

中国

1 社会保障制度の概要

中国の社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、国有企業従業者等に対する年金給付、医療給付等が制度化されたことに起源を有する。公務員、企業従業者、農村住民、とその戸籍、職業等に応じて、逐次制度化が図られており、現在でもその区分が概ね維持されている。

中国は、広大な国土と膨大な人口を抱えていることから、国民生活の状況は一律ではなく、統一的な社会保障制度の構築は難しい状況にある^(注1)。社会保障制度の恩恵を受ける層は、経済水準が高い者や経済水準の高い地域の者となっている一方、社会的弱者層（老人、障害者、失業者、無・低収入者、出稼ぎ者、農民等）に対する社会保障制度は整備が遅れており、それらへの対応が喫緊の課題となっている。

2 社会保険制度

都市部において、年金、医療、失業、労災、出産の各分野において社会保険制度がある^(注2)。介護保険制度はない。加入者数は、労災を筆頭にここ数年増加している^(注3)。労使合計の保険料負担については、制度発足が遅れたこともあり、一般的に高く、賃金の50%を超える地域もある。地方から都市への出稼ぎ従業者に対する普及が課題であり、沿岸部地方では特例的な制度による対応が始まっている^(注4)。

〈表2-109〉中国の都市部(北京市)における社会保険制度(2005年末時点)

	年金	医療	失業	労災	出産
加入者 (前年比)	1.7億人 1,100万人増	1.2億人 1,400万人増	1.1億人 横這い	0.8億人 1,600万人増	0.5億人 1,000万人増
基金収入	7.6兆円	2.1兆円	5,000億円	1,400億円	660億円
基金支出	6.1兆円	1.6兆円	3,100億円	720億円	410億円
基金積立金	6.1兆円	1.1兆円	7,700億円	2,500億円	110億円
保険料率 企業 従業者	20% 8%	10% 2%	2% 1%	平均0.5% -	0.80% -

(注) 1元を15円で換算、保険料率は毎月の賃金に占める比率

農村部においては、年金と医療のみ社会保険制度が実施されている。

〈表2-110〉中国の農村部における社会保険制度(2005年末時点)

	年金	医療
加入者 (前年比)	0.5億人 横這い	1.6億人 2,100万人増
基金収入	未公表	未公表
基金支出	315億円	未公表
基金積立金	4,700億円	未公表

(注) 1元を15円で換算

(1) 年金制度

a 制度の種類

公的年金制度には、都市従業者基本年金、公務員年金、農村社会年金があり、都市従業者基本年金の補完として企業年金がある。

都市部では、強制加入となっているものの、実際の加入者は多くない。都市部住民の50%、農村部住民の80%が公的年金に加入していない。

b 都市従業者基本年金制度

都市企業従業者に対する老後所得保障については、企業負担の軽減、個人負担を含む財源を背景にした安定的給付の実現(国有企業の年金財政の破綻^(注5)が背景)、国有企業以外の企業従業者等の老後保障等を目的として、1997年以降全国統一的な新たな年金制度(都市従業者基本年金制度)の普及・移行が進められている。個人口座(積立方式)と基金(賦課方式)の二本立ての仕組みとなっている。加入者数は、1.7億人(うち在職者1.3億人(前年比870万人増、就業者の約50%)、退職者4,400万人(前年比260万人増、退職者の約90%))である(2005年末)。2006年3月策定の政府第11次5カ年計画では、「毎年5%(約1,000万人)の加入者増」が目標とされている。基本的仕組みは次の通り。

管理運営：原則として各省・自治区・直轄市

財 源：個人口座に納付する保険料、基金(各地域において社会的にプールされる会計)へ納付する保険料及び政府の補助金

個人口座分：原則として従業員負担分で、賃金の8%を拠出

基 金 分：原則として企業負担分で、賃金の20%

を拠出

納付方法：企業が従業員分を含めて銀行等に納付

政府補助金：2005年中央・地方政府補助額計は651億元（前年比36億元増）で基金収入の13%

適用対象：企業（国有企業、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店等）に勤務する者

給付要件：本制度開始後に就業し15年以上保険料を納め、退職年齢（一般的に男性60歳、女性50歳（幹部級55歳））に達した者^(註6)。本制度実施前に就業した者で、10年以上納付した者も保険料納付期間に応じ、減額されるものの受給できる

給付内容：個人口座分からの給付及び基金からの給付によって構成。なお、以前は企業や管理機関が給付業務を行っていたが、給付用積立金の流用等の問題が深刻化したことや経営状況等に左右され迅速に給付されなかったことから、現在は銀行等を通じて給付する。制度実施前に既に退職している者、制度実施前に就業し、制度実施後に退職した者については、経過的年金を給付する

c 農村社会年金

経済発展に地域差があること及び公費補てんや財政調整が困難であること等から、全国統一的な年金制度の整備に至っておらず、人口の57%を占める農村部住民に対しては公的年金制度が十分カバーしていない。都市年金制度の農村部への適用拡大について政府は否定的である^(註7)。

一方、経済水準が高い農村部では、1991年以降、国が導入した農村社会年金を実施する地域もある。これは、郷鎮企業^(註8)や私営企業従業者も含めた任意加入、積立方式（個人口座）による年金保険であり、政府機関による年金貯蓄の支援・代行、自主的な防貧対策の喚起、個人口座への補助といった面が重視されている。この農村社会年金への加入者数については、一人っ子政策により家庭扶養力が低下しているにもかかわらず、

1998年から2003年までの間、30%以上も減少し、約5,400万人（前年比ほぼ横這い）に留まり、加入率は約10%（2005年末）である。公的社会保険制度の中で最も普及が遅れている。農村部における公的年金制度加入の低さの原因としては次の点が考えられる。

