

# 中国の介護保険モデル事業の現状と特徴

小島 克久 (国立社会保障・人口問題研究所)

万琳静 (日本女子大学大学院)<sup>1</sup>

## I. はじめに

中国では高齢化が進行しつつある。その動向を United Nations “World Population Prospects : The 2017 Revision”で見ると、高齢者を「60歳以上の者」とした場合、2015年に「高齢者」が中国の人口に占める割合は15.4%であるが、「高齢者」の数は約2億1469万人であり、「高齢者」の人数では日本の人口(約1億2710万人)を大幅に上回り、同年のブラジルの人口(約2億596万人)に相当する規模となっている。このように中国は、「高齢者」の人口が非常に多い国であるが、今後も「高齢者」の数は増加し続ける。特に2055年には「高齢者」の数は約4億8373万人にまで増加し、総人口に占める割合も36.4%となる。

高齢化に伴う問題として、要介護ニーズの増加がある。中国の人口センサスである「第6次人口普查」(2010年)によると、60歳以上の者を対象に、身体の状態の「健康」(健康)、「基本的に健康」(基本健康)、「不健康だが生活は自立している」(不健康、但生活能自理)、「生活は自立していない」(生活不能自理)を回答させる調査を行っている。約1766万人の回答者のうち、「生活は自立していない」(生活不能自理)と回答した者、言い換えると介護が必要と考えられる者の割合は2.9%となっている。この割合は、年齢、都市と農村、地区で大きく異なる。詳細は本報告書所収の林論文に譲るが、仮にこの割合が同じで今後推移したとしても、60歳以上の者が増加し続ける2055年まで要介護の「高齢者」は増加し続けることになる。

一方で、中国の高齢者をめぐる状況は大きく変わりつつある。沈潔(2014)によると、中国では高齢化が進む一方で、16~59歳の労働力人口も減少し始めており、社会的な扶養圧力が高まっているとしている。さらに、中国がこれまで採ってきた「一人っ子政策」<sup>2</sup>に関連する問題として、「空巢化」の問題を挙げている。「空巢化」とは、高齢者のひとり暮らしや夫婦のみの世帯が増加することである。都市部の高齢者世帯での「空巢率」は2013年で50%を超え、「空巢老人」も1億人を超えている、2050年の「空巢率」は54%にとどまる、としているが、高齢者だけで暮らす者の増加傾向は維持される見通しである。

このように、中国でも日本が経験したような、高齢者への社会的扶養圧力の上昇というマクロの変化と、子どもと同居しない(同居する子どもがいない)高齢者の増加を経験している。高齢者介護を

---

<sup>1</sup> 研究協力者。日本女子大学大学院博士課程。

<sup>2</sup> 「一人っ子政策」を含む中国の人口については、若林(1989)、若林(1994)などが詳しい。「一人っ子政策」の解説は内閣府「平成17年版少子化社会白書」も参照。

<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2005/17webhonpen/html/h1430200.html> (2018年2月16日閲覧)

家族だけに依存することは現実的でない状況になりつつある。そのような中、中国でも高齢化対策、特に介護制度の構築が重要な政策課題になっている。現在中国では 15 の都市で介護保険のモデル事業が試行され、注目されている。日本では 2012 年から試行されている青島市の「介護保険」が新聞、雑誌、論文などで紹介されているが<sup>3</sup>、中国で介護保険はどのように注目されてきたのか、それは日本や韓国のもと同じような仕組みなのだろうか。また現在実施されている 15 カ所のモデル事業に地域差はないのだろうか。これらの問題を明確にすることで、高齢化が進む東アジアの介護政策の多様性を明確にすることができるとともに、わが国が保健医療、福祉の分野で東アジアでの貢献策のあり方について基礎的な知見を示すことができる。本論文では、このような問題意識のもと、中国の介護保険モデル事業の概観とわが国との違いも含める形でまとめることにする。分析に必要な資料は、先行研究はもとより、中国の政策資料、統計の収集・分析によって行った<sup>4</sup>。

## II. 中国の介護問題と介護政策の提起

### 1. 建国から改革開放（1980 年代初頭）まで

中国の介護制度（高齢社会福祉制度）の沿革を見ると、1949 年の中国が建国された直後は、建国以前からあった慈善団体などを接収するほか、「救済院」や「生産教養院」が設置され、戦争などの被災民のほか、「三無（身寄りが無い、収入が無い、労働能力が無い）」老人などを収容した。その後、収容対象は「三無」老人、孤児、障害者に限定され、名称も「社会福利院」と改められた。1950 年代には計画経済に対応した社会救済制度が構築された。都市部では企業単位で、農村部では「人民公社」を単位として各種の福祉が提供された。特に後者では、身寄りがなく、労働能力のない老人、障害者、孤児に限る形で「五保（衣、食、住、医療・葬祭、教育の保障）」が提供され、「五保」対象者の施設として、「敬老院」が設置された。なお、「五保」という言葉が示すように、これらの救助施設では、生存に関わる基本的なものしか提供できず、「介護」という内容は含まれていなかった。

1960 年代の文化大革命の時期（内務部の廃止や福祉施設の閉鎖が相次ぐ）を経て、1970 年代終わりに「改革開放」の時代を迎えた。1980 年代に入り、「人民公社」の廃止（福祉サービス提供は地域の行政機関に移管）、企業改革（経営自主権の付与）などが進められ、市場化が進む中、国営企業などの集団が持っていたセーフティーネット機能は失われ始めた<sup>5</sup>。

### 2. 改革開放（1980 年代初頭）から 1990 年代

1978 年に内務部は民政部として復活し、高齢者福祉を含む社会福祉政策を所管するようになった。1984 年には「全国都市社会福祉事業単位の改革と整頓工作交流経験会議」、1989 年には全国都市部社会福祉事業施設改革事業を深化する座談会などが開催され、社会救助から新しい福祉施設のあり方が示された。これを受け、「福利院」や「敬老院」などでは経営主体の改革、自己負担での入所者の受け

---

<sup>3</sup> 詳細は、片山（2016）、沈潔（2017）を参照。

<sup>4</sup> これらの作業は共著者である万琳静が主に行い、小島はその方針の決定、助言などを行った。本論文の執筆は小島が原案を作成し、万琳静がその修正を行い、小島が修正の確認を行った。

<sup>5</sup> 詳細は、岡室（2014）を参照。

入れ、施設のサービスの質の改善が始められた。一方、市場経済と競争原理の導入によって、企業を「単位」としたセーフティーネット機能が弱まる中、政府は都市部を中心に「社区サービス」（コミュニティサービス）を提起した。このサービスは、福祉住宅、家政、医療保健、地域治安、高齢者福祉、障害者福祉、環境衛生などの9つの分野から構成され、地域を生活基盤とした総合的なサービス整備が進められた。高齢者の介護サービスに特化したものではないが、従来の救貧制度から生活に関わるサービス提供への変化を示した。

また、1982年のウィーンで開催された高齢者問題世界会議への参加をきっかけに、中国国内の一部の政府関係者や専門家の中で高齢化問題への関心が高まった。1983年に「老齡問題全国委員会」

（1999年に老齡工作委員会となる）を創設し、高齢者関連政策の連絡・調整、ないし政策提言などを行う政府機関が開設された。1980年代後半以降は、年金、医療、雇用などを中心とした社会保障制度を整備する一方、全国的な計画の中でも介護など的高齢者福祉に関する言及が見られるようになった<sup>6</sup>。1994年に中国政府は、初めて出された高齢者事業計画（「中国老齡工作7年發展綱要」）の中でも施設や、在宅サービスの整備に言及した。1996年に、包括的に高齢者政策福祉を展開する法的な根拠として、「老人權益保障法」が公布された。この法律の中では、社会保障に関する国家責任が明記されるとともに、家族扶養も明記された。特に、高齢者の老後保障は、家族が中心となって行うものであり、また、家族が扶養人として担う義務は経済面の支援、生活の世話、さらに精神的なサポートといった内容が明確に示された。

実際、この時期から高齢者介護問題への関心は研究者の間で高まり、老齡問題全国委員会や、中国社会科学院をはじめとする研究機関では、高齢者を対象とする大規模な調査が行われた<sup>7</sup>。その結果をもとに、高齢者介護問題は高齢化問題の一部としては認識されるようになった。研究者による政策の方向を示唆する研究、一部の先進的な地方政府による調査研究や実践を通して、介護政策のアイデアも示された<sup>8</sup>。なお、当時の介護問題への認識は初期段階にあり、社会政策の優先順位も年金、医療などに集中する中、こうした政策研究や実践による多様なアイデアが、政策形成につながる段階ではなかった。

---

<sup>6</sup> 詳細は、岡室（2014）を参照。

<sup>7</sup> 1987年に中国社会科学院人口研究所が行った「中国60歳以上高齢者人口抽出調査」、1992年に老齡問題全国委員会、中国老齡科学研究センターが行った「中国高齢者扶養体系研究」などが挙げられる。

<sup>8</sup> 1998年、中国老齡協会と中国老年学学会は「全国家族養老と社会化養老サービス検討会」は、高齢者問題に携わる研究者や（行政）実践者が高齢化を対応する対策について議論が大規模に行われた。その中、介護問題も一つの議題として取り上げられ、各地域の実践や調査のもと、政策提言が行われた。例えば広州梧州で子供のいない要介護の高齢者を対象に「包戸小組」、上海静安区で後期高齢者を対象に、社区—街道—区（県）の多層的な高齢者医療保健ネットワークの整備、後期高齢者を対象とした介護基金や介護保険のテスト事業の提言など、多様なアイデアが示された（穆・姚1999）。また、上海市静安区では「高齢者サービスの時間貯蓄」制度が実施し、この制度は高齢者の日常の世話及び看護において、高齢者及びその家族ないし一般住民の参加を促すことができると評価された。

