

社会 保障 研究

第6巻
第4号
2022年

中国社会保障の曲がり角

..... 沈 潔

特集：少子高齢化・経済成長下での 中国の社会保障制度

中国の人口推移傾向と今後の展望

..... 彭 希哲

未完の年金制度改革

..... 于 洋

中国の社会扶助—相対的貧困に向けて—

..... 朱 珉

中国公的医療保険の改革とその評価

..... 馬 欣欣

中国の少子化対策—日韓との比較を踏まえて—

..... 李 蓮花・張 継元

介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度

..... 万 琳静・小島 克久

今後の中国社会保障の展望

—「多層次社会保障」を巡って—

..... 沈 潔

社会保障研究 第6巻第4号 (2022年)

目次

巻頭言

中国社会保障の曲がり角	沈 潔	372
-------------	-----	-----

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

中国の人口推移傾向と今後の展望	彭 希哲	374
未完の年金制度改革	于 洋	389
中国の社会扶助—相対的貧困に向けて—	朱 珉	404
中国公的医療保険の改革とその評価	馬 欣欣	421
中国の少子化対策—日韓との比較を踏まえて—	李 蓮花・張 継元	439
介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度	万 琳静・小島 克久	454
今後の中国社会保障の展望—「多層次社会保障」を巡って—	沈 潔	469

社会保障と法

(社会保障と法政策) 認知症高齢者の医療と生活保護	関 ふ佐子	486
(社会保障判例研究) 後期高齢者の医療費と生活保護法63条の費用返還請求	関 ふ佐子	491

情報

令和2年国勢調査の人口等基本集計結果の公表と地域別将来人口推計	小池 司朗	500
---------------------------------	-------	-----

巻頭言

中国社会保障の曲がり角

現在、中国の社会保障制度に加入した人口は13億人を超え、世界最大規模の社会保障システムになっている。また、中国政府が公表したデータによれば、2020年に65歳以上の人口がすでに総人口の13.5%を占めるまでになり、「高齢社会」に突入する前夜に差し掛かっている。一方、合計特殊出生率は1.30までに低下し、15～64歳の生産年齢人口が過去10年で3.2%減少している。高齢化による社会保障関係給付の増加、少子化に伴う社会経済を支える労働力人口の減少及び次世代の負担増など、社会保障の今後を考える上で課題は山積している。

30数年間に渡って推進されてきた社会保障改革が大きな成果を上げた裏で、社会保障運用における所得再分配及び国民生活向上の機能が十分に果たせなかったなどの課題が徐々に浮き彫りとなった。2018年以後、社会保障領域のガバナンス革新が進められ、社会保障の再分配権限を地方政府から中央政府に集中させて、国の直接介入が一層強くなった。将来的には、全国的に統一された社会保障基金の調達システムを構築することにより、地域間、制度間、世代間の格差問題が緩和されることが期待されている。ただし、中央権限の一極集中により、地方政府や営利部門、非営利部門など諸々の関連機構が担うべき人々の生活保障にかかわる機能・役割が弱体化することに大きな懸念が残されている。また、政府側によって提唱された「多層次社会保障」政策は、国庫の負担増を抑制することを狙って、ここから生じた低い給付水準の問題が深刻となる。社会保障の国家責任を矮小化するのではなく、北欧福祉国家をモデルにし、福祉給付水準を高め、公的責任で国民生活を支える政策を実施すべき声があがりつつある。今、社会保障のガバナンス革新を通じて、国家と市場及び国家と社会の新たな均衡点を探ろうとしている。今後、どのような方向に向けて進めていくのか、中国の社会保障は新たな曲がり角に立っている。

今回の特集では、この新たな動向を踏まえ、医療、年金、介護、貧困対策、少子化政策の視点より、習近平政権の社会保障政策を解析する。

特集は7篇の論文からなる。従来の研究では、社会保険の課題を重要視してきたが、今回では進んでいる高齢少子化の対策を新たな視点として取り上げた。中国は近隣の日本や韓国の少子高齢化対

策を参考として、介護保険制度の創設に意欲的であった。2016年より介護保険のテスト事業を導入し、現在、地方財政や人口規模及び高齢化率などの条件が異なる29カ所を選定し、実践を試みている。一方、出生率の急速な低下に対して、昨年より少子化の対応策が急に動きだした。日中韓三カ国を比較する視点で見えてきた中国の現行政策では、現金給付や保育サービスの拡充よりも産休、育休の期間延長など、時間支援の政策が先行している点が特徴である。その理由は、産休、育休の延長期間に生じた経済的な保障は、ほとんど企業が拠出する保険料の中から負担することになっていることにある。産休延長に対しては「政策を出すのは政府だが、負担するのは企業ではないか」（中国語で「政府請客，企業买单」）という批判が出ている。また、産休・育休などの時間支援の恩恵を受けられるのは、多くの場合では公的機関や国有企業、大企業に勤めている労働者で、中小零細企業や自営業者、非正規労働者はほとんど利用できないという問題も指摘されている。中国の少子化対策が単なる人口政策に止まらず家族政策に発展できるかどうか、財源における国家責任が問われている。そして、少子高齢化の課題の中では、従来の一人っ子政策と差別的な戸籍制度の影響が依然として厚い壁となっている。社会保障の支え手の増大には、戸籍制度の撤廃や貧困地域への人的資本形成に対する投資が重要であると指摘されている。

中国の社会保障は、諸外国の社会保障の向かっている方向性に合流しようと努力している。今後中国は多くの国が目指している社会保障の①生活安定・向上機能、②所得再分配機能、③経済安定機能を徐々に向上させ、社会全体でのセーフティネットを成熟させていくしか道がないという見解が示された。言うまでもなく、経済成長の果実を公平・公正に分配できる社会保障を実現していくため、福祉民主政治の支えが必要なのである。中国社会保障における民主的なプロセスが欠如しているという課題も改善しなければならない。

謝辞

国立社会保障・人口問題研究所の小島克久氏、蓋若琰氏に編集会議の場を設けて下さり貴重な助言を賜ったことに感謝の意を申し上げたい。

沈 潔

（しん・けつ 日本女子大学教授）

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

中国の人口推移傾向と今後の展望

彭 希哲*

要 約

本文は中国の人口発展の歴史と趨勢をレビューし、人口の規模、出生、死亡と人口の移動などの人口要素の変化と発展の趨勢を詳しく述べた。また、本文は中国の人口の分布と都市化の過程を考察し、中国の人口の年齢的構造と高齢化を分析し、生育政策、社会経済的発展、婚姻と家庭、国民の健康など人口転換の主な影響要因を整理した上、中国の労働力資源の発展状況に着眼し、高齢社会の挑戦とガバナンスの課題を主に議論した。中国大陸部は過去数十年間経験した社会の変遷と経済成長は人口の変動に影響され、同時に人口の発展と将来の趨勢に影響を与えた。中国政府の関連政策は人口動態の変化に大きく作用し、これらの政策的な要素は高齢社会にも重要であり、中国の高齢社会対策の土台となっている。

キーワード：中国人口、都市化、高齢化、労働力、社会政策

社会保障研究 2022, vol.6, no.4, pp.374-388.

国の最も基本的な国情である人口は、社会的・経済的発展の基礎であり、文化や伝統を受け継ぐための媒体でもある。時代の変化にかかわらず、ほぼすべての制度設計と政策の策定は、直接的または間接的に人口をその対象、道筋、または目的とする。このため、社会的・経済的発展との協調・連携という観点から人口推移の歴史的背景や内生的進化を客観的に理解するとともに、人口推移の新たな傾向・機会・課題を把握する必要がある。

I 中国の人口推移の歴史的過程と基本的状況

紀元1年、すなわち前漢平帝の元始元年、中国の

人口は約5960万人で、当時の世界人口の約4分の1を占めていた¹⁾。その後、中国の人口は長く周期的な変化を示し、明代後期に総人口は1億人を超えた。清朝の康熙・乾隆期には急速に増加し始め、中華人民共和国建国（1949年）時には5億人を超えていた。中国の人口の変動は、国土の境界の変化のほか、戦争や自然災害、王朝交代などの影響も受ける。1950年代から現在までの60数年間に、中国の人口推移パターンは非常に劇的な変化を遂げており、1950年代に5億5000万人ほどだった総人口は、現在中国本土では14億人を超える。2020年の国勢調査によると、中国の総人口は14億4350万人で、このうち本土（31の省・自治区・直轄市と中国人民放軍の現役軍人を含み、香港・マ

* 復旦大学 教授

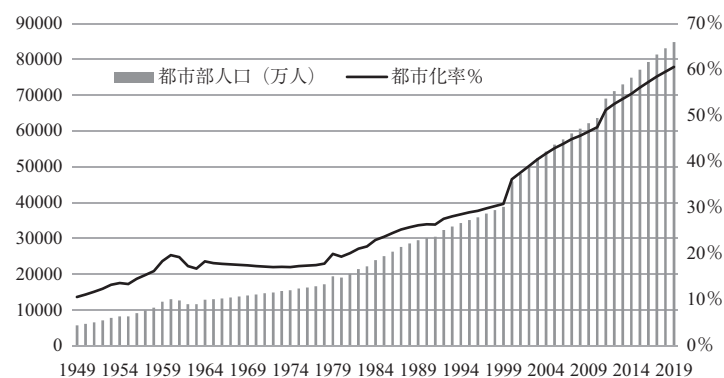
¹⁾ 葛劍雄編：「中国人口史」復旦大学出版社 2002年版。

カオ特別行政区、台湾省と華僑を除く）の総人口は14億1200万人を占める。²⁾

人口の伸びに影響を与える最も大きな要因は、出生と死亡状況の変化である。合計特殊出生率は人口動態を分析する上で最も重要な指標の一つであり、中国では過去数十年にわたり出生率が大幅に低下している。1950年代、中国本土の女性は一生に平均6人の子供を産んでいたが、この数は1970年代から急速に減少し、1990年代半ばには生まれてくる子供の数が人口置換水準を下回り、長期にわたり1.5～1.6程度の低い水準に落ち着いていた合計特殊出生率は³⁾、2020年には1.3にまで低下した。持続的な社会的・経済的發展と1970年代初頭から中国で実施された家族計画政策が出生率の推移に最も大きな影響を与えた二つの要因である。同時に中国国民の健康状態は改善され、死亡率も低下し続けている。1950年代初頭に43歳だった平均寿命は2020年には77.3歳となった。また、一国の人口の社会的・経済的發展、健康の水準を測るために国際的に用いられる重要な指標である乳児死亡率も、1950年代初頭には200前後だったのが、2019年には5.6にまで低下している⁴⁾。国際的な人口移動が中国の総人口の変化に与える影響

は比較的小さいため、中国本土人口推移は主に出生率と死亡率の変化の結果であり、この20年間の中国の人口の自然増加率は基本的に約0.5%という非常に低い水準に留まっている。

都市化は中国の人口動態の重要な形態である。中国では改革開放までの20年間、都市部の総人口はゆっくりと増加していたものの、都市部人口の比重はほぼ安定していた（図1）。改革開放以降、とりわけ21世紀に入ってから新たな都市化戦略が推進され、毎年約1500万人（人口の1.3%に相当）の農村人口が都市人口に転じており、都市化は中国の社会的・経済的変容・發展の重要な原動力となった。第7回国勢調査のデータによれば、2020年に中国の都市人口は総人口の63.89%を占める9億200万人となった。農村には残りの36.11%の5億1000万人が住む。2010年の第6回国勢調査と比較すると、都市人口は2億3640万人増加し、農村人口は1億6400万人減少し、都市人口の比重は14.21%上昇した。都市居住人口比重の上昇は、主に農村戸籍の人口が都市戸籍に転じたことによるものだが、農村に籍を置きながらも長期にわたり都市部に居住して労働に従事する農村人口や、行政区画の変更に伴う身分の変動による



データ出典：年次「中国統計年鑑」国家統計局編。

図1 中国の都市化發展の歩み（1949～2019年）

²⁾ 国家統計局/國務院第7回国勢調査指導部事務局：「第7回国勢調査速報」2021年5月 本稿の第7回国勢調査に関するデータは、特段の記載のない限り、すべて国家統計局公報から引用したものである。

³⁾ 中国の出生率の正確な水準は人口学者や経済学者の間で常に研究と議論の対象となっているが、1.5～1.6という出生率は調整の結果、ほとんどの学者によって受け入れられている数値である。

⁴⁾ 2020年6月5日 国家衛生健康委員会発表「2019年中国衛生健康事業發展統計速報」。

ケースも一定の割合含まれる。

大規模な人口移動・流動は改革開放以降の中国の人口動態における重要な特徴の一つであり、2020年には中国の流動人口総数は3億7600万人に達した。新世代の流動人口（1980年以降に生まれた世代）は第一世代の流動人口に代わって人口流動の主体となっており、その比重は65%に達する。また、高齢者流動人口の規模は2000年の503万人から2015年には1304万人に増加している⁵⁾。農村部から都市部、都市間の人口流動に加えて、都市管轄区域内では「人戸分離人口」（現住所と戸籍地が異なる人の数）が1億1700万人となっている⁶⁾。

この40数年間、すなわち1978年の改革開放から現在までの間に、中国は徐々に都市優位の社会へと移行してきたといえる。中国は長く農業と農民を中心とする社会だったが、2010年に中国の都市常住人口が初めて農村人口を上回り、現在では理論上または国家統計局の統計によれば、全人口の60%以上が都市人口としてされる。また、中国は高齢化社会に突入しつつある。中国が高齢化を迎えたのは1999年のことで、それから現在まで20年以上が経過している。中国は一人っ子が多数を占める社会となりつつある。中国は1979年に一人っ子政策を主な特徴とする人口抑制政策を開始し、2014年からは現在の包括的な二人っ子政策に徐々に移行し、現在は三人っ子政策を推進している。この30年余りの間に、都市部では1億人以上、農村部では6000万人以上の一人っ子が生まれ、この2億人近くの一人っ子が中国社会の最も重要な労働力、中核となっている。一人っ子世代の行動様式、働き方、家庭への価値観は、中国社会全体の現在、将来の発展に直接的な影響を及ぼす。

今後の中国の人口増加は主に二つの点に大きく左右される。一つは中国人がどれだけ長生きできるかである。現在、中国の平均寿命は77.3歳だ

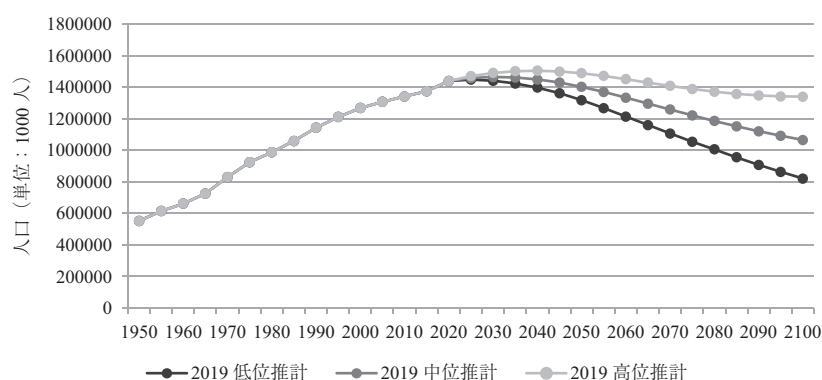
が、これはもちろん全国平均であり、地域によって大きなばらつきがある。2019年の統計によれば、上海戸籍人口の平均寿命は83.66歳で全国平均より6.36歳も高く、日本と同程度であった。一方、平均寿命が低い省や地域もある。例えば、チベット自治区や青海省では平均寿命が70歳を下回り、インドとはほぼ同じ水準となっている。これは現地の生活環境の厳しさ、相対的な経済発展の遅れ、劣悪な医療環境、高山病などと関係する。今後、中国の平均寿命はさらに伸びていくであろう。将来の人口増加に影響を与えるもう一つの重要な要因は、現在および将来における若者の結婚・出産への意欲と行動である。現在のような超低出生率が続けば、中国の高齢化は今後さらに深刻なものとなろう。

