

## 社会保障と介護福祉

沈潔

### ■ 要約

本稿は、まず、胡錦濤と習近平の政権交代における介護福祉政策の構築過程を分析し、次に、急速に進んでいく少子高齢化の課題を明らかにするものである。特に、政策誘導によって推進されつつある地域ケア及び介護の市場化が示す意味について分析している。

胡錦濤政権から習近平政権への政権交代が実現した2012年においては、経済的、政治的な安定化を求め、基礎医療と基礎年金制度の普及が加速化された。それと連動して、高齢者介護の基盤づくりも取り組まれた。習近平新政権は、この課題を社会安定の処方箋として引き継ぎ、行政による地域ケアネットワークづくりの推進と民間資本の活用による介護の市場化を形成していく政策志向を明確にした。地域ケア政策の主旨は、ネットワークづくりを通じて家族介護をサポートすることである。つまり、私的介護優先の考え方である。介護の市場化は、経済成長鈍化への対応の一環として位置づけられた対策とみられる。

習近平政権で取り組まれる介護政策においては、介護サービスの地域格差や高齢者権利擁護及び公平な競争環境整備など、その課題は山積している。

### ■ キーワード

習近平政権、地域ケア、介護市場化

### I はじめに

中国では、65歳以上の高齢者人口は2013年末に1億3,161万人に達し、総人口の9.7%を占めるまでになり、80歳以上の高齢者は2,300万人を超えた。

<sup>1)</sup> 今後、80歳以上の高齢者は年間100万人ずつのペースで増加する見込みである。先進国では1人当たりのGDPが1万ドルを超えてから高齢化社会に入ったが、中国では高齢化社会に突入した2000年の時点での1人当たりのGDPは1,000ドルの水準に過ぎなかった。「未富先老」（豊かになる前に老いる）というのが中国の特徴と言われている。一

方、中国のGDPは、2004年以降、年10パーセント超の成長率を記録した。リーマンショックにより、近年の高成長は減速したが、2013年まで7.5%の成長率を維持してきた。つまり、急速な高齢化は、急速な経済成長とともに進んでいたといえる。中国では、「邊富邊老」（豊かにしながら老いていく）という特徴もある。以上のような特殊性を持っている中国は、先進諸国と同じような道を歩むのではなく、先進諸国と異なる道を模索しなければならない。

2013年9月、国務院は、「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見」を公布し、習近平新政権の高齢者福祉政策の基本方針を明示した。その

後、民政部により「公的養老施設機構改革の試行に係る通知」、民政部・国家発展改革委員会により「養老サービス業総合改革の試行に係る通知」、全国老齡弁など24省庁により「高齡者優待業務の強化に関する意見」などを相次いで公表した。習近平新政権の下では、介護福祉を社会保障制度の再構築の中に位置付けようとする姿勢が見られた。

中国の介護福祉政策は、中央集権型でトップダウンによって政策がなされることに特徴がある。他方、政策を実施するための財源は、主に地方政府の財政によって賄われている。そもそも、経済発展の水準は不均衡であり、地方政府が利用できる財源に格差が生じてくる。また、新政権は地域ケアネットワークづくりを介護福祉政策の大黒柱にしていたが、これを通じて家族介護をサポートすることが政策の主旨であった。つまり、私的介護優先の考え方だった。

本稿は、まず、胡錦濤と習近平の政権交代における介護福祉政策の構築過程を分析し、次に、急速に進んでいく少子高齡化の課題を明らかにする。特に、政策誘導によって推進されつつある地域ケアおよび介護の市場化を示す意味について分析する。

## 1. 介護福祉政策の構築過程について

中国高齡者問題の提起は、1980年代にさかのぼることができる。1982年、ウィーンで開催された“高齡者問題世界会議”において、中国は初めて代表団を送った。翌年、国際社会の要請に応じて、政府の常設諮問機関として「老齡問題全国委員会」を創設した。これは、現在の高齡者政策の立案権限を持っている「全国老齡工作委員会」の前身であった。

実務レベルの施策に関して、中央政府は、1993年に「中国養老事業7ヶ年発展要綱（1994～2000年）」を策定し、高齡者問題を政務の日程に載せた。2000年以後、5年ごとに養老事業発展の五カ年計

画を定期的に策定することが慣例となった。

中国では、高齡者介護（agingcare）については、管轄部署によって医療ケア（Medicare）、生活ケア（Socialcare）に分けられ、それぞれ衛生部、民政部によって管理されている。介護福祉サービスの実施もそれぞれ独立した枠組の下で行われている。しかし、国の基本方針および事業計画に関しては、中央政府が「養老事業発展五カ年計画」の策定を通して統括する。例えば、2000年以後、中央政府は、「中国養老事業発展の第10次五カ年計画（2001～2005年）」、2006年に「中国養老事業発展の第11次五カ年計画（2006～2010年）」、そして、「中国養老事業発展の第12次五カ年計画（2011～2015年）」を作り出した。各中央部署および地方政府は、中央政府によって示された基本方針、達成目標、スケジュールなどに基づいて、また、財政基盤に合わせ、より実行性のある養老事業発展五カ年計画を策定し直すことになる。実際には、養老事業の推進における地方政府の裁量権限は大きいのである。

