

中国

(参考) 1元=12.35円 (2011年期中平均)

1 社会保障制度の概要

中国の社会保障制度は、1951年に「労働保険条例」が制定され、都市部において、政府機関や国有企業等といった単位の従業者に対する年金給付、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ような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、企業従業者、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)。これまで中国においては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されている¹⁾。また、法律の形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者)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⁾。

〈表4-7-1〉中国の都市部における社会保険制度(2010年末時点)

	年金	医療	失業	労災	出産
加入者 (前年比)	25,707万人 2,157万人増	43,263万人 3,116万人増	13,376万人 660万人増	16,161万人 1,265万人増	12,336万人 1,460万人増
基金収入	13,420億元	4,309億元	650億元	285億元	160億元
基金支出	10,555億元	3,538億元	423億元	192億元	110億元
基金積立金	15,365億元	3,313億元	1,750億元	479億元	261億元
保険料率 企業従業者	20% 8%	6% 2%	1% 0.2%	平均0.5% -	0.8% -

注：保険料率は毎月の賃金に占める比率

農村部においては、年金のみ社会保険制度が実施されている(医療については農村合作医療制度が実施されているが、上記の数字には含まれていない)。

〈表4-7-2〉中国の農村部における社会保険制度(2010年末時点)

	年金
加入者(前年比)	10,277万人(1,586万人増加)
基金収入	453億元
基金支出	200億元
基金積立金	423億元

- 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、中国側に対し、日中間の社会保険協定の締結に向けた協議の早期開始等を提案している。
- 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(2007年)は0.47となっている。また、農村部の絶対貧困者は、減少傾向で、2007年末の1,479万人(前年比669万人減)であり、農村部人口の1.6%を占めるとされている。
- 3) 中国における二国間社会保険協定に関しては、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) 2010年末時点で、都市従業者基本年金への農民工の加入者数3,284万人(対前年比637万人増)、医療保険への農民工の加入者数は4,583万人(対前年比249万人増)となっている。

(1) 年金制度

a 制度の種類

公的年金制度には、都市従業者基本年金、公務員年金、農村年金があり、都市従業者基本年金の補完として企業年金がある。都市部では強制加入となっているものの、適用から漏れている労働者も多く、加入の徹底が課題となっている。

b 都市従業者基本年金制度

都市企業従業者に対する老後所得保障については、企業負担の軽減、個人負担を含む財源を背景にした安定的給付の実現（国有企業の年金財政の破綻⁶⁾が背景）、国有企業以外の企業従業者等の老後保障等を目的として、1997年以降全国統一的な新たな年金制度（都市従業者基本年金制度）の普及・移行が進められている。個人口座（積立方式）と基金（賦課方式）の二本立ての仕組みとなっている。加入者数は、25,707万人（うち在職者19,402万人（前年比1,659万人増）、退職者6,305万人（前年比498万人増）である（2010年末）。基本的仕組みは次の通り。

管理運営：原則として各省・自治区・直轄市

財源：個人口座に納付する保険料、基金（各地域において社会的にプールされる会計）へ納付する保険料及び政府の補助金

個人口座分：原則として従業員負担分で、賃金の8%を拠出

基金分：原則として企業負担分で、賃金の20%を拠出

納付方法：企業が従業員分を含めて銀行等に納付

政府補助金：2010年中央・地方政府補助額計は1,954億元（前年比308億元増）で基金収入の約15%

適用対象：企業（国有企業、集団企業、株式会社、外

資企業、私営企業、個人商店等）に勤務する者

給付要件：本制度開始後に就業し15年以上保険料を納め、退職年齢（一般的に男性60歳、女性50歳（幹部級55歳））に達した者⁷⁾。本制度実施前に就業した者で、10年以上納付した者も保険料納付期間に応じ、減額されるものの受給できる。

