

## 第2章 東及び東南アジア地域にみる社会保障施策の概要と最近の動向

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

#### 社会保障施策

(参考) 1元 = 15.77円 (2020年期中平均)

第十三次5か年計画 (2016年-2020年) において「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、民生・福祉の分野において様々な施策を行ってきたが、2020年秋、政府は「小康社会の全面的完成に完勝し、決定的な成果を収めた」と振り返った。続く第十四次5か年計画 (2021年-2025年) では、「さらに発展プロジェクト・イノベーションプロジェクト・民生プロジェクトを推進し、とりわけ教育・医療・老人ケア・幼児保育等の方面を強化しなければならない。」としている。

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、介護保険制度の試行拠点を拡大し、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。

また、新型コロナウイルス感染症に対し、「外部からの感染症の流入を防ぎ、内部での再発を防ぐ」、「四つの早期」、「四者の責任」などの原則の下、対策に取り組んでいる。

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<sup>1</sup>ごとに条例等に基づいて実施されてきたが、2011年に中国の社会保険各制度の基本法となる社会保険法が施行された。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。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<sup>2</sup>。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5か年計画 (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いたが、2020年秋、政府は同期間を振り返り「小康社会の全面的完成に完勝し、決定的な成果を収めた<sup>3</sup>」と結論づけた。続く第十四次5か年計画 (2021年-2025年) で

#### 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

- 1) 中国には、現在、介護保険制度は制定されていない。(試験的導入地域等については後述)
- 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、2019年の中国のジニ係数は0.465となっており、2015年以降、格差が拡大している。また、「2019年国民経済・社会発展統計公報」によると農村人口は5億5,162万人 (総人口の39.4%) 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) は減少を続けているが、2019年末551万人 (前年比1,109万人減) で、農村部人口の0.6%となっている。
- 3) 民政・福祉に関する目標の2019年までの達成状況でみると、平均寿命を1歳延ばす、累計5,575万人の農村貧困人口を貧困から抜け出させる等が達成可能となっている。

は、「さらに発展プロジェクト・イノベーションプロジェクト・民生プロジェクトを推進し、とりわけ教育・医療・老人ケア・幼児保育等の方面を強化しなければならない。」としている。

## 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が、介護保険制度はない（試行拠点はあり。（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<sup>4</sup>（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を課題<sup>5</sup>として、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きた。

### (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、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

での仕組みとなっている。2019年末の加入者数は、4億3,488万人（うち在職者3億1,177万人（前年比1,073万人増）、退職者1億2,310万人（前年比1,284万人増））である。

2018年7月より企業従業員基本養老保険中央調整基金制度が開始された。中国全体では、毎年年金基金の収入が支出を上回り、基金の剰余金は増加を続けているが、一方、経済発展の遅れ、定年退職者の増加、労働力人口の減少等によって、政府補助を受けなければ年金収支がマイナスとなる地域が次々と現れ、地域間の格差が拡大している。このような格差を是正するため、「中央調整基金」が設立され、政府が各省（地域）の年金基金から、年金加入者数や従業員平均賃金等を元に算出された上納金を徴収<sup>6</sup>し、その総額を、各省（地域）の定年退職人数等に基づき各地に配分<sup>7</sup>し、年金加入者数が少なく、年金受給者の多い省（地域）が不利にならないよ

表2-1-2 都市・農村住民基本養老保険  
(2019年末時点)

| 都市・農村住民基本養老保険 |                        |
|---------------|------------------------|
| 加入者           | 5億3,266万人<br>(874万人増加) |
| 基金収入          | 4,107億元<br>(269億元増)    |
| 基金支出          | 3,114億元<br>(208億元増)    |
| 基金積立金         | 8,249億元<br>(999億元増)    |

(注) 各項目の下段は、前年との増減

表2-1-1 社会保険制度 (2019年末時点)

|       | 年金（養老）                  | 医療                                 | 失業                    | 労災                                 | 出産                    |
|-------|-------------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|
| 加入者   | 9億6,754万人<br>(2,461万人増) | 13億5,407万人<br>(948万人増)             | 2億543万人<br>(899万人増)   | 2億5,478万人<br>(1,604万人増)            | 2億1,417万人<br>(983万人増) |
| 基金収入  | 5兆7,026億元               | 2兆4,421億元<br>(10.2%増)<br>(生育保険を含む) | 1,284億元<br>(113億元減)   | 819億元<br>(94億元減)                   | 医療保険に含まれる             |
| 基金支出  | 5億2,342億元               | 2兆854億元<br>(12.2%増)<br>(生育保険を含む)   | 1,323億元<br>(408億元減)   | 817億元<br>(75億元増)                   | 医療保険に含まれる             |
| 基金積立金 | 6兆2,873億元               | 2兆7,697億元<br>(生育保険を含む)             | 4,625億元<br>(1,192億元減) | 1,783億元<br>(備蓄金262億元を含む)<br>(2億元減) | 医療保険に含まれる             |
| 保険料率  | 定額納付<br>(地域によって異なる)     | 6%<br>2%                           | 1%<br>0.2%            | 平均0.5%<br>—                        | 0.8%<br>—             |

(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。

- 4) 農民工とは、中国の戸籍制度から生じたもので、農村戸籍を持ちながら主に非農業産業（第二次および第三次産業）に従事しており、賃金を主要な収入源として生活を維持している労働者をいい、2019年には2億9,077万人となっている。
- 5) 第十三次国民経済・社会発展5か年計画要綱では年金制度の加入率を2015年の82%から2020年までに8%引き上げるという目標を立てていたが、2019年に99.99%を達成している。
- 6) 各省（地域）上納金額＝（各省従業員平均賃金×90%）×各省従業員年金加入者数×上納比率（現行3%、今後引き上げの予定）
- 7) 各省（地域）の配分額＝各省定年退職人数×全国一人あたり配分額（上納金総額を全国定年退職人数で割った金額）

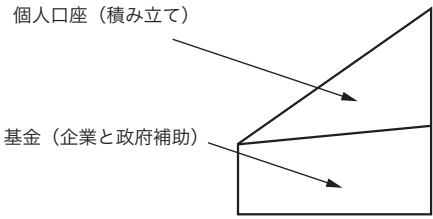
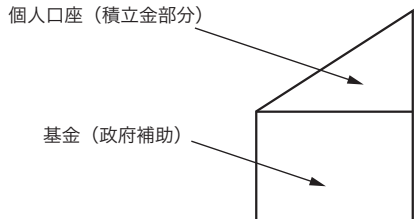
[東及び東南アジア地域にみる社会保障施策の概要と最近の動向（中国）]

うにした。

また、政府は、企業の負担軽減のため、2016年、「段階的な社会保障費率の減少に関する通知」により同年5月1日から2年間、暫定的に都市従業員基本養老保険料

率の企業負担部分を最大20%<sup>8</sup>に引き下げ、2018年5月にその措置を2019年4月30日まで延長させ、企業負担分の割合を最大19%としていたが、更に2019年4月、「社会保険料率引き下げの総合方案に関する通知」

○公的年金制度 表2-1-3 養老保険制度

| 名称             |        | 都市従業員基本養老保険制度   | 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（2010年）<br>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）  | 社会保険法<br>国务院「都市住民養老保険の試行に関する指導意見」（2011年）<br>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）<br>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           |        | 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<br><br>                        | 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<br><br> |
| 運営主体           |        | 各省・自治区・直轄市（原則）  | 各省・自治区・直轄市・県（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）   | 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 | 退職年齢（男性60歳、管理職女性55歳、一般女性50歳）  | 男女ともに60歳   |
|                | 最低加入期間 | 15年（制度開始以降に就業した者）<br>※保険料納付期間が15年未満の場合、原則として、15年を満たすまで継続して保険料を支払う必要がある。   | 15年  |
|                | 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）  | 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           |        | 1階部分<br>[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%<br>2階部分<br>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）<br>（※1・2階併せて全国平均月一人当たり2,400元（2017年）） | 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））  |
| 財源             | 保険料    | 企業：賃金 × 16%（すべて1階部分（基金）へ拠出）<br>従業員：賃金 × 8%（すべて2階部分（個人口座）へ拠出）  | 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   | 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%）  | 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） | 遺族給付   | 葬儀補助金・救済金（被保険者が死亡した場合）<br>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）   | 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   | 4億5,538万人（2020年末時点）   | 5億4,244万人（2020年末時点）  |
|                | 受給者数   | 8,593万人（2015年末時点）   | 1億6,032万人（2019年末時点）  |
|                | 支給総額   | 5兆1,189.0億元（2020年末時点）   | 3,374.0億元（2020年末時点）  |
|                | 基金運用状況 | 2020年の基金収入4兆3,971.8億元（前年比8,095.1億元減）<br>2020年の基金支出5兆1,189.0億元（前年比2,405.7億元増）<br>年末基金累計残高4兆6,963.6億元（前年比7,217.2億元減）  | 2020年の基金収入4,020.2億元（前年比750.0億元増）<br>2020年の基金支出3,374.0億元（前年比260.1億元増）<br>年末基金累計残高9,552.5億元（前年比1,396.2億元増）   |

■8) 保険料の企業負担が賃金の20%を超えている地方は20%に引き下げる。



を発表し、2019年5月1日以降、16%に引き下げた。

## 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、2015年末には統合が完了した。

## 二 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<sup>9</sup>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（保険料率や、最低加入期間など）とする新たな公務員年金制度を開始している<sup>10</sup>。

## 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、2019年に9万6千社（前年より8,600社増）、2,548万人（同160万人増）で、公的年金に比べると加入者数は少なく、増加のスピードも遅い。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。

## ヘ 農民工の社会保険の適用拡大

政府は関連制度の整備を進めつつ農民工等に積極的に加入を促進してきた。第13次国民経済・社会発展5か年計画要綱でも「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」と述べられていた。2009年、「農民工基本養老保険参加法」が施行され、農民工の使用者は当該農民工を都市従業員基本養老保険に加入させなければならないとした。農民工を養老保険に加入しやすくするため、保険料は、企業が賃金の12%、農民工の負担部分は4~8%とする、就業地や職場の移転があっても支払記録は引き継がれ、個人口座も保存され、再就職の際には支払期間は通算される、保険料納付期間が15年に満たないときには都市・農村住民基本養老保険に加入することができる、等と規定されている。

