

〈博士学位請求論文〉

高齢者介護事業における事業の効率化についての研究
— Research on the Efficiency of Elderly Service
in Nursing Homes —

リ ケン
李 娟

2020年1月10日

大阪産業大学大学院 経営・流通学研究科
博士後期課程
中村徹教授研究室

<博士学位請求論文>

高齢者介護事業における事業の効率化についての研究
—Research on the Efficiency of Elderly Service in
Nursing Homes

リ ケン
李 娟

大阪産業大学大学院経営・流通学研究科博士後期課程
中村 徹 教授研究室

2020年1月10日

<要旨>

日本国のみならず中国においても急速に高齢化が進み、介護事業に対する需要は両国においてともに加速している。しかし、介護職については、募集してもなかなか人員が集まらず、確保できたとしても、離職率が高いため、深刻な人材不足に陥っている。このことにより、良質の介護職員を雇用できないため利用者及び利用者家族から高い信頼を得ることができず、施設の入居率が低迷し、事業運営に支障をきたすという事業所が見受けられる。

日本国においては、2000年4月より介護保険制度に基づいて介護サービスが提供されるようになった。中国においても、体系的に整備されているわけではないが、パイロットケースとして実施されている。介護保険制度に基づく介護市場は、いわば準市場と言われる市場である。すなわち、介護サービス価格は公定価格であり、事業所はサービスの品質で利用者の獲得を目指した競争しなければならない。このような市場においては、介護事業所はサービス提供に関わる費用の削減を優先して、介護サービスの質が軽視されるという傾向があると指摘されている。しかし、本来の準市場が規定する生産的効率性の概念は一定の水準の質を維持しつつ、サービス提供に関わる費用を最小限にするという考え方である。したがって、本研究においても、この概念に基づき、利用者に一定水準の質を維持したサービスを提供するために、様々なスキルレベルを有する人材を適材適所に配置し、作業効率の向上を図り、さらに人件費をうまくコントロールできている事業所は、利用者及び利用者家族から信頼と評価を得て入居率を高め、良好な事業運営が行われているという仮説を設定した。この仮説を証明するために、日本国と中国の介護施設の施設長に対してアンケート調査を実施した。その結果、中国の介護施設の中に、人件費の抑制を優先するあまり、介護スキルを有さない介護職員を介護現場に配置して、必ずしも質の高いサービスを提供できず、また人件費についても適正に管理できていない事業所があり、利用者から評価を得られないことから入居率が極めて低い状況で、低迷している事業所が存在した。この事実をさらに確認するために問題の介護事業所で働く介護職員に対してもアンケート調査を実施した。その結果、問題の介護事業所の施設長の回答を裏付ける興味深い調査結果を明らかにすることができた。

要するに、準市場の中で介護サービス事業を安定的、継続的に運営するためにはサービスの質が高品質でなければ、すなわち、介護の専門人材が得られなければ施設の定員充足も困難な状態に陥ることを明らかにした。また、介護の専門職の人材育成に向けた取り組みと業務の忙しさから人材育成プログラムに参加しがたい介護現場の実態も明らかにした。したがって、業務の効率化、IT化は避けて通れない課題になっていることを実際例で示した。

<博士論文>

高齢者介護事業における事業の効率化についての研究

—Research on the efficiency of elderly service in nursing homes

目 次

はじめに.....	1
序 論.....	1
第1節 研究の背景と目的.....	1
第2節 研究範囲.....	4
第3節 研究方法.....	5
第4節 研究の意義.....	6
第5節 研究の骨子.....	6
第I章 介護サービス市場の現状.....	6
第1節 介護保険制度をめぐる研究.....	8
第2節 介護サービス市場の特徴.....	10
第3節 各国の介護サービス事情.....	11
第4節 中国の介護人材育成.....	12
第5節 日本国の介護人材育成.....	13
第6節 介護サービス事業における ICT の導入.....	14
第7節 小括.....	15
第II章 中国と日本国の介護保険制度.....	17
第1節 中国の養老保険制度の概要と現状.....	18
第2節 日本国の介護保険制度の概要と現状.....	25
第3節 中国と日本国の介護保険制度の比較.....	33
第4節 小括.....	34
第III章 アンケート調査.....	35
第1節 調査方法.....	36
第2節 調査結果.....	38
第3節 介護職員調査結果.....	52
第4節 考察.....	64
第5節 小括.....	68
第IV章 介護人材の確保と育成.....	70
第1節 中国における介護人材育成.....	70
第2節 日本国における介護人材育成.....	72

第3節 小括	84
第V章 介護業務の効率化における課題	85
第1節 効率化のボトルネック	85
第2節 介護業務における「非効率」の弊害	88
第3節 小括	90
第VI章 介護業務の効率化のための提案	92
第1節 介護現場における ICT の導入	92
第2節 ICT を活用した人手不足の軽減策	92
第3節 ICT の活用成功例	93
第4節 AI 技術の活用	100
第5節 小括	102
結 論	104
付録 I 介護施設経営者向けのアンケート調査表	109
付録 II 介護員の職業現状と発展に関するアンケート調査	113
引用・参考文献	117

表目次

表 I-1	世界人口動向	6
表 I-2	韓国における介護サービスの内容	12
表 II-1	2010～2055 年における中国高齢者数の推移	18
表 II-2	中国の高齢者人口と割合	19
表 II-3	高齢者世帯の家族構成の割合	20
表 II-4	介護サービス利用者数	31
表 III-1	中国介護職員の年齢構成	42
表 III-2	日本国介護職員の年齢構成	42
表 III-3	日本と中国の事業者の事業運営の状況	51
表 III-4	F 施設と G 施設における職員の学歴構成	52
表 III-5	勤務年数	53
表 III-6	職員が取得している資格保有状況	53
表 III-7	職位の状況	54
表 III-8	介護職員が同時に世話を担当する利用者の人数	55
表 III-9	F 施設と G 施設における月給の比較	55
表 III-10	F 施設と G 施設の介護職員の月有給休暇日数比較	56
表 III-11	F 施設と G 施設の福利制度の満足度	56
表 III-12	F 施設と G 施設の作業量の適正度	57
表 III-13	F 施設と G 施設の職場環境についての比較	58
表 III-14	F 施設と G 施設の職業訓練制度について	61
表 IV-1	日本国における介護人材の就業形態	74
表 IV-2	日本国における介護人材の性別・年齢構成	75
表 IV-3	日本国における介護職員と産業全体の離職率	75
表 IV-4	日本国のキャリア段位 7 レベル	78
表 IV-5	日本国における技能実習介護における固有要件について	84

目次

図Ⅱ－１	北京在宅養老調査結果	23
図Ⅱ－２	世界の高齢化の推移	26
図Ⅱ－３	日本国の介護保険制度の改正の経緯	28
図Ⅱ－４	介護サービス利用手続き	31
図Ⅱ－５	要介護度別認定者数の推移	32
図Ⅱ－６	介護費用の推移	33
図Ⅲ－１	中国の高齢者施設職員の男女比率	38
図Ⅲ－２	日本国の高齢者施設職員の男女比率	38
図Ⅲ－３	中国の介護職員常勤と短勤の割合	40
図Ⅲ－４	日本国の介護職員常勤と短勤の割合	40
図Ⅲ－５	中国と日本国の養老施設の入居率	41
図Ⅲ－６	介護サービス情報公表システム	49
図Ⅲ－７	日本国の介護労働環境向上奨励金支給までの流れ	51
図Ⅲ－８	F施設とG施設の1日当たり勤務時間数	54
図Ⅲ－９	F施設とG施設に対する管理制度について	57
図Ⅲ－１０	G施設の従業員に対する管理制度について	58
図Ⅲ－１１	F施設の作業効率に影響を与える原因	59
図Ⅲ－１２	G施設の作業効率に影響を与える原因	59
図Ⅲ－１３	F施設の経営改善	60
図Ⅲ－１４	G施設の経営改善	61
図Ⅲ－１５	F施設の職員	61
図Ⅲ－１６	G施設の職員	61
図Ⅲ－１７	F施設の職員	63
図Ⅲ－１８	G施設の職員	63
図Ⅳ－１	日本国における介護保険実施以降の介護職員数の推移	73
図Ⅳ－２	日本国の介護人材の需給ギャップ	74
図Ⅳ－３	日本国のアセッサーの養成状況(2017年度まで)総数	78
図Ⅳ－４	日本国におけるキャリアステップに関する標準的な評価手順	80
図Ⅳ－５	キャリア段位制度における評価の構造	81
図Ⅳ－６	法人種別レベル認定の取得職員数・介護サービス種別レベル認定取得者数	81
図Ⅴ－１	日本国における老人福祉・介護事業の倒産件数の推移	89

図 VI-1	医療機関と介護老人保健施設の情報共有システム概念図	95
図 VI-2	リハビリカンファレンスの流れ	96
図 VI-3	FIM 対象患者表示画面	97
図 VI-4	介護事業所向け見守りロボットサービス	100
図 VI-5	排尿予測機器の例	101

はじめに

中国は、従来、儒教思想の「孝順父母」の道德規範が国民に深く浸透し、年老いた親を子が面倒をみるのが美徳とされてきた。しかし、「一人っ子政策」による出生率の低下や核家族化の進展等により、子どもが親の世話をすることが難しい家庭が急増している。

中国では、2000年に60歳以上の人口が10%を超えて以降、急速に高齢化が進み、その割合は、2053年には総人口の約35%に達すると予測されている。高齢者が増えるということは、要介護者が増えることにつながるが、中国では、例えば介護労働者の給与水準の低さや人材育成体制が十分に整備されていないことなどを背景に、人手不足が慢性化している。くわえて、介護サービスに関する介護事務、いわゆる間接的な介護業務と介護サービスの利用者に対する直接的な介護サービスの両面における介護業務の非効率性が表面化している状況にある。

介護サービスを直接利用者に提供する介護現場では、介護サービス利用者のニーズ情報を共有し一定の品質のサービスを提供する上で記録作業の効率化を行うことが不可欠である。さらに、専門的な知識に裏打ちされた高度な介護スキルを有する介護職員が実施する介護サービスそのものを支援するツールを導入し、介護および関連業務の効率化・省力化を図ることは介護人材の不足を補う手立てとして早急に検討すべき課題と位置づけられよう。限られた時間の中で介護サービス利用者の要求にこたえうる高品質のサービスを効率的に提供することができる専門性の高い介護人材の育成は、何よりも喫緊の社会的な課題ではあるが、各種情報機器や福祉機器を投入して介護専門職が本来の業務に割く時間を増やすことができるなら、介護サービス利用者のニーズにこたえる一助となろう。さらにそのことは、介護専門職の就業意欲の向上やさらには介護事業所の運営の維持にも寄与するものと推察される。

以上述べたことが、本研究に着手した動機となっている。

序 論

第1節 研究の背景と目的

近年、人口の高齢化が世界中で急激に加速している。国連は2016年6月に「高齢化する世界人口：1950-2050」を発表し、「現在、世界が直面している人口の高齢化は人類史上例のないものである」といった旨の見解を述べている。中国を例にとると、65歳以上の高齢者が総人口に占める割合(高齢化率)は、1950年には5.1%であったが、1990年には5.8%、2000年には6.9%と推移してきている(江田、2013:58)。しかも、2000年までは一ケタ

台であった高齢化率は、今後は増加が加速化し、2030年には総人口の20.2%にあたる2億8,000万人が65歳以上の高齢者となり、2055年には高齢化率は27.2%、65歳以上高齢者人口は4億人に達すると報告されている¹。

他方、日本国では「平成30年版高齢社会白書」によると、2017年10月1日現在、65歳以上の高齢者人口は3,515万人であり、高齢化率は27.7%である（内閣府、2018：2）。高齢化率は今後も上昇し、2065年の高齢化率は、38.1%と約4割に達すると推計されている（内閣府、2018：3）。これは、日本国の国民の約2.6人に一人が65歳以上の高齢者で占められる超高齢社会を迎えることを意味している。

従来、日本国では、複数の世代が同居している家庭が多かった。例えば1980年には三世帯世帯の割合が世帯数全体の半数を占めていた（内閣府、2016：13）。従って、高齢者の介護は、その家族の一員が担うことはさほど珍しいことではなかった。しかし、経済の復興と発展にともない、日本国では核家族化と独居化が進み、65歳以上の高齢者が子どもと同居する割合は、1980年には約7割であったが、1999年には50%を下回り、さらに2014年には40.6%と大幅に減少している（内閣府、2016：14）。

介護サービスは対人サービスであり、単純に機械化できない作業が多いことから、マンパワーの確保が必要となる。子どもと同居していない高齢者世帯において、介護が必要となった場合、必然的に外部の人材に頼ることが余儀なくされる。あるいは、同じ世帯で介護を行う人がいたとしても、その人も高齢者であるといった、いわゆる「老々介護」の状態となるリスクは低くはない。高齢化の進展に伴いこうした状況が、近年、日本国では大きな社会問題となり、介護を個々の家庭に委ねるのではなく社会全体で担う制度として、西暦2000年に介護保険制度が開始された。日本国ではこの制度が制定される以前は、日本国の高齢者介護は行政が提供する公的なサービスが中心となっていたが、介護保険制度では、民間営利企業に対しても市場が開放されたことに大きな特徴がある。こうした仕組みの導入により、従来から介護サービスを提供してきた社会福祉事業を目的とする社会福祉法人と新規に介護事業に参入した民間営利企業との間に競争が発生し、サービスの質が向上することが期待された。このような高齢者対策の大きな転換は、従来からある社会福祉法人と新規参入してきた民間営利企業の両者が切磋琢磨することが、利用者にもたらすことにつながると考えられたからに他ならないものと推察される。ただし、そのような期待が実現されるには、新規参入した民間営利企業が長期にわたって安定的に介護事業

¹ 内閣府平成30年版高齢社会白書（全体版）第1章 高齢化の状況

を運営していくことができる環境整備が強く望まれるところである。しかし、現実には新規参入した民間営利企業の経営状態がすべて安定的に推移しているわけではなく、倒産する事業所が増加傾向にある。介護サービスは人々の生活の質に直接関係するので、政府による規制を完全に撤廃することは望ましくなく、その意味で「準市場」である²。しかし、準市場であっても低品質の介護サービスは市場競争によって自動的に取り除かれることが期待されている。

介護事業の安定的な運営のためには、まず、質の良いサービスを常に提供する体制を整備し、介護サービス利用者の信頼を確保することが求められるが、それだけでは十分ではない。いかに収入が確保できたとしても、コストが高くなるとは安定的な運営は難しい。したがって、収入とともにコストを削減する方法を考える必要があるが、その方法は企業によってさまざまである。コスト削減方法が不適切な場合、提供するサービスの質の低下や、職員たちのモラル（士気）の低下を招き、かえって経営を圧迫することもあり得る。事業内容や実情を十分に考慮したうえでのコスト削減が求められる。

一般的に、業績が悪化してきた場合、人員削減や給与の引下げなど人件費を削減する企業も少なくない。しかし、介護事業にこの方策を単純に適用することは難しい。なぜならば介護事業では、介護サービス利用者の人間的尊厳を最大限尊重し、温みのあるサービスの提供が求められるからである。高齢者を介護もしくは介助するという業務の性格上、単純な人員削減あるいは介護の専門的な知識に裏打ちされた介護スキルをもたない人員の採用によって、コスト削減の対応を図ることは難しい。むしろ、専門的な介護の知識に裏打ちされた介護スキルを有する介護人材を持続的に確保し、適切な介護サービスを提供することによって、介護サービスの作業効率をあげることが、最も有効なコスト削減に繋がるものと推察される。

以上のことを勘案し、利用者ニーズに合った様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置し、作業効率を高める措置を図っている事業所は利用者及び利用者家族の信頼と評価を得て施設の入居率が高く、これらの人材の管理と経費をうまくコントロールできている事業所において事業運営は良好であるという仮説を設定した。

² 準市場の概念はルグランとバーレットによって提唱された概念であるが、公共サービスの提供にあたり、どのプロセスに市場の要素を導入するかによって内容が異なる。日本の介護保険制度においては、供給者は従来の非営利組織に加え営利組織にも市場が開放され、多様なサービスが供給されるようになり、利用者はサービス提供者から直接サービスを購入することができるようになった。他方、サービス提供者が供給するサービスの価格は公定価格であり、政府が決定している。準市場の定義については、児山（1999），pp. 201 を参照。

本研究では、中国の介護事業所における介護人材を中心とした効率的な質の高いサービス供給を実現する持続的可能性³を実現させるための指針を得ることをねらいとして、介護人材の育成に関する学術研究論文ならびに公的機関や著者が実施した各種調査資料を体系的に整理し、かつ、中国の介護事業の経営における ICT 化の問題とその解決のための方策について考察を行うことを目的とした。

第2節 研究範囲

最初に、本研究における介護サービス事業がどのような性格を有しているかについて整理しておくことにする。介護サービスの提供は、世界的な潮流として、利用者から見て価格と品質を選択要因とした市場モデルで提供されている。この市場では高品質ではあるが高価なサービスもあるし、低品質で安いサービスも提供されている。利用者は価格と品質を選択要因として希望するサービスを購入する。通常市場モデルでは、あまりに悪い品質のサービスは市場から自然に淘汰されていくことが想定されている。しかし、低品質の介護サービスの極みとも言える「虐待」は依然としてなくなることはなく、サービス利用者の生命までも奪ってしまう事件も頻繁に報道されている。つまり介護サービスの品質は被介護者の生活の質に直結するものと断言できよう。

なお、日本国の介護保険制度では、中国の現状とは異なり、介護サービス価格は公定価格として設定され、利用者は、介護サービスの品質のみで介護事業者が選択できるようになっている。すなわち日本国では、介護サービスの価格は政府が決めるので、介護事業者は価格競争を行うことができず、提供するサービスの質で競争することになる。このように日本国の介護サービスは準市場の仕組みのなかで提供されており、通常市場モデルにおける運営とは異なることから、業務の効率化が、より一層重要な課題になるものと推察される。

以上のことから、本研究では特に、準市場のなかで介護サービス事業を安定的に、継続的に運営することとサービスの質はどのように相互に影響を及ぼし合っているかを整理し、今後の中国における介護サービスの質を高めるにはいかなる業務の効率化が求められるのかという方策について検討する。

³ 持続可能性指向の CSR は、企業活動を伝統的な経営指標だけでなく、環境や社会的規範（人権、法令遵守、倫理ど）を与件として、当初から事業活動の中に組み込むことを目指すことを意味している。つまり、企業活動における企業内部と外部の境界を、より社会寄りに拡大して考えることにより、社会の要請を企業内部の問題、ないし企業活動と分離しがたい問題として積極的に満たしていけば、社会による新しい企業評価基準である「持続可能性評価度」が高くなり、その結果、企業の市場価値は向上する。これが、企業財務にも投影され、持続的發展を容易にする。

第3節 研究方法

すでに述べたように、本研究は、中国の介護事業所における介護人材を中心とした効率的な質の高いサービス供給を実現する持続的可能性を実現させるための指針を得ることをねらいとして、介護人材の育成に関する各種調査資料を体系的に整理し、かつ、中国の介護事業の経営における ICT 化の問題とその解決のための方策について考察を行うことを目的としている。ただし、本研究では、介護サービス事業者は、価格競争ができない準市場のなかで、介護サービスの品質を高めながら、事業を安定的、継続的に運営するうえで直面する人材育成に主眼を置きながら、考察を進めるものとする。

なお、本研究では、前記の考察を進めるにあたり、文献調査、アンケート調査、ならびにインタビュー調査等において各種資料の収集を行う。文献には、既存の学術研究論文、官公庁および官民の研究機関が発表しているインターネット資料を含む各種資料が含まれる。調査によるデータ収集は日本国と中華人民共和国（以下、中国）で実施した。それらは日本国と中国の高齢者介護施設の施設長及び施設で働く従業員を対象にアンケート調査ならびにインタビュー調査で構成されている。これら2カ国を調査対象として選定した理由は、日本国は2000年に介護保険制度が開始されて以来19年が経過し、準市場における事業経験が蓄積されていると考えられたためである。一方、中国は1982年に高齢者問題世界会議に初めて参加して高齢者問題の重要性を認識して以来、中国養老事業7カ年発展要綱（1993年）、老人権益保障法（1996年）、2000年の中国養老事業発展の第10次5カ年計画要綱以降、継続的に5カ年計画を定めて急速に介護サービス事業の基盤整備を進めている。現在は大都市部など一部地域における試行段階ではあるが、介護保険制度の施行が始まっている。両国の経験から介護事業運営上の課題やその解決や緩和のための示唆が得られる可能性が期待されたからである。

アンケート調査及びインタビュー調査の対象は、日本国と中国の高齢者介護施設の経営者層、具体的には施設長と施設で働く介護職員である。施設長は当該高齢者介護施設の事業経営と運営を実質的に担当しており、質の高いデータの収集を行うことができた。さらに、本研究で設定した仮説を検証するために介護サービスを直接提供する施設の介護職員に対するアンケート調査を実施した。なお、統計解析においては、記述統計による特徴抽出を重視し、データ数に強い影響を受ける推測統計やデータ分布から影響を受けやすい多変量解析、たとえば経営層の意向と介護職員の実際の業務との差の検定、あるいは因果関係というより予測変数の選択に適している回帰分析といった多変量解析などを用いた解析は避けるものとした。

第4節 研究の意義

高齢化が急激に進む日本国においては、今後、介護サービスの利用者が増えることが予測されている。また、民間営利企業が介護サービス市場に参入することにより、利用者の選択肢の拡大、利便性の向上につながることを期待されている。このような状況の中で利用者に質の高いサービスが提供されるためには、介護事業者における体制整備が重要である。これまで介護業務の質に関する研究は数多くみられるが、介護事業の経営環境、すなわち価格競争ができない準市場において高品質の介護サービスを提供して、安定的、継続的に事業を運営する上での課題に着目した研究は多くない。

本研究では、高齢者介護施設における介護業務の効率化へ向けた組織的な取り組みの実際を明らかにすることを試みる。そこから得られる知見は、高品質の介護サービスを提供するための組織的な取り組みの必要性とその進め方の手がかりを示唆するものと期待できよう。限られた資源を用いて高品質の介護サービスを提供するためには業務の効率化は不可欠であり、本研究は介護事業の持続可能性を高めることにも貢献できることに意義を見出すことができよう。

第5節 研究の骨子

本研究の骨子は、以下のとおりである。序論では、本研究の背景と目的、研究範囲、方法、研究の意義を述べる。第I章では、先行研究レビューとして、高齢化の現状のほか、本研究に関連が深いと思われる介護サービス市場の特徴と諸外国の介護サービス事情、および中国と日本国の介護人材育成について概観する。また、第II章では、中国と日本国の介護保険制度について、その概要と現状を整理し、両国の制度の特徴を比較する。第III章では介護サービスの効率化に関するインタビュー調査を行い、その結果を述べる。第IV章では、中国と日本国の介護人材育成の制度等を比較検討する。第V章では第III章のインタビュー結果をもとに介護の質の向上のために求められる業務の効率化の課題を抽出し、第VI章で介護業務の効率化に有効と考えられる取り組みを、介護の近接領域をも含めて紹介・検討し、考察を加え、最後に施設長と施設の従業員に対するアンケート調査の分析から導出された仮説の検証結果と業務の効率化に資する方向性の提示を試みるものとする。

第I章 介護サービス市場の現状

序論において述べたとおり、現在、世界中で高齢化が急速に進行している。表I-1は、日本国内閣府による「平成29年高齢社会白書」を参考に、筆者が世界の人口動向を整理したものである。

表 I - 1 世界人口動向

	1950年（昭和25年）		2015年（平成27年）		2060年（平成72年）	
	千人	千人	千人	千人	千人	千人
総人口	2,525,149	千人	7,349,472	千人	10,184,290	千人
65歳以上人口	128,666	千人	608,180	千人	1,844,269	千人
先進地域	62,774	千人	220,817	千人	350,607	千人
開発途上地域	65,892	千人	387,363	千人	1,493,663	千人
65歳以上人口比率	5.1	%	8.3	%	18.1	%
先進地域	7.7	%	17.6	%	27.4	%
開発途上地域	3.8	%	6.4	%	16.8	%
平均寿命（男性）	45.4	年	68.3	年	77.4	年
同（女性）	48.3	年	72.7	年	80.4	年
合計特殊出生率	5.0		2.5		2.2	
資料：UN, World Population Prospects : The 2015 Revision						
<p>（注1）合計特殊出生率は、1950-1955年、2010-2015年、2055-2060年。平均寿命は1950-1955年、2010-2015年、2060-2065年。</p> <p>（注2）先進地域とは、ヨーロッパ、北部アメリカ、日本国、オーストラリア及びニュージーランドからなる地域をいう。</p> <p>（注3）開発途上地域とは、アフリカ、アジア（日本国を除く）、中南米、メラネシア、ミクロネシア及びポリネシアからなる地域をいう。</p>						

出所：日本国内閣府(2017)「高齢化の国際的傾向」

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_05.pdf(検索日：2017年8月13日)

世界の総人口に占める65歳以上人口の割合の推移を見ると、21世紀の後半あたりから、世界の高齢化が急速に進んでいくことが読み取れる。65歳以上人口の割合は、1950年の5.1%から、2015年には8.3%に上昇している。さらに、2060年になると18.1%にまで上昇することが見込まれる。上述したように21世紀の後半になると、世界規模の高齢化が急速に進展していくことが容易に予測できる。

このように、人口高齢化は全世界が直面する共通の問題となっている。日本国は、中国より 50 年早く高齢化の問題に直面しており、比較的完全な年金保険制度を確立している。中国が日本国に遅れて直面する今後の高齢化の危機は、これまでの一人っ子政策の影響も考えられることから、さらに深刻な問題になる可能性は高い。

上記の急速な高齢化社会に対処するためのひとつの方策として、日本国では介護保険制度を導入した。この介護保険制度の開始により、日本国では介護保険の分野が市場化され、営利企業や非営利企業の参入が許されるようになり、介護サービスの利用者にとって選択肢が拡大することになった。このような制度改革をうけて介護分野の研究においても変化が生じている。すなわち、従来の福祉の側面から介護の問題を取り上げる研究はもとより、介護保険制度そのものを取り扱う研究、介護事業者の現場で発生している課題をめぐる研究など研究領域が多岐にわたるようになってきている。

たとえば、高齢者の増加に伴い、当然のことながら、介護人材の需要が高まることから、介護人材育成は喫緊の課題であり研究が急がれている。21 世紀に向けて、介護関係人材を育成していくにあたっては、福祉、医療、保健関係の職種を視野に入れ、生涯学習体制の整備や専門的研究の推進を含めて、それぞれの専門教育を充実させるとともに、各職種間の連携教育を強化していくことが望まれる。

なお、筆者は 2014 年に東京の老人介護施設で 3 か月間介護の研修を受けた経験があるが、日本国の介護に関する制度・政策や優れた介護技術は中国の「鑑」になると考えている。この経験から、日中両国の人口高齢化の問題の知識を深め、老人介護業務の効率化を考えるようになり、その後、日中両国で 20 か所の老人介護施設を調査した。この調査によって、高齢者介護施設の職場環境、人事管理システムの完成度、能力を向上させるための研究訓練システムの存在、介護管理システムの導入、および作業効率を向上させる AI 技術の導入など、現場の状況に関する知見を得ることができた。以下、それら知見を体系的に節ごとに整理していく。

第 1 節 介護保険制度をめぐる研究

吉田 (2006) は、介護保険制度に社会保険制度を採用した意義と機能を明らかにしたうえで、社会保険制度を採用した利点として以下の 5 点を上げている。①契約方式がとられるため利用者に選択の自由がある、②介護サービスの供給を促進させる、③自己負担の格差を是正する、④世代間の費用負担を公平にする、⑤医療保障給付費を抑制する。そのうえで様々な事業組織が市場に参入しサービスの多様化が進んだことは事例を挙げて紹介している。

他方、社会保険制度固有の問題点とあわせて、介護保険制度運用上の問題点を次のよう

に指摘している。①保険者である市町村が適正に保険者機能を果たせるのか、②要介護認定プロセスは全国的に整合的になっているのか、③事業者側に所属するケアマネジャーが適正な役割を果たせるのか、④介護保険制度は医療保険制度より利用者優位であるのか、⑤介護保険は医療保険と区別できるのか。

さらに、吉田（2006）は、介護保険制度において発現するモラル・ハザードの問題をあげている。たとえば、要介護者のモラル・ハザードとして介護保険制度が自立や自助に報いる制度になっていないため要介護者が自立しない可能性を指摘している。また、介護サービス供給者のモラル・ハザードとして不必要な介護サービスをケアプランに組み入れて、過剰な給付金を請求する可能性を指摘している。保険者のモラル・ハザードとして保険者である市町村が市場介入する問題も指摘されている。このようにして生じる問題は市場の失敗と呼ばれ、これを是正するために保険者が保険契約当事者のために情報の標準化と共通化を図って被保険者の適正な選択を促す制度設計が必要であると結論づけている。

情報の非対称性を懸念する被介護者は、情報の非対称性を利用して不当に利益を得ようとする営利事業者よりも非分配制約のある非営利組織を選択する傾向がある。この問題と関連して、吉田（2012）は、非営利組織のアカウンタビリティの問題を取り上げている。とくに、非営利組織は、許認可や規制、保護や助成などの公的制度に支えられた存在であること、利益配当を禁じられているため別の利己利益（私的流用）を求める傾向が強まることから、非営利組織自ら組織の透明性・正当性を担保するための内発的・積極的なアカウンタビリティの実施が求められると指摘している。

飛田（2013）は、介護保険制度の導入時から大きな課題のひとつといわれていた在宅介護の問題を取り上げている。一般的に、介護サービス利用者は施設・在宅間に利用者負担の格差があるため施設志向が強いといわれているが、飛田（2013）は在宅サービスの場合、施設の2～3倍の負担が必要になると試算している。在宅サービスは必要な時に必要なサービスを受けることができないため、家族の実質的な負担は重くなるので、その負担が施設のサービスを選ぶ要因であると指摘している。くわえて、飛田（2013）は施設の利用者負担の2割引き上げと補足給付の廃止を提案している。こうした対策を講じることで2030年度では約1兆円（給付費の8%程度）が抑制され、その分を在宅利用者に配分すれば、1人当たり平均で約15%の引き上げが可能となると述べている。さらに、支給額の引き上げを要介護3以上の重度者に限定すれば、3割近い給付の上乗せが可能になると試算している。このようにして、施設と在宅の利用者負担を公平化することにより、訪問系サービスの報酬の引き上げの余地が生じ、介護職員の給与水準の引き上げ、ひいては慢性的な人手不足といわれる介護人材の確保にもつながると述べている。

第2節 介護サービス市場の特徴

岡本（1996）は、介護保険制度の導入に伴って、介護サービスの提供が民間の営利企業にも開放されることを受けて、介護市場の成長性および営利企業が介護保険制度の下で事業展開する際に求められる役割と機能を整理している。まず、介護保険制度の下で営利企業に求められる役割は、①サービス供給主体としてその供給量を拡大すること、②多様な高齢者ニーズに対応した多様なサービスを開発すること、③高齢者ニーズにマッチした質の高いサービスを提供することである。これらの役割を果たすために営利企業が充実させるべき機能として、①顧客ニーズの分析力とそれに応じた新商品サービスの開発力、②質の高い商品サービスの提供、③高齢者ニーズにマッチしたケアプランの作成能力、④信用力をあげている。

藤原（2001）は、介護保険制度が導入されたのちの介護現場の労働の変化について述べている。藤原は、介護保険制度の導入後に登録ヘルパーが大幅に増加したことに注目している。介護保険制度の下では、事業者は利用者が要介護決定基準に基づいてサービス内容とサービス時間を選択して、国が定める介護サービス単価に基づいて算定される介護報酬を受け取ることになる。したがって、事業者側において採算を考える際、価格戦略によって採算性を向上させようとするインセンティブが働かないため、経費を削減することによって採算をとろうとする志向が強くなる。その結果、介護サービス関連の間接費や人件費が削減されることになり、高度な専門性を持つ人材よりもパートやボランティアが介護現場の担い手となっているという現状を明らかにしている。介護保険制度の下では、身体介護と家事援助が明確に区別され、両者間の単価の金額差が拡大している中で、利用者ニーズが単価の低い家事援助に偏る傾向がある。介護の現場では、「家事援助＋身体援助＝生活援助」という認識の下、家事援助を正當に評価し、介護報酬に反映されることによってヘルパーアイデンティティが生まれると指摘している。

菊池（2008）は、介護サービスのうち、施設系サービス（居住系サービスと施設サービス⁴）の整備を進めるうえでの課題として、2点を指摘している。第一は、保険財政に関する課題である。介護サービスのうち、利用が拡大しているのは居宅サービスとなっているが、保険給付費の5割程度を施設系サービスが占めている。施設系サービスの整備は、保

⁴ 居住系サービスとは、介護保険の指定を受け特定施設と呼ばれる有料老人ホームなどに入居している利用者が、入浴、排泄、食事の介護など日常生活上の世話や機能訓練および療養上の世話を受けられる。サービスを施設が自前で提供する場合（内部提供型）と、施設が契約した外部事業者がサービスを提供する場合（外部サービス利用型）がある。

険財政の視点からみた制度の持続可能性に大きな影響を与える。第二は、介護労働者の確保である。介護労働者の雇用環境は、低賃金や離職率の高さなどの問題があり、人材確保が難しい状況にあるが、今後、少子化が進展すると予想される中で、高齢者人口に見合った介護労働者を確保していく必要があると指摘されている。

池田（2012）は、介護保険制度はサービス利用者のニーズに基づいて利用者が自由にサービス提供者を合理的に選択できることに特徴があると言われているものの、実際にはそのように機能していないと批判している。とくに、池田は介護保険制度が導入される以前の措置制度の下で福祉サービスを提供していた非営利事業者の情報が普及しているため、後発の事業者が情報の普遍性の観点から不利な立場にあることを指摘している。くわえて、介護サービス利用者がサービス供給者を客観的かつ適切に評価する能力を有しているのかという疑念を提示している。介護の現場では知り合いや事業所に所属するケアマネジャーの紹介が事業者選択の重要な要素になっていて、介護保険制度の導入の目的であった事業者間の健全な競争は促されず、事業所の低コスト効率化の実現は図られていないと述べられている。

高齢者人口の増加に伴って要介護者が増加することが懸念され、要介護者のニーズに沿った質の高い介護サービスを提供するには、適切な介護スキルを持つ人材の養成が急務となってくる。他方、それらの人材のスキルを適正に評価する評価システムを導入することで、離職率を抑制することが期待されている。しかし、それに伴う人件費コストの上昇も予想される。したがって、事業所の全般的な運営コストを抑制する方策を検討する必要がある。

第3節 各国の介護サービス事情

本節では、諸外国の介護サービス事情を確認する。中国と日本国については第Ⅱ章で取り上げるため、ここではそれ以外の国について述べる。

宣（2010）は、日本国、ドイツ、韓国の3か国における介護保険制度創設の背景、導入過程、内容などについて比較している。介護保険制度が導入された背景には、①人口の高齢化と少子化、②要介護高齢者の急増、③家族介護力の低下、④老人医療費の膨張、⑤家族の変容、⑥社会的介護サービスの未整備の6つの要素があり、これは3か国に共通している。

一般的に、制度が創設された背景は類似しているが、利用者の負担に関しては、それぞれの国で異なる対応となっている。

ドイツの場合、施設における食費や宿泊費は自己負担となっているが、サービス利用に関する自己負担はない。一方、韓国の場合、在宅でのサービス利用は利用料の15%、施設

での利用は利用料の20%がそれぞれ自己負担となっている。また、施設における食費や宿泊費は給付対象外のため、いずれも自己負担である。韓国の特徴は、在宅と施設で自己負担率に差があることである。これは、利用者負担の軽減や在宅優先の方針に起因するものと言えよう。

森・藤澤（2010）は、韓国における介護保険制度（老人長期保養保険制度）の課題を検討している。韓国では、1999年10月に保険福祉部が発表した「老人保健福祉中長期発展計画推進」を契機に、老人長期療養保険制度が公式に議論されるようになった（森・藤澤、2010：166-167）。同年の韓国における高齢化率は6.9%で、高齢化社会の入り口に差し掛かったときであった。

その8年後の2007年4月に「老人療養保険法案」が可決され、同年7月に制定に至った。この法律は、高齢あるいは老人性疾患により、一人では日常生活を送るのが難しい者に対して支援を提供し、老後の健康増進・生活安定を図り、その家族の負担軽減により、国民の生活の質の向上を図ることを目的としている。保険給付は、在宅サービス、入所サービス、特別現金給付から構成される。各サービスの内訳は、表I-2のとおりである。

表I-2 韓国における介護サービスの内容

サービスの種類	含まれるサービス
在宅サービス	訪問介護、訪問入浴、訪問介護、デイ・ナイトサービス、短期保護、福祉用具の貸与・販売
入所サービス	老人療養施設、老人療養共同生活家庭（グループホーム）
特別現金給付	家族療養費 ⁵ 、特例療養費、療養病院看護費

出所：森・藤澤（2010：167）を参考にして筆者作成。

第4節 中国の介護人材育成

中国、日本国とも、介護保険制度の発足により、支援や介護の体制は充実化に向かっている。しかし、それとともに顕在化してきたのが、介護を担当する人材の不足である。支援や介護の質の向上においても、介護人材の育成は急務と言える。

中国における介護人材の育成に関する議論は始まって間もないこともあり、この分野の

⁵ 家族療養費は、介護サービス受給者が、へき地や離島など極端に不便な地域に居住した、大統領令が定める身体・精神等の事由で家族等から介護サービスを受ける必要がある者に現金で支給される。

先行研究はさほど多くはない。

中国において、介護人材育成の学科（高齢者サービス専攻と管理専攻）が設置されたのは、1999年である。同年、大連職業技術学院（遼寧省大連市）と長沙民政職業技術学院（湖南省長沙市）の2校に介護人材育成の学科が設置された。この時点では2校のみであった。その3年後の2002年、「国务院の職業教育の改革と発展推進に関する決定」では、「教育システムを完全化するために、中等職業教育と高等職業教育を強化し、職業教育と普通教育、成人教育のつながりを深める」という方針のもと、介護士資格が創設されるなど、介護人材育成の体制が整備され始めた。中国における介護人材の育成に関する学科の設置校は、2014年7月時点で17校であった（清水、2015）。これには、1999年に設定された上記の2校も含まれている。

清水（2015）は中国における介護人材の育成は始まったばかりの段階であるが、急速に変化しており、今後とも注視する必要があると述べている。また、石田（2013）は中国介護専門職を養成するためのプログラムを開発・練成し、介護の理念を理解するとともに、基礎から応用・展開に至る専門技術を習得した質の高い介護専門職を育て、彼らによる専門的高齢者ケアが中国に普及していくことを期待したいと述べている。

中国では介護の仕事を行っている職員は、在宅介護サービスを行う家政サービス員や護理員と施設で介護サービスを担当する養老護理員で構成されている。これらの職種は国家資格に基づくものではなく、国家職業基準の定めに基づくものである。研修を終了して、試験を受けることによって、幾つかの等級に認定される。清水が期待を込めて述べているように、今後、中国において日本国のような介護に関する国家資格を制定し、介護員の社会的地位の向上を図るとともに、介護技術とサービスを標準化する必要があるだろう。さらに、e-ラーニングや通信教育を活用して、専業主婦でも在宅で学ぶことができる介護人材育成の仕組みを作ることも重要であろう。

第5節 日本国の介護人材育成

北村（2007）は、経営戦略の視点から、人材育成は、人格形成や人づくりといったレベルで語るべきものではなく、経営目標の達成に直接貢献することを求められ、単なる知識・スキルの習得を学習するだけでなく、競争優位性に直結した知的生産性の向上を達成することではじめて、ビジネスパーソンとして学んだと認められると述べている。また、組織の中において知的生産性を向上させるための制度や仕組みを構築するためには、人はどのように学習していくのか、学習を促進・支援するにはどうしたらよいのか、効果的なアドバイスの方法は何か、といったことに関する深い理解が求められるとも述べている。北村（2007）は、こうした人材育成の基盤となるのが、教育学・教育工学等の知見であり、戦

略的人的資源管理に基づく画期的な制度を構築したとしても、人材育成の現場が人づくり的な精神論や、自身の体験的な語りで溢れているようでは何も変わらず、「つくった仏に魂を入れる」ためには、教育学・教育工学等の研究成果に裏付けられた育成・指導の方法を導入する必要があると指摘している。

長岡（2007）は、レイヴ（Lave, J.）とウエンガー（Wenger, E.）による状況論アプローチを挙げ、「学習カリキュラム」と「教育カリキュラム」の違いに言及している。状況論アプローチでは、人間は研修や学校といったフォーマルな教育プログラムのなかだけでなく、現場で仕事に従事するなかでも、意識する・しないにかかわらず学んでいるとされており、学習を、「日常のなかで複合的・継続的に進行する組織・個人の行動や考え方が変化していくプロセス」として捉え、学習のカリキュラムは状況に埋め込まれたものであるとしている。一方、教育については、組織・個人による主体的な活動としての学習を、効果的・効率的に実現するための意図的な支援活動であるとし、教育カリキュラムは学習者の主体的な学びを支援するものとして位置づけられるとしている。

上述の先行研究からは、人材育成を体系的なものとする理論的基盤としての教育学や教育工学の導入の必要性、また教育カリキュラムは学習者の主体的な学びを支援するツールであるという示唆を得ることができる。翻って考えてみると、福祉の職場研修においても、このカリキュラムの考えを援用することが可能であると言えよう。

第6節 介護サービス事業におけるICTの導入

池田・樋口・吉澤（2012）は、介護業務の効率化の視点から介護業務における情報マネジメントの導入を考察している。介護サービスは基本的に労働集約的な肉体労働で、かつ24時間体制が必要なわりには、賃金が高水準にないという理由から常に労働力不足が問題視されている。そこで事業者には業務を効率化して従業員の負担を軽減しながらコストを圧縮することが求められる。

一方で、収益の向上を図って介護保険の周辺分野へのサービスの多角化を図ることが経営課題となっている。池田・樋口・吉澤（2012）は、業務効率化の観点から電子カルテの利用による業務効率化、電子カルテと連携した介護事業支援システムを提案している。さらに、介護場面に新システムを導入するという観点から、トイレの便座や手すりに健康状態を測定する機器を設置して、健康状態のデータを通信機器によってネットワークを通じて事業者へ自動通信し、介護サービス提供者が利用者へアドバイスをするシステムや遠隔地に住む家族へ情報を提供する見守りサービスを提案している。

事業者側においてはICTによる業務のシステム化ニーズ、介護サービスの報酬の請求書の作成などの事務をサポートするソフトに対するニーズが強い。しかし、大規模システム

の導入となると、導入およびメンテナンスコストの問題が発生する。そこで、池田・樋口・吉澤（2012）は資金に余裕のない事業者を対象にして、システム化のニーズを把握したうえで、コストを抑制したシステムの導入の可能性を探っている。具体的には、①基本業務にのみ注目し、②業務のコア情報のみを電子化し、③無料ないし低コストの既存のクラウドによるオンラインストレージサービスを利用し、④従業員の ICT スキルを考慮してファイル共有機能のみを利用し、⑤タブレット端末を活用してコスト抑制とわかりやすさを重視した業務効率化を提案している。提案を実施した事業者の反応として、従業員においては、書類作成の手間が軽減されサービス件数が増加したとか、タブレットを利用することによって新しいサービスや利用者の満足度の向上に寄与するアイデアが出たという内容が紹介されている。

井澤・安田（2011）は東日本大震災の経験から、一般論として介護現場の効率化と介護記録の保管・活用において情報システムが果たす役割は大きいと指摘している。しかし、井澤・安田（2011）が実施したインタビュー調査は、介護現場における実業務を効率化するようなシステム（業務支援系システム）を導入している事業所が少ないことを明らかにしている。その背景要因として、①コストのミスマッチ、②スキルのミスマッチ、③機能のミスマッチをあげている。それぞれの課題に対してシステムの普及・有効活用を促す処方として、ベンダーが行うべき工夫と国が政策として行うべき支援を提案している。とくに、ベンダーにおいては、初期費用の軽減と現場業務に即したソフトウェアの随時改良、政策的支援については、事業者のシステム導入時の介護システム導入費用に対する公的助成の交付や小規模事業者の合併を促してシステム投資が可能な法人規模にすることなどが提案されている。

第7節 小括

介護保険制度の導入は、従来の措置制度から契約制度への大きな制度変更であった。すなわち、介護サービス市場は政府が指定事業所を通じて一方的に介護サービスを利用者に給付していた、いわゆる非市場から利用者が自己の予算の範囲内で自己のニーズに合ったサービスをサービス供給者から自由に購入できる、いわゆる準市場へと変化した。準市場である日本国の介護サービス市場では、介護サービス利用者は自己負担許容額を勘案して、要介護認定基準に基づいてサービス内容とサービス時間を選択する。その上でケアマネジャーが作成したケアプランに従ってサービスを受ける。事業者は国が定める介護サービス単価で算定される介護報酬を保険者（市区町村）に申請して、これを受け取り、介護ヘルパーの給料もここから支払われる仕組みになっている。介護サービスを供給する事業者側においては、自ら供給するサービスが公定価格であるため自らの価格戦略によって差別化

を図り、事業採算を向上させようとするインセンティブが有効に働かない仕組みになっているため、事業の採算を考えたとき、介護サービス関連の間接費や人件費の削減で対処しようとする傾向がある。この現象は粗効率化といわれ、サービスのトータルコストの最小化を目指すもので、低コストのサービスに加え、量的にも不足するサービスを意味するものである。

介護保険制度の導入に伴って市場の概念が導入され、従来の非営利組織に加え営利組織の参入が促され、利用者のニーズに合った質の高い多様なサービスの供給による競争が期待されたが、実際は、サービス価格と経費の乖離差をめぐる競争になっているといわれている⁶。こうして、藤原(2001)が指摘するように、高度な専門性を持つ人材よりもパート、ボランティアが介護現場の担い手になっているという現実がある。また、介護サービス利用者及びその家族にあっても、介護サービスの自己負担経費を考えたとき、利用者ニーズが単価の低い家事援助に偏る傾向があることも指摘されている。こうした現実が本来は高度な専門性をもつ人材の需要があるにもかかわらず、高度な専門性を持つ人材の供給を妨げていると考えられる。ますます高齢化が進み、高度な介護を必要とする介護サービス利用者が増加することは容易に考えられることであり、介護サービス利用者及びその家族の負担の軽減は国の政策として早急に取り組まれるべき問題である。

一方、介護事業者の事業運営の安定性を考えるとき、事業者は事業経費の削減と介護周辺サービスへの事業の多角化によって採算を考える必要があると池田・樋口・吉澤(2012)は指摘している。事業の多様化を図ることで、新たな収入源を創出することによって事業の採算性を図ることは一つの方策であると考えられる。

事業者側において事業の採算性を考えるとき、経費削減を志向する粗効率性が追及される傾向にあることはすでに述べたところであるが、本来の準市場の考え方における効率性の概念は生産的効率性であり、一定水準のサービスの質・量を維持しつつ、供給するサービスの費用の最小化を図ることである⁷。介護保険制度のもとでは、事業者はこの生産的効率性を追求することによって利用者の信頼と評価を得て事業を安定的に運営することが期待されている。この準市場本来の考え方に近い介護の生産性の定義を政府は次のように提示している。政府が定義する介護の生産性は、良質な介護サービス/直接介護時間×直接介護時間/(職員数×労働時間)である。すなわち、良質な介護サービス/直接介護時間は1時間当たりどの程度良質の介護サービスが提供できるか、介護職のスキル能力、モチベー

⁶ 佐橋(2002), p.145.

⁷ 佐橋(2002), p.145、石踊(2015), p.3.

ションおよび提供プロセスが問われている。他方、直接介護時間/（職員数×労働時間）は職員1人1時間当たりの作業効率、すなわち間接業務の効率化が問われている⁸。したがって、前者の介護職員の能力については、介護職員のスキル能力の向上を図る人材養成が検討課題となる。他方、作業効率の向上については、介護分野へのICTやAIの導入が議論の対象となる。準市場の適用を受ける介護保険制度の下で、介護事業所が事業の効率化を考える上で、この2つの課題からアプローチすることが重要である。したがって、良質の介護サービスを効率的に提供できるスキル能力をもつ人材の存在と作業効率の向上を図る措置の導入という2つの視点から介護事業所の安定的な運営を考察することになる。すなわち、良質のサービスを効率的に提供できる人材を適材適所に配置し、作業効率を向上させる措置を導入している施設は利用者から信頼と評価を得て入居率が高く、さらに様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置して人件費をうまくコントロールしている施設において、事業運営は良好であるという仮説を設定することができる。逆に、良質のサービスを効率的に提供できる人材を確保できず、作業効率を向上させる措置も導入できない事業所は利用者から評価されず入居率も低くなり、事業運営が厳しい状況にあると推測される。これが先行研究レビューから導出した命題である。

第Ⅱ章 中国と日本国の介護保険制度

はじめに

日本国は、1960年代から1970年代初頭にかけて高度経済成長期を経験したが、この時代において、若い世代は地方から都市へ雇用を求めて出てゆき、やがて家庭を持ち、都市に定着するようになった。こうして、核家族化が進んでいった。中国においては、儒教の影響を強く受け、「孝順父母」という道德規範があり、子供が親の面倒を見るのは常識となっていた。しかし、中国においても1990年代の高度経済成長期に若い世代が地方から都市へ雇用と所得を求めて出てゆき、都市に定住するようになり、核家族化が進んでいる。こうして、時期は異なるものの、高度経済成長期において、両国とも核家族化が進んでいったという共通の歴史を持っている。そして、今日、両国において少子高齢化が進み、家族で高齢の親の世話をすることが難しくなっている。こうした事情から、高齢者を社会で支える仕組みとして、介護保険制度の整備が急務となった。

本章では、中国と日本国の高齢化の現状や社会的な変化を概観するとともに、介護保険制度の歴史や介護サービスの利用状況、介護人材の状況について比較を行うものとする。

⁸ 官邸（2015）第1回サービス業の生産性向上協議会 www.kantei.go.jp/jp/singi/seirousi/27kyougikai_1.pdf p.64.

第1節 中国の養老保険制度の概要と現状

(1) 中国の高齢化の現状

中国では、2000年に60歳以上の人口が10%を超え、高齢化が急速に進んでいる⁹。60歳以上の人口は、2013年末で約1億9,390万人となり、総人口（約13.7億人）の約14%を占めるに至った。また、40年後の2053年には、4億8,700万人と総人口の34.9%に達すると予測されている¹⁰（中国老齡科学研究中心、2014：清水、2015：62）。またその頃には、80歳以上の人口も1億人を超えると予測されている。この急速な高齢化の背景には、高い経済成長に伴い、生活環境や医療などが改善された結果、平均寿命が伸びたことに加え、都市化の進行、「一人っ子政策」による出生率の低下などが挙げられている（みずほ情報総研、2016：21）。

全国老齡工作委员会によれば、中国の高齢者数の増加は、4つのフェーズに分類される（表Ⅱ-1）。その推定によれば、2035～2054年にピークを迎えることになるが、言い換えれば、それまでは急速に高齢者が増えていくことになる。

表Ⅱ-1 2010～2055年における中国高齢者数の推移

	主な特徴	年間平均増加人数
2011～2022年	加速発展段階	約730万人
2023～2034年	快速発展段階	約1,100万人
2035～2054年	ピーク段階	約336万人
2055年～	低減段階へ転落	—

出所：全国老齡工作委员会（2011）¹¹

高齢者が増加するという事は、当然、要支援・要介護者が増えることにつながる。中国における要介護者数は、2010年末には3,300万人であったが、2015年には約4,000万人となった。さらに、2053年には約1億7,000万人となる可能性が指摘されている（清水、

⁹ 国際連合は、60歳以上の人口が総人口の10%を占めるか、65歳以上の人口が総人口の7%を占める国家・地域を高齡化社会と呼んでいる（李宣、2015）。

¹⁰ 米国政調査局（International Database）は、2050年までに中国の65歳以上人口は、26.7%に達すると予想している（みずほ情報総研株式会社、2016：21）。

¹¹ <http://politics.people.com.cn/GB/1026/16437687.html>

2015 : 62)。

周 (2015) は、中国の高齢化社会の特徴として、①急速な高齢化、②未富先老、③地域格差、そして④空巢家庭 (老人独居家庭) の増加の 4 つを指摘している。以下、説明する。

① 急速な高齢化

中国では、1979 年から実施されてきた「一人っ子政策¹²」と改革開放以降、中国の人口構造が劇的に変化した。従来は、「高出生率・高死亡率」であったが、現代社会は、「低出生率・低死亡率」へと変化している (周、2015 : 136)。

② 未富先老

「未富先老」とは、「裕福になれないまま老いてしまう」という意味である。中国は、「世界の工場」と呼ばれるようになり、GDP (国内総生産) も、2010 年には日本国を抜いて世界第 2 位となった (日本経済新聞、2011)。また、中国人旅行客が日本国で家電製品等を大量に購入する「爆買い」が話題となった。このようなことから、中国が急速に経済発展を遂げてきたことが十分にうかがえる。

確かに、中国の一人当たりの GDP は、2001 年には 912 ドルであったのが、2012 年には約 6,000 ドルにまで増加した。しかし、世界的に見れば、184 カ国のうち 87 位 (石田、2012 : 6) に過ぎず、決して上位とは言えない。先進国では一人当たりの GDP が 5,000~10,000 ドルを超えた後に高齢化社会に入ったが、中国の場合は 5,416 ドル程度に達したときに高齢化社会に入った (ジェットロ、2014 : 3)。このことは、十分に稼げないまま年老いてしまった人が多いことを意味している。

③ 地域格差

中国は大国ということもあり、もともと経済や文化などでの地域格差が存在するが、高齢化の進捗状況においても同様の傾向がみられる。表 II-2 は、中国の主な地域における高齢者人口と人口に占める割合を示したものである。

表 II-2 中国の高齢者人口と割合

経済発展が進んでいる地域 (都市部)	人口 (人)	高齢者 (人)	高齢者割合 (%)
重慶市	28,846,170	5,024,394	17.42
上海市	23,019,196	3,469,655	15.07
四川省	80,417,528	13,109,909	16.3

¹² 「一人っ子政策」の結果、人口構成に歪みが生じ、生産活動を支える若年層の減少をもたらした。そのため中国政府

江蘇省	78,660,941	12,574,637	15.99
遼寧省	43,746,323	6,750,752	15.43
北京市	19,612,368	2,460,108	12.54
経済発展が遅れている地域（農村部）	人口（人）	高齢者（人）	高齢者割合（%）
内モンゴル自治区	24,706,291	2,836,413	11.48
寧夏回族自治区	6,301,350	609,295	9.67
新疆ウイグル自治区	21,815,815	2,107,617	9.66

出所：ジェトロ（2013）pp.3-4.

経済発展が進んでいる地域の高齢者割合は、北京市は12.54%と10%台前半だが、それ以外の地域は15%を超えている。一方、経済発展が遅れている地域は、経済発展が進んでいる地域よりは低い（周、2015：138）。

④空巢家庭の増加

空巢家庭とは、子どもが独立して実家を離れ、高齢者のみが暮らしている家庭を意味している。

高齢化が進むにつれ、空巢家庭も増加傾向にある。都市部における空巢家庭の割合は54.0%で、農村部でも45.6%となっている（全国老齡工作委員会弁公室、2010：1）。また今後も、空巢家庭の増加傾向は継続するとみられている。その原因として、経済発展を通じて居住環境が良くなり、子どもが高齢の親と同居しなくてもよくなったことや、高齢者自身が自らのライフスタイルを維持するために共同生活を望まないようになってきたことが指摘されている（矢野、2007）。

表Ⅱ-3は、1982年から2010年までの約30年間について、高齢者世帯の家族構成の種別を時系列でまとめたものである。直系家族の割合が最も高い点は一貫しているが、徐々に減少し、2010年には、50%を下回った。一方、核家族は1982年には20%台であったが、増加を続け、2010年には35%を大きく上回った。

表Ⅱ-3 中国の高齢者世帯の家族構成の割合（単位：%）

年	1982	1990	2000	2010
家族構成				
核家族	27.05	29.13	33.16	35.87
直系家族	58.58	59.02	56.06	49.85

複合家族	1.37	1.63	0.84	0.79
単身家族	12.44	9.88	9.61	12.46
兄弟姉妹家族	0.32	0.26	0.13	0.17
その他	0.24	0.08	0.22	0.86
核家族：夫婦（またはいずれか片方）と未婚の子ども。 直系家族：夫婦（またはいずれか片方）と既婚の子ども一人。孫含む。 複合家族：夫婦（またはいずれか片方）と既婚の子ども複数。 単身家族：夫婦いずれか片方。 兄弟姉妹家族：未婚の兄弟姉妹で同居。				

出所：王跃生(2014), p. 68.

(2) 中国の社会保険制度の概要

上述のとおり、中国においては急速に高齢化が進んでいる。高齢化が進めば、当然、要介護者も増えることになる。中国における「要介護高齢者」の定義は種々あるが、一般的には、「失能老人」あるいは「半失能老人」と呼ばれることが多い。失能老人とは全介護が必要な高齢者で、半失能老人とは部分的に介護を必要とする高齢者である（清水、2015：63）。中国における要介護高齢者の数は、2010年末時点で約3,300万人とされており、高齢者人口の19%に相当する（中国老齡科学研究センター、2011）。

以上の背景からも明らかなように、中国でも介護の需要が高まっている。しかし、中国では社会保険としての介護保険制度は未成立である。現在、地方政府が各地の状況に応じた取り組みを進めている状況である。その実際は、(3)中国の介護サービスで詳述するが、ここでは中国の社会保険制度の概要を説明し、特に医療保険と養老保険を取り上げておく。

中国の社会保険制度は、医療保険（公的医療保険）、養老保険（年金）、失業保険（雇用保険）、工傷保険（労災保険）、生育保険（育児保険）の5つから構成されている。

医療保険は、公費医療と劳保医療に大別される。公費医療は、公務員、党幹部、大学生を対象とした政府医療保険で、経費は各都市の財政部が提供している。劳保医療は、国有企業あるいは一部の集団企業の従業員を対象とした社会医療保険である。経費は企業の収入から拠出されている。

養老保険は、「受給者の『老』後の生活を『養』保険」を総称している。具体的には、法律で定められた一定の年数をもとに労働者が企業を退職した後に受け取る保険である。養老保険の管理は地方自治体が行っている。例えば、上海市の場合、保険料率は、企業に所属している人は個人負担分が保険料算定基準の8%、企業負担分が保険料算定基準の

22%となっている。自営業など所属企業が定まってない人は、居住している市あるいは自治体の平均給与の30%が保険料で、全額自己負担である（張、2012）。

中国では、1990年代まで、企業に所属している者は定年退職後、所属していた企業から退職金を毎月受け取ることで老後の生活を維持していた（ジェットロ、2012：10）。周知のとおり、中国は国有企業が事業主体のほとんどを占めており、「一定の年齢に達した場合には国有企業（＝政府）がすべての面倒を見る」という考え方が根付いていたからである（ジェットロ、2012：10）。

しかし、改革開放政策が実施されてからは、国有企業を取り巻く環境が変化し、国務院は養老保険制度改革を余儀なくされていった。

（3）中国の介護サービス

中国内の急速な高齢化に伴い、中国政府は中国独自の高齢者介護モデルの構築を模索し、2002年から日本国の地域包括ケアシステム¹³に類似した「在宅介護サービス事業」を全国的に推進している（姜、2011：1）。また、民間企業に高齢者事業への参入を奨励し、老人ホームを建設した民間企業には補助金を交付するようにもなった（姜、2011：3）。

ただし、中国政府は在宅介護サービスの普及に注力している。その理由は、費用対効果である。中国政府は老人ホーム建設に必要な費用を5,000元（1床当たり）と試算し、さらに運営費として毎月250～350元（1床当たり）が必要と考えている。一方、在宅介護サービスの場合は、毎月165～300元にとどまるとみている（海曙区星光敬老協会、2006）。在宅介護の場合は、当然、建設費が不要であるためかなりの費用が節約できる。しかも、住み慣れた自宅で介護サービスを受けることは、高齢者本人にとっても好ましいと考えられている（海曙区星光敬老協会、2006）。

在宅介護サービスの質が老人ホームと同等以上であれば、在宅介護サービスに注力すべきである。在宅介護サービスの対象は60歳以上の高齢者で、政府補助あるいは自費のいずれかで費用を負担して利用する。ただし、政府補助の対象となるのは、生活保護者や低所得者といった生活困窮者に限られている。

2016年7月に、中国の基本医療保険を管轄する中国人力資源社会保障部は「長期介護保険制度試行展開の指導意見」（以下、指導意見）を公表し、高齢化社会対策の一つとして介護保険制度を構築する旨を発表した。

この「指導意見」によると、上海、広州、成都を含む15都市で介護保険を試行し、試行

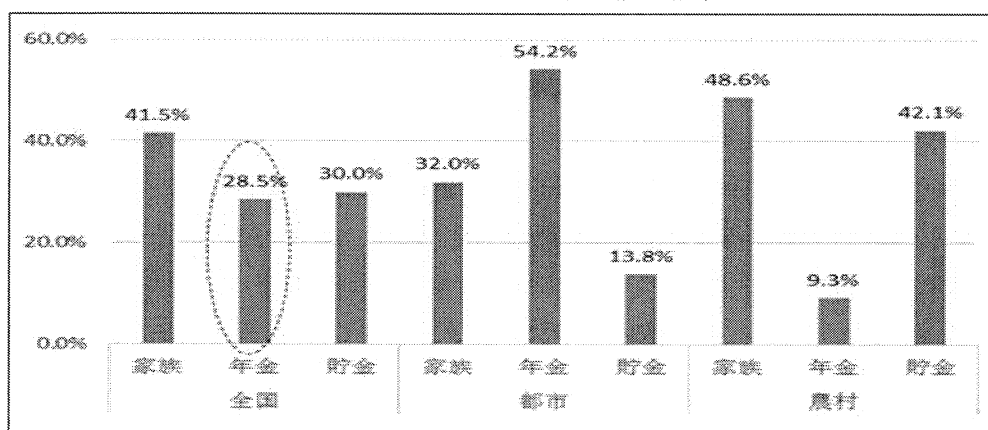
¹³ 地域包括ケアシステムとは、多様な生活問題に対応するサービスが、地域内の様々な社会資源を複合的に利用したシステムを通じて提供されることを目指したシステム（筒井、2009：85）。

結果を基に2020年までに中国全土で介護保険制度の骨子を確立するスケジュールである。「指導意見」の公表に伴い、各対象都市での介護保険制度の試行が開始した。

中国では全国的な介護保険制度は整備されていない。急速に進む高齢化と高齢者介護の必要性に迫られつつあるなかで、地方政府が各地の状況に応じた取り組みを進めている状況にある。上海市などでは「9073」という目標が設定されている。「9073」とは、介護の90%を在宅(家族)で、7%を地域コミュニティ(社区)で、3%を専門医療施設で担おうとする政策である。一方、北京市では「9064」という政策が掲げられている。しかし、筆者は「9073」と「9064」は高齢者介護の現状を考えると実現し難いと考えている。多くの高齢者の介護サービス購買力が限られているうえ、「在宅介護サービス」の認知度が低いことも阻害要因となっているからである。

2016年に公表された「北京在宅養老産業レポート2015」によれば、北京市在住の高齢者を対象に高齢者向け在宅サービスの認知度調査が行われている。

図Ⅱ－1 北京在宅養老調査結果



出所：日本総研 <https://www.jri.co.jp/page.jsp?id=31350> 検索日(2019年4月29日)

同調査では、都市部高齢者の平均収入は1,994元/月(約3万3000円)で、農村部の平均収入は約635元/月(約1万400円)である。2016年に公表された各省最低賃金を見ると、最上位の上海は2,190元/月(約3万6,000円)で、最下位の青海は1,270元/月(約2万1,000円)である。この水準から見ると高齢者の平均収入は生計維持もぎりぎりな状況で、介護サービスに支出できる財源はかなり限られていることが推察される。中国は今後の高齢化社会に対応するには、全国一律の介護保険制度を実施することと介護員の資格認定を重視しなければならない。

中国では、1980年代に市場経済が導入されて以来、市場競争が激化し、業績が悪化する国有企業が発生した。そのため、1995年～2003年末の8年間で約4,000万人の失業者が出た（姜、2011：4）。それと時期を同じくして、高齢化問題が顕著になり、政府は失業問題と高齢化問題の両方に取り組まざるを得ない状況に陥った。女性は介護分野を得意としていると捉えられたために、中高年の女性を介護業務に従事させることで事態の改善を図ったという経緯がある（姜・矯、2010：4）。

従来、中国では、儒教の影響から「孝順父母」が浸透している。これは、親には従い、孝行を尽くすという意味である。そのため、高齢になった親は子が世話をすることが常識となっていた。その道德規範は社会主義国家誕生後も受け継がれた。現行憲法（1982年制定）においても、「成年子女は父母を扶養扶助する義務を負うこと（49条）」と規定されている。しかし、近年、生活環境の変化等により、子どもが親の世話をすることが難しいケースが出てきている。特に経済的に余裕がある子どもの間では「保姆」を雇用することが広まっている。「保姆」とは、いわゆる家政婦のことで、住み込みで料理、洗濯、掃除、買い物はもとより、老人や病人の世話や看病を行う職種である。2000年8月、中央省庁の労働・社会保障部が、保姆の正式名称を「家政服務員（家政サービス員）」に決定し、従事するには認定資格を必要とする職種に認定した（サーチナ、2011）¹⁴。

従来、「保姆」は夫婦が共働きで若い子どもの世話がが必要な家庭で雇用されることが多かった。しかし、その後、高齢化が進むとともに高齢者の世話を目的とした雇用が増え、空巣家庭にとってなくてはならない存在となった。

このように、介護人材の需要は増えているものの、供給は追いついていない。中国統計局によれば、中国全土の介護人材（2014年）は、47.6万人であった。そのうち約7割に当たる33.3万人が養老機構施設で、残り3割（14.3万人）が社区施設で勤務している¹⁵。中国では要介護者の数が約4,000万人であることから考えると、やはり十分な数とは言えない。人材不足の理由の一つに、給与水準の低さが挙げられる。

介護業務従事者の平均月収（2006年）は500元程度で、全国平均月収（998.53元）の約半額程度であった¹⁶。その後、上昇傾向にはあるが、それでも、介護業務従事者の給与水準は高いとは言いがたい。「介護職は給与が安く、きつい、社会の認知度が低く、尊敬されな

¹⁴ 新秦商務諮詢（上海）有限公司（上海サーチナ）のサーチナ総合研究所がウェブ上で発表した2011年9月15日のコラム「中国の社会福祉はどこへ向かうのか」には、都市部の家政婦不足の実態及び家政業の大繁盛の背景などについての研究所による分析結果が掲載されている。

¹⁵ 中国統計局（2015），pp. 22-32.

¹⁶ 中国統計局 2006年8月25日公表。

い業種なので若者に敬遠される（呉、2004：23）」との指摘も見られる。

人材不足はサービスの質の低下にもつながる。中国で実施された高齢者介護に関する調査では、在宅支援サービスの提供者は専門的な介護知識と技能を持っている職員が少ない（孫・張・尹・劉、2011：2684）。サービスの内容は掃除、洗濯、食事の用意といった生活における身の回りの単純支援に限られている（紀、2010：46）。在宅介護サービスに派遣されるのは専門知識を持っていない女性である（呉、2004：8）。有資格の介護士が不足しており、現時点では家事支援しかできない（李、2011）といった問題点が指摘されている。

これらの問題点に共通しているのは、介護業務に携わる人材としてのスキルの低さである。そのため、掃除や洗濯といった一般的な家事労働には対応できても、高齢者の食事やトイレなど生活介助などには適切に対応できていない。なぜ対応できないかと言えば、生活介助に関する専門的な教育を受けていないからである。これらの面において適切な対応ができる人材であれば、高い給料を払ってでも雇いたいという人が増えると考えられる。つまり、介護人材の質の向上が賃金水準の向上にもつながると想定される。

北京の要介護高齢者をもつ家族に対して実施されたニーズ調査では、「地域の看護師による医療・看護・リハビリテーションが必要」と回答した家族が96.4%、「生活習慣病の予防と健康維持増進に関する指導が必要」と回答した家族が82.2%に上った¹⁷。高齢者を抱える家族においては、単なる家事の支援だけでなく、医療や介護に関するケアのニーズが高いことが窺える。

以上のことから、介護人材を質・量ともに充実させるには、教育体制の充実が急務である。

第2節 日本国の介護保険制度の概要と現状

（1）日本国の高齢化の現状

序論でも述べたように、日本国では高齢化が急激に進んでいる。高齢者人口は2015年には3,392万人で、10年後の2025年には3,657万人に達すると見込まれている（内閣府、2016：3）。

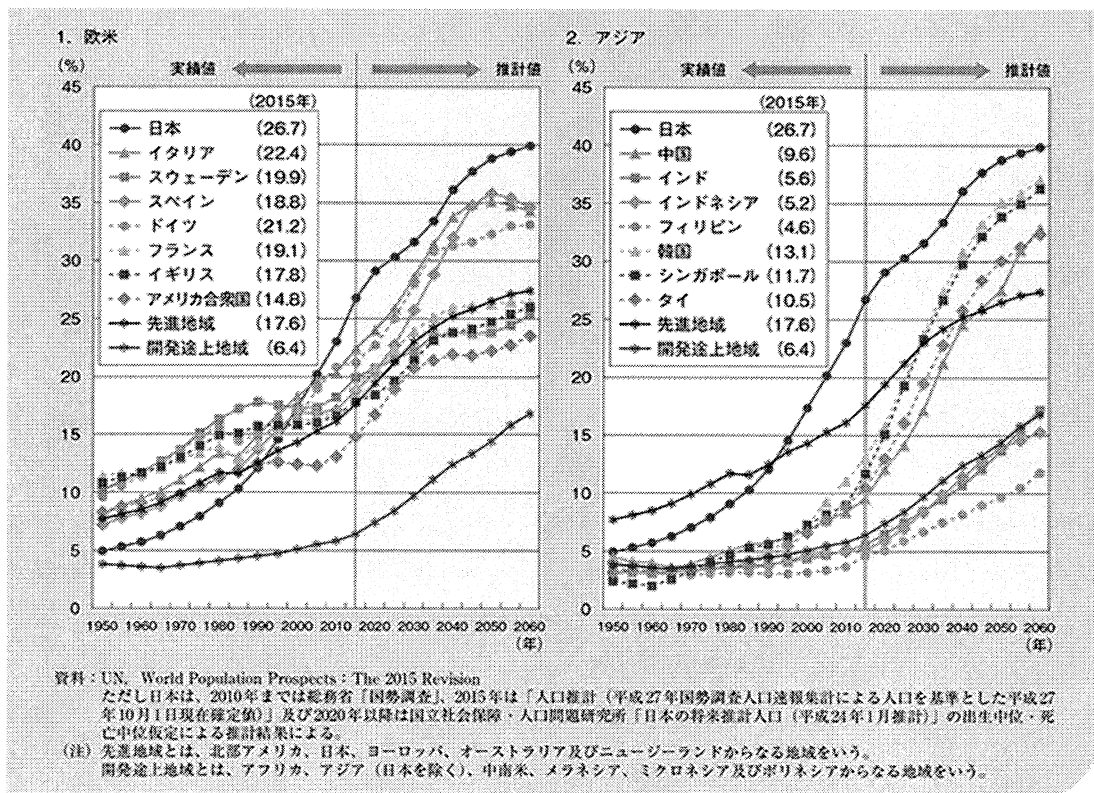
高齢化率については、2015年に26.7%で約3割となり、2060年には39.9%と約4割に達すると推計されている（内閣府、2016：3）。図Ⅱ-2は欧米とアジアの高齢化率（2015年）の推移である。欧米諸国で最も高齢化率が高い国はイタリアとなっているが、それでも22.4%で、日本国（26.7%）より低い。アジアで高齢化率が高い国は韓国（13.1%）や

¹⁷ ジェトロ北京事務所(2013), p. 36.

