

## 中国都市部における公的介護保険制度創設の可能性 — ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の比較を通して —

畢 麗 傑

はじめに

### I ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の特徴

1. ドイツの介護保険制度の特徴
2. 日本の介護保険制度の特徴
3. 韓国の介護保険制度の特徴

### II 3カ国の介護保険制度の比較をとおして

1. 公的介護, 家族介護, 民間介護の分業・補完関係からの比較
2. 介護人材育成の現状と課題からの比較

### III 中国都市部における新たな介護モデルに基づいた公的介護保険制度の構築に向けて

1. 3カ国における高齢者介護モデル
2. 中国都市部における新たな高齢者介護システムの構築に向けて
3. 中国都市部における公的介護保険制度の創設の可能性

おわりに

はじめに

本稿は、中国都市部における新たな高齢者介護システムの構築に向けて、公的介護保険制度が位置づく可能性について模索したものである。中国の急速な高齢化は、伝統的な家族扶養機能だけでは高齢者介護をまかなえないことを示しており、新たな高齢者介護システムの構築が喫緊な課題になっている。前稿（畢 [2010]）はそのモデルとして、北部では北京市や天津市、大連市、南部では上海市といった都市部の先進モデルがあることを明らかにした。本稿は、それらの先進的なモデルを更に発展させ、公的介護保険制度を基本にした新たな高齢者介護システムを中国都市部において構築する可能性について検討するものであり、そのため、ドイツ、

日本、韓国における介護保険制度を中心にした高齢者介護システムとの比較を行っている。

具体的には、ドイツ、日本、韓国の介護保険制度の特徴をまず概観し、これら3カ国における介護保険制度を中心にした高齢者介護システムを公的介護、家族介護、民間介護の分業・補完関係、介護人材育成の現状と課題という2つの視点から比較する。比較分析の視点としてこの2つを挙げた理由は以下のとおりである。①3カ国ともに介護保険制度を創設した大きな理由は、「家族介護から社会的介護への転換」であり、公的責任に基づいた高齢者介護システムを構想しているからである。②この3カ国は伝統的な家族扶養機能が補完的な役割を果たしている国でもある。③損害保険会社が商品化する民間介護保険や企業が供給する介護サービスも補完的役割を与えられている。④福祉・介護分野の人材育成は、3カ国ともに大きな課題を抱えており、福祉・介護分野において新たな国家資格が創設されるという特徴を持っている。

これらの比較分析を通して得られた教訓と課題を、中国都市部における新たな高齢者介護システムの構築にどのように活かしていくかを検討する。

その際、本稿は、中国都市部における新たな高齢者介護システムのあり方として、中国の伝統的な家族扶養機能と社区によるコミュニティーケア、そして公的介護保険制度が相互に機能しながら、それに損害保険会社などが商品化する民間介護保険を加えた新たな家族主義福祉に基づいた高齢者介護モデルが中国の国情により合致していると構想している。この新たな高齢者介護モデルと比較して、ドイツ、日本、韓国における介護保険制度を中心にした高齢者介護システムはどのような特徴を持っているかを検証し、今後の中国都市部における公的介護保険制度の創設の可能性を模索する。

## I ドイツ・日本・韓国の介護保険制度の特徴

高齢化が進む先進諸国だけではなく、中国などの東アジア諸国においても、高齢者介護システムの構築は避けて通れない共通した課題である。1990年代以降、いくつかの国において、公的介護保険制度を中核とした特色ある高齢者介護システムが構築されている。例えば、ドイツでは、高齢化の進展や後期高齢者の増加によって過重な介護費用の負担に耐えられない国民が増加し、社会扶助の予算の膨張が社会問題化した。そのため、1994年に公的介護保険法が成立し、翌年から施行された。日本では、ドイツの介護保険制度を参考に議論が行われ、1997年に介護保険法が成立し、2000年から施行された。そして韓国では、ドイツと日本両国の介護保険制度をモデルにして介護保険制度が創設された。

本章では、介護保険制度創設の背景、創設のプロセス、制度の内容からドイツ、日本、韓国の3カ国の介護保険制度を考察し、3カ国の介護保険制度のそれぞれの特徴を明確にする。

## 1. ドイツの介護保険制度の特徴

### (1) 介護保険制度の創設の背景

ドイツの介護保険制度は、高齢化に伴う高齢者介護に関する財政負担の膨張を契機に制度化されたものである。1970年代から、ドイツでは、後期高齢者の増加により、過重な介護費用の負担に耐えられない国民が増加し、高齢者介護問題が社会問題化した。1980年代末、約37万人の高齢者人口のうち、70%の高齢者が病院或いは介護施設の費用を支払うことができなくなった。通常の高齢者施設では、毎月の介護費用は4,000～8,000マルクであり、重度の要介護状態にある高齢者の介護費用は、10,000～数万マルクにまでなることがあった（戴衛東〔2007b〕）。このように膨張した介護費用の問題を解決するために、公的な介護保険制度の創設が求められた。

### (2) 介護保険制度の創設のプロセス

介護費用の負担や社会扶助の財政問題の解決のために、ドイツでは1986年から介護保険についての議論が活発化し、約10年間の議論を経て、1994年に最終的に与野党の調整によって介護保険法が成立した<sup>1)</sup>（表1参照）。

表1 ドイツにおける介護保険制度の創設のプロセス

1986年	連邦政府は医療保険において在宅介護給付を支給する案を提示。
1989年	医療保障改革法において在宅介護給付の支給が実現。
1990年9月	連邦労働社会大臣が公的介護保険制度導入の構想を発表。
1992年6月	連立与党が介護保障に関する法案を連邦議会に提出することに合意した。
1993年6月	連立与党が介護保険法案国会に提出される。
1994年4月	介護保険法案の成立。
1995年4月	介護保険法の施行。

出所：増田雅暢〔2008〕192-193頁により筆者作成。

### (3) ドイツの介護保険制度の特徴

#### ①医療保険との一体型

ドイツの介護保険は、医療保険と一体になって運営されており、医療保険者である疾病金庫（Krankenkasse）<sup>2)</sup>が公的介護保険の保険者（介護金庫）を兼ねていることがその特徴の一つである。公的医療保険の被保険者は公的介護保険の被保険者となり、民間医療保険の被保険者は民間介護保険の被保険者となるのが義務づけられており、ほぼ国民皆保険に近い制度になっている。医療との関連で要介護状態も決定しており、医療色の濃い制度だともいえる。そのため、介護保険が賄う介護には限界があり、それを主に補っているのが基礎自治体（市町村）による個別支援サービスである。基礎自治体が担う個別支援サービスの内容と種類は自治体によって異なるが、介護保険が保障する要介護者に対する介護に留まらず、社会参加や街

づくりといった広い範囲が網羅されている。ドイツの介護保険は、高齢者介護とともに障害者介助を一体的に保障するものとして当初から構想されており、ドイツにおける介護システムは、広範な介護観に基づいて構想されていることがわかる。

### ②家族介護者への介護手当

ドイツの介護保険の給付内容は施設サービスと在宅サービスに分けられている。在宅サービスでは、ホームヘルパー、デイケア、ショートステイや介護補助具の支給、住宅改造への補助があり、日本の現物給付の内容と類似している。しかし、在宅介護優先の考え方から、在宅で介護する家族等の介護者に対する現金給付である介護手当の支給がある点は日本と異なる最大の特徴といえる。また、家族介護者は現金給付を受け取るだけではなく、他の労働者と同様に最低賃金が保障され、介護休暇も設けられているなど、単なる現金給付ではない総合的な仕組みとなっている。つまり、家族介護者は家族を介護するという仕事を選んだだけであり、専門職が提供する介護サービスと同様、介護保険が提供する介護サービスの一環を担っていることになる。

