

第1節 中華人民共和国 (People's Republic of China)

社会保障施策

社会保険の整備（特に農村部）を進めており、年金制度については都市住民と農村住民の年金制度を統合するとともに、「都市・農村養老保険との接続に関する暫定方法」により、都市従業員基本養老保険と都市・農村住民基本養老保険との年金接続に関する規定を定め、都市・農村の被保険者、特に農民工の権益保障を強化している。医療制度については、2009年4月から行っている医療衛生体制改革の中でも、都市・農村住民に対する医療保障の強化に取り組んでいる。今後急速に高齢化が進行すると予想されているなか、一部の地域において、介護保険制度を試行的に実施しており、基本的な長期介護保険制度政策の枠組みを構築を模索している。

1 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、都市部において、政府機関や国有企業等の従業員に対する年金給付、医療給付等が制度化されたことに起源を有する。また、農村部においては人民公社等の生産団体毎の集団内における互助制度の形で社会保障が整備されてきた。その後、改革開放政策の導入や経済発展に応じて制度は修正されてきたが、基本的には、都市戸籍と農村戸籍という戸籍による区分、公務員、企業従業員、農民といった職業による区分を基本として制度化が進められている。

制度化に当たっては、年金、医療、失業、労災、出産の保険制度ごとに条例等に基づいて実施されてきたが、2010年10月に中国の社会保険各制度の基本法となる社会保険法が成立・公布された（2011年7月1日施行）。同法では、社会保険の規範化、国民の権益保護、発展の成

果を共に享受すること等の基本原則を述べた上で、5つの社会保険について加入対象、加入手続、保険料負担、保険待遇等を規定するほか、社会保険基金の管理方法、政府による監督、罰則等について規定している¹。なお、法律で都市部と農村部をカバーする社会保険制度が規定されているものの、上記戸籍及び職業による区分は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や経済格差の拡大など国民生活の状況は一様ではなく、日本のような単一的な社会保障制度の構築は難しい状況にある²。従来、社会保障制度の対象となる層は、都市部の経済水準の高い沿岸地域の者が中心である一方で、農村部や社会的弱者層（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いる。

中国における政府の大きな行動計画である第十三次五カ年計画（2016年－2020年）では、この5年間で全面的な「小康社会」（「ややゆとりのある社会」の意味）の建設において勝負を決する段階と位置づけており、それらへの対応は中国全体においても重要な課題となっている。

2 社会保険制度

都市部では主な労働者を対象にして、年金、医療、失業、労災、出産の各分野において³社会保険制度があるが、介護保険制度はない。加入者数は、新たに都市住民基本医療保険制度が発足した医療を筆頭にここ数年増加している。農民工（地方から都市への出稼ぎ従業員）やフリーター等への社会保険の適用範囲の拡大が課題⁴であり、政府は関連制度の整備を進めつつ積極的に加入を促進している⁵。

■ 1) 社会保険法第97条において、「中国において就業する外国人は、本法律の規定を参照し、社会保険に加入する。」と規定されており、外国人に対する社会保険適用について、初めて中央政府による明確な方針が示された。日本政府としては、日本企業からの要望も踏まえ、日中間の社会保障協定の早期締結に向けて協議を進めている。

■ 2) 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。国家統計局の発表によると、中国のジニ係数（2015年）は0.462となっている。また、農村人口は60,346万人（総人口の43.90%）であり、そのうち農村部の貧困者（一人当たりの年間収入が2,300元以下）は減少傾向であるものの、2015年末5,575万人（前年比1,442万人減）で、農村部人口の9.2%を占めている。（2015年国民経済・社会発展統計公報）

■ 3) 中国における二国間社会保障協定に関しては、2001年に独（2002年発効）、2012年に韓国（2013年発効）、2013年にデンマーク（2014年発効）との間で締結され、最近では2014年にフィンランド、2015年にカナダ、スイス、2016年にフランスとの間で締結されている。

■ 4) 政府は社会保険への適用強化を進めており、第13次国民経済・社会発展5か年計画要綱では「流動的な就業人員や農民工等の社会保険加入率を大幅に引き上げる」と述べられている。

表 表 4-1-21 都市部における社会保険制度 (2015年末時点)

	年金	医療	失業	労災	出産
加入者	35,361万人 (1,237万人増)	66,582万人 (6,835万人増)	17,326万人 (283万人増)	21,432万人 (793万人増)	17,771万人 (732万人増)
基金収入	29,341億元 (4,031億元増)	11,193億元 (1,506億元増)	1,368億元 (12億元減)	754億元 (59億元増)	502億元 (56億元増)
基金支出	25,813億元 (4,058億元増)	9,312億元 (1,178億元増)	736億元 (121億元増)	599億元 (39億元増)	411億元 (43億元増)
基金積立金	35,345億元 (3,545億元増)	8,114億元 (1,382億元増)	5,083億元 (632億元増)	1,285億元 (156億元増)	684億元 (91億元増)
保険料率 企業従業員	20% 8%	6% 2%	1% 0.2%	平均0.5% —	0.8% —

注1：保険料率は毎月の賃金に占める比率
 注2：年金は都市従業員基本養老保険制度のみを掲載。
 注3：各項目の下段は、前年との増減

表 4-1-22 都市・農村住民基本養老保険 (2015年末時点)

	都市・農村住民基本養老保険
加入者	50,472万人 (365万人増加)
基金収入	2,855億元 (545億元増)
基金支出	2,117億元 (546億元増)
基金積立金	4,592億元 (747億元増)

注：各項目の下段は、前年との増減

表 4-1-23 新型農村合作医療制度 (2015年末時点)

	新型農村合作医療制度
加入者	6.7億人 (0.66億人減)
加入率	98.80% (0.1%減)
基金総額	3,286.6億元 (261.3億元増)
基金支出	2,993.5億元 (103.1億元増)

(1) 年金制度

イ 制度の類型

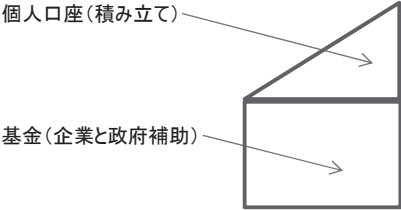
公的年金制度には、都市従業員基本養老保険、都市・農村住民基本養老保険⁶、公務員年金があり、都市従業員基本養老保険の補完として企業年金がある。都市部の従業員の加入は進んでいるものの、地域経済の状況によって、給付額に大きな差があること等が課題となっている。

