

中国における介護保険制度の仕組み・試行状況・課題

金城学院大学文学研究科社会学専攻

学籍番号：1803001

氏名：王永麗

指導教員：大山 小夜 教授

副指導教員：小室 達章 教授

目次

はじめに

- 第1節 研究背景
- 第2節 研究目的・方法
- 第3節 研究対象・用語

第1章 先行研究の検討

- 第1節 要介護高齢者の増加に関する研究
- 第2節 介護保障体系に関する研究
- 第3節 介護保険制度に関する研究

第2章 理論枠組み：自助・互助・共助・公助

- 第1節 自助・互助・共助・公助とは
- 第2節 自助・互助・共助・公助の役割分担・連携
- 第3節 自助・互助・共助・公助と中国の介護保障体系

第3章 介護保険制度試行の理由

- 第1節 自助としての家政サービスの限界
- 第2節 自助としての民間介護保険の限界
- 第3節 互助としての家族介護の限界
- 第4節 公助としての公的扶助・福祉サービスの限界
- 第5節 公助としての高齢者介護手当の限界
- 第6節 共助としての社会保険
- 第7節 介護保険制度試行の理由：自助・互助・共助・公助の観点から

第4章 介護保険制度の試行に向けた動き

- 第1節 中央政府の基本方針・政策
- 第2節 地方政府の動き

第5章 介護保険制度の試行状況

- 第1節 保険者
- 第2節 被保険者
- 第3節 要介護認定
- 第4節 サービス体系

第5節 給付基準

第6節 財源

第6章 介護保険制度の成果

第1節 要介護者とその家族の経済負担の軽減

第2節 基本医療保険基金の支出の削減

第3節 介護施設とその関連産業の発展の促進

第7章 介護保険制度の課題

第1節 都市就労者に傾斜する被保険者

第2節 非統一的な要介護認定基準

第3節 重度要介護者偏重の介護給付

第4節 自己負担割合と介護費用総額との落差

第5節 基本医療保険基金依存の財源

第6節 曖昧な保険料納付責任

第7節 相対的に小さい政府責任

第8章 介護保険制度構築の方向性

第1節 自助・互助・共助・公助の連携としての介護保障体系

第2節 被保険者の範囲拡大

第3節 要介護認定基準の適地化

第4節 給付基準・給付方式の有効化

第5節 財源構成の多様化

おわりに

引用参考文献

日本語文献・資料

中国語文献・資料

その他

はじめに

第1節 研究背景

近年、中国において高齢者介護が社会問題化している。医療技術の進歩により高齢者介護が長期化・重度化するとともに、その需要はますます増大している。このような状況において、これまでの高齢者介護のあり方において、多くの問題が顕在化してきた。例えば、高齢者の世話をする家政サービスの利用は、経済力のある一部の家庭に限られており、また、その担い手側にも、人材不足、低学歴、高齢化、専門知識の欠如など様々な問題を抱えている。また、中国において民間介護保険は歴史が浅く、その認知度は低く、保険料も高額であり、低所得層に適していないことが指摘されている(文 2018)。家族介護においても、家族間において介護負担の偏りが出やすく、家族の中の誰か1人に負担が集中しやすいことから、家族間トラブルに発展することがある。さらに、兄弟姉妹間で介護費用に関する金銭トラブルも増加している。そして、高齢者介護に対する公的な福祉サービスは、その対象が「三無人員¹⁾」や一部の低所得高齢者に限られている。自費入居の実施に伴い、利用者間の不公平感、公立施設の役割の縮小などの問題を生じさせてしまうことも指摘されている(王 2019)。さらに、公的な高齢者介護手当制度の問題点として、給付対象者の範囲が狭く、給付認定基準が統一していないことや、財源調達方法が単一的で、給付水準が低いことが指摘されている(海 2022)。このように、中国では高齢者介護の必要性が増大している一方で、様々な仕組みの不備が指摘されているのである。

高齢者介護が社会問題化している状況の中で、2016年6月27日、中国政府²⁾は「介護保険制度試行の展開に関する指導的意見」(以下、2016年「指導的意見」)という公文書を公布し、介護保障政策の1つである介護保険制度の試行を開始した。しかし、中国政府は、介護保険制度の策定プロセスを公開していないため、同制度が試行されるに至った理由は不明なままである。2016年「指導的意見」には、「介護保険制度の構築を模索することは、人口高齢化に対処し、社会と経済の発展を促進し、社会保障制度を改善するための重要な制度的取り決めであること」が示されており、ここか

¹⁾ 収入源、労働能力、法定扶養義務者がいないまたは法定扶養義務者がいても扶養能力がないような人を意味する。

²⁾ ここでいう中国政府は、中央省庁の一つである人的資源・社会保障部を指す。

ら、介護保険制度が中国における社会保障のあり方を改善するための取り組みであることが伺える。ここに、社会保障制度を改善するための重要な制度的取り決めとしての介護保険制度が試行された理由を、中国における要介護者の増加状況や、高齢者介護をめぐる社会保障の現状と課題などの考察を通じて詳細に検討する必要があると考えられる。

一方、介護保険制度に関する先行研究において、明確な社会保障の枠組みを用いて、社会保険方式という介護保険制度が採用された理由を記述・分析した研究は極めて少ない。介護保障には、民間介護保険、社会保険方式、公的社会扶助など、いくつかの選択肢があるが(文 2018)、2016年「指導的意見」時点の中国において、高齢者介護の社会保障を改善するための重要な制度的取り決めとして、なぜ社会保険方式が選択され、介護保険制度の試行に至ったのかの理由について、包括的な社会保障の枠組みを用いて分析した研究はほとんどない。したがって、本論文では、日本における地域包括ケアシステムを支える「自助・互助・共助・公助」という考え方を³、中国における高齢者介護に対する社会保障の枠組みとして用いることで、介護保険制度が試行された理由を、包括的に社会保障を捉えた枠組みの中で分析することとする。具体的には、家政サービス、民間保険などの「自助」、家族介護などの「互助」、公的扶助、高齢者福祉サービス、高齢者介護手当などの「公助」といった中国における高齢者介護をめぐる現状を考察し、それぞれの課題について言及することで、介護保険制度という社会保険方式という「共助」機能が社会的に必要なようになってきたことを明らかにする。

このような高齢者介護の需要の高まりに対応するために、介護保険制度は試行されており、先行研究においても、試行されている介護保険制度の現状や課題が分析され、今後の中国における介護保険制度の方向性について考察されてきた(楊 2023)。また、中国では、2016年「指導的意見」に基づき、介護保険制度の試行を開始した後、2020年に通達された「介護保険制度試行の拡大に関する指導的意見」(以下、

³ 社会保障を捉える枠組みとして、「四助」ではなく、自助・共助・公助という「三助」という考え方も存在している。厚生労働省(2010)の資料では、「自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、②これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、③その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置づける」となっている。本論文では、社会保険方式の特色をより明確にした「共助」と、インフォーマルな助け合いの「互助」とを区別した「四助」という考え方を採用する。詳細については第2章を参照。

2020年「指導的意見」)においても、さらに対象地域を拡大して介護保険制度が試行されており、試行地域が拡大されたこともふまえて介護保険制度の現状や課題を分析することが求められる。本論文では、第1回国指定の15試行地域だけでなく、第2回国指定の14試行地域における介護保険制度も含めて、その現状と課題について考察し、中国における今後の介護保険制度の方向性について検討する。

今後の介護保険制度の方向性について検討する際、本論文は、実証性を重視する。すなわち、試行された介護保険制度に関する先行研究や、介護保険制度が試行された地域の公文書などに記載されている各種定量データを抽出し、その定量データに基づいて、第1回国指定の15試行地域だけでなく、第2回国指定の14試行地域における介護保険制度の現状や課題を分析し考察する。具体的には、第1回国指定の15試行地域と第2回国指定の14試行地域の介護保険制度における保険者、被保険者、要介護認定、給付基準、財源など、各地域で試行された介護保険制度の試行状況を、先行研究や公文書などから抽出した各種定量データを用いて記述するとともに、第1回試行地域と第2回試行地域の介護保険制度の分析と比較を通じて、介護保険制度の成果や課題を明らかにし、自助・互助・共助・公助の最適な組み合わせとしての介護保障体系に備えるための介護保険制度のあり方を検討する。

第2節 研究目的・方法

本研究の目的は、要介護高齢者の増加を背景に、中国において介護保険制度が試行された理由を明らかにすることである。そして、施行された介護保険制度の現状や課題を導出し、今後の方向性を提示することである。そのため、試行された介護保険制度を分析する前提として、第1章において、中国における要介護高齢者の増加に関する先行研究を概観することで、本研究の背景に言及する(景・李 2014、中華人民共和国国家统计局 2021等)。また、介護保険制度が試行される以前に実施されていた高齢者介護施策において、数々の課題や限界があったことも、本研究における重要な背景となるため、中国における介護保障体系に関する先行研究を整理するとともに、中国の介護保険制度に関する先行研究を概観する。

本研究では、中国において介護保険制度が試行された理由を検討するにあたり、自助・互助・共助・公助という社会保障の枠組みを援用する。自助・互助・共助・公助という考え方は、日本の社会保障体系においては比較的広く用いられているものの、

中国においてはまだ馴染みのない考え方である⁴。厚生労働省に提出された『地域包括ケア研究会報告書』（地域包括ケア研究会 2009）によれば、自助は「自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持すること」、互助は「インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等」、共助は「社会保険のような制度化された相互扶助」、公助は「自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」となっている。そして、自助・互助・共助・公助の役割分担を確立することや、これらが相互に連携して介護等の問題に対応することが求められている。自助・互助・共助・公助という考え方については、第2章において言及する。

中国において介護保険制度という社会保険方式が試行されたということは、高齢者介護においても「共助」としての社会保障機能を組み込むことで、自助・互助・共助・公助の役割分担を確立することや、相互が連携して介護等の問題に対応することが求められてきた、という考えを導くことができる。そのため、本論文では、自助・互助・共助・公助という社会保障の枠組みを用いて、中国における介護に対する社会保障の現状と、2016年「指導的意見」と2020年「指導的意見」によって試行された介護保険制度について分析する。

特に、第3章では、自助・互助・共助・公助がそれぞれの役割を果たし、相互に連携していくことの重要性をふまえながら、自助としての家政サービス、民間介護保険について、互助としての家族介護について、公助としての公的扶助・福祉サービス、高齢者介護手当について、それぞれ、高齢者介護という課題に対応するには限界があることを明らかにする。そして、共助としての社会保険方式の社会保障として、年金・医療・雇用・労災・出産に対する社会保険のあり方について言及するとともに、高齢者介護においても共助としての社会保険制度の必要性と、これらの自助・互助・共助・公助が相互に役割を分担し、連携していくことの重要性を指摘する。特に、自助・互助・共助・公助が相互に連携していくためには、共助としての社会保険方式による介護保険制度が必要であることについても言及する。つまり、「自助・互助・共助・公助」の四助の概念を用いて中国における高齢者介護の現状を分析することによ

⁴ 日本では、中国の社会保障体系について、自助・互助・共助・公助という考え方をを用いて考察した研究も存在する。例えば、李（2020）、李（2022）は、自助・共助・公助の三助の概念を、片山（2021）は、「自助・互助・共助・公助」の四助の概念を用いている。

り、共助としての社会保険方式による介護保険制度が必要であることや、四助が連携することが重要であることなどを、介護保険制度が試行された理由として導くことができると考えられる。

さらに、本研究の目的は、介護保険制度が試行された理由を明らかにするだけでなく、試行された介護保険制度の現状や課題を導出し、今後の方向性を提示することである。そこで、本研究では、国指定 29 試行地域（第 1 回：14 地域、第 2 回 15 地域）における介護保険制度に関する定量データを収集し、それを分析することで、試行された介護保険制度の現状を明らかにしていく。定量データに基づいて介護保険制度の試行状況を分析することで、同制度に内在する課題を明確しながら、今後、中国において求められる介護保険制度のあり方を検討していくことができると考えられる。

そのため、第 4 章では、介護保険制度が試行されるに至った動きを、中央政府と地方政府ごとに時系列的に捉え、介護保険制度の現状と課題を考察する上での前提とする。第 5 章では、国指定 29 試行地域（第 1 回：14 地域、第 2 回 15 地域）の介護保険制度の試行状況を、保険者、被保険者、要介護認定、サービスの体系、給付基準、財源ごとに整理し、その現状を明らかにする。これまでの介護保険制度の試行状況に関する先行研究では、その内容については詳述しているものの、定量データに基づいて、国指定 29 試行地域を包括的に分析・評価しているものは少ない。第 1 回試行地域と第 2 回試行地域それぞれの実績を定量データに基づいて整理し、それを比較・分析することは、同制度に内在する課題を導出するための根拠を明示化するという意味で、非常に有意義なことだと考えられる。

続いて、第 6 章では、介護保険制度の試行状況をふまえて、同制度を導入したことによってもたらされた成果について明らかにする。特に、要介護者とその家族の経済負担が軽減されたこと、基本医療保険基金の支出が削減されたこと、介護施設や介護関連産業の発展が促進されたことなどを指摘する。第 7 章では、先行研究の整理、自助・互助・共助・共助という理論枠組みの活用、公文書等からの定量データの収集・分析によって各試行地域の状況や成果を検討した上で、介護保険制度に内在する課題を導出する。特に、本論文では、介護保険制度に内在する課題として、被保険者が都市就労者に傾斜していること、要介護認定基準が統一化されていないこと、介護給付が重度要介護者に偏重していること、負担割合と費用総額との間に格差があること、介護保険財源が基本医療保険基金も依存していること、保険料納付責任が曖昧であること、政府責任が限定的であることなどを、定量データに基づいて指摘する。これま

で多くの先行研究では、介護保険制度の課題を解決するために、規範論的に介護保険制度における政府責任を強調してきたが、定量データに基づいた分析が十分ではなかったこともあり、その根拠としては不明瞭であった。したがって、本論文では、介護保険制度に関する定量データに基づいて、政府の財政支援の割合などを集計・分析することで、介護保険制度における政府責任の重要性の根拠を見出すことにつながると考えている。

第8章では、介護保険制度が試行された理由と、その現状や課題を踏まえて、今後の介護保険制度構築の方向性について、本論文の見解を述べる。特に、自助・互助・共助・公助の仕組みをどのように組み合わせるのかという視点から、介護保険制度構築の方向性について言及する。多くの研究が、財源不足によって、介護保険制度の持続性が脅かされるという見解を持っており、財源構成の改善策として、医療保険財源に依存しない介護保険の財源を提言している。しかし、詳細な財源構成や財源調達方法にまで言及しているものは少ない。また、一部の研究では解決策を提示しているが、その理由の説明や根拠は不十分である。そのため本論文は、上述の定量データに基づいた分析をふまえて、被保険者の範囲拡大、要介護認定基準の適地化、給付基準・給付方式の有効化、財源構成の多様化という観点から、介護保険制度構築の方向性について見解を述べる。最後に本論文の結論をまとめるとともに、本研究の限界と今後の課題を述べる。

第3節 研究対象・用語

本論文の研究対象は、2016年「指導的意見」の第1回国指定15試行地域の介護保険制度と、2020年「指導的意見」の第2回国指定14試行地域の介護保険制度である。中国では、2016年と2020年の介護保険制度が試行される以前にも、限定的ではあるが介護保険制度が導入されていた。例えば、青島市では、介護問題を解決するために、2012年に自主的に介護保険制度の模索を始めている。これまでのところ、数回の改正を経て、青島市の介護保険制度は目覚ましい成果を上げており、青島市の介護保険制度は、「2015年度中国政府イノベーション賞」を受賞している。この青島市の介護保険制度は中国における介護保険のモデルケースとなっており、これに倣って、山東省(2014年)、長春市(2015年5月)、南通市(2016年1月)などの地域でも、介護

保険制度が試行されるようになってきた。また、2016年国指定の15試行地域が発表された後でも、河北省邢台市巨鹿県(2016年7月)、浙江省杭州市(2017年4月)、浙江省嘉興市(2017年9月)などの地域がそれぞれ介護保険制度の試行を始めた。このように、いくつかの地域において介護保険制度が導入されているものの、本論文では、研究対象を、第1回国指定の15試行地域と第2回国指定の14試行地域の介護保険制度に限定し⁵、介護保険制度が試行された理由や、その現状と課題、さらには、今後の方向性について分析する。

次に、本研究における用語についてである。介護保険制度は、多くの試行地域で「長期護理保険制度」と呼ばれており、他の試行地域でも、「医療護理保険制度」、「長期照護保険制度」などの名称が使用されている。介護保険制度が試行される以前は、「介護」という言葉は中国ではあまり馴染みがなかった。日本でいうところの「介護」は、中国では一般的に「護理」、「照護」、「看護」、「照顧」、「照料」などと呼ばれており、介護の仕事に従事する人は「護工」とも呼ばれる。本論文では、用語上の混乱を避けるため、中国における長期護理保険制度、医療護理保険制度、長期照護保険制度においても、日本の介護保険制度で採用されている「介護」という言葉を使用し、て表現する。

⁵ 2016年「指導的意見」で国指定の15試行地域のうち、吉林省には長春市、山東省には青島市がある。一方で、同意見は、吉林省と山東省が国指定試行地域にとって重点連絡省であることを示している。それゆえ、山東省政府は試行地域として、済南市、淄博市、棗庄市、東営市、煙台市、濰坊市、濟寧市、泰安市、威海市、日照市、臨沂市、德州市、聊城市、濱州市、荷沢市という試行15試行地域を指定した。吉林省政府は試行地域として、吉林市、通化市、松原市、梅河口市、琿春市という5試行地域を指定した。そして、第1回国が指定した15試行地域、第2回国が指定した14試行地域、山東省政府が指定した15試行地域、吉林省政府が指定した5試行地域の合計は49試行地域となる。また、2016年「指導的意見」が公布される前に、一部の地域ではすでに介護保険制度が実施されていた。2016年国指定の15試行地域が発表された後、河北省邢台市巨鹿県(2016年7月)、浙江省杭州市(2017年4月)、浙江省嘉興市(2017年9月)などの地域がそれぞれ介護保険制度の試行を始めた。

第1章 先行研究の検討

本章では、介護保険に関する先行研究を、以下の3つに区分して整理し、その内容を概観する。第1に、介護保険制度が試行された背景としての要介護高齢者の増加に言及した研究、第2に、介護保険制度も含めて、中国における介護保障体系について分析した研究、中国の介護保険制度の問題点や改善策について言及した研究である。

第1節 要介護高齢者の増加に関する研究

介護保険制度が試行された背景の一つは、要介護の高齢者の増加であると考えられる。ここでは、要介護の高齢者が増加しているという現状について、先行研究を整理した。

第7回人口センサス調査によると、中国の高齢化率は2020年にすでに13.5%に達していた⁶。中国の高齢化率は2025年までに14%に達する可能性がある(楊2023:25)。また、要介護高齢者の数は年々増加している。要介護者⁷の数は、2010年の3,300万人から、2014年の4,000万人まで増加し、2050年には9,700万人にのぼると予測される(楊2023:26)。

表1-1を見ると、要介護高齢者数は2000年846万人、2006年910万人、2010年1,084万人、2015年1,240万人と、15年間で394万人増加している⁸。そのうち、高齢者総人口に占める軽度要介護高齢者の割合は、2000年5.83%、2006年5.41%、2010年5.15%、2015年4.83%と減少傾向を示す。高齢者総人口に占める中度要介護高齢者の割合は、2000年が0.34%、2006年が0.33%、2010年が0.32%、2015年が0.31%と減

⁶ 第7回人口センサス調査によれば、中国の人口の年齢構成は0～14歳人口は2億5,338万人(比率:17.95%)、15～59歳は8億9,438万人(同63.35%)、60歳以上が2億6,402万人(同18.70%)、65歳以上の高齢者は1億9,064万人(同13.50%)となっている。前回の人口センサス調査と比較して、60歳以上の人口比率は、5.44ポイントの増加となっている。

⁷ 要介護者には、高齢者だけでなく、障害者なども含まれる。

⁸ 景・李(2014)は、中国老齡科学研究中心課題組(2011)が発表した「全国城郷失能老年人狀況研究」を参考に、要介護高齢者の人口の変動を推計した。要介護認定はKatz Index(カツインデックス)の認定基準に基づいて行われた。Katz Indexも、ADL(日常生活動作)認定法の中の一つである。それは、入浴、更衣、トイレの使用、移動、排尿・排便、食事の6つの領域のADLに関して自立・介助の関係より、AからGまでの7段階の自立指標という総合判定を行う。要介護度は軽度、中度、重度に分かれる。

少傾向にある。高齢者総人口に占める重度要介護高齢者の割合は、2000年が0.5%、2006年が0.68%、2010年が0.84%、2015年が1.08%と上昇傾向を示している。軽度・中度要介護高齢者の割合が減少している一方で、要介護高齢者の割合が増え続けているのは、重度要介護高齢者の大幅な増加の影響を受けているためであると考えられる⁹。

表1-1：中国における要介護高齢者人口の変化（%：高齢者総人口に占める割合）

	2000年	2006年	2010年	2015年
重度要介護高齢者割合	0.50%	0.68%	0.84%	1.08%
中度要介護高齢者割合	0.34%	0.33%	0.32%	0.31%
軽度要介護高齢者割合	5.83%	5.41%	5.15%	4.83%
要介護高齢者総数	846万人	910万人	1,084万人	1,240万人

出所：中国老齡科学研究中心課題組(2011)、景・李(2014)より作成

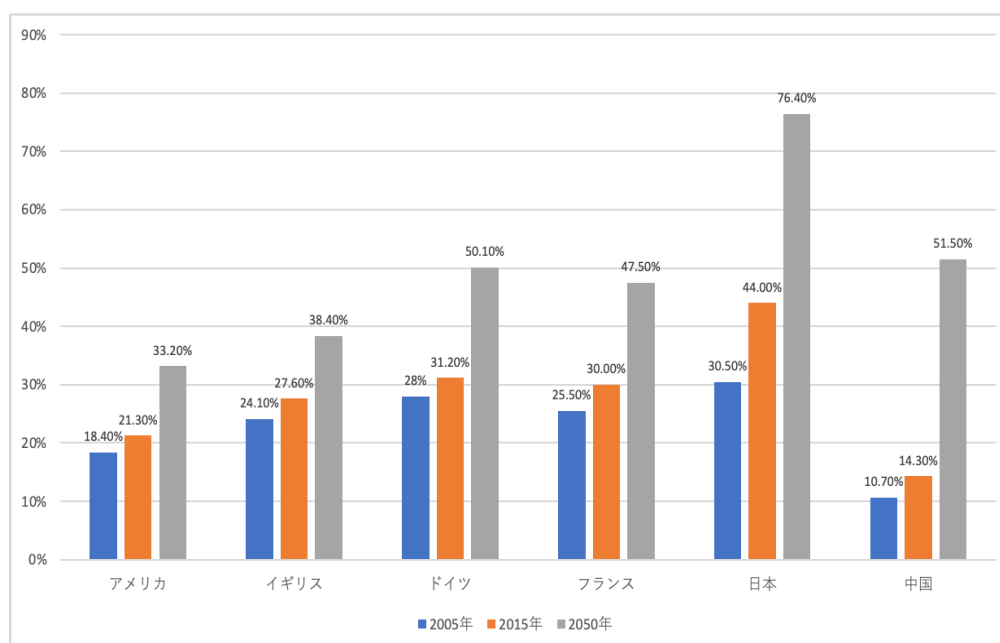
高齢者介護について、その深刻さを示している指標は「高齢者扶養率」である。高齢者扶養率は、ある社会において生産年齢人口(15歳～64歳)が、どれほどの高齢者人口(65歳以上)を扶養しているのか、つまり、現役世代の負担を示している。『中国統計年鑑』によれば、1982年には中国の高齢者扶養率は8.0%で、2016年には15.0%を超え、2019年には17.8%にまで上昇した。高齢者人口の増加に伴い、高齢者扶養率が徐々に高くなっているのである。

世界における高齢化扶養率の水準は、2005年時点で、日本が30.5%、ドイツが28%、フランスが25.5%、イギリスが24.1%、アメリカが18.4%、中国が10.7%となっている(図1-1参照)。2015年時点では、日本が44%、ドイツが31.2%、フランスが30%、イギリスが27.6%、アメリカが21.3%、中国が14.3%となっている。また、2050

⁹ 2016年から国指定試行地域のうち、多くの地域の要介護認定は、Barthel Index(バーゼルインデックス)の認定基準に基づいて行われている。Barthel Indexとは、ADL(日常生活動作)を認定する指標の一つである。それは、食事・移動・整容・トイレ・入浴・歩行・階段・着替え・排便・排尿の10項目で構成されており、項目によって全介助から自立までの2～4段階に分けて認定する。点数が高いほど自立していることを表す。2016年介護保険制度試行以降、Barthel Indexを認定基準とした要介護人口の統計データは極めて少ないため、本論文では2016年以前のデータを参照した。Barthel IndexとKatz Indexは異なる要介護認定基準であるが、データの入手が困難な場合には一定の参考価値があると考えられる。

年時点で高齢者扶養率は、日本が 76.4%、中国が 51.5%、ドイツが 50.1%、フランスが 47.5%、イギリスが 38.4%、アメリカが 33.2%になると見込まれている。

図 1-1 が示すように、高齢者扶養率はどの国でも上昇傾向にあることがわかる。2005 年と 2015 年のデータから、高齢者扶養率が最も高いのは日本であり、最も低いのは中国である。また、2019 年時点で中国の高齢者扶養率は 17.8%に達し、上昇傾向にあるが、他国に比べるとまだ低いと言える。65 歳以上の高齢者比率と生産年齢人口比率(15 歳～64 歳)を見ると、日本、ドイツ、フランスなどの先進国の高齢者扶養率は、中国よりもはるかに深刻である。しかしながら、中国の高齢者扶養率は、2050 年までにドイツとほぼ同じ 50%以上に達し、高齢者扶養率 76.4%の日本に次ぐ第 2 位になると予測されている。現在、中国の高齢者扶養率は他国に比べてさほど高くないが、30 年後には平均 1 人の若者が 1 人の高齢者を支えなければならず、超高齢社会になると予測される。介護を家族や社会でどのような形で担うかは、社会、政府、個人などがこれから検討しなければならない喫緊の課題となっているのである。



出所：中華人民共和国国家統計局(2021)、厚生労働省大臣官房国際課(2007)、日本貿易振興機構 (2022)より作成

図 1-1：各国の高齢者扶養率の推移

さらに、高齢化に伴う問題として、要介護ニーズの増加がある。要介護高齢者のうち、重度要介護高齢者は、立ち上がり、歩行、排泄、食事などの動作を自力で行うことが困難で、日常生活のほぼすべてに介護を必要とする状態である。高齢者は重度要介護になると多くの問題行動や、全般的な理解の低下がみられる。最も重度な状態は、1日の大半を寝たきり状態で過ごし、ベッドの上で寝返りをする際にも介助が必要になってくる。そして、重度要介護の高齢者は日常生活ケアや身体介護が欠かせないが、一部の人では心身機能がさらに衰えた状態であり、介護に必要な時間はより長くなる。在宅介護の場合、昼夜問わずの世話となるため、その家族への経済、精神、体力などの負担は増える。

ここでは、中国における介護保険制度が試行された理由を考察する背景として、要介護の高齢者の増加について言及している先行研究を概観し、その内容を整理した。要介護高齢者の現状については、軽度・中度要介護高齢者の割合が減少しているが、要介護高齢者の総数が増加し続けているのは、重度要介護高齢者の大幅な増加の影響を受けていることを意味している。また、高齢者扶養率は上昇傾向にあるものの、現時点では、他国に比べて高くない。しかしながら、2050年までに50%以上に達して日本に次ぐ第2位になると予測されることが明らかとなっている。その意味で、中国の社会的背景として、高齢者介護が必要になってくるといえることは、間違いなく存在しているといえる。

第2節 介護保障体系に関する研究

中国において様々な介護問題をどのような施策によって解決するのか。介護保障体系についての先行研究は、民間保険方式、社会保険方式、税方式といった介護保障の選択肢に焦点を当てている。荊(2010)は、介護保険の構築は、3つのステップで推進する必要があると提案している。第1に民間介護保険を採用する。第2に公的介護保険と民間介護保険の組み合わせを採用する。そして第3に公的介護保険を構築し、民間介護保険がその補完的機能を発揮する、というステップである。また、姜(2013)は、民間の保険会社が介護保険プロジェクトを試行しながら、徐々に社会保険方式への移行を模索することを主張しているが、「指導的意見」が公布された後では、この視点は次第に薄れていったと指摘している。

趙・任(2019)は、中国の介護保障体系の構築に関しては、社会保険方式、あるいは民間保険方式と社会保険方式の組み合わせを採用すべきであるが、その介護保障体系の構築については政府によって推進される必要があると主張する。陳(2010)は、「政府の推進、政策支援、保険の強制加入、商業化経営、社会化運営」の原則によって、政府機能が十分に発揮され、介護保険制度の持続可能性が実現されると指摘している。また、張(2013)は、政府が要介護高齢者の介護ニーズを解決するため、社会救済方式ではなく社会保険方式を採用すべきであると主張し、それに関連する法律を整えることを強調している。このように、中国における介護保障体系に関する先行研究では、社会保険方式による介護保障体系の構築が求められる一方で、政府や法律の整備といった公的な支援が必要であることを示唆している。

そして、いくつかの研究では、介護保険制度の試験的実施の意義が議論されている。王(2019)によれば、①介護サービスを提供する施設において資金が不足している、②特に、農村部における介護施設においてサービスの質が低い、③大多数の介護施設において介護サービスそのものが不足している、という3つの理由によって¹⁰、中国では、公的介護保険制度の試験的実施を開始すべきだという認識が形成されている。また、戴(2015)は、社会保険制度によって高齢者介護の課題に取り組む必要性を強調する一方で、すべてを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、と主張している。楊・魯(2016)は、人口高齢化に伴い、要介護者数も増えていることを背景に、従来の貧困者に対する社会扶助や高齢者介護福祉サービスは、膨大な要介護ニーズを満たすことができないため、公的介護保険の試行が必要であると主張している。黄(2016)は、農村地域で低所得の要介護高齢者に対する社会扶助を採用すべきであり、社会保険方式は社会保障制度がうまく運営されている都市部のみ試験的に実施できると述べている。このように、中国における介護保障体系に関する先行研究でも、全般的に、社会保障体系として、民間保険と社会保険の組み合わせという選択肢について言及する研究が多いものの、社会保険方式という介護保険制度の段階的・試行的な導入が主張されていることがわかる。

¹⁰ ここでの介護保険制度の試験的実施が必要となる理由は、戴衛東(2015)に依拠している。

そして、何(2017)は、要介護課題を解決するためにどのような介護保障政策が採用されるかは、財政体制だけではなく、政策の目標にも関係すると指摘し、貧困世帯に対する介護問題の解決策は、一般的に財政方式を選択することになるが、すべての国民の介護問題を解決するためには、一般的に保険方式を選択すべきだとも述べている。また、文(2018)は、中国の民間保険は歴史が浅く、保険料が高く、認知度が低く、低所得層に適していないため、社会保険方式の道を進むことが望ましく、介護保険市場において民間保険が解決できない逆選択問題¹¹を解決できると主張する。また、公的介護保険の選択は、国、個人、家族の共通の責任をよりよく反映し、効率性と公平性を両立させ、財政への負担を軽減できるとも述べている。特に、中国における年金制度や医療保険制度は比較的成熟しており、社会保険モデルの模索において多くの経験が蓄積されており、財政負担の軽減は期待できると考えられる。何(2015)は、貧困高齢者の介護問題は財政援助で、その他の人々の介護問題は、主に家族介護、民間保険によって解決すべきであると主張し、高所得層には民間保険への加入を奨励すべきだと提言している。このように、中国における介護保障体系に関する先行研究では、財政負担という問題との関係で議論されることが多く、社会保険方式という介護保険制度の導入においても、財政負担に関する問題と切り離して考えることはできないことが伺える。

それぞれの社会保障体系には、その方式独自の課題があり、何(2017)は、介護保険の技術は複雑で、コストも高いため、制度を試行する前に、詳細な検討を行い、条件が整ってから慎重に政策を打ち出す必要があると提言している。楊(2016)は、介護保険の保険料の上昇を予測するのは難しく、介護保険制度を実施している国は少数であるため、中国の介護問題を社会保険で解決するかどうかは、慎重に判断する必要があると主張している。このように、中国における介護保障体系に関する先行研究では、多くの学者・研究者は、社会保険か民間保険かという選択肢に焦点を当てている。一方、何(2015)、黄(2016)などは、貧困高齢者に対して高齢者介護福祉サービスや介護手当という方法で対応すべきであると主張している。

以上のように、中国における介護保障体系のあり方に関する先行研究を整理した。特に、①民間保険方式、社会保険方式、税方式といった介護保障の選択肢に焦点を当てている、②特に、公的介護保険制度の試行を提案している、③もしくは、民間保険

¹¹ 逆選択問題とは、情報の非対称性が存在することを理由に、高品質な商品が取引されず、逆に低品質な商品が取引されるなど、非合理的な状況が生じることを意味する。

方式と社会保険方式の組み合わせという選択肢を提言している、④一方で、公的な政府の支援、特に、財政負担との関係で議論されることが多い、という特徴を有しているといえる。

第3節 介護保険制度に関する研究

中国で試行されている介護保険制度について、いくつかの傾向が指摘されている。例えば、万・小島(2022)は、介護保険試行事業指定都市でも、その取り組み方として都市ごとに温度差が見られ、その原因は様々であるが、積極的に推進する都市では、介護保険を地域の目玉事業として、また全国モデルとなることを目指す意欲が大きく関係し、推進に慎重な都市では、経済発展の状況はともかく、責任者による実施継続性の判断が大きく関係すると述べている。つまり、介護保険制度は、その試行状況において地域差が大きいことが示唆されている。

例えば、試行地域のうち、上海市だけは年齢要件を60歳以上に設定している。他の試行地域は、年齢の制限を設けていない。孫(2018)は、年齢の制限は受給者数と介護保険基金の支出を削減し、政府や社会の経済的負担を軽減することができるが、被保険者間の不平等感を生じる可能性があるとして指摘している。年齢制限を設けない場合、受給者の範囲が広くなり、政府の財政負担も増大する可能性があるとも指摘している。また、呉(2019)は、上海市では、介護保険の給付額が低く、社区と在宅介護・看護サービスは、毎日最大で1時間のサービスを提供しているが、要介護者のニーズに応えることは困難であり、財源は基本医療保険に依存していることが、制度の持続可能性を脅かすと同時に、日常生活ケアが必要な高齢者は、病院に入院し、長期間で医療ベッドを利用しているため、深刻な医療資源の浪費をもたらしたことを指摘している。

介護保険制度の財源に言及する研究も多い。王(2022)は、一部の指定地域では介護保険の財源に対して財政は普遍的な援助を行っているが、様々な問題を孕んでいると指摘している。例えば、財政支出を不必要に増やし、高齢化の進行に伴う介護保険の急拡大に追い付かないことになる。また、限られている資源の有効利用に抵触し、国全体の福祉のパフォーマンスを引き下げてしまう。さらに、被保険者全員は財源援助を受けられるが、保険料を負担できず保険に加入していない低所得者は財源援助を受けられず、介護保険から排除されると分析している。このように、介護保険制度の財

源に関して言及する研究は多く、李(2022)は、介護保険の運営は医療保険から独立したとはいえ、その財源は未だに医療保険基金と絡んでいると指摘し、政府財政が保険を支援することは必ずしも悪くはないが、保険の運営が好況ではないことが窺い知れる。また、介護保険の財源は基本医療保険基金に依存しているため、医療保険と介護保険は緊密に結びついているのが特徴である。

何他(2019)は、財源調達基準の策定は、地域の総人口、高齢化率、要介護者数と構造、医療保険の財源調達状況、財政収入、物価、所得等様々な要素を考慮する必要があるが、地域によって実際の状況は大きく異なり、まだ認められている測定方法がないため、財源調達基準の決定が困難であることを指摘している。被保険者については、60歳以上の都市就労者基本医療保険の加入者の多くは退職者であり、医療保険料を支払う必要がないため、年齢制限により、実際には「保険料を支払う人はサービスを受けず、サービスを受ける人は保険料を支払わない」という問題が生じると指摘している。

介護保険の財源にも深く関係しているが、介護保険制度の持続可能性について考察する研究も多い。楊(2023)は、中国で持続可能な介護保険制度の構築について、以下の3つの枠組みを提示している。第1の枠組みは、制度の構築・施行を短期間で実施することを重視し、制度を導入する初期段階を想定するものである。具体的な枠組みとして、被保険者である都市就労者が加入する医療保険の財政を介護財政として活用して、重度要介護者に施設サービスを支給する。例えば、第1回試行15地域のうち、寧波市はこの枠組みと類似した介護保険を試行している。この枠組みは中国で構築し、施行することが可能である(楊 2023:151-173)。制度導入の初期段階では、財源の不足や不安定などの状況を考慮し、収入と支出のバランスを確保するために、重度要介護者に施設介護サービスのみを給付しても良いと考えられる。

第2の枠組みは、介護財政の収支バランスを重視し、制度の導入段階または前記のパターン1の施行を経た上で制度の持続的な施行を図ることである。その中身は、すべての都市就労者・農村住民を保障しながら、重度の要介護者に現物ないし現金を給付することである。また、対象者に継続して支給できる介護財政を確保するには、第1の枠組みのように医療財政を活用するのではなく、被保険者から保険料を徴収すると同時に、公費の投入や宝くじ公益金・寄付金などを活用する(楊 2023:151-173)。

この第2の枠組みに関していくつかの問題点を指摘することができる。現在、介護保険の被保険者は主に都市就労者であり、都市非就労者・農村住民も保障されるべき

理由の説得力が弱いことである。被保険者の範囲を拡大することは、受給者の範囲、給付金額、財源と厳密に連動しているが、安定性が低い都市非就労者・農村住民医療保険基金に依存している住民介護保険の財源について検討しなければならない。また、中国の他の社会保険制度では、都市非就労者・農村住民に対して任意加入なのか強制加入なのかを確認することも不可欠となる。中国では、都市部と農村部の間には経済状況等において大きな格差があり、同じ施策を講じるかどうかは慎重に検討する必要がある。また、医療財政を活用するのではなく、被保険者から保険料を徴収する理由の説明が不足している。現段階では、試行地域で就労者の介護保険料は主に医療保険の個人口座から賄われる。中央政府は、被保険者から保険料を徴収することを定めず、医療保険基金に頼った理由について吟味すべきだと思われる。また、中国の介護保険の特性を理解した上で、財源における収入の安定性と持続性を確保することを考えなければならない。

第3の枠組みは、介護ニーズ・給付への対応を重視し、介護財政の安定化を図った上での施行を想定することである。第2の枠組みと同様に、すべての都市就労者・農村住民を保障し、保険料の徴収や公費の投入および宝くじ公益金・寄付金の活用を通じて財源の多様化を図ることが求められる。また、介護給付について、現金給付が必ずしも対象者の介護ニーズを満たすわけではないという課題を解決するには中度・重度の要介護者に現物（原則）を支給する（楊 2023:151-173）。

第3の枠組みに関してもいくつかの問題点を指摘できる。まず、現金給付が必ずしも対象者の介護ニーズを満たすわけではないという課題が指摘されているが、根拠は示されていない。また、現段階では、給付対象者は主に重度要介護者であり、なぜ中度要介護者も含めるべきであると説明されているが、その根拠は不十分である。楊

（2023）は、中度要介護者の数や割合が重度要介護者より多い・高いため、中度要介護者を給付対象者とするべきであると指摘している。ただ、なぜ軽度要介護者は保険料を支払っているのに給付を受けられない理由は説明されていない。一方、楊

（2023）は、第3の枠組みのような制度仕組みに類似性を持つ地域は南通市であると指摘している。しかし、このパターンは南通市で持続性が高いと言われるが、そのパターンのなかで既存の課題を無視することはできないと考えられる。

介護保険制度の持続可能性において、保険料の設定も重要な要素となる。徐（2021）は、都市就労者基本医療保険の被保険者に対する介護保険の保険料は年齢層に応じて設定できると指摘する。年齢層が異なれば、要介護のリスクも異なる。社

会保険制度は個人のリスクに基づいて保険料を決定することではないが、様々な年齢層の人が直面する様々なリスクを区別することで、保険料率を区別することができる。若い年齢層の被保険者は、要介護リスクが低だけでなく、収入が相対的に低い。そのため、保険料を過度に増やすべきではない。年齢の増加に伴い、被保険者はより高い要介護リスクに直面するだけでなく、収入や資産も増加している。中国人民銀行が発表した「2019年都市住民家庭資産負債状況調査」を参考すると、18～25歳世帯の世帯平均総資産が最も低く、そのあと徐々に増加し、56～64歳で最高値に達したため、年齢別に順次増加して保険料率を設定することができる。高齢者人口の増加は必然的に介護保険基金の支出を増加させるが、保険料率を差別化して設定する一方で、高齢者人口の増加に伴って保険料収入を増加させ、介護保険基金の収支のバランスを維持するのに役立つ(徐 2021)。しかし、施行されているすべての社会保険の中では、保険料は年齢層に応じて徴収されるのがないため、制度間の整合性から介護保険で年齢層に応じる保険料設定は適切ではないと思われる。

財源とともに、介護保険制度によって利用可能なサービスや、その給付基準について、その課題を提起する研究も多い。試行地域では、ほぼ看護サービスを中心とし、生活介助サービスが少ない。そして、介護サービスを受けるための要件を厳しく設定し、給付対象は重度の要介護者に重点を置いている。要介護者にとって、生活援助も重要であるが、介護保険は重度要介護者を重点とし、看護サービスに偏っている。その理由は、財源の不足にあると考えられる。王(2021)は、保険料は社会保険のもっとも重要な財源であるが、中央政府は独立した社会保険として介護保険を構築すると言いつつ、少なくとも試行段階あるいは実施の初期段階において依然としてその財源を基本医療保険に大きく依存しているのが現状であると指摘している。

そして、要介護度の認定や介護サービスそのものに言及する研究も多い。胡(2018)は、要介護度の認定については、生活に対する認定が少なく、医療に対する認定が多いため、実際に介護サービスが必要な高齢者に比べて、罹患した高齢者の要介護度が高くなることが多いと指摘している。王・田(2021)は、第1回の「指導的意見」でも第2回の「指導的意見」でも、介護保険制度の位置づけは要介護者の基本的な生活介護サービスと基本的な生活介護と密接に関連する看護サービスに資金やサービス保障を提供する社会保険制度であると述べている。すなわち、介護保険は基本的な生活介護を保障することを主とし、看護サービスを保障することを補助とする。これも世界保健機関(World Health Organization, WHO)の介護保険制度の定義と一致してい

る。しかし、実際の現場では、看護サービスが主流であり、生活介護サービスが補完されるところもある。これは、「指導的意見」の内容と矛盾していると指摘している。

中国において全国的な介護保険を実施するため方策についても議論されている。例えば、万・小島(2022)は、以下の2点を提示した。第1に、全国的な基準、ルールは可能な限り詳細なレベルまで中央政府が決定する。第2に、地域の実情、すでに実施している独自の取り組みを反映する決定をかなり幅広く認める、の両方を実現させる必要がある。さらに、李(2022)は、高齢者扶養事業における新たな需給関係によるけん引役を発揮させることに際して、後述する本研究の理論枠組みの一部である「自助・共助・公助」の介護モデルを深化させていくことが必要不可欠であると指摘している。

被保険者に関する議論も多い。孫(2018)は、2016年「指導的意見」によれば、介護保険制度の構築は、人口高齢化に対処し、社会的および経済的發展を促進するための戦略的措置である。同制度を設立する当初の意図はますます深刻化する人口高齢化に対処することであり、日本の経験から学び被保険者は60歳以上の高齢者と40歳以上60未満の特定疾病を持つ患者に限定されるべきであると指摘している。また、要介護認定の課題に対して、孫は、統一された要介護度の設計という改善策を提言している。要介護度は、介護保険給付の資格有無を判断する基礎であり、介護サービスの頻度や項目などを影響する。したがって、合理的で統一された要介護度を定めることは、介護サービス資源を合理的に配分する鍵となり、地域間の公平性の維持、及び都市間の格差を縮小するのに役立ち、国も管理しやすい(孫2018)。しかし、被保険者は60歳以上の高齢者と40歳以上60未満の特定疾病を持つ患者に限定される理由の説明はまったくない。また、どのような方法で統一された要介護度を設定するのも触れていない。林(2015)は、あらゆる種類の医療保険加入者を介護保険に含めるべきであり、年齢は16歳あるいは18歳以上に設定でき、無職者の加入年齢を適切に引き上げてもよいと提言しているのに対し、戴(2011)は、医療保険を参照し、介護保険の被保険者は18～65歳の国民を対象者とすべきであると提言している。その一方で、なぜ年齢を16歳あるいは18歳以上、18歳～65歳という区分を決めるのか、具体的な理論分析やデータ分析がないため、説得力が弱い。

