

# 中国の社会保障の現状と 今後の動向について

－年金、医療、高齢者介護を中心に－

2月8日 月例社会保障研究会－特別編－

在中国日本国大使館経済部・領事部

一等書記官 西川 昌登

# 目次

- 1 中国の基本データ
  - 1-1 人口、経済など
  - 1-2 社会保障関連データ
  
- 2 中国の社会保障の現状と課題
  - 2-1 年金
  - 2-2 医療
  - 2-3 高齢者介護
  
- 3 中国の社会保障の今後の動向
  
- 4 まとめ

# 自己紹介

- 2002年（平成14年）4月：厚生労働省入省 老健局計画課
- 2004年（平成16年）7月  
～2012年（平成24年）7月
  - ：官房総務課、職業安定局雇用保険課
  - ：愛知県小牧市（企画部、健康福祉部）
  - ：職業安定局障害者雇用対策課
- 2012年（平成24年）8月  
～2013年（平成25年）7月
  - ：政策統括官付社会保障担当参事官室
- 2013年（平成25年）7月30日～ 現職
  - 領事部：感染症などの医療・衛生情報の収集、情報提供など
  - 経済部：医療・介護分野などの日系企業支援、日中交流など

# 1 中国の基本データ

# 1 - 1 人口、経済など

# 1 - 1 (1) 中国の基本データ (面積・人口)

- 面積：960万km<sup>2</sup> (日本 (38万km<sup>2</sup>) の約26倍、米国とほぼ同じ)

⇒行政区画は、22の省と新疆ウイグル、内モンゴル、チベット、寧夏回族、広西チワン族の5の自治区、北京・天津・上海・重慶の4の直轄市、香港・マカオの2の特別行政区

- 人口：13億6,782万人 (2014年国民経済社会発展統計公報)

⇒民族は、約92%の漢族と55の少数民族

⇒都市人口：農村人口 = 7.49億人 (54.7%) : 6.18億人 (45.3%)

(※ 日本の1950年代半ばと同じ。2020年までに都市化率60%)

⇒【0-15歳】 : 【16-59歳】 : 【60歳以上】 = 2.39億人 : 9.15億人 : 2.12億人

(※2012年、建国以来初めて生産年齢人口は減少)

⇒65歳以上の高齢者数 (高齢化率) : 1億3,755万人 (10.1%)

(※高齢化率は、日本の1985年とほぼ同じ)

# 1-1 (2) 中国の基本データ (面積・人口)

トルファン



内モンゴル (フフホト)



吉林 (延吉)



カシュガル



京劇



天津の夜景



貴州 (ブイ族ミャオ族自治州)

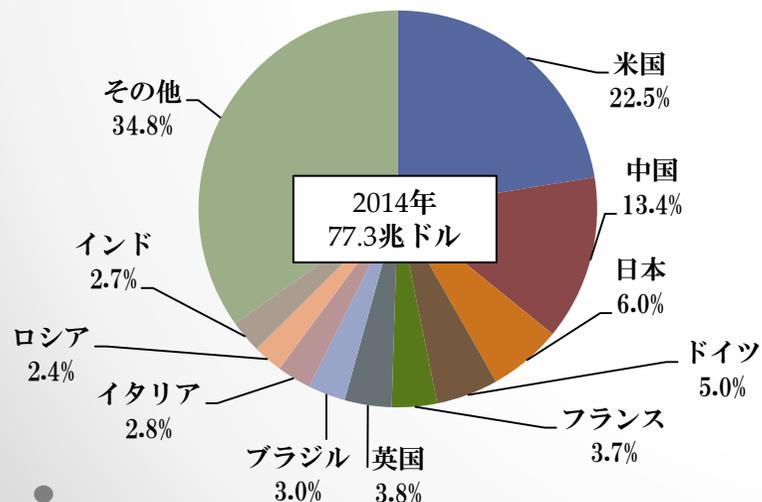


西安 (兵馬俑)

# 1-1 (3) 中国の基本データ (経済の動向①)

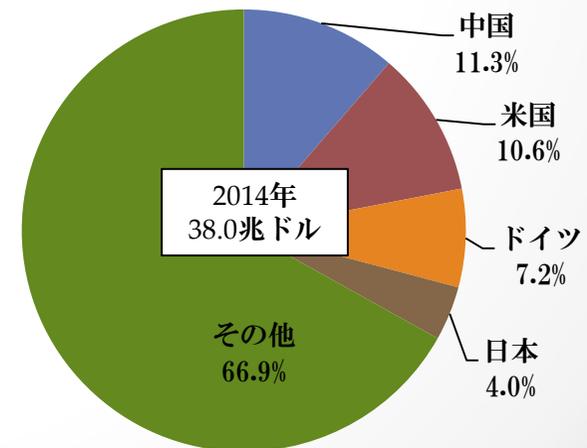
- 名目GDP (\$換算) は、2010年、日本を上回り世界第2位。10.4兆\$ (2014年)。米国 (17.3兆\$) の0.6倍、日本 (4.6兆\$) の2.1倍 (※日本は1968年第2位に)。
- 貿易総額は、2013年米国を抜いて世界第1位。
- 1人当たり名目GDPは7,572\$ (2014年)。米国の約1/7、日本の約1/5。  
(※1970年代半ばから後半の日本と同程度)
- ジニ係数は、0.469 (2014年)で所得格差の拡大・固定化が課題。沿岸部 (天津) と内陸部 (貴州) では、一人当たりGDPが4倍の格差 (2014年)。また、農村部の貧困者 (年間収入2,300元以下) が7,017万人 (2014年)で農村人口の11.3%を占める。

