

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？



保険研究部 准主任研究員 片山 ゆき
katayama@nli-research.co.jp

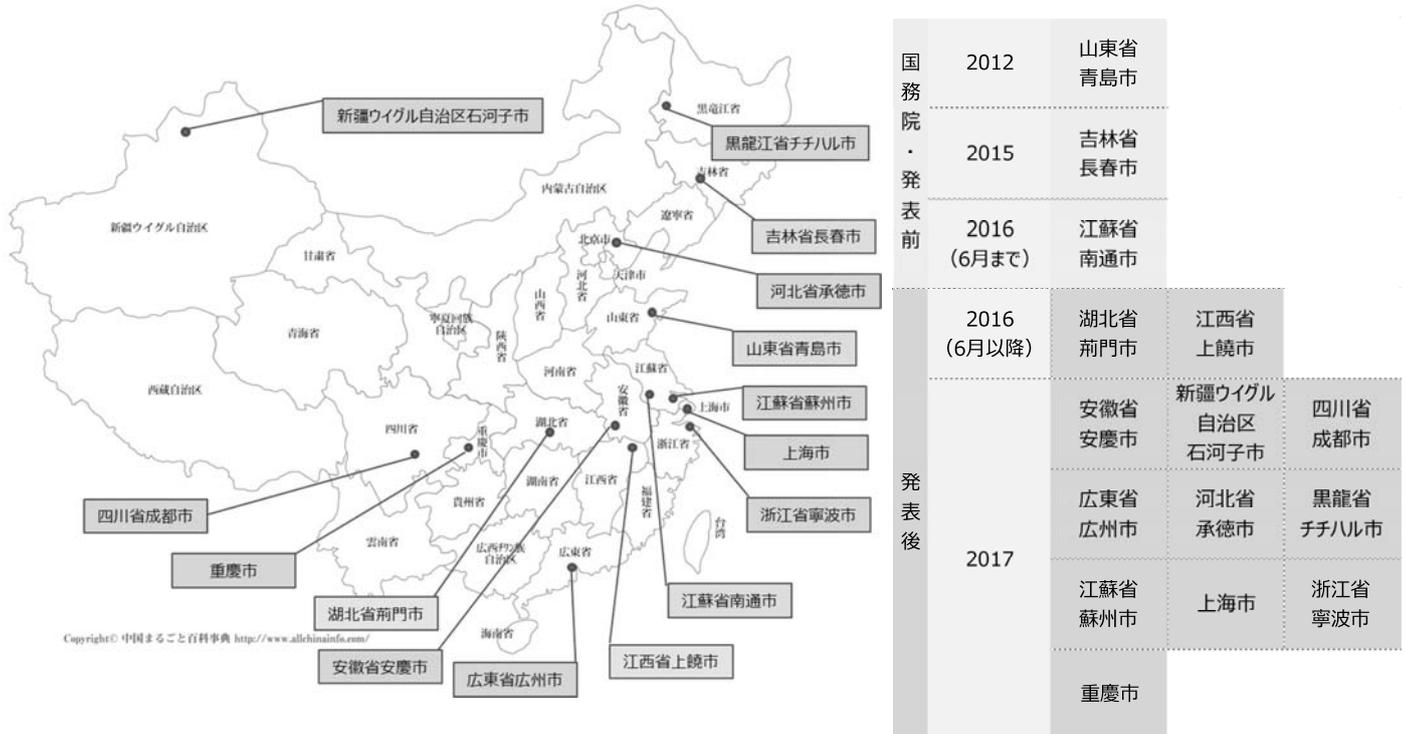
※本稿は2018年8月27日発行「基礎研レポート」を加筆・修正したものである。

1——15の全パイロット地域で介護保険制度を導入

中国は、2020年までに介護保険制度の全国導入を目指している。2016年6月に、政府が全国に向けて介護保険の導入を指示し、併せて15のパイロット地域を発表した。2020年までの中間にあたる2018年6月時点では、15の全パイロット地域において、制度の導入が完了している。

中国において、社会保険は、各地域(基本的には「市」単位)が制度の運営を担っている。今後、各地域では、パイロット地域の制度内容を参考にしながら、財政状況や制度意向を踏まえて制度を設計し、導入していくことになる¹。

図表1 15のパイロット地域における制度導入時期



(注) 市内の特定の区に限定している場合も導入したとしている。

(出所) 15のパイロット地域における通達、「老いる中国、介護保険制度はどうなっているのか。」(中国保険市場の最新動向(23))より作成

15 のパイロット地域では、2016 年 6 月以前に制度を導入していた 3 地域(山東省青島市、吉林省長春市、江蘇省南通市)を除き、2016 年末までに 2 地域(湖北省荊門市、江西省上饒市)、2017 年末までに残りの 10 地域で制度が導入された。

介護保険制度の主務官庁である人力資源・社会保障部によると、2017 年末時点での加入者数は 4,400 万人で、同年はのべ 75,000 人が給付を受けている。

2——多様性がありすぎる？中国の介護保険制度の特徴

15 のパイロット地域の制度が出揃った状況であるが、その内容はどのようになっているのであろうか。以下では、(1)制度運営、(2)被保険者、(3)財源、(4)サービス利用者としての認定、(5)サービスの利用といった視点から、その特徴を整理してみたい。なお、制度は試験導入期間中ということもあり、内容が確定しているというわけではない。