### ③財源状況

ドイツでは、介護保険の財政のすべては保険料で賄われている。被用者の場合には、保険料（収入額の1.7%）を被保険者と使用者が折半で負担する。介護保険制度が施行されてから数年間は、介護保険財政は黒字であった（1998年の49.9億ユーロ）。しかし、1999年以降は収支が逆転するとともに、単年度の赤字額が次第に増加し、2004年には8.2億ユーロの赤字となり、資金保有高が34.2億ユーロにまで減少した。この財政赤字に対応するため、2005年から「子のない被保険者（23歳～65歳）」の保険料率が0.25%上乗せされており、この部分は被保険者が単独で負担することとなった。これにより2005年の保険料収入が前年より7.4億ユーロ増加し、赤字額は前年の半分以下にとどまった<sup>3)</sup>。しかし、施設入所者や在宅介護の受給者の増大、介護手当受給者の減少などの要因から、給付額が急増していくことは避けられない。給付上限の引き上げ、安定的な介護財政の確保が今後の課題となっている。

## 2. 日本の介護保険制度の特徴

### (1) 介護保険制度の創設の背景

日本の人口高齢化は、欧米諸国よりも急速に進行している。表2が示すように、高齢化のスピードを示す所要年数からみれば、ドイツが40年であるのに対し、日本はわずか24年と極めて短い期間に高齢化が進行した。人口高齢化に伴う要介護高齢者の増大、家族形態の変化による家族介護の限界、女性の就職率の増加等が介護保険制度の創設の背景として挙げることができる。言い換えれば、日本の介護保険制度は、少子高齢化によって急速に膨張する介護費用をそれまでの租税に基づく措置制度によって賄うことに限界があるという政府の判断から、保

険主義に基づく社会保険に大きく転換するために制度化されたものであるといえる。

表2 ドイツ・日本・韓国・中国の人口高齢化スピード

国	各高齢化水準に到達した年度			所要年数	
	高齢化社会 7%	高齢社会 14%	超高齢社会 20%	7% → 14% の所要年数	14% → 20% の所要年数
ドイツ	1932 年	1972 年	2012 年	40 年	40 年
日本	1970 年	1994 年	2005 年	24 年	10 年
韓国	2000 年	2018 年	2026 年	18 年	8 年
中国	2000 年	2025 年	2035 年	25 年	10 年

出所：市來圭〔2010〕13頁に基づき、筆者作成。

## (2) 介護保険制度の創設のプロセス

厚生省（現在の厚生労働省）は、膨張する介護費用を消費税の増税によって賄うことも1993年から模索したが、国民の強い反対に遭った。そこで厚生省は、新たな社会保険を創設する方が国民の反対が少ないと考え、1994年に財源調達の方法として介護保険を構想した。厚生省の主導型で制度の企画立案が進められ政府審議会での議論を経て、政府原案が作成され、法案成立に至った（表3参照）。創設された介護保険は、医療、年金、雇用、労災に続く日本の5番目の社会保険制度として2000年4月に施行された。

表3 日本の介護保険制度のプロセス

1994年4月	厚生省内に高齢者介護対策本部の設置。
1994年12月	高齢者介護対策本部の研究会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」が介護保険制度の創設を提言。
1995年2月	老人保健福祉審議会で介護保険制度に関する審議が開始。
1996年5月	老人保健福祉審議会の最終報告による法案の立法作業及び国会提出。
1996年9月	介護保険法案原案の一部修正。
1996年11月	介護保険法案の国会提出。
1997年12月	国会での可決成立。
1999年5月	政府首脳から介護保険法案の実施延期の発言。
1999年11月	高齢者の保険料徴収を1年半にわたって減免する等の対策を決定。
2000年4月	介護保険法の施行。

出所：増田雅暢〔2008〕194-195頁により筆者作成。

## (3) 日本の介護保険制度の特徴

### ①医療保険との分離型

日本の介護保険は、医療制度の仕組みを活用し、国民健康保険と同様に地域保険型の構成となっている。住民により身近な市町村が介護保険の保険者となったが、施行当時の市町村は約

3,300に分かれ、人口や財政力に大きな格差があることが課題であった。しかし、日本の社会保障にとって年間30兆円を超える国民医療費の膨張は高齢者介護以上に喫緊な課題であり、そのうち半分に迫る高齢者医療費の膨張は長年の懸案であった。そこで、要介護高齢者の「介護を医療から切り離す」ことが介護保険制度によって実施されたのである。その後、2005年の介護保険法の5年ごとの改正によって介護保険制度の主な目的は介護予防に転換していった。これは、高齢者医療に関して2008年に後期高齢者医療保障制度が創設されたこともあるが、2000年に3.6兆円であった介護保険給付費が2008年には2倍以上の7.4兆円<sup>4)</sup>となっており、この年々増加していく介護保険給付費を抑制するために介護予防を重視する必要があるからであるともいえる。

## ②保険給付の内容

日本の介護保険給付は、予防給付（要支援者を対象に）、介護給付（要介護者を対象に）に区分けされている。介護サービス種別は、ドイツと同様に在宅サービスと施設サービスに分かれ、さらに2005年の改正で、在宅介護には地域密着型サービスと地域支援事業も導入された。在宅サービスは訪問介護、デイサービス、デイケアなどの13種類がある。施設サービスは特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養病床などの3種類の介護保険施設への入所がある。地域密着型サービスとは、認知症グループホーム等を市町村単位で指定し、「住み慣れた地域での馴染みの関係」を重視したサービス提供を行うものであり、6種類ある。地域支援事業とは、要介護認定で自立と判定された高齢者や市町村が実施する介護予防検診などを受信した高齢者のうち、要介護状態になる可能性があるとして認定された特定高齢者や一般高齢者を対象とした予防サービスである。このほか、日本の介護保険では、福祉・医療面双方の介護サービスを受給できることが特徴である。

一方、日本の介護保険は現物給付に限定されており、ドイツや韓国のように家族介護手当は制度化されていない。しかし、日本の介護保険給付は、コンピューターを活用した要介護認定によって身体介護を中心にした基本的な介護ニーズしか賄っておらず、それを引き続き家族介護が補完するという構造になっている。つまり日本における高齢者介護システムは、「家族依存の介護から社会的介護へ」という介護の社会化という謳い文句とは異なり、家族介護に依拠せざるをえないシステムになっているにも関わらず、家族介護者の介護は制度として反映されていないといえる。