### 3. 2000年頃以降

2000年になり、中国も60歳以上の者が総人口の10%を占めるようになり、65歳以上の者が人口に占める割合も6.9%に達した。このような高齢化社会に突入してからは、老齡事業全体の中で、高齢者福祉、介護への関心は確実に高まりつつあった（沈 2014）。中国の社会福祉サービス改革が加速され、2000年から「社会福祉の社会化」というスローガンのもと、「投資主体の多元化」、「サービス対象の普遍化」、「サービス内容の多様化」、「サービス人材の専門化」に向けて、高齢者福祉サービスが整備された。高齢者福祉サービス体制において、在宅を中心に、コミュニティを拠り所、施設を補助とする枠組みも形成しつつあった。

なお、こうした整備は、提供側の量的拡充に偏り、サービスの質の問題、まだサービスの対象である高齢者のニーズに対応できなかった。2006年に全国老齡工作委员会が行なった「都市部在宅高齢者サービス研究」によると、在宅高齢者サービスの満足度は15.9%、介護サービスの満足度はもっと低く、わずか8.3%であった（全国老齡弁公室副主任 2008）。高齢者入居施設も、2009年に236.1万人の入居者（うち、高齢者の入居者数は207.1万人）の中で、自立できる人が最も多く、186.4万人であった（民政部 2010）。このように、2000年代の高齡者福祉は、結果として健康な高齢者を中心になっており、要介護高齢者のニーズに応えられなかった。

この時期から一部の研究者や民政部、全国老齡工作委员会の政府関係者を中心に、介護問題の提起が本格化し、解決策の検討も行ってきた。研究者は主に学術論文の発表、会議の参加ないしメディアを通じて、中国の高齡化問題ないし介護問題について自らの意見を発表していった。中国の学術データベースで学術の傾向を見ると、人口学、保健学、看護学を中心に論文の公表件数が多かった。人口学では全国老齡工作委员会が行う「全国高齢者サンプリング調査」及び追跡調査、北京大学「後期高齢者健康状況パネル調査」（CHLHS）を活用した研究が多く見られた。その研究内容を見ると、2000年前半は中国全体の要介護高齢者の予測、2000年後半から介護コストの推計に関する研究が進められた。保健学、看護学で実態調査を通じた高齢者介護の問題提起は、地方政府との連携の中で、地方政策への働きかけにもつながったと考えられる。介護政策のアイデアに関しても、この時期からは諸外国の影響で、ドイツや日本ないしアメリカの介護制度（介護保険制度）の紹介などが行われ、一部の研究者の間では中国における介護保険制度の構想についても示された。この時期、学術上の議論の内容は、介護保険制度の必要性、公的な介護保険か民間の介護保険かという保険制度の選択の議論に集中している。

一方、中国の中央政府レベルでの具体的動きを見ると、2000年代後半には、全国老齡工作委员会、民政部の上層部の関心が、介護サービスの量と質の不足の問題に集中し、高齢者サービスを整備する必要性や重要性を強調しはじめた。2010年に民政部は全国社会養老サービス体系整備推進会の中で、低収入の後期高齢者、独居高齢者、要介護高齢者を対象に、「養老サービス手当」<sup>9</sup>制度の成立を示し

---

<sup>9</sup> この制度は、上海市、大連市などの大都市で実施されていた「サービス購入」をもとに構想されたと考えられる。もっともこの制度は、2000年から地方政府を中心に展開され、居宅介護サービスを整備する中で、政府予算の節約、政府が介入する形での非営利組織の活動促進などの面が評価された。

た。一方、介護保険について、この時期全国老齢委員会の一部の官僚の提唱に止まっていた<sup>10</sup>。

#### 4. 2011年～現在

2011年から中国政府は、国民に向けて介護問題を本格的に提起した。2011年3月1日、两会（全国人民代表大会・全国人民政治協商会議）の直前に全国老齢工作委員会弁公室は要介護高齢者報告について記者会見を行い、政府機関として要介護高齢者に関する報告書を初めて公開した。その内容を簡単にまとめると、まず、要介護高齢者の人数が多いことである。2010年まで全国で要介護高齢者の数は1080万人に達し、高齢者の6.23%を占め<sup>11</sup>、要介助高齢者も合わせると3300万人に達することを示した。そして、こうした人数にとどまらず、要介護高齢者の地域格差といった内部構造の問題<sup>12</sup>、さらに家族、NPO、施設による要介護高齢者のサービス提供体制の問題なども指摘した。