中国の将来人口予測は主にシナリオ分析（Scenario analysis）によるものであり、異なる仮定に基づいてそれぞれのシナリオを予測する。仮定条件の違いにより将来の中国本土の総人口増加の予測値も異なるが、人口のピークは14億3000万～14億6000万人程度となると考えられる（図2）。総人口の増加は不確実な部分も大きいですが、基本的な推移の方向性は確定しており、2030年までに中国本土の総人口は減少に転じ、それまでにインドが中国を抜いて世界で最も人口の多い国となると考えられている。

中国の年間出生数は当面、持続的な低出生率と将来の出産適齢期人口の急速な減少を主因として減少し続けるか、低い水準で安定的に推移していくと思われる。2018年における中国の再生産年齢（15～49歳）にある女性は3億4600万人で、2010年の国勢調査の3億8000万人より3400万人少なく、減少傾向は今後も続くと思われる。これは1990年代から今世紀初頭にかけて出生数が減少したことによる直接的な結果である。中国本土の前回のベビーブームは1985年から1987年にかけてで、出生

⁵⁾ 国家卫生健康委員会編：「2018中国流動人口推移報告」中国人口出版社 2018年版。

⁶⁾ 第7回国勢調査によると、流動人口は人戸分離人口から市管轄区域内における人戸分離人口を差し引いたものと定義される。市管轄区域内における人戸分離人口とは、直轄市または地級市（省クラスの行政単位と県クラスの行政単位の中間）管轄地区内および地区間において、居住地と戸籍の登記地が同一の町村、街道でないものをいう。



データ出典: World Population Prospects (2019年改定, 中位推計)。UNPD 高位推計では信頼区間の95%を上限, 低位推計では信頼区間の95%を下限とする。

図2 国連人口部による中国の将来人口予測 (2019年)

数は年間2500万人前後であったが、その後年間出生数は減少に転じ、長期にわたり1600万人前後で安定的に推移した。2015年から2018年にかけては人口抑制政策の見直しにより出生数は一時的に回復したが、近年は再び減少に転じている。20数年前の出生数が低いために今子供を産める人が少なくなっているわけであるが、別の角度から見れば、60年後に高齢者となる人も少なくなっているということである。将来的に生産年齢人口の減少はより加速するが、短中期的には急激な減少には至らないと考えられる。

II 中国の人口分布と都市化

中国の人口地理学者である胡煥庸は1935年、南西は雲南省騰冲を起点に北東は黒龍江省黒河(1956年に愛琿, 1983年に黒河市に改称)に至る「愛琿・騰冲線」、後の「胡煥庸線」を提唱した。400mm等降水量線と重なる胡煥庸線は気候環境から言えば自然の障壁であり、南東部には平野、湖沼、丘陵、カルスト、丹霞地形、北西部には草原、砂漠、積雪高原が広がる。南東部は中国国土の44%を占め、現在の中国本土人口の約93%が居住する⁷⁾。胡煥庸線が提唱されてから80年間、中国の経済成長と人口集中はこの線の南東部が主な

舞台となってきた。2020年の国勢調査によると、中国本土人口はこの10年間でさらに南東部への集中が進んでおり、東部地域は2.15%増、中部地域は0.79%減、北東地域は1.20%減、西部地域は0.22%増となっている。東北三省は古くから中国の工業地帯であったが、近年は外部への人口流出が増加し続けている。一方、西部の人口増加の理由としては、出生率がほかの省より高いことに加え、政府が西部で蘭州の西寧、新疆ウイグル自治区のウルムチなどの都市圏を中心とする新たな都市化を推進していること、また「一帯一路」戦略の実施により、広大な西部地域の発展に新たな可能性が開かれたためだと考えられる。中国北西部の生態系における最大の問題は水不足であり、この問題が解決されれば、中国全土の経済発展はこの騰衝—黒河線(胡煥庸線)を越える可能性がある。

中華人民共和国の成立から1958年までは本土の都市人口が急増した時期であったが、1958年にはこの流れが止まった。中国の都市化は1960年代から1970年代にかけてほぼ停滞していたが、改革開放後に再び活発化し、開放後の20年間は緩やかに、この20年間では急速に進んできた。とりわけ2010年以降、新たな都市化が中国の経済発展の重要な原動力となり、政府が貧困を的確に解消し、

⁷⁾ なぜ、80年間胡煥庸線を突破できないのか? http://www.360doc.com/content/17/0625/16/6080914_666442651.shtml

国民の幸福度を向上させるための重要な戦略的取り組みとなっている。

過去40年間の都市発展の過程で最も成長が著しかったのはやはりメガシティ、すなわち北京、上海、広州、深センなどの都市である。小規模な町、小都市、中都市の発展は遅れている。中国政府は大都市や巨大都市の成長を抑制し、小規模な町を早く成長させたいと考えてきた。しかし、現実の発展、とりわけ経済成長の法則には逆らうことはできなかった。人材、資本、産業が集積する巨大都市は、若者に大きな機会を提供する。人口の流動は基本的にはやはり巨大都市に向かっており、中国の中小都市の成長は伸び悩んでいる状態にある。

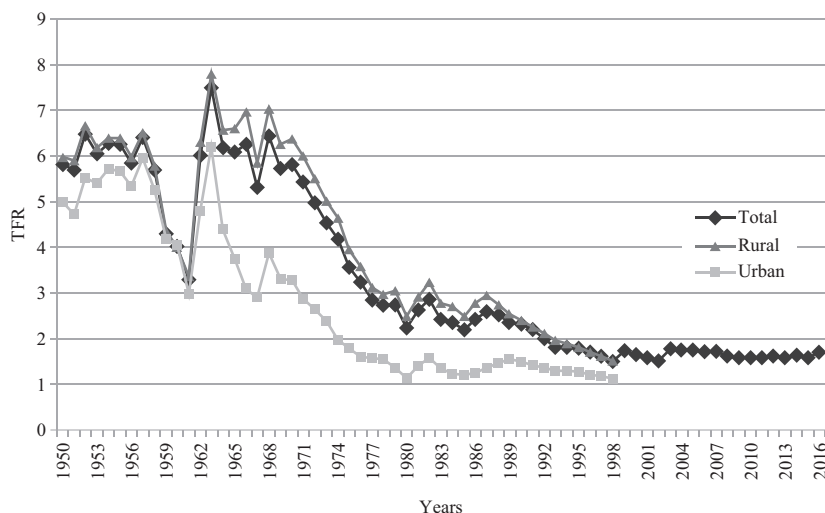
現在、中国では東部の従来の京津冀（北京市・天津市・河北省）、長江デルタ、珠江デルタに加え、全国で20近い国・地域レベルの都市圏が計画されている。2019年5月に「長江デルタ一体化発展計画綱要」が採択された⁸⁾。これは2019年2月18日の「広東・香港・マカオ大湾区発展計画綱要」の発表に続く中国の都市群計画・建設におけるもう一つの戦略的布石であり⁹⁾、中国の都市化発展

