

中国における試行中の介護保険

—その社会的背景, 内容, 期待できる効果と課題—

袁 麗 暉

Yuan Lihui

一 はじめに

中国人力資源社会保障部公示は2016年6月に「長期護理保険制度の試行に関する指導意見」¹⁾を公布し、河北省承德市、吉林省長春市、黒竜江省チチハル市、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、新疆石河子市の15の市での試行を決めた。「長期護理」とは英語のLong Term Careの意味で、いわば「長期護理保険制度」は介護保険に相当する制度である。「指導意見」では1～2年の試行の経験を生かして、できれば第十三次五カ年計画(2015-2020)期間内に中国での介護保険の実施を目標にしている。この政策の背景には中国の急速な人口高齢化による要介護人口の増加と労働人口の流動化があると著者は見ている。

中国は1979年から計画出産政策を実施し、1993年の合計特殊出生率が2.08を下回り、以後ずっと低い水準で推移している。同時に、生活状況の改善、医療技術の向上等によって中国人の平均寿命は伸び、2001年に65歳以上の高齢者²⁾人口の総人口に占める割合が7%を超え、中国は高齢化社会の仲間入りをした。推測によれば、中国は2026年

あたりで高齢化率が14%と倍増し、高齢社会になる³⁾。最近のデータを見ると、中国民生部が公布した「2017年社会服務工作統計公報」では、2017年末中国の60才以上の高齢者人口数は24,090万人と達し、総人口の17.3%を占め、その中65才以上の人口数は15,831万人であり、総人口の11.4%を占めている。2015年に実施された第四次中国城郷老年人生活狀況調査の報告によると、2015年の中国の高齢者(施設の入居者を除く)の4.2%が失能高齢者であり、軽度失能、中度失能、高度失能の各々の比率は1.3%、0.5%、2.3%であり、それまでの調査結果と比較すると、中国高齢者における失能者の比率は低下傾向を呈している⁴⁾が、高齢者人口の増大や、特に高度失能者の比率が2000年に比べると0.9%が高くなり、要介護需要の増加が確実に増えてきている。

長い間中国では介護の提供は主に家族によるものである。それは中国の「孝道」に深く関係する。「孝道」は儒家思想の重要な部分で、内容の範囲は親を養う、親を敬うなどあり、中華文化における倫理の一つの重要な指標であり、今まで守り続けられてきた。こういう文化の下に現代の中国でも高齢者の世話は家庭メンバーにより提供されていることが多い。また、この家族による介護の提供を支えた制度があり、それは中国の戸籍制度で

1) 中国語：〈关于开展长期护理保险制度试点的指导意见〉

2) 中国では「中華人民共和国老年人權益保障法」により60歳以上の公民は高齢者と定義される。本稿では具体的な年齢を示さない場合高齢者は60歳以上の人を指す。

3) 袁 高齢化社会に直面する中国の医療保険制度、「東アジアの医療福祉制度」中田範夫、城下賢吾編、中央経済社、p.43

4) 2000年、2006年、2010年の高齢者における失能高齢者の比率は6.7%、6.4%、6.3%である。「中国城郷老年人生活狀況調査報告 2018」、社会科学文献出版社、2018.04

ある。1958年中国政府は「戸籍登記条例」⁵⁾を公布し、人口の流動がこの条例によって厳しく制限された。具体的に言えば、農業戸籍を持つ農村部の住民はこの条例によって都市部での就職はほとんど不可能であり、非農業戸籍の都市部住民でも戸籍所在地以外の地域での就職は大変むずかしいものである。ゆえに、家族2世代、3世代が同じ地域で働き、生活するケースがほとんどである。中国の家族の主なスタイルは核家族であり、18世紀中期、後期に中国核家族の比率はすでに50%を超えていた⁶⁾。ゆえに、中国では大家族による介護の成立ではなく、人口流動性の低さが事実上ある程度家族による介護の提供を支えてきたと筆者は推察している。

しかし、70年代末からの改革開放により、沿海部に労働力に対する需要が高まることにより、流動人口が増えた。中国政府統計局の定義によると、流動人口は居住地と戸籍所在地が異なる人口いわゆる「人戸分離人口」から同じ市（直轄市あるいは地級市）の「人戸分離人口」を差し引いた人口である。1982年の流動人口数はわずか660万人であるが、2000年になると1.21億人になり、2010年に2.21億人に上り⁷⁾、そして2018年には2.41億人⁸⁾になった。又、流動人口の75.7%は中国東部に集中していて、そのうち省を跨いだ人口の比率は76.9%である⁹⁾。この流動人口の拡大の結果、都市部も農村部も「空巢老人」の増加という社会現象を起こり、高齢者の増加による要介護者の増加などを背景にいままで家族で支えてきた介護に変化を求める需要が現れた。

5) 中国語：戸口登記条例

6) 彭希哲，胡湛，2015

7) <https://www.unicef.cn/figure-118-migrant-population-19822017>

8) 「中国統計年鑑2019」, p.32

9) 「中国流動人口發展報告2016」, p.22

10) 中国語：失去機能

11) 早期の医学文献の例として、任苒，損傷、失能と傷残の概念と分類「中国社会医学」1993年10月，pp.29-34，陈维清等 职业，婚姻等社会因素对老年健康的影响「现代预防医学」Vol24-3 1997年9月，pp.273-275等がある。

本稿は中国高齢者特に失能高齢者（要介護高齢者）の現状を分析し、今まで中国の高齢者介護に関する文化の影響や、介護の実態を説明したうえで、試行中の15市の制度内容を総括し、介護の背後にある文化等を考慮しつつ、要介護高齢者の現状と試行中の制度内容を照らし合わせて、制度に期待できる効果やその問題点を分析する。

二 中国失能高齢者（要介護高齢者）の現状

1 中国における要介護の定義：失能

試行中の中国の介護保険制度を見ると、要介護者という定義に「失能者」という言葉を使っている。「失能」という言葉の意味は機能を失う¹⁰⁾とこのことで、1987年の「人民共和国国家標準 企業職工傷亡事後分類」の中で労災による障害の等級標準として「永久性全失能」、「永久性部分失能」が出ている。この言葉は恐らく1980年WHOの公布した international classification of impairment, disabilities and handicap (ICIDH) 中の活動能力の喪失を表す disability に由来すると著者は推測する。その後、「失能」という言葉は医学論文に徐々に始まった¹¹⁾。

中国老齡科学研究中心課題チーム（2011）の失能老人に関する判断基準について、食事摂取、服の着脱、排泄、ベッドに上がる・ベッドから降りる、室内での歩行、入浴の6つのADLsを指標にし、指標ごとに「できない、できるが困難あり、普通にできる」の3つのレベルに分け、6つの指標に一つでも「できない」があれば、「失能」と