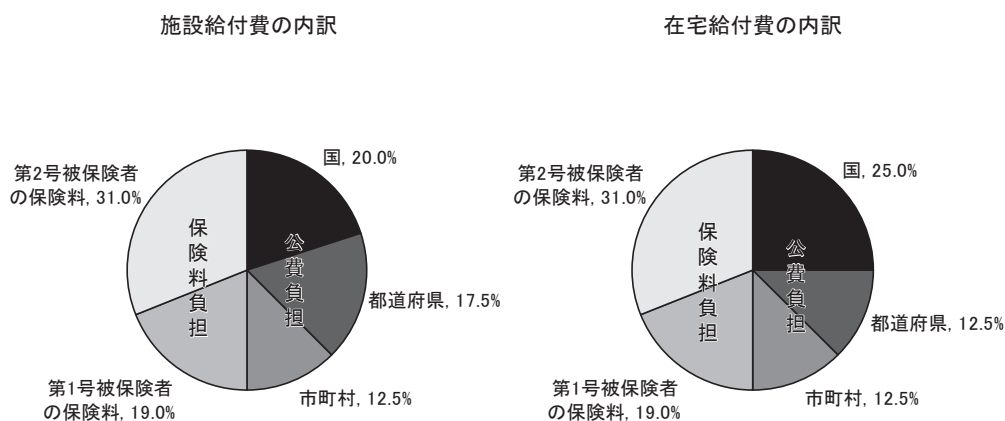
また、ドイツや韓国の介護保険制度にはない日本の介護保険制度の特徴といえば、ケアマネジャーによる介護サービス計画（ケアプラン）の作成、事業者との利用調整等のケアマネジメントが制度化されている点が挙げられる。これは日本にケアマネジャーやケアマネジメントを定着させるという効果をもたらした。

### ③財源構成

日本の介護給付費の財源は、ドイツと異なり、公費負担（国、都道府県、市町村）、保険料負担（事業主負担を含む）と利用者の自己負担によって賄われている。介護保険の運営に必要な総費用のうち、1割は利用者負担となり、残りの9割を公費負担と保険料負担が50%ずつ折半する。公費負担の内訳は、施設給付費は国が20.0%、都道府県が17.5%、市町村が12.5%となっており、在宅給付費は国が25.0%、都道府県が12.5%、市町村が12.5%となっている。保険料負担は第1号被保険者と第2号被保険者の保険料によって賄われるが、その割合は、2006年の改正で第1号保険料が19.0%、第2号保険料が31.0%となっている（図1参照）。今後も要介護者の増大に伴う支出の増大が見込まれ、保険料収入を増大させる必要があるが、保険料をこれ以上上げると納入率が下がることも予想され、社会保険方式の持続性が問われている。

日本では、社会保障の財源調達の方法として新たな社会保険を創設することは、高齢者介護以外でも模索されている。更なる介護費用の調達のため、20歳以上の国民・住民も介護保険の被保険者にする代わりに障害者介助を介護保険に組み込むことも模索されていることがその一例である。これらに共通している点は、あくまで財源調達的手段として国民・住民に受け入れられ易いということから制度化が模索されていることである。また、要介護認定や障害程度区分認定といった厚生労働省が設定したシステムによって、給付を中央政府でコントロールしようとしていることも共通している。加えて、この新たな社会保険は、それまでの医療や年金、雇用や労働災害と異なり、社会保障の一環でありながら、「給付と負担の関係を明確にした」保険主義をより強めた民間介護保険に近い制度になっていることも特徴である。

図1 介護保険の給付費の内訳



出所：筆者作成。

④身体介護から介護予防重視への転換

介護保険の制度化によって日本の高齢者介護システムは介護保険中心にシフトしていった。老人福祉法などに基づく高齢者の社会参加や町づくりなども引き続き重視されているが、予算規模、事業規模からしても要介護高齢者に対する介護保険制度が日本における高齢者介護システムの中核であることは言うまでもない。そのため、日本の高齢者介護システムにおける介護観は要介護高齢者に対する介護、とりわけ身体介護に偏重していた。そのような傾向は2005年の介護保険法改正による介護予防重視によって大きく転換することになった。それまで、辛うじて租税によって賄われていた各種の老人福祉サービスが、介護予防の名のもと、介護保険制度に基づく地域支援サービスとして再編されていったのである。

### 3. 韓国の介護保険制度の特徴

(1) 介護保険制度の創設の背景

韓国の介護保険制度<sup>5)</sup>は、少子高齢化が顕在化していない段階において創設された。それは、世界に類を見ない少子化によって高齢化のスピードが日本を上回り世界一になることが明確であったからである(表2参照)。韓国の介護保険制度は2008年7月に創設され、未だ2年しか経過しておらず、拙速な評価をすることはできないが、制度の枠組みに関してはドイツの介護保険制度を参考にし、制度の運用に関しては日本の介護保険制度を参考にしているといわれている。

(2) 介護保険制度の創設のプロセス

韓国の介護保険制度は、ドイツや日本に比べてまだ高齢化率が低いことから介護問題が社会問題になっていない時点で、大統領のリーダーシップのもとに検討が進められ、政府の保健福祉部主導によって創設された。韓国の介護保険制度は法律の成立から施行までドイツ(約10年間)と比べ比較的短い準備期間で創設されたのである(表4参照)。

(3) 韓国の介護保険制度の特徴

①医療保険との一体型

韓国の介護保険制度の保険者は国民健康保険公団(以下、保険公団を記す)であり、医療保険と一体になって運営されていることはドイツと類似している。しかし、ドイツの疾病金庫は創設された当時(2004年)全国で8種類、280の介護金庫が存在したのに対し、韓国の保険公団は全国唯一の保険者であるという点が異なる(金貞任[2009])。

②韓国大統領のリーダーシップ

介護保険制度の創設を含め、韓国における一連の社会保障制度の改正・整備において、大統領の主導性が発揮された。これは最大の特徴といえる。それは拙速で安直で基盤の脆弱な制度設計という評価を受けることがあるが、そういった評価を凌駕するパワーが韓国にはあるとい



表4 韓国の介護保険制度の創設のプロセス

高齢化時代に備え、「老人長期療養保障制度」の導入に関する検討	
2001年8月	金大中大統領による「老人長期保険制度の導入計画」の発表。
2002年7月	内閣による「公的老人療養保険制度」の導入に関する検討。
2003年2月	盧武鉉大統領へ「公的老人療養保険制度の実施」の報告。
老人長期療養保険制度の施行のための準備体系を構築	
2003年3月	「公的老人療養保障推進企画団」の設置・運営。
2004年2月	公的老人療養保障推進企画団による公的老人療養保障制度案の報告。
2004年3月	公的老人療養保障制度実行委員会の設置。
2004年7月	公的老人療養保障制度実行委員会による「老人療養保障制度の試案」の提示。
2005年2月	公的老人療養保障制度実行委員会による公的老人療養保障制度最終案の報告。
2005年4月	老人療養保障制度運営評価委員会と示範事業運営評価団の設置。
2005年6月	6自治体と老人療養保障制度モデル事業実行協約の締結。
老人長期療養保険法（案）の立法推進	
2005年9月	保健福祉部による「老人スバル保険法」の提示。
2006年2月	内閣決議で「老人スバル保険法」が発表（2008年7月制度施行の発表）。
2007年4月	「老人長期療養保険法」が国会通過（付帯決議の内容を含む）。
2007年10月	第1段階の施行令や施行規則の施行。

出所：金明中〔2009〕14頁、鄭載旭（2007）81頁により筆者作成。

う評価もある。

### ③介護保険の給付内容

その他、医療との関連で要介護状態を決定する医療色が濃い制度であることや介護保険の給付内容もドイツと類似している。韓国の保険給付は、在宅給付、施設給付および特別現金給付に分けられている。在宅給付は、訪問介護、訪問入浴、訪問看護、デイケア、ショートステイの5種類が基本である。施設給付は長期療養施設に入所して受けるサービスである。特別現金給付は、離島や施設・サービスが不足している地域における家族介護者への給付である家族療養費と、療養病院に入院する場合の看護費がある。このように、家族介護手当も制度化されていることだけを見るとドイツと類似しているといえる。しかし、介護保険でまかない切れない部分を引き続き伝統的な家族介護に依拠していることや、その受け皿として公的扶助が十分機能していないことなどは日本と類似している。また、昨今、介護保険給付費の抑制のために介護予防を重視していることや、企業による介護サービスの提供の促進、損害保険会社が商品化する民間介護保険の高齢者介護システムにおける役割を模索していることなども日本と類似しているといえる。

## II 3カ国の介護保険制度の比較をとおして

第I章において述べてきた3カ国の介護保険制度の特徴を踏まえて、本章では、公的介護、家族介護、民間介護の分業・補完関係、介護人材育成の現状と課題という2つの視点から3カ国の介護保険制度を比較する。

### 1. 公的介護、家族介護、民間介護の分業・補完関係からの比較

#### (1) 公的介護から

3カ国ともに、国民の介護ニーズを介護保険だけで賄えることを想定していないことは共通している。しかし、介護保険で賄えない介護ニーズを公的責任によって補完することを明確にしているのはドイツだけといえる。ドイツでは、社会扶助に占める介護扶助の膨張を契機に介護保険制度が創設されたが、介護保険だけで量的に賄えない介護ニーズに関しては、一定の生活水準以下の場合、引き続き社会扶助が補完することを原則にしている。また、ドイツの介護保険制度は医療的な色彩が強いため、要介護者に対する介護サービス以外の介護ニーズは、基礎自治体によるコミュニティーケアが賄っており、介護保険を質量ともに国、州、基礎自治体といった公的セクターが補完している。

日本や韓国も最低生活水準を保障する公的扶助制度は存在するが、介護保険制度との関連は部分的であり、介護保険を補完するものとしては明確に位置づけられていない。日本や韓国では、介護保険を補完するのは引き続き家族介護であり、少子高齢化にともなう家族扶養機能の低下にも関わらず、家族介護には大きな負担がのしかかっているのが現状である。日本や韓国の介護保険制度も「家族介護から社会的介護へ」を謳い文句にはしているが、社会的介護への転換は極めて不十分な形でしか実現していないといえる。

また、日本と韓国では、基礎自治体によるコミュニティーケアの提供は、社会福祉協議会などの地域福祉を担う公的な団体が提供するサービスを含め、介護保険制度の予算規模、事業規模において大きな差がある。韓国は、大統領の主導によって急速に高齢者介護システムを構築していったため、基礎自治体によるコミュニティーケアがいまだ未成熟である。一方、日本では、介護保険制度創設以降、老人福祉法に基づいた各種の介護サービス、コミュニティーケアはほぼ介護保険制度に一本化され、介護保険サービスに組み込まれない各種のサービスは廃止されることが多かった。辛うじて租税によって担ってきた各種のサービスも、介護保険制度の2005年改正によって予防サービスとして介護保険制度に再編成された。そのため、日本における高齢者介護システムは、介護保険制度に一本化されたより硬直化した制度となり、家族介護がそれを補完するという構造が定着しているといえる。

#### (2) 家族介護との補完関係から

では、3カ国における公的介護と家族介護の分業、補完関係はどのようになっているのであろうか。少子高齢化のなかでも、3カ国は伝統的な家族扶養機能が一定の役割を果たしている国であるといわれている。そのため、ドイツ、韓国の介護保険制度には、家族介護者に対する現金給付が盛り込まれた。ドイツでは、介護保険制度創設当初、この現金給付の受給者が現物給付としての介護サービスの受給者を大きく上回り問題になった。しかし、ドイツの介護保険制度は、家族介護者に対して最低賃金や雇用保険などの労働関係法規を適用しており、家族介護者は、介護労働者として介護保険が提供するサービスの一環を担っているといえる。しかし、韓国は、ドイツの介護保険制度に倣って家族介護手当を制度化したが、離島や施設・サービスが不足している地域における家族療養費と療養病院における看護費に限定されており、家族、とりわけ女性は引き続き高齢者介護に縛りつけられている。

日本では、介護保険制度が創設された当時、介護を理由に仕事を辞める介護離職が女性を中心に年間10万人にも及んでいることが問題になった。そのため、日本の介護保険制度において家族介護者に対する現金給付は制度化されなかった。家族介護者も、訪問介護院養成研修2級以上の資格を有し、指定訪問介護事業者に所属する訪問介護院であれば、家族に提供する訪問介護の2分の1の範囲で介護報酬が適用される場合はあるが、それは極めて限定的なものである。日本の介護保険制度は、身体介護を中心にした基本的な介護から介護予防重視へと転換する中、依然として身体介護を中心した基本的な介護しか保証しておらず、介護保険が賄う範囲で我慢するか、引き続き家族が負担するかになっているのが現状である。ここに、日本における高齢者介護システムの理念と現実との乖離の一端を見ることができる。

日本や韓国では、介護保険を補完するものは引き続き家族介護であり、少子高齢化にともなう家族扶養機能の低下にも関わらず、家族介護には大きな負担がのしかかっている。日本や韓国の介護保険制度も「家族介護から社会的介護へ」を謳い文句にはしているが、社会的介護への転換は極めて不十分な形でしか実現していない。

### (3) 民間介護との分業・補完関係から

家族介護とは別に、公的責任が明確になっているドイツにおける介護システムでも、損害保険会社が商品化する民間介護保険は一定の役割を果たしている。基礎自治体が提供するコミュニティケアの供給主体にも企業が参入することもある。ドイツの介護保険制度はほぼ国民皆保険体制となっており、民間介護保険は付加的な介護保険として、公的介護保険と一対になって役割を果たしている。ドイツの国民の89%は公的介護保険、8%は民間介護保険に加入しており、残りの3%が他の扶助給付制度の対象になるか無保険者として社会扶助の対象になっている<sup>6)</sup>。しかし、民間介護保険は、あくまで介護保険制度を中心としたドイツにおける高齢者介護システムの公的な枠組みと規制に基づいたものである。

日本の介護保険制度は、介護保険が賄う身体介護を中心にした基本的な介護を民間介護保険

によって補完するか企業による介護サービスを購入することが当初は構想されていた。ところが、高齢者や家族にはそのような経済的な余裕はなかった。そのため、日本における高齢者介護システムでの民間介護保険が果たす役割は限定的なものとなった。しかし、日本の介護保険制度は、社会保障の一環としての社会保険であるにも関わらず、保険主義に偏った仕組みになっていることが特徴である。たとえば、保険料の未納・滞納があった場合の厳格な罰則措置が初めて制度化され、それは医療保険や年金保険にも適用されるという悪循環をもたらしている。つまり、日本の介護保険制度は、介護保険制度自体が民間介護保険的な性格を持っているのである。これと類似した特徴として、介護保険給付として提供される介護サービスの供給主体に積極的に企業を参入させ、市場原理の導入によって介護サービスの質を確保し、財政抑制を図ろうとしていることを挙げるができる。市場原理は購買力のある消費者しか顧客としては認めない。このような仕組みが社会保障としての介護保険制度の仕組みの中核になると、低所得者や不採算な地域の住民は生命と生活を支える介護サービスは利用できないという矛盾に苛まれる。

韓国の介護保険制度は創設されてから、まだ2年しか経過していないことに加え、国民健康保険公団が保険者になって国が直接運営していることもあってか、民間介護保険の役割や企業による介護サービスの位置づけなどは明確化しているとはいえない。しかし、韓国の社会保障制度は、他の政策同様に大統領の政策の方向性によって激変する可能性を孕んでいる。韓国の現政権は、介護保険制度が創設された時期の政権とは異なり、新自由主義的な政策を強めており、今後、民間介護保険や企業が韓国における高齢者介護システムの重点になる可能性はあるともいわれている。

## 2. 介護人材の育成の視点からの比較

### (1) ドイツの介護職員の養成

ドイツでは、2000年の連邦法により、州ごとにあった養成教育・資格制度を連邦レベルで統一し、教育期間3年間（講義2100時間、実習2500時間）の実習重視の職業訓練教育となり、疾病者看護師と同じ資格レベルの看護職とする連邦法が成立した。そして、2003年に施行された「高齢者介護の職業に関する法律」に基づき、「高齢者介護士」は国家資格として制度化され、その養成のためのプログラムも設定した。その養成期間は3年間であり、合計4600時間（講義2100時間、実習2500時間）を修めなければならない（保住〔2009〕）。教育内容は、従来の社会学的、社会教育学的な分野ごとに学ぶ学習体系ではなく、それらを横断的にまたぐ「学習領域」という概念で、4領域「14の学習領域」が設定されている。その理由は、在宅での仕事が多くなり、複数の専門職がない場において、単独で即座に判断ができる高齢者介護士を目指すということを目標にしているからである。

## (2) 日本の介護職員の養成

日本の介護に携わる労働者の資格の構成は、ホームヘルパー2級が44.0%、介護福祉士が22.1%、看護師が13.3%、ケアマネジャーが10.1%である。2008年9月末までの介護福祉士<sup>7)</sup>の資格取得者（登録者数）は、72万9,101万人にも及んでいる<sup>8)</sup>。このことから、日本の介護現場は主としてホームヘルパー2級（民間資格）と介護福祉士（国家資格）の2つの資格によって支えられているといえる。

介護職が専門職として位置づけられ、国家資格になった歴史には、在宅と施設、それぞれの経緯がある。老人福祉法が施行されるまでは、救護法に基づく救護施設のひとつである養老院が高齢者施設であり、要介護状態になった身寄りのない低所得の高齢者は養老院に入所させられていた。そのため、救護法が施行された昭和のはじめ頃から、要介護高齢者を入所させる特殊養老院の必要性が養老院協会によって主張されていた。1963年の「老人福祉法」の制定により、素人の寮母<sup>9)</sup>が介護を行う特別養護老人ホームが制度化された。この素人の寮母を介護の専門職として育成し、位置づけていった歴史が1960年代以降の施設介護職の歴史であったといえる。

在宅におけるホームヘルパーの原点は、長野県諏訪市や上田市の社会福祉協議会が独自に行っていた「家庭養護婦派遣事業」<sup>10)</sup>であった。これは、難病や不治の病、つまり医者が見離した患者の家庭を訪問し、身の世話をを行ったものである。その後、家庭養護婦は家庭奉仕員として全国的に制度化されたが、当初は生活保護過程や住民税非課税世帯、つまり貧困家庭を対象にした制度であった。高齢化が社会問題化した1980年代に介護を必要とするすべての世帯が対象になり、ホームヘルパーとして受けた研修によって1級から3級にランク化されたのである。介護職員養成の整備計画としては、①1989年の「高齢者保険福祉推進10ヵ年戦略（ゴールドプラン）」（ホームヘルパーを10万人整備する）、②1994年の「新ゴールドプラン」（ホームヘルパーの目標を10万人から17万人に修正し、新たに寮母、介護職員を20万人整備することを定める）、③1999年の「今後の5ヵ年間の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン21）」（5年間で35万人のホームヘルパーが提供するサービス量を確保する）という3つの計画が挙げられる（庄司〔2010〕）。

順次ホームヘルパーは介護福祉士に移行し、つまり介護福祉士資格取得の国家試験の一体化へ移行していくことが予定されていたが、引き続き大量のホームヘルパーは国策として育成されており、介護福祉士への移行は十分に進んでいないのが現状であり、介護人材を養成する専門学校の現状も楽観的ではない。2008年4月に、国の指定する介護福祉士の養成校434校の定員数が2万5,047人に対し、入学者数は1万1,638人であった（定員充足率は45.8%）。このように養成校の大幅な定員割れや施設の介護人材不足を抜本的に改善するためには介護福祉士の労働環境や待遇改善が必要不可欠である。

### (3) 韓国の介護職員の養成

韓国における介護職員は療養保護士であり、日本のホームヘルパーをモデルにしている。療養保護士は1級と2級があったが、2010年4月から一本化された。療養保護士の養成時間は230時間と規定されているが、この養成時間の引き上げが提案されている。療養保護士の国家試験は年2回実施で、2010年8月14日に第1回試験が実施され、36,967人の受験者のうち、合格者は36,482人であり、その合格率は98.69%であった(宣賢奎〔2009〕)。

この制度化も他の制度同様、国の主導によって迅速に進められ、国立大学において国家資格取得者の育成が重点課題になることなどは、類似した資格制度を持つ日本には見られないことである。今後、高齢化に伴う状況は韓国においても同様であり、高齢者福祉サービスをめぐる施策は大転換していくと思われる。しかし、制度が発足したばかりであり、しかも介護人材の育成に対してははまだ明確になっていないところもあり、今後の検討には注意が必要であろう。

### (4) 3カ国における介護人材の育成の課題

ドイツ、日本、韓国ともに高齢者福祉・介護分野における介護人材の不足は社会問題化している。社会的評価の低さや仕事のきつさから就職率、定着率が極めて悪い職種になってしまっている。一方、介護職員の大部分は女性によって占められているが、ドイツや日本の場合、韓国よりも介護職に多くの男性が従事する傾向が見られるようになってきている。日本の介護職員は20代が中心になっているが、韓国では、中国と同様に40代、50代以上の介護職員が最も多くを占めている。さらに、介護職の離職率の上昇により、就労希望者は減少しつつあり、介護人材の確保が課題となっている。この課題を克服するため、福祉・介護職の専門性を高めるとともに、社会的地位を向上させ、職務内容と専門性に見合った待遇を公的に保障することが求められている。

## Ⅲ 中国都市部における新たな介護モデルに基づいた公的介護保険制度の構築に向けて

以上の3カ国における介護保険制度を中心にした高齢者介護システムの比較分析から得られる教訓と課題は、今後の中国都市部における高齢者介護システムの構築にどのように活かすことができるのであろうか。「はじめに」でも述べているように、本稿では、中国都市部における新たな高齢者介護システムのあり方として、中国の伝統的な家族扶養と社区によるコミュニティーケア、そして公的介護保険制度が相互に機能しながら、それに損害保険会社などが商品化する民間介護保険を加えた「政府・市場補完強化型+社区強化型」モデルが中国の国情により合致したものであると筆者は構想している。

この「政府・市場補完強化型+社区強化型」モデルを念頭に置くと、3カ国における高齢者介護システムはどのようなモデルといえるのであろうか。本章では、いまだ試論ではあるが、

3カ国における高齢者介護システムのモデルを示したうえで、公的介護保険制度に基づいた中国都市部における新たな高齢者介護システムのあり方を検討し、公的介護保険制度創設の可能性を模索する。

### 1. 3カ国における高齢者介護モデル

#### (1) ドイツにおける高齢者介護モデル

ドイツにおける高齢者介護システムは、介護保険制度と基礎自治体によるコミュニティーケアに社会婦女を加えた「大陸型介護モデル」ということができる。家族介護や民間介護保険も一定の役割を果たしているが、それは介護保険制度の枠組みと規制に基づくものであり、独立した要素としては挙げることはできないと考える。

#### (2) 日本における高齢者介護モデル

これに対して日本における高齢者介護システムは、介護保険制度と部分的な基礎自治体によるコミュニティーケアに家族介護を加えた「政府補完・市場介入強化型」モデルといえる。日本における高齢者介護システムは介護保険制度への一本化が一層進んでおり、老人福祉法に基づいた基礎自治体によるコミュニティーケアは縮小の一方である。また、日本の生活保護は、ドイツの社会扶助のように介護保険制度を十分に補完しておらず、独立した要素としては外すことにした。日本において介護保険制度を補完しているのは引き続き家族介護であり、日本の高齢者介護システムは「不完全な社会的介護モデル」ともいえる。日本の高齢者介護システムとして特出すべきは、公的責任に基づいた社会的介護を実現すべく創設された介護保険制度が保険主義と市場原理を重視していることである。つまり、日本の介護保険制度は、民間保険的介護保険制度ともいえる。

#### (3) 韓国における高齢者介護モデル

韓国における高齢者介護システムは急速かつ勢力的に整備が進んでおり、拙速な評価はできないが、現時点では、日本と同じように介護保険制度と部分的な基礎自治体によるコミュニティーケアに家族介護が加わった「政府補完強化型」モデルといえる。しかし、その状況は日本とはかなり異なる。韓国における高齢者介護システムの整備は国が主導で行っており、基礎自治体によるコミュニティーケアはいまだ発展途上である。また、介護保険制度と同じ2007年に制度化された社会的企業育成法に基づく社会的企業の発展も目覚しく、今後社会的企業が供給する各種の福祉・介護サービスが高齢者介護システムにおいてどのように位置づけられるかも注目に値する。加えて、現政権による新自由主義的な政策に基づいた民間介護保険の対等も見逃せない要素である。

## 2. 中国都市部における新たな高齢者介護システムの構築に向けて

### (1) 3カ国の介護観からみた中国の介護観

中国都市部における新たな高齢者介護システムのあり方を模索する前提として、中国における介護観を概観してみることにする。3カ国における高齢者介護システムを比較すると、3カ国の介護観にはそれぞれの特徴があることがわかる。高齢者と障害者の介護を一体としてとらえ、要介護者の介護と幅広いコミュニティーケアを国、州、基礎自治体が公的責任に基づいて保障するドイツの介護観、身体介護に偏重しながら、要介護高齢者の介護と介護予防に重点を置いた日本の介護観、ドイツ、日本などに影響を受けながら、伝統的な儒教思想が根強く残る韓国の介護観といったものである。

これらと比較して、伝統的な中国の介護観を象徴するものとして、「老有所養・老有所医・老有所為・老有所学・老有所楽」がある。これは中国における高齢者福祉の5原則であり、「老有所養」とは、高齢者の経済生活を保障することである。「老有所医」とは、高齢者の健康を維持し、医療サービス、介護サービスなどを提供することである。「老有所為」とは、定年退職高齢者の再就職を支援することである。「老有所学」とは、高齢者の養老生活の一環として重視される高齢者の文化・教育活動を支援することである。「老有所楽」とは、健康的な高齢者福祉文化づくりであり、1980年代初頭から高齢者の生きがい推進事業として高齢者のニーズに応じて取り組まれはじめた事業である（畢麗傑〔2010〕）。これは一例ではあるが、中国において介護というかなり広い範囲を網羅したものであることがわかる。

これらすべての介護は、公的セクターだけでは賄うことはできず、伝統的な家族扶養機能の役割が重要になってくる。福祉先進国の象徴であるスウェーデンでは、幅広い介護観に基づき、2007年に93%の高齢者が在宅サービスを利用しているが、一方、高齢者が必要にしている介護の4分の3は家族が提供しているともいわれる<sup>11)</sup>。これは、スウェーデンにおける介護観が公的セクターによって賄われる介護のみではない幅広いものだからであるが、中国における介護観も類似した傾向を持っているともいえる。しかし、家族が担う介護は、要介護高齢者や重度の認知症高齢者が必要とする身体的、専門的介護であってはならない。それは、日本において行われた家族介護中心の高齢者介護モデルがもたらした矛盾を見ても明らかである。

### (2) 中国の介護観における家族介護の位置づけ

北京市、天津市や上海市など、中国都市部の各地の社区においては、街道や区などを単位にしたコミュニティーケアがモデル事業として相次いで行われており、大きな成果をあげている。家族介護の伝統的な考え方により、現在も都市部では、家族介護が依然として高齢者介護のメインモデルである。そのため、このような社区における各種の取り組みを通して、施設での集中的な介護と社区でのコミュニティーケアが互いに補完し合う高齢者介護システムが徐々に構築されつつあるのである。



### (3) 介護事業の財源問題

一方、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いる問題を解決するため、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高齢者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2000年以降国策として推し進められている。それは、北京市における「9064」という介護方式及び上海市における「9073」という介護方式に象徴される。北京市における「9064」という介護方式とは、2020年までに、90%の高齢者が社会的な支援サービスを利用しながら家族介護を維持し、6%の高齢者が区コミュニティケアを利用し、4%の高齢者が高齢者介護施設に入所するという介護方式である<sup>12)</sup>。とはいえ、いずれのモデル事業においても最大の課題になっているのが財源の確保である。これらのモデル事業の成果を中国都市部のすべての区に広げていこうとすれば、この財源問題は一層顕在化することは言うまでもない。

しかし、それらすべてを租税によって賄うことは世界第2位の経済大国になった中国においても不可能である。高齢者介護に限らず、区における福祉・介護サービスの財源の一つとして、国内外の企業からの寄付金が地方政府によって一括して管理され、配分されていることは中国の特徴の一つである。しかし、これはあくまで補完的な財源であり、国策として進められている新たな高齢者介護システムの主たる財源にはなりえない。そこで注目すべきが公的介護保険制度の創設の可能性である。

## 3. 中国都市部における公的介護保険制度の創設の可能性

3カ国の介護保険制度は、それぞれの国の特徴があり、膨張する高齢者介護費用を賄う方法として創設されたという側面がある。中国都市部においても、新たな高齢者介護システムを構築するため、租税、企業などの補助金に次ぐ第3の財源として公的介護保険制度を創設する可能性は検討に値すると考えられる。では、中国都市部における公的介護保険制度とはどのような形態が考えられるのであろうか。

### (1) 家族介護と区によるコミュニティケアの位置づけ

中国の60歳以上の高齢者人口は1.67億人に達し、毎年約1,000万人の速度で増加している。これが、2023年には2.7億人となり、2050年になると4億人、80歳以上の後期高齢者人口も現在の約10倍に当たる1億人を突破する見込みである（畢麗傑〔2010〕）。

このような状況からまずいえることは、世界に類を見ないスピードと規模で増加する中国都市部における高齢者の状況からすれば、介護ニーズすべてを公的介護保険制度で賄うことはできないということである。そのため、日本のように身体介護を中心とした基本的な介護ニーズのみを賄う給付額を設定するか、現在中国都市部において実施している要介護認定のように、所得状況を勘案した給付額を設定するかなどが課題になる。また、限定的な介護ニーズしか賄

わない公的介護保険制度をどのように補完するかということも同時に課題になる。

「家族介護中心から社会的介護中心へ」という理念からすれば、本来、ドイツのように、公的介護保険制度で賄えない介護費用は公的扶助が補完し、公的介護保険制度で賄えない範囲のより広い介護ニーズは基礎自治体によるコミュニティーケアが賄うべきである。しかし、省ごとに公的扶助の仕組みが異なり、ナショナルミニマムを規定した法律がない中国においては、公的扶助が公的介護保険制度を補完することは期待できない。やはり、家庭内で高齢者を介護する伝統的な高齢者扶養観念に適合させた高齢者介護システムを構築することが中国都市部においては妥当であると考えられる。そして、家族扶養機能と有機的に結合した高齢者施設と社区によるコミュニティーケアを賄う財源として、租税と企業などの寄付金に併せて公的介護保険制度を位置づけていくことを検討すべきではないかと考えられる。

## (2) 民間介護保険の位置づけと役割

現在、中国都市部において民間介護保険制度というと、上海市などの大都市部において2006年に制度化された「全無慮長期介護保険」<sup>13)</sup>を挙げることができる。「全無慮長期介護保険」が創設された背景には、国外の長期保険制度の発展、ドイツDKV<sup>14)</sup>の技術支持、高齢化と要介護者の急増や介護費用の膨張などが挙げられる。介護費用の膨張を例にみれば、筆者の実態調査によると、北京市における中等レベルの高齢者介護施設では、完全介護の費用が平均毎月800～1,700円であり、医療機関で介護サービスを受けるのであれば、毎月少なくとも1,000円以上、場合によっては10,000円以上の費用がかかる。北京協和病院の介護センターでは、介護費用は48円/12時間で、介護レベルによって120円/12時間の場合もある。また上海市においても、高齢者アパートでは平均毎月最低限で1,200円、部分介護の費用でも960円である。このように、介護費用はいずれも一般高齢者の所得より高いという現状から、「全無慮長期介護保険」が制度化された。

これは、高齢化にともなう家族扶養機能の低下を見込み、それを補完するものとして損害保険会社などが商品化する民間介護保険に注目した制度である。実際、中国都市部においては民間介護保険の市場規模の拡大が予測されている。都市部では、各保険会社などが積極的に高齢者介護市場に参入し、様々な民間介護保険を相次いで商品化した。昨今、アメリカでは、民間医療保険の保険料に公的な保障を行うという形態で医療と介護を保障する公的医療保険制度が創設されようとしている。中国都市部においても、このようなアメリカ的な公的介護保険制度の創設は選択肢のひとつとして考えることができる。

しかし、本稿において模索している公的介護保険制度は、アメリカ的なモデルに基づくものではない。民間介護保険は、あくまで家族扶養機能と社区によるコミュニティーケア、そして公的介護保険制度が有機的に機能した高齢者介護システムに加えたもうひとつの選択肢として位置づけられるべきであると考えられる。これら各種の要素を勘案すると、中国都市部にお

る公的介護保険制度は、中国都市部において既に制度化されている公的医療保険制度と一体なった制度、もしくは公的医療保険制度に依拠した制度にすることが現実であるかもしれない。その意味では、ドイツや韓国の介護保険制度が参考になるであろう。

### (3) 中国都市部における福祉・介護人材育成の課題

新たな高齢者介護システムの構築に向けての課題には、福祉・介護人材育成の課題も含まれていることは言うまでもない。中国では、介護職員が国家資格として制度化され、韓国と同様に福祉・介護人材を育成することが国策として進められている。しかし、現段階では、介護職員の養成と資格の取得には全国的な統一試験はなく、各地方政府が独自に行う研修によって家政服務員（ホームヘルパー）や養老護理員（介護福祉士）が育成されている。

家政服務員は、「家政服務員国家職業基準」に基づき初級、中級、高級の3等級に分けられ、研修時間、研修内容などによって該当するレベルの認定書が授与される。そして地域福祉センターに登録され、家事援助が必要な各家庭に派遣される。家政服務員の需要は年々増加傾向にある。養老護理員は、「養老護理員国家職業基準」に基づき、初級、中級、高級、特級の4等級に分けられ、研修時間、研修内容などによって該当するレベルの資格を取得することができる<sup>15)</sup>。いずれも、地方出身者で低学歴な比較的年配の女性や、失業またはレイオフされた女性が取得し、家事援助、介護に従事することが多い。日本や韓国と同様に介護職の社会的評価は低く、低賃金、長時間労働であることから定着率は悪い。そのため、技術の伝承や専門性の育成が大きな課題になっている。

このようなジレンマから脱するためにも、福祉・介護分野の人材育成にも大規模な財政投資が必要である。そのための財源にも租税と企業などの寄付金に加え、公的介護保険制度が役割を果たすと思われる。

## おわりに

以上、ドイツ、日本、韓国における介護保険制度を中心にした高齢者介護システムの特徴を概観したうえで、それらを公的介護、家族介護、民間介護の分業・補完関係、介護人材育成の現状と課題という2つの視点から比較分析した。そして、比較分析から得られた教訓と課題を中国都市部における新たな高齢者介護システムにどのように活かすことができるのかを検討し、中国都市部における公的介護保険制度創設の可能性を模索してきた。いずれもまだ検討中の課題ではあるが、中国都市部における新たな高齢者介護システムは、伝統的な家族扶養と社区によるコミュニティーケア、そして公的介護保険制度が有機的に機能し、それに加えたもうひとつの選択肢として民間介護保険を位置づける「政府・市場補完強化型+社区強化型」という介護モデルが中国の国情により合致し、安定した財源確保のためにも妥当であるのではな

いかという結論に至った。それは、介護サービスの供給に留まらず、福祉・介護人材の安定した育成と質の確保のためにも必要であるのではないと思われる。

今後も、各種の資料収集と実態調査によって、これらの構想を検証し、中国都市部における新たな高齢者介護システムの現実的なあり方を具体的に示していきたい。

## 注

- 1) 増田雅暢〔2008〕192-193頁による。
- 2) 疾病金庫 (Krankenkasse)：ドイツの介護金庫 (Pflegekasse) と呼ばれる介護保険者は、実際には長い実績のある医療保険者である疾病金庫が兼ね、担当する。疾病金庫は、連邦政府、州政府などの行政機関から独立している非営利の公法人である。財政上は、疾病金庫と介護金庫は明確に区分され、保険料は医療保険の保険料と一緒に徴収される。
- 3) 土田〔2006〕25-26頁による。
- 4) 厚生労働省の2008年10月の「第55回社会保障審議会介護給付費分科会」で公表した「平成20年介護事業経営実態調査結果」による。
- 5) 韓国の介護保険制度：韓国では「老人長期療養保険法」をいう。最初、「老人スバル保険法」という名称で国会に提出されたが、国会審議において、法律の名称が「老人長期療養保険法」に修正された。
- 6) 土田〔2006〕4-5頁による。
- 7) 介護福祉士：1987年の「社会福祉士及び介護福祉士法」の制定に伴い誕生した国家資格で、その前、主として施設で高齢者の介護を担っていたのは寮母であった。
- 8) 庄司〔2010〕149頁による。
- 9) 寮母とは、学生寮や寄宿舎において掃除や食事の世話をを行ういわゆる「まかない婦」のことである。
- 10) 「家庭養護婦派遣制度」：1956年に長野県で始まった「家庭養護婦派遣事業」は、上田市の1人の女性のボランティア活動に端を発し、当時の県社会部厚生課長である尾崎秀司の研究活動もあり、制度化されるに至った。
- 11) スウェーデン政府内閣府・ファクトシート・社会保健省「スウェーデンにおける高齢者介護」No. 18 2007年9月による。
- 12) 畢麗傑〔2010〕141頁による。
- 13) 「全無慮長期介護保険」：中国語では「全無慮長護險」という名称で、2006年6月15日に中国都市部に登場した商業介護保険である。2006年9月1日に初めて実施された商業健康保険に関する法規『健康保険管理弁法 (方法)』によって改正され、2007年1月1日までの「全無慮長期介護保険」を旧版とし、2007年1月1日から現在までのものを、新版と呼ばれている。「全無慮長期介護保険」には、長期介護保険、高齢者介護保険、死亡保険、がん保険、老年疾病保険という5項目が含まれている。
- 14) ドイツの健康保険会社 (DKV)：1927年に設立され、80年余りの商業健康保険経営歴史を持ち、1997年に、DKV 会社がミュンヘン再保険会社に加入し、ヨーロッパでは最も規模の大きい商業健康保険会社となった。1999年に、中国で支会社を設立し、外国建国保険会社として最初に中国市場に参入した。2003年 DKV の保険費収入は約45億ユーロ、総資産は164億ユーロ、保険契約数は650万人、6,500万ユーロの純利益を実現した (DKV, 人保健康網, <http://www.picchealth.com/picc/corp/partner2.asp> 2007年9月9日による)。