- ・経済発展が遅れている地域では保険料負担の経済的余裕がない
- ・農村部の生産方式が個人請負方式となったことから老後も家庭の責任との意識が高い
- ・基金管理が徹底されておらず、住民の理解、信用が得がたい

d 企業年金制度

都市年金の第二の柱として、企業の人材確保や労働意欲の向上を目的として、企業と個人の共同納付による個人口座方式の企業補充年金制度が推進されている。資本市場整備の遅れ、資金運用人材の不足、従業者の高い貯蓄志向等から、加入者数は、2.4万社、900万人（2005年、前年比200万人増）で、増加傾向だが、公的年金に比べると加入者数は少なく、加入数拡大も遅い。普及は、沿岸地域の優良企業に限られている。この他、個人納付による貯蓄型年金もある。

e 最近の動き

(a) 都市年金制度の改正

近年、保険財政収支ギャップが拡大し、基金に対する公費補てんが増加している。特に、旧制度適用者や、新制度適用前から勤務し新制度後に退職した者に対する経過的給付が増大している。また、個人口座に対する企業負担分保険料等が経過的給付に流用されるなど、積み立ててあるはずの個人口座の残高が少ないという「空帳」の問題も発生している。個人口座部分の積立方式が形骸化し、現在及び将来の大きな債務負担（二重の負担）になる可能性がある。

2001年から遼寧省で、2004年から吉林省、黒龍江省で開始した改革モデルでは、個人口座と基金の管理を峻別するとともに、年金財政不足額のうち中央財源から75%、省財源が25%負担している。

そして、これらのモデルを踏まえ、2005年12月、負担と給付の両面で制度改革が行われた。負担については、

企業負担分保険料のうち一部が個人口座に納入されていたが、全て基金に納入され、個人口座積立が確保されることとなり、また、自営業者の保険料率は、当該地方平均給与額の20%とされた。給付については、個人口座分は給付開始年齢に応じて給付額が変動することとなり、基金分は加入年数に応じて給付額が変動することとなった。

(b) 農村年金制度の拡大方針

これまでの制度運営が順調でなかった点を踏まえ、実施体制の強化、経済的水準の高い農村から順次普及させること等を通じ、2010年に農村労働力のカバー率を30%に拡充する方針とされている^{(注9)(注10)}。

(c) 企業年金制度に係る法整備

2004年から企業年金試行弁法が施行され、設立要件、費用負担、給付等が規律された。同時に企業年金基金管理試行弁法が施行され、資金運用に係る責任が規律された。また、2005年、企業年金の資金運用機関として37金融機関が指定された^(注11)。

(2) 医療保険制度等

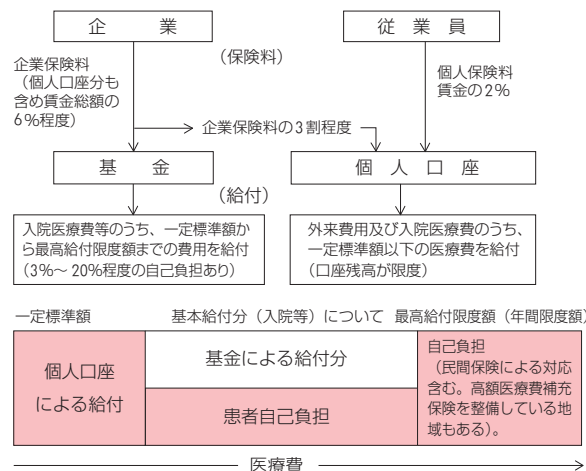
a 制度の類型

都市企業従業者及びその退職者に対する都市従業者基本医療保険制度、公務員に対する公務員医療補助制度^(注12)、農村住民に対する農村合作医療制度がある。都市部と農村部では、医療保障機能及びカバー率に格差がある。

b 都市従業者基本医療保険制度

都市企業従業者に対する医療保障については、都市企業従業者に対する年金保険と同様(2(1)b)の目的で設けられ、個人口座(個人積立)と基金(社会保険方式)の二本立てとなっている。また、一応強制加入とされているが、実態は異なる。加入者数は、在職者及び退職者合計で1999年末は2,100万人であったがその後急増し、2005年末には1.4億人(うち在職者1.0億人(都市部就業者の34%)、退職者3,800万人(退職者の72%))となっている。政府は、2.6億人の全員加入を目指している。

【図2-4】 中国の都市従業者基本医療保険制度の仕組み



資料出所 中国政府資料

管理運営：原則として直轄市、市

財 源：個人口座(銀行等に開設)に納付する保険料及び基金に納付する保険料^(注13)

個人口座分：原則として、従業員負担分で、賃金の2%、企業負担分で、賃金の2%を拠出

基金分：原則として、企業負担分8%を拠出

退職者の個人保険料：原則として、退職者本人は保険料を納付せず、企業が負担

適用対象：企業(公的機関、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店、自営業者等)に勤務する都市従業者であるが、被扶養者は対象外であり、したがって児童は非加入

給付方法：個人口座分については償還払(一旦全額を支払い、後で口座に請求)、基金分については、現物給付(患者負担分を病院に支払い病院が給付分を基金に請求)

給付内容：個人口座と基金によって構成され、基金の最高給付限度額以上の費用については、高額医療費補充医療保険や商業医療保険等によって対応

〈表2-111〉中国の都市従業者基本医療保険制度の給付内容

給付区分	給付内容等
個人口座分	外来費用及び薬局における医薬品購入費用並びに入院費用の一定標準額以下の費用について、個人口座から支払う。個人口座の残高が不足した場合には、別途、全額本人負担となる。
基本医療保険基金	入院費用（急診に係る入院前7日分の外来費用を含む）及びがんの放射能治療・化学療法、腎臓透析、腎臓移植後の投薬治療に係る外来費用が対象となる。交通事故等の賠償責任の対象となる治療や労災保険の対象となる治療等は対象にならない。なお、費用のうち、原則的に一定標準額以上（各地域の平均年間賃金の10%程度）から最高給付限度額（各地域の平均年間賃金の4倍程度）までの費用を給付する。北京市では、一定標準額は1,300元となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650元となっている。また、最高給付限度額（年回累積給付額の限度）は5万元となっている。基金による給付に係る診療については患者自己負担を要することとなっており、患者自己負担額は受診病院の種類及び医療費の額によって異なる。

