

中国における介護保険制度の試験的実施の背景について

王 文 亮

Wenliang WANG

Background of experimental implementation of long-term care insurance in China

はじめに

中国政府（中央省庁の一つである人的資源・社会保障部）は2016年6月27日に「長期護理保険制度の試験的実施に関する指導的意見」という公文書を公布し、「長期護理保険制度」の試験的実施をめぐる指導的思想、基本原則、目標、主要任務、基本政策、管理体制、関連措置、実施のプロセスなどを示したうえ、全国15の市を試験的実施地域として指定した。その地域は、河北省の承徳市、吉林省の長春市、黒龍江省のチチハル市、上海市、江蘇省の南通市と蘇州市、浙江省の寧波市、安徽省の安慶市、江西省の上饒市、山東省の青島市、湖北省の荊門市、広東省の広州市、重慶市、四川省の成都市、新疆生産建設兵団の石河子市である。この15の市のうち、長春市、南通市、青島市などは同「意見」が通達される前にすでに類似制度を実施していたため、今回の政府の動きは一部の地域における先駆的試みが、ついに中央政府を突き動かした格好となったといえる⁽¹⁾。

ところで、いわゆる「長期護理保険制度」とはいったいどんな制度であろうか。ここではまず制度の名称に関わる関連用語の整理をしておこう。日本語の「ケア」や「介護」、「看護」に相当する中国語の表現は、筆者が調べたところでは、少なくとも「長期照護」、「長期照料」、「長期照顧」、「長期護理」、「老年照護」、「老年照料」、「老年照顧」、「老年護理」、「居家照護」などである。

中国医療保険研究会によれば、「『照護』という言葉の初出は民国時代の『漢語大詞典』第7巻で、『照料と護理』の意味とされる。一方で、『護理』という言葉は近代医学の領域で中国になった後に現れたものであり、主に専門技術によるサービスを意味する。看護学の発展は『護理』の専門性を強化してきた。Long-term careは専門性の高い『護理』と訳してもいいし、日常生活の側面に重点を置く『照護』や『照料』と訳してもいい。したがって、Long-term careは『長期照護』と訳すことが正しいといえる。」⁽²⁾

そして、その延長線上にある保険制度の名称として、「護理保険」、「長期護理保険

(Long-Term Care Insurance, LTCI)、「介護保険」、「長期介護保険」、「長期医療護理保険」、「養老護理保険」、「長期医療護理保険」、「老年護理保険」、「老年長期護理保険」、「老年長期照護 (Long-Term Care for the Elderly)」などが使われている。現時点で中央政府はいまだに全国共通の制度作りに着手していないこともあり、試験的实施は一部の地域に止まっている。また、地域によって制度の内容が異なっており、制度名が統一されていない。したがって、本稿では極力混乱を避けるために、日本でよく使われ、法律用語としても定着している「介護保険」という言葉を使用したい。

では中国政府はなぜこのタイミングで介護保険制度の試験的实施を指示、推奨したのか、本稿ではその背景について、要介護人口の増大、高齢者介護福祉の立ち遅れ、介護保障に関する中国政府の基本方針の沿革、学界の見解等を中心に考察したい。

1. 膨大な数の要介護人口

中国の総人口は、2017年末時点で13億9,008万人に上る。この世界一の人口大国において、障害、疾病、高齢などにより要介護状態に陥った人たちも膨大な数に上ると考えられる。

(1) 障害者

2006年に実施された第2回全国障害者サンプル調査の結果によると、全国の障害者は8,296万人で、総人口の6.34%を占める。また、中国障害者連合会は、第6回国勢調査および第2回全国障害者サンプル調査等で明らかにした総人口に占める障害者の割合を基に、2010年末時点における障害者の総数および各種類、各等級の障害者数を推計した。それによると、全国の障害者は8,502万人に上り、そのうち、視覚障害者は1,263万人、聴覚障害者2,054万人、言語障害者130万人、肢体障害者2,472万人、知的障害者568万人、精神障害者629万人、重複障害者1,386万人となっている。また、障害の程度で見ると、中度・軽度障害者5,984万人、重度障害者2,518万人となっている⁽³⁾。軽度の障害なら他人の手助けなしに自立した生活を送ることができるかもしれないが、中度の障害を抱えている場合は他人からの援助を必要とする可能性が高くなる。さらに重度障害となると、常時の介護は必要不可欠であると考えられる。

(2) 疾病患者

中央省庁の一つである衛生部（当時。現在は国家衛生・健康委員会と称する）が2009年2月に公表した「第4回国家衛生サービス調査結果」によれば、2008年、調査対象地域における住民の病院入院率は6.8%で、2003年より1倍近く増えた。この入院率で推計すれば、全国の入院患者は1億人近く、手術を受けた患者は2,500万人に達する。また、国家衛生・健康委員会が公表した「2017年わが国の衛生・健康事業発展統計公報」によ

れば、2017年、全国の医療機関に入院した患者は2億4,436万人で、前年より1,708万人(7.5%)も増えた。年間の入院率は17.6%となっている。

入院患者の看護は日本では医療機関が責任を持って行い、入院すれば「看護師さんにすべてお任せ」だが、中国では基本的に家族が対応しなければならない。中国の看護師は注射を打ったり、薬を投与したりするのが主な仕事で、それ以外の一切は家族が担うことになる。食事を摂らせたり、身体を拭いたり、トイレに付き添ったり、寝返りを打たせたりすることなども看護師は基本的に関わらなくてもよい。そのため、家族の誰かが病院に泊まり込まなければならない。家族が対応できない場合は、いわゆる「護工(看護者)」を雇うことになる。それに伴う経済的負担は非常に重いだけでなく、雇われている人の多くは、基本的な医療知識すら持っていないまったくの素人である。

(3) 高齢者

全国老齡活動委員会事務室と中国老齡科学研究センターが2010年に公表した予測によれば、2010年末時点で全国の要介護高齢者は約3,300万人で高齢者人口の19.0%を占める。そのうち、全介助は1,080万人で高齢者人口の6.23%を占める。

要介護高齢者の数を推計する前提は、高齢者人口の規模である。胡宏偉・李延宇・張瀾は、高齢者人口を基に要介護高齢者の数を以下のように推計している。65歳以上の高齢者人口は、2020年には1億7,877万人で、2050年には3億2,061万人に達する見込みである。高齢者人口の増加に伴い、要介護者は2014年の8,255万人から2050年の2億1,907万人になる見通しである。また、高齢者人口に占める要介護者の割合は、2014年の58.84%から2050年の68.33%に上昇する見通しである(表1)。

表1 65歳以上高齢者人口の将来推計

| 年 | 高齢者人口 (万人) | 健康高齢者 (万人) | 軽度要介護 高齢者 (万人) | 中度要介護 高齢者 (万人) | 重度要介護 高齢者 (万人) | 要介護高 齢者合計 (万人) | 要介護高 齢者比率 (%) |
|------|---------------|---------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 2014 | 14,030 | 5,775 | 5,273 | 1,979 | 1,003 | 8,255 | 58.8 |
| 2020 | 17,876 | 6,613 | 6,795 | 2,842 | 1,626 | 11,263 | 63.0 |
| 2026 | 19,937 | 7,091 | 7,555 | 3,324 | 1,967 | 12,846 | 64.4 |
| 2032 | 25,169 | 8,977 | 9,467 | 4,234 | 2,491 | 16,192 | 64.3 |
| 2038 | 29,994 | 10,573 | 11,286 | 5,108 | 3,027 | 19,421 | 64.8 |
| 2044 | 31,244 | 10,625 | 11,804 | 5,489 | 3,326 | 20,619 | 66.0 |
| 2050 | 32,060 | 10,154 | 12,210 | 5,952 | 3,744 | 21,906 | 68.3 |

出典：胡宏偉・李延宇・張瀾「中国老年長期護理服務需求評估与予測」、『中国人口科学』2015年第3期より筆者作成。

2. 高齢者介護福祉の立ち遅れ

(1) 市場原理の浸透と入居型施設の変質

中国の高齢者施設は、基本的に入居とデイサービスとに大別される。計画経済体制下で構築されていた高齢者介護福祉サービスは、基本的に公立施設が主導的な役割を担っている。都市部の社会福利院や農村部の敬老院はその代表例である。いわゆる「民政対象者」、「三無人員」である住民は、所得や労働能力が低く、頼りになる家族もいないため、社会福利院や敬老院に入居し、そこで老後生活を送っていることが多い。

しかし、市場原理の浸透や福祉政策の転換に伴い、公立施設も著しい変質を余儀なくされている。従来では、公立施設はほとんど政府の財政支出で、厳しい選別主義によって選ばれたごく限られた数の住民を受け入れて運用していた。このような状態は1990年代以降、政府財政支出の削減や、人件費の高騰に見舞われたため、大きな方向転換を迫られている。そこで、全国のどこの地域でも、すべての公立施設はこぞって自費入居者を受け入れることによって状況の打開を図ろうとするようになった。自費入居者は「民政対象者」、「三無」人員以外の一般住民であり、家族構成や所得水準、身体機能などを一切問わず、定員が許されれば、利用料を全額自己負担で、誰でも入居できる。都市部公立施設の主役である社会福利院も率先して自費入居者を大量に受け入れており、入居者総数に占める自費入居者の割合は2003年の31.89%から2016年の43.31%へと上昇した(表2)。