戦略の最新の方向性を示すものである。2030年に中国全体の都市化水準が70%に達した後は、都市化の歩みは穏やかになると考えられる。

Ⅲ 中国の人口年齢構成の変化と高齢化のプロセス

人口動態の研究では、総人口や人口分布だけでなく人口構成にも目を向ける必要がある。そのうち最も基本的なものが年齢構成である。人口構成に影響を与える主な人口上の要因には、出生、死亡、人口移動がある。

出生率の継続的な低下は、中国の人口の年齢構成変化に最も大きな影響を及ぼしている要因である。1950年代には都市部、農村部を問わず、中国人女性は平均6人の子供を産んでいた。1960年代全体から1970年代初頭にかけ、中国は農村部で高い出生率を維持していたが、都市部では1960年代中後期から出生率の低下が見られ始めた。すなわち、中国の再生産年齢人口における出生率が急速かつ最も顕著に低下したのもまさにこの時期であった。中国人女性の合計特殊出生率は1970年の



データ出典：年次「中国人口統計年鑑」国家统计局編。

図3 中国の合計特殊出生率の推移（1950～2016年）

⁸⁾ <http://mini.eastday.com/a/190515192338145.html>

⁹⁾ <http://cpc.people.com.cn/n1/2019/0218/c419242-30761430.html>

5.8から、1978年には2.8へと50%以上も低下した。その後の低出生率パターンの下地ができたのである(図3)。

中国の出生率は1980年代を通じ、「一人っ子」政策にもかかわらず低下し続け、一種の変動状態にあった。この主な理由は1950年代生まれの人々にあり、この一大人口が結婚・出産の年齢に入ってベビーブームを生み出したためである。中国の出生率が低下を続け、人口置換水準である2.1を下回り始めたのは1992年以降で、中国の社会・経済の改革開放の深化と時期を同じくする。

2013年以降、中国は人口抑制策を緩和し始めたが、合計特殊出生率は依然低い水準にとどまっている。年間出生数を見ると、2016年に一時的な回復が見られたものの、その後一貫して減少傾向にある。2020年には出生数は1200万人にまで減少しており、人口政策が実際の出生数に与える影響が次第に弱くなってきていると考えられる。

中国の出生率低下はそのパターンにおいて、東アジアの国々と一定の類似点が見られる。日本の合計特殊出生率は1960年代には2.0前後で、人口学上の「人口置換水準」を下回っており、シンガポールは1970年代中後期、台湾は1986年に2.0となり、中国本土が2.0を割り込んだのは1993年以

降であった。また、アジアにおける出生率低下のプロセスは経済発展モデルの「雁行形態論」とも一致する。日本は長い間超低出生率の状態にあり、ヨーロッパの出生率よりも低く、さらに持続期間も長くなっている。シンガポール、台湾、韓国などの東アジアの国・地域は、1970年代、1980年代以降徐々に人口置換水準を下回るようになり、これは日本より20年、中国は30年以上遅かった。

1949年の中国本土の平均寿命は35歳未満であり、1950年代には50歳強しかなかった。人々の生活水準の向上と公衆衛生サービスの普及に伴い、中国の乳幼児死亡率と感染症死亡率はいずれも大幅に低下していく中、平均寿命も上昇を続けた。1968年には平均寿命は60歳、1993年には70歳を超え、現在は77.3歳に達している。

人口転換が中国の人口年齢構成に与えた影響は非常に大きく、1970年代には人口の40%近くが15歳以下の年少人口で、高齢者(65歳以上)の比重は4~5%に過ぎなかった。生産年齢人口(15-64歳)の比重は1970年代後半から上昇し続け、最も高いところで2015年前後に73%に達し、その後は低下に転じている。同時に、年少人口の比重は低下し、高齢者の比重は上昇し続けている(図4)¹⁰⁾。

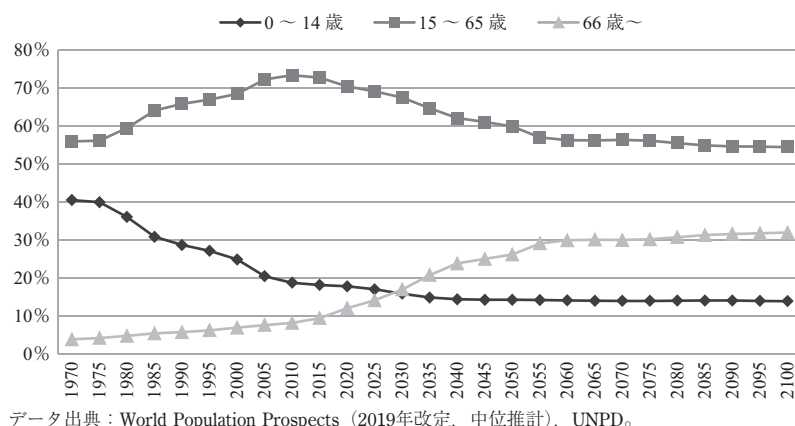


図4 中国人口の年齢構成の変化(1970~2100年)

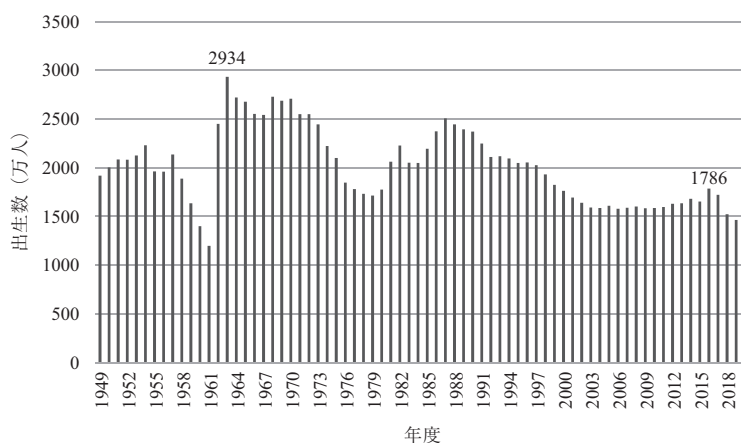
¹⁰⁾ 国連の高齢者人口の定義には65歳以上と60歳以上の二つがある。途上国では一般的に60歳が基準とされ、中国でも従来から60歳以上を高齢者の定義としている。近年人口の高齢化が進むのに伴い、国家統計局では徐々に65歳以上を高齢者の定義として使用するようになってきた。なお、本稿のデータとグラフは両方の定義を使用する場合があるため、注意されたい。

中国の人口構成を議論する場合、基本的な推移の傾向だけでなく、歴史的な出来事の影響にも注意する必要がある。中国の人口ピラミッドを見ると、ここ数十年の年間出生数に大きな変動があることが分かる。国家統計局が発表した年次出生データによると、1950年代半ばまでは年間出生数は2000万人前後で着実に増加、1959～1961年には自然災害のために大幅に減少、1963年にはそれを補うように出生数が3000万人近く（2934万人）となり、その後は1960年代を通じて年間出生数は2500万人を超えていた。1970年代出生数は減少を続け、2000万人を割り込んだが、1980年代は年間出生数の増加が続き、1986年と1987年には2500万人に達し、その後は10数年にわたって減少が続き、2000年以降は1600～1700万人前後で推移している。2016年は人口抑制策見直しの影響により出生数は1786万人に増加したが、2018年には再び1523万人まで落ち込んだ（図5）。この段階的な出生数の変動は、年齢構成に関連するさまざまな中国の人口指標に直接的な影響を与えている。現在、徐々に労働市場から退出し、高齢期に差しかかっている1950年代から1960年代生まれの人々は各年齢層で2500万人もしくはそれ以上いる。彼らに代わるのがこの20年間に生まれた層で、この期間の年間出生数は平均約1600～1700万人であり、

