

CEGS

DISCUSSION PAPER SERIES

No. 2016-CEGS-01

大連における地域包括ケアシステムの創設可能性

ー 日本の制度間世代間の財政調整システムからの示唆¹

李宣（中国・大連大学日本言語文化学院 講師）

横浜国立大学 成長戦略研究センター リサーチャー

2017年3月



横浜国立大学 成長戦略研究センター

Center for Economic Growth Strategy (CEGS)

Yokohama National University

79-4 Tokiwadai Hodogaya-ku

Yokohama 240-8501 JAPAN

CEGS

¹ 本研究は、ユニバーサル財団の平成 29 年度研究助成を受けて実施したものである。

目次

1. はじめに — 研究背景・目的・意義
2. 中国の社会保障制度
 2. 1. 中国の医療制度の特徴
 2. 2. 再分配の視点からみた養老保険制度と介護制度
3. 中国の高齢者の現状と大連における事例研究
 3. 1. 中国の高齢者の現状
 3. 2. 大連における現地調査
4. 日本の地域包括ケアシステムからの示唆
 4. 1. 国民皆保険からの示唆
 4. 2. 制度間世代間財政調整システムからの示唆
 4. 3. 大連における地域包括ケアシステム
5. 終わりに — 本研究の統括と今後の課題
6. 主要参考文献

1. はじめに

研究背景

新中国（1949年）では建国以来、一連の改革を通じて社会保障制度の整備と充実が図られてきたものの、ドイツ、日本などの先進諸国から大きく立ち遅れ、保障水準は低いレベルにとどまっている。1978年に鄧小平の改革開放指針の下で発表された「先富論」は、とりあえず一部の人が豊かになり、経済を成長させた後、再分配を通じて貧しい人を豊かにする政策である(熊 2006,p.204)。このような指針のもとで農村の社会保障制度はなくなり、都市部のみの社会保障となった。すなわち、都市部に偏重した再分配であり、「看病費・養老難」(医療費用が高すぎて診療受けられない、年金なし或いは年金が低く老後生活が難しい)という問題が広がっている。2004年の「中国農村住戸調査年鑑」によると、経済的な理由から35%~40%の農民患者は治療を受けたくても受けることができず、60%の農民患者は入院したくても入院できないとされている(国家統計局農村社会経済調査署 2004,p. 56)。そこで、中国政府は2003年に胡錦濤政権のもとで農民を対象とした新型農村合作医療制度を導入し、2014年に都市・農村住民基本養老保険をスタートさせた。さらに、2016年高齢者を対象とした介護保険制度の実施意見を発表した。しかし、中国では、日本の保険料のような世帯ごとの応能負担・応益負担がなく、社会保障制度のもとの保険料は皆均一の保険料である。つまり、富裕層と貧困層及び高齢者と若年者との区別がないので、医療ニーズと介護ニーズが高い高齢者は非常に深刻な状態に陥っている。

日本の高齢化率は世界一であるが、中国の人口も日本を上回るスピードで高齢化しつつある。国際連合の『人口の高齢化及び社会経済効果』は、60歳以上の人口が総人口の10%を占め、あるいは65歳以上の人口が総人口の比率の7%を占める国家と地域を高齡化社会と呼んでいる。この基準に従えば、中国は2000年に既に高齡化社会に入っていたことになる。2020年には高齡化率が17%になり、2050年には30%に達すると推計されている(国家統計局 2016)。今後高齡化が進み、給付水準が改善されていくと、社会保険医療費は急増していくと予想される。今実施している中国の社会保障制度は「看病難・養老難」の問題を解決できるだろうか。こうした背景を踏まえて、本研究では中国の医療や介護問題について、中国国内で高齢者率が2番目に高い大連を事例に取り上げ、アンケート調査とインタビュー調査のデータを基に中国の社会保障制度の問題点を明らかにする。そして、日本の医療と介護を一体化した地域包括ケアシステムを取り上げ、中国の高齢者の社会保

²一部の人というのは、都市部の住民のことである。

障問題を解決するうえでのモデルケースとし、中国の場合どのような形で適用できるのかを検討する。

研究目的

本研究では、中国における高齢者の「看病難・養老難」問題を取り上げ、再分配の視点から中国と日本の高齢者政策を比較したうえで、日本の制度間世代間の財政調整システムと沿革について分析を行い、大連における現地調査の結果を踏まえて、日本を参考とした中国における地域包括ケアシステムの創設可能性を検討することを目的としている。

先行研究と研究意義

日本では地域包括ケアシステムや制度間世代間の財政調整システムについては多くの研究が存在するが、中国では社会保障制度の再分配機能に関する研究の歴史が浅いため、中国の制度間世代間の財政調整システム及び地域包括ケアシステムについての研究も極めて少ない。王延中(2013)では中国の社会保障の実施現状について現地調査を行い、中国の医療制度も養老保険制度も再分配機能が働かず、むしろ逆効果になっていると指摘した。しかし、問題の所在である制度間世代間の財政調整については言及していない。また、田揚(2014)では日本と韓国の介護保険制度の仕組みを分析した上で、中国の介護保険制度は医療制度から分離することが必要があると結論づけているが、中国の医療保険制度と介護保険制度にとって重要な財源の問題や再分配機能については論じていない。さらに、姜波(2011)は中国における在宅介護サービスの実施状況に関する調査研究を取り上げ、日本の地域包括ケアシステムと対照しながら、今後の在宅介護サービスの意義とその展開に必要な課題について論じている。しかし、この論文は中国の市場に注目する日本の介護事業者に中国市場への参入を提言しているものの、直接の現地調査を行っておらず、地域包括ケアシステムを実施する前提となる医療と介護保険制度の財源の問題についても考察されていない。さらに、いずれの論文も中国の都市部を中心としたものの、農村の高齢者の医療と介護の現状や、実際に日本型地域包括ケアシステムをどのように中国の現状に合わせて導入すべきか等については研究が行われていない。

本研究は、こうした背景を踏まえて、近い将来必要とされる中国の地域包括ケアシステムのあり方を考えるため、大連郊外の金普新区の農村部で、286名の高齢者を対象に医療現状や老後生活に関するアンケートを実施した。大連は最盛期には日本企業が600社あ

まり進出し、現在でも日本との人的・経済的交流が非常に深い親日的な都市である、そのため日本の制度を部分的に導入しやすい環境にある。また、中国で殆ど分析されていない再分配政策の理論に基づき日本の制度間・世代間の財政調整システムの研究を行い、中国の参考例とする。そして中国社会保障制度にはない保険制度間・世代間の財政調整システムを中国にどのように取り入れるのか検討し、中国の社会保障制度上における再分配機能の弱さという問題点について、具体的な改善方法を提起する。最後に、中国における日常生活圏内において、日本型地域包括ケアシステムを導入することを提案し、中国医療・介護制度改革上における諸問題解決への一助としたい。

2. 中国の社会保障制度

2.1 中国の医療保険制度の特徴

今日の中国は都市と農村の二重構造³のもとで、医療保障を全国民に適用するための統一的制度は存在しない。四つの層からなる「多層的」な医療保障システムがつけられている（沈潔・沢田 2016）。公的医療保障制度は、都市部の「都市職員・労働者の基本医療保険制度」（1998年）、「都市住民医療制度」（2007年）及び農村部の「新農村合作医療制度」（2003年）の3本柱から構成され、それぞれ一部の国民がカバーされている（舒僅 2008）。公的医療保険制度のみでほとんどの医療費を保障する日本と違い、中国は富裕層を対象にした民間的「商業健康保険制度」や貧困層対象の公的「医療扶助制度」や準社会保険である「大病保険」とあわせて初めて基本的な医療保障、すなわち混合診療となっているところが特徴である。また、医療制度は医療財政制度と医療提供制度の二つからなり、日本は現物給付と診療報酬という仕組みに対して、中国では償還払い方式と「以薬養医、以查養医（病院収入の薬剤費と検査費への依存）」である（島崎 2015,p.41）。さらに、窓口負担は、加入している保険制度や病院の等級⁴により、それぞれ異なっている。習近平政権一医療保障制度の一体化一体化の方針習近平政権は発足後、「2013年の経済体制改革の深化に関する重点意見」を採択した。行政体制、財政・税収、鉄道投資融資、金融、価格、民

³王文亮(2004)によれば、戸籍制度および戸籍制度をベースとした食糧配給制度、住宅制度、教育制度、就職制度、医療制度、年金制度、労働保障制度、人事制度、兵役制度、婚姻制度、計画出産制度等の基本内容について農村住民と都市住民について扱いが異なり、都市と農村の二重社会構造が存在するという。

⁴中国の病院の等級が、いくつかのレベルに分類されている。3級甲等が一番レベルが高く、3級乙、3級丙、2級甲…と続く。1級は郷級指定病院と区級指定病院、2級は市属市級病院、3級は省属市級病院であり、一定の医療環境基準を満たすものである。

生、都市・農村の統合、農業、科学技術の9分野にわたる改革の重点を指摘し、このうちの民生の分野では、都市と農村に分かれている医療保険制度の統合を打ち出している。

中国では都市と農村の医療保険の管理が別々に行われているため、関連データが共有されておらず、保険の重複加入がしばしば発生している。人的資源社会保障部の統計によると、2012年の全国重複保険加入率は10%~15%程度、地域によっては30%に達している。重複加入による本来は無効の補助金は240億~360億元(2012年)に達する。重複加入者は、主に出稼ぎ労働者、都市で就学する農村戸籍の学生、都市戸籍の人と結婚した農村戸籍の人に多い。一部の人は重複加入により給付金を都市と農村の両方からもらい、実際の医療費以上に受給している場合もある。

このような背景の下、国務院は、2016年1月3日に「都市・農村住民の医療保険制度の整合に関する意見」を公布した。本意見の公布から、全国レベルにおける都市と農村の医療保険制度の統一の方針(日本の国民皆保険に相当する)が窺える。

主な内容は、適用範囲、資金調達政策、保障待遇、医療保険目録、定点管理及び基金管理を統一する「六つの統一」の意見を提出した(第2条)。かかる統一が実施された後は、都市と農村の住民はその戸籍(身分)の制限を受けず、統一した医療保険に加入することにより、同様に保険料を支払い、それに伴う待遇を享受することができ、より公平に基本的な医療保障の權益を享有することができる。また、条件を満たす地域において医療保険の管理体制を整理することを奨励し、基本医療保険の行政管理機能を統一し、運営管理の構造と機能を完備して、都市・農村住民の医療保険の管理体制を整理することとした(第3条)。さらに、資金調達レベルを向上させ、情報システムと支払方法を完備し、医療サービスの監督管理を強化することにより、サービスの質の向上を目指すとした(第4条)(国務院,2016)。

以上の方針に基づき、「新農村合作医療制度」と「都市住民医療制度」を統合する(以下統合制度という)と、三つの柱から二本立ての体系になることから、日本の国民健康保険のような制度になるが、同時に1960年代に国民皆保険を実現した日本と同じような問題に直面することになる。すなわち、第1は日本における被用者保険(中国の都市部従業員基本医療保険に相当)と国民健康保険(統合制度に相当)の二本立ての体系をどう構築するかであり、第2は、二本立ての体系を維持する場合、制度間・保険間の負担の不均衡を

どうするか、ということである」(島崎 2011,p.66)。そこでは、高齢社会となった日本の医療制度についての分析が必要となると考えられる。

2.2 再分配の視点からみた養老保険制度と介護制度

① 養老保険制度改革

中国における養老保険制度は、次の三つの段階を経て構築されてきた。第1段階は1978年の改革開放政策もとでの単位「企業」の養老であり、第2段階は改革開放初期の自己養老(養老サービスの産業化)であり、第3段階は21世紀における自己養老と社会養老である(劉曉梅 2010)。第2段階の改革開放の自己養老の方針のもとで、農村部住民と農民工(出稼ぎ労働者)は長い間基本的に養老保険制度とは縁がなかった(田多 2003)。2009年に新型農村養老保険制度が実施されたが、転籍による無保険の問題などが解消しなかったことから、2014年に国務院は「統一した都市・農村住民基本養老保険制度の構築に関する意見」を発表し、これまで別々の制度であった非就業者の年金制度を統合し、「都市・農村住民基本養老保険」を開始した(国務院 2014)。

一連の改革により、今日の養老保険制度は「公務員年金」(1955年)、「都市従業員基本養老保険」(2005年)と「都市・農村住民基本養老保険」(2014年)から構成されている(国務院 2014)。今日高齢者の8割弱が農村に住んでいるが、彼らは加入できるのが非就業者に対する「都市・農村住民基本養老保険」である。この制度は基金(政府補助)と個人口座(保険料と地方政府などの補助)の2階立て方式であり、保険料は年間100元(1600円)から2000元(3万4千円)まで100元毎の12段階の定額である(西川 2015)。給付水準は地方財政、地域経済の状況により大きな差があり、またほかの制度と比べ、企業からの援助がなく、給付水準が低いことが課題となっている。

② 高齢者權益保障法

政府は1978年から一連の改革を実施してきたが、本格的な養老システムの改革に着手するのは2013年以降である。2013年は老齡年と言われ、高齢者權益保障法が改正され、中央から地方まで各関連機関や研究センターがさまざまな提案を発表した。2013年12月28日に公布された高齢者權益保障法改正法をみると、96年版と比べ、6章50条から9章85条に拡充され、社会サービス、社会的優遇、快適な居住環境の3章が追加され、養老サービス事業・産業の発展、養老施設の建設・管理、養老用土地の計画、養老サービス人材の育成、社会

保障（高齢者手当、介護補助金、養老サービス補助金）等に係る詳細な記述が組み入れられた。この改正については、政府の責任がより明確になったことを評価する意見がある一方、権益保護法から福祉法へ転換する必要があるとの論調もあり、今後の改革が期待されている。

③ 養老に関する改革政策

中国は、高齢化の速度は日本と同様に早く、高齢者となる人口規模が多く、また、格差の問題（地域間、地域内）や年金給付の水準などから、「未富先老」（豊かになる前に高齢化を迎える）という特徴がある（鄭功成2011）。現段階では、人口の高齢化に積極的に対応し、高齢者事業の発展を加速させるため、社会養老サービスシステムの構築について、中華人民共和国国民経済と社会発展の第12次5カ年計画綱要、中華人民共和国高齢者権益保障法、中共中央国務院の高齢者業務強化に関する決定（中発〔2000〕13号）に基づき、「制度の完全化、組織の完備化、適切な規模、良好な運営、優良なサービス、徹底した監督、持続可能な発展のための社会養老サービスシステムの構築の実現」という目標を掲げている。

2013年12月27日の全国民政工作会議において、民生部長は2013年の業務目標について以下のように発表した。①養老ベッド数を450万に増やす（1000人当たり24ベッド）。②65%の都市コミュニティ⁵と35%の農村コミュニティをカバーするデイサービスの実施。③後期高齢者手当と貧困高齢者の養老サービス補助金制度による基本サービスを提供するとともに介護保険制度を模索する。

その後、民政部社会福利・慈善事業促進司老年人福利処は、2013年業務計画を発表し、「社会養老サービスの優先的発展に関する若干意見」、「養老機構設立許可弁法」（民政部2013年48号）、高齢手当政策、生活困難老人の養老サービス補助金政策、養老サービス評価に係る指導意見、「養老サービス業標準化建設計画（2013-2017）」、「養老サービス標準体系」、「養老施設基本規範」、「老年人失能（要介護）等級評価・認定」、「社会居宅養老サービス規範」等の策定、民間養老施設（未登録施設を含む）へのサーベイランスの実施、国際協力（UNDP、イギリス、日本等）の強化等を打ち出した。さらに、国務院は「民間

⁵ ここでいう「コミュニティ」は「社区」ともいい、一定の地域に住む人々によって構成され、行政の基礎的な単位である「住民委員会」により管理されている。住民委員会は現在コミュニティ衛生所、コミュニティ活動センターなど非営利で社会福祉事業を行い、政府から施設の貸与、税金面の優遇を受け、政府が定めた経費に基づき衛生所やセンターを運営している。

資本の養老サービス産業への参加奨励に関する実施意見」(民発2015年33号)を発表するとともに、社区でのデイサービスなどに対する民間参入の促進や「医養結合(医療と介護の連携)」のための養老施設への医療保険の指定やリハビリへの医療保険給付、養老施設の営業税一律免除、所得税は非営利全額免除、営利半額免除、土地優先確保等の優遇政策を発表した。

④ 介護保険制度の実施

中国の最初の介護保険制度「長期医療介護保険制度」(岡室 2015,p.39)は、2012年に、高齢化の進行が著しい山東省青島市で先行的に試行された。財源は「都市職員・労働者の基本医療保険制度」と「都市住民医療制度」の基金から拠出されている。また、宝くじ公益金から毎年2000万元(約3.3億円)を補助し、初年度は起動金として宝くじ公益金1億元(約16.6億円)が追加された。2016年からは都市部と農村部の医療保険制度の統一により、都市だけでなく農村の住民も制度の対象に含まれるようになった。しかし、被保険者の加入する医療保険の種類による給付の差は設けなかった。

青島モデルの実施後、中央政府は「第13次五カ年計画(2016~2020年)」で、介護保険制度の確立を検討する方針を打ち出し、2016年6月に、人力資源・社会保障部が「長期介護保険制度の試行地域の展開に関する指導意見」を発表した。財源は従業員基本医療保険制度とともに運用するものとし、その基金の残高を介護保険の基金に振り替えるなどして調達する。給付水準は支出額の70%程度としているが、その比率と具体的な介護サービス内容は各地域の状況に応じて設定するものとされている。制度は上海市や重慶市、広州市など15の試行地域で実施され、まず都市部従業員基本医療保険制度の加入者を対象とし、その範囲は徐々に農村部まで広げていくという方針である。

以上に論じてきたように、政府は高齢者を対象とする法律や政策を次々に発表している。しかし、再分配の視点からみると養老保険制度は都市と農村、高齢世代と現役世代の格差問題を重視されず、「高齢者權益保障法」は政府の責任を強調したものの、責任の所在は不明確であり、高齢者の公益性も明らかになっていない。また、2013年の一連の政策は一面的なものであり、高齢者のための社会的管理が脆弱であるために高齢者の權益侵害が依然として発生している。さらに、介護保険制度は都市部を中心とするものであり、農村地域まで普及することが相当な時間と財政導入が必要であろう。政府はこうした問題を重視

したうえで、真摯に解決していく必要があると考えられる。そこでは、中国の高齢世代の養老問題を解決するために、日本のような年金と介護の社会化が必要であろうと考えられる。

3. 中国の高齢者の現状と大連における事例研究

3. 1 中国の高齢者の現状

日本の高齢化率は世界一であるが、中国においても日本を上回るスピードで高齢化しつつある。また、格差の問題（地域間、地域内）や年金給付の水準などから、「未富先老」（豊かになる前に高齢化を迎える）という特徴がある。国際連合の『人口の高齢化及び社会経済効果』は、60歳以上の人口が総人口の10%を占め、あるいは65歳以上の人口が総人口の比率の7%を占める国家と地域を高齢化社会と呼んでいる。この基準に従えば、中国は2000年に既に高齢化社会に入っていたことになる。2015年の時点において、わが国の総人口に占める60歳以上の高齢者の割合は16.1%に達し、2.22億人となり、65歳以上の高齢者の割合は10%に達し、1.44億人となっている。しかも、毎年平均で860万人ずつ高齢者が増えている。2020年には高齢化率が17%になり、2050年には30%に達し、4.8億人になると推計されている(中国国家统计局 2016)。この高齢化が社会保障制度と財政面への負担を増加させていくことが懸念されている。

また、中国老齡科学研究センターが発表した「中国老齡事業発展報告（2013）」によると、2012年末までに80歳以上の老人は2200万人、失能老人（要介護高齢者）は3600万人、慢性病老人9700万人、空巢⁶老人は9900万人、失独家庭（一人子を失った家庭）100万世帯、貧困・低収入老人2300万人、農村部の留守老人⁷は5000万人に達している。人口の高齢化は工業化や都市化とともに中所得国の「罨」として困難な課題となっている。