さらに、介護保険制度の責任主体についても検討がされている。王・田(2021)は、第2回「指導的意見」では、「介護保険サービスの内容、関連基準、管理方法を明確

にすること」を提案しているが、誰が責任主体なのか、中央省庁なのかは明確ではない。実際、試行の初期段階で各試行地域は、介護保険サービスの内容、関連基準及び管理方法を明確にしているが、基準が全国的に統一されておらず、以下の3つの点から全国で統一することが急務である」と提言している。すなわち、第1に、重度要介護者の基本的な介護ニーズに焦点を当て、認知症患者を対象に保険の範囲を適切に拡大する必要がある。2016年に青島市は重度の認知症高齢者を介護保険の対象に組み入れ、「認知症特別地域」の管理を実施している。このアプローチを推進する必要がある。第2に、国家レベルの介護保険サービスを確立し、各試行地域が合理的な介護保険サービスの内容を確定するために手引きを作成してもよい。2019年、中国衛生健康委員会は「高齢者介護ニーズ認定とサービス業務の標準化に関する通知」を公布し、介護保険サービスの内容を提案した。これは、全国で介護保険サービスの内容を確立するための基礎として推奨されている。各試行地域は、まず最低限の介護保険サービスの内容を保障する必要がある。経済的に余裕がある地域では、介護保険サービスの内容を追加することができる。第3に、介護保険が保障する看護サービスの範囲を明らかにする。基本医療保険が支払った場合、介護保険は支払わない(王・田2021)。

王・田(2021)は、給付基準についても言及している。つまり、給付基準は財源調達基準を十分に考慮し、適度で合理的な原則を遵守するものとし、介護保険基金の不足や財政への依存は避けるべきであると強調する。具体的には、①給付基準は要介護度に応じて行われるべきである。②給付基準を合理的に設定することである。現在、給付割合が高すぎる試行地域では、給付割合をできるだけ早く原則的に70%を超えないという国の基準に戻すべきである。現在の事業者の社会保険の重い負担と財政収支への圧力の高まりを考慮すると、給付基準を高く設定すべきではない。③家族が提供する介護サービスには介護報酬を支払うべきである。家族が介護サービスを提供するのに適した給付基準を確立し、家族が積極的に介護サービスを提供することを奨励、指導、支援する必要があるとしている(王・田2021)。

以上のように、介護保険制度の仕組みに関する先行研究では、①試行状況において地域差が大きく、地域ごとの特徴に言及している、②財源、被保険者、要介護度の認定などを分析することで、介護保険制度の課題として捉え、持続可能な介護保険制度のあり方を模索している、特に、③財源の問題を提起する、などの傾向が見られる。ここで取り上げた先行研究は、第5章以降の介護保険制度の試行状況、成果、課題、方向性を考察する際の資料となるものである。

第2章 理論枠組み：自助・互助・共助・公助

第1節 自助・互助・共助・公助とは

社会保障の役割分担について、自助・互助・共助・公助という考え方がある。自助・互助・共助・公助は、社会保障の役割分担などに関する考え方で、介護などの社会保障の費用負担を誰が担うかといった文脈でよく使われる¹²。例えば、厚生労働省に提出された『地域包括ケア研究会報告書』（地域包括ケア研究会 2009）では、自助・互助・共助・公助における費用負担による区分として、「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれるのに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものである、としている。

つまり、基本的には、「自助」は、自助努力というように、「自らの負担」により、市場からサービスを購入すること等を指し、残りの3つはこの自助をもとにして造語されたもので、「互助」は、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なものであり、地域住民の自発的支援やボランティアという形で、支援の提供がなされるものを指し、「共助」は主に社会保険を指し、介護保険や医療保険にみられるように、リスクを共有する被保険者の間で負担されるものである。「公助」は公の負担、すなわち税による負担であり、生活保護や社会福祉の制度を指すとされることが多いものである。

現在のところ、自助・互助・共助・公助という用語の各内容、順番、及び組み合わせは統一されたものはない。それぞれの原理の主体、政策手段、及び適用範囲に関しては、相互に入れ混じった複雑な状態にあり、分別がかなり難しいのが実態である(李 2020)。確かに費用負担の主体という観点からいえば、自助・互助・共助・公助という区別は、一見すると分かりやすい。しかし、本当は区別できないような社会保障を強引に区分してしまったり、区別することで優先順序をつけられないものに順序をつけてしまったりする可能性をもっている。例えば、「共助」として位置付けられる社会保険は、リスクを共有する仲間（被保険者）の負担という意味で、確かに「共助」であ

¹² 自助・互助・共助・公助という枠組みは、社会保障以外の分野では、地域防災の分野においても用いられる。ただし、互助と共助の区別は、社会保障における考え方に比べて曖昧で、費用負担が制度的に裏付けられた「共助」の意味合いは少ない。詳しくは、青山（2020）を参照。

るが、年金保険や医療保険など公的な社会保険として運営されているものは、「公助」として捉えることもできる。明確に「共助」と「公助」を区別することはできない。

また、相互に支え合うという意味での「互助」も「地域住民の自発的支援やボランティア」という形が想定される一方で、家族や親戚などによる支え合いも、地域とは別のコミュニティにおける相互の支え合いと言えるため、「自助」との区別も難しい。さらにいえば、行政の提供する給付金やサービスを利用するにも、地域の住民がお互いに知らせ合って当事者意識を高める必要があり、「互助」と「公助」を明確に区別することで、一方が軽視されることは避けなければならない。

表 2-1：自助・互助・共助・公助の定義

自助	自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持
互助	インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等
共助	社会保険のような制度化された相互扶助
公助	自助・互助・共助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等

出所：地域包括ケア研究会（2009）より作成

しかしながら、本論文において、中国において介護保険制度が試行された理由を考察するにあたり、自助・互助・共助・公助という考え方を理論枠組みとして援用することは、非常に有意義なことだと考えている。なぜならば、介護保険制度という社会保険方式の社会保障のあり方は、まさに「共助」として捉えることができ、さらに、社会保険制度が試行される背景として、先行研究において指摘されていた介護施策の課題・限界については、便宜的ではあるものの、家政サービス利用や民間介護保険は「自助」として、家族介護は「互助」としての、公的扶助や福祉サービスおよび高齢者介護手当は「公助」としての課題や限界が現れていると捉えることができ、介護保険制度が試行される理由を一定の体系に基づいて整理することができると思われるからである。

日本の「社会保障制度改革推進法」では、社会保障の基本的な考え方として、「社会保障制度改革は、自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるよう留意しつつ、

国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」と定めている。厚生労働省に提出された『地域包括ケア研究会報告書』（地域包括ケア研究会 2009）においても、社会保障体系における自助・互助・共助・公助を、表 2-1 のように、自助を「自ら働いて、又は自らの年金収入等により、自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持」、互助を「インフォーマルな相互扶助。例えば、近隣の助け合いやボランティア等」、共助を「社会保険のような制度化された相互扶助」、公助を「自助・互助・共助・公助では対応できない困窮等の状況に対し、所得や生活水準・家庭状況等の受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う社会福祉等」と定義している。そして、「介護費用が増大する中で、すべてのニーズや希望に対応するサービスを介護保険制度が給付することは、保険理論からも、また共助の仕組みである社会保障制度の理念に照らしても適切ではない。一定限度額までの介護サービスを、その内容と成果を吟味しつつ介護保険制度が給付することは当然であるが、自助・互助・公助との適切な役割分担を検討していかなければならない」として、自助・互助・共助・公助の役割分担の重要性を指摘している。

自助・互助・共助・公助は、それぞれが個別に機能を果たすだけでなく、相互に連携することも求められる。例えば、介護保険関連サービス（共助）だけでなく、医療保険関連サービス（共助）、住民主体のサービスやボランティア活動（互助）等、数多くの資源が存在しているため、それぞれが連携することで介護等の問題への対応を有効化する必要がある。特に、地域包括支援センター等が創設されたものの、地域におけるこれらの資源は未だに断片化され、有機的に連動して提供されているとは言えない状態にある。このため、断片化された資源を連携させることで、介護等の問題に対して有効に対応する必要がある。「住民の生活を支援するという視点をより強め、互助・共助に関わる多様なサービスを有機的に連動して提供していくための方法と、そのためのシステム構築を検討していくべきである」（地域包括ケア研究会 2009）として、様々なところで自助・互助・共助・公助の連携の必要性が指摘されている。

このように、「自助・互助・共助・公助の適切な役割分担・連携」という社会保障政策に対する考え方が、中国において必要とされるようになってきたのではないかと、ということが、本論文において導き出した仮説的な問いである。その意味でも、「自助・互助・共助・公助」という考え方をを用いることは、中国において介護保険制度が試行された理由を考察することにおいて有用であると考えられる。

第2節 自助・互助・共助・公助の役割分担・連携

上述したように、介護保障体系の構築に関しては、自助・互助・共助・公助の役割分担や連携は必要不可欠である。そこで、中国の介護問題においても、自助・互助・共助・公助という観点から総合的に検討し、その役割分担および連携の現場と、その方向性を示す必要があると考えられる。

中国では、介護問題の解決としては、「共助」としての介護保険制度が試行される以前は、家政サービス介護や民間介護保険などの「自助」が大きな役割を果たしていたと考えられる。もしくは、家族介護である「互助」がそれを補完する形で機能を果たしていた。さらには、公的扶助・福祉サービスや高齢者介護手当など政府からの「公助」が介護への支援を担ってきた。しかし、それぞれの方法には課題が顕在化することで、介護保険制度の実施に伴い、共助が大きな役割を果たすことが期待されるようになってきたと考えられる。

しかし、現段階では、共助である介護保険制度も1人1人の「自助」を基礎に成り立っており、被保険者の保険金のみだけで、その共助の仕組みである介護保険制度を持続させることには限界があると考えられる。なぜなら、現代社会にあっては、個人やその家族は、病気やけが、死亡、失業、高齢など様々な事由によって、その所得を喪失し、または追加的な支出を余儀なくさせる危険(リスク)にさらされており、個人の努力だけで介護リスクに対応するだけの介護保険制度を持続させることは困難となっている。そのためには、「公助」ともいうべき政府の財政支援も必要となってくる。実際の介護の現場においては、家族や友人の支援、地域のサポート、ボランティアなどという「互助」も重要になってくる。さらに、そこでも難しくなってきたら、同じような介護リスクにされている者同士が支え合う「共助」の仕組みとして、公的介護保険制度として整備されるようになり、様々な介護保険サービスを利用して、「自助」と「互助」の負担を減らすことも可能になる。それでも難しくなったら高齢者介護手当や介護福祉サービスという「公助」で対応する。

基本的に、介護問題は、自助、互助、共助では対応出来ない場合に公助で解決するというように、公助は最終手段としての性格が強い。このような捉え方には異論もある。しかし、様々な介護問題を解決していくためには、「自助＝自分」、「互助＝家族・地域」、「共助＝介護保険」、「公助＝福祉」といった、それぞれの役割分担を基盤とした支援体制が求められることについて異論はないであろう。また、共助とし

での介護保険制度に依存したサービス体系に偏らず、自助・互助・公助との合理的な組み合わせが重要であることも多くの人々が合意するところであろう。つまり、介護保障体系を構築するためには自助・互助・共助・公助の連携という視座が必要であると考えられるのである。

第3節 自助・互助・共助・公助と中国の介護保障体系

中国では、介護保険制度を試行する前に、国民の介護保障に関しては、自助・互助・公助の組み合わせによって形づくられており、自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという自助を基本として、近隣や友人等の助けを受ける互助が補完し、その上で、自助や互助では対応できない困窮などの状況に対し、所得、年齢、生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な介護保障を行う公的扶助、介護手当、介護福祉などを公助として位置づけるとされる。

表 2-2：中国の介護保障における自助・互助・共助・公助

自助	自分のことは自分ですることに加え、市場サービスの購入も含む。例えば、家政サービス、民間保険等である。
互助	ボランティアや住民組織等による自発的な活動で、その費用が制度的に裏付けされていないもの。本論文では、家族による介護、近隣や友人からの援助も互助に含める。
共助	リスクを共有する被保険者の負担によるもの。例えば、現在、一部の地域で試行されている介護保険制度である。
公助	税の負担によるもの。例えば、高齢者介護手当、公的扶助、社会福祉サービスなどである。

出所：筆者作成

つまり、中国における社会保障体系として、表 2-2 にあるように、自助とは、自分のことは自分でするだけでなく、家政サービス、民間保険など、市場サービスの購入も含めた介護のあり方を意味する。互助とは、ボランティアや住民組織等による自発的な活動で、その費用が制度的に裏付けされていないものであり、家族による介護、近隣や友人からの援助も含めた介護になる。そして、共助とは、リスクを共有する被保険者の負担によるもので、現在、一部の地域で試行されている介護保険制度がこれ

に相当する。公助は、税によって負担されている介護で、高齢者介護手当、公的扶助、社会福祉サービスなどである。

2016年に中国政府は「指導的意見」を公布し、共助として位置付けられる介護保険制度を試行した。介護保険の試行により、介護保障体系は「自助・互助・公助」の組み合わせから「自助・互助・共助・公助」の組み合わせに変容した。つまり、「自助・互助・共助・公助」の最適な組み合わせとしての介護保障体系に備えるための介護保険制度のあり方を検討することが、理論的にも、実証的に求められると言える。

第3章 介護保険制度試行の理由

各国の社会保障制度の内容は細かくみると様々な相違があるが、OECD 諸国のような先進国の場合、一般的に高齢者の所得保障としては公的年金制度、医療保障としては公的医療保険制度や公費財源による医療費保障制度と共通の対応が行われている。公的年金や公的医療保障は、社会保障の整備段階の比較的早い時期から関連の制度が構築されている。

一方、高齢期の介護問題に対しては、医療分野で対応したり、低所得者への福祉サービスで対応したりすることは比較的早くから行われていたが、全高齢者に関係する包括的な制度の創設は、公的年金や公的医療保障制度よりもかなり後から行われている。各国の対応をみていると、人口高齢化が一定の段階に達するのと歩調をあわせて、包括的な高齢者介護保障体系の構築に向けての検討が行われ、整備される傾向にある。高齢社会の水準といわれる高齢化率 14%の水準がひとつのメルクマールである。ただし、検討が行われる理由は各国で様々であり、例えば、従来の制度の問題点の改善や社会保険という新しい財政方式の導入などが契機となっている(増田 2014:4 - 5)。

日本では、1997 年に介護保険法が成立し、2000 年 4 月から介護保険制度が施行されるまで、一連の政策策定のプロセスを踏まえてきた。しかし、中国では、介護保険制度創設の政策思考や政策のプロセスが極めて不透明である。地方政府の試行錯誤においても、介護政策の共通理念や基本原則及び財政の試算などについて、議論や検証が十分に行われないうまま、いきなり介護保険モデル事業に踏み込んだ(沈 2016)。

本論文では、介護問題に対して、自助・互助・共助・公助という 4 つの支援と役割分担及び連携を重視する思想が位置する上で、中国における公的介護保険制度を試行する理由を述べたい。具体的には、家政サービス及び民間保険という自助、家族介護という互助、公的扶助と福祉サービス、高齢者介護手当という公助における課題や限界を考察した上で、介護保険制度という共助の役割を明らかにしたい。なぜなら、上述したように、社会保障システムが効果的に機能するために、自助・互助・共助・公助について、基本的な考え方とそれぞれの関係性を理解することが必要であり、中国の介護保障においては、様々な介護問題を自助・互助・共助・公助の役割分担・連携によって解決していく取り組みが重要であると考えられるからである。

そこで、以下、自助としての家政サービスによる介護と、民間介護保険を利用した介護が直面している課題について述べた後、互助としての家族介護の問題点について言及する。そして、公助としての公的扶助・福祉サービスと、高齢者介護手当による介護の不備についても指摘する。

第1節 自助としての家政サービスの限界

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、自助としての家政サービスによる介護の限界について言及する。中国では、夫婦が共に仕事をするのが普通である。そして、家庭内で介護に投入できる時間・労力は限られている。夫婦のどちらかが介護に専念すれば、一家の収入は減少となる。一部の富裕層を除いて、夫婦双方の両親、計4人の老後を世話するのが難しいと考えられる。要介護者の世話をする人が不足するため家政サービスを雇う世帯が増えている。

家政サービスは、一般の家庭または寄宿舍などの施設で、料理、洗濯、掃除、買い物などの家事全般を行う。また、病院や在宅の患者、要介護高齢者、障害者、寝たきりの人の身の回りの世話や付き添い、病院ヘルパーなど看護補助作業も含まれている。家政サービスは一般的に雇い主の家に住み込むケースが多い。

家政サービスに対して需要が高まってきた背景としては、①家族形態の変化、主に核家族化による親族間の相互サポートの減少、②父権秩序が変化し、共働きが増加したことによる家事労働力の不足、③高齢化による扶養問題、④一人っ子政策による子どもの教育の重視と、両親の共働きによる子育ての困難にある、ということが明らかにされている(董 2013)。家政サービスのような家事労働者は、家族のケアの空白をうめるべく、高齢者の介護、子育てと一般的な家事労働を担うことになるのである。農村女性出稼ぎ労働者は学歴が低く、特別な技術や技能を持たないため、都市で就職する時に非常に不利である。家事労働は学歴と高度な技能に対する要求水準が全般的に低く、家賃と物価の高い都市では住居の費用と飲食代が発生しない家事労働は、女性出稼ぎ労働者にとって魅力的に映る(董 2013)。

自助努力の一種と見なされる家政サービスの出現においては、家族機能の不全をある程度に補完する役割が期待されている。しかし、家政サービスによる高齢者介護は課題も多い。例えば、担い手が不足していること、子どもの世話をする家政サービス

より賃金が安いこと、年齢が高いこと、学歴が低く介護の専門知識がないことなどが挙げられる。

高齢者介護は他の家事サービスより給料が少なく、家政サービスにとって魅力的ではないことが報告されている(余・封 2014)。また、高齢者介護は介護の専門知識が求められ、敬遠されがちで、リスクが高い(高齢者が転倒しやすいなどの事故が多い)というデメリットもある。加えて、他の家事サービスに比べて、労働環境は悪くで(特に要介護度の高い高齢者と長時間向き合う場合)、仕事の自由度が低く、負担が重い(特に24時間の世話が必要な要介護者)という特徴があることも指摘されている(余・封 2014)。

その結果として、家政サービス市場では、学歴が低く、労働市場での雇用オプションが少ない家事労働者は、最後の手段として高齢者の世話を選択するという現状である。そして、若くてある程度教育を受けた家事労働者は、他の家事サービス(特に育児サービス)を選択するか、または高齢者の世話から開始するが、十分な経験と情報を得た後、高齢者世話の仕事を辞めるという実態もあることが報告されている(余・封 2014)。

第2節 自助としての民間介護保険の限界

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、自助としての民間介護保険を利用した介護の限界について言及する。保険は社会保険と民間保険の2つに分けられる。日本において社会保険は、国や国が設立した公法人が運営主体となっている。原則として法律に基づく強制適用であり、すべての国民は加入を義務付けられている。社会連帯を基本原理とし、給付水準は最低保障、従前所得の保障という特徴がある。民間保険は、契約者のニーズに応じて、特に必要な個別のリスクを対象とし、個人の選択による任意の加入である。個々の被保険者が支払う保険料と、受け取る保険金の期待値が等しいことが求められる。従って、過去に重篤な病歴があるなどリスクの高い人は、保険料も高くなる。

これに対して、社会保険の場合には、国民の健康の保持といった政策目的を達成することが重要であり、重篤な病歴があっても保険に加入させることが必要となる。つまり、民間保険の限界としては、①契約自由の原則を前提としており、保険加入が任意であることから、当然ながら自己選択した担保内容以上に補償を受けることはな

い、②保険を利用できるのは、保険料負担能力のある人に限られる、③危険度の著しく高い者は、保険市場から排除される可能性が高い、④あらゆるリスクを保険がカバーしているわけではない、ということが挙げられる。民間保険の限界により、十分な生活保障手段を確保できない人々が多数発生すれば、新たな社会問題が生じさせる可能性もあるだろう。

民間介護保険は、寝たきり、あるいは認知症などにより要介護状態になった場合に、保険給付金が支払われる保険である。契約形態として、単独型、特約型、移動型の3種類がある。給付対象者は、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とおりがあがる。その他に、保険会社のからの、介護人紹介・派遣サービス、提携有料老人ホームの紹介、介護機器・介護用品の取り次ぎサービスが用意される。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ることになった。介護保障ニーズは非常に個別性が高く、画一的な傾向の強い公的サービスで対応するよりも、必要な者に対応した適切なサービスを提供するためには、民間によるケアの方が優れている部分がある。

近年、中国では民間介護保険の種類が増えている。太平洋生命保険会社や崑崙健康保険会社などは2018年に発売した重大疾病保険に介護給付金の項目を追加し始め、2019年に華夏生命保険会社は重大疾病介護保険を発売した。2023年時点で、平安養老保険会社、中国人民健康保険会社、太平洋生命保険会社、和諧健康保険会社、崑崙健康保険会社、太平養老保険会社、中国生命保険会社など、約20の保険会社が介護保険事業を展開している。保険協会の公式ウェブサイトを検索したところ、合計約350以上の民間介護保険商品が販売されていることがわかった（本論文執筆時）。これらの民間介護保険のほとんどは、重篤な病気や事故による要介護や認知症に備えるための「重大疾病介護保険」である。重大疾病介護保険の保険料が高く、給付条件が厳しいとほとんどの人が加入したがる。また、介護リスクは緊急性のないリスクであるため、多くの消費者が要介護リスクに対する認識が低く、民間介護保険への購入意欲が低く、保険の売り上げも低迷している。

対外経済貿易大学保険学科の孫傑教授は、民間介護保険の発展にはまだ多くの問題点があると指摘している。保険会社の立場から見ると、①要介護や認知症の発生率と期間、回復・重症化・死亡の率、介護費用の上昇率、保険加入の継続率などのデータが不足しているため、商品価格の設定が難しい。②介護サービス産業は発展途上であるため、新商品の開発は困難である。③サービス標準と規範の欠如により、リスクの

管理が困難になる。また、消費者から見ると、①介護商品がよく分からない、②カバレッジにミスマッチがある、③逆選択のリスクがある(証券時報網 2020)。

公的介護保険の責任所在は国や政府にあって、給付を受けられる人は要介護認定ができた被保険者である。これに対して民間介護保険は、営利が目的で、責任の所在は契約を交わした者同士の自己責任にあって、給付を受けられる人は高額保険料の支払能力があって保険を購入した一部の人だけである。公的介護保険は、持病や既往病は問わずに加入でき、要介護認定ができて介護サービスも受けられる。民間介護保険は、経済の論理が優先され、最も介護を必要としている人たちが排除される可能性がある。

公的介護保険制度が整備されていないアメリカでは、民間介護保険が発達している。その民間介護保険は、サービス内容が充実しているものの、費用が高額なのが特徴である。中国の民間介護保険は、保険料が高いが、給付は充実していない。中国の民間保険がアメリカのような役割を果たすことを期待するのは、やはり難しいと考えられる。中国の公的介護保険制度はまだ試行段階にあり、被保険者や給付の範囲などが非常に限られ、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。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、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、現在の重要な課題である。

第3節 互助としての家族介護の限界

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、互助としての家族介護の限界について言及する。中国はこれまで家族が高齢者の扶養や介護を支えてきたが、世帯規模や居住状態の変化によってその方式の限界がみえてきた(楊 2023:27)。儒教の影響による「孝順父母」の思想が家族扶養を支えてきた。1982年に改訂された憲法では「中国公民は、高齢、疾病、労働能力の喪失時に国家と社会から物質的援助を受ける権利を有し、国家は公民がこれらの権利のために必要な社会保険、社会救済と医療衛生事業を発展させなければならない」(45条)として生存権としての養老保障の権利を記す一方、「成年子女は父母を扶養扶助する義務を負うこと」(49条)を示した。これに基づき、1996年版「老人權益保障法」は、(1)養老は家族を主とする、(2)扶養者は扶養義務を拒絶してはならず、履行しない場合、被扶養者は扶

養費を求める権利を持つ、(3)老人の同意の下、扶養者間で義務の履行に関する協議書
を結ぶことができる、と規定した。(2)と(3)の内容は2012年に法律改正後も継承され
ている(増田2014:119)。つまり、昔の高齢者の介護は、家族内部で行われていたた
め、互助と捉えることができる一方で、自助努力の性格が強い。

1950年代、毛沢東は、人口を増やせば生産力が発展すると考え、国民に子供をたく
さん産むほうが良いと呼びかけたため、60年後半に総人口は8億人を超えた。その後
の1979年から「一人っ子政策」が導入された。一人っ子政策は、人口抑制を目的に、
夫婦の子どもを1人に制限する国策である。この「一人っ子」宣言をした夫婦には、
奨励金、子供の学費補助、医療費の支給、住宅や農地の優先配分などの優遇政策が設
けられたが、宣言をしなかった夫婦は、賃金のカット、昇給や昇進の停止などの罰則
が与えられることになった。産児制限により出生率が低下し、人口増加の抑制ができ
たが、同時に少子高齢化という社会問題を生み出していたのである。一世帯当たりの
平均人口の減少に伴い、高齢者の居住状態も変化して独居老人が増加している。中国
では、子供が成長し家を離れたため、一人または夫婦のみで生活する高齢者のことを
空巢高齢者というが、この空巢高齢者が増加しているのである。

中国は、2001年のWTOへの仲間入りを契機に、発展途上国におけるすさまじい経済
成長の可能性を世界に披露し、グローバル経済に編入されることとなった。世界工場
の優位性を維持し、先進国家の産業構造へのアプローチを強化する中、東南沿海部に
集積する労働集約型産業を支える労働力の移動や、都市開発の隆盛ないし第二次産業
から第三次産業のアップグレードに付随する出稼ぎ農民工の激しい流動が生じる。そ
れらの労働市場の変容は、家事と仕事を両立しようとするキャリア人間にロールの二
者択一を迫っている。結局、家族機能は制約され、とりわけ、現役世帯の出稼ぎによ
り農村部に現れる「空巢高齢者」問題が顕著になったのである(李2022)。

実施された調査では、都市部および農村部における「空巢率」は2013年に50%を超
え、2050年頃の「空巢率」は54%にもものぼる。空巢高齢者世帯の問題は、都市部で顕
在化された経緯があったが、近年では農村地域の過疎化により、空巢高齢者の問題は
都市部より深刻になっている(沈2016)。多くの高齢者は、養老院(養護老人ホーム)で
はなく自宅で老後を過ごすことを希望している。このため、子どもが出稼ぎに出ると
残された親は空巢高齢者になる(張2018)。今後独居空巢高齢者および夫婦二人暮らし
の高齢者世帯の日常生活と介護の問題がさらに深刻になると予測されている(包
2020)。

李他(2018)は、「一人っ子政策」が実施されてから40年間の「一人っ子」人口数の推計を行った。その結果、2015年末現在、1975年から2015年までに生まれ、まだ生きている人は7億4,459万人であることが分かった。そのうち、「一人っ子」人口は2億2,461万人で同時期出生人口の30.2%を占め、非「一人っ子人口」は5億1,998万人で同時期出生人口の69.9%を占める。つまり、「一人っ子政策」を実施していても、子供を二人、三人持つ世帯が多いのである。2023年時点で1975年に生まれた人は48歳である。1975年から2015年の間に生まれた人のうち、親が65歳前後になってくる人もいる。また、上記のデータから、これらの人のうち、兄弟姉妹がいる人は約70%を占めることが分かった。さらに、2016年1月には、すべての夫婦が第2子を持つことを認める「二人っ子政策」を全面的に実施し、実質的に「一人っ子政策」を廃止した。こうして一人っ子世帯の割合はもっと少なくなると考えられる。

「一人っ子政策」が実施される前、中国政府は出産を奨励していた。このため、現在65歳以上の高齢者の子供は3人か4人以上の場合が多い。すると、3人か4人以上の子供が1人か2人の親の世話をするということになる。つまり、現時点で、中国の高齢者介護の問題は、まだそれほど深刻なレベルに達していない。しかし、2億2,461万人もの「一人っ子」世帯は、兄弟姉妹がいない。このため、彼らの世代が将来、親の世話を担うのは大変厳しい状況である。

続いて、家族介護の現状について、以下のようにまとめることができる。第1に、家族間での介護負担の偏りという現象である。中国では、親の介護は長女、長男、長男の嫁の仕事という観念は、いまでも根強く残っている。兄弟姉妹に代わりを頼んでも仕事や育児を理由に断られることも多く、親の介護を引き受けることに消極的な姿勢になりがちである。それゆえ、家族介護では、誰か1人に負担が集中しやすいという現状がある。家族間で介護負担に偏りが出ると、孤立しがちな介護者は当然ながら不満を持ち、トラブルに発展するということが起こるのである。

第2に、介護費用に関する金銭トラブルである。介護保険制度が試行される以前では、介護費用は全額自己負担となるため、介護が長引けば、金銭的な問題も出てくる。親の介護費用に関しては、他の兄弟に相談してみても、教育費やローンなどを理由に金銭援助を拒否されるケースも多い。また、兄弟姉妹は実家の土地所有権などの相続を、介護者が有利に行うのではないかという疑念を持っている場合も多い。このように、兄弟姉妹間での親の介護は、金銭的なトラブルに深く関わっているのである。結果として、兄弟姉妹や親族同士の仲が険悪になり、家族崩壊に至るケースはと

ても多い。高齢者は子供が何人もいても、面倒をみてもらう人がいないケースも少なくない。

第3に、家族介護の担い手不足と老々介護という現象である。少子高齢化が進んでいる現在、子育てと介護が同時に必要となるダブルケアが増加傾向にある。この場合育児を優先せざるを得ないため、親の介護ができないという人も増えている。核家族化により同居する家族が減っているため、子供が親の面倒を見るのが難しくなっている。家族介護の担い手不足等の影響から老々介護になるケースも決して珍しくない。原因としては、核家族化、女性の社会進出、晩婚化など、社会全体での生活スタイルの変化であると考えられる。

このように、家族介護という互助だけでは高齢化社会、特に一人っ子世帯の親の介護を支えることが難しいと考えられる。要介護者の増加と家族介護機能の弱体化に伴い、介護問題は家庭問題から社会問題へと変貌を遂げている。

第4節 公助としての公的扶助・福祉サービスの限界

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、公助としての公的扶助・福祉サービスの限界について言及する。中国では、介護保険制度が試行される前に高齢者向けの福祉制度が存在していた。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(王 2019)。敬老院の必要な経費は郷・鎮統一調達を実施し、並びに敬老院経営の経済の発展と民間寄付を通じて入所者の生活条件を次第に改善する。村経営の敬老院の必要な経費は村公益金で解決する(王 2010:148 - 149)。中国の高齢者福祉は「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(王 2019)。それは公費負担の仕組みのあり、農村の高齢者単独世帯を対象とする施設入所制度(敬老院)であり、高齢者扶養や介護における最初の公助であると考えられる(李 2022)。

中国では、「三無老人」の生活を支える「五保戸扶養」は5つの内容によって構成され、保喫(食糧への保障)、保穿(衣料への保障)、保焼(燃料への保障)、保教(教育年齢の児童を対象とする)、保葬(葬儀への保障)といった5つの側面から貧困高齢者世帯

の生活保障を目指していた。実際、高齢者だけでなく、労働に従事する能力を持たず、法定扶養者がいない児童、または扶養能力を有する扶養者がいない児童及び障害者は、五保戸政策の救済対象ともされている。「五保戸扶養」による生活救済を受ける三無老人や孤児などといった貧困者・貧困単独世帯は、「五保戸」とも呼ばれる(李 2022)。

1997年3月18日には「農村敬老院管理暫定方法」が公布、実施された。それによれば、敬老院は主に五保戸扶養対象者を入所させるが、光荣院のないところでは、身寄りのない高齢優撫対象者を優先的に入所させる。一方、条件の整った敬老院は民間に開放し、他の高齢者を入所させ自費で扶養することができる、と明記している(王 2010:148 - 149)。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。ただ、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(王 2019)。

社会福利院や敬老院は、自助・互助・共助では対応出来ない貧困の高齢者に提供する介護福祉であるため、税金を用いた公助の性格が強い。給付は無所得や低所得者を要件とし、受給者の範囲が限られているため、選別的な色彩が強く、高齢者扶養は家族機能への依頼が断然に固着していたと言わざるを得ない。

言い換えれば、社会主義や共産主義に貫かれる公助である施設入所制度の狙いにおいては、家族の負担を軽減することがなく、伝統的な価値観に囚われた女性を解放することへの気遣いも希薄であった(李 2022)。貧困対策は今や過去のものとなり、選別主義やソーシャル・イクスクルージョン(社会的排除)が改善され、普遍主義、ソーシャル・インクルージョン(社会統合)が実現する方向にある(大友 2005)。介護保障体系の構築のため、公助の補完的な役割が必要不可欠である。例えば、介護問題を解決するために保険料や利用料を中心とする社会保険方式の介護保険制度を実施しても、保険料を支払えない人が必ずいるだろう。

公助はこれらの人々の課題を解決するうえで重要な役割を果たす。また、公的扶助と福祉サービスは税金で賄われているため、多人数の介護保障を対応できるように、充足な財政が必要であろう。今後、要介護高齢者の増加に伴い、財政援助で大勢の人の介護ニーズを解決することが難しい。そして、中国政府は膨大な介護ニーズに対し

て社会保険という共助を導入する理由の一部としては、無所得者と低所得者を対象とする公的扶助と福祉サービスという公助の限界を考慮するものであると考えられる。

第5節 公助としての高齢者介護手当の限界

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、それ以前の公助としての高齢者介護手当の限界について言及する。2013年に、国務院は「高齢者サービス産業の発展の促進に関する若干の意見」を公布し、経済困難の要介護高齢者に対する介護手当制度を構築する必要があるとしている。2014年10月に、財政部、民政部と全国老齡委員会は、経済困難の要介護高齢者の家族介護の負担を軽減するために、「経済困難の高齢者、要介護高齢者など的高齢者手当制度の構築に関する通知」（以下、「2014年通知」）を公布した。

多くの地域は、「2014年通知」の指導方針に従い、相次いで高齢者手当制度を試行している。表3-1が示すように、制度実施の時期を見ると、ほとんどの地域は2015年から同政策の実施を開始した。そのうち、最も早いのは黒龍江省で2013年から実施されていた。「2014年通知」では、給付対象者は経済困難の要介護高齢者であることが明記されている。同時に、各地域の実情を踏まえ、給付対象者の範囲を明確に定めることが求められている。また、各地域では、主に高齢者の戸籍、年齢、要介護度、家庭の経済状況などに基づいて、地域の実情に即した給付基準を策定することを明記している。また、民政部は同制度の対象者を「経済困難な後期高齢者、要介護高齢者など」と曖昧に規定し、経済的に困難な要介護高齢者について、県レベル以上の医療機関の認定が必要とした。なお、「経済困難」とは何か、「要介護状態」とは何かについて明確な規定がないため、各省はそれぞれで規定した(万・小島2022)。

表3-1が示すように、受給者の年齢要件については、多くの地域で60歳以上を給付条件の一つに設定している。そのうち、新疆ウイグル自治区は、最低年齢を80歳と定めている。要介護高齢者のほか、一人っ子を失った高齢者、認知症高齢者、障害高齢者も一部地域で給付対象となった。家族の経済状況を見ると、多数の地域は最低生活保障の受給者が最低条件と定められるが、地域によってそれぞれの実情に応じて別の条件を追加している地域もある。

表 3-1 : 各地域における高齢者介護手当の給付対象と給付水準

地域	公布・実施時期	給付対象者			給付基準(元/月)
		年齢	要介護状態	家庭の経済状況	
河南省	2016.06.30	60歳以上	要介護高齢者	—	各市と県は、財力、物価、経済発展のレベルに基づいて、独自に給付基準を定める。
山西省	2016.01.01	60 - 99歳	要介護高齢者	最低生活保障の受給者	100
黒龍江省	2013.01.11	60歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者及びそれに近い所得水準の人、低所得者	50 - 150
江西省	2018.09.03	60歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者、特別困窮生活援助の受給者	50
江蘇省	2015.01.04	60歳以上	要介護高齢者、一人っ子を失った高齢者	最低生活保障の受給者及びそれに近い所得水準の人、低所得者、特別困窮生活援助の受給者	100
貴州省	2015.12.27	60歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者	各市と県は、財力、物価、経済発展のレベルに基づいて、独自に給付基準を定める。
新疆ウイグル自治区	2015.11.04	80歳以上	要介護高齢者	—	50 - 200
寧夏回族自治区	2015.07.15	60歳以上	要介護高齢者、認知症高齢者	最低生活保障の受給者、低所得者	各市と県は、財力、物価、経済発展のレベルに基づいて、独自に給付基準を定める。
福建省	2018.04.26	60歳以上	完全要介護高齢者	最低生活保障の受給者	200
広東省	2016.05.20	60歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者、特別困窮生活援助の受給者、低所得者	60 - 200
山東省	2014.04.23	60歳以上	中度・重度要介護高齢者、重度障害者	最低生活保障の受給者、三無人員、五保戸	80 - 200
北京市	2019.10.01	60歳以上	重度要介護者、障害者	—	200 - 600
天津市	2017.11.08	60歳以上	要介護高齢者	—	200 - 600
湖南省	2015.09.30	65歳以上	要介護高齢者、重度障害者	最低生活保障の受給者、五保戸	各市と県は、財力、物価、経済発展のレベルに基づいて、独自に給付基準を定める。

重慶市	2015. 07. 01	60 歳以上	重度障害者、重病 要介護高齢者	最低生活保障の受給者、三無人員、五保戸	200
甘肅省	2017. 01. 01	60 歳以上	要介護高齢者、認知症高齢者	最低生活保障の受給者、特別困窮生活援助の受給者	100
チベット自治区	2016. 01. 01	60 歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者	50
吉林省	2016. 05. 01	60 歳以上	重度要介護高齢者	最低生活保障の受給者、低所得者	120
遼寧省	2016. 07. 01	60 歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者及びそれに近い所得水準の人	50
内モンゴル自治区	2016. 10. 25	60 歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者、三無人員、五保戸	—
安徽省	2017. 05. 22	60 歳以上	要介護高齢者	最低生活保障の受給者、三無人員、五保戸	各市と県は、財力、物価、経済発展のレベルに基づいて、独自に給付基準を定める。
四川省	2015. 07. 01	—	—	—	300
上海市	2016. 05. 01	—	—	—	384 - 960
浙江省	2016. 07. 01	—	—	—	400 - 1000

出所:海(2022)、文・張(2020)より作成

財源調達に関しては、「2014年通知」において、介護手当の費用を地方政府が負担すると明記されている。表3-1が示すように、給付基準は地域によって異なる。そのうち、浙江省は最も高く、1人当たり月額が1,000元に達する。黒龍江省、江西省、チベット自治区の給付額は最も低く、50元しかない。

高齢者の要介護度や家庭の経済状況によって、給付基準の差異もある。例えば、天津市では、1人当たり月額が、軽度要介護高齢者200元、中度要介護高齢者400元、重度要介護高齢者600元である。黒龍江省では、最低生活保障の受給者の場合、1人当たり月額は、要介護高齢者150元、半要介護高齢者100元であり、低所得家庭の場合、要介護高齢者100元、半要介護高齢者50元である。北京市では、1人当たり月額は、重度要介護高齢者、1級障害高齢者及び多種類障害高齢者が600元、2級障害高齢者400元、聴力障害高齢者及び言語障害高齢者が200元である。このような高齢者介

護手当制度の課題として、①給付対象者の範囲が狭い、②財源調達方法の単一化、③給付水準が低い、④認定基準の非統一性などが指摘されている（海 2022）。

高齢者介護手当は、貧困・低所得の要介護高齢者を保障する制度として位置づけられ、その特徴として、公的責任で行うこと、家庭の資力調査をともなうこと、租税を財源としていること、救貧的機能を有していることなどが挙げられる。社会保険制度は、人生の様々なリスクに備えて、人々があらかじめ保険料を出し合い、実際にリスクに遭遇した人に必要なお金やサービスを支給する仕組みの制度であり、防貧的機能を有している。

高齢者介護手当という公助は、一般的には、所定の要件を満たす場合に、定型的な給付を行うものであるため、受給者の範囲が狭く、受給条件が厳しいという限界である。それゆえ、今後、従来の自助・互助・公助だけで介護ニーズを満たすことが難しくなってきた、今から共助の果たす役割が大きくなることを意識した取組みの推進が必要だと思われる。さらに、介護保障として、自助・互助・共助・公助をうまく組み合わせることも重要であると考えられる。

第6節 共助としての社会保険

ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由として、社会保険の機能と、介護以外の社会課題に対して活用されている社会保険について言及する。中国では、2010年10月に社会保険各制度の基本法となる「社会保険法」が成立・公布、2011年7月に施行された。同法では、年金保険(中国語:基本養老保険)、医療保険(中国語:基本医療保険)、労災保険(中国語:工傷保険)、雇用保険(中国語:失業保険)、出産保険(中国語:生育保険)5つの保険が規定されており、この5つの社会保険に住宅積立金を加えて「五險一金」と呼ばれる。

公的年金保険、基本医療保険、雇用保険、生育保険と労災保険は、老後の資金不足、病気、失業、生産、ケガなどの国民生活における万が一のリスクに備えるための社会保険である。社会保険の仕組みは、「相互扶助」によって成り立っている。つまり、国民一人一人が、定められた保険料を支払うことによって、自分を含め、その他大勢の人のリスクに備えているのである。一方、高齢化に伴って要介護は国民の誰にでも起こりうるという、リスクの普遍性である。年金、医療、出産、雇用、労災の分野に対する保障施策としては、多人数のリスク及び高リスクという共通点である。要

介護リスクは、これと同じ特徴(高リスク、多人数)を有している。そして、高齢化や長寿化による老後の介護問題として新タイプの「国民不安」が高まっている。また、中国における病気、老後の資金不足、失業などの分野での対応方式は公的社会保険であるため、介護保障の社会化も求めている。それゆえ、その対応のための介護保障体系のあり方として、共助という介護保険制度のあり方が問われている。これも中国政府は介護問題に対して同じように社会保険方式を選択する理由の一つであると考えられる。

中国の社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、都市部において、政府機関や国有企業等の就労者に対する年金給付、医療給付等が制度化されたことに起源を有する。また、農村部においては人民公社等の生産団体ごとの集団内における互助制度の形で社会保障が整備されてきた。その後、改革開放政策の導入や経済発展に応じて制度は改正されてきたが、基本的には、都市戸籍と農村戸籍という戸籍による区分、公務員、企業就労者、農民といった職業による区分を基本として制度化が進められてきた(厚生労働省 2013 : 315)。

公的年金制度には、都市就労者基本養老保険、都市・農村住民基本養老保険、公務員年金があり、都市就労者基本養老保険の補完として企業年金がある。都市部の就労者の加入は進んでいるものの、地域経済の状況によって、給付額に大きな差があることなどが現状である。医療保険制度の類型としては、都市企業就労者及び退職者に対する都市就労者基本医療保険制度、都市非就労者及び農村住民に対する都市非就労者・農村住民基本医療保険制度、公務員に対する公務員医療補助制度がある。制度間、地方間では医療保障機能及びカバー率に格差がある。さらに困窮者に対する社会保険以外の対応として特定困窮者医療扶助制度がある(厚生労働省 2019)。

都市就労者基本年金制度は、都市企業従業者に対する老後所得保障については、企業負担の軽減、個人負担を含む財源を背景にした安定的給付の実現、国有企業以外の企業従業者等の老後保障等を目的として、1997年以降全国統一的な新たな年金制度「都市就労者基本年金制度」の普及・移行が進められている。個人口座(積立方式)と基金(賦課方式)の二本立ての仕組みとなっている。都市・農村住民基本養老保険制度は、2009年から農村戸籍の非就労者に対して新型農村社会養老保険を、2011年から都市戸籍の非就労者に対して都市住民養老保険の試行的な実施を開始し、2012年末までに養老保険の全国民へのカバーを実現するという目標に向けて取り組んできた。この取り組みは一定の成果を上げてきたものの、農民工や転籍による無保険の問題を解消す

るため、2014年2月国務院から「統一した都市・農村住民基本養老保険制度の構築に関する意見」が出され、従来別々であった両保険を統合して「都市・農村住民基本養老保険制度」とすることとされた。2015年から順次、地方政府において統一制度として運営が開始されている(厚生労働省2016)。

都市就労者に対する医療保障については、都市就労者に対する年金保険と同様の目的で設けられ、個人口座(個人積立)と基金(社会保険方式)の二本立てとなっている。1950年代から中国では「公費医療保険制度」および「労働医療保険制度」が実施されてきた。改革前の中国医療保険制度はいずれも無料医療制度であるが、病院と患者に対する過剰医療を抑制するメカニズムがなかったため、医療費、医療資源の無駄遣いが多く、医療費の上昇が続き、財政と企業財政にとって膨大な負担になった。加入対象者が一部のみに制限されることも問題点となっていた。

