

# 中国社会保障制度 研究報告書



静岡県立大学グローバル地域センター  
中国社会保障制度研究会

2019年5月

## 前書き

人口動態の高齢化に伴う社会保障問題は、先進国にとっても新興国にとっても共通の社会問題になっている。世界の総人口は爆発的に増え、2025年になると80億人を突破すると見られている。このまま推移すれば、2100年に100億人を超えると予想される。地球はこれだけの人口を養うことができるのだろうか。19世紀初頭、世界の総人口は10億人程度だったと推定されている。20世紀初頭、それは2倍になり、20億人に到達した。20世紀末（1999年）、世界の総人口は60億人に達したと見られている。

なぜ人口はこのように爆発的に増えたのだろうか。出生率が上昇したというよりも、平均寿命が人口に正比例して伸びたからである。1000年ごろの人類の平均寿命は24歳前後だったと推定されているが、1900年に30歳に伸び、2000年になって、65歳を超えた。同様に、2000年時点のイギリスとアメリカの平均寿命は77歳に、日本の平均寿命は81歳に達した。

一方、世界の人口増加率をみると少しずつ低下している。国連の人口統計によると、1965－70年、世界の人口増加率は2.04%とピークに達した。それ以降は、1980－85年1.71%、1995－2000年1.35%、2000-05年1.22%と低下している。同様に世界の合計特殊出生率は1970年まで5%に近い水準で推移していたが、それ以降、1975－80年3.90%、1985－90年3.37%、1995－2000年2.83%、2000－05年2.69%と低下している。要するに、世界の人口爆発は出生率の上昇によるものではなく、平均寿命の伸長によるところが大きいといえる。世界の平均寿命が伸びたのは、途上国も含め、貧困撲滅への取組が功を奏し、世界的に医療サービスのレベルが顕著に改善されているからであろう。繰り返しになるが、平均寿命の伸長は高齢化をもたらす最大の原因である。出生率の低下は高齢化率の上昇を助長する根本的な原因ではない。むしろ、適正な出生率を維持することは人口動態の本来あるべき姿を持続させる上で重要なファクターである。

平均寿命の伸長については原因が解明されているが、出生率の低下については、その背景が明らかになっていない。UNICEFの世界子ども白書をみると、1990年と2016年を比較した場合、アフガニスタンの乳児死亡率は177人/千人から70人/千人に大きく低下した。乳児死亡率がもっとも高いソマリアでも、同181人/千人から133人/千人に低下した。本来ならば乳児死亡率の低下は、出生率の上昇に寄与するはずである。

出生率の低下については、子どもを産めないという受動的な要因と、子どもを産まないという自発的な要因がある。先進国を中心に不妊症に悩み、不妊治療を受けるカップルが

少なくない。不妊症の原因として、環境学者は環境汚染が一因ではないかと推測するが、その因果関係はいまだに特定されていない。おそらく自発的に子どもを産まないカップルが大半ではないかと思われる。政治家は子育てのコストが高いことに着目し、育児に関する手当の増額を積極的に推進しようとする。しかし、手当の充実と出生率の上昇についての因果関係は定かではない。政治家が税金をばらまくのは出生率を上昇させるよりも、自らに対する支持を取り付けるためと思われる。社会学者によれば、人々のライフスタイルが根本的に変わってしまったので、若者は子育てよりも、生活を楽しむことを優先しようとする。こうしてみれば、少子化は避けられないトレンドであるかもしれない。残りの課題はいかに高齢化問題に善処するかにある。

このような文脈を踏まえて、中国の少子高齢化問題を考察すれば、その病根は一目瞭然で明明白白である。中国は歴史的に黄河流域と長江流域が穀倉地帯であり、農業が非常に発達していた。農耕民族の中国家庭は基本的に大家族で、家庭の中で高齢者（長老）を大事にする儒教文化が定着している。数千年の歴史の中で、中華民族は自然の摂理に則って少しずつ発展し拡大してきた。その針路を大きく変えたのは1840年アヘン戦争以降のこの200年足らずの間だった。1945年に第二次世界大戦・日中戦争が終わるまで、中国が列強に侵され続けた。その後、4～5年間の共産党と国民党の内戦により、中国全土が再び戦火に巻き込まれた。1949年、共産党が政権を取った後、そこからの中国は「新中国」と呼ばれるようになった。「新中国」と呼ばれたのは人々の新しい生活への期待が込められたからである。

しかし、「新中国」になってからも、中国人は幸せな生活を送ることができなかった。当時の指導者毛沢東は一刻も早く英米に追いつき追い越すために、無謀にも経済を大躍進させようとした。本来の経済は内在する市場メカニズムに則って投資、消費と貿易が最適なスピードで発展していくものである。毛沢東は権力闘争に精通する指導者だが、残念ながら経済については全くの門外漢だった。毛の頭の中で、国が強くなるための経済発展の指標は人口と食糧生産量の増加に加え、武器や戦車を作るための鉄鋼も増産しなければならないと考えた。1950年代末、毛は人民に鉄鋼の増産を号令した。毛に迎合するために、地方政府は偽って食糧と鉄鋼の生産量を水増しして報告した。これと同時に、毛は出産を奨励した。食糧などの配給制が実施されていた時代で、家族の人数が増えれば増えるほど、より多くの配給を受けることができた。1950年代と60年代、2回ほどベビーブームが起きた。

1970年代後半、中国共産党が一転して「一人っ子政策」を実施したのは、それまでの出

産奨励によるベビーブームへの対策というよりも、毛時代の経済政策の失敗により国民経済が破綻寸前に陥り、極端な食糧不足に対処するためだった。共産党にとり、経済発展こそ自らの統治の正当性を立証する証左であるため、毛が死去したあと、鄧小平氏は一刻も早く経済を再建させる必要があった。こうした中で「一人っ子政策」を推進し、それによって中国の出生率は急速に低下した。出生率の低下は短期的に一般家庭の経済負担を軽減することができ、消費を押し上げる効果があると考えられる。しかし、長期的にみると、出生率の低下と平均寿命の伸長は必ずや高齢化問題を深刻化させることになる。

本研究会は日中の社会保障制度と高齢化問題の解決に焦点を当て、日本が直面している種々の問題を解決する際の経験と教訓を踏まえ、今後中国が直面する問題の解決に貢献したいと考える。

中国では、もともと社会保障機能は国有企業や人民公社（のちに農村の自治体に改組され、郷と村になっている）が全面的に担っていた。しかし、これまでの40年間にわたる「改革・開放」の結果、社会保障機能は国有企業から切り離され、現在はそれぞれの地方政府が所管するようになった。したがって、中国の社会保障制度は全国統一したものではなく、地方政府間の制度面の格差と不公平感が問題になっている。最大の問題は計画経済の時代に当時の現役世代が年金を積み立てていなかったため、現在の高齢者に対する年金と健康保険が大きな財政的負担になっていることである。あまつさえ、これほど高齢化が急速に進む中で、介護保険制度が全く整備されていないのである。

中国の社会保障制度改革における養老保険制度は、日本でいう介護保険制度ではなく、退職後の年金制度と健康保険制度を意味するものである。もともとの積み立てが不十分であるため、財政負担が重い上、介護保険制度を整備すれば、中央財政も地方財政も破たんする懸念がある<sup>1</sup>。では、公的な介護サービス機能が整備されなければ、中国人は老後の生活をどのように過ごすのだろうか。この問題を解明するのはまさに今回の研究会の研究目的の一つである。

結論を先取りすれば、中国で作られている介護福祉施設の多くは商業ベースのものである。すなわち、入所費のほとんどは入所者個人が負担するものである。格差の大きい中国社会において老人ホームに入れるのは一握りの富裕層と特権階級である。

もう一つの問題は介護人材の不足である。介護にはノウハウが必要である。これから日中両国が介護について協力できる分野があるとすれば、人材育成は重要な協力分野になる。

---

1 中国民政部関係者

中国では、養老介護保健を産業とみなして発展させようとする向きがあるが、日本では、介護は公共サービスである。この認識は日中間で根本的に異なる。こうした認識の違いを出発点として、今後の介護福祉レジームを整備するうえでの課題を一つずつクリアしていく研究が重要である。今回の報告書はメンバーによる研究報告であり、日中の介護福祉レジーム構築に示唆するところがあれば、幸いに存じる。

## 目 次

---

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 第1章 中国の経済発展と社会保障問題               | 1  |
| 第1節 中国的経済開発モデルの特徴                | 2  |
| 第2節 都市部の社会保障制度                   | 4  |
| 第3節 中国農村の社会保障制度                  | 7  |
| 第4節 少子高齢化が進む中国の社会保障制度のあるべき姿      | 9  |
| 第2章 中国における社会保障と人口変動　－日本との比較を中心に－ | 12 |
| 第1節 中国の社会保障制度の概要と特徴              | 12 |
| 第2節 中国の人口政策と少子高齢化の現状             | 18 |
| 第3節 少子高齢化における日本の経験と中国            | 24 |
| 第3章 「健康中国2030」の新たな制度設計           | 29 |
| 第1節 社会保障における制度改革の軌道              | 29 |
| 第2節 「健康中国2030」の趣旨と概要             | 32 |
| 第3節 まとめ及び重点施策実施                  | 42 |
| 第4章 中国の高齢者ケアと介護人材養成の方向性          | 47 |
| 第1節 中国の高齢者ケアの特徴                  | 47 |
| 第2節 中国の介護人材の養成の特徴                | 54 |
| 第3節 高齢者ケアにおける日中協力の可能性を探る         | 60 |
| 第5章 高齢社会を迎える中国における高齢者支援政策の今後     | 62 |
| 第1節 変わりゆく中国社会                    | 62 |
| 第2節 高齢者福祉制度の変遷からみた中国             | 65 |
| 第3節 中国の高齢者支援政策への期待と課題            | 69 |
| 第6章 社会保障に関する日中協力の可能性とあり方         | 74 |
| 第1節 日中両国における高齢化の進展               | 75 |
| 第2節 養老に関する日本人と中国人の認識の違い          | 77 |
| 第3節 介護人材育成に向けた日中協力のあり方           | 78 |
| 第4節 社会保障制度の充実と日中協力のあり方           | 79 |
| 第5節 結論：大きな政策転換の必要性               | 81 |
| 研究会活動記録・メンバー                     | 83 |

<執筆者>

- 第1章 中国の経済発展と社会保障問題  
柯 隆（静岡県立大学グローバル地域センター 特任教授）
- 第2章 中国における社会保障と人口変動 ―日本との比較を中心に―  
李 蓮花（東京経済大学経済学部 准教授）
- 第3章 「健康中国2030」の新たな制度設計  
高 瑞紅（大阪経済大学経営学部 教授）
- 第4章 中国の高齢者ケアと介護人材養成の方向性  
天野 ゆかり（静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師）
- 第5章 高齢社会を迎える中国における高齢者支援政策の今後  
東野 定律（静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科 教授）
- 第6章 社会保障に関する日中協力の可能性とあり方  
柯 隆（静岡県立大学グローバル地域センター 特任教授）

## 第1章 | 中国の経済発展と社会保障問題

2018年は、中国の「改革・開放」政策の40周年である。「改革・開放」政策の第一目標は経済発展を促すことである。その歩みを振り返れば、漸進的に経済の自由化を推し進めるプロセスだった。経済自由化を推進する中心的な課題は、国有企業をどのように改革するかに加え、民営企業の存在を認めるかどうかである。要するに、社会主義体制の公有制が国有企業改革と民営企業の存在によって傷つくかどうかということである。

社会主義はマルクスが提唱した共産主義の準備段階（中国共産党中央委員会の文書では「社会主義初期段階」と記されている）と理解すれば、全面的な公有制でなくても、社会主義体制の崩壊を意味しない。しかし、これまでの40年間の「改革・開放」政策の歩みをみると、少なくとも経済制度は社会主義体制から大幅に後退し、資本主義体制の要素が数多く取り入れられた。今の経済体制を考察すれば、社会主義体制とは言い難い。それよりも資本主義体制の初期段階の制度に近い。

本研究は中国の経済発展モデルを分析するものではないため、それに関する詳しい分析をここで省くことにする。現在の経済体制と社会体制が社会主義のものではないと指摘する根拠の一つは社会福祉制度が全くと言っていいほど整備されていないことである。社会主義体制の基本は都市労働者が主人公である。公有制と平等の原則は社会主義体制の欠かさない要素である。しかし、国有企業が誰の所有なのかははっきりしていない。ジニ係数を検証するまでもなく、中国社会の不平等さは世界主要国において最悪の領域に達している。

ここで特筆しておきたい点は、中国共産党は経済発展（富の創造と言い換えることができる）の促進に種々の政策を実施してきたが、創られた富をいかに公平<sup>i</sup>に分配するかについて、ガバナンスの利いた制度づくりが行われていないことである。40年間にわたって、経済は確かに発展したが、生まれた富は共産党幹部を中心とする特権階級によって支配されている。偏在する富分配のメカニズムは社会保障機能の充実に妨げている。

本来ならば、社会福祉は公共財であり、社会構成員のすべてがシェアする資源であり、サービスである。なぜ社会主義を信奉する中国社会で、社会保障制度は一部の特権階級を特別にケアする制度になっているのだろうか。社会保障制度の整備はイデオロギーの選択以上に社会構成員のコンセンサスによって形成されるものである。70年前に、共産党が腐敗した国民党政権を倒したとき、国民にともに豊かになれることを約束したはずだった。



だからこそ社会主義体制の選択が国民の大半に支持された。しかし、70年間の歳月を経ても、共産党は約束したことを履行していない。社会保障制度を整備せずに、その経済と社会が持続的に発展していけるとは思えない。

本章は、中国における経済発展と社会保障制度整備の関連性を考察し、それに内在する課題を明らかにする。

## 第1節 中国的経済開発モデルの特徴

40年前に始まった「改革・開放」政策により、中国経済は順調に離陸した。それまでの27年間の毛時代の経済建設は失敗に終わったが、共産党中央委員会の総括によると、共産党と中国政府の仕事の主眼がイデオロギー闘争に置かれたからといわれている。極めてあいまいな表現だが、要するに、権力闘争を繰り返した結果、経済建設が二の次となり、中国経済は破たん寸前になってしまった。「改革・開放」による方針転換はイデオロギー闘争をせず、活動の中心を経済建設に据えることだった。最高実力者だった鄧小平氏の言葉を援用すれば、「白猫だろうが、黒猫だろうが、ネズミの捕れる猫はいい猫だ」というリアリズムの考え方で改革に挑んだ。

「改革・開放」以降の中国経済にとり、キャッチアップしやすいいくつかの有利な条件がそろった。

まずは、米中関係の改善により、中国経済の外部環境が経済成長に資した。ニクソン政権及びそれ以降の歴代大統領はソ連（当時）をけん制するため、中国にフレンドリーな政策と戦略を採った。換言すれば、中国は米ソの隙間を縫ってキャッチアップしたのである。西側陣営はソ連に対して警戒するあまり、同じ社会主義の中国経済の発展を許したのである。それだけでなく、アメリカは中国に最恵国待遇を付与し、通商において中国に協力するようになった。

そして、政府共産党による経済への介入が抑制的になり、経済の自由化が進んだ。むしろ、共産党は最初から経済の自由化を認めたわけではなく、それを徐々に試験的に進めたのだった。中国経済の自由化モデルでは、経済特区を指定して、優遇政策によって外資を誘致した。同時に、個人経営の零細企業の設立を実質的に容認した。農村では、農業生産の請負責任制が導入され、食糧難の問題が克服された。

さらに、前書きでも述べたように、「一人っ子政策」が導入されたのを受けて、一般家庭にとっての子育てのコストが軽減したため、その分、消費性向が改善された。1990年代

半ばまで、中国のインフレーションが繰り返し再燃した。しかも、一時期、インフレ率は二桁台まで上昇した。インフレーションが再燃したのは、消費性向の改善と生産能力（供給）不足に加え、流通システムが十分に整備されていなかったからだった。

それに加え、もう一つ重要なポイントは、「改革・開放」以降、計画経済から市場経済への移行を受けて、社会保障制度の未整備の問題が徐々に露呈するようになったことだ。それを受けて、中国の一般家庭は生活防衛のために、貯蓄を増やすようになった。高い貯蓄率は消費を抑制する弊害がある反面、金融システムに潤沢な流動性を供給することができる。国有銀行は国有企業に融資を行い、固定資本形成（投資）は中国経済をけん引する主なエンジンになっている。

繰り返しになるが、「改革・開放」初期、「一人っ子政策」により、家計の消費が上向くようになり、経済が徐々に離陸していった。一般家計が大量に貯蓄するようになってから、投資が経済成長をけん引する主なエンジンになった。中国のマネーサプライ（M<sub>2</sub>）は一貫して高い水準で推移している。しかし、「家計→国有銀行→国有企業」の金融仲介は国有企業経営の非効率性により、不良債権が増えるという構造になっている。さらなる経済成長を促すために、1990年代半ば以降、大胆な土地改革が行われた。

中国は社会主義であるため、公有制を打破することができない。とりわけ、土地は全人民所有制（国有）であるため、それを私有化してはならない。国有の土地を開発するために、民間の資本をいかに導入するかは一つの課題となっていた。そこで、参考にされたのが日本の定期借地権である。すなわち、土地の所有権と使用権を切り離して、所有権は国に残し、使用権のみを民間に払い下げする。地方政府は土地を民間に払い下げることで家計が国有銀行に預貯金している金融資産を吸い上げることができる。

本来ならば、この考えは論理的に矛盾するはずである。政府は全人民所有の土地を国民に払い下げる権限がないはずである。中国では、土地の使用権が、宅地70年、商業用地50年と設定されている。デベロッパーは払い下げられた土地で住宅やショッピングモールなどを開発し、それを市場価格で販売する。2000年以降、中国では、インフレ率は高騰したことがないが、不動産価格だけはより一層上昇してきた。とくに大都市では、不動産価格は勤労者家族の年収の25倍にも達している。すなわち、一般家庭が家を買うとき、手元の現金を頭金に当て、30年以上の住宅ローンを組むことで、家計のバランスシートは一気に壊れてしまった。

ただし、メディアの報道では、不動産価格が高騰する中、不動産投資に成功した富裕層

が一夜にして億万長者になるなどのサクセスストーリーを目にすることがある。確かに10～20年前に、手元の資金にゆとりのある家庭がリスクテイクとなって不動産投資を行い、今になってその物件を売却すれば、億万長者になっているはずである。海外を旅行して爆買いを楽しむ富裕層の一部はこうして億万長者になった者である。

ここで議論しているのは、一握りの富裕層のサクセスストーリーではない。重要なのはマクロ的にみて、バブル化する不動産経済が持続的に発展していけるかどうかである。不動産価格があまりにも高騰しているため、圧倒的に多くの一般家庭はマイホームを購入する資金すら工面できない。

冷静に考えれば、中国の不動産市場が持続的に発展していけないのは明々白々である。不動産バブルはいずれ崩壊する。不動産バブルが崩壊すれば、国有銀行の不良債権問題は一気に浮上してくる可能性が高い。かつて日本が経験したバブル崩壊の教訓から中国の政策当局はその怖さを十分に理解しているはずであろう。だからこそ、政策当局はバブルがこれ以上膨らむのを抑制しなければならないが、崩壊した場合、金融危機による長期にわたる景気低迷が予想されるため、結局のところ、すでに膨らんでいる不動産バブルをこのままキープし続けている。ババ抜きのゲームのような不動産バブルはいつ崩壊するのだろうか。

## 第2節 都市部の社会保障制度

繰り返しになるが、かつて計画経済の時代、中国には社会保障制度の概念がほとんどなかった。というのは、当時、中国では、都市部の住民の場合、勤務先の国有企業がゆりかごから墓場まで全てを保障すると考えられていた。農家はもともと自給自足の存在であり、国に保障してもらう考えはそもそもなかった。

「改革・開放」以降、農村では、生産請負責任制が導入された。それによって農家の積極性が喚起され、食糧不足の問題が徐々に克服された。同時に、農家の生活も以前に比べ豊かになった。1980年代以降、中国の農村では、二つの変化がみられた。一つは大都市周辺の農村では、一部の農民は郷や鎮などの地方政府の名義で小型製造業を起業した。これらの企業が「郷鎮企業」と呼ばれている。のちにこれらの郷鎮企業のほとんどは正真正銘の民営企業になった。もう一つは、内陸の農村部の若い農民は現金収入を手に入れるため、沿海部の都市部へ出稼ぎするようになった。彼らは「農民工」と呼ばれている。すなわち、身分は農民だが、実際は「工人」（労働者）である、という意味である。「農民工」と都市

労働者の違いは、農民工は都市戸籍を持っておらず、市民権がないため、社会保障制度がないことである。たとえば、工作中にけがした場合、労災保険が適用されない。むろん、郷鎮企業で働く農民工も少なくなかった。郷鎮企業の誕生は国有企業の改革を促す原動力となった。同時に、農民工が沿海都市部へ出稼ぎしたことで生まれた廉価な労働力は、外国企業による中国投資への強いインセンティブとなった。

1980年代、外国企業と民営企業は中国経済をけん引する主役となり、逆に国有企業は年を追うごとに経営難に追い込まれていった。政府共産党は公有制を堅持する前提で国有企業改革を試みたが、大きな進展がなかった。中国経済学者とエコノミストの多くは国有企業経営難の問題が解決されなかったのは政府共産党が恣意的に介入するからだと指摘している。1980年代、「政企分離」、すなわち、行政機能と企業経営企業を切り離す改革が試みられた。1990年代に入ってから、近代的企業制度の構築という大義名分で国有企業の所有制改革が断行された。その結果、ほとんどの国有企業は株式会社に転換し、経営と所有が分離され、国有企業に対するコーポレートガバナンス（企業統治）の強化が期待された。それ以降、「捆大放小」、すなわち、大型国有企業の公有制を堅持し、中小国有企業の民営化が進められた。

このような一連の国有企業改革の中で、国有企業に内在していた社会保障機能が切り離され、退職者も現役の従業員もその社会保障基金については、一括して各々の地方政府所管の基金に移された。この改革には、国有企業の負担軽減というメリットがあると期待されていたが、問題も多い。国有企業の退職者は現役時代の積み立てが不足していたため、その生活保障を充実することが財政への負担になっている。そして、各々の地方政府が所管する社会保障基金はサービスが一本化されておらず、途中で地域を跨って転職した加入者は、転職前の積み立て分のサービスを受けられなくなるというデメリットがある。さらに、地域経済の格差が大きい中国では、一人当たりGDPの高い地域（沿海部）の社会保障は比較的充実しているのに対して、経済発展が遅れている地域（内陸部）の社会保障は十分ではない。すなわち、経済格差は社会保障の格差をもたらす原因になっている。それに加え、社会保障基金の運用と管理は各々の地方政府に委ねられているため、それに対するガバナンスが不十分である。腐敗大国の中国では、社会保障基金を運用する責任者が私的に流用する事件が報告されている。社会保障制度のさらなる改革が求められている。

中国の都市部の社会保障制度改革は国有企業改革の一環として進められたものであるため、最初からグランドデザインがあって、それに則って行われたものではない。政府共産



党の政策当局は国有企業の生産拡大を目的に改革を進めたが、社会保障制度改革は財政出動を求められるため、当局として一貫して消極的だった。何よりも、同じ都市部の住民でも、政府職員（公務員）、退役軍人（幹部）と学校の教職員は国有企業と異なる待遇になっており、共産党にとってこれらの功労者を優遇する必要がある、彼らが加入する社会保障制度が予想以上に充実している。特権階級の権力者は自らの社会保障機能が脅かされないため、積極的にその改革に取り組もうとしない。しかも、これらの特権階級が加入する社会保障制度を国有企業の従業員の社会保障基金と一本化すれば、その保障金額とサービスは現状よりもレベルが低下するはずである。なお、後述する農村の農家の社会保障制度と合体して平準化すれば、政府職員、退役軍人と学校の教職員の社会保障水準は大幅に下がると思われる。これこそ中国で社会保障制度改革が遅々として進まない根本的な原因である。江沢民政権と胡錦濤政権のいずれもそれに目をつぶっていた。今の習近平政権もそれに積極的に取り組もうとする様子はない。

論点を整理すると、中国で高齢化問題が日々深刻化する中で社会保障制度を整備する重要性が認識されている。政府共産党は種々の社会保障機能の中で年金保険と健康保険の整備に力を入れているが、財政予算の制約により介護保険の整備を見送っている。年金保険は、基本的に現役のときに納めた保険金と勤務先の負担分に応じて、退職後、年金として支給される。その中で、政府職員、退役軍人と学校の教職員は特別待遇として現役時代の階級に応じて、退職後の年金支給額が決まる。具体的に現役時代の積み立てと関係なく、階級の高いポストの場合、現役時代の年収と同額の年金が支給されることがある。

一方、健康保険も年金保険と基本的に似たような仕組みであり、保険料として納めた上で、病気になったときの自己負担分を払い、残りは保険によってカバーされる。階級の高い政府職員や退役軍人などの場合、高額医療費も保険によってほぼ全額カバーされるようになっている。保険制度の不公平性が深刻な社会問題になりうる。

繰り返しになるが、介護保険はいまだに整備されていない。後の章で詳述することにする。政府共産党の基本的な方針として、在宅介護を進めている。寝たきりなど重病患者は施設に入るが、主要都市でも、介護施設とベッド数が極端に不足している。介護保険が整備されていないため、政府職員や退役軍人なら別として、普通の国有企業の従業員の場合、退職後の年金では、介護施設に入所することができない。本研究会は中国で複数の介護施設を視察したが、要介護の施設ではなく、富裕層向けの高齢者住宅に医療サービスを併設する施設が多く、そこに入所しているのは、上で述べた元政府職員、退役軍人と元大学教

授などである。こうしてみれば、中国には、皆保険の概念が定着していない。

### 第3節 中国農村の社会保障制度

習近平政権（2012年－）になってから、李克強首相は農村の都市化を進めている。具体的に、農村地帯で新たに中小都市を建設し、そこに農家を移住させ、都市化するということである。中国の人口統計によると、現在、都市戸籍を持つ人口は5割を上回っていると言われている。農村人口は約6億人になると見られている。

上で述べたように、現在、2億人余りの若い農民は沿海の都市部で出稼ぎしている。農民工と呼ばれるこれらの出稼ぎ労働者は都市部の戸籍を持っておらず、農民でもない、微妙な存在になっている。出稼ぎしているときは、現金収入があるのでとくに困らないが、病気になった場合、健康保険に加入していないため、医療費は基本的に全額自己負担になる。将来高齢者になったとき、年金保険の積立がなかったため、年金が支給されない。極めて深刻な問題になりうる。出稼ぎ労働者にとっても、農村にいる農家にとっても、介護保険などほとんど聞いたことすらない。

農村の実態に目を転じると、若い農家の多くは沿海都市部へ出稼ぎに行っている。農村に残っているのは、高齢者と子どもである。このまま行くと、中国の農業が荒廃する心配がある。13億人の総人口を有する中国は食糧を輸入に頼ることができない。誰が中国人を養うかという命題は再び現実味を帯びる可能性がある。