以下では、主に第11次および第12次中国養老事業発展五カ年計画の内容と実施について、考察してみる。

### (1) 「中国養老事業発展の第11次五カ年計画」（2006～2010年）

2006年にスタートしたその第11次五カ年計画には、高齡者の社会保障、権利保障、貧困救済、社会参加、福祉サービスの供給、シルバー産業の推進、養老施設の整備などが盛り込まれている。そのうちでも、低所得者対策が重点事業として位置づけられている。具体的には、低所得および無収入の高齡者による無条件での最低生活保護制度の利用や各地方政府の財政状況に応じた高齡者医療救助・介護補助制度の創設などが明示された。

当時の高齡者の貧困の状況については、①現金収入がないあるいは少ないため、衣食など最低限

の生活が保障されていないという絶対的貧困。②医療保障がないため、大病、難病にかかって貧困に落ちるといふ“因病致貧”、③住宅の商品化によってもたらされた“住まいがない貧困”、④高齢者差別、高齢者虐待問題によってもたされた貧困、⑤文化的な、精神的な支援がかけている精神的な貧困という分類にまとめることができる。高齢者貧困の原因については、主に社会保障制度の不備によるものや家族扶養文化が急速に崩れていったことが原因であると指摘されている。それ故に、2000年代頃の政策志向では、低所得および無収入の高齢者の生活保護や医療・介護の救助に重点を置いた。

一般の要介護高齢者を視野に入れた入所施設の整備に関しては、2010年までに都市部では高齢者ベッド占有率を10%にし、農村部では老人ホームのカバー率の向上などを目標として掲げた。

そのほかこれまで主に「高齢者問題」や「養老事業」という言葉が政策用語として使われてきたのに対し、初めて「高齢者社会保障」という言葉が用いられたことである。つまり、高齢者の最低生活保障における国家責任が意識されたと思われる。学界では「老年人社会保障」という言葉が最低生活保障をイメージしがちであるため、“老年人生活保障”という言葉が登場させたこともあった。こうした政策用語の変化からも、中国高齢者福祉の展開経緯を窺い知ることができる。また、医療・介護の連携意識が芽生えた。その時期に衛生部によって主体的に進められてきた高齢者を対象とする「全国健康教育および健康促進活動計画要綱（2005～2010年）」の実施、または「中国介護事業発展計画要綱（2005～2010年）」および認知症対策を含む「中国精神衛生活動計画（2002～2010年）」の実施がその意図であった。

つまり、中国養老事業発展の第11次五カ年計画の実施によって、介護福祉政策の指向は、従来の貧困高齢者を対象にするとともに、要介護高齢者

のための介護サービス供給および介護予防の整備を意識し始めたのである。

## (2) 「中国養老事業発展の第12次五カ年計画」 (2011～2015年)」

2011年にスタートした「養老事業発展第12次五カ年計画」では、従来の貧困高齢者対策にとどまらず、新中産階級の満足度向上に深く関連する医療・福祉・介護サービスの整備と拡充が、重要な政策課題として取り上げられた。

具体的には、第12次五カ年計画期間の養老事業の重点的取り組みとして、①高齢者社会保障制度をより拡充し、養老保険制度をこれまで基礎養老保険に加入していない若しくは加入できない農民および都市部の住民に普及させること、ならびに低所得層の高齢者に対して最低生活保障制度からフォローすること、②高齢者医療・衛生・保健事業を促進し、コミュニティ医療衛生機関が管轄区域内の65歳以上の高齢者の健康カルテをつくり、定期健康診断を実施すること、また、高齢者の健康教育を幅広く展開し、高齢者に対する精神的ケアにも力を入れること、③在宅介護支援体制の整備。在宅介護サービスのネットワークを都市部のすべてのコミュニティ、80%以上の郷鎮、50%以上の農村コミュニティをカバーすること。④高齢者の活動の場やバリアフリー施設の建設を加速し、文化・教育・スポーツ・フィットネス施設を増やし、高齢者の精神・文化生活を豊かにすること、⑤高齢者向け産業の誘導・支援策を整備し、高齢者用品・用具・サービス製品の開発を促進すること、⑥高齢者関連法の整備と法律サービスを強化し、介護サービス業界への監督を強化して、高齢者の合法的權益を保護することなどが挙げられた。

## (3) 『高齢者權益保障法』の改正

2012年12月28日、『高齢者權益保障法』の改正法が公布され、2013年7月1日より施行することと

なった。1996年に高齢者分野で唯一の法律として施行されてから、16年ぶりの改正となった。本法は高齢者の合法的な権益を保護するために設けられた法律であり、また、すべての家庭に密接にかかわる法律でもある。改正の目的は、高齢化が進展する中で、家族、地域社会、高齢者施設の連携によって高齢者の生活を保障することにある。