シンガポール (11.7%) で、いずれも 10% 台を超えている。日本国は、さらにその 2 倍以上の高さである。他方、中国は高齢化率が急激に上昇してはいるが、9.6% でかろうじて 10% を下回っている。このようにみると、日本国の高齢化率がいかに高いかが理解できる。

なお、人間は高齢になるほど、自分が介護される立場になったときのことを考えるようになる。日本国の内閣府の調べでは、「日常生活を送る上で介護が必要になった場合に、どこで介護を受けたいか」という問いに「自宅で介護してほしい」と回答した人が、60 歳以上で男性は 42.2%、女性は 30.2% となった (内閣府、2016 : 29)。少なくとも高齢者の 3 人に 1 人は自宅での介護を望んでいることになる。さらに、「治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか」についてみると、「自宅」が 54.6% で最も多かった (日本国内閣府、2016 : 30)。

図 II - 2 世界の高齢化の推移



出所：日本国厚生労働省「平成 28 年版高齢化白書」

(2) 介護保険制度の概要

日本国では、介護保険法が2000年4月に施行され、介護保険制度がスタートした。この介護保険制度は、「戦後最大の高齢者保健福祉制度改革（杉原・杉澤・中谷、2012：2）」と言われ、介護の在り方を大きく変えるものと期待されていた。日本国の介護保険制度の主な目的は「介護の社会化」に置かれていた（杉原・杉澤・中谷、2012：2）。この「介護の社会化」の意味するところは、「『家庭内・家族が担ってきた』介護を、広く社会共通の課題として認識し、実際の介護（ケア）を担う社会資源（サービス）を、税と保険料を中心に拠出された財源によって『社会全体が担っていく』もの（阿部、2012：1）」となっている。

介護保険法第1条は、次のように定めている。

「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、（中略）その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」。

この条文によれば、介護保険制度においては、「能力に応じて自立した日常生活を営むことができるようにすること」「国民の保険医療の向上及び福祉の増進を図ること」を主な目的としていると言える。

介護保険制度は2000年4月に施行され、以後、図Ⅱ-3が示すような改正の経緯¹⁸をたどった。

2005年（平成17年）の改正では、介護予防を重視し、「要支援者への給付」が「介護予防給付」となった。介護予防マネジメントは地域包括支援センターが実施することになった。それ以外では、地域密着サービスの創設、介護サービス情報の公表などが加えられた。

2008年の改正（平成20年）では、介護サービス事業者の法令順守等の業務管理体制の整備の一環として、休止・廃止の事前届出制の構築や、休止・廃止時のサービス確保の義務化などがなされた。

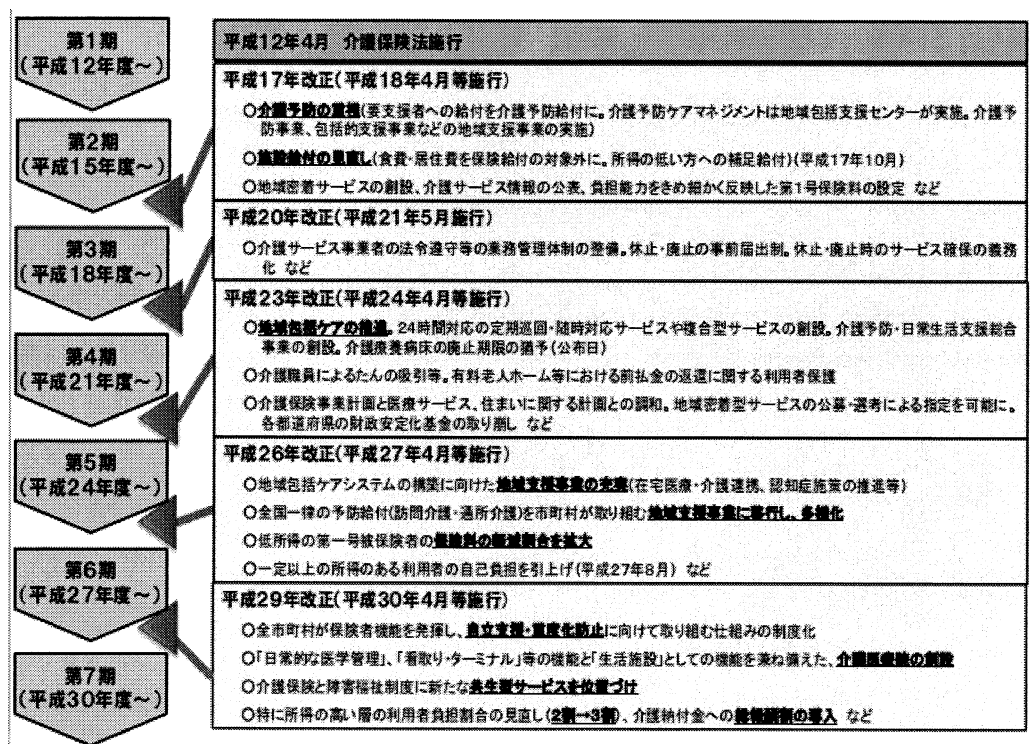
2015年度の改正（見直し）は、2008年1月に、当時の福田内閣が設置した社会保障国民会

¹⁸ 介護制度導入の背景 <https://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/riyousha/shiritai/seido/2.html>（検索日：2018年5月5日）

議の報告により、同年12月に「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」が閣議決定されたことに端を発する。以降、政府・与党における検討がなされ、2012年8月に、社会保障制度改革推進法が成立した。年金、医療、介護、少子化の4分野での改革の基本方針が明記され、介護保険については、「介護サービスの効率化・重点化、保険料負担の増大の抑制を図る」とされた。

改革の推進を審議する組織として、社会保障制度改革国民会議が設置され、その報告を踏まえた「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（プログラム法）」が、2013年12月に成立した。そして、制度改革の全体像と進め方を示したプログラム法を具体化するものとして、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（以下、医療介護総合確保推進法）」が、2014年6月に成立した。

図Ⅱ-3 日本国の介護保険制度の改正の経緯



出所：日本国厚生労働省老健局(2018)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」p. 24.

医療介護総合確保推進法は、介護保険法や医療法など 19 の法律を一括して改正する

もので、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う」ことを趣旨としている。2015年の介護保険法改正は、この法律によるものである。

2018年の改正(平成30年)における1つめのポイントは、要介護・要支援状態の維持改善率を評価する「アウトカム評価」が重視され、介護予防訪問リハビリや通所介護においても、新たにこの評価方法が導入されるようになったことである。他にも、リハビリにおいて医師と専門職との連携を評価すること、床ずれの発生予防や排泄ケアをプランとして盛り込むことなども、介護報酬における評価対象とされている。

2つめのポイントは、新しい介護保険施設となる「介護医療院¹⁹」の創設である。これまで公的な介護保険施設には、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設(介護療養病床)の3つがあったが、このうちの介護療養病床の転換先になるのが介護医療院である。

3つめのポイントは地域共生社会の実現に向けたさまざまな規定が設けられていることである。そのうちの一つである、介護保険と障がい福祉両方の制度に位置づけられた「共生型サービス」とは、高齢者と障がい者が同一の事業所でサービスを受けやすくするための新しいサービスの形である。これまで、障がい者と高齢者は、別々の事業所でサービスを受ける必要があったが、今回の改正によって、障がい福祉サービス事業所等でも介護保険事業所としてサービスを提供することができるようになる。

4つめのポイントはサービス利用料の自己負担額の増加である。これまで、サービス利用料の自己負担額は所得に応じて1割負担もしくは2割負担だった。しかし、今回の改正にともなって、最大で3割負担となる人が出ることになる。ただし、自己負担額の上限は、44,000円とされている。自己負担額が3割になるのは、これまで2割負担してきた人のうち、特に高所得の人である。具体的には、収入が「現役並み所得相当」である340万円以上の場合、自己負担額が3割となる²⁰。2018年(平成30年)の介護保険制度改定では、①地域包括ケアシステムを推進する、②自立支援、重度化防止の取り組みを強化して質の高

¹⁹ 「介護医療院」とは、長期にわたって療養が必要な要介護者に対して、医療や看護・介護生活上の世話をを行うことを目的とする施設である。

²⁰ 介護保険最新情報 Vol.667

<http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/vol.667.pdf> (検索日：2019年4月28日)

い介護サービスを実現する、③介護人材の確保を目指し、生産性を向上させる、④介護サービスを適正化し、介護保険制度の安定性と持続可能性を確保する、という4つの考え方を基本として、さまざまな制度変更や介護報酬改定、新施設の創設などが行われた。

これらの考え方が制度に反映された背景には、1947年から1949年生まれの「団塊の世代」が75歳以上となり、医療費、介護費が急増することが予想される「2025年問題」に備えるという意図もある。2025年に向けて、質が高く、かつ効率性を重視した介護サービスの提供体制を構築するために、以上のような考え方にに基づき制度改定が行われたのである。

(3) 介護サービスの種類

介護サービスは、主に①訪問系サービス、②通所系サービス、③短期滞在系サービス、④居住系サービス、⑤入所系サービスの5つに大別される。

①訪問系サービス

訪問介護、訪問看護、訪問入浴介護、居宅介護支援など、在宅療養する高齢者の自宅に訪問して行う、いわゆるホームヘルプサービスである。

②通所系サービス

通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーションなどのサービスである。

③短期滞在系サービス

短期入所生活介護などのサービスである。

④居住系サービス

特定施設入居者生活介護、認知症共同生活介護などのサービスである。

⑤入所系サービス

介護老人福祉施設や介護老人保健施設等で行うサービスである。

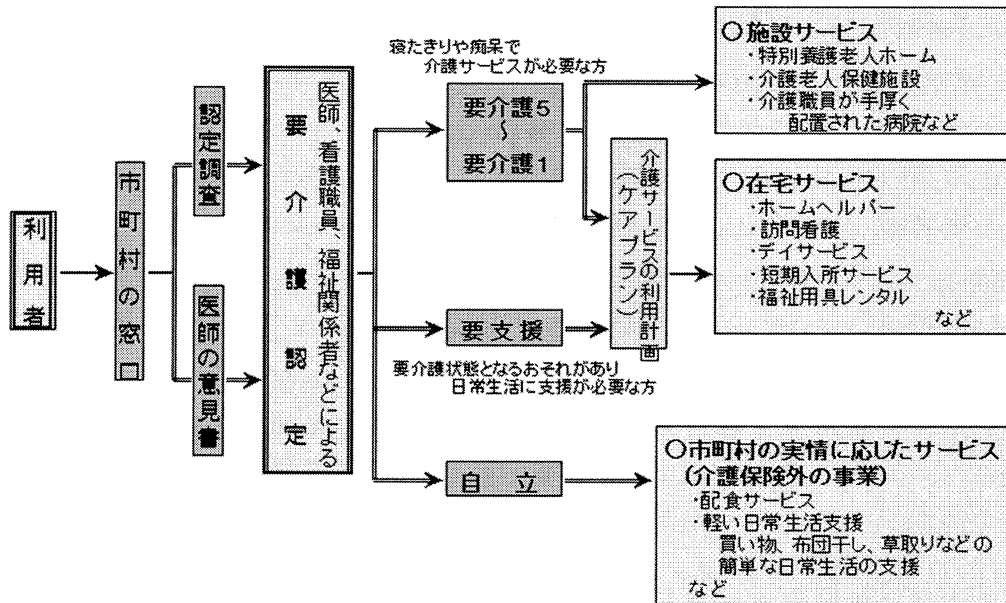
介護サービスの利用手続きは、図Ⅱ-4に示すとおりである。

利用者は、まず市町村の窓口で利用のための申請を行う。原則として、申請は本人または家族が行うが、ケアマネジャーが代行することも可能である。

次に、調査員が本人の状況を把握するために、心身等の状態を聴取する（認定調査）し、かかりつけ医等の医師が意見書を作成・提出する。

担当者で認定の有無が検討される。その結果、要支援・要介護と認定された場合は、介護保険サービスの利用が可能となる。また、要支援・要介護度に応じて、利用できるサービス量や限度額などが設定されている。

図Ⅱ-4 日本国の介護サービス利用の手続き



出所: 日本国厚生労働省「介護サービスの利用手続き」<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/sankou2.html>

(検索日: 2018年7月13日)

(4) 介護保険制度の現状

2000年に介護保険制度が発足したのち、その利用者数は年々増加している。介護保険サービス利用者は、表Ⅱ-4が示すように、2000年4月末149万人であったのに対して、2018年4月末には474万人と3倍以上の大きな伸びを示している。

表Ⅱ-4 介護サービス利用者数

①65歳以上被保険者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
第1号被保険者数	2,165万人	⇒	3,492万人	1.6倍

②要介護（要支援）認定者の増加

	2000年4月末		2018年4月末	
認定者数	218万人	⇒	644万人	3.0倍

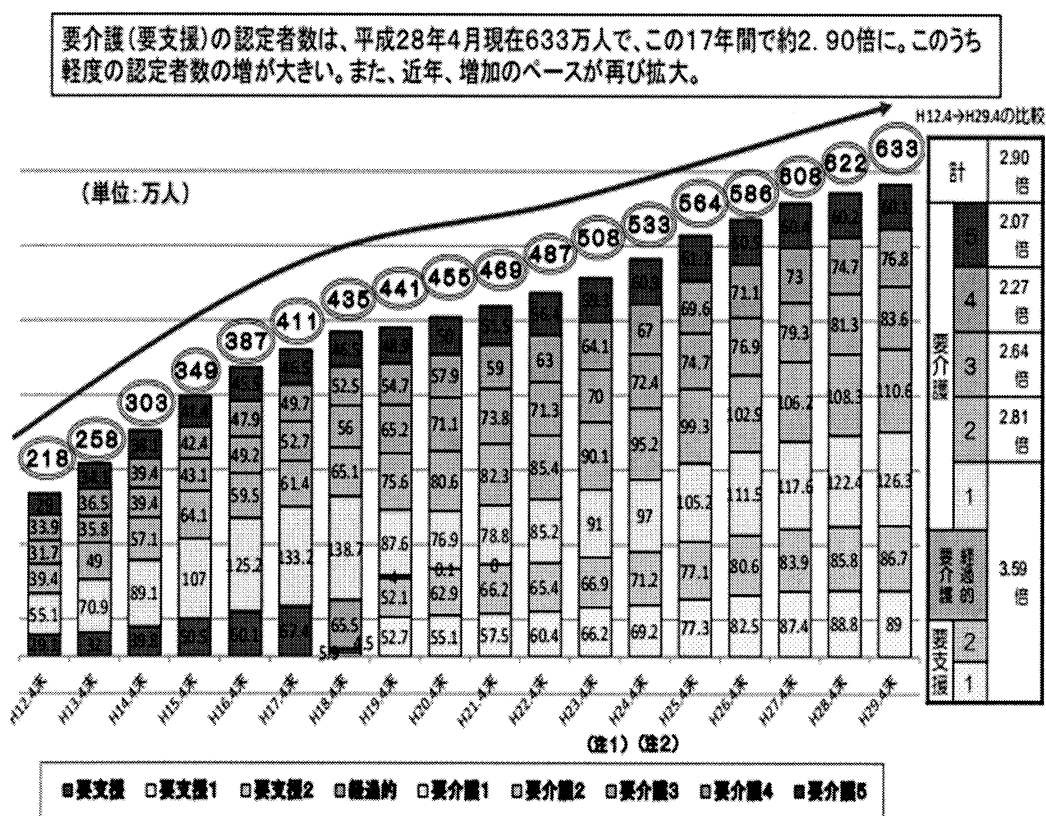
③サービス利用者の増加

	2000年4月		2018年4月	
在宅サービス利用者数	97万人	⇒	366万人	3.8倍
施設サービス利用者数	52万人	⇒	93万人	1.8倍
地域密着型サービス利用者数	—		84万人	
計	149万人	⇒	474万人*	3.2倍

出所：日本国厚生労働省 老健局(2018)p.3 <https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177> (検索日：2018年7月13日)

このように介護サービスの利用者が増えた背景には、高齢者人口の増加に伴う要介護認定者の増加がある。要介護または要支援の認定者数は、介護保険制度が発足した2000年(平成12年)の4月末には218万人であったが、2018年(平成30年)には、644万人と約3倍になり、介護サービス利用者と同じようなペースで増えている。また特に、要介護度が低い(要支援～要介護2)認定者が急激に増加している。

図Ⅱ-5 日本国の要介護度別認定者数の推移



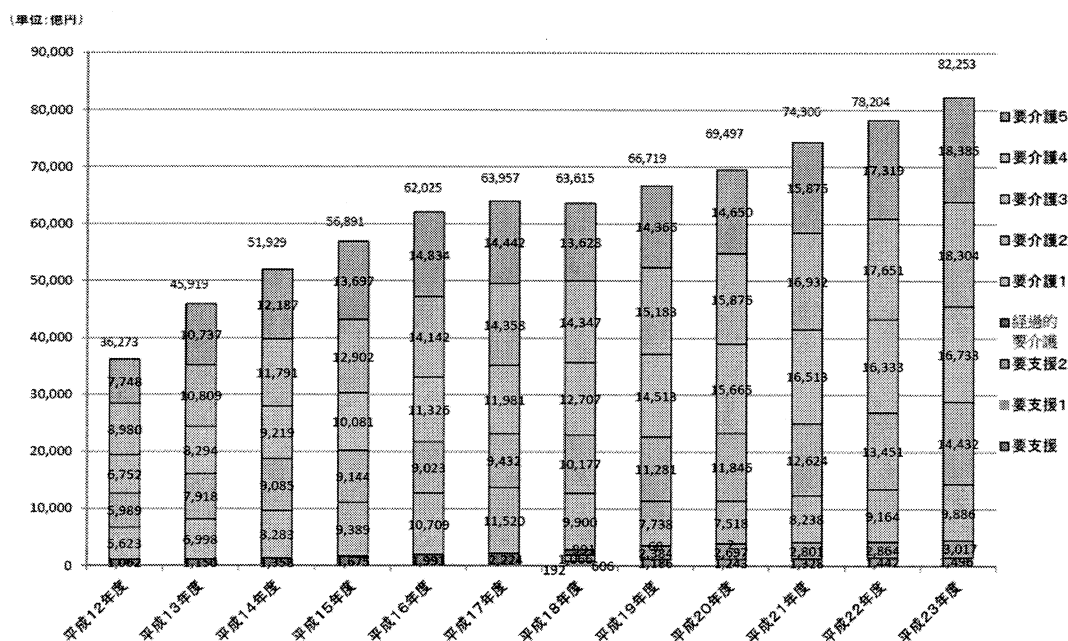
出所：日本国厚生労働省(2018)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」p.4.

*居住介護支援、介護予防支援、小規模多機能型サービス、複合型サービスを足し合わせたもの、ならびに介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設、特定入所者生活保護(地域密着型を含む)および認知症対応型共同生活介護の合計。

以上のように、日本国では介護保険制度が発足してから、介護サービスの利用者は大幅に増加している。しかし、その一方で、財源に関する懸念が高まってきた。

図Ⅱ-6は、介護費用の推移である。2000年には約3兆6,000億円であったが、約10年後の2011年には、約8兆2,000億円と2.3倍に膨らんでいる。

図Ⅱ-6 日本国の介護費用の推移



出所：日本国介護保険事業状況報告年報。

すでに述べたとおり、介護保険制度が発足した当時は、制度の主目的は「介護の社会化」であった。当然、その目的は継続されているが、単に介護の社会化を掲げるだけでは制度の継続が難しい状況が生まれている。それは制度の持続可能性、とりわけ財源の持続的な確保の問題が関与している。制度を長期的に持続させるには、財源確保はもとより、財源を効率的に使うことも求められる。そのようなことから、「給付の適正化・効率化」が重視されるようになり、2005年には、保険料の設定の見直しや給付の適正化を徹底するための制度改定が行われた。

第3節 中国と日本国の介護保険制度の比較

中国も日本国も高齢化が急速に進んでいる点では共通しており、両国とも介護の需要が高まっており、介護保険制度の整備が進んでいる。

中国においては、2016年6月に山東省青島市や吉林省長春市など15のパイロット地域を発表し、2020年までに介護保険制度の全国導入を目指している（片山、2018：1）。しかし、それまで全国的な介護保険制度は整備されておらず、地方政府が各地の地域の状況に応じた取り組みを進めてきた。例えば、上海市などは「9073（在宅90%、地域コミュニティ7%、専門医療施設3%）」という目標を掲げ、北京市は「9064」という目標を掲げている。

日本国は、中国より先に介護保険制度に着手した。2000年の介護保険法の施行に伴い、介護保険制度がスタートした。その後、2005年、2008年、2011年、2014年に改正が実施され、現在に至っている。改正の内容は、介護予防の重視（2005年改正）や介護サービス事業者の法令順守等の整備（2008年改正）など、介護制度の基礎となる内容が中心であったが、2011年改正では「地域包括ケアの推進」、2014年改正では「在宅介護・介護連携の推進」というように、在宅での介護を重視した改正が進められている。さらに、2018年改正では、介護財源の持続性をねらいとして、収入が現役なみ所得相当である所得階層のサービス利用者の自己負担額が従来の1割から3割に引き上げられることになった。このように、日本国では介護保険制度の整備が進んでいるが、高齢化が進むにつれ、財源に対する懸念が高まっている。

第4節 小括

本章では、中国と日本国の介護保険制度について論じた。

中国においては、一人っ子政策による出生率の低下、高い経済成長に伴う生活環境や医療の改善等を背景に、高齢化が急速に進んでいる。2000年に60歳以上の人口が10%を超え、2053年には60歳以上の人口が総人口の35%近くに達するとの予測もある。

中国の高齢化社会の主な特徴としては、①急速な高齢化、②未富先老、③地域格差、そして④空巣家庭（老人独居家庭）の増加の4つがあげられる。

高齢化が進むとともに、要介護者も増える傾向にあり、それとともに医療保険制度の拡充が求められるようになった。中国の医療保険制度のなかで、特に老後の生活に関わりが深いのは養老保険である。これは、労働者が退職後に受け取る保険で、その管理は地方自治体が行っている。1990年代までは、労働者は定年退職後に企業から退職金を毎月受け取って老後の生活を維持できていたが、改革開放政策の実施後は、国有企業を取り巻く環境変化により、養老保険制度改革を余儀なくされることになった。全国的な介護保険制度は整備されていないが、地方政府が各地の状況に応じた取り組みを進めている。例えば、上海市などでは「9073」、北京市では「9064」といった目標を掲げている。

しかし、近年、子どもが親の世話をすることが難しいケースが出ている。そこで、子ど

もに代わって「保姆（家政婦）」が高齢者の世話をする家庭が増えている。このように、介護人材の需要は増えているが、供給は追いついていない。また、介護人材のスキルの低さも問題となっており、介護人材の質・量ともに充実させるため、教育体制の充実も求められている。

日本国においても、中国と同様に高齢化が急激に進んでおり、2060年には39.9%に達するとの見方もある。そうした背景から、2000年に介護保険法が施行され、介護保険制度がスタートした。その後、利用者数は年々増え、2000年4月末には149万人であったが、2018年には474万人と約3倍に達している。

日本国の介護サービスは、①訪問系、②通所系、③短期滞在系、④居住系、⑤入所系に分類され、利用者のニーズに合った利用法を選択できるようになっている。

日本国では高齢者介護の制度は整ってきてはいるが、一方で、利用者数の急増により財源に対する懸念が高まっている。

第三章 アンケート調査

はじめに

第I章では介護サービスをめぐる議論についての先行研究をレビューし、第II章では、中国と日本国における高齢化の現状や、介護保険制度の状況等について述べた。

中国、日本国ともに高齢化が急速に進んでいるという点で共通していた。核家族化や高齢化により平均世帯人員の減少、単独世帯や夫婦のみの世帯の増加など世帯構造の変化、あるいはライフスタイルの変化などにより、子や孫が高齢の親の介護に携わることが難しくなっていた。これは日本国では「家族の介護機能基盤の脆弱化」と言われ、高齢期における最大の不安要因の一つである介護問題を社会全体で支える仕組みをつくるとともに家族等の介護者の負担軽減を図るために介護保険制度が創設されたのである。家庭における介護は家族の人数にもよるが、複数の人たちが1人の家族の介護に従事する。一方、高齢者介護施設では、1人の介護職員が複数の利用者の介護を担当するので家族が家族を介護するインフォーマルなレベルのきめ細やかなサービス提供には自ずと限界がある。しかし、専門性に基づく介護サービスを提供することができる。加えて高齢者介護施設は利用者から利用料を徴収して介護サービスを提供しているので、利用者の満足度向上も求められるのである。すなわち高齢者介護施設には限られた人員ですべての利用者に満足度の高いサービスを提供することと継続的に業績を上げていくことが求められている。高齢者介護施設は1つの経営事業体組織であり、介護職員や看護職員、事務職員等が働いているため、職員配置や人事管理、さらには各介護職員のキャリアアップ、労働環境の整備など、

多くの経営課題に取り組まなければならない。今後、高齢者介護施設が、配偶者や子や孫等の家族に代わって高齢者介護の中心的な役割を担うことになることは間違いない。中国および日本国の高齢者介護施設では、今後の高齢人口の増加に備えて様々な観点から介護サービスの提供体制を整備しておく必要があるが、本論文では特に介護業務の効率化に焦点を当て検討を加える。

日本国で高度経済成長が始まったのは 1960 年代半ばからであるが、家族のあり方もそれに伴い変化した。3 世帯あるいは 4 世帯同居といった大規模家族から若い世代が雇用を求めて都会に働きに出て新たな家庭を築き、核家族化していった。今日では、女性が社会で活躍する時代を迎え、年老いた親等の介護を家族が行うことは難しい状況となっている。日本国は高齢者を社会全体で介護する時代に入ったといえる。一方、中国においても高度経済成長を遂げた時期は異なるが、日本国と同じ道をたどっている。中国は儒教の影響が強いことから、子が親の面倒を見るという精神がいまだに根付いている側面もあるが、中国社会は日本国とは異なり、女性が男性と同様に社会で働くことが普通であり、今後、介護に対する社会的支援のあり方が重要な課題である。

これまで高齢者介護施設を対象とした研究は決して少なくないが、中国と日本国の高齢者介護施設に直接アンケート調査を実施し、比較を行った研究はほとんどみられない。本章では、アンケート調査の結果を整理し、高齢者介護施設が抱えている課題について考察を加える。

第 1 節 調査方法

(1) 調査目的

本研究における調査の目的は、高齢者介護施設の運営業務に関連して、特に施設内での業務効率化の実態に着目した調査を行うことにより、介護現場における効率化の課題を抽出し、効率を向上させる施策を検討する基礎資料とすることである。

アンケート調査と施設関係者へのインタビュー調査から得られた現場の意見を総合した結果から、高齢者介護施設の円滑な運営（利用状況の更なる向上）を実現するための課題を整理し、介護業務の効率化の視点から検討を加える。

(2) 調査対象

調査対象は、筆者がかつて訪問したことがある日本国と中国の公的と民営高齢者介護施設である。日本国については、東京都、大阪市、門真市、茨城県、島根県を拠点とする高齢者介護施設のうち 10 施設、中国については上海市、広西省、吉林省、山東省にある高齢者介護施設のうち 10 施設の合計 20 施設である。

(3) 調査方法

アンケート調査は、調査対象とした全施設の施設長に、eメールによる調査票配布により実施、回収を行った。施設関係者へのインタビュー調査は直接施設に赴いて実施した。回答者は施設長またはそれに代わる役割を担っている職員である。

(4) 調査実施期間

調査を実施した期間は、2018年8月4日～2019年1月3日である。

(5) 回答数

アンケート調査表は、日本国と中国の高齢者介護施設に合計40ヶ所を送付し、20施設から回答が得られた。回答率は50%である。回答は、中国と日本国の高齢者介護施設からそれぞれ10施設、合計20施設から得られた。

(6) 調査内容（概要）

アンケート調査の主な調査項目は以下のとおりである。実際に使用したアンケート調査票は文末に添付する。

- ① 職員の就業形態に関する適正度
- ② 職員配置や人事管理の適正度
- ③ 事業所規模の適正度
- ④ 勤務体制
- ⑤ キャリアアップのための研修制度の有無
- ⑥ 書類作成や事務に係る負担を軽減するための措置の導入体制
- ⑦ 介護労働者のスキルレベルに応じた報酬制度の導入の有無
- ⑧ 労働条件・キャリアアップ・福利厚生・安全衛生管理などの労働環境に関する情報開示の有無
- ⑨ 労働環境の条件を改善する検討を定期的に行っているか否か
- ⑩ 効率アップのために機械や介護ロボットの導入の有無
- ⑪ 施設運営の状況

(7) 調査結果の公表における倫理的配慮

調査に当たっては、調査対象者に対して、主に以下のことを口頭及び文書で説明し、承諾を得た。

- ① 調査結果は論文研究のためにのみに使用する
- ② アンケート調査票を発送した高齢者施設には、調査結果を報告する
- ③ アンケート結果を開示する際、事業所や個人が特定されないよう細心の注意を払う

第2節 調査結果

調査によって得られた結果は、以下のとおりである。構成比の合計は小数点第2位を四捨五入するため誤差が発生する場合がある。

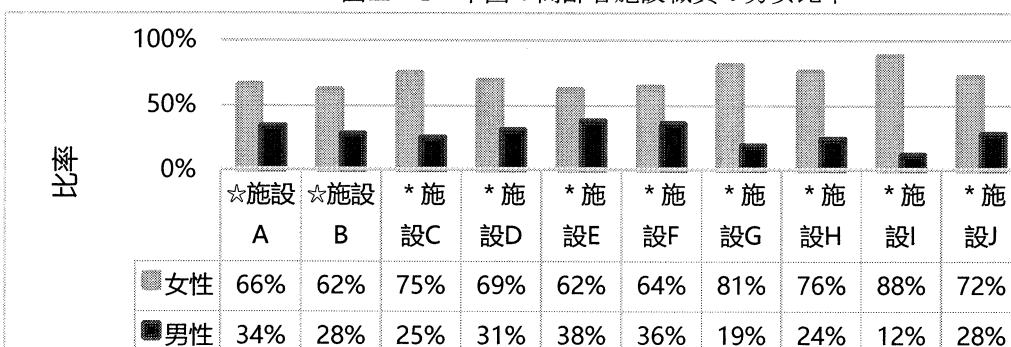
Q.1 高齢者介護施設職員の男女比率

図Ⅲ-1は、中国における調査対象施設の介護職員の男女比率を示している。

中国の高齢者介護施設でアンケートに回答した10施設のすべてにおいて、女性が占める割合が60%を超えていた。また、女性の比率が70%を超える施設が3施設、80%を超える施設が2施設みられるなど、中国では介護職員に占める女性の割合がかなり高かった。女性の割合が高いということは、男性の割合が低いことを意味するが、男性比率が最も低い高齢者介護施設では、その比率は12%にとどまっていた。

この事実は、石田（2012）が述べているように、2000年に中国労働・社会保障部が「家政服務員国家職業標準」を策定したときに、高齢者介護施設が国有企業をリストラされた女性労働者の再就職先となったこと、また農村の余剰労働力となった女性の雇用先となったことが影響しているものと推察される。

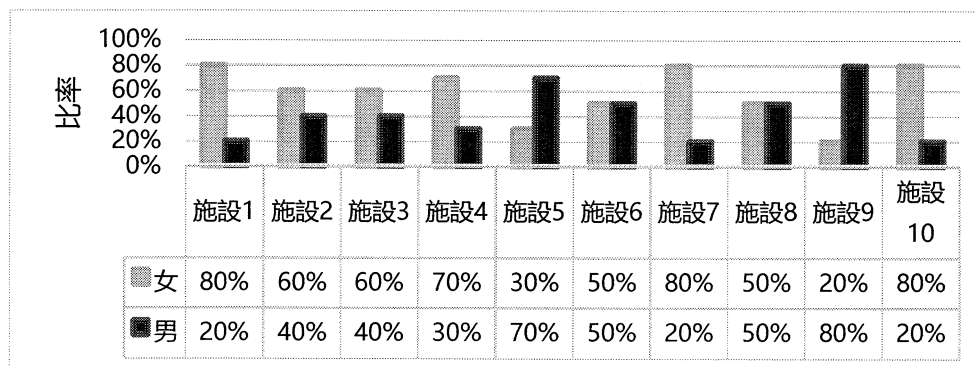
図Ⅲ-1 中国の高齢者施設職員の男女比率



注：*：民営施設 ☆：国営施設

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ-2 日本国の高齢者施設職員の男女比率



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ-2 は、日本国の高齢者介護施設における介護職員の男女比率を示している。上述のとおり、中国では女性の占める割合が圧倒的に高いが、これに対して、日本国では中国の調査結果に比して男性の比率が高い事業所が多い。回答を得た10の施設のうち、男性の割合が50%を下回っているのは4施設で、それ以外の施設は、男性の割合が50%から80%を占めていた。

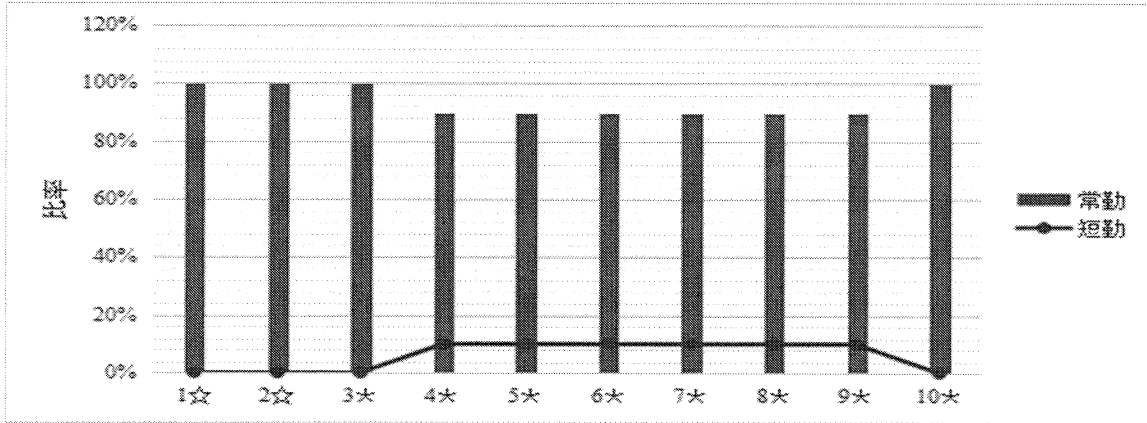
日本国で男性の介護職員の割合が高い傾向がみられる理由として、調査対象施設のある施設長は、インタビューに対して「介護職員の地位の向上」を指摘している。その施設長によれば、日本国では2007年に社会福祉士及び介護福祉士法により介護福祉士国家資格が制定され、介護福祉士の社会的地位が上がったため、男性職員が増える傾向にあると述べていた。

近年、介護を必要とする高齢者の増加に伴い、介護職として働く人が増えている。高齢者介護施設では、従来、女性介護職員が大半を占めていたが、最近では、男性介護職員の割合が少しずつ増加している。その背景には利用者と同じ性のスタッフが介護する同性介護の原則が徐々に浸透してきたこともあるであろうし、障がい者や高齢者のニーズを充足する「ノーマライゼーション」という社会福祉の理念が、実質的に定着してきたことがあるものと推察される。「男性、女性どちらもいる世界に住むこと」はスウェーデンのベンクト・ニリエが整理した八原則のうちの一つである。さらに政策レベルでは、1995年北京で開催された第4回世界女性会議で「ジェンダー主流化」の考え方が打ち出され、政府にあってジェンダー平等の視点をあらゆる政策分野の主流におくことが提唱されたことが挙げられよう。日本国もこの考え方を参考に、1999年に男女共同参画社会基本法を制定している。このように法律や施策が整備されてきたことが、介護領域にも波及しているものと推察される。しかし、現実の介護業務場面では男性介護職員には女性が多い職場での人間関係や待遇面での不安を抱えている者が多いとの報告もあり、改善点が残されているのが実情と言えよう。

Q.2 介護職員の勤務形態

図Ⅲ-3 は、中国の高齢者介護施設職員の常勤と非常勤の短時間勤務（以下、短勤）の割合を示している。常勤が90%あるいは100%を占めていた。非常勤が少ない理由として、中国の調査対象のある施設長は、非常勤の労働保険等の福利厚生制度が十分に整備されていないことを指摘している。

図Ⅲ-3 中国介護職員常勤と短勤の割合

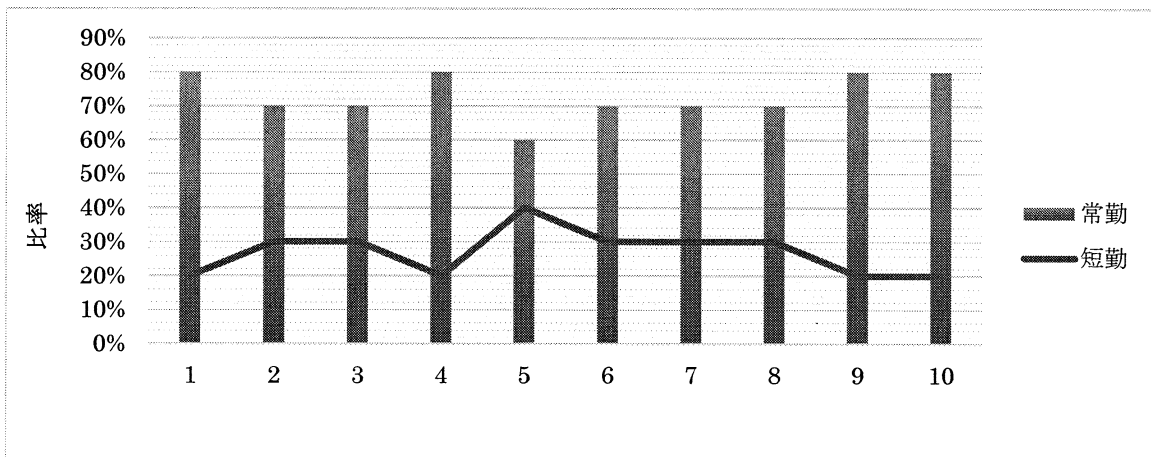


注：*：民営施設 ☆：国営施設

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ-4は、日本国の高齢者介護施設における介護職員の常勤と非常勤の割合を示している。日本国では介護施設が十分に成熟し、常勤だけでなく非常勤労働者についても福利厚生制度のサポートの整備が進んでいるため、非常勤の割合が中国に比べて高いと考えられる。また、事業所の経営の効率化を考慮して、人件費を抑制する目的で常勤と短勤のバランスを図っているものと推察される。

図Ⅲ-4 日本国の介護職員常勤と短勤の割合



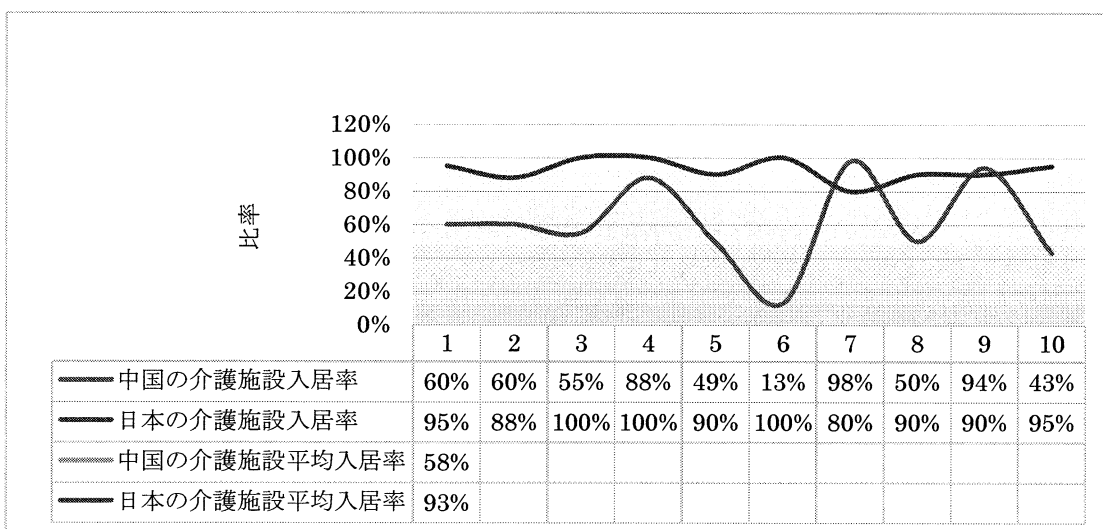
出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

Q.3 入居率

図 III-5 は、中国と日本国の高齢者介護施設の入居率を示している。筆者がアンケート調査を実施した中国の 10 か所の施設のうち、最も低い施設の入居率は 13%で、高い入居率を示す 3 施設の平均は 98%で、10 施設の平均入居率は 61%となっていた。言い換えれば、空床率は、平均で 38%に達しており、中国の高齢者介護施設には約三分の二しか入居者がいないことになる。近年、一部の民営養老院の入居率が国営養老院より入居率が高くなったことが紹介された。インタビュー調査に応じた民営養老院の施設長から民営養老院は営利目的を達成するためにより良質のサービスとより良好な環境を提供して入居者を誘引して入居率をあげた結果であろうとの考えを述べている。他方、国営養老院の入居費用は低い、提供されるサービスと居住環境において民営に比べて劣っているとされている。中国経済の発展に伴って、人民の生活水準はますます向上し、入居者と家族は入居費用よりも提供されるサービスと環境をより重視する傾向が強まっている。それゆえ、提供されるサービスと居住環境が良い民営養老院の入居者が増えていると推測される。

他方、日本国の 10 か所の高齢者施設の入居率は平均 93%、つまり空床率は、平均で 7%である。日本国の場合は、回答を得た 10 の施設のうち 3 施設の入居率が 100%で、それ以外の施設でも入居率が 80%を割り込んでいないところはない。

図 III-5 中国と日本国の養老施設の入居率



注：*：民営施設 ☆：国営施設

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

Q.4 職員の年齢構成

介護職員の年齢構成は、中国では国営の1000床以上の比較的大規模の施設では、40～50代の割合が高くなっていたが、100人以下の規模の民営施設では、30代の割合が他の年代に比べて高くなっていた。他方、日本国の介護施設の従業員規模を見ると、(財)介護労働安定センターが行った調査によれば、一事業所当たり平均30.4人であり²¹、今回の調査対象となった施設は平均よりも従業員規模がやや大きな施設となっていた。ちなみに、従業員の年代を見ると、40～50代の割合が高く、57%を占めていたが、日本の介護施設の従業員の平均年齢は47.7歳となっている²²。

表Ⅲ－1 中国介護職員の年齢構成 (単位：人)

介護施設	20代	30代	40代	50代	60代	合計
☆施設A	48	44	64	82	18	256
☆施設B	33	25	41	144	3	246
*施設C	16	29	6	40	4	95
*施設D	2	1	1	6	3	13
*施設E	0	23	3	6	1	33
*施設F	5	4	9	5	2	25
*施設G	13	6	4	3	0	26
*施設H	2	2	4	7	2	17
*施設I	4	22	11	4	0	41
*施設J	7	24	5	1	2	39

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

表Ⅲ－2 日本国の介護職員の年齢構成 (単位：人)

介護施設	20代	30代	40代	50代	60代	合計
施設1	12	18	9	5	4	48
施設2	8	12	11	9	6	46

²¹ (財)介護労働安定センター(2019), p. 11.