必然的に潜在的労働力の供給量減少が始まっている。

中国の人口年齢構成の変化における特徴は高齢化である。国連の基準によれば、2015年までに世界200の国・地域のうち76近くの国・地域がすでに高齢化社会に突入している。2050年までに約160の国や地域が高齢化社会に突入する¹¹⁾と言われており、高齢化は世界的に見ても不可避の傾向である。社会的・経済的發展や医療条件の改善により人々の生活様式は変化し、基本的な發展の傾向として、生まれてくる子供は次第に少なく、高齢者はより長生きするようになっている。

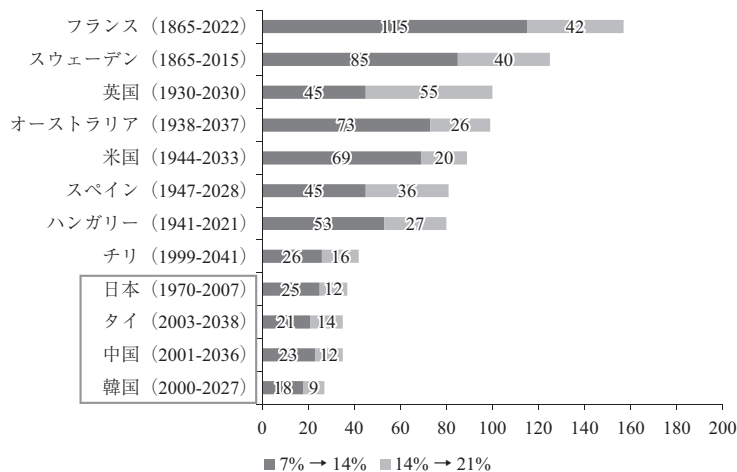
2000年の第5回国勢調査によると、1999年の時点で中国の総人口に占める高齢者人口（60歳以上）の割合は（すでに）10%を超え、中国が高齢化社会に突入したことを示している。2020年までの国勢調査では中国の60歳以上の高齢者人口は2億6400万人で、総人口の18.7%を占め、このうち65歳以上の人口は1億9000万人で13.5%を占めている。中国の高齢者人口の絶対数は非常に多く、今後も増え続けると考えられる。中国の高齢化の初期段階は主に出生数の減少を受けたいわゆる「少子高齢化」であったが、その後高齢化が進むにつれ、平均寿命の延伸による影響が次第に目立ち始めた。中国の高齢者人口はおそらく、2050年前



データ出典：年次「中国人口統計年鑑」国家統計局編。

図5 中国の出生数の推移（1949～2019年）

¹¹⁾ WHO: World report on ageing and health (WHO 2015年高齢化に関するレポート)。



図表は2018年アジア人口学会大会（Asian Population Association Conference）でのWan HeとLorraine A. Westの発表からの引用。

図6 65歳以上の高齢者が総人口に占める割合が7%から21%に上昇するまでにかかった時間（国別）

後に約4億5000万人でピークを迎える。このときインドは世界で最も人口の多い国となる一方、中国は長期間にわたり高齢者人口が最も多い国となると予想される。

高齢者人口が非常に多いことに加え、高齢化の進行が速いことが中国の人口高齢化の非常に重要な特徴である。中国の高齢者（65歳以上人口）の割合は23年間で7%から14%に上昇しており、このスピードは日本とほぼ同じである。これと同程度の高齢化の進行には、フランスで115年、ほかの欧米諸国で50年程度かかっている（図6）¹²⁾。こうした急速な高齢化と大量の高齢者人口が、中国の将来の社会的安定と経済成長にとって大きな課題となることは間違いない。

注目すべきは、中国が2022年以降に急速な高齢化期を迎え、1960年代中後期に生まれた年間2500万人を超える人口が次々と高齢者となること、中でも1963年に生まれた2900万人が高齢者の仲間入りをすることで、中国の高齢化圧力が非常に巨大なものとなることである。

Ⅳ 中国の人口転換に影響を与える主な要因

中国の人口動態に影響を与える要因にはさまざまなものがあるが、本稿では主に人口抑制策、社会的・経済的發展と変容、戸籍制度の改革、保健事業の發展について見ていく。

中華人民共和国建国当初は、豊富な人口が国の経済的復興と社会的・経済的發展のための最も重要な資源と考えられていた。「人が多いほど物事はうまく進む」という言葉はこれを端的に示すものであり、¹³⁾ 出産の奨励は自ずと中国の人口政策における主題となった。1959年から1961年の3年間に中国の国家経済と社会的發展が直面した困難は、1959年以前の人口問題への盲目的な楽観主義を払拭し、人口政策に関する社会と政府の姿勢は徐々に変化していった。1962年12月13日に中国共産党中央委員会と国務院が「家族計画の真剣な提唱に関する指示」¹⁴⁾を正式に発表し、中国政府による家族計画への取り組みが実質的に始まった¹⁵⁾。1970年以降、「遅・疎・少」を基本的な特徴とする

¹²⁾ U.S. Census Bureau, International Data Base, 2017 release, cited from presentation by Wan He and Lorraine A. West, 2018 Asian Population Association Conference, Shanghai.

¹³⁾ 翟振武「1950年代の中国の人口政策の再検討と再評価」『中国の人口科学』2000年第1期。

¹⁴⁾ 彭佩雲：「中国家族計画全書」中国人口出版社 1997年P4。

家族計画政策が全国で段階的に実施され、主に晩婚、晩産、少産優産（心身ともに健康な子供を産み、人数は2人以下とする）により人口増加の抑制を実現し、人口問題の全体的な規制を行った¹⁶⁾。1980年9月の中国共産党中央委員会と国務院による通達から、2015年に全面的な二人っ子政策が見直しされるまで、35年間にわたり、一人っ子を主な特徴とする家族計画政策が実施された。2013年と2015年に中国は相次いで「単独二子」政策（夫婦のどちらか一方が一人っ子である場合のみ、子供を2人産むことが認められる）と、「全面二子」政策（すべての夫婦に子供を2人産むことが認められる）を打ち出し、2021年には三人っ子政策とそれに付随する政策措置の実施を進め、妊娠・出産、保育などにおける「結婚、出産、育児、教育の一体化」による出産を後押しする事業や福祉の提供を徐々に強化した。

今後中国における人口抑制策の見直しは主に出産制限をさらに緩和する方向に進み、出産を後押しする政策・制度を徐々に確立していくと予想される。家族計画が中国の人口推移に与える影響の正確な評価は、非常に複雑な研究プロジェクトであり、さまざまな評価尺度が存在するため、今後の歴史的な評価を待つ必要がある。しかし、全体的に見れば、家族計画政策により中国の人口転換は加速している。国民の出産意欲と出生率は減退し、中国の人口増加は減速し、高齢化への歩みが加速した。中国における出生率低下は、国家による家族計画政策の実施と社会的・経済的發展によってもたらされた。後者の影響力は増大し続けている一方、政府の政策の影響力は低下し続けている¹⁷⁾。

中国経済は1978年の改革開放開始以降、20年以上にわたって2桁台の高いGDP成長率を維持してきたが、2012年から成長率は中程度の「ニュー

ノーマル」状態に入り、現在の年間GDP成長率は6%前後で推移している。中国のGDPも1978年の3650億人民元から2000年には9兆9776億人民元となり、2020年には101兆5986億元（約15兆ドル）に達した。中国のGDPは米国の約74%に当たり、世界第2位の経済大国となった。一人当たりGDPも1978年の382元から2000年には7902元、2020年には71970元（約1.1万ドル）となったが、日本・韓国やほかの先進国の水準を大きく下回っており、先進国の中位を目指しているところである。

急速な経済成長は中国社会の変容も促し、中国の貧困解消、国民の品位向上に寄与している。2020年の全国のエデュケーション総額は約5兆3000億元、このうち教育費への国家財政支出は約4兆2900億元で、GDPの4.22%を占めた。中国のエデュケーション支出は2012年から9年連続で4%以上を維持しており、15歳以上の中国人の平均就学年数は1989年の6.26年から2000年には7.11年、2010年には9.08年、2020年には9.91年と伸び続けている。

経済成長は大量の人口流動をもたらし、若者の生活様式の変化や生活リズムの加速、生活コストとストレスの増加、女性の教育・雇用機会の改善などにより中国の若年層の結婚への考え方や結婚・家族の形態が変化している。中国人女性の平均初婚年齢は、1985年の21.75歳から、2000年には23.31歳、2010年には24.67歳、2015年には25.39歳と晩婚化が進んでいる¹⁸⁾。上海などの大都市圏では、女性の初婚年齢が30歳を超える場合もある。中国では「核家族化」「非婚化」という新たな傾向が見られ、家族規模は1982年の1世帯当たり平均4.41人から、2010年には3.09人、2020年には2.62人と、1世帯当たり平均1.79人減少している。高齢者だけの世帯、出稼ぎや進学で子供が家を離れ、高齢者だけが残された世帯、祖父母と孫で暮らす世帯、DINKS、中年独身世帯、一人親世帯など、

¹⁵⁾ 中国の都市部における女性の合計特殊出生率は、1964年の4.49から1967年には2.9と、4年間で約1.5の急激な低下を示した。

¹⁶⁾ 馮立天：「中国人口政策の過去・現在・未来」『人口研究』2000年04期。

¹⁷⁾ Feng, W., Cai, Y., & Gu, B.. (2013). Population, policy, and politics: how will history judge china's one-child policy?. *Population and Development Review*, 38.

¹⁸⁾ 陳光金（主編）「中国青年發展報告，第4号」社会科学文献出版社 2020年7月出版。

従来の伝統的な形から外れた世帯が急増している¹⁹⁾。こうした結婚や家庭に関する変化は、必然的に中国の人口、とりわけ出生率に大きな影響を及ぼしている。

戸籍管理は、中国の都市化発展に影響を与える重要な制度である。中国の戸籍制度は特定の歴史的経緯の下で生まれた。1950年代初頭に公安局が戸籍管理の実施を開始し、当初は治安や社会秩序の維持だけを目的としていたが、その後次第に中国の公共福祉制度の担い手として発展してきた。世帯単位の人口管理制度により雇用、住宅、医療、教育などの市民の権益は世帯の性質に左右され、社会福祉の障壁となっている。都市内の居住者は「地元出身者」「他地域出身者」に二分され、少なからず流動人口が都市にもたらす社会的・経済的資源と発展成果の共有の妨げとなっており、中国の都市化の質にも影響を及ぼしている。中国政府は改革開放当初から戸籍制度の改革に取り組んでおり、各地でも、戸籍制度の問題点を短期間で根本的に解決するため、さまざまな試みがなされてきた。この10年間、中国政府は戸籍制度改革を推進するためのさまざまな文書²⁰⁾を公布、実施してきた。現在、メガシティや巨大都市を除き、大・中都市への定住要件は徐々に緩和され、中小都市への定住制限は撤廃されている。戸籍制度の改革により都市と農村間の戸籍移動の障壁は加速度的に取り払われ、新たな都市化の円滑な発展が強く後押しされている。

中華人民共和国の成立当初は経済社会の発展は非常に立ち遅れ、医療衛生制度も脆弱であった。衛生状態をすみやかに改善し、感染症拡大を防止するため、中国は1950年から国民保健制度を積極的に整備し、予防接種の推進に取り組んできた。1978年からは計画的な免疫獲得を実施し、現在では14種のワクチンにより15種の疾患が予防されて

おり、接種率は90%以上を維持している。過去数十年の間に中国本土における基本的な公衆衛生サービスの適用範囲は拡大し続け、それによる恩恵も拡大し、国民皆保険を実現している²¹⁾。従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療を柱とする国民皆保険がおおむね実現され、基本医療保険の被保険者数は全国で13億人を超え、加入率も95%以上を維持している。母子保健サービス体制は改善を続け、妊産婦死亡率は現在10万人当たり19人である。子供の健康状態も著しく改善され、乳児死亡率は7、5歳未満児童死亡率は10にまで低下した。感染症拡大防止水準も向上し続けており、2016年の全国の中・乙種感染症の報告発生率は10万人当たり215.7人、死亡率は10万人当たり1.31人以下に抑えられている。慢性疾患の予防状況も大幅に改善され、風土病も効果的に抑制され、突発的公衆衛生事象への緊急対応能力も全体として底上げされている。また、障害者や貧困層などの特定層を対象とする健康サービスも大幅に改善された。2016年10月には『「健康中国2030」計画要綱』が公布され、中国国民全体の健康水準が今後10年以上にわたってさらに向上していくことが期待される。

V 中国の労働資源

国連人口部のデータによると、中国における生産年齢人口の割合は1960年代半ばから上昇を続け、2012年前後に68%でピークに達した。これは主要国の中で最も高く、中国のように総人口に占める労働力人口の割合が高い国はほかにない。中国の人口ボーナス期は、1990年代半ばにボーナスを獲得する機会が開かれてから、2030年頃まで続くと考えられる。しかし、一方で中国の人口は既に変曲点を迎えており、総人口に占める労働力人

¹⁹⁾ 胡湛 & 彭希哲 (2014)。中国の現代家庭における変化の傾向分析－国勢調査データに基づく考察 社会学研究 (3), 22。

²⁰⁾ これには例えば、2014年7月30日に国務院が発表した「戸籍制度改革の更なる推進に関する意見」や、2016年9月30日に国務院事務局が行った「1億人の非戸籍人口の都市への定住促進計画の公布に関する通達」などがある。

²¹⁾ 本項の主なデータは、2017年9月に中華人民共和国国務院新聞弁公室が発表した「中国における健康事業発展と人権の進歩」白書に掲載されたものである。

口の割合が急速に低下し始めることも認識しておく必要がある。

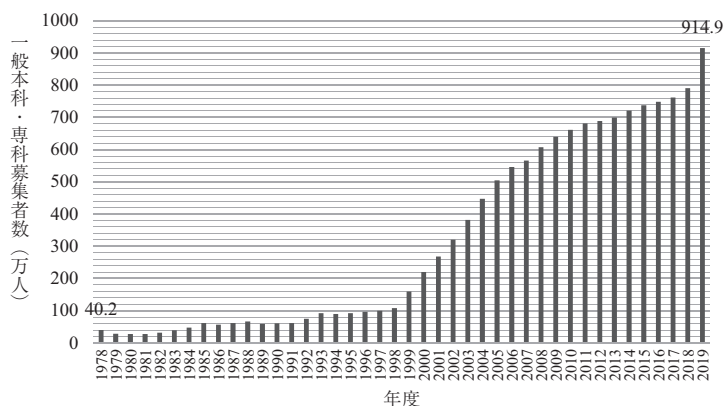
中国の生産年齢人口における今後の変化の特徴は、まず生産年齢人口の総数と比率の両方が不可逆的に減少低下し始めることである。減少低下の程度は主に現在および将来の若年層の出生行動に左右され、もちろん出産年齢人口減少の影響も受ける。代表的な経済成長理論では、経済成長は資本と労働力の投入量増加および全要素生産性の向上に依存するとされる。今後労働力の供給が減少していくと、経済成長への影響は甚大である。