資料出所 中国政府資料

(a) 各種保険適用目録

「医療保険医薬品目録」、「診療サービス項目目録」、「医療サービス設備支払基準」に基づき給付される^(注14)。院内生活費用、救急車移送を含む移送費（救急車についても原則即時の支払いを要する）、付添看護費、医療以外の院内設備利用費、食費等は給付対象外である。価格は、医療保険部局ではなく、物価部局が決定している。

(b) 指定病院制度

医療保険給付の対象となる病院及び薬局は政府が指定しており、指定病院・薬局以外でサービスを受けた場合は保険の対象外である。被保険者は指定病院の中から、3～5か所の病院を選択・登録する。社区卫生サービスステーションやかかりつけ医を選択し、次に、専門病院、総合病院、中医（漢方医）病院を選択する。病院数の多い都市では、患者獲得競争が激化している。医療費の自己負担率は、小規模病院ほど低く設定され、小規模病院の利用へ誘導されている。

〈表2-112〉中国北京市における医療費の患者自己負担割合

受診病院	医療費	患者自己負担(%)	退職者自己負担(%)
三級病院を受診	一定標準額～1万元	20	12
	1万超～3万元	15	9
	3万元～4万元	10	6
	4万元超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～1万元	18	10.8
	1万超～3万元	13	7.8
	3万元～4万元	8	4.8
	4万元超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～1万元	15	9
	1万超～3万元	10	6
	3万元～4万元	5	3
	4万元超	3	1.8

資料出所 中国政府資料

(注) 病院の規模(ベッド数)に基づき、規模の大きい順に三級から一級まで定められている。

c 高額医療費補充保険制度

高額医療費補充保険制度は、被保険者の自己負担額が高額になった場合、当該医療費負担を補充するため、基本医療保険とは別に設けている制度で、管理運営は市が行っている。近年、本制度を実施する地域が増えている。ここでは北京市の例を紹介する。

財 源：企業は賃金の1%、従業員と退職者は月額3元を負担。不足時は、市が補てん

適用対象：基本医療保険に加入している者

d 特定困窮者医療扶助制度

最低生活保障制度対象者や収入が低く基本医療保険制度に加入できない者（都市住民の40%は私的保険も含め無保険とされる）は、医療費保障を受けられず、都市困窮層における深刻な問題となっている。こうした状況を受け、一部の地域では、困窮者に対して、社会保険以外の対応として、医療扶助制度を整備している^(注15)。

e 農村合作医療制度

集団経済当時は、人民公社等が集団的に医療を含めた生活保障を担っていたが、生産請負方式や市場経済導入以降、農村合作医療は急速に衰退し（1985年には実施農村の占める割合は約5.0%に低下）、各家庭は自らの負担で医療を受けざるをえなくなった。

政府は、農村合作医療の再建を奨励するものの、沿海部等の比較的経済水準の高い地域では普及が進んでいるが、中西部を中心に再建が困難な状況になっている。近年の中国政府による農村重視施策の他、SARS（重症急性呼吸器症候群）流行時において農村の医療保障が改めて課題となったことから、農村合作医療の再建に向けた動きが活発化しつつある。2005年6月時点で、2.3億人を制度的にカバーし、実際の加入者は約1.6億人であり、加入者は急増している（2004年10月時点では1億人を制度的にカバーし、実加入者は約0.8億人）^(注16)。2006年3月策定の政府第11次5か年規画中「毎年6%（約1,000万人）の加入者増」が目標として定められた。

f 公費医療制度

2004年の伝染病防治法改正において、農村部を中心とする医療保障制度の遅れが感染症流行につながっていることを受け、貧困な生活困難者に対して伝染病治療に係る公費助成を行う旨規定された。

(3) 出産保険

女性企業従業者に対する出産休暇及び出産に係る医療保障を内容とする出産保険がある。1988年から試行され、1994年から全国実施されている。2005年末の加入者は0.5億人(前年比1,000万人増)である。2004年以降、北京市、天津市等順次対象地域が拡大されている。女性職員の保護、女性の多い企業負担の軽減、計画出産政策の推進を主な目的としている^(注17)。

管理運営：原則として、直轄市、市

財 源：企業が給与総額の一定の比率で生育保険基金に納付。給与の0.6%~0.8%の間で、各地方政府が決定。なお、従業者個人負担はない

適用対象：都市企業等に就業する女性従業者であって、計画出産政策に適合している者を対象とするものであり(専業主婦は多くないが、これに対し適用する地方もある)、都市企業以外において就業している女性従業者や無就業の女性及び出産児には適用されない

給付内容：医療保障と休業補償の2本柱で、医療保障は検査費、出産費、手術費、入院費、薬代などが含まれる。正常出産の場合は、400~1,000元。休業補償は、産前産後90日間で、直近の平均月給がほぼ全額補償

(4) 失業保険

国有企業改革を受け、90年代から失業者、一時帰休者が増加した。社会の安定を図るため、1999年頃から法令が逐次整備されている。現在、失業保険と職業紹介、職業訓練の結合が進められている。加入者数は、1.1億人(前年比64万人増)、受給者は360万人(前年比60万人減)であった(2005年末)。

管理運営：原則として直轄市、市

費用負担：個人、企業、政府

保険料は、個人は賃金の1%、企業は賃金の2%(北京市)

給付内容：失業手当、医療、職業訓練費等

失業手当の給付期間は日本より長く、納付期間に応じて最長2年

(5) 労災保険

労災補償のみならず、予防・リハビリを結合させた制度。出稼ぎ従業者における労災事故多発を受け、現在加入促進中である。加入者数は、2003年末は4,600万人であったが、その後急増し、2005年末には8,500万人(前年比1,600万人増)となり、5つの社会保険制度中最も加入者数が増加した。保険料率が比較的低いことも一因と思われる。受給者は65万人(前年比13万人増)であった(2005年末)^(注18)。

