岡山大学経済学会雑誌 49（3），2018，109 ～ 120

《論　説》

中国における介護保険制度の試行現状と課題※

張　　建*

1．はじめに

2016年６月27日に中国人力資源･社会保障部は「介護保険制度の試行地域の展開に関する指導意見」（中国語：「开展长期护理保险制度试点的指导意见」，以下「指導意見」と略称する。）を正式に発表した。中国では全国統一の公的介護保険制度が整備されておらず，今回公表された指導意見は初めての全国的な施策要綱である。2015年，中国の経済成長率は25年ぶりの最低値だと言われている6.9％に止まり，高速成長から中低速成長の「新常態」への転換を宣言した。一方，2016年末の中国の65歳以上の高齢者人口は，約1.50億人であり，同時期の日本の総人口を超える高齢者が存在している。経済成長の鈍化に加える高齢者人口の増加といった新課題のもとで，社会保障制度の整備を通じて，社会安定と社会福祉を向上させる必要に迫られていた。

近年，中国の人口高齢化及び高齢者保健福祉政策の改革動向については，調査と研究が進んでいる。まず中国語の研究成果から見ておくと，翟振武等（2016）は中国国家統計局のデータを活用して，中国における人口高齢化の特徴を検証し，高齢者保健福祉政策の課題を論じた。中国老齢科学研究中心課題組（2011）は，「失能老人」問題に注目して，2000年から2010年にかけて３回にわたって実施された全国城郷老年人口状況調査のデータを利用して，中国における「失能老人」の規模，特徴そして高齢者介護サービスの供給システムの運営状況を論じた。「失能老人」とは，日常生活の全部または一部に介護を必要とする高齢者のことであり，日本の「要介護高齢者」にあたる。その中で中国老齢科学研究中心課題組（2011）は，高齢者保健福祉政策の改革の必要性についても検討を加えている。また，中国都市部における介護保険制度の展開及び試行の実態については，朱秋蓮等（2015）は，2012年７月に青島市が設立した長期医療護理保険制度の政策内容等を取り上げ，長期医療護理保険制度の試行効果及び政策改革の動向を検討した。一方，中国における高齢者介護施設の運営と介護人材の確保については，呉玉韶等（2015）が老人養護ホームを中心とする老人福祉施設の運営現状を詳細に検討した。屈冠銀（2017）は，高齢者介護人材の育成と確保に焦点を絞って，中国の介護保険制度を正式に展開する際に，直面する人材不足の問題を論じた。

次に日本側の成果について触れておくと，石田路子（2013）は中国における人口高齢化の特徴を論じたうえ，高齢者介護の現状と課題を検討した。方蘇春等（2010）は遼寧省大連市の民営老人福祉施設の経営実態についてヒアリング調査を行い，日本の高齢者介護サービスの現状と比較しながら，この問題についての中国の現状を分析した。しかし，石田路子（2013）そして方蘇春等（2010）は，いずれも中国都市部における高齢者介護サービスの供給体制について触れているが，介護保険制度の実施の可能性については具体的な分析を行っていない。一方，中国における介護保険制度の内容及び試行の現状について，畢麗傑（2011）はドイツ・日本・韓国の介護保険制度の特徴をまとめた上で，中国都市部における公的介護保険制度を中心とする新たな高齢者介護システムを構築する可能性を検討した。岡室恵美子（2015）は山東省

※　本稿は中国国家留学基金委員会（CSC），2015年度海南医学院科研培育基金研究課題（HY2015-10）及び2017年度海南省教育庁高等学校科学研究課題（Hnky2017-40）の助成金による研究成果の一部として公表したものである。
＊　中国海南医学院管理学部講師

青島市の事例を中心として，中国における高齢化対応政策の変遷と介護保険制度の試験導入の過程を概観し，中国の介護保険制度の運営現状と持続可能性，財政的課題等を分析した。岡室恵美子（2015）は，特に，青島市の長期医療護理保険制度の内容，制度導入の効果そして政策調整の進展を詳細に検証したという点が注目に値する。2012年７月に青島市は長期医療護理保険制度を設立してから，江蘇省南通市，吉林省長春市においても，介護保険制度に類似する高齢者保健福祉政策の試行が始まった。このため，中国における介護保険制度の最新の政策動向を把握して，現行の高齢者保健福祉政策の運営現状を検討する必要がある。

さらに指摘するなら，これまでの研究成果には大きく言って二つの弱点がある。第一は，これまでの研究が，中国における介護保険制度の進展を論じる際に，検討対象を山東省青島市の長期医療護理保険制度に集中していたということである。青島市以外の地域における介護保険制度の展開については，ほとんど検討がなされてこなかった。中国では2012年から都市部における介護保険制度の試行地域が徐々に拡大していた。そして，給付水準や介護サービスの内容は各地域の状況に応じて設定され，さまざまな違いと特長を持っている。そうした多様な実態を考察しておくことは重要である。このため，本稿では山東省青島市，江蘇省南通市及び吉林省長春市の調査資料を利用して，青島市をはじめとする中国各都市部の介護保険制度の内容と効果を比較しながら，制度が運用されている実態を明らかにしたい。

