

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、2006年末には1億人(前年比1,790万人増)となり、5つの社会保険制度中2番目に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78万人(前年比13万人増)であった(2006年末)<sup>(注17)</sup>。

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

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行
- ・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ている。

### b 伝染病法制の改正

SARS(重症急性呼吸器症候群)<sup>(注18)</sup>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

## 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。

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<sup>(注19)</sup>。

#### 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<sup>(注20)</sup>。

#### e エイズの現状と対策

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。2007年12月の中国衛生部の発表によれば推定感染者は70万人とされているが、2007年10月までの実際の報告数は、22.4万人で、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。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<sup>(注21)</sup>。こうしたエイズ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<sup>(注22)</sup>。

#### 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<sup>(注23)</sup>。

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<sup>(注24)</sup>、2007年2月までの間、30例発生し、うち死亡は20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増えている。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。

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

人への感染状況

2003年

- ・ 11月、1例(北京市、死亡1例) ※当初SARSと考えられていたこともあり感染源は不明、2006年8月発表

2005年

- ・ 11月16日、2例(湖南省湘潭県1例、安徽省安慶市1例、うち安徽省の事例は死亡)
- ・ 11月26日、1例(安徽省休寧県、死亡)
- ・ 12月6日、1例(広西自治区資源県、死亡)
- ・ 12月8日、1例(遼寧省黒山県)
- ・ 12月15日、1例(江西省遂川県、死亡)
- ・ 12月30日、1例(福建省三明市、死亡)

2006年

- ・ 1月10日、1例(湖南省桂陽県)
- ・ 1月18日、1例(四川省簡陽市、死亡)
- ・ 1月23日、1例(四川省成都市、死亡)
- ・ 2月8日、1例(福建省ショウ浦県)
- ・ 2月10日、1例(湖南省綏寧県、死亡)
- ・ 2月25日、2例(浙江省安吉県1例、安徽省潁上県1例、うち浙江省安吉県の事例は死亡)
- ・ 3月2日、1例(広東省広州市、死亡)
- ・ 3月21日、1例(上海市、死亡)
- ・ 4月18日、1例(湖北省武漢市、死亡)
- ・ 4月27日、1例(四川省遂川市)
- ・ 6月15日、1例(広東省深圳市)
- ・ 7月12日、1例(新疆自治区吉木薩爾県、死亡)

2007年

- ・ 1月9日、1例(安徽省屯溪県(黄山))
- ・ 2月28日、1例(福建省建オウ県(内陸北部))
- ・ 3月28日、1例(安徽省蚌埠市、死亡)
- ・ 5月26日、1例(詳細は未公表、死亡)
- ・ 12月2日、6日、2例(江蘇省南京市、1例は死亡。密接な接触による限定的な「ヒト-ヒト感染」の疑い例)

2008年

- ・ 2月17日、1例(湖南省永州市、死亡)
- ・ 2月21日、1例(広西自治区南寧市、死亡)
- ・ 2月26日、1例(広東省汕尾市、死亡)

(2) 行政組織・医療提供体制

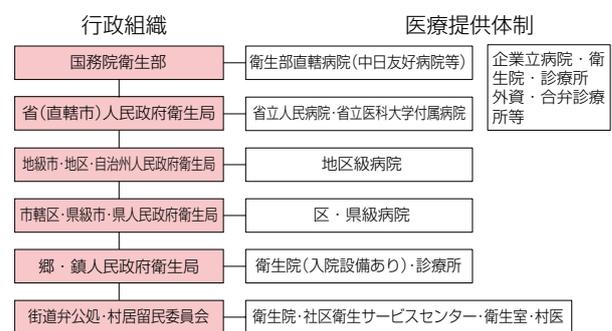
a 医療機関の現状

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<sup>(注25)</sup>、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<sup>(注26)</sup>。

〈図2-8〉 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<sup>(注27)</sup>。

(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（2007年の財政投入資金275億元）。2007年末の受給者は2,270万人で（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、2007年の全国平均は月182元（約2,700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。2007年の実支給額は全国平均月102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等

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。2007年末の受給者は、約3,452万人（前年比約1,948万人増）、財政支出は104億元となっている。

## 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

2006年末の中国における65歳以上高齢者は10,419万人、人口比率は7.9%となっている（前年比0.2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。また、80歳以上の高齢者も増加しており、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8,300万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。

### 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。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、7月から施行されている。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。

#### (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

スポーツに関する目標も定められている<sup>(注28)</sup>。

#### (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、児童福利院等の入所施設への収容が中心となっている(2006年末の入所児童数は7.2万人、前年比0.6万人減)。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、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<sup>(注29)</sup>。

## 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填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社会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、当面、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、豪、オランダ、カナ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いえる。

- (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、農民工加入者数は全国で2006年末まで2,367万人となっている。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について論議があるが、余剰労働力の問題もあり2005年の改正時には見送られた。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度上乘せ給付する。
- (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) 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17) 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18) 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19) 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年間実施している。
- (注20) 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21) 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。
- (注22) 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23) 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24) 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25) 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。
- (注26) 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27) 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28) リハビリテーションに関しては、人材養成校が整備されおらず、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(2001年～06年)するとともに、中西部の人材を対象とした新たなプロジェクトを2008年から実施することとしている。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29) 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。