給付内容：個人口座分からの給付及び基金からの給付によって構成。なお、以前は企業や管理機関が給付業務を行っていたが、給付用積立金の流用等の問題が深刻化したことや経営状況等に左右され迅速に給付されなかったことから、現在は銀行等を通じて給付する。制度実施前に既に退職している者、制度実施前に就業し、制度実施後に退職した者については、経過的年金を給付する。

c 農村年金

経済発展に地域差があること及び公費補填や財政調整が困難であること等から、全国統一的な年金制度の整備に至っておらず、人口の50.3%（2010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い。都市年金制度の農村部への適用拡大について政府は否定的である⁸⁾。

一方、経済水準が高い農村部では、1991年以降、国が導入した農村年金を実施する地域もある。これは、郷鎮企業⁹⁾や私営企業従業者も含めた任意加入、積立方式（個人口座）による年金保険であり、政府機関による年金貯蓄の支援・代行、自主的な防貧対策の喚起、個人口座への補助といった面が重視されている。この農村社会年金への加入者数については、一人っ子政策に

■ 6) 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。

■ 7) 高齢化に伴う財源不足対策として、先進国並みに定年を65歳に引き上げることについて論議があるが、余剰労働力の問題もあり2005年の改正時には見送られた。なお、2015年頃まで生産年齢人口は増加しつづけると予想されている。

■ 8) 従前の企業内福利の代替と考えられる都市基本年金は、農村部とは無関係との意識が一般的であり、かつ、保険料徴収に対する抵抗感も強い。郷鎮企業（地域社会に基盤を有する企業）の発達地域では、郷鎮企業の収益を農村内福祉に活用するシステムを有しているところもあり、この方が賦課方式等の年金保険による間接的な福祉よりも、企業や住民に受け入れやすい。

■ 9) 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）。

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5,595万人に留まっていた。

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）で新型農村年金制度を試行した。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、2010年末の加入者数は10,277万人となった。新たな制度は、個人口座（積立方式）と基金（賦課方式）の二本立ての仕組みで、学生及び都市従業者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¹⁰⁾。

d 企業年金制度

都市年金の第二の柱として、企業の人材確保や労働意欲の向上を目的として、企業と個人の共同納付による個人口座方式の企業補充年金制度が推進されている。資本市場整備の遅れ、資金運用人材の不足、従業者の高い貯蓄志向等から、加入者数は、3.71万社、1,335万人（2010年、前年比156万人増）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。その他、個人納付による貯蓄型年金もある。

e 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。既に現在の都市従業者基本年金は農民工を加入対象としているが、実際は3,284万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、中国の都市従業者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）。これまで中国においては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。今回の社会保険法は、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、罰則等についても規定されている¹¹⁾。

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

■10) 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。

■11) 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、中国側に対し、日中間の社会保障協定の締結に向けた協議の早期開始等を提案している。

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。

(2) 医療保険制度等

a 制度の類型

都市企業従業者及びその退職者に対する都市従業者基本医療保険制度、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。

b 都市従業者基本医療保険制度

都市企業従業者に対する医療保障については、都市企業従業者に対する年金保険と同様（2(1)b）の目的で設けられ、個人口座（個人積立）と基金（社会保険方式）の二本立てとなっている。また、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、2010年末には23,735万人（うち在職者17,791万人）、退職者5,944万人）となっている。

管理運営：原則として直轄市、市

財源：個人口座（銀行等に開設）に納付する保険料及び基金に納付する保険料¹³⁾

個人口座分：原則として、従業員負担分で、賃金の2%を拠出

基金分：原則として、企業負担分6%を拠出

退職者の個人保険料：原則として、退職者本人は保険料を納付せず、企業が負担

適用対象：企業（公的機関、集団企業、株式会社、外資企業、私営企業、個人商店、自営業者等）に勤務する都市従業者であるが、被扶養者は対象外

給付方法：個人口座分については償還払（一旦全額を支払い、後で口座に請求）、基金分については、現物給付（患者負担分を病院に支

払い病院が給付分を基金に請求）

給付内容：個人口座と基金によって構成され、基金の最高給付限度額以上の費用については、高額医療費補充医療保険や商業医療保険等によって対応

〈表4-7-3〉中国の都市従業者基本医療保険制度の給付内容

給付区分	給付内容等
個人口座分	外来費用及び薬局における医薬品購入費用並びに入院費用の一定標準額以下の費用について、個人口座から支払う。個人口座の残高が不足した場合には、別途、全額本人負担となる。
基本医療保険基金	入院費用（急診に係る入院前7日分の外来費用を含む）及びガンの放射能治療・化学療法、腎臓透析、腎臓移植後の投薬治療に係る外来費用が対象となる。交通事故等の賠償責任の対象となる治療や労災保険の対象となる治療等は対象にならない。なお、費用のうち、原則的に一定標準額以上（各地域の平均年間賃金の10%程度）から最高給付限度額（各地域の平均年間賃金の4倍程度）までの費用を給付する。北京市では、一定標準額は1,300元となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650元となっている。また、最高給付限度額（年間累積給付額の限度）は5万元となっている。基金による給付に係る診療については患者自己負担を要することとなっており、患者自己負担額は受診病院の種類及び医療費の額によって異なる。

資料出所：中国政府資料

(a) 各種保険適用目録

「医療保険医薬品目録」、「診療サービス項目目録」、「医療サービス設備支払基準」に基づき給付される¹⁴⁾。院内生活費用、救急車移送を含む移送費（救急車についても原則即時の支払いを要する）、付添看護費、医療以外の病院内設備利用費、食費等は給付対象外である。価格は、医療保険部局（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）が決定している。

(b) 指定病院制度

医療保険給付の対象となる病院及び薬局は政府が指定しており、指定病院・薬局以外でサービスを受けた場合は保険の対象外である。被保険者は指定病院の中から、3～5か所の病院を選択・登録する。社区卫生サービスステーションやかかりつけ医を選択し、次に、専

■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度上乗せ給付する。

■13) 地域の経済水準に見合ったものとする事及び基金の収支均衡が法令上明記されている。

■14) 地方政府が、中央政府の基準に即して定めており、これらの一部は2004年以降、労災、生育保険についても適用。薬価や検査費用は引下げの方向にあり、診療や看護の価格は引上げの方向にある。保険財政悪化や中低所得者層への普及を受け、ここ数年、薬価引き下げが連続して実施されている。一方、医師や看護師への報酬は低く、これが薬剤の過剰投与や贈賄につながっていると指摘されている。

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。

c 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

〈表4-7-4〉中国北京市における医療費の患者自己負担割合

受診病院	医 療 費	患者自己負担 (%)	退職者自己負担 (%)
三級病院を受診	一定標準額～1万元	20	12
	1万超～3万元	15	9
	3万超～4万元	10	6
	4万元超	5	3
二級病院を受診	一定標準額～1万元	18	10.8
	1万超～3万元	13	7.8
	3万超～4万元	8	4.8
	4万元超	3	1.8
一級病院を受診	一定標準額～1万元	15	9
	1万超～3万元	10	6
	3万超～4万元	5	3
	4万元超	3	1.8

資料出所：中国政府資料

注：病院の規模（ベッド数）に基づき、規模の大きい順に三級から一級まで定められている。

d 特定困窮者医療扶助制度

最低生活保障制度対象者や収入が低く基本医療保険制度に加入できない者は、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¹⁵⁾。

e 都市住民基本医療保険制度

中国政府は、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、2010年末の加入者数は19,528万人となっている。北京市の非就業住民大病医療保険制度は以下の通り。

財 源：毎年700元（個人600元、政府からの財政補助100元）

給付内容：上記b表4-7-3基本医療保険基金の給付内容と同様

原則的に一定標準額以上（各地域毎に定められている）までの費用を給付することになっている。例えば、北京市では、一定標準額は1300元となっており、同一年度内で複数回入院した場合には、2回目より650元となっている。また、最高給付限度額（年間累積給付額の限度）は7万元である。

f 新型農村合作医療制度

集団経済当時は、人民公社等が集团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る。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農村部で中国政府の計画通りに普及し、2009年末で、8.36億人が制度的に参加し、加入率は96.0%に達している。新型農村合作

■15) 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。

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、政府としては、この100元を2011年までに150元に引き上げる計画である（中央政府60元、地方政府60元、本人が30元を負担）。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。

g 公費医療制度

2004年の伝染病防治法改正において、農村部を中心とする医療保障制度の遅れが感染症流行につながっていることを受け、貧困な生活困難者に対して伝染病治療に係る公費助成を行う旨規定された。

h 最近の動き(医療制度改革の動き)

2009年4月、中国政府は新華社に、中国における今後の医療衛生制度改革の方向を示すものとして、「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」（以下「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）」（以下「実施方案」。）の2つを配信する権限を与え、同内容に沿って改革を推進している（内容については「2008～2009年海外情勢報告」を参照）。

(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出産保険がある。1988年から試行され、1994年から全国実施されている。2009年末の加入者は10,876万人（前年比1,622万人増）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¹⁶⁾。

管理運営：原則として、直轄市、市

財 源：企業が給与総額の一定の比率で生育保険

基金に納付。給与の0.6%～0.8%の間で、各地方政府が決定。なお、従業者個人負担はない。

適用対象：都市企業等に就業する女性従業員であって、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及び出産児には適用されない。

給付内容：医療保障と休業補償の2本柱で、医療保障は検査費、出産費、手術費、入院費、薬代などが含まれる。休業補償は、産前産後90日間で、直近の平均月給がほぼ全額補償。

(4) 失業保険

国有企業改革を受け、90年代から失業者、一時帰休者が増加した。社会の安定を図るため、1999年頃から法令が逐次整備されている。現在、失業保険と職業紹介、職業訓練の結合が進められている。加入者数は、13,376万人（前年比660万人増）、受給者は209万人（前年比26万人減）であった（2010年末）。

管理運営：原則として直轄市、市

費用負担：個人、企業、政府

保険料は、個人は賃金の0.2%、企業は賃金の1%（2009年、北京市）

給付内容：失業手当、医療、職業訓練費等

失業手当の給付期間は日本より長く、納付期間に応じて最長2年

(5) 労災保険

労災補償のみならず、予防・リハビリを結合させた制度。出稼ぎ従業者における労災事故多発を受け、現在加入促進中である。加入者数は、2003年末は4,600万人であったが、その後急増し、2010年末には16,161万人（前年比1,265万人増）となり、受給者は147万人（前年比18万人増）であった¹⁷⁾。

■16) 妊娠中に奇形児であることが判明した際に妊娠を中止させるといった優生保護的な目的もあるとされる。なお母子保健制度において、優生保護の観点から婚前健康診断、出生前診断が義務づけられている。

■17) 対中ODAとして、危険化学品対策等の分野で2006年から技術協力を実施している。

管理運営：原則として直轄市、市

費用負担：企業、政府

：保険料は、業種別、事業所別に、事故リスク・疾病リスク・災害状況に応じて異なる（人力資源・社会保障部、衛生部、安全生産監督管理総局と共同で制定）

給付内容：医療、後遺症に係る障害補償が支給。賃金補償は企業が支給。

まってきたり。

b 伝染病法制の改正

SARS（重症急性呼吸器症候群）¹⁸⁾ 撲滅過程で明らかとなった経験を総括するため、2004年に伝染病防治法が改正され、院内感染防止の強化、実験室内の病原体管理制度の整備、伝染病情勢の報告制度の整備、伝染病流行時の制御措置の充実、予防治療業務内容の具体化、財政保障の強化、人権保護と社会公共利益の維持の均衡、疾病分類の変更、などの規定が整備された。

c 予防接種

1980年代半ばより、BCG、ポリオ、DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風）、麻疹、B型肝炎ウイルス（1992年以降）の予防接種が推進されてきた。現在、これらの予防接種は1978年頃より導入された「拡大予防接種計画（EPI）」として実施されており、地方から都市への流入者も含め、原則無償で受けることができる。ワクチンは、2005年からの新制度に基づき、「1類」と「2類」に区分され、1類は義務接種、2類は任意接種となっている。1類は、国が定めるものと地方政府が定めるものがあり、国は、ポリオ、BCG、DPT、麻疹、B型肝炎を定めている。北京市では、日本脳炎、流行性脳脊髄膜炎を追加指定している。2類は、全て地方政府が定めることとされ、北京市ではMMR、水痘、A型肝炎、インフルエンザを指定している。