法制度の進展を受け、2017年のデータでは農民工2億8,652万人のうち、都市従業員基本養老保険に加入しているのは6,202万人、加入率は21.7%<sup>11</sup>と社会保険の適用は少しずつ拡大している。農民工の養老保険への加入がなかなか進まないのは、収入の低い農民工及び農民工を使用する事業所には保険料の負担がまだまだ重いこと、都市従業員基本養老保険の加入資格として被用者となっているが、実際には個人で加入する場合<sup>12</sup>、非地元戸籍や農村戸籍の労働者を対象外とする地方政府が多く、中小企業等で非正規労働者として就労することの多い農民工の加入が妨げられていること等が理由としてあげられている。

■9) 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。

■10) 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）も設けることとなり、公務員への優遇は解消されていない。

■11) 2010年では農民工2億4,223万人のうち、都市従業員基本養老保険に加入しているのは3,284万人（加入率13.6%）であった。

■12) 事業所単位で加入するのが一般的だが、事業所が保険に加入していない場合、個人でも加入できる。

(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<sup>13</sup>がある。制度間、地方間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、2019年には3億2,925万人（うち在職者2億4,224万人、退職者8,700万人）となっている。基本的仕組みは別表のとおり。

(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<sup>14</sup>。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3%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以下の通り。

表2-1-4 北京市の基本医療保険及び高額医療互助保険の例

| 外来 | 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 |      |
|    |      | 在職者            | 1,800元          | 2万元             | 10%       | 30%     |      |
|    |      | 退職者            | 1,300元          |                 |           | 15%     |      |
|    |      |                |                 |                 |           | 70歳未満   | 10%  |
|    |      | 70歳以上          |                 |                 |           |         |      |
| 入院 | 加入者別 |                | 免責基準            | 自己負担率           |           |         |      |
|    |      |                |                 | 医療費の段階          | 一級病院      | 二級病院    | 三級病院 |
|    |      |                | 在職者             | ～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～50万元 | 15%(※2)   |         |      |
|    |      |                | 退職者             | 50万元～           | 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～50万元 | 10%(※2)         |           |         |      |
|    |      |                | 50万元～           | 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）

■13) 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。  
 ■14) 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。

○医療制度 表2-1-5 医療保険制度

| 名称      | 都市従業員基本医療保険制度（強制加入）   | 都市・農村住民基本医療保険（任意加入）  |   |
|---------|---|--|---|
| 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   | 都市住民基本医療保険と新型農村合作医療この二つの制度を統合し、統一した制度を構築する。  |   |
| 根拠法     | 社会保険法<br>国务院「都市従業員基本医療保険制度の決定」（1998年）   | 社会保険法<br>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    | 直轄市、市（原則）   | 市  |   |
| 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。<br>※被扶養者は対象外。<br>※退職者も対象   | 都市従業員以外の都市・農村住民全てが対象   |   |
| 給付対象    | 医薬品購入費用、入院費用、外来費用<br>※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。<br>※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。   | 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。）<br>※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   | <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（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。<br/>※一部の市では高額医療互助保険から別途給付がある。</p> | <p>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。<br/>※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</p>   |   |
| 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。<br>※地域によっても異なる  | 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。<br>※地域によっても異なる<br>※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   | <p>企業：賃金×6%（都市従業員基本医療保険基金に拠出、同基金から拠出額の30%前後を各従業員の個人口座に積み立てる）（積み立て割合は地区ごとに設定。北京市の場合、10%）<br/>従業員：賃金×2%（都市従業員基本医療保険基金に拠出し、基金から当該従業員の医療専用の個人口座に積み立てる）<br/>※退職者は、保険料負担は無く、企業が負担。</p> | <p>対象額の属性ごとに一定額（地方政府が規定）<br/>※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<br/>保険料収入1,813億元（2017年時点）</p> |
|         | 政府負担  | -  | <p>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）<br/>政府補助4,919億元（2017年時点）</p>                   |
| 実績      | 加入者数  | 3億2,925万人（うち在職者2億4,224人、退職者8,700万人）（2019年）   | 10億2,483万人（2019年末時点）  |
|         | 基金運用状況  | <p>都市従業員基本医療保険基金への拠出額：1兆5億元（2019年時点）<br/>都市従業員基本医療保険基金からの給付支払総額7,939億元（2019年時点）（生育保険を含む）</p>   | <p>保険料総収入：8,575億元（2019年時点）<br/>基本医療保険基金からの保険給付総額：8,1917億元（2019年時点）</p>                      |

中国  
（社会保障施策）

韓国

シンガポール

タイ

ベトナム

表2-1-6 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                   |                        | 4,000元                   | 45%          | 50%  |      |     |
| 入院 | 学生児童         | 150元                   | 400元                   | 650元                     | 25万元         | 20%  | 22%  | 25% |
|    | 学生児童以外       | 1回目：300元<br>2回目以降：150元 | 1回目：800元<br>2回目以降：400元 | 1回目：1,300元<br>2回目以降：650元 |              |      |      |     |

(注1) 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。  
 (注2) 三級病院の入院において、病院の中には自己負担割合が22%のところもある。

八 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年に国務院より「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。2019年の加入者数は10億2,483万人となっている。基本的仕組み及び北京市の例は別表のとおり。

(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。北京市の例は以下の通り。

表2-1-7 北京市の大病医療保険の例（2020年1月1日からの給付率）

| 自己負担の年間累計額   | 給付率 |
|--------------|-----|
| 基準額（※）～5万元以下 | 60% |
| 5万元超～        | 70% |

