

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

社会保障施策

社会保険の整備（特に農村部）を進めており、年金制度及び医療保険制度については都市住民と農村住民の制度を統合し、農村の被保険者の権益保障を強化している。今後急速に高齢化が進行すると予想されているなか、一部の地域において、介護保険制度を試行的に実施しており、基本的な長期介護保険制度の枠組みの構築を模索している。

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。

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、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。なお、社会保険制度は法律上全国的にカバーされたものの、納付者の所属（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。

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、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いる。

中国における政府の大きな行動計画である第十三次五カ年計画（2016年-2020年）では、この5年間で全面的な「小康社会」（「ややゆとりのある社会」の意味）の建設において勝負を決する段階と位置づけており、それらへの対応は中国全体においても重要な課題となっている。

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が、介護保険制度はない（一部モデル都市で試行実施（後述））。加入者数は、医療保険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拡大が課題³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⁴。

■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。」と規定されており、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、2018年5月に、日中社会保障協定を締結した。
なお、中国における二国間社会保障協定に関しては、日本のほか、2001年に独（2002年発効）、2012年に韓国（2013年発効）、2013年にデンマーク（2014年発効）との間で締結され、2014年にフィンランド、2015年にカナダ、スイス、2016年にフランス、オランダ、2017年にスペイン、ルクセンブルク、2018年にセルビアとの間で締結されている。

■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。国家統計局の発表によると、中国のジニ係数（2017年）は0.467となっている。また、農村人口は57,661万人（総人口の41.48%）であり、そのうち農村部の貧困者（一人当たりの年間収入が2,300元以下）は減少傾向であるものの、2017年末3,046万人（前年比1,289万人減）で、農村部人口の5.2%を占めている。（2017年国民経済・社会発展統計公報）

■3) 政府は社会保険への適用強化を進めており、第13次国民経済・社会発展五か年計画要綱では「流動的な就業人員や農民工等の社会保険加入率を大幅に引き上げる」と述べられている。

■4) 2017年末時点で農民工は2億8,652万人となっており、都市従業員基本養老保険への農民工の加入者数は6,202万人（対前年比262万人増）、医療保険への農民工の加入者数は6,225万人（対前年比1,399万人増）となっている。（2017年度人力資源社会保障事業発展統計公報）

表4-1-20 社会保険制度（2017年末時点）

	年金（養老）	医療	失業	労災	出産
加入者	9億1,548万人 (2,771万人増)	11億7,681万人 (4億3,290万人増)	1億8,784万人 (695万人増)	2億2,724万人 (834万人増)	1億9,300万人 (849万人増)
基金収入	4兆6,614億元	1兆7,932億元 (4,848億元増)	1,113億元 (116億元減)	854億元 (117億元増)	642億元 (120億元増)
基金支出	4億424億元	1兆4,422億元 (3,655億元増)	894億元 (82億元減)	662億元 (52億元増)	744億元 (213億元増)
基金積立金	5兆202億元	1兆3,234億元 (都市・農村住民基本医療保険基金積立金3,535億元を含む)	5,552億元 (219億元増)	1,607億元 (備蓄金270億元を含む) (196億元増)	564億元 (112億元減)
保険料率	定額納付 (地域によって異なる)	6% 2%	1% 0.2%	平均0.5% —	0.8% —

(注1) 各項目の人数及び金額について、下段は、前年との増減。

(注2) 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4-1-21 都市・農村住民基本養老保険
(2017年末時点)

	都市・農村住民基本養老保険
加入者	5億1,255万人 (408万人増加)
基金収入	3,304億元 (371億元増)
基金支出	2,372億元 (222億元増)
基金積立金	6,318億元 (933億元増)

(注) 各項目の下段は、前年との増減

(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・農村住民基本養老保険、公務員年金があり、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、4億293万人（うち在職者2億9,268万人（前年比1,441万人増）、退職者1億1,026万人（前年比922万人増）である（2017年末）。）。基本的仕組みは表4-1-22のとおり。

