

早稲田大学審査学位論文

博士(人間科学)

中国北京市の高齢者介護施設における
介護人材育成に関する研究

Research on Competencies of Workers in Care
Facilities for Older People in Beijing, China

2022年7月

早稲田大学大学院 人間科学研究科

海老澤 圭視

EBISAWA, Keishi

研究指導担当教員： 松原 由美 教授

目次

序章	論文全体の構成	6
第1章	中国における高齢者ケアの社会的背景	8
第1節	人口構造の転換	8
第2節	経済成長と社会保障	12
第3節	家族構成の変容	14
第4節	社会的介護ニーズの拡大	16
第2章	中央政府による高齢者ケアの推進	18
第1節	民間セクターの活用	18
第2節	長期護理保険制度の試行	19
第3節	介護人材の育成	21
第4節	養老護理員	22
第5節	介護サービスの質	25
第3章	北京市における高齢者ケア体制の構築	29
第1節	地域特性	29
第2節	「9064」高齢者ケアモデルの推進	31
第3節	「九養政策」	31
第4節	「三辺四級」高齢者ケアシステム	33
第5節	互助保険制度の試行	34
第6節	地域在宅ケア体制	39
第7節	介護人材の育成強化に向けた取り組み	43
第4章	介護技能自己評価とストレスとの関連に関する分析	46
第1節	介護職とストレス	46
第2節	研究目的	48
第3節	研究方法	48
(1)	分析対象	48
(2)	使用した変数	48
(3)	分析方法	49
(4)	倫理的配慮	49
第4節	分析結果	50
(1)	基本情報	50

(2)	介護技能自己評価の因子分析結果	52
(3)	ストレスターの因子分析結果.....	54
(4)	ストレスターに与える影響要因に関する分析結果.....	56
(5)	介護技能自己評価とストレスターとの関連に関する検討.....	57
第5節	考察.....	59
第5章	介護技能自己評価とバーンアウトとの関連に関する分析.....	61
第1節	介護職とバーンアウト.....	61
第2節	研究目的.....	63
第3節	研究方法.....	63
(1)	分析対象.....	63
(2)	使用した変数.....	63
(3)	分析方法.....	64
(4)	倫理的配慮.....	64
第4節	分析結果.....	64
(1)	バーンアウトの因子分析結果.....	64
(2)	介護技能自己評価とバーンアウトとの相関分析結果	66
(3)	バーンアウトに与える影響要因に関する分析結果.....	67
(4)	介護技能自己評価とバーンアウトとの関連に関する検討.....	68
第5節	考察.....	73
第6章	医療と介護の複合型の専門職への期待.....	75
第1節	新型コロナウイルス感染症の発生状況.....	75
第2節	新型コロナ禍における介護人材不足.....	76
第3節	中央政府による高齢者介護施設の感染防止対策.....	77
第4節	医療と介護の連携.....	82
第7章	総合考察.....	84
謝辞	89

図目次

図 1-1 日本と中国における子どもと高齢者の総人口に占める人口割合の推移	12
図 1-2 日本と中国の一人当たりの GDP の推移(1960～2020)	13
図 3-1 北京市「三辺四級」高齢者ケアシステムのイメージ図.....	34
図 4-1 介護技能自己評価がストレスに与える影響に関する分析結果 1.....	58
図 4-2 介護技能自己評価がストレスに与える影響に関する分析結果 2.....	58
図 5-1 介護技能自己評価がバーンアウトに与える影響に関する分析結果 1.....	69
図 5-2 介護技能自己評価がバーンアウトに与える影響に関する分析結果 2.....	69
図 5-3 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 1	70
図 5-4 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 2	70
図 5-5 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 3	71
図 5-6 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 4	71
図 5-7 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 5	72
図 5-8 介護技能自己評価, ストレス, バーンアウトの関連に関する分析結果 6	72

表目次

表 1-1	日本と中国の比較による人口高齢化と一人当たりの GDP	14
表 1-2	中国の平均世帯人数の推移	16
表 2-1	養老護理員資格の等級別評価カテゴリ及びその配点(理論・知識)	24
表 2-2	養老護理員資格の等級別評価カテゴリ及びその配点(実務技能)	24
表 2-3	養老護理員の等級別資格申請要件	25
表 3-1	北京市の総人口に占める子ども及び高齢者の割合(2020年)	31
表 3-2	北京市海淀区における互助保険の試行モデル	38
表 3-3	地域ヘルスケアサービス機関の設置基準及び人員配置	41
表 3-4	北京市における介護就業手当の最終学歴別支給額	45
表 3-5	北京市における介護資格手当の等級別支給額	45
表 4-1	分析対象の基本属性	51
表 4-2	分析対象の就業状況	52
表 4-3	介護技能自己評価の基本統計量及び因子分析結果	54
表 4-4	ストレスラーの基本統計量及び因子分析結果	56
表 4-5	ストレスラーに与える影響要因に関する重回帰分析結果	57
表 5-1	バーンアウトの基本統計量及び因子分析結果	66
表 5-2	介護技能自己評価とバーンアウトとの相関分析結果	67
表 5-3	バーンアウトに与える影響要因に関する重回帰分析結果	68
表 6-1	高齢者介護施設における新型コロナの蔓延防止及び制御に関するガイドライン	79

序章 論文全体の構成

本研究の目的は、中国国内でも先進的な取り組みが進められている北京市の施設介護人材が直面する問題を明らかにすることである。本博士学位論文は、以下7章から構成される。

第1章から第3章の前半部分では、本研究における背景を述べる。まず、介護を取り巻く社会情勢について、中国と北京市の状況を概観する。その上で、中央政府と北京市政府による介護に係る政策や、介護サービスの発展において根幹とも言える介護人材の育成について、課題を整理する。

第1章では、中国の高齢者介護、とりわけ伝統的な家族介護を取り巻く社会情勢について、マクロの人口動態や経済成長、ミクロの世帯構成について概観し、介護人材の確保が喫緊の課題となっている現状について述べる。中国では、インフォーマルな家族介護が中心となってきた。しかし、21世紀に入り少子高齢化が急速に進み、核家族化など様々な形で顕在化する中、家族介護を取り巻く社会環境は大きく変化している。中でも、社会保障の給付と密接に関わる経済成長が、大きな課題として指摘され、今もなお懸念材料となっている。

第2章では、前章で述べた中国の社会情勢を踏まえ、中央政府が推し進める高齢者介護サービスの推進策を概観する。まず、社会保障改革の柱として民間セクターの活用による介護市場の拡大が挙げられる。次に、日本の介護保険制度に相当する長期護理保険制度について概観する。そして、2019年には「養老護理員」といわれる介護の国家資格制度が改定され、高齢者の機能評価や介護サービスの質の管理などの評価項目が新設された。しかし、介護サービスを提供する上で、最も重要と言える介護人材の育成や介護サービスの質が、なおも大きな課題となっている。

第3章では、中央政府による高齢者介護サービスの推進策を受け、北京市に

においてどういった政策が展開されているか整理した。その上で、介護人材の育成における課題や、課題解決に向けた取り組みについて検討した。北京市の関連政策の特徴の一つに、「9064」高齢者ケアモデルが挙げられる。当該モデルは、在宅、地域、施設といったサービス類型別に達成目標を数値化したものである。また、市内全16区のうち、海澱区で互助保険制度が試行されている。当該保険では、公民連携であるPPP(Public Private Partnership)モデルが採用され、民間の保険会社との分業が図られている。しかし、介護人材の不足や流動性の高さ、そして介護事故による施設と高齢者やその家族との争いが問題となっている。

後半部分の第4章と第5章では、介護人材の育成における課題、すなわち介護サービスの質を如何に保障するか、その課題解決に向けた方策を明らかにした。介護サービスの質を保障する上で中心となる介護技能の視点から、対人援助職にとって大きな課題の一つである心理的健康との関連について分析を行った。分析対象は、北京市にある高齢者介護施設で従事する介護職員である。まず、第4章では、介護技能に対する自己評価とストレスとの関連を検証した。次に、第5章では、前章に続き北京市の高齢者介護施設で従事する介護職員を対象に、介護技能自己評価とストレスの中でも介護職の離職への影響が明らかとなっているバーンアウトとの関連について検証した。

第6章では、2020年初頭から世界的に流行している新型コロナウイルス感染症が蔓延する中、中国の高齢者介護施設を例にその対策を紹介する。高齢者介護分野においては、従来から医療へのニーズが高い。それに加え、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、医療ニーズは大きく拡大した。こういった状況を背景に、中国では医療と介護の連携への取り組みが加速しており、連携に係る専門職の育成が進められている。最後の第7章は、本研究の総合考察である。

第1章 中国における高齢者ケアの社会的背景

中国では、伝統的にインフォーマルな家族介護が中心となってきた。とりわけ、要介護状態となった家族の心理、経済、介護といった側面におけるニーズを満たす上で、今もなお重要な役割を担っている。しかし、21世紀に入り、人口構造の少子高齢化、家族形態の核家族化、産業構造の変化や都市部への人口流動など、家族介護を取り巻く社会環境は大きく変化している。本章では、北京市の高齢者ケアや介護人材の状況を把握する上で基礎となる中国全体の社会情勢について、マクロの人口動態や、社会保障と密接に関わる経済成長、ミクロの家族形態の変容、そして介護人材に対する現状認識について検討する。

第1節 人口構造の転換

世界銀行の統計によると、中国は、2002年に総人口に占める65歳以上の人口割合が7%を超え、高齢化社会を迎えた¹⁾。また、国際連合の推計では、2025年に14%を超え、高齢社会になることが予測されている²⁾。これは、日本が1970年に高齢化社会を迎えてから、1994年に高齢社会となるまでに要した24年間に相当する速さで進展していると言える。さらに、日本と中国の人口動態を比較検討した研究では、中国の高齢化は日本のそれより早い速度で進展していることが報告されている³⁾。

中国では、10年に一度を目途に、日本の国勢調査にあたる「全国人口普查」(Population Census of China)が実施される。この全国調査の2020年第7回調査結果によると、60歳以上^{注1)}の人口規模は2億6,402万人、65歳以上は1億

注1：中国の公的統計の多くは、60歳以上を高齢者としている。そのため、今もなお60歳以上を高齢者と認識し、そこから派生する規範観念も65歳以上を基準としたものとは異なると言える。しかし、近年では、人口学関連の研究報告において、先進国と同じ基準とすることが標準化される方向である。また、公的統計においても、65歳以上を基準とした数値を併記する流れにある。そこで、本文では、60歳以上の統計データと65歳以上のそれを可能な限り併記するものとする。

9,064 万人と、それぞれ総人口の 18.7%、13.5%を占め、中国全体としては高齢社会がそう遠くないことが分かる。一方、総人口に占める 15 歳未満の人口割合は 18.0%と、60 歳以上の人口割合がそれを上回り大きな転換点を迎えた。人口規模から見ると、中国の 60 歳以上人口、65 歳以上人口は、それぞれ同時点における日本の総人口の約 2.1 倍、約 1.5 倍となっている。さらに、世界の高齢者人口の約 24.8%、約 26.1%を占め、四分の一が中国の高齢者であることが分かる^{注2)}。以上から、中国の人口高齢化は、類を見ない人口規模で且つ急速に進展していることが分かる。

人口高齢化の要因の一つに、「計画生育政策」(Family Planning Policy)、所謂「一人っ子政策」が挙げられる。一人っ子政策は、戦後急速で且つ大規模な人口増加に加え、60 年代の危機的な飢饉により多くの餓死者が発生したことにより、大きな危機感を伴って推し進められてきた。都市部と農村地域など、地域によりその施行開始時期や施行の厳格さに差はあるものの、およそ 70 年代から始まり、82 年に憲法に明記され法定化された。中華人民共和国憲法によると⁴⁾、まず第 25 条では、国は計画生育を推進し、人口増加と経済や社会発展計画とを両立させるものとし、人口動態と社会経済発展とのバランスを取ることが国の重要な任務として位置付けられている。そして、第 89 条では、国務院が行使する職権の 1 つに、教育、科学、文化、衛生、体育と並び計画生育が挙げられ、その主導及び管理を中央政府が実施するものと定められている。一人っ子政策が国家レベルで推進されてきた根拠が両条文にあると言える。また、第 107 条では、地方政府は、法律で定められた権限に基づき、計画生育等の行政業務を行い、それに係る決定及び命令を發布し、行政職員の任命及び解任、研修、評価、報酬及び処罰をするとあり、国による計画生育の推進と並行し、地方政府による実施が

注2：UNITED NATIONS POPULATION DIVISION「World Population Prospects 2019」の統計データに基づき算出。

憲法上明記されている。一人っ子政策が厳格に履行されてきた所以であると考えられる。一方、第 49 条では、夫婦双方は計画生育を実施する義務があることが記されている。すなわち、国から地方政府、そして国民に至るまで、憲法上一人っ子政策を進める義務を負っていると言える。憲法記載後、近年まで施行されてきたが、2013 年末には人口構造の転換を背景に一部緩和され、2015 年には二人目の出生が可能となった。それ以後は、少子化を背景に子どもの出生奨励策へと舵を大きく切った。

中国国内では、一人っ子政策による出生率への影響について、研究者間でも見解が大きく分かれている。当該政策によって引き起こされた人口的危機は、国の存続と文明の興亡に関連する主要な国の安全保障問題であり、紛れもなく義務的な当該政策の施行の影響は大きく、リスクやコストを伴っているとの指摘がある⁵⁾。

一方で、当該政策は出生率の低さにとって必要条件ではなく、経済成長水準による出生率への影響は大きく、負の相関があるとの報告がある。すなわち、1990 年以降当該政策により出生率の低下を加速させたものの、経済成長率が持続的に重要な役割を果たし、とりわけ 21 世紀以降その傾向は顕著であるとの報告がある。他の要因としては、社会保障水準、教育水準、社会観念、科学技術水準、出産適齢女性の人口構成比などが挙げられている⁶⁾。社会の発展により、人々の社会観念や行動変容が起こり、女性の出生率に影響を及ぼし、ひいては人口規模や人口構造の変化に繋がっていると考えられている⁷⁾。また、当該政策の影響による出生意欲の変化は、以下 3 段階のプロセスを辿るとされる。すなわち、施行の初期では、受動的に政策に従う状態にある。それが徐々に同化され、最終的に政策方針が内面化される。そのため、最終段階における出生意欲の低下は、政策の産物ではなく、人々が自主的に選択した結果であり、政策的な影響は減少しているとの指摘がある⁸⁾。

しかし、当該政策の厳格な施行により、家庭における出生意欲が制限され、ニーズが満たされないと考えられ⁹⁾、ミクロにおける個人の出生意欲や家庭内の意思決定過程に少なからず影響したことは否めない。この長きに亘る政策的影響や、沿海都市部への出稼ぎ労働による人口流動、産業構造の転換による生活様式の変化など様々な要因が相まって、出生率に影響していると考えられる。

人口規模が増減しない均衡した状態となる合計特殊出生率(Total Fertility Rate : TFR)の人口置換水準は、2.07 とされる。中国では、この水準を下回る期間が長期的に続いており、潜在的な人口動態の指標である人口モーメントはすでにマイナス成長へと転じている。さらに、出生や結婚に関する価値観そのものが大きく変容しているとの報告もあり¹⁰⁾、低出生率、つまり少子化の傾向は今後も一定期間続くことが想定される。このため、元来日本の人口構造を表現する言葉である少子高齢化が、今日中国においても使われており、2020年の全国調査で顕在化した状況にある。また、中国の第二次ベビーブームである1962年から1975年の期間に出生した世代が、60歳を基準とした場合2022年から2035年に高齢化のピークを迎え、65歳以上を基準とした場合は、2027年から2040年にピークを迎えると予測される。まさに、今後20年が、中国の少子高齢化、特に高齢者介護にとって正念場になると考えられる。すなわち、第二次ベビーブーム世代の高齢者を如何に支援するかが問われるのである。以下図1-1に、日本と中国の少子高齢化の推移を示す。

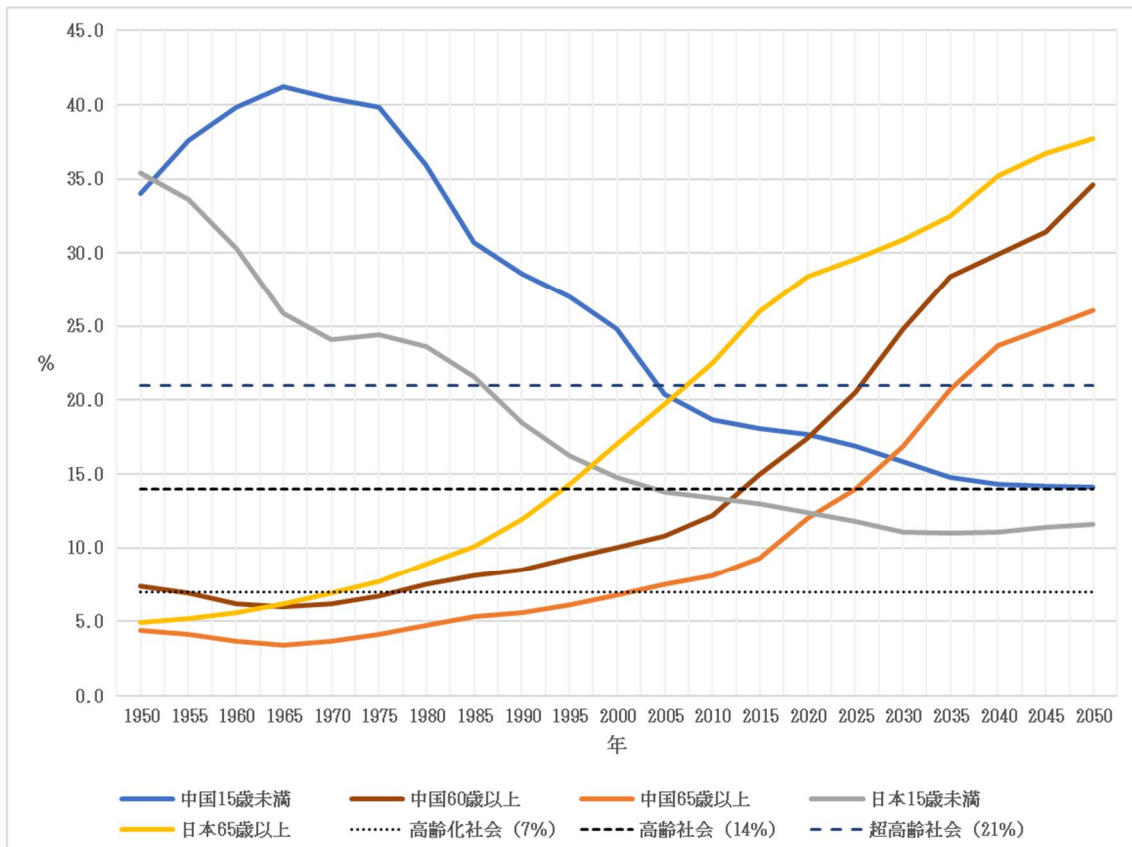


図 1-1 日本と中国における子どもと高齢者の総人口に占める人口割合の推移 (1950～2050)

出典：UNITED NATIONS 「Population Division World Population Prospects 2019」

(<https://population.un.org/wpp/>, 2022.6.10)の統計データを使用し筆者作成。2020年以降のデータは推計値。人口高齢化の基準は、総人口に占める65歳以上の人口割合を使用。

第2節 経済成長と社会保障

少子高齢化の顕在化に加え、高齢者ケア体制を構築する上で最たる懸念材料の一つが、社会保障の給付水準に繋がる国内総生産(Gross Domestic Product, 以下 GDP)である。研究報告によると、OECD 諸国の多数が一人当たりの GDP 約 1 万米ドルで高齢化社会を迎えたのに対し、中国が高齢化社会を迎えた 2002 年当時は、約 1,149 ドルであった¹¹⁾。その後 2019 年には、10,144 ドルと 1 万米ドルに達したものの、その差は歴然としている。中国では、このように国民経済が豊かになる前に高齢化社会となったことを「未富先老」(getting old before getting rich)と言い表すことがあり、さらには社会保障など支援体制が未整備

であることを表現する言葉に「未備先老」(getting old before preparation, especially for social security)という表現も用いられている。いずれも高齢化社会に入った当初、強調された言葉であるが、今もなお懸念材料として政府の社会保障政策に影響しており、政府による給付が限定的で且つ低水準であることと関連していると考えられる。以下図 1-2 に日本と中国の一人当たりの GDP の推移を示す。

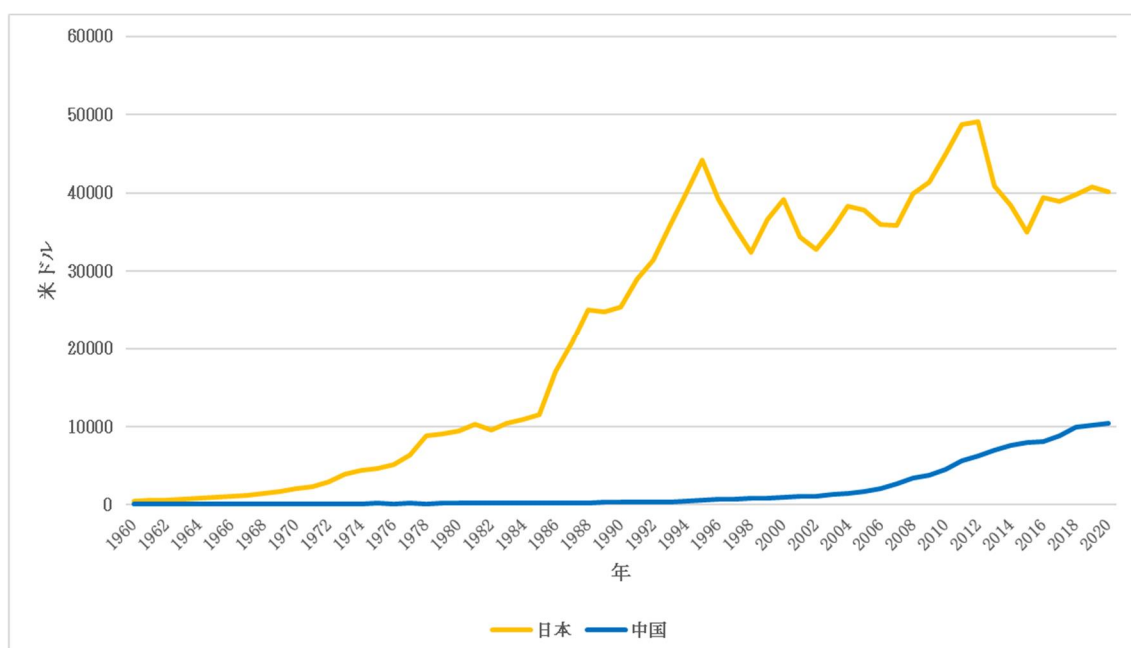


図 1-2 日本と中国の一人当たりの GDP の推移(1960~2020)

出典：World Bank Open Data の統計データ (<https://data.worldbank.org/>, 2022. 6. 10) を使用し筆者作成。

以下表 1-1 に示す通り、日本が高齢化社会を迎えた 1970 年における一人当たりの GDP は、約 2,056 ドルであった。それに対し、中国が高齢化社会となった 2002 年時点のそれは約 1,149 ドルと、日本の 0.56 倍となっている。さらに、高齢社会に該当する年の一人当たりの GDP で比較すると、日本が 1994 年の約 39,934 ドルであるのに対し、中国は推計で 2025 年には 14,500 ドルと、0.36 倍にその差は広がると考えられる。目まぐるしい経済発展を遂げ、2010 年には日