管理運営：原則として直轄市、市

費用負担：企業、政府

保険料は、業種別、事業所別に、事故リスク・疾病リスク・災害状況に応じて異なる(労働社会保障部、衛生部、安全生産監督管理総局と共同で制定)

給付内容：医療、後遺症に係る障害補償が支給。賃金補償は企業が支給

3 公衆衛生施策**(1) 公衆衛生の現状****a 疾病状況**

都市部では、経済・保健衛生水準の向上により、感染症の流行が減少し、癌、糖尿病等先進国型の疾病構造に近づく傾向にある。ただし、感染症に関しては、

- ・地方からの出稼ぎが増加し、予防接種対象者の捕捉率が低下
- ・急激な都市開発に対して保健衛生面の整備(排水や鼠駆除等)が追いつかない
- ・食習慣が変化し、生食が普及

といった状況を受け、一部で増加傾向も見られる(例、流行性出血熱、狂犬病、肝炎)。よって、農村と都市間の人の移動時期や新開発地区では突発的な感染症

流行の危険性が高まる。このように、感染症流行に関して相矛盾する側面が同時進行している。

一方、農村部では、中国重大感染症として定められているB型肝炎、HIV/AIDS（エイズ）、結核、住血吸虫症をはじめ、「風土病」といわれるものも含めさまざまな対策が必要となっている。背景としては、

- ・市場経済化が進み、医師が収入の多い都市部へ移行
- ・医療保険制度の再建の遅れ
- ・畜牧業が振興する一方、飼養規模の零細性、獣医体制の遅れにより家畜伝染病が発生

といった事情がある。日中間のヒト・モノの交流の増加により、これらの疾病が日本へ流入したり、在留邦人や旅行者が感染する危険性に留意する必要性が高まってきている。

b 伝染病法制の改正

SARS（重症急性呼吸器症候群）^(注19) 撲滅過程で明らかとなった経験を総括するため、2004年に伝染病防治法が改正され、院内感染防止の強化、実験室内の病原体管理制度の整備、伝染病情勢の報告制度の整備、伝染病流行時の制御措置の充実、予防治療業務内容の具体化、財政保障の強化、人権保護と社会公共利益の維持の均衡、疾病分類の変更、などの規定が整備された。

c 予防接種

1980年代半ばより、BCG、ポリオ、DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）、麻疹、B型肝炎ウイルス（1992年以降）の予防接種が推進されてきた。現在、これらの予防接種は1978年頃より導入された「拡大予防接種計画（EPI）」として実施されており、地方から都市への流入者も含め、原則無償で受けることができる。ワクチンは、2005年からの新制度に基づき、「1類」と「2類」に区分され、1類は義務接種、2類は任意接種となっている。1類は、国が定めるものと地方政府が定めるものがあり、国は、ポリオ、BCG、DPT、麻疹、B型肝炎を定めている。北京市では、日本脳炎、流行性脳脊髄膜炎を追加指定している。2類は、全て地方政府が定めることとされ、北京市ではMMR、水痘、A型肝炎、インフルエンザを指定している。

特にポリオについては、1988年のWHO西太平洋事務局による1995年までの根絶計画を受け、1993年より、対中ODA（無償資金協力、技術協力）により、ワクチンの一斉投与、急性弛緩性麻痺（AFP）サーベイランス等に対する協力が行われ、2000年には野生株ポリオが根絶した。ポリオ撲滅の技術協力を開始して以来、この分野で、断続的に対中ODAが行われている^(注20)。

d 結核の現状と対策

中国における最大の感染症は結核である。2003年3月現在中国の結核菌感染者は約5.5億人、発病者は約450万人、感染性肺結核患者は約150万人と推計されており、結核患者は世界でインドに次ぎ2番目に多く、結核に起因する死亡者は年間13万人以上に上る。また、毎年、145万人の新規患者（うち感染性肺結核患者は65万人）が発生している。今後、適切な対策を講じない場合には、2010年までに2～3億人が感染し、2,000万人から3,000万人の新規患者が発生するものと見込まれている。

そこで中国では、1991年から世銀融資により、WHOが推奨する結核対策であるDOTS方式を用いて、13省（人口の50%をカバー）における結核対策を実施してきた。この結果、150万人以上の患者が治療を受け、対象地域では結核罹患率が大幅に減少した。中国政府では、「全国結核予防治療計画（2001～2010）」等を定め、2010年までに結核患者と死亡率を半減させることを目標に、2005年、2010年までにDOTS対象地域をそれぞれ人口の90%、95%まで拡大し、それぞれ200万人、400万人の感染性肺結核患者が治療を受けることを目標としている。今後は、患者発見率及び治療率の向上の他、薬剤耐性の制御等が重要な課題である^(注21)。

e HIV/AIDSの現状と対策

1985年に初めてHIV/AIDS感染者が公的に確認されてから、毎年感染者の報告例が増加している。2006年1月に発表された中国疾病予防コントロールセンター及びUNAIDS等との共同調査によれば推定感染者は65万人とされているが、2005年までの実際の報告数は、13万人で、主な感染原因は、麻薬使用や不適

正な輸血等であったが、今後、性的接触による感染が増加するおそれが指摘されている。また、農村部における感染者、20歳～30歳代の感染者、男性の感染者が比較的多い。対策を講じなければ、女性への感染拡大、母子への感染拡大等を通じ、2010年までに感染者は1,000～1,200万人に達するものと考えられている^(注22)。こうしたHIV/AIDSの現状に対処するため、現在中国では、年間感染増加率を10%以内とし、2010年における感染者を150万人に抑制することを目標としている。サーベイランスシステムの改善、治療専門家の養成、感染者の人権保護といった面で多くの課題がある^(注23)。

f SARSの現状と対策

SARSは、公式には2002年11月頃より広東省において初めて確認され、2003年上半期において中国各地及び世界各地に感染を広げた。当初中国政府の初動が不十分であったこともあり、北京市を中心に、主に院内感染により拡大し、2003年の中国における患者は5,327人(うち北京市2,521人)、うち死亡者は349人(うち北京市193人)となった(香港・マカオを除く)。