ロ 都市従業員基本養老保険制度

都市企業従業員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⁷が背景）、国有企業以外の企業従業員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（都市従業員基本養老保険制度）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、3億5,361万人（うち在職者2億6,219万人（前年比688万人増）、退職者9,142万人（前年比549万人増））である（2015年末）。基本的仕組みは別表の通り。

■ 5) 2015年末時点で農民工は27,747万人となっており、都市従業員基本養老保険への農民工の加入者数5,585万人（対前年比113万人増）、医療保険への農民工の加入者数は5,166万人（対前年比63万人減）となっている。（2015年度人力資源・社会保障事業発展統計公報）
 ■ 6) 2014年2月国務院から「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」が出され、従来別々であった「都市住民養老保険」と「新型農村社会養老保険」を統合することとし、2015年から順次、地方政府において統一制度として運営が開始されている。
 ■ 7) 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。

表 4-1-24 都市従業員基本養老保険制度

名称	都市従業員基本養老保険制度	
根拠法	社会保険法（2010年） 国务院「従業員基本養老保険制度の整備に関する決定」（2005年）	
制度体系	基金（企業と政府補助）と個人口座の組み合わせの2階建て方式 	
運営主体	各省・自治区・直轄市（原則）	
被保険者資格	被用者（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）	
年金受給要件	支給開始年齢	退職年齢（男性60歳、管理職女性55歳、一般女性50歳）
	最低加入期間	15年以上加入（制度開始から就業した者）
	その他	10年以上加入（制度開始前から就業していた者。納付期間に応じて減額給付）
給付水準	1階部分 $[\text{退職時の地域の前年の平均賃金} + \text{加入期間の平均賃金}] \div 2 \times \text{加入期間} \times 1\%$ 2階部分 個人口座の残高を給付推定年数（※）で除した額 （※退職時の地域の平均寿命と本人の退職年齢、利息などを元に算定） （※1・2階併せて全国平均月一人当たり2,061元（2014年））	
繰上（早期）支給制度	—	
年金受給中の就労	—	
財源	保険料	企業：賃金×20%（すべて1階部分（基金）へ拠出） 従業員：賃金×8%（すべて2階部分（個人口座）へ拠出）
	政府負担	2015年中央・地方政府の補助金総額は4,716億元（基金へ拠出し、基金収入の16%）
その他の給付（障害、遺族等）	遺族給付	葬儀補助金・救済金（被保険者が死亡した場合） 一時金（被保険者が病気・障害により労働能力を喪失した場合）
実績	加入者数	3.54億人（2015年末時点）
	受給者数	8,593万人（2015年末時点）
	支給総額	25,813億元（2015年末時点）
	基金運用状況	2015年の基金収入29,341億元（前年比4,030億元増）。うち、企業・個人の納付保険料23,016億元（前年比2,582億元増） 2015年の基金支出25,813億元（前年比4,058億元増） 年末基金累計残高35,345億元（前年比3,545億元増）

ハ 都市・農村住民基本養老保険制度

2009年から農村戸籍の非就業者に対して新型農村社会養老保険を、2011年から都市戸籍の非就業者に対して都市住民養老保険の試行的な実施を開始し、2012年末までに養老保険の全国民へのカバーを実現するという目標に向けて取り組んできた。この取り組みは一定の成果を上げてきたものの、農民工や転籍による無保険の問題を解消するため、2014年2月国务院から「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」が出され、従来別々であった両保険を統合して「都市・農村住民基本養老保険制度」とすることとされた。2015年から順次、地方政府において統一制度として運営が開始され、2015

年末には統合が完了した（2（1）へ「年金を中心とした社会保険の適用拡大」参照）。基本的仕組みは別表の通り。

表 4-1-25 都市・農村住民基本養老保険制度

名称	都市・農村住民基本養老保険制度（任意加入）	
根拠法	社会保険法 国務院「都市住民養老保険の試行に関する指導意見」（2011年） 国務院「新型農村社会養老保険の試行に関する指導意見」（2009年） 国務院「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」（2014）	
制度体系	<p>基金（政府補助）と個人口座（個人の保険料と地方政府（コミュニティなどの集团的補助を含む）の補助）の積立金の組み合わせの2階建て方式</p>	
運営主体	各省・自治区・直轄市・県（原則）	
被保険者資格	都市部の16歳以上（除く学生）の住民（都市又は農村戸籍）の非就業者	
年金受給要件	支給開始年齢	男女ともに60歳
	最低加入期間	15年以上加入
	その他	これまでの都市住民養老保険制度又は新型農村社会養老保険制度開始時に既に60歳以上に達している者は、納付せずとも基金部分を受給することができる。また、制度開始時に45歳から60歳未満の者は、不足分の保険料を納付すれば、受給することができる。
給付水準	基金部分から70元（地方の状況に応じて上乗せ可能）に加え、個人口座の積立金を139で除した金額（全国平均82元（2013年））	
繰上（早期）支給制度	—	
年金受給中の就労	—	
財源	保険料（積立金部分）	年間100元から2,000元まで100元毎の12段階の定額保険料（※地方の状況に応じて詳細な段階設定が可能。また、地方政府は、1人当たり年間30元以上補助し、500元以上保険料を納付した者に対しては年間60元以上補助する）
	政府負担（基金部分）	政府の補助金（中西部地区には中央政府が全額補助、その他は中央と地方政府との折半）
その他の給付（障害、遺族等）	遺族への積立金の継承	被保険者が死亡した場合には、個人口座（地方政府の補助を除く）の積立金を遺産継承に関する法律に基づき継承する。
実績	加入者数	5.05億人（2015年末時点）
	受給者数	14,800万人（2015年末時点）
	支給総額	1,571億元（2015年末時点）
	基金運用状況	2015年の基金収入2,855億元（前年比545億元増） 2015年の基金支出2,117億元（前年比546億元増） 年末基金累計残高4,592億元（前年比747億元増）

二 公務員年金

公務員（政府機関や共産党組織、公務員法を適用する関係機関（単位））の老後所得保障については、1955年、国務院から公布された「国家公務員の退職を処理する暫定方法」等により公務員年金として開始した。この制度では、財源は全て政府拠出により賄い、また、給付額は退職前の職務給と職能給の合計を計算基数として、一定比例の年金（例えば、勤続年数が35年以上は88%、30年以上35年未満は82%、20年以上30年未満は75%）が給

付される制度であったことから、都市従業員基本養老保険や都市・農村住民基本養老保険と比べ、個人負担がなく、給付額も手厚いなど問題⁸⁾が指摘されていた。

こうした問題を解決するため、2015年1月、国務院は「官庁・政府系事業組織の養老保険制度改革に関する決定」を公布し、都市従業員基本養老保険制度と同様の仕組み（各機関は賃金の20%、個人は賃金の8%を保険料として納付し、最低加入期間は15年以上など）とする新たな公務員年金制度を開始している⁹⁾。

■8) 都市・農村住民と従業員、公務員の平均給付額の割合は、1：20：40とも言われている。

■9) 今回の改革は、公務員年金と都市従業員基本養老保険の統合ではなく納付・給付方法の同一化であって、各機関から拠出された基金（積立金）は別々に管理されている。また、公務員年金に上乗せするための職業年金（各機関は賃金の8%、個人は賃金の4%を保険料として納付）も設けることとなり、公務員への優遇は解消されていない。

ホ 企業年金制度

都市企業従業員に対する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、従業員の高い貯蓄志向等から、加入者数は、7.55万社、2,316万人（2015年、前年比23万人増）で、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。また、その普及は、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。

ヘ 年金を中心とした社会保険の適用拡大

改革開放後、労働市場の流動性が高まり、地区をまたいで就業移動するのが一般的となっているが、農民工（農村部からの出稼ぎ労働者）に対する年金保険の適用は必ずしも進んでいない。2015年の都市従業員基本養老保険は農民工2億7,747万人を加入対象としているが、実際は5,585万人しか加入していない。この原因には、農民工に特化した制度になっていないこと、収入の低い農民工及び農民工を使用する事業所は都市従業員基本養老保険の現在の高い保険料（事業所20%、従業員個人8%）を支払うのが難しいこと、移動の激しい農民工に対し移動後も継続される制度となっていなかったことがあげられている。

一方、農村部では、経済発展に地域差があること及び公費補填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、人口のおよそ半分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かった。経済水準が高い農村部では、1991年以降、農村年金を実施する地域もあったが、郷鎮企業や私営企業従業員も含めた任意加入の積立方式（個人口座）による年金保険であって、①政府機関による貯蓄の支援・代行、②自主的な防貧対策の喚起、③個人口座への補助といった面が重視され、この年金の加入者数は2008年末で5,595万人にとどまっていた。政府は、これまでの制度運営が順調でなかった点などを踏まえ、2009年から新たな農村年金制度を実施することとして新型農

村社会養老保険制度を試行し（2011年末には全国27省及び自治区の1,914県（市・区）と4の直轄市の一部の市・区において同制度を試行）、2012年末の加入者数は4.6億人（前年比1億3,357万人増）となっていた。

政府は、2010年に社会保険法を成立させるなど法整備を進めるとともに、2012年末までに全国民をカバーする年金制度の確立を目標に取り組んできた。この取組みは、一定の成果を上げてきたものの、農民工や転籍による無保険の問題は解消しなかったことから、2014年2月、国务院は「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」を公布し、都市住民養老保険と新型農村社会養老保険について制度名、基準、管理サービス及び情報システムを統一した「都市・農村住民基本養老保険」を構築することとなった。2015年から順次、地方政府において統一制度として運営が開始され、2020年の前までには全面的に公平で統一した都市・農村住民基本養老保険制度を構築することとしている。

さらに、人力資源社会保障部と財政部は共同で「都市・農村養老保険との接続に関する暫定方法（2014年7月施行）」を通知した。これは、都市従業員基本養老保険と都市・農村住民基本養老保険との間の接続に関する問題を解決し、都市・農村の被保険者、特に農民工の権益を保障することを目的としている。

こうした取組などにより、2015年末時点で、都市従業員基本養老保険に3.5億人、都市・農村住民基本養老保険に5.05億人が加入し、合計で8.54億人をカバーする年金制度となっている。

(2) 医療保険制度等

イ 制度の種類

都市企業従業員及びその退職者に対する都市従業員基本医療保険制度、都市住民（非就業者）に対する都市住民基本医療保険制度、公務員に対する公務員医療補助制度¹⁰、農村住民に対する新型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。さらに困窮者に対する社会保険以外の対応として特定困窮者医療扶助制度がある。

■10) 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。

□ 都市従業員基本医療保険制度

都市企業従業員に対する年金保険と同様（2（1）□）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、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、2015年末には28,893万人（うち在職者21,362万人、退職者7,531万人）となっている。基本的な仕組みは別表の通り。