本を抜き世界第 2 位の経済大国となった中国においても、その人口規模の大きさから、一人当たりの GDP の増加は容易ではないことが伺える。

表 1-1 日本と中国の比較による人口高齢化と一人当たりの GDP

人口高齢化	高齢化社会		高齢社会	
	日本	中国	日本	中国
該当年	1970	2002	1994	2025
一人当たりの GDP (米ドル)	2,056	1,149	39,934	14,500

出典：World Bank Open Data の統計データに基づき筆者作成。中国の 2025 年における一人当たりの GDP は、李建新等(2022)の報告を参考に、2015 年から 2019 年の増加率に基づき算出。

第 3 節 家族構成の変容

中国において「家」は、伝統的な儒教文化や近代における文化の再形成過程いづれにおいても、社会的、文化的、心理的構造の中心的な位置にあるとされる¹²⁾。そして、社会の発展やソーシャルガバナンスの根幹にあり、個人の生涯における成長や福祉と関連していると考えられている¹³⁾。伝統的に家族による介護が主流であり、子女が同居ないし近隣に居住し、経済的サポートや日常の世話から、精神的な慰安まで重要な役割を担っている¹⁴⁾。高齢者の福祉、とりわけ介護において、重要な役割を担っていると言える。以下では、中国における世帯構成の変容と家族の状況について概観する。

サービス業の発展による産業構造の変化や沿海都市部への人口流動など複数の要因が相まって、伝統的な多世代型大家族は大きく変容した。以下表 1-2 に示す通り、一世帯あたりの平均世帯人数は、1964 年の 4.43 人から 2020 年の 2.62 人へと大幅に減少し、この半世紀で 1.81 人減少していることになる。二世帯や三世帯から成る大家族の形態は大きく変容し、一世代ないし二世帯が中心となっていることが分かる¹⁵⁾。さらに、「421 家庭」といわれる 4 人の老親と一人

っ子政策によりそれぞれ兄弟姉妹がいない夫婦、そして一人っ子の三世代逆ピラミッド型家族構成が主流となり、家族が従来担ってきた機能、中でも家族介護の弱体化が指摘されている¹⁶⁾。そのため一人っ子は、心理的、身体的、経済的負担に直面し、今後より多くの一人っ子が、負担増大に直面することが想定されている¹⁷⁾。さらには、「失独老人」といわれる一人っ子を亡くした高齢夫婦の増加による社会的介護ニーズの増大は、社会的リスクとして認識され、家族介護から社会的介護への転換の必要性が、今後より一層増すことが想定される。これは、日本が少子高齢化に直面し、従来家族や地域が担ってきた生活保障の一部、とりわけ介護の機能を、社会保険や市場によるサービス提供により補う流れに近いものと言える。しかし、中国においては、家族機能の一部を外部に委託する必要性は徐々に認識されてきてはいるものの、実現するためには様々な課題が指摘されている。その一つが、「養児防老」といわれる「家」を支える観念的支柱である。

全国の医療や保健分野の政策を担う中国国家衛生健康委員会 (National Health Commission of the People's Republic of China) の報告によると、2018年の平均寿命は 77.0 歳、健康寿命は 68.7 歳と、要介護期間は 8 年以上あることになる¹⁸⁾。この期間、親族による家族介護が中心となっているが、高齢者の間には、子女の養育を老後保障の一環と捉える「養児防老」といわれる伝統的観念が根強く残っている。つまり、老親の介護は、子どもが担うものとして認識されている。そのため、ソーシャルサービスの供給体制の整備とは裏腹に、利用率が伸びないことが指摘されている¹⁹⁾。一方、中国社会科学院などが 2018 年から 2019 年に全国 23 の地域で実施した調査によると、老後保障を「自己責任」と回答した者が、「子女に頼る」と回答した者を上回ったとの報告もあり²⁰⁾、家族介護のあり方、とりわけ子女の役割は、転換期を迎えているとすることができる。

表 1-2 中国の平均世帯人数の推移

全国調査実施年	1953	1964	1982	1990	2000	2010	2020
世帯平均人数(人)	4.33	4.43	4.41	3.96	3.44	3.10	2.62

出典：中国国家统计局「第7次全国人口普查公报」の2020年統計データを使用し筆者作成。

第4節 社会的介護ニーズの拡大

高齢者人口の急速な増加や家族機能の弱体化により、社会的介護のニーズが拡大し、それに伴い介護に従事する職員の数が大幅に不足していることが指摘されている。中国民政部(Ministry of Civil Affairs of the PRC, 以下民政部)の報告によると、2022年には中国全体で35.7万もの高齢者介護施設があり、ベッド数は計813.5万床あるとされる。インフラの整備状況に基づき試算した場合、少なくとも200万人以上もの介護人材が必要とされる。しかし、2022年時点における介護職員数は32.2万人と、170万人近く不足しているとの指摘がある²¹⁾。また、中央政府の機関紙によると、中国全体では、4,000万人以上もの要介護高齢者がいるとされ、1,300万人以上の介護人材の確保が必要であるとの報告もある²²⁾。日本においては、2025年を目途に243万人、2040年には280万人の介護人材の確保が必要とされ、それぞれ約32万人、約69万人不足すると推計されている²³⁾。この数字からも、中国の規模の大きさが伺える。

介護人材の確保が急務の中、課題が山積している。民政部の機関紙によると、介護人材は、高齢者の幸せな老後を支え、質の高い介護へと発展させる上で重要な役割を担っている。しかし、高齢者の多様性と専門的な介護へのニーズとが相まって、介護人材、特に質の高いサービスを提供する専門的人材が依然として不足していることが指摘されている。特に、専門性の低さ、社会的地位の低さ、離職率の高さなどの課題が報告されている。こういった状況が、介護サービスの質の向上を阻害する大きな要因となっていると考えられる²⁴⁾。さらには、低賃金など労働条件の低さに加え、不明確なキャリアパスが、介護分野での就労、特に若

い世代の入職や継続意欲に影響しており，如何に現代的で質の高い介護人材を育成するかが問われている²⁵⁾。

第2章 中央政府による高齢者ケアの推進

中央政府は、人口高齢化や家族機能の弱体化への対応、さらには経済発展を促進するため、民間セクターの活用による社会保障改革を進めている。その大きな柱の一つに、高齢者ケア市場の拡大が挙げられる。本章では、中央政府による高齢者ケア政策について概観する。

第1節 民間セクターの活用

21世紀に入り、中国の少子高齢化が様々な形で顕在化するなか、公的福祉サービスは政府による提供から、民間企業や非営利団体への委託によるサービス提供へと大きく変容した。2006年に中国国務院(The State Council of PRC, 以下国務院)は、「高齢者介護サービス業の発展の加速に関する意見」を発表し、市場拡大を推し進めてきた²⁶⁾。さらに、全国の高齢者分野の政策を担う全国老齡工作委员会(The National Working Commission on Aging)は、2008年「在宅高齢者向け介護サービス業の全面的な推進に関する意見」を発表し、高齢者介護の分野において政府機関から分離できる機能を可能な限り民間セクターに委託するとの見解を示した²⁷⁾。そして、2011年国務院は「中国老齡事業第12次5カ年計画」において、高齢者介護サービス産業を社会経済発展の基盤の一つとして拡充することを発展目標として掲げた²⁸⁾。すなわち、公的性格の高齢者福祉や介護は、高齢者ケアサービス産業へと転換されると共に、社会経済発展の基盤として位置付けられている。

2016年には「国民経済と社会発展：第13次5か年計画要綱(2016-2020)」が発表され、中央政府により高齢者介護体制のモデルが提唱された。すなわち、在宅ケアを高齢者ケア施策の基盤と位置付け、地域を拠り所に、施設により補完し、医療と介護の連携により高齢者介護サービス体制を構築することが盛り込まれ

た。そして、政府によるサービス購入などにより高齢者介護サービス産業を発展させることが提唱された²⁹⁾。これにより、在宅、地域、施設、そして医療と介護の連携という介護サービスにおける提供体制の大枠が示された。

上述の中央政府による政策を受け、多様な提供主体からのサービス購入により市場規模の拡大を図り、高齢者ケア体制を構築しようとする地方政府の試みが各地で展開されている。しかし、政府が民間から購入するサービスの給付対象は「三無老人」といわれる収入源や仕事がなく、扶養者もいない状態の60歳以上の高齢者や、失独老人といわれる社会的扶助の対象者に限られている。そこで、より普遍的な支援体制として長期護理保険制度が各地で試験的に実施されている。

第2節 長期護理保険制度の試行

長期護理保険(Long-Term Care Insurance)は、日本の介護保険に相当し、中国では21世紀初頭から検討が進められてきた。国務院は2006年「人口開発のための第11次5カ年計画と2020年計画についての通知」を発表した³⁰⁾。これにより、長期護理保険及び関連のソーシャルサービスを構築するための予備調査が実施され、社会保険制度構築に向けての準備段階に入ったとすることができる。10年後の2016年には、中国的人資源と社会保障部(Ministry of Human Resources and Security of the PRC)、以下人資源と社会保障部)が、介護保険関連の公的文書として初となる「長期護理保険制度の試行開始に関する指導意見」を発表した³¹⁾。このなかで、長期護理保険制度の基本原則や目的、管理サービス、支援策、関連組織と実施についての方向性が示された。そして、長期的に要介護状態にある高齢者に対し、生活介護や生活と密接に関わる医療的ケアを提供するため、全国15の地域を長期護理保険制度の試験地域として指定し、2020年を目途に枠組みの構築が目指されることとなった。これにより、介護保

険制度導入に向けた具体的な取り組みが進められることとなった。一次試験地域には以下の15都市が含まれる。黒竜江省チチハル市(Qiqihaer), 吉林省長春市(Changchun), 河北省承德市(Chengde), 上海市(Shanghai), 江蘇省南通市(Nantong)及び蘇州市(Suzhou), 浙江省寧波市(Ningbo), 安徽省安慶市(Anqing), 江西省上饒市(Shangrao), 山東省青島市(Qingdao), 湖北省荊門市(Jingmen), 広東省広州市(Guangzhou), 重慶市(Chongqing), 四川省成都市(Chengdu), 新疆生産建設兵団石河子市(Shihezi)である。

15の試験地域においては、社会保険の適用範囲、保険運用のための資金調達方法、提供するサービス内容、現金給付を含めるかといった給付方法などが異なり、各地域において独自の制度設計がなされている。一方で、家族介護を前提に、地域や在宅における介護サービスが中心となっている点は共通していると言える。15の試験地域において発表された長期護理保険制度に係る政策文書を対象とした研究では、Roy Rothwellの分類方法をもとに分析している。この分類方法は、政策による効果を三つのカテゴリに分けるものである。すなわち、需要的政策(demand policy), 供給的政策(supply policy), 環境的政策(environmental policy)である³²⁾。長期護理保険制度の政策文書は、この三つの政策機能を包括的に用い整備を進めているものの、不均衡状態であることが指摘されている。とりわけ環境的政策は、政策文書全体の79.4%と大部分を占めており、環境整備に注力していることが分かる。今後、需要的政策や供給的政策としての効果が発揮されることが、介護サービス体制を構築する上で重要であると報告されている³³⁾。

2020年に中国医療保障局(National Healthcare Security Administration of The PRC)は、一次試験地域での経験を踏まえ、「長期護理保険制度の試験地域拡大に関する指導意見」を発表した³⁴⁾。これは、2016年の一次試験地域の指定に次いで、介護保険と直接関連する二番目の政策文書と言える。当該文書では、試

験地域の拡大が提起され、日本の都道府県に相当する各省や直轄市において少なくとも一つの試験地域を設置するよう通達がなされた。これにより、サービス供給側と需要側である高齢者との橋渡し役として、社会保険制度の構築が期待されている。

第3節 介護人材の育成

民間セクターの活用や社会保険制度の構築に続き、中央政府により高齢者ケアの発展において最も重要と言える介護人材の確保と育成が進められている。2014年、中国教育部(Ministry of Education of the PRC, 以下教育部)などは「介護サービス産業における人材育成の加速に関する意見」を発表した³⁵⁾。これにより、介護人材の育成が大きく展開されることとなる。2019年、教育部は「養老護理員国家職業技能基準(2019年版)」を発表し、日本の介護資格に相当する養老護理員の資格申請の要件を緩和し、従来の中学校卒業から最終学歴の要件をなくした³⁶⁾。同年、国家衛生健康委員会などは「老年健康サービス体制の構築と改善に関する指導的意見」を発表し、介護サービスの人材を拡大し、高齢者の基本的な介護ニーズを満たすことを提案している³⁷⁾。さらに、2020年、人的資源と社会保障部などが発表した「ヘルスケアに係る職業技能訓練計画の実施に関する通知」では、介護技能を補助金による職業訓練の対象とし、介護分野に従事する意欲のある者すべてを対象に訓練が実施されるものとされた。そして、介護職員養成課程の策定を進め、科学的、体系的、実践的な研修体制を構築し、2022年末までに200万人の介護職員を育成するという発展目標が設定された³⁸⁾。介護人材の不足を解消するための政策と並行し、介護サービスの質向上に向けた取り組みが進められている。

介護資格の認定制度や、介護技能に対する評価に基づき給与を分配する体制を構築し、介護分野におけるキャリア開発を拡大することが期待されている³⁹⁾。

2021年、国務院は「新時代の高齢者分野における取り組み強化に関する意見」を公表し、介護サービスの雇用主は介護職の給与と待遇を保障し、介護の価値やサービスの質を保障するため、業績への貢献などに基づく給与分配体制の構築を提案している⁴⁰⁾。翌年、国務院により「第14次5カ年における国の高齢者事業の発展と介護サービス体制に関する計画」が発表された。当該計画では、介護人材の拡大が重要課題として提起され、介護サービスに関連する大学教育を積極的に増やし、介護技能を習得する人材の育成体制を構築することが提起されている⁴¹⁾。これに先行し、2021年教育部は、8つの大学で介護サービス管理の学部を新たに設置した。これにより、中国で介護関連の教育を提供している大学は200を超え、質の高い介護人材の育成が進められている⁴²⁾。

第4節 養老護理員

サービスの質を保障する最たる手法の一つに資格制度が挙げられる。中国の介護分野においては、日本の介護福祉士などの資格に相当する養老護理員が国家資格として設けられている。2003年、民政部により当該国家資格の基準が発表され、近年まで施行されてきた。しかし、高齢者ケアに係る専門職間の不明確な分業形態や疾病構造の転換に伴う高齢者の医療ニーズの変容などを背景に2018年に廃止された。その後、2019年に改正版が発表され今日に至っている。

「養老護理員に関する国家職業技能基準(2019年版)」によると、養老護理員とは、高齢者の生活の世話や介護サービスに従事するものと定義されている⁴³⁾。当該基準により、介護職員の行動規範を明確化し、職業的技能を向上させることが図られている。そして、介護サービスの職業化、専門化、規範化を進め、サービスの質を向上させ、介護ニーズを充足させることが期待されている。当該基準では、介護職に求められる行動規範、介護技能及びその水準、業務内容や範囲について明記されている。

2019年版では以下の改正がなされた。まず、資格の等級が4等級制から5等級制に変更され、初級の5級から、中級の4級、上級の3級、技師といわれるより高度な専門技術を持つ専門職は2級、そして高級技師といわれる上級専門職の1級まで設けられた。評価カテゴリは6から7に増え、「生活ケア」「基本的ケア」「リハビリ」「心理的サポート」「機能評価」「質の管理」「研修指導」が含まれる。評価のサブカテゴリには、「認知症ケア」「機能評価」「質の管理」が新設された。

評価は大きく理論・知識と実務技能とに分けられ、それぞれ評価カテゴリや等級別に配点が決められている。習得する内容については、5級や4級では生活介護やリハビリなどの実践が中心である。それに対し、2級や1級では高齢者の機能評価やサービスの質の管理、そして研修指導の実施といった評価・管理・指導に関する技能が評価されることになる。日本においては、介護支援専門員が担っている業務を2級以上の介護職員が担っていることになる。そして、最上級の1級になると、研修指導に重きが置かれている。すなわち、一つの資格制度を等級化し、等級が上がるごとに業務範囲が拡大し役割も管理する側へとキャリアアップする仕組みとなっており、日本の介護資格制度とは大きく異なると言える。評価は、理論・知識、実務技能、総合試験に分かれており、パソコンを使用した試験が中心である。なお、各等級100点満点中60点以上で合格となっている。評価カテゴリ別の配点については、以下表2-1及び表2-2に示す通りである。また、等級別の資格申請要件を表2-3に示す。

表 2-1 養老護理員資格の等級別評価カテゴリ及びその配点(理論・知識)

評価		等級				
		5 級/ 初級	4 級/ 中級	3 級/ 上級	2 級/ 技師	1 級/ 上級技師
基本	職業倫理	5	5	5	5	5
	基礎知識	20	20	15	10	10
理論・ 知識	生活ケア	45	30	-	-	-
	基本的ケア	20	30	35	-	-
	リハビリ	10	10	15	15	-
	心理的サポート	-	5	15	-	-
	機能評価	-	-	-	30	30
	質の管理	-	-	-	25	30
	研修指導	-	-	15	15	25
合計		100	100	100	100	100

出典：中国人的資源と社会保障部等「国家職業技能基準養老護理員(2019年版)」に基づき筆者翻訳。

表 2-2 養老護理員資格の等級別評価カテゴリ及びその配点(実務技能)

評価		等級				
		5 級/ 初級	4 級/ 中級	3 級/ 上級	2 級/ 技師	1 級/ 上級技師
実務 技能	生活ケア	60	30	-	-	-
	基本的ケア	25	45	40	-	-
	リハビリ	15	15	20	20	-
	心理的サポート	-	10	20	-	-
	機能評価	-	-	-	30	40
	質の管理	-	-	-	30	35
	研修指導	-	-	20	20	25
合計		100	100	100	100	100

出典：中国人的資源と社会保障部等「国家職業技能基準養老護理員(2019年版)」に基づき筆者翻訳。

表 2-3 養老護理員の等級別資格申請要件

等級	申請要件(以下のうち、いずれかの要件を満たす者)
5 級	(1) 専門業務又は関連業務に計 1 年以上従事した者。(2) 専門業務又は関連業務に関する研修を修了した者。
4 級	(1) 5 級取得後、専門業務又は関連業務に計 2 年以上従事した者。(2) 専門業務又は関連業務に計 4 年以上従事した者。(3) 専門学校などで中級の関連分野を修了した者又は修了予定の者。
3 級	(1) 4 級取得後、計 4 年以上専門業務又は関連業務に従事した者。(2) 4 級取得後、専門学校などで上級の関連分野を修了した者又は修了予定の者。(3) 短期大学以上で関連分野の学位を取得し、4 級資格の取得後、計 2 年以上専門業務又は関連業務に従事した者。
2 級	(1) 3 級取得後、計 4 年以上専門業務又は関連業務に従事した者。(2) 上級又は技師養成の専門学校において 3 級を取得し、専門業務又は関連業務に計 3 年以上従事した者。または、予備技師学校の卒業生で、計 2 年以上関連業務に従事した者。
1 級	2 級取得後、計 4 年以上専門業務又は関連業務に従事した者。

備考：専門業務には、老年サービスと管理、民政サービスと管理、コミュニティ公共事務管理、社会福祉事業管理、家政サービスと管理、ソーシャルワーク、民政管理、老年保健と管理などが含まれる。また、関連業務には、看護、リハビリ治療技術、健康管理、中医養生保健、リハビリ器具技術、社会福祉事業管理、公共事務管理、労働と社会保障などが含まれる。

出典：中国人的資源と社会保障部等「国家職業技能基準養老護理員(2019年版)」に基づき筆者作成。

第5節 介護サービスの質

2016 年、国務院により「介護サービス市場の開放による介護サービスの質向上に関する意見」が発表され⁴⁴⁾、中央政府により介護サービスの質の向上が進められてきた。2019 年に国務院は「高齢者介護サービスの発展を促進するための意見」を発表し、医療と介護の連携や、在宅・地域・施設サービスなどの連携体制の構築、そしてインターネットなどの情報技術の活用により介護サービスの質を担保するための取り組みが推奨された⁴⁵⁾。さらに 2020 年には、民政部などによる「介護施設サービスにおける安全に関する基準」が施行され、介護職の行動規範が示された⁴⁶⁾。同年、全国社会福祉サービス標準化技術委員会などが発表

した「介護施設の等級分類及び評価に関する国家基準の実施ガイドラインの試行」により⁴⁷⁾、介護施設に対する評価が進められている。当該ガイドラインにより評価作業を実施するための基準が明確化されたことで、介護サービスの質の向上が期待されている。

当該ガイドラインにおける評価領域は、大きく環境、設備、運用管理及びサービスに分けられる。すなわち、ドナベディアン(Avedis Donabedian)の医療分野における質に関する理論的枠組みのストラクチャーとプロセスが中心となっていると言える。一方、主要カテゴリには、アウトカムについての直接的な評価は含まれていない。配点については、環境 120 点、設備 130 点、運用管理 150 点、サービス 600 点の 1000 点満点で評価される。評価の 6 割を占めるのがサービス、つまりプロセスに他ならない。サービスの評価項目について見ると、以下 12 のカテゴリに分類されている。すなわち、入所及び退所時のサービス 50 点、生活介護 120 点、食事の提供及び介助 70 点、清掃・衛生 40 点、家事 25 点、医療・看護 60 点、文化・娯楽 50 点、心理及び精神的サポート 35 点、緩和ケア 30 点、代理業務 20 点、リハビリ 50 点、教育 20 点、訪問 30 点である⁴⁸⁾。生活介護に重きが置かれていることが分かる。

しかし、介護サービスの質の向上は、民間セクターの活用による提供主体の多様化と相まってより一層の取り組みが求められている。特に、介護施設におけるサービスの質は保障されておらず、介護職員は専門的で体系的な研修を受けていないとされる。そのため、介護技能は十分とは言えず、介護過程におけるリスクを増大させ、ひいては介護事故やそれに伴う争いを生じさせていることが指摘されている⁴⁹⁾。争いの多くは、介護サービスにおける入居者の死傷や経済的損失とされ、要因として以下の三点が指摘されている。一点目は、ハード面の設備の不備である。民間介護施設の多くは、資金が限られている。そのため、衛生、安全、食品管理、医療、リハビリなどに係る設備が安価なものであり、安全上の

リスクを抱えていることが指摘されている。例えば、凹凸のある地面などが挙げられ、転倒などの事故が発生しやすい状況にある。また、中には緊急時対応の基本的な設備や機器が整っていない施設もあり、対応は難しいとされる。二点目は、人員配置についてである。民間介護施設では、介護職員が不足しており、施設の運営費を削減するため、職員1人当たり対応する入居者の数が多い状況にある。そして、多くの職員が看護や介護の専門職としてのバックグラウンドを持たず、数日間の研修のみで業務に従事することになる。そのため、専門性に課題を抱えており、職責や業務を全うできないとされる。最後は、高齢者の入所基準の低さが挙げられている。民間の施設は、経営管理上や市場での競争力を向上させるため、高齢者の入所基準を下げることもあり、重度の要介護高齢者も受け入れている。しかし、そういった高齢者をケアするための専門性が担保されているとは言えず、職員と入居者間のみならず、入居者間の争いも発生している状況にあるとされる⁵⁰⁾。