世界の名目GDPに占める各国シェア



(出所) IMF World Economic Outlook, October 2015

世界の貿易総額における各国シェア

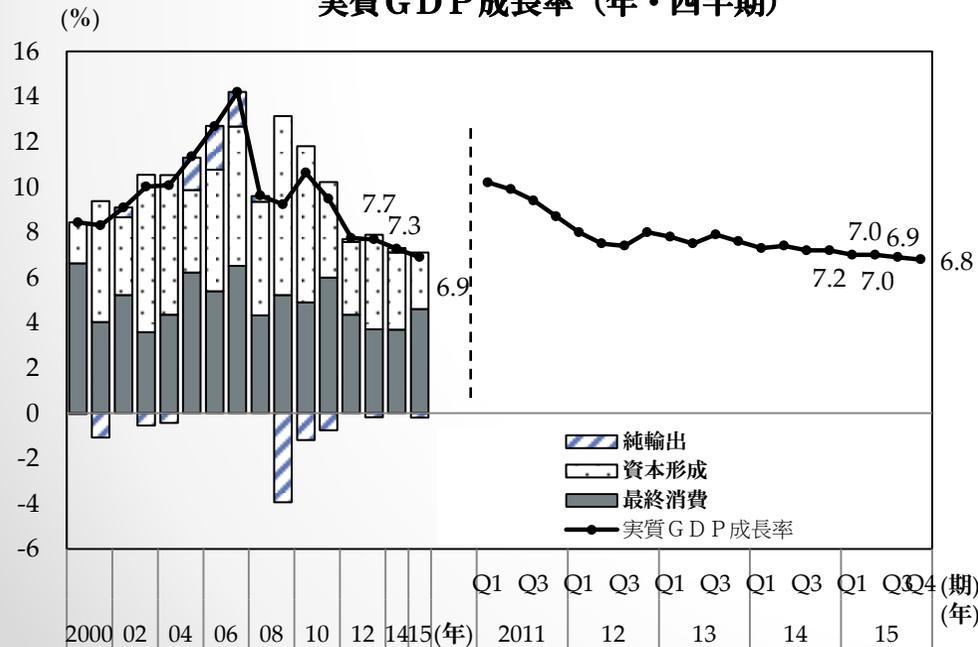


(出所) WTO

# 1-1 (4) 中国の基本データ (経済の動向②)

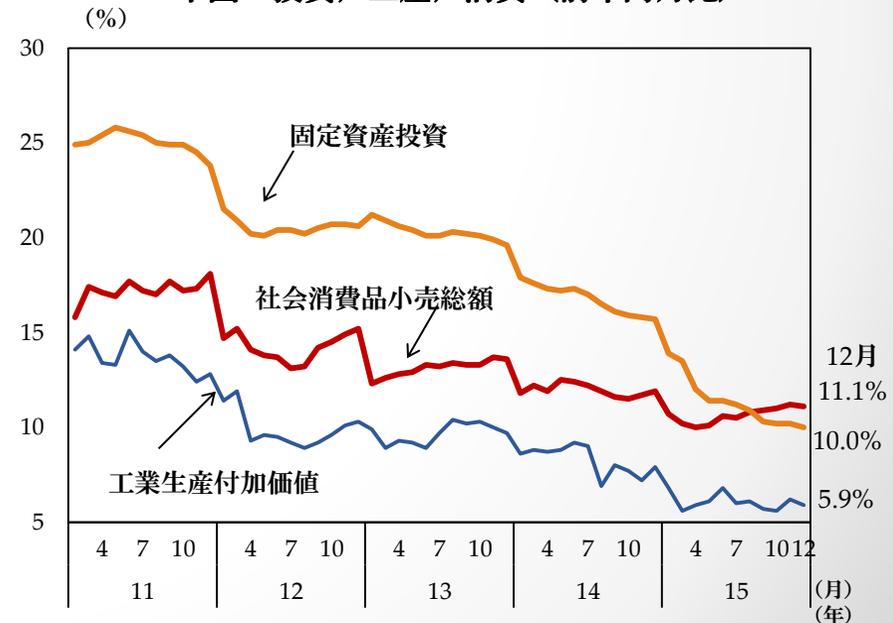
- 2015年実質GDP成長率は**6.9%増** (政府目標は7.0%前後)。過剰投資や不動産市場の冷え込み等を背景に、2014年から投資・生産の伸びが徐々に鈍化。労働コストも年々上昇し、**平均賃金は年約10%前後の増加**。また、生産年齢人口は2015年頃にピークアウト、減少に転じている。
- **景気は緩やかに減速**。各種政策効果もあり、安定的な成長は維持されると見込まれるが、不動産価格や金融市場の動向等によっては景気が下振れするリスクがある (内閣府月例経済報告 (2015年1月))。 **安価で豊富な労働力を背景にした「世界の工場」から成長モデルの転換が必要。**

実質GDP成長率 (年・四半期)



(出所) 国家統計局

中国の投資, 生産, 消費 (前年同月比)



# 1 - 1 (5) 中国の基本データ (中長期の経済課題)

- 経済成長の維持

経済成長を維持しつつ、過剰投資、不動産価格の乱高下、地方政府債務、「影の銀行 (シャドーバンキング)」等のリスクを封じ込めハードランディング・シナリオを回避。

- 「負の側面」への対処

世論の圧力の下、腐敗・汚職、環境汚染、食品安全問題、所得格差等、急速な経済成長がもたらした「負の側面」を処理し、社会の安定を保つ。

- 持続可能なモデルへ

旧来の、投資・輸出、技術移転、労働集約、国有企業に依存した成長から、いわゆる「新常态」への移行 (消費・内需, イノベーション, 知識集約, 民間の活力を主体とした成長へ転換) を図る。

# 1 - 1 (6) 中国の基本データ (日中経済関係)

- 貿易：日中貿易総額3,092億\$ (2014年)

(財務省貿易統計、JETRO (財務省公表値を\$に換算)、香港含まず。)

⇒ 日本にとって中国は最大の貿易相手国 (輸出は第2位 (対中輸出1,271億\$)。輸入は第1位 (対中輸入1,821億\$))

(※日米貿易総額は2,012億\$ (対米輸出1,294億\$, 対米輸入718億\$))

⇒ 中国にとって日本は、米国に次ぐ2番目の貿易相手国 (対日輸出・輸入はともに国として第2位。輸出は対米国が第1位、輸入は対韓国が第1位)

(13年中国海関総署, 香港含まず。)

- 投資：日本の対中直接投資総額32.1億\$ (2015年中国商務部統計)

⇒ 中国にとって日本は第3位の投資国 (外国からの投資全体の2.6%)

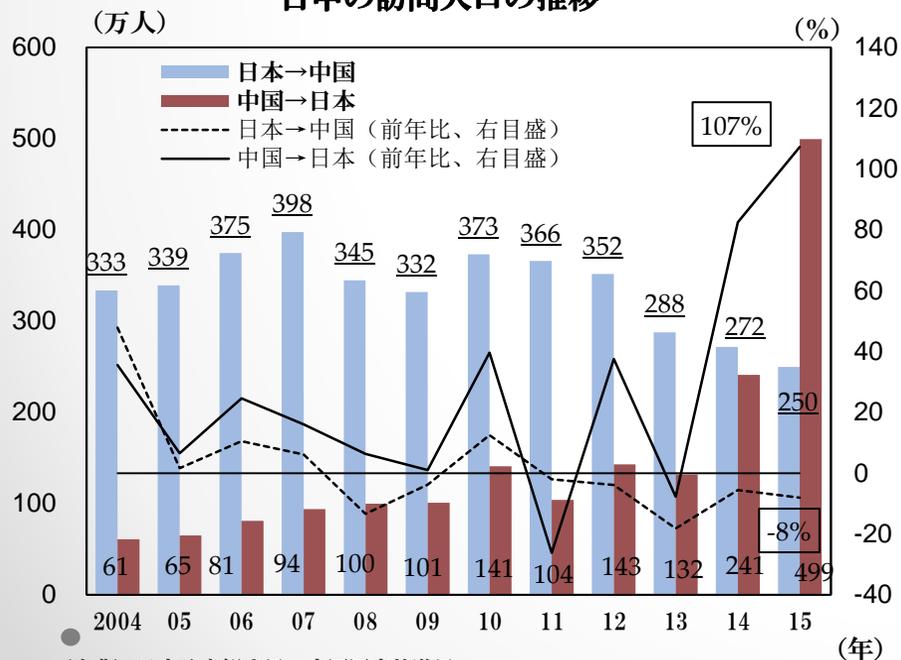
- 進出企業数：日系の企業数2万3,094社 (12年末) (中国貿易外経統計年鑑2013)

⇒ 国としては第1位 (第2位は米国 (約2万210社))。中国における外資企業全体に占める割合7.9%。

# (コラム1) 訪日中国人数の増加

- 2015年の訪日中国人数は、前年比107%増の499万人と過去最高を記録。
- 在中国日本大使館で発給するビザも毎月前年比を上回り、2015年、日本大使館（各領事館を除く）で発給したビザの総件数は、99.6万件（概算。前年比49万件増）。
- 今年に入ってもその傾向は変わらず、特に、昨日からの春節における訪日観光客は急増し、1月の全中国公館におけるビザの発給件数は40万件（概算。以下同じ。）を超え、そのうち、日本大使館では10万件（前年比3万8000件増）を超えた。
- 他方、訪中日本人数は2011年以降前年割れが続いている。