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。この取組み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（2（1）へ参照）。基本的仕組みは表4-1-23のとおり。

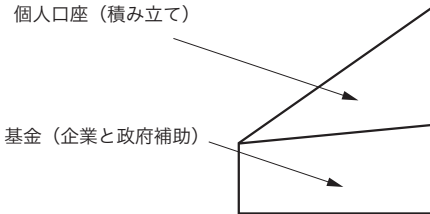
ニ 公務員年金

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、国務院から公布された「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、また、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%）が給付される制度であったことから、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、給付額も手厚いなど問題⁵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

■5) 都市・農村住民と従業員、公務員の平均給付額の割合は、1:20:40とも言われている。

表 4-1-22 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	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） 	
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	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% 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2,400元（2017年））	
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	2017年中央・地方政府の補助金総額は8,004億元（基金へ拠出し、基金収入の18.48%）
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	4億293万人（2017年末時点）
	受給者数	8,593万人（2015年末時点）
	支給総額	3兆8,052億元（2017年末時点）
	基金運用状況	2017年の基金収入4兆3,310億元（前年比8,252億元増） 2017年の基金支出3兆8,052億元（前年比6,198億元増） 年末基金累計残高4兆3,885億元（前年比5,305億元増）

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年以上など）とする新たな公務員年金制度を開始している⁶。

ホ 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。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、8.04

万社、2,331万人（2017年、前年比6万人増）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。また、その普及は、沿岸地域の優良企業に限られている。このほか、個人納付による貯蓄型年金もある。

へ 年金を中心とした社会保険の適用拡大

改革開放後、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。2017年の都市従業員基本養老保険は農民工2億8,652万人を加入対象としているが、実際は6,202万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

■6) 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。

表4-1-23 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 国务院「都市住民養老保険の試行に関する指導意見」（2011年） 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年） 国务院「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年）	
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>	
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70元（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120元/月（2017年））	
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2,000元まで100元毎の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元以上補助し、500元以上保険料を納付した者に対しては年間60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	加入者数	5億1,255万人（2017年末時点）
	受給者数	1億5,598万人（2017年末時点）
	支給総額	2,372億元（2017年末時点）
	基金運用状況	2017年の基金収入3,304億元（前年比371億元増） 2017年の基金支出2,372億元（前年比222億元増） 年末基金累計残高6,318億元（前年比933億元増）

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%）を支払うのが難しいこと、移動の激しい農民工に対し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。

一方、農村部では、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、人口のおよそ半分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。政府は、これまでの制度運営が順調でなかった点などを踏まえ、2009年から新たな農村年金制度を実施することとして新型農村社会養老保険制度を試行し（2011年末には全国27省及び自治区の1,914県（市・区）と4の直轄市の一部の市・区におい

て同制度を試行）、2012年末の加入者数は4.6億人（前年比1.3億人増）となっていた。

政府は、2010年に社会保険法を成立させるなど法整備を進めるとともに、2012年末までに全国民をカバーする年金制度の確立を目標に取り組んできた。この取り組みは、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は解消しなかったことから、2014年2月、国务院は「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、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」を構築することとなった。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、2020年の前までには全面的に公平で統一した都市・農

村住民基本養老保険制度を構築することとしている。

さらに、2014年に、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、特に農工の権益を保障することを目的としている。

こうした取組などにより、2017年末時点で、都市従業員基本養老保険に4億293万人、都市・農村住民基

本養老保険に5億1,255万人が加入し、合計で9億1,548万人をカバーする年金制度となっている。

(2) 医療保険制度等

イ 制度の類型

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⁷がある。制度間、地方間では医療

表4-1-24 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 ※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。 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="text-align: center;"> <p>【入院・特殊疾病病院】 【一般外来】</p> <p>※一部の市では高額医療互助保険から別途給付あり</p> </div>	
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	3億323万人（うち、在職者2億2,288万人、退職者8,034万人）（2017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5,660億元（2017年時点）

■7) 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。

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。

□ 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）口）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、2017年末には3億323万人（うち在職者2億2,288万人、退職者8,034万人）となっている。基本的仕組みは表4-1-24のとおり。

(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⁸。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、小規模病院の利用を誘導している。

(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4-1-25の通り。

ハ 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年に国务院より「都市部と農村部の住民基本医療

表4-1-25 北京市の基本医療保険及び高額医療互助保険の例

	加入者別	免責基準	給付上限額	自己負担率				
				本市市区の医療機関	その他指定病院			
外来	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%					
都市従業員	加入者別	免責基準	自己負担率					
			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	医療費の段階	一級病院	二級病院	三級病院
					～1,300元	100%	100%	100%
					1,300元～3万元	10%	13%	15%
					3万元～4万元	5%	8%	10%
					4万元～支払(※1)10万元	3%	3%	5%
					支払(※1)10万元～30万元	15% (※2)		
					30万元～	100%	100%	100%
					～1,300元	100%	100%	100%
					1,300元～3万元	3%	3.9%	4.5%
					3万元～4万元	1.5%	2.4%	3%
					4万元～支払(※1)10万元	0.9%	0.9%	1.5%
支払(※1)10万元～30万元	10% (※2)							
30万元～	100%	100%	100%					
入院	退職者	同上	～1,300元	100%	100%	100%		
			1,300元～3万元	3%	3.9%	4.5%		
			3万元～4万元	1.5%	2.4%	3%		
			4万元～支払(※1)10万元	0.9%	0.9%	1.5%		
			支払(※1)10万元～30万元	10% (※2)				
			30万元～	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）

■8) なお、北京市などにおいては、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対象となっている。

表4-1-26 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（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	
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	8億7,359万人（2017年末時点）
	資金運用	収入：保険料収入1,813億元、政府補助4,919億元（2017年時点） 支出：基本医療保険基金からの保険給付総額は6,095億元（2017年時点）

表4-1-27 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	500元		3,000元	45%	45%	
入院	学生児童	150元	400元	650元	20万元	20%	22%	25%
	学生児童以外	1回目：300元 2回目以降：150元	1回目：800元 2回目以降：450元	1回目：1,300元 2回目以降：650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。

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。2017年末の加入者数は8億7,359万人となっている。基本的仕組み及び北京市の例は表4-1-26・27のとおり。

(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。北京市の例は表4-1-28の通り。

表4-1-28 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	50%
5万元超～	60%

※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⁹⁾。

■9) 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4万元～6万元の場合1万元、自費医療費6万元～8万元の場合2万元、自費医療費8万元～12万元の場合3万元、自費医療費12万元～16万元の場合4万元、自費医療費16万元以上の場合5万元の一時金を給付した。

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¹⁰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などの要素に基づいて、地方の民政部门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への加入を援助し、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、2017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5,621万人である。

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たことを受け、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。

ヘ 医療衛生体制改革の動き

第十三次五か年計画（2016年-2020年）においては、「健康中国」の建設を推進することとされ、①医療衛生体制改革の深化、②予防を主とする方針の堅持、③基本医療衛生制度の完備等を推進することとされている。

また、2016年8月には習近平国家主席以下幹部の出席のもと、「全国衛生健康大会」が開催されるとともに、2016年10月には国務院より『「健康中国2030」計画綱要』が発表され、2020年には主要な健康指標を中・高所得国のトップレベルにするとともに、2030年には主要健康指標で高所得国の仲間入りを果たし、平均寿命を79.0歳に伸ばすとされた（詳細は6（2）参照）。

(3) 出産保険¹¹

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

る出産休暇及び出産に係る医療保障を内容とするものである¹²。

1988年から試行され、1994年から全国実施されている。2017年末の加入者は1億9,300万人（前年比849万人増）で、受給者は延べ1,113万人（前年比199万人増）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、直近の平均月給をほぼ全額補償。