こうした中で、胡錦濤政権（2003－12年）のとき、温家宝総理（当時）は農業税を廃止すると宣言した。振り返れば、毛時代（1949－76年）、中国の農村では、人民公社が作られ、農地も農機具もすべて人民公社の所有だった。農民は人民公社の農地を耕して、収穫した農産物はすべて人民公社のものだった。農民はその労働（時間）の対価としてわずかな現金収入と食糧を手に入れる。人民公社体制において農民にとって一生懸命農地を耕しても耕さなくても、結果は同じであるため、労働意欲はほとんどなかった。結果的に収穫量の統計だけ毎年素晴らしい数字が報告されるが、実際の生産量は一向に増えない。70年代に入って、食糧配給制の導入を余儀なくされた。

「改革・開放」以降、農村と農業の改革が優先的に進められた。その改革の方法は前述したとおり、人民公社の体制を廃止し、農地を各々の農家が請け負いし、何を作るかは全て農家に委ねられるようになった。しかも、収穫した農産物は政府に納める分以外、農民はそれを自由に売ることができるようになった。農民の積極性が喚起された。

繰り返しになるが、1980年代に入ってから、大都市周辺の農村では、郷鎮企業が誕生した。同時に、内陸の農民は沿海都市部へ出稼ぎに行くようになった。その後、農業生産が順調に拡大していったので、「改革・開放」の重点は国有企業改革に移った。胡錦濤政権になってから、再び、農業改革の問題が俎上に乗った。一つの問題は農民の負担が重過ぎることである。それを軽減するために、温家宝首相は農業税の廃止を宣言した。もう一つの問題は全国的な不動産開発において都市周辺の農地が徐々に浸食され、住宅団地に開発された。その結果、農地面積が急速に減少した。温家宝首相は農地が18億畝(1畝=6.67アール)を下回ってはならないと宣言した。しかし、それ以降も不動産開発が広がり、農地が浸食されつづけている。

ただし、この間、中国の食糧難の問題は言われているほど浮上してこなかった。中国人農業専門家の袁隆平氏は水稻交配技術を発明し、生産量を増産させることに成功したと言われている。むろん、農村人口の高齢化に伴い、農業と農村をいかに持続的に発展させていくか問題が解決されていない。そして、農家の社会保障問題もほとんど未解決である。

中国の農村経済は沿海地域の農村、中部地域の農村と内陸部の農村を分けて考える必要がある。沿海地域の農村は平野が多く、水資源も豊富であるため、穀物や野菜と水産物の収穫量が多く、現金収入が多い。問題は農地の減少である。中部地域の農村は沿海地域の農村ほどではないが、農村の自給自足が一応できる状況にある。ただし、「改革・開放」以降、人口流出が増えているため、長期的に見た場合、リスクが残る。内陸（西部）の農村地域は状況的に一番深刻である。地球温暖化と生態環境の破壊により砂漠化が進み、水資源が不足しがちになっている。その上、出稼ぎ労働力の流出によって人手不足が深刻化する可能性がある。江沢民時代に取り組んだ西部大開発は西部地域で道路などのインフラを一部整備したが、大きな改善はなかった。

胡錦濤政権は「新農村建設」のプロジェクトを推し進めた。その中で、最低生活保障制度、新型農村養老保険制度（年金）と新型合作医療保険制度が整備された。農村の社会保障制度改革が無からの出発ができたという意味では一定レベルで評価されるが、それは決して十分な保障ではない。何よりも、都市と農村の格差は依然として縮小しないまま、農民にわずかな恩恵を与えることで問題解決を先送りしようとしている。自称社会主義体制の政府共産党は社会保障機能の充実が必要不可欠であり、全ての国民は公平に取り扱われなければならない。そういう意味では、今の中国は社会主義体制と言い難い。

#### 第4節 少子高齢化が進む中国の社会保障制度のあるべき姿

中国では、近代的な医療保険サービスが十分に整備されていないが、伝統的な漢方医薬がかなり普及しているため、日本には及ばないが、新興国のなかで平均寿命はトップレベルである。漢方医薬は中国人の健康保持に大きく貢献している。繰り返しになるが、平均寿命の伸長と出生率の低下は中国人口動態の少子高齢化を助長している。

こうした中で、中国の実際の出生率は謎のままで明らかになっていない。中国社会科学院の研究チームが行った研究成果によると、中国の特殊合計出生率は1.6%といわれているが、米国ミネソタ大学中国人人口学者易富賢教授の試算によると、中国の実際の特殊合計出生率は1-1.1%程度しかないといわれている。しかも、中国の出生率は2018年に死亡率を下回り、総人口はすでに減少しはじめている。

このような論争は研究課題を解明することに大きく寄与するものである。どちらの指摘が正しいかについて、軽々に結論づけることができない。ただし、そのいずれの結果でも、中国の出生率は少子化を助長していることがわかる。当初、政府共産党は2018年の年末に「一人っ子政策」を完全に解除すると言われていたが、結局はそれが先送りされた。

現在、「一人っ子政策」はすでに「二人っ子政策」になり、規制が緩和されている。政府部内で、「二人っ子政策」になってからの出生率の上昇ぶりを見極めてから完全に解除するかどうかを決断したいようだ。問題は中国の人口センサスの統計が恣意的に改ざんされている可能性が高いことにある。「一人っ子政策」のときに比べ、「二人っ子政策」になってから出生率がどれほど上昇したかについて定かではない。

出生率が上がらない背景について、子育てコスト、とりわけ教育費の負担が重いこと、親の介護、住宅ローンの返済などがある。特に、都市部の若者は子どもを出産するよりも、今の人生を楽しみたい。中国人若者はすでに先進国の若者と同じ考えになりつつある。経済学者は、中国経済をけん引してきた人口ボーナスがすでにオーナスになりつつあると指摘している。人口学者は、「一人っ子政策」の解除は遅すぎたと主張する。その中で、政府は一向に「一人っ子政策」の完全解除を決断しない。

中国の人口学者は中国の家庭を「4-2-1」と表現している。「4」は祖父母の4人の高齢者である。「2」は夫婦2人である。「1」は一人っ子の子どもだ。もともと、中国では、親孝行は伝統文化の神髄だった。子どもは高齢化した親の老後の面倒を見るのは当たり前だった。しかし、毛時代の文化大革命で中国の伝統文化のほとんどが壊されてしまった。子どもは親の老後の面倒を全く見ようとしない。特に、「一人っ子政策」が実



施された結果、大家族が消滅し、核家族が進んでいる。現役の夫婦はどんなに頑張っても、4人の高齢者（祖父母）の面倒を見ることができない。

先進国でもいかに出生率を上げていくかという問題に直面しており、それを解決する有効な広報が見つかっていない。新興国の中国は「一人っ子政策」が残した禍根をいかにクリアするか、前例がないため参考にできる政策はない。その上、社会主義計画経済のレガシーとして、公的な社会保障機能が全く備わっていなかった。計画経済の時代、国有企業は毎年の売り上げから従業員の福利厚生費を支出していたが、「改革・開放」以降、国有企業は経営難を解決するため、社会保障機能を切り離し、地方政府の所管になった。

中国の政策当局者は、高齢化の到来がこんなに速いとは予想しなかったはずである。健康保険と年金ならば、政府は面倒を見ないといけないと理解していたが、介護については、各々の個人が対処する事項であると一般的に理解されていた。しかし、「一人っ子政策」により少子化が進み、予想以上の高齢化問題に対処できなくなっているのが実情である。

中国では、所得格差と地域格差は予想以上に拡大している。富裕層にとり、養老介護は個人の財産を使って介護係を雇うことができる。政府共産党も富裕層の介護についてコマーシャルベースの施設の設立でケアする考えのようだ。問題は富裕層以外の中低所得層がどのように老後の生活を送ればいいのか。政府共産党において、「9073」という介護方針があるようだ。具体的にいえば、90%の人は家族で介護し、7%の人は「社区」（コミュニティ）で介護する。残りの「3%」は施設に入り、介護サービスを受ける。この考え方の根拠は極めて曖昧である。90%の家族による介護で老後生活を過ごす人は、その家族に介護する財力と体力があるかどうかは明らかではない。

後の章で詳述するが、政府共産党は財政予算制約が厳しいことを理由に、介護保険の設立を見送っている。そして、近年、人件費の上昇により、若者は介護士になりたがらない傾向が顕著になっている。介護を受けたい人の大半は財力がないため、要介護の人を対象にする施設が成り立たない。介護士の仕事はきつい、汚い、しかも、給与が他の業種に比べ安いと、成り手が少ない。その結果、政府は介護士の資格制度を廃止した。

このままだと、脆弱の社会保障制度は必ずや中国の社会安定維持と経済成長のボトルネックになると思われる。中国の一人当たりGDPはすでに9千ドルに達しているとみられている。中国の社会学者は先進国と違って、中国の養老介護の現状は「未富先老」と指摘するが、一人当たりGDP 9千ドル相応の介護保険を設立することができれば、中国社会はかなり安定し、人々は安心して老後の生活を送ることができる。問題は富の分布が偏

在していることである。政府共産党が実施する種々の政策は富裕層に傾いている。このままでは、社会主義中国にふさわしい社会保障制度が整備されず、中国社会も安定しないと思われる。

---

i 所得分配は平等に行うと、一生懸命働く人とさぼる人が同様に扱われるため、一生懸命働く人の積極性が抑制されてしまう。  
正しいやり方は富を公平に分配することである。

## 第2章 | 中国における社会保障と人口変動 ——日本との比較を中心に——

本章では、中国の社会保障と人口変動について、国際比較、とりわけ日本との比較の視点からその特徴と現在の状況を考える。

中国の社会保障制度は、過去の計画経済時代の影響で、日本をはじめとする諸外国とは異なる独特の原理・構造を持っており、それが中国の社会保障制度への理解を難しくしている。また、人口政策に関しても世界に類例のない「一人っ子政策」の実施など周辺の国・地域とは異なる経路を辿ってきた。そのため、中国の社会保障支出や高齢化率、出生率などを他の国と単純に比較することはあまり有意義ではない。データの背後にある制度の歴史や政策意図、経済社会的文脈を十分踏まえた上で、比較対象との類似点、相違点を分析する必要がある。日本から中国を見る際にもう一つ気を付けなければならないのは、近代化や人口変動における「タイム・ラグ」（時差）である。現時点では大きく異なるように見える現象も、時間軸をずらして見ると似ているところが少なくない。本章では、国際比較と歴史的な視点から中国の社会保障制度と人口変動を相対的に捉え、日本の経験との類似点・相違点を考察してみたい。

### 第1節 中国の社会保障制度の概要と特徴

#### （1）体制移行、近代化と社会保障改革

社会保障制度は、前近代社会から近代社会、とりわけ資本主義社会に移行する過程で発生する生活上の様々なリスク（病気、老齢、失業、貧困、稼ぎ主の死亡など）に対応するために作られた社会システムである。社会保障制度は個人または核家族が背負いきれない責任を、国家の介入のもと社会全体で分かち合う制度であり、その意味で個人が失業や貧困の責任を直接負わない社会主義の生活保障とは本質的に異なるものである（田多（2004））。実際、中国で「社会保障」という言葉が公式的に使われ始めたのは1980年代半ばからで、ちょうど市場経済への移行が本格化し始めた時期である。

もちろん1970年代末以前の計画経済期にも人々の生活を公的に保障する制度はあった。むしろ、社会主義の「平等」理念のもと、医療、教育、住宅など基本的な生活サービスは無償かつ「平等」に提供されたり、失業が制度上無くなるなど、ある意味では資本主義よりもっと充実した保障システムであった。特に、国有企業や政府機関に勤める都市住民とその家族には文字通り「揺りかごから墓場まで」の保障が職場（中国語では「単位」）か

ら提供されていた。一方、人口の絶対多数を占める農村住民は厳しい戸籍管理制度により移動が制限され、「人民公社」や「生産隊」といった集団化された農村共同体の中で互助によってリスクに対応するよう求められた。つまり、「都市＝国家・単位保障」「農村＝集団内の互助」という都市と農村の二元構造が作られたのである。この二元構造の影響は現在も様々なところに残っている。

1978年から2002年までの二十数年間は中国経済が計画経済システムから市場経済システムに劇的に移行した時期、すなわち「体制移行期」であった。この移行期は大きく二つの段階に分けられる。1978年から1991年までは一部の地域での経済特区の設置や国有企業の経営請負制の導入など「部分的市場化」の段階、1992年以降は株式制の導入、住宅・教育・医療など社会のあらゆる領域における「全面的市場化」の段階であった。市場化改革で最も困難だったのは計画経済システムの根幹である国有企業の改革、特に雇用関係の改革であったが、1990年代後半、剛腕の朱鎔基<sup>しゅうようき</sup>総理の指揮のもとで数千万人の失業者を出しながら大規模な国有企業改革と余剰人員の整理が断行された。改革の衝撃を緩和するために年金や医療など社会保障制度の改革も同時に進められ、それぞれの「単位」から切り離され「社会化」された「都市部労働者基本養老保険（年金）」「都市部労働者基本医療保険」が作られた。すなわち「単位保障」から「社会保障」に移行したのである。また、それまで存在しなかった失業保険と都市住民最低生活保障（日本の生活保護に相当）も新たに創設された。現在、都市の正規労働者の社会保障制度は基本的にこの時期に作られた制度枠組みに基づいている。

2002年以降、中国の社会保障改革の主要課題は都市の国有企業から農村に移った。急激な市場化により都市と農村の格差が大きく広がり、農民の生活が疲弊してきたからである。2003年に起きたSARS（重症急性呼吸器症候群）の大流行は農村における公衆衛生システムの機能不全、医療保障の不在を明らかにした。深刻な格差を背景に、胡錦涛政権（2003－12年）は「和諧社会<sup>わかい</sup>の建設」を国政理念に掲げ、それまで社会保障制度から排除されていた農民、都市の非正規労働者などを対象とする社会保障制度の構築を急ピッチで進めた（沈・澤田（2016））。SARS事態の直後から「新型農村合作医療制度」の導入が本格化し、2006年以降中央政府からの財政補助が強化されると急速に全国に普及した。2007年には都市の自営業者、非正規労働者、失業者などを対象とする「都市住民基本医療保険」も導入され、2009年ごろには少なくとも制度上は「国民皆保険」を実現した。その後、年金に関しても2009年に「農村社会基本養老保険」、2011年に「都市住民基本養老保険」が次々

と導入され、両者は2014年以降「住民養老保険」として統合された。日本で医療保険、年金が全国民をカバーするようになったのは1961年のことなので、中国は日本より約半世紀遅れて皆保険・皆年金を実現したことになる（社会保険の各制度の概要については文末の付表1をご覧ください）。

1990年代終わりから2010年前後までの集中的な制度創設期を経て、習近平政権（2013年～）に入ると社会保障分野では目立った改革が少なくなった。ここ数年で行われたのは農村と都市の住民保険の統合、公務員・準公務員（教員、医師、団体職員など）の年金と労働者年金の統合、財政調整範囲の拡大（市レベルから省レベルへ）など部分的な制度調整である。一方、出生率の低下や高齢化の加速など新たな課題が政策の前面に出てきた。2016年からは、約35年間続いた「一人っ子政策」が廃止され、2人まで産むことが可能になった。また、これから深刻化が予想される高齢者介護の問題に対応するために現在全国各地で様々な模索が続いている。

## （2）中国の社会保障制度の特徴：日本との比較を踏まえて

中国の社会保障制度はここ20～30年の改革を経て、制度面では日本を含む先進国にかなり近いものになった。一方で、計画経済時代の遺産や政治体制などの影響によりいくつかの独特な要素も持っている。ここでは日本の社会保障との比較を念頭に次の3つの特徴を特に指摘しておきたい。

第一に、中国の社会保障制度は日本と同じく社会保険を中心とする。また、社会保険方式で全国民をカバーするために被用者保険（職域保険）と住民保険（地域保険）を組み合わせ、後者に多額の財政補助を集中させている。日本にいと当たり前のように思われるこの方法は、国際的に見ると必ずしも当たり前ではなく、日本や韓国、台湾など北東アジアに特有なものである。北欧やイギリス、オセアニア諸国は主に税方式によって医療保障や基礎的な年金保障を行い、社会保険方式を採用している大陸ヨーロッパの国は職域保険の仕組みをベースにしているため、国庫負担は非常に限られている。例えば、ドイツでは現在も人口の約1割が公的医療保険に加入していない。筆者は以前、日本や中国のやり方を「社会政策における東アジア的な道」と呼び、その原因を大きな農業人口を抱えたまま皆保険を実現しようとしたことにあると主張した（李（2011））。中国も様々な試行錯誤の末に日本と同じような道を歩まざるを得なかったが、中国の住民保険に対する財政補助は日本の国民年金、国民健康保険よりももっと多い。それだけ中国では社会保険方式の限界



が大きかったことを意味する。

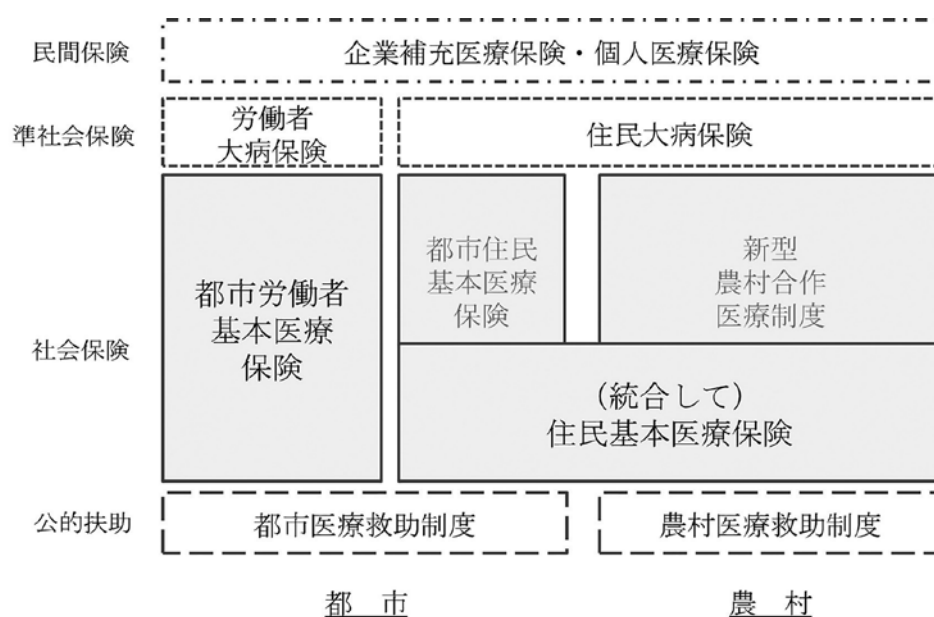
第二に、社会保障における地域間・職域間の格差が非常に大きい。日本を含む先進国の社会保障制度は「ナショナル・ミニマム」（国が定める最低生活）の保障を主要理念として発展してきた。一方、中国は地方政府が大きな裁量権をもつ「属地主義」を採用している。中央政府の役割は制度の原理・原則や大まかな枠組みの提示に止まり、制度の管理・運営から保険料、給付水準の設定まで地方政府（現段階では主に市・県レベル）の管轄範囲とされている。これは国土が広く、地域格差の大きい中国ならではの事情と言えるが、それにより様々な副作用も現れている。その一つが地域を跨いで移動する人口の移動に対応しにくいことであり、その影響が最も集中するのが出稼ぎ農民工の年金や医療保障である。仮に雇用主が労働者に労働者年金を提供したとしても、1年ごとに雇用先を変更することが多い農民工は旧正月に帰省の際に一時金をもらって制度から退会する人が多い。そうすると彼らの老後の年金は無拠出制のわずかな基礎年金しかない。農民工の他に、孫の世話や自身の健康問題などのため子どもがいる都市に移り住んでいる高齢者にも医療保険の給付水準の違いや費用の請求手続きの煩雑さなどの問題が生じる。都市化や大学進学率の上昇によりこのような「移動高齢者」の数は1千万人以上に上ると言われている。なお、財政力の弱い中西部地域に対し中央政府から傾斜的な財政補助が行われているが、それがいつまで可能か不明である。すでに、経済の停滞と若者の流出が深刻な東北地域では退職者の年金支給に支障が発生しており、「中央調済金」を設置して財政力のある地域（広東省や江蘇省など）の保険料で支援する仕組みが模索されている。過去に日本でも、高度成長の終焉とともに国家財政が逼迫してきた1980年代前半に、財政調整のあり方が国庫負担中心から保険者間の調整にシフトしたことがあったが、中国でも同じようなことが発生する可能性が高い。

地域間の格差よりさらに大きいのが職域・階層間の格差である。計画経済期に農村住民と都市住民の戸籍が厳格に分かれ、受けられる保障が全く異なっていたことは前述のとおりである。都市の範囲が拡大し、都市住民と農村住民の制度が統合されるにつれ、都市住民と農村住民の格差は以前より小さくなったが、一方で、（被用者保険に加入している）正規労働者と非正規労働者、公的セクターと民間セクターの格差は大きいままである。例えば、現在受け取れる公的年金の年金額は、農民・非正規労働者を1とした場合、正規労働者が約20倍、公務員・教員などは約40倍の水準となっている。制度の歴史、仕組みがまったく異なるため、この格差を是正することは容易ではない。



第三に、中国の社会保障制度の保障水準はあくまで「基本的」なもので、個人や家族、あるいは民間保険の積極的な活用が最初から強く期待されている。政府の言い方を借りれば「多層的な社会保障制度の構築」である。例えば、社会保険のなかで最も基幹的な制度である都市労働者の年金、医療保険（それぞれ日本の厚生年金と健康保険に相当）の制度名には「基本」という言葉が付いている。ここでいう「基本」はどちらかというと最低限の保障を意味しており、年金で言えば所得代替率が約3～4割の水準である。医療保険でも社会保険からの支払いには上限があり、それ以上の高額医療費は基本医療保険とは別の「大病保険」で対応することになっている（図表2-1）。しかも、大病保険の管理は民間の保険会社に委託されているケースも多い。なお、1990年代後半の都市部社会保障改革の際に、医療と年金にはシンガポールの中央積立金制度を参考にして「個人口座」が導入された。保険料の被保険者負担部分は全額各自の個人口座に入るため、所得再分配機能は企業拠出部分のみに限られている。雇用主の社会保険料負担が日本以上に高い中国では（付表1を参照）、企業と被保険者の双方に、保険料算定の基準となる賃金を実質賃金より低く報告するインセンティブが働き、実際の拠出率は規定を大幅に下回っている。特に、私営企業や外資企業などでは最低賃金ぎりぎりですべて保険料を払うケースが少なくない。労働者にとっては当面は手取り収入が増えるかもしれないが、将来的に老後の貧困リスクが大きくなりかねない。公的な年金や医療保険の水準が低いと、人々は過度に株や不動産などの投資、あるいは貯金に頼らざるを得なくなる。

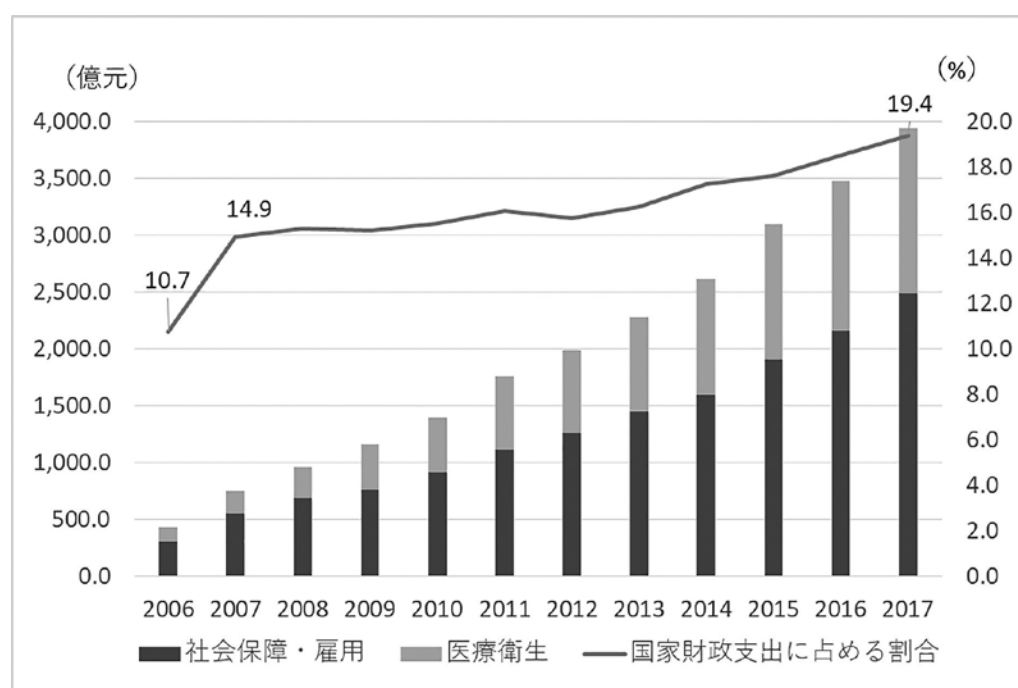
図表2-1 中国の「多層的」医療保障システム



資料：筆者作成

図表2-2は中国の国家財政（中央政府、地方政府を含む）の中の社会保障関連支出の推移である。社会保障関連支出には、社会保険への政府補助のほかに最低生活保障費、雇用促進費、公立病院の運営費補助、社会福祉、家族計画関連費などが含まれる。社会保障関連支出は2006年には434.2億元であったが、2017年には3941億元まで増え、国家財政支出全体に占める割合も同期間中に10.7%から19.4%へと2倍近く増加した。ちなみに、日本の国立社会保障・人口問題研究所の『社会保障統計年報』によると、1991年の一般会計歳出に占める社会保障関係費の割合は19.1%であった。両者の中身は完全に同じではないが、大まかに言えば、中国政府の現在の社会保障支出は日本の1990年前後の水準に近い。これが単なる偶然ではないことが次節の考察から明らかになるだろう。

図表2-2 中国の国家財政支出における社会保障関連支出



資料：中国国家统计局「国家数拠」（<http://data.stats.gov.cn/>）のデータより筆者作成

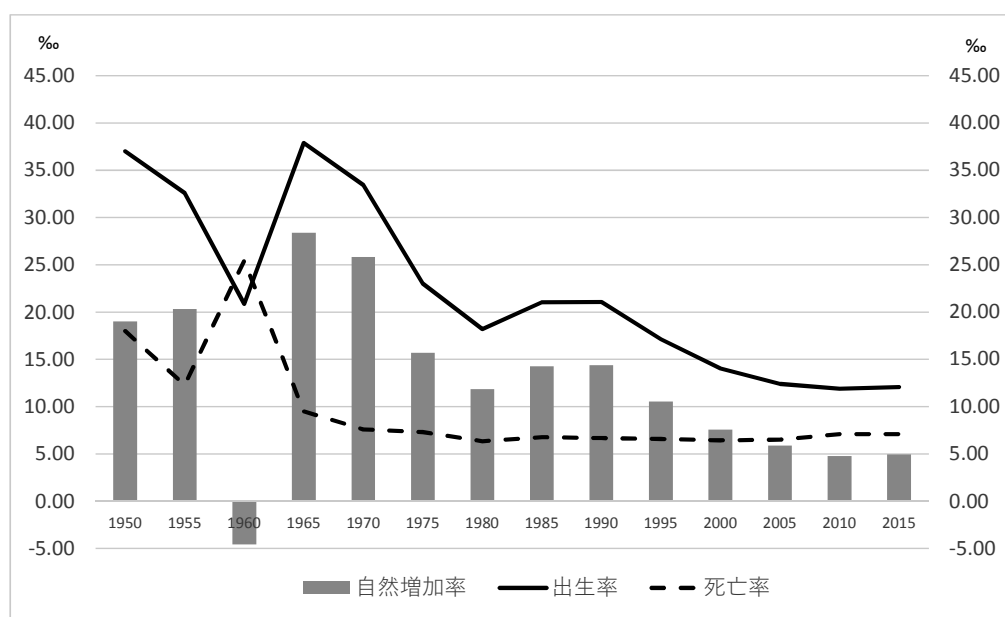
## 第2節 中国の人口政策と少子高齢化の現状

### (1) 中国の人口政策の変遷

第1節で述べたように、2010年代に入ってから中国の社会保障政策の主な課題は少子高齢化への対応にシフトしつつあり、人口政策の代名詞でもあった「一人っ子政策」も近年大きく緩和された。そもそも中国はなぜ世界でも類型のない「一人っ子政策」を実施したのか、それが人口の規模および構造にどのような影響をもたらしたのか。

出産できる子どもの数を政府が制限する政策の正式名称は「計画出産」（中国語では「計画生育」）で、中国政府が計画出産政策を採りはじめたのは1970年代初めである。その背景となったのが1960年代後半の爆発的な人口増であった。1949年の新中国成立以後、長年の戦争と内乱の終焉、経済・社会の安定、公衆衛生の改善などにより、中国の人口は急速に増加した。総人口は1953年の第1次人口センサスでは5.82億人であったが、1964年の第2次では、（1960年前後の政策の失敗と自然災害による大飢饉、人口減少にもかかわらず）6.95億人まで増えた。その後、1960年代後半には人口の自然増加率が3%を超える「爆発期」が続いた（図表2-3）。1970年代には文化大革命の混乱で人口センサスが実施されなかったが、1982年の第3次では総人口がすでに10億人を超えていたことが明らかになった。30年の間に5億人近く人口が増えたのである。

図表2-3 中国の出生率、死亡率、人口自然増加率



資料：『中国統計年鑑』各年版のデータより筆者作成

1960年代は中国以外の他の途上国でも人口爆発が発生し、国連が世界範囲で家族計画を進めた時期である。あまりにも急激な人口増に危機感を抱いた中国政府も「計画的な出産」を政策的に進めるようになった。1970年代の計画出産政策は「晩・稀・少」政策と呼ばれている。すなわち、初産年齢は遅く（女性は農村で23歳、都市で25歳以後）、出産間隔を空けて（3年以上）、少なめに産む（平均で2人）ことで、自然増加率を1%台に維持する、ということである。この時期の政策手段は1980年代以降の罰金、免職、強制中絶のような強制的なものではなく、宣伝、避妊など「ソフト」なものであった。図表2-3からも確認できるように、1970年代以降、出生率および自然増加率は著しく低下した。この政策は実際かなり大きな成果を挙げたのである（陳（2015））。

ところが、1970年代末になるとこうした「ソフト」な計画出産政策は厳しい罰則を伴った「ハード」なものに変わった。変化の背景には、改革開放への政策転換と鄧小平氏が提唱した経済成長目標——2000年までに1人当たりGDPを1980年の4倍にする——があったと言われている。この目標の達成には、2000年までに総人口を12億人に抑えることが必要で、そのためには1組のカップルが生む子どもの数を1人にしなければならなかった。1978年末には計画出産のスローガンが「1人が最も良い、多くても2人」となり、1980年にはさらに厳しく「極力1人、2人は厳格にコントロール、多子は禁止」という事実上の「一人っ子政策」が定着した。あまりの厳しさに国民からの反発が大きかったため、1982年には「確かに困難を抱える家庭は、審査と許可を得て、計画的に2人目を出産することができる」に緩和された。ここで「確かに困難を抱える家庭」とは、農村の女の子だけの家庭、障害児のいる家庭、再婚家庭、夫婦とも一人っ子の家庭などを指す。実際、農村や「一人っ子政策」の実施が比較的緩かった南の地域では子どもが2人以上の家庭が少なくない。

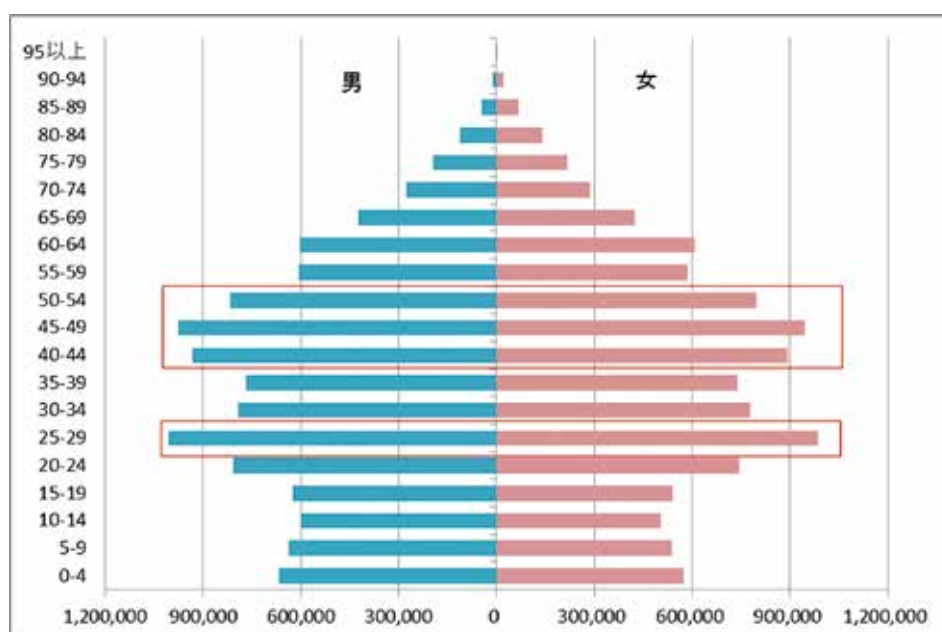
「一人っ子政策」は当初、一世代すなわち約25年を目途に始まったが、総人口が増え続けていたため、2000年以降も10年以上続いた。ただ、子どもを2人産める条件は2010年以降徐々に緩和され、「夫婦とも一人っ子」（「双独二胎」）から「どちらか片方が一人っ子」（「単独二胎」）へ、そして2015年末にはすべての夫婦に対し「二人までは可」（「全面二胎」）となった。これにより、中国の「一人っ子政策」は歴史の舞台から消えることになったが、計画出産という人口政策の原則が放棄されたわけではなく、3人目以上は今も制限されている。

図表2-4は2015年の人口1%サンプル調査による人口ピラミッドである。この図表を見ると、現在の中国には二つの大きな人口の「塊」があることが分かる。一つは40歳から54歳まで、すなわち1961-75年生まれのグループである。中でも1960年代後半生まれの人が

一番多い。このグループは文化大革命の影響を前の世代ほど受けておらず、大学への進学機会も少ないながら保障されていた。また、彼らは改革開放初期に社会に出てその後の経済成長を牽引した主力でもあり、現在は政府、大学、企業をはじめ各界で最も責任ある位置にいる人々である。もう一つの塊は25-29歳、すなわち1980年代後半生まれの「80後」である。彼らは「60後」（60年代生まれ）の子ども世代に当たるが、親世代の人口規模が大きいために、「一人っ子政策」にもかかわらず人口規模では現在最も大きいグループとなっている。現在ちょうど結婚・出産年齢に当たるこの世代は豊かさの中で育ち、十分な教育を受け、目下の中国のIT革命、消費革命を支えている若者である。一方で、一人っ子が多いために、親の扶養に大きなプレッシャーを感じている世代でもある。

図表2-4 中国の人口ピラミッド（2015年）

（単位：人）



資料：中国国家統計局「国家数拠」（<http://data.stats.gov.cn/>）より筆者作成

元データは2015年の人口1%サンプル調査

さらに、この図で注目してほしいのが10代以下の人口の少なさである（ここでは触れないが性比のアンバランスもより顕著である）。10-14歳（2000年代前半生まれ）の女性の人口は25-29歳に比べ約半分に激減している。ここ数年は人口規模の大きい「80後」が出



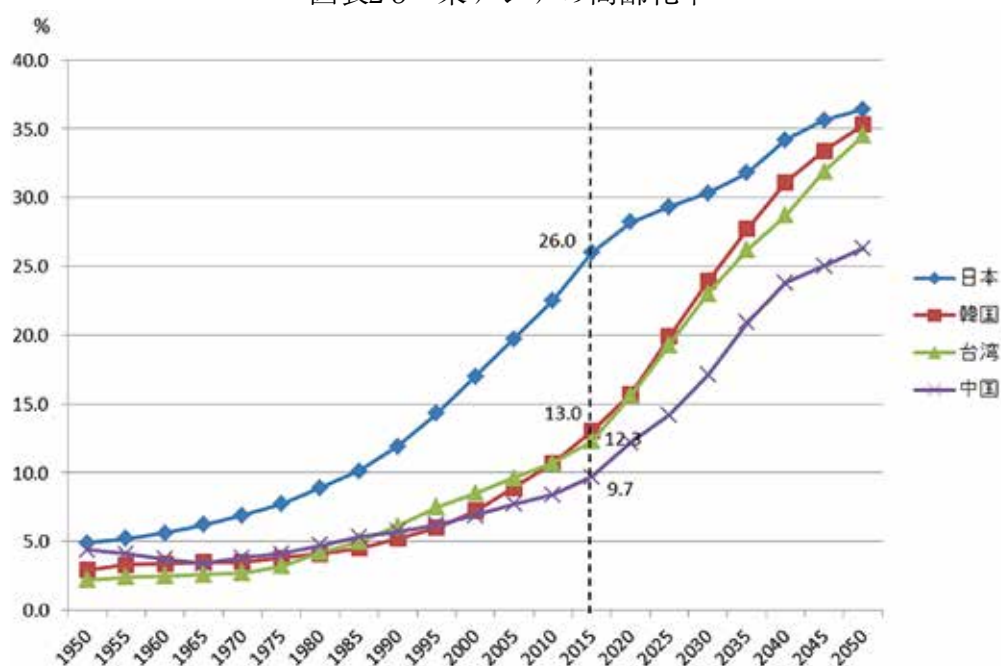
産適齢期であること、そして「70後」の駆け込み2人目出産が重なったことで出生数が増えたが、数年後、「90後」「00後」が出産の主力になる頃には出生数が劇的に減り、少子化が一気に加速することが予測される。

ここまで中国の合計特殊出生率にはあえて言及していない。なぜなら中国の合計特殊出生率に関しては政府の公式データと数々の調査の間であまりにも大きなギャップがあり、誰もが認める「客観的な数値」が存在しないからである。中国政府の報告に基づいて公表されている国連の「World Population Prospects」では、中国の合計特殊出生率（TFR）は2000年以降1.5～1.6の水準とされている。一方、2010年の第6回人口センサスでは同出生率は1.18であり、2015年の1%サンプル調査ではさらに低い1.05という驚くべき低水準となっている。公式統計でさえこれほど大きな差が生じている理由は、女の子などわざと戸籍を登録しないいわゆる「ブラック・チルドレン」（「黒孩子」）や、政府の規制から逃れるため海外で出産する人が相当数いるからである。これらの事情を考えると実際の出生率は調査の数値よりは若干高いと推測されるが、それでも1.5を超えることはないと筆者は考える。北京大学教授で人口学者の郭志剛氏は、独自の推計に基づき、中国の合計特殊出生率は1990年代にはすでに1.5前後となり、2000年には1.23まで下がったと主張している。実際、韓国、台湾、香港、シンガポールなど東アジア高所得社会の合計特殊出生率は2000年以降1.2前後で推移しており、少子化が叫ばれている日本（2017年1.43）を大きく下回っている。近年の中国における養育費・教育費の負担、住宅価格の高騰、育児支援の遅れなど出産・育児を取り巻く環境はこれらの社会と似ているところが多く、東アジアの多くの社会が経験している「超少子化の陥穽」を中国が避けることは難しい。一人っ子政策を緩和する際、中国政府および多くの人口学者は、長い間抑圧されていた出産ニーズの解放により出生率が大きく上昇すると予測したが、実際の出生数は予測を大幅に下回った。2人目の出産ラッシュもわずか2年しか続かず（2016年、2017年）、2018年の出生数は前年より200万人以上減少し、2015年の水準よりも低いことが明らかになった。繰り返しになるが、「90後」「00後」は人口規模が著しく小さく、この後「人口の崖」が発生するのは避けられない状況である。「一人っ子政策」を緩和したばかりの中国では「子育てを社会的に支援する」という考え方がまだ希薄である。周知のように、極端な少子化は高齢化をさらに加速・悪化させる。その意味で、21世紀前半の中国経済・社会にとって最大のリスクは高齢化よりもむしろ少子化かもしれない。

## （２）日本との比較からみた中国の高齢化

次に高齢化率について見てみよう。誤差が大きく予測も困難な出生率に比べ、高齢化率は誤差が小さく予測もしやすい。高齢化に関して言えば、いま世界の先頭走者である日本はかつて「世界最速の高齢化」と言われた。人口に占める65歳以上の割合が7%から14%になるのにかかった年数（倍加年数）をみると、フランスの115年、イギリスの46年、ドイツの40年に対し、日本はわずか24年であった。ところが、東アジア地域のこれからの高齢化のスピードは日本と同じか、日本よりさらに速いことが予測されている。例えば倍加年数は、中国が日本と同じく24年、韓国は日本より大幅に短い18年と予測されている。14%から21%の超高齢社会に移行するにかかる期間も日本が13年であったのに対し、中国は11年、韓国は9年と予測されている。

図表2-5 東アジアの高齢化率

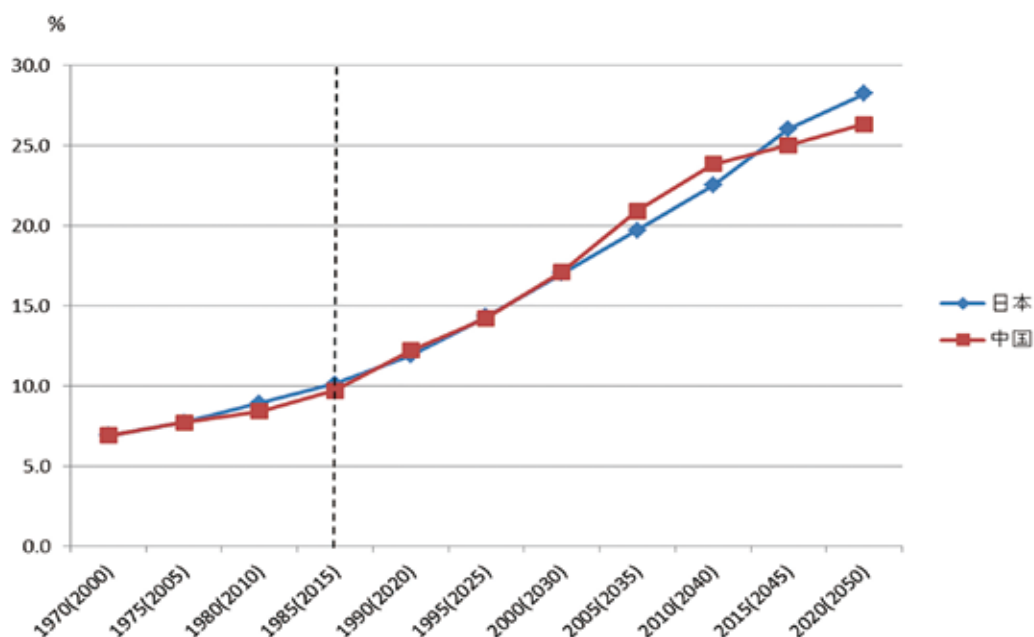


資料: UNDP, *World Population Prospects: The 2017 Revision*のデータより筆者作成

図表2-5は東アジアの4つの社会（日本、中国、韓国、台湾）の高齢化率を比較したものである。2015年の時点で、日本が26.0%、韓国と台湾が12-13%、中国が9.7%という水準である。このグラフを見ると、中国の2015年の高齢化率9.7%は日本の1985年の水準に近い。そこで、中国の高齢化率のグラフを左に30年ずらしてみた。つまり、日本の1985

年＝中国の2015年にしてみたのが図表2-6である。両国の高齢化率の推移、とりわけ日本1970＝中国2000年から日本2000＝中国2030までの30年間の高齢化率のグラフは驚くほどぴったり重なる。言い換えれば、中国の高齢化の現段階は日本の1980年代後半の水準に相当し、日本が1990年代以降経験した急激な高齢化をこれから中国が追体験する、ということである。

図表2-6 日本と中国の高齢化率の比較（日本1985＝中国2015）



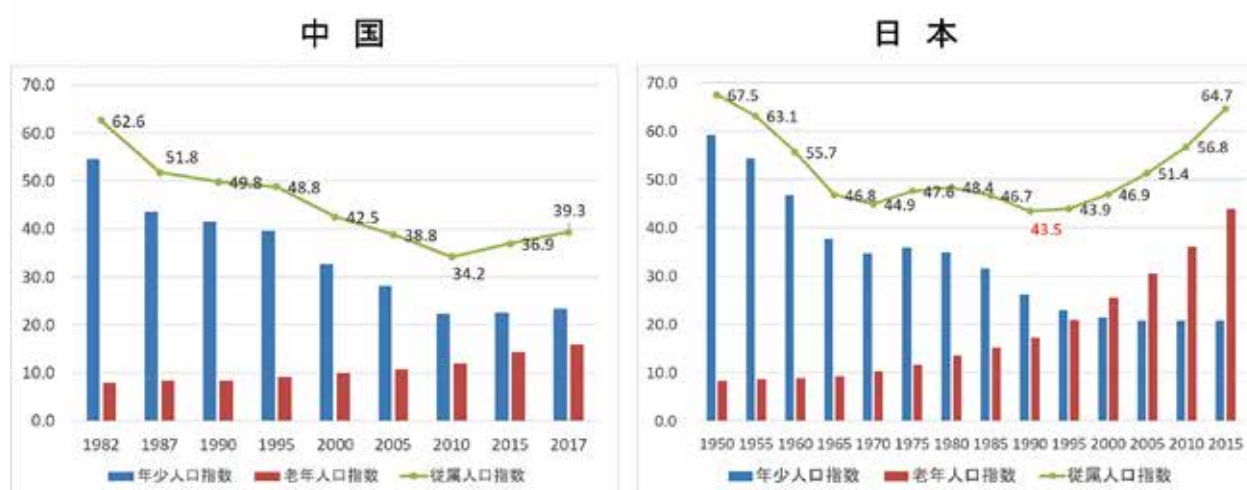
資料: UNDP, *World Population Prospects: The 2017 Revision*のデータより筆者作成

人口学では高齢者だけでなく扶養が必要な子ども（0－14歳）も従属人口に含め、両者対生産年齢人口（15－64歳）の比を「従属人口指数」と呼ぶ。人口転換の過程で出生率が低下し高齢化率がまだ上昇する前に、従属人口指数が大きく下がることで経済成長に有利な条件が発生する、というのが有名な「人口ボーナス論」である。図表2-7は中国と日本の従属人口指数の推移である。中国で従属人口指数が最も低かったのは2010年の34.2%であった。日本の従属人口指数は、戦後から1970年まで下がった後に第2次ベビーブームで若干上昇し、1990年に43.5%の最低値を記録した。人口ボーナスの視点から見ると、2000年以降の中国はかつての日本の高度成長期よりも従属人口指数が10ポイントも低いという世界的にも稀な好条件に恵まれている。旺盛な消費や目覚ましいイノベーションを含めて、

近年における中国経済の急成長は経済政策の他にこうした人口ボーナスの影響も小さくない。この後、1990年代以降の日本がそうであったように、従属人口指数は急速に上がり、人口ボーナスから人口オーナスの段階にシフトすることになる。

図表2-7 中国と日本の従属人口指数

(単位：％)



資料：国家統計局『中国統計年鑑2018』、国立社会保障・人口問題研究所（2018）『人口統計資料集』より筆者作成。

### 第3節 少子高齢化における日本の経験と中国

#### (1) 高齢者福祉政策における日本の経験

ここまで述べたように、高齢化率や従属人口指数から見た場合、2010年代後半の中国は1980年代後半から1990年代初めごろの日本に似た段階に位置しているといえる。では、1980年代後半から1990年代初めの日本でどのようなことが起きたかという、まず思い浮かぶのがバブル経済であろう。1985年のプラザ合意による円高を背景に海外旅行がブームになり、日本人観光客によるブランド品の「爆買い」が世界を驚かせた。さらに、国内のリゾート開発ブームが不動産投機を誘発し、バブルの発生と崩壊につながった。人口面では、豊かさの中で消費主義、個人主義的な生活スタイルが若者の中で広がり、出生率が急速に低下しはじめた。

しかし、80年代後半の日本では少子化はまだ重大な危機と認識されておらず、社会保障改革は近づく高齢化への対応を中心に進められた。1973年の「福祉元年」以後、社会保障

給付費が急増する半面、経済成長率が低下し税収が伸び悩んでいた。1979年の消費税導入の試みが挫折したため、1980年代前半には臨調の「増税なき財政再建」というスローガンのもとで年金、医療、生活保護など社会保障の支出抑制が行われた。一方で、高齢・超高齢化社会への対応も必要になってきた。特に高齢者福祉分野では社会サービスのインフラ整備、担い手の育成、そしてそのための財源確保が急務になった。1989年にはついに消費税が導入され、それとセットで「ゴールドプラン」（高齢者保健福祉推進十ヵ年戦略）が制定された。ゴールドプランは、デイサービスやホームヘルパーなどその後の介護保険の導入に必要なインフラ整備・人材育成の面で極めて重要な役割を果たした。1990年代に入ると高齢化の加速とともに高齢者福祉への社会的ニーズがますます増大し、数年間の財源模索の結果、1997年に「介護保険法」が制定され、2000年から介護保険が実施されるようになった。

公的介護保険の導入は、民間に介護サービスの供給及び費用負担を期待していた1980年代の民間活用路線では超高齢化に対応できなかったことを意味する。厚生省が毎年刊行している『厚生白書』を見ると、1980年代には「民営化」という大きな時代の流れの中で、産業政策として有料老人ホームなどシルバー産業の促進が強調されている。しかし、少数の高所得者以外の人々にとって民間のサービスは高嶺の花にすぎず、大多数の中間層のニーズを充足できないことが次第に明らかになったのである。現在、中国における高齢者関連サービスも、「養老産業」と呼ばれていることから分かるように、福祉というよりビジネスの性格が強く、この点に関しても1980年代後半の日本に似ている。もちろん、すべての国が介護保険という社会保険制度で高齢者の介護ニーズに対応しているわけではなく、中国が介護保険を導入するかどうかは不確かである。しかし、この後1950-60年代生まれの一人っ子の親世代が徐々に高齢者になり、介護需要が爆発的に増えてくると、中国でも何らかの制度対応が必要であることは確かである。

## （2）中国の社会保障はどこに向かうのか？

繰り返しになるが、社会保障制度が歴史の舞台に登場した背景には、近代化に伴う従来型共同体の生活保障機能の縮小、および失業や貧困による資本主義の危機があった。19世紀末から20世紀半ばに徐々に整備された社会保障制度は、失業、病気などによる「貧困」を主なリスクとし、各種社会保険や公的扶助などの制度を通じて所得を保障することを主たる目的とした。言い換えれば、国民の最低生活を国家が保障するということであるが、



そのためには社会保障制度の実施だけでなく、経済、財政、環境、教育、住宅など広範囲の国家介入も必要であった。アカデミックな用語ではこういうシステムを「福祉国家システム」と呼ぶ。第二次世界大戦以後に日本を含む資本主義諸国で確立した「20世紀型福祉国家システム」は、少なくとも1970年代半ばまでの30年間は未曾有の繁栄と安定をもたらし、「福祉国家の黄金期」を築いた。一方で、1970年代以降とりわけ1990年代以降は成長の鈍化と格差の拡大、雇用の不安定化、性別・家族規範の揺らぎ、少子高齢化などにより、従来想定していなかった新しい社会リスクへの対応が求められた。なかでも重要になってきたのが、豊かさの結果でもある少子化および高齢化への対応である。日本の社会保障制度においても、1980年代から高齢化、1990年代からは少子化が社会保障改革の最重要課題に浮上したのである。

中国が「20世紀型社会保障システム」を整えたのは日本より半世紀遅れた2010年前後である。日本は、1961年に「皆保険・皆年金」を実現してから1980年代に高齢者福祉への本格的な取り組みを始めるまで二十数年の間隔があった。それに対し、2010年代の中国は年金、医療の全国民適用を終えるのとはほぼ同時に少子高齢化という新しい課題に取り組まなければならなかった。それは、高齢者の所得保障や医療保障がまだ十分整う前に高齢化の波が押し寄せてくるということを意味する。いわゆる「未備先老」である。これから中国は日本が1990年代以降に経験した急激な高齢化と少子化を経験することになるが、日本の高齢者が享受してきたような年金や、医療・介護サービスを中国の多くの高齢者が享受することは困難であろう。

社会保障制度が十分な保障を提供できないとすれば人々は家族か市場に頼るしかないが、中国においても子どもの数が減っているだけでなく、家族扶養の規範も急激に弱まっている。東アジアの多くの社会と同じように、「家族主義」による重すぎる負担を避けるために「家族からの逃避」——結婚したくない、子どもを産みたくない——現象が「90後」を中心に急拡大している。家族が頼れなくなると残るのは市場しかないが、市場では必要（need）と需要（demand）の間に大きなギャップが存在する。結果的に、市場からサービスを購入できる階層とできない階層に分かれ、政府の責任は後者に集中する、すなわち二極化されたシステムになる可能性が高い。これは、少なくとも制度上は「普遍主義」を標榜している日本の社会保障とは異質なものであるが、もし日本の社会保障制度も今後十分な財源を確保できず、守備範囲をますます狭め、実質的に中低所得層に限定されるようになると、両者の違いは本質的ではなくなるかもしれない。