特にポリオについては、1988年のWHO西太平洋事務局による1995年までの根絶計画を受け、1993年より、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¹⁹⁾。

d 結核の現状と対策

結核病は中国の重大伝染病の一種で、国民の健康に重

3 公衆衛生施策

(1) 公衆衛生の現状

a 疾病状況

都市部では、経済・保健衛生水準の向上により、感染症の流行が減少し、癌、糖尿病等先進国型の疾病構造に近づく傾向にある。ただし、感染症に関しては、

- ・地方からの出稼ぎが増加し、予防接種対象者の捕捉率が低下
- ・急激な都市開発に対して保健衛生面の整備（排水や鼠駆除等）が追いつかない
- ・食習慣が変化し、生食が普及

といった状況を受け、一部で増加傾向も見られる（例：流行性出血熱、狂犬病、肝炎）。よって、農村と都市間の人の移動時期や新開発地区では突発的な感染症流行の危険性が高まる。このように、感染症流行に関して相矛盾する側面が同時進行している。

一方、農村部では、中国重大感染症として定められているB型肝炎、エイズ、結核、住血吸虫症をはじめ、「風土病」といわれるものも含め様々な対策が必要となっている。背景としては、

- ・市場経済化が進み、医師が収入の多い都市部へ移行
- ・医療保険制度の再建の遅れ
- ・畜産業が振興する一方、飼養規模の零細性、獣医体制の遅れにより家畜伝染病が発生

といった事情がある。日中間のヒト・モノの交流の増加により、これらの疾病が日本へ流入したり、在留邦人や旅行者が感染する危険性に留意する必要性が高

■18) 38度以上の発熱、呼吸器症状に加え、頭痛、悪寒戦慄、筋肉痛、筋硬直、食欲不振、倦怠感、意識混濁、発疹、下痢等を症状とする。コロナウイルスの一種であるSARSウイルスを病原として、主に飛沫感染や接触感染により流行する。

■19) 2006年から、国立感染症研究所、国立国際医療センターが参画して、感染症の病原体検査体制、発生動向調査体制の構築を目的とした技術協力を5年間実施している。

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カ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カ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2010年の間、全国で828万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450万人で、伝染性結核患者の治療率は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病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²⁰⁾。
- 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、全社会の共同参与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ない。

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。

e エイズの現状と対策

1985年に初めてHIV/AIDS感染者が公的に確認されてから、毎年感染者の報告例が増加している。2010年12月の中国衛生部の発表によれば推定感染者は74万人とされているが、2010年10月までの実際の報告数は、37万人で、主な感染原因は、性的接触による感染、麻薬使用等であった。また、農村部における感染者、20歳

■20) WHO西太平洋地域事務局を中心に、国際協力を実施しており、DOTSの拡大が図られている。日本は対中ODAとして2002年から4年間、無償資金協力をを行い、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。

～30歳代の感染者、男性の感染者が比較的多い。対策を講じなければ、女性への感染拡大、母子への感染拡大等を通じ、2010年までに感染者は1,000～1,200万人に達するものと考えられた²¹⁾。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²²⁾。

f 鳥インフルエンザの現状と対策

鳥インフルエンザの鳥への感染について、2005年以降、ほぼ全国的に発生している。現在、鳥への感染が発見された場合、中国政府は、周辺3 km以内の飼養鳥の殺処分、3～5 kmを強制ワクチン、5～10 km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²³⁾、2011年6月までの間、40例発生し、うち死亡は26例となっている。当初は、農村部のみで発生していたが、2006年以降都市部でも発生しており、また鳥への感染が見られない場所での人への感染が見つかる事例が増えている。また、2007年12月には、中国では第1号となる「限定的な人から人への感染事例」が南京市で発生した。

中国政府は、中国における鳥インフルエンザ発生の原因としては、以下の通りと分析している。

- 渡り鳥の移動の危険性
- 家禽飼養量の多さ(142億羽、世界総量の2割)
- 農業の中で鶏肉産業の位置づけが大きくなる一方、獣医療体制整備が遅れている

人への感染状況

2003年

- ・11月、1例(北京市、死亡1例)(男性、24歳)
- ※当初SARSと考えられていたこともあり、感染源は不明、2006年8月発表

2005年

- ・11月16日、2例(湖南省湘潭県1例(男性、9歳)、安徽省安慶市1例(女性、24歳)、うち安徽省の事例は死亡)
- ・11月23日、1例(安徽省休寧県、死亡)(女性、34歳)
- ・12月6日、1例(広西自治区資源県、死亡)(女性、10歳)
- ・12月8日、1例(遼寧省黒山県)(女性、31歳)
- ・12月15日、1例(江西省遂川県、死亡)(男性、35歳)
- ・12月30日、1例(福建省三明市、死亡)(女性、41歳)

2006年

- ・1月10日、1例(湖南省桂陽県)(男性、6歳)
- ・1月18日、1例(四川省簡陽市、死亡)(女性、35歳)
- ・1月23日、1例(四川省成都市、死亡)(女性、29歳)
- ・2月8日、1例(福建省ショウ浦県)(女性、26歳)
- ・2月10日、1例(湖南省綏寧県、死亡)(女性、20歳)
- ・2月25日、2例(浙江省安吉県1例(女性、9歳)、安徽省潁上県1例(女性、26歳)、うち浙江省安吉県の事例は死亡)
- ・3月2日、1例(広東省広州市、死亡)(男、32歳)
- ・3月24日、1例(上海市、死亡)(女性、29歳)
- ・4月18日、1例(湖北省武漢市、死亡)(男性、21歳)
- ・4月27日、1例(四川省遂川市)(女性、8歳)
- ・6月15日、1例(広東省深圳市)(男性、31歳)
- ・7月12日、1例(新疆自治区吉木薩爾県、死亡)(男性、62歳)

2007年

- ・1月9日、1例(安徽省屯溪県(黄山))(男性、37歳)
- ・2月28日、1例(福建省建オウ県(内陸北部))(女性、44歳)
- ・3月28日、1例(安徽省蚌埠市、死亡)(男性、16歳)
- ・5月26日、1例(福建省、死亡)(男性、19歳)
- ・12月2日、6日、2例(江蘇省南京市、1例(24歳)は死亡。密接な接触による限定的な「ヒト-ヒト感染」の疑い例)(男性、24歳、52歳)

2008年

- ・2月17日、1例(湖南省永州市、死亡)(男性、22歳)
- ・2月21日、1例(広西自治区南寧市、死亡)(男性、41歳)
- ・2月26日、1例(広東省汕尾市、死亡)(女性、44歳)

2009年

- ・1月6日、1例(北京市朝陽区、死亡)(女性、19歳)

■21) 中国政府は、2006年に「エイズ防治条例」を施行し、差別の禁止、予防の宣伝、公共施設におけるコンドームの配備、母子感染予防、貧困エイズ発病者への治療薬の無料提供、人権侵害に対する厳罰化を規定した。

■22) 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。

■23) 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。

- ・ 1月17日、1例（山西省吕梁市孝义市）（女兒、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）

※日付は衛生部の対外公表日

g 新型インフルエンザの現状

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7,123人が感染し、147人が死亡した。

また、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。

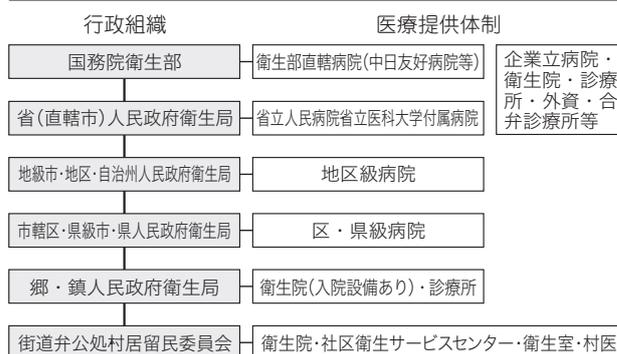
(2) 行政組織・医療提供体制

a 医療機関の現状

中国の医療機関は各衛生行政部門が設置していることが多く、機能も分化されている。市場経済への移行に伴い、各医療機関は独立採算経営が原則となっており、各医療機関の経営努力や地域の経済水準によって経営内容や医療水準が異なる。また、医療保険改革により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

2010年末の1,000人当たり病床数は3.56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²⁴⁾、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²⁵⁾。

〈図4-7-5〉中国の行政組織と医療提供体制



資料出所：中国政府資料

b 疾病予防等を重視した保健医療体制の整備

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も計画されており²⁶⁾、その成果が期待される。

(3) 医療従事者

中国における医師数（医師）は約241.3万人、うち「医師」資格者は197.2万人である（2010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、大学医学部卒業生だけではなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・実務を経た後、医師（医

■24) 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。

■25) 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。

■26) 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。

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(2010年の財政投入資金495.9億元)。2010年末の受給者は2,311万人で(前年比36万人減)、2000年の5倍以上に達しているが、最近は、伸びは頭打ちになっている。

対象者：収入(各家庭成員1人当たり平均収入。現金収入及び現物収入を含む)が最低生活保障基準未満の都市住民である。最低生活保障基準は各地の生活状況や財政状況等を勘案して、各地方政府が定めることとされているが、概ね各地平均賃金の20～30%で、2010年の全国平均は月251.2元。
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。2010年の実支給額は全国平均月179元である。給付額に必要な経費等は勘案されず、仮に医療や高等教育等の支出を要したとしても給付額には反映されない。

(2) 農村最低生活保障制度等

1994年頃から農村部でも最低生活保障制度が導入された。2007年には、「政府活動報告」“社会保障システムの整備・強化”のなかで、2007年中に農村最低生活保障制度を確立することが強調され、同年7月には「全国農村最低生活保障制度の確立に関する通知」が公布

された。2003年以後、中央政府の政策強化により、農村最低生活保障制度は飛躍的に発展しており、2007年末には全省で確立した。2010年末の受給者は、約5,228万人(前年比約468万人増)、財政支出は423億元(前年比16.5%増)となっている。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉一般

中国における社会福祉施策は、「三無者」(法定扶養者がいない又は扶養能力のある法定扶養者がおらず、労働能力がなく、生活能力がない者)、災害被災者、退役軍人・傷痍軍人等への支援を中心に実施されてきた。一方、一般住民に対する高齢期や傷病時の支援は、市場経済への移行に伴い、国有企業等の福利厚生による対応から一般社会による対応が必要とされている。高齢化の進展等に伴い、高齢者の生活支援が課題となっており、地域社会における福祉サービスの提供が重視されている。

福祉サービスの財源は、政府の財政投入とともに、社会各界からの寄付、「福祉宝くじ」の売上収入(2010年968億元)等である。また、「三無者」等の生活困窮者は別にして、福祉サービスは基本的には受益者負担が原則となっており、政府の施策は、地域(社区)におけるサービス供給者の整備・支援等に重点が置かれている。しかしながら、その整備水準は地域格差が大きい。

(2) 高齢者福祉

a 高齢者の現状

2010年末の中国における65歳以上高齢者は11,883万人、人口比率は8.87%となっている(前年比0.37ポイント増)。今後も、高齢化が急速に進行し、2015年頃には生産年齢人口(15歳～64歳)が減少に転じ、2035年頃には65歳以上の高齢化率が20%を超えると予想されている。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、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。

b 施策の方向性等

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。

c 施策の概要

(a) 高齢者権益保障法

1996年には、高齢者権益保障法が制定され（法律上は60歳以上が高齢者と定義）、家庭扶養、地域における互助、社会保障、教育、文化生活、施設整備、生涯教育、社会参加等、実施すべき高齢者対策の基本的な考え方が定められている。