※北京市の農村住民の前年度可処分所得  
 (注) 北京市都市労働者基本医療保険の加入者のうち、北京市都市農村住民最低生活保障保険に加入している者、生活苦難者補助を受けている者、都市農村で低所得者補助を受けている者、特別生活苦難者補助を受けている者、低所得者農民補助を受けている者は、自己負担の年間累計額が基準額～5万元以下の場合、各費用区分の給付率は65%、5万元以上の場合、75%となる。

- 15) 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。
- 16) 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。

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<sup>15)</sup>。

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<sup>16)</sup>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、地方の民政部門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、2019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8,751万人である。

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。

へ 医療衛生体制改革の動き

第十三次5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医薬衛生体制改革の深化、②予防を主とする方針の堅持、③



表2-1-8 「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            |

基本医療衛生制度の完備等を推進することとされていた。

また、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。

### (3) 出産保険<sup>17</sup>

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<sup>18</sup>。

1988年から試行され、1994年から全国実施されている。基本的仕組みは別表のとおり。

2019年に政府から「生育保険と都市従業員基本医療保険制度の合併の実施に関する意見」が発表され、生育保険の加入者数を増加させ、基金の収入額を増加させるため、生育保険と都市従業員基本医療保険の管理及び保険料の徴収を同時に行うこととした。

表2-1-9 出産保険制度

|          |  |   |
|----------|--|---|
| 概要       | 企業の女性従業員の出産に際し必要な経済支援と医療保障を与える制度   |   |
| 名称       | 生育保険   |   |
| 根拠法      | 人力資源社会保障部「企業従業員生育保険試行弁法」(1994年)  |   |
| 運営主体     | 原則として、直轄市、市  |   |
| 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<br>※男性従業員にも被保険者資格はある。  |   |
| 給付対象     | 生育医療費(出産に関連する治療費、薬代、検査費、出産費、手術費、入院費等)<br>休業補償(育児手当の意味合いも含む)  |   |
| 給付の種類    | 【生育医療費】1万円を超える部分については本人負担となる。<br>【休業補償】(当該従業員の直前6か月の月額賃金/30日)×休業期間<br>休業期間・正常な出産の場合は産前産後合わせて90日、難産や多産の場合は期間が延長される。<br>・流産の場合は妊娠期間によって15~75日の休業期間が決められている。<br>【男性従業員の育児手当】<br>妻が未就業者で、かつ、一人っ子的場合、10日の休業が認められ、当月の月額賃金/30日×10日分の休業手当が支給される。 |   |
| 本人の負担割合等 | 本人負担はなし  |   |
| 財源       | 保険料  | 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。 |
|          | 政府負担   | なし  |
| 実績       | 加入者数   | 2億1,417万人(2019年)  |
|          | 受給者数   | それぞれの種類合わせて延べ1,136.4万人(2019年)                             |
|          | 1人当たりの支給額  | 2万311元(2019年)   |
|          | 基金収入   | 781.1億元(2018年)※2019年から基本医療保険基金に含まれる。                      |
|          | 基金支出   | 762.4億元(2018年)※2019年から基本医療保険基金に含まれる。                      |

■17) 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))。

■18) 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。



#### (4) 介護保険

中国では現在、介護保険制度は導入されていない。ただ、政府は、2016年に「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」を発表し、それにより全国で15の都市<sup>19</sup>が試験的導入地域として、それぞれの実情にあった介護保険制度を管理運営している。さらに2020年9月、政府は、「長期介護保険制度試行拠点の拡大に関する指導意見」を発表し、試験的導入地域を14か所増加させ、第十四次5か年計画期間中（2021年-2025年）に介護保険制度の全国導入を目指すこと、独立採算のとれる制度設計<sup>20</sup>を目指すことを表明した。

試験的導入地域では介護保険の被保険者を都市従業員基本医療保険加入者としている地域が多いが、その範囲を拡大し、都市・農村住民基本医療保険加入者にも加入資格を与えているところもある。介護保険で保障される内容は、長期間<sup>21</sup>、重度の要介護状態にある高齢者に対する日常生活における介護サービスの提供や、その日常生活に密接する医療・看護の費用の負担<sup>22</sup>とするが、具体的な内容や提供されるサービスの水準の策定は、試験的導入地域において定められる。

また、民間養老保険の発展についても推進<sup>23</sup>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。

#### (5) 外国人の保険制度の適用

「中国社会保険法」（2011年7月施行）及び「外国人の社会保険加入に関する細則」（2011年10月施行）により、中国国内で働く外国人に対し、基本養老（年金）保険、基本医療保険、労災保険、失業保険、生育保険の5保険制度への加入が義務づけられた。外国人の範囲

は、中国国内で法律に基づいて登記された企業等に雇用される外国人、中国国外の雇用主と雇用契約を結び中国国内の支所、代表事務所に派遣されて働く外国人（いわゆる駐在員）としている。

外国人の保険制度の加入が義務づけられた結果、外国企業の駐在員については、中国において社会保障のセーフティネットが提供される反面、保険料の二重負担が生じる。この解消のため、日本とは、2018年5月に、日中社会保障協定が締結され、9月に発効した。この協定において、相手国に派遣される駐在員については、実際の滞在期間に応じ両国の年金制度の適用を調整し、派遣から5年以内の場合は派遣元国の年金制度に、5年を超えた場合は、原則、派遣先国の年金制度に強制的に加入させることと定められた。ただ、保険期間の通算規定については、中国側の立場（他国とのこれまでの社会保障協定<sup>24</sup>において設けられていない）及び将来的に通算規定を設ける可能性が排除されていないことを踏まえ、協定を早期に発効させる必要性<sup>25</sup>のため、触れられていない。