さらに、中国の農村では、「老後のために子供を育てる」という伝統的な思想のもとで、親の面倒をみるのは子供達の責任と認識されてきたため、2009年に実施された「新型農村養老保険制度」が成立するまでの長い間、中国の農民は基本的に養老保険制度とは縁がなかった(王文亮 2001,pp.45~57)。今日高齢者の8割弱が農村に住んでいるが、養老保険

⁶中国では、高齢者だけの世帯のことを「空巢」と呼ぶ。以下、「空巢」を「高齢者のみの世帯」の意味で使用する。

⁷留守老人とは、農村部における出稼ぎ労働者の両親のことを指している。留守老人の多くは年金がなく、本人の労働で生活を維持している。

の給付水準が低く、その大半は依然として子供による扶養と本人の労働で生活を維持している。しかし、1979年の一人子政策の実施により、2人の子どもが親世代4人の扶養をするという困難な状況になり、高齢者の扶養費用の負担が非常に重くなっている。さらに、2015年「二人っ子政策」の導入により、子どもが親世代4人の扶養をすることだけでなく、子供二人、孫四人を扶養することになり、現役世代は極めて厳しい状況に陥っている。しかし、少子高齢化の到来にかかわらず、中国の社会保障制度の整備は立ち遅れ、「看病費・養老難」という状況はひどくなる一方であり、高齢世代の養老問題や医療問題は年々深刻化している。

3.2 大連における事例研究

大連は中国の東北地方にある遼寧省地区クラスの市である。最盛期には日本企業が600社あまり進出し、現在でも日本との人的・経済的交流が非常に深い親日的な都市である、そのため日本の制度を部分的に導入しやすい環境にある。2015年の時点において、大連における総人口は593.6万人である。60歳以上の高齢者は135.3万人で、総人口に占める割合は22.7%に達し、全国平均の16%を5ポイント以上上回っている(大連統計局2016)。また、大連の空巢率は52.5%に達し、「高齢化」と「空巢化」の二つの問題は社会保障制度と公共サービス体系への公的負担を増加させていくと予想され、今後の大連の財政や経済面へのマイナスの影響が懸念されている。近年中国政府により一連の社会保障改革が実施されたが、依然として高齢世代の養老問題や医療問題は大きな問題として残っている。この問題を打開するためには、医療と介護の社会化が必要であろうと考えられる。

本研究では、大連の高齢者の医療問題や老後生活の改善方策を探るため、2016年5月から2016年8月にかけて、遼寧省大連における金普新区⁸の農村地域のコミュニティ⁹において、約300名の55歳¹⁰以上の定年者を対象にアンケート調査¹¹を実施した。有効回答者は286名であり、そのうち、男性は80人、女性は206人である。調査項目の1～9は回答者の属性、

⁸ 大連は都市部の中山区、沙河口区、旅順口区及び農村部の庄河、金普新区等11つの区から構成されており、そのうち、金普新区は中国の10番目の経済開発新区として経済の発展、社会保障の進展などが注目されている。

⁹ 地域性によって大連のコミュニティは①新興郊外住宅コミュニティ、②企業の団地コミュニティ、③事業単位コミュニティ、④開発された旧住宅町コミュニティ、⑤外来人口・遷移人口の多い混合コミュニティの5タイプに分類している。本研究のアンケート調査地域は①に属している。

¹⁰ 中国の女性の定年年齢は55歳であり、男性の定年年齢は60歳である。

¹¹ 今回のアンケート調査は金普新区の光明、得勝、金石灘等19つの町から7つの町をランダムに抽出し、東北財経大学の専門家の協力の下、各町のコミュニティから高齢者住民を集めた。またアンケート実施時には、同金普新区にある大連大学の教官及び学生がスタッフとして調査に協力した。

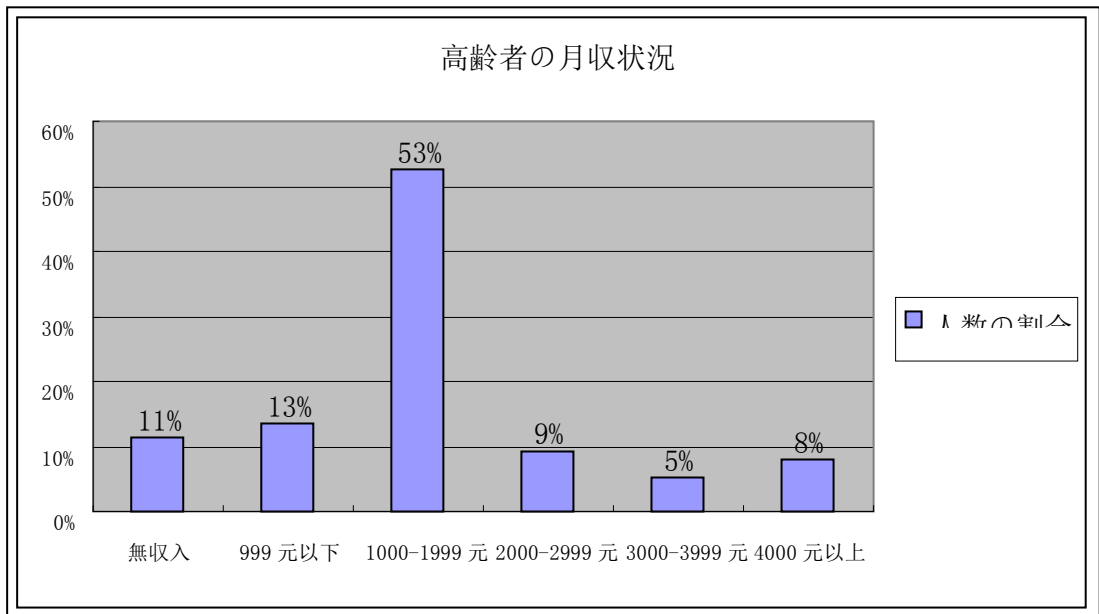
基本状況についてであり、10～16は健康状況について尋ねた。17～26では養老介護への需要について、27～31では文化・生活面で求めているものについて、32では今最も解決すべき問題について尋ねた。

3.2.1 基本状況について

(1) 経済状況について

今回の大連の高齢者への調査によると、11%の高齢者が収入がなく、79%の高齢者が養老保険（日本の年金制度に相当）で生活している。図1に示すように、高齢者の収入は低く、月999元(1万7千円相当)の世帯は13%であり、月1000-1999元(1万7千～3万7千円相当)の世帯は53%であり、月4000元(7万円相当)以上の世帯は8%である。また、収入がある高齢者間にも格差があり、世帯によって900元から4000元まで収入に4.5倍の差がある。さらに87%の高齢者は医療保険或いは養老保険のどちらかに加入しているが、医療保険と養老保険の両方に加入している高齢者は54%しかおらず、医療保険と養老保険の普及率は高くないといえよう。

図1 高齢者の月収状況

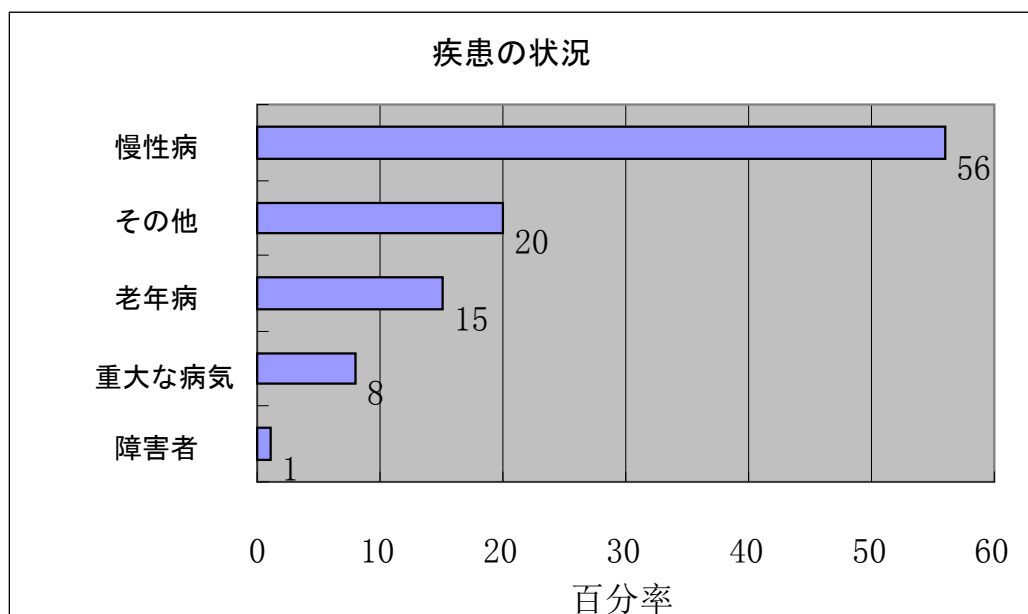


(2) 健康状況について

アンケート対象の高齢者の健康状況については、図2にあるように、56%の高齢者は慢性病にかかっている。老年病（高齢者に多い老化を原因とする疾患）がある高齢者は15%であり、重大な病気の高齢者は8%である。さらに、障害者は1%である。要するに、ほ

ば全員の高齢者が何らかの病気をかかえて降り、介護の程度はそれぞれであるものの、要介護のニーズは非常に高いと言える。調査結果からみると、多くの高齢者は視力と聴力の向上を望んでいる。

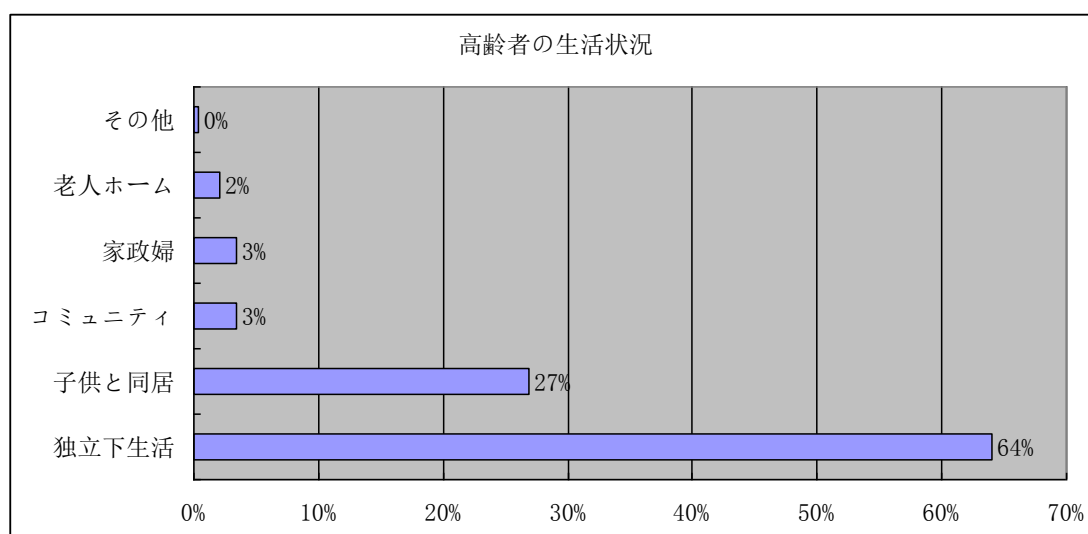
図2 高齢者の疾患状況



(3) 老後の生活について

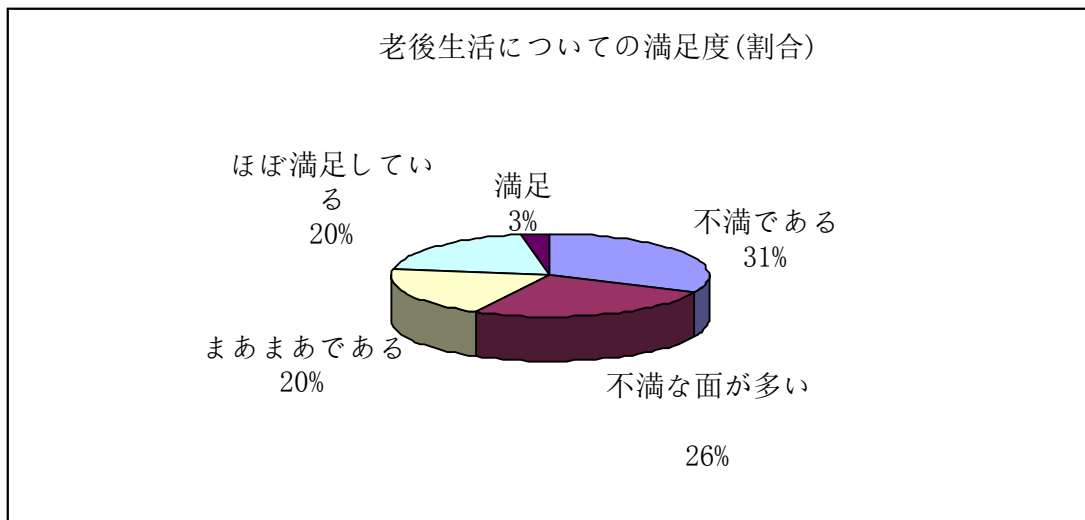
老後の生活については、図3に示すように、高齢者だけで独立した生活をしている世帯は64%であり、子供と同居している高齢者世帯は27%である。また、3%の高齢者がコミュニティの看護者による介護を受け、3%の高齢者が家政婦によって介護され、2%の高齢者は老人ホームに入っている状態である。

図3 高齢者の生活状況



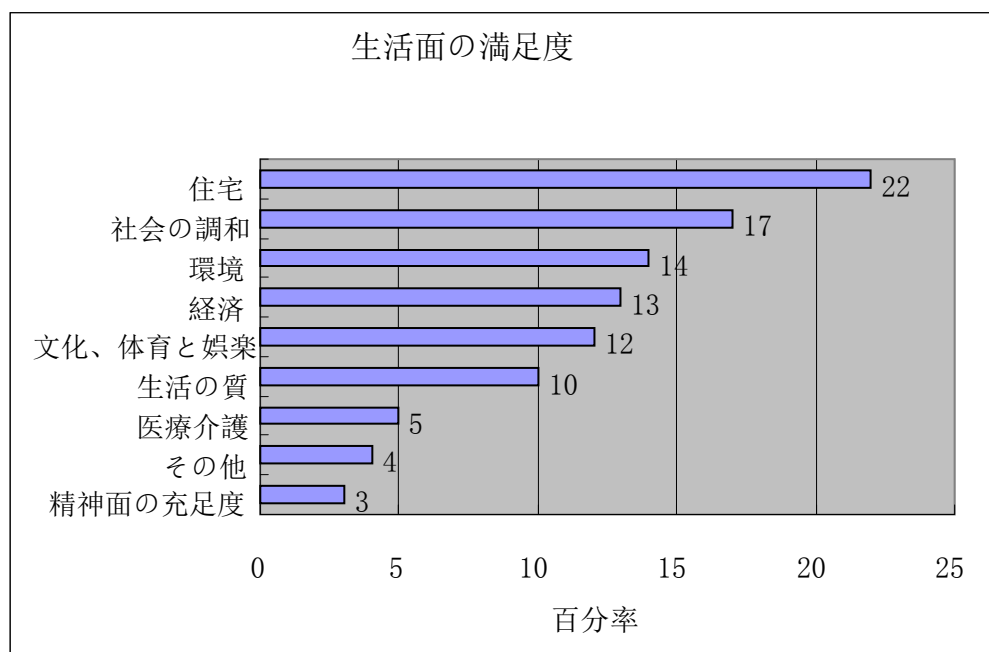
老後の生活に関する現状への満足度については、3%の高齢者は満足していると答え、20%の高齢者はまあまあであると答え、31%の高齢者は不満であると答えた。そして、26%の高齢者が不満な面が多いと回答した。

図4 高齢者の老後の生活状況についての満足度



生活面の満足度については、図5の通り、現状について満足している割合は、住宅が22%、社会の調和が17%、環境は14%、経済は13%、文化、体育と娯楽は12%である。しかし、医療と介護及び精神面の充足度については、それぞれわずか5%と3%の高齢者が満足しているにすぎない。

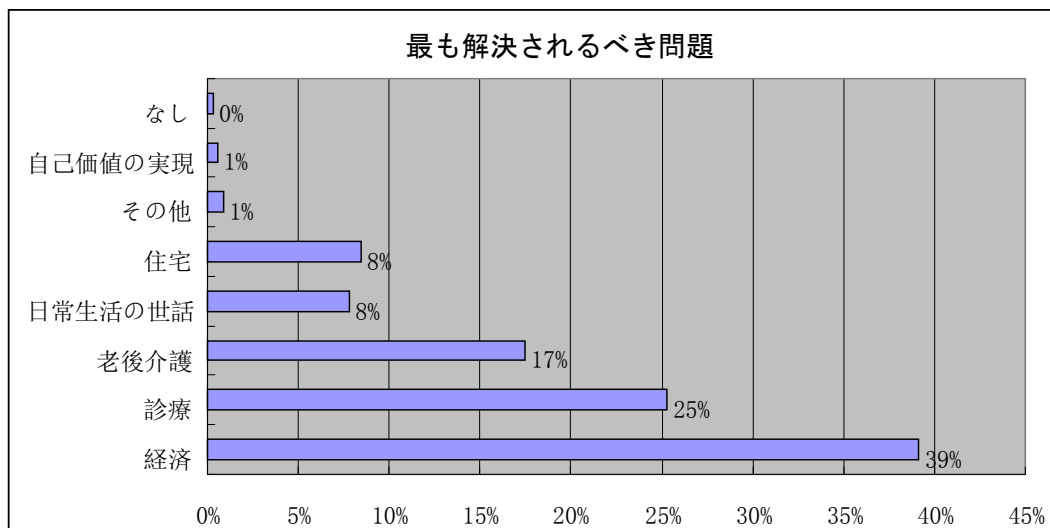
図5 高齢者の生活面の満足度



また、図6の通り、解決されるべき問題については、経済面を改善したいという要望

が最も多く、39%を占めている。以上の調査結果からみると、高齢者は現在の経済面の改善を一番求めているといえよう。

図6 最も解決されるべき問題

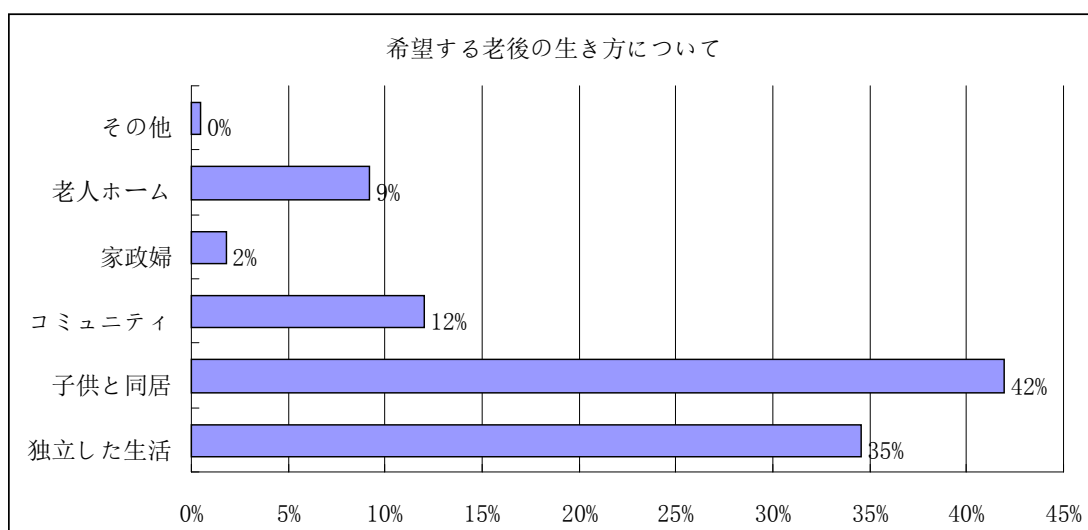


以上の調査結果からみると、老後の生活について、半分以上の高齢者は経済状況と医療問題について不満を抱いていることが分かる。どのように高齢者の経済状況と医療問題の改善を図るか極めて重要な課題であろう。

3.2.2 日常介護サービスの需要について

希望する老後の生き方については、42%の高齢者が子供との同居を望んでいるが、35%の高齢者は独立して生活することを選択している。また、コミュニティと老人ホームを選択する高齢者はそれぞれ12%と9%であり、比較的に低いことがわかる。

