

第2章 社会保障施策の概要と最近の動向

第11節 中華人民共和国 (People's Republic of China)

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

2022年末の全国人口は14億1,175万人²であり、前年末から85万人減少した。なお、中

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）。

² 中国統計年鑑 2023 表 2-1

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。2022 年の出生数は 956 万人³（前年は 1,062 万人）、合計特殊出生率は 1.30（2020 年）⁴まで低下した一方、65 歳以上人口は 2 億 978 万人で、総人口の 14.9%⁵（前年は 14.2%）を占めている。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 65.22%を占め、34.78%⁶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⁷（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）や、柔軟な就業形態の就業者⁸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 2-11-1 社会保険制度（2022 年末時点）

	基本年金 ⁹ (養老)	医療(出産を含む) ¹⁰	失業 ¹⁰	労災 ¹⁰
加入者	10 億 5,307 万人	13 億 4,592 万人	2 億 3,807 万人	2 億 9,117 万人
基金収入	6 兆 8,933 億元	3 兆 922.17 億元	1,596 億元	1,053 億元
基金支出	6 兆 3,079 億元	2 兆 4,597.24 億元	2,018 億元	1,025 億元
基金積立 金	6 兆 9,851 億元	4 兆 2,639.89 億元	2,891 億元	1,440 億元

注：本編作成時の公表値に基づき記載

³ 中華人民共和国 2022 年国民経済社会発展統計公報（国家統計局、2023 年 2 月 28 日）

⁴ 第 7 回中国人口センサス年鑑（2020）表 6-4

⁵ 中国統計年鑑 2023 表 2-4

⁶ 中国統計年鑑 2023 表 2-7

⁷ 2022 年末時点における農民工は 2 億 9,562 万人。（2022 年度人力資源社会保障事業発展統計公報、人力資源社会保障部、2023 年 6 月 20 日）

⁸ 2020 年に国務院弁公室から発出された「柔軟な就業への支援に関する国務院弁公室の意見」（国弁発 27 号）によれば、個人事業主、パートタイマー、新しい就業形態（いわゆるギグ・ワーカーと呼ばれる、インターネット・プラットフォームを介して業務を受ける形態の就業）を指す。

⁹ 2022 年度人力資源社会保障事業発展統計公報（人力資源社会保障部、2023 年 6 月 20 日）

¹⁰ 2022 年全国医療保障事業発展統計公報（国家医療保障局、2023 年 7 月 10 日）

(1) 年金制度

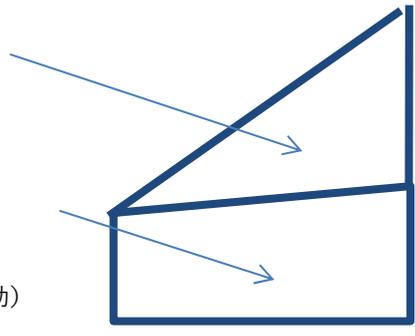
イ 制度の種類

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等があり、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⁹

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、5億355万人（うち在职者3億6,711万人（前年比1,794万人増）、退職者1億3,644万人（前年比487万人増））である（2022年末）。基本的仕組みは表2-11-2のとおり。

表 2-11-2 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 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	不明	
繰上（早期）支給制度	不明	
年金受給中の就労	不明	
財源	保険料	不明
	政府負担	社会保障基金（年金の基金部分、医療保証金、失業保険等）への政府補助金総額は、1兆912億元 ¹¹
その他の給付（障害、遺族）	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）

¹¹ 全国社会保障基金理事会社保基金年度報告（2022年度）の「3 社保基金主要財務データ（3）財政繰入全国社保基金状況」（全国社会保障基金理事会、2023年9月28日）

等)		
実績	加入者数	5億355万人（うち在職者3億6,711万人） （2022年末時点）
	受給者数	1億3,644万人（2022年末時点）
	支給総額	5兆9,035億円（2022年）
	基金運用状況	2022年の基金収入6兆3,324億円 2022年の基金支出5兆9,035億円 2022年末基金累計残高5兆6,890億円

資料出所：2022年度人力資源社会保障事業発展統計公報（人力資源社会保障部、2023年6月20日）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

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2-11-3のとおり。

表 2-11-3 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	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団的補助を含む）の補助）の積立金の組み合わせの2階建て方式

		<p>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		不明
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）	不明
	政府負担（基金部分）	社会保障基金（年金の基金部分、医療保証金、失業保険等）への政府補助金総額は、10,912億元 ¹¹
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	5億4,952万人(2022年末時点)
	受給者数	1億6,464万人(2022年末時点)
	支給総額	4,044億元(2022年)
	基金運用状況	2022年の基金収入5,609億元 2022年の基金支出4,044億元 2022年末基金累計残高1兆2,962億元

資料出所：2022年度人力資源社会保障事業発展統計公報（人力資源社会保障部、2023年6月20日）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

ニ 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。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、12.8万社、3,010万人（2022年）⁹

ホ 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¹²）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。

（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があり、医療保険制度への加入率は95%を超えているとされている。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¹³

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、2022年末には3億6,243万人（うち在職者2億6,604万人、退職者9,639万人）となっている。基本的仕組みは表2-11-4のとおり。

¹² 「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、多柱的養老保険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）

¹³ 2022年全国医療保障事業発展統計公報（国家医療保障局、2023年7月10日）

表 2-11-4 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]</p> <p>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]</p> <p>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、免責額以上給付限度額以下の費用。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>限度額</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">全額自己負担</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">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="text-align: center;">全額自己負担(個人口座より負担)</td></tr> </table> <p>免責額</p> <p>【入院・特殊疾病通院】</p> </div> <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">全額自己負担 (個人口座より負担)</td></tr> </table> <p>【一般外来】</p> </div> </div>	全額自己負担	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)	全額自己負担 (個人口座より負担)
全額自己負担					
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)					
全額自己負担 (個人口座より負担)					
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%（基金と各従業員の個人口座にそれぞれ拠出。配分割合は地区ごとに設定。）、従業員：賃金×2%（個人口座へ拠出）。なお、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	3億6,243万人（うち、在職者2億6,604万人、退職者9,639万人） （2022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15,243.80億元（2022年時点）

資料出所：2022年全国医療保障事業発展統計公報（国家医療保障局、2023年7月10日）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

（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¹⁴。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。

ハ 都市・農村住民基本医療保険制度¹⁵

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年に国务院から「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。2022年末の加入者数は9億8,349万人となっている。基本的仕組みは表2-11-5のとおり。

表 2-11-5 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 国务院「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

¹⁴ 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。

¹⁵ 2022年全国医療保障事業発展統計公報（国家医療保障局、2023年7月10日）

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	9億8,349万人（2022年末時点）
	資金運用	収入：保険料収入10,128.90億円（2022年時点） 支出：基本医療保険基金からの保険給付総額は9,353.44億円（2022年時点）

資料出所：2022年全国医療保障事業発展統計公報（国家医療保障局、2023年7月10日）

注：本編作成時の公表値に基づき記載

（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、2015年に「都市部と農村部の住民大病保険の全面実施に関する意見」が公布され、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。

二 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¹⁶

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・休業への手当及び出産に係る医療保障を内容とするものである¹⁷。1988年から試行され、1994年から全国で実施され、2022年末の加入者は2億4,621万人(前年比870万人増)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（各地方政府が決定）で出産保険基金に納付。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、薬代等が含まれる。休業補償は、産前産後98日間で、直近の平均月給をほぼ全額補償。

3 医療提供体制¹⁸

(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6.92床（2022年）と日本の半数程度である。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、2022年末までで、全国の医療衛生機関数は、103万2,918か所となっており、そのうち、病院は36,976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

¹⁶ 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。

¹⁷ 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。

¹⁸ 衛生健康事業発展統計公報（国家衛生健康委員会、2023年10月12日）

等)は979,768か所、専門的公衆衛生機関は12,436か所となっている。また、病院のうち、公立病院は11,746か所、民営病院は25,230か所、レベル別¹⁹では、三級病院3,523か所(そのうち最上位の三級甲等病院1,716か所)、二級病院11,145か所、一級病院12,815か所、レベルの定められない病院9,493か所となっている。

(2) 医療従事者

医師数は約443.5万人(人口1,000人当たり3.15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522.4万人(人口1000人当たり3.71人)、薬剤師は約53.1万人となっており(2022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(1,481.3億元(2022年)²⁰)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(市区)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。

(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

¹⁹ 病院は、規模や役割によって1級～3級に分類される。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。

²⁰ 民政事業発展統計広報(民政部、2023年10月13日)

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、多くの地方政府が独自施策として、出産休暇²¹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²²

イ 現状

2022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14.9%（2億978万人）、19.8%（2億8,004万）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高齢化する人口規模が大きい、②高齢化の速度が速いという特徴がある。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。

ロ 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・养老服务システム計画」を公表した。同計画では、2025年までの主要目標（养老服务施設のベッド数を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

²¹ 出産に伴う休暇は、女性労働者の労働保護特別規定に基づき、基本として98日間（うち15日間を出産前に取得可能）が保障されている。

²² 国家老齡事業發展公報（民政部、2023年12月14日）

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、2022年までに49都市のパイロット事業において、加入者数は16,990.2万人になっている。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、文化的な生活、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。

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²³、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。

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

²³ 2015年に「困窮障害者生活補助及び重度障害者介護補助制度の全面建設に関する意見」が公布され、生活費に係る金銭的な支援も行われているが、障害による追加的生活費について補助するものと位置づけられ、少額となっている。

まれている。

(5) 児童福祉²⁴

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（2022 年末の入所児童数は 4.7 万人）。また、孤児等の養子縁組によって扶養される者は、2022 年は 0.8 万件になっている。

5 公的扶助制度²⁵

(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（2022 年の財政投入資金 483.3 億円）。2022 年末の受給者は 682.4 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。2022 年の実支給額は全国平均月 752.3 元（前年比 5.7%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。2022 年末の受給者は、約 3,349.6 万人、2022 年の農村最低保障平均は 6,985.2 元/年、財政支出は 1,463.6 億円となっている。

²⁴ 民政事業発展統計広報（民政部、2023 年 10 月 13 日）

²⁵ 民政事業発展統計広報（民政部、2023 年 10 月 13 日）

(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。

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

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」²⁶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、2024年政府活動報告においては、省レベルの基本医療保険の運用統一の推進、基本医療保険の全国適用等の方針が掲げられた。

²⁶ 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。

(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得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」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 2-11-6 「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

注：本編作成時の公表値に基づき記載

資料出所：

- 中華人民共和國中央人民政府 <http://www.gov.cn/>
- 中華人民共和國人力資源・社會保障部 <http://www.mohrss.gov.cn/>
- 中華人民共和國國家衛生健康委員會 <http://www.nhc.gov.cn/>
- 中華人民共和國國家醫療保障局 <http://www.nhsa.gov.cn/>
- 「健康中國 2030 計畫綱要」
http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm