

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

社会保障施策

2011年7月の社会保険法施行以降、大きな制度改正は行われていない。順次、社会保険の整備（特に農村部）を進めているが、引き続き農工への対応は課題となっている。医療衛生体制は、2009年4月「医療衛生体制改革の深化に関する意見」に従い順次改革を実施。医療衛生水準は向上しているものの、鳥インフルエンザ（H7N9）や慢性疾患の増加、高齢化による介護ニーズの増大など新たな課題となっている。

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。

2008年末には、中国の社会保険各制度の基本法となる「社会保険法」の草案が公開され、2010年10月に成立・公布されている（2011年7月1日施行）。それまで社会保険制度に共通する基本法がなく、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。この社会保険法は、社会保険の規範化、国民の権益保護、国民が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⁾。また、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が、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社会保険制度がある³⁾。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（社会科学院発表による中国のジニ係数（2010年）は0.5となっている。また、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、2010年末年末の9,899万人（前年比2,339万人減）であり、農村部人口の15.4%を占めるとされている。

■ 3) 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年に締結されている。

■ 4) 政府は社会保険への適用強化を進めており、第12次国民経済・社会発展5か年計画要綱では「企業と安定した労働関係を築いている農民工を都市部勤労者の基本年金保険と基本医療保険に入れる」と述べられている。

■ 5) 2011年末時点で、都市従業員基本年金への農民工の加入者数4,543万人（対前年比403万人増）、医療保険への農民工の加入者数は4,996万人（対前年比355万人増）となっている。

表 4-1-20 都市部における社会保険制度（2012 年末時点）

	年金	医療	失業	労災	出産
加入者 (前年比)	30,427 万人 2,036 万人増	53,641 万人 6,298 万人増	15,225 万人 908 万人増	19,010 万人 1,314 万人増	15,429 万人 1,537 万人増
基金収入	20,001 億元 3,106 億元増	6,939 億元 1,400 億元増	1,139 億元 216 億元増	527 億元 61 億元増	304 億元 84 億元増
基金支出	15,562 億元 2,797 億元増	5,544 億元 1,113 億元増	451 億元 18 億元増	406 億元 120 億元増	219 億元 80 億元増
基金積立金	23,941 億元 4,444 億元増	4,947 億元 932 億元増	2,929 億元 689 億元増	737 億元 95 億元増	428 億元 85 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) 年金には、「都市住民養老保険制度（539 万人（2011 年）」は含まれていない。

(注 3) 各項目の下段は、前年との増減

表 4-1-21 都市住民養老保険と新型農村養老年金（都市・農村住民社会養老保険）における年金制度（2012 年末時点）
(万人、億元)

	年金
加入者（前年比）	48,370 万人 (15,187 万人増加)
基金収入	1,829 億元 719 億元増
基金支出	1,150 億元 551 億元増
基金積立金	2,302 億元 1,071 億元増

(注 1) 昨年までは、都市住民養老保険と新型農村養老年金の加入者や基金収入などが別々に公表されていたが、2012 年より一括し公表されている。

(注 2) 各項目の下段は、前年との増減

表 4-1-22 新型農村合作医療制度（2011 年末時点）

(億人、億元、%)

	新型農村合作医療制度
加入者	8.05 億人
加入率	98.3%
基金総額	2484.7 億元
基金支出	2408 億元

(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、都市住民養老保険、新型農村社会養老保険⁶⁾、公務員年金⁷⁾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⁸⁾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、30,427万人（うち在職者22,981万人（前年比1,416万人増）、退職者7,446万人（前年比619万人増））である（2012年末）。）。基本的仕組みは別表の通り。

■ 6) 2012 年末時点で、都市従業員基本養老保険（3.04 億人）、都市住民養老保険及び新型農村社会養老保険（4.84 億人）の加入者数を併せると、総計 7.88 億人以上をカバーしており、都市従業員基本養老保険を受け取っている者は、1.8 億人（都市住民 1.18 億人、離退職者 0.7 億人）となっている。
 ■ 7) 公務員が定年退職した後、退職前の職務給と職能給の合計を計算基数に、一定比例の退職費が給付される。そのうち、勤務年数が 35 年以上の者は 90%、30 年以上 35 年以下の者は 85%、20 年以上 30 年以下の者は 80%を受け取ることができる。
 ■ 8) 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 4-1-23 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） 国務院「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）と個人口座の組み合わせの2階建て方式</p>	
運営主体	各省・自治区・直轄市（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%</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階併せて月一人当たり1,721元（2012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 × 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	2012年中央・地方政府の補助金総額は2,648億元（基金へ拠出し、基金収入の13.2%）
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	3.04億人（2012年末時点）
	受給者数	1.8億人（2012年6月末時点）
	支給総額	15,562億元
	基金運用状況	2012年の基金収入20,001億元（前年比3,106億元増）。うち、企業・個人の納付保険料16,467億元（前年比2,511億元増） 2012年の基金支出15,562億元（前年比2,797億元増） 年末基金類型残高23,941億元（前年比4,445億元増）

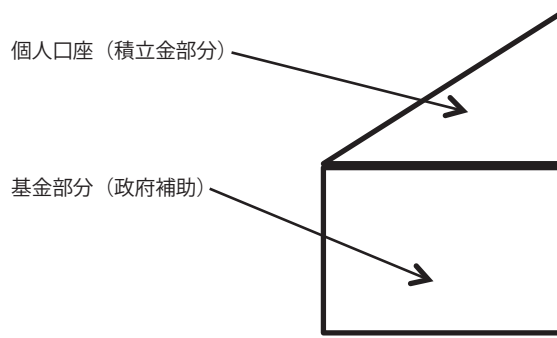
八 都市住民養老保険制度

2011年、都市住民養老保険の試行的な実施を開始し、都市住民養老保険及び新型農村社会養老保険について、2012年末までに、全国民カバーを実現するという目標に向けて取り組んでいる。なお、2011年末時点で、

27の省・自治区の1902県（市・区・旗）、4の直轄市の一部の区・県等⁹⁾において、当該制度を実施しており、2011年末時点で、全国の施行地区の加入者人数は539万人となっている。基本的仕組みは別表の通り。

■ 9) 2012年末時点の行政区画 省・自治区：28、特別行政区：2、直轄市：4、市：333、県：2,852、郷鎮：40,446

表 4-1-24 都市住民養老保険制度

名称	都市住民養老保険制度	
根拠法	社会保険法 国务院「都市住民養老保険の試行に関する指導意見」(2011年)	
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の補助）の積立金の組み合わせの2階建て方式 	
運営主体	各省・自治区・直轄市・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	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55元（地方の状況に応じて上乘せ可能）に加え、個人口座の積立金を139で除した金額	
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1,000元まで100元毎の10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、年間30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（※新型農村養老年金との合算数値）	加入者数	4.84億人（2012年末時点）
	受給者数	13,075万人（2012年末）
	支給総額	1,150億元（2012年末）
	基金運用状況	2012年の基金収入1,829億元（前年比719億元増） 2012年の基金支出1,150億元（前年比551億元増） 年末基金類型残高2,302億元（前年比1,071億元増）

二 新型農村養老年金制度

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47.4%（2012年）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。一方、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る。これは、郷鎮企業¹⁰⁾や私営企業従業員も含めた任意加入、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（加入者8,025万人）から30%以上も減少し、2008年末では5,595万人となった。

政府は、これまでの制度運営が順調でなかった点を踏まえ、2009年から新たな農村年金制度の実施を図ることとして全国27省及び自治区の320県（市・区）で新型農村社会養老保険制度を試行した。この結果、2009年末の加入者数は、前年比3,096万人増の8,691万人と大幅に増加し、2011年末の加入者数は32,643万人（前年比22,367万人増）となった。新たな制度は、個人

■ 10) 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）。

口座（積立方式）と基金（賦課方式）の二本立ての仕組みで、学生及び都市従業員基本年金の加入者を除き、16歳から加入し、60歳から支給される仕組みとなっている¹¹⁾。基本的な仕組みは別表のとおり。

表 4-1-25 新型農村社会養老年金制度（農村社会養老保険制度）

名称	農村社会養老保険制度	
根拠法	社会保険法 国务院「新型農村社会養老保険の試行に関する指導意見」(2009)	
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	農村部の16歳以上（除く学生及び都市従業員基本年金の加入者）の住民（農村戸籍）	
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	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55元（地方の状況に応じて上乘せ可能）に加え、個人口座の積立金を139で除した金額	
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500元まで100元毎の5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、年間30元以上補助する。加えて村政府が追加補助も可能）
	政府負担	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（※新型農村養老年金との合算数値）	加入者数	4.84億人（2012年末時点）
	受給者数	13,075万人（2012年末）
	支給総額	1,150億元（2012年末）
	基金運用状況	2012年の基金収入1,829億元（前年比719億元増） 2012年の基金支出1,150億元（前年比551億元増） 年末基金類型残高2,302億元（前年比1,071億元増）