(b) 老齢事業発展5か年計画

老齢事業発展5か年計画（2011年～2015年）において、60歳以上の高齢者対策に関する原則的な方向性が示されているが、具体的な事業計画やその実施、財政負担は各地方政府の実情等に応じて定められる。

(3) 障害者福祉

a 障害者の現状

中国の障害者は約8,300万人と推計されており、最近では労災事故や交通事故による障害者が増加する傾向にある。

b 施策の方向性等

障害者に特化した所得保障制度はなく、健常者と同様に、各制度の要件に合致する者（都市部住民が中心）に対してのみ各制度の一般的な給付が行われるほか、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享受できない障害者も多い。

c 施策の概要

(a) 障害者保障法

1991年に施行された障害者保障法では、障害者の権利、政府の責務、各政府及び社会において実施すべき対策（リハビリテーション、教育、就業対策、文化生活、福祉、環境等）等の障害者対策の全般にわたる基本的事項・対策指針が定められた。また、2008年4月には、障害者の差別禁止条項の充実、教育における特別支援の実施、雇用の促進等を強化する同法の改正案が全国人民代表大会で成立し、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。

(b) 障害者事業5か年計画

障害者事業第5か年計画（2011年～2015年）において、社会保障の拡充、リハビリテーションの実施²⁷⁾、教

■27) 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。

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、主な政策について数値目標が掲げられている。2008年9月には北京パラリンピックが開催された。

(4) 児童福祉

中国における児童福祉施策は、孤児や貧困地域の農村部等から都市に流入した浮浪児等をはじめとする困窮児童に対する対策が中心であり、児童手当等一般児童向けの統一的な施策はない。困窮児童に対する対策は、児童福利院等の入所施設への収容が中心となっている（2009年末の入所児童数は11.5万人、前年比27.8%増）。また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2009年では44,260件（うち4,459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²⁸⁾。

6 社会保障の整備の必要性及び今後求められる対応

(1) 社会的弱者層に対する保障機能の必要性

これまで、社会保障に対する政府の財政投入は比較的少なく、医療機関や福祉施設などの提供体制の整備が優先されてきたのに対して、サービス利用費用は個人負担に依拠しており、利用可能な者が限定されている。政府は、農村部、都市部貧困層等への支援に重点をおいてきているが、現在のところ必ずしも十分とは

いえず、沿海部と農村部の経済格差の拡大、高齢化の進行や離村者の増加などが進む中で、農村住民、出稼ぎ等の弱者層への包括的な社会保障の確立が急がれる。

(2) 急速な高齢化への対応の必要性

一人っ子政策の影響もあり、今後中国では都市部を中心に急速に高齢化が進行すると予想される。高齢化の進行を踏まえ、中低所得者層を中心にニーズが普遍化する中で、アクセスの拡大が必要になっており、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。

(3) 地域間、都市・農村間の財政調整機能

農村の経済の成長率が低く、地域間格差が大きい状況では、農村部に都市部と同じような社会保障制度を整備することは困難であり、当面、農村部における制度の整備は別途検討せざるをえない。また、都市部内においても、企業競争力の確保を優先しなければならない状況及び住民の抛出意識も併せて考慮すると、地域間の財政調整や賦課方式等の採用は困難な状況にある。

仮に農村部や高齢者層、弱者層への給付を確保するとすれば、相応の財政投入と地域間、都市・農村間、企業間の財政調整が不可欠であるが、現在では財政投入や財政調整機能が困難かつ不十分な状況にある。近年、中央財源等の投入を増加させているが、必ずしも必要経費に対し定率で交付する仕組みではなく、財政事情に応じたその都度の定額配分となっており、安定的な中央財源・省財源の配分が実現していない。

■28) 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。