施設と入居者やその家族との間で多発する争いを背景に、民政部や日本の最高裁判所にあたる最高人民法院などは2020年「介護施設におけるサービス規範の明確化による争い処理業務の履行についての意見」を公表し⁵¹⁾、解決へのプロセスを提示した。この中で、急増する争いを効率的に解決し、高齢者の生命や財産はもとより、介護施設の権利・利益と通常サービス業務を維持するため、以下8つの意見が示された。

- ① リスク管理体制の構築や、リスク、法規、文化、心理的健康などの研修・教育により施設内部の管理体制を強化する。これにより、サービス提供に伴うリスクを低減させ、争い発生を防止する。
- ② 契約書など証拠資料に関する保管規定を含め、高齢者が受傷した場合の対応など争い解決に向けたプロセスを標準化する。
- ③ 施設は、入居者やその代理人などによる委員会を設置し、当事者間での自

主的な解決のための協議を進める。当事者間で紛議が発生した場合、人民法院(日本の裁判所に相当)に提訴できる。

- ④ 法的拘束力を持つ調停などの手段により争いを解決ないしその激化を防止する。
- ⑤ 人民法院は調停を優先し、調停と裁判による判決とを組み合わせる。なお、施設がサービス契約や管理責任を履行し、サービス基準を満たしている場合、減免措置をとる。
- ⑥ 争いの過程で、高齢者の家族などにより違法行為が発生し秩序が乱され、サービス提供に支障をきたした場合、施設は公安機関にその詳細を報告し、違法行為をした者は、厳正に処罰される。また、施設職員による高齢者への虐待行為や、高齢者の家族や施設職員により治安の維持に反する行為が発生した場合、公安機関により処罰されるものとする。
- ⑦ 各民政部門は相談窓口を設け、人民法院や人民検察院、公安機関、司法行政と情報を共有し、連携協働による争い解決に向けた体制を構築する。
- ⑧ 宣伝や広告などにより法律知識の普及を促し、法律に則った争い解決のための社会的風土を形成する。

以上から、中央政府による民間セクターの活用や長期護理保険制度の推進、各政府機関による介護人材の確保や介護サービスの質の向上に向けた対策が進められていることが分かる。次章ではこれを背景に、地方政府によりどういった政策が進められているのか、政治の中心であり中央政府による政策の影響を強く受け、中国国内でも先進的な取り組みが進められている北京市を例に見ていく。

第3章 北京市における高齢者ケア体制の構築

第1章と第2章では、中国の介護を取り巻く社会情勢や高齢者ケアの推進策について概観してきた。しかし中国の国土は広く、地域によって高齢者ケア体制には大きな格差がある。そこで本章以降では、中国の中でも比較的高齢者ケア体制が整備され、先進的地域と評価されている北京市に焦点を絞り、論を進めたい。

第1節 地域特性

中国では、人口統計に「常住人口」と「戸籍人口」の二つの指標が使われている。常住人口は、調査時点で半年以上その地に住んでいる者を対象とした指標で、戸籍人口は居住地に関わらず戸籍上の登録地に基づいた指標である。言わば、居住地を基準とした指標と本籍地を基準とした指標である。とりわけ、戸籍人口は、その地域における社会保障の給付と密接に関わっている。社会保障政策そのものは、中央政府の指揮の下、直轄市や省(都道府県に相当)といった地方政府が実施主体となっている。そのため、社会保障の基本的な枠組みは同様なものの、地域により社会保険の制度設計が異なる。また、社会保険の加入に、「戸口」と呼ばれるその地域の戸籍の有無を要件として課している場合がある。地方政府によりその整備状況や給付水準が異なり、本籍地が北京市などの経済発展の著しい地域に戸籍のある者は、より整った体制の中、より高水準の給付が受けられる場合がある。しかし、現状では一定の条件を満たさない限り戸籍地を自由に変更できない。地域間で連携が取れている場合や、全額自己負担後、申請により保険負担分が還付される制度も地域によってはある。北京市においては、同市以外で医療サービスを利用した場合、保険が適用されず全額自己負担となる場合がある。しかし、市内の社会保険事務所などで保険適用の申請が認められた場合、一部医療費の償還を求めることができる。こういった戸籍や、社会保険の制度によ

り、経済成長を下支えしている地方からの出稼ぎ労働者など社会保険の利用可能な戸籍地とは異なる地域に一定期間居住する人々の生活保障、特に医療保障は大きな課題となっている。とりわけ、出稼ぎ労働者が中心となる都市部の介護従事者は、その影響を受けることが想定される。

北京市は、中国国内でも高齢化率が高く、高齢化の進展する速度は速く、高齢者の人口規模が大きいといった特徴が挙げられている⁵²⁾。北京市統計局のデータによると、2020年末時点における北京市の常住人口は、流動人口788万人を含め、約2,189万人である。このうち、60歳以上人口は429.9万人と全体の19.6%、65歳以上人口は約291.2万人と13.3%を占める⁵³⁾。一方、社会保障と密接に関わる戸籍人口は、1,401万人となっており、うち60歳以上人口は378.8万人と全体の27.0%、65歳以上人口は約264.7万人と全体の18.9%を占めている。この数字から、戸籍人口の高齢化は、常住人口のそれを大きく上回っており中国全体よりも早く進展し、すでに高齢社会から超高齢社会へと向かっていることが分かる。一方、子どもの人口割合は、中国全体より低い水準となっており、少子高齢化の構造を顕在化していると言える。また、平均世帯人数について見ると、北京市は、2000年時点で2.91と既に3人を切っており、2020年には一世帯当たり平均2.31人と、中国全体よりも0.31人低いことが分かる。以下表3-1に北京市における少子高齢化に関する人口統計を示す。

表 3-1 北京市の総人口に占める子ども及び高齢者の割合(2020年)

対象範囲	中国	北京市	
		常住人口	戸籍人口
総人口	14.1 億人	2,189 万人	1,401 万人
15 歳未満	18.0%	11.8%	14.4%
60 歳以上	18.7%	19.6%	27.0%
65 歳以上	13.5%	13.3%	18.9%

出典：中国のデータは、中国国家统计局「第7次全国人口普查公报」の統計データを基に作成。北京市のデータについては、北京市统计局「北京統計年鑑 2021」の統計データを基に作成。

第2節 「9064」高齢者ケアモデルの推進

急速な少子高齢化の進展を背景に、北京市は2008年「高齢者介護施設発展の加速化に関する意見」を公表し、今後の発展目標として「9064」高齢者ケアモデルを提唱した⁵⁴⁾。このモデルは、2020年までに90%の高齢者がソーシャルサービスなどの支援を受けながら「在宅」での暮らしを実現し、6%の高齢者は政府が地域サービスを購入する形で現物給付などを受けながら「地域」での暮らしを継続、残りの4%は「施設」入所により補完することを提唱するものである。これは、高齢者ケア分野における社会資源の分配の方向性を明示し、資源を有効活用することで高齢者ケア体制の強化を進めるもので、北京市における各サービス類型の位置付けが見てとれる。なお、上海市は「9073」高齢者ケアモデルを提唱しており、重度要介護者や独居高齢者などの施設利用者数をいかに見積もるかで異なっている。

第3節 「九養政策」

北京市民政局は2009年に、通称「九養政策」といわれる「北京市民の在宅高齢者ケア及び障害者支援の方法に関する通知」を公表した⁵⁵⁾。当該通知では、前述の「9064」高齢者ケアモデルを基礎に、以下9つの方法で地域在宅ケアを推進

するものとされている。

- ① 親孝行の文化：老親や高齢者を敬う伝統的な文化を維持するため，親孝行を果たしている子女を毎年一万人選出し表彰並びに景品の贈呈を実施。
- ② 在宅ケアサービス及び医療費への補助：家事代行・介護・リハビリ・看護サービスなどに使用可能な在宅ケアサービス券を配布。60歳以上80歳未満の重度要介護者及び80歳以上の高齢者を対象に毎月約1,700円(人民元1元あたり17円換算，以下同様)相当を配布。また，百歳以上の高齢者を対象に医療費を一部補助する制度も実施。
- ③ 地域コミュニティでの食事：移動が不便な高齢者が身近な地域で食事ができるよう，市が賃料の一部や事業への助成を通して民間の参画を促し，地域での飲食サービスの提供を強化。なお，公共施設や公的機関内のスペース，また民間の空きスペースなどの地域資源を活用し食堂を設置。
- ④ デイサービスセンター：既存の施設や事業所を優先的に活用し，デイサービスセンターを設置。利用できない場合は民間の空きスペースの利用も可能で，市は当該センターの運営・維持にかかる費用を一部助成。
- ⑤ 在宅ケア人員：「4050人員」^{注3)}といわれる者を優先して雇用し，80歳以上の独居高齢者や重度障害者を対象に在宅ケアサービスを提供。サービス内容は主に，巡回・見守り，ニーズ把握，フィードバックの収集，地域の組織化，サービス調整及びモニタリング。
- ⑥ 福祉車両：社会活動への参加を促すため，「街道(市街地における呼称)・郷鎮(農村地域における呼称)」(sub-district)の小区画ごとに福祉車両を一台配備。
- ⑦ 心理的サポート：「96156地域サービスホットライン」を使った電話相談や

注3：「4050人員」とは，40歳以上の女性または50歳以上の男性で，就労意欲はあるもののスキルが単一などの理由から就職が困難な者を指して使われる表現。

ボランティアなどを活用した訪問サービスによる心理的サポートを実施。

- ⑧ 住宅改修：居住者が希望する場合，一部市の補助により住まいをバリアフリー化。
- ⑨ 情報端末：65 歳以上の高齢者と 16 歳以上 65 歳未満の重度障害者を対象に，生活・医療・交通・買い物などに関する情報取得ができる携帯端末を利用者一部負担で購入可能。

第 4 節 「三辺四級」高齢者ケアシステム

北京市では，2015 年に全国初の省レベルの在宅ケア条例「北京市在宅高齢者ケアサービス条例」が制定され，在宅高齢者のニーズの充足及び生活の質の向上が図られている⁵⁶⁾。当該条例では通称「三辺四級」といわれる高齢者ケアシステムを地域における在宅ケアの基盤と位置づけ，在宅医療・保健・介護サービスの展開と，それに係る行政機関の役割分担が示されている。この「三辺四級」のうち「三辺」とは，「床辺，身辺，周辺」をまとめた表現で，「床辺」は居宅，「身辺」は半径 1km 圏内の地域コミュニティ，「周辺」は半径 3km 圏内の小区画などと表せ，三段階の波紋を基にしたサービス提供体制を意味している。これは，政府の理念である「以人為本」(people-oriented, 人間指向)の地域在宅ケアシステムを構造的に表したもので，三圏域において重層的に在宅高齢者が中心に位置付けられている。「四級」は，行政機関を上から「市」，「区」，「街道・郷鎮」，そして「社区」といわれる末端の地域コミュニティまで階層的に分業化したものである。すなわち，在宅高齢者を中心に，横三段階の圏域によるサービス提供体制と縦四階級による行政機関，さらには地域コミュニティを結ぶ支援体制の構築が推し進められている。図 3-1 に，北京市が広報活動で用いている「三辺四級」高齢者ケアシステムのイメージ図を示す。

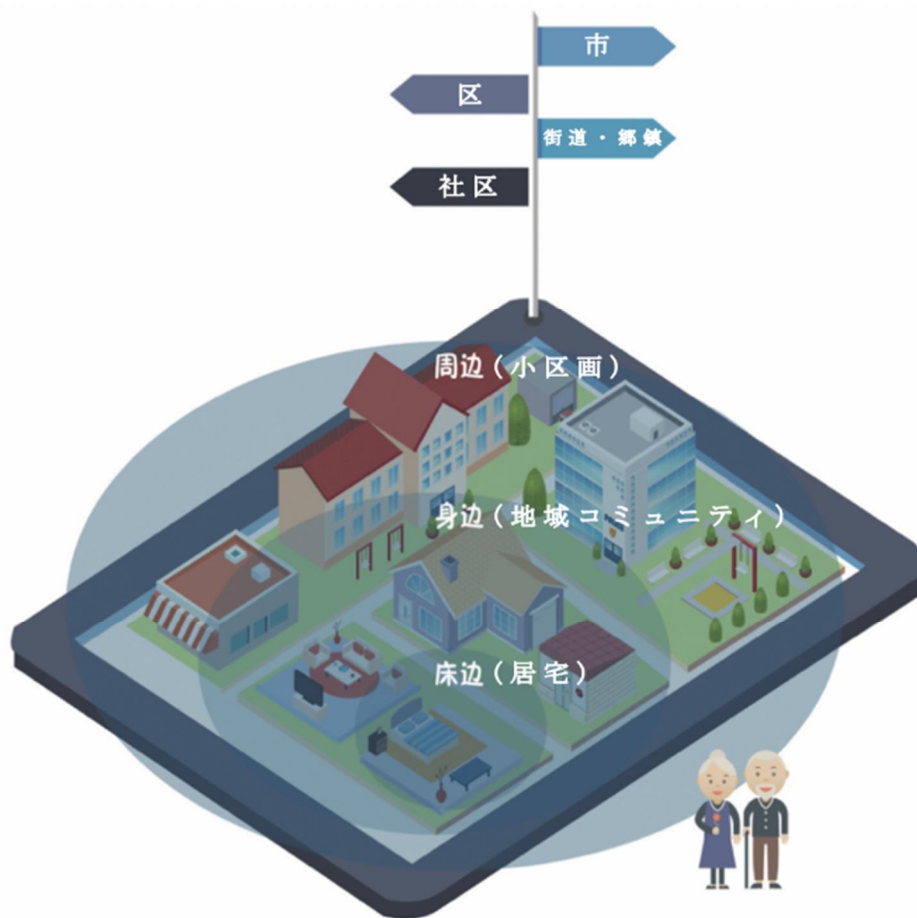


図 3-1 北京市「三辺四級」高齢者ケアシステムのイメージ図

出典：北京市老齡事業委員会事務局等「北京市高齢者事業の発展と高齢者ケアシステムの構築に関するホワイトブック」⁵⁷⁾p18 より抜粋。

第 5 節 互助保険制度の試行

2016 年に北京市は、市内全 16 区のうち北京大学や清華大学などの高等教育機関や、中国社会科学院などのシンクタンクが集まる海澱区(Haidian)で独自の互助保険制度の試行を開始した。まず、加入対象は、在学学生を除いた本籍地が海澱区にある 18 歳以上の者、または本籍地が北京市で且つ海澱区内で働く者で、加入は原則として世帯単位となっている。なお、父母や配偶者が要件を満たせない場合でも加入は可能であるが、その分の政府からの補助である保険料の 20%に相当する助成金はないものとなっている。

次に、保険の基本的な仕組みは、個人保険と社会保険を組み合わせた積立式の基金で、個人の保険料と地方政府(保険料の20%を補助し、北京市と海澱区が1:1で分担)からの補助、更に介護サービス事業者の負担分で構成されている。これは、共助を基盤とし、より広範に社会資本に参画させることで、保険運用の初期における資金調達を実現させるためと考えられている⁵⁸⁾。個人が納付する保険料については、三段階の年齢階級制となっており、18歳以上40歳未満を基準に、年齢階級が上がるごとに増額される仕組みである。保険料の納付については、毎年7月に一年分の保険料を一回で納付するものとされ、2016年の一人当たりの年間保険料は平均19,380円となっている。また、北京市内に戸籍がある者でも、都市戸籍者と農村戸籍者との区別があり、前者の保険料は後者より高く、保険料の設定基準の一つに戸籍の種類が設けられている。利用に際しては、15年以上の保険料の納付が必要である。一方、政府からの補助支給期間は、15年までが上限である。また、2017年末時点における加入者数は約5,700人、保険料収入は約1億2,699万円である。55歳以上の生活保護受給者や「計画生育特殊困難家庭」^{注4)}といわれる一人っ子政策の影響を受けた特別給付の対象世帯は、政府が全額負担するものとなっている。当該保険制度の特徴の一つに、民間セクターを活用した公民連携(Public Private Partnership: PPP)モデルが挙げられる。PPPモデルの導入は、社会資本の参画によるイノベーションの創出性、専門性、効率性を介護サービスに導入することで、介護サービスの質を向上すると考えられている。また、当該モデルが成熟した場合、公的機関主導によるサービス管理体制から社会資本中心へと変化し、施設などのハードとサービスなどのソフトとを区別し効率的な対応が可能となると考えられている⁵⁹⁾。当該保険制度にお

注4：一人っ子が一定以上の障がい者の場合や死亡した場合で、以後出生や養子がない夫婦の妻側が50歳以上の家庭(配偶者の離別・死別による一人親家庭の男女とも50歳以上を含む)を指す。国は、こういった家庭を対象に経済的支援などによる生活保障を実施している。なお、2018年1月時点における北京市の助成金額について、障がいのある場合は日本円で毎月約10,030円、死亡した場合は約12,240円支給される。

いては、地方政府が保険の実施及び運用を統括し、サービス提供を監督するものとなっている。一方、基金業務や保険料の支払いなどの加入者管理に関しては、民間の保険会社が担っており、民間のノウハウを活用することで政府のコスト削減が期待されている⁶⁰。上記の点から、公民連携モデルでありながら、一部セーフティネットとしての役割も担っていることが大きな特徴と言える。

そして、給付に関しては、現物と現金とに分かれており、前者は在宅、地域、施設、その他の4領域に分類されている。また、以下5つの条件のうち一つでも満たす場合は、現金給付が可能である。

- ① 農村地域において介護事業者がないため、親族が介護を行わなければならない場合。
- ② 自然災害や他の理由により介護事業者が提供するサービスの利用が困難となり、親族が介護を行わなければならない場合。
- ③ 利用者の身体、精神、性格などの理由から、親族が介護を行わなければならない場合。
- ④ 親族に介護技術を有するものがおり、サービス提供計画書の内容を満たすことが可能な場合。
- ⑤ 近隣住民間で互助的介護の提供が可能な場合。

親族や近隣住民が提供する介護に現金給付が可能な場合がある。上述の現金給付が可能な条件を見ても、例外的な事例をカバーするために現金給付の方法が用いられていることが分かる。郊外農村地域も含めた場合のサービス提供範囲の広さや、多民族による生活習慣の違いを考慮すると、現物給付のみでは多様なニーズに応えることはできない。また、家族や近隣住民によるケアを保険制度上後押ししている点が、大きな特徴と言える。中国における「家」の社会・文化的な位置づけや、農村社会が母体となっている地域社会の背景を鑑みると、重要な意義があると言える。

日本においては、介護保険制度施行前の準備段階に、現金給付導入可否の議論があった。しかし、「介護の社会化」という方針に逆向する策ではないかということによって導入は断念されたとの報告がある⁶¹⁾。また、介護という行為領域を看護から分離して、独立の職業領域として制度化する流れと呼応し、家族や家政婦などによる付添看護を廃止した経緯がある⁶²⁾。介護市場の拡大や完全雇用などによる経済の安定成長は、マクロにおける社会保険の機能的側面であることは言うまでもない。しかし、社会保険の最たる目的は、高齢者はもとよりその家族の生活を保障することである。この点、介護保険制度施行後においても、市場原理か、それとも福祉回帰かといった議論は尽きず、現金給付導入による福祉課題の解決が提言されている⁶³⁾。今日日本が抱えている家族介護による生活水準の低下や困窮、地域における繋がり希薄さ、介護人材の不足といった点を、一定程度補うものと考えられる。また、当該保険制度の特徴の一つに、積立金が遺産相続の対象となっている点が挙げられる。被保険者がサービス利用の申請前に死亡した場合、相続の対象として法定相続人が継承するものとなっている⁶⁴⁾。すなわち、家族の縦の繋がりや地域などの横の繋がりを持続性を、保険制度上組み込んでいることが分かる。一方で、共助が基盤といわれているものの、実質的には個人単位の積立金をベースにするなど、自助を基盤としつつ、その自助の後押しとして公的な支援を行っている。この点、戦後社会保障改革を進めた日本は、ベヴァレッジ報告(Beveridge Report)の影響を受け、老齢や失業等による稼働力の喪失に対し包括的な保障を進めた。また、従来の老人福祉法に基づく公費による措置制度からの変遷や、介護保険制度における公費負担割合から見ても、福祉施策としての要素が残っている。北京市海澱区における互助保険制度の仕組みを以下表 3-3 に示す。

表 3-2 北京市海澱区における互助保険の試行モデル

加入対象	北京市海澱区内に本籍地がある 18 歳以上の者(在學生は除く) 北京市内に本籍地があり且つ海澱区内で働く者			
互助基金	個人保険料・地方政府補助・介護事業所負担の三者供出の積立方式			
保険会社	中国人民人壽保險 北京支社(保険者)			
年齢階級別 保険料 (年間)	18 歳以上 40 歳未満(基準)	40 歳以上 60 歳未満	60 歳以上	
	都市戸籍者 912 元(15,504 円) 農村戸籍者 792 元(13,464 円)	基準保険料の 10%増	基準保険料の 20%増	
政府補助	各年齢階級の保険料の 20%とし、北京市と海澱区が 1:1 で補助。			
事業者負担	介護サービスの利用者一人当たり年間 240 元(4,080 円)負担。			
要介護度の 区分基準	要介護度は、軽度・中度・重度の三段階に区分。区分基準は、食事・着脱・就寝・排泄の 4 項目のうち、1 項目該当する場合は軽度、2 項目から 3 項目は中度、全 4 項目は重度。			
保険 利用	65 歳以上の高齢者が対象で、身体や精神的な原因を理由に連続して 6 ヶ月以上治療した後、医療機関からの証明書を提出した上で、本保険規定の要介護度の認定を受けた場合は、保険の利用申請が可能。なお、納付期間が 15 年に満たない場合は、一括により残りの保険料の納入が可能。			
要介護度別 給付状況 (月毎)	現物	軽度 900 元 (15,300 円)	中度 1,400 元 (23,800 円)	重度 1,900 元 (32,300 円)
	現金	規定条件を満たす場合現金給付が可能。		
サービス 内容	在宅	在宅介護・看護・リハビリ、福祉用具の貸与・購入、食事、緊急時対応。 なお、在宅看護は、処置、巡回診療、医療サービスとの連携。		
	地域	地域内の施設や空きスペースを利用したデイサービス、地域リハビリ・看護。		
	施設	独居高齢者が対象で、サービス利用料が個人口座の積立額を超えた場合は自己負担。		
	その他	家族や近隣住民が提供する互助的介護、心理的サポートや社会活動など。		

出典：北京市回澱区が 2016 年に発表した「海澱区における在宅ケア及び要介護者ケアの互助保険の試行方法に関する通知」⁶⁵⁾を基に筆者作成。

第6節 地域在宅ケア体制

地域在宅ケア体制に関しては、大きく医療・保健と介護とに分けられる。まず、医療・保健サービスの提供・管理体制について、北京市は、医薬分業や等級区分による医療提供体制の改革を進めている。2017年の三級病院(500床以上)と二級病院(100床から499床)の診療回数は前年度比でそれぞれ11.7%、2.3%減となっており、一級病院(20床から99床)及び地域の医療・保健機関での診療回数は前年度比でそれぞれ16.4%、20%増となっている⁶⁶⁾。また、地域の医療・保健機関に慢性疾患用薬を拡充し常備することで、移動が不便な高齢者でも住み慣れた地域の中で無理なく医療・保健サービスが受けられるよう整備が進められている。北京市政府により2008年から推し進められてきた「9064」高齢者ケア体制における90%の在宅ケアと6%の地域ケアは今日では地域在宅ケアとして包括的な支援体制の構築が進められている。