1 | 制度運営—事務業務などは民間保険会社に委託

まず、制度運営については、民間保険会社に業務を委託している地域が多い点が挙げられる(図表2)。

医療保険制度、年金制度といった「既存」の社会保険制度の運営は、各地域に設置された社会保険機関が概ね担っている。一方、介護保険制度は、保険料の徴収や財源管理などは社会保険機関(人力資源社会保障局など)が担う一方、手続きなどの事務業務(受付窓口機能、介護認定、費用精算など)、介護認定やサービスの基準や、提供すべきサービス内容の策定業務を民間の保険会社に委託している地域が多い。15 地域のうち 13 地域は、民間保険会社に業務を委託している。

「これから」導入される介護保険は、「既存」の社会保険と比較しても、民間保険会社を制度運営に積極的に組み入れた、かなりフレキシブルな制度ともいえよう。

図表 2 制度運営における民間保険会社への委託状況

行政が運営 【2地域】	吉林省 長春市	上海市						
民間保険会社へ委託運営 【13地域】	山東省 青島市	江蘇省 南通市	湖北省 荊門市	江西省 上饒市	安徽省 安慶市	新疆ウイグル 自治区 石河子市		
	四川省 成都市	広東省 広州市	河北省 承德市	黒龍省 チチハル市	江蘇省 蘇州市	浙江省 寧波市	重慶市	

(注) 民間に委託される業務としては、事務管理(認定などの窓口業務など)、サービス管理業務(規準策定など)、基金管理(保険料徴収など)がある。どの業務をどの程度まで引き受けるかは各地域によって異なる。

(出所) 15 のパイロット地域における通達より筆者作成

民間保険会社への事務委託は、単独の保険会社の場合もあるが、多くは当地に拠点を構えている複数(3~5社)の保険会社に委託をしている。委託は各市が入札で決定するが、生保では中国人寿、泰康人寿、太平洋人寿など、損保では中国人民保険、中国大地保険などが落札しており、中国国有大手もしくは介護・医

療養分野に強みのある中国資本の保険会社を中心となっている。委託期間は3年間など複数年契約であるが、1年毎に更新手続きを必要としている。また、落札した保険会社の1年間の業務受託による手数料収入は、運営コストを含め、概ね保険料収入の10%以内に収めるよう規定されている。

このように、公益性の高い社会保険サービスの担い手を民間の保険会社に委託するやり方は、習近平政権以降見られる手法である²。国が短期間で社会保険の普及を求める一方で、各地域(市)単位では、財政や人口の規模が小さい場合も多い。地域の当局のみで制度設計、運営といった技術やノウハウ、それを担う人材の確保が難しいのが現状である。

国(中央政府)も介護保険の運営については、民間保険会社の活用を推奨しているという点もあるが、結果として民間セクターに頼らざるを得ない状況にある。民間保険会社を活用することで、より効率的、効果的にサービスを提供し、社会サービスの質的向上も目指しているのだ。

2 | 被保険者—都市就労者から、段階的に非就労者・農村住民へと拡大

制度導入当初から、被保険者の範囲を全市民とする地域は少ない。被保険者は、戸籍、就労の有無によって、都市就労者、都市非就労者、農村住民に分類される³。15のパイロット地域をみると、被保険者を地域内(市内)の都市就労者のみに限定している地域が8地域、都市住民(就労者、非就労者)としているのが1地域、全市民(都市就労者・非就労者、農村住民)まで範囲を拡大しているのは6地域であった(図表3)。

2020年までの試験導入期間中、まず、市内の複数の「区」で都市就労者を対象とし、その次の段階として、市内全域の都市就労者、最終的に全市民と時間をかけて範囲を拡大していく地域が多いようである。

制度導入後、一定の時間が経過している地域(山東省青島市(2012年7月)、江蘇省南通市(2016年1月))や、財政や経済基盤が安定し、都市化が進んだ上海市、江蘇省蘇州市などを中心に、被保険者の範囲が全市民となっている。

図表3 被保険者の範囲

範囲【大】 ↑ 範囲【小】	全市民 (都市就労者・非就労者、農村住民) 【6地域】	山東省 青島市	江蘇省 南通市	湖北省 荊門市	江蘇省 蘇州市	新疆ウイグル 自治区 石河子市	上海市	
	都市住民 (就労者・非就労者) 【1地域】	吉林省 長春市						
	都市の就労者のみ 【8地域】	江西省 上饒市	安徽省 安慶市	四川省 成都市	重慶市	浙江省 寧波市	河北省 承德市	黒龍省 齊齊ハル市

(注) 2018年6月時点

(出所) 15のパイロット地域における通達より筆者作成

介護保険制度の被保険者は、公的医療保険に加入し、保険料を納付していることが条件となっている。介護保険の加入年齢は定められておらず、加入条件である公的医療保険の被保険者は法定労働年齢以上と

なっているので、介護保険の加入は最も若くて16歳からとなる。公的医療保険は、戸籍や就労の有無によって、加入する制度が都市職工基本医療保険(都市の就労者を対象)、都市・農村住民基本医療保険(都市の非就労者・農村住民を対象)に峻別される。しかし、介護保険については同一の制度に加入することになっている。

3 | 財源—試験導入期間中は、多くの地域が公的医療保険の財源を転用

介護保険の被保険者に公的医療保険への加入および保険料納付という条件を設けている背景には、15地域の介護保険制度が、公的医療保険の保険料を積み立てた医療保険基金を財源の柱としている点にある。地域内において、都市の就労者を対象とした導入が先行しているのは、都市職工基本医療保険が強制加入で、財源の規模が大きく、財政収支も安定している点に起因していると考えられる(図表4)。都市職工基本医療保険は収入の95.9%を保険料収入が占め、国・地方からの財政負担がなくても、制度を維持できる状態にある。一方、都市非就労者・農村住民を対象とした都市・農村住民基本医療保険の収支は黒字ではあるものの、任意加入で、財政規模も小さい。収支については、国・地方からの財政負担が75.7%を占めており、財政投入が無ければ制度の維持ができない状況にある。

図表4 公的医療保険の財政収支(制度ごと/2016年)

		都市職工基本医療保険		都市・農村住民基本医療保険	
		億円	構成比	億円	構成比
収入	収入総額	10,082		6,095	
	保険料	9,670	95.9%	1,406	23.1%
	国・地方からの財政負担	75	0.7%	4,612	75.7%
	その他	337	3.3%	77	1.3%
支出	支出総額	8,088		5,472	
	保険給付	8,013	99.1%	5,452	99.6%
	その他	75	0.9%	20	0.4%
収入・支出差引残		1,994		623	
年末基金残高		12,736		3,330	

(出所) 財政部公開資料より筆者作成

保険料は、①医療保険基金からの転用金、②医療保険専用口座からの転用金、③地方政府の財政補助金、④個人の保険料拠出、⑤企業の保険料拠出などによって構成されている。どこからどれくらい拠出するかは地域で決定しているが、徴収された保険料を別途、介護保険専用の基金にプールして給付に充てている。

次頁の図表5より、制度運営の財源として、ほぼすべての地域において医療保険基金から拠出されていることが分かる。医療保険基金からの転用の多寡は地域によって異なるが、100%依存している地域は3地域(上海市、浙江省寧波市、広東省広州市)であった。個人の保険料拠出はあるとしても少額であり、高齢者についても年金からの徴収はない。企業の保険料拠出については1地域しか求めていない状態にある。試験

導入期間においては、個人、企業からの保険料拠出に対する抵抗感を可能な限り小さくしようとしている姿がうかがえる。

図表5 試験導入期間中における介護保険料の拠出状況

		1人あたりの年間保険料 (徴収設定額)	年間保険料の拠出別構成比				
			①医療保険 基金から転用	②個人の医 療専用口座 から転用	③地方政府 の財政補助	④個人拠出	⑤企業拠出
山東省 青島市	都市就労者	医療保険の支払基数×0.5%+医療保険料(個人)の支払基数×0.2%+30元	66%	24%	10%	-	-
	非就労者・農村住民	当年の住民社会医療保険料総額×10%	100%	-	-	-	-
広東省広州市		130元	100%	-	-	-	-
湖北省荊門市		市住民の前年の平均可処分所得×0.4%	25%	-	37.5%	37.5%	-
江西省上饒市		100元	30%	40%	-	-	30%
吉林省 長春市	都市就労者	医療保険料の支払基数×0.5%	60%	40%	-	-	-
	住民(非就労者)	30元	100%	-	-	-	-
江蘇省南通市		市住民の前年の平均可処分所得×0.3%(100元)	30%	-	40%	30%	-
新疆ウイグル 自治区 石河子市	都市就労者	180元	100%	-	-	-	-
	非就労者・農村住民	24元	-	-	-	100%	-
安徽省安慶市		30元	67%	-	-	33%	-
浙江省寧波市		2,000万元(注1)	100%	-	-	-	-
河北省承德市		被保険者の前年の平均給与総額×0.4%	50%	-	12.5%	37.5%	-
黒龍省チチハル市		60元	50%	-	-	50%	-
上海市	都市就労者	医療保険料の支払基数×1%	100%	-	-	-	-
	非就労者・農村住民	加入者数に基づいて、都市就労者より若干低い規準で決定	100%	-	-	-	-
四川省成都市		医療保険料の支払基数:(D)、年齢によって(D)×0.3%~0.5%	40~66%	34~60%	-	-	-
江蘇省 蘇州市	都市就労者	120元	58%	-	42%	-	-
	非就労者・農村住民	85元	41%	-	59%	-	-
重慶市		150元	40%	-	-	60%	-

(注1) 浙江省寧波市では、介護保険基金へ2,000万元の拠出を一時で行う。今後は、給付や収支の状況を見ながら決定する。

(注2) 地域によっては、宝くじの収益金、企業やNPOからの寄付金も財源に組み入れている(例:石河子市)。

(注3) 個人の医療専用口座は、都市職工基本医療保険において、個人が拠出した保険料を積み立てたものである。

介護保険料について、口座の残高が不足している場合は、個人が拠出する。

(出所) 15のパイロット地域における通達より筆者作成

加えて、保険料自体も総じて少額となっている。都市就労者の医療保険の保険料率は10%(個人2%、企業8%)であるが、介護保険の場合、試験導入期間中は1%以下に設定されている地域が多いようである。保険料は、サービス給付額の見込みを見極めながら決定されると考えられるが、医療保険料の支払い基数、給与総額、平均可処分所得といった、医療保険の算出規準に基づいている地域が多い点も特徴であろう。

このように、現時点において、介護保険は社会保険のうち1つの独立した制度として位置づけられ

ているものの、財源においては、独立をしていない状態にある。

また、今後の財源のあり方を考える上では、介護保険と医療保険の主務官庁が分離された点にも留意が必要である。2018年5月に、医療行政の機能を人力資源・社会保障部およびその他の組織から移して一本化し、国家医療保障局が新たに設立された。これによって、介護保険制度の監督・管理は従来通り人力資源社会保障部が担うが、医療保険基金の管理権限は国家医療保障局に移管されたのである。今後、急速な少子高齢化にともなう介護保険の給付増加も考えられ、2020年以降は、個人や企業への保険料負担の導入や料率の引き上げによる財源の確保に舵を切っていく必要があるであろう。

4 | サービス利用者としての認定一要介護度が重度のものに限定しつつも、段階的に拡大

サービスの利用者としての認定は、高齢、疾病、傷害によって、長期(6ヶ月以上)にわたって寝たきりであり、要介護度が重度の者(Barthel Index の評価で40点未満)、市指定の特定疾患、癌の末期患者などに限られている(図表6)。地域によっては給付前までに支払うべき保険料納付額や納付期間を定めているケースもある。

図表6 認定対象の内容と評価基準・要介護認定の区分

	認定対象となる「長期にわたって自立した生活ができない原因」						認定基準	要介護認定の区分 (給付対象)
	①高齢	②疾病	③傷害	④市指定 疾病	⑤癌末期	⑥認知症		
山東省青島市	●	●	●	●	-	●	「青島市長期介護ニーズレベル評価」	中程度・重度 (3級・4級・5級)
広東省広州市	●	●	●	-	●	●	BI≥40点、【認知症】専門医院/総合医院の認知症証明+BI≥60点	重度
湖北省荊門市	●	●	●	●	●	-	BI≥40点	重度
江西省上饒市	●	●	●			●	「上饒市長期介護統一ニーズ評価」	重度
吉林省長春市	●	●	●	-	●	-	BI>40点、【癌】KPS>50点、 「総合医院介護分類指導意見」	中程度・重度
江蘇省南通市	●	●	●	-	-	-	BI>40点：要介護重度者、 BI>41-50点：要介護中程度者	中程度・重度
新疆ウイグル自治区石河子市	●	●	●	-	-	-	BI>40点	重度
安徽省安慶市	●	●	●	-	-	-	BI≥40点	重度
浙江省寧波市	●	●	●	-	-	-	BI>40点	重度
河北省承德市	●	●	●	-	-	-	BI>40点	重度
黒龍省チチハル市	●	●	●	-	-	-	BI≥40点	重度
上海市	●	●	●	-	-	-	「上海市高齢者介護統一ニーズ評価 レベル別基準」	2級・3級・ 4級・5級・6級
四川省成都市	●	●	●	-	-	-	「成都市成人失能総合評価技術規範」	重度(3級・ 2級・1級)
江蘇省蘇州市	●	●	●	-	-	-	「蘇州市長期介護保険失能等級評価表」	中程度・重度
重慶市	●	●	●	-	-	-	-	重度

(注1) 「●」は認定対象となる内容である。

(注2) 表中の「BI>40点」とは、バーセルインデックスの評価点が40点未満を示す。要介護認定のルールが日本と中国では異なるため、一概には比較できないが、日本であれば要介護4、要介護5に相当する。KPS(カルノフスキー指数)は、患者の日常生活の活動能力を測る指数である。

(注3) 独自の評価基準を設けている地域においても、BIを評価基準の1つとして含んでいる地域が多い。

(注4) 上海市については給付対象年齢を60歳以上に限定している。

(注5) 要介護度について、山東省青島市、上海市では数が大きくなるほど重度であるが、四川省成都市ではその逆で数字の数が小さくなるほど重度である。

(出所) 15のパイロット地域における通達より筆者作成

申請は、被保険者または代理人(家族)が行う。認定は、市が認定した医療機関の医師、評価機関の評定員(2名以上)が、日常生活における能力(ADL)などの評価に基づいて行う。なお、基本的な日常生活動作(BADL)について、多くの地域では、評価方法として Barthel Index(バーセルインデックス、10項目・100点満点評価)を採用している。また、認知症を給付対象としている地域では、バーセルインデックスのみでは評価ができない点からも、独自の評価方法や基準を導入していると考えられる。

基本的には、要介護度が重い者に限定しているため、認定は1段階となっている。日本のように、要支援(2段階)、要介護(5段階)といった介護の必要度に応じた認定はまだ少ない状況だ。ただし、2016年以降、制度の導入が進む中で、要介護度が中程度である者や、認知症も対象として加える動きもある。なお、認定された場合は、ウェブサイト上で氏名等が一定期間公表される(基本的には7日間ほど)。

サービスの利用開始年齢については、基本的には設けられていない。中国の場合、介護が医療の枠組みの延長線上にあるという位置づけから、給付開始年齢を設けておらず、対象を高齢者に絞っていないという特徴がある(但し、上海市を除く)⁴。日本の場合は65歳以上が対象であり、40～64歳は特定疾病の場合に認定されるが、中国の場合、寝たきりなど長期の療養や介護が必要となれば、現役世代でも認定対象となるのだ。

5 | サービスの利用—現物給付を軸としながらも、現金給付を併用するケースも

利用者として認定された場合、市が認定した事業者の在宅、施設、通所サービスを利用することで、給付を受けることができる。ただし、どのサービスを、どれくらい、どの程度の自己負担割合で利用できるかは、地域で異なる。

15 地域をみてみると、利用可能なサービスについては、在宅介護や、要介護度が重い者を対象とした施設介護を中心に給付がなされている(次頁図表7)。自身で通うことができる通所介護については給付対象となっていない地域が多い。在宅介護は、入浴や排泄、食事などの身体介護を中心とし、それに一部の看護が加えられており、日本の生活援助にあたる掃除や洗濯は含まれない地域が多い。施設介護は療養型医療施設と介護施設があるが、療養型医療施設の場合は、当該地域の医療保険規定を適用するケースもある。

サービスの給付は、1日、1ヶ月という単位で給付限度額や利用時間を定めている。例えば、1日あたりの給付限度額は、概ね数十元程度に抑えられおり、給付限度額を超える部分については全額自己負担となる。地域によっては要介護が中程度である者も対象となっており、例えば、山東省青島市、江蘇省南通市、上海市、江蘇省蘇州市などは、要介護度に応じて、サービス内容やその給付限度額を定めている。

在宅サービスについては、多くの地域が現物給付となっているが、介護人材の確保や十分なサービスの供給が難しいといった観点から、江西省上饒市のように、家族に現金給付をしている地域もある。また、新疆

ウイグル自治区、安徽省安慶市のように、市が認定している事業者を利用した場合は現物給付、市が認定していない事業者を利用し、届け出た場合は、被保険者に現金給付と、併用している地域もある。

施設については、多くの地域が現物給付となっている。給付については、1日、1ヶ月という単位で給付限度額が設けられているが、療養型医療施設については、山東省青島市のように、病院のランク毎に給付限度額を設定したり、上海市、江蘇省蘇州市のように、公的医療保険の規定に基づいた給付を行う地域もあり、その場合は給付限度額が大幅に増加することになる。

図表7 給付内容・サービス給付限度額・自己負担

要介護度	給付内容・給付限度額					自己負担			
	在宅		施設		通所	在宅	施設	通所	
	訪問介護 (身体介護・生活援助)	訪問看護	療養型医療施設	介護施設					
山東省 青島市	中程度～ 重度 (3級～ 5級)	3級(W):3H、 4級(W):5H、 5級(W):7H	①介護(D):50元、 都市職工(Y):2500 元、都市非就労者 (Y):1,500元、 or2,200元、 ②認知症(D):65 元	①看護(D):3級病 院210元、2級病院 180元、②介護(都 市職工)3級(D): 922元、4級 (D):35元、5級(+ 認知症)(D):50元	①看護(D):65元、 ②介護(都市職工) (D):3級922元、4 級35元、5級(+認 知症)50元	認知症 ①看護 (D):50元 ②介護 (D):25元	都市職工:10%、 都市・農村住民:20%or30% (医療保険料の多寡により2種類)		
広東省 広州市	重度	(D):115元	(M):1,000元	(D):120元	-	10%	25%	100%	
湖北省 荊門市	重度	①24時間対応(D):100元 ②2時間対応(D):40元(現金給付)	(D):150元	(D):100元	-	①のみ 20%	療養:30% 介護:25%	100%	
江西省 上饒市	重度	家族or指定した者が実 施(M):450元(現金 給付)	(M):900元	(M):1,080元	(M):1,080元	-	給付以上の部分について100%		
吉林省 長春市	中程度・ 重度	-	給付対象	給付対象	-	100%	施設:都市職 工:10%、住民: 20%、療養:医療 保険規定	100%	
江蘇省 南通市	中程度・ 重度	中程度(D):8元、 重度(D):15元、	-	中程度(D):10元、 重度(D):50元、	中程度(D):10元、 重度(D):40元、	-	給付以上 の部分につ いて100%	療養:40% 介護:50%	100%
新疆 ウイグル 自治区 石河子市	重度	(M):750元、ただし、指定以外の事業者からのサービスは(D):25元(現金給付)	(M):750元 (指定以外の施設は 同額を現金給付)	(M):750元 (指定以外の施設は 同額を現金給付)	-	30%	30%	100%	
安徽省 安慶市	重度	(M):750元、 指定以外の事業者(D):15元(現金給付)	(D):50元	(D):40元	-	給付以上 の部分につ いて100%	療養:40% 介護:50%	100%	
浙江省 寧波市	重度	-	(D):40元	(D):40元	-	100%	給付以上の部分に ついて100%	100%	
河北省 承徳市	重度	-	(D):60元	(D):50元	-	100%	給付以上の部分に ついて100%	100%	
黒龍省 チチハル市	重度	(D):20元	(D):30元	(D):25元	-	50%	療養:40% 介護:45%	100%	
上海市	2～6級	2級・3級(W):3H、 4級(W):5H、 5級・6級(W):7H	医療保険規定	2級・3級(D):20元 4級(D):25元 5級・6級(D):30元	-	10%	15%	100%	
四川省 成都市	重度 3級～ 1級	3級(M):S×30%、2級(M):S×40%、1級(M):S×50% S:2015年の都市企業就労者平均月給			-	25%	30%	100%	
江蘇省 蘇州市	中程度・ 重度	中程度(D):25元 重度(D):30元	医療保険規定	中程度(D):20元 重度(D):26元	-	給付以上の部分について100%			
重慶市	重度	(D):50元	-	(D):50元	-	給付以上の部分について100%			

(注1) (D):1日、(W):1週間、(M):1ヶ月、(Y):1年あたりの給付を、H:1時間を意味する。

(注2) 給付対象として、地域によっては介護関係の日用品などを対象とする場合もある。

(出所) 15のパイロット地域における通達より筆者作成

自己負担については、地域毎、サービス毎に異なる。ただし、国として在宅介護を中心に考えていることから、在宅介護の自己負担割合は、施設介護よりも総じて軽減されている。

また、加入している公的医療保険によって自己負担割合を決める地域もある(山東省青島市、吉林省長春市)。特に、最も早い時期に介護保険を導入した山東省青島市では、療養型医療施設でサービスを受ける場合、医療保険の規定にあるように病院のランクに応じて1人あたりの給付限度額が異なるなど、医療と介護の結びつきが強い地域ともいえよう。

3—介護保険の制度内容—高齢化が進んだ上海市を例に

では、高齢化が進んだ上海市を例に、制度内容を概観してみる。

中国では、法定退職年齢(男性)の60歳以上を高齢者として位置づけている。2017年の上海市の高齢化率は33.2%で、全国で最も高い。平均寿命も83.37歳と全国平均(76.7歳)よりも6歳以上も長い。急速な少子高齢化に加えて、核家族化が進んでおり、今後は一人っ子政策の影響を受けた世代が高齢者となる中で、高齢の夫婦のみ、または独居の高齢者世帯が増加すると考えられる⁵。上海市にとって介護保険制度の整備は喫緊の課題といえよう。

上海市は、高齢者対策の柱として「90・7・3計画」を掲げている。つまり、高齢者の90%に家庭での自立した生活を、7%に社区(地域コミュニティ)による訪問介護・看護サービスの提供を、3%に施設介護を提供することを目標としており、高齢者にはより自立した生活を求めている。介護保険制度にも、その考え方が強く反映されている。

制度自体は、2017年にまず、上海市内の3つの区(金山区、徐匯区、普陀区)、2018年からは全市で実験的に導入されている。

被保険者は、都市就労者を対象とした医療保険、都市非就労者・農村住民を対象とした医療保険の被保険者である。加入開始年齢は最も若くて16歳となる。保険料について、実験導入期間中は、医療保険の基金から全額転用され、個人や企業の負担はない。

上海市では、他地域と異なり、介護認定の申請を60歳以上に限定している。申請は居住地域にある社区事務受付センターにおいて本人または代理人が行う。次いで、当該センターが介護認定機関に認定調査の依頼を行う。認定調査員は、2名(以上)で、申請者または代理人と面会してその状況を確認する⁶。要介護認定の基準は全国で統一されておらず、上海市の場合は、独自に定めた基準(上海市高齢者介護統一ニーズ評価レベル別基準)に基づいて認定される。

介護度の認定は1から6級の6段階であるが、介護サービスを受けられるのは2～6級となっている。認定結果は2年間有効である。

どのようなサービスを受けられるかについては、被保険者が介護認定を受けた後、上海市の医療保険センターが認定した地域の介護サービス事業者や施設に所属する担当者と、介護サービスプラン(ケアプラン)を作成して決定する。

例えば地域の介護ステーションが提供できる訪問介護サービスは、排泄介助、食事介助などの身体介護と、ベットメイクの生活援助、経鼻栄養チューブ管理など看護師が行う訪問看護がある(図表 8)。提供されるのは合計 42 項目で、そのうち生活をサポートする「基本生活ケア」(訪問介護の身体介護・生活援助)が 27 項目、「常用臨床看護」(訪問看護)は 15 項目となっている。基本生活ケアはほぼ身体介護で構成され、掃除、洗濯といった日本の生活援助に相当する内容はほとんど対象外となっている。

図表 8 訪問介護で提供されるサービス内容

「基本生活ケア」(27項目)					
身体介護			生活援助		
排泄介助	排泄介助、失禁ケア、摘便、ベット上での便器使用、	体位変換	寝返り・タッピング、ベット上での移動、褥瘡予防	掃除	-
食事介助	摂食介助、水分補給、	移乗・移動介助	器具を利用した移動介助	洗濯	-
清拭	清拭、陰部清拭	外出介助	-	ベットメイク	ベットメイク
入浴	洗髪、全身浴、部分浴(手浴・足浴)	起床・就寝介助	起床介助、就寝介助	衣類の整理・被服の補修	-
身体整容	洗面・髪の手入れ、爪きり(手・足)、口腔ケア	服薬介助	-	一般的な調理・配下膳	-
更衣介助	更衣介助	自立生活支援	自立生活訓練	買い物・薬の受け取り	-
その他	皮膚への外用薬塗布、尿道カテーテルのケア、ストーマ袋のケア、薬物管理、生活環境の改善・安全指導				

「常用臨床看護」(15項目)
浣腸、直腸内与薬投与、服薬、クーリング、健康チェック、酸素吸入、血糖値モニタリング、褥瘡手当、静脈採血、筋肉注射、皮下注射、経鼻栄養チューブ管理、膀胱カテーテル(女性)管理、胃ろうのケア、末梢挿入中心静脈カテーテル(PICC)管理

(注) 上海市の在宅介護は、日本における身体介護、生活援助といった分類はしておらず、「基本生活ケア」として、一括りにしている。上掲の図表 8 では、基本生活ケアのサービス内容を日本の分類に基づいて掲載した。ただし、上海では尿道カテーテルの管理、ストーマ袋のケアなどは基本生活ケア(身体介護・生活援助)に分類され、看護師のみならず訪問介護員も処置が可能としている。

(出所) 上海市「長期介護保険サービス基準・規範」、厚生労働省「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」他より筆者作成

上海市では、介護の必要度合いによって、給付されるサービスの利用回数、時間、金額が決められている(図表 9)。例えば、訪問介護サービスについては、要介護度が最も重い介護 6 級の場合、1週間に 7 回、1回あたり1時間までとなっている。

図表 9 在宅サービス、施設利用における給付内容

要介護度	在宅				施設(介護施設)		施設(療養型医療施設)
	利用回数	利用時間	料金(1時間あたり)	自己負担割合	利用金額	自己負担割合	自己負担割合
2級・3級	3回/1週間	1回の利用は1時間まで	・看護師:80元、 ・医療的ケア員: 65元 ・介護員・健康ケア員 他:40元	10%	20元/1日	15%	15%(注)
4級	5回/1週間				25元/1日		
5級・6級	7回/1週間				30元/1日		

(注) 上海市の就労者を対象とした公的医療保険制度に加入(入院給付)の場合で、1階部分の給付限度額までの自己負担割合

(出所) 上海市人力資源社会保障局ウェブサイト公表資料より筆者作成

自己負担は 10%となっており、医療保険における自己負担よりも低く設定されている。決められた利用回数や時間を越えた場合、自己負担となるが、例えば、看護師による看護は1時間 80 円で計算されることになる。

一方、施設介護については、介護施設および療養型医療施設でのサービスに対して給付がなされる。介護施設については、要介護度に応じて、1日あたりの給付限度額が定められており、最も重い介護 6 級の場合は、1日 30 元となっている。

なお、介護施設の自己負担割合は 15%であるが、療養型医療施設でサービスを受ける場合は、被保険者が加入している公的医療保険で別途定められた自己負担割合が適用されることになる。就労者を対象とした基本医療保険に加入している場合、入院給付の規定では、1階部分の給付限度額(51 万円)までであれば自己負担は 15%、それを超える場合は 20%が自己負担となる。

4—今後検討すべき課題

このように、2020 年までの中間年にあたる 2018 年の現時点において、パイロット地域における介護保険制度の特徴を整理してみた。多くの地域では財源を医療保険基金に求め、サービス利用を要介護度が重度な者に限定している。サービスについても、在宅（身体介護中心）、施設に絞り、現物給付を基本としている。制度運営の細かな事務手続き等は、その多くが現地に進出した民間保険会社が担っている。

では、今後、制度導入が本格化する中で、考えられる課題にはどのようなものがあるか、以下に私見をまとめてみたい。

まず、介護保険制度を運営していく上で、財源をどのように確保するか、という問題がある。

試験導入期間中の介護保険は、医療保険基金を財源の柱としているが、本格導入の 2020 年以降は、雇用主や個人による保険料負担の検討が必要になってくるであろう。

雇用主負担については、まず、医療、年金といった既存の社会保険料負担が既に重い中、更なる負担増を雇用主にどのように受け入れさせるかという問題がある⁷。都市就労者の場合、社会保険料負担は労使折半ではなく、雇用者側が重いケースが多いからだ。加入対象年齢を 16 歳とした場合、保険料の納付期間も総じて長く、料率の設定をどうするかも重要な鍵となるであろう。

個人で保険料を納付する都市の非就労者、農村住民の場合も、保険料の設定や、自己負担割合などの給付内容をどう定めるかという問題がある。介護保険は医療保険とは異なり、被保険者の戸籍や就労の有無で加入する保険を峻別していない。医療保険は、現時点で都市就労者は高負担・高給付の保険、都市・農村住民は低負担・低給付の保険に加入することで、有る意味棲み分けがされている。介護保険のように、両者が同一の保険に加入する場合、保険料設定に際して、農村住民の所得額を正確

に捕捉することは難しいと考えられる。将来的には統合するとしても、山東省青島市のように、保険料負担の多寡に応じて自己負担割合を調整する（高負担の場合は自己負担割合を低く設定）といった措置の検討も一案と考えられる。

加えて、雇用主や個人の保険料負担のみならず、国、地方政府からの財政支出をどうするか、またはどう再分配するかも検討する必要がある。現状の「市」単位の財源では規模が小さく、経済成長や高齢化の度合いも地域で異なるため、収入と支出のバランスが崩れやすい。その一方で、2016年時点で、国の歳出に占める社会保障費は18.5%とおおよそ2割に迫り、既存の社会保障制度だけでも財政へのプレッシャーは大きい。生産年齢人口が減少に転じている中で、経済成長の鈍化による歳入の減速化もにらみながら、介護保険という新たな需要のプレッシャーとのバランスを考慮する必要もある。

介護保険制度は既存の社会保険と比較しても、地域によって多様性に富んでいる。しかし、給付対象となる要介護認定などの重要な基準や、最低限必要なサービス内容については、国が統一して定める必要がある。

パイロット地域での介護保険は、低負担・低給付（現物給付）を中心としているが、例えば、パイロット地域以外の北京市（海淀区）では、民間保険会社が提供する介護保険に任意で加入し、要介護度（3段階）に応じた現金給付とする制度を導入している。北京市の海淀区のケースは高負担・高給付（現金給付）で、現行のままでは、全ての人が加入できる制度というわけではない⁸。このまま各地域でそれぞれ制度の検討が進めば、地域間格差が更に大きくなる可能性がある⁹。各市の財政状況を考えながら、制度をある程度フレキシブルに設計することは可能としても、国が社会保険として位置づける以上、老後の生活を支える制度として、要介護認定の統一基準や、最低限必要なサービス内容を定める必要がある。

中国において、社会の構造は大きく変化している。現在、社会の主流をなす「4・2・1 世帯」は一人っ子の夫婦2人が、それぞれの両親4人の老後を支え、一人っ子を育てるという構造となっている。加えて、中国民生部によると、高齢者がいる世帯のうち、高齢者のみの世帯は全体の51.3%を占めている。

このような中で、特に、要介護度が高く、家庭扶養では支えきれない認知症患者向けのサービス給付は早急に検討すべき課題の1つであろう。現段階では、低負担であること、サービス提供にあたっては専門人材の確保や施設の整備といった課題もあるため、認知症を認定対象としている地域は限定的である。しかし、今後は、一人っ子政策の影響で家族による扶養は更に困難となり、一方で高齢者は加速度的に増加する。保険料の徴収や財政支出も勘案しながら、重点的にサービスを確保していく必要があるであろう。

パイロット地域を含め、2020年の本格導入に向けて、各地域では制度の調整が日々繰り返されている。残された時間はそれほどないが、中国における介護保険制度がどのように展開していくのか、その動向に注視したい。

¹ 各パイロット地域の特性を示す、高齢化の状況、経済規模、医療保険（加入者数・基金規模）については、下表をご参照ください。

2017年	高齢化の状況			経済規模			医療保険（被保険者数・基金規模）	
	高齢化率 (60歳以上)	常住人口 (戸籍人口 割合)	平均寿命	域内総生産 (前年比 増加率)	1人あたりの GNP	可処分所得 (前年比 増加率)	医療保険被保険者数 (うち、都市非就労者・ 農村住民の割合)	医療保険基金残高 (うち、都市非就労者・農村 住民医療保険基金の割合)
山東省青島市	21.9%	929万人	79.83歳	1.1兆元 (7.5%)	11.9万元	3.9万元 (8.6%)	773万人 (63.3%)	-
広東省広州市	18.1%	1450万人 (61.9%)	81.72歳 (2016年)	2.6兆元 (7.0%)	15.1万元	5.5万元 (8.8%)	1071万人 (44.5%)	866億元 (2.9%)
湖北省荊門市	15.5% (2015年)	290万人	-	1,664億元 (7.5%)	-	2.4万元	221万人 (82.6%)	4.7億元
江西省上饒市	13.4%	730万人	-	2,055億元 (8.8%)	-	3.2万元 (9.3%)	709万人 (93.2%)	-
吉林省長春市	19.7%	749万人 (戸籍人口)	78.5歳	6,530億元 (8.0%)	8.7万元	3.3万元 (6.8%)	407万人 (都市職工のみ)	-
江蘇省南通市	29.3%	731万人	81.86歳	7,735億元 (7.8%)	10.6万元	3.3万元 (9.7%)	200万人 (都市職工のみ)	27.6億元 (1.7%)
新疆ウイグル自治区 石河子市	21.3%	65万人	76歳	515億元 (6.5%)	8.1万元	3.7万元 (7.5%)	57万人 (都市職工のみ)	-
安徽省安慶市	18.2% (安徽省)	464万人	-	1,709億元 (8.2%)	3.7万元	2.9万元 (8.25%)	105万人 (57.6%)	866億元 (2.9%)
浙江省寧波市	24.3%	801万人	81.34歳	9,847億元 (7.8%)	12.4万元	4.8万元 (8.0%)	710万人 (46.4%)	-
河北省承徳市	17% (河北省)	380万人 (戸籍人口)	-	1,619億元 (7.1%)	-	1.8万元 (10.3%)	343万人 (87.3%)	-
黒龍省チチハル市	19.8%	534万人	79.05歳 (2016年)	1,353億元 (6.1%)	2.7万元	2.6万元 (6.8%)	405万人 (都市職工のみ)	-
上海市	33.2%	2,418万人 (59.8%)	83.37歳	3兆元 (6.9%)	12.5万元	5.9万元 (8.6%)	1,497万人 (23%)	2,086億元 (0.3%)
四川省成都市	21.2%	1605万人	79.33歳 (2016年)	1.4兆元 (8.1%)	8.7万元	3.9万元 (83.4%)	1565万人 (52.4%)	386億元 (4.0%)
江蘇省蘇州市	25.8%	1068万人 (64.7%)	83.04歳	1.7兆元 (7.0%)	-	5.0万元 (8.1%)	891万人 (31.4%)	-
重慶市	20.2%	3075万人	76.7歳 (2015年)	2.0兆元 (9.3%)	6.4万元	2.4万元 (9.6%)	3248万人 (80.3%)	-

(注) 2017年時点で、中国における60歳以上が占める割合は17.3%、平均寿命は76.7歳

(出所) 統計局、各地域の人力資源・社会保障局、財政局の公表資料より筆者作成

² 都市住民、農村住民を対象とした公的医療保険制度で、医療が高額になった場合の給付は、官民協働の大病医療保険が設けられている。大病医療保険の担い手は各地域において入札で決定され、民間保険会社が引受けている。(出所) 拙著「中国の公的医療保険制度について(2018) - 老いる中国、14億人の医療保険制度はどうなっているのか。」基礎研レポート、2018年1月15日発行

³ 都市の非就労者には、主婦、高齢者(都市職工基本医療保険に加入していない)などが含まれる。

⁴ 医療と介護の連携を強化するとして、中国語で「医養結合」とされ、中国における介護保険政策のキーワードの1つとなっている。

⁵ 上海市「高齢者QOL調査」(2015年5月28日発表)によると、高齢者がいる世帯のうち、53.8%が高齢者夫婦のみまたは独居の世帯であった(調査結果は2013年末)。上海市「高齢者生活方式、高齢者向けサービスのニーズ調査」(2018年5月18日発表、調査結果は2016年末時点)のアンケート調査によると、60歳以上の高齢者のうち、5%ほどが自立した生活が難しいと判断している。

⁶ 認定調査員は、A類、B類に分けられる。A類は介護サービス、看護などの介護実務経験者、B類は医師である。認定調査員は介護認定機関に所属する。申請者または代理人との面会は2名以上で行い、メンバーにはB類を少なくとも1名含む必要がある。

⁷ 例えば、上海市の都市職工基本医療保険の場合、5つの社会保険の企業負担の合計がおよそ31%、従業員負担は10.5%と、合計すると4割を超えている。中国の場合、社会保険料は労使折半ではなく、企業の負担が総じて重いため、新しい制度の導入は企業経営に大きな影響を与えることになる。

⁸ (出所) 拙著「老いる中国、介護保険制度はどうなっているのか。」中国保険市場の最新動向(23)、2016年12月20日発行

⁹ 四川省成都市では地域を限定して相互保険という形での導入も別途検討されている。