の住民を国家の統制下の労働部門・「単位」(注 1) に配属し，農民は集団化政策により設立された人民公社の生産隊・生産大隊に所属することになった。さらに，都市と農村との間の人口移動を制限し，農村人口の都市部への流入を防ぎ，都市部の過剰労働力を農村部に留め置くことを可能とする戸籍制度がつくられ，都市と農村の間に二重構造が形成された。

この二元的な社会構造に起因する社会保障制度への影響は，計画経済期においては，都市部の労働者は「単位」において，農民については生産隊において，生産から生活までの生涯にわたる完全保障が実施された。具体的には，都市部の「単位」は労働者の老齢，疾病，死亡，出産など関わる労働保険制度を運営し，完全就業のもとでは失業保険は存在しなかった。この時期の保障制度においては，労働者の拠出義務はなく，すべて国の負担によって成立していた。それに対し，農村部では住民全員が利用できる農村合作医療制度と，労働能力のない高齢者，障碍者などの弱者に対する五保扶養制度(注 2) が創設された。その財源は各生産隊の共益金によって調達され，地域によって保障のレベルは異なっていた。

1978 年に改革開放政策が打ち出されると，農村部では「生産請負制」が実施され，都市部では市場メカニズムの導入に従って経済効率性を重視する経営権請負制が進められた。これは計画経済下で実施されていた完全保障の再編を促すことになり，労働者の生活と生産は分断され，生活保障機能を「単位」，特に国有企業から切り離す必要が生じた。しかし，このような改革は都市部住民の生活基盤を揺るがし，社会不安を引き起こす危険性があり，国有企業改革とセットにして社会保障改革も行われるようになった。この時期には都市部の改革が先行し，1990 年代までに全国統一の年金保険，医療保険，失業保険と最低生活保障（日本の生活保護制度に相当）が次々と制度化され，都市部の社会保障制度が成立し，最終的に国有企業を市場経済に軟着陸させるという目標を達成した。しかし，急激な経済成長は二元的な社会構造の抱える矛盾を深刻な格差問題として可視化し，社会的不満が高まった。

2000 年に入ると，所得分配の不平等，特に都市部と農村部の格差拡大を是正するため，都市部より 30 年ほど遅れて，農民に対する年金保険，医療保険，最低生活保障制度が次々に制度化されるようになった。しかし，その水準は都市部の公務員や従業員向けの制度には及ばないが，制度上ではすべての国民が社会保障制度を権利として利用することができるようになった（朱[14]）。

b．現行の公的年金保険制度

1978 年の改革開放以降，中国が市場原理を導入したことにより，格差の拡大と失業率の上昇などの社会問題に対応するために作られた社会保障制度は社会保険，社会救済，社会福祉，軍人保障からなっている（図 1-1）。この中で，社会保険には養老保険（年金）・医療・失業・労災・出産育児に関わる保険制度があり，社会救済に

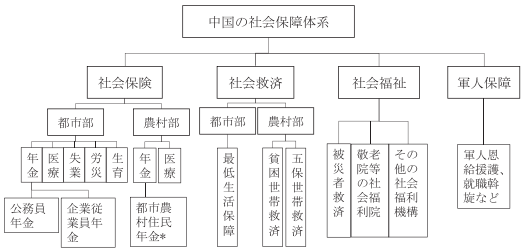


図 1-1　現行の社会保障制度の体系
資料：于ら[4] P.19 を参考に筆者作成。
注：＊印のある都市農村住民年金は，2015 年に新農保が都市住民の年金保険と統合して誕生したが，適用対象の中心は農村戸籍を有する者である。

は最低生活保障制度（日本の生活保護制度に相当）がある。さらに，社会福祉制度は高齢者，児童，障碍者などの社会的弱者を，軍人保障制度は軍人・退役軍人およびその家族・遺族を対象とした優遇措置を行う制度である。

中国の公的年金保険制度は日本と同様に，「職域保険」と「地域保険」で構成されている。前者の代表として 1978 年に発足した公務員年金と 1997 年実施の企業従業員年金があり，後者は 2009 年に確立された新農保と 2011 年に登場した都市住民年金からなる。新農保と都市住民年金は 2015 年に都市・農村住民年金保険に統合された。これは，都市戸籍と農村戸籍の格差を縮小する改善策と思われるが，都市部と農村部での年金制度のシステムは異なっており，制度整備の序列，財源構成，受給水準をみても大きな差が存在している（表 1-1）。

c．社会保障制度の中で社会福祉を位置づけ

現代的な意味での社会福祉制度は西欧を起源とするものである。その発展過程から見ると，19 世紀には社会福祉は地方政府や慈善団体の救貧事業と同義であり，その利用者は稼働能力を持たず，身寄りのない年寄り・子供・妊婦などに限定され，市民権も奪われるという慈善的・恩恵的・懲罰的なものであった（田多[18]）。20 世紀に入ってからは，資本主義的工業の発展や第一次世界大戦の影響により，労働者は大量の失業や貧困問題にさらされ，資本主義のもとでの社会不安や社会主義運動による体制不安がもたらされた。この不安を緩和するために，西欧諸国は社会保険制度，公的扶助制度など各種貧困対策が行われるようになり，広い意味での社会福祉が創設された。社会福祉制度は近代工業化の産物であるとされる所以である（鄭[61]）。

西欧諸国においては社会保障は社会福祉の構成部分であるのに対し，図 1-1 のように，中国の社会福祉は社会保障システムのサブシステムの一つとして位置づけられている。現段階では，中国の社会福祉事業は主に民政部門の主導の下，高齢者，障碍者，孤児などのグループを中心に基本的な生活ニーズを満たし，生活水準を維持するための収入支援とサービス保証を提供している。社会福祉は社会救済，社会保険と並び，中国の社会保障システムを構成しているのである。長期にわたって，中国の社会福祉は実際には一種の救済的な，あるいは不足補完型の社会福祉であった（楊[33]，鄭[61]）。

中国の社会福祉制度は，高齢者，障碍者，児童などの社会的弱者グループを扶養対象とし，大まかに高齢者福祉，障碍者福祉，児童福祉に分類されている。高齢者福祉の内容は，施設サービス，在宅介護サービス(注3)，五保戸扶養，高齢者手当(注4) を含んでいる。

C．高齢者福祉事業の発展

a．高齢者福祉事業の準備期

上述のように，改革開放後，社会主義市場経済の確立によって従来の公的福祉は終焉を迎え，身寄りのない高齢者向けの施設サービスしか残されておらず，新しい社会経済制度と急速な高齢化に対応した高齢者福祉を国家事業として推進する必要があった。そこで，1994 年には，「中国における高齢者福祉事業の七年発展綱要（1994～2000 年）」が公布され，高齢者福祉事業が社会主義事業の重要な構成部分であることを明確にし，「老有所養，老有所医，老有所学，老有所為，老有所楽」という指導方針を掲げた。この指導方針は，高齢者が扶養され，医療を受ける権利を持つこと，人々は高齢になっても学習と社会貢献を続け，人生を楽しむべきであることを意味している。つまり，年を取ることは人間としての自然過程であることが強調され，高齢者の権利を確保するとともに，高齢者の自助努力と社会参与も提唱されたのである。

そして 1996 年には，「中華人民共和国高齢者

表 1-1　中国における各年金制度の基本内容と加入状況（2015 年）

年金制度	機関事業団体職員年金制度	都市企業従業員基本年金保険制度	都市・農村住民養老保険制度
中国語	機関事業単位退休養老金制度	城鎮企業職工基本養老保険制度	城郷居民基本養老保険制度
略称	公務員年金	従業員年金	都市・農村住民年金
実施時間	1955 年	1997 年	2015 年（前身の新農保が 2009 年）
対象者	行政機関・事業団体に勤める者（公務員・準公務員）	都市部の全ての企業に勤める者，個人加入者	16 歳以上の農村住民，都市部非就業者（在学生・従業員年金個人加入者を除く）
加入状態(強制/任意)	強制	強制	任意
保険料負担	なし	雇用側：賃金の 20% 個人：賃金の 8 %　（注 1）	年間 100 元から 2,000 元まで 12 段階に設定，加入者の自由選択
財源構成	財政資金	社会プール基金：雇用側の保険料負担 個人口座：個人側の保険料負担 政府補助：財源不足の場合のみ	個人口座：個人側の保険料負担 集団補助：選択的， 政府補助：あり
受給条件(注 2)	資格期間：原則勤務 20 年以上，受給開始年齢：原則男 60 歳，女 55 歳	資格期間：15 年以上の保険料の納付 受給開始年齢：原則的に男 60 歳，女 50 歳	資格期間：15 年以上の保険料納付，受給開始年齢：原則男女ともに 60 歳
給付内容	定年退職前の賃金の 70-90%	個人口座：積立残高/係数月数　（注 3） 社会プール基金： ｛1＋（C_1/W_1＋ C_2/W_2＋…＋Cn/Wn）/n｝/2×該当地域の平均賃金×（納付年数×1%）　（注 4）	個人口座：積立残高/係数月数（139） 社会プール基金：定額（地域差あり）
被保険者数	—	35,361 万人	50,472 万人
うち　受給者数	—	12,321 万人	14,800 万人
一人/月　受給額(全国平均)	—	2,251 元	117 元
収入合計額	—	26,613 億元（保険料収入：21,093 億元， うち　個人負担：7,728 億元）	2,855 億元 （保険料収入：700 億元）
支出合計額	—	23,141 億元	2,117 億元
基金残高	—	34,115 億元	4,592 億元

資料：于他[4] P.31 と『中国社会保険発展年度報告 2015』のデータにより筆者作成。

注 1：雇用側が負担する保険料率は地域によって若干異なり，個人側負担の上下限には納付基数が該当地域の平均賃金の 60-300%と定められている。

注 2：受給開始年齢と退職年齢が一致している。女性管理職は退職年齢が 5 年間伸びる。

注 3：係数月数とは退職年齢別の係数である。50 歳定年の場合は 195，55 歳・60 歳・65 歳定年の場合はそれぞれ 170，139，101 である。

注 4：Cn は第 n 年に納付した保険料額である。Wn は第 n 年該当地域の平均賃金である。n は保険料の支払い年数である。

権益保障法」（中華人民共和国老年人権益保障法）（以下「保障法」と略す）が制定された。この保障法によって，従来の身寄りのない貧困な高齢者しか対象としなかった選別的な福祉対策とは異なり，一般高齢者にまで適用され，養老保障，医療保険，保健，生活の世話，介護，精神文化生活などのあらゆる権益を法律保護の下に置き，高齢者権益の保護に法律的な根拠を提供したのである。そこから，政府は「保障法」に基づき一連の政策措置を打ち出し，高齢者事業を発展させた。

b．高齢者福祉事業の多様化と社会化

2000 年以降，「社会福祉の社会化の促進に関する意見」（以下「意見」と略す）が公布され，「家庭を基盤とし，コミュニティをよりどころに施設を補充」する高齢者福祉サービスシステムの確立が提唱され，政府以外の社会資源が社会福祉事業に積極的に参入する社会福祉の社会化が推し進められ，特に都市部では，「社区を単位に高齢者施設の整備，各種の高齢者施設のベッド数の増加，在宅介護サービスなどを展開する」という具体的な目標が策定されるようになった。「意見」では，①投資主体の多元化，②サービス対象の普遍化，③サービス方式の多様化，④サービス人材の専門化というビジョンが明確化され，そのうち最も注目される「投資主体の多元化」では，市場原理を高齢者福祉分野で生かし，個人，非営利組織，企業の投資が促進されるようになった。つまり，高齢者福祉事業，特に施設運営はいままでは公的な機関しか認められなかったが，投資主体の多元化と社会化によって高齢者福祉サービスの多様化と活性化が図られるようになった。

続いて，2005 年の「介護サービス社会化のモデル事業の実施に関する通達」（関于開展養老服務社会化示範活動的通知），2008 年の「在宅介護サービスの全面的な推進に関する意見」（関于全面推進居宅養老服務工作的意見）など次々と政策が公布され，家族による老親扶養を重視しながらも，高齢者福祉サービス産業の発展と高齢者福祉サービスシステムの構築を促進することを明確に提示するようになった。政府は在宅介護サービスの充実を重点にした高齢者福祉サービスの市場化を促す志向を持ち，コミュニティの福祉サービスが高齢者福祉事業においてますます重要な役割を果たすようになっている。中国では福祉サービスの拡充は公共政策の一環として産業政策の中に位置付けられ，経済促進の効果も期待されている（沈[21]）。

c．高齢化社会の到来による政府の対応

このような政府の政策指向により，高齢者福祉分野においては私的介護を優先する姿勢が見られ，政府の役割は地域社会の資源を整合させ，福祉市場の発達によって，家族の老親扶養をサポートすることとされる（郭[6]）。しかし，国家責任が後退している中で，高齢化，核家族化が急速に進行しており，福祉市場の整備が追い付かない状況にある。2010 年代に入ると高齢化がさらに加速しており，1950 年代の「ベビーブーム」期に生まれた人々が定年を迎え，中国は建国以来の高齢者人口増加のピークを迎えたが，全国的には高齢者向けの施設サービスや在宅介護サービスは依然として不足した状況下にある。

高齢化に積極的に対応し，持続的に増加する養老サービス需要を満すため，2012 年には「民政部に民間資本の介護サービス分野進出の奨励と指導の実施に関する見解」（民政部関于鼓励和引導民間資本進入養老服務領域的実施見解）が，2013 年には「養老サービス産業の発展を加速することに関する若干意見」（関于養老服務産業加速発展的若干意見）が出されている。その主な内容は高齢者福祉産業の重要性を強調し，施設サービスや在宅介護サービス分野のみならず，高齢者福祉関連商品（食品，リハビリ用具など）の生産販売にまで民間資本と外国資本を積極的に参入させ，税収の軽減など一連の優遇策を策定した。高齢者福祉サービスに携わる事業者が従来の非営利組織から営利企業にまで拡大し，営利企業を主体に位置づけたのである。

さらに，高齢者およびその家族を取り巻く環境の変化によって，高齢化に対応する長期的な戦略として高齢者権益保障法の改正（2015 年）が行われた。改正保障法では，精神面のケアも家族の責任としており，家族による高齢者への

扶養義務がいっそう強化された。このように，高齢者福祉事業が推進されているにもかかわらず，高齢者の扶養の主体はやはり家族にあり，家族が担えない部分を市場が補完することを明らかにした。しかし，農村部の高齢化が都市部より深刻であり，福祉サービスが最も必要である農村高齢者はサービスの購買力を持たず，福祉市場から排除されることが予想される。2000 年以降，高齢者福祉分野において，家庭を基盤とし，コミュニティサービスをよりどころに，施設を補完するという高齢者の福祉サービスの基礎が構築されたが（楊[33]），福祉の社会化・市場化を中心とする改革は全国統一的ではなく，都市と農村間にサービスの格差が拡大しているのである。

d．蘇南地域の高齢者施設の現状

以上の高齢者福祉事業のうち高齢者向け施設の現状を，対象とする蘇南地域に即して明らかにしておこう。

1950 年代に都市部では社会福利院が建設され，その対象者は収入源や労働能力及び扶養者のない高齢者，軍人家庭の高齢者に限定していた。2000 年代の福祉改革以降，適用対象者や施設機能の拡充により，高齢者福祉施設の種類は増加した。しかし，表 1-2 に示すように，2010 年以降，中国の施設数の減少，施設利用率の低下が現れ，その原因は在宅介護の促進に関わっている。

蘇州市の高齢者施設の概要をみると表 1-3 となる(注 5)。蘇州市の社会福利院は区ごと設置される代表的な公営施設であり，2015 年から 2019 年まではベッド数を 4000 台ぐらいで維持したが，高齢者の利用率は 5 割程度で，近年減少傾向にある。そして，その他の高齢者施設数は 2015 年にピークとなり，その後減少し続け，利用率も 40％台で横ばい状態である。しかも，高齢者施設の地域的分布にみると（表 1-4），蘇州市主要市区の施設が圧倒的に多く，近郊農村部の高齢者施設が少なく，利用率も高くないことが分かる。つぎに，表 1-5 は中国の仲介的なサイト「養老網」(注 6) において公開されている施設情報によって，蘇州市の高齢者施設の種類

表 1-2　中国における高齢者施設の年度別状況

	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年	2014 年	2015 年	2016 年
施設数	36,885	37,756	39,251	37,324	27,903	23,243	24,289
千人当たり施設数	0.31	0.31	0.31	0.28	0.20	0.16	0.16
定員数（万人）	281.5	304.9	339.2	369.9	328.1	293.5	315.8
利用率	77.7	75.8	72.1	68.8	65.0	59.5	57.4
従業員（万人）	21.5	23.2	25.2	27.3	25.2	24.1	26.2

資料：『中国民政統計年鑑』より作成。

表 1-3　蘇州市高齢者施設の年度別状況

項目		2000 年	2005 年	2010 年	2015 年	2016 年	2017 年	2018 年	2019 年
社会福利院	施設数	6	10	10	9	9	10	9	9
	従業員数	410	817	904	949	939	1,125	904	816
	ベッド数	1,315	2,964	3,164	4,199	4,199	4,632	5,012	4,517
	利用率	73.8	63.4	72.6	51.7	50.4	56.7	43.1	42.3
その他高齢者施設	施設数	181	144	162	234	226	224	206	175
	従業員数	938	1,470	2,325	4,453	4,882	10,781	10,092	7,922
	ベッド数	5,400	10,125	25,455	64,014	65,301	67,323	60,804	57,124
	利用率	62.8	66.3	63.0	44.0	44.2	46.2	45.7	47.9

資料：『蘇州市統計年鑑 2020』より作成。

表 1-4　蘇州市高齢者施設の地区別状況

地域		施設数	従業員	ベッド数	在院人数
社会福利院	全市	9	816	4,517	1,910
	主要市区	6	327	1,312	601
	呉江区	1	43	480	85
	常塾	1	177	870	474
	張家港	1	195	650	650
	昆山	1	117	1,685	185
	太倉	不明	不明	不明	不明
その他高齢者施設	全市	175	7,922	57,124	27,383
	主要市区	104	4,366	26,903	12,617
	呉江区	9	105	3721	732
	常塾	23	1,648	9,951	4,726
	張家港	23	746	9,455	4,352
	昆山	10	617	4,498	2,943
	太倉	15	545	6,317	2,745

資料：『蘇州市統計年鑑 2020』より作成。

別の概要を示している。施設数は蘇州市統計年鑑とやや誤差があるが，ここでは，主に施設の種類別の利用料金月額，入居条件の相違を確認したい。主役とする社会福利院と敬老院は一般高齢者が入居する場合，利用料金は 500 元から 1,000 元程度で，自立で生活できることが条件となる（表 1-6）。営利を目的とする大多数の民営施設に入居する場合，自立度，部屋のレベルによって，月に 2,000 元から 1 万元まで払わなければならない。このため，蘇州市の一般の農村高齢者は 500 元未満の農村年金のみでは私営・公営の施設の利用が困難である。しかも，公営施設の入居条件として，高齢者が自立できることが求められているのである。

D．対象地域の位置づけ

中国の地域間の格差は都市部と農村部の間だけではなく，東部沿岸地域と内陸地域の間でも存在している。経済発展の相違と中西部の開発政策の実施によって，中国は東部地区，中部地区，西部地区，東北地区と大まかに区分されている。その中で，東部地区は北京市，天津市，河北省，上海市，江蘇省，浙江省，福建省，山東省，広東省，海南省という 10 つの地区を含んでいる。中部地区は，山西省，安徽省，江西省，河南省，湖北省，湖南省の 6 地区，西部地区は内モンゴル自治区，広西省，重慶市，四川省，貴州省，雲南省，チベット自治区，陝西省，甘粛省，青海省，寧夏省，新疆自治区の 12 地区からなり，東北地区は遼寧省，吉林省，黒竜江省の 3 地区から構成されている。この区分により，2010 年人口センサスのデータを加工して，中国の 4 つの地区の間における高齢者の分布，高齢者の収入源，農村出稼ぎ者の分布などの主要指標により地域間の格差を確認し，蘇南農村の位置づけを明確にする。

a．中国における各地区の高齢化と高齢者の分布状況

表 1-7 は中国の行政地区別に高齢化の状況を示している。2010 年の人口センサスによると，

表 1-5　蘇州市高齢者施設の種類別概要

項目		施設数	平均ベッド数	月の料金区間	入居条件（自立度）
全市	社会福利院	22	50 ― 100	500 元― 1000 元	自立
	敬老院	148	50	500 元― 1000 元	自立
	介護付き養老院など	109	300	2,000 元― 2,5000 元	多数全カバー
呉江区	社会福利院	1	50 ― 100	500 元― 1000 元	自立
	公営養老院	4	300	1000 元― 2000 元	自立
	敬老院	22	平均 50	500 元― 1000 元	自立
	介護付き養老院など	8	平均 300	2,000 元― 9,000 元	全カバー

資料：「養老網」（https://www.yanglao.com.cn/suzhou.　2021 年 3 月 12 日アクセス）の公開情報により作成。
注 1：介護付き養老院などは施設ごとに違い，公開情報のみで判断できない場合がある。
注 2：100 円≒6.5 元（2021）