なお、外国人の社会保険加入についての具体的な運用は、各地方政府が定めることとなっている。

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 現状と対策

##### イ 疾病状況

都市部では、心臓病、脳血管障害、がん、糖尿病等慢性疾患が急速に増加<sup>26</sup>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

- 19) 山東省青島市、江蘇省南通市、上海市、四川省成都市等15都市では、20万人近い高齢者に介護サービスを提供している。ちなみに青島市と南通市は全国に先駆け、それぞれ2012年と2015年に介護保険制度の施行を開始している。提供するサービスの内容としては老人介護施設等での介護が多く、在宅介護を実施している都市もある。
- 20) 現状では都市従業員基本医療保険基金から介護保険の財源を拠出している地域が多いが、加入者個人から保険料の徴収を始めている地域もある。2020年発表の意見において、政府は、財源について事業所とその雇用者の賃金から徴収される介護保険料へと段階的に移行させ、保険料の費用負担割合は労使で同率とする方針を出している。
- 21) 医療機関またはリハビリ機関において、要介護状態が6か月継続していると認められ、等級認定を受けた後、当該等級に相当する介護サービスの提供を受けることができる。
- 22) 2016年発表の意見において介護サービスの自己負担は費用の30%とするとされているが、地域により異なる場合がある。
- 23) 国務院弁公庁は、2017年6月「商業養老保険の発展加速に関する若干の意見」を発表し、商業養老保険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た。
- 24) 日本以外の国とは、2021年2月現在、9か国（ドイツ、韓国、デンマーク、カナダ、フィンランド、スイス、オランダ、スペイン、セルビア）との社会保障協定が発効されている。
- 25) 保険料の二重負担を解消することによる日本企業の負担軽減効果は、概算で年間約550億円規模とされているため、経済界から協定の早期発効について強い要望があった。また、保険料負担の軽減により、両国間の人的・経済的交流を一層促進する狙いもある。
- 26) 政府が2019年に発表した「健康中国実施行動に関する意見」では、脳血管の病気、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病等の慢性疾患による死亡者数は疾病による総死亡者数の88%であり、これらの疾病の罹患患者数は総罹患患者数の70%であるとされている。

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、2017年、政府は「中国防治慢性病中長期計画（2017年-2025年）」を定め、脳血管疾患死亡率、がん5年生存率等の2025年の目標<sup>27</sup>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、肝炎等は増加傾向となっている。

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」といわれるものもある。これには

- ・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。

■27 「中国防治慢性病中長期計画（2017年-2025年）」が発表された2017年1月現在、循環器疾患死亡率は10万人あたり241.3人、がん5年生存率は30.9%であるが、2025年にはそれぞれ15%低下、10%上昇と目標を定めている。

■28 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。

■29 WHOの「グローバル結核レポート2017」によれば、核治療によく使われるリファンピシンという薬に耐性を持つ新規感染者は60万人ほどおり、その約半数をインド、中国、ロシアが占めている。

## 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型肝炎ウィルス（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<sup>28</sup>。

## 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器伝染病である。国家衛生健康委員会が公表した「2019年全国法定伝染病疫情概況」によれば2019年の結核の発病者数は775,764人、死亡者数は2,990人となっている。WHOの統計によると、2019年、中国の罹患患者数は約83.3万人（人口10万人あたり58人。全世界の罹患患者数の8.4%を占め、インド及びインドネシアに次いで罹患患者数が多い）と推計されている。

中国国内における結核の罹患率は「西高東低」といわれ、西部内陸地域で感染者の比率が高い。西の内陸部から大量の農村人口が東の都市部に職を求めて流入しているが、都市部と農村の保険制度の違い等により都市の医療機関を受診しにくく、その間、空気感染による結核の感染が拡大している。また、治療中に服薬を中断する罹患患者も多く、薬の効かない薬剤耐性結核菌が出現しやすく<sup>29</sup>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てから、毎年感染者の報告例が増加しており、2019年の発病者は71,204人、死亡者数は20,999人となり伝染病による死因第1位となっている。

国家衛生健康委員会によれば、中国でのエイズ患者の感染経路は性的接触による感染が最も多く、90年代から大きな問題となってきた成分採血時の感染や違法薬物の注射器使い回しによる感染の割合はかなり減少している。2017年1月に公表された国務院の「エイズ抑制予防“十三五（第十三期5か年計画）”行動計画」では、感染リスクが高い者として、地方から都市への流動人口、学生、老人、海外勤務労働者、各種収監施設の被収容者などが挙げられている。

2019年、政府は「エイズを防止するための宣伝実施計画（2019年-2022年）」を発表した。感染リスクが高い者に対する教育、ホテル等の公共施設にコンドームを配備、医療機関の検査体制を整備し、インターネットでの検査予約システム等により国民が検査を受けやすくする、母子感染の予防等を定めている。ただ、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。

## ヘ 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<sup>30</sup>、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、直近の感染報告のあった2018年1月までで感染者は1,538人となっている。