ホ 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、5.47万社、1,847万人（2012年、前年比270万人増）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。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。

へ 最近の動き（年金を中心とした社会保険の適用拡大に向けた動き）

改革開放後、農民工（農村部からの出稼ぎ労働者）の都市部への大量流入に代表されるように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

■ 11) 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）を実施した。

なっているが、農民工に対する年金保険の適用は必ずしも進んでいない。既に現在の都市従事員基本年金は農民工（2012年26,261万人）を加入対象としているが、実際は4,543万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て、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。

また、中国の都市従事員基本年金制度は県レベルを基礎として発展してきたため、都市部従業員が省をまたいで移動して就業する場合も、保険関係が継続される仕組みがうまく機能していなかった。これらを解決するため、中国政府は2009年2月に都市部で就業する農民工に対する年金制度について規定する「農民工基本養老保険加入法」のパブリックコメントを実施した。また、企業年金の省間転居時の取扱等について規定する「都市部企業従業員基本養老保険移動継承暫定法」が、パブリックコメントを経て制定された。農民工基本養老保険加入法では、事業所の保険料率を12%と8%引き下げ、農民工の保険料率についても4～8%と幅を持たせている。また、農民工が移動した場合も、適切に養老保険の権益が継続して守られるような制度を提案している。

さらに、上記1の通り、2008年末には、中国の社会保険各制度の基本法となる「社会保険法」の草案を公開して法制化に向けた準備が進められ、2007年の第1回の審議から3年間に渡る4回の審議を経て、2010年10月に成立・公布された（2011年7月1日施行）。これらの各法律の制定の動きは、社会保険のカバー範囲を拡大し、都市部と農村部をカバーする社会保障システムの確立を目指すものであり、第12次5カ年計画（2011～2015年）で示された「人民の生活の持続的改善を図る」との方針や、格差の拡大や物価の上昇等の影響で貧困層の生活不安が高まっていることへの懸念が背景にあると考えられる。

また、都市住民養老保険及び新型農村社会養老保険によって、2012年末までに、全国民をカバーするという

目標に向けて取り組み、中央・地方政府は、都市住民養老保険及び新型農村養老年金に対し約2000億元の補助を行い、2012年末に都市住民養老保険及び新型農村養老年金の全国民へのカバーが実現したと公表している。

(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¹²⁾、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。

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と同様（2（1）ロ）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、2012年末には26,486万人（うち在職者19,861万人、退職者6,624万人）となっている。基本的仕組みは別表の通り。

■ 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。

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2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	<p>[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）</p> <p>[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）。</p> <p>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1,800元。同一年度内で複数回入院した場合、2回目から900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。</p> <p>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。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>受診病院</th> <th>医療費</th> <th>患者自己負担 (%)</th> <th>退職者自己負担 (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">三級病院</td> <td>一定標準額～3万元</td> <td>15</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>3万元超～4万元</td> <td>10</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>4万元超</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">二級病院</td> <td>一定標準額～3万元</td> <td>13</td> <td>7.8</td> </tr> <tr> <td>3万元超～4万元</td> <td>8</td> <td>4.8</td> </tr> <tr> <td>4万元超</td> <td>3</td> <td>1.8</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">一級病院</td> <td>一定標準額～3万元</td> <td>10</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>3万元超～4万元</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4万元超</td> <td>3</td> <td>1.8</td> </tr> </tbody> </table>		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
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、実際には償還払いは行われない）。 ※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） 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	26,486万人（うち、在職者19,861万人、退職者6,624万人）（2012年末）																																		
	支給総額	基金からの支出総額4,868億元																																		

(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。

(ロ) 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

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18,210万人、2012年末の加入者数は27,156万人となっている。基本的仕組みは別表の通り。