²² 同上, p.95.

施設 3	4	8	13	14	5	44
施設 4	0	4	11	13	2	30
施設 5	3	5	8	10	9	35
施設 6	1	2	2	6	0	11
施設 7	0	1	3	7	8	19
施設 8	2	0	1	10	1	14
施設 9	3	11	17	18	3	52
施設 10	5	6	13	12	2	38

出所：アンケート調査票に基づいて筆者作成。

Q.5 常勤職員と短時間勤務職員（以下、短勤職員）という職員の就業形態は「適正」であると思いますか。

中国では、介護職員がほぼ常勤職員のみで構成される施設が多いが、他方、日本国では介護職員が常勤職員と短勤職員を組み合わせる構成される施設が多い。調査対象施設は、常勤職員、短勤職員の勤務形態についてはそれぞれ「適正」、あるいは「ほぼ適正」と回答していた。

前述したとおり、日本国では短勤職員の福利厚生制度の整備が進んできているのに対して、中国ではその整備がまだ十分ではないことが背景にあると思われる。介護サービスといった労働集約的な業務では無理な合理化、すなわち人手を減らし、職員一人あたりが担当する利用者や仕事を増やすとサービスの質の低下を招きかねない。対応策の一つには安い労働力を求める方法がある。しかし、こうした対応策は介護福祉サービスで働く人たちの賃金を低く抑えることにつながり、その結果、優秀な人材の確保が困難となり、サービスの質に大きな不安が生まれる。従って、同一労働同一賃金や男女平等賃金などを指向しながら、短勤労働（職員）を創出することが必要と考えられる。日本国の短勤労働がこれまで述べてきたような課題を解決できているわけではないが、中国の高齢者介護事業における短勤職員と常勤職員の就業形態についての課題の一つと考える。

Q.6 介護能力に応じた職員配置はできていると思いますか。

介護能力に応じた職員配置ができているか、という質問に対して、中国の介護施設では「適正」あるいは「ほぼ適正」と回答した施設が9割であったが、民営施設のなかで「不適正」と回答した施設があった。とくに、入居率が最も低い施設Fの管理者はコストの面を考慮しなければならないこと、人件費を安く抑えるために給料を安い額に設定していること、したがって専門職としての介護職員の確保が難しく、ほぼ全員が介護のスキルをも

たない素人であることから、介護能力に応じた人員配置ができないと回答していたものと推察された。

他方、日本国の介護施設の職員配置は、全ての施設が職員の介護能力に応じて「適正」あるいは「ほぼ適正」に配置できていると回答していた。

Q.7、Q.8 職員の定着を促す人事管理と能力開発を促す人事管理は「適正」であると思いますか。

職員の定着を促す人事管理の適正度については、中国の介護施設は「ほぼ適正」と回答した管理者は9割であり、「不適正」と回答した管理者は1割のみであった。施設Fの管理者は「不適正」と回答しているが、その理由として、協調性と組織能力の不足をあげていた。

他方、日本国の介護施設は、8か所の施設が「適正」に人事管理ができていると回答していた。適正な人事管理ができていないと回答した2カ所の施設では、上司が部下の不満を解消してくれない、経験不足、研修内容があってもきちんと実施していないなどの理由をあげていた。そのため、離職率が高くなり、人事管理制度による能力開発を行っても追いつかないと回答していた。

Q.9 事業所の規模の適正度はどの程度であると思いますか。

事業所の規模の適正度については、中国の介護施設は「適正」あるいは「ほぼ適正」という回答が5割、やや不適正という回答が5割であった。施設A、施設B、施設Cの管理者は、規模が大き過ぎるので、管理とサービスがうまくコントロール出来ないと回答していた。中国では、高齢者介護施設の規模が大き過ぎることの問題が指摘されることが少なくないが、この3つの施設の回答は同様の問題を抱えていることを示していた。その一方、施設D、施設Iの管理者は入居率が高いことから、規模を拡大したいと回答していた。アンケート調査の中で最も規模の大きい施設Aは敷地面積6.2万㎡、5,226床となっていた。中国には、政府養老事業の補助金制度があり、床数が多ければ多いほど補助金が多く給付される。また、政府は養老施設に対して免税制度を適用している。規模を拡大する施設が多くなる背景には、政府の制度が大きく関係しているものと推察された。

日本国の介護施設では「適正」あるいは「ほぼ適正」という回答が8割であるが、2割の施設は規模が大きいため管理しにくいと回答していた。一方で、日本国の厚生労働省や財務省が相次いで介護事業者の大規模化を提言している。2018年10月22日に厚生労働省は、2040年までに介護分野の人材確保が困難になるという見通しに基づいて、医療機関や介護事業所などでも生産性の向上が重要な課題になると指摘し、必要となる改革を検討する『2040年を展望した社会保障・働き方改革本部』を設置した。

この改革本部が打ち出した方針では、健康寿命を延ばすことや高齢者雇用の促進、地域共生の包括的な支援体制の確立などの改革とともに、医療・介護施設経営の大規模化や協働化、あるいは互いの連携などを推進するとしている。

以前から、こうした医療・介護施設においては、経営の安定化や効率化、サービスの質の向上などのために、大規模化をするべきであるという声が政府内では上がっていた。現に、2018年4月には財務省が介護施設や事業所の大規模化を促進していくべきだとの提言を行い、次ぐ5月には経団連が「サービスの効率的な提供のためにもスケールメリットは有効」と同様の提言を行っている²³。

医療・介護業界には、業界再編の大きな波が押し寄せようとしている。しかし、インタビュー調査によると現実には、急速な統合を推し進めることに対する懸念も多く語られた。まず挙げられることは、その地域、もしくは利用者のニーズに合ったサービスを展開している小規模な事業所が多く存在しているという現状である。こうした事業所は、低所得などの理由で行き場がなくなってしまった高齢者の受け皿となる、いわば地域介護のセーフティネットともいえるべき役割を果たしてきた。大規模経営の介護事業を展開する企業の標準化されたサービスでは、こうした地域の特性や個人々のニーズを汲み取ることが難しくなる可能性は否定できない。効率化や合理化を進めるなかで介護の質が低下するのではないかという批判もある。高齢者介護では小規模の環境となじみの職員、および安心できる環境が必要とされるので、経営効率化との調整は、イギリスの心理学者、Tom Kitwoodによって提唱されたパーソンセンタードケア（Person-centered Care）に十分配慮しながら進められるべきものと推察される。

Q.10 常勤職員と短勤職員の属性に応じた勤務体制をとっていると思いますか。

常勤職員と短勤職員の属性に応じた勤務体制について、中国の介護施設の職員配置はほぼ常勤で行われていることから、この質問への回答は2割程度にとどまった。短勤職員を雇用している中国の施設では、短勤職員は常勤職員の指示を受けて仕事をするようになるが、勤務態度が怠慢であるという回答があった。このような常勤職員と短勤職員との間の意思疎通の欠如は作業効率を阻害することになる。一方、日本国の介護施設では全ての施設が属性別の勤務態勢は「適正」あるいは「ほぼ適正」と回答していた。

Q.11、Q.12 介護職員のキャリアアップに資する人員配置基準と研修制度を設けていますか。

介護職員のキャリアアップに資する人員配置基準と研修制度の有無について、中国と日

²³ <https://www.minnanokaigo.com/news/kaigogaku/no596/>

本国の介護施設のすべてが「設けている」と回答していた。具体的には、以下の研修内容が記入されていた。

①中国の介護施設での研修内容：

- ・新入社員の研修、通信教育と実技教育を通して、介護資格を取得
- ・接遇マナーとコミュニケーション・ターミナルケア・認知症・疾病基礎知識と対応時の留意点
- ・職員のメンタルケア・各種疾病の基礎知識の留意点
- ・緊急時の対応、看取り
- ・勤務年数別にキャリアアップ研修を実施
- ・リハビリ技術指導
- ・本人又は家族の希望に合わせたケアの取り組み
- ・症状に応じた対応方法と注意点・バイタルサインについて・AED を用いた心肺蘇生の実践
- ・介護技術向上のための実習
- ・感染予防・誤嚥防止
- ・介護技術研修
- ・医療技術指導

②日本国の介護施設での研修内容：

- ・介護現場での 新人職員研修
- ・トレーナー／リーダー研修
- ・新規採用職員研修
- ・介護現場での接遇マナー研修
- ・介護技術研修
- ・認知症ケア研修
- ・介護技術研修 移乗
- ・介護技術研修 食事介助
- ・介護技術研修 入浴介助
- ・介助場面でのリスクマネジメント研修
- ・介護技術研修 車椅子介助

介護職員のキャリアアップの研修制度は徐々に完備・改善されてきている段階であるように思われるが、日本国と中国の施設長から同じような意見が聞かれた。すなわち、介護現場では人手不足が深刻な状況にあることから、研修制度を設けるだけでなく、受講し

やすい環境づくりが重要という意見である。見方を変えれば、研修制度を作っても参加する、あるいは参加できる職員は限られているという現状を述べていると考えられよう。eラーニングの導入やより身近な地域での研修参加を可能にするために、研修の実施場所を増やす、補助金を活用して安価な研究会場を確保する、参加受講料を引き下げる等、工夫する余地があろう。

Q. 13 介護職員以外の職員のキャリアアップの研修制度はありますか。

介護職員以外の職員のキャリアアップの研修制度は、中国および日本国の介護施設のいずれにおいても、「ほぼない」との回答を得た。

中国および日本国の両国ともに、介護職員の人手不足と職員募集の難しさから、介護職員以外の職員、例えば運転手、清掃員、シェフ等の職員研修を考える余裕がないと回答していた。ただし、中国および日本国におけるほぼすべての介護施設が、今後、介護職員以外の職員研修制度を設けたいという見解を示していた。彼らにどのような研修を準備すべきかが今後の課題となろう。

Q. 14 書類作成や事務に係る負担を軽減するための措置を導入していますか。

書類作成や事務に係る負担を軽減するための措置の導入については、中国の介護施設の4割が導入したと回答していた。中国の施設A、施設B、施設Cのような大規模の介護施設では介護事務システムを導入していた。中国の介護施設に対し、日本国の介護施設では8割が導入したと回答していた。多くの介護施設が事務作業の軽減を導入理由としてあげていた。日本国のある施設長は、日本国では介護保険制度に基づくサービス利用には細かい計算が必要なため、介護事務ソフトなどを導入しないと事務効率が悪くなると回答していた。日本国の介護保険制度では、介護の必要な程度を表す「介護度」と利用するサービスの具体的な組み合わせが、介護サービス利用者ごとに異なるため、サービスの費用を保険者や被保険者に請求する書類作成などの事務作業が膨大になるので事務効率化のためには、介護事務ソフトの導入は不可欠であったものと推察された。

Q. 15 介護職員のスキルレベルに応じた報酬制度を導入していますか。

介護職員のスキルレベルに応じた報酬制度の導入は、中国の介護施設の7割が導入したと回答していた。施設A、施設B、施設C、施設D、施設G、施設Iは導入していると回答していた。ある施設管理者は「介護員サービス満足度評価表」を定期的に利用者に配布して回答してもらい、あわせて介護技術の熟練度を考慮することで、ボーナス査定する制度を設けていると回答していた。中国の介護施設は7割が「ある」と回答していたが、日本国の介護施設では、全ての施設が「ある」と回答していた。具体的には介護資格の有無により報酬制度が異なると回答していた。介護職員のスキルを適正に評価することは介護職

員の仕事に対するモチベーションを向上させ、ひいては介護職員の仕事の生産性を向上させることにつながるものと推察された。

Q. 16 事業所の実務で発生するコストの中で、介護職員の人件費割合は「適正」であると思いますか。

事業所の実務で発生するコストの中で、介護職員の人件費割合が適正かどうかについては、中国の介護施設では適正という回答が6割あったが、施設E、施設F、施設H、施設I、施設J、の管理者からは「不適正」という回答があった。不適正と回答した介護施設は全体の4割である。不適正と回答した管理者は、その理由を以下のように指摘している。

中国の養老業界（高齢者を対象とした業界）は労働集約型の産業であり、運営費用の中で職員の人件費の割合が、最も重要かつ大きい。しかも養老施設設備の前期投資が大きいので、短期的に職員の給料を上げることができない状況にある。

一方、日本国の介護施設は8割が「適正」と回答し、「不適正」は2割にとどまった。不適正と回答した管理者は、その理由について、運営費用の中で人件費の割合が高いため、なかなか職員の給料をあげることができない。そのため、離職率が高くなっていると述べていた。

Q. 17 労働条件・キャリアアップ・福利厚生・安全衛生管理などの労働環境についての情報を開示していますか。

労働条件・キャリアアップ・福利厚生・安全衛生管理などの労働環境についての情報開示は、中国政府は事業者に義務付けていない。また事業者は業界内の競争が激しいため企業運営のノウハウの漏洩を懸念して、情報開示には全般的に消極的である。

他方、日本国においては、介護サービス情報の公表制度²⁴があるため、回答した介護施設すべてが「公開している」と回答していた。介護サービス事業所は年一回直近の介護サービス関連の情報を都道府県に報告している。都道府県は事業所から報告された内容についてインターネットで公表を行っている。また、都道府県は報告内容に対する調査が必要と認める場合、事業所に対して訪問調査を行うことができる仕組みになっている。

Q. 18 労働環境の条件を改善する検討を定期的に行っていますか。

労働環境の条件を改善する検討を定期的に行っているか否かについては、中国および日本国のすべての施設が「定期的に検討を行っている」と回答していた（中国では年間1回

²⁴ 介護保険法に基づき平成18年4月からスタートした制度で、利用者が介護サービスや事業所施設を比較検討して適切に選ぶための情報を都道府県が提供する仕組みである。この「介護サービス情報公表システム」を使うことで、インターネットでいつでも誰でも気軽に情報を入手することができる。

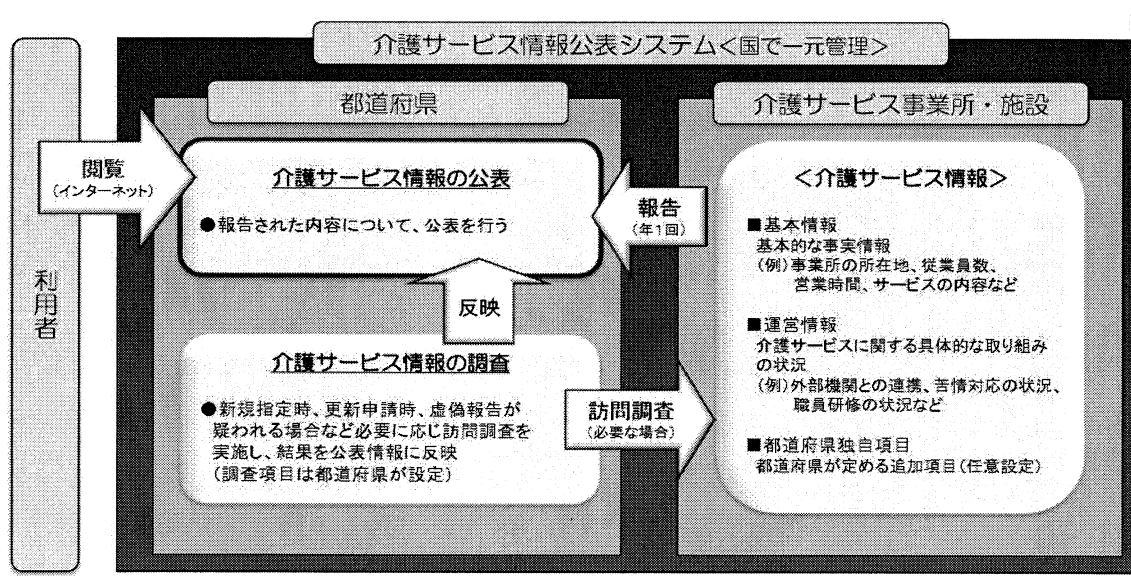
の実施)。

中国の民営施設は、国からの補助金が出ないため、多額の建設資金を投入しなければならない。こうした初期投資に加えて、運営費が高い傾向にある。他方で、施設が存在が介護需要者に浸透するまで時間を要することから、入居率が低い状況がしばらく続くのが一般的で、経営が困窮する施設もあると言われている。このような状況の中では、労働環境を改善する余裕はないため、アンケート調査では労働環境の条件を改善する検討は年間1回を実施していると回答していても、特に民営施設では形式的な改善が圧倒的に多いとされている。日本国では、労働環境の改善の検討は年間1回行っている施設は8割で、年間2回実施している施設も2割あった。現在、介護職員の離職率は非常に高い状況下であり、介護業界は常に人手不足とされていた。

以上の状況に対する要因はさまざま指摘されているが、施設長に対するアンケート調査とインタビュー調査からは、特に中国の民営高齢者介護施設では労働環境を不断に見直すことは難しく、形式的なものにとどまる危険があるものと推察された。

国情が異なるので単純な比較はできないが、定期的な労働環境の見直しに取り組んでいるようにみえる日本国においても、介護業界の人手不足は深刻であり、中国が日本国同様の労働環境の見直しに取り組んだとしても、この状況の改善は容易ではないことが想像に難くない。

図Ⅲ-6 介護サービス情報公表システム



出所：日本国厚生労働省

https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kouhyou/dl/kaigoservice03.pdf

(検索日：2019年5月8日)

ここで日本国の厚生労働省の取り組みを概観しておく。国は労働環境の改善につとめた介護事業者に対して、介護労働環境向上奨励金を支給している。介護労働者の肉体的負担の軽減、給料等の処遇の改善、勤務時間等の労働条件など、雇用条件全体の改善に努め、より良い職場環境を作るための努力を行った事業者に奨励金を支給する制度である。この介護労働環境向上奨励金は、以下の2種類がある²⁵。

①介護福祉機器等助成

この制度では、介護を提供する事業主は、介護労働者の肉体的な負担を減らすため、新しく介護福祉機器を購入し、適切な使用をすることにより、労働環境が向上した場合、購入費用の半額（300万円を超える部分については自己負担）を受給することができる。

②雇用管理制度等助成

これは、介護を提供する事業主が、介護労働者福祉の向上を目的に、新しい制度等を導入・実行することで、一定の成果が見られた場合に、導入費用の半額（100万円を超える部分については自己負担）を受給することができる制度である。この助成金制度導入後に、従業員の定着率が8割以上になるとというのが支給条件である。

介護施設の経営においては、従業員の教育、人事制度、健康管理など、介護労働環境向上奨励金の助成対象となる支出が多くなることから、介護事業主にとってそれらは有効な助成金となると推察される。介護事業主が、この助成金制度をうまく利用してより良い労働環境を作ることで、有能かつ長期間勤務が可能な介護職員の確保につながることを期待されるが、そのためには制度が使いやすいものであることが必要であろう。

Q.19 効率性を向上させるために機械や介護ロボットを導入していますか。

この質問に対して、中国の介護施設でリハビリの機械を導入したと回答した施設は2割にとどまっていた。機械や介護ロボットの導入に躊躇する理由について、ある施設の施設長は、「コストの高いことももちろん関係しているが、それとは別に介護サービス利用者の人間としての尊厳を重視する姿勢から、機械とロボットによるサービスの提供は利用者に温かさとぬくもりを与えることができないと考えるから」と回答していた。

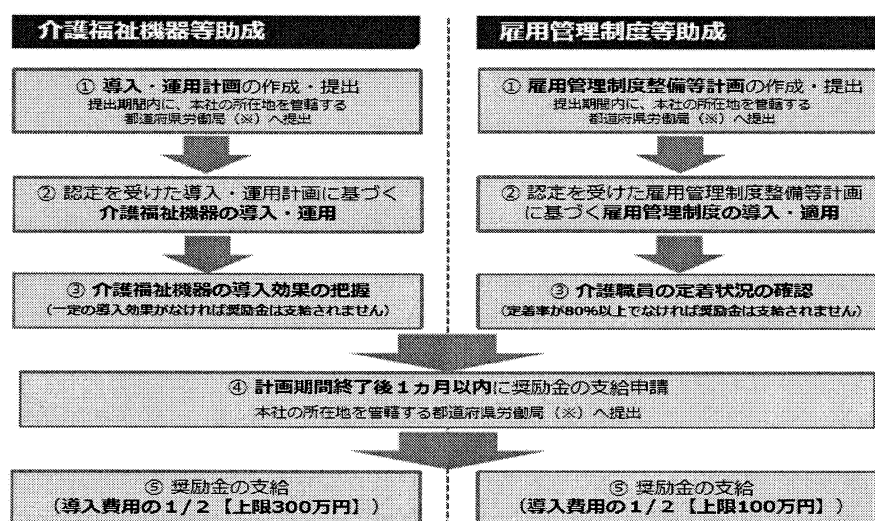
日本国の介護施設では8割が導入していると回答していた。その内容は、リハビリ機械

²⁵ この奨励金は、2012年4月1日に「介護労働者設備等導入奨励金」の内容を拡充し、名称を変更したものである。

介護労働者の身体的負担の軽減、賃金など処遇の向上、労働時間などの労働条件、職場環境の改善などの雇用管理の改善を総合的に進め、介護労働者の労働環境の向上を図った事業者のための助成金である。

と介護用リフト、入浴機械と排泄機械である。しかし、その一方でグループホームなど小規模介護施設では施設規模が小規模であることを理由に、2割の施設が導入していないと回答していた。

図Ⅲ-7 日本国の介護労働環境向上奨励金支給までの流れ



出所：日本国厚生労働省・都道府県労働局・ハローワーク「介護労働環境向上奨励金のご案内」.p1.

Q.20 将来日本国の介護技術と介護機械を導入したいですか（この質問は中国の介護施設の管理者に対してのみ行った）

中国のすべての介護施設が日本国の技術と機械の導入を希望していると回答した。具体的には、日本国の身体的ケアおよび心理的なケアの理念、認知症がある老人の徘徊感知機器、自動排泄処理装置、移動用リフト、介護ロボット、介護と医療情報を共有する情報管理システムなどの導入を希望していた。

Q.21 最後に、日本と中国の施設長にそれぞれ事業の運営状況について尋ねた。その結果は、表Ⅲ-3が示す通りである。

表Ⅲ-3 日本と中国の事業者の事業運営の状況

日本の施設	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
運営状況	2	2	2	1	2	2	3	2	2	2

中国の施設	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
運営状況	3	3	3	2	3	5	2	3	2	3

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。運営状況1は非常にうまくいっている、2はまあまあうまくいっている、3はどちらともいえない、4はあまりうまくいっていない、5はまったくうまくいっていない。

日本国の事業所は「概ねうまくいっている」という回答であったが、中国の施設では、「どちらともいえない」というややあいまいな回答が目立つが、なかでも施設Fの施設長が「まったくうまくいっていない」と回答していることは注目される。

第3節 介護職員調査結果

介護サービス提供事業所の効率化と介護サービスの品質向上を考えると、介護職員の能力を高く保つことは市場の競争水準を高く維持するうえで重要である。アンケート調査を実施した中国の施設の中で入居率が最も低く、事業運営も「まったくうまくいっていない」と回答したF施設、入居率13%と、事業運営が「まあまあうまくいっている」と回答しているG施設、入居率98%の介護職員にアンケート調査を実施した。調査結果は以下の通りである。

Q.1 職員の学歴構成

表Ⅲ-4 F施設とG施設における職員の学歴構成 単位(人)

学歴	小学校	中学校	高校	専門学校	大学	大学院
F施設	5	5	6	7	2	0
G施設	0	5	2	14	4	1

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F施設は中学校以下の学歴の者は40%、高校卒業の者は25%、専門学校以上の学歴がある者は36%であった。これと比較して、G施設は中学校以下の者は19%、高校卒業の者は8%、専門学校以上の学歴のある者は73%であった。F施設とG施設の介護職員の学歴差は大きく、介護職員の能力を高く保つうえでの差異は大きいと推察される。

Q.2 勤務年数

表Ⅲ - 5 勤務年数

勤務年数	1年未満	1年～1年半	2年～2年半	3年～3年半	4年～4年半	5年～5年半
F施設	14人	11人	0人	0人	0人	0人
G施設	5人	6人	3人	5人	3人	4人

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

勤務年数の差は歴然としている。F施設の介護職員は全員が1年未満であり、1年未満の者が56%を占めている。対人援助職の訓練に必須の現場における職業訓練（OJT:On the Job Training）が成立していないと推察される。これに比較してG施設は、初任者、中堅者、上級者が適切に配置され、人員配置の良い循環が図られているように推察される。

Q.3 職員の資格状況

表Ⅲ - 6 職員が取得している資格保有状況

項目	F施設 単位(人)	G施設 単位(人)
養老介護員	12	9
ソーシャルワーカー	0	0
心理カウンセラー	2	1
栄養士	1	1
理学療法士	0	2
その他	6人(本養老院が発行する資格、 その中に看護師3人)	13人(本養老院が発行する資格、 その中に看護師10人)

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

養老介護員資格制度はまだ未成熟な制度であるが、今後増加が予測されている。F施設の方がG施設より保有者が多い。看護師資格保有者はG施設の方が多く配置していた。中国の介護施設の職員は、一般的に看護師が多く、養老介護員資格制度はいまだ十分に発展していないことから、今後は介護市場化が整備される中で、養老介護員の数を増加させていくことが望まれよう。

Q.4 職位

表Ⅲ - 7 職位の状況

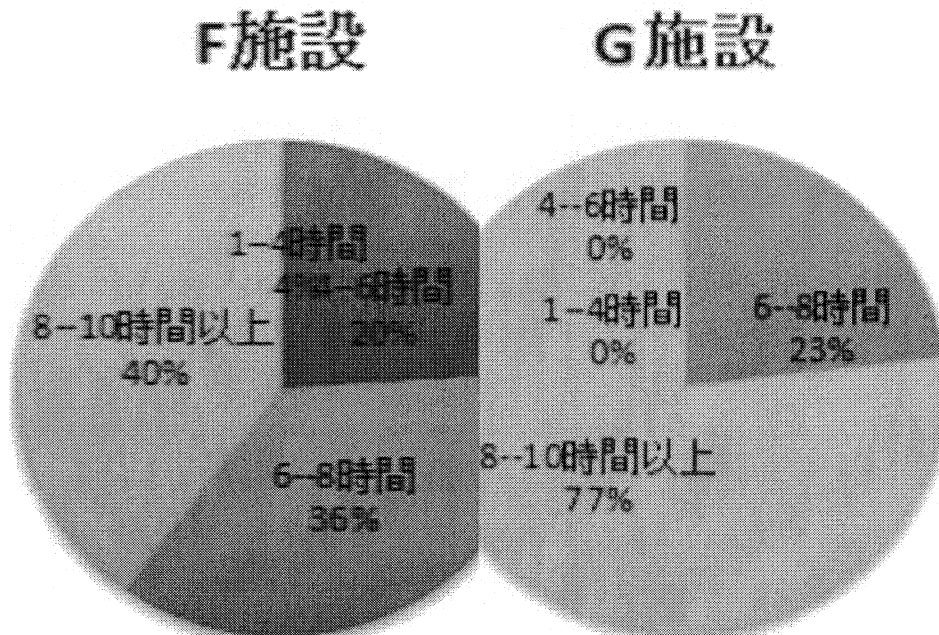
項目	F 施設 単位(人)	G 施設 単位(人)
院長(施設長)	3	1
副院長(副施設長等)	0	0
主任	4	2

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F 施設と G 施設にはそれぞれ院長、副院長、主任の職位が存在していた。両施設の定員数はほぼ同じ規模であるが、組織形態は異なっており、職位の人数には差異が認められた。

Q.5 1日当たり勤務時間数

図Ⅲ - 8 F 施設と G 施設の1日当たり勤務時間数



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

6 時間から 8 時間勤務が、F 施設で 36%、G 施設で 23%であった。G 施設では 8 時間以上 10 時間勤務が 77%に達している。F 施設は 40%である。入居率の高さと職員の人員配置の問題が存在している可能性が推察される。一方、F 施設の 8 時間以上 10 時間勤務は 40%

であった。入居率 13%であることを考慮すると、業務不慣れによる効率の悪さが影響していると推察される。

Q. 6 介護職員が同時に世話を担当する利用者の人数

表Ⅲ - 8 介護職員が同時に世話を担当する利用者の人数

同時に利用者のお世話する人数	F 施設 単位(人)	G 施設
1～3 人	7	2
4～5 人	9	5
6～8 人	6	5
9 人以上	3	14

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

介護職員が同時に世話を担当する利用者の人数は G 施設が 14 人であり、F 施設より多い。中国では、日本国の施設基準に相当する規則がないので、一人の介護職員が何人の利用者を担当するかについては施設ごとに定めている。担当利用者数とサービスの品質、効率性は関連しており、均衡点を模索する必要があると推察できる。

Q. 7 月給

表Ⅲ - 9 F 施設と G 施設における月給の比較

月給	F 施設(人数)	G 施設(人数)
1600—3000 元	5	5
3000—5000 元	12	18
5000—8000 元	7	2
10000 元以上	1	1

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F 施設と G 施設の月給は、ともに 3,000～5,000 元が最頻値になっていた。

Q. 8 有給休暇日数

表Ⅲ - 10 F施設とG施設の介護職員の月有給休暇日数比較

月有給休暇の日数	F施設(人数)	G施設(人数)
2～4日	20	2
4～6日	4	7
6～8日	1	12
2日以下	0	5

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

月有給休暇日数は両施設の勤務年数の長さに関連していると推察される。G施設は勤務年数が長い職員がいるため、月有給休暇日数が多い職員がいるが、F施設は全員が1年半未満であるため月有給休暇日数は短い。長い期間の取得者は役職に対応しているものと推察される。

Q.9 福利制度の満足度

表Ⅲ - 11 F施設とG施設の福利制度の満足度

満足度	F施設(人数)	G施設(人数)
とても満足している	19	5
どちらかといえば満足している	1	10
普通	4	10
まったく満足していない	1	1

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F施設の職員は、G施設に比して、福利制度に満足している職員が多くなっている。

Q.10 作業量の適正度

毎日の勤務時間数 Q5 及び介護職員が同時に世話を担当する利用者の人数 Q6 が勤務実態であるが、ほとんどの者は作業量を適正に判断していた。しかし、現実にはF施設は長く勤務する職員を確保できず、入居率も低迷している。

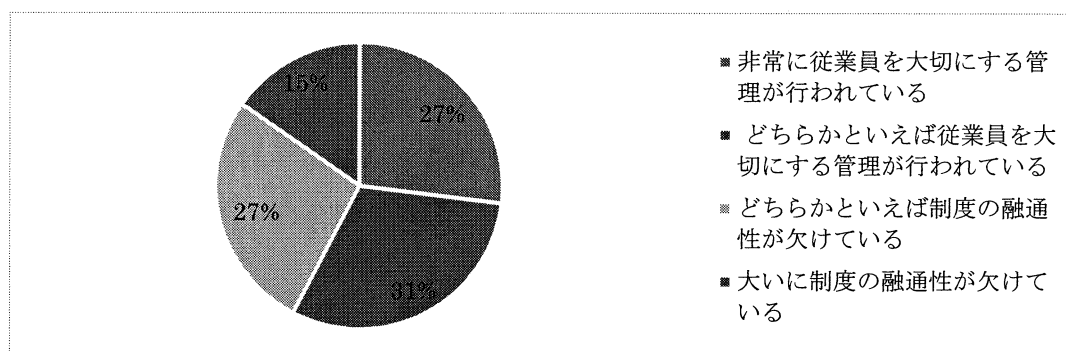
表Ⅲ - 12 F施設とG施設の作業量の適正度

項 目	F施設(人数)	G施設(人数)
非常に適切である	21	4
どちらかといえば適切である	2	19
どちらかといえば不適切である(少し多い)	2	2
非常に不適切である(非常に作業量が多く負担である)	0	1

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

Q. 11 事業所の従業員に対する管理体制について

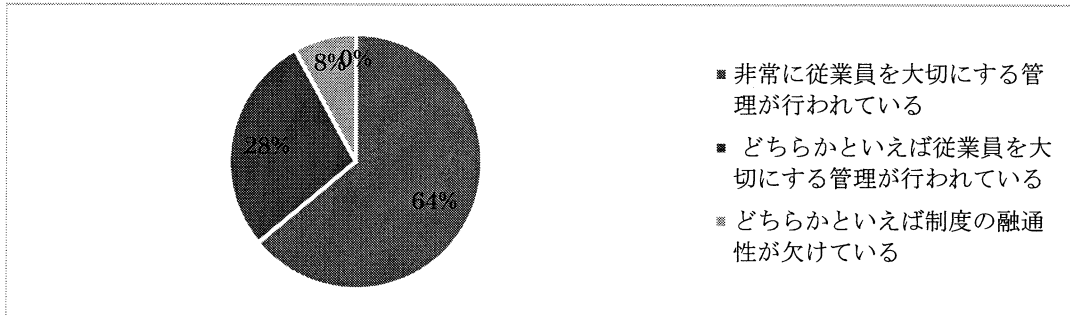
図Ⅲ - 9 F施設の従業員に対する管理制度について



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

従業員に対する管理体制について、非常に従業員を大切にする管理が行われていると回答したG施設の介護職員の比率は64%であった。一方、F施設は27%にとどまっていた。どちらかといえばそうであると回答したものを加えるとG施設の比率は92%に達していた。F施設は58%にとどまり、代わりに、融通性に欠けると回答した者が43%いた。F施設には管理制度上の工夫の余地があると推察される。

図Ⅲ - 10 G施設の従業員に対する管理制度について



出所：アンケート調査票に基づいて筆者作成。

Q. 12 現在の職場は従業員が効率的に作業できる環境になっていると思う

表Ⅲ - 13 F施設とG施設の職場環境についての比較

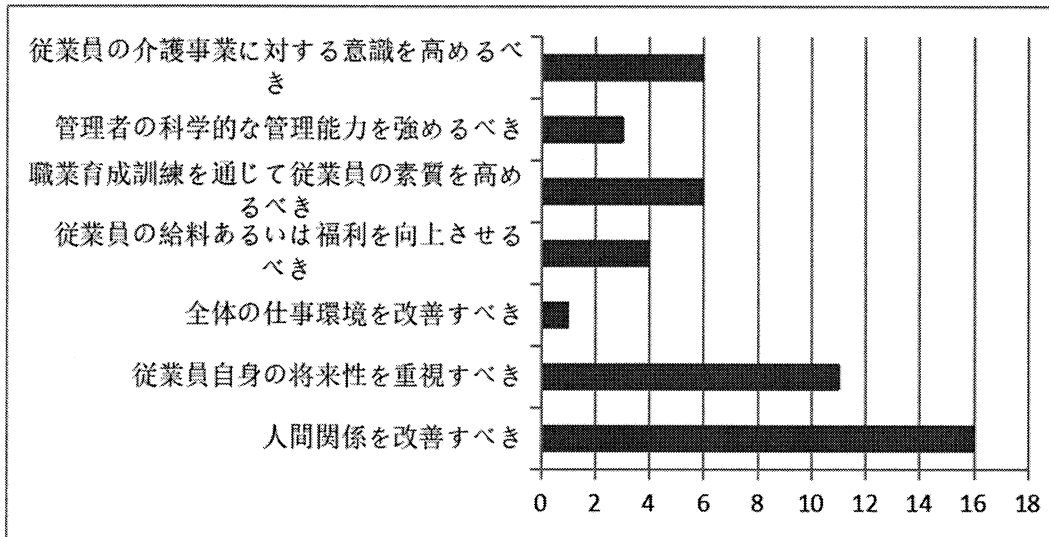
効率性	F施設(人数)	G施設(人数)
非常に効率的	0	7
どちらかといえば効率的	2	8
普通	7	7
どちらかといえば効率性が悪い	16	4

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

事業所の効率性は、職員が効率的に作業できる環境か否かが関連する。F施設は職員の64%は効率性が悪いと回答している。G施設で同様に回答した者は16%にとどまっている。むしろ、G施設の職場環境は効率的であると回答した者は60%いる。職場環境の効率性向上は、大きな予算を伴うものばかりではなく、職員一人ひとりの改善工夫による部分も少なくない。職員の動機付けや意欲発揮の機会を用意するなど、F施設には工夫の余地があると推察できる。このことが結果的に、G施設におけるサービスの質の維持につながり、入居率を高めている要因のひとつであろうと推察される。

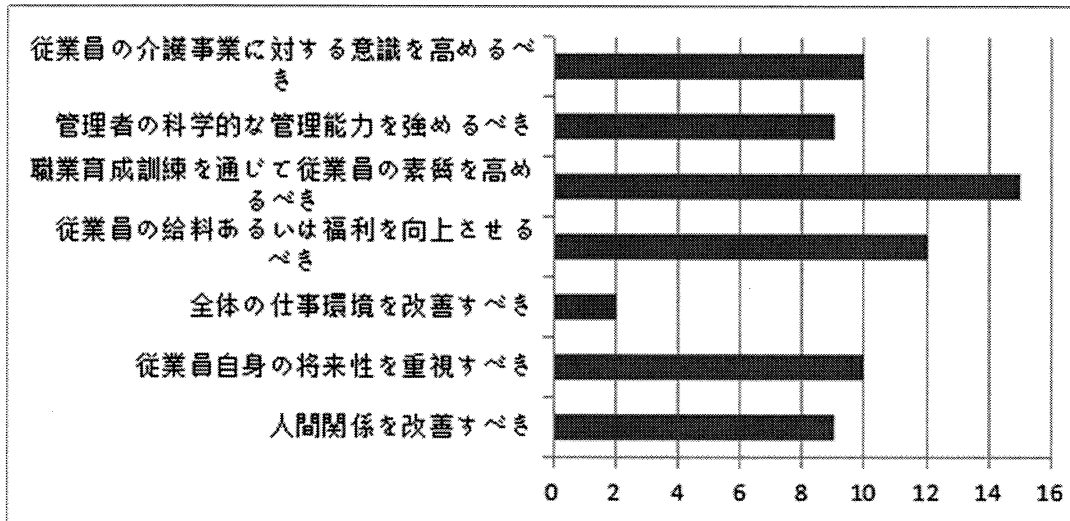
Q. 13 事業所の作業効率に影響を与えている原因は何だと思うか（複数回答可能）

図Ⅲ - 11 F施設の作業効率に影響を与える原因



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ - 12 G施設の作業効率に影響を与える原因



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

アンケート調査の結果によると、F施設では人間関係の改善や職員の将来性の重視といった内的な要因が挙げられていたが、G施設では、職員が職業育成と従業員の介護事業に対する意識を高めるべきといった外的な要因が重視されていた。

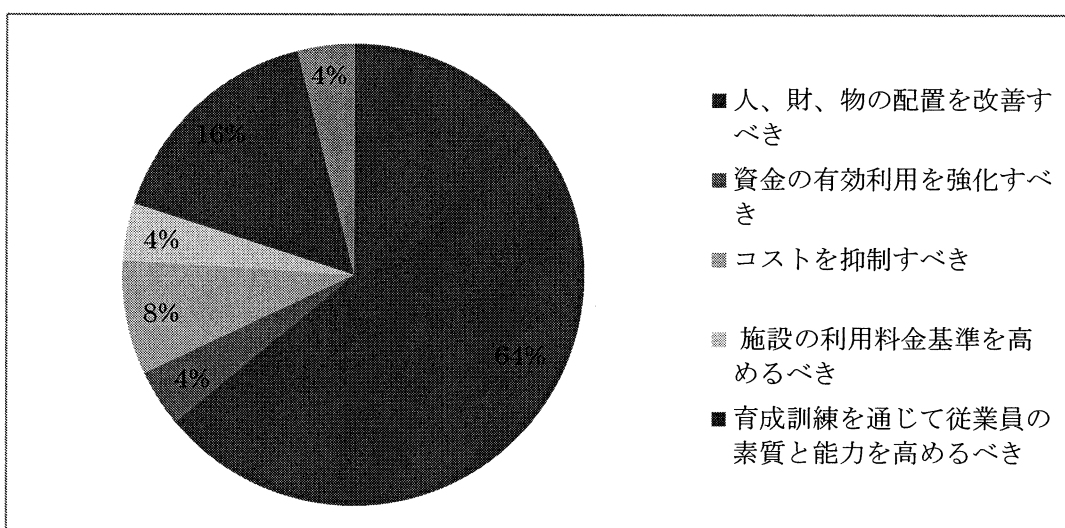
施設の効率に影響を与える要因の第1に、G施設の介護職員は自分たちの素質の向上

(22.3%) をあげている。第2に給料や福利厚生の充実(17.9%)、第3に介護事業に対する意識の向上(14.9%)と自分自身の将来性重視(14.9%)をあげている。一方、F施設の介護職員は第1に人間関係の改善(34.0%)、第2に自分自身の将来性(21.2%)、第3に自分たちの素質の向上(12.7%)と介護事業に対する意識の向上(12.7%)をあげている。

F施設の職員は人間関係改善や自分の将来性など個人的な要因をあげ、G施設の職員は自分たちの素質の向上や介護事業に対する意識の向上など外部職業成長環境を重視しているとみることでもできよう。

Q.14 事業所の経営を改善するにはどうすればいいと思うか

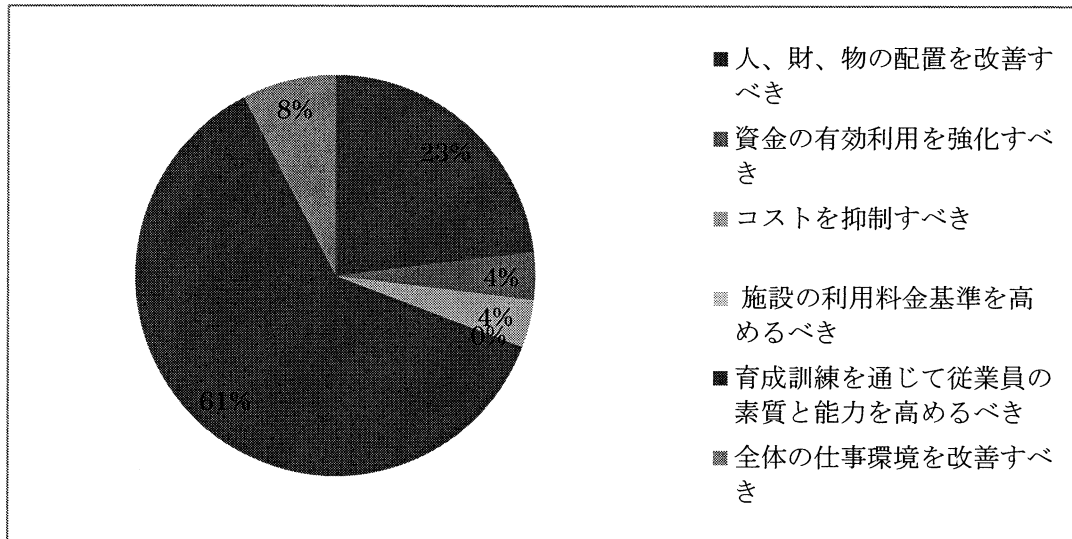
図Ⅲ-13 F施設の経営改善



出所：アンケート調査表より筆者作成。

F施設の職員は、人、財、ものの配置を改善すべきとする職員の割合が多く、つぎに育成訓練を通じて従業員の素質と能力を高めるべきとする職員の割合が多かった。一方、G施設の職員は、育成訓練を通じて従業員の素質と能力を高めるべきとする職員の割合が多く、つぎに人、財、ものの配置を改善すべきとする職員の割合が多かった。

図Ⅲ-14 G施設の経営改善



出所：アンケート調査表より筆者作成。

Q. 15 現在勤務する事業所において就業前の職業訓練、定期的な研修あるいは職業訓練はあるか

表Ⅲ-14 F施設とG施設の職業訓練制度について

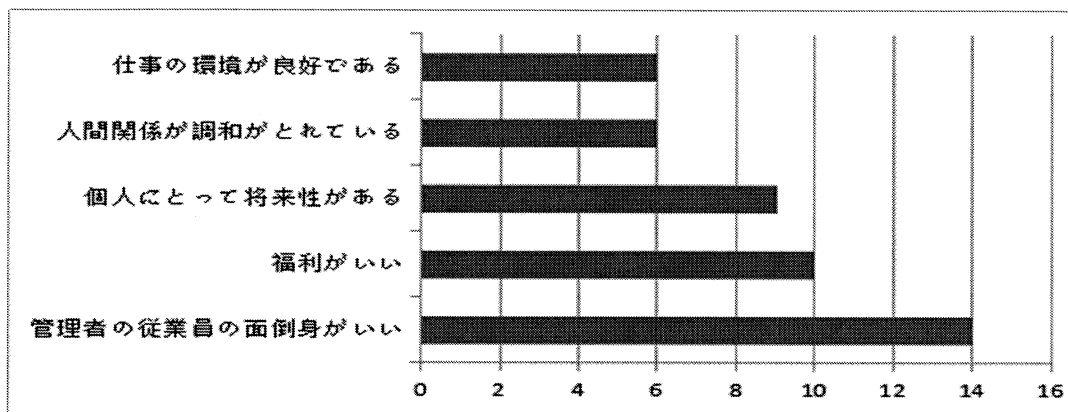
項目	F施設(人)	定期研修頻度	G施設(人)	定期研修頻度
就業前の職業訓練	0		0	
定期的な研修がある。	0	一年一回	0	一年三回以上
就業前の職業訓練と定期的な研修両方ともある	25		26	
まったくない	0		0	

出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

両施設とも就業する前の職業訓練と定期的な研修があるが、G施設の定期的研修頻度はF施設より頻度が高く、研修を定期的に準備することで、職員の素質と介護技術を向上させることで、効率を高めているものと推察された。

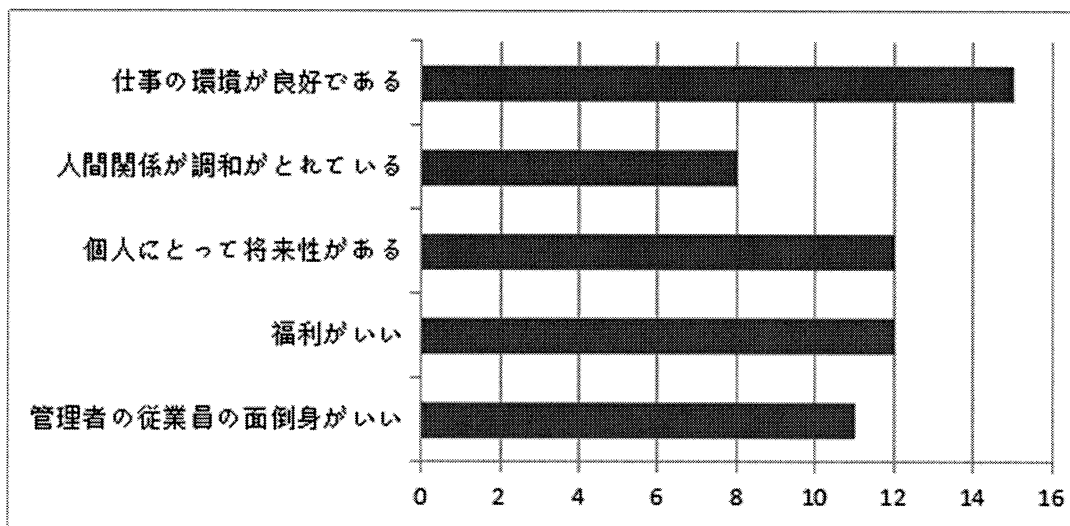
Q. 16 今の仕事が好きな理由をあげてください（複数回答可能）

図Ⅲ - 15 F施設の職員



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ - 16 G施設の職員

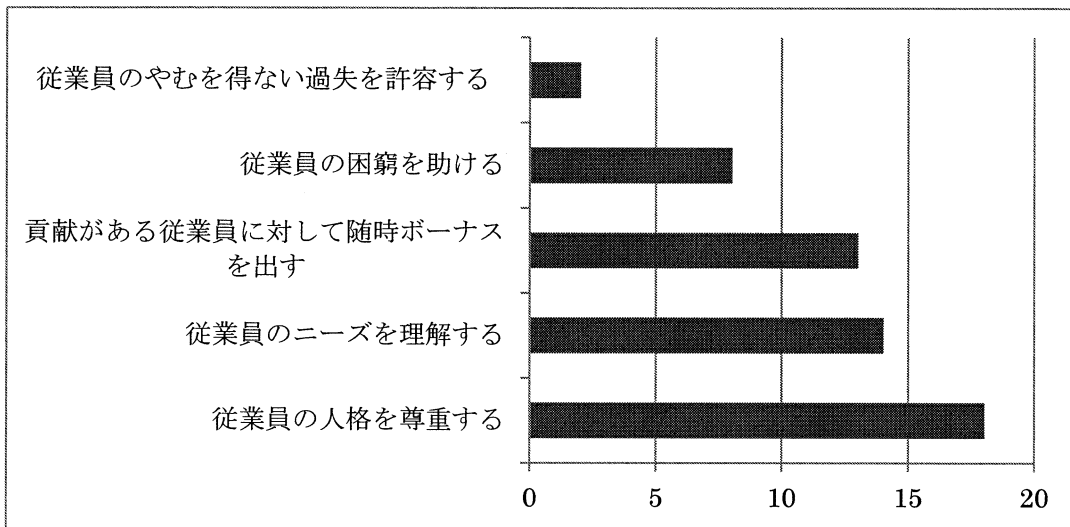


出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F施設の職員では、G施設に比して、仕事環境が良好、人間関係が取れているとする職員が少なくなっていた。

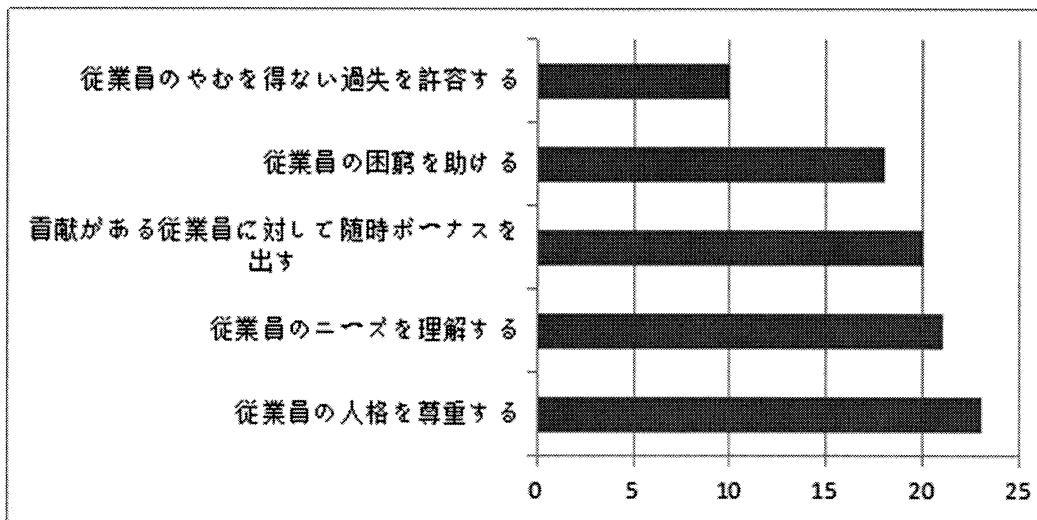
Q.17 あなたが望む管理者はどういう管理者ですか（複数回答可能）

図Ⅲ - 17 F施設の職員



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

図Ⅲ - 18 G施設の職員



出所：アンケート調査表に基づいて筆者作成。

F 施設も G 施設もほぼ同じ傾向にあり、従業員の人格を尊重する、従業員のニーズを理解する管理者を望む職員の割合が高い傾向にあった。

第4節 考察

上述のアンケート調査の結果をふまえて、中国と日本国の介護業界に内在すると考えられる4つの課題について考察を加える。

第一の課題は、介護職員の職務環境である。

中国の高齢者介護施設では、職員の男女比率について女性に偏っている傾向がみられた。すべての施設で女性の割合が60%を超え、多い施設では90%近くを占めていた。自治体国際化協会（2009：i）が行った調査でも、中国における介護職員については女性の割合が高いことが示されている。このように、介護職員に占める女性の割合が高くなっている背景には、2000年に中国労働・社会保障部が、「家政サービス職業標準」を策定した際に、介護職が国有企業をリストラされた女性労働者の再雇用先の受け皿になったこと、あるいは農村女性の職業技能開発の最重要項目として家政サービスがあげられたことなどがある（石田、2012：13-14）。加えて年齢層も50代に集中しているという特徴がある。詳細にみると、国営の比較的大きい2つの施設では50代の女性介護職の割合が最も高く、40代と50代の女性介護職員の合計は全体の50%以上となっていた。それに対し、比較的小規模の民営施設では、大規模施設と同様、50代の割合が最も高いが、次いで30代の割合が高くなっていた。自治体国際化協会（2009）は若い男性の介護職員の確保の必要性を示唆しているが、民営施設が比較的若い職員の割合を増やしているのに対して、国営施設では40～50代が中心であり、その対応が遅れているという印象が拭えないところである。国営施設の設立年数は民営施設より長いので、20～30代当時に入社した職員がその後10年～20年を経て40～50代になったものと思われる。

次に（財）介護労働安定センターの「平成30年度介護労働実態調査：事業所における介護労働実態調査報告書」を用いて、筆者が実施した調査の施設規模と従業員数について考察を加える。報告書によれば、介護施設の従業員規模の平均非正規職員も含めて30.4人である。今回実施した筆者の調査では表Ⅲ-2に示したとおり日本国の施設の従業員規模は平均で33.7人であるので、全国平均より少し大きい規模の施設を調査対象としたことが示唆される。中国と日本国の介護現場をめぐる歴史的背景は異なるが、日本国の介護施設は中国の介護施設に比べて次のような特徴がみられた。介護職員の年齢層は50代の割合が最も高く、40代と50代の介護職員で全体の50%強を占めていたが、全国平均以下の従業員規模の小規模施設に限るなら、50代の介護職員の割合が調査対象施設の平均よりもかなり高い割合を示していた。すなわち小規模施設ほど高齢の介護職員に依存していると

いう結果であった。日本国の場合、従業員数が小さい小規模施設では、若い介護職員の確保が難しく、高齢の介護職員に依存せざるを得ない実態を示していると考えられる。常勤職員と短勤職員のバランスについては、中国では常勤のみの介護施設が多いという特徴がみられた。将来的には、短勤職員の福利厚生制度や訓練制度を充実し短勤職員の割合を拡大することが考えられる一方、日本国の介護施設では、中国に比べて短勤職員が占める割合が大きい。これは短勤職員の福利厚生制度が整備されていることに加え、短勤職員の割合を増やすことで、介護施設の経営の採算性の維持をねらっているものと推察された。

上記のように、中国と日本国では介護職員の年齢層や雇用形態に違いはあるが、職員の就業形態について、両国の事業所は「適正」あるいは「ほぼ適正」と評価している。さらに、介護能力に応じた職員配置について、両国の事業所とも「適正」あるいは「ほぼ適正」と評価しているなかで、「不適正」と回答している中国の民営の介護施設があった。その理由の一つとして、他の業界から介護業界に転じた職員が多いため、専門的知識が不足していて、専門的な訓練を十分に受けていないためと推察された。

第二の課題は、人事管理・能力開発である。

介護職員の定着を促す人事管理および能力開発の実施について、両国の介護事業所は、「ほぼ適正」と回答していた。この回答を裏付けるように、両国の事業所においてキャリアアップに資する人事配置基準や研修制度が整備されていた。また、スキルアップに応じた報酬制度も中国の事業所では7割、日本国の事業所ではほぼすべての事業所において整備されていた。このように、両国の事業所において介護業務に携わる職員の介護業務の経済的要件は改善されつつあると推察された。

ところで、中国の施設の中で入居率が最も低い施設では、経営維持観点から人件費の低い介護スキルをもたない人員を雇用していることから、介護スキルの能力に応じた人員配置ができないと回答していた。介護スキルをもたない人員によるサービス提供は入居率が上昇しない原因になっているとするなら、介護スキルを有する介護人材の採用と経営コストのトレード・オフに、どのように対処すべきは大きな課題と言えよう。

第三の課題は、介護職員の労働の効率化である。

介護業務に携わる職員も事務作業をこなす必要があるが、書類作成などの事務作業の軽減措置については、日本国の事業所では8割が導入していると回答していた。一方、中国の事業所では4割にとどまっていることから、非介護業務の作業量の効率化をいかに図るかが大きな課題となつてこよう。

他方、介護現場での作業効率を改善する取り組みの一つとしてリハビリ用の機械や介護ロボットの導入があるが、中国の高齢者介護施設では2割が導入するにとどまっていた。

この背景には、介護というサービスは介護を受ける者の立場を尊重して、機械やロボットでは行き届かない人的サポートが求められるとの考えを基礎に、機器の導入による業務の効率化よりも、人的サービスを優先しているものと推察される。これに対して日本国の施設では規模が小規模であることを理由に導入していないという施設を除いて、業務の効率性を優先して、7割の事業所が機械化を導入していることが注目される。

第四の課題は、介護事業所の経営である。

介護サービス提供を中心とする介護事業所の運営においては、労働集約型にならざるをえない理由がある。全体のコストに占める人件費の割合は一般的に高いと考えられるが、中国の事業所の4割が、人件費割合が「不適正」と回答していた。これは短勤労働者の割合が低いという現状を反映しているためと考えられる。そこには短勤労働者に対する福利厚生制度の不備が短勤労働者の雇用を抑制しているという事情があると言えよう。したがって、この制度が整備されることになれば、短勤労働者の雇用も増えると想定でき、人件費割合も抑制されるものと考えられる。他方、日本国の事業所においては「不適正」という回答は2割にとどまっていた。これは常勤と非常勤の割合のバランスをうまく図っているためと考えられる。

介護現場の労働環境については、両国の事業所において定期的に検討が行われているようであるが、中国においては、労働環境について情報の開示義務がなく、事業所の自主規制に委ねられていることから、介護職員の過重労働が懸念される。

ところで、調査を行った中国の介護施設の平均入居率は58%で、かなり低い状況となっていた。入居率の向上を目指すには、介護技術と介護理念の導入、さらには利用者が住みたいと考えるような環境を作る必要がある。アンケートを行った日本国の介護施設の平均入居率の93%とは対照的である。中国と日本国の入居率の差は、何によるものであろうか。もちろん、原因を一つに絞り込むことは難しいが、複数ある理由のなかでも介護サービスの質を担う介護職員のスキルや専門性の差によるところが大きいと考えられる。そこでまずは、介護職員の専門性を向上させることが重要であると考えられる。さらに、介護職員の専門性を正當に評価する制度を構築する必要がある。中国では2018年から日本国の介護保険に相当する「個人税延型养老保险」という社会保険に基づく制度が確立され、上海、福建、苏州工業園區において施行されている。これが有効に機能することが明らかになった時点で、全面的に押し広められることになっている²⁶。すでに述べたように、介護スキルをもたない介護職員しか雇用できない小規模施設の入居率はきわめて低くなっている

²⁶ 凤凰网 2018年5月27日 http://finance.ifeng.com/a/20180527/16321808_0.shtml

ことから、介護職員の介護スキルと入居率には密接な関係があるものと思われる。

さて、本研究では、利用者ニーズに合った様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置し、作業効率を高める措置を図っている事業所は利用者及び利用者家族の信頼と評価を得て入居率が高く、さらに様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置して人件費をうまくコントロールしている事業所において、事業運営は良好であるという仮説を設定した。この仮説に基づき、表Ⅲ-3 で示した事業所の運営状況を見ることにしよう。中国の施設 F は介護能力に応じた人事配置ができていないかという問いに対して、人件費を抑制するために専門の介護スキルを有する介護士を雇用していないため介護能力に応じた人事配置はできないと回答している。また、介護職員の研修制度は設けているが、能力開発を促す人事管理についても現状においては不適正という回答である。さらに、作業効率を高める措置の導入については中国では大規模施設において導入されているのみであり、回答を求めた 8 割の事業所では導入されていないのが現状である。このように、介護スキルを有する人材を配置できず、作業効率を高める措置も導入できていない施設 F において、利用者の信頼と評価を得ることができず入居率は 13%にとどまり、事業運営もうまくいっていないということであった。中国の施設の中で、事業運営が「まあまあうまくいっている」と回答している施設は、D、G、I であるが、この 3 施設は介護職員のスキルレベルに応じた報酬制度を設けていて、介護能力に応じた職員配置もできていると回答している。さらに、介護職員の人件費割合も適正にコントロールされているという回答であった。それぞれの施設は比較的小規模であるため作業効率を高める措置は導入されていないが、利用者の評価を得て入居率はそれぞれ、88%、98%、94%であり、施設長も事業運営について「まあまあうまくいっている」と回答している。事業運営の状況について「どちらともいえない」と回答している施設では、大規模施設では設備規模が大きすぎることによる非効率性が指摘され、中小規模の施設では介護職員の人件費割合が適正でないことをあげている。

さまざまスキルレベルの人材を適正に配置し、これらの人材の人件費を適正にコントロールできている事業所において、事業運営が良好に行われているということをも明らかにすることにより、仮説を証明することができたと考える。逆に、人件費の削減を優先し、介護の専門のスキルをもたない職員によるサービスの提供を行っている施設は利用者や利用者家族の評価を得られず入居率が 13%にとどまり、事業運営が「まったくうまくいっていない」ということもあわせて明らかにできた。

さらに、入居率が 13%で、事業運営も「まったくうまくいっていない」と述べている F 施設と入居率が高く事業運営も「まあまあうまくいっている」と回答している G 施設の従業員にもアンケート調査を行い、それぞれの施設長に対する調査から得られた結果と符合

するかどうかを確かめることにした。再度確認しておく、F 施設の施設長に対するアンケート調査から明らかになった事実として、適切な介護スキルを有する介護職員を雇用していないため介護能力に応じた人事配置ができていないということであった。これに対して、F 施設の従業員に対するアンケート調査から次のようなことが明らかになった。まずは、勤続年数が1年半までの従業員で構成されているという事実である。さらに、これらの従業員の多くは高等学校卒業までの学歴であり、かれらの多くが8時間までの比較的短時間の勤務であるという事実である。この事実から浮かび上がる従業員像は、未熟練のパート勤務の従業員という姿である。介護能力に応じた適正な人事配置はできないという F 施設の施設長の回答を裏付ける事実が明らかになったと言える。これに対して、G 施設では、3 年以上の勤務経験を有する従業員がほぼ半数を占め、学歴においても専門学校卒業以上の学歴を有する従業員が70%以上を占め、専門知識を有する人員で構成されていることが明らかになった。さらに、G 施設の約80%の従業員の勤務時間が8時間以上となっていることから適正な介護技術を有する常勤の従業員が介護サービスに従事しているものとうかがえる。次に、F 施設の施設長は、介護職員の研修制度は設けているが、能力開発を促す人事管理は不適正と回答していた。この問題に対して、F 施設の従業員は施設の経営改善を問う質問に対して、介護人材をはじめとする経営資源の適正な配置とともに従業員の能力開発の問題をあげている。この従業員の回答も施設長の回答を裏付けるものと言える。F 施設では、年間1回の研修を実施しているということであるが、形式的なもので終わっていることが多いともいわれている。G 施設の従業員も従業員の能力開発をあげているが、G 施設では年間3回の研修が実施されているということから、従業員の要望に応えようとする様子がうかがえる。続いて、職場の作業効率を問う質問に対して、F 施設の従業員は人間関係におけるマネジメントができていないことから人間関係に齟齬が生じ、ひいては作業効率の悪さを引き起こしていると見ている。G 施設では、効率性が悪いという回答はごく僅かであり、さらに作業効率を向上させるために従業員の能力開発が必要であると回答している。

以上の考察から、F 施設では適正な介護スキルを有する人の配置ができていないという人事管理の問題と従業員の人的関係をマネジメントする人事管理の両面において、不適正な状態にあることが明らかになった。

以上の分析から、本研究が設定した仮説はF 施設の施設長及び従業員に対するアンケート調査の結果から検証できたのではないだろうか。

第5節 小括

本章では、アンケート調査およびインタビュー調査の結果を基礎に考察を行った。その

結果、中国と日本国では、介護業務を取り巻く状況にいくつかの相違点があることが明らかになった。

例えば、介護職員の男女比率については、中国は男性の割合が極端に低い一方、日本国は男性も高い割合を占めていた。また、勤務形態については、中国はほとんどが常勤職員で非常勤職員はごくわずかであったが、日本国は中国に比べて非常勤職員の割合が高く、全職員の3割から4割程度を非常勤職員が占める施設が6割あった。入居率も、中国は平均で半分程度しか入居していないのに比して、日本国はほとんどの施設が90%以上の入居率となっていた。このような差異がみられる理由のひとつには、中国と日本国の介護保障制度の違いがあると考えられる。日本国には社会保障制度としての介護保険があり、それを前提として事業が展開されている。しかし、中国は現在社会保障制度が十分に整っているとはいえない。例えば、日本国の介護施設には人員配置基準があり、最低限必要な人員を配置しなければ、事業を継続することはできないが、中国にはそのような規定はなく、1人の介護職員で日本国の2~3倍の入居者をみているのが実情である。

介護労働者のキャリアアップの制度については、両国とも人員配置基準及び研修制度は「設けている」と回答した。しかし、日本国では介護保険法（平成九年法律第百二十三号）第八十八条第一項及び第二項の規定に基づき、指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準が定められているが、中国では法律的な基準はまだ整備されていない。各施設の人員配置基準は施設の開設者自らが定めており、法的に成熟し体系化されていない。一方、介護労働者以外の職員（運転手や清掃員、シェフ等）については、研修制度を設けたいという考えをもっているものの、現状ではそのような制度を設ける余裕がないようである。

書類作成や事務作業の効率を上げる措置の導入に関しては、中国の施設では4割、日本国の施設では8割が導入していると回答していた。しかし、作業効率を上げるためのハードあるいはソフトの購入に際して初期投資コストの負担の問題が生じることから、事業所の規模あるいはニーズに応じたハードあるいはソフトの導入を検討する必要がある。介護現場において機械やロボットを導入することは作業効率を上げる有効な手段と考えられるが、中国で導入していると回答した施設は2割にとどまった。一方、日本国では7割が導入していると回答していた。中国の施設においても機械やロボットを導入したいという意向は示されたが、初期コストが高額であるから導入できないという実情があることが、インタビュー調査で語られていた。くわえて、人の尊厳を敬うという精神から、機械やロボットの導入が介護サービスを人から機械に置き換えることへの強い抵抗感があることも、導入率が低いということの要因になっているものと推察された。

以上の結果から、中国においては、介護労働者の性別や年齢層、勤務形態（常勤・短勤）に偏りがあり、施設の入居率が全体的に低いといった問題点がみられた。それに比して、日本国においては、性別、年齢層、勤務形態の比率は中国よりバランスが取れていた。介護施設の入居率も日本国の方がかなり高い状況であった。また、介護職員の属性に応じた勤務体制の適正度や介護労働者の人件費割合なども、日本国の方が「適正」「ほぼ適正」と回答する施設が多いなど、全般的に日本国の方が、介護環境が整備されていることが窺えた。

すでに述べたように、今回調査した介護施設の中で入居率の低い事業所の施設長は、施設経営の問題から高い介護スキルを持った人材を雇用することができないために、介護現場において適当な人員を配置できないと語っていた。このことが介護利用者から当該施設が敬遠され、入居率の低下につながっていると推察される。したがって、介護現場で限られた時間の中で質の高い介護サービスを提供できる人材の確保は介護事業所の運営を考える上からも要請される。あわせて、介護人材を本来の介護業務の遂行に集中させるために、介護事務については適当なハード・ソフトを導入して効率化を図る必要がある。

第IV章 介護人材の確保と育成

はじめに

前章で述べたように、中国、日本国とも、介護保険制度の発足により、支援や介護の体制は充実化に向かっている。しかし、それとともに顕在化してきた問題は、介護を担当する人材の不足である。支援や介護の質の向上においても、介護人材の育成は急務と言える。そこで本章では、中国と日本国における介護人材育成の現状と課題について検討する。

第1節 中国における介護人材育成

(1) 中国における介護および介護人材の現状

中国では、1980年代に市場経済が導入されて以来、市場競争が激化し、業績が悪化する国有企業が出てきた。そのため、1995年～2003年末の8年間で約4,000万人の失業者が発現した（姜、2011：4）。それと時期を同じくして高齢化問題が顕著になり、政府は、失業問題と高齢化問題の両方に取り組みざるを得ない状況に陥った。女性は介護分野を得意としていると捉えられたために、中高年の女性を介護業務に従事させることで事態の改善を図ったのである（姜・矯、2010：4）。

従来、中国では、儒教思想の影響から「孝順父母」の道德規範が浸透している。「孝順父母」は、親には従い、孝行を尽くすという意味である。そのため、高齢になった親は子が世話をすることが常識となっていた。それは社会主義国家誕生後も国民に受け継がれた。

現行憲法（1982年制定）においても、「成年子女は父母を扶養扶助する義務を負うこと（49条）」と規定されている。

しかし近年、生活環境の変化等により、子どもが親の世話をすることが難しいケースが出てきた。特に、経済的に余裕がある子どもの間では、「保姆」を雇用することが広まっている。「保姆」とは、いわゆる家政婦のことで、住み込みで料理、洗濯、掃除、買い物はもとより、老人や病人の世話や看病を行う職種である。2000年8月、中央省庁の労働・社会保障部が、保姆の正式名称を「家政服務員（家政サービス員）」に決定し、従事するには認定資格を必要とする職種に認定した（サーチナ、2011）。従来「保姆」は、夫婦が共働きで幼い子どもの世話がが必要な家庭で雇用されることが多かった。しかし、その後、高齢化が進むとともに高齢者の世話を目的とした雇用が増え、空巣家庭にとって、無くてはならない存在となった。

このように、介護人材の需要は増えているものの、供給は追いついていない。中国統計局によれば、中国全土の介護人材（2014年）は、47.6万人であった。そのうち約7割に相当する33.3万人が養老機構施設で、残り3割（14.3万人）が社区施設で勤務している²⁷。第Ⅲ章で述べたように、中国では要介護者の数が約4,000万人であることを考慮するなら、決して十分な数とは言えない。

人材不足の理由の一つに、給与水準の低さが指摘できよう。介護業務従事者の平均月収（2006年）は500元程度で、全国平均月収（998.53元²⁸）の約半額程度であった。その後、上昇傾向にはあるが、それでも、介護業務従事者の給与水準は高いとは言い難い。「介護職は給与が安く、きつい、社会の認知度が低く、尊敬されない業種なので、若者に敬遠される（呉、2004）」との指摘もある。

人材不足は、サービスの質の低下にもつながる。中国で実施された高齢者介護に関する調査では、「在宅支援サービスの提供者は専門的な介護知識と技能を持っている人が少ない（孫・張・尹・劉、2011）」「サービスの内容は掃除、洗濯、食事の用意といった生活における身の回りの単純支援に限られている（紀、2010）」「（在宅介護サービスに）派遣されたのは専門知識を持っていない女性である（呉、2004）」「有資格の介護士が不足しており、現時点では家事支援しかできない（李、2011）」といった問題点が指摘されている。

これらの問題点に共通しているのは、介護業務に携わる人材としてのスキルの低さであ

²⁷ 中国統計局「中国民生統計年鑑 2015年」

²⁸ 中国統計局（2006）

る。そのため、掃除や洗濯といった一般的な家事労働には対応できても、高齢者の食事やトイレなど生活介助などにはうまく対応できない。なぜ対応できないかと言えば、専門的な教育を受けていないからである。適切な介護サービスを提供できる人材であれば、高い給料を払ってでも雇いたいという人は増えるであろう。つまり、介護人材の質の向上が賃金水準の向上にもつながると言える。

北京の要介護高齢者をもつ家族に対して実施された調査では、「地域の看護師による医療・看護・リハビリテーションが必要」と回答した家族が96.4%、「生活習慣病の予防と健康維持増進に関する指導が必要」と回答した家族が82.2%に達していた。高齢者を抱える家族においては、単なる家事の支援だけでなく、医療や介護に関するケアのニーズが高いことが窺える。

以上のことから、介護人材を質・量ともに充実させるには、教育体制の充実が急務である。次項では、この点について検討する。

(2) 中国における介護人材育成の現状と課題

中国で介護人材育成の学科が設置されたのは、1999年である。同年には大連職業技術学院（遼寧省大連市）と長沙民政職業技術学院（湖南省長沙市）の2校に介護人材育成の学科が設置された。この時点では2校のみであった。

それから3年後の2002年「国務院の職業教育の改革と発展推進に関する決定」には、「教育システムを完全化するために、中等職業教育と高等職業教育を強化し、職業教育と普通教育、成人教育のつながりを深める」という方針のもと、介護士資格が創設されるなど、介護人材育成の体制が整備された。

清水（2015）によれば、中国における介護人材の育成に関する学科（高齢者サービスと管理専攻）の設置校は、2014年7月時点で17校であった。これには、1999年に設定された上記の2校も含まれている。

第2節 日本国における介護人材育成

(1) 日本国における介護人材の現状

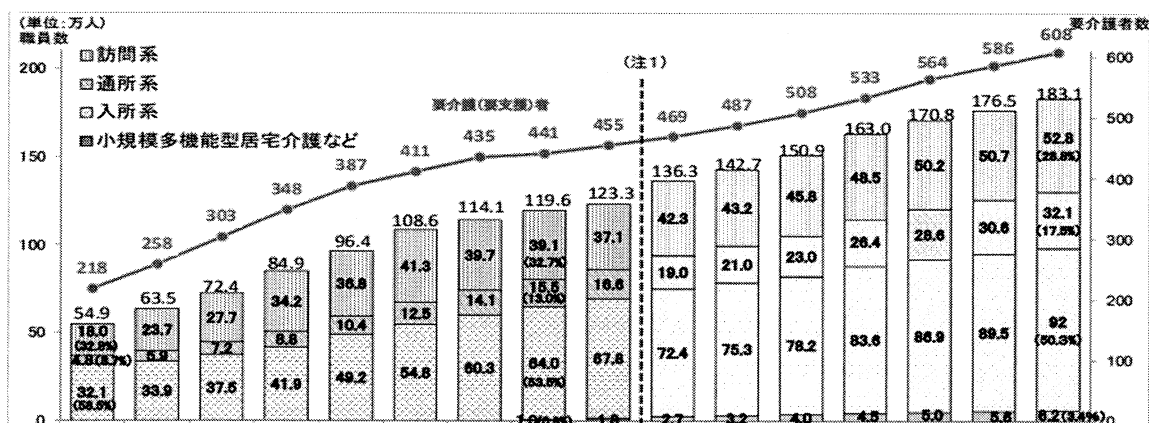
介護保険制度の施行後の介護職員数の推移は、図IV-1のとおりである。2000年度は、50万人台であったが、2015年度には約170万人と3倍以上になっている。さらに経済産業省は、2035年には295万人になると推計している（経済産業省、2016：26）。

介護保険制度の施行後、要介護（要支援）認定者数は増加しており、サービス量の増加に伴い介護職員数も15年間で約3.3倍に増加している。確かに介護人材は増加傾向にはあるが、十分に供給できているとまでは言い難い。

図IV-2は、2025年度に向けた介護人材の需給ギャップを示している。2015年度から

2025年の10年間で215万人にまで増加する見込みである。しかし、2025年度に必要な介護職員は253万人であり、これに基づけば、約38万人が不足することになる。

図IV-1 日本国における介護保険実施以降の介護職員数の推移（単位：万人）



注1) 平成21～27年度は、調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けていることから、厚生労働省（社会援護局）にて推計したもの。（平成20年まではほぼ100%の回収率 → (例)平成27年の回収率：訪問介護89.9%、通所介護84.7%、介護老人福祉施設93.6%）補正の考え方：入所系（短期入所生活介護を除く。）通所介護は①施設数に着目した割り戻し、それ以外は②利用者数に着目した割り戻しにより行った。（①「介護サービス施設?事業所調査」における施設数を用いて補正、②「介護サービス施設?事業所調査」における利用者数を用いて補正）

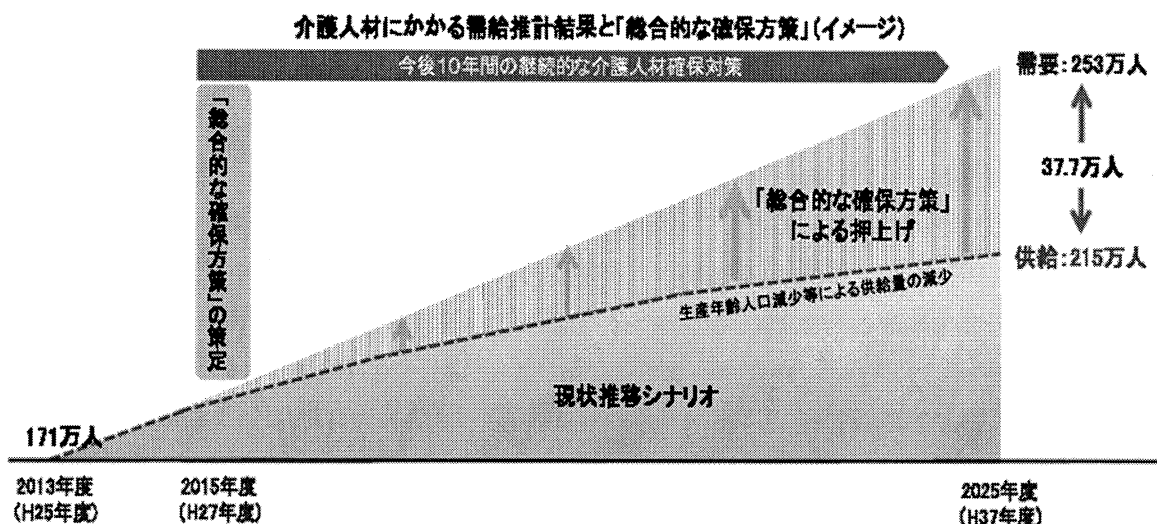
注2) 各年の「介護サービス施設事業所調査」の数値の合計から算出しているため、年ごとに、調査対象サービスの範囲に相違があり、以下のサービスの介護職員については、含まれていない。（訪問リハビリテーション：平成12～24年、特定施設入居者生活介護：平成12～15年、地域密着型介護老人福祉施設：平成18年）※「通所リハビリテーション」の介護職員数は、すべての年に含めていない。

注3) 「小規模多機能型居宅介護など」には、「小規模多機能型居宅介護」の他、「複合型サービス」も含まれる。

注4) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数である。（各年度の10月1日現在）

出所：社保審一介護給付費分科会第145回（H29.8.23） 参考資料2「介護人材確保政策」.p1.

図IV-2 日本国における介護人材の需給ギャップ



出所：厚生労働省（2018）「将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会報告書」, p. 2.

また、介護人材については、単に数の不足だけではなく、様々な課題がある。まずは、就業形態や年齢層の偏りである。表IV-1は、介護労働者の就業形態である。

表IV-1 日本国における介護人材の就業形態

項目	正規職員	非正規職員	常勤労働者	短時間労働者
介護職員（施設）	57.0%	41.5%	17.9%	23.6%
訪問介護員	16.8%	80.3%	8.5%	71.8%

出所：厚生労働省(2013), p. 2.

施設の介護職員のうち、正規職員は6割弱で、非正規職員が4割を超えている。さらに、訪問介護員については、非正規職員が8割を占めている。またさらに、非正規職員の内訳を見ると、訪問介護員の非正規職員では短勤労働者が7割を超えている。これらのことから、介護人材については、非正規職員に大きく依存していることがわかる。しかも、訪問介護については、非正規職員の短勤労働者にほとんど頼り切っている実状が窺える。年齢構成は、表IV-2のとおりである。

表IV-2 日本国における介護人材の性別・年齢構成（単位：％）

	20歳未満	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～64歳	65～69歳	70歳以上
介護職員（施設等）	1.1%	17.2%	22.9%	23.5%	19.3%	7.6%	4.7%	1.6%
男性（23.6%）	1.4%	27.6%	33.3%	18.4%	9.2%	4.0%	3.3%	1.2%
女性（74.2%）	1.0%	14.0%	19.7%	25.1%	22.5%	8.8%	5.1%	1.7%
訪問介護員	0.2%	4.3%	11.0%	20.9%	25.2%	16.0%	13.8%	6.6%
男性（8.2%）	0.4%	15.0%	22.5%	20.1%	18.3%	9.7%	8.4%	4.1%
女性（89.6%）	0.1%	3.4%	9.8%	21.0%	25.9%	16.6%	14.3%	6.9%

注）調査において無回答のものがあるため、合計しても100%とはならない。

2

出所：厚生労働省(2015), p. 2.

性別については、女性の比率が、介護職員（74.5%）、訪問介護員（89.9%）と圧倒的に高い。年齢層としては、介護職員で最も多いのが30代で次いで多いのが40代となっている。また、訪問介護員は、50代以上が過半数を占め、なかでも女性の50代以上の占める割合が高い。

以上のことから、介護人材は、非正規雇用に依存し、訪問介護員に関しては、50代以上の女性職員に依存していることがわかる。また、離職率の高さも課題と言われている。表IV-3は、介護職員と産業全体の離職率をまとめた表である。

表IV-3 日本国における介護職員と産業全体の離職率

年 度	介護職員の離職率(%)	産業全体の離職率(%)
2007年度	21.6	15.4
2008年度	18.7	14.6
2009年度	17.0	16.4
2010年度	17.8	14.5
2011年度	16.1	14.4
2012年度	17.0	14.8
2013年度	16.6	15.6
2014年度	16.5	15.5
2015年度	16.5	15.0

出所：介護職は介護労働安定センター「介護労働実態調査」。産業計は厚生労働省「雇用動向調査」

厚生労働省所管の公益財団法人「介護労働安定センター」は、2017年8月5日までに、2015年10月からの1年間に全国の介護職員の16.7%が退職したとの調査結果を公表した。前年に比べ離職率は0.2ポイント悪化、全産業平均の15%（2015年）も上回り、人手不足が常態化している状況が明確になった。調査は2016年10月に実施され、8,993事業所、2万1,661人から回答があった。介護職員の過不足を事業所に調査したところ、「大いに不足」「不足」「やや不足」を合わせると62.6%で、前年度と比べると1.3ポイント増えていた。介護職員側からの悩みとしては「人手が足りない」が最も多く53.2%、「今の仕事を続けたい」という声は53.7%で、前年に比べ11.8%低下していた²⁹。離職の理由は「採用が困難」が73.1%と最も高く、介護労働安定センターは「高齢化に伴う利用者増に、職員の確保が追いついていない」と説明している。

（2）介護人材の確保・維持対策

これまでに繰り返し述べてきたとおり、日本国の介護業界は慢性的な人材不足の状態にある。人材不足の解消・軽減のためには、まずその理由を知り、対策を講じる必要がある。

まず、人材不足の背景にあるのは、本章の（1）で述べたとおり、「①採用が困難」なことである。また「②今の仕事を続けたいと考える人材が減少傾向にある」ことが、離職率の悪化につながっているものと推察される。換言するなら、採用が円滑に行われ、離職する人が減れば、人材不足は軽減に向かうことが想定できよう。ただし、現状、それができていないために人材不足が起こっている。そこで、以下、採用や勤務の継続を妨げる要因について検討する。

まず、①採用が困難であることについては、介護職の待遇面と介護業界に対するイメージが関係している可能性がある。職場に福祉分野を選択する者は、困っている人のために自分が役に立ちたいという、奉仕の精神を持っている傾向があるため、自分の権利を主張した、利潤を追求することに抵抗があった（大和，2014）。

もともと介護労働は「家事の延長」として主に女性が担ってきた歴史があり、賃金水準も低かった。また、政府も日本国型福祉社会を推進するなかで、政策として介護の専門性について議論されることなく、その結果、低賃金や劣悪な労働条件が定着した（高木，2008）との見解もみられる。さらに、2006年に発生したコムスン事件³⁰を機に、マスコミが介護

²⁹ 日本国経済新聞 2017年8月15日朝刊。

³⁰ 訪問介護大手のコムスンの訪問介護事業所が不十分な人員であったにもかかわらず、虚偽の申請をして事務所を解説して

労働者の厳しい労働環境を大々的に報道したことにより、介護の仕事は3Kすなわち「きつい、汚い、危険な」仕事というイメージが世間に定着してしまった。これにより、介護職を目指す若者が親から就職を反対された、進路指導の際に教員から介護職は避けるように指導されたケースが多発した（大和，2014）。

②勤務の継続を妨げる要因については、賃金の問題を指摘する研究が数多くみられる。下野（2006）は、介護労働の求職者が減少している原因として、他のサービス産業の給与より介護職の賃金が低いことを指摘している。また、山田・石井（2009）は、賃金水準については、他産業・職種として低いとは言えないが、2002年から2007年にかけて施設介護の正規職員の賃金が大幅に下落したことが問題であると述べている。

しかし、賃金以外に着目した研究もある。花岡（2009）は、介護労働者の相対賃金を多職種と比較した。その結果、賃金格差と離職行動の間に有意な関係性はみられず、賃金より教育訓練や職場環境などのほうが離職行動に影響している可能性があることを提起している。

以上のことから、介護人材の採用を円滑にし、離職を防ぐには、介護職のイメージアップ、賃金水準の向上、教育訓練や職場環境の充実化が有効であると考えられる。

（3）介護人材のキャリア制度

①介護プロフェッショナルキャリア段位制度

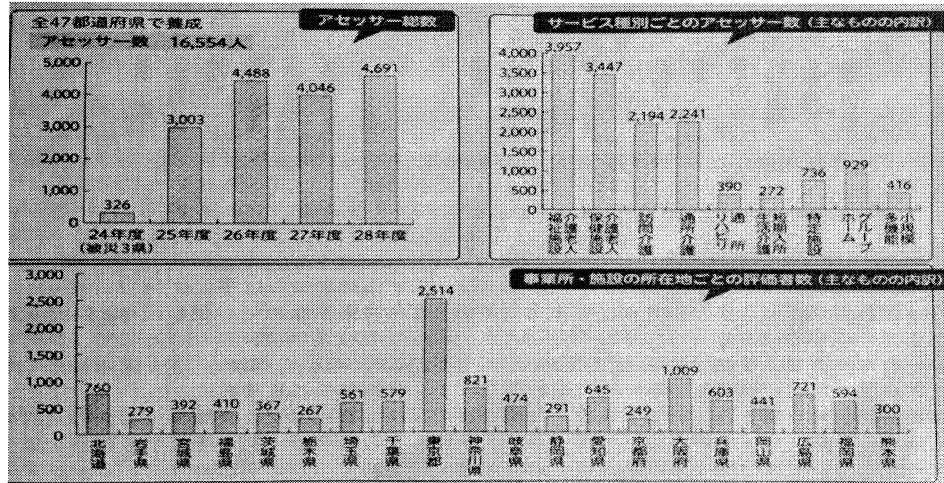
老健施設の介護職員は、多職種との協働の中で、「総合的介護職」としてのスキルが求められる。キャリアアップ志向も強く、他の介護サービス事業所の中では最も高い専門性を持つ「介護のプロフェッショナル」と位置付けられる。なお、老健施設は介護職員としてのスキルを身につける最良の研修場所ともなっている。

キャリア段位制度³¹は、事業所・施設ごとにバラバラに行われてきた職業能力評価に「共通のモノサシ」を導入し、これに基づいて人材育成を目指していく仕組みである。全老健では、キャリア段位制度の導入・実践は、処遇改善加算のキャリアパス要件の一部として捉えることも大切な視点であると考えており、人材確保に大きく貢献するであろうと期待されている。あわせて、アセッサー（評価者）講習会の受講を積極的に推進し、アセッサーやレベル認定者を多く輩出している。

いたことが発覚し、厚生労働省の処分を受け、最終的に廃業に至った事件。

³¹ 「キャリア段位制度」は、成長分野における新しい職業能力を評価する仕組みであり、企業や事務所ごとにバラバラでない共通のものさしをつくり、これに基づいて人材育成を目指している。

図IV-3 日本国のアセッサーの養成状況(2017年度まで)総数



出所：日本国厚生労働省(2018), p. 47.

②「キャリア段位制度」のレベルと内容

段位は基本的な知識や技術を身に付けたレベル1から、技量や指導力に応じて最上位のレベル7まで設定されている。現時点においてレベル4までが認定されており、将来的にはレベル5~7が作られる予定である。介護職員初任者研修、ホームヘルパー2級研修修了者などがエントリーした段階でレベル1に属することとなり、ここからレベル2を目指すことになる。レベル2では「ある程度の仕事ができるレベル」、レベル3では「指示などがなくても一人前の仕事ができる」と認められる段階に上がっていく。

表IV-4 日本国のキャリア段位7レベル

分野共通の考え方		介護のプロフェッショナル
↑ プロ レ ベ ル ↓	レベル7 その分野を代表するトップ・プロフェッショナルの段階	
	レベル6	多様な生活障がいをもつ利用者に質の高い介護実践
	レベル5 プロのスキルに加えて、特定の専門分野・業種における更に高度な専門性をもつ、あるいは、その人の独自の方法が顧客等から認知・評価されている	介護技術の指導や業種連携のキーパーソンとなり、チームでケアの質を改善

段階		
レベル 4	一人前の仕事ができることに加え、チーム内でリーダーシップを発揮することができる段階	チーム内でのリーダーシップ(例サービス提供責任者、・主任等) 部下に対する指示・指導 本レベル以上が「アセッサー」になれる
レベル 3	指示などがなくとも、一人前の仕事ができる段階	利用者の状態像に応じた介護や他業種の連携等を行うための幅広い領域の知識・技術を習得し、的確な介護実践
レベル 2	一定の指示のもとに、ある程度の仕事ができる段階	一定の範囲で、利用者ニーズや状況の変化を把握・判断し、それに応じた介護を実践 基本的な知識・技術を活用し、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践
レベル 1	エントリーレベル	初任者研修により、在宅、施設で働く上で必要となる基本的な知識・技術を習得

出所：「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」<https://careprofessional.org/careproweb/summary>

(検索日：2018年7月28日)

評価は「わかる（知識）」と「できる（実施スキル）」の両面から判定される仕組みになっている。「わかる（知識）」の部分は、取得している介護福祉士やヘルパー2級などの資格でランク付けされ、「できる（実施スキル）」は、働いている現場の中で評価基準にしたがって判断され、両者が一致した時にそのレベルの段位が認定される。

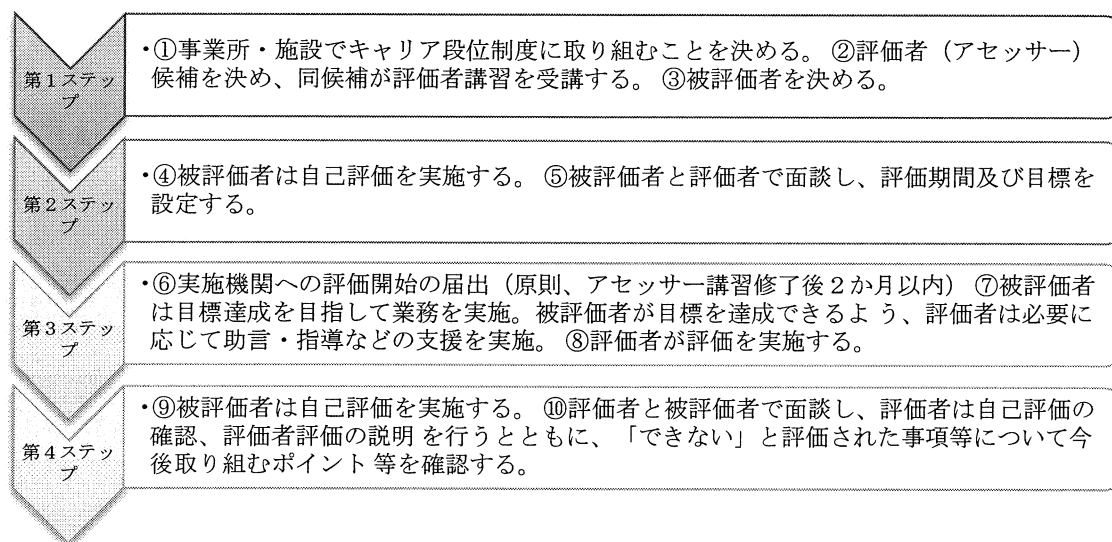
③「キャリア段位制度」と評価

「キャリア段位制度」のチェック項目の内容認定項目の一つである「食事介助」を例に、どのような視点で評価されるかをイメージしてみよう。未経験者は、「食事介助」がどのようにして行われるのか想像できるだろうか。よく耳にする言葉であり、資格を取得する研修の中で必ず教えられる介助の一つである。

しかし座学で習っても、実際の現場では、人それぞれに実力の差が出てくる。食事介助に対する正しい知識を身につけた人、忘れた人、もともと観察力のある人、ない人によって安全で快適な食事介助が左右される。自分で問題なく行っているつもりであっても、単に食べさせる作業で終わっている人に段位は与えられない。図IV-4に記述されているような手順に従って、決められたことを正しく実行していると認められた時に、初めて段位が与えられる。レベル認定基準をクリアするまで、第2ステップから第4ステップまでを

繰り返し、クリア後、レベル認定の申請を行うことになる。

図IV-4 日本国におけるキャリアステップに関する標準的な評価手順



※評価期間：1か月～6か月（下限は1か月）。

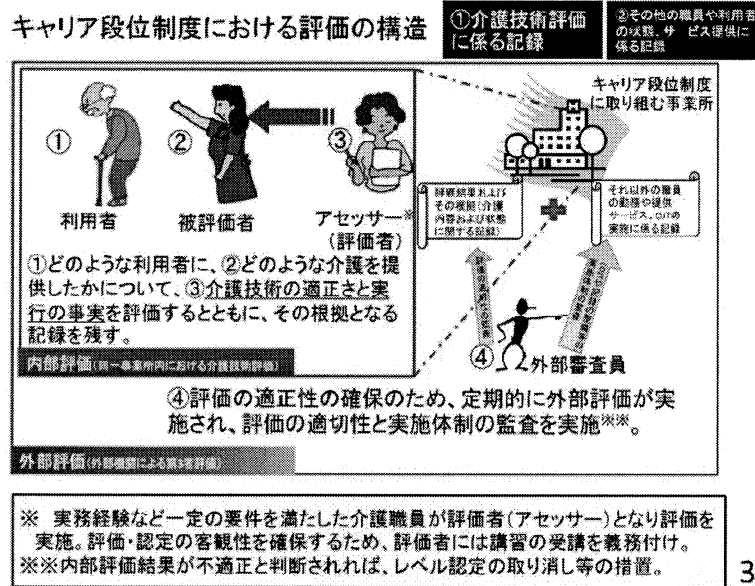
出所：キャリア段位制度評価手順 https://careprofessional.org/file/hihyouka_manual.pdf により筆者作成。

④キャリア段位制度と期末評価票

日本国において「キャリア段位制度」は導入されたばかりであり、介護業界で認知されるまでには時間が必要であろう。ただし、所属している職場がキャリア段位制度を採用しないかぎり段位は取得できないという限界もある。しかし、発行されている評価材料を現場の自主チェック表として有効活用することも普及の第一歩と言えよう。

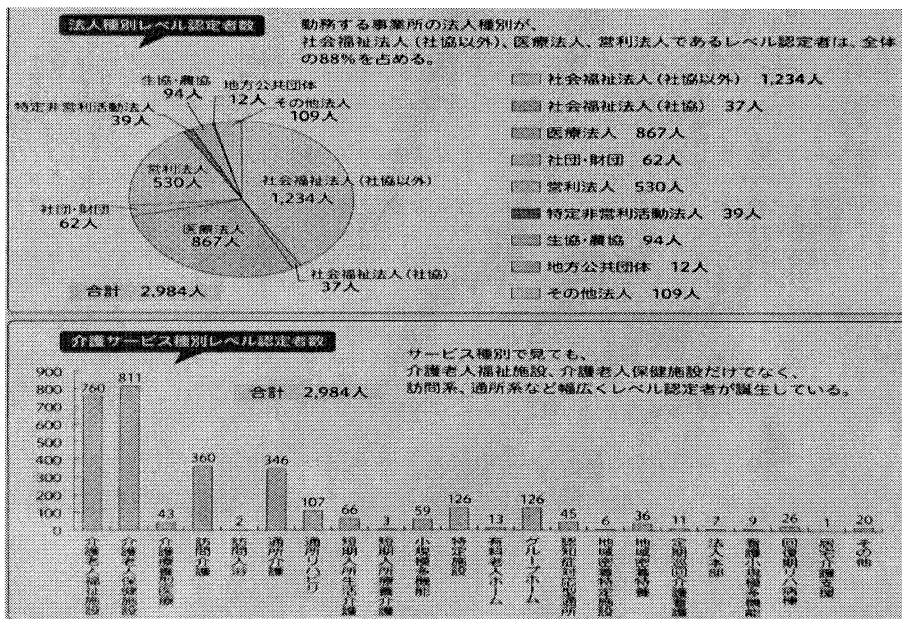
長い間、介護業界では、「先輩の介護職員が行っている介護内容を見て覚える」あるいは「経験的にこの高齢者はこう判断する」といった経験主義的な方法によって介護技術を伝達しがちであった。しかし、介護キャリア制度を導入することによって、経験主義的な方法に基づく暗黙知を客観的な評価モデルに基づく形式知に変えることができよう。

図IV-5 キャリア段位制度における評価の構造



出所：筒井孝子(2013)，p. 3.

図IV-6 法人種別レベル認定の取得職員数・介護サービス種別レベル認定取得者数



出所：一般社団法人シルバーサービス振興会 HP (2016年)

日本国では、介護キャリア段位制度の評価者（アセッサー）は、平成 24 年度に制度化され、企業や事業所ごとにバラバラでない共通のモノサシをつくり、これに基づいて人材育成を目指す職業能力を評価する仕組として注目されている。これまでの資格制度で不足していた「実際にその現場で何ができるのか」という部分を補うため、すでに述べたように、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面から判定される。成長分野である介護サービスの従事者に対して、「介護プロフェッショナル」のレベル認定が行われることにポイントがある。「介護プロフェッショナル」については、既存の国家資格制度や研修制度との関係も考慮し、特に、実践的スキルを重点的に評価するとされている。エントリーレベルからプロレベルまで、7 段階でレベル認定が行われる（キャリア段位）。介護プロフェッショナルでは、まずレベル 1 からレベル 4 について基準をつくり、レベル認定を行う。しかし、キャリア段位認定を行うにあたり、アセッサー養成が急務となる。これまでに 11,863 名のアセッサーが養成され、全国の介護事業所・施設において、OJT³² 指導にあたる立場として配置されている（平成 27 年度）。内部評価取組中の事業所・施設数は、2,973 件、内部評価取組中（介護職員別）は、4,976 件（平成 28 年 2 月末）、評価の結果、レベル認定取得に至った件数は、累計 1,245 件となっており、実績は年々増加している。

⑤認定介護福祉士

日本国の介護業界では、上述の「キャリア段位制度」のほかに、介護福祉士の上級資格と位置付けられた「認定介護福祉士」がある。認定介護福祉士認証認定機構によれば、認定介護福祉士は「居住・施設系サービスを問わず、多様な利用者・生活環境、サービス提供形態等に対応して、より質の高い介護実践や介護サービスマネジメント、介護と医療の連携強化、地域包括ケア等に対応するための考え方や知識、技術等を認定介護福祉士養成研修で修得した介護福祉士」と定義される民間資格である（一般社団法人 認定介護福祉士認証・認定機構）。認定介護福祉士になるには、養成校において実技及び研修を受講する必要がある。養成研修には認定介護福祉士養成研修Ⅰ類と認定介護福祉士養成研修Ⅱ類があり、これらの 2 つの研修（600 時間）の全過程を修了した介護福祉士のみが、機構に対し認定申請を行うことができる。認証・認定機構による審査の後、「認定介護福祉士認定証」が発行される。2015 年に始まった資格ではあるが、後述するように資格取得者はいま

³² 「OJT」とは、「On-The-Job Training」の略称である。実際の職務現場において、業務を通して行う教育訓練のことをいう。部下が職務を遂行していく上で必要な知識やスキルを、上司や先輩社員などの指導担当者が随時与えることで、教育・育成する方法である。

だ少ないが、大介護時代において注目される資格となっている。認定介護福祉士養成研修Ⅰ類は、介護福祉士養成課程では学ばない新たな知識（医療、リハビリ、福祉用具と住環境、認知症、心理・社会的支援等）を修得し、他職種との連携・協働可能な介護実践力を有することが志向されており、介護技術の向上にとって今後は重要視されるものと言えよう。こうしたカリキュラムを学習することによって、介護福祉士は、利用者の尊厳の保持や自立支援等における考え方にたった介護過程の展開を、介護職の小チーム（ユニット等、5～10名の介護職によるサービス提供チーム）のリーダーに対して指導するために必要な知識を獲得することができる。なお、認定介護福祉士養成研修Ⅱ類とはⅠ類で学んだ知識をもって、根拠に基づく自立に向けた介護実践の指導をする力を養うことを主眼としてカリキュラムが構成されている。具体的には、認定介護福祉士に必要な指導力や判断力、考える力、根拠をつくりだす力、創意工夫する力等の基本的知識に基づいた応用力の養成が期待されている。さらに、サービス管理に必要なツールを整理、改善し、それらから根拠を導きだし、その根拠に基づいた指導を行う力の獲得を目指し、生活支援の視点から地域の介護力を高める力を獲得することが期待されている。視点を変えるなら、介護サービスという特性のもと、チーム運営、サービス管理、人材育成等についての必要な専門的な理論に基づき、チーム、サービス、人材マネジメントを実践し、利用者を中心とした地域づくり（地域マネジメント）を展開できる力の獲得が期待されている。

2017年4月、認定介護福祉士認証・認定機構（機構）は、日本国全国で初めて「認定介護福祉士」が誕生したと発表した。この制度に基づいて、「認定介護福祉士」となったのは11人である。2017年12月13日、新たに17名が認定介護福祉士として認定され、合計28名となっている。

⑥介護人材確保のためのプロモーション

全老健では、2015年9月より、介護ポジティブキャンペーンの一環として、介護のやりがいや魅力を広く発信するために、動画3本（1本約3分）「3Kの介護から3LDKの介護へ」、「介護を通して、自分自身もステップアップ」、「多職種連携で自宅へ帰る日」を全老健のホームページなどを通して配信している。2017年の再生回数は6,500回となっている。介護を将来の選択肢として考えてもらうために、まずは若い世代やその家族に見てもらえるよう、全老健の都道府県支部にDVDとして配布しており、ほかの媒体でも老健施設で働くことの魅力などを、積極的に広報していくことも検討されている³³。

⑦人材マネジメント塾

³³厚生労働省(2018), p. 49.

人材マネジメント塾は、人材対策に関する運営のノウハウや職員の離職防止等を目的とした塾（研修会）である。介護人材の処遇改善に関する改定が行われたことを踏まえ、新要件に関する講義や人事評価基準の導入・事例などのワークショップを加えた実践的な内容となっている。

⑧外国人介護人材の育成

日本国では、2017年11月1日の「外国人の技能実習の適正な実施及び技能実習生の保護に関する法律」（平成28年法律第89号。以下「技能実習法」という。）の施行にあわせ、外国人技能実習制度の対象職種に介護職種が追加された。

2017年に介護職種の技能実習においては、介護サービスの特性に基づく様々な懸念に対応するため、介護固有要件を定めている。介護人材不足の状況に応じて外国人材を積極的に採用することは一考の価値がある。

表IV-5 日本国の技能実習介護における固有要件

○ 介護の技能実習生の受入れに当たっての要件は、下記のとおり。（「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会中間まとめ」（平成27年2月4日）での提言内容に沿って設定。）	
○ 平成29年9月、介護職種に固有の要件を告示。平成29年11月、対象職種に介護を追加。	
介護固有要件 <small>※技能実習制度本体の要件に加えて満たす必要がある。</small>	コミュニケーション能力の確保 ・1年目（入国時）は「N3」程度が望ましい水準、「N4」程度が要件。2年目は「N3」程度が要件（参考）「N3」：日常的な場面では使われる日本語をある程度理解することができる。「N4」：基本的な日本語を理解することができる。（日本技能人材試験・独立行政法人国際交流基金、公益財団法人日本国際教育支援協会が実施）
	適切な実習実施者の対象範囲の設定 ・「介護」の業務が現に行われている事業所を対象とする（介護福祉士国家試験の実務経験対象施設） ・ただし、技能実習生の人権擁護、適切な在留管理の観点から、訪問系サービスは対象としない ・経営が一定程度安定している事業所として設立後3年を経過している事業所が対象
	適切な実習体制の確保 ・受入れ人数枠 受入れることができる技能実習生は、事業所単位で、介護等を主たる業務として行う常勤職員（常勤介護職員）の総数に応じて設定（常勤介護職員の総数が上限）。 ・技能実習指導員の要件 技能実習生5名につき1名以上選任。そのうち1名以上は介護福祉士等。 ・入国時の講習 専門用語や介護の基礎的な事項を学ぶ。 ・夜勤業務等 利用者の安全の確保等のために必要な措置を講じる。 （※）具体的には、技能実習制度の趣旨に照らし、技能実習生以外の介護職員を同時に配置することが求められるほか、業界ガイドラインにおいても技能実習生以外の介護職員と技能実習生の複数を業務を行う旨を規定。また、夜勤業務等を行うのは2年目以降の技能実習生に限定する等の努力義務を業界ガイドラインに規定。
	監視団体による監視の徹底 ・監視団体の役員員に5年以上の実務経験を有する介護福祉士等を配置 ・「介護」職種における優良要件は「介護」職種における実績を基に判断
技能実習評価試験	移行対象となる適切な業務内容・範囲の明確化 一定のコミュニケーション能力の習得、人間の尊厳や介護実践の考え方、社会のしくみ・ことからのしくみ等の理解に裏付けられた以下の業務を、移行対象とする ・必須業務＝身体介護（入浴、食事、排泄等の介助等）・関連業務＝身体介護以外の支援（掃除、洗濯、調理等）、福祉業務（送迎、申し送り等） ・周辺業務＝その他（お知らせなどの掲示物の管理等）
	適切な公的評価システムの構築 ・各年の到達水準は以下のとおり 1年目 指示の下であれば、決められた手順等に従って、基本的な介護を実践できるレベル 3年目 自ら、介護業務の基礎となる能力や考え方を基づき、利用者の心身の状況に応じた介護を一定程度実践できるレベル 5年目 自ら、介護業務の基礎となる能力や考え方を基づき、利用者の心身の状況に応じた介護を実践できるレベル

出所：日本国厚生労働省（2016c）

第3節 小括

本章では、介護人材育成に関して論じた。

中国においては、介護人材の需要の増加に対し供給が追い付いていない状況にある。その理由として、給与水準の低さや重労働であること、社会の認知度の低さなどが挙げられる。中国で介護人材育成の学科が設置されたのは、1999年で、以降、介護人材育成の体制

が整備されていった。

日本国においては、年々介護職員が増加し、2000年度には約55万人であったが、2015年度には170万人まで増えている。それでも、十分に供給できているとまでは言えない。日本国の場合は、施設の介護職員のうち、正規職員は6割弱で、非正規職員が4割を超えており、非正規職員に大きく依存している。また離職率が高く採用も困難という状況にある。

そこで、介護人材の確保対策として、介護プロフェッショナルキャリア段位制度や認定介護福祉士といった制度や資格が導入された。さらに、介護人材確保のためのプロモーションとして、介護のやりがいを発信する動画の配信や人材マネジメント塾の創設、外国人介護人材の育成などが推進されている。

第V章 介護業務の効率化における課題

はじめに

第III章で、介護施設における勤務体制、研修体制および介護に関する業務でのハードあるいはソフトの導入について中日の介護施設、それぞれ10施設の責任者に対してアンケート調査およびインタビュー調査を行い、その結果を分析した。質の高い介護サービスを提供するには介護にかかわる事務作業を省力化し、直接的なサービスにおいて機械やロボットの導入によって効率を上げることも方策のひとつではあるが、特に中国の介護現場においては、効率化の問題解決が必須の課題と位置づけられる。

本章では、第III章で明らかになった調査結果をもとに、効率化におけるボトルネックを抽出し、次いで介護業務の非効率をもたらす弊害を検討する。

第1節 効率化のボトルネック

(1) 人材に関するボトルネック

① 男女比、勤務体制

アンケート結果では、日本国は男性の介護職員の比率が半数以上を占めている施設が多いのに対し、中国では男性職員が極端に少ないという結果であった。介護は基本的に人の生活支援に深くかかわる仕事であることを勘案するなら、女性のほうが適しているという考え方も否定できないことはないが、実際には、入浴介助や排泄介助、移動など力が必要な仕事も多いことを考えると、男性の参加が重要となろう。男性と女性では、それぞれ得意な作業があるため、効率化という点でも、男女比率のバランスがとれていることが望まれるところである。

常勤と短勤の比率については、日本国ではほとんどの調査対象施設で短勤労働者が2割

から3割を占めていた。一方、中国では短勤労働者の割合が極端に少なく、常勤のみの施設も複数みられた。常勤労働者が多いことは望ましいことではあるが、限られた人数で介護業務をこなすことになるため、常勤労働者に負担が集中することも考えられる。介護業務は、マンツーマンで行う作業が多く、一人の介護労働者が一度に複数の高齢者にサービスを提供することが難しい。そのため、規模の経済性が働きにくいと言える。特に訪問介護においては、その傾向が高くなる。施設介護の場合は、基本的に施設内で介護活動が完結するため、施設の中に一定の介護労働者を確保すれば、一人で複数の高齢者にサービスを提供できる。一方、訪問介護の場合は、介護労働者が利用者の自宅などに赴く必要があるため、労働時間とは別に移動時間という労働の空白の時間が発生する。また訪問先が増えるほど、多くの介護労働者を確保しなければならない。しかも、報告書の作成等の周辺作業も必要という非常に不利な労働となっている。このとき、それぞれの労働者の業務効率が低くなる可能性もあり、効率化におけるボトルネックとなり得る。多くの介護労働者を雇用し、役割を分担できれば、効率アップするし、一定数の短勤労働者をそろえておくことで、急な欠員への対応も含め労働者の負担の軽減が期待される。

② 勤務環境

中国と日本国はともに、介護業界において慢性的な人手不足の状態にある。日沖(2016)は、その理由として、2つのボトルネックを提示している。一つが「離職率の高さ」で、もう一つが「応募率の低さ」である。その理由として、大幅な長時間労働、頻繁な夜勤、労働条件が劣悪なのに給料が低い(日沖, 2016)ことが指摘されている。介護労働安定センターの調査(2013, 2015)によれば、介護関係の離職理由として、職場の人間関係に問題があり、法人や施設・事務所の理念や運営のあり方に不満があった、他に良い仕事・職場があった、収入が少なかった、などが挙げられていた。実際には、様々な離職理由があると思われるが、全般的に介護職はきつい仕事のわりに報酬が少ないといったネガティブなイメージが広まっていることは否めない。

給与の額を高くすれば、多少は人手不足が改善される可能性はあろうが、施設運営上、むやみに昇給させることは難しい状況にある。本研究の調査結果では、中国、日本国ともに、調査対象施設は「運営費用のなかで人件費の割合が最も高く、介護職員の給与を上げることが難しい」となっていた。また、そのことが、離職率の高さの原因になっていると回答する介護施設もあった。

(2) 人材育成に関するボトルネック

介護施設に勤務する労働者は、主として2つの種類に大別できる。一つは、利用者に対して入浴や食事、排泄などの介護を行う労働者、つまり介護労働者である。もう一つは、

直接的な介護業務は行わないが、清掃や食事の準備、事務作業などを行う労働者、つまり非介護労働者である。

介護職員のキャリアアップについては、中国、日本国ともにキャリアアップの人員配置基準や研修制度を設けていた。中国では介護技術のほか、接遇マナーや職員のメンタルケア、各種疾病の基礎知識など、多岐にわたる研修内容となっている。日本国も、介護技術をはじめ、様々な専門技術の研修が実施されている。介護施設は、質の高い介護サービスを提供することが最大の目的であるため、介護労働者の研修を充実化することは重要である。しかも、最近では服薬の介助、たん吸引、ストマー（人工肛門）の処置といった医療行為や食事や入浴の介助などについても専門知識や技術が要求されるので（日本総合研究所、2015：38）、介護職員のキャリアアップ体制の構築は必須の課題である。

ただし問題は、非介護労働者のキャリアアップの研修制度について、中国と日本国の両方の介護施設の多くから、「ほぼない」とする回答が戻っていることである。介護施設は慢性的な人手不足の状態にあり、職員募集が難しい。そのため、介護職員を優先して雇い入れて育成するといった方針がとられているものと推察される。一方、非介護労働者については、将来的には研修制度を設けたいと考えている介護施設はあるが、非介護労働者が行う業務を介護施設における中核的な業務とまではみなされておらず、緊急に研修制度が必要とまでは至っていないと推察される。そのため、介護職員の研修より優先順位が低くなっていると考えられる。

しかし、介護施設の運営を円滑にするには、介護業務だけでなく、それ以外の業務の効率化も進めなくてはならない。事実、介護施設の効率化のボトルネックとして、事務処理の多さも指摘されている。本研究の調査結果においても、書類作成や事務に係る負担を感じて、その軽減措置を導入した介護施設がみられた。いかに介護労働者のスキルが上がっても、事務処理が滞っている場合は、やはり効率化は進まない。

（3）施設運営に関するボトルネック

施設運営においても、効率化のボトルネックが存在する。それは入居率に関する問題である。日本国の介護施設の入居率は、平均で93%と非常に高く、100%の施設も複数みられた。一方、中国の介護施設では入居率が平均58%で、最も低い施設はわずか10%であった。宿泊業や賃貸業などと同じく、せっかく建物などの施設を準備しても、それを利用する人がいなければ、施設の維持費がかさむばかりで、運営はうまくできない。また、入居率が低いことは、非効率にもつながるため、やはり効率化のボトルネックとなっている。入居率の高低は、施設の規模とも関係している。入居率が低いのは、利用者が少ないということも考えられるが、一方で、施設の規模が適正でないとも言える。特に中国の場合、

政府養老事業に対して補助金が支給される制度があり、同制度においては、床数に応じて補助金が給付されるため、施設の規模が必要以上に大きくなっている可能性がある。

次に、介護施設における事務処理の多さも効率化のボトルネックの一つである。高齢者に介護サービスを提供するためには、様々な事務作業が必要となる。例えば、介護記録の作成をはじめ、多くの記帳が必要で、さらに施設内で情報を共有するために同じ内容を転記するといったことも度々起こり得ることである。また、介護労働者の労務管理やシフト調整、利用者の情報管理、相談への対応など、種々雑多な業務が存在する。これらは、介護業務そのものではないが、介護業務を遂行する上で欠かせない業務であり、介護労働者や施設運営者の大きな負担となっている。

こうした事務処理や書類作成の負担を軽減するために、アプリケーションソフトを導入している施設もあるが、中国の場合、その割合は4割と低い。日本国は8割と中国よりは高いが、2割の施設は導入していない。特に日本国の場合、要介護度や利用サービスによって介護報酬が細かく分かれているため、介護報酬請求等のソフトを導入しない場合、事務効率がかかなり悪くなる。

また、介護業務においても、最近では移乗や入浴などの介護支援や高齢者の話し相手になるロボットなど、様々な役割をもつ機械が開発されている。効率化のためには、これらを利用するのも有効な方法ではあろうが、機械やロボットなどの設備等の導入には、多額の費用が必要なのが実情である。

機械化のボトルネックはほかにもある。業務内容にもよるが、他の業種に比べて機械化がしにくい業務が少なくない。アンケート調査の結果にみられたように、中国の介護施設のうちの2割、日本国の介護施設のうちの7割が機械や介護ロボットを導入しているが、その実態は導入率が高い日本国の場合でも入浴と排泄など、一部の作業に限られていた。

第2節 介護業務における「非効率」の弊害

すでに述べたとおり、中国、日本国ともに介護市場は拡大を続けている。しかし、介護事業所の経営は必ずしも順調とは言えない。また、どの介護施設も運営努力の一環として効率化を目指しているが、前節で述べたような幾つかの大きなボトルネックが存在する。それでもなお、介護施設は介護業務の効率化に取り組むべきものと言えよう。なぜなら、非効率が慢性化すると、介護施設やその利用者に様々な弊害が及ぶからである。本節では、介護業務の「非効率」が招く弊害を検討する。

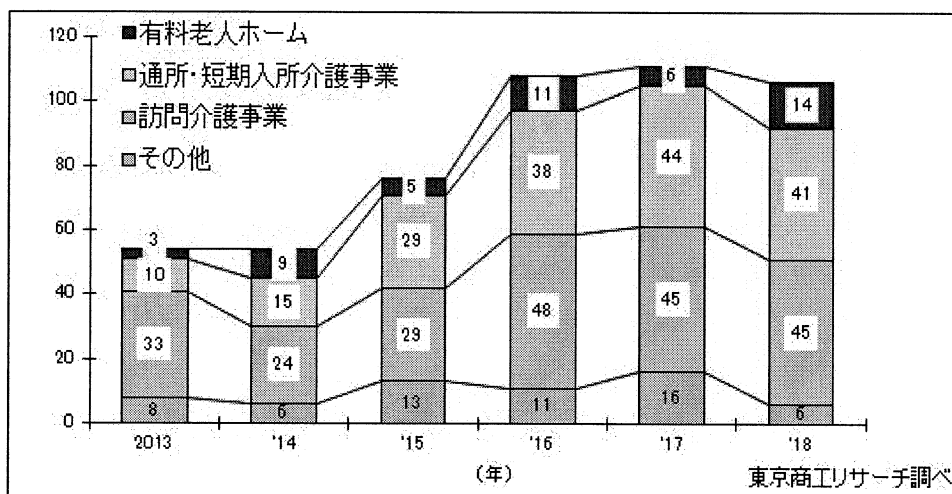
介護業界においては、人手不足が問題となっている。また、特に景気が良い時期は他の業界に人手が奪われることが多く、慢性的な人手不足状態が続いている。

人手不足によりサービスの質が慢性的に低い場合、利用者の満足度が下がり、信頼性が

大きく低下し、結果的に経営が圧迫されるといった悪循環に陥る。人手不足は経営にも大きな影響を与える。2016年11月にみずほ情報総合研究所が行った調査では、全国550の施設のうち26%にあたる143施設が「ベッドに空きがある」と回答し、その理由として多くの施設が人手不足に関する項目を選んだことが報告されている。人手不足は新規利用者の受け入れを困難にし、売上を大幅に減少させる。このような慢性的な人手不足に陥っている介護事業所は、その状態から脱しない限り、大きなハンデを背負ったまま同業他社と戦い続けなければならない³⁴。こうした課題への有効な解決策は、言うまでもなく十分な人手を確保することである。しかし、介護職は精神的にも身体的にも負担が大きい職と言われ、短期間で十分な人手を確保することは困難である。

日本国においては、2018年上半期（1-6月）の「老人福祉・介護事業」の倒産は45件と、前年同期の40件を上回った（東京商工リサーチ，2018）。2018年暦年については2000年度以降、7年ぶりに前年を下回ったものの、2016年以降、介護事業所の倒産件数は高止まり状態となっている（図V-1）。

図V-1 日本国における老人福祉・介護事業の倒産件数の推移 単位(件)



出所：東京商工リサーチ，2018

一般的に、企業が倒産する原因としては、売上の低迷、つまり顧客を獲得できないこと

³⁴ 平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 《特別養護老人ホームの開設状況に関する調査研究》

があげられる。顧客を獲得できない他の産業の例として学習塾を挙げると、近年の少子化の影響を受けて学習塾の経営環境は悪化している。帝国データバンクの調査によれば、2018年に倒産した学習塾は35件と過去最多となった（IT media, 2019）。しかし、介護事業の顧客ターゲットである高齢者は年々増加しているのである。にもかかわらず、介護事業は厳しい経営環境に置かれている。その要因の一つとして指摘されているのが、サービスの質の低下（IT media, 2018）³⁵である。その主な要因に人手不足の深刻化も含まれている。十分な人手が確保できない場合、1人の職員が多数の業務を行わなければならない、それぞれの業務の質を高めることが難しくなる。また現場で人手が必要なため、十分な研修を受けないまま新人職員が業務に従事しなくてはならない。経験に乏しく技術が低い職員がサービスを提供すれば、利用者は不満を抱くことになるし、さらには事故につながるリスクも低くないなど、人手不足により、サービスの質が下がってしまうことが懸念される。効率化が進まなければ、状況はさらに悪化することが十分考えられる。

以上のことから、介護業務における非効率化は、サービスの質の低下、ひいては事業者の経営を圧迫するという悪影響をもたらすことにつながると言える。

第3節 小括

以上、本章では、介護業務の効率化における課題について論じた。

中国、日本国ともに高齢化が急激に進んでいることから、介護市場は拡大を続けている。にもかかわらず、介護事業所の経営は必ずしも順調とは言えない。事実、日本国においては毎年、一定数の事業所が倒産し、2016年以降、高止まりの状態が続いている。介護事業が厳しい経営環境に置かれている要因には、サービスの質の低下がある。すでに述べたように、介護業界では人手不足が深刻化している。人手が不足するとともに、経験や知識が乏しい職員がサービスを提供すれば、利用者離れにつながる。効率化が進まなければ、状況はさらに悪化する。

これまで、介護事業の現場には効率化を妨げる多種多様なボトルネックが存在することを明らかにしてきた。例えば、介護業務はマンツーマンで行う作業が多く、規模の経済性が働きにくいという特徴があるが、機械やロボットを導入する施設もみられるようになっていることを、アンケート調査から明らかにした。現在は入浴や排泄など、限られた作業への導入にとどまっているが、今後、より多くの作業場面に機械やロボットを導入できる可能性があるかと推察される。さらに、専門業務に関連して行わなければならない事務処理

³⁵ 「介護事業者の倒産件数、過去最多 理由は」『ITmedia ビジネス』2018年1月11日

<http://www.itmedia.co.jp/business/articles/1801/11/nws095.html>

も介護業務の効率化を妨げるボトルネックであった。こうした周辺業務は情報機器を使って効率化を図っている施設もあった。しかし、介護に関連する機械やロボット、情報機器、設備は高価なものが多く、導入には多額の費用が必要となるなど、乗り越えなければならない課題もあるが、次章では機械やロボット、情報機器を用いた業務の効率化について考察する。

近年、多様な分野で ICT (Information and Communication Technology : 情報技術通信) が導入されているが、介護においても ICT を活用する動きが広がっている。

日本国においては、2016 年 6 月に「日本国再興戦略」が閣議決定された。同戦略においては、介護業務等に関するデータの標準化、介護記録の ICT 化による業務分析・標準化を推進するとの目標が定められた。また、こうした取組により、介護業務の改善を促進するとともに、高齢者の自立支援に資する適切な介護サービスの推進による質の向上、介護業務の生産性の向上、それを通じた介護職員の負担軽減を図ることが盛り込まれた (首相官邸, 2016)。

また同じく、2016 年 9 月には社会保障審議会の介護保険部会 (第 63 回) (厚生労働省, 2016d) では、ロボット・ICT を活用している事業所における介護報酬や人員・設備基準の見直し等を行ってはどうかという意見が出されるなど、介護業界におけるロボットや ICT の活用促進に向けた動きがみられるようになっている。

中国の高齢者施設においても、ICT 化が進んでいる。ここでは、上海市政府が設立した公立の高齢者施設 (120 床) の事例を紹介する。同施設においては、2018 年より施設運営および管理システムが導入された。すべての職員にスマートフォンを持たせて入居者の状況をはじめ、介護記録、食事、排泄、服薬の内容を入力させるようにしたのである (王, 2018)。こうした記録は、従来、職員が手書きで行っていたが、読み書きが苦手な職員がいたり、業務の後に記入するためどうしても記入漏れが出たりして、引継ぎに支障が出ていた。

管理システムは、スマートフォンに表示される画面に従って図や文字で入力できるようになっているため、職員の入力の負担が軽減されるとともに、記録された内容を職員同士で共有できるようになった。

くわえて、入居者のベッドに見守りセンサーも設置され、入居者がトイレに行った時間や回数、寝返りの回数などが把握できるようになった。これにより、職員が頻繁に見回りにいなくても入居者の様子が瞬時に把握でき、異常を感知した際は早期対応が可能となる。

現在のところは、まだ日本国のほうが ICT 化は進んでいるとされているが、近年、中国

は、キャッシュレス化が急速に進んだ例に見るように、驚異的な速度で ICT 化が進んでいる。

2016 年 3 月に公表された「第 13 次五ヵ年計画（2016～2020）」では、医療衛生情報システムの整備を目指している。その際、情報システムの整備や遠隔医療の活用等の ICT 化が必須となる。この点、公立病院主体で国家の強制力の強い中国であれば、日本国の事業者の想像を上回るスピードで整備が進んでいく可能性が想定される（みずほ銀行, 2016）との見解もみられる。

第VI章 介護業務の効率化のための提案

前章では、中国と日本国の介護業務について、効率化のボトルネックについて検討を加えた。その結果、人材不足への対応、職員の介護スキルの向上、介護サービスの適正化（過不足のないサービス）など取り組まなければならない課題として明らかになった。加えて、中国の場合は介護施設の入居率の向上が求められる。

これらの課題に取り組む方法として、最近、介護現場における ICT や AI の導入が注目されている。例えば、介護記録の電子化を進めて事務作業の短縮化を図るとか、介護ロボットを導入して、介護の身体的負担を軽減することなどが可能となってきている。

本章では、ICT や AI などを用いた介護業務の効率化について検討を加える。

第1節 介護現場における ICT の導入

近年、多様な分野で ICT が導入されているが、介護においても ICT を活用する動きが広がっている。

日本国では 2016 年 6 月に「日本国再興戦略」を閣議決定した。同戦略においては、介護業務等に関するデータの標準化、介護記録の ICT 化による業務分析・標準化を推進するとの目標が定められた。また、こうした取組により、介護業務の改善を促進するとともに、高齢者の自立支援に資する適切な介護サービスの推進による質の向上、介護業務の生産性の向上、それを通じた介護職員の負担軽減を図ることが盛り込まれている（首相官邸, 2016）。また 2016 年 9 月に社会保障審議会の介護保険部会（第 63 回）（厚生労働省, 2016d）が、ロボット・ICT を活用している事業所における介護報酬や人員・設備基準の見直し等を行ってはどうかという意見を出すなど、介護業界におけるロボットや ICT の活用促進に向けた動きがみられるようになってきている。

第2節 ICT を活用した人手不足の軽減策

日本国では、介護職員における非正規職員の割合が比較的高いことはすでに述べた通りである。その背景に、日本国では、業界を問わず非正規雇用が普及していることが挙げら

れる。さらにまた最近では、すき間時間を活用した働き方も徐々に広がってきている。これまでは非正規雇用であって定期的に勤務先に出向くことが求められ、勤務期間も3ヵ月、半年など、ある程度、まとまった期間で設定されることが一般的となっていた。しかし、そのような慣習をくつがえし、単発で、しかも1回当たり1時間でも勤務できる人と企業をマッチング（仲介）するサービスが複数登場している。従来は、飲食店やコンビニエンスストアで急な欠員が出た際に利用されることが多かったが、介護業界でも、2019年2月にSketter（スケッター）³⁶というサービスが開始された。介護施設には、介護士などの資格が必要な業務のほかに、清掃や食事の配膳、皿洗い、レクリエーションの対応など介護の資格が不要な業務もあるからである（日本経済新聞，2019）。こうしたマッチングサービスを活用することで、人件費を抑えながら、必要なときに必要なだけ人員を確保することもICTを活用した人手不足の軽減策の一つと考えられる。

第3節 ICTの活用成功例

（1）中国における医養結合モデル

中国では、上述のとおり、急速に高齢化が進んでいる。これに対し、中国政府も多種多様な政策を講じている。その一つに「医養結合」がある。「医養結合」とは、「医療衛生サービスと高齢者サービスの結合」を指す（蔡，2018）。医養結合の考え方の中では、自宅、あるいは地域のコミュニティ等で介護を受ける高齢者を対象に日常生活のサポートが行われていることを前提に、医療や衛生サービスが提供される。これにより、高齢者の健康水準が向上し、高齢者のQOL（生活の質）も改善されると期待されている。

中国共産党は、第19回全国代表大会で、「健康中国戦略を実施し、人口高齢化に積極的に対応し、医養結合を推進する」ことを明確に提起し、高齢者の健康・福祉戦略における医養結合の位置づけがさらに重要なものとなった。

医養結合については、以下の4つの医養結合モデルの活動が展開されている（蔡，2018）。

① 医療機関と高齢者福祉施設の連携

黒龍江省ハルビン市における都市・地域コミュニティ衛生サービスセンターのすべてが、管轄区のデイケア組織と健康管理サービスに関する契約を締結し、高齢者の予防医療、衛生、リハビリテーション、日常生活のサポート、メンタルヘルス等などを実現している。

② 高齢者福祉施設による医療機関の設立

天津市は、高齢者福祉施設内の医務室や介護所の設置を奨励するとともに、医養結合組織による能力喪失高齢者の収容を奨励している。

³⁶ <https://www.sketter.jp/>

③ 高齢者サポート施設の建設

老人性疾患病院、リハビリテーション病院、介護施設、ホスピスケアセンターの建設、あるいは総合病院における老人性疾患の診療科の設立等を進めている。

④ 地域コミュニティにおける医療衛生サービスの提供

地域コミュニティの在宅高齢者に訪問医療サービスを提供している。江蘇省は家庭医サービスモデルを考案し、カスタマイズされたサービスパッケージの提供を行っている。

これらの事例は、ICT を活用して介護施設を含む福祉と医療のネットワークを構築した事例である。

(2) 医療機関と介護老人保健施設の情報共有システム

ICT の活用は社会福祉の隣接領域である医療領域において長い歴史がある。以下の事例は某医療法人が開設した介護老人保健施設と本体病院とを ICT を用いてネットワーク化した事例である。一つの参考事例として紹介し検討する。

ア) リハビリテーションシステム

リハビリテーションシステム（以下、リハビリシステム）は、概念図（VI-1）の仕組みで稼働する。まず、医事（オーダーリング）用サーバーとリハビリシステム用サーバー間で、互いに患者基本情報とリハ実施情報をやり取りする。また、リハビリシステム用サーバーが受け取った情報は、PT（理学療法士）用端末、OT（作業療法士）用、ドクター用など各専門職の端末、あるいは病棟用、医事課用の端末で構成されたネットワーク間で共有される仕組みになっている。

基本情報は、①リハビリ予約・実施、②リハビリテーションカンファレンスの内容、③FIM（Functional Independence Measure）管理に大別されている。また、患者基本情報の連携やリハビリ情報の連携もシステムへの追加が可能である。

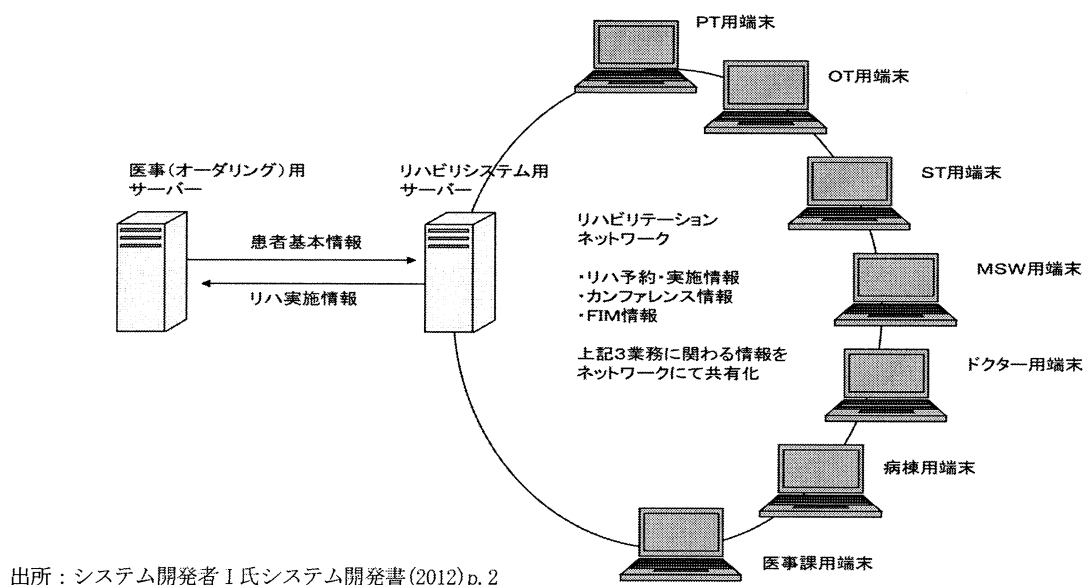
①リハビリ予約・実施

リハビリ予約および実施に関しては、以下の帳票を作成できる。

- a. 週間予定表（A3）：各療法士の1週間分の予定。
- b. 個人日報（A4）：各療法士の1日の実績。
- c. リハビリテーション科日報（A3）：リハビリテーションの区分（理学、作業、言語）ごとに

各療法士別に実績状況を集計したもの。日報形式で印刷する。

図VI - 1 医療機関と介護老人保健施設の情報共有システム概念図



d. 点数コード別実績表 (A4) : 各患者ごとに 1 ヶ月単位でのリハビリテーション実施状況。日別の時系列で印刷する。

電子カルテなどの医事業務とリハビリ実施データを連携しない場合は、この表を活用して医事課にて入力する。

e. 個人月報 (a4) : 各療法士の 1 ヶ月の実績。

f. リハビリテーション科月報 (A3) : リハビリテーションの区分 (理学、作業、言語) ごとに各療法士別に実績状況を集計したもの。月報形式で印刷する。

②リハビリテーションカンファレンスの内容

リハビリテーションカンファレンス (以下、リハビリカンファレンス) については、カンファレンス対象患者の一覧が作成され、各患者に対するカンファレンス内容も記録できる。

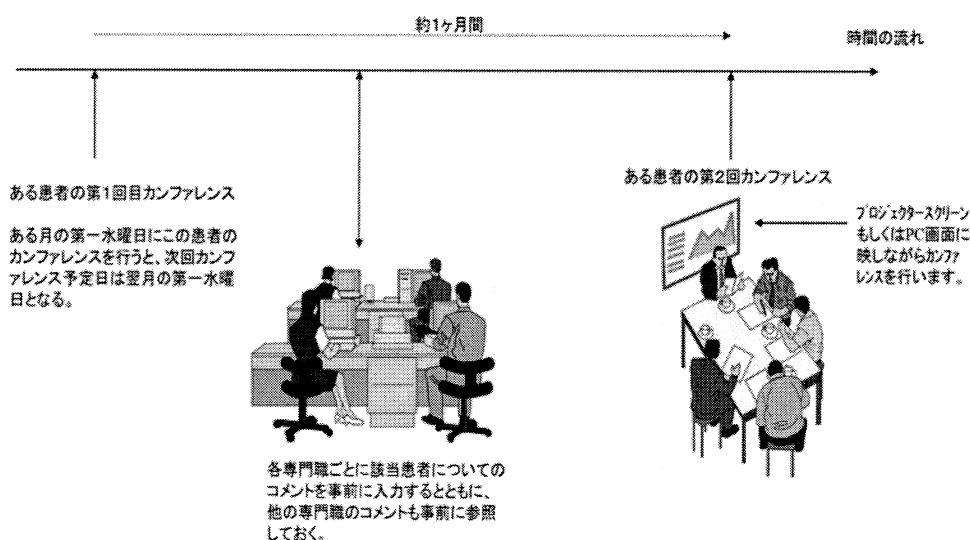
1 病棟あたりの患者数を 45 人、新規入院患者をそのうちの 1/3 と想定した場合、1 病棟に来訪する患者は、毎月 60 名に上る。患者一人に対して 15 分のカンファレンスを実施すると考えた場合、累計で毎月 900 分 (=15 時間) がカンファレンスに費やされる計算になる。カンファレンスはリハビリに重要な要素ではあるが、リハビリそのものを行っているわけではない。つまり、病院の専門職らは、リハビリ以外のことに毎月 15 時間も使っていることになる。

さらに、回復期リハビリテーション病棟でチームカンファレンスを行う場合、医師・看護師・各療法士・MSW など、複数の専門職が同じ時間に一つの場所に集まらなければならない。こうしたことも業務効率を低下させる要因となっている。リハビリシステムを導入することで、各専門職がカンファレンスに割く時間を必要最小限にとどめつつも、効果は維持されることが期待できる。

具体的には、カンファレンスは以下の手順（図VI-2）で実施される。患者を4つのグループに分け、毎回、カンファレンスの対象患者について、カンファレンス前日までに各専門職がそれぞれの立場でコメント（問題点や当月目標等）を入力しておく。カンファレンス当日に各専門職が集まり、事前に入力された内容をプロジェクタ等に表示しながら、話し合いを行う。当日までに内容を読んでおくことをルール化しているため、実際のカンファレンス時間は、1患者あたり4分程度（平均）にとどめることができる。さらに、入力内容から、当日、参加すべき専門職が明確になるため、それ以外の専門職は本来の業務に専念できる。

また、患者ごとのカンファレンスのスケジュールは、あらかじめ決められたルールに則って選定されるため、回復期リハビリテーション病棟の患者についてもカンファレンスの漏れが起きることはない。

図VI-2 リハビリカンファレンスの流れ



出所：システム開発者 I 氏システム開発書(2012)p. 8

FIM 管理については、対象患者ごとに、病棟およびリハビリテーション科での訓練時の

FIM 合計ポイントと評価履歴が一覧で表示される。また、最終評価日から一定の期間を経過した患者については、警告表示 (図VI-3) が出るようになっているので、入力漏れが回避できる。さらに、FIM の合計点に大きな変動があった患者については、強調表示されるため、担当医師のチェックが容易になる。

イ) システム開発の考え方

ここでは、医療機関と介護施設の情報共有し、リハビリテーションに役立てるシステム (以下、リハビリシステム) の事例を紹介する。筆者は、システム開発者である I 氏に 2019 年 7 月 1 日、インタビュー調査を実施した。

I 氏が勤務するのは、内科、循環器内科、呼吸器内科、外科を中心とした病院やリハビリ病院を運営する医療法人グループである。上述のとおり、リハビリシステムにより、施設どうしで互いに情報を共有してリハビリ実施情報や患者の基本情報が連携できる。このシステムの導入により、従来、1 週間、長ければ 1 ヶ月は要する情報連携を、わずか 30 分から 1 時間程度で行うことができる。

図VI-3 FIM 対象患者表示画面 (サンプル)

FIM入力: 患者一覧																	
理学療法士																	
金本 知恵																	
抽出 並び替え 行削除 印刷																	
患者数: 8人 戻る																	
病室	患者氏名	性別	年齢	担当	看護部	評価日付	ネット	差	経過	回数	P.T.	O.T.	リハビリテーション科	経過	回数		
						評価日付	ネット	差	経過	回数			評価日付	ネット	差	経過	回数
0231	栗原 洋	男	74	石井	H17.02.02	51	0	7	1	金本			H17.02.06	52	+4	4	2
0407	城島 健司	男	49	藤井	H17.01.27	38	0	13	1	金本	立換	三浦	H17.02.06	67	+5	4	2
0410	三井 浩子	女	56	鎌田	H17.02.09	18	0	0	1	金本	落合	斎藤	H17.02.01	28	0	8	2
0450	森 慎子	女	71	石川	H17.02.09	29	0	0	1	金本				0	0	0	0
0453	和田 一浩	男	72	石川		0	0	0	0	金本			H17.01.23	20	0	17	2
0512	西口 文	女	89	山本	H17.02.09	50	0	0	1	金本		斎藤	H17.02.07	18	0	2	1
0515	松坂 大子	女	81	山本		0	0	0	0	金本			H17.02.06	121	0	4	2
ICU1	豊田 清子	女	61	佐藤	H17.01.25	19	0	15	1	金本	立換		H17.01.27	50	0	13	2

出所: システム開発者 I 氏システム開発書(2012) p. 10

また、リハビリ病院と訪問看護の情報を共有できるため、患者が退院して訪問介護を必

要とする場合に、入院期間中の患者の身体状態をすぐに把握できる。これにより担当する介護職員も的確な対応ができるため、利用者の満足度も高くなる。さらに職員の業務の効率化が図られるため、負担が軽減し、離職率の抑制にもつながる。

以下、インタビューでI氏から聴取した内容を記す。

①開発スタイル

ソフトウェア会社が開発を請け負う場合、通常、ウォータープルーフ型で開発する。

ウォータープルーフ型においては、要件定義（計画）、外部設計、内部設計、プログラム設計、プログラミング、テストの6つの工程に分けて、一つの工程の終了後、次の工程に移るといった流れでプロジェクトを進める。

ただし、I氏の立場、社内SEとして病院の組織に所属してソフトの開発を進めるので、プロトタイプ型で開発を進めている。プロトタイプ型とは、開発の初期段階から簡易的な試作品を製作し、ユーザーが製品をイメージしやすくする手法である。これにより、全体の開発工数を減らすことが可能である。ただし最近ではアジャイル型で開発を進めることもある。

②プロトタイプ型を選んだ理由

システム開発をプロトタイプで進める理由について、以下のような回答が得られた。

通常、システム開発に参加する病院の職員は、ITの知識や技術をそれほど有していないことが多い。そのため、帳票の設計画面やシステム仕様書で説明されても理解が難しい。そこで、プロトタイプを提示することで、システムが可視化され、職員たちにとっても実現可能なシステムの全体像が理解できる。

開発当初はユーザーが自分自身のニーズをきちんと把握できていない。プロトタイプを作る過程の打合せを通して、ユーザー自身が、必要な機能あるいは不要な機能に気づくことができ、ユーザーの希望をもとに、開発システムの機能の追加や変更に対応することができる。

病院の職員は日常業務で忙しいので、まとまった打合せ時間が取れないが、プロトタイプだと内容を絞って短い時間の打合せを行って、その内容を反映させたものを提示し、次の打合せまでに確認するという過程を繰り返すことができる。

基本となるプロトタイプから順次、機能を追加していく過程で、ユーザー自身が操作にも習熟する効果が期待できる。しかも、ゲームのチュートリアルのように基本的な内容から徐々に拡張していく過程を示すことで参加意識を高めることができ、各機能についての理解も深まることになる。

③システムのライフサイクル

システムのライフサイクルは5年で費用換算する。例えば、ある業務をシステム化する際、まず、5年間使用した場合の利益（省力化による時間コストの削減）と作成にかかる時間を比較して作成時間を見積もる。

（例）あるシステム（もしくは機能）の追加で、時給3,000円の職員が毎日1時間の業務量を削減できる場合

$$20 \text{ 日 (1カ月の労働日数)} \times 1 \text{ 時間} \times 60 \text{ カ月 (5年)} = 120 \text{ 時間}$$
$$120 \text{ 時間} \times 3,000 \text{ 円} = 36 \text{ 万円}$$

上記の計算式に基づけば、システム開発者の人件費を4万円と仮定すると、9日以内で開発できれば導入側にとって利益がある。一方、逆に作成に10日以上かかるようならば、作成せずにそのまま手作業で業務を行ったほうがよいということになる。

ただし、システムのライフサイクルを5年と設定しているのは、短く見積もった期間である。したがって、カンファレンスシステムのように作成から10年経過しても、それほど修正せずに利用を継続できるシステムを開発できれば、2倍の価値があると言える。

④システム開発で心がけること

システムの完成度は最初から100%を目指さないことが大切である。プロトタイプ型を採用する場合、追加や変更を前提にプロトタイプを作成する。また、使用しているうちにユーザーの要望が変化することも少なくないが、新たな要望にも可能な限り対応することが肝要である。

ただし、ユーザーにやる気がなければ、システムの効果は得られない。また、システムの良しあしは一概に決められない。例えば、その病院にとって良いシステムを開発しても、ユーザー側のやる気がなければうまく稼働しない。

以上のことから、I氏は「ユーザーのやる気があるかどうかを見てシステム導入の話を進めるどうかを判断します」と語った。

（3）導入効果

この医療法人グループは、設立時からリハビリシステムを導入している。そのため、カンファレンス時間の長さをシステム導入前後で比較することはできないが、他の医療機関に比べて概ね、1/3程度でカンファレンスができていとみられる。

財務状況を確認すると、まず設立当初の1カ月の経常利益（100床当たり）は、約1,752万円であった。そして、設立6年目には、約2,900万円となった。この数値を見る限り、着実に利益を伸ばしていることがわかる。また、病院の1カ月の経常利益（100床）の平

均は、2017年6月が-684万円で、2018年6月は-731万とさらに悪化している（日本国病院会・全日本国病院協会・日本国医療法人協会，2018：5）。この数値と比較しても、この医療法人グループの状況はかなり良好である。

同一の医療法人グループが経営する医療機関と介護老人保健施設間でICTを活用する事例である。医療分野はICT活用の歴史も長く、さまざまな経験を蓄積してきている。医療領域はデータを可能な限り数値化することでコンピュータ利用をしやすい仕組みを作り上げてきた歴史がある。例えば、紹介したADL指標としてのFIMはコンピュータ利用を前提に標準化され、開発された評価表である。一方、社会福祉領域は生活そのものを対象として、数値化がしにくい領域とされていた。しかし、情報技術の進化とビッグデータの活用技術の進歩は速く、医療領域と同様のデータ処理が可能になることが十分予想される。ここでは、ICT活用の事例として、近接領域である医療領域の例を紹介しておく。

第4節 AI技術の活用

前節では大きなシステム例を紹介したが、本節ではAIを活用して利用者に身近な、直接的な介護業務の効率化を図る事例を検討する。例えば、介護現場での利活用に向けて、見守り支援や床に落としたものを拾ってあげるなどの役割を果たすAI搭載ロボットの開発が進んでいる。具体的な役割として想定されているのが、①要介護者の見守り、②要介護者のメンタルヘルスケア、③介助者のサポート³⁷などである。

要介護者の見守りとメンタルヘルスケアについては、NTT データがコミュニケーションロボット「Sota」を活用した介護支援サービスの実証実験に取り組んでいる（図VI-4）。

図VI-4 介護事業所向け見守りロボットサービス

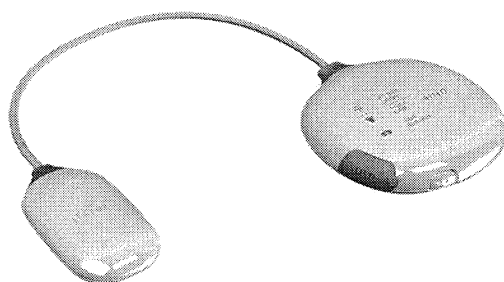


出所：BUSINESS COMMUNICATION

³⁷ <https://nissenad-digitalhub.com/articles/ai-for-care/>

介護者のサポートでは、トリプル・ダブリュー・ジャパンが開発した「DFree」というツールがある（図VI-5）。手のひらサイズのセンサーを下腹部に医療用テープで固定しておくと、内蔵されたセンサーが膀胱の状態を分析し、排尿のタイミングをヘルパーなどの介護者に知らせてくれるツールである。これにより失禁を回避できるようになり、本人の排尿の質が改善されるとともに、介護職には何度も排尿介助を試みる時間を節約できる効果が得られる。超音波センサーのため、身体への悪影響もない。排泄については人の手を借りることに抵抗を感じている人がほとんどであり、自分の力で行うことができれば、自尊心を保つことができ、高齢者の健康寿命をのばすことにもつながることが期待されている。

図VI-5 排尿予測機器の例



出所：DFree（トリプル・ダブリュー・ジャパン）³⁸

さらに、AIにケアプラン作成を支援させるといった試みもみられる（三菱電機ビジネスシステム：2018）。介護保険制度のもとで介護サービスを利用する場合、利用者の要介護度、利用者本人や家族の希望、生活環境等を踏まえてケアマネジャーがケアプランを作成する必要がある。ただし、利用者の状況は十人十色であり、ケアプランの作成には、ケアマネジャーの能力や経験に依存する部分が大きいため、ノウハウが共有されにくい側面がある³⁹。そのため、マニュアル化も難しいという事情から、ケアプランの作成には、多くの時間が必要となり、負担感も大きい。しかも、ケアマネジャーとしては、できるだけ利用

³⁸ <https://www.roujin-homes.jp/guide/kaigo/dfree/>

³⁹ <https://business.nikkei.com/atcl/opinion/15/221102/053000467/>

者や家族の希望をかなえてあげたいという心情もあり、どうしても必要以上のサービスを追加するなど、いわば「過保護」なプランになりがちである。

以上の事情を背景に、AIによるケアプラン作成の実証実験が進められ、2018年10月には、日本国初のケアマネジャーAI「CDI Platform MAIA」が実用化された⁴⁰。このAIには、実証実験で得たデータを利用すると、要介護者（利用者）の状態に応じて3種類のプランを提示するとともに、それぞれのプランを実施した場合に予測される利用者の状態をグラフで表示することが可能となっている。そうすることで、過不足の少ない適切なケアプランになることが期待できるし、一方でケアマネジャーの労働時間を短縮することも可能とされている。

第5節 小括

以上、介護業界におけるボトルネックの解消、軽減に向けてICTやAIの活用が広がってきている。ICTの導入により、介護記録の記入などの負担が減るとともに、介護労働者間での情報共有も容易になり、業務の効率化につながることを期待されている。また、事務職員の事務処理に関してシステム化を進め、時間外労働を極力削減し、それにより、人件費以外のコスト削減を徹底し、運営の円滑化を図ることが可能になるとされている。

介護ソフトの料金・費用は、介護ソフトナビによるとソフトのタイプ、ASPかパッケージか、事業規模やサービス形態によって、多種多様である。パッケージ型の介護ソフトの場合、一般的にパッケージ型の介護ソフトは導入時に料金を一括で支払うケースがほとんどで、その場合は毎月のコストは発生しないが、初期導入コストが大きくなる。一方で、長く使えば使うほど、また事業規模が大きくなればなるほど価格メリットが出ることから、比較的規模の大きな事業所ではパッケージ型の介護ソフトを導入するケースが多くなる。パッケージ型の介護ソフトであっても、分割やリース契約も可能であり、実質月額料金での利用も可能である。なお、国保連の介護保険請求においてはインターネット回線が必要ある（ISDN回線での送信方法は2018年3月で廃止）。パッケージ型の介護ソフトの場合は、ほとんどの場合は別途介護伝送ソフトが必要あるが、中には有料オプションや代行サービスなどで伝送対応している介護ソフトもある。ASP型の介護ソフトの場合初期の導入費用は不要だが、毎月使用料金が必要である。短期間の利用や事業規模が小さい場合、パッケージ型の介護ソフトよりも総額が安くなるので、事業の立ち上げ時で初期導入コストをなるべく抑えたいという場合は、ASP型の介護ソフトを導入するとよいされて

⁴⁰ https://ogw-media.com/medic/cat_it/2935

いる。例えば、小規模事業所向けのソフトでパッケージ型は料金が30万円で、年間保守料は2万円である。ASP型の月額利用料金は25,000円であるので、比較した場合には13ヶ月目でパッケージ型のほうが安くなる。中規模以上の事業者が介護ソフトの導入を検討する場合は、料金だけでなく導入形態によりサーバー代などの費用も含めて比較する必要がある⁴¹。

なお、介護ロボット導入について厚生労働省および経済産業省は、今後の開発等の重点分野として、次の5分野を挙げている。

(ア) 移乗介助（移乗介助に伴うパワーアシスト機器）、腰タイプ購入価格：2,000,000円（税込）。

(イ) 移動支援（安全な外出・歩行を支援する機器）、購入価格：118,000円（税抜）。

(ウ) 排泄支援（衣類の着脱支援、排泄物の処理、排泄タイミングの予測と誘導を可能とする機器）、購入価格：92,500円（税抜）。

(エ) 見守り・コミュニケーション（見守り・転倒検知センサー、コミュニケーション機器、購入価格：670,000円～（税抜）。

(オ) 入浴支援（浴槽出入り動作を支援する機器）、価格：1,400,000円（税抜）⁴²。

介護ロボットの導入によると介護者の身体的・精神的負担の軽減が大きなメリットである。大人の要介護者は体重があるため、支えながら歩いたり、抱きかかえて移動させたりすると、介護者の体に負担がかかる。そういった動作を介護ロボットに委ねることで、介護者の身体的苦痛を軽減させ、同時に精神的な負担も軽くできる。要介護者にとっても、「申し訳ない」「恥ずかしい」といった介護者に対する心理的負担を軽減できる点もメリットがある。さらに、介護ロボットの導入によって介護者の業務効率が向上すれば、人手不足の解消や人件費の削減につながり、より働きやすい職場へ変わることも期待できる。

コスト面で普及率がまだまだ低いため、介護ロボットの単価が高く、活用事例が少ないことによる不安もあり、介護者や要介護者が「利用したくてもなかなか踏み出せない」のが現状である。また、いざ導入してみたものの操作が難しく、慣れるまでに時間がかかってしまう点も、解決しなければならない課題となっている。現在、介護ロボットには大型のものが多いため、保管や設置スペースの確保が難しい点もデメリットである。開発側は、

⁴¹ 介護ソフトの料金・費用はどれぐらい？<http://www.kaigosoftnavi.com/reading/cost> (検索日 2019年10月29日)

⁴² 主要介護ロボットの価格まとめhttps://www.nippku.com/column/reward_for_nursing-care/care-robot/ (検索日 2019年10月29日)

利用者の利便性を考え、低単価で操作が難しくなく、スペースを取らない小型のロボットを生み出すことが期待される。

結 論

近年、中国と日本国において急速に高齢化が進む中、介護事業に対する需要は、両国においてともに加速化している。しかし、介護職については、募集してもなかなか人員が集まらず、確保できたとしても、離職率が高いため、深刻な人材不足に陥っている。介護業務は、マンパワーに頼る部分が多く、人材不足により運営に支障を来している介護事業所が少なからず存在している。

この事態は介護という対人サービスの基本的性質に起因していると考えられる。例えば、衣料などの商品生産では、技術革新や合理化により、より良い商品をより安い単価で生産することが可能である。ただし、このことは必ずしも品質の低下を意味するものではない。しかし、介護という対人サービスの合理化は人手を減らすことであり、効率化は介護職員1人当たりが担当する利用者や業務を増やすことになる。人員の削減は1人の介護職員が介護する高齢者の数を増やすということであり、質の低下を招きかねない。加えて、介護保険制度では介護サービス利用者の人権や尊厳を守るために、利用者が介護サービスの品質のみで介護事業者を選択できるように、価格を選択肢から外している。すなわち介護サービスの価格は政府が決めるので、介護事業者は価格競争を行うことができず、提供するサービスの質で競争する仕組みとなっている。こうした準市場において事業所が安定した事業の運営を行うためには利用者の満足度を高めるような質の高い介護サービスの提供が求められる。価格競争を行うことができない事業所においては、サービス提供にかかわる費用の削減を優先し、介護サービスの質が軽視される傾向があると指摘されている。しかし、本研究では、準市場が規定する効率性の概念である生産的効率性にに基づき、様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置し、作業効率の向上を図り、さら人件費をうまくコントロールできている事業所は利用者の信頼と評価を得て入居率を高め、事業運営が良好に行われているという仮説を設定した。逆に、様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置できず、作業効率の向上も図れず、さらに人件費をうまくコントロールできていない事業所は利用者の評価を得ることはできず入居率は低迷し、事業もうまく運営されていないと考えられる。今回調査した日本の施設については、アンケート調査の結果からすべての項目について「適正」あるいは「ほぼ適正」に対応できているという回答から、事業運営についてもほぼすべての事業所において良好であるという回答であった。しかし、中国の事業所の中には、人件費の抑制を優先して、介護スキルを有さない職員を介護現場に配置し

て、必ずしも質の高いサービスを提供できず、また人件費についても適正に管理できていない事業所があり、利用者から評価を得られないことから入居率が極めて低い事業所が存在した。

再度確認しておこう。本研究では、利用者ニーズに合った様々なスキルレベルの人材を適材適所に配置し、作業効率を高める措置を図っている事業所は利用者及び利用者家族の信頼と評価を得て入居率が高く、さらにこれらの人材の人件費をうまくコントロールしている事業所において事業運営は良好であるという仮説を設定した。この仮説を証明するために、中国と日本国の介護事業所の施設長とそこで働く従業員に対してアンケート調査とインタビュー調査を実施した。アンケート調査の分析から、入居率が極めて低いF施設において、人件費を抑制することを優先するあまり、適正な介護スキルを有する人材が確保できていないことから適材適所に人員配置できていないという事実、さらに、介護サービスを施す作業現場での作業効率を向上させる能力開発が十分に行われていないという実態を反映して、適切な介護サービスを利用者に提供できていないことから利用者及び利用者家族から信頼を得ることができず、入居率が低迷しているということを証明した。要するに、準市場のなかで介護サービス事業を安定的に、継続的に運営するためにはサービスの質が高品質でなければ、すなわち、介護の専門人材が得られなければ施設の定員充足も困難な状態に陥ることを明らかにした。また、介護の専門職の人材育成に向けた取り組みと業務の忙しさから人材育成プログラムに参加が難しい介護現場の実態も明らかにできた。だからこそ業務の効率化、IT化は避けて通れない課題になっていることを実際例で示すことができた。

第I章で述べたように、中国や日本国では、急速に高齢化が進み、高齢者の人口が大幅に増加していた。高齢者の人口増は、要介護人口の増加につながるため、緊急の対策が必要な状態にあることもわかった。そこで両国では、高齢化社会を支えるために、介護保険制度の創設・整備を進めていた。介護保険制度の導入により、多様な事業組織が介護サービス市場に参入することになったが、その一方で、サービスの提供側と利用側の情報の非対称性が懸念されるようになっている。

第II章では、中国と日本を取り巻く高齢化の現状と介護保険制度の概要等を整理した。中国においては、長らく「一人っ子政策」が採用され、出生率を抑える政策がとられてきた。そのため、高齢化が一気に進むことになった。また、「空巣家庭の増加」も問題になっている。中国においては、かつては儒教思想を背景に子どもが親の世話をするのは当然とされてきた。しかし、最近では、経済発展により居住環境が改善され、子どもが親と同居する必要がなくなるケースが増えている。また、高齢者自身が自らのライフスタイルを維

持するために共同生活を望まなくなるなど、必ずしも子どもが親の面倒をみるのが当たり前ではなくなった。日本においても、急速に高齢化が進み、介護人口の増加に鑑み、介護保険制度が2000年にスタートしている。中国と日本を比較すると、日本のほうが早く制度を創設した分、整備はされているが、利用者の急増により財源に対する懸念が高まっている状況である。

第Ⅲ章では、中国と日本の高齢者施設の実態を把握するため、アンケート調査およびインタビュー調査を実施した。これらの調査の結果、少なくとも調査対象者に関して言えば、介護保険制度や施設の環境については、中国より日本の介護業界のほうが、人材面、制度面等で整備され、充実している印象がある。例えば、職員の男女比をみると、中国では圧倒的に女性のほうが多いが、日本国の場合、中国に比べると男性の割合がかなり高くなっている。介護業務においては、利用者の移動の介助など力仕事も少なくないため、一定数の男性職員が在籍することが望ましい。その他、本研究の調査においては、職員配置や人事管理、キャリアアップのための研修制度など、多岐にわたる質問をおこなったが、いずれも日本国のほうが整備されていた。また、介護の効率化についても日本のほうが機械やロボットの導入の割合が高いなど、整備が進んでいることも明らかになった。

第Ⅳ章では介護人材の育成について検討した。中国、日本国ともに介護人材の需要は増加しているが、それに対する人材の供給が十分にできておらず、深刻な人材不足の状況にある。そこで介護人材育成対策として、資格の創設や制度の導入が進んでいる。

第Ⅴ章では、介護業務の効率化における課題を考察した。中国、日本国ともに、介護業務の効率化を目指してはいるが、様々な課題があることが明らかになった。中でも、介護人材の不足は、大きな課題である。なぜなら、人手不足によりサービスの質の低下が懸念されるし、その状態が継続すれば、利用者離れを招き、最終的にサービスの提供ができず倒産に追い込まれることも十分にあり得るからである。

前述のとおり、介護施設の倒産件数は高止まり状態となっている。その要因を一つに絞ることは難しいが、事前準備や事業計画の甘さから経営に行き詰るケースが多い（東京商工リサーチ、2019）。したがって、倒産を回避するためには、業務の効率化は必須である。こうした様々な事情に鑑みて介護業務の効率化は非常に重要である。しかし、介護業務は、マンツーマンで行う作業が多く、規模の経済性も働きにくい。さらに、事務処理の負担も大きい。こうしたことが、効率化の課題となっていることが明らかになった。

第Ⅵ章では、介護業務の効率化について検討した。近年、介護現場においても、ICTの導入が進んでいる。その具体例として、中国における医療・介護関係者の情報共有の医養結合の仕組みを紹介した。また、ある医療法人グループの例を紹介した。同医療法人グルー

プでは、設立当初から、患者情報やリハビリ記録等を一括管理するシステムを導入している。同システムを通じて、病院とリハビリ施設の情報共有、およびPTやOTなどの専門職間の情報共有も瞬時に可能となる。また、事前に各専門職が問題点を記入し、参加予定者が内容を確認しておくことなどで、カンファレンスの時間を最小限にとどめることを実現した。その分、各専門職は本来の業務に割く時間を増やすことができる。結果的に、同医療法人グループは全国の平均と比べても高い利益を上げることができていた。

介護業務の効率化を進めるには、1人当たりの生産性を上げることが重要となる。そのためには、本来業務以外の関連周辺業務を軽減し、可能な限り専門職本来の業務に割く時間を増やすことが求められる。最近、介護業務にICTやAI技術を援用する動きが広がっているが、これも介護業務の効率化に役立つと考える。

さて、介護事業をめぐる準市場では、介護サービス価格は公定価格であり、介護事業者は介護サービス価格によって事業展開を図ることはできない。したがって、事業所においては、運営費を削減することによって採算をとろうとする傾向がある。また、サービス利用者側においても、自己負担経費を考慮して単価の低いサービスにニーズが偏る傾向がある。そのため、現実には高度な介護スキルをもつ人材の需要があるにもかかわらず、これらの人材が必ずしも活かされているとは言えない。本研究では、準市場が定義する生産的効率性に準拠する政府が提唱する生産性の定義をよりどころにして、1時間当たりの良質の介護サービスを供給しうる介護人材と職員1人当たりの作業効率を向上させるための措置が介護事業の生産性を向上させ、さらに介護職員の人件費を適正にコントロールできている事業所においては、介護事業が安定して運営されていると仮説を設定した。アンケート調査の対象となった日本と中国のそれぞれ10の事業所に対して事業運営の状況を尋ねてみた。日本の事業所については、介護職員のスキルに応じた人員配置、スキルに応じた報酬制度、作業効率を高める措置が導入されていて、事業運営の状況についてもほぼ良好であるという回答を得た。しかし、中国の事業所については、人件費の削減を優先するあまり、適当な介護スキルを有さない職員が介護サービスを提供しているという事業所があった。当然ながら、この事業所では介護スキルレベルに応じた人事配置などは行えず、利用者の評価の指標となる入居率も低く、さらに介護職員の人件費割合も適正でないという回答であった。その結果、事業運営についても、「まったくうまくいっていない」という回答であった。この1つの事業所の結果だけをもって仮説が証明されたとはいえないが、少なくとも介護事業において良質のサービスを提供することとあわせて、介護職員の人件費割合を適正にコントロールできている事業所については、介護事業が安定的に運営されているということができる。

今回の研究では、アンケート調査とインタビュー調査の対象を介護事業運営者に限定して行ったため、事業者の見解に基づく分析が中心となった。そのため介護職員の見解はアンケート調査を実施した中国の施設のなかで入居率が一番低く、事業運営も「まったくうまくいっていない」と回答したF施設と、事業運営が「まあまあうまくいっている」と回答したG施設の介護職員を対象に実施したアンケート調査結果の分析にとどまった。しかしながら二社の施設現場で働く介護職員の見解を分析すると、事業運営が「まったくうまくいっていない」と回答したF施設の介護職員は、職場環境が効率的に作られていないと考える職員が多く、G施設とは対照的であった。また作業効率に与える要因について質問したところ、F施設では人間関係の改善や職員自身の将来性の重視といった介護職員の内的要因が一番多く挙げられていたが、G施設では、職員育成訓練を通じて従業員の資質を高める、従業員の介護事業に対する意識を高めるべきといった外的要因が重視されていた。さらに事業所の経営を改善するにはどうすればいいかについて質問したところ、F施設の職員は、G施設に比して、人、財、物の配置を改善するべきであるとする職員の割合が、F施設ではG施設の2.7倍であった。このことはF施設にあっては、人、財、物の配置がG施設と比較して適切に行われていないことを示していると考えられ、われわれの仮説が証明された。また、サービスの質に直結する介護専門職の育成に関連して、育成訓練を通じて従業員の素質と能力を高めるべきとする職員の割合は、G施設がF施設の3.8倍であった。このことが結果的に、G施設におけるサービス質の維持につながり、入居率を高めている要因のひとつであろうと推察された。このことからわれわれの仮説が証明されたと考える。

高齢者介護福祉産業の発展に関する中国政府の政策は、まだ発展・変化の途上にあり、さらなる調査と実験が必要である。施設運営についての研究は資金調達の課題も視野に入れて研究の幅を広げる必要がある。また、今回は、日本と中国のそれぞれ10カ所の介護事業所を対象とした調査であった。本研究は実証調査方式を採用したが、中国の北部地方と南部地方とでは開発の進度に不均衡があり、地域による差異は大きいものがある。したがって、調査結果にいくつかの誤差が含まれていることも否定できない。今後は、サンプル数を増やして結論の信憑性をさらに高める必要があると考える。

付録 I

介護施設経営者向けのアンケート調査表

職員の男女比率：____ 常勤と短勤の割合：____ 入居率：____ 職員の年齢構成：____

質問 1. 常勤職員と短時間勤務職員という職員の就業形態は適正であると思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正
3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

どこか適正ではありませんか。 _____

質問 2. 介護能力に応じた職員配置はできていると思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正
3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

不足という点はどういうところですか。 _____

質問 3. 職員の定着を促す人事管理は適正であると思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正
3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

不足という点はどういうところですか。 _____

質問 4. 能力開発を促す人事管理は適正であると思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正

3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

不足という点はどういうところですか。 _____

質問 5. 事業所の規模適正度はどの程度と思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正
3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

質問 6. 常勤職員と短期間勤務職員の属性に応じた勤務体制をとっていると思いますか。

1. 適正
2. まあまあ適正
3. どちらともいえない
4. あまり適正でない
5. まったく適正でない

質問 7. 介護労働者のキャリアアップに資する人員配置基準はありますか。

1. ある
2. ない

どのような人員配置基準はありますか。 _____

質問 8. 介護労働者のキャリアアップのための研修制度はありますか。

1. ある
2. ない

どのような研修制度はありますか。 _____

質問 9. 介護労働者以外の職員のキャリアアップの研修制度はありますか。

1. ある
2. ない

あると答えた方：どのような研修制度はありますか。 _____

ないと答えた方：将来研修制度考えていますか。 _____

質問 10. 書類作成や事務に係る負担を軽減するための措置を導入していますか。

1. ある
2. ない

あると答えた方：どのような措置は導入していますか。 _____

質問 11. 介護労働者のスキルレベルに応じた報酬制度を導入していますか。

1. ある
2. ない

あると答えた方：どのような制度は導入していますか。 _____

質問 12. 事業所の実務で発生するコストの中で、介護労働者の人件費割合を適正と思いますか。

1. 適正
2. 不適正

適正と答えた方：何%適正と思いますか。 _____

不適正と答えた方：人件費割合どの措置は考えてますか。 _____

質問 13. 労働条件・キャリアアップ・福利厚生・安全衛生管理などの労働環境についての情報を開示していますか。

1. ある
2. ない

質問 14. 労働環境の条件を改善する検討を定期的に行っていますか。

1. ある
2. ない

質問 15. 効率アップのために機械と介護ロボットを導入していますか。

1. ある
2. ない

質問 16. 事業運営の状況はどうですか。

1. 非常にうまくいっている
2. まあまあうまくいっている
3. どちらともいえない
3. あまりうまくいっていない
5. まったくうまくいっていない

付録Ⅱ

介護員の職業現状と発展に関するアンケート調査

質問 1. あなたの最終学歴についてお尋ねします。

1. 高等学校
2. 各種専門学校
3. 短期大学
4. 4年制大学
5. その他（具体的に： ）

質問 2. 高齢者介護事業所での介護職としてのあなたの経験年数について、この事業所で勤務経験年数を教えてください。常勤・非常勤は問いません。

現在勤務経験年数	_____年 _____ヶ月
----------	----------------

質問 3. あなたがお持ちの資格について該当するものすべてを選び、○印をつけてください。いずれもお持ちでない場合は 5. に○印をつけてください。

1. 養老介護員
2. ソーシャルワーカー
3. 心理カウンセラー
4. 栄養士
5. 理学療法士
6. その他（具体的に： _____）

質問 4. あなたは現在、管理職（組織上の役職が付き部下をもっている立場）ですか。管理職である場合はその役職にも○印をつけてください。

1. 管理職である。————→
 - ①院長（施設長）
 - ②副院長（副施設長）
 - ③主任
 - ④その他（ ）
2. 管理職ではない、介護員

質問 5. 毎日の仕事の時間数はどのぐらいですか。

1. 1～4 時間
2. 4～6 時間
3. 6～8 時間
4. 8～10 時間
5. 10 時間以上

質問 6. 通常同時に何人の利用者のお世話をしなければなりませんか。

1. 1～3 人
2. 4～5 人
3. 6～8 人
4. 9 人以上

質問 7. 現在の月給はいくらですか。

1. 1600 - 3000 元
2. 3000 - 5000 元
3. 5000 - 8000 元
4. 10000 元以上

質問 8. あなたは毎月何日の有給休暇がありますか。

1. 2～4 日
2. 4～6 日
3. 6～8 日
4. 2 日以下

質問 9. 現在、働いている事業所の福利制度に満足していますか

1. とても満足している
2. どちらかといえば満足している
3. 普通
4. どちらかといえば満足していない
5. まったく満足していない

質問 10. 現在お勤めの事業所の作業量をどのように思いますか

1. 非常に適切である

2. どちらかといえば適切である
3. どちらかといえば不適切である（少し多い）
4. 非常に不適切である（非常に作業量が多く負担である）

質問 11. 事業所の従業員に対する管理体制についてお伺いします

1. 非常に従業員を大切にしている管理が行われている
2. どちらかといえば従業員を大切にしている管理が行われている
3. どちらかといえば制度の融通性が欠けている
4. 大いに制度の融通性が欠けている

質問 12. 現在の職場において従業員が効率的に作業できる環境になっていると思いますか

1. 非常に効率的
2. どちらかといえば効率的
3. 普通
4. どちらかといえば効率性が悪い

質問 13. 事業所の作業効率に影響を与えている原因は何だと思えますか（複数回答可能）

1. 従業員の介護事業に対する意識を高めるべき
2. 管理者の科学的な管理能力を強めるべき
3. 職業育成訓練を通じて従業員の素質を高めるべき
4. 従業員の給料あるいは福利を向上させるべき
5. 全体の仕事環境を改善すべき
6. 従業員自身の将来性を重視すべき
7. 人間関係を改善すべき

質問 14. 事業所の経営を改善するにはどうすればいいと思えますか

1. 人、財、物の配置を改善すべき
2. 資金の有効利用を強化すべき
3. コストを抑制すべき
4. 施設の利用料金基準を高めるべき
- E. 育成訓練を通じて従業員の素質と能力を高めるべき

質問 15 - 1 現在お勤めの事業所において就業前の職業訓練と定期的な研修あるいは職業訓練はありますか

1. ある
2. まったくない
3. 知らない

質問 15 - 2 「ある」と回答された方にお伺いします。どの程度の頻度でありますか。

1. 1年に1回
2. 1年に2回
3. 1年に3回
4. 1年に4回
5. 1年に5回以上

質問 16. 今の仕事が好きな理由をあげてください（複数回答可能）

1. 管理者の従業員の面倒身がいい
2. 福利がいい
3. 個人にとって将来性がある
4. 人間関係は調和がとれている
5. 仕事の環境が良好である
6. その他（)

質問 17. あなたが望む管理者はどういう管理者ですか（複数回答可能）

1. 従業員の人格を尊重する
2. 従業員のニーズを理解する
3. 貢献がある従業員に対して随時ボーナスを出す
4. 従業員の困窮を助ける
5. 従業員のやむを得ない過失を許容する

引用・参考文献

- 阿部崇 (2012) 「介護の社会化」『ニッセイ基礎研究所』
- 池田幸代 (2012) 「介護事業利用者の介護サービス選択に関する調査研究」『東京情報大学研究論集』15(2)、53-67
- 池田幸代・樋口大輔・吉澤康介「介護サービス事業における情報マネジメントと ICT 導入の試み」『東京情報大学研究論集』16(1)、87 - 107.
- 石田路子 (2012) 「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」『城西国際大学紀要』21(4)、1-29.
- 井上邦彦 (2012) 『変わる勇気、変える勇気』生産者出版
- 江田真由美 (2013) 「中国 高齢者ビジネスに参入するには」『ジェトロセンサー』2013年9月号、58-59.
- 王跃生 (2014) 「直系家庭户主代位构成和变动分析」『中国科学雑誌』2014年第3期。
- 王青 (2018) 「中国介護施設 IT システム導入・業務効率化図る」『高齢者住宅新聞』
- 大和三重 (2014) 『介護人材の定着促進に向けて』関西学院大学出版会
- 岡室美恵子 (2015) 「中国における介護保険制度導入に関する初期的考察」『千葉経済論叢』第53号、pp. 39-53.
- 岡本茂雄 (1996) 「高齢者ケアにおける民間ビジネスの役割」『医療と社会』6(1)、49-59.
- 海曙区星光敬老協会：社会経済効益分析報告. 星光動態, 第27期, 2006.
- 介護労働安定センター (2013) 「平成24年度介護労働実態調査」
- 介護労働安定センター (2015) 「平成26年度介護労働実態調査」
- 介護労働安定センター (2019) 「平成30年度介護労働実態調査 事業所における介護労働実態調査結果報告書」
- 介護保険最新情報 Vol. 667.
- 角谷快彦 (2016) 『介護市場の経済学』名古屋大学出版会
- 片山ゆき (2018) 「老いる中国、介護保険制度はどれくらい普及したのか (2018) 。 -15 のパイロット地域の導入状況は？」『基礎研レポート』2018年8月27日
- 紀珊珊 (2010) 「金華市における在宅支援サービス現状に関する調査報告」『改革と開放』5月号
- 菊池潤 (2008) 「施設系サービスと介護保険制度の持続可能性」『季刊社会保障研究』43(4)、365-379.
- 北村士朗 (2007) 「『企業は人なり』と言うけれど」中原淳編『企業内人材育成入門』ダイヤモンド社 2007 p. 6.

- 姜波・矯学真 (2010) 『現代中国の社会とくらし』 大学教育出版
- 姜波 (2011) 「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』 21(1)、1-9.
- 経済産業省 (2016) 「将来の介護需要に即した介護サービス提供に関する研究会報告書」
- 呉永浩 (2004) 「人口 koyama 高齢化と高齢健康サービス」『中国全科医学』 8.
- 厚生労働省 (2018) 平成 29 年版『介護白書』
- 児山正史 (1999) 「公共サービスにおける利用者の選択—準市場の分析枠組」『名古屋大学法政論集』 177、189 - 222.
- 蔡菲 (2018) 「中国の医養結合 (医療・介護連携) の政策と実務」『日中介護サービス協力フォーラム』
- 下野恵子 (2009) 「介護サービス産業と人材確保」『季刊家計経済研究』 82、13-23.
- 清水由賀 (2015) 「中国における介護人材の育成に関する一考察」『ソシオサイエンス』 21、62-76.
- ジェトロ (2013) 『中国高齢者産業調査報告書』
- ジェトロ (2017) 『中国の社会保険制度と北京市、天津市の実務』
- 周金蘭 (2015) 「中国における高齢化の現状と高齢者対策」『現代社会文化研究』 61, pp. 135-152.
- 杉原陽子・杉澤秀博・中谷陽明 (2012) 「介護保険制度の導入・改定前後における居宅サービス利用と介護負担感の変化」『厚生指標』 59 (15)、1-9.
- 宣 賢奎 (2010) 「日本国・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」共栄大学研究論集 (8)、1-18.
- 孫静, 張新宇, 尹兵, 劉晶 (2010) 「我国における在宅支援サービス産業の現状」『全科護理』 2684.
- 孫静, 張新宇, 尹兵, 劉晶 (2010) 「我国における在宅支援サービス産業の現状」『全科護理』
- 高木博史 (2008) 『介護労働者問題はなぜ語られなかったのか』本の泉社
- 中国老齡科学研究中心 (2011) 「全国失能老年人情况研究」、11-16.
- 中国老齡科学研究中心 (2011) 「全国区域失能老年人情况研究」、11-16.
- 中国統計局 (2015) 『中国民生統計年鑑』
- 筒井孝子 (2009) 「地域包括ケアシステムの未来—社会的介護から, 地域による介護へ—」『保健医療科学』 58(2)、84-89.
- 飛田英子 (2013) 「介護保険制度の見直しに関する一考察」『J R I レビュー』 4(5)、41-

53.

内閣府経済社会総合研究所 (2012) 『中国の人口高齢化—進行の趨勢、経済への影響及び対策』国際共同研究プロジェクト (DRC—ESRI)

内閣府 (2015) 「第1回サービス業の生産性向上協議会」

内閣府 (2016) 「平成28年版高齢社会白書」

長岡 健 (2007) 「学習モデル—学び方で効果は変わるか」 中原淳編『企業内人材育成入門』ダイヤモンド社。

野村真美 (2013) 「介護保険サービス提供の動向」『日医総研ワーキングペーパーNo. 278』、1-132.

花岡智恵 (2009) 「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障』45 (3)、269-286.

藤原千沙 (2001) 「福祉の市場化と介護サービスの供給に関する考察」『アルテス・リベラレス』第68号、111-137.

星貴子 (2015) 「東京圏における高齢者介護の課題と求められる取り組み—基盤となる高齢者の生活拠点の確保に向けた課題—」『JRI レビュー』Vol. 10. No. 29.

前田由美子 (2012) 「介護サービスを提供する株式会社の現状」『日医総研ワーキングペーパーNo. 258』、1-75.

前田由美子 (2013) 「介護保険下における営利企業の現状と課題」『日医総研ワーキングペーパーNo. 296』、1-40.

森詩恵・藤澤宏樹 (2010) 「看護開度保険制度の創設とその現状」『大阪経大論集』61 (2)、165-178.

山田篤裕・石井加代子 (2009) 「介護労働者の賃金決定要因と離職傾向——他産業・多職種からみた介護労働者の特徴」『季刊社会保障研究』45 (3)、1-15.

吉田初恵 (2007) 「介護保険制度における安定的な制度維持のための一考察」『関西福祉科学大学紀要』10号、175-187.

吉田初恵 (2008) 「介護保険制度とモラルハザード」『関西福祉科学大学紀要』11号、95-105.

李紅梅 (2011) 「中在養老サービスシステムに難題」『人民日報』2011年2月24日。

李宣 (2015) 「中国の養老保険制度における再分配の課題」『DISCUSSION PAPER SERIES』

WEB ページ

ITmedia (2018) 「介護事業者の倒産件数、過去最多 理由は？」『ITmedia ビジネス』2018年1月11日

- <http://www.itmedia.co.jp/business/articles/1801/11/news095.html> (検索日 : 2018年10月31日)
- ITmedia (2019) 「学習塾の倒産、18年は過去最多 少子化・人手不足で悪循環」
『ITmedia』2019年1月9日
<http://www.itmedia.co.jp/business/articles/1901/09/news122.html> (検索日 : 2019年3月31日)
- 介護情報サービス神奈川「介護制度導入の背景」
www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/riyousha/shiritai/seido/2.html (検索日 : 2018年5月5日)
- <http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/07/vol.667.pdf> (検索日 : 2019年4月28日)
- https://www.nli-research.co.jp/files/topics/59452_ext_18_0.pdf?site=nli (検索日 : 2019年4月1日)
- ジェトロ (2012) 「中国の社会保険の概要とその最新動向」
https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/07000964/cn_social_insurance_all.pdf (検索日 : 2018年5月1日)
- ジェトロ (2013) 「中国高齢者産業調査報告書」
https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/07001397/ChinaKoreishaRev.pdf (検索日 ; 2017年5月1日)
- 自治体国際化協会 北京事務所 (2009) 「中国における高齢者福祉」『Clair Report』338
<http://www.clair.or.jp/j/forum/pub/docs/338.pdf> (検索日 : 2018年5月15日)
- 全国老齡工作委员会 弁公室 (2010) 『2010年中国高齢者人口状況調査報告』
<http://www.cncaprc.gov.cn/> (検索日 : 2017年5月1日)
- 張雋 (2012) 「中国の社会保障について」『大和総研ウェブサイト』
http://www.dir.co.jp/consulting/asian_insight/120223.html (検索日 : 2018年7月21日)
- 厚生労働省 (2013) 「介護労働安全センター事業所における介護労働実態調査」
http://www.kaigo-center.or.jp/report/h25_chousa_01.html、(検索日 : 2018年7月21日)
- 厚生労働省 (2013) 「厚生労働省介護人材推移調査(2012)」、
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000062879.pdf (検索日 : 2018年7月21日)

- 厚生労働省(2014)、「介護人材確保について」、
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000115426_1.pdf (検索日:2018年10月20日)
- 厚生労働省(2015)「これまでの介護保険制度の改正の経緯と平成27年度介護保険法の改正の概要について」
www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/kaigo-seido-0904.html
(検索日:2018年10月1日)
- 厚生労働省老健局総務課(2018)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」、
<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177> (検索日:2018年7月13日)
- 厚生労働省(2015)介護人材確保対策
https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000175117.pdf (検索日:2018年10月20日)
- 厚生労働省老健局(2016a)「日本国の介護保険制度について」
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_j.pdf、(検索日:2018年7月23日)
- 厚生労働省老健局振興課(2016b)「介護保険制度の最近の動向について」
www.mlit.go.jp/common/001176323.pdf、(検索日:2018年7月13日)
- 厚生労働省(2016c)「技能実習介護における固有要件を定める告示について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000147660.html> (検索日:2018年6月28日)
- 厚生労働省(2016d)「第63回社会保障審議会介護保険部会議事録」
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000146633.html> (検索日:2018年10月20日)
- UNITED NATIONS World Population Prospects (2017) <https://population.un.org/wpp/>、
(検索日:2018年7月23日)
- 厚生労働省「介護サービス情報の公表制度」
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/kouhyou/dl/kaigoservice03.pdf (検索日:2019年5月8日)
- 社団法人シルバーサービス振興会(2016)、<http://www.espa.or.jp/> (検索日:2018年7月13日)
- 日本経済新聞(2019)「プラスロボ、すきま時間で働きたい人に介護施設を仲介」
<https://www.nikkei.com/article/DGXMZ041544300R20C19A2000000/> (検索日:2019年4月16日)

日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会（2018）「平成30年度病院経営定期調査—集計結果（概要）—」

<https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/keieichousa/h30keieichousa.pdf>（検索日：2019年7月7日）

日沖博道（2016）「介護スタッフの処遇と業務の改善こそが人手不足解消の鍵（前編）」

<https://www.insightnow.jp/article/9134>（検索日：2019年4月15日）

みずほ銀行（2016）「中国経済・産業の構造変化がもたらす『脅威』と『機会』—日本国産業・企業はどう向き合うべきか—」『みずほ産業調査』2016 No.2

https://www.mizuhobank.co.jp/corporate/bizinfo/industry/sangyou/pdf/1055_23.pdf（検索日：2019年3月31日）

三菱電機ビジネスシステム（2018）「AIが介護業界の人材不足を救えるか」

https://www.melb.co.jp/column/column_124_876.html（検索日：2019年4月3日）

首相官邸（2016）「日本国再興戦略」

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/keizaisaisei/pdf/2016_zentaihombun.pdf

（検索日：2018年10月30日）

東京商工リサーチ（2019）「2018年「老人福祉・介護事業」倒産状況、倒産件数が106件、七年ぶりに前年度を上回るも高止まり」

http://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20190111_01.html（検索日：2019年4月1日）

矢野勝彦「中国の高齢化とシニアビジネスの可能性」

<http://www.jri.co.jp/page.jsp?id=6479>（検索日：2017年5月2日）

Yueshengty Wang (2014), *china urban and rural elderly family structure of seniors —an analysis based on the 6th census (2010) data*, Chinese journal of Population Science No.1, pp.20-32.

日本経済新聞（2011）「中国GDP、世界2位確実に 日本国、42年ぶり転落 10年2ケタ成長」2011年1月20日

日本経済新聞、2017年8月15日朝刊