もう一つの弱点は，これまでの研究成果は，中国都市部における介護保険制度の発展を指摘するものの，実施の過程で明らかになってきた現行制度の持っている不備や弱点については検討が弱いという問題である。中国の介護保険制度が直面している諸問題とは，具体的には，介護サービスの供給基盤の未整備，介護人材の不足及び農村部における高齢者の介護問題等が挙げられる。本稿では中国国家統計局と政府出版物のデータを利用して，中国における介護保険制度が直面している諸々の課題を検討したい。

以上のことを踏まえて本稿では，中国における人口高齢化の特徴を概観するうえで，高齢・超高齢社会に対応する中国都市部の介護保険制度の試行現状及び運営上の課題を考察し，今後の中国における介護保険制度の発展の方向性を検討する。

２．中国における人口高齢化の実態と特徴

2.1　急速な人口高齢化

2017年２月に中国国家統計局が公表した「2016年国民経済と社会発展統計公報」によると，2016年末の時点で中国の総人口は13億8,271万人に達した（中国国家統計局（2017））。そのうち，65歳以上の高齢者人口は１億5,003万人であり，総人口の約10.8％を占めている。人口構造の変動の視点から見れば，1996年から2016年にかけての21年間において，中国の65歳以上の高齢者人口は7,845万人から１億5,003万人に急増し，同期間の高齢化率[1]は6.4％から10.9％に増加した（表１）。国際連合（UN）や世界保健機関（WHO）の標準によると，高齢化率が７％以上の社会を「高齢化社会」，14％を超えた社会を「高齢社会」，21％を上回った社会を「超高齢社会」と言い，この三つの段階を通過するのにかかる年数は人口高齢化の速度とされる。中国は2000年に高齢化率が７％を超えて高齢化社会に突入し，さらに2025年に高齢化率が14％に達して高齢社会になると予測されている。高齢化率が７％から14％に倍増する所要年数（倍化年数）について言えば，アメリカやフランス等の西欧諸国は大体50年間以上かかったが，日本の場合は1970年に7.1％に達し，1994年に14.0％を超え，僅か24年間で高齢化社会から高齢社会に転換した。そして，中国の人口高齢化の速度は世界にまれに見るほど早かった日本とほぼ同じの25年間であろうと予測されている。

1　高齢化率とは65歳以上人口が総人口に占める割合である。

表１　1996 ～ 2016年の中国における人口年齢構成の推移

単位：万人

年代	総人口	年少人口（０～14歳）	生産年齢人口（15 ～ 64歳）	高齢者人口（65歳以上）	高齢化率
1996	122,389	32,298	82,245	7,845	6.4%
1997	123,626	32,093	83,448	8,085	6.5%
1998	124,761	32,064	84,338	8,359	6.7%
1999	125,786	31,950	85,157	8,679	6.9%
2000	126,743	29,011	88,847	8,821	7.0%
2001	127,627	28,716	89,849	9,062	7.1%
2002	128,453	28,773	90,302	9,377	7.3%
2003	129,227	28,559	90,976	9,692	7.5%
2004	129,988	27,947	92,161	9,879	7.6%
2005	130,756	26,543	94,144	10,068	7.7%
2006	131,448	26,027	95,037	10,384	7.9%
2007	132,129	25,633	95,794	10,702	8.1%
2008	132,802	25,232	96,547	11,023	8.3%
2009	133,450	24,688	97,419	11,343	8.5%
2010	134,091	22,259	99,898	11,934	8.9%
2011	134,735	22,231	100,243	12,261	9.1%
2012	135,404	22,342	100,334	12,728	9.4%
2013	136,072	22,316	100,557	13,199	9.7%
2014	136,782	22,569	100,398	13,815	10.1%
2015	137,462	22,715	100,361	14,386	10.5%
2016	138,271	23,008	100,257	15,006	10.9%

出所：中国国家統計局データベース。＜http://data.stats.gov.cn＞（閲覧日：2017年７月10日）。

さらに，1996 ～ 2016年の期間における中国の従属人口指数の推移を確認すると，従属人口指数の全体が48.8から37.9に減少した。そのうち，年少従属人口指数は39.3から22.9へと約41.7％も減少したが，老年従属人口指数は9.5から15.0へと約57.9％も大幅に増加した（図１）。具体的に言えば，1996 ～ 2016年の間に中国の人口構造は年少人口が減少しつつある一方，高齢者一人を扶養する現役世帯の人数は1996年の約10.5人から2016年の6.7人に急減した。巨大な高齢人口，急速な高齢化及び「一人っ子政策」による少子化の加速により，中国では人口高齢化が深刻化しつつある。