(イ) 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 4-1-26 都市従業員基本医療保険制度

概要	都市企業従業員を対象にした医療保険制度で、個人口座（個人積立）と基金（社会保険方式）の二本立て。		
名称	都市従業員基本医療保険制度		
根拠法	社会保険法 国务院「都市従業員基本医療保険制度の決定」（1998年）		
運営主体	直轄市、市（原則）		
被保険者資格	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員。 ※被扶養者は対象外。		
給付対象	医薬品購入費用、入院費用、外来費用（「医療保険医薬品目録」、「診療サービス項目目録」及び「医療サービス設備支払基準」に基づき給付） ※給付対象費用価格は、医療保険部局（人力資源社会保障部）ではなく、物価部局（国家発展改革委員会）が決定。 ※院内生活費、救急車移送を含む移送費（救急車も原則即時支払いを要する）、付添看護費、医療以外の病院内設備利用費、食費等は給付対象外。		
給付の種類	[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以下の費用は、個人口座から全額が支払い対象。（※個人口座の残高が不足した場合、別途、全額本人負担。ただし、病院での支払いの際に個人口座から支払うか、手持ちの現金で支払うかは自由） [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）及びガンの放射線治療・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。（※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）。		
	1) 基金からの給付額 費用中、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。 （例：北京市の場合） 一定標準額1,300元。同一年度内で複数回入院した場合、2回目から650元（一定標準額の半分程度）。最高給付限度額（年間累積給付額の限度）10万元。 2) 給付割合 基金による給付に係る診療は、患者自己負担を要し、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。 （例：北京市の場合）下図参照。		
	受診病院	医療費	患者自己負担(%) 退職者自己負担(%)
	三級病院	一定標準額～3万元	15 9
		3万元超～4万元	10 6
		4万元超	5 3
	二級病院	一定標準額～3万元	13 7.8
		3万元超～4万元	8 4.8
		4万元超	3 1.8
	一級病院	一定標準額～3万元	10 6
		3万元超～4万元	5 3
		4万元超	3 1.8
本人負担割合等	※個人口座分は償還払い（※一旦全額を病院で支払い、後に口座に請求することとなっているが、個人口座からの支払対象は全額負担であるため、実際には償還払いが行われない）。 ※基金分は現物給付（患者負担分を病院に支払い、病院が給付分を基金に請求）。		
財源	保険料	企業：賃金×6%（基金への拠出とその額の30%前後（※）を各従業員の個人口座に拠出）（※地区ごとに設定。北京市の場合、10%） 従業員：賃金×2%（個人口座へ拠出） ※退職者は、保険料負担は無く、企業が負担。	
	政府負担	—	
実績	加入者数	28,893万人（うち、在職者21,362万人、退職者7,531万人）（2015年末時点）	
	支払総額	基金からの支出総額6,697億元	

(D) 医療費補充保険制度

医療費補充保険制度は、被保険者の自己負担額が足りなくなった場合、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4%以内、従業員と退職者は月3元を負担。不足時は、市が補填。

適用対象：基本医療保険に加入している者

全国317都市において試行的に、2009年から全国で実施された結果、2009年末の加入者数は前年比6,384万人増加の1億8,210万人、2015年末の加入者数は3億7,689万人となっている。基本的仕組みは別表の通り。

二 新型農村合作医療制度

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む一方、中西部を中心に再建が困難な状況になっていた。また、SARS（重症急性呼吸器症候群）¹¹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、2003年に従来の制度を新型農村合

八 都市住民基本医療保険制度

政府は、2020年までに都市・農村をカバーする基本医療衛生制度を確立するという目標を掲げており、その方針の下、2007年に都市住民基本医療保険制度が導入された。これまでカバーされていなかった高齢者、障害者、児童、大学生、非就業住民を対象にしている。2008年に

表 4-1-27 都市住民基本医療保険制度

概要	都市住民を対象にした医療保険制度で、基金（社会保険方式）からの給付。	
名称	都市住民基本医療保険制度（任意加入）	
根拠法	社会保険法 国务院「都市住民基本医療保険制度の試行に関する指導意見」（2007年）	
運営主体	市	
被保険者資格	小学校から大学までの学生と16歳以下の児童、その他の都市従業員基本医療保険制度に加入していない非従業者（北京市の場合）	
給付対象	入院費用、がん・肺結核などの疾患費用（地方の状況に応じて外来費用も給付可能。） （例：北京市の場合） 外来・急患費用、入院費用（※一年以上かつ連続的に保険料を納付しなければ、外来と急患費用は給付対象にならない。）	
給付の種類	[基本医療保険基金] 入院費用、がん・肺結核などの疾患費用（地方の状況に応じて外来費用を給付可能。） （例：北京市の場合） 外来・急患費用、入院費用 外来・急患費用の一定標準額（自己負担限度額）は650元。超えた部分の50%は基金から支出。最高給付限度額（年間累積給付額の限度）は2,000元。 入院費用の一定標準額は、①高齢者而非従業者、②学生と16歳以下の児童の2種類がある。 ①一定標準額は1,300元。超えた部分の70%は基金から支出。最高給付限度額は17万元。 ②一定標準額は650元。超えた部分の70%は基金から支出。最高給付限度額は17万元。	
本人負担割合等	※上記のとおり	
財源	保険料	地方政府が規定する。 （例：北京市の場合） 高齢者：年間360元、学生・16歳以下の児童：年間160元、非従業者：年間660元（その内、障害者は年間360元）。
	政府負担	地方政府が毎年1人の住民に対し40元以上補助（中西部地区には中央政府が20元支出）。その上で、最低生活保障の対象となる学生、16歳以下の児童及び重度障害者の学生に対して、さらに10元補助（中央政府は5元）。 （例：北京市の場合） 区・県政府が1人の住民に対して1,000元/年を補助
実績	加入者数	37,689万人（2015年末時点）
	支払総額	基金からの支出総額1,437億元

■11) 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。

作医療制度として再構築し、農村合作医療の再建に向けた動きが活発化した。

その後、新型農村合作医療制度は、任意加入であるものの、中国政府の計画通りに普及し、2015年末6.7億人が制度に参加し、加入率は98.8%に達している。新型農村合作医療制度の管理運営は、村が運営管理するものや、村と郷が管理するタイプ等々、様々なものがある。制度創設当初の負担額は毎年一人100元（うち政府負担が80元（中央政府と地方政府との間での折半）、個人負担が20元）だったが、政府はこの額を毎年引き上げ、2015年には毎年一人500元（うち政府負担が380元、個人負担が120元）に引き上げている。また、給付内容は、重病に罹った際に治療費の一部を本人（家族）に給付するものを基本としているが、各地方によって給付基準は様々である。基本的仕組みは別表の通り。

ホ 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¹²。

医療扶助制度の対象は、都市と農村の住民最低生活保

障家庭と五保（※）家庭及びその他の経済的に困難な家庭である。救助の対象になる具体的な基準は、現地の経済条件、医療救助基金の状況、困難な民衆の負担能力及び医療におけるニーズなどの要素に基づいて、地方の民政部門と財政部門が共同で制定される。対象となる者に対し、都市住民基本医療保険又は新型農村合作医療保険の加入を援助し、負担できない医療費用を補助する。当制度は主として入院患者に対して補助を行う。なお、2015年の基本医療保険に加入する者で医療扶助を受給した延べ人数は6,634.7万人。

※ 五保とは、労働能力のない人、収入がない人、扶養者がいない又は扶養者が扶養能力を備えていない人、障害者、未成年のこと。

ヘ 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（結核・エイズ等）に係る公費助成（医療費用の減免等）を行う旨規定された。

ト 医療衛生体制改革の動き

2009年4月、中国政府は「中共中央国務院の医薬衛生

表 4-1-28 新型農村合作医療制度

概要	農民を対象にした医療保険制度で、基金（社会保険方式）からの給付。	
名称	新型農村合作医療制度（任意加入）	
根拠法	社会保険法 国務院「新型農村合作医療制度の整備に関する意見」（2003年）	
運営主体	県、市	
被保険者資格	農村部の住民（農村戸籍）	
給付対象	入院費用、高額医療外来費用（地方の状況に応じて高額ではない外来費用も給付可能。）。健康診断（1年以内に農村合作医療基金を使わなかった人）。	
給付の種類	[農村合作医療基金] 入院費用と高額医療外来費用 ※一定標準額と最高給付限度額などの詳細は、直轄市や省の各県・市ごとに規定。	
本人負担割合等	-	
財源	保険料	年間1人10元（※経済発展している地方は上乘せ可能）
	集団組織	地方の状況に応じて、地方内の集団組織が一定の金額を補助。具体的には県政府が規定。
	政府負担	地方政府が年間1人に対し10元以上補助（東部地区の地方政府は上乘せ可能）。中西部地区に対して中央政府は別途10元を支出。
実績	加入者数	6.7億人（2015年末時点）
	支払総額	基金からの支出総額2993.5億元（2015年末）

■ 12) 北京市では、2014年8月から、一定の条件を満たした生活困窮者に対して、外来は年間4,000元を限度として医療費の70%を、入院は年間40,000元を限度として医療費の70%を、重大疾患は年間80,000元を限度として医療費の75%を給付することとしている。

体制改革の深化に関する意見」と、それに基づく「医療衛生体制改革の当面の重点実施方案（2009－2011）」を示し、同内容に沿って改革を推進してきた（「2008～2009年海外情勢報告」を参照）。これらの内容を踏まえ、引き続き「第十二次五か年計画期間における医療衛生体制改革の計画・実施案」において、2012年～2015年の医療衛生体制改革の段階的目標・改革の重点及び主要任務を明確にし、①医療の国民皆保険システムのより一層の整備、②基本公共医療衛生サービス均等化の水準の向上、③医療資源構造の合理化・調整の推進、④民間医療機関の発展・奨励、⑤医療衛生の情報化の加速、⑥政府の資金投入の拡大等の改革を推進している（医療衛生体制改革の進捗状況については「2013年海外情勢報告」を参照）。

具体的には、2015年8月國務院は「都市・農村住民大病保険の全面的実施に関する意見」を公布し、都市住民基本医療保険制度及び新型農村合作医療制度の加入者に対して、高額な医療費用が発生し保険償還後も多額の自己負担が生じる場合、再保険制度として各保険制度の基金から50%以上の負担軽減を講じる制度の開始を指示した。同意見では、2017年までに全ての各地方政府において大病保険制度を整備することを規定し、医療救助制度などと連携させて、都市住民または農民への医療保障を拡充することとしている。

さらに、都市住民基本医療保険制度及び新型農村合作医療制度については、2016年1月、國務院は「都市・農村部の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を公布し、2016年末までに各地方政府において両保険の統合に向けた計画を作成するよう指示している。

第十三次五か年計画（2016年 - 2020年）においては、「健康中国」の建設を推進することとされ、①医療衛生体制改革の深化、② 予防を主とする方針の堅持、③基本医療衛生制度の完備等を推進することとされている。

また、2016年8月には習近平国家主席以下幹部の出席のもと、「全国衛生健康大会」が開催されるとともに、2016年10月には國務院より『「健康中国2030」計画綱要』が発表され、2020年には主要な健康指標を中・高所得国のトップレベルにするとともに、2030年には主要健康指

標で高所得国の仲間入りを果たし、平均寿命を79.0歳に伸ばすとされた（詳細は「6 近年の動き・課題・今後の展望等」において記述）。

(3) 出産保険

女性従業員の保護、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、女性従業員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ものである¹³。

1988年から試行され、1994年から全国実施されている。2015年末の加入者は1億7,771万人（前年比732万人増）で、受給者は延べ642万人（前年比29万人増）である。

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出産保険基金に納付。給与の0.6%～1%（北京市：0.8%）の間で、各地方政府が決定。なお、従業員個人負担はない。

適用対象：都市企業等に就業する女性従業員であって、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員や無就業の女性には適用されない。

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。休業補償は、産前産後90日間で、直近の平均月給をほぼ全額補償。

3 公衆衛生施策……………

(1) 現状と対策

イ 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、心臓病、脳血管障害、癌、糖尿病等慢性疾患が急速に増加しており、先進国型の疾病構造に近づく傾向にある。

慢性疾患患者は、2014年末までに3億人に達し、毎年

■13) 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ている。

約800万人が死に至っている。なかでも、糖尿病患者数は世界でもっとも多く、2013年末に1.14億人に達しており、2030年には1.54億人に達すると見込まれている。

また、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、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様々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動
- ・医療保険制度の再建の遅れ
- ・畜産業が振興する一方、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た。

ロ 伝染病法制の改正

SARS（重症急性呼吸器症候群）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体制の整備、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。

- 14) 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、発生動向調査体制の構築を目的とした技術協力を5年間実施。
- 15) 2012年から、中国におけるセミナー開催、本邦研修等を通じ、日中行政官及び専門家間の情報・意見交換を主眼とした「プラットフォーム」を形成するため、「国家級公衆衛生政策計画管理プロジェクト」を実施。主な対象疾病は、結核、麻疹を中心とする予防接種事業、突発公衆衛生課題（新興感染症、健康危機管理等）の3つの課題。

ハ 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、北京市では、日本脳炎、流行性脳脊髄膜炎、A型肝炎、MMR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、北京市ではインフルエンザ、水痘、肺炎、狂犬病、流行性出血熱（EHF）などを指定している。