評価する。「できない」がない場合、「できるが困難あり」が一つでもあれば「半失能」と評価する。すべて項目が「普通にできる」ならば「完全自理」と評価する。

また、2013年10月1日に実施された中華人民共和民政行業標準「老年人能力評価」(Ability assessment for older adults)¹²⁾では、高齢者能力の評価指標として、表1の4つの一級指標と22の二級指標を設定している。二級指標の得点のよって対応する一級指標が能力完全(0級)、能力軽度損傷(1級)、能力中度損傷(2級)、能力重度損傷(3級)に分けられ、4つの一級指標の評価を総合し、高齢者の能力を能力完全(0級)、能力軽度損傷(1級)、能力中度損傷(2級)、能力重度損傷(3級)に評価する。この評価基準はアメリカ、日本、オーストラリア、イギリス、香港及び台湾の評価基準を参考にして作成されたもので、高齢者の心身状態をより完全に評価する機能を持つと考えられる。

以上のことから、「失能」という定義は統一できていないことが分かる。さらに、中国の試行中の介護保険において、ADLs指標を利用して要介護であるかどうかを判断している地域や独自の指標で判断する地域があって、この判断基準の違いにより介護対象を同じ「失能者」にしても必

ず同じ心身状態の高齢者とは限らない。これから各地の介護保険を分析する際に、介護対象を「失能者」とするが、必ず同じ心身状態にいる高齢者ではないことをあらかじめ説明しておく。上記中国老齡科学研究中心課題チーム(2011)の失能定義や国家民政標準の失能定義を見ると、必ずしも日本の介護保険の要介護の定義と一致していると言えない、ゆえに、本稿は定義上の違いを考慮して、混乱を避けるために、中国試行中の介護保険の介護対象を「要介護者」ではなく、「失能者」という言葉で表すことにする。

2 中国の高齢化と失能高齢者の現状

中国全国高齢工作委员会¹³⁾が実施した第四次中国城郷老年人生活状況サンプル調査¹⁴⁾によると、2015年中国60才以上の高齢者の中、60-69才の人口は56.5%、70-79才の人口は29.7%、80才以上の人口は13.7%を占めており(表2)、都市部高齢者人口比率は52.0%、農村部は48.0%、都市部の高齢者が持つ平均子女数は2.7人で、農村部は3.3人である。また、年齢の増加につれ、配偶者と死別した高齢者の比率が高くなる傾向を呈している、都市部高齢者に比べ農村部高齢者の比率は数パーセント高くなっている(表3)。

表1 高齢者能力評価指標

一級指標	二級指標
日常生活活動 activity of daily living	食事、入浴、整容、更衣、大便のコントロール、小便のコントロール、トイレ、移動動作、平坦地での歩行、階段の上り・降り
精神状態 mental status	認知機能、攻撃行為、うつ状態
感知覚とコミュニケーション Sensory and communication	意識レベル、視力、聴力、コミュニケーション
社会参加 social involvement	生活能力、工作能力、時間/空間の認識、人物の認識、社交能力

出所：中華人民共和民政行業標準「老年人能力評価」

12) 中国語で「老年人能力评估」

13) 中国語で全国老齡工作委员会と呼ぶ、中国国務院の諮問機関であり、1999年に設立された。

14) 「中国城郷老年人生活状況調査報告2018」によると、この調査は5年ごとに実施され、第四次調査は2015年に行われ、中国31の省・自治区・直轄市(香港・マカオ・台湾を除く)と新疆生産建設兵団から22,017の有効標本が得られ、標本の有効率は98.8%であった。党俊武「中国城郷老年人生活状況調査報告2018」, p.5, 社会科学文献出版社

高齢者の居住状況について、配偶者と同居する比率は4割弱で、子供との同居は40%余り、1人暮らしは13.1%である(表4)。

高齢者健康状態について、まず、健康に対する高齢者の自己評価では、32.97%の高齢者の健康状態は良いあるいは比較的良いと自己評価しており、都市部の高齢者は農村部高齢者に比べ10.12%高い結果が出ている¹⁵⁾。また、約八割の高齢者が慢性病を患っており、罹患率の高い慢性病は股関節の病気(43.67%)、高血圧(36.87%)、心血管病(26.0%)、胃腸病(17.84%)等がある¹⁶⁾。

高齢者の医療費(実費で購入した薬代を含めて)について、2014年の全国平均は5,042.47円で

あり、都市部は農村部に比べ千元あまり高くなっていて、又、都市部では医療費の約2割が子供あるいはほかの人が負担してくれて、農村部では子供あるいはほかの人の負担は都市部より高くなっている(表5)。

高齢者が受診時に感じた問題点について、44%余りの人は費用が高いと感じ、そして32%余りの人が待ち時間の長さ、25%余りの人が手続きの複雑さ、10%余りの人がバリアフリーの欠如を感じた。また、待ち時間が長いと感じた都市部の高齢者は農村部の高齢者に比べ約12%が高くなっており、バリアフリーの欠如と感じた農村部高齢者の割合は都市部に比べ6%が高くなっている(表6)。

表2 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による中国高齢者の年齢構成 単位: %

	60~64才	65~69才	70~74才	75~79才	80~84才	85才以上
全体	32.9	23.6	16.6	13.1	8.6	5.1
都市部	32.3	23.1	16.5	13.3	9.3	5.4
農村部	33.6	24.1	16.8	12.8	7.8	4.8

出所:「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.58

表3 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による中国高齢者の婚姻状況 単位: %

	都市部						農村部					
	60~64才	65~69才	70~74才	75~79才	80~84才	85才以上	60~64才	65~69才	70~74才	75~79才	80~84才	85才以上
配偶者あり	87.7	81.8	72.7	60.7	48.0	29.7	86.2	79.1	68.3	54.9	38.7	22.5
配偶者と死別	9.4	15.9	25.6	38.1	51.1	69.4	10.8	17.8	28.8	42.9	60.0	76.5
離婚	2.0	1.3	16.8	12.8	7.8	4.8	0.7	0.5	0.4	0.3	0.3	0.1
未婚	0.9	1.0	1.0	0.8	0.4	0.6	2.3	2.5	2.5	1.9	1.1	0.9

出所:「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.68

表4 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による中国高齢者の居住状況 単位: %

	全体			都市部			農村部		
	全体	女性	男性	全体	女性	男性	全体	女性	男性
1人暮らし	13.1	15.0	11.0	12.0	14.6	9.0	14.3	15.4	13.1
配偶者と同居	38.2	34.2	42.6	38.9	34.2	44.2	37.5	34.2	40.9
子供と同居	41.7	44.5	38.7	42.8	45.4	39.8	40.6	43.4	37.6
その他	7.0	6.4	7.7	6.3	5.8	7.0	7.7	7.0	8.4

出所:「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.81

15) 「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.114

16) 「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.124

表5 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による中国高齢者の医療費状況

単位：人民元

	2014年外来と入院にかかった医療費	左の項目の自己負担分	自己負担分の中子供あるいは他人が負担してくれた分	2014薬局で使った薬の購入費用
全国	3986.88	1970.84	1153.34	1055.59
都市部	4820.39	2157.89	1050.36	1223.40
農村部	3073.46	1765.90	1266.47	872.61

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.112

表6 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による中国高齢者の受診時の問題点

単位：%

	全国	都市部	農村部
待ち時間が長い	32.48	38.18	26.17
手続きが複雑	25.62	26.15	25.04
バリアフリーの欠如	10.34	7.33	13.68
入院待ち	5.05	4.87	5.25
スタッフの態度が悪い	6.87	7.04	6.69
費用が高い	44.69	44.64	44.74
その他	2.17	2.35	1.98

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.113

3 中国高齢失能者の状況

前述したとおり中国老齡科学研究中心課題チーム(2011)は6つのADLsを利用し高齢者の失能判断をした。そして、第四次中国城郷老年人生活状況調査報告では、2011課題チームの失能定義を受け継いで、さらに6つのADLsについて1~2項目が「できない」被調査者を「軽度失能」、3~4項目が「できない」被調査者を「中度失能」、5~6項目が「できない」被調査者を「重度失能」と定義した。調査結果では2015年中国の高齢者(施設の入居者を除く)の4.2%が失能高齢者であり、軽度失能、中度失能、高度失能の比率は

1.3%, 0.5%, 2.3%である。また、農村部失能高齢者の比率は都市部に比べると0.3%高くなっている¹⁷⁾。

失能高齢者の婚姻状況について、調査の結果は表7のとおり、配偶者がなくなっている人の比率は都市部も農村部も4割台に達しており、失能高齢者は子供と同居している比率が一番高く55.2%で、続いて配偶者のみと同居している比率は28.2%、1人暮らしは10.8%になっている¹⁸⁾。

失能高齢者が自分の経済状態についての認識について、表8のとおり、「比較的困難」と「非常に困難」の比率は都市部の42.6%に比べ、農

表7 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による失能高齢者の婚姻状況

単位：%

	都市部				農村部			
	全体	軽度失能	中度失能	重度失能	全体	軽度失能	中度失能	重度失能
配偶者があり	52.2	49.7	55.2	55.0	51.2	49.0	55.5	54.0
配偶者と死別	46.5	49.0	43.4	43.8	46.7	48.9	42.4	44.2
離婚	0.6	0.6	0.4	0.6	0.3	0.3	0.2	0.3
未婚	0.7	0.6	1.1	0.6	1.8	1.8	2	1.5

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.146

17) 「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.145

18) 「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.147

村部は15.9%高の58.5%になっている。

存している現状が分かる。

失能高齢者の主な介護提供者について、表9のとおり、子供に依存しているケースが50%を超え、続いて配偶者の40.4%であり、その他の親族を入れるならば94.6%の失能者の介護が家族に依

失能高齢者はどういう場所で介護を受けたいのかということについて、表10のとおり、自宅で受けたいが9割前後であり、農村部は都市部に比べ92.1%という高い比率が示されている。

表8 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による失能高齢者経済状況の自己評価 単位：%

	都市部				農村部			
	全体	軽度失能	中度失能	重度失能	全体	軽度失能	中度失能	重度失能
非常に余裕がある	0.8	1.1	1.1	0.3	0.4	0.5	0.0	0.2
比較的に余裕がある	7.7	9.0	7.4	5.6	5.5	6.1	5.1	4.5
基本的に足りっている	49.0	52.2	43.1	46.0	35.7	38.5	32.5	31.4
比較的に困難	30.2	28.0	35.5	31.7	38.1	37.8	42.7	36.6
非常に困難	12.4	9.7	12.9	16.5	20.4	17.2	19.8	27.3

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.149

表9 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による失能高齢者（施設の入居者を除く）の主な介護¹⁹⁾の提供者 単位：%

主なケアの提供者	全体	都市部		農村部	
		男性	女性	男性	女性
配偶者	40.4	59.3	25.3	55.1	33.2
子供	51.5	30.3	62.8	38.4	63.3
息子	28.4	16.9	30.2	26.8	35.6
息子嫁	11.3	3.3	13.5	6.9	17.5
娘	11.5	9.8	18.8	4.2	9.9
娘婿	0.3	0.3	0.4	0.5	0.3
その他の親族	2.7	2.2	2.2	5.0	2.2
医療機関のスタッフ	0.3	0.6	0.5	0.0	0.0
介護施設のスタッフ	1.0	1.3	1.6	0.7	0.2
家政サービススタッフ	3.9	6.2	7.3	0.6	0.9
その他	0.2	0.1	0.3	0.2	0.3

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.159

表10 第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果による失能高齢者のケアサービスを受けたい場所 単位：%

	都市部				農村部			
	全体	軽度失能	中度失能	重度失能	全体	軽度失能	中度失能	重度失能
自宅	87.7	87.1	89.3	88.1	92.1	91.4	93.6	92.9
昼間にはコミュニティの施設、 夜間は自宅	0.6	0.9	0.7	0.1	0.9	1.2	0.4	0.7
養老機構	6.0	5.1	6.2	7.4	3.4	3.6	3.0	3.3
状況による	5.6	6.9	3.7	4.4	3.5	3.9	3.0	3.1

出所：「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」, p.161

19) 中国語は「照護」である。「中国城郷老年人生活状況調査報告 2018」において、「照護」という言葉は「長期照護 (Long term care)」に由来すると説明している。本稿ではこの「照護」を「介護」と訳す。

三 これまでの家族による介護の社会背景と近年の変化

第四回中国城郷老年人生活状況サンプル調査結果では中国における失能高齢者に対する介護は主に家族によるものである。その背景には中国の「孝道」があり、又現代の法制度や戸籍制度も中国における家族による介護を維持してきたとも考えられる。

1 家族による介護の背景

長い間中国では介護の提供は主に家族によるものである。それは中国の「孝道」に深く関係する。「孝道」は儒家思想重要な部分で、内容の範囲は親を養う、親を敬うなどがあり、中華文化における倫理の一つ重要な指標であり、今まで守り続けられてきた。こういう文化の下に現代の中国でも高齢者の世話は家族により提供されてきた。

また、法律でも子女は親の扶養義務を負うと決めている。例えば、中国憲法の第二章 公民の基本権利と義務の第四十九条に「父母は未成年子女を扶養・教育する義務を負い、成人の子女は父母を養う扶助の義務を負う」²⁰⁾と規定している。民法法典婚姻法の、老年人權益保障法にも成人子女の親を養うと扶助義務を明文化にしている。親を養う義務とは親の生活のために物質的、金銭的な援助を提供することで、親に対する扶助義務とは親に対する精神上、生活上のケアを指している。

家族による介護を支えてきたのは中華文化にある「孝道」だけではなく、その実現の背景には戸籍制度もあった。中国の家族の主な形式は核家族

であり、これは現代社会の発展による大家族から核家族に変化したのではなく、古来の中国の法制度の結果である。ある研究では遅くとも18世紀の中後半には中国の核家族の比率はすでに50%を超え、近代後この傾向がさらに顕著になり、清末・民国になると核家族と人数が5人以内の家族は当時の家族形式の主流になり、中華人民共和国が成立した初期の土地改革により世帯数の激増と家族の小規模化に拍車がかかった²¹⁾。核家族が社会の主流であっても家族による介護が実現できた原因の一つは「戸籍制度」と著者は考える。「戸籍制度」は1959年に「戸籍登記条例」の公布により実施されており、この制度により人々の職業地域は基本的に戸籍所在地に制限されていた。農業戸籍を持つ人は都市部に行って就労できることは極めて難しく、又非農業戸籍の人のほとんどは戸籍所在地で就職していた。結果的に、多くの家族は子供が親の近くに住んでいることになり、子供の親に対する介護の提供を地理的に可能にした。

家族による介護以外に「単位福祉」²²⁾という勤め先の福祉制度が都市部高齢者の介護の一端も担っていたと包(2007)が中国の高齢者福祉研究において言及していた。「単位」とは勤め先の意味である。包はこの「単位福祉」について詳しい説明をしていないが、実は中国の公営部門について従業員・職員が定年退職しても元務め先に所属し、生活の面においてある程度面倒を見てもらっていた。この現象は特に90年代まで一般的であった。さらに、筆者がここで指摘したいのは、90年代まで中国の公営部門は従業員・職員に住宅を提供していたことである²³⁾。この住宅制度により同

20) 原文「父母有抚养教育未成年子女的义务，成年子女有赡养扶助父母的义务。」

21) 彭希哲，胡湛，2015，p.114-115

22) 包敏 第1章 社会改革の渦中での高齢者問題「中華圏の高齢者福祉と介護」，p.68，ミネルヴァ書房，2007

23) 沈はこれを「住職一体」と表現していた。沈潔 第3章 高齢者介護の社会化と在宅サービスの充実「中華圏の高齢者福祉と介護」，p.68，ミネルヴァ書房，2007

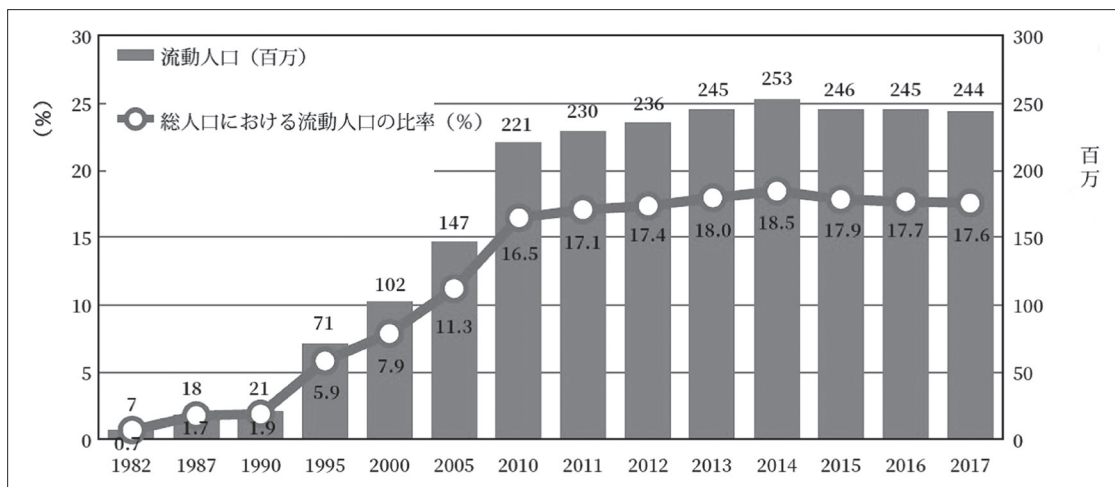
じ職場の同士は同じ集合住宅に住んでおり、「単位福祉」以外に近隣同士による助け合いもできたと考えられ、同時に子供が親の面倒を見ている、見ていないという近所の目の役割が「孝道」を支えたと考えられる。また、農村部で人民公社は一部の農村部住民に福祉として介護を提供した。

しかし、改革開放により「単位」も「人民公社」も消失し、単位と人民公社による介護への分担がなくなり、介護における家庭の負担がさらに重くなった。さらに、経済の発展による労働力の流動化が求められていて、その結果としての流動人口の増加は地理的な条件による家族による介護機能の弱体化をもたらした。

2 介護にまつわる社会環境の変化

流動人口の増加は家族による介護の提供に地理的な障害をもたらした。1958年に中国政府が公布した「戸籍登記条例」は人口の流動を厳しく制限した。具体的に言えば、農業戸籍を持つ農村部の住民はこの条例によって都市部での就職はほとんど不可能であり、非農業戸籍の都市部住民でも戸籍所在地以外の地域での就職は大変むずかしいものである。しかし、70年代から始まった改革開放はまず沿海地域に労働力に対する需要をもたらし、人口の流動が始まった。1982年わずか660万の流動人口は2000年に1億人を超え、2010年に2.21億人に達し、2013-2017年の間では2.5億人前後へと推移している(図1)。

図1 中国流動人口規模と総人口に占める比率 1982-2017年



出所：中国国家統計局、国連人口基金等「中国の流動人口(2018)」, p.2

表11 中国流動人口年齢構成 1982-2015年

年齢分布 (%)	1982	1990	2000	2005	2010	2015
0-15才	35.4	17.3	14.9	13.5	11.6	10.6
16-44才	45.7	69.8	70.2	71.1	71.1	68.5
45-59才	7.6	7.6	9.7	10.0	12.5	15.6
60才と60才以上	11.3	5.3	5.3	5.4	4.8	5.3
合計	100	100	100.0	100.0	100.0	100.0
平均年齢 (才)	28.2	27.2	29.0	30.4	30.8	31.0
年齢中位数 (才)	23	24	27	29	29	31

出所：中国国家統計局、国連人口基金等「中国の流動人口(2018)」, p.3

流動人口の年齢特徴について、表11が示しているように16-59才の労働人口は流動人口統計が始まって以来その人数が終始一番多く、2015年の流動人口における労働人口の比率は84.1%になっている。また、注目すべき点として流動人口における45-59才階層比率の増加である。この階層の人口は1982年に7.6%であったが、2015年になると倍増し、15.6%になっていた。中国の計画出産計画では晩婚・晩育（遅めの結婚・遅めの出産）を提唱していたので、晩育は大体25才にしている、ゆえに45-59才階級の流動人口の両親の年齢は70才以上の可能性が高いと推測できる。

流動人口の増加は「空巢老人」という社会現象を引き起こした。空巢老人とは子供が成人後親元から離れて独立したため家に残された老親のことである。空巢老人の形成原因として90年代の論文にて大量の農民工（農村からの出稼ぎ労働者）の出現が指摘されていた²⁴⁾。新華社のニュースによると2016年末までに中国の60才以上の高齢者人口は2.3億で、総人口の16.7%を占め、その中、失能と一部失能の高齢者人数は4000万人で、高齢者人口の18.3%を占め、そして、空巢高齢者人口は高齢者人口の51.3%を占めていた²⁵⁾。前述では中国の家族のメインスタイルが昔から核家族であることを指摘したが、ただ50年代後半に実施し始めた戸籍制度が人口流動を厳しく制限したため、たとえ核家族でも子供と親の居住地が近い、あるいは遠く離れていないため中華文化の「親孝行」による介護ができたのである。流動人口の増加ということは流動人口とその親の居住地の距離が遠のいて、それまでの家族による介護ができなくなる可能性が現れた。

高齢者介護にまつわる社会環境変化について、今まで家族で支えてきた高齢者介護は共助の力で分担をしようという新たな動きが出てきた。一部の地域が独自に介護保険の試行を始めたのである。例えば山東省の青島市政府は2012年に「長期医療ケア保険制度の設立に関する意見（試行）」²⁶⁾を公布し、介護保険の試行を始めた。そして、2016年6月、中国人力資源社会保障部弁公庁は「長期護理保険制度の試行に関する指導意見」（以下「指導意見」と称す）を公布し、河北省承德市、吉林省長春市、黒竜江省チチハル市、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、新疆石河子市の15の市での試行を決めた。

四 試行中の介護保険制度

1 社会保障部の「指導意見」の内容

「指導意見」では社会互助共済方式を用いて、長期失能者と認定された被保険者の基本生活ケアと生活に密に関係する医療ケアに対し、被保険者に補助金あるいはサービスを提供する社会保険制度の設立の模索を試行の目的とし、基本政策として以下の四点を提示した。

(1) 保険の保障範囲： 介護保険制度は、長期間にわたり「失能」状態に陥る保険加入者を保障対象とし、彼らの基本的な生活介護と、基本的な生活に密接関連する医療ケアの必要費用を重点的に解決する。パイロット地域では、介護保険基金のキャパシティーに応じて主要な保障対象と具体的な保障内容を決め、経済発展に合わせて保障範

24) 肖漢仕 我国家庭空巢現象的成因及发展趋势「人口研究」p.13, 1995.9

25) 新華社ネット 我国注册养老机构已超2.8万家 养老床位近700万张 http://www.xinhuanet.com/2018-01/02/c_1122200613.htm

26) 中国語：「关于建立长期医疗护理保险制度的意见（试行）」

困と給付レベルを徐々に調整することができる。

(2) 保険加入者の範囲： 試行期間の介護保険制度では、原則として、都市部従業者基本医療保険の加入者をカバーする。パイロット地域は、実際の状況に応じて、制度の改善とともに資金調達と保障のニーズなどの要素を包括的にバランスさせ、保障の範囲を合理的に決定し、徐々に拡大することができる。

(3) 介護保険基金の資金調達： 試行段階では、従業者医療保険基金プール構造を最適化し、医療保険基金の剰余金の介護保険基金への振替や、従業者医療保険料率を調整するなどを通じて資金調達をし、相互扶助と責任分担のある介護保険のマルチチャネルファイナンスメカニズムの確立を段階的に検討する。資金調達の基準は、地域の経済発展の実状、介護の需要、介護サービス費用、介護保険給付範囲と水準などの要因に応じて、基金の収入によって支出を決め、収支の均衡、剰余を確保の原則に、合理的に決定する。経済的および社会的発展と保障レベルに見合った動的な資金調達メカニズムを確立する。

(4) 介護保険の給付： 介護保険基金は、介護サービス施設や介護職員が被保険者に提供した規定を満たしたサービス費用を一定の比例で給付する。ケアの等級やサービスの提供方式に応じて差別化のある保障政策を策定し、要件を満たす介護費用については、基金の給付水準が通常70%程度に抑える。具体的な給付条件と給付率はパイロット地域が決定する。

この「指導意見」を受け、試行市と指定された地域は続々と介護保険制度を設立し試行を始めた。

2 試行中の15の介護保険制度

15市における介護保険制度の内容を説明する前に、まず中国語の「介護」という言葉について説明しておく。

(1) 中国語の「介護」

中国では、日本語の「介護」のような統一した言葉は今現在存在していない。高齢者介護に関する中国語の文献を検索すると、「長期護理」, 「長期照料」, 「長期照護」, 「長期照顧」²⁷⁾ 等がある。これらの言葉はいずれにしても英語の「Long term care」の中国語訳である。その中90年代中期から現れた「長期照護」という言葉を使用する人が多い。以上の4つの言葉以外に、「護理」, 「照料」, 「照護」, 「照顧」を使う文献も散見できる。ゆえに、15市の介護保険の名称も統一していない。中国人力資源社会保障部は「長期護理保險」という名称にしたが、同じ名称を使ったのは12の市²⁸⁾で、残りの3市について、南通市は「照護保險」, 長春市は「医療照護保險」, 成都市は「長期照護保險」を使っている。

(2) 試行中の15市の介護保険の内容

まずは保険者と被保険者について、中央の「指導意見」を受け、保険者はすべての地域では市が保険者になっていて、各地の介護保険の被保険者は表12のとおりになっている。すべての地域は従業者基本医療保険の被保険者を介護保険の被保険者としているが、住民基本医療保険の被保険者を介護保険の被保険者にしたのは8つの地域で、その中、住民基本医療保険の都市部被保険者も農村部被保険者も介護保険の被保険者にしたのは6か所である。

27) 中国語では「長期护理」「长期照料」「长期照护」「长期照顾」である。中国語文献のタイトルが以上の言葉を含まれる早期のものとして、Campion E W, 湯愛民, 肖鹏, 急救医院必须承担长期护理工作「国外医学」1984.12.30, 王照华, 中国老年人的长期照料「老年学杂志」1993.12.27, 张笑天等 城市老年人长期照护保障体制「中国卫生事业管理」, 1995.09.28 张河川等 高血压老年患者身心健康与长期照护需求的研究「中国老年学杂志」2009.01.10, 等がある。

28) 青島市2012年7月に介護保険の試行を実施した際、保険の名称は「長期医療護理保險」としたが、2018年に保険の名称を「長期護理保險」に改めた。

表12 試行中の15の市の介護保険の被保険者

	介護保険の被保険者になる対象		
	従業員基本医療保険の被保険者	住民基本医療保険の農村部被保険者	住民基本医療保険の都市部被保険者
上海市	○	○ (60歳以上に限る)	○ (60歳以上に限る)
青島市	○	○	○
南通市	○	×	○
長春市	○	×	○
チチハル市	○	×	×
蘇州市	○	○	○
安慶市	○	×	×
上饒市	○	×	×
荊門市	○	○	○
広州市	○	○	○
成都市	○	×	×
重慶市	○	×	×
承德市	○	×	×
石河子市	○	○	○
寧波市	○	×	×

出所：15市の介護保険制度内容より筆者が作成

続いて保険の財源について、表13のとおりで、その中、南通市の制度は1人当たりの保険料として前年度市住民可処分所得の3/1000と計画しているが、当面100元/1人と実施している。チチハル市は1人の加入者の年保険料を前年度市従業員平均月給の1.5%を基準にしているが、試行期間には60元/1人・年としている。又、表13から、従業者基本医療保険基金からの振替を採用している市が多くみられて、住民基本医療保険に個人口座が設けていないため、住民基本医療保険の加入者の個人負担有りの市が比較的に多い。又15市のうち8つの市が財政の負担があり、表13以外の財源として、社会により寄付、宝くじ基金の活用等も含まれている。