その他<sup>31</sup>、2018年2月、江蘇省において、世界で初めて鳥インフルエンザ（H7N4亜型）の感染報告がされた。

## (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。

2019年末の1,000人当たり病床数は6.30床と日本の約2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<sup>32</sup>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、2019年末までで、全国の医療衛生機関数は、1,007,545カ所となっており、そのうち、病院は34,354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954,390カ所、専門的公衆衛生機関は15,924カ所となっている。また、病院のうち、公立病院は11,930カ所、民营病院は22,424カ所、レベル別<sup>33</sup>では、三級病院2,749（そのうち三級甲等病院1,516カ所）カ所、二級病院9,687カ所、一級病院11,264カ所、レベルの定められない病院10,654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

■30) 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。  
 ■31) このほか、H5N6亜型、H9N2亜型、H10N8亜型インフルエンザウイルスでの人から人への感染も報告されている。  
 ■32) 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。  
 ■33) 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<sup>34</sup>。

### (3) 医療従事者

2019年の医師数(医師)は約386.7万人(人口1000人当たり2.77人)、うち「医師」資格者は321.1万人である。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。

同年の看護師は約444.5万人(人口1000人当たり3.18人)、薬剤師は約48.3万人となっており、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(2019年の財政投入資金519.5億元)。2019年末の受給者は860.9万人で、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、2019年の全国平均は月624.0元(前年比7.6%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。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

表2-1-10 中国における公的扶助制度の推移

|                  | (万人、億元) |         |         |         |         |         |         |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                  | 2013    | 2014    | 2015    | 2016    | 2017    | 2018    | 2019    |
| 都市住民最低生活保障制度     |         |         |         |         |         |         |         |
| 受給者              | 2,064.2 | 1,877.0 | 1,701.1 | 1,480.2 | 1,261.0 | 1,007.0 | 860.9   |
| 最低生活保障基準の平均額(元)  | 373.0   | 411.0   | 451.1   | 494.2   | 540.6   | 579.7   | 624.0   |
| 中央及び省政府からの財政投入資金 | 756.7   | 721.7   | 719.3   | 687.9   | 640.5   | 575.2   | 519.5   |
| 農村最低生活保障制度       |         |         |         |         |         |         |         |
| 受給者数             | 5,388.0 | 5,207.2 | 4,903.6 | 4,586.5 | 4,045.2 | 3,519.1 | 3,455.4 |
| 最低生活保障基準の平均額(元)  | 2,434.0 | 2,777.0 | 3,177.6 | 3,744.0 | 4,300.7 | 4,833.4 | 5,335.5 |
| 中央及び省政府からの財政投入資金 | 866.9   | 870.3   | 931.5   | 1,014.5 | 1,051.8 | 1,056.9 | 1,127.2 |

資料出所：中国民政部「民政事業発展統計広報」

■34) 対中ODAとして、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)、育齡期(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。



には全省で確立された。2019年末の受給者は、約3,455.4万人（前年比約63.7万人減）、財政支出は1,127.2億元（前年比70.3億元増）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（2019年1,912.4億元（前年比14.8%減））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<sup>35</sup>。

### (3) 高齢者福祉

#### イ 現状

2019年末における65歳以上高齢者は1億7,603万人、人口比率は12.6%となっている（前年比0.7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<sup>36</sup>。介護保険については、前述「2 社会保険制度（4）介護保険」を参照のこと。

### 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

■35) 2019年における総出生数は1,465万人（前年比58万人減）で3年連続の減少であり、出生率は1.05%。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。

■36) 「第十三次5か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）」。

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) 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5か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5か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「医養結合」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は、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<sup>37</sup>、量の整備から質の確保に政策がシフトしている<sup>38</sup>。

(4) 障害者福祉

イ 現状

2010年末、中国の障害者は8,502万人と推計<sup>39</sup>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 主な法制度等

(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月から施行された。

表2-1-11 中国における高齢者福祉の推移

|                  | (万か所、万床) |       |       |       |       |       |       |
|------------------|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                  | 2013     | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  |
| 介護施設数総数          | 4.2      | 9.4   | 11.6  | 14.0  | 15.5  | 16.8  | 20.4  |
| ベット総数            | 493.7    | 577.8 | 672.7 | 730.2 | 744.8 | 727.1 | 775.0 |
| 高齢者千人あたりのベット数（床） | 24.4     | 27.2  | 30.3  | 31.6  | 30.9  | 29.1  | 30.5  |
| 地域の介護サービス施設のベット数 | 64.1     | 187.5 | 298.1 | 322.9 | 338.5 | 347.8 | 336.2 |

資料出所：中国民政部「民政事業発展統計広報」

■37) 「民政部社会服務発展統計公報」によると、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、2019年時点では775.0万床（うち社区は336.2万床）となっている。

■38) 民政部は、2018年末に高齢者權益保障法を改正し、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た。

■39) 推計は10年ごとに実施されており、今回は2020年の予定である。

(D) 「第十三次5か年計画」 障害者の小康プロセスを加速する計画概要

2016年8月に国務院は「『第十三次5か年計画』 障害者の小康プロセスを加速する計画概要」を発表し、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、多くの障害者が安穩な暮らし、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。

### 八 主な福祉政策

2015年、政府は「生活が困難な障害者に対する補助と重度障害者看護補助制度創立についての意見」を発表し、2016年1月から補助金の給付<sup>40</sup>が開始された。2019年、生活に困窮しているため補助を支給されたのは1,085.7万人、重度障害者で看護補助金を支給されたのは1,368.5万人となっている。2017年、政府は「障害予防及び障害者リハビリテーション条例<sup>41</sup>」を公表し、行政は、障害者のために総合リハビリテーションサービスを提供しなければならないとし、地方政府は障害者を医療保険に加入させ、障害者の医療費は医療保険