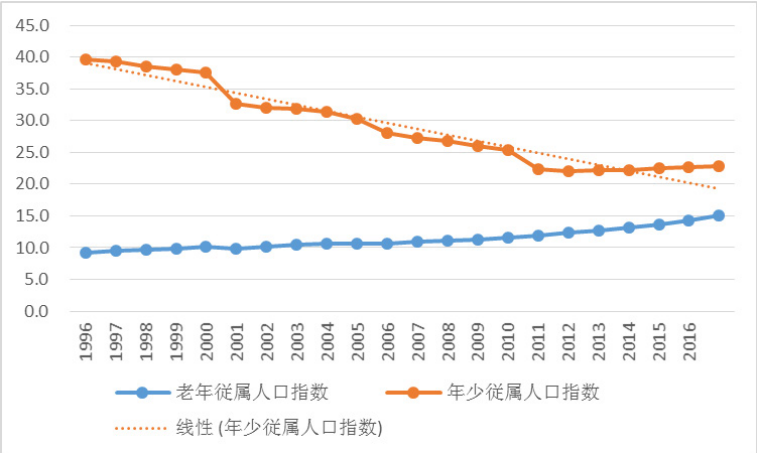

図１　1996 ～ 2016年の中国における従属人口指数の推移

出所：同表１

2.2　人口高齢化の地域間格差

中国国家統計局が公表した人口標本調査の結果によると，2015年には中国全国の高齢化率が10.5％であったが，全国の平均水準を上回った地域は遼寧省（12.9％），上海市（12.8％），江蘇省（12.7％），山東省（11.7％），浙江省（11.3％），北京市（10.7％）であり，主に東部の高所得地域に集中している。一方，寧夏回族自治区（7.4％），青海省（7.1％），新疆ウイグル自治区（7.1％），チベット自治区（5.7％）等の西部の低所得地域では高齢化率が５～７％位であり，全国の平均水準より大幅に低下している。要するに，中国では地域間の高齢化水準に大きな格差が存在し，東部の高所得地域では人口の高齢化が先行している。

また，中国における人口高齢化については地域間の格差が拡大する傾向にある。1982年に行った第３回人口センサスの結果によると，中国都市部における高齢化率は4.6％であり，農村部の高齢化率は5.0％であった。すなわち，改革開放が始まる初期には中国の農村部と都市部の高齢化率は農村部が僅かに高く，その差は0.4％であった。2000年になると，都市部の高齢化率は6.1％，農村部の高齢化率は7.2％で，農村部が高いという格差は拡大したが，2010年の第６回人口センサスの結果によると，農村部の高齢化率が10.0％に達し，都市部の高齢化率は増加したものの，その水準は7.8％に止まった（王桂新，干一慧（2017））。要するに，1982年から2010年にかけての約30年間において，農村部と都市部の高齢化率は増加し，格差は農村部の0.4％高から2.2％高へと大きく変化した。

このように，中国における人口の高齢化は西部の低所得地域より東部の高所得地域のほうが先行し，都市部より農村部のほうがより速い速度で進展している。しかし，都市戸籍の住民を対象にする医療・年金等の社会保障制度が整備されているが，農村戸籍の住民に対する社会保障が不十分なため，介護や看病は基本的に自力か子どもに頼るしかない。

2.3 「空巣老人」と「失能老人」

改革開放以降の中国では，一方における「一人っ子政策」の徹底と，他方における都市部を核とした急速な経済成長によって，農村部から都市圏への，若年層人口を中心とした激しい人口移動を招いてきた。そして，このような情勢を背景として中国では核家族化が進展している。1982～2010年の４回の人口センサス結果によると，中国の世帯平均人数は1982年の4.41人から1990年の3.96人，そして2000年の3.44人から2010年の3.10人へと減少した（楊勝慧（2015））。また，2017年２月に国家衛生・計画生育委員会が公表した「中国家庭発展報告2015」によると，2016年に中国の世帯平均人数は，すでに３人以下に低下した。一方，急速な高齢化によって，中国には全世帯の20％を超す8,800万世帯に65歳以上の高齢者が存在している（労働政策研究・研修機構（2017））。そして，このような核家族の増加や人口高齢化の進展は，家族が持つ老人扶養機能を衰退させている。しかし，伝統的な家族意識や公的介護施設の未整備等の原因で，中国の多くの高齢者は，「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。このため出稼ぎに出た子どもに残されたままの夫婦あるいは一人暮らしの高齢者，いわゆる「空巣老人」が増えている。2016年３月に中国人民大学が発表した「中国老年社会追跡調査（2016）」によると，2015年の中国における「空巣老人」は約１億人に達し，60歳以上人口の約47.6％を占めている。そのうち，一人暮らしの「空巣老人」は約1,000万人であった。

また，「失能老人」とは，寝たきりや認知症などのため，日常生活の全部または一部に介護を必要とする要介護高齢者のことを指す。中国では，着替え，排泄，食事，入浴，寝起き，室内移動の６項目中，少なくとも１項目が自分で行えない状態になった高齢者を「失能老人」と言い，６項目全部喪失の高齢者を「完全失能老人」と定義する。2010年の中国における「失能老人」の人口は約3,300万人であり，60歳以上人口の19.0％を占めている（中国老齢科学研究中心課題組（2011））。その中に，「完全失能老人」の人数

は1,084万人に達し,「失能老人」全体の約32.8％を占めていた。2015年になると,「失能老人」の人口は4,063万人に増加した。(中華人民共和国民政部（2016))。

要するに，中国における人口の高齢化に伴う「空巣老人」と「失能老人」の増加や核家族化に伴う家族介護の限界等の現状から，要介護高齢者に対する社会保障制度を再編する必要性が強まっている。

3．中国における介護保険制度の試行現状

3.1　山東省青島市における長期医療護理保険制度の試行現状

山東省青島市は1987年に高齢化社会を迎えたが，それは山東省全体より７年，中国全体よりは13年も早かった。2011年末時点に，青島市の60歳以上の在籍人口は132.7万人に達して総人口の17.3％を占め，中国全国の平均水準の13.3％を上回った。一方，青島市の養護老人ホームをはじめとした介護施設の費用が高く，家賃や食費，介護費用等の月額利用料金は一般3,000元以上であったが，青島市の企業定年年金の平均給付水準は1,767元であった。すなわち，一般高齢者の収入は介護費用にも足らず,「失能老人」や「空巣老人」の負担が一層重かった。このように，2012年７月に青島市では，日本の介護保険制度に相当する「長期医療護理保険制度」（以下，長期護理保険）の試行が先行的に始まった。

青島市の長期護理保険の仕組みを確認すると，被保険者は都市従業者医療保険（中国語：城鎮職工基本医療保険)，都市住民医療保険（中国語：城鎮居民基本医療保険)[2]及び新型農村合作医療保険の加入者に限定された。すなわち，長期護理保険は，韓国やドイツの介護保険制度に類似し，公的医療保険に加入する全年齢層の被保険者を対象として，公的医療保険のフレームを活用している（岡室恵美子（2015))。また，長期護理保険の財政は基本的に賦課方式で運営されており，主な財源の構成は，①都市従業者医療保険積立金の20％（一時金約19.6億元)，②都市従業者医療保険の加入者については，個人口座積立金平均月額の0.5％（年間約６億元)，③都市住民医療保険の年間保険料総額の10％以内（運営状況に応じて確定，年間約３億元）からなっている。2015年から青島市人力資源･社会保障局は長期護理保険の保険者として，中国人寿保険会社青島支社及び中国人民健康保険株式会社青島支社と委託契約を締約し，民間保険会社のノウハウを長期護理保険の運営に活用するようになった。

長期護理保険の給付について見ると，青島市の指定医療機関は「日常生活機能評価（ADL)」及び医師の診断結果に基づいて，給付申請者の要介護認定を行う。そして給付申請者は要介護の資格が認定されてから，施設介護，在宅介護，指定医療機関の専門看護及び巡回介護から自己に適する介護サービスを選び，保険者から介護サービス事業者に在宅介護で１日当たり50元，施設介護で１日当たり65元，指定医療機関の専門介護で１日当たり170元を支払う。日本の介護保険制度によく似た制度だと言えよう。また，巡回介護については，サービス事業者に週２回の訪問で年間1,600元，あるいは週１回で年間800元が給付される。[3]長期護理保険の給付率は，都市従業者医療保険の加入者が全種類介護サービス利用料金の90％，都市住民医療保険の「第１種成人」が在宅介護を除く介護サービス利用料金の80％,都市住民医療保険の「第２種成人」が巡回介護サービス利用料の40％となっている。

長期護理保険の効果について言うと，2012年に制度を導入してから後の４年間に，青島市では約4.1万人の公的医療保険加入者が長期護理保険を利用し，給付金の支給総額は11.3億元に達した。この間，青島

2　都市住民医療保険の加入者は保険料の納付額により,「第１種成人」,「第２種成人」及び大学生の３種類に区分されている。2017年度の都市住民医療保険の保険料は「第１種成人」が年間370元,「第２種成人」が年間175元，大学生が年間110元となっている。

3　巡回介護サービスの利用については，都市従業者医療保険及び都市住民医療保険の「第１種成人」の加入者は週２回，都市住民医療保険の「第２種成人」加入者は週１回の訪問とされている。

市人力資源・社会保障局は長期護理保険の保険者として，被保険者に総計約2,004万日の介護サービスを提供した。一方，介護市場の動向を見てみれば，従来の政府民政部門や社会福祉法人以外に，民間企業，事業団体，NPO等多様な経営主体の参画も認められることになったので，多くの民間企業が青島市の介護サービス分野に参入してきた。2014 ～ 2016年の間に青島市における指定介護サービス事業者は390か所から500か所以上に増加した。そのうち，民間企業の介護事業者が95％を占め，介護サービス業務量の約98％を提供している（中華人民共和国財政部（2017））。