日中の訪問人口の推移



(出典) 日本政府観光局, 中国国家旅遊局

## 1 - 2 社会保障関連データ

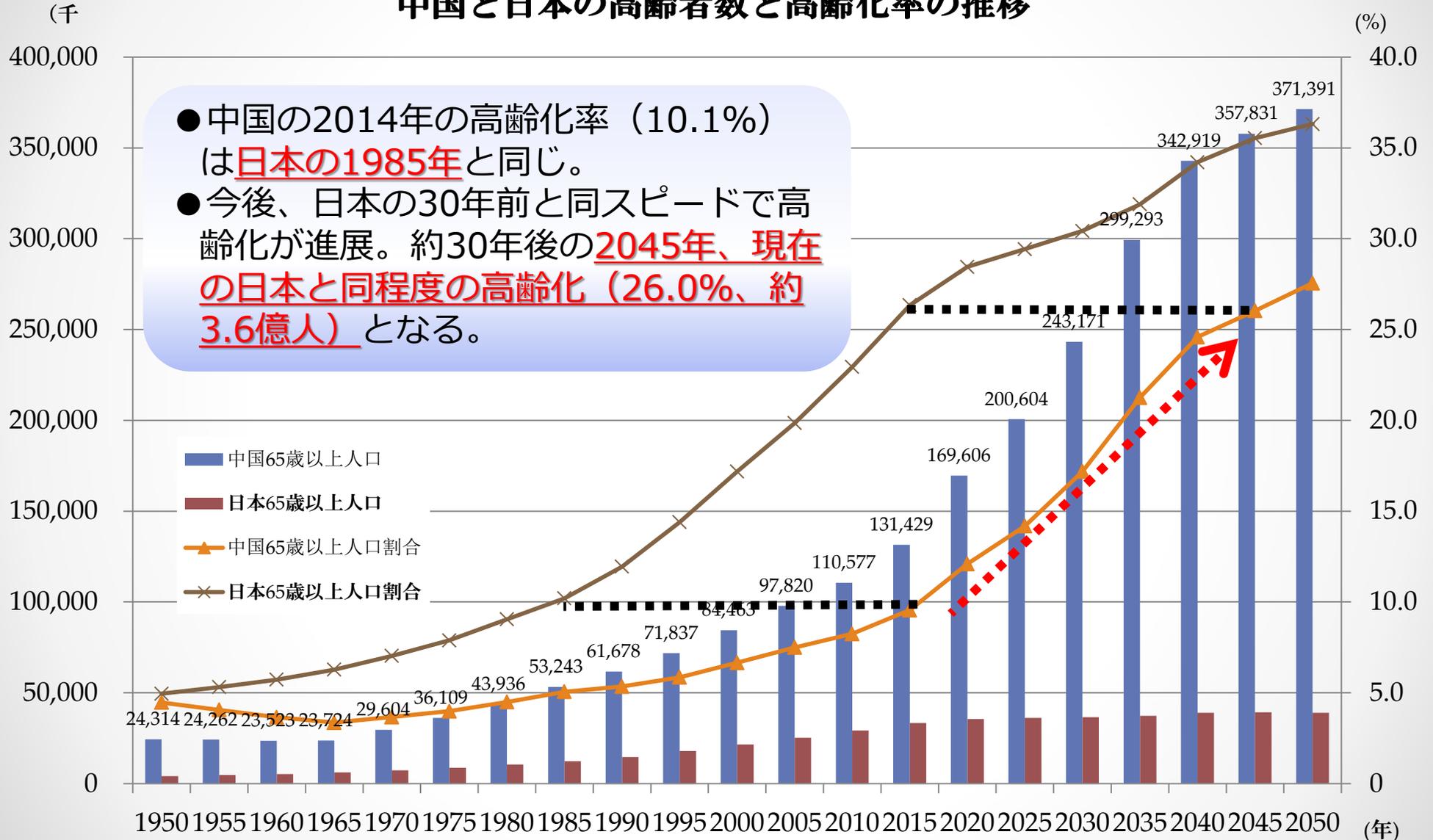
# 1-2 (1) 中国の基本データ (平均寿命など)

- 経済の発展とともに、保健衛生環境の整備も進み、平均寿命は年々延伸。
- 一方、これまでの一人っ子政策により、近年、急速に高齢化が進展（高齢化率10.1%（2014年））。総人口は2025年~2030年の14.2億人をピークに減少に転じると言われている。（国連世界人口見通し（2015年改訂版））

- 妊産婦死亡率：51.3/出産10万件当（2002年） → 26.1（2011年）  
⇒年々低下。日本の1970代半ばと同じ。現在の日本は、4.0（2012年）
- 乳児死亡率：29.2‰（2002年） → 12.1‰（2011年）  
⇒年々低下。日本の1970年代前半と同じ。現在の日本は、2‰（2012年）
- 平均寿命 68.6歳（1990年）→71.4歳（2000年）→74.8歳（2010年）  
(男性：72.4歳、女性：77.4歳)  
(※ 日本の1970年代半ばと同じ。日本（2010年）男性：79.6歳、女性：86.3歳)  
(出典：「中国の医療衛生事業」（国務院新聞弁公室）)

# 1-2 (2) 中国の基本データ (高齢化の推移)

## 中国と日本の高齢者数と高齢化率の推移



資料出所：World Population Prospects, the 2015 Revision (United Nations)より作成。

# 1 - 2 (3) 中国の基本データ (世帯の状況など)

- 一人っ子政策や都市化の進展によって、核家族化が進行し、いわゆる「4・2・1家族」や「空巣家庭（高齢夫婦または独居高齢者の世帯）」が増加。

- 一人っ子世帯：約3億世帯（2013年）（全世帯（4.3億世帯）の約70%）

- 平均世帯人員：3.02人（2012年）

約5.3人（1950年前半）→約4.0（1990年）→約3.1人（2010年）

- 65歳以上の高齢者のいる世帯：8,800万世帯（全世帯の20%超）

そのうち、「空巣家庭」：41.74%

「空巣家庭」のうち、失能高齢者の独居世帯：10%

(※「失能」とは日常生活に全介助が必要な要介護高齢者、「半失能」とは一部介助が必要な要介護高齢者をいう)

(出典：「中国家庭発展報告2014」（国家衛生計画生育委員会）)

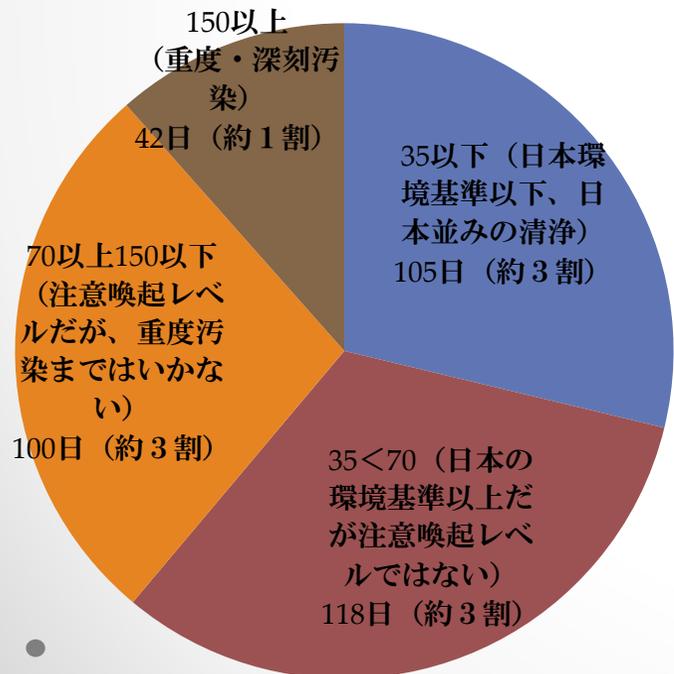
# 1 - 2 (4) 中国の基本データ (衛生・疾病の状況)

- 経済発展とともに医療衛生環境は改善されているものの、妊産婦死亡率や乳幼児死亡率は先進国と比べ高く（前述）、特に、農村部では、保健衛生環境の不備から、B型肝炎、エイズ、結核をはじめ感染症には注意が必要。
- 都市化の進展、経済発展などにより食生活が変化し、心臓病、脳血管疾患、がん、糖尿病などの慢性疾患が高齢化とともに増加。それらに伴い、要介護者数も増加。
- 2014年の全国法定感染症の発症状況（出典：「2014年全国法定伝染病」国家衛生計画生育委員会）
  - ⇒第1類：ペスト3例、コレラ24例（ペスト3例は全て死亡）
  - ⇒第2類：発症数の上位3位
    - ウイルス性肝炎（122万人）、肺結核（89万人）、梅毒（42万人）
    - ：死亡数の上位3位
      - エイズ（1.2万人）、肺結核（0.2万人）、狂犬病（854人）
  - ⇒鳥インフル（H7N9）の発症状況（2013年3月末～2014年10月）
    - ：455名が感染、176名が死亡。
- 心臓病、脳血管障害、がん、糖尿病などの慢性疾患数：3億人（2014年）
  - ⇒上記のうち、毎年800万人が死亡。糖尿病が最も多く1.14億人（2014年）。
  - ⇒上記のうち、高齢者（60歳以上）慢性疾患数：9,700万人（「2013中国老齡事業発展報告」）
- 失能高齢者（60歳以上）：4,000万人弱（出典：「中国養老施設発展研究報告2014」）