表 1-6　蘇州市高齢者施設の比較

施設名	成立時間	財源	運営主体	職員数（うち有資格者）	職員構成	ベッド数	入居条件	利用率	月の利用料金	サービス内容など
蘇州市社会福利院	1949 年	地方財政	蘇州市の民政部	150 名（45）	介護職 8 名，その他は不明	550	身寄りのない者，自立の一般高齢者	70.9%＊	一般高齢者は約 1000 元＊	介護部門，老人アパート，老年大学，病院部門，部門ごとにサービスを提供
建国愛心老年楽苑	2001 年	個人投資，税収に優遇策あり	個人	17 名（無）	事務職 2 名，内陸の出稼ぎ労働者 15 名	120	自立できない者，認知症患者	50.0%＊	約 1000 元＊	介護サービス，高齢者が外出禁止
斜塘街道敬老院	2006 年	地方財政	斜塘街道公立病院	不明（全員）	周辺の中高齢者	122	地元戸籍かつ精神面健康な者，身寄りのない者優先	不明	1170 元―1560 元（2018 年）	医療，リハビリ，娯楽，生活援助など

資料：田中ら[19]，陳[20]，薛ら[62]より作成。
注 1 ：＊印は既存文献による 2002 年の水準の記載を表す。現在の状況は不明である。
注 2 ：100 円≒6.5 元（2021）

中国全国で 60 歳以上高齢者の割合が 13.3%であるのに対し農村部の高齢化率は 15.0%であり，農村部の高齢化がより深刻化している。高齢化率の高い地域は，重慶市が一位であり（17.4%），つづいて四川省（16.3%），江蘇省（16.0%）となっている。農村部の高齢化率では，重慶市（21.5%），江蘇省（19.7%），浙江省（18.9%）が最も高く，深刻である。また，地区ごとの農村人口の割合をみると，経済的に発達している東部地区は都市化の進展により都市人口が農村人口を上回っている。特に，北京市と上海市は農村戸籍を有する人口がそれぞれ 14.0%と 10.7%であり，少数者となっている。これに対し，中部地区と西部地区の農村人口の割合はほとんど 50%以上である。また，東北地区は建国初期に重工業化を進めたため，都市化が早い時期に進んでおり，農村人口の割合は比較的少なくなっている。

そして，対象地域の蘇南農村に属する江蘇省の高齢化率は，東部地区の中で最も高い。経済の発展につれて都市化が進行しており，2010 年当時に農村部に住んでいる人口は約 4 割であるが，そのうちの約 2 割が 60 歳以上の高齢者となっている。つまり，東部地区のなかで江蘇省は農村部の高齢化が最も深刻な地区であり，10 人のうち 2 人が高齢者となっているのである。

表 1-8 は全国の高齢者が 4 つの地区にどのように分布しているのかを示している。東部地区の高齢化率は 4 つの地区で最も低いが，高齢者の人数は最も多く，全体の 37.2%を占めている。東北地区を含め，5 割近くの高齢者が中国の東部に住んでいる。全国の農村部の高齢者の分布をみれば，東北地区以外の 3 地区では高齢者の人数はそれほど差がなく，東部が 32.3%，西部が 32.0%であり，中部の 29.6%よりやや多い程度である。

b．中国高齢者の収入源

表 1-9 は中国の高齢者の収入源を示している。全国のデータを見ると，2010 年当時，高齢者の生活費は主に家族（40.7%）によって負担されており，残りは労働所得（29.1%）と年金収入（24.1%）から構成されている。しかし，都市部の高齢者が主に年金によって生活し，不足分を家族に頼っているのに対し，農村部の高

表 1-7　中国行政地区別の高齢化状況（2010 年）　単位：%

地区		総人口（万人）	60 歳以上の割合	農村人口の割合	農村人口のうち 60 歳以上の割合
全　国		133,281	13.3	49.7	15.0
東部地区	北京市	1,961	12.5	14.0	14.7
	天津市	1,294	13.0	20.6	14.3
	河北省	7,185	13.0	56.1	13.9
	上海市	2,302	15.1	10.7	17.5
	江蘇省	7,866	16.0	39.8	19.7
	浙江省	5,443	13.9	38.4	18.9
	福建省	3,689	11.4	42.9	14.1
	山東省	9,579	14.8	50.3	17.1
	広東省	10,432	9.7	33.8	12.8
	海南省	867	11.3	50.3	12.8
中部地区	山西省	3,571	11.5	51.9	13.2
	安徽省	5,950	15.0	57.0	16.9
	江西省	4,457	11.4	56.2	12.2
	河南省	9,403	12.7	61.5	13.9
	湖北省	5,724	13.9	50.3	15.8
	湖南省	6,570	14.5	56.7	16.2
西部地区	内モンゴル自治区	2,471	11.5	44.5	12.8
	広西自治区	4,602	13.1	60.0	14.5
	重慶市	2,885	17.4	47.0	21.5
	四川省	8,042	16.3	59.8	18.2
	貴州省	3,475	12.8	66.2	14.0
	雲南省	4,597	11.1	65.3	11.4
	チベット自治区	300	7.7	77.3	8.3
	陝西省	3,733	12.9	54.3	14.1
	甘粛省	2,558	12.4	64.1	13.3
	青海省	563	9.5	55.3	9.3
	寧夏自治区	630	9.7	52.0	9.9
	新疆自治区	2,182	9.7	57.2	8.9
東北地区	遼寧省	4,375	15.4	37.9	16.2
	吉林省	2,745	13.2	46.6	12.8
	黒竜江省	3,831	13.0	44.3	12.1

資料：2010 年人口センサスにより作成。
注：地区分けは中国国家統計局の公開情報（http://www.stats.gov.cn/ztjc/zthd/sjtjr/dejtjkfr/tjkp/201106/t20110613_71947.htm，2021 年 4 月 12 日アクセス）を参考した。

齢者は家族に依存しており，働けるうちは労働所得に依存するというライフスタイルの違いが見られた。この現象は，4 地区の農村部でも同様であり，農村高齢者が自分の労働所得と家族からの援助によって生活している。2010 年当時，2009 年に発足した新型農村養老年金の利用者はまだ少なく，農村部の年金収入は 4.6%にとどまっていた。近年上昇傾向にあるが，年金の受給水準（表 1-1）は都市部に追いついておらず，農村高齢者の主要収入源は変化しないと考えられる。

続いて，地区別に高齢者の収入源を比較すると，まず，共通点として家族からの経済的援助が高齢者の重要な収入源となっている。地区間の相違点としては，東北地区を除いた 3 地区のうち，東部地区で年金収入の割合が高く，中西部地区では労働所得の割合が高い。これは，東部地区と中西部地区の間に，経済発展の水準と

表 1-8　中国地区別に高齢者の分布　単位：%

地区	総人口（万人）	総人口のうち 60 歳以上の割合	農村人口のうち 60 歳以上の割合	60 歳以上人口の分布	農村部で 60 歳以上人口の分布
全　国	133,281	13.3	15.2	100.0	100.0
東部地区	50,619	13.0	15.9	37.2	32.3
中部地区	35,675	13.1	14.8	26.5	29.6
西部地区	36,036	13.6	15.3	27.8	32.0
東北地区	10,951	13.6	13.3	8.4	6.1

資料：2010 年人口センサスにより作成。

表 1-9　地区別に 60 歳以上高齢者の収入源（2010 年）　単位：%

収入源	全国			東部地区		中部地区		西部地区		東北地区	
		都市部	農村部		農村部		農村部		農村部		農村部
労働所得	29.1	12.9	41.2	26.3	39.0	33.2	43.1	31.8	42.1	19.2	38.2
年金	24.1	50.1	4.6	28.0	6.1	17.7	3.5	18.9	3.4	44.2	8.0
最低生活保護	3.9	3.1	4.5	3.0	3.6	3.9	4.1	5.2	5.8	3.6	4.4
家族からの援助	40.7	31.4	47.7	40.5	49.3	43.0	47.4	41.8	46.7	30.9	46.9
その他	2.2	2.5	2.0	2.2	2.0	2.2	1.9	2.3	1.9	2.1	2.5
合計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料：2010 年人口センサスにより作成。
注：その他に投資収入，賃貸収入などが含まれている。

年金の受給水準の格差が生じていることを示している。そして，中西部の農村部の格差がさらに大きく，労働所得と家族からの援助の割合はそれぞれ 4 割強で高く，年金収入の割合はわずか（約 3.5%）であり，期待できない。

表 1-10 でみるように，農村高齢者は健康のうちは働き続け，働けなくなると家族に依存するようになっている。このように，労働所得を得るために，まだ健康で働ける高齢者は若年層と同様に賃金水準の比較的に高い省内の都市部，あるいは東部地区に出稼ぎに行くことが予想される。

表 1-10　農村部における健康状況別高齢者の収入源　単位：%

健康状況	労働所得	年金	生活保護	家族からの援助	その他	合計
健康	63.0	5.3	1.7	28.5	1.5	100.0
やや健康	36.2	4.7	4.1	52.6	2.4	100.0
不健康だが自立	8.3	2.7	10.4	75.7	2.9	100.0
自立できない	1.5	3.2	11.1	82.0	2.2	100.0

資料：2010 年人口センサスにより作成。

c．農村出稼ぎ労働者の分布

中国の人口移動は農村部から都市部へ，中西部地区から東部地区へ移動する傾向がある（厳[12]）。ここでは，中国国家統計局の『2018 年農民工監測調査報告』をもとに，人口移動の中での農村出稼ぎ労働者の動向を確認する。農村出稼ぎ労働者は農村戸籍を有し，省内で農業に従事していないあるいは 6 か月以上戸籍地を離れた労働者を指している。表 1-11 は 2018 年の農村出稼ぎ労働者の分布を示している。農村出稼ぎ労働者のうち，中部地区出身の者が最も多く，全体の 37.2%に達しており，その次は西部地区の 31.9%，東部地区の 27.3%である。東部地区は出稼ぎ労働者の主要流入地であるが，東部地区出身の者の 82.8%は地元に近い省内で働いており，省外に移動した人は 2 割未満である。東部地区とは逆に，中部地区の農村出稼ぎ労働者は主に省外に移動しており，全体の 60.6%を占めている。そして，西部地区の者の

表 1-11　地区別に農村出稼ぎ労働者の分布（2018 年）　単位：万人

地区	人数	割合	省外	割合	省内	割合
東部地区	4,718	27.3	812	17.2	3,906	82.8
中部地区	6,418	37.2	3,889	60.6	2,529	39.4
西部地区	5,502	31.9	2,727	49.6	2,775	50.4
東北地区	628	3.6	166	26.4	462	73.6
合計	17,266	100.0	7,594	44.0	9,672	56.0

資料：国家統計局『2018 年農民工監測調査報告』により作成。（http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201904/t20190429_1662268.html，2021 年 4 月 12 日アクセス）

注：農村出稼ぎ労働者とは農村戸籍を有し，省内に農業に従事していない或は 6 か月以上戸籍地に離れた労働者を指している。

省外省内の割合が半分ずつであり，東北地区の者の大半は省内で働いている。

同報告によると，農村出稼ぎ労働者の平均年齢は 40.2 歳であり，50 歳以上の者が 2 割強存在し，彼らの親世代はちょうど 60 歳代，70 歳代の高齢者であると考えられる。このように，多くの中西部地区の農村出稼ぎ労働者は地元に遠く離れた所に働いており，残された児童と高齢者の扶養が問題となっている。

d. 地域差のなかに蘇南農村の位置づけ

以上のように，2010 年の人口センサスにもとづき，高齢者の分布や収入源の相違が確認できた。対象地域の蘇南農村は，江蘇省の南部－蘇州市の農村部であり，高齢者の人数が最も多く，農村部の高齢化が最も深刻である東部地区に属している。蘇州市は蘇南地域の中心であり，経済の発達は中国で上位[注7]に位置しているため，地方財源をもとに，農村部での年金の受給水準の上昇，在宅介護サービスの普及など，積極的に高齢化に対応している。さらに，最も重要な老親扶養については，若年層が地元就職によって高齢者と遠く離れる必要がなく，その機能は維持されている。

しかし，若年層の出稼ぎによる老親扶養の機能衰退などの問題が重なっている中国の中西部地区では，農村高齢者の加齢による労働収入の減少，公的年金や公営施設に期待できない苦境に遭遇している。これに対し，東部都市部の高齢者は比較的恵まれており，年金収入や公的サービスによって基本的な生活が確保されており，子供も必要な時が頼れるほど遠く離れていない。両者の格差は大きく，社会的不満を引き起こす恐れがあり，中西部農村の公的支援水準の上昇が急務である。この中で，蘇南農村の年金と公的支援が東部都市部ほど豊富ではなく，老親扶養の機能衰退が中西部農村ほど深刻ではないため，蘇南農村は東部都市部と中西部農村の中間に位置している。蘇南農村での公的支援面の在宅介護サービスの普及や私的支援面の老親扶養の維持は，農村高齢者が経済発展の恩恵を受けていることを示しており，中西部農村の高齢者対策に示唆を与えている。

E．小括

本章の課題は，まず，中国における都市部と農村部の二元的な社会構造の由来と社会保障制度の構築の歴史的過程を確認し，中国の高齢者福祉事業の基本理念と事業の目的を明らかにすることである。そして，農村高齢者がほとんど施設に入所できない原因を明らかにすることと，中国の地域間格差の中で蘇南農村を位置づけすることも目的である。

計画経済期に重工業の発展を優先する国家戦略の下で作られた二元的社会構造が現在まで続けられ，負の遺産として都市部と農村部にそれぞれ分立した社会保障制度を構築されるようになった。しかも，「都市が先，農村が後」という一貫された方針によって，農村部の経済や社会保障の発展がいつも遅れており，都市部と大きな格差が存在している。そして，高齢化が進み，高齢者の扶養問題が注目される中で，高齢者福祉分野では，2000 年に「社会福祉の社会化」の改革を経て政策が次々と出されているが，私的

介護を優先し，市場のサービスを補足し，公的支援を最小限にするという原則で貫かれている。

上述の背景により，公的支援の一つとして公営施設の増加が見られず，入居できる高齢者も限定的である。具体的に，公営施設はインフラの整備が良く，料金が比較的安いが，身寄りのない高齢者の入居を優先し，大多数の一般高齢者は入居できない状況にある。その一方で，民間施設では施設間で施設環境や職員の育成にバラツキが多く，しかも料金は高齢者の年金より高く，自立できない者に対する専門的サービスも提供できないことから，多くの民営施設に空ベッド問題が存在し，経営に苦しんでいる。このように，一般高齢者，特に農村高齢者は公営施設に入所することができず，経済的理由やサービスの質の問題などにより民営施設にも入居できないことが明らかとなった。

中国の地区間の格差は都市部と農村部の間だけではなく，東部沿岸地域と内陸部の間でも生じており，特に東部都市部と内陸農村部の高齢者扶養の公的年金や公的サービスなどの側面に大きな差が存在している。このような格差のなかで，蘇南農村の高齢者が経済発展の恩恵が受けられ，在宅介護サービスの普及や若年層の地元就職による老親扶養の維持によって安定的に生活するように見える。そこの公的支援は都市部ほど豊富ではないが，老親扶養の機能衰退も中西部農村ほど深刻ではないため，両者の中間に蘇南農村が位置している。蘇南農村の在宅介護の研究を通じて，地区間の格差の縮小，内陸農村まで在宅介護政策の着陸に示唆することを期待している。

注

1）中国では，「単位」は都市部住民の勤め先を指しており，建国後から 2000 年前後まで，中国社会における最も基本的な社会組織制度であった。「単位制度」の下の単位が生産機能を果たすのみならず，社会雇用，社会保険，社会福祉などの社会機能を果たしていたと同時に，共産党の政策や方針を実行する政治的機能も備えている。中国の社会主義計画経済の顕著な特徴の一つは，生産手段に関する国有ないし公有制という所有形態であるため，都市部の住民はそれぞれの「単位」に所属し，全員の終身雇用及び年金，福祉サービスを保証するだけでなく，従業員の家族全員に対して，一生福祉サービスを提供する。また，従業員が定年退職しても，「単位」の一員としての身分が変わらなく，元の「単位」による福祉サービスを引き続き受けられる。

2）五保扶養制度は中国建国してから初めての農村の社会保障制度であり，それは農村部の生活困窮者に対する救済制度でもある。その内容は，労働能力の低下・喪失をした身寄りや所得のない高齢者，病弱者，孤児，未亡人，障碍者といった社員に対して，服，食，燃料の供給，高齢者死後の葬祭を保証することである。そして，対象者は主に「集団扶養」（施設入居）と「分散扶養」（在宅支援）によって救済される。また，1958 年から高級合作社が人民公社へ改編され，五保戸制度の財源は各生産隊の公益金によって調達され，政府から直接の財政投入はないため，五保扶養制度は農民間の相互扶助制度であると指摘された（朱[14]）。

3）第 4 章に詳しい。

4）高齢者手当は一般 80 歳以上の後期高齢者に支給される褒賞成の強い福祉プロジェクトであり，後期高齢者の生活の質を向上させ，敬老の精神を社会的に提唱することを目的にした。

5）民政部の「高齢者社会福祉施設ガイドライン」によると，施設は利用形態によって入所型の社会福利院・敬老院・養老院，居住型の高齢者アパート，通所型の昼間ケアセンターと託老所に分類できる。通所型の昼間ケアセンターと託老所は高齢者を短期間に受け入れてサービスを提供する地域的な官設施設であり，託老所は都市部に，昼間ケアセンターはコミュニティごとに設置されている。ほかに，高齢者活動室（娯楽の場）が村ごとに作られている。施設の利用対象者の違いでは，身寄りのない高齢者の収容施設として都市部の社会福利院，農村

部の敬老院があり，市場化した養老院では一般高齢者向けの施設がある。高齢者の自立能力による専門的な介護施設は単独では存在していない（徐[16]）。また，建設主体と運営主体の相違によって，社会福利院や敬老院などの「公設公営」型施設，民間団体に経営を委託する「公設民営」型施設，政策上の優遇策が与えられる「民営公助」型施設，そして営利を目的とする「民設民営」型施設とに分けられる。

6）中国の高齢者施設サイト「養老網」https://www.yanglao.com.cn/suzhou（2021年3月12日時点アクセス）の公開情報を利用する。

7）蘇州市は全国の主要都市GDPランキングで第6位，省内では第1位である（蘇州市統計局2020）。従来は，魚の養殖と稲作，そしてシルク産業が伝統産業として栄えてきたが，改革開放と1990年代の外資導入によって，蘇州市の産業化は急速に進んだ。

III. A村における高齢者の生活と老親扶養の性格

A．本章の課題

都市近郊農村部の老親扶養の実態を具体的に示すために，蘇南農村のQ鎮のA村を取り上げる。農村工業化の進展によって，A村は子世代の流出が少なく，三世代世帯の家族構成が維持されている。高齢者の収入状況や衣食住の水準を明らかにするとともに，高齢期の異なる段階における老親扶養の性格を明らかにする。

B．A村の基本属性

a．A村の人口と家族

1）A村の位置づけ

上海近郊に位置するA村(注1)は，蘇州市呉江区Q鎮の一村であり，人口密度が高く，土地が少ない地域に属している。農業の産出のみでは所得が賄われず，兼業化が早い時期から進んでいた。改革開放後，蘇南モデルといわれた典型的な郷鎮企業によって工業化が発展した(注2)。私営企業と家内工業の進展によって，農家は農外に就業し，家庭菜園以外の農地はほとんど上海ガニの養殖池として転用されている(注3)。

農村工業化の進展によって若年層の大量流出が回避され，高齢者扶養の主体は家族であり（謝ら[48]），直系家族間において典型的な互恵関係が依然として存在している（常[59]）。また，A村は農業が主産業ではない(注4)が，そこの居住者がほとんど農村戸籍を有しており，社会保障制度の整備が立ち遅れている農村地域に属している。

2）人口の推移

表2-1はA村の1935年から2017年までの人口の推移を示している。1960年から1990年までの人口数は1,800人台であり，全国動向とは異なり人口爆発を経験していない。これは，人口扶養力との関係で産児制限が行われた結果であり，それは女性の人口比の低さに表れている。1980年代初頭からは「一人っ子」政策が実施され，その影響で人口減と高齢化が進展を見せている。1990年と2017年の比較では人口が204人減少し，60歳以上の割合は15.0%から33.6%へと倍増している。その一方で，15歳未満の割合は9.3%となっている。

3）家族形態と構成

家族の形態は，一般に核家族，直系家族，複合家族，その他と分類される(注5)。表2-2は，1936年から2017年までの家族形態の変化を示したものである。

まず，核家族の割合は1930年代の23.7%か

表2-1　A村の人口推移

単位：人，%

年次	計	男	女	60歳以上	15歳未満
1935	1,455	771	684	6.4	32.2
1956	1,440	804	636	6.5	30.4
1966	1,899	—	—	—	—
1981	1,761	950	811	11.1	24.7
1985	1,826	940	886	12.3	19.1
1990	1,834	921	913	15.0	16.9
2009	1,645	816	829	25.9	9.1
2015	1,640	788	852	33.4	8.4
2016	1,640	781	859	33.1	9.3
2017	1,630	783	847	33.6	9.3