保険給付の内容について、表14の通りであるが、上海、青島、蘇州、安慶、荊門、広州、成都、石河子は金額あるいは給付率がそれぞれ違うものの、在宅サービスが介護施設サービスに比べ高い給付額（給付率）を設定している。その背景には施設サービスより在宅サービスを推進したいという目的がある。又、施設サービスにおいて、介護

施設サービスに比べ、多くの地域が病院サービスの給付率を高くしている。特に青島市では介護施設での給付は60元/日・床を基準に総費用の96%になるが、2級病院になると基準は170元/日・床に高くなり、3級病院の場合は200元/日・床になる。病院の場合医学的管理が必要ということで、痰の吸引、経鼻栄養、酸素吸入など医学的管理下でのケア・介護がサービスの中心だと考えられる。介護施設のサービスなら主に日常生活上の介護であるため、病院サービスの給付基準が高くなっていると著者は推察する。また15市の中上饒市だけ家族による介護に補助金を給付することになっている。

要介護の認定について、各試行市の要介護認定標準が違うため、比較するのは難しいが南通、チチハル、蘇州、上饒、成都、荊門、重慶いずれも給付条件として「加齢、疾病、負傷による失能状態であり、6か月以上の治療を受け、評価により重度失能に達し」にしている、重度の失能が条件になっていることが分かる。又、青島のルールでも重度失能という言葉が出ていないものの「長年

寝たきり状態」という表現を使っているため、や 推察できる。
 はり重度の要介護状態が給付条件になっていると

表13 介護保険の財源

市名	介護保険の財源				
	従業員基本医療保険個人 口座による振り替え	従業員基本医療保険基金 による振り替え	市(区)財政による負担	加入者個人負担	加入者雇用主の負担
上海	×	×	○ (住民基本医療保険の被保険 者のみ)計画金額の85%が市、 区財政折半負担	○ 第1類加入者医療保険の算定 基礎額の0.1% 第2類加入者は計画金額(第 1類より若干低い)の15%	○ 第1類加入者医療保険の算定 基礎額の1%
青島	×	○ 従業者基本医療保険算定基礎 額×0.2%×2 都市部住民前年度平均可処分 所得×0.2%	○ 毎年2000万元	×	×
南通	○ 30元/1人・年 従業者基本医療保険加入者の み	○ 30元/1人・年	○ 40元/1人・年	○ 住民基本医療保険加入者のみ	×
長春	○0.2% 従業者基本医療保険加入者の み	○0.3% 従業者基本医療保険加入者の み	×	○ 30元/1人 住民基本医療保険加入者のみ	×
チチハ ル	○ 30元/1人・年 個人口座を持つ加入者のみ	○ 30元/1人・年 個人口座を持ちない加入者	×	×	×
蘇州	×	○ 従業員基本医療保険参加者70 元/1人・年 住民基本医療保険参加者35元 /1人・年	○ 50元/1人・年	○ 市住民前年度可処分所得の 0.2%以下、但し、試行期間 中は徴収しない	×
安慶	×	○ 20元/1人・年	×	○ 10元/1人・年	
上饒	×	○ 30元/1人・年(2017年)	○	○ 40元/1人・年(2017年)	○ 30元/1人・年(2017年)
荊門	×	○ 前年度市住民可処分所得× 0.4%×25%	○ 前年度市住民可処分所得× 0.4%×37.5%	○ 前年度市住民可処分所得× 0.4%×37.5%	×
広州	×	○ 130元/1人・年	×	×	×
成都	○ 基本医療保険料算定基礎額の 0.1%(40歳を含む40歳以下) 0.2%(40歳以上の在職者) 個人口座の入金額の0.3%(定 年者)	○ 基本医療保険料算定基礎額× 0.2%	○ 定年退職者個人口座入金総額 ×0.1%	×	×
重慶	×	○ 60元/1人・年(2018年)	×	○ 90元/1人・年(2018年)	×
承德	×	○	×	×	
石河 子	×	○ 15元/1人・年 従業員基本医療保険加入者の み	○ (前年度60歳以上高齢者人数 +前年度重度障害者人数)× 40元/1人・年	○ 24元/1人・年 住民基本医療保険加入者のみ	×
寧波	×	○	×	×	×

出所：各市の介護保険規則より著者が作成

表14 介護保険の給付内容

市名	介護保険の給付内容	
	在宅サービス	施設サービス
上海	費用の90% 要介護2-3級 3回/週 4級 5回/週 5-6級 7回/週（介護認定を受けてから6か月以外は1か月に付き1回のサービスを追加か40元の補助金を受け取るか、6か月以上の場合、月に2回のサービスを追加か80元の補助金を受け取るか） ＊1回につき1時間	費用の85%
青島	60元/日・床を基準に費用の96%	介護施設 60元/日・床を基準に費用の96% 2級病院 170元/日・床を基準に費用の90% 3級病院 200元/日・床を基準に費用の90%
南通	上限1200元/月（暫定）	介護施設 70元/日・床を基準に費用の50% 病院 70元/日・床を基準に費用の60%
長春	×	保険者と介護施設・医療施設の協定した基準費用の90%（従業員基本医療保険加入者）80%（住民基本医療保険加入者）
チチハル	20元/1人・日を基準に50%	介護施設 25元/1人・日を基準に55% 病院 30元/1人・日を基準に60%
蘇州	重度要介護者 30元/1人・日 中度要介護者 25元/1人・日	重度要介護者 26元/1人・日 中度要介護者 20元/1人・日
安慶	750元/1人・月を上限	介護施設50%（40元/日を上限に） 病院60%（50元/日を上限に）
上饒	家族による介護に補助金を給付	不明
荊門	24時間介護 100元/1人・日を基準に80% 訪問介護 40元/1人・日全額支給	介護施設 100元/1人・日を基準に75% 病院 150元/1人・日を基準に70%
広州	115元/1人・日を基準に90%	介護施設 120元/1人・日を基準に75% 医療介護 1000元/1人・月
成都	要介護度に対応する介護費用の75% （介護保険加入し保険料の納付延べ年数が15年以上到達後、2年ごとに給付率が1%を増やす、但し100%を超えない）	要介護度に対応する介護費用の70%（介護保険加入し保険料の納付延べ年数が15年以上到達後、2年ごとに給付率が1%を増やす、但し100%を超えない）
重慶	50元/1人・日	50元/1人・日
承德	指定介護機関による在宅サービスを受けられない場合 450元/1人・月の補助金 指定介護機関による在宅サービス 1500元/1人・月（50元/1人・日）	1500元/1人・月（50元/1人・日）
石河子	25元/1人・日	70%、750元/1人・月を上限に
寧波	40元/1人・日	40元/1人・日

出所：各市の介護保険規則により著者が作成

五 期待できる効果と課題

中国における介護保険の試行は長い歴史における家族による介護を社会による介護への第一歩であり、いくつかの効果が期待できる。

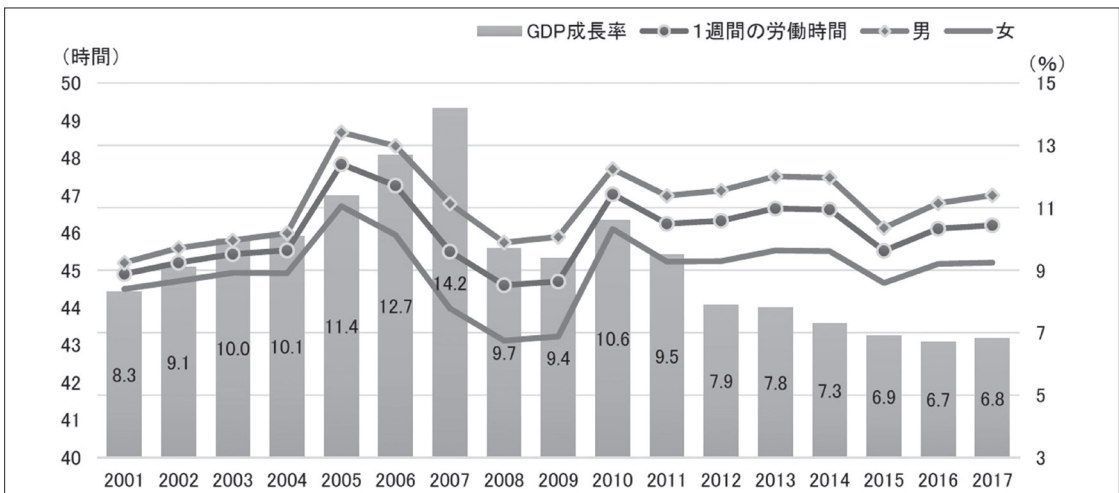
1 介護保険に期待できる効果

まず、介護保険の実施はいままでの介護の約9割以上を負担している被介護者の家族の負担の軽減に繋がる。表9で示した通り、中国の失能高齢者の介護は半分以上その子供に頼っている。介護保険が実行されればある程度その子供達が背負う介護の負担が軽減されることが望める。特に図2で分かるように、中国都市部就業者の1週間平均労働時間が近年高い水準を維持しており、2017年の中国1週間の労働時間は約46時間で、OECD諸国と比べると、コロンビア、トルコ、コストリカ、メキシコ、韓国、チリに続いて七番目の長さであり、1週間の労働時間が40時間以上の就業者の割合について、OECD諸国に比べ第一位のハ

ンガリーの94.0%に次ぐ92.8%の高い比率であった²⁹⁾。ゆえに、介護保険による介護負担の軽減は被介護者の子女にとって大変ありがたいことと言えよう。家族による介護の2番目の担い手は被介護者の配偶者であり、その割合は4割に達している。介護保険の実施はもちろん配偶者の介護負担の軽減にも繋ぐものである。これから経済の発展とともに人口の流動は依然高水準を維持する可能性が大きい、人口流動はこれまでできた家族による介護に地理的障害をもたらし、要介護者の介護へのアクセスを遮断する可能性がある。介護保険の実施は人口流動がもたらす要介護者の介護へのアクセスの遮断をなくす一役を担うことができる。

続いて、介護保険の実施は被介護者及びその家族の経済負担の軽減に繋がると考えられる。介護保険の給付率が各試行地域で異なるが、上海、青島、長春の給付率が8割以上になっており、被介護者の経済的負担の軽減が望める。又、表9で示した通り、比率では低いものの一部の被介護者は

図2 様々な経済段階における都市部就業者の1週間の平均労働時間



出所：田大州 中国の労働時間 独立行政法人 労働政策研究・研修機構

29) 田大州 中国の労働時間「海外労働情報19-03」独立行政法人 労働政策研究・研修機構

医療機関のスタッフ、介護施設のスタッフ、家政サービスのスタッフによる介護を受けている。介護保険の実施によって、これらの費用の一部が介護保険でカバーすることができ、被介護者の経済的負担が軽減される。

介護専門スタッフによる介護が受けられることは介護保険に期待できるもう一つの効果である。介護保険ができるまで、家族による介護、家政婦による介護は98.7%に達し、医療機関のスタッフ、介護施設のスタッフによる介護はわずか1.3%（表9）である。各地で試行中の介護保険は介護専門スタッフの教育や認定を必須としていて、よって、被介護者はより科学的、専門的なサービスを受けることが期待できる。また、民間企業の介護業界への参入も期待できる。早くも介護保険の試行を導入した青島市では2016年末まで600余りの介護業者が介護保険の介護サービスを提供しているが、その中民営業者は95%を占めており、全市の介護業務の98%以上を提供している³⁰⁾。

上述した内容以外に介護保険実施に期待できる効果について、先行研究³¹⁾では社会的入院の減少にも繋がるという結論が出ている。しかし、試行中の介護保険の内容を見ると、期待できる効果以外にいくつかの課題も見えてきた。

2 試行中の介護保険の課題

いままでの研究では、介護保険の課題として、介護人材の欠如、保険財源不足の可能性、介護保険に関する立法の遅れ、要介護認定基準の不完備などが指摘されていた³²⁾。これ以外に筆者は以下の3点を指摘したい。

まず、医療保険制度への影響である。表13を見れば、試行の15市の中、青島、南通、長春、蘇州、安慶、上饒、荊門、成都、重慶、石河子の10の市は介護保険の資金源の一部が基本医療保険からの振替であり、チチハル、広州、承德、寧波の4市の介護保険の資金源は基本医療保険からの振替のみになっている。表5を見てわかるように、2014年の高齢者の病院外来と入院医療費の平均額は3986.88元であり、自己負担平均額は1970.84元であった。また、高齢者が受診時に感じた問題点について、表6のとおり、44.69%の高齢者が費用の高さを問題視していた。中国の医療保険は混合診療を認めており、給付率や給付内容に改善する余地が十分にある。しかし、医療保険の資金の一部を介護保険に振り替えてしまうとこれから医療保険給付率の向上や給付内容の拡大に支障が出る可能性が十分に考えられる。

続いて、家族による介護への配慮の問題である。表9で示した通り、失能高齢者の介護の9割以上はその配偶者、子供、親族がしている。また、介護保険の課題として介護人材の不足がしばしば先行研究で指摘されていて、また中国全国高齢工作委員会弁公室の「国家応対人口高齢化戦略研究総報告」にて、2012年末の中国の千人の高齢者当たりの介護施設ベッド数は21.5床であり、先進国の千人当たり50～70床まで増加させるために随分時間がかかるという見方を示した。ゆえに、介護保険制度が確立されても、介護の担い手として家族の役割を無視できないと推察できる。しかしながら、各地で試行されている介護保険制度の給付内容を見ると家族による介護に配慮する地域は上饒市のみとなっている（表14）。この点につ

30) 高玉芳、張学長、粘文君、楊琳琳、李正紅 青島長期護理保険実施現状と思考「中国護理管理」Vol.18, No.5, p.581, 2018.05.15

31) 同30, p.584

32) これらについて高玉芳、張学長、粘文君、楊琳琳、李正紅 青島長期護理保険実施現状と思考を参考してください。

いては今後の制度改善時において考慮されるべきと考えられる。

三つ目は各地の要介護認定基準の統一問題である。現段階では各試行地域が各地の認定基準で要介護（失能）認定を行っている。認定基準が統一されないと、地域間の比較が難しくなり、又国として要介護の事態の把握に支障が出て、政策の制定に影響がでると推察でき、これから要介護認定基準の統一が望まれる。

六 結びに変えて

本論文はいままで中国における家族による介護の社会的背景を分析し、人口少子高齢化や流動人口の増加がこれまで家族による介護の限界をもたらした、介護保険の登場に繋いだと説明した。また、将来に目を向けると、終身子供1人しか持たない老夫婦の人数が増える傾向で、予測によると2045年に子供1人だけの老夫婦の人数は1.1億に達する³³⁾。よって、家族による介護はますます期待できなくなり、介護保険による介護の社会化が急がれる。

本稿は試行中の15市の介護保険制度を総括し、中国失能高齢者の現状に照らし合わせて、制度に期待できる効果や存在する問題点を分析した。しかし、介護保険の実施が要介護者とその家族の経済負担がどれくらい軽減されているのか、低・中間・高所世帯へのそれぞれにどのような影響を持たしているか、現行の制度ではどの程度の失能ならば保険給付対象になれるか、などなど解明する問題がたくさん残っていて、これら諸課題を今後の研究課題としていく。

参考文献

- 1 「東アジアの医療福祉制度」中田範夫, 城下賢吾編, 中央経済社, 2018, p.43
- 2 「中華人民共和国老年人權益保障法」
- 3 「中国城郷老年人生活狀況調査報告 2018」, 社会科学文献出版社, 2018.04
- 4 彭希哲, 胡湛, 当代中国家庭变迁与家庭政策重构「中国社会科学」2015年第12期
- 5 中国国家统计局「中国統計年鑑2019」, p.32
- 6 国家衛生和計画生育委員会流動人口司編「中国流動人口發展報告2016」, p.22
- 7 任葦, 损伤, 失能和伤殘的概念与分类「中国社会医学」, 1993年10月, p.29-34
- 8 陈维清等 职业, 婚姻等社会因素对老年健康的影响「现代预防医学」Vol24-3 p.273-275, 1997年
- 9 党俊武「中国城郷老年人生活狀況調査報告2018」, p.5, 社会科学文献出版社
- 10 包敏 社会改革の渦中での高齢者問題「中華圏の高齢者福祉と介護」, p.68ミネルヴァ書房, 2007
- 11 沈潔 高齢者介護の社会化と在宅サービスの充実「中華圏の高齢者福祉と介護」, p.68, ネルヴァ書房, 2007
- 12 中国国家统计局, 国連人口基金等「中国の流動人口(2018)」, p.3
- 13 中国民政部「2017年社会服務工作統計広報」, 2018.08.02
- 14 肖漢仕 我国家庭空巢現象的成因及發展趨勢「人口研究」p.13, 1995.9
- 15 新華社ネット 我国注册养老机构已超28万家 养老床位近700万张 http://www.xinhuanet.com/2018-01/02/c_1122200613.htm
- 16 中国人力资源社会保障部 人社厅发〔2016〕80号 <关于开展长期护理保险制度试点的指导意见>
- 17 广州市人民政府. 关于印发《广州市长期护理保险试行

33) 全国老齡工作委员会办公室 国家应对人口老齡化戰略研究總報告「老齡科学研究」, Vol.3, No.3, p.13, 2015.03

- 办法》的通知(穗人社规字〔2017〕6号), 2017.07.31
- 18 宁波市人力资源社会保障部. 关于印发《宁波市长期护理保险试点实施细则》的通知(甬人社发〔2017〕159号, 2017.12.06
- 19 河北省承德市人力资源和社会保障局 关于印发《承德市城镇职工长期护理保险居家护理管理办法(试行)》的通知, 2018.08.15
- 20 重庆市人力资源和社会保障局. 重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局关于印发《重庆市长期护理保险制度试点意见》的通知(渝人社发〔2017〕280号) 2017.12.22
- 21 安庆市人力资源和社会保障局. 关于印发《安庆市职工长期护理保险实施细则(试行)》的通知:(宜人社秘〔2017〕136号), 2017.08.11
- 22 成都市人民政府. 成都市人民政府关于印发成都市长期照护保险制度试点方案的通知(成府函〔2017〕22号) 2017.02.13
- 23 齐齐哈尔市人力资源和社会保障局. 关于印发《齐齐哈尔市长期护理保险实施细则(试行)》的通知(齐人社规〔2017〕5号), 2017.11.01
- 24 长春市人民政府. 长春市人民政府关于建立失能人员医疗照护保险制度的意见(长府办发〔2015〕3号) 2015.04.14
- 25 上海市人民政府. 上海市人民政府关于印发修订后的《上海市长期护理保险试点办法》的通知(沪府发〔2017〕97号) 2018.01.18
- 26 青岛市人力资源和社会保障局. 关于长期医疗护理保险医疗护理服务实行标准化管理的通知(青人社办字〔2016〕81号) 2016.06.27
- 27 南通市人力资源和社会保障局. 关于印发《南通市基本照护保险实施细则(试行)》的通知(通政发〔2015〕73号) 2015.12.17
- 28 石河子市人民政府. 八师石河子市长期护理保险实施细则(试行)(师市发〔2017〕16号) 2017.03.10
- 29 苏州市人民政府. 市政府印发关于开展长期护理保险试点的实施意见的通知(苏府〔2017〕77号) 2017.06.28
- 30 上饶市人民政府. 关于印发上饶市长期护理保险制度试点 经办规程(试行)的通知(饶人社字〔2017〕2号) 2017.09.01
- 31 荆门市人民政府. 市人民政府关于印发荆门市长期护理保险办法(试行)的通知(荆政发〔2016〕43号) 2016.11.22
- 32 重庆市人力资源和社会保障局重庆市财政局《关于印发重庆市长期护理保险制度试点意见的通知》渝人社发〔2017〕280号 23→32では?
- 33 宁波市人力资源和社会保障局办公室《宁波市长期护理保险试点实施细则》2017年12月
- 34 田大州 中国の労働時間「海外労働情報19-03」独立行政法人 労働政策研究・研修機構
- 35 高玉芳, 張學長, 粘文君, 楊琳琳, 李正紅 青島長期護理保險實施現狀と思考「中国護理管理」Vol18, No.5, p.581, 2018.05.15
- 36 全国老齡工作委员会办公室 国家应对人口老齡化戰略研究總報告「老齡科学研究」, Vol3 No.3, p.13, 2015.03