15) 畢麗傑〔2010〕139頁による。

**参考文献：**

（日本語文献）

- 木下秀雄〔2000〕「ドイツにおける介護保険と介護扶助」『海外社会保障研究』No.131
- 木和美〔2005〕「ドイツにおける高齢者看護師（AltenpflegerIn）の職業領域に関する判決とその理由」『社会医学研究』第23号 岐阜大学
- 金貞任〔2005〕「韓国の介護保険制度の導入」『保健の科学』第47号 杏林書院
- 〔2007〕「韓国の老人スバル療養保険制度（介護保険）の現況」『シルバー産業新聞』
- 〔2009〕「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』Summer 2009 No.167
- 金明中〔2009a〕「日・韓医療保険と介護保険制度に対する比較分析－制度の誕生と発展過程による分析－」『労働経済学の新展開』慶應義塾大学出版社
- 〔2009b〕「韓国における高齢化の進展と介護保険制度の導入」『ニッセイ基礎研 REPORT』（2009年7月号）ニッセイ基礎研究所
- 庄司拓也〔2010〕「高齢者福祉の人材養成」井村圭壯編著『高齢者福祉史と現状課題』学文社
- 宣賢奎〔2009〕「韓国における介護職員の養成の現状と課題」『江南未来総研学術研究会紀要』江南未来総合研究所学術研究会
- 全国老人保健施設協会〔2008〕『介護白書（平成20年版）』オフィス TM
- 土田武史〔2006〕「ドイツ介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』Summer 2006 No.155
- 鄭載旭〔2007〕「介護保険制度としての韓国の老人スバル保険制度の内容と構造に関する一考察」『海外社会保障研究』Spring 2007
- 畢麗傑〔2008〕「少子高齢化についての中日比較研究－要因と影響の比較分析を通じて－」『立命館国際関係論集』立命館大学国際関係学会 第8号
- 〔2010〕「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」『立命館国際関係研究』立命館大学国際関係学会 第23巻1号
- 藤本健太郎〔2008〕「各国社会福祉の現状 ドイツ」萩原康生・松村祥子編著『世界の社会福祉年鑑2008』旬報社
- 〔2009〕「ドイツにおける終末期ケア－ネットワークによる在宅高齢者のサポート」『海外社会保障研究』Autumn 2009 No.168
- 増田雅暢〔2008〕『世界の介護保障』法律文化社
- 〔2009〕「韓国介護保険制度の施行状況」『月刊介護保険』第2巻第158号
- 松本勝明〔2005〕「ドイツ社会保障の動向（上）（下）」『健康保険』（2005年12月号，2006年1月号）
- 保住芳美〔2009〕「ドイツ老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて」川崎医療福祉大学・川崎医療福祉学会誌 Vol.18 No.2
- 和田勝〔2007〕『介護保険制度の政策過程－日本・ドイツ・ルクセンブルク国際共同研究』東洋経済新報社

（中国語文献）

- 戴衛東〔2007a〕「德国 LTCI 及其改革」『衛生軟科学』2007年2月第21巻第1期 中国衛生経済学会
- 〔2007b〕「解析德国，日本長期護理保險制度的差異」『東北亞論壇』第16巻第1期 吉林省東北亞研究所

戴衛東·董丛文〔2007〕「商業護理保險在中國的前景分析－兼論中國未來老年生活護理制度模式」『學術交流』

2007年4月第4期

郭平·陳剛編著〔2009〕『2006年中國城鄉老年人口狀況追跡調查數據分析』中國社會出版社

何林廣·陳濤〔2006〕「德國強制性長期護理保險概述及啓示」『軟科學』第5期

蔣永康〔1997〕「德國護理保險法及給我們的啓示」『社會』第6期 上海大學出版社

荊濤〔2006〕『長期護理保險－中國未來極富競爭力的險種』對外經濟貿易大學出版社

劉景超〔2006〕「日本護理醫療保險制度紹介」『國際中醫中藥雜誌』第4期

劉雲娥·王志紅〔2008〕「日本老年護理保險制度及其啓示」『護理研究』5月第22卷第5期中旬版

馬連敏〔2005〕『老齡社會的市場對策：長期護理保險與社會福利體系』中國社會出版社

彭榮〔2009〕「國內外長期護理保險研究評述」『合作經濟與科技』2009年1月号下（總第361期）

尹成遠〔2006〕「日本長期護理保險對我國的借鑒與啓示」『日本問題研究』第2期

周雲〔2000〕「日本護理保險制度述評」『人口學刊』第3期 吉林省大學人口學會

（畢麗傑，立命館大學大學院國際關係研究科博士後期課程）

## Feasibility study on the introduction of a public nursing care system in urban China — through a comparative analysis with Germany, Japan, and South Korea —

Within the discourse centred on the introduction of a new care system for the elderly in urban China, this paper explores the possibility of the appearance of a new public nursing care insurance system. The rapid ageing of China's population has shown that traditional family support is no longer adequate to cope with the problem.

This paper, through a comparative analysis with the more developed situation in Germany, Japan and South Korea, further develops previous models by arguing that a new care system could possibly be based on a public nursing insurance system.

First, it enumerates the characteristics of the models in Germany, Japan, and South Korea, by comparing them on the dual basis of the current state of things and the challenges of the three countries' complementary division of labour among public, family, and commercial nursing care services.

The reasons for this choice are as follows; 1) the introduction of a nursing insurance system in all of the three countries lies in the shift from family nursing to social nursing inspired by a raised awareness in public responsibility for the elderly; 2) all of these countries have been traditionally dependent on the support of the family in the care for the elderly; 3) the complementary role of commercial nursing insurance policies provided by non-life insurance companies and the nursing services provided by private companies; 4) all three countries have successfully tackled the challenge of human resources development in the field of welfare and nursing, establishing a new national standard of qualification.

The scope of the paper is to show how the lessons learnt from such comparative analysis could potentially be applied to a new care scheme for the elderly in urban China. In particular, this paper argues about the original coexistence in China of the traditional support schemes provided by the family and the local community alongside the public nursing care system, with the insurance policies provided by non-life insurance companies, and the consequent appearance of a transitional welfare model centred on the role of the externally supported family.

Finally, the paper analyses the feasibility of such a transitional model, and the implications it might have for the implementation of a future public nursing insurance system for rural areas in China.

(Bi LiJie, Ph.D. Candidate, Graduate School of International Relations, Ritsumeikan University)