中国の改革開放後、最初の30年間は、主に1950～60年代生まれの人口によりそれまでの数十年間に蓄積された人的資本の恩恵を受けていた。彼らは1980年から2010年にかけて中国の労働力の主体となり、中国の経済成長のために膨大な労働力を提供してきた。同時に、彼らの大部分は農村出身であり、農村から都市部や工業部門に安価な労働力がほぼ無限に供給されてきたと言える。長い間彼らの賃金は非常に低く、社会保障制度の対象にもなっていなかったが、非常に長時間働き、とりわけ勤勉で業務効率も高かったため、製造業の労働コストを低く抑えることができた。中国における生産年齢人口の量と質、そして労働時間、さらには労働への姿勢は中国経済の急速な発展に寄与し、中国が「世界の工場」となるための重要

な人的資源となった。

労働力が無限に供給される時代は終わったが、中国の生産年齢人口の規模は依然大きく、今後十数年は9億人前後で推移すると見られており、人口ボーナスを獲得する機会はお開かれていると言える。代表的な人口ボーナス理論によれば、人口における総扶養率〔(0～14歳の年少人口+65歳以上の高齢者人口)/15～64歳の人口〕が50%を下回る場合、人口転換の過程で生じた人口年齢構造の優位性が一定の条件の下で定常経済成長以上の付加的経済成果につながるとされている。これがいわゆる「人口ボーナス」である。中国が人口ボーナスを獲得する機会は1990年代半ばに開かれたが、2030年頃にはこれが完全に消失すると予想される。豊かな労働力は人口ボーナスを獲得するための人口学的条件であり、労働力を完全に活用することは人口ボーナスを実現するための経済的条件である。もし中国が1978年に改革開放に着手していなければ、1980年代にはこれらの膨大な労働力は中国経済に吸収されず、深刻な失業が広がっていたかもしれない。

今後の中国の生産年齢人口における重要な変化としては、労働力の教育水準向上がある。1997年には100万人だった中国の大学募集者数は、2015年には737万人にまで拡大した(図7)。中国の大卒相当人口は2010年から2020年にかけて73.2%増



データ出典：年次「中国統計年鑑」国家統計局編。

図7 中国における一般本科・専科募集者数の推移(1978～2019年)

加し、2019年には各高等教育機関在学者数は4002万人、高等教育就学率は51.6%となった²²⁾。つまり、この年には18歳人口の半分以上が大学に在籍していたということである。高等教育就学率は上位中所得国の平均を上回っており、中国の高等教育システムが目覚ましい成果となっている。このため、将来中国の労働力供給において労働人口の質は過去に比べて大幅に向上し、労働力の量の減少を質の向上で補う可能性ははるかに高くなるであろう。

中国の労働市場は細分化されており、実際には大卒者に代表される質の高い労働力と単純労働に従事する一般労働者の労働市場が異なることには注意が必要である。一般的に単純労働力は今後10～20年の間、常に供給不足が続くと考えられるが、高度労働者に関しては中国経済の変容と足並みを合わせたものでなければ、大学生の就職難が拡大することとなる。この二つの現象が共存することから、中国の今後の経済成長は単に労働力の多寡や割合をもって語ることはできないといえるであろう。少なくとも現段階では、中国の産業高度化は高等教育の拡大に若干遅れをとっており、短期的には大学生の就職が難しくなっているが、経済の変容に向けて高度労働者が準備されつつあるともいえる。

毎年800万人を超える大学入学者の問題以外に、大学に進学しない若者の人材としての質をいかに向上させるかも問題となっている²³⁾。40年前においては、中国の飛躍的な経済発展には大量の単純労働力が必要であったが、今後社会における労働力の質への要求がより高まっていくことは間違いない。中国政府は過去30数年の間に、西部大開発、9年間の義務教育の普及、女性・子供への思いやり事業や母親水がめプロジェクトなどを通じて、西部後進地域において貧困解消や開発に積極

的に取り組んできた。しかし、これらの地域には留守児童、障害を持つ子供たち、貧困家庭の子供たちが社会的弱者としていまだ数多く存在しており、彼らの人的資源蓄積は高齢化対策を含めた中国の持続的な社会的・経済的發展にとって極めて重要である。この層への健康や教育などの人的資本への投資はまだ不十分であり、改善の余地は非常に大きい。

Ⅵ 中国高齢化社会の全体管理

中国は社会的・経済的には相対的に後進国であり、社会保障制度の確立・整備を進める過程で高齢化問題に直面しており、ここが欧米先進国とは大きく異なっている。大量かつ増加を続ける高齢者人口、急速な高齢化の進展と、中国社会は高齢化に準備が追いついていない状態にあり、これが社会全体の不安と懸念に反映されている。一方、政府のこれまでの高齢化問題への取り組みはほとんどが高齢者問題に特化したものであり、効果的な中長期的戦略や全体設計、政府部門間の連携を欠いていた。高齢化対策の戦略的選択肢は、高齢化社会における労働力の需給をいかにバランスさせるか、年金制度の拠出と支払いの長期的均衡をいかに実現するか、高齢化の進展によって健康保険制度の強固な運用の継続と長期的な介護制度の確立にもたらされる重大な課題にいかに対処するか—に主に焦点を当てている。

中国はまず高齢化への認識を改め、このプロセスをより包括的に理解し、高齢化は世界的傾向であり、ほぼ不可逆的な事態であることを理解しなければならない。その上で、高齢化社会の課題に対応するための全体的な制度設計と政策制度を整備し、高齢化への対応・管理をさらに国全体の発展フレームワークに組み込み、検討、見直しして

²²⁾ 見智リサーチコンサルティングが2019年10月に発表した「2020～2026年中国高等教育産業の市場状況分析と投資展望に関する予測報告書」。

²³⁾ アメリカスタンフォード大学のScott Rozelle教授は、かつて研究として中国西部の13万人の子供の家庭を対象に調査を行ったが、その主な結論は、中国北西部の貧困層の子供には多くの蓄積されていない人的資源があるというものだった。Scott Rozelle, 2017年9月15日WeChat公式アカウント上でのプレゼンテーション：「農村児童の発展は中国の将来にいかなる影響を与えるか」、http://www.iqiyi.com/v_19reywcew.html

いくべきである。「高齢化問題」は決して単なる「高齢者の問題」ではなく、世代間の関係を改めて見直して公正なものとし、より良い生活を求め続ける高齢者層のニーズに応える製品やサービスを提供していくことが求められる。高齢化社会への組織的対処は国際社会における喫緊の課題であり、既に高齢化が進んでいる国の経験から学ぶことが可能である。例えば、現在の中国における高齢者介護に関する政策やプログラムの多くは日本から学んだものである。ただ、高齢化のプロセスは各国で共通の傾向がある一方で、より特徴的な個別の特性を示す場合も多い上、管理方法の変更と制度・システムの改革は継続的なプロセスであり、単純に模倣、援用することができない点に留意する必要がある。中国の国情とこれが置かれた時代の特殊性から、中国の高齢化対策は中国的な考え方に基づくことが不可欠である。ほかの多くの国と比較して、中国政府は強力かつ効率的な統治システムを有し、大規模な国有資産や膨大な量の国有地など、活用可能な行政資源もより多い。中国政府は国家資産の一部を社会保障基金に段階的に移行することを決定したが、今後は金融的手法を含むほかの方法もより多く出てくると考えられる。中国政府の国有資源による底支えがあれば、年金の負債についてそれほど悲観的になる必要はないであろう。

高齢化社会における大きな懸念は、生産年齢人口の減少である。別の角度から言えば、徐々に進みつつある中国の人的資源減少は、労働力の質の継続的な向上とシンクロしている。労働力の質が急速に向上している限り、労働力不足を労働生産性の高さで補うことで、持続的かつ安定的な経済