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^{14 15}。

ニ 結核

中国の重大伝染病の一種で、国民の健康に重大な危害をもたらす呼吸道伝染病である。WHOの統計によると、中国は全世界で結核の流行が深刻な22か国のうちの一国であり、同時に全世界で多剤耐性結核病の深刻な27か国のうちの一国でもある。現在、中国において、結核病の年間発症人数は約90万となっている。

ホ エイズ

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。2011年12月の中国衛生部の発表によれば推定感染者は78万人とされていたが、2015年の新規報告数は50,330人であり、

死亡者数は12,755人となっている。主な感染原因は、性的接触による感染、麻薬使用等であった。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。また、近年、麻薬原因の感染率が下降する一方、男性同士の性感染者が上昇しており、60歳以上の男性及び学生の発症例が増加している。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、さらに感染者が拡大すると考えられた¹⁶。こうしたエイズの現状に対処するため、現在中国では、宣伝教育、観測検査、総合的関与、母子感染の予防、抗ウイルス治療のカバー率の拡大を重点的に行っている。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¹⁷。

へ 鳥インフルエンザ

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。

鳥インフルエンザ(H5N1)の人への感染については、2003年以降¹⁸、2013年2月までの間、44例発生し、うち死亡は29例となっている。また、2007年12月には、中国では第1号となる「限定的な人から人への感染事例」が南京市で発生した。

また、2013年には鳥インフルエンザ(H7N9)が発生し、2013年3月31日に上海市及び安徽省において、人への感染者3名が確認されて以降感染が拡大し、2015年には計196名が感染し、92名が死亡している。

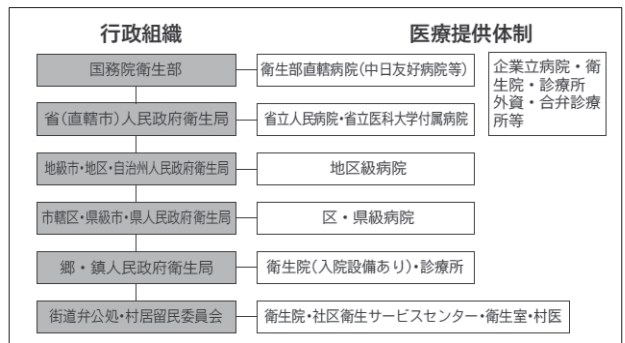
(2) 行政組織・医療提供体制

イ 医療機関の現状

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、医療衛生体制改革により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

2015年末の1,000人当たり病床数は5.11床と日本の約3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¹⁹、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²⁰。

図 4-1-29 中国の行政組織と医療提供体制



資料出所：中国政府資料

なお、2015年末までで、全国の医療衛生機関数は、983,528カ所となっており、そのうち、病院は27,587カ所、末端医療機関(社区卫生サービスセンターや衛生院、衛生室など)は920,770カ所、専門的公衆衛生機関は31,927カ所となっている。また、病院のうち、公立病院

■ 16) 中国政府は、2006年に「エイズ防治条例」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、貧困エイズ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。

■ 17) 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が実施された。

■ 18) 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、感染源は明らかにされていない。

■ 19) 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。また、2007年7月からは観光目的で入国した外国人に対する臓器移植が禁止された。さらに、2015年1月からは死刑囚からの臓器移植も禁止された。

■ 20) 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。

は13,069カ所、民営病院は14,518カ所、レベル別²¹では、三級病院2,123カ所、二級病院7,494カ所、一級病院8,757カ所、レベルの定められない病院9,213カ所となっている。

□ 疾病予防等を重視した保健医療体制の整備

これまででは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り、とりわけ農村部でその傾向が強かった。また、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った。この点については、2009年4月から実施されている医療衛生体制改革では、農村地区・貧困地区における医療機関の整備や医療従事者の育成、研修など、医療供給体制の重点的な整備を進める方針が打ち出されるとともに、母子保健、疾病予防、健康教育といった公共衛生サービスの充実に取り組んでいる²²。

(参考:医療供給体制を整備するための民間医療機関参入の奨励策)

2014年7月、国家衛生計画生育委員会と商務部は共同で「外資独資での病院設立の試行事業を行うことに関する通知」を公布した。この通知では、北京市、天津市、上海市、江蘇省、福建省、広東省、海南省をモデル地域として、一定の条件を満たす海外投資家が、新規又は買収・合併によって、外資単独の出資によって病院設立を許可することとしている。一定の条件とは、これまで直接的・間接的に医療関連の投資とその管理の経験を有するものであって、国際的・先進的な病院の管理とサービス提供ができ、先進的な技術と設備を有する病院であることとされ、さらに、モデル地域内の医療技術や施設不

足を改善することが条件とされている。

(3) 医療従事者

医師数(医師)は約303.9万人(人口1000人当たり2.21人)、うち「医師」資格者は250.8万人である(2015年)。この中には、西洋医学の医師だけではなく、中医(漢方医)、中西医結合医等も含まれる。中国の医師は、大学医学部卒業者だけではなく、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。

看護師は約324.1万人(人口1000人当たり2.36人)、薬剤師は約42.3万人となっており(2015年)、医師以外の医療従事者の人材育成も大きな課題となっている。

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(2015年の財政投入資金719.3億元)。2015年末の受給者は1,701.1万人で、最近は、減少傾向になっている。

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、2015年の全国平均は月451.1元(前年比9.5%増)。

■21) 病院は、規模や役割によって1級~3級に分類される。各居住地域に設置されている社区卫生服務中心は1級病院で、日常の診療のほか地域住民の健診や予防接種などを行う地域密着型の病院である。2級病院は主に市内各区を対象に総合的に診療を行う中規模病院で、3級病院は市全体を対象として高度な診療を行う大規模病院である。
 ■22) 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、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。また、2006年から2009年までフェーズ1として「中西部地域リプロダクティブヘルス・家庭保健サービス提供能力強化プロジェクト」を実施し、「家庭保健サービス」の概念を確立するとともに、2011年から2016年1月まで、河北省、安徽省、河南省、湖北省、重慶市の12県・市・区においてフェーズ2として「家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト」を実施し、児童・思春期(0~19歳)、育齡期(15~49歳)、中高年(45歳以上)の3つのターゲットグループに対して「家庭」を中心に据えた形で健康教育、健康診査、健康相談のサービスを提供し、プロジェクト実施省などでの体系的な保健予防活動の強化とともに、家庭保健計画の作成・管理運営、専門人材の育成を行った。