改正の主なポイントは、下記にまとめることができる。第1は、高齢者の生活支援体制の構築である。養老年金、医療制度の充実のほか、介護施設の増設や在宅介護システムの整備などが盛り込まれた。第2は、家族扶養義務の再強化である。老親扶養は家族の義務であると主張する一方、介護休暇、高齢者に対する家庭内暴力の禁止などの条例が設けられている。「常回家看看」（頻繁に里帰りし、親の様子を見ること）という文言をこの法律に明記し、中华民族の伝統的な親孝行の理念を法律によって強力に推進しようという狙いも窺い知れる。第3は、介護サービスの社会化、専門化である。特に、介護人材の育成、介護職の報酬の引き上げなどが法的に位置づけられた。第4は、高齢者に対する優遇政策である。例えば、公共施設を利用するときに無料や優待の利用などを定めた。第5は、居住環境の改善である。高齢者向けの公共施設、医療・介護施設の確保や高齢者住宅のバリアフリー化の推進など、居住環境の整備を図る条例が盛り込まれた。

本法は、実質的な拘束力が弱いが、実施によって社会の人々に敬老の社会規範についての反省を促し、多くの人々に高齢者の権益問題に関心を持ってもらうように規定しているため、この点に対しては評価できる。また、高齢者の権益が侵害された場合、本法を根拠に訴訟を提起して自己の権益を守ることができる。

#### (4) 「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見」

冒頭に述べた習近平政権下での「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見（以下「若干意見」とする）」は、初めて全面的に高齢者介護福祉政策の方針を表明したものである。

胡錦涛政権から習近平政権への政権交代が実現した2012年においては、経済的、政治的な安定化を求め、基礎医療と基礎年金制度の普及が加速化された。それと連動し、高齢者介護の基盤づくりも取り組まれた。胡錦涛政権は、高齢者の最低限の所得保障、医療保障、介護支援を含む基礎生活保障を高齢者に行き渡らせるという政策課題を習近平新政権に引き渡した。習近平新政権は、この政策課題を社会安定の処方箋として引き継いだと思われたが、それを達成していくプロセスにおいては、新政権の独自な一面が見られた。

「若干意見」では、実施中の「第12次五カ年計画」の政策目標を中間評価する意図のほか、新政権の中長期の政策方針を明示しようとした。「若干意見」の中では、在宅介護にかかわるサービス基盤の整備とともに、保健・医療・福祉・介護の連携ネットワークの強化がより強調された。これは、国際社会の経験に学び、在宅のまま必要な医療・介護サービスを受けられるという考えだった。具体的には、2020年までにこうした在宅介護のネットワークをすべての都市部に普及させ、また、90%以上の郷・鎮、60%以上の農村地域に普及させる予定である。「第12次五カ年計画」で予定された80%以上の郷・鎮および50%以上の農村地域においては、地域ケアサービス拠点づくりの目標数値が新たに書き換えられた。同時に、介護ベットは、2020年まで1,000名あたりで35~40ベットに達することも明確にした。「第12次五カ年計画」においては、2015年まで1,000名あたりで30ベットを達成する目標を掲げたが、「若干意見」では、2020年までの中長期目標として打ち出した。

振りかえてみると、2000年の時点で、介護ベット数は1,000名あたりわずか10ベットである

のに対して、2011年には19.1ベット、2013年には24.5ベットまでに上がった。(表1を参照)また、地方政府や末端行政に介護システム構築計画の作成を義務づけるとともに、計画の作成に当たっては、地方政府は介護福祉ニーズを十分に把握し、このニーズに基づいた高齢者のための介護福祉サービスの量的な目標を定めることとなっている。

表1 高齢者介護ベッド数の推移 2006年～2013年

年	介護施設ベッド数(万床)	千人あたりベッド数(床)
2013年	493.7	24.5
2012年	416.5	21.5
2011年	353.2	19.1
2010年	314.9	--
2009年	266.2	--
2008年	234.5	--
2007年	212.8	--
2006年	153.5	--

出所：民政部「社会サービス発展統計公報」2006年度～2013年度より作成

しかし、中国で進められている在宅介護サービスは、日本のように介護保険制度に支えられた在宅介護サービスとは性格が異なる。中国では、在宅介護の議論は、介護の問題がそもそも家族や地域共同体によって担われていた相互扶助の外部化という文脈で論じられてきたことから、なるべく地域や家族においてその問題を解決するという議論の中で政策が押し進められた。行政の役割は在宅介護サービスネットワークの整備を通じて家族介護をサポートすることになる。つまり、私的介護優先の考え方だった。

また、これまで議論されてきた介護サービス供給における市場化の是非に関して、「若干意見」では、民間資本の活用や介護の産業化という政策志向を明確にした。これは、経済成長鈍化への対応の一環として位置づけられた対策とみられる。

かつて「民生」（国民生活を優先する考え方）の旗を掲げてきた、医療・福祉・介護に対する財政の支出は増加し続けていた。高齢者医療を含む

総医療費の支出を例としてみれば、2010年には1兆9,921.35億元、2011年には2兆4,345.9億元、2012年には2兆8,914.4億元に急増した。経済が失速する中で、2013年における中国財政支出の伸び率の高い分野としては、社会保障・就業の13.9%増、医療・衛生の13.2%増、省エネルギー・環境保護の12.1%増が挙げられる。つまり、医療・福祉財政に対する財政の支出増は続いていたのである。

しかし、医療福祉領域の財政支出の急増という政策に対しては、「福祉国家病」に陥りがちであるという批判の声があがってきた。最近、経済界においても「国進民退」（国有セクターの拡大とそれによる民間セクターの縮小）の経済政策に対する批判が高まり、これまで聖域とされてきた医療・福祉・介護の領域においても市場化の深化が必要であるという主張が強くなってきたように見える。介護サービスの産業化・民営化を明確にすることが、その一連の動向に関連するとみられる。

さらに、習近平政権の政策指向は、内需を安定的に拡大する投資や建設に取り組むことによって、一定のペースの経済成長を維持することが最優先課題に据えられた。医療・福祉・介護への過度な公財政の投入が個人消費の伸びに悪影響を及ぼすと懸念し、公財政の支出を一定の水準に抑制しながら、他方で介護サービスを新規産業として経済の活性化につなげるとの意図が読み取れる。つまり、介護サービスの拡充は、公共政策の一環として取り組むのみならず、産業構造の中に位置づけられながら取り組まれるのであり、経済の波及効果が期待されている。それ故に、介護政策の所得再分配機能は限定されていた訳である。

介護の産業化・民営化の動きの中では、これまで外資が介護施設を設立する場合は中国企業のパートナーとして合作形式のみ認められてきたが、「若干意見」においては独資形式を認めることとなった。外国資本の協力や外国の介護技術を利用し、国内の介護事業に刺激を与え、発展させると

いう方針といえる。現在、日本、ドイツ、アメリカの民間資本による中国の介護サービス供給への進出はすでに始まっている。

## 2. 加速する少子高齢化の課題

一人っ子政策の実施や城郷の二元社会構造によって、中国の人口構造・社会構造は偏り、少子高齢化の問題が他国と比べてもより深刻化している。その深刻さについては、「高齢化」・「老齡化」・「空巢化」・「失能化」・「貧困化」というカテゴリーから語られる。

「高齢化」については、今後の予測として、表2に示されたように、2025年に65歳以上の高齢者人口は、総人口の14%を占めるようになり、2034年に総人口の20%を占めるようになる。高齢化率が14%から20%に達成する所要年数は、日本より3年短縮すると予想されている。

表2 国別の人口高齢化の比較

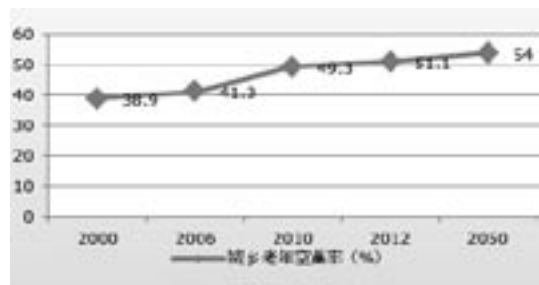
国別	高齢者人口が総人口に占める比率			所要年数	
	7%	14%	20%	7~14%	14~20%
日本	1970(年)	1994(年)	2006(年)	24(年)	12(年)
韓国	2000	2018	2026	18	8
中国	2000	2025	2034	25	9
フランス	1864	1979	2020	115	41
スウェーデン	1887	1972	2012	85	40
イタリア	1927	1988	2007	61	19
イギリス	1929	1976	2021	47	45
ドイツ	1932	1972	2012	40	40
アメリカ	1942	2013	2028	71	15

出所：Health System Transition: Republic of Korea, European Observatory, WHO 独立法人国際協力機構 (JICA)・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月p.9を参照

「老齡化」に関しては、65歳以上の高齢者人口が急増する中で、80歳以上の後期高齢者の増加が注目に値する。中国国家統計局の統計によれば、2013年末までの80歳以上の高齢者人口は2,300万人になり、100歳以上の高齢者も5万人を超えた。高齢化社会の最前線である上海では、2005年の平

均寿命が80.13歳であったが、2013年には82.47歳にまで上がった。このような後期高齢者の急増は、「老齡化」現象と呼ばれている。

「空巢化」とは、高齢者の独り暮らし又は夫婦だけの世帯ということの意味する。「空巢化」の問題は一人っ子政策の実施と関連している。「中国老齡事業発展報告2013年」<sup>2)</sup>によると、城郷高齢者世帯での「空巢率」は、2013年に50%を超え、2050年頃の「空巢率」は54%にとどまり、それ以降は大幅に上昇しないであろうと予測されている。(図1を参照)



