

2003年末の都市従業者基本医療保険制度の加入者数は、在職者及び退職者合計で1億902万人(うち在職者7,975万人、退職者2,927万人、それぞれ都市部就業者の31%、退職者の67%が加入)となっている。

③ 高額医療費補充保険制度

高額医療費補充保険制度は、被保険者の自己負担額が高額になった場合、当該医療費に係る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。

財源は、労使の保険料で、企業は従業員総賃金の1%、従業員及び退職者は月3元を負担する。資金に不足を生じた際には、市政府が補填する。

適用対象は、基本医療保険に加入している者である。給付の内容は、次のとおりである。

〈表2-75〉 高額医療費補充医療保険制度(北京市)の給付内容

費用の区分	給付内容	
外来等の費用	現役労働者	1年間の外来費用等が2,000元を超えた場合、その超過額の50%を給付する。 年間給付額上限は20,000元。
	70歳未満の退職者	1年間の外来費用等が1,300元を超えた場合、その超過額の70%を給付する。 年間給付額上限は20,000元。
	70歳以上の退職者	1年間の外来費用等が1,300元を超えた場合、その超過額の80%を給付する。 年間給付額上限は20,000元。
基金に係る最高給付限度額(50,000元)を超える入院費用等	現役労働者	最高給付限度額超過額の70%を給付する。 年間給付額上限は100,000元まで。
	退職者	同上。

資料出所 中国政府資料

④ 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、医療費に関する保障を受けることができず、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、医療保険に加入できない困窮者等に対する医療扶助制度を整備している地域もある。北京市の場合、条件を満たした生活困窮者に対して、手術費、入院費、高額検査費について20~50%割引し、また、重病時の医療費が年間1,000元を超えた場合、年間10,000元を限度として医療費の50%を給付する。

⑤ 農村部の医療保障

人口の約70%以上を占める農村部住民及び農業従事者については、基本的に公的医療保障制度は整備されていない。一部の地域では、農村合作医療を実施している地域もあるがその割合は少ない。大部分の農村部では医療費は全額自己負担である。

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、各家庭は自らの負担で医療を受けざるをえなくなった。

こうした農村部における医療保障の実態は、2003年のSARS(重症急性呼吸器症候群)流行時において改めて大きな課題となった。

⑥ 農村合作医療

農村合作医療は、1940年代頃から農村住民の自発的な医療扶助形態として発生し、生産協同形態導入後、住民が支払う保健費や公益金等を財源として発達した。人民公社時代には、住民の生活保障の一環として整備が進み、農村部の保健サービスステーションの整備や村医の普及と相俟って農村部の医療保障を担った。しかし、人民公社制度の廃止、市場経済化への移行(家族生産請負体制等)に伴い、農村合作医療は急速に衰退した(1985年には実施農村の占める割合は約5%に低下)。政府は、農村合作医療の再建を奨励するものの、現在でも農村人口比で約10%程度の住民しかカバーしていない。沿海部等の比較的経済水準の高い地域では普及が進んでいるが、中西部を中心に再建が困難な状況になっている。このため、近年、中国政府の農村重視施策により、中央政府資金の投入など、農村合作医療の再建に向けた動きが活発化しつつある。

⑦ 最近の動き

都市企業労働者に対する医療保障については、従来、各企業の責任で給付を行っていたが、①WTO加盟等を背景とする国有企業等の競争力立て直し、②従業員の個人負担を含めた安定的な拠出財源の確保、③個人口座への拠出や患者負担によるコスト意識の喚起(過剰診療・給付の抑制)、④経済発展の程度に見合った公的給付水準への抑制、⑤国有企業以外の企業形態に

勤務する従業者等の医療保障の確保等を目的として、全国統一的な新たな医療保険制度の普及・移行が進められている。

が多い。他方、農村部では、肺結核を含む感染症、新生児感染症等も依然として多く、感染症及び非感染症の両者の対策が必要となっている。

また、世界的な感染症対策として重視されている感染症(エイズ、結核、マラリア、ポリオ、寄生虫症)は、すべて中国においても対策が必要とされている。ポリオについては、1993年より、日本の無償資金協力、プロジェクト技術協力等により、ポリオ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た。この成果により、2000年には野生株ポリオが根絶した。

3 公衆衛生施策

(1) 公衆衛生の現状

① 疾病状況

一般的に、経済水準や衛生水準の向上により感染症等の発病率が減少してきている一方、悪性腫瘍、脳血管系、循環器系の疾患が増加し、先進国型の疾病構造に徐々に近づいている。特に都市部では慢性疾患患者

〈表2-76〉都市部及び農村部における主な死亡原因

都市部(市)における主な死亡原因(2003年)										
	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	怪我及び中毒	消化器系疾患	内分泌代謝疾患	泌尿器生殖器系疾患	神経系疾患	周産期疾患
死亡率(10万人比)	134.54	105.40	77.29	76.23	32.55	19.31	14.05	7.08	4.81	162.14 (10万出産件数比)

上記10疾患が死亡者総数の89.1%を占める。

農村部(県)における主な死亡原因(2003年)										
	悪性腫瘍	脳血管疾患	呼吸器系疾患	心臓病	怪我及び中毒	消化器系疾患	内分泌代謝疾患	泌尿器生殖器系疾患	肺結核	周産期疾患
死亡率(10万人比)	95.68	89.89	70.86	45.53	21.54	10.52	14.53	7.17	372.17	4.17 (10万出産件数比)

上記10疾患が死亡者総数の92.9%を占める。

② 予防接種

1980年代半ばより、BCG、ポリオ、DPT、麻疹、B型肝炎ウイルス(1992年以降)の5種類で実施している。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)」として地方財政負担により実施されており、流入者も含め、原則無償で受けることができる(2002年末の1歳児予防接種率をみると、BCG98.0%、ポリオ98.4%、DPT98.2%、麻疹97.9%となっている)。

また、毎年、145万人の新規患者(うち感染性肺結核患者は65万人)が発生している。今後、適切な対策を講じない場合には、2010年までに2~3億人が感染し、2000万人から3000万人の新規患者が発生するものと見込まれている。

そこで中国では、1991年から世銀融資により、WHOが推奨する総合的な結核対策であるDOTS方式を用いて、13省(人口の50%をカバー)における結核対策を実施してきた。この結果、150万人以上の患者が治療を受け、対象地域では結核罹患率が大幅に減少した。中国政府では、「全国結核予防治療計画(2001-2010)」等を定め、2010年までに結核患者と死亡率を半減させることを目標に、2005年、2010年までにDOTS対象地域をそれぞれ人口の90%、95%まで拡大し、それぞれ200万人、400万人の感染性肺結核患者が治療を受けることを目標としている。また、WHO 西太平洋地

③ 結核の現状と対策

中国における最大の感染症は結核である。衛生部によれば、2003年3月現在中国の結核菌感染者は約5.5億人、発病者は約450万人、感染性肺結核患者は約150万人と推計されており、結核患者は世界で2番目に多く、結核に起因する死亡者は年間13万人以上に上る。

域事務局を中心に、我が国をはじめとした国際協力も実施されており、DOTSの拡大が図られている。今後は、患者発見率の向上が重要な課題になっている。

④ エイズの現状と対策

中国においては、1985年に初めてHIV/AIDS感染者を公的に確認してから、毎年感染者の報告例が増加している。感染の主な原因は麻薬使用や不適正な輸血等であったが、今後、性的接触による感染が増加するおそれが指摘されている。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。

2003年6月までのデータによると、これまでのHIV/AIDS感染者の報告例は45,092人(なお、2002年末は40,560人。前年比32%増)であり、発病者は3,532人、死亡者は1,800人となっている。しかしながら、衛生部等の推計では約100万人以上が感染しているものと見込まれ、対策を講じなければ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ている⁽¹⁵⁴⁾。

こうしたエイズの現状に対処するため、現在中国では、エイズ予防・コントロール中長期計画(1998年～2010年)、エイズ予防・コントロール行動計画(2001年～2005年)を実施し、年間感染者増加率を10%以内とし、2010年における感染者を150万人に抑制することを目標としている。

⑤ SARS(重症急性呼吸器症候群)の現状と対策

SARS⁽¹⁵⁵⁾は、公式には2002年11月頃より広東省において初めて確認された。この新型の呼吸器症候群は、2003年上半期において中国各地及び世界各地に感染を広がった。中国各地への流行が始まった当初中国政府の初動が不十分であったこともあり、北京市を中心に、主に院内感染により拡大し、2003年の中国における患者総数は5,327人(うち北京市2,521人)、死亡者は349人(うち北京市193人)となった。ただし、SARSへの対応策が整備されたこともあり、2004年は散発的な感染が報告されたにとどまっている(2003年12月から2004年5月までに、中国では合計14人のSARS患者が確認された)。

SARSは、WHOやわが国等において中国に対する渡航延期勧告をもたらすなど、一時的ながらも中国の

社会経済等へ大きな混乱や影響を及ぼすとともに、突発的な感染症に対する中国の衛生体制の課題を浮き彫りにし、「突発性公共衛生事件応急条例」等が制定された。また、SARSは、2003年4月より法定感染症に指定され、「伝染病予防法」や「伝染性非典型肺炎予防・治療管理弁法」等に基づいて、対策が講じられた。SARSは短期間における患者数の多さや確定的な検査・治療法が確立していないことと相俟って、医療衛生分野への財政投入など、中国における資源配分の見直しを喚起することになった。

(2) 行政組織・医療提供体制

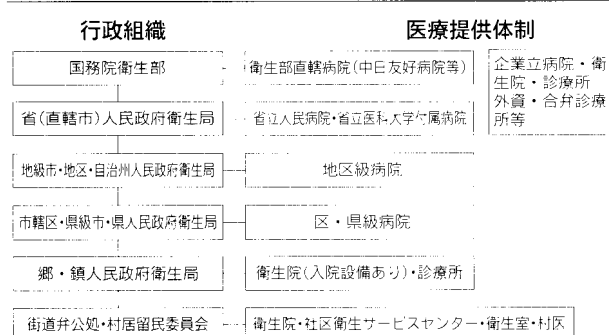
① 医療機関の現状

中国の医療機関は基本的には各行政レベル、衛生担当部門が設置していることが多く、医療機関が機能分化されている。各レベルの、市場経済への移行に伴い、各医療機関(特に病院)は独立採算による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大きく異なる。また、医療保険改革の実施により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

2003年末の1000人当たり病床数は2.43/1000と日本の約6分の1程度である。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(1000人当たり病床数をみると市レベルでは3.67/1000、県レベルでは1.50/1000。2003年末)。

地域間格差も大きい。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、農村部の衛生院や診療所は機器、薬剤、医師の質とも

〈図2-7〉中国の行政組織と医療提供体制



資料出所 中国政府資料

に低水準となっている。

② プライマリヘルスケア、疾病予防等を重視した医療保健体制の整備

今後は、プライマリヘルスケアを中心とする医療提供体制水準の向上や地方部の拠点病院の機能強化が重要課題とされており、財政投入を徐々に強化しつつある。たとえば、2002年には「中国農村初級衛生保健発展綱要(2001~2010)」等が策定され、2010年までに乳児死亡率等を2000年に比して5分の1引き下げること、妊産婦死亡率を同4分の1引き下げること、平均寿命を2000年に比して1~2歳引き上げること等を含めた整備目標を掲げた。ただし、医療機関等の整備や医師等の研修訓練、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、県・鎮政府の負担に依存し、省政府、中央政府の負担割合は低いのが現状である。また、農村部では村医(村衛生室)が初期診療や予防接種等を担当することが多いが、基本的に村医に対する財政支援はない。

③ 拠点病院等を中心にした医療水準の向上

中国では医療機関間の機能分化が進んでいることもあり、患者の搬送ネットワークの確立や情報通信技術を活用したデータ交換、拠点病院での研修の実施など、拠点病院が有する人的資源や技術、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みが求められている。

④ 予防衛生・公衆衛生機能の強化の必要性

本来、公衆衛生活動の拠点となる、診療活動とは独立した公衆衛生機関の整備が十分ではないこと等から、突発的な感染症等が発生した場合の情勢報告や対策について、公衆衛生ネットワークを通じた迅速な対応が十分にとれない面が指摘されており、その体制整備を急いでいる。

(3) 医療従事者

現在、中国における医師数(医師)は186万8,000人(うち「医師」資格者は148万6,000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

西医結合医も含まれる。

中国の医師は、大学医学部卒業者だけではなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・実務を経た後、医師(医師、医士)になった者(主に農村部における診療や病院内における医療補助業務を行う)も多く、これらの者に対する医学水準のレベルアップが必要となっている。

1999年に「中国執業医師法」が施行され、医師の資格制度が確立した。施行前から医療業務に従事していた者は経過措置によって、資格が与えられる。また、2002年にはこれらの医師資格を有する者の職能団体として、中国医師協会が設立された。

〈表2-77〉 衛生事業関係の主なデータ(2003年末)