成長が実現可能となるため、高齢化による生産年齢人口の減少を過度に心配する必要はないであろう。賦課方式と個人口座への積立方式による年金制度は継続が困難であるため、まずは退職制度を改革することが先決である。現在、中国の法定定年退職年齢は基本的に男性が60歳、女性が55歳となっている。人力資源・社会保障省によると、中国の実際の平均退職年齢は2015年には55歳を切っており、現在世界で最も早い部類に入る。²⁴⁾若年層の学校教育年数が伸び、高齢者の平均寿命が延伸する中、従来の退職制度によっては人々が実際に経済活動に関与する期間は相対的に短くなる一方、退職後の年金受給期間は伸びる。このため、社会保障や医療保険へのニーズは高まり続け、年金や関連制度が維持できなくなってきた。中国の既存退職制度の改革は不可避の流れである。退職年齢の引き上げは年金の収支バランスをとるための重要な政策的選択肢となっており²⁵⁾、現在中国で最も議論を呼んでいる公共政策の一つである。

「年金全額受給の最低年齢」を導入することが提案されている。年金は公的資源であることから、定年退職については個人と雇用者の判断に委ね、社会的なコンセンサスを得ることが重要である。また、改革の目的は単に年金のバランスをとることではなく、高齢者の人的・社会的資本をより十分に活用することにもある。そのためには、全人口と個人の生涯的な学習、就業、老後²⁶⁾の再編成が必要である。さまざまな制度の再編成が考えられるが、真の生涯学習（life-long learning）を可能にするために現行の教育制度を改革したり、中高年の労働力が雇用されるための能力を獲得

²⁴⁾ 人力資源・社会保障部：中国の平均退職年齢は世界で最も早い、鳳凰ネットニュース、http://news.ifeng.com/a/20151015/44960920_0.shtml

²⁵⁾ 尹蔚民：多層的な社会保障体系の全面的な確立「人民日報」2018年1月9日第7版。http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2018-01/09/nbs.D110000renmrb_07.htm

²⁶⁾ 人口経済学者のRonald LeeとAndrew Masonはグローバルな研究プロジェクトを立ち上げ、国民移動転定研究（National Transfer Account）を通じて人口増加と人口年齢構成の変化が全体の経済成長、ジェンダー、世代間の公平性にどのような影響を与えるか研究した。現在このプロジェクトは60カ国以上で展開されており、基本的に人のライフサイクルに応じて描かれる生涯収入曲線と消費曲線の形で提示される。この二つの曲線は国によって異なるが、一般的には社会的・経済的發展に伴って若年時に受ける教育への投資が徐々に増加し、高齢者になった後の支出も増加する。<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show>

し、若年層との競争に巻き込まれないように雇用制度を改革したりする必要がある。

中国の伝統文化は祖先の崇拝、家族の役割と機能を重視する。家族による支援は、中国における高齢化対策の特徴かつ重点でもある。この問題は昨今次第に注目され始め、顕著な例としては、中国の所得税法の改正で初めて家族が重要な課税単位とされ、家庭内の子供の教育費や高齢者扶養支出を税額控除できるようになった。家族政策は中国の人口抑制策の見直しにも貢献し、中国の慢性的な超低出生率を安定あるいは上昇させることにつながる。人口抑制策の見直しによっては人口高齢化という基本的な傾向を覆すことはできないが、中国の人口が長期的にバランスのとれた発展を遂げていくためにより有利な条件を作り出すことは可能である。

高齢化は必然的に医療費の増大につながるが、すべての高齢者が医療費の追加を必要とするわけではない。多くの高齢者にとって最も重要なことは、重大な病気を治療することよりも病気を予防することである。中国は「健康中国」戦略と並行して健全高齢化計画を推進し、従来の過度な医療重視の姿勢から予防重視へと移行しており、とりわけライフサイクルの全過程における国民の健康を促進している。すなわち高齢者となってから健康を意識するのではなく、国民の健康を推進する過程で、できるだけ早く病気を予防することが求められる。このためには、新しい考え方を常に受け入れ、政府も推進・指導を続けていく必要がある。高齢化対策は高齢者の問題ではなく、誰もが人生の最初から準備しなければならない、全方位かつ全ライフサイクルを通して準備すべきプロセスである。

出生率と死亡率の推移のタイミングや人口流動の影響により、中国各地における高齢化のプロセスにはかつて、非常に大きな地域的特徴があった。上海は1979年に高齢化社会を迎えたが、2020年の国勢調査によると、青海省、チベット自治区、

寧夏自治区では現在もまだ高齢化が始まっていない。違いがあまりに大きいため対応は難しいが、国全体で高齢化問題に取り組む余地があると言えるかもしれない。

中国政府が2019年に発表した「人口高齢化への積極的対策に向けた長期国家計画」では、高齢化対策のための社会的富の備蓄強化、高齢化社会における労働力の効率的供給のための改善、高品質な高齢者向けサービス・製品供給システムの構築、高齢化対策のための技術・イノベーション能力の強化、高齢者をケアし、これに尽くし、敬う社会環境の構築という五つの基本戦略が示された。

高齢化がもたらす問題を解決するために、世界各国では社会的・経済的發展や政治的・文化的伝統などの基本的な国情に応じてさまざまな制度的取り決めや政策、プロジェクトが立ち上げられており、中国が高齢化問題に積極的に対処するために参考にできる経験は数多くある。現代の急速な技術發展と国際的な社会的・経済的状况の急激な変化を受け、中国の政治体制、文化・伝統、家族の倫理観、そして人口・経済大国といった基本的な国情により、中国には高齢化対策においてより多くの機会と手段がもたらされている。

中国が社会主義強国を実現するための全過程は、中国の高齢化の進展と時期的にシンクロしている。中国は今後数十年の間に人口転換、とりわけ高齢化問題と直面することとなろう。人口動態と高齢化の発生・推移の法則に立脚して戦略的な配置を行い、継続的な制度革新を通じてIoT技術の応用、生命科学の進歩、産業の高度化によって生まれる巨大な新たな生産力を十分に活用し、高齢化の過程において安定的かつ持続可能な社会的・経済的發展を達成することで中国国民の利益を実現し、高齢化問題と直面する世界に寄与していく必要がある。

(PENG・Xizhe)

General Trends and Future Prospect of Population Dynamics in Mainland China

PENG Xizhe*

Abstract

This paper systematically reviews the historical process and basic situation of the development of Chinese mainland population, and records in detail the changes and future development trends of population events such as total population, birth, death and population migration. This paper examines the process of population distribution and urbanization in China, and analyzes the age structure change and aging process. This paper discusses the main factors affecting the transformation of the Chinese population dynamics, including government policy on population and childbearing, socio-economic development, marriage and family, improvement of national health, etc.. The author focuses on the development of China's labor resources, and explores the possible coping strategies on China's aging challenges. The paper argues that mainland China has experienced tremendous social changes and economic growth in the past few decades, which are inevitably influenced by demographic changes, but also profoundly affect population development and future directions. The relevant policies of the Chinese government play a pivotal role in population dynamics, which remain important in an aging society and form the basis for China's approach to address the challenges of population ageing.

Keywords : Chinese Population, Urbanization, Population Aging, Labour Force, Social Policy

* Professor, Fudan University

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

未完の年金制度改革

于 洋*

抄 録

1997年に現行の公的年金制度の前身である企業従業員基本年金保険制度が創設されてから、中国は日本と同様に職域と地域の両面からそれぞれ分かれていた年金制度を統合させてきた。2015年以降、制度上で企業従業員と公務員を含む就業者基本年金保険制度と都市・農村住民基本年金保険制度で構成される中国版の国民皆年金体制が確立された。2010年代後半から、中国の高齢化のスピードが加速し、2030年までは65歳以上の高齢者は大幅に増えていくだろう。急速な少子高齢化に直面し、現役世代に年金負担が重くのしかかり、公的年金制度の持続可能性が大きく揺らいでