

中国の介護保険制度デザインに関する総合的考察（上）

Study on the design of long-term care insurance system in China

王 文 亮

Wenliang WANG

はじめに

日本でも少しずつ知られているように、中国では2012年以降、山東省青島市をはじめ一部の地域（市）は先駆的に介護保険制度の試験的实施（以下、試行）をスタートさせた（王2016）。やがて、そういった地方政府の動きや学術界の積極的な発信等に突き動かされた形で中央政府（具体的には中央省庁の一つである人的資源・社会保障部）は2016年に「介護保険制度の試行に関する指導的意見」（以下、2016年「指導的意見」）を公布し、全国で一部の地域（市）を指定して同制度の試行を正式に指示した（王2019）。さらに2020年には同じ中央省庁である国家医療保障局と財政部は「介護保険制度の試行の拡大に関する指導的意見」（以下、2020年「指導的意見」）を通達し、指定地域の拡大を通して制度試行の期間を延長した（王2021）。

では、なぜ中国は早々に介護保険制度の創設に着手したのか。沈はその要因として以下の3つを挙げた。第一に、大国を目指している中国にとって同制度を導入した日本と韓国の動きを敏感に捉え、それらの国に追いつきたいという考えがある。第二に、中央官僚らが所属している組織の権限や私益を獲得するため、様々な介護政策のプランや規定を作って、自分の権益圏を拡大していく思惑があ

る。第三に、改革開放以後、官僚らが高度な専門知識を持つようになった。官僚らは介護政策の立案や法案の作成および財政の確保と配分まで深くかかわることとなった。同制度の多くの草案は、官僚らの思案によって出来上がったものと見られる（沈2016）。沈はかつて中国の大学で教鞭を取っていた。その門下生の多くが中央省庁にも進出して、今や社会福祉行政の中心的な担い手になっている。ここでの指摘はきっと中国の政策決定のプロセスや現実を熟知したうえの発言であり、大いに参考価値があるように感じられる。

中国では、社会政策の決定と実施において通常、基本方針・目標・仕組み・組織などのデザインから一部の地域での試行へ、やがて全国統一の制度構築へといったプロセスを辿る。介護保険制度に限って見れば、現時点で中央政府の第1回指定と第2回指定など一部の地域での試行が繰り返されているが、全国統一の制度デザインや制度実施という最終段階にはいまだに至っていない。

試行地域はおよそ2種類あるが、第一は中央政府が指定している地域（市・区・州）、第二は地方政府（省・直轄市・自治区）が指定している地域（市・県・県級市）である。中央政府が2016年に指定した市の数だが、最初は2016年「指導的意見」の示した通り15で

あり、その後、35に増えた。後で増やされた市はいわゆる重点連絡省に指定された吉林省と山東省の管轄下の市である。そして、2020年には14の市・区・州を追加して、試行を合計49の市・区・州まで拡大させた。図表1が示すように、試行地域は北京市石景山区、黔西南布依族苗族自治州（以下、黔西南州）、甘南藏族自治州（以下、甘南州）を除いてすべて市である。もちろん、一口に市と言っても、直轄市、地区級市、県級市のようにレベルが違い、人口や経済、財政などの規模も大きく異なる。上海市、重慶市、北京市、天津市など4つの直轄市は全部指定されている。その下のレベルの市を見ると、ウルムチ市、開封市、広州市、昆明市、済南市、成都市、長春市、南寧市、フフホト市、福州市は省都の市であって、ほかの市は八師石河子市（県級市）を除いてすべて地区級市である。また、北京市は直轄市で、省・自治区と同列であるため、石景山区は地区級市と同列である。

2016年「指導的意見」が公布された後、試行を開始したところは中央政府の指定地域に止まらず、省レベルの地方政府も管轄下の市や県を指定して試行をスタートさせている。例えば、北京市海淀区、河北省巨鹿県、浙江省嘉興市、江蘇省徐州市などは地方政府が指定している地域である。このように、試行地域は数多く現れ、制度の試行は急速に全土に広まる様相を呈している。ただし、2020年「指導的意見」は以下のように、地方政府の独断で試行地域を増やすことを禁止している。

「人的資源・社会保障部が指定した試行地域と吉林省、山東省など2つの重点連絡省は引き続き2020年『指導的意見』に従って制度の試行を展開するが、その他の試行未実施の省は新たに1つの市を指定して、2020年内に制度の試行を開始してよい（試行期間は2年とする）。国家医療保障局と財政部の許可を得ていない場合は、独自で試行地域を拡大してはな

図表1 中央政府指定の試行地域

指定時期（2016年～）		指定時期（2020年）	
河北省	承德市	北京市	石景山区
吉林省	長春市、吉林市、通化市、松原市、梅河口市、琿春市	天津市	
黒龍江省	チチハル市	山西省	晋城市
上海市		内モンゴル自治区	フフホト市
江蘇省	蘇州市、南通市	遼寧省	盤錦市
浙江省	寧波市	福建省	福州市
安徽省	安慶市	河南省	開封市
江西省	上饒市	湖南省	湘潭市
山東省	済南市、青島市、淄博市、棗莊市、東営市、煙台市、濰坊市、済寧市、泰安市、威海市、日照市、臨沂市、徳州市、聊城市、濱州市、荷沢市	広西チワン族自治区	南寧市
湖北省	荊門市	貴州省	黔西南布依族苗族自治州
広東省	広州市	雲南省	昆明市
重慶市		陝西省	漢中市
四川省	成都市	甘肅省	甘南藏族自治州
新疆生産建設兵団	八師石河子市	新疆ウイグル自治区	ウルムチ市

出所：筆者作成。

らない。」

以上見てきたように、中国において介護保険制度をめぐる動きは中央政府の公文書が示している通りあくまでも「試行」、つまり試験の実施という性格のものである。また、多くの指定地域も同様の表現を使っている。試行である以上、当然制度デザインは途中のものであり、今後場合によって大きな変更もあり得るし、失敗も許される。それにしても、指定地域はいずれも数十万から数百万ないし数千万の人口規模を擁しており、被保険者の数は決して少なくはない。例えば、成都市の介護保険の被保険者は2020年末時点で1,832万人を超えている。これだけ大きい規模の被保険者で実施するため、まさに一度動き出すと、影響は計り知れないといえよう。

一方、2000年以降、ドイツと日本および韓国の介護保険制度に高い関心を示してきた中国の学术界（史2008, 張2010, 盧・陳2012, 胡・湯・王2013, 呂2014, 馮2015, 翟・馬・万2016, 陳・黄2016, 楊2017）は、青島市等の自主的な制度デザインと試行、さらには2016年「指導的意見」による指定地域での試行を受けて、介護保険制度をめぐる研究の機運をますます高めた。中国最大の学術情報検索データベース「CNKI」を検索しても分かるように、近年、同制度関連の研究論文は実に飛躍的に増えている。

そんな膨大な量の中から、筆者はここ数年、100本以上もの関連論文を読んできたので、ここでは全体的な状況について感じたことを述べたい。まず、筆者としてもっとも注目したいのは、試行地域で打ち出された制度デザインについて公文書（諸規定）を通して解明しようとするような研究である。中では特に複数の試行地域を一緒に比較するような論文は参考価値が高いと思う（李・厲・岳2018, 孫・謝2018, 胡・闕・方2018, 楊・王・杜

2018, 呉・邵・周2018, 呉・唐・趙・柳2019, 周・王2019, 文・張2020, 李・明2020, 楊・謝2020, 李2020, 郭・李2021, 周・原2021, 張・張2022, 張・趙2022, 袁・王2023, 張・羅・朱2023, 韓・王2023, 丁2023)。次にここで取り上げたいのは研究者自身が現地調査を行い、得られたデータをもとにまとめた論文である（呉・朱・沈・張2020, 晁・林・顔・李2023, 譚・王・周・呉・劉・羅・宋・陳2023）。このようなものは数がまだ少ないが、関連地域における制度デザインと試行の片鱗を把握するのに欠かせない貴重な存在である。

続いて、以下では介護保険制度の試行をめぐる研究で現れている傾向や不十分なところも記しておきたい。

第一に、内容の重複が非常に多い。ほぼすべての論文は必ず冒頭で高齢化の現状と課題、要介護高齢者の増加、介護保障体系のデザインと構築の必要性などを書いている。また、試行中の介護保険制度の抱えているデザインの問題点や不十分なところに関する指摘、制度デザインの改善に関する提言は似通っており、独自性が乏しい。

第二に、中央政府が制度デザインの基本方針や骨格を示し、試行地域の政府が具体的な制度デザインを決めるように介護保険制度が試行されている。したがって、政府の政策的意図や目標等を丁寧に解明し、さらに制度の実施過程と突き合わせるような研究もとても重要で欠かせない。しかし、このような論考はほとんど見当たらない。

第三に、試行中の介護保険制度の問題点等を指摘する際、それに関連する基本理念や原理原則に基づいて理論的に分析、考察するようなものが少なく、理論の深みのない、場当たりの言説が散見される。

第四に、制度デザイン等の改善に関する提

案等は制度の全体的な仕組みをセットで考えず、給付範囲の拡大や給付水準の引き上げを強く求めるものの、それを実現するための財源の確保に関してはほとんど議論せず、制度を取り巻く社会経済の実態や変化にもあまり深く入り込まない。

第五に、フィールドワークなどを通して、制度試行の現状と実態を明らかにするような研究は非常に少ない。

第六に、データの調査と収集に努め、制度試行の成果を実証的に研究するような論文はデータベースで検索しても、ほとんど出てこない。

そこで、本稿は現在依然として試行段階にとどまっている中国の介護保険制度について、先行研究の諸々の指摘や提言にも目を配りつつ、主に介護保障体系における介護保険制度の位置づけ、制度のデザインと構築および試行等に係る基本理念・原則、そして形作られている具体的な仕組み、内包している構造的欠陥、試行の過程で露呈した諸課題に焦点を当てて総合的な分析と検証を試みたい。

一、介護保障体系における介護保険制度の位置づけ

1. 介護保障体系とは

岡崎（2020）によれば、介護保障とは要介護によって最低限度の生活水準以下に“滑落”することを防ぐという観点から、また現実にもそのような状態に置かれている人々の生活を底上げし困難な状態から脱却させるという観点から、全国民に保障すべき最低限度の生活保障政策の一環を構成する。「国民最低限」、「ナショナル・ミニマム」の一環に社会サービス（介護サービス）を位置づける必要がある。また、稲森（2015）が指摘しているように、公的介護サービス保障体制では、必ずしもそれぞれの要介護者等が抱える介護

ニーズのすべてが常に満たされるとは限らないため、場合によっては家族自身による介護または介護保険外の私的な介護サービスの利用による補完が必要となる。

介護保障体系とは、老齢、疾病・けが、障害などの事由によって要介護状態に陥った場合、利用可能な資源やシステム、制度などを適切に組み合わせ活用することを通じて、当事者の抱えている問題や困難を解決し、人としての尊厳が守られた生活を持続的に支援することである。一方、そもそも、老齢、疾病・けが、障害などに起因する要介護状態のリスクにどんな方法で備えるべきか、また、要介護状態に陥った場合、どんな資源や制度を活かせるかについては議論が分かれるところである。世界の国々も、かなり異なった仕組みの介護保障体系を志向している。

例えば、リチャード・ティトマスは福祉国家を、①残余的（救貧的）モデル、②産業的業績達成モデル、③制度的再配分モデルに分類している。①は家族あるいは市場がうまく機能しなかった時のみ、国が社会福祉の責任を果たすというモデルであり、代表例はアメリカなどがある。②は経済成長を優先するモデルで、経済成長すれば社会福祉も充実する。その代表例はドイツやフランスである。③は社会福祉の責任を社会の厚生にとって重要なすべての分配領域に広げるモデルであり、代表例は北欧である。介護のリスクにどう対応するかということは福祉国家の重要課題でもあるので、このティトマスの福祉国家類型論は福祉国家の介護保障体系タイプの分析においても応用することができると考えられる。日本の介護保障体系はかつて残余的モデルだったが、介護の社会化を実現すべく2000年介護保険制度の施行に伴い、介護サービスの提供は措置制度から契約制度へ変わり、普遍主義的な給付の性格が強まった。介護にお

ける家族の責任は依然として重いが、残余的モデルからの脱却はかなり進んでいるとはいえよう。

また、エスピノーアンデルセンが提示した福祉レジーム論をベースに見ると、先進諸国（いわゆる福祉国家）の中でも、介護保障体系は①自由主義レジーム、②社会民主主義レジーム、③保守主義レジームに分かれていると考えられる。①に属するアメリカ、カナダ、オーストラリアなどのアングロ・サクソン諸国は、リスク管理に対する個人的責任、市場中心の問題解決を重視するため、介護保障においては市場の役割を中心とした仕組みを構築しており、公的制度は必要最小限の限られた人（貧困層など）に必要最小限の給付を行う。また、②のスウェーデン、デンマーク、ノルウェーなどの北欧諸国はリスク管理に対する包括的社会化、普遍主義的給付を志向するため、個人の市民権（シティズンシップ）を社会保障を受ける基礎とする包括的な公的責任中心の介護保障体系を築き上げている。さらに、③ドイツ、フランス、イタリアなどの大陸ヨーロッパ諸国はリスクの共同負担（連帯）と家族主義を重視するため、家族が扶養責任を果たせないためのために職域ごとの社会保険制度を中心とする社会保障制度を作っている。介護は個人や家族が第一義的責任を負うが、ドイツのように国民の連帯という理念のもと社会保険（介護保険）も重要な役割を果たしている。

日本も先進国や福祉国家の一つであるが、エスピノーアンデルセンの福祉レジームに完全に当て嵌めることは難しい。介護保障体系を見ても、個人および家族の責任重視、措置制度から契約制度への転換、介護保険制度の大きな役割などを歴史的に俯瞰すると、自由主義レジームと保守主義レジーム双方の主要要素を兼ね備えていることは間違いない。か

といて、日本の介護保障体系は自由主義レジームと保守主義レジームの合体版でもないように思われる。日本の介護の現状をよく見ると、介護サービスは市場から調達する割合が意外と低く、主に家族と介護保険の二つの領域で提供されている。

鈴木（2017）が指摘しているように、介護保険法が成立する以前の状況を考えると、民間介護保険はほとんど存在していなかった。民間介護保険が成立しにくい第1の理由は民間介護保険市場に「情報の非対称性」が存在し、強い「逆選択」が働くからだと考えられる。第2に、情報の非対称性という意味では、保険加入によるモラルハザードの問題も存在する。第3に、「措置制度」とは本来、低所得・低資産・身寄りのない高齢者のための限定された福祉制度であったにもかかわらず、政府がゴールドプラン（1989）、新ゴールドプラン（1994）として大幅に供給拡大を図り、利用要件自体も徐々に緩和して行かざるをえなかった。これは、福祉制度への「ただ乗り」という意味でのモラルハザードが生じていたと解釈することができる。第4に、要介護状態に陥る確率は、一生涯を通じてみるとかなり高い。したがって、このような種々の「市場の失敗」によって成立しにくい民間介護保険に代わって、政府が強制力を持って皆保険の公的介護保険を作り出す必要があったと考えられる。

少子化と平均寿命がいずれも世界のトップクラスにある日本は、介護サービスの供給不足の局面をとくに迎えていた。そんななか、民間介護保険も増え続ける介護リスクに備える重要な役割を担っていると考えられる研究者も多くいる。介護保障体系における民間介護保険の重要性について角谷（2015）は次のように述べている。

「例え優れた公的介護保険制度があった

としても、介護サービスの供給不足があれば、多くの介護施設において、入居待ちの長いウェイトングリスクが常態化する。公的保険があっても利用できるはずのサービスに十分な空きがない場合、残された家族は、少なくとも必要とされる介護の一端は自ら担わなくてはならなくなる。しかし、家族介護は誰もが簡単に担えるものではない。まず、介護に割く時間の機会費用はどう補填するのか。介護に時間を取られ、労働時間が圧迫されれば、それは生活の質の低下を伴う、家計収入の減少につながり得る。」

すなわち、公的介護保険制度では防ぐことのできない、「介護参画リスク」への備えとして、民間介護保険の果たすべき役割は拡大しているということである。

2. 「自助・互助・公助・共助」と介護保障体系のデザイン

介護保障体系のデザインについてはどんな理念に基づいて考えるべきか、日本で展開されてきた自助・互助・公助・共助を巡る議論は示唆に富むと思われる。介護は人類史で見ると、もともとは自助努力や共同体の助け合い（いわゆる自助、互助）で行われていた。近代に入って、社会の仕組みの複雑化や家族の変容、人口の高齢化等によって、個人の努力だけで介護リスクに対応することは困難となっている。国家はまず生活困窮者の救済に乗り出して、イギリスの救貧法を源流とする公的扶助や福祉サービスを整備してきた。これはいわゆる公助である。さらに、20世紀後半以降、先進諸国の中では、相互扶助としての共済組合などの発達を踏まえて、社会保険で介護リスクに対応しようとする国が出現した。1995年にはドイツが介護保険を実施したのに続いて、2000年には日本、2008年には韓

国も制度の導入を開始した。

ところで、介護保険も「助け」の仕組みとして考える場合、それはどんな性格のものになるのか。同じような介護リスクに晒されている者同士が支え合う、いわば相互扶助の仕組みや自助を共同化した仕組みであるので、「共助」だとする人もいれば、国が責任をもって作っている制度だから、「公助」に分類すべきだと主張する人もいる。特に日本の介護保険を見ると、第1号被保険者の介護給付に要する財源の半分は公費であり、国は制度の骨格を作り、都道府県はサービス事業者の指定を行い、保険者である市町村が要介護認定の決定を行っている。また、市町村等が保険者として介護保険の運営に責任をもっている。したがって、日本の介護保険は「公的責任が強い制度であり、『公助』と位置付けされてきたといえる。」（白澤2019：2-3）

ここで筆者は「共助」か、それとも「公助」かについての議論に深入りせず、相互扶助（保険料を出し合って財源をなす）という社会保険のもともとの性格や諸外国の制度デザインにも配慮しつつ、介護保険をいちおう「共助」のカテゴリーに入れたい。結論を先取りするが、介護保障体系は、個人の自助（自分の努力に加え、家族からの援助や市場サービスの購入も含む）を基本に、互助（親戚や近隣からの援助、ボランティアや住民組織等による支援）や共助（介護保険や医療保険の給付、サービスの自己負担）、公助（公的扶助や福祉サービス）を適切に組み合わせてその介護を保障するためのセーフティネットの役割を果たしている。このような基本的な考えから出発して、以下、中国の介護保障体系のデザインおよび現在試行中の介護保険制度の位置づけについて考察していこう。

中国の介護保障体系を自助・互助・公助・共助で見た場合、時代や地域によって各要素

は変化するものであると考える必要がある。時代軸は分かりやすくいえば、例えば計画経済期と改革開放期に分かれることである。また、地域は都市部と農村部、経済発達と発展途上等によって格差が非常に大きいということである（王2006, 王2009, 王2014）。自助と互助は計画経済期であれ、改革開放期であれ、具体的な姿は当然いろいろな変容を遂げてきてはいるものの、介護の基本形であり、自分の努力や家族、親戚、近隣等の援助はもっとも重要な資源である。したがって、公助と共助の有無や仕組みを見るのがより重要である。