1980年以後、中国は医療保険制度について段階的な改革を試した。改革の最初の段階では、社会プール医療保険基金と個人医療保険口座を作成した。この段階で、医療費の個人負担制が導入された。この個人負担制によって、医療保険加入者は保険料を支払うこととなり、医療サービスを受ける際に自己負担が発生することとなった。したがって、その次の段階では中国政府が医療保険制度改革モデル都市を指定し、制度の試行を始めた。今回の改革により、無駄な診療が抑制され、医療費の上昇をある程度で抑えたが、企業や個人の保険加入率が増加することで社会プール医療保険基金を確保することもできるようになった。また、個人負担の導入にしたがって、医療保険に対する人々の意識が変化してきた。各地域での試行を重ね、1998年12月14日に「都市就労者の基本医療保険制度の整備に関する国務院の決定」の公表により、都市就労者基本医療保険制度が実施され、全国的に統一された新医療保険制度が実施されるようになった(許2016)。

都市就労者基本医療保険制度の適用者がすべての就労者に拡大されたが、扶養家族、就労者以外の非就労者が保険適用対象外になり、公的医療保険に加入できない都市住民の数が毎年増加していた。2006年9月に国務院および関連中央部門からなる医療改革協議グループが設立され、国家責任で全国民が平等に基本的な医療サービスを受けられる医療システムと公衆衛生システムの構築を目標とした。そして、2007年に都市非就労者基本医療保険制度の試行が開始された(許2016)。従来は、都市の非就労者(高齢者、障害者、学生等)を対象とした都市非就労者基本医療保険制度と農村の非就労者を対象とした新型農村合作医療制度があったが、2016年に国務院より「都市部

と農村部の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」が出され、両制度は統合された。2020 年末の加入者数は 10 億 1,677 万人となっている(厚生労働省 2022)。

出産保険では、女性就労者の保護、女性の多い企業の負担の軽減、計画出産政策の推進を主な目的として、女性就労者に対する出産休暇及び出産に係る医療保障を内容とするものである。1988 年から試行され、1994 年から全国で実施されている。保険者は、原則として直轄市、市である。財源は、企業が給与総額の一定の比率で出産保険基金に納付する。具体的には、給与の 0.6%~1%(たとえば北京市は 0.8%)の間で、各地方政府が決定する。なお、就労者個人負担はない。適用対象は、都市企業等に就業する女性就労者であって、計画出産政策に適合している者を対象とするものであり(専業主婦は多くないが、これに対し適用する地方もある)、都市企業以外で就業している女性就労者や無就業の女性には適用されない。給付内容は、医療保障と休業補償の 2 本柱で、医療保障は検査費、出産費、手術費、入院費、薬代などが含まれる。休業補償は、産前産後 90 日間で、直近の平均月給をはば全額補償とする(厚生労働省 2019)。

労災保険の根拠法は従来の 1951 年の「労働保険条例」と現行の 2003 年の「工傷保険条例」である。労働災害保険条例(社会保険法で定めた労災認定基準等に基づき、2011 年に労働災害保険条例が改定された。自動車事故以外「都市軌道交通、旅客輸送船、列車」の通勤災害も認められることとなった)に基づき、労災事故に遭遇した労働者や職業病を患った労働者の医療費、リハビリ費用に対し一定の補助を行っている。保険料は、事業者負担のみとなり、労働者負担はない。労災として認定を受けた場合、発生する医療費や補償金などは、労災保険によって給付されるが、賃金保障は事業者が支給する(厚生労働省 2016)。

失業保険では、国有企業改革を受け、90 年代から失業者、一時帰休者が増加した。社会の安定を図るため、1999 年施行「失業保険条例」を根拠法として、都市部の企業の被用者が対象となっている。保険者は原則として直轄市、市である。財源は個人、企業、政府から構成される。給付内容は失業手当、医療、職業訓練費等である(厚生労働省大臣官房国際課 2008)。失業給付の受給要件は、失業保険適用事業所に 1 年以上雇用され失業保険料を納付していること、本人の意思によらずに就業を中断したこと(つまり非自発的な失業であること)、失業登録をしており求職希望があることである。失業給付額の水準は、離職前の賃金とは連動しておらず、省、自治区、直轄市の人民政府が決定する。失業給付の支給期間は、被保険者期間が 5 年未満の者は最長 1

年、被保険者期間が5年以上10年未満の者は最長1.5年、被保険者期間が10年以上の者は最長2年となっている(厚生労働省2016)。

以上、ここでは、共助という介護保険制度が試行されるようになった理由を考察する前提として、社会保険の機能と、介護以外の社会課題に対して活用されている社会保険について言及した。本論文では、この共助としての社会保険という機能が、中国における介護においていかなる役割を果たしうるかを探ることとなる。

第7節 介護保険制度試行の理由：自助・互助・共助・公助の観点から

ここでは、自助、互助、公助の課題や限界の分析を踏まえて、自助、互助、公助、共助の役割分担・連携が必要であるという観点から介護保険試行の理由を述べていきたい。第1に、これまで中国の高齢者介護に対して実施されていた取り組みにおける限界である。自助として考えられる家政サービスは、家族機能の不全をある程度に補完する役割が期待されている一方で、介護サービスを担うべき専門的な人材が不足しているという問題を抱えている。高齢者介護の家政サービスは、利用する側にとっては料金が安いものの、それに従事するものにとっては、他の家政サービスより給料が低く低賃金であることが、人材不足の温床となっている。

同じく自助としての民間介護保険は、保険料が高く、審査と給付条件が厳しいという問題を抱えている。つまり、民間介護保険を利用できるのは、保険料負担能力のある人に限られることになり、さらに、危険度の著しく高い者は、保険市場から排除される可能性が高くなる。そして、契約自由の原則を前提としており、保険加入が任意であることから、当然ながら自己選択した担保内容以上に補償を受けることはない。そして、当然ながら、介護に関するすべてのリスクを保険がカバーしているわけではないことも、課題としてあげられる。

互助としての家族介護の問題点としては、介護負担が家族の中の誰か1人に集中しやすいことによって介護者間でトラブルが発生しやすいことである。また、介護費用に関しても家族間で金銭トラブルに発展することも多い。そして、根本的に介護の担い手が不足することによって、老々介護になってしまう危険性も高い。日本においては、介護ボランティア活動を通じて社会参加や地域貢献をすることが普及しつつあるが、中国においては、高齢者介護がボランティア活動や地域貢献の一環として行われるという考えが定着しておらず、互助的な介護が未発達であるといえる。ボランティ

ア活動や地域貢献としての高齢者介護が未発達であることも、家族介護におけるこれらの問題に拍車をかけていると考えられる。

公助としての公的扶助や高齢者介護福祉サービスの問題点は、無所得者と低所得者を重点としていたことである。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たが、「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た。これは、巨額の財源を調達することが困難であったためと考えられる。

同じく公助としての高齢者介護手当にも限界がある。中国においても、経済的に困難な要介護高齢者に対する家族介護の負担軽減のため高齢者介護手当が存在する。だが、所定の要件を満たす場合に給付を行うものであるため、受給者の範囲は狭く、支給条件は厳しい。

このように中国における従来の介護保障は、自助・互助・公助の形で運営されてきたと見ることができる。その一方で、公的年金保険、基本医療保険、雇用保険、生育保険、労災保険は、老後の資金不足、病気、失業、生産、ケガなどの国民生活における万が一のリスクに備えるための社会保険である。社会保険の仕組みは、「相互扶助」によって成り立っており、国民一人一人が、定められた保険料を支払うことによって、自分を含め、その他大勢の人のリスクに備えている共助としての仕組みである。高齢者介護においても、この共助としての介護保険制度を試行することは、介護保障における自助・互助・公助に対して、新たな共助という枠組みを形成することを意味する。特に、介護問題を解決していくためには、自助＝自分、互助＝家族・地域、共助＝介護保険、公助＝公的福祉といった、役割分担を基盤とした支援体制が重要となり、さらに、自助、互助、共助では対応出来ない場合に、公助で解決するというように、自助・互助・共助・公助がそれぞれの機能を果たすだけでなく、連携して介護という社会課題に対応することを想定していく動きとなっていると考えられる。以上が、介護保険制度を試行するようになった理由であると考えられる。

第4章では、現在試行されている介護保険制度の現状と課題を導出するため、その前提として、介護保険が試行される前に高齢者介護福祉に関して中央政府がどのような政策を実施していたか、地方政府の動きはどのようなものだったか言及する。

第4章 介護保険制度の試行に向けた動き

第1節 中央政府の基本方針・政策

介護保障に関する中国政府の基本方針と政策について以下のようにまとめている。2006年12月17日に共産党中央・国務院が発表した「人口と計画出産の活動を全面的に強化し、人口問題を全体的に解決することに関する決定」の中で、介護保険制度の模索を明言した。2011年12月16日に国務院弁公庁が発表した「社会养老服务体系建设企画(2011～2015年)の通達に関する通知」によれば、条件の整った地域において高齢者介護費補助や介護保険の実施を模索する。

国務院が2013年9月6日に発表した「养老服务業の発展を加速させることに関する若干の意見」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」し、2013年9月28日に公布した「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」では、民間による介護保険商品の積極的な開発を激励した。中国保険監督管理委員会が2014年3月25日に発表した「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」は、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の開発を宣言した。

2014年8月13日に国務院が発表した「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」の中で、民間の介護保険を発展させることを明言した。国務院弁公庁が2014年10月27日に発表した「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」によれば、2020年までに近代的商業健康保険業をほぼ構築し、介護保険制度の試験的实施を大いに展開し、多種多様な形の民間介護保険の発展を加速させる。共産党中央が2015年10月29日に発表した「国民経済・社会発展第13次五カ年計画の策定に関する提案」は、介護保険の設立を模索することを示した。

人的資源・社会保障部弁公庁が2016年6月27日に発表した「介護保険制度の試験的試行に関する意見」の中で、全国15の市に対して介護保険制度の試行を指示した(王2016)。2017年2月28日に国務院が発表した「第13次五カ年計画国家高齢者事業発展及び養老体系の設立計画」の中で、2020年までに高齢者事業の全体的発展レベルを大幅に引き上げ、養老体系を改善、充実させ、人口高齢化に適時に科学的且つ総合的に対応するための社会的基盤をより堅固なものとすることを目標として掲げた。

第 2 節 地方政府の動き

青島市は 2012 年 7 月に全国に先駆けて都市就労者基本医療保険、都市非就労者基本医療保険の被保険者を被保険者対象とする「長期医療介護保険制度」を試行し、既存医療保険制度の枠内で、保険の給付範囲を介護サービスまで拡充すると定めた。山東省は 2014 年から省レベルの介護保険制度を構築すべく、「介護保険の試行に関する指導意見」〔2014〕85 号)を公布し、制度設計、財政調達、運営方式などを検討する目的で東営市、濰坊市、日照市、聊城市など 4 市を試行地域に指定した(小林・黄 2018[a]:167 - 169)。

介護保険の給付基準は、地域と介護サービスの種類によって格差がある。東営市の場合、高齢者介護と在宅介護の保険負担は 95%、専門的医療介護のうち、保険負担は 2 級医療施設 90%、3 級医療施設 85%である。濰坊市の場合、施設介護と在宅介護の保険負担は 96%、専門的医療介護のうち保険負担は 1 級指定病院 94%、2 級指定病院 92%、3 級指定病院 90%である。日照市では、施設介護と在宅介護の保険負担は 92%、専門的医療介護の保険負担は 90%である。聊城市の場合、いずれも保険負担 75%である。一方、「指導的意見」が公布される前に、2015 年 2 月に吉林省長春市は「要介護者医療介護保険制度の設立に関する意見」を公表して介護保険制度の模索を始めた。同年 10 月に江蘇省南通市も「基本介護保険制度の設立に関する意見(試行)」を公布した。

2016 年「指導意見」では、原則として都市就労者基本医療保険の被保険者を介護保険の対象とするが、被保険者の範囲は各試行地域の状況に応じて徐々に拡大することを奨励することを示している。原則として介護保険の給付は 70%であり、各試行地域の状況を踏まえて設定する。受給者は重度要介護者とする。試行段階では介護保険の財源は主に都市就労者基本医療保険基金から転用される。試行期間は 2~3 年(2020 年まで)である。第 1 回国指定の 15 試行地域における介護保険制度の公文書は表 4-1 のとおりである。

介護保険の被保険者について、東営市、濰坊市、日照市、聊城市の 4 地域はいずれも都市就労者基本医療保険の被保険者を対象としている。4 地域の財源はそれぞれ異なる。東営市は基本医療保険基金で賄われる。濰坊市は基本医療保険基金、財政援助、福祉宝くじ公益金から構成される。2015 年、濰坊市では宝くじ基金から 500 万円を転用した。日照市は就労者の負担(基本医療保険の個人口座から控除される)、基本医療保険基金、福祉宝くじ公益金から構成される。聊城市において基本医療保険基

金、就労者の負担、財政援助、福祉宝くじ公益金のほか、事業者負担も含まれる。介護サービスの種類について、東営市は高齢者介護、在宅介護、専門的医療介護がある。濰坊市、日照市と聊城市の介護サービス種類は、施設介護、在宅介護、専門的医療介護である。

表 4-1：第 1 回国指定試行地域の介護保険制度公文書

地域	公文書	公布時期
山東省青島市	青島市長期介護保険暫定方法	2018年2月
	青島市長期介護保険方法	2021年
吉林省長春市	要介護者医療介護保険制度の設立に関する意見	2015年2月
	要介護人員医療介護保険在宅介護サービス実施意見(試行)	2021年
江蘇省南通市	基本介護保険制度の設立に関する意見(試行)	2015年10月
河北省承德市	都市就労者長期介護保険制度の設立に関する実施意見(試行)	2016年11月
	都市就労者長期介護保険管理方法	2021年6月
江西省上饒市	長期介護保険試行の展開に関する事業実施案	2016年12月
	全面開展長期介護保険制度試行案	2019年
湖北省荊門市	荊門市長期介護保険方法(試行)	2016年12月
上海市	上海市長期介護保険試行方法	2017年1月
	上海市長期介護保険試行方法	2018年1月
	上海市長期介護保険試行方法	2021年
安徽省安慶市	安慶市都市就労者長期介護保険試行に関する実施意見	2017年1月
	安慶市都市就労者長期介護保険実施方法	2020年
四川省成都市	成都市長期介護保険制度試行案	2017年2月
	新たな長期介護保険改革の展開に関する実施意見	2022年
新疆生産建設兵団石河子市	八師石河子市長期介護保険実施細則(試行)	2017年1月
江蘇省蘇州市	長期介護保険試行の展開に関する実施意見	2017年6月
	長期介護保険試行事業の更なる推進に関する実施意見	2022年10月
黒龍江省チチハル市	チチハル市長期介護保険実施案(試行)	2017年7月
	チチハル市長期介護保険制度試行案の深化(試行)	2021年
広東省広州市	広州市長期介護保険試行方法	2017年7月
	広州市長期介護保険試行方法	2020年12月
浙江省寧波市	寧波市長期介護保険制度試行案	2017年12月
	寧波市長期介護保険制度試行の深化に関する指導的意見	2022年8月
重慶市	重慶市長期介護保険制度試行意見	2017年12月
	長期介護保険制度試行の拡大に関する実施意見	2021年

出所:筆者作成

2020年「指導的意見」は介護保険制度の試行地域として14地域を追加した。14市試行地域は、北京市石景山区、天津市、山西省晋城市、内モンゴル自治区フフホト市、遼寧省盤錦市、福建省福州市、河南省開封市、湖南省湘潭市、広西チワン族自治

区南寧市、貴州省黔西南布依族苗族自治州、雲南省昆明市、陝西省漢中市、甘肅省甘南藏族自治州、新疆ウイグル自治区ウルムチ市で、試行期間は2年としている。第2回国指定の14試行地域における介護保険制度の公文書は表4-2のとおりである。

表4-2：第2回国指定試行地域の介護保険制度公文書

地域	公文書	公布時期
北京市石景山区	北京市石景山区拡大長期介護保険制度試行実施案	2020年11月6日
天津市	天津市長期介護保険制度試行実施案	2020年12月15日
山西省晋城市	長期介護保険制度の設立に関する実施意見	2020年11月4日
内モンゴル自治区フフホト市	フフホト市長期介護保険制度試行実施案	2020年12月31日
遼寧省盤錦市	盤錦市長期介護保険制度試行の展開に関する事業実施案	2020年12月15日
福建省福州市	長期介護保険制度試行実施案	2020年12月21日
河南省開封市	開封市長期介護保険制度試行方法	2020年12月29日
湖南省湘潭市	湘潭市長期介護保険制度試行実施案	2020年12月10日
広西チワン族自治区南寧市	南寧市長期介護保険制度試行に関する実施意見	2021年1月8日
貴州省黔西南布依族苗族自治州	黔西南長期介護保険制度試行実施案	2020年11月5日
雲南省昆明市	昆明市長期介護保険制度試行の全面展開に関する事業案	2020年12月24日
陝西省漢中市	漢中市長期介護保険実施方法(試行)	2020年11月5日
甘肅省甘南藏族自治州	「甘南藏族自治州就労者長期介護保険試行案(試行)」	2021年
新疆ウイグル自治区ウルムチ市	「ウルムチ市長期介護保険方法の試行に関する通知」	2021年

出所:筆者作成

本章では、介護保障に関する中国政府の基本方針と政策を、また、国指定試行地域で介護保険制度を試行する前に地方政府の動向をまとめた。さらに、第1回国と第2回国指定の各試行地域の介護保険制度の公文書とその公布時期を整理した。第5章では、本稿の研究対象である第1回と第2回国指定試行地域の介護保険制度の現状について詳しく述べる。

第5章 介護保険制度の試行状況

介護保険制度が各試行地域で打ち出される前に、中央政府は2016年と2020年にそれぞれ「指導的意見」という公文書を公布した。これらの「指導的意見」の公布は、各試行地域の介護保険制度の策定において指針となる役割を果たすはずである。試行地域によって制度の内容は、共通点と相違点がある。具体的な内容は、本章において説明するが、まずは2回の「指導的意見」の内容の相違点を確認する。

2016年「指導的意見」と2020年「指導的意見」の内容は共通した面を有しつつ異なる部分も存在している。2回とも、要介護者の長期的な介護問題を解決することを強調している。また、「基本的給付を保障し、地域の経済発展の状況に基づいて、基本的給付の範囲と給付基準を合理的に決定する。権利と義務の対等性に基づいて、責任の分担と多面的な財源調達システムを導入し、財源と給付の仕組みを合理的に設定する。メカニズムの更新を主張し、持続発展が可能なシステムを探求し、リスク分散システムと管理の水準を改善する」と記している。

また、介護保険基金の管理に関しては、2回の「指導的意見」の同じところは、「介護サービス施設と就労者に対する契約の管理・監督システムを確立・改善すること、及び第三者監督管理メカニズムの導入を検討すること」である。違いは、2016年「指導的意見」は、「サービス内容、サービス基準、サービスの認定等の技術的管理基準、要介護認定基準、給付の申請、介護費用の使用状況の監督管理などを中心とする」ことを強調する。

2020年「指導的意見」は、「保険料の納付と給付などの情報の記録と管理、保障の範囲、関連基準及び管理方法の明確化、取扱の監督管理などを中心とする」ことを強調する。さらに、非常に重要なポイントは、2020年「指導的意見」では、「独立運営、独立保険の確立、独立設計、独立推進」を強調することである。

以下、2016年と2020年と各試行地域の介護保険制度の状況について、保険者、被保険者、要介護認定、サービス体系、給付基準、財源に着眼して外観する。

第1節 保険者

介護保険の保険者については、2016年と2020年「指導的意見」や各試行地域の公文書で明確にされていない。本論文では、介護保険の保険者は、原則として地級市で

あると考えている。2016年「指導的意見」第16条は、介護保険の試行事業は原則として地級市という単位で実施することを示している。そこで、介護保険制度の保険者を説明するためには、中国の行政区分を確認しなければならない。

憲法第30条によれば、行政区画は、基本的に省級、地級、県級、郷級の4層に分けられる。省級行政区には、省、自治区、直轄市及び特別行政区がある。地級行政区画は、地級市、自治州、地区などがある。県級行政区には、県、自治県、県級市、市管轄区がある。郷級行政区には、鎮、郷、民族郷がある。地区級市の下の行政区画に県と同格の「市轄区」がある。また、地級市の中には「副省級市」という、特に重要な地級市で大幅な自主権が認められている都市がある。地級市として省の管轄下にあるが、経済、財政及び法制の面で省と同程度の自主権が認められている。2021年3月時点で、ハルビン市(黒龍江省)、長春市(吉林省)、瀋陽市・大連市(遼寧省)、済南市・青島市(山東省)、南京市(江蘇省)、杭州市・寧波市(浙江省)、広州市・深セン市(広東省)、西安市(陝西省)、武漢市(湖北省)、成都市(四川省)、厦門市(福建省)の15都市がこれに該当する(宮本2021)。

表5-1：国指定試行地域の行政区分

第1回国指定試行地域		第2回国指定試行地域	
青島市	副省級市	天津市	直轄市
長春市	副省級市	晋城市	地級市
南通市	地級市	盤錦市	地級市
承徳市	地級市	福州市	地級市
上饒市	地級市	開封市	地級市
荊門市	地級市	湘潭市	地級市
上海市	直轄市	南寧市	地級市
安慶市	地級市	昆明市	地級市
成都市	副省級市	漢中市	地級市
石河子市	県級市	黔西南布依族苗族自治州	地級市
蘇州市	地級市	北京市石景山区	市轄区
チチハル市	地級市	フフホト市	地級市
広州市	副省級市	甘南藏族自治州	地級市
寧波市	副省級市	ウルムチ市	地級市
重慶市	直轄市		

出所：宮本貴章(2021)、中華人民共和国国家統計局(2021)より作成

中国の行政区画の状況を踏まえて、介護保険制度の試行地域は行政区画の中でどんな位置づけになっているかを明らかにすることができる。29試行地域のうち、副省級市は青島市、長春市、成都市、広州市、寧波市の5地域、直轄市は天津市、上海市、重慶市の3地域、県級市は石河子市の1地域、市轄区は北京市石景山区の1地域、地

級市は残りの 19 地域である。5 つの副省級市が地級市に含まれ、地級市は合計 24 であるため、29 試行地域の 83%を占める(表 5-1 参照)。それゆえ、試行地域は主に地級市である。介護保険制度の基本方針や原則などは中央政府によって策定されるが、実際の制度の設計と実施は各試行地域(市)で行われる。

ここで、第 1 回と第 2 回国指定試行地域の介護保険制度の状況における保険者を、他国のものと比較してみよう。例えば、ドイツと韓国では、中国と異なり、既存の医療保険の保険者が介護保険の保険者になっている。ドイツの場合、保険者は介護金庫となるが、医療保険者である疾病金庫が別に組織し、運営している(厚生労働省 2019)。韓国の場合、保険者である国民健康保険公団は、等級判定やサービスモニタリングの実施、加入者の管理、保険料の賦課・徴収、等級判定委員会の運営などを担当している(崔 2019)。日本では、複数に分かれる医療保険とは違い、介護保険の保険者は全国の各市町村で、「地域保険」の状態となる。ただし、複数の市町村で共同運営する「広域連合」も認められる。

第 2 節 被保険者

(1) 第 1 回国指定の 15 試行地域における被保険者

2016 年「指導的意見」と 2020 年「指導的意見」では、試行地域の拡大前後で被保険者に関する規定の共通点としては、①長期的に要介護状態に陥った人を対象とすること、②重度要介護者を重点として、基本的な生活介護と基本的な生活と密接な看護ニーズに対して、必要な費用を給付すること、③原則的としては都市就労者基本医療保険の被保険者をカバーすること、④試行地域の実情に合わせ、制度の整備状況、財源調達、保障ニーズなどのことを総合的に勘案した上で、合理的に被保険者の範囲を策定し、次第に拡大していくこと、などが挙げられる。一方、2020 年「指導的意見」は、条件を満たした要介護高齢者、重度障害者の介護ニーズを優先的に満たすということを示している。

第 1 回国指定の 15 試行地域における介護保険の被保険者は、大体 3 つのタイプがある。第 1 タイプは都市就労者基本医療保険及び都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者である。該当する地域は青島市、南通市、上饒市、荆門市、上海市、石河子市と蘇州市である。第 2 タイプは都市就労者基本医療保険、都市非就労者基本医療保険

の被保険者である。長春市がその代表地域である。第3類型は都市就労者基本医療保険の被保険者のみである。該当する地域は承德市、安慶市、成都市、チチハル市、広州市、寧波市及び重慶市である(表5-2参照)。

表5-2：第1回国指定試行地域における介護保険の被保険者（○は該当対象）

試行地域	被保険者		
	都市就労者基本医療保険の被保険者	都市非就労者基本医療保険の被保険者	農村住民基本医療保険の被保険者
青島市	○	○	○
長春市	○	○	
南通市	○	○	○
承德市	○		
上饒市	○	○	○
荊門市	○	○	○
上海市	○	○	○
安慶市	○		
成都市	○		
石河子市	○	○	○
蘇州市	○	○	○
チチハル市	○		
広州市	○		
寧波市	○		
重慶市	○		

出所:筆者作成

そのうち、南通市では、「基本介護保険制度の設立に関する意見(試行)」によれば、2015年10月から、都市(崇川区、港閘区、市経済技術開発区)の都市就労者基本医療保険、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者を対象として介護保険制度の試行を始めた。また、上饒市では、「長期介護保険試行の展開に関する事業実施案」によれば、2016年から市レベルとして、信州区、広豊区、徳興市、弋陽県、万年県、玉山県など地域で、都市就労者基本医療保険の被保険者を適用対象者とする介護保険制度を試行し、2017年には、市全地域の都市就労者基本医療保険の被保険者に拡大する。続いて、「長期介護保険制度試行実施案」によれば、上饒市は2019年から都市就労者基本医療保険、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者を対象者として介護保険制度の試行を始めた。

「荊門市長期介護保険方法(試行)」によれば、被保険者は、試行当初の2016年は都市就労者基本医療保険の被保険者を対象者とし、2017年から対象者を都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者に広げ、2018年までに全員をカバーすることを目標とする。一方、15試行地域のうち上海市は、介護保険の被保険者は、都市就労者基本

医療保険の被保険者は第1号被保険者、都市非就労者・農村住民基本医療保険の60歳以上の被保険者は第2号被保険者であると定める。都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者に対して60歳以上の年齢制限を設けている地域は上海市だけである。

(2) 第2回国指定の14 試行地域における被保険者

第2回国指定の14 試行地域における介護保険の被保険者は、大体2つの類型がある(表5-3 参照)。第1類型は都市就労者基本医療保険の被保険者に限定する。該当する地域は天津市、晋城市、盤錦市、福州市、開封市、湘潭市、南寧市、昆明市、漢中市、黔西南布依族苗族自治州、甘南藏族自治州である。第2類型は都市就労者基本医療保険及び都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者である。

表5-3：第2回国指定試行地域における介護保険の被保険者(○は該当対象)

試行地域	被保険者		
	都市就労者基本医療保険の被保険者	都市非就労者基本医療保険の被保険者	農村住民基本医療保険の被保険者
天津市	○		
晋城市	○		
盤錦市	○		
福州市	○		
開封市	○		
湘潭市	○		
南寧市	○		
昆明市	○		
漢中市	○		
黔西南布依族苗族自治州	○		
北京市石景山区	○	○	○
フフホト市	○	○	○
ウルムチ市	○	○	○
甘南藏族自治州	○		

出所:筆者作成

表5-4：ドイツ・日本・韓国・中国における介護保険の被保険者

国	介護保険の被保険者	
ドイツ	医療保険の被保険者は介護保険の被保険者となる	障害者・児を含む
中国	医療保険の被保険者は介護保険の被保険者となる	
韓国	医療保険の被保険者は介護保険の被保険者となる	障害者・児を含まない
日本	第1号被保険者：65歳以上 第2号被保険者：40歳以上65歳未満の医療保険加入者	

出所:筆者作成

該当する地域は北京市石景山区(幼児・児童・生徒・学生を含まない)、フフホト市、ウルムチ市である。そのうち、湘潭市、開封市、昆明市、天津市、湘潭市、黔西南布依族苗族自治州は試行当初都市就労者基本医療保険の被保険者を対象とし、経済発展の状況、財源調達能力、介護ニーズ等の要素を包括的に検討し、被保険者の範囲を徐々に広げることを目標とする。

ここで、中国の介護保険制度における被保険者について、他国と比較してみよう。中国、ドイツ、韓国では、日本と異なり、公的医療保険の被保険者が介護保険の被保険者となっている(表5-4参照)。中国では、上海市を除いてすべての試行地域で年齢制限がない。ドイツと韓国では、被保険者の年齢制限はない。日本の介護保険制度は40歳以上の人が強制加入となっている。第1号被保険者(65歳以上)と第2号被保険者(40歳以上65歳未満)に区分されている。韓国と日本と異なり、ドイツと中国の介護保険制度の被保険者は障害者・児も含まれている。ドイツではすべての年齢の障害者・児が介護保険の対象となる(森2020)。なお、日本においては、例えば40歳未満で要介護者となった者は障害者自立支援法に基づいて各種福祉サービスを受けられるなど、介護保険とは別に公的な支援制度が存在する。韓国においても同様で、65歳未満を対象とした障害者向けの福祉制度が存在する(健康保険組合連合会2020)。

第3節 要介護認定

(1) 第1回国指定の15試行地域における要介護認定

多くの試行地域では、要介護認定について、「被保険者は高齢、疾病、傷害によって、長期(6か月以上)にわたって寝たきりであり、要介護度が重度の者(バーセル指数の認定で40点以下)に限られる」と定めている(表5-5参照)。一部の試行地域では、市指定の特定疾病患者、終末期癌患者などの原因も加えている。地域によって給付の条件として、納付した保険料の総額や納付期間(年数・月数)も定められている。

例えば、広州市の給付条件は、加齢、疾病、傷害などが原因で自立できなくなり、6か月以上の治療を受けて「日常生活動作能力認定表」の重度要介護の基準に達することである。具体的には、基本生活介護サービスを受けるのは、①日常生活動作能力認定が40点以下と判定された被保険者、②市2級以上の専門病院/総合病院で認知症(中

度、重度)と診断され、日常生活動作能力認定が60点以下と認定された被保険者である。一方、専門的医療介護を申請する場合、上記基本生活介護の条件に加えて、後の条件を1つ以上満たせば利用できる。それは、①気管カニューレ、胃管、胆道ドレナージチューブ、瘻管、尿管、深部静脈交換パイプなどの配管及びケアが必要な人、②疾病、外傷などによる麻痺状態(少なくとも片側下肢筋力が0-3級)、または非肢体の中度・重度運動障害者で、医療看護が必要な人、③植物状態、もしくは終末期癌などの慢性病に罹患する人、④褥瘡Ⅱ期以上、定期的な処理やケアが必要な人、⑤糖尿病合併肢端壊疽、定期的な処理やケアが必要な人、⑥骨折牽引固定、またはヒップ、脊柱骨折の内固定術後、寝たきりになり、医療看護が必要な人、⑦脳血管事故で回復期に、片麻痺や大小便失禁等の機能障害があり、医療看護が必要な人、⑧慢性気管支炎、肺気腫あるいは肺心病を合併し、医療看護が必要な人、⑨慢性心不全(心機能Ⅲ級以上)、または心機能Ⅱ級で肺部感染あるいはその他の慢性感染等の合併症があり、長期的な酸素療法が必要な人である。

南通市、安慶市と寧波市の施設介護を利用するには、以下の条件のうち1つ以上を満たす必要がある。①病状によって長期にわたり、気管カニューレ、胆道ドレナージチューブ、瘻管、深部静脈交換パイプなどの配管が必要な人、②人工呼吸器などの医療器械によってバイタルサインを維持する人、③各種の原因で昏睡状態に陥り、短期間の入院治療で回復できない人、④深刻・不可逆・重度な疾患を患い、完全麻痺、片麻痺、対麻痺になり、生活はまったく自立できず、長期的な治療が必要な人である。

寧波市の専門施設介護では、試行地域範囲内の看護院及びその他の2級と2級以下の医療施設に入居し、その施設の独立介護区域の被保険者に限り、上記の条件も満たせば、保険サービスを利用することができる。また、青島市は病院で医療専門介護を受ける条件に関する規定は6つである。その中の1つを該当すれば、同サービスを受けることができる。その条件の前4条の規定と南通市の医療施設介護及び寧波市の専門施設介護を受ける条件の規定は同じであるため、残りの⑤と⑥の規定を述べる。⑤その他の術後、長期入院治療が必要な人である。⑥社会保険取扱機関が認定した他の原因で医療専門介護サービスを受ける状況である。

表 5-5 : 第 1 回国指定試行地域における要介護認定基準、区分、認定機関¹³

試行地域	要介護認定基準	要介護認定の区分(給付対象)	認定機関
青島市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) 「知能・精神状態簡易検査スケール」(MMSE 点数)	完全・部分要介護者、軽度・中度・重度認知症患者	指定介護施設、要介護診断認定機関
長春市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 40 点以下	重度	医療保険取扱機関、指定医療介護施設
南通市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 50 点未満	中度・重度	指定介護施設労働能力鑑定センター
承德市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)	重度	労働能力鑑定機関、取扱機関、指定要介護鑑定機関
上饒市	「長期介護統一ニーズ認定調査表」	重度	第三者機関、指定サービス事業所、専門的認定機関
荊門市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 40 点未満	重度	医療保険取扱機関、指定サービス事業所
上海市	「上海市高齢者介護統一ニーズ認定レベル別基準」	2 級・3 級・4 級・5 級・6 級	上海市医療保険センターから指定を受けた介護保険指定認定機関
安慶市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)	中度・重度	取扱機関
成都市	「成都市成人要介護総合認定技術規範」	重度(3 級・2 級・1 級)	第三者機関
石河子市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 40 点未満	重度	労働能力鑑定事務室
蘇州市	「介護保険要介護度認定表」	中度・重度	介護保険実施機関、介護サービス施設
チチハル市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 40 点以下	重度	労働能力鑑定委員会
広州市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表) バーセル指数 40 点以下 *【認知症(中、重度)】: 2 級以上(2 級を含む)の専門病院/総合病院の認知症証明+バーセル指数 60 点以下	重度	労働能力鑑定実施機関
寧波市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)	重度	介護保険業務委託機関
重慶市	「要介護等級認定基準(試行)」	重度	第三者機関

出所：筆者作成

荊門市では、医療施設介護を利用するには、以下条件のうち 1 つ以上を満たす必要がある。①胆道ドレナージチューブ、胃管、気管チューブ、内チューブ、深部静脈交換パイプなどが必要な人である。②神経系障害、骨関節に疾患、外傷などによる昏睡、完全麻痺、片麻痺、対麻痺、下肢筋力もしくは片下肢筋力の低下(0 - II 級)の人で

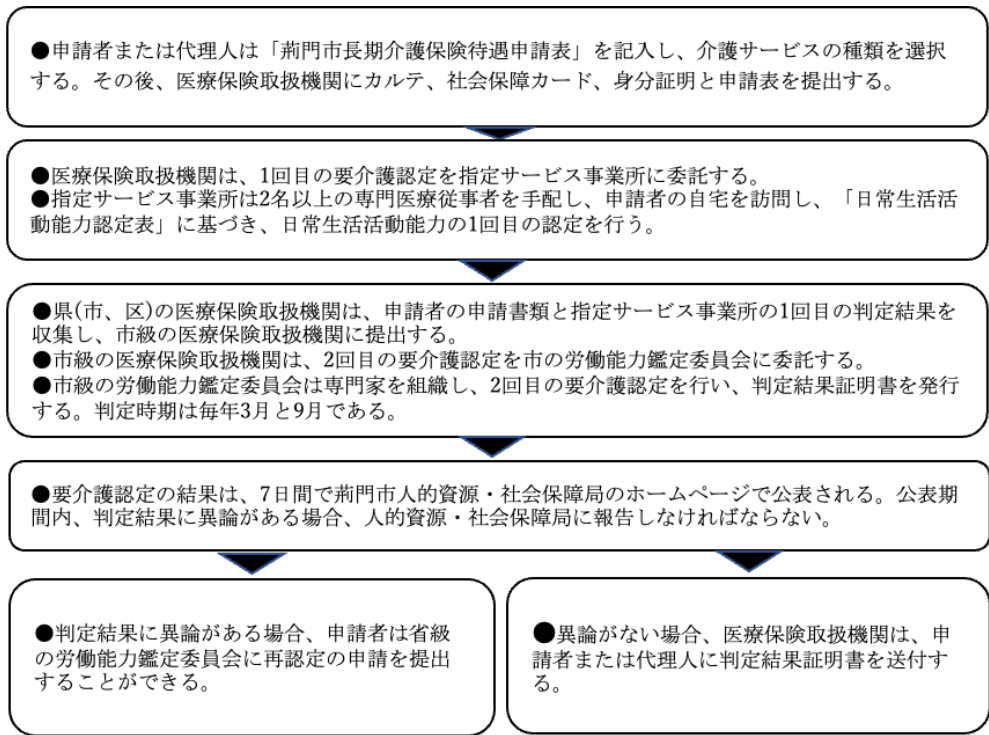
¹³ KPS(カルノフスキー指数)は、患者の日常生活の活動能力を測る指数である。要介護度について、山東省青島市、上海市では数が大きくなるほど重度であるが、四川省成都市ではその逆で数字の数が小さくなるほど重度である。

ある。③慢性骨髄炎などの慢性疾患を有する人である。④脳卒中片麻痺、パーキンソン病(重度)、後期リウマチ性関節炎、植物状態、終末期癌患者である。申請は被保険者または代理人(家族)が行う。要介護認定は、市が指定した医療機関の医師や認定機関の介護認定調査員が、日常生活動作(ADL)などの認定基準に基づいて認定調査を行う。なお、日常生活動作について、一部の地域が「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)をその中心に据えている。「日常生活動作能力認定表」は、中国の独自のバーセル指数認定表であり、食事、移譲(車椅子からベッドへの移動)、整容、トイレ動作、入浴、歩行、段階昇降、着替え、排便コントロール、排尿コントロールの計10項目5点刻みで点数化し、その合計点を100点満点として認定するものである。得点が高いほど、機能的認定が高いという基準である。

また、上海市、蘇州市及び成都市は独自の認定方法と基準を導入している。上海市は、「上海市高齢者介護統一ニーズ認定レベル別基準」に基づいて認定作業を行う。要介護度は1から6までであるが、保険サービスを受けられるのは2~6級である。成都市は「成都市成人要介護総合認定技術規範」に基づいて要介護度を認定する。蘇州市は「蘇州市介護保険要介護度認定表」の基準を踏まえて要介護度を認定する。

要介護認定施設は大体3種類に分かれている。重慶市、成都市と上饒市では、第三者機関が要介護認定を行う。安慶市、蘇州市及び寧波市では、要介護認定を現地の民間保険会社に委託する。承德市、南通市、石河子市、チチハル市及び広州市では、要介護認定を労働能力鑑定実施機関に委託する。

申請から認定までの流れは全国で統一されておらず、地域によって違うところがある。要介護認定の流れが公開された地域は荊門市、承德市、上海市である。荊門市と承德市は、「日常生活動作能力認定表」に基づいて、要介護度の認定を行う。2地域の共通点は、申請表の記入、認定、認定結果証明書の送付である。相違点は、荊門市が合計2回の認定であるが、承德市が合計3回の認定である。地域によって毎回の認定内容も異なる。荊門市の要介護認定の流れは図5-1のようになる。



出所：「荊門市長期介護保険実施細則」より作成

図 5-1：荊門市における要介護認定の流れ

一方、承德市の1次認定は、「取扱機関は申請者から提出された書類の審査を行い、提出された書類には不備があった場合は、申請者に書類の補足をお知らせる」ことである。2次認定は、「取扱機関は、15営業日以内に2次認定を行う。申請者の自立状況について、近隣、コミュニティ等の範囲で訪問調査を行い、調査の内容を記録する。調査記録は要介護認定の参考資料となる。取扱機関の2次認定が通過した後、結果は7日間で申請者のコミュニティで公表される」ことである。3次認定は、「取扱機関の2次認定が公開してから10営業日以内に、指定要介護鑑定機関は申請者の自宅を訪問し、3次認定を行う」ことである。

また、荊門市は、「介護保険制度の試行から3か月以内に保険に加入した人は、6か月分の保険料を納付した後、指定の手続きに従って要介護認定を申請することができる」と定めている。認定結果に異論がある場合、被保険者は省の労働能力鑑定委員会に再認定を求めることができる。被保険者の日常生活動作能力の認定は、毎年見直される。リハビリ治療後にある程度日常生活の自立能力が回復し、給付条件が満たされない場合、医療保険取扱機関は介護保険の給付を停止する。

上海市の場合は、独自に定めた基準「上海市高齢者介護統一ニーズ認定レベル別基準」に基づいて認定される。申請は居住地域にある社区事務受付センターにおいて本人または代理人が行う。次いで、該当センターから指定を受けた長期介護保険指定認定機関に認定調査の依頼を行う。

さらに、2021年に国家医療保障局・民政部が公布した「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に従って、吉林省医療保障局・民政庁、蘇州市医療保障局、重慶市医療保障局・民政局はそれぞれ「吉林省介護保険要介護等級認定管理暫定方法」、「蘇州市介護保険要介護等級認定管理暫定方法(試行)」、「重慶市介護保険要介護等級認定管理暫定方法」を公布した。要介護認定の流れは、地域により異なるが、主に申請、受理、初回認定、現場認定、公表・確認、結果通知・送達といった段階に大別される。

例えば、吉林省は5つのステップに分かれる。第1は、申請である。被保険者(または保護者、代理人)は、地元の取扱機関に要介護認定を申請することができ、①「要介護度認定申請表」、②「要介護度自己認定表」、③医療施設またはリハビリテーション施設による診断および治療を受けてから6か月以上継続する要介護状態のカルテまたは関連証明書、④被保険者の有効な身分証明書と医療保険証、⑤その他提出すべき書類を提出する必要がある。取扱機関は、申請者が窓口およびオンラインで申請書類を提出しやすくするために、多様な申請方法を確立する必要がある。

第2は、受理と審査である。取扱機関が申請を受理すると、申請者が提出した書類を審査する。書類審査に合格した場合は要介護認定施設に通知する。申請書類に不備があった場合は追加の書類を提出するよう本人に通知する必要がある。申請書類が要件を満たしていない場合は、結果を通知し、その理由を説明する。申請書類に疑問がある場合は、訪問調査を通じて確認する。

第3は、現場認定である。要介護認定施設は通知を受け取った後、認定員を派遣して現場認定を実施する。期間は15営業日を超えない。現場認定は少なくとも2名の認定員によって実施される。認定員は作業服を着用し名札を付けて、録音・録画し、認定記録を作成し、「要介護度認定表」に記入する必要がある。現場認定の際には、被保険者の近親者、保護者、代理人など1名以上が立ち会い、現場認定の情報を確認した上で署名する必要がある。現場認定では、申請者の日常生活能力を調査するために、必要に応じて認定員がコミュニティで近隣住民などに訪問調査を行う場合がある。要介護認定の証拠資料として、近隣などの訪問調査の内容を記録する必要がある。

第4は、再審査と判定結果の作成である。要介護認定施設は、他の認定員を組織し、現場認定の状況及び関連書類などを統一的に再審査する。再審査後、判定結果を作成し、介護保険情報システムに登録する。

第5は、公表と送達である。要介護認定施設及び取扱機関は、判定結果をオンラインで公表する。公表期間が終了し、異論がない場合、要介護認定施設は「吉林省介護保険要介護度認定結果書」を発行し、申請者に送達する。

要介護判定結果は通常、申請受理日から30営業日以内に行われる。申請者が急病になった場合、状況が解消されてから30営業日以内であれば認定期間を延長することができる。申請者が要介護判定結果に異論がある場合、結果を受け取った日から15営業日以内に取扱機関に再認定を申請することができる。取扱機関が再認定申請を受理した後、1名の認定員を派遣し、他の要介護認定施設から2名の認定員を選出して再審査チームを編成し、30営業日以内に再認定作業を完了する。再認定手続きは初回認定手続きを参考にして実施する。再判定結果が最終的な結果となる。

(2) 第2回国指定の14試行地域における要介護認定

第2回国指定の多くの試行地域の公文書によれば、加齢、疾病、傷害などの原因で、医療機関またはリハビリテーション機関による診断と治療の後、要介護状態が持続的に6か月以上の重度要介護の基準に達した被保険者が介護保険サービスを利用することが可能である（表5-6参照）。