図7 高齢者が希望する老後の生き方について



病気にかかったときに、高齢者が希望する介護者については、図8の通り、一位は

子供であり、50%である。その次は配偶者であり、42%である。自分と家政婦で介護する割合はそれぞれ2%と1%であり、非常に低いといえる。

図8 高齢者が病気になった際の主な介護者

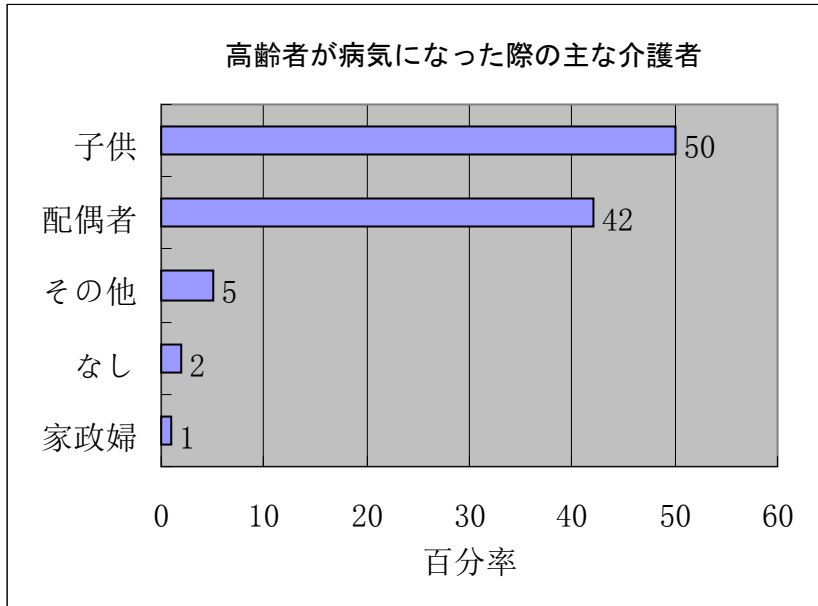
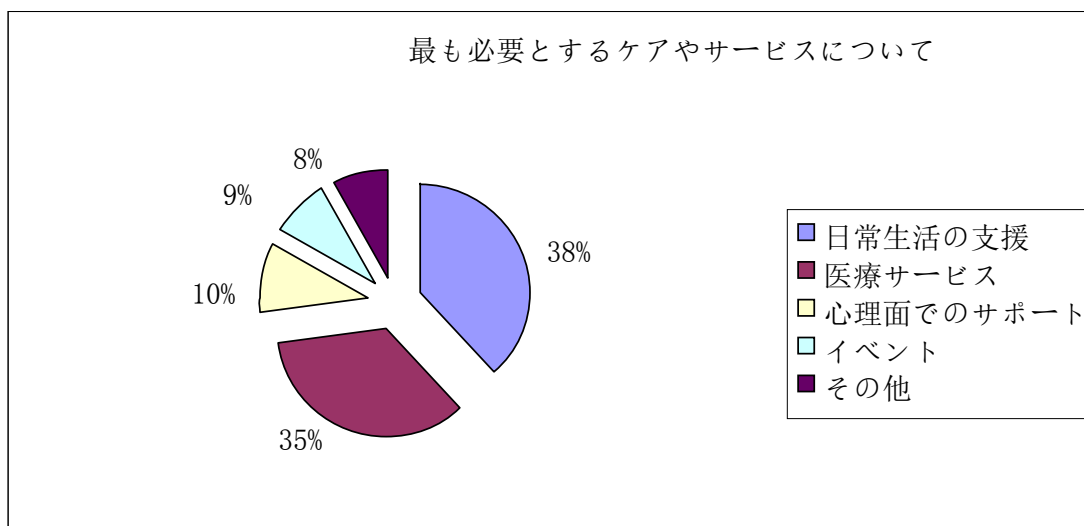


図7と図8の通り、病気にかかった或いは身体が不自由になったとき、多くの高齢者は自分の子供や配偶者に介護されることが望んでいる。高齢者は老人ホーム或いはコミュニティで介護されることを望んでいないこともわかる。以上の調査結果から、以下のことが判断できると考えられる。①高齢者にとって最もニーズが高いのは在宅介護である。②現在の老人ホームやコミュニティの介護サービスはあまり評価されておらず、殆ど利用されていない状況にある。③経済面での制約のため、介護サービスを受ける際の選択肢はまだ少ない。

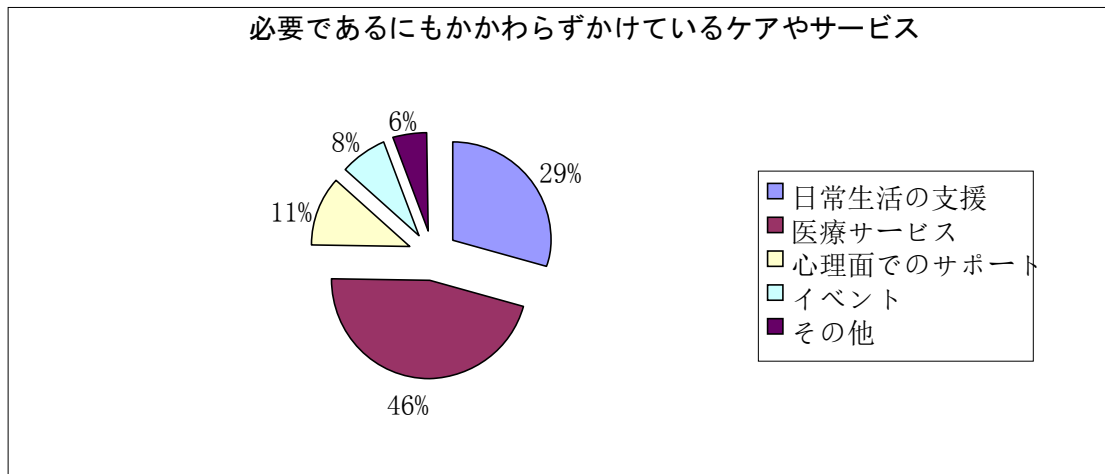
図9 高齢者が最も必要とするケアやサービスについて



最も必要とするケアやサービスについては、図9の通り、38%の高齢者は日常生活の支援を選択し、35%の高齢者は医療サービスを選択している。また、心理面でのサポートとイベントを選択した高齢者はそれぞれ10%と9%である。

しかし、必要であるにもかかわらず欠けているケアやサービスについては、図10の通り、医療サービスが第一位で、46%である。その次は日常生活の支援で、29%である。イベントと心理面でのサポートはそれぞれ11%と8%となっている。

図10 必要であるにもかかわらず欠けているケアやサービス



以上の調査結果から、高齢者のあいだでは日常生活介護サービスと医療サービスへのニーズが非常に高いが、現状では満足しているとはいいがたく、改善することが望ましいといえる。

3.2.3 医療サービスのニーズについて

調査によると、病気にかかる時、66%の高齢者は市属市級の2級レベル或いは省属市級の3級レベルの病院を選び、21%の高齢者はコミュニティ衛生所¹²を選び、10%の高齢者はクリニックを選んだ。また、半分以上の高齢者は医療現状に関する満足度が低い。

図11の通り、医療の現状について不満の原因が多くあがっているが、なかでも医療費用が高いことが際立っており、55%を占めている。医療サービスの質の低さは15%であり、診療前の待機時間が長いという答えが12%、医療制度が不透明であると感じる高齢者は9%であった。

¹² コミュニティ衛生所は区級指定病院であり、日常の軽い病気を処置し、重い病気のみ病院を受診するよう指導する。

図 11 高齢者が医療の現状について感じる不満の原因

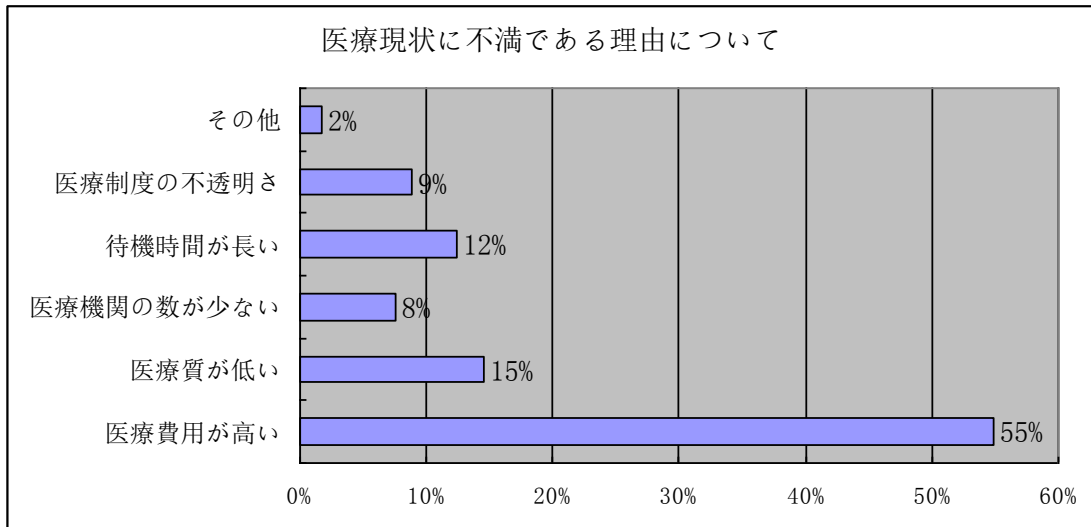


図 12 大連の高齢者における医療費(年間)