2004年は散発的な感染にとどまった(2003年12月から2004年5月までに、患者13人、うち死亡者1人が確認)。2004年の症例は、中国疾病予防コントロールセンター内における実験室感染であったことから、2004年11月に病原体の取扱いに関する新制度が制定された^(注24)。

SARSは、一時的ながらも中国の社会経済等へ大きな混乱や影響を及ぼすとともに、中国の衛生体制の課題を浮き彫りにし、医療衛生分野への財政投入など、資源配分の見直しを喚起することになった。

対中ODAとして、2003年、医療機材供与及び国際緊急援助隊派遣(中日友好病院に派遣)等により約18億円を支援した。

g 鳥インフルエンザの現状と対策

鳥インフルエンザの鳥への感染について、2005年以降、ほぼ全国的に発生している。現在、鳥への感染が発見された場合、中国政府は、周辺3km以内の飼養鳥の殺処分、3～5kmを強制ワクチン、5～10kmの移動

制限(21日間)といった対策を採っている。人への感染については、2003年以降^(注25)、2006年8月までの間、19例発生し、うち死亡は12例となっている。当初は、農村部のみで発生していたが、2006年以降都市部でも発生しており、また鳥への感染が見られない場所での人への感染が見つかる事例が出ている。

中国政府は、中国における鳥インフルエンザ発生の原因としては、以下の通りと分析している。

- ・ 渡り鳥の移動の危険性
- ・ 家禽飼養量の多さ(142億羽、世界総量の2割)
- ・ 農業の中で鶏肉産業の位置づけが大きくなる一方、獣医療体制整備が遅れている

2003年	11月	人感染について、第1号が北京で発生(確認されて発表されたのは2006年8月)
2004年	1～7月	鳥感染について、16省50件確認
2005年	5月	鳥感染について、青海省で10ヶ月振りに確認。以後、新疆、チベットでも確認
	9月	衛生部、WHO基準に則した準備計画を制定
	11月	人感染について、湖南省と安徽省にて第2号、第3号が確認
	12月	タミフルの生産許可を中国民間企業がロシヨ社から取得
2006年	1月	「鳥及び新型インフルエンザに関する国際プレッジング北京会合」が開催され、参加国・組織から、18億ドル余の資金が拠出
	3月	人感染について、上海(15例目)、広州(16例目)でも確認
	6月	鳥感染について新疆自治区、寧夏自治区で確認、人感染について広東省にて確認

(2) 行政組織・医療提供体制

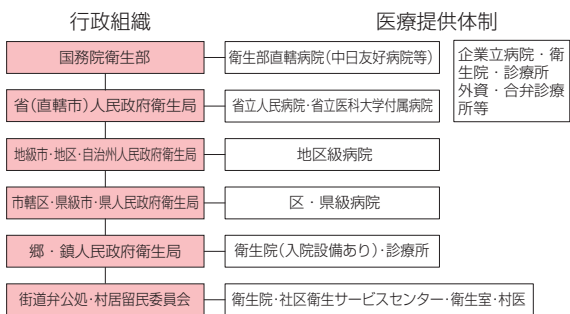
a 医療機関の現状

中国の医療機関は各衛生行政部門が設置していることが多く、機能も分化されている。市場経済への移行に伴い、各医療機関は独立採算経営が原則となっており、各医療機関の経営努力や地域の経済水準によって経営内容や医療水準が異なる。また、医療保険改革により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

2005年末の1,000人当たり病床数は2.5床と日本の約6分の1である。医療資源は都市部への集中がみられ、農村部で低水準となっている。都市部の基幹病院では高水準の医療機器を有し、例えば移植治療や生殖治療をはじめ高度医療を相当数実施している病院もある一方で^(注26)、農村部の衛生院や診療所は機器、

薬剤、医師の質ともに低水準となっている^(注27)。

〈図2-5〉中国の行政組織と医療提供体制



資料出所 中国政府資料

b 疾病予防等を重視した保健医療体制の整備

一般的に、プライマリヘルスケアを中心とする保健医療体制の水準が低く、財政投入も低い状況である。とりわけ農村部でその傾向が強い。医療機関等の整備、医師等の研修訓練、公衆衛生サービスの提供等については、医療機関の医業収入からの自己負担、地方政府の負担に依存し、中央政府の負担割合は低く、都市部と農村部の格差は広がる傾向にある。

農村部では、衛生院が初期診療や予防接種等を担当している。2002年には「中国農村初級衛生保健発展綱要(2001～2010)」等が策定され、2010年までに乳児死亡率等を2000年に比して5分の1引き下げること、妊産婦死亡率を同4分の1引き下げること、平均寿命を2000年に比して1～2歳引き上げること等を含めた整備目標を掲げた^(注28)。

(3) 医療従事者

中国における医師数(医師)は約191万人、うち「医師」資格者は152万人である(2004年)。この中には、西洋医学の医師だけではなく、中医(漢方医)、中西医结合医も含まれる。

中国の医師は、大学医学部卒業生だけではなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・実務を経た後、医師(医師、医士)になった者(主に農村部における診療や病院内における医療補助業務を行う)も多く、医学水準の引上げが必要となっている。

4 公的扶助制度

(1) 都市住民最低生活保障制度

生活困難者に給付を行う最低生活保障制度が、1993年頃より一部地域で導入が進められ、1997年以降、全国的に整備が進められている。また、各地の最低生活保障制度をできる限り統一的に運営するため、1999年に「都市住民最低生活保障条例」が公布され、全市及び全県にて実施されることになった。基本的に各地方政府の財政予算でまかない、中央及び省政府からも資金が投入されている(2004年の財政投入資金173億元)。2005年末の受給者は2,200万人で(前年比横這い)、2000年の5倍以上に達しているが、最近は、伸びは頭打ちになっている。

