

正誤表	
P2 本文	
誤) 総人口の63.89%を占め、36.11%が農村に居住する。	
正) 総人口の64.72%を占め、35.28%が農村に居住する。	
P14 本文	
誤) 2020年末	正) 2021年末
掲載日：2023(令和5)年12月28日	

第3章第1節 中華人民共和国（People's Republic of China） 社会保障施策

14 億人を超える人口を抱える中国の社会保障施策は、少子高齢化に直面し、新たな局面を迎えている。2021 年、いわゆる「三人っ子政策」が導入されるとともに、出産・育児に対する政策支援を強化する方針が明記され、この方針は、2022 年に行われた第 20 回党大会でも確認されている。また、一部の都市では介護保険制度が試行的に実施されており、制度枠組みの構築に向けた模索が続けられている。高齢化に伴う医療・年金関係給付の増加や、「共同富裕」の理念の下での所得再分配機能の強化等が主要な課題となっている。

1 概要

(1) 主な経緯

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改正されてきたが、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きた。

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、上述の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。社会保険法の制定により、法律上は全国的に制度がカバーされたものの、同法第 3 条では「社会保障制度は広く普及させ、基本を保障し、多層的な構造、持続可能という方針を堅持する」と規定されており、戸籍や職業（従業員、自営業者、農民等）による区分は概ね維持されている。

(2) 人口構造・人口分布の変化

2021 年末の全国人口は 14 億 1,260 万人であり、前年末から 48 万人増加した。なお、中国政府は、中国の総人口は当面 14 億人以上で推移するとの見方を示している。2021 年の出生数は 1,062 万人（前年は 1,200 万人）、合計特殊出生率は 1.30（2020 年）まで低下し

¹ 外国人に対する社会保険適用については、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。」と規定されている。日本政府は、2018 年 5 月に日中社会保障協定を締結し（2019 年 9 月 1 日発効）、相手国に派遣される駐在員は、実際の滞在期間に応じて両国の年金制度の適用が調整されることとなった（派遣から 5 年以内：派遣元国の年金制度にのみ強制加入、派遣から 5 年を超えた場合：原則派遣先国の年金制度にのみ強制加入）。

た一方、65歳以上人口は2億人超で、総人口の14.2%（前年は13.5%）を占めている²。中国が高齢化社会に突入したのは1999年であるが、いわゆる「一人っ子政策」の効果も相まって、高齢化が急速に進展している。また、都市人口が増加傾向にあり、総人口の64.72%を占め、35.28%が農村に居住する。

（3）所管省庁等

年金制度は人力資源・社会保障部、保健・衛生施策は国家衛生健康委員会、医療保険は国家医療保障局（国務院直属の組織）が所管している。

2 社会保険制度

都市部では主に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社会保険制度がある。また、介護保険制度の創設が2021年に発表された「第14次五か年計画・2035年ビジョン目標」に盛り込まれ、一部都市において試行が実施されている。各分野の加入者数は、年々増加している。また、農民工³（農業以外に従事する農村戸籍者。都市への出稼ぎが多いが、都市に常住する者も増加）等に対する行政区をまたぐポータビリティの確保や、フレキシブルワーカー⁴への社会保険の適用徹底が課題となっており、政府は関連制度の整備・適用促進を行っている。

表 3-1-23 社会保険制度（2021年末時点）

	基本年金 （養老）	医療	失業	労災	出産
加入者	10億2,871万人	13億6,297万人	2億2,958万人	2億8,287万人	2億3,752万人
基金収入	6兆5,793億元	2兆8,727.58億元	1,460億元	952億元	（データ不明）
基金支出	6兆197億元	2兆4043.10億元	1,500億元	990億元	903億元
基金積立金	6兆3,970億元	3兆6156.30億元	3,313億元	1,411億元	（データ不明）
保険料率	定額納付 （地方が決定）	10% 2%	1% 0.2%	平均0.5% —	0.8% —

（注）保険料率は毎月の賃金に占める比率。また、上段は事業主負担、下段は企業従業員負担の料率。

表 3-1-24 都市・農村住民基本養老保険（2021年）

	都市・農村住民基本養老保険
加入者	5億4,797万人
基金収入	5,339億元

² 中国国務院新聞弁公室記者会見（2022年1月21日）における国家統計局説明。

³ 2021年末時点における農民工は2億9,251万人。

⁴ 弁護士、歌手、モデルを始めとした個人事業主、家族経営事業従事者、季節労働者等幅広い就業者を指す用語。最近では、インターネットプラットフォームを介して働くような雇用類似就業者が増加しており、注目されている。

基金支出	3,715 億円
基金積立金	11,396 億円

(1) 年金制度

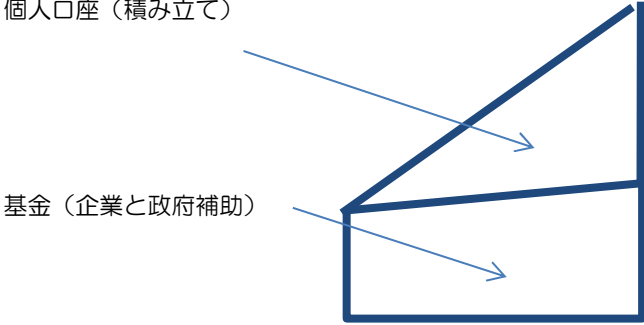
イ 制度の種類

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、公務員年金があり、また、都市従業員基本養老保険を補完するものとして企業年金を設立することが可能である。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

都市の企業の従業員に対する老後所得保障については、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、4億8,074万人(うち在職者3億4,917万人(前年比2,058万人増)、退職者1億3,157万人(前年比395万人増))である(2021年末)。基本的仕組みは表3-1-25のとおり。

表 3-1-25 都市従業員基本養老保険制度

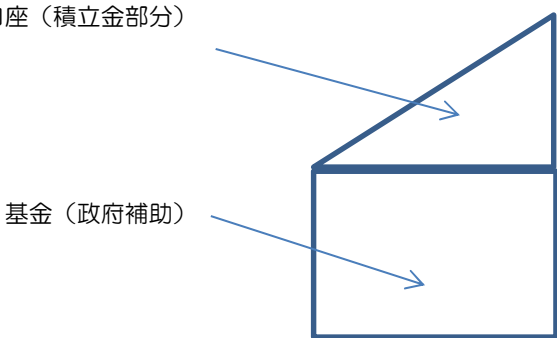
名称	都市従業員基本養老保険制度（強制加入）	
根拠法	社会保険法(2010年) 国务院「従業員基本養老保険制度の整備に関する決定」（2005年）	
制度体系	<p>基金（企業と政府補助、賦課方式）と個人口座（積立方式）の組み合わせの2階建て方式</p> <p>個人口座（積み立て）</p>  <p>基金（企業と政府補助）</p>	
運営主体	各省・自治区・直轄市(原則)	
被保険者資格	被用者（国有企業、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店等）	
年金受給要件	支給開始年齢	退職年齢（男性 60 歳、管理職女性 55 歳、一般女性 50 歳）
	最低加入期間	15 年以上加入（制度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	<p>1 階部分 [退職時の地域の前年の平均賃金＋加入期間の平均賃金]÷2×加入期間×1%×N（支払年数）</p> <p>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約 3500 元（2021 年））</p>	
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×16%(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	中央・地方政府の補助金総額は 9,327 億元（基金へ拠出し、基金収入の 4.5%）
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	4 億 8,074 万人（うち在職者 3 億 4,917 万人） (2021 年末時点)
	受給者数	1 億 3,157 万人（2021 年末時点）
	支給総額	5 兆 6,481 億元(2021 年)

基金運用状況	2021年の基金収入 6兆455億円（前年比1兆6079億円増） 2021年の基金支出 5兆6,481億円（前年比5,180億円増） 2021年末基金累計残高 5兆2,574億円（前年比4,257円増）
--------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

八 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。この取組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。基本的仕組みは表3-1-26のとおり。

表 3-1-26 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> <p>個人口座（積立金部分）</p>  <p>基金（政府補助）</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（学生を除く）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98円(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(全国平均約179円/月(2021年))
線上(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円から1,000円まで100円毎、1,500円、2,000円の計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円以上補助し、500円以上保険料を納付した者に対しては年間60円以上補助する)
	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	5億4,797万人(2021年末時点)
	受給者数	1億6,213万人(2021年末時点)
	支給総額	3,715億円(2021年)
	基金運用状況	2021年の基金収入5,339億円(前年比486億円増) 2021年の基金支出3,715億円(前年比360億円増) 2021年末基金累計残高1兆1,396億円(前年比1,637億円増)

二 公務員年金制度

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年に公布された「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、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%)が給付されたため、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、給付額も手厚い等問題が指摘されていた。

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年以上等)とする新たな公務員年金制度が開始された⁵。

ホ 企業年金制度

⁵ 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)も設けることとなっており、公務員への優遇は解消されていない。

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。2018年2月に施行された「企業年金弁法」では、企業による保険料納付額は毎年当該企業の従業員給与総額の8%以下、企業と従業員による保険料納付合計額は同給与総額の12%以下とされるとともに、経営損失等の当期において継続的に納付できない場合において納付を中止するときは従業員側と協議することのほか、従業員の転職時には個人口座について転職先企業年金等へ移管すること等を定めている。加入者数は、11.75万社、2,875万人（2021年）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。

ハ 商業年金保険（個人年金）

中国政府は、商業年金保険（個人年金⁶）を第三の柱として推進しており、2022年政府活動報告では、「引き続き養老保険の第三の柱としての個人商業養老保険を規範的に発展させる」とされている。2022年11月に「個人養老金実施弁法」が公布され、個人口座の管理や税制優遇の手続が簡略化されることになった。

ト 年金を中心とした社会保険の適用徹底

改革開放後、労働市場の流動性が高まり、戸籍地ではない土地で就業するのも一般的となったが、農民工に対する年金保険の適用は必ずしも進まなかった。この原因には、農民工は1年以内に就業地を変更するよう者も多い中で、戸籍地以外における養老年金保険の加入・移転手続に困難が伴うこと、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%）を支払うことが難しいことが指摘されている。

政府は、2010年に社会保険法を成立させる等法整備を進めるとともに、さらに農民工や転籍による無保険の問題の解消を図るため、2014年2月、「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、従来の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」を構築することとし、地方政府において統一制度として運営が開始された。

また、2014年、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」を施行した。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、特に農民工の權益を保障することを目的としている。

⁶ 「参加者が毎年納付する個人年金の上限は12,000元。人力資源社会保障部、財政部は経済社会の発展レベルと多層的、多柱的養老保健システムの発展状況などの要素に基づいて納付上限を適時に調整する」（「国务院办公厅关于推动个人养老金发展的意见」国办发〔2022〕7号より拠出）

こうした取組等により、2021 年末時点で、都市従業員基本養老保険に 4 億 8,074 万人、都市・農村住民基本養老保険に 5 億 4,797 万人が加入し、合計で 10 億 2,871 万人をカバーする年金制度となっている。

第 14 次五か年計画では、基本養老保険の加入率が主要指標の一つとされ、2020 年現在 91%である加入率を、2025 年までに 95%に高めるとした。また、同計画では、基本養老保険の全国統合的取扱いを実現し、ギグワーカー等のフレキシブルワーカーの加入条件を緩和し、社会保険の法定対象者の全員適用を実現するとした。さらに、「社保転移接続⁷」の推進、全国統一のサービスの充実等、行政区をまたぐポータビリティに関する課題解消に取り組むとされた。

(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、都市及び農村の住民（非就業者）に対する都市・農村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⁸があり、医療保険制度への加入率は 95%を超えている。また、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。

ロ 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（2（1）ロ）と同様の目的で設けられ、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、2021 年末には 3 億 5,431 万人（うち在職者 2 億 6,106 万人、退職者 9,324 万人）となっている。基本的仕組みは表 3-1-27 のとおり。

⁷ 単位、企業等の異動にともなって養老保険も移動する制度。

⁸ 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。

表 3-1-27 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2本立て。																
名称	都市従業員基本医療保険制度(強制加入)																
根拠法	社会保険法 国務院「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。 ※退職者も対象																
給付対象	医薬品購入費用、入院費用、外来費用 ※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。 ※一定額までは免責制をとっている(ただし個人口座からの負担は可能)。また、給付上限額があり上限額以上は全額自己負担。																
給付の種類	<p>[個人口座分] ①外来費用、②薬局における医薬品購入費用、③入院費用の免責額以下の費用は、個人口座から全額支払い対象。(※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)</p> <p>[基本医療保険基金] ①入院費用(急診に係る入院前7日分の外来費用を含む)、②特殊疾病通院費用(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)が対象。</p> <p>基金からの給付対象額は、免責額(各地域の平均年間賃金の10%程度)以上給付限度額(各地域の平均年間賃金の4倍程度)以下の費用。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="padding: 5px;">限度額</td> <td style="padding: 5px;">全額自己負担</td> <td rowspan="3" style="border: none; padding: 0 10px;">}</td> <td rowspan="3" style="padding: 5px;">全額自己負担 (個人口座より負担)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="padding: 5px;">基本医療保険基金より給付 (一定割合自己負担)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="padding: 5px;">全額自己負担(個人口座より負担)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">免責額</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="text-align: center;">【入院・特殊疾病通院】</div> <div style="text-align: center;">【一般外来】</div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">※一部の市では高額医療互助保険から別途給付あり</p> </div>	限度額	全額自己負担	}	全額自己負担 (個人口座より負担)		基本医療保険基金より給付 (一定割合自己負担)		全額自己負担(個人口座より負担)					免責額			
限度額	全額自己負担	}	全額自己負担 (個人口座より負担)														
	基本医療保険基金より給付 (一定割合自己負担)																
	全額自己負担(個人口座より負担)																
免責額																	
本人負担割合等	受診病院のレベル(大病院ほど自己負担割合が高い)、医療費の額(高額になるほど自己負担割合が低い)、在職者・退職者の別(退職者の方が自己負担割合が低い)によって異なる。 ※地域によっても異なる																

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	3億5,431万人(うち、在職者2億6,106万人、退職者9,324万人) (2021年末時点)
	支払総額	都市従業員基本医療保険基金からの給付支払総額14,746.73億元(2021年時点)

(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⁹。中国では大規模病院への患者の集中が課題となっており、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。

(ロ) 高額医療互助保険制度

高額医療互助保険制度は、基本医療保険が給付対象としていない部分を補うために別途設けられている制度で、計画・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加している。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

(ハ) 北京市の例

北京市における基本医療保険及び高額医療互助保険の給付内容は表3-1-28のとおり。

表 3-1-28 北京市の都市従業員医療保険の例

都市従業員	外来	加入者別		免責基準	給付上限額	自己負担率	
						本市社 区の医 療機関	その他 指定病 院
		在職者		1,800元	2万元	10%	30%
		退職者	70歳未満	1,300元		15%	
			70歳以上			10%	

⁹ なお、北京市等においては、社区卫生サービスステーションや市政府が指定した大規模総合病院では指定無く受診しても給付可能となっている。

入院	加入者別	免責基準	自己負担率			
			医療費の段階	一級病院	二級病院	三級病院
	在職者	当該年度の第一回目入院 1,300 元、第二回目及びそれ以後は毎回 650 元	～1,300 元	100%	100%	100%
			1,300 元～3 万円	10%	13%	15%
			3 万円～4 万円	5%	8%	10%
			4 万円～支払（※1）10 万円	3%	3%	5%
			支払（※1）10 万円～50 万円	15%（※2）		
			50 万円～	100%	100%	100%
			～1,300 元	100%	100%	100%
	退職者		1,300 元～3 万円	3%	3.9%	4.5%
			3 万円～4 万円	1.5%	2.4%	3%
			4 万円～支払（※1）10 万円	0.9%	0.9%	1.5%
			支払（※1）10 万円～50 万円	10%（※2）		
			50 万円～	100%	100%	100%

※1 「支払」とは医療保険基金からの支払額のことをさす。

※2 灰色部分は高額医療互助保険から給付（それ以外は基本医療保険から給付）

八 都市・農村住民基本医療保険制度

従来は、都市の非就業者（高齢者、障害者、学生等）を対象とした都市住民基本医療保険制度と農村の非就業者を対象とした新型農村合作医療制度があったが、2016年に国務院から「都市部と農村部の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」が出され、両制度は統合された。2021年末の加入者数は10億866万人となっている。基本的仕組み及び北京市の例は表3-1-29及び3-1-30のとおり。

表 3-1-29 都市・農村住民基本医療保険

概要	都市住民基本医療保険と新型農村合作医療この二つの制度を統合し、統一した制度を構築する。
名称	都市・農村住民基本医療保険制度（任意加入）
根拠法	社会保険法 国務院「都市・農村住民基本医療保険制度の統合に関する意見」（2016年）
運営主体	市
被保険者資格	都市従業員以外の都市・農村住民全てが対象
給付対象	基本的に入院費用（地方の状況に応じて外来費用も給付可能。） ※免責制、給付上限額があることは都市従業員基本医療保険制度と同様
給付の種類	地域毎に定めるが、対象となる入院費の給付率を75%程度とすることとされている。 ※給付率は全体的に都市従業員基本医療保険制度より低水準

本人負担割合等	受診病院のレベル（大病院ほど自己負担割合が高い）、医療費の額（高額になるほど自己負担割合が低い）によって異なることは都市従業員基本医療保険制度と同様だが、自己負担割合は同制度より高い。 ※地域によっても異なる ※都市従業員基本医療保険制度と異なり、個人口座は無い	
財源	保険料	対象額の属性ごとに一定額（地方政府が規定） ※都市従業員基本医療保険制度と異なり、高齢者も負担する必要がある
	政府負担	地方政府が住民1人あたり一定額を補助（中西部地区に対しては中央政府も一定額を補助）
実績	加入者数	10億866万人（2021年末時点）
	資金運用	収入：保険料収入9,724.48億円（2021年時点） 支出：基本医療保険基金からの保険給付総額は9,296.37億円（2021年時点）

表 3-1-30 北京市の都市農村住民基本医療保険制度の例

分類	免責基準			給付上限額	自己負担割合		
	一級病院及び基礎医療機関	二級病院	三級病院		一級病院及び基礎医療機関	二級病院	三級病院
外来	100元	550元		4,500元	45%	50%	
入院	学生児童	150元	400元	25万元	20%	22%	22~25%
	学生児童以外	300元	800元				

※北京市は外来も対象となっているが、他の都市では外来は対象外（後述の大病医療保険でのみ対象）となっている例も多い。

（イ）指定病院制度

都市従業員基本医療保険制度と同様にある。自己負担割合による小規模病院への誘導も実施されている。

（ロ）大病医療保険制度

高額な医療費の自己負担に対する追加給付を目的として、2012年以降順次導入が進み、全国で導入された。制度設計は地方政府が行うものの、給付等の運営は地方政府と契約した民間の保険会社が行う。財源は都市・農村住民基本医療保険の積立金から拠出される。北京市の例は以下のとおり。

表 3-1-31 北京市の大病医療保険の例

自己負担の年間累計額	給付率
基準額（※）～5万元以下	60%
5万元超～	70%

※北京市の農村住民の前年度可処分所得

二 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¹⁰。

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¹¹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、困難な家庭の負担能力及び医療におけるニーズ等の要素に基づいて、地方の民政部門と財政部門の共同で制定される。対象となる者に対し、都市・農村住民基本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、2021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8,816万人である。

ホ 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、貧困による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。

（3）出産保険¹²

女性従業員の保護、女性の多い企業の負担の軽減、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・休業手当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年から全国で実施され、2021年末の加入者は2億3,752万人(前年比206万人増)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

¹⁰ 北京市では、2016年に、一定の条件を満たした生活困窮者に対して、自費医療費4万円~6万円の場合1万円、自費医療費6万円~8万円の場合2万円、自費医療費8万円~12万円の場合3万円、自費医療費12万円~16万円の場合4万円、自費医療費16万円以上の場合5万円の一時金を給付した。

¹¹ 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。

¹² 1951年当初の「労働保険条例」では、出産に伴う費用は企業別に管理・負担するものと規定。1994年の「企業従業員出産保険試行弁法」により社会保険制度に変更された。2019年、中央政府は生育保険の管理・運営及び財政は従業員基本医療保険と統合的に行われることを決定したが、保険制度としては存続している。

¹³ 妊娠中に先天異常であることが判明した際に妊娠を中止させるといった目的もあるとされている。

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、薬代等が含まれる。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 医療提供体制

(1) 医療提供体制

中国の医療機関は、病床数や医療従事者数、機能等により三等級別に分類・管理されており、医療水準は三級病院が最も高い。1,000人当たり病床数は6.70床（2021年）と日本の約2分の1である。医療資源は都市部への集中がみられ、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、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。中国政府は、三級病院等の上級病院への患者集中をコントロールするため、上級病院では難病及び重病の治療に集中し、一般的な疾病の診断や治療の患者は下級病院に誘導する「分級診療」を推進しており、各地で、都市部における医療機関の協業モデル（医療連合体）や農村部における医療機関の協業モデル（医療サービス共同体）、遠隔医療サービスモデル等の取組が行われている。

なお、2021年末までで、全国の医療衛生機関数は、103万935か所となっており、そのうち、病院は36,570か所、末端医療機関（社区卫生サービスセンターや衛生院、衛生室等）は977,790か所、専門的公衆衛生機関は13,276か所となっている。また、病院のうち、公立病院は11,804か所、民営病院は24,766か所、レベル別¹⁴では、三級病院3,275か所（そのうち最上位の三級甲等病院1,651か所）、二級病院10,848か所、一級病院12,649か所、レベルの定められない病院9,798か所となっている。

(2) 医療従事者

医師数は約428.7万人（人口1,000人当たり3.04人）。この中には、西洋医学の医師だけでなく、中国伝統医療（中医）の医師、中医及び西洋医学を組み合わせる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（医師）だけでなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・実務を経た後、医師になった者（医士。主に農村部における診療や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。

¹⁴ 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サービスセンターは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等も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。

看護師は約 501.8 万人（人口 1000 人当たり 3.56 人）、薬剤師は約 52.1 万人となっており（2021 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 社会福祉施策

（1）社会福祉一般

従来の社会福祉施策は、「三無人員」（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が、近年、少子高齢化の進展等に伴い、出産・育児支援や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（1,422.55 億元（2021 年）等である。また、「三無人員」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）計画出産政策、出産・育児支援策

急激な人口増を背景に 1979 年に導入されたいわゆる「一人っ子政策」は、人口構成の不均衡を是正するために順次緩和された。2013 年から夫婦のどちらか一方が一人っ子であれば二人目の子どもが出産可能となり、2016 年から全ての夫婦が二人目の子どもを出産可能となり、更に 2021 年 8 月の「人口・計画生育法」の改正により、三人目の子どもの出産が可能となるとともに、「社会扶養費」という名目の罰金を含む出産制限措置が完全に廃止された。また、同改正において「国は、財政、税収、保険、教育、住宅、就業等の措置を通して家庭の出産、育児、教育負担を軽減する」と規定され、出産・育児に対する支援措置を強化する方針が明記された。地方政府による施策は、現金給付や保育サービスの拡充よりも就業における合法的権益の保障に関するものが先行しており、2021 年、多くの地方政府が出産休暇の日数拡大や育児休暇の新設等に取り組んだ。

（3）高齢者福祉

イ 現状

2021 年末の中国の 65 歳以上、60 歳以上の人口はそれぞれ総人口の 14.2%（2 億 56 万人）、18.9%（2 億 6,736 万）であり、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%を超えると予測されている。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、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。

□ 施策の方向性

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。中国政府は、「9073」（高齢者のうち90%が在宅、7%が地域、3%が施設でそれぞれ介護を受けるというモデル）という方針を掲げており、在宅サービスの推進、「医养結合」（医療・介護連携）の推進、高齢者医療・リハビリサービスの発展等に取り組んでいる。

国務院は、2022年2月に「第14次五か年計画高齢者事業発展・養老サービスシステム計画」を公表した。同計画では、2025年までの主要目標（養老サービス施設のベッド数を900万床以上、身寄りがない高齢者等への一か月当たりの訪問率100%、新たに建設する市街地、住宅地における高齢者サービス施設の設置率100%）を示すとともに、重点的に取り組む事項として、社会保障の整備とボトムアップ型高齢者サービスの強固なネットワークの構築、包括的な高齢者サービスの適用範囲の拡大、自宅と社区（コミュニティ）の高齢者サービス能力の強化、高齢者の健康支援システムの改善、シルバー経済の発展等を盛り込んだ。

介護保険制度については、全国的な制度は導入されておらず、2012年に青島市等の一部都市が独自に制度を導入した後、中央政府は、2016年に青島市を含む全国15都市をパイロット事業の実施都市に選定し、2020年に更に14都市を追加選定して制度枠組みの構築に向けた試行を実施している。なお、各都市は、財源、対象者、給付基準、給付内容について、それぞれ定めている。2016年当初、介護保険制度の全国導入は2020年までを目標としていたが、2021年3月の「第14次五か年計画・2035年ビジョン目標」においては、2025年までに長期介護保険制度の着実な建設を進めるとされた。

（4）障害者福祉

イ 現状

障害者は2020年末8,502万人と推計（10年ごとに推計）されており、労災事故や交通事故による身体障害者が増加する傾向にある。1988年に中国障害者連合会が設立され、政府の委託を受け、障害者の代表機関として、障害者の権益保護のための活動を実施している。1991年に「障害者保障法」が施行され、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。同改正により、国は全ての障害者に対して、リハビリテーション、教育、労働・就業、文化的

生活、バリアフリー環境、社会保障等を権利として保障することが明記された。また、2017年に「障害の予防・障害者のリハビリテーション条例」が公布され、障害の予防と軽減、社会参加を促すための国の責務が示された。

□ 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（福祉工場等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受けない障害者も多い。2022年政府活動報告においては、「障害の予防とリハビリのサービス向上を図る」とされている。

2007年に公布された「障害者就労条例」に基づき、障害者の就労支援の枠組みとして、政府設立の福祉企業や盲人按摩機構等への就業、障害者雇用率に基づく就業等が取り組まれている。

（5）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、児童福祉院等の入所施設への収容が中心となっている（2021年末の入所児童数は5.3万人）。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2021年では1.2万件に上っている。

5 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年頃から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（2021年の財政投入資金484億円）。2021年末の受給者

は 737.8 万人で、受給者数は 2009 年をピーク（2,345.6 万人）に減少しており、特に 2016 年以降（1,701 万人）の減少が顕著である。

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。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%である。

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。2021 年の実支給額は全国平均月 711.4 元（前年比 5.0%増）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。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された。2021 年末の受給者は、約 3,474.5 万人、2021 年の農村最低保障平均は 6,362.2 元/年、財政支出は 1,349.0 億元となっている。

（3）包括的な制度体系

都市住民最低生活保障条例の制定以降、中国政府は公的扶助制度を充実させるため、医療、衛生、廉価住宅、法律扶助などの様々な分野で様々な規則や条例を制定してきた。2014 年には「社会扶助暫定弁法」を制定し、これにより、都市と農村の最低生活保障制度が同じ枠組みに入るとともに、基本生活扶助を基本とし、医療扶助、教育扶助、住宅扶助、就労扶助、災害扶助、臨時扶助等を含む包括的な制度体系が成立した。

公的扶助に関し、中国政府は「応保尽保」（できる限り支援を必要とする者全てを保障・救済の対象にする）との方針を掲げているが、最低生活保障制度の保障水準は現地住民の基本生活に必需の衣食住費用に基づき設定されているため、保障水準が低いとの指摘もある。2022 年政府活動報告では、「民生の最低ラインの保障と生活困窮層の救済を強化」するとされている。なお、地域格差が大きい中国では、全国統一的な基準設定が難しいためにナショナル・ミニマムは存在せず、支援措置の具体的な内容は地方政府が定めている。

6 最近の動向

（1）社会保障制度に関する動向

地域の経済水準や都市部で生活する者の経済水準には大きな差があることから¹⁵、社会

¹⁵ 国家統計局の発表によれば、中国のジニ係数は 0.468(2020 年)であり、都市部と農村部の一人当たり可処分所得比は 2.56 (2020 年)である。

保障制度も多層的に構築されている。各種の社会保障施策は、中央政府が定める政策の下、地方政府が自己裁量で制度詳細を設計していることから、制度間・地域間の格差は大きく、都市部における経済水準の高い層と比べ、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)に対する保障は十分ではない。そのため、中国政府は、制度対象者の拡大や給付水準の引き上げ等に取り組んでいる。2021年3月の全国人民代表大会で承認された「第14次五か年計画・2035年ビジョン目標」においては、2035年までに「共同富裕」¹⁶の実質的進展を得るとの目標が掲げられており、これらの方針は2022年に開催された第20回共産党大会報告でも維持されており、社会保障制度においても、所得再分配のための各種施策が一層講じられていくと見込まれている。

イ 年金の支給開始年齢、法定退職年齢の引き上げ

年金の支給開始年齢については、法定退職年齢と一致させており、民間企業の場合、男性が60歳、女性は幹部職員が55歳、その他の女性労働者が50歳である。支給開始年齢の引上げについては、長年議論が継続されており、第14次五か年計画(2021年―2025年)においては、法定退職年齢について、4つの原則(①少しずつ調整、②弾力的実施、③分類して実施、④統一的に計画し各方面に配慮)に従い、段階的に実施するとされた。

ロ 医療保険制度における制度間・地域間格差是正の動き

中国の医療保険制度は、加入率は95%を超える一方で、制度間・地域間で保険給付の対象や給付水準に格差を抱えている。また、制度は各地方政府が運用しているため、従来、保険加入登録地ではない他省で受診した場合、保険給付の対象外とされていた。中国政府はこうした課題の改善に取り組んでおり、2022年政府活動報告においては、保険加入登録地ではない他省での医療保険即時適用方法の改善、基本医療保険の省級統一管理の推進、全国での基本医療保険適用医薬品目の基本的統一等の方針が掲げられた。

(2) 「健康中国」に向けた取組

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。2016年10月、健康分野における初の中長期的な国家計画である「健康中国2030計画綱要」が公表され、2030年までに主要な健康指標を高所国水準に達成する等の目標が設定された。2019年7月、国務院は「健康中国実施行動計画」を発表し、「計画綱要」

¹⁶ 共同富裕については、2021年12月に開催された中央経済工作会議において、「中国の社会主義制度の下では、社会の生産力を不断に解放・発展させ、社会の富を不断に創造・蓄積し、二極化を防止する。共同富裕の目標の実現には、まず全国人民が共に奮闘してパイを大きくし、その後、合理的な制度の配置を通じてパイをうまく配分する。これは長い歴史的過程であり、この目標に向かって着実に邁進すべき」との方針が明示された。

の目標を達成するために必要な取組を具体化し、3大主要任務（健康に影響する諸要因への全面的介入、健康なライフサイクルの維持、重大疾病の防止）で計15項目の特別対策が定められた。

2021年3月の「第14次五か年計画・2035年ビジョン目標」においては、健康中国の建設を全面的に推進するとし、感染症対策の強化を中心とする公衆衛生体系の強化、医薬衛生体制改革の深化、医療保険制度の健全化、中医薬の伝承・革新の推進などに取り組むとされた。

表 3-1-32 「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

7 中国における新型コロナウイルス感染症の状況

～ 「動的ゼロコロナ」政策の転換 ～

※本文章は、2022年12月14日現在の状況を基に記載。なお、同月上旬に防疫措置の大幅な調整が行われた。

（1）総論

イ 2022年12月13日までに中国（本土）において報告された新型コロナウイルス感染

症の確定症例¹⁷は累計 367,627 例、死亡者は累計 5,235 例であり、12 月 13 日時点で治療中の確定症例は 36,340 例、医学観察中の無症状感染者は 5,364 例である。2022 年は、感染のピークは大きく 2 度あり、特に 4 月以降、オミクロン株による局地的な市中感染が散発的に発生し、邦人が最も多く住む上海市等では行動制限を伴う防疫措置が執られた。その後は、特に 11 月以降、北京市等複数の都市において市中感染が発生、同年 5 月以来となる死亡者が報告されるなど感染が拡大し、11 月 27 日には全国の感染者数が 40,052 例¹⁸となり、湖北省武漢市を中心に感染が拡大した 2020 年 2 月以来最多の感染者数となった。

ロ 「外部からの感染症の流入を防ぎ、内部でのリバウンドを防ぐ」という中国政府の総方針の下、「動的ゼロコロナ」（注：迅速な発見、介入、治療により市中感染を速やかに抑え込むこと）、「四つの早期」（注：早期発見、早期報告、早期隔離及び早期治療）、「四者の責任」（注：属地、政府部門、所属組織及び個人の責任）等の考え方にに基づき、行動制限を含む各種の防疫措置が講じられてきた。他方で、中央政府から発表される防疫措置の方針よりも、地方都市ではさらに厳格な措置を執るという事案が複数発生したため、これに対応すべく中央政府は 2022 年 6 月、隔離期間や隔離対象者を勝手に拡大設定してはならないこと等を含む、コロナ防疫に関する「9つの許さないこと（中国語：九不准）」を発表し、行きすぎた規制は是正する姿勢を示してきた。

ハ 2022 年 12 月上旬には、感染発生から 3 年間での防疫経験の蓄積、医療能力の向上、全人口のワクチン接種率が 90%を超えたこと、さらにオミクロン株の弱毒性等を理由に、中央政府はこれまでの防疫措置を更に適正化する旨の通知を発出し、大幅な措置の調整が行われた。これにより、現場の防疫作業方針については、「早期発見・早期隔離」から「分類別の健康サービス及び救護治療の実施」へと移行した。

（2）市中感染対策

イ コールドチェーン従事者や税関職員、医療・疾病管理従事者等の感染リスクが高い重点グループに対する PCR スクリーニング検査が定期的実施されている。

ロ 市民の日常生活においても PCR 検査が必要であり、2022 年はしばらくの間、公共施設、飲食店、小売店、商業施設、オフィスビル、ホテル等の各種施設や公共交通機関の入口では体温検査に加え 48 時間以内の PCR 検査陰性証明の提示が求められ、発熱が認められた場合や陰性証明が提示できない場合には、入場が拒否された。しかし、同年 12 月からは、感染リスクの高い重点グループを除き、PCR 検査は希望する者に対してのみ

¹⁷ 中国政府は、PCR 検査の結果が陽性であって発熱等の症状がある感染者を「確定症例」、陽性であって症状がない感染者を「無症状感染者」として区分して公表している。「確定症例」については累計数を公表しているが、「無症状感染者」は 1 日当たりの症例数及び医学観察中の症例数のみ公表しており、累計数は公表していない。なお、無症状感染者の多くは PCR 検査をしておらず正確な実数を把握できないとして、2022 年 12 月 14 日発表分から、「無症状感染者」の症例数は公表していない。

¹⁸ 無症状感染者が確定症例に転じた 1,244 例を含む。

行うこととされ、ネットカフェやジム等の密閉空間や店内飲食、医療機関、幼稚園等といった一部機関への立ち入りを除いて陰性証明の提示は不要とされた。また、これまで感染者が発見されると行政区域毎などで行われていた大規模な PCR 検査については行わず、範囲を縮小するとされた。検査手段については、PCR 検査の補助的な手段として自身で行う抗原検査も広く普及している。

ハ 上記のように日常生活において PCR 検査陰性証明が必要となってきたため、中国国内の各地には居住地の徒歩圏内に無料 PCR 検査場が設けられている（検査機会の調整に伴いその設置数も増減する）。検体は咽頭部を綿棒で拭き採取し、10 人の検体を同時に検査する方法が用いられており、検査結果は通常検査から数時間後に各個人のスマートフォンアプリ「健康コード」に反映される。

ニ 無症状感染者や軽症例については、2022 年 12 月から、住宅が条件を備えていれば、一部の基礎疾患の重い方を除き、自宅での治療が可能となった。自宅隔離の 6、7 日目に 2 回連続で PCR 検査 Ct 値¹⁹≥35 と測定された場合は、隔離が解除される（解除要件は地方政府において運用上の調整が行われている）。これまで陽性者は「指定病院」が受け入れていたが、今後はあらゆる医療機関が陽性者を診察し、PCR 検査の結果で受け入れるか否か区別してはならないとされた。

ホ 感染者が発見された場合、これまで、濃厚接触者及び二次濃厚接触者は集中隔離医学观察の対象となり、隔離施設（原則外出禁止）へ移送されていたが、2022 年 11 月からは、二次濃厚接触者については調査の対象から除外、濃厚接触者に対する管理措置は「5 日間集中隔離+3 日間在宅隔離」とし、同年 12 月からは、濃厚接触者も住宅が条件を備えていれば在宅隔離が可能となった。

ヘ 全国各地に対して、市中感染の発生状況に応じてリスク区分が設定されている。2022 年 11 月から、これまでの「高・中・低リスク地区」から「高・低リスク地区」に改められ、管理下にある者を最小化するとされた。感染者居住地及び感染リスクの高い職場などが「高リスク地区」（建物単位）とされ、「高リスク地区」の所在する県（区）が「低リスク地区」とされている。市中感染が発生し、当該地区が高リスク地区に指定された場合、住民は住宅からの外出が困難となり、高リスク地区から外へ出た者も在宅隔離が必要となる。低リスク地区では、个人防护（マスク着用等）や集団活動を避けるなどの措置を要請される。

ト 地方政府は他の都市からの新型コロナウイルス感染症の流入に警戒し、多くの都市において、他の都市から移動する者に対して 48 時間以内の PCR 検査陰性証明の提示を求めていたが、中央政府は、2022 年 12 月から、これを不要とする方針を示した。

（3）海外からの新型コロナウイルス感染症の流入対策

¹⁹ Ct 値とは、標的遺伝子の陽性結果が得られるまでの遺伝子増幅のサイクル数であり、その数値が小さいほど標的遺伝子の量が多い（大きいほど少ない）ということになる。

イ 海外からの渡航者に対し、ホテルなどの集中隔離場所において集中隔離が実施され、隔離期間中に複数回の PCR 検査が行われる。隔離期間は段階的に調整されており、2022 年 12 月現在、入国後「5 日間集中隔離＋3 日間在宅隔離（外出不可）」が求められている。

ロ 新型コロナウイルス感染症の発生以降、大半の航空便は運航停止となり、2022 年前半まで、日中間直通便は、日系航空会社 3 社で合計週 12 便であった。なお、日本北京間の直通便は全て運航停止となっていたが、2022 年 8 月になり運航が再開された。また同年 11 月、これまで執られていた入国便のブレーカー措置（注：感染者が多発した国際航空便を運航停止にする措置）は廃止された。

ハ 中国への渡航者に対し、入国前の PCR 検査が要求されており、これまで段階的に回数の調整が行われ、2022 年 12 月現在、搭乗前 48 時間以内に 1 回の PCR 検査が要求されている。なお、ビザ申請にあたっては、ワクチン接種証明が求められている。

二 2022 年 12 月現在、全ての輸入物品（食品に限らず、常温流通するものも含む）に対し、輸入時に輸送手段及び包装の PCR 検査及び消毒の実施が要求されている。特にコールドチェーン流通する輸入食品については、港湾においてその陸揚げや輸送等に従事した者が市中感染の端緒とされ、感染源となる可能性が高いとして厳格な防疫措置が講じられている。具体的には、水際及び国内流通時における前述の検査・消毒に加え、流通・販売時における国産品との分別保管やトレーサビリティの徹底、消毒未実施の輸入コールドチェーン食品に最初に接触する港湾従事者に対する定期的な PCR 検査が要求されている。

（４）スマートフォンアプリ「健康コード」及び「行程コード」の活用

イ 各種施設や公共交通機関の入口では、体温検査に加え、スマートフォンアプリ「健康コード」を提示する必要がある。アプリに氏名やパスポート番号を入力すると、中国政府が所有するビッグデータと照合され、集中隔離医学観察中か否かが表示される。なお、「健康コード」は省・直轄地・自治区ごとに開発されている。

ロ 「健康コード」の機能については、一般的に、PCR 検査の結果やワクチン接種の有無を示す機能と、各種施設や公共交通機関の入口に設置された QR コードを読み込む機能がある。各人が QR コードを読み込むことにより、各種施設や公共交通機関を利用した旨の情報がデータベースに登録され、事後的に感染者と判明した者が利用した施設等が把握される。また、当該施設を利用した他者の情報もデータベース上に登録されているため、地方政府は、当該データを基に、対象者に PCR 検査や集中隔離医学観察を実施している。

ハ 「行程コード」については、過去 2 週間以内に訪問した都市について、中国政府が開発したスマートフォンアプリ「行程コード」上ですべて表示され（GPS 機能により各個人が訪問した都市が網羅されている）、高リスク地区が存在する都市を訪問した場合には、

その旨が明示される（2022年12月13日をもって本アプリの運用は停止された）。

（5）ワクチン接種、治療薬

イ 2022年12月13日現在、約10種類のワクチン²⁰が条件付き承認又は緊急使用許可を取得しており、累計接種回数は34億5167.7万回（ブースター接種を含む）で、また、8億1571.8万人がブースター接種を完了した。60歳以上では、全行程の接種完了者は86.6%、1億8417.9万人がブースター接種を完了し、80歳以上では、全行程の接種完了者は66.4%、1515.3万人がブースター接種を完了した。中央政府は、特に重症化リスクの高い高齢者に対するワクチン接種を強化する方針を示している。

ロ 治療薬については、騰盛華創医薬技術(北京)が開発した抗体カクテル治療薬（BR11-196、BR11-198）、ファイザー社が開発した経口薬（Paxlovid）及び河南真実生物が開発した経口薬アズブジン（Azvudine）が条件付き承認を取得している。

（資料出所）

- 中華人民共和国中央人民政府 <http://www.gov.cn/>
- 中華人民共和国人力資源・社会保障部 <http://www.mohrss.gov.cn/>
- 中華人民共和国国家衛生健康委員会 <http://www.nhc.gov.cn/>
- 中華人民共和国国家医療保障局 <http://www.nhsa.gov.cn/>
- 「健康中国 2030 計画綱要」
http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm

²⁰ 不活化ワクチン（シノファーム北京（※1）、シノファーム武漢、シノバック（※2）、カンタイ（康泰）、医科院生物所）、アデノウイルスベクターワクチン（カンシノ（※3）、万泰生物）、組換えタンパクワクチン（シーフェイ、麗珠医薬（リス）、神州細胞、三叶草（クローバー）生物、四川大学華西病院）等。なお、このうち※1～3はWHO緊急使用リスト（EUL）に登録されている。