で賄われると規定している<sup>42</sup>。

2019年、障害者専門リハビリテーションサービス機関は全国に9,775か所、職員数は26.4万となっている。2018年時点では2,750の地方自治体ではコミュニティでのリハビリテーションサービス<sup>43</sup>を実施しており、全国の中等及び高等職業技術学校や大学等の621校でリハビリテーションの専門学科を開講し、卒業生人数は29,334人となっている。

### (5) 児童福祉

児童福祉の対象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、まだ児童全体に対して十分に実施されていない。ただ、2001年、政府は「中国児童発展綱要（2011年-2020年）」を公表し、児童の健康、教育、法律による保護、環境整備という4つの分野について政策目標<sup>44</sup>が掲げられ、児童福祉全体の水準を高めることを規定している。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）。孤児の人数は減少している。

また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2019年では1.2万件（うち970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<sup>45</sup>。

表2-1-12 中国における児童福祉の推移

|                       | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 孤児人数                  | 54.9  | 52.5  | 50.2  | 46.0  | 41.0  | 30.5  | 23.3  |
| 児童福祉施設数               | 529   | 545   | 478   | 465   | 469   | 475   | 484   |
| 施設に入所している孤児人数         | 9.4   | 9.4   | 9.2   | 8.8   | 8.6   | 7.0   | 6.4   |
| 10万人あたり18歳以下傷害死亡者数（人） | 19.2  | 17.74 | 15.82 | 15.09 | 13.18 | 11.74 | 11.42 |
| 障害児リハビリセンター           | 6,618 | 6,914 | 7,111 | 7,858 | 8,334 | 9,036 | 9,775 |

資料出所：中国民政部「民政事業発展統計広報」、中国国家统计局「『中国児童発展綱要（2011-2020年）』統計監測報告」

■40) 労働災害補償給付及び特別貧困家庭への生活保護を受給している場合には、当該補助金を受給することはできない。  
 ■41) ここでいう障害予防とは、個人の身体機能等の喪失あるいは異常な状態を是正し、社会生活を営む能力を喪失するのを防ぐことであり、リハビリテーションとは傷害発症後に医学、教育及び補助器具等を総合的に活用し、障害を回復し、あるいは軽減し、当該個人が自立して社会生活を営むのを支援することをいう。（同条例第2条）  
 ■42) 障害予防及び障害者リハビリテーション条例第25条。  
 ■43) 施設に入るのではなく、社会生活を送りながら、地方の衛生行政、教育行政、就職支援サービス等と連携して、社会参加能力を向上させていくサービス。  
 ■44) 主な目標として、健康分野では嬰兒死亡率を10%以下、5歳未満の幼児死亡率を13%以下に抑制する、教育分野では義務教育修業率を95%、法的保護分野では全国主要都市（地級市）に少なくとも1か所、孤児の保護と障害児のリハビリセンターを設けること、環境分野では、1町村あたり1人のソーシャルワーカーを配置すること、等となっている。  
 ■45) 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。



## 6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

新型コロナウイルス感染症への主な対策

※本文章は、2021年2月1日現在の状況を基に記載。

### (1) 総論

イ 2021年2月1日現在、中国において報告された確定症例は累計89,564例（うち輸入症例は4,717例）、同時点における確定症例は1,614例、同時点における医学観察中の無症状感染者数は891例（うち海外からの輸入症例は297例）、累計死者数は4,636例である。直近の傾向としては、海外からの輸入症例が連日報告されており、また、局地的な集団感染が散発的に発生している（2021年1月1日から1月31日までの間に報告された確定症例は累計2,493例（うち輸入症例は444例））。

注1：1月31日24時までの報告数。

注2：中国政府は、PCR検査の結果が陽性であっても無症状の者については「無症状感染者」として発熱などの症状がある「確定症例」と区分して発表している。

ロ 中国政府は、「外部からの感染症の流入を防ぎ、内部での再発を防ぐ」、「四つの早期」（注：早期発見、早期報告、早期隔離及び早期治療）、「四者の責任」（注：属地、政府部門、所属組織及び個人の責任）などの原則の下、新型コロナウイルス感染症対策に取り組んでいる（詳細は下記参照）。

### (2) 市中感染対策

イ 新型コロナウイルス感染症対策として、全国各地で「発熱外来」と「指定病院」が指定されており（2021年2月1日現在、例えば北京市内には101カ所の「発熱外来」と7カ所の「指定病院」が指定されている）、発熱などの症状がある者は「発熱外来」で受診してPCR検査を受け、検査結果が陽性の場合には「指定病院」に移送され、治療を受けることとなる。なお、飲食店、小売店、商業施設、オフィスビル、ホテルなどの各種施設や公共交通機関の入口においては体温検査が行われており、体温検査により発熱が認められた場合、入場が拒否され、「発熱外来」での受診を求められることとなる。

ロ 陽性者が発見された場合、濃厚接触者及び濃厚接触者の濃厚接触者に対して集中隔離医学観察が実施され、観察期間中に複数回のPCR検査が行われる。集中隔離医学観察の期間やPCR検査の回数・タイミングについては、地方政府やその時点における感染症の状況に応じて異なるが、一般的には、濃厚接触者への集中隔離医学観察は14日間である。陽性者が発見された場合、地方政府は地域住民を対象とした大規模なPCR検査を実施しており、例えば、2021年1月には、北京市大興区では全区民を対象に（約190万人）、河北省石家庄市では全市民を対象に（約1,000万人）、それぞれPCR検査が複数回実施された。