出所：呉玉韶主編『中国老齡事業発展報告2013-老齡藍皮书』社会科学文献出版社2013年2月

図1 城郷高齢者世帯における「空巢率」

「空巢化」の問題は、1990年代初頭に都市部から現れ始めたが、現在では、農村部の方が都市部より深刻となっている。「空巢」高齢者世帯を生み出した社会的な原因は、①高齢者に自立できる経済力がついたことで、なるべく子どもに負担をかけたくないという意識が芽生えたこと、②世代間の価値観の違いから3世帯居住が難しいこと、③子どもが都会・海外に出稼ぎに出たこと、④子どもが老親扶養の役割を果たせないことなどが挙げられる。

第4の「失能化」とは、自立生活困難や要介護・要支援の高齢者が増加することである。要介護・要支援の高齢者人口に関して、中国老齡科研センターが実施した「中国城郷老年人人口情況追踪調

査」では、2010年末時点で60歳以上の「失能老人」（自立生活能力喪失者）は約1,213万人、そのうち、都市部は438万人で、36.1%を占め、農村部775万人では63.9%を占めるようになった。「半失能老人」（自立生活能力一部喪失者）は約2,818万人おり、都市部では971万人、34.3%を占め、農村部では1,847万人で、65.5%を占めるようになった。両者を合計すると、介護が必要な高齢者は約4,031万人に上った。また、北京大学の研究チームが行った「健康・高齢者介護追跡調査」に示された2011年の要介護・要支援の高齢者人口は、4,200万人に達しており、そのうち「失能老人」が3,100万人、「半失能老人」が1,100万人に上った。二つの調査の結果には、大きな食い違いがなく、いずれも要介護人口の増加が明確にみとれる。高齢者の生活自立度を評価する際、依拠している基準は、リハビリテーションや介護の世界で一般的に使われているADL・IADL生活機能の評価システムを用いている。

そして、高齢者の「貧困化」の現象が顕著となっている。高齢者世帯の平均所得金額の構成割合をみると、稼働所得20%、公的年金24%、財産所得0%、最低生活保障手当5%、子ども等からの仕送り49%、その他2%となっている。<sup>3)</sup> 日本高齢者世帯の平均所得金額の構成割合では、稼働所得17.4%、公的年金・恩給67.5%、財産所得8.9%、年金以外の社会保障給付金0.8%、仕送り・その他の所得5.4%となっている。<sup>4)</sup> 比較すると、中国高齢者の公的年金の割合はきわめて低く、子どもなどの仕送りがきわめて高いことが注目に値する。2009年以後、新型農村養老保険制度が農村部で普及したが、年金給付額が低く、経済的な自立がなかなか難しいことが問題となっている。年金制度の不備によって、貧困に陥るリスクが高いと考えられる。

2014年4月まで最低生活保障を受けた60歳以上の高齢者は、2,386万人に上り、そのうち農村部

2,065万人、都市部321万人となっている。最低生活保障の受給者全体の16.23%を占めている。

### 3. 介護福祉の基盤整備について

#### (1) 財政支援の状況

“養老事業発展第11次五ヵ年計画（2006～2010年）”の実施後、各地方政府は、介護福祉の基盤整備の基金造成について特別な補助金予算を新設すると共に、安定的な資金確保に努力してきた。財政支援の仕組みは、中国の言い方によれば“補牆頭”・“補床頭”・“補人頭”の三つにまとめられる。

“補牆頭”とは、新設する介護施設に対する建設用地の提供や定期借地権利用の許可および一時金の補助・融資などのことである。各地方政府は営利および非営利民間事業者の施設の建設に対して、建設一時金、運営補助金および建設用地の提供や税金、光熱費など関連費用の優遇対策を支援している。例えば、内陸地域の安徽省は、2013年に147カ所の民営施設の新規建設や老朽建替整備に2,200万元の補助を出した。浙江省、蘇州省、北京市、上海市など、公営施設や民営施設に関わらず、すべての介護福祉施設の水道、電力、ガスの利用料について、住民生活用価額で優遇制度の適用を開始した。

“補床頭”とは、稼働するベッドに対して施設側に財政補助を与えることをいう。現在、各地方政府はこの補助制度を導入した。表3は、新設介護ベッドに対する地方財政補助の状況である。下記データの通り、財政補助が最も手厚くなったのは北京である。北京では2008年から“補床頭”政策を実施し始め、1ベッドに対して8,000元の補助金を提供し、2013年頃には補助金をさらに引き上げた。上海では、2011年に“補床頭”政策を始め、1ベッドに対して一律10,000元を補助している。財政が潤沢な北京、上海および沿海地域に比べて、内陸地域の湖北省、山西省、黒龍省、雲南省など

では、財政補助が少なく、介護資源分配の格差問題が浮き彫りになっている。

表3 新設介護ベッドに対する地方財政補助の状況

地名	新設介護ベッドの財政補助(元/床)	地名	新設介護ベッドの財政補助(元/床)
北京	20000~25000(2013年)	湖北省	500~1000(2012年)
天津	10000(2012年)	湖南省	3000(2011年)
河北省	3000(秦皇島2010年)	広東省	2000~3000(2012年)
山西省	1000(2012年)	広西省	1000~3000(2012年)
モンゴル	5000~9000(2011年)	海南省	2500(2012年)
遼寧省	6000~7000(大連2012年)	重慶市	2000~4000(2012年)
吉林省	2000(2011年)	四川省	10000(2011年)
黒龍江省	1000(2011年)	貴州省	—
上海	10000(2011年)	雲南省	1000(2011年)
江蘇省	3000~10000(2012年)	チベット	—
浙江省	1000~6000(2011年)	陝西省	2000~3000(2011年)
安徽省	1200~5000(2012年)	甘粛省	5000(蘭州2012年)
福建省	2500~5000(2012年)	青海省	5000(2011年)
江西省	2000(2011年)	寧夏省	5000(2012年)
山東省	2000~5000(2012年)	新疆	1000(2012年)
河南	1500~3000(2011年)		

