

中国における介護保険制度の試行実態・課題と方向性

- 上海市・寧波市を事例に -

**The Present Situation, Challenges and Directions of the Long-Term Care
Insurance System in China: Case Studies of Shanghai and Ningbo**

梁 卓慧

令和2年

博士学位論文

中国における介護保険制度の試行実態・課題と方向性

—上海市・寧波市を事例に—

金沢大学大学院人間社会環境研究科

人間社会環境学専攻

学籍番号	1721082015
氏名	梁 卓慧
主任指導教員名	森山 治 教授

目次

序章	1
第1節 問題の所在と分析視点	1
第2節 先行研究とその整理	3
第3節 研究目的と研究方法	14
第4節 本論文の構成	16
第1章 本論文の理論枠組み	18
第1節 研究対象の限定と用語の説明	18
第2節 本論文の理論的背景	24
第1項 普遍主義を考察軸にする理由	25
第2項 イギリスにおける普遍主義と選別主義の展開	26
第3項 日本における普遍主義と選別主義の展開	27
第3節 本論文における普遍主義の定義	30
第2章 人口高齢化の現状と課題	33
第1節 人口高齢化の推移と要介護高齢者の現状	33
第1項 高齢化の推移と平均寿命の延長	33
第2項 後期高齢者の進展と介護リスクの上昇	35
第3項 要介護高齢者の増加と推移	36
第2節 家族における介護基盤の弱体化	38
第1項 介護の基盤としての家族介護の現状	38
第2項 家族形態の変化と家族介護機能の弱体化	39
第3節 公的・民間介護サービスの利用における問題点	42
第1項 公的介護サービスにおける問題点	42
第2項 高齢者の収入と年金からみる自己負担の限界	42
第3章 介護保険制度が試行される前の対応策とその限界	44
第1節 高齢手当制度と介護手当制度の創設	44
第2節 政府における民間介護保険の推進とその限界	46
第3節 介護保険制度における地方政府の先駆け的な実践	47
第4章 介護保険制度創設の背景にある政策的な要因	49
第1節 政府機能の転換と社会福祉の社会化の推進	49
第2節 「適当普惠型」への社会保障制度の方針転換	50
第3節 高齢者産業の推進と雇用創出による経済成長の促進	51
第4節 社会公平の促進と社会安定の維持	52
第5節 高齢者医療費の増大と社会的入院への対応	53
第6節 国際社会における国家イメージの向上	56

第5章	ドイツ・日本・韓国における介護保険制度の創設と展開	58
第1節	ドイツ・日本・韓国の介護保険制度を取り上げる理由	58
第2節	ドイツにおける介護保険制度の概要	58
第3節	日本における介護保険制度の概要と改正の経緯	60
第4節	韓国におけるモデル事業と介護保険制度の概要	63
第5節	普遍主義の視点から見たドイツ・日本・韓国の介護保険制度の比較	65
第6章	介護保険制度のパイロット事業に関する試案内容	67
第1節	中央政府における「指導意見」	67
第2項	上海市政府における試案内容	68
第3項	寧波市政府における試案内容	76
第4節	中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の試案との比較	80
第5節	小括	85
第7章	介護保険制度のパイロット事業に関する調査結果	87
第1節	調査の概要	87
第1項	調査の目的	87
第2項	調査方法と分析方法	87
第3項	倫理的配慮	89
第2節	上海市におけるインタビュー調査の結果と考察	90
第1項	カテゴリーごとの分析結果	91
第2項	関係図に基づくプロセスの説明	101
第3節	寧波市におけるインタビュー調査の結果と考察	104
第1項	カテゴリーごとの分析結果	105
第2項	関係図に基づくプロセスの説明	115
第4節	上海市と寧波市の介護保険制度実態の課題比較	117
第8章	中国における普遍主義的な介護保険制度のあり方	121
第1節	普遍主義という分析視点の概念確認	121
第2節	被保険者・受給者の範囲	121
第1項	年齢に関する被保険者と受給者の範囲	121
第2項	加入した保険の地域・種類に関する被保険者の範囲	122
第3節	保険料の徴収方法	123
第1項	一般層に対する保険料の徴収方法	124
第2項	若年層に対する介護保険料の徴収方法	124
第3項	障害者や低所得者に対する配慮	125
第4節	要介護認定の申請要件と申請方法	125
第5節	給付方式と給付水準	126
第1項	要介護度による給付の有無	126
第2項	給付方式に関する考察	127

第3項 給付水準に関する考察	127
第6節 利用者負担のあり方	129
第7節 小括	130
終章 本論文の限界と今後の課題	125
卷末注	136
参考文献	155
新聞記事・参考資料の URL 一覧	162
卷末資料	170
謝辞	175

序章

第1節 問題意識と分析視点

高齢化の進展や家族構成の変化などを背景として、中国では介護が必要な高齢者に向けた公的介護保険制度の導入を進めてきた。2016年6月27日に、中国人力資源・社会保障部弁公庁は「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」(以下「指導意見」と略称する)を公表し、高齢化社会対策の1つとして公的介護保険制度を構築することを発表した。

中国では、介護保険制度の策定に関するプロセスが公開されていないため、なぜ2016年に介護保険制度が急速に導入されたのかについて、その理由が不明確で、それに関する研究もほぼ見つからなかったのである。沈(2016)は、介護保険制度の導入に関する政策的な要因を、①介護保険制度を導入した日本と韓国に追いつきたいという中国の考え、②官僚らが、所属している組織の権限や私益の獲得のため、様々な介護政策のプランや規制を作っていること、③官僚らが高度な専門知識を持つようになったことを指摘しているが²、日本と韓国が介護保険制度を創設した現実しか記述しておらず、官僚らがどのように介護保険制度の創設に参加しているのかに関する説明もないため、論拠が薄いと考えられる。

また、中国のCNKI(中国学術文献オンラインサービス)で入手した介護保険に関する先行研究³を整理すると、主に以下の諸視点から介護保険が注目されている。すなわち、①介護保険創設の必要性と可能性、②中国国外の介護保険の内容紹介と経験参照、③介護保険の運営方式(民間保険方式か社会保険方式)に関する選択、④介護サービス・介護保険に対する需要と供給に関する調査と分析、以上の4点である。近年、パイロット地域に関する事例研究(李2017、李・潘2018、向・王2018、胡2018、荊・陳2018など)も少しずつ蓄積されてきたが、制度面における規定(試案)とその問題点を中心に検討しており(李2017、荊・陳2018など)、制度試行の実態や現場で生じた課題に対する研究がまだ十分に展開されていない。したがって、この隙間を埋めることは、中国における介護保険制度試行の現状について研究し、制度の改善を目指す上で、意義を有するものになると考えられる。

そして、従来のパイロット地域に関する事例研究は、上海市のような典型的な大都市の事例を取り上げるものが多く、他の地域、特に介護保険制度を運営する経験のない地域に関する検討は不足しており、パイロット地域間の比較に関する研究もほとんど行われていない。介護保険制度は15か所の地域で試行されたため、各地域の状況に応じてその給付水準や対象者なども異なり、それぞれにはさまざまな違いと特徴があり、そうした多様な実態と課題を把握することは重要である。特に、中国では介護保険制度を運営する経験のない地域が多いため、典型的な事例だけを考察するのではなく、ゼロから始まる事例を研究することで、これから介護保険制度の試行を、経験のない地域に拡大する際に、注意すべき課題を見つけることに意義があると考えられる。

さらに、中央政府の「指導意見」が提示されたにも関わらず、それに関連して地方政府における介護保険制度の試案内容を分析する研究はほとんどない。地方政府の試案は、本当に、中央政府の「指導意見」に基づいて制定されているのか、ズレは生じていないのか、

地方政府の試案と中央政府の「指導意見」との共通点と相違点を分析する研究はなされていない。しかし、この点こそきわめて重要である。なぜなら、もし今後、介護保険制度を全国的に実施する場合に、一定程度の全国統一的な基準が存在しなかったら、或いは基準が存在しても誤解されたり参照されなかったりすると、制度にはかなりの差異が生じてしまい、地域間の公平性が失われ、制度の持続可能性が脅かされるかもしれない。

一方、中国では、2007年から、社会福祉のあり方を、「残余型」から「適当普惠型」への転換を求め⁴、高齢者や、障害者、孤児、貧困者の救済を重点的に支援する焦点から、徐々に保障対象者の範囲を拡大することを提示している⁵。また、都市と農村の二元化問題を解決するために、第12次五カ年計画（2011～2015）において都市・農村住民を包括する社会保障システムの健全化を求めている⁶。高齢者介護問題に関連して検討すると、以下の2点が、それにおいても重要な課題となる。第1に、一般高齢者がどのように、貧困高齢者と同様に、介護負担が軽減されるかということである。第2に、農村部の高齢者がどのように、都市部高齢者と同じ水準の介護保障制度を利用できるかということである。中国は、現在、公的介護保険制度を創設することで、それに対応しようとしているので、普遍主義という観点から、そのあり方を考察する必要があると考えられる。

本論文は、以上の問題意識に沿って、以下のような視点から分析を行う。

第1に、介護保険制度を導入する理由について、高齢化の深刻化以外に、今まであまり議論されていない従来の対応策の限界と制度創設の背景にある政策的な要因に視点を向け、分析を行う。具体的には、高齢者介護の問題が深刻化してきた中国において、介護保険制度が試行される前に、どのような対応策があるのか、そしてそれらの限界とは何かについて分析を行う。また、高齢化の深刻化と従来の対応策の限界が存在しても、中央政府がそれを認識しない、或いは重要視しない限り、介護保険制度の創設に関する「指導意見」は策定されないのである。「指導意見」の中には、いくつかの政策的な目標が提示されており、目標があることは、政府が気になっていること、或いは現実的には問題点が生じていることを意味しているので、どのような目標と問題点があるのかを分析することで、制度創設の政策的な要因を明らかにしたい。

第2に、並列の視点から、パイロット地域間の制度比較を行う。まず、介護保険制度を運営する経験の有無という視点から、パイロット地域に指定された上海市（経験あり）と寧波市（経験無し）を事例として検討しながら比較を行う。特に、先行研究の中で、寧波市の事例はほとんど議論されていないため、その不足分を補うことには意義がある。そして、制度検証の視点から、政府が公表した試案だけを見るのではなく、試案で曖昧なところを指摘するとともに、①調査を通じて、制度施行の実態を示せるデータ（財源収支や、給付者数と給付額、要介護認定者数など）をできるだけ多く請求し、制度施行の現状を明らかにしながら、②制度運営者（医療保険局や民政局、取扱機関など）と事業者（施設長など）に対するインタビュー調査を通じて、介護保険制度の試行にあたって、どのように制度を理解しているのか、どのような問題に直面しているか、どのような改善意見があるのかを考察する。これらの点は、試案を分析するだけではわからないことである。このように、介護保険制度の試行の現状に対する実質的な理解と把握ができ、今後の制度改善の方向性も提示できると考えられる。

第3に、垂直の視点から、地方政府の試案と中央政府の「指導意見」との関連とズレを

分析する。具体的には、中央政府の「指導意見」で提示された「行う必要があること」と「自己決定に任せること」を整理し、それをもとにして地方政府の試案内容を分析する。今後、介護保険制度を全国的に実施する場合に、その最低限の全国統一的な基準を明らかにしたうえで、ズレをできる限り縮小する適切な対策を検討する。

第4に、現地調査の結果に基づいて、普遍主義という視点から、現在の介護保険制度の問題点を指摘し、既に公的介護保険制度を創設したドイツ・日本・韓国の経験を参照しながら、今後の中国における普遍主義的な介護保険制度のあり方を検討する。

第2節 先行研究とその整理

従来の介護保険に関する文献⁷を、①介護保険創設の必要性と可能性に関する研究、②中国国外の介護保険制度の内容紹介と経験参照、③介護保険の運営方式に関する選択、④介護サービス・介護保険に対する需要と供給に関する調査と分析、⑤介護保険制度のパイロット地域に関する事例研究という5つの方向から整理できる。以下に、各々について説明する。

第1項 介護保険創設の必要性と可能性に関する研究

中国における介護保険創設の必要性と可能性に関する文献には、周(1998)、張・李(2000)、孫・伍・陳(2003)、王(2003)、趙・江・劉(2005)、荊(2007)、康(2007)、畢(2011)、肖・王(2013)、孫・王(2015)などがある。これらの先行研究は、主に高齢化の深刻化、家族介護機能の弱体化、公的医療保険の限界などから、介護保険創設の必要性を検討している。

周(1998)は、米国の介護保険制度を紹介し、中国における急速な高齢化と後期高齢者の増加による介護需要の増加、家族構成の変化による家族介護機能の弱体化から、上海市において民間介護保険を創設する必要性を主張している。

張・李(2000)は、日本の高齢化現状とその対策である介護保険制度を紹介し、中国における高齢化問題の現状を、高齢者人口の現状、家族構成の変化、これまでの介護施設の量と質の問題から、政府主導型の介護保険の構築の必要性を主張している。ただし、上記の問題点を提示しただけで、それを支える根拠の説明が不足している。また、政府の主導を主張しているが、高齢者介護に関する法律の整備や、高齢者施設に対する財政支援が必要であるとしているので、介護保険の創設に関する政府の責任⁸があまり検討されていない。特に、その介護保険は、民間介護保険を指しているのか、公的介護保険を指しているのか、概念が不明瞭である。

孫・伍・陳(2003)は、高齢者人口の増加、家族構成の変化による家族介護機能の弱体化、医療保険制度における介護費用の適用除外から、介護保険創設の必要性と緊急性を分析している。介護保険のあり方について、保険という財源の調達方法(政府・企業・個人分担)、保障範囲、給付内容などに関する構想を簡単に述べているが、具体的に検討していない。また、保険料、被保険者と受給者の範囲や介護保険サービスの項目などに関する分析が不足している。しかも、保険方式の採用を主張しているのが、それは社会保険なのか、民間保険なのか、明確にしていないから、曖昧のまま議論が進められている。さらに、給付内容について、モラルハザードや逆選択の問題から、自殺や病気の再発などによ

る介護費用の支払に関する免責を主張している。ただし、例えば、生命保険の場合、生命保険金を騙取する目的で加入し、自殺するのは詐欺なので免責と規定するのは理解できるが、介護給付を騙取する目的で自殺することは一般的に考えられない。そして、介護が必要な状態になる原因として多いのは、認知症や脳卒中、運動器の障害、慢性疾患などであり、病気のために介護も必要となる場合が多いと考えられるので、病気の再発による介護費用の支払を介護保険の適用から除外したら、受給者が非常に限られるので、加入者に不利益を及ぼすとともに、未加入者の加入意欲を低下させ、加入率も低下していく可能性がある。結果として、加入者の不足から、リスク分散の機能がうまく発揮できず、持続可能性が脅かされている。

王（2003）は、まず、中国における民間介護保険の現状は空白に近く、現在民間保険会社の介護に関する商品の数は限られており、保険給付の内容も単純なので（一定年齢に達した後一定額の保険金を介護費用として支払うしかない）、海外の介護保険と比べ、かなりの差があると指摘している。また、介護保険創設の可能性について、高齢化問題の深刻化、生活様式の変化、医療費用の激増、介護保険市場の潜在力が比較的大きいこと、国民収入の増加による保険料支払い能力の向上から検討している。例えば、介護保険市場の潜在力が比較的大きいことについて、①要介護高齢者人数が多いこと、②これまでのところ、中国で本当の意味での介護保険商品を提供する保険会社が1社もないこと、③現在の社会保障システムの中で、介護に対する保障が不十分であると指摘している。ただし、現在の社会保障システムの中では、高齢者に対して、どのような介護保障を提供しているのか、そしてなぜそれが不十分なのかを説明していない。また、国民の収入は確かに増えているが、民間介護保険を購入する余裕や希望があるかどうかは別問題になるので、それに関する分析も不足している。

趙・江・劉（2005）は、現代医学の発展方向と健康管理の理念、人口高齢化と疾病構造の変化、伝統的な家族介護機能の弱体化、施設介護費用の高さから、介護保険創設の必要性と緊急性を指摘している。そして、国民収入が比較的低い段階では、民間介護保険はすべての高齢者の介護需要に対応できないため、国・企業・個人という三者分担の保険料徴収システムを構築すべきであると主張している。ただし、国の責任は財源の調達に限定して論じられており、民間保険を推進すべきなのか、社会保険で対応すべきなのか、明確にしていない。また、介護保険は、被保険者が慢性疾患や健康状況の悪化によって発生した費用を保障すると位置付けており、費用が保障されても適切なサービスが受けられない恐れもあるので、定義が厳密性に欠けているのではないかと思われる。また、給付範囲を治療的介護と家庭介護（在宅介護）に限定しており、施設介護が言及されていない。

荆（2007）は、介護保険創設の必要性を、人口高齢化、家族構成の変化、介護費用の増加、公的医療保険の限界から検討し、民間の介護保険を開発すべきであると主張している。ただし、家族構成の変化については、合計特殊出生率の変化と「421家庭⁹」しか検討してなくて、高齢者・高齢者夫婦の独居問題と現状は検討されていない。また、民間保険の場合、①収入の低い人、例えば農村部の人や低所得高齢者は購入する余裕を持っていない可能性が高く、②リスクの高い人は加入が拒否されたり、保険料が高く設定され、実質的に加入できなくなったりすることも考えられるので、果たして高齢化問題に対応できるのかと疑問が生じる。

康（2007）は、介護保険創設の必要性を、人口高齢化、家族構成の変化、公的医療保険の限界から検討し、経済が発達しているところは民間介護保険で、経済が発達していないところはコミュニティの互助組織の活用で対応すべきであると主張している。

畢（2011）はドイツ・日本・韓国における介護保険制度を比較し、中国都市部における新たな高齢者介護システムの構築に向けて、公的介護保険制度が位置づく可能性について検討している。中国の急速な高齢化は、伝統的な家族扶養機能だけでは高齢者介護をまかなえないことを示し、新たな高齢者介護システムの構築が喫緊な課題になっていると述べている。

肖・王（2013）は、介護保険創設の必要性を、人口高齢化の圧力を緩和すること、家族介護の負担を軽減すること、医療保険と民間介護保険の限界から検討し、公的介護保険を創設すべきであると主張している。

孫・王（2015）は、介護保険創設の必要性を、人口構成、家庭構成、高齢者の健康状況、高齢者の権益保障から分析し、その可能性を高齢者・高齢者子女の希望、経済能力から検討している。ただし、現在の社会保障システムにおける介護保障の不足に関する分析が不足している。

以上のように、介護保険創設の必要性を対象とする研究は、高齢化の深刻化、家族介護機能の弱体化、公的医療保険の限界などから、新たな高齢者介護システムの構築が喫緊の課題となっていることを明らかにするものであり、貴重である。しかしながら、下記のような課題が残されている。

①一部の研究¹⁰を除き、介護保険とは、社会保険である公的介護保険なのか、民間介護保険なのか、明確的に区別しないままその必要性を論じている。

②介護保険創設の必要性より、高齢者の介護問題に関する対応の必要性を中心に論じており、なぜ保険方式で対応すべきか、議論が不足している。

③高齢化の深刻化について論じる場合、高齢者人口と要介護高齢者人口の現状を説明しているが、要介護高齢者数の推移や、後期高齢者の増加による介護リスクの上昇などに関する検討が不足している。

④家族における介護機能の弱体化について、合計特殊出生率の推移のほか、「421 家庭」問題、独居高齢者問題を重視し、介護の支え手が不足しているという状況を指摘しているが、その現状を明らかにするデータが不足している。さらに、たった 1 人の子どもを失い、介護の支え手がないという状況に陥った「420 家庭」問題は十分認識されているとは言えない。

第 2 項 中国国外の介護保険制度の内容紹介と経験参照

中国国外の介護保険制度に関する先行研究は、民間介護保険を普及促進する米国の経験と、社会保険として公的介護保険制度を創設したドイツ・日本・韓国の経験に集中している。そして、1 つの国を対象とする研究と、国際比較を行う研究に分けられる。

1 1 つの国の介護保険制度に関する研究

米国の介護保険に関する文献には、周（1998）、張（1999）、李・張・汪（2003）、李（2014）などがある。周（1998）は米国の民間介護保険の内容を詳細に紹介し、上海市においても

民間介護保険を促進する必要性があると提案している。李・張・汪（2003）は、まず介護費用を負担する米国の公的制度として、メディケアとメディケイドの制度内容とその限界を詳細に考察し、次に民間介護保険の概要を記述している。

また、ドイツの介護保険を検討したのは何・陳（2006）、戴（2007）、郝・李（2014）、華（2016）・蘇（2019）・余・趙・褚（2019）・許・段（2019）・紀（2020）などである。何・陳（2006）はドイツの介護保険の内容を詳細に紹介し、財源調達と基金管理に関する示唆を検討している。華（2016）は、ドイツにおける介護保険制度改正の背景と主な内容を詳細に記述している。許・段（2019）や紀（2020）は介護保険制度の財源調達に焦点を絞って検討している。例えば、許・段（2019）は、財源調達を中心にドイツの介護保険制度の内容を記述し、中国の15か所の介護保険制度のパイロット地域における財源の調達方法を整理している。そして、中国とドイツにおける調達方法の比較を行い、中国に対する示唆を検討している。

そして、日本の介護保険を研究したのは海（2013）、孫・安・李（2013）、周・張・和田（2013）、于・趙（2014）、陳・黄（2016）、胡・李・湯（2016）、翟・馬・万（2016）、張・雷（2017）、張・栾（2017）、周・沈（2017）、陳・孟（2019）、原・李・陳（2019）などである。海（2013）は日本における介護保険制度創設の背景と原因を検討し、その制度内容と特徴を整理し、今後の方向性と中国に対する示唆を考察している。周・張・和田（2013）は、日本の介護保険制度創設の歴史と制度内容を説明し、2005年、2008年、2012年における制度改正の内容を整理し、その効果を分析し、中国に対する示唆を提言している。胡・李・湯（2016）は日本の介護保険制度の背景と仕組み、制度改正を紹介し、その長所と短所を分析した上で、中国での創設の必要性とそのあり方について検討している。ただし、強制加入の公的介護保険を主とし、民間介護保険を補足にすると主張しているが、公的介護保険の財源は医療保険の財源を使い、被保険者は医療保険の加入者にすべきだと述べているので、わざわざ介護保険制度を創設するよりは、医療保険の給付拡大をすればよいのではないかと疑問が生じる。さらに、医療保険の支出も近年拡大しているので、現実的に介護費用を支えることができるのだろうか。さらに、要介護認定、介護保険サービスの項目、受給要件、公的医療保険の未加入者の権利保障等に関しては全く触れていない。

2 介護保険制度の国際比較を行う研究

次に、国際比較を行う文献には、楊（2004）、厲・張（2004）、姚（2006）、王・戴（2007）、董（2011）、劉・趙（2011）、胡・湯・王（2013）、齊憶虹（2016）、呂・許（2017）、譚（2017）王・李・孫（2017）、趙・陳（2017）、崔・林（2019）、許・段（2019）などがある。

楊（2004）は、先進国が介護保険制度を創設する主な原因を検討し、日本の公的介護保険と米国の民間介護保険の内容を簡単に紹介し、その共通性を分析している。中国において、介護保険制度を創設する緊急性を主張し、民間保険で現物給付を行うべきであると提案している。

姚（2006）は、米国や、ドイツ、日本という3か国の介護保険制度の概要を記述し、中国において、介護保険の必要性を分析し、あり方については民間介護保険の創設を提案し、その理由や方向性などを検討している。

董（2011）は、米国と日本が介護保険制度を創設する背景と制度内容を、類似性と相違

性から比較し、中国において、中間所得層以上の人に民間介護保険の購入を奨励し、一部の地域では社会保険という形でパイロット事業を推進すべきであると提言している。

胡・湯・王（2013）は、米国や、ドイツ、日本という3か国の介護保険制度の内容と近年の制度改正をそれぞれ詳細に検討し、保障範囲、保険料、財源調達方法、給付方式という4つの面から比較を行い、中国に対する示唆を提示している。

呂・許（2017）は、ドイツ、日本、米国という3か国の介護保険制度の概要を比較した上で、中国に対する示唆を詳細に検討している。特に、被保険者をすべての医療保険加入者をカバーすべきであると提言している。

趙・陳（2017）は、国際的な経験として、オランダ・ドイツ・日本・韓国の介護保険制度を整理し、国内の経験として、自発的に介護保障制度の創設を試みた長春市・青島市・南通市・上海市を事例として、その制度内容を記述している。最後に、中国の介護保険制度の構築に向けて、中国の現況と国際的な経験を合わせて検討し、その意見と理由を述べている。ただし、中国の事例研究は2016年前の地方都市の自発的な実践なので、2016年中央政府の「指導意見」が公表された後に、その制度内容は既に廃止され、改正されたため、現在の試案内容は把握されていない。

譚（2017）や王・李・孫（2017）は介護保険制度の財源調達に焦点を絞って検討している。例えば、譚（2017）はドイツ、日本、韓国という3か国の介護保険制度の調達方法を比較した上で、中国の13か所の介護保険制度のパイロット地域における財源の調達方法を試案に基づいて整理し、争点と今後のあり方について考察している。ただし、ドイツは、社会保険方式により介護保障を行っているのに、譚は税方式としているので不適切ではないかと思われる。また、外国の経験を如何に生かすことに関する検討も不足している。

以上、米国のような自己責任の下、民間介護保険に委ねる国と、ドイツや日本、韓国のように社会保険方式により介護保障を行っている国の経験に関する文献を整理した。特に、既に公的介護保険制度を創設し、その見直しに様々な取り組みがなされてきたドイツ・日本・韓国の経験に関する研究が深められてきており、高く評価するものである。しかし、海外の介護保険制度を紹介しているが、中国の実情に対していかにそれらの経験から学べるかに関する分析が不足している。

第3項 介護保険の運営方式に関する選択

従来中国における介護保険の運営方式に関する文献は、日本のような社会保険方式か税方式化という財政方式の選択に注目していなく、社会保険か民間保険かという選択に焦点を当てている。

民間介護保険を選択すべきであると主張しているのは、楊（2004）、姚（2006）などがある。楊（2004）は、現在、中国の経済発展は低水準であり、地域格差が大きいから、統一された社会保険型の介護保険制度を確立することは不可能であると判断している。一方で、民間保険は大きな市場を持っていると述べ、2つの理由を挙げている。まず、高齢化が深刻で介護需要の高い地域は経済発展が比較的進んでおり、市民の保険意識が高いから、一部の家庭は民間介護保険を購入する能力を持っていると述べている。次に、介護サービスの複雑性によって、介護保険の内容も多様化する必要があり、民間保険の柔軟な商品設計はこの点をより適切に満たすことができると主張している。ただし、富裕層を対象と

する民間介護保険だけを推進することは、低所得者層や貧困層を見捨てることを意味しており、公正性を損なっているのではないかと思われる。中国の社会保障専門家である鄭（2002）も、社会保障制度については、民間保険を積極的に開発し、保険会社が社会保障責任の一部を分担できるようにする必要があると考えられるが、民間保険に過度の期待を抱くことはできず、政府の責任を民間保険に置き換えることもできないと指摘している¹¹。また、民間保険の柔軟性についても、理想と現実のギャップが存在している。孫・蘭（2016）は、2015年12月までに、中国保険監督管理委員会に登録された140つ民間の護理（看護・介護）保険の商品を調べたが、長期的な介護に関するものが少なく、しかも投資型の商品が多いと指摘している。すなわち、民間介護保険の商品は増えてきたけど、その内容は単一で高齢者の介護ニーズに対応できないということがわかる。

また、社会保険型の介護保険制度を創設すべく、或いは、社会保険型の介護保険と民間介護保険を組み合わせるべきであると主張しているのは、戴・董（2007）、蔣（2007）、朱・賈（2009）、荊（2010）などである。

戴・董（2007）は、2006年に発売される中国の民間介護保険「安心長期介護個人健康保険（中国語：全无忧长期护理个人健康保险）」の概要を説明し、その発売理由を分析している。また、「育兒養老」という伝統的な思想や、高額な民間介護保険料に対する国民の可支配收入の限界から、その進行を阻害する要素を詳細に検討している。そして、中国における高齢者介護保障制度は、社会保険型の介護保険を基礎にし、それを補完するために、コミュニティの介護救助制度や家族介護機能、民間介護保険を活用すべきであると提言している。

蔣（2007）は、米国・日本・ドイツの介護保険制度を簡単に紹介し、中国において、民間介護保険は東部地域の経済的に発達している地域に適し、社会保険型の介護保険は中国の中部・西部地域の低所得地域に適していると提言している。

朱・賈（2009）は、中国の経済はまだ発達していなく、地域間の格差も大きいので、現在及び今後の一定期間において、高齢者の介護をすべて国が（税金で）保障することは実現し難いと述べ、保険方式で介護費用の財源を調達すべきであるとしている。基本的に必要な介護サービス或はその費用を保障すべきなのは社会保険型の介護保険であると指摘し、同時に民間介護保険の進行については様々な政策を通じて奨励し、両方の組み合わせを促進すべきであると述べている。

荊（2010）は米国と日本の介護保険制度の経験を検討し、中国に適した介護保険制度は、3つのステップで推進すべきであると考えている。まず、民間介護保険の開発を推進する。次に、民間保険の開発が一定の期間を経た後に、国・企業・個人責任分担の社会保険型の介護保険と民間介護保険を組み合わせ、しかも民間介護保険を補完的なものとすべきである。最後に、中国の経済力が先進国並みの水準に達した時に、強制的な全国民向けの社会保険型の介護保険を実施すべきであると提言している。

以上のように、介護保険の運営方式に関して、民間介護保険を主張する研究と、公的介護保険を主張する研究を整理してきた。しかしながら、筆者の視点から言えば、以下のようないくつかの研究上の限界性を指摘せざるを得ない。

①新たな高齢者介護システムの構築について、従来の研究は、社会保険方式か民間保険方式かという選択に焦点を当てており、スウェーデンのような全住民を対象として税財源

による介護保障を行っている方式¹²⁾に関する研究が不足している。税方式が中国の実情に対して相応しくないと論じる場合でも、その理論的・現実的な理由は十分に検討されていない。

②公的介護保険の創設を主張する研究について、民間介護保険の問題点を指摘することその必要性を強調しているのが、民間保険方式と社会保険方式のメリットとデメリットに関する理論的な分析が不足している。

③公的介護保険の必要性を中心に検討するものが多く、そのあり方を分析する研究が少ない。特に、明確な理念に基づいて、「公的介護保険」を実現していく上で必要な制度設計を、保険料と被保険者、受給者、要介護認定、給付内容などから詳細に考察する研究は見られない。

第4項 介護サービス・介護保険に対する需要と供給に関する調査と分析

従来の文献は、介護に対する需要に関する研究に集中しており、調査を通して要介護高齢者の人数や、介護サービスの利用率或は需要率、介護サービスに対する需要の影響要素を考察するものが多い。また、介護保険に対する需要と供給を研究した文献も近年増えてきたが、公的介護保険と民間介護保険の性質は異なるにもかかわらず、それを前提条件として区別せずに検討を進めているものがほとんどなので、厳密性に欠けていると考えられる。さらに、その需要と供給に関する影響要素について、多種多様な要素を広範的に検討しているものが多く、1つの要素に着目して厳密的に考察するものが不足している。

1 介護に対する需要に関する研究

介護に対する需要を研究したのは、呂・楊・曹・馬・袁・吳・李 (2001)、張・陳・梁 (2008)、朱・賈 (2009)、戴 (2011)、楊・王・黄・鄧・彭 (2020) などである。

呂・楊・曹・馬・袁・吳・李 (2001) は、上海市徐匯区のある町において代表的なコミュニティを3つ選び、65歳以上の高齢者1,109名(有効回答778)を対象にするアンケート調査を行い、高齢者の介護需要を考察している。結果として、調査対象全員のうち、施設介護の未利用者は99.6%、「現在必要ではないが今後申請する」のは46.2%、「負担できない」のは30%、「家族が反対する」のは4.8%、「申請資格の有無が不明」なのは4.6%、「怖いから利用しない」のは2.8%を占めているのを明らかにしている。また、施設介護の利用費用を負担できる限界について、500元以下は68.5%、500元～1,000元は22.4%、1,000元以上は3.5%を占めており、ほとんどの者は経済的に独立できず、子女の決定に頼っていることがわかる。そして、コミュニティ介護(訪問・通所介護)について、最も利用率が高かったのは家事サービス(19.4%)、次いでコミュニティ医療(8.0%)、コミュニティ介護(7.8%)であり、最も需要率が高かったのは訪問医療(17.7%)、次いでコミュニティ介護(16.5%)、家庭病床(14.9%)であることを明らかにしている。

張・陳・梁 (2008) は、入院中の高齢患者総計1,105名に対して、介護に対する需要のインタビュー調査を実施し、自立できる者が29.7%、助けの必要な者が53.1%、完全に自立できない者が17.8%を占めていることを明らかにしている。また、介護の必要な高齢者のうち、88%の者は専門的な在宅介護職員を見つけられず、63%の者は介護費用を負担できず、47%の者は周りに子女がないことを明確し、介護職員の不足、比較的高い介護費用、

家族介護機能の弱体化が、高齢者の介護需要が満たされていないことに繋がっていると分析している。

朱・賈（2009）は、要介護高齢者の現状について、全国老齡工作委員会の調査データを利用し、2006年に、都市部高齢者の9.9%、農村部高齢者の9.3%は日常生活上の介護が必要と思っていると記述し、2010年～2050年における要介護高齢者の増加を予測している。ただし、どのような方法で要介護高齢者の増加を予測しているのかは全く説明されていないため、信頼性に欠けるのではないと思われる。

戴（2011）は、安徽省と江蘇省の高齢者を対象にする2,400枚（有効回答2,274）のアンケート調査のデータに基づいて、調査対象の介護サービスに対する需要の影響要素を考察し、地域、戸籍、教育水準、子女の有無、年金の有無、自立の程度、家族介護者との関係などの要素が大きな影響力を持っていると分析している。ただし、要素の分析は厳密性に欠けていると思われる。なぜなら、例えば、地域という要素について、江蘇省と安徽省のデータを比較するだけで、高齢者の介護需要は、比較的発展した地域よりも経済的に発展していない地域の方が高いという結論に結びつけるのは適当ではないと考えられる。それはあくまでも江蘇省と安徽省の場合だけで、全国の現状を代表できないと思われる。また、経済水準より、安徽省の方が比較的高齢化率が高いことや、高齢者の自立状況が全体的によくないことから、介護の需要率も高くなる可能性もあるから、他の要素をできる限り同じ水準にしないまま単純に比較するのは合理的ではないと思われる。

2 介護保険に対する需要と供給に関する研究

介護保険に対する需要と供給を研究したのは、張華東（2006）、蘇（2007）、荆・王・李（2011）、戴・陶（2012）、曹・陳（2014）、楊・王・黄・鄧、彭（2020）などである。

張・羅（2006）は、民間介護保険の供給不足に影響を与える要因を、介護保険料率と給付率が高くなる可能性、介護保険の認定・会計・管理システムの不成熟、医療介護基盤の不整備（介護施設・職員の不足）、政策的な支援の不足から分析している。

蘇（2007）は、需要の視点から、中国の介護保険の発展に影響を与える主な要因を、家族介護や保険に対する考え方、人口構成の変化、社会経済要素（収入・教育）、保険商品の価格、他の代替効果の保障システムの有無、その他から分析している。また、介護保険の供給に影響を与える主な要因を、保険会社の実力と経験、医療保険市場の現状、国の支援策から分析を行っている。

荆・王・李（2011）は、マクロの視点から中国の介護保険の需要に影響する経済的要因を分析し、中国における公的医療保険と年金保険の基金の年間支出が1%増加するごとに、民間介護保険の需要は0.1222%増加すると計算している。また、都市住民の平均収入、金融機関の法定預金の利率（預入期間1年）、現在のインフレの程度は、介護保険の需要に大きな影響を与えないと分析している。

戴・陶（2012）は、安徽省と江蘇省の若者（18～29歳）を対象にする2,000枚（有効回答1,758）のアンケート調査のデータに基づいて、調査対象の介護保険に対する加入意欲とその影響要素を分析している。結果として、若者の加入希望率については、安徽省は85.9%、江蘇省は81.4%であり、全体的に高いということを明らかにしている。また、教育水準、老後の病気への心配、老後介護相手の不在への心配、将来の経済状況の不裕福への

心配、介護保険制度がわからないことという5つの要素は、加入意欲へ大きな影響を与えていると分析している。

曹・陳（2014）は、27省18歳以上の人を対象に3,900枚（有効回答2,790枚）のアンケート調査のデータに基づいて、調査対象の介護保険に対するニーズの影響要素を分析している。分析結果によると、①個人的な要素の中では、西部地域の居住者、若者、健康な人、政府や合資企業の職員が比較的加入の意欲が高いこと、②経済的な要素の中では、個人の月給より、家庭の年収が加入意欲に影響を与え、高収入世帯の加入意欲が高いこと、③意識の要素に関しては、施設の質、リスク意識、介護保険に関する認識などが、加入意欲に影響を及ぼすこと、④家族規模、子どもの数、暮らし方、慢性疾患などの家族状態の変数は、加入意欲に顕著な影響を与えないことを分析している。

楊・王・黄・鄧・彭（2020）は介護保険パイロット地域である成都市を事例に、介護保険サービスの効果的な利用のために、供給面の問題として、指定施設と介護用ベッド数の不足、専門性の欠如、要介護認定専門員の素質と監督問題を指摘し、需要面の問題では、介護保険サービスの利用不足と各地における利用の不均衡を指摘している。

以上のように、介護サービス・介護保険に対する需要と供給に関する先行研究を整理してきた。前述したように、介護保険に対する需要と供給を研究した文献は、公的介護保険と民間介護保険の性質を区別せずに、検討を進めているものがほとんどなので、厳密性に欠けていると考えられる。また、筆者の関心は、公的介護保険の試行現状を明らかにすることにあり、公的介護保険・民間介護保険に対する国民の需要と供給に関しては、今後の課題としたい。

第5項 中国における介護保険パイロット地域に関する事例研究

2015年に、全国的な介護保険制度の試行に関する「指導意見」が公表された以降、パイロット地域に関する事例研究も少しずつ増えてきたが、研究の大半は、制度の解説や記述的な分析に留まっており、その現状を明らかにするものが特に不足している。

1 1つのパイロット事業に関する研究

胡（2018）は「長期護理保険制度試行の実践—上海市の事例分析—」において、上海市における介護保険制度を制度の流れ、被保険者と給付対象者、資金の調達方法、要介護認定方法、サービスの提供、給付方式と水準から丁寧に紹介している。ここでは問題点として、①要介護度が医学的な分類に偏っていること、②サービス項目の設定に問題がある、③在宅介護に対する支援が不足していること、④介護職員が不足しており、介護サービスの利用価格の設定・支払に問題があること、⑤介護保険の電子情報システムの設計とプロセス監督に問題があること、⑥保険と社会救済システムの整合性に問題があることを指摘している。改善意見としては、①独立した保険制度として、介護保険制度の保障範囲と責任を明確化すること、②要介護認定の基準を改善し、在宅介護を推進すること、③介護人材の育成を強化すること、④介護保険制度の電子情報システムを改善することを提示している。胡（2018）の研究は、上海市における介護保険制度の試案を詳細的に説明し、現状を踏まえてその問題点を検討したことに意義がある。しかしながら、問題点を指摘する際に、その論拠やデータの出所は明記されていないため、研究

の信頼性が損なわれる恐れがある。また、介護保険制度から排除された人々、例えば、介護が必要な若い障害者や保険非加入者の問題について検討していない。

李（2017）は、「荊門市における長期護理制度構築の実践」において、湖北省荊門市における介護保険試案を資金の調達方法、サービスの提供方式、要介護認定の申請・認定、給付水準などから説明している。しかしながら、試案の内容は概括的な紹介に止まり、要介護認定の基準や具体的なサービスの内容などに対する考察が乏しく、現在の課題や問題点も触れていない。

李・潘（2018）は「安慶市における長期護理保険試行の現状研究」において、安徽省安慶市における介護保険試案を、資金の調達方法と給付基準から簡単に紹介し、安慶市都市部住民に対するアンケート調査（配布120枚／回収・有効117枚）の結果を、政策の情報源、家計消費支出の構成、政策に対する満足度、子どもの数が介護方式の選択に影響を与えるかどうか、年齢別にみる政策の認識状況という5つの部分から分析している。そして、制度試行の効果として、①指定施設と対象者の確定、②家庭の経済負担の軽減、③指定施設の入居率の向上、④共済的福祉的な性格が高いということを提示している。また、問題点を①医療保険の財政状況の厳しさ、②要介護認定の難しさ、③介護職員を訓練する専門的な機構の不足、④制度宣伝の力が足りないことを指摘している。改善策として、①資金の調達基準を上げること、②宣伝に力を入れること、③訓練機構を開設することを提言している。アンケート調査を実施したことで、都市部住民の介護保険に対する認識状況などは一定程度把握されたが、介護保険制度の内容や現状にはあまり触れておらず、アンケート調査と制度試行の問題点との関係性も薄い。

向・王（2018）は「承德市における長期護理保険制度の改善方法」において、河北省承德市における介護保険制度を、資金の調達方法、指定施設及び代理機構を簡単に紹介している。そして、現在の問題点として、①保険のカバー率が低く、給付対象者が単一であること、②保険資金の調達能力・水準が低いこと、③高齢者介護施設の量が比較的不足しており、サービスの供給と需要が一致していないこと、④委託制度が未熟で、制度申請・利用のプロセスも改善すべきであることを指摘している。政策改善のために、①段階的に保険のカバー率を上げること、②財政と社会（慈善や民間資本の進出）の投入額を拡大すること、③指定高齢者介護施設を増加し、サービスを提供する能力と効率を向上させること、④委託制度、制度申請・利用のプロセスを改善することを提言している。しかしながら、介護保険制度に対する研究は資金の調達方法に止まり、給付、要介護認定、及びサービス内容などに関する分析は行われていなかった。

2 パイロット事業に関する比較研究

介護保険制度の財源構成について、青島・上海・南通・長春の事例を取り上げた鄧・鄧（2017）の「長期護理制度のパイロット地域における保険資金の調達方法の比較分析」がある。鄧・鄧（2017）は前述した4つのパイロット地域の試案に基づいて、それぞれの資金調達の方法を、保険種類・財源・基準・備考から整理した。資金調達の性格（独立した保険か医療保険の付随保険か）、財源（医療保険・個人・財政補助などの割合）、水準（比例制か定額制か）及び公平性を比較し、現在の「長期護理保険」の財源構成は比較的単一であり、インセンティブ措置がなく、資金額も全体的に見れば低水準にあ

り、調達方法における公平性を改善する必要があると指摘している。最後に、制度を改善するために、特別な注意が必要な問題を3つ提起している。第1に、財源構成を改善し、合理的で安定した資金源を徐々に形成し、資金調達チャンネルを拡大し、資金調達の水準を向上する必要があることである。第2に、資金調達の公平性を改善し、保険への加入制度の改善や宣伝の強化などを通じて、資金調達の公平性を改善することである。最後に、資金調達の管理システムを改善し、担当部門と責任部門を明確化することである。しかしながら、介護保険制度に対する関心は財源構成に集中しており、給付、要介護認定などに関する分析は行われていなかった。

荊・陳（2018）は「我が国都市部における長期護理保険の経験及び示唆」において、中央の「指導意見」に指定された15か所の試行地域及び北京市の試案を被保険者範囲、資金の調達方法・調達基準、給付対象、給付の範囲・方法・基準、要介護認定、サービス管理から比較している。問題点として、①被保険者の範囲が狭いこと、②在宅介護を基礎にする要求が満たされていないこと、③要介護認定基準が曖昧であること、④給付方式が不統一で、公平性を保障するのが困難であること、⑤資金の調達問題が深刻であることを指摘している。制度改善のために、①段階的に被保険者を拡大し、すべての住民をカバーすること、②在宅介護を基礎にする介護保険制度モデルを発展させること、③要介護度を細分化し、半失能の人にも適当なサービスを提供すること、④適切な給付方式を設計し、家族介護に対する補助を構築すること、⑤初期・中期・後期という三段階で資金の調達方法を制定し、調整することを提示している。荊・陳（2018）は、15か所の試行地域の試案を比較することで、現在の全国に試行された介護保険制度の内容を把握したことに意義がある。しかしながら、自発的に介護保険制度の試行を始めた北京市も比較の対象に入れた理由は説明されておらず、敢えて入れる意味は不明瞭である。また、比較は試案に基づいたため、介護保険制度が地方で試行されている現状や、実施の際に生じた問題点には触れていない。

以上のように、中国における介護保険パイロット地域に関する事例研究を整理した。ただし、先行研究において、まだ以下のような課題を指摘できる。

①中国では、2016年に介護保険制度が急速に導入されたが、政策策定に関するプロセスが公開されていないため、その創設理由が明確化されていなく、それに関する研究もほぼ見つからなかった。

②事例研究について、1つのパイロット地域だけを取り上げて検討するものが多く、事例間の比較を行うものが不足している。しかも、例えば上海市のような大都市の事例を取り上げて検討するものが多く、他の都市、特に介護保険制度を運営する経験のない都市を事例にし、検討するものは不足している。

③中央政府の「指導意見」が公表されたにも関わらず、地方政府の介護保険制度の試案をそれに関連して、検討するものは見られない。いわゆる、地方政府の試案は、中央政府の「指導意見」に基づいて制定されているのか、ズレは生じていないのか、地方政府の試案と中央政府の「指導意見」との関連とズレを解明する分析視点が欠如している。

④介護保険制度の現状と課題について、試案レベルでの分析と対策の検討が多く、現地調査を通じて、具体的なデータ（介護保険の収支・被保険者と受給者数・要介護認定者数などのデータ、現場の人における制度に対する問題認識や改善意見など）に基づく実態の

把握が不十分である。

⑤制度検証の問題意識があるにもかかわらず、ただ様々な問題点を並べるだけで、明確な角度から、介護保険制度の課題と今後の在り方を検討するのが不足している。

第3節 研究の目的と研究方法

本論文は、中国における公的介護保険制度の導入理由を検討し、その試行の実態を明らかにした上で、ドイツ・日本・韓国の経験を踏まえながら、今後の中国における介護保険制度の望ましいあり方を、普遍主義の視点から考察することを研究目的としている。具体的には、以下のような研究方法で進める。

まず、文献研究によってイギリスと日本における普遍主義の概念を整理し、本論文における普遍主義の概念を定義する。その上で、ドイツ・日本・韓国における介護保険制度の内容を整理し、普遍主義と関連して検討する。とりわけ日本を重要な参考対象とする。そして、中国における高齢者介護問題の実態とこれまでの対応策について知るために、公表されている統計データや政策を収集し、主に中国国家统计局の『中国統計年鑑¹³⁾』のデータ、中国老齡科学研究センターの「中国都市と農村高齢者人口追跡調査（2000¹⁴⁾、2006¹⁵⁾、2010¹⁶⁾、2015年¹⁷⁾」のデータ、北京大学国家發展研究院の「中国健康と養老追跡調査（CHARLS）¹⁸⁾」のデータ、「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見（2013年）¹⁹⁾」、「経済的に困窮する後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知（2014年）²⁰⁾」、「民間健康保険の発展を推進するための若干意見（2014年）²¹⁾」の資料に基づいて記述し、分析する。

次に、本論文では、中国における介護保険制度の実態と今後のあり方を質的研究のアプローチで探っている。質的研究を選ぶ理由は2つある。まず、中国では、日本のような「介護保険事業状況報告」がないため、試行の現状に関する情報の公開が少なく、また介護保険制度は主に政府関係部門によって運営されており、協力してくれる部門には限界があるから、大規模なサンプル調査を前提とする量的研究を行うことが非常に困難であることが挙げられる。次に、介護保険制度の実態を把握するためには、具体的なデータだけではなく、運営者と事業者がどのように制度の創設を理解しているのか、現場でどのような問題点を感じているのか、どのような改善意見があるのか、関係者の専門的な意見や個人的な経験を詳細に考察する必要がある。量的研究は変数間の関係の分析に焦点を当てているのに対し、質的研究は「対象によっては量的研究の適用が難しく、実験や統計には適さない研究課題を具体的な人や状況に基づき現象を解明する研究方法として開発された²²⁾」と指摘されている。介護保険制度の実態と今後のあり方を探るためには、質的研究を用いてその現状を理解することが重要であると考えられる。

そして、調査対象となるパイロット地域の選定について述べる。本論文は、15のパイロット地域において、介護保険制度を運営する経験の有無という視点から、調査の可能性を考慮し、上海市（経験あり）と浙江省寧波市（経験無し）を対象に調査を行うこととした。

まず、介護保険制度を運営する経験の有無について述べる。上海市は、財政基金が充足で、かつ社会保険を運営する経験も豊かで、2013年に「後期高齢者医療護理計画」の試行経験が貯蓄されており、上海市における介護保険制度試行の事例は比較的典型的で考察す

る意義があると考えられる。それに対して、浙江省に位置する寧波市は、介護保険制度を運営する経験がほとんどない。その事例を見ることで、前述した上海市と違う課題が出てくるのではないかと考える。中国の多くの地域では介護保険制度を運営する経験がないから、典型的な事例だけではなく、ゼロから始まる事例を考察することで、これから介護保険の試行を経験のない地域に拡大する際に、注意すべき課題を見出すことが重要である。特に、寧波市のパイロット事業に関する文献もほとんど見られないため、先行研究の隙間を埋めることに意義を有するものになると考えられる。

次に、調査の可能性を説明する。介護保険制度は15か所の地域で試行されたゆえ、その開始時期がそれぞれ異なり、担当の部門やその連絡先に関する情報の公開も不足している。こうした状況のもとで、筆者は主にインターネット検索、パイロット地域における民政局・医療保険局への電話連絡などを通じて、調査の可能性を確認していた。特に、介護保険制度の試行は政府関係事業なので、中国の政府関係者から調査可能との承諾を得ることは容易ではない。当初は、介護保険制度を運営する経験のある江蘇省の蘇州市と南通市も調査対象として検討し、2019年5月から連絡を始めたが、8月に江蘇省省庁（日本の県レベル）の関係者から、「最初は国の指導方針に従い蘇州市と南通市が介護保険制度の試行を実施しているが、2019年1、2月からは他の市が自らも試行を始めたため、今はちょっと混乱している。国は4月にビデオ会議を開き、このパイロット事業を暫くストップさせた」と返事された。江蘇省のパイロット事業は現在やや混乱しており、調査を受けることは難しいと推察できる。また、南通市民政局（日本の市レベル）の関係者にも連絡してみたが、そちらからも「学校と上級部門の紹介状が必要である」と敏感な態度を示し、調査を断った。一方、寧波市と上海市の政府関係者にも、2018年2月から連絡し続けており、最後には調査可能との返事を頂いたため、寧波市と上海市を対象に調査を行うこととした。

これらのパイロット地域における介護保険制度施行の実態を考察するために、介護保険制度の進行をフォローし、政府の公式サイト、ソーシャルメディアからの文章および報道を収集すること、パイロット事業の関係者に対するデータ請求やインタビュー調査を実施し、大量な情報を収集してきた。また、2018年2月に寧波市における民政局と高齢者施設を訪問し、事前の打合せと情報収集を行った。2018年9月に、上海市の民政局と医療保険局を訪問し、事前の打合せを行った。このほか、筆者は、関係者から誘われ、2019年8月に、寧波市における要介護認定の過程を見学した。そして、2019年8月に、正式的に上海市と寧波市におけるパイロット事業の運営者や事業者インタビュー調査を行った。その後、筆者はメール、ソーシャルアプリケーションなどの方式でインタビュー内容の確認や、個別の質問に関して2回のフォローアップをした。本調査は、金沢大学人間社会研究域の倫理委員会に申請して承認を得たものであり、承認番号は「2019-27」である。

このように、現在の中国における介護保険制度の実態を、具体的なデータのほか、パイロット事業の関係者における制度に対する理解、現場で生じた問題の認識、今後のあり方に関する改善意見を考察することで、明らかにすることができる。そして、それらの分析を踏まえて、今後の中国における介護保険制度の制度設計に関して、より合理的な提言ができると考えられる。

第4節 本論文の構成

本論文は10章から構成されている。

序章では、本論文の問題意識と分析視点を説明し、先行研究の整理を行い、研究の目的と方法を明記する。

第1章では、本論文の理論的枠組みについて説明する。まず、本論文の研究対象と用語を説明し、普遍主義を分析視点とする理由を説明する。そして、イギリスと日本における普遍主義の概念を整理し、本論文における普遍主義の概念を明らかにする。

第2章は、本研究の背景に相当する。まず、中国における高齢化の推移と要介護高齢者の進行状況を明らかにし、高齢化の深刻さを指摘する。次に、高齢者が介護に困窮している状況を、家族における介護基盤の弱体化、貧困者層向けの公的介護サービスの問題点、一般者層向けの民間介護サービスの利用に関する自己負担の限界から分析する。

第3章では、介護保険制度が試行される前の対応策を整理し、その限界について検討する。1つ目は、公的福祉制度の拡大としての「高齢手当制度」と「介護手当制度」である。2つ目は、民間介護保険を推進する中央政府の政策である。3つ目は、地方政府における介護保険制度の創設に関する先駆的な試みである。

第4章では、中国が介護保険制度を導入した原因について、介護保険制度創設の背景にある政策的な要因を、①政府機能の転換と社会福祉の社会化の推進、②「適当普惠型」への社会保障制度の方針転換、③経済成長の発展目標と発展途上国による制約、④社会公平の促進と社会安定の維持、⑤高齢者医療費増大と社会的入院への対応、⑥国際的な助言に対する積極的な対応から、中国政府の政策と社会・経済の現状に基づいて、中国政府の政策的意図を分析しながら、検討を試みる。

第5章では、ドイツ・日本・韓国における介護保険制度の内容、特に日本における介護保険制度の改正や、韓国における介護保険制度のパイロット事業を含めて整理し、普遍主義の視点から比較して検討する。

第6章では、介護保険制度のパイロット事業に関する試案内容を整理する。まず、並列の視点から、中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の地方試案をそれぞれ整理する。インタビュー調査で得られたデータに基づいて、試案の不明瞭なところや実態の説明も行う。次に、垂直の視点から、中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の地方試案を比較し、その共通点と相違点を明らかにし、現制度の問題点と今後の方向性を明確化する。

第7章では、介護保険制度のパイロット事業に関する調査結果をまとめる。まず、インタビュー調査の目的や、調査方法と分析方法を明記する。次に、修正版「M-GTA」という分析方法を用い、カテゴリーごとの分析結果を述べ、関係図を作成し説明する。最後、上海市と寧波市における介護保険制度の試行において生じた課題を比較しながら検討する。

第8章では、今後の中国における介護保険制度の望ましいあり方を見出すために、普遍主義の視点から、①被保険者・受給者の範囲、②保険料の徴収方法、③要介護認定の申請要件と申請方法、④給付方式と給付水準、⑤利用者負担のあり方から、インタビュー調査の結果に基づく現制度の問題点を考察し、ドイツ・日本・韓国の経験を参考しながら提言する。

終章では、本論文によって得られた主な知見を整理して提示し、本論文の限界と今後の課題について述べる。

第1章 本論文の理論枠組み

本章は、本論文の理論的枠組みについて説明する。まず、研究対象の限定と用語について説明する。次に、今後の中国における介護保険制度のあるべき姿を検討するために、普遍主義を視点とする理由を述べる。最後に、イギリスと日本における普遍主義の概念を整理し、本論文における普遍主義の定義を明らかにする。

第1節 研究対象の限定と用語の説明

第1項 研究対象の限定

本項は、最初に本論文の研究対象である介護保険制度を紹介し、さらに研究対象を下記のように明確に限定する。第一に、介護保険制度の創設時点と地域範囲について、2016年6月以降に創設された15のパイロット地域の介護保険制度に限定する。第二に、今後のあり方について、介護保険制度の改善を求めることに限定し、税方式による介護保障制度の創設を唱えない。

1 介護保険制度の紹介

2016年6月27日に、中国人力資源・社会保障部弁公庁は「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」を公表し、高齢化社会対策の1つとして介護保険制度を構築する旨を発表した。

下記の15のパイロット地域において中国の介護保険を試験的に1~2年実施し、経験を積んで、2020年までに中国全土で介護保険制度の骨子を確立するスケジュールである。パイロット地域は、河北省承德市、吉林省長春市、黒龍江省チチハル市、上海市、江蘇省南通市・蘇州市、浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、重慶市、四川省成都市、新疆ウイグル自治区石河子市である（図表1-1）。

このほか、青島市・上海市・南通市は全国に先駆け、それぞれ2012年・2014年・2015年に介護保険制度に相当するものの導入を探り始めている。さらに、介護保険制度は前述した15の試行都市以外の地区でも普及・構築が進んでいる。このように、介護保険制度は様々な地域で試行錯誤的に創設されており、地域によってその内容や形態が多様であるため、本論文の研究対象を限定する必要があると考える。この点については次に詳しく述べる。

2 研究対象の限定

研究対象に関して、以下の2点を限定しておきたい。

第一に、研究対象の創設時点と地域範囲について、本論文では2016年6月以降に創設された15のパイロット地域の介護保険制度に限定する。

まず、創設時点について説明する。図表1の右を見てわかるように、地方政府は国に先駆け、2012年～2016年の間に介護保険制度に相当するものを創設している。中国山東省青島市は2006年から医療介護保険を検討し始め、2012年6月19日に「長期医療護理保険制度の創設に関する意見²³」を公表し、7月1日から全国初の介護保険制度に相当する制度を実施した。吉林省長春市は、2015年2月16日に、「失能人員医療照護保険制度の創設に関する意見²⁴」を公表し、5月1日から実施した。江蘇省南通市も、2015年10月6日に「基本照護保険制度の創設に関する意見²⁵」を公表し、2016年1月1日から実施した。また、図表では挙げられていないが、上海市も、2014年9月16日に「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案²⁶」を公表し、介護保険制度の創設を探り始めた。ただし、これらはいくまで介護保険制度における地方政府による先駆的な実践であり、制度の作成に関して統一した指導方針がなく、地方政府の意志に従って制定された。2016年に「指導意見」が公表された以降、15のパイロット地域は中央の「指導意見」に基づいて試案を作成しなければならないので、この前に制定された試案は実質的には無効となったのである。例えば、山東省青島市は2018年に、「青島市長期護理保険試案に関する通達²⁷」を公表しており、前述した2012年の「長期医療護理保険制度」は次第に失効となった。

次に、研究地域について説明する。前述した2016年の「指導意見」の公表後、指定された15のパイロット地域以外にも、自発的に介護保険制度を探る地域が増え続けている。例えば、浙江省杭州市桐廬県は2016年に「長期護理保険制度の試行事業に関する実施意見²⁸」を公表しており、北京市も2018年に、「石景山区における長期護理保険制度の試行方案に関する通知²⁹」を公表した。ただし、このような地方政府の行動は、高齢者の介護問題に対して積極的に対応するという姿勢を示したが、あくまでも地方政府の自発的な行為で、指定された15のパイロット地域と異なって、必ず中央政府の「指導方針」に従う義務はないと言える。それゆえ、本論文では自発的に介護保険制度を探る地域を対象外とし、中央政府の「指導意見」に指定された15のパイロット地域だけに限定する。

第二に、本論文は、介護保険制度の改善を求める研究で、税方式による介護保障制度の創設を唱えない。確かに、公的介護保障制度の構築について、ドイツや日本のように社会保険方式による介護保障を行っている国以外に、スウェーデンやイギリスのように、全住民を対象として税財源による介護保障を行っている国がある³⁰。しかし、筆者は以下の理由から、税方式より、社会保険方式の方が中国にとって相応しいと考える。

まず、理念から検討する。中国の社会保障制度は、市場経済とは相容れない革命初期の公約である「社会保障の国家負担」との決別を果たし、個人のリスク意識と自己保障の考え方³¹を導入したため、国民を対象して税方式による介護保障は一般的に考えられない。中国憲法45条では、「中華人民共和国の国民は、老齡、病気、または労働能力を喪失した場合に、国および社会から物質的な援助を受ける権利を有する。国は、国民がこれらの権利を享受するために必要な社会保険、社会救済、および医療保険事業を發展する」と規定しており、税方式である社会救済は、低所得・貧困者層などを対象として

いる。そして、憲法49条では、「親には未成年の子を育てて教育する義務があり、成人した子には親を扶養する義務がある³²⁾」と規定しており、家族の責任を強調している。いわゆる、低所得・貧困者層以外の一般層については、自己責任の伝統や家族の責任が重視されたため、社会保険における「個人の保険料拠出を必要とする自助の精神」や「それぞれの人が高リスクに備えて社会保険料を支払い、万一に備えて支え合うという共助の精神」に比較的合っている。

次に、他の制度との整合性について検討する。中国では、社会保険を中心とする社会保障システムが構築されており、現在、年金保険、医療保険、労災保険、失業保険、出産保険という5つの社会保険があり、介護も社会保険方式で保障した方が、他の制度との整合性が取れると考えられる。

そして、拠出と給付の関係から検討する。社会保険方式では、保険給付を前提とした社会保険料を徴収することで、負担と給付の関係性がはっきりしており、国民の理解が得られやすいと考えられる。また、負担（社会保険料）に対する見返りとしての給付を求める権利があり、税方式の場合では、行政の裁量によって判断が行われやすい。

最後に、中国の現実から検討する。全国民を包括する税方式による介護保障は、膨大な財政支出が必要となるが、中国ではその財源の確保が困難であると考えられる。中国政府の財政収入は主に税収³³⁾に頼っているが、税収は景気の変動に影響されており、現在中国の経済状況は楽観的ではないのである。近年、中国の実質経済成長率は、減速傾向が見られ、2018年の成長率は6.6%と政府目標（6.5%前後）を達成したが、1990年

（3.9%）以来の低い伸びとなった³⁴⁾。さらに、中国の財政は2008年から年々収支が悪化し、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年の一般公共予算の赤字額は3兆7,554億円で、対GDP比は約4.17%である³⁵⁾。さらに、内藤（2019）によると、2018年の保険料収入が約5兆2,540億元で社会保障関係収入全体の72.3%であったのに対し、財政補填が1兆6,780億元で23%を占めた。社会保険基金は2014年以降保険料等で賄えなくなり、財政補助への依存度が年々高まっており、財政補填額が2013～17年の5年間で約2倍に急拡大している³⁶⁾。このように、中国の経済成長の鈍化と財政収入の赤字増加の背景下、社会保険基金への財政補填も急激に増大しており、介護保障制度に対する大幅な財政支出は、政府財政をさらに圧迫するため、実現しにくいのではないかとと思われる。また、介護保障制度の財源を確保するために税率を引き上げる手段もあるが、国民の負担が大きくなるとともに、景気に悪い影響を及ぼす恐れもあると考えられる。特に、「国務院による2016中央財政支出の報告³⁷⁾」によると、現在政府は営業税から増殖税への徴収変更³⁸⁾等の手段を通じて、減税政策の実施に力を入れているため、増税という手段も現実的には実施しにくいと考えられる。

以上の理由から、本論文は、公的介護保障制度の構築にあたって、社会保険方式による介護保障制度に焦点を絞り、その導入と改善方法を検討する。

第2項 用語の説明

中国と日本における「高齢者」の概念や「高齢化社会」の基準は必ずしも一致していないため、それぞれの定義を比較しながら説明する。そして、中国では「介護」と「要介護高齢者」に関する呼び方が統一されておらず、その判断基準も政府部門や研究者によって異なるから、一般的に使われる呼び方と認定基準について述べる。この他、中国では、介護サービスに対するニーズを「介護需要」と単純に呼んでおり、それに関する理論的な検討が不足しているため、日本における「ニーズ」の概念を取り上げて述べる。

1 「高齢者」の定義

本論文では、中国語の「老人」・「老年人」を「高齢者」に翻訳し、中国における高齢者の年齢を「60歳以上」とする。

現在、多くの先進国では高齢者の年齢を「65歳以上」と規定している。例えば、日本において、各種公的機関が行う人口調査^{39, 40}では「65歳以上」を高齢者と定義しており、公的年金制度⁴¹の受給開始年齢も「65歳」となっている。そして、「高齢者の医療の確保に関する法律⁴²」及びそれに付随する各種法令では、「65～74歳」を前期高齢者、「75歳以上」を後期高齢者と呼ぶことが一般化している。さらに、日本老年学会・日本老年医学会は「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ報告書⁴³」においては、「75歳以上」を高齢者の新たな定義とすることも提案している。

中国では、高齢者のことを「老人」、「老年人」と読んでおり、「中華人民共和国高齢者権益保障法」では、高齢者を「満年齢で60歳以上の公民」と規定している。そして、「中国健康高齢者標準」では、一般的に「60～79歳」を前期高齢者、「80歳以上」を後期高齢者と規定している⁴⁴。

ただし、中国国内の各種公的機関が行う人口調査では明確な基準がないことに留意する必要がある。例えば、中国第1回～第4回（1953年・1964年・1982年・1990年）の人口センサスでは、労働年齢人口を「男性16歳～59歳、女性16歳～54歳⁴⁵」に規定しているが、第5回と第6回（2000年・2010年）の人口センサスでは労働年齢人口を「15歳～65歳」に規定しており、高齢者扶養率の算出時にも一定期間の「65歳以上」の高齢者人口を分子、「15歳～65歳」の人口を分母として計算している。いわゆる、90年代以前の公的統計では「60歳以上」を高齢者とすることが多いが、近年では「65歳以上」とする傾向が見られる（ただし、法律上では依然として「60歳以上」を高齢者と規定している）。

原因は以下の通りである。中国の定年年齢は、原則として「男性は60歳、女性は50歳⁴⁶」となっているが、例外として、一部の管理職⁴⁷については、「男性は60歳、女性は55歳⁴⁸」と定められている。それゆえ、第1回～第4回の人口センサスでは労働年齢人口を「男性は16歳～59歳、女性は16歳～54歳」にしたのだろう。ただし、平均寿命の延長や国際的な基準⁴⁹を考慮すると、近年では男女別ではなく、統一的に「15歳～65歳」という基準を使用する傾向が現れ、第5回と第6回の人口センサスの年齢規定はその例である。

以上のことを踏まえ、本論文では、基本的に中国における高齢者を「60歳以上」とするが、国際比較や年齢構成の比較、データ不足などの場合には、65歳上のデータを用いる場合もある。その時は必ず年齢区分を明記する。

2 「高齢化社会」の基準

以上を踏まえた上で、本論文では、原則として中国における高齢化社会の基準を「総人口に占める 60 歳以上の人口の割合が 10%に達したこと」にする。

第 1 回高齢者問題世界会議 (first World Assembly on Ageing, ウィーン, 1982 年) において、国連 (UN) は、「総人口に占める 60 歳以上の人口の割合が 10%、或いは 65 歳以上の人口の割合が 7%に達したこと」を「高齢化社会」の基準としている⁵⁰。

多くの先進国では、「総人口に占める 65 歳以上の人口の割合が 7%に達したこと」を高齢化社会の基準としている。例えば、日本においても、各種公的機関が行う人口調査では「65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合」を高齢化率として計算している。

ただし、前述したように、中国の法律では、高齢者を「60 歳以上」と規定されるため、本論文でも、原則として「60 歳以上」を中国における高齢者の基準、「人口総数のうち 60 歳以上の人口が占める割合が 10%に達したこと」を中国における高齢化社会の基準とする。

国際比較などの場合には、65 歳上の高齢化率に関するデータを用いる場合もあるが、その時は必ず年齢区分を明記する。

3 「介護」と「要介護高齢者」の定義

中国では「介護」と「要介護高齢者」に関する言葉使いが統一されていないことに留意する必要がある。

まず、「介護」に関して、中国では、「介護」という言葉は存在しているが、一般的に使われていない。「Long-Term-Care」という言葉は、「長期照護」、「長期照料」、「長期照顧」、「長期護理」などと翻訳されている⁵¹。前述した 2016 年以前の地方政府における自発的な実践でも、制度名称の中に「医療護理」や「基本照護」などの言葉がバラバラに使用されたように、中国では介護に関する言葉使いが統一されていないことがわかる。ただし、2016 年以降、「指導意見」において、中央政府は「長期護理保険制度」という名称を使用し、その後 15 か所のパイロット地域の試案でもそのまま「長期護理」という言い方を踏襲したので、本論文では「長期照護」及び「長期照料」、「長期護理」などの言葉をすべて介護という意味で理解するが、「長期護理」を「介護」の正確な言い方と位置付ける。

また、「要介護高齢者」に関して、中国ではその用語と判断基準が統一されていないのである。2001 年に、中国民政局によって公表された『高齢者社会福祉施設基本規範⁵²』では、高齢者を「自立高齢者」、「介助高齢者」、「介護高齢者」⁵³と区分しているが、この区分は実際にはあまり使用されていない。

一般的によく使用されたのは、「半失能高齢者」と「失能高齢者」という用語である。中国老齡科学研究センターは、Sidney Katz の日常生活動作 (ADL) の評価基準を参考し、高齢者の状況を「食事」、「着替え」、「寝起き」、「トイレ動作」、「室内移動」、「入浴」という 6 項目において、「苦勞しない」、「ちょっと困難」、「できない」という 3 等級で評価している。回答が全部「苦勞しない」の場合は「完全自立」、少なくとも 1 項目が「ちょっと困難」になった場合は「部分自立」、少なくとも 1 項目が「できない」になった場合は「自立できない」と判断している。さらに、「自立できない」と判断された高齢者において、1~2 項目「自立できない」は「軽度失能」、3~4 項目「自立できない」は「中度失能」、5 項目以上「自立できない」は「重度失能」と判定する⁵⁴。すなわち、前述の 6 項目中、

少なくとも1項目が「ちょっと困難」の場合は「半失能老人」、少なくとも1項目が「できない」の場合は「失能老人」と定義している。

それゆえ、本論文では要介護高齢者のデータを用いる時に、必ずその判断基準と出所を明記する。

4 「ニード」の概念

ニード (need) 或いは複数形のニーズ (needs) は、「必要」または「要援護状態」と訳される⁵⁵。本論文は、先行研究を引用する場合以外に、統一的に「ニード」を使用する。

まず、ニードの概念について、三浦 (1985) は、「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたもの⁵⁶」と定義している。いわゆる、①ある乖離の状態を、何などかの目標・基準に基づいて測定し、②「この状態の改善・解決が必要である」という社会的判断・認識が不可欠である。

ニードの種類について、岡村 (1983) は次のように、人間の「社会生活の基本的要求」として7つに分類している。①経済的安定、②職業的安定、③社会的協同ないし社会参加の機会、④医療の機会ないし保障、⑤家族関係の安定、⑥教育の機会、⑦文化、娯楽に対する参加である⁵⁷。

また、平岡・杉野・所・鎮目 (2011) は、J. ブラッドショーの分類を参考にして、ニード概念の類型を、①規範的ニード⁵⁸、②感得されたニード⁵⁹、③表明されたニード⁶⁰、④比較ニード⁶¹という4つを整理した。このほか、潜在的ニードと顕在的ニードという概念も提示した⁶²。そして、ニード充足方法の基本類型を、給付と規制という2つの方法を提示した。給付とは、金銭や物品、サービスを提供することで、ニードを充足する方法を指す。これに対して、規制とは、個人や企業・団体などを一定の基準や規則に従わせることを意味する⁶³。

ただし、三浦が指摘したように、「ニードをどのように解釈するかは、文章にしる会話にしる、その文脈 context のなかで決まるものであり、したがってニードという言葉だけを取りあげて、定義を求めることは困難 (三浦 1985:56)」であることを理解するのが重要である。ニードを検討する際にも、その文脈の中で具体的に検討する必要があるので、介護保険制度におけるニード概念に関しては、第1章第4節と第7章で具体的に検討する。

第2節 本論文の理論的背景

本節では、まず、今後の中国における介護保険制度のあるべき姿を検討するために、普遍主義を視点とする理由を説明する。そして、イギリスや日本における普遍主義 (universalism) と選別主義 (selectivism) の展開を踏まえながら、普遍主義の概念を整理して考察する。平岡 (2003) が指摘したように、普遍主義と選別主義という概念は、イギリスの社会政策・行政論の基礎概念の1つであり、社会政策の制定にあたって、そのいずれを選択すべきかはしばしば争点となってきた。また、このような用語は日本に紹介され、1980年代に入ってから、社会福祉政策のあり方をめぐる議論の中で、重要な基礎

概念として用いられるようになっていいる。ただし、イギリスと日本における両概念は必ずしも一致しているわけではないので、その歴史的背景と具体的な検討対象に注目しながら、定義の整理を行う必要があると考えられる。それらを踏まえながら、本論文の理論的枠組みを明確化する。

第1項 普遍主義を考察軸にする理由

中国では、これまでの高齢者福祉サービスは、原則として貧困階層や低所得階層など特定の「弱者」を対象にしており、一般高齢者は家庭内や自助努力で対応していた。このような救貧的な選別主義の存在は、社会福祉がそれほど発展していない段階では、社会福祉の効率運営を図るという視点から正当化されてきた。OECD（経済開発協力機構）が発表している「DAC 援助受取国・地域リスト」によると、中国は1996年から2001年までに発展途上国⁶⁴における「低所得国」であると分類されており、国全体としては経済状態が貧しいので、社会福祉に投入できる財源が制約されている。それゆえ、貧困者を選別して、彼らのニーズに優先的に対応し、社会福祉施設やサービスを集中することは合理的な方法であると言える。

2000年以降、中国の社会経済の状況は大きく変化している。中国は2000年に高齢化社会に突入してから、高齢化が急速に進行し、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズはますます増大するが、その一方で、核家族化の進行や大都市への出稼ぎなど、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる状況は変化している。従来の「一般高齢者は家族介護、三無高齢者⁶⁵・五保高齢者⁶⁶は民政部の社会福祉」という対応の限界が顕在化してきている。また、経済状況については、近年、中国経済が急速に成長し、一人当たりのGNI（国民総所得）はともかく⁶⁷、GDP（国内総生産）は2000年代後半に欧州主要国を、2010年には日本をも抜いて、米国に次ぐ世界第2の経済規模へと成長してきた⁶⁸。そのため、経済成長後の中国は、選別主義的な福祉システムを修正し、格差を縮小する所得再分配システムや普遍主義的な福祉システムを構築できるようになっている。

従来の選別的なサービスの問題点として、①資力調査があり、受給に対してスティグマが伴いがちになること、②サービスの利用を抑制する機能を持ち、捕捉率が低くなる恐れがあること、③低所得者層（受給者）と一般者層（非受給者）の二重構造が形成され、社会的統合を阻害するとともに、低所得者層向けのサービスには質の問題が問われること、④貧困からの脱出が困難になることなど、があげられる⁶⁹。

特に、中国の実情では、介護サービスの利用における階層化の問題が既に生じており、全国人民代表大会代表である劉艶（2019）は、この問題に対して、以下のように指摘している。すなわち、①「三無高齢者」や「五保高齢者」に代表される貧困層は無料で政府の公的サービスを利用し、②高所得層は市場から介護サービスを自由に購入できるが、③人口の圧倒的多数を占める低・中所得層は、無料の公的サービスからも除外されており、市場からサービスを購入する余裕がない、という状況が深刻に進行している⁷⁰。このまま放置すると、介護サービスの利用における格差（客観的な不公平）が一層拡大し、社会的な不満と不公平感も広がる恐れがある。そのため、介護サービスの保障について、選別主義から普遍主義への移行が、課題として登場しており、適切な対応がなされなければならない。

政府もそれらを認識し、社会福祉を含む社会保障制度の見方や役割の転換を求めている。2007年から、中国における社会福祉の方針を、「残余型」から「適当普惠型」への転換が進め、高齢者・障害者・孤児・貧困者の救済を重点的に支援する方針から、徐々に保障対象者の範囲を拡大することを提示している⁷¹。

このように、現在の選別主義的な福祉制度は、高齢化の進展に対応できなくなっているとともに、政府の政策的意図とも合っていないので、普遍主義の視点から公的介護保険制度の創設を検討することは、現在の介護サービス利用における階層化の問題解決にとって、積極的な意義があると考えられる。

そこで、第2項と第3項では、選別主義とお普遍主義という2つの概念がどのように論争され、福祉制度の方針に影響を与えてきたかについて、イギリスと日本の例にして整理する。

第2項 イギリスにおける普遍主義と選別主義の展開

本項は、選別主義とお普遍主義という2つの概念がどのように論争され、福祉制度の方針に影響を与えてきたかについて、イギリスの例にして整理する。そして、ティトマスにおける普遍主義と選別主義の概念を明らかにし、それらの特徴を区別する。

歴史的には、イギリスにおける選別主義と普遍主義との論争は、杉野(2004)が指摘したように、選別主義的給付である救貧法に対する反対⁷²を中心に展開され、「反救貧法」運動から普遍主義の主張が形成されてきた⁷³。

それゆえ、イギリスの社会福祉学者ディーコン (Deacon) とブラドショー (Bradshaw) は、歴史的観点から普遍主義と選別主義をめぐる論争における中心的な論点は、資産調査の是非もしくはあり方にあったことを述べている⁷⁴。一般的には、受給に際して「個別的な資力調査」を受けなければならない場合を「選別主義」、その必要がない場合を「普遍主義」としている。

また、戦後における選別主義と普遍主義との論争は、貧困の解消のための施策に関して、普遍主義的方法と選別主義的方法のどちらが有効かをめぐって展開された。そして、1940年代～1950年代において、普遍主義的な給付やサービスが大幅に拡大されたが、1960年代に入ると、「貧困の再発見」により、既存の普遍主義的な給付やサービスの限界が露呈され、保守党側からの福祉国家批判が展開され、選別主義的制度の導入の主張が盛んになった⁷⁵。

それに対して、戦後イギリスの社会福祉学の代表的な研究者であった R. M. ティトマスは選別主義を批判し、基本的には普遍主義を支持する立場から議論を行っている。ティトマスは、「選別性」の意味を、「貧困者が無料のサービスまたは現金給付を受けたり、費用を免除されたり、或いは軽減されたりするばあいに、その理由を明確にするために行われる何かの資産の調査がこれである⁷⁶」と定義している。また、普遍主義を、「サービスをその利用者の地位・尊厳・自尊心を屈辱的に失わせることがないようなやり方で、全国民が利用できるしかも近づきやすいもの⁷⁷」と述べている。

ティトマスの概念に基づくと、図表1-2で示された指標で普遍主義と選別主義の特徴を区別することができる。ここでポイントとなるのは、選別主義の特徴は、①貧困者に限定すること、②資力調査の必要性が語られていることである。それに対して、普遍主義の

特徴は、①全国民に拡大すること、②利用者の地位・尊厳・自尊心を屈辱的に失わせないような認定方法であることが強調されている。

次項では、日本における選別主義と普遍主義について述べる。

図表 1-2 普遍主義と選別主義の特徴 (ティトマス)

指標	選別主義	普遍主義
給付対象	貧困者に限定	全国民に拡大
受給資格の認定方法	資力調査	屈辱的でない方法
スティグマの問題	有り	無し

出所:Titmuss(1973, 三浦訳):140-159 に基づいて筆者作成

第3項 日本における普遍主義と選別主義の展開

1 三浦文夫における普遍主義の定義

(1)初期段階:1980年の定義

前項で述べたイギリスの概念を、社会福祉政策の日本的展開の中の重要な用語として最初に用いたのは、三浦文夫である。三浦は、普遍主義的サービスを、「給付を行うのに当たって、原則として対象者に特殊な資格あるいは条件を付与せずに行うサービス」と定義し、選別的サービスを、「対象者を受給資格、条件によって何などかの形で制限して行うサービス⁷⁸」と位置づける。ただし、「資格や条件」とは何かについては、明確な説明を行っていない。

そして、三浦は続けて、「もともと有限の資源を効率的に配分するためには、一般的にいてニーズに応じて資源の配分が行われることが望ましく、その意味で選別主義的サービスが社会福祉の分野にとって古くから、しかも広く見られてきている⁷⁹」と述べ、「ニーズを明らかにする方法=選別の方法⁸⁰」としている。これに対して、里見は、「ニーズ」の定義のいかんにもよるが、ニーズを明らかにすることが一般的に選別主義であるとする、社会福祉サービスにおいては原理的にあり得ず、市民すべてを対象とする給付しか該当しないこととなると批判している⁸¹。

確かに、里見が批判したように、「ニーズを明らかにする方法」を一般的に「選別の方法」と見なすことはできないと考えられる。ただし、ここでの「ニーズ」の定義とは何かについて、里見はその後の検討を行っていない。

ニーズをどのように解釈するかは、その文脈コンテキストのなかで決まるものなので、そのコンテキストの具体的な内容を見る必要があると考えられる。三浦は、選別主義について、「その典型的な例がかつての『救貧法』であり、それに類するいろいろの救貧制度がある。この方法は今日においても生活保護法などの公的扶助に見られるが、その特徴はいうまでもなく、ミーンズテスト(資産調査)によって、ニーズを明らかにし、ニーズに応じて保護を行うということになっている⁸²」と述べ、ニーズを明らかにする方法=資産調査=選別主義的な方法と位置づけている。三浦は、あくまでも生活保護法などの公的扶助を検討範囲に想定し、こういう結論を導いたのである。この場合、ニーズは貧困(労働の安定を求めるニーズも考えられるが、主に経済的安定を求める貨幣的なニーズ)であり、

それを明らかにするために、資産調査が有効で、しかも一般的に使われていると述べている。さらに資産調査が行われたことから、選別主義的な方法であると判断したのである。

以上のように、三浦の定義は厳密性に欠けていると言えよう。要するに、三浦は、生活保護法などの公的扶助という検討範囲において、「ニードを明らかにする方法である資産調査」＝「選別主義的な方法」ということを言いたいが、表現としては、「ニードを明らかにする方法」＝「選別主義的な方法」になってしまい、誤解を招いたのである。特に、介護、教育などの分野を検討範囲に入れると、ニードは貧困だけではなく、他の非貨幣的なものになり、それを明らかにする方法として、資産調査の有効性が弱くなり、ニードを把握する新しい方法が創設されてので（例えば、介護分野では要介護認定など）、その方法が必ずしも選別主義的な方法であるとは言えないことに注意する必要がある。

(2)修正段階:1985年の定義

その後、三浦は、普遍主義的体制・救貧的選別主義・一般的選別主義の3つの分類を行い、①普遍主義を「多様なニードに応じて、誰でもが社会福祉施設・サービスを利用できる体制」、②「救貧的選別主義」を、社会福祉サービスの利用者を「経済的要件（貧困・低所得）によって篩分けを行う方式」、③「一般的選別主義」を「所得に関わりなくきびしい所定のニードの判定にもとづいてサービスの受給資格を選別し、サービスの提供を図る方式」として区分している⁸³。ここでは、ニードの要件に関する位置づけに変化が見られ、所得に関わらずニードを有する者に給付するのが普遍主義である、と定義の修正を行っている。

ただし、ここで問題となったのは、「一般的選別主義」の概念である。いわゆる、「普遍主義」と「一般的選別主義」の区別は、ニード判定の程度が、「きびしい」かどうかにある。「きびしい」という言葉は比較的主観的で、どのような意味を指しているのかが明確になっていない。例えば、①ニード判定が、できるだけサービス利用を抑制する目的や、ニードが虚偽ではないかという不正受給を防止する目的から「厳格」になされる場合を指しているか、②「所得」以外に、「年齢」や「程度」など、追加的な受給要件を設け、給付を制限する場合を指しているのか、議論が不足している。

2 平岡公一における普遍主義の定義

ここからは、平岡公一による普遍主義の定義や整理について述べる。

平岡は、イギリスにおいても、普遍主義と選別主義の概念の定義が必ずしも統一されているわけではないため、「普遍性」の条件をどの程度厳しく、もしくは緩やかに設定するかによって、3つの定義があると述べ、図表1-3で示されたように分類した⁸⁴。

図表 1-3 普遍主義と選別主義の定義（平岡公一）

分類	条件の 厳しさ	定義	
		普遍主義	選別主義
第一の定義	最も 厳しい	すべての者が平等に拠出し、すべての者が平等な給付を受ける平等な資格を持つように社会サービスの基礎を組織する原理	前述した原理に該当しない場合
第二の定義	第一の定義 より緩和	資力やニードに関わりなく特定のカテゴリーに該当する者が全員受給できる場合	給付・サービスの受給に際して個別的な資力調査（ミーンズ・テスト）もしくはニード・テストを受けなければならない場合
第三の定義	最も緩和	給付・サービスの受給に際して個別的な資力調査の必要がない場合	給付・サービスの受給に際して個別的な資力調査を受けなければならない場合のみ

出所：平岡 2003:236-237 に基づいて筆者作成

まず、第一の定義については、平岡自身もそれを満たす給付・サービスはほとんど実現不可能であると認識しており⁸⁵、里見も、個別的拠出を条件とする限り、その制度の下での給付は、拠出をしたメンバーに限定され、普遍主義とは異なる原理と言わざるを得ないと批判している⁸⁶。ここでの問題点は2つあると考えられる。1つは里見が指摘した通り、「個別的拠出」の条件に問題があることである。例えば、介護保険制度の場合、給付は保険の加入者に限定しており、未加入の者は排除されてしまうので、普遍的な制度とは言えない。2つ目は、「平等」に拠出するという条件に問題があり、社会的に弱い立場にいる人を他の人と同一扱いで拠出することは、形式的な平等に過ぎず、結果的には不平等が作り出されてしまうと考えられる。

次に、第二の定義については、問題点は、資力調査はともかく、ニード・テストがあることで、選別主義と位置付けることにある。特に、ニード判定自体を選別主義とすると、普遍主義的給付は、市民すべてを対象とする給付しか該当しないことになるので、それは社会福祉サービスにおいては原理的にあり得ないと、里見は批判した⁸⁷。また、ニードのないところに給付する必要性はないのであり、敢えて給付しても、資源の無駄遣いになるのではないかと考えられる。それゆえ、ニード・テストをもって選別主義とするのは妥当ではないと考えられる。

最後に、第三の定義については、資力調査の有無だけを基準とする定義である。ただし、本来なら、資力調査は生活保護制度を中心に議論が行われている。例えば、よく批判されているイギリスの救貧法のように、「劣等处遇」の原則で、屈辱的な方法によって給付を貧困者に限定するとともに、受給者には「公共の荷物」や「失敗した人間」などのようなスティグマを与えるので、選別主義であると言われている。しかし、現在の「公的扶助」

制度でも、その資力調査の方法は改善されており、必ずしも屈辱的でスティグマをもたらすような方法ではなくなっている。

ところで、介護保険制度の枠組みで、「貧困・低所得世帯のための減免措置」を設けることは如何に見るべきであろうか。ここでの減免措置は、保険料や利用料の減免を意味している。貧困・低所得世帯を対象にしているので、資力調査を伴うため、一見選別主義的な制度となる。しかし、実際には、貧困・低所得者層も介護保険制度を利用できるように配慮しており、介護保険制度の対象者を制限するのではなく、むしろ拡大しようとしているので、普遍主義的な制度と言えよう。T.H. マーシャルは、「ある値段で与えられるサービスの場合、それを払えない人々に対して免除または割り引きをするとき、それはそのサービスを普遍的すなわちそれを必要とするすべての人々が利用できるようにするための選別的プロセスであるということである。それは福祉の権利の侵害ではなくその実現である⁸⁸⁾」と述べており、「貧困・低所得世帯のための減免措置」は、普遍性を実現するための「選別的プロセス」と見なすことができる。つまり、介護保険制度を基礎に、「貧困・低所得世帯のための減免措置」を設けることは、貧困・低所得世帯の受給を阻害するのではなく、むしろ全国民が利用できるように促進しているので、普遍主義的な制度と言えよう。この場合、資力調査が存在するだけで、それは選別主義的な制度であると決して断言できない。

第3節 本論文における普遍主義の定義

以上を踏まえ、本論文では、普遍主義の概念を、「ニードのある者は誰でも、必要な社会福祉施設・サービスを利用できる」と定義する。すなわち、①サービスの受給資格はニード・テストだけによって決定される（三浦（1985）の「普遍主義的体制」参照）、②しかも、サービスの利用は、①資力調査という経済的要件（平岡（2003）の「第三の定義」参照）、②「年齢」や「程度」などという一般的な要件（三浦（1985）の「一般的選別主義」の具体化を試みる）によって阻害されないと定義する。

このような普遍主義という視点から中国における介護保険制度を検討すると、介護を必要とする人であれば、年齢や要介護状態となった原因によって給付の有無や内容に差異が生じないよう、「全国民の介護を全国民で支える普遍的な仕組み」を構築する必要があると考える。

ここからは、介護保険制度という検討範囲において、ニードの具体的な概念を明確化し、①集団的ニード・個別的ニードと普遍主義との関係性、②給付水準や利用者負担と普遍主義の関係、③介護保険制度自体と普遍主義の関係性について検討する。

まず、本論文は、ニードを「介護に対する社会的な要援護性」と定義し、それは専門家や公的機関などが策定したニード判定基準（要介護認定基準）によって把握された規範的ニードを指す。ただし、スティグマなどの問題を軽減させるために、この規範的ニードの策定過程においては、市民団体や当事者の参加が必要であると考えられる。

次に、集団的ニード・個別的ニードと普遍主義との関係性について検討する。社会福祉政策における集団的ニードの把握は、個々のニードの共通部分を集合的に把握し、ニードを類型化してとらえるので、それに基づく給付は、普遍主義の原則に沿っていることは理解できる。一方、社会福祉実践レベルでは、ニードを可能な限り個別化してとらえる必要

がある⁸⁹。給付対象を、低所得層などに限定する場合はもとより、個別的ニードに関する専門的な判定に基づいて給付を行う場合も、選別主義の原則に従っていると見なす考え方が⁹⁰。ただし、まず、個別的ニードへの対応は、ニードをもつ当事者の意向を尊重し、専門的な判断のもとで、自らの望む内容のサービスを利用できるように支援している。それは、サービスの利用をある階層に限定すること、或いはサービスの利用を阻害するのではなく、むしろ充足する方向に積極的に導いていることから、本論文は、個別的ニードへの対応を、普遍主義的であると位置づける。平岡・杉野・所・鎮目(2011)の記述によると、個別的ニードへの対応では、資力調査(ミーンズ・テスト)が課せられないのである⁹¹。このことは、本論文における、サービスの利用が、資力調査という経済的要件によって阻害されないという条件とも整合性がある。

そして、給付水準や利用者負担と普遍主義の関係を検討する。まず、給付水準について検討すると、給付水準(保険給付額の上限額)が低く設定された場合、それが生活を維持することのできる最低限にも達していない時に、上限を超えるサービスの利用が必要となる。しかし、上限を超えた部分については全額自己負担となるため、それを負担できない貧困層・低所得者層が生じる恐れがある。それは、そのような層が、結果として、制度の利用から排除されることになるので、選別主義的である。ただし、財源の制限で、上限額を高く設定できなくても、貧困層・低所得者層が負担できない部分に対して、適切な補助制度を設けた場合には、普遍主義的な制度と位置づけられる。そして、「普遍主義」と「利用者負担」の関係の検討については、里見(2002)は、「応能負担型」の利用者負担を「選別主義」に位置付けている。理由としては、「負担能力を判定するためには所得調査が必要」と説明している。また、「定額制」・「定率制」の利用者負担は、所得調査を要しないので、応能負担型より改善されているが、①「負担額の高さがどの程度」になるか、②「適切な利用者負担の減免制度⁹²」があるかどうかによると述べている⁹³。本論文における普遍主義の定義では、サービスの利用が資力調査などの条件によって阻害されないと定義した。それゆえ、本論文から見て問題になっているのは、所得調査の有無ではなく、サービスの利用が利用者負担によって阻害されているかどうかにある。そのため、「応能負担型」になろうが、「定額制」・「定率制」になろうが、費用の負担ができない人の利用を阻害している場合は、「選別主義」と位置付ける。つまり、自己負担無しが最も普遍主義的であると考えられる。ただし、「応能負担型」は、所得に応じて負担を求めるため、低所得者層に配慮しており、「定率制」も所得に比例しているので、「定額制」より改善されていると考えられる。また、「定額制」の場合でも、里見(2002)が前述した通り、「適切な利用者負担の減免制度」を設けた場合には、普遍主義に近いと言える。

最後に、介護保険制度自体と普遍主義の関係性について検討する。介護保険制度は、保険未加入の者を排除しているので、普遍主義的な制度ではないと批判するものがある。確かに、介護保険制度は先に里見(2002)が指摘した通り、保険である限り、給付は保険の加入者に限定しており、未加入の者は排除されるという点から、普遍主義的な制度とは言えない。この点は認める。ただし、介護保険制度は、「措置から利用へ」、「選別主義的扶助から社会保険へ」という形で、介護サービスの「普遍化」を推進してきた。目指すべき理念の議論では、保険の根本的な性質(未加入の人に対する排除)を批判することは重要であるが、実際に制度を運営する際には、その不足点を補うことで、普遍主義的な制度に

近づけることは可能である。ティトマスも、「我々が直面している課題は、普遍主義的サービスと選別的サービスの選択の問題ではない」と述べ、真の課題は、「普遍主義的制度の整備を前提とし、強いニーズを持つ集団や地域を、個人的ミーンズテストによることなく、特定の 카테고리や集団や地理的範囲のニーズの基準の上に立って、スティグマを与えることなく積極的に選別し、社会権としてサービスが提供されることが必要である⁹⁴」と主張している。

それゆえ、介護保険制度の整備を基礎にし、その不十分な点（保険未加入の人に対する排除）を補うような補完策を講じること、例えば、①低所得層・貧困層に対する保険料・利用料の減免措置を設けたり、②より多くの人介護保険に加入できるように、条件を緩和したりするような仕組みを作っていくことで、その問題は一定程度解決していき、普遍主義的な制度に近づくことは可能であると考えられる。

第2章 人口高齢化の現状と課題

中国における高齢化の進展は、少子化や核家族化、独居化などと同時進行している。本章は、中国における人口高齢化の推移と要介護高齢者の増加を明らかにし、高齢者が介護に困窮している状況を、家族形態の変化による家族介護機能の弱体化、貧困層・低所得層向けの公的介護サービスの問題点、一般層向けの民間介護サービスの利用における自己負担の限界から分析する。

第1節 人口高齢化の推移と要介護高齢者の現状

第1項 高齢化の推移と平均寿命の延長

中国は、2000年に高齢化社会に入り、急速な高齢化が進行している。『中国統計年鑑』や全国人口センサスのデータから、中国の高齢化の推移とその傾向を大まかに見て取ることができる(図表2-1)。2000年に、中国における60歳以上の高齢者は1億2,998万人(10.5%)、65歳以上は8,827万人(7.1%)に達し、「高齢化社会」に突入した。その後、中国の高齢化率は増え続けて、2018年に60歳以上の高齢者人口は2億4,977万人(17.9%)、65歳以上は1億6,658万人(11.9%)に急増した。2018年に、日本の総人口は1億2,644万人、65歳以上人口は3,558万人となり、総人口に占める割合は28.1%である⁹⁵。中国の高齢化率は日本ほど高くないが、65歳以上の高齢者の人口数は日本の総人口よりも多いことが注目される。中国の高齢化社会の特徴の1つは「高齢者の絶対数が多い」であり、中国社会にとっては、その膨大な数の高齢者の介護が必要になった時に、如何に解決するかが大きな課題になっている。

さらに、高齢化とともに少子化も進んでおり、2015年までに、「0～14歳」の割合は低下し続けている。2015年に「一人っ子」から「二人っ子」への政策転換がなされ、2018年は16.9%へと少し上昇したが、大きな変化は見られない。しかし、「60歳以上」の割合は増加する一方で、特に「80歳以上」の割合は徐々に上昇し、2018年には総人口の2%を超えた。

また、平均寿命について、図表2-2の通り、2015年は76.34歳となり、5年前を1.5歳上回り、過去25年間で約8歳延びた。平均寿命の伸長は、社会・経済及び医療・衛生の発展水準の安定向上を反映するとともに、人口の高齢化にも拍車をかけている。さらに、高齢者の健康状況に注目すると、第2項で述べるように、高齢者の健康状況全体としては楽観視できない状況にあり、この場合、平均寿命の伸長は同時に、介護・医療に対する必要の増加も意味している。

図表 2-1 中国における高齢化の推移

年次 (年)	総人口 (万人)	0～14歳	60歳以上		65歳以上		80歳以上
		割合 (%)	人数 (万人)	割合 (%)	人数 (万人)	割合 (%)	割合 (%)
1990	114,333	27.7	△	△	6,368	5.6	△
1995	121,121	26.6	△	△	7,510	6.2	△
2000	126,583	22.9	12,998	10.5	8,827	7.1	1.0
2005	130,756	20.3	16,998	13.0	10,055	7.7	1.4
2010	133,972	16.6	17,765	13.3	11,883	8.9	1.6
2015	137,462	16.5	22,131	16.1	14,386	10.5	1.9
2018	139,538	16.9	24,977	17.9	16,658	11.9	2.1

注1: 「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。

注2: 2000年と2010年のデータは第5回と第6回全国人口センサスの統計データを使用した。統計時間の締切は当該年の11月1日24時である。1995年・2005年・2015年・2018年は『中国統計年鑑2006』と『中国統計年鑑2016』、『中国統計年鑑2019』のデータを使用する。統計時間の締切は当該年の12月31日24時である。

出所: 『中国2000年人口センサス資料』の表3-1、『中国統計年鑑2006』の表4-7、『中国2010年人口センサス資料』の表3-1、『中国統計年鑑2016』の表2-9、『中国統計年鑑2019』の表2-5と表2-9の統計データ⁹⁶をもとに筆者作成⁹⁷

図表 2-2 中国の平均寿命の推移

年次 (年)	男性 (歳)	女性 (歳)	男女平均 (歳)
1990	66.84	70.47	68.55
1996☆	△	△	70.80
2000	69.63	73.33	71.40
2005	70.83	75.25	72.95
2010	72.38	77.37	74.83
2015	73.64	79.43	76.34

注1: 「☆」は例外になることを意味する。本論文では一般的に5年間ごとにデータをまとめるため、基本的に1995年のデータを使用するが、平均寿命予測に関しては、例外的に1995年のデータが中国統計年鑑に記載されておらず、その代わりに1996年のデータが記録されたため、☆を付ける。

注2: 「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。

出所: 『中国統計年鑑2019』⁹⁸の表2-4より筆者一部修正

第2項 後期高齢者の進行と介護リスクの上昇

第1項の図表2-1の通り、総人口に占める「80歳以上」の後期高齢者の割合は、2005年の1.4%から2018年の2.1%に上昇し、緩やかに増加している。比率はまだそれほど高くないが、総人口そのものが大きいために、高齢化率が少し上昇しただけでも、高齢者数は大きく増えてしまうと言える。高齢者の年齢構成を見ると、2015年に、高齢者総人口のうち、「60～69歳」は56.1%、「70～79歳」は30.0%、「80以上」は13.9%⁹⁹を占めていた。つまり、まだ「60～79歳」の若い年齢層が多いが、10年後は「80歳以上」の年齢層の拡大も予測でき、要介護高齢者の莫大な増加も見込まれる。

後期高齢者の増加が要介護高齢者の増加と関連している。高齢者はハイリスクグループであり、一般的には年齢の増加とともに病気にかかりやすく、特に慢性疾患と生活機能障害のリスクが急速に上昇する可能性が高い。病気の種類を問わず全体的に見ると、図表2-3に示された通り、2週間以内の有病率¹⁰⁰は、15歳以降の年齢の各段階において、年齢の増加とともに顕著に上昇している。このことから、高齢になると病気にかかりやすくなることは明らかである。

図表2-3 中国住民の年齢別2週間以内の有病率

年齢	2週間以内の有病率 (%)				
	1993年	1998年	2003年	2008年	2013年
0～4歳	20.0	20.2	13.3	17.4	10.6
5～14歳	11.9	10.1	7.2	7.7	5.3
15～24歳	7.4	6.5	5.0	5.0	3.7
25～34歳	8.2	10.7	8.2	7.5	5.7
35～44歳	12.9	15.4	12.6	13.6	12.4
45～54歳	16.5	19.6	19.2	22.7	24.3
55～64歳	21.8	25.9	25.2	32.3	42.0
65歳以上	25.0	29.4	33.8	46.6	62.2

注1:中国における「2週間以内の有病率」とは、調査対象のうち、調査前の2週間に何人が病気であったかを表す統計値である。算出方法: 調査前の2週間における疾病を有している人数/調査対象者総数×1000%。筆者は表の統一性から、その単位を、「‰」から「%」に変換した。

注2: 調査のサンプルについて、中国衛生部は全国から、1993年には92か所の県・市の5.4万世帯(215,163人)、1998年には95か所の県・市の5.7万世帯(216,101人)、2003年には95か所の県・市の5.7万世帯(21万人)、2008年には94か所の県・市の5.6万世帯(18万人)、2013年には156か所の県・市の9.4万世帯(27万人)をランダムに抽出して調査した。

出所: 中華人民共和国衛生部2010:103、221-224、中華人民共和国衛生部2014:235、国家衛生健康委員会2019:117のデータをもとに筆者作成

さらに、病気の種類を、長期的な療養の必要性が高い慢性疾患に注目すると、65歳以上の高齢者の中で、半分以上は慢性疾患にかかっているということがわかる(図表2-4)。高齢者における高い慢性疾患の有病率は、長期的な介護サービスの必要と増加を意味しているため、重要視しなければならない。

図表2-4 中国住民の年齢別慢性疾患¹⁰¹の有病率

年齢	慢性疾患の罹患率 (%)				
	1993年	1998年	2003年	2008年	2013年
0～4歳	1.9	1.3	0.6	0.6	△
5～14歳	1.9	1.9	1.0	0.9	△
15～24歳	2.6	2.6	1.8	2.0	1.4
25～34歳	6.6	7.3	5.8	5.1	3.8
35～44歳	16.2	14.2	11.7	12.2	11.5
45～54歳	26.3	23.2	22.0	26.0	23.5
55～64歳	43.1	38.7	36.2	42.0	38.9
65歳以上	54.0	51.8	53.9	64.5	54.0

注1:「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。

注2:慢性疾患の罹患率の算出方法:調査前の半年間以内における慢性疾患を有している人数/調査対象者数×1000‰。筆者は表の統一性から、その単位を、「‰」から「%」に換算した。

注3:調査のサンプルは図表2-3の注2と同じである。

出所:中華人民共和国衛生部2010:103、221-224、中華人民共和国衛生部2014:235、国家衛生健康委員会2019:117のデータをもとに筆者作成

第3項 要介護高齢者の増加と推移

高齢者の生活全般に関する総合的な調査には、中国老齡科学研究センターによる「中国都市と農村高齢者人口追跡調査(2000、2006、2010、2015年)」がある。また、高齢者の健康に関する調査を行ったのは、北京大学国家發展研究院の「中国健康と養老追跡調査(CHARLS)」がある。この2つの調査結果のデータの一部を整理し、要介護高齢者人口の推移について、以下、まとめる。

要介護高齢者のデータを詳細に公表したのは、2006年と2010年における「中国都市と農村高齢者人口追跡調査」の結果である。中国老齡科学研究センターによると、2006年から2010年までに、都市部の高齢者人口の中で、半失能高齢者の割合は9.6%から12.4%、失能高齢者は5.0%から5.6%に増加した。一方、農村部の高齢者人口における、半失能高齢者の割合は14.1%から18.6%、失能高齢者の割合は6.9%から7.8%に上昇した(図表2-5)。

また、全体的にみると、2000年に都市部と農村部に要介護高齢者人口は1,377万人であるが、2006年には2,838万人、2010年には4,032万人、2015年には4,063万人に増加した。さらに、北京大学国家發展研究院の「全国ベースライン報告」によると、2011年に要介

護高齢者人口（日常生活の自立に支援が必要の高齢者¹⁰²）は4,400万人近くであり、老齡センターの2010年の調査結果とほぼ一致している（図表2-6）。

このように、要介護高齢者が増加する一方で、介護の主な担い手である家族の構成は変化し、家族介護は成り立たなくなっている。次節では、様々な課題に直面している家族介護について整理する。

図表2-5 都市・農村別「自立・半失能・失能高齢者」の構成

出所	年次 (年)	高齢者人口 (万人)					
		14,657					
老齡 セン ター	2006	都市			農村		
		3,856 (26.3%)			10,801 (73.7%)		
		自立	半失能	失能	自立	半失能	失能
		3,293 (85.4%)	370 (9.6%)	193 (5.0%)	8,533 (79.0%)	1,523 (14.1%)	745 (6.9%)
		17,759 万人					
2010	都市			農村			
	7,829 (44.1%)			9,930 (55.9%)			
	自立	半失能	失能	自立	半失能	失能	
	6,417 (82.0%)	971 (12.4%)	438 (5.6%)	7,318 (73.7%)	1,847 (18.6%)	775 (7.8%)	

注：2000年と2015年は詳細なデータが欠如しているため、表に入れていない。

出所：郭・陳 2008:4-5、呉・郭・苗・辛 2014:5-8 のデータをもとに筆者作成

図表2-6 要介護高齢者人口の全国調査の比較

出所	調査年度 (年)	要介護高齢者 人口 (万人)	要介護高齢者人口の内訳 (万人)	
			基準：「半失能・失能高齢者」	
老齡 セン ター	—	—	半失能	失能
	2000	1,377 (6.8%)	△	△
	2006	2,838 (19.4%)	1,893 (12.9%)	945 (6.4%)
	2010	4,032 (22.7%)	2,824 (15.9%)	1,208 (6.8%)
	2015	4,063 (18.3%)	△	
CHARLS	2011	4,400 (23.8%)	基準：「日常生活の自立に支援が必要の高齢者」	

注 1：「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。「—」はないことを示す。

注 2：()の中には、60歳以上の高齢者人口に占める要介護高齢者の割合である。

出所：中国老齡科学研究センター2003:227、郭・陳 2008:4-5、呉・郭・苗・辛 2014:5-8、全国老齡工作委員会弁公室（2016）「三部門による第4回中国都市と農村高齢者生活状況のサンプリング調査結果の公表」¹⁰³、北京大学国家發展研究院 2013:11 のデータをもとに筆者作成

第2節 家族における介護基盤の脆弱化

第1項 介護の基盤としての家族介護の現状

中国では、「親孝行」という儒教の規範、すなわち、両親への敬意と、必要な時に両親の世話をする義務は、社会に深く根付いている。中国の憲法¹⁰⁴と1996年の「中国高齢者権益保障法（2012年に改正）¹⁰⁵」でも、家族には高齢者の世話をする責任があることを強調している。そうでない場合、彼らは罰金や刑務所収監に科されることがある¹⁰⁶。

それゆえ、中国では、家族による介護を前提に、高齢者福祉制度が構築されてきた。民政部が実施する「社会福祉¹⁰⁷」は、「救済的性格」を有しており、これまでは、非常に厳格なミーンズテストに基づいて、主に「三無高齢者」や「五保高齢者」に限定して、行政主導型の高齢者サービスを提供してきた¹⁰⁸。現在でも、家族による介護が基本になっている（図表2-7）。

配偶者及び息子、嫁、娘、娘婿、孫、他の親族による介護を「家族介護」に分類して計算すると、「家族介護」に頼る割合は96.24%で、圧倒的な割合を占めている。「施設介護」を利用している高齢者はわずか1.12%である。このことから、「家族介護」を前提とした中国における高齢者介護の基盤は一定程度把握できるが、実際にはその基盤は少子化の進行や、家族構成と就労状況の変化などの影響を受けて、脆弱化している。

図表2-7 高齢者の主要な介護者の分類とその割合

順番	介護者	標本数（人）	割合（%）
1	配偶者	11651,533	53.57
2	息子	4914,486	22.60
3	息子の嫁	2098,023	9.65
4	娘	1972,996	9.07
5	娘婿	41,896	0.19
6	孫	101,999	0.47
7	他の親族	126,621	0.58
8	友達、隣人	24,450	0.11
9	ボランティア	12,911	0.06
10	居民委員会の職員	1,747	0.00
11	公的入所施設の職員	78,590	0.36
12	私的入所施設の職員	165,116	0.76
13	家政婦（保母）	537,761	2.47
14	パートタイマー	22,065	0.10
総計		21750,194	100.00

注：割合は介護者別の人数を分子、介護者総人数を分母にして筆者算出

出所：呉・郭・苗・辛2014:341の「表7-22-1」のデータより筆者作成

第2項 家族形態の変化と家族介護機能の弱体化

高齢者が要介護状態になった時に、介護の一番の担い手となるのは前述のように家族である。しかし、子どもが1人しかいない高齢者、或いはたった1人の子どもを失った高齢者が増えており、介護の支え手が不在・不足している状態に陥りやすい。また、核家族化・独居化の進行によって、一人暮らしの高齢者（高齢者夫婦）が増加しており、子どもが複数いても近くにいないと、家族介護が成り立たなくなっている。

1 少子化の進行と「421家庭」・「失独家庭」問題

1978年に、「計画出産」の方針が公式に「中華人民共和国憲法¹⁰⁹」に記され、1982年に「計画出産」は基本国策とされた^{110, 111}。こうした政策により、中国の合計特殊出生率は、20世紀70年代の5.83から2014年の1.8に減少した¹¹²。1990年代以降、人口急増を効果的に抑制し、経済成長にも貢献したが、近年では、生産年齢人口の減少¹¹³や高齢化の進展などの問題が表面化している。こうした状況を受け、2015年の改正¹¹⁴によって、「二人っ子」政策への転換がなされたが、その効果は限定的である。

図表2-8で示すように、中国における出生率は低下する一方で、高齢者扶養率は上昇している。出生率の低下は、高齢者を介護できる家族の人的資源の減少を意味しており、家族による介護はこれから一層厳しくなる。

図表 2-8 中国出生率と高齢者扶養率の進行

年次(年)	出生率 ¹¹⁵ (%)	高齢者扶養率 ¹¹⁶ (%)(65歳以上)
1978	1.8	△
1980	1.8	△
1985	2.1	△
1990	2.1	8.3
1995	1.7	9.2
2000	1.4	9.9
2005	1.2	10.7
2010	1.2	11.9
2015	1.2	14.3
2018	1.1	16.8

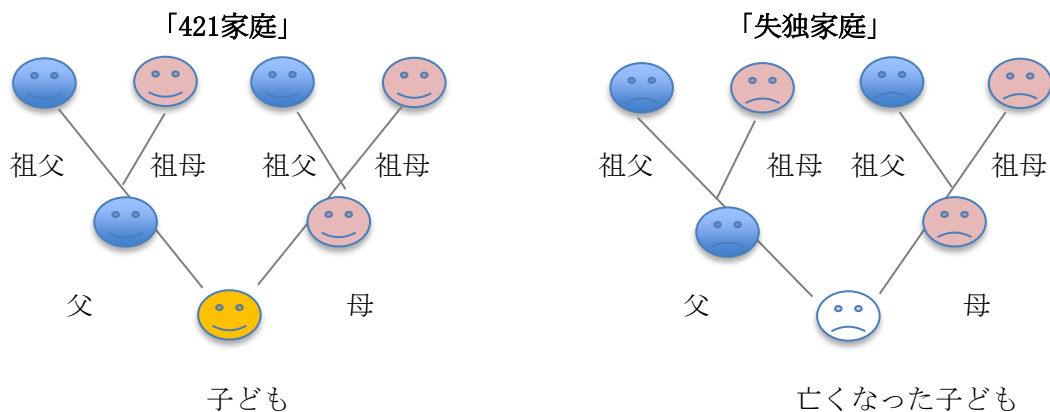
注: 「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。

出所: 『中国統計年鑑2019』¹¹⁷の表2-2と表2-5の統計データをもとに筆者作成

特に、現在中国では、図表2-9で示されてように、「1組の夫婦が老父母4人と子ども1人を養う」という「421家庭」が増えており、たった一人の子どもを失った「失独家庭」問題も注目されている。高齢者が要介護状態になった時に、一番の担い手となるのは家族であるが、「421家庭」にとっては介護の支え手が不足していること、「失独家庭」にと

っては介護の支え手がないことが問題となっている。

図表2-9 「421家庭」と「失独家庭」の概念図



出所:筆者作成

『中国家庭発展報告2014』によると、2013年に、「一人っ子」世帯は約3億で、全世帯(4.3億)の約70%を占めている¹¹⁸。「一人っ子」の人口に関する統計データはあまりない(或いは公表されていない)が、穆(2004)は国家計画出産衛生委員会が公表した「2001年第3号計画出産統計公報」に基づいて、2000年に全国で「一人っ子」証明書を受領した人口は5,578万なので、証明書を受領していない人口も合わせて計算すると約9,000万いると推定した¹¹⁹。宋(2005)も2000年の人口センサスのデータに基づいて9,346万いると推算し¹²⁰、穆(2004)の推算結果に近接している。

また、「失独家庭」が政府に注目されたのは2005年以降である。中国国家人口計画出産委員会財務司研究グループ(2006)によると、2006までに全国で「一人っ子」を失い、かつ母親の年齢が49歳以上で、子どものいない家庭(養子縁組を除く)は37.5万で、2038年には151万となると予測している¹²¹。そして、2007年3月21日に「全国一人っ子障害・死亡扶助制度セミナー¹²²」が大連で開かれ、国家人口計生委(計画出産委員会)財政司、財政部教科文(教育科学文化)司、中国人口福祉基金会の関連リーダー、山西省、黒竜江省、浙江省、大連市など17の省と市の財政部担当者が会議に参加した。その結果、2007年に「全国一人っ子障害・死亡家庭扶助制度の試案¹²³」が公表され、「一人っ子」を失った家庭に毎月100元以上、「一人っ子」が障害者(障害レベル3級以上)である家庭に毎月80元以上の現金手当を給付する制度を創設した。「2016年我が国衛生と計画出産事業発展統計公報¹²⁴」によると、2016年におけるこの制度の受益者は100.5万人である。

2 核家族化・独居化の進行と「空巢高齢者」問題

また、少子化の進行とともに、核家族化・独居化も進行している。中国の平均世帯人数は、図表2-10の通り、1953年の4.30人から、2018年の3.00人に縮小しており、その一方、全世帯に占める単独世帯の割合は2000年の8.30%から2018年の16.69%に上昇した。

特に、近年、「空巢高齢者」問題が注目されている。沈(2009)によると、「空巢高齢者」家庭とは、高齢者が1人または夫婦2人暮らしであり、子女が小鳥が巣立つように家を離

れ、高齢者に付き添う人がいなくなった家庭を指す¹²⁵。

中国老齡科学研究センターの「中国都市と農村高齢者人口追跡調査」によると、2000年から2010年までに、都市部高齢者世帯の中で、高齢者の「単独世帯」の割合は7.4%から8.6%、「夫婦のみ世帯」の割合は34.6%から45.4%に増加している。一方、農村部高齢者世帯の中で、高齢者の「単独世帯」の割合は8.3%から10.6%、「夫婦のみ世帯」の割合は29.6%から35.0%に増加している。特に、2010年に、都市部高齢者世帯の中で、「空巢高齢者世帯」の割合は54.0%に達しており、都市部高齢者世帯の過半数を超えた（図表2-11）。高齢者が要介護状態になっても、過半数の高齢者の子女は高齢者と同居していないため、近くで介護することができなくなっている。

図表 2-10 中国核家族化・独居化の進行

年次 (年)	平均世帯人数 (人)	全世帯に占める単独世帯 の割合 ¹²⁶ (%)
1953	4.30	△
1964	4.29	△
1982	4.43	△
1990	3.96	△
1995	3.70	△
2000	3.44	8.30
2005	3.13	10.73
2010	3.10	14.53
2015	3.13	13.14
2018	3.00	16.69

出所：国家衛生計生委家庭司 2016:21、『中国 2000 年人口センサス資料』の表 5-1、
『中国統計年鑑 2006』の表 4-14、『中国 2010 年人口センサス資料』の表 5-1、
『中国統計年鑑 2012』の表 3-6、『中国統計年鑑 2016』の表 2-10 と表 2-16、
『中国統計年鑑 2019』の表 2-10 と表 2-16 の統計データ¹²⁷をもとに筆者作成

図表 2-11 「空巢高齢者世帯」の現状と推移

年次 (年)	都市部高齢者に占める割合 (%)			農村部高齢者に占める割合 (%)		
	合計	内訳		合計	内訳	
		単独世帯	夫婦のみ世帯		単独世帯	夫婦のみ世帯
2000	42.0	7.4	34.6	37.9	8.3	29.6
2006	49.7	8.3	41.4	38.3	9.3	29.0
2010	54.0	8.6	45.4	45.6	10.6	35.0

出所：郭・陳 2008:4、呉・郭・苗・辛 2014:3・7 のデータをもとに筆者作成

第3節 公的・民間介護サービスの利用における問題点

介護を家族に頼めない場合に、「三無高齢者」や「五保高齢者」は無料の公的介護サービスを、そして一般高齢者は自費で介護サービスを購入することができるが、次に述べるように、公的介護サービスの問題点と自己負担の問題が懸念されている。

第1項 公的介護サービスにおける問題点

第2節第1項で検討した通り、民政部が実施する「社会福祉」は、非常に厳格なミーンズテストに基づいて、「三無高齢者」や「五保高齢者」を保護するが、一般高齢者は対象外とされている。

さらに、Hu (2012) が指摘したように、要介護認定ではなく、ミーンズテストに基づく認定方法は、高齢者が社会的な理由（家族がいない、或いは労働能力・収入がないなど）で公的施設に入所することを意味している。その結果、介護サービスを必要とする多くの高齢者は除外され、公的施設に住んでいる高齢者の中で、実際に介護を必要とする高齢者の割合は17%だけであると推定されている¹²⁸。いわゆる、政府が運営する公的施設は、収容という機能が主要な目的であり、入所しても適切な介護サービスが提供される保障はないということがわかる。

近年は、政府主導の在宅・コミュニティサービス（中国語では「居宅養老」・「社区養老」サービス）が注目されている。在宅・コミュニティサービスは、デイサービスや訪問介護サービスなどから構成され、政府が設立した「社区居宅養老サービス介護センター（以下は『センター』と略称する）」によって包括的に提供されている。貧困高齢者や後期高齢者にはサービス券が配布され、無料で利用できる。最初は、「センター」はほとんど公営であったが、近年では民間への運営委託も増えている¹²⁹。しかし、中国における数多くの在宅・コミュニティサービス事業に関する調査の結果をしてみると、「都市部と農村部における在宅サービス供給の格差が大きい¹³⁰」、「正規職員が不足し高齢者の介護ニーズに満たせない¹³¹」などの問題が挙げられている。筆者（2018）も、実際に2016年に、紹興市にある6か所の「センター」を対象にインタビュー調査を行い、公営の4か所のセンターは食事と活動場所を提供するだけで、デイサービスと訪問介護サービスを提供しているのは民営の2か所しかないということを明らかにした。そして、職員が養老護理員の資格を持っているところは1か所（民営）しかなく、専門性の問題も問われている¹³²。

以上のことから、公的サービスは「救貧的な性格」を持ち、無料で利用できる対象者はかなり限られており、しかも介護サービスの種類も少ないという問題点が見えてくる。

第2項 高齢者の収入と年金からみる自己負担の限界

一般高齢者は、介護が必要な時に、公的・民間の介護サービスを購入できるが、発展途上国の中国では、「未豊先老（豊かになる前に高齢化社会になる）」ということが懸念されており、高齢者における自己負担の限界を検討しなければならない。

中国高齢者年平均収入と年金受給の現状と推移は図表 2-12 の通りである。

まず、高齢者の収入について、「中国都市と農村高齢者人口追跡調査（2015）」の調査結果によると、2014年に都市部高齢者の年平均収入は2万3,930元、農村部高齢者の年

平均収入は7,621元であり、2000年よりそれぞれ1万6,538元、5,970元増加した。しかし、都市部と農村部高齢者の経済格差は依然として大きく、都市部高齢者の年平均収入は農村部の3倍をも超えている。これは、市場から介護サービスを購入する際に、都市部の高齢者より、農村部の高齢者は経済的な余裕がないことを意味している。

また、都市部と比べ、農村部では、年金制度がまだ普及していないのが実情である。農村部の年金の給付水準については、データが不足しているため、2010年の例しか見ることができないが、都市部の年金平均月額1,527元に対し、農村部はわずか74元であり、その差は20倍を超えている。年金の受給率を見ると、2014年に、都市部では8割弱の高齢者が年金を受給しているのに対して、農村部では6割を超えている高齢者が年金制度と無縁になっている。

図表 2-12 中国高齢者年平均収入と年金受給の現状と推移

年次 (年)	都市部			農村部		
	年平均 収入 (元)	年金受給者 割合 (%)	年金平均 月額 (元)	年平均 収入 (元)	年金受給者割 合 (%)	年金平均 月額 (元)
2000	7,392	69.1	664	1,651	3.3	△
2006	11,963	78.0	990	2,970	4.8	△
2010	17,892	84.7	1,527	4,756	34.6	74
2014	23,930	79.4	△	7,621	36.0	△

注: 「△」はデータ欠如のため、不明であることを意味する。

出所: 中国老齡科学研究センター2002:85、郭・陳2008:2、5、呉・郭・苗・辛2014:1、6、全国老齡工作委員会弁公室(2016)「三部門による第4回中国都市と農村高齢者生活状況のサンプリング調査結果の公表」¹³³のデータをもとに筆者作成

そして、高齢者の収入源の詳細を見ると、2010年の都市部高齢者の年平均収入1万7,892元のうち、「年金収入」が15,530元(86.8%)、「労働収入」が1,223元(6.8%)、「公的補助」が382元(2.1%)、「家族による支援」が546元(3.1%)、「その他」が210元(1.2%)となっている。それに対して、農村部高齢者の年平均収入4,756元のうち、「年金収入」が890元(18.7%)、「労働収入」が1,520元(32%)、「公的補助」が784元(16.5%)、「家族による支援」が607元(12.8%)、「その他」が955元(20.1%)となっている¹³⁴。いわゆる、都市部の高齢者の主な収入源は「年金収入」で、比較的安定した収入源を確保しているが、農村部の高齢者は主に「労働収入」に頼っていることが分かる。

さらに、介護サービスの利用費用の詳細を見ると、中国老齡科学研究センター(2015)の調査により、毎月の利用費用(食費、住居費、介護費などの合計)は、公的介護施設は1,919元、民間非営利介護施設は2,201元、民間営利施設は2,133元である¹³⁵。それに対して、「中国都市と農村高齢者人口追跡調査(2010)」によると、高齢者の負担可能な上限額は、都市部高齢者は1,016元、農村部高齢者は172元と表明した¹³⁶。中国における介護施設の費用徴収基準は、高齢者の負担できる金額を大幅に上回っていることがわかる。

次章は、このような高齢社会の介護問題に対して、政府がどのような対応策を講じてきたのか、それぞれの現状と限界とは何かについて検討する。

第3章 介護保険制度が試行される前の対応策とその限界

本章は、介護保険制度が試行される前の対応策を整理し、その限界から介護保険制度の導入の原因を考察する。まず、公的福祉制度の拡大として、後期高齢者や要介護高齢者に対する「高齢手当制度」と「介護手当制度」の創設について検討する。次に、民間介護保険を推進する中央政府の政策を整理した上、その現状と限界を分析する。最後に、介護保険制度に相当するものを試行錯誤しながら創設しようとしている地方政府の先駆的な取り組みを検討する。

第1節 高齢手当制度と介護手当制度の創設

第1項 法律改正や政策制定の動向

中国では、基本的に子どもによる老親の扶養を前提に、高齢者福祉制度が構築されてきた。これまでの公的扶助・福祉制度は、生活保護に頼る「三無高齢者」や「五保高齢者」を対象に、行政主導型の制限的なサービスを提供してきた。近年、後期高齢者や要介護高齢者に対しても、補助金を与える法律改正や政策制定の傾向が見られ、高齢手当制度と介護手当制度が創設されつつある（図表3-1）。

図表3-1 補助金創設に関する法律改正や政策制定

年次（年）	部門	法律・政令
2012	全国人民代表大会常務委員会	「中華人民共和国高齢者權益保障法」の改正
2013	國務院	「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見」
2014	財政部・民生部・全国老齡工作委员会弁公室	「経済的に困窮する後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知」

出所：中華人民共和国中央人民政府（2012）「中華人民共和国高齢者權益保障法」、中国國務院弁公庁（2013）「健康サービス産業の発展の加速に関する若干意見」、財政部・民生部・全国老齡工作委员会弁公室（2014）「経済的に困窮する後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知」の資料¹³⁷をもとに筆者作成

2012年に、「中華人民共和国高齢者權益保障法」の改正が行われ、その第3章「社会保障」第30条に、「長期間自立できず、経済的に困難な高齢者に対しては、各地方政府は、要介護の程度に応じて介護手当を支給すべきである」ということが、初めて法律の中に記された。この時には、介護手当の対象者はまだ、「経済的に困難な要介護高齢者」を想定しているが、次に述べるように、一般高齢者も徐々に対象範囲に包括されていった。

2013年10月に、國務院は「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見」を発表し、その第3章「政策措置」第4条「補助政策の改善」において、「各地は、高齢者サービスを評価するシステムの構築を加速し、経済的に困難な後期高齢者や失能高齢者などに対する補助金制度を確立するべきである」と要求している。つまり、給付の認定基準には、経済的な要素だけではなく、高齢や要介護度なども考慮に入れたのである。2014年には、

「経済的に困窮する後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知」が公表され、高齢者に対する補助制度を創設する具体的な方針も示された¹³⁸。

第2項 「高齢手当制度」と「介護手当制度」の実施状況とその限界

現在、中国では、主に「高齢手当制度」と「介護手当制度」という2種類の補助制度を、地方政府が実施している。

「高齢手当制度」は、高齢者の年齢に基づいて給付額を決定するが、対象者の年齢設定は地域によって異なっている。例えば、日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部（2017）によると、北京市は2008年に「北京市高齢者補助金支給方法」を出しており、「90～99歳」の高齢者に100元、「100歳以上」の高齢者に200元を毎月補助している。上海市は、2016年に「上海市高齢者総合手当支給管理方法」を出し、「65～69歳」の高齢者に75元、「70～79歳」の高齢者に150元、「80～89歳」の高齢者に180元、「90～99歳」の高齢者に350元、「100歳以上」の高齢者に600元を毎月補助している¹³⁹。

要介護高齢者に対する「介護手当制度」の創設も、各地で徐々に進められてきた。北京師範大学中国公益研究院（2018）によると、全国で初めて介護手当制度を創設したのは北京市である。北京市民生局と障害者連盟が2009年11月に、「北京市市民居宅養老（障害補助）サービスに関する方策¹⁴⁰」を公表し、当時は「60～79歳」の重度障害者や「80歳以上」の高齢者に、毎月100元の「養老（障害補助）バウチャー券」を配布している。そして、全国的な制度普及の動向としては、2018年6月までに、天津市・上海市・北京市など11省（直轄市）では「介護手当制度」を実質的に実施しており、青海省・海南省・四川省など8省は創設中、吉林省、山東省、河北省など11省は創設の意向を表明した¹⁴¹。

ただし、この程度の補助手当で介護費用が本当に賄われるかどうかは疑問である。例えば、日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部（2017）によると、北京市安貞街道養老サービスセンターの費用基準を見ると、ショートステイについて健常者は「200～300元/日」、要介護者（一部自立可能）は「180～250元/日」、要介護者（自立不可能）は「110～150元/日」であり、要介護者に対するデイサービスは「180～220元/日」である¹⁴²。それに対して、北京市における介護手当の月額額は100元（1日3.3元程度）しかなく、デイサービスを利用する場合、高齢者の自己負担は98%近く、介護に対する公的補助が十分とは言えない。

「高齢手当制度」と「介護手当制度」の創設は、政府が責任を持って、高齢者の生活を改善し、要介護高齢者の介護負担を軽減することであり、高く評価しなければならないが、現実的には高額な介護にかかる費用の多くは高齢者が自己負担しているので、高齢者の介護問題の実質的な解決はなされていない¹⁴³。

第2節 政府における民間介護保険の推進とその限界

第1項 民間介護保険の発展を推進する政策

中国では、まだ全国的な公的介護保険制度が整備されておらず、中国政府は、積極的に高齢者産業への民間資本の参入を奨励し、民間介護保険の創設を提唱している（図表 3-2）。

2013年に国務院は、「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見」を発表し、その第2章第6条において、「高齢者が健康保険・介護保険・傷病保険及びその他の生命保険に加入することを奨励し、民間保険会社が関連商品を開発することを奨励・指導する」と示している。

また、2014年に国務院弁公庁は、「民間健康保険の発展を推進するための若干意見」を発表し、その第3章第1条で、「人口高齢化や、家族構成の変化、慢性病治療などのニーズに対応し、力を入れて長期介護保険制度の試点を展開し、多様なタイプの民間介護保険の発展を加速させる」と、民間介護保険の発展を積極的に推進している¹⁴⁴。

図表 3-2 民間介護保険の発展を推進する政策

年次（年）	部門	政策
2013	国務院	「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見」
2014	国務院弁公庁	「民間健康保険の発展を推進するための若干意見」

出所：中国国務院弁公庁（2013）「健康サービス産業の発展の加速に関する若干意見」と中国国務院弁公庁（2014）「国務院弁公庁における民間健康保険の発展を推進するための若干意見」の資料¹⁴⁵をもとに筆者作成

第2項 民間介護保険の創設現状とその限界

中国では、介護保険はまだ初期段階にあり、2005年に中国の民間保険会社「国泰人壽」が上海で「康寧長期介護健康保険」を発売した後に、2006年6月15日に中国で最初の専門的な健康保険会社である「中国人民健康保険株式会社」が「安心長期介護個人健康保険（中国語：全无忧长期护理个人健康保险）」を全国的に発売した。これは、中国国内で初めての総合的保障機能を備えた全国的な介護保険であり、その発売は、中国の民間介護保険における大きな一歩を踏み出したことを示している¹⁴⁶。供給主体を見れば、2017年4月までに介護保険商品を販売している保険会社は19社であり、専門的な健康保険会社が中心を占めている¹⁴⁷。中国国内の主要な民間介護保険は以下の通りである（図表 3-3）。

近年、中国の民間介護保険は急速な発展を遂げたが、以下のような限界があると指摘できる。

まず、民間保険の場合に、「給付・反対給付均など」の原則に基づくために、応能負担や扶助原理の要素は求められていない。保険事故の発生確率が高いとみられる高齢者は、採算が合わないため保険会社から加入を拒否されたり、保険料が極めて高額に設定されたり、実質的には加入できなくなることが起きている¹⁴⁸。例えば、図表 3-3 で紹介された3つの保険は、全部加入年齢の制限を設けており、65歳以上の高齢者は実際には加入できないのである。しかも、給付の際にも年齢制限を設けることは、一定年齢を超えた場合には給付が打ち切られるということを意味している。

さらに、こうした介護保険は実際には現金給付であり、介護が必要な時に、それだけのサービスを住んでいる地域で購入できるのかも疑問である。

それゆえ、民間介護保険によって、すべての高齢者における介護問題を解決できることは期待できないのである。すなわち、高齢者の介護問題の解決にあたって、民間介護保険が中心的な役割を担うことは適切ではないと考えられる。

図表 3-3 中国国内の主要な民間介護保険の紹介

	「安心長期介護個人健康保険」	「康順長期護理健康保険」	「崑崙守護一生終生介護保険」
運営会社	中国人民健康保険株式会社	国泰人寿保険有限責任会社	崑崙健康保険株式会社
加入年齢	6～59 歳	18～55 歳	18～65 歳
給付年齢	85 歳まで	88 歳まで	70 歳まで
基本保険金額を 10 万元、30 歳からの加入、20 年間の分割支払を選択した場合（定額保険）	合計保険料 17.6 万元 年間保険料 8,800 元	合計保険料 15 万元 年間保険料 6,330 元	合計保険料 13.8 万元 年間保険料 6,900 元
保険責任と給付	1. 長期介護金 ¹⁴⁹ 2. 高齢介護金 ¹⁵⁰ 3. がん／高齢疾病保険金 ¹⁵¹ 4. 死亡保険金 ¹⁵²	1. 疾病死亡或は第 1 級障害保険金 ¹⁵³ 2. 長期介護リハビリ保険金 ¹⁵⁴ 3. 長期介護保険金 ¹⁵⁵ 4. 満期保険金 ¹⁵⁶	1. 年間介護金 ¹⁵⁷ 2. 事故医療金 ¹⁵⁸ 3. 臓器移植介護金 ¹⁵⁹ 4. 長期介護金 ¹⁶⁰ 5. 死亡金 ¹⁶¹

出所：荊・楊 2016:22 の表 1 より筆者が一部修正

第 3 節 介護保険制度における地方政府の先駆的な実践

2016 年に介護保険制度が全国的に試行される前に、図表 3-4 で整理されたように、地方政府は国に先駆け、すでに介護保険制度に相当するものを探り始めている。

図表 3-4 地方政府の先駆的な実践

年次（年）	地方政府	制度内容
2012	山東省青島市	「長期医療護理保険制度の創設に関する意見」
2014	上海市	「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案」
2015	吉林省長春市	「失能人員医療照護保険制度の創設に関する意見」
	江蘇省南通市	「基本照護保険制度の創設に関する意見」

出所：青島市人民政府弁公庁（2012）「長期医療護理保険制度の創設に関する意見」、上海市人民政府弁公庁（2014）「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案」、南通市人民政府弁公庁（2015）「基本照護保険制度の創設に関する意見」、長春市人民政府弁公庁（2015）「失能人員医療照護保険制度の創設に関する意見」の資料¹⁶²をもとに筆者作成

山東省青島市は2006年から医療介護保険を検討し始め、2012年6月19日に「長期医療護理保険制度の創設に関する意見」を発表し、7月1日から実施し、全国初の介護保険制度に相当する制度を創設した。上海市も、2014年9月16日に「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案」を公表し、介護保険制度の創設を探り始めた。吉林省長春市は、2015年2月16日に、「失能人員医療照護保険制度の創設に関する意見」を発表し、5月1日から実施した。江蘇省南通市も、2015年10月6日に「基本照護保険制度の創設に関する意見」を発表し、2016年1月1日から実施した。

地方における介護保険制度の模索は、家族や高齢者本人の経済的負担を軽減し、積極的に高齢化の進展に対応する面で効果があり、中央政府の関心を喚起している可能性がある。

ただし、同時に多くの問題も抱えている。例えば、各地での名称や専門用語がそれぞれ異なり、介護保険の財源も不安定で持続可能な制度に資するものではない。介護の担い手やサービスにおいても専門性の不足が指摘されており、まだまだ未熟な制度で修正や改善が必要とされている¹⁶³。また、これらはいくつかの地方政府における先駆的な取り組みであり、全国統一の制度ではない。他の「やる気のない地方政府」や「経済的に余裕のない地方政府」は、その経験を学んで、介護保険制度を試行錯誤的に創設しないため、結局、介護サービスの地域格差が拡大し、社会における不公平感が広がる恐れがある。このような問題に対する懸念も「指導意見」の公布に繋がっている可能性が考えられる。

このように、高齢者の介護問題は、「高齢手当制度」と「介護手当制度」の創設や、民間介護保険の推進、いくつかの地方政府だけで取り組む介護保険制度の模索によって解決できないことを明らかにした。次章は、介護保険制度の導入の原因を、前述した対応策の限界以外に、高齢者関連の政策・中央政府の「指導意見」に提示される政策目標に視点を向け、中国社会・経済の現状を踏まえながら検討する。

第4章 介護保険制度創設の背景にある政策的な要因

本章は、中国が介護保険制度を導入した原因について、介護保険制度創設の背景にある政策的な要因を、①政府機能の転換と社会福祉の社会化の推進、②「適当普惠型」への社会保障制度の方針転換、③高齢者産業の推進と雇用創出による経済成長の促進、④社会公平の促進と社会安定の維持、⑤高齢者医療費増大と社会的入院への対応、⑥国際社会における国家イメージの向上から、中国政府の政策目標と社会・経済の現状に基づいて分析しながら、検討を試みる。

第1節 政府機能の転換と社会福祉の社会化の推進

1990年代以降、中国の経済体制改革の目標は市場経済体制の確立にある。こうした背景をもつ中国の社会福祉は、市場経済体制に応じた改革を余儀なくされ、政府は公営部門の削減、「小さな政府」の役割への転換を果たすことにより、重い社会福祉の負担を背負う方法を変更し、この部分の社会福祉サービスを国家から社会全体に担ってもらおうとする方向へ変わっていった（沈 2007:19）。

2000年に、民政局など11の部門の連名で出された「社会福祉の社会化の実現を速める意見」が国務院によって承認され、その中で「投資主体の多元化」や「福祉施設運営管理体制の市場化」など、中国の社会福祉事業の改革と発展に関する方向性が提示され、民間の力を最大限に発揮しようとしている。

また、2013年の「養老サービス業の発展の加速に関する若干意見」では、政府の職能転換をさらに明示している。まず、政府の職能転換について、「体制改革の深化」原則が提示され、「政府の職能転換を加速させ、行政からの干渉を減らし、政策への支持と誘導を強化し、各種のサービス主体の活力を引き出し、サービスの供給手段を革新し、監督管理を強化し、サービスの質と効率を高める」と、「小さな政府」への職能転換を明記している。次に、政府と民間の役割分担については、「基本保障（最低ライン）の堅持」原則が提示され、「政府の主導で、民間の役割を果たし、政府は特に困窮している高齢者の介護ニーズを保障することに焦点を当て、誰もがサービスを享受できるように努める」と、①民間を高齢者産業発展の主体として位置づけること、②政府は最低生活保障・低収入高齢者のニーズ保障に焦点を当てること、を明記している。

そして、2016年の「高齢者サービス市場の全面的開放とサービスの質の向上に関する若干意見」においても、高齢者産業における「改革深化・市場開放」と政府責任における「監督管理の強化・発展環境の最適化」原則が強調されている。

このように、中国政府は「民間市場の最大限の活用、政府の公的責任の縮小」を推進しており、税による一般高齢者を包括する介護保障制度と比べ、公的介護保険制度は、市場の機能を促進し、政府の直接的な関与をできる限り避けるられるため、政府にとっては比較的望ましいではないかと考えられる。

第2節 「適当普惠型」への社会保障制度の方針転換

中国民政局長の寶玉沛副部長は、2007年から、中国における社会保障制度の方針が、「残余型」から「適当普惠型」への転換が求められていると表明した¹⁶⁴。中国の国家計画からその方針の変化を具体的に見ていく。

2011年に公布された「中華人民共和国第12次国民経済・社会発展五カ年計画要綱¹⁶⁵（以下は『第12次五カ年計画（2011～2015）』と略称する）の第33章「都市・農村住民を包括する社会保障システムの健全化」第3節「社会福祉と慈善事業の積極的な発展」において、「高齢者や、障害者、孤児、貧困者の救済を重点的支援することから、徐々に社会福祉の保障範囲を広げ、社会福祉を『残余型』から『適当普惠型』への転換を推進し、徐々に国民の福祉水準を広げる」と示した。経済や社会の発展により、社会福祉は、当時の高齢者や障害者、孤児など一部の人を救済する「残余型」から、近年では「救貧」を超え、「対象範囲を広げ、福祉水準を向上させる」という「適当普惠型」へ、政府の方針が変化している。「適当」という言葉を使用した理由としては、完全な普遍主義の実現は中国の実情によりまだ難しいが、現在は普遍主義を求める中間段階で、まずは積極的に社会福祉の対象拡大を求めることを意味していると考えられる。

また、2016年3月に公布された「中華人民共和国第13次国民経済・社会発展五カ年計画要綱¹⁶⁶（以下は『第13次五カ年計画（2016～2020）』と略称する）」でも、基本的にこういう方針を継続した上で、全国民の健康問題を重視しつつ、初めて「健康中国構築の推進（第60章）」という独立した章を創設し、医療、保健、疾病、公共サービスなどの領域に関する戦略を定めた。その「はじめに」では「すべての人が基本的な医療衛生サービスを享受できることを実現し、全国民のフィットネスを促進し、人々の健康水準を向上する」と述べており、普遍主義の性格は「すべての人」や「全国民」という言葉に反映される。

さらに、「共建共享」の理念について検討したい。「共建共享」は「共にづくり、共に分かち」という意味で、2006年10月に中国共産党第16期6中全会で、社会主義和諧社会建設に関する討議の中で提起される「共同建設・共同享有」という基本原則に起源する¹⁶⁷。

「共建共享」は「共同建設・共同享有」の略語である。その後、第13次五カ年計画（2016～2020）は「共建共享を旨とする社会統治の枠組みを構築する」ことを提起し、社会統治は単なる管理・被管理の関係ではなく、共同で参加する理念であることを明確にした¹⁶⁸。さらに、医療や介護分野でも用いられるようになってきた。2016年8月に開催された「全国衛生と健康大会（第1回目）」で、習近平主席は「健康をすべての政策に組み込み、全国民が共建共享する」ことを明言した¹⁶⁹。同年10月に、中国共産党中央委員会と国務院は、国民の健康促進を目的とした中期計画「健康中国2030計画綱要¹⁷⁰」を公表し、「共建共享、国民健康」を健康中国の構築の戦略的テーマとした。「共建共享」の理念がますます重視されるようになり、その背景には、格差が拡大する問題を重視し、社会公平や国民統合を求めるねらいがあると考えられる。

このように、中国政府は「適当普惠型」の社会保障制度を構築する目標を持っており、「三無高齢者」・「五保高齢者」だけではなく、一般高齢者をカバーする公的介護保険制度はその転換に沿っている。

第3節 高齢者産業の推進と雇用創出による経済成長の促進

中国は、1978年の「改革・開放」以降に急速な経済成長を遂げ、国内総生産(GDP)は2000年代後半に欧州主要国を、2010年には日本も抜いて、米国に次ぐ世界第2の経済規模へと成長した¹⁷¹。ただし、2010年以降、中国の経済成長率は緩やかに鈍化しており、産業構造の転換も進行している。

2013年にGDPに占める第3次産業の割合は46.1%となり、初めて第2次産業(43.9%)を超え、その後もこの傾向が続いている¹⁷²。これにより、中国経済の重心は第2次産業から第3次産業に転じたとも言える。その背景には、第2次産業における投資効率の低下や過剰生産設備といった投資主導の高成長に伴う弊害が表面化し¹⁷³、構造改革が喫緊の課題として浮上した。中国政府の政策スタンスとしては、第3次産業を第2次産業に代わる新たな経済成長・雇用創出の柱に育てようとする傾向が読み取れる。

第3次産業の中で、高齢者産業は特に、新たな経済成長・雇用創出の柱として期待されている。特に、2016年12月23日に公表された国务院の「高齢者サービス市場の全面的開放とサービスの質の向上に関する若干意見」の中の「発展目標」においては、「高齢者サービス業が経済成長を促進する新たな原動力となる」と明言している。また、2017年の中国全国政協第12期第5回会議の記者会見で、全国政協常任委員の黄潔夫(元衛生部副部長)は、高齢者サービス業が全面的に発展すれば、1,000万人の雇用を創設する可能性があるため、経済成長にとって非常に重要であると表明した¹⁷⁴。

ただし、政府が積極的に促進しようとしても、現在の高齢者産業は以下のような課題を抱えている。在宅サービスの利用率と事業所の運営状況に関する研究はほとんどないため、高齢者施設の例を取ることにする。

2014年に、中国老齡科学研究センターは、天津・ハルピン・南寧・済南・太原・南昌・武漢・長沙・昆明・福州という12か所の都市において、高齢者介護施設に関するアンケート調査と座談会を行い、有効アンケート257枚を回収した。その研究結果によると、調査された施設における平均の空室率は48%¹⁷⁵であり、運営状況について、コストとほぼ同じ利益を保っている施設は48.1%、赤字施設は32.5%、黒字施設はわずか19.4%となっている¹⁷⁶。

その背景には、非効率的な施設の配置問題やサービス自体の問題もあるが、高齢者の利用意識と負担に関する問題も挙げられる。「中国都市と農村高齢者人口追跡調査(2010)」によると、高齢者施設に入所したい高齢者はわずか12%である。また、第2章第3節第2項で検討した通り、中国における介護施設の費用徴収基準は、高齢者が負担できる金額を大幅に上回っていることも看過できない。

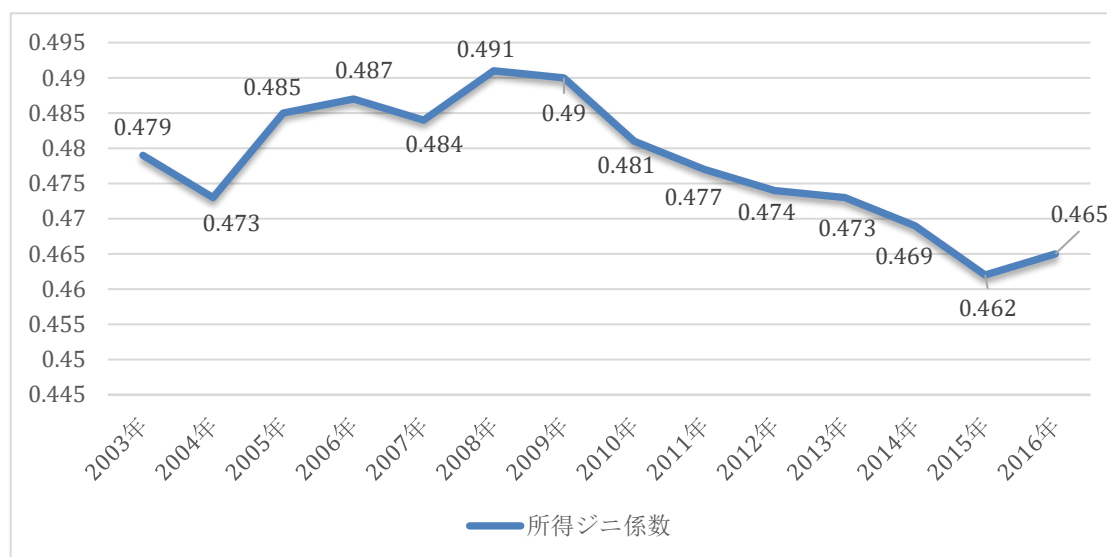
以上の点を考慮して、現在の高齢者産業は政策的に推進されてはいるものの、全体的に見れば、利用率の低さや運営難という課題に直面している。その一方で、高齢者は介護が必要であっても、市場における介護サービスは、自分が負担できる金額を大幅に上回っており、利用したくても利用できないという矛盾が生じている。

このような状況を踏まえて、全国的な介護保険制度の創設は、高齢者の介護費用を大幅に軽減することで、高齢者における介護サービス購入の意欲と購買力を向上させ、内需拡大を促し、施設・事業所の利用者を増やし、運営難という課題を解決し、高齢者産業の健全な成長を促進することができるように考えると考えられる。

第4節 社会公平の促進と社会安定の維持

中国は、過去30年の経済改革によって、経済が急速な成長を遂げたが、「農村部と都市部の間の格差」、「地域間（内陸部と沿海部、東部と西部など）の格差」、「都市内部での格差」の存在が、社会問題として注目されている。政府統計の所得ジニ係数¹⁷⁷は2008年の0.491をピークに、2015年の0.462まで低下傾向にあるものの、2016年はまた0.465に上昇し、国際的な警戒ラインである0.40を超えている（図表4-1）。

図表4-1 2003年～2016年における中国の所得ジニ係数



出所：中国国家统计局（2017）「2003年～2016年における中国居民平均可支配所得ジニ係数」¹⁷⁸をもとに筆者作成

その背景には、経済改革を支える理論として、鄧小平の「先富論」がある。「先富論」は、「先に豊かになれるものと一部の地域が先行しよう」という改革方針を提起しただけではなく、「先に豊かになった者と地域が、まだ豊かになっていないものと地域を助け、最終的に共に豊かになる」という目標を目指すものである。しかし、「先富論」の後半部分で言及された「先富」から「共富」への調整はうまく行われず、経済格差の問題が表面化し、社会安定にも影響が及ぶ大きな問題となっていると指摘されている¹⁷⁹。

所得格差をめぐっては、既に多くの研究（三浦2002、于2007、嚴2016、田邊2019など）が蓄積されているので、ここでは細かく検討しないが、その所得格差の影響による、介護サービスの利用における格差の問題、介護市場における二極化の問題に注目したい。

まず、介護サービスの利用における格差の問題について、第1章第2節第1項で検討した通り、貧困者層は無料で政府の公的サービスを利用し、高所得者層は自由に市場から介護サービスを購入できるが、人口の圧倒的多数を占める低・中所得者層は、「公的サービスは利用できず、民間サービスは購入する余裕がない」という状況に直面している。そして、全国人民代表大会代表である陳麗芬（2014）も、現在の高齢者施設の利用には深刻な二極化問題が存在していると指摘している。それは、①利用費用が安く、政府補助を受けている施設は貧困者向けで利用申請者数が多いため、「入れない」一方、②利用費用が高く、設備の整った施設は「経済的に負担できない」という課題が生じていると述べた¹⁸⁰。

これは、高齢者の収入格差以外に、介護市場に進出している介護事業者の志向にも関連している。介護市場における二極化の問題について、全国人民代表大会代表である劉艷（2019）は、「長三角（上海市・江蘇省・浙江省・安徽省¹⁸¹）地域」の高齢者施設を訪れた後、中低所得層を対象とする普遍的な養老サービスの供給がかなり不十分であると指摘した。上海市のデータを利用して、高齢者介護施設、高齢者向けアパート、デイサービスセンターなどを含むすべての高齢者向け住宅プロジェクトの中で、純粋な高所得層向け施設は18%、高所得と中所得よりやや高い層向け施設は68%、純粋な中所得層向け施設は12%、低所得層向け施設は2%を占めていることを明らかにし、低・中所得層向けの施設はわずか14%しか占めていないことを指摘した¹⁸²。いわゆる、高齢者産業の振興の中で、市場原理が導入されたので、高齢者向け市場の健全な拡大はなされておらず、利益が上げられる高級施設や高級マンションはどんどん増設されたが、一般高齢者向けの中などレベルの施設は不足しているのである。このまま放置すると、介護市場における二極化がさらに拡大し、介護サービスの利用における所得階層間の格差問題もさらに深刻になると考えられる。

また、第3章第3節でも言及したが、現在、青島市や上海市など「やる気のある地方政府」は自発的に介護保険制度の創設を試行錯誤的に行っており、当該地域の高齢者は比較的豊かな介護資源に恵まれているが、一方で、他の地域との間には介護福祉格差が拡大していくので、社会全体から見ればむしろ不公平感が生じる恐れがある。それゆえ、全国的な公的介護保険制度の創設は、介護サービスの利用における所得階層間・地域間の格差を軽減するために意義があると考えられる。

第5節 高齢者医療費の増大と社会的入院への対応

現在、中国の公的医療保険制度は、本人の戸籍（都市戸籍／農村戸籍）や、就業の有無によって、都市で働く会社員などの被雇用者を対象とする「都市従業員基本医療保険制度¹⁸³（強制加入）」と、都市の非就労者や農村住民を対象とする「都市・農村住民基本医療保険¹⁸⁴（任意加入）」の2つから構成されている。2018年の「都市従業員基本医療保険制度」の加入者数は3億1,680.8万人、「都市・農村住民基本医療保険」の加入者数は10億2,777.8万人、公的医療保険の加入率は96.3%¹⁸⁵であり、国民皆保険に向けた中国の公的医療保険制度は整備されつつある。

ただし、高齢化の進展によって現在の医療保険はいくつかの課題を抱えている。本節では、高齢者医療費の増大と社会的入院の2つに関して述べる。

まず、高齢化の進展が医療保険基金にもたらす危機について検討したい。第2章第1節第2項で検討した通り、2週間内の有病率は、15歳以降の年齢の各段階において、年齢の増加とともに顕著に上昇している。これは、他の世代より、高齢者世代のほうが病気にかかりやすいことを意味しており、高齢化が進むと、医療保険基金の支出が拡大することが予想できる。公的医療保険の支出に占める高齢者医療費の割合に関するデータはあまり公開されていないが、李（2002）によれば、1998年中国29省・市における公的医療の統計データによると、平均の医療費について、在職の従業員は477元、退職者（主に高齢者）は1,247元で、2.6倍程度の差が存在している¹⁸⁶。また、徐（2005）も、上海市衛生局のデータに基づいて、2003年に、上海市の退職者の人数は従業員全員の41.4%を占めている

のに対し、退職者の医療費は従業員全体の医療費の65%を占めており、在職従業員の4.3倍近くになっていると指摘した¹⁸⁷。

ここで、問題となっているのは、医療保険基金の収支のバランスが崩れる可能性があることである。これが問題となる理由は、中国では退職者は医療保険料を納付する義務がないので¹⁸⁸、その費用を負担しているのは現役従業員の保険料だからである。中国では、2010年に総人口に占める生産年齢人口の比率は74.5%でピークとなり、その後は低下する一方である¹⁸⁹。これは、保険料を負担している現役労働者の割合の低下を意味しており、医療保険収入の減少が懸念されている。例えば、「都市従業員基本医療保険制度」の加入者状況を見ると、加入者全体に占める退職者の割合は、2011年の24.9%から、2018年の26.4%に増加しており、現役労働者がより多くの退職高齢者の医療費を負担しているのが実情であり、世帯間の不公平が拡大する恐れもある（図表4-2）。

図表4-2 「都市従業員基本医療保険制度」の加入者状況

年次 (年)	加入者数 (万人)	現役加入者数 (万人)	退職加入者数 (万人)	加入者全体に占める 退職者の割合 (%)
1994	400.3	374.6	25.7	6.4
1995	745.9	702.6	43.3	5.8
1996	855.7	791.2	64.5	7.5
1997	1762	1,588.9	173.1	9.8
1998	1,877.7	1,508.7	369.0	19.7
1999	2,065.3	1,509.4	555.9	26.9
2000	3,787.0	2,862.8	924.2	24.4
2005	13,782.9	10,021.7	3,761.2	37.5
2010	23,734.7	17,791.2	5,943.5	25.0
2011	25,227.1	18,948.5	6,278.6	24.9
2012	26,485.6	19,861.3	6,624.2	25.0
2013	27,443.1	20,501.3	6,941.8	25.3
2014	28,296.0	21,041.3	7,254.8	25.6
2015	28,893.1	21,362.0	7,531.2	26.1
2016	29,531.5	21,720.0	7,811.6	26.5
2017	30,322.7	22,288.4	8,034.3	26.5
2018	31,680.8	23,307.5	8,373.3	26.4

出所：『中国統計年鑑2011』の表21-39、『中国統計年鑑2012』の表23-37、『中国統計年鑑2013』の表23-38、『中国統計年鑑2014』の表24-35、『中国統計年鑑2015』の表24-33、『中国統計年鑑2016』の表24-33、『中国統計年鑑2017』の表24-33、『中国統計年鑑2018』の表24-30、『中国統計年鑑2019』の表24-29のデータ資料¹⁹⁰に基づいて筆者作成

医療保険の剰余金は1995年の3.1億元から、2018年の23,440億元¹⁹¹まで増え続けて黒字であるが、高齢化が進むにつれてその剰余金が足りなくなる恐れがあるのではないかとと思われる。しかも、医療保険の収入は保険料、中央・地方政府の財政補填、その他の収入によって構成されているので、財政補填がなければ収支が赤字に転換する可能性がある。例えば、2018年に、公的医療保険の支出総額は17,746億元であるのに対して、財政補填を除いた収入は15,874億元で、支出の89.5%しか満たしていない（図表4-3）。さらに、医療保険の収支を全国ではなく、制度を運営する地域（市・県単位）で見た場合、赤字が実際には発生している可能性もある。地域レベルの統計データはあまり公表されていないが、陳（2007）によれば、2015年第1四半期に、既に19か所の地域における医療保険の収支が赤字になり、その多くは県（中国の行政区画は主に国、省、市、県になっている）レベルの地域である。また、2015年第2四半期に赤字が出た地域は169か所に増加し、財政状況が報告された地域総数の7.3%を占めている¹⁹²。

図表4-3 公的医療保険の収入と支出の内訳

		都市職工基本医療保険		都市・農村住民基本医療保険	
		億元	構成比	億元	構成比
収入	収入総額	13,359		7,968	
	保険料	12,777	95.6%	2,487	31.2%
	国・地方政府からの財政負担	79	0.6%	5,374	67.4%
	利息収入	382	2.9%	79	1.0%
	その他	121	0.9%	28	0.4%
支出	支出総額	10,483		7,263	
	保険給付	10,483	100.0%	7,201	99.1%
	その他	0	0.0%	62	0.9%
収入・支出差引残		2,876		705	
年末基金残高		18,569		4,803	

出所：片山2019の表1:4より転載

次に、社会的入院への危惧について検討する。

中国では、「社会的入院」という言葉が無く、その現象もまだ広く認識されていないが、実際の医療現場ではこういう現象が生じている可能性は高い。

謝（2016）によれば、中国では、「圧床患者」という言葉があり、かつては「病気の治療期間が長いために、長期入院となる患者」を指していた。これはもともと病気という客観的原因によるもので、患者やその家族の主観的意識とは無関係であるが、現在は「退院できない」という要因より、「退院したくない」という理由で圧床患者の問題が現れている。その理由としては、①病気を完全に治せないのは、医師が治療に全力を尽くしていないと考え、治療を継続的に受けたいとする場合、②医療事故などがまだ解決されていないため、病院に滞在したいとする場合、③高齢者・身体障害者・乳幼児・精神科患者の家族や後見人による、患者の退院手続きが遅れている場合、④経済的な理由で医療費用を節約したい場合がある。④については、例えば、入院費用（介護費 20 元、ベッド代 35 元、診療費 15 元）の場合、医療保険が 42 元～56 元を負担するので、1 か月の自己負担は 500 元

～900 元となる。これは家政婦を雇うよりかなり安くなっている。また、外来より入院のほうが自己負担の割合が低いため、一部の慢性病患者は入院治療を希望している。さらに、⑤心理的な理由による場合がある。病院には医師・看護師がいるから、入院のほうが在宅より、安心感が高い¹⁹³。

いわゆる、医学的観点からは既に入院の必要性が無いにもかかわらず、③、④、⑤で述べた通り、患者やその家族の生活上の都合や経済的・心理的な理由により、事実上の介護の代替策として行われているのである。特に、Hu (2012) によると、中国の農村地域では、家族やコミュニティにおける介護サービスが完全に不足しているため、高齢者は自宅で介護を受けられないのではないかと心配して、治療後の退院を拒むという「頼帳（約束の履行を拒む）」の問題が生じている¹⁹⁴。

これは、医療費の増大と医療資源の無駄遣いにつながるとともに、ベッドが満床になる恐れがあり、救急患者を受け入れられない問題をも生み出している。日本は、既に、80 年代から、社会的入院や寝たきり老人の問題が社会問題化し、2000 年には介護保険制度が実施され¹⁹⁵、介護を理由とする長期入院（いわゆる社会的入院）によって医療サービスが不適切に使われている状況の改善などに取り込んでいる。

以上のように、高齢化の進展は、公的医療保険支出の増大に拍車をかけているが、退職した高齢者は保険料を納付する義務がないため、医療保険収支のバランスが崩れる恐れがある。しかも、要介護高齢者の増加によって、「社会的入院」も社会問題化する可能性が高く、介護保険制度の創設はこれらの課題への対応として必要不可欠と考えられる。

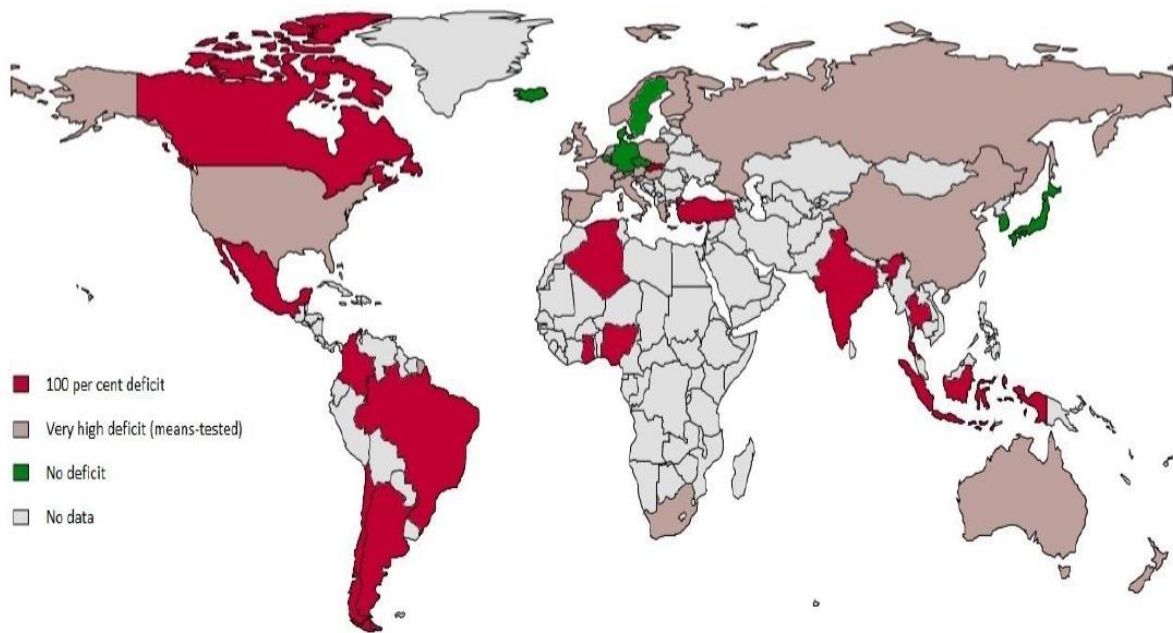
第 6 節 国際社会における国家イメージの向上

沈 (2016) は、中国における介護保険制度導入の原因について、大国を目指している中国は、介護保険制度を導入した日本と韓国の動きを敏感に捉え、日本と韓国に追いつきたいという考えがあると述べた¹⁹⁶。ただし、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た。韓国では、2007 年「老人長期療養保険法」が公布され、2008 年 7 月から介護保険制度が施行された。それに対して、中国は 2016 年に全国的な介護保険制度の創設を着手したので、8 年以上遅れている。それゆえ、筆者は、日本と韓国の動きより、国際的な動向に視点を向けて検討する。

2015 年 9 月 24 日、ILO 社会的保護局による報告書『Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries (高齢者介護：46 カ国の保護における不足の概観)』が発表され、世界の 65 歳以上人口の 8 割を対象とした調査研究の結果をもとに、世界全体で 1,360 万人に及ぶ介護労働者不足を原因として介護が必要な高齢者の社会的保護が極めて不十分な現状が明らかになっている¹⁹⁷。

同書では、公的介護保障の不足に関する現状も示している (図表 4-5)。非常に少数の高所得国では、普遍的な公的保障を提供している。例えば、ヨーロッパでは、ベルギー・デンマーク・ドイツなどの国、そしてアジアでは日本・韓国などの国が挙げられている。それに対して、中国は、ミーンズテストという手段を用い、公的財源による介護を最貧困層に限定し、非常に限定的で選別的な介護保障を提供していることが明らかになった¹⁹⁸。

図表 4-5 法によって介護が全国民に保障されている程度



注：赤は 100%保護されていない状態、ベージュは資産調査が用いられ、保護が非常に不足している状態、緑は 100%保護されている状態、白はデータ無しを意味する。

出所：Xenia2015:14 より転載

データから見れば、世界的に介護に対する平均公共支出は GDP の 1%未満で、ヨーロッパの国であるデンマーク・オランダ・ノルウェーでは GDP の 2%以上に達したのに対し、アジア太平洋側では、ニュージーランド (1.3%) はともかく、中国・インド・インドネシアなどの国では GDP の 1%にも達していないことが明らかになっている¹⁹⁹。このようなことは、中国の国際的なイメージの低下を招く可能性があるため、適切な対応を行う必要があると考えられる。

また、この報告書は、上記の問題に対応し、すべての者に対して柔軟性のある介護保障を構築するために、以下の 3 点を提案している²⁰⁰。

第一に、介護が権利であると認め、普遍的な介護保障を行い、65 歳以上の人に 1 人当たり 1,461.8PPP\$ と推定される高品質のサービスと現金給付を提供する。

第二に、適切な労働条件を提供し、65 歳以上の 100 人当たり少なくとも 4.2 人の正規の介護労働者を雇用することにより、労働力不足に対応する。

第三に、介護をすべての国の政策アジェンダの最優先事項にし、介護を必要とする高齢者に力を与える。

この報告書が公表された僅か 1 年後に、中国国務院は、2016 年に介護保険制度の全国的な試行に関する「指導意見」を公布した。それゆえ、大国を目指している中国は、国際的な助言を積極的に受け入れ、介護保険制度の創設を通じて国際社会における国家イメージの向上を求めていると推察できる。

第5章 ドイツ・日本・韓国における介護保険制度の創設と展開

本章は、ドイツ・日本・韓国における介護保険制度の内容、特に日本における介護保険制度改正の過程や、韓国における介護保険制度のパイロット事業の実施過程を含めて整理し、普遍主義の角度から比較する。

第1節 ドイツ・日本・韓国の介護保険制度を取り上げる理由

ドイツの公的介護保険制度を取り上げる理由としては、まず、共通の背景として、中国とドイツでは、同じく「子供が親を扶養する義務」が重視されていることが挙げられる。中国の憲法では、子供による親の扶養義務が明記されており、ドイツにおいても、子供が親を扶養する義務は、介護保険制度で規定されている²⁰¹。次に、共通の志向として、在宅介護を優先的に支援する傾向がある。第13次五カ年計画（2015～2020）では中国における養老サービスシステムの構築を「在宅を基礎」にしており、介護保険制度に関する「指導意見」の13条でも「受給者が在宅サービス（通所系のコミュニティサービスを含む）を優先的に利用するように誘導する」と規定している。また、ドイツの社会法典第11編においては、「在宅介護の優先」が、5つの基本原則の1つとして規定されている²⁰²。子供による親の扶養義務を重視する法的背景と在宅介護を優先する政府の志向という2つの共通点から、ドイツにおける介護保険制度の仕組みは、中国にとって参考する意義があると考えられる。

また、日本の公的介護保険制度に注目した理由としては、まず、日本では、ケアプランを通じた介護サービスの利用や、予防給付の提供等、ドイツの制度を参照しながら日本独自の制度を創設したためである。そして、2000年に介護保険制度を施行してから、3年ごとに、費用負担の公平化や制度の持続可能性等をめぐって、積極的に改正を行っていることが挙げられる。中国における介護保険制度は試行錯誤の段階にあり、日本における介護保険制度の改正の経緯から学べることは多いと考えられる。

そして、韓国の公的介護保険制度に注目した最大の理由は、韓国が介護保険制度の導入を目指して3回のモデル事業を実施したことである。上海市や寧波市の介護保険制度は目的が不明瞭で、曖昧なところが多いが、韓国のモデル事業では、制度を着実に推進するために、具体的な目的が設定されており、実施時期も明確に規定されている。また、給付対象者の設定も、モデル地域に居住する基礎生活受給老人から始まり、徐々に一般高齢者まで拡大したプロセスを経ている。それゆえ、同じくパイロット事業を試行している中国にとって、参考する価値があると考えられる。

第2節 ドイツにおける介護保険制度の概要

ドイツでは、1994年5月に、介護保険法が制定され、1995年4月から、介護保険が非営利の公法人である介護金庫によって実施された。原則的に、入所サービスより在宅サービスが優先されており、施行当初は在宅サービスのみが給付され、1年遅れて入所サービスが提供されるようになった。

1 原則

ドイツの介護保険（公的介護保険と民間介護保険）は、社会法典第十一編に定められており、①自己決定、②在宅介護の優先、③基礎的保障、④予防及びリハビリテーションの優先、⑤自己責任の5つが、公的介護保険にかかわる基本原則として規定されている。さらに、ドイツでは、子供が親を扶養する義務についても規定されており、介護保険では、要介護である親の子供の生活経費、自身の子供（26歳以下）の養育費等を控除後、単身で1,440ユーロ、子供はいないが配偶者がいる場合は2,450ユーロ以上の月収があれば、親に対して経済的な支援の義務がある²⁰³。

2 保険者と被保険者

介護保険の保険者は、医療保険者である疾病金庫が兼ねており、財政上は分離して名称も介護金庫と定められている。いわゆる、医療保険の枠組みを使って介護保険制度が創設されたが、財政は独立している。

被保険者については、公的医療保険の加入者は強制的に公的介護保険に加入し、民間医療保険の加入者は強制的に民間介護保険に加入することとなっている。いわゆる、公的医療保険に加入する義務のない①官吏や軍人、聖職者等国から医療補助を受けられる者、②自営業者や高賃金のサラリーマンは、民間の介護保険に加入する義務が課されている。ドイツの介護保険は、年齢による区分がなく、子供でも対象になる点が特徴である²⁰⁴。

3 保険料と財源

保険料は、医療保険と一緒に徴収される。介護保険料率は、子どもの有無によって異なる。2017年に子どものいない人が所得の2.8%、子どものいる人が所得の2.55%となっている²⁰⁵。また、保険料はザクセン州を除き、労使折半で負担するが、年金受給者、自営業の場合は、全額自己負担となる。ドイツの介護保険の資金調達は、ほぼ保険料だけで賄われており、日本のような利用者負担や公的資金の投入はない²⁰⁶。

4 要介護度

要介護度は1996年の介護保険導入時において、「介護等級Ⅰ～Ⅲ」の3段階が設定され、給付の種類によって介護等級Ⅲにおいてさらに最重度の場合に「特に過酷なケース」が設けられている。なお、介護等級Ⅰは日本の要介護3程度と類推される。2013年からは、認知症患者を主な対象とする「介護等級0」が設けられた²⁰⁷。

5 給付

介護保険の給付について、現物給付としての入所サービスと在宅サービスと、現金給付がある。特に、ドイツでは、在宅介護者に報いるための現金給付も選択でき、現物給付と現金給付を組み合わせることもできる。家族が介護を行う場合、現金給付を受け取るだけではなく、介護を行った期間が年金給付計算に反映される等の社会保険上の配慮もなされており、介護休暇も設けられる等、単なる現金給付ではない総合的な仕組みとなっている。また、要介護度に応じて、給付の上限額は設定されているが、利用費に対

する自己負担はない²⁰⁸。

第3節 日本における介護保険制度の概要と改正の経緯

日本では、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みを目指して、1997年に、介護保険法が制定され、2000年4月から施行された。

1 介護保険制度の仕組み

(1)基本理念

日本の介護保険における介護保険の基本的な考え方は、①自立支援、②利用者本位、③社会保険方式である。いわゆる、単に介護サービスを提供するのではなく、高齢者の自立を支援すること、利用者の選択によって多様な主体から医療サービス・福祉サービスを総合的に受けられること、給付と負担の関係が明確な社会保険方式を採用することを理念としている²⁰⁹。

(2)保険者と被保険者

市区町村が保険者となって運営を行い、介護保険の被保険者は、65歳以上（第1号被保険者）と、40歳から64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）に分けられる。

(3)保険料と財源

第1号被保険者（65歳以上）の保険料は、医療保険の保険料とは別に納付し（原則、年金から天引き）、所得に応じて標準9段階の基準額が設定されている。第2号被保険者（40歳以上64歳以下）の保険料は、医療保険の保険料と一括で徴収され、保険料は加入する医療保険者ごとに設定されている²¹⁰。

介護保険の財源は、サービス利用時の利用者負担を除き、被保険者の保険料と公費が半分ずつ負担している。公費の内訳は、市区町村が12.5%、都道府県が12.5%（施設等給付の場合は17.5%）、国が25%（施設等給付の場合は20%）となっている。サービス利用時の利用者負担については、原則的に1割となっているが、一定以上所得のある利用者は2割（2015年8月施行）または3割（2018年8月施行）となっている²¹¹。

(4)要介護度

要介護度は、要支援1～2、要介護1～5の7段階が設定されている。介護サービスを利用するためには、市区町村の窓口で相談し、要介護認定を申請する必要がある。要介護認定を受けて、要介護度が判定されてから、「ケアマネジャー」によって心身状況等に適した「ケアプラン（介護サービス計画）」が提案される²¹²。

要介護認定は、介護の必要量を全国一律の基準に基づき、客観的に判定する仕組みであり、一次判定及び二次判定の結果に基づき、市区町村が申請者について要介護認定を行う。一次判定は、市区町村の認定調査員による心身の状況調査（74項目の基本調査）及び主治医意見書に基づき、コンピュータが判定を行う。二次判定は、保健・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定結果、主治医意見書等に基づき審査判定を行う²¹³。

(5)給付

介護保険の給付について、現物給付としての介護給付と予防給付が設けられており、現金給付はないのである。介護給付には、施設サービス、居宅サービス及び地域密着型サービスがある。

2 介護保険制度改正の経緯

介護保険法附則第2条においては、「この法律の施行後五年を目途としてその全般に関して検討が加えられ、その結果に基づき、必要な見直し等の措置が講ぜられるべきものとする²¹⁴」とされている。

また、「市町村は3年を1期（2005年度までは5年を1期）とする介護保険事業計画を策定し、3年ごとに見直しを行う。保険料は、3年ごとに、事業計画に定めるサービス費用見込額等に基づき、3年間を通じて財政の均衡を保つよう設定²¹⁵」と定められている。

2000年に施行されてから、介護保険制度は、2005年、2008年、2011年、2014年、2017年という5回の大きな改正が行われた。

①2005年改正（2006年4月施行）による制度の変容

介護保険改正に対する検討について、2003年5月に、社会保障審議会介護保険部会での審議が開始され、2004年7月30日に「介護保険制度の見直しに関する意見²¹⁶」という意見書がまとめられた。その中に、改正の大きな見直しの視点として、「制度の持続可能性」、「明るく活力のある超高齢社会の構築」、「社会保障の総合化」が提示された。それに基づいて、2005年の改正が行われ、主に以下の通り見直しが行われた。

まず、「予防重視型システムへの転換」について、軽度者が大幅に増加したことから、「新予防給付」が新たに創設された。「要支援」と「要介護1」の間に新たに「要支援2」が設けられ、要介護度が軽い人を対象に、状態を改善し、悪化を防ぐための介護予防サービスが創設された。また、市町村が実施する、「地域支援事業（介護予防事業・包括的支援事業・任意事業）」が創設された²¹⁷。

次に、「施設給付の見直し」について、在宅と施設の利用者負担の不公平を見直すため、施設給付の居住費用や食費を保険給付の対象外とした。一方、所得の低い方については、過重な負担とならないように、施設には「補足給付（基準費用額と負担限度額との差額を保険給付で補う仕組み）」が新たに設けられた²¹⁸。

そして、「新たなサービス体系の確立」については、独居高齢者や認知高齢者が増加していることから、「地域密着型サービス」の創設や「居住系サービス」の充実が求められるとともに、「地域包括支援センター」の新たな設置による「地域包括ケア体制」の整備が進められた²¹⁹。

このほか、「サービスの質の確保・向上（介護サービス情報の公表、ケアマネジメントの直し）や、「負担のあり方・制度運営の見直し（第1号保険料の見直し、保険者機能の強化）」も求められた²²⁰。

②2008年改正（2009年5月施行）による制度の変容

介護サービス事業者の不正等が多発したことから、その再発を防止し、介護事業運営の適正化を図るために、「業務管理の体制整備」、「本部への立入検査等」、「処分逃れ対策」、「指定・更新の欠格事由の見直し」、「サービス確保対策の充実」が求められた。

具体的に、法令順守担当者の選任や法令マニュアルの整備の義務付けが求められた。また、不正行為への組織的な関与が疑われる場合における国・都道府県・市町村の事業者の本部への立入検査権や、是正勧告・命令権が創設された。そして、「処分逃れ対策」として、事業所の廃止届を事後届出制から事前届出制への変更、立入検査中の廃止届の制限、密接な関係にある者が指定取消を受けた場合の指定・更新拒否が求められた。特に、事業廃止時には、サービス確保に関わる事業者の義務、行政が必要に応じて事業者の実施する措置に対する支援が明確化にされた²²¹。

③2011年改正（2012年4月施行）による制度の変容

背景としては、施行後10年が経過し、サービスの利用者数が、2000年の制度創設当初の2.6倍²²²になるとともに、単身・高齢者のみの世帯の急増等地域社会・家族関係が大きく変容していく中で、これを支える介護人材の確保や、地域全体で介護を支える体制の整備が緊急の課題となった²²³。

2010年11月30日に、介護保険部会社会保障審議会が発表した「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「見直しの基本的考え方」として、「地域包括ケアシステムの実現²²⁴」と「持続可能な制度の構築²²⁵」という2つの柱を掲げられている。

社会保障審議会介護保険部会における検討に基づいて、2011年に改正が行われ、「医療と介護の連携の強化等」、「介護人材の確保とサービスの質の向上」、「高齢者の住まいの整備等」、「認知症対策の推進」、「保険者による主体的な取組の推進」、「保険料の上昇の緩和」が求められた²²⁶。

厚生労働省老健局（2011）によると、具体的に、主に以下の通り見直しが行われた。

「医療と介護の連携の強化等」については、まず、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）が推進された。また、重度や単身の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスが創設された。そして、地域支援事業において、多様なマンパワーや社会資源の活用を図りながら、要支援者・介護予防事業対象者に対して、介護予防サービスや配食・見守り等の生活支援サービスを市町村の判断で実施できる「介護予防・日常生活支援総合事業」が創設された。

「介護人材の確保とサービスの質の向上」については、介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等による痰の吸引等の実施が可能とされた。また、事業者に対する労働法規の遵守の徹底、介護サービス情報公表制度の見直し等が実施された。

「高齢者の住まいの整備等」について、有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定の追加、サービス付き高齢者向け住宅の供給の促進が進められた。

「認知症対策の推進」について、市民後見人の育成及び活用等、市町村における高齢者の権利擁護が推進されるとともに、市町村の介護保険事業計画において、地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込むこととされた。

「保険者による主体的な取り組みの推進」について、介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和の確保が求められ、地域密着型サービスにおける公募・選考による指定が可能とされた。

「保険料の上昇の緩和」については、各都道府県の財政安定化基金が取り崩され、介護保険料の軽減等に活用された。

④2014年改正（2015年6月施行）による制度の変容

2013年12月20日に、介護保険部会社会保障審議会が発表した「介護保険制度の見直しに関する意見」では、「地域包括ケアシステムの構築」と「介護保険制度の持続可能性の確保」という2点の基本的な考え方が提示された²²⁷。

また、社会保障制度改革の全体像と進め方を示したプログラム法を具体化するものとして、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が、2014年6月に成立された。介護保険法関係では、「地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化」が求められた²²⁸。

主な改正として、「地域包括ケアシステムの構築」については、まず、在宅医療・介護連携・認知症施策等の地域支援事業の充実が求められている。また、全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を、市町村が取り組む地域支援事業への移行・多様化が求められた。そして、特別養護老人ホームの新規入所者は、原則、要介護3以上に重点化された。「費用負担の公平化」については、給付費の5割の公費に加えて、別枠で公費が投入され、低所得者の保険料の軽減割合が拡大された。また、一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割への引上げ（2015年8月）、低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産等の追加が求められている²²⁹。

⑤2017年改正（2012年4月施行）による制度の変容

2017年の介護保険法の改正でも、「地域包括ケアシステムの深化・推進」と「介護保険制度の持続可能性の確保」が柱となっている。

改正の主な内容としては、「地域包括ケアシステムの深化・推進」について、自立支援・重度化防止に向けた保険者機能の強化等の取り組み、医療・介護の連携等、地域共生社会の実現に向けた取り組み等が推進された。「介護保険制度の持続可能性の確保」については、2割負担者のうち特に所得の高い層の負担割合を3割への引き上げ（2018年8月）、介護納付金における総報酬割²³⁰の導入が求められている²³¹。

第4節 韓国におけるモデル事業と介護保険制度の概要

韓国では、2017年4月に、「老人長期療養保険法」が公布され、2008年7月から施行された。韓国における介護保険制度導入の検討は、2001年に金大中政権の時から公に提示され、盧武鉉政権が本格的に推進した。2003年に「公的老人療養保障推進企画団」が設置され、2004年に「公的老人療養保障制度実行委員会」が作られ、2005年から3回のモデル事業も実施された²³²。

1 モデル事業

モデル事業について、第1次モデル事業（2005年7月～2006年3月）は、6市郡区に居住する65歳以上基礎生活受給高齢者を対象者にしており、その目的は介護認定及び等級の評価判定基準の適切性の検証や手続きの妥当性に対する確認である。

第2次モデル事業（2006年4月～2007年4月）は、対象者や地域を拡大し、1次モデル事業地域に新たな2か所を入れて合計8郡区に居住する65歳以上の高齢者を対象にし、その狙いは、第1次モデル事業の目的に加えサービス利用体系、報酬及び財政推計、施設及びインフラ等運営体系の全般的な検証にある²³³。

第3次モデル事業（2007年5月～2008年6月）は、対象者や地域（2次モデル事業地域に新たな5か所を入れて合計13市郡区）、サービス内容等を拡大し、本事業と同様に実施し、最後の総点検としていたのである²³⁴。

2 介護保険制度の仕組み

①保険者と被保険者

韓国では、介護保険の保険者は、医療保険の保険者である「国民健康保険公団」であり、韓国の保健福祉家族部によって設立された準政府系機関である。日本における介護保険の保険者が市町村であるのとは異なり、韓国における「国民健康保険公団」は全国的な政府組織である。そして、介護保険の被保険者は、20歳以上の国民健康保険の加入者である。

②保険料と財源

保険料は、「国民健康保険」の保険料に介護保険料率（2016年では6.55%、すべての被保険者・地域に共通²³⁵）を乗算した保険料となり、医療保険料と合わせて徴収される。被保険者に扶養されている被扶養者は保険料負担が免除されており、障害者及び生活保護受給者は保険料が全額免除される²³⁶。

保険料以外の財源として、政府の公費負担（保険料収入の見込み額の20%相当）とサービス利用時の利用者負担がある。また、サービス利用にあたっては、在宅サービスは15%、施設サービスは20%の自己負担が必要である。ただし、医療給付受給者等低所得者層は利用料の50%、生活保護受給者は利用料の全額が免除される²³⁷。

③要介護度

要介護度は重い順に、「1～5等級」の5段階が設定されている（2014年に4等級、5級が新設²³⁸）。「5級」は軽度の認知症高齢者のための特別等級である。

介護サービスを利用するためには、公団の窓口にて、主治医意見書を添えて「要介護認定」の申請が必要である。その後、公団職員による訪問調査（94調査項目）、「長期療養等級判定委員会」の審査・判定を通じて、要介護と認定された場合、公団が示す「標準ケアプラン」に従い、サービスを利用することができる。日本と最も大きく異なる点は、要介護者の心身状況だけでなく、介護者の有無や要介護者が置かれている居住環境も評価項目に含まれることである²³⁹。

④給付

現物給付として在宅サービス・施設サービス・福祉用具の購入と貸与があり、現金給付として「特別現金給付」・「療養病院介護費」・「家族療養保護費」がある。「特別現金給付」とは、山間部や離島等で介護サービスが利用できないといった理由で家族が介護をしている場合に提供される手当である。毎月 15 万ウォンが支給される。次に、「療養病院介護費」は、入院した場合の付添手当として制度上では設けられたが、介護保険財政の関係から実施されていない。そして、韓国特有の給付として、「家族療養保護費」がある。ヘルパーの資格を持った者が自分の家族を介護した場合に支給される介護報酬であるが、介護時間等にもとづく制限もある²⁴⁰。

第 5 節 普遍主義の視点から見たドイツ・日本・韓国の介護保険制度の比較

本項は、普遍主義の視点からドイツ・日本・韓国の介護保険制度を比較する。制度の主な内容は図表 5-1 で整理した。

まず、被保険者と受給者について検討する。ドイツの介護保険制度は、被保険者・受給者の範囲を 0 歳以上とし、しかも要介護状態と認定されれば、介護保険の給付を受けられる点において、最も普遍主義的である。また、日本では、第 1 号被保険者を 65 歳以上、第 2 号被保険者を 40～65 歳と設定している。しかも、給付については、第 1 号被保険者は要介護状態になった原因を問わずに介護保険の給付を受けられる一方、第 2 号被保険者は、初老期痴呆や脳血管障害などの特定疾病により要介護状態になった場合のみである²⁴¹。そして、韓国では、被保険者を 20 歳以上の健康保険の加入者と設定しているが、給付は、中重度の 65 歳以上の高齢者に集中しており、軽度の高齢者と 65 歳未満の被保険者は、認知症・脳血管疾患・パーキンソン病などの老人性疾患による要介護状態にならない限り給付を受けられない²⁴²。いわゆる、日本と韓国では、年齢や要介護状態となった原因によって給付の有無に差異が生じているため、選別主義的である。

次に、サービス利用費の自己負担について検討する。ドイツでは、利用者負担が設けられていない。介護保険の給付額は、介護費用の約 6 割しかカバーしないが²⁴³、自己負担が支払えないことで介護サービスの利用から除外される恐れがないため、最も普遍主義的である。

それに対して、日本の場合では、10%（一定以上所得のある被保険者は 20%・30%）、韓国の場合では、在宅給付は 15%、施設給付は 20%の自己負担が設けられている。ただし、日本と韓国は生活保護者に対する自己負担の減免制度を設けている。例えば、日本では、①介護保険の被保険者で、生活保護を受給している者の自己負担分（介護費用の 1 割）、②介護保険の未加入者で、生活保護を受給している者の介護サービスの費用（10 割）は、介護扶助として生活保護法により負担される²⁴⁴。また、韓国では、低所得者の自己負担の 50%、生活保護者の自己負担の 100%は公費（国と自治体）で負担される²⁴⁵。

図表 5-1 ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の仕組み

	ドイツ	日本	韓国
名称	要介護のリスクの社会的保護に関する法律	介護保険法	老人長期療養保険法
法律制定日	1994年4月	1997年12月	2007年4月
モデル事業	無し	無し	2005年7月-2008年6月
法律施行日	1995年1月(保険料徴収) 1995年4月(在宅給付) 1996年7月(施設給付)	2000年4月 (保険料徴収・保険給付)	2008年4月 (要介護認定申請) 2008年7月 (保険料徴収・保険給付)
保険者	介護金庫	市町村	国民健康保険公団
制度建て方	社会保険方式 (医療保険制度活用型)	社会保険方式 (独立型・地域保険型)	社会保険方式 (医療保険制度活用型)
財源構成	保険料のみ	公費負担と保険料5割ずつ	公費負担と保険料
保険料	定率制	所得段階別方式(第1号) 定率制(第2号)	定率制
被保険者	公的医療保険の加入者 (年齢制限無し)	第1号: 65歳以上 第2号: 40~64歳	国民健康保険の加入者 (20歳以上)
受給者	すべての年齢層の要介護者	第1号: 要支援・要介護状態 第2号: 加齢に伴う特定疾病による要支援・要介護状態のみ	高齢者: 要介護状態 65歳未満の者: 老人性疾患による要介護状態のみ
要介護度	3段階 (「特に重度」を加えると4段階)	7段階(施行時は6段階) (要支援1~2、要介護1~5)	5段階(1~5等級) (5は認知症特別等級)
保険給付	現物給付	在宅・施設サービス 地域密着型サービス 予防給付	在宅・施設サービス
	現金給付	介護手当、代替介護手当	無し 「特別現金給付」 「家族療養保護費」 「療養病院介護費」
利用者負担	無し	10% (一定以上所得は20%・30%)	在宅給付は15% 施設給付は20%
	施設入所の食費と宿泊費は自己負担		

出所: : 小島 2017:671、増田雅暢 2014:134-153、201、飯塚慶子 2019:340-372、社会保障審議会介護保険部会 2016:1 を参考に筆者作成

第6章 介護保険制度のパイロット事業に関する試案内容

本章は、公表された中央政府と地方政府の試案を中心に介護保険制度の内容を整理し、調査で得られた統計データを活用することでその内容を補足し、最後に比較を行うのである。まず、並列の視点から中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の地方試案をそれぞれ整理する。特に、インタビュー調査で請求したデータを利用して現状を説明する。そして、垂直の視点から「指導意見」と地方試案を比較することで、その共通点と相違点を明らかにし、問題点を指摘する。本章は、介護保険制度の仕組みを詳しく説明する章であり、次章の調査結果とともに、今後のあり方を検討するための重要な資料と手がかりになる。

第1節 中央政府における「指導意見」

「指導意見」における「基本原則」には、①人間本位原則、②基本保障原則、③責任分担原則、④「適地適作（地域の事情に応じて適当な方法をとる）」原則、⑤メカニズム革新原則、⑥統合協調原則という6つの原則が提示された（図表6-1）。

図表6-1 「指導意見」に提示された「基本原則」

順番	基本原則	内容
1	人間本位	人を基本とし、失能人員（要介護者）の長期的な介護問題を解決することに焦点を当てる。
2	基本保障	地域経済の水準と能力に応じて、合理的な保障範囲と給付水準を決定する。
3	責任分担	権利と義務の対などに従い、多様な方法で資金を調達し、資金調達の責任と保障の責任を合理的に分けて定める。
4	適地適作	「指導意見」の試行目標 ²⁴⁶ ・主要任務 ²⁴⁷ ・基本政策に従って、地域の現状に合わせて、具体的な実施方法と政策基準を策定する。
5	メカニズム革新	メカニズムの革新を主張し、持続可能なシステムやメカニズムを探り、保障効果や管理水準を向上させる。
6	統合協調	各社会保障制度の統合と協調を行い、健康産業とサービスシステムの発展を推進する。

出所：人力資源社会と社会保障部弁公庁（2016）「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」²⁴⁸をもとに筆者作成

また、「基本政策」では、保障範囲、被保険者の範囲、基金の調達方法、給付水準に関する方向性が提示された。

まず、保障範囲については、要介護度が重度の者に重点を置きつつ、段階的に対象範囲と給付水準を拡大することを提示した。「介護保険制度は、長期的に失能状態（要介護状態）にある被保険者を対象に、重度失能者の基本的な生活介護やそれに関連する医療看護などの費用を重点的に解決する。パイロット地域は、基金の水準に応じて、主要な対象者

の範囲と具体的な保障内容を決定し、経済発展に伴って保障範囲と保障水準を徐々に調整すべきである」と述べた。ここでの保障範囲は、主に受給者の範囲を指しており、それは、①長期的に介護が必要な人を受給者に（しかも高齢者と特定していない）、②特に重度失能の要介護者を優先的に、③経済の発展に伴い、保障範囲と水準を調整すべきことを提示した。

次に、被保険者の範囲について、基本的に就労者を対象とし、段階的に非就労者・農村住民へと拡大することを提示した。「介護保険制度は、原則として、主に都市従業員基本医療保険の被保険者をカバーする。パイロット地域は、実際の状況に応じて、基金の調達と保障の必要性などの要素のバランスを総合的に検討し、保険の適用範囲を合理的に決定し、徐々に拡大できる」とした。いわゆる、被保険者を、①従業員医療保険の加入者を基本像として想定し、②パイロット地域の実情に応じて、住民医療保険の加入者に範囲を拡大できると提示した。

そして、基金の調達方法について、多様な方法を試して基金を調達し、徐々に「相互扶助の原理」・「共同連帯の理念」に基づく持続可能な調達方法を模索することを提示した。

「試行段階において、都市従業員基本医療保険統合口座構造の最適化、剰余金からの振替、保険料率の調整などの方法で基金を調達し、徐々に相互扶助の原理と共同責任の理念に基づいて多様なチャンネルによる基金調達メカニズムの確立を模索する。基金調達基準は、当該地域の経済発展基準、介護ニーズ、介護サービス費用、及び保障範囲と水準などの要素に基づいて、『収入に基づいて支出を決定し、収支のバランスを図り、やや黒字が出る』という原則によって合理的に定める。経済及び社会的発展と保障水準に適合する動的な基金調達メカニズムを確立する」とし、①多様な方法を試して基金を調達し、②「収入に基づいて支出を決定し、収支のバランスを図り、やや黒字が出る」という原則に基づいて、③パイロット地域の実情や発展に応じて決定し、調整すると提示した。

最後に、給付水準について、介護費用を比例で（7割以内）負担することと、要介護度・サービスの提供方式により異なる給付内容を制定することを提示した。「介護保険は規定に従い、介護費用に比例して支払う。要介護度・サービスの提供方式などによって異なる給付内容を制定する。介護保険の給付水準は、概ね介護費用の70%程度を負担することに抑える。具体的な受給要件や負担割合は、パイロット地域によって決定する」と規定されている。

第2節 上海市政府における試案内容

本節では、上海市政府が公表した政策文献に基づいて、介護保険制度の内容を、試行時期と地域、被保険者と保険料、要介護認定のプロセスと要介護度、受給要件と給付方式、サービスの利用手続きと項目内容から整理する。また、試案で曖昧な内容や不明瞭なところは、調査で得られた文献資料を踏まえながら補足し、具体的なデータがある場合はそれに基づいて実態を説明する。

第1項 試行時期と地域

2016年12月29日に、上海市人民政府は「上海市長期護理保險試案²⁴⁹（2016年廃止版）」を公表し、2017年1月1日から、徐匯・普陀・金山という3つの区において、長期介護

保険を1年間で試みると述べた。また、2017年12月30日に、上海市人民政府は、修正された「上海市長期護理保険試案²⁵⁰（2017年修正版）」を公表し、全市において、長期介護保険を試みると述べた（図表6-2）。

図表6-2 上海市における介護保険制度の試行時期と地域

制度	上海市長期護理保険試案（廃止版）	上海市長期護理保険試案（修正版）
公表日	2016年12月29日	2017年12月30日
施行期間	2017年1月1日～2018年12月31日	2018年1月1日～2019年12月31日 (2021年12月31日に延長 ²⁵¹)
地域	徐匯・普陀・金山	全市に拡大

出所：「上海市長期護理保険試案（2016年廃止版）」と「上海市長期護理保険試案（2017年修正版）」²⁵²をもとに筆者作成

第2項 被保険者と保険料

現在、被保険者は、図表6-3に示された通り、当該都市部の医療保険加入者に限定しており、「都市従業員基本医療保険（以下「従業員医療保険」と略称する）」の加入者を第1号被保険者、「都市・農村住民基本医療保険（以下「住民医療保険」と略称する）」の加入者を第2号被保険者に区分している。また、その財源は、医療保険制度財源の社会プール基金²⁵³に依存しており、個人に対する保険料徴収はまだ開始していない。

図表6-4 上海市における介護保険被制度の被保険者と保険料

被保険者	項目	第1号被保険者	第2号被保険者
	保険種類	上海市従業員医療保険の加入者	上海市住民医療保険の加入者
	年齢	指定無し	60歳以上
保険料	原則	収入によって支出を決定し、やや余裕があるように、収支バランスを取る。	
	基準	雇用機関が納付する従業員医療保険の総額の1%を、従業員医療保険の社会プール基金から4半期ごとに調達する。	60歳以上の上海市の住民医療保険の被保険者の数により、第1号被保険者より低い水準で、居民医保の社会プール基金から4半期ごとに資金を調達する。具体的な基準は、市人力資源社会保障局、市財政局など関係部門が相談して、市政府が批准してから実行する。

出所：「上海市長期護理保険試案（2017年修正版）」²⁵⁴をもとに筆者作成

第3項 要介護認定のプロセスと要介護度

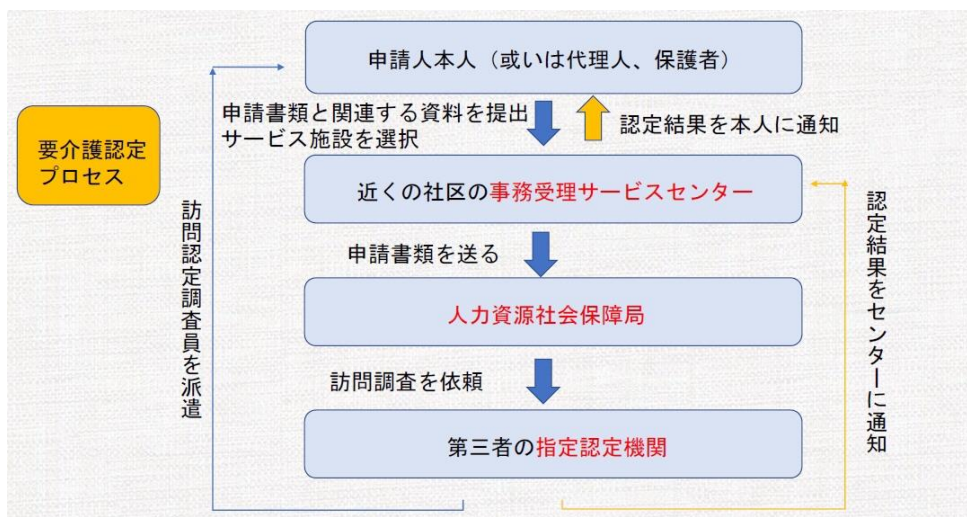
1 要介護認定のプロセス

上海市は、「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法²⁵⁵」を公表しており、

それには要介護認定のプロセスと要介護度の等級などの内容も含まれている。

要介護認定のプロセスは図表 6-5 の通りである。まず、認定資格を持つ申請人本人（或いは代理人、保護者）が近くの地域の事務受理サービスセンターなどの窓口で、申請書類と関連する資料を提出し、介護保険制度適用の事業者を選択する。審査後、申請資格のある者に、人力資源社会保障局は第三者の指定認定機関²⁵⁶に訪問調査を依頼する。指定認定機関は依頼を受けた後に、訪問認定調査員を派遣する。訪問認定調査員は、「上海市高齢者介護統一コード認定調査表」を使用し、訪問調査を実行し、認定結果をセンターに通知する。センターは申請人本人（或いは代理人、保護者）に結果を通知する。原則として、認定結果は2年以内は有効である。なお、認定結果に異議がある場合は、認定結果の通知を受けた後、30 勤務日以内に、最初の要介護認定を申請したセンターに再認定を要求できる。2018 年に1回の認定費用は200 円で、介護保険の加入者は2割自己負担で、生活保護者などは減免措置がある。

図表 6-5 上海市における介護保険被制度の要介護認定のプロセス



出所：「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法」²⁵⁷をもとに筆者作成

2 要介護度の区分

また、「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法」によると、認定結果には、要介護度1～6級の6段階の認定と、該当しない認定が含まれている。該当しない認定とは、①要介護1の基準を満たしていない認定と、②医療機関に受診を勧める認定から構成される（図表 6-6）。ただし、「上海市高齢者統一要介護認定及び契約管理実施細則²⁵⁸」によると、認定結果は①0級、②1級、③2～3級、④4級、⑤5～6級、⑥7級に区分されている。このうち0級と7級は何を指しているか、現場では果たしてどのような区分を使用しているのか、疑問が生じる。

調査を通じて、後者の区分は、給付額を決定する時に使用されているということが分かった。いわゆる、介護保険給付の上限額は、要介護度ごとに設定されているわけではなく、「2～3級」、「4級」、「5～6級」ごとに設定されている。また、「0級」とは前述した「要介護1の基準を満たしていないこと」を指し、「7級」は前述した「医療機関に受診を勧

めること」を指している。

図表 6-6 上海市における要介護認定等級の区分

認定	要介護度	説明	介護保険サービス利用可否
該当しない	0 級	要介護 1 の基準を満たさない	不可
	7 級	医療機関に受診を勧める	不可
該当する	1 級	—	不可
	2～3 級	軽度	可
	4 級	中度	可
	5～6 級	重度	可

注:—は無しということである。

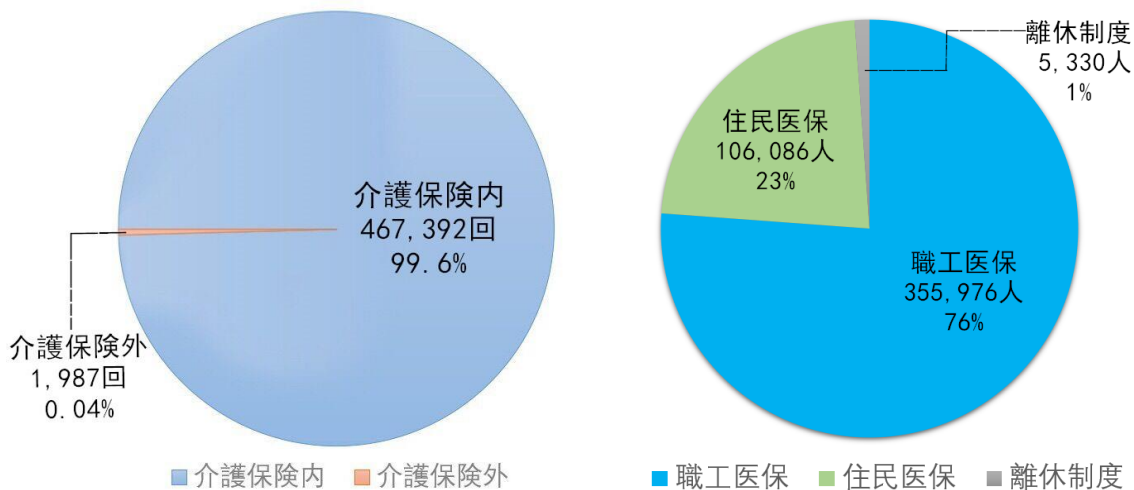
出所:「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法」と「上海市高齢者統一要介護認定プロセス及び契約管理実施細則」の資料²⁵⁹をもとに筆者作成

3 要介護認定の現状

上海市における要介護認定の現状は、図表 6-7 の通りである。

2018 年 1 月 1 日から 2019 年 6 月 30 日まで、合計 46 万 9,379 回の認定が行われ、その内訳は介護保険外²⁶⁰が 1,987 回、介護保険内が 46 万 7,392 回であった。また、介護保険内認定の内訳を見ると、実際の統計は、従業員医療保険、住民医療保険、離休制度²⁶¹という 3 つの部分から構成されている。離休制度とは、1982 年に創設された中国独特の福祉制度であり、中国建国 (1949 年) 前に中国共産党が主導した革命戦争などに参加し、定年退職した幹部を対象に年金・医療などを保障する制度である。一般的に、離休制度は従業員医療保険の一部と位置づけられているが、ここでわざわざ区別して統計する理由は不明である。ただし、離休制度の利用者は公費負担の対象者であって、保険料を納付する義務がないのである。それゆえ、統計の内訳をできるだけ明確にするために、3 つに区分したと考えられる。

図表 6-7 上海市介護保険被保険者別要介護認定の現状 (2018.1.1~2019.6.30)

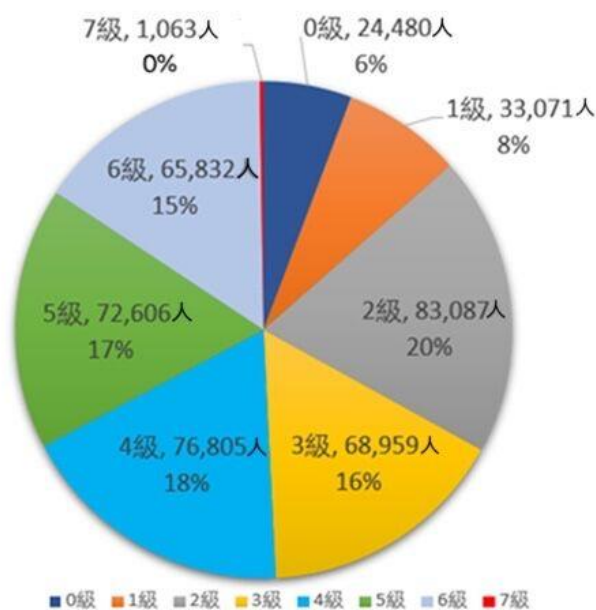


出所:調査をもとに筆者作成

次に、上海市における要介護度別の要介護認定の現状は図表 6-8 の通りである。

要介護認定を受けた高齢者（425,903 人）のうち、一番多く認定されたのは 2 級であるが、2 級から 6 級までの割合は比較的均などで、2 級が 20%、3 級が 16%、4 級が 18%、5 級が 17%、6 級が 15%を占めている。また、給付を受けた高齢者は 86.2%を占めており、給付率は高いと言える。

図表 6-8 上海市における要介護度別要介護認定の現状（2018. 1. 1～2019. 6. 30）



出所:調査をもとに筆者作成

第 4 項 給付方式と給付状況

1 給付方式

上海市の給付方式は在宅型・施設型・医療型という 3 つの方式から構成される（図表 6-9）。医療型は医療保険の決済になるので、ここでは検討しない。また、在宅型における 1 時間の利用費用や、施設型における給付上限額の詳細は、明確に試算で書かれていないため、調査を通じて明らかにし、図表 6-10 で整理した。

利用費用について、例えば、2 級・3 級の高齢者が在宅型方式を選択した場合、週に 3 回（1 回につき 1 時間）の給付が受けられ、「養老護理」証を有する介護職員によるサービスを受けた場合、1 時間の費用が 40 元となり、自己負担額が 1 割の 4 元となる。また、もし施設型方式を選択した場合、1 日 20 元の給付が受けられ、仮に 1 か月（30 日）の介護費用が 2,000 元であるなら、1 か月の給付上限は 600 元（政府負担 510 元、自己負担 90 元）となり、最終的に自己負担額は 1,490 元となる。

図表 6-9 上海市における介護保険制度の給付方式

方式	出所	給付上限			自己負担
在宅型	試算	2 級・3 級	4 級	5 級・6 級	1 割
		3 回 ²⁶² /週	5 回/週	7 回 ²⁶³ /週	
	調査	1 時間の費用について、「養老護理 ²⁶⁴ 」を有する介護職員は 40 元、「医療照護」を有する介護職員は 65 元、看護師は 80 元となる			
施設型	試算	市医療保険事業管理センターが、施設とサービス契約を通じて、給付基準を決める			1.5 割
	調査	2 級・3 級	4 級	5 級・6 級	
		20 元/日	25 元/日	30 元/日	
医療型	試算	費用は、上海市における現行の医療施設の医療サービスの項目と価格などの規定による			医療保険の規定による

出所：「上海市長期護理保険試算（2017 年修正版）」²⁶⁵と調査をもとに筆者作成

2 実際の給付状況

上海市における給付方式別の給付状況は図表 6-10 の通りである。

利用者のうち、在宅型の利用者人数は 276,969 人で、72.1%を占めており、施設型の利用者人数は 107,254 人で、27.9%を占めている。介護保険支出に関しては、在宅型に 1,825.53 万元（56.5%）、施設型に 1,405.32 万元（43.5%）を支出した。施設型より、在宅型の利用者人数は多いが、介護保険支出に占める割合はそれほど高くない。

図表 6-10 上海市における給付方式別の給付状況（2018.1.1～2019.6.30）

項目	在宅型	施設型	合計
人数（人）	276,969 (72.1%)	107,254 (27.9%)	384,334 (100.0%)
介護保険支出 （万元）	1,825.53 (56.5%)	1,405.32 (43.5%)	3,230.85 (100.0%)

注 1:医療型は医療保険の決済になるので、ここでは検討しない

注 2:介護保険支出には、要介護認定のために 139.18 万元を支出したが、ここでは在宅と施設の比較をするので、計算に入れていない。

出所:調査をもとに筆者作成

最後に、上海市の全体的なデータではなく、筆者が調査した指定施設（1 か所）と指定在宅事業所（13 か所）から収集したデータを整理した（図表 6-11）。高齢者施設の利用費用は主に居住費・食費・介護費から構成され、介護保険が利用できるのは介護費用に限定している。上海市 a 施設において、毎月の介護費用は、2～3 級は 600 元、4 級は 900 元、5～6 級は 1350 元となっている。毎月の給付上限額に関して、2～3 級は 600 元、4 級は 750 元、5～6 級は 900 元となっているため、実際には、介護保険の給付だけでは、介護費

用が賄われないことがわかる。

調査した施設利用者全体の給付の状況を見れば、受給者総数 6,090 人のうち、軽度（2～3 級）の高齢者の占める割合は一番高く、44.1%となっており、中度（4 級）は 23.3%、重度（5～6 級）は 32.7%である。軽度・中度・重度の高齢者を広くカバーしていることは、介護保険の普遍化という意味で評価すべきである。

図表 6-11 上海市における施設の状況と受給者数

調査対象	種類	受給者状況（人）				介護関係の職員状況（人）			
		総数	要介護度			医師	看護師	専門性	
			2～3 級	4 級	5～6 級			養老 護理	医療 照護
a	施設	143	95	21	27	1	2	11	1
b	在宅	702	412	142	148	△	△	116	26
c	在宅	580	86	115	379	0	0	181	19
d	在宅	789	219	248	322	0	0	20	△
e	在宅	57	9	8	40	△	1	10	0
f	在宅	35	13	4	18	△	△	△	4
g	在宅	265	159	62	44	0	2	25	5
h	在宅	381	166	113	102	△	△	3	89
i	在宅	175	58	44	73	△	△	1	27
j	在宅	724	310	187	227	△	△	△	△
k	在宅	1,080	636	175	269	△	△	114	66
l	在宅	406	177	105	124	△	△	30	46
m	在宅	235	101	63	71	△	1	17	33
n	在宅	518	242	130	146	0	0	29	59
合計	—	6,090	2,683 (44.1%)	1,417 (23.3%)	1,990 (32.7%)	—	—	—	—

注：△は不明の意味である。0 の可能性が高いが、記述されていないため、△で示す。

—は無しのことである。

出所：調査結果をもとに筆者作成

第5項 サービスの利用手続きと項目

介護サービスの利用手続きは、①指定認定機関による要介護認定と、②認定後のケアマネジメントを通じたサービス利用の2段階に分かれる。要介護認定は前述したため、ここでは認定後のプロセスのみ説明する。

ケアプランについて、まず、指定認定機構は要介護度に基づいてケアプランを提案する。次に、申請人本人（或いは代理人、保護者）が給付方式（在宅か・施設か）を選択する。そして、選択された介護事業者は、申請人の要介護度と指定認定機構の提案に基づいて、ケアプランを立てる。その際、申請人には受給できる長期介護保険の給付と政府の高齢者

サービス補助金政策を説明しなければならない。ケアプランは、申請人本人（或いは代理人、保護者）によって確認され、申請人の具体的な状況に合わせて調整できる。

また、介護サービスについて、「長期介護保険のサービス項目とサービス基準・規範に関する通知（試行）²⁶⁶」が公表されている。サービス項目は、「基本的な生活介護」と「一般的な臨床ケア」という2つのカテゴリから構成され、合計42のサービス項目が含まれている（図表6-12）。「基本的な生活介護」には、主に介護対象の身体介護に密接に関連する項目が含まれているが、現在は生活環境に関連する項目は「ベッド環境整理」1項目しかなく、その他の家事援助に関連するサービス項目は含まれていない。

図表 6-12 上海市における介護保険制度のサービス項目

	分類	サービス項目	頻度	時間
1	基本的な生活介護	頭・顔の清潔	3回/日	10-20分
2		洗髪	1-2回/週	20-30分
3		手・足の指のケア	必要な時	10-30分
4		手・足の清潔	1-2回/日	15-30分
5		温水で身体をふく	1回/日	30-60分
6		入浴	必要な時	30-60分
7		食事・水分補給の介助	3-5回/日	15-30分
8		口腔清潔	2回/日	10-30分
9		着替えの介助	3-5回/日	15-30分
10		ベッドの整理	2回/日	15-20分
11		排泄介護	5-7回/日	15-30分
12		失禁介護	必要な時	20-30分
13		ベッド上での便器の使用	必要な時	15-30分
14		人工排便	必要な時	20-30分
15		朝の介護	1回/日	30-60分
16		夜の介護	1回/日	30-60分
17		会陰介護	2回/日	10-20分
18		薬品管理	必要な時	10-20分
19		寝返りの介助/ 背中を叩いて痰を出す	必要な時	20-30分
20		ベッド上の移動の介助	必要な時	15-30分
21		機具を使つての移動の介助	必要な時	20-30分
22		皮膚外用薬を塗る	必要な時	10-20分
23		安全介護	1回/日	30-60分
24		生活自立能力の訓練	必要な時	30-60分

25		褥瘡の予防介護	必要な時	15-30分
26	常用 臨床 介護	尿道カテーテルの介護	必要な時	15-20分
27		人工肛門袋の介護	必要な時	20-30分
28		グリセリン浣腸/肛門坐剤の給付	必要な時	10-20分
29		鼻腔栄養	必要な時	20-30分
30		服薬介護	1-4回/日	10-15分
31		身体冷却	必要な時	20-30分
32		生命徴候観測	必要な時	15-20分
33		酸素吸入	必要な時	10-15分
34		灌腸	必要な時	15-30分
35		導尿（女性）	必要な時	20-30分
36		血糖観測	必要な時	5-10分
37		褥瘡の薬を換える	必要な時	15-30分
38		静脈血のサンプル収集	必要な時	10-15分
39		筋肉内注射	必要な時	5-10分
40		皮下注射	必要な時	5-10分
41		ストーマ介護	必要な時	20-40分
42		末梢穿刺中心静脈カテーテル (PICC) のメンテナンス	必要な時	20-40分

出所：「長期介護保険のサービス項目とサービス基準・規範」²⁶⁷をもとに筆者作成

第3節 寧波市政府における試案内容

第1項 試行時期と地域

ここからは寧波市における介護保険制度の試案内容について述べる。

寧波市は、2017年9月26日に、「寧波市長期護理保険制度試案²⁶⁸」を、同年12月6日に「寧波市長期護理保険試行細則²⁶⁹」を公表し、本格的に介護保険の導入を進め始めた（図表6-13）。試行区域は、寧波市の海曙区・江北区・鄞州区（高新区・東錢湖旅行渡假区を含む）に限定しており、全市レベルまでは拡大していない。

図表6-13 寧波市における介護保険試案の試行時期と地域

項目	「上海市長期護理保険試案」
公表日	2017年9月26日
施行期間	2017年12月28日以降
試行地域	海曙区・江北区・鄞州区

出所：「寧波市長期護理保険試案²⁷⁰」をもとに筆者作成

第2項 被保険者と保険料

図表 6-14 の通り、被保険者は、市本級²⁷¹と海曙区・江北区・鄞州区における従業員医療保険の加入者に限定している。医療保険の範囲は、市本級と海曙区・江北区・鄞州区に限定しており、医療保険の種類は、従業員医療保険に限定している。試行地域以外の人、住民医療保険の加入者は参加できない。ただし、被保険者に対する年齢上の制限は規定していない。

また、長期介護保険制度の財政は、従業員医療保険の剰余金の一部を活用し、長期介護保険制度の開始財源として運営している。開始段階では、寧波市の従業員医療保険のプール基金の剰余金から 2,000 万元を取り出し、長期介護保険基金に投入した。

図表 6-14 上海市と寧波市における介護保険被保険者の要件と保険料

被 保 険	条件	内容
	試行地域	市本級と海曙区・江北区・鄞州区
	医療保険	従業員医療保険の加入者
	年齢制限	無し
保険料		従業員医療保険の剰余金から 2,000 万元を調達

出所：「寧波市長期護理保険試案²⁷²」をもとに筆者作成

寧波市政府が公表したデータによると、初回の認定で 574 人の被保険者が重度失能と認定され、長期介護保険基金 133 万元を給付した²⁷³。ただし、その進行状況、いわゆる受給者数や基金の支出などに関するデータの変化は引き続き公表されていないため、調査対象となる 4 つの施設のデータを通してしか把握できない。

図表 6-15 に示された通り、o、p、q、r という 4 つの施設に対する 2019 年 8 月の支出額は、それぞれ 38,360 元、19,200 元、48,680 元、70,000 元で、1 つの施設に対する平均支出額は 44,060 元となる。2018 年 7 月に、介護保険制度が適用できる指定施設が 23²⁷⁴か所あるので、前述した平均支出額 44,060 元に基づいて計算すると、1 か月の介護保険基金の支出は 101 万元以上になると推測できる。そうなると、1 年間の支出は 1,216 万元を超えることになり、2,000 万元の開始基金は 2 年間で足りなく恐れがある。また、自己負担総額と給付総額を比較すると、介護費用に占める自己負担の割合は依然として高く、50%を超えていることもわかった。

図表 6-15 寧波市における介護保険基金の支出状況

調査対象	給付者数 (人)	給付総日数 (日)	介護総費用 (元)	給付総額 (元)	自己負担総額 (元)
o	32	959	93,170	38,360	54,810
p	16	480	37,800	19,200	18,600
q	41	1,217	120,946	48,680	72,266
r	60	1,750	150,522	70,000	80,522

注：調査時点（2019 年 8 月）における一か月間のデータである。

出所：調査をもとに筆者作成

第3項 要介護認定のプロセスと要介護度

1 要介護認定のプロセス

要介護認定について、2017年12月4日に「寧波市長期護理保険要介護認定試行方法²⁷⁵」が出されており、要介護認定プロセスは、一般的に以下のように行われる。

まず、指定高齢者介護施設・病院が、介護保険の被保険者の中に、図表6-16に示された2つの申請条件に従い、対象者を選出する（図表6-16）。いわゆる、本人による申請ではない。しかも、介護保険制度が適用される施設・病院の入所者しか申請できない。さらに、180の待機期間が設けられている。

図表6-16 寧波市における要介護認定の申請要件

受給要件		内容
1	施設	介護保険が適用できる指定高齢者介護施設・病院に入所している
2	病歴	すでに180日以上の治療（施設の場合は最高レベルの介護）を受けた

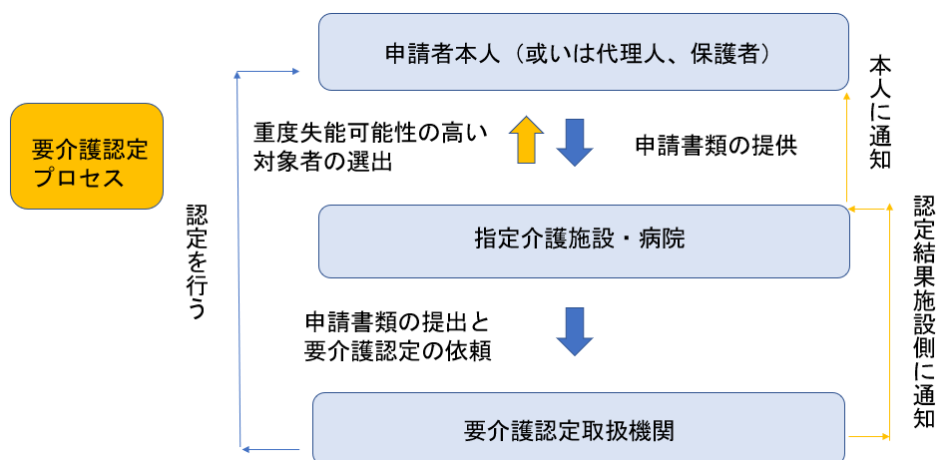
出所：「寧波市長期護理保険試案²⁷⁶」をもとに筆者作成

次に、所属区域の要介護認定取扱機関²⁷⁷に必要な資料を提出し、認定を依頼する。その後、要介護認定取扱機関は、10日以内に認定チーム（B型認定専門家²⁷⁸3人）を組織し、申請者を訪問し、認定を行う。

認定結果は3日以内に公表する。公表が終わってから、3日以内に、申請者が入所している施設（病院）に送付する（図表6-17）。

認定結果に異議があった場合には、15日以内に入所中の施設（病院）を通じて、所属区域の要介護認定取扱機関に再認定の申請ができる。要介護認定取扱機関が受付した後に、10日以内に認定チーム（A型認定専門家3人）を組織し、申請者を訪問し、再認定を行う。初回の認定で重度失能と認定されていない申請者は、最初の認定結果が出てから6か月後に再認定を申請することができる。給付対象者には、2年ごとに再認定を行う。

表6-17 寧波市における要介護認定プロセス



出所：「寧波市長期護理保険要介護認定試行方法²⁷⁹」をもとに筆者作成

2 要介護認定基準と要介護度

また、要介護認定基準について、介護保険制度の開始段階では「日常生活活動能力評定量表（Barthel Index）²⁸⁰」を使用すると試案で規定した。この表は公表されていないため、2018年3月、寧波市の民政部・施設に調査の可能性を確認する時に、要介護認定専門家であるG（施設qの医師）から頂いた。そして、2019年8月、インタビュー調査へ行った時には、「寧波市長期護理保険失能評価表」という新しい認定基準が制定され、実際の認定過程においても、この表が「日常生活活動能力評定量表」の代わりに、使用されている。また、「寧波市長期護理保険失能評価表」も公表されていないため、インタビュー調査の時に、介護保険取扱機関の職員であるGに請求した。

「日常生活活動能力評定量表」は、食事・移乗・個人衛生・トイレ動作・入浴・歩行・階段昇降・着替え・排便コントロール及び排尿コントロールという10項目において判断し、総点数100点が自立、「75～95点」が軽度失能、「50～70点」が中度失能、「25～45点」が重度失能、「0～20点」が完全失能になる、と定めていた。

「寧波市長期護理保険失能評価表」は、日常生活活動・精神状態・感知とコミュニケーション・社会参加という4つの部分から申請者を評価し、認定結果は自立・軽度失能・中度失能・重度失能という4等級になる。

第4項 受給要件と給付方式

まず、受給要件について、「寧波市長期護理保険制度試案」では、「高齢・疾病・障害などの原因で、すでに180日以上の治療を受け、要介護認定で重度失能と判断され、生活において完全に自立できず、長期的な介護が必要と認定された被保険者は、評価の結果が出た翌月から給付が受けられる」と規定し、受給者を重度失能の者に限定している。

次に、給付方式は、施設型と病院型という2つの方式から構成され、在宅型の給付は現段階では提供されていない。施設型は、高齢者介護施設での介護方式を指しており、中国語では「院護」と略称されている。病院型は、医療機関での介護方式を意味しており、中国語では「専護」と略称されている。そして、1日の給付額は、定額の40円で、施設側に月ごとに支給する。

最後に、受給者数の状況は、図表6-18に示された通り、初回の認定と比べ、受給者数は増えたが、増加の人数はそれほど多くないということがわかる。そして、給付者は重度失能の者に限定されているため、その数は非常に限られている。例えば、○施設の例を見ると、現在の入所者数503名の中に223名の要介護者がいるが、介護保険の給付対象は32名（入所者全体の6.4%、要介護者全体の14.3%）しかいない。ただし、重度失能の者に給付が集中しているため、介護保険基金の支出も比較的安定し、持続性は高いと考えられる。

図表 6-18 寧波市における指定高齢者介護施設の情報と受給者数

調査施設	性格	入所者状況(人)					職員状況(人)				
		総数	自立	要介護	受給者		職員総数	医師	看護師	介護職員	その他
					初回	現在					
o	民営	503	280	223	24	32	108	5	4	68	31
p	民営	122	51	71	5	16	57	2	3	28	24
q	民営	400	132	268	50	60	120	2	2	74	42
r	民営	1,019	604	415	11	41	193	5	4	130	54

注1:初回の受給者とは、介護保険制度が開始された時に、第1回目において給付資格があると認定された者を指す。初回以外のデータは、調査時点（2019年8月）におけるデータである。

注2:職員状況における「その他」には事務職員・警備員・食堂や掃除の職員などが含まれている。

注3:施設oにはインタビュー調査の対象者E、施設Pには対象者F、施設qには対象者G、施設rには対象者Hが所属している。

出所:調査をもとに筆者作成

第4節 中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の試案との比較

本節では、中央政府の「指導意見」に提示された方向性と、実際に作られた上海市と寧波市の介護保険制度試案の内容に関する共通点・相違点を、保障範囲（保障地域・被保険者・受給者）、基金の調達方法、給付水準から比較する。

第1項 保障地域の範囲

中央政府の「指導意見」では、保障地域の範囲について、「パイロット地域は、基金の水準に応じて、主要な対象者範囲と具体的な保障内容を決定し、経済発展に伴って保障範囲と保障水準を徐々に調整すべきである」と規定している。

上海市は、2017年1月から徐匯区・普陀区・金山区という3つの区において、介護保険制度の試行を開始し、1年後に試行範囲を全市に拡大している。それに対して、寧波市は2017年12月から、海曙区・江北区・鄞州区という3つの区において試行を開始したが、2020年12月現在でも現状維持のままで、全市レベルまで拡大していない（図表6-19）。

地方の財政力や医療保険の基金水準にもよるが、パイロット地域である以上、積極的に保障地域の拡大を計画的に進めることは義務であると考えられる。「指導意見」の中にも「徐々に調整すべきである」と提示されている。同じパイロット地域なのに、住んでいる区の違いによって制度利用の可否があるのは、開始段階においては納得されるかもしれないが、この状態が続くと住民の間に明らかに不公平が生じるので、注意しなければならない。

図表 6-19 中央政府・上海市・寧波市における保障地域の範囲

	中央政府	上海市	寧波市
現 段 階	地域の实情 に応じて決 定	試案公表:2016年12月29日 施行期間:2017年1月1日~2018年12月31日 試行地域:徐匯区・普陀区・金山区	試案公表:2017年9月26日 施行期間:2017年12月28日~ 試行地域:海曙区・江北区・鄞州区
今 後	保障範囲・ 保障水準 を調整	試案修正:2017年12月30日 施行期間:2018年1月1日~2019年12月31日 (2021年まで延長) 施行地域:全市に拡大	未実施

出所: 人力資源社会と社会保障部弁公庁 (2016) 「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、「上海市長期護理保険試案 (2016年廃止版)」、「上海市長期護理保険試案 (2017年修正版)」の資料²⁸¹をもとに筆者作成

第2項 被保険者の範囲

中央政府の「指導意見」では、被保険者の範囲について、主に従業員医療保険の加入者をカバーすることからスタートし、パイロット地域の实情に応じて、範囲を拡大できると提示した。

被保険者の範囲について、両市とも中央政府の「指導意見」で提示された通り、従業員医療保険の加入者をカバーしている。ただし、上海市は、開始段階から、住民医療保険の加入者もカバーしている (図表 6-20)。

図表 6-20 中央政府・上海市・寧波市における被保険者の範囲

項目	中央政府	上海市	寧波市
従業員医療保険の加入者	優先的にカバー	カバー	カバー
住民医療保険の加入者	地域の实情に応じて 拡大	60歳以上をカバー	未実施
医療保険の非加入者		未実施	未実施

出所: 人力資源社会と社会保障部弁公庁 (2016) 「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、「上海市長期護理保険試案 (2016年廃止版)」、「上海市長期護理保険試案 (2017年修正版)」の資料²⁸²をもとに筆者作成

寧波市にとっては、次の段階で住民医療保険の加入者を如何に包摂するかがこれからの課題である。また、上海市では、従業員医療保険の加入者に対して、年齢制限を設けていないが、住民医療保険の加入者に対しては、60歳以上という年齢制限を設けたので、その理由を明確に説明する必要がある。

第3項 受給者の範囲

中央政府の「指導意見」では、受給者の範囲について、①長期的に失能状態 (要介護状態) にある被保険者を対象に、②重度失能者の介護費用を重点的に解決する、③地域の实情に応じて具体的に決定するが、経済発展に伴い、保障範囲と水準を調整すべきであると

提示した。

要介護度から見れば、上海市でも寧波市でも「指導意見」で提示された通り、重度の要介護者を受給者としてカバーしている。さらに、上海市では、軽度（2～3級）から重度（5～6級）までの高齢者を幅広く包括している。ただし、「指導意見」では要介護状態に関する条件だけを示したが、実際には上海市や寧波市の試案では、要介護度以外に年齢や病歴など、より多くの受給要件を設けている（図表6-21）。

図表 6-21 中央政府・上海市・寧波市における受給要件の規定

項目	中央政府	上海市	寧波市
要介護度	長期的に介護が必要	要介護度が2～6級	重度失能
年齢	—	60歳以上	—
年金手続き	—	従業員医療の加入者は完了が必要	—
介護場所	在宅サービス優先	病院・施設・在宅	病院・施設
待機期間	—	—	180日以上

注：—は無いことを意味する。

出所：「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、「上海市長期介護保険試案（2017年版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」の資料²⁸³をもとに筆者作成

まず、受給者の年齢規定について、中央政府と地方政府のズレと世代間の公平から検討したい。第一に、ズレについて検討する。「指導意見」では必ずしも高齢者を対象にすると言及していない。それに対して、上海市は、明確に60歳以上と規定している。寧波市は受給者に対する年齢制限を明示していないので、60歳以下の要介護者、例えば、若年障害者も介護保険を利用できるような道を開いた²⁸⁴。ただし、介護保険が適用できる22か所の指定施設の中で、病院は5か所、高齢者施設は17か所を占めているので、実際の受給者は60歳以上の要介護高齢者に集中している。すなわち、現在地方で実施されている介護保険制度は、実際には「高齢者介護保険」或は「高齢者中心の介護保険」であり、それは中央政府の「指導意見」と少しズレているのではないかと考えられる。

第二に、世代間の公平性問題について検討する。上海市の場合、従業員医療の加入者は、年齢に関係なく介護保険の被保険者となっているが、60歳以下の者は受給資格が与えられていない。現在、介護保険制度の基金は、雇用機関が納付する医療保険料から調達しており、個人に対する介護保険料を徴収していないので、問題は表面化していない。ただし、もし今後個人に対する介護保険料の徴収を開始したら、60歳以下の従業員医療の加入者の不満が高まるだろう。なぜなら、彼らは介護保険料を納付する「義務」を果たしているのに、介護保険を利用できる「権利」は一切ないのである。これにより、介護保険制度における負担と給付の公平が課題となる。

次に、受給者の年金手続きについて検討する。中央政府と寧波市と違い、上海市は、従業員医療の加入者に対して、年金手続きの完了を要求している。いわゆる、60歳になってもまだ労働している高齢者は介護保険の給付対象とならない。その理由は不明瞭であ

る。これについて上海市民政局の関係者 B に聞いたら、「詳しくはわからないが、個人的な考えでは、まだ働いて稼いでいるのに、要介護状態にあるわけがないだろう」と答えてくれた。ただし、働ける能力を持っている高齢者であっても、例えば、それは知識労働者であり、体力の低下で軽度の介護サービスが必要になる可能性もある。それゆえ、そのような理由で、年金手続きの完了を受給要件にするのは不合理ではないかと考えられる。他の理由があるかもしれないが、それを説明する必要がある。

さらに、介護を受ける場所について検討する。寧波市では、在宅の要介護者は受給者の範囲に含まれていない。「指導意見」の 13 条では、「受給者が在宅サービス（通所系のコミュニティサービスを含む）を優先的に利用するように誘導し、施設が在宅サービスを提供するように奨励する」と提示した。いわゆる、①在宅・施設サービスの整備を前提に、②しかも、在宅サービスの利用を優先的に誘導することを示唆した。それに対して、寧波市は受給者の範囲を病院・高齢者施設の入所者に限定し、「施設サービス優先」にしているが、これは「指導意見」における「在宅サービス優先」という方針と合っておらず、その上、施設と在宅の要介護者との間に、大きな利用格差を生むことになる。そのような格差を防ぐには、在宅の要介護者に対する給付を創設することが重要な課題である。一方、上海市の場合では、在宅か施設かに関係なく受給資格を与えている。在宅系と施設系の介護給付を整備しており、しかも、施設利用者の自己負担の割合を 1.5 割、在宅を 1 割と設定しているので、中央政府の方針に従って在宅サービスの優先利用を政策的に誘導している。

最後に、病歴について検討する。寧波市では、要介護認定を申請する条件として、180 日の待機期間を設けている。それゆえ、実際には重度失能の要介護状態になっても、180 日を待たなければならないのである。実際にリスクが生じているのに、要介護認定を申請できず、給付が受けられないのは、社会保険としてはおかしいと言える。それは、本当に介護が必要かどうかを確認するために、申請条件を厳しく設定した場合であっても、認定後に認定前の 180 日の自己負担の介護費用を、介護保険でその一部を支給するのがより合理的ではないかと考えられる。

第 4 項 基金の調達方法

中央政府の「指導意見」では、基金の調達方法について、①従業員医療保険社会プール基金構造の最適化、②剰余金の運用、③医療保険料率の調整などの方法を提示し、徐々に相互扶助と共同責任の持つ多様なチャンネルによる基金調達メカニズムの確立を模索すると示した。

図表 6-22 で示された通り、上海市は「指導意見」で提示された調達方法①を採用し、比例制で、雇用機関が納付医療保険料の 1%を社会プール基金から四半期ごとに調達し、介護保険基金として利用している。しかし、住民医療保険に対する調達基準は明確に規定していない。一方、寧波市は、「指導意見」で提示された調達方法②を採用し、とりあえず従業員医療保険の社会プール基金の剰余金から 2,000 万元を調達し、介護保険の開始基金として利用している。しかし、その基金が使い切れた場合に、どのように対応し、財源を再調達するのかについては説明していない。

上海市や寧波市の調達方法以外に、中央政府は「医療保険料率の調整」という調達方法を提示したが、それに関して2つの問題を考えなければならない。まず、もし個人に対する医療保険料を調整することで介護保険の基金を調達するのなら、保険料を納付する対象者全員に、介護が必要な時に給付を受ける権利を保障しなければならない。そのため、受給者を高齢者に限定したり、施設入所者に限定したりすることは納得されない。次に、医療保険料率を調整しても、中国では住民医療保険と違って、従業員医療保険の場合、退職した高齢者は、被保険者でありながら保険料を納付する義務がない²⁸⁵ので、彼らは介護保険制度にただ乗りすることになる。これは、他の被保険者にとっては不公平ではないかと考えられる。以上の問題点を考えると、医療保険料率の調整より、独立した介護保険料を徴収した方が望ましいのではないかと考えられる。やはり、被保険者と受給者の範囲を明確にした上で、退職したかどうかに関係なく、被保険者なら介護保険料を納付させるべきである。こうすると、権利と義務の関係の明確化や、介護保険財政の安定化にも寄与できる。

図表 6-22 中央政府・上海市・寧波市における基金の調達方法

項目	中央政府	上海市		寧波市
	調 達 方 法	従業員医療保険	従業員医療保険	住民医療保険
社会プール基金構造の最適化		雇用機関が納付する医療保険料の1% (毎年)	不明確	—
剰余金の運用		—		2,000 万元 (一括)
医療保険料率の調整		—		

注：—は無いことを意味する。

出所：人力資源社会と社会保障部弁公庁（2016）「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、
「上海市長期介護保険試案（2017年版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」の資料²⁸⁶をもとに筆者作成

第5項 給付内容と水準

給付内容と水準について、中央政府の「指導意見」では、①要介護度やサービスの提供方式などに応じて、異なる給付内容を定め、②規定に合う介護費用を比例制で負担し、③支給水準は7割程度に抑え、具体的にはパイロット地域が決定すると提示した。

まず、①と②について確認する。図表 6-23 に示された通り、上海市の方案は、比較的「指導意見」に沿っている。要介護度によって、異なる在宅サービス・施設サービスの給付内容を制定しており、介護保険財政も介護保険内の介護費用の85～90%を負担している。それに対して、寧波市は重度の要介護者に対する施設給付しか創設しておらず、介護費用も定額で負担している。

図表 6-23 中央政府・上海市・寧波市における給付内容

中央政府	上海市				寧波市			
	提供方式	要介護度	給付額	自己負担	提供方式	要介護度	給付額	自己負担
要介護度やサービスの提供方式などに応じて異なる給付内容を定める	施設型	2～3級	20 元/日	1.5割	施設型	軽度	—	—
		4級	25 元/日			中度	—	—
		5～6級	30 元/日			重度	40 元/日	—
	在宅型	2～3級	3 回/週	1割	在宅型	—	—	—
		4級	5 回/週			—	—	—
		5～6級	7 回/週			—	—	—

注：—は無いことを意味する。

出所：人力資源社会と社会保障部弁公庁（2016）「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、「上海市長期介護保険試案（2017年版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」の資料²⁸⁷をもとに筆者作成

次に、③について確認する。上海市の場合について、第6章第2節第4項の2で整理した a 施設を事例として述べる。a 施設における、毎月の介護費用（入所者数）について、2～3級は600元（95人）、4級は900元（21人）、5～6級は1,350元（27人）となっているので、実際に必要な1か月の介護総費用は112,350元²⁸⁸となる。それに対して、毎月の給付上限額は、2～3級は600元、4級は750元、5～6級は900元なので、介護保険の給付総額は82,492.5元²⁸⁹となる。この施設の例を見ると、実際の介護費用に占める介護保険負担の割合は73.4%²⁹⁰となり、中央政府が提示した7割をやや超えている。そして、寧波市の場合、第6章第3節第2項で整理した o、p、q、r という4か所の施設を事例として見てみよう。2019年8月までに、4ヶ所の施設における実際の介護総費用は402,438元で、介護保険の給付総額は175,240元なので、給付水準は43.5%となり、中央政府が提示した7割よりかなり低い。

最後に、「指導意見」では、前述した通り、「重度失能者の介護費用を重点的に解決する」ということを提示したので、その点について検討したい。実際の介護費用に占める介護保険負担の割合を、全体ではなく要介護度別で見ると、上海市 a 施設の場合、2～3級は85% (600x85%/600)、4級は70.8% (750x85%/900)、5～6級は56.7% (900x85%/1,350) となる。このように、重度失能者（5～6級）に対する介護保険の給付水準が、実際には一番低く、彼らの介護費用が重点的に解決されているとは言えない。これからは、重度失能者に対する給付水準を必要に応じて再検討し、上限額を引き上げる必要があると考えられる。

第5節 小括

中央政府の「指導意見」が提示されたにも関わらず、従来の研究の関心は、地方政府の試案に集中しており、「指導意見」に関連して分析を行う研究はほとんどない。本論文は、それらの共通点・相違点を把握するために、中央政府の「指導意見」に提示された方向性

と、実際に作られた上海市と寧波市の介護保険制度試案の内容を、保障範囲（保障地域・被保険者・受給者）、基金の調達方法、給付水準から比較して考察した。

その結果、第一に、保障範囲については、①寧波市における3つの中心区に限定する介護保険制度の試行範囲、②従業員医療保険の加入者に限定する被保険者の範囲、③重度の要介護者に限定する受給者範囲、④施設に限定する給付方式の設定は、スタートの段階において「指導意見」に合っているが、計画的に範囲の拡大を求めているため、「指導意見」で提示される「保障範囲と保障水準を徐々に調整すべきであること」に一致していないことを指摘した。それに対して、上海市は現在、①全市まで試行範囲を拡大し、②従業員医療保険と住民医療保険の加入者を被保険者としてカバーし、③要介護度2～6級の高齢者を受給者としており、③在宅給付と施設給付を整備しているため、「指導意見」にほぼ一致していることを明らかにした。ただし、上海市でも寧波市でも、実際の受給者を高齢者として想定しているのに対し、「指導意見」では必ずしも高齢者に限定すると言及していないため、少しズレていることを確認した。

第二に、基金の調達方法について、上海市でも寧波市でも医療保険制度の財源を利用しており、「指導意見」で提示される「徐々に相互扶助と共同責任の持つ多様なチャンネルによる基金調達メカニズムの確立」がまだ実現されていないことがわかった。

第三に、給付内容と水準について、寧波市は、重度の要介護者に対する定額の施設給付しか創設していないため、「指導意見」で提示される「要介護度やサービスの提供方式などに応じて、異なる給付内容を定めること」や「介護費用を比例制で負担すること」がまだ実現されていないことがわかった。特に、在宅給付が欠如していることは、「指導意見」で提示される「受給者が在宅サービスを優先的に利用するように誘導すること」に反していることを明らかにした。それに対して上海市は、高齢者の要介護度に応じて異なる在宅給付と施設給付の内容を設計し、しかも施設利用者の自己負担の割合を1.5割、在宅を1割と設定しているため、中央政府の方針に従って、在宅サービスの利用を政策的に誘導していることがわかった。

このように、様々な相違点が生じている現実から、一定程度の明確な全国統一の基準が不可欠であることが明らかになった。本論文は、その全国的な基準（今後のあり方）を合理的に提案するためには、介護保険制度試行の実態に対する把握が不可欠であると考えられる。それゆえ、筆者は上海市と寧波市における介護保険制度の運営者と事業者を対象にインタビュー調査を行い、どのように試案の内容を理解しているのか、実際にどのような問題が起きているのか、どのようにすれば解決へと導けるかを詳細に質問する。次章はその現地調査の結果について述べる。

第7章 介護保険制度のパイロット事業に関する調査結果

本章では、現地調査を通じて、上海市と寧波市で試行されている介護保険制度の現状を明らかにし、現場で生じた課題やその改善方策に関する調査対象の考えを分析する。そのために、主として当地の医療保険局や、民政局・高齢者施設・介護保険運営会社の関係者を対象にインタビュー調査を行った。本章の調査結果は、次章の介護保険制度の今後のあり方を考える際に、重要なヒントを提示してくれた。

第1節 調査の概要

第1項 調査の目的

これまでの研究には、介護保険制度の試案をめぐって検討するものは多いが、その試案が現場で実行された段階で、その具体的な現状（財源の収支や、給付額と給付者数、要介護認定者数などのデータ）がどうなっているのか、どのような課題が生じたのかに関する検討は乏しい。

それゆえ、本調査は、中国人力資源・社会保障局や民生局などの政府関係者や、介護保険制度が試行された施設側の事業者を対象に、試案の内容を確認しながら、介護保険制度の試行にあたってどのような問題が起きているのか、制度改善や今後の方向性に向かってどのような考え方があるのかを考察することを目的としている。

第2項 調査方法と分析方法

本論文のデータ収集方法としては、①上海市と寧波市における民政局・医療保険局・運営保険会社・指定高齢者介護施設関係者（上海市3名、寧波市5名、総計8名）を対象とした半構造化インタビュー調査、②上海市の在宅介護指定事業所関係者（総計13名）対象のデータ請求、③寧波市の要介護認定プロセス（総計4ケース）の非参与観察が挙げられる。また、④上海市と寧波市の民政局・医療保険局・指定施設を訪問し、介護保険制度の試行状況（保険加入者数、給付者数と給付基準、介護保険支出など）に関する資料やデータを可能な範囲で入手した。

1 インタビュー調査の対象者

本論文のインタビュー調査の対象者は、上海市と寧波市における介護保険制度の試行に関わっている人、いわゆる制度運営機関（医療保険局か代理の保険会社）、制度協力機関（民政局）、制度実施機関（指定高齢者介護施設）の関係者、総計男女8名である（図表7-1）。

寧波市民政局を対象者に入れなかった理由は、当時民政局関係者を事前に訪問した際に、その担当者は介護保険制度のことについてほとんど知らないこと、介護保険制度の試行に関してほとんど関わっていなかったからである。また、上海市と異なり、寧波市は運営を民間の保険会社に委託していたため、医療保険局の人に直接インタビューすることはできなかった。その代わりに、保険会社の関係者から調査可能との承諾を得たので、介護保険制度の運営状況を把握することはできたと考えられる。また、情報をさらに補うために、できるだけ多くの施設側の事業者をインタビューし、介護保険制度の現状をより深く

理解することを試みた。そして、調査の時に、次回の要介護認定がちょうど近いうちに行われれると保険会社の方から聞いたため、8月の後半にもう一回寧波市へ行き、非参与型観察者として調査した。また、観察の時には、対象者の了承を得て、ビデオカメラ・メモなどを利用して記述した。認定専門家の質問と行動、高齢者と家族（或いは介護者）の回答と行動、最後に要介護度判断の専門家団体のディスカッションなどを、対象者が観察されていることを意識させないように注意しながら観察した。

そして、上海市の在宅介護指定事業所関係者は、相手の都合による理由（訪問介護であるため時間や場所が確定しにくい）で、インタビュー調査が困難であったため、対象から除いた。ただし、その代わりに、上海市民政局を通じて13か所を対象に、在宅の受給者状況などに関するデータを収集した。

上記のように対象者を選択した結果、図表7-1に示す8名が本インタビュー調査の対象者となった。表7-1には本論文の対象者8名の性別、部門・職業、対象者への調査時間、そして所属地域が示されている。

図表7-1 調査対象者

対象者	性別	部門・職業	調査時間	所属地域
A	男性	医療保険局・公務員	47分	上海市
B	女性	民政局・公務員	62分	
C	女性	指定高齢者介護施設・施設長	82分	
D	女性	介護保険取扱機関 ²⁹¹ ・会社員	39分	寧波市
E	女性	指定高齢者介護施設・施設長	29分	
F	女性	指定高齢者介護施設・施設長	28分	
G	女性	指定高齢者介護施設・介護保険担当者（医師）	45分	
H	女性	指定高齢者介護施設・施設長	39分	

出所：調査をもとに筆者作成

2 インタビュー調査方法

調査方法は半構造化インタビューである。調査は2019年8月5日～8月25日に実施した。インタビューの内容は主に以下の3点である。

①介護保険制度のパイロット地域の選定や参考にした経験

②介護保険制度内容の確認

（アクセス・財源の調達方法・給付水準・要介護認定、サービス、専門性など）

③介護保険制度の問題点と方向性に関する調査対象者の考え

上記の3項目を中心として、より深く語ってもらうために、適宜、質問をした。インタビュー時間は、1人約1時間であり、事前に許可を得た上で内容をICレコーダーに録音し、後日逐語録を作成した。

3 インタビュー調査のデータ分析方法

データの分析方法は、目的を考慮し、質的研究法のうち、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下「M-GTA」と略称する）を用いた。M-GTAは、質的研究法の1つとして知られているグラウンデッド・セオリーアプローチ（以下「GTA」と略称する）を発展させたものであり、木下（2003）によって提唱された。

木下（2003）によれば、M-GTAは、人と人が直接関わること、ヒューマンサービス領域であること、そして何らかのプロセスを伴っていること、の3点を満たす研究対象に適した方法であると述べている²⁹²。また、SLAA研究会（2013）研究会によると、M-GTAはGTAと違い、切片化がなく、コーディングもオープン・コーディングと選択的コーディングのみ、そして、切片化の代わりに「分析ワークシート」を導入しており、その利点としては、解釈を記入する「定義」と採用されなかった解釈を記入する「理論的メモ」があることで、オープン・コーディングの段階で、「研究する人間」の視点から、あらゆる解釈を出し（オープン化）、解釈を吟味し定義すること（収束化）が同時に可能となると述べている²⁹³。本論文は上記の説明と利点を考え、M-GTAを用いることにした。

木下（2007）に基づいて、本論文では下記の手順でA～Hの8名の分析を行った。

第一に、ICレコーダーに録音された内容に基づいて、逐語録を作成した。

第二に、具体例の抽出を行った。すなわち、分析対象者を選定し、対象者のインタビューデータの中で分析テーマと関連する箇所に着目し、それぞれをある概念の具体例とみなし、ワークシートに記入した。

第三に、概念の生成と定義を行った。具体例の整理を行い、同じ概念に属する具体例をそろえ、それぞれの概念を定義し、概念名を作成した。

第四に、概念の吟味を行った。定義及び概念名の妥当性の検討を行い、必要に応じて定義及び概念名の修正、他の概念に当該する具体例の抽出と移動を行った。作業の中で気づいたことや疑問などはワークシート内のメモ欄に記入し、分析に活用した。

最後に、カテゴリーの生成を行った。ある程度概念が生成された段階で、概念同士の関係を検討した。概念同士の関係からカテゴリーを生成し、また、動的なプロセスが明らかになりつつあるかに注意を払いながら、関係図の作成を行った。関係図については、吟味及び修正作業を繰り返した。

なお、分析は筆者1人で行ったが、正確性を確保するために同じ方法で1から5までの手順を3回行い、結果のチェックと修正を行った。

第3項 倫理的配慮

本調査は、金沢大学人間社会研究域の倫理委員会に申請して承認を得たものであり、承認番号は「2019-27」である。

調査対象者には、インタビューと録音の開始前に、研究の目的と方法について紙面を用いて説明し、研究への参加について同意を得た。また、調査対象者に、参加が自由意思によるものであることや途中離脱が可能であること、回答を拒否しても構わないこと、インタビューの内容は筆記や音声録音によって記録されること、調査への協力の有無による不利益を被ることがないこと、プライバシー保護のために匿名化すること、調査結果は本論文の目的以外には使用しないこと、研究結果の公表の際には個人を特定できる情報を保護

することなどを説明した。

第2節 上海市におけるインタビュー調査の結果と考察

上海市の事例ではA～Cの3名を分析焦点者とし、木下（2007）の分析方法に従い、19概念と8カテゴリーが得られた。図表7-2にカテゴリー・概念・定義を示した。以下、前半では、結果をカテゴリーごとに示し、後半では、関係図を作成し、結果を整理する。

なお、江角・庄司（2016）の整理方法を参照し、分析で得られた概念を【】、カテゴリーを<>で示し、具体例を斜体、具体例において当該概念と最も関連する部分に下線を引いた。（）内は筆者注である。

図表7-2 M-GTAにより生成されたカテゴリー・概念一覧（上海市）

カテゴリーグループ	カテゴリー名	No.	概念名	件数	定義
制度試行前の経緯	中央・上級政府の政策に対する理解	1	パイロット地域の決定原因	2	パイロット地域の決定原因についての考え
		2	参考にした経験	1	どの国の先例を参考しているのかについての考え
制度試行中の問題点	介護保険制度の問題点	3	要介護度に関する問題	3	給付を受けられる要介護度の最低ラインと給付内容の問題
		4	要介護認定プロセスにおける問題	4	要介護認定プロセスにおける認定基準・高齢者・認定機関の問題
		5	介護保険基金の課題	3	介護保険基金の支出拡大への気付きと原因の検討
		6	医療保険に関する給付条件の問題	3	医療保険加入の有無、または加入地域による給付資格の制限
	指定施設の問題点	7	指定在宅事業所に対する監督の問題	6	在宅サービスの内容と労働時間などに対する監督の問題
		8	指定高齢者介護施設に対する監督の問題	2	民間営利施設の費用徴収基準に対する監督の問題
		9	指定高齢者介護施設への影響	8	指定高齢者介護施設の収入・業務・職員などへのマイナス影響
	介護職員の問題点	10	介護人材の不足	3	介護人材の不足
		11	専門資格の問題	2	介護人材専門性の問題
		12	家族介護の可能性と問題点	1	制度の抜け穴を利用できる家族介護の可能性と問題点
制度の持続		13	要介護度に関する給付条件の改正意見	1	給付を受けられる要介護度の設定に関する意見
		14	要介護認定の規範化に対する意見	2	要介護認定の規範化に対する意見

今後の発展方向と意見	化	15	保険料徴収に関する考え方	2	個人に対する保険料徴収に関する考え方
		16	介護方式における政府の志向	3	在宅型か、施設型かにおける政府の志向
	給付条件の改善	17	医療保険の給付制限の改善に関する構想	3	当該都市部の医療保険の加入という給付制限の改善に関する構想
	監督	18	指定施設への監督方法を改善する意見	2	指定高齢者介護施設・在宅事業所への監督方法を改善する意見
	介護の量と質	19	介護人材における政府の志向	2	介護人材の量と質における政府の志向

出所:調査をもとに筆者作成

第1項 カテゴリーごとの分析結果

1 <中央・上級政府の政策に対する理解>カテゴリー

<中央・上級政府の政策に対する理解>の下位概念として、【パイロット地域の決定原因】と【参考にした経験】の2つが見出された。

(1) 【パイロット地域の決定原因】

上海がパイロット地域として決定された原因について、①高齢化率が高いこと、②上海市の医療保険の収支が黒字で、介護保険制度をサポートすることが可能であること、という2つの理由が語られている。以下に具体例を示す。

A: 1つは高齢化程度が比較的深刻であること、もう1つは上海の資金もそれを支援できる。医療保険の基金が……会議で聞いたことがある。上海の医療保険基金の残高を考慮に入れた。

Bも同じ考え方を述べたため、ここでは省略する。

(2) 【参考にした経験】

どの国の先例を参考しているのかについて、日本、特にドイツの経験を参照した可能性が語られている。以下に具体例を示す。

A: 市レベルの方がもっと詳しいかもしれないが、ドイツと日本のやり方かな……この前、彼ら（市レベルの上級部門関係者）から聞いた、ドイツのやり方を一部参考にした。

同時に、中国における政策決定のプロセスはトップダウン式で、その過程の詳細は、上級政府の内部に留まり、一般市民どころか、下級部門にもあまり説明されていないことがわかる。

2 <介護保険制度の問題点>カテゴリー

<介護保険制度の問題点>は、介護保険制度施行中に、具体的に現れた問題ということである。下位概念として、【要介護度に関する問題】、【要介護認定プロセスにおける問題】、【介護保険基金の課題】及び【医療保険に関する給付条件の問題】の4つが見出された。

(1) 【要介護度に関する問題】

要介護度の問題点について、①介護資源が重度の要介護者に集中していないこと、②サービス項目と軽度（要介護 2～3 級）の高齢者のニーズにズレがあることが述べられている。以下に 2 つの具体例を示す。

・具体例 1（介護資源が重度の要介護者に集中していないこと）

A：私たちのやり方は、基準がドイツよりも低いかもしれない。というのは、カバーする人がもっと広い。ドイツのやり方は、確かに失能、認知症（の人を対象）……今まで試行してみて、今の基準は低すぎると感じている。ちょっと普遍的な政策。当時の条例では「介護保険は失能高齢者に対応する」と明確に書いてあるね。

この例では、要介護度 1～6 級の中で、給付が受けられるのは 2 級からなので、中央政府「指導意見」の中での「重度失能高齢者への集中」という提示とズレており、介護がより必要な重度の要介護者（5～6）に資源を集中していないことへの気づきが語られている。

・具体例 2（サービス項目と軽度の高齢者のニーズにズレがあること）

B：要介護度 2～3 級の高齢者は比較的健康で、42 のサービス項目はすべて身体介護に関するものなので……2～3 級の高齢者にとっては、サービス項目は彼のニーズと合わないのである……2～3 級と認定された高齢者は、きっと年齢的に少し高く、体は比較的弱い、半失能・失能高齢者のように寝たきりの状態ではないから、レンジフードの洗濯などをするのはまだ疲れやすいから、レンジフードの洗濯や床の掃除の手伝いなどをして欲しいが、42 のサービス項目にはない……だから、2～3 級と認定されたけど、結局そのサービスはいらないと気付いた。初めてだからわからなくて、床を掃除し、拭いてくれると思ったが、サービス項目を見たら欲しいサービスがない。

この例では、現在提供されている 42 項目のサービスが、軽度（要介護度 2～3 級）の高齢者のニーズに合わないことが語られている。要介護度 2～3 級の高齢者の体は比較的弱い、自分の身体における管理・コントロールはできるため、身体介護サービスより、力の必要な家事サービスが欲しいが、現在の 42 項目のサービスには家事サービスがほとんど含まれていないということが語られている。

(2) 【要介護認定プロセスにおける問題】

要介護認定プロセスの問題点について、①要介護認定基準の問題、②認定機関・認定員間における素質の問題、③要介護認定の有効期間の問題が述べられている。以下に 3 つの具体例を示す。

・具体例 1（要介護認定基準の問題）

A：今の要介護認定の基準は、主観的要素が強い……高齢者は嘘をついたり弱いふりをしたりすることで、要介護度を上げることができる。直近一年間の病歴を合わせて判断しているが、それでも不正確な場合がある。

この例では、要介護認定プロセスにおいて、判断基準における主観的な要素が強いこと、高齢者も要介護度を上げるために嘘をつく場合があるため、高齢者の要介護度を客観的に判断しにくいことが語られている。

・具体例2（認定機関・認定員間における素質の問題）

A：要介護認定機関の素質もバラバラで、認定員の素質もそれぞれで、介護保険制度の給付を受けるべきではない人が、給付を受けてしまう。この問題も存在する。

要介護認定を行う認定機関・認定員間における素質に差が存在しており、結果的には高齢者の要介護度が実際より高く認定された場合があるということが語られている。

・具体例3（要介護認定の有効期間の問題）

A：認定されたら給付資格の取り消しは（難しい）。普通は2年間の有効期限。……その間に、もし（体が）悪化したら再認定の申請はできる……しかし、（体が）良くなった場合は、良くなったと言わないでしょう。引き続き給付を受けるでしょう。

この例では、一旦要介護度が2～6級と認定されたら、2年間の有効期間内に、高齢者の身体状況が改善しても、道徳的な問題で本人が再認定を申請しない場合もあり、介護保険基金の無駄遣いへの懸念が語られている。

(3)【介護保険基金の課題】

介護保険基金について、①給付条件が緩いこと、②申請者数の増加と長寿化による支出の急速な拡大に関する不安が語られている。以下に2つの具体例を示す。

・具体例1（給付条件が緩いことによる支出拡大）

A：当時は失能高齢者を保障した。現在は、給付条件がちょっと緩くなっている。私たちの方（医療保険局）でも、下（指定高齢者介護施設・在宅事業所）の反応でも、基金の負担能力から言っても、このままだと、（給付条件）を緩すぎにしたら負担できない。

この例では、給付条件を緩いまま、いわゆる、重度（5～6級）だけではなく、軽度（2～3級）と中度（4級）の人も引き続きカバーするのなら、介護保険基金は負担できない恐れがあると語っている。

・具体例2（申請者数の増加と長寿化による支出拡大）

B：お金は足りなくなっている。申請する高齢者がますます増えているし、人の寿命もますます長くなっている。

この例では、申請者数の増加と長寿化によって、介護保険基金の支出が拡大し、足りなくなっていることが語られている。

(4)【医療保険に関する給付条件の問題】

医療保険の給付条件について、保険の地域性の問題が挙げられている。以下、具体例を示す。

C：施設の中で、2人しか（介護保険の給付を）受給できないが、他の人は全部受給できる。戸籍が上海市以外の別の地域で、上海市の医療保険に加入していないのだから。別の地域で退職し、移住してきた。

この例では、上海市に住んでいても、上海市の医療保険に加入しないと、給付は受けられないことが語られている。

3 <指定施設の問題点>カテゴリー

<指定施設の問題点>の下位概念として、【指定在宅事業所に対する監督の問題】、【指定高齢者介護施設に対する監督の問題】、及び【指定高齢者介護施設へのマイナス影響】の3つが見出された。

(1) 【指定在宅事業所に対する監督の問題】

指定在宅事業所に対する監督の問題について、①サービスの内容と労働時間の監督が難しいこと、②特に、高齢者の許容で異なるサービスとすり替えること、③介護保険制度と他の福祉制度の区別がしにくいことが述べられた。以下、3つの具体例を示す。

・具体例1（サービスの内容と労働時間の監督が難しいこと）

A：サービスにおける最大の問題は、監督である。ある高齢者が、介護保険の給付を申請し、介護職員を派遣したら、ケアプラン通り、規定されたサービスごとにサービスを提供しているのか、あるいは、介護時間が本来1時間だったら、果たして1時間のサービスを提供したのか、これらは把握しにくい。高齢者の家庭で働くから、監督管理が難しい。

この例では、高齢者が在宅型給付を選択した場合、指定在宅事業所の介護職員が在宅介護サービスを提供する際に、ケアプラン通りのサービス内容と労働時間が提供されているかどうか、監督管理が難しいことが語られている。この問題は、介護サービスの質の低下と介護報酬の不正受給を招く恐れがあるので、医療保険局の関係者がかなりの不安を抱えていることがわかる。

・具体例2（高齢者の許容で異なるサービスとすり替えること）

A：現在は、高齢者が（確認表の）チェックをするが、今の主要問題は、本来あまり介護が必要ではない高齢者が、介護保険を申請し、介護サービスが給付され、介護職員と裏側で結託し……家事サービスをしてあげたいと。一般的に、介護保険制度は生理面、あるいは医学的身体的な介護になるべきだが、他のサービスになってしまった……

この例では、高齢者が在宅型給付を選択した場合、高齢者の願い或いは許容で、指定在宅事業所の介護職員が、ケアプランと異なる他のサービスを提供する現象が存在していることが語られている。これも前述した問題と関連しており、監督が困難になる理由としては、サービス提供者としての介護職員の不正行為だけでなく、利用者としての高齢者の問題も挙げられる。

・具体例3（介護保険制度と他の福祉制度の区別がしにくいこと）

A：上海では、民政（部門）による家事サービスがある。民生（部門）は居宅養老、というのは高齢者のために服の洗濯をしたり、掃除をしたりすることをやっている……今もう1つの問題は、民政（部門）の居宅（サービス）と介護保険の給付が重複していることである。ある高齢者が、民政（部門）の居宅（サービス）の給付を受けていると同時に、介護保険の給付も受けている場合、特に田舎の高齢者は、果たしてこの介護職員が、介護保険のサービスを提供してきたのか、民政（部門）の居宅（サービス）を提供してきたのか、分らない。もっと言うと、障害者連盟、或は赤十字会からきたかもしれない……

この例では、介護保険制度と他の制度（例えば、民政部による高齢者福祉や、障害者連盟による障害者福祉）との区別がしにくいことが語られている。現在、多様な部門が在宅サービスを提供しており、高齢者が2つ以上の給付を受けている場合、その介護職員がどの部門に所属しているのか、どのような種類のサービスを提供してくれるのか、判断しにくいことが語られている。

(2) 【指定高齢者介護施設に対する監督の問題】

指定高齢者介護施設に対する監督の問題について、民営施設における値上げの問題が語られている。以下、具体例を示す。

A: 現在、民営の施設が多数を占めている。たくさんの公営が民営になってしまった…
…民営になったら、利益が出ることが許されている……民営だったら、比較的、その費用徴収とか、各方面で上がっていくのだ。

この例では、公営施設の民営化によって、その利用料も次第に上がっていく状況に対する認識と懸念が語られている。

(3) 【指定高齢者介護施設への影響】

指定高齢者介護施設への影響について、①介護保険決済、②領収書の作成や情報のデジタル化、③ケアプランの作成、④確認表のチェックなどによる仕事量の増加と、⑤施設と在宅における職種間の賃金格差による人材の流出が語られている。以下、5つの具体例を示す。

・具体例1（介護保険決済による仕事量の増加）

C: 高齢者にとっては利点が確実なのが、施設にとっては逆に仕事の量が増えた……人的コストが増えた。この（介護保険制度の）決算のために、人的コストが比較的高く、専門的にこれに関する業務をやらなければならない。財務の決算……

この例では、施設側にとっては、介護保険制度の自己負担額・給付額・施設の実際の徴収額などに関する決算をしなければならないため、財務上における仕事の量が増加したことが語られている。

・具体例2（領収書の作成や情報のデジタル化による仕事量の増加）

C: 決算してから（費用と実際の徴収額を）分けて領収書を作らなければならない。以前は1枚でいいが、現在は……この領収書の中に備考を書かなければならない。例えば、2300元を徴収すべきなら、領収書の上のところに2300、下のところに備考として、実際にいくらを徴収したのかを書いて、このように領収書を作るのである。以前より複雑になっている。レシートの内容はパソコンに入力し、人の手で入力しなければならない。だから仕事の量は比較的多い。

この例では、領収書の作成にあたって、利用費用と施設の実際の徴収額の記入、パソコンへの入力など、仕事の量が増加したことが語られている。

・具体例 3 (ケアプランの作成による仕事量の増加)

C: ケアプランも専門的な人によって作らなければならない。すべての高齢者、要介護度に基づいて異なるケアプランを作らなければならない。

この例では、専門的な人によるケアプランを作成しなければならないため、仕事の量が増加したことが語られている。

・具体例 4 (確認表のチェックによる仕事量の増加)

C: おばさん (介護職員) は変わらないが、仕事の量が増えた。(ケアプランの) チェックをする必要がある、以前はこういう仕事をする必要がない。おばさん (介護職員) は要介護度に基づいて、介護 (サービス) の確認をしなければならない。

この例では、介護サービスがケアプラン通りに提供されているかどうか、(確認表で) チェックしなければならないため、仕事の量が増加したことが語られている。

・具体例 5 (施設と在宅における職種間の賃金格差による人材の流出)

C: 在宅型の方は、1時間の給料が40元、5人なら200元になる。施設は(こういう高い給料をもらうことが)できない。在宅型の方が融通性がある……介護職員の給料は施設によって決められ、1回のサービスにいくらあげるというものではない。だから、在宅型の方が、うちの施設の介護職員より給料が高い。給料も高いし、手間も省ける。私たちの施設でこの証明書(「養老護理」証明書)を持っている職員が何人か在宅型の方に転職した。

この例では、在宅事業所の介護職員の給料は働く時間によって決められ、例えば「養老護理」証明書を持っている場合は1時間40元で、働けば働くほど収入が高くなるため、1か月の賃金が定額の施設介護職より、収入が高いことが語られている。また、こういう収入の格差が出たため、施設の職員が在宅事業所に転職したという人材の流出が語られている。

4 <介護職員の問題点>カテゴリー

<介護職員の問題点>の下位概念として、【介護人材の不足】、【専門資格の問題点】、及び【家族介護の可能性と問題点】の3つが見出された。

(1) 【介護人材の不足】

介護人材の不足について、医師・看護師の不足が語られている。以下、具体例を示す。

B: 上海では、42項目のサービスの中に、たくさんの専門的な人材が必要である。今人材が足りない。この中に看護師による訪問(サービス)も必要だが、しかし実際には、現在、訪問どころか、病院でも看護師が足りていない。全体的な利用資源が足りておらず、特に上海……医師が足りない、看護師が足りない。

介護保険における42項目のサービスの中に、看護師による訪問サービスも含まれているが、現在上海市では医療資源の逼迫、特に医師・看護師の不足が語られている。

(2) 【専門資格の問題点】

専門資格の問題点について、①専門性を認定する安定した基準の不在、②廃止された「養老護理員」と「家政服務員」の価値の問題が語られている。以下、2つの具体例を示す。

・具体例1（安定した専門性を認定する基準の不在）

B: 上海では、介護保険制度を試行したばかりで、政策が出されて、国があつた2つの資格（養老護理員）と（家政服務員）を廃止した。その後、2つの課程が開設された。資格ではなく、実際は大きな差がないが、養老護理課程と医療照護課程と呼ぶ……この2つの課程を修了し、合格したら、就職できるように。実際は前のもの、国が廃止したため、(名称を)変えたわけ、仕方ない。国の政策が出されたばかりで……

この例では、介護人材の専門資格が政策的な影響を受けて変化しており、安定した専門性を認定する基準がまだ存在していないことが語られている。

・具体例2（廃止された「養老護理員」と「家政服務員」の価値の問題）

C: 介護の2つ（「養老護理員」と「家政服務員」）、昔の初級中級高級などは依然として使う。逆にもっと価値があるようになった。価値がなくなったわけではない。

この例では、以前の国家資格である「養老護理員」と「家政服務員」が廃止されたけれども、実際にはそれが失効したわけではなく、逆に価値が一段と上昇したことが語られている。この廃止の意味がどこにあるのかとの疑問が生じているため、専門資格の問題点に分類した。

(3) 【家族介護の可能性と問題点】

家族介護について、その可能性と問題点が語られている。以下、具体例を示す。

B: 今の制度の抜け穴を利用したいなら、それも可能である。例えば、ある社会組織が、この（介護保険）事業を請け負って、家族（介護者）に「この証明書を取得したらどうですか、資格を獲得したら、（自分の家族に対する介護の）給料をあげることができるよ」と言って、これも遂行できる。

専門課程を修了し、証明書を取得することで、給料をもらいながら自分の家族を介護する可能性が語られている。ただし、それと同時に、家族介護者のサービスと労働時間をチェックすることもより難しくなるため（要介護高齢者が自分の家族介護者を雇う可能性が高い）、民政部の関係者は問題視している。

5 <制度の持続化>カテゴリー

<制度の持続化>の下位概念として、【要介護度に関する給付条件の改正意見】、【要介護認定の規範化に対する意見】、【保険料徴収に関する考え方】及び【介護方式における政府の志向】の4つが見出された。

(1) 【要介護度に関する給付条件の改正意見】

給付条件の方向性について、厳しくなる可能性が語られている。以下、具体例を示す。

A: 現在、上海市で給付を受けられる要介護度は、要介護度2級からであるが、それは、今から見ると、要介護度4級以上にならないと、と考えている……

現在の給付を受けられる要介護度の最低ラインは2級であるが、今後は4級からの支給になるべきであることが語られている。

(2) 【要介護認定の標準化に対する意見】

要介護認定について、規範化のために改正を行う可能性が語られている。以下、具体例を示す。

A: たぶん、これについても市（政府の人）は考えている。現在主要（な問題）は（給付を受ける）人の増加のスピードが早くて、この増加の早いスピードをコントロールしたい。コントロールは、要介護認定を通じて、要介護認定をより標準化にしない限り、コントロールはできない。認定基準が未成熟で、高齢者に給付資格を与えたら、給付しないことも間違っている。

今後は要介護認定の標準化を通じて、高齢者の要介護度を正確的に判断し、同時に給付の増加をコントロールするねらいも達成できるということが語られている。

(3) 【保険料徴収に関する考え方】

保険料徴収の方向性について、今後は個人に対する保険料を徴収する可能性があることが語られている。以下、具体例を示す。

B: ……このお金（個人に対する保険料）、徴収するかどうか、まだ決まっていない……こういう考え方はあるが、もしあるグループの人に対してこれを徴収したら……もし徴収したらこれからはこのサービスを与えるべきだ。現在の試行段階では徴収していない。

現在、個人に対する保険料の徴収はまだ開始していないが、今後は徴収する可能性があり、ただし徴収したら受給資格を与えるべきなので、もし60歳以下の人に保険料を徴収したら、これらの人にも受給資格を与えるべきなので、対象者の拡大も同時にしなければいけないという懸念も語られている。

(4) 【介護方式における政府の志向】

高齢者の介護方式の選択に関して、政府は在宅型給付を選択してほしいという志向も持っていることが語られている。以下、具体例を示す。

B: 政府は比較的、彼ら（高齢者）が在宅型給付を選択してほしい……在宅を奨励している。たくさんの政策条例を見たらわかる、在宅してほしい。失能高齢者が、施設・病院に集中しないこと、在宅を奨励している。これを志望している。施設にいるのを志望していない。施設を造るのがかなりお金がかかる。1つの施設を造るために、何千萬元を投入し、入所できる高齢者は何百人しかいない。しかも、土地資源も必要だし。それより、高齢者に在宅してほしい。在宅サービスを提供する。高齢者にとっても、こっちのほうがよろしい……特に、農村部の高齢者。

施設を造るためには、かなりの財源と土地資源が必要で、入所できる高齢者の数も限られているため、そのお金を在宅の方に使った方が、より多くの高齢者にサービスできるとともに、高齢者の希望にも沿っているため、もっと相応しいと考えられている。

6 <給付条件の改善>カテゴリー

<給付条件の改善>には【医療保険の給付制限の改善に関する構想】が含まれている。

給付制限の改善について、①「長三角一体化」の推進、②上海市戸籍への加入方法の創設、③全国的な介護保険の施行によって、加入地域に関する制限が緩くなり、もしかしたら制限が無くなる可能性があると言われている。以下、2つの具体例を示す。

・具体例1（「長三角一体化」の推進）

A: これについても市（政府の人）は考えている。今ずっと「長三角一体化（上海市・江蘇省・浙江省・安徽省における多様な領域での協力と一体化）²⁹⁴」ということが検討されている。一体化できたら、養老でも、介護保険でも一体化できるかな……今、医療保険は「異地決済（他の地域で診察を受けて医療保険を利用できる制度）」ができたのではないか……長い目で見ると、これも1つの成り行き……

この例では、「長三角一体化」の推進によって、「長三角」地域の人は、上海市の医療保険に加入していなくても、上海市の介護保険制度から受給できるという可能性が語られている。ただし、「長三角」地域は上海市・江蘇省・浙江省・安徽省という4省に限られており、全国的な拡大ではないことにも注意する必要がある。

・具体例2（上海市戸籍への加入方法の創設、全国的な介護保険の施行）

B: 上海市の戸籍でないと、給付を受けられないが。ただし、上海で何年間か働いて、上海市の戸籍へ変更する条件を満たしたら、給付を受給できるようになる。外来人口のことを言ったら、これは地方政府（の政策）だから、全国的な人に開放するわけがない。もし今後全国的に実施したら、全国における基金の調達などができるが。

この例では、現在、上海市の戸籍を持っていない人に対しても、戸籍変更の方法を設け、上海市の医療保険に加入できるように努力していること、または、全国的な介護保険制度の施行によって、保険の加入地域に関する制限がなくなる可能性が語られている。

7 <監督>カテゴリー

<監督>には、【指定施設への監督方法を改善する意見】が含まれている。

監督方法の改善について、①専門的な監督機関の設立の可能性、②制度間の明確な区別の必要性が語られている。以下、2つ具体例を示す。

・具体例1（専門的な監督機関の設立の可能性）

A: 最近2年間では、浦東では（高齢者介護施設・在宅事業所の利用費用の）値上げのスピードは比較的早い。彼ら、民政（部門）は、「老発センター（高齢者発展センター）」というものを設立し、施設を監督することを計画している。「老発センター」は、老年発展センターの略称である。

この例では、高齢者介護施設・在宅事業所の利用費用の値上げ問題に対して、政府部門は専門的な監督機関を設立する意向があることが語られている。

・具体例 2 (制度間の明確な区別の必要性)

A: ……私たちはずっと、居宅（給付）と介護保険（給付）を分けるべきであると考えている。介護保険は介護保険をやり、居宅は居宅をすればいい。このように混ぜると、監督が難しい。

この例では、民政部の居宅サービス（主に家事サービス）と、介護保険制度の在宅サービス（主に身体介護サービス）が同じ在宅事業所によって提供されているため、実際のサービス内容と労働時間が重複したり、混乱したりして、監督が難しいことが語られている。

8 <介護の量と質>カテゴリー

<介護の量と質>には、【介護人材における政府の志向】が含まれている。

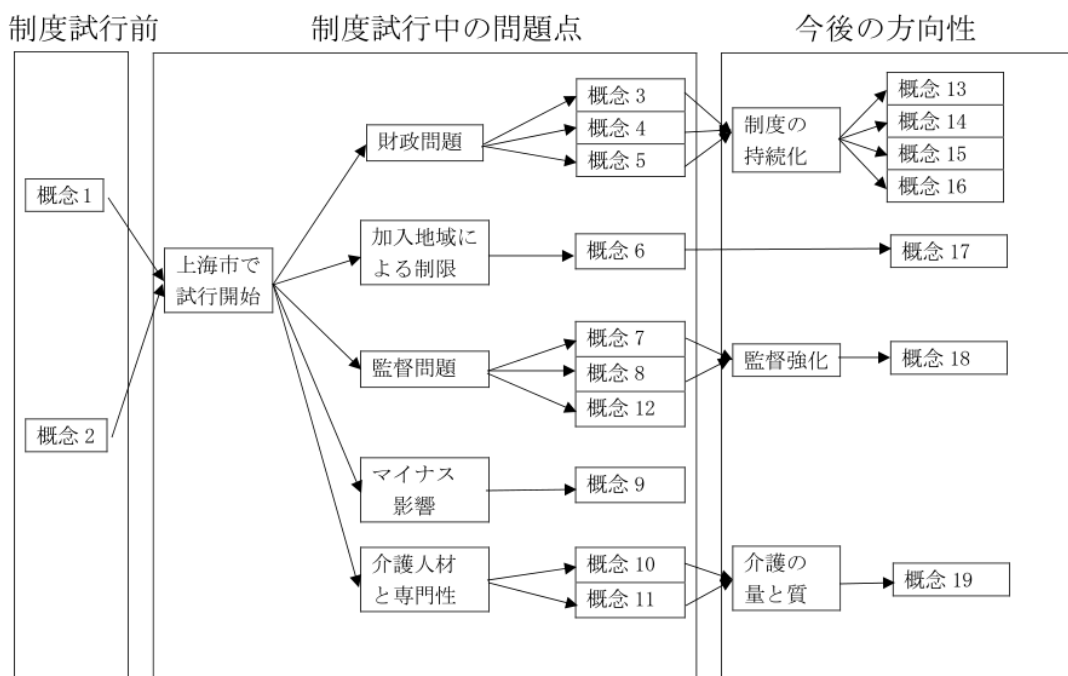
介護人材について、政府は専門性より量的な確保（介護職への就職促進）を優先していることが語られている。以下、具体例を示す。

B: 国は、誰でもこの仕事をすることができるようにしている。というのは……国の志向は、（介護職員が）この業界に参入し、慣れてから、この証（専門性を評価する証明書）の試験を受けに行く……国は、（介護業界への）就職することを奨励しているかもしれない。

第2項 関係図に基づくプロセスの説明

以上を踏まえ、下記のような関係図を作成した（図表7-3）。次は関係図について説明する。

図表7-3 上海市における介護保険制度試行のプロセス



概念1:パイロット地域の決定原因

概念2:参考にした経験

概念3:要介護度に関する問題

概念4:医療保険に関する給付条件の問題

概念5:要介護認定プロセスにおける問題

概念6:介護保険基金の課題

概念7:指定在宅事業所に対する監督の問題

概念8:指定高齢者介護施設に対する監督の問題

概念9:指定高齢者介護施設への影響

出所:調査をもとに筆者作成

概念10:介護人材の不足

概念11:専門資格の問題

概念12:家族介護の可能性と問題点

概念13:要介護度に関する給付条件の改正意見

概念14:要介護認定の標準化に対する意見

概念15:保険料徴収に関する考え方

概念16:介護方式における政府の志向

概念17:医療保険の給付制限の改善に関する構想

概念18:指定施設への監督方法を改善する意見

概念19:介護人材における政府の志向

まず、【パイロット地域の決定原因（概念1）】から、上海市がパイロット地域として選出された理由が推察できる。選出理由としては、①高齢化率が高いこと、②医療保険の収支が黒字であることが可能性として述べられた。そして日本やドイツに対する【参考にした経験（概念2）】が行われ、介護保険制度の試行が開始された。

次に、試行が継続するにつれて、問題は次第に現れていき、そして今後改正の方向性も見えてくると考えられる。

1 財政問題

課題：給付条件が緩いこと、未成熟な要介護認定基準、高齢者の不正行為 結果：介護保険基金の無駄遣いや支出の膨大化 対応：「給付の重点化」と「基金の安定化」対策
--

制度の持続化に関して、以下のような課題が生じている。【要介護度に関する問題（概念3）】に、要介護度1～6級の中で、給付が受けられる最低ラインは2級なので、介護がより必要な重度（5～6級）の要介護者に資源を集中していないことに気付いている。しかも、【要介護認定プロセスにおける問題（概念4）】に、①要介護認定の判断基準において主観的な要素が強いこと、②高齢者が要介護度を上げるために嘘をつくことが述べられ、実際には2級になっていない高齢者が2級と認定されてしまう可能性が高いことが推測できる。そうすると、【介護保険基金の課題（概念5）】として、給付条件が緩いことは、介護保険基金の無駄遣いや支出の急激な拡大を招くので、懸念されている。また、現在は申請者数の増加と長寿化によって、介護保険の支出が急速に拡大するので、それへの不安も語られている。

このような状況に、まず、「給付の重点化」が求められている。すなわち、今後は、給付を受けられる要介護度の最低ラインを2級から4級に上げるという【要介護度に関する給付条件の改正意見（概念13）】と【要介護認定の標準化に対する意見（概念14）】が抽出された。次に、「基金の安定化」のためには、【保険料徴収に関する考え方（概念15）】として、個人に対する保険料を徴収する可能性があることが語られている。また、施設給付より在宅給付の方がコストが低いために、高齢者には、在宅型給付を選択してほしいという【介護方式における政府の志向（概念16）】も語られている。

2 加入地域による制限の問題

課題：保険の地域性の問題 結果：「当該地域」の医療保険未加入者は排除される 対応：加入地域に関する制限の改善策

給付条件において、保険の地域性の問題も挙げられた。すなわち、上海市に住んでいても、「上海市」という地域の医療保険に加入しないと、給付は受けられないという加入地域による制限である【医療保険に関する給付条件の問題（概念6）】が述べられた。それに対しては、【医療保険の給付制限の改善に関する構想（概念17）】が語られ、①「長三角一体化」の推進、②上海市戸籍への加入方法の創設、③全国的な介護保険の施行によって、加入地域に関する制限が緩くなり、もしかしたらなくなる可能性があるとして述べられた。

3 監督問題

課題:指定在宅事業所や高齢者介護施設に対する監督の問題

結果:介護サービスの専門性の低下、介護報酬の不正受給、利用料金の値上げ

対応:監督の強化

指定施設の問題点として、【指定在宅事業所に対する監督の問題（概念 7）】と【指定高齢者介護施設に対する監督の問題（概念 8）】、【家族介護の可能性と問題点（概念 12）】が抽出できた。①在宅事業所について、①サービスの内容と労働時間の監督が難しいこと、②特に、高齢者の許容で異なるサービスとすり替えること、③介護保険制度と他の福祉制度の区別がしにくいことが述べられた。②高齢者介護施設について、公営施設の民営化に従い、利用料の値上げの問題が語られた。③家族介護者について、介護報酬の不正受給の問題が懸念されている。それに対して、監督強化の方法として、【指定施設への監督方法を改善する意見（概念 18）】が出され、①専門的な監督機関の設立の可能性、②介護保険給付を民営部の居宅給付とを区別する必要性が語られている。

4 マイナス影響

課題:指定高齢者介護施設に対するマイナス影響

結果:仕事量の増加、人材の流出

対応:自己負担の取消

【指定高齢者介護施設への影響（概念 9）】として、①介護保険決済、②領収書の作成や情報のデジタル化、③ケアプランの作成、④確認表のチェックなどによる仕事量の増加と、⑤施設と在宅における職種間の賃金格差による人材の流出が語られている。

ただし、現在ではマイナス的に作用しているが、長期的に見れば、利用者の増加も見込まれるので、施設の経営状況が上向き可能性が高い。

5 介護人材と専門性

課題:介護人材の不足、安定した専門資格の不足

結果:介護人材の量的不足と質の低下や、介護報酬の不正受給の存在

対応:人材の量的な確保の優先、就職後における専門性向上

介護職員の問題点として、医師・看護師の不足という【介護人材の不足（概念 10）】、専門性を認定する安定した基準が無いことによる【専門資格の問題（概念 11）】が抽出できた。介護の量と質を考慮しながら、【介護人材における政府の志向】から今後の方向性としては、まず量的な確保（介護職への就職促進）を優先し、就職後の専門性向上を求めていることが推察できる。

第3節 寧波市におけるインタビュー調査の結果と考察

寧波市の事例ではD～Hの5名を分析対象者とし、木下（2007）の分析方法に従い、17概念と7カテゴリーが得られた。図表7-4にカテゴリー・概念・定義を示した。以下、前半では、結果をカテゴリーごとに示し、後半では、関係図の生成プロセスについての結果を記述する。

なお、前回同様分析で得られた概念を【】、カテゴリーを<>で示し、具体例を斜体、具体例において当該概念と最も関連する部分に下線を引いた。（）内は筆者注である。

図表7-4 M-GTAにより生成されたカテゴリー・概念一覧（寧波市）

カテゴリーグループ	カテゴリー名	No	概念名	件数	定義
制度試行前の経緯	試行地域の決定原因	1	試行地域の決定原因	1	試行地域を海曙区・江北区・鄞州区に限定した原因についての考え
委託前の問題点	委託前の問題点	2	要介護認定基準の問題	2	当時の要介護認定基準である「Barthel Index表」の問題点
		3	指定介護施設の値上げ問題	1	介護保険試行後、指定介護施設利用費の値上げ問題
		4	給付遅れの問題	2	要介護認定の結果が出されたが、給付は遅れた問題
		5	運営側人手不足の問題	1	当時の運営者である医療保険局における人手不足の問題
委託後の変化	委託後の変化	6	要介護認定基準の修正	1	新しい認定基準として「寧波市長期護理保険失能評価表」が作成されたこと
		7	指定介護施設・病院に対する監督	1	指定介護施設・病院の費用徴収基準に対する監督
		8	給付に関する業務	3	取扱機関における給付に関する具体的な業務内容
		9	要介護認定に関する業務	4	取扱機関における要介護認定に関する具体的な業務内容
現制度の問題点	要介護認定の問題点	10	要介護認定の申請条件や基準の問題	2	要介護認定の申請条件や基準の問題
	介護の量と質の問題点	11	介護人材の不足	2	介護人材の不足
		12	専門性の問題	3	専門性の問題
	給付の問題点	13	制度間の繋がり と区別	1	「家庭病床」という制度の給付を同時に受給できるかどうかという問題

		14	受給者が限定されたこと	3	受給者が限定されたこと
今後の 発展方向	今後の 発展方向	15	要介護認定の合理化	3	要介護認定における申請条件や認定基準の合理化に対する意見
		16	量と質の選択	1	介護職員の量と質に関する政府の志向
		17	受給要件の改善	2	医療保険や要介護度の制限に関する給付改善に関する構想

出所:調査をもとに筆者作成

第1項 カテゴリーごとの分析結果

1 <試行地域の決定原因>カテゴリー

<試行地域の決定原因>には、【試行地域の決定原因】が含まれている。【試行地域の決定原因】とは、寧波市における試行地域を海曙区・江北区・鄞州区に限定した原因についての考えである。以下、具体例を示す。

F: 試行地域だから、きっと市の中心区から展開するの。進行状況を踏まえ、制度が成熟したら、もっと広い地域へ(普及する)。「農保(農村住民医療保険)(の人)とか、寧波市戸籍以外の人とか、比較的多いから、この面に関する考慮もあったかも。それでは、きっと……(中心区)を試行地域とする……「天の時地の利人の和(機会・周りの環境・人心の向背)」を揃えたから、各方面(の条件)が比較的良い。

この例では、寧波市における試行地域を海曙区・江北区・鄞州区に限定した原因について、①海曙区・江北区・鄞州区は中心区であり、各方面の条件が比較的よいこと、②他の地域には農村住民医療保険の加入者や外来人口が多いので、展開しにくいことが語られている。すなわち、中心区では各制度が比較的成熟し、介護資源も他の地域より豊富であることが考えられる。また、中心区では、寧波市戸籍の人や従業員医療保険の加入者も比較的多く、医療保険の財源も比較的余裕があると考えられる。それに対して、他の地域では従業員医療保険の加入者は比較的少なく、都市・農村住民医療保険の加入者や外来人口が多いので、もし拡大したら、このグループの人たちを介護保険制度に包摂するかどうか、どのような給付水準を設けるか、受給者数の急激な増加を招く恐れがないのかなどが懸念されている。

2 <委託前の問題点>カテゴリー

<委託前の問題点>の下位概念として、【要介護認定基準の問題】、【指定介護施設の値上げ問題】、【給付遅れの問題】、及び【運営側人手不足の問題】の4つが見出された。

(1) 【要介護認定基準の問題】

要介護認定基準の問題について、旧要介護認定基準には精神状態に関する認定項目が少なく、結果的には身体状態における失能高齢者が優先的に認定されていることが語られて

いる。以下、2つの具体例を示す。

・具体例 1

H: (当時は) 失能 (身体状態における能力喪失) の方を先にやっている。重度ね。今度は重度失智 (精神状態における能力喪失) のほう。歩けるが、なんでもできるが、頭 (認知能力など) だけだめ。この部分はまだ重視されていない。

この例では、初回の要介護認定では、精神状態の失能があまり重視されておらず、身体状態における失能高齢者が優先的に認定されていることが語られている。こうなると、要介護が必要な認知症高齢者の権利が損なわれるとともに、身体障害の高齢者と認知症高齢者の間には、介護保険受給の格差も生じてしまい、公平性が損なわれると考えられる。

・具体例 2

G: 認定は、主に一枚の *Barthel Index* 表に基づいて、失能 (身体状態における能力喪失) 認定を主としており、失智 (精神状態における能力喪失) はあまり触れていない。主にこの 10 項目。10 項目の総点数、もし 40 点以下なら……今回の介護保険の失能 (認定) は、基本的に日常生活等級を重度と判断したら、他の項目はもう見ないまま直接 (結果をつける) ……例えば、現在、精神状態については、あまり評価していない。評価しているけど、これは生活介護 (身体状態の判断項目) を主としており、これ (精神状態の判断項目) はおおそ目を通すだけで、例えば攻撃行為とか。

この例では、介護保険制度の開始段階では「日常生活活動能力評定量表 (Barthel Index)²⁹⁵」が使用されたので、認定項目の中には、主に身体状態における判断項目が規定されており、精神状態における判断項目はあまりなく、かつ重視されていないことが語られている。

(2) 【指定介護施設の値上げ問題】

介護施設の値上げ問題について、介護保険の試行に従い、介護費用も上昇したことが語られている。以下、具体例を示す。

H: 前の特別介護区において、私たちの介護費用は比較的安く、一番低いレベルの費用は (1 か月) 1000 元である。こうなると、計算したら、1200 元の給付だから、受給者に (200 元) おつりをあげなければならない。その後、私たちは徐々に (費用を) 上げた……だから、私たちは、これらの高齢者 (介護保険の受給者) の介護費用を 2500 元に上げた。もともとは 1800 元の人もあるし、2000 元の人もある……家族とは、既にコミュニケーションし、理解を得た。

この例では、H の施設では、介護保険受給者における 1 か月の介護費用は、1800～2000 元から 2500 元に値上げされたことが語られている。これは介護保険制度の未成熟さにも関連しており、1 か月の定額給付が 1,200 元なので、介護費用がそれより低い場合、余った給付額をどう取り扱うかについての規定が事前に予測されていないのである。また、もし 1 か月の介護費用が 1,800 元の場合、介護給付を受けてから自己負担は 600 元になるが、施設が介護費用を 2,500 元に値上げしたので、自己負担は 1,300 元になってしまう。本来なら、高齢者の介護費用が 1,200 元軽減されると考えられるが、介護費用の値上げ

後、実際的には、高齢者は500円しか軽減されていないのである。他の700円は、施設が介護費用を値上げする方法を通して、得ているものなので、介護保険の目的と効果が損なわれると考えられる。

(3) 【給付遅れの問題】

給付遅れの問題について、医療保険局の運営による開始段階では、介護給付の支給が遅れていることが語られている。以下、具体例を示す。

F: …… (2018年) 1月25日に、(初回の認定結果が) 最終的に公表されたが、(2018年) 3月までまだ決済されていない、(給付金が施設側に) 振り込まれていない。だから、(当時は) これからどうなるかがまだわからず、給付金が下されていない。この給付金がいづ、どのような方式で、どのようなプロセスを通じて、受給者に支給するのは本当にわからない……

この例では、医療保険局が自分で介護保険を運営する時には、Fがいる施設では1月に初回の認定結果が出たにも関わらず、給付は遅れており、当時はいつ、どのような方式で利用者に給付されるについてわからず困惑していることが語られている。このことから、介護保険の試行が開始されたばかりの時には、要介護認定の基準や方法は既に決定されたが、介護保険基金の支給方法に関しては、医療保険局内部でもまだ検討中で、最終的な方法がまだ決められていなかったことが推察される。

(4) 【運営側人手不足の問題】

運営側人手不足の問題について、医療保険局の運営による開始段階では、介護保険の具体的な業務を担当する人手が不足していることが語られている。以下、具体例を示す。

D: 当時はまだ市(政府)が自分でやっている。まだこれは医保(医療保険局)、彼らが自分でやっている。そして、私たちは、2018年7月から移管が行われ、8月に正式に引継がれた。多分人手不足かな、各方面における資源の統合かな。多分それほどの精力を持っていないかな。現在、たとえ1つの施設(或いは病院)がこの介護保険を申請しても、私たちは3人の専門家を組織し、1人の職員の同行で、この(要介護認定)プロセスを完成させなければならない。彼ら(医療保険局)の窓口では、せいぜい2、3人しかいないから、これをするための多くの精力はないでしょう。

開始段階では、介護保険は医療保険局によって運営されているが、1つの区における職員は2、3人しかいないため、介護保険の具体的な業務を担当する人手が不足していることが語られている。このことから、民間に介護保険事業を委託した原因が伺える。

3 <委託後の変化>カテゴリー

<介護保険制度の問題点>の下位概念として、【要介護認定基準の修正】、【指定介護施設・病院に対する監督】、【給付に関する業務】、及び【要介護認定に関する業務】の4つが見出された。

(1) 【要介護認定基準の修正】

【要介護認定基準の修正】について、旧認定基準の代わりに、新基準としての「寧波市長期護理保険失能評価表」が制定されていることが語られている。以下、具体例を示す。

D: 今の要介護認定では、「寧波市長期護理保険失能評価表」を使用している。日常生活活動、精神状態、感覚とコミュニケーション、社会参加という4つの部分から評価している。

この例では、開始段階で使用された旧認定基準である「日常生活活動能力評定量表 (Barthel Index)」の代わりに、新しい要介護認定の基準として、「寧波市長期護理保険失能評価表」が作成され、身体状態だけではなく、精神状態や感覚とコミュニケーション能力、社会参加などの方面における要素も評価されるようになってきていることが語られている。

(2) 【指定介護施設・病院に対する監督】

指定介護施設・病院に対する監督について、情報の公開や利用料金変更の報告を要求することが語られている。以下、具体例を示す。

D: 指定高齢者介護施設・病院を申請する時に、(費用の徴収) 基準、公開を要求している。ロビーや掲示板で。もし、価格を上げたい場合は、(私たちに報告して) 記録に載せる必要がある。一般的には許可しない。特に他の理由がある場合だけ。しかし、介護保険のために価格が上がると言われたら、それは不可能。公開については、利用費用の基準表をすべての被保険者に送るか、掲示板で公告を貼るか、いずれかをしなければならない。

この例では、指定高齢者介護施設・病院の費用徴収基準について、ロビー或いは掲示板で公開を要求しており、もし指定高齢者介護施設・病院が利用料金の値上げをしたい場合は、取扱機関に報告すること、取扱機関は記録することが語られている。

(3) 【給付に関する業務】

給付に関する業務について、取扱機関が請求書の確認業務を担当していることが語られている。以下、具体例を示す。

D: 決済日になると、(パソコンの) システムで、自動的に毎月の請求書が作成され、画面上にポップアップにて表示される。私たち (区レベルの取扱機関) は、内容を審査し、確認する。確認したら、市 (の医療保険局) のほうが、指定高齢者介護施設・病院と決済するの。(受給) 高齢者が1日いたら、(パソコンのシステムに) 1日を書き込む。月末になると、彼ら (指定高齢者介護施設・病院の担当者) が全部書き込んだため、翌月4日か5日に請求書が自動的に作成される。私たちのほうは、(画面における請求書の) 費用審査ボタンをクリックし、あっちの先生 (市レベルの取扱機関) が再審査をクリックした後、全部承認されたら、データは市に送信され、市が統一で……

この例では、給付に関する取扱機関の業務について、パソコンのシステムで自動的に作成された毎月の請求書の確認を担当していることが語られている。

(4) 【要介護認定に関する業務】

要介護認定に関する業務について、取扱機関は、①要介護認定専門家の選出と連絡、②要介護認定専門家の送迎と同行、必需品の用意、要介護認定のプロセスの記録、③再認定がうまく行われるための努力が語られている。以下に3つの具体例を示す。

・具体例1（要介護認定前の準備）

D: 専門家データベースがある。専門家データベースとは、あれ（要介護認定委員会²⁹⁶）が各病院や高齢者介護機関から専門家たちを選出し、（要介護認定に関する）統一した訓練を実施した後に作成した専門家データベースである。そして、私たちが要介護認定へ行く場合には、この専門家に連絡する。このデータベースから3人の専門家を選ぶ。すべての専門家が都合がいいとは限らないから、何回か選ぶ必要があるかもしれない。彼（彼女）と時間を約束しなければならない。A型とB型の専門家がいる。一般的にはB型、もし彼（認定申請者）が認定結果について異議があり、再認定を申請した場合、再認定の時にはA型の専門家を派遣する。

この例では、要介護認定に関する取扱機関の業務について、専門家データベースから専門家の選出と連絡を担当していることが語られている。

・具体例2（要介護認定における業務）

D: 専門家のアレンジメント（選出と連絡）ができれば、私たち（取扱機関）の人から、もう1人をアレンジし、同行させなければならない。だって、私たちが撮影しなければならない。すべてのプロセスをビデオ撮影で記録しなければならない。もの（申請者の資料、要介護認定の評価表、筆記用具、白衣など）もセットで用意しなければならない。これ（要介護認定のプロセス）の公平、公正を保障しなければならない。市が、私たちの資料を確認する必要があるためである。私たちが効率的にやっているかどうか、確認している。

この例では、要介護認定に関する取扱機関の業務について、同行する職員の選出と派遣（送迎車の用意）、要介護認定のプロセスにおけるビデオ撮影の記録、必要なもの（申請者の資料・要介護認定の評価表・筆記用具・白衣など）の用意などを担当していることが語られている。

・具体例3（再認定における業務）

D: そして、再認定の場合には、この施設（病院）のある上司にお願いして、出席してもらおう場合がある。目撃者として証人になってもらう。だって、再認定の場合、（専門家に）出した資金も多い。A型の専門家には1,000元、B型には500元、しかも3人。再認定の費用は、申請者数には関係なく、半日で、（A型）専門家1人は1,000元、（申請者）1人でも1,000元。

この例では、要介護認定に関する取扱機関の業務について、再認定の時に、高齢者介護施設（病院）の上司に出席してもらい、目撃者として証人になってもらう場合があるということが語られている。

4 <要介護認定の問題点>カテゴリー

<要介護認定の問題点>には、【要介護認定の申請条件や基準の問題】が含まれている。

①180日の治療を受けたという前提条件の不合理性、②要介護認定基準の不適切さと曖昧さが語られている。以下に2つの具体例を示す。

・具体例1（前提条件の不合理性）

G: (介護保険の給付を申請できるのは) 病院で180日の治療を受けてからまだ重度の状態になっている場合、或いは、病院にいないけど、高齢者介護施設で、最高レベルの生活介護を180日受けた場合、これも重度の状態と見なす。ただし、例えば、180日のリハビリテーション治療期間について、(一部の高齢者は) もう8、90歳だから、180日があるわけがない。180日経ったら一部の人は既になくなってしまった。

この例では、要介護認定の申請条件の問題点について、介護保険給付を申請する前に、180日の治療（或いは180日の最高レベルの生活介護）がなければならないという前提条件の不合理性が語られている。

・具体例2（要介護認定基準の不適切さと曖昧さ）

G: この表 (失能評価表) は、あまり標準的ではない。要介護認定を行う時にも、あまり役に立っていない。前回も意見を提出した。感知の部分とか、時間空間の部分とか。そして、曖昧なところが多い。また、例えば、高齢者施設に住んでいる高齢者は、出勤しないから、今日は何曜日、何月何日を聞いても (わからないでしょう)。朝が来たら朝食、夜が来たら寝るということは知っているけど。多くの項目は、実際には現実的ではない。多分これ (失能評価表) は、労働災害保険 (の認定基準) に関係しているかもしれない。障害者の認定にも、関連している可能性がある。しかし、私たちは、実際には、適切ではないと思っている。

この例では、要介護認定基準の問題点について、認定基準は労働災害保険や障害者の認定基準を参考にしている可能性が高く、失能高齢者を判断する基準としては、あまり相応しくないことが語られている。特に、多くの質問項目が曖昧で、非現実的で、慎重に細かく設定されていないことが述べられている。

5 <介護の量と質の問題点>カテゴリー

<介護の量と質の問題点>の下位概念として、【介護人材の不足】と【専門性の問題】の2つが見出された。

(1) 【介護人材の不足】

介護人材の不足について、看護師の不足が語られている。以下、具体例を示す。

E: 職員総数は108人、医師5人、看護師4人、まだ求人している。足りない……職員の増減はあまり安定していない。元々 (看護師は) 6人いる。旧正月の時に、2人が離職した。今は増加させなければならない。

この例では、介護人材の不足について、看護師が不足していること、全体としては職員の数はいくらも安定していないことが語られている。

(2) 【専門性の問題】

専門性の問題について、①「養老護理員」資格の問題、②「養老護理員」資格が廃止された後の専門性の問題、③介護職員の質の問題が語られている。以下、3つの具体例を示す。

・具体例1（「養老護理員」資格の問題）

H: これは、昔の中国の科挙制度みたいに、初級の方は中級を目指して、中級の方がもっと（技能を）向上したいなら、また（高級の試験を）受験しに行った。現在は結局、初級（だけ）の方がますます減っている。初級の方が中級、中級の方が高級の資格を獲得した。現在、（私たちの施設では）初級だけの人は10何人しかいない。高級は50人以上、中級はおおよそ90人以上。

この例では、「養老護理員」資格は、当時「初級」・「中級」・「高級」という職業のレベルアップが設計されたが、現実的には「初級」より、多くの職員が既に「中級」、或いは「高級」の資格を獲得したことが語られている。すなわち、全体的に資格は比較的取りやすいこと、「高級」有資格者にとっては上昇の道が開ざされたことが述べられている。

・具体例2（「養老護理員」資格が廃止された後の専門性の問題）

G: この資格（「養老護理員」）は就労年齢段階にいる人しか受験できないし、2017年末からは、この資格に関する試験は既に無くなっている……客観的な条件（定年年齢を超えた）や、政策的な要素（資格が政治的に廃止された）によって受験できない人に対しては、全部専門的な職業訓練を行った。

この例では、専門性の問題について、本来専門性を判断する「養老護理員」資格が廃止されたことで、今後専門性を向上させる方法は職業訓練を通じて実現するしかないことが語られている。

・具体例3（介護職員の質の問題）

H: 今、高齢者が増えたから、何人かを募集した。彼らはまだ職業訓練を受けておらず……一部の人は、上司によって紹介された。一部の人は、おそらく十数人かな。

この例では、入所の高齢者が増加しているため、人手不足で介護職の求人をしたが、募集した人は無資格・未経験の人、コネ入社（中国では批判的な意味）の人であることが語られている。

6 <給付の問題点>カテゴリー

<給付の問題>の下位概念として、【制度間の繋がりとの区別】と【在宅型給付の欠如】の2つが見出された。

(1) 【制度間の繋がりとの区別】

第1に、制度間の繋がりとの区別について、介護保険制度と「家庭病床」制度の二重給付ができるかどうかという問題が語られている。以下、具体例を示す。

H: 試案には実際には明確に書かれていないところが多く、多くのことは市(政府)の幹部に、これはどうすればいいか、と聞かなければならない。例えば、「家庭病床²⁹⁷」も入院と算定されたが、もし被保険者が「家庭病床」を申請するとともに、介護保険も申請すると、(同時に受給できるかどうか)、この中には具体的に書かれていない。市の方にも聞いたが、特に明確な答えは出てこなかった。ただ、申請者が入所している指定施設が病院の場合、家庭病床との二重受給はできない。しかし、もし申請者の入所している指定施設が高齢者介護施設の場合、家庭病床を同時に申請しても、この場合にはたぶん(申請者が)重い病気がないから、条件に合っている……

この例では、制度間の繋がりや区別について、試案には明確に規定されていないところが多く、例えば、「家庭病床」制度と介護保険制度の二重受給ができるかどうか、こういう不明確なことは市政府の幹部に確認する必要がある、ただし確認しても明確な返事はもらえないことが語られている。

(2) 【受給者が限定されたこと】

受給者が限定されたことについて、①住民医療保険の加入者、②特に、より支援が必要な農村地域の高齢者が排除されていることが語られている。以下、2つの具体例を示す。

・具体例1 (住民医療保険の加入者の排除)

D: ……こういう高齢者もいる。なぜ自分は加入できないか、受給できないかと聞く。一部の高齢者は住民医療保険の保険者だから、従業員医療保険と違う。今は加入できない。

この例では、介護保険に加入できないこと、受給できないことに対する住民医療保険の加入者である高齢者の疑問が語られている。

・具体例2 (農村地域の高齢者の排除)

E: 疑問を持っている高齢者もいるよ。彼らは「私たち、農村の人、こんなに不利にされた。同じ重度失能なのに、年金もないし、これ(介護保険)も受給できない」と制度に対する疑問を持っている。

この例では、都市部の高齢者と比べ、農村部の高齢者がより給付が必要なのに除外されたことに対する高齢者の疑問が語られている。

7 <今後の発展方向>カテゴリー

<今後の発展方向>の下位概念として、【要介護認定の合理化】、【量と質の選択】、及び【受給要件の改善】の3つが見出された。

(1) 【要介護認定の合理化】

要介護認定の合理化について、①180日の治療時間の短縮、②認定項目を高年齢者向きに修正すること、③精神状態に関する判断項目も重視すべきことが語られている。以下に3つの具体例を示す。

・具体例1（180日の治療時間の短縮）

G: だから年齢と病気に応じて分類するのが最善だと思う。例えば、ある年齢段階における病気の深刻さ、例えば、脳卒中とか、脳出血とか、180日以降にしか介護保険の申請ができないと言うと、実を言うと、認定結果が出たときにとっくに（亡くなった）。多く（申請者）は、申請・認定の途中で、亡くなった。だから、これ（180日の申請条件）は、もっと合理的になったほうがいい。3か月くらいが、まあまあいい。3か月が経っても治らない場合は、基本的にはよくなるまいでしょう。

この例では、申請条件の合理化について、待機期間として、必要な治療時間（施設入所時間）を180日に制定するのは不合理で、3か月（90日）に変更するほうが比較的適切であることが語られている。

・具体例2（認定項目を高年齢者向きに修正すること）

G: これ（失能評価表）は、もともとは、労働災害保険（の認定基準）なので、車の事故とか、今は細分化する必要がある……だから、基本的な項目は直さなければならない……

この例では、失能評価表の合理化について、認定項目を高年齢者向きに修正すること、曖昧なところを細かく説明することの必要性が語られている。

・具体例3（精神状態に関する判断項目も重視すべきこと）

G: もし、（日常生活等級が）重度と判断したら、他の項目はもう見ないまま直接（結果をつける）……最後には、結局、軽度・中度・重度は、日常生活等級（身体状態の判断項目）を主として判断している。今後は、認知症という部分も合わせて判断するかもしれないが。

この例では、要介護認定のプロセスについて、現場の認定専門家は、現在、主に身体状態に関する判断項目を重視し評価しているが、今後は精神状態に関する判断項目を合わせて判断したほうがいいということが語られている。

(2) 【量と質の選択】

量と質の選択について、現在は専門性より量的な確保が重視されていることが語られている。以下、具体例を示す。

G: これは、行政改革というものは、何を言ったらいいかな、とにかく（介護職における行政の）規制を緩和した。初段階の志向は規制緩和、高齢者介護業界のサービス質を向上させたいなら、業界基準を通じて向上させる。そうしないと、より多くの介護職員が必要なのに、これ（「養老護理員」資格）に基づいて評価するなら、この資格は就労年齢段階にいる人しか受験できないから、たかさんの50（歳）を超えた人はこの資格を取ることができなくなっている……

この例では、「養老護理員」資格を廃止し、行政上の規制を緩和することで、介護職員の不足問題を解決しようとしていることが語られている。原因としては、まず、「養老護理員」資格の受験条件には年齢上の制限があって、定年年齢（中国では普通女性は50歳、男性は60歳）を超えた人は受験できないから、資格の取得も無理であることが説明され

ている。また、行政部門が創設した「養老護理員」という国家資格より、今後は、行政の代わりに、介護業界が業界基準を創設し、介護職員の専門性を評価するのが進められていることも語られている。

(3) 【受給要件の改善】

受給要件の改善について、今後は、①都市・農村住民医療保険の加入者をカバーする可能性、②受給の最低ラインを中度失能に下げること、或いは給付額を増加する可能性が語られている。以下に2つの具体例を示す。

・具体例1（都市・農村住民医療保険の加入者をカバーする可能性）

D: もし政策が将来緩和された場合、彼ら（都市・農村住民医療保険の加入者）もそれを受給することができる。ただし、現在は、長期介護基金が年間1200万円しないから、お金はそれほど多くない。人数も基本的に合うようにコントロールしている。現在は、まだこの面を拡大していない。

この例では、受給要件の改善について、もし今後、政府が受給要件の規制を緩和したら、都市・農村住民医療保険の加入者も受給できるようになる可能性が語られている。ただし、それとは反対に、現在では、介護保険基金の金額は限られており、給付はそれに従って制限されていること、政府はまだ拡大する意図はないことも語られている。

・具体例2（受給の最低ラインを中度失能に下げること・給付額を増加する可能性）

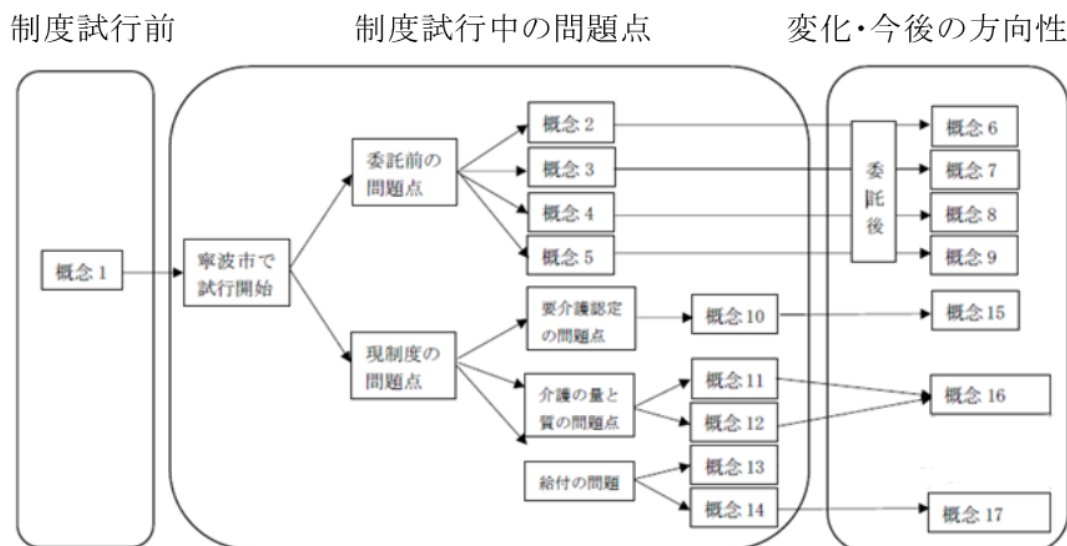
E: 例えば、今は重度失能（の給付金）が40元、今後は中度が、例えば20元、きつとこういう傾向になる。たぶん、もし今後中度（と認定された人）も受給できるようになったら、重度（の給付金）がもう少し多くなるかも。今後はきつと拡大するだろう。今は試行段階だから、政府もまだ心細く、試行錯誤している。

この例では、受給要件の改善について、今後、中度失能と認定された人に対する給付（例えば1日20元）が創設される可能性、または重度失能と認定された人に対する給付額の増加（1日40元以上）の可能性が語られている。

第2項 関係図に基づくプロセスの説明

以上を踏まえ、下記のような関係図を作成した（図表7-5）。次は関係図について説明する。

図表7-5 寧波市における介護保険制度試行のプロセス



概念1: 試行地域の決定原因
 概念2: 要介護認定基準の問題
 概念3: 指定介護施設の値上げ問題
 概念4: 給付遅れの問題
 概念5: 運営側人手不足の問題
 概念6: 要介護認定基準の修正
 概念7: 指定介護施設・病院に対する監督
 概念8: 給付に関する業務

概念9: 要介護認定に関する業務
 概念10: 要介護認定の申請条件や基準の問題
 概念11: 介護人材の不足
 概念12: 専門性の問題
 概念13: 制度間の繋がりや区別
 概念14: 受給者が限定されたこと
 概念15: 要介護認定の合理化
 概念16: 量と質の選択
 概念17: 受給要件の改善

出所: 調査をもとに筆者作成

まず、【試行地域の決定原因（概念1）】から、寧波市では、海曙区・江北区・鄞州区が試行地域として選出された理由が推察された。具体的には、①この3つの区は中心区なので、各方面の条件が比較的良いこと、②他の地域には農村住民医療保険の加入者や外来人口が多いので、展開しにくいことが語られている。

そして、介護保険制度の試行が開始され、最初は医療保険局によって直接運営されたため、①精神状態に関する認定項目が少ないという【要介護認定基準の問題（概念2）】、②【指定介護施設の値上げ問題（概念3）】、③【給付遅れの問題（概念4）】、④【運営側人手不足の問題（概念5）】のような問題点が抽出された。それらの問題への対応策として、具体的な事業運営は民間の保険会社（取扱機関）に委託された。委託後の変化として、①【要介護認定基準の修正（概念6）】を行い、旧認定基準である「日常生活活動能力評定量表（Barthel Index）」の代わりに、新しい要介護認定の基準として、「寧波市長期護理保険失能評価表」を作成した。②【指定介護施設・病院に対する監督（概念7）】を設け、情報の公開や利用料金変更の報告を要求している。③【給付に関する業務（概念8）】が明確になり、取扱機関は毎月の請求書を確認し、給付は期日通りに支給されるようになった。④【要介護認定に関する業務（概念9）】も明らかになり、取扱機関は①要介護認定専門家

の選出と連絡、②要介護認定専門家の送迎と同行、必需品の用意、要介護認定のプロセスの記録を担当しており、③再認定がうまく行われるための努力を行っている。

また、現制度の問題点について、以下のような課題が指摘された。

まず、【要介護認定の申請条件や基準の問題（概念 10）】として、①180 日の治療を受けたという前提条件の不合理性、②要介護認定基準の不適切さ（労働災害保険の認定基準に近い）と曖昧さが語られている。改善策としては【要介護認定の合理化（概念 15）】について、①180 日の治療時間を 90 日に短縮、②認定項目を高年齢者に修正、③精神状態に関する判断項目も重視すべきことが語られている。

次に、介護の量と質の問題点として、【介護人材の不足（概念 11）】と【専門性の問題（概念 12）】が存在し、政府は【量と質の選択（概念 16）】の中で、先に量の拡大、次は質の向上を求めている。

最後に、給付の問題点として、【制度間の繋がりや区別（概念 13）】と【受給者が限定されたこと（概念 14）】が語られている。すなわち、①介護保険制度と「家庭病床」制度の二重給付ができるかどうかという問題、②住民医療保険の加入者、特に、より支援が必要な農村地域の高齢者が排除されていることが語られている。【制度間の繋がりや区別（概念 13）】の改善策は語られていないが、現在寧波市では介護保険と障害者補助の二重給付は明確に禁止されているため、これからは他の制度との整合性を図る可能性もあると考えられる。また、【受給者が限定されたこと（概念 14）】については、今後は【受給要件の改善（概念 17）】として、①都市・農村住民医療保険の加入者をカバーする可能性、②受給の最低ラインを中度失能に下げること、或いは給付額を増加する可能性が語られている。

第4節 上海市と寧波市の介護保険制度実態の課題比較

本節では、介護保険制度が施行される過程の中で、実際にどのような課題が生じたのか、前述したインタビュー調査の結果に基づいて、上海市と寧波市の事例を比較しながら考察する。

第1項 医療保険基金に依存している介護保険財源の課題

現在、中国では、個人に対する保険料の徴収はまだ開始しておらず、介護保険基金は、医療保険基金と区別して創設されたが、その財源は、医療保険の財源に依頼している。15か所の試行地域は、調達方法が異なるが、どれも医療保険基金に必要な資金を調達している。例えば、上海市の場合は、雇用機関が納付する労働者医療保険料総額の1%を毎年4半期ごとに、従業員医療保険の社会プール基金から調達している。寧波市の場合はとりあえず2,000万元を一括で、従業員医療保険の社会プール基金の剰余金から調達している。

しかし、医療保険基金の収支のバランスは崩れる恐れがある。理由は第4章第5節で検討したので、ここではごく簡単に説明する。まず、高齢化の深化や介護の長期化によって、医療や介護にかかる費用の増加は避けられない。一方、医療保険の収入は減少すると予測できる。なぜなら、前述した通り、従業員医療保険の場合、退職した高齢者は、被保険者でありながら保険料を納付する義務がないので、高齢化の進展によってその部分の保険料収入は減少すると見込まれる。また、少子化によって保険料を負担する労働者人口の減少も見込まれる。特に、2017年に国務院が「公的医療保険支給方式の改革をさらに深化する指導意見」を公表し、医療保険基金の調達において、「収入によって支出を決定し、収支のバランスを図り、やや余剰がある状態にするという基本原則」を明確に規定したので、医療保険の剰余金もこれからはそれほど多く増やせないと考えられる。つまり、医療保険の収入或は累積してきた剰余金の一部を介護保険財源にする調達方法に頼り続けることには限界がある。

インタビュー調査で得られた介護保険基金の支出状況や調査対象者の話から見ても、その限界が伺える。第7章第2節でBが述べた通り、上海市では、申請者数の増加と長寿化によって、介護保険基金の支出が拡大し、足りなくなっていることが懸念されている。同時に、寧波市でも、同じ問題に直面している。第6章第3節第2項で推算されたように、1年間の介護給付費は1,216万元を超えており、2,000万元の開始基金はわずか2年間で足りなく恐れがあると考えられる。それゆえ、今後、介護保険制度財源の確保が大きな課題になる。

以上のように、これから高齢化の進展、特に要介護高齢者の増加に伴い、医療保険や介護保険支出の増大が見込まれるが、医療保険の収入は限られているので、医療保険の財政が持たなくなる恐れがある。将来にわたって持続可能な制度とするためには、独立した介護保険料の徴収と中央・地方政府による財政支援が必要と考えられる。例えば、利用者の自己負担以外に介護保険の財源構成を、「保険料+公費」という方式を創設する考え方である。ただし、保険料と公費の割合をどのように設定するかが課題である。日本では、介護保険にかかる費用のうち、利用者が負担する1割を除いた残りが公費50%、介護保険料50%で構成されている。そして、公費の内訳は、国が25%、都道府県12.5%、市町村12.5%の負担となっている。日本の経験を参考にしながら、中国の実情に応じて財源分担の割合

を設定する必要がある。

第2項 介護保険の加入者・受給者の範囲を如何に定めるかという課題

上海市は、介護保険基金支出の急増を懸念しており、今後は受給者範囲を縮小することを検討している。それに対して、寧波市は最初から受給者を厳しく制限したので、これからは適度に受給者範囲を拡大することが課題である。

上海市は、普遍性のある介護保険制度の創設を目指して、①従業員医療保険の加入者だけではなく、住民医療保険の加入者を介護保険の加入者とし、②重度（要介護度5～6級）だけではなく、中度（要介護4級）と軽度（要介護2～3級）と認定された人も受給者としている。ただし、介護保険基金の支出の急速な増大が懸念され、今後は受給者範囲を縮小する可能性がある。例えば、第7章第2節でAが述べた通り、軽度と中度の人を引き続きカバーするのなら、介護保険基金は負担できない恐れがあるので、今後は受給の最低ラインを2級から4級に上げることが考えられている。ただし、軽度の高齢者は既に給付を受けているので、いきなり給付を中止すると言われても、納得できない可能性が高いと考えられる。

それに対して、寧波市は、介護保険基金の財源が限られているので、①3つの中心区における従業員医療保険の加入者だけを被保険者とし、②重度失能と認定された指定施設の入所者を受給者としている。言い換えると、①3つの中心区以外に住んでいる従業員医療保険の加入者、②住民医療保険の加入者、③在宅の要介護者、④軽度・中度失能と認定された要介護者などは、現在介護保険制度を利用できないのである。受給者を多様な条件で制限したことで、介護保険基金の支出は上海市ほど急増していないが、給付を受けられる対象の範囲が極めて狭く、サービスが最も必要な人の手に届いていない恐れがある。今後の課題は、上海市と逆に、受給者範囲を如何に拡大するかにある。例えば、第5章第3節でDが述べた通り、経済的に弱い立場にいる人、住民医療保険の加入者、特に農村部の高齢者が除外されているので、不公平感が拡大する恐れがある。これからは、住民医療保険の加入者を包摂し、中度失能の人に対する給付を創設する可能性が考えられている。

第3項 在宅型給付を如何に創設・展開するかという課題

上海市は、在宅型給付を創設したが、①在宅高齢者のニードと介護保険サービスの間にズレが生じていること、②在宅事業所に対する監督が難しいこと、という2つの課題に直面している。寧波市は、現在施設型給付しかないので、これから在宅型給付を如何に創設するかが課題である。

1 上海市における在宅型給付の展開に関する課題

(1)在宅高齢者のニードとサービスの間に生じたズレ

現在、上海市では、在宅型給付を展開する際に、在宅高齢者のニードと介護保険サービスの間にはズレが生じている。具体的には、軽度（要介護度2～3）の要介護者に対応する適切なサービスが提供されていないのである。

第7章第2節でBが述べた通り、軽度（要介護度2～3）の高齢者にとって、身体介護

サービスより家事援助サービスがより必要であるが、家事援助サービスは現段階において、介護保険サービスに含まれていないのである。現在の介護保険サービス項目を見てわかるように、42項目の中で、生活環境に関連する項目は「ベッド環境整理」の1項目しかなく、その他の家事援助に関連する項目はない。

以上のことを考慮して、身体介護サービス以外に、家事支援を含む生活支援サービスを介護保険サービスとして認めるかどうか、再検討する必要がある。日本では、在宅サービスの中にも、「訪問介護」という給付があり、入浴・排せつ・食事などの介護以外に、洗濯や掃除などの家事を行うサービスも含まれている。中国の場合、もし、生活支援サービスの必要性を認めるのなら、介護保険サービスの項目を再検討し、家事サービスを給付に入れる必要がある。

(2)在宅事業所に対する監督の問題

在宅事業所に対する監督の問題について、在宅介護サービスが計画通りに提供されているかどうかをチェックする仕組みが弱いと指摘されている。例えば、第5章第2節でAが述べた通り、実際の労働時間が足りていないことや、計画で定められた介護保険サービスを別のサービスとすり替えること、二重に給料を得ていること²⁹⁸などの問題がある。

現在の監督方法として、「長期介護保険サービス確認書²⁹⁹」がある。具体的には、サービスを提供した後に、①「サービス時間は計画通りに提供されている／時間が足りない」、②「態度が非常に良い／良い／どちらでもない／普通／悪い」、③「質が非常に良い／良い／どちらでもない／普通／悪い」という3つの項目を高齢者に確認・サインしてもらう方法が設けられている。ただし、確認書の中には48か所のサービス項目があり、字が非常に小さく、しかもいちいち確認してサインする必要があるから、高齢者にとっては見にくくて嫌気が差すのではないかと考えられる。特に教育水準の低い農村部の高齢者にとっては、さらに複雑でわかりにくいものになる可能性があり、効率性と効果が弱いと考えられる。

以上のことを考慮して、介護職員の専門性以外に、道徳性の問題も重視しなければならないので、職業訓練の中には道徳教育を入れた方がよいと考える。また、現在の確認書を、高齢者がわかりやすく、見やすくように修正する必要がある。さらに、マニュアルを作り、不正行為が判明した場合には、通報や罰金を課するように、法律の整備が必要になると考えられる。

2 寧波市における在宅型給付の創設に関する課題

(1)現物給付を創設する場合

もし、上海市のように、現物給付を行うのなら、在宅サービスの基盤整備が必要となる。

現在、在宅型給付が創設されていないことは、介護保険の財源が限られている理由以外に、そのサービス基盤がまだ整備されていない可能性が高い。第1章第3節で検討した通り、現在、在宅サービスを中心的に提供しているのは、政府がコミュニティごとに設立したセンターである。しかし、多くの公営センターは、食事と活動場所を提供するだけで、デイサービスと訪問介護サービスを提供していない（梁 2018:80）。

寧波市もそれに近い状況にあるのなら、公営センターにおけるサービスの項目を改善

し、その専門性を向上させるべきである。また、税制の優遇措置や補助制度などを設けることで、民間の在宅介護事業所の積極的な参入を促進する必要もある。このように、在宅サービスの基盤を整備した上で、介護保険の在宅型給付を展開することが可能になる。

(2)現金給付を創設する場合

また、現物給付以外に、現金給付を創設する選択肢もある。

在宅サービスの基盤がまだ整備されていなくても、在宅の要介護者は実際に存在しており、その介護の担い手の多くは家族である。その介護負担を軽減するために、今の段階では、現金給付を創設しても良いのではないかと考えられる。特に、現在の受給者は重度失能者に限定しているため、その給付金が別の用途に使用される可能性は低い。

第4項 要介護認定の問題

要介護認定は、介護サービスが受けられるのか受けられないのか、そして受けられるならどの段階の介護給付が受けられるのかを判定する仕組みであり、この要介護認定次第で、介護給付額も大きく違ってくる。また、要介護認定は、全体の介護保険財政支出も左右するため、まさに介護保険の根幹をなすプロセスといってよい。

上海市の場合では、要介護認定の緩やかさが介護財政の支出拡大を招いたことが懸念されている。それに対して、寧波市の場合では、要介護認定の条件が比較的厳しく、要介護者が適切な給付を受けられない恐れがある。

また、現在、上海市と寧波市における要介護認定の共通問題として、①要介護認定基準には主観的指標、曖昧な指標が多いこと、②要介護認定員の素質のバラツキ、③高齢者の偽りや不正行為の問題が指摘されている。さらに、要介護認定は、受給資格を決定することに限定しており、ケアプランの作成に関連していない。言い換えると、要介護認定は、要介護者の身体・精神状況を具体的に調査したので、その結果を本人・利用施設に報告し、それに基づいて利用すべきサービスを決めるべきであるが、実際には、今の段階における要介護認定は受給資格の可否を決定することだけの機能となっている。

要介護認定基準について、日本では、①市町村の認定調査員による心身の状況調査（74項目の基本調査）及び主治医意見書に基づくコンピュータによる一次判定、②一次判定結果や主治医意見書などに基づく介護認定審査会による二次判定を設けており、比較的客観的な判定の仕組みを創設している。中国でも、要介護認定基準の改善にあたって、項目の細分化と曖昧な指標の修正を求める必要がある。そして、認定結果は要介護認定員の判断だけに頼るのではなく、日本のようにコンピュータによる一次判定や主治医意見書などを導入することで、認定結果の客観性を増やすことができると考えられる。

そして、日本では、ケアプランを作成するために、「介護支援専門員（ケアマネジャー）」という専門資格を創設しており、中国でもこのような専門資格を創設することで、介護サービス計画作成の義務化と専門化を求める方が望ましい。特に、要介護認定の結果を活用することで、高齢者が必要とするサービスを適正に利用することができるように、支援しなければならない。

このように、介護保険制度の現状と課題を確実に把握することができた。次章はこれに基づいて介護保険制度の今後のあり方について検討する。

第8章 「普遍主義」から見た介護保険制度の再構築

本章は、普遍主義的な介護保険制度を構築するために、普遍主義という分析視点を再確認し、①被保険者・受給者の範囲、②保険料の徴収方法、③要介護認定の申請要件と認定方法、④給付方式と給付水準、⑤利用者負担のあり方から、インタビュー調査の結果に基づいて現制度の問題点を指摘し、ドイツ・日本・韓国の経験を参照しながら考察する。

第1節 普遍主義という分析視点の概念確認

第1章第3節で検討した通り、本論文は、普遍主義の概念を「ニードのある者は誰でも、必要な社会福祉施設・サービスを利用できる」と定義する。すなわち、①サービスの受給資格はニード・テストだけによって決定される、②しかも、サービスの利用は、①資力調査という経済的要件、②「年齢」や「程度」などという一般的な要件によって阻害されないと定義する。

このような普遍主義という視点から介護保険制度を検討すると、介護を必要とする人であれば、年齢や要介護状態となった原因によって給付の有無や内容に差異が生じないように、「全国民の介護を全国民で支える普遍的な仕組み」を構築する必要があると考える。

現在、中国で試行された介護保険制度は、適用範囲や受給要件などの面から見て完全に普遍主義的な制度であるとは言えないものの、「貧困者に対する施策」から「貧困者のためだけでない施策」へと変化してきたことで、「普遍化」を求めているとは言えよう。ただし、厳密な普遍主義の角度から検討すれば、まだ様々な課題を抱えており、次節では現地調査の結果に基づいて、それを①被保険者と受給者の範囲、②保険料の徴収方法、③要介護認定の申請要件と申請方法、④給付方式と給付水準、⑤利用者負担から検討する。

第2節 被保険者・受給者の範囲

第1項 年齢に関する被保険者と受給者の範囲

最初に、年齢に対する制限の有無から検討してみよう。

図表8-1で示されたとおり、介護保険の被保険者について、上海市の場合では、①従業員医療保険（第1号被保険者）は年齢制限無し、②住民医療保険（第2号被保険者）は60歳以上と規定している。寧波市では明確的に年齢に関する条件は規定していない。

また、介護保険の受給要件については、上海市の場合では、従業員医療保険であれ住民医療保険であれ、両方とも明確に「60歳以上」と規定している。それに対して、寧波市では明確的に年齢に関する条件を規定していないが、「指定高齢者介護施設・病院に入所している」という要件があり、①病院はともかく、高齢者介護施設に入所できるのは高齢者だけ、②しかも23か所の指定施設の中に高齢者介護施設は17か所を占めているので、実質的には「高齢者中心の介護保険」であると言えよう。

図表 8-1 上海市と寧波市における介護保険の被保険者範囲

項目	上海市		寧波市
	第 1 号被保険者	第 2 号被保険者	被保険者
保険種類	「従業員医療保険」	「住民医療保険」	「従業員医療保険」
被保険者 年齢要件	無し	60 歳以上	無し
受給者 年齢要件	60 歳以上	60 歳以上	無し

出所：「上海市長期護理保険試案（2016 年廃止版）」、「上海市長期護理保険試案（2017 年修正版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」の資料³⁰⁰をもとに筆者作成

年齢集団を高齢者に限定して介護保険を給付する場合、それは明らかに選別主義的である。理由としては、介護ニーズは高齢者に限られないため、給付を高齢者に限定することによって、すべての介護ニーズに応えることにはなっていないからである。第 4 章第 1 節で述べた通り、中国中央政府の「指導意見」でも、「長期的に失能状態（要介護状態）にいる被保険者」を対象にしており、年齢に関する制限には言及していない。

それに対して、ドイツでは、年齢に関係なく加入が義務化され、要介護状態と認定されれば、介護保険の給付を受けられる。年齢による区分がなく、子どもでも対象になる点から、最も普遍主義的である。また、日本では被保険者を 40 歳以上、韓国では 20 歳以上を設定しているが、65 歳未満の者は老人性疾患以外での要介護状態では介護保険の給付を受けることができないため、選別主義的である。特に、日本では、第 1 号被保険者と第 2 号被保険者における費用負担の公平性の問題が懸念されている。2018 年、第 1 号被保険者 3,440 万人が介護保険料の 23%を負担しているのに対して、第 2 号被保険者 4,200 万人が介護保険料の 27%を負担している³⁰¹。しかも、2019 年 1 月末、要介護（要支援）と認定された第 2 号被保険者数は、130,401 人であり、認定者総数 6,559,823 人の 1.99%しか占めていない³⁰²。

以上を踏まえて、筆者は、ドイツのように、①被保険者と受給者の年齢に関する規定を無くし、②受給の際には、要介護状態になった原因を問わない方式が、最も普遍主義的な制度であると考えられる。子どもや障害者を包摂することで、被保険者数をできる限り増やし、世代間連帯や財政安定化の視点から見ても、この方式が望ましいと考えられる。ただし、この場合には、既存の福祉制度、例えば障害者福祉制度や児童福祉制度などの関連制度との整合性も求めなければならない。そして、若年層や障害者に対する介護保険料の徴収方法も考えなければならないが、これについては第 2 項で後述する。

第 2 項 加入した保険の地域・種類に関する被保険者の範囲

さらに、加入した保険の地域や種類によっても、被保険者の範囲が制限されている。

まず、加入地域に対する制限を見てみよう。現在、上海市でも寧波市でも、介護保険の被保険者・受給者を当該都市部の医療保険加入者に限定している。すなわち、加入した医療保険の地域に制限が設けられており、上海市の医療保険に加入していない人は上海市の

介護保険に加入できず、寧波市の医療保険に加入していない人は寧波市の介護保険に加入できないのである。ただし、今、介護保険制度は試行段階にあり、パイロット地域がそれぞれ独自の財政で制度を運営しているということから考えれば、他の地域の医療保険加入者は当該試行地域の医療保険基金に貢献していないため、介護保険制度ではカバーできないことは理解できなくもない。

さらに、寧波市の場合、寧波市以外の地域はともかく、市の内部に対しても地域制限を設けている。介護保険適用の対象地域は、2017年12月28日から2年以上が経っても、依然として海曙区・江北区・鄞州区という市の中心部に限定しており、それ以外の区や県、農村部などの地域に拡大していない。高齢化率が都市部より高く、「失能高齢者」や独居高齢者問題が一層深刻で、経済的に裕福ではない農村地域の者は、医療保険の加入者であるにも関わらず、介護保険制度には加入できないため、選別主義的である。これによって、市の中心地域層（受給者）と市の周辺地域・農村地域層（非受給者）という二重構造が形成され、地域間の不公平を引き起こし、社会的統合を阻害するのではないかと考えられる。

次に、加入した医療保険の種類に対する制限から検討したい。

上海市は、従業員医療保険と住民医療保険の加入者両方をカバーしているが、寧波市は、従業員医療保険の加入者しかカバーしていない。すなわち、寧波市では、加入した医療保険の種類によって、介護保険制度加入の可否が決定され、従業員医療保険の加入者は自ずと介護保険制度の加入者となる一方、住民医療保険の加入者は介護保険制度の対象外とされているので、選別主義的である。

中央政府の「指導意見」では、「介護保険は、原則として、主に従業員医療保険の加入者をカバーするが、パイロット地域は実情に従い、被保険者の範囲を合理的に制定し、徐々に拡大すべき」という意見を示している。寧波市のパイロット事業は、2017年12月28日から2年以上経ったが、その対象範囲の拡大はまだ求められていないのである。その背景には、介護保険運営の経験不足や、医療保険の財源による制約などの理由が考えられるが、このまま維持するだけでは、従業員医療保険の加入者（受給者）と住民医療保険の加入者（非受給者）という二重構造が形成され、保険間の不公平も拡大するので、制度の維持可能性の危機が生じる恐れがある。

以上のことを踏まえ、筆者は、まず、より多くの人が介護保険に加入できるように、条件を緩和したりするような仕組みを作っていくことで、問題は一定程度解決できると考えられる。例えば、第6章第2節第1項⑥でBが述べた通り、上海市では既に上海市の戸籍を持っていない人に対しても、戸籍変更の方法を設け、上海市の医療保険に加入できるような仕組みを創設している。また、今後は介護保険制度における全国的な施行によって、医療保険の加入地域に関する制限を無くすことが必要であると考えられる。そして、従業員医療保険と住民医療保険の両方の加入者をカバーすべきであると考えられる。

第3節 保険料の徴収方法

現在、中国では、介護保険制度の財源は、医療保険制度に依存している。第7章第4節第1項では、個人に対する独立した介護保険料の徴収の必要性を検討したため、ここでは省略する。ただし、この保険料をどのように負担させていくかは、今後、切実な政策課題として浮上する。それゆえ、①保険料の徴収方式（定額制・定率制・所得段階別定額制）、

②若年層に対する介護保険料の徴収、③障害者や低所得者に対する配慮から検討する。

第1項 一般層に対する保険料の徴収方法

まず、定額制・定率制・所得段階別定額制と普遍主義の関係性について検討する。

本論文における普遍主義の定義では、サービスの利用が資力調査などの条件によって阻害されないと定義した。保険料徴収の場合は、加入資格が、所得が低いことによって阻害されることを選別主義と位置付ける。それゆえ、低所得者に配慮した所得再分配機能を有する保険料徴収の仕組みがより普遍主義的であると考えている。ゆえに、定額制より、負担能力に応じた負担を求める定率制・所得段階別定額制の方がより普遍主義的であると位置付ける。

日本では現在、第1号被保険者の保険料は、所得段階別定額制によって徴収され、第2号被保険者の保険料は、保険料率が加入の健康保険組合によって異なるが、健康保険料とあわせて徴収される。それに対して、ドイツと韓国では定率制を採用している。ドイツの場合、介護保険料率は、子どもの有無で異なっており、2017年に子どものいない人が所得の2.8%、子どもがいる人が所得の2.55%となっている。また、韓国の場合、介護保険料は「医療保険率×介護保険料率」で計算し、2020年の介護保険料率は10.25%となっており³⁰³、所得の0.68%程度である³⁰⁴。

本論文は、定率制と所得段階別定額制、両方とも普遍主義的であると位置付けるが、中国の実情に合わせて、どちらがより相応しいかを検討したい。原則として、定率制の方が望ましく、韓国のような「医療保険率×介護保険料率」の徴収方法が実現しやすいと考える。理由は以下である。中国の医療保険制度は「すべての国民が加入する」皆保険を目指しており、しかもそれがほぼ実現されていた。現在、中国の介護保険制度の被保険者は医療保険の加入者に限定しており、その管理を担当している部門も医療保険局なので、医療保険の枠組みの活用が求められている。介護保険料も、医療保険の保険料に一定割合を乗じて算定し、徴収した方が便利で、手続きの簡素化にも繋がっていると考えられる。ただし、問題となるのは、「退職した従業員医療保険の加入者」に対する保険料の徴収問題である。前述した通り、彼らは、医療保険料を納付する義務がないので、前述した方法では、彼らに対する介護保険料を徴収できないのである。それでは、介護保険料の負担に不公平が生じるので、彼らに対しては、日本のような所得段階別の保険料徴収方式を導入することが望ましいと考えられる。ただし、所得段階に応じて保険料の徴収基準を制定しなければならぬので、その合理的な基準の設定が課題である。

第2項 若年層に対する介護保険料の徴収方法

次に、若年層に対する介護保険料の徴収について検討する。介護保険は社会保険なので、介護を社会全体で考え、国民の共同連帯の理念に基づくと、若年層にも負担を求めることが考えられる。また、世代間の連帯という視点から、現在、介護リスクが低い若年層が高齢者層を支えているが、今の若年層も今後高齢者層になり、次の世代の若年層によって支えられるので、長い目で見ると、公平性がある。それゆえ、若年層に対しては、高齢者と同じような介護保険料率で負担を求めることも考えられる。前述したように、ドイツや韓国でも年齢によって異なる介護保険料率を設計していないのである。

ただし、ドイツでは、被保険者の配偶者または子どもで、その収入が平均報酬額の7分の1を超えない者などは、家族被保険者となり、保険料を納付する義務が免除されている³⁰⁵。中国では、家族被保険者という概念がないため³⁰⁶、同じような免除制度を導入できないが、子どもやまだ就職していない大学生などに対しては、一定の減免制度を講じることが望ましい。

さらに、介護リスクの低い人に対して、保険料の軽減策、例えば一定年数以上介護保険給付を受けていない場合は介護保険料を軽減するという措置を設け、費用負担の公平性を促進する同時に、制度を利用しない方が保険料が軽減されるので、健康維持や介護予防のインセンティブを高めることもできる。

第3項 障害者や低所得者に対する配慮

最後に、障害者や低所得者に対する配慮について検討する。前述した通り、本論文における普遍主義の定義では、加入資格が、所得が低いことによって阻害されることを選別主義と位置付ける。それゆえ、障害者や低所得者に対しては、その貧困の程度に応じて、①保険料を直接減免する制度、或いは②負担できない介護保険料の分を税金で補助する「介護保険料給付」を構築することが望ましい。前者は、介護保険料の総収入が減少することを意味しており、後者は負担できない分を税金で補填するので、介護保険料の総収入は変わらない。それゆえ、介護保険の収入と支出のバランスから考えると、直接保険料を減免するよりは、国の責任で、彼らが納付できない保険料を「介護保険料給付」として、生活保護の財源から支給した方が、介護保険財源の安定化と持続化に向いている。

日本では、65歳以上の生活保護受給者は、医療保険未加入の場合でも第1号被保険者となり、保険料は生活扶助の「介護保険料加算」から支給されている³⁰⁷。ドイツでも、所得及び資産が所定の額を下回る要介護者は、保険料に対する介護扶助（Pflegehilfe）を受けられることを通して、介護保険制度に加入できるようになっている³⁰⁸。

現在、中国で施行されている『社会救助暫定方法』でも、「医療救助」という給付を創設しており、救助対象の医療保険料を公費で補助している。それゆえ、今後、救助対象の介護保険料に対する補助を給付することも、可能であると考えられる。

第4節 要介護認定の申請要件と申請方法

上海市と寧波市における要介護認定の申請要件と申請方法は図表8-2の通りである。

申請要件について、現在、上海市において、要介護認定を申請できるのは、退職した60歳以上の被保険者に限定している。また、寧波市においては、180日以上の待機期間が設けられている。このように、申請者に年齢や事前の治療期間に関する要件を設定していることから、選別主義的制度に該当する。

次に、申請方法について、上海市では、認定資格を持つ申請人本人（或いは代理人、保護者）による申請である。それに対して、寧波市の場合では、申請人本人による直接申請ではなく、指定高齢者介護施設・病院を通じて申請する方式になっている。すなわち、実際には、指定高齢者介護施設・病院が、申請条件に従い、申請対象者の選出と要介護認定申請の代行を行っている。それゆえ、寧波市では、指定高齢者介護施設・病院の権限が大きくなっており、申請者の申請資格と範囲が、その施設・病院によって影響される恐れが

ある。結果としては、要介護状態になっているにも関わらず、施設・病院の選考過程で見落とされる可能性がある。

以上のことを踏まえ、申請者に年齢や待機期間を設定しないこと、申請者本人（或いは代理人、保護者）による申請のことが望ましいと考えられる。

図表 8-2 上海市と寧波市における要介護認定の申請要件と申請方法

項目	上海市		寧波市	
	第1号被保険者	第2号被保険者		
申請要件	保険	介護保険制度の被保険者であること		
	年齢	60歳以上		
	年金	年金手続きの完了	—	—
	待機期間	—		180日以上
	例外	医療保険未加入の上海市戸籍の者 (認定費用自己負担)		—
申請方法	申請者本人（或いは代理人、保護者）による直接申請		指定高齢者介護施設・病院を通じる間接申請	

注：—は無いことを指す。

出所：「上海市長期介護保険試案（2017年版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」、「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法」の資料³⁰⁹をもとに筆者作成

第5節 給付方式と給付水準

第1項 要介護度による給付の有無

上海市の場合、認定段階には、要介護度1～6級の6段階あるが、給付は要介護度2～6級の者に限定している。上海市は、重度失能（要介護度5～6級）だけではなく、中度失能（要介護度4級）、軽度失能（要介護度2～3級）の高齢者にもサービスの給付を行っていることから、普遍主義的な方向を目指していると言える。ただし、要介護度1級の者は、その要介護度が認定されたにも関わらず、給付は受けられない点において、選別主義的である。

また、寧波市の場合では、認定結果は自立、軽度失能、中度失能、重度失能という4等級から構成されるが、給付は重度失能の者に限定しており、軽度失能と中度失能の者は介護ニーズがあっても保険給付の対象とならないことから、選別主義的の制度に該当する。

ニーズの程度が重度であれ軽度であれ、要介護状態と認定されれば、要介護度の等級に関係なく、それに相応しい介護保険の給付の提供をすることが普遍主義であると考えられる。ただし、現在中国の介護保険制度は試行段階にあり、しかも中国の経済水準から見れば、一気にそれを実現するのは難しい。それでも、介護保険制度財源の徴収方法を改善することや、国の補助金を投入することなどで、給付を段階的に中度失能の者に拡大しつつ、最後は軽度失能の者にも提供するように進んでいくことが重要であると思われる。

第2項 給付方式に関する考察

給付方式を大きく分けると、現物給付（在宅介護・施設介護）と現金給付の2つがある。現在、上海市でも寧波市でも、現金給付はない。また、上海市は現物給付として、在宅介護と施設介護を創設している。それに対して、寧波市は、施設介護しか創設していない。具体的には以下の通り、説明する。

上海市の場合、介護を受ける場所（在宅や施設）によって、「在宅型給付」と「施設型給付」を創設している。この意味では、在宅や施設に関係なく、介護が必要な時には平等にアクセスできるような仕組みを設けているといえる。それに対して、現段階において、寧波市では、「施設型給付」しかないのである。すなわち、受給者を施設入所者或いは入院患者に限定しており、在宅の要介護者は介護ニーズがあっても「在宅型給付」の欠如で介護保険制度の利用から除外される。この点から、選別主義の制度に該当する。そうになると、在宅高齢者と施設入所の高齢者の間に、給付の格差が生じてしまい、不公平が拡大する恐れがある。給付方式に関しては、介護を受ける場所（在宅か施設か）に関係なく、要介護状態と認定されれば、それに相応しい介護サービスを給付すべきであると考えられる。

また、中国の農村部では、利用できる介護サービスがほとんど存在しないため、「現物給付」の展開には限界があり、「現金給付」の創設を視野に入れるはずである。同時に、家族介護者が家庭内で行う「アンペイド・ワーク（無償労働）」を適切に評価し、支援することに意味がある。

ドイツでは、在宅介護者に報いるための「現金給付」が創設されており、しかも介護を行った期間が年金額の計算に反映され、社会保険上の配慮もなされている。さらに、「介護休暇」も設けられている。「介護離職」という問題の解決を検討する際には、参考になるのではないかと考えられる。そして、韓国では、現在「特別現金給付」と「家族療養保護費」という2つの現金給付を実施している。「特別現金給付」とは、山間部や離島などで介護サービスが利用できないといった理由で家族が介護をしている場合に提供される手当であり、「家族療養保護費」は、ヘルパーの資格を持った者が自分の家族を介護した場合に支給される介護報酬である³¹⁰。日本では、女性の無償労働が再び強制されるというリスクを孕むため、「現金給付」を導入しなかった³¹¹。ただし、中国では、歴史的、法律的に、家族が高齢者を介護することが義務付けられているため、家族が行う介護は、既に義務としての無償労働と見なされている。それゆえ、「現金給付」が創設され、家族の介護が労働として評価され、しかも収入を得ることができるようになると、日本のような現金給付に対する抵抗感は弱いと考えられる。

第3項 給付水準に関する考察

1 給付上限額の設定

上海市と寧波市の要介護度別の給付上限額を比較すると、図表8-3の通りである。寧波市は、軽度と中度に対する給付を設けていないのに対して、上海市は施設の場合は1日20元と25元、在宅の場合は週に3回と5回の給付を創設している。ただし、最も重い要介護度でみると、寧波市は1日40元であるのに対し、上海市は30元と10元程度低い。

まず、施設介護の場合に、保険給付額が実際の介護費用に占める割合を見てみよう。第

6章第4節第5項で検討した通り、上海市が73.4%程度であるのに対して、寧波市は43.5%であり、寧波市は上海市に比べてかなり低いことがわかる。言い換えると、支給限度額を超える部分について、上海市より、寧波市の要介護者は介護費用の半分以上を自己負担しなければならないので、負担が大きい。

また、在宅介護の場合では、上海市の例しか検討できないが、重度の要介護者に対する給付水準は低いと言える。図表8-3で示された通り、重度の要介護者に対して、週に7回、すなわち1日1回（1時間）のサービスを給付している。ただし、重度の要介護者はほとんど寝たきりの状態なので、1日1時間の給付は果たして十分だろうか。第6章第2節の図表6-13を見てわかるように、「サービス項目11」において、排泄介護の頻度は「1日5～7回」が必要と書かれている。1日1回だけの給付³¹²では不十分であり、在宅の重度要介護者は、自分の最低限の生活を維持するためには、保険給付以外に、家族に頼るか、自己負担でサービスを購入するしかない。

図表8-3 上海市・寧波市における給付内容

上海市			寧波市		
要介護度	在宅介護	施設介護	要介護度	在宅介護	施設介護
軽度(2～3級)	3回/週	20元/日	軽度	—	—
中度(4級)	5回/週	25元/日	中度	—	—
重度(5～6級)	7回/週	30元/日	重度	—	40元/日

注：—は無いことを意味する。

出所：人力資源社会と社会保障部弁公庁（2016）「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」、「上海市長期護理保険試案（2017年修正版）」、「寧波市長期護理保険制度試案」の資料³¹³をもとに筆者作成

介護保険給付は、財源の制限で介護費用の全額を賄うことを目的としなくてもいいが、給付水準を非常に低く設定すると、給付上限額を超える部分に対する自己負担の額が大きくなることを意味しており、これを負担できない低所得者層はサービスの利用から排除されるので、普遍主義的な制度とは言えない。ドイツでも、介護保険は部分保険で、その目的は家族が提供する介護に対する補充程度の給付をするか、施設介護の費用負担を軽減することにある³¹⁴。それでも、介護保険給付は、介護費用の約6割をカバーしている³¹⁵。それゆえ、給付水準が介護費用の半分以下になるのは低すぎるので、6割～7割の方が望ましいと考えられる。それは、給付上限額を上げることや、介護保険施設の不合理な利用料金の徴収基準（例えば、介護保険の導入で利用料金が大幅に値上げされることなど）に対する規制を設けることで、改善できると考えられる。また、支給限度額を超える部分については、負担できない低所得者層に対する適切な補助制度を設けることで、より普遍主義的な制度を作ることができる。

2 給付内容（サービス項目）

介護ニーズに合うサービスが提供されていない場合は普遍主義とは言い難いので、介護保険サービスのメニューを如何に合理的に設定するかが大事である。

まず、家事サービスを介護保険サービスとして認めるかどうかという問題を検討する。上海市では、インタビュー調査で指摘されたように、軽度の要介護者に対応する適切なサービスが提供されていないという問題がある。すなわち、要介護度 2～3 級の高齢者は、体力や記憶の衰えに伴い、身体介護サービスより家事サービスが欲しいが、現在 42 のサービス項目の中には、生活支援に関連する項目は「ベッド環境整理」という 1 項目しかないのである。要介護度 2～3 級の高齢者が受給者になっても、ニーズに合う必要なサービスは介護保険サービスのメニューに書かれていないため、利用できず、普遍主義的な制度とは言いにくい。この点については、ドイツや日本、韓国の仕組みを見ることで、今後の改正におけるヒントが得られると考えられる。日本では、「訪問介護」という給付では、入浴、排せつなどの身体介護サービス以外に、洗濯や掃除などの家事を行うサービスも含まれている³¹⁶。ドイツ³¹⁷や韓国³¹⁸も同じく、家事援助の必要性を介護保険では認めている。それゆえ、身体介護以外に、家事支援を介護保険サービスとして認めて用意し、要介護高齢者のニーズに対応するほうがより普遍主義的ではないかと考えられる。

また、障害者や重度・認知症高齢者の場合では、身体介護や家事支援以外に、個人生活に対する支援も必要なので、それを介護保険制度で提供すべきかどうかという問題もある。例えば、韓国の介護保険サービスでは、訪問介護の範囲において「個人活動支援サービス」があり、外出時同行・介助、日常業務代行を給付している。さらに、「情緒支援サービス」には、話し相手や、激励及び慰労、生活相談、意思疎通の助けが含まれている³¹⁹。また、日本では、福祉用具貸与・販売や住宅改修を介護保険給付として認めている³²⁰。介護保険サービスのメニューをできる限り多様化することで、要介護者は自分の必要に応じてサービスを利用できるようになるので、より普遍主義的な制度になると考えられる。

第 6 節 利用者負担のあり方

利用者負担について、寧波市では、1 日 40 元の給付で、利用者負担が設けられていない。利用者負担が無いため、介護保険の利用にあたって、自己負担分が払えないという理由でサービスの利用から除外されることがない点において、普遍主義的である。

上海市では、在宅型給付を受けた場合は 1 割自己負担、施設型給付を受けた場合は 1.5 割自己負担を設定している。在宅型の自己負担が、施設型より 0.5 割低く設定されていることから、「在宅介護を優先する」という上海市政府の狙いが伺える。ただし、中国では、高齢者の経済状況は裕福ではない場合が多いことを考慮すると、自己負担の設定はサービスの利用を制限することも意味している。

ただし、上海市では、低所得者のための補助制度を設けている。2018 年 2 月 5 日に「本市長期護理保険試行における個人負担の補助に関する通達³²¹」が公布され、「上海市戸籍で、最低生活保障（日本の生活保護に相当する）・低収入家庭（日本の貧困世帯に相当する）」と認定された高齢者を対象とする公的補助制度が創設されている。以下はこの公的補助制度の内容について説明する。まず、要介護認定費用について、最低生活保障・低収入家庭高齢者における初回認定・期末認定・再認定³²²の費用は、区政府の財政によって全

額助成される。次に、介護保険サービス利用の自己負担については、最低生活保障高齢者に対しては全額、低収入家庭高齢者に対しては半額を、市と区政府の財政（1:1）によって、助成している。補助制度を創設することで、一般の被保険者に加え、生活保護者・低所得者も無料或いは低額で介護保険サービスを利用できるようになり、より普遍主義的である。

ただし、助成という形になっているため、前払いが必要となり、先に介護費用を負担できない高齢者はサービスを利用できない恐れがある。また、利用者自己負担は、「濫給防止」の目的から導入されたが、前述した通り、現在の中国においては、介護保険の給付だけでは介護費用が賄われないため、「濫給防止」という目的にも沿わないと考えられる。以上のことを考慮すると、現段階においては、自己負担をなくした方が望ましいではないかと考えられる。

第7節 小括

以上、現地調査の結果に基づいて、普遍主義の視点から中国における介護保険制度の問題点を分析し、今後の介護保険制度のあり方について提言した。

第一に、被保険者・受給者の範囲を0歳以上とし、同時に要介護状態になった原因を問わないべきである。また、従業員医療保険と住民医療保険の両方の加入者をカバーし、計画的にパイロット地域の拡大を求める必要がある。そのほか、保険未加入の人に対しては、医療保険の加入条件を緩和したり、低所得者・貧困者層の保険料に対する公的補助制度を創設したりすることで、介護保険に加入できるような仕組みを創設していくが重要である。

第二に、保険料の徴収方法については、個人に対する独立した介護保険料の徴収の必要性を認識した上で、定率制が望ましい意見と理由を述べた。また、子ども・就職していない学生・障害者・低所得者に対する保険料の減免制度や、介護リスクの低い人に対する保険料の軽減策を構築する必要がある。

第三に、要介護認定の申請要件と申請方法については、申請者に年齢や事前の治療期間に関する要件を設定しないこと、申請者本人による申請が望ましい。

第四に、給付方式と給付水準について以下のように検討した。まず、要介護度に関する給付の有無については、要介護度が重度であれ軽度であれ、要介護状態と認定されれば、それに相応しい介護保険の給付を提供すべきである。試行段階では、重度の要介護者を支える機能に重点化し、その後、介護保険制度の財源の調達方法を改善することや、国の補助金を投入することなどを通じて、給付を段階的に中度の要介護者に、最後は軽度の要介護者にも提供すべきである。次に、給付方式については、在宅高齢者と施設入所の高齢者の間に給付の格差が生じないように、在宅介護給付と施設介護給付の両方を創設すべきである。また、利用できる介護サービスがほとんど存在しない地域においては、「現物給付」の展開には限界があり、「現金給付」を創設することで対応すべきである。そして、給付水準については、最低限として介護費用の6割～7割をカバーすることが必要である。そして、サービス内容については、介護保険サービスのメニューをできる限り多様化する必要性があり、「身体介護サービス」以外に、「家事支援サービス」を介護保険サービスとして認め、個人活動や情緒に関するサービスも開発すべきである。

利用者負担については、自己負担の存在がサービスの利用を制限していることや、現在の中国における介護保険の給付だけでは、介護費用が賄われないことから、利用者負担を導入しない方が望ましいと考える。

このように、介護を必要とする理由や年齢の如何を問わず、全国民の介護を全国民で支える普遍的な仕組みを構築することにより、「老化に伴う介護ニーズ」に対応する現行の介護保険制度が「全国民の普遍的な介護ニーズ」に対応する制度へと進化することが期待できる。

終章

高齢者福祉分野では、新たな介護保障システムの構築に関する課題が注目されてきた。近年、中国でも、要介護高齢者の増加と家族規模の縮小の影響で、公的介護保険制度の導入が進められてきたが、それに関する研究は試案レベルでの分析と対策の検討が多く、その実態を明らかにする研究はまだほとんど行われていない。本論文は、公的介護保険制度試行の実態を把握するために、中国において聞き取り調査を実施し、具体的なデータを収集するほか、介護保険パイロット事業の運営者と事業者がどのように試案の内容を理解しているのか、実際にどのようなことを問題として認識しているのか、そしてどのような対処方法を考えているのかを明らかにしようとした。そして、ドイツ・日本・韓国における公的介護保険制度の仕組みを参考にしながら、現地調査の分析結果を踏まえて中国における普遍主義的な介護保険制度のあり方を検討・提示した。

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。

第一に、介護サービスの利用における所得階層間の格差が生じている社会実情や、「残余型」から「適当普惠型」への社会保障理念の転換、「共同建設・共有」という基本原則が重視される傾向などに対する考察から、新たな介護保障システムの構築には、普遍主義という視点が不可欠であることが明らかになった。ところが、普遍主義と選別主義という概念は、社会福祉政策のあり方をめぐる議論の中で、重要な基礎概念として用いられるようになってきているが、国によって両概念は必ずしも一致しているわけではない。それゆえ、筆者は、イギリスと日本における普遍主義の概念を整理し、本論文における普遍主義の概念を明らかにし、「ニードのある者は誰でも、必要な社会福祉施設・サービスを利用できる」と定義した。具体的には、①サービスの受給資格は、ニード・テストだけによって決定されること、②サービスの利用は、資力調査という経済的要件や、「年齢」・「程度」などの一般的な要件によって阻害されないことを提示した。

第二に、介護保険制度が急速に導入された理由を、高齢化の深刻化以外に、今まであまり議論されていない従来の対応策の限界と中央政府の「指導意見」にある政策的な目標に視点を向けて考察した。その結果、第一に、従来の対応策については、まず、「高齢手当制度」と「介護手当制度」の給付額が低額で、介護費用軽減効果が低いことを明らかにした。次に、民間介護保険を推進しようとしている政府の動きを検討した上で、現在、中国では民間介護保険の商品は確かに増えてきたけど、①その給付内容は基本的に「現金給付」で、現物給付型商品がほとんど開発されておらず、給付の充実が図られていないこと、②加入年齢の制限があることから、保険事故の発生確率が高いとみられる高齢者は、実質的には加入できないこと、③介護保険料が高額なので、中間所得者層・低所得者層は購入する余裕を持っていないことを明らかにした。そして、介護保険制度に相当するものの創設を試行錯誤するいくつかの地方政府の取り組みは、先駆け的な存在として意義があり、中央政府の関心を喚起している可能性もあることを評価しながら、制度内容がバラバラで、しかも「やる気のない地方政府」や「経済的に余裕のない地方政府」は自発的にそれを創設しないため、「指導意見」の制定に繋がっていることを検討した。第二に、介護保険制度創設の背景にある政策的な要因を、従来の関連政策・「指導意見」に提示される目標や中国社会・経済の現状を踏まえ、政府機能の転換と社会福祉の社会化の推進、「適当普惠

型」への社会保障制度の方針転換、高齢者産業の推進と雇用の創出による経済成長の促進、社会公平の促進と社会安定の維持、高齢者医療費増大と社会的入院への対応、国際社会における国家イメージの向上という 6 点から、介護保険制度が急速に導入された理由を考察することができた。

第三に、ドイツ・日本・韓国における公的介護保険制度の仕組みを整理し、普遍主義の視点から考察した。その結果、ドイツの介護保険制度は、年齢に関係なく要介護状態が認定されれば、介護保険の給付を受けられる点において、最も普遍主義的であることを明らかにした。特に、ドイツでは、利用者負担がないため、費用を負担できないことで、介護サービスの利用から除外される恐れがないことがわかった。ただし、利用者負担について、日本や韓国では、生活保護者・低所得者に対する減免措置を設けているので、適切な配慮がなされたことがわかった。

第四に、中央政府の「指導意見」と上海市・寧波市の地方試案との共通点・相違点に対する考察から、介護保険制度を全国的に実施するためには、一定程度の明確な全国統一の基準が不可欠で、今後法制化を積極的に進めるべきであることが明らかになった。中央政府の「指導意見」が提示されたにも関わらず、従来の研究の関心は、地方政府の試案に集中しており、「指導意見」に関連して分析を行う研究はほとんどない。本論文は、それらの共通点・相違点を把握するために、中央政府の「指導意見」に提示された方向性と、実際に作られた上海市と寧波市の介護保険制度試案の内容を、保障範囲（保障地域・被保険者・受給者）、基金の調達方法、給付水準から比較して考察した。様々な相違点が生じている現実を指摘することで、一定程度の明確な全国統一の基準が不可欠であることが明らかになり、それを実現するためには、今後介護保険制度の法制化が必要であると主張した。

第五に、公介護保険制度試行の実態を、介護保険パイロット事業の運営者と事業者に対するインタビュー調査を通じて把握した。上海市は、①緩い給付条件・未熟な要介護認定基準・高齢者の不正行為が、介護保険基金の無駄遣いや支出の膨大化を招いたという財政問題、②上海市の医療保険未加入者は介護保険制度を利用できないという排除の問題、③介護報酬の不正受給や利用料の値上げなどの監督の問題、④介護保険の導入による施設の運営コストの増加や、施設と在宅における職種間の賃金格差による人材流出の問題、⑤介護人材の不足や安定した専門資格の不在による介護の量と質の問題など、多くの課題を抱えていることを明らかにした。また、寧波市の介護保険制度は当初、医療保険局によって直接運営されたが、①精神状態に関する認定項目が少ないという要介護認定基準の問題、①指定介護施設の値上げ問題、③給付遅れの問題、④運営側人手不足の問題などの課題が生じ、それらの問題への対応策として、具体的な事業の運営が民間の保険会社（取扱機関）に委託された経緯を説明することができた。そして、寧波市は現在、①要介護認定の申請における 180 日の待機期間の問題、②労働災害保険の認定基準に近い要介護認定の基準の問題、③介護人材と専門性の不足の問題、④介護保険制度と他の制度との整合性の問題、⑤受給者の範囲が極めて狭い問題など、解決すべき課題を抱えていることを明らかにした。

これらの示唆に基づき、今後の中国における普遍主義的な介護保険制度のあり方について、合理的な提言を試みた。第一に、被保険者・受給者の範囲についてである。まず、被

保険者・受給者の範囲を0歳以上とし、受給の際には、要介護状態になった原因を問わないことを提示した。次に、加入した保険の地域・種類について、従業員医療保険と住民医療保険の加入者両方をカバーし、計画的にパイロット地域の拡大を求める必要があることを主張した。そのほか、保険未加入の人に対しては、保険の加入条件を緩和したり、低所得者・貧困者層の保険料に対する公的補助制度を創設したりすることで、より多くの人が介護保険制度に加入できるような仕組みを創設していくが重要であると述べた。第二に、介護保険料の徴収方法については、個人に対する独立した介護保険料の徴収を必要としたうえで、「医療保険料×介護保険料率」という方法を基本にし、医療保険料を納付する義務のない「退職した従業員医療保険の加入者」に対しては所得段階別の保険料徴収方法を用いることが望ましいと述べた。また、子ども・就職していない学生・障害者・低所得者に対する保険料の減免制度、介護リスクの低い人に対する保険料の軽減策を構築する必要があると検討した。第三に、要介護認定の申請要件と申請方法については、申請者に年齢や事前の治療期間に関する要件を設定しないこと、申請者本人（或いは代理人、保護者）による申請が望ましいと主張した。第四に、給付方式と給付水準については、要介護度の程度に関係なく、要介護状態が認定されれば、それに相応しい介護保険の給付を提供すべきであると主張した。また、給付方式については、在宅高齢者と施設入所の高齢者の間に給付の格差が生じないように、在宅介護給付と施設介護給付両方を創設すべきであると述べ、利用できる介護サービスがほとんど存在しない地域においては、「現金給付」を創設することで対応すべきであると提示した。そして、給付水準については、最低限として介護費用の6割～7割をカバーする必要があるとともに、介護保険サービスのメニューをできる限り多様化する必要性もあることを検討した。最後に、利用者負担については、自己負担の設定がサービスの利用を制限していることや、現在の中国における介護保険の給付だけでは、介護費用が賄われないことから、利用者負担を導入しない方が望ましいと述べた。

このように、介護を必要とする理由や年齢の如何を問わず、全国民の介護を全国民で支える普遍的な仕組みを構築することにより、「老化に伴う介護ニーズ」に対応する現行の介護保険制度が「全国民の普遍的な介護ニーズ」に対応する制度へと進化することが期待できる。

本論文は、中国における介護保険制度の導入理由と試行実態に関する先行研究が少ない中で、その隙間を埋めるために、現地調査を通じて考察したことには有意義であると考えられる。また、地方政府の試案と中央政府の「指導意見」を比較するで、その共通点と相違点を明らかにしたことや、普遍主義の角度から今後のあり方を提示したことから、研究の独自性をアピールすることができる。ただし、本論文では、介護保険制度試行の実態を明らかにするために、パイロット事業の運営者と事業者に対するインタビュー調査を試みたが、在宅サービスを提供する事業者に対する調査を十分に行うことはできなかった。ただし、その代わり、介護保険制度の受給者などに関する情報は請求したため、現状に対する把握を一定程度行った。また、介護保険を利用している高齢者本人にインタビューしていなかったため、利用者における介護保険制度に対する理解と意見を収集することができなかった。

今後の研究課題として、介護保険制度の実態に対する全体的把握が得られるようにする

ためには、利用者に対するインタビュー調査も必要であり、今後は事業者を通じて、高齢者の理解を得てから、実施する予定である。また、中国は、試行錯誤しながら介護保険制度を作り上げていくので、今後の介護保険制度がどのように変化していくのかについても明確化する必要がある。それゆえ、今後は他のパイロット地域における調査の可能性を探りながら、上海市と寧波市に対しては、追跡調査で実態の把握を行いたい。

巻末注

¹ 人力資源社会と社会保障部弁公庁（2016）「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXSzhengcewenjian/201607/t20160705_242951.html

² 沈 2016:19-21

³ 中国のCNKI（中国学術文献オンラインサービス）で中国語の「長期護理保険（日本語の介護保険に相当する）」を「雑誌」という分野で検索すると、1988年から2020年にかけて、介護保険に関する論文は合計8,636件ある。分野を「雑誌」に限定する理由は、CNKIの検索項目に「すべての文献」、「雑誌」、「修士・博士論文」、「新聞」、「図書」、「年鑑」などの分野があり、そのうち学術性が一番高いのは雑誌であり、日本の投稿論文に相当するものである。また、最終検査日は2020年12月2日である。

⁴ 寶 2007:49

⁵ 中国網（2011）「中国国民経済と社会発展第12次五カ年計画（2011-2015年）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:http://www.china.com.cn/policy/txt/2011-03/16/content_22156007.htm

⁶ 前掲書 5

⁷ 中国のCNKI（中国学術文献オンラインサービス）で中国語の「長期護理保険（日本語の介護保険に相当する）」を「雑誌」という分野で検索すると、1988年から2020年にかけて、介護保険に関する論文は合計8,636件ある。分野を「雑誌」に限定する理由は、CNKIの検索項目に「すべての文献」・雑誌・「修士・博士論文」・「新聞」・「図書」・「年鑑」などの分野があり、そのうち学術性が一番高いのは雑誌であり、日本の投稿論文に相当するものである。また、最終検査日は2020年12月2日である。

⁸ 国家、企業、個人の三者がともに介護保険の財源を負担すべきであると主張しているのにもかかわらず、公的介護保険制度の創設は言及されていない。

⁹ 石志勇（2009）「中国一人っ子による養老時代の訪れ 421家庭が養老困難に直面」『半月談（2009年第22期）』国営新華社通信（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<http://www.doc88.com/p-7428220596376.html>

¹⁰ 荊（2007）・康（2007）・畢（2011）・肖・王（2013）

¹¹ 鄭 2002:70

¹² 厚生労働省ホームページ「第12回社会保障審議会介護保険部会 資料2 諸外国における介護保障制度の比較」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/s0426-6c11.html>

¹³ 国家統計局「中国統計年鑑（1999年～2020年）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/>

¹⁴ 2000年に、中国老齡科学研究センターは、國務院の承認を得て、全国老齡工作委員会弁公室及び中国老齡協会の依頼を受けて、詳細的に調査した。調査時点は2000年12月1日であり、調査対象は、中国の20の省（自治区、直轄市など）の60歳以上の高齢者である。高齢者個人を対象にするアンケートの有効なサンプルは20,255枚で、コミュニティ（高齢者事業関連の政府部門、関係者）を対象にするアンケートは160枚である（中国老齡科学研究センター2003:1）。

¹⁵ 2006年に、中国老齡科学研究センターは、国家統計局の承認を得て、中国老齡工作委員会弁公室が組織及び実施を行い、詳細的に調査した。この調査は、2006年6月1日0

時まで、中国の20の省（自治区、直轄市など）で実施された。60歳以上の高齢者個人を対象にするアンケートの有効なサンプルは19,947枚で、コミュニティ（高齢者事業関連の政府部門、関係者）を対象にするアンケートは2,874枚である（郭平・陳剛 2008:1）。

¹⁶ 2010年に、中国老齡科学研究センターは、国家統計局の承認を得て、中国老齡工作委員会弁公室の指導と支援のもとで、詳細的に調査した。この調査は、2010年12月1日0時まで、中国の20の省（自治区、直轄市など）で実施された。20,009枚のアンケートを回収し、60歳以上の高齢者個人を対象にするアンケートの有効なサンプルは19,986枚で、コミュニティを対象にするアンケートは2,863枚である（呉・郭・苗・辛 2014:1）。

¹⁷ 2015年に、中国老齡科学研究センターは、国家統計局の承認を得て、中国老齡工作委員会弁公室の指導と支援のもとで、詳細的に調査した。この調査は、2015年8月1日0時まで、中国の31の省（自治区、直轄市など）で実施された。サンプルの総数は22,368枚である。

出所:全国老齡工作委員会弁公室(2016)「三部門による第4回中国都市と農村高齢者生活状況のサンプリング調査結果の公表」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/xxck/201610/20161000886652.shtml>

¹⁸ 2011年～2012年間に、北京大学国家發展研究院は、中国150県と450村に住む10,257家庭（45歳以上の人を少なくとも1人含める）、17,708人を対象に、60歳以上の高齢者の健康に関する「中国健康と養老追跡調査（CHARLS）」を実施した。この調査の結果は2013年に「全国ベースライン報告」で公表されている（北京大学国家發展研究院2013:7）

¹⁹ 中国国務院弁公庁（2013）「健康サービス産業の発展の加速に関する若干の意見」（最終閲覧2020年9月15日）

URL: http://www.gov.cn/jrzq/2013-10/14/content_2506400.htm

²⁰ 財政部・民生部・全国老齡工作委員会弁公室（2014）「経済的に困窮する後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知」（最終閲覧2020年9月15日）

URL:http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/caizhengwengao/wg2014/wg2014010/201504/t20150401_1211568.html?flyarg=1&flyarg=2

²¹ 中国国務院弁公庁（2014）「国務院弁公庁における民間健康保険の発展を推進するための若干意見」（最終閲覧2020年9月15日）

URL:http://www.gov.cn/zhengce/content/2014-11/17/content_9210.htm

²² 寺下 2011:413

²³ 青島市人民政府弁公庁（2012）「長期医療護理保険制度の創設に関する意見」（最終閲覧2020年9月15日）

URL:<http://www.qingdao.gov.cn/n172/n68422/n68424/n22952426/n29661895/131101114945408378.html>

²⁴ 長春市人民政府弁公庁（2015）「失能人員医療護理保険制度の創設に関する意見」（最終閲覧2020年9月15日）

URL:<http://www.nantong.gov.cn/ntsrzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>

²⁵ 南通市人民政府弁公庁（2015）「基本照護保険制度の創設に関する意見」（最終閲覧2020年9月15日）

URL:<http://www.nantong.gov.cn/ntsrzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>

²⁶ 上海市人民政府弁公庁（2014）「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案」（最終閲覧2020年9月15日）

- URL:http://www.xuhui.gov.cn/H/xhxxml/zfwj_qzfwj/Info/Detail_12324.htm
- ²⁷ 青島市人民政府 (2018)「青島市長期護理保險試案に関する通達」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<http://ybj.qingdao.gov.cn/n28356081/n32567782/n32567784/n32567941/200113111112067700.html>
- ²⁸ 桐廬県社会保険委員会弁公室 (2019)「桐廬県長期護理保險重度失能人員リストの公表 (2019 年第 4 回目)」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.tonglu.gov.cn/art/2019/3/11/art_1543996_30970655.html
- ²⁹ 北京市石景山区人民政府弁公室 (2018)「石景山区における長期護理保險制度の試行方案に関する通知」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<http://www.bjsjs.gov.cn/xxgk/zcwj/zhengfu/20180316/12775738.shtml>
- ³⁰ 厚生労働省ホームページ「第 12 回社会保障審議会介護保険部会資料 2 諸外国における介護保障制度の比較」(最終閲覧 2020 年 12 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/s0426-6c11.html>
- ³¹ 劉 2005:9
- ³² 『中華人民共和国憲法』(最終閲覧 2020 年 12 月 15 日)
<http://news.12371.cn/2018/03/22/ARTI1521673331685307.shtml>
- ³³ 中国 2018 年の税収 15 兆 6,402.86 億元、財政収入 (一般公共予算収入) の 85.3% を占めている。税収の主な内訳について、国内増値税 (39.3%)・消費税 (6.8%)、輸入貨物増値税 (10.4%)・消費税 (0.4%) という主要な間接税が税収の約 56.9% を占めている。一方、企業所得税 (22.6%) と個人所得税 (8.9%) という直接税の合計は税収の 31.5% を占めている (国家統計局 2019:表 7-2)。
- ³⁴ 経済産業省 (2019)「第 1 部第 3 章第 3 節中国」『通商白書 2019』
URL: <https://www.meti.go.jp/report/tshuhaku2019/2019honbun/i1330000.html>
- ³⁵ 中国国家統計局 2019:表 3-1、表 7-1
- ³⁶ 内藤 2019:43
- ³⁷ 中国財政部副部長張少春 (2017)「国務院による 2016 中央財政支出の報告」
URL: <http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201706/805c7e8a15c44109b499f8268e23a161.shtml>
- ³⁸ 2011 年、財政部国家税務総局の「營業税の増値税への徴収変更の試行方案」が国務院の承認を得て、公布された。現行の 17%標準税率と 13%低税率のベースに、11%と 6%という 2 つの新しい低税率を追加した。17%は有形動産リース等に適用され、11%は交通運輸業、建設業等に適用され、6%は他の現代的なサービス業に適用されると規定されている。中国では、これまで原則として物品には増値税、サービスには營業税が適用されているが、政府は營業税を撤廃し、これを増値税に統合することを目指す「増値税改革」を進めている。二重課税の排除と企業の税負担の軽減という 2 つの目的があると考えられる。
出所: 中国財政部国家税務総局 (2011)「營業税の増値税への徴収変更の試行方案」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
サイト: http://www.gov.cn/gzdt/2011-11/17/content_1996249.htm
- ³⁹ 総務省統計局 (2019)「統計からみた我が国の高齢者—「敬老の日」にちなんで—」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1210.html>
- ⁴⁰ 内閣府 1997~2019 年版『高齢社会白書』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- ⁴¹ 厚生労働省「公的年金制度の概要」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nenkin/nenkin/zaisei01/index.html>
- ⁴² 「高齢者の医療の確保に関する法律 (昭和五十七年法律第八十号)」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=357AC0000000080

⁴³ 日本老年学会・日本老年医学会 2017:8

⁴⁴ 中華医学会老年医学分会中華老年医学雑誌編集部 2013:801

⁴⁵ 中国国家统计局 (1999)『中国統計年鑑 1999』(最終閲覧 2020年9月15日)

URL:<http://www.stats.gov.cn/yearbook/indexC.htm>

⁴⁶ 中国国务院 (1978)「労働者の退職に関する暫定措置」(最終閲覧 2020年9月15日)

URL:www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/07/content_9552.htm

⁴⁷ 共産党および政府機関・準機関、社会团体、企業などの幹部を意味する。

⁴⁸ 中国国务院 (1978)「高齢者及び弱者、病者、障害者幹部の配置に関する暫定措置」(最終閲覧 2020年9月15日)

URL:http://www.gd.gov.cn/zwgk/zcfgk/content/post_2531473.html

⁴⁹ 中国人力資源社会保障部部長尹蔚民も、2015年10月14日に、中国政府が北京で開催した「第12次5カ年計画シリーズの報告会」で、「アフリカの一部の国を除く、多数の国の定年年齢は、65歳、67歳であり、しかも徐々に引き上げている。中国は現在、世界で定年年齢が一番若い国であり、平均定年年齢は55歳未満である。現在の退職政策は、新中国の建国後の1950年代初頭に決定され、当時の人口の平均寿命は50歳未満である。中国の建国から60年以上が経過し、国の状況は大きく変化した。人口の平均寿命が70歳を超えているにもかかわらず、当初の退職政策は変更されていない。それは明らかに不合理であるため、多くの要因を考慮し、漸進的な退職改革政策を策定すべきである」と報告した。

出所:CCTV(2015)「第12次5カ年計画シリーズの報告会・就職社会保障事業の成果」(最終閲覧 2020年9月15日)

URL:<http://news.cntv.cn/zhibo/tuwen/sewldbz/index.shtml>

⁵⁰ 汪 2015:1

⁵¹ 党・魏・劉 2018:141

⁵² 中華人民共和国民政局 2001:1-2

⁵³ 自立高齢者:日常生活動作において完全に自立でき、他人の介護に頼らない高齢者。

介助高齢者:日常生活動作において手すりや、杖、車いす、昇降施設などに頼る高齢者。

介護高齢者:日常生活動作において完全に他人の介護に頼る高齢者。

⁵⁴ 中国老齡科学研究中心課題組 2011:12

⁵⁵ 平岡・杉野・所・鎮目 2019:427

⁵⁶ 三浦 1985:59

⁵⁷ 岡村 1983:82

⁵⁸ 規範的ニード (normative need): 専門家、行政官、社会学者が、「望ましい」基準と個人や集団の状態とを比較し、その状態が「望ましい」基準に達していないと判断した場合に、この「規範的ニード」があるとみなされる (前掲書 55、pp. 428)。

⁵⁹ 感得されたニード (felt need): ニードがあることを本人が自覚している場合に、この「感得されたニード」があるとみなされる (前掲書 55、pp. 428)。

⁶⁰ 表明されたニード (expressed need): 「感得されたニード」が、サービス利用の申請といった行動に転化した場合に、「表明されたニード」があるとみなされる (前掲書 55、pp. 428)。

⁶¹ 比較ニード (comparative need): サービスを利用している人と同じ特性をもちながら、サービスを利用していない人がいる場合、その人は、「比較ニード」があるとみなされる。個人レベルのほか、地域レベルで比較を行って「比較ニード」の有無を明らかにする場合もある (前掲書 55、pp. 428)。

⁶² 前掲書 55、pp. 428

⁶³ 前掲書 55、pp. 438

⁶⁴ 発展途上国と先進国を分ける基準として、OECD（経済開発協力機構）が発表している「DAC List of ODA Recipients（DAC 援助受取国・地域リスト）」を参考にする。DAC は「Development Assistance Committee（開発援助委員会）」を指す。

このリストは OECD によって 3 年毎に発表され、リストには ODA（政府開発援助）を受け取る資格があるすべての国と地域が表示されている。これらの国と地域は、「Developing Countries and Territories（発展途上国・地域）」と呼ばれている。

リストに載っているのは、下の 2 つの基準のどちらかに当てはまる国々である。

①世界銀行が発表した一人当たりの GNI（国民総所得）に基づくすべての中低所得国（「低所得国」、「下位中所得国」、「上位中所得国」の 3 つに分かれている）

②国連によって定義されているすべての LDCs（後発開発途上国）

OECD の公式サイトには、1996 年～2019 年における「DAC List of ODA Recipients」を公表しており（ただし 2002 年のデータは欠如している）、それによると、中国は、①1996 年～2001 年の間に「低所得国」、②2003 年～2010 年の間に「下位中所得国」、③2011 年～現在（2020 年）までに「上位中所得国」に分類されており、経済成長による区分の変化はあるが、いずれにしても発展途上国であることは変わらないのである。

出所：OECE「DAC List of ODA Recipients」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL：<http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/daclist.htm>

OECE「History of DAC Lists of aid recipient countries」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL：<http://www.oecd.org/development/financing-sustainable-development/development-finance-standards/historyofdaclistsofaidrecipientcountries.htm>

⁶⁵ 都市部における労働能力・生活収入・法定扶養義務者のない高齢者のことを指す（沈 2007:19）。

⁶⁶ 農村地域における労働能力・生活収入・法定扶養義務者のない高齢者のことを指す。民政部は上記の高齢者に、衣食住のほか、医療と葬式を保障するので、「五保」という略語になる（沈 2007:21）。

⁶⁷ 世界銀行のデータによると、2019 年に、中国の GDP は 14,342,903 百万米ドルで、世界第 2 位であるのに対して、一人当たりの GNI は 10,410 米ドルで、世界第 71 位であり（アトラス・メソッド基準）、国の経済力が先進国並みのレベルに達しても、国民の豊さもそうになっているわけではないことに留意する必要がある。

出所：World Bank（2020）「Gross domestic product 2019」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL：<https://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>

World Bank（2020）「Gross national income per capita 2019, Atlas method and PPP」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL：<https://databank.worldbank.org/data/download/GNIPC.pdf>

⁶⁸ 経済産業省 2014:113

⁶⁹ Titmuss(1973, 三浦訳)141-167、平岡 2003:249

⁷⁰ 李蕾（2019）「利用費用が中低所得層向けの施設はわずか 14%しか占めていない」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL：gov.eastday.com/ldb/node41/node2151/20190312/n75026/n75049/ulai439982.html

⁷¹ 2010 年以降、中国の経済成長率は緩やかに鈍化しており、産業構造の転換が進行している。2013 年に GDP に占める第 3 次産業の割合は 46.1% となり、初めて第 2 次産業（43.9%）を超え、その後もこの傾向が続いている（中国統計局 2019:表 3-2）。これにより、中国経済の重心は第 2 次産業から第 3 次産業に転じたとも言える。その背景には、第 2 次産業における投資効率の低下や過剰生産設備といった投資主導の高成長に伴う弊害が表面化し（佐野 2016:121）、構造改革が喫緊の課題として浮上した。中国政府の政策スタンスとしては、第 3 次産業を第 2 次産業に代わる新たな経済成長・雇用創出の柱に育てようとする傾向が読み取れる。特に、高齢者産業は、新たな経済成長・雇用創出

の柱として期待されている。これまでの国家計画において、高齢者産業の育成・発展・拡大の戦略は継続されている。

⁷² 例えば、19世紀における新救貧法は、法律の形で貧民の被救済権を確立したが、「劣など処遇」の原則や、ミーンズテスト（資産調査）に伴うスティグマの問題が批判されてきた。また、1930年代、大量失業への対応策として、資産調査付きの「失業扶助」が導入されたが、その比較的厳格な調査方法や、貧民なみの扱いに対する反発として、失業者からの激しい抗議行動が起こり、行政的な混乱も生じた。その結果、政策担当者は資産調査付きの給付やサービスの導入を躊躇させ、1940年代～1950年代には諸立法により、普遍主義的な給付やサービスを大幅に拡大した（小田 1993:56）。

⁷³ 杉野 2004:52

⁷⁴ 前掲書 72、pp. 55

⁷⁵ 前掲書 72、pp. 56

⁷⁶ Titmuss(1973, 三浦訳):140

⁷⁷ 前掲書 76、pp. 159

⁷⁸ 前掲書 56、pp. 84

⁷⁹ 前掲書 56、pp. 84

⁸⁰ 前掲書 56、pp. 85

⁸¹ 里見 2002:84-86

⁸² 前掲書 56、pp. 84

⁸³ 前掲書 56、pp. 201

⁸⁴ 平岡 2003:236-237

⁸⁵ 平岡 2003:237

⁸⁶ 前掲書 81、pp. 76

⁸⁷ 前掲書 81、pp. 86

⁸⁸ Marshall (1989, 岡田訳):176 および前掲書 81、pp. 102 引用

⁸⁹ 前掲書 55、pp. 430

⁹⁰ 前掲書 55、pp. 451

⁹¹ 前掲書 55、pp. 451-452

⁹² しかも、里見は、「定額制」・「定率制」の利用者負担の場合、「その負担が福祉サービスの公共性に十分に配慮した低いものであり、かつ低所得者のために減免制を設けている場合」、前述したマーシャルの見解に基づいて、それを普遍性を実現するための「選別的プロセス」と見なしている（前掲書 81、pp. 102-103）。ただし、「低所得者のために減免制」を設けることは必ず所得調査を要するので、「定額制」・「定率制」の場合には所得調査があっても普遍主義と見なし、「応能負担型」の場合には、所得調査があることから選別主義に位置づけることは、矛盾しているのではないかと考えられる。

⁹³ 前掲書 81、pp. 100-101

⁹⁴ 前掲書 76、pp. 151

⁹⁵ 日本の総人口は、2018年10月1日現在、1億2,644万人となっている。65歳以上人口は、3,558万人となり、総人口に占める割合は28.1%である。

出所:内閣府(2019)「1 高齢化の現状と将来像」『令和元年版高齢社会白書(全体版)』(最終閲覧2020年9月15日)

URL:https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/sl1_1_1.html

⁹⁶ 中国国家统计局『中国統計年鑑』(1999～2019年)(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/>

中国国家统计局(2000)『中国2000年人口センサス資料』(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/renkoupucha/2000pucha/pucha.htm>

中国国家统计局(2010)『中国2010年人口センサス資料』(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>

⁹⁷ 1990年と1995年版の『中国統計年鑑』は公式サイトで公表されていないが、『中国統計年鑑2019』の「表2-5 年齢構成と扶養率」には1982年から2018年までの「総人口」、「1~14歳」、「15~64歳」、「65歳以上」の人口と総人口に占める割合が記載されたため、1990年と1995年のデータはそれを利用する。

2000年のデータは『中国2000年人口センサス資料』、2005年のデータは『中国統計年鑑2006』、2015年のデータは『中国統計年鑑2016』、2010年のデータは『中国2010年人口センサス資料』、2018年のデータは『中国統計年鑑2019』による。

また、「60歳以上」と「80歳以上」の人口と総人口に占める割合が記載されていないため、『中国2000年人口センサス資料』の「表2-1 全国民族と年齢、男女別人口」、『中国統計年鑑2006』の「表4-7 年齢と男女別人口（サンプリング調査のデータ）」、『中国2010年人口センサス資料』の「表3-1 全国年齢と男女別人口」、『中国統計年鑑2016』と『中国統計年鑑2019』の「表2-9 年齢と男女別人口（サンプリング調査のデータ）」に基づいて筆者が算出した。

例えば、『中国統計年鑑』における高齢化率（60歳以上）の算出方法は、総人口に占める「60~64歳の割合」+「65~69歳の割合」+「70~74歳の割合」+「75~79歳の割合」+「80~84歳の割合」+「85~89歳の割合」+「85~89歳の割合」+「90~94歳の割合」+「95歳以上の割合」となる。

高齢者人口（60歳以上）の算出方法は、総人口×高齢化率（60歳以上）となる。

高齢化率（80歳以上）の算出方法は、総人口に占める「80~84歳の割合」+「85~89歳の割合」+「90~94歳の割合」+「95歳以上の割合」となる。算出方法の有効性について、同じ方法でサンプリング調査のデータによる「65歳以上」の高齢化率と高齢者人口を算出し、『中国統計年鑑』に記載されたデータと比較し、一致したことから、その有効性を確認した。

⁹⁸ 中国国家统计局『中国統計年鑑』（1999~2019年）（最終閲覧2020年9月15日）

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/j/>

⁹⁹ 前掲書17

¹⁰⁰ 日本の疫学では、罹患率と有病率という2つの用語がある。罹患率は、一定期間にどれだけの疾病（健康障害）者が新たに発生したかを示す指標であり、発生率の一種である。罹患率=一定の観察期間内に新発生した患者数/危険曝露人口（疾病に罹りうる危険性を持った集団）。また、有病率は、ある一時点において、疾病を有している人の割合である。有病率=集団のある一定時点における疾病を有する者の数/集団の調査対象全員の数（小橋2010:13-24）。

それに対して、中国衛生部門の統計指標である「二週間患病率（中国語:两周患病率）」は、調査前の2週間以内疾病を有している人の割合を集計している。疫学の有病率と異なるところは、ある一時点ではなく、一定期間、例えば最近2週間における疾病を有する者の割合を示している。ただし、①この用語に対応する適切な日本語訳がないこと、②中国語のまま使うと、日本人の方にとって理解に苦しむことから、ここで説明した上で、「二週間の有病率」と翻訳した。同様に、中国語の「慢性病患者率」も「慢性病有病率」と翻訳した。

¹⁰¹ 慢性疾患の定義:①調査前の半年間以内に医師の診断で確認された慢性疾患（結核などの慢性感染型疾病と冠状動脈症や高血圧症などの慢性非感染型疾病を含む）、②半年以前に医師の診断で確認された慢性疾患で、調査前の半年間以内に頻りに発病し、薬物療法や理学療法などの治療手段を採用した。上記の2つの条件のどちらかを満たせば慢

性疾患と見なされる。

¹⁰² CHARLS は、日常生活動作(ADL:着替え、食事、入浴、寝起き、トイレ動作、排泄管理)と手段的日常生活動作(IADL:家事、食事の準備、買い物、金銭管理、服薬)両方を参考し、カッコ内の項目を、①「困難無し」、②「困難あるができる」、③「困難あり、支援が必要」、④「できない」という4つの選択肢で評価する。カッコ内の項目中、少なくとも1項目が「困難ある(②③④を選択した場合)」になった高齢者を「日常生活の自立に困難がある」、少なくとも1項目が「困難あり、支援が必要(③④を選択した場合)」になった高齢者を「日常生活の自立に支援が必要」と定義している(趙など2019:30)

¹⁰³ 前掲書 17

¹⁰⁴ 「中華人民共和国憲法」第49条において、「父母は未成年の子女を扶養・教育する義務があり、成年の子女は、父母を扶養・援助する義務を負う」と明記している。

出所: 中華人民共和国中央人民政府(2005)「中華人民共和国憲法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.gov.cn/govweb/test/2005-06/14/content_6310.htm

¹⁰⁵ 「中国高齢者權益保障法」第13条においては、「高齢者養老は、居宅を基礎とし、家庭構成員は高齢者を尊重し、関心を寄せ、介護すべきである」と規定しており、さらに第14条では「扶養者は高齢者に対し、経済上の扶養、生活上の介護、メンタル上の慰めをする義務を履行し、高齢者の特有のニーズに配慮すべきである」と明記している。

出所: 中華人民共和国中央人民政府(2012)「中華人民共和国高齢者權益保障法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm

¹⁰⁶ Xenia2015:68

¹⁰⁷ 中国における社会保障制度は①社会保険、②社会救済(生活保護などの貧困救済)、③社会福祉、④優遇措置、⑤住宅保障の5つに大別され、「社会福祉」は社会保障制度のサブシステムとされた。「社会福祉」には都市部の福利院と養老院(社会福祉施設)など、各種福祉施設、福祉企業、コミュニティサービス事業及び農村五保制度の敬老院が含まれる(沈2007:20-21)。

¹⁰⁸ 民政部(2016)「民政部における特に困難な人員の認定方法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://zyzx.mca.gov.cn/article/zyzx/shjz/202001/20200100023338.shtml>

¹⁰⁹ 1978年3月5日に、中華人民共和国第5期全国人民代表大会第1回会議が開催され、「中華人民共和国憲法」の改正が行われた。特に1978年憲法の第53条に、「国は計画出産を提唱し、推進する」という「計画出産」の方針が、公式的に憲法に書き入れた。

出所: 全国人民代表大会(1978)「中華人民共和国憲法(1978年)」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/06/content_4365.htm

¹¹⁰ 「第5回人口セミナー」の結果は1980年9月25日に「我が国の人口増加問題のコントロールに関して中国共産党中央政府が全体共産党員及び共青団員への公開手紙」によって公表され、「1組の夫婦につき子ども1人しか生まない」ということも明確的に推奨された。

出所: 中国国情 - 中国網(2012)「我が国の人口増加問題のコントロールに関して中国共産党中央政府が全体共産党員及び共青団員への公開手紙」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.china.com.cn/guoqing/2012-09/07/content_26747616.htm

¹¹¹ 1982年9月8日に、胡耀邦が中国共産党第12期全国人民代表大会で報告し、「計画出産は、我が国の基本国策の1つである」と位置づけた(胡1982)。

¹¹² 国家衛生と計画生育委員会2014:91

¹¹³ 中国では、1970年代末から「一人っ子」政策が実施され、出生率は急速に低下したが、生産年齢人口（15～64歳）の比率が低下に転じたのは2010年頃である（『中国統計年鑑2019』表2-5）。

人口構成の変化が経済成長に及ぼす影響を評価する時に、「人口ボーナス（demographic dividend）」という考え方が頻繁に使われている。「人口ボーナス」の定義について、「出生率が低下に転じてから高齢化率が上昇するまでの約30～40年間、途上国は働き手の多い社会を経験し、経済成長は追い風を受ける。このように出生率の低下による人口構成の変化が経済成長を促進する効果（大泉2011:9）」は「人口ボーナス」と定義されている。また、「人口ボーナス」の期間については、定まった見方はまだないが、現在では、その終点を生産年齢人口比率が上昇から低下に向かう時点とすることが多いと言われている（大泉2011:11）。

以上のことから、中国の「人口ボーナス期」は2010年頃で終焉となり、潜在成長力が弱まるとともに、少子高齢化の問題がますます深刻になってきている。

¹¹⁴ 2015年12月27日に、中華人民共和国第12期全国人民代表大会第18回会議において、「中華人民共和国人口と計画出産法」の改正が行われ、第18条は「国は1組の夫婦につき子ども2人しか生まないことを提唱する」に修正された。

出所：全国人民代表大会（2015）「中華人民共和国人口と計画出産法」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://www.npc.gov.cn/wxzl/gongbao/2016-02/26/content_1987050.htm

¹¹⁵ 『中国統計年鑑2019』における出生率（粗出生率 Crude Birth Rate）の算出方法：粗出生率＝一定期間（通常は年間）の出生数／当該年の人口×1000‰。筆者は表の統一性から、その単位を、「‰」から「%」に変換した。

¹¹⁶ 『中国統計年鑑2019』における高齢者扶養率の算出方法：一定期間の高齢者人口（65歳以上）／労働年齢人口（15～64歳）×100%

¹¹⁷ 中国国家統計局『中国統計年鑑』（1999～2019年）（最終閲覧2020年9月15日）

URL：<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/>

¹¹⁸ 国家衛生と計画生育委員会2014：91

¹¹⁹ 穆2004：34

¹²⁰ 宋2005：19

¹²¹ 陳2013：102

¹²² 中華人民共和国中央人民政府（2007）「全国一人っ子障害・死亡扶助制度セミナー」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://www.gov.cn/gzdt/2007-03/23/content_558721.htm

¹²³ 人口計画出産委員会・財政部（2007）「全国一人っ子障害・死亡家庭扶助制度の試案」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：<http://www.nhc.gov.cn/zwgk/wtwj/201305/9cc5459a79db40bfb48df6618be985a8.shtml>

¹²⁴ 中国計画発展とデジタル化部門（2017）「2016年我が国衛生と計画出産事業発展統計公報」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201708/d82fa7141696407abb4ef764f3edf095.shtml>

¹²⁵ 沈潔（2009）「中国における高齢者の生活保障システム」『新興諸国における高齢者の生活保障システム』調査研究報告書（最終閲覧2020年9月15日）

URL：https://www.ide.go.jp/library/Japanese/Publish/Download/Report/pdf/2008_114_02.pdf#search=%27%E6%B2%88%E6%BD%942009+%E7%A9%BA%E5%B7%A3%E9%AB%98%E9%BD%A2%E8%80%85%27

¹²⁶ 全世帯に占める単独世帯の割合は「中国 2000 年人口センサス資料」の「表 5-1 全国世帯構造別世帯数」、『中国統計年鑑 2006』の「表 4-14 世帯構造別世帯数」、「中国 2010 年人口センサス資料」の「表 5-1 全国世帯構造別世帯数」、『中国統計年鑑 2016』と『中国統計年鑑 2019』の「表 2-16 世帯構造別世帯数」の統計データをもとに、単独世帯数を分子、世帯総数を分母にして筆者算出

¹²⁷ 中国国家统计局『中国統計年鑑』（1999～2019 年）（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsjs/>

中国国家统计局（2000）『中国 2000 年人口センサス資料』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsjs/renkoupuocha/2000puocha/pucha.htm>

中国国家统计局（2010）『中国 2010 年人口センサス資料』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsjs/rkpc/6rp/indexch.htm>

¹²⁸ 前掲書 106、pp. 19

¹²⁹ 梁 2018:84

¹³⁰ 丁・王 2011:85

¹³¹ 廖・甘・陳 2014:48

¹³² 梁 2018:80

¹³³ 前掲書 17

¹³⁴ 吳・郭・苗・辛 2014:6

¹³⁵ 2014 年に、中国老齡科学研究センターは、天津・ハルビン・南寧・済南・太原・南昌・武漢・長沙・昆明・福州という 12 か所の都市において、高齢者介護施設に関するアンケート調査と座談会を行った。有効アンケートを 257 枚回収した。その研究結果は「中国養老機構発展研究」で整理された（吳など 2015:18）。

¹³⁶ 吳・郭・苗・辛 2014:194

¹³⁷ 前掲書 19、前掲書 20、前掲書 105

¹³⁸ 梁 2019:95

¹³⁹ 日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部 2017:107-108

¹⁴⁰ 北京市人民政府（2009 年）「北京市人民政府が北京市民生局と障害者連盟における市民居宅養老（障害補助）サービスに関する方策を転送する通知」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:http://www.beijing.gov.cn/zfxxgk/110009/tzgg53/2011-12/28/content_288906.shtml

¹⁴¹ 中国公益研究院（2018）「養老|全国的な介護補助制度は徐々に確立されつつあるが、補助を受けるための条件には差がある」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<https://www.yidianzixun.com/article/0Jl0QJem>

¹⁴² 日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部 2017:73

¹⁴³ 梁 2019:95

¹⁴⁴ 梁 2019:96

¹⁴⁵ 前掲書 19、前掲書 21

¹⁴⁶ 劉 2007:1

¹⁴⁷ 王・余 2017:88

¹⁴⁸ 梁 2019:96

¹⁴⁹ 「長期介護金」:60 歳になる前に日常生活能力を無くした人が、日常生活能力を取り戻すまでに、基本保険金額の 8%を毎年給付する。

¹⁵⁰ 「高齢介護金」:日常生活能力を有している 60 歳以上の人に、基本保険金額の 8%を毎年給付する。

¹⁵¹ 「がん/高齢疾病保険金」:基本保険金額の 2 倍を給付する。ただし、最終給付額は、既に受け取った「長期介護金」・「高齢介護金」を差し引く。

¹⁵² 「死亡保険金」:基本保険金額の 2 倍を給付する。ただし、最終給付額は、既に受け取った保険金 1・2 を差し引く。

¹⁵³ 「疾病死亡或は第 1 級障害保険金」:支払期間中は基本保険金額の 1 倍、支払期間満了後は 1.2 倍を給付し、契約を終了する。145

- 154 「長期介護リハビリ保険金」：長期介護が必要と診断された場合、診断確定後 90 日後の翌日に基本保険金額の 12%を給付する。
- 155 「長期介護保険金」：長期介護が必要と診断された場合、診断確定後 90 日後の翌日から基本保険金額の 10%を半年に 1 回給付する。
- 156 「満期保険金」：契約期間満了の時に、被保険者が 88 歳に達し、まだ生きている場合、基本保険金額の 1.2 倍を給付し、契約を終了する。
- 157 「年間介護金」：70 歳以降、死亡するまで基本保険金額の 10%を毎年給付する。
- 158 「事故医療金」：70 歳まで、毎回 100 元を給付する。累積上限額は基本保険金額の 1 倍である。
- 159 「臓器移植介護金」：70 歳まで、心臓と肺の移植は基本保険金額の 2 倍、肝臓と骨髄の移植は 1.5 倍、膵臓と腎臓の移植は 1 倍を給付する。
- 160 「長期介護金」：70 歳まで、基本保険金額の 10%を毎年給付する。
- 161 「死亡金」：70 歳まで、基本保険金額の 2 倍を給付する。
- 162 前掲書 23、前掲書 24、前掲書 25、前掲書 26
- 163 梁 2019:96
- 164 竇 2007:49
- 165 前掲書 5
- 166 新華社 (2016)「中華人民共和国第 13 次国民経済・社会発展五カ年計画要綱」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.xinhuanet.com/politics/2016lh/2016-03/17/c_1118366322.htm
- 167 中華人民共和国中央人民政府 (2006)「中共中央における調和のとれた社会主義社会の構築に関するいくつかの重要な問題の決定」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/govweb/gongbao/content/2006/content_453176.htm
- 168 中国網日本語版 (2019)「共同建設・共同統治・共有を旨とする社会統治の枠組み」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: http://japanese.china.org.cn/jp/china_key_words/2019-04/15/content_74647482.htm
- 169 新華社 (2016)「習近平主席が全国衛生と健康大会での発言が強い反応を引き起こした」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: http://www.xinhuanet.com/politics/2016-08/21/c_1119428119.htm
- 170 中共中央国務院 (2016)「健康中国 2030 計画綱要」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/ghcw/ghjh/201612/t20161230_263500.html
- 171 経済産業省 2014:113
- 172 中国統計局 2019:表 3-2
- 173 佐野 2016:121
- 174 人民網 (2017)「黄潔夫:高齢者サービス業の発展で 1000 万の雇用を創設する可能性がある」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: society.people.com.cn/n1/2017/0309/c1008-29133705.html
- 175 前掲書 135:22
- 176 前掲書 135:19
- 177 所得などの分布の均など度を示す指標として、最もよく用いられるものに「ジニ係数」がある。ジニ係数は、ローレンツ曲線と均など分布線とで囲まれる弓形の面積が均など分布線より下の三角形部分の面積に対する比率をいい、0 から 1 までの値をとる。0 に近いほど所得格差が小さく、1 に近いほど所得格差が大きいということになる (厚生労働省政策統括官 2019:5)。ジニ係数 0.4 以上が社会騒乱の警戒ライン、0.6 以上が同危険ラインとも言われる (古金 2018:132)。
- 178 中国国家统计局 (2017)「2003 年~2016 年における中国居民平均可支配所得ジニ係数」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.stats.gov.cn/ztjc/zdtjgz/yblh/zysj/201710/t20171010_1540710.html
179 于 2007:91

180 人民網 (2014) 「陳麗芬代表:コミュニティ化設備建設を強化する」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: lianghui.people.com.cn/2014npc/n/2014/0313/c376088-24619751.html

181 国務院 (2006) 「長江三角洲都市群発展計画に関する国務院の返答」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-05/25/content_5076639.htm

182 李蕾 (2019) 「利用費用が中低所得層向けの施設はわずか 14%しか占めていない」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: gov.eastday.com/ldb/node41/node2151/20190312/n75026/n75049/ulai439982.html

183 1950 年代から実施された公務員などを対象とする「公費医療保険制度」及び国有企業従業員及びその家族などを対象とする「労働医療保険制度」を統一する新制度として、1998 年 12 月 14 日に「都市従業員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、実施された。

出所: 国務院 (1998) 「都市従業員基本医療保険制度の整備に関する国務院の決定」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm

184 2016 年に、国務院は「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を公表した。同意見は、2003 年から実施された「新型農村合作医療制度」と 2007 年から実施された「都市住民基本医療保険制度」を統合し、「都市・農村住民基本医療保険制度」とすることを決定し、各地での実施を推進した。都市部と農村部の非就業の保険加入者は今後、都市・農村の違いによる制限を受けることがなくなり、統一された保険加入基準と待遇が適用されるようになった。

出所: 国務院 (2016) 「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: http://www.gov.cn/gongbao/content/2016/content_5036268.htm

185 『中国統計年鑑 2019』の表 2-1 によると、2018 年末の総人口は 13 億 9,538 万、表 24-29 によると、公的医療保険の加入者総数は 13 億 4,458.6 万なので、公的医療保険の加入率は 96.3%であると筆者が算出した。

出所: 国家統計局 (2019) 『中国統計年鑑 2019』 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsjsj/2019/indexch.htm>

186 李 2002:47

187 徐 2005:56

188 中国「社会保険法」第 27 条によると、「都市従業員基本医療保険制度」の加入者は、国が定めた一定年数の保険料を納付済みになった場合、退職した後に、医療保険料を納付する義務がないまま、医療保険の給付を享受する権利があると規定している。

出所: 中国人大網 (2019) 「中華人民共和國社会保険法 (2018)」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: <http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201901/4a6c13e9f73541ffb2c1b5ee615174f5.shtml>

189 『中国統計年鑑 2019』の表 2-5

出所: 前掲書 185

190 中国国家统计局 『中国統計年鑑』 (1999~2019 年) (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsjsj/>

191 『中国統計年鑑 2019』の表 24-24

出所: 前掲書 185

192 陳 2007:38

193 謝 (2016) :239

194 前掲書 106、pp. 68

-
- 195 厚生労働省 (2013) 『公的介護保険制度の現状と今後の役割』 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: https://kosenchin.jp/kosenchinDefault/1_2013_10_19/koutekikaigohokenseido.pdf#search=%27%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E7%9A%84%E5%85%A5%E9%99%A2+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%27
- 196 沈 2016:13
- 197 国際労働機関 (2015) 「ILO 新刊：世界の高齢者の半数以上に行き届いていない良質の介護」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
- 198 前掲書 106、pp. 14–16
- 199 前掲書 106、pp. xi
- 200 前掲書 106、pp. xiii
- 201 ドイツの介護保険制度は、子供が親を扶養する義務を規定し、まず年老いた親に対する子供の介護を前提にして、そのうえで在宅介護を優先的に支援することを目的とした制度である (今任 2017:128)。
- 202 社会法典第十一編においては、①自己決定、②在宅介護の優先、③基礎的保障、④予防及びリハビリテーションの優先、⑤自己責任の5つが、公的介護保険にかかわる基本原則として規定されている。具体的にいうと……第二に、要介護者ができる限り長く家庭的な環境に留まれるよう、在宅介護を優先的に支援することを旨とし、その目的にかなうように給付を行う (前掲書 201、pp. 127)。
- 203 前掲書 201、pp. 127–128
- 204 増田 2014:60
- 205 中澤 2017: 20
- 206 斎藤 2015:1–2
- 207 前掲書 206、pp. 1
- 208 前掲書 204、pp. 63
- 209 厚生労働省老健局総務課 2018:10
- 210 前掲書 209、pp. 16
- 211 前掲書 209、pp. 13
- 212 社会保障審議会介護保険部会 2016:1
- 213 前掲書 209、pp. 18
- 214 「介護保険法(平成九年十二月十七日)(法律第百二十三号)」
URL: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82998034&dataType=0
- 215 厚生労働省老健局総務課 2014:4
- 216 社会保障審議会介護保険部会 2004:1
- 217 厚生労働省 2006:7–8
- 218 前掲書 217、pp. 11
- 219 前掲書 217、pp. 16–17
- 220 厚生労働省「平成 17 年(2005 年)介護保険法改正」
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005.html>
- 221 厚生労働省「2008 年度介護保険法改正」
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2008.html>
- 222 社会保障審議会介護保険部会 2010:3
- 223 前掲書 222、pp. 4–6
- 224 「日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される『地域包括ケアシステム』の実現に向けた取組を進めること」とされている (前掲書 222、pp. 7)
- 225 「給付の効率化・重点化等を進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築する」とされている (前掲書 222、pp. 8)。
- 226 厚生労働省老健局 (2011) 「平成 23 年介護保険法改正について (介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律)」

URL: https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf

²²⁷ 社会保障審議会介護保険部会 2013:2

²²⁸ 厚生労働省 2014:1

²²⁹ 前掲書 228、pp. 2-3

²³⁰ 第2号被保険者（40～64歳）の保険料は、介護納付金として医療保険者に賦課しており、各医療保険者が加入者である第2号被保険者の負担すべき費用を一括納付している。各医療保険者は、介護納付金を、第2号被保険者の「加入者数に応じて」負担しているが、これを被用者保険間では「報酬額に比例した負担」と転換された（厚生労働省 2017:6）

²³¹ 前掲書 230、pp. 1

²³² 林・宣・住居 2010:14-19

²³³ 金 2010:123

²³⁴ 前掲書 232、pp. 19

²³⁵ 小島 2017:670

²³⁶ 前掲書 232、pp. 33-34

²³⁷ 前掲書 232、pp. 35

²³⁸ 前掲書 235、pp. 671

²³⁹ 前掲書 232、pp. 23

²⁴⁰ 前掲書 235、pp. 671

²⁴¹ 前掲書 204、pp. 180

²⁴² 前掲書 204、pp. 145

²⁴³ 前掲書 206、pp. 2

²⁴⁴ 岡山市保健福祉局生活保護・自立支援課 2016:1

²⁴⁵ 前掲書 204、pp. 149

²⁴⁶ 「試行目標」：社会的な共助共済を通じて資金を調達し、長期失能人員に基本的な生活介護とその基本的な生活に密接に関連する医療看護に、現金或いはサービスの保障を提供する社会保険制度の確立を探求する。1～2年を実験的に行い、経験を蓄積し、基本的には「第13次5か年計画（2015～2020年）」期間中に、中国の社会主義市場経済システムに適応する介護保険制度の政策的フレームワークの形成に努める。

出所：前掲書 1

²⁴⁷ 「主要任務」：①介護保険制度の保障範囲、保険料、給付水準などの政策体系を探求する。②要介護の認定や要介護度の段階などに関する判定基準と管理方法を探求する。③介護保険施設と介護スタッフのサービスの質の評価、契約管理、費用決済などの方法を探求する。④介護保険制度のサービス規範と運営メカニズムを探求する。

出所：前掲書 1

²⁴⁸ 前掲書 1

²⁴⁹ 上海市人民政府（2016）「市政府における『上海市長期護理保険試案』の印刷配布に関する通達（現・廃止）」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL: www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw51124.html

²⁵⁰ 上海市人民政府（2017）「上海市人民政府における修正後の『上海市長期護理保険試案』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL: <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw54809.html>

²⁵¹ 上海市人民政府弁公室（2019）「上海市人民政府弁公室における『上海市長期護理保険試案』の有効期限の延長に関する通達」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL: <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw2404/nw48652/nw48654/u26aw63976.html>

²⁵² 前掲書 249、前掲書 250

²⁵³ 中国における都市労働者医療保険基金に払う保険料は、社会全体で運用される「社会プール基金」と個人が治療を受けるときに使う「個人口座基金」とに分けられている。

労働者が支払う保険料（2%）のすべて、雇用単位が支払う保険料（賃金総額の6%）の約30%は、個人名義の口座に積み立てられる。また、雇用単位が払う保険料の残り約70%は社会プール基金に入金される。そして、給付について、中国では外来診療は個人口座の積み立てから支払われ、入院治療費は社会プール基金から保険金が給付される（赤坂2017:5-6）。

²⁵⁴ 前掲書 250

²⁵⁵ 上海市人民政府弁公室（2018）「上海市人民政府弁公室における『上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL : www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw51124.html

²⁵⁶ 法律に従って独立登録した社会サービス機構或いは企業・事業単位で、安定した認定調査員、事務室、良好な財務状況を備え、整った人事管理、財務管理、書類管理、認定業務管理、品質コントロール管理などの制度を持っている。

機構内の認定調査員は10人以上でなければならない。その中に、専門職認定調査員の人数は5人以上でなければならない。認定機構の責任者と認定調査員は法律・法規などに違反した不良記録があれば担当できない。

条件を満たした認定機構は上海市の関連規定によって認定サービス協定を結び、指定認定機構となる。市人力資源社会保障局は指定認定機構のリストを公表し、動的に調整する（前掲書 255）。

²⁵⁷ 前掲書 255

²⁵⁸ 上海市人力資源と社会保障局・上海市医療保険弁公室（2018）「『上海市高齢者統一要介護認定及び契約管理実施細則』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL : http://service.shanghai.gov.cn/XingZhengWenDangKu/XZGFDetails.aspx?docid=REPORT_NDOC_000855

²⁵⁹ 前掲書 255、前掲書 258

²⁶⁰ 介護保険外の1987回が現れた原因は2つあると考えられる。①「上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法」によると、第1号・第2号被保険者以外に、公的医療保険未加入の上海市戸籍の人も要介護認定の資格があると規定した。ただし、この部分の人は認定資格があっても、介護保険給付（2割自己負担）は受けられないから、要介護認定を申請した場合は全部自費で負担となる。②「上海市高齢者統一要介護認定プロセス及び契約管理実施細則」によると、認定結果に不満があり、再認定を申請した場合、再認定結果が初回と同じ場合には申請人が負担し、異なる場合には初回認定を実施した施設が負担すると定められた。それゆえ、再認定を受けても結果が変わらない場合は介護保険外となり、自己負担になってしまう。

²⁶¹ 中国國務院（1982）「『國務院における離職休養制度に関するいくつかの規定の公布の通達』（最終閲覧 2020年9月15日）

URL : <http://lgj.cnts.gov.cn/Disp.Aspx?ID=826&ClassID=3>

²⁶² 1回につき1時間単位のサービスを給付する。

²⁶³ 1か月以上6か月以下のサービスを継続して利用している高齢者は、週7回の給付の上に、月に1回のサービス時間の増加と、40元の現金補助のどちらかを選択できる。6か月以上のサービスを継続して利用している高齢者は、週7回の給付の上に、月に2回のサービス時間の増加と、80元の現金補助のどちらかを選択できる。

²⁶⁴ 上海市において、介護職員の専門技能水準を評価するものとして、「養老護理」と「養老護理（医療照護）」という2つの証明書がある。対象者は、それぞれの職業訓練課程を修了した後に、上海市養老サービス業界協会、上海市社区卫生協会などの社会組織によって技能水準を評価され、合格した場合に終了課程に対応する技能水準評価証明書が配布される（上海市人力資源と社会保障局2019）。

また、実際には、中国で日本の「介護福祉士」に相当する資格として、「養老護理員」

というものがあるが、その創設と廃止の経緯は複雑である。2002年に、中国労働・社会保障部（日本の厚生労働省に相当する）は、『養老護理員国家職業標準』を策定したが、2011年11月に改正を行い、2018年に一旦廃止し、2019年10月に改めて『養老護理員国家職業技能標準』を配布し、復活させた（新華社2019）。ただし、「養老護理員」という資格は、2016年にはまだ国家資格（151項目のうち、「孤児・障害子ども護理員」、「育嬰員（乳児の保育員）」、「保育員」と並列し、「生活ケアサービス人員」に属する）として公示されたが、2017年からは削除された（人力資源と社会保障局2016・2017・2019）。2019年10月に『養老護理員国家職業技能標準』が新しく作成されたが、2020年の国家資格に再登録される可能性は低いと考えられる。

²⁶⁵ 前掲書 250

²⁶⁶ 上海市民政局・衛生と計画生育委員会・人力資源と社会保障局・医療保険弁公室（2016）「長期介護保険のサービス項目とサービス基準・規範（試行）の印刷配布に関する通達」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：<http://www.shlnb.cn/gb/shmzj/node8/node15/node55/node230/node278/ulai43863.html>

²⁶⁷ 前掲書 266

²⁶⁸ 寧波市人民政府弁公室（2017）「寧波市人民政府弁公室における『寧波市長期護理保険制度試案』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://qyzc.ningbo.gov.cn/art/2017/10/16/art_6257_61.html

²⁶⁹ 寧波市人力資源と社会保障局・財政局・寧波市民政局（2017）「『寧波市長期護理保険試行細則』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://qyzc.ningbo.gov.cn/art/2017/12/6/art_6153_84.html

²⁷⁰ 前掲書 268

²⁷¹ 寧波市は6つの区、2つの下級市（寧波市より低いレベルの市）、2つの県を管轄しており、医療保険は市レベルと区・下級市・県レベルに分けて管理されている。それゆえ、市本級とは、市レベルを指している。

²⁷² 前掲書 268

²⁷³ 寧波市海曙区人力資源と社会保障局（2018）「区十一届人大二次会議第129号建議に対する答申」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://www.haishu.gov.cn/art/2018/7/5/art_131317_86666.html

²⁷⁴ 長期護理保険認定と取扱管理センター（2018）『寧波市長期護理保険政策回答』

²⁷⁵ 寧波市人力資源と社会保障局・民生局・衛生と計画生育委員会・財政局（2017）「寧波市長期護理保険要介護認定試行方法」（最終閲覧2020年9月15日）

URL：http://qyzc.ningbo.gov.cn/art/2017/12/6/art_6153_85.html

²⁷⁶ 前掲書 268

²⁷⁷ 要介護認定取扱機関とは、要介護認定における認定チームの組織と派遣を実際に担当している「長期護理保険認定及び取扱管理センター」のことを指している。

²⁷⁸ 要介護認定専門家はA型とB方という2種類ある。

A型とは、試行区域内の指定された2級以上の医療施設、リハビリテーション施設の中で医療衛生を専門とした技術職務（高級）を務める資格のある医療専門家である。

B型とは、試行区域内の2級及びそれ以下の医療施設、或いは介護サービスを提供している施設の中で、以下のいずれの条件を備える在職医療看護人員である。具体的には、①中級及びそれ以上の医療、看護を専門とした技術職務を務める資格のある人と、②リハビリテーション専門領域に3年間以上の職務経験のある人である（前掲書275）

²⁷⁹ 前掲書 275

²⁸⁰ 「寧波市長期護理保険要介護認定試行方法」によると、当時は『日常生活活動能力評定量表（Barthel Index）』を一時的に使用し、今後は徐々に統一された要介護認定基準を制定すると規定された（前掲書275）。

²⁸¹ 前掲書1、前掲書249、前掲書250

²⁸²前掲書 281

²⁸³ 前掲書 1、前掲書 250、前掲書 268

²⁸⁴ 交通事故や労働災害などによる要介護状態の場合には、障害者福祉施策の対象にもなるので、寧波市の場合では、介護保険と障害者福祉のうち1つしか選択できないと明確に規定している。

²⁸⁵ 中国「社会保険法」第27条によると、「都市従業員基本医療保険制度」の加入者は、国が定められた一定期間以上の保険料を納付済みの場合、退職した後に、医療保険料を納付する義務がないまま、医療保険の給付を享受する権利があると規定している。例えば、上海の場合では、その必要期間が15年となっている。

出所：前掲書 188、上海市人民政府（2000）「上海市都市従業員基本医療保険弁法」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL：<http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw2407/nw26170/u26aw27364.html?mgdjmohlnglfcjmo>

²⁸⁶ 前掲書 1、前掲書 250、前掲書 268

²⁸⁷ 前掲書 1、前掲書 250、前掲書 268

²⁸⁸ $95 \times 600 + 21 \times 900 + 27 \times 1350 = 112,350$

²⁸⁹ $95 \times 600 \times 85\% + 21 \times 750 \times 85\% + 27 \times 900 \times 85\% = 82,492.5$

²⁹⁰ $(95 \times 600 \times 85\% + 21 \times 750 \times 85\% + 27 \times 900 \times 85\%) / (95 \times 600 + 21 \times 900 + 27 \times 1350) = 73.4\%$

²⁹¹ 介護保険取扱機関とは、介護保険の具体的な業務を担当している機関のことを指し、正式的名称は「長期護理保険認定及び取扱管理センター」である。「長期護理保険認定及び取扱管理センター」は、要介護認定における認定チームの組織と派遣や、指定介護施設・病院との介護保険給付費の確認と決済などの業務を担当している。

その設立の経緯は以下である。2018年5月17日から、寧波市政府は「長期護理保険の認定及び取扱の委託事業」を公開入札にし、6月6日に泰康人壽保險有限責任會社寧波支社が93万元で落札し、「長期護理保険認定と取扱管理センター」を設立し、8月から具体的な委託事業を開始した。

²⁹² 木下 2003：89-91

²⁹³ SLAA 研究会 2013：3

²⁹⁴ 2018年11月5日、習近平国家主席が初回の中国国際輸入博覽會で、長江三角洲区域一体化の發展が国家レベルの戰略に上昇することを支持し、着実に新しい發展概念を着実に推進すると表明した。長江三角洲区域一体化とは、中国で最も經濟發展が早く、對外開放性が高く、イノベーション能力が強い地域の1つである上海市・江蘇省・浙江省・安徽省における多様な領域における協力と一体化を指す（新華社 2019）。

²⁹⁵ 「寧波市長期護理保險要介護認定試行方法」によると、当時は『『日常生活活動能力評定量表（Barthel Index）』を一時的に使用し、今後は徐々に統一された要介護認定基準を制定する」と規定された（前掲書 275）。

²⁹⁶ 「寧波市長期介護保険要介護認定試行方法」によって、要介護認定委員会が創設され、市人社局、市財政局、市民生局、市衛生計画委員会、市障碍者連盟などの關係部門の代表から構成される。要介護認定専門家グループの創設、認定結果の再審、長期介護保険政策の実行、要介護認定基準及びプロセスなどを担当している。

²⁹⁷ 「家庭病床」制度とは、医療機関に行くことが難しい人に対して、高齢者の自宅や入所している介護施設などにおいて「家庭病床」を創設し、訪問医療を提供する制度である。寧波市において、以下の申請要件のいずれかを満たす人は申請できる。①80歳以上、②寝たきり、③悪性腫瘍末期、④肺源性心臟病、⑤肺氣腫、⑥下肢骨折の回復期間内。また、給付としては、週に3回までの訪問医療の費用は、医療保険が適用できる。出所：寧波市人力資源と社會保障局（2015）「契約式家庭醫師制サービスの着実な実施と地域医療連携の試行の展開における關連医療保險政策の実施意見」（最終閲覧 2020年9月15日）

URL：http://www.bl.gov.cn/art/2016/7/7/art_138445_103870.html

- ²⁹⁸ 第5章第2節でAは、介護保険制度試行の前には、高齢者が民政部の社区居宅养老服务を利用しているの、介護保険サービスと社区居宅养老服务の違いがわからない高齢者が多いと指摘した。その裏には、介護職員はそれを利用して、二重給料をもらっている問題があると、関係者の話から推測できる。介護保険制度は医療保険部門所管で、社区居宅养老服务は民政部所管なので、情報の共有や現場での有効なチェックの仕組みがないと、それを防ぐことは難しいと考えられる。
- ²⁹⁹ 上海市人力資源と社会保障局・医療保険弁公室（2018）「上海市長期介護保険の在宅・施設介護サービスの服務規程（試行）に関する通達」（最終閲覧 2020年9月15日）
URL: http://rsj.sh.gov.cn/201712333/xxgk/flfg/gfxwj/shbx/02/201812/t20181210_1292581.shtml
- ³⁰⁰ 前掲書 249、前掲書 250、前掲書 268
- ³⁰¹ 厚生労働省老健局（2018）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」（最終閲覧 2020年9月15日）
URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>
- ³⁰² 厚生労働省（2019）「介護保険事業状況報告月報（暫定版）平成31年1月分」（最終閲覧 2020年9月15日）
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1901.html>
- ³⁰³ 韓国健康保険公団（2020）「国民健康保険制度の概要保険料」（最終閲覧 2020年9月15日）
URL: <https://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B2230>
- ³⁰⁴ 同年の健康保険料率が6.67%となっているので、介護保険料が賃金に占める割合を、「介護保険料率（10.25%）／健康保険料率（6.67%）＝0.68%」という方法で算出できる。
- ³⁰⁵ 斎藤 2013:17
- ³⁰⁶ 正規労働者は従業員医療保険、非正規労働者や労働していない人（子どもや大学生など）は住民医療保険に加入している。
- ³⁰⁷ ただし、40～64歳の生活保護受給者は、医療保険未加入の場合、介護保険に加入できなくて、介護扶助のサービスを利用することになっている（飯塚 2020:342）。
- ³⁰⁸ 渡辺 2016:40
- ³⁰⁹ 前掲書 250、前掲書 255
- ³¹⁰ 前掲書 235、pp. 671
- ³¹¹ 笹谷 2005:37
- ³¹² 1か月以上6か月以下のサービスを継続して利用している高齢者に対して、週7回の給付の上に、月に1回のサービス時間の増加か、40元の現金補助かを、利用者の選択で給付している。6か月以上のサービスを継続して利用している高齢者に対しては、月に2回のサービス時間の増加か、80元の現金補助かを、利用者の選択で給付している。ただし、月に1回しか追加的給付しないから、これでも不十分であると考えられる。
- ³¹³ 前掲書 249、前掲書 250、前掲書 268
- ³¹⁴ 瀧澤 1997:40
- ³¹⁵ 前掲書 206、pp. 2
- ³¹⁶ 厚生労働省「介護保険制度について」（最終閲覧 2020年9月15日）
URL: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/2gou_leafllet.pdf#search=%27E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6+++E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81%27
- ³¹⁷ 前掲書 305:17
- ³¹⁸ 朴 2011:174
- ³¹⁹ 朴 2011:174
- ³²⁰ 前掲書 307:350－352

³²¹ 上海市民政局・財政局・人力資源と社会保障局（市医保弁）（2018）「本市長期護理保險試行における個人負担の補助に関する通達」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://mzj.sh.gov.cn/gb/shmzj/node8/node194/ulai45473.html>

³²² 高齢者の身体状態の変化に対して指定高齢者介護施設・在宅事業所が提出した場合

参考文献

日本語文献（アルファベット順）

- ・赤坂真人（2017）「中国医療保険制度の歴史の変遷-1949～2017-」『吉備国際大学研究紀要』2017, No. 27 pp. 1-12
- ・江角周子・庄司一子（2016）「中学生における聞くことの学びを通じた聞く行動の変容プロセスの検討」『教育心理学研究』2016, Vol. 64, No. 2 pp. 268-280
- ・古金義洋（2018）「最近の格差拡大について」『共済総合研究』2018, No. 76 pp. 131-147
- ・平岡公一（2003）「普遍主義 - 選別主義の再検討」『イギリスの社会福祉と政策研究』ミネルヴァ書房
- ・平岡公一・杉野昭博・所道彦・鎮目真人（2019）『社会福祉学』有斐閣
- 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』Spring. 2018 pp. 53-65
- ・金栄俊（2010）「韓国の介護保険制度」『太成学院大学紀要』Vol. 12 2010 pp. 117-126
- ・木下康仁（2003）『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』株式会社弘文堂
- ・木下康仁（2007）『ライブ講義 M-GTA—実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて』株式会社弘文堂
- ・小島克久（2017）「韓国の社会保障（第3回）韓国『老人長期療養保険』（介護保険）について」『社会保障研究』2017, Vol. 1, No. 3 pp. 670-673
- ・小島朋之（1999）『現代中国の政治—その理論と実践』慶応義塾大学出版会
- ・国分良成（2011）『中国は、いま』岩波新書
- ・草野厚（1997）『政策過程分析入門』東京大学出版社
- ・林春植・宣賢奎・住居広士（2010）『韓国介護保険制度の創設と展開』ミネルヴァ書房
- ・劉曉梅（2005）「中国における社会変動と社会保障制度改革」『千葉大学 公共研究』2005, Vol. 2, No. 2 pp. 5-19
- ・増田雅暢（2014）『世界の介護保障（第2版）』法律文化社
- ・松永保博章（2001）「五保制度—中国農村における公的扶助制度—」『海外者社会保障研究』Spring. 2011, No. 134 pp. 87-92
- ・三浦文夫（1985）『社会福祉政策研究 社会福祉経営論ノート』全国社会福祉協議会
- 宮川公男（1995）『政策科学入門』東洋経済新報社
- ・三浦祐介（2012）「中国における所得格差問題の展望—次期政権が改革を徹底できるかが格差縮小の鍵に—」『みずほリサーチ』nov. 2012 pp. 8-9
- ・内閣府 1997年版～2019年版『高齢社会白書』
URL: <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- ・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』財務省財務総合政策研究所 Aug. 2019, No. 3 pp. 30-55
- ・中村恵佑（2018）「『政策の窓』モデルを用いた大学入試政策の分析可能性」『日本教育政策学会年報』2018, No. 25 p. 184-194
- ・中澤克佳（2017）「介護保険制度の持続可能性： オランダ・ドイツからの示唆」『平成29年度海外行政実態調査報告書』 pp. 1-44
- ・日本疫学会（監修）（2010）『はじめて学ぶやさしい疫学 改訂第2版』南江堂
- ・庭田範秋（1989）『保険学』成文堂
- ・小田兼三（1993）『現代イギリス社会福祉研究』川島書店

- ・岡村重夫 (1983) 『社会福祉原論』全国社会福祉協議会
- ・大泉啓一郎 (2011) 「中国の人口ボーナスはいつまで続くのか - 持続的経済成長の課題 -」 『環太平洋ビジネス情報』 RIM. 2011, Vol. 11, No. 40 pp. 1-21
- ・齋藤香里 (2013) 「ドイツの介護者支援」 『海外社会保障研究』 Autumn. 2013 No. 184 pp. 16-29
- ・齋藤香里 (2015) 「ドイツにおける介護保障の動向」 『健保連海外医療情報』 Sep. 2015, No. 107 pp. 1-10
- ・齋藤義彦 (2012) 『ドイツと日本「介護」の力と危機 - 介護保険改革とその挑戦』 ミネルヴァ書房
- ・佐野淳也 (2016) 「供給サイドの構造改革に乗り出した中国・習近平政権」 『環太平洋ビジネス情報』 RIM. 2016, Vol. 16, No. 61 pp. 120-131
- ・笹谷春美 (2005) 「高齢者介護をめぐる家族の位置 - 家族介護者視点からの介護の「社会化」分析 -」 『家族社会学研究』 Vol. 16 No. 2 pp. 36-46
- ・里見賢治 (2002) 「社会福祉再編期における社会福祉パラダイム」 『講座 戦後社会福祉の総括と二一世紀への展望Ⅱ 思想と理論』 ドメス出版
- ・沈潔 (2007) 『中華圏の高齢者福祉と介護』 ミネルヴァ書房
- ・沈潔 (2009) 「中国における高齢者の生活保障システム」 『新興諸国における高齢者の生活保障システム 調査研究報告書』
- ・沈潔 (2014) 「社会保障と介護福祉」 『海外社会保障研究』 Winter. 2014, No. 189 pp. 32-43
- ・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』 Vol. 27 pp. 13-21
- ・白鳥令 (1990) 『政策決定の理論』 東海大学出版会
- ・総務省統計局 (2019) 「統計からみた我が国の高齢者 - 「敬老の日」 にちなんで -」 URL: <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1210.html>
- ・杉野昭博 (2004) 「福祉政策論の日本的展開 - 「普遍主義」 の日英比較を手がかりに -」 『福祉社会学研究 1』 pp. 50-62
- ・瀧澤仁唱 (1997) 「ドイツ介護保険の現状と課題」 『医療・福祉研究』 1997, No. 9 pp. 39-43
- ・田邊宏典 (2019) 「中国における格差」 『ファイナンス』 Mar. 2019 pp. 58-59
- ・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』 2011, Vol. 67, No. 4 pp. 413-417
- ・王文亮・掲継斌・羅衛国 (2003) 「中国農村部の五保戸扶養制度に関する考察」 『九州看護福祉大学紀要』 2003, Vol. 5, No. 1 pp. 93-105
- ・渡辺富久子 (2016) 「ドイツにおける介護保険法の改正 - 認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更 -」 『外国の立法 268』 pp. 38-89
- ・山本吉宣 (1990) 「政策決定論の系譜」 白鳥令編 『政策決定の理論』 東海大学出版会
- ・巖善平 (2016) 「中国の格差」 『国際問題』 Dec. 2016, No. 657 pp. 36-46
- ・今任啓治 (2015) 「介護老人福祉施設の変容」 『アドミニストレーション』 2015, Vol. 22, No. 1 pp. 17-31
- ・今任啓治 (2017) 『「普遍主義」 から見た日本の介護保険制度の再構築』 博士論文 (熊本県立大学)
- ・飯塚慶子 (2019) 『社会福祉士合格教科書』 大日本法令印刷株式会社
- ・結城康博 (2008) 『介護現場からの検証』 岩波新書

中国語文献（アルファベット順）

- ・ 陳晨・黄万丁（2016）「日本長期護理保險制度の経験と啓発」『中国衛生政策研究』Feb. 2016, Vol. 9, No. 2 pp. 17-21
- ・ 陳恩（2013）「全国『失独』家庭の規模推計」『人口と発展』2013, Vol. 19, No. 6 pp. 100-103
- ・ 陳攻・孟彦辰（2019）「長期護理保險制度の構築研究 - 日本の経験を参照に」『Soft Science of Health』Sep. 2019, Vol. 33, No. 9 pp. 87-91
- ・ 崔仕臣・林閔鋼（2019）「日本と韓国長期護理保險発展の比較研究及び中国の選択」『CONTEMPORARY ECONOMIC MANAGEMENT』Jan. 2020, Vol. 42, No. 1 pp. 92-97
- ・ 戴衛東（2007）「ドイツ長期護理保險紹介」『中華護理雜誌』Jan. 2007, Vol. 42, No. 1 pp. 85-86
- ・ 戴衛東・董丛文（2007）「中国における民間護理保險の見通しの分析—中国将来の高齢者生活護理のモデルに関する検討も合わせて」『Academic Exchange』Apr. 2007, No. 4 pp. 118-123
- ・ 戴衛東（2011）「高齢者の長期護理需要及びその影響要素の分析」『老齡問題研究』Jul. 2011, Vol. 35, No. 4 pp. 85-92
- ・ 戴衛東・陶秀彬（2012）「若者の長期護理保險に対する加入意欲及びその影響要素に関する分析」『中国衛生事業管理』2012, No. 5 pp. 353-355
- ・ 党俊武・魏彦彦・劉妮娜（2018）『高齡化青書 中国都市・農村高齢者生活狀況調査報告（2018）』社会科学文献出版社
- ・ 鄧晶・鄧文燕（2017）「長期護理制度のパイロット地域における保險資金の調達方法の比較分析」『中国衛生政策研究』Aug. 2017, Vol. 10, No. 8 pp. 13-17
- ・ 丁志宏・王莉莉（2011）「我が国社区居宅養老サービス均など化研究」『POPULATION JOURNAL』2011, No. 5 (Tot. No. 189) pp. 83-88
- ・ 董琳（2011）「異なるモデルの長期護理保險制度比較分析」『衛生經濟研究』2011, No. 6 pp. 40-43
- ・ 寶玉沛（2007）「社会福祉事業を『適度普惠型』に轉換する」『上海証券報』Oct. 2007, No. 17 pp. 49
- ・ 杜本峰・沈航（2008）「高齢人口の長期護理サービス需要及び産業發展モデルに関する研究」『經濟問題探索』2008, No. 3 pp. 34-38
- ・ 杜鵬・翟振武・陳衛（2005）「中国人口老齡化百年發展趨勢」『Population Research』Nov. 2005, Vol. 29, No. 6 pp. 90-93
- ・ 国家衛生と計画出産委員会（2014）『2014 中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社
- ・ 国家衛生と計画生育委員会（2014）『中国家庭發展報告 2014』中国人口出版社
- ・ 国家衛生健康委員会（2019）『2019 中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社
- ・ 国家衛生計生委家庭司（2016）『中国家庭發展報告 2016』中国人口出版社
- ・ 郭平・陳剛（2008）『2006 年中国都市と農村高齢者人口狀況追跡調査のデータ分析』中国社会科学出版社
- ・ 国務院（2016）「都市・農村の住民基本医療保險制度の統合に関する意見」
- ・ 海龍（2013）「日本長期護理保險の政策設計、基本特徴及び發展方向」『Economy and Management』Aug. 2013, Vol. 27, No. 8 pp. 14-19
- ・ 郝君富・李心愉（2014）「ドイツ長期護理保險—制度設計・經濟影響・示唆」『POPULATION JOURNAL』Feb. 2014, Vol. 36, No. 204 pp. 104-112
- ・ 何林广・陳滔（2006）『ドイツ強制的長期護理保險の概要及び啓発』『軟科学』2006, Vol. 20, No. 5 pp. 55-58
- ・ 華穎（2016）「ドイツ長期護理保險最新の改正動態及び啓発」『中国医療保險』2016 pp. 67-70
- ・ 胡宏偉・湯愛学・王劍雄（2013）「米国・ドイツ・日本 3 か国長期護理保險制度の發展分析と示唆」『JOURNAL OF GUANGXI ECONOMIC MANAGEMENT GADRE COLLEGE』2013, Vol. 25, No. 2 pp. 7-14

- ・胡宏偉・李佳懌・湯愛学 (2016) 「日本長期護理保險制度の背景や仕組み、評価、啓発」『Population and Society』Jan. 2016, Vol. 32, No. 1 pp. 94-103
- ・胡蘇雲 (2018) 「長期護理保險制度試行の実践—上海市の事例分析—」『華東理工大学学報 (社会科学版)』 2018, No. 4 pp. 84-92
- ・蔣虹 (2007) 「我が国の長期護理保險の発展モデルに関する選択」『保険天地』2007, No. 1 pp. 61-62
- ・荊濤・陳秦宇 (2018) 「我が国都市部における長期護理保險の経験及び示唆」『China Insurance』 2018, No. 12 pp. 11-16
- ・荊濤・楊舒 (2016) 「政策性長期護理保險制度の創設に関する検討」『中国保險』May. 2016, pp. 20-23
- ・荊濤 (2010) 「中国国情に適した長期護理保險制度の構築」『INSURANCE STUDIES』2010, No. 4 pp. 77-82
- ・荊濤・王靖韜・李莎 (2011) 「我が国長期護理保險に対する需要の影響要素に関する実証研究」『北京工商大学学報』Nov. 2011, Vol. 26, No. 6 pp. 90-96
- ・荊濤 (2007) 「我が国長期護理保險の発展に関する検討」『中国老齡学雑誌』Feb. 2007, Vol. 27 pp. 295-298
- ・紀文芳 (2020) 「ドイツ長期護理保險財源調達メカニズムに対する考察及び我が国に対する啓発」『上海保險』Mar. 2020 PP. 47-50
- ・梁卓慧 (2019) 「中国における介護保險制度試行の現状と方向性に関する考察—中国寧波市を事例に—」『福祉図書文献研究』2019, No. 18 pp. 93-104
- ・廖楚暉・甘煒・陳娟 「中国一線都市社区居宅養老サービス質の評価」『JOURNAL OF ZHONGNAN UNIVERSITY OF ECONOMICS AND LAW』2014, No. 2 (Tot. No. 203) pp. 46-50
- ・李本全 (2017) 「荊門市における長期護理制度構築の実践」『中国医療保險』 Oct. 2017, No. 10 pp. 74-80
- ・李慧欣 (2014) 「米国商業長期護理保險の発展と示唆」『金融理論与实践』2014, No. 4 pp. 88-92
- ・李劍閣 (2002) 「我が国における社会保障制度改革のいくつかの問題」『経済社会体制比較』2002, No. 2 pp. 46-52
- ・李建梅・姚紅・李成志 (2015) 「上海市が後期高齢者医療護理計画試行の実践と展望」『中国医療保險』2015, No. 11 pp. 40-42
- ・李魯祥・潘子龍 (2018) 「安慶市における長期護理保險試行の現状研究」『労働保障世界』 2018, No. 5Z pp. 30-31
- ・劉蔚 (2007) 「我が国における商業的長期護理保險の発展問題に関する研究」
- ・劉燕斌・趙永生 (2011) 「ドイツ・日本・米国・イスラエル4か国長期護理保險制度比較 (上)」『中国医療保險』2011 pp. 60-62
- ・劉燕斌・趙永生 (2011) 「ドイツ・日本・米国・イスラエル4か国長期護理保險制度比較 (下)」『中国医療保險』2011 pp. 66-68
- ・李維潔・張曉・汪寧 (2003) 「米国長期護理保險の概要紹介」『国外医学 (衛生経済分冊)』2003, Vol. 20, No. 4 pp. 160-163
- ・呂探云・楊英華・曹育玲・馬敏芝・袁浩斌・吳莎・李子芬 (2001) 「上海市社区高齢者の長期護理需要」『中華護理雜誌』Aug. 2001, Vol. 36, No. 8
- ・呂学静・許東黎 (2017) 「国外経験が我が国の長期護理保險の創設に対する示唆」『中国人力資源社会保障』2017, No. 6 pp. 21-23
- ・穆光宗 (2004) 「一人っ子家庭は本質的に高リスク家庭」『人口研究』2004, Vol. 28, No. 1 pp. 33-37
- ・齊憶虹 (2016) 「中等収入国家長期護理保險研究—韓国と日本およびドイツの比較」『国外医学 (衛生経済分冊)』2016, Vol. 33, No. 1 pp. 9-17
- ・全国老齡工作委员会弁公室 (2002) 『老齡工作文件選編 (中央卷)』華齡出版社
- ・上海市人民政府 (2016) 「上海市長期護理保險試案」
- ・宋健 (2005) 「中国の一人っ子と一人っ子世帯」『Populaton Research』Mar. 2005, Vol. 29, No. 2 pp. 16-24

- ・蘇健(2019)「ドイツ長期護理保険制度 - 歴史過程、全体効果及び啓発」『南京社会科学』2019, No. 12 pp. 67-73
- ・孫皎・安力彬・李文涛(2013)「日本介護保険制度の発展及び我が国の居家养老服务に対する啓発」『POPULATION JOURNAL』Apr. 2013, Vol. 35, No. 200 pp. 91-95
- ・孫菊・伍江・陳海波(2003)「長期護理保険の創設に関する構想」『衛生經濟研究』Jul. 2003 pp. 24-25
- ・孫正成・蘭虹(2016)「社会保険と民間保険の争い—我が国長期護理保険需給のジレンマと活路」『Population and Society』Jan. 2016, Vol. 32, No. 1 pp. 83-93
- ・孫正成(2013)「高齢者長期護理現状調査と需要分析」『Social Security Studies』2013, No. 2 pp. 16-22
- ・蘇永莉(2007)「我が国長期護理保険発展の需要と供給の影響要素に関する分析」『CHINA INSURANCE』Sep. 2007 pp. 15-20
- ・譚睿(2017)「長期護理保険の財源調達—ドイツ・日本・韓国の経験と中国の実践」『中国衛生政策研究』Aug. 2017, Vol. 10, No. 8 pp. 7-12
- ・田申(2005)「我が国高齢者長期護理需要と利用現状分析」『中国公共衛生管理』2005, Vol. 21, No. 1 pp. 71-71
- ・王杰・戴衛東(2007)「長期護理保険に関する中国の選択—制度經濟学の分析に基づいて」『MARKET & DEMOGRAPHIC ANALYSIS』2007, Vol. 13, No. 4 pp. 75-80
- ・汪連新(2015)『都市部社区における养老服务に関する研究—北京市への調査に基づいて』中国社会科学出版社
- ・王麗(2003)「シルバー杖 中国は護理保険が必要」『CHINA INSURANCE』Dec. 2003 pp. 54-56
- ・王敏・李彦・孫曉陽(2017)「長期護理保険制度財源調達システム研究 - ドイツと日本の経験を参照に」『医学与法学』2017, Vol. 9, No. 1 pp. 49-54
- ・王起国・余貴芳(2017)「我が国における商業的長期護理保険商品の最適化の研究—比較分析の枠組みに基づいて—」『金融理論と実践』2017, No. 10 pp. 87-94
- ・王曉峰; 郝宝珠(2017)「日韓長期護理保険の社会政策分析」『Contemporary Economy of Japan』2017, No. 2 pp. 69-78
- ・厲瑛・張静(2004)「国外護理保険現状及び我が国の護理の発展に対する示唆」『護理管理雜誌』Jun. 2004, Vol. 4, No. 6 pp. 23-25
- ・韋公遠(2006)「米国の長期護理保険」『保險天地』2006, No. 7 pp. 48-49
- ・吳玉韶・郭平・苗文勝・辛涛(2014)『2010年中国都市と農村高齢者人口状況追跡調査のデータ分析』中国社会科学出版社
- ・吳玉韶・王莉莉・孔偉・董彭滔・楊曉奇など(2015)「中国養老機構發展研究」『老齡科学研究』Vol. 3 No. 8 Aug. 2015 pp. 13-24
- ・向葉茜・王穎(2018)「承德市における長期護理保険制度の改善方法」『当代經濟』Oct. 2018, No. 19 pp. 142-143
- ・夏雅睿・常峰・路雲・裴婕(2018)「長期護理保険の財源調達方法に関する国際経験と中国の実践」『衛生經濟研究』2018, No. 12 pp. 69-75
- ・謝筱璐(2013)「我が国長期護理保険に対する需要の影響要素の分析」『Journal of Finance and Economics』Nov. 2012 pp. 75-78
- ・徐麗(2005)「高齢化の進展が医療保險基金にもたらす挑戦と対策」『經濟問題探索』2005, No. 12 pp. 56-60
- ・許敏敏・段娜(2019)「ドイツ長期護理保険及びその財源調達メカニズムの経験が我が国に対する啓発」『價格理論と実践』2019, No. 7 pp. 99-103
- ・許敏敏・段娜(2019)「日本、韓国長期護理保険の経験参照と中国に対する啓発」『JOURNAL OF INSURANCE PROFESSIONAL COLLEGE』Oct. 2019, Vol. 33, No. 5 pp. 82-89
- ・楊紅燕(2004)「先進国高齢者護理保険制度及び示唆」『国外医学(衛生經濟分冊)』2004, Vol. 21, No. 1 pp. 31-34
- ・楊松・王守富・黃桃・鄧靖・彭美華(2020)「成都市長期護理保險服務的供需現状与思考」『衛生經濟研究』Oct. 2020, Vol. 10, No. 10 pp. 34-36

- ・姚海明(2006)「国外高齢者護理保険制度及び我が国に対する示唆」『現代移経済探討』2006, No. 6 pp. 41-44
- ・原彰・李建国・陳冲(2019)「日本の介護保険が我が国の長期護理保険に対する啓発」『Soft Science of Health』Oct. 2019, Vol. 33, No. 10 pp. 92-96
- ・于瀟・趙毅博(2014)「日本介護保険制度における高齢者介護サービスの紹介」『POPULATION JOURNAL』Mar. 2014, Vol. 36, No. 205 pp. 25-32
- ・余紫君・趙晨悦・褚淑貞(2019)「中国とドイツにおける長期護理保険制度の比較及び我が国に対する啓発」『Medicine and Society』May. 2019, Vol. 32, No. 5 pp. 67-71
- ・翟紹果・馬麗・万琳静(2016)「長期護理保険制度の中心課題に関する考察 - 日本介護保険の啓発」『Journal of Northwest University』Sep. 2016, Vol. 46, No. 5 pp. 116-123
- ・張華東・羅涛(2006)「我が国高齢長期護理保険開発の需要と供給の矛盾に関する分析」『甘肅農業』2006, No. 1 pp. 63
- ・張慧芳・雷成勝(2016)「我が国が長期護理保険を模索する地方実践や経験整理、問題考察」『当代经济管理』2016, Vol. 38, No. 9 pp. 91-97
- ・張建輝(1999)「米国の医療保険と長期護理保険の概要紹介」『北京針灸骨傷学院学报』1999, Vol. 6, No. 1 pp. 57-60
- ・張建・雷麗華(2017)「日本長期護理保険制度の運営現状と発展方向」『Northwest population』2017, Vol. 38, No. 6 pp. 72-79
- ・張軍・李士忠(2000)「養老護理保険制度の創設に関するいくつかの考え」『日本問題研究』2000, No. 4 pp. 66-68
- ・張小琴・陳新芝・梁麗(2008)「高齢入院患者長期護理需要に対する調査と分析」『实用臨床医藥雜誌』2008, No. 2 pp. 4-5
- ・張晏璋・栾娜娜(2017)「日本長期護理保険制度発展の方向と我が国に対する啓発」『Social Security Studies』2017, No. 2 106-112
- ・趙斌・陳曼莉(2017)「社会長期護理保険制度:国際経験と中国モデル」『Journal of Sichuan University of Science & Engineering』Oct. 2017, Vol. 32, No. 5 pp. 1-22
- ・趙林海・江启成・劉国旗(2005)「長期護理保険の創設で高齢化の圧力を和らげる」『Health Economics Research』Aug. 2005 pp. 22-23
- ・鄭功成(2002)『中国社会保障制度変遷と評価』中国人民大学出版社
- ・中国共産党(2017)『中国共産党規約』人民出版社
- ・中国老齡科学研究センター(2003)『中国都市と農村高齢者人口状況サンプル調査のデータ分析』中国標準出版社
- ・中国老齡科学研究センター課題組(2011)「全国都市と農村失能老年人状況研究」『障碍者研究』2011, No. 2 pp. 11-16
- ・中華人民共和國民政部(2001)「MZ008-2001 高齢者社会福祉施設基本規範」
- ・中華人民共和國衛生部(2010)『2010 中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社
- ・中華人民共和國衛生部(2014)『2014 中国衛生健康統計年鑑』中国協和医科大学出版社
- ・中華医学会老年医学分会中華老年医学雜誌編集部(2013)「中国健康高齢者標準(2013)」『中華高齢医学雜誌』Aug. 2013, Vol. 32, No. 8 pp. 801
- ・周芳(1998)「米国の長期護理保険及び我が国に対する示唆」『外国經濟と管理』1998, No. 2 pp. 34-36
- ・周加艷・沈勤(2017)「日本長期護理保険制度 2005~2017 年改正に関する考察と啓発」『Social Security Studies』2017, No. 4 pp. 101-112
- ・周綠林・張笑天・和田康記(2013)「日本介護保険制度改革及び経験参照」『中国衛生經濟』Dec. 2013, Vol. 32, No. 12 pp. 112-116
- ・朱銘来; 賈清顯(2009)「我が国高齢長期護理の需要測定と保障モデルの選択」『Chinese Journal of Health Policy』Jul. 2009, Vol. 2, No. 7 pp. 32-38
- ・朱銘来; 賈清顯(2009)「我が国高齢長期護理の需要測定と保障モデルの選択」『Chinese Journal of Health Policy』Jul. 2009, Vol. 2, No. 7 pp. 32-38

英語・韓国語・ドイツ語文献と資料（アルファベット順）

・Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2020) 「Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) (第11編 社会介護保険)」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/BJNR101500994.html

・Kingdon, John W. (2011) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Updated Second Edition, Boston: Longman [笠京子訳 (2017) 『アジェンダ・選択肢・公共政策政策はどのように決まるのか』 勁草書房]

・OECE 「DAC List of ODA Recipients」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <http://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/daclist.htm>

・OECE 「History of DAC Lists of aid recipient countries」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <http://www.oecd.org/development/financing-sustainable-development/development-finance-standards/historyofdaclistsofaidrecipientcountries.htm>

・Pinker R (1993) 「‘Social Policy in the Post-Titmuss Era ‘ (ed.) Page & Balbock (1993) *Social Policy Review 5* Social Policy Association」

・Spicker P. (1995) 「Social Policy themes and approaches Simon & Schuster」 武川正吾・上村泰裕・森川美絵訳 (2001) 『社会福祉政策講義 福祉のテーマとアプローチ』 有斐閣

・R. M. Titmuss (1974) 「Social Policy-An introduction, George Allen&Unwin Ltd」 三友雅夫訳 (1981) 『社会福祉政策』 恒星社厚生閣

・R. M. Titmuss (1968) 「Commitment to Welfare, George Allen&Unwin Ltd」 三浦文夫訳 (1973) 『社会福祉と社会保障』 東京大学出版会

・Titmuss R. (1967) 「The Social Division of Welfare:some Reflections on the Search for Equity, Essays on The Welfare State George Allen & Unwin」 谷昌恒訳 (1967) 『福祉国家の理想と現実』 東京大学出版会

・World Bank (2019) 「Gross national income per capita 2018, Atlas method and PPP」

・World Bank (2020) 「Gross domestic product 2019」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <https://databank.worldbank.org/data/download/GDP.pdf>

・Xenia Scheil-Adlung (2015) 『Long-term care (LTC) protection for older persons : A review of coverage deficits in 46 countries』 INTERNATIONAL LABOUR OFFICE, GENEVA

・NHIS (2020) 「国民健康保険制度の概要保険料」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <https://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B2230>

新聞記事・参考資料の URL 一覧

日本語（アルファベット順）

- ・中国網日本語版（2019）「共同建設・共同統治・共有を旨とする社会統治の枠組み」
URL: http://japanese.china.org.cn/jp/china_key_words/2019-04/15/content_74647482.htm
- ・「介護保険法(平成九年十二月十七日)(法律第百二十三号)」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=82998034&dataType=0
- ・片山ゆき（2019）「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 Jun. 2019, Vol. 63 pp. 31-43 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: https://www.nli-research.co.jp/files/topics/61991_ext_18_0.pdf?site=nli
- ・経済産業省（2014）「第 3 節 新たな成長モデルを模索する中国」『白書 2014』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: https://www.meti.go.jp/report/tsuhaku2014/2014honbun_p/pdf/2014_02-01-03.pdf#search=%27E6%96%B0%E3%81%9F%E3%81%AA%E6%88%90%E9%95%B7%E3%83%A2%E3%83%87%E3%83%AB%E3%82%92%E6%A8%A1%E7%B4%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E4%B8%AD%E5%9B%BD%27
- ・経済産業省（2019）「第 1 部第 3 章第 3 節中国」『通商白書 2019』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.meti.go.jp/report/tsuhaku2019/2019honbun/i1330000.html>
- 「高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: https://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=357AC0000000080
- ・厚生労働省「平成 17 年(2005 年)介護保険法改正」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005.html>
- ・厚生労働省（2006）「介護保険制度改革の概要」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/d1/data.pdf#search=%27E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E5%88%B6%E5%BA%A6%E6%94%B9%E9%9D%A9%E3%81%AE%E6%A6%82%E8%A6%81%27>
- ・厚生労働省「2008 年度介護保険法改正」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2008.html>
- ・厚生労働省（2014）「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備などに関する法律の概要」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2014.pdf>
- ・厚生労働省（2017）「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法などの一部を改正する法律のポイント」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/k2017.pdf>
- ・厚生労働省（2019）「介護保険事業状況報告月報（暫定版）平成 31 年 1 月分」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m19/1901.html>
- ・厚生労働省「公的年金制度の概要」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nenkin/nenkin/zaisei01/index.html>
- ・厚生労働省ホームページ「第 12 回社会保障審議会介護保険部会資料 2 諸外国における介護保障制度の比較」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/s0426-6c11.html>

- ・厚生労働省老健局（2011）「平成 23 年介護保険法改正について（介護サービスの基盤強化のための介護保険法などの一部を改正する法律）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/dl/k2012.pdf
- ・厚生労働省老健局（2018）「公的介護保険制度の現状と今後の役割」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: <https://www.mhlw.go.jp/content/0000213177.pdf>
- ・厚生労働省老健局総務課（2014）「介護保険制度の改正について（地域包括ケアシステムの構築関連）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000052458_1.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%94%B9%E6%AD%A3+3%E5%B9%B4%27
- ・みずほ総合研究所（2005）「介護保険制度改革と課題」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: <https://www.mizuho-ri.co.jp/publication/research/pdf/policy-insight/MSI050407.pdf#search='%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA+%E8%8B%A5%E5%B9%B4%E5%B1%A4++%E5%85%AC%E5%B9%B3%E6%80%A7'>
- ・内閣府 1997～2019 年版『高齢社会白書』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- ・内閣府（2019）「1 高齢化の現状と将来像」『令和元年版高齢社会白書（全体版）』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/html/zenbun/sl_1_1.html
- ・日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部（2017）『中国における高齢者産業関連政策動向調査報告書』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.jetro.go.jp/ext_images/_Reports/02/2017/5bf934f9d7ce6139/201712cnrp.pdf#search=%27%E4%B8%AD%E5%9B%BD+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E6%89%8B%E5%BD%93%27
- ・日本老年学会・日本老年医学会（2017）「高齢者に関する定義検討ワーキンググループ」報告書（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20170410_01_01.pdf
- ・岡山市保健福祉局生活保護・自立支援課（2016）「平成 27 年度集団指導資料（生活保護法介護扶助）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: www.city.okayama.jp/contents/000246528.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E6%89%B6%E5%8A%A9%27
- ・労働政策研究・研修機構（2017）「要介護高齢者の増加と介護保険」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2017/02/china_04.html
- ・社会保障審議会介護保険部会（2004）「介護保険制度の見直しに関する意見」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>
- ・社会保障審議会介護保険部会（2013）「介護保険制度の見直しに関する意見」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji-kanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033066.pdf
- ・社会保障審議会介護保険部会（2016）「ケアマネジメントのあり方」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji-kanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000122362.pdf#search=%27%E3%82%B1%E3%82%A2%E3%83%97%E3%83%A9%E3%83%B3%27
- ・社会保障審議会介護保険部会（2016）「被保険者の範囲のあり方」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
 URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji-kanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000135317.pdf#search='%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9

D%E9%99%BA+%E7%AC%AC2%E5%8F%B7%E8%A2%AB%E4%BF%9D%E9%99%BA%E8%80%85+%E5%85%AC%E5%B9%B3%E6%80%A7'

・社会保障審議会介護保険部会（2016）「ドイツの介護保険制度における介護手当（現金給付）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanji-kanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000135332.pdf#search=%27%E3%83%89%E3%82%A4%E3%83%84+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%27

・SLAA 研究会（2013）「質的研究手法」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://www.u.tsukuba.ac.jp/~hirai.akiyo.ft/meeting13.files/SLAA2013912.pdf#search=%27%E3%80%8E%E5%A4%96%E5%9B%BD%E8%AA%9E%E6%95%99%E8%82%B2%E7%A0%94%E7%A9%B6%E3%83%8F%E3%83%B3%E3%83%89%E3%83%96%E3%83%83%E3%82%AF+%E3%80%8F+%E7%AC%AC+19+%E7%AB%A0+GTA+%E5%85%A5%E9%96%80%27>

・総務省統計局（2019）「統計から見た我が国の高齢者－「敬老の日」にちなんで－」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1210.html>

全国保険医団体連合会（2005）「介護保険へ」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <https://hodanren.doc-net.or.jp/kenkou/0504kaigo-pannfu.pdf#search=%27%E4%B8%B8%E8%AD%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA%E6%94%B9%E6%AD%A3+2005+%E8%BB%BD%E5%BA%A6%E8%80%85%E5%88%87%E3%82%8A%E6%8D%A8%E3%81%A6%27>

中国語（アルファベット順）

・北京大学国家発展研究院（2013）「全国ベースライン報告」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: http://charls.pku.edu.cn/Public/ashelf/public/uploads/document/2011-charls-wavel/application/baseline_report_20130531.pdf

・北京市人民政府（2009 年）「北京市人民政府が北京市民生局と障害者連盟における市民居宅養老（障害補助）サービスに関する方策を転送する通知」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: http://www.beijing.gov.cn/zfxxgk/110009/tzgg53/2011-12/28/content_288906.shtml

・北京市石景山区人民政府弁公室（2018）「石景山区における長期護理保険制度の試行方策に関する通知」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://www.bjsjs.gov.cn/xxgk/zcwj/zhengfu/20180316/12775738.shtml>

・長春市人民政府弁公庁（2015）「失能人員医療照護保険制度の創設に関する意見」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://www.nantong.gov.cn/ntsrnzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>

・CCTV(2015)「第 12 次 5 年計画シリーズの報告会・就職社会保障事業の成果」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://news.cntv.cn/zhibo/tuwen/sew1dbz/index.shtml>

・財政部・民生部・全国老齡工作委员会弁公室（2014）「経済的に困窮な後期高齢者や失能高齢者などに対する補助制度の構築に関する通知」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/caizhengwengao/wg2014/wg2014010/201504/t20150401_1211568.html?flyarg=1&flyarg=2

・『高齢者權益保障法』

http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm

・国家統計局「中国統計年鑑（1999 年～2020 年）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL: <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsjs/>

・胡耀邦（1982）「胡耀邦が中国共産党第 12 期全国人民代表大会での報告」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）

URL:<http://cpc.people.com.cn/GB/64162/64168/64565/65448/4526430.html>
・ 口吳瓊 (2015) 「計画出産政策転換史」『文摘報 (2015年11月10日 07版)』(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://epaper.gmw.cn/wzb/html/2015-11/10/nw.D110000wzb_20151110_6-07.htm
・ 民政部 (2016) 「民政部における特に困難な人員の認定方法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL: <http://zyzx.mca.gov.cn/article/zyzx/shjz/202001/20200100023338.shtml>
・ 寧波市海曙区人力資源と社会保障局 (2018) 「区十一届人大二次会議第129号建議に対する答申」(最終閲覧2020年9月15日)

サイト: http://www.haishu.gov.cn/art/2018/7/5/art_131317_86666.html
・ 寧波市人力資源と社会保障局 (2015) 「契約式家庭医師制サービスの着実な実施と地域医療連携の試行の展開における関連医療保険政策の実施意見」(最終閲覧2020年9月15日)

サイト: http://www.bl.gov.cn/art/2016/7/7/art_138445_103870.html
・ 寧波市人力資源と社会保障局・民生局・衛生と計画生育委員会・財政局 (2017) 「寧波市長期護理保険要介護認定試行方法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL: http://gtog.ningbo.gov.cn/art/2018/5/17/art_1782_917632.html
・ 寧波市人民政府弁公室 (2017) 「寧波市人民政府弁公室における『寧波市長期護理保険制度試案』の印刷配布に関する通達」(最終閲覧2020年9月15日)

サイト: http://gtog.ningbo.gov.cn/art/2017/10/17/art_1678_847940.html
・ 寧波市人力資源と社会保障局・財政局・寧波市民生局 (2017) 「『寧波市長期護理保険試行細則』の印刷配布に関する通達」(最終閲覧2020年9月15日)

サイト: http://rsj.ningbo.gov.cn/art/2017/12/6/art_7791_179.html
・ 寧波市政府 (2018) 「市区第三者機関による長期護理保険の認定及び取扱の委託事業に関する結果公表」(最終閲覧2020年9月15日)

サイト: http://www.cggp.gov.cn/cggg/dfgg/zb主g/201806/t20180607_10061632.htm
・ 寧波市政府弁公庁 (2018) 「寧波市人民政府における『寧波市居家養老サービス条例』の徹底実施に関する意見」(最終閲覧2020年9月15日)

URL: http://zfx.ningbo.gov.cn/art/2018/10/9/art_2447_2916977.html
・ 南通市人民政府弁公庁 (2015) 「基本照護保険制度の創設に関する意見」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://www.nantong.gov.cn/ntsrzf/2015ndswq/content/51793459-2b25-4563-ade9-2732b4fab089.html>
・ 青島市人民政府弁公庁 (2012) 「長期医療護理保険制度の創設に関する意見」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://www.qingdao.gov.cn/n172/n68422/n68424/n22952426/n29661895/131101114945408378.html>
・ 青島市人民政府 (2018) 「青島市長期護理保険試案に関する通達」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://ybj.qingdao.gov.cn/n28356081/n32567782/n32567784/n32567941/200113111112067700.html>
・ 全国老齡工作委员会弁公室 (2016) 「三部門による第4回中国都市と農村高齡者生活状況のサンプリング調査結果の公表」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:<http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/xxck/201610/20161000886652.shtml>
・ 全国人民代表大会 (1978) 「中華人民共和国憲法 (1978年)」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/06/content_4365.htm
・ 全国人民代表大会 (2015) 「中華人民共和国人口と計画出産法」(最終閲覧2020年9月15日)

URL:http://www.npc.gov.cn/wxzl/gongbao/2016-02/26/content_1987050.htm
・ 全国人民代表大会常務委員会 (2018) 「中華人民共和国高齡者權益保障法」(最終閲覧

2020年9月15日)

URL:<http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201901/47231a5b9cf94527a4a995bd5ae827f0.shtml>

・ 人力資源社会と社会保障部弁公庁 (2016) 「長期護理保険制度パイロット地域の展開の指導意見」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL:http://www.mohrss.gov.cn/yiliaobxs/YILIAOBXSzhengcewenjian/201607/t20160705_242951.html

・ 人力資源社会保障部 (2016) 「国家職業資格リストの公表」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: www.gov.cn/xinwen/2016-12/20/content_5150104.htm

・ 人力資源社会保障部 (2017) 「国家職業資格リストの公表」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: http://www.gov.cn/xinwen/2017-09/17/content_5225705.htm

・ 人力資源社会保障部 (2019) 「国家職業資格リスト」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/SYgundongxinwen/201710/t20171024_280005.html

・ 人民日報 (2015) 「中国共産党第18期中央委員会第5回全体会議公報」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL:www.ccps.gov.cn/zt/xxddsbjwzqh/zyjs/201812/t20181211_118164_1.shtml

・ 人民網 (2017) 「黄潔夫:高齢者サービス業の発展で1000万の雇用を創設する可能性がある」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: society.people.com.cn/n1/2017/0309/c1008-29133705.html

・ 上海市民政局 (2014) 「上海市社区養老サービス関係政策の実施意見」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: mzj.sh.gov.cn/gb/shmzj/node8/node15/node55/node231/node279/ulai37587.html

・ 上海市民政局・財政局・人力資源と社会保障局 (市医保弁) (2018) 「本市長期護理保険試行における個人負担の補助に関する通達」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <http://mzj.sh.gov.cn/gb/shmzj/node8/node194/ulai45473.html>

・ 上海市民政局・衛生と計画生育委員会・人力資源と社会保障局・医療保険弁公室 (2016) 「長期介護保険のサービス項目とサービス基準・規範 (試行) の印刷配布に関する通達」 (最終閲覧 2020年9月15日)

サイト: <http://www.shlnb.cn/gb/shmzj/node8/node15/node55/node230/node278/ulai43863.html>

・ 上海市人力資源と社会保障局・上海市医療保険弁公室 (2018) 「『上海市高齢者統一要介護認定及び契約管理実施細則』の印刷配布に関する通達」 (最終閲覧 2020年9月15日)

サイト: http://service.shanghai.gov.cn/XingZhengWenDangKu/XZGFDetails.aspx?docid=REPORT_NDOC_000855

・ 上海市人力資源と社会保障局 (2019) 「本市養老護理員職業技能課程の手当実施工作の規範化に関する通達」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: rsj.sh.gov.cn/201712333/xxgk/flfg/qtxfw/201908/t20190813_1299077.shtml

・ 上海市人民政府 (2000) 「上海市都市従業員基本医療保険弁法」 (最終閲覧 2020年9月15日)

URL: <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw2407/nw26170/u26aw27364.html?mgdjmohlnglfcjmo>

・ 上海市人民政府 (2016) 「市政府における『上海市長期護理保険試案』の印刷配布に関する通達 (現・廃止)」 (最終閲覧 2020年9月15日)

サイト: www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw51124.html

・ 上海市人民政府 (2017) 「上海市人民政府における修正後の『上海市長期護理保険試案』の印刷配布に関する通達」 (最終閲覧 2020年9月15日)

サイト: <http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw54809.html>

- ・上海市人民政府弁公庁（2014）「徐匯区後期高齢者医療護理計画試行の計画方案」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:http://www.xuhui.gov.cn/H/xhxxml/zfwj_qzfwj/Info/Detail_12324.htm
- ・上海市人民政府弁公室（2018）「上海市人民政府弁公室における『上海市高齢者統一要介護認定及びサービス管理方法』の印刷配布に関する通達」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
サイト：www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw12344/u26aw51124.html
- ・上海市人民政府弁公室（2019）「上海市人民政府弁公室における『上海市長期護理保険試案』の有効期限の延長に関する通達」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
サイト：<http://www.shanghai.gov.cn/nw2/nw2314/nw2319/nw2404/nw48652/nw48654/u26aw63976.html>
- ・上海市統計局（2018）『2018 上海統計年鑑』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL：<http://tjj.sh.gov.cn/html/sjfb/201901/1003014.html>
- ・石志勇（2009）「中国一人っ子による養老時代の訪れ 421 家庭が養老困難に直面」『半月談（2009 年第 22 期）』国営新華社通信（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.doc88.com/p-7428220596376.html>
- ・桐廬県社会保険委員会弁公室（2019）「桐廬県長期護理保険重度失能人員リストの公表（2019 年第 4 回目）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:http://www.tonglu.gov.cn/art/2019/3/11/art_1543996_30970655.html
- ・人口計画出産委員会・財政部（2007）「全国一人っ子障害・死亡家庭扶助制度の試案」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL：<http://www.nhc.gov.cn/zwgk/wtwj/201305/9cc5459a79db40bfb48df6618be985a8.shtml>
- ・中国財政部副部長張少春（2017）「国務院による 2016 中央財政支出の報告」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL：<http://www.npc.gov.cn/npc/c30834/201706/805c7e8a15c44109b499f8268e23a161.shtml>
- ・中国財政部国家税務総局（2011）「營業税の増殖税への徴収変更の試行方案」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL：http://www.gov.cn/gzdt/2011-11/17/content_1996249.htm
- ・中国共産党第 18 期中央委員会第 3 回全体会議（三中全会）（2013）「改革の全面的な深化における若干の重要問題に関する中共中央の決定」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL：<http://cpc.people.com.cn/n/2013/1115/c64094-23559163.html>
- ・中国国家統計局『中国統計年鑑』（1999～2019 年）（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/>
- ・中国国家統計局（1999）「4-4 第 4 回全国人口センサス基本状況」『中国統計年鑑 1999』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.stats.gov.cn/yearbook/indexC.htm>
- ・中国国家統計局（2001）「第 5 回人口センサスの公報（第 1 号）」（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/200203/t20020331_30314.html
- ・中国国家統計局（2000）『中国 2000 年人口センサス資料』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/renkoupucha/2000pucha/pucha.htm>
- ・中国国家統計局（2010）『中国 2010 年人口センサス資料』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/pcsj/rkpc/6rp/indexch.htm>
- ・中国国家統計局（2011）「表 3-5 第 6 回人口センサス」『中国統計年鑑 2011』（最終閲覧 2020 年 9 月 15 日）
URL:<http://www.stats.gov.cn/tjsj/nds/2011/indexch.htm>

- ・中国国家统计局 (2011)「2010 年第 6 次全国人口センサス主要なデータの公報 (第 1 号)」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.stats.gov.cn/tjsj/tjgb/rkpcgb/qgrkpcgb/201104/t20110428_30327.html
- ・中国国家统计局 (2019)「表 2-9 年齢と男女別人口」『中国統計年鑑 2019』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:www.stats.gov.cn/tjsj/nds/2019/indexch.htm
- ・中国国情 - 中国網 (2012)「我が国の人口増加問題のコントロールに関して中国共産党中央政府が全体共産党員及び共青団員への公開手紙」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.china.com.cn/guoqing/2012-09/07/content_26747616.htm
- ・中国国務院 (1978)「高齢者及び弱者、病者、障害者幹部の配置に関する暫定措置」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gd.gov.cn/zwgk/zcfgk/content/post_2531473.html
- ・中国国務院 (1978)「従業員の退職に関する暫定措置」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:www.npc.gov.cn/wxzl/wxzl/2000-12/07/content_9552.htm
- ・中国国務院 (1982)『国務院における離職休養制度に関するいくつかの規定の公布の通達』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
サイト:<http://lgj.cnts.gov.cn/Disp.aspx?ID=826&ClassID=3>
- ・中国国務院弁公庁 (2013)「健康サービス産業の発展の加速に関する若干の意見」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/jrzg/2013-10/14/content_2506400.htm
- ・中国国務院弁公庁 (2013)「養老サービス業の発展の加速に関する若干の意見」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/zwgk/2013-09/13/content_2487704.htm
- ・中国国務院弁公庁 (2014)「国務院弁公庁における民間健康保険の発展を推進するための若干意見」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/zhengce/content/2014-11/17/content_9210.htm
- ・中国国務院弁公庁 (2016)「高齢者サービス市場の全面的開放とサービスの質の向上に関する若干の意見」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/zhengce/content/2016-12/23/content_5151747.htm
- ・中国公益研究院 (2018)「養老|全国的な介護補助制度は徐々に確立されつつあるが、補助を受けるための条件には差がある」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<https://www.yidianzixun.com/article/0Jl0QJem>
- ・中国民政部など 11 の部門 (2000)「社会福祉の社会化の実現を速める意見」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/gongbao/content/2000/content_60033.htm
- ・中国網 (2001)「中華人民共和国人口と計画出産法」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:<http://www.china.com.cn/chinese/zhuanti/254543.htm>
- ・趙耀輝など (2019)『中国健康と養老報告』(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://charls.pku.edu.cn/Public/ashelf/public/uploads/document/public_documents/application/china-health-retirement-report.pdf
- ・新華社 (2016)「全国衛生と健康大会が 19 日から 20 日までに北京で開催された」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.gov.cn/xinwen/2016-08/20/content_5101024.htm
- ・新華社 (2016)「習近平主席が全国衛生と健康大会での発言が強い反応を引き起こした」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.xinhuanet.com/politics/2016-08/21/c_1119428119.htm
- ・新華社 (2016)「中華人民共和国第 13 次国民経済・社会発展五カ年計画要綱」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)
URL:http://www.xinhuanet.com/politics/2016lh/2016-03/17/c_1118366322.htm
- ・新華社 (2018)「中華人民共和国憲法」(最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.gov.cn/xinwen/2018-03/22/content_5276319.htm
・新華社 (2019) 「我が国における 2019 年版養老護理員国家職業技能標準の配布」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.gov.cn/xinwen/2019-10/16/content_5440755.htm
・新華社 (2019) 「中京中央 國務院における長江三角洲区域一体化發展計画要綱」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:www.gov.cn/zhengce/2019-12/01/content_5457442.htm?tdsourcetag=s_pcqq_aiomsg
・中国計画發展とデジタル化部門 (2017) 「2016 年我が国衛生と計画出産事業發展統計公報」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:<http://www.nhc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201708/d82fa7141696407abb4ef764f3edf095.shtml>
・中国網 (2011) 「中華人民共和国第 12 次国民經濟・社会發展五カ年計画要綱」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.china.com.cn/policy/txt/2011-03/16/content_22156007.htm
・中共中央國務院 (2016) 「健康中国 2030 計画綱要」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/zwgk/ghcw/ghjh/201612/t20161230_263500.html
・中華人民共和国民政部 (2010) 「民政部: 現在我が国は合計 1000 万人の養老護理員が必要」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: <http://jnjd.mca.gov.cn/article/zyjd/ylhly/201004/20100400070852.shtml>
・『中華人民共和国憲法』 (最終閲覧 2020 年 12 月 15 日)

<http://news.12371.cn/2018/03/22/ARTI1521673331685307.shtml>
・中華人民共和国中央人民政府 「国家機構」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: http://www.gov.cn/gjjg/2005-08/28/content_27083.htm
・中華人民共和国中央人民政府 「國務院組織機構」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:<http://www.gov.cn/guowuyuan/zuzhi.htm>
・中華人民共和国中央人民政府 (2007) 「全国一人っ子障害・死亡扶助制度セミナー」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL: http://www.gov.cn/gzdt/2007-03/23/content_558721.htm
・中華人民共和国中央人民政府 (2012) 「中華人民共和国高齡者權益保障法」 (最終閲覧 2020 年 9 月 15 日)

URL:http://www.gov.cn/flfg/2012-12/28/content_2305570.htm

巻末資料

付録1

(調査する際に中国語版の研究同意書を使用)

研究参加に関する同意書

調査対象者の方へ

年 月 日

研究の目的 この研究は、中国都市部における介護保険制度の試行に関する現状の研究を行うことで人力資源・社会保障局の介護保険制度を担当している役員と介護保険制度が試行された施設の施設長か関係担当者を対象に、試行都市の選定、介護保険制度の現状（経験参照、財源、給付、サービス、アクセス、要介護認定など）と課題、今後の方向性を解明することを目的としています。調査開始前にこの説明書をお読みいただき、ご協力いただける場合には、参加同意書に署名をお願いいたします。

調査方法 調査質問票に表示されているいくつかの質問に口頭で答えていただきます。あるいは調査実験者が口頭で質問を提出して答えていただきます。所要時間は、前後の説明時間も含めて1時間程度です。

個人情報の取扱い 調査参加者の個人情報は厳密に管理し、プライバシー保護には十分配慮致します。取得した個人情報は、研究目的以外には使用しません。論文には番号付けを行うとともに匿名化しますので、研究発表する際も個人情報は守秘されます。

署名欄

上記の説明について了承し、研究に協力致します。

研究参加者氏名： 年 月 日

担当者署名： 年 月 日

金沢大学大学院人間社会環境研究科
人間社会環境学専攻
梁 卓慧

付録 2

(付録 1 の中国語版)

社会调查证明 (中国語)

研究目的:

本研究以中国城市地区长期护理保险制度的试行现状为基础,以人力资源和社会保障
局・民政局・试点机构等相关负责人为对象,以调查长期护理保险试点城市的选定、长期
护理保险制度的试行现状(经验参照・财政筹措・待遇支出・服务内容・参保范围・需求
评估等)、现阶段的难点和未来发展方向为目的。

调查方法:

通过口头回答调查问卷中的所述问题以及研究人员即时的口头提问。

所需时间约为 1 小时,包括前后的解释时间。

不方便回答的问题可以拒绝回答或者后期补充。

您随时都可以中断调查。

个人信息的处理:

调查参与者的个人信息将受到严格管理,

获取的个人信息不用于研究以外的目的并且不公开。

论文中的人名将以 ABC 的形式出现,并且原则上实行匿名化。

在学校,学会的研究发表上也将严格保密不公开。

签名栏

了解上述说明,并同意调查。

签名或盖章:

年 月 日

金泽大学人文社会环境研究科
人文社会环境学专业

付録3

(調査する際に中国語版の質問票を使用)

質問票

一、まず試行都市の選定についてお聞きします。

- ①試行都市の選定方法はわかりますか。上海市（寧波市）はなぜ選ばれましたか。
- ②それは中央政府が決めましたか。或いは市政府が自分で応募しましたか。
- ③もしわからない場合は、どのような理由が考えられますか。

二、介護保険制度の経験参照についてお聞きします。

- ①試案や要介護認定の基準は、どの都市部、或いは国の経験を参照にしましたか。
- ②もしわからなかった場合は、どのような理由が考えられますか。

三、介護保険制度の財源についてお聞きします。

- ①今介護保険の支出や給付などに関するデータを頂けますか。
- ②介護保険財政には、中央政府或いは地方政府の補助金がありますか。
- ③介護保険制度の財源について、現在は医療保険の剰余金を活用していますか。
個人に対する保険料は徴収していますか。
- ④今後の徴収方法について、独立した保険料の徴収は考えていますか。
- ⑤財源について問題があると思いますか。それはどんな問題ですか。
これからは財源徴収の方法改善について、どのような考えがありますか。
- ⑥政府はどのような方向性を議論・検討していますか？聞いたことがありますか。

四、介護保険制度の給付についてお聞きします。

- ①給付水準はどうなっていますか。
- ②給付対象は高齢者に限定していますが、障害者や要介護の成人に拡大する可能性はありますか。
- ③給付の決算方式や期日はどのようになっていますか。
- ④現在の給付について問題があると思いますか。それはどんな問題ですか。
それをどのようにすれば改善できると思いますか。

五、介護保険制度のサービスについてお聞きします。

- ①介護職員の専門性をどう判断しますか。「養老護理員」という資格が国家資格から削除されたか、その価値は地方政府がどう位置付けていますか。或いは他の代替的な資格がありますか。
- ②その専門性を確保するために、何か制度とか政策がありますか。
職業訓練とか、専門学校卒業生の育成など
- ③サービスについて問題があると思いますか。それはどんな問題ですか。
それをどのようにすれば改善できると思いますか。

六、介護保険制度の被保険者についてお聞きします。

- ①居住しているが戸籍を持っていない高齢者や、医療保険に加入できない貧困層は、現在利用できないですか？
- ②これらの人の権利と介護ニーズについてどう思いますか。
今後はカバーされる可能性がありますか。
- ③他の問題があると思いますか。それはどんな問題ですか。
それをどのようにすれば改善できると思いますか。

七、要介護認定についてお聞きします。

- ①認定の際に、認知的・精神的な要素より、身体的な要素が重視されますか。
- ②これから認知症高齢者のことをどう扱いますか。
- ③要介護認定について別の問題があると思いますか。それはどんな問題ですか。
それをどのようにすれば改善できると思いますか。

八、今後の方向性についてお聞きします。

- ①介護保険を実際に試行している際に、問題が生じたことがありますか。
それはどんな問題ですか。この問題についてどう考えますか。
- ②今後のあり方についてどう考えますか。
例えば、農村部における介護保険制度をどのように展開していますか。
都市部の介護保険制度をどのように改善しますか。

附录 4

(付録 3 の中国語版)

调查问题表

一、首先，关于试点城市的选拔

- ①你知道试点城市的选法吗？你知道为什么上海（宁波）被选为试点城市吗？
- ②这是由中央决定的，还是市政府自己报名参加的项目？
- ③如果不清楚的话，你认为会是什么原因呢？

二、关于长护险的经验参照

- ①试点条例，老年照护的需求评估标准等等，有没有参照哪个城市，或者国家的经验呢？
- ②如果不清楚的话，你认为会是什么原因呢？

三、关于长护险的资金筹措

- ①可以给我目前长护险资金支出的相关数据吗？
- ②中央或者地方政府有给财政补助吗？
- ③长护险的资金，是来自医保的统账结余吗？有没有开始对个人保费的征收？
- ④对未来的筹资方法，有没有考虑过将长护险作为一个独立税种收费？
- ⑤对长护险资金的改善方法，有什么想法吗？
你认为资金存在问题吗？存在什么样的问题？
对于今后的改善，有无相关想法？
- ⑥有无听到政府对其未来的发展方向进行的相关议论或探讨？

四、关于长护险的待遇给付

- ①长护险的待遇水平如何？
- ②现在待遇对象仅限老年人，有没有可能会扩大到残疾人或者需要护理的成年人？
- ③目前待遇的结算方法和日期是怎么样的？
- ④你认为待遇给付现在有问题吗？存在什么样的问题？你觉得应该如何解决？

五、关于长护险的服务

- ①如何保证护理员的专业性？之前国家取消了养老护理员的准入资格，地方政府如何看待养老护理员这个资格证书？有无其他可替代的资格证书？
- ②为了确保其专业性，现在政府有没有出台什么制度或者政策？
比如说职业培训，护理专业的开设等等
- ③你认为服务现在有问题吗？存在什么样的问题？你觉得应该如何解决？

六、关于长护险的被保险人范围

- ①没有该市户籍，或者没有条件参与医保的贫困群体，目前是不是不能参加长护险呢？
- ②如何看待这部分人的权利和护理需求？
今后是否会被纳入长护险的范围？
- ③你认为是否还存在其他问题吗？存在什么样的问题？你觉得应该如何解决？

七、关于长护险的需求评估标准

- ①判定老人失能程度的时候，比起认知和精神上的要素，会不会更注重身体要素？
- ②今后如何对待患阿尔茨海默病等等认知困难的老人？
- ③你认为需求评估还存在别的问题吗？那是什么问题，该如何解决？

八、关于难点和今后的方向性

- ①现在的长护险试行阶段，遇到过问题吗？是什么样的问题？如何看待此问题？
- ②对于今后的发展方向，有什么想法？比如，如何在农村展开长护险如何改善城市的长护险。

謝辞

日本で修士課程・博士課程を卒業し、十年近くの留学生活があろうとは夢にも思いませんでした。この論文の完成まで、かなり長い道のりを歩んできました。

大学に行く前、日本語が全くわかりませんでした。他の子と違って、私はアニメより、日本の歴史と文化が好きという理由で、日本語学科に入学しました。日本語を学び始めた当初は時間がかかりましたが、毎日の積み重ねで知識と語学力を身につけてきました。ただし、中国では「紙上得来終覺淺(書物で理解しただけでは結局浅い理解になってしまう)」という陸游の詩句があり、日本のことをもっと詳しく知りたいという思いで、大学三年生の時に交換留学生として日本へきました。

日本に来てから、幅広く、文学や歴史、経済、福祉などの授業を聴講しました。大学院へ進学する際に、社会福祉学を決断した理由は、当時の授業で、「ノーマライゼーション(誰もが普通に暮らせるようにする)」や「恩恵ではなく、権利としての社会保障」など、社会福祉の理念に心を打たれたのからです。日本はアジアの「後発資本主義国家」として、「欧米諸国」に範を取って独特の社会保障モデルを構築してきました。そのユニークな経験は、中国にとっても参照できるものが多いと考えられます。日本で勉強した知識を母国で活かし、そして母国と日本の架け橋になることを志としています。

外国人としての孤独を感じながら、勉強や、研究、バイト、イベントなど、充実な毎日を過ごしてきました。時間を経れば、文化や慣習の違いを超えて多国籍の人々との心の交わりもできました。留学で得られるものは単に会話能力の上達だけでなく、「多様性を尊重すること」、「責任感を持つこと」、「他人に迷惑をかけないこと」など、周りに良い影響を与える人間になるために必要な「素質」を教えてくださいました。これは私の一生の財産であり、日本で留学生活を経験した者のみでの大きな喜びであるのかもしれませんが。

そして、本論文の執筆にあたり、多くの方々にご支援いただきました。

金沢大学大学院人間社会環境研究科の森山治教授には、筆者が院生の時以来、論文の構想から調査、論文執筆、完成に至るまで、終始一貫して暖かいご指導とご鞭撻を頂きました。甚大なる感謝の意を表します。

修士課程から博士課程まで研究全般にわたる多大なご助言とご支援を賜った金沢大学大学院人間社会環境研究科の高橋涼子教授と田邊浩教授に心より感謝申し上げます。

予備審査および論文の修正段階では、金沢大学大学院人間社会環境研究科の村上慎司先生と堤敦朗教授から研究の理論について重要な示唆とご助言を賜りました。深くお礼申し上げます。

金沢大学海外交流室の宮崎悦子先生から、熱心なご支援と日本語チェックを頂きました。厚く御礼を申し上げ、感謝の意を表します。

所属する社労ゼミの皆様には議論を通じて多くの知識や示唆を賜りました。お礼申し上げます。特に、論文の完成まで多くの温かい励ましと手伝いを賜った後輩の張怡安さんに深く感謝いたします。そして、金沢大学の先輩李偉任さんから、参考文献のチェックと優しい言葉での励ましを頂き、本当に有り難うございます。

本研究のために調査にご協力いただいた上海市と寧波市の医療保険局・民政局・取扱機関・高齢者施設の皆様には心から感謝いたします。

日本への交換留学のチャンスを提供してくれた浙江工業大学に、心から御礼申し上げます。

日本での充実した留学生活を送るために、経済面と精神面でご支援承りました、ロータリー米山記念奨学会に深く感謝申し上げます。

最後に、これまで自分の思う道を進むことに対し、暖かく見守りと支援をくださった両親、日本での一人暮らしの勉強生活を豊かにしてくれたネコ Lucius ちゃんと Buyu ちゃんに、心から感謝します。

ここに記しきれない多くの方々の学恩、ご支援によって本研究が成立していることを銘記し、深く感謝いたします。