## (コラム2) 中国の大気汚染

- 急激な経済成長に伴う工業化の進展や自家用車・車両の急増、冬場の石炭の使用などの複合的な要因により、大気汚染が深刻化している。
- 北京市政府の発表によれば、2015年の北京市におけるPM2.5大気汚染の状況は、以下の図のとおり。日本の環境基準「注意喚起」( $70\mu\text{g}/\text{m}^3$ )までは行かない日は約6割、注意喚起レベル以上は約4割、うち「**重度汚染・深刻汚染**」( $150\mu\text{g}/\text{m}^3\sim$ )は**42日**。なお、昨年11月30日には $1,000\mu\text{g}/\text{m}^2$ が北京市内で観測されている。

北京市政府発表 2015年のPM2.5濃度の状況  
(日平均値) (単位: マイクログラム毎 $\text{m}^3$ )



昨年11月空気の悪い日 (↓)



昨年11月空気の良い日 (↑)

## 2 中国の社会保障の現状と課題

## 2 中国の社会保障の現状と課題（これまでの経緯）

- 中国の社会保障制度は、1951年「労働保険条例」が制定されて都市部では政府機関や国有企業などの従業員への年金、医療給付等が制度化、農村部では人民公社等の生産団体ごとの互助制度の形で整備がされてきた。
- 都市戸籍と農村戸籍による戸籍区分、公務員や従業員、農民といった職業区分を基本として制度化したことが特徴。
- その後、改革開放政策や経済発展により、人民公社の解体や都市部における農民工の問題、都市部と農村部との経済格差の拡大などに対応するため、2010年、社会保険制度に関する基本法として社会保険法が成立（2011年7月施行）。社会保険法では、年金、医療、失業などの社会保険の規範化、国民の権利保護などの基本原則とともに、加入対象・手続き、保険料負担などを規定。
- 同法では、都市部と農村部をカバーする社会保険制度の枠組みが規定されているが、具体的な内容は、中央政府による意見や地方政府の条例などに委任し、また、基本的には上記戸籍・職業区分も概ね維持されている。

## 2 - 1 年金

# 2-1 (1) 中国の社会保障の現状と課題 (年金制度)

- 公的年金には、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・農村住民基本養老保険は、2014年以前までは、都市戸籍の非就業者を対象とした「都市住民養老保険」(2011年～)と、農村戸籍の非就業者を対象とした「新型農村社会養老保険」(2009年)があったが、年金への適用拡大などの目的から、2014年2月の国務院から出された意見を踏まえ、2015年両制度は統合されている。)

## 年金制度の体系・加入等の状況 (2014年)

### 企業年金

対象者：従業員  
加入者：2,293万人  
受給者：不明

### 職業年金

(※公務員年金に上乗せする支給。詳細不明)  
対象者：公務員年金と同じ  
保険料：機関 (賃金の8%)  
個人 (賃金の4%)

### 都市従業員基本養老保険 【強制加入】

対象者：従業員  
加入者：3.41億人  
受給者：8,593万人  
支給総額 (基金)：21,755億元

### 都市・農村住民基本養老保険 【任意加入】

都市・農村戸籍を有する非従業員  
加入者：5.01億人  
受給者：1.43億人  
支給総額 (基金)：1,571億元

### 公務員年金

対象者：政府機関、党組織、  
公務員法を適用する  
関係機関  
保険料：機関 (賃金の20%)  
個人 (賃金の8%)  
加入者などは不明

## 2-1 (2) 中国の社会保障の現状と課題 (年金制度)

### 都市従業員養老保険制度 (2005年~)

○制度体系：基金（企業と政府補助）と個人口座（個人負担）の2階立て方式

○運営主体：各省・自治区・直轄市

○被保険者資格：被用者（国有企業、株式会社、外資企業、個人商店など）

○年金受給要件：15年以上加入

○支給開始：退職年齢（男性60歳、管理職女性55歳、一般女性50歳）

○給付水準：1階・2階の合計 月平均一人当たり2,061元 (2014年)

1階部分 = 「退職時の地域の前年平均賃金 + 加入期間の平均賃金」 ÷ 2 × 加入期間 × 1%

2階部分 = 個人口座 ÷ 給付推定年数（※退職時の地域の平均寿命と退職年齢、利息等で算定）

○財源：保険料と政府補助

保険料：企業（賃金×20%（基金へ））  
従業員（賃金×8%（個人口座へ））

政府補助：中央・地方の補助額3,584億元（基金収入の14%）（2014年）

イメージ図

2階部分：個人口座  
（個人負担）

1階部分：基金  
（企業と政府補助）

## 2-1 (3) 中国の社会保障の現状と課題（年金制度）

### 都市・農村住民基本養老保険制度（2014年～）

- 制度体系：基金（政府補助）と個人口座（保険料と地方政府など補助）の2階立て方式
- 運営主体：各省・自治区・直轄市・県
- 被保険者資格：16歳以上（除く学生）の住民（都市または農村戸籍）の非就業者
- 年金受給要件：15年以上加入
- 支給開始：男女ともに60歳
- 給付水準：月平均一人当たり82元（2013年）  
月70元（※）+個人口座の積立金÷139（※地域の状況に応じ上乘せ）
- 財源：保険料と政府補助  
保険料：年間100～2,000元まで100元毎の12段階（※）の定額  
（※地域の状況に応じ詳細な段階設定が可能。地方政府は一人当たり年間30元以上を補助）  
政府補助：中央・地方政府の折半（中西部のみ中央政府のみ）

イメージ図

2階部分：個人口座  
（個人負担と地方政府などの補助）

1階部分：基金  
（政府補助）

## 2-1 (4) 中国の社会保障の現状と課題（課題など）

### 年金制度への適用拡大

- 近年、都市部の従業員の加入は進んでいるものの、非就業者の都市住民や農村部住民、農民工（地方から都市への出稼ぎ従業員）の加入者はいまだ少なく、2012年末までに対象となる全国民をカバーするという目標を掲げ適用拡大に取り組んできた。
- その結果、非就業者の年金加入はある程度進んだものの、転籍による無保険の問題などが解消しなかったことから、2014年2月に国務院は「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」を発出し、これまで別々の制度であった非就業者の年金制度を統合し、無保険の問題を解消することとしている。
- 一方、農民工に対する年金保険の加入は進まず、都市従業員基本養老保険は農民工（2014年27,395万人）を対象としているが、5,472万人（19.9%）しか加入していない。
- これは、①農民工を使用する事業所は高い保険料負担（賃金の20%）が困難であることや、②移動の多い農民工に対応する制度となっていないことなどが原因で、現在、農民工の場合の保険料率軽減や、省を跨いで移動したり、新たに就業者となった場合の加入期間の継承に取り組んでいる。

## 2-1 (5) 中国の社会保障の現状と課題（課題など）

### 低い給付水準

- 非就業者に対する都市・農村住民養老保険は、個人の保険料と中央・地方政府からの補助を財源としており、地方財政、地域経済の状況により給付額に大きな差があり、また、給付水準が低いこと（月平均一人当たり82元（2013年））が課題となっている。  
また、都市従業員基本養老保険の給付水準も、月平均一人当たり2,061元（2014年）であり、一人っ子政策や都市化の進行で核家族化が進む中で、医療、介護にかかる費用を誰が、どのように賄うのかという老後の所得保障の問題が依然として課題となっている。

### 公務員との格差

- 政府機関や党組織などに属する「公務員」の年金は、1955年に開始されたが、財源は全額政府救出で個人負担はなく、給付額も他の年金と比べ手厚い（※）制度となっていた。（※都市・農村住民と従業員、公務員の平均給付額の比率は、1：20：40とも言われている）  
こうした問題を解消するため、2015年1月に都市従業員養老保険制度と同様の仕組み（保険料負担、最低加入期間など）とすることを決定した。
- 一方、今回の決定では、年金制度の統合ではなく、納付方法、給付方法の同一化であるため各年金基金は別々に管理され、また、公務員年金に上乘せする職業年金を設けるも決定されており、公務員への優遇は解消されていない。

# (コラム3) 一人っ子政策の廃止 (これまでの経緯と今後)

- 昨年末、全人代常務委員会で一人っ子政策廃止を盛り込んだ人口・計画生育法修正法案が可決(1月施行)。「全ての夫婦に二人の子供の出産を認める(「全面両孩」)」という党の方針が、国策として実施されることとなった。
- 中国では「人口と経済及び社会、資源、環境との調和の取れた発展を実現(同法第1条)」「人口を抑えその質を高める(同法第2条)」という観点から一人っ子政策を実施。こうした政策の起源は1970年代で、当時(1970年)出生率は5.8、人口激増を抑える必要から「晩(晩婚を奨励する)」「稀(出産期間を3年以上とする)」「少(多く産まない)」が提唱された。その後、1980年、党が一人っ子政策を提唱し、1982年、憲法に規定。1984年以降、農村への配慮や少数民族への優遇などから調整が行われ、80年代末には現行の一人っ子政策の基礎が完成。