ハ 中国では、感染症のリスク状況に応じて全国各地が低・中・高リスク地区のいずれかに区分されている（区分単位は居住区レベル）。陽性者が発生し、中・高リスク地区となった場合、当該地区の住民に対して移動制限が実施される。移動制限の内容については、地方政府やその時点における感染症の状況に応じて異なるが、一般的には、高リスク地区の場合は居住地外への移動が困難となり、中リスク地区の場合は同地区が所在する都市から他の都市への移動が原則困難となるとともに、各種施設への入場や公共交通機関の利用が原則困難となる。また、地方政府は、その時点における感染症の状況に応じて更なる対策を講じており、2021年1月に1,000例以上の陽性者が報告された河北省においては、省都である石家庄市を含む複数の都市において「封鎖管理」が実施され、全市民に対する自宅隔離の要請や、公共交通機関の営業停止が行われた。

注：低・中・高リスク地区の指定基準について、例えば北京市政府は、14日以内に集団感染が2件以上発生した場合又は5例を上回る確定症例が発生した場合は高リスク地区となり、14日以内に集団感染が1件以上発生した場合又は2～5例の確定症例が発生した場合は中リスク地区となり、14日以内に集団感染が発生していない場合は低リスク地区になるとしている。

### (3) 海外からの感染症の流入対策

イ 海外からの渡航者に対し、ホテルなどの集中隔離場



所における14日間の集中隔離が実施され、隔離期間中に複数回のPCR検査が行われる。隔離期間は地方政府やその時点における感染症の状況に応じて異なり、例えば北京市政府は、2021年1月に「14+7+7」の措置を発表した。具体的には、海外から北京首都国際空港に到着した者については、最初の14日間の集中隔離期間が終了した後、その後の7日間は自宅隔離または集中隔離を継続して実施し、当該期間終了後は、さらに7日間の健康モニタリングを実施する。国内のその他の都市経由で北京に到着した者については、中国到着日から満21日となって初めて北京へ移動することができ、北京に到着後に7日間の健康モニタリングを実施する。

注：健康モニタリングとは、期間中は各種の集団活動に参加せず、会食や集会もせず、職場や社区（居住コミュニティ）などに健康状況を報告すること。通常の外出、仕事・生活は可能である。

口 2021年2月1日現在、すべての輸入物品（食品に限らず、常温流通するものも含む）に対して、輸入時に輸送手段及び包装のPCR検査及び消毒の実施が要求されている。

注：2020年6月に北京市内の食品卸売市場で集団感染が発生して以降（同市場で取り扱われていた輸入サーモンを扱ったまま板から検出されたウイルスと感染者及び環境サンプルのウイルスが高度に一致していたことから、感染症流行地域から輸入された冷凍食品が、今次集団感染の感染源であった可能性があるとして）、コールドチェーン流通する食品に対して中国国内流通時や輸入時における製品及び包装のPCR検査を開始。同年11月にはコールドチェーン流通する輸入食品に対する輸入時におけるコンテナなどの輸送手段及び包装の消毒の実施が要求され、本年1月には、上記のとおり更に対象が広がった。

#### (4) スマートフォンアプリ「健康コード」の活用

イ 各種施設や公共交通機関の入口では、体温検査に加え、スマートフォンアプリ「健康コード」を提示する必要がある。アプリに氏名やパスポート番号を入力すると、中国政府が所有するビッグデータと照合され、

集中隔離医学観察中か否かが表示される。なお、「健康コード」は省・直轄地・自治区ごとに開発されている。

口 「健康コード」の機能は時折変更されており、2021年2月1日現在、北京市政府の「健康コード」には、PCR検査の結果やワクチン接種の有無を示す機能及び各種施設や公共交通機関の入口に設置されたQRコードを読み込む機能がある。QRコードを読み込むことにより、各種施設や公共交通機関を利用した旨の情報がビッグデータに登録され、当該施設や公共交通機関に感染者や濃厚接触者がいたことが事後的に判明した場合、当局よりPCR検査や集中隔離医学観察の実施が求められる。

#### (5) ワクチン接種

イ ワクチン接種の対象について、中国政府は、第一段階は重点グループ、第二段階は高齢者や基礎疾患を有する者などの新型コロナウイルスに感染した後に重症になりやすい高リスクグループ、第三段階は全人口を対象とするとしている。重点グループへの接種は2020年12月15日に開始されており、またこれに先立ち、同年7月から医療従事者などへのワクチンの緊急使用が行われている。

注：重点グループとは、輸入のコールドチェーン、国境検査員、船舶引航、航空物流、生鮮市場、公共交通機関、医療機関・疾病コントロールセンターなど感染のリスクが比較的高い従業員及び中・高リスク国・地域へ業務や留学をする者

口 中国政府の発表によれば、2021年2月1日現在、16のワクチンが臨床試験を行っており、うち7つが第Ⅲ相臨床試験を実施中、1つが条件付き承認を受けている。

(資料出所)

- ・ 中華人民共和国国務院 <http://www.gov.cn/>
- ・ 中華人民共和国人力資源・社会保障部 <http://www.mohrss.gov.cn/>