地域在宅ケアの管理体制は、医療・保健サービスと介護サービスとの2つに大別される。まず、医療・保健サービスの管理体制に関しては、2006年に市全体を統括する「北京市地域ヘルスケアサービス管理センター」(Beijing Management Center of Community Healthcare)が設置された。そして、市内全16区それぞれに区のヘルスケアサービスの中核として「区地域ヘルスケアサービス管理センター」(District Management Center of Community Healthcare)が設置されている。サービス提供体制については、「地域ヘルスケアセンター」(Community Healthcare Center)と「地域ヘルスケアステーション」(Community Healthcare Station)が担っており、市街地の住民は15分圏内、郊外平原地域は20分圏内、山域は30分圏内のアクセスを目標に設置されている。2018年末時点で前者は336ヶ所、後者は1,586ヶ所設置されており、市内計1,922ヶ所でヘルスケアサービスの提供が行われている⁶⁷⁾。また、それに係る従事者は家庭

医の契約サービス、慢性疾患の管理サービス及び「家庭保健員」^{注5)}の養成に努めるものとされている⁶⁸⁾。特徴としては、ヘルスリテラシーの向上、健康活動への参加、健康向上の環境整備、健康寿命の延伸を目的に、基礎医療と公衆衛生を融合させた家庭医制度を医療・保健事業の中核に据え、地域のヘルスケア機関の整備を進めている点が挙げられる。

家庭医の契約に際しては、サービス提供主体である地域ヘルスケアセンターまたは地域ヘルスケアステーションと世帯代表者間の契約を基本とし、家庭医チームによるチームアプローチにより、世帯員それぞれ個別にサービス内容を決めるものとなっている。サービス内容は、基本医療、公衆衛生、健康管理の三つに大別されている。基本医療には、診療予約、診療前の情報収集、トリアージ、診療などが含まれている。公衆衛生については、中央政府関係機関の指示のもと実施される。健康管理には、地域における健康ニーズの収集及び課題の類型化、健康評価及び管理指導、健康相談及び自己管理のための教育指導、課題類型別取り組みが含まれている。2019年5月時点における家庭医数は6,387名、チームは約4,100あり、累計約740万人の市民が契約している。うち65歳以上の高齢者は約175.4万人である。2018年の訪問診療・処置数は約13.8万回となっており、内容は主に静脈採血、筋肉注射、経管栄養、尿道カテーテルの交換などである⁶⁹⁾。

地域ヘルスケアセンターの施設や人員配置に関しては、観察用ベッド5床を設置し、療養及びリハビリ用ベッドは地域の実情に応じ50床まで増設可能となっている。人員配置に関しては、総合医(General Practitioner)と中国医学専門の医師計6名、看護師9名、5床増える毎に医師と看護師各1名の増員が必要で

注5:「家庭保健員」とは、慢性疾患予防の知識や技術を持ち、世帯単位で実効性あるものとするため、家庭への健康教育や生活指導を実施する者とされる。そして、医師と患者間や、地域のヘルスケアサービス機関と地域住民間の橋渡し役とされる。

ある。総合医が、必要に応じ専門医につなげる連携の役割や、一般診療だけでなく地域住民の保健予防の役割も担っている点が特徴と言える。日本における保健師の役割を総合医が担っており、地域在宅ケア体制の中核として機能を発揮することが期待されている。地域ヘルスケアステーションについては、観察用ベッドが1床のみで、総合医及び中国医学の医師計2名以上、医師1名につき看護師1名の配置が定められている⁷⁰⁾。地域ヘルスケアセンター及びステーションの概況について、以下の表3-3に示す。

表 3-3 地域ヘルスケアサービス機関の設置基準及び人員配置

地域医療・保健サービス機関		地域ヘルスケアセンター	地域ヘルスケアステーション
診療科・部門		① 臨床(総合診療室, 中国医学診療室, リハビリ治療室, 救命救急室, 診察前検査・トリアージ室) ② 予防・保健(予防接種室, 児童保健室, 婦人保健室, 計画生育指導室, 健康指導室) ③ 検査・その他(検査室, 超音波検査室, 心電図室, 薬局, 治療室, 処置室, 監察室, 健康情報管理室, 消毒室)	総合診療室・治療室, 処置室, 予防・保健室, 健康情報管理室.
設備	観察用ベッド	5床	1床
	療養及びリハビリ用ベッド	地域の実情に応じて50床まで増設可能.	なし
人員配置	医師	総合医と中国医学専門の医師を最低6名配置。うち1名は準上級以上の医師, 1名は中級以上の中国医学専門の医師, 1名は公衆衛生の医師。なお, 5床増える毎に医師と看護師各1名の増員が必要.	総合医と中国医学の医師を最低2名配置。うち1名は中級以上の医師, 1名は中国医学専門の医師.
	看護師	9名配置, うち1名は中級以上.	医師1名につき1名.

出典：北京市社区卫生サービスのホームページを基に作成。

次に、介護サービスの管理体制においても、「三辺四級ケアシステム」が基盤とされる。市の老齢工作委員会^{注6)}が市内全域の高齢者事業を指揮・監督しており、各区に介護サービス指導センターが設置される計画である。なお、2019年5月時点では全16区のうち9区に設置されている。提供体制については、同時点で「街道・郷鎮」の地域高齢者介護センター(Community-Based Elderly Care Center, 以下介護センター)が192ヶ所、「社区」(Community)の地域高齢者介護ステーション(Community-Based Elderly Care Station, 以下介護ステーション)は680ヶ所設置されている⁷¹⁾。介護ステーションについては、半径1kmをサービス圏として設置されている。この点、過度な競争が生じにくいことが考えられ、日本と大きな違いと言える。こういった提供体制の構築により、在宅高齢者のニーズを地域で充足させ、地域の社会資源を最大限活用することで、生活介護・付き添い・看護・心理的サポート・地域交流などのサービス提供はもとより、身近な総合窓口としても機能することが期待されている。使用される建物は政府からの無償提供で、運営資金面でも優遇措置が講じられている。介護ステーションの機能は以下の4つに大別される。

- ① 利用者の休憩や食事などの生活支援。
- ② 医務・心理カウンセリング・保健・リハビリなどの専門サービス。
- ③ 図書閲覧室・書画室・ジムなどのアクティビティ。
- ④ 厨房・洗濯・当直室などのサービス提供体制。

人員配置は、管理者、ソーシャルワーカー、医療サービス提供者、事務員、財務担当者各1名、介護職員は高齢者6名に対し1名配置され、介護職員以外は兼務可能となっている⁷²⁾。なお、介護センター及び介護ステーションは前述の地

注6：老齢工作委員会は、中央政府や地方政府などに設置されており、各行政範囲において高齢者分野の業務を調整・取りまとめる役割を担っている機関である。なお、中国語の「工作」は、日本語では業務や仕事などと訳される。

域ヘルスケアセンター及びヘルスステーションと連携することが法令上求められており、医療・保健と介護の連携体制が地域在宅ケアサービス提供の基盤として機能することが期待されている。

第7節 介護人材の育成強化に向けた取り組み

北京市は、2013年「介護サービス業発展の加速に関する意見」を発表し⁷³⁾、高齢者ケアの体制構築を急速に進めてきた。2017年には「介護人材の育成強化に関する意見」⁷⁴⁾及び「介護サービス市場の全面開放による介護サービス業の更なる発展に関する実施意見」⁷⁵⁾を発表し、民間セクターを活用した介護サービスの提供体制や、人材育成の強化を推し進めてきた。しかし、北京市における介護人材不足や介護サービスの質はなおも大きな課題として認識され、整備段階にある介護人材の育成体制が、介護サービス産業の発展の阻害要因となっているとの指摘がある⁷⁶⁾。

北京市にある大学や養成機関は、介護人材の育成において統一したカリキュラム基準を確立しておらず、高齢者のニーズに応じて策定された実践的なカリキュラムが不足しているとされる。そのため、研修の質は保障されず、更には各養成機関が独自にカリキュラムを作成するため、他の教育機関による承認や社会的認知度を向上させる上で課題を抱えており、キャリアアップのため進学し学びを深めることが困難であるとの指摘がある⁷⁷⁾。また、北京市の介護施設に関し2021年に報告された調査によると、農村地域からの出稼ぎ労働者が中心であるため流動性は高く、専門性や識字率が低い。そのため、高齢者とのコミュニケーションや情報技術などの活用が困難な状況にあり、特に専門的な介護技能が不足しているとの報告がある⁷⁸⁾。

上述の状況を背景に、2020年北京市民政局は、介護の職業化と専門化を強化し、介護サービスの質を向上させるため、介護人材の育成及び研修の実施方法に

ついでに通知を発表した⁷⁹⁾。当該通知では、就業手当の支給による介護人材の確保や人材育成による介護サービス体制の強化が目指されている。まず就業手当について、出生地が北京市の者や、市内の高校、専門学校、大学の新卒者または卒業後 1 年以内の者が対象とされる。そして、市内の介護事業所にフルタイムで入職した場合、就業手当が支給される。地元の者に介護分野で従事してもらうことで、介護人材の流動性を減らし、教育水準の高い者に積極的に従事してもらうことで、介護サービスの質の向上を図るものと考えられる。支給方法については、入職後 1 年経過した者に支給総額の 30%、2 年経過した者には 30%、そして 3 年経過した者に残りの 40%が支給される仕組みとなっている。また、社会保険に加入するフルタイムの介護職員には、その保有資格に応じて手当が支給される。なお、無資格者には、2 年間毎月約 5,100 円が支給されるものの、その間資格を取得しなかった場合は支給されなくなる仕組みである。北京市では、離職率の高い入職後 3 年間の介護職員に加え、介護資格を取得した者も支給対象としており、介護人材の確保と介護サービスの質の保障が並行して実施されていると考えられる。

支給方法については、介護職員の採用、離職、研修への参加や修了状況、資格の取得状況などの情報を「北京市社会福祉サービス管理プラットフォーム」に登録する。市はこの情報に基づき直接介護職員に手当を支給する仕組みとなっている。この点、日本においては資格手当支給の有無や水準が各施設による裁量となっている。一方、北京市においては、市により一本化が図られており、日本の対応とは異なると言える。最終学歴別就業手当支給額を表 3-4 に、資格等級別の支給額を表 3-5 に示す。

人材育成に関しては、市、区、介護事業所の各レベルにおいて介護職員の基礎研修が毎年実施されるものとされる。研修の実施は、区民政局から民間の養成校に委託され、養成校には研修修了者 1 人あたり 25,500 円の助成金が支給される。

なお、基礎研修は 45 時間以上、サービス能力の向上に関する研修は 30 時間実施するものとされている。

表 3-4 北京市における介護就業手当の最終学歴別支給額

最終学歴	高校	専門学校	大学
支給総額 (万円)	68	85	102

出典：北京市民政局等「北京市高齢者介護サービス人材養成の実施方法の発布について(2020)」を基に筆者作成。

表 3-5 北京市における介護資格手当の等級別支給額

資格	5 級 (初級)	4 級 (中級)	3 級 (上級)	2 級 (技師)	1 級 (上級技師)
月支給額 (円)	8,500	13,600	17,000	20,400	25,500

出典：北京市民政局等「北京市高齢者介護サービス人材養成の実施方法の発布について(2020)」を基に筆者作成。

第4章 介護技能自己評価とストレスとの関連に関する分析

本章では、北京市の高齢者介護施設職員に焦点を当て、介護技能に対する自己評価がストレスの予測因子として有効か検証する。これにより、介護技能自己評価と介護職員が抱える課題の1つであるストレスとの関連を明らかにする。

第1節 介護職とストレス

21世紀に入り北京市は、急速な人口高齢化を背景に高齢者介護サービス体制の構築を推し進めてきた。その体制構築の初期段階では、「9064」高齢者ケアモデルの4%にあたる施設サービスの基盤整備が進められ、介護ニーズの拡大を見込んだ民間の高齢者介護施設が続々と建設されてきた。しかし今日では、その施設サービスの整備状況とは裏腹に、サービス利用の伸び悩みが課題となっている⁸⁰⁾。この需給不均衡に関し、サービス供給側の要因として特に指摘されているのが介護人材の流動性や⁸¹⁾、介護サービスの質である⁸²⁾。

中国都市部における介護人材の多くは、地方からの出稼ぎ労働者である。そのため、人材の流動性の高さが大きな課題となっている。高い流動性により専門性の構築やチームアプローチに支障をきたす恐れがあり、介護サービスの質の低下が懸念される⁸³⁾。介護サービスの質の低下は、施設入居者の生活の質に影響することは言うまでもなく、介護サービスの質の保障が介護職にとっても大きな課題と言える。介護の知識や技術が不足することで、介護職は入居者のニーズに 대응することができず、同時に介護者自身にとっても働き甲斐の欠如に繋がりがかねない。さらに、地方裁判所にあたる北京市法院によると、介護施設におけるサービスの質の低さや職員の職務怠慢などにより、入居者における死傷が発生し、訴訟に発展するケース多発していることが報告されている⁸⁴⁾。介護事故が発生することで、介護職は入居者やその家族、医療機関などへの対応に追われ疲弊して

いるケースがある。すなわち、介護サービスの質の低下の問題が、間接的に介護職のストレス増大に繋がっていると考えられる。

ストレス反応はストレッサーによって生じたネガティブな感情を意味し⁸⁵⁾、鬱や不安感情、バーンアウトなどの状態が挙げられる⁸⁶⁾。理論的側面からは、二段階のプロセスとして定義されている。すなわち、心理的反応の原因となる事物に対して認知的判断を下す「一次的評価」によりストレッサーとして生起され、その度合いはストレッサーに対してどの程度対処可能かと言った「二次的評価」によって規定される⁸⁷⁾。

中国の先行研究では、介護職の心理的健康リスクは中国全体の基準を上回っており、調査対象の30%が鬱、40%が情緒不安定、45%がバーンアウトなどの心理的健康に問題を抱えていることが報告されている⁸⁸⁾。ストレッサーに影響を与える要因としては、労働負荷、労働と対価の不均衡、社会的地位の低さなどが指摘されている⁸⁹⁾。また、ソーシャルワーカーによる介入研究では、ストレスコーピングや介護技能に関する教育・研修が、ストレスの低減に有効であるとの報告がある⁹⁰⁾。

日本においては1980年代以降から研究が行われ、多くの成果が蓄積されている。ストレスは対人援助職に多く見られ⁹¹⁾、バーンアウトの要因の一つとなり、離職につながる事が指摘されている⁹²⁾。また、要因としては、ケアの適切性や安全性についての不安⁹³⁾、提供サービスの困難さなどが指摘されており⁹⁴⁾、現場でのソーシャルスキルの獲得が解決能力を向上させ、ストレス低減に繋がると考えられる⁹⁵⁾。

欧米諸国の先行研究においてもストレス反応に対する介護技能の効果が報告されており、認知症患者へのケアに係る知識を向上させることで、介護職のストレスが低減され⁹⁶⁾、介護技能の向上が離職防止に有効であるとの報告がある⁹⁷⁾。そして、体系的な教育・研修、適切な介護過程のマニュアル化及びそれに対する

適切な評価が提唱されている⁹⁸⁾。

このように介護職のストレス低減の重要性及びそれに対する介護技能の有効性は広く評価されている。しかし、介護技能の影響についての実証的な検討は今後の研究課題となっている。そこで本研究では、介護技能に対する自己評価がストレスへの二次的評価を規定するといった仮説に立ち検証を行う。これにより介護技能に対する認知的評価がどの程度ストレスを対処可能なものと規定しているのかを明らかにし、現場において実装可能な知見が得られることが期待される。

第2節 研究目的

本研究では、北京市の民営高齢者介護施設に従事する介護職員の介護技能自己評価が、ストレスの予測因子となりうるか検証する。

第3節 研究方法

(1) 分析対象

本研究では、北京大学社会学系の調査チームが2019年11月から12月に、北京市の高齢者介護施設職員を対象に実施したデータを用いた。分析には、ベッド数100から299床の中規模高齢者介護施設で働く介護職員、計132名(有効回答率41.8%)のデータを用いた。

(2) 使用した変数

分析には、①基本属性や就業状況などの基本情報(21項目)、②ストレスに関する項目(20項目)、③介護技能自己評価に関する項目(25項目)を用いた。

ストレスは5件法で評定され、「ない」「まれにある」「時々ある」「しばしばある」「いつもある」の0から4点で得点化される。介護技能自己評価に関し

でも5件法で、「とてもよくない」「よくない」「どちらとも言えない」「よい」「とてもよい」で評定され、0から4点で得点化される。

(3) 分析方法

まず、①ストレスサー及び介護技能自己評価の尺度について、それぞれ因子分析を行った。②因子分析の結果に基づき、ストレスサー因子への影響要因を検討するため回帰分析を行った。③最後に、因子妥当性の検証を測定モデルで行い、潜在変数を含む変数間の関連を検討するため、共分散構造分析を実施した。欠損値の処理については、LittleのMCAR(Missing Completely At Random)検定の結果に基づき、介護職132名のデータのうちストレスサー及び介護技能自己評価各尺度の欠損値が50%に達する10ケースをリストワイズ除去法により処理し、残りの122名のデータはペアワイズ除去法を用いた。また、共分散構造分析においては、多重代入法を採用し、擬似データ10セットを作成した上で解析を行った。解析ソフトには、SPSS 26.0及びSPSS Amos 26.0(いずれもIBM社製)を用いた。

(4) 倫理的配慮

調査当時、筆者の所属先であった北京大学社会学系に倫理審査を受ける仕組みが設けられていなかった。そのため、複数の専門家により調査票を確認し、倫理基準を遵守した上で調査が実施された。また、本調査データの利用については、早稲田大学「人を対象とする研究に関する審査委員会」の承認を得て実施された(承認番号:2020-HN033)。

第4節 分析結果

(1) 基本情報

基本情報を表 4-1, 就業状況を表 4-2 に示す. 女性の割合が 84% と高く, 平均年齢は 47.8 歳となっている. また, 戸籍の種類は農業戸籍者が 88%, 戸籍地に至っては北京以外が 95.1% となっており, 北京市以外且つ農村地域から来る中年女性が中心となっていることが伺える. 2021 年に報告された北京市の介護施設に関する調査によると, 介護職員の年齢は 40 歳から 50 歳の地方出身の女性が中心とされ⁹⁹⁾, 基本属性における傾向は本研究とある程度一致するものと考えられる. 身体的健康に関しては, 40.2% が「あまり健康でない」と回答し, 腰痛に関しては, 「あり」と回答したものが 42.7% を占め, 身体的な健康状態も大きな課題と言える.

表 4-1 分析対象の基本属性

		全 体	
		n(%)	
性 別	女 性	84	(84.0)
	男 性	16	(16.0)
年 齢	mean±SD(n)	47.8	±6.1 (120)
戸籍の種類	都 市	25	(22.1)
	農 業	88	(77.9)
戸籍地	北 京	6	(4.9)
	北京以外	116	(95.1)
教育年数	mean±SD(n)	9.2	±2.9 (121)
民 族	漢民族	112	(94.9)
	少数民族	6	(5.1)
婚姻状況	未 婚	2	(4.3)
	配偶者あり	104	(86.3)
	離死別	11	(9.4)
子供の有無	あ り	117	(95.9)
	な し	5	(4.1)
子供の数	mean±SD(n)	1.7	±0.7 (116)
父母の健在状況	共に健在	46	(38.3)
	一方が健在	37	(30.8)
	共に不在	37	(30.8)
身体的健康状態	あまり健康でない	49	(40.2)
	どちらとも言えない	43	(35.2)
	比較的健康的である	30	(24.6)
腰痛の有無	あ り	50	(42.7)
	な し	67	(57.3)

※ 各項目の n と%は欠損値を除いた値.

※ mean : 平均値, SD : 標準偏差.

表 4-2 分析対象の就業状況

		全 体	
		n (%)	
就業形態	専業	105	(86.1)
	兼業	7	(5.7)
1週間当たりの労働日数	mean±SD (n)	6.1	±0.5 (115)
1日当たりの労働時間	mean±SD (n)	11.0	±1.3 (98)
研修経験の有無	あり	105	(86.1)
	なし	10	(8.2)
資格の有無及び種別	初級養老護理員	58	(47.5)
	中級養老護理員	23	(18.9)
	上級養老護理員	6	(4.9)
	看護師	1	(0.8)
	その他	5	(4.1)
	なし	15	(12.3)
現施設での就業年数	mean±SD (n)	2.4	±1.8 (110)
仕事の満足度	とても満足	26	(21.3)
	満足	61	(50.0)
	普通	20	(16.4)
	あまり満足でない	4	(3.3)
	満足でない	2	(1.6)
	先月の給与水準	mean±SD (n)	7.1
適切な給与水準	mean±SD (n)	10.3	±2.7 (115)

※ 各 n と % は欠損値を除いた値.

※ 給与水準は中国人民元 1 元あたり 17 円換算とし, 日本円(万単位)で表記.

※ mean : 平均値, SD : 標準偏差.

(2) 介護技能自己評価の因子分析結果

介護技能自己評価各項目の基本統計量及び最終的な因子分析結果を表 4-3 に示す. 固有値の変化と因子の解釈可能性を考慮し, 3 因子構造を採用した. また, 十分な因子負荷量を示さなかった 3 項目を分析から除外し, 残りの 22 項目について主因子法・Promax 回転による因子分析を行った. 累積寄与率は 62.9% であ

った。

第1因子は8項目で構成され、医療的ケアや個別理解に基づいた判断が必要とされる技能の項目が高い負荷量を示していた。そこで「専門的スキル」と命名した。第2因子は9項目で構成され、広く一般に必要とされる介護技能を表す項目が高い負荷量を示していたため、「基本的スキル」と命名した。第3因子は5項目で構成され、介護事故のリスク低減に関連する項目が高い負荷量を示していた。そこで「予防的スキル」と命名した。

因子間の相関について見ると、3因子間で一定の正の相関が見られた。また、各因子の因子負荷量0.35以上を示した項目について内的整合性を検討するため、Cronbach α 係数を算出した。その結果、いずれも0.7以上を示した。また、各因子の平均値を算出することにより、因子別の得点とした。算出結果を表4-3に示す。

表 4-3 介護技能自己評価の基本統計量及び因子分析結果

	基本統計量 mean±SD(n)	I	II	III
専門的技能($\alpha=0.92$)				
1. 終末期ケアを理解し、適切なサービス提供ができる	3.1 ±0.7 (121)	1.00	-.09	-.19
2. バイタルサインの意味を理解し、適切な判断ができる	3.2 ±0.8 (122)	.80	.03	-.06
3. 入居者の特徴を理解し、個別にサービス提供ができる	3.1 ±0.8 (117)	.70	-.25	.23
4. 入居者の残存機能を把握した上で、適切に機能を活用させることができる	3.3 ±0.7 (122)	.66	-.06	.23
5. 認知症を理解し、適切なサービス提供ができる	3.3 ±0.7 (118)	.60	.22	-.01
6. 入居者の心身の変化を観察することができる	3.3 ±0.7 (120)	.58	.09	.22
7. 感染予防の基本知識に基づき適切な対応ができる	3.3 ±0.7 (122)	.38	.26	.26
8. 入居者の話に傾聴し、意思を尊重したサービスが提供できる	3.3 ±0.7 (121)	.37	.34	-.05
基本的技能($\alpha=.91$)				
9. 入居者の障害に応じた着脱介助ができる	3.5 ±0.7 (116)	-.17	.91	.11
10. 入居者の気持ちに寄り添ったサービスが提供できる	3.4 ±0.7 (120)	.30	.79	-.31
11. 入居者の口腔衛生維持ができる	3.5 ±0.6 (120)	-.05	.75	.11
12. レクリエーションができる	3.3 ±0.8 (122)	.28	.66	-.13
13. 腰痛予防を意識してサービス提供ができる	3.1 ±0.8 (116)	-.31	.60	.21
14. 視聴覚障害のある入居者と上手くコミュニケーションがとれる	3.2 ±0.8 (120)	-.01	.59	.05
15. チームアプローチの意義を理解し、協力してサービスが提供できる	3.3 ±0.7 (119)	.07	.48	.23
16. 移動介助の際、適切に福祉用具が使える	3.3 ±0.7 (118)	.23	.48	.13
17. 移動介助ができる	3.4 ±0.6 (122)	.19	.41	.15
予防的技能($\alpha=.88$)				
18. 入浴介助に際し、事故発生予防のための適切な準備ができる	3.2 ±0.8 (122)	-.11	.07	.83
19. 転倒事故の発生予防を意識して、入居者の室内外の移動介助ができる	3.2 ±0.8 (117)	.11	.01	.65
20. 入居者の失禁を適切に処理できる	3.3 ±0.7 (117)	-.01	.37	.50
21. 入居者の禁止飲食物を把握した上で、食事提供ができる	3.4 ±0.7 (121)	.42	.03	.43
22. 入居者の嚥下障害の状況に基づき、食事介助ができる	3.3 ±0.7 (122)	.41	.03	.43
※ mean : 平均値, SD : 標準偏差.	因子間相関	I	.70	.64
		II		.64

(3) ストレッサーの因子分析結果

ストレッサー項目の基本統計量及び最終的な因子分析結果を表 4-4 に示す。

固有値の変化と因子の解釈可能性を考慮し、3 因子構造を採用した。また、十分な因子負荷量を示さなかった 6 項目を分析から除外し、残りの 14 項目について

主因子法・Promax 回転による因子分析を行った。なお、累積寄与率は 58%であった。

第 1 因子は 5 項目で構成され、業務過程や提供サービスに対する不安を表す項目が高い負荷量を示していた。そこで、「技能不安」と命名した。第 2 因子は 6 項目で構成され、労働条件への不満や業務過多に起因する項目が高い負荷量を示していたため、「業務負担」と命名した。第 3 因子は 3 項目で構成され、入居者やその家族も含めた人達の介護サービスに対する理解不足を表す項目が高い負荷量を示していた。そこで、「周囲の理解不足」と命名した。

因子間の相関については、3 因子間で一定の正の相関が見られた。また、各因子の因子負荷量 0.35 以上を示した項目について内的整合性を検討するため、Cronbach α 係数を算出した。「周囲の理解不足」の α 係数は 0.65 と、0.7 以下であったが重要な因子であると考え残した。また、各因子の平均値を算出することにより、因子別の得点とした。算出結果を表 4-4 に示す。

表 4-4 ストレッサーの基本統計量及び因子分析結果

	基本統計量		因子負荷量		
	mean	± SD (n)	I	II	III
技能不安 ($\alpha = .81$)					
	1.2	± 0.7			
1. 業務に際し、正確な判断をすることが難しいと感じる	1.0	± 0.8 (116)	.78	.06	-.11
2. 入居者に適切な介護サービスが提供できるか不安である	1.1	± 1.0 (119)	.72	.00	.02
3. 業務内容に関し、指導が不十分だと感じる	1.1	± 0.9 (120)	.68	.26	-.16
4. 認知症入居者とコミュニケーションをとることが困難である	1.3	± 1.0 (119)	.60	-.30	.32
5. 入居者間で発生した揉め事を解決するのが困難である	1.3	± 0.8 (121)	.60	-.02	.23
業務負担 ($\alpha = .78$)					
	1.3	± 0.8			
6. 現在の就業時間に不満を感じる	1.2	± 1.2 (114)	-.11	.81	-.04
7. 仕事量が比較的多く、身体的負担が重いと感じる	1.3	± 1.1 (116)	.05	.63	.12
8. 仕事の時間以外、自分の時間はほとんどない	1.3	± 1.2 (121)	-.09	.57	.20
9. 自分が病気や怪我をするのではないかと心配である	1.5	± 1.2 (119)	.06	.52	.23
10. 就業施設の介護職員は不足している	1.8	± 1.2 (116)	.09	.48	-.14
11. 入居者の性格や行動に適応できないと感じる	1.0	± 0.9 (116)	.34	.40	-.06
周囲の理解不足 ($\alpha = .65$)					
	1.3	± 0.7			
12. 入居者家族の介護サービスへの理解やサポートは不十分だと思う	1.6	± 0.9 (120)	-.06	-.06	.94
13. 自分では良いと思い行ったことが入居者に理解されないと感じる	1.6	± 0.9 (117)	-.01	.25	.49
14. 自分の家族や友人は介護サービスへの理解がないと感じる	0.9	± 0.9 (120)	.20	.13	.36
※ mean : 平均値, SD : 標準偏差.			因子間相関 I		
				.53	.41
			II		
					.26

(4) ストレッサーに与える影響要因に関する分析結果

ストレッサー各因子への影響要因を検討するため回帰分析を行った。まず、ストレッサーの各因子を目的変数とした単回帰分析を行った結果、有意確率が0.1以下であった変数を以下に示す。「技能不安」を目的変数とした分析では、主観的健康観、先月の給与水準及び3つ全ての介護技能自己評価因子であった。「業務負担」に関しては、就業形態(専業=1)、仕事満足度、希望の給与水準と実際的水準との差においては有意であった。しかし、介護技能自己評価のどの因子とも有意な結果は見られなかった。「周囲の理解不足」においては、教育年数、子

供の有無(あり=1), 腰痛の有無(あり=1), 希望の給与水準, 希望の給与水準と実際の水準との差及び介護技能自己評価全ての因子であった。

次に, 上述の分析結果に基づき重回帰分析を行った。なお, 有意水準の補正については, Bonferroni 法を採用した。結果を表 4-5 に示す。まず, 「技能不安」を目的変数とした分析では, 標準化偏回帰係数の高い順に, 「予防的技能」, 身体的健康状態, 先月の給与水準であった。「業務負担」に関しては, 就業形態(専業=1)と仕事満足度であった。最後に「周囲の理解不足」においては, 「予防的技能」, 希望の給与水準, 腰痛の有無(あり=1)であった。

表 4-5 ストレッサーに与える影響要因に関する重回帰分析結果

目的変数	説明変数	B	SE B	β		R ²	調整済み R ²
技能不安	予防的技能	-.45	.10	-.41	**	.27	.24
	先月の給与水準	.27	.10	.26	*		
	身体的健康状態	.20	.08	.24	*		
業務負担	専業=1 †	.66	.05	.37	**	.13	.13
	仕事への満足度	.12	.02	.15	**		
周囲の理解不足	予防的技能	-.44	.10	-.37	**	.27	.25
	希望の給与水準	.27	.08	.30	**		
	腰痛あり=1 †	-.37	.13	-.25	*		

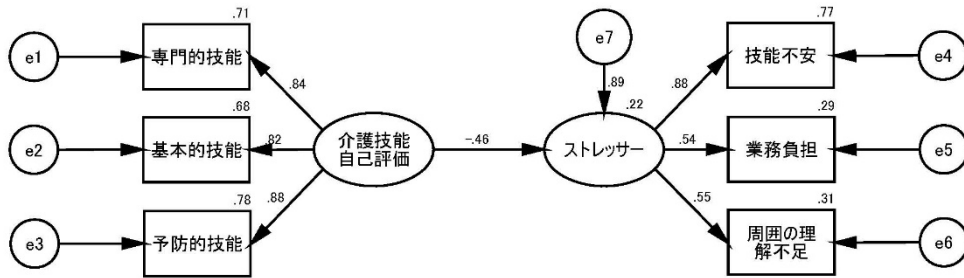
※ B : 偏回帰係数, SE B : 偏回帰係数の標準誤差, β : 標準偏回帰係数, R² : 決定係数.

※ † : ダミー変数, * : $p < .025$, ** : $p < .005$.

(5) 介護技能自己評価とストレッサーとの関連に関する検討

介護技能自己評価とストレッサーとの関連について, 潜在変数を含む因子妥当性の検証を測定モデルで行った。まず, 介護技能自己評価の 3 因子全てがストレッサー因子全てに影響することを仮定したモデルの構築を試みた。その結果, 適合度は図 4-1 で示す通りとなり, モデルを再検討する必要があると考えられた。そこで, 探索的モデル特定化を用い, ストレッサー因子の「業務負担」

因子を除外した上で再度分析を行なった。その結果、AIC は 53, 319 へと低下し、GFI は 0.99 と 0.95 以上、RMSEA は 0.07 と 0.1 以下を示し、一定の適合度を示したと言える。最終的なモデルを図 4-2 に示す。

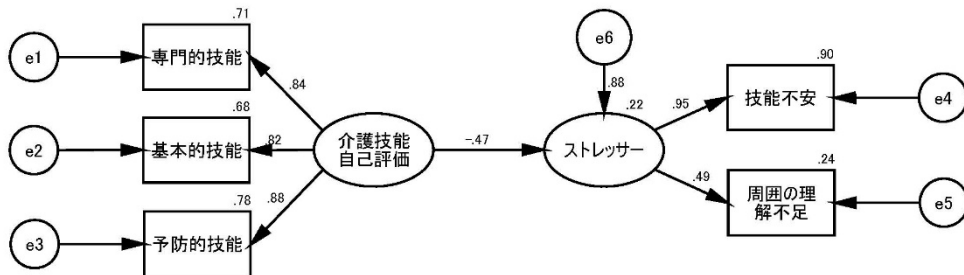


$\chi^2=201.455$, $df=8$, $p<.001$, $GFI=.952$, $AGFI=.873$

$RMSEA=.134$, $AIC=227.455$

係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 4-1 介護技能自己評価がストレスに与える影響に関する分析結果 1



$\chi^2=31.319$, $df=4$, $p<.001$, $GFI=.991$, $AGFI=.965$

$RMSEA=.071$, $AIC=53.319$

係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 4-2 介護技能自己評価がストレスに与える影響に関する分析結果 2

第5節 考察

本研究では、介護技能自己評価によって規定されるストレスナーへの二次的評価の効果を検証した。その結果、介護技能自己評価のなかでも「予防的技能」がストレスナーの「技能不安」及び「周囲の理解不足」に負の影響があることが明らかとなった。この結果から、介護事故のリスク低減に繋がる技能を向上させ、介護技能に対する自己評価を高めることが、ストレス反応を低減し、周囲の理解に対しての認知的評価を向上させると考えられる。

さらに、特筆すべき点は、所得と身体的健康状態の影響である。まず、所得に関しては、実際の給与水準が高いほど、技能不安を感じるということが分かった。これは、実際の給与水準と技能的水準との間でバランスを保つ働きがあると考えられる。つまり、給与水準に見合った技能が提供できるかについての認知的判断がストレスナーに対する評価として現れていることが推察される。そして、希望の給与水準が高いほど、周囲の理解不足を感じることは、希望の給与水準の実現が他者の決定に依存する場合、他者からの理解や評価が前提となるためであると考えられる。実際の給与水準が希望水準より低い場合、適切に評価されていないと感じ、介護業務や自身への理解不足との認識に至ることが考えられる。

次に、主観的健康観に関し、その自己評価が低いほど、技能不安を感じるということが分かった。これは、介護技能を発揮する上で身体的健康が資本であるためと考えられる。さらに、腰痛「あり」と回答した者は「なし」より周囲の理解不足を感じる傾向があることが分かった。これは、内部障害が社会生活上心理的ストレスを受けやすいのと同様に、腰痛が他者からは見えにくい症状であるためと考えられる。

以上の分析結果から、「所得」、「身体的健康状態」、そして「予防的技能」が介護職のストレスナーを規定する二次的評価の重要な要因になっていると考えられる。とりわけ、本題である「予防的技能」の向上により介護事故のリスクと介

介護職のストレス反応を低減し、ひいてはうつやバーンアウトを防止することが求められる。

研究の限界と今後の課題

先行研究では、介護職員のストレスナーへの様々な影響要因が検討されてきた。本研究では、介護技能自己評価の視点からストレスナーに与える影響をはじめて明らかにした。介護技能の評価方法については、一定の基準に基づいたものや他者による客観的評価と自己評価がある。本研究では、介護技能を主観的な評価に留めている点は否めない。介護職の大きな課題の一つである処遇改善との関連を検討するには、要介護度や日常生活自立度、褥創の重症度、転倒が発生した件数、身体拘束を行った件数など、日本の介護施設で導入されているアウトカム指標に基づいた介護技能評価の確立が求められると考えられる。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

第5章 介護技能自己評価とバーンアウトとの関連に関する分析

前章では、介護技能自己評価のストレスに対する二次的評価について検証を行った。その結果、予防的スキルが技能不安や周囲の理解不足からくるストレスを低減することが示唆された。本章では、ストレスのなかでも、対人援助職において大きな課題の1つとして指摘されているバーンアウトについて、焦点を当てて検証を行う。

第1節 介護職とバーンアウト

介護サービスの質は、要介護高齢者、とりわけ施設入居者の生活の質に大きく影響すると言える。さらには、不適切な介護を行うことで、介護事故の発生に繋がる恐れがある。介護職にとっても、入居者やその家族、そして病院など関連機関への対応に追われ疲弊しているケースがある。そのため、介護の知識や技術は入居者やその家族はもとより、介護職への影響も大きく、ストレスの増大、ひいてはバーンアウトに繋がっていることが推察される。

2019年に世界保健機関によって発表された『疾病及び関連保健問題の国際統計分類第11改訂版』(The 11th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 以下ICD-11)によると¹⁰⁰⁾、バーンアウトは、職務上の現象に含まれ、慢性的な職業性ストレスに起因するものとして概念化された症候群と定義されている。また、同分類において以下の3つの次元によって特徴付けられている。①エネルギーの枯渇または消耗感、②仕事からの心理的距離の拡大、または仕事に関連する否定的ないし懐疑的な感情、③職業的効力感の低下である。本研究におけるバーンアウトの定義は、ICD-11の定義に準拠するものとする。

バーンアウトは感情労働と密接に関連し¹⁰¹⁾、中国における介護職の心理的健

康リスクは基準を上回り、調査対象の45%がバーンアウトのリスクを抱えているとの報告がある¹⁰²⁾。さらに、年齢、学歴、身体的健康状態以外に、バーンアウトが離職意向に影響することが指摘されている¹⁰³⁾。対人援助職のバーンアウトに関する先行研究では、過重労働、コミュニケーション不足、職員間の人間関係などがバーンアウトの要因として挙げられ¹⁰⁴⁾、利用者への誤った対応に繋がる¹⁰⁵⁻¹⁰⁶⁾。さらに、低収入、職業性ストレス、バーンアウトが、高齢者への虐待行為を咎めずにやり過ごす行為と関連していることが指摘されている¹⁰⁷⁾。そのため、高齢者への誤った対応が隠れた問題として想定される¹⁰⁸⁾。介護職にとっては、欠勤や離職、さらには鬱や自殺念慮に繋がり¹⁰⁹⁾、バーンアウトが人材定着の妨害要因であるとの報告もある¹¹⁰⁾。

対策としては、高齢者ケアの研修受講者は情緒的消耗感を抱えるリスクが低く、医療的知識の高いものは脱人格化のリスクが大幅に低減され、さらには介護知識の多い職員の自己達成感は高くなる傾向にあるとの報告がある¹¹¹⁾。したがって、介護に関する教育・訓練がバーンアウトの低減に有効であると言える。また、体系的な教育、適切な介護過程のマニュアル化及びそれに対する適切な評価が提唱されている¹¹²⁾。そして、介護技術が離職防止に有効であり¹¹³⁾、人材不足を緩和するためには介護技能を向上させることが必要と言える。

介護の知識や技術は、高齢者の命を守り、生きる力を強め、生活の質を高めると考えられる¹¹⁴⁾。また、介護職や施設にとっても重要であることは言うまでもない。質の高いサービスを提供するためには、介護職が尊厳の保持や自立支援に資するケアとなっているかを評価し、サービスの向上に繋げる必要がある¹¹⁵⁾。

しかし、客観的な評価に関する研究では、評価する側が評価項目の内容を対象者の評価に十分に結びつけられないため、双方に評価項目に関する一貫した教育・研修が必要であるとの報告がある¹¹⁶⁾。また、主観的な自己評価に関しては、インフォーマルな介護者の介護自己評価とソーシャルサービスとの関連を調査した

研究がある¹¹⁷⁾。いずれの介護技能評価においても関連する研究は少ないと言える。したがって、介護技能の自己評価とバーンアウトとの関連に関する研究は今後の課題と言える。

第2節 研究目的

本研究では、介護技能の自己評価がバーンアウトに対し負の予測効果があるといった仮説に立ち検証を行う。これにより、自己評価の容易さから、バーンアウトの前兆を早期に発見し対処可能なものとし、バーンアウトの低減策として実効性あるものとするエビデンスが得られることが期待される。

第3節 研究方法

(1) 分析対象

前章で使用した北京市の民営高齢者介護施設で直接介護サービスを提供する介護職員 132 名(有効回答率 41.8%)のデータを用いた。

(2) 使用した変数

分析には、①基本属性や就業状況などの基本情報(21 項目)、②バーンアウト尺度(15 項目)、③介護技能自己評価に関する項目(25 項目)を用いた。基本状況及び就業状況は、表 4-1 及び表 4-2 に示す。

バーンアウト尺度は、15 項目で構成される中国語修正版 MBI-GS(Maslach Burnout Inventory-General Survey)である¹¹⁸⁾。回答は、「ない」「まれにある」「時々ある」「しばしばある」「いつもある」の 5 件法で評定され、それぞれ 0 から 4 点で得点化されている。

(3) 分析方法

バーンアウトに与える影響要因を検討するため、相関分析及び回帰分析を行った。回帰分析では、バーンアウトの因子別得点をそれぞれ目的変数とし、基本属性及び就業状況の各項目及び介護技能自己評価の因子別の得点を説明変数として単回帰分析を行った。その結果、有意確率が 0.1 以下であった変数を投入し重回帰分析を実施した。最後に、因子妥当性の検証を測定モデルで行い、潜在変数を含む因果モデルを構築するため共分散構造分析を行った。

欠損値の処理に関しては、前章同様 Little の MCAR (Missing Completely At Random) 検定の結果に基づき、介護職 132 名のデータのうち各説明変数及びバーンアウトと介護技能自己評価尺度の欠損値が 50% に達する 10 ケースをリストワイズ除去法により処理し、残りの 122 名のデータはペアワイズ除去法を基本に分析を実施した。また、共分散構造分析においては多重代入法を採用し、擬似データを 10 セット作成し解析を行った。解析ソフトには SPSS 27.0 及び SPSS Amos 27.0 (いずれも IBM 社製) を用いた。

(4) 倫理的配慮

調査当時、筆者の所属先であった北京大学社会学系に倫理審査を受ける仕組みが設けられていなかった。そのため、複数の専門家により調査票を確認し、倫理基準を遵守した上で調査が実施された。また、本調査データの利用については、早稲田大学「人を対象とする研究に関する審査委員会」の承認を得て実施された (承認番号：2020-HN033)。

第 4 節 分析結果

(1) バーンアウトの因子分析結果

因子分析を実施した結果、十分な因子負荷量を示さなかった施設への貢献度

に関する 1 項目を分析から除外し、14 項目を採用した。なお、累積寄与率は 63.2%であった。

因子間相関について、第 1 因子「個人的達成感」と第 2 因子「情緒的消耗感」との相関係数は 0 に近い値を示しており、第 1 因子と第 3 因子「シニシズム」(Cynicism)とは負の相関であった。また、第 2 因子と第 3 因子では正の相関が見られた。因子負荷量 0.35 以上を示した項目について因子別に内的整合性を検討するため、Cronbach α 係数を算出した。その結果、「個人的達成感」0.87、「情緒的消耗感」0.83、「シニシズム」0.78 といずれも 0.7 以上の値を示した。また、各因子に高い負荷量を示した項目の平均値を算出することにより、因子別の得点とした。なお、「個人的達成感」については逆転項目として処理し、「個人的達成感の低下」とした上で以後の分析に用いた。主因子法・Promax 回転による最終的な因子分析結果及び因子間相関を以下の表 5-1 に示す。なお、介護技能自己評価の因子分析結果は、表 4-3 に示す通りである。

表 5-1 バーンアウトの基本統計量及び因子分析結果

	基本統計量		因子負荷量			
	mean	±SD (n)	I	II	III	
個人的達成感 ($\alpha = .83$)						
1. 価値のある仕事を多く行ったと感じる	3.1	±0.9 (110)	.89	-.03	-.34	
2. 各業務を上手く完了させる自信がある	3.1	±0.9 (112)	.86	.03	-.24	
3. 業務が完了した時、非常にうれしく感じる	3.3	±0.9 (111)	.82	-.04	-.13	
4. 自分はこの仕事に向いていると思う	3.0	±1.2 (109)	.58	-.12	-.08	
5. 業務上発生した問題を上手く解決できる	2.9	±0.8 (112)	.52	.14	-.22	
情緒的消耗感 ($\alpha = .82$)						
6. 業務で心身共に疲弊している	1.1	±0.9 (122)	.01	.78	.25	
7. 一日の仕事が終わった後、ひどく疲労感を感じる	1.4	±1.0 (121)	-.10	.71	.39	
8. 仕事は本当に疲れることだと思う	0.9	±0.9 (118)	.08	.67	.04	
9. 仕事で精神的におかしくなると感じることもある	0.6	±0.8 (121)	-.07	.66	.44	
10. 一日の仕事の始まりになると疲労感を感じる	0.8	±0.8 (118)	-.08	.65	.36	
シニシズム ($\alpha = .77$)						
11. 自分の仕事に貢献しているか徐々に興味が薄れてきた	0.5	±0.8 (120)	-.14	.12	.76	
12. 自分の仕事の意義を疑問に感じることもある	0.5	±0.7 (122)	-.41	.27	.71	
13. この仕事を始めてから、介護への興味が徐々に薄れてきた	0.5	±0.8 (122)	-.05	.42	.67	
14. 仕事に対して以前ほど熱心でなくなった	0.4	±0.8 (122)	-.17	.39	.62	
※ mean : 平均値, SD : 標準偏差.			因子間相関	I	-.02	-.28
				II		.36

(2) 介護技能自己評価とバーンアウトとの相関分析結果

バーンアウトと介護技能自己評価の関連を検討するため相関分析を行った。その結果、介護技能自己評価の全ての因子と個人的達成感及びシニシズムとの間で有意な相関が見られた。一方、情緒的消耗感とは有意な相関は見られなかった。表 5-2 に分析結果を示す。

表 5-2 介護技能自己評価とバーンアウトとの相関分析結果

		介護技能自己評価		
		専門的技能	基本的技能	予防的技能
バーンアウト	個人的達成感	0.52 **	0.6 **	0.65 **
	情緒的消耗感	-0.02	-0.1	-0.12
	働きがい喪失感	-0.43 **	-0.45 **	-0.4 **

※ **: $p < .01$.

※ Spearman の相関係数(両側).

(3) バーンアウトに与える影響要因に関する分析結果

バーンアウトに与える影響要因を検討するため回帰分析を行った。まず、単回帰分析の結果、以下で示す変数の有意水準が 0.1 以下であった。「個人的達成感の低下」を目的変数とした分析では、教育年数、1 週間あたりの労働日数、現施設における就業年数、先月の給与水準、希望の給与水準、介護技能自己評価の 3 つ全ての因子であった。「情緒的消耗感」については、現施設における就業年数、1 週間あたりの労働日数、1 日あたりの労働時間、介護技能自己評価に関しては「予防的技能」のみであった。最後の「シニシズム」については、教育年数及び介護技能自己評価全ての因子で有意な結果であった。

次に、単回帰分析の結果に基づき、重回帰分析を行った。なお、有意水準の補正については、Bonferroni 法を採用した。結果を表 5-3 に示す。まず、「個人的達成感の低下」について、標準偏回帰係数の高い順に、「予防的技能」及び教育年数が統計的に有意であった。次に、「情緒的消耗感」については、1 週間あたりの労働日数と現施設での就業年数が有意であった。最後に「シニシズム」については、「個人的達成感の低下」と同様の結果が得られ「予防的技能」と教育年数であった。

表 5-3 バーンアウトに与える影響要因に関する重回帰分析結果

目的変数	説明変数	B	SE B	β	R ²	調整済み R ²
個人的達成感の低下	予防的スキル	-.63	.11	-.50 **	.32 **	.31
	教育年数	-.06	.02	-.23 *		
情緒的消耗感	1週間の労働日数	.26	.03	.23 **	.07 **	.07
	現施設での就業年数	.03	.01	.11 **		
シニジズム	予防的スキル	-.49	.08	-.51 **	.30 **	.29
	教育年数	.05	.02	.24 *		

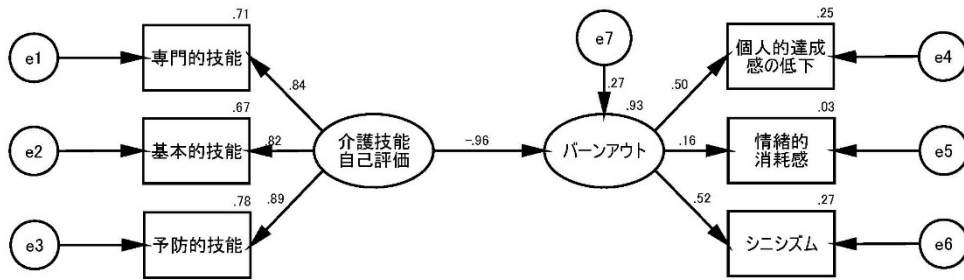
※ B: 偏回帰係数, SE B: 偏回帰係数の標準誤差, β : 標準偏回帰係数, R²: 決定係数.

※ *: $p < .025$, **: $p < .005$.

(4) 介護技能自己評価とバーンアウトとの関連に関する検討

介護技能自己評価とストレス要因との関連について、潜在変数を含む因子妥当性の検証を測定モデルで行った。まず、介護技能自己評価の3因子全てがストレス要因全てに影響することを仮定したモデルの構築を試みた。その結果、適合度指標は、図5-1で示す通りとなり、モデルの再検討が必要であると考えられた。そこで、探索的モデル特定化を用い、バーンアウト因子の「業務負担」を除外したうえで再度分析を行なった。その結果、AICは63.047へと低下し、GFIは0.98と0.95以上、RMSEAは0.08と0.1以下を示し、一定の適合度を示した。しかし、-1の値をとるパス係数があった。理論的には不適解ではないと考えられるが、多重共線性を再度確認した。その結果、VIF(variance inflation factor)はいずれも3未満であった。最終的なモデルを図5-2に示す。

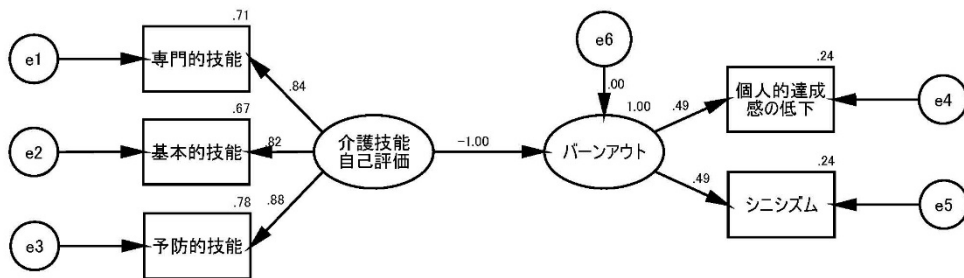
前章及び本章における結果を踏まえ、介護技能自己評価による影響を前提に、ストレス要因とバーンアウトとの関連を検討した。その結果、三者間のモデル構築には至らなかった。分析結果を図5-3～5-8に示す。



$\chi^2=315.860$, $df=8$, $p<.001$, $GFI=.932$, $AGFI=.823$,
 $RMSEA=.169$, $AIC=341.86$

係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

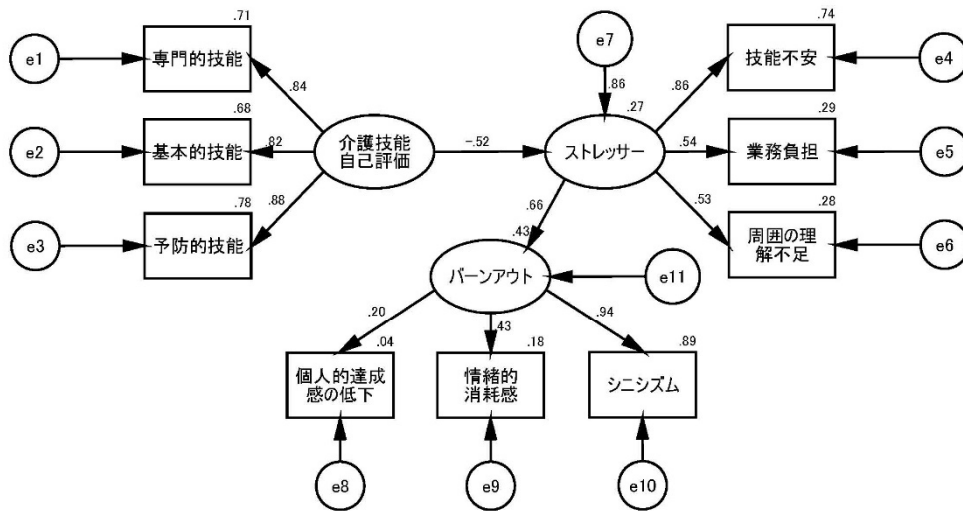
図 5-1 介護技能自己評価がバーンアウトに与える影響に関する分析結果 1



$\chi^2=41.047$, $df=4$, $p<.001$, $GFI=.988$, $AGFI=.954$,
 $RMSEA=.083$, $AIC=63.047$

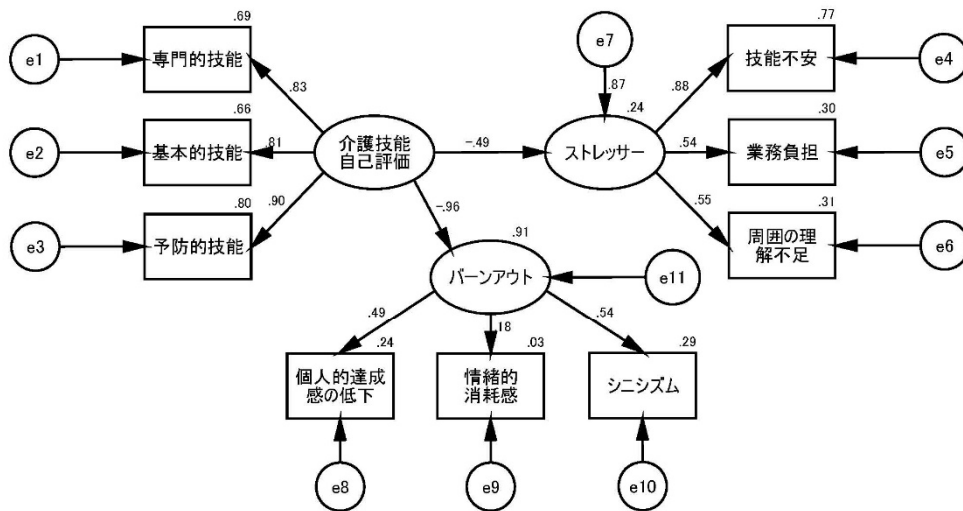
係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 5-2 介護技能自己評価がバーンアウトに与える影響に関する分析結果 2



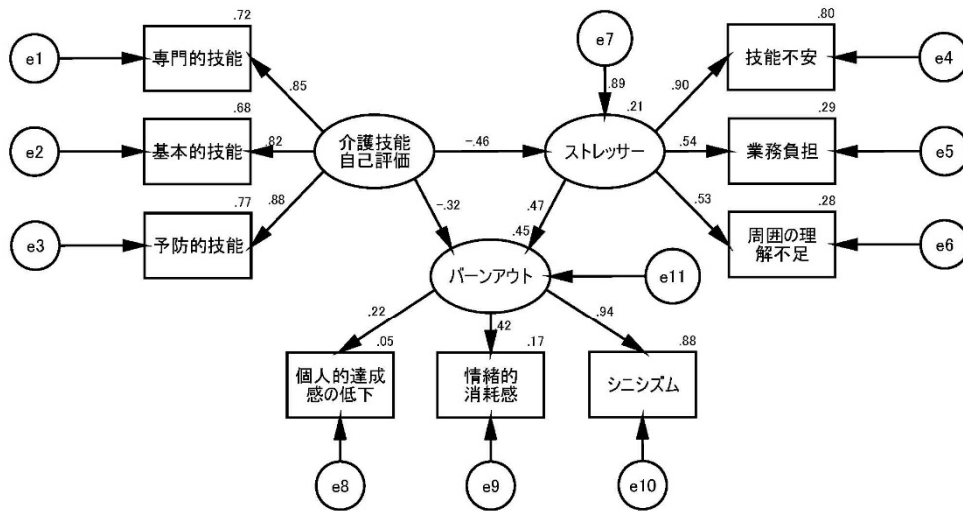
$\chi^2=1430.328$, $df=25$, $p<.001$, $GFI=.814$, $AGFI=.666$,
 RMSEA=.205, $AIC=1470.328$
 係数はすべて標準化推定値であり, 1%水準で有意である.

図 5-3 介護技能自己評価, ストレッサー, バーンアウトの関連に関する分析結果 1



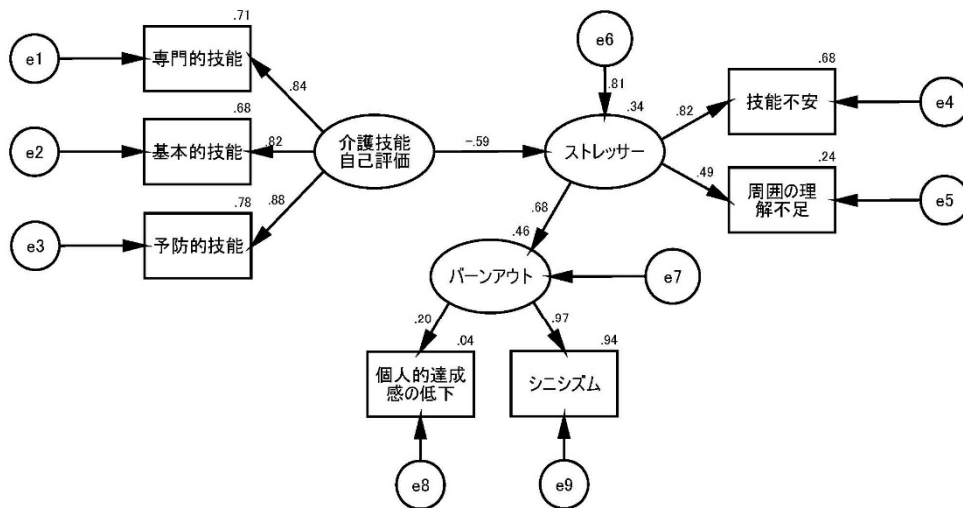
$\chi^2=1253.802$, $df=24$, $p<.001$, $GFI=.833$, $AGFI=.687$,
 RMSEA=.195, $AIC=1295.802$
 係数はすべて標準化推定値であり, 1%水準で有意である.

図 5-4 介護技能自己評価, ストレッサー, バーンアウトの関連に関する分析結果 2



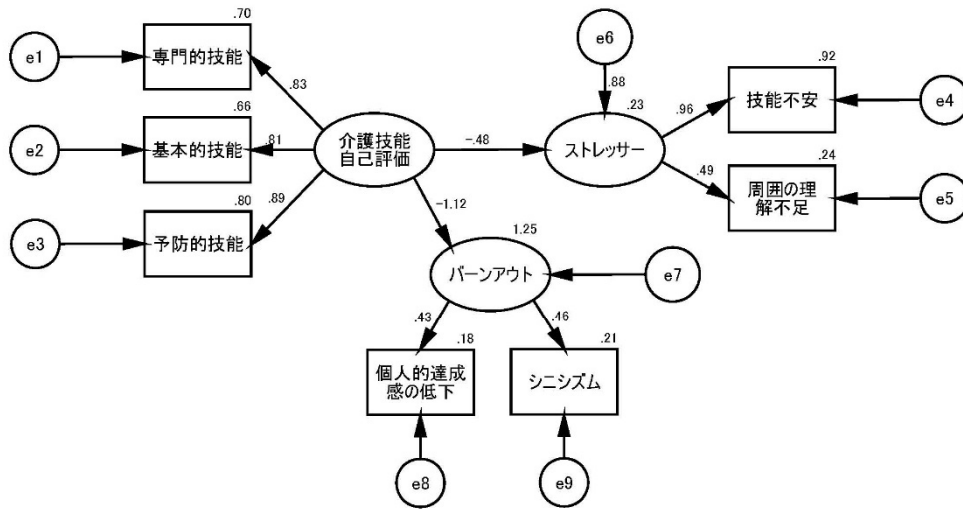
$\chi^2=1360.088$, $df=25$, $p<.001$, $GFI=.820$, $AGFI=.677$,
 RMSEA=.200, $AIC=1400.088$
 係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 5-5 介護技能自己評価，ストレス，バーンアウトの関連に関する分析結果 3



$\chi^2=543.936$, $df=12$, $p<.001$, $GFI=.903$, $AGFI=.774$,
 RMSEA=.182, $AIC=575.936$
 係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

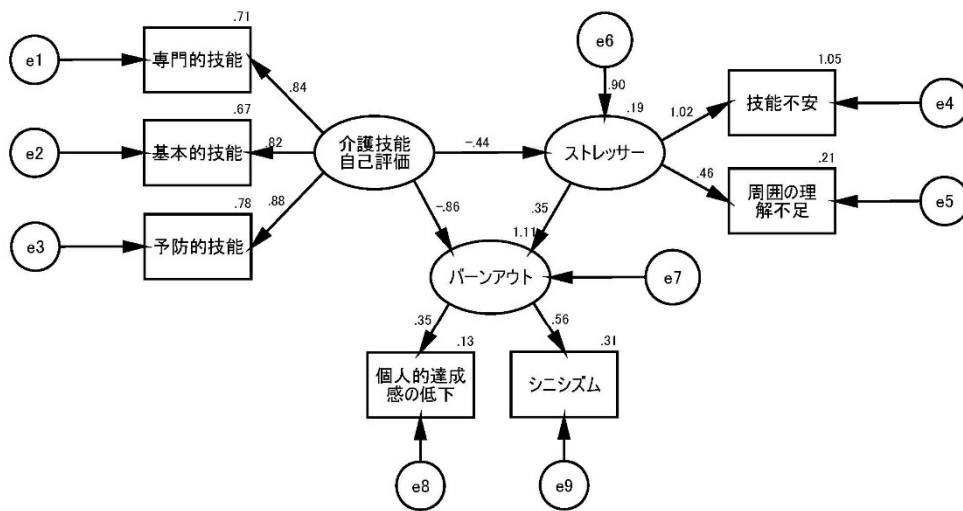
図 5-6 介護技能自己評価，ストレス，バーンアウトの関連に関する分析結果 4



$\chi^2=419.833$, $df=12$, $p<.001$, $GFI=.928$, $AGFI=.831$,
 RMSEA=.159, $AIC=451.833$

係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 5-7 介護技能自己評価、ストレス、バーンアウトの関連に関する分析結果 5



$\chi^2=379.751$, $df=11$, $p<.001$, $GFI=.936$, $AGFI=.837$,
 RMSEA=.158, $AIC=413.751$

係数はすべて標準化推定値であり、1%水準で有意である。

図 5-8 介護技能自己評価、ストレス、バーンアウトの関連に関する分析結果 6

第5節 考察

本研究では、中国北京市にある高齢者介護施設の介護職員を例に、介護技能自己評価のバーンアウトに対する予測効果について検証した。その結果、介護技能自己評価の「予防的スキル」はバーンアウトの「個人的達成感の低下」及び「シニジズム」に対して負の予測効果があることが明らかとなった。この結果から、介護事故の予防に繋がるスキル及び自己評価を向上させることにより、バーンアウトに陥るリスクを低減させることが示唆された。一方、「情緒的消耗感」については、1週間あたりの労働日数や現施設における就業年数など時間的要素による影響が示唆された。

また、本研究における「予防的スキル」には、因子負荷量の高い順に、入浴介助時の事故防止、移動時の転倒事故防止、適切な失禁処理、食事の提供及び介助時における事故防止に係る項目が含まれる。「基本的スキル」と比べると、高度の介護知識による自己判断が必要な項目が多い。とりわけ入浴介助時に発生した事故は利用者の死亡に繋がる可能性がある。すなわち、高度な介護知識によるリスク回避の自己判断が必要な場面と言える。この点、入浴介助時の事故防止に向けた取り組みの重要性はもとより、リスクを回避する実践的な知識及び技術の重要性が指摘できる。

研究の限界と今後の課題

本研究では、介護技能自己評価のバーンアウトに対する予測効果を検証した。その結果、介護技能のなかでも予防的スキルの重要性を提起することに一定程度寄与できたと思われる。しかし、本調査において未観察の変数による交絡バイアスの可能性を排除できない点から結果に影響する可能性がある。また、横断的調査に基づいた分析結果であるため、縦断的調査により因果モデルを構築することが今後の課題と言える。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

第6章 医療と介護の複合型の専門職への期待

2020年初頭から世界的に新型コロナウイルス感染症が拡大した。関連の研究が進むにつれ、高齢者は重症化の高リスク群とされ、高齢者介護に携わる者には、細心の注意を払って対応することが求められている。本章では、中国の高齢者介護分野における感染症対策や指針を紹介し、医療と介護の複合型の専門職への期待について述べる。

第1節 新型コロナウイルス感染症の発生状況

国家衛生健康委員会によると、2021年11月28日時点での、31の省(自治区や直轄市を含む)及び新疆生産建設兵団における新型コロナウイルス感染症(以下新型コロナ)の症例数は、累計で98,672名、うち治癒後退院した者の数は93,249名、死亡者数4,636名となっており、感染が確認された患者における死亡率は4.7%である。また、濃厚接触による追跡対象者数は、累計で1,327,083名、海外から持ち込まれた症例は、累計で10,151名、うち9,746名が治癒し、感染による死亡者は出ていない状況である¹¹⁹⁾。

中国疾病管理予防センター(Chinese Center for Disease Control and Prevention)が感染者72,314名を対象に行った分析では、70~79歳の致死率は8.0%、80歳以上に至っては14.8%と報告されている¹²⁰⁾。さらに、合併症や急性呼吸窮迫症候群(Acute Respiratory Distress Syndrome: ARDS)のある高齢患者の死亡リスクは、大幅に高くなることが示されている¹²¹⁻¹²²⁾。高齢者の免疫力や抵抗力は比較的弱い上、多くが基礎疾患を持っており、感染や重症化しやすいと言える¹²³⁾。

2020年1月30日の世界保健機関による宣言に先立ち¹²⁴⁾、国家衛生健康委員会は、1月20日新型コロナを重症急性呼吸器症候群(Severe Acute Respiratory

Syndrome : SARS) などと同類の乙類^{注7)}感染症に分類し、ペストなどと同類の甲類^{注8)}として対策を進めることを発表した¹²⁵⁾。現行法において、新型コロナウイルスは乙類に分類されるものの、対策としては、より厳格な甲類として扱うことが決定された。すなわち、法改正ではなく、二つの基準に跨って対応する施策が取られた。

国家衛生健康委員会などが2020年2月18日に発表した「新型コロナによる肺炎の診断及び治療計画(試行第6版)」では、高齢者と基礎疾患のある者が重症化しやすいことが強調されている¹²⁶⁾。さらに、介護施設は、人が密集する場所で、一旦感染が確認された場合、クラスターを引き起こす可能性があり、病状や状況の悪化は想像を絶するとの指摘がなされている¹²⁷⁾。すなわち、高齢者や介護施設に対する感染防止対策は、最優先課題の一つとして位置付けられ、危機感を持って対応することが求められている。

第2節 新型コロナ禍における介護人材不足

介護人材の発展目標について、「全国民政人材の中長期発展計画(2010-2020)」によると、2010年の3万人から2020年には600万人に増加することが提唱されている¹²⁸⁾。しかし、前述の通り介護人材不足は深刻な状況にあることが指摘されている。また介護職は、年齢が高く、学歴、待遇、社会的地位は低い状況にあり、1日あたり平均10時間以上の長時間労働に加え、専門的で体系的な研修と長期発展のためのキャリア形成に対する配慮が欠けているとの指摘がある¹²⁹⁾。医療職、リハビリ職、さらに管理職までも雇用することが困難といわれ、管理職に関しては、介護職員から昇進した者であり、専門的な経営管理の知識や訓練を

注7：「中華人民共和国感染症の防止及び治療に関する法律」によると、乙類には重症急性呼吸器症候群(SARS)や後天性免疫不全症候群(AIDS)などが含まれる。

(<http://www.npc.gov.cn/npc/c238/202001/099a493d03774811b058f0f0ece38078.shtml>, 2022.7.5)

注8：「中華人民共和国感染症の防止及び治療に関する法律」によると、甲類にはペスト及びコレラが含まれる。(<http://www.npc.gov.cn/npc/c238/202001/099a493d03774811b058f0f0ece38078.shtml>, 2022.7.5)

受けておらず、新型コロナ蔓延期において効果的に対応することが困難であることが懸念されている。

2020年から2022年の間を見ると、介護施設の数が増加し、施設間の人材競争は激しく、新型コロナの影響と相まって、介護職員の採用がさらに困難になっているとの報告がある¹³⁰⁾。新型コロナ蔓延期においては、春節の時に休暇を取っていた職員が、職場に戻れず、人材は更に少なくなったとされる。また、介護施設は閉鎖的対応を取り、施設に住み込むことが求められ、常時業務に追われている状態となった。その結果、業務負担やストレスが増大したとの指摘がなされている。とりわけ、武漢市(Wuhan)の状況はさらに顕著で、武漢の介護施設には2万人以上の高齢者がいるものの、介護職はおよそ3,000人に満たないとされる。さらに、一部の介護職は新型コロナに感染し隔離されていたため、人手不足は更に緊迫した状態であったことが報告されている¹³¹⁾。

そこで、中国民政部养老服务部門は、省を超えた支援チームとして3つの省から118名の職員を組織し、さらに、武漢が位置する湖北省(Hubei)内において4つの市から50人の看護・介護職員によるチームを組織し、計168名が、武漢の介護施設で介護に当たったことが報告されている¹³²⁾。緊急時対応として看護・介護職を派遣することで、介護人材不足を一時的に解決できたものの、感染流行後においても介護人材不足は深刻な状況であり、根本的な解決が必要とされる。

第3節 中央政府による高齢者介護施設の感染防止対策

2020年1月28日、民政部は「高齢者介護施設における新型コロナ肺炎の蔓延防止と制御に関するガイドライン(初版)」を発表し、翌月7日には、部分的に修正した第2版を各省や自治区、そして直轄市の民政局に通知した。感染症拡大の初期段階から高齢者介護施設への対策がまとめられていたことが分かる。当

該ガイドラインを進める上での要点は、以下4点にまとめられている。

- ① 責任の所在の明確化と実装化に向けての取り組みを強化する。
- ② 高齢者介護施設の入出管理を一層強化し、必要とされるサービスニーズを保障する。
- ③ 全体の調整をさらに強化し、施設でのクラスター発生を防止する。
- ④ 情報的手段を活用し、正確な感染防止・制御対策を実現する。

当該ガイドラインは7領域34項目で構成されている。以下表6-1にその具体的な内容を示す。

表 6-1 高齢者介護施設における新型コロナの蔓延防止及び制御に関するガイドライン

領域	項目 番号	対策の要点
1. 組織 リーダー	1	感染防止及び制御のための作業体制を確立する。施設責任者は、防止・制御作業において全面的に責任を負い、領域別の防止・制御及び緊急時対応の計画を策定した上で、責任を個人レベルまで引き下げる。施設内の感染制御、隔離体制及び手順を明確にする。
	2	感染防止及び制御に関する党委員会、政府、関連機関による感染防止・制御ガイドラインにおける要請を積極的に実施する。
	3	24 時間緊急対応の体制を作り、円滑な通信を確保した上で、必要に応じ情報を即時報告し、報告漏れ、遅延、隠蔽をしない。
2. 施設 の入出管 理	4	公報、電話、テキストメッセージ(WeChat や電子メール)などにより、高齢者及びその家族に施設の感染防止・制御の取り決めと関連サービスを通知し、通知内容を施設の主要な出入りに張り出す。
	5	来訪による相談業務や不要なボランティアなどの社会活動を自粛する。
	6	守衛による警備を強化し、部外者の訪問や不要な人の立ち入りを禁止する。特別な理由がある場合、担当責任者は氏名を記入し、体温測定を行った上で、旅行歴や健康状態などを確認し記録する。次の条件のいずれかに該当する者は入出が禁止される。 (1)15 日以内に湖北省の感染流行地域に滞在したか、当該地域の者と接触した者。(2)感染者または疑われる者と密接に接触した者。(3)体温(腋窩、耳介、額などの体温が 37.0° C 以上)。(4)咳や鼻水などの呼吸器症状がある者。(5)嘔吐や下痢などの消化器症状がある者。(6)その他の疑わしい症状がある者となっている。入出を許可された者は、マスクの着用や手の消毒などの衛生措置を実施し、応接室を利用する。また、指定された区域と通路を移動し、感染防止・制御の要請を遵守する。
	7	施設は、可能な限り職員が施設内で分散して住み込みができるよう手配する。施設外の職員は、出勤時マスクを着用し、人が密集する場所を避け、居住地域で疑われる症状のある者がいる場合は、速やかに医師の診察を受け、施設に報告する。買い出しで外出する者や事務職員を除き、外出する職員は最小限にする。外出する者は、外出前に感染防止対策を万全にし、施設に戻る際は、体温測定と手の消毒を行い、作業服、靴、帽子、手袋、マスクなどを交換する。
	8	他の地域から戻った職員は、第 6 項目の入出禁止者に該当せず、14 日間の隔離観察後異常が見られない場合に限り業務に戻るることができる。
	9	原則、高齢者は外出しない。特別な事情により外出を希望する高齢者は、第 6 項目の入出禁止者に該当せず、14 日間の隔離観察後異常が見られない場合に限り施設内の生活区域に戻るることができる。
	10	心身の障がいや子女などの近親者が介助をすることが困難な場合など、特別な事情

		で早急に施設入所が必要な高齢者は、第 6 項目の入出禁止者に該当しない場合に限り、14 日間の隔離観察後入所ができる。
	11	施設内に隔離観察室を設置し、防護用品(防護服, 医療用マスク, 手袋など)を備え、生活や介護サービスに必要な条件を備える。可能な場合は、隔離エリアと消毒室を設置する。隔離室(区域)には、トイレを備え、比較的独立し換気の良い個室を施設の風下に配置する。可能な限り独立した空調を使用し、空調設備が独立でない場合は、規定に従い防止・制御措置を講じる。隔離室(区域)のごみはまとめて処理する。
	12	家族による高齢者への食事の提供は自粛し、施設が提供する。食事や薬の配達員の出入りは禁止し、家族から送られた生活必需品や購買物品は担当者が受け取るよう手配し、包装箱は消毒(75%医療用アルコール或いは塩素系消毒液)した上で高齢者に届ける。
3. 心理的快適さ	13	高齢者の心理的快適さを維持し、プラスの情報による宣伝教育を行う。居室でのテレビ、ラジオ、読書などの文化・娯楽サービスや、電話やインターネットを用いた近親者との交流サービスを提供し、不安や恐怖を和らげるため普段の規則正しい生活を維持する。隔離室(区域)で観察中の高齢者は優先的にケアを行い、必要に応じ心理的支援サービスを提供する。
4. 感染防止	14	毎日居室を巡回する。朝と夕に高齢者と職員の体温測定を行い、健康状態を記録する。慢性疾患のある高齢者に対しては、血圧や血糖値などを測り、基準に則り薬を用い、慢性疾患の悪化防止や制御に役立てる。
	15	半日ごと(30分以上)に高齢者の居室を換気する。換気のために窓を開けるのが適切でない場合、換気装置により行い、必要に応じ空気清浄機を用い空気殺菌を行う。換気のために窓を開ける際は、屋内と屋外の温度差により風邪をひかないよう注意する。
	16	高齢者が入浴など清潔な状態を保持するよう毎日喚起・支援し、手指消毒液、ティッシュ、ハンドドライヤーを提供し、高齢者の手洗いを促す。高齢者の口腔、身体、衣類、寝具、部屋を清潔に保ち、頻繁に寝具を干す。居室の床、窓枠、ベッドサイドテーブル、ベッド柵などを毎日きれいな水で一度拭く。毎週1~2回、拭き取り消毒を行う。要介護状態の高齢者の排泄物と嘔吐物の消毒と清掃はしっかり行う。
	17	可能な施設は、高齢者の野外活動を適度に行い、体を鍛え、抵抗力を高める。屋内の集団活動は控え、高齢者が他の利用者を訪問したり、集まったりしないようにする。
	18	集団での食事は自粛し、居室に食事を届ける。難しい施設は、時間帯を分けて提供し、高齢者は距離を保ち、飛沫を避ける。高齢者の水分補給と栄養摂取を保障する。
	19	感染症防止や制御の基本的知識についての宣伝及び教育活動を行う。高齢者が施設の公共スペースでマスクを着用するよう促し、職員は感染防止、衛生・健康習慣、感染症関連法規、緊急時の対応方法を把握する。私物の共有は避け、衛生状態の維持や悪い習慣を止めることを積極的に推奨し、物をむやみに投げ、唾を吐くなどの行為は止める。

5. 内部統制	20	職員は、業務前にマスクの着用や手の消毒などの防疫対策を実施し、7段階の手洗いに関する監督と研修を強化する。マスクは正しく着用し、適時交換する。必要に応じ医療用ゴム手袋などの防護手段を使用する。高齢者と接する前後は、手洗い及び手の消毒を行い、接触感染を避ける。また、対面による申し送りは自粛する。
	21	職員の休憩時間は合理的に調整し、心理的に調整する体制を強化する。
	22	日用品、消耗品、食品、医薬品の供給を確保する。可能な地域は、流通方法を一元化し保障する。使い捨て手袋、エプロン、マスク、ティッシュなど緊急時の対応セットとして、目立つ場所に置く。
	23	ごみ、汚水、汚物は規定に従い処理し、ネズミ、ゴキブリ、蚊など媒介生物が繁殖しない環境づくりを心掛け、施設内の消毒をしっかりと行う。有効期限切れの各種物品は処分する。
	24	清潔で衛生的な環境を維持する。事務区域やサービスエリアのテーブル、椅子、物の表面、ドアノブ、蛇口、スイッチ、アームレストなどは、1日1回きれいな水で拭き、週に1~2回拭き取り消毒を行う。厨房、洗濯室、ゴミ処理場所(保管場所)、物流支援部門の設備や物品は、1日2回以上拭き取り消毒を行う。
	25	マスクなどの使い捨て用品は、医療用アルコールスプレー(または84消毒液に30分間浸す)で消毒した後密封し、有害なゴミまたは医療ゴミとして廃棄する。
	26	浴室の消毒を行い、可能な施設は、高齢者が集中して浴室を利用することを避ける。
	27	農村地域の施設は、施設内で飼育する家畜や小屋を毎日清掃・消毒する。
	28	食品安全管理規則を厳格に遵守し、食品購入を厳しく管理し、生きた家禽や狩猟肉の購入を禁止する。食品は加熱調理し、生食の提供を自粛し、生食と加熱調理済み食品とを分ける。食品の購入、調理、準備(配達)の担当職員は、マスクと手袋の着用を厳格に行う。食器は消毒し、使用済み食器は30分以上煮沸する。食品サンプルの保存システムを厳格に遵守し、冷蔵で48時間以上保管する。
29	高齢者は、体調不良などの理由から外出し治療を受けるが、家族と相談し意見が一致した場合、以下の分類に従い対応を行う。(1)突発的でない重症疾患の場合、訪問診療を受ける。(2)通常の病気により緊急で医師の診察を受ける場合、高齢者の家族または職員が感染防止対策を行った上で病院受診に同行する。施設に戻った際、高齢者及び同行した職員は、第6項目の入出禁止条件に該当しない場合、施設に戻ることができるが、感染対策と医学的観察を強化するものとする。	
6. コロナ対応	30	高齢者に感染の疑わしい症状(発熱、咳、喉の痛み、胸部圧迫感、呼吸困難、軽度の食欲不振、倦怠感、気分の悪さ、吐き気と嘔吐、下痢、頭痛、動悸、結膜炎、軽度の手足または背中筋の筋肉痛など)がある場合、感染対策を行った上で家族や介護職員が同行し病院を受診する。診断により疑わしい症例ではないと確認された場合、高齢者及び同行した職員は施設に戻れるが、感染対策と医学的観察を強化するものとする。

	31	高齢者に感染が疑われる症状や感染が確認された場合、指定の医療機関を受診し、感染防止・制御体制の規定に従い速やかに関連機関に報告する。地域の保健機関や疾病管理機関、民政部門の指導の下、濃厚接触者に対し検査及び14日間の隔離観察を行う。また、消毒や私物及び他の物品の処理に全面的に協力する。治癒後、14日間の隔離観察で異常が認められない場合、施設に戻ることができる。なお、医療機関などへ同行した職員も14日間の隔離観察を行う。
	32	職員に感染が疑われる症状がある場合、直ちに業務を中断し、医療機関を受診する。その結果、疑わしい症例でない場合、業務に戻ることができるが、感染防止と医学的観察を強化する。感染の疑いまたは感染が確認された場合は、指定の医療機関で治療を行い、感染防止・制御体制の規定に従い速やかに関連機関に報告する。地域の保健機関や疾病管理機関、民政部門の指導の下、濃厚接触者に対する検査及び医学的観察を行う。消毒や私物及び他の物品の処理に全面的に協力する。治癒後、14日間の隔離観察で異常が見られない場合、職場に戻ることができる。
7. 消毒液とその使用	33	普段の清掃を中心とし、予防的消毒は補助的に行う。過度な消毒は避け、汚染した際に消毒を行う。消毒作業は関連の規定に従い、消毒用品は認知症高齢者が触れる場所を避けて置く。電気機器への噴霧は避け、拭き取りが必要なものは断線しないようにする。
	34	75%エタノール消毒液は直接使用できる。医療用アルコールを使用する際は、火に注意する。他の消毒液を使用する際は、製品ラベルの使用方法に従い、腸内病原菌を殺菌する濃度で配合・使用する。

出典：中国民政部「高齢者介護施設新型コロナウイルス感染症の感染防止ガイドライン(第二版)の通知」¹³³⁾を基に筆者翻訳。

第4節 医療と介護の連携

介護サービスにおける課題解決への糸口として提起されている施策が、医療と介護の連携である。将来的に、医療と介護の連携による施設や人材が、介護サービスの主流になると考えられている。一方で、政府機関における保健・福祉・社会保障部門の資源統合が課題として指摘されている。そのため、医療機関と介護施設との連携が円滑に進まず、全国およそ14万以上の介護施設のうち、医療サービスを提供できる施設は約6%に過ぎないといわれ、高齢者の医療ニーズを満たすにはさらなる改革が求められている¹³⁴⁾。特に、新型コロナ蔓延期においては、高齢者が体調不良などになると、介護施設と家や病院とを行き来する必要

があり、早期治療ができないだけでなく、家族の負担も大きく、外出することで感染リスクも高まると言える。

従来の介護職は、段階的に医療と介護の複合型の専門職(医養結合照護師)に代わり、介護職が抱える課題を解決するための一助となることが期待されている。この複合型の職種は、従来の看護職(専門護理人員)や介護職(養老護理人員)とは異なり、医学や心理学の知識、介護技術、コミュニケーションスキルを備えているとされる。また、その独自性から介護職の専門性の欠如を効果的に補い、医療と介護をシームレスに繋ぐことが期待されている。特に、新型コロナウイルスの蔓延期では、高齢者の服薬管理などにより病状の安定に寄与するなど、基本的な医療・看護サービスを提供することが可能とされる。さらに、高齢者が感染の疑いがある場合、真っ先に判断し、早急に報告することで、医療機関や介護施設におけるクラスターの発生リスクを最小限に抑えるのに役立つと考えられている¹³⁵⁾。

2020年北京市は「高齢者介護サービス発展を加速させるための実施方法について」を発表し¹³⁶⁾、2022年までに毎年1万人の介護職員、500人の管理職、500人の老年ソーシャルワーカーを養成し、介護チームの構築が進められることとなった。そして、医療と介護の連携を重点的研修内容にするとされる。さらに翌年、北京市保健委員会などは「医療と介護の統合的発展をさらに促進するための北京実施計画」を発表し¹³⁷⁾、主要な研修内容として医療及び介護サービスを含めるものとした。また、2022年までに、高齢者介護施設において医療的ケアも可能となるベッド数割合を50%以上にすると目標が掲げられている¹³⁸⁾。

第7章 総合考察

本研究の目的は、中国国内でも先進的な取り組みが進められている北京市の施設介護人材が直面する問題を明らかにすることである。

まず、中国の社会情勢については、21世紀に入り急速な少子高齢化や家族世帯の小規模化に伴い社会的な介護ニーズが拡大している。さらに、「未富先老」や「未備先老」といわれる一定の経済発展を遂げる前や社会保障体制が未整備の状態が高齢化社会となったことが大きな懸念材料として指摘されている。

こういった社会情勢を背景に、中央政府は、民間セクターの活用を進め、従来公的サービスとして提供されてきた高齢者福祉は、多様な提供主体による体制へと変化している。しかし、政府が民間からサービスを購入する形で提供されるサービスの対象は、「三無老人」や「失独老人」、「計画生育特殊困難家庭」などに限られている状況にある。

そこで、長期護理保険制度により、社会的介護ニーズに対応できるかが問われている。当該保険制度は、2016年当時15の試験地域からはじまったものの、2020年には各省に1つ以上の試験地域が設置される決定がなされ、介護サービスを提供する上での土台は着々と構築されてきた。しかし、急増する高齢者に対応するだけの介護人材の確保は困難な状況にあり、さらには医療も含め多様化するニーズに応えうる専門的な介護サービスが提供されているとは言い難い状況にある。とりわけ、中国国内でも高齢化の進展が著しい北京市においては、介護人材の確保と介護サービスの質の保障は喫緊の課題とすることができる。

北京市は、中央政府による一連の高齢者福祉や介護分野における政策を受け、独自の高齢者ケア体制の構築を進めてきた。とりわけ、「三辺四級」といわれる地域における高齢者ケア体制の構造的なモデルや、「9064」といわれる在宅、地域、施設といったサービス類型別のサービス供給体制の確立が進められてきた。

そして、海澱区では、独自の互助保険制度が試行されている。当該保険制度では、中国国内でも珍しい公民連携モデルが採用され、民間の保険会社が保険者として、保険の運用や業務管理を担っている。一方、福祉サービスの対象である高齢者は、保険料が免除となることから、セーフティネットとしての役割があることが分かる。また、保険制度上、家族や近隣住民による介護サービスに現金給付が可能である点が、日本の介護保険制度と大きく異なると言える。家族介護による生活水準の低下や困窮、地域社会における繋がり希薄化、さらには介護人材の不足などといった課題に柔軟に対応することが求められる。

このように北京市においては、高齢者ケア体制の構築が着々と進められている。しかし、介護を担う人材は、地方の農村地域から来る中年の女性を中心となっている。そのため、流動性の高さや識字率の低さなど課題が山積している。こういった状況を背景に、北京市は、出生地が北京市である者や北京市の学校を卒業した者を対象とした就労手当と、介護資格を取得した者や入職後二年以内の者を対象とした手当を実施している。介護人材確保策である処遇改善手当に関し、日本では支給対象が介護福祉士の資格取得後介護業務に従事した年数に応じ支給される、すなわち経験者が中心である。これに対し北京市では、入職後3年間の未経験者や経験年数の浅い者を対象にしている点が大きな違いと言える。日本においては、入職後3年以内の離職が多いといわれる。北京市が課題解決型の施策を打ち出していると考えられるのに対し、日本では経験年数やその対価に見合ったサービスが提供できるかで判断していると考えられる。

また北京市は、介護サービスの質を保障する上で重要と言える資格についても手当を支給している。その支給方法に大きな違いがあり、市のプラットフォームに介護職員に関する情報を入力し一括管理するようになっている。これに基づき、市は直接介護職員に手当を支給する。一方、日本は介護事業所を通して支給する仕組みである。そのため、手当支給分が基本給から差し引かれる可能性

がある。北京市の施策では、支給の効果が最大限発揮されるようこの点を考慮し支給方法を設計したことが記載されている。このように、北京市に居住し介護サービスに従事する人材を確保すると同時に、介護サービスの質を保障する取り組みが、各国の知見を参考に日本とは異なる視点から進められている。

しかし、高齢者介護施設では、介護サービス契約に関する施設と入居者またはその家族との争いが多発し、関連部門により争い解決に向けた通知が出される事態にある。争いの要因の一つが介護事故であり、介護サービスの質を保障することが求められている。また、従来から介護などの対人援助職はストレスなど心理的健康に課題を抱えやすいことが指摘されている。それに加え、介護事故や争いの発生、さらには新型コロナの蔓延により、一層ストレスを抱えていることが想定される。そこで、介護サービスの質を保障するための介護技能とストレス及びバーンアウトとの関連を実証的に分析した。

北京市の高齢者介護施設に従事する介護職を対象に分析を実施した。分析では、介護技能に対する自己評価と「技能不安」及び「周囲の理解不足」で構成されるストレスととの間でモデルを構築し、一定の適合度が示された。また、介護技能自己評価の中でも「予防的スキル」は、「技能不安」及び「周囲の理解不足」を低減する効果があることが示唆された。ストレスの中でも、対人援助職の大きな課題として指摘されるバーンアウトに着目した分析では、介護技能自己評価と「個人的達成感」及び「シニシズム」との間のモデルを構築し、一定の適合度が示されたと言える。ストレスと同様、「予防的スキル」がバーンアウトを低減する効果が示唆された。

「予防的スキル」を構成する項目については、因子負荷量の高い順に、「入浴介助に際し、事故発生予防のための適切な準備ができる」「転倒事故の発生予防を意識して、入居者の室内外の移動介助ができる」「入居者の失禁を適切に処理できる」「入居者の禁止飲食物を把握した上で、食事提供ができる」「入居者の嚥下

障害の状況に基づき、食事介助ができる」となっている。最も因子負荷量の高い入浴介助時の事故発生予防は、入居者の生命に直接関わることから、優先して取り組む研修内容として提起することが望まれる。これにより、介護職の心理的健康リスクの低減はもとより、介護事故を減らすことで、介護職と入居者、さらにはその家族との良好な関係の構築に資することが期待される。

2020年初頭以降世界的に流行した新型コロナの蔓延に伴い、医療的なニーズが拡大した。そこで中国の介護分野では、従来の看護師や介護職とは異なる医療と介護の連携に直接的に関わる専門職の育成が取り組まれている。これにより、高齢者の医療ニーズに的確に応えることが期待されている。また、連携に係る人材育成に加え、情報技術の活用による連携やサービス提供体制の構築が進められている。北京市では、「北京通 e」といわれるアプリを活用したスマート介護が進められている。高齢者は、このアプリを使用し様々なサービスの情報を取得し、利用できる仕組みとなっている。サービスには、公共サービス、介護サービス、緊急対応など様々な機能が含まれている。また、一部の介護施設では、IoTなどを活用し入居者の生活行動をデータ化する取り組みが進められている。これにより、業務の改善や介護サービスの効率化が図られている。今後、スマート介護の活用により介護人材不足を如何に補い、介護サービスの質を如何に保障するかが問われると考えられる。

最後に本研究では、人口経済・社会保障政策・司法行政・介護サービス・心理的健康など、多角的な視点から介護人材の育成について検討した。これにより、従来とは異なる新たなアプローチにより、包摂的で且つ実態に即した方策を提言することに寄与したと考えられる。そして、人口学・社会学・文化人類学・政治学・法学・医学・介護学など学際的アプローチにより人間科学の価値を示すことに寄与したと考えられる。しかし、中国においては、介護人材の育成に関する資料はもとより、介護分野自体の資料やデータが乏しい状況にある。そのため、

根拠資料や情報に限界がある点は否めない。今後、介護人材の育成に関する研究が一層進められ、高齢者やその家族が安心して利用でき、介護職自身がやりがいをもって従事できる提供体制の整備が待たれる。

謝辞

本研究を進めるにあたり、研究指導教員の早稲田大学人間科学学術院加瀬裕子名誉教授には、多大なるご指導と多くの学びの機会を提供して頂きました。博士論文の執筆まで辿り着けたのも加瀬先生のおかげと感謝しております。加瀬ゼミの皆様からは、大変貴重なアドバイスやコメントを頂きました。有難うございました。また、新たに指導をお引き受け下さいました早稲田大学人間科学学術院松原由美教授からは、多大なるご指導を頂きました。さらに、執筆を進めるにあたり、各方面ご配慮頂き誠に有難うございました。そして、副査をお引き受け下さいました早稲田大学人間科学学術院金群教授、扇原淳教授からは、中間報告会や公開審査会の時だけでなく、博士論文を提出するにあたり大変貴重なアドバイスや様々なコメントを頂戴致しました。ブラッシュアップにつながり、博士論文として完成させる上で非常に貴重なご助言と深く感謝しております。最後に、北京大学社会学系陸傑華教授には、各方面ご支援・ご指導賜り大変感謝しております。先生方からのご指導・ご助言がなければ、博士論文はもとより、研究が進められなかったことは言うまでもありません。この場をお借りして深く感謝申し上げます。誠に有難うございました。

参考文献

- 1) THE WORLD BANK: *World Bank Open Data*. (<https://data.worldbank.org>, 2022. 7. 5)
- 2) UNITED NATIONS POPULATION DIVISION: *World Population Prospects 2019*. (<https://population.un.org/wpp/>, 2022. 7. 5)
- 3) 李建新, 秋丽雅: 我国人口少子老龄化过程趋势 风险与对策分析. 晋阳学刊, 1: 62-71 (2022).
- 4) 中国国务院侨务办公室: 中华人民共和国宪法 (<http://www.gqb.gov.cn/node2/node3/node5/node9/userobject7a11273.html>, 2022. 7. 5)
- 5) 穆光宗: 生育政策改革的方向. 中国发展观察, 8: 33-37 (2015).
- 6) 王美凤, 任志江: 对我国低生育率影响因素的研究. 沧桑, 4: 117-120 (2013).
- 7) 李建民, 原新, 陈卫民等: 中国人口与社会发展关系 现状, 趋势与问题. 人口研究, 1: 33-48 (2007).
- 8) 北京兰瑞环球投资管理咨询有限公司: 人口问题 中国现状, 国外经验与对策建议. 发展研究, 9: 37-47 (2018).
- 9) 郑真真: 从家庭和妇女的视角思考生育和计划生育政策调整. 中国妇运, 10: 28-30 (2015).
- 10) 罗淳, 宋晓莹: “后计生”时代的中国家庭生育抉择与政策转向. 云南师范大学学(哲学社会科学版), 2: 90-96 (2020).
- 11) 中国国务院: 关于印发中国老龄事业发展“十二五”规划的通知. (http://www.gov.cn/zwjk/2011-09/23/content_1954782.htm, 2022. 7. 5)
- 12) 肖瑛: “家”作为方法 中国社会理论的一种尝试. 中国社会科学, 11: 172-191+208 (2020).
- 13) 李娟: 新时代家庭建设的价值取向与实践路径. 山东干部函授大学学报(理论学习), 4: 44-47 (2022).
- 14) 林宝: 中国家庭变迁与养老社会化. 人民论坛, 36: 62-65 (2021).
- 15) 李永萍: “养儿防老”还是“以地养老” 传统家庭养老模式分析. 华南农业大学学报(社会科学版), 14(02): 103-112 (2015).
- 16) 中国国家卫生健康委员会: 2018年中国卫生健康事业发展统计公报 (2019).
- 17) 中国社会科学院, 中国人民大学: 中国长期护理调查研究报告 2018-2019(2020).
- 18) 杨燕绥: 老龄社会与积极的养老政策. 中国人力资源社会保障, 10: 13-15 (2017).
- 19) 中国国务院: 关于加快发展养老服务业意见的通知.