## 【参考文献】

1. 国立社会保障・人口問題研究所『社会保障統計年報』  
(<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp>)
2. 国立社会保障・人口問題研究所(2018)『人口統計資料集』
3. 沈 潔・澤田ゆかり編(2016)『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか—選別主義から普遍主義への転換の中で』ミネルヴァ書房
4. 田多英範(2004)「生活保障制度から社会保障制度へ」田多英範編『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社
5. 田多英範編(2018)『厚生(労働)白書を読む』ミネルヴァ書房
6. 李 蓮花(2011)「社会政策における『東アジア的な道』」社会政策学会『社会政策』3(2), 110-120
7. 李 蓮花(2015)「中国における人口問題と出産・育児関連政策—育児の『再家族化』、『ジェンダー化』を中心に」宇佐見耕一ほか編『世界の社会福祉年鑑2015 各国の子ども政策と社会福祉』旬報社
8. 湯 兆雲(2018)『我国人口政策制定和調整』経済日報出版社(中国語)
9. 党 俊武主編(2018)『中国城郷老年人生活状況調査報告2018』社会科学文献出版会(中国語)
10. 陳 劍(2015)『中国生育革命紀実(1978～1991)』社会科学文献出版社(中国語)
11. 郭 志剛(2012)『中国的低生育水平与被忽略的人口風險』社会科学文献出版社(中国語)

付表1 中国の社会保険制度の概要（2017年）

|                  | 制度              | 導入時期  | 加入者数(人)  | 受給者数(人)           | 保険料率                                |
|------------------|-----------------|-------|----------|-------------------|-------------------------------------|
| 年金<br>保<br>険     | 公務員<br>養老保険     | 2015年 | 約3,300万  | 不明                | 政府：賃金総額の28%<br>被保険者：賃金の12%          |
|                  | 都市労働者<br>基本養老保険 | 1997年 | 2億9,268万 | 1億103万<br>(2016年) | 雇用主：賃金総額の20%<br>被保険者：賃金の8%          |
|                  | 住民基本<br>養老保険    | 2014年 | 5億1,255万 | 1億5,598万          | 予め設定された複数の保険<br>料から選択<br>地方政府より補助あり |
| 医<br>療<br>保<br>険 | 都市労働者<br>基本医療保険 | 1998年 | 3億323万   |                   | 雇用主：賃金総額の6%<br>被保険者：賃金の2%           |
|                  | 住民基本<br>医療保険    | 2003年 | 8億7,343万 |                   | 被保険者の属性による定額<br>地方政府より補助あり          |
|                  | 失業保険            | 1998年 | 1億8,784万 | 220万              | 雇用主：賃金総額の1%<br>被保険者：賃金の0.2%         |
|                  | 工傷(労災)保険        | 2003年 | 2億2,724万 | 労災認定：<br>104万     | 雇用主：全国平均で0.5%                       |
|                  | 生育保険            | 2005年 | 1億9,300万 | 1,113万            | 雇用主：0.8%                            |

資料：人力資源和社会保障部「2017年人力資源和社会保障事業発展統計公報」、厚生労働省「2017年海外情勢報告」などにより筆者作成

## 第3章 「健康中国2030」の新たな制度設計

### 第1節 社会保障における制度改革の軌道

2016年8月26日に開催された中央政治局の会議にて「健康中国2030計画綱要」（以下、「健康中国2030」と略す）が審議・可決され、10月25日に公表・実施された。それは今後15年間、予防に主眼を置き、健康かつ文明的な生活スタイルを奨励し、クリーンかつ安全な環境を作り上げ、疾病発生を減少していく『健康中国』の構築を推進していく行動指針である。この「健康中国」は、医療衛生事業の全面改革を図るために、中央政治局が長年温めてきた戦略である。中国では、1978年にスタートした改革開放政策に伴い、様々な医療や社会保障制度改革が行われ、例えば、同年12月に開催された中国共産党第11期3中全会では社会保障制度の再構築が採択され、それに伴う都市部年金制度の改革をスタートさせた。その後も市場経済の深化に伴い、医療・年金・雇用などの社会保険制度の整備や仕組みの構築について多くの重要な政策が打ち出され、現在も試行錯誤が続く。ここでは、まず「健康中国」のコンセプトが生まれてきた背景と「健康中国2030」を公表するまでの流れを整理する。

#### （1）国公立病院改革

中国衛生統計データによると、中国では医療衛生機関のほとんどが国公立であり、9割以上の診療と入院サービスを国公立病院がカバーしている。1990年代後半までの医療体制改革は、必然的に国立病院の改革に重点を置いていた。それは、国有企業改革のメカニズムを導入し、医療衛生事業の市場化を推し進めた。しかし、医療衛生事業の市場化が進む中、医療サービスの不公平性と非効率な医療資源配分の問題が浮上し、国民の多くが必要な医療を受けられなくなり、「看病難、看病貴（受診を受けるのが難しく、受診費用が高い）」が社会問題となった。2000年世界保健機関（WHO）より中国医療システムの非効率性を指摘され、それを転機に中国政府は医療保険加入率と医療供給力の向上に加え、医療システム構造の転換などの新医療改革に本腰を入れ始めた。

国民の健康を保障し、医療衛生レベルを向上させるために、中国政府は、それまでの問題が政府の管理不足と資金投入不足から生じたと認識し、今後の医療改革において、政府の責任を強化した。そこで、医療制度改革を実施するに当たり、まず着手したのは、三つの基本医療保険制度の整備であった。すなわち、既に1998年に導入されていた都市労働者

基本医療保険（企業従業員、就労者、退職者）に加えて、2003年に農村部を対象に新型農村協力医療保険（都市戸籍非就労者）の導入し、2007年には都市部に居住する市民を対象にした都市住民基本医療保険（農村住民、農民）を成立させた<sup>1</sup>。それとともに、国立病院における管理・運営システムの効率化や医療サービスの質向上など、国立病院の改革を加速した。

## （２）「小康社会」の建設に伴う「健康中国」の提起

2007年10月に開かれた中国共産党第17回全国代表大会（第17回党大会）では、当時の胡錦濤総書記は「2020年までに一人当たりGDPを2000年の4倍増にする」ことを目標とする「全面的小康社会（ややゆとりのある社会）」を掲げた。そこで、「健康中国」が提起され、国民が多少は豊かさを実感でき、適度にゆとりのある「小康社会」と健康生活の調和的發展を推進する「健康中国2020計画」が打ち出された。2008年から数百名の専門家が関わった「健康中国2020戦略研究」が着手され、国民の衛生・健康問題を改善するための医療改革に取り掛かった。

また、翌年4月、人々により安い・安全・便利な医療衛生サービスを提供するため、中共中央国務院は「関与深化医薬衛生体制改革的意見（医薬衛生事業体制改革の深化に関する意見）」を公表した。具体的には、政府主導の下で、基本医療保険制度<sup>2</sup>の完備や国家基本医薬品制度の設立、基礎医療サービス・システムの健全化、公衆衛生サービスの均等化、国立病院改革の拡大などといった医療衛生改革の実施を打ち出した。その中心となる方針は、「1つの目標、4つの体系、8つの支持」<sup>3</sup>であり、都市と農村の住民をすべてカバーする医療衛生制度・仕組みを整備し、人々が基本的な医療衛生サービスを受けられる社会の実現を目指すことであった。さらに7月に新たな施策として、中国政府が「健康中国2020」を公表し、中国国民全体を対象に2020年までに基本的医療サービス提供の実現を目指した医療改革の実施計画を示した。こうして中国政府は2009年より、さらなる医療の充実のために、本格的に医療改革を強化し、「看病難、看病貴」という社会問題の解決を図ってきた。

1 詳細は、第2章を参照。

2 中国で現在実施されている社会医療保険制度は2010年から整備されたもので、都市部と農村部を分けた二元体制である。その基本的医療保障制度は主に「都市労働者基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療保険」に加え、「都市と農村医療救助制度」の4つから構成されている（陳・易、2011）。

3 「1つの目標」というのは基本的な医療衛生制度の確立であり、「4つの体系」は衛生サービス体系や医療サービス体系、医療保障体系、薬品供給保障体系であり、そのために統一した医薬衛生管理体制や高効率かつ制度化された医薬衛生運営メカニズム、実用的かつ共有可能な医療衛生情報システム、医薬衛生に関する法整備などの8つを政府が支持することである。



### （３）「健康中国2020」の実施

それまでの研究成果として、中国衛生部の陳竺部長は2012年8月17日に開催された中国衛生フォーラムにおいて、「『健康中国2020』の戦略研究報告」を発表した。「健康中国2020」では、医療・衛生事業の全面改革を推進するため、「重点健康問題への対応」「重大疾病への対応」「健康障害要素への対応」を優先対応課題とし、「医療レベルの向上」を加えた4分野について具体的目標と行動計画を策定するとともに、それらの目標達成のための管理体制、必要な法制度や医療保障制度の整備、医療人材の育成強化、中国伝統医療の伝承とイノベーションの促進などの関連政策も打ち出した。

この「健康中国2020」は、2020年までの8年間で4千億元（年平均500億元、2008年比で10倍の投資規模）を投入するなどの具体的な投資計画を盛り込んでおり、今後の医療衛生事業改革の方向性を示すとともに、国民の健康維持管理に関わる事業発展計画、医薬品・食品安全管理、医療設備投資など多方面かつ具体化に向けた取り組みを定めた。その後、「健康中国2020」を具現化するための政策が相次ぎ発表された。具体的目標の達成と行動計画の実行が強化され、さらに新たな発展計画と目標も追加された。

例えば、2013年9月には、医療、保健、リハビリなどを含む健康サービス産業の総規模の目標を8兆元以上として、2020年までに全年齢層をカバーする健康サービス・システムを構築するため、「健康サービス産業発展の促進」に関する政策を打ち出した。2014年10月には、新築マンションの附随施設としてスポーツ施設の設置が義務付けられ、2025年までに機能が完備したスポーツ産業を育成し、総規模が5兆元以上のスポーツ産業を目指す「スポーツ産業の発展」に関する政策を打ち出した。このように、経済発展レベルに相応な財政投資政策を策定し、衛生事業の振興戦略実施を着実に推進してきた。

### （４）既存の社会保障制度を見直す必要性

2015年3月、李克強國務院総理は「政府活動報告」の中で、医療衛生水準の向上と「健康中国」を促進する重要性を強調した。同年10月、中国共産党第18期五中全会で採択された「第13次五ヵ年計画の策定に関する中共中央の提案」では、健康は国民の最も基礎的な需要であり、「健康中国」は国民の健康促進を中心におくことが改めて強調され、「健康中国」の構築計画を推進する目標が再び提起された。具体的には、医薬衛生体制改革を深化し、都市・農村部をカバーする基本医療衛生制度を確立するとともに、医療機関管理制度と運営仕組みの構築に加え、食品安全戦略の実施を示した。

中国政府がこうした医療衛生事業の全面改革に取り組んできた背景には、所得水準や消費行動の変化とともに、地域間の格差や人口構造の変化が重要な要因として考えられる。経済の急速な発展が進む中、国民所得水準の向上に伴って健康志向が高まり、健康管理・健康づくりに対する投資が増えている。2015年の項目別消費支出額では、衣食住関連は依然として最も高い割合を占めているが、都市部1人当たり健康サービス関連消費は1,443円で消費全体に占める割合は6.75%と、2014年より0.25ポイント上昇した。他方、中国では、1979年人口抑制政策が導入され、その翌年から本格的に計画出産、いわゆる「一人っ子政策」が40年も続いた結果、少子高齢化社会が急速に進んできた。2015年に65歳以上の人口は全人口の10.5%にも達しており、45～50歳の人口割合が最も高く、今後人口の高齢化による退職金、年金、医療費、社会福祉費などの負担増の圧力が強まることが予想される。

実際、近年、こうした人口の高齢化に伴う医療サービスや薬品への需要は増大する傾向にある。それが医療費の押し上げ要因になり、さらに、医療費の増加や社会保障費の膨張は医療保険財政のみならず、国家財政を逼迫させる状況になりつつある。そのため、医療費抑制に向けて、国家基本薬品制度を導入し、医療の質を改善する政策等、さらなる医療制度改革を迫られることになっている。こうした医療費抑制に伴い、良質かつ効率的な医療の提供が求められ、既存医療システムの非効率性を改善する必要性に迫られている。

財政悪化に加え、所得や生活する地域、民族、社会的な立場などの社会・経済的な環境の違いから生じる健康格差の問題も浮上してきた。これらの問題に対応するためには、都市と農村の基本公共衛生サービスの均等化や科学的な医療衛生管理体制の確立、良質かつ効率的な医療の提供が求められており、人口政策と新しい社会保障制度に関する適切な制度設計の見直しが必要とされた。

## 第2節 「健康中国2030」の趣旨と概要

これまで実施されてきた多くの医療改革に関する政策は、医療衛生サービス体制の整備とともに、平均寿命の延伸や乳児死亡率と妊産婦死亡率の低下を実現させ、「小康社会」の重要な基礎を築いてきた。健康は一人ひとりの基本的需要であり、経済社会発展への基礎条件である。社会保障制度は経済社会と密接に結びつく制度であり、急速な高齢化の進展や地域間・都市農村間の経済格差を抱える中国では、社会保障制度の改革・改善や社会保険システムの完成、持続可能な福祉社会の実現をさらに進めるために、今後の改革の方

向として「健康中国2030」が発表された。「健康中国2030」は、今後15年間、医療だけでなく、健康な生活スタイル、社会保障、環境問題、食品安全など国民生活に関わる健康分野のガイドラインとなっており、経済を牽引する新しい産業を創出・育成する一方、国民の健康意識の喚起が期待されるとともに、社会安定にも重要な意味を持つ。

「健康中国2030」は8部構成で、具体的には次のように構成されている。

第一部 総体的な戦略（第1～3章、基本方針や戦略目標などを含む）

第二部 健康生活の普及（第4～6章、健康促進に関する教育や自主行動などを含む）

第三部 健康サービスの改善（第7～10章、全国民をカバーする公共衛生サービスの強化や高質な医療サービスの提供などを含む）

第四部 健康保障の改善（第11～12章、医療保障システムや医薬品供給保障システムの整備などを含む）

第五部 健康環境の整備（第13～16章、健康に影響する環境問題の解決や食品・医薬品の安全保障などを含む）

第六部 健康産業の発展（第17～20章、健康サービス産業の発展や、医薬産業発展の促進などを含む）

第七部 健康と医療の仕組み構築（第21～26章、国民の健康促進を目指す管理体制や仕組みの改革深化、医療人材の育成強化、医療情報化サービス・システムの構築、健康イノベーションの推進などを含む）

第八部 組織的実施の強化（第27～29章、良好な社会環境の整備や監督管理体制の強化などを含む）

次に、主要な部分について詳細を見ることにしよう。

## （1）基本方針と戦略目標

中国の経済転換の重要な時期に公表された「健康中国2030」は、国家戦略として位置づけられた。政府主導の下、国民の衛生・健康問題を改善するために、健康を支え、守るための環境整備、健康保障の改善や健康産業の発展に重点をおき、全国民参加による健康増進を目指す。そのために次の四原則が示されている。

- ① 健康優先（健康優先と経済社会発展の調和）
- ② 改革创新（国民健康を促進する仕組み作りのための改革・イノベーション）
- ③ 科学发展（東洋医学と西洋医学の相互補完と融合を推進し健康サービスの水準を向上

するための科学的発展)

- ④ 公平公正（社会的公平・公正への取り組みによって、都市と農村、地域・職業間における基本健康サービスと健康水準の格差縮小と均等化の実現）

「健康中国2030」は「共建共享、全民健康（協働共有、全国民の健康促進）」を基本方針とし、政府とヘルスケア業界など、各方面の協力を通じて健康的な生活様式の普及を目指す。「健康中国」の建設を推進するために、医療保険、食品安全、レジャー・スポーツ、医療保険、養老、環境保護などの多方面から医療・健康問題への取り組みを示している。達成目標として、2020年までには都市と農村の基礎医療衛生体制や効率的な医療サービス体制を構築し、国民の健康意識を高め、国民全員が基礎医療衛生サービスやフィットネスサービスを受けられる健康サービス体制を整備・改善し、合理的な健康産業構造を形成し、主要健康指標を中等先進国と同じレベルにする。2030年までには全国民の健康を促進する仕組みのさらなる改善や、健康的なライフスタイルの普及、健康サービスの品質と健康保障水準の継続的な向上を促進し、主要健康指標を先進国のレベルに到達させる。そして、2050年までには、社会主義現代化国家に相応しい健康国家を完備することを戦略目標と行動計画として打ち出している。そのうち、2030年までに実現すべき主な目標は以下の通りである。

- ① 国民健康水準の持続的な向上。人々の健康増進と平均寿命の上昇に取り組み、平均寿命を2030年には79歳に引き上げる。
- ② 健康に影響する主要な問題の解決。健康的な生活方式の普及と健康に良い社会環境の形成、食品・医薬品の安全保障、重大な疾病危険因子の排除などに取り組む。
- ③ 健康サービス能力の大幅な拡大。医療衛生と健康促進のための公共サービス・システムの整備、健康保障システムのさらなる改善、健康サービス品質と水準の向上などに取り組む。
- ④ 健康産業の市場規模拡大。体系化かつ構造最適化された健康産業を構築し、イノベーション能力と国際競争力のある大型企業を創出することによって、健康産業を国民経済の基幹産業にする。健康サービス産業の年間規模は、2020年に約8兆元、2030年に約16兆元と予測される。
- ⑤ 健康に関する制度体系の見直しと改善。健康領域における政策や法律の体系的整備を進め、保健セクターのガバナンスシステムとガバナンス能力の近代化を図る。

こうした目標とともに、平均寿命や乳児・妊産婦死亡率、国家身体測定基準に達する人数の比率など健康水準における基本目標、定期的に運動する人数などの健康生活意識、人



口千人当たりの医師人数や総衛生支出における個人衛生支出割合などに関する健康サービスと保障、都市の大気が健全な日の割合などの健康環境、健康サービス産業の市場規模などといった定量的目標も示されている。

## （２）健康生活の普及

高齢化や都市化が進み人々の生活スタイルが変化する中、「健康中国2030」は、2030年に向けて国民の健康を増進させる方策に関する取り組みをまとめている。予防に焦点を当てた健康生活の普及は、健康意識を向上させるため、健康教育の強化に加え、食事や運動など生活習慣・運動習慣の形成・改善など総合的な健康づくりに取り組む計画である。

### ① 健康教育の強化対策

各県レベルの都市において、健康体重・健康口腔・健康骨格などを推進するイベントの開催を通じて、全国民の健康意識を向上させる。また、小中学校に重点を置いた健康教育を推進するプログラムの提供など、学校における健康教育の強化に取り組む。

### ② 健康的な生活習慣の形成

国民栄養計画の実施を制定し、栄養知識の普及や健康的な飲食習慣の推進、学校や養老施設などでの健康指導を通じて、人々の食生活を向上させる。また、価格改定、課税などによってタバコ規制を実施し、飲酒と健康との関わりや生活習慣改善方法についての情報を提供し、過度な飲酒と喫煙を抑止する。他方、心の健康を促進するため、メンタルヘルスに関する教育を実施し、精神疾患の早期発見対策を推進する。また、性教育や薬物規制に注力し、麻薬などの薬物乱用による危害を最大限に減少する。

### ③ 健康状態の改善に対する対策

2030年までに、一人当たりのスポーツ敷地面積を2.3㎡以上とする目標達成のため、ウォーキング・ジョギングの道路や自転車道、フィットネス施設、体育館などの公的フィットネスサービス体制を整備する。また、国民健康増進に必要な運動を推進する計画を策定し、運動に関する知識を普及する。運動増進のためのイノベーションプラットフォームを設立し、科学的な運動を指導するとともに、国民健康モニタリングシステムとビッグデータ活用にも注力し、運動・医療・技術の融合を強化する。



### (3) 健康サービスの改善

「健康中国2030」では、医療サービスの能力を大幅に向上させ、整合性、統合性の取れた医療衛生システムを構築するのを目指す。健康サービスの改善には、公共衛生サービスの強化、高品質かつ効率的な医療サービスの提供、中国伝統医学の活用、特定健康サービスの強化など、4つの分野から重点的に改革を進める方針が示されている。

#### ① 公共衛生サービスの強化

医療サービスの重点を治療から予防へと移し、持続可能な健康管理システムの構築に取り組む。糖尿病や高血圧、高脂血症などに代表される生活習慣病の改善と予防、がんの早期発見、重大伝染病の予防と克服などといった重大疾病の予防と治療を強化することで、2030年まで国民全体をカバーする健康管理システムを構築する。また、計画出産サービスを改善し、2030年までに全国の出産人口における性別の均衡化を実現する。そして、中国全体で公共衛生サービスの整備及び公共衛生サービスの均等化を推進する。

#### ② 高品質かつ効率的な医療サービスの提供

医療サービスについては、主に三つの方針が示されている。まずは2030年までに、15分圏内の基礎医療サービス体制を整備し、常住人口1千人当たり看護師数を4.7人にまで引き上げるなど、医療衛生サービス体制を強化する。また、医療衛生サービス提供方法を改善し、家庭医の普及や高齢者向け診療制度の構築を推進する。そして、国際レベルの医療品質管理システムを構築することで、医療サービス水準と品質を向上させる。

#### ③ 中国伝統医学の活用

中国伝統医学は健康維持、持病の治療において長い歴史を持っている。まずは漢方薬サービス能力を向上させるため、衛生院と社区卫生服務中心において中国医学総合サービスエリアを設立するなど、漢方薬サービスを提供し、中国伝統医学の発展を促進する。2030年まで、重大疾病の治療や疾病の回復過程において、中国医学漢方薬が予防医療における主導的な機能の発揮を目指す。また、未病対策としての中国医学サービスを推進するため、健康文化や健康管理、医療保険等を一体化した中国医学健康保障モデルを構築する。中国医学処方箋の深掘と伝承を重視するとともに、漢方薬のイノベーションや新薬の開発を推進し、漢方薬の伝承とイノベーションの双方を促進する。また、漢方薬生産の規範化、規模化を推進するとともに、理論的・実践的研究の発展に取り組む。こうして中国伝統医学の強みを発揮し、薬品、新型の治療方法、リハビリテーションなどの医療サービス水準の向上に取り組む。

#### ④ 特定健康サービスの強化

「健康中国2030」では、身体障害者、精神疾患、児童向けのリハビリテーション制度を構築し、対象別健康サービスを強化し、妊産婦や乳幼児、高齢者、身体障害者向け医療・衛生サービスを向上させる方針が示されている。まずは、出産補助や母子安全出産計画、健康児童計画などのプログラムを実施し、母子健康レベルを向上させる。また、医療機関と高齢者施設の提携を促進し、高齢者施設において医療サービスの提供を実現することで、高齢者の健康促進を目指す。身体障害者の予防とリハビリテーションに関する政策を策定し、一部のリハビリ費用を医療保険適用し、身体障害者の健康促進を進める。

### (4) 健康保障の改善

#### ① 医療保障システムの健全化

「健康中国2030」では、国民皆保険の充実、医療保険管理体制の整備、商業健康保険の促進を掲げている。まずは、基本的な医療保障を主体とし、都市部と農村部住民の基本医療保険制度の統一化を推進するとともに、複数種の保険が補完し合う医療保障システムを引き続き改善する。2030年までには、国民皆医療保険体系を成熟させる。

また、病種や人に基づいた医療保険支払方式の改革を推進し、診断群別定額支払方式（DRG）などの複合支払方式を模索し、退職者による医療保険の納付地以外での入院、外来の直接決算を実現させ、民間保険会社を国民医療保険の経営管理に導入するなどの取り組みを進める。国民皆医療保険管理サービス体制の完備に向けて、医療保険基金の管理を厳格化し、医療保険の支払い方を改善することで、医療保険管理サービス・システムの健全化を図る。さらに、商業医療保険に関する課税優遇の制定などによって、個人、企業による民間医療保険の加入を促進し、民間保険会社による健康に関する保険商品の開発を奨励する。保険会社が医療、健診、介護などの関連機関と提携し、公的医療保険を中核とし、商業保険などが補充する医療保険システムの構築を促進し、2030年までに医療・衛生関連支出に占める商業医療保険の割合を上げる。

#### ② 医薬品供給保障システムの改善

まずは、医薬品流通会社によるサプライチェーンの整備や医薬品のEC販売促進などといった医薬品・医療機器の流通システムの改革を深化させる。また、児童用医薬品の供給保障、希少疾病の治療薬保障などの関連薬品政策の整備、現行薬価基準制度の見直しなど、より整備された国家基本医薬品制度を策定し、国家医薬品政策の整備・改善に向けた取り

組みを進める。

## （５）健康環境の整備

第５部は、健康環境の整備を図るため、環境保護の強化、健康に影響する環境問題の解決、食品安全基準の国際レベルへの適合、薬品・医療機器の審査制度の改善、そして医療機器と化粧品に対する監督・管理の強化に関する方針を示している。

### ① 衛生促進運動の深化

都市部と農村部における良好な生活環境の整備を強化するため、農村地域における水供給率の向上や無害化衛生トイレの建設などに注力する。また、健康都市と健康町村の開発計画及びその評価を作成し、モデルとなる都市・町村を増やすなど、健康都市と健康町村の建設を推進する。

### ② 健康を害する環境問題への取り組み強化

高水準の環境保護制度を策定し、大気、水、土壌などの環境汚染の防止と改善対策を深化する。さらに、鋼鉄、セメント、石油化学などのエリアを重点とし、汚染物排出の対策を実施するなど、工業汚染物への対処に関する施策を進める。また、環境情報公開制度や特定エリアのモニタリングとリスク評価の仕組みを構築し、環境観測及びリスク評価制度を構築する。

### ③ 食品薬品安全の保障

中国では、食の安全性に対する関心が高まっている。しかし、産業の川上にある原材料生産には数多くの個人経営で行う農場や養殖場が存在する同時に、卸売りや小売企業も多く企業が多く存在するため、統一した監督・管理が難しい。そのため、国際基準の食品安全標準制度の整備や食品安全のリスクモニタリングなど、生産地から食卓まですべての生産・流通プロセスにおける食品安全の監督管理を強化する取り組みが進められている。また、臨床結果に基づいた医薬品・医療機器の認証制度を構築し、医薬品安全の監督を強化することにもなる。

### ④ 公共安全システムの改善

公共安全システムの改善については、主に５つの分野から取り組む方針が示されている。第一には、職業病危害の基礎調査を実施するなど、職業病の予防・早期発見や、職業病・労災の軽減、ハイリスクな仕事の安全性担保への取り組みを強化する。第二には、交通安全を統括する施設の計画・整備を強化し、交通安全の管理を促進し、2030年までに交通事

故の死亡率を30%以下に引き下げる。第三には、自殺・中毒等の不慮の事故を予防し、高齢者・児童の死亡率を低減することで、不慮事故の予防・減少を図る。第四には、国民の安全意識教育を強化し、消防施設や救急ネットワークを構築することで、突発事件への応急対応能力を向上させる。第五には、国際的な伝染病に関する情報収集・管理システムを設立し、海外旅行者からの感染被害を防止するなど、検疫所による公共衛生管理体制を改善していく。

## （6）健康産業の発展

### ① 医療機関の多様化

政策優遇によって、民間資本の参入による非営利医療機関の設立を認可し、公的、民間医療機関の平等化を推進する。例えば、個人診療所の設置は制限を適用しない。外資<sup>4</sup>が医療機関に投資できる範囲のさらなる拡大や、保険会社の投資による医療機関の設立、民間医療機関の品質向上、大規模化、病院グループ化（系列化）などを推進する。

### ② 新たな健康サービス産業の発展

健康や養老、観光、インターネット、レジャー、食品・工業などの融合を促進し、新しい産業・業態・ビジネスモデルを育成する。インターネットを活用した健康サービスや健康診断受診の奨励やカウンセリングなどの健康サービスを促進しながら、個人向けにカスタマイズされた健康管理サービス、ウェアラブルデバイス、モバイル健康サービスを開発する。また、母子ケアサービスの発展や健康文化産業、体育医療リハビリ産業の育成、医療観光の基準整備と国際競争力のある健康医療観光地の開拓などに注力し、新たな観光消費スポットを育成し、資源を持つ地域の医療リソースを整合し、健康文化産業と観光事業の連携や、漢方をテーマとする医療観光事業<sup>5</sup>を促進する。

他方、健康診断センター、画像診断センター、病理診断センター、血液透析センターなどの専門医療機関を整備するとともに、第三者医療サービス評価、健康管理サービス評価及び健康市場調査とコンサルティングサービスの発展を促進する。また、民間資本による

4 2009年には外資資本による医療機関の開業を許可し、病院事業の開放を拡大した。その後も、医療サービス市場における外資規制緩和が徐々に進んでいる。2014年8月から、北京市、天津市、上海市、江蘇省、福建省、広東省、海南省の7省市において外資独資病院への投資・運営が可能となった。さらに、2015年から実施する新たな「外商投資産業指導目録」によって、健康分野における外資規制緩和が加速される。一部の試行区域において、一定の条件を満たせば、外資投資者が新設又は買収・合併の方法をもって外商独資病院を設立することを認める旨が規定されている。また、高齢者福祉施設を設立することが奨励されている。

5 2009年の新医療改革をきっかけに、中国政府は医療観光事業を促進する方針を示した。



食品・医薬品サービスへの投資を奨励する。

### ③ レジャー産業の発展

民間資本によるフィットネス・レジャー施設の建設・運営への参入を推奨する。多様なスポーツクラブを開設し、スキー、マウンテンバイク、ウォータースポーツ、レーシング、エアスポーツ、馬術などのファッションスポーツを育成し、地域特徴のあるレジャーモデル、スポーツレジャー施設を創出する。

### ④ 医薬産業の成長促進

産学官連携による共同イノベーション体制を整備することによって、医薬品・医療機械のイノベーションや知的財産権を持つ医薬品・医療機器の研究開発能力向上を推進する。こうした医薬技術イノベーションを強化することで、2030年までに医薬品・医療機器の品質基準を国際的な水準にまで引き上げる。

また、産業発展水準のレベルアップを目指し、専門的な医薬品集積地を開発し、関連する産業の連携や連盟体の形成などの医療サービスに関するグローバルな提携を促進し、2030年までに知的財産権を有する新医薬品・医療機器の市場シェアを拡大する。また、先端的な医療機器の国産供給比率を引き上げ、流通業者の集約を促進し、多国籍大型医薬品流通企業（卸）を育成する。

## （7）健康と医療の仕組み構築

第7部は主に「健康中国」の取り組みを進めていくために、関連する制度や仕組みの整備・構築、医療人材の育成、情報通信技術を活用した健康・医療情報インフラ整備の促進及び関連する法整備などを明記する方針を示している。

### ① 制度改革の深化

まずは、国民の健康促進を目指した管理体制や仕組みの改革を深化させる。多元的な評価制度や健全な監督監視体制の構築などの総合的なデザインをすることで、各部署間・各業界間のコミュニケーションや協働を強化し、健康とあらゆる政策の効果的な融合を図る取り組みを進める。また、医薬衛生体制改革を掘り下げ、より健全な医療衛生制度を構築し、医療衛生事業の発展を加速させる。そのために、中央政府や地方政府は国民が必要とする基本健康サービスを享受できるよう制度の運営や財政支援を行う責任がある。それとともに、社会資本の投入を奨励することで、社会全体をあげて健康管理に取り組む体制・仕組みを整備し、健康分野における資金調達システムを改善する方針を表明している。ま



た、行政が民間活動の支援など多種多様の運営モデルの在り方を模索し、規制を取り除いて企業が新たなサービスを試す環境を整えながら、様々な分野の企業と協力を深めていく。国公立や民間も合わせた医療施設及びそれらが提供するサービスの質と量を認定するとともに、そのための医薬品に対する許認可や監督管理、公平な競争を促進する仕組みなどの健康医療に関連する領域の発展を推進するよう政府機能を転換する。

## ② 医療人材育成の強化

次に、医療健康領域における人材育成の強化が必要となる。国家資格を含めた人材育成システムや医学・薬学に対する研究支援など、高品質の教育を保障する体制を改善し、医療衛生サービス従事者のレベルを高める。また、人材活用・評価・インセンティブシステムを創出する仕組みを構築する。

## ③ 健康領域における技術イノベーションの推進

保健医療ネットワークを整備するとともに、国家臨床医学研究センターの新設などといった科学研究に関するインフラの整備、医療技術、医薬品のイノベーションと高度化の推進、専門的な医薬園区の設立、産業連盟や産業連合体の設立の推奨、により産業集約度を向上させる。こうした国家医学科学技術イノベーション体制の構築によって、医学科学技術進歩を推進する。

## ④ 医療情報化サービス・システムの構築

健康情報プラットフォームを構築し、「インターネット＋健康医療」サービスを推進することにより全国規模で医療情報を共有する保健医療ネットワークを整備し、一元化した人口・健康情報サービス体制を整備・改善する。各レベルの医療機関と健康サービス資源とが連携する仕組みをつくり、情報資源を統合したサービスを提供する。それとともに、医療、健康におけるインターネット、クラウドコンピューティング、ビッグデータなどの新世代の情報技術を活用した遠隔医療などを推進する。

## ⑤ 医療・健康に関する法整備の強化

国民の健康保持に寄与する基本医療衛生法、漢方薬に関する法律など、持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康に関わる法律の策定と実行を推進する。それとともに、政府機関による監督管理に加え、医療機関が自覚と責任を持った運営管理、そして社会全体による監督管理の体制を構築し、健康医療領域の法整備と管理体制を強化することを目指す。

## ⑥ 国際交流と国際協力の強化

積極的に国際交流と国際協力を推進・強化する。

## (8) 組織的実施の強化

第8部では、「健康中国」の目標と方針を実現するための方向として、(1)組織指導の強化、(2)良好な社会環境の整備、(3)監視・監督の強化の三つを示している。

まずは、大きなプロジェクト、重大な政策、重大な問題などに関して、関連部門のリーダーシップと各部門の連携を強化し、共同で問題解決や方案の策定、着実の実施を確保する。そして、あらゆる世代の健やかな暮らしを支える良好な社会環境を構築するため、健康政策や戦略方針を広げながら、社会全体が健康中国を作り上げていく意識・関心の向上を促進するなどにより社会環境整備の取り組みを進める。最後に、健康を増進するために、組織的な実施の強化ならびに監督の強化を促す方針も示した。

## 第3節 まとめ及び重点施策実施

### (1) まとめ

これまで述べたように、中国政府は経済発展に伴って、国公立病院の改革から「小康社会」の建設に伴った「健康中国2020」、そして「健康中国2030」まで一連の医療改革や社会保障制度の整備に向けた様々な取り組みを進め、過去の不十分な医療事業計画を改善し、医療衛生事業の全面改革を実施してきた。「健康中国2020」は衛生事業発展モデルを「疾病診療」から「予防と治療の一体化」に転換した。

それに対して「健康中国2030」の主な方針は、治療から予防を重視した医療提供体制の構築に重点を置き、健康的なライフスタイルを育成しながら、情報管理システムやデータベースを構築するなどビックデータを予防・治療に活用することである。例えば、健康水準における基本目標、定期的に運動する人数などの健康生活意識、人口千人当たりの医師人数や総衛生支出における個人衛生支出割合などに関する健康サービスと保障、都市の大気が健全な日の割合などの健康環境、健康サービス産業の市場規模などといった定量的目標をより高く示している（図表3-1）。その狙いは人口の高齢化や生活習慣病患者が増えつつある現状から、社会保障費や医療人材育成費用に関する予算を増加するのに伴い、負担と給付を見直す社会保障制度を改正することにある。

図表3-1 「健康中国」建設の主要指標

| 領域            | 指標                      | 2015年           | 2020年            | 2030年            |
|---------------|-------------------------|-----------------|------------------|------------------|
| 健康水準          | 国民平均寿命(歳)               | 76.34           | 77.3             | 79               |
|               | 乳児死亡率(‰)                | 8.1             | 7.5              | 5                |
|               | 5歳以下児童死亡率(‰)            | 10.7            | 9.5              | 6                |
|               | 妊産婦死亡率(1/10,000)        | 20.1            | 18               | 12               |
|               | 「国家身体測定基準」に達する<br>人数の比率 | 89.6<br>(2014年) | 90.6             | 92.2             |
| 健康生活          | 国民の健康素養水準(%)            | 10              | 20               | 30               |
|               | 定期的に運動する人数(億人)          | 3.6<br>(2014年)  | 4.35             | 5.3              |
| 健康サービス<br>と保障 | 重大生活習慣病の早期死亡率(%)        | 19.1<br>(2013年) | 2015年より<br>10%低下 | 2015年より<br>30%低下 |
|               | 常住人口千人当たり医師数(人)         | 2.2             | 2.5              | 3                |
|               | 総衛生支出における個人衛生支出割合(%)    | 29.3            | 約28              | 約25              |
| 健康環境          | 都市の大気が良好な日の割合(%)        | 76.7            | >80              | 持続改善             |
|               | 地表水の質がⅢ類に達する比率(%)       | 66              | >70              | 持続改善             |
| 健康産業市場        | 健康サービスの市場規模(万亿元)        | —               | >8               | 16               |

資料：国家衛生計画生育委員会編集（2017: pp.8-9）に基づき、筆者作成。

## （２）医療インフラの整備に伴う医療機器国産化

近年、急速に進展する人口高齢化に伴って、病院や介護施設などの医療インフラ整備も急速に進められてきた。最後に、こうした背景から、病院改革や医療インフラ整備の促進に伴い、中国政府が推し進めている医療インフラの整理と健康医療産業の育成を簡単に触れたい。

先述のように、国公立病院の改革に伴って、「看病難、看病貴（受診を受けるのが難しく、受診費用が高い）」という社会問題が浮上した。中国では、基本的に公的医療保険制度の指定医療機関であれば選択は自由であるが、医療資源の偏在や地域間・所得間の格差によって実質的には医療機関の選択に制約が生じる。「看病難」の原因は２点あると指摘された<sup>6</sup>。一つは、優れた医療機関の多くが大・中都市に集中する一方、中小地方都市には重病を診療できる医療機関がない、つまり医療資源の偏在、医療機関の配置が合理的でないことから生じた問題である。もう一つは重症軽症を問わず、評価の高い大きな病院に患者が押し寄せる<sup>7</sup>ため、十分な医療を受けられない患者が出てしまう一方、基礎医療機構や県級中

6 日本貿易振興機構(2015)『中国政府による国産医療機器遊具政策に関する調査報告書』。

7 中国衛生部の統計によれば、中国の医療資源の80%（医療スタッフ及び設備、病床等）が都市部の三級病院に集中している。

小規模の医療機関には患者が少ない、つまり患者の治療意識から生じる問題である。そして、「看病貴」は主に薬剤費用が高いことと、診療装置の使用費用が高いことに起因すると指摘されている。つまり、「看病難、看病貴」の問題を引き起こした主な原因の一つとしては、中国では、長期に渡って大型精密医療機器を外資系医療機器に頼っているため、それを保有できる大病院に患者が集中してしまったことにある。それに対して、基礎医療機構<sup>8</sup>や地方の医療機構は高額な医療機器を購入できず、設備が十分でなく、医療レベルも低いため、経営状態がよくなならないという悪循環に陥っている。こうした状況から、政府による積極的な支援・育成が必要だと考える。

中国政府はこれらの現状を打破するため、患者の意識変化による大病院の混雑緩和を促す対策や、国家基本薬品制度導入等の医療制度改革の実施による医療費抑制などの手を打つとともに、基礎医療機構や中小規模医療機関のインフラ整備を進めてきた。具体的には、2009年から一連の優遇政策と資金投入が実施され、県レベルの病院建設行動計画に1090億元、看護師育成プロジェクトに1050億元、総合診療医の特別雇用計画に1000億元などといったインフラ整備への投資に加え、末端医療、インターネットに基づく医療情報化、精神疾患防止治療などといった医療システム構築も重点プロジェクトとし、それに対して2020年までの8年間で4千億元（年平均500億元、2008年比で10倍の投資規模）を投入する計画が示された。こうして地方の医療インフラ整備を加速することによって、中国が抱える地域間での所得格差や、都市内部での所得格差を縮小させる取り組みを進めている。

それとともに、国産医療機器に優遇策を付与し、優先的に調達することを支援し、医療機器の国産化を後押しする方針を表した。具体的には、科学技術部と国家発展改革委員会、財政部による自主革新製品の認定作業を開始し、コアな技術を有し臨床価値が大きな医療機器に対して特殊承認の医療機器と認め、優先的に登録承認などの技術イノベーション支援を実施し始めた。なお、更に入札の監督管理が不十分であることから、国産医療機器が国内市場を開拓するのは難しい状況であった。これは、中国における医療費用が高まっている一因とも認識されている。そのため、医療機器国産化調達政策並びに国産医療装置の使用について奨励体制の整備など、国産医療機器創出促進基盤づくりを急ぎ、新たな産業の育成につなげたい。2014年には中国医療機器の国産化調達政策が打ち出され、県級公立病院は、借入金による大型医療設備の購入を禁止し、また品質が同じと判断できる場合、

8 国衛生和計画生育統計年鑑によると、基礎医療機構とは都市部の社区卫生服務センターや郷鎮衛生院を指す。



優先的に国産医療機器の購入を徹底することを奨励するなど、政府による集中調達を実施する方針を明らかにした。こうして中国政府は国民が受ける医療の質向上に資する医療機器の研究開発及び普及に取り組むとともに、国産医療装置の使用についての奨励体制を整備しながら、関連する国内医療機器産業の発展に力を入れ始めた。

### （３）健康・医療に関連する重点産業分野の育成

中国政府は「治療」（病気を治すことが中心）から「未病」（疾患の予防が中心）へ、そして「医療が健康を促進」から「フィットネス、環境、教育、ライフスタイルなど非医療手段と連携し、健康を促進」へと健康に取り組む方針を転換し、生活改善を促す保健事業や予防への取り組みが進められている。予防が中心となれば、医療関連支出の削減や公的医療費の抑制にもつながる一方、国民の健康意識向上と健康増進の総合的な推進を図ることができる。「健康中国2030」において、キーワードの一つは「予防」であり、重大疾患の早期発見は健康診断によって実現するという方針を表した。そのため、「生活習慣病総合予防モデルエリア」などの医療機関の整備によって、がん、脳卒中、冠動脈性心疾患などをもたらす生活習慣病の早期発見・診断・治療介入・追跡のシステムを構築し、重大生活習慣病による早期死亡率を減少させるという目標を立てたのである。

近年、国民による健康診断の意識は高まり、受ける人は年々増えている。それとともに、医療・健康に関する医療設備や医療機器、リハビリテーションや養老などに向けた介護機器への需要が増加している。その背景には、経済成長の結果、都市部を中心に所得の増加に伴う生活水準の向上により高水準の医療サービスへのニーズが高まるようになり、富裕層だけでなく中間層にまで医療・健康の充実を求める動きが広がりつつある。こうして医療サービスの重点を診断治療から予防対策に向けた健康増進を中心とするモデルへと移行する中、健康意識の向上による健康サービスのニーズが増加し、スポーツ設備・機器、フィットネス機器、スポーツ用品、健康器具、サプリメント・健康食品、スポーツツーリズムなど、疾病予防や健康に関連する多くの産業が連動し、スポーツ・健康関連産業の市場も年々拡大する傾向にある。

これらの医療需要が大幅に上昇する中、「健康中国2030」は、これまでの取り組みを強化し、医療・健康関連市場の需要刺激策として大きく期待されている。具体的には、今後の重点産業として、従来からの医療・衛生機関を中心とする医療サービス、医薬品・医療機器・医療消耗品を中心とする医薬製造の関連産業、「绿色食品」やサプリメントを中心



とする健康食品産業、健康診断・健康コンサルティング・リハビリテーションを中心とする健康管理サービス産業、養老といった五つの産業に加え、健康分野におけるビッグデータの活用とスポーツ産業の二つの分野の発展も国民健康水準向上の一環として推進されている。健康サービス産業の年間規模は、2020年に8兆元、2030年に16兆元にそれぞれ到達すると予測され、とりわけ遠隔医療への応用など、ITの進化に合わせて新たな産業やサービスが生まれていくことが期待されている。

#### 【参考文献】

1. 陳文玲・易利華（2011）『2011年中国医薬衛生体制改革報告』中国協和医科大学出版社
2. 中華人民共和国国家統計局『中国統計年鑑』中国統計出版社
3. 経済産業省(2017)『新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査報告書(中国編)』
4. 「健康中国2020」戦略研究報告編委会（2012）『「健康中国2020」戦略研究報告』人民衛生出版社
5. 国家衛生与計画生育委員会編集（李斌編集長）（2017）『「健康中国2030」規劃綱要』補導読本、人民衛生出版社
6. 日本貿易振興機構(2015)『中国政府による国産医療機器遊具政策に関する調査報告書』

## 第4章 中国の高齢者ケアと介護人材養成の方向性

この章では、中国の高齢者ケアとケアを支える介護人材の教育の現状と方向性について述べる。今回の中国調査では、関係各所の尽力もあり社区の高齢者デイサービス、退職者向け住宅型施設、医療施設併設型の小規模介護施設、福祉用具展示販売事業所といった高齢者向けの介護関連の事業所に加え、介護専門職養成に関する高等教育機関の視察を実施することができた。これらの調査結果を踏まえながら、中国の高齢者ケアと介護人材育成について概観しつつ、日中協力の可能性についても言及する。

### 第1節 中国の高齢者ケアの特徴

中国の高齢化の特徴やその課題については既に前章までに述べられているところである。あえて繰り返し強調するならば、①高齢者人口の規模が大きいこと、②高齢化のスピードが速いこと、③地域格差が大きく農村部の高齢化が深刻であること、④高齢化社会への準備が不十分であること、という特徴がある。こういった状況は、家族や親族が高齢者の扶養をするという中国の伝統的な老親扶養機能の低下を招いている。このような社会的課題に対して、政府は「福祉の社会化」として高齢者福祉政策の見直しや福祉サービスの整備を推進する一方、老親扶養は家族の責任であるという伝統的な親孝行の規範を法律によって強化しようとしている。2012年12月に16年ぶりに改正された「高齢者權益保障法」や2017年2月に公表した「中国十三五高齢事業發展および養老体系建設計画」では、「在宅養老を基盤とし、社区を拠り所に、施設を補完しながら、医療と養老が融和した（医養結合）養老体系を構築すること」を掲げている。また、同計画では、「医養結合」の推進に向け、養老施設での医療サービスの展開を促進し、これらを優先的に医療保険適用期間として認定するとともに、施設内での特定のリハビリ設備・機器の整備など要件を満たす場合にはリハビリ機器の利用を医療保険給付の適応対象とする方針を示した。また、資格を有する医師、専門人員の養老施設における多拠点での就業を推奨している。

こういった社会背景を鑑みると、中国における高齢者ケアでは、高齢者の在宅介護サービス（居家養老服務<sup>1</sup>）と医養結合の高齢者施設の両方に注目する必要がある。

1 「居家養老服務」とは、「政府と社会が『社区』に頼って、在宅の高齢者に生活の世話や家政サービス、リハビリテーション、精神的慰安などのサービスを提供する養老方式である。これは伝統的な家庭養老方式に対する補充と更新であり、我が国が『社区服務』を發展させ、養老サービス体系を構築する重要な内容の一つである」とされる（全国老齡工作委員會 弁公室 2008）

## （１）社区の高齢者福祉サービス

社区における高齢者サービスの実際を知るため、北京市の中心部に位置する朝陽華威西里者区にある高齢者サービスセンター<sup>2</sup>（写真１）を訪問した。こちらの社区は北京市でもモデル地区となっており、特色ある事業を展開しているという。

### 【写真１】



センターの建物は、約300㎡でBクラス（中規模）の施設となっている。政府の建物を無償で借り受け、管理運営は企業が担っている。主な収入は、高齢者の会費となっており、人件費等を差し引くと利益は出ていないとのことだった。この社区には138人の高齢者がいるが、そのうちの約100人が会員として、年間360元の会費を納めてサー

ビスを利用している。利用者の平均年齢は70歳くらいで、60～92歳の高齢者が会員として登録しており、会員の基礎情報や病歴などもすべてセンターでデータベース化されている。1日のトータルの利用者は約80人で、イベントなどがあるときは100名が訪れる。サービスの内容は、健康チェックや身体検査、マッサージや簡単な医療処置、娯楽などで、最も人気があるのがマイナスイオンを浴びるサービスで、我々が訪問した際も多くの高齢者がマイナスイオン発生機の前に座っていた（写真２）。

施設の運営は、基本的には管理者を含めた2名のスタッフで行っており、その他看護師やボランティアが配置されている。センターを訪問する高齢者は、基本的に自力で歩行できる人で、自宅から出られないような要介護高齢者には、給食スタッフに協力してもらいながらお弁当を届けるなどのサービスもする。昼食のサービスについては、おかず3品が15円で提供される。

<sup>2</sup>「社区高齢者デイケアセンターサービスに関する基本要求」では、高齢者デイケアセンター（day-care centers）とは、区内の自立している高齢者、半自立できる高齢者に対して、食事の提供、パーソナルケア、非医療性リハビリ、精神文化、余暇・娯楽、教育・アドバイス等のデイケアサービスを行う介護サービス施設を指す。

[https://www.jica.go.jp/china/office/others/pr/ku57pq0000226d5k-att/kijun\\_11.pdf](https://www.jica.go.jp/china/office/others/pr/ku57pq0000226d5k-att/kijun_11.pdf)

中には昼食だけを買求めに来る高齢者もあり、1日30食はすぐに売り切れてしまう。弁当代の支払いやサービスの利用料などもカードで管理<sup>3</sup>されており、全てキャッシュレスである。

また、こちらのセンターでは、独居高齢者を中心にネットや通信機器を活用した緊急通報サービスを提供している。このシステムを導入した高齢者は、緊急事態が発生した際にボタンを押すだけで、センターのパソコンとつながるようになっている。場合によっては警察と一緒に高齢者宅に駆けつけることもあり、救急搬送で命が助かったケースもあるという。このサービスは、政府の支援もあり1日1円で利用できる（写真3）。

このセンターが管轄する社区は、高層の団地が数棟そびえる地区で、建物は古いながらも立地条件の良さもあってか、1戸1億円程度の価値があるとのことであった（写真4）。つまり北京市の中でも資産に恵まれた住人を対象としているサービスであるということを言及しなければならない。

【写真2】



【写真3】



【写真4】



管理者によると、今後、高齢者の増加やサービスのニーズを踏まえて、2019年を目処に800㎡のAランク（大規模）の宿泊可能なセンターの開設を予定しているとのことだった。

最後にセンターの管理者に、センターが求める介護職の要件について尋ねると、「高い学歴は必要ないが品格があり介護の知識がある人材が望ましい」との回答だった。現在サービスを利用している高齢者は、基本的には自立している人がほとんどであるが、今後は認

<sup>3</sup> 現地スタッフによると、昼食は高齢者が持参するカードで支払われる。北京では80歳以上の高齢者には1カ月につき100元が特別支給としてカードにチャージされる。センターのサービス利用に活用しているカードは、銀行口座と一括されたデビットカードのようなもので、簡単な端末を通すと、サービスの利用履歴が残るため事務作業の大幅な軽減につながっている。



知症や要介護度の高い高齢者へのケアも社区が担うことが求められる。高齢者を敬う態度と介護の専門的な知識をもった人材のニーズがさらに高まってくるであろう。

## （２）退職者向け住宅型高齢者施設

### 【写真５】



静岡県と35年以上の友好提携にある浙江省は、人口5500万人の大都市である。省都である杭州市の人口は約950万人で、中国東南地区の政治、経済、文化の中心地である。

我々が訪問したのは金色年華という、杭州市中心部から30キロ離れた郊外のリ

ゾート地にある大型施設である（写真５）。施設の隣には午湖山国家森林公园があり、自然豊かな環境にある。この施設は、2008年に開設された先進的な民営の高齢者施設である。54,000㎡の広大な敷地には、養老区（健康で、完全に自立可能な高齢者向けの長期居住エリア）、保養・リゾート区（身体的に問題はないものの、サービスの提供を必要とする高齢者の段階的または長期的な居住や高齢者の短期旅行滞在に適したエリア）、介護区（完全な自立生活ができない、一定のケアと介護を必要とする高齢者に適したエリア）の三つのエリアに分けられた棟があり、約700人の高齢者がそれぞれの状態やニーズにあった暮らしをしている<sup>4</sup>。入居者の平均年齢は80歳くらいで、前職は公務員、教師、医師など経済的に豊かな層が入居している。家族と離れて郊外の施設で生活することに抵抗はなく、高齢者本人が納得して入居しているのだという。利用料は、自立者向けのレジデンスが二人部屋で1ヵ月約3,000元～5,500元、介護棟では介護サービスの必要度によって異なるが、部屋代とは別に500～2,200元が追加される。入居当初は養老区で自立した生活を送って

4 この施設全体では1,078床用意されているが、二人部屋を1人で利用している人もあり、病床数と入居者の数が一致していないが現在は満床となっている。



いても、要介護状態になった場合は状況に応じて介護棟や病院に移ることも可能である。ただし、施設での療養や介護には限界があり、重度の認知症や感染症があり、他の高齢者に迷惑がかかる場合は提携している病院を紹介するとのことだった。

ここで働くスタッフは約百人おり、国の高齢者施設の配置基準<sup>5</sup>に従い、介護士、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリ技師、心理士、事務職員などが高齢者のサポートにあたっている。一見恵まれているように見えるこちらの施設でも介護人材の不足が生じているという。もし、もっと介護士を増やすとなれば、月に3,000～4,000元くらい給料を支払わなければならない、そのような高額な給料はとても出せないとのことだった。全国的に介護士の年齢は50～60歳と高いが、この施設では30～40歳が中心になっている。地元で生活する未経験者を介護士としてゼロから教育し、みな高齢者に感謝の気持ちをもって接しているとのことだった。こちらの施設も今後、第2期工事として認知症専門ゾーンも含めた2,500床を増床予定であるが、すでに2,000人以上の入居希望があるという。その場合も多くの専門人材の雇用が必要となるため、介護人材の育成や待遇の改善は喫緊の課題となるであろう。

こちらの施設で我々の見学が許されたのは、食堂やイベントホールなど日中のクラブ活動をする中央棟のみであった。施設内には、それぞれのクラブごとの専用の部屋があり、カラオケ、麻雀、ダンス、京劇など多くの活動の場が用意されていた（写真6）。