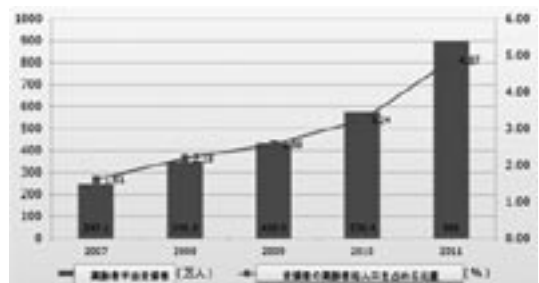
出典：民政部編『2013年民政統計年鑑』中国統計出版社2013年8月

“補人头”とは、要介護高齢者に対する介護給付のことを意味する。

“補人头”に当たる在宅高齢者介護手当の給付制度は、2007年にモデル事業として一部の都市で試行され、2013年3月までには18省市で展開された。介護手当の給付対象は、大まかに二つに分けられる。一つ目は、60歳以上で要介護認定されたまたは低所得層の高齢者であることである。二つ目は、80歳以上で要介護の要件を充たした高齢者である。介護手当給付の財政は、各地方政府の独自財源により賄っている。そのため、給付水準にはばらつきがあり、給付水準が低い地域では毎月50元、高い地域では毎月500元となっており、水準間の不公平が問題となっている。

図2に示されたように、2007年の在宅介護手当の受給者は1.61%を占め、2011年には4.87%にまで上がった。その理由の一つは、給付対象の範囲が介護ニーズのある高齢者に拡大したことにある

と思われる。しかし、全体から見ると、介護手当を受けている高齢者数は少なく、貧困高齢者対策としてのイメージを払拭することができない。しかし、高齢者福祉政策のあり方は、鰥寡孤独という貧困高齢者への救済から介護ニーズのある高齢者の生活支援へ転換しつつあるという姿勢がかいま見られる。



出典：民政部編『2012年民政統計年鑑』中国統計出版社2012年8月

図2 在宅高齢者介護手当の給付状況

次に、上海を事例に、介護手当給付の具体的な仕組みを見ていこう。

上海の場合は、在宅介護手当の受給者の認定基準は、低所得の基準と生活機能障害の基準の二つにある。具体的には、低所得基準の認定は、貧困ラインに満たさない60歳以上の最低生活保障を受けている者、また、貧困ラインの1・5倍以下の60歳以上の高齢者も該当する。生活機能障害の基準による判定は、専門家チームが行う。この判定は、生活自立能力、認知能力、感情コントロール・行動能力、視覚能力という4つの指標から、要介護状態を軽度、中度、重度の三段階に評価する。上海市政府は、認定された要介護者にその認定程度に応じて、軽度300元、中度400元、重度500元の手当を支給する。

60歳以上の高齢者は、低所得基準および生活機能障害の基準を満たせば、介護手当を受けられる。また、80歳以上の高齢者に関しては、低所得の基



準に限らず、主に生活機能障害の基準から判定される。80歳以上で一人暮らし、かつ要介護者に判定され、サービスを希望するという条件をクリアすれば、介護手当を受けられる。しかし、低所得基準を満たせない場合、手当は、政府側が規定した介護手当の50%しか受けられない。また、介護手当は、現金給付ではなく、認定された要介護利用者が政府と連携している老人病院や介護サービスセンターでサービスを利用する形式となっている。2012年には、12万6,000人の高齢者が在宅要介護手当を受けた。要介護認定者の46%を占める。そのうち、80歳以上の高齢者は7万7,000人で、受給者の61%を占めた。<sup>5)</sup>

在宅介護手当の財源に関しては、地方財政の補填のほか、医療保険基金の一部から賄っていたケースが多いようだ。上海市では、2011年から試みとして医療保険基金の中に高齢者医療介護の項目を設け、独立計算方式を導入した。地方財政の補填と医療保険基金の支出の具体的な割合負担については、公表されていない。

しかし、介護福祉基盤づくりにおいては、地方財政の負担が重いという問題がたびたび指摘されている。現行の中央財政予算の中では介護の独立予算が設けられておらず、介護福祉に関する中央と地方政府の負担割合も明確にされてない。表4は、高齢者保障に関連する事業の中央と地方の財政支出状況である。支出の中には、養老年金が含まれているため、中央からの支出は、主に年金および高齢者医療補助の財政補填と考えられる。このデータにおいて注目に値するのは、地方政府の負担が過重であることである。例えば、2012年では、総支出8118.5億元のうち、中央財政の支出はわずか355.6万億元であるのに対して、地方財政の支出は7762.9億元となっている。<sup>6)</sup> 財政負担における中央と地方間のギャップは、今後の大きな課題となる。

また、全体から見れば、高齢者福祉関係の財政

支出は毎年少しずつ増えている。表4で示されたように2011年の支出が2010年より34%増え、2012年の支出が2011年より15%増えた。しかし、GDPを占める割合は、依然として低い。

表4 高齢者介護福祉に関連する事業における中央および地方財政の支出状況 単位億元

年度	中央財政支出	地方財政支出	中央・地方支出合計	年増加率	総財政支出に占める比率	GDPに占める比率
2010	265.55	5001.82	5267.34		5.86%	1.31%
2011	321.09	6740.41	7061.5	34%	6.46%	1.49%
2012	355.6	7762.9	8118.5	15%	6.45%	1.56%

出所：北京師範大学公益学院「確立以養老護理为重点的養老服務体系建設報告書」2014年5月より

## (2) 地域ケアネットワークづくり

「中国養老事業発展の第12次五ヵ年計画」において、高齢者の90%が在宅で、7%が小規模、短期入所のコミュニティ介護施設で、3%が介護施設で老後生活を送るという方針を明示した。在宅介護を基本にし、コミュニティ介護を拠点にし、施設介護を補充とする考え方といえる。また、施設介護には、民間資本の投資を奨励し、在宅およびコミュニティ介護については、公共政策の一環として対応するとの考えも示した。2015年までに在宅介護、コミュニティ介護、施設介護の三つの部分が相互に補完し合う介護福祉サービスシステムを構築すると要請した。

「在宅介護」は、住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう生活支援を行うことである。主に生活援助員などを派遣して、軽度な家事援助や精神的なケアに対する援助などを行う。また、補助器具の配置、食事宅配サービス、バリアフリー改造工事、緊急呼び出しと安全援助サービスなどを提供する。

「コミュニティ介護」は、主に日中に介護者がいない家族、または家族が在宅してもケアできない利用者を対象に専門的な介護サービスを提供することである。コミュニティ介護のシステム構築

は、主に、農村部に重点を置き、老人ホームやコミュニティ介護支援センターをベースに、日中介護と短期入所介護を提供するものである。「養老事業第十二次五ヶ年計画」の方針によると、今後5年間で、コミュニティ介護福祉サービスセンターおよび小規模な介護福祉ステーションを農村地域の郷・鎮レベルでは80%以上、村レベルでは50%以上カバーするという具体的な数値目標が掲げられた。

「施設介護」は、主に入所した寝たきりおよび認知症高齢者向けに介護サービスを提供することである。特に、介護医療型の施設の建設が重要視されている。しかし、介護施設のもう一つの役割は、介護施設のノウハウを活かし、コミュニティ介護サービスとの連携を図りながら、より高度な介護サービスを居宅の要介護者に提供することである。また、介護施設は、コミュニティ医療機関との連携によって高齢者に対して保健・医療・在宅ケア・リハビリテーションなどの介護を含む包括ケアシステムの構築を目指すという中軸的な役割を付け加えた。

一方、高齢化が急速に進むなか、在宅のまま介護サービスを受けられるデイサービスに対するニーズが高まっている。このニーズの高まりの背景には、入所施設を利用する場合、費用がほぼ実費となっているため、経済負担能力のない要介護高齢者にとって手の届かないものとなっていることが挙げられる。つまり、コストの低い居宅サービスが求められているのである。

コミュニティサービス供給施設の状況について、2012年の統計によれば、全国のコミュニティサービス施設の総数は、104,237カ所、農村部では38,213カ所、都市部では66,024カ所となっている。そのうち、高齢者福祉サービスを提供する施設は14,938カ所で、コミュニティサービス施設全体の14.3%を占める。<sup>7)</sup> また、コミュニティ医療サービスセンターは33,562カ所であり、都市部人

口の72%をカバーしている。<sup>8)</sup> 現在、コミュニティレベルでの医療・介護の連携のあり方を模索している段階である。

コミュニティ介護の中核となる短期入所・通所介護ベッドの建設状況は、表5から推進の経緯を覗える。胡錦濤政権は、在宅高齢者が利用しやすいコミュニティを拠点とした短期入所・通所介護システムの整備を国家戦略の一環として取り組んでいったが、習近平新政権もこの基本路線を踏襲している。

表5 短期入所・通所介護ベッド数の増加推移

2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
1.6万床	4.5万床	4.7万床	9.1万床	14.7万床	36.5万床

出所：民政部「社会服務統計公報」2008年～2013年より

表5に示されたように2008年以後、居宅サービスの短期入所・通所介護ベッド数の増加が著しい。特に、2011年にスタートした「養老事業発展第12次5ヶ年計画（2011年～2015年）」においては、地域ケアモデルが確立され、短期入所介護病床やショートステイの建設も一層拍車がかかった。第12次5ヶ年計画実施前の2010年には、短期入所介護病床4.7万床に対して、2012年には14.7万床に、2013年に36.5万床に急増した。

また、地方政府に介護システム構築計画の作成を義務づけるとともに、計画の策定に当たって地方政府は介護福祉ニーズを十分に把握し、このニーズに基づいた高齢者のための介護福祉サービスの量的な目標を定めることとなっている。

上述したように、介護福祉基盤整備における国・地方政府の一定の責任などが果たされたが、地域ケアサービス供給の責任はコミュニティや家族に押しつけられた。

#### 4. 介護福祉の産業化・市場化

2015年までに中国の高齢者介護サービスの市場

規模は4500億元を超え、介護福祉サービス分野で500万人の雇用が創出できると中国の経済界によって推計されている。習近平新政権は医療・福祉関連分野を新規成長分野として旗振りし、介護ビジネスの創設を積極的に押し進める姿勢を明らかにした。

以上のように、政府の基本方針は、介護福祉の基盤整備に関して政府が一定の責任を果たすが、介護福祉サービス供給に関しては、市場メカニズムによって調整することだった。こうした政策誘導の下で、全国各地域において民間老人ホームの建設はラッシュとなり、乱立な状況が続いている。しかし、民間介護施設の利用料の設定が高く、高齢者の平均所得および消費水準にズレがあるため、空室が目立ち、介護ベッドの稼働率は全体から見ると、4割にとどまっている。民間介護施設では、稼働ベッドに対して補助金が入るが、稼働しない場合は補助されないため、経営に苦しんでいる民設民間介護施設が多い。他方、公設公営介護施設の場合は、人件費、設備費などは地方財政から賄うことが原則となっており、経営の圧迫はあまりない。そして介護利用料の設定が低く、信頼度も高いことから多くの入所希望者が待機している状況である。

青島市の調査データから見ると、公営介護施設の場合は、入所者の毎月の利用料が、食事代を含む1,300元～1,600元となっている。しかし、公営介護施設と同等な設備を持つ民間介護施設の毎月の利用料は、1,900元～2,600元に設定されている。より条件の良い民間介護施設の利用料は、4,000元台に設定されている。<sup>9)</sup> 公営施設と民間施設の競争は、絶えず不平等な環境に置かれているため、両者の間での溝が広がるのが懸念される。そして、2012年に青島市の平均年金額は、月2,268元となっていることに対して、民間介護施設の料金設定は、高齢者の負担能力をはるかに超えている。

この新たに生み出された介護サービスの市場に

おいて、地域格差や高齢者権利擁護及び公平な競争環境整備など、その課題は山積みである。

以上のように、中国養老事業発展計画が実施される以前に高齢者の施策は、身寄りのない貧困高齢者の生活保護が中心であった。少子高齢化の加速によって高齢者を取り巻く環境が変化したことを受けて、高齢者の生活の安定や要介護高齢者の介護支援などを視野に入れる形で、養老事業発展計画が定期的に策定された。2011年にスタートされた「養老事業第12次五カ年計画」では、従来の貧困高齢者対策にとどまらず、新中産階級の満足度向上に深く関連する医療・福祉・介護サービスの整備と拡充が、重要な政策課題として取り上げられた。しかし、中国政府は介護サービスにおける財政の拡大を警戒し、個人と家族の自助努力と地域社会の連帯を基礎とした在宅介護政策を積極的に推進している。一方、介護サービス供給の市場化へも踏みこんだ。こうした「中国流」の介護福祉路線は、今後も続いていくだろうと思われる。

#### 注

- 1) 民政部「社会服務發展統計公報」2006年度～2013年度より
- 2) 中国老齡科学研究センター「中国老齡事業發展報告2013年」より
- 3) 全国老齡工作委員会弁公室「2006年中国高齢者人口状況調査」、「2010年中国高齢者人口状況の追跡調査」より
- 4) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成23年)より
- 5) 独立法人国際協力機構(JICA)・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月pp.127～129を参照
- 6) 北京師範大学公益学院「確立以養老護理為重点的養老服務体系建設報告書」2014年5月p.12
- 7) 中国統計局「中国民政統計年鑑2013年」中国統計出版社2013年pp.518-547より
- 8) 衛生部2012年度「衛生和計画生育事業發展統計公報」より
- 9) いずれも2013年の利用料金。独立法人国際協力機構(JICA)・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月pp.127～129を参照pp.152～156

参考文献

楊燕綏 編『中国老齡社会与養老保障發展報告』清華  
大学出版社2014年  
北京師範大学公益学院「確立以養老護理為重点的養老  
服務体系建設報告書」2014年5月  
中国老齡工作委员会編 [2009]『全国養老服務政策文献  
匯編』華齡出版社

郭平 陳剛編『2006年中国城鄉老年人口狀況追蹤調查数  
据分析』2009年 中国社会出版  
吳玉韶 等編『中国城鄉老年人口狀況追蹤調查数据  
分析2010』2014年 中国社会出版

(Jie Shen 日本女子大学教授)