- (http://www.gov.cn/zhuanti/2015-06/13/content_2879022.htm, 2022. 7. 5)
- 20) 全国老龄委办公室等：关于全面推进居家养老服务工作的意见。
(http://www.gov.cn/zwgk/2008-02/25/content_899738.htm, 2022. 7. 5)
 - 21) 中国民政部：聚焦急难愁盼-谋划养老护理人才队伍高质量发展-
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202203/20220300040382.shtml>,
2022. 7. 5)
 - 22) 中国政府网：养老护理人员短缺 我国加快“补短板”。
(http://www.gov.cn/xinwen/2019-11/05/content_5448999.htm, 2022. 7. 5)
 - 23) 厚生労働省：介護人材確保に向けた取り組み。
(https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02977.html, 2022. 7. 5)
 - 24) 中国民政部：聚焦急难愁盼-谋划养老护理人才队伍高质量发展-
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202203/20220300040382.shtml>,
2022. 7. 5)
 - 25) 中国民政部：聚焦急难愁盼-谋划养老护理人才队伍高质量发展-
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202203/20220300040382.shtml>,
2022. 7. 5)
 - 26) 中国国务院：关于加快发展养老服务业意见的通知。
(http://www.gov.cn/zhuanti/2015-06/13/content_2879022.htm, 2022. 7. 5)
 - 27) 全国老龄委办公室等：关于全面推进居家养老服务工作的意见。
(http://www.gov.cn/zwgk/2008-02/25/content_899738.htm, 2022. 7. 5)
 - 28) 中国国务院：中国老龄事业发展“十二五”规划。
(http://www.gov.cn/zwgk/2011-09/23/content_1954782.htm, 2022. 7. 5)
 - 29) 中国中央人民政府：中华人民共和国国民经济和社会发展第十三个五年规划纲要。
(http://www.gov.cn/xinwen/2016-03/17/content_5054992.htm, 2022. 7. 5)
 - 30) 中国国务院：人口发展“十一五”和2020年规划。
(http://www.gov.cn/gongbao/content/2007/content_526981.htm, 2022. 7. 5)
 - 31) 中国人力资源社会保障部办公厅等：人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见。
(http://www.gov.cn/xinwen/2016-07/08/content_5089283.htm, 2022. 7. 5)
 - 32) Rothwell R, Zegveld W: *Reindustrialization and technology*. Logman Group Limited, 83-104 (1985).
 - 33) 李运华, 姜腊: 地方长期护理保险试点政策分析—基于政策工具视角. 云南民族大学学报(哲学社会科学版), 39(1): 122-133 (2022).

- 34) 中国国家医保局财政部等：关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见。
(http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-11/05/content_5557630.htm,
2022. 7. 5)
- 35) 中国教育部等：关于加快推进养老服务业人才培养的意见。
(http://www.moe.gov.cn/srsite/A07/s7055/201406/t20140618_170939.html,
2022. 7. 5)
- 36) 中国人力资源社会保障部等：关于颁布养老护理员 国家职业技能标准的通知。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/tzgg/201910/20191000020446.shtml>,
2022. 7. 5)
- 37) 中国国家卫生健康委员会等：关于建立完善老年健康服务体系的指导意见。
(http://www.gov.cn/gongbao/content/2020/content_5483907.htm, 2022. 7. 5)
- 38) 中国人力资源社会保障部等：关于实施康养职业技能培训计划的通知。
(http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-10/24/content_5553862.htm,
2022. 7. 5)
- 39) 新华社：养老护理人员短缺 我国加快“补短板”。
(http://www.gov.cn/xinwen/2019-11/05/content_5448999.htm, 2022. 7. 5)
- 40) 中国国务院：关于加强新时代老龄工作的意见。 (http://www.gov.cn/zhengce/2021-11/24/content_5653181.htm, 2022. 7. 5)
- 41) 中国国务院：“十四五”国家老龄事业发展和养老服务体系规划。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202202/20220200039833.shtml>,
2022. 7. 5)
- 42) 中国社会报：聚焦急难愁盼 谋划养老护理人才队伍高质量发展。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202203/20220300040382.shtml>,
2022. 7. 5)
- 43) 中国人力资源社会保障部等：关于颁布养老护理员国家职业技能标准的通知。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/tzgg/201910/20191000020446.shtml>,
2022. 7. 5)
- 44) 中国国务院：关于全面放开养老服务市场提升养老服务质量的若干意见。
(http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-12/23/content_5151747.htm,
2022. 7. 5)
- 45) 中国国务院：关于推进养老服务发展的意见。
(http://www.gov.cn/zhengce/content/2019-04/16/content_5383270.htm?trs=1,
2022. 7. 5)

- 46) 中国民政部等：养老机构服务安全基本规范。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mzyw/202001/20200100022939.shtml>,
2022. 7. 5)
- 47) 中国民政部养老服务司：养老机构等级划分与评定国家标准实施指南(试行).
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/ywdt/202004/20200400027207.shtml>,
2022. 7. 5)
- 48) 中国民政部养老服务司：养老机构等级划分与评定国家标准实施指南(试行).
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/ywdt/202004/20200400027207.shtml>,
2022. 7. 5)
- 49) 检察风云：家事与国事. (<https://www.sh.jcy.gov.cn/jcfy/rdzt/78393.jhtml>,
2022. 7. 5)
- 50) 北京法院网：郊区养老院纠纷频发为哪般？.
(<https://bjgy.chinacourt.gov.cn/article/detail/2013/03/id/920160.shtml>,
2022. 7. 5)
- 51) 中国民政部等：关于规范养老机构服务行为做好服务纠纷处理工作的意见.
(<http://xxgk.mca.gov.cn/n164/n230/n238/c14593/part/5777.pdf>, 2022. 7. 5)
- 52) 伍宗云：基于供给侧改革 北京养老服务人才培养体系构建研究. 社会福利(理论版),
1: 9-12 (2020).
- 53) 北京市统计局：北京统计年鉴 2021. (<http://nj.tjj.beijing.gov.cn/nj/main/2021-tjnj/zk/indexch.htm>, 2022. 7. 5)
- 54) 北京市民政局等：关于加快养老服务机构发展的意见(2008).
(http://mzj.beijing.gov.cn/art/2008/12/24/art_4536_9042.html, 2020. 7. 22)
- 55) 北京市民政局：北京市市民居家养老(助残)服务(九养)办法.
(http://www.gov.cn/gzdt/2009-12/17/content_1689588.htm, 2020. 10. 16)
- 56) 北京市十四届人大三次会议主席团：北京市居家养老服务条例.
(<http://www.cncaprc.gov.cn/contents/12/73698.html>, 2020. 10. 16)
- 57) 北京市老龄工作委员会办公室等：北京市老龄事业发展和养老体系建设白皮书(2017).
社会科学文献出版社.
- 58) 海淀新闻中心：海淀区失能护理互助保险实施细则(试行)出台.
(http://hdqw.bjhd.gov.cn/qwyw/xwj/201609/t20160907_1294692.htm, 2022. 7. 5)
- 59) 刘畅：“医养+PPP”提高养老服务质量和效率. 中国招标, 23: 20-21 (2018).
- 60) 北京市民政局：海淀区居家养老失能护理互助试点办法.
(<http://www.beijing.gov.cn/zfxxgk/110009/qxdt52/2016->

07/06/content_716297.shtml, 2020.10.16)

- 61) PwC コンサルティング合同会社: 介護の家族支援策に関する調査研究—現金給付等に関する制度の諸外国比較—2019. (<https://www.pwc.com/jp/ja/knowledge/track-record/assets/pdf/cash-report.pdf>, 2022.7.5)
- 62) 森川美絵: 医療の中の介護労働. 福祉社会学研究, 1: 209-228 (2004).
- 63) 鈴木亘: 介護保険施行 15 年の経験と展望 福祉回帰か, 市場原理の徹底か. RIETI Policy Discussion Paper Series 16, 14 (2016).
- 64) 北京市海淀区人民政府: 海淀区居家养老失能护理互助保险试点办法. (http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190523_68819.html, 2022.7.5)
- 65) 北京市海淀区: 关于印发《海淀区居家养老失能护理互助保险试点办法》的通知. (http://www.beijing.gov.cn/zfxxgk/11F000/gfxwj22/2016-08/04/content_725552.shtml, 2019.7.20)
- 66) 北京市卫生计生委: 北京市 2017 年度卫生与人群健康状况报告. (http://wjw.beijing.gov.cn/xwzx/xwfb/201807/t20180711_244168.htm, 2019.7.20)
- 67) 北京市社区卫生服务: 机构介绍. (<https://www.bjchs.org.cn>, 2020.10.16)
- 68) 北京市卫生健康委员会: 家庭保健员介绍. (<http://www.bjchs.org.cn>, 2020.10.16)
- 69) 北京市社区卫生服务: 家庭医生签约服务介绍. (<https://www.bjchs.org.cn/Html/News/Articles/81.html>, 2020.10.16)
- 70) 北京市社区卫生服务: 家庭医生签约服务介绍 (<https://www.bjchs.org.cn/Html/News/Articles/81.html>, 2020.10.16)
- 71) 工人日报: 北京今年将建 150 家养老服务驿站. (<http://www.cncaprc.gov.cn/contents/10/188480.html>, 2020.10.16)
- 72) 北京市人民政府: 社区养老服务驿站建设. (http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zcjd/201905/t20190523_77734.html, 2022.7.5)
- 73) 新华社: 关于加快推进养老服务业发展意见出台. (http://www.gov.cn/jrzq/2013-10/16/content_2508472.htm, 2022.7.5)
- 74) 北京市民政局: 关于加强养老服务人才队伍建设的意见. (http://www.beijing.gov.cn/zhengce/gfxwj/201905/t20190522_60004.html, 2022.7.5)
- 75) 北京市人民政府: 关于全面放开养老服务市场进一步促进养老服务业发展的实施意见.

- (http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/201905/t20190522_60064.html, 2022.7.5)
- 76) 伍宗云：基于供给侧改革北京养老服务人才培养体系构建研究. 社会福利(理论版), 1: 9-12 (2020).
- 77) 伍宗云：基于供给侧改革北京养老服务人才培养体系构建研究. 社会福利(理论版), 1: 9-12 (2020).
- 78) 关洁：养老服务人才需求现状及培养路径研究—以北京市养老机构为例. 黑河学刊, 5: 116-121 (2021).
- 79) 北京市民政局等：北京市养老服务人才培养培训实施办法.
(http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/202011/t20201128_2152780.html, 2022.7.5)
- 80) 刘晓静, 吕月英, 吴智育：基于政策视角的北京市养老服务产业发展研究. 社会福利, 12: 3-12 (2018).
- 81) 丁雪萌, 孙健：近二十年我国养老护理人员研究的现状与趋势. 江汉学术, 38(6): 26-34 (2019).
- 82) 王黎, 郭红艳, 雷洋等：国内外长期护理机构护理人力配置现状研究. 中华护理杂志, 49(1): 981-985 (2014).
- 83) 古川和稔：介護職員のストレス. 日本労働研究雑誌, 658: 26-34 (2015).
- 84) 北京法院：郊区养老院纠纷频发为哪般？.
(<https://bjgy.chinacourt.gov.cn/article/detail/2013/03/id/920160.shtml>, 2022.7.5)
- 85) 新名理恵, 坂田成輝, 矢富直美等：心理的ストレス尺度の開発. 心身医学, 30: 29-38 (1990).
- 86) 鈴木伸一, 嶋田洋徳, 三浦正江等：新しい心理ストレス尺度(SRS-18)の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, 4: 22-29 (1998).
- 87) Lazarus, R. S., Folkman, S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer(1984).
- 88) 张静：养老护理员心理健康状况调查分析. 河北医药, 35(6): 923 (2013).
- 89) 邢娟, 柳春波, 胡建利等：养老护理员职业倦怠的质性研究. 中国农村卫生事业管理, 38(2): 227-229 (2018).
- 90) 罗既白：西部贫困地区养老护理员 职业压力及技能不足问题与小组工作介入庆城市管理职业学院学报, 19(1): 3-15 (2019).

- 91) 増田真也, 外島裕, 藤野信行: 施設介護職者のパーソナリティ バーンアウトと業務評価との関係. 産業・組織心理学研究, 17(1): 3-14 (2003).
- 92) 堀田聡子: 介護職のストレス・バーンアウトと雇用管理. 季刊家計経済研究, 82: 24-36 (2009).
- 93) 堀田聡子: 介護保険事業所(施設系)における介護職員のストレス軽減と雇用管理. 季刊・社会保障研究, 46(2): 150-163 (2010).
- 94) 任貞美: 介護老人福祉施設において職員のバーンアウト—インタビュー調査を通して. 東京家政学院大学紀要, 44: 67-73 (2018).
- 95) 高尾公矢, 赤羽克子, 宇佐美尋子: 介護職員のストレスと職場環境に関する研究. 聖徳大学研究紀要, 26: 9-15 (2015).
- 96) Isaia, G., Astengo, M., Isaia, C.G.: *Stress in professional care-givers working with patients with dementia: a hypothesis-generating studying*. Clin Exp Re, 23(5-6): 463-469 (2011).
- 97) Camerino, D., Conway, M.P., Van der Heijden, M.J.I.B., et al.: *Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries*. Journal of Advanced Nursing, 56(5): 542-552 (2006).
- 98) Baker, R.P., Francis, P.D., Hairi, N.N., et al.: *Interventions for preventing abuse in the elderly*. Cochrane Database Syst Rev, 8 (2016).
- 99) 关洁: 养老服务人才需求现状及培养路径研究—以北京市养老机构为例. 黑河学刊, 5: 116-121 (2021).
- 100) 赵思宇, 张会君: 辽宁养老护理员共情能力与工作倦怠的调查及相关性研究. 医学与哲学, 36(2A): 59-61 (2015).
- 101) 张静: 养老护理员心理健康状况调查分析. 河北医药, 35(6): 923 (2013).
- 102) 吴文辉, 饶艳, 陈联棟: 杭州市养老护理员离职意愿与心理资本及职业倦怠的关系研究. 中国卫生事业管理, 9: 697-700 (2018).
- 103) World Health Organization: *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases*. (2019).
(<https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>, 2022.7.5)
- 104) World Health Organization: *A Global Response to Elder Abuse and Neglect; Building Primary Health Care Capacity to Deal with the Problem Worldwide Main Report*. (2008).

- (https://www.who.int/ageing/publications/ELDER_DocAugust08.pdf, 2021.10.20)
- 105) 田尾雅夫, 久保真人: バーンアウトの理論と実際—心理学的アプローチ—. 誠信書房, 19-22 (1996).
- 106) Bužgová, R., Ivanová, K.: *Violation of ethical principles in institutional care for older people*. *Nurs Ethics*, 18(1): 64-78 (2011).
- 107) Shinan-Altman, S., Cohen, M.: *Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout*. *Gerontologist*, 49: 674-684 (2009).
- 108) Baker, M.W., Heitkemper, M.M.: *The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment*. *Nurs Outlook*, 53: 253-259 (2005).
- 109) Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., Massie, F.S.: *Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students*. *Ann Intern Med*, 149(5): 334-341 (2008).
- 110) 金慧英, 石川久展: 介護職員のバーンアウト要因についての一考察—職場環境の管理体制に着目して—. *Human Welfare*, 11(1): 109-117 (2019).
- 111) Drennan, J., Lafferty, A., Treacy, M.P., et al.: *Older People in Residential Care Settings: Results from a National Survey of Staff-Resident*. *Interactions and Conflicts*, University College Dublin (2012).
(<https://www.rte.ie/documents/news/elderlyreport.pdf>, 2022.7.5)
- 112) Baker, P.R., Francis, D.P., Hairi, N.N., et al.: *Interventions for preventing abuse in the elderly*. *Cochrane Database Syst Rev*, (2016).
(<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010321.pub2/fu11>, 2021.10.20)
- 113) Camerino, D., Conway, P.M., Van der Heijden, et al.: *Low-perceived work ability, ageing and intention to leave nursing: a comparison among 10 European countries*. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5): 542-552 (2006).
- 114) 加瀬裕子: 介護福祉学の構築に向けて. *介護福祉学*, 26(2): 123-135 (2019).
- 115) 松浦弘典: 養護老人ホームの介護職員における尊厳の保持に関する意向把握の検討. *介護福祉学*, 27(1): 35-44 (2020).
- 116) 杉浦令人, 和田邦孝, 荒井友章等: 介護士育成における客観的介護技術評価ツールの開発と信頼性分析. *日本老年医学会雑誌*, 54: 584-588 (2017).
- 117) 藤江慎二, 小嶋章吾: 介護職員が虐待行為を回避しているプロセス—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて—. *介護福祉学*, 27(1): 54-63 (2020).
- 118) 李超平, 时勤: 分配公平与程序公平对工作倦怠的影响. *心理学报*, 5: 677-684

(2003).

- 119) 中国国家卫生健康委员会官方网站: 疫情防控动态 截至 11 月 28 日 24 时新型冠状病毒肺炎疫情最新情况.
(<http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202111/04237d963c634981aba4070413d58ecc.shtml>, 2021. 11. 29)
- 120) 中国疾控中心: 72, 314 例 COVID-19 病例揭示新冠病毒疫情特点和经验教训.
(http://k.sina.com.cn/article_3874971622_e6f75fe601900q56r.html?from=health, 2021. 11. 29)
- 121) Yang X, Yu Y, Xu J, et al.: *Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study*. *Lancet Respir Med*, 8(5): 475-481 (2020).
- 122) Wu Z, Mc Googan JM.: *Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019(COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72, 314 cases from the Chinese center for disease control and Prevention*. *JAMA*, (2020).
- 123) 胡珊: 新冠疫情对我国养老事业的冲击及启示. *黑龙江科学*, 11(20): 162-164 (2020).
- 124) 杨光宇, 曹昆: 世卫组织将新型冠状病毒疫情列为国际关注的突发公共卫生事件.
(<http://world.people.com.cn/n1/2020/0131/c1002-31565415.html>, 2022. 7. 5)
- 125) 中国疾病预防控制中心: 中华人民共和国国家卫生健康委员会公告: 2020 年第 1 号.
(<http://www.nhc.gov.cn/jkj/s7916/202001/44a3b8245e8049d2837a4f27529cd386.shtml>, 2022. 7. 5)
- 126) 中国国家卫生健康委等: 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)的通知.
(http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-02/19/content_5480948.htm, 2022. 7. 5)
- 127) 李火把, 洪静芳, 杨柳等: 安徽省养老机构新型冠状病毒肺炎疫情防控现状调查. *蚌埠医学院学报*. 4(5): 687-691 (2020).
- 128) 中国民政部: 关于印发全国民政人才中长期发展规划的通知.
(<http://www.zhongfang.gov.cn/zhongfang/c104857/201910/8efda10fff824f56bc465e8370ceca72.shtml>, 2022. 7. 5)
- 129) 赵霞, 宋艳萃, 赵文星等: 新冠肺炎疫情下“1+X”老年照护线上课程建设的价值内涵与实施路径. *卫生职业教育*, 38(24): 82-84 (2020).

- 130) 中国社会报：聚焦急难愁盼-谋划养老护理人才队伍高质量发展。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/mtbd/202203/20220300040382.shtml>,
2022.7.5)
- 131) 中国民政部：多重举措缓解养老院护理员紧缺问题。
(<http://www.scio.gov.cn/video/42502/42511/Document/1674968/1674968.htm>,
2022.7.5)
- 132) 付洋, 马俊玲, 张茜等：新冠肺炎疫情下医养结合养老机构面临的困境与对策分析.
中国医学伦理学, 34(08): 986-990 (2021).
- 133) 中国民政部办公厅：关于印发《养老机构新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控指南(第二版)》的通知。
(<http://www.mca.gov.cn/article/xw/tzgg/202002/20200200024221.shtml>,
2022.7.5)
- 134) 胡珊：新冠疫情对我国养老事业的冲击及启示. 黑龙江科学, 11(20): 162-164
(2020).
- 135) 付洋, 马俊玲, 张茜等：新冠肺炎疫情下医养结合养老机构面临的困境与对策分析.
中国医学伦理学, 34(08): 986-990 (2021).
- 136) 北京市人民政府：印发《关于加快推进养老服务发展的实施方案》的通知。
(<http://www.bjdx.gov.cn/bjsdxqrmzf/zfw/zfxxgk/jgzn/lzyj/gz/1394925/index.html>,
2022.7.5)
- 137) 北京市人民政府门户网站：2022年养老机构护理型床位至少达50%政策解读。
(http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zcjd/202105/t20210513_2388094.html,
2022.7.5)
- 138) 北京市人民政府：2022年养老机构护理型床位至少达50%政策解读。
(http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zcjd/202105/t20210513_2388094.html,
2022.7.5)