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する一方、心臓病、脳血管障害、がん、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いている。

慢性疾患患者は、2014年末までに3億人に達し、毎年約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年末に1.14億人に達しており、2030年には1.54億人に達すると見込まれている。

このような状況を受け、政府は「中国防治慢性病中長

■10) 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。
 ■11) 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。また、今後出産保険と従業員基本医療保険の一体運営を検討することとされており、2017年6月から重慶市等12の都市で試行実施されている（「生育保険と従業員基本医療保険の統合実施試行方案」（2017年2月4日国務院））。
 ■12) 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優生保護的な目的もあるとされている。

期計画」(2017年11月22日国務院)を定め、脳血管疾患死亡率、がん5年生存率等の2020年、2025年の目標を定め、取組を強化している。

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、流行性出血熱、狂犬病、肝炎など一部の疾病では増加傾向となっている。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動
- ・医療保険制度の再建の遅れ
- ・牧畜業が振興する一方、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、これらの疾病の日本への流入や、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。

□ 伝染病法制の改正

SARS(重症急性呼吸器症候群)撲滅過程での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。

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¹³。

ニ 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器伝染病である。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約90万人となっている。

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、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、2017年の新規報告数は557,194人であり、死亡者数は15,251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、麻薬原因の感染率が下降する一方、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、さらに感染者が拡大すると考えられた¹⁴。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

■13) 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、北京市では、日本脳炎、流行性脳脊髄膜炎、A型肝炎、MMR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、北京市ではインフルエンザ、水痘、肺炎、狂犬病、流行性出血熱(EHF)などを指定している。

■14) 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。

染者の人権保護といった面で多くの課題がある。

ハ 鳥インフルエンザ

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3 km以内の飼養鳥の殺処分、周辺3~5 kmにおける強制ワクチン、周辺5~10 kmにおける移動制限（21日間）といった対策を採っている。

鳥インフルエンザ（H5N1）の人への感染については、2003年以降¹⁵、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。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。

また、2013年には鳥インフルエンザ（H7N9）が発生し、2013年3月31日に上海市及び安徽省において、人への感染者3名が確認されて以降感染が拡大し、2017年にも感染が確認されている。

(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、医療衛生体制改革により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

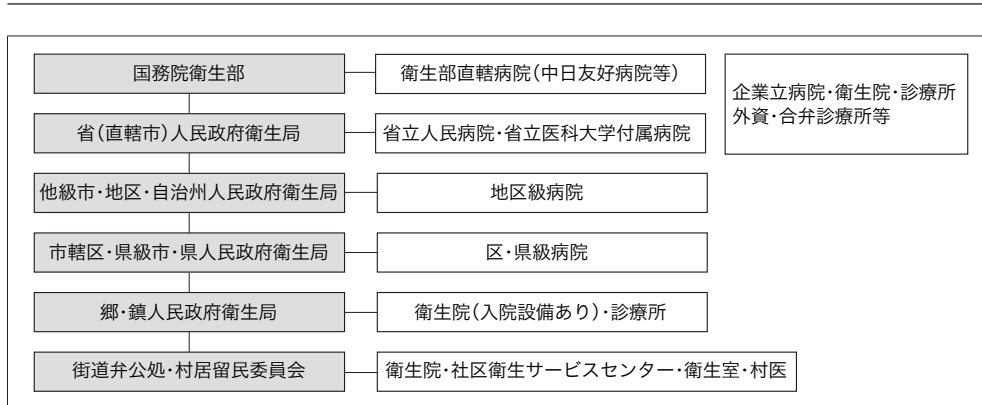
2017年末の1,000人当たり病床数は5.72床と日本の約3分の1である。医療資源は都市部への集中がみられ、農村部で低水準となっている。都市部の基幹病院では高水準の医療機器を有し、例えば移植治療¹⁶や生殖治療をはじめ高度医療を相当数実施している病院もある一方で、農村部の衛生院や診療所は機器、薬剤、医師の質ともに低水準となっている。