表2 全国の社会福利院における自費入居者数・割合の推移

| 年 | 施設数 (ヶ所) | 入居者数 | | |
|------|-------------|---------|--------|--------------------|
| | | 合計(人) | 自費入居者数 | |
| | | | 合計(人) | 入居者全体に占める 割合(%) |
| 2003 | 1,508 | 108,940 | 34,738 | 31.9 |
| 2009 | 1,611 | 166,959 | 57,482 | 34.4 |
| 2010 | 1,572 | 178,908 | 67,379 | 37.7 |
| 2011 | 1,597 | 190,219 | 72,836 | 38.3 |
| 2012 | 1,719 | 203,198 | 82,352 | 40.5 |
| 2013 | 1,825 | 211,014 | 85,234 | 40.4 |
| 2015 | 1,717 | 210,868 | 85,462 | 40.5 |
| 2016 | 1,604 | 199,726 | 86,496 | 43.3 |

出典：『中国民政統計年鑑』各年版、中国統計出版社より筆者作成。

自費入居者の受け入れは確かに施設運営の経済面にプラスとなる部分が多い。しかし一方で、同じ施設の中で、応益負担（受けたサービスの量に応じての負担）と応能負担（所得など負担能力に応じての負担）を原則として同時に容認することは、利用者の中で大きな不公平感を生じさせてしまう。結局、公立福祉施設であるにもかかわらず、市場原理で運営される民間施設との境界線が限りなく消えていき、公立施設として本来果たさなければならない役割が縮小されてしまうに違いない。

(2) 入居型施設の不マッチ

ところが、非常に奇妙なことに、多くの人が福祉施設に入りたくても入れない状況にある一方で、施設にはベッドがあってもその数の利用者を受け入れていない。すなわち、施設と利用者の方に様々な不マッチが起きており、そのもっとも顕著なことは表3と表4が示すように、ベッド利用率の低下と空きベッドの増加傾向が経年的に認められる。

表3 全国の入居型施設におけるベッド数・入居者数の推移

| 年 | ベッド数(万床) | 入居者数(万人) | ベッド利用率(%) | 空きベッド数(万床) |
|------|----------|----------|-----------|------------|
| 1978 | 16.3 | 16.3 | 100.00 | 0 |
| 1980 | 24.2 | 19.1 | 78.93 | 5.1 |
| 1985 | 49.1 | 40.8 | 83.10 | 8.3 |
| 1990 | 78.0 | 59.9 | 76.80 | 18.1 |
| 1995 | 97.6 | 74.7 | 76.54 | 22.9 |
| 2000 | 113.0 | 85.4 | 75.58 | 27.6 |
| 2005 | 180.7 | 123.6 | 68.40 | 57.1 |
| 2010 | 349.6 | 278.2 | 79.58 | 71.4 |
| 2015 | 393.2 | 231.7 | 58.93 | 161.5 |
| 2016 | 414.0 | 236.3 | 57.08 | 177.7 |

注：入居者は高齢者、障害者、児童、浮浪者等である。

出典：『中国民政統計年鑑2017』、中国統計出版社、2018年、149-150頁より筆者作成。

表4 全国の社会福利院における空きベッド数の推移

| 年 | 施設数(ヶ所) | ベッド数(床) | 入居者数(人) | ベッド利用率(%) | 空きベッド数(床) |
|------|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| 2003 | 1,508 | 144,656 | 108,940 | 75.31 | 35,716 |
| 2009 | 1,611 | 227,916 | 166,959 | 73.26 | 60,957 |
| 2010 | 1,572 | 244,603 | 178,908 | 73.14 | 65,695 |
| 2011 | 1,597 | 271,930 | 190,219 | 69.95 | 81,711 |
| 2012 | 1,719 | 308,996 | 203,198 | 65.76 | 105,798 |
| 2013 | 1,825 | 346,054 | 211,014 | 60.98 | 135,040 |
| 2015 | 1,717 | 377,201 | 210,868 | 55.90 | 166,333 |
| 2016 | 1,604 | 371,193 | 199,726 | 53.81 | 171,467 |

出典：『中国民政統計年鑑』各年版、中国統計出版社より筆者作成

表3によると、2016年、入居型福祉施設は414万床のベッドを有しているが、受け入れた入居者は236.3万人で、ベッド利用率はわずか57.08%にとどまり、なんと177.7万床が空きベッドとなっている。また、表4からも分かるように、社会福利院のベッド利用率がどんどん下がっており、2016年末時点でわずか53.81%に過ぎない。同時に空きベッドが増加の一途を辿り、同時点では17万1,467床に達した。

なぜこんな非効率な現象が起きているのか、その原因は単純ではない。利用者が施設入居に対していまだにマイナスの認識を持っていることも要因の一つと考えられるが、入居料金の設定は利用者の負担能力を大幅に上回っていることが非常に大きいと考えられる。

