

2006年7月、5か年計画である「低出産・高齢社会基本計画」、いわゆる「セロマジplan 2010」が発表された。子女養育負担の軽減、育児インフラの質・量の拡充、仕事と家庭の両立支援、女性の経済活動参加及び就業支援、妊娠・出産支援の拡充、高齢社会における生活の質向上のための基盤の構築、低出産・高齢社会における成長原動力の確保のため、2006～2010年までに総額32兆ウォン（低出産対策19兆ウォン、高齢化対策13兆ウォン）を投入する計画である。

低出産問題に対する国民認識の改善、仕事と家庭の両立に有利な社会的雰囲気醸成、経済安定及び国家的対策の推進等の複合的な要因により、合計特殊出生率は、2005年の1.08から2006年1.13、2007年1.26と、徐々に高まっている。

さらに、健康で品位ある老後生活の安定のため、2008年1月から70歳以上の高齢者に基礎老齢年金を

支給し、2008年7月からは65歳以上の高齢者に拡大して支給する。この他、2008年7月より、痴呆、中風等の重症疾患をもつ高齢者について家庭の経済的負担を緩和するため、高齢者長期療養保険制度を導入しこれらを保護することとしている。

- (注1) 保健福祉家族部は厚生行政を所管する韓国の中央部署である。
- (注2) 行政区域の単位としては、広域自治団体(特別市、広域市、道)の下に基礎自治団体(市、郡、区)があり、その下に邑、面、洞がある。
- (注3) 敬老年金とは、国民年金制度においては加入期間の不足等により年金を受けることができない低所得高齢者(基礎生活保障受給者は除外)に対し、保険料納付を求めずに支給する年金である。
- (注4) 児童発達支援口座とは、17歳までの支援対象児童が3万ウォンを貯蓄すれば政府が同じ金額を支援するものであり、18歳以降の学資金、就業・住居等の自立資金として使用できる。

## 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様ではなく、統一的な社会保障制度の構築は難しい状況にある<sup>(注1)</sup>。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<sup>(注2)</sup>。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<sup>(注3)</sup>。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<sup>(注4)</sup>。

〈表2-135〉中国の都市部における社会保険制度(2006年末時点)

	年金	医療	失業	労災	出産
加入者 (前年比)	1.9億人 1,279万人増	1.6億人 1,949万人増	1.1億人 539万人増	1億人 1,790万人増	0.6億人 1,051万人増
基金収入	9.4兆円	2.6兆円	5,775億円	1,830億円	930億円
基金支出	7.3兆円	1.9兆円	2,895億円	1,028億円	555億円
基金積立金	8.2兆円	2.6兆円	1兆円	2,895億円	1,455億円
保険料率 企業 従業者	20% 8%	10% 2%	1.5% 0.5%	平均0.5% -	0.8% -

(注1) 1元を15円で換算、保険料率は毎月の賃金に占める比率

(注2) 料率は北京市の例

農村部においては、年金のみ社会保険制度が実施されている(医療については農村合作医療制度が実施)。

〈表2-136〉中国の農村部における社会保険制度(2006年末時点)

	年金
加入者(前年比)	5,374万人(68万人減少)
基金収入	未公表
基金支出	450億円
基金積立金	5,310億円

(注) 1元を15円で換算

## (1) 年金制度

### a 制度の類型

公的年金制度には、都市従業者基本年金、公務員年金、農村年金があり、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<sup>(注5)</sup>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、18,766万人(うち在職者14,131万人(前年比1,011万人増、就業者の約50%)、退職者4,635万人(前年比268万人増、退職者の約90%))である(2006年末)。2006年3月策定の政府第11次5か年計画では、「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<sup>(注6)</sup>。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、制度実施後に退職者した者については、経過的年金を給付する。

### c 農村年金

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<sup>(注7)</sup>。

一方、経済水準が高い農村部では、1991年以降、国が導入した農村年金を実施する地域もある。これは、郷鎮企業<sup>(注8)</sup>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、2006年末で5,374万人(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
- ・ 財政投入が少なく加入のメリットがない
- ・ 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、従業員の高い貯蓄志向等から、加入者数は、2.4万社、964万人 (2006年、前年比64万人増) 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填が増加している。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、当面基金の資金不足に対応し、将来的には個人口座積立て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<sup>(注9) (注10)</sup>。

##### (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<sup>(注11)</sup>。

## (2) 医療保険制度等

### a 制度の種類

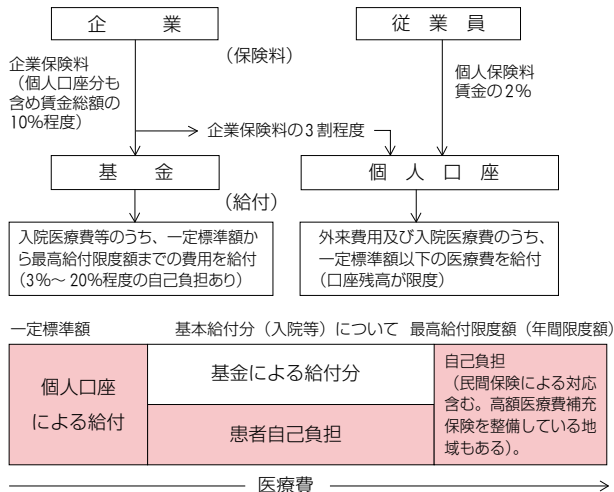
都市企業従業者及びその退職者に対する都市従業者基本医療保険制度、公務員に対する公務員医療補助制度<sup>(注12)</sup>、農村住民に対する農村合作医療制度がある。都市部と農村部では、医療保障機能及びカバー率に格差がある。また、新たに全国79都市において、都市住民 (非就業者) に対する都市住民基本医療保険制度を試行的に実施している (2010年までに全国を対象を広げる予定)。

### 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、2006年末には15,732万人(うち在職者11,580万人(都市部就業者の34%)、退職者4,152万人(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2-7〉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<sup>(注13)</sup>
- 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2-137〉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)及びガン(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円となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650円となっている。また、最高給付限度額(年回累積給付額の限度)は5万円となっている。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<sup>(注14)</sup>。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、医療以外の病院内設備利用費、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2-138〉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～1万円	20	12
	1万超～3万円	15	9
	3万円～4万円	10	6
	4万円超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～1万円	18	10.8
	1万超～3万円	13	7.8
	3万円～4万円	8	4.8
	4万円超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～1万円	15	9
	1万超～3万円	10	6
	3万円～4万円	5	3
	4万円超	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

**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<sup>(注15)</sup>。

**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た。

2007年9月時点で、7.3億人が制度的に参加し、加入率は85.5%に達しており、政府は、2010年までに全国農村でカバーするとの目標を定めている。制度の詳細は地方によって異なるが、基本的な給付額は50元で、うち政府が40元(中央政府20元、地方政府20元)、個人負担が10元となっている。

**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。2006年末の加入者は6,459万人(前年比1,051万人増)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<sup>(注16)</sup>。

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539万人増)、受給者は327万人(前年比35万人減)であった。(2006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