まず、公助の部分を見ると、その対象者は基本的に生活困窮者であるが、具体的には所得や労働能力がなく、身寄りもない高齢者、未成年者、障害者である。そして公的制度としては主に公的扶助と福祉サービスの機能を兼ね備えた①「五保戸」制度、②「敬老院」・「光荣院」・「社会福利院」制度、③「最低生活保障」制度などがある。①は公費で衣食住を提供するほか、介護保障も担う。もし在宅介護は困難な場合、②のような福祉施設に入居する。③は日本の生活保護に相当、介護は在宅か、それとも施設入居かはケースバイケースである。公的制度である以上、サービスの提供等については日本の措置制度と同様、地方政府が一方的に決定するという仕組みをとっている。また、給付決定を受けるためには、ミーンズテスト（所得や資産などの調査）を受けなければならない、利用できるサービスの量も財源や供給側の事情が優先され、利用者のニーズは二の次になる（王2001, 王2002, 王2003, 王2010a）。

次に、共助にあたる諸制度を概観するが、1950年代以降、国は公的制度として年金保険、医療保険、出産保険、失業保険、労働災害保険を順次整備してきた（王2010a）。そし

て、前述したように、2016年に国は介護リスクに対応するための介護保険制度を試験的に導入し始めた。2回の国指定地域に一部の非国指定地域を合わせても全国的な展開にはまだほど遠いが、この時点で、少なくとも形式的には中国でも自助・互助・公助・共助で構成される介護保障体系が出来上がったといえよう。仮に介護保険も将来全国的な制度にまで拡大され、国民の介護保障体系の一部になった場合、それはどんな位置づけをされていくのか、また、どんな役割を果たすべきなのかについては総合的な検討を行う必要があると思われる。

公助の介護はあくまでも生活困窮者のみに措置制度を介して提供するものであって、中・高所得者はもちろんのこと、低所得者の多くですら排除される。大多数の国民は要介護状態になったら、主に家族や親族などの援助に頼り、または全額自己負担で市場から家事代行サービスを購入して対応するしかない。さらに、医療保険の給付は範囲が狭く、疾病やけがなどによる急性期看護と慢性期看護がほとんど自己負担となっており、とりわけ慢性期看護で生じる患者および家族の経済的負担は非常に重い。症状が重く、長期的なケアを必要とする者の経済的負担を軽減するために試験的導入を開始したのが、介護保険制度である。ちなみに、制度名は中国語で「長期介護保険」と名付けられており、長期介護は英語のlong-term careにあたる。制度の基本的な仕組みは後で詳述するが、保険事故は6ヶ月以上続いた要介護状態である。

その要介護状態だが、ウルムチ市、開封市、漢中市、甘南州、荊門市、黔西南州、広州市、昆明市、重慶市、上饒市、湘潭市、承德市、長春市、天津市、南通市、南寧市、寧波市、盤錦市といった地域は重度要介護のみを給付対象にしており、試行地域の大多数を占めて

いる。中度要介護も給付対象にしているのはごくわずかの地域（安慶市、上海市、蘇州市、南通市、フフホト市）である。青島市は例外的に軽度要介護状態、軽度と中度の認知症、要支援状態にも機能訓練と指導を給付している。

また、要介護状態に陥った事由は老齢、疾病・けが、障害を問わず、給付対象者の年齢制限もなく、すなわち、被保険者であって、保険料要件を満たし、要介護認定を受けて給付対象に認定された場合、介護保険のサービスを受けることができる。財源の確保が難しいため、支給資格が非常に厳しい仕組みになっているとはいえ、限られている試行地域の中で、普遍主義的な給付であるため、低所得者ないし中高所得者も介護の負担軽減につながっている。そういう意味で、介護保険制度の試験的実施は介護保障体系のデザインと構築にとって重要な転換点であるといえよう。

中国でも介護保険制度の試験的実施によって、介護保障体系そのものだけでなく、国民への介護サービスの供給における行政決定のあり様も大きく変化している。介護サービスが社会保険方式のもとで、契約によって提供されるようになった。

例えば、南寧市では、介護保険の被保険者は重度要介護の認定を受けた場合、介護サービスを選び、介護事業所と契約を結び、ケアプランを作成する（「南寧市介護保険介護サービスのメニューと内容（試行）」）。介護サービスは3種類に分かれている。①訪問介護と訪問看護。重度要介護者または代理人は指定事業所と訪問介護の契約を結び、事業所から訪問介護と訪問看護を受ける。試行期間において、重度要介護者または代理人はその親族による訪問介護を選ぶ場合、介護者は指定事業所で研修を受け合格した上、指定事業所と契約を結び、ルール通りのサービスを提

供しなければならない。②施設入居。重度要介護者は介護保険指定施設に入居し、介護と看護を受ける。③市外居住介護。重度要介護者は広西チワン族自治区内南寧市外に住んでおり、介護保険取扱機関の要介護認定を受け、支給要件を満たした場合、本人または代理人は指定事業所と契約を結んだ上、訪問介護や施設介護を受けることができる。訪問介護員は指定事業所で研修を受け合格した上、指定事業所と契約を結び、ルール通りのサービスを提供しなければならない（「介護保険制度の試行に関する南寧市政府の意見」）。

一部の試行地域（ウルムチ市、承德市、八師石河子市）は関連規定の中で、介護サービスの契約を結ぶ際、利用者は社会保障カード、身分証明書、医療保険電子証明書、要介護認定の判定結果、介護サービス提供通知書などを提示する必要があるとはっきり定めている。

契約の形は明確にされていない試行地域でも、要介護認定を受けて給付対象者に指定された被保険者は利用者として、希望する介護サービスを希望する施設や事業所から受けることができる。

一方、現時点では、介護保険の果たす役割を過大評価してはならないと筆者は考えている。それは制度の試行がまだ一部の地域に留まっていることや、給付対象をほとんど重度要介護者に限定していること、さらにサービスの種類の少なさと給付基準の低さだけでなく、介護保険への加入には任意加入も認められているということも大きなポイントである。

介護という国民の普遍的なリスクに対応する方法として介護保険が導入されている。その機能や役割を最大限に引き出すのには、逆選択を防止できる強制加入が望ましい。しかし、中国の社会保険は任意加入も認めており、例えば、医療保険において都市非就労者

と農村住民は任意加入で、都市就労者医療保険はいちおう強制加入にはなっているものの、実際、中小零細企業の従業員や自営業者、フリーランスの中に保険未加入の人もいる(王2010b, 王2010c, 王2012, 王2017)。

国家医療保障局が公布した「2022年医療保障事業発展統計速報」によれば、2022年末時点で、全国の医療保険の被保険者は13億4,570万人に上り、加入率は95%に達した。そのうち、都市就労者医療保険の被保険者は3億6,243万人(在職者2億6,607万人、定年退職者9,636万人)、都市非就労者・農村住民医療保険の被保険者は9億8,328万人である。一方、同時期の総人口は14億1,175万人(「中華人民共和国2022年国民経済・社会発展統計公報」)であるため、全国で約6,605万人は医療保険に加入していないことになる。

中国では「国民皆保険」体制の実現はまだ途中であり、とりわけ任意加入が主流である点では果たして日本と同様に実質的な「国民皆保険」を達成できるかという疑問が残ったままである。少なくとも、現在の中国では国民全員が公的医療保険に加入して比較的軽い自己負担で病気治療を受けられる状況にない。また、医療機関の選択において中国の人々は医療制度上、多大な制約を受けており、日本のような「フリーアクセス」とはほど遠い(王2012)。

医療保険の被保険者はそのまま介護保険の被保険者になるという制度デザインであるため、都市部の多くの就労者や非就労者、農村住民は介護保険に加入していないというのが現状である。任意加入は、リスクの高い者だけが加入し、リスクの低い者が加入しないので、保険財政の健全性が保てず、制度が成り立たなくなる恐れがある。また、保険料をできるだけ広く徴収し、共通のリスクを抱えている人々の中でより多くの者に給付するとい

う本来の目的と意義が任意加入によって削がれる可能性も高い。

二、介護保険の被保険者と給付対象者に関する制度デザイン

1. 被保険者に関する制度デザイン

日本の介護保険における被保険者は各市町村の40歳以上の住民である。第1号被保険者は65歳以上の住民を指すが、第2号被保険者は40歳以上65歳未満の医療保険加入者とされている。一方、ドイツと韓国では年齢制限はなく、すべての年齢の者が被保険者になる。

対して、中国では現試行段階において、介護保険の被保険者について中央政府は原則的に都市就労者医療保険の被保険者にするが、指定地域はそれぞれの実状(経済発展の水準、財源調達能力、介護ニーズなど)に応じて被保険者を拡大してもよいとしている(2016年「指導的意見」、2020年「指導的意見」)。この国の基本方針から4点を読み取ることができる。第一に、介護保険の制度デザインは医療保険の活用型である。これについて楊は、「時間や財力、労力をかけて構築した医療保険の保障範囲や財政を活用することによって、中国にとって新たなもので馴染みのない介護保険の施行を短期間で行うことが可能となる」(楊2023:40)と指摘しているが、新制度を短期間で仕上げられるかどうかは別として、少なくとも、政府は既存の医療保険制度を最大限に活用しようといった思惑が非常に強いといえる。第二に、介護保険の保障対象はまず産業労働者に限定する形で制度を船出させる。第三に、介護保険制度の試行は段階を踏んで慎重に進めていきたい。第四に、制度デザインと構築、試行等において試行地域の政府はかなり大きい裁量権を持っている。

医療保険との関係を見ると、日本だけは介

護保険の被保険者を2種類に分けて、第1号被保険者を完全に医療保険から切り離している。ほかのドイツと韓国は医療保険の活用型である。中国も制度デザインにおいて基本的にドイツと韓国と類似しているが、各試行地域の取り決めは多種多様で、およそ以下のように3つのグループに分類することができる。

第1グループは、安慶市、漢中市、甘南州、広州市、承德市、晋城市、チチハル市、盤錦市、福州市など計9つの市・州で、都市就労者医療保険の被保険者を介護保険の被保険者とするデザインである。

第2グループは計14の市・区ともっとも多く、ウルムチ市、開封市、荊門市、上海市、上饒市、青島市、成都市、蘇州市、長春市、南通市、寧波市、八師石河子市、フフホト市、北京市石景山区で、都市就労者医療保険の被保険者と都市非就労者・農村住民医療保険の被保険者を介護保険の被保険者に指定している。ただし、介護保険の被保険者はこれらの医療保険の被保険者全員でなく、一定の制限を設けている試行地域もある。例えば、上海市は都市就労者医療保険の被保険者を介護保険の第一類人員、都市非就労者・農村住民医療保険の60歳以上の被保険者を介護保険の第二類人員としている（「上海市介護保険試行方法」）。すなわち、都市非就労者・農村住民のうち60歳未満の者は介護保険に加入することができない。成都市は都市就労者医療保険の被保険者のうち、「共同基金+個人口座」の財政方式に組み込まれていない者が介護保険に加入することができないと定めている（「成都市介護保険実施細則」）。北京市は現段階で都市非就労者・農村住民医療保険の被保険者のうち、学生と児童を除いた者が介護保険の被保険者になるとしている（「北京市介護保険制度拡大試行案」）。また、このグループの中で、最初から被保険者を全医療保険の

被保険者にした試行地域もあったが、多くはむしろ青島市、荊門市、成都市のように段階的に拡大したのである。

第3グループは、黔西南州、昆明市、重慶市、湘潭市、天津市、南寧市で、現段階では都市就労者医療保険の被保険者を介護保険の被保険者とするが、今後段階的に都市非就労者・農村住民医療保険の被保険者に拡大していくと表明している。言い換えれば、これら6つの市・州は現在実質的に介護保険の被保険者を都市就労者医療保険の被保険者に限定している。ということで、本来、第3グループを第1グループに合併してもよい状況だが、将来の展望を関連規定の中ではっきり表明しているので、あえて1つのグループにしたのである。

以上見てきたように、医療保険はいちおう皆保険体制をとっているにも関わらず、介護保険の被保険者をいまだに都市就労者医療保険の被保険者に限定している試行地域が多く存在する。そもそも介護ニーズの高い人は高齢者や病气患者、障害者であるのに、なぜ介護保険制度の試行は現役世代にあたる都市就労者医療保険の被保険者から始まったのか、中央政府の2016年と2020年の「指導的意見」は具体的な根拠を明示しておらず、各試行地域の関連公文書・規定も一切言及していない。

この点について、張は以下の二つの原因を可能性として考えられるとしている。第一に、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。第二に、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ため、財源の調達と確保の面から見て、強制加入である都市就労者医療保険の財源は、任意加入であり財政基盤も脆弱である都市非就労者・農村住民医療保険より遥かに安定しており、短期での整備が可能であった（張2022）。

以上の指摘に対して筆者は2点目を全面的

に賛成するが、1点目はやや説得力が弱いと思われる。周知の通り、介護支援事業の整備において都市部は農村部よりはるかに進んでいる。もしそれが大きな要因だとすれば、都市就労者医療保険の被保険者を対象とする制度の試行を単独で先行させる必要がなく、都市非就労者医療保険の被保険者も同時に対象とするべきである。したがって、考えられる最大の理由は財源の確保が困難であるということである。後で詳しく述べるが、介護保険制度の拡大と普及にとって最大のネックは財源の確保である。

2. 給付対象者に関する制度デザイン

介護保険は誰でも給付を受けられるわけではなく、受給資格を満たしている被保険者は給付対象者となり、給付を受けることができる。

ドイツの介護保険は、すべての年齢の者が対象になるし、すべての年齢の障害者・児が介護保険の対象となる（松村・田中・大森2019：328）。韓国の介護保険の被保険者は全国民で健康保険の被保険者（加入者およびその被扶養者）と医療扶助の受給権者である。一方、給付対象者は65歳以上の高齢者または65歳未満の老人性疾病患者である。老人性疾病の範囲は「認知症」、「脳血管性疾患」と「パーキンソン病および関連疾患」である（徐・近藤2009）。日本の介護保険において、受給資格がある人は、①65歳以上の第1号被保険者で、日常生活を送るために介護や支援が必要であると認定された人、および②40歳以上65歳未満の第2号被保険者で、加齢に伴う病気（特定疾病）が原因で日常生活を送るために介護や支援が必要と認められた人である。

一方、中国の介護保険制度では、受給資格の有無を判断する基準も試行地域によってい

ろいろな違いがある。以下は、いくつかの側面から関連の制度デザインを見ていこう。

(1) 介護保険の被保険者であること

医療保険の被保険者は介護保険の被保険者になるため、医療保険の被保険者である。安慶市、ウルムチ市、開封市、漢中市、甘南州、黔西南州、昆明市、承德市、晋城市、青島市、成都市、蘇州市、チチハル市、南寧市、寧波市、八師石河子市、盤錦市、福州市、北京市石景山区などは関連規定において介護保険の未加入者は介護保険給付を申請することができないと定めている。甘南州と福州市はさらに医療保険に1年以上加入していることを条件としている。

介護保険に加入していない者は介護保険の給付を受けられないというのは日本と中国の共通である。ただし、日本の介護保険は他の社会保険と同様、強制加入であり、未加入者は非常に少ない。一方、中国の介護保険は前述したように、その被保険者は医療保険の被保険者であるが、都市非就労者・農村住民医療保険は任意加入になっているため、介護保険も任意加入であり、未加入者は日本よりはるかに多い。言い換えれば、同じ介護保険未加入だが、日本では介護保険法に違反する違法行為であるのに対して、中国では合法的である（そもそも中国では介護保険法すら存在しない）。この違いは保険料未納・滞納への対応にも反映されている。

(2) 介護保険の保険料を納めていること

日本では、介護保険料の納付は国民の義務であるので、滞納があると、保険者である市町村から督促状などによる請求が行われ、保険給付の制限が行われる。第1号被保険者が保険料を滞納している場合には、災害その他の政令で定める特別な理由があると認める場

合を除いて、市町村は介護保険証の提出を求め現物給付を行わないことの記載（「支払方法変更の記載」）をし、保険給付の全部又は一部の支払を差し止めることとされている。つまり、サービス利用時に保険料を滞納すると、一定期間は催促による徴収努力を行うが、一定期間を過ぎると現物給付から償還払いに切り換えられ、介護サービスを利用するときには一度全額負担することになる。また、利用者負担を1割から3割に引き上げられる。第2号被保険者は介護保険料を一括徴収する国民健康保険など医療保険法に基づく給付の全部又は一時差し止めになる。このように保険料滞納者に対しては保険給付の制限が行われ、その処分は厳しいものとなっている（森2015）。なかでは、滞納保険料に延滞金が加算され、貯蓄や不動産といった財産を差し押さえられることもある。

一方、中国では介護保険料を未納・滞納しても、督促はもちろんなく、財産の差し押さえも一切行われない。代わりに、保険料を払っていない者は要介護認定の申請すら受理されず、給付は一切受けられない。天津市は要介護認定を申請する月に保険料を払っていることを条件としている。これは非常に寛大な規定であるが、大多数の試行地域はもっと厳しい条件を設けており、保険料の払い方に対して連続して納付することを求めている。

例えば、開封市の規定によれば、被保険者が要介護認定を申請する際、都市就労者医療保険料満額を連続2年以上納付しており、なおかつすでに介護保険に加入済で保険料を連続して納めている状態になくはならない（「開封市介護保険制度試行方法」）。荊門市では、介護保険制度が試行されて3ヶ月内に加入した被保険者は保険料を6ヶ月以上納めてはじめて要介護認定を申請することができる（「荊門市介護保険実施細則」）。上饒市は介護

保険料の全額納付を介護保険給付の前提としている。保険料未納の被保険者は2年以内に介護保険の給付を受けることができない（「上饒市介護保険制度試行取扱規程（試行）」）。湘潭市の規定によれば、都市就労者医療保険の被保険者は介護保険料を連続して2年以上納めた場合、介護保険の給付を申請することができる。ただし、介護保険制度が導入される前にすでに都市就労者医療保険の被保険者であって、介護保険制度が導入された後、保険料を連続して納めている者はこの限りではない（「湘潭市介護保険制度試行実施案」）。盤錦市では、2021年4月1日から新たに都市就労者医療保険と介護保険に加入し、かつ加入時すでに要介護状態の者は、保険料を連続して2年以上納めなかった場合、要介護認定を申請することができない（「盤錦市介護保険要介護認定管理方法（試行）」）。

こうした保険料の連続納付はモラルハザードを防止するための手段であると考えられる。すなわち、保険事故が起きそうな時、または起きた時、保険の給付を受ける目的で、一時的に保険料を納める。保険事故が改善または消滅したら、すぐに保険料の納付をやめてしまう。このような行為は頻繁に起きているので、保険料は連続して納付していない場合は、給付を認めない。

また、保険料収入をできるだけ確保するために、多くの試行地域は滞納した保険料の追納を促すような対策を打ち出している。例えば、昆明市の規定によれば、医療保険の受給資格を満たしており、かつ介護保険料を連続して2年以上納めた被保険者は介護保険の給付を受けることができる。保険料の連続納付期間は2年未満の場合、不足分を一括して追納したら、要介護認定を受けた後、介護保険の給付を受けることができる。被保険者は介護保険の給付を受けている最中、保険料を

3ヶ月未満滞納してそれを追納した場合、追納した月に介護保険の給付を再開することができ、滞納期間にも介護保険の給付を受けることができる。滞納期間は3ヶ月を超えた場合、第4月から介護保険の給付を停止される。滞納した保険料を追納した場合、介護保険の給付を再開することができるが、滞納期間には介護保険の給付を受けることができない（「介護保険制度試行の全面的展開の案（改訂版）」）。

この点において、日本の介護保険制度は中国より寛大であることは明らかである。具体的に、前述したように、日本は償還払いや自己負担割合の引き上げといった制度を設けている。一方、中国の制度デザインはこのような配慮や猶予をいっさい盛り込んでいない。

(3) 心身の状態等に関する要件

各試行地域は病気治療、病状、要介護状態、日常生活動作能力等に関して具体的な要件を設けており、それらを筆者がまとめたのが図表2である。

(4) 前回の申請や判定結果の出た日から一定の期間を経過していること

漢中市と上饒市は、前回の申請から2年間を経過していることが必要であると定めている。また、前回の判定結果の出た日から6ヶ月を経過していると定めている試行地域は安慶市、ウルムチ市、漢中市、甘南州、黔西南州、承德市、晋城市、成都市、チチハル市、长春市、天津市、八師石河子市などである。福州市はそれに加えて、病状および要介護状態に明らかな変化があることを必要としている。一方、南寧市は、前回の判定結果の出た日、または終了から3ヶ月を経過していると定めている。

(5) 常住戸籍や住所等に関する要件

例えば、八師石河子市は本市の常住戸籍を有することを求めている。南寧市は、要介護認定を申請する時に、広西チワン族自治区に住んでいることが必要であるとしている。福州市は要介護認定を申請している人の訪問調査地は福州市内であることを求めている。

図表2 病気治療、病状、要介護状態、日常生活動作能力等に関する要件

試行地域	要件
安慶市、漢中市、チチハル市、寧波市、八師石河子市	治療期間は6ヶ月を経過している。
荊門市、上饒市	治療期間は6ヶ月を経過している、または病状が安定している。
安慶市、ウルムチ市、漢中市、南寧市	病状は安定しており、入院治療中ではない。
黔西南州、昆明市、湘潭市、承德市、晋城市、长春市、天津市、盤錦市、福州市、北京市石景山区	医療機関やリハビリテーション機関の治療を受け、要介護状態が6ヶ月を経過している。
晋城市、成都市、蘇州市、フフホト市	要介護状態が6ヶ月を経過している。
ウルムチ市	要介護状態は6ヶ月を経過しており、かつ病状や日常生活動作能力、認知機能、コミュニケーション能力には明らかな変化がある。
甘南州、広州市	要介護状態は6ヶ月を経過しており、かつ病状や日常生活動作能力には明らかな変化がある。
南寧市	疾病、怪我・障害などで要介護状態に陥り、生活の自立能力を失ってから6ヶ月を経過している。
広州市	重度の精神疾患を患っていない。

出所：筆者作成。

以上、5つの分類で各試行地域の受給資格 格事由が設けられている（図表3）。をまとめたが、実際、ほかにもいろいろな欠

図表3 要介護認定申請の欠格事由（以下の状況のいずれかあれば、要介護認定の申請を受理しない）

欠格事由	試行地域
介護保険に加入していない、または介護保険に加入しており介護給付の待機期間にある。	荆門市
緊急治療を要する各種の危篤疾病を抱えている、または病状が不安定である。	広州市
提出書類に不備または虚偽がある。	ウルムチ市、甘南州、昆明市、晋城市、成都市、蘇州市、南寧市、盤錦市、福州市、北京市石景山区
前回の要介護認定申請で虚偽の申告があった。	上饒市
前回の申請時に虚偽の申告があった。あれからまだ2年を経過していない。	漢中市、晋城市
提出書類は申請者の実際状況と一致せず、それを申請者に通知してから2年間を経過していない。	承德市
労働災害で要介護状態になった。	南寧市
交通事故、刑事事件、労働災害、医療事故など第三者が法的責任を負う（責任者が明らかではなく、または責任者は全額を賠償する能力がないことを除く）。	荆門市
第三者が介護、リハビリなどの費用を負担する場合や、その他国の政策で介護手当を受けている。	南寧市、盤錦市、福州市
労働災害保険の生活介護費を受給している。	成都市、北京市石景山区
医療保険、労働災害保険といった社会保険の給付対象である。	盤錦市、福州市
医療保険、労働災害保険、生育保険および第三者が支払う介護やリハビリの費用は、介護保険基金が給付しない。	黔西南州
その他介護保険基金が給付しない状況である。	ウルムチ市
その他介護保険要介護認定の範囲外のことである。	晋城市、蘇州市、北京市石景山区
その他法律の規定と成都市介護保険の規定にそぐわない。	成都市

出所：筆者作成。

引用・参考文献

- 徐東敏・近藤克則（2009）「韓国の老人長期療養保険制度の成立背景と特徴—日韓比較の視点から—」、『社会政策』第1巻第3号、pp.79-90
- 森詩恵（2015）「介護保険制度における低所得者支援の現状と今後への示唆」、『経済学雑誌』第115巻第3号、pp.247-265
- 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（人間社会学部）』第27号、pp.13-21
- 松村祥子・田中耕太郎・大森正博編著（2019）『新

- 世界の社会福祉2 フランス/ドイツ/オランダ』、旬報社
- 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
- 王文亮（2001）「中国の地域福祉サービスの展開と役割」、『総合社会福祉研究』第18号、pp.165-176
- 王文亮（2002）「中国農村部の高齢者社会保障の現状（上）」、『賃金と社会保障』No.1336、pp.47-54
- 王文亮（2003）「中国農村部の高齢者社会保障の

- 現状(下)],『賃金と社会保障』No1340, pp.61-69
- 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(2009)『社会政策で読み解く現代中国』, ミネルヴァ書房
- 王文亮(2010a)『現代中国社会保障事典』, 集広舎
- 王文亮(2010b)「中国の農村部における公的医療保険制度の展開に関する考察」,『金城学院大学論集(社会科学編)』第6巻第2号, pp.25-47
- 王文亮(2010c)「中国『新型農村合作医療制度』の実施効果と課題」,『賃金と社会保障』No1515, pp.51-73
- 王文亮(2012)「中国農村部の公的医療保険制度の特徴について」,『金城学院大学論集(社会科学編)』第9巻第1号, pp.52-70
- 王文亮(2014)『GDP2位の中国が抱えるジレンマとは何か』, ミネルヴァ書房
- 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』No2900, pp.54-59
- 王文亮(2017)「中国の公的医療保険制度における都市と農村の統合」,『賃金と社会保障』No1675, pp.47-67
- 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』No3129, pp.44-49
- 稲森公嘉(2015)「超高齢社会の日本における介護をめぐる法制度の現状と課題」,『日本労働研究雑誌』第658号, pp.6-15
- 鈴木亘(2017)「介護保険施行15年の経験と展望:福祉回帰か,市場原理の徹底か」,『学習院大学経済論集』第54巻第3号, pp.133-184
- 角谷快彦(2015)「家族介護者を保険金受取人とする民間介護保険の契約は家族介護にインセンティブをもたらすか—資産配分と介護参画インセンティブの実証分析」,『生命保険論集』第193号, pp.103-120
- 白澤政和(2019)『介護保険制度とケアマネジメント』, 中央法規
- 岡崎祐司(2020)「介護保障を阻む構造—介護保険制度の問題点」,『佛教大学社会福祉学部論集』第16号, pp.21-37
- 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
- 史柏年「養老保険制度中経済支持与服務保障の一体化構建—日本“介護保険”制度及其啓示」,『中国青年政治学院学报』2008年第3期, pp.115-121
- 張騰「日本介護保険制度及其效用与特点分析」,『西北人口』2010年第6期, pp.29-34
- 盧法来・陳誠誠「韓国長期療養保険制度効倣日本の経験—從政策転移の視角看对中国的啓示」,『社会保障研究』2012年第2期, pp.154-162
- 胡宏偉・湯愛学・王劍雄「美,徳,日三国長期護理保険制度發展評析与啓示」,『広西经济管理幹部学院学报』2013年第2期, pp.7-14
- 呂学静「日本長期護理保険制度の建立与啓示」,『中国社会保障』2014年第4期, pp.74-75
- 馮麒麟「国外長期照護保險計劃比較分析」,『社会工作教育』2015年第4期, pp.160-213
- 翟紹果・馬麗馬・万琳静「長期護理保險核心問題之辨析:日本介護保險的啓示」,『西北大学学报(哲学社会科学版)』2016年第5期, pp.116-123
- 陳晨・黄万丁「日本長期護理保險的經驗与啓示」,『中国衛生政策研究』2016年第2期, pp.17-21
- 楊鋁「從家庭照顧到社会護理—邁向“最優混合”的日本護理保險制度」,『社会保障制度』2017年第1期, pp.101-108
- 李強・厲昌習・岳書銘「長期照護保險制度試点方案的比較与思考—基於全国15個試点地区的比較分析」,『山東農業大学学报(社会科学版)』2018年第2期, pp.23-30
- 孫潔・謝建朝「我国長期護理保險籌資与保障政策的分歧与政策建議—基於15個試点城市試点方案的比較」,『經濟界』2018年第4期, pp.54-63
- 胡大洋・關超傑・方能圓「長護保險的理論与实践研究—以南通,蘇州,徐州三市的試点為例」,『中国医療保險』2018年4月, pp.37-40
- 楊菊華・王蘇蘇・杜声紅「中国長期照護保險制度的地区比較与思考」,『中国衛生政策研究』2018年4月, pp.1-10
- 呉海波・邵英傑・周桐「長期護理保險籌資機制研究—基於全国15個試点方案的比較」,『保險研究』,2018年第10期, pp.98-101
- 呉劍平・唐至材・趙広峰・柳振中「広州市長期護理保險制度試行中的思考—基於与青島的比較」,

- 『中国保険』2019年第6期, pp.47-52
- 周磊・王静曦「長期護理保險資金籌集和待遇支政策探討—基於全國15個試點城市實施方案的比較」,『財經問題研究』2019年第11期, pp.89-97
- 文太林・張曉亮「長期護理保險財政補貼研究—基於15個試點城市的比較分析」,『地方財政研究』2020年第1期, pp.93-100
- 李月娥・明庭興「長期護理保險籌資機制：實踐、困境與對策—基於15個試點城市政策的分析」,『金融理論與實踐』2020年第2期, pp.97-103
- 楊桂彬・謝宏忠「我國長期護理保險制度試點服務項目的比較分析—基於上海、南通、青島三個城市的比較」,『西安建築科技大學學報（社會科學版）』2020年第3期, pp.35-71
- 吳海波・朱文芝・沈玉玲・張瑀茹「機構護理服務供需矛盾研究—基於上饒市長期護理保險試點擴面的調查」,『衛生經濟研究』2020年第9期, pp.43-46
- 李萌「我國長期護理保險制度實施的反思和未來選擇—基於北京、上海、青島、南通四個試點城市分析」,『勞働保障世界』2020年第12期, pp.39-40
- 郭金龍・李紅梅「人口老齡化加速迫切需要擴大我國長護險試點—基於我國28個長護險試點方案的比較與思考」,『價格理論與實踐』2021年第7期, pp.34-38
- 周四娟・原彰「我國長期護理保險失能等級評定量表的比較研究—以15個試點城市為例」,『衛生經濟研究』2021年第8期, pp.59-62
- 張昇亮・張一璋「我國長期護理保險籌資機制分析—以第二批長期護理保險國家試點為例」,『保險職業學院學報』2022年第1期, pp.83-87
- 鄧時玉「我國基本醫療保險基金使用現狀、存在問題及解決對策」,『可持續發展』2022年第12卷第6期, pp.1599-1610
- 張心怡・趙海濤「我國長期護理保險待遇給付制度優化研究—基於28個試點城市的比較分析」,『科學發展』2022年第10期, pp.96-103
- 袁妙彥・王寧「城市類型視角下長期護理保險籌資與保障制度—基於15個試點城市政策文本的比較研究」,『湖北經濟學院學報』2023年第1期, pp.75-85
- 張丹・羅娟・朱亦楓「我國5個城市長期護理保險試點狀況的比較研究」,『醫學與社會』2023年第1期, pp.93-104
- 韓金・王淨淨「透視長期護理保險經弁：試點比較與政策優化」,『東北財經大學學報』2023年第2期, pp.85-97
- 晁玥畦・林榕・顏緣嬌・李紅「福建省6家長期護理保險護理機構失能老年人服務供需匹配現狀調查」,『中國護理管理』2023年第2期, pp.176-180
- 譚文英・王梓寒・周英・吳蘭笛・劉春夢・羅晴・宋麗琴・陳佳妮「廣州市護理站在長期護理保險服務中的工作現狀與對策研究」,『全科護理』2023年第15期, pp.2134-2137
- 丁嘉宜「蘇州市長期護理保險制度優化探索—基於對南通、青島的對比分析」,『中國集體經濟』2023年第12期, pp.165-168