高齢者施設の利用料は公立と私立を問わず、基本的に部屋代、食事代、介護費からなる。食事は施設内食堂で共通のメニューを作成するため、たいてい一律料金となる。部屋代は個室か、相部屋か、北向きか、南向きかなどによって違ってくる。中国のマンションやアパートはほとんど南北方向で、真中に廊下があり、部屋は北向きと南向きとに分かれる。北向きの部屋は夏には暑く、冬には寒い。南向きの部屋は逆に夏には涼しく、冬には暖かい。このような違いがあるため、南向きの部屋は北向きの部屋より高い料金が徴収される。

介護費は入居者の身体状況によって異なってくる。元気で自立の生活が可能で、介護の必要はまったくない者は、介護費は一切かからない。介護を必要とする者は、その要介護度に応じて介護費が設定される。特に要介護度の高い者は一般入居者より2、3倍以上もの高い料金を納めなければならない。

中国の施設は、寝たきりの高齢者を受け入れたがらないのが一般的である。受け入れ

のできる施設は完全に売り手市場になっているため、利用者と施設との協議で利用料金を決めるといっても、大抵は利用者が施設側の提示した金額を飲まざるを得ない。また、施設側が利用者の身体状況の変化の度合いに応じて料金の変更（すべて増額）を求めてくる。この場合でも、利用者が非常に弱い立場に立たされる。つまり、より高い料金を払って入居を続けるか、それとも施設を出るかという選択である。

3. 高齢者介護の制度選択

前述したように、中国にもごく少数の高齢者を対象にする高齢者福祉制度が存在する。それは都市部の社会福利院や農村部の「五保扶養（生活困窮の住民に、生活扶助など5つの保障を提供。敬老院も含む）」である。高齢者福祉は「三無人員」や一部の低所得高齢者に介護サービスを提供するのみで、中等所得以上の高齢者や身寄りのある高齢者は基本的に社会福祉から除外されている。巨額の財源を調達することが困難であることが最大の要因であると考えられる。

また、世界の社会保障発達史を見ると、どの国でも、社会保障制度の整備には優先順位がある。一般的に、都市の産業労働者を対象とする経済補償関連の年金保険や失業保険、労働災害保険が優先的に作られるが、その次は医療保険や生活保護である。社会福祉は最後に登場する。特に高齢者介護のニーズはここ半世紀の人口高齢化がもたらしたものである。中国にせよ、その他の発展途上国にせよ、社会福祉によって高齢者介護を担うのは、緊急性にしても、社会保障体系のなかの位置づけにしても、相対的に遅れがちである。

そういう意味で、中国にとって現実的な選択は社会福祉よりも、社会保険であるといえる。ドイツ、日本、韓国のように、普遍的なサービスを提供する介護保険制度を構築し、義務と権利の対等という原則に則って、すべての高齢者に介護サービスを提供すべきである⁽⁴⁾。

(1) 中国政府の基本方針の沿革

中国政府は高齢者の介護保障に関する制度設計等について従来の枠組みを踏まえつつ、新しい取り組みにも一応言及している。ここでは、その新しい言及を時系列に整理しておく。

2006年12月17日、共産党中央と国務院は「人口と計画出産の活動を全面的に強化し、人口の問題を全体的に解決することに関する決定」を公にした。同「決定」のなかでは、「高齢者向けサービスのボランティア、介護労働の貯蓄、介護保険といった社会化したサービス制度の構築を模索する」ということが書かれている。注意しなければならない

のは、ここの介護保険は民間保険であって、社会保険ではないことである。

国務院弁公庁が2011年12月16日に公布した「高齢者介護サービス体系建設企画（2011～2015年）の通達に関する通知」で言及された介護保険もやはり民間保険である。同「企画」は、「条件の整った地域では、高齢者の介護費支払いの能力を高めるために、高齢者介護費補助や介護保険の実施を模索する」ことを認めている。

2012年12月28日に改正され、2013年7月1日に施行された「高齢者權益保障法」第30条では、「国は段階的に長期介護保障を展開し、高齢者の介護ニーズを満たしていく。長期にわたり生活が自立できず、経済的に困難な状況にある高齢者に対して、各級の地方政府はその自立できない状態等に応じて介護費の補助を行うべきである。」とする。ここでは介護保険は民間保険であることを明確に示している。

2013年9月6日、国務院は「高齢者介護サービス業の発展を加速させることに関する若干の意見」を通達した。それによれば、国務院は、高齢者による健康保険、介護保険、傷害保険等の民間保険商品の購入、民間保険会社による関連業務の展開を奨励する姿勢を明らかにした。

その直後の28日、国務院はふたたび「健康サービス業の発展を促進することに関する若干の意見」を公にした。そのなかでは、「民間の介護保険および健康管理や養老などに関する民間の健康保険商品を積極的に開発せよ」と発破をかけた。

2014年3月25日、中国保険監督管理委員会は「保険業は新型都市化の発展に貢献することに関する指導的意見」のなかで「介護保険および健康管理等に関連する民間の健康保険商品を開発する」ことを宣言した。

同じ年の8月13日、国務院は「近代的保険サービス業の発展を加速させることに関する若干の意見」を通達し、「民間の介護保険を発展させる」ことを明言した。

10月27日、国務院弁公庁は「商業健康保険の発展を加速させることに関する若干の意見」のなかで商業健康保険の定義と範囲について次のように定めている。

「商業健康保険とは、商業保険会社が健康の原因や医療行為によって生じた損失に対して保険金を支払う保険であり、主に医療保険、疾病保険、要介護者収入損失保険、介護保険および関連の医療意外保険、医療責任保険等が含まれる。」

また、商業健康保険を発展させる狙いについては、市場メカニズムの役割と商業健康保険分野の優勢を發揮させ、健康保険商品の供給を拡大し、健康保険サービスを充実させ、商業健康保険の医薬衛生体制の改革、健康サービス業の発展、経済のモデルチェンジとグレードアップにおける主力たる役割を發揮させる、とする。

そして、商業健康保険を発展させる目標として以下のことを掲げている。

2020年までに、完備した市場体系、豊富な商品、信用性の高い経営規範を兼ね備えた

近代的商業健康保険業をほぼ構築する。人口の高齢化、家族構成の変化、慢性病治療等のニーズの拡大に応じて、介護保険制度の試験的实施を大いに展開し、多種多様な形の商業介護保険の発展を加速させる。

2015年5月8日、中央省庁である財政部、国家税務総局、中国保険監督管理委員会は連名で「商業健康保険個人所得税政策の試験的实施を展開することに関する通知」を全国の省・自治区・直轄市の関係部署に通達した。同試験的实施は2013年国務院の「健康サービス業の発展を促進することに関する若干の意見」を財政面で実施するために打ち出されたものである。

この新しい取り組みは、民間健康保険を購入する際の保険料支出は所得税控除の対象になるという内容である。具体的には、個人は民間健康保険の商品を購入する場合、年間2,400元（月額200元）を上限に所得控除が適用されることになる。ただし、対象となる商品は、中国保険監督管理委員会が開発し、財政部、税務総局と共同で発表した一般庶民向けの総合的健康保険商品に限られる。また、最初の段階は一部の地域のみで、北京市、上海市、天津市、重慶市など4つの直轄市は全区域で試行するが、各省・自治区はそれぞれ人口が比較的多く、総合的な管理能力も比較的高い都市を一つ選び試行することになっている。

片山ゆきによれば、2014年の医療や健康に係る保険商品について、1人あたりの保険料の平均拠出額は116元（約2,300円）と少なく、1人あたりの保険料の拠出総額の1割にも満たない。国の医療衛生総費用のうち、民間の医療保険給付が占める割合は1.3%程度とされ、医療保険の普及が進んでいる欧米に比べると、医療財政や国民の負担軽減への貢献度もまだ低い状態にある。政府は今般の税優遇を導入することで、国民の民間保険への加入を促進し、医療財政への負担軽減を図る意向であることが指摘されている⁵⁾。

2015年10月29日の中国共産党第18期中央委員会第5回全国大会で採択された「国民経済・社会発展第13次五カ年計画の制定に関する中国共産党中央の提案」には、「介護保険制度の構築を模索する」と記されている。

2015年11月18日、国務院弁公庁は国家衛生・計画出産委員会や民政部など9つの中央省庁連名の「医療衛生と高齢者介護サービスの連携を推進することに関する指導的意見」を通達した。同「指導的意見」は医療衛生と高齢者介護サービスの連携を推進するための具体的措置として、多層的長期介護保障体系の模索と構築を示した。その文言は以下の通りである。「引き続き高齢者介護サービスを進める。高齢者の長期介護サービスのニーズを満たすために、商業長期介護保険を含め多種多様な高齢者介護保険商品をもっと開発し、条件の整っている地域における長期介護保険制度の模索と構築を推奨し、保

険の多元的資金調達を積極的に模索する。高齢者の長期介護保険商品購入を推奨する。長期介護サービスの内容、基準、評価といった業界のルールと仕組みを整備、健全化する。在宅、地域、施設における比較的健全な専門的介護サービス体系を模索、構築する。」以上の正式な公文書を見る限り、少なくとも2015年時点で、中国政府は「保険」という制度を活用して高齢者介護の問題を解決しようとする姿勢が伺える。一方で、保険は民間保険（または商業保険）と社会保険とに大別され、中国政府の主な関心は厳密に言えば、商業保険（または民間保険）に注がれていることが分かる。しかも、いずれも大まかな言い方に止めており、具体的な施策にまったく触れていない。

保険会社が販売している介護保険は、疾病、寝たきり、あるいは認知症等により要介護状態になった場合、介護給付金（介護一時金または介護年金）が支払われる保険である。日本では、民間介護保険の契約形態として、①単独型（介護補償給付のみを行う）、②特約型（終身保険や個人年金保険に介護保障特約として付加して契約）、③移行型（終身保険の保険料払い込み満了後に介護保障へ移行する）の3種類がある。さらに給付金等の支払い対象は商品によって、寝たきりのみ、認知症のみ、寝たきりと認知症の両方、の3通りがある。

もちろん、民間保険といっても、その位置づけや役割は中国と日本とでは相当異なるはずである。なぜなら、日本はすでに公的介護保険制度が確立され、高齢者介護において最も重要な役割を果たしているからである。介護のニーズは非常に個別性が高く、画一的な傾向の強い公的介護保険の提供するサービスで対応するよりも、民間介護保険による柔軟なケアのほうが優れている部分がある。そういう意味で、日本の民間介護保険には、公的介護保険の補完的機能としての役割が期待されているといえる。

中国では公的介護保険のない状況で議論しているため、どうしても民間介護保険の位置づけや役割を過大評価する傾向に陥りやすい。実際、国民の所得水準は普遍的に民間保険を購入できるような段階に達していないため、圧倒的多数の国民は民間介護保険を利用できない。また、民間介護保険が直接的に現物給付（介護サービス）を行うことには限界がある。一步先を歩んでいる日本でさえ、民間介護保険がより充実した機能を発揮できるようにするには、政府を含めて、人材を確保し、介護関連産業を育成して、多様な介護サービスを常時利用できる環境づくりを進めることが重要な課題である。

本稿の冒頭で述べたように、2016年、中央省庁の人的資源・社会保障部はようやく「長期護理保険制度の試験的实施に関する指導的意見」という公文書を公布し、公的介護保険制度の青写真を示したうえ、一部の地域に対して試験的实施を指示した。同「指導的意見」の中で示された保険制度は民間保険ではなく、公的保険、すなわち社会保険である。ところが、中央政府の示した制度設計をよく見ると、それが日本の介護保険の

ように独立した社会保険制度ではないことがわかる。試験的实施段階において介護サービスは、都市労働者基本医療保険制度（日本の健康保険に相当）の中で新たに設けられた給付である。その対象者は都市労働者基本医療保険加入者の中で長期療養や長期看護、長期介護を必要とする人々である。と同時に、中央政府は試験的实施地域に対して一定の裁量権を与えている。すなわち、試験的实施地域は財源の規模と給付能力に基づいて独自に給付対象と給付内容を決め、経済発展につれて保障範囲と給付水準を調整することができる。中国政府は試験的实施の期間を1～2年間と想定している。その期間で必要な経験を積み、第13次五ヵ年計画（2016～2020年）中に中国の社会主義市場経済体制に適した介護保険制度の政策的枠組みを基本的に形成するというのが中国政府の定めた目標である。

(2) 学界における見解

中国において介護保険に関する研究はまだ歴史が浅い。筆者が文献調査を行ったところでは、本格的な研究は21世紀に入ってから行われている。それはちょうど中国が高齢化社会に突入した時期と重なる。つまり、中国では2000年に高齢化率が7%に達し、本格的な高齢化社会を迎えた後、高齢者の介護は急速に社会問題へと化していくことが背景にあったといえる。また、2000年4月に日本で介護保険制度がスタートしたのを機に、先進諸国における高齢者介護を支える制度が中国国内でも紹介され、注目されるようになった。その結果、中国でも国の責任で、公的制度の構築によって高齢者介護の課題に取り組むべきだといった見識が学者や研究者の主流となった。

南京財経大学就業・社会保障研究センターの曹信邦・秦箏は次のように強調している。要介護高齢者の介護リスクは社会リスクであり、介護リスクは保険によって分散することができる。中国でも一部の保険会社が介護保険商品を販売している。しかし、情報の非対称、購入者の近視眼的考え等により、民間介護保険は有効なリスク分散機能を備えていない。これはいわゆる「市場の失敗」である。一方、民間保険と違い、社会保険は強制加入のシステムを導入することができる。そのため、中国でも公的介護保険制度をつくって、介護リスクを分散する必要がある⁶⁾。浙江財経大学財政・公共管理学院の戴衛東は3点の理由を挙げて、中国はできるだけ公的介護保険制度の試験的实施を開始すべきだと主張している。

第一に、資金が不足している。介護サービスを提供する施設は公立施設、民間非営利施設、民間営利施設など3種類がある。民間営利施設は自分で資金を調達し、市場原理で運営する。公立施設と民間非営利施設の財源は主に政府の財政投入、福祉宝くじ公益金、利用者の自己負担からなる。全国的に、公立施設は入所難、民間施設は資金難といっ

た問題が存在する。第二に、サービスの質が低い。特に農村部の施設は深刻な問題を抱えている。中では食事などもっとも基本的なサービスの提供すらままならないような施設が多く、高齢者虐待も多発する。入所者は自立・半自立の高齢者が中心で、寝たきり高齢者の受入れは進んでいない。第三に、介護サービスが不足している。大多数の施設は入所者の日常生活に重点を置いてあり、本当の意味での介護を行っていない。高齢者の日常生活動作（ADL）や手段的日常生活動作（IADL）の機能回復はほとんど行われていない⁽⁷⁾。戴衛東は、社会保険制度で高齢者介護の課題に取り組む必要性を強調する一方、すべて公的介護保険に任せるのではなく、公的介護保険制度の段階的構築とともに、民間介護保険や介護手当の整備も同時に進行させ、全国統一の複合的なシステムを目指すべきだと考えている。

中国医療保険研究会は海外の動きを踏まえつつ、公的介護保険の構築を中国にとって最善の選択肢として提言している。それによると、20世紀以降、いくつかの国は高齢者向けの介護保障制度を構築してきたが、それらは4種類に大別できる。一つ目は、イギリス、オーストラリア、カナダなどの手当（Long-Term Care Allowance）であり、主に政府が財政支出で高齢者に介護サービスを提供する。二つ目は社会保険（Social Long-Term Care Insurance）である。政府が介護保険法を制定し、社会保険の形で高齢者介護の費用を負担する。この制度を持つ国はオランダ、イスラエル、ドイツ、ルクセンブルク、日本、韓国などである。三つ目はアメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドなどで行われている民間保険（Private Long-Term Care Insurance）である。四つ目はフランスで行われている公的医療保険（Pay from Medical Insurance）であり、公的医療保険基金で高齢者介護の費用を賄う。しかし、現在、フランス政府は公的医療保険基金の圧力を緩和し、財政負担の軽減を図るために、独立した公的介護保険を構築すべきかどうかについて検討しているところである。一方、中国は財政支出に頼り切ることができないし、アメリカ式の民間保険を真似することもできず、フランスの轍を踏むことも避けるべきである。つまり、公的介護保険を試みることは中国にとって最善の選択になるといえる、という⁽⁸⁾。

社会保険方式で中国の高齢者介護の問題を解決するという点では、学者・研究者の見解がほぼ一致している。しかし、具体的な制度設計となると、やはり多種多様の意見が乱立している状態である。曹信邦・秦箏は「市場の失敗」や「逆選択」の弊害といった視点から民間保険を否定して社会保険の必要性を強調したうえ、公的介護保険制度の構築にあたって次のような提言を行っている。第一に、関連法規を整備すること。介護保険制度では、すべての要介護高齢者の介護費用を現役労働者が負担することが一般的である。これを可能にするためには、国・政府の関連法規の整備が必要である。関連法規

の整備によって、各方面の権利と義務を定めるのである。まず一部の地域で試験的实施を行い、徐々に広めていくようなプロセスは有効である。第二に、介護保険制度の内容を合理的に決めること。財政方式は積立方式よりも賦課方式が望ましく、政府の財政投入も必要不可欠である。被保険者は「社会連帯」、「リスク分散」、「大数の法則」などに則り、現役労働者全員を被保険者とする。給付対象は制度施行の初期段階では65歳以上の要介護高齢者に限定するが、制度の成熟につれて拡大していく。財源は雇用者の場合、賃金の一定の割合で保険料を徴収し、事業主と従業員が共同で負担する⁽⁹⁾。

戴衛東が提言した公的介護保険の制度設計については以下のようにまとめられる。

被保険者について。公的医療保険の被保険者は全員公的介護保険の被保険者になる。所得、労働力、身寄りのないいわゆる「三無人員」、および生活保護受給世帯等に対しては保険料減免を行う。

保険料について。試験的实施期間において、都市労働者は医療保険個人口座から、都市と農村の一般住民は医療保険共同基金から、一定率の資金を介護保険の財源に繰り入れる。率は前年度の要介護高齢者数、介護サービスの需要量、施設の価格、可処分所得、医療保険積立金等に基づいて算出する。政府は一定の財政投入を行う。制度施行の拡大期においては保険料の徴収を行う。

介護サービスのネットワークについて。コミュニティ・施設・居宅を中心とするサービスネットワークを1級、2級、3級の介護と結びつける。施設介護は1級介護とし、コミュニティサービスセンターは2級介護とし、居宅介護は3級介護とする。

給付基準について。末端の介護資源の利用を促進するため、2級と3級の介護費を設け、介護保険基金から90%を給付、自己負担は10%とする。1級介護費は介護保険基金から70~80%を給付、自己負担は30~20%とする。一方で、疾病、障害等の原因で自立生活のための身体機能の一部あるいは全部を失い、施設介護や居宅介護を必要とする人に対しては、その医療費と介護費を介護保険基金から給付する。その狙いは、介護保険加入率の向上と、「社会的入院」の解消にある。

支払い方法について。政府がサービスを購入するという方法を実施する。施設の1日1床当たりの費用は「総額制」とし、介護サービスを指定施設に委託する。コミュニティと居宅は介護等級により「月総額制」とする。具体的な基準は政府関係部門が定めて公布する⁽¹⁰⁾。

終わりに

以上、中国における要介護人口の増大、高齢者介護福祉の立ち遅れ、介護保障に関する中国政府の基本方針の沿革、学界の見解を整理した。要介護人口の増大を背景に、学

界はドイツ、日本、韓国など先進諸国の対応に触発され、中国においても公的介護保険制度を整備するよう強く求めた。2016年、中国政府も重い腰をあげて、すでに類似制度を導入している地域の取り組みを承認しつつ、全国計15の市を制度の試験的実施地域として指定し、経験を積み上げる目的の試運転を指示した。

近年一部の地域で導入されている介護保険制度を概観すると、その取り組みは中国の社会保障史においてまさに先駆的なものであるといえる。現時点で、中国にはまだ全国统一の公的介護保険制度が存在しないが、試験的実施地域の最大の共通点は医療保険の一部として介護給付を位置付けていることである。これは中国特有のやり方ではなく、他の国にすでに存在するやり方である。

世界的に見て、介護サービスを社会保険の形で提供する国は、オランダ、イスラエル、オーストラリア、ルクセンブルク、ドイツ、日本、韓国などである。その中で、中国はオランダに似た方式を採用しようとしている。オランダの介護保障は医療保険制度に組み入れられている。日本の介護保険に該当するのが特別医療費保険で、「特別医療費補償法」を根拠としており、1968年より施行されている。ドイツや日本のように医療保険と介護保険が分離独立して法的に整備されているのではなく、「特別な病気の費用に関する一般法規」という法律のもとで、医療と「介護」（＝介護サービス）給付が連続している。適用される年齢層は、日本の介護保険制度が対象を原則65歳以上としているのとは対照的に、児童から高齢者までと全年齢層としている。原則として一般的な疾病・障害に関しては各人が個別に登録している健康保険が優先的に適用される。しかし、何らかの理由（長期療養の場合等）で健康保険によって補償されない場合、特別医療費補償法が適用される。登録は健康保険に加入することが前提条件で、有効期限は1年間となっている⁽¹¹⁾。

中国政府は試験的実施の段階において現有の都市労働者基本医療保険の給付拡大を通して一部の人々の介護ニーズを満たすような基本方針を示した。それはすでに導入している地域の制度設計およびこれから試験的実施に乗り出す予定の地域の制度設計とどのような関係にあるのか、言い換えれば、中国政府の描いた青写真は果たして各地域が忠実に参考するような手本になるのか、また、現実に各地域は中央政府の意図をどこまで汲み上げつつ独自の特色を打ち出していくのか、それら注目すべき重要な課題であるといえる。介護保険制度の試験的実施に関する各地域の制度設計や取り組みについては別の機会の原稿に譲りたい。

注

- (1) 王文亮「中国における介護保険制度の試験的導入」、『週刊社会保障』No.2900 2016年11月21日
- (2) 中国医療保険研究会「長期照護保障制度相関問題的探討」、『中国医療保険』2016年第1期
- (3) 中国障害者連合会「2012年末全国障害者総数および各種類・各等級の障害者数の使用に関する通知」
- (4) 王文亮『GDP 2位の中国が抱えるジレンマとは何か』、ミネルヴァ書房、2016年、137頁
- (5) 片山ゆき「中国の『2025年問題』 13億人の医療・介護保険制度のゆくえ」、『金融財政ビジネス』第10504号 2015年7月2日
- (6) 曹信邦・秦箏「照護保険需要政府介入」、『中国社会保障』2015年第1期
- (7) 戴衛東「応亟早開展長期照護保険試点」、『中国社会保障』2015年第9期
- (8) 中国医療保険研究会「長期照護保障制度相関問題的探討」、『中国医療保険』2016年第1期
- (9) 曹信邦・秦箏「照護保険需要政府介入」、『中国社会保障』2015年第1期
- (10) 戴衛東「応亟早開展長期照護保険試点」、『中国社会保障』2015年第9期
- (11) 成清美治『海外の介護保障を学ぶーオランダ、ドイツ、デンマーク、フィンランドー』、学文社、2015年、8-15頁