中国
(社会保障施策)

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ
(社会保障施策)

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。2015年の実支給額は全国平均月316.6元である。給付額に必要な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

1994年頃から農村部でも最低生活保障制度が導入された。2007年には、「政府活動報告」“社会保障システムの整備・強化”のなかで、2007年中に農村最低生活保障制度を確立することが強調され、同年7月には「全国農村最低生活保障制度の確立に関する通知」が公布された。2003年以後、中央政府の政策強化により、農村最低生活保障制度は飛躍的に発展しており、2007年末には全省で確立した。2015年末の受給者は、約4,903.6万人（前年比約303.6万人減）、財政支出は931.5億元（前年比61.2億元増）となっている。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉一般

「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、社会各階からの寄付、「福祉宝くじ」の売上収入（2015年2,015.1億元（前年比2.2%減））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

イ 現状

2015年末における65歳以上高齢者は1億4,386万人、人口比率は10.5%となっている（前年比0.4ポイント増）。今後も、高齢化が急速に進行し、2035年頃には65歳以上の高齢化率が20%を超えると予想²³されている。中国の高齢化には、①高齢化になる人口規模が大きい、②高齢化の速度が速い、③後期高齢者の割合が増えているという3つの特徴がある。一方で世帯員の就業や一人っ子政策による子どもの減少等により、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おり²⁴、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。

また、高齢化が急激に進む中、高齢者事業の遅れという問題も顕在化しており、①社会養老保障制度が未整備である、②公益的な高齢者向けサービス施設やサービスネットワークの構築が後れている、③高齢者向けサービス市場の発展が不十分で供給が不足している、④高齢者のための社会管理業務が脆弱である、⑤高齢者の権益侵害が依然発生している、等の課題がある。

ロ 施策の方向性

現在は、医療保険制度、年金制度及び最低生活保障制度といった基本的な社会保障制度の整備が優先されており、介護支援など的高齢者保健福祉についての統一的な制度はなく、高齢者に着目した施策は遅れている。したがって、介護が必要な高齢者は、①自己負担により、民間老人ホームへ入居するか、地域（社区）または家政婦による在宅介護サービスを受ける、②医療保険を活用し

■23) 2014年末の中国における60歳以上の人口については、2.12億人、人口比率は15.5%となっており、そのうち日常生活に全介護が必要な人は約4,000万人となっている（2014中国養老施設発展研究報告（中国老齡化学研究センター））。

■24) 一人っ子世帯は既に約3億世帯（2013年）となり、全世帯の約70%を占める。また、平均世帯人員は年々減少し、2012年現在3.02人となっている。また、65歳以上の高齢者のいる世帯は8,800世帯（全世帯の約20%）となり、そのうち、空巣家庭（高齢夫婦または独居高齢者の世帯）は41.74%となっている。空巣家庭のうち、日常生活に全介護が必要な高齢者の独居世帯は10%となっている（2014中国家庭発展報告（国家衛生計画生育委員会））。

て病院に長期入院する（医療保険には年間給付限度額があり、それを超えた場合は自己負担）、③生活扶助対象の高齢者向けの養老院などに入居するのが現状となっている。

また、高齢者福祉施設の介護スタッフは、需要を満たすほどの供給量がない上に、専門的な技能職員というよりは、付き添い家政婦といった水準であり、質と量の両面での向上が課題である。

八 施策の概要

(イ) 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。

(ロ) その他の施策

社会養老サービスシステム構築計画を打ち立てたものの、整備が進まない老人ホームなどの養老サービスの整備を促進するため、2013年6月に民政部は「養老機構設立許可に関する方法」を公布し、民間資本の養老サービスへの参入促進のために外資単独の出資によって養老施設の設立を許可し、2013年9月に國務院は「養老サービス産業の発展加速に関する若干の意見」を公表し、養老サービスの建設用地の優先取得や建設・運営にかかる費用の補助、税制優遇などの優遇措置を拡大している²⁵。

また、2015年2月には民政部や衛生計画生育委員会など関係10機関の連名で「民間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」を公布し、コミュニティでの高齢者へのデイサービスなどに対する民間参入の促進や養老施設への医療保険の指定、リハビリサービスの保険給付、介護型養老施設への補助金や財政優遇などを規定している。

さらに、2016年6月に、高齢者介護を含めた民政事業に関する第十三次五カ年計画期間中の取り組みをまとめたものとして民政事業発展第十三次五カ年計画がとりまとめられた。その主なポイントは次の通り。

- ① 積極的に人口高齢化への対応を行い、介護サービスの発展を加速させる。
- ② 全面的に在宅を基礎とし、コミュニティを拠点とし、施設を補い、医療介護連携（中国では「医養結合」と言う）のサービス体系を構築する。
- ③ 全面的に介護サービス市場を開放し、介護サービスと商品供給を増加させるとともに、民間資本の養老機構経営を積極的に推進する。
- ④ 介護サービスの有効な供給を向上させ、2020年までに、千人当たりの高齢者人口のベッド数を35-40床に伸ばす

(3) 障害者福祉

イ 現状

障害者は2010年末8,502万人と推計（10年ごとに推計）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増加する傾向にある。

ロ 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ほか、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、医療機関や地域（社区）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、社会福利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。

■25) 2014年末、全国の各種養老施設のベッド数は551.4万床、千人あたり高齢者養老ベッド数は26床となっている。一方、入所費用の問題（平均2,134円/月）や質の問題から全国の養老施設の空室率は48%となっている（2014中国養老施設発展研究報告（中国老齡化学研究センター））。

ハ 施策の概要

(イ) 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。また、2008年4月には、障害者の差別禁止条項の充実、教育における特別支援の実施、雇用の促進等を強化する同法の改正案が全国人民代表大会で成立し、同年7月から施行された。なお、中国政府は国連障害者権利条約批准に積極的な姿勢を示している。