この報告が公開された後、要介護高齢者問題は直ちに高齢者政策の中で反映された。国務院が9月に発表した『中国老齢事業発展十二五企画』、11月に発表した「社会養老服务体系建設十二五計画」<sup>13</sup>の中で、要介護高齢者をひとつの政策用語として取り上げ、介護サービスの整備とともに、その問題に対応するために、介護手当、介護保険制度にも言及した。2012年12月に改正法が公開された「老人權益保障法」の中でも、（家族や社会による）介護責任が明白にするとともに<sup>14</sup>、「介護手当」が法律の中に盛り込まれた。介護保険に関して、一部の公文書の中で民間介護保険制度について言及されたものもあるが、2015年10月共産党本部は、中国国民経済発展の五カ年計画に関する建議の中で、「介護保険制度の建設に向けて模索する」と発表して以来、公的な介護保険制度の設立の動きが加速された。2015年国務院弁公室は、国家衛生と計画生育委員会などの医療と福祉の連携に関連する文書の中で、初めて「多層的な介護保障体系」を明記した。これが翌年6月に人力資源・社会保障部が主

---

<sup>10</sup> 例えば、2008年から全国老齢委員会党俊武は公開した論説の中で、介護保険を中心とした介護保障システムとアクティブエイジングの国家戦略を提唱されていた。（党2008）

<sup>11</sup> ここでは便宜上「要介護」、「要介助」高齢者の表現を用いるが、日本の介護保険の「要介護」、「要支援」の評価基準と異なる。実際にこの数字について学術上の検討も行われ、潘らは2010年の人口センサスのデータに基づき、中国で60歳以上の要介護高齢者は高齢者人口の2.95%をしめ、人口規模は522万人であることを主張している（潘ら2012）。

<sup>12</sup> 農村部の要介護率は都市部より高いこと、東北地域の要介護率は高く、東部地域では要介護率は低いことなどを示した。

<sup>13</sup> この二つの計画は、それぞれ老齢工作委員会と民政部を筆頭に制定したものであり、この二つの部署を主導に、社会養老サービスシステムは要介護高齢者問題を取り込んだ。特に後者は中央政府が初めて社会養老サービスシステムの整備に関する特別計画であり、高齢者サービスに焦点を置いたものであるため、要介護高齢者問題を大きく取り上げた。

<sup>14</sup> 「家族扶養」の初めに、「高齢者の養老は在宅をベースとすること」を明記した。従来のように「家族」ではなく、「居宅」にすることで、家族を中心としながら、すべての責任を家族に強いるのではないことを強調した。なお、家族介護の中で、病気の高齢者に対して扶養人が提供する医療と看護の内容が拡大されており、「生活が自立できない高齢者に対して、扶養人は世話をする責任がある。ただし自ら世話できない場合は、高齢者の意思に基づき、他人或は高齢者施設に依頼する」という記述や、家族支援政策で、共同生活または同居を理由とした高齢者や配偶者、扶養人の引越しへの便宜を提供し、家族介護もサポートすることなども示された。つまり、家族などの扶養人は要介護高齢者に対して、（プロの介護従事者に介護を依頼するという行為を含めて）介護責任を明確に示したとも言える。

導する公的「介護保険モデル事業」につながった。

このように、高齢化の進展に伴い、研究者による要介護高齢者問題の提起とともに、地方政府や研究者が中心に、さらに諸外国の影響の中で、介護手当、介護保険が介護政策の二つのアイデアとして固まってきた。現在は介護保険について、中国全土に対する統一した介護制度に関する通知はなく、中国の15か所の都市が指定される形で「介護保険モデル事業」が開始されている。それでは、その内容はどのようなものなのか。次章では、その概要と特徴を日本との違いを含める形でまとめている。

### III. 中国の「介護保険モデル事業」

#### 1. 「介護保険モデル事業」指定都市の概要

中国の介護保険は、2016年6月に人力資源・社会保障部が公布した「長期介護保険制度パイロットプロジェクト展開に関する指導意見」（以下、「指導意見」）をもとに実施されている。この「指導意見」の中で、中国の15カ所の都市が指定されている。それぞれの都市で介護保険のモデル事業の仕組みを定め、制度が試行されている。その概要などは、図1と表1にまとめたとおりであり、これらをもとに「介護保険モデル事業」を概観してみよう。

まず、指定された都市は、上海市、青島市、吉林市など15の都市にのぼる。その位置は図1の地図の通りであるが、上海市、蘇州市、寧波市、荊門市、重慶市などの長江流域または近接する地域の都市が多い。しかし、北は黒竜江省のチチハル市から南は広東省の広州市にまで及んでおり、西は新疆ウイグル自治区の新疆生産建設兵団石河子市でも指定されている。つまり、15カ所の都市は中国の広い地域から指定されている。なお、人力資源・社会保障部が公開した資料による<sup>15</sup>と、これらの地域を選択したもう一つの基準として、医療保険基金が比較的潤沢であることも考慮されていた、とされている。

次に、指定された都市の高齢化率（ここでは60歳以上の者が人口に占める割合。2014～2017年）を表1で見ると、最も高い上海市（31.6%）がある一方で、最も低い上饒市（12.14%）があり、高齢化の程度にも地域差がある。つまり、中国の中で高齢化が進んだ地域だけが選ばれたわけではないことが分かる。

また、実施時期について見ると、青島市では2012年に実施されているが、2015年実施（長春市など）、2016年実施（上饒市など）、2017年実施（安慶市など）があり、実施時期も都市により異なる。また、2018年から実施の都市（重慶市）もある。

---

<sup>15</sup> 人力資源・社会保障部が第12回全国人民代表大会第4次会議提議の回答資料。

図1 中国「介護保険モデル事業」指定都市（15都市、2017年現在）



出所：中国政府および各省・市政府資料より作成（万琳静が収集・整理）。地図は、Google MapをGoogle社のフェアユースのルール（<https://www.google.co.jp/permissions/geoguidelines.html>）に基づいて利用

## 2. 「介護保険モデル事業」の概要

指定された15の都市の中で実施されている「介護保険モデル事業」の内容を、表1をもとに対象者、財源、給付に着目してみると、以下ようになる。

まず対象者であるが、「医療保険の加入者を基本としている」、という特徴がある。中国には基本的な医療保険制度として、都市従業員基本医療保険（都市の就業者を対象）、都市住民基本医療保険（都市の高齢者、子どもなどの就業者以外の者を対象）、新型農村医療保険（農村の住民を対象）の3つがある。これらの医療保険制度の活用のパターンとして、①都市従業員基本医療保険の加入者のみを対象（承德市、チチハル市、寧波市、安慶市、上饒市、広州市、重慶市、成都市）、②都市従業員基本医療保険・都市住民基本医療保険の加入者を対象（长春市、青島市）、③都市従業員基本医療保険・都市住民基本医療保険・新型農村医療保険の加入者（上海市、南通市、蘇州市、荆門市、新疆生産建設兵団石河子市）に分類できる。対象となる医療保険加入者の範囲に違いがあるが、少なくとも都市従業員基本医療保険の加入者は必ず対象者となっており、都市就業者の医療保険を中心に活用して対象者を設定した仕組みとなっている。

表1 中国介護保険モデル事業の概要(2017年現在)

番号	地域	60歳以上の者の割合(年次)	実施時期(および改正時期)	被保険者	財源	サービス提供施設	給付	給付水準(番号はサービス提供施設の番号に対応)
①	河北省承德市	14.90(2014)	2017年(一部)スタート事業	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準:医療保険加入者(退職者を含めて)前年度給与の0.4% 保険基金:個人拠出:政府=4:3:1	介護保険指定サービス提供施設:病院、ナーシングホーム、高齢者施設	包括払い(基準より低い利用料の場合70%を支給) 1. 医療機関:60元/日 2. ナーシングホーム、高齢者施設:50元/日	
②	吉林省长春市	17.41(2014)	2015年	都市部従業員基本医療保険加入者+都市部住民基本医療保険の加入者	1. 保険基金-基準: ①従業員:医療保険基金から給料の0.3%+個人口座から給料の0.3% ②住民:医療保険基金から30元/年 2. 事業開始時の基金:都市部従業員医療保険基金積立金10%(一時) 3. 不足分:市財源補助			長期:従業員90%、住民80%、 短期:従業員80%、住民70%
③	黒龍江省チチハル市	18.1(2015)	2017年(一部)スタート事業	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準:従業員平均給与の1.5% 60元/年 医療保険基金:個人拠出=1:1	1. ナーシングホーム 2. 高齢者入居施設 3. 在宅看護	包括払い: 1. 30元/日 2. 25元/日 3. 20元/日	1. 60% 2. 55% 3. 50%
④	上海市	31.6(2016)	2013年 2016年 2017年 2018年	都市部従業員基本医療保険加入者(第一類加入者)+都市部と農村部住民基本医療保険の加入者(第二類加入者)	1. 従業員医療保険基金:平均給与の1% 2. 住民医療保険基金:第一類よりやや低い金額	1. 在宅介護 2. 高齢者施設介護 3. 医療看護	1. 要介護度2~6(1回1時間) (1)2~3度:3回/週 (2)4度:5回/週 (3)5~6度:7回/週 2. 要介護度2~6 3. —	1. 90% 2. 85% 3. —
⑤	江蘇省南通市	28.85(2016)	2015年	都市部従業員基本医療保険加入者+都市部と農村部住民基本医療保険の加入者	100元/一人、財源補助40元+医療保険基金30元+個人拠出30元、財源補助は全体の48.8%	1. 医療機関による入居 2. 高齢者施設による介護サービス 3. 訪問介護サービス(包括払い)		1. 60% 2. 50% 3. <1200元/月
⑥	江蘇省蘇州市	25.25(2016)	2017~2019(第1段階) 2020~全国制度の実施まで(第2段階)	都市部従業員基本医療保険、都市部・農村部住民基本医療保険加入者	財源調達水準:前年度住民可処分所得の0.2% 1. 政府:50元/人/年 2. (1)従業員医療保険基金:70元/人/年 2(2)住民医療保険基金:35元/人/年	介護サービスが提供できる医療組織と高齢者組織:病院、ナーシングホーム、社区卫生サービスセンター、高齢者入居組織、在宅介護サービスなどの組織	医療保険指定施設での医療介護費用は、医療保険基金給付給し、生活介護費用は、介護保険基金で支払う(床日包干) 重度入居:26元/日 中度入居:20元/日 重度在宅:30元/日 中度在宅:25元/日	
⑦	浙江省寧波市	22.4(2015)	2017年(一部)スタート事業	都市部従業員基本医療保険加入者	医療保険基金	医療入居施設と高齢者入居施設	40元/日	
⑧	安徽省安慶市	18.18(2017)	2017年(一部)スタート事業	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準:30元/年 1. 従業員医療保険基金:20元/人/年 2. 個人拠出:10元/人/年	1. 病院、ナーシングホーム 2. 高齢者入居施設 3. 在宅看護 4. 非指定組織		1.60%(≤50元/日) 2.50%(≤40元/日) 3.750元/月 4.15元/日
⑨	江西省上饒市	12.14(2014)	2016年(一部)スタート事業 2017年:都市部従業員	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準:住民可処分所得のx%(2017年暫定:100元/人/人) 1. 個人拠出:40元(医療保険個人口座) 2. 医療保険基金30元 3. 雇用者負担:30元 4. 福祉宝くじ収益金或いは財政補助	1. 病院、ナーシングホーム 2. 在宅看護 3. 高齢者入居施設		—