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	
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高齢者と非従業者、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60%は基金から支出。最高給付限度額は15万元。 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300元、学生・16歳以下の児童：年間100元、非従業者：年間600元（その内、障害者と障害者軍人は年間300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460元/年を補助
実績	加入者数	27,156万人（2012年末）
	支払総額	基金からの支出総額675億元

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。

上記を踏まえ、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、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、2003年に従来の制度を新型農村合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、農村部で中国政府の計画通りに普及し、2012年末で、8.05億人が制度的に参加し、加入率は98.3%に達している（現在、一部の都市では、試行的に都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療制度との一本化が行われており、加入者数は前年に比べ減少している。）。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。基本的な負担額は毎年一人100円で、うち政府負担が80元（中央政府40元、地方政府40元）、個人負担が20元だが、政府は、この100元を2010年に150元に引き上げた（中央政府60元、地方政府60元、本人が30元を負担）。さらに、2011年に個人負担を50元、政府負担を

120元から200元に、2012年に個人負担を60元、政府負担を200元から240元に引き上げた。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。

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。※強制加入ではない。	
名称	新型農村合作医療制度	
根拠法	社会保険法 国务院「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	8.05億人（2012年末）
	支払総額	基金からの支出総額2,408億元

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¹³⁾。

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のメンバーである。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、2011年の都市・農村で医療扶助制度で受給した延べ人数は8,090万人となっている。

※ 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 最近の動き（医療衛生体制改革の動き）

2009年4月、中国政府は「中共中央国务院の医薬衛生体制改革の深化に関する意見」と、それに基づく「医薬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いる（「2008～2009年海外情勢報告」を参照）。これらの内容を踏まえ、

■ 13) 北京市の場合、条件を満たした生活困窮者に対して、年間10,000元を限度として医療費の50%を給付している。

引き続き「第十二次五カ年計画」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。

（参考：医療衛生体制改革の進捗状況）

2012年12月に中国國務院報道弁公室がまとめた「中国の医療衛生事業（外交出版）」に掲載された医療衛生体制の改革の状況によれば、その概要は以下のとおりとなっている。

① 基本医療保障制度は都市部と農村部の住民をカバー

2011年までに都市部従業員基本医療保険、都市部住民基本医療保険、新型農村合作医療に加入した人数は13億人を超え、カバー率は2008年の87%から2011年95%以上に拡大し、世界最大規模の基本医療保障ネットワークを構築した。また、政府からの補助や給付率は上昇し、新型農村合作医療への政府補助金の基準は、当初一人当たり20元から2011年には200元に引き上げられ（2012年に240元）、入院費用の給付率は70%前後に上昇し、保障範囲も入院から外来診療までに拡大した。

さらに、新型農村合作医療における重大疾患に対する医療保障（※）については、2011年までに、先天性心臓疾患、終末期腎臓疾患、乳がん、子宮頸がん、多剤耐性肺結核、小児白血病などの疾患が対象となり、それらの給付率は約65%、また、2012年には肺がん、食管がん、胃がんなどの12種類の疾患も、試行的に重大疾患の対象となり、それらの給付率は最高で90%となっている。

（※大病保険保障政策とは、各医療保険制度の基金から大病保険資金を拠出して、対象疾患に対して手厚い給付を行うもの）

② 基本医薬品制度の構築

医療衛生改革により、基本医薬品の選別、生産、供給、使用と医療保険による費用給付のシステムがほぼ形成され、2011年には、政府が運営している末端医療衛生機関に基本医薬品を配備し、基本医薬品の「差額ゼロ（※）」を実現し、基本医薬品制度は末端まで完全にカバーされている。基本医薬品購入の新しい仕組みを確立し、省を

単位とする基本医薬品の集中的購入を行い、末端医療衛生機関の基本医薬品の価格は改革前よりも平均30%引き下がっている。また、すべての基本医薬品は基本医療保障医薬品の給付リストに掲載されており、こうした制度は、徐々に村の衛生室や非公営の末端医療衛生機関に普及している。

（※医薬品の小売価格と卸売価格の差額によって、病院経営を維持するという仕組み）

③ 都市・農村の末端医療衛生サービス体系の充実

2009から2011年までに、政府は末端医療衛生機関の建設や整備に471億5,000万元を支出し、農村や社区のために医療衛生面の人材の育成も行っている。具体的には、1万人の医師による農村医療衛生事業支援プロジェクトを実施し、2009～2011年、都市部の1,100カ所余の三級病院から955カ所の県レベルの病院を支援し、中西部地区の都市の二級以上の医療衛生機関が毎年郷・鎮の衛生院3,600カ所余を支援し、県レベルの病院と郷・鎮の衛生院の医療技術や管理能力の向上を図っている。また、郷・鎮の衛生院での都市病院医師による巡回医療サービスや、社区における全診療科医師チーム制度、ホームドクター契約制度を推進し、通常の診療ニーズに対し、末端の医療衛生機関で診療が行える体制を整備している。こうした政策により、2011年、全国の末端医療衛生機関は91万8,000カ所（ベット数は、123万4,000床）となり、そのうち、社区の衛生サービスセンターは2万6,000カ所、郷・鎮の衛生院は3万8,000カ所、村の衛生室は66万3,000カ所となっている。

④ 基本公衆衛生サービス水準の向上

現在、政府は、国民全体に総合的な基本公衆衛生サービスを無料で提供しており、その中には、1) 住民の健康記録づくり、2) 健康教育、3) 予防接種、4) 0～6歳児や妊産婦、高齢者の健康管理、5) 高血圧と2型糖尿病患者の健康管理、6) 重度精神疾患患者の管理など10種類41項目のサービスが含まれている。一方、特殊な病気や特定の地区に対しては、政府は重大公衆衛生サービスプロジェクトを実施し、農村の妊産婦の入院分娩への補助、15歳以下の者のB型肝炎ワクチンの接種、石炭燃焼型フッ素中毒の未然防止、農村女性の妊娠前・妊娠初期の葉酸服用、無害化衛生トイレの建設などの事業を実施している。これらの政策により、2011年、中国

中国
（社会保障施策）

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

の予防接種計画に記載されたワクチンの接種率は全体として90%以上に達しており、また、全国の入院分娩率は98.7%、そのうち農村の入院分娩率は98.1%となり、妊産婦死亡率は低下している。また、農村の水道普及率と衛生トイレ普及率は、それぞれ72.1%と69.2%に向上している。

⑤ 公立病院改革が進展

2010年から17の都市、37の省レベルで公立病院改革を試行的に実施し、院内の体制・仕組みの刷新、内部管理の強化などを推進している。2012年には県レベルの公立病院改革を本格的に実施し、県レベルの病院をリーダーとし、それと連動して農村の医療衛生サービスの向上を図っている。現在、公立病院と末端医療衛生機関との間の分業・協働の仕組みが形成されつつある状況にある。また、医療事業運営の多元的な枠組み（公営から非営利、民間運営を奨励）を構築し、2011年までに民営病院が8,437カ所が設立されている。

(3) 出産保険

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。1988年から試行され、1994年から全国実施されている。2012年末の加入者は15,429万人（前年比1,537万人増）で、受給者は353万人（前年比88万人増）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¹⁴⁾。

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、直近の平均月給がほぼ全額補償

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、2011年末までに2億6,000万人に達し、毎年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年には9,840万人に達し、2035年には1.43億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行
 - ・医療保険制度の再建の遅れ
 - ・畜牧業が振興する一方、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

■ 14) 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。

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）¹⁵⁾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。

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¹⁶⁾¹⁷⁾。

二 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130万であり、世界発症人数の14.3%を占めており、世界で2位となっている。

中国政府は、近年、結核予防治療経費を増やし、中央財政の結核予防治療経費は2001年の4000万元から2010年の5.6億元に、地方財政は2001年の7250万元から2010年の4億元に増加している。

この10年間、一連の結核無料診断治療と予防治療の激励政策を制定し、患者の発見と治療管理の品質を確保すべく施策を実施している。2005年以来、全国において、県単位の現代的な結核抑制政策のカバー率は100%に達している。2001年から2011年の間、全国で918万人の結核患者の治療を行っている。そのうち、伝染性結核患者は492.3万人で、伝染性結核患者の治癒率は90%以上となっている。

中国衛生部は、「全国結核病予防治療計画（2001～2010年）」の実施効果を評価し、全国の結核流行状況を把握し、第12次五か年（「十二・五」）計画の結核予防治療計画を科学的に制定するために、衛生部は2010年4月から7月まで、全国31の省、自治区、直轄市において全国第五次結核疫現場調査を展開した。調査対象となったのは、結核発症率、耐性率、民衆が結核の知識を知っている割合及び社会経済状況などの4つの内容である。

調査結果から、2000年より、全国の結核発症率は引き続き下降傾向にあることが明らかになった。15歳以上の結核発症者は2000年の人口10万人当たり466人か

■ 15) 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。
 ■ 16) 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、発生动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。
 ■ 17) 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。

(社会保障施策)
中国
韓国
インドネシア
マレーシア
フィリピン
シンガポール
タイ
ベトナム

ら、2010年には459人に低下した。そのうち、伝染性結核発症率の低減が特に顕著で、2000年の人口10万人当たり169人から、2010年の66人に低下し、10年間で61%低下し、毎年の上昇率は約9%である。

しかし、この調査から、中国の結核予防治療について、いくつかの問題があることも浮き彫りになっている。

- ① 流行状況の地域間の格差。西部地区の発症率は中部地区の1.7倍、東部地区の2.4倍であり、農村部は都市部の1.6倍である。
- ② 多くの抗生物質に耐性がある結核菌による感染が6.8%もあり、他の国と比べると非常に深刻である¹⁸⁾。
- ③ 症状が出た結核発症者のうち、診療を受けるのはわずか47%で、患者は十分に重視していない。
- ④ 発見された患者の薬物服用率はわずか59%で、薬物服用の主体性が足りない。
- ⑤ 民衆が結核の知識を知っている割合はわずか57%で、全社会の共同参加と結核予防治療健康教育が必要である。

結核は慢性伝染病であり、その発症の法則と流行の特徴から、今後の長い間、その危害は長期的に存在していくことは確定的である。現在、中国における結核流行状況は依然として深刻であり、予防治療には多くの困難がある。多剤耐性結核の危害がますます大きくなってきており、結核とエイズの同時感染の予防治療を展開する必要がある。流動人口の結核患者に対する治療と管理が難しくなり、現在の予防治療サービスシステムと予防治療能力は新しい状況の下で予防治療ニーズに完全にこたえることができている。

十二・五期間中、衛生部門は関連部門との協力をさらに強化し、「全国結核病予防治療計画（2011～2015年）」を積極的に実施し、我が国の結核予防治療サービスシステムを充実させ、結核予防治療の各措置を確実に実施し、保障政策を完備し、予防治療チームの建設を強化し、予防治療サービスの品質を向上させ、結核病流行の抑制に

貢献することとされている。

ホ エイズ

1985年に初めて HIV/AIDS 感染者が公的に確認されたから、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、2012年の新規報告数は41,929人であり、死亡者数は11,575人、2013年9月までの実際の報告数は、43.4万人となっている。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、麻薬原因の感染率は下降しており、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、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た¹⁹⁾。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²⁰⁾。

ヘ 鳥インフルエンザ (H5N1)

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²¹⁾、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。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

■ 18) 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。
 ■ 19) 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、貧困エイズ発症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。
 ■ 20) 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。
 ■ 21) 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。

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	
2009年	
・ 1月6日、1例（北京市朝陽区、死亡）（女性、19歳）	
・ 1月17日、1例（山西省呂梁市孝義市）（女児、2歳）	
・ 1月18日、1例（山東省済南市、死亡）（女性、27歳）	
・ 1月19日、1例（湖南省懷化市、死亡）（男性、16歳）	
・ 1月24日、1例（新疆自治区ウルムチ市、死亡）（女性、31歳）	
・ 1月25日、1例（貴陽市雲岩区）（男性、29歳）	
・ 1月26日、1例（広西自治区北流市、死亡）（男性、18歳）	
・ 1月31日、1例（湖南省溆浦県）（女性、21歳）	
2010年	
・ 6月4日、1例（湖北省鄂州市、死亡）（女性、22歳）	
・ 11月17日、1例（香港特別行政区）（女性、59歳）	
2011年	
・ 12月31日、1例（広東省深セン市、死亡）（男性、39歳）	
2012年	
・ 1月22日、1例（貴州省貴陽市、死亡）（男性、39歳）	
・ 6月2日、1例（香港特別行政区）（男性、2歳）	
2013年	
・ 2月10日、2例（貴州省貴陽市、死亡）（女性、21歳） （貴州省貴陽市）（男性、31歳）	

※ 日付は衛生部の対公表日

ト 新型インフルエンザ（H1N1）

世界各国での流行とあわせて中国においても感染者数が増大し、衛生部の公表によれば、2010年中に9,360人が感染し、75人が死亡した。一方、2009年9月からはワクチン接種を開始し、2010年4月までに累計で9,638万人が接種を受けた。これにより、2012年には1,072人が感染し、死亡数は3名と急激に減少した。

チ 鳥インフルエンザ（H7N9）

2013年3月31日に上海市及び安徽省で「H7N9型」鳥インフルエンザウイルスの人への感染者3名が確認されて以降、5月までに感染が拡大し、2013年9月末までに合計137名が感染し、45名が死亡している。

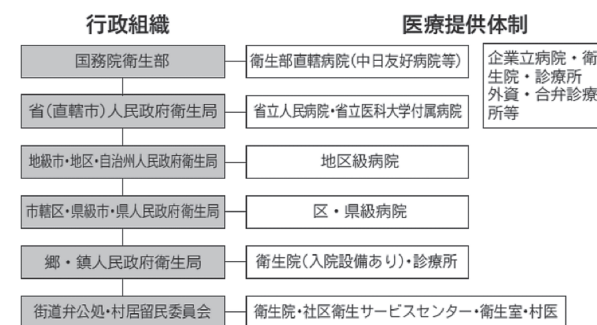
(2) 行政組織・医療提供体制

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。

2012年末の1,000人当たり病床数は4.24床と日本の約4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²²⁾、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²³⁾。

図 4-1-29 行政組織と医療提供体制



参考出所：中国政府資料

■ 22) 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。

■ 23) 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。

なお、2011年末までで、全国の医療衛生機関数は、954,389カ所となっており、そのうち、病院は21,979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918,003カ所、専門的公衆衛生機関は11,926カ所となっている。また、病院のうち、国立病院は13,542カ所、民営病院は8,437カ所、レベル別では、三級病院1,399カ所、二級病院6,468カ所、一級病院5,636カ所、レベルの定められない病院8,476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衆衛生サービスの充実に取り組んでいる²⁴⁾。また、「第十二次五カ年計画」期間における医療衛生体制改革の計画・実施案」(2012年～2015年)においても、基本公共医療衛生サービス均等化の水準の向上、医療資源構造の合理化・調整の推進、民間医療機関の発展・奨励、医療衛生の情報化の加速、政府の資金投入の拡大等の改革を推進している。(前述の(参考)参照)

(3) 医療従事者

医師数(医師)は約261.6万人、うち「医師」資格者は213.9万人である(2012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。

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(2012年の財政投入資金674.3億元)。2012年末の受給者は2143.5万人で(前年比112.77万人減)、2000年の5倍以上に達しているが、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、2012年の全国平均は月330.1元(前年比14.8%増)。

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。2012年の実支給額は全国平均月239.1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。

■ 24) 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。

(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。2012年末の受給者は、約5344.5万人（前年比約38.8万人増）、財政支出は718億元（前年比7.5%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（2012年1510.3億元（前年比18.2%増））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

2012年末における65歳以上高齢者は12,714万人、人口比率は9.4%となっている（前年比0.3%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²⁵⁾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²⁶⁾、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。

<参考：2010年中国都市・農村高齢者人口状況追跡調査データ発表²⁷⁾>

- ・都市部の平均年金受給額 1527元 / 月、農村部の平均年金受給額 74元 / 月
- ・10年前と比べ、高齢者のみの世帯が上昇
（都市部：2000年42%⇒2010年54%、農村部：2000年37.9%⇒2010年45.6%）
- ・10年前と比べ、施設への入所意欲が低減
（都市部：2000年18.6%⇒2010年11.3%、農村部：2000年14.4%⇒2010年12.5%）

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

■ 25) 2012年末の中国における60歳以上の人口については、19,390万人、人口比率は14.3%となっている。
 ■ 26) 中国老齡科学研究センターの調査によると、2010年末時点で、中国で介護が必要な高齢者は約3,300万人に上り、高齢者全体の約2割に上っている（軽度の人は要介護者全体の84.3%、中度が5.1%、重度が10.6%を占め、農村では軽度の割合が都市よりも13ポイント高いが、都市では重度の割合が農村より8ポイント高い）。全国に4万近くある高齢者施設のうち、半数は自立能力があることを入居の条件としており、入居できない要介護者の世話を、一人っ子世代が担わなければならない、事態は深刻さを増している。
 ■ 27) 同調査は2000年、2006年に続いて、第3回目の調査で、第6回人口センサスのデータをベースに、20省に対するアンケート調査、2万人の高齢者に対するインタビュー調査の結果を反映。