【写真6】



【写真7】



5「高齢者社会福祉施設基本規範」において、施設職員の配置基準が定められている。例えば、施設の代表者は関係専門短大卒以上の学歴を有し、国家の法律法規を模範的に遵守し、ソーシャルワーク（社会工作）に関する専門知識の研修を受けていなければならない。老人介護サービス施設は1名の医師と相応数の看護師を有していなければならない。看護師とその他のスタッフはサービス対象者が満足し、原則として本規範に規定されたサービス項目（食事、ケア、リハビリ、心理）を提供できる数を要していなければならない、など。

[https://www.jica.go.jp/china/office/others/pr/ku57pq0000226d5k-att/kijun\\_01.pdf](https://www.jica.go.jp/china/office/others/pr/ku57pq0000226d5k-att/kijun_01.pdf)

また、高齢者の作品展示室では、プロの芸術家の作品と遜色ないような書画や手工芸品が数多く展示されていた（写真7）。このことから、入居者の教養の高さがうかがえた。

中国の高齢者ケアにおいても、利用者本位であること、介護予防や自立支援を基本とすることは日本と変わらないとのことであった。ただ、ここに入居している高齢者の多くは知識人で、伝統的な養老精神や金額に見合ったサービスとしての手厚さを求めるため、自立支援を促すことはなかなか困難であるとのディレンマも抱えていた。

### （3）医養結合の小規模多機能サービス

同じく杭州市にある医養結合の比較的小規模事業所を見学した。杏和家・笕東嘉苑医養服務綜合体は、省レベルの国有企業である浙江省医療健康集團傘下の医療・高齢者福祉サービス綜合機関であり、「杏和家養老服務中心」（杏和家高齢者福祉サービスセンター）と「杏荷・笕東嘉苑診所」（杏荷・笕東嘉苑診療所）の二つの拠点を持つ。こちらの事業所は地域の高齢者向けに入居施設、診療・薬剤処方、生活介助、自宅介護、地域社会施設でのリハビリテーション、手作り娯楽活動、映画鑑賞、書籍・雑誌閲覧、インターネット利用など、健康・レジャーサービスを提供している。病院、診療所、薬局、介護施設に加え、医療関連機器やIT関係の開発部門等の事業を行っている。日本の大学や介護施設とも連携を図っており、日本の医療や介護の知見を参考に、中国に適した医養結合のモデルを模索しながら、在宅サービスも視野にさまざまな先進的事業に取り組んでいる。また不動産開発により郊外に乱立した巨大団地（社区）の中に在宅介護サービスの機能を持った小規模多機能事業を立ち上げた（写真8）。この事業所は、診療所と薬局、高齢者デイケアセンター、ショートステイを含む介護付き入居に加え、リハビリセンター、高齢者活動センターの機能を持つ。またネットで別拠点の診療所とつながっているため、遠隔診療や健康相談が可能となっている（写真9）。常駐する管理者のほかに介護スタッフは1人（20代の女性）で、スカイプで日本の介護講師から授業を受けながら養老護理員の資格取得も目指して勉強中とのことだった。看護師は利用者の必要に応じて対応している。1階はデイケアなどの活動が中心で、2階は宿泊介護やデイケアの休息用のベッドがあるスペースとなっている。また、リハビリ室には、足浴の桶や運動用マシン、マッサージ台などが設置されていた（写真10）。

我々が訪問したのは午後の時間であったため、利用者は不在であった。1名だけ宿泊で介護を受けており、寝たきり状態から歩行可能なレベルまで回復してきたとのことだった。

入浴サービスに関しては、日本の介護を参考に簡易的な寝台浴槽（写真11）があるが、中国人はシャワー浴が基本なので浴槽を使用することはほとんどないという。

こちらのデイケアサービス利用料は1日80円で入浴と食事のサービスが含まれる。利用料はその都度払いで、現金でも電子マネーでもよい。午前中は50人ほど利用するが、午後はほとんど利用がない。送迎の機能はないため、自力で歩行できない高齢者は家族が車いすを押してくる。利用料は保険適応とならないため自己負担となるが、不動産開発で農地を高額で売却<sup>6</sup>した農民が居住する団地であるため、経済的にはかなり豊かで、今後のサービス利用の増加が見込まれる。

【写真8】



【写真9】



【写真10】



【写真11】



6 杏和診療所の俞医師によると、農民が土地を手放して郊外の団地に引っ越す際には、杭州市政府より1戸につき1,700万元の保障金が支給されただけでなく、団地は市場価格の1/5で購入できるなどかなり経済的な恩恵を受けたという。



当事業所が求める介護人材について質問すると、「介護士は高齢者の精神面でのサポートが必要となるため、高齢者を尊敬する気持ちや品格だけでなく、集中力の高さが求められる」との回答があった。建物や設備などのハード面に関してはお金で買えるが、スタッフの質はお金では買えないという。介護の質を左右する倫理性や適性を備えた専門人材の育成と確保については、日本も中国も共通の課題なのである。

## 第2節 中国の介護人材の養成の特徴

前節では、中国の高齢者ケアは、郊外型の豪華かつ大規模な施設だけでなく、住み慣れた地域である社区をベースにした在宅サービスや小規模多機能な事業への展開が進んでいることにについて述べた。

本節では、こういった高齢者ケアを担う介護人材について言及する。我々調査団が訪問した各施設や事業所において、求められる介護士の資質を尋ねたが、いずれも「高齢者を敬う心や品格」といった介護者の性格の部分が第一条件とされている点が注目される<sup>7</sup>。つまり、高等教育機関などにおける専門的知識や技術の獲得は、主に管理者に求められる条件であり、日々の高齢者のケアに当たるスタッフは、優しく丁寧な性格であることが重要で、高い学歴はむしろ不要との見方もある。

中国の介護人材をめぐる課題には、人材不足と介護職の高齢化、不十分な人材育成制度があり、それが介護職の待遇や社会的評価の低下や高年齢化につながっているとの指摘もある。2016年末時点で中国の60歳以上の高齢者人口は2.3億人で、要介護高齢者は約4,000万人に達しており、必要とされる介護人材は1,000万人以上と見込まれる。中国においては介護職の社会的地位は低く、長時間労働、高負担、低待遇など、いわゆる「3K」的な職業とみなされるケースが多く、特に若年層では短期間で転職、退職するケースが多い<sup>8</sup>。現地調査や文献によると、一般的な介護士の月給は2,000～2,500元程度と安く、人材が定着しない。また、泊まり込みで家族に代わって家事や身の回りの世話をする家政服務員のほうが、サービスを利用する家族の老親扶養親に対する心理的抵抗が少なくニーズも高い。現地の聞き取りによると、家政服務員の給料は大都市を中心に急騰してきており、介護で

7 前述した北京老年福祉学院高齢者サービス・管理専攻が掲げた目標では、健康な身体を持つこと、良好な文章能力を身につけること、高齢者とのコミュニケーション能力を身につけること、高齢者サービスの専門技能を極めること、高齢者に対する友愛の心を育むこと（一顆愛心）の5つが示されていた。

8 もともと中国の雇用政策の方針として、高齢者の在宅介護を担うマンパワーは、女性を主として農村部の余剰労働力の活用や失業者の再就職先が充当されてきた。

はなくあえて家政服務員を選ぶ人も増えてきているという。

「全国民政人材中長期發展計画2010-2020」（民政部）では、2020年に全国で600万人の介護従事者を確保することを目標としている。しかし、介護従事者の離職率は慢性的に高く、2016年の介護従事者数は68万人でそのうち有資格者は13万人となっており<sup>9</sup>、目標値とはほど遠い状況にある。高齢者ケアのニーズにあった介護人材の質と量の確保に向けた政策的支援も必要となる。

とはいえ、高齢者のケアは、敬老精神を持った優しい人であれば誰でもできるというものではない。家族による介護が困難となるような高齢者は、徘徊や妄想、不穏など認知症の症状が悪化したり、心身機能の低下により移動、食事、排泄、入浴などの日常生活においても専門職の技術を要するようになる。また介護場面では、認知症や終末期のケアなど様々な倫理的葛藤が生じることが多くなる。その際にそれをどう解釈し、どのように対応するのかなど、専門職倫理をしっかりと身につけなければ介護を職業として続けることは難しくなる。

中国では、介護の専門人材養成のため1999年より中国国家教育部が「高齢者サービスと管理」学科（専攻）を設置し、3年課程の高等教育がスタートした。また、介護職員の質を高めるため、2002年に中華人民共和国旧労働社会保障部により「養老護理員国家職業標準」が設定され、初めて介護職員の国家職業資格として「初級、中級、高級、技師」の四つの等級を規定し、中国の介護職における短期養成がスタートした。

本節では、中国の介護人材育成の現状についてまとめながら、今後の介護人材育成の課題について考察する。

## （1）養老護理員

養老護理員は、「養老護理国家職業基準」において、「養老護理員を高齢者の生活に対する世話、ケアをする者」と定義<sup>10</sup>されている。主な就労場所は、介護施設や社区の高齢者センター、訪問介護事業所などである。

統計によると、2015年初期時点における養老護理員の資格を持つ介護従事者は5万人とされている。養老護理員になるためには、四つの教育ルートがあるが、いずれも一定の研

9 前日本貿易振興機構（ジェトロ）サービス産業部「中国における高齢者産業関連政策動向調査報告書（2017）」p115よりデータ引用

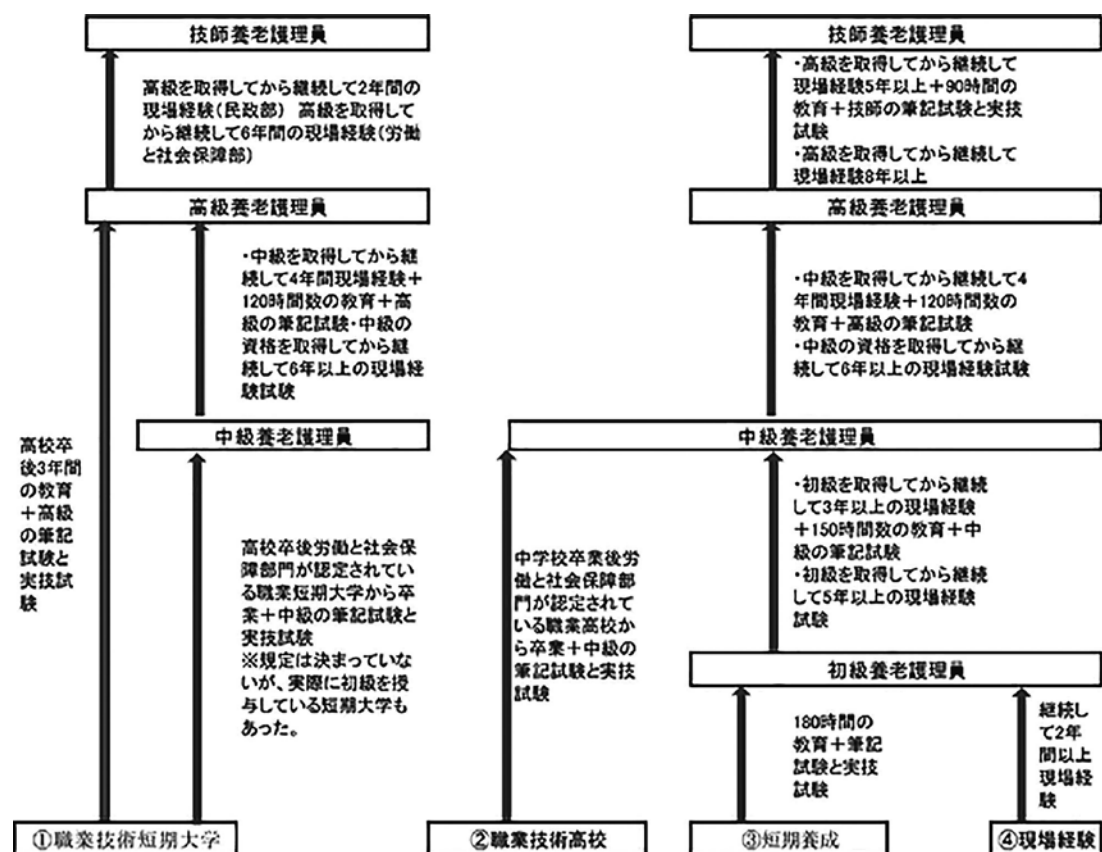
10 国家職業基準になっているが、日本の介護福祉士のような国家資格ではない。受験資格は特にないが、基本教養レベルは中学卒業程度とされている。



修と試験が必要となる（図表4-1）。養老護理員資格認定制度は、民政部と人力資源及び社会保障部の二つが並行して管轄している。中国国内には32か所の資格試験実施センターがあり中国全土をカバーしている。民政部では2013年より15の省で遠隔による教育プログラムを試行し、研修の機会拡大に努めている。また各地方政府は補助金制度を設け、資格取得のための費用の補助や一定期間以上介護に従事した場合の就職補助金の支給などの支援をしている。北京市では、非北京戸籍の養老介護職員にはポイント制による臨時居住証のポイントアップといった処遇を実施している。

養老護理員の人材育成の課題としては以下のような課題も指摘されている。全国で統一した試験はなく、各地方政府が独自に行っているため、教育時間や内容も地方によってバラつきがある。介護職のための研修も失業者対策等の目的が優先されるため、専門教育というより職業訓練レベルにとどまる不十分な内容である。また、介護従事者の半数以上が小学校卒や中学校卒といった学歴であり、専門内容の理解が難しいことや低賃金であるため離職率が高く、介護の経験や知見が蓄積されにくいといった問題も抱えている。

図表4-1 中国における養老護理員の教育体系



資料：陳引弟, 許福子 中国大都市における介護職養成の実習教育の実態と課題に関する研究より抜粋

## （２）高齢者サービスと管理専攻

養老護理員の初級や中級が、日本の介護職員初任者研修（130時間の講義）相当と考えると、介護の専門職である介護福祉士に相当するような教育を受けるには高級、技師レベルの教育が必要となる。日本の介護福祉士養成ルートとしては、現場（実務経験３年以上に加え、実務者研修450時間を修了し国家試験に合格する）ルートのほか、介護福祉士養成施設（２年課程1,850時間以上の講義、演習、実習をして国家試験に合格する）ルートなどがある。

中国の場合、介護の国家資格はないが、1999年より高等教育機関において「高齢者サービスと管理専攻」が設置され、３年過程の教育が実施されている。2014年時点では、中国国内で17校が本専攻を設置している。

我々調査団は、国際協力機構（JICA）の日中高齢化対策戦略技術プロジェクト<sup>11</sup>に御支援いただき、当プロジェクトのカウンターパートである北京社会職業管理学院の老年福祉学院を訪問することができた。当学院は中国民政部が直轄する職業学院で六つの学部を有する。老年福祉学院は2007年に設立された社会福祉系（社会サービス系）を基盤とした初の２級学院（日本の大学の学部に対応）であり、中国国内でも長い教育歴を有する学院の一つとなっている。学院内には「高齢者サービスと管理（定員300人）」「介護（定員800人）」「物件管理（定員100人）」の三つの専攻を設置しており、1,200人の学生が所属している。各専攻の教育課程は３年で、講義、演習、学外実習のカリキュラムが組まれている。

「護理専攻」は日本語に訳すと「介護専攻」になるのだが、学院から配布されたパンフレットを読むと、カリキュラムは「人体の形態と機能、疾病学基礎、生物化学、医療免疫学と病原性微生物、医薬品使用介助、看護序論、健康評価、看護基礎、産婦・乳児介助、児童介助、内科介助、外科介助、救急・危篤・重症患者介護、地域社会における介護、高齢者介護など」と示されており、取得する資格も「看護師資格証書、母子保健員、保健あん摩師、公共栄養士、乳児保育士」となっていることから、高齢者介護や地域保健、医療分野の看護師養成課程であることが分かった。この専攻を卒業した学生のほとんどは病院に就職するため、介護（高齢者サービス）分野での専門人材の育成には十分貢献できていないようであった。

<sup>11</sup> プロジェクトの詳細は以下のサイトを参照

[https://www.jica.go.jp/project/china/015/materials/ku57pq00002wnd6d-att/pamph\\_201612.pdf](https://www.jica.go.jp/project/china/015/materials/ku57pq00002wnd6d-att/pamph_201612.pdf)

「高齢者サービスと管理」専攻は、日本の介護福祉学科（専攻）に近い教育カリキュラムであるが、「管理」という言葉が入る通り、「就業先での主な職務に位置づけられるものは、高齢者サービス機関の第一線のサービススタッフ・管理スタッフ、地域社会の高齢者サービス職、高齢者サービス産業機関業務スタッフ、高齢者サービス需要・品質評価スタッフなど」と記されていた。カリキュラムは、「人体の構造と機能、高齢者生活ケア、高齢者基礎介護、高齢者の心理的看護、高齢者リハビリ介助、地域社会・自宅での介護、高齢者福祉サービス機関の管理、高齢者保健、高齢者活動の策定と手配、高齢者向け食品と栄養、高齢者によくある疾病の予防とケア、高齢者の能力評価と健康管理、高齢者に適した設計と改造、高齢者補助器具の応用、高齢者向け製品とマーケティング」と記されており、実際の高齢者ケアだけでなく、管理者となるための科目が設定されている。

学院の担当教員によると、この分野の若者の関心は低く、卒業後1～2年介護現場で働いてその後管理者になれなければすぐに辞めてしまうのだという。高齢者施設は事業収益が低いため、職員の給料も安くなる。また、同僚となる介護職員は学歴や养老服务に関する専門性が低く、長く仕事を続けることが難しくなっているという。介護職として得られる給料はレストランのアルバイトと同程度らしく、高度な専門教育を受けてもやりがいにつながらないという現状があるため、教員としても学生の確保や就職後のキャリア支援に関する悩みを抱えていた。

我々が訪問した日は学校行事の日であったため、授業の様子は見学できなかった。演習室は、ヨーロッパや日本から輸入した福祉機器に加え、中国の伝統的な漢方やあん摩などの設備が整っており充実した環境であった（写真12,13,14）。教育用のテキストは、日本のテキストを翻訳したもの、養老護理員の指定テキストなどがホールに展示されており（写真15）、それらを使用しているようであった。当学院の教員の多くは博士課程を修了しており、ドイツなどの留学経験がある者もあり、中国国内でも教員の質や設備において恵まれた環境にあるようであった。

このような高齢者サービスと管理専攻は国内にいくつかあるものの、国が指定した共通のカリキュラムはなく、学校独自の教育内容が組み立てられている。学校によっては養老護理員の中級や高級が取得できるカリキュラム構成になっている。我々の訪問から3ヶ月後、日中高齢者対策戦略プロジェクトの一環として、学院の教員6名がJICA職員とともに静岡県立大学および短期大学部を訪問し（写真16,17）、日本の介護福祉教育に関して意見交換をすることができた。学院の訪問団は、日本の介護福祉教育のカリキュラムや実

習の内容について関心があり、厚生労働省が統一した指定カリキュラムを細かく示している点について、中国でもこういった対応が必要との意見を述べていた。

【写真12】



【写真13】



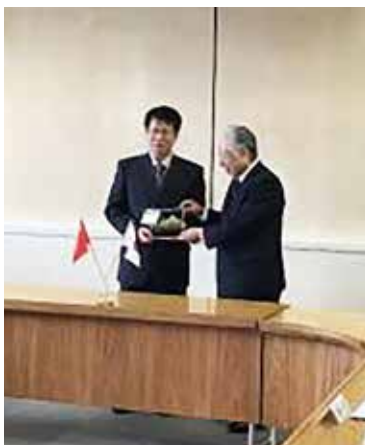
【写真14】



【写真15】



【写真16】



【写真17】





### 第3節 高齢者ケアにおける日中協力の可能性を探る

本章では、中国の高齢者ケアの実際と介護人材の養成について言及した。介護人材の不足や介護ニーズの重度化、高度化といった傾向は日本も中国も共通しているが、中国よりいち早く高齢化が進み、介護人材の養成と専門家を模索してきた日本の知見は、中国にとっても参考になるであろう。

ただし、日本の社会、文化、価値観、制度などで形成された介護サービスの形や専門教育体系は、全てが中国にマッチするわけではない。「日本式介護」の技術移転や介護事業所の中国の展開は、「アジア健康構想」をベースに政府の支援を受けながら取り組みが進んでいるが、対象者の生活に寄り添う介護であるからこそ、その国に適した形でローカライズされなければ「日本式介護」の押し売りになり、中国の高齢者や介護職員にとって有効な技能移転にはならない。大切なのは、日本の介護の蓄積や知見を参考にしながら、中国に合ったケアの形を創造するヒントを提供することであろう。つまり、日本の介護福祉士養成カリキュラムやテキストをそのまま中国に取り入れても意味がない。今後は定期的な人材交流を継続しながら、それぞれの国が大切にする介護の理念や技術の根拠などを共有し発展させることが重要である。

このところ、外国人介護人材の受け入れに関する法改正があり、技能実習（実習生）や特定技能（労働者）、介護福祉士養成校の留学生など、教育やケアの現場を通して日本人と中国人が交流する機会が増えることになる。介護人材不足はもはや日本だけの問題ではない。アジアでは、韓国、中国、タイ、ベトナムなど多くの国が急速に高齢化を迎えている。その際に、介護人材を奪い合うのではなく、貴重な介護人材の経験や実績がうまくアジア各国の中で循環するようなシステムを確立していかななくてはならない。そのためにはまだ多くの課題が残されているが、まずはそれぞれの国の特徴や制度を理解し、困難な問題とともに立ち向かうパートナーシップが求められる。静岡県立大学グローバル地域センターの中国社会保障制度研究会の研究成果がその小さな一歩となることを期待する。

#### 【参考文献】

1. 郭 莉莉,日中の少子化と福祉レジーム 育児支援と高齢者扶養・介護,北海道大学出版会,2017
2. 郭 芳,中国農村地域における高齢者福祉サービス 小規模多機能ケアの構築に向けて,明石書店,2014



3. インテリジェンスバリューコーポレーション (IVC) ,外国人介護人材の適切な受入に資する海外での介護サービス等の実態に関する調査研究事業報告書,2018
4. 陳 引弟, 許 福子,中国大都市における介護職養成の実習教育の実態と課題に関する研究, 立命館産業論集,第49巻第1号p.107-126, 2013
5. 畢 麗傑, 中国都市部における高齢者介護の社会化 — 北京市と上海市の事例研究を通じて —, 立命館国際研究23-1 p.131-152, 2010
6. 石田 路子,中国における高齢者介護サービスの現状と課題, 城西国際大学紀要 21(4), 1-29, 2013
7. 日本貿易振興機構 (ジェトロ, サービス産業部,中国における高齢者産業関連政策動向調査報告書,2017
8. 清水 由賀,中国における介護人材育成の新たな同行—高等職業学校における「高齢者サービスと管理専攻」の設置—,日本社会福祉学科抄録p.221-222, 2015
9. 康 鳳英,中国における教育の現状と課題,石川看護雑誌Vol.4 p.65-69, 2007
10. 中国における看護教育の現状と看護教員の資質向上についての提言,大阪府立大学看護学部紀要12巻1号p.123-128, 2006
11. 介護事業アウトバウンド促進コンソーシアム,平成28年度医療技術・サービス拠点化促進事業 (上海介護拠点促進プロジェクト), 2018

## 第5章 高齢社会を迎える中国における高齢者支援政策の今後

この章では、中国の高齢化の現状、高齢者支援制度の内容、高齢者福祉事業の展開、在宅サービス状況、扶養意識の変化などを概観し、先進的に進められてきた日本の高齢化政策および高齢者支援策などの構築プロセスの経緯と、中国における課題について明らかにすることから、これからの中国における高齢者支援政策のあり方について検討することとした。

具体的には、中国における高齢社会の現状を把握し、30年後の姿として考えられている日本の姿から、今後求められるニーズ、実行可能なサービスのあり方などについて言及したいと考えている。

### 第1節 変わりゆく中国社会

#### (1) 急激な高齢社会の到来

医療技術の進歩や人の健康志向の向上により、高齢者の平均寿命が延び、高齢社会が到来した。国連では、65歳以上の人口が全人口に占める割合（以下、高齢化率）が7%を超えた社会は「高齢化社会」、高齢化率が14%を超えると「高齢社会」と定義しているが、高齢化の速度について、「高齢化社会」を超えてから「高齢社会」に達するまでの所要年数（倍加年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、アメリカが72年、イギリスが46年、ドイツが40年に対し、日本は、1970年に7%を超え、24年後の1994年に14%に達し、すでに高齢社会を迎え25年の時を経ている。一方、アジア諸国では、韓国が18年、シンガポールが20年、中国が23年など、今後、軒並みアジア諸国で、我が国を上回るスピードで高齢化が進むことが見込まれている。

図表 5-1 主要国の 65 歳以上人口割合別到達年次とその倍加年

| 国      | 65歳以上人口割合（到達年次） |      |      |      |      | 倍加年数（年間） |         |
|--------|-----------------|------|------|------|------|----------|---------|
|        | 7%              | 10%  | 14%  | 20%  | 30%  | 7%→14%   | 10%→20% |
| 韓国     | 2000            | 2009 | 2018 | 2026 | 2039 | 18       | 17      |
| シンガポール | 1999            | 2013 | 2019 | 2026 | 2041 | 20       | 13      |
| 中国     | 2001            | 2016 | 2025 | 2034 | 2057 | 24       | 18      |
| 日本     | 1970            | 1985 | 1994 | 2005 | 2025 | 24       | 20      |
| ドイツ    | 1932            | 1952 | 1972 | 2008 | 2040 | 40       | 56      |
| イギリス   | 1929            | 1946 | 1975 | 2025 | 2097 | 46       | 79      |
| オランダ   | 1940            | 1970 | 2004 | 2021 | 2079 | 64       | 51      |
| アメリカ   | 1942            | 1970 | 2014 | 2029 | -    | 72       | 59      |
| スウェーデン | 1887            | 1948 | 1972 | 2018 | -    | 85       | 70      |
| ノルウェー  | 1885            | 1954 | 1977 | 2030 | -    | 92       | 76      |
| フランス   | 1864            | 1943 | 1979 | 2018 | 2095 | 115      | 75      |

資料：国立社会保障・人口問題研究所人口統計資料集（2018年版）

主要国の65歳以上人口割合別到達年次とその倍加年数を一部改変

中国民政部が発表した「2016年社会サービス発展統計公報」によると、2016年末の時点で、中国60歳以上の高齢者人口は2億3086万人で、総人口の16.7%を占め、そのうち65歳以上の人口が1億5003万人で、総人口の10.8%を占めたという。1億人以上の高齢者人口を抱える世界唯一の国であり、老年人口の規模が大きく、高齢者の増加スピードが速い国であるといえる。

また、30年以上にわたって実施している「一人っ子政策」の影響もあり、中国の高齢化率はこれからもさらに増えると容易に予測され、中国国務院が2017年に発表した「『第13次五カ年計画』国家高齢者事業発展及び養老体系構築計画」によると、2020年に60歳以上の高齢者は2億5500万人に達し、総人口の約2割を占めると予測した。同時に、中国社会科学院人口・労働経済研究所が発表した「中国人口・労働問題報告」によると、2029年に中国の人口は14億4200万人でピークとなり、2030年からは減少に転じることが予想され、合計特殊出生率1.6を維持するなら、人口減少は2027年から始まり、2065年には11億7200万人となる見込みだという。

中国は日本におよそ30年遅れで高齢化が進んでいて、2050年には人口の3割以上を高齢者が占める、超高齢化社会を迎え、高齢化率30%に達したときには日本の現在の人口の3.5倍以上の4億2000万人が高齢者となり、中国の少子高齢化は、現在世界最悪である日本以上に深刻化しているといえる。

当然、高齢者が高齢化することによる要介護者の増加も予想されるが、2011年の中国老齡科学研究センター・調査グループ「全国の都市と農村部における『失能老人』の状況に関する研究」によると、2010年に要介護の「失能状態」にある高齢者(失能老人)は約3300万人に達し、高齢者人口の19.0%を占め、このうち自力での着替え、排泄、食事、入浴、寝起き、室内移動の全てが困難な「完全失能老人」は1084万人で、高齢者人口の6.25%にのぼり、「失能老人」の数が2015年までに、4千万人に達すると予測しており、こうした超高齢化への進行とともに、要介護高齢者への医療および介護のニーズが増加し、サービスの充足と多様化が望まれている。

## (2) 豊かになる前に高齢化している中国

中国の高度経済成長は1980年代から本格化し、ついに中国は2010年に日本に代わってGDP世界第2位となっている。

今後10年間に於いて世界で最も経済発展する国だと言われている中国であるが、その人口規模は他の国々を大きく引き離しており、主要な国民経済指標の1人当たりの平均値は依然として世界の主要経済国を大幅に下回っているという状況がある。

高齢化社会を迎えた2000年においても、1人当たりの平均GDPは1,000ドルにも達しておらず、日本や欧州が高齢化社会となった際、人口一人あたりのGDPがすでに1万ドル以上あった状況を考えると、主要先進国との間には非常に大きな差が存在する。

つまり、中国では、高齢化が経済や社会の発展水準が不十分な段階で起こり、「豊かに

なる前に高齢化している（未富先老）」であるということである。

今後80歳以上の高齢者と要介護高齢者が年間100万人ずつ増加していくといわれているが、高齢化社会のもたらす、生活全般の世話、健康管理、医療などといったニーズの増加に対応できるだけの経済的な社会整備ができていない状況であり、これらに対応する社会保障費が増大することも予想され、今後の急激な高齢化は逆に中国経済にとって大きな影響をもたらすものと考えられる。

また、国全体の経済的な要因だけでなく、今の中国にはかつての日本と違う事情がある。それは、都市と農村の格差が大きく、経済や文化、産業構造や社会構造など色々な面が異なっている点である。

例えば、2016年に発表された「中国老年社会追跡調査報告」では、都市部の国家機関の定年年金は月額平均3,174元（約56,000円）であるのに対し、農村の養老保険年金は月額平均141元（約2,500円）で、両者の差は22.5倍にも広がっているといわれている。

また、急激な経済発展による都市化の加速により、農村の若年労働者が都市へ大量に流入した結果、中・高年が農村に残ることによって、農村の高齢化が急速に進み、社会保障制度の整備が著しく遅れている。

### （3）家族形態の変化による扶養機能の弱体化

既に超高齢社会を迎えた日本では、高齢者数の増加により、家族の形態も急激に変化している。国立社会保障・人口問題研究所が発表した「日本の世帯数の将来推計（2018年1月推計）」によれば、世帯構成から、2015～40年の間に世帯主が65歳以上である世帯は1918万世帯から2242万世帯に、75歳以上である世帯は888万世帯から1217万世帯に増加、全世帯主に占める65歳以上世帯主の割合は36.0%から44.2%、65歳以上世帯主に占める75歳以上世帯主の割合も46.3%から54.3%と増加し、世帯の高齢化が一層進展すると示されている。

また、2015～40年の間に65歳以上男性の独居率も14.0%から20.8%、女性は21.8%から24.5%と上昇すると考えられており、特に世帯主が65歳以上の世帯数について家族類型別に2015年と2040年の値を比較すると、顕著に増加するのは「単独世帯」の1.43倍（625万世帯から896万世帯）、世帯主が75歳以上の世帯については、いずれの家族類型も世帯主が65歳以上の世帯に比して伸びが大きく、「単独世帯」は1.52倍（337万世帯から512万世帯）となると考えられている。こうした高齢者を囲む家族形態の変容から、高齢者の社会的孤立が懸念され単身高齢者世帯の増加による新たな社会問題が表面化しつつあるといわれている。

一方、中国では、「一人っ子政策」によって世帯構造が「4 2 1」の人口構造が定着したことから、核家族化が一層進み、世帯人数は減少、現役世代は、夫婦2人で4人の父母を扶養すると同時に自らの子を育てる状況になっている。その上、子どもの教育費の支出が多く、都市部では夫婦共働きでも、父母に対する経済的援助にまでは到底手が回らない

現状がある。

中国の高齢者扶養の問題は基本的に家庭が負うことになっており、親の扶養は子どもの孝行の対象であり、老人は豊かな経験と知恵を持った尊敬されるべき存在であった。しかし、近年の経済成長発展の過程で、農村での若者の出稼ぎが増加、大量の労働力人口が農村から都会へ流出し、かつての日本のような経済発展が著しい状況において、都市化によって子どもが独立し、家を離れ、老人だけが残される「空巢家庭」が増え、高齢者扶養の基本的な形がもう既に崩れ始めているといえる。

今後、日本の状況と同様に晩婚化、未婚率や離婚率の上昇、人口流動などがさらに進展することが予想され、世帯規模の縮小がさらに進み、未だ社会保障制度が不備である状況の中で、多くの家庭において高齢者を扶養することが困難になり、大きな社会問題となることは間違いないであろう。

## 第2節 高齢者福祉制度の変遷からみた中国

### (1) 中国の高齢者福祉制度の展開

中国で高齢者の問題が社会的に意識されはじめたのは1980年代からだといわれている。1982年の高齢者問題世界会議に初めて中国が出席し、それ以降は核家族化や単位福祉の弱体化に伴って政府が福祉行政に積極的に取り組むようになった。

中央政府は1996年には、社会保障制度改革と並行して日本の老人福祉法にあたる「老年權益保障法」を制定し、高齢者福祉の基本方針として高齢者が保障されるべき5つの権利、すなわち「老有所養」である扶養、「老有所楽」である楽しみ、「老有所学」である学習、「老有所為」である生きがいや社会参加、「老有所医」である医療の推進を提示した。

日本が介護保険制度を施行した2000年には、中国の民政部・財政部・労働保障部を含めた11の省庁の合同で、「關於加快實現社会福利社会化意見」（福祉の民営化の促進に関する意見）を打ち出し、投資主体の多元化、社会福祉サービスの社会化、サービス対象の大衆化、サービス形式の多様化、専門人材の育成などの内容を示し、民間の力を大いに発揮する意図を明確に示した。

また、2001年には「中国高齢者事業発展の第10次5か年計画」の中で、コミュニティーの高齢者福祉サービスの整備、都市部において、コミュニティー福祉ネットワークを構築すること、都市部に100人に1床、農村部に90%以上の地域に敬老院を設置することを打ち出し、同年に打ち出された「星光計画」においては、都市と農村部に小規模多機能施設である「星光之家」を建設し、住民が主体となって地域の高齢者福祉の充実を図るというコミュニティーの高齢者福祉サービス施設の整備、在宅福祉の充実、コミュニティー福祉ネットワークの構築・高齢者福祉マンパワーの育成が掲げられた。

その後、2006年には「中国高齢者事業発展の第11次5か年計画」が打ち出され、都市部・農村部での高齢者施設のベッド数と総定員を増やす内容が含まれ、日本の高齢者支援制度の変遷と同様にその政策の方向性が「家族中心の介護」から「介護の社会化」へと転換し



始めたのである。

しかし、急激に進む高齢者人口の増大と少子化、それに伴う家族介護の機能低下などから、高齢者介護を家族に依存してきた中国社会において、高齢者介護の在り方について概念を大きく変えざるを得ない状況が訪れた。

その後に出された2008年の「全面推進居家养老服务工作的意見」、2011年に中国国務院が制定した「中国高齢事業発展十二五計画」、「社会养老服务体系建设計画」などにおいては在宅介護、施設介護、社区介護のサービス体系を構築、養老施設の建設を推進などの内容とともに、コミュニティーケアサービスや介護リハビリサービスに力を入れて発展させるような内容も多く含まれ、施設中心から在宅介護へ、そしてコミュニティーケアにシフトしていると考えられる。

実際、中国中央政府は「第13次五カ年計画」(2016～2020年)の中で、介護保険制度の確立を検討する方針を打ち出し、2016年5月には、「長期介護保険制度試行拠点の展開に関する指導意見」が発表され、全国15都市で介護保険制度が試行的に導入されることになり、長期介護保険制度のほかに、在宅や社区养老服务施設の整備、スマート養老、「医养結合」の推進、人材育成の強化など、新たな方向性が示された。

このような中国の高齢者福祉制度の展開を見ていくと、日本の高齢者福祉制度の変遷とほぼ同じような流れで進むことが予想され、先駆的に公的介護保険制度を導入し、様々な改革を行ってきた日本の高齢者福祉制度が今後中国の高齢者福祉制度を考える上で参考になると考えられる。

しかし、前節でも触れたように、高齢者の規模、大きな地域格差、所得格差による財源の確保などを考慮していくと、日本の状況とは大きく異なり、中国でどのような改革が必要か、地域別のモデル試行等を通じて制度の実施可能性について検証していく必要があるといえる。

## (2) 追いつけない高齢者支援体制整備

介護保険制度が施行される前の日本では、1950年に生活保護法が成立し、高齢の生活困窮者のみに養老施設が提供されるという状況から始まったが、1963年の老人福祉法成立前まで高齢者福祉に関する法律がなく、老人介護はあくまで家族が行うものとして扱われてきた。

その後、老人福祉法が制定され、軽費老人ホームや特別養護老人ホームなどが新設され、1988年にゴールドプラン「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」が発表、今後の高齢化社会を見据えて10年間で特別養護老人ホームを24万床、老人保健施設を28万床、ヘルパー 10万人、デイサービス 1 万箇所、ショートステイ 5 万床などの全国規模で基盤となる介護施設の整備に関する数値目標を設定し、高齢者の支援体制の整備を行ってきたのである。

そもそも中国における高齢者福祉施設の考え方は、主に扶養親族がいらない、収入がない、労働能力がない高齢者および家族介護が困難である高齢者、いわゆる「三無老人」を対象

として介護するための施設というものであった。しかし、多様な利用者の急増とニーズ拡大により多くの高齢者を受け入れざるを得ない存在になり、その供給量が未だ需要量に追いついていない状況である。

2015年までの政策の基本方針は、2011年国務院「中国高齢事業発展十二五計画」によると、中国の高齢者1,000人当たりの養老ベッド数を30床にするという目標が含まれている。先進国の平均水準が一般に50床前後といわれている中で、各地で介護施設は急増しているものの、量的な不足は解消しておらず、この供給不足が意味しているように介護を必要とする高齢者の多くは在宅で生活しているのが実情である。

一方、「星光計画」に基づいて設置された公的施設は「三無老人」を優先的に入所させる公共的性格をもっているにもかかわらず、民営化によって富裕層のための施設へと変貌する施設もあれば、公営を維持する施設でも自立経営・自主財源が重視され、入所費を自己負担できる中間層の施設へとシフトしている。入所者は主に自立可能な者に限定され、要介護者は少ないという報告もあり、健康で自立している高齢者がサービス利用の主要な部分を占めており、介護の必要性の高い高齢者へのサービスについては十分な対応がなされていないことが推測される。

また、施設の数に限られた中、高齢者が利用できる施設に階層間格差があり、一部の富裕層と中間層の上位層のみ医療法人、企業、個人経営による設備やサービス内容が充実した施設を利用し、公的年金の保証もなく、家族からの経済的支援がない高齢者は政府により運営される施設やNPO非営利民間団体の施設の利用をやむなく選択せざるを得ない状況があるといえる。

日本においては、量の拡充を目的に高齢者施設数の数値目標を設定し、量的な整備が重視されてきたものが1994年の新ゴールドプランである。1999年のゴールドプラン21にみられるように、高齢者の尊厳の確保や支え合うための地域社会の形成、利用者から信頼される介護サービスの発展という質的な要素が含まれる概念を含んだ制度形成を経て、介護保険制度という共助システムを構築した経緯がある。しかし、制度の構築と支援体制の整備が現在同時に行われている中国においては、未だ量的にも質的にも十分な検討がなされているとはいえない。

今後さらなる高齢者ニーズの増加が見込まれる中、中国においては、高齢者介護施設への入居希望のニーズに応じたサービスの質を重視した多面的な施設介護サービスの拡充とともに、在宅福祉サービスおよび地域におけるケア供給体制の整備強化が急速に求められていくのではないかと考えられる。

### **(3) 中国が目指すべき高齢者サービスの在り方**

中国においては、社会保障の整備も経済成長を損なうものであってはならないという政府の一貫した姿勢があるといわれている。そこで、政府がケア全てを肩代わりするのではなく、フォーマル・インフォーマル、営利・非営利を問わず、できる限り家族や社会の力

を活用するというのが政府の方針であり、その一環として現在ではコミュニティによる福祉が推進されてきている。

2011年に民政部が公表した「社会养老服务体系構築第12次五ヶ年計画」では、初めて中国の社会介護サービス体系における「9073」という目標を掲げた。つまり、在宅介護サービスを90%と基礎に置き、コミュニティによる拠り所である社区养老服务を7%、施設入居介護を3%とすることであった。

これは、北京市や上海市などといった高齢者人口が多い都市部において、2020年の時点でも社区の在宅介護サービス利用者が1割、その他9割の人は私費で在宅介護サービスを利用することを示しているのである。

経済振興と生活水準の向上が最優先課題に置かれて、経済政策に多くの予算が取られている中、十分な社会保障制度や福祉政策を実現しようにも、財政的に困難な事情がある現在の中国では、養老施設などの高齢者施設の整備をするのも困難な状況が待っている。

また、サービスの利用者である高齢者にとっても、入居者はほとんどが介護を不要とする自立者に占められて、要介護者の入居比率が極めて少ない公設施設、利用料が高く入所することに既に抵抗がある民間介護施設というような施設の状況がある中で、高齢者たちが自分の住み慣れた環境で老後の生活を送ることができ、地域住民の自助、相互扶助を基本とし、住民参加によって「地域の力」を引き出すという社区养老の試みは、日本が現在進めている地域包括ケアシステムの考え方を踏襲するものである。高齢化社会の進行に伴い、住み慣れた地域において高齢者に多様なサービスを提供できるような環境を整備し、様々な新しいサービス需要を生み出す高齢者サービスの充実を図っていくこの取り組みは、今後の中国の高齢者支援のあり方としては理想的な形であるといえるのではないだろうか。

図表5-2 訪問した北京における社区养老服务の様子





### 第3節 中国の高齢者支援政策への期待と課題

#### (1) 中国政府による戦略的政策の必要性

世界的にも膨大な数の要介護高齢者が、今後さらに増え続けていくと予測される中国において、家族扶養を前提としたこれまでの高齢者福祉施策の限界は目に見えている。都市部だけでなく、農村部においても核家族化が進み高齢者だけの、「空巢家庭」と呼ばれる親子が別居するという家族形態が急速に増え、老後生活は独り暮らしや夫婦のみの世帯が一般的となると予想できる。そうした中で、多くの高齢者は、将来介護が必要となった時にどのような形で生活が続けられるか、確固たる見通しが立てられない状況にある。

また、今後、さらに高齢者の平均寿命が延び、介護期間は長期化、重度化することから、介護者の肉体的・精神的負担は重くなり、さらに経済的負担も大きくなると予想される。

日本では「家族による介護を社会による介護へ」というスローガンの下で介護保険制度が実施されたことによって、家族が全面的に責任を負っていた介護という行為を外部化する環境が整備されてきた。介護保険制度という共助システムを構築することによって、介護サービスが簡易な手続きで安価なサービスとして提供されることとなったため、それまで家族介護の主たる担い手となっていた家族介護者にとって、外で働く自由や社会的な活動をするという希望を実現する契機となり、伝統的な家族介護は市場による介護サービスの提供という家族機能の外部化へと急速に進んだ。

だが、依然として介護を行っている家族も多く、すべてが外部化しているわけではない。このようなことから、日本の在宅における高齢者介護の特徴は、家族に依存した介護形態にあるが、介護に掛かる社会的費用の多くは家族が負っているとも言われ、介護問題は、現在の高齢者だけでなく、いずれ高齢期を迎える現役世代にとっても重要な課題となっている。

日本よりも所得格差が大きい中国において、介護の社会化を促し、家族介護を基盤とした高齢者介護を継続して行うためには、介護保険制度をはじめとした高齢者支援政策に関する法整備が必要となるであろう。

また、人口規模と財政的な問題から、高齢者介護施設の設立と整備には限界があり、高齢者介護サービスを受けられない要介護高齢者が出てくる問題を解決するためにも、高齢者福祉施設を整備するとともに、家庭内で高齢者を介護する伝統的な扶養観念に適合した高齢者介護システムを構築することが望まれる。

しかし、都市と農村間において、財政状況や介護以外の医療、年金などの社会保険制度の状況、サービス提供機関の基盤整備などについて格差が大きいため、未だ日本のような量・質ともに充足された全国一律の高齢者サービスを提供できる体制を持つことが困難な状況があり、地域の実情に合わせた多様な介護保険制度の整備と運用が進められるべきだと考える。

さらに、これらの制度を維持していくためには、膨大な財政確保が必要となることから、制度維持への対応としての目的税の導入や低所得者以外の応能負担の導入などを今後検討

すべきであろう。

## （２）地域福祉の充実と在宅介護サービスの多様化

中国の伝統的な老親扶養の考え方では、子供が存在しているにもかかわらず親を施設に入れることは親不孝だと考えられている。一方で、「一人っ子政策」を長年実施してきた中国では、夫婦２人で４人の高齢の親を扶養する必要がある、若い世代にとって高齢者の介護は大きな負担になっている。こういった社会構造から、自宅で介護サービスを利用しながら扶養するための地域福祉の充実と在宅介護サービスの多様化への期待は今後さらに大きくなると思われる。

2016年に中国政府が公表した「中国十三五高齢事業発展および養老体系建設計画」の中においても、「在宅を基盤に、社区を拠り所に、施設を補完としながら、医療と養老がうまく連携する（医養結合）養老体系を構築する」とあり、コミュニティサービスを利用し、在宅介護を基礎とした医療連携を伴ったサービスネットワークを構築することが示されている。

しかし、急激に都市化した中国において日本と同様に、高齢化が進み地域で助け合うのは当然という生活文化を持たない世代等が地域の世帯構成の中心となることや、生活様式の多様性などから個人主義的傾向も強まる中で、住民の連帯感の希薄化、ひいては地域の連帯感が希薄化し、これまでのような地域の活力を期待することも難しくなってくると考えられる。

すでに農村地においては若者世代が都会へ流出し、取り残された多くが高齢者となっていることから高齢化が進んでおり、地域社会の維持さえ難しくなっている。こうした現状を踏まえると、限られた社会資源やマンパワーの中で、日本と同様、地域住民たちが支え合って地域課題に取り組めるような支援体制をつくることが急務となるであろう。

日本で現在進められている地域包括ケアシステムの構築については、地域性の尊重と地域の持つ自助・互助・共助・公助の役割分担と強化が指摘されている。これは単に地域における社会資源を増やし、関係機関との協働を進め、その中でネットワークや信頼関係を構築することだけではなく、ソーシャル・キャピタルをうまく活用しながら住み慣れた地域で安心して暮らすための地域づくりやまちづくりの施策を展開し、地域住民に対する公共の医療や介護、福祉サービスと結びつけ、地域における医療・介護サービスの提供方法やその効率性を担保するシステムを構築することが本来の目的であるといえる。このことから中国がこれから進めていくべき支援体制と一致するものであることがわかる。

今、日本で地域包括ケアシステムが構築できるか否かは、行政だけでなく住民を含めた地域固有の状況に応じた専門職の支援ネットワークや地域の互助組織のシステム化への工夫等が必要であると考えられているが、中国においても同様に、住民主体となってセルフケアを実践できるマネジメント体制とそれをサポートしていく素人専門家（lay expert）の養成が大きな役割を担っていくと考えられる。



図表5-3 都市部における社区老人福祉服務センターの課題

| 都市部における社区老人福祉服務センターの課題       |                          |
|------------------------------|--------------------------|
| 居宅養老サービスの主な支え                |                          |
| ・デイケアと居宅養老のサポートという2つの機能      |                          |
| 課題                           | 利用者の重度化に対応できる専門職スタッフの必要性 |
| ・サービス提供できる場所を増やし、情報ネットワークを形成 |                          |
| 課題                           | 多機関との連携による個別ニーズへの対応      |
| ・高齢者の社会参加機会を増やす              |                          |
| 課題                           | 社会参加を促すサービスコンテンツが必要      |

### （3）介護職の専門化と介護職の待遇改善

中国政府が「社会福祉の社会化」の方針を打ち出す中で、民間企業や非営利団体等が運営する施設も増えている。高齢者介護サービスの必要度が高まるにつれて、最も重要となるものの一つに介護サービスを担う人材の問題がある。中国民政部の統計によると、1千万人近くの養老介護専門人材が必要と見込まれているが、全国の老人福祉施設の従業員は22万人、介護資格を持つ者も2～3万人あまりにすぎず、市場の需要にまだまだ及ばない状況がある。

これは、日本と異なる中国の制度や介護への考え方の違いが影響しているともいえる。例えば、日本の介護士がなるべく健康で動ける状態を維持する「自立支援」を目標に介護サービスを提供するのに対し、中国では身の回りの世話をすべてやる「療養支援」が目標であることにより、日本では浴槽へ入浴する一連の行動に対しても自立支援を促しながら介護を提供していくが、中国は基本的にシャワーで十分であるために、高度な技術そのものの必要がない。このような状況下では、高度な介護技術に価値を見出しにくく、サービスを提供している介護者本人はもとより、利用者にとっても介護の専門人材を必要としない状況が存在すると考えられる。

実際、在宅介護サービスを行う家政服務員や護理員、施設で介護サービスを担当する養老護理員などは、国家資格ではなく、国家職業基準が定められているだけで、現在のスタッフの質は介護事業発展のためのニーズをとて満足することができないといえる。

在宅介護サービスが事業として発展し、幅広いサービスを提供することによって、地域社会の介護サービスのレベルを高めていくことが期待される中で介護従事者の専門教育及び資格に関する基準の具現化は必要であるといえる。

#### (4) 中国の高齢者施策の展望

中国が抱えている問題は、都市部と農村部という異なる地域に社会システムを組み込むとすることで、都市重視の政策、農村地域の社会インフラ整備の出遅れといった現状を招き、年金や医療などの社会保障制度が整えられないという一面を示す結果となったのであるが、今後、日本のような全国統一的な社会保障整備を整えるには、まだまだ大きな課題を残しているといえる。高齢者支援、介護労働は家庭内福祉に依存できない状況は既に明らかであり、ケアの社会化が強く求められている中、政府が進める住民同士が互いに支えあうシステムを構築することは、日本の現状を見てもある意味、理想的な形ととらえることができるが、実質的な行政の責務放棄と言わざるを得ない部分もある。

また一方で、行政が民間の福祉サービス展開事業運営を支援することで、福祉サービスの供給源を確保するという方針も打ち出されているが、福祉事業には投資額相応の収入や即効的な成果を得にくいという性質もあり、民間の活用による福祉の質の向上は期待しにくい現状がある。

日本よりも30年遅れと言われている高齢化率の中国ではあるが、日本よりも血縁、地縁が薄く、経済的なつながりが人のつながりを形成する大きなファクターになっている状況で、家庭を基盤とし、地域社会を拠り所にし、施設を補完とした高齢者福祉サービス体系の設立と発展は今の状況からは望めず、ある一部の層だけが福利を得る社会システムがいつまで継続できるのか、大きな疑問である。

財政支出の低さ、高齢者サービスに対する意識の成熟度の低さ、人材の不足など様々な問題が指摘されている中、中国政府が自ら扶養責任の所在やサービス提供の種類、人々の役割など、その概念の具体化・具現化を図る必要があると考えられる。

#### 【参考文献】

1. 国立社会保障・人口問題研究所人口統計資料集（2018年版）
2. 沈 潔「第2章 中国における高齢者の生活保障システム」宇佐美耕一編『新興諸国における高齢者の生活保障システム』アジア経済研究所、2009
3. 自治体国際化協会北京事務所『中国における高齢者福祉』（CLAIR REPORT. No. 338）、2009  
日本貿易振興機構（JETRO）北京事務所2013『中国高齢者産業調査報告書』。  
王文亮『現代中国社会保障事典』集広舎、2010
4. 吴玉韶・党俊武2014『中国老齡産業発展報告（2014）』社会科学文献出版社。
5. 中国民政部編『中国民政統計年報』（2010年版～2014年版）。
6. 中国国務院「第13次五カ年計画 国家高齢者事業発展及び養老体系構築計画」2017年
7. 中国社会科学院人口・労働経済研究所「中国人口・労働問題報告」
8. 中国老齡科学研究センター・調査グループ「全国の都市と農村部における「失能老人」の状況に関する研究」2011年

9. 金 紅梅 中国における高齢者福祉施策の変遷に関する一考察. 現代社会研究7, 2009
10. 劉 念 「中国都市部の高齢者福祉施設における入所者の生活と福祉 - 西安市での調査を事例に」 21 世紀東アジア社会学, 2016
11. 石田路子「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」『城西国際大学紀要』 21 号2012
12. 周 金蘭「中国における高齢化の現状と高齢者対策」現代社会文化研究 No.61 2015 年
13. 中国人民大学・中国調査・データセンター「中国老年社会追跡調査」報告書2016年
14. 王 国忠「中国の高齢者福祉の変遷についての一考察：都市部の高齢者介護を中心に」人間文化研究,4, 15-27, 2006
15. 敖 紅ら「中国における高齢者福祉の現状と課題」久留米大学文学部紀要, 5,79-93,2005
16. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」2018年
17. 自治体国際化協会『中国における高齢者福祉』2009年
18. 藤本健太郎：孤立社会からつながる社会へ-ソーシャルインクルージョンに基づく社会保障改革-ミネルヴァ書房2012
19. 厚生労働省老健局：第46回社会保障審議会介護給付費分科会資料（資料2 介護保険制度を取り巻く状況等）平成26年4月28日
20. 「社会保障制度改革国民会議 報告書（概要）～確かな社会保障を将来世代に伝えるため道筋～平成25年8月6日」
21. 厚生労働省老健局：全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料平成26年2月25日
22. 厚生省高齢者介護対策本部事務局：新たな高齢者介護システムの構築を目指して—高齢者介護・自立支援システム研究会報告書 ぎょうせい 1995.
23. 筒井孝子：介護サービス論—ケアの基準化と家族介護のゆくえ—有斐閣, 東京. ,
24. 東野定律, 筒井孝子：介護保険制度実施後の痴呆性高齢者に対する在宅の家族介護実態. 東京保健科学学会誌2003;5(4):244-257.
25. 松繁卓哉「Lay Expert (素人専門家) の制度化をめぐって:英国 Expert Patient Programme に見るジレンマ The Institutionalisation of 'Lay Expert' :The Dilemma for the Expert Patient Programme in the UK」年報社会学論集 2007(20), 108-118, 2007
26. 内閣府・経済社会総合研究所：コミュニティ機能再生とソーシャルキャピタルに関する研究 2005
27. 筒井孝子：地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略—integrated careの理論とその応用. 中央法規出版 2014
28. 徐 榮「中国における高齢者サービスの展開と人材育成. 堀橋孝文, 新しい福祉サービスの展開と人材育成, 法律文化社, 2010

## 第6章 社会保障に関する日中協力の可能性とあり方

30～40年前の日中関係は、日中友好のムードの中で中国の経済発展に協力することが基軸となっていた。2000年代に入ってから、日中関係は歴史認識の違いや東シナ海の領有権問題を巡り、ぎくしゃくするようになった。これまでの10年間で、日中関係は既に曲がり角を曲がってしまった。10年前までの日中関係は、本音はともかく建て前では、日中友好がメインストリームの論調だった。2008年北京五輪、そして、2010年上海万博を成功裏に開催した中国と中国人はすっかり世界のリーダーになった気分になった。それまでの中国人は少しでも外国、とりわけ先進国に学ぼうとする謙虚な気持ちを持っていた。それ以降中国人は、これ以上外国に学ぶものなどはないと思うようになった。北京はまるで再び世界の中心になったかのように思われている。中国人が描く中国の自画像は、世界の強国になった巨竜である。

こうした中で、日中関係は従来の日中友好の軌道から外れ、中国人は今まで侵略された仇を取るかのように、中国に進出している日本企業とスーパーを破壊し鬱憤を晴らした。これが中国で起きた反日デモだった。ナショナリズムが台頭するのは中国国内でストレスをガス抜きするためであると多くの国際政治学者が指摘する。胡錦濤政権(2003-2012年)は中国人民に「和諧社会」(調和のとれた社会)作りを提唱している。この呼び掛けは中国社会の調和が取れていない証左である。

中国の「改革・開放」では、いわば改革しやすくリスクの小さい分野を優先に改革が進められた。逆に、簡単に成果が出ない、既得権益グループに阻まれる分野の改革が先送りされている。その結果、格差が拡大し、一握りの特権階級が巨額の富を支配するようになった。とりわけ、政府共産党および国有企業経営幹部に対するガバナンスが機能していないため、中国は腐敗大国にまで成長した。

経済成長が続いている間は、所得格差はそれほど問題にならない。しかし、経済成長率が減速を始めると、一気に社会問題として噴出してくる。これがいわば中国社会の脆弱性である。こうした中で、2018年、米中貿易戦争が勃発し、中国の国際貿易はかつてないほど苦境に立たされている。更には、中国を軸に形成されている多国籍企業の原材料と部品調達のサプライチェーンが再編されると考えられ、中国経済は長期に亘って低迷する恐れがある。しかも、米中貿易戦争は国際貿易の分野に限らず、既に両国の覇権争いにまで発展してしまった。



米中関係が順調なときは、日中関係はなぜかぎくしゃくしがちになる。しかし、米中関係が悪化すると、日中関係はすぐさま改善に向かう。2018年10月、安倍首相は7年ぶりに訪中した。その前に、李克強首相は日本を訪問し、両首脳は関係改善を約束した。

二国間関係を改善するには、シンボルとなる協力プロジェクトが必要である。日中両政府は技術協力を強化する意向を示したのに加え、高齢化問題に対する協力についても約束した。具体的には、中国の介護事業について、日本は関連のノウハウなどを供与し、介護士の人材育成についても協力する。しかし、政治主導の協力関係が本当に築かれるのだろうか。本章では、社会保障に関する日中協力の可能性とあり方について考察していくことにする。

## 第1節 日中両国における高齢化の進展

人口の高齢化は、健康医療サービスの改善に伴う平均寿命の伸長によって予測できる動きである。日本では、食生活の改善と合理化及び医療保険サービスの向上によって平均寿命は年を追うごとに伸長している。同時に、医療技術の改善も長寿社会に大きく貢献している。一方、中国では、1949年に中華人民共和国が成立してから、都市部を中心に公費負担医療制度の整備に取り組んだ。それは、主に国営企業の傘下に病院や診療所が設立され、その従業員がほとんど無償で医療サービスを受けることができる制度であった。国営企業が従業員の医療費を肩代わりする仕組みだが、共産主義体制の初歩段階とされていた。ここにはさまざまな問題が含まれている。第一に、国営企業にとり、社会保障費を負担することは経営上の大きな重荷になっていた。第二に、業績の良い国営企業と良くない国営企業の間に大きな格差が存在していた。第三に、国営企業以外の企業や団体に勤務する者にとっては不公平感があった。第四に、農民は国営企業を軸とする社会保障制度の対象外となったため、制度的に差別を受けていた。

とはいえ、1949年以前の中国社会と比べれば、医療サービス制度が大幅に改善されたと言われている。特に戦時と違って、中華人民共和国においては、予防医学が強化され、伝染病などの疾患予防が大きく前進した。その結果、中国人の平均寿命は徐々に伸長するようになった。

長年、中国人には高齢化の概念がなかった。毛沢東時代（1949–76年）、経済のキャッチアップを図るために、出産が奨励された。その考えは中国の伝統文化と合致するものだった。すなわち、中国社会の基本は大家族制度だった。家族の構成員が多ければ多いほど、



羨望の的となった。

問題は、毛沢東が経済建設に真面目に取り組まず、毎年のように自分の政敵と思われる共産党幹部を右派や反革命分子などの名目で打倒するなど権力闘争に奔走したことである。特に、1960年代に入ってから共産党の高級幹部のみならず、一般の知識人も打倒の対象となり、学校の先生などが多く追放された。学校は教育をあきらめ、国営企業も生産を停止した。経済が大きく停滞する中、中国社会は極端な物不足の状況に陥った。

毛沢東は1976年に死去した。その後、経済を再生させるために実権を握った鄧小平氏は、経済の自由化と市場開放を決断し、いわゆる「改革・開放」路線へと舵を切った。経済の自由化とともに、出産制限を目的とする「一人っ子政策」が推進された。当時の考えでは、出産が制限されれば、マクロ経済の需要が抑制され、供給不足が緩和すると考えられた。今から振り返れば、「一人っ子政策」は近視眼的な政策と言わざるをえない。しかし、当時の共産党指導部は極端な物不足を乗り切るための秘策と考えたようだ。

冷静に考えれば、「一人っ子政策」を長期に亘って実施すれば、中国の人口動態とバランスが大きく崩れることは一目瞭然である。しかし、社会主義専制政治においては、指導者が決めた政策に異議を唱えることが許されない。社会主義体制の弱点の一つは自浄機能が備わっていないことである。鄧小平の指導部が定めた「一人っ子政策」を貫徹するため、最初の子どもを出産した夫婦に対して、強制的に不妊手術を施すなどの暴挙も多かった。仮に二人目の子どもを出産する夫婦がいたら、公務員の場合、即座に失職する。同じように違反した労働者や農民の場合、巨額の罰金が取られる。

「一人っ子政策」によって出生率が低下することで、長寿社会に向かう中国の人口動態は急速に高齢化するようになった。

日本社会は人口の高齢化が深刻化する前から、年金や健康保険などの社会保障制度が整備されていた。そして、高齢化の兆しが現れるようになってから、介護保険も整備された。中国の社会学者いわく、日本社会は「未老先富」（高齢化が到来する前に、日本社会はすでに豊かになった）と言われている。それに対して、中国社会は「未富先老」（豊かになる前に、先に高齢化が到来した）である。

この見方は必ずしも正しくない。社会保障制度を整備することと、制度の基盤であるその社会がどれほど豊かになっているかは別問題である。中国の一人当たりGDPはすでに9千ドルに達した。それでも豊かになったとは言えない。

## 第2節 養老に関する日本人と中国人の認識の違い

日本人も中国人も、老後の生活について心配があっても、その時になったら何とかなんと意外にも落ち着いた見方を持っている者が少なくない。介護よりも、年金と健康保険のほうがむしろ切実である。年金は健康な高齢者の日常生活を保障する仕組みである。それがないと、生活そのものが困ってしまう。そして、健康保険も重要である。日常的なちょっとした病気でも、健康保険に入っている場合と入っていない場合の自己負担は全く異なる。全く病気にかからない人はほとんどいないため、健康保険の重要性は明白である。

それに対し、施設に入って介護サービスを受ける人は少数である。大多数の人は自宅で老後を過ごし、必要に応じて在宅介護サービスを受けることになると思われる。大まかな傾向については、中国も日本もほぼ同じである。多くの中国人は自宅で老後生活を送ることになるが、今のところ、介護保険制度が整備されていないため、在宅介護サービスが充実していない。それよりも、農村から都市部へ出稼ぎに来ている女性たちが家政婦となり、都市部の高齢者の日常生活を助けている。日本には、家政婦の制度とビジネスがあるが、広く利用されていない。

日本の国会で外国人材を受け入れるための法案が議論されているが、それはあくまでも人手不足を補うための手段である。介護の現場では人手不足であるが、外国人材受け入れの前提として外国人はまず介護士の資格を取得しなければならない。しかし、外国人にとって、日本語の能力試験に合格し介護士資格を取得することは容易ではない。

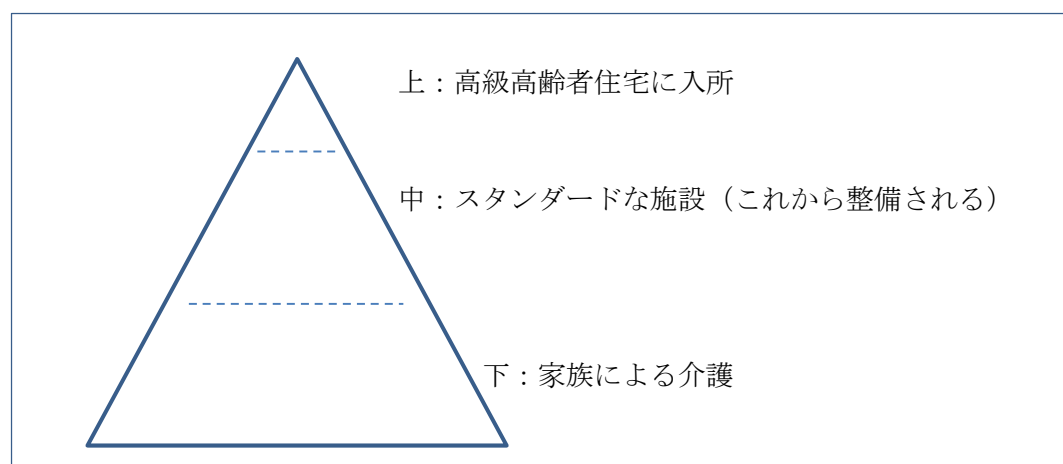
中国でも介護士については、極端な人手不足である。若者にとっては、難しい資格を取得しても3Kの仕事の割にはほかの仕事と比べて待遇がよくない。結果的に、中国政府は介護士資格制度の撤廃を余儀なくされた。すなわち、介護士になりたい人は短期間の研修を経れば介護士になれる。むしろ、介護サービスの質の問題があるが、介護施設の破たんになれば、品質がいくらか低下しても仕方がないと合理的に判断された。

日中の養老事情に関する比較について、もう一つ指摘しておきたい点がある。日本では介護保険が整備されており、40歳から保険料を納めている。いざというときに、満足の行く介護サービスを受けることができなければ、被保険者には不満が募るはずである。それに対して中国では現時点で公的な介護保険が整備されておらず、現役のときに保険料も納めていないため、それに対する期待もほとんどない。期待がなければ不満も少ない。

政府共産党は養老保険制度を整備する必要があると声高に主張しているが、その内容は年金保険と健康保険を意味するものである。そして養老施設を作り運営する場合、養老を

産業とみなす傾向が強い。現に、中国の養老施設の多くは商業ベースのものである。富裕層の高齢者は自宅を売却してこうした豪華な養老施設に入所し、幸せな老後生活を送る。本研究会が実施した中国での現地調査でも、こうした豪華な養老施設を見学する機会があった。その入所費用は日本円で数千万円に上る。言うまでもないことだが、大多数の中国人はこのような豪華な施設に入所することができない。

図表6-1 中国社会の富の配分



資料：筆者作成

図表6-1に示したのは、中国社会の富の配分である。中国はこれからミドルクラス（中所得層）が入所するスタンダードな施設を整備する計画があるが、低所得層は今後も家族による介護が続いていく。

### 第3節 介護人材育成に向けた日中協力のあり方

日本は介護サービスの先進国である。ビジネスの観点からみると介護は産業であり得るが、その前に介護は社会保障サービスである。介護サービスの中心は人間である。介護されるほうも人間であるが、介護するのも人間である。日本の介護文化はまさに人間を中心に据えて育ったものである。しかし、研究の分野においては人間の生に関する研究は進んでいるが、終活に関する研究は遅れがちである。介護の現場に目を転じると、人手不足が目立つ。高齢者にインタビューすれば、そのほとんどはできるだけ他人の世話になりたくないと答える。その結果、介護サービスを受ける高齢者の多くは何の心の準備もなく、自立できない状況に陥ってから、仕方なく施設に入れられることが多い。老後生活の基本は尊厳のある生活を送ることである。この意味では、介護サービスの先進国の日本であっても、改善すべき点が少なくないと思われる。

一方、中国は介護サービスの途上国である。長い間中国人は、政府も個人も高齢化問題について目をつぶってきた。政府の財政支出を見ればわかるように、そのほとんどは経済成長を維持するための経済政策であるが、介護サービスを改善するための財政支出は十分に行われてこなかった。なぜならば、中国では年金や医療サービスは政府あるいは勤務先の責任であるが、介護すなわち終活は、各々の家族の責任、つまり政府の責任ではないと考えられてきた。しかし、現実問題として「一人っ子政策」の影響により人口動態のバランスが崩れ、大家族は核家族化している。家族内での介護は事実上できなくなった。同時に、「改革・開放」をきっかけに中国人は先進国、とりわけ日本や北欧諸国において介護サービスが公的な社会保障サービスになっていることを知った。すなわち、介護サービスを改善するのは政府の役割ということである。

ただし、前述のとおり中国では介護サービスを産業とみなす傾向がある。政府が主役ではなく、不動産デベロッパーが中心になって富裕層向けの高齢者住宅を開発しており、そこには介護サービス機能が含まれている。商業ベースの介護施設であるため、介護士はもとより医師と看護師が常駐するケースも少なくない。一方、中所得層以下の高齢者は介護サービスを全く受けられない状況にある。

中国では介護は新しいサービス分野であり、ノウハウの蓄積が浅い上、人材も不足している。過去20年間、主要都市の最低賃金は毎年10%ずつ引き上げられている。工場の出稼ぎ労働者の賃金が年々上昇する中で、介護保険が整備されない中、介護士の待遇改善は大幅に遅れている。介護を受けたいがお金を払いたくない高齢者が多い。その結果、介護士になるよりも工場で働いたほうが気分的にも楽と考える若者が多い。

日本の介護施設にはノウハウの蓄積があるが、人手が不足している。中国が介護士を育成したいならば、日本の介護施設に若者を派遣して研修させることができる。そうすれば、日本の介護現場の人手不足がある程度緩和でき、中国はそのノウハウを習得することができる。こういう安易な考え方が提示されているが、実現することは簡単ではないようだ。

#### 第4節 社会保障制度の充実と日中協力のあり方

社会保障、とりわけ介護サービスは製造業や一般のサービス業と大きく異なり、知識集約型と労働集約型のサービス業の結合である。高齢者を介護するのは力仕事であると同時にきめ細かな配慮が重要であり、高度なノウハウが必要である。それに介護ロボットを取り入れることもあろうが、基本は人間が人間を介護する。



先進国でもかつては介護サービスがなかったが、この数十年で先進国を中心に少子高齢化が進展したのを受けて、家庭内で介護に手が回らなくなった結果、社会保障サービスの重要な一環として整備されつつある。中国では少子高齢化が急速に進む中、社会全体において介護に対する理解が十分に浸透していないのが実態である。なお、これまでの40年間の「改革・開放」政策において、政策の重点は経済成長に置かれていた。その結果、社会保障制度の整備が大幅に遅れている。

しかし、脆弱な社会保障制度は社会不安を助長する要因であるため、中国にとって社会保障制度の整備は不可欠である。社会保障機能を強化するのは社会の安定に資するものだが、莫大な社会資本が必要であるため、国家財政を圧迫することになる。特に中国では、社会保障を整備するのは各々の省（日本の県に相当する）や市など地方政府の責任である。地方政府には、都市開発などのために長年にわたり巨額の債務が蓄積されているため、これ以上の余力はない。すなわち、社会保障制度を整備する必要があるが、その財源をいかに確保するかが重要な課題である。

現状では中国政府は介護保険制度を整備する代わりに、民間資本による介護サービス業への参入を奨励し、介護施設への補助金を支給する制度が主流になっている。中央政府の財政部から省政府の民政庁に対して補助金が支給され、民政庁は市政府レベルの民政局に補助金をさらに再配分する仕組みになっている。

むろん、政府の補助金は単なる誘い水にすぎず、多くの介護施設は不動産開発のデベロッパーが主役となって建設されている。視察してみると、介護のための施設というよりも高級な高齢者住宅である。すなわち、富裕層の高齢者が入居して、施設側は料理、清掃などの家事サービスの提供、定期的な健康診断による健康管理などを行う。ただし、本格的な介護サービスは不足しているのが現状である。

近年、中国政府は日本と北欧の社会保障制度を手本にして、中国の特色のある社会保障制度を整備するとしている。その柱の一つは「医养結合」という考えである。中国では、「養老」というのは余生を送ることを意味するものである。養老金は日本の年金のことである。日本では、年金は定年退職した後の生活費に充当されるものであり、介護のコストの多くは介護保険によってカバーされる。それに対して中国では、養老金は介護を含む老後の生活費全般に充当されるものである。介護が必要な場合も、養老金（自らの年金）から支出されなければならない。したがって、一握りの富裕層を除けば国民の大半にとって介護は深刻な課題になっている。繰り返しになるが、公的な介護保険制度が整備されておらず、

個人の年金で介護サービスを受けるのは無理である。

こうした現実を踏まえて考えれば、中国政府は日本のような介護保険制度を整備することを考えるべきだが、その財源を確保できていない。現実的に富裕層と中間層を対象にする介護保険を整備し、多数の低所得層に対しては将来的に少額の介護手当を支給する可能性がある。中国の介護サービスの将来像を展望すれば、富裕層は高級な高齢者住宅に入居し、要介護になった段階で日本型の介護施設に入所していく。中間層は、その多くは在宅のまま家政婦を雇い、家事などを代行してもらう。要介護になった場合、富裕層ほどではないが、簡素な介護施設に入所する。低所得層の多くは、基本的に在宅のまま家族による介護を受けることになる。中国の専門家によると、90%以上の高齢者は在宅のまま老後を過ごすことになると言われている。

## 第5節 結論：大きな政策転換の必要性

上の分析は大きな政策転換がなければ、多数の低所得層を中心に介護難民が発生する可能性を示唆している。習近平政権は中国社会の脱貧困を最も重要な政策目標として掲げている。それには介護サービスの充実も含まなければならない。それに向けて少なくとも以下のような政策転換が求められている。

第一に、所得の平準化とともに、介護資源のアロケーション（配分）も平準化しなければならない。社会主義を標榜する以上、富裕層に傾斜配分している介護サービスを低所得層に配分する必要がある。

第二に、所得と財産額に応じて、介護サービスを受けたときの自己負担率を調整する必要がある。現状においては富裕層が優遇される仕組みになっているため、低所得層は介護サービスを受けることができなくなっている。これでは、社会主義の基本精神に反するものと思われる。

第三に、社会保障制度全般についていえることだが、①共産党幹部、服役軍幹部と学校教職員、②国有企業従業員、③労働者、④農家というように、職業ごとに分離されているプールが不公平感を助長しているため、それを統合していく必要がある。一人当たり9千ドルに達している中国の経済力を踏まえて考えれば、財力が不足しているというよりは、富裕層に傾斜配分する制度に問題がある。

それに加えて、経済規模の拡大に注力してきた財政政策と金融政策は社会保障制度の整備に軸足をシフトすべきである。

むろん、政治の力学から考えれば、政策を低所得層に傾斜配分するには、民主主義と同じように低所得層が政治に影響を与える一票の力を備える必要がある。ある意味では、社会保障制度の改革は政治改革に直結するものである。政治改革なくして社会保障制度改革は望めない。世界的にみても、社会保障制度が完備されている国は民主主義体制がきちんと整備され、政治に対するガバナンスがきちんと行われている国である。

中国はもともと共産党幹部を中心とする特権階級が支配する国家である。封建社会も今の社会主義体制も特権階級は所得分配に有利な立場を利用して、より多くの資源を獲得している。習近平政権は反腐敗に力を入れているが、特権こそ共産党幹部が腐敗する温床である。ガバナンスが機能する民主主義の制度を整備することこそ重要な一歩である。

こうしてみれば、中国の社会保障制度は中国政治と権力構造が決めたものであり、政治改革を行わなければ、権力構造は変わらない。権力の中心を半径とする権力構造と富配分の仕組みを変えるには、権力構造を根本的に改革する必要がある。これまでの40年間の「改革・開放」政策はGDP、すなわち富の拡大に軸足が置かれてきたが、これからの改革は富を公平に分配し、社会保障制度を充実するための枠組み作りに軸足を置いていく必要がある。そのために、渡り石を叩きながら川を渡るのではなく、北欧や日本など先進国の事例をモデルにして、中国の実状に合う仕組みを作っていく必要がある。

## 「中国社会保障制度研究会」活動記録

<研究会開催>

※講師の役職は当時

| 開 催 日 |             | 内 容 等                                                                                  |
|-------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 第1回   | 平成29年5月9日   | 趣旨説明<br>静岡県立大学グローバル地域センター<br>特任教授 柯 隆                                                  |
| 第2回   | 平成29年7月25日  | メンバーによる講演、意見交換<br>「中国の社会保障改革と高齢者福祉」<br>東京経済大学准教授 李 蓮花                                  |
| 第3回   | 平成29年8月28日  | メンバーによる講演、意見交換<br>「わが国の公的介護保険が導入された背景と今後」<br>静岡県立大学准教授 東野 定律                           |
| 第4回   | 平成29年9月26日  | 外部講師による講演、意見交換<br>「中国の社会保障と課題」<br>中国太平保険サービス日本(株)社長 沙 銀華先生                             |
| 第5回   | 平成29年11月28日 | メンバーによる講演、意見交換<br>「タイ・ベトナムの高齢者ケア」<br>静岡県立大学短期大学部講師 天野 ゆかり                              |
| 第6回   | 平成30年1月29日  | 外部講師による講演、意見交換<br>「中国社会保障制度の再編成」<br>日本女子大学教授 沈 潔 氏                                     |
| 第7回   | 平成30年5月8日   | 外部講師による講演、意見交換<br>「中国の公的医療保険の守備範囲と民間医療保険が担うセーフティネット」<br>ニッセイ基礎研究所准主任研究員 片山 ゆき 氏        |
| 第8回   | 平成30年6月5日   | 外部講師による講演、意見交換<br>「急速に変わる中国の介護市場と最新動向<br>～現場ではどのような変化が起こっているのか～」<br>日中福祉プランニング代表 王 青 氏 |
| 第9回   | 平成30年8月6日   | メンバーによる講演、意見交換<br>「エージング問題に関する非制度分析」<br>静岡県立大学グローバル地域センター<br>特任教授 柯 隆                  |
| 第10回  | 平成30年10月9日  | 報告書とりまとめに関する意見交換                                                                       |
| 第11回  | 平成30年11月26日 | 報告書とりまとめに関する意見交換                                                                       |
| 第12回  | 平成31年1月11日  | 報告書とりまとめに関する意見交換                                                                       |
| 第13回  | 平成31年2月14日  | 報告書とりまとめに関する意見交換                                                                       |



## ＜県内視察＞

＜時期＞平成30年3月7日

＜調査・ヒアリング先＞浜松市

### 聖隷福祉事業団介護施設／和合せいれいの里



### 聖隷福祉事業団介護施設／浜名湖エデンの園





## ＜現地視察＞

＜時期＞平成30年9月9日～9月15日

＜調査・ヒアリング先＞北京市内

中国商務部国際貿易経済合作研究院



北京社会管理職業学院（老年福祉学院）



## 中国健康养老集团有限公司



## 华威西里社区养老服务驿站





<調査・ヒアリング先> 杭州市内

浙江省民政厅



杭州金色年华金岭退休生活中心



浙江寓健健康管理有限公司





杭州广宇安诺实业有限公司





## ＜研究報告会＞

＜日 時＞ 平成30年12月19日 13時～17時

＜会 場＞ 静岡県コンベンションアーツセンター グランシップ 会議ホール「風」

＜聴講者＞ 県民 約220名

### ＜プログラム＞

「老いゆく中国社会-少子高齢化の現状と課題、日中協力の可能性-」

開会あいさつ 静岡県立大学 学長 鬼頭 宏

講 演 「中国養老健康事業発展の方向性と課題」

中国商務部国際貿易経済合作研究院サービス貿易研究所 副所長

中国健康養老集团有限公司 養老運営総監 俞 华

研究発表 「社会保障制度研究総括：中国少子高齢化問題の本質と課題」

静岡県立大学グローバル地域センター 特任教授 柯 隆

講 演 「中国高齢社会の最新事情～介護現場と市場の動向～」

日中福祉プランニング 代表 王 青

研究発表 「中国における社会保障と人口変動－日本との比較」

東京経済大学経済学部 准教授 李 蓮花

研究発表 「高齢社会を迎える中国における高齢者支援政策の今後」

静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科 教授 東野 定律

研究発表 「アジアの介護人材養成と課題」

静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師 天野 ゆかり

パネルディスカッション、質疑応答



## 研究会メンバー

柯 隆（静岡県立大学グローバル地域センター 特任教授）＜代表＞

天野ゆかり（静岡県立大学短期大学部社会福祉学科介護福祉専攻 講師）

臼井 健太（（社福）聖隷福祉事業団法人本部 総合企画室長）

高 瑞紅（大阪経済大学経営学部 教授）

東野 定律（静岡県立大学大学院経営情報イノベーション研究科 教授）

李 蓮花（東京経済大学経済学部 准教授）

尹 大栄（長野県立大学グローバルマネジメント学部 教授）

※敬称略、50音順。役職は2019年3月現在。