## <2013年までの「一人っ子政策」の概要>

- 「一人っ子政策」(一組の夫婦に一人の子供しか出産を認めない)  
対象：大部分の都市部住民、北京・天津・上海・江蘇・四川・重慶の6つの省・直轄市の農村住民
- 「一人半政策」(第一子が女子の場合、二人目を出産できる)  
対象：河北・山西などの19の省・自治区の農村世帯
- 「二人政策」(二人の子供まで出産を認める)  
対象：夫婦双方が一人っ子の夫婦、海南・雲南など5つの省・自治区の農村住民、天津・遼寧など7つの省・直轄市の夫婦の一方が一人っ子の農民夫婦
- 「三人政策」(三人の子供まで出産を認める)  
対象：一部地域の少数民族の農民・牧民

※このほか、チベット族及び人口の稀少な少数民族の農民・牧民には出産制限はない。

※また上記政策に反して、子供を出産した場合、夫婦は社会扶養費を納付しなければならない。

# (コラム3) 一人っ子政策の廃止 (これまでの経緯と今後)

- こうした政策により1990年代以降、人口急増を効果的に抑制。その結果、中国の経済成長を加速させたが、一方、予想を上回る低い出生率（1.18（2010年第6回人口調査））により、近年、生産年齢人口の減少と高齢化が進行。
- こうした状況を受け、2014年に「片方が一人っ子の夫婦には二人の子供の出産を認める（「単独両孩」）」政策を実施。これにより毎年200万人の出生増につながると見込まれていたが、その効果は限定的で今回の廃止につながったと言われている。
- 一方、今回の廃止によっても市民の反応は冷静（下図参照）。
- 理由には、「少生優生」による高い教育費や、保育所などの社会環境の未整備が挙げられている。また、人手が必要な農村では既に一人っ子政策は緩和されていたことも要因。今後の中国の人口動態と環境整備などの関連施策の実施が注目される。

	四川新聞ネット (2015.10.30) 【オンラインアンケート】	揚子晩報 (2015.11.2) 【オンラインアンケート】	揚子晩報 (2015.11.2) 【南京市のネットユーザー対象オンラインアンケート】	西部商報 (2015.11.12) 【郵送・オンラインアンケート】
有効回答	27,729件	14,929件	4,400件	231件
二人目を産む	40%	33.8%	11%	30.84%
産まない	<u>33%</u>	<u>38.2%</u>	<u>89%</u>	<u>64.52%</u>
迷っている	26%	28.0%	—	4.64%

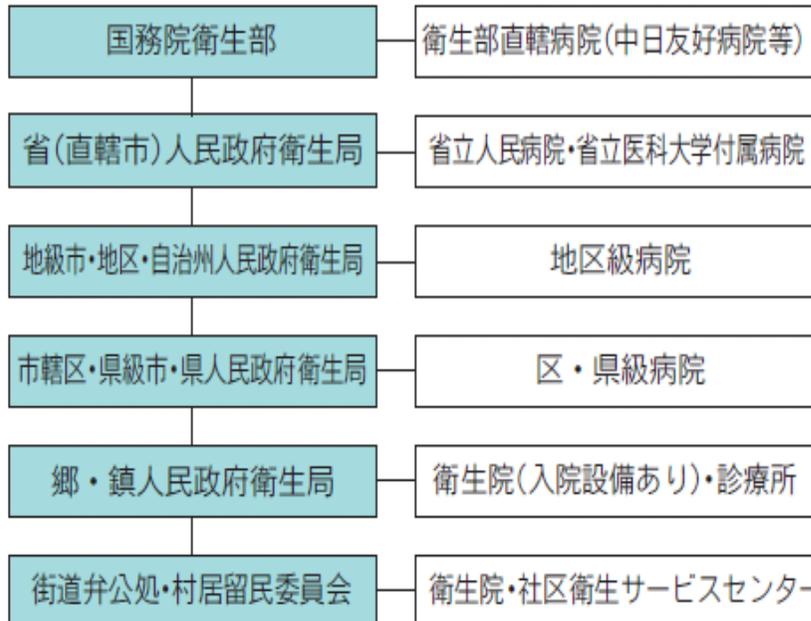
## 2 - 2 医療

# 2-2 (1) 中国の社会保障の現状と課題 (医療提供体制)

## (1) 概要

- 医療機関の多くは、衛生行政部門が設置。都市部では、一級～三級まで（3級が最大）の各級病院と社区卫生サービスセンターによる機能分化が行われ、近年、大都市の三級病院では高度な医療機器を設置し、移植治療の実施など医療水準は向上。
- 農村部は、県レベルの病院（県級病院）を筆頭に、その下の郷、鎮の衛生院、村の衛生室を基礎とした農村3段階医療衛生サービス網が形成されているが、医療機器、薬剤、医師の質・量ともに低い水準。

### 行政組織



### 医療提供体制

企業立病院・衛生院・診療所  
外資・合併診療所等



## 2-2 (2) 中国の社会保障の現状と課題（医療提供体制）

(2) 医療機関数：981,432か所（2014年）

（出典：2014年国家衛生計画生育事業発展統計公報）

- 病院：25,860か所（北京市：672か所（2014年））  
（うち、三級：1,954か所、二級：6,850か所、一級：7,009か所）  
（北京市：三級：88か所、二級：128か所、一級：394か所）
- 末端医療機関（社区卫生中心、衛生室など）：917,335か所（北京市：9,358か所）

（※ 医療機関の整備についても、大都市に偏在。北京市人口（2151.6万人、全国の1.6%）、一方、北京市内の三級病院は全国の4.9%、二級は1.9%、一級は6%）

- 人口千人あたり病床数：4.84床（2014年）（北京市：5.1床（2014年））  
（※日本の約3分の1（13床））

（参考：医療供給体制を整備するための民間医療機関の参入奨励）

2014年7月、国家衛生計画生育委員会と商務部は「外資独資による病院設立の試行事業を実施する通知」を発表。

これまで認められなかった外資単独出資による病院設立を、北京市、天津市、上海市、江蘇省、福建省、広東省、海南省をモデルとして実施。高度医療の実施や先進的な設備を有することなどが条件とされているが、これにより医療技術・供給不足を補うとしている。

## 2-2 (3) 中国の社会保障の現状と課題（医療提供体制）

### (3) 医療従事者の数（2014年（北京市は2014年））

（出典：2014年国家衛生計画生育事業発展統計公報）

- 医師（見習いも含む）：289.3万人（千人当たり医師数：2.12人）  
うち、医師資格者：237.5万人（中医も含む）（千人当たり医師数：1.7人）  
北京市（見習いも含む）：8.9万人（千人当たり医師数：4.1人）  
（※日本の場合（2012年）：2.37人）

- 看護師数：300.4万人（千人当たり看護師数：2.20人）  
北京市：10.6万人（千人当たり看護師数：4.9人）  
（※日本の場合：145.3万人、千人当たり11.2人（助産師等を含む））

- 薬剤師数：41万人（※日本の場合、28万人（2012年））

- リハビリ治療師：約1.4万人（※日本のOT/PT/STの場合、計約88万人）  
（出典：中国リハビリテーション学会調べ）  
（※リハビリ治療師は衛生計生委と障害者連合会がそれぞれが資格を付与しているが、基準は統一されていない。  
専門学校もあるが、他職種（中医や看護師）が業務を兼任。）

### （参考：中国の医師資格）

医学部卒業が医師国家試験の受験資格だが、農村部では医師不足のため中・高校卒業後に一定期間の実務研修を終えて医師になった者（医療補助を行うとされている）も存在。

# (コラム4) これまでの医療衛生分野の対中ODA

- 対中ODA（79年開始）とともに始まったこの分野での日本政府による日中協力は、中国の医療衛生事情を踏まえ、段階に応じて様々な取組みを実施。
- 今後は中国の経済成長などを踏まえ、中国側の費用負担とともに分野の選定（日本に影響する分野（感染症など））や企業の活用・進出支援を視野に実施していくことが重要。

## ①医療サービスの向上（1980～2000年代半ば）

- 医療施設整備が急務であり、中日友好病院（81年から中国で初の無償資金協力（計約193億円）により建設（84年開院））などの病院建設や医療機材の供与など医療提供体制の整備を実施。
- その後、これらの施設の医師、看護師などの技術向上のための研修（訪日・訪中研修）を実施し、そうした施設を拠点としてその他の病院への研修を実施。



## ②特定感染症対策（1990～2000年代半ば）

- ポリオ、結核、エイズなど感染症への予防接種、医療従事者の研修、健康教育などを実施。さらに2000年代半ばから、SARSなどの突発・重大感染症への健康危機管理対策や院内感染対策への協力事業を実施。



## ③コミュニティにおける公衆衛生の改善（2000年～現在）

- 農村部・貧困地域などでの保健衛生水準の向上を目的に、家庭保健を通じた感染症予防や母子保健の向上、生活習慣病の予防などの協力事業を実施。



## 2-2 (4) 中国の社会保障の現状と課題（医療保険制度）

- 医療保険には、**都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度**がある。また、都市・農村住民に対し多額の医療費がかかる大病への再保険制度（大病保険制度）、公務員には上記制度に上乗せ支給する公務員医療補助、最低生活保障の対象者や、低所得で保険に加入できない者への**特定困窮者医療扶助制度**などがある。

### 医療保険制度の体系・加入等の状況（2014年）

大病保険、公務員医療補助、医療費補充保険、商業医療保険 等

#### 都市従業員基本医療保険 【強制加入】

対象者：従業者（被扶養者は対象外）  
加入者：2.82億人  
支出総額（基金）：6,697億元

#### 都市住民基本医療保険 【任意加入】

対象者：都市戸籍を有する非就業者、学生  
加入者：3.15億人  
支出総額（基金）：1,437億元

#### 新型農村合作医療 【任意加入】

対象者：農村戸籍を有する非就業者  
加入者：7.36億人  
支出総額（基金）：2890.4億元

特定困窮者医療扶助制度（受給延総人数：9,119万人（2014年））

## 2-2 (5) 中国の社会保障の現状と課題（医療保険制度）

### 都市従業員基本医療保険制度（1998年～）

○制度体系：基金（企業負担）と個人口座（個人積立）の組み合わせの2本立て

○運営主体：直轄市・市

○被保険者資格：被用者（国有企業、株式会社、外資企業、個人商店など）（※被扶養者は対象外）

○給付対象：薬品、入院、外来（※院内生活・救急移送・付添看護・医療以外の設備利用・食費は対象外）

○給付の財源・種類：

(1) 個人口座：外来及び薬品購入の費用並びに入院費用の一定額（※）までを個人口座から全額負担（※地域の平均年間賃金の10%程度（北京は1,300元））

(2) 医療基金：一定額以上の入院費用及び放射線治療、腎臓透析、腎臓移植後の外来費用など

①基金からの給付額：一定標準額から最高給付限度額（※）までの費用  
（※地域の平均年間賃金の4倍程度（北京は10万元））

②基金からの給付割合：病院の種類及び医療費によって異なる（次ページ参照）

○財源：保険料

企業（賃金×6%（基金へ拠出とその額の30%前後（※）を個人口座へ拠出））（※地域ごとに設定）

従業員（賃金×2%（個人口座へ））（※退職者は保険料負担なく企業が全額負担）

## 2-2 (6) 中国の社会保障の現状と課題（医療保険制度）

（参考1）基本医療保険基金からの給付割合（北京市の場合）

受診病院	医療費	患者自己負担 (%)	退職者自己負担 (%)
三級病院	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

（参考2）医療提供体制など

- 医療保険の対象となる病院・薬局は政府が指定し、指定病院・薬局以外で受けた場合は給付対象外。被保険者は指定病院から3～5か所の病院を選択・登録するとともに、社区卫生サービスセンターのかかりつけ医を登録する。
- 自己負担は、小規模病院ほど低く設定され、社区やかかりつけ医からの医療は無料・低額となっている。

## 2-2 (7) 中国の社会保障の現状と課題（医療保険制度）

### 都市住民基本医療保険制度（2007年～）

○制度体系：基金（個人負担と政府補助）からの給付

○運営主体：直轄市・市

○被保険者資格：都市戸籍の非就業者、小学校から大学生と16歳以下の未就学児童

○給付対象：入院、がん・肺結核などの外来費用

（※地方の状況に応じてその他の外来費用も給付。北京市は、一年以上かつ継続して保険料納付した場合、外来・急患費用も対象）

○給付額と給付割合（北京市）：

外来・急患費用：一定額（650元）までは自己負担。超えた額の50%を基金から給付。基金からの給付限度額（年間累積給付額の限度額）は、2,000元。

入院費用：一定額（対象者により異なる（※））までは自己負担。超えた額の70%を基金から給付。基金からの給付限度額は、17万元。

（※高齢者と非就業者：1,300元。学生と16歳以下の者：650元。）

○財源：保険料と政府補助

保険料：地方政府が決定（北京市は、非就業者660元/年、高齢者360元/年、学生・16歳以下160元/年）

政府補助：地方政府が毎年40元以上補助（中西部には中央政府が20元）

（北京市は、年間1,000元を補助）

### 新型農村合作医療制度（2003年～）

- 制度体系：基金（個人負担と地方政府などの補助）からの給付
- 運営主体：市・県
- 被保険者資格：農村戸籍の非就業者
- 給付対象：入院、高額医療外来費用、健康診断（一年以内に合作医療基金を使わなかった者）  
（※地方の状況に応じてその他の外来費用も給付）
- 給付額と給付割合：入院、高額医療外来費用の自己負担上限額や基金からの給付限度額の  
詳細は各地方政府が決定。
- 財源：保険料と政府補助
  - 保険料：年間一人90元（地方の状況に応じ上乘せ可能）
  - 政府補助：毎年320元以上補助（中央政府と地方政府の折半）

## 2-2 (9) 中国の社会保障の現状と課題（課題など）

### 医療機関の量的整備と医療従事者の人材育成

- 医療機関については、年々整備が進んでいるものの、特に農村部を中心に量・質ともに低い水準であることから、量的整備と質の向上が喫緊の課題。
- 医療従事者については、医師の不足はもちろんのこと、看護師、リハビリ治療師、薬剤師などのコメディカルが絶対的に不足しており、そうした人材育成は都市部・農村部ともに喫緊の課題。
- また高齢化が急速に進展していることから、医療ニーズの増大を踏まえ、都市部においても医療提供体制の充実が必要。

### 医療保険の保障の充実

- 医療保険のカバー率は年々上昇し、都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度の加入者合計は13.3億人となっており、国民皆保険が実現されたと言われているが、
  - ① 給付対象となる範囲が狭い（都市住民基本医療保険では一定額まで自己負担であり、特定の疾病による外来費用のみが対象）
  - ② 保険適用となる医薬品などが少ない（外資系の新薬などは保険収載されていない）
  - ③ 省を跨いだ移動では使えないなどの問題がある。

## (コラム5) 中国の病院事情

- 北京、上海、天津などの大都市には、外国人外来を持つ中国系総合病院や英語・日本語で先進国と同様の医療が受けられる外資系クリニックがある。
- こうした病院では、高度な医療を受けられるものの、中国人の場合も公的保険が利用できないため、高額な医療費（例：緊急入院1日5,000元～1万元（≒10～20万円））を請求される。
- また、中国の一般的な病院では、最初に窓口で受付し、診察医を指名（医師のランクにより診察料が異なり、各病院の入口に指名料が掲示されている）する。また、入院では受付時に保証金（長期入院と判断されれば数万元）を預けなければならない。
- 基本的には、受付、指名料、診療、検査、調剤・投薬、付添看護、車いすなどの設備・器具などは、個別に費用が算定される。
- 特に、薬品については、公的保険に収載されていない薬品は自由価格で販売されるため、病院の購入代金と患者への販売価格の差が病院の収益源につながっている（「以薬以益」）。
- 一方、患者にとっては公的保険外での自己負担が多く、病院側と患者・家族の間でトラブルが生じている。

## 2 - 3 高齡者介護

## 2-3 (1) 中国の社会保障の現状と課題（高齢者介護）

### (1) 概要

- 2014年65歳以上高齢者は1億3,755万人（高齢化率10.1）。約30年後の2045年には、現在の日本と同程度の高齢化（26.0%、約3.6億人）を迎える。また、60歳以上の失能高齢者は、4,000万人弱と言われている（出典：「中国養老施設発展研究報告2014」）
- 中国は、高齢化の速度は日本と同様に早く、高齢者となる人口規模が多く、また、格差の問題（地域間、地域内）や年金給付の水準などから、「未富先老」（豊かになる前に高齢化を迎える）という特徴がある。
- 一方、高齢者介護・福祉施策は、近年、医療保険、年金制度及び最低生活保障などの基本的な社会保障制度の整備が優先されてきたことから、在宅・施設サービスなどの介護事業に関する国として統一的な高齢者介護・福祉制度や介護保険制度はない。
- こうした中、介護が必要な高齢者は、
  - ①自己負担により、民間老人ホームへ入居するか社区（コミュニティ）または家政婦によるサービスを利用する。
  - ②医療保険を活用して長期に入院する（医療保険には限度額があることから、それを超えた場合には自己負担）
  - ③最低生活保障施策の対象となり、高齢者向けの養老院などに入居するのが現状となっている。
- また、介護人材も、需要を満たすほどの供給量がない上に、専門的な介護を提供するよりは家政婦と同様のサービスを行っており、質量ともに不足している。

## 2-3 (2) 中国の社会保障の現状と課題（高齢者介護）

- こうした中、高齢化の急激な進展を踏まえ、近年多くの対策・方針が打ち出され、各地方政府においては独自に高齢者介護施策を展開している。

### (1) 国からの方針

- 「老齡事業発展12次5カ年計画」（国弁発2011年28号）
- 「社会養老サービスシステム構築計画（2011～15年）」（国弁発2011年61号）
- ※ 在宅を基礎に、社区を拠り所とし、養老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を確立する方針を打ち出すとともに、1,000人当たり高齢者の養老ベット数を30床などの目標を設定
  
- 「養老機構設立許可弁法」（民政部2013年48号）
- ※ 民間資本の参入促進し、外資独資での設立を認可
  
- 「養老サービス産業の発展加速に関する若干の意見」（国発2013年35号）
- ※ 建設用地の優先取得、建設・運営費用補助、税制優遇などの拡大
  
- 「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」（民発2015年33号）
- ※ 社区でのデイサービスなどに対する民間参入の促進や「医養結合（医療と介護の連携）」のための養老施設への医療保険の指定やリハビリへの医療保険給付、介護型養老施設への補助金やの税制優遇措置など

## 2-3 (3) 中国の社会保障の現状と課題（高齢者介護）

### (2) 地方政府の施策

#### 【北京市】

- 「養老照料中心」の整備（208か所）
  - ・ 社区に在宅介護の小規模多機能拠点を整備。
  - ・ 土地建物の3年間無償貸与や設備補助として市政府から150万元など
  - ・ 運営費補助として1床500元/月（要介護）、1床300元/月（自立）など

#### 【青島市】

- 長期医療介護保険制度（2012年7月～）
  - ・ 基本医療保険基金（2.8億元）と財政補助（宝くじ公益金（市財源）2千万元/年）により、都市住民護理保険基金を設置。
  - ・ 被保険者を「日常生活能力認定表」に基づき、失能高齢者と認定された者を対象に
    - ① 医療機関での介護（専門介護）
    - ② 医療資質を持つ介護施設での介護（入所介護）
    - ③ 訪問による「在宅介護」に対して給付。
  - ・ ①は、2級病院の場合170元/日、3級病院の場合200元/日（ともに自己負担10%）、②③は、60元/日（自己負担4%）を給付（※受給中は医療保険を利用できない。）

（※上海市も同様に基本医療保険から在宅介護の費用の支払いを試行実施している。）

# 2-3 (4) 中国の社会保障の現状と課題 (高齢者介護)

【北京市】「養老照料中心」の例① (※写真は同一施設ではない)

入口



訪問介護



デイサービス



ショートステイ

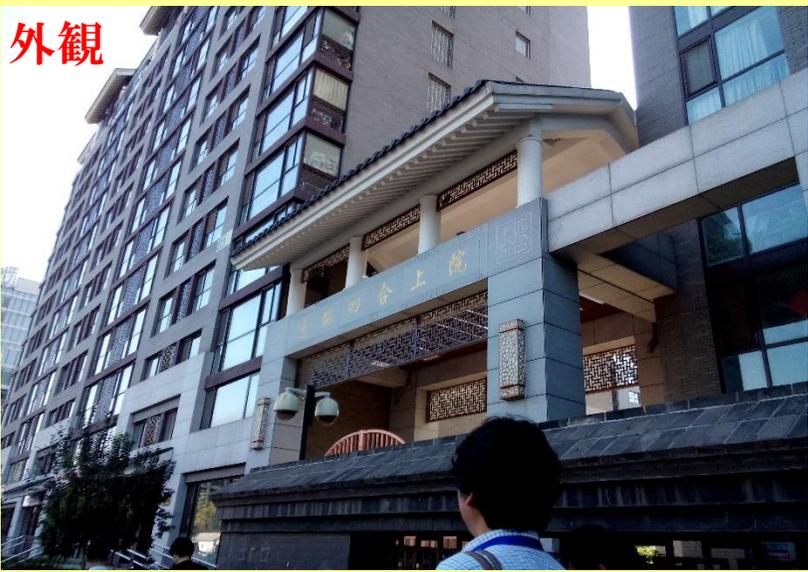


食堂

# 2-3 (5) 中国の社会保障の現状と課題 (高齢者介護)

【北京市】「養老照料中心」の例② (※写真は同一施設ではない)

外観



リビング



入浴施設

入口



生活用品・雑貨、介護用品の販売



居室



## 2-3 (6) 中国の社会保障の現状と課題（高齢者介護）

- 近年の高齢者施策の展開により、老人ホームなどが徐々に整備されているものの、それらの質・量、介護人材ともに不足していると言われている。

- 介護施設等の整備状況

(出典：「中国養老施設発展研究報告2014」(中国老齡科学研究センター))

- ・ 各種の養老施設のベット総数：551.4万床

高齢者千人当たり：26床(2014年) (目標は30床)

- ・ 養老施設の空室率：48%
- ・ 訪問施設のうち、19.4%が黒字、32.5%が赤字
- ・ 訪問した施設の平均料金：2,134元/月 (都市従業員養老保険平均受給額2,061元/月)
- ・ 民間施設で医療設備を設置(54.7%)、リハビリ設備を設置(46.6%)

※いわゆる「ダンベル型」の分布（「ハイエンド・介護サービスあり」または「ローエンド・介護サービスなし」）で、中間所得層で要介護者を対象とした施設が少ない。

- 介護人材の整備状況

(家政婦なども含めた) 介護職員：約100万人 (需要は、1,300万人と言われている)

そのうち、研修終了などの資格取得者：4万人弱

(出典：「2015.7 日中経済協力ジャーナル」賈素平大連交通大学教授による寄稿レポート)

# 2-3 (7) 中国の社会保障の現状と課題 (高齢者介護)

## 老人ホームの例①



# 2-3 (8) 中国の社会保障の現状と課題 (高齢者介護)

## 老人ホームの例②



### 3 中国の社会保障の今後の動向

## 3 – (1) 社会保障の今後の動向（政府・党の方針）

- 昨年10月26～29日、共産党第18期中央委員会第五回全体会議（五中全会）が開催され、「中国共産党中央の国民経済及び社会発展に係る第13次五カ年計画に関する建議」を審議・採択。

（※第13次五カ年計画(2016～2020年)は習近平政権が初めて自ら制定する五カ年計画で、今後の経済政策の基本方針を示すもの。「建議」を受けて、関係部局が計画の綱要を策定し、政府及び党内外の議論を経て、来春の「全人代」で最終的に決定。）

### 五中全会及び「建議」のポイント

- 2020年までに全面的な「小康社会」の建設を目指し、経済成長は「中高速成長」を保持するとし、2020年のGDPと都市農村住民一人当たりの所得を2010年の倍にするとの目標に改めて言及（成長率目標の具体的な数値は示されず）。
- 新常态の下で引き続き経済成長を実現するため「イノベーション」「協調」「グリーン」「開放」「共に享受」という5つの発展理念を設定。特にイノベーションは、国家発展の全体局面の核心的な位置に置くとして高く位置付け。
- 経済発展がもたらした「ひずみ」への対応として、環境問題対応、貧困削減、社会保障・教育等の公共サービスの充実、収入格差の縮小、人口のバランスのとれた発展（一組の夫婦に二人の子供を認める）等を打ち出した。また、国有企業改革や財政金融政策、サービス業の改革開放、新都市化の推進等が盛り込まれた。
- グローバル経済ガバナンスにおける制度的発言権を高めることを明言（自由貿易戦略の加速、対外援助拡大等）。

# 3 – (2) 社会保障の今後の動向（政府・党の方針）

## 貧困・格差対策

- 貧困解消のための最低生活保障政策などの充実、都市・農村の所得格差の解消のための所得再分配機能の強化など。

<「建議」のポイント（仮訳）>

7（二）貧困脱却という難関を攻略する。農村部の貧困人口の貧困脱却活動は、「小康社会」を全面的に完成するための、最も大きな難関である。・・・貧困家庭を分類して扶助し、労働能力を有する地域に対し、特色産業と移転就職を支援する。・・・「因病致貧（病気により貧しくなった）」の貧困者に対し医療救助保障を実施する。最低生活保障政策と貧困扶助政策を結び付け、貧困人口に保障すべきものを全部保障する方針を徹底する。・・・貧困地域における基礎教育の品質と医療サービスのレベルを向上する。貧困地域の基本公共サービスの均等化を推進する。

7（五）収入格差を縮小する。住民の収入と経済成長を協調的に増加させ、労働報酬と労働生産率を協調的に向上させ、都市・農村の住民の収入を持続して増加させることを堅持する。国民収入の分配構造を調整し、最初の分配をルール化し、再分配の調整を強化する・・・収入格差の縮小に有利な政策を実施し、低所得層の労働者の収入を明らかに向上させ、中等所得者の比重を拡大させる。・・・権力、行政独占などの非市場性要因を利用して、収入を取得することを規制し違法所得を取り締まる。

# 3 – (3) 社会保障の今後の動向（政府・党の方針）

## 社会保険制度

- 国民皆保険・皆年金の実現。年金については、（年金財政安定化のための）定年年齢（男性60、女性55）の引き上げ。
- 医療保険については、制度間・地域間の不均衡を是正、都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療制度を統合。さらに、出産保険と医療保険の統合。

### <「建議」のポイント（仮訳）>

7 (六) 更なる公平かつ持続可能な社会保障制度を構築する。全員の保険加入計画を実施し法定人員の全カバーを基本的に実現させる。・・・社会保険料率を適切に下げる。社会保険システムを整備する。

従業員養老保険の個人口座制度、「多繳多得（多く納めれば多くもらえる）」の奨励仕組みを整備する。従業員基本養老金の全国統一の管理・調整を実現する。基本養老金を合理的に調整する仕組みを構築する。・・・段階的に定年年齢を引き上げる政策を打ち出す。・・・

医療保険の安定かつ持続可能な資金調達と償還比率の調整仕組みを整備する。・・・都市農村住民大病保険を全面実施する。医療保険の償還方法を改革し、医療保険により医療費用をコントロールする役割を発揮する。個人口座を改善し、外来費用の統一調整を実施する。地域を跨る定年退職者の入院治療費用の直接清算を実現させる。都市農村住民医療保険政策と取扱管理を統一する。・・・商業保険機関が医療保険を取扱うことを奨励する。出産保険と基本医療保険を合わせて実施する。

# 3 – (4) 社会保障の今後の動向（政府・党の方針）

## 医療提供体制

- 医薬分業、大病院集中の是正、医薬品価格の適正化
- 医療人材の確保のための賃金制度の構築と患者との調停制度の構築
- 医療提供体制を充実するための遠隔医療の推進、民間参入の促進。
- 健康診断、検診など予防治療の推進

< 「建議」のポイント（仮訳） >

7 (七) 医薬衛生体制改革を深化し、医療、医保（医療保険）、医薬の連動を実現し、病院と医薬品の分離を推進、分級診療を実施し、都市農村をカバーする基本医療衛生制度と近代化の病院管理制度を構築する。

公立病院の総合改革を全面推進。公益性を堅持し、利益志向の仕組みを取り除き、医療分野の特徴に相応しい人事賃金制度を構築。医療衛生機関の構造を最適化し、上下連動、補完性のある医療サービスシステムを整備する。末端医療サービスのパターンを整備し、遠隔医療を発展させる。医療資源を末端・農村に傾けるように推進し、全科医、家庭医、緊急に必要としている分野における医療サービス能力の向上や電子カルテなどの整備を推進。民間参入を奨励し、非営利性民間病院と公立病院が平等な待遇を享受することを推進する。医療品質の規制を強化し、医療トラブルの調停仕組みを整備し、良好な医者と患者の関係を構築する。

基本医薬品制度を整備し、医薬品の供給保障を整備。医薬品価格を適正化させ、エイズ予防治療などの特殊薬品の無料供給を増加する。医薬品の質を向上し、医薬品の安全を確保する。感染症、慢性病などの重大疾患の予防治療を強化。・・・

# 3 – (5) 社会保障の今後の動向（政府・党の方針）

## 人口政策・高齢化対策

- 少子高齢化に対応するための「一人っ子政策」を廃止し、「全面両孩」の実施。
- 医療と介護サービスの連携を推進する。
- 長期介護保険制度の構築を検討する。
- 介護サービスを充実するための民間参入の促進。

### <「建議」のポイント（仮訳）>

7 (八) 均衡の取れた人口の発展を促す。「計画生育」の基本国策を堅持し、人口発展戦略を整備。**1組の夫婦は2人の子供を産める政策を全面実施**。生殖健康、母子保健、「托幼（幼児の面倒を見る）」などの公共サービスのレベルを向上する。

人口高齢化に対応する活動を積極的に繰り広げ、「敬老、養老、助老」の社会雰囲気を発揚する。在宅を基本として、コミュニティを頼りとし、養老施設を補足としての複合な養老サービスシステムを構築する。**医療衛生と養老サービスの連携を推進し、長期介護保険制度の構築を模索する**。**養老サービス市場を全面的に開放**し、さまざまな市場主体が、サービスの購入などの方法を通じて、養老サービスや介護用品の供給の活動に参加することを奨励する。

# 4 まとめ

## 4 まとめ

- 中国は、広大な面積と膨大な人口を抱え、また、少数民族など多文化・多言語・多くの価値観が共存。（※日本の26倍の面積、10倍の人口を抱える国、55の少数民族）
- これまで急激な経済成長を遂げたが、一人当たりGDPから見れば先進国に及ばず、ジニ係数などから見れば、大きな格差が存在。環境問題、食の安全などと同様に、これらの急速な経済成長がもたらした「負の側面（成長のひずみ）」が存在。  
特に、格差は、都市・農村における地域間格差、地域内の戸籍による格差、現在の高齢世代と勤労世代の間の格差など複数の格差が混在している。
- 都市化率（54.7%）、一人当たりGDP（7,572\$）、乳児死亡率（29.2%）、平均寿命（男性：72.4歳、女性：77.4歳）、高齢化率（10.1%）などのマクロの数字を見れば、（各数値に差はあるものの）日本の凡そ40年前と同じであるものの、経済格差、地域間の格差による、賃金や年金などの所得保障、医療の整備状況などにも格差があり、あらゆる分野にいわゆる「まだら模様」が存在している。
- 近年、年金、医療保険などの社会保障制度の整備を行い、そうした格差の是正につとめているが、今後は、これまでと同じような経済成長は見込めず、少子高齢化が一層進展するなど、経済成長・社会の発展には厳しい環境となる。
- 今後は経済政策とともに、高齢者介護も含めた社会保障政策の充実・強化や税などの所得再分配政策を通じて、現在生じている、あらゆる格差を是正できるかどうか、次の5か年計画における最重要課題であり、注目すべきポイントと言える。

長時間、ご清聴ありがとうございました。