中国
(社会保障施策)

韓国

インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

り、介護支援などの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。高齢者に対する支援は、医療機関において看護的な側面で行われるか、地域（社区）によるサービス提供、あるいは伝統的な家庭内扶養が中心であり、サービスを受けるためには退職金収入、年金収入等の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。

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。

ハ 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) 老齡事業発展12次5か年計画（2011年～2015年）

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おり、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。当該計画の主な目標は、以下の通り。当該計画は、2015年に全面評価を実施する予定である。

- ① 高齢者事業中長期発展計画の制定
- ② 都市・農村住民の社会養老保障体系の整備、全国の高齢者の基本的な養老保障の初歩的な実現
- ③ 高齢者の基本医療保障体系の整備、基層医療衛生機構の健康管理サービスの展開及び健康カルテの普及
- ④ 在宅を基礎とし、コミュニティ（「社区」）を拠り所とし、機構によるサポートを特徴とする高齢者養老サービス体系の確立。在宅養老とコミュニティの高齢者養老サービスのネットワークを整備。千人あたり高齢者養老ベッド数を30床に引き上げ
- ⑤ 都市・農村の高齢者関連プロジェクトの技術基準・規範、バリアフリー施設への改善及び新設住宅区における高齢者施設建設計画に関する基準の整備
- ⑥ 高齢者向けの文化・教育・スポーツ施設の増加、高

齢者向け学校の規模の拡大

- ⑦ 高齢者の社会管理業務の強化。各地に老齡工作委员会を設立し、80%以上の退職者をコミュニティ管理サービスの対象に組み入れ。基層の高齢者協会カバー率を80%以上、高齢者ボランティア数を高齢者人口の10%以上に引上げ

(ハ) 社会養老サービスシステム構築計画

経済・社会の発展レベルとバランスのとれた社会養老サービスシステムを確立し、「老有所養（高齢期の扶養）」という戦略的目標及び「社会による養老サービスを優先的に発展させる」という要求を実現するため、社会養老サービスシステム構築計画（2011-2015年）計画が策定された。当該計画の主な目標は、以下の通り。

- ① 2015年までに、制度が整備されている、組織が健全である、規模が適切である、運営が良好である、サービスが優れている、監督管理が行き届いていること等を特徴とする持続的な発展が可能な社会養老サービスシステムを基本的に形成する。
- ② 高齢者1,000人当たり30床の養老ベッドを確保する。
- ③ 在宅養老及びコミュニティによる養老サービスネットワークの基本的な健全化を終了させる。

(3) 障害者福祉

イ 現状

障害者は2010年末8,502万人と推計されており、最近では防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用できない障害者も多い。

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。

(ロ) 障害者事業5か年計画（2011年～2015年）

社会保障の拡充、リハビリテーションの実施²⁸⁾、教育水準の向上、就業の促進保護政策の充実、扶貧対策の強化、介護サービスシステムの整備、公共文化サービスの強化、障害者組織体系の充実、バリアフリー、法制度の整備、障害の予防、科学技術・情報化水準の向上等の政策の方向性が定められ、障害者リハビリサービス受給者を1,300万人以上とするほか、就業する障害者数を100万人以上とする、都市障害者一世帯当たりの給与を137,000元とするなどの数値目標が掲げられている。

(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（2012年末の入所児童数は10.4万人）。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2012年では27,278件（うち4,121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²⁹⁾。

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。2013年から青島市では、介護保険制度を試行的に開始しているものの、未だ国全体で制度を整備しようとする動きまでには至っていない。

(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歳以上の高齢者人口は2013年に約2億人に、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

■ 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ておらず、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。

■ 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。

中国 (社会保障施策)
韓国
インドネシア
マレーシア
フィリピン
シンガポール
タイ
ベトナム

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。これにより、新生児が毎年100～200万人増加すると予想され、2030年以降には労働力の供給が増加し、労働力構造を改善することが期待されている。

(※現在の「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。