なお、2017年末までで、全国の医療衛生機関数は、986,649カ所となっており、そのうち、病院は31,056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933,024カ所、専門的公衆衛生機関は19,896カ所となっている。また、病院のうち、公立病院は12,297カ所、民営病院は18,759カ所、レベル別¹⁷では、三級病院2,340（そのうち三級甲等病院1,360カ所）カ所、二級病院8,422カ所、一級病院10,050カ所、レベルの定められない病院10,244カ所となっている。

ロ 疾病予防等を重視した保健医療体制の整備

これま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

図4-1-29 中国の行政組織と医療提供体制



資料出所 中国政府資料

- 15) 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。
- 16) 臓器移植に関して、死刑囚から臓器を取り出し、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。さらに、2015年1月からは死刑囚からの臓器移植も禁止された。
- 17) 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服務中心は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など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。

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、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¹⁸。

(3) 医療従事者

医師数(医師)は約339万人(人口1000人当たり2.44人)、うち「医師」資格者は282.9万人である(2016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380.4万人(人口1000人当たり2.74人)、薬剤師は約45.3万人となっており(2017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 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(2017年の財政投入資金640.5億

元)。2017年末の受給者は1,261万人で、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。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、2017年の最低生活保障基準の全国平均は月540.6元(前年比9.3%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。2015年の実支給額は全国平均月316.6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

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。2017年末の受給者は、約4,045.2万人(前年比約541.3万人減)、財政支出は1,051.8億元(前年比37.3億元増)となっている。2017年の農村最低生活保障基準の全国平均は月358.4元(前年比14.9%増)である。

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

■18) 対中ODAとして、2006年から2009年までフェーズ1として「家庭保健サービス」の概念を確立するとともに、2011年から2016年1月まで、河北省、安徽省、河南省、湖北省、重慶市の12県・市・区においてフェーズ2として「家庭保健を通じた感染症予防等健康教育強化プロジェクト」を実施し、児童・思春期(0~19歳)、育齢期(15~49歳)、中高年(45歳以上)の3つのターゲットグループに対して「家庭」を中心に据えた形で健康教育、健康診査、健康相談のサービスを提供し、プロジェクト実施省などでの体系的な保健予防活動の強化とともに、家庭保健計画の作成・管理運営、専門人材の育成を行った。

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（2017年2,169.8億元（前年比5.1%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) 計画出産政策

近年、生産年齢人口は減少し始めており、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歳以上の高齢者は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が、その効果は限定的であったことから、2015年に開催された「五中全会（第18回共産党中央委員会第5次全体会議）」の決定により、人口・計画生育法の改正がなされて一人っ子政策が廃止され、全ての夫婦が二人の子供を出産することができる（2016年1月施行）こととなった。しかしながら、いわゆる「二人っ子政策」となった現在においてもその効果は当初期待されたほどの水準とはなっていない¹⁹。

(3) 高齢者福祉

イ 現状

2018年末における65歳以上高齢者は1億6,658万

人、人口比率は11.9%となっている（前年比0.5ポイント増）。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。

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。現在中国では、在宅サービスの推進、公的養老施設の民営化（公設民営等）、農村の養老サービスの強化（低所得者への支援等）、「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²⁰。また、2012年7月から青島市などでは、介護保険制度を試行的に開始しており、2020年までに中国の社会主義市場経済体制に適應する基本的な長期介護保険制度政策の枠組みを構築していくことを目標としている²¹。さらに、民間養老保険の発展についても推進²²しており、民間養老保険を養老保障体系の重要な構成部分と位置付けている。