要するに，青島市における長期護理保険の実施は，要介護高齢者の需要に応えただけでなく経済的負担を軽減することにもなった。また，民間企業の参入が進んだことにより，介護サービスの提供基盤が充実し，介護サービスの量的拡大と質的向上がもたらされている点についても見逃すことができない。

3.2　江蘇省南通市の基本照護保険制度の概況

南通市は江蘇省の東南部に位置し，上海市，南京市等の高所得都市圏に近接する。このため若年層を中心とする人口流出が激しく，2001 ～ 2014年の間において，南通市の人口自然増加率は13年連続でマイナスとなった。2016年末の時点で，南通市の60歳以上の常住者人口は200万人に達し，常住者総人口の27.5％を占めたが，その比率は中国全国の平均水準の13.3％を大幅に上回った。そのうち，「空巣老人」の人口は98万人であり，60歳以上の常住者人口の47.7％を占めている（耿晨（2016））。2016年１月に江蘇省南通市では，「基本照護保険制度」（以下，基本照護保険）の試行が始まった。

基本照護保険の内容を確認すると，被保険者は都市従業者医療保険と都市住民医療保険の加入者に限定されている。また，基本照護保険は，南通市の一人当たり可処分所得の0.3％を年間基準保険料[4]としている。そのうち，①被保険者は年間基準保険料の30％を負担している。[5]②南通市政府の財政は年間基準保険料の40％を補助している。③公的医療保険の積立金から基本照護保険基金に年間基準保険料の30％が一括して移転される。さらに，基本照護保険は「彩票公益金」（宝くじの収益金）や民間企業の寄付金が財源として組み入れられており，充実している。一方，基本照護保険の運営は，青島市の長期護理保険と同様に南通市人力資源・社会保障局は４社の民間保険会社と委託契約を締約し，民間保険会社のノウハウを基本照護保険の運営に活用している。

基本照護保険の給付を見てみれば，６か月以上の治療と医療機関の診察証明書に加えて，「バーセル指数評価（Barthel Index）」による40点以下の被保険者は「重度要介護給付者」とされ，41 ～ 50点の被保険者は「中度要介護給付者」と区分される。認定された要介護給付者は在宅介護，老人福祉施設介護，指定医療機関の専門看護から介護サービスを選択する。重度要介護給付者の給付標準については，在宅介護で１日当たり15元，老人福祉施設介護で１日当たり40元，指定医療機関の専門介護で１日当たり50元であるが，中度要介護給付者の給付標準は，在宅介護で１日当たり８元，老人福祉施設介護と指定医療機関の専門介護が同様に１日当たり10元である。

2016年１月に南通市が基本照護保険を実施してから，120万人の公的医療保険加入者が基本照護保険の被保険者となり，要介護給付者が4,000人以上に達した。

4　2016年の状況を例とすれば，2015年の南通市における一人当たり可処分所得は36,291元であったので，2016年の基本照護保険の年間基準保険料は100元であった。その中に，被保険者自己は年間保険料30元を負担しているが，政府は一人当たりの被保険者に40元を補助している。都市従業者医療保険の加入者は個人口座積立金から天引きし，都市住民医療保険の加入者は政府が徴収する。そして低所得者，学生，未成年者及び障碍者の保険料が免除されている。

5　都市従業者医療保険の加入者は個人口座積立金から天引きし，都市住民医療保険の加入者は政府が徴収する。そして低所得者，学生，未成年者及び障碍者の保険料が免除されている。

3.3　吉林省長春市の失能人員医療照護保険制度の概況

吉林省長春市は中国の東北地域に位置するが，2014年末時点で，60歳以上の常住者人口は131.6万人に達し，常住者総人口の17.4％を占めている。そのうち「失能老人」の人口は約９万人であり，60歳以上の常住者人口の6.8％を占めている。2015年５月に長春市では，「失能人員医療照護保険制度」（以下，失能人員照護保険）の試行が開始された。

長春市の失能人員照護保険は，南通市の基本照護保険制度に類似しており，被保険者は都市従業者医療保険と都市住民医療保険の加入者に限定されている。失能人員照護保険の財源構成は，①都市従業者医療保険積立金の10％を一時金として，失能人員照護保険基金に一括転入する。また，②都市従業者医療保険の加入者については，個人口座積立金平均月額の0.2％と都市従業者医療保険基金の0.3％を，都市住民医療保険の加入者については，都市住民医療保険基金から年間保険料30元を失能人員照護保険基金に転入する。さらに，③長春市政府からの補助金も失能人員照護保険基金の一部となっている。

失能人員照護保険の給付を考察すると，①指定の老人福祉施設あるいは指定医療機関に入院し，「バーセル指数評価（Barthel Index）」による40点以下の被保険者，②指定医療機関に入院し，2009年に中国衛生部に公表された「総合病院分級看護指導原則（試行）」（中国語：総合医院分級護理指導原則（試行））による一級看護基準に達し，且つ基本生活能力が完全に喪失した被保険者，③末期癌患者については，KPS評価基準（Karnofsy Performance Scale）による50点以下の被保険者は要介護給付者とされている。要するに，失能人員照護保険は医療との関連で要介護状態を決定する医療的色彩が濃い制度である。認定された要介護給付者は指定医療機関の短期医療看護サービス，あるいは指定老人福祉施設の介護サービスを選び，給付率については，以下の表２に表されている。

表２　長春市における失能人員医療照護保険制度の給付率

介護サービス ＼ 身分区分		都市従業者医療保険の加入者	都市住民医療保険の加入者
指定医療機関の短期医療看護サービス	省級医療機関	75％	65％
	市級医療機関	80％	70％
	区級医療機関	85％	75％
	社区医療機関	90％	80％
指定老人福祉施設の介護サービス		90％	80％

出所：長春市人力資源・社会保障局ホームページ。＜http://www.ccrs.gov.cn/news_list_snry.html＞（閲覧日：2017年７月10日）。

2015年５月に失能人員照護保険を導入してから，長春市では407万人の公的医療保険加入者が失能人員照護保険の被保険者となり，2016年末まで要介護給付者が僅か約4,800人であった。しかし，長春市の失能人員照護保険の要介護認定率が１％にも達さず，その効果が極めて低いと言わざるを得ない。

４．中国における介護保険制度の課題

4.1　高齢者介護サービスにおける供給基盤の未整備

日本で実施されている高齢化対策との対比で現在の中国の状況を見てみると，高齢者介護サービスの供給基盤はまだまだ未整備だと言わざるを得ない。1989年に日本政府は「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」を公表し，消費税の導入を財源として，高齢者介護を中心とする保健福祉分野の基盤整備を推進していた（石田路子（2013））。ゴールドプランは，高齢者介護の基盤整備の目標を数値として

明確にしたものであった。具体的には，在宅福祉対策では，①ホームヘルパー10万人，②ショートステイ５万床，③デイサービスセンター１万か所，④在宅介護支援センター１万か所等が挙げられ，施設福祉対策については，①特別養護老人ホーム24万床，②老人保健施設28万床，③ケアハウス10万人，④過疎高齢者生活福祉センター400か所といった数値目標が示された（厚生省（1989））。そして1990年に老人福祉法の改正により，市町村は「老人保健福祉計画」を策定することが義務づけられ，市町村を中核とする高齢者保健福祉体制という方針が明確にされた。こうして全国の市町村において，在宅介護サービスと施設介護サービスが一元的且つ計画的に提供するための体制が整えられた。さらに，各市町村で作成された老人保健福祉計画の内容を踏まえて，1994年にはゴールドプランの内容を見直して，在宅介護サービスの供給基盤を一層充実する「新・高齢者保健福祉推進10か年戦略（新ゴールドプラン）」が策定された高齢者保健福祉に関するこうした基盤整備が，2000年から始まった介護保険制度の導入を円滑にする上で重要な意味を持った。

一方，中華人民共和国民政部によって公表された「社会サービス発展統計公報」（中国語：社会服務発展統計公報）によると，2010～2016年の中国における介護サービス施設・事業所数は，4.1万事業所から14.0万事業所に急増し，合計定員は352.2万人から730.2万人に増加した（中華人民共和国民政部（2010～2016））。しかし，介護サービス施設の量的な増大がそのまま介護サービスの質的向上につながったわけではない。中国老齢科学研究中心が発表した「中国養老機構発展研究報告（2015）」によると，中国全国の介護サービス施設の利用率は僅か52％であり，黒字経営の事業所の割合は19.4％しかなかった。高齢化率の高い北京市，上海市等の東部都市圏においても，介護サービス施設の利用率は60％位に止まっている（呉玉韶等（2015））。その原因については，介護サービス施設の未整備，介護サービス種類の乏しさと介護サービスの劣悪な質等が挙げられる。要するに，中国における高齢者保健福祉施設の未整備は，量的のみならず，質的にも明らかであり，公的介護保険制度の全面的な導入に支障を来しているのである。

4.2　高齢者介護サービスにおける介護人材の不足

急速に進む高齢化への対応が迫られている中で2016年３月に中国政府は「中華人民共和国国民経済と社会発展第十三次五ヶ年計画要綱」を公表し，高齢者介護については，施設サービスから在宅サービスへと重点を転換する方針を明確にした。そして各地方においても在宅介護を中心とする高齢者保健福祉政策を公表した。例として，上海市では「9073」という高齢者介護の目標が設定されている。「9073」とは，2020年までに高齢者介護の90％を在宅介護で，７％を社区介護（地域コミュニティ）で，３％を介護施設で担おうとする政策である（労働政策研究・研修機構（2017））。上海市の政策によく似た政策として，北京市では「9064」[6]という高齢者介護の目標が公表されている。しかし，中国における在宅介護の普及を進める上では，高齢者介護を担う人材の確保と育成が重要な課題となっている。中華人民共和国民政部の予測によると，中国全国では1,000万人以上の養老護理従業者（ホームヘルパー等）が必要であるが，「養老護理員」という国家資格を持つ従業者は僅か３万人余りにとどまっている。また，2014年に民政部社会福利中心課題組が行った標本調査によると，45歳以上の養老護理従業者は従業者全体の63.3％を占め，68.0％の従業者の学歴は高卒以下であった（民政部社会福利中心課題組（2015））。すなわち，中国における養老護理従業者の過半数は，45歳を超え，専門的技能に乏しい出稼ぎ労働者であった。一方，高齢者介護を担う人材の育成を見てみれば，「高齢者サービスと管理」専攻（中国語：老年服務与管理専業）を設置した専門学校は約70校であったが，在校生の人数は僅か5,000人である（屈冠銀（2017））。10校につい

6　「9064」とは，2020年までに北京では高齢者介護の90％を在宅介護で，６％を社区介護（地域コミュニティ）で，４％を介護施設で担う政策である。

ては「高齢者サービスと管理」専攻を設置したものの，在籍する学生がいない状態である。中国における養老護理従業者の確保と育成を困難にしている要因としては，給料水準の低さ，定着率の悪さ，労働時間の長さ，労働強度の高さ，そして高齢者介護に対する社会的偏見等が挙げられる。要するに，養老護理従業者の人手不足は深刻な状態にあり，そのことは中国の介護保険制度，ひいては高齢者保健福祉政策を推進していく上で解決しなければならない大きな課題になっているのである。

4.3　農村部における高齢者の介護問題

中国における介護保険制度のもう一つの課題は，都市部と農村部の格差である。すでに本論文（2.1）の中で指摘したように，2010年の第６回人口センサスの結果によると，農村部の高齢化率は10.0％に達したが，都市部の高齢化率は7.8％であった。そして若年層人口の流出，医療施設整備の立ち遅れ等の影響により，農村部における「失能老人」と「空巣老人」の問題が一層深刻になった。一方，都市部と農村部の収入を比較すると，2015年に中国都市部の住民の支配可能所得は31,195元に達し，農村部の住民の支配可能所得は11,422元であった。すなわち，都市部と農村部の格差は19,773元であり，収入の比率は農村部を１とすると，都市部が2.7となった。都市部と農村部の大きな所得格差は，高齢者保健福祉政策の内容にも差をもたらす。年金制度や医療保険などの社会保障制度による公的扶助をほとんど受けることができない農村部の高齢者は，子どもによる扶養あるいは介護に頼らざるを得ない（石田路子（2013））。日本やドイツなどの先進国の経験によると，公的介護保険制度の実施を通じて，「介護の社会化」による農村部における「空巣老人」や「失能老人」の介護問題を緩和することが期待できる。しかし，中国の場合，例えば，2015年から実施されている青島市の新型農村合作医療保険の加入者は，長期医療護理保険制度を利用することができるが，給付の水準や介護サービスの種類が都市部の被保険者より立ち遅れている。さらに，長春市の介護保険制度の実践から見ると，被保険者は都市従業者医療保険と都市住民医療保険の加入者に限定され，農村部の高齢者は制度の対象から外された。

こうした状況からは，今後，農村部における人口高齢化が一層深刻に進展することが予想される。農村部では年金や医療等の社会保障制度が都市部以上に未整備なまま，介護保険制度は実施に移されてきた。農村部における「空巣老人」と「失能老人」の問題については解決すべき課題が一層大きいと言わざるを得ない状況である。

4.4　独立性の欠く財政制度

中国における介護保険制度の試行は公的医療保険制度の枠組みを活用しており，財源のほとんどが都市従業者医療保険と都市住民医療保険の積立金となっている。すなわち，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。また，財政制度の制約によって，青島市，南通市及び長春市で実施されている介護保険制度の給付水準は低く，要介護給付者の人数も限られている。具体的に指摘するならば，南通市の基本照護保険は在宅介護で１日当たり15元（日本円約250円相当）が給付されるが，それは非常勤労働者１時間の給料にも足りない水準である。また，南通市の基本照護保険の要介護給付者は僅か4,000人余りであり，加入者の0.3％にしか達していない。また，長春市の失能人員照護保険の要介護認定率は，0.1％までに低下している。

いずれにしても，約1.5億人規模の高齢者を抱えた中国は，公的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。公的医療保険制度と連動して，公的医療保険の積立金を主要な財源とする中国の介護保険制度は，いかに財政の持続可能性と制度運営の独立