(ロ) 「第十三次五カ年計画」障害者の小康プロセスを加速する計画概要

2016年8月に國務院は『「第十三次五カ年計画」障害者の小康プロセスを加速する計画概要』を発表し、障害者について全面的に小康社会（「いくらかゆとりのある社会」の意味）の構築を重点的な任務とし、障害者に関する権利・利益保障制度と障害者を支援・援助するサービス体系を健全化し、障害者向けの公共商品と公共サービスの供給を増加させ、多くの障害者が安穏な暮らし、生計に困らないよう、いっそう裕福な尊厳ある生活を可能とするとしている。そのため、2020年までに、障害者に関する社会保障と基本的な公共サービス水準を明らかに向上させ、構築した小康社会の成果を全面的に共有するとしている。

(4) 児童福祉

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、児童福利院等の入所施設への収容が中心となっている（2015年末の入所児童数は9.2万人）。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2015年では2.2万件（うち2,942件は外国人父母との養

子縁組）に上っている。最近、エイズ発病者の残留孤児及び未成年エイズ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²⁶。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

(1) 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、今後都市部を中心に急速に高齢化が進行すると予想されている。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、介護サービスの質・量の充実とアクセスの拡大が必要になっており、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。2012年7月から青島市などでは、介護保険制度を試行的に開始しており、2020年までに中国の社会主義市場経済体制に適應する基本的な長期介護保険制度政策の枠組みを構築していくことを目標としている²⁷。

（参考：青島市の介護保険制度）

2012年7月、青島市は都市従業員基本医療保険の財源（都市基本医療基金（2.8億元）と宝くじによる公益金（2,000万元/年（初年度のみ1億元））をもとに、都市住民介護保険基金を設立し、試行的に高齢者の介護費用の給付を開始し、2014年7月から本格的に施行している。「日常生活能力認定表」に基づき、いわゆる「全失能老人（自立生活能力を完全に喪失した高齢者）」と認定された者を対象として、①医療機関での「専門介護」、②医療機能を備えた養老施設での「入所介護」、③訪問による「在宅介護」を給付している。

費用は、「専門介護」の場合、二級医療機関は170元/日、三級医療機関は200元/日であり、利用者はその10%を負担し、残りを基金から医療機関に給付している。「入所介護」と「在宅介護」の場合には、費用は60元/日であり、利用者はその4%を負担し、残りを基金から事業所に給付している。

試行実施も併せて施行から2年が経過し、利用者及びサービス提供機関は増加しているものの、都市住民介護

■26) 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、幼稚園、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、中国は国連の「児童の権利に関する条約」に批准している。
 ■27) 「長期介護保険制度のモデル事業の展開に関する指導意見（2016年7月19日人力資源社会保障部発表）」。

中国
（社会保障施策）

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

保険基金から受給している間は医療保険が利用できない、「半失能老人（自立生活能力を一部喪失した高齢者）」が利用できないという制度上の問題や、自立生活能力の認定にばらつきが生じているといった運用上の問題が生じている。

(2) 人口政策「一人っ子政策」の転換

2012年の中国の総人口は13.54億人であるが、一人っ子政策により出生率は1.5～1.6となっており、近年、生産年齢人口は減少し始めている。2012年には前年に比べ345万人減少し、2023年以後には年平均で約800万人減少すると見込まれている。一方、高齢化のスピードが加速しており、60歳以上の高齢者は2030年代中期には4億人に達すると見込まれている。

こうした状況の中、2013年に開催された「三中全会（第18回共産党中央委員会第3次全体会議）」においては、一人っ子政策（※）の緩和が決定され、一方が一人っ子である夫婦には二人目の子供を出産することができることとなったが、その効果は限定的であったことから、2015年に開催された「五中全会（第18回共産党中央委員会第5次全体会議）」の決定により、人口・計画生育法の改正がなされて一人っ子政策が廃止され、全ての夫婦が二人の子供を出産することができる（2016年1月1日施行）こととなった。

（※2013年までの「一人っ子政策」の概要）

(1) 1人っ子政策：大部分の都市部住民と北京・天津・上海・江蘇・四川・重慶の6省・直轄市の農村住民。

(2) 1.5人政策：河北・山西など19省・自治区の農村世帯で第一子が女兒の場合、もう一人の子供を出産できる。

(3) 2人政策：双方いずれもが一人っ子の夫婦、海南・雲南など5省・自治区の農村住民、天津・遼寧など7省・直轄市の一方が一人っ子の農民夫婦は2人の子供を出産できる。

(4) 3人政策：一部地域の少数民族農・牧民は3人の子供を出産できる。

(5) チベット自治区は特殊な計画出産政策を実施し、チベット族及び人口の稀少な少数民族の農・牧民には出産人数を制限していない。

(3) 「健康中国」に向けた取り組み

2016年8月、習近平国家主席以下、幹部も出席のもと、全国衛生・健康大会が開催された。衛生・健康に関する会議に国家主席が出席するのは21世紀において初めての出来事である。習近平国家主席からは、「全面的な健康がなければ「小康社会」も語れない」との発言があった。

その後、2016年10月に国务院の発表で、「健康中国2030計画綱要」が示された。「健康中国2030計画綱要」では、多くの健康指標について、2020年及び2030年の数値目標が設定されており、その中には、健康に限らず、環境、体育など、健康に関わりのある幅広い分野についての目標も盛り込まれている。

表4-1-29 「健康中国2030計画綱要」に盛り込まれた主な指標

	2015	2020	2030
平均寿命（歳）	76.34	77.3	79.0
乳児死亡率（‰）	8.1	7.5	5.0
5歳以下死亡率（‰）	10.7	9.5	6.0
妊産婦死亡率（1/10万）	20.1	18.0	12.0
スポーツ運動常時参加者数（億人）	3.6	4.35	5.3
重大な慢性病の早期死亡率（％）	19.1（2013年）	2015年と比べ10％を減少	2015年と比べ30％を減少
医師（助手）数（千人あたり人数）	2.2	2.5	3.0
都市の空気の質が「優良」な日の割合（％）	76.7	80超	持続的に改善
健康サービス業総規模（兆元）	-	8超	16超