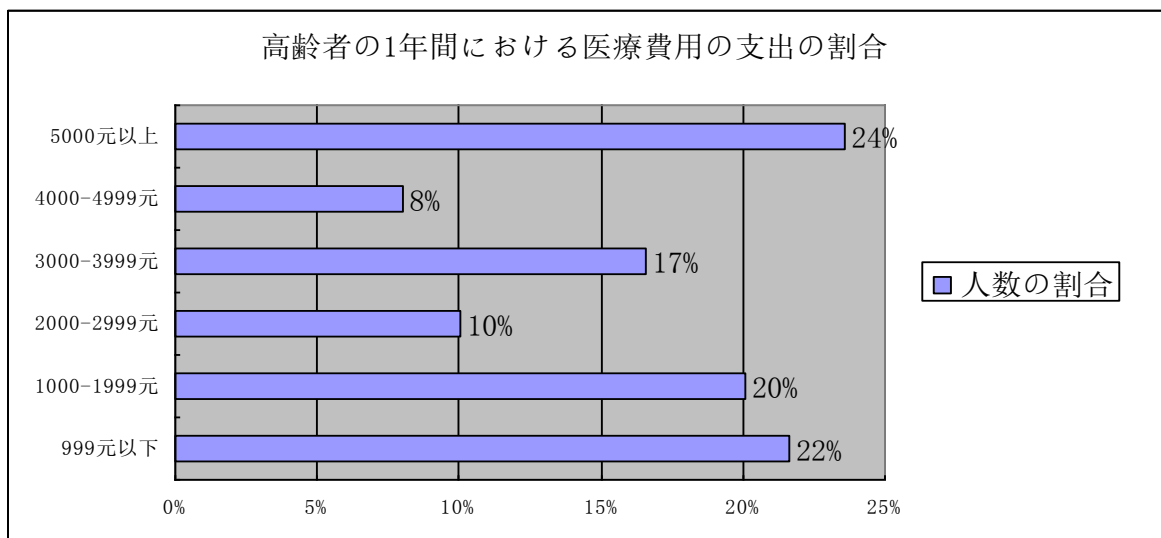


図 12 をみると、高齢者の医療負担は非常に重く、収入の多くが医療費用として支払われていることがわかる。高齢者は若者より医療ニーズが高いにもかかわらず、収入が少なく、医療費用の負担割合が高いため、診療を受けられないことが多い。こうした高齢者のおかれた厳しい医療現状については早急に改善される

3.2.4 精神文化の必要性について

(1) 精神文化の必要性について

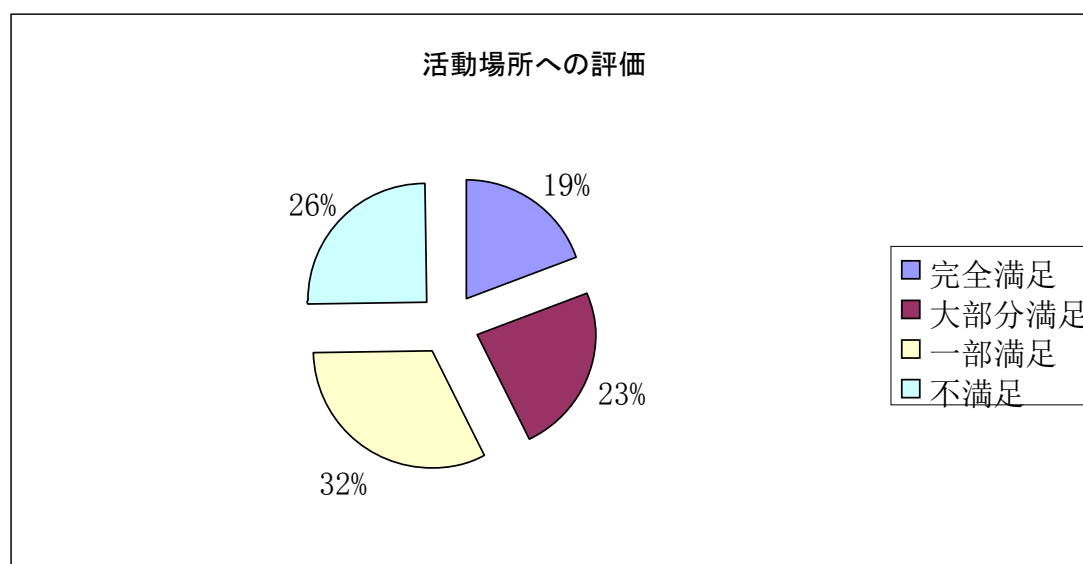
精神文化の必要性についてはイベントが 35%と第一位となっている。第二位は教養

講座であり、18%である。その次は展覧会とカウンセリングであり、それぞれ10%と9%である。調査結果からみると、精神文化サービスへのニーズも多様であるが、イベントと教養講座がとくに高齢者には人気がある。

(2) 日常活動場所について

自宅以外で活動的に過ごす場所については、コミュニティと広場が27%であり、公園は19%である。また、日常活動場所への満足度については、図13の通り、19%の高齢者が満足と答え、23%の高齢者はかなり満足し、32%の高齢者は一部満足していると答えている。満足していないという高齢者は26%となっている。

図13 活動場所への評価

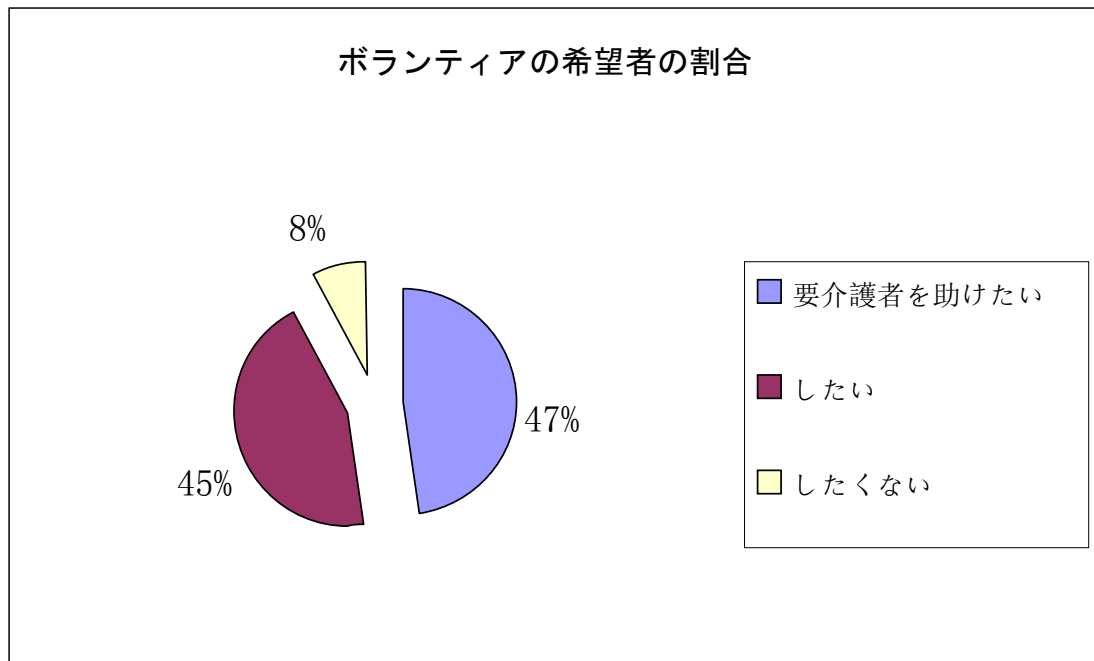


調査結果からみると、四分の一の高齢者はコミュニティの活動場所に満足していないことがわかる。その主な理由は、活動場所が少ないこと、運動器具が少ない、そして利用者が多すぎることである。

(3) ボランティア活動について

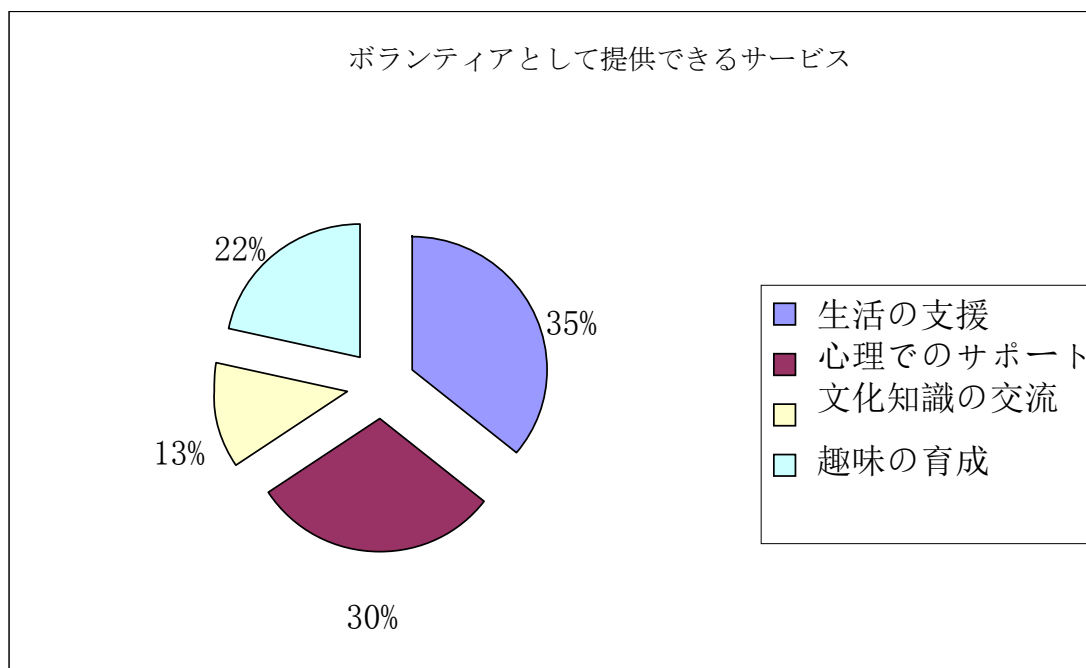
ボランティア活動については、図14の通り、45%の高齢者がボランティアとして高齢者間の助け合いをしたいと答えている。また、47%の高齢者は要介護の高齢者を助けたいと答えているが、ボランティアをしたくないと回答した高齢者も8%いる。

図 14 ボランティアの希望者の割合



ボランティアとして提供できるサービスについては、図 15 の通り、35%の高齢者は日常生活の支援ができると答え、30%の高齢者は心理面でのサポートが可能と答え、22%の高齢者は趣味方面の指導することが可能と答え、13%の高齢者は文化知識を教えることができると答えた。

図 15 ボランティアとして提供できるサービス



まとめ

大連における現地調査の調査結果から、高齢者の介護及び医療へのニーズは高く、また多様であることがわかった。しかし、現在の医療サービスと介護の現状に照らしてみても、介護システムは完備されているとは言い難く、また、医療サービスの水準も低く、高齢者のニーズを満たしていない。また、高齢者の収入がまだ低いにもかかわらず、医療費用は高額であるため診療が受けられない状況があることから、公的支援はきわめて重要である。さらに、高齢者のあいだでは医療と介護へのニーズが高いものの、現状の医療への不満が多く、介護への信頼性も低い状態であり、高齢者を取り巻く医療と介護の状況の改善が緊急の課題となっている。高齢者人口はますます増加し、高齢者たちの生活ケア、介護・リハビリ、医療などの問題も次第に顕著になっている。これらの問題の解決を図るためには、先行して高齢者社会福祉制度を導入した日本を参考にしながら制度を構築・整備していけば、時間的経済的損失を最小化しつつ、速やかに社会保障制度を構築できると考えられる。

4. 日本の地域包括ケアシステムからの示唆

現在の中国は、日本が経験してきたように、経済格差の拡大に伴う社会不安の増大、人口の高齢化、家族のもつ扶養・介護機能の弱体化という問題に直面しており、社会保障制度の構築と社会福祉サービスの拡充が急務となっている。以下では、大連における調査結果をもとに、日本型地域包括ケアシステムを参照しながら、大連の高齢者問題について具体的な改善方法を提起していきたい。

4. 1 国民皆保険からの示唆

大連における調査結果は、高齢者の医療と介護を取り巻く現状を明らかにしている。医療保険と養老保険の両方に加入している高齢者は 54%しかおらず、社会保障制度でカバーされていない高齢者が多く、国民皆保険が実現されているとは言い難い状況である。

今日、中国と日本の間で国民皆保険の実現に差が生じたのは、中国と日本の再分配政策に違いがあったためと考えられる。すなわち、日本では戦後間もない時期から 1970 年代までの間に様々な社会保障政策が実施され、都市から農村への富の再分配が行われた(有

岡 1997)。それに対して中国では、戦後から 1978 年の改革開放までは共産主義の平等主義の再分配政策のもとで皆保険が実現していた。しかし、1978 年からは先富論のもとで急成長する都市部の富を、発展が遅れている農村部にシフトするという再分配政策は取られてこなかった。日本では、医療保障を含め日本の社会保障制度は、再分配政策と連携する形で整備され機能してきた(池上 2011)。これに対して中国では都市から農村への富の移転段階で異なる政策がとられたため、皆保険制度の実現において異なる結果となった。したがって、皆保険制度の構築に際しては、中国は社会保障制度を中心に再分配政策との連携を重視すべきであり、医療保障制度における再分配機能の強化が必要であるといえよう。日本で国民皆保険が実現した後の関係諸団体の激しい議論をみると、既に制定された制度を変更することは相当困難であると考えられる(井上 2002・小沼 2003)。したがって、皆保険の構築段階の中国は、保険制度間の格差問題を後で修正するよりも、現段階で一刻も早く調整すべきと考えられる。すなわち、高齢者が中心対象である統合制度と労働者を中心とする都市部労働者保険制度を一元化するかどうか、制度間の財政調整をどうするかといった問題に対する検討を急ぐ必要がある。

中国では、日本の保険料のような世帯ごとの応能負担・応益負担がなく、現制度のもとでの保険料は皆均一の保険料である。また都市職員・労働者の基本医療保険制度の加入者は収入が安定している若者の労働者が多いが、医療のニーズが少ない。一方、統合制度では高齢者、農民、無職者、退職者など収入が不安定である低所得者が多い。統合制度に所属している高齢者は医療のニーズは高いが、自己負担では低い水準の医療給付しか受けられない状況になっている。

4. 2 制度間世代間財政調整システムからの示唆

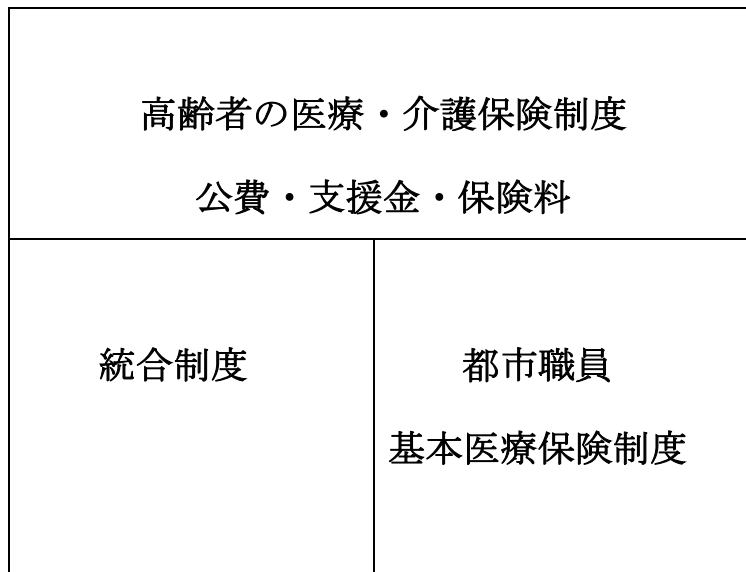
大連における医療に関する調査では、半分以上の高齢者は医療の現状について不満を抱いており、不満の第一位として 55%は医療費用の高さをあげている。つまり、高齢者は今日の「看病費・養老難」という問題を、医療費の高さが原因であると認識していると言える。したがって、医療費の引き下げは高齢者の医療問題を解決する重要な要素であるといえる。また、今実施している介護保険制度の財源は医療保険制度とともに運用するものとし、医療基金の残高を介護保険の基金に振り替えるなどの医療制度の財政改革が極めて重要であり、かつ急務であるといえる。

日本は、増え続ける高齢者医療費に対応するため、高齢者代表等の関係諸団体が政府に

働きかけ、10 数年の努力の末に新しい高齢者医療制度が構築された。2008 年に実施された後期高齢者医療制度は、75 歳以上の者を 1 つの保険集団として括る独立型の保険制度である。後期高齢者の財源構成は、患者負担を除き、公費（約 5 割）、現役世代からの支援（約 4 割）のほか、高齢者から広く薄く保険料（1 割）を徴収する仕組みである（島崎 2011, pp. 286~299）。この仕組みは後期高齢者医療制度の実施を通じて、若年者世代から高齢世代への再分配と、高所得者から低所得者への支援を行うものである。医療制度の構築途上にある中国が日本の後期高齢者医療制度から学ぶとすれば、制度が形成された後の修正より、構築する過程を参考したほうが良いと考えられる。すなわち、中国の医療保障制度の「型」は「縦の線」（都市部従業員基本医療保険と統合制度の二本建てとする）を入れるか否か、「横の線」（年齢で区切る）を入れるか否か、の組み合わせ問題である（島崎 2015, p. 217）。

今日高齢者の 80%が加入している統合制度（「新農村合作医療制度」と「都市住民医療制度」を統合した制度）は保険給付額に最低額と上限があるにもかかわらず、保障水準が低く、大連の調査結果が示すとおり、疾病リスクの高い高齢者が診療を受けられない状況に陥っている。そのため、日本の医療制度のような保険制度間の財政調整が求められている。統合制度の高齢者の医療費負担についても、公費負担と現役世代の支援金さらに高齢者の保険料という三者負担の形が中国にとって参考にする価値があると考えられる。介護保険制度がまだ構築中の農村部の高齢者にとって、医療問題は大きな問題である。現役世代からの支援が必要であるが、それだけでは不十分であることから国家公費の導入が必要となる。このように見ると、公費負担と現役世代の支援金さらに高齢者の保険料という三者負担の形式を取っている日本の後期高齢者医療制度は、中国の高齢者の医療問題の緩和や都市部職員制度との格差の是正に際して大いに参考になるものであり、中国において日本の後期高齢者医療制度のような制度間世代間の財政調整システムを構築する価値は高いと考えられる。

図 16 中国における新医療・介護制度改革案



出所：筆者作成

図 16 は、筆者が提案する中国における新医療・介護制度改革案を示したものである。これは、高齢者を対象とした医療と介護を連携し、独立の制度をつくるもので、財源は高齢者からの保険料以外に、国家から財政支援の公費及び都市部医療制度と統合制度からの財政支援金の三本柱から構成する制度である。

給付費の一部は公費によって賄われる。高齢者の医療費の部分に税金を投入することで、現役世代から高齢世代への財政調整だけではなく、高齢世代間の再分配効果もある。そして、都市部職員制度及び統合制度が負担する支援金という形にし、その割合を明確にすれば、現役世代から高齢世代への財政調整も理解を得られやすくなる。さらに、被保険者である高齢者の保険料についても、高齢者の人数が増えるにつれて収入額に応じて高齢者の負担割合が高まっていく仕組みにすれば、日本の老人保健制度にみられたような拠出金が際限なく増加するという問題を解決することができ、高齢者間の再分配も可能になる。

このような仕組みを講ずれば、8割を占める統合制度に属している高齢者の医療費負担が社会の中で幅広く分担される形となり、農村部の「看病貴・養老難」の問題が克服できると考える。また、独立した高齢者医療・介護制度には都市部の退職者も加入するため、都市部の保険者に支援金の再分配を納得させることができるし、現役世代から高齢世代への所得再分配も可能となる。さらに、医療制度の財源を依存している試験的に実施中の介護保険制度は、これら独立した高齢者医療制度と連携し、農村部と都市部に分ける必要がなくなるため、管理と運用も明確化になると考えられる。

4. 3 大連における地域包括ケアシステム

大連の調査結果からみると、病気にかかったり、或いは身体が不自由になったとき、多くの高齢者は自分の子供と配偶者に介護されることを望んでおり、老人ホーム或いはコミュニティで介護を受けることを望んでいない。要するに、高齢者は疾病を抱えても、自宅のような住み慣れた生活の場での療養を希望しているため、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行う必要がある。日本と同じく「高齢化」と「空巢化」の問題が深刻化している大連においても、日本型地域包括ケアシステムを導入することで、高齢者の尊厳を保持し、「看病貴・養老難」の問題が緩和できると考えられる。以下では、大連における現地調査にもとづき、具体的な改善方法を提起していきたい。

大連の調査結果からみると、現状について満足している割合は、住宅が最も多く、地域包括ケアシステムの前提せある、生活の基盤として必要な住まいは整備されているといえる¹³。ただし、中国には日本のような地域包括支援センターがなく、住民の医療・介護援助及び生活支援はすべてコミュニティに任せている状況にある。しかし、大連の調査によれば、コミュニティにおけるインフラ整備や医療資源は不足しており、活動場所が少なく、環境が悪いため、高齢者の満足度が非常に低いことが分かる。以上の問題を改善するため、コミュニティ地域包括支援センターの構築が必要と考えられる。コミュニティ地域包括支援センターは総合診療科の設立・介護支援専門員・社会福祉士等を配置して、3職種のチームアプローチにより、住民の健康の保持、介護の支援及び日常生活をサポートする上で必要な援助を行う¹⁴。

大連において想定される地域包括ケアシステムの主な業務は、医療、疾病予防、介護、生活支援と福祉サービスなどの包括的支援事業を、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施することである¹⁵。まず、予防についてである。アンケート調査によれば、慢性病にかかっている高齢者は56%であり、老年病（高齢者に多い老化を原因とする疾患）がある高齢者は15%とそれに続いており、重大な病気にかかっている高齢者は8%である。この結果からもわかる通り、高齢者の健康状態は良いとはいえず、病気を予防しようとい

¹³厚生労働省「地域包括ケアシステムの5つの構成要素と『自助・互助・共助・公助』」

¹⁴厚生労働省「地域包括支援センターの業務」

¹⁵厚生労働省「地域包括ケアシステムの姿」

う意識が弱く、健康に関する知識も不足している。高齢者は各種の病気、特に慢性病にかかっていることが多いため、健康への意識を向上させ、疾病への予防意識を高めることが極めて重要である。したがって、コミュニティ包括支援センターにより、地方自治体と関連部門が連携し、健康教育や健康促進活動及び定期的な調査をすべきである。医療費を社会で公平に負担する上で、高齢者自身の意識向上により医療費を増大させないことはとても重要である。また、大連の調査結果からわかる通り、イベントと知識講座は高齢者のあいだでたいへん人気があるため、健康知識コンテスト大会、健康宣伝活動等のイベントを定期的に開催することも一つの案といえよう。さらに、高齢者の健康予防と介護予防意識を向上するため、誰でも参加ができ、自らの意見が公けに議論できるような開放的なイベント及びイベントスペースを設けるなどの工夫も検討されるべきである。

そして、医療と介護についてである。調査によると、コミュニティの医療サービスのうち、整備が必要なサービスのトップは、コミュニティ総合診療科の設立となっている。また、必要であるにもかかわらず欠けているケアやサービスの一位は、医療サービス（46%）である。さらに、調査結果からみると、半分以上の高齢者は病気にかかったとき或いは生活がままならないときに医療ケアが必要と答え、在宅医療ケアへのニーズが全体的に高いことがわかる。以上の調査結果から、農村においては医療施設の不備が大きな問題点であり、医療環境の改善と医療と介護の一体化が必要であると考えられる。したがって、まずは、医療衛生サービスをコミュニティ・家庭へ拡大し、健康ファイル、健康管理、健康促進などをメインとする基本公衆衛生サービスを実施する。そして、医療衛生機関のモデルチェンジによる医療・介護を一体化したサービスを実施する。地域の医療機関と在宅療養支援病院・診療所と訪問看護事業所及び介護サービス事業所を設置する¹⁶。これらの関係機関が有機的に連携し、個々人の抱える課題にあわせて、高齢者の優先診療、予約診療、ヘルスチェック、保健カウンセリング、巡回診療、救急診療、応急手当などのサービスを含む高齢者用「绿色通道」（専用ルート）を開設する（童立紡・赵庆华 2015）。

最後は生活支援と福祉サービスについてである（西村 2014）。大連の調査によれば、ボランティア活動について、92%の高齢者はボランティアとして高齢者間の助け合いをしたいと答えている。また、日常生活介護サービスの必要性について、訪問サービスは最も重要と認識されており、28%の高齢者が求めている。調査結果からみると、高齢者は日常

¹⁶厚生労働省「在宅医療・介護の連携推進の方向性」

生活支援へのニーズがとても高いが、現状では満足しているとはいいがたく、早期の改善が望まれる。高齢者の生活支援と福祉サービスを満足させるため、公的支援だけでなく、ボランティア活動と住民組織の活動等である「互助」により、定期的な視察訪問と家庭用電気製品の修理及び食事の準備などの支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援によって高齢者に幅広い生活支援と福祉サービスを確保する。さらに、高齢者の必要に応じて見守り、食、買い物といった基本的な生活を支える分野に留まらず、NPO、民間組織などにより、旅行・外出や趣味なども含め、幅広い生活ケアを取り扱うことも今後検討する必要があるだろう（西村 2014）。要するに、高齢者が住みなれた地域で暮らし続けるためには、衣食住の最低限の生活が保障されるとともに、一人ひとりの高齢者が、できるだけ健康な状態であり続け、生きがいや楽しみをもって、生き生きと地域で暮らせることが必要であると考えられる。

5. 終わりに — 本研究の総括と今後の課題

本研究はまず中国の社会保障制度を紹介した上で、中国の高齢者の現状を説明した。その上で、中国大連市郊外でアンケート調査を行い、遼寧省大連市における農村の高齢者の医療と老後生活の現状及び問題点を分析し、今後の高齢者に求められる医療・介護制度のあり方を考察した。さらに、再分配の視点から日本の制度間世代間における財政調整システムを考察し、それらを参考に中国における新医療・介護保険制度のモデルを提示した。そして最後に、大連における現地調査にもとづき、日本の地域包括ケアシステムを先例とした、高齢化率が高い大連における地域包括ケアシステムの創設可能性を論じた。しかし、その実施上の課題や具体的な方策の検討は今後の課題である。また、中国国内には31の省が存在し、各省及び各省内の地域における状況には大きな違いがあるため、それぞれの特徴と問題点を明らかにするための各省に応じた分析も重要になる。今後さらに考察と分析を行い、調査結果の精緻化を図ることが必要であると考えている。

6 参考文献

- 有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年』日本医事新報社
- 池上直己ほか(2011)「日本：日本皆保険達成から50年2 日本の皆保険制度の変遷、成果と課題」JCIE『ランセット』特集号、44-56
- 井上一知等(2002)「厚生労働省に喝！医療改革で求められる新たな役割」『ばんどう』23-40
- 王文亮(2001)『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報
- 王文亮(2004)『九億農民の福祉：現代中国の差別と貧困』中国書店
- 王文亮(2014)『GDP2位の中国が抱えるジレンマとは何か：習近平政権と調和社会の行方』ミネルヴァ書房
- 岡室美恵子(2015)『中国における介護保険制度導入に関する初期的考察』千葉経済論第53号
- 熊躍根(2008)「改革後の中国における社会変動と福祉多元主義の発展」『東アジアにおける社会政策学の展開』法律文化社、188-208
- 国家統計局(2016)『中国人口統計年鑑』中国統計出版社
- 国家統計局(2012)「国民経済・社会発展統計公報」
- 国家統計局農村社会経済調査署(2004)『中国農村住戸調査年鑑』中国統計出版社
- 国務院(2013)「2013年の経済体制改革の深化に関する重点意見」国発20号
- 国務院(2013)「養老サービス業の加速発展に関する意見」国発35号
- 国務院(2016)「都市・農村住民の医療保険制度の整合に関する意見」国発3号
- 国務院(2011)中国高齢者事業発展「第12次5五カ年計画」国発28号
- 島崎謙治(2011)『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会
- 島崎謙治(2015)『医療制度策を問いなおす』ちくま新書
- 瀋潔・沢田ゆかり(2016)『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか』ミネルヴァ書房
- 小沼里子(2003)「資料・医療制度改革をめぐる論点」『調査と情報』社会労働課、第413号、1-31
- 姜波(2011)「中国全土に推進される在宅介護サービス事業の現状と課題」川崎医療福祉学会誌V01.21No.1
- 童立纺・赵庆华等(2015)『医养结合老年長期照护模式的探索与实践』护理研究
- 田多英範(2003)『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社
- 田揚(2014)『日韓老年長期照護保険政策对我国的启示』老齡科学研究
- 鄭功成(2011)『社保立法応實現城鄉一体化』農村工作通讯
- 中国老齡科学研究センター(2013)「中国老齡事業発展報告」
- 中華人民共和国主席令(2013)「中華人民共和国高齢者權益保障法」：主席令第七十二号
- 舒僅(2008)「中国医療保険制度の特質と限界」『現代社会文化研究』NO.41、77-94
- 西村周三(2014)「地域包括ケアシステム『住み慣れた地域で老いる』社会をめざして」国立社会保障・人口問題研究所
- 西川昌登(2015)「中国の社会保障の現状と今後の動向について—年金、医療、高齢者介護を中心に—」月例社会保障研究会特別編 在中国日本国大使館経済部・領事部
- 民政部(2013)「養老サービス評価に関する民政部の指導意見」文件：民發127号
- 民政部(2013)「養老機構設立許可方法」文件号：民政部令第48号
- 民政部(2013)「養老機構管理方法」文件号：民政部令第49号
- 劉曉梅(2010)『中国農村社会養老保険理論と実務研究』科学出版社

ホームページ

民政部ホームページ

<http://www.mca.gov.cn/>

国務院ホームページ

<http://www.gov.cn/>

中国社会保障部ホームページ

<http://www.mohrss.gov.cn/>

中国統計局ホームページ

<http://www.stats.gov.cn/>

中華人民共和国国家衛生和計画生育委員会ホームページ（元の中国衛生部）

<http://www.moh.gov.cn>

大連統計局ホームページ

<http://www.stats.dl.gov.cn/>

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/>

厚生労働省 地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf (アクセス日時2017年3月10日)

厚生労働省地域包括支援センターの業務

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link2.pdf (アクセス日時 2017年3月10日)

厚生労働省「地域包括ケアシステムの姿」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-4.pdf (アクセス日時 2017年3月10日)

厚生労働省「在宅医療・介護の連携推進の方向性」

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf (アクセス日時 2017年3月10日)