資料：朴ら[27]より引用。ただし，2015年以降は村民委員会資料。

ら 1960 年代の 40%台まで上がり，1964 年の 44.7%がピークとなった。その後，減少傾向にあり，2017 年には 25.8%となっている。

この背景には 1960 年代前半までは一軒の家屋に同居していた複数の夫婦が独立して家屋を構えるようになったことがある（謝ら[48]）。それにより，核家族の急増と直系家族の減少がもたらされた。その後，直系家族の割合が増加を見せ，2017 年には全体の 6 割強を占めている。それは，この地域の住宅用地の制限（謝ら[48]）や 1980 年代以降の一人っ子政策により，分家が抑えられ，家族が拡大して直系家族に変化したためである。複合家族はそもそも例外的であり，その他世帯も減少している。つまり，高齢化は進みつつあるが，直系三世代家族が現在においても一般的なのである。

表 2-3 は現在の形態別・世代数別の家族構成を示している。直系家族が多いことはすでに述べたが，それに対応した 3 世代世帯が全体の 51.9%を占め，4 世代世帯を加えると 60%を超え，多くの高齢者がその子供と同居していることが分かる。また，1 世代世帯，2 世代世帯はそれぞれ 21.2%，17.0%であり，これは独居老人，高齢者と孫のみの中抜き世帯，および高齢夫婦世帯が多くを占めていると考えられる(注 6)。

表 2-2　形態別の家族割合の推移

単位：%

	1936	1950	1964	1987	2007	2017
核家族	23.7	32.3	44.7	39.5	29.2	25.8
直系家族	45.5	35.5	20.5	44.5	60.8	60.6
複合家族	3.3	4.9	2.4	0	0	0
その他	27.6	27.4	34.4	16.0	10.1	13.6

資料：謝ら[48]。2017 年は村民委員会資料により作成。

表 2-3　形態別・世代数別の家族構成（2017）

単位：戸，%

	直系家族	核家族		その他	合計
			夫婦のみ		
合計	258	110	48	58	426
割合	60.6	25.8	11.3	13.7	100.0
	4 世代	3 世代	2 世代	1 世代	合計
合計	42	219	75	90	426
割合	9.9	51.4	17.6	21.1	100.0

資料：村民委員会資料により作成。
注：一世代世帯は独居や夫婦のみ世帯である。

b. 農村部の公的年金保険制度と村の加入状況

公的年金制度についてはすでに第 1 章で述べたが，現行の都市・農村住民年金は，その前身が新農保であり，受給額には地域差がある。例えば，2015 年に蘇州市の受給額は月 300 元で全国平均（月 117 元）の約 2 倍である。加入者は在学生と公務員・従業員年金加入者を除く 16 歳以上の農村住民と都市非就業者(注 7) であるが，農村住民が 99%以上を占める。受給には原則として 15 年以上の保険料納付が条件とされるが，70 歳以上の場合は保険料納付の実績がなくとも政府財源により受給ができる。2015 年の年金財政（合計 2,855 億元）のうち個人負担の保険料収入はわずか 700 億元（24.5%）であり，残りは中央と地方政府の財政補填に依存している。

表 2-4 は 2018 年における A 村の年金保険制度への加入状況である。16 歳以上の者のうち，都市従業員年金と都市・農村住民年金の加入者数が最も多く，それぞれ 682 人（53.2%），593 人（46.3%）である。そのほか，該当地域で農地を収用された者には「土地換保障年金」（以下が土保）が存在している（朴[27]）。これは，農家の土地が建設用地により収用された場合，毎年収用先から高齢者（男性が 60 歳以上，女性が 55 歳以上の者）に支払われる賠償金である。賠償金は収用の目的，使途，面積などによって組

表 2-4　A 村における各年金保険の受給状況(2018 年)

単位：人，元

	公務員年金	都市従業員年金	都市･農村住民年金	土地換保障年金
加入者数	不明	450	174	不明
受給者数	1	232	419	194 *
小計	1	682	593	194 *
一人当たり年間の受給額	90,000	15,600	3,600	695

資料：村民委員会資料により作成。
注）*には「土地換保障年金」以外に他の年金受給者の人数も含まれている。

ごとに異なり，第13組では一人当たり年間980元である（2018年）。

その他の高齢者福祉に関するものでは高齢者手当と「一人っ子」手当がある。高齢者手当は地方政府の財源によって負担されており，その対象は蘇州市の農村戸籍でかつ80歳以上の高齢者である。80歳代では月50元，90歳代では月200元が給付されている。「一人っ子」手当は1980年代から実施しており，「一人っ子」証明書を有する親世代に対して60歳から月50～80元を給付する制度である(注8)。

c．A村第13組の概要

1）学歴と初婚年齢

A村の15の村民小組は，組平均でおよそ25戸の世帯から構成されている。ここでは組ごとの世帯数の中央値に属する第13組を選定し，23の世帯（No.1～No.23）について老親扶養の実態調査を実施した。23世帯の常住人口はおよそ80人，別居している子供を含むと1世帯平均5.2人で，60歳以上が34人，そのうち80歳以上が7人である（2018年）。

ここでは，A村第13組の23世帯の学歴，初婚年齢，そして世代間の居住形態を確認し，世代間の変化を示している。

図2-1は第13組の三つの年齢階層別の学歴を示したものである。23歳までの就学人口と児童を除き，高齢層（60歳以上），壮年層（40-59歳），若年層（24-39歳）を比較すると，年齢層が低いほど学歴が高い。高齢層では小卒者（66%）が壮年層では中卒者（78%）が最も多いが，若年層では大卒者（52%）が多数を占めている。農村工業化によって，経済が発展しているA村では教育がますます重視され，教育の高等化が見られるのである。

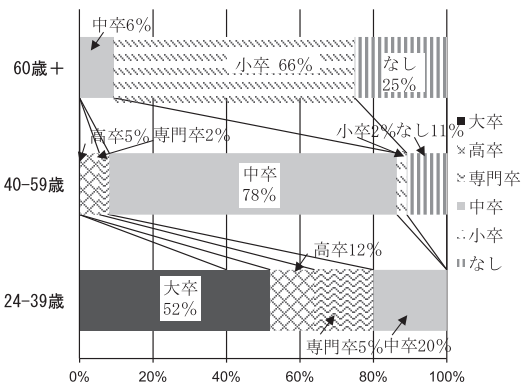


図2-1　年齢階層別の学歴

資料：村民委員会資料と聞き取り調査（2018年）により作成。

注：在学者を除く。

また，子供が配偶者とともに子世代と呼ばれるようになるのは，就職時ではなく結婚を契機とする。表2-5は第13組における各年齢層の男女別の初婚年齢を示している。20歳代の女性はサンプル数が少ないので除外し，30歳代から80歳代の女性の平均初婚年齢を比較すると，高齢世代ほど初婚年齢が若くなっている。男性の場合には70歳未満ではやはり年齢が高いほど初婚年齢が若くなっている。

2）世代間の居住形態

表2-6は第13組の23世帯について第一世代と第二世代（以下，F1とF2と略する）の同居と別居を示したものである。別居世帯（予定を含む）が6戸（予定は1戸），同居世帯が17戸であり，同居が圧倒的に多い。別居世帯についてみると，F2の住居とF1の住居の距離は，徒歩5分の近隣から車で10分間の元鎮政府所在地である廟港，さらに車で1時間の呉江区市街地などであり，全て頻繁に往来できる「近居」(注9)である。

また，F2と既婚の第三世代（以下F3と略する）の居住状態をみると（表2-7），予定を合わせ別居している世帯が3戸であり，F1とF2の居住形態より，別居割合が大きくなっている。

表2-5　初婚年齢の平均値

単位：歳，%

年齢階層	男	割合	女	割合
20-29歳	—	0.0	22.7	4.3
30-39歳	24.8	10.9	23.4	9.8
40-49歳	24.4	10.9	23.0	8.7
50-59歳	23.5	8.7	22.4	12.0
60-69歳	25.9	10.9	22.0	12.0
70-79歳	24.6	5.4	—	0.0
80歳～	27.5	2.2	20.5	4.3

資料：村民委員会資料および聞き取り調査（2018年）により作成。

注：中国の法的結婚年齢：男性22歳，女性20歳。

表 2-6　F1 と F2 の居住状態

世帯 (No.)	F1 の年齢		F2 の年齢		F2 の職業		世代の数	同居世代	F2 の居住状態
	夫	妻	息子と嫁 or 婿と娘		息子 or 婿	嫁 or 娘			
1	72	64	47	42	保険会社職員	清掃員	3	1	別居（呉江市区）
2	69	67	43	41	紡績品販売		3	1	別居（廟港市街地）
3	64	55	34	35	機械製品の販売	一般社員	3	1	別居（嘉興市）
4	62	×	36	35	葬式用品の販売		3	1	別居（廟港市街地）
5	58	54	32	30	会社職員	紡績女工	3	3	別居予定（盛沢市）
6	×	84	55	53	小学校教師	主婦	4	3	別居（同村）
7	×	91	×	×	×	×	3	2	同居（F3）
8	×	89	55	52	工場工人	葬式運転手	4	2	同居
9	×	89	66	63	村幹部（広報係）	主婦	4	4	同居
10	86	×	53	51	建築工人	主婦	4	4	同居/自炊
11	×	84	54	54	元会計（転職中）	主婦	4	2	同居/自炊
12	×	83	53	54	酒工場工人	主婦	4	4	同居
13	83	×	58	54	セーターの加工と販売		4	4	同居
14	73	70	48	50	車の運転	紡績女工	3	2	同居
15	73	69	45	48	選任警察	紡績女工	3	2	同居
16	72	69	45	43	機械修理工	紡績女工	3	3	同居
17	69	64	46	47	カニの養殖	紡績女工	3	3	同居
18	67	62	41	40	紡績工人	紡績女工	3	3	同居
19	67	59	37	37	紡績工人	紡績女工	3	3	同居
20	66	62	41	40	紡績工人	紡績女工	3	3	同居
21	65	60	37	34	工場修理工	紡績女工	3	3	同居
22	60	61	36	30	創業中	紡績女工	3	3	同居
23	52	54	33	29	ネット販売		3	3	同居

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。
注 1 :「×」は死亡。
　2 :No.7 の F3 の職業は大工・紡績女工である。
　3 :No.6 の F2 と No.11 の F2 は分家した兄弟であり，それらの F1 は同一人物である。
　4 :「同居/自炊」とは F1 と F2 が同居しながら食費の計算が分離している。

表 2-7　F2 と既婚 F3 の居住状態

世帯 (No.)	F2 の年齢		F3 の年齢		F3 の職業		居住状態
	夫	妻	息子と嫁 or 婿と娘		息子 or 婿	嫁 or 娘	
6	55	53	31	31	村幹部（婦人係）	転職中	別居見込（呉 江 市区）
8	55	52	31	29	化学企業社員	一般社員	別居（呉江市区）
11	54	54	30	30	銀行社員	銀行社員	別居（呉江市区）
9	66	63	41	38	運転手	紡績女工	同居
10	53	51	35	29	一般社員	工場事務	同居
12	53	54	31	29	電気溶接工	一般社員	同居
13	58	54	32	30	ネット販売	主婦	同居

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。

また，就職している未婚者の居住状態と職業についてみると，No.13 の F3 は家族と同居しセーターの販売に協力しているが，No.15 の F3 は市区の消防団に勤め，家族と別居している。

このように，世代が新しくなると世代間の居住形態は別居の方にシフトしており，都市部で仕事をするものも多数となっている。居住状態の変化は，若い世代の職業に強く関係している。表 2-7 の同居世帯において F2 の 44 人のうち，19 人が地元の工場で就業している。また，50 歳以下の女性は全員就業しているが，ほとんどが地元紡績工場の「女工」である。他の職業でも，自宅から通勤可能な職業が多い。農村工業化の発展により子世代の就職先は近隣で確保されているのである。しかし，F3（学生を除いた

既婚者と未婚者）の職業は，16 人のうち 7 人が都市部の会社で勤務しており，蘇州市区に移住する傾向が見られる。今後，若い世代が学業や仕事のために都市に定住し，親世代と別居することにより，高齢者世帯の増加と直系家族の減少が予想される。

以上のように，A 村の若者は教育の高等化，晩婚化を経験し，より良い就業をめざして都市部へ移住する傾向が強くなっており，世代間の別居が予想される。こうした子供の教育，結婚，住宅に関わる資金の提供は，伝統にしたがって親世代の責任となっている。

C．高齢者の生活実態

a．高齢者の収入水準

ここでは，高齢者の経済状況と老親扶養の内容について明らかにする。

表 2-8 は第 13 組の第一世代の 1 年間の総収入[注10] の内訳を示している。ただし，ここには子供からの援助と地代は含まない。これにより年代別の特徴を明らかにしておこう。

80 歳代の高齢者は労働所得がなく，公的年金が重要な収入となっている。これは都市・農村住民年金が開始された時に，年齢条件を満たしているものは自動的に「無拠出タイプ」[注11] に加入できたからである。年金の 4,500 元のほかに組を単位とする土保制度が 1,000 元ある。また，高齢者手当が 80 歳以上の農村戸籍の高齢者に対して支給されているが，80 歳代と 90 歳代でそれぞれ年間 600 元，2,400 元である。ほかに，旧政府職員の定年手当（No.8，No.11，No.13），退役軍人年金（No.13）の受給者がいる。諸手当の受給額が最も多いのは No.13 で，30,000 元となっている。この年代は 1 万元あるいはそれを割る収入水準である。

70 歳代になると都市・農村住民年金は全員が受給している。これは 80 歳代と同様に自動的に「無拠出タイプ」に加入できたからである。また，70 歳代夫婦 8 名のうち就労しているのは 4 名であるが，漬物の小売り（No.15），雑貨小売り（No.14），村の清掃係（No.1）など体力をあ

表 2-8　60 歳以上の第一世代の年間総収入　　単位：元

世帯 (No.)	年齢		従業員年金 or 公務員年金		都市・農村住民年金		土地換保障年金		その他（諸手当など）		小計	労働所得			合計
	夫	妻	夫	妻	夫	妻	夫	妻	夫	妻		夫	妻	小計	
10	86	×	0	0	4,524	0	980	0	600 c	0	6,104	0		0	6,104
7	×	91	0	0	0	4,524	0	980	0	2,400 c	7,904	0		0	7,904
11	×	84	0	0	0	0	0	980	0	7,200 a	8,180	0		0	8,180
9	×	89	0	0	0	4,524	0	980	0	600 c	11,504	0		0	11,504
12	×	83	0	0	0	4,524	0	980	0	600 c	11,504	0		0	11,504
8	×	89	0	0	0	4,524	0	980	0	9,000 ac	14,504	0		0	14,504
13	83	×	0	0	4,524	0	980	0	24,496 abc	0	30,000	0		0	30,000
14	73	70	0	0	4,524	4,524	980	980	0	0	11,008	10,000	0	10,000	21,008
16	72	69	0	0	4,524	4,524	980	980	0	0	11,008	25,000	0	25,000	36,008
1	72	64		15,600	4,180	0	980	980	0	0	21,740	0	14,400	14,400	36,140
15	73	69	0	0	4,524	4,524	980	980	10,000 b	0	21,008	30,000	0	30,000	51,008
3	64	55	0	14,364	5,040	0	980	980	0	0	21,364	0	0	0	21,364
17	69	64	0	0	5,724	5,724	980	980	0	0	13,408	20,000	0	20,000	33,408
4	62	×	0	0	4,524	0	980	0	2,400 de	0	7,604	36,000	0	36,000	43,604
22	60	61	0	12,000	0	0	980	980	0	0	13,960	30,000	0	30,000	43,960
18	67	62	0	0	4,524	4,524	980	980	0	0	11,008	33,600	0	33,600	44,608
20	66	62	15,600	0	0	4,524	980	980	0	0	22,084	36,000	0	36,000	58,084
21	65	60	15,600	0	0	5,040	980	980	0	0	22,600	45,600	0	45,600	68,200
19	67	59	0	0	5,160	5,160	980	980	960 d	0	13,240	38,400	24,000	62,400	75,640
2	69	67	90,000＊	15,600	0	0	980	980	0	0	107,560	0	0	0	107,560

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。

注 1 ：NO.2 の夫は公務員年金の受給者。

注 2 ：諸手当の内訳：a）定年手当：地方政府から元政府幹部の配偶者への優遇措置として支給する年金の一種（およそ生前の半額）。b）退役軍人の年金（兵役年数によって異なる）。c）地域福祉としての高齢者手当。d）「一人っ子」手当。e）民間保険の受給：No.4 の受給額は月 150 元。

まり必要としない仕事に就いている。年金関係で 1 万元から 2 万元，勤労収入で 1 万元から 3 万元，合わせて 2 万元から 5 万元の所得水準である。

60 歳代になると，従業員年金の受給者が 17 名のうち 6 名現れる。一般市民の場合でも 12,000 元から 15,000 元であり，都市・農村住民年金と比較して 3 倍程度となっている。1 名しかいないが公務員年金は 90,000 元と桁外れに高い（No.2）。

勤労所得はほとんどが男性であり，年収 3 万元を超えている 6 名（No.4，18，20，21，19）が地元の羊毛やセーターの紡績工場に勤めており，主に雑務工（肉体労働）となっている。ほかにも，紡績工場のコック（No.22 と No.19 の妻）や魚類の養殖（No.17）がみられる。これに対し，女性については 50 歳ごろから孫の面倒を見ながら家庭主婦になるのが一般的である。この結果，60 歳代では年金よりも男性の労賃収入が多く，その合計額も 2 万元から 11 万元と差があるが，一般的には 4 万元から 6 万元である。

そのため，高齢者は子供からの経済的援助を必要としないという回答が多い（後掲表 10）が，医療費以外では春節や祝日に親を喜ばせるためのお小遣い程度の金品が渡されている。同居世帯の場合は，水道・電気代や食費などは高齢者の負担はほとんど無く，日常の生活用品のみを自己資金で購入している（後掲表 2-12）。

b．子供からの援助

表 2-9 は子世代が老いた親世代に対する支援をどのように行っているのかを示している。第 13 組には 70 歳以上の高齢者が 11 名存在する。その中で，配偶者のいない高齢者は 7 名であるが，No.1 は夫婦別居，No.14 が再婚夫婦で，男側の家族と同居している。

身の回りの世話については，料理，洗濯，掃除，買い物などの家事の手伝いと，病気時の介護があげられる。加齢に伴い，関節の痛みや視聴力の低下により，家事の手伝い，病院への同伴，全面的介護のように徐々に子供に頼る傾向も見られる。配偶者が健在で，かつ比較的健康な高齢者は子供からの援助を必要としていないが，自力で病院に行けない場合には，子供に自家用車で病院への付き添いを依頼している。同様に，配偶者のいない 7 名についても健康のうちは自力で生活しているが，身体が弱ると家事の手伝いなどを依頼する。

病気時の介護については老親扶養の三つの側面を全て有している。病気を気にかけ，発見し，ケアーすることは，双方によって精神面での絆を形成する。また，病院への付き添いは生活面での世話であるし，医療費の支払いは経済面の支援である。

病気の際の介護については「近親者優先」と「男女回避」という二つの原則が見られる。「近親者優先」とは，配偶者がいる場合は，配偶者が介護者になることが当然視され，不在の場合は近居の子供，嫁いだ娘と義理の子供に介護してもらう。そして，「男女回避」とは，高齢者と同じ性別の子供が介護を行うことを優先することである。そのため，介護する子供が必ずしも主な扶養者であるとは限らない。また，自立困難の高齢者が女性の場合，息子の嫁の介護に依存せず，近くに嫁いだ娘が担当するケースが多い。

調査対象の高齢者の中で，介護の必要性が高いのが No.8 の F1 である。彼女は 35 歳に再婚したが，再婚前の息子 3 人と再婚後の娘 1 人を合わせ 4 人の子供を育て上げた。2018 年現在（89 歳）では認知症のためにほぼ寝たきりであるが，息子たちが近くにおらず，娘が全面的に介護を行っている。しかし，娘は勤務しているため，娘とその家族が仕事で留守の間は家に閉じこめられることになり，緊急時の対応が難しくなっている。

c．家族に対する高齢者の貢献

老親扶養の精神面については，高齢者の精神的安定のために子世代からの支援がどう位置づくか，また，その内容，頻度，質などの客観的な指標がないためその評価は難しい。しかし，核家族化と子供の別居傾向が強まり，食事や医療以外に，高齢者の精神的健康がますます重視されるようになっている。

高齢期を前期，中期，後期に分けると，前期では余裕があり，子世代をサポートしている時

表 2-9　子供から高齢者（70 歳以上）への援助の内容

世帯（No.）	年齢	性別	配偶者の有無	子供人数（人）			主な扶養者	居住状態	子供からの支援			
				男	女	計			金銭面	生活面	病気時の介護役	精神面
7	91	女	×	1 没	1	1	孫	同居	必要なし	家事	孫	毎日コミュニケーション
9	89	女	×	1	3	4	息子	同居	必要なし	家事	娘と嫁	毎日コミュニケーション
8	89	女	×	0	1	1	娘	同居	年間 3000 元	全面的介護	娘	毎日コミュニケーション
10	86	男	×	1	1 没	1	息子	同居	必要なし	自力	息子	毎日コミュニケーション，耳が不自由，嫁と不仲
11	84	女	×	2	1	3	次男	同居	年末 1000 元	病院の同行	娘	毎日コミュニケーション，嫁と不仲
13	83	男	×	1	1 没	1	息子	同居	必要なし	家事	息子	毎日コミュニケーション
12	83	女	×	1	2	3	息子	同居	必要なし	自力	息子	毎日コミュニケーション，嫁と不仲
16	74	男	○	1	1 没	1	息子	同居	薬代	自力	配偶者	毎日コミュニケーション
14	73	男	○	1	1	2	息子	同居	医療費	病院の同行	配偶者	毎日コミュニケーション
1	72	男	○	2	1	3	長男	別居	必要なし	病院の同行	配偶者	周一コミュニケーション
14	70	女	○	0	3	3	娘	別居	年間 3000 元	自力	配偶者	年 3 回コミュニケーション 再婚家族と同居（連れ子）