性を保つべきなのかが今後の重大な課題となっている。

5．終わりに

本稿では，中国における人口高齢化の特徴を紹介し，山東省青島市，江蘇省南通市及び吉林省長春市の介護保険制度の内容と効果を比較しながら，制度実施の実態を考察してきた。そして，中国の介護保険制度が試行される過程で直面している課題を，①介護サービスの供給基盤の未整備，②介護人材の不足，③農村部における高齢者の介護問題及び④独立性の欠く財政制度という４つの側面から検討した。検討の結果については，すでにそれぞれの項でまとめてきた。ごく簡単に再述するならば，①中国の介護保険制度を全国に推進していく上で，介護人材の不足及び介護サービスの供給基盤の未整備は，制度を弱体化させる要因になる可能性が高い，②農村部では年金や医療等の社会保障制度が未整備なまま，都市部では介護保険制度が実施に移されてきたが，農村部を置き去りにしたこのような状態は中国の制度としては欠陥があると言わざるを得ない，③公的医療保険の積立金を主要な財源とする介護保険制度は財政の持続可能性が難しいというのが本稿の結論である。これらの結論は，中国の介護保険制度が直面している諸課題であるという点で従来の研究が十分に検討してこなかった問題を明らかにしている。

とは言え，本稿では，介護保険制度下での施設介護，指定医療機関の専門看護，特に在宅介護サービスの実態については，調査と検討を行っていない。そして介護保険制度の施行が介護サービス市場，さらに中国のマクロ経済に及ぼす影響についても検討していない。今後，中国における介護保険制度の運営状況を引き続き考察し，本稿におけるそれら不十分な点を補足し，研究を深めていきたい。

参　考　文　献

翟振武，陳佳鞠，李龍（2016）「中国人口老齢化的大趨勢，新特点及相応養老政策」『山東大学学報（哲学社会科学版）』，第３号，27-35頁.
中国老齢科学研究中心課題組（2011）「全国城卿失能老人状況研究」『残疾人研究』，第２号，11-16頁.
朱秋蓮，譚睿（2015）「青島長期医療護理保険：政策設計・実施成効及展望」『人口与社会』，第31巻第３号，96-104頁.
呉玉韶，王莉莉，孔偉，董彭滔，楊暁奇（2015）「中国養老機構発展研究」『老齢科学研究』，第３巻第８号，13-24頁.
屈冠銀（2017）「我国養老服務人材瓶頸問題研究」『北京労働保障職業学院学報』，第３巻第８号，25-28頁.
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，１-29頁.
方蘇春，富川拓，野本茂，塚本五二朗（2010）「中国における高齢者福祉の現状に関する一考察」『聖泉論叢』，第18号，15-23頁.
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』，23（３），177-199頁.
岡室恵美子（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，39-53頁.
中国国家統計局（2017）「中華人民共和国2016年国民経済と社会発展統計公報」＜http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb./201702/t20170228_1467424.html＞（閲覧日：2017年７月10日）.
王桂新，干一慧（2017）「中国的人口老齢化与区域経済増長」『中国人口科学』，第３号，32頁.
楊勝慧，陳衛（2015）「中国家庭規模変動：特徴及其影響因素」『学海』，第２号，155頁.
労働政策研究・研修機構（2017）「中国要介護高齢者の増加と介護保険」＜http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2017/02/china_04.html＞（閲覧日：2017年７月15日）.
中華人民共和国民政部（2017）「第四次中国城卿老年人生活状況抽様調査結果」＜http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/mzyw/201610/20161000001974.shtml＞（閲覧日：2017年７月15日）.
中華人民共和国財政部（2017）「青島市率先建立長期医療護理保険制度」＜http://www.mof.gov.cn/xinwenlianbo/shandongcaizhengxinxilianbo/201612/t20161201_2471088.htm＞（閲覧日：2017年７月15日）.
耿晨（2016）「南通市基本照護保険制度試点探索路径」『中国医療保険』，第９号，51頁.
厚生省（1989）「高齢者保健福祉推進10か年戦略」.
中華人民共和国民政部（2010-2016）「社会サービス発展統計公報」＜http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/＞（閲覧日：2017年８月15日）.

民政部社会福利中心課題組（2015）「我国養老機構従業人員現状，問題及対策研究―基于全国養老機構数据直報系統239,312名従業人員的数据分析」『中国民政』，第17号，29-31頁.

The current situation and problems of China's Long-term Care Insurance System

Zhang Jian

Abstract

This paper uses the latest statistics of the National Bureau of Statistics to analyze the characteristics of China's population aging. On this basis, the paper introduces the operation status of long-term Care insurance system in Qingdao, Shandong and Nantong, Jiangsu. As an important barrier to the aging population, the long-term care insurance system has the advantages of using the market-oriented principle to reform the elderly care service market and realize the social distribution of the elderly's maintenance responsibility. However, China's long-term care insurance system, which is in the trial operation process, still has some drawbacks, we will be focusing on how to get rid of these shortcomings of the system as core issues of the reform.