ハ 施策の概要

(イ) 高齢者權益保障法

1996年には、高齢者權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。

■19) 2018年における総出生数は1,523万人（前年比200万人減）であり、出生率は1.09%。出生数の減少理由について、経済発展に伴う晩婚化、教育コストの高さ、保育サービスの不足等があるとされている。
 ■20) 「第13次5カ年国家老齡事業發展・養老体系建設計画（2017年3月6日國務院）」。
 ■21) 2016年より全国の15都市を介護保険制度のパイロット地区として発表し、各市がそれぞれの実情にあった介護保険制度を検討・運営している（「長期介護保険制度のモデル事業の展開に関する指導意見（2016年7月19日人力資源社会保障部発表）」）。なお、各市の制度内容としては、基本的に医療保険の財源を活用し、重度の要介護者を対象として実施している。
 ■22) 國務院弁公庁は、2017年6月「商業養老保險の發展加速に関する若干の意見」を発表し、商業養老保險を養老保障体系の重要な構成部分と位置付けた上で、2020年までに保険商品の多様化、サービス範囲の広範化、専門化、市場の規範化を目指すこととしている。

(ロ) その他の施策

老人ホームなどの養老サービスの整備を要件緩和、税制優遇等により促進している。

また、2015年には民政部や衛生健康委員会など関係10機関の連名で「民間資本の養老サービス産業への参加奨励に関する実施意見」を公布し、コミュニティでの高齢者へのデイサービスなどに対する民間参入の促進や養老施設への医療保険の指定、リハビリサービスの保険給付、介護型養老施設への補助金や財政優遇などを規定している。

さらに、2016年に、高齢者介護を含めた民政事業に関する第十三次五カ年計画期間中の取り組みをまとめたものとして民政事業発展第十三次五カ年計画がとりまとめられた。その主なポイントは次のとおり。

- ① 積極的に人口高齢化への対応を行い、介護サービス業の発展を加速させる。
- ② 全面的に在宅を基礎とし、コミュニティを拠点とし、施設を補い、医療介護連携（中国では「医养結合」と言う）のサービス体系を構築する。
- ③ 全面的に介護サービス市場を開放し、介護サービスと商品供給を増加させるとともに、民間資本の養老機構経営を積極的に推進する。
- ④ 介護サービスの有効な供給を向上させ、2020年までに、千人当たりの高齢者人口のベッド数を35-40床に伸ばす。

養老サービスの運営形態について、財政部、民政部、人力資源社会保障部は2017年8月に「政府・社会資本の協力モデルの運用による養老サービス業の発展に関する実施意見」を発表し、PPP（官民連携）モデルによる養老サービス産業の発展を奨励している。具体的には、既存の公営養老施設を社会資本（民間企業など）による運営管理にすることを奨励し、また、政府機関等が保有するレジャー施設、研修センター、宿泊施設、療養施設などは、PPPを通じて社会資本による運営に転換していくとしている。

近年では、地域（社区）における小規模施設の整備も進んできており²³、量の整備から質の確保に政策がシフ

トしている²⁴。

(4) 障害者福祉

イ 現状

障害者は2010年末8,502万人と推計（10年ごとに推計）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・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。

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

■23) 2013年時点で493.7万床（うち社区は64.1万床）であったのに対し、2017年時点では744.8万床（うち社区は338.5万床）となっている（民政部社会服務発展統計公報）。

■24) 民政部においては、2018年末に高齢者権益保障法を改正し、養老施設の許認可を不要とした上で事後管理を強化するとともに、養老施設の等級評価を検討している（2018年9月に民政部が「養老施設の等級・区分評定案」のパブリックコメントを実施）。

代表大会で成立し、同年7月から施行された。

(D) 「第十三次五カ年計画」 障害者の小康プロセスを加速する計画綱要

2016年8月に国務院は『第十三次五カ年計画』障害者の小康プロセスを加速する計画綱要を公表し、障害者について全面的に小康社会の構築を重点的な任務とし、障害者に関連する権利・利益保障制度と障害者を支援・援助するサービス体系を健全化し、障害者向けの公共商品と公共サービスの供給を増加させ、多くの障害者が安穏な暮らし、生計に困らないよう、いっそう裕福な尊厳ある生活を可能とするとしている。そのため、2020年までに、障害者に関する社会保障と基本的な公共サービス水準を明らかに向上させ、構築した小康社会の成果を全面的に共有するとしている。