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。

期である。中期では高齢者はサポートの余裕は持たないが自立している時期であり，後期では自立ができなくなる時期である。できる限り子世代をサポートし，迷惑をかけないことが高齢者の立場であり，自立が可能でなくなった時点で子供に依存するひとつの準備と考えられる。以下では，親世代が子世代へのサポートの実態を 3 つの局面について述べる。

1）祖母による孫の養育

「祖母」は孫からの呼称であるが，直系 3 世代家族の F1（親世代）の女性[注12] であり，子世代をサポートする余裕がある前期高齢者でもある。

表 2-10 は学齢前の幼児の養育の理想的な担当者と現実を示している。誰が理想的であるかについては，70 歳以上の回答者は祖母（F1）であるとするが，60 歳代になると少し考えが柔軟になり，50 歳代ではむしろ「幼児の親」を理想とする回答が多い。現状はというと，祖母が担当するのが一般的である。祖母が孫の育児を行うことは A 村の習慣[注13] であり，しかも年輩の母親よりも若い嫁の方が働き手としての優位性があると考えられている。したがって，50 歳代の祖母は孫が生まれると自主的に退職して孫を養育するケースが多いのである。

2）家庭における生活費・家事の分担

子供（F2）が結婚しても親（F1）からの支援はまだ終了していない。表 2-11 は同居世帯における生活費と家事の主な担当者を示している。F1 のうち，No.14 から No.23 の高齢者（80 歳未満）は夫婦が健在であるが，世帯の食費や水道光熱費のほとんどは F1 が負担している。家事の分担について，料理は F1 が担当しているが，掃除・洗濯についてはそれぞれの世代が各自に行っている。前述のように，嫁・娘を就業させ，年輩の母親が家に戻って孫の養育と家

表 2-10　学齢前幼児の主な養育担当者

調査対象		現状	理想
No.	年齢		
14	73	祖母	祖母/曾祖母
15	73	祖母	年寄り世代の仕事
17	69	祖母	家族の状況による，誰でもいい
2	69	双方の祖母	幼児の親
20	66	祖母	祖母，経済的負担が大きい場合は幼児の親
9	63	祖母と母親	未回答
18	62	祖母	祖母
21	60	祖母	未回答
19	59	祖母	未回答
6	55	祖母	幼児の親
3	55	祖母	祖父母，父側か母側かは要相談
11	54	祖母	子女の希望による
5	54	祖母	未回答
12	54	祖母	未回答
13	54	母親と祖母	幼児の親か祖母
23	52	母親	幼児の親
8	52	祖母とヘルパー	祖父母か幼児の親
10	51	祖母	祖母
16	45	祖母	幼児の親と祖母
22	36	祖母	未回答

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。

事を担当するという家族内分業が一般的に見られる。そして，孫が幼稚園に進学すると，年輩の母親がそのまま家庭の主婦となることが多い。

そして，80 歳以上の高齢者（7 名）は配偶者と死別し，健康などの要因により子世代に依存している。一部の者は自炊，自分の世話程度（No.10，11，12）をしており，元気な者は F2 の家事（No.11）まで負担している。

D．高齢者の自立意識と互恵

a．高齢者の自立意識

表 2-12 は 75 歳以下の高齢者の今後の生活費の理想的な支援元について示したものである。生活費の出所では，年金と勤労所得で自立しようとする傾向が強く現れている。所得の確保が高齢者の自立意識を高め，自立する能力も強まっている。また，定年になっても労働能力があるうちは働き続けることへのモチベーションは子供や孫のための貯金であることが多い。

表 2-11　同居世帯の生活費と家事の分担

世帯 (No.)	F1 の年齢		生活費		家事		
	夫	妻	食費	光熱水費	料理	掃除	洗濯
23	52	54	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
22	60	61	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
21	65	60	F1・F2	F2	F1 orF2	F1･F2	
20	66	62	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
19	67	59	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
18	67	62	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
17	69	64	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
16	72	69	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
15	73	69	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
14	73	70	F1	F1	F1（母）	F1･F2	
13	83	×	F2	F2	F2（嫁）		
12	×	83	F2	F2	F2	F1･F2	
11	×	84	F1･F2	F2	F2		
10	86	×	F1･F2	F2	F1		
9	×	89	F2	F2	F2（嫁）		
8	×	89	F2	F2	F2（娘）		
7	×	91	F3	F3	F3（嫁）		

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。
注：No.7 の F2 がいない。
注：「F1・F2」とは，世代の食事・掃除・洗濯が別々に行われている。

高齢者にとって子供から援助を受けるのは最後の手段であると考えていい。子供に負担をかけず，邪魔にならないようにするのも子世代へ一種のサポートと考えられる。

高齢者の自立意識が居住地の希望にも反映している。調査によると，年齢・性別を問わず，23 名の調査対象者のうち，村外の子供の家より A 村に住み続けたいという選択が 80％強を占めている。残りの 20％は子供との同居を望み，都市での居住も可能であるとしている。さらに，今後の居住地を子供の意志で決定するという回答は 2 名，家事と育児の責務が終了した場

表 2-12　高齢時の生活費援助の理想と今後の計画

調査対象		理想的な生活費の支援元			今後の計画
No.	年齢	第 1	第 2	第 3	
14	73	年金	勤労所得	子供からの援助	孫の結婚のために貯金する。
15	73	年金	子供からの援助	未回答	子供の結婚用マンションの購入資金を積み立てる。
1	72	年金	勤労所得	未回答	孫娘の大学進学のための学費を全額負担する。
2	69	年金	未回答	未回答	特になし。生活は年金だけで十分である。
17	69	勤労所得	年金	子供からの援助	子供のために貯金する。
20	66	勤労所得	年金	未回答	娘夫婦のローンの返済の肩代わりをする。
21	65	勤労所得	年金	子供からの援助	70 歳まで働かないと周りから非難される。病気時に備えてお金を稼ぐ。
9	63	年金	勤労所得	未回答	体調の良い時は仕事する。娘には頼れない。
4	62	勤労所得	年金	子供からの援助	病気時に備えて，民間の健康保険に加入する。
18	62	勤労所得	年金	未回答	貯金がなく，家屋リフォームの借金を返済中。
19	59	勤労所得	年金	子供からの援助	可能な限り働く。病気になったら，息子に頼る。
3	55	勤労所得	年金	未回答	特になし。
12	54	年金	勤労所得	子供からの援助	夫が働き続ける。
5	54	年金	勤労所得	子供からの援助	夫婦ともに働き，息子の住宅ローンの返済に協力。
13	54	勤労所得	未回答	未回答	特になし。
8	52	年金	子供からの援助	未回答	都市年金に加入する予定。
10	51	子供からの援助	年金	未回答	特になし。子供に頼る。

資料：2018 年の聞き取り調査により作成。

合は帰村するとの回答もあった。このため，高齢者の理想的な生活は扶養されるのではなく自立することにあると言える。

b．利他＝利己

伝統的社会での世代交代のポイントは財産の継承と老親扶養という両者の交換にあり，いわゆる「養児防老」（老後の生活を保障するために子供を育てる）と言われる（費[30]）。この考え方に 80%以上の農村高齢者が同意しており，主流の考え方として根強く残っている（王 2017）。高齢期の生活を保障するために，子供を育て，結婚させ，持続的にサポートすることがある種の「対価」として考えられている。このように，積極的に子世代の「世話を焼く」ことで親子間の円滑な関係が保たれ，「対価」の支払いが必要であっても，最終的に高齢者にとって有利である。しかも，その「対価」は子供の安全，健康，幸福につながり，高齢者の精神面に安定をもたらすことができる（穆[63]）。

このように，一般的に高齢者が健康であるうちに，できる限り子世代のサポートをし，子世代との良好な関係を保っている。そして，サポートする余裕がなくなる期間には子供に迷惑をかけずにセルフケアに専念する。最期に子供から扶養され，「善終」の結果を迎えるのである。つまり，子世代への支援期間の長期化，そして高齢者の高い自立意識が世代間の互恵関係を維持し，最期の生活が子世代によって保障される。

E．小括

少子高齢化が進んでいる A 村では，家族の大半は 3 世代同居の直系家族であり，多くの高齢者は子供と同居し，年金で生活費を賄いながらできるだけ自立して暮らしている。しかも，高齢者が積極的に子供の生活に参与しており，子世代への支援期間の長期化が見られた。高齢期を前期，中期，後期に分けると，前期では余裕があり，子世代をサポートしている時期である。中期では高齢者はサポートの余裕は持たないが自立している時期であり，後期では自立ができなくなる時期である。そこで，まず老親扶養の性格を子世代からの経済的援助，身の回りの世話，精神的支援の側面から考察し，次に異

なる高齢期における老親扶養の対応を把握する。

まず，高齢者は年金があるため子供からの経済的支援を受けないケースが多いが，入院など年金で対応できない場合には，子供からの多面的な援助を求めている。そして，身の回りの世話については，「近親者優先」と「男女回避」という原則がみられた。配偶者がいない高齢者は健康状態の悪化に伴い，家事の手伝い，病院への同伴，全面的介護のように徐々に子供に依存する傾向にある。最後に，精神的支援については，持続的に子世代のサポートをし，自立を維持しながら，子世代の幸福に貢献するのが「支援」の内容であった。そして，最期の生活が子供によって保障されることは高齢者の精神的な安らぎにつながる。

このように，高齢前期は子世代からの援助が必要とされず，子世代を持続的サポートする時期となっている。そして，年金による自立能力の向上に伴い，高齢中期に子世代への経済面の依存度が低くなり，老親扶養は生活面と精神面でのサポートが中心となる。本格的な老親扶養は自立能力を失ってから亡くなるまでの相対的に短期間（高齢後期）に集中している。このことはいわゆる高齢者の最期においては，現在の中国農村部では年金や養老施設などの社会的扶養に依存できないことを示している。世代間の持続的な交換による円滑な親子関係が保持されることで，現行の社会保障制度が届かない所で，特に高齢者の重病に対する集中的なケアーなどがその子供によって担われているのである。

蘇南地域に代表される東部沿海地域は最も経済的に発達している地域であり，教育の高度化がもたらされた。教育の高度化は教育の長期化であり，子育て期の延長と若者の晩婚化が見られる。一般の直系三世代家族を想定すると，第三世代は大学を卒業し，結婚し，そして一人前の労働力になるのが 30 歳となることもめずらしくはない。この時，第二世代は 50 歳代に至っており，すでに子供の教育・結婚に精一杯の努力をしている。さらに，第四世代が生まれると，また様々な援助を与えなければなれない。70 歳代の第一世代は労働能力の喪失によって年金で基本的な生活を維持することになるが，重病などで介護が必要される時には，第二世代の責任が発生する。このため，子供に援助することと老親扶養という二重の義務を負わざるを得ない中年の第二世代が限界にぶつかると，老親扶養の実行が困難になる事態が発生する。このことから，外部からの支援体制を早急に確立することが求められているのである。

注

1）本章で対象とする A 村の範囲は合併前の 15 の組からなる A 村自然村（以下，A 村とする）である。

2）蘇南モデルと言われる農村工業化について詳しくは，（坂下他[13]，朴他[25],[26],[27],[28],[29]）。

3）A 村における農地転用について詳しくは朴他[27]）。

4）2010 年の A 村の経済総収入 3.1 億元のうち，農業が 8.2%，工業が 87.2%，サービス業が 4.6%である。そして，2016 年には経済総収入は 3.7 億元まで増加したが，農業収入の割合は 4.9%にまで減少し，工業とサービス業が 85.5%，9.6%となっている（A 村誌編纂小組[44]）。

5）核家族は夫婦と未婚子からなる世帯であり，夫婦のみ世帯も含む。直系家族は親世代，夫婦，子供からなる 3 世代世帯，あるいは親世代と孫世代のみの中抜世帯である。そして，複合家族は二組以上の同世代夫婦がいる世帯であり，その他は単独世帯や夫婦を含まない世帯などである。

6）以上の村民委員会資料は戸籍人口であり，常住人口とは必ずしも一致しない。1990 年代以降は人口移動が激しくなっているためである。後述の第 13 組の 26 戸のうちに別居で戸籍が同一の世帯が 3 戸，同居で戸籍が異なる世帯が 1 戸あり，約 15%の割合を示している。とはいえ，概況としては問題がないと判断した。

7）都市部非就業者は，都市戸籍のうち，在学生や従業員年金の個人加入者を除いた 16 歳以上の正規雇用されていない者である。

8）新しい年金制度の施行を促進するため，「一人っ子」手当を新型各種年金の一定期間の

納付金に代替する措置が取られており，多くの地域でこの手当は存在しない。

9）近居とは，車の移動距離で1時間の距離，あるいは半径50 km以内の地域である。

10）国家統計局（2019）のデータによると，2018年に全国平均の一人当たり年間総収入は28,228元（100円≒6.5元）であり，そのうちに，都市部は39,251元，農村部は14,617元である。

11）2009年から実施している新農保は拠出年金と無拠出年金という二種類があり，2018年の無拠出年金受給額は月377元である。

12）直系4世代の家族である場合に，孫（F4）の養育は主にF2の祖母によって担われ，F1の曾祖母ではない。

13）この習慣について費孝通も次のように述べている。「息子が結婚して孫をもうけると，母親はこの時およそ40歳位であり，一般にもう田に出る」のではなく，「家で小さい孫の世話をしたり家事労働に従事したりする」（費[30]，p.312）

IV．高齢者の自立度低下による主要ニーズの変化

A．本章の課題

中国では高齢化が進行すると同時に，障害がある，あるいは自立できない高齢者も増加しつつある。中国老齢研究センター（2011）によると，中国には一部自立と自立できない高齢者が3,300万人を超え，高齢者全体の19.0%を占めている。貧困や疾病の罹患によって，農村部の高齢者の自立度は都市部より低いと指摘されている（林[68]；蔡ら[47]）。本章では，農村高齢者の自立度と自立度の低下による主要ニーズの変化に着目する。蘇南農村に属するQ鎮の約100名の高齢者の自立度を評価した上で，高齢者の自立度の低下による支援に対するニーズの変化を把握し，高齢期の異なる段階においてどのような支援が求められているのかを明らかにする。

B．自立度の低下による高齢者の類型化

a．高齢者の自立度と支援に対するニーズの関係

高齢者の自立度とは高齢者が自ら日常生活を送る能力のことである。自立度を把握するために，高齢者の食事・更衣・排泄・歩行・入浴などの日常生活動作（Activity of Daily Living，以下はADLと省略する），あるいは家事･買い物･金銭管理などの手段的日常生活動作（Instrumental Activity of Daily Living，以下はIADLと省略する）によって評価されることが多い。IADLはADLより高いレベルの生活機能を示している。

そして，高齢者が支援に対するニーズについて，冷水[35]のタイプ分けが代表的であり，主に療養指導･看護ニーズ，疾病予防･リハビリニーズ，介護・家事援助ニーズ，社会関係・資源利用支援ニーズ(注1)という4つの基本的なニーズが挙げられ，生存と健康に関わる主要ニーズは前三者である。そのうち，病気の予防や治療など医療面のニーズを保健・健康管理ニーズと表し，高齢者の自立度の低下に直結しているニーズは家事援助ニーズと介護ニーズである。

高齢者のライフステージによって支援に対する主要ニーズ，すなわち生存と健康と関わる要望は変化を見せる。高齢者がどのくらい自立的に日常生活を送れるかは，その健康状況，自立度，主要ニーズ，必要とされる支援の関係として表れており，それを図3-1にまとめた。健康状態が悪化することに伴って，高齢者の自立度も低下していく。そして，自立できなくなる過程において高齢者の日常生活のどの部分に，どの程度，他人からの支援を求めているかにより，その段階での主要ニーズは変わっていく。このようなニーズの変化に従って，私的あるいは公的な支援の在り方も変化する。

その中で，二つ重要な時点がある。一つは自立度がある程度失われて自立した生活が維持できない時点であり，高齢者にとっての健康寿命が終わり，他者に依存する生活の開始となる。支援側にとっては支援の開始，特にその家族にとって老親扶養のはじまりを意味している。もう一つは，寝たきりになったという完全に自立

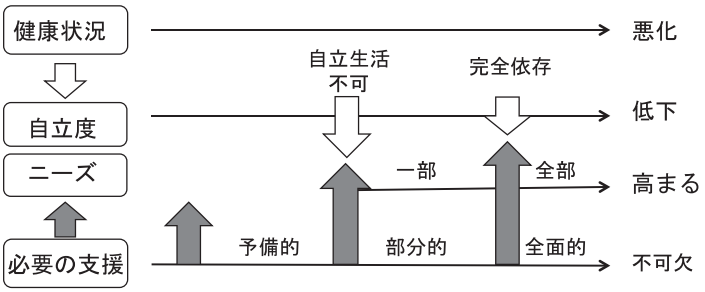


図 3-1　高齢者の自立度とニーズの関係
資料：著者作成。

できない時点であり，それは高齢者の最期の時期であり，支援側からみると全面的かつ長時間的な介護が必要とされることを意味している。また，一つ目の時点の前，すなわち依存生活に入る前に，高齢者自らあるいは支援側から，健康増進や自立度低下を予防する措置をとれば，他人に依存する時点が遅くなると考えることができる。

このように，自立度の科学的な評価を通じて，ある地域の高齢者の健康状況，主要ニーズを把握することができるようになり，政府が高齢者の支援対策をつくる時にも重要な参考事項とすることができる。

b．自立度の測定―ADL 評価法

自立度の評価基準について，Katz は食事，更衣，起居動作，排泄，室内での歩行，入浴というそれぞれの項目に 3 つのレベル（自立，一部介助，完全依存）で採点し，合計点数によって客観的に健康水準を把握する評価法を開発した。この 6 つの動作，つまり日常生活動作（ADL）は，日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作として，自立度評価の基礎となっている。その後，徐々に多面的な評価システムが開発され，特に，日本の医療や介護現場では，よく利用されているのは「バーセルインデックス（BI：Barthel Index），以下は BI と略する」と「機能的自立度評価法（FIM：Functional Independence Measure），以下は FIM と略する」である。その両者の特徴と欠点は，BI の採点が簡便で世界共通の評価法であるが，知的障害に関する評価がない一方，FIM の採点が細かいが，認知項目に採点の根拠が明瞭ではない指摘がある。

このため，本章では高齢者の ADL 項目に対する評価を通じて自立度が異なる高齢者の主要ニーズの内容と変化に着目し，FIM の項目設定をベースに，認知項目には BI の採点法[(注 2)] を参考にして対象高齢者の自立度を評価する。

なお，本章は高齢者の IADL がどこまでできるのかの詳細的な把握をしていない。ただし，IADL が ADL より高いレベルの生活機能を示しており，ADL の評価はより基礎的であり，ADL の評価は高齢者の IADL も一定的に反映される。例えば，足が不自由になった場合，ADL 項目に歩行が困難となるだけでなく，IADL 項目に買い物や家事などもできなくなる。このため，対象高齢者の IADL が把握されなくても，本章の結論に影響がないと考える。

c．対象高齢者の選定と調査方法

これまで高齢者の追跡調査を行った蘇州市呉江区 Q 鎮は，管轄内に市街地 2 つ，村 22 個がある。2019 年に Q 鎮の総人口が 62,232 人，そのうち，80 歳以上高齢者の割合がおよそ 4.5% である。2019 年 10 月から 2020 年 1 月にかけて，現役のホームヘルパーがいる 20 の村を訪問し，計 122 名の高齢者の観察および聞き取り調査を実施した。これらの高齢者は全員 80 歳以上の者（80 代が約 8 割，90 代が 2 割弱）であり，公的訪問サービスの対象者として当地政府に認定された最も支援を要する者であり，調査対象として適切であると考えられる。具体的な調査方法について，選定された高齢者はホームヘルパーの訪問対象者であり，調査日によって訪問する高齢者が異なり，事前に相手を知るこ

とができないため，無作為抽出と同様である。しかも，対象高齢者への聞き取り調査がメインであるが，認知症高齢者，耳に障害がある者，寝たきり高齢者など，直接に本人に聞き取り調査のできない者に対しては，対象高齢者を観察したうえで，その家族あるいはホームヘルパーの補足的な回答によって採点している。

d．評価項目と採点

FIM の評価項目には，運動項目 13 と認知項目 5，計 18 項目からなっており，各項目を 1 点～ 7 点の 7 レベルで評価する。FIM の運動項目のうち，セルフケアには食事，整容，入浴，上半身の更衣，下半身の更衣，トイレ動作の 6 項目があり，排泄コントロールには排尿管理，排便管理の 2 項目，移乗にはベット・椅子・車いす移乗，浴槽・シャワー移乗，トイレ移乗の 3 項目，移動には歩行・車いす歩行，階段が含まれる。また，認知項目は，コミュニケーション（理解，表出），社会的認知（社会的交流，問題解決，記憶）から構成される。また，完全な依存状態を表すレベル 1 点から，完全に自立しているレベル 7 点までがあり，6 点は補助具の使用での自立，5 点は監視・準備が必要，4 点は軽く触れる程度の介助量，3 点は介助にある程度の力が必要，2 点はほとんど介助を要することを示している。

具体的な採点方法には，表 3-1 に示すように，遠藤・滝沢[3] の FIM 基準に準ずる簡易 ADL 評価法を参照している。しかし，調査現場において高齢者の認知項目を評価する時，採点の根拠は明瞭ではなく，採点しにくい項目があるため，ここではまず，認知項目を「コミュニケーション」と「社会的認知」に分け，BI の採点法を参考に知的に重度な障害が 0 点，中度な障害が 5 点，軽度な障害が 10 点，健常者を 15 点に区分する。そして，運動項目の移乗については，調査地の蘇南農村の高齢者の生活では浴槽・シャワーや洋式トイレなどが整備されていないケースが多いため，移乗項目を削除し，移動のみを採点することにした。

このように，高齢者の自立度については，運動項目ではセルフケア 6 項目，排泄コントロール 2 項目，移動 2 項目，認知の 2 項目ではコミュニケーション 1 項目，社会的認知 1 項目によって評価する（表 3-2）(注 3)。運動項目の満点が 70 点，認知項目の満点が 30 点，合計 100 点とする。

e．自立度の分類基準と結果

以上のような評価方法によって，調査した 122 名の高齢者の自立度を点数で評価し，対象者の ADL の自立度と介助量(注 4) を把握することができる。表 3-2 のように，運動項目の採点基準によって，レベル 6-7 点は介助の必要がなく，レベル 1-5 点は介助が必要されると分けている（Granger CV[75]）。それをベースとして，自立度による高齢者の分類は，まず，前掲第 2 章に述べたように，該当地域の高齢者は自立できるうちに，子供のサポートをし続け，サポートの余裕がなくなると，自立生活を維持するというライフステージの変化があることによって，介助に必要がないレベル 6-7 は「完全自立」と「修正自立」に相応して分類する。そして，基礎の ADL 評価に自立，一部依存，完全依存というレベルの区分を参考し，介助が必要されるレベル 1-5 点はさらに，レベル 3-5 点の一部依存を「一部自立」，レベル 1-2 点の完全依存を「自立困難」と分けられる。

ここでは自立度の全体的な把握をするため，対象高齢者の運動項目点数の平均値を取り，平均値が 7.0 点の場合は「完全自立」に，6.0-6.9 点の場合は「修正自立」に，3.0-5.9 点と 3 点以下の場合はそれぞれ「一部自立」，「自立困難」に含まれている。さらに，社会的認知の評価を優先的に考慮し，認知的な軽度障害は「修正自立」と同様にほぼ介助が必要なしの状態，身体が健康的であるが認知的に中度と重度障害がある場合は，それぞれ「一部自立」と「自立困難」となる（表 3-3）。

上記の分類基準に基づき，調査対象の 122 名の高齢者のうち，「完全自立」の健常者が 53 名（43.4%），「修正自立」の者が 38 名（31.1%），「一部自立」と「自立困難」の者がそれぞれ 27 名（22.1%），4 名（3.3%）が存在している。80 歳以上の高齢者のうち，7 割強は健康で自立できる者であり，80 歳以下のより若い高齢者層では自立者の割合はさらに高くなることが予想

表 3-1　FIM 簡易 ADL 評価に準ずる具体的な評価区分

食事	できる。 自助具を使う。時間が掛かり 1 時間以内。 監視・エプロンをつける。 食べやすくする。 スプーンに載せる 1/2 自分でできる。 口に持っていく 1/2-3/4 手伝う。 できない。	下半身更衣	できる。 自助具を使う。時間が目安 3 倍に。 監視・着換えを用意。 仕上げを手伝う。 ズボンに足を膝までとうす。靴/靴下を手伝う。 ほとんど手伝う。 できない。	歩行	できる。 器具を使う。 監視・器具を使い 15 m。 50 m 少し手伝う。 50 m きちんと動作を手伝う。 抱きかかえれば歩ける 15 m。 できない。
整容	整髪・手洗い・洗顔ができる。 自助具を使う。時間が目安 3 倍に。 監視・容器のふたあけ，歯磨き粉を付ける。 少し手伝う。 少し動作を手伝う。 動作をしっかり手伝う。 できない。	トイレ動作	できる。 器具を利用してできる。後始末を手伝う。 監視，服を取る，排泄をする，服を着る可能。 少し体に触ると前記ができる。 1/2 自分でできるが軽く手伝う。 力を入れて手伝わないとできない。 できない。	階段	できる。 手すり掴んで往復。 監視が必要。 少し手伝う。 登れる可。降りる困難。 力を入れて引き上げると往復。 できない。
入浴	できる。 時間がかかる目安 3 倍。浴槽可能。 監視・タオルに石鹸を付ける。 体に少し触って手伝う。 体の 1/2 自分でできる。 清拭きのみ。 できない。	排尿コントロール	できる漏らさない。 器具を利用してできる。 月 1 回より少ない尿漏れ。 月 1 回以上週 1 回未満尿漏れ。 失敗が週 1 回移乗毎日ではない。 毎日失敗する。 できないいつも失敗。	コミュニケーション	理解と表出ができる。補助具を使う可。 少し困難。声を大きくするなど工夫が必要。 家族の協力がなければできない。 できない。
上半身更衣	できる。 自助具を使う。時間が目安 3 倍に。 監視・着換えを用意。 仕上げを手伝う。 袖をとうす。少し手伝う。 ほとんど手伝う。 できない。	排便コントロール	できる漏らさない。 オムツ利用も可，器具を利用してできる。 月 1 回より少ない尿漏れ。 月 1 回以上週 1 回未満尿漏れ。 失敗が週 1 回移乗毎日ではない。 毎日失敗する。 できないいつも失敗。	社会的認知	問題解決，記憶等に問題がない。 少し指示があればできる。 指示してもできないことが多い。 できない。

資料：遠藤，滝沢[3] を参考して作成。

表 3-2　評価項目と採点基準

採点基準			
運動項目	介助者なし	7：完全自立	
		6：修正自立	補助具使用
	介助者あり	5：監視・準備	
		4：最小介助	軽く触れる程度
		3：中等度介助	ある程度の力が必要
		2：最大介助	ほとんど介助を要する
		1：全介助	完全依存
認知項目	介助者なし	15：健常	
	介助者あり	10：軽度障害	
		5：中度障害	
		0：重度障害	
評価項目			
運動項目	セルフケア	食事 整容 清拭 更衣（上半身） 更衣（下半身） トイレ動作	
	排泄コントロール	排尿 排便	
	移動	歩行 階段	
認知項目	コミュニケーション		
	社会的認知		

資料：FIM 評価法を参考にして作成。

表 3-3　運動項目の平均値による高齢者の分類

運動項目	社会的認知	人数	合計	修正合計	割合%
完全自立	健常者	53	57	53	43.4
	軽度障害	4			
修正自立	健常者	23	35	38	31.1
	軽度障害	8			
	中度障害	1			
一部自立	健常者	13	27	27	22.1
	軽度障害	8			
	中度障害	6			
自立困難	重度障害	4	4	4	3.3
合計				122	100.0

資料：筆者実施の調査（2019）より作成。
注：修正合計は認知的に軽度障害が「修正自立」に，中度障害が「一部自立」に移動した後の人数集計である。

される。第 4 章で分析する公的訪問サービスの利用対象者は年齢のみの選定であるため不十分であり，自立度による選定も必要とされる。

C．自立度の低下による主要ニーズの変化

a．高齢者の基本状況

表 3-4 は調査した 122 名の高齢者の基本状況を示している。年齢を見ると，80 歳代が 82.8%，90 歳代が 17.2% を占めている。80 歳代のうちに，加齢によって自立能力が喪失することは明白である。性別では，女性（65.6%）が男性（34.4%）の 2 倍多い。生存率についてみると，男女割合は逆であり，高齢期男性が比較的低いことがわかる。8 割弱の高齢者は文字を読めず，病気の予防知識や福祉サービスに関する情報収集と理解力が弱いことが予想される。

高齢者の所得については，農村養老年金と敬老金（受給水準は表 2-9 を参照）を受給している者がほとんどであり，しかも，6 割の高齢者は年間 1,000～2,000 元の土地換保障年金（表 2-5 を参照）を給付されているため，最低限の生活費は確保され，子供からの送金に依存しているのは 15.6% に過ぎない。これらの所得は高齢者自らが管理している割合は 77.9% を占めるが，銀行までおろしに行ける者は 4 割しかない。金銭管理と同様に，自立度の低下に伴い，料理・家事のできる者が減少傾向にあり，階段のぼりができなくなると 1 階に住むようになる割合も増加している。

次に高齢者を支えている家族の状況も示している。第 2 章でも述べたように，高齢者介護における近親者原則では，配偶者が優先的に介護の担い手になり，その次は子供である。122 名の高齢者のうち，配偶者が健在である者が 6 割弱を占めており，8.2% の裕福な家庭ではヘルパーを雇用しているが，残りは子供が介護者となっている。高齢夫婦がお互いに世話をできるため，配偶者の存在は子世代から援助を受ける時間を遅くする効果がある。そして，6 割近くの高齢者には 3 人以上の子供が存在しており，これら法律上の介護者のうちに，息子によって介護されるのが一般的である（87.7%）。この地域は紡績業などの軽工業が発達しているが，

表 3-4　高齢者の基本状況と類別の変化

項目			完全自立		修正自立		要支援		要介護		合計人数	割合
			人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合		
	年齢	80-84	25	47.2	13	34.2	9	33.3	3	75.0	50	41.0
		85-89	20	37.7	17	44.7	13	48.1	1	25.0	51	41.8
		90+	8	15.1	8	21.1	5	18.5	0	0.0	21	17.2
	性別	男	21	39.6	12	31.6	8	29.6	1	25.0	42	34.4
		女	32	60.4	26	68.4	19	70.4	3	75.0	80	65.6
		合計	53	100.0	38	100.0	27	100.0	4	100.0	122	100.0
	学歴	無	38	71.7	29	76.3	24	88.9	4	100.0	95	77.9
		小卒	14	26.4	8	21.1	2	7.4	0	0.0	24	19.7
		中卒	1	1.9	1	2.6	1	3.7	0	0.0	3	2.5
所得	収入源	賃金	6	11.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	4.9
		農保	52	98.1	37	97.4	26	96.3	4	100.0	119	97.5
		敬老金	53	100.0	38	100.0	27	100.0	4	100.0	122	100.0
		政府退職金	5	9.4	4	10.5	2	7.4	0	0.0	11	9.0
		土保	31	58.5	25	65.8	17	63.0	2	50.0	75	61.5
		子供からの送金	7	13.2	8	21.1	3	11.1	1	25.0	19	15.6
	貯金おろし	自分	27	50.9	16	42.1	8	29.6	0	0.0	51	41.8
		その他	26	49.1	22	57.9	19	70.4	4	100.0	71	58.2
	金銭管理	自分	49	92.5	30	78.9	15	55.6	1	25.0	95	77.9
		その他	4	7.5	8	21.1	12	44.4	3	75.0	27	22.1
生活と援助	配偶者の有無	いない	28	52.8	24	63.2	16	59.3	2	50.0	70	57.4
		いる	25	47.2	14	36.8	11	40.7	2	50.0	52	42.6
	料理役	配偶者 or 本人	36	67.9	23	60.5	7	25.9	1	25.0	67	54.9
		その他	17	32.1	15	39.5	20	74.1	3	75.0	55	45.1
	ヘルパーの雇用	いる	1	1.9	4	10.5	3	11.1	2	50.0	10	8.2
		いない	52	98.1	34	89.5	24	88.9	2	50.0	112	91.8
	現存子供の数	0	0	0.0	0	0.0	1	3.7	0	0.0	1	0.8
		1or2	24	45.3	14	36.8	9	33.3	0	0.0	47	38.5
		3+	29	54.7	24	63.2	17	63.0	3	75.0	73	59.8
	法律上の介護者	息子	46	86.8	35	92.1	22	81.5	4	100.0	107	87.7
		娘	7	13.2	2	5.3	4	14.8	0	0.0	13	10.7
		孫	0	0.0	1	2.6	1	3.7	0	0.0	2	1.6
	介護者の仕事	無	5	9.4	2	5.3	3	11.1	1	25.0	11	9.0
		農漁業	4	7.5	3	7.9	1	3.7	0	0.0	8	6.6
		自営業	12	22.6	7	18.4	8	29.6	1	25.0	28	23.0
		工場従業員	23	43.4	15	39.5	9	33.3	1	25.0	48	39.3
		企業従業員	5	9.4	7	18.4	4	14.8	0	0.0	16	13.1
		公務員など	4	7.5	4	10.5	2	7.4	1	25.0	11	9.0
居住状況	居住階数	1階	40	75.5	34	89.5	25	92.6	3	75.0	102	83.6
		その他	13	24.5	4	10.5	2	7.4	1	25.0	20	16.4
	子供と同居	別食	4	7.5	4	10.5	0	0.0	0	0.0	8	6.6
		同食	27	50.9	18	47.4	14	51.9	1	25.0	60	49.2
	子供と別居	別食	22	41.5	14	36.8	9	33.3	2	50.0	47	38.5
		同食	0	0.0	2	5.3	4	14.8	1	25.0	7	5.7
	子供との距離	同居	31	58.5	22	57.9	14	51.9	1	25.0	68	55.7
		同村	6	11.3	8	21.1	8	29.6	1	25.0	23	18.9
		鎮内	9	17.0	5	13.2	3	11.1	0	0.0	17	13.9
		市内	6	11.3	3	7.9	2	7.4	1	25.0	12	9.8
		その他	1	1.9	0	0.0	0	0.0	1	25.0	2	1.6

資料：筆者実施の調査（2019）より作成。
注：自営業に，店舗，家庭工場などの経営が含まれている。

これらの介護者の仕事の大半は家庭工場の経営などの自営業者と工場労働者であるが，経済的に余裕があっても，高齢者を介護する時間的余裕は懸念されている。さらに，高齢者とその子供の居住状況を見ると，同居者と別居者がそれぞれ55.7%，44.3%を占めている。しかも，別居の子供のうち，３割強が同村あるいは鎮内に住んでおり，同居子供を含めると，８割以上の子供が高齢者と近隣に居住しており，頻繁に往来できる距離にある。さらに，高齢者の自立度の低下に伴い，子供との同居・同食の割合が増加し，ヘルパー雇用の割合が増加しており，家族から高齢者を支える介助量も徐々に増加していると言える。

b．自立度低下の実態

表3-5は高齢者の類別項目別の平均点数と自立度の変化を表しており，加齢による自立度がどの項目から低下しているのかを示している。一部自立の高齢者になるまでに，自立度の低下は膝，腰，耳などの臓器機能の低下に強く関わっていることがわかる。そして，自立困難者の４名が全員寝たきりであり，すでに完全依存の状態となっている。

運動項目をみると，入浴，下半身の更衣，そして階段のぼりが早い段階で自立度を失っていく項目となっている。一般に入浴のイメージをシャワー浴であると想定すると，その流れは浴室への移動，服の着脱（更衣），そして整容も含む複雑な行動であるため，入浴が最も早い時期にできなくなる項目であることがわかる。そして，体力が弱く関節障害のある高齢者は，服を脱いだり着たりするだけで，健常者の数倍の時間がかかり，転倒や風邪のリスクが急増している。そのため，入浴できないがまだ他人に依存したくない高齢者はシャワーを避けてタオルで体を拭くことが好まれる。

次に，膝と腰の機能が低下するに伴って，下半身の着換えも難しくなっている。日常的に下半身のズボンと靴下の着換えは，主に起きる時，寝る時，そして入浴の前後が行われる動作であり，すでに述べたように，ズボンなどの着換えに困難がある高齢者は風邪を引くリスクが高まるため，下半身の着換えの頻度を減らす傾向がある。特に，冬期の寒い時期，ズボンを穿いたまま寝ることや，１ヶ月以上入浴しないことなど，そして，やむを得ず，日常的な個人衛生を諦めている高齢者が多いと実際の調査から分かった。

表3-5　高齢者類別項目別の平均点数と自立状況　　単位：%

項目			完全自立		修正自立		一部自立		自立困難	
			平均点数	自立度合	平均点数	自立度合	平均点数	自立度合	平均点数	自立度合
運動項目	セルフケア	食事	7.0	100.0	7.0	100.0	6.2	88.6	2.3	32.9
		整容	7.0	100.0	7.0	100.0	6.1	87.1	2.3	32.9
		入浴	7.0	100.0	6.0	85.7	2.4	34.3	1.0	14.3
		更衣（上）	7.0	100.0	6.9	98.6	4.9	70.0	2.0	28.6
		更衣（下）	7.0	100.0	6.3	90.0	2.9	41.4	1.3	18.6
		トイレ	7.0	100.0	6.3	90.0	4.9	70.0	1.8	25.7
	括約筋管理	排尿	7.0	100.0	6.7	95.7	6.6	94.3	2.5	35.7
		排便	7.0	100.0	6.9	98.6	6.3	90.0	2.5	35.7
	移動	歩行	7.0	100.0	6.2	88.6	4.9	70.0	1.5	21.4
		階段	7.0	100.0	6.1	87.1	3.6	51.4	1.0	14.3
認知項目	コミュニケーション		14.3	95.3	12.2	81.3	10.6	70.7	1.3	8.7
	社会的認知		15.0	100.0	13.4	89.3	11.9	79.3	1.3	8.7

資料：筆者実施の調査（2019）より作成。
注：自立度合は平均点数を満点（運動項目が７点，認知項目が15点）で割った値である。

そして，階段のぼりもますます困難な部分となっている。多くの高齢者は階段のぼりをできるだけ回避し，１階に住むようになっている。表 3-5 で高齢者の居住階数を見ると，１階に住んでいる高齢者がほとんどであり，全体の 83.6%を占めている。

続いて，認知項目では，コミュニケーションに関する能力の低下が注目される。その原因は聴力の損失喪失，社交ネットワークの縮小により他人との交流に必要な理解力と表出力が徐々に喪失されるためである。

c．自立度低下の原因―主な疾病

高齢者が罹患する病気では，主に生活習慣による慢性病と生理機能の衰弱による疾病がメインである（林[68]）。前者は具体的には慢性的な腰痛や膝痛，高血圧症，関節炎症などであり，これらの病気は高齢期に入る以前にすでに罹患している場合が多く，病因は複雑で治療しにくい。後者は，老眼や聴力喪失など主に加齢による臓器の衰退が原因であり，有効的な治療法もなく，補助具を使って障害の軽減をはかる疾病である。

表 3-6 は自立度別に罹患率の高い病気を示している。全体の罹患率からみると，血圧の高い高齢者が 60.7%存在し，その次は膝，腰などの悪い者 40.2%，耳や目の悪い者（それぞれ 25.4%，23.0%），喘息など気管に炎症のある者 14.8%，心臓病患者 11.5%，認知症高齢者 11.5%が上位である。

そのうち，完全に自立している高齢者の主な病気は，高血圧症（52.8%），視力関係（28.3%），気管関係（22.6%）が上位にあり，薬・補助具などの施用により，自立度にはあまり影響を与えない。

それに対し，修正自立の高齢者は，関節関係（65.8%），高血圧症（60.5%），聴力関係（36.8%）の病気の罹患率が高い。特に，関節などに病気ある高齢者が最も多くなることに注目しなければならない。高齢者の修正自立までの自立度の低下は，膝と腰などの機能悪化に原因があり，それらの関節が使いにくくなるにしたがって，一連の ADL 動作に困難を生じ，骨折や転倒などのリスクも急上昇している。

そして，一部自立の高齢者の主要な病気は高血圧症（70.4%），関節関係（66.7%），聴力関係（25.9%）である。一部自立者（27 名）のうちに，19 名が高血圧症であり，詳しくみると，高血圧による脳卒中をすでに経験している者が７名存在し，そのうち２名は身体の部分的な麻痺によってほとんどベット上で生活している。ほかにも，認知症高齢者の割合も高く，６名すべてが認知的な中度の障害者であり，家族を忘れるほど記憶が悪くなり，理由なく暴力を振るうなどの症状も見られ，介助量が急増している。

表 3-6　高齢者類別の主要な病気　　単位：%

疾病	全体		完全自立		修正自立		一部自立		自立困難		合計
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	
血管・高血圧	74	60.7	28	52.8	23	60.5	19	70.4	4	100.0	74
関節関係	49	40.2	4	7.5	25	65.8	18	66.7	2	50.0	49
聴力関係	31	25.4	10	18.9	14	36.8	7	25.9	0	0.0	31
視力関係	28	23.0	15	28.3	7	18.4	6	22.2	0	0.0	28
気管関係	18	14.8	12	22.6	2	5.3	4	14.8	0	0.0	18
心臓関係	14	11.5	7	13.2	3	7.9	4	14.8	0	0.0	14
認知症	14	11.5	0	0.0	4	10.5	6	22.2	3	75.0	13
衰弱	7	5.7	0	0.0	3	7.9	4	14.8	0	0.0	7
血糖・糖尿病	5	4.1	3	5.7	1	2.6	1	3.7	0	0.0	5
その他	25	20.5	6	11.3	11	28.9	8	29.3	0	0.0	25

資料：筆者実施の調査（2019）より作成。
注：その他には，がん，前列腺炎症，神経痛，胃腸疾病，パーキンソン等が含まれる。

最後に自立困難者の主要な病気では，全員が脳卒中で寝たきりであり，そのうちの３人（75%）が重度認知症となっており，すでに意識のない状態である。しかし，自立困難者は４名しかいなく，サンプルバイアスの問題が存在している可能性が高い。つまり，急病により比較的短期間で死亡した者はカウントされず，脳卒中で倒れたが手厚い介護により生存しているもののみが自立困難者の代表となっている恐れである。

ｄ．主要ニーズの変化

自立度の低下によって，蘇南農村の高齢者の主要ニーズの変化は図 3-2 のようになる。高血圧症と関節障害など健康状況の悪化につれ，高齢者の自立度は完全自立，修正自立，一部自立，自立困難へと徐々に移行していく。つまり，貯金の引き出しや買い物などが困難になり，つぎに家庭内での料理などの家事，個人衛生などの困難が続き，最後に生活全般の自立が困難になる順序で移行している。この経過にしたがって，各段階における高齢者のニーズが変化することになる。そのうち，自立困難者は生活全般の介護が必要不可欠となり，一部自立できる一部自立者は家事，個人衛生に関するニーズを有している。そして，完全自立者と修正自立者は日常生活への支援については前２者ほど求めていないが，慢性病と器官衰弱の予防及び治療にかかわる保健・健康管理のニーズが存在している。特に，高血圧症と関節障害に罹患している高齢者が多く，これらの病気に関する予防と保健知識の学習が必要とされている。しかし，多くの高齢者は文字を読めず，高齢前期には子供へのサポートに専念している。そのため，自分の健康には十分注意を払わず，病気の予防，健康増進などに強い関心を持っていない者が多い。とはいえ，高齢前期に健康を維持することは，ある意味で子供に負担をかけない行為であり，高齢者の社会規範に適合的であると言える。

前掲章で述べたように，蘇南農村の高齢者は，健康であるうちにできる限り子世代のサポートをし，余裕がなくなる時期には子供に迷惑をかけずにセルフケアに専念し，そして，自立できなくなると子供によって介護されることが一般的である。このような農村高齢者のライフステージには，子供の幸福に貢献する考え方，そして高齢者の自立意識，最期に子供から扶養されたいという考え方が，高齢者の社会規範として行為の根底にある。

要するに，自立度の低下による主要ニーズの変化は子供に負担をかけず，自立生活を維持したいという考え方と強くつながっている。積極的に健康を維持すること，補助具の使用，配偶者とお互いに世話すること，無料の公的支援を利用することによって，自立生活の延長をはかる。そして，親子間の円滑な関係を保ち，最期に子供から扶養されるようになるというのが高齢者のもつ社会規範なのである。

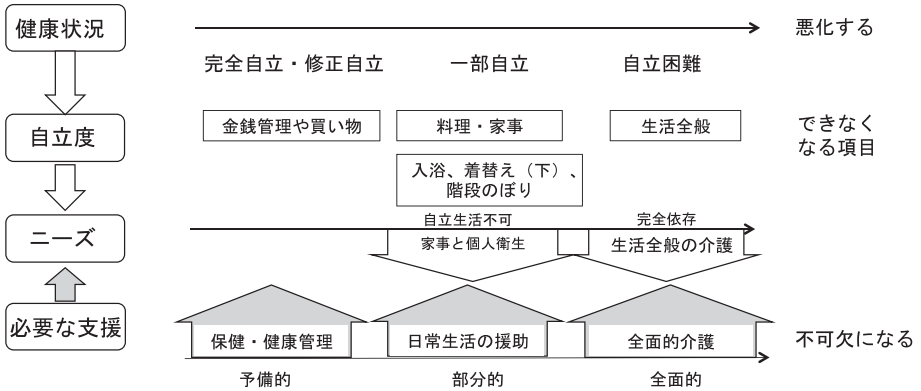


図 3-2　自立度によるニーズの変化

資料：著者作成。

D．小括

本章では，FIM の簡易 ADL 評価法にもとづき，高齢者の自立度による分類を行った。蘇南農村 Q 鎮の 122 名の対象高齢者のうち，「完全自立」者と補助具の利用による「修正自立」者は 7 割強で，「一部自立」者と「自立困難」者は 3 割ほど占めている。自立度の分類を行うことによって，高齢者の健康状況とそれを反映した主要ニーズを知ることで，異なる段階にある高齢者が日常生活を送るためにどのような支援が必要であるかを把握することができるのである。

蘇南農村の高齢者の健康状況については，高血圧症が最も罹患率の高い病気であり，高血圧症による脳卒中で倒れる者が一部自立，自立困難者の多数を占めている。その次は関節機能の衰弱である。こういった血管，膝，耳など臓器機能の衰弱は自立度の低下をもたらしており，特に入浴，下半身の着換え，階段のぼりは最も早い段階にできなくなる項目である。自立度の低下に伴い，金銭管理や買い物，料理や家事ができなくなり，これらの生活維持に必須である項目において高齢者のニーズの変化があらわれる。自立できる者の主要ニーズは保健・健康管理にあり，自立度の低下によって，家事や個人衛生などの日常生活の援助，そして全面的な介護が必要されているのである。

こういった自立度の低下による主要ニーズの変化は前掲第 2 章の高齢者のライフステージにも関係している。特に，子供に負担をかけず，自立生活を維持したいという高齢者の一般化された考え方はそれらの保健・健康管理ニーズと日常生活の援助ニーズと相応している。つまり，積極的に健康を維持し，補助具の使用や配偶者とお互いに世話すること，無料の公的支援を利用することによって，自立生活をできるだけ延長することは，高齢者の保健･健康管理ニーズと日常生活の援助ニーズの根底にある。

注

1）冷水[35] によると，療養指導･看護ニーズは，急性病の治療が一段落終わりの病状安定期にある高齢者に対する療養指導・看護に関するニーズである。そして，疾病予防・リハビリテーションニーズは急性病の治療の前後に対応が求められるニーズである。介護・家事援助ニーズは自立能力の低下による日常生活上の困難への対応に関するニーズであり，社会関係・資源利用支援ニーズは社会ネットワークの維持・促進，および多様な制度・サービスの利用希望に関するニーズである。

2）BI の採点法に関しては，自立度よって，項目ごとに最多 4 段階に区分し，自立できないが 0 点，以降，自立できるまでを段階ごとに 5 点ずつの差を付ける。

3）運動項目において高齢者の ADL 動作を「している」かどうか，認知項目において高齢者が「できる」かどうかによって判断する。

4）介助とは，付き添い・サポートなどを意味し，実際に本人の食事やトイレ，お風呂などを手助けする行動を指す。

V．蘇南農村における訪問型在宅介護サービスの実態と課題

A．本章の課題

これまでに在宅介護サービスに関する研究は，高齢者ニーズの側面から農村部向けのサービスの理論化を試みたもの（郭[43]，黄ら[46]）や，都市部あるいは農村部のどちらかに絞った事例研究が中心であった。しかし，在宅介護サービスを農村部に普及する際のサービス内容の利用度やサービスの実践上の課題については，事例が少ないため，実証的な研究はあまり進んでいない。

近年，江蘇省蘇州市呉江区では，区政府によって推進されている訪問型在宅介護サービス事業を管内農村においても実施するようになっており，都市・農村部を問わず，条件を満たす全ての高齢者がサービスを受けられるようになった。本章では，蘇州市呉江区の訪問型在宅介護サービスを対象に，その運営体制，ホームヘルパーの属性を把握した上で，高齢者の自立度によるサービス利用の差異を明らかにし，農村部における在宅介護サービスの課題を示す。

B．在宅介護サービスの定義と背景

a．定義と内容

各地で「居宅養老服務」（在宅介護サービス）が行われるようになるにつれ，それに関する研究も盛んに行われてきたが，中国の研究では「居宅養老」や「社区養老」など，日本の研究では「在宅介護」や「地域福祉サービス」などと様々な表現が使われ，概念が整理されてはいない（徐[15]，郭[5]）。これは全国で統一した法律・法規が整っていないことが原因であり，研究上だけではなく，行政と現場の間でも混乱をもたらし，サービスの展開を妨げていると指摘されている（徐[15]）。

このため，本章で取り扱う「養老」・「介護」を，主に高齢者に対する生活面の援助に着目し，高齢者が自宅に住みながら，家族からの援助あるいは社会的サービスを受ける場合を「居宅養老」（在宅介護）とし，その社会的サービスを「在宅介護サービス」とする。

在宅介護サービスの提供場所や利用時間によって分類すると，訪問型（家事援助，生活介助，看護，配膳等），通所型（デイサービス，入浴，移送，会食等），滞在型（ショートステイ，宅老所等）があり（徐[15]），サービスの内容では，身の回りの世話や医療機関受診の介助，心のケアに分類されている（姜[10]，陳[55]）。本章で事例に挙げる蘇州市呉江区の在宅介護サービスは訪問型在宅介護サービスであり，高齢者に提供するサービスがかなり限定されている（後述）ため，日本の訪問介護と区別するために，訪問型在宅介護サービスと称する。

b．社会的背景

中国の高齢者福祉分野において，在宅介護サービスが注目される社会的背景として，福祉資源の不足や家庭の扶養機能の弱体化，高齢者の精神的ニーズの高まりという側面が存在している。

2010 年代に入ると中国の高齢化が加速しており，1950 年代の「ベビーブーム」期に生まれた人々が定年を迎え，中国は建国以来の高齢者人口増加のピークを迎えたが，高齢者向けの福祉サービスは依然として不足している。従来の福祉施設では大多数を占める経済的中間層の高齢者がカバーされていない（郭[5]）。また，高齢者福祉分野の政策指向により，私的介護を優先する姿勢が見られ，政府の役割は地域のネットワークの整備を通じて私的介護をサポートすることとされるが（郭[6]），国家責任が後退している中で，福祉市場を含めた地域のネットワークの発展が追い付かない状況である。このような中で，高齢化が進み，核家族化と若年層の移動によって家族の扶養機能が大きく低下し，従来の老親扶養の基盤も動揺しており，社会的支援を増大する要請が高まっている。

さらに，高齢者が住み慣れた環境で住み続けたいという意向を持っていることも無視できず，また，高齢者の精神的ニーズとしても尊厳のある生活を送ることや定期的に子供からの訪問・見舞いへの期待，子供に負担をかけずに幸せになってもらいたいという思いが考慮されている（穆[63]）。特に子供とのつながりが重視されており，子供の近くに住み，積極的に子供の生活に関わることで高齢者の精神的なやすらぎがもたらされている（王ら[39]）。また，このような血縁以外に地縁的な人間関係も重視されており，友人との会話，近隣住民との助け合いは農村に住む高齢者の重要な精神的支えとなっている（郭[43]）。

以上の社会的背景によって，家族による老親扶養を基礎にした在宅介護サービスを充実させることが，農村部に住む高齢者を支援する最善策であると考える。

c．政策展開

このように在宅介護サービスが重視されたことから，2000 年には「社会福祉の拡大化の加速についての意見」（関于加快実現社会福利社会化的意見）が出され，2001 年には民政部による「星光計画」（宝くじの収益の 8 割を高齢者福祉分野に投入）を契機に，在宅介護サービスが全国の都市部で推進された。その後，2005 年の「介護サービス社会化のモデル事業の実施に関する通達」（関于開展養老服務社会化示範活動的通知）と 2008 年の「在宅介護サービスの全面的な推進に関する意見」（関于全面推進居宅養老服務工作的意見）が次々と公布され，家族による老親扶養を重視しながら，高齢者福祉サー

ビス産業の発展，高齢者福祉サービスシステムの構築を促進することを明確に提示してきた。そして，2012 年には民間企業が在宅介護サービス分野に進出することが推奨され，市場の競争原理が導入され始めた。

事例に即すと，2013 年には蘇州市呉江区政府が民間企業 A 社にサービスを外注する形をとるようになり，2016 年になると都市・農村を問わず，地域内で登録された 80 歳以上のすべての高齢者を対象とする訪問型在宅介護サービスが実施されるようになった。

C．調査対象の基本属性

本章は，上海近郊にある蘇州市呉江区 Q 鎮の K 村を調査地とし，そこで行われている訪問型在宅介護サービス（以下「訪問サービス」）を調査対象とする。ここでは，まずサービスの内容設定と運営体制，Q 鎮支部のホームヘルパーの属性について概括し，K 村の選定理由と調査方法を述べる。

a．訪問サービスの利用対象と内容

2020 年蘇州市の人口センサスによると，呉江区の総人口は 154.5 万人となり，そのうち 65 歳以上の高齢者は総人口の 13.0％を占めている。呉江区公営の高齢者福祉施設は社会福利院とほかの公営施設を合わせて 10ヵ所(注1) あり，主に身寄りのない高齢者を対象としている。ほかに，村ごとに娯楽の場として老人活動室が設置されているが，一般高齢者向けのサービスはほとんどなかった。そこで，呉江区政府は積極的高齢化への対応を行うために，2016 年に訪問サービスが運営されるようになり，条件を満たすすべての高齢者に提供している。具体的には，呉江区在住の戸籍を有する 80 歳以上の高齢者が世帯を単位として，月 3 時間の無料サービスを利用できる(注2) が，子供がいないなど，生活がより困難だと認められた場合(注3) も対象となる。

サービスの内容は表 4-1 に示した。主に，住宅掃除，個人衛生，日常生活の援助に区分される。実際のサービス内容は高齢者の注文によって毎回異なるが，主に居間と台所の掃除，理髪と爪切り，服の洗濯というサービスが最も多く利用される。高い所の窓拭きや換気扇，エアコンなど専門的な掃除用具が必要な清掃サービスは，他の専門の掃除グループによって行われる。

b．サービスの運営体制

図 4-1 のように，呉江区の民政局はサービスの発注者，民間企業 A 社およびそのホームヘルパーはサービスの提供者，高齢者はサービスの利用者となる。

2016 年に設立された民間企業 A 社は訪問サービスの事業委託を受け，呉江区の 9 地区にそれぞれ 1 名の支部長を募集・任命した。その後，支部長は各自でホームヘルパーを募集して高齢者に派遣することとなる。Q 鎮の場合，支部長は 22 名のホームヘルパーを募集・管理しており，月一回の例会以外に，日々のサービス調整をインターネットシステムとスマートフォンのアプリによって行っている。ホームヘルパーは一日に平均 3 世帯の高齢者を訪問し，およそ 1 ヶ月半で担当するすべての高齢者を一巡できる。企業 A 社はサービスの質を管理する

表 4-1　訪問型在宅介護サービスのメニュー

項目	内容
1. 住宅掃除の援助	(1) リビングルーム，トイレ，台所，家具などの掃除 (2) 窓拭き，キチンの換気扇，エアコン，トイレ，洗濯機，下水道の修理などの専門的な清掃道具が必要の作業（専業サービスに該当する）
2. 個人衛生の援助	(3) 髪洗い，髪切り，足洗い，手足の爪切り (4) 自宅で入浴の手伝い，濡れたタオルで体をふく
3. 日常生活の援助	(5) 服の洗濯，料理をするなど (6) 散歩や病院への同伴 (7) 日常生活用品，薬などの購入 (8) 光熱水道代の納入 (9) 心理的健康管理（会話，本と新聞の読み聞き，趣味活動の同伴など）

資料：民間企業 A 社のパンフレット（2019 年版）により作成。

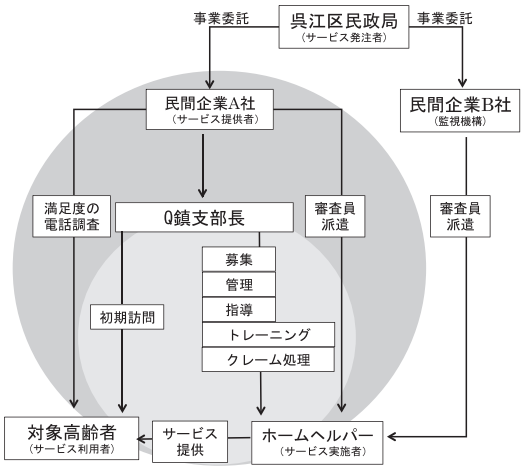


図 4-1　Q 鎮におけるサービスの運営体制
資料：著者作成。

ために，高齢者やその家族に電話調査を行ったり，審査員を派遣して現場で評価をしたりしている。これに加えて，区政府は民間企業 B 社に対し審査員の派遣委託を行い，監視を補完させている。

c．ホームヘルパーの属性

表 4-2 は Q 鎮支部に所属している 22 名のホームヘルパーの属性を示している。すべて女性であり，そのうち 7 割強の人が中学を卒業していない 50 歳代の女性である。彼女達は孫の世話[注4]が一段落しており，知人・現役ホームヘルパーの紹介（8 割強）により仕事を始め，一人当たりおよそ 90 人の高齢者にサービス行っている。半分以上のホームヘルパーは出身村とは異なる村が担当であり，3 割近くは他省からの嫁であるため方言も異なっている。このため，最初に対象高齢者を見つけ，自分の仕事を紹介し，サービスを開始するまで，高齢者との信頼関係を築くことにかなり工夫を要したという。こうした困難を乗り越え，7 割近くのホームヘルパーは 2 年以上働き続けている。

表 4-3 のように，彼女たちがホームヘルパーとして働くようになった動機をみると，家族の生活費を賄いたいという人が最も多いが，経済的な自由（小遣いなどを家族に請求したくない）や時間的な自由（孫の養育・ほかの仕事との両立）を求めている人も少なくない。そのほかに，高齢者との交流を好んだり，ホームヘルパーの仕事を通じてやりがいを感じたりして働いている人も多く存在する。

d．K 村の選定理由

これまで蘇南農村における高齢者の追跡調査を行った Q 鎮は蘇州市呉江区に属しており，地区内に市街地が 2，村が 21 ある。総人口は

表 4-2　Q 鎮支部のホームヘルパーの属性

	項目	人数	割合%		項目	人数	割合%
性別	男	0	0.0	学歴	なし	2	9.1
	女	22	100.0		小学中退	3	13.6
	合計	22	100.0		小卒	8	36.4
年齢	50 歳以下	2	9.1		中学中退	3	13.6
	51-55 歳	7	31.8		中卒	4	18.2
	56-60 歳	10	45.5		高卒・短大卒	2	9.1
	60 歳以上	3	13.6		合計	22	100.0
	合計	22	100.0	参入時間	1 年未満	3	13.6
出身地と担当村の相違	鎮外	6	27.3		満 1 年	4	18.2
	近くの村	8	36.4		満 2 年	7	31.8
	同じ村	8	36.4		3 年以上	8	36.4
	合計	22	100.0		合計	22	100.0
居住地と担当村の相違	遠隔の村	3	13.6	参入契機	自ら応募	4	18.2
	隣接の村	9	40.9		知人の紹介	5	22.7
	同じ村	10	45.5		現役の紹介	13	59.1
	合計	22	100.0		合計	22	100.0

資料：聞き取り調査によい作成（2019 年）。

表 4-3　ホームヘルパーの参入動機

動機		延べ人数
金銭面	家族の日常支度に賄う	14
	（うちに子供のため）	4
	経済的自由に望む	8
	養老に準備	2
時間面	暇つぶし	3
	時間的自由に望む	7
精神面	高齢者と相性が良い	3
	やりがいがある	6
その他	所得と仕事の大変さにバランス良い	5
	（うちに身体的・精神的障害の制約）	4
	知人の説得に拒否できない	3

資料：聞き取り調査によい作成（2019 年）。

62,232 人で(注5)，80 歳以上の高齢者の割合はおよそ 4.5%(注6) である。K 村の選定理由は，第一に総人口 1,439 人のうち，60 歳以上の者の割合が 35.2%（うち 80 歳以上が 4.5%）と高い水準にあることである。そして第二に，担当のホームヘルパーである W 氏は関係者からの評価が高く，非常に信頼される存在であり，個人的な人間関係の近さや高齢者の経済力など，健康状態以外の事情でサービスの内容や質を変化させることがないと考えられるからである。

本章においては K 村の高齢者にサービスを行うホームヘルパーの W 氏と同行しながら，計 63 人の高齢者（調査を拒否した者 2 名）からのヒヤリングと参与観察を行ったデータをもとにしている。認知症，耳の障害など，本人に聞き取りできない場合，その家族あるいはホームヘルパーが回答した。

e．高齢者の分類

高齢者を，主に食事，移動，着替，排泄などの ADL 動作の把握により高齢者の自立度を測定して分類した。そのうち，介助なしで生活できる高齢者を「完全自立者」，部分的に介助が必要される高齢者を「一部自立者」，寝たきりなど介助がなければ生活できない高齢者を「自立困難者」と分類した。

しかし，サービスが世帯を単位に提供されており，高齢者夫婦の場合で，しかも自立度に差がある場合には，分類が難しい。このため，K 村の高齢者をまず配偶者の有無により，配偶者なしの高齢者（44 世帯）と高齢夫婦（12 世帯）に区分した。そして，高齢夫婦のうちの一方の高齢者が 80 歳以上（5 世帯）である場合に，計算の便宜上，この 5 世帯と配偶者なしの 44 世帯を「1 世帯 1 高齢者」とみなして分析を行う。したがって，本章においては完全自立者（24 世帯），一部自立者（15 世帯），自立困難者（10 世帯）に区分し，残りの 7 世帯の高齢夫婦は別に分類した。

f．高齢者の概要

表 4-4 は K 村の高齢者の概要を示している。K 村では，56 世帯の高齢者（計 63 人）がサービスを利用できる。女性が男性よりやや多く，80 代前半の者が半数近くいる。彼らの 6 割強は配偶者と死別し，3 割は夫婦とも健在である。ほとんどの高齢者は法律上の介護者（子供）が存在し，そのうち子供と同居している高齢者は 6 割強で，独居している者は 3 割を占めている。

高齢者の病気は主に高血圧症など高齢期に入る前にすでに存在する生活習慣病と，老眼や聴力障害など生理機能の衰弱による疾病が挙げられ，高齢者の自立能力と強く関連している。表 4-5 は類別に高齢者が罹患している主要な病気を示している。全体からみると，高血圧症，関

表 4-4　K 村における高齢者の概要

	項目	人数	割合%		項目	人数	割合%
性別	男	30	47.6	自立状況	完全自立	31	49.2
	女	33	52.4		一部自立	18	28.6
	合計	63	100.0		自立困難	14	22.2
年齢	90＋	8	12.7	結婚状況	未婚	5	7.9
	85-89	25	39.7		夫婦健在	19	30.2
	80-84	30	47.6		死別	39	61.9
子供の人数	0	3	4.8	子供と同居	配偶者なし	28	44.4
	1	4	6.3		夫婦	13	20.6
	2 or 3	51	81.0	子供と別居	配偶者なし	16	25.4
	4 ＋	5	7.9		夫婦	6	9.5

資料：聞き取り調査によい作成（2019 年）。

表 4-5　高齢者の主要な病気

疾病	全体		完全自立		一部自立		自立困難	
	合計人数	63 人のうちの割合	延べ人数	割合	延べ人数	割合	延べ人数	割合
高血圧	23	36.5	17	44.7	2	8.0	4	25.0
関節炎症	11	17.5	1	2.6	8	32.0	2	12.5
聴力障害	12	19.0	9	23.7	3	12.0	0	0.0
視力障害	4	6.3	1	2.6	2	8.0	1	6.3
心臓病	4	6.3	1	2.6	0	0.0	3	18.8
気管病	5	7.9	1	2.6	2	8.0	2	12.5
認知症	8	12.7	3	7.9	5	20.0	0	0.0
その他	12	19.0	5	13.2	3	12.0	4	25.0
合計	79	100.0	38	100.0	25	100.0	16	100.0

資料：聞き取り調査より作成（2019 年）。
注：その他には，がん，衰弱，前立腺炎，痛風などが含まれる。

節炎症，聴力障害，認知症の罹患率が上位である。そのうち，完全自立者の中で高血圧症の罹患率が最も高く（44.7%），一部自立者は関節炎症（32.0%）や認知症（20.0%）などの影響によって，移動，入浴，着換などの ADL が困難となり，自立度が低下している。また，自立できない者の中で，高血圧症による脳卒中（25.0%）や心臓病（18.8%）が原因で介護を要する者が最も多い。

D．高齢者の自立度別にみたサービス利用の相違

a．完全自立者のサービス利用

表 4-6 は 1 世帯 1 高齢者のうち，完全自立者の状況を示している。24 世帯のうち，15 世帯は子供と同居しており，料理など家族の世話までできる高齢者と，自分の世話だけをしている者がそれぞれ半数近くを占めている。子供と別居している高齢者を含め，彼らはほぼ自立していることが分かる。

完全自立者によるサービスの利用内容は，居間と台所の掃除サービスが最も多い。理髪のサービスもよく利用されていることは，理髪のお金が節約できるため，年金[注7]のすくない農村高齢者に喜ばれるサービスである。他のサービスは個人の体調や性差によって一定の選択がみられた。一般的に，月一回のサービスを待っ

表 4-6　完全自立の高齢者の利用状況

	項目	世帯数	割合%		項目	世帯数	割合%
子供と同居							
年齢	90＋	5	33.3	サービスの実施状況	住宅掃除	15	100.0
	85-89	2	13.3		個人衛生	12	80.0
	80-84	8	53.3		洗濯	8	53.3
	合計	15	100.0		その他	1 件	—
家事のやる状況	やらない	1	6.7	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	8	53.3
	自分の部分のみ	7	46.7		個人衛生	0	0.0
	家族の世話まで	7	46.7		洗濯	1	6.7
	合計	15	100.0		注文による	6	40.0
	（農作業）	2	13.3		合計	15	100.0
子供と別居							
年齢	90＋	0	0.0	サービスの実施状況	住宅掃除	7	77.8
	85-89	5	55.6		個人衛生	5	55.6
	80-84	4	44.4		洗濯	6	66.7
	合計	9	100.0		その他	1 件	—
家事のやる状況	やらない	0	0.0	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	6	66.7
	自分の部分のみ	9	100.0		個人衛生	1	11.1
	家族の世話まで	0	0.0		洗濯	0	0.0
	合計	9	100.0		注文による	2	22.2
	（農作業）	2	22.2		合計	9	100.0

資料：聞き取り調査より作成（2019 年）。
注：その他ではサービス時間外の洗濯，サービス時間を子供に使うことそれぞれ 1 件がある。

ていられないこと，プライバシーにかかわることを外の人にやらせたくないことなどで，高齢者が自力でやっている。例えば，一人暮らしの男性高齢者は，理髪へのこだわりや異性との接触を避けることにより個人衛生サービスを拒んだ者が多い。

ほかに，年末の大掃除，冬着の洗濯など季節性のある家事や，たまに農作業の手伝いまで高齢者に頼まれると，ホームヘルパーはできる限り対応している。もちろん，これらの高齢者にとって，サービスがなくても生活上の問題とはならないが，気軽に利用できるから便利であると思っている者が多い。

b．一部自立者のサービス利用

表 4-7 のように，15 世帯の 3 分の 2 が子供と同居しており，同居率は完全自立者より多くなっている。年齢別にみると，完全自立者の大半が 80 代前半であるが，一部自立者は 80 代後半の者が多い。高齢者は同居する家族の世話をせず，半数が自分の部屋の掃除や洗濯などの家事もしておらず，関節炎や認知症など体調の制限によって，家事ができない，または家族が家事をさせないことが多い。家族と別居している高齢者は，自立度の低下により子供と同居する傾向にあり，割合が減少している。

サービスの利用状況は，同居・別居を問わず，家事をする高齢者の割合が少ないため，住宅掃除，個人衛生，洗濯などすべての項目をサービスに依存している。その他に個別の要望への対応として家電修理の代行が 1 件，簡易的なトイレ掃除が 1 件，サービス時間外での洗濯の依頼が 2 件，床の凹凸の修理が 1 件あった。

サービスの利用度が高くなった直接的な理由は高齢者の自立度の低下にあると考えるが，仕事の忙しい子供に迷惑をかけたくない気持ちもあると回答している。

c．自立困難者のサービス利用

表 4-8 は 10 名の自立できない高齢者の状況を記載している。寝たきりになった者が 2 名であり，その他も疾患や身体障害などを抱えてお

表 4-7　一部自立の高齢者の利用状況

子供と同居							
	項目	世帯数	割合%		項目	世帯数	割合%
年齢	90＋	1	10.0	サービスの実施状況	住宅掃除	10	100.0
	85-89	6	60.0		個人衛生	10	100.0
	80-84	3	30.0		洗濯	10	100.0
	合計	10	100.0		その他	2 件	—
家事のやる状況	やらない	5	50.0	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	2	20.0
	要援助	3	30.0		個人衛生	0	0.0
	自分の部分のみ	2	20.0		洗濯	3	30.0
	合計	10	100.0		注文による	5	50.0
	（農作業）	0	0.0		合計	10	100.0
子供と別居							
年齢	90＋	2	40.0	サービスの実施状況	住宅掃除	5	100.0
	85-89	1	20.0		個人衛生	5	100.0
	80-84	2	40.0		洗濯	5	100.0
	合計	5	100.0		その他	3 件	—
家事のやる状況	やらない	0	0.0	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	1	20.0
	要援助	1	20.0		個人衛生	0	0.0
	自分の部分のみ	4	80.0		洗濯	1	20.0
	合計	5	100.0		注文による	3	60.0
	（農作業）	1	20.0		合計	5	100.0

資料：聞き取り調査より作成（2019 年）。
注：その他では修理代行の依頼 1 件，トイレの掃除 1 件，サービス時間外洗濯 2 件と床の修理工事 1 件がある。

り，自立できない。そのうち２名は配偶者によって介護され，高齢世代の自立をしている。そのほかの７名は，子供と同居しながら介護されるか（４名），あるいは子供が定期的に訪問し，食事・掃除などの介護を行っている（３名）。残りの１名は自分の子供がおらず，兄の子供が時々訪問している。

このような自立できない高齢者に対し，専門的な介護知識を持っていないホームヘルパーは介護者の補助的な業務を行っている。特に，高齢者の体拭き，着替え，ベッドシーツの交換などのサービスを行う時，かなりの体力が求められ，介護者の協力がないとできない。さらに，天候が悪ければ，高齢者が風邪を引くなど病状が重くなるリスクが高く，個人衛生のサービスができないこともある。このため，ホームヘルパーの仕事は量的に少なくなっている。

その一方で，質的なサービスを自ら提供する姿も見られた。自立できない高齢者は身体的苦痛の他に，精神的な苦しみも味わっているが，それに対して，ホームヘルパーが高齢者と会話し，励ますこともある。

ｄ．高齢夫婦のサービス利用

高齢者夫婦の場合には，サービスの対象者が２人となり，定番の住宅掃除以外に，個人衛生に要する時間が多くなる。介護の必要な高齢者に対しては，配偶者が主な介護者となり，その子供も協力できるため，ホームヘルパーがサービスを受け持つ場合は少なく，注文によってサービスが利用されている。また，夫婦２人とも健康状況が悪い場合には，サービスの依存度が高くなり，一部自立者のサービス利用度に相当している。

ｅ．利用差異の要因

以上のように，自立度の違いによって，訪問サービスに対する高齢者の利用には相違が見られた。完全自立者はサービスがなくても生活できるため，注文によってサービスが行われることが多いが，男女回避やプライバシーに係る部分は他人に任せない傾向も見られた。次に，自

表 4-8　自立困難の高齢者の利用状況

子供と同居							
	項目	世帯数	割合％		項目	世帯数	割合％
年齢	90＋	0	0.0	サービスの実施状況	住宅掃除	4	80.0
	85-89	2	40.0		個人衛生	3	60.0
	80-84	3	60.0		洗濯	1	20.0
	合計	5	100.0		その他	1件	—
家事のやる状況	やらない	5	100.0	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	3	30.0
	要援助	0	0.0		個人衛生	0	0.0
	自分の部分のみ	0	0.0		洗濯	0	0.0
	合計	5	100.0		注文による	2	20.0
	（農作業）	0	0.0		合計	5	50.0
子供と別居							
年齢	90＋	0	0.0	サービスの実施状況	住宅掃除	3	60.0
	85-89	3	60.0		個人衛生	4	80.0
	80-84	2	40.0		洗濯	2	40.0
	合計	5	100.0		その他	2件	—
家事のやる状況	やらない	5	100.0	最も利用度の高いサービス	住宅掃除	2	40.0
	要援助	0	0.0		個人衛生	0	0.0
	自分の部分のみ	0	0.0		洗濯	1	20.0
	合計	5	100.0		注文による	2	40.0
	（農作業）	0	0.0		合計	5	100.0

資料：聞き取り調査より作成（2019 年）。
注：その他では会話と食事の補助が含まれる。

立度が低下した一部自立の高齢者はできるだけ子供に迷惑をかけず，訪問サービスのすべての項目を利用するようになり，自立の生活を完結している。さらに，自立できない高齢者は，生活の全般を介護者に頼っているため，月一回の訪問サービスは介護者の負担を一時的に軽減する効果，あるいは定期的な訪問が高齢者への励ましになる効果が認められた。

このように，一部自立者のサービス利用度が高く，完全自立者と自立困難者の利用度が比較的低い現象が現れているが，その要因はサービスの需要と供給のアンバランスにあると考えた。なぜなら，健康的で自立的な生活を長く維持し，自立できない時期の苦痛を少なくすることが高齢者共通の要望だからである。これを前提にすると，自立できる者は健康管理を通じて自立生活を長く維持することを求めており，健康状態が低下した一部自立者も同様に，治療による健康状態の改善，あるいは支援による自立の生活を完結することを求めている。さらに，自立できない者に対しては，生活全般の介護が必要とされ，身体と心理の苦痛を軽減することが希望される。特に，この村の高齢者は，全体の4割近くが高血圧症であり，脳卒中になった者が自立困難者の4分の1存在している。このため，関節炎症や認知症などの基礎疾患を含め，発症前の予防，発症後のリハビリテーションを気軽に利用できる医療保健サービス，あるいは，寝たきり後の専門的な介護サービスが必要されると考えた。

その一方で，需要側のこれらのニーズに対して，供給側には老親扶養の弱体(注8)，施設の入居困難があるため，在宅介護サービスが期待されてきた。しかし，現在の家事援助，生活介助を中心とした訪問サービスは一部自立者の自立生活を完結するニーズに当てはまっているが，高齢者の健康管理面や介護面のニーズには対応しきれていない現状にある。しかも，これらのニーズに対応するため，専門知識をもつホームヘルパーの育成と確保が必要であるが，現有のホームヘルパーの属性をみると，制約が大きい。それはまず，年齢や学歴の制約によって，専門知識の水準が若者に及ばず，体力的にも懸念される。そして，これらの中年女性の参入動機は，家族のことを最優先的に考えており，仕事の大変さの影響で家事とのバランスが崩れると，仕事を辞めてしまう可能性が高い。軽工業が盛んでいる該当地域では，ホームヘルパーの募集困難が最初から存在しているのである。

さらに，サービスの内容の拡大と質の向上に向けて，高齢者の多様なニーズに素速く対応する仕組みが見られなかった。A社本社の電話調査を含め，区政府・監視機構企業B社から派遣された審査員は家事援助や生活介助サービスの完成度を中心にしてチェックしている。その結果，高齢者の注文に応じて，定期的に病院へ同行すること，住宅掃除や個人衛生をせずに散歩の同伴や会話をすること，あるいは寝たきりの高齢者にマッサージのみをするなどのサービスは，現在の評価システムでは認められていない。

このため，需要側に医療保健サービスや専門的な介護サービスが必要とされても，それに対応する人材や仕組みが整っていないことが問題である。なお，区政府，A社本社，監視機構企業B社という3者のそれぞれが，実際のサービスをどのように評価しているかについての分析は薄いが，サービスの需要と供給のアンバランスの判明には影響がないと判断した。

E．小括

本章の課題は，蘇州市呉江区において実施されている訪問型在宅介護サービスを対象として，高齢者の自立度によるサービス利用の相違を明らかにし，農村部における在宅介護サービスの課題を検討することにあった。

上海近郊に位置する蘇州市呉江区は地区内の高齢者がよりよく生活できるように，都市農村を問わず訪問型在宅介護サービスを実施している。民間企業A社及びそのホームヘルパーがサービスの実際の提供者であり，呉江区政府はそのサービスを発注し，対象高齢者に無料で利用させている。しかし，家事援助と生活介助を中心とした訪問サービスによって，高齢者の生活水準は一定の向上を見せたが，完全自立と自立困難の高齢者の利用度が比較的低いという現象が起きている。その要因は，利用者の需要と

提供者のサービス供給のアンバランスにあり，医療保健サービスと専門的な介護サービスが求められる段階になっていると考えられる。

しかし，こうしたサービスの内容の拡大と質の向上には困難があり，特にサービスの発注者（区政府）と利用者（高齢者）の認識が一致しておらず，高齢者の多様なニーズに素速く対応できる仕組みが不足し，人材であるホームヘルパー（あるいはサービス従事者）の育成と確保も問題である。

農村部は都市部より領域が広大であり，地縁的な性格も強く，地方の方言や習慣等の制限により，都市部からホームヘルパーを派遣することが難しい。このため，地元の人を活用し，専門知識の訓練や労働環境の改善を行うことが今後の課題となっている。

注

1）『2020 年蘇州市統計年鑑』による。

2）世帯を単位とする意味は家族内に条件を満たす高齢者が 2 人いる場合に，合わせて月に 3 時間のサービスが利用できるということである。

3）60 歳以上の下記に認定された者もサービスの利用対象となっており，その利用時間は一人あたり月 48 時間である。呉江区居家養老服務標準(試行)に関する通知(2018)によると，五保戸，低保戸（生活保護者に相当），子供がおらず就労不能である生活困窮者,「一人っ子」証を有する生活困窮者，子供がおらず障害のある生活困窮者，さらに優遇策として市レベル以上の労働模範，退役軍人，帰国華僑である。

4）この地域では，祖母が孫の養育を行う習慣がある。孫が生まれたら，働いている祖母が離職し，孫が 5 歳になって幼稚園に入園すると，孫の世話をしながら，また仕事を探すこととなる。

5）Q 鎮人口のうち，農村戸籍の者（51,788 人，全体の 83.2%）が多数を占めているが，非農業従事者（47,420 人，全体の 76.2%）が多く，農地のほとんどが上海ガニの養殖地に転用され，ケーブル製造産業と紡績産業が主産業となっている。

6）高齢者の割合は『2018 年呉江区統計年鑑』の総人口と Q 鎮支部長が把握する高齢者の人数によって算出した。

7）2019 年当時，呉江区の農村高齢者は年間約 5000 元の都市・農村住民年金と年間 600 元の高齢者手当を受給できる。

8）高齢化が進む中で，核家族化と若年層の移動によって家族の扶養機能が大きく低下している。さらに，蘇南地域では，教育の高度化・長期化，子育て期の延長と若者の晩婚化が見られ，子供に援助することと老親扶養という二重の義務を負わざるを得ない中年の第二世代が限界にぶつかると，老親扶養の実行が困難になる事態が発生する（王ら[39]）。

VI. 総括と総合的考察

中国の農村部では，急速な高齢化，核家族化の進行によって老親扶養の機能が衰退しており，施設サービスを利用できない中で，在宅介護サービスも十分普及を見せておらず，農村高齢者の扶養が問題となっている。老親扶養の重視，福祉施設の不足，高齢者の精神的健康の維持という側面から在宅介護は現段階の農村高齢者の扶養問題の最善策であると考えられる。

高齢者の在宅介護に関する福祉事業は全国統一的なものではなく，地域間の格差は大きい。本論の対象地域である蘇南農村は，蘇州市の南部，上海市の西部という都市近郊に位置しており，蘇州市政府の強力な財政力を基礎に，上海市の発達な福祉市場に影響される地域優位性によって，全国に先立って農村部で在宅介護サービスが普及された。しかも，老親扶養が維持されることによって，蘇南農村は在宅介護を検討する条件が揃えられた。

本論の課題は，中国における高齢化社会の出現の中で，高齢化がより進展を見せている農村部を対象として高齢者福祉の一環として制度的に実施されている在宅介護サービスの到達点を高齢者の自立度とそれにもとづく介護サービスに対する要求度に注目しながら明らかにすることにある。

A．各章の要約

第一章「分断的な高齢者福祉事業の展開」では，社会的背景としての高齢者福祉事業の展開を整理した。計画経済期の遺産として形成された二元的社会構造は都市部と農村部を区分し，「都市が先，農村が後」の順位に分立した社会保障制度を成立させた。中国の社会福祉は社会保障制度のサブシステムの一つとして位置付けられ，そこに含まれる高齢者福祉は高齢者の基本的な生活ニーズを満たすことを目的としている。高齢者の扶養はその家族の責任を基本として，私的介護の不足部分を福祉市場のサービスによって補完し，国の財政による直接的な支援（公営施設など）は最小限にする形で高齢者福祉事業が展開されてきた。しかし，福祉サービスの購買力が小さいために農村部での福祉市場の発展は困難であり，多くの農村福祉は公営の施設サービスに留まっている。国は私的介護を優先しているため，一般高齢者を施設への入所対象とはしておらず，農村高齢者は経済的な理由から私的介護に依存せざるを得ないことが明らかとなった。中国の地区間の福祉格差は東部都市部と内陸農村部の間に大きく存在しており，対象地域の蘇南農村は両者の中間に位置している。

第二章「A 村における高齢者の生活と老親扶養の性格」では，蘇南農村 A 村を対象とした実態調査をもとに高齢者の高齢期の段階に対応した老親扶養の性格を明らかにしている。高齢者は余裕がある高齢前期に日常的に子世代のサポートをし，余裕がなくなる高齢中期は自立生活を維持を図っており，老親扶養は生活面と精神面でのサポートが中心である。そして，本格的な介護は自立能力を失ってから亡くなるまでの短期間（高齢後期）に集中している。このように，高齢前期には子世代の生活の向上に貢献するが，最期の生活が子供によって保障されていることが高齢者の精神的な安らぎにつながる。しかし，教育の高等化や晩婚化により子供への援助が長期化し，自分の仕事のほかに老親扶養も迫られる中年世代は困難に直面し，老親扶養の実行が困難になりつつあり，私的介護のみでは対応できない事態にあることを明らかにしている。

第三章「高齢者の自立度低下による主要ニーズの変化」では，後期高齢者（80 歳以上）の属性と自立度による分類を行っている。FIM と BI の ADL（日常生活動作）評価方法を参考に，高齢者の自立度を評価した。対象高齢者のうち，完全自立者と補助具の利用で自立できる者は 7 割強であり，一部自立者と自立困難者は 3 割ほどを占めている。高血圧症は最も罹患率の高い病気であり，続いて関節機能の衰弱が多い。こうした血管，膝，耳など臓器機能の衰弱は自立度の低下と強く関わっている。特に入浴と下半身の着換えは最も早い段階で困難になる項目であり，しかも脳卒中で倒れるとすぐ自立困難の状態になり回復は難しい。自立度の低下に伴い，金銭管理や買い物，料理・家事ができなくなり，これら生活維持に必須の項目での援助が高齢者のニーズとなっている。自立できる者の主要ニーズは保健・健康管理にあり，自立度の低下によって家事や日常生活の援助，そして介護の援助が必要とされることを明らかにしている。

第四章「蘇南農村における訪問型在宅介護サービスの実態と課題」では，蘇南農村における訪問型在宅介護サービス（訪問サービス）の到達点を分析した。対象とした K 村において自立度の異なる高齢者（健康，一部自立，自立困難の 3 段階）の訪問サービスの利用に相違があることを明らかにしている。サービスの運営体制は，地方政府が民間企業に事業委託をし，対象高齢者にホームヘルパーが派遣され，月 1 回の無料でのサービスが利用できる仕組みである。その中で，一部自立者は，キッチンの掃除，理髪と爪切り，そして洗濯サービスの利用率が最も高く，高齢者の生活に一定の向上が見られた。しかし，健康な高齢者と自立困難者の利用率は比較的低く，前者では医療保健サービスが，後者では専門的な介護サービスが求められている。しかし，ホームヘルパーの専門性の欠如のために，高齢期の段階に対応したニーズの変化に対応することができず，サービスに対する需要と供給のアンバランスの是正が求められていることを明らかにした。

B．総合的考察

本論では，支援を受ける側の農村高齢者と支援をする側の老親扶養と在宅介護サービスを整理したうえで，図終-1 の通りで在宅介護の課題を検討した。

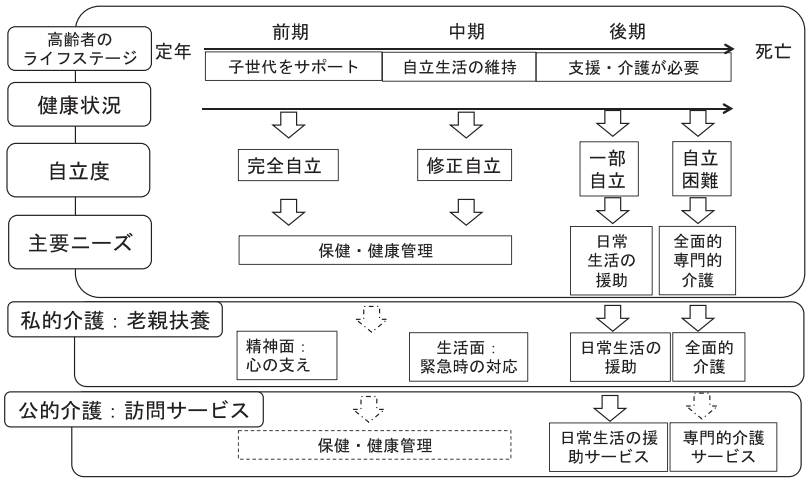
蘇南農村の高齢者のライフステージは定年後の前期，中期，後期に分けられる。前期には今後の高齢生活の準備をすることより，日常的に子世代をサポートすることを優先的に考えている。中期には子世代へのサポートの余裕がなくなるが，子供に負担をかけずに自立生活を維持することに心がけている。そして一部自立・自立困難の高齢後期には，自立度の低下にともない，高齢者は家事の手伝い，病院への同伴，全面的介護のように徐々に他人に依存するようになっている。このようなライフステージは単純に高齢者の年齢によって区分することはできず，それぞれの高齢者やその家族の状況によって変わってくる。しかし，できるだけ子供をサポートしようとする点，子供に負担をかけたくないという思いが蘇南農村の共通認識であると考えられ，一部自立・自立困難の高齢後期にまで影響をおよぼしている。

高齢者の自立度の相違と主な病気を分析した結果，完全自立できる者を含め，高血圧症と関節機能の衰弱は最も罹患率の高い病気であり，自立度低下の要因となる。特に，高血圧症による脳卒中，足の不自由による転倒の発生は健康の高齢者であっても，すぐに一部自立・自立困難の状態に陥り，完全回復は期待できない。そして，徐々に自立度が低下する場合，高齢者は金銭管理や買い物，料理・家事が不能になり，これら生活維持に必須の事項への支援が必要となる。自立できる者の主要ニーズは保健・健康管理にあり，一部自立者では家事や日常生活の援助に関するニーズが高く，自立困難の高齢者は専門的介護の援助が必要とされる。

このような高齢者の異なるニーズに対して，蘇南農村の私的介護と社会的支援では次のように対応している。

まず，老親扶養の実態をみると，高齢前期では精神面の支えが中心であり，中期では徐々に生活面と経済面の支援が加えられ，後期に至ると全面的介護が行われるようになる。高齢者は前中期には円滑な親子関係を保持することを重要視し，そのことによって後期になると現行の社会保障･福祉が届かないなかで，子世代によって介護される。しかし，少子化，核家族化による親子の別居状況，扶養意識の変化に影響を受け，老親扶養の機能は弱体化しつつあり，特に高齢後期での全面的介護期間が長くなると，老親扶養のみでは限界があらわれ，社会的支援が必須となるケースが多い。

私的介護を優先する高齢者福祉の基本理念の



図終-1　蘇南農村における在宅介護の課題

資料：著者作成。

もとで，蘇南農村の一般高齢者は救済的な公営施設から排除され，私営施設についても金銭的負担から入居が困難であり，社会的支援では訪問型在宅介護サービスしか利用できない。現段階の家事援助と生活介助を中心とした訪問型在宅介護サービスは一部自立の高齢者において最も利用度が高く，高齢前中期の健康な高齢者の生活状況にも一定の向上効果を持ち，これら高齢者の自立生活期間を延長する役割を果たしている。しかし，健康な高齢者と自立困難者において必要とされる保健・健康管理サービスや専門的な介護サービスに対しては対応ができないことは明白である。特に，自立困難者に対して家事援助を行うことは高齢者を支援するというより，その家族を支援していると言える。

このように，中国では高齢者対策として在宅介護の方式を重点としてきたが，在宅介護サービスが先進的に展開した蘇南農村では，老親扶養のみで対応しきれいない自立困難者は在宅介護サービスでも十分に支援されておらず，支援から漏れている存在となっている。このため，社会的資源が限られた農村地域において最も支援が必要される自立困難者への対応は大きな課題となっているのである。

本論では中国の高齢化問題を高齢者の介護に関する制度の未整備に着目し，東部都市部と内陸農村部の中間に位置している蘇南農村の在宅介護を対象に検討した。その結果は，健康な高齢者と自立困難者のニーズが充足されていないということであった。そして，単に物質面のみではとらえきれない「社会資源の豊かさ」の格差を考えると，鄔ら[40]が指摘した地域間，都市・農村間，階層間，世代間のほかに，本論が分析した自立度の区分を付け加えることができる。この格差の中で最大の社会的弱者は，中国内陸の農村部に見られる子世代が出稼ぎに行って見捨てられた自立困難者であり，これら高齢者への「社会資源」の充実が喫緊の課題と言える。

しかし，「家庭を基盤とし，コミュニティをよりどころに施設を補充」する高齢者福祉サービスシステムの構築を志向している中国の高齢者福祉政策の下で，自立困難者の世話はやはりその家族の責任であり，社会的支援は，介護家族を金銭的・サービス的支援によってサポートする方向となる。もう一つは，自立困難者，特に内陸農村部の自立困難者を福祉施設に集中し，専門的介護サービスを提供するという方向が考えられる。このため，在宅介護と福祉施設の選択においては，自立困難者の発見及び評価に関するシステムの構築が必須である。年齢条件だけではなく，自立度に対する適切な評価がこれから高齢者福祉のあり方に重要なポイントになるが，高齢者福祉にかかわる法整備，資金調達，介護人材の育成・確保という制度面の整備と改善も必要となろう。

参考引用文献

［日本語文献］
［1］新見陽子「家族が抱える高齢者介護の負担―現状と課題―」『東アジアへの視点』第 28 巻第 1 期，pp.11–23，2017
［2］石田路子「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」『城西国際大学紀要』第 21 巻第 4 期，pp.1–29，2013
［3］遠藤敏，滝沢茂男「FIM 基準に準ずる簡易 ADL 評価について」『バイオフィリアリハビリテーション研究』第 1 巻第 1 号，pp.29–30，2002
［4］于洋・何立新等「第 3 章公的年金制度の実態と動向」『中国の社会保障制度の現状と動向』科学技術振興機構中国総合研究センター編，2013
［5］郭芳『中国農村地域における高齢者福祉サービス』明石書店，2014
［6］郭芳「中国における福祉の「市場化」の展開と特徴に関する考察」『社会政策』第 10 巻第 2 号，pp.105–116，2018
［7］許福子「中国・大連市における在宅介護サービスの現状と課題―主として中国の社区福祉サービスの展開に関連して」『東北福祉大学研究紀要』第 31 巻，pp.83–100，2007
［8］国際連合・高齢者問題世界会議『高齢者問題国際行動計画』，1982，http://www.ipss.go. jp/publication/j/shiryou/no. 13/data/

shiryou/syakaifukushi/198.pdf
［9］国際連合・高齢者問題世界会議『高齢者のための原則』，1991，http://naga-jinken.c.ooco.jp/shiryo1/senior1.htm
［10］姜波「中国全土に推進される在宅介護サービス事業の現状と課題」『川崎医療福祉学会誌』第 21 巻第 1 期，pp.1-9，2011
［11］瀬尾津雲，工藤悠平「訪問リハビリテーション利用者の社会参加に関わる要因について」『理学療法学 Supplement』47S1 巻 O-057，2020
［12］厳善平『現代中国農家の人口と労働：農家調査のミクロデータに基づいて』人間文化研究機構（NIHU）現代中国地域研究幹事拠点早稲田大学現代中国研究所，2012
［13］坂下明彦・朴紅・市来正光「中国蘇南地域における農業生産システムの変化と土地問題―江村の追跡調査(1)」『農経論叢』，第 62 集，pp.15-24，2006
［14］朱珉「第 9 章中国―「単位」保障から社会保障制度へ―」田多英範編『世界はなぜ社会保障を創ったのか』ミネルヴァ書店，2014
［15］徐栄「中国の社区居家養老にあるべき視点」『Int'lecowk ―国際経済労働研究』第 64 巻第 11・12 期，pp.17-25，2009
［16］徐栄「中国の高齢者福祉入所施設のあり方に関する研究」『評論・社会科学』第 91 号，pp.107-126，2010
［17］鈴木未来「現代中国における福祉専門職の社会的位置づけ―高齢者福祉の囲い込み現象から」21 世紀東アジア社会学　第 10 期，pp.1-10，2019
［18］田多英範『世界はなぜ社会保障を創ったのか』ミネルヴァ書店，2014
［19］田中きよむ，包敏「中国都市部における高齢者福祉事業の動向と展望―蘇州・上海市の福祉施設を事例として」『高知論叢』第 76 巻，pp.133-162，2003
［20］陳暁嫻「中国の高齢者福祉施設運営の多元化について―蘇州の福祉施設実態調査を事例に」『日中社会学研究』第 11 巻，pp.167-189，2003
［21］沈潔『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか：社会主義・資本主義の調和』ミネルヴァ書房，2014
［22］張継元『中国農村地域における地域福祉の実態と課題：北京・河北・浙江・甘粛の四地域調査を通じて』富士ゼロックス株式会社小林基金編，2017
［23］張継元著『中国農村部における地域福祉の可能性：未富先老社会と福祉ミックス』ミネルヴァ書房，2020
［24］千葉まさこ「FIM（Functional Independence Measure；機能的自立度評価法）による ADL 評価の実用性の検討」長崎大学医療技術短期大学部紀要，第 12 期，pp.115-120，1999
［25］朴紅・坂下明彦・市来正光「中国蘇南地域の農村工業化と就業構造―江村の追跡調査（2）」『農経論叢』第 62 集，pp.25-37，2006
［26］朴紅・市来正光・坂下明彦「中国蘇南地域における農家の就業構造の特質　第 13 組のモノグラフィー―江村の追跡調査(3)」『農経論叢』第 67 集，pp.71-84，2008
［27］朴紅・坂下明彦・姚富坤「中国蘇南地域における農地転用と農地調整―江村の追跡調査(4)」『農経論叢』第 65 集，pp.117-130，2010
［28］朴紅・坂下明彦・姚富坤「蘇南地域における農村企業の展開と出稼ぎ労働者―江村の追跡調査(7)」『農経論叢』第 67 集，pp.83-95，2012a
［29］朴紅・坂下明彦・姚富坤「蘇南地域における農村工業の転換と雇用吸収力―江村の追跡調査(6)」『農経論叢』第 67 集，pp.73-81，2012b
［30］費孝通著，横山廣子訳『生育制度：中国の家族と社会』東京大学出版社，1985，https://openjicareport.jica.go.jp/pdf/12153284.pdf
［31］蓑輪明子「自活，家族扶養，社会的扶養をめぐる理解とその変遷」『貧困研究』第 7 号，pp.46-57，2014
［32］森岡清美・望月嵩共著『新しい家族社会学』

培風館，1997
［33］楊立雄「第 10 章中国の社会福祉制度」『中国の社会保障制度の現状と動向』科学技術振興機構中国総合研究センター編，2013
［34］李国珍『新農保体制か農村老年人養老研究―湖北仙桃範湾村和漢川洪北村の調査を例として』世界図書出版社，2013
［35］冷水豊編著『老いと社会：制度・臨床への老年学的アプローチ』有斐閣，2002
［36］冷水豊等『高齢者の家族介護と介護サービスニーズ』東京都老人総合研究所社会福祉部門編，光生館，1996
［37］八並光信，遠藤敏等「在宅片麻痺患者の FIM に関する考察」『理学療法学 Supplement』第 24 巻第 2 期，1997
［38］楊立雄，2013，「中国の社会福祉制度」科学技術振興機構中国総合研究センター編『中国の社会保障制度の現状と動向』，pp.130-147
［39］王鄢，朴紅，坂下明彦「中国蘇南農村における高齢者の生活と老親扶養の性格」『フロンティア農業経済研究』第 23 巻第 2 期，pp.67-81，2021
［中国語文献］
［40］鄔滄萍，何玲，孫慧峰「『未富先老』命題提出的理論価値和現実意義」『人口研究』第 31 巻第 4 期，pp.46-52，2007
［41］郭于華「代際関係中的公平邏輯及其変遷―河北農村養老事件的分析」『中国学術』第 4 期，pp.221-254，2001
［42］郭競成「中国居家養老模式的選択」『寧波大学学報（人文科学版）』第 23 巻第 1 期，pp.106-111，2010
［43］郭競成「農村居家養老服務的需求強度与需求弾性」『社会保障研究』第 1 期，pp.47-57，2012
［44］A 村誌編纂小組『A 村誌』蘇州人民出版社，2015
［45］A 村誌編纂小組『A 村誌』方志出版社，2017
［46］黄俊輝，李放，趙光「農村社会養老服務需給評估―基于江蘇 1051 名農村老人的問卷調査」『中国農村観察』第 4 期，pp.29-41+51，2015
［47］蔡昉・葛強等『中国農村老年人口的養老保障：挑戦与展望』，世界銀行，2012，http://documents.shihang.org/curated/zh/703791468217159934/The-elderly-and-old-age-support-in-rural-China-challenges-and-prospects
［48］謝舜方・曹雪娟他『江村七十年』南京師範大学出版社，2010
［49］肖倩「農村家庭養老問題与代際権力関係変遷―基于贛中南農村的調査」『人口与発展』第 16 巻第 6 期，pp.52-59，2010
［50］鐘暁慧・何式凝「協商式親密関係：独生子女父母対家庭関係和孝道的期待」『開放時代』第 1 期，pp.1-22，2014
［51］鐘漲宝・路佳・韋宏耀「逆反哺？ 農村父母対已成家子女家庭的支持研究」『学習与実践』第 10 期，pp.92-103，2015
［52］田雪原「『未富先老』視角的人口老齢化」『南方人口』第 25 巻第 2 期，pp.13-17，2015
［53］陳皆明「投資与老親扶養―関与城市居民代際交換的因果分析」『中国社会科学』第 6 期，pp.131-145，1998
［54］陳柏峰「代際関係変動与老人自殺―湖北省京山農村的実証研究」『社会学研究』第 4 期，pp.157-176，2009
［55］陳友華「居家養老及其相関的几个問題」『人口学刊』第 4 期，pp.51-59，2012
［56］中国高齢者権益保障法，2018
［57］中国発展基金会『中国発展報告 2020：中国人口老齢化的発展趨勢和政策』，2020
［58］中国の高齢者施設サイト「養老網」https://www.yanglao.com.cn/suzhou（2021 年 3 月 12 日時点のアクセス）
［59］常向群著，毛明華訳『関係抑或礼尚往来―江村互恵・社会支持網・社会創造的研究』遼寧人民出版社，2009（中文），および朴紅書評『日中社会学研究』19，pp.206-208，2012
［60］張国平『農村老年人居宅養老服務体系研究』中国社会科学出版社，2015

［61］鄭功成「中国社会福利改革与発展戦略：从照顧弱者到普恵全民」『中国人民大学学報』，第 2 期，pp.47-60，2011
［62］薛暁宇，董晨雪「蘇州市斜塘街道敬老院養老管理与服務探析」『法制与社会』第 18 期，pp.181-182 + 192，2018
［63］穆光宗「老年人口的精神扶養問題」『中国人民大学学報』第 4 期，pp.124-129，2004
［64］房利傑「上海市老齢化と老年服務調査報告」『中国老齢化問題相関的信息收集与確認調査最終報告書』日本国際協力機構（JICA），2014，
［65］楊団，畢天雲，楊剛『21 世紀中国農民的社会保障』社会科学文献出版社，2010
［66］李国珍「村庄家庭養老秩序的変遷研究—湖北某村李氏家族盛衰変遷為例」『南方人口』第 28 巻第 6 期，pp.26-33，2013
［67］李建民「『未富先老』？　還是『未備先老』？」『人口研究』第 31 巻第 4 期，pp.52-55，2007
［68］林明鮮『城郷人口老齢化与老齢問題研究』山東人民出版社，2010
［69］王躍生「中国家庭代際関係的理論分析」『人口研究』第 32 巻第 4 期，pp.13-21，2008
［70］王躍生「中国伝統家庭合与分的制度考察」『社会科学』第 7 期，pp.70-82，2013
［71］王躍生「中国城郷家庭結構的変動分析—基于 2010 年人口普查数据」『中国社会科学』第 12 期，pp.60-77，2013
［72］王建民「逆家長制是如何産生的？一個歴時性的社会学分析」『江海学刊』第 2 期，pp.110-115，2012
［73］王琼「城市社区居家養老服務需求及其影響因素—基于全国性的城市老年人口調査数据」『人口研究』第 40 巻第 1 期，pp.98-112，2016
［74］王一笑「老年人「養児防老」観念的影響因素分析—基于中国老年社会追踪調査数据」『調研世界』第 1 期，pp.11-17，2017
［英文文献］
［75］Roger C.Fiedler and Carl V. Granger: The Functional Independence Measure=A Measurement of Disability and Medical Rehabilitation，Functional Evaluation of Stroke Patients，N. Chino and J. L. Melvin（Eds.），ed by Springer-Verlag，Tokyo，pp.75-92，1996

Summary

In rural areas of China, with the aging of the population and the increasing number of nuclear families, it has become difficult for families to support the elderly, and home-based care services are becoming attractive.

This paper aims to illustrate the significance and problems of families' support and home-based care services by analyzing living conditions of the elderly and their various care service needs. A survey was conducted in rural areas in Sunan, China, where home-based care services have already spread and lineal families usually have 3 generations. The survey is suitable for this study.

This paper is composed of four chapters. Chapter 1 clarifies the current state of welfare policies for the elderly in rural areas, while Chapter 2 clarifies the different figures of elderly care services for the elderly at various ages. Chapter 3 evaluates the attributes and independence of the elderly, and Chapter 4 evaluates home-based care services.

In the final chapter, a comprehensive consideration is given. The lives of the elderly vary greatly depending on their stages of independence. They support their children in the early stages of old age and receive mainly living and mental support in the middle stages. Since long-term care is required in the latter stages of old age, the burden on the family is heavy. However, due to changes in Chinese families, the function of conventional elderly care is weakening. Social support is now needed, especially when the period of full-term care is prolonged in the latter half of old age. In rural Sunan, this is referred to as "home-based care service." This care focuses on housework and life assistance, and is suitable for elderly who need support in the middle stages of old age, but there is no health care service for healthy elderly in the early stages and no long-term care service for the elderly in the latter stages. Therefore, it is necessary to improve the institutional aspects, such as legislation, fund procurement, and securing of training for long-term care personnel to solve those problems.