表1 中国介護保険モデル事業の概要(2017年現在、続)

番号	地域	60歳以上の者の割合(年次)	実施時期(および改正時期)	被保険者	財源	サービス提供施設	給付	給付水準(番号はサービス提供施設の番号に対応)
⑩	山東省 青島市	20.6 (2016)	2012年 2015年	都市部従業員基本医療保険加入者 都市部住民基本医療保険の加入者	1. 従業員医療保険 ① 保険プール基金積立金20%以下(一時) ② 個人口座移転額の0.5%を基準に医療保険基金から拠出する 2. 住民医療保険基金: 住民医療保険料の10%以下	1. 医療施設 2. 医療施設での看護 3. 居宅での訪問看護 4. 地域での巡回看護	1. 170元/日 2. 65元/日 3. 50元/日 4. (1)1600元/年 (2)800元/年	従業員:90% 第一類住民、児童、大学生:80% 第二类住民:60%
⑪	湖北省 荆門市	15.5 (2014)	2016都市部 従業員一 2017(農村 部と都市部 住民に拡大)	2016: 都市部従業員基本医療保険加入者 2017: 都市部従業員基本医療保険加入者+都市部と農村部住民基本医療保険の加入者	財源調達水準: 前年度住民一人当たり平均可処分所得の0.4% 個人拠出: 医療保険基金: 政府負担=32:3 (個人拠出は医療保険の個人口座若しくは年金保険から移転する。最低生活保障受給者、労働力がない重度の障害者(1~2級)及び特別困難者は財政補助)	1. 病院、ナーシングホーム 2. 高齢者人居施設 3. 在宅看護	1. 医療施設(看護): 150元/日/人 2. 福祉施設: 100元/日/人、 3. 在宅サービス (1)24時間住み込み: 100元/日/人、 (2)短時間: 40元/日/人、	1. 70% 2. 75% 3. (1)80% (2)100%
⑫	広東省 広州市	16.75 (2014)	2017年	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準: 130元/年/人 医療保険基金から調達する	1. 基本的生活上のケア (1) ナーシングホーム、高齢者人居施設 (2) 在宅サービス提供施設 2. 指定した医療看護	1. (1) ≤120元/日/人 (2) ≤115元/日/人 2. 内容と項目によって決める	1(1): 75% (2): 90% 2、≤1000元/月/人
⑬	重慶市	18.61 (2013)	2018年(テスト事業)	都市部従業員基本医療保険加入者	財源調達水準: 180元/年/人(2018年基準) 医療保険基金: 60元/年/人 個人拠出(医療保険個人口座): 90元/年/人		50元/人/日	
⑭	四川省 成都市	21.17 (2015)	2017年	都市部従業員基本医療保険加入者	1. 医療保険基金: 平均給与の0.2% 2. 個人拠出(個人口座): (1) ≤40: 平均給与の0.1% (2) 40~定年退職: 平均給与の0.2% (3) 定年した者が継続的に保険料を納付する必要があるもの: 個人口座収入の0.3% 3. 財政補助(市と区共同負担)から拠出: 平均給与の0.1%(市と区の負担率は区によって異なる) 4. 事業開始時基金: 都市部従業員基本医療保険基金積立金: 5000万元	1. 介護サービスを提供する施設(病院、ナーシングホーム、社区卫生サービスセンター、農村部の衛生院などの医療機関、各種高齢者サービス施設、その他在宅介護サービスを提供できる施設) 2. 介護能力を有する家族、親戚、隣人及びその他の個人。	1. 要介護1(最も重い): 2015年従業員平均月給の50% 2. 要介護2: 2015年従業員平均月給の40% 3. 要介護3: 2015年従業員平均月給の30% (介護保険料の納付期間は15年超えると、2年ごとに給付率は1%を上げ、100%を超えないことを原則とする。)	1. 施設一定額基準の70%、 2. 在宅一定額基準の75%
⑮	新疆生産 建設兵団 石河子市	19.6 (2014)	2017年	都市部従業員基本医療保険加入者+都市部と農村部住民基本医療保険の加入者	1. 医療保険基金 (1) 都市部従業員: 15元/月/人 (2) 住民: (18歳以上、在校除外) 24元/人/年(実質個人拠出) 2. 財政補助: 60歳以上の高齢者人親及び重度の障害者の人数を基準に、40元/人/年の基準で介護保険基金に財政補助をす 3. 福祉宝くじ収益金: 50万元/年(収益金の5%)	1. 指定人居施設 2. 指定居宅サービス提供施設 3. 非指定サービス提供者(家族等)		指定施設: 70%(支給限度額750元/月) 非指定施設もしくは居宅: 25元/人/日

出所: 中国中央政府資料より作成(資料収集など担当: 万琳静)  
注: このほか北京海定区でのモデル事業(一部商業保険を活用)がある。

次に財源確保の方式であるが、都市による違いが大きい。共通点として、すべての都市で医療保険の基金の一部を活用していることを挙げることができる。財源を医療保険の基金だけに依存している都市（寧波市、上海市、青島市など）がある一方、医療保険基金と個人負担（介護保険料に相当）を求める都市（チチハル市、安慶市等）、医療保険基金と政府補助（蘇州市など）、更に医療保険基金、個人負担と政府補助という3つの主体から財源を調達することも多い（承德市、南通市、荊門市など）。そのほかの財源として、石河子市のように、福祉宝くじの収益金を一つの財源として調達する都市もある。このように、財源確保の方法の特徴として、医療保険の基金を活用していることはすべての都市で共通しており、この点では医療保険依存型であると言える（程度の差がある）。しかし、大半の都市では個人負担、政府補助など多様な財源確保ルートを設定している<sup>16</sup>。

そして給付であるが、要介護認定を経て介護保険からの給付を受けることができる。要介護認定の方法は、①ADLsの喪失度を基本、②ADLsに加えIADLsの喪失度も考慮している。認定方法、要介護度の段階にも都市による違いが大きい。給付の基準、内容を見ても都市による違いが大きい。蘇州市、成都市のように要介護度によって給付を決める都市がある一方、多くの都市は、利用施設によって給付額を規定している。例えば、成都市では要介護度1の給付基準は高齢者に従業員平均月給の50%、要介護度2は従業員平均月給の40%、要介護度3は従業員平均月給の30%となっている。一方で、青島市は包括払いに基づき、医療施設には170元/日、医療施設での看護には65元/日、居宅での訪問看護には50元/日との設定となっている。なお、サービス給付を明確にしている都市もあり、上海市では要介護度に基づく基準で現物給付（軽度：週3時間、中度：週5時間、重度：週7時間）を行うとしている。その他、寧波市や重慶市のように一律に給付する都市もある。これらの補助は、①介護費用の一定割合を補助、②定額補助、といった仕組みを導入している。このように中国の「介護保険モデル事業」では、介護費用補助が前面に出ている都市が多いが、給付内容、基準はきわめて多様である。

### 3. 「介護保険モデル事業」の特徴

中国の15都市で実施されている「介護保険モデル事業」は都市ごとに制度が異なり、その内容は多様である。しかし、その中から共通する特徴をまとめると次のようになる。

- ① 指定された都市は長江流域や近隣の地域が多いが、中国の各地域から広く指定されている。
- ② 対象者として都市従業員医療保険を中心に医療保険加入者となっている
- ③ 財源確保も医療保険の基金が中心であるが、個人負担（保険料に相当）や政府からの補助もある都市もある
- ④ 給付は介護費用補助が前面に出ている都市が多い

このように、中国の介護保険はモデル事業ではあるが、中央政府の「指導意見」をもとに地方政府が制度を組み立てる形になっており、制度内容が多様である。この点は、日本の介護保険が、保険料の水準、要介護認定率などに地域差はあるが、制度内容は「介護保険法」をもとにした全国共通のも

---

<sup>16</sup> 南通市政府は、医療保険への財源依存を今後低下させることを示している。

のであることと大きく異なる。現在中国ではモデル事業と言うこともあり、この点はどのような仕組みが中国の現状に合っているかという議論の基礎になっていくもの考えられる。

中国の「介護保険モデル事業」の共通点を日本の介護保険と比べると、大きな違いとして、中国は医療保険制度を活用した仕組みであり、財源も医療保険の基金を中心となっている一方で、日本の介護保険が、市区町村が運営する医療保険から独立した地域保険である、という点である。また、中国の介護保険モデル事業は、介護費用補助が前面に出ており、日本の介護保険が介護サービスの給付という形が全面に出ている点も大きく異なる。そして、中国の介護保険モデル事業の給付は、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）する性格を持っている（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）<sup>17</sup>。

#### IV. まとめ

このように中国の「介護保険モデル事業」から、①運営は医療保険活用型、②財源も医療保険基金活用型、③給付は基金の規模に左右されるため、日本よりも給付が限られ、「介護を社会化」よりも「医療保険を補完」する性格が強い、という特徴で日本との違いが垣間見える。このような特徴がある一方で、モデル事業であるためか、中国の介護保険の内容は多様である。その背景として、①方針は中央政府が示したが、具体的な制度設計は地方政府が担った、②これまでの中国の高齢者福祉制度の構築過程が複雑であり、中国政府（人力資源・社会保障部、民政部など）、中国の地方政府の動きなど様々な動きがあったこと、③研究の面でも、中国の要介護高齢者の分析が行われる一方で、日本をはじめとする海外の多様な介護制度の研究が行われ、このような幅広い研究が介護制度構築の意見として影響を与えたこと、などを考えることができる。

中国の介護保険がもし 2020 年以降に実現されるとしたら、その内容はわが国や韓国のものとは大きく異なることが予想される。このことは東アジアの介護制度にいつその多様性をもたらすことを意味する。そして、日本から介護サービス・人材育成のノウハウを学び取る際に、中国の事情にかなりカスタマイズした形で行われることになると考えられる。こうした点を考慮した上で、東アジアの高齢化、介護制度の構築を見ていく必要があると思われる。

#### 付記・謝辞

本論文は、これまでの研究成果とあわせて本研究事業の成果公表活動の一環として執筆した。ご協力いただいた方々には、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

---

<sup>17</sup> 実際に、中国の「介護保険モデル事業」について、沈潔（2017）はその類型を行っていた。沈によると、介護保険のタイプとして、①医療保険の補完モデル（青島市など）、②医療保険＋介護保険の混合モデル（上海市）、③政府と民間介護保険の混合モデル（北京市）、を分類している。①と②は人力資源・社会保障部による「指導意見」に基づく 15 都市の「介護保険モデル事業」の分類であるが、③はこれとは個別に北京市海淀区で実施されているモデル事業である。ここではその詳細を割愛するが、その仕組みはシンガポールの仕組みと類似している点（民間保険会社が運営に参加など）がある。なお、シンガポールの介護制度については小島（2014）参照。

## 参考文献

- 若林敬子 (1989) 『中国の人口問題』 東京大学出版会
- 若林敬子 (1994) 『中国人口超大国のゆくえ』 岩波書店
- 広井良典・駒村康平編著 (2003) 『アジアの社会保障』 東京大学出版会.
- 内閣府 (2005) 『平成 17 年版少子化社会白書』
- 沈潔編著 (2007 年) 『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』 ミネルヴァ書房
- 岡室美恵子 (2014) 「中国の介護保障」 増田雅暢編著『世界の介護保障【第 2 版】』 法律文化社, pp.114-133.
- 小島克久 (2014 年) 「台湾・シンガポールの介護保障」 増田雅暢編著『世界の介護保障【第 2 版】』 法律文化社, pp.154-170.
- 朴光駿(2014) 「中国高齢者權益保障法 2012 年改正の内容と課題」『社会福祉学部論集』 10, pp.33-47.
- 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」『中国保険市場の最新動向 (23)』 ニッセイ基礎研究所
- 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』 (27), pp.13-21.
- (2017) 「中国版『介護保険制度』の構想を読み取る」『週刊社会保障』 71(2948), pp.38-43.
- 穆光宗・姚远 (1999) 「探索中国特色的综合解决老龄问题的未来之路—“全国家庭养老与社会化养老服务研讨会” 纪要」『人口与经济』 2, pp. 58-64.
- 党俊武 (2008) 「失能老年人问题的解决之道」『中国社会导刊』 11, pp. 16-20
- 曾毅(2013) 「中国老年健康影响因素跟踪调查 (1998-2012) 及相关政策研究综述 (上)」『老龄科学研究』 (1), pp. 65-72.
- 潘金洪・帥友良等(2012) 「中国老年人口失能率及失能規模分析」『南京人口管理幹部学院学報』 28(4), pp. 3-6.