対象者：収入(各家庭成員1人当たり平均収入。

現金収入及び現物収入を含む)が最低生活保障基準未満の都市住民である。最低生活保障基準は各地の生活状況や財政状況等を勘案して、各地方政府が定めることとされているが、概ね各地平均賃金の20～30%で、2005年の全国平均は月155元(約2,000円)

管理運営：各市及び県(受給対象者の居住地かつ戸籍所在地政府が実施)

給付内容：地方政府の認定の際、資産状況も調査され、最低生活保障基準から収入額を控除した額が給付される。2005年の実支給額は全国平均月72元である。給付額に必要経費等は勘案されず、仮に医療や高等教育等の支出を要したとしても給付額には反映されない

(2) 農村最低生活保障制度等

1994年頃から農村部でも最低生活保障制度が導入され、受給者は、約800万人(前年比約300万人増)、財政支出は17億元となっている。本制度の未整備地域に対しては、近年、給付水準が比較的低い特別困窮生活援助制度を推進している。受給者は約1,100万人である(前年比150万人増、2005年末)^(注29)。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉一般

中国における社会福祉施策は、「三無者」(法定扶養者がいない又は扶養能力のある法定扶養者がおらず、労働能力がなく、生活能力がない者)、災害被災者、退役軍人・傷痍軍人等への支援を中心に実施されてきた。一方、一般住民に対する高齢期や傷病時の支援は、市場経済への移行に伴い、国有企業等の福利厚生による対応から一般社会による対応が必要とされている。高齢化の進展等に伴い、高齢者の生活支援が課題となっており、地域社会における福祉サービスの提供が重視されている。

福祉サービスの財源は、政府の財政投入とともに、社会各界からの寄付、「福祉宝くじ」の売上収入(2005年411億元)等である。また、「三無者」等の生活困窮者は別にして、福祉サービスは基本的には受益者負担が原則となっており、政府の施策は、地域(社区)におけるサービス供給者の整備・支援等に重点が置かれている。しかしながら、その整備水準は地域格差が大きい。

(2) 高齢者福祉

a 高齢者の現状

2005年末の中国における65歳以上高齢者は1.0億人、人口比率は7.7%となっている(前年比0.1ポイント増)。今後も、高齢化が急速に進行し、2015年頃には生産年齢人口(15歳~64歳)が減少に転じ、2035年頃には65歳以上の高齢化率が20%を超えると予想されている。

後期高齢者(80歳以上)も増加しており、生活に困難を来す高齢者に対する介護支援、生活支援や医療保障等の問題が顕在化してきている。

高齢者に対する支援は伝統的に家庭内扶養が中心であるが、一方で世帯員の就業等により、現実的に家庭内扶養・生活支援が困難になる事例が増加している。

b 施策の方向性等

現在は、医療保障制度、年金制度及び最低生活保障制度の整備が優先されている。介護支援など的高齢者保健福祉の費用保障等について統一的な制度はなく、家庭内扶養、地域(社区)によるサービス提供、個人に

よるサービス購入等による対応が中心となっている。

高齢者福祉施設の供給は、需要を満たしておらず、専門的技術職員も少なく、技能水準の向上が課題である。また、サービスを受けるためには退職金収入、年金収入及び都市困窮者に対する最低生活保障制度による給付金収入等によって賄うことになるが、多くは家族の負担に依拠している。

c 施策の概要

(a) 高齢者権益保障法

1996年には、高齢者権益保障法が制定され(法律上は60歳以上が高齢者と定義)、家庭扶養、地域における互助、社会保障、教育、文化生活、施設整備、生涯教育、社会参加等、実施すべき高齢者対策の基本的な考え方が定められている。

(b) 老齡事業發展5か年計画

老齡事業發展5か年計画(2006年~2010年)において、60歳以上の高齢者対策に関する原則的な方向性が示されているが、具体的な事業計画やその実施、財政負担は各地方政府の実情等に応じて定められる。

(3) 障害者福祉

a 障害者の現状

中国の障害者は約6,000万人と推計されており、最近では労災事故や交通事故による障害者が急増する傾向にある。

b 施策の方向性等

障害者に特化した所得保障制度はなく、健常者と同様に、各制度の要件に合致する者(都市部住民が中心)に対してのみ各制度の一般的な給付が行われる他、企業に対する税制優遇等を通じた就業参加(福祉工場などの障害者用の就業の場の確保)が促進されるに留まっている。就業促進以外の施策としては、リハビリテーション等の提供体制の整備及び障害者教育等が行われている。

障害者に対するリハビリテーションや医療等については、医療機関や社区(コミュニティ)のリハビリセンターが中心となって整備を進めているが、財政負担が

十分ではなく寄付等に拠っていることから、供給が不足している。また、一部の障害者は、社会福祉院等に入居しているが、これらの施設は障害者に特化した施設ではなく、困窮者向けの収容施設であり、数も少ない。

一方で、これらのサービスを受けるためには、医療保険や労災保険の加入者や就業先の費用負担を受けられる一部の者を除き、受益者負担となっている。このためサービスを享受できない障害者も多い。

c 施策の概要

(a) 障害者保障法

1991年に施行された障害者保障法では、障害者の権利、政府の責務、各政府及び社会において実施すべき対策(リハビリテーション、教育、就業対策、文化生活、福祉、環境等)等の障害者対策の全般にわたる基本的事項・対策指針が定められた。なお、中国政府は国連障害者権利条約策定に積極的な姿勢を示している。

(b) 障害者事業5か年計画

障害者事業第5か年計画(2006年～2010年)において、リハビリテーションの実施、就業の促進、盲人按摩の養成、障害者扶貧対策、義務教育就学率の向上、バリアフリー等の政策の方向性を定められ、それぞれ前計画上の数値に上積みがなされている。特に交通事故や労災事故による肢体不自由者に対するリハビリ訓練、社会復帰に重点が置かれている。2008年9月に北京パラリンピックが開催されることから、障害者スポーツに関する目標も定められている^(注30)。

(4) 児童福祉

中国における児童福祉施策は、孤児や貧困地域の農村部等から都市に流入した浮浪児等をはじめとする困窮児童に対する対策が中心であり、児童手当等一般児童向けの統一的な施策はない。困窮児童に対する対策は、児童福祉院等の入所施設への収容が中心となっている(2005年末の入所児童数は7.8万人、前年比1.2万人増)。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2005年では5.1万人(前年比0.5万人減少、なお5.1万人のうち1.3万人は外国人父母との養子縁組)に上っている。最近、HIV/AIDS発病者の残留

孤児及び未成年HIV/AIDS感染者対策が重要課題となっており、学費等が減免されている^(注31)。

6 社会保障の整備の必要性

(1) 社会的弱者層に対する保障機能の必要性

農村部、都市部貧困層等への支援が強調されているが、財政投入も都市部住民の最低生活保障制度や年金財源の補てんに重点がおかれる等、必ずしも十分保障されていない。高齢化の進行や離村者の増加、農業収入が低水準であることなど、土地が安定的な生活保障手段とならなくなる中で、農村住民、出稼ぎ等の弱者層への包括的な生活保障の確立が急がれる。

(2) 急速な高齢化への対応の必要性

一人っ子政策の影響もあり、今後中国では都市部を中心に急速に高齢化が進行すると予想される。高齢化社会に対応した制度整備や社会資本の形成が急がれる。

7 社会保障の整備に向けた現下の対応及び求められる対応

(1) 個人負担の重視

改革後の医療、年金制度では、財源は個人口座の設定など個人拠出に依存するとともに、給付限度額等の設定など、自助努力を含めた多層的な対応によって、保障を確保しようとしている。このため、個人負担への依存が高まるとともに、民間保険等との組み合わせ等を要することになる。

(2) 地域間、都市・農村間の財政調整機能

農村の経済の成長率が低く、地域間格差が大きい状況では、農村部に都市部と同じような社会保障制度を整備することは困難であり、農村部における制度の整備は別途検討せざるをえない。また、都市部内においても、企業競争力の確保を優先しなければならない状況及び住民の拠出意識も併せて考慮すると、地域間の財政調整や賦課方式等の採用は困難な状況にある。

仮に農村部や高齢者層、弱者層への給付を確保するとすれば、相応の財政投入と地域間、都市・農村間、企業間の財政調整が不可欠であるが、現在では財政投入や財政調整機能が困難かつ不十分な状況にある。

近年、中央財源等の投入を増加させているが、必ずしも必要経費に対し定率で交付する仕組みではなく、財政事情に応じたその都度の定額配分となっており、安定的な中央財源・省財源の配分が実現していない。

(3) 提供体制整備と費用保障の両立

社会保障に対する政府の財政投入が比較的少なく、医療機関や福祉施設などの提供体制の整備が優先されている。これに対し、サービス利用は、個人負担に依拠しており、利用可能な者が限定されている。高齢化の進行を踏まえ、中低所得者層を中心にニーズが普遍化する中で、アクセスの拡大が必要になっている。

(注1) 社会主義市場経済に移行してから、国民間の所得格差や地域間格差をはじめとする様々な格差が顕在化している(社会科学院発表による中国のジニ係数(2004年)は0.465となっている。また、農村部の絶対貧困者は、減少傾向で、2005年末の2,400万人(前年比250万人減)であり、農村部人口の2.5%を占めるとされている。

(注2) 中国における二国間社会保障協定に関しては、独(年金、失業)、韓国(年金)との間で、それぞれ2002年、2003年に締結され、ニュージーランド、オーストラリア、オランダと締結に向け協議がなされている。外国人への社会保険の適用については明文規定はないが、一般的に適用されていない。一方、外資系企業に勤務する中国人には適用され、中国政府は加入を促進している。現在、外資系企業での加入漏れの場合があり、これに対して中国政府は加入促進を図る方針であり、労働費用面での問題が生じている。2005年政府活動報告に「年金、失業、医療、労災などの社会保険上のカバー枠を広げ、自営業、私営業、外資系企業の保険加入率を引き上げ、非正規就業者の保険加入方法を完備させる」と述べられている。

(注3) 総人口は、2005年には800万人増加しているが、都市部における人口増は出稼ぎを除けば限られている。よって、都市部の社会保険制度の加入者は、高所得者から徐々に中低所得者にも普及する方向にあり、保険財政は厳しくなる方向にあると言える。

(注4) 保険料を低くし、給付範囲を重病に限定した特例的な制度が実施されており、加入者数は全国で2006年末までに2,000万人となる見込み。2006年5月、労働社会保障部は「農民工の参加する医療保険の普及活動」を通知した。

(注5) 従来、各企業の責任で給付していたが、年ごとの完全な賦課方式を前提としていたため、地域ごと、企業ごとに負担のばらつきが生じ、財政力のない企業の退職者は十分な給付を受けられなくなっていた。

(注6) 高齢化に伴う財源不足対策として、先進国並みに定年を65歳に引き上げることについて論議があるが、農村余剰労働力問題も絡み難航している。なお、2015年頃まで生産年齢人口は増加しつづけると予想されている。

(注7) 従前の企業内福利の代替と考えられる都市基本年金は、農村部とは無関係との意識が一般的であり、かつ、保険料徴収に対する抵抗感も強い。郷鎮企業(地域社会に基盤を有する企業)の発達地域では、郷鎮企業の収益を農村内福祉に活用するシステムを有しているところもあり、この方が賦課方式等の年金保険による間接的な福祉よりも、企業や住民に受け入れやすい。

(注8) 郷鎮企業とは①人民公社時代の「社隊企業」が転換して生まれた郷・鎮営企業と②改革・開放以降に生まれた農村部の個人・共同経営の企業の総称(郷・鎮は日本の町・村にあたる)。

(注9) 2005年から3年間、「農村部社会養老保険制度改革支援」をテーマとする対中ODA(開発調査)を実施中。

(注10) 「多産の処罰」から「少産の奨励」へ転換を図るため、計画出産を遵守し、家庭内扶養力が低下した農村家庭に対し、60歳以降、毎月概ね50元支給する制度(農村部分計画生育家庭奨励扶助制度)が、貧困中西部地方の農村を対象として、2004年から国家人口・計画生育委員会により試行されている。農村年金と類似した制度である。2005年国家予算上4億元が計上され、135万人強に支給する計画とされている。

(注11) 公的年金及び企業年金は、現在、主に国債又は貯蓄といった安全な方法で運用されているが、今後のインフレの可能性を踏まえると、分散投資を図るため、株式市場をはじめ資本市場の整備が必要となっている。一方、資本市場にはリスクも存在するため、基金資産の安全性・流動性の確保の下で最大収益の実現を保障するべく、現在、労働社会保障部にて基金の投資管理について研究されている。

(注12) 従来の公費医療制度の水準を維持するため、基本医療保険制度に加入の上、年1度上乗せ給付する。

(注13) 地域の経済水準に見合ったものとする事及び基金の収支均衡が法令上明記されている。

(注14) 地方政府が、中央政府の基準に即して定めており、これらの一部は2004年以降、労災、生育保険についても適用。薬価や検査費用は引下げの方向にあり、診療や看護の価格は引上げの方向にある。保険財政悪化や中低所得者層への普及を受け、ここ数年、薬価引き下げが連続して実施されている。一方、医師や看護師への報酬は低く、これが薬剤の過剰投与や贈収賄につながっていると指摘されている。

(注15) 北京市の場合、条件を満たした生活困窮者に対して、手術費、入院費、高額検査費について20~50%割引し、また、重病時の医療費が年間1,000元を超えた場合、年間10,000元を限度として医療費の50%を給付している。

(注16) 農村合作医療は、労働社会保障部ではなく、衛生部が管轄しており、医療提供体制の整備とセットで実施されている。保険料は1人当たり毎年10元以上で、中央政府、地方政府から10元づつ補助される。2006年からは、中西部の農村に対する中央財政の補助は20元に増額し、地方政府も増額する方針とされている。地方によっては、企業負担がある。

(注17) 妊娠中に奇形児であることが判明した際に妊娠を中止させるといった優生保護的な目的もあるとされる。なお母子

保健制度において、優生保護の観点から婚前健康診断、出生前診断が義務づけられている。

- (注18) 対中ODAとして、危険化学品対策等の分野で2006年から技術協力を実施している。
- (注19) 38度以上の発熱、呼吸器症状に加え、頭痛、悪寒戦慄、筋肉痛、筋硬直、食欲不振、倦怠感、意識混濁、発疹、下痢等を症状とする。コロナウイルスの一種である SARS ウイルスを病原として、主に飛沫感染や接触感染により流行する。
- (注20) 2006年から、国立感染症研究所、国立国際医療センターが参画して、感染症の病原体検査体制、発生动向調査体制の構築を目的とした技術協力を5年間実施している。
- (注21) WHO西太平洋地域事務局を中心に、国際協力を実施しており、DOTSの拡大が図られている。日本は対中ODAとして2002年から4年間、無償資金協力をを行い、貧困12省区に対し、顕微鏡、抗結核薬、予防教育用資機材等を供与。
- (注22) 中国政府は、2006年に「HIV/AIDS防治条例」を施行し、差別の禁止、予防の宣伝、公共施設におけるコンドームの配備、母子感染予防、貧困HIV/AIDS発病者への治療薬の無料提供、人権侵害に対する厳罰化を規定した。
- (注23) 対中ODAとして、2006年から3年間、ハイリスク者(性感染症者、性産業従事者)に対する予防、自発的カウンセリング・検査体制を構築するための技術協力を実施している。
- (注24) 病原体の輸送時の許認可、盗難・紛失・漏洩時の公安部門への届出、病原体使用状況の報告、実験室新設・改造に係る建築上の規制が講じられた。
- (注25) 人への感染第一号は2005年11月とされていたが、2006年8月、2003年の症例が第一号であると発表された。この症例は、当初SARSと疑われていたもので、感染源は明かにされていない。
- (注26) 臓器移植に関して、死刑囚から臓器を取り出され、利用されている旨報じられていたが、2006年7月から「人体器官移植技術臨床応用管理暫定規定」が施行され、実施病院は

政府登録が必要となり、臓器提供者からの書面同意も明記された。

- (注27) 中国では医療機関の機能分化が進んでおり、拠点病院の人的資源や技術、院内感染防止対策のノウハウ等を地方部・農村部等の病院に移転させる取組みが求められている。中日友好病院においても辺境地域である中西部の医療従事者に対して研修を行っており、これに対して対中ODAにより支援している。
- (注28) 対中ODAとして、農村地域の健康教育、健康診断に携わる保健医療従事者の人材育成に関する技術協力(安徽省初級保健衛生技術訓練)が1999年から5年間実施された、乳幼児死亡率の低減、妊産婦の健康改善につながり、他の貧困地区のモデルとなった。
- (注29) 2005年の農村最低生活保障基準は、全国平均で月76元、実支給額は月38元。それぞれ都市部の最低生活保障の概ね半分のレベルであるが、現実には、都市部と農村部の所得格差は2倍を大きく超えると言われる。本制度が、貧困農村部では普及されていないものと思われる。
- (注30) リハビリテーションに関しては、人材養成校が整備されておらず、リハビリテーション専門職の養成・配置が進んでいないことから、ODA技術協力により、「リハビリテーション専門職養成プロジェクト」を実施している(2001年～07年)。リハビリのためには、長期受診を要するが、費用保障の問題がある。リハビリテーション受診者(特に児童等)の中には、制度や企業(単位)等からの保障を受けられず、多額の自己負担を要している者も多い。
- (注31) 児童福祉法において、就学前児童サービスとしては、託児所、幼児園、家庭託児所が規定されている他、有害図書等規制、公共施設の優遇開放、特殊才能を持つ児童への有利な条件の提供といった事項も規定されている。なお、中国は児童の権利条約に批准している。