項目	内容
医師数(医師数)	186万7,957人(対前年比1.3%増。なお2002年は対前年比12.2%減)人口千人当たり1.48人
医療機関病床数	314万4,170床(人口千人当たり2.43床)
医療関係機関数	29万1,323カ所(村衛生室を除く)うち、病院17,764カ所、衛生院45,204カ所、診療所等204,468カ所、社区卫生サービスセンター10,101カ所、疾病予防コントロールセンター(防疫センター)3,584カ所、母子保健センター3,033カ所
人口1人当たり診療回数	約1.7回/年
人口1万人当たり入院者数	483人
平均入院日数	9.0日
平均病床使用率	58.7%
1人当たり衛生関係総費用(2002年)	442.6元
1回当たり平均外来費用及び1人当たり入院費用	外来108.2元(対前年比8.6%増)、入院3910.7元(対前年比8.7%増)。ただし、衛生部直轄病院や省級病院等の大病院の方が地域の中小病院よりも費用は相当高い(例えば、衛生部直轄病院の1人当たり入院費用は県級病院のそれに比して約6.44倍)
医療費における平均薬剤比率	外来54.7%(前年に比して0.7ポイント減少)、入院44.7%(前年に比して0.3ポイント上昇)

4 公的扶助制度

中国には生活困難者に給付を行う最低生活保障制度がある。1993年頃より一部地域で導入が進められていたが、1997年に「全国に都市住民最低生活保障制度を作ることに係る通知」を發出し、全国的に制度の整備が進められた(整備の強化のため2001年に「都市住民最低生活保障対策の推進に関する通知」を公布)。また、各地で実施されていた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」が公布された。1999年10月以降、本制度は全市及び全県において実施されることになった。

最低生活保障制度の対象者は、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達の都市住民である。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%となっており2003年の全国平均は月155元である。

最低生活保障制度の管理運営は各市及び各省政府(受給対象者の居住地かつ戸籍所在地政府が実施)が行っている。

申請者(世帯主)は、所在地域の街道弁事処又は居民委員会に申請し、各地方政府が認定を行う。この際所有家財など資産状況も調査される。認定されると、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。2003年の実際の支給額は1か月当たり全国平均56元である。ただし、地域によって相当のばらつきがある。また、給付額に特別な必要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。

主な社会保障制度の中で、唯一、財政資金のみで運営している制度である。基本的に各地方政府の財政予算で賄い、中央政府及び省政府からも資金が投入されている(2003年の財政投入資金151億元。うち、中央財源92億元)。

2003年末の受給者は2,247万人と、対前年比で8.8%増加し、2000年の5.6倍に達している。また、2002年中国民政統計年鑑によると、2001年末の最低生活保障の支給を要すると認められる対象者のうち、70.7%が給付を受けている。

一方、農村部においても最低生活保障制度を導入している地域もあり(2003年末の受給者数約367万人)、伝統的な「五保」制度等とともに(「五保制度」を含む伝統的な救済制度受給者2288.6万人。2002年)、農村部における社会扶助機能を果たしている。しかしながら、その給付水準やカバー率は低い(2001年末のデータによれば、農村部において最低生活保障の支給を要すると認められる対象者は1,196万人)。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策一般

中国における社会福祉施策は、主に「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)などの生活困窮者、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については、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。特に、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、民間事業者の資金投入等である。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(サービス購入)が原則となっており、政府の施策としては、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、その整備水準は経済水準を背景に地域格差が大きい。

(2) 高齢者保健福祉施策

① 高齢者の現状

2003年末の中国における65歳以上高齢者は9,692万人に達しており、65歳以上の高齢者人口比率は7.5%となっている。今後も、高齢化は急速に進行することが予想されている。後期高齢者(80歳以上高齢者)も増加しており、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。

高齢者に対する支援は伝統的に家庭内扶養が中心となっているが、一方で世帯員の就業等により、現実的に家庭内扶養・生活支援が困難になるケースが増加している。

② 施策の現状と課題

現在は、医療保障制度、年金制度及び最低生活保障制度の整備が優先されている。介護支援など的高齢者保健福祉の費用保障等について統一的な制度はなく、家庭内扶養、社区(地域コミュニティ)によるサービ

ス提供、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。

高齢者保健福祉の提供体制については、医療提供体制の一般的な整備及び高齢者福祉施設の整備、社区を中心とした地域内におけるサービス提供体制の整備が進められているが、高齢者福祉施設は高齢者の需要を満たしていない(2002年末の65歳以上高齢者人口1,000人当たり老人関係入居施設ベッド数は約10.2床)。また、専門的な技能を有する職員は少なく、技能水準の向上が課題となっているが、給与水準が低いこともあり難しい課題となっている。

また、これらの費用負担については、基本的に受益者負担が中心であり、サービスを受けるためには退職金収入、年金収入及び都市困窮者に対する最低生活保障制度による給付金収入等によって賄うことになるが、多くの高齢者は自らの収入だけでは負担することができず、家族の負担に依拠している。

なお、1996年には、高齢者権益保障法が制定され、家庭扶養義務、社会保障、教育、文化生活、施設整備、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。また、2001年8月には、第15次老齡事業発展5か年計画(2001年～2005年)が定められ、高齢者事業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) 障害者福祉施策

① 障害者の現状

中国の障害者は約6,000万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急増する傾向にある。また、60歳以上の障害者が全体の約40%を占める一方、0～15歳の障害児は約16%を占めるとみられている。

② 施策の方向性等

中国では障害者に特化した所得保障制度はなく、都市基本年金制度、最低生活保障制度、社会救済扶助制度等の枠内において、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にとどまっている。このた

め、障害者の所得保障は就業参加(福祉工場などの障害者用の就業の場の確保)の促進を通じた対策が主眼となっている。就業促進以外の障害者施策としては、障害者に対する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社会的な寄付等に拠っていることから、サービスを必要とする障害者に比して供給が不足している。また、一部の障害者は、社会福利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、主に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ることができる一部の者を除き、基本的には受益者負担となっている。このため、十分なサービスを享受できない障害者も多い。

③ 施策の概要

a 障害者保障法

1990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。なお、中国政府は国連障害者権利条約策定に積極的な姿勢を示している。

b 中国障害者事業第10次5か年計画(2001年4月)

2001年～2005年に実施すべき障害者対策の基本的方向を提示した。主な内容として、リハビリテーションの実施(510万人にリハビリテーションを実施)、就業の促進(就業率の目標を85%)、盲人按摩の養成(35,000人の盲人按摩人員を訓練)、障害者扶貧対策(1,200万人の農村貧困障害者の労働参加を支援)等の政策の方向性を定めている。

c リハビリテーション対策

1996年、中国衛生部は「総合病院リハビリテーション医学管理に関する規定」を発出し、三級、二級の総合

病院にリハビリテーション医学科(理学療法室、作業療法室)を設置することを規定した。しかし、リハビリテーション専門の人材を養成する学校が十分に整備されておらず、リハビリテーション専門職の養成・配置が十分に進んでいない。

中国障害者連合会の推計によれば、リハビリテーション医師は1万2,000人～1万8,000人、理学療法士は5万8,000人～31万7,000人、作業療法士は1万7,000～9万人、言語治療士は1万～5万5,000人が必要とされているが、現状の養成体制では必要数を確保することが困難になっている。こうしたリハビリテーション人員の養成及び指導者(教員クラス)の養成に対する協力を目的として、現在、我が国の技術協力により、「リハビリテーション専門職養成プロジェクト」を実施している(2001年～2006年)。

リハビリテーションを受診するためには、長期間にわたって受診することを要するが、そのための費用保障の問題がある。医療保険制度の内容と関連するが、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ることができず、多額の自己負担を要している者も多い。

(4) 児童福祉施策と生育保険(出産育児保険)

① 児童福祉施策

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(15万人に上ると推計される)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(2002年末の入所児童数は54,549人)。なお、児童福利院は入所設備とともに、障害児童に対するリハビリ等の医療サービスも提供している。

また、孤児等は養子縁組によって扶養される者も多く、2002年では4万7,860人に上っている。

② 生育保険(出産育児保険)

中国における主な育児支援対策には、女性企業従業者に対する出産有給休暇及び出産に係る医療保障を

内容とする生育保険がある。この制度は都市企業等に就業する女性労働者を対象とするものであり、都市企業以外において就業している女性労働者や無就業の女性及びその出産児には適用されず、これらの者を含む一般的な保障制度ではない(2002年末の加入者3,488万人)。なお、2002年末の都市企業就業女性は4,156万人)。

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 個人対応の重視

改革後の医療、年金制度では、財源は個人口座の設定など個人拠出に依存するとともに、給付限度額等が設定されているなど、自助努力を含めた多層的な対応によって、保障を確保しようとしている。このため、個人負担への依存が高まるとともに、民間保険等との組み合わせ等を要することになる。

(2) 社会的弱者層に対する保障機能の必要性

農村部、都市部貧困層等への支援が強調されているが、社会保障制度はむしろこれらの者を排除する仕組みとなっており、財政投入も都市部住民の最低生活保障制度や年金財源の補填に重点がおかれる等、農村部、都市部貧困層の生活は必ずしも十分、保障されていない。

特に、農村部や流動人口に対する社会保障が不十分な状態である。高齢化の進行や離村者の増加、農業収入が低水準であることなど、「土地」が安定的な生活保障手段となりえなくなっているなかで、農村部等の弱者層への包括的な生活保障の確立が急がれる。

(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、農村部における制度の整備は都市部とは別に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拠出意識も併せて考慮すると、現在の状況では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