昆明市は、「長期にわたって自立した生活ができない原因」は高齢、疾病、傷害のほか、重度認知症も加えられる。湘潭市では、指定医療施設介護を受けるためには、以下のいずれかの条件を満たす必要がある。①疾病によって呼吸困難に陥り、長期的あるいは間欠的な酸素吸入が必要な人である。②脳卒中、パーキンソン病、運動ニューロン疾病、アルツハイマー病、前頭葉痴呆、ルイ体痴呆、血管性痴呆等の疾病によって食事や排泄が困難となり、鼻飼、腸外栄養、あるいは長期的に尿管を配管・ケアが必要な人である。③悪性腫瘍患者は実質的な治療を断念し、緩和治療のために経口薬のみを服用し、腫瘍低術後に人工肛門管、膀胱瘻管、及び他のパイプラインがあり、パイプラインケアが必要な人である。④骨折後は、骨折の治癒不良によって排泄困難となり、褥瘡リスクがあるため、専門的な褥瘡予防ケアが必要な人である。⑤重度の心、肺、腎臓の疾病（冠状動脈性心疾患、心筋症、リウマチ性心疾患、慢性閉塞性

肺疾患など)で発作を繰り返し、重度の日常生活動作能力障害又は難治性心不全、呼吸不全、腎機能不全を有する患者であり、医療関係者が定期的に診察し、投薬指導と治療を行う必要がある。⑥重度の高血圧、糖尿病を罹患し、血圧、血糖コントロールが不十分で、医療関係者が定期的に血圧、血糖の測定、投薬指導と治療を行う必要がある人である。⑦家族が治療や救急を断念した場合で、ホスピスに必要な患者である。⑧その他の理由によって重度要介護になり、治療後の病状は安定しているが、長期的な医療介護が必要な人である。漢中市で専門施設介護を利用する場合、満たすべき条件は南通市及び安慶市と同様であるため、ここで省略する。

表 5-6：第 2 回国指定試行地域における要介護認定基準、区分、認定機関

地域	要介護認定基準	要介護認定の区分(給付対象)	認定機関
北京市石景山区	「要介護認定表」合計得点は 40 点以下	重度	認定機関
天津市	「要介護等級認定基準(試行)」	重度	要介護認定機関
晋城市	「要介護等級認定基準(試行)」	重度(条件を満たした要介護高齢者、重度障害者を優先する)	要介護認定機関、第三者機関
フフホト市	「要介護等級認定基準(試行)」	中度、重度 1、重度 2、重度 3	指定認定機関、取扱機関
盤錦市	「要介護等級認定基準」	重度(条件を満たした要介護高齢者、重度障害者を優先する)	第三者機関
福州市	「要介護認定基準」	重度(条件を満たした要介護高齢者、重度障害者を優先する)	取扱機関、認定機関
開封市	「要介護認定基準」	重度	要介護認定委員会
湘潭市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)合計得点が 40 点以下	重度	資格認定委員会、取扱機関、第三者機関
南寧市	「日常生活動作能力認定表」(バーセル指数認定表)合計得点が 40 点以下	重度	取扱機関
黔西南布依族苗族自治州	「日常生活動作能力認定表」合計得点が 40 点以下	重度	第三者機関、指定認定機関
昆明市	「要介護等級認定基準(試行)」	重度(条件を満たした要介護高齢者、重度障害者を優先する)	第三者機関、要介護認定専門家委員会
漢中市	「日常生活動作能力認定表」合計得点が 40 点以下	重度	取扱機関
甘南藏族自治州	「長期介護要介護等級認定基準(試行)」	重度	資格認定委員会、取扱機関
ウルムチ市	「日常生活動作能力認定表」「認知能力認定表」「感覚、知覚及びコミュニケーション能力認定表」	重度	要介護認定事務室、取扱機関

出所:筆者作成

また、要介護認定基準が公開された地域のうち、北京市石景山区では、「北京市石景山区における介護保険制度試行要介護認定表」に基づいて要介護認定を行い、合計得点は40点以下が要介護の判断基準となる。黔西南布依族苗族自治州と漢中市では「日常生活動作能力認定表」の得点に基づき、要介護度が判定される。晋城市、盤錦市、湘潭市、黔西南布依族苗族自治州と昆明市で第三者機関が要介護認定を行う。要介護認定機関は、漢中市と南寧市で取扱機関、湘潭市で資格認定委員会と取扱機関、晋城市で要介護認定機関、昆明市で要介護認定専門家委員会、福州市で取扱機関と認定機関、開封市で要介護認定委員会、北京市石景山区で認定機関、天津市で要介護認定機関である。そのうち、湘潭市の資格認定委員会と開封市の要介護認定委員会は、要介護認定業務の指導、認定基準の制定、認定結果に異論がある場合の再審査等の仕事を担当する。

昆明市の要介護認定専門家委員会は、医療保障局、財政局、衛生健康委員会、人的資源・社会保障局、障害者連合会等の部門の従業員と医療衛生、社会保障、労働能力鑑定等の分野の専門家から構成される。事務室は市の医療保障局であり、要介護認定専門家委員会の日常業務を担当する。要介護認定業務は、第三者機関に委託され、介護保険基金で委託料金を支払う。また、湘潭市で認定調査員や認定調査専門家の人件費は、規則に従って介護保険基金から賄われる。要介護認定の結果は2年間有効である。被保険者またはその保護者は、有効期間が満了する前の60日以内に要介護認定の再申請を行い、再認定の結果に基づいて給付基準を決める。天津市は、「要介護認定機関は同時に指定介護施設として利用してはならない」ことを強調する。漢中市における要介護認定の流れは、申請、書類審査、初回判定、最終認定の4つのステップがある。福州市の場合は主に申請、書類審査、現場認定、再認定と結論発表、公表が含まれる。

漢中市では以下のいずれかの状況において、取扱機関は要介護認定の申請を受け付けない。①漢中市の介護保険に未加入状態で、あるいは加入しても介護保険料を支払わなかった人である。②病気の治療期間は6か月未満である。③病気で治療のために入院中または状態が不安定である。④前回の認定の結論が出されてから6か月未満である。⑤申請者(代理人、保護者)が前回の申請で虚偽の報告をしたことが確認されており、2年以内である。

福州市で被保険者が以下の場合、要介護認定の申請は受け付けない。①福州市の介護保険に未加入である。②基本医療保険、労災保険等の社会保険の給付範囲に該当す

ることである。③法律に従って第三者が負担すべき介護、リハビリと看護の費用、及びその他の国の介護に関する給付を受けている人である。④医療機関またはリハビリテーション機関によって診断と治療の後、要介護状態が持続的に6か月未満の場合である。⑤前回の認定の結果が出されてから6か月未満であり、被保険者の病状及び要介護状態に明らかな変化がない場合である。また、福州市の要介護認定証明書の有効期間は1年間である。取扱機関は有効期間が切れる1か月前に被保険者の再認定を行う。

次のいずれかの状況では、規定に従って再認定を行うことができる。①申請者が要介護認定の結果に異論がある場合、15営業日以内に再認定を申請し、必要な書類を提出する。②公表内容に異論がある場合、申請者は公表期間内に取扱機関に具体的な状況を報告する。再認定の条件に達した後、再認定を実施することができる。

北京市石景山区の認定機関は、「北京市高齢者能力総合認定業務ガイドライン」に従って要介護認定作業を行う。「北京市石景山区における介護保険制度試行要介護認定表」によると、重度要介護者としての合計得点は40点以下である。被保険者は電話で予約し、窓口または民間保険取扱機関サービス拠点に申し込むことができる。高齢者施設に入所した被保険者は、認定機関の選定は高齢者施設に委託することが可能である。認定手数料は申請者が負担する。料金基準は「北京市高齢者能力総合認定実施方法(試行)」を参照する。

漢中市、承德市、福州市では、申請者の自立状況について、近隣、コミュニティ等一定の範囲で訪問調査を行う必要がある。また、承德市では、取扱機関の2次認定が通過した後、結果は7日間で申請者のコミュニティで公表されることである。漢中市の公文書によれば、最終認定の段階で、重度要介護基準を満たした被保険者を公表して、社会的監督を受ける。公表期間は7日以上でなければならない。公表後に異論がない場合は、判定の結果が出される。福州市の公文書は、「要介護認定の結果は、コミュニティ(社区)委員会及び医療保険部門のホームページで公表されるべきであり、公表期間は5営業日である。公表した後に異論がない場合、認定機関は3営業日以内に要介護認定証明書を発行する」と記している。福州市では、公表内容に異論がある場合、申請者は公表期間内に要介護認定機関に具体的な状況を説明し、再認定の条件に達した後、再認定を行う。福州市医療保障局・衛生健康委員会・民政局、湘潭市医療保障局、北京市民政局、天津市医療保障局・衛生健康委員会・民政局はそれぞれ「福州市介護保険要介護等級認定管理方法(試行)」、「湘潭市介護保険要介護等級認定管

理方法(試行)」、「北京市老年人能力認定方法(試行)」、「天津市介護保険要介護等級認定管理方法(試行)」を公布した。

要介護認定の流れは地域によって違うところがあるため、ここでは、北京市を例に挙げる。北京市の要介護認定の流れは、主に7つのステップに分かれる。第1は、申請である。申請にはオンライン申請と窓口申請の2種類ある。オンライン申請は、申請者またはその家族は、北京市民政局の公式サイトまたは首都窓口ログインし、基本情報を入力して申請することである。窓口申請は、申請者またはその家族は、戸籍地または現住所の要介護認定申請窓口に申請することである。身体不自由や読み書きが困難な高齢者やその家族は、コミュニティで指定された職員が代わりに申請書を提出できる。

第2は、受理である。コミュニティは高齢者能力認定申請の責任主体である。コミュニティ窓口は、市社会福祉サービス管理センターの情報に基づいて、申請者が提出した申請情報を確認する必要がある。市社会福祉サービス管理センターでの戸籍情報が不足している人は、コミュニティが申請者の情報を確認した上で申請を受理する。

第3は、初回認定である。現住所の民政保障部門は住民委員会(村民委員会)を組織し、申請受理日から5営業日以内に申請者の家庭調査を実施しなければならない。調査の重点は、申請者の住所、地元へ帰る頻度、体調確認である。初回認定が重度要介護者ではない場合、申請者またはその家族に通知され、認定を継続するかどうか尋ねられる。調査状況に基づいて、民政保障部門は初回調査意見書を発行し、担当者が署名して市社会福祉サービス管理センターに提出する。

第4は、認定員の選出である。初回認定後、区民政局は3営業日以内に区内の高齢者能力認定員データベースから2名の認定員を選出し、現場認定を行う。同時に、高齢者やその家族には、3年以内の医療記録、医療診断証明、医療給付証明など関連書類を用意するよう通知する。

第5は、現場認定である。認定員は、区民政局が指示を発送してから7営業日以内に現場認定を完了する必要がある。認定員は、区民政局が合意した日時に、認定用電子機器、録音機器、録画機器等を持参して申請者の自宅を訪問し、現場認定を行い、判定結果を作成する。現場認定の結果は2人の認定員による署名と確認後、市社会福祉サービス管理センターを通じてコミュニティに転送される。

第6は、公表と確認である。コミュニティでは、申請者の現住所で現場認定の結果を公表する。公表期間は5営業日である。条件が許せば、判定結果を住民(村民)の

WeChat グループに投稿して公表することができる。公表にあたっては申請者の個人情報プライバシーを保護し、認定に関係のない情報は公開しないとする。公表の判定結果に異論がない場合、コミュニティは5営業日以内に「北京高齢者能力認定ワークシート」に意見を記入し、判定結果を作成する。公表の判定結果に異論がある場合、コミュニティは再調査を実施しなければならない。

第7は、判定結果の通知である。民政保障部門は判定結論が出てから3営業日以内に電子文書または紙文書で申請者に判定結果を通知する。申請者は「北京市高齢者能力認定結論通知書」に署名するか、関連する通知書と証明書類を保管し、記録のために地方民政局に報告しなければならない。申請者またはその家族が判定結果に異論がある場合、北京市高齢者能力認定結論通知書を受け取った日から5営業日以内に再認定の申請をコミュニティに提出することができる。5営業日を過ぎて提出された申請書は受け付けられない。

また、認定作業は、申請の受理日から28営業日以内に完了する必要がある。申請者により認定員が定められた時間内に現場認定を行うことが困難な場合には、区民政局が申請者と認定時期について交渉する。申請者が理由なく認定時期を3回延期またはキャンセルした場合、区民政局の同意を得て申請を終了する。さらに、判定結果は5年間有効である。重度要介護者と認定される85歳以上の高齢者の判定結果は長期間有効である。判定結果の有効期限が切れる前の60日以内に、コミュニティは市社会福祉サービス管理センターの情報に基づいて、申請者に要介護認定を再申請するよう通知するものとする。期限内に再申請がなかった場合、期限を過ぎた日から90日以内に再申請を行っても重度要介護と判定された場合には、要介護高齢者介護補助金が再給付される。再申請後に軽度または中等要介護者と判定された場合、6か月後に要介護認定の再申請を提出することができる。

(3) 要介護認定基準の統一への動き

2021年7月16日に国家医療保障局・民政部は「長期介護要介護等級認定基準(試行)」(以下、「認定基準(試行)」)の公布に関する通知を通達した。通知では、各試行地域は基準の統一性、待遇の均衡性、制度の公平性を促進する面から、介護保険要介護認定の統一化、規範化の重要性を十分に認識し、「認定基準(試行)」の実施と応用を強化しなければならないことを明言した。第2回国指定の14試行地域は「認定基

準(試行)」を実施するが、元の試行地域は地方基準を参照して整備し、原則として本通知が発表された日から2年以内に「認定基準(試行)」へ移行する。各試行地域は実際の状況に基づいて、「認定基準(試行)」を細分化してもいい。「認定基準(試行)」は、認定範囲、用語と定義、認定指標、認定の実施と認定結果などを定めている。同時に、各試行地域は認定基準の実施と適用を強化する必要があると強調している。

要介護認定の流れは主に認定申請、審査受理、現場認定、レビューと結論、公表と送達などが含まれる。現場認定の過程で、少なくとも2人の介護認定調査員が認定を行い、少なくとも1人の認定対象者の保護者または代理人が立ち会う。そして、プロセス全体を録画する必要がある。一級指標は、日常生活動作能力、認知能力、感知とコミュニケーション能力という3つの項目である(表5-7参照)。要介護度の認定は、申請者の日常生活活動、認知、感知とコミュニケーションなどの能力の認定を行う上で、総合的に判断する。

日常生活動作能力は10項目の二級指標の認定を行い、その得点を加算して総得点と対応等級を判断する。認知能力は4項目の二級指標の認定を行い、その得点を加算して総得点と対応等級を判断する。感知とコミュニケーション能力は3項目の二級指標の認定を行い、その得点を加算して総得点と対応等級を判断する(表5-8参照)。

表5-7：介護保険要介護度認定指標

一級指標	二級指標
日常生活動作能力	食事、着替え、顔と口腔の衛生、便の制御、排尿の制御、トイレの使用、歩行、ベッドと椅子間の移動、段階の上り下り、入浴
認知能力	時間の認知、人物の認知、空間の認知、記憶の能力
感知とコミュニケーション能力	視力、聴力、コミュニケーション能力

出所：中国国家医療保障局・民政部(2021)より作成

表5-8：介護保険要介護度認定指標の得点と対応レベル

一級指標	レベル	自立	軽度	中度	重度
日常生活動作能力		100点	65-95点	45-60点	0-40点
認知能力		16点	4-15点	2-3点	0-1点
感知とコミュニケーション能力		12点	4-11点	2-3点	0-1点

出所：中国国家医療保障局・民政部(2021)より作成

日常生活動作能力、認知能力、感知とコミュニケーション能力3つの一級指標等級を統合し、要介護度を組み合わせにより包括的に判断する。要介護度は、0級(基本的

に正常)、1級(軽度要介護)、2級(中度要介護)、3級(重度要介護1)、4級(重度要介護2)、5級(重度要介護3)の6区分である(表5-9参照)。要介護度が認定された後、申請者に判定結果が出される。給付条件を満たした者は、介護ニーズに応じて、サービスの種類や指定介護施設などを選択し、保険サービスを受ける。

表5-9：要介護度区分

日常生活動作能力	認知能力/感知とコミュニケーション能力			
	自立	軽度	中度	重度
自立	基本的に正常	基本的に正常	軽度要介護	軽度要介護
軽度	軽度要介護	軽度要介護	軽度要介護	中度要介護
中度	中度要介護	中度要介護	中度要介護	重度1
重度	重度1	重度1	重度2	重度3

出所：中国国家医療保障局・民政部(2021)より作成

要介護認定は国ごとに異なるが、申請、審査と結果通知の3つのステップに分けられる。中国では、最終の判定結果を通知する前にその結果を公表することは要介護認定の最大の特徴である。中国は情報公開に関する制限が厳しいため、たくさんの情報が不透明である。しかし、政府は年金保険、医療保険、生活保護などの個人情報も逆に公開している。介護保険の認定結果の公示はまさにその延長線上にある。公表というステップがあるのは、申請者(代理人、保護者)が虚偽の申請をすることに対して他人が要介護認定結果を監視できるからである。また、申請者は保険給付(現金または現物)を騙し取るのを防ぐためであると考えられる。中国の国民は個人情報の保護意識が薄いため、ほとんどの人は個人情報公開に違和感を覚え、逆に制度の透明感が高いと感じる。

要介護度は要介護0級～5級であるが、要介護の程度は軽度、中度、重度に分けられている。介護サービスを受けられるのは3級～5級となっている。つまり、介護保険制度の給付対象者は、主に重度の人に限られる。わずかの試行地域では、中度要介護者も給付対象者となっている。国指定の29の試行地域のうち、給付対象者が重度要介護者に限定されている地域は22で、75.9%を占める。中度要介護者を含む地域数は5で、17.2%を占める。このように給付資格は非常に厳しいと言えるだろう。

第4節 サービス体系

(1) 第1回国指定の15試行地域におけるサービス体系

介護サービスの種類は、在宅介護、老人ホームなどの施設介護と医療施設介護に分けられる。また、地域によって、一定の違いがある。例えば、在宅介護の場合、荆門市は短時間在宅介護と24時間在宅介護に分けられる。蘇州市は社区在宅介護を提供する。石河子市は在宅セルフ介護と在宅医療介護を提供する。また、施設介護の定義は地域によって異なる。サービスの種類は、上記の3つに加えて、社区見回り介護・看護、長期介護専門施設介護、日間介護・看護、短期介護・看護、入院介護・看護等の種類がある(表5-10参照)。

表5-10：第1回国指定試行地域における介護サービスの種類

試行地域	サービスの種類
青島市	医療専門介護・看護、施設介護・看護、在宅介護・看護、社区見回り介護・看護 (長期介護、日間介護・看護、短期介護・看護)
長春市	老人ホームなどの施設介護・看護、医療施設介護・看護
南通市	医療施設介護・看護、老人ホームなどの施設介護・看護、在宅介護・看護
承德市	医療施設介護、老人ホームなどの施設介護、在宅介護
上饒市	在宅家族介護、在宅訪問介護、施設介護
荆門市	在宅介護、老人ホームなどの施設介護、医療施設介護
上海市	社区と在宅介護・看護、老人ホームなどの施設介護・看護、入院介護・看護
安慶市	医療施設介護、施設介護、在宅介護
成都市	施設介護、在宅介護
石河子市	介護サービス施設、在宅医療介護、在宅セルフ介護
蘇州市	医療施設入院介護、老人ホームなどの施設介護、社区在宅介護
チチハル市	医療施設介護、老人ホームなどの施設介護、在宅介護
広州市	施設介護、在宅介護
寧波市	専門施設介護、老人ホームなどの施設介護、在宅介護
重慶市	医療施設介護、高齢者施設介護、在宅介護

出所：各試行地域の公文書より筆者作成

介護保険サービスの定義と内容は試行地域によって異なる。石河子市の在宅セルフ介護は、「被保険者または代理人が非施設従業員に委託して、被保険者の自宅に介護サービスを提供する」ことを指す。同市の保険サービスの内容は以下の項目が含まれるが、これらに限定されていない。第1は、定期巡回、病状観察、血圧と血糖値モニタリング、医師のアドバイスに従って経口、注射と他の経路で投薬する。第2は、介護度に応じた基礎介護、専門介護、特別介護を行う。第3は、尿管、胃管、経鼻胃

管、瘻管等の処理と介護、痰の吸引、褥瘡予防と介護、ドレッシングの交換、膀胱洗浄、口腔ケア、会陰洗浄、ベッドシャンプー、入浴介護などである。第4は、検体の収集と送付である。第5は、酸素吸入器と人口呼吸器の使用を指導する。第6は、病状に大きな変化がある患者は速やかに対処し、必要な時には転診に協力する。第7は、栄養指導、心理カウンセリング、コミュニティリハビリテーション治療、衛生教育、被保険者とその家族のための健康教育とリハビリテーション指導である。

荊門市の介護サービスの内容は、石河子市と比べると、サービスの種類に応じて詳細に分類される。短時間在宅介護は、「在宅介護事業を行う指定サービス機関は、被保険者の自宅に介護スタッフを派遣し、1日2時間以上の介護サービスを提供する」ことを指しており、サービスの内容は病状観察、血圧と血糖値の測定、服薬、インスリンを注射することを助ける、尿管、胃管、経鼻胃管、瘻管等の様々な管の処理と介護、褥瘡予防、栄養指導、心理カウンセリング、健康教育、リハビリテーション指導などである。24時間在宅介護は、「在宅介護事業を行う指定サービス機関は、被保険者の自宅に介護スタッフを派遣し、1日24時間の介護サービスを提供する」ことを指しており、サービスの内容は短時間在宅介護のサービス内容に基づいて、排泄介助、摂食介助、体位変換、洗面・髪の手入れ、爪きり、ひげ剃り、ヘアカット、寝具の交換と洗浄、おむつ交換と洗浄、歩行補助器や車いすの活動の介助、病院の同行、検体の収集と送付、薬の調剤の代行などの項目が追加される。

老人ホームなどの施設介護は、「老人ホームなどの施設の介護事業を行う指定サービス機関は、入所した被保険者に24時間の介護を提供する」ことを指しており、サービスの内容は24時間在宅介護のサービス内容に基づいて、室内の掃除、引き出しの整理、ワードローブの整理、ベッドサイドの整理、健康資料の作成、酸素吸入の指導、末期患者のホスピスケア等の項目が追加されている。医療施設介護は、「病院介護事業を行う指定サービス機関は、専門医療病棟を設置し、入所した被保険者に24時間の介護サービスを提供する」ことを指しており、サービスの内容は①病状モニタリング:医療スタッフは定期的に巡回して、病気を観察し、血圧と血糖値、体温、脈拍、呼吸等のバイタルサインを測定する、②介護サービス:主に病院基礎介護、専門介護、特別介護、一般介護が含まれる、③医療処置:被保険者の病状に応じて医療対応を行う。医師の指示を従って経口、注射と他の経路で投薬する。酸素の吸入、人工呼吸器の使用など、④心理指導:心理カウンセリング、健康教育、リハビリテーション指導、末期患者のホスピスケア、ということである。

また、上海市の社区と在宅介護・看護は、在宅訪問サービスまた社区高齢者施設、クリニックと社区衛生サービスセンターが提供されたサービスである。次に、2019年1月1日に上海市人的資源・社会保障局は「上海市長期介護保険の社区、在宅と老人ホームの介護サービス規程(試行)」を公表した。そのうち、添付ファイル1の「長期介護保険サービス計画表」を見ると、社区、在宅介護・看護と老人ホームなどの施設介護・看護で提供されるサービスの内容は統一されている。具体的には、基本生活ケアと常用臨床看護となる。提供されるのは合計48項目で、そのうち生活をサポートする「基本生活ケア」が27項目、「常用臨床看護」が21項目となっている。

上饒市の在宅家族介護は、被保険者の介護がその配偶者、子供、親族等を担う場合、少額の補助金を受けることができる。青島市の社区巡回介護・看護は、「介護サービス施設のスタッフは、訪問による巡回介護・看護サービスを提供する」ことを指しており、一方、認知症患者に対して、①長期介護・看護、②日間介護・看護、③短期介護・看護の3つのサービスを提供する。そのうち、③の場合でサービス利用期間は年間60日を超えないことである。また、蘇州市の社区在宅介護は、被保険者として社区高齢者介護サービス施設、介護院、外来診療所、社区衛生サービスセンターなどの医療施設から在宅介護また社区介護を選択することができる。

(2) 第2回国指定の14 試行地域におけるサービス体系

第2回国指定試行地域における介護保険サービスの種類は施設介護、在宅訪問介護と在宅介護に大別される(表5-11参照)。天津市、フフホト市、福州市と昆明市は施設介護と在宅介護を実施している。北京市石景山区だけが施設介護、在宅訪問介護と在宅介護を提供する。晋城市は在宅自主介護、在宅訪問介護、在宅自主介護と在宅訪問介護の併用、施設介護を実施している。在宅訪問介護と施設介護に加え、開封市と黔西南布依族苗族自治州もそれぞれ在宅家族介護と家族等の介護を提供している。

盤錦市は施設介護と在宅訪問介護のみを提供しており、在宅介護は提供していない。南寧市は在宅訪問介護と施設介護に加えて、南寧市外在住者の介護も実施している。一方、医療施設介護、高齢者施設介護と在宅訪問介護を提供している試行地域は漢中市と湘潭市である。漢中市では親族等の介護も実施されている。ウルムチ市では、24時間在宅介護、24時間施設介護と在宅訪問介護を提供している。晋城市の家族

等介護と在宅訪問介護の併用を利用する場合、重度要介護者は、その家族などの人によって介護されながら、在宅訪問介護を申請することができる。

表 5-11：第 2 回国指定試行地域における介護サービスの種類

地域	サービスの種類
北京市石景山区	施設介護、在宅訪問介護、在宅介護
天津市	施設介護、在宅介護
晋城市	家族等の介護、在宅訪問介護、家族等の介護と在宅訪問介護の併用、施設介護
フフホト市	施設介護、在宅介護
盤錦市	施設介護、在宅訪問介護
福州市	施設介護、在宅介護
開封市	施設介護、在宅訪問介護、在宅家族介護
湘潭市	医療施設介護、高齢者施設介護、在宅訪問介護
南寧市	在宅訪問介護、施設介護、南寧市外在住者の介護
黔西南布依族苗族自治州	家族等の介護、在宅訪問介護、施設介護
昆明市	施設介護、在宅介護
漢中市	医療機関介護、高齢者施設介護、在宅訪問介護、親族等の介護
ウルムチ市	24 時間在宅介護、24 時間施設介護、在宅訪問介護
甘南蔵族自治州	施設介護、在宅介護

出所：各試行地域の介護保険制度の公文書より筆者作成

一方、南寧市で被保険者またはその代理人が家族介護を選ぶ場合、その家族は指定介護サービス機関が主催される介護研修に合格し、管理契約を締結する必要がある。その後、協定に基づき、家族介護訪問サービスを提供する。すなわち、南寧市の在宅訪問介護の従業員は指定介護サービス機関の従業員あるいは要介護者の家族である。

南寧市外在住者の介護サービスに関しては、重度要介護者が南寧市外に居住している場合、取扱機関が要介護認定を行い、給付基準を満たしている場合、被保険者またはその代理人は、介護保険指定介護サービス機関と介護サービスの契約を締結し、居住地で在宅訪問介護と施設介護を受けることができる。もちろん、施設内の従業員は、取扱機関が主催する標準化の研修に合格した後、被保険者に介護サービスを提供することができる。同市で提供されるサービスの内容は基礎介護と部分医療介護に分けられる。基礎介護の項目は、清潔介護、食事介護、排泄介護、移動介護、安全介護などを含めている。部分医療介護の項目は、褥瘡介護、パイプライン介護、病状観察、リハビリテーション支援などが含まれる。

2021 年 2 月 25 日に南寧市医療保障局が発表した「南寧市長期介護保険介護サービス項目とサービス内容(試行)」に関する通知によれば、介護保険サービス項目の範囲は、生活介護(16 項目)、慢性病介護(5 項目)、圧力損傷介護(3 項目)、専門介護技術

(8項目)、リスク予防(3項目)、機能メンテナンス(3項目)を含む6つの種類、合計38項目である(表5-12参照)。

表5-12：南寧市介護保険制度における介護サービスの項目と介護サービスの内容

番号	サービスの種類	サービスの項目	サービスの内容	サービスの提供者
1	生活介護	顔、手、足のクレンジング、髪の手入れ	顔、手、足のクレンジングと髪の手入れ	介護従業者
2		髭剃り	髭を剃る(男性の利用者)	介護従業者
3		口腔ケア	口腔ケア(歯を磨き、口を漱ぐ、綿棒)、義歯の清潔	介護従業者
4		洗髪	横になった状態で洗髪する、適切な洗髪用品の利用、髪の洗浄、乾燥とケアのサポートをする	介護従業者
5		ヘアカット	利用者に髪のカットとシャンプーを実施し、美しく快適に保つ	介護従業者
6		爪きり	適切な方法で利用者の手と足の爪と切る	介護従業者
7		入浴介助	利用者の病状、自立能力及び皮膚の状況などに基づき、適切な方法で入浴介助や温水清拭などをサポートする	介護従業者
8		更衣介助	被保険者に更衣介助をサポートする	介護従業者
9		ベッドサイドの整理	寝たきり状態の被保険者に寝具の交換と整理をする、指導サービス	介護従業者
10		食事介助	適切な食事の体位、料理、方式を選択し、利用者に飲食介助をサポートする	介護従業者
11		経鼻摂食と指導	経鼻胃管を通して利用者に適した液体流動食、水、薬を提供し、チューブの固定と清潔を維持することも必要がある。	介護従業者
12		失禁ケア	失禁の被保険者に皮膚の洗浄と指導	介護従業者
13		便秘ケア	利用者にお腹のマッサージ、浣腸剤の使用などの方法で便秘ケアを行う	介護従業者
14		移動介助と指導	利用者にベッド上での移動介助や器具を利用した移動介助をサポートする	介護従業者
15		排泄介助	利用者にベッドやベッドの横に排泄介助と排泄の指導を行う	介護従業者
16		体位変更介助と指導	利用者に体位変更介助、背中のバット介助、喀痰介助と手足の配置介助などをサポートする	介護従業者
17	慢性病介護	バイタルサイン/血糖モニタリング	体温、脈拍、呼吸、血圧と血糖値の測定と記録	介護従業者/看護師
18		インスリン注射と指導	利用者にインスリン注射または訪問案内をサポートする	介護従業者/看護師
19		服薬管理と指導	利用者の服薬状況によって服薬管理または訪問指導を行う	看護師
20		糖尿病性足のケアと指導	利用者の足の皮膚状況を認定し、日常介護または訪問指導を行う	看護師
21		ストーマケアと指導	利用者にストーマの清潔、ストーマの交換などの介助サービスまたは訪問指導を行う	看護師
22	圧力損傷介護	圧力損傷の予防と指導	利用者及びその親族に圧力損傷の予防または訪問指導を行う(体位変更、減圧体位の調整、減圧装置の使用など)	介護従業者/看護師
23		圧力損傷ケアと指	ステージ1とステージ2の褥瘡患者に対して、	看護師

		導	創傷ケアまたは訪問指導を行う(創傷認定、介護指導、医療指導など)	
24		皮膚ケアと指導	皮膚の浮腫、乾燥、かゆみ、炎症のある被保険者に皮膚ケアまたは訪問指導を提供する	介護従業員/看護師
25	専門介護技術	喀痰介助	利用者に喀痰介助をサポートする(喀痰吸引、噴霧喀痰、体位喀痰など)	介護従業員/看護師
26		酸素吸入	医師のアドバイスに従って酸素吸入をサポートする	看護師
27		排便	医師のアドバイスに従って排便をサポートする	看護師
28		尿道留置カテーテルケア	尿道留置カテーテルの認定、クリーニング、交換等を行う(消耗品を除く)	看護師
29		経鼻胃管ケア	経鼻胃管の挿入、取り外し、交換、定期的な認定などを行う	看護師
30		浣腸ケア	医師のアドバイスに従って浣腸ケアをサポートする(意識障害、腹痛、胃腸出血のある高齢者を除く)	看護師
31		肛門排気	利用者の状況に応じて肛門排気をサポートする(消耗品を除く)	看護師
32		膀胱洗浄	利用者の状況に応じて膀胱洗浄をサポートする(消耗品を除く)	看護師
33	リスク予防	圧力損傷認定と指導	利用者に圧力損傷のリスク認定または訪問指導を行う	看護師
34		失禁関連の皮膚炎のリスク認定と指導	利用者に失禁関連の皮膚炎のリスク認定または訪問指導を行う	介護従業員/看護師
35		安全リスクの認定と指導	利用者に安全リスク認定または訪問安全指導を行う(生活環境、ベッドからの落下、転倒、火傷、誤飲、誤食、薬物誤飲などのリスクの認定と指導を含むが、これらに限定されない)	介護従業員/看護師
36	機能メンテナンス	関節活動と指導	利用者に適切な関節活動トレーニングまたは訪問活動指導を行う	リハビリテーション技師/リハビリテーション科専門医/看護師
37		骨盤底筋トレーニングと指導	利用者に骨盤底筋トレーニングまたは訪問指導を行う	リハビリテーション技師/リハビリテーション科専門医/看護師
38		自立能力訓練及び活動指導	利用者に日常生活能力訓練または訪問活動指導を行う	リハビリテーション技師/リハビリテーション科専門医/看護師

出所：南寧市医療保障局(2021)より作成

また、「南寧市介護保険制度における在宅訪問介護サービス案」によれば、基礎介護コースは最大14項目まで選択できる。サービスを提供する時間は1人当たり1か月22時間以上(22時間を含む)である。基礎介護は、①顔、手、足のクレンジング、髪の手入れ、②口腔ケア、③洗髪、④爪きり、⑤入浴介助、⑥排泄介助、⑦体位変更介助と指導、⑧更衣介助、⑨移動介助と指導、⑩食事介助、⑪経鼻摂食と指導、⑫失禁ケア、⑬便秘ケア、⑭髭剃り、⑮ヘアカット、⑯ベッドサイドの整理の16項目がある

が、必須項目は①～⑨で、⑩～⑯の項目から最大5項目まで選択できる。16項目によってサービスを提供する時間や回数は異なり、具体的な規定は以下のようになる。

①、⑥、⑦、⑧、⑫、⑬と⑯項目のサービスを提供する時間は1回10～15分で、1週間2回である。②項目のサービスを提供する時間は1回5～10分で、1週間2回である。③項目のサービスを提供する時間は1回15～20分で、1週間1回である。④と⑭項目のサービスを提供する時間は1回5～10分で、1週間1回である。⑤項目のサービスを提供する時間は1回30分で、1週間1回である。⑨項目のサービスを提供する時間は1回20～30分で、1週間2回である。⑩と⑪項目のサービスを提供する時間は1回15～20分で、1週間2回である。⑮項目のサービスを提供する時間は1回15～20分で、1か月1回である。

看護コースは慢性病介護、圧力損傷介護、リスク予防、機能メンテナンスで構成されており、最大9項目を選択できる。そのうち、慢性病介護が最大3項目まで、圧力損傷介護が最大2項目まで、リスク予防が最大2項目まで、機能メンテナンスが最大2項目まで選択できる。サービスを提供する時間は1人当たり1か月8時間以上(8時間を含む)である。各項目によってサービスを提供する時間や回数は以下のように定めている。

慢性病介護に関しては、「①バイタルサイン/血糖モニタリングを提供する時間は1回5～10分で、1か月4回である、②インスリン注射と指導を提供する時間は1回5～10分で、1か月2回である、③服薬管理と指導を提供する時間は1回10～15分で、1か月2回である、④糖尿病性足のケアと指導を提供する時間は1回30分で、1か月2回である、⑤ストーマケアと指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月4回である」と定めている。

圧力損傷介護に関しては、「①圧力損傷の予防と指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である、②圧力損傷ケアと指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である、③皮膚ケアと指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である」と定めている。

リスク予防に関しては、「①圧力損傷認定と指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である、②失禁関連の皮膚炎のリスク認定と指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である、③安全リスクの認定と指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である」と定めている。

機能メンテナンスに関しては、「①関節活動と指導を提供する時間は1回40～45分で、1か月2回である、②骨盤底筋トレーニングと指導を提供する時間は1回15～20分で、1か月2回である、③自立能力訓練及び活動指導を提供する時間は1回40～45分で、1か月2回である」と定めている。

(3) 看護の提供を中心とする介護サービス

第1回国指定試行地域のサービス種類は、在宅介護、老人ホームなどの施設介護と医療施設介護に分けられる。第2回国指定試行地域における介護保険サービスの種類は施設介護、在宅訪問介護と在宅介護に大別される。一方、介護保険サービスの定義と内容は試行地域によって異なる。

例えば、在宅介護の場合、荊門市では、短時間在宅介護と24時間在宅介護に分けられる。蘇州市では、社区在宅介護を提供している。石河子市では、在宅セルフ介護と在宅医療介護を提供している。また、施設介護の定義の地域によって異なる。サービスの種類は、上記の3つに加えて、試行地域によって社区見回り介護・看護、専門施設介護、日間介護・看護、短期介護・看護、入院介護・看護等、多様なサービス種類がある。

介護保険サービスの内容を分析すると、看護サービスの提供を中心とすることが見られる。例えば、荊門市では、在宅介護の場合は、尿管、胃管、経鼻胃管、瘻管等の様々な管の処理と介護を含む。医療施設介護のサービス内容は病状モニタリング、病院基礎介護、専門介護、特別介護、医療処置、注射と他の経路で投薬、酸素の吸入、人工呼吸器の使用、末期患者のホスピスケア等も含まれる。

南寧市では、合計38の介護保険サービス項目の中に、16項目の生活介護を除いて、慢性病介護、圧力損傷介護、専門介護技術、リスク予防と機能メンテナンス合計の22項目は、サービスの提供者はほぼ全部項目で看護師がいなければならない。日本の看護サービスと比較すると、中国の介護保険サービスのほとんどは看護サービスに属することがわかる。

中国の介護保険の給付は、日本のような「介護を広く社会化する」（幅広い種類の給付を多くの要介護者に行う）ことよりも、医療保険を「補完」（施設のベッドへの補助）する性格を持っており、青島市のように、むしろ医療給付の内容として捉えることができる（小島・万2017）。

第5節 給付基準

2016年「指導的意見」に、「要介護度やサービスの種類に応じて給付基準を設け、条件を満たした保険サービス費用に対して給付割合は原則的に70%を超えなく、具体的な給付条件と給付基準は各地域の現状に応じて決定すること」と規定されている。実際に、給付基準は地域ごとに様々であるが、定額給付と定率給付および給付限度額の設定は給付方式の基本形である。

給付の仕組みについて試行地域が拡大される前後の相違点は以下のとおりである。「指導的意見」によれば、介護サービスの規定に従い、被保険者に提供された介護保険サービスの費用は一定の割合で介護保険基金から給付される。要介護度やサービスの種類に応じて給付基準を設け、条件を満たした保険サービス費用に対して、給付割合は原則的に70%を超えない。具体的な給付条件と給付基準は、各地域の現状によって決定する。違うところは、2020年「指導的意見」では、「給付条件は、医療施設またはリハビリテーション施設で治療を受けて、要介護状態が6か月以上に持続する場合、被保険者は規定に従って給付を受けることができる」となっている。中央政府は在宅介護サービスと社区介護サービスを奨励し、介護保険と、経済困窮の高齢者に対する手当、要介護高齢者に対する手当、重度障害者に対する介護手当等の政策の連携を図っていくことを強調している。

(1) 第1回国指定の15試行地域における給付基準

第1回国指定試行地域における給付基準は定額制、定率制、給付限度額制などに分かれている。例えば、1日当たりの給付限度額は、概ね数十元程度に抑えられ、給付限度額を超える部分は全額自己負担となる。在宅介護は、多くの地域で現物給付となるが、上饒市のように、家族介護に対して現金給付を行う地域もある。介護保険基金の給付割合は5割から9割までと格差が大きい。上饒市の給付範囲は、「①要介護認定の手数料、②在宅家族介護の補助金、③在宅訪問介護の費用、④在宅訪問介護サービスを受ける場合、介護用品貸与の費用、⑤介護・看護の費用、施設整備費、消耗品費用等、⑥第三者委託機関の手数料、⑦介護保険が負担すべきその他の費用」と定めている。一方、医療保険、労災保険、出産保険に属し、公共衛生または法律に従って第三者が負担する費用は、介護保険基金給付の対象外である。また、成都市の場合、入

浴介助、食事介助、排泄介助等の料金、消耗品と施設整備費は給付対象となる。医療保険、労災保険等の社会保険及び第三者が負担する介護・看護費用は、介護保険基金給付の対象外である。蘇州市は、他の社会保険基金から給付すべき費用、第三者が負担すべき費用、公衆衛生によって負担されるべき費用、海外で発生した介護費用が給付対象外であると定めている。

はじめに、定額給付についてみていく（表 5-13 参照）。定額給付の地域は、蘇州市、寧波市、承德市、石河子市、重慶市、上饒市、南通市、安慶市、チチハル市、成都市である。給付基準は日額と月額に分かれる。ここでは表 5-13 に基づき重度要介護者だけに焦点を当てて、地域間のばらつきをよりわかりやすくするために、1 か月を 30 日間として月額を日額に換算したうえ、給付基準を比較したい。施設介護の場合、最も高い地域は承德市(医療施設介護 60 元/日、老人ホームなどの施設介護 50 元/日)、重慶市(施設介護 50 元/日)、寧波市(専門施設介護と老人ホームなどの施設介護 40 元/日)、上饒市(施設介護 40 元/日)である。最も低いのは蘇州市(施設介護 26 元/日)、石河子市(非指定サービス施設による介護 25 元/日)である。最高と最低の格差は 2.4 倍である。在宅介護の場合、最も高い地域は重慶市(在宅介護 50 元/日)、承德市(在宅介護 40 元/日)、南通市(在宅介護・看護 40 元/日)、蘇州市(在宅介護 30 元/日)、上饒市(在宅訪問介護 30 元/日)である。最も低いのは安慶市(在宅介護 25 元/日)、石河子市(在宅セルフ介護 25 元/日)、上饒市(在宅家族介護 15 元/日)である。最高と最低の格差は 3 倍を超えている。

表 5-13 : 定額給付の試行地域の給付基準(単位:元)

1 日当たり				1 か月当たり		
試行地域	給付額			試行地域	給付額	
蘇州市	施設介護	重度要介護者	26	上饒市	在宅家族介護	450(日額:15)
		中度要介護者	20		在宅訪問介護	900(日額:30)
	在宅介護	重度要介護者	30	南通市	施設介護	1,200(日額:40)
		中度要介護者	25		在宅介護・看護	1,200(日額:40)
寧波市	専門施設介護		40	安慶市	在宅介護	750(日額:25)
	老人ホームなどの施設介護		40			
承德市	医療施設介護		60			
	老人ホームなどの施設介護		50			
	在宅介護		40			
石河子市	在宅セルフ介護		25			
	非指定サービス施設による介護		25			
重慶市	50					

出所:筆者作成

チチハル市では、サービスの種類によって1日当たり1人20元～30で、給付割合は50%から60%までである(表5-14)。成都市では、要介護度は軽度、中度、重度に分かれる(表5-15参照)。そのうち、重度要介護は重度要介護1、重度要介護2、重度要介護3に分かれる。給付等級は給付等級1、給付等級2、給付等級3に設定されている。重度要介護1の被保険者は給付等級3の給付、重度要介護2の被保険者は給付等級2の給付、重度要介護3の被保険者は給付等級1の給付を受ける。一方、給付等級や要介護度に関わらず、施設介護は給付基準額(月)の70%、在宅介護は給付基準額(月)の75%で定額給付される。ただし、給付基準額(月)の設定は給付等級によって異なる。具体的な基準は、医療保険取扱機関から毎年発表される。2017年に同市人的資源・社会保障局・財政局が公布した「成都市介護保険実施細則(試行)」によれば、給付等級1の給付基準額(月)は、2015年の同市全就労者の平均月給の50%である。給付等級2の給付基準額(月)は、2015年の同市全就労者の平均月給の40%である。給付等級3の給付基準額(月)は、2015年の同市全就労者の平均月給の30%である(表5-15)。すなわち、介護保険の給付基準は給付基準額(月)の一定割合に応じて支給される。給付基準額(月)の設定は、給付等級に基づく就労者の平均月給の一定割合に応じて計算される。給付基準額(月)が高いほど、介護保険の給付基準が高くなる。

表5-14：チチハル市における介護保険制度の給付基準

試行地域	1日当たり		
チチハル市	サービスの種類	給付額(元)	給付割合
	医療施設介護	30	60%
	老人ホームなどの施設介護	25	55%
	在宅介護	20	50%

出所：チチハル市公文書より作成

表5-15：成都市における介護保険の給付基準(月額)

要介護度	給付基準		
重度要介護1	給付等級3	給付基準額(月) =2015年の同市全就労者の平均月給×50%	施設介護:給付基準額(月)×70%
			在宅介護:給付基準額(月)×75%
重度要介護2	給付等級2	給付基準額(月) =2015年の同市全就労者の平均月給×40%	施設介護:給付基準額(月)×70%
			在宅介護:給付基準額(月)×75%
重度要介護3	給付等級1	給付基準額(月) =2015年の同市全就労者の平均月給×30%	施設介護:給付基準額(月)×70%
			在宅介護:給付基準額(月)×75%

出所：成都市人的資源・社会保障局・財政局(2017)より作成

上海市の給付基準は以下のように定めている。社区と在宅介護・看護では、①要介護度2級、3級は、利用回数は週3回で、1回の利用は1時間であり、基金からの給付は90%である。②要介護度4級は、利用回数は週5回で、1回の利用は1時間であり、基金からの給付は90%である。③要介護度5級、6級は、利用回数は週7回で、1回の利用は1時間であり、基金からの給付は90%である。また、老人ホームなどの施設介護・看護では、①要介護度2級、3級は、1日当たりの限度額は20元であり、基金からの給付は85%である。②要介護度4級は、1日当たりの限度額は25元であり、基金からの給付は85%である。要介護度5級、6級は、1日当たりの限度額は30元であり、基金からの給付は85%である。そして、入院介護・看護の場合、基本医療保険の給付基準に基づいて実施する。

次に、定率給付についてみていく。定率給付の試行地域は、青島市、長春市、南通市である。そのうち、青島市では、都市就労者基本医療保険被保険者は介護保険基金からの給付が90%である。都市成年住民、児童、少年及び大学生は介護保険基金からの給付は80%である。農村成年住民は介護保険基金からの給付が70%である。

表5-16：定率給付+限度額給付の試行地域の給付基準(日額)

試行地域	1日当たり		
	サービス種類	給付限度額(元)	給付割合
荊門市	24時間在宅介護	100	80%
	短時間在宅介護	40	80%
	老人ホームなどの施設介護	100	75%
	医療施設介護	150	70%
広州市	施設介護	120 (居住費を含む、居住費の1日の限度額は35)	75%
	在宅介護	115	90%
安慶市	医療施設介護	50	60%
	施設介護	40	50%

出所：各試行地域の公文書より作成

表5-17：定率給付+限度額給付の試行地域の給付基準(月額)

試行地域	1か月当たり		
	サービスの種類	給付限度額(元)	給付割合
石河子市	施設介護	750	70%
	在宅医療介護	750	70%

出所：石河子市の公文書より作成

長春市では、老人ホームなどの施設と医療施設に入所した被保険者の給付期基準は、都市就労者基本医療保険の被保険者は介護保険基金からの給付が90%である。都

市非就労者基本医療保険の被保険者は介護保険基金からの給付が80%である。南通市では、医療施設介護・看護サービスの場合、基金からの給付は60%である。老人ホームなどの施設介護・看護サービスの場合、基金からの給付は50%である。

さらに、定率給付＋限度額給付の組み合わせについてみていく（表5-16）。定率給付＋限度額給付の地域は、荊門市、広州市、安慶市、石河子市である。施設介護の場合、最も高い地域は荊門市（医療施設介護150元/日、老人ホームなどの施設介護100元/日）、広州市（施設介護120元/日）である。最も低い地域は安慶市（医療施設介護50元/日、施設介護40元/日）である。最高と最低の格差は3.5倍を超えている。在宅介護の場合は、最も高い地域は広州市（在宅介護115元/日）、荊門市（24時間在宅介護100元/日）である。最も低い地域は荊門市（短時間在宅介護40元/日）である。最高と最低の格差は2.5倍を超えている。給付割合は、50%から90%までと格差が大きい。

石河子市の給付基準は月額で定めている（表5-17）。施設介護と在宅医療介護が同じく、給付限度額は1か月当たり750元、介護保険からの給付割合は70%である。

(2) 第2回国指定の14 試行地域における給付基準

第2回国指定の試行地域の給付基準は地域によって様々な違いがあるが、給付方式の基本形は、定額給付、定率給付、定率給付＋限度額給付である。定額給付の地域は、天津市、晋城市、北京市石景山区、黔西南布依族苗族自治州、フフホト市、南寧市、甘南藏族自治州、ウルムチ市、福州市である。定率給付＋限度額給付の地域は、湘潭市、開封市、漢中市、昆明市、盤錦市である。湘潭市、昆明市と晋城市では、介護保険給付を受けるため、被保険者は2年以上の介護保険料を連続支払う必要があると定めている。昆明市では、被保険者は15年以上の都市就労者基本医療保険料を納付する必要がある。晋城市では、10年以上の都市就労者基本医療保険料を納付しなければならない。湘潭市では、介護保険給付対象の費用として、保険サービスの利用料以外に、要介護認定員や要介護認定専門家の人件費も含まれる。晋城市では、居住費、設備利用料などの費用も含まれる。介護保険給付対象外の費用としては、①基本医療保険、労働災害保険と出産保険が負担すべき費用、及び海外で発生した介護費用、②刑事事件、交通事故、職業病、アルコール依存症、喧嘩、自傷行為、自殺などの原因で法律に従って第三者が負担すべき医療費用、リハビリテーション費用及び介護費

用、③非介護保険指定サービス機関で発生した介護費用、④介護保険の給付範囲または限度額を超えた費用、⑤国、省、市の要求に応じて支払われない経費である。

表 5-18：定額給付の試行地域の給付基準

1日当たり				1か月当たり			
試行地域	サービスの種類	給付額(元)	給付割合	試行地域	サービスの種類	給付額(元)	給付割合
天津市	施設介護	70	70%	天津市	在宅介護	2,100(日額:70)	75%
晋城市	家族等の介護	30	—	晋城市	在宅訪問介護	1,500(日額:50)	70%
	施設介護	100	70%	黔西南布依族苗族自治州	家族等の介護	200(日額:約6.7)	—
北京市石景山区	施設介護	90	70%		在宅訪問介護	900(日額:30)	—
					施設介護	1,000(日額:約33)	—

出所：各試行地域の介護保険制度の公文書より作成

はじめに、定額給付についてみていく（表 5-18 参照）。定額方式の試行地域は、天津市、晋城市、北京市石景山区、黔西南布依族苗族自治州、フフホト市、南寧市、甘南蔵族自治州、ウルムチ市、福州市である。施設介護の場合、最も高い地域は晋城市（施設介護 100 元/日）、北京市石景山区（施設介護 90 元/日）、天津市（施設介護 70 元/日）である。最も低いのは黔西南布依族苗族自治州（施設介護 33 元/日）である。最高と最低の格差は 3 倍を超えている。在宅介護の場合、最も高い地域は天津市（在宅介護 70 元/日）、晋城市（在宅訪問介護 50 元/日）である。最も低いのは黔西南布依族苗族自治州（在宅訪問介護 30 元/日、家族等の介護 6.7 元/日）である。最高と最低の格差は 10 倍を超えている。

表 5-19：フフホト市における介護保険の給付基準(月額 単位:元)

要介護度	都市就労者基本医療保険の被保険者		都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者
	施設介護	在宅介護	
中度	900	750	600
重度 1	1,200	1,050	750
重度 2	1,500	1,350	1,050
重度 3	1,800	1,650	1,350

出所：「フフホト市長期介護保険制度試行実施案」より作成

一方、フフホト市とウルムチ市では、給付基準は月額で定めているが、都市就労者基本医療保険の被保険者と都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者によって区別される。フフホト市では、就労者の場合、施設介護の給付額を、中度は 900 元、

重度 1 は 1,200 元、重度 2 は 1,500 元、重度 3 は 1,800 元とする(表 5-19 参照)。在宅介護の給付額を中度は 750 元、重度 1 は 1,050 元、重度 2 は 1,350 元、重度 3 は 1,650 元とする。住民の場合は、サービスの種類や要介護度に関わらず、中度は 600 元、重度 1 は 750 元、重度 2 は 1,050 元、重度 3 は 1,350 元とする。

ウルムチ市では、都市就労者基本医療保険の被保険者の 1 人当たり 1 か月の給付額は、24 時間在宅介護を利用する場合、160 元の訪問介護サービスを含め、重度要介護 1 は 1,865 元、重度要介護 2 は 2,022 元、重度要介護 3 は 2,152 元である。24 時間施設介護を利用する場合、重度要介護 1 は 1,721 元、重度要介護 2 は 1,865 元、重度要介護 3 は 2,008 元である。在宅訪問介護を利用する場合、重度要介護 1 は 1 人当たり 1 時間 62 元の基準で月 1,860 元、重度要介護 2 は 1 人当たり 1 時間 67 元の基準で月 2,010 元、重度要介護 3 は 1 人当たり 1 時間 72 元の基準で月 2,160 元である。

都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の 1 人当たり 1 か月の給付額は、24 時間在宅介護を利用する場合、160 元の訪問介護サービスを含め、重度要介護 1 は 1,435 元、重度要介護 2 は 1,578 元、重度要介護 3 は 1,721 元である。24 時間施設介護を利用する場合、重度要介護 1 は 1,291 元、重度要介護 2 は 1,435 元、重度要介護 3 は 1,578 元である。在宅訪問介護を利用する場合、重度要介護 1 は 1 人当たり 1 時間 48 元の基準で月 1,440 元、重度要介護 2 は 1 人当たり 1 時間 53 元の基準で月 1,590 元、重度要介護 3 は 1 人当たり 1 時間 57.6 元の基準で月 1,728 元である。

南寧市では、介護保険サービスの費用を、所定の給付基準額(月)の一定割合に応じて、介護保険基金と利用者が負担する。給付基準額は、2019 年広西チワン族自治区の都市全就労者の平均月収(4,926 元)の 50%で決定される。介護保険基金には最低給付ラインが設定されておらず、試行期間中に介護給付基準の調整は行われない。在宅訪問介護の場合、介護保険基金からの給付は給付基準額(月)の 75%、自己負担は給付基準額(月)の 25%である。施設介護の場合、基金からの給付は給付基準額(月)の 70%、自己負担は給付基準額(月)の 30%である。また、南寧市以外の居住地で介護保険サービス(在宅訪問介護や施設介護)を利用する場合、基金からの給付は給付基準額(月)の 60%、自己負担は給付基準額(月)の 40%である。

甘南藏族自治州は、介護保険基金からの給付は、施設介護の場合、給付基準額(月)の 50%、在宅介護の場合、給付基準額(月)の 55%である。給付基準額(月)は、前年度同市全就労者の平均月給の 50%である。晋城市は家族等による介護と在宅訪問介護を併用する場合、家族等介護は 1 日当たり 15 元である。在宅訪問介護は 1 か月当たり

1,000 元(1 日当たり 33 元)、介護保険基金からの給付は 70%である。福州市は、1 か月当たりの給付基準額は 1,800 元である。施設介護の場合は基準額の 75%(1,350 元/月)で給付する。在宅介護の場合は基準額の 85%(1,530 元/月)で給付する。

表 5-20：定率給付+限度額給付の試行地域の給付基準(月額)

試行地域	1 か月当たり		
	サービス種類	給付限度額(元)	給付割合
開封市	施設介護	1,900	65%
	在宅訪問介護	1,500	75%
	在宅家族介護	900	—
昆明市	施設介護	2,600	70%前後
	在宅介護	2,600	70%前後
漢中市	医療機関介護	1,200	—
	高齢者施設介護	1,100	—
	在宅訪問介護	800	—
	親族等の介護	450	—

出所：各試行地域の公文書より作成

次に、定率給付と限度額給付の組み合わせについてみていく(表 5-20 参照)。定率給付+限度額給付の試行地域は、湘潭市、開封市、漢中市、昆明市、盤錦市である。給付限度額は日額と月額に分かれている。開封市、漢中市、昆明市では、月額で給付限度額を定めている。表 5-20 が示すように、施設介護の場合、最も高い地域は昆明市(施設介護 2,600 元/月)、開封市(施設介護 1,900 元/月)である。最も低い地域は漢中市(医療機関介護 1,200 元/月、高齢者施設介護 1,100 元/月)である。最高と最低の格差は 2.3 倍を超えている。在宅介護の場合は、最も高い地域は昆明市(在宅介護 2,600 元/月)、開封市(在宅訪問介護 1,500 元/月)である。最も低い地域は漢中市(親族等の介護 450 元/月)である。最高と最低の格差は 5.5 倍を超えている。

表 5-21：湘潭市の給付基準(日額)

試行地域	1 日当たり			
	サービス種類	給付限度額(元)	給付割合	
湘潭市	医療施設介護	2 級以上	100	70%
		1 級以下	80	70%
	高齢者施設介護	50	70%	
	在宅訪問介護	40	80%	

出所：湘潭市の公文書より作成

湘潭市では、日額で給付限度額を定めている（表 5-21 参照）。医療施設介護の限度額は、2 級以上 100 円で、1 級以下 80 円である。高齢者施設介護の場合は 50 円である。在宅訪問介護の限度額は 40 円である。

表 5-22：盤錦市の給付基準(月額)

要介護度	給付限度額(月)	給付割合
重度要介護 1	前年度都市部全住民の平均可処分所得×70%	施設介護:70%
		在宅介護:80%
重度要介護 2	前年度都市部全住民の平均可処分所得×60%	施設介護:70%
		在宅介護:80%
重度要介護 3	前年度都市部全住民の平均可処分所得×50%	施設介護:70%
		在宅介護:80%

出所：「盤錦市長期介護保険制度試行の展開に関する事業実施案」より作成

盤錦市では、給付限度額を実施し、最低給付ラインを設けないと定めている（表 5-22 参照）。重度要介護 1 の被保険者が施設介護を利用する場合、基金からの給付割合は 70%、在宅介護を利用する場合、基金からの給付割合は 80%、毎月の給付限度額は前年度都市部全住民の平均可処分所得の 70%である。重度要介護 2 の被保険者が施設介護を利用する場合、基金からの給付割合は 70%、在宅介護を利用する場合、基金からの給付割合は 80%、給付限度額は前年度都市部全住民の平均可処分所得の 60%である。重度要介護 3 の被保険者が施設介護を利用する場合、基金からの給付割合は 70%、在宅介護を利用する場合、基金からの給付割合は 80%、毎月の給付限度額は前年度都市部全住民の平均可処分所得の 50%である。

北京市石景山区では、在宅訪問介護の場合、1 時間当たり 90 円、介護保険基金からの給付は 80%で、被保険者負担は 20%である。1 か月当たりの給付限度額は 30 時間である。ホームヘルパーまたは親族が提供する在宅介護の場合、給付基準は 1 時間当たり 60 円、介護保険基金からの給付は 70%で、被保険者負担は 30%である。1 か月当たりの給付限度額は 30 時間である。介護施設の介護従業員はサービスを提供する場合、給付基準は 1 時間当たり 90 円、介護保険基金からの給付は 80%で、被保険者負担は 20%である。1 か月当たりの給付限度額は 12 時間である。

(3) 試行地域によって異なる給付割合・給付額

中国では、給付基準は、①統一の規定がなく、試行地域によって給付割合や給付額が大きく異なること、②定率給付のほかに、定額給付、定率給付＋限度額給付もある。定額給付に関しては、施設介護の場合、最も高い地域は晋城市(施設介護 100 元/日)である。最も低いのは石河子市(非指定サービス施設による介護 25 元/日)である。最高と最低の格差は 4 倍である。在宅介護の場合、最も高い地域は天津市(在宅介護 70 元/日)である。最も低いのは黔西南布依族苗族自治州(家族等の介護 6.7 元/日)である。最高と最低の格差は 10 倍を超えている。

定率給付の場合も、介護保険基金からの給付割合は 5 割から 9 割までであり、格差が大きい。定率給付＋限度額給付に関しては、施設介護の場合、日額で限度額を定めている地域の中で、最も高いのは荆門市(医療施設介護 150 元/日)である。最も低いのは安慶市(施設介護 40 元/日)である。最高と最低の格差は 3.5 倍を超えている。月額で限度額を定めている地域の中で、最も高いのは昆明市(施設介護 2,600 元/月)である。最も低いのは漢中市(高齢者施設介護 1,100 元/月)である。最高と最低の格差は 2.3 倍を超えている。在宅介護の場合は、日額で限度額を定めている地域の中で、最も高いのは広州市(在宅介護 115 元/日)である。最も低いのは荆門市(短時間在宅介護 40 元/日)である。最高と最低の格差は 2.5 倍を超えている。

月額で限度額を定めている地域の中で、最も高い地域は昆明市(在宅介護 2,600 元/月)である。最も低い地域は漢中市(親族等の介護 450 元/月)である。最高と最低の格差は 5.5 倍を超えている。すなわち、要介護度、サービスの種類などによって各地域の給付基準が異なり、格差も大きい。原則としては、現物給付となっている。在宅介護の場合は、多くの地域が現物給付となるが、上饒市のように、家族介護に対して現金給付を行う地域もある。

日本では、原則的には現物給付である。在宅サービスには例外的な現金給付もある。例えば、再使用しにくい腰掛便座、入浴補助用具等は購入費を現金で給付する(年間 10 万円程度)。段差の解消や階段の手すり設置等の小規模な住宅改修も現金で実費(原則 1 回、20 万円限度)が給付される(『社会福祉学習双書』編集委員会 2016:186-189)。日本とは異なり、ドイツでは、介護手当と現物給付に分けられる。施設介護は現物給付である。在宅介護は現物給付と現金給付である。家族その他の介護サービスを自ら用意できる場合には、現物給付のほぼ半額の水準の金銭給付を選択することができ、さらに本人や家族等の状況に応じ、現物給付と金銭給付の両者を組み合わせる

コンビネーション給付を選択することもできる(田中 2022)。また、現金給付の場合、居宅サービスとの併給が可能である(飛田 2017)。韓国では、老人長期療養保険制度からのサービスは、在宅サービスと施設サービス、そして特別現金給付が提供されている(金 2020)。

自己負担に関しては、ドイツの場合、サービス利用に際しての自己負担はない。ただし、保険給付は定額制であり、それを超える保険給付は全額自己負担となる。施設入所の食費と宿泊費も自己負担となる(宣 2010)。日本では、利用者負担の割合に関しては、原則 1 割であるが、一定以上の所得を有する者には、平成 27 年 8 月から 2 割負担が導入され、さらに、その中でも特に所得の高い層には、平成 30 年 8 月から 3 割負担が導入された。

給付額については、要支援・要介護状態に基づいて、サービス種類ごとによって支給限度額(月額)が定められている(『社会福祉学習双書』編集委員会 2016:186-189)。韓国では、介護サービスを利用するときの自己負担割合は日本が在宅・施設サービスともに 10%に設定していることに比べて、韓国の場合は在宅 15%、施設 20%で日本より自己負担割合を高く設定した(金 2020)。

上記のように、介護保険サービス利用料については、日本、韓国と中国はすべて自己負担があるのに対し、ドイツは自己負担がない。他方、ドイツ、日本、韓国と中国の 4 か国とも施設入所の食費と宿泊費は給付対象外で自己負担となる。加えて、保険給付を超えて上乗せサービスの利用もできるが、その際は、全額自己負担となる。

第 6 節 財源

財源に関しては、2016 年「指導的意見」と 2020 年「指導的意見」とで大きな違いがある。2016 年「指導的意見」によれば、試行段階では、都市就労者基本医療保険基金の繰越金と都市就労者基本医療保険の保険料率の調整を行い、徐々に相互支援と責任共有の多元化の財源調達メカニズムを模索する。財源調達については、地域の経済発展の水準、介護ニーズ、介護サービス料、給付範囲、給付水準などの要件に基づいて、歳入と歳出のバランスを把握する上で合理的な政策を定め、経済の発展、社会の発展と保障水準に見合った柔軟な財源調達メカニズムを設ける。一方、2020 年「指導的意見」によれば、財源構成は主に事業者負担と被保険者負担となり、原則的に双方は同じ割合で負担する。そのうち、事業者負担の納付基数(ベース)は就労者の総賃金

である。また、事業者の負担を増やさないために、試行の初期段階で事業者負担の部分は都市就労者基本医療保険の保険料から賄われる。就労者の負担の納付基数は本人の給料であり、都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。困難を抱えている退職者に助成金を給付する方法を模索する。

2回の「指導的意見」を見ると、主要な財源は、基本医療保険基金から事業者負担と就労者負担に変わったことが分かる。ただし、2020年「指導的意見」の財源は事業者負担と就労者の負担で構成されるが、初期段階での事業者負担部分は、主に、事業者が納めた医療保険料から賄われ、就労者負担部分は、医療保険の個人口座から天引きされることが分かった。

(1) 第1回国指定の15試行地域における財源

第1回国指定試行地域において、統一的な財源構成がなく、地域によって大きな違いがある（表5-23参照）。財源が完全に基本医療保険基金で賄われる地域は、長春市、上海市、広州市である。被保険者負担と基本医療保険基金から構成されるのはチチハル市、重慶市、安慶市である。被保険者負担、基本医療保険基金と事業者負担から構成されるのは上饒市である。被保険者負担、基本医療保険基金と財政援助から構成されるのは、青島市、蘇州市、承德市、荊門市である。被保険者負担、基本医療保険基金、財政援助と事業者負担から構成されるのは寧波市、成都市である。基本医療保険基金、財政援助と福祉宝くじ公益金から構成されるのは、石河子市である。被保険者負担、基本医療保険基金、財政援助と福祉宝くじ公益金から構成されるのは、南通市である。

このように、現段階で統一的な財源構成がなく、地域によって大きな違いがある。介護保険は社会保険の1つとして位置づけられているものの、財源は基本医療保険に依存する状態である。多くの地域で主に基本医療保険基金から拠出される。基本医療保険基金からの転用の多寡は地域によって異なる。また、基本医療保険基金、財政援助、福祉宝くじ公益金、事業者負担、被保険者負担に関する具体的な基準は、一部の地域では公表されていない。さらに、多くの地域では、都市就労者基本医療保険の被保険者と都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の保険料の納付基準が区別される。

表 5-23 : 第 1 回国指定試行地域における介護保険の財源構成(○は該当対象)

試行地域	財源構成				
	基本医療保険基金	被保険者負担	事業者負担	財政援助	福祉宝くじ公益金
重慶市	○	○			
寧波市	○	○	○	○	
広州市	○				
チチハル市	○	○			
蘇州市	○	○		○	
石河子市	○			○	○
成都市	○	○	○	○	
安慶市	○	○		○	
上海市	○				
荊門市	○	○		○	
上饒市	○	○	○		
承德市	○	○		○	
南通市	○	○		○	○
長春市	○				
青島市	○	○		○	

出所:各地域の公文書より作成

表 5-24 : 財源における都市就労者負担 (単位 : 元) ¹⁴

試行地域	1人当たりの額 (年間)	内訳			
		就労者の負担	事業者負担	都市就労者基本医療保険基金	財政援助
南通市	100	30	—	30	40
広州市	130	—	—	—	—
安慶市	30	10	—	20	—
蘇州市	120	—	—	70	50
石河子市	180	—	—	180	—
上饒市	100	40	30	30	—
チチハル市	60	30	—	30	—
重慶市	150	90	—	60	—

出所:各地域の公文書より作成

¹⁴ 蘇州市では、在職中の就労者の負担は給料から差し引かれる。前年度1人当たり住民可処分所得の0.2%を超えないこととする。石河子市では、都市就労者基本医療保険の被保険者は1人当たり月額15元の基準で都市就労者基本医療保険基金から転用する。

まず、都市就労者が負担する財源についてみていく。定額方式の地域は、南通市、広州市、安慶市、蘇州市、石河子市、上饒市、チチハル市、重慶市である（表 5-24 参照）。定率方式の試行地域は、長春市、上海市、青島市、承德市、荊門市、成都市である。表 5-24 が示すように、就労者の負担がある試行地域は重慶市、チチハル市、上饒市、成都市、安慶市、荊門市、寧波市、承德市、蘇州市、南通市である。就労者の負担については、1 人当たり年間 10 元から 90 元までの金額で格差が大きい。例えば、安慶市が 10 元、チチハル市と南通市が 30 元、上饒市が 40 元、重慶市が 90 元である。蘇州市では、就労者の負担の部分は本人の給料から差し引かれる。

次に、財源を基本医療保険基金から転用する試行地域が重慶市、チチハル市、上饒市、石河子市、成都市、安慶市、荊門市、寧波市、承德市、広州市、蘇州市、上海市、長春市、南通市、青島市である。完全に基本医療保険基金で賄われる 3 つの地域（長春市、上海市、広州市）を含めて、各地域の転用金額が 1 人当たり年間 20 元から 130 元まで、格差が大きい。広州市が 130 元、重慶市が 60 元、南通市、チチハル市、上饒市が 30 元、安慶市が 20 元である。そして、事業者負担がある試行地域は上饒市、成都市、寧波市である。上饒市の事業者負担は 1 人当たり年額 30 元となっている。さらに、福祉宝くじ公益金から転用する地域は石河子市、南通市である。石河子市の場合、年間 50 万元の基準で転用する。南通市は若干を転用しているが、具体的な基準を示されていない。財政援助について、定額助成の地域は南通市、蘇州市であり、1 人当たり年額それぞれ 40 元と 50 元である。

一方で、定率方式の試行地域について、長春市では、都市就労者基本医療保険基金の 0.5%（個人口座 0.2%、基金プール 0.3%）を就労者介護保険基金に充当する。上海市では、第 1 号被保険者では、都市就労者基本医療保険基金の 1%を、4 半期ごとに介護保険基金に充てる。青島市では、月ごとに都市就労者基本医療保険料の 0.5 を拠出する。就労者個人納付基数の 0.2%で個人口座から月ごとに天引きする。財政援助の年額は 1 人当たり 30 元である。承德市では、前年度被保険者年収の 0.4%の基準で調達する。そのうち、就労者の負担は 0.15%、基本医療保険基金は 0.2%、財政援助は 0.05% を占める。荊門市では、就労者の負担 37.5%、基本医療保険基金 25%、財政援助 37.5% となる。成都市では、事業者負担は基本医療保険料納付基数の 0.2%で月ごとに基本医療保険基金プールから転用する。就労者の負担は、40 歳未満の人が医療保険料の納付基準数の 0.1%、40 歳以上の人が医療保険料の納付基準数の 0.2%を基準とし、基本医療保険の個人口座から天引きする。

上海市は、2017年にまず、市内の3つの区(金山区、徐匯区、普陀区)、2018年からは全市で試行されている。制度改正前後の介護保険制度の財源は全く異なる。2017年には、「上海市長期介護保険試行の方法」によれば、介護保険の財源は事業者負担、就労者の負担、財政援助で構成される。具体的には第1号被保険者の場合、事業者負担が1%、就労者の負担が0.1%、定年退職者が負担なしと定められた。試行段階では、就労者の負担が免除された。第2号被保険者の場合、原則的に被保険者納付の保険料が介護保険基金の15%を占め、残りの85%が財政援助で負担される(市と区がそれぞれ42.5%を分担する)。一方、2018年から財源は完全に基本医療保険基金で賄われる。

都市には退職者や自由業者も存在し、それぞれが介護保険の財源となっている。荆門市では、基本医療保険の個人口座を持たない退職者の被保険者負担は、本人の同意を得て、年金口座から天引きする。成都市は、退職者の被保険者負担は、基本医療保険個人口座から0.3%の比率で引き落とす。蘇州市は、退職者の被保険者負担は、医療保険の個人口座から引き落とすと定める。

承德市は、個人口座を持たない自由業者は、都市就労者基本医療保険料の納付基数の0.15%で介護保険料を支払う。チチハル市では、個人口座を持たない(一部の自由業者を含む)介護保険被保険者の個人負担は外来診療共同基金から振り込まれる。

表5-25：財源における都市非就労者・農村住民負担(単位:元)

試行地域	1人当たりの額 (年間)	内訳		
		被保険者納付の保険料	都市非就労者・農村住民基本医療保険基金	財政援助
長春市	30	—	30	—
蘇州市	85	—	35	50
石河子市	24	—	24	—

出所:筆者作成

次に、都市非就労者・農村住民が負担する財源についてみていく。都市非就労者・農村住民の財源について、定額方式の地域は、長春市、蘇州市、石河子市である。定率方式の地域は、上海市である。表5-25が示すように、長春市、蘇州市、石河子市3つの地域で1人当たり年間の財源は、それぞれ30元、85元、24元であり、差が大きい。蘇州市は、財政援助が50元で財源の約59%、都市非就労者・農村住民基本医療保険基金負担が35元で財源の約41%を占める。長春市は、公費負担がなく、1人当たり年額30元の基準で都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から賄われる。石河子市は、18歳以上の都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者(専門学校の学生

を含まない)は1人当たり年額24元の基準で都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から転用する。上海市における介護保険の第2号被保険者の財源は、60歳以上の都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の数に基づき、第1号被保険者の介護保険基金の1人当たりの拠出基金よりわずかに下回り、4半期ごとに都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から介護保険基金に充てる。一方で、初期資金を用意する地域は、長春市、南通市、寧波市、成都市、石河子市である。長春市は、都市基本医療保険基金繰越金の10%を介護保険の初期資金に充て、不足分は政府が補助する。寧波市は、都市就労者基本医療保険基金から5,000万元を介護保険基金に充てる。成都市は、試行段階で都市就労者基本医療保険基金の繰越金から5,000万元を一時的に転用する。石河子市は、福祉宝くじ公益金から年間50万元の基準で介護保険基金に転用する。南通市は、福祉宝くじ公益金から若干を介護保険基金に転用する。

南通市は、学生および18歳未満の未成年、最低生活保障受給者、特別貧困家庭、身体障害者の被保険者負担の部分は全額財政援助で行う。蘇州市は、貧困者の場合、全額財政援助で行う。荊門市は、最低生活保障の受給者の被保険者負担の部分は公費で賄われる。石河子市の財政援助は、管轄区域の前年度の60歳以上の高齢者数と重度障害者の総人数を基数とし、1人当たり年額40元の基準で助成する。成都市は、定年退職者の基本医療保険の個人口座の0.1%を基準として財政で助成される。

(2) 第2回国指定の14試行地域における財源

第2回国指定試行地域の介護保険の財源は、基本医療保険基金、被保険者負担、事業者負担、財政援助、宝くじ基金、寄付金などである(表5-26参照)。財源は基本医療保険基金、個人負担、事業者負担で構成されるのは天津市だけである。基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、財政援助で構成されるのは、北京市石景山区、漢中市の2地域である。

基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、財政援助、宝くじ基金、寄付金で構成されるのは、晋城市、南寧市の2地域である。基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、財政援助、寄付金で構成されるのは、開封市、福州市、フフホト市、ウルムチ市、黔西南布依族苗族自治州の4地域である。基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、財政援助、宝くじ基金、寄付金及びほかの財源調達方法で構成されるのは、昆明市と甘南藏族自治州である。基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、寄付金で

構成されるのは、湘潭市だけである。基本医療保険基金、個人負担、事業者負担、財政援助及びその他の財源調達方法で構成されるのは、盤錦市だけである。

表 5-26 第 2 回国指定試行地域の介護保険の財源（○は該当対象）

試行地域	財政構成						
	基本医療 保険基金	被保険者 負担	事業者負 担	財政援助	宝くじ公 益金	寄付金	その他
天津市	○	○	○				
北京市石景山区	○	○	○	○			
晋城市	○	○	○	○	○	○	
漢中市	○	○	○	○			
昆明市	○	○	○	○	○	○	○
南寧市	○	○	○	○	○	○	
湘潭市	○	○	○			○	
開封市	○	○	○	○		○	
福州市	○	○	○	○		○	
盤錦市	○	○	○	○			○
フフホト市	○	○	○	○		○	
黔西南布依族苗族自治州	○	○	○	○		○	
ウルムチ市	○	○	○	○		○	
甘南藏族自治州	○	○	○	○	○	○	○

出所:各地域の公文書より作成

また、晋城市、フフホト市、盤錦市、湘潭市では、介護保険基金は、主に事業者負担と被保険者負担で調達され、原則的に事業者負担と被保険者負担は同じ割合であると強調する。晋城市では、被保険者負担は、基本医療保険の個人口座から天引きされ、不足分は被保険者が規定に従って支払う。事業者負担は、規定に従って事業者が一律に支払うものとする。退職者の助成金は、財政援助あるいは宝くじ公益金から振り替える。

介護保険制度の試行期間である 2021 年と 2022 年では、事業者負担を軽減するため、都市就労者基本医療保険基金の繰越金から事業者負担部分に振り替える。フフホト市では、試行段階では、事業者が負担せず、都市就労者基本医療保険料から振り替える。都市就労者の負担は、医療保険の個人口座から天引きする。住民の場合、財源調達方法は個人負担、基本医療保険料からの振替、財政援助の組み合わせを採用する。盤錦市では、都市就労者基本医療保険の保険料から事業者負担が差し引かれ、個人口座から都市就労者の負担が差し引かれる。退職者の保険料は主に都市就労者基本医療保険基金の繰越金からの振替と都市就労者の個人口座からの振替の 2 つの方式で納める。個人口座がない場合、被保険者負担の部分は、本人が支払うものとする。湘

潭市では、事業者負担部分は、都市就労者基本医療保険料から振り替える。都市就労者負担の部分は、基本医療保険の個人口座から天引きする。個人口座を開設しない中小企業の都市就労者負担の部分は本人で支払う。すなわち、上記の地域の事業者負担は都市就労者基本医療保険基金から振り替えるとしている。福州市と南寧市は、介護保険と経済的に困難な高齢者手当、要介護高齢者手当、および重度障害者介護手当などの政策とのつながりを模索することを強調する。

一方、医療保障部門は、当市の経済発展の状況、介護保険制度試行段階の現状及び基金の収支状況に応じ、介護保険の財源調達方法、財源調達水準と給付水準を調整することを示している。また、経済発展と給付水準に見合った柔軟的な財源調達メカニズムを確立する。南寧市では、経済の発展状況と介護保険基金の運営状況を把握する上で、事業者負担や被保険者負担の比率及び支払方法を適切に調整する。特別な困難を抱えている都市就労者への政府財政等の補助政策を模索する。漢中市では、都市就労者基本医療に加入する人は、重病保険と介護保険を加入しなければならない。

都市就労者基本医療保険の被保険者に関する介護保険の財源は、定額方式の地域は、北京市石景山区、天津市、開封市、漢中市、黔西南布依族苗族自治州である(表5-27参照)。定率方式の地域は、晋城市、フフホト市、盤錦市、福州市、湘潭市、南寧市、昆明市である。表5-27から分かるように、定額方式の地域の中で、財源について1人当たり年額が最も少ない地域は100元、最も多い地域は240元である。個人負担に関して最高地域は120元、最低地域は45元である。事業者負担は最高地域で120元、最低地域で30元である。財政援助があるのは、漢中市と黔西南布依族苗族自治州だけで、それぞれ20元と10元である。

表5-27：財源における都市就労者負担（単位：元）

試行地域	1人当たりの年額	内訳			
		個人負担	事業者負担	都市就労者基本医療保険基金	財政援助
北京市石景山区	180	90	90	—	—
天津市	240	120	120	—	—
開封市	120	60	60	—	—
漢中市	100	50	30	—	20
黔西南布依族苗族自治州	100	45	45	—	10
甘南蔵族自治州	240	120	120	—	—

出所：各地域の公文書より筆者作成

また、北京市石景山区では、事業者負担部分は都市就労者基本医療保険基金から転用され、個人負担部分は都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。天津市

では、事業者負担と個人負担は、原則として、前年度の市内の就労者の平均賃金の0.16%で決定される。試行段階では、1人当たり年間の事業者負担は120元、個人負担は120元である。そのうち、事業者が負担せず、都市就労者基本医療保険料から差し引かれる。個人負担部分は、都市就労者多額医療救助金から月ごとに割り当てられ、個人が別途に支払う必要はない。

開封市では、事業者負担部分は、事業者が負担せず、事業者が毎月支払う基本医療保険料から、1人当たり年額60元の基準で振り替える。個人負担は、基本医療保険の個人口座から1人当たり年額60元の基準で毎月天引きする。個人口座を持たない人によって1人当たり年額60元の基準で、都市就労者基本医療保険基金から毎年振り替え、個人負担は、1人当たり年額60元の基準で毎年徴収される。漢中市では、介護保険試行段階で、個人負担は都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。事業者負担は都市就労者基本医療保険基金から振り替える。黔西南布依族苗族自治州では、事業者負担部分は都市就労者基本医療保険基金から拠出され、個人負担部分は都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。甘南蔵族自治州では、1人当たり年額は240元ある。そのうち、個人負担120元、事業者負担120元である。また、個人負担は、都市就労者基本医療保険個人口座から振り込まれる。事業者負担について、省・市に属する現地運営の機関、公的機関の場合は、財政から1人当たり年額120元補助される。省に属する公的機関、企業の場合は、事業者が1人当たり年額120元を支払う。

定率方式の地域のうち、晋城市では、事業者負担は、事業者による都市就労者基本医療保険の納付額が基数となり、0.15%の割合で月ごとに納付するとなる。個人負担については、都市就労者基本医療保険の納付基数に基づき、0.15%の割合で月ごとに個人口座から天引きする。

フフホト市では、事業者負担部分は、都市就労者基本医療保険の事業者の納付基数に基づき、事業者の支払いから0.2%の割合で差し引かれる。個人負担部分は、個人が支払う基本医療保険料に基づき、個人口座から0.2%の割合で天引きする。共同基金のみの財源調達の場合は、基本医療保険の納付基数の0.2%で本人が毎年支払う。盤錦市では、都市就労者基本医療保険の納付基数に基づいて、就労者の保険料率は0.4%で、そのうち、事業者負担率と個人負担率はそれぞれ0.2%である。

福州市では、介護保険基金は都市就労者基本医療保険の納付基数に基づいて、保険料率は0.25%であり、事業者負担と個人負担が1:1の比率で分担する。事業者負担部

分は、事業者が負担せず、事業者が支払う基本医療保険料から振り替える。就労者(自由業を含む)の個人負担部分は、個人が支払う。就労者の個人口座に繰越金がある場合、個人口座から天引きする。湘潭市では、事業者負担は、前年度就労者の賃金総額の0.12%となる。個人負担は、前年度の収入の0.12%となる。南寧市では、事業者負担と個人負担は同じ割合で、保険料率は0.15%である。事業者負担は、毎月の都市就労者基本医療保険料と同時に支払われる。個人負担部分は、都市就労者基本医療保険の個人口座に入金された月額から天引きする。昆明市では、就労者の保険料は、事業者負担と個人負担になり、納付基準は基本医療保険納付基数の0.2%である。就労者の保険料は、都市就労者基本医療保険基金から天引きする。

ウルムチ市では、就労者基本医療保険に加入している被保険者(基本医療保険の支払年限を満たしていない退職者を含む)の場合、介護保険の年間保険料総額は就労者の給与総額の0.2%となる。負担率は事業者と個人がそれぞれ0.1%である。事業者負担の基数は就労者の賃金総額となる。個人負担の基数は個人の給与所得である。試行段階、介護保険の事業者負担部分は、事業者が毎月支払う都市就労者基本医療保険料から振り替える。個人支払部分は、就労者の基本医療保険料の個人口座から天引きする。退職者に関する介護保険の財源は、地域によって異なり、定額方式と定率方式に分けている。

定率方式の地域のうち、晋城市では、退職者の場合は、本人の年金を基準とし、毎年0.15%の割合で個人口座から一括で天引きする。フフホト市では、年金の0.2%で個人口座から差し引かれ、個人口座を持っていない場合は、年金の0.2%の金額で毎年納付する。盤錦市では、保険料率は0.4%で、そのうち、都市就労者基本医療保険基金の繰越金からの転用の割合と個人負担の割合はそれぞれ0.2%である。湘潭市では、保険料は、前年度の年金総額の0.24%となる。南寧市では、前年度の個人基本年金(当年度に退職者が年金を受給する月の個人基本年金)の0.15%で都市就労者基本医療保険の個人口座から月ごとに天引きする。昆明市では、保険料は、個人負担と財政援助で構成される。個人負担は、退職者の医療保険の個人口座0.2%で介護保険基金に拠出される。ウルムチ市では、退職者の場合、基本医療保険料の最低納付年限に達すると、介護保険の報事業者負担部分が支払われる必要がない。

定額方式の開封市では、1人当たり年額60元の基準に従って、月ごとに都市就労者基本医療保険基金から振り替える。個人負担部分は、基本医療保険の個人口座から1人当たり年額60元の基準で月ごとに天引きする。甘南蔵族自治州では、個人負担は1

人当たり年額 120 円で都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。事業者負担は 1 人当たり年額 120 円で都市就労者基本医療保険から振り替える。

第 2 回国指定試行地域のうち、自由業者における介護保険の財源に関する規定は以下ようになる。北京市石景山区では、自由業者の個人負担部分(1 人当たり年額 90 元)は、個人が毎年支払うものとする。晋城市では、毎年 0.3%の割合で個人口座から一括で天引きする。南寧市では、都市就労者基本医療保険の納付基数に基づき、その 0.30%で毎月都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする。昆明市では、保険料は個人が負担され、支払い基準は基本医療保険の納付基数の 0.4%で個人口座基金から天引きする。盤錦市では、保険料率は 0.4%で、そのうち、都市就労者基本医療保険の保険料からの転用の割合と個人負担の割合はそれぞれ 0.2%であり、納付基数は都市就労者基本医療保険の納付基数となる。福州市では、事業者負担部分は、都市就労者基本医療保険料から振り替える。湘潭市では、保険料は、湖南省都市就労者の前年度の平均所得の 0.24%となる。

都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者に対する介護保険の財源は、定額方式の地域は、北京市石景山区とフフホト市である。表 5-28 が示すように、両地域で 1 人当たり年額はそれぞれ 180 元と 70 元で、北京市石景山区はフフホト市の 2 倍以上である。個人負担はそれぞれ 90 元と 10 元で、北京市石景山区はフフホト市の 9 倍である。財政援助では、北京市石景山区もフフホト市の 9 倍である。一方、北京市石景山区では、都市非就労者・農村住民基本医療保険基金の拠出がない。

表 5-28：定額方式の試行地域における都市非就労者・農村住民負担（単位：元）

試行地域	1 人当たりの額(年間)	内訳		
		個人負担	都市非就労者・農村住民基本医療保険基金	財政援助
北京市石景山区	180	90	—	90
フフホト市	70	10	50	10

出所:各地域の公文書より作成

初期資金の投入がある地域は、天津市、盤錦市、湘潭市、南寧市である。そのうち、盤錦市では、試行段階、都市就労者基本医療保険の繰越金から 5,000 万元を振り替えて初期資金とする。天津市では、試行段階で介護保険給付金を確保するために、都市就労者基本医療保険基金と都市就労者多額医療助成基金から、それぞれ 5,000 万元が介護保険基金として振り替える。湘潭市では、都市就労者基本医療保険基金から

500 万元を振り替えて、初期基金として使用する。南寧市では、介護保険制度が開始された年には、その年の都市就労者基本医療保険基金から 7%(約 2.34 億元)を振り替えて、初期基金とする。

北京市石景山区では、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者における介護保険の個人負担は、全額助成の条件を満たした人については、個人負担は政府が全額助成する。ただしその具体的な条件は示されていない。晋城の財政援助については、退職者の年金に基づき、0.15%の割合で助成する。フフホト市、市政府は 1 人当たり年額 10 元を助成する。開封市、認定された困難を抱えている退職者の場合は、個人負担部分に対して市、県(区)の財政援助は、1 人当たり年額 60 元である。フフホト市の介護保険に関する公文書は「介護保険と高齢者手当および重度障害者手当などの政策とのつながり方を探る」ことを強調する。一方、漢中市では、特別な困難を抱えていると認定された退職者の個人負担は、本人と財政援助でそれぞれ 50%を負担する。また、昆明市では、公費部分は、医療保険の個人口座の 0.2%で決定する。盤錦市では、都市就労者基本医療保険に加入している医療救助対象者は、個人負担は医療救助基金から全額負担する。盤錦市で都市就労者基本医療保険制度を実施する前に再生または破産した市及び県の企業のうち、都市就労者基本医療保険に加入し、個人口座を開設しない場合、個人負担は財政援助で賄われる。

(3)多様な財源

中国の介護保険制度の財源構成の特徴としては、①地域によって財源構成が異なること、②財源は主に基本医療保険基金から賄われること、③一部の試行地域では、福祉宝くじ基金、寄付金等の財源調達方法も採用されること、などが挙げられる。

中国では労働者は企業を定年退職した後も、基本医療保険と公的年金保険において企業との関係を維持し、企業の多くは定年退職した元就労者の保険料の一部を払い続けている。新しい介護保険の制度設計でも似たような仕組みが採用された。他方、定年退職者分の財源構成と財源調達において指定地域の間で多様性が見られる。多くの地域は定年退職者と医療保険とのつながりを活かす方式をとっているが、年金と関係づけて財源調達を行う地域もある。低所得の定年退職者に対して保険料の減免や援助を講ずることが広くみられる(王 2022)。

ドイツでは、財源は保険料のみであり、国庫負担はない。2020年時点の保険料率は3.05%(労使折半。子を持たない23歳以上65歳未満の被保険者は、被保険者負担分のみ0.25%ポイント上乗せされた3.3%)である(森2020)。日本の介護保険の財源は、ドイツと異なり、公費、保険料と利用者負担で賄われている。介護保険の給付財源は、利用者負担1割強(滞在費、食費、居住費を含む)除いて、半分は保険料収入で、残り半分は公費で賄われる。公費は、おおむね国で1/2(利用料を除く総額の1/4)、都道府県と市町村で各1/4(同1/8)の割合で負担する(施設等給付費は別扱う)(『社会福祉学習双書』編集委員会2016:190-192)。韓国の介護保険の財源は、国庫負担と保険料負担(事業者負担を含む)と自己負担で構成されている。国庫負担20%(予想収入額の20%)、介護保険料60%、利用者負担15~20%となっている(崔2019)。保険料率は日本が介護保険の保険料率を別に設定しているのに比べて、韓国は公的医療保険の保険料に一定比率(2019年基準8.51%)をかけて計算している(金2020)。

中国においては多くの試行地域では、被保険者の保険料と事業者の保険料が定められている。しかし、ほとんどの地域では、被保険者の保険料は主に医療保険個人口座から天引きされ、事業者の保険料は主に基本医療保険料や基本医療保険基金で賄われている。つまり、事業者の保険料は医療保険基金に依存する。被保険者の保険料は個人口座からの天引きである。このため、被保険者の保険料は実質的に医療保険の被保険者が負担している。

以上、本章では、第1回と第2回国指定試行地域の介護保険制度の状況を整理した。そして、介護保険の保険者は原則として地級市であると思われ、その理由を分析した。また、ほとんどの試行地域では、都市就労者基本医療保険の加入者を優先的に保障することが分かった。次に、要介護認定の基準は地域によって異なるが、一般的なプロセスは、申請、書類審査、認定、および結果の発表に分かれていることを確認した。続いて、介護保険サービスの種類は施設介護、在宅介護と大別されるとわかった。さらに、給付基準については、主に定額給付、定率給付、限度額の設定という給付方式に分けられるが、給付金額の差が大きいことが明らかになった。最後に、財源を分析した結果、介護保険の財源は主に基本医療保険基金から賄われることが分かった。第6章では、介護保険制度の試行によって実現した成果についてまとめる。

第6章 介護保険制度の成果

介護保険制度の成果に関する先行文献には、張(2017)、陳(2018)、陳他(2020)、門・孫(2017)、李・陳(2018)、姜・張(2021)、黄他(2021)、張他(2021)などがある。本章では、先行文献の分析に基づいて、介護保険制度の成果について整理しながら、検討する。

第1節 要介護者とその家族の経済負担の軽減

国家医療保障局が発表したデータによると、2020年には介護保険被保険者数は約1.08億人、給付を受けている人は83.5万人である。保険基金の収入は196.1億元、支出は131.4億元である。指定介護施設の数4,845である。介護職員数は19.1万人である。2021年には49の試行地域(非指定試行地域を含む)で被保険者数は約1.45億人、給付を受けている人は108.7万人である。介護保険基金の収入は260.67億元、支出は168.4億元である。指定介護施設の数6,819である。介護職員数は30.2万人である。2019年末時点で、第1回国指定試行地域における介護保険の被保険者数は9,815万人に達し、給付を受けた人数は110万人である(王・張2021)。『人民日報』によれば、成都市では、1,423.95万人が介護保険に加入している。そのうち、75.28万人は給付を受けており、給付総額が8.43億元である。サンプル調査によると、介護保険給付を受けた世帯の介護費用は少なくとも44.31%を減少した。

その中で、南通市は、5年間の模索と実践を経て、「施設介護、在宅介護、補助金、福祉用具サポート、要介護予防と管理」を統合した介護保険モデルを徐々に発展してきた。介護保険サービスを受けている被保険者のうち、在宅介護を選択する人は80%を占め、施設介護を選択する人は20%である。指定医療施設または指定高齢者介護施設で介護保険サービスを受ける場合、給付基準は1人当たり月額2,100元である。在宅介護では、30以上のサービス項目が導入され、訪問サービスの回数は100万以上に達した。

北京市石景山区は、2018年から介護保険制度の試行を始めており、2020年9月時点で、被保険者数は47万人以上に達し、介護保険の給付を受けている人は約2,500人で、給付額は1人当たり1か月約2,000元である。現時点における全国49の試行地域(非国指定試行地域を含む)での介護保険の被保険者数は1億3,400万人に達してお

り、給付を受けている人は152万人であることを考えると、北京市では、給付を受けている人が被保険者総人数の約0.53%しかおらず、その割合は非常に低いと考えられる。

青島市における介護保険の被保険者数は、試行段階の380万人から2016年6月現在の847.8万人(都市就労者基本医療保険の被保険者361.6万人、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者486.2万人)に増加した。2015年1月から6月までのデータを例にとると、医療専門介護・看護サービス、施設介護・看護サービス、在宅介護・看護サービス、社区見回り介護・看護サービスの保険給付を受ける人は合計20,897人であり、合計306.5万ベッドを利用した。そのうち、在宅介護・看護サービスの保険給付は255.7万ベッドで83.3%、施設介護・看護サービスの保険給付21.9万ベッドで7.1%、社区見回り介護・看護サービスの保険給付は14.7万ベッドで4.8%を、医療専門介護・看護サービスの保険給付は14.5万ベッドで4.7%を占めている。介護保険の給付額は合計1.66億元である(張2017)。

荊門市における介護保険の被保険者数は、2018年1月時点で121万人であり、そのうち、947人が保険の給付を受けている(陳2018)。それが、2019年6月時点での被保険者は247万人に達し、そのうち、要介護認定を申請した人は1.1万人であり、8,712人が介護保険の給付を受けている(陳他2020)。このデータに基づいて計算すれば、要介護認定を申請した人は被保険者の約0.45%、給付を受けている人は要介護認定を申請した人の79.2%を占めることになる。また、給付を受けている8,712人のうち、73.2%が24時間在宅介護サービス、17.0%が短時間在宅介護サービス、9.1%が老人ホームなどの施設介護サービス、0.7%が医療施設介護サービスを選択している。荊門市の介護保険の支出は徐々に増加しており、2019年5月時点での支出は1321.7万元に達している。その中で、24時間在宅介護サービスへの支出が最も多いことがわかっている(陳他2020)。上記のデータから、24時間在宅介護サービスを選択する被保険者の割合が高い一方で、財源に関する在宅介護への支出も比較的高いことが分かった。また、2017年7月から2019年5月までの間で平均1人当たりの介護費は13,756元であり、そのうち、介護保険の給付は11,086元(80.6%)、自己負担額は2,670元である(陳他2020)。荊門市では、介護費用に対する給付割合が80%に設けられているため、上記のデータから、2017年7月から2019年5月の間に、給付割合は設定された目標に達したことが分かった。一方、2016年11月から2019年6月までの間で荊門市

介護保険基金の累計収入は 2.7 億元であり、そのうち支出は 1.3 億元、繰越金は 1.4 億元である(陳他 2021)。

長春市では、2017 年 2 月現在、指定された高齢者介護施設 35 社と介護保険機関 20 社が介護保険事業を開始している(門・孫 2017)。すでに 3,892 人が介護保険の給付を受けている(長期間の要介護者 2,427 人、短期間の要介護者 1,465 人)。介護保険基金から 5,568 万元を支出した。保険からの平均給付割合は約 85%である。長春市では、老人ホームなどの施設介護・看護サービスを受ける場合、年間 1 人当たりの介護総費用は約 4 万元であり、そのうち、自己負担額は、都市就労者基本医療保険の被保険者約 3,600 元、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者約 7,200 元である(李・陳 2018)。これらの関連のデータに基づいて計算すれば、介護保険の給付割合は都市就労者 91%、都市非就労者・農村住民 82%である。また、李・陳(2018)は、「介護保険制度が試行される前に、居住費は平均 1 日当たり 1,000 元である。その居住費は全額自己負担であるため、経済負担が重い。介護保険が試行された後、介護保険の給付を受ける場合、平均 1 日当たりの居住費の自己負担は約 100 元となったため、被保険者の介護費用を減少するのに大きな役割を果たしている」と指摘している。

介護保険給付を受けた世帯の介護費用について、復旦大学が 2,059 人の要介護高齢者を対象者に調査を行っている(姜・張 2021)。データによると、2018 年以来、青島市における介護保険基金の支出は 4.3 億元であり、6 万以上の人が介護保険の給付を受け、そのうち、1.5 万人以上の要介護高齢者が専門的なホスピスケアサービスを受けている。2019 年 6 月現在、成都市は 24.48 万人が介護保険給付を受けており、介護保険基金からの給付額は 3.01 億元である。南通市は 35 万人が訪問介護サービスを受け、1,100 人余りが介護福祉用具貸与サービスを受けた。寧波市は累計 893 人が介護給付を受け、介護保険の給付額は 961 万元で、平均給付割合は 48.23%である。姜・張(2021)は、「2019 年 6 月時点で、上海市で介護保険サービスを受けている高齢者は 23.4 万人、訪問介護サービスを提供する回数は 566 万、在宅介護と施設介護の給付額は合計 10.2 億元である。要介護 5 と要介護 6 の介護費用は 1 日当たり 30 元で、介護施設に入居した日数で計算すると、介護保険基金からの給付は 85%、個人負担は 15%である」と報告している。すなわち、1 人当たり 1 日の介護保険給付額は 25.5 元、個人負担は 4.5 元である。さらに、姜・張(2021)は、「介護施設に入居する場合、要介護度

に応じて1か月当たり510元～790元を給付し、要介護高齢者の経済的負担を効果的に軽減することができる」とも指摘した。

一方、上海市での調査では、普陀区に設立された介護施設「全程玖玖長者之家」を取り上げて、以下のことを報告している。施設には20ベッドあり、入居者は全員重度要介護高齢者である。要介護5と6の高齢者の場合、1ユニット3人定員の月額利用料は、居住費が2,300元、介護サービス費が2,700元、食費が1,100元、合計6,100元である。そのうち、介護保険の給付額が765元である(姜・張2021)。上記のデータに基づいて計算すれば、上海市の「全程玖玖長者之家」では、介護保険の給付額が介護サービス費(2,700元)の28.3%、介護総費用(6,100元)の12.5%を占める。

前述の先行研究から、介護保険制度の試行については以下の3点が分かった。第1は、介護保険の試行により、一部の被保険者が給付を受けるようになり、本人とその家族の経済的負担が軽減されたことである。第2は、試行地域によって介護保険の給付割合の差が大きいことである。例えば、長春市では、施設介護・看護の場合、給付割合は都市就労者91%、都市非就労者・農村住民82%である。寧波市では、平均給付割合は48.23%である。上海市では、施設介護の場合、給付割合は12.5%(介護費用総額に占める割合)である。第3は、在宅介護を選択した被保険者の割合が高いことである。在宅介護を選んだ理由としては、①もともと中国では高齢者の世話は、家族の責任であるという考え方が根強く、メンツを重んじる中国では、「親族や周りの目も気になる」ということである。一方、家族に見守られながら介護を受けられることも、要介護者にとって安心できる環境になる、②高齢者によって介護は住み慣れてきた自宅で受けたい人が多い、③施設に入所する場合、介護費用の他に居住費や食費なども支払われるため、経済的な負担が比較的重くなる。そして、状況によっては、在宅介護は施設介護よりも経済的負担が軽くなる、④老人ホームなどの施設介護では、高齢者虐待、詐欺事件、介護・世話の放棄・放任などの問題点が多い、ことが挙げられる。

第2節 基本医療保険基金の支出の削減

姜・張(2021)は、「介護保険の試行を通じて、介護が必要な人は在宅介護、施設介護などの介護サービスを選択することを促進した。このように基本医療保険基金の支出を節約する一方で、高齢者の生活の質も改善することができる」と指摘し、特に、介護保険試行からの3年間で、南通市では、要介護者の医療費用は1.62億元から9,970

元に削減されたと報告している。さらに、姜・張(2021)は、上饒市において介護保険給付を受けた764人に関する調査を分析している。調査結果によると、介護保険給付を受けた前後の入院状況を比較したところ、年間1人当たりの平均入院回数は36.8%を減少した。また、年間1人当たりの平均基本医療保険基金の支出は40%を減少した。また、青島市では介護保険試行からの6年間で、集中治療室(ICU)や2級・3級病院の長期滞在者は在宅介護や施設介護を利用し、低料金で介護・看護サービスを受けるといふ介護保険制度の目的を実現している。一方、医療保険基金の支出を節約することが実現された(姜・張 2021)。

黄他(2021)は、上海市では介護保険の試行により、2019年の重度、中度、軽度の要介護高齢者の一人当たりの医療費は、2018年と比較してそれぞれ17%、8%、3%を減少したと指摘した。また、張他(2021)は、南通市では、介護保険制度の試行から5年間(2016年～2021年)で、介護施設の要介護者のうち、19%の人は医療施設から介護施設に変更し、平均医療費は18,436元(医療施設)から745元(介護施設)に下がり、合計2.69億元の基本医療保険基金を節約したと指摘した。また、専門介護サービスは、要介護者の病状の悪化を緩和し、褥瘡や転倒事故の発生を減らし、間接的に基本医療保険基金の支出を減らすのに役立つと強調された(張他 2021)。

中国では、介護保険の給付対象者は、加齢、疾病、傷害などの原因で、医療機関またはリハビリテーション機関による診断と治療の後、要介護状態が持続的に6か月以上の重度要介護者である。これらの人々は、各種の原因で退院しても生活は自立できず、長期的な医療と介護が必要である。例えば、尿管、胃管、経鼻胃管、瘻管等の様々な管の処理と介護、血圧値、血糖値、体温、脈拍、呼吸等のバイタルサインの測定、経口や注射と他の経路での投薬、酸素の吸入や人工呼吸器の使用などである。介護保険制度が試行される前は、これらのサービスの費用は医療保険から給付することができる。介護保険制度の試行に伴い、長期入院患者は医療型介護施設などの介護サービスへ移行することができるようになった。結果としては、基本医療保険基金の支出が減少したということである。

第3節 介護施設とその関連産業の発展の促進

彭他(2021)は、介護保険制度の試行によって介護サービス産業とその関連産業の発展が促進されたと指摘している。特に、承德市では、同制度の試行に伴い、初めての

専門介護施設と専門在宅介護サービス機関が誕生し、市内の介護サービス業の空白を埋めた。また、医療・介護施設の規模も拡大し、第三病院を含む5つの指定施設が設置され、合計205ベッドとなる。承德市の指定看護サービス施設は、2017年の制度試行当初の3施設から6施設に増えた。また、青島市では、2019年に、医療介護施設の数141社に達し、高齢者介護施設総数の半分以上(55.7%)を占め、介護型ベッド数は2.5万に達し、施設介護ベッド総数の58.9%を占めた。リハビリテーションと介護ベッドの割合も、制度試行前と比較して大幅に増加していると報告されている(彭他 2021)。また、青島市では、介護保険が発足して以来、民間サービス施設を主体としたサービスシステムが形成されており、718施設のうち、631施設が民間施設で87.9%を占める。全市の指定施設で介護ベッド数は8,903床、介護・看護スタッフは1.71万人である。

成都市では、介護保険制度の試行により、多くの民間保険会社と医療介護事業者の連携を通じて高齢者介護産業の展開を加速し、2019年6月現在、介護産業の投資規模は80億元を超えている(姜・張 2021)。新たに約2万人(そのうち約6,300人の低所得者を含む)の雇用があり、就職支援と貧困援助を実現している。また、上海市では、制度の実施以来、介護サービス指定施設778社を新設し、介護サービス従業員は試行当初の約1万人から4万人余りに増えた。介護サービス従業員の全体的な資質とサービスの質は以前より大きく向上している。荆門市では、制度が実施されて以来、指定サービス施設は121社で、介護スタッフは2.6万人を育成している。政府は3,000万円の資金を調達し、「福寿居」、「千福園」などの介護サービスモデル施設28社を開設した。また、35の養護施設が約3億元を投資した。8つの民間企業は医療・介護産業に投資した。4,500件の介護関連の新規雇用が創出され、在宅介護産業の発展を効果的に促進した(姜・張 2021)。

黄他(2021)は、2020年末現在、上海市で認定された介護従業員の数は68,000人に達したと報告した。具体的には、上海市で契約された介護サービス機関が1,186社(うち、高齢者介護施設が750社、在宅介護サービス施設が436社)である。安定した介護サービス供給市場が初歩的に形成された。一方、上海市の認定チームについては、主に社区(コミュニティ)家庭医者で構成される。要介護認定調査員は、研修や試験に合格し、統一された認定基準に従って認定作業を行う必要があるため、2020年末現在、全市で約6,000人の認定調査員を育成した(黄他 2021)。

中国においては、介護需要の増加と介護保険制度の試行に伴い、介護産業は成長産業に位置付けられている。介護サービスは、在宅介護が主流となっており、訪問介護やコミュニティ介護等のニーズが高い。また、平均世帯人数の減少により、在宅介護とコミュニティ介護以外に、施設介護の必要性も高まっていくことが見込まれる。

しかし、介護施設とその産業は成長しているものの、高齢化が急速に進んだため、インフラや社会システム面などで整備されていない課題が多く、発展途上の段階にある。介護保険の試行により、介護人材の育成が促進され、一部の人々の就労問題が解決された。しかしながら、介護ニーズの増加に伴い、介護人材の供給が需要に追いつかない状況になると指摘されている。急速に高齢化が進む中国は、今後、介護の巨大市場になる。その関連制度などの整備や介護人材の確保はますます大きな課題になっている。

以上、介護保険制度の試行されたことによる成果について分析し、それをまとめた。分析結果によると、介護保険の試行により、一部の被保険者が給付を受けるようになり、本人とその家族の経済的負担が軽減されたことがあげられる。また、一部の試行地域では医療保険基金の支出を削減することが実現された。さらに、介護施設とその関連産業の発展を促進した。第7章では、介護保険制度の課題について、被保険者、要介護認定基準、負担割合・費用総額、財源、保険料納付責任、政府責任などの観点から言及する。

第7章 介護保険制度の課題

以上のように、2022年時点の各試行地域の介護保険制度の状況や成果について整理してみた。では、今後、試行地域が拡大する中で考えられる課題はどのようなものがあるか、以下、介護保険制度研究における考察と、本研究における見解をまとめてみたい。

第1節 都市就労者に傾斜する被保険者

中国では、原則として都市就労者基本医療保険の加入者が優先的に介護保険の被保険者になる。第5章第2節の表5-2と表5-3を見ると、第1回と第2回国指定の29試行地域では、それぞれ都市就労者基本医療保険の被保険者をカバーしているが、一部の試行地域は都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者もカバーしている。そのうち、都市就労者基本医療保険の被保険者と都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者をカバーしている地域数は10で、地域総数の約34%を占める。

都市就労者基本医療保険の被保険者のみをカバーしている地域数は18で、地域総数の約62%を占める。一方、長春市は都市就労者基本医療保険の被保険者と都市非就労者基本医療保険の被保険者をカバーしている。つまり、介護保険制度の被保険者は就労者に偏っているのである。わずかな地域では、被保険者の範囲に都市非労働者と農村住民が含まれているが、長春市では都市部の人のみが含まれている。

表7-1：基本医療保険の被保険者数(2018年-2021年 単位：億人)

	2018年	2019年	2020年	2021年
都市就労者基本医療保険	3.17	3.29	3.44	3.54
都市非就労者・農村住民基本医療保険	10.27	10.25	10.17	10.09
合計	13.44	13.54	13.61	13.63

出所：中国国家医療保障局のデータより作成

国家医療保障局のデータによると、2021年末時点の都市就労者基本医療保険と都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者数は合計13.63億人である。そのうち、都市就労者基本医療保険の被保険者は3.54億人で26%を占め、都市非就労者・農村住

民基本医療保険の被保険者は 10.09 億人で 74%を占める(表 7-1 参照)。都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者数は常に都市就労者基本医療保険被保険者数の 3 倍を超えている。すなわち、就労者を優先的にカバーする介護保険の被保険者範囲は非常に狭いと考えられる。

第 2 節 非統一的な要介護認定基準

2021 年 7 月 16 日に国家医療保障局・民政部は「長期介護要介護等級認定基準(試行)」を公布するまで、認定基準は全国統一のものがなく、地域間で大きな違いがある。多くの試行地域は「日常生活動作能力認定表」に基づき要介護認定を行う。一方、上海市、蘇州市及び成都市などは独自の認定方法と基準を用いた。例えば、上海市は「高齢者介護統一ニーズ認定レベル別基準」、成都市は「成人要介護総合認定技術規範」、蘇州市は「介護保険要介護度認定表」の基準を踏まえて要介護度を認定する。

表 7-2：「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に基づいた要介護認定基準

第 1 回国指定の試行地域	長春市	「吉林省介護保険要介護等級認定管理暫定方法」〔2022〕20 号	合計： 6 地域
	南通市	「国家長期介護要介護等級認定基準の実施及び介護保険に関する政策の完善に関する通知」〔2022〕42 号	
	荊門市	「荊門市介護保険要介護等級認定基準(2022 年版)」〔2022〕3 号	
	蘇州市	「蘇州市介護保険要介護等級認定管理暫定方法(試行)」〔2023〕7 号	
	チチハル市	「介護保険要介護認定基準(試行)」〔2023〕3 号	
	重慶市	「重慶市介護保険要介護等級認定管理暫定方法」〔2021〕52 号	
第 2 回国指定の試行地域	天津市	「天津市介護保険要介護等級認定管理方法(試行)」〔2022〕1 号	合計： 4 地域
	開封市	「開封市介護保険要介護認定管理方法(試行)」2022 年 9 月	
	南寧市	「南寧市介護保険要介護認定管理方法(試行)」〔2021〕6 号	
	ウルムチ市	「ウルムチ市介護保険要介護認定細則」2022 年 3 月 15 日	

出所:筆者作成

「長期介護要介護等級認定基準(試行)」が公布された後、一部の試行地域は介護保険の要介護認定基準を改定した。表 7-2 が示すように、2023 年 7 月時点で、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に基づいて要介護認定基準を定めた試行地域は、第 1 回国指定の試行地域のうち、長春市、南通市、荊門市、蘇州市、チチハル市及び重慶市の 6 地域、第 2 回国指定の試行地域のうち、天津市、開封市、南寧市及びウルムチ市の 4 地域、合計 10 地域であるため、第 1 回と第 2 回国指定の 29 地域の約 34%を占めている。つまり、要介護認定基準に関しては、中央政府が統一的な認定基準を発

表しているが、まだ全ての地域が「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に従っているという状況には至っていない。

介護保険は、介護サービス利用に関する国民の権利を保障する社会保険制度であり、要介護認定は全国どこで申請しても統一された基準に基づいて審査されることが基本原則となっている。そして、要介護認定に関しては、全国統一の基準に基づき、客観的かつ公平・公正に行われるべきであると考え。しかし、現段階では、各地方政府における要介護認定の実態を見ると、半分以上の試行地域によっては独自の基準で行っているといった問題がある。

第3節 重度要介護者偏重の介護給付

第5章の表5-5と表5-6から、介護保険の給付対象者は主に重度要介護者であることがわかる。国指定の29の試行地域のうち、給付対象者が重度要介護者に限定されている地域数は24で、82.8%を占める。給付対象者が中度要介護者・重度要介護者を含む地域数は5で、17.2%を占める(表7-3)。すなわち、現段階では、介護保険は主に重度要介護者を対象に給付されている。

表7-3：国指定試行地域における介護保険の給付対象者¹⁵

	該当地域	総数	国指定試行地域(29)に占める割合
重度要介護	長春市、承德市、上饒市、荊門市、青島市、成都市、石河子市、チチハル市、広州市、寧波市、重慶市、北京市石景山区、天津市、晋城市、盤錦市、福州市、開封市、湘潭市、南寧市、黔西南布依族苗族自治州、昆明市、漢中市、甘南蔵族自治州、ウルムチ市	24	82.8%
中度・重度要介護	南通市、安慶市、蘇州市、上海市、フフホト市	5	17.2%

出所：筆者作成

第6章第1節では、介護保険の要介護認定の申請者と受給者が比較的少ないことも確認された。要介護認定の申請者や受給者が少ない原因は、重度要介護者を優先的に

¹⁵ 青島市では、重度は3級・4級・5級に分かれる。上海市では、要介護度は2級・3級・4級・5級・6級に分かれる。成都市では、重度は3級・2級・1級に分かれる。フフホト市では、重度1、重度2、重度3に分かれる。

給付することである。また、第5章第3節で述べたとおり、広州市、南通市、安慶市などの試行地域は慢性期看護を介護保険給付の中に取り入れている。定められた条件を満たさない場合、保険給付を受けることができない。慢性期看護は本来ならば医療保険の給付対象であるはずだが、中国の医療保険は基金の負担能力を最優先し、慢性期看護を患者の自己負担にしていた。近年、患者の負担軽減を図るため、やっと介護保険の給付対象にするようになった。これも申請者や受給者が少ない原因と思われる。

第4節 自己負担割合と介護費用総額との落差

介護保険サービスは、利用に際し、かかった費用のうち一定割合の額は利用者自身が負担（以下、自己負担）し、残りの額は介護保険給付で賄う。規定の給付範囲をこえる介護保険サービスは全額自己負担である。また給付額の上限を超えた分も全額自己負担である。本節の見出しである「自己負担割合」とは、介護保険サービス費用に占める自己負担額の割合を指す。また「介護費用総額」とは、実際にかかる介護費用の総額を指す。様々な事例から、介護保険サービスは、規定の自己負担割合に比べて実際にかかる介護費用総額が非常に大きいことが明らかになる。本節はこのような課題を「自己負担割合と介護費用総額との落差」として以下に論じる。

一般に、給付割合が高いほど利用者負担割合は軽くなると考えられる。第1回国指定試行地域において給付割合が最も高い地域は90%であるのに対し、給付割合が最も低い地域は50%である。第2回国指定試行地域の給付割合の平均は70%前後である。試行地域のうち、開封市のように給付割合が比較的低い地域の施設介護サービスの給付割合は65%である。他の地域の施設介護サービスの給付割合はほとんど70%である。一方、在宅訪問介護サービスの給付割合はほとんど70%を超え、70%を下回る試行地域はない。給付割合が最も高いのは盤錦市と湘潭市で、在宅訪問介護サービスの給付割合は80%である。ここから在宅訪問介護サービスの給付割合が施設介護サービスの給付割合より高いことが伺えよう。その理由の一つとしては、中国政府が在宅介護サービスを奨励していることが考えられる。

施設介護サービス、在宅訪問介護サービスとの間に多少の高低はあるものの、給付割合は総じて7割～8割と比較的高い印象を与えるかもしれない。つまり、介護保険の自己負担割合は低いと感じられるかもしれない。だが、個別の事例を見ていくと、介護保険の自己負担割合と介護費用総額の間には大きな落差があることが伺える。すなわち、地域で定められた介護保険の自己負担割合は低い、実際にかかる介護費用の

総額は非常に大きいという事例が見いだせる。例えば、上海市では、介護保険の給付割合は、社区と在宅介護・看護の場合、要介護度によって保険サービスの利用回数が異なるが、いずれも 90%である。老人ホームなどの施設介護・看護の場合、要介護度によって給付限度額が異なるが、いずれも 85%である。次に、保険の給付割合をみると、利用者の自己負担割合は 10%や 15%であり、自己負担割合は低いと感じられるだろう。だが、一部の研究者は、実際にかかる介護費用の総額は非常に大きいと指摘する。

呉(2019)は、「上海市の給付割合は、社区と在宅介護・看護サービスは 90%、老人ホームなどの施設介護・看護は 85%と定められるが、実際に介護費用総額の中で利用者の自己負担額が高いという現状である」と指摘する。上海市の介護保険の給付額は低い。社区と在宅介護・看護は毎日最大で 1 時間のサービスを提供するが、実際の利用者はそれ以上の時間を必要とする。また、老人ホームなどの施設介護・看護は 1 日の最高給付額が 30 元であるが、実際の介護費用はこれをはるかに超える。規定の時間の上限、規定の給付額の上限を超えた分は全額自己負担となる。つまり、介護総費用に占める利用者負担の割合は高くなり、本人またはその家族の負担は大きくなる。

劉(2018)も上海市を例にとる。上海市は、社区と在宅介護・看護の場合、要介護度 2 級と 3 級の自己負担は月額約 2,700 元、要介護 4 は月額約 3,800 元、要介護 5 と 6 は月額約 5,000 元である。老人ホームなどの施設介護・看護の場合、軽度、中度、重度の自己負担は、それぞれ約 1,600 元、4,400 元、8,000 元である。ここから計算すると、利用者の自己負担額は介護費用総額の 57%~84%を占める。2020 年の就労者の 1 か月の平均給与は 8,548 元である。つまり、利用者の、介護費用の自己負担額が平均給与に占める割合は高く、利用者ないしその家族に大きい負担がかかることが伺える(劉 2018)。

さらに、第 6 章第 1 節で指摘したとおり、上海市普陀区の「全程玖玖長者之家」という介護施設では、1 ユニット 3 人定員で、要介護 5 と 6 の場合、介護保険の給付額(765 元)が介護サービス費(2,700 元)の 28.3%、介護費用総額(6,100 元)の 12.5%を占める。介護サービス費や介護費用総額における利用者の自己負担割合は 70%を超える。

第5節 基本医療保険基金依存の財源

第1回国指定試行地域では、主な財源は基本医療保険基金である。被保険者負担部分を都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする地域は、チチハル市、荊門市、上饒市、長春市、承徳市、南通市、青島市、重慶市である。2020年「指導的意見」では、介護保険制度の財源は主に事業者負担と被保険者負担から構成することと強調されているが、複数地域の事業者負担は、基本医療保険基金または医療保険料から天引きされる。被保険者負担も都市就労者基本医療保険の個人口座から賄われる。第2回国指定試行地域の財源構成を見ると、被保険者負担は都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きする地域は、石景山区、晋城市、フフホト市、盤錦市、開封市、湘潭市、南寧市、黔西南布依族苗族自治州、漢中市、昆明市などである。事業者負担は都市就労者基本医療保険基金から転用される地域は、北京市石景山区、黔西南布依族苗族自治州である。事業者負担は都市就労者基本医療保険料から差し引かれる地域は、天津市、フフホト市、盤錦市、福州市、開封市、湘潭市などである。晋城市、盤錦市と湘潭市は、都市就労者基本医療保険基金の繰越金の一部を初期基金として介護保険に転用する。

つまり、事業者負担は医療保険基金や医療保険料に依存する。被保険者負担は医療保険個人口座に依存する。医療保険基金と個人口座の残高が十分であれば、介護保険の財源を円滑に確保できる。だが、医療保険基金と個人口座の残高が少ないと、給付が滞る。あるいは、給付水準が低くなったり、給付範囲が縮小したりする。

日本や韓国などの介護保険制度の先行国に比べると、中国の介護保険制度は財政制度の面で独立性が弱く、実際には公的医療保険制度の一部になっている。高齢者を多く抱えた中国は、基本医療保険制度から要介護高齢者への補完的な財政補助のみでは、持続可能な高齢化対策であると言えない(張 2018)。しかし、持続可能性があるかどうかについては、介護保険の財源状況の分析が必要不可欠だと思われる。介護保険の財源は医療保険基金から賄われるため、その医療保険基金は介護保険基金を調達できる余力があるかについて、以下で分析する。

表7-4に、2020年から2022年までの基本医療保険財源の収支状況、年度残高および累積残高を示している。そこから導き出される基本医療保険財源の事実は次の3点である。第1に、2023年現在、過去3年間の基本医療保険財源の総収支状況を見ると、毎年収入が支出を上回っており、黒字の状態にあることである。単年度残高は、

2020年に3,814億元、2021年に4,685億元、2022年に6,325億元と毎年増加している。また、累積残高については、2020年が31,500億元、2021年が36,156億元、2022年が42,640億元と年々上昇している。

表7-4：基本医療保険の財源収支状況(2020年—2022年)

種類	年	収入(億元)	支出(億元)	収入が支出に占める割合(%)	単年度残高(億元)	累積残高(億元)
都市就労者基本医療保険	2020年	15,732	12,867	81.8%	2,865	25,423
	2021年	19,003	14,747	77.6%	4,256	29,440
	2022年	20,793	15,244	73.3%	5,549	35,106
都市非就労者・農村住民基本医療保険	2020年	9,115	8,165	89.6%	950	6,077
	2021年	9,724	9,296	95.6%	428	6,716
	2022年	10,129	9,353	92.3%	776	7,534
基本医療保険(全国)	2020年	24,846	21,032	84.6%	3,814	31,500
	2021年	28,728	24,043	83.7%	4,685	36,156
	2022年	30,922	24,597	79.5%	6,325	42,640

出所：中国国家医療保障局「2020-2022年医療保障事業発展統計速報」より作成

第2に、都市就労者基本医療保険と都市非就労者・農村住民基本医療保険の財源の単年度残高や累積残高はどちらも黒字であるが、前者の方が後者よりもはるかに多くなっていることである。2020年、2021年と2022年では、都市就労者基本医療保険の単年度残高はそれぞれ2,865億元、4,256億元、5,549億元であり、累積残高は25,423億元、29,440億元、35,106億元と増加している。都市非就労者・農村住民基本医療保険の単年度残高はそれぞれ950億元、428億元、776億元と年々減少しているが、累積残高は6,077億元、6,716億元、7,534億元と増加している。また、累積残高については、2020年には都市就労者基本医療保険が都市非就労者・農村住民基本医療保険の約4.2倍、2021年には約4.4倍、2022年には約4.7倍となる。

第3に、都市非就労者・農村住民基本医療保険は都市就労者基本医療保険よりも支出が収入に占める割合が大きいことである。表7-4の「支出が収入に占める割合」を見ると、都市就労者基本医療保険は73.3%~81.8%である。一方、都市非就労者・農村住民基本医療保険は89.6%~95.6%である。つまり、収入に占める支出の割合は都市非就労者・農村住民基本医療保険の方が大きく、単年度残高も少ない(楊2023:56-58)。

都市非就労者・農村住民基本医療保険基金は主に財政援助から得られていることについては先行研究でも指摘されている。例えば、上海市の都市非就労者・農村住民基本医療保険の収支状況については以下のように指摘されている。上海市では医療保険

制度の枠内で介護保険を設け、それを医療保険の延長線上に位置付けている。現在の都市就労者基本医療保険基金の繰越金は、第1号被保険者（都市就労者のこと）の介護保険基金に対処するのに十分である。一方、第2号被保険者（都市非就労者・農村住民のこと）の介護保険基金は、都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から捻出されている（劉 2019）。このため介護保険基金を確保できるかは不明である。

政府の補助金は補助的な役割から資金提供主体が変わっており、都市非就労者・農村住民基本医療保険基金の繰越金は比較的少なく、不安定である。都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から介護保険基金に充てることは、必然的に財政援助を増大させ、基本医療保険基金の繰越金の不安定性は介護保険基金にも影響する。そして、都市非就労者・農村住民基本医療保険基金の不安定性によって、第2号被保険者の介護保険基金が都市非就労者・農村住民基本医療保険基金から拠出されるという財源調達方法は、介護保険の財源の持続可能性を脅かしている。2018年上海市都市非就労者・農村住民基本医療保険の繰越金はマイナスに転じており、支出は収入より0.8億元を超えた。都市非就労者・農村住民基本医療保険基金に依存する第2号被保険者の介護保険基金の長期的な確保が悪い影響を受けている（劉 2019）。

介護保険の財源調達メカニズムの安定性が欠如しているとの指摘もある（何他 2019）。国際的な経験によれば、介護費用は様々な国で年々増加している。日本を例にとると、2006年から2013年にかけて、日本で介護保険サービスを受ける人数は、347.69万人から471.44万人に増加した。同期間に介護保険の費用は6兆円から8.7兆円に増加した。介護保険の総費用が徐々に増加することを考慮すると、基本医療保険基金に基づく介護保険の財源調達メカニズムは持続可能ではなく、特に基本医療保険基金からの転用の割合が大きすぎ、財政援助と被保険者負担の比率が低く、収支のバランスを長期間で維持することは難しい（何他 2019）。

第7章第1節でも述べたが、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者数は常に都市就労者基本医療保険被保険者数の3倍を超える。都市就労者基本医療保険財源の残高は都市非就労者・農村住民基本医療保険の約4倍である。つまり、都市非就労者と農村住民の人数は多いが、利用できる都市非就労者・農村住民基本医療保険財源の残高が少ない。こうした状況の中で、多くの地域では、被保険者の範囲を都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者にまで段階的に拡大することを強調している。

上記の医療保険の残高を見ると、都市就労者に対する介護保険の財源は短期的には確保することが可能であると考えられる。しかし、大勢の都市非就労者と農村住民の介護保障ニーズを解決できるかは疑問である。さらに、何他(2019)が述べたように、独立した介護保険制度として、医療保険基金から賄われる財源調達方法は、財源の長期的な確保ができるかどうかには大きな疑問がある。

第6節 曖昧な保険料納付責任

現在、就労者の介護保険料は主に基本医療保険の個人口座から天引きされている。このような財源調達方法が就労者に新たな負担をもたらすかどうかを分析し、介護保険制度の安定性の点でも問題がないかをここでは検討する。

都市就労者基本医療保険の財源は、保険料と財政援助から構成される。被保険者の保険料率は就労者の前年平均賃金の2%である。退職者の場合、保険料負担は無く、事業者が負担する。事業者の保険料率は、就労者の賃金総額の8%である。そのうち、事業者が負担した基本医療保険の保険料は、各地域の基本医療保険基金で積み立てられ給付に充てられる。就労者が負担した保険料は医療保険個人口座で積み立てられる。すなわち、都市就労者基本医療保険の財源は、財政援助、個人口座に納付する保険料および都市就労者基本医療保険基金に納付する保険料から構成される。

外来費用、薬局における医薬品購入費用、入院費用の一定額以下の費用は個人口座から支払う。個人口座の残高が不足した場合、全額本人負担となる。就労者が納めるべき介護保険料は基本医療保険個人口座から天引きされる。このため、実質的に介護保険料は就労者の自己負担となる。個人口座の残高が不足あるいは給付の一定額を超えた場合、別途全額自己負担となる。こうした状況では、介護保険料は実質的に就労者の新たな負担になると思われる。

介護保険料の徴収方法は、表面的には被保険者に新たな負担を負わせていないが、実際には、被保険者が支払った医療保険料から賄われる。したがって、介護保険料を医療保険の個人口座から振り込む財源調達方法は、実質的には被保険者本人の負担となる。一方、介護保険料を医療保険の個人口座から振り込む財源調達方法は、個人口座の残高が不足した場合、介護保険料の徴収は困難となる。このような曖昧な保険料徴収方法は財源の長期的な確保にも影響を及ぼす。

第7節 相対的に小さい政府責任

王(2022)は、介護保険の財源に対する財政援助を、①財源調達に対する援助と②財源不足に対する補填に大別した。第1回と第2回国指定試行地域のうち、財政援助がある地域数は21で約72%を占める。この21試行地域では、年間1人当たりの公費負担額は財源の総額に占める割合が低い地域が多数である。例を挙げると、定率方式の地域のうち、承德市では、調達基準は前年度被保険者年収の0.4%で、財政援助が0.05%で12.5%を占める。荊門市では、財源構成の中で、財政援助が37.5%を占める。

表7-5：介護保険の財源が定額方式の試行地域における財政援助の割合

被保険者	試行地域	年間1人当たり財源の総額	財政援助	割合
都市就労者基本医療保険の被保険者	南通市	100元	40元	40%
	蘇州市	120元	50元	42%
	漢中市	100元	20元	20%
	黔西南布依族苗族自治州	100元	10元	10%
都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者	蘇州市	85元	50元	59%
	北京市石景山区	180元	90元	50%
	フフホト市	70元	10元	14%

出所：筆者作成

表7-5が示すように、介護保険の財源が定額方式の試行地域で、都市就労者基本医療保険の被保険者に対する財政援助の割合が、最も高いのは蘇州市で42%、最も低いのは黔西南布依族苗族自治州で10%にとどまる。都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者に対する財政援助の割合は、蘇州市が59%と最も高く、フフホト市が14%と最も低い。全体的に見れば、財政援助の割合は10%~59%と格差が大きい。また、財政援助の割合は50%以下の地域が多い。社会保険の給付のための財源として重要なポイントの一つは税財源の投入であるが、現段階で財政援助の割合が高くない試行地域が多く、一部の地域では10%にとどまる。1割程度にとどまるということは、残りの9割を利用者や事業者が負担せねばならないことを意味する。本論の枠組みにしたがえば社会保険は共助である。だが、その政策を決定して行うのは政府、すなわち公助である。その公助としての政府の責任が1割にとどまる、ということである。本論の調べた範囲では、財政援助がまったくない地域も8地域ある。こうした地域は、共助に対する公助の責任をどう位置付けるかが問われているといえる。

本章では、第5章と第6章で提示した研究結果を踏まえ、試行された介護保険制度における課題を分析した。その分析においては、①都市就労者基本医療保険の加入者が優先的に介護保険の被保険者になるため、介護保険制度の被保険者は都市就労者に偏っている、②全国統一の要介護認定基準が公布されたが、半分以上の試行地域では依然として独自の要介護認定基準が採用されている、③給付対象者は主に重度要介護者であるため、要介護認定の申請者と受給者が少ない、④介護保険の自己負担割合と介護費用の総額との間に大きな落差があり、一部の地域で定められた保険の自己負担割合が低いけど、実際に介護費用の総額に占める利用者の自己負担割合が高い、⑤複数地域の事業者負担は基本医療保険基金または医療保険料から天引きされる。被保険者負担も医療保険の個人口座から賄われる。すなわち、介護保険は医療保険に依存している、⑥被保険者の介護保険料は主に医療保険の個人口座から振り替えるため、実質的には就労者が自分で支払うことになる、⑦財源の中で財政援助の割合が低いいため、政府の役割は相対的に小さい、という見解を示した。

第8章 介護保険制度構築の方向性

ここまでの章では、中国の介護保険制度の試行状況や成果を整理し、課題を述べてきた。そこで、本章では、今後の介護保険制度構築の方向性について提言する。まず、理論的観点から介護保障体系をどう捉えるべきかを述べる。具体的には、相互に補完関係のある自助・互助・共助・公助の連携という視座から提言する（第1節）。続いて、実証的観点から4つの論点を考察する。4つの論点とは、被保険者の範囲拡大（第2節）、要介護認定基準の適地化（第3節）、給付基準・給付方式の有効化（第4節）、財源構成の多様化（第5節）である。多くの研究が、財源不足によって介護保険制度の持続性が脅かされるという見解を持ち、財源構成の改善策として、医療保険財源に依存しない介護保険の財源を提言する。しかし、詳細な財源構成や財源調達方法にまで言及しているものは少ない。また、一部の研究は解決策を提示しているが、その理由の説明や根拠は不十分である。これに対し、本章は、前章までの定量データの分析をふまえ、具体的な根拠に基づく議論を試みる。

第1節 自助・互助・共助・公助の連携としての介護保障体系

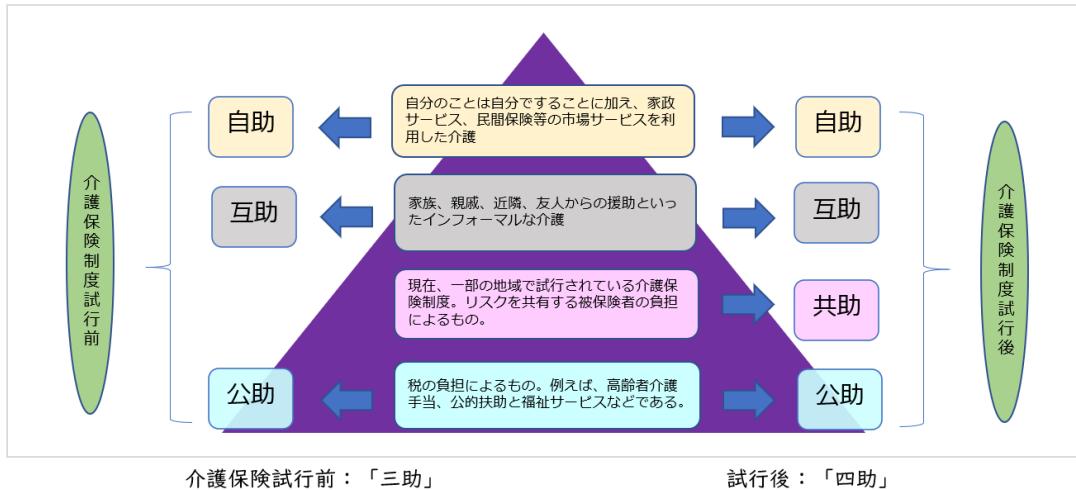
中国の介護保障は、それを構成する制度という点からみると、介護保険、介護手当、介護福祉サービス、公的扶助の4つの部門に区分できる。一方、本論文の理論的枠組みの点からみると、国民が介護ニーズを自ら支える「自助」、家族や近隣の助け合いやボランティア等からの「互助」、要介護リスクを社会保険などの制度に基づき支え合う「共助」、さらに公費で必要な援助を行う「公助」の役割連携と捉えられる。その際、重要なのは、これら「四助」の最適な組み合わせをどう作るかであるが、このうち、共助を具体化・制度化したものが介護保険制度である、というのが本論文の、介護保険制度に対する理論的解釈である。以上の理論的解釈に基づくと、中国の介護保険制度の導入過程は以下のように記述することができる。

中国では、介護保険制度を試行する以前、家族が高齢者の扶養や介護を支えてきた。だが、介護者間のトラブル、老々介護、扶養意識の変化などの原因で家族介護の限界がみえてきた。一方、高齢化の進行に伴い、要介護高齢者が徐々に増加し、中国は高齢者扶養や介護の新しいあり方を模索し始める。

中国の高齢者扶養において先駆けたのは公助である。最初の公助は困窮した高齢者世帯を対象とする選別的な公的福祉であった。しかし、伝統的な敬老院は、社会の変化に伴い自己進化を余儀なくされ、単なる生活扶助による福祉施設から、一般の利用者も受け入れる総合的なサービスセンターへと発展することで、福祉の市場化の幕を開いた。しかしながら、市場原理に貫かれる民間高齢者扶養施設の偏りのある整備では、アクセスできない家庭が多かった。政府は、急進的な市場化による歪みを改善するため、補助金政策で民間福祉の供給を多く促した。だが、民間施設が提供する介護サービスは、依然として家計にとって重圧であった。このような家族の負担構造を考慮する上で、高齢者の生活を取り巻く環境を整え、多様化した高齢者扶養のニーズに合わせる制度的考案が、介護資源をより身近にするコミュニティサービス、および介護保険である。このような制度的考案によって、要介護高齢者による、家計に対する潜在的なリスクは、社会全体に分散させることができる（李 2022）。

個人としては、自らが主体となり、尊厳を持ちながら老後の生活を行うために、困りごとを自らの力で解決し、市場サービスを自ら購入し、介護予防活動に取り組み、健康維持のために検診を受け、自発的に自らの生活課題を解決する力は大切である。また、友人や地域住民など、個々人が相互に関係を取り結ぶことによる互助は、抱える生活課題を柔軟に解決する手段として、介護保障費を抑える手段として重要である。だが、互助という関係は自発的なものであるため、支えてもらう側と支える側のバランスが崩れると、支える側がギブアップしたり、支えられる側が十分な介護を受けられなくなったりするなどの問題が生じうる。それゆえ、限界がある自助、互助、公助を支え、それらの負担を減らすため、介護保険という共助が登場することとなる。

地域連帯に基づくコミュニティサービスと、介護保険の導入によって、中国の高齢者扶養において自助・互助・共助・公助の枠組みが形成したと宣言できる（図 8—1 参照）。このことによって、従来、家族が抱え込んでいた高齢者扶養の負担は、市場サービスの熾烈な参入によって軽減されるだけでなく、国家や共同体のコミットメントによって、社会の、共通する課題になった（李 2022）。それだけでなく、介護保険という共助によって、よりいっそう多くの調整や協力を要する重要な課題になったといえる。



出所：筆者作成

図 8—1: 「四助」から捉えた中国の介護保障体系

中国における、現時点での介護保険制度の有効性としては、「被保険者とその家族の経済的負担の軽減」「医療保険基金の支出の削減」「介護施設とその関連産業の発展の促進」が先行研究において指摘されている（第 6 章）。しかし、本論文で明らかになったのは、これらの有効性は認められるものの、被保険者と受給者の範囲が狭いなどの、様々な課題であった。認められた有効性をどう高めるかだけでなく、有効性の範囲をどう広げるかについて、本論文は、29 試行地域の定量データを系統的に収集し分析することで、第 7 章において、具体的に 7 つの課題を抽出した。

これらの課題に取り組む上で重要なのは、「自助・互助・共助・公助」の最適な組み合わせとしての介護保障体系に備えるための介護保険制度のあり方を検討するという認識の共有である。すでに述べた通り、介護保険の試行により、中国の介護保障体系は「自助・互助・公助」（図 8—1 の「三助」）の組み合わせから「自助・互助・共助・公助」（図 8—1 の「四助」）の組み合わせに変容したと解釈できる。つまり、様々な介護課題を自助、互助、共助、公助の連携によって解決していく、という認識の転換が求められている。その際、忘れてはならないのは、自助、互助、公助、共助は相互に補完しうる機能を持つということである。自助、互助の負担は、共助の登場によって軽減される。そして、そのような軽減によって個人は尊厳をもって自らの生活を支えることができ、個々人が関係を取り結ぶことによって成り立つ家族、友人、地域などの互助は健全に発展できるかもしれないことが本節の上記の議論で示唆される。共助を強化することは他の「助」を助け、そのことが介護保障体系の安定と強化につながる

る。自助、互助、公助、共助の個々の役割だけでなく、これらの相互連携の機能にも着眼し、総体として、介護保障体系の構築と円滑な運営を目指すべきであろう。

以上、介護保険制度、ならびに介護保障体系に対する本論文の理論的解釈を確認した。そこで、次節以降では、以上の理論的解釈に基づき、今度は実証的観点から、介護保険制度構築の方向性として4つの論点（第2節～第5節）を提起する。これらのうち第2節～第4節は主に介護保険制度に内在するものである。一方、第5節は他の共助（＝他の社会保険）、公助（＝財政援助）にも言及する。それは、上記した「自助・互助・共助・公助」の最適な組み合わせとしての介護保障体系に備えるための介護保険制度のあり方を探求するためである。

第2節 被保険者の範囲拡大

2016年と2020年の「指導的意見」では、いずれも「試行段階では、原則として介護保険の被保険者は主に都市就労者基本医療保険の被保険者を対象とする。試行地域は自らの状況に応じて保険者の範囲を合理的に決定し、財源調達と保障ニーズのバランスなどを総合的に考慮して段階的に拡大することができる」と強調する。

現段階では、試行地域のうち、介護保険の被保険者は、都市就労者基本医療保険の被保険者に限定される地域が6割以上ある。介護保険の被保険者に都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者が含まれる地域は約3割以上ある。

介護保険の被保険者について、都市就労者が優先される理由は2つあるとされる。張(2020)によれば、理由の第1は、現状で農村部の介護支援事業そのものが不足していることである。都市部では、「社区ケアシステム」の構築を2006年以来推進しており、社区を中心として、高齢者のデイケア、訪問看護、高齢者活動、住民サービスなど、訪問サービスとデイサービスを主要な形式とする在宅介護サービスや、老人ホームなど介護施設の整備も進められた。こうして「社区ケアシステム」の構築が優先されたが、農村部への介護支援はまだ遅れており、介護施設や看護人材なども不足し、介護基盤は都市部よりも相当脆弱なものである。現段階では、農村部、特に経済発展が遅れている中西内陸部地域(上饒市、安慶市など)において、介護支援事業の整備に相当な困難を伴っていることが考えられるからである。

介護保険の被保険者について、都市就労者が優先される理由の第2は、強制加入である都市就労者基本医療保険の財源は安定的で、短期での整備が可能と見込まれたこ

とである。試行中の介護保険の財源は、医療保険の財源から賄われる。このため、財源の調達と確保の面から都市就労者基本医療保険が優先されたということである。これに対し、都市非就労者・農村住民基本医療保険は任意加入で、財政基盤も脆弱である（張 2020）。

確かに、中国では都市就労者基本医療保険は強制加入であるのに対し、都市非就労者・農村住民基本医療保険は任意加入である。このため、都市非就労者・農村住民の介護保険財源は、都市就労者の介護保険財源より安定性が弱いのは事実である。だが、介護保険の被保険者について、都市就労者を優先する理由としては、財源の安定性だけでなく、都市就労者基本医療保険の残高が、都市非就労者・農村住民基本医療保険と比べてはるかに多いことも、ここで指摘しておきたい。第7章第5節で述べたとおり、都市就労者基本医療保険の残高は年々増加傾向にあり、年間残高は都市非就労者・農村住民基本医療保険の約4倍だからである。

その一方で、医療保険の被保険者割合は、都市非就労者・農村住民が全体の4分の3を占める。つまり、今後の試行の拡充を見据えれば、試行が相対的に容易とされる都市就労者だけでなく、困難とされる都市非就労者・農村住民をもカバーする制度設計をいずれは検討せねばならない。この点で海外の例は示唆的である。

ドイツはすべての医療保険被保険者に介護保険への加入を義務付ける。韓国は国民健康保険被保険者に介護保険を義務付ける。日本の介護保険被保険者が40歳以上である点と比べると、韓国の介護保険被保険者は対象者の範囲が広い。このことは介護保険料を徴収する対象者が多いことを意味する。中国の介護保険被保険者は、ドイツや韓国と同じく、医療保険の被保険者であるが、多くの試行地域では主に都市就労者基本医療保険の被保険者を対象者とし、韓国やドイツの介護保険に比べて被保険者の範囲が狭い。しかも、範囲外とされた人々の潜在的な介護ニーズはきわめて大きい。その状況は以下のとおりである。

都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者は、都市非就労者と農村住民である。その中には、高齢者、学生、児童、都市就労者基本医療保険の被保険者に扶養されている家族が含まれる。それらの人々は、無収入、低収入あるいは収入不安定な人が多い。長期的な要介護状態に陥った場合、持続的な介護費用の全額負担はかなり重くなると思われる。一方、出稼ぎ労働者をもつ親のほとんどは農村に留まる。こうした親は子供の送金に頼りつつ、実質的に単独世帯の生活を送らざるを得ない。家族扶

養者から離れて居住し、医療と社会保障が不備な農村部に住んでいる一人暮らしの高齢者の一部は、常に孤独死の危険に晒されている(李 2022)。

今後、少子高齢化が進むにつれて、農村部でも要介護高齢者の数は急激に増加することが想定される。このことから、農村部の介護支援事業の推進、および介護保険制度の試行は、検討すべき喫緊の課題であると言える。

第3節 要介護認定基準の適地化

国家医療保障局・民政部が公布した「長期介護要介護等級認定基準(試行)」は、制度の統一性や公平性を促進するため、各地域に対して要介護度認定の統一化、規範化を求めている。まだ独自の基準で実施している地域に対しては、原則として「長期介護要介護等級認定基準(試行)」が発表された日から2年以内に「長期介護要介護等級認定基準(試行)」へ移行し、各試行地域は、実際の状況に基づいて「認定基準(試行)」を細分化してよいと明言する。

このような「長期介護要介護等級認定基準(試行)」の方針にしたがって、各地域に適した要介護認定基準を策定する必要がある。例えば、蘇州市の「介護保険要介護等級認定管理暫定方法(試行)」、チチハル市の「介護保険要介護認定基準(試行)」、荊門市の「介護保険要介護等級認定基準(2022年版)」、ウルムチ市の「介護保険要介護認定細則」などは、いずれも「長期介護要介護等級認定基準(試行)」のガイドラインに基づいて、要介護認定基準を策定している。

要介護認定基準は、介護保険制度の公平性・公正性を確保する上で重要なポイントとなる。というのも、要介護認定基準は、「誰が介護保険の給付を受けるか」「要介護者がどのようなサービスを受けるか」「どのくらいの期間、どのくらいの頻度で受けるか」を規定するものだからである。したがって、すべての地域は「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に基づいて、要介護認定基準を設ける必要がある。その際、地域間の「政策学習」が重要な役目を果たしていることが伺える。地域間の「政策学習」の例としては以下の通りである。

一部の地域では、制度を作る際、相互に「政策学習」をしていたことがインタビュー調査で明らかになっている(万・小島 2022)。中央政府が示した「指導的意見」の内容は大まかなものであり、具体的な推進方法は各地に委ねられている。中央政府は各地の実践から全国に展開できるモデルを模索することを企図していた。それと並行

して、指定都市の間では、取り組みを相互に学ぶ政策学習が頻繁に行われていたのである。例えば、荊門市は、実施当初から都市部農村部をカバーする制度を作ったが、それは各地を調査する過程で制度の公平性の問題に注目したためである。寧波市は事業推進に積極的ではないが、要介護認定基準は上海市の経験を参考にした。荊門市は上海市や青島市の要介護認定基準も導入したが、運用が複雑で荊門市の現状に合わないと、新たに独自の認定基準を開発した(万・小島 2022)。

前述したように、第1回と第2回国指定の29試行地域のうち、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に基づいて要介護認定基準を定めている試行地域は10地域、すなわち、国の基準に従っていない地域がまだ19ある。一方、第1回国指定の試行地域のうち、まだ国の基準を導入していない地域は青島市、承德市、上饒市、上海市、安慶市、成都市、石河子市、広州市、寧波市の9地域である。第2回国指定の試行地域のうち、まだ国の基準を導入していない地域は北京市景山区、晋城市、フフホト市、盤錦市、福州市、湘潭市、黔西南布依族苗族自治州、昆明市、漢中市、甘南蔵族自治州の10地域である。

本論文執筆時(2023年7月現在)、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」が発表されてから2年経った。上記した通り、中央政府は「原則として本基準が発表された日から2年以内に『長期介護要介護等級認定基準(試行)』へ移行する」という方針を定めているが、半数以上の地域は未だに方針通りに実施できていない。なぜならば、中央政府のいわゆる「原則として」という言葉は強制を意味するものでないからである。また、中国は地域間格差が大きいため、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」はすべての地域に適しているわけではない可能性も指摘できる。例えば、青島市は2012年に介護保険の導入を開始し、地域の実情に応じて、10年以上の継続的な模索と改善を経て、徐々に地域に適した介護保険要介護認定基準を形成してきた。にもかかわらず、中央政府が公布した「長期介護要介護等級認定基準(試行)」に強制的に変更すると逆効果になる可能性があると考えられる。したがって、各地域においては、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」を参考に、早急に、かつ各地域に適した要介護認定基準を策定することが望ましい。その際に、地域間の「政策学習」が有用であろうことも強調しておきたい。

第4節 給付基準・給付方式の有効化

ここでは、給付基準、給付方式の順に述べる。

まず、給付基準についてである。給付基準について、2016年と2020年「指導意見」とも、介護保険の給付割合は原則70%を超えないことを強調する。しかし、地方政府によって定められた給付基準は地域間格差が大きい。例えば、チチハル市は、在宅介護の場合、1日当たり1人20元、給付割合は50%である。一方、上海市は、社区と在宅介護・看護の場合、要介護度によって保険サービスの利用回数は違うが、要介護度に関わらず、給付割合は90%である。老人ホームなどの施設介護・看護の場合、南通市は、基金からの給付は50%である。長春市は、都市就労者基本医療保険被保険者の給付割合は90%、都市非就労者基本医療保険被保険者の給付割合は80%である。中国政府は、当初は1~2年で試行事業を終え、2020年までに全国的な介護保険制度の枠組みを構築するとしていた。だが、その結果は望むものではなかった(万・小島2022)。同じ介護保険でも地域によって給付割合の差が大きく、被保険者の不満が生じやすい。給付割合が低すぎる地域は、政府が定められた「原則70%を超えない」という方針に基づいて、給付割合を引き上げることが期待されている。

しかし、給付割合を引き上げることだけでは利用者の実負担を軽減することにはならないことも指摘しておかねばならない。利用者の実負担を軽減するには、受けられる介護保険サービスの範囲を広げ、給付額の上限を引き上げることも検討せねばならないだろう。というのも、定められた給付割合は高いものの、利用者の自己負担が実質的に大きいという課題が、一部の地域において認められるからである。そのことは第7章第4節で指摘したとおりである。上海市はその好例であった。上海市では、老人ホームなどの施設介護・看護の場合、介護保険の給付割合は85%と定められている。しかし、1日当たりの限度額は、要介護2と3の場合20元、要介護度4の場合25元、要介護度5と6の場合30元である。上海市の老人ホームなどの施設介護・看護は、1日の最高給付額が30元で、実際の介護費用はこれをはるかに超える。上海市では、老人ホームなどの施設介護・看護の場合、利用者の自己負担が介護費用総額の57%~84%を占めていた(劉2018)。

このように、一部の地域では、給付割合が高いが、実際の利用者負担が大きいという課題が見受けられる。その原因として、介護保険サービスの範囲が狭い、あるいは給付限度額が低いということを述べてきた。その改善策は、介護保険サービスの範囲

を広げたり、給付基準を引き上げたりすることが挙げられる。しかし、介護保険サービスの範囲を広げたり、給付基準を引き上げたりすると、必要な財源を増やさなければならない。介護保険の財源は主に基本医療保険基金から賅われるので、給付基準を引き上げる場合、試行地域の基本医療保険基金の残高を確認する必要がある。ここで、本節の二つ目のテーマ、すなわち給付方式の議論が必要となる。以下では給付方式について、海外の例を参照しつつ論じたい。

介護保険の給付方式に関して、海外の例を見てみよう。中国は、家族介護に対して、現在、わずかな試行地域でしか現金給付を行っていない。一方、韓国とドイツは現物給付と現金給付を採用している。韓国政府が介護を担当する家族へ現金給付を決めた理由は、制度の導入初期に介護を担当する人材を十分に確保できず、山間僻地等の需要に対応することができないことを懸念したからである(金 2020)。もっとも、現金給付は、使い道が限定されていないため自由度が高いが、介護以外の目的にお金が使われる可能性がある。一方、現物給付は、物品やサービスが支給されるので、介護以外の目的に使われない。だが、介護サービスが整備されていない場合、利用者間の公平性を保つまたは向上させるには、現金給付が1つの対策となりうる(楊 2023:172)。

この点から、現金給付は中国において検討に値する。その理由は以下のとおりである。前述した通り、中国の都市部では、「社区ケアシステム」という介護の構築を2006年以來推進し、老人ホームなど介護施設の整備も進められた(張 2022)。また、本論文の第6章第3節で述べたように、介護保険の実施に伴い、多くの試行地域では、介護サービス事業を推進している。例えば、上海市は、2020年末現在、介護サービス機関が1,186社であり、全市で約6,000人の認定調査員を育成したため、安定した介護サービス市場が初歩的に形成していると報告されている(黄・金・李 2021)。

一方、都市部と比べると、農村部の介護支援や介護サービス、介護人材はまだ遅れており、介護施設や看護人材は大幅に不足する(張 2022)。このような、中国の都市部と農村部における介護事業や介護人材の格差を考慮する上で、介護保険制度を先行している韓国の経験は参考になる。具体的には、介護サービスの基盤が都市部に比べて相当脆弱である農村部は、介護ニーズに対応することが都市部より難しい。このため、制度導入の当初は現金給付を採用すべきであるというのが本論文の提言である。

第5節 財源構成の多様化

今後、試行地域は、被保険者の増大に伴い、介護保険給付費も膨張し、同様に基本医療保険基金にいつそう依存するだろう。そうなると、介護保険財源の長期的な確保が危ぶまれる。介護保険の持続的な発展のため、介護保険財源のあり方を検討することが必要不可欠となる。また、中国の国情に沿った介護保険の財源調達メカニズムを確立する必要がある。そこで本節では財源構成について検討し提言する。

財源構成については、中国では、介護保険に先行する、他の社会保険制度を参考にすることができる。社会保険の財源は、保険料が中心であり、財政援助も一定の割合を占めている。そこで、介護保険の財源は、利用者負担(居住費、食費、居住費を含む)を除いて、主に保険料と財政援助で構成すべきだと考えられる。また、財源構成のあり方を検討する際、都市就労者・都市非就労者・農村住民負担、企業負担、政府の財政の現状分析が不可避である。

ここまでの議論をふまえて、以下では、他の社会保険との整合性を分析(本節の(1))した上で、企業の介護保険料のあり方を検討する(本節の(2))。また、都市就労者の介護保険料の現状を考察(本節の(3))し、都市非就労者・農村住民の介護保険料のあり方を検討する(本節の(4))。最後に、中央政府と地方政府の財政状況を分析し、財政援助のあり方を検討する(本節の(5))。

(1)他の社会保険との整合性

年金保険、医療保険、労災保険、雇用保険、出産保険という5つの社会保険の内容を分析してみる。すると、制度間の共通点、相違点が見えてくる。まず、これらの共通点は、①いずれも独立した社会保険であること、②独立した財源があること、③法整備が整うことができたこと、④財源は政府補助があること、⑤保険料負担に関しては、個人負担に比べて事業者負担が相対的に大きいこと、などが挙げられる。一方、これらの相違点は、制度設立の目的、財源構成、給付基準、被保険者の負担が異なることなどが挙げられる。

2016年6月に介護保険が試行されてから2023年までの7年間、一定の成果は得られたが課題は多い。試行中の介護保険は、他の5つの社会保険と比べて以下のような相違点がある。第1は、財源は医療保険基金に依存している。第2は、新しい社会保

険制度であるが、医療保険に依存するため、介護保険が独立した社会保険であるかどうかについて、研究者の見解は分かれている。第3は、いわゆる共助という社会保険は、義務と権利の対等性の観点から、他の社会保険と異なり、介護保険の給付範囲は非常に狭く、重度要介護者に限り、「重度」に関する認定基準も厳格である。このため、保険料を支払っても介護保険サービスを受けられない人がいるという現状である。

表 8-1：中国における各社会保険の財源構成

相当する日本の社会保険	中国の社会保険		
	名称	財源構成	
年金保険	基本養老保険	都市就労者基本養老保険	保険料、公費 個人：月給の8% 事業者負担：月給総額の20%
		都市・農村住民基本養老保険	保険料(個人負担)、公費
医療保険	基本医療保険	都市就労者基本医療保険	保険料、公費 個人：月給の2% 事業者負担：月給総額の6%
		都市非就労者・農村住民基本医療保険	保険料(個人負担)、公費
出産保険	生育保険		事業者負担 前年度の賃金総額の0.6%~1%
労災保険	工傷保険		事業者、公費
雇用保険	失業保険		保険料、公費 個人：月給の1% 事業者負担：月給総額の2%

出所：厚生労働省大臣官房国際課(2008)、厚生労働省(2019)より作成

社会保障体系を構築していく過程では、各制度間の整合性の確保が必要不可欠と思われる。したがって、試行中の介護保険制度について考察する際、他の5つの社会保険との整合を考慮することは非常に有意義である。また、介護保険の財源に関する課題について提言するときは、他の5つの社会保険の財源構成や仕組みなどを参考する必要がある。こうしたことから、以下では各社会保険の財源構成などを確認していく。

都市就労者基本養老保険の財源は、保険料と公費から賄われる。保険料は、被保険者負担率は賃金の8%(すべて1階部分[基金]へ拠出)、事業者負担率は賃金の20%(すべて2階部分[個人口座]へ拠出)である。公費負担に関しては、2017年中央・地方の補助金総額は8,004億元(基金へ拠出し、基金収入の18.48%)である。

都市・農村住民基本養老保険の財源は、保険料と公費から賄われる。被保険者負担は、年間100元から2,000元まで、100元毎の12段階の定額保険料である。地方の状

況に応じて詳細な段階設定が可能となる。また、地方政府は、1人当たり年額30元以上補助し、500元以上保険料を納付した者に対して年額60元以上補助する。事業者負担はない。公費負担は、中西部地区には中央政府が全額補助し、その他の地域は中央と地方政府の折半である。

都市就労者基本医療保険の財源は、保険料と公費から構成される。被保険者負担率は、賃金の2%(個人口座へ拠出)である。退職者の場合、保険料負担は無く、企業が負担する。事業者負担率は、賃金の6%(基金への拠出とその額の30%前後を各就労者の個人口座に拠出する)である。地区ごとに設定するため、例えば北京市の事業者負担率は賃金の10%である。都市非就労者・農村住民基本医療保険の財源構成は保険料と公費である。保険料負担は、事業者負担がなく、被保険者負担は対象者の属性ごとに一定額を補助する(地方政府が規定する)。そして、都市就労者基本医療保険制度と異なり、高齢者も負担する必要がある。公費負担は、地方政府が住民1人当たり一定額を補助する。中西部地域には中央政府も一定額を補助する。

出産保険の財源は事業者負担となる。企業が賃金総額の一定比率で出産保険基金に納付する。具体的には、前年度の賃金総額の0.6%~1%(北京市:0.8%)の間で、各地方政府が決定する。労災保険の財源は事業者負担と公費負担から構成される。保険料は、業種別、事業所別に、事故リスク・疾病リスク・災害状況に応じて異なる。雇用保険の財源は保険料と公費で賄われる。保険料率は、「失業保険条例」で事業者が賃金総額の2%以下、就労者が本人の賃金額の1%以下と定められ、その範囲内で地域により異なる。

以上、年金保険、医療保険、労災保険、雇用保険、出産保険の財源構成から、中国の社会保険制度の財源は主に保険料と公費から構成されることがわかる。5つの社会保険のうち、年金保険、医療保険、労災保険、雇用保険の財源はすべて保険料と公費で構成されるが、出産保険の財源は事業者のみ負担する。また、保険料の構成は、労災保険、出産保険は被保険者負担がなく、年金保険、医療保険、雇用保険の保険料は事業者負担と被保険者負担で構成される。つまり、社会保険はいずれも事業者が保険料を負担し、年金保険、医療保険、雇用保険はいずれも被保険者個人が保険料を負担する。就労者の保険料率は、企業負担の割合が、年金保険20%、医療保険6%、出産保険0.6~1%、雇用保険2%であり、合計は29%前後である。就労者の被保険者負担の割合は、年金保険8%、医療保険2%、雇用保険1%であり、合計は11%である。労災保険の保険料率は産業別、企業別によって異なる。そのため、就労者の保険料率は合計で

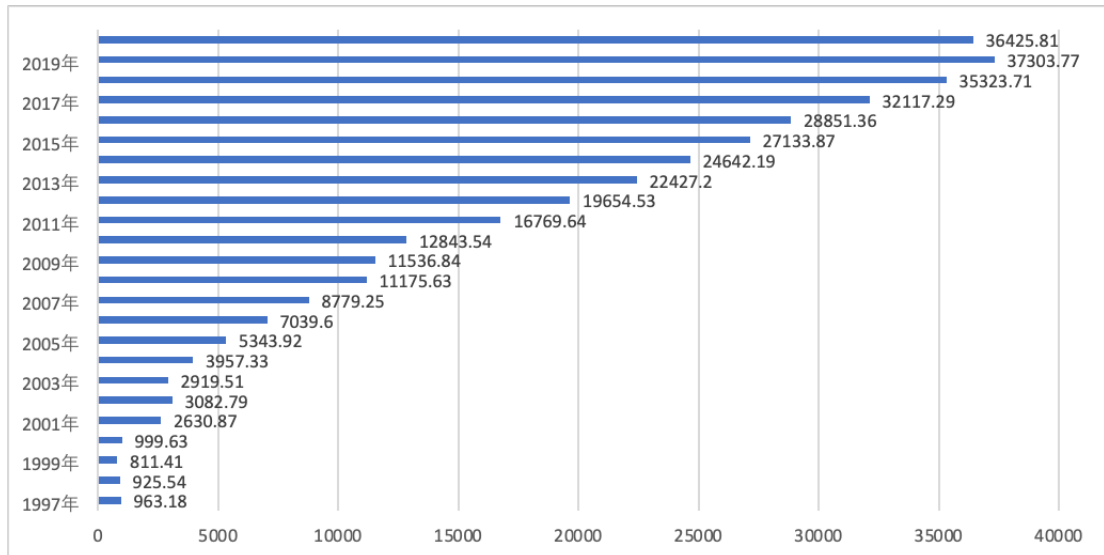
40%以上である。都市部では、年金、医療、失業、労災、出産の各分野の社会保険における、就労者と事業者の合計の保険料負担は、制度の発足が遅れたこともあり、一般的に高く、賃金の50%を超える地域もある。また、事業者の負担が相対的に大きいことも見受けられる。

介護保険制度を持続的に発展させるためには、他の社会保険制度との整合性を確保することが必要である。したがって、本章では、介護保険制度の課題に対する改善策の検討に関しては、各社会保険の財源の分析を行った上で、制度間の整合性の検討を踏まえ、介護保険制度の持続的発展のために有意義な提言を行いたい。

(2)事業者の介護保険料

前述したように、都市就労者の社会保険料は原則として企業が賃金総額の29%以上、就労者が賃金の11%を拠出することになっており、日本のように労使折半ではなく、企業が多めに負担する。ニッセイ基礎研究所が発表した「きちんと社会保険料を納めている企業は3割? (中国)」によると、2015年の社会保険の企業負担割合は、日本15%~23.5%、アメリカ8.25%、英国13.8%、ドイツ20.5%、スウェーデン25.9%、中国30%~32%となっており、中国企業の負担割合は世界的にみても高い。こうした保険料に加えて、企業は法人税を納める必要もある。したがって企業負担を検討する上では法人税も見ておかねばならない。

「法人税法」によれば、2008年1月1日より、外資系企業及び国内企業に対する法人税の基本税率は25%に統一された。ただし、一部の特定企業には優遇税制が設けられている。例えば、条件に適合する中小企業であって利益の少ない企業は20%に、国家が奨励するハイテク技術を有する企業は15%に軽減される。それまでは、外資系企業の法人税は15%で、国内企業は33%であった。つまり、法人税は、外資系企業は引き上げられ、国内企業は引き下げられたことになる。外資系企業にとっては、従前、与えられていた、いわゆる「超国民待遇」が失われたことを意味する。



出所：中華人民共和国国家統計局(2021)より作成

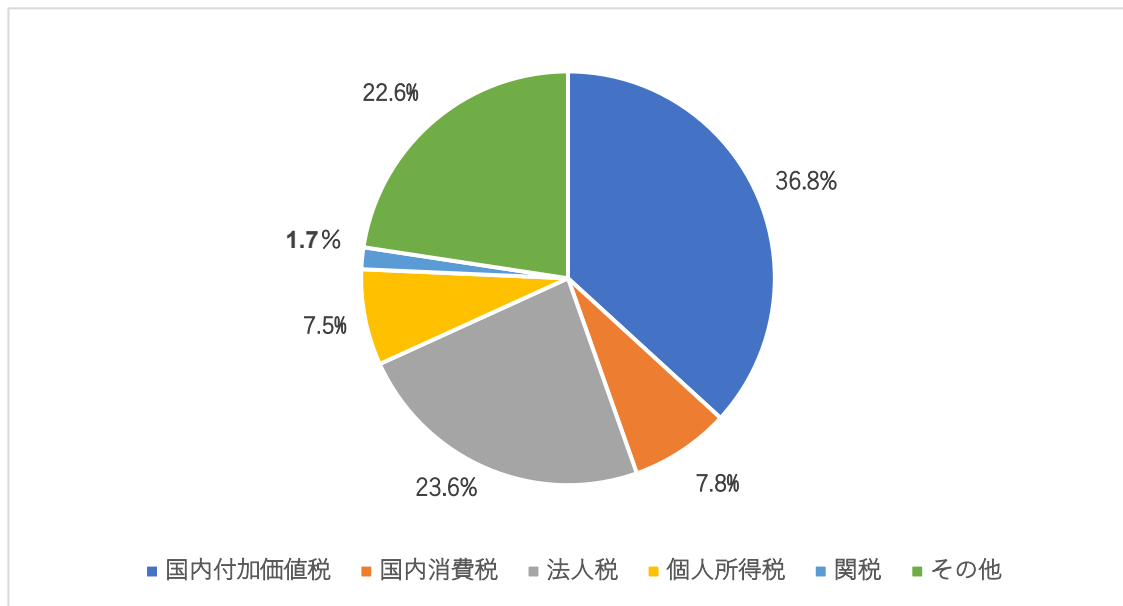
図 8—2：中国の法人税の推移(単位:億元)

中央と地方の総税収に占める法人税の割合も分析せねばならないだろう。ここでは企業の税負担の経年変化を見ておく（中国の法人税の推移は図 8—2 参照）。『中国統計年鑑 2021』のデータによると、中央と地方の総税収に占める法人税の割合は、2000年 7.9%、2005年 18.6%、2010年 17.5%、2015年 21.7%、2020年 23.6%となり、わずか20年間で約3倍になる。企業の税負担が軽いか重いかは一概には言えないが、政府の総税収に占める法人税の割合が年々高まっていることは明らかである。

法人税以外の企業の租税負担も見ておきたい。中国の課税を検討するためには付加価値税の理解が重要である。付加価値税は、中国税収の4割近くを占める流通税の一種で、日本の消費税に相当する税である。法人税 25%は利益に税率を掛けて税を計算するが、付加価値税はものやサービスの取引にかかる税金である。税率は、物品に対しては主に 16%、サービスに対しては主に 6%である。税率は、物品やサービスの種類によって税率がいくつかに分かれるが、大部分は上記の税率でカバーされる。企業は物品等の販売時、売価に税率を掛けて付加価値税を計算し、販売代金とともに販売先に請求する。

企業は法人税を負担する以外に、付加価値税を支払う必要がある。図 8—3 が示すように、2020年には法人税(23.6%)と付加価値税(36.8%)が中国税収総額の60.4%を占め、企業が支払う税金は中国の税収において重要な役割を果たしている。本項の冒頭で述べたように、中国の企業は、社会保障料の負担が、労使間においても、国際的

に見ても相対的に大きい。今後、さらに介護保険料を納付するとなると企業の国際競争力が低下する懸念があるといえる。



出所：中華人民共和国国家統計局(2021)より作成

図 8-3：中国の税収構成比（2020 年）

2016 年「指導的意見」では、介護保険の財源について、都市就労者基本医療保険基金と個人口座の構造の最適化、都市就労者基本医療保険基金残高からの天引き、都市就労者基本医療保険料率の調整などの方法によって介護保険基金を調達することができると示している。また、2020 年「指導的意見」によれば、財源構成は主に事業者の負担と被保険者の負担であり、原則的に両者が同じ比率で負担する。試行段階で事業者の負担を増やさないため、事業者負担の部分は都市就労者基本医療保険基金から賄われている。一方、被保険者負担の部分は都市就労者基本医療保険の個人口座から天引きされている。

これが、第 2 回国指定の試行地域では、地域ごとに事業者負担と個人負担が含まれている。そのうち、天津市、フフホト市、盤錦市、福州市、開封市、湘潭市、北京市石景山区、黔西南布依族苗族自治州などの試行地域では、事業者負担は主に都市就労者基本医療保険基金の繰越金から賄われている。

現在、多くの地域で、事業者と被保険者（個人）の保険料率は同じである。例えば、盤錦市は、就労者の保険料率 0.4% で、そのうち事業者負担率と個人負担率はそれ

ぞれ 0.2%である。福州市は、保険料率 0.25%で、事業者負担と個人負担は 1:1 の比率で分担する。湘潭市は、事業者負担は前年度就労者の賃金総額の 0.12%となる。個人負担は、前年度の収入の 0.12%となる。ウルムチ市では、介護保険の年間保険料総額は就労者の給与総額の 0.2%となる。負担率は事業者と個人がそれぞれ 0.1%である。北京市石景山区は、保険料の年額は 180 元、そのうち、被保険者負担 90 元、事業者負担 90 元である。天津市は、保険料の年額は 240 元、その内訳は被保険者負担 120 元、事業者負担 120 元である。

しかし、第 1 回国指定の 15 地域のうち、事業者負担がある地域は少ない。被保険者と事業者が同じ保険料率で負担する地域も少ない。財源は主に医療保険基金、被保険者負担、財政援助から賄われる。事業者負担がある地域は上饒市、成都市及び寧波市である。上饒市の財源は 1 人当たり年額 100 元である。そのうち、事業者負担は 30 元、被保険者負担は 40 元、都市就労者基本医療保険基金は 30 元である。ここでは、被保険者の負担は事業者より高い。また、成都市は、事業者負担は基本医療保険料納付基数の 0.2%で月ごとに基本医療保険基金プールから転用する。就労者の負担は、40 歳未満の人が医療保険料の納付基準数の 0.1%、40 歳以上の人が医療保険料の納付基準数の 0.2%を基準とし、基本医療保険の個人口座から天引きする。つまり、被保険者の負担と事業者の負担は被保険者の年齢によって違いがある。

財源は、基本医療保険基金の一部を活用する点が共通する。事業者負担をできるだけ抑える点も共通する。実際、新たに事業者から調達するのは、盤錦市、福州市、南寧市、上饒市、晋城市の 5 つの都市であると報告されていた。だが、晋城市、福州市では、事業者による抵抗への対策として、2021 年から 2022 年までの期間において事業者負担分を基本医療保険基金から調達する措置をとる。政府は企業に対する「減税降费」（公租公課減額）の政策の下で、新たに事業者から介護保険料を調達することは困難であると指摘されている。一方、介護保険の財源調達という重要な問題については、2019 年国家医療保障局は「医療保険基金と公費を占める比率が高く、個人負担が低い」との分析がある(万・小島 2022)。

王(2022)は、試行期において財源を既存の基本医療保険基金から振り替えることについては、企業と被保険者の負担を軽減し、実施のスピードを速めることに寄与すると分析する。だが、高齢化の進行などにより医療保険基金はすでに危機的な状況にある。介護保険の財源を医療保険基金の振替に頼ることは、医療保険基金の負担をより重くする可能性があるとは指摘される(王 2022)。

「2022年医療保障事業発展統計速報」によると、都市就労者基本医療保険財源の累積残高 35,106 億元のうち、医療保険基金残高は 21,393.11 億元、個人口座残高は 13,712.65 億元である。就労者基本医療保険基金の残高は個人口座の残高よりもはるかに多い。第7章第5節で述べた通り、医療保険基金の残高は現段階ではまだ十分である。以上から、医療保険は短期的には介護保険の運営を支えることはできる。

しかし、今後、高齢化が進めば、要介護高齢者数は増加していくことが予想される。重度のみならず、軽度、中度の要介護高齢者の介護保険サービスも必要となる。2023年現在、介護保険の受給者が重度のみならず中度の要介護者にまで拡大されている地域が、わずかだがある。成都市はその一例である。また、一部の地方地域では、受給者を徐々に中度・軽度要介護者にまで拡大していく計画がある。したがって、基本医療保険基金が介護保険財源の一部であることに加えて、事業者の介護保険料も医療保険基金から賄われるといった財源調達方法は、その持続性の見通しをめぐって十分に検討する必要がある。

試行事業が打ち出されて7年が経過した現在、持続可能性があり、かつ他の地域に適用できる介護保険制度の枠組みはいまだ明確でない。その原因として2点、指摘されている。1つは、試行中の介護保険制度は各地方政府によって制定されたものであり、地域特性の差異が制度内容の多様性をもたらしたことである。青島市や上海市などの地域の介護保険制度が先行事例としてしばしば取り上げられるが、それらの制度は持続可能か、他の地域にも適用可能かについては十分な検討がない。いま1つは、中国政府の介護保険制度の創設に関する政策方針の不明確さである。補足すれば、介護保険制度を施行する地域が増える中で、中国政府はそれらの施行を踏まえて介護保険制度を1つのモデルに収斂させていくか、地域特性を考慮して複数のモデルにまとめるか、それとも各地方政府の裁量に任せるかがいまだに明白でない(楊 2023:163-164)。

上述した通り、地域間で取り組みを学びあう政策学習も盛んであることも制度の多様性や断片性を加速させたといえる(万・小島 2022)。

中央政府は、2016年に「指導的意見」を公布し、試行事業が開始した。その後、中央政府は、2022年に2回目の「指導的意見」を公布したが、その中で政府は事業の詳細を明確に示さなかった。さらに、改正により指定された地域の判断と対応もまちまちであった。こうしたことも、制度の多様性や断片性を加速させている。

以上から導かれることは、楊(2022)が述べたように、中央政府は、すでに介護保険制度を試行している地域の内容について十分な検討を行うべきである、ということである。その検討の結果を踏まえて、持続可能な地域の介護保険制度を先行事例として取り上げるべきである。また、中央政府は、各地方政府が参照できるよう、複数のモデルを模索する必要がある。

その際、ふまえるべき現状は次のとおりである。中国では、各地域で介護に関する事業の整備状況、サービス料金などに格差がある。地域によって就労者基本医療保険基金の残高と個人口座の残高も異なる。各企業の運営状況によって、社会保障負担や税負担も違う。このため、企業の介護保険料の徴収も、試行地域の財源状況や企業の租税と社会保険料負担の状況などをふまえて、中国政府は複数のモデルを用意すべきであろう。

(3)都市就労者の介護保険料

就労者の租税負担は主に消費税と個人所得税である。2022年時点の、各国の消費税は、デンマーク 25%、フランス 20%、ドイツ 19%、オランダ 21%、スウェーデン 25%、ノルウェー 25%、オーストラリア 20%、イタリア 22%、イギリス 20%、韓国 10%、インドネシア 10%、台湾 5%、ニュージーランド 15%、日本 10%、カナダ 13%、中国 13%、シンガポール 7%である（国税庁 2023）。世界各国の消費税率を相互に比較すると、ヨーロッパの多くの国は消費税率が 20%と高く、アジア圏は 10%以下である。これに対し、中国の消費税は、アジア圏においては消費税の低い国の約 3 倍に相当し、高いと言える。

中国では改革開放までの数十年間、直接国民から個人所得税を徴収したり、労働者が社会保険料を納めたりすることはまったくなかった。現在、都市部の就労者や住民が加入する年金、医療、失業、労災、出産といった社会保険は、ほぼ 1980 年代半ば頃になってようやく被保険者から保険料の一部を集めるようになった。個人所得税の導入もかなり遅く、1980 年代初頭になってようやく始まった(王 2012)。

このように歴史の浅い個人所得税法であるが、現行の「個人所得税法」が施行されてから今日に至るまでに何度も改正されている。以下に見ていく。

基礎控除額は 4 度引き上げられた。1980 年に施行された個人所得税法では、月収 400 元以上の人々が徴税対象となっていた。控除額は 400 元までとし、それを超えた分は一定の税率で税金を納めるという仕組みであった。しかし、1980 年当時の都市就

労者の平均賃金は762元であり、月額に直せば、わずか64元だった。したがって、個人所得税としてはまったく意味をなしていなかった(王2012)。

個人所得税法は2006年に再び改正され、控除額が800元から1,600元に引き上げられた。この控除額は、全国のどこの都市でも同じように適用された。このため、平均賃金の高い地域ではすぐに住民の間から不満が噴出し、滞納者が後を絶たなかった。これを受け、個人所得税法は2008年に改めて改正され、個人所得税の控除額は1,600元から2,000元に引き上げられた。このとき、都市部で就労者全体に占める納税者の割合は06年の50%から30%に下がると推計された。つまり、就労者10人のうち個人所得税の納税者は、06年の5人からたったの3人にまで減少したということである(王2012)。

こうして個人所得税の控除額は2011年9月1日より、従来の月額2,000元から月額3,500元へと大幅に引き上げられることになった。また、税率としては3,500元を控除後の給与所得(給与－社会保険料)に対して3%～45%の累進課税を行うこととなった(王2012)。その後、2019年1月1日に個人所得税法が再度改正され、個人所得税の控除額は3,500元から5,000元に引き上げられた。所得税率は所得段階別で3%～45%の7段階から構成される。現在の個人所得税は月収5,000元以上の人々が徴税対象となる。それを超えた分は一定の税率で税金を納めるという点は従前の仕組みと同じである。

国家統計局によると、2022年の都市非私営企業就労者の平均所得額は年間約11.4万元、月額は9,500元となる。都市私営企業就労者の平均所得は年間約6.5万元、月額は5,416元となる。しかし、『中国統計年鑑2022』によると、2022年の所得月額5,000未満の人口は13億2,800万人で、総人口の94.87%を占める。すなわち、全国で94.87%の国民は個人所得税を納める必要がない。一方、給与支給額段階別個人所得税納税額のシミュレーションによると、所得月額5,000元(年間60,000元)未満の人は個人所得税の非納税者になるが、所得月額5,000元以上8,000未満の人の納税額も微々たるもので、月額90元以下である。

現在、就労者の消費税が13%、社会保険料負担が11%(就労者の社会保険料率は、年金保険8%、医療保険2%、雇用保険1%で、合計11%)であるため、就労者の消費税と社会保険料負担は合計で24%となる。一方、個人所得税率は所得段階別で3%～45%の7段階であるため、都市就労者の社会保険料負担と租税負担(消費税＋個人所得税)は所得別で24%～69%となり、格差がかなり大きい。しかし、全国で94.87%の所得月額5,000

元未満の人は個人所得税を納める必要がない。このため、大勢の都市就労者の社会保障負担と租税負担はわずか24%となる。

大勢の都市就労者の社会保障負担と租税負担はわずか24%である一方で、長く続くコロナ禍のため、倒産せざるを得ない企業も増え、失業者も増加している。加えて、近年、物価が右肩上がりに高騰する。就労者の賃金や年金などの収入が増えない一方で、物価高騰や社会保障の負担ばかりが増え、生活者の経済状況はますます厳しくなっている。長期的に医療保険基金に依存し続けることによって医療保険基金の収支バランスは崩れる恐れがある。また、高齢化が進むにつれて介護ニーズはますます高まり、介護費用もさらに増加すると予想される。こうした情勢を考慮して、給付と負担のバランスを図りつつ、介護保険の財源を確保する必要があると言える。

(4)都市非就労者・農村住民の介護保険料

本論文では、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の介護給付に必要な財源については、「定額制」の徴収方法が実現しやすいと考える。その理由は3つある。第1に、都市非就労者・農村住民基本医療保険の対象者は、都市戸籍の非就労者、農村住民などであるため、その対象者は収入がない人を含むということである。たとえば、失業者、学生、子供など、ほとんどが無収入である。彼らの保険料は、通常、両親または扶養者によって支払われる。したがって、所得の一定割合で介護保険料を支払う「定率制」は現実的でない。

第2に、都市非就労者・農村住民基本医療保険の加入者の収入は不安定なことである。農業の場合、不作だけでなく、豊作の場合も価格が下がるなど収入は不安定である。自由業者は都市就労者基本医療保険か、都市非就労者・農村住民基本医療保険かを自由に選択できるため、都市非就労者・農村住民基本医療保険の加入者の中には自由業者もいる。これらの人々の収入が不安定である理由としては、①自由業は働いた分だけ収入を得る働き方のため、会社員のように毎月決まった収入がないこと、②働けない時は、収入が減ってしまうこと、③体調不良やプライベートが忙しくて仕事に取り組めなければ、収入がない月もありうること、④収入が青天井なことはメリットでもあるが、その分、収入が途絶えてしまうリスクもあること、などが挙げられる。

第3に、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者は収入の把握が難しいことである。都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の給与所得は、都市就労

者基本医療保険の被保険者ほど把握しにくい一方で、不動産所得や副業所得などの申告・課税をしない人がおり、これらの人の所得の把握が難しいという状況がある。

所得の捕捉が必ずしも厳密には行い得ないという実態があり、所得の把握が難しい被保険者に対する定率負担は、負担についての公平性という点で疑問が残る。そこで、都市非就労者・農村住民基本医療保険のような所得に連動しない「定額介護保険料」を採用することが望ましいと本論文は考える。

また、保険料は高すぎると加入することができない。日々の生活費を逼迫させるような金額であると、保険に加入することで必要な生活費を賄えず、逆に介護・病気のリスクが高まることもあるかもしれない。そうすると本末転倒であるから、保険料と生活費のバランスはとても重要であると考えられる。このように住民の介護保険料の設定は重大な課題となるため、慎重に検討しなければならない。介護保険料は、負担能力の低い者には高負担となる。一方で、所得捕捉等の事務負担は軽い。このため、負担能力の低い者でも負担できるよう、減額制度や公費等の支援は行うべきであろう。

介護保険の対象となりうる人は、自らの要介護リスクについては承知している。したがって、設定された保険料と自分の要介護リスクを比較考量し、平均よりもリスクの高い人は、加入したほうが得であれば加入しようとする。だが、対照的に、平均よりもリスクの低い人は、加入したほうが損をすることがあるので、保険に加入しようとしなない。その結果、保険財政の収支が崩れ、保険制度が成立しないか、もしくは保険料が引き上げられて高リスクの人を対象とした保険のみが残り、平均的なリスクの人には保険が供給されないという、逆選択問題が発生するかもしれない。また、要介護リスクの大きい人が多く加入すると考えられるため、介護保険制度を民間に任せの場合、財政的に破綻するか、もしくは一部の要介護リスクの高い人ばかりが加入する介護保険しか成立しない恐れがある。保険供給者の間に情報の非対称性が存在するような状況下で、平均的な要介護リスクの人にも割に合う介護保険を提供することが望ましいとすれば、介護保険は強制加入にする必要があると指摘できる（塚原 1999）。

前述の逆選択問題と相まって、若者は要介護リスクが低く、保険料の支払い周期が長い。このため、都市非就労者・農村住民基本医療保険のような「任意加入」を採用すると、必然的に要介護リスクの高い人だけが介護保険に加入ようになる。これは社会保険の大数法則に反し、収支バランスが崩れてしまう。同時に、都市非就労

者・農村住民基本医療保険の被保険者が介護保険に強制加入することを規定すると、特に若者の反対を招く可能性がある。

若者による介護保険への加入は、①老化に起因する疾病により介護が必要となる可能性が高くなること、②親が高齢となり介護が必要となる状態になる可能性が高まる時期であること、といった理由から、老後の不安の原因である介護を社会全体で支えるため、保険料を負担することが義務づけられている。社会連帯責任の視点を見ると、このことに異論はないと考えられる。また、都市非就労者・農村住民基本医療保険と住民基本年金は現状において任意加入であるため、介護保険だけで強制加入にすることは難しいだろう。そのうえ、都市非就労者・農村住民基本医療保険の被保険者の多くは無収入または低所得であるため、介護保険が強制加入になっても、定期的な保険料を支払うことは現実的に難しい。

都市非就労者と農村住民の介護給付に必要な財源は、主に都市非就労者・農村住民基本医療保険基金と財政援助に依存していることも大きな争点となろう。都市非就労者・農村住民基本医療保険は、財源収入のおよそ7割が公費で支えられている。つまり、現実には主に政府財政によって維持されている。保険料収入のみでは制度を支えることができず、政府財政がなければ収支バランスは崩れてしまう。現在の財政状況が脆弱であることはすでに述べた。介護保険を持続的に運営するためには、保険料と財政援助を財源としてどう配分するかが大きな鍵となる。

(5)財政援助

財政援助の重要性を上記したところであるが、中国の財政も、年々収支が悪化し、財政赤字が徐々に拡大している。財政支出から財政収入を差し引いた2018年の一般公算の赤字額は3兆7,554億元で、対GDP比で約4.17%となる。ただし、中央の財政収入には予算安定調節基金や中央政府基金等からの繰入金、地方の財政収入には前年度繰り越し余剰金等が算入されており、これらを除くと5%を上回ることになる。債務残高も徐々に増加しており、中央と地方の合計で30兆円を超える規模となっている。特に地方政府の債務が中央政府の債務を上回り、地方財政の悪化が引き続き懸念される(内藤2019)。

2025年の財政収入は24兆6,384億元で、2021年から14%増える。財政支出は35兆2,862億元となり、34%膨らむ。支出の伸びが収入を上回るため、2025年の財政赤字は

同 2.3 倍の 10 兆 6478 億元に達する見込みである。国務院発展研究センターが 2020 年 8 月に公表した名目国内総生産(GDP)の予測値と比べた赤字比率は、2021 年の 4.2%から 25 年には 7.0%に跳ね上がる。中国経済が新型コロナウイルスの打撃を受けて税収が減った 20 年(6.2%)を上回り、5 年ぶりに最大値を更新する見通しである。財政赤字は 2023 年以降、年 3 割前後で拡大し、悪化のペースが速まる。経済成長率の鈍化に伴う税収の伸び悩みがその一因である。試算は「25 年までの実質 GDP は年 5%の増加率を保つ」と仮定した。中国人民銀行(中央銀行)は、2021 年時点で 5.7%ある潜在成長率が 25 年に 5.1%まで下がると推計する。財政科学研究院の予測も徐々に減速していく前提とみられる。これとは対照的に、社会保障などの硬直的な支出は膨らむ。財政支出は 7~8%の伸びが続く(川手 2021)。

2017 年の社会保障関係費は前年比 12.4%増の 3 兆 9,063 億元(約 70 兆円)となった。社会保障関係費は、わずか 5 年間で 2 倍に増加し、その増加率も国の財政支出を上回る勢いである。一般公共予算支出のうち、社会保障関係費は 19.2%と、最も大きな割合を占めた。その他の費目と比較しても、構成比は一貫して増加している。支出額が最も大きく、増加率も高いため、財政へのインパクトが大きい。ただし、ここに介護保険に関する経費は含まれていない点は留意すべきである。介護保険制度の本格導入後、実際にどのような内容になるのかを確認する必要はあるが、人口動態、経済、財政など現政権が置かれている状況を考えても、前政権のような制度導入に伴う大型の財政投入は難しいと指摘されている(片山 2019[a])。

中国の土地は国有制で、地方政府が土地の使用権を不動産開発事業者に売る。このため、地方政府の歳入における土地売却収入への依存度は高い。中国政府の財政収入は主に一般公共予算と政府性基金予算から構成される。そのうち、政府性基金予算収入は土地の売却から得た収入が約 90%の割合を占める。

中国財政省が発表した、2022 年 4 月の財政収支によると、地方政府が依存する土地使用権の売却収入は前年同月比 38%減少し、6 年 8 か月ぶりの下落率となった。加えて、習近平指導部による、新型コロナウイルス感染の封じ込めを狙う「ゼロコロナ政策」は景気を悪化させ、不動産市場も一段と冷え込み、地方財政に打撃を与えた(川手 2022)。

2023 年 1 月から複数の都市で医療保険制度の改革が行われ、これまで病院での診療や薬を購入するためとして個人口座に一定の額が定期的に振り込まれていた。この振

込額が大幅に減少した。このため、一部の地域で医療保険制度の改革に反対する高齢者らによる大規模な抗議活動が行われた。

医療保険給付金を削減する背景には、中国で3年近く続いた「ゼロコロナ政策」のもと、無料による、大規模なPCR検査やワクチン接種などの費用負担が地方財政を圧迫したとの指摘もある。このため、経済成長が鈍化する中で、土地に関する税収入の激減も相まって、地方財政はさらに大きな打撃を受けたことになる。

被保険者や事業者の保険料が介護保険料を別途で納付するほか、財政補填で事業者や保険者負担を肩代わりすることもできる。だが、前述の財政現状を踏まえ、介護保険に対する大型の財政投入は難しいであろう。とはいえ、国民や事業者に対する税や社会保障の負担が大きい現状に、新たに、社会保険料負担を追加するかどうかは深刻な課題である。保険料と財政援助の割合をどう分担するかは、慎重な検討を要することは言うまでもないが、介護保険制度の重要性を考えれば財政援助は増やすべきであるというのが本論文の主張である。

以上、本章においては、介護保険制度構築の方向性を検討した。まずは、介護保障体系を構築するため、自助・互助・共助・公助の連携が必要であると述べた。その後、介護保険制度とその実施の課題を踏まえ、他の共助（＝他の社会保険）との整合性、公助（＝政府）の役割も考慮し、被保険者の範囲、要介護認定基準、給付基準・給付方式、財源構成から介護保険のあるべき姿を検討した。

おわりに

近年、中国では高齢化が急速に進んでいるため、2016年に中央政府は初めて15の地域で介護保険制度の試行を発表した。そのあと、2020年にさらに14の試行地域を追加した。中央政府は制度の試行が「段階的」で推進している。また、中央政府が発令した後、地方政府が現地の実情に即した独自の制度を定めた。中国の介護保険制度は、国レベルの関連法規を整備していない状態で試行されたことになる。

中国の高齢者福祉分野では、新たな介護保険制度の構築は、多くの研究者の注目を集めている。近年、介護保険制度に関する研究論文が急増している。まだ新しい研究テーマであるため、先行文献には制度の仕組みのまとめや分析に関する論文が多いが、試行状況に関する研究が少ない。また、試行状況に関するデータの公開も非常に少ない。2021年以降、介護保険の試行状況の分析に関する論文が増えているが、いずれも関連情報やデータが不足している。例えば、先行文献の中には、被保険者数のみを報告しているものや、受給者数のみを報告しているものもある。それ以外の詳細なデータを示さず、関連分析も極めて少ない。データに基づいて介護保険の試行状況を分析することは限界がある。

本論文によって得られた主な知見として、以下の5点が挙げられる。第1は、中国において介護保険制度が試行された理由を考察するにあたって、自助・互助・共助・公助という社会保障の枠組みを用いたことである。日本では、自助・互助・共助・公助という考え方は広く用いられているが、中国の介護では馴染みのない考え方である。本論文では、介護保険が試行される以前に、自助としての「家政サービス」や「民間介護保険」の利用、互助としての「家族介護」、公助としての「公的扶助や福祉サービス」や「高齢者介護手当」の問題点や限界を分析し、介護保険制度が試行された理由として指摘することができた。そして、社会保険制度という「共助」という形で、介護という問題に対応すること、また、自助・互助・共助・公助が整合的にその役割を分担するとともに、機能的に連携するように、中国における公的介護保険制度を構築しなければならないという提言に結びついた。このように、本論文では、日本で用いられている社会保障の枠組みを中国における介護に援用させて分析することができた。

第2は、中国の社会保障体系や介護保険制度に関して、日本語と中国語の2つの言語の先行研究、及び中国政府や地方政府の公文書などを独自に収集して、集計・分析

したことである。特に、中国の公文書を読み込むにあたって、資料が公開されているとはいえ、分散して記載されている定量データ、例えば、保険者、被保険者、要介護認定、サービスの体系、給付基準、財源などの定量データを、それぞれの項目ごとに収集し、整理して、現状として記述した。その定量データの抽出や整理には、相当な労力がかかり、これまで取り組まれることのなかった研究努力である。

特に、中国の介護保険は基本医療保険に依存していることを導出することができた。まずは被保険者の対象者である。介護保険の被保険者になるための前提条件は、基本医療保険の被保険者である。試行地域によって被保険者の範囲の設定が異なる。たくさんの試行地域では、都市就労者基本医療保険の被保険者が優先される。現段階で介護保険は少数の人の介護ニーズを保障している。次は、曖昧な保険料徴収方法である。多くの地域では、財源構成は個人負担と事業者負担を定めている。しかし、たくさんの試行地域では、被保険の介護保険料は医療保険個人口座から賄われる。事業者負担は都市就労者基本医療保険基金や医療保険料から天引きされる。そのうち、都市就労者基本医療保険基金から天引きされる地域が一番多い。つまり、被保険者の負担や事業者負担を定めているが、実際には介護保険の財源は主に基本医療保険基金に依存している。安定した財源の欠如は、財源の収支バランスが崩れる可能性が高いと考えられる。

第3は、介護保険制度試行地域での現状や課題を考察するために、政府が公開した資料、先行研究、マスメディア、ソーシャルメディアなどからデータを収集し、そのデータに基づいた分析によって各試行地域の試行状況、課題を検討したことである。現段階では、介護保険事業に関する包括的なデータがないため、試行の現状や課題に関する情報を把握することは難しい。こうした状況のもとで、試行地域の介護保険制度の内容を整理し、先行研究を参考しながら、介護保険制度の試行状況をまとめることで、一定の見解を得ることができた。特に、介護保険制度の成果として、介護保険の試行によって要介護者とその家族の経済的負担を軽減したこと、基本医療保険基金の支出を削減したこと、介護施設とその関連産業の発展を促進したことを指摘することができた。

第4は、定量データに基づいて介護保険の試行状況を分析し、同制度及び実施の課題を明らかにしたことである。いくつかの先行研究では、同制度の課題として、被保険者、要介護認定基準、介護給付、負担割合、介護保険財源、保険料納付責任、政府責任などの観点から言及されてきたが、本論文では、それぞれの項目について定量デ

一タに基づいて、その課題として根拠づけて説明した。特に、同制度が試行される過程で直面している課題を、①被保険者は都市就労者に傾斜している、②全国統一の要介護認定基準が公布されたが、半分以上の試行地域は依然として独自の要介護認定基準を行っている、③重度要介護者偏重の介護給付、④介護保険の自己負担割合と介護費用総額間の落差、⑤基本医療保険基金依存の介護保険財源、⑥被保険者の介護保険料は主に医療保険の個人口座から振り替えるため、実質的には就労者が自分で支払うことになる、⑦財源の中で財政援助の割合が低いため、政府の役割は相対的に小さい、という7つの方面から検討し、それぞれ介護保険の課題として提示することができた。

第5は、今後の中国の介護保険制度の方向性を提示したことである。特に、初期段階で中央政府の指導方針に従って、各市地方政府は当地域に適した介護保険制度を設ける方、中央政府は、既に介護保険制度を試行している地域の内容について十分な検討をする必要性を指摘した。その議論の結果を踏まえて、持続可能な地域の介護保険制度を先行事例として取り上げ、中央政府は、地域の格差を検討する上で、各地方政府が参照できるように複数のモデルを模索する必要があることを指摘した。特に、①自助、互助、共助、公助の連携によって様々な介護問題を解決するという考え方が必要不可欠であること、②少子高齢化の進展に伴い、農村部でも要介護高齢者の数は急激に増加することが予想できるため、都市部の非就労者以外に、農村部の介護支援事業の推進及び介護保険制度の試行は検討されるべきであること、③各地域においては、「長期介護要介護等級認定基準(試行)」を参考にして、地域に適した要介護認定基準を早急に策定することが期待されていること、④地域によっては、利用できる保険サービスの量を増やすか、給付限度額を引き上げることや、導入当初は現金給付を採用すべきであること、⑤財源の方向性として、介護保険にとって大型の財政投入は難しいことから、国民や企業の税や社会保障負担が重い現状に伴い、被保険者や企業の介護保険料について対処していくことである。

一方、残された研究課題と今後の展望は次のとおりである。第1は、新しい情報についてのフォローアップである。本研究の対象である介護保険制度は試行段階であるため、多くの地域の介護保険制度に関する公文書の有効期限はわずか2年である。その後、たくさんの地域は、制度の改正が行われ、新しい公文書を公布した。本論文では、それらの改正された箇所の内容の整理・分析を行っていない。これらの情報を加えた研究が必要となろう。第2は、現地調査やインタビュー調査である。本論文は介

護保険の試行状況について、公文書や先行研究などの文献資料を分析し、現地訪問及び実証調査は行っていない。だが、介護保険の改善策を提案するためには、試行状況の解明と問題点の提起が必要不可欠である。第3は、「都市－農村格差」についての詳細な調査と分析である。一例は、介護施設、介護人材及び介護支援事業に関する、「都市－農村格差」の実態調査である。中国の介護保険制度における「都市－農村格差」の問題は、財源面だけではなく、介護人材、介護施設及び介護支援事業などの諸側面も深くかかわる。農村部に介護保険制度を広く普及させるためには、これらの諸側面についての調査と分析が必要となろう。

引用参考文献

日本語文献・資料

- 青山貴洋 (2020) 『地域防災イノベーション：自助・共助・公助で「空白期間」を乗り越える』文芸社。
- 飯田高(2021)「自助・共助・公助の境界と市場」『経済分析』第203号、pp. 285-311。
- 石川潤(2021)「ドイツ介護保険改革、『子なし』なら負担重く」『日本経済新聞』7月26日記事。
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGR183030Y1A710C2000000/>
- 石田路子(2013)「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」『城西国際大学紀要』第21巻第4号、pp. 1-29。
- 王文亮(2001)『中国の高齢者社会保障—制度と文化の行方』白帝社。
- 王文亮(2004)『九億農民の福祉—現代中国の差別と貧困』中国書店。
- 王文亮(2006)『格差で読み解く現代中国』ミネルヴァ書房。
- 王文亮(2008)『現代中国の社会と福祉』ミネルヴァ書房。
- 王文亮(2009)『社会政策で読み解く現代中国』ミネルヴァ書房。
- 王文亮(2010)『現代中国社会保障事典』集広舎。
- 王文亮(2012)「中国で迷走する個人所得税の制度改革」『東亜』第543号、pp. 82-91。
- 王文亮(2016)「中国における介護保険制度の試験的導入」『週刊社会保障』第70巻第2900号、pp. 54-59。
- 王文亮(2019)「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」『金城学院大学人文・社会科学研究所紀要』第23号、pp. 15-29。
- 王文亮(2021)「中国における介護保険制度の試験的導入のさらなる拡大」『週刊社会保障』第75巻第3129号、pp. 44-49。
- 王文亮(2022)「財源構成から見る中国の介護保険制度の特徴」『週刊社会保障』第76巻第3175号、pp. 48-53。
- 王文亮(2023) [a] 「給付の仕組みから見る中国の介護保険制度の特徴」『週刊社会保障』第77巻第3208号、pp. 36-41。

- 王文亮(2023) [b] 「要介護認定システムから見る中国の介護保険制度の特徴」 『週刊社会保障』 第77巻第3233号、pp. 42-47。
- 大谷尚(2017) 「質的研究とは何か」 『YAKUGAKU ZASSHI』 第137巻第6号、pp. 653-658。
- 大坪宏志(2022) 「わが国介護保険制度における介護報酬に関する基礎的考察」 『経営研究所論集』 第23号、pp. 187-223。
- 大友信勝(2005) 「社会福祉学と保健医療—公的扶助を中心に—」 『保健医療社会学論集』 15巻2号、pp. 16-25。
- 大橋史恵(2011) 『現代中国の移住家事労働者—農村—都市関係と再生産労働のジェンダー・ポリティクス—』 御茶の水書房。
- 岡室美恵子(2015) 「中国における介護保険制度導入に関する初期的考察」 『千葉経済論叢』 第53号、pp. 39-53。
- 岡本裕一郎(2022) 『社会学の名著50冊が1冊でざっと学べる』 KADOKAWA。
- 介護保険白書編集委員会(2015) 『介護保険白書—施行15年の検証と2025年への展望』 本の泉社。
- 郭芳(2018) 「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」 『国際経済労働研究』 第73巻11・12号、pp. 17-24。
- 片山ゆき(2016) 「老いる中国、介護保険制度はどうなっているのか【アジア・新興国】中国保険市場の最新動向(23)」 『保険・年金フォーカス』 12月20日号。
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/54598_ext_18_0.pdf
- 片山ゆき(2018) [a] 「中国の公的医療保険制度について(2018) —老いる中国、14億人の医療保険制度はどうなっているのか—」 『ニッセイ基礎研究所報』 1月15日号。
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/57625_ext_18_0.pdf
- 片山ゆき(2018) [b] 「老いる中国、介護保険制度はどれくらい普及したのか(2018) —15のパイロット地域の導入状況は?—」 『ニッセイ基礎研究所報』 第63巻、pp. 31-43。
- 片山ゆき(2019) [a] 「中国の『2025年問題』—人口、財政、社会保障関係費の三重苦—」 『保険・年金フォーカス』 2月19日号。
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/60925_ext_18_0.pdf
- 片山ゆき(2019) [b] 「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」 『健保連海外医療保障』 第124号、pp. 1-14。

- 片山ゆき(2021)「中国における少子高齢化と社会保障制度—医療・年金・介護保険制度を中心に—」財務省中国研究会報告資料。
https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/china_research_conference/2021/china_202101-1.pdf
- 金川めぐみ・河野尚子・坂井岳夫(2018)『社会保険の考え方—法的理解と実務の論点—』ミネルヴァ書房。
- 金森俊樹(2012)「中国経済:経済大国が抱える貧困と所得格差」『大和総研レポート』pp. 1-12。
<https://www.dir.co.jp/report/research/economics/china/12080101china.pdf>
- 川手伊織(2021)「中国、財政赤字が急拡大へ 25年に2.3倍の170兆円突破」『日本経済新聞』9月27日記事。
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGM180ZI0Y1A910C2000000/>
- 川手伊織(2022)「中国財政、4月土地収入38%減 6年8カ月ぶり下落率」『日本経済新聞』5月17日記事。
<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOGM17A1T0X10C22A5000000/>
- 菊池いづみ(2018)「家族介護に対する支援策の今日的課題—現金給付の再検討—」『個人金融』第13巻第1号、pp. 53-65。
- 牛嘯塵・杉澤秀博(2016)「中国の地方中核都市に在住の高齢者における介護サービスの利用希望に関連する要因」『日本在宅ケア学会誌』第19巻第2号、pp. 42-50。
- 許昕(2016)「中国都市部における医療保険制度のあり方に関する研究」『日本医療経済学会会報』第32巻第1号、pp. 28-49。
- 金正和・花里俊廣(2016)「高齢者施設における介護スタッフ及び介護ボランティアによる介護の違いと効果」『デザイン学研究』第62巻第6号、pp. 105-106、110。
- 金貞任(2009)「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』第167号、pp. 67-78。
- 金道勲(2022)「韓国の介護保険・医療制度の動向」林玲子編著『日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究』令和3年度総括研究報告書、pp. 179-192。
- 金美辰・壬生尚美(2014)「韓国の長期療養保険施設におけるサービスの質向上に向けた取り組み」『人間関係学研究(大妻女子大学人間関係学部紀要)』第16号、pp. 37-146。
- 金明中(2009)「韓国における高齢化の進展と介護保険制度の導入」『ニッセイ基礎研REPORT』第148号、pp. 12-19。

金明中(2020)「韓国の老人長期療養保険制度の現状と課題—2020年3月現在—」『ニッセイ基礎研レポート』3月30日号。

https://www.nli-research.co.jp/files/topics/64119_ext_18_0.pdf

健康保険組合連合会(2020)『公的介護制度に関する国際比較調査報告書』健康保険組合連合会。

https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_03.pdf

呉惠萍(2016)「個人所得税の日中比較研究—今後の中国所得税の改革に向けて—」『大阪産業大学経済論集』第17巻第3号、pp. 171-197。

孔栄鍾(2021)『介護保険制度と障害者福祉制度の「制度間調整」—介護保険優先原則をめぐる「浅田訴訟」を手掛かりに—』旬報社。

厚生労働省(2007)「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向(中国)」『世界の厚生労働<2007> 2005~2006年海外情勢報告』TKC出版、pp. 261-272。

厚生労働省(2010)『社会保障の現状と課題』厚生労働省。

<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/kentohonbu/dail/siryou2.pdf>

厚生労働省(2012)『平成24年版厚生労働白書—社会保障を考える—』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/index.htm>

厚生労働省(2013)『2011~2012年海外情勢報告』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/13/index.html>

厚生労働省(2016)『海外情勢報告2015年』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/16/index.html>

厚生労働省(2018)「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

<https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>

厚生労働省(2019)『2018年海外情勢報告』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/index.html>

厚生労働省(2020)『介護保険制度について(40歳になられた方へ)』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614771.pdf>

厚生労働省大臣官房国際課(2007)『海外情勢報告2005~2006』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/08/index.html>

厚生労働省大臣官房国際課(2008)『海外情勢報告2007~2008』厚生労働省。

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/09/index.html>

- 厚生労働統計協会 (2018) 「地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—第 24 回 介護保険制度の創設とその経緯(その 1)—介護保険法案国会提出までの経緯(1)—」『厚生指針』第 65 巻第 8 号、pp. 43-46。
- 厚生労働省老健局(2018) 『日本の介護保険制度について』厚生労働省。
https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_j.pdf
- 小島克久・万琳静(2017) 『中国の介護保険モデル事業の現状と特徴』政策科学総合研究事業(地球規模保健課題推進研究事業)分担研究報告書。
- 小林良彰・黄璋(2018) [a] 「中国における少子高齢化(7) —中国における介護保険制度(上)」『地方財務』第 767 号、pp. 164-174。
- 小林良彰・黄璋(2018) [b] 「中国における少子高齢化(7) —中国における介護保険制度(下)」『地方財務』第 769 号、pp. 174-182。
- 崔銀珠(2019) 「韓国における老人長期療養保険制度の現状と課題—10 年の成果と今後に向けて—」『社会政策』第 11 巻第 2 号、pp. 39-53。
- 斎藤香里(2015) 「ドイツにおける介護保障の動向」『健保連海外医療保障』第 107 号、pp. 1-10。
- 佐藤真一(2019) 『よくわかる高齢者心理学』ミネルヴァ書房。
- 芝田英昭(2020) 『検証 介護保険施行 20 年—介護保障は達成できたのか—』自治体研究社。
- 社会福祉士養成講座編集委員会(2016) 『高齢者に対する支援と介護保険制度 [第 5 版]』中央法規。
- 『社会福祉学習双書』編集委員会(2016) 『社会保障論』全国社会福祉協議会。
- 社会保障審議会介護保険部会(2016) 『介護保険制の見直しに関する意見』厚生労働省。
<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001027165.pdf>
- ジョン・クレイトン・キャンベル(訳: 齋藤暁子)(2009) 「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」『社会科学研究』第 60 巻第 2 号、pp. 249-277。
- 杉本敏夫・家高将明(2018) 『高齢者福祉論 [第 2 版]』ミネルヴァ書房。
- 諏澤吉彦(2021) 『保険事業の役割』中央経済社。
- 鈴木俊一(2018) 『介護保険制度の解説〈法令付〉(平成 30 年 8 月版)』社会保険研究所。

- 総務省統計局(2022)「統計からみた我が国の高齢者―「敬老の日」にちなんで―」『共済新報』 pp. 47-57。
- 蔵政(2021)「東アジア地域における長期ケアの実践および中国に対する示唆―日本の介護制度と台湾の「長期照護制度」の実践を例として」『中国 21』第 54 巻、pp. 253-274。
- 孫珉潁(2012)「施行 4 年目を迎える韓国介護保険―その現状と課題―」『佛教大学大学院紀要』第 40 号、pp. 19-34。
- 竹本与志人(2021)「量的研究の考え方と進め方」『日本社会福祉学会第 69 回秋季大会報告』 pp. 1-4。
- 田中耕太郎(2016)『社会保険のしくみと改革課題』放送大学教育振興会。
- 田中耕太郎(2022)「ドイツ介護保険の四半世紀の軌跡と直面する課題への挑戦」『山口老年総合研究所年報』第 33 号、pp. 1-33。
- 田中滋(2011)「高齢社会―自助・互助・共助・公助のコラボレーション」『生活福祉研究』第 79 号、pp. 23-40。
- 田中滋(2016)「社会保障制度の本質と機能―自助・互助・共助・公助と地域包括システム―」『生活福祉研究』第 91 号、pp. 4-17。
- 田中正人・香月孝史(2019)『社会学用語図鑑』プレジデント社。
- 玉井暁人(2022)「介護保険の利用料と限度額について」ロイヤル介護サイト 5 月 27 日記事。
<https://r-guide.jp/media/mamechishiki/nyukyo-nagare/803.html>
- 地域包括ケア研究会(2009)『地域包括ケア研究会報告書―今後の検討のための論点整理―』厚生労働省。
<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/d1/h0522-1.pdf>
- 地域包括ケア研究会(2017)「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業報告書―2040 年に向けた挑戦―」三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング。
https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2022/11/h28_01.pdf
- 中国における認知症ケア包括拠点構築コンソーシアム(2020)「平成 31 年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業(中国における認知症ケア拠点化・認知症早期発見拠点化に関する実証調査事業)報告書」経済産業省。

https://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryoku/downloadfiles/pdf/31fy_mcs.pdf

- 張継元(2019)「中国の介護保険制度における公私協働の特徴と問題」『生命保険論集』第206号、pp. 133-162。
- 張建(2018)「中国における介護保険制度の試行現状と課題」『岡山大学経済学会雑誌』第49巻第3号、pp. 109-120。
- 張帆(2022)「中国における高齢者介護の今日的課題と解決の道筋」『六甲台論集(法学政治学篇)』第69巻第1号、pp. 17-30。
- 長寿科学振興財団(2016)「日本は世界一の高齢社会」健康長寿ネット記事。
<https://www.tyojyu.or.jp/net/kenkou-tyoju/tyojyu-shakai/sekaiichi.html>
- 寺下貴美(2011)「第7回、質的研究方法論～質的データを科学的に分析するために～」『日本放射線技術学会雑誌』第67巻4号、pp. 413-417。
- 沈潔(2016)「中国における介護保険制度の創設を巡って—政策の動向と政策的な要因の整理—」『日本女子大学紀要』第27号、pp. 13-21。
- 沈潔(2017)「中国版『介護保険制度』の構想を読み取る」『週刊社会保障』第2948号、pp. 38-43。
- 塚原康博(1999)「非対称情報下の介護保険における逆選択の実証研究」『季刊・社会保障研究』第35巻第3号、pp. 295-302。
- 鄭載旭・白澤政和(2006)「韓国の老人スバル保険制度の導入背景とその構造的特徴」『生活科学研究誌』第5巻、pp. 165-173。
- 董鑫妮(2013)「中国の出稼ぎ家事労働者の生活戦略—大連でのインタビュー調査から—」『徳島大学地域科学研究』第3巻、pp. 1-18。
- 飛田英子(2017)「介護保険制度見直しの方向性—世代会計の試算結果を踏まえて—」『日本総研経済・政策レポート』第11巻第50号、pp. 2-19。
- 内藤二郎(2019)「中国の財政を取り巻く状況と課題」『フィナンシャル・レビュー』第3号、pp. 30-55。
- 長屋榮一・鈴木博志(2017)「中国の高齢者福祉施設の入所者と入所理由、改善要望の分析—大連市と西安の事例比較—」『日本建築学会技術報告集』第23巻第53号、p. 283。
- 西下彰俊(2011)「韓国の老人長期療養保険制度におけるケアマネジメントの課題—在宅ケアを中心に—」『現代法学』第20号、pp. 175-195。

- 畢麗傑(2010)「中国都市部における高齢者介護の社会化—北京市と上海市の事例研究を通じて—」『立命館国際研究』第23巻第1号、pp.131-152。
- 畢麗傑(2011)「中国都市部における公的介護保険制度創設の可能性—ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の比較を通して—」『立命館国際研究』第23巻第3号、pp.599-621。
- 包敏(2018)「中国における高齢者介護政策の現状と問題—中華人民共和国国民経済発展と社会発展第13次5カ年計画期間を中心に—」『地域ケアリング』第20巻第9号、pp.77-80。
- 包敏(2020)「中国における高齢者介護サービスの現状と今後」『東京医科歯科大学教養部研究紀要』第50号、pp.13-29。
- 増田雅暢(2014)『世界の介護保障 [第2版]』法律文化社。
- 間淵領吾・酒井千絵・古川誠(2022)『基礎社会学 [新訂第5版]』世界思想社。
- 万琳静・小島克久(2022)「介護保険パイロット事業からみる中国の高齢者介護制度」『社会保障研究』第6巻第4号、pp.454-468。
- 三原岳(2019)「介護保険料の納付開始年齢はなぜ40歳なのか—年齢引き下げを巡る論点を探る」『保険・年金フォーカス』2月26日号。
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/60959_ext_18_0.pdf
- 三原岳(2020)「20年を迎えた介護保険の再考(3)限度額とは何か—保険給付の上限を定める意味合い」『研究員の眼』6月29日号。
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/64817_ext_18_0.pdf
- 宮本恭子(2021)『越境する介護政策 日本とドイツの介護保障システムの検証』日本評論社。
- 宮本貴章(2021)『中国の地方財政制度』自治体国際化協会。
- 宗金建志(2022)「中国の人口が減少、2023年にはインドが世界首位:国連予測」『日本貿易振興機構・地域分析レポート』9月27日号。
<https://www.jetro.go.jp/biz/areareports/2022/db12433a352ecc90.html>
- 森詩恵・藤澤宏樹(2010)「韓国介護保険制度の創設とその現状」『大阪経大論集』第61巻第2号、pp.165-178。
- 森周子(2020)「介護手当と家族介護—ドイツの動向から考える」『日本労働研究雑誌』第62巻第2号、pp.27-37。

- 森川美絵・金智美(2018)「ケアの市場化に伴うケアワークの規制—日韓の介護保険制度における家族介護労働への支払いからの示唆—」『社会政策』第10巻第2号、pp. 117-128。
- 山井和則(1991)『世界の高齢者福祉』岩波書店。
- 山路憲夫(2009)「韓国「老人長期療養保険」と日本の介護保険との比較」『白梅学園大学・短期大学紀要』第45巻、pp. 1-11。
- 楊慧敏(2021)「中国の介護保険パイロット事業の課題」『国際経済労働研究』第76巻第8号、pp. 11-18。
- 楊慧敏(2023)『中国の介護保険構想 持続可能な制度構築へ向けた政策分析』明石書店。
- 吉池由美子(2012)「高齢者人口が3.3億人となる中国介護保険制度導入が鍵」『月刊エコノミスト』2012年9月11日号、pp. 76-77。
- 李赫然(2020)「中国における社会保障制度の基本原理に関する考察:『自助・共助・公助』の補完性を中心に」『立教経済学論叢』第87巻、pp. 15-39。
- 李赫然(2022)「中国における高齢者の介護保障制度に関する一考察—自助・共助・公助の最適な組み合わせに向けて—」『立教経済学論叢』第88巻、pp. 1-26。
- 若林美佳(2020)『図解で早わかり 共生型サービスにも対応!介護保険・障害者福祉のしくみ』三修社。

中国語文献・資料

- 王麗榮・田珍都(2021)「我国長期護理保険制度存在的問題与完善建議」『社会治理』第4期、pp. 59-65。
- 王起国・扈鋒(2017)「我国商業長期護理保險的困境与出路」『保險市場』第10期、pp. 59-65、72。
- 王嘯宇・張歆(2021)「長護險制度設計認定与運行效果研究」『公共行政評論』第5期、pp. 81-100。
- 何世英・戴瑞明・王穎・蔣曼・白鴿・羅力(2019)「我国長期護理保險試点地区籌資機制比較研究」『中国衛生資源』第22巻第1期、pp. 28-34。
- 何文炯(2015)「老年照護服務:拡大資源併優化配置」『学海』第1期、pp. 88-93。

- 何文炯(2017)「長期照護保障制度建設若干問題」『中共浙江省委黨校學報』第5期、pp. 5-11。
- 海童(2022)「我國失能老人護理補貼政策的特征刻畫與治理策略」『湖南社會科學』第1期、pp. 112-119。
- 葛旻書(2022)「長期護理保險制度設計和資金歸集研究」『中國物價』第1期、pp. 94-97。
- 姜春力·張謹(2021)「我國長期護理保險制度試點成效、問題和建議」『『全球化』』第1期、pp. 82-93。
- 姜向群(2013)「建立長期護理社會保險制度的基本構想」『中國勞働保障報』9月3日。
- 荊濤(2010)「建立適合中國國情的長期護理保險制度模式」『保險研究』第4期、pp. 77-82。
- 景躍軍·李元(2014)「中國失能老年人構成及長期護理需求分析」『人口學刊』總第204期第36卷、pp. 55-63。
- 胡蘇雲(2018)「長期護理保險制度試點實踐—上海案例分析」『華東理工大學學報(社會科學版)』第4期、pp. 84-92。
- 吳玲(2019)「日本介護保險實施現狀對上海長期護理保險實施的啓示」『上海護理』第19卷第1期、pp. 36-38。
- 黃楓(2016)「農村失能老人現狀及長期護理制度建設」『中國軟科學』第1期、pp. 72-78。
- 黃志誠·金輝·李成志(2021)「上海市長期護理保險試點路徑與成效初探」『『中國醫療保險』』3月第3期、pp. 48-51。
- 國家衛生健康委員會(2021)『2020年中國衛生健康統計年鑑』國家衛生健康委員會。
- 徐銀波(2021)「論我國長期護理保險制度試點中的爭議問題與理論回應」『西南政法大學學報』4月第23卷第2期、pp. 17-32。
- 證券時報兩會報道(2020)「對外經濟貿易大學孫潔教授建議:加大對商業長期護理保險優惠扶持」證券時報網5月20日號。
- 施毓鳳·杜小磊(2016)「上海長期護理市場供需特點分析」『智慧健康』8月版、pp. 20-25。
- 孫潔(2018)「長期護理保險受益資格評估機制探析」『中國醫療保險』9月第9期、pp. 13-17。

- 戴衛東(2011)「長期護理保險制度理論与模式構建」『人民論壇』第11期、pp. 31-34。
- 戴衛東(2015)「應亟早期開展長期照護保險試点」『中国社会保障』第9期、pp. 71-72。
- 中国国家醫療保障局(2020)「2019年醫療保障事業發展統計速報」
http://www.nhsa.gov.cn/art/2020/6/24/art_7_3268.html
- 中国国家醫療保障局(2021)「2020年醫療保障事業發展統計速報」
https://www.gov.cn/xinwen/2021-03/08/content_5591551.htm
- 中国国家醫療保障局(2022)「2021年醫療保障事業發展統計速報」
http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html
- 中国国家醫療保障局(2023)「2022年醫療保障事業發展統計速報」
http://www.nhsa.gov.cn/art/2023/3/9/art_7_10250.html
- 中華人民共和國國家統計局(2004-2022)『中国統計年鑑 2004-2022』中国統計出版社。
- 中国老齡科学研究中心課題組(2011)「全国城鄉失能老年人狀況研究」『残疾人研究』總第2期、pp. 11-16。
- 張兵·顧愛萍·范銳(2021)「南通長期照護保險制度試点五年的成效与啓示」『中国醫療保險』4月第4期、pp. 15-18。
- 張麗波·韓彩欣(2019)「上海市長期介護保險實施中存在的問題及び对策研究」『世界最新医学信息文摘』第19卷第74期、pp. 231-233。
- 張文博(2017)「照料社会化:長期照護保險制度实践研究—基与对青島市長期醫療護理保險的考察」『北京工業大學學報(社会科学版)』第17卷第6期、pp. 24-33。
- 張學軍(2013)「失能社会保險立法研究」『吉林大学社会科学學報』第2期、pp. 132-139。
- 趙斌·陳曼莉(2017)「社会長期護理保險制度:國際經驗和中国模式」『四川理工學院學報(社会科学版)』第32卷第5期、pp. 1-22。
- 趙紅·任文靜(2019)「我国老年人失能狀況、護理方式選擇与長期護理保險發展:一個文獻綜述」『經濟研究導刊』第12期、總第398期、pp. 48-50。
- 鄭秉文(2019)「从長期照護服務体系視角分析長期護理保險試点三周年成效」『中国人力資源社会保障』第9期、pp. 38-41。
- 陳曉安(2010)「公私合作構建我国的長期護理保險制度:国外的借鑑」『保險研究』第11期、pp. 55-60。

- 陳曉晨·杜天天·王思彤·戴偉·劉躍華(2020)「荊門市長期介護保險制度構建及試點運行狀況分析」『中國衛生政研究』12月第13卷第12期、pp. 30-34。
- 陳耀鋒(2018)「中國長期護理保險制度建構的研究—基於湖北荊門長期護理保險試點工作」『當代經濟』7月刊第14期、pp. 34-36。
- 鐘漲寶(2017)『中國農村社會養老保障問題研究』中國社會科學出版社。
- 文太林(2018)「中國長期照護籌資相關研究述評」『四川理工學院學報』(社會科學版)第33卷第1期、pp. 18-32。
- 文太林·張曉亮(2020)「中國老年護理補貼政策實踐與實証」『地方財政研究』第8期、pp. 73-80。
- 門磊·孫丹(2017)「吉林省開展長期護理保險試點工作總述」『勞働保障世界』16期、pp. 3-6。
- 余央央·封進(2014)「老年照料的相對報酬:對『護工荒』的一個解釋」『財經研究』第40卷第8期、pp. 119-129。
- 楊翠迎·魯於(2016)「長期護理保險制度試點應注意的幾個問題」『中國人口報』12月5日。
https://weibo.com/p/1001604049342955682793?feed_filter=1
- 楊團(2016)「中國長期照護的政策選擇」『中國社會科學』第11期、pp. 87-110。
- 李漢東·王然·任昱潔(2018)「計生政策以來的獨生子女數量及家庭結構分析」『統計與決策』第13期、pp. 99-104。
- 李元·陳立行(2018)「長春市失能人員醫療照護保險制度的實施效果分析」『長春理工大學學報(社會科學版)』第31卷第1期、pp. 54-63。
- 李紅梅·王明峰·申少鈺(2021)「長期護理保險制度已試點5年、參保人數達1.34億人」(記者:李紅梅·王明峰·申少鈺)『人民日報』8月13日第19版。
- 李莉莉(2015)「青島市長期醫療護理保險制度獲2015年度中國政府創新獎」『青島筆法』12月18日號。
- 劉萌·王晨·尹鈴(2022)「長期護理保險的有關問題概述」『衛生軟科學』第36卷第1期、pp. 78-80。
- 劉田靜(2018)「上海長期護理保險的實踐研究」『經濟研究導刊』第28期、pp. 50-51。
- 劉田靜(2019)「上海長期護理保險資金可持續性問題初探」『上海農村經濟』第12期、pp. 34-37。

林宝(2015)「对中国長期護理保険制度模式的初步思考」『老齡科学研究』第5期、
pp. 13-21。

魯曉明・孫喆(2022)「我国長期介護保険制度の構建」『江漢論壇』第3期、pp. 108-
115。

その他

医療法人昭和会グループ「ADL 評価法一般的説明」

http://syowakai.org/?page_id=2944

最終アクセス日 2023年5月5日

京都大原記念病院グループ「介護や介護の定義とは？介護の在り方や心がけを見つめ
なおそう」

<https://yase-lifepia.jp/column/nursing-care-definition.html>

最終アクセス日 2022年5月20日

国税庁「税の国際比較」

<https://www.nta.go.jp/taxes/kids/hatten/page13.htm>

最終アクセス日 2023年1月2日

財務省「国民負担率の国際比較」

<https://www.mof.go.jp/policy/budget/topics/futanritsu/sy202202b.pdf>

最終アクセス日 2023年1月4日