(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、児童福利院等の入所施設への収容が

中心となっている（2017年末の入所児童数は8.6万人）。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2017年では1.7万件（うち2,228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²⁵。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

(1) 中国の政府機構の改革

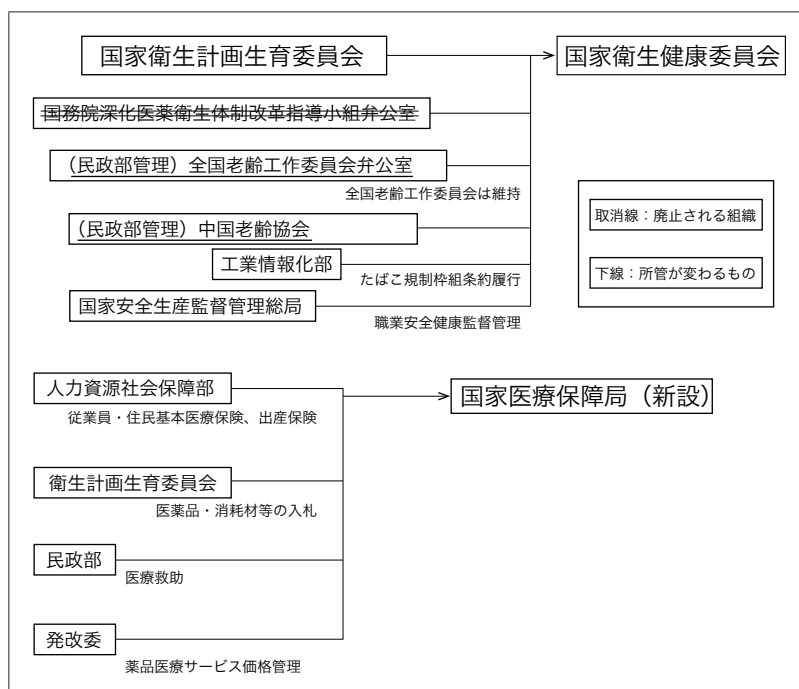
中国では5年に1度政府機構の改革が検討される。2018年3月、政府機構の改革が発表され、社会保障関連部門も見直しが行われた。主な見直し内容は次のとおり（詳細は図4-1-30参照）。

- ① 「国家衛生計画生育委員会」（医療衛生、計画出産政策等を所管）が「国家衛生健康委員会」に変更。
- ② 医療保険や病院の入札、薬価等を所管する機関として「国家医療保障局」を新設。

(2) 「健康中国」に向けた取り組み

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

図4-1-30 政府機構改革の概要



■25) 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ほか、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。

表4-1-31 「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人
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

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月に発表された「健康中国2030計画綱要」等を踏まえ、国務院から「「十三五」健康高齢化計画」が公表された。「健康な高齢化」という観点から宣伝教育、予防保健、医療救助・治療、リハビリ介護、医療と養老の結合、ホスピスケア等の一環したサービス体系の構築を目指したものである。

なお、「健康中国2030計画綱要」では、多くの健康指標について、2020年及び2030年の数値目標が設定されており、その中には、健康に限らず、環境、体育など、健康に関わりのある幅広い分野についての目標も盛り込まれている。

(参考)

- 中華人民共和国国家衛生健康委員会
<http://www.nhc.gov.cn/>
- 中華人民共和国人力資源・社会保障部
<http://www.mohrss.gov.cn/>
- 中華人民共和国民政部 <http://www.mca.gov.cn/>
- 中華人民共和国国家医療保障局
<http://www.nhsa.gov.cn/>
- 中華人民共和国国家統計局
<http://www.stats.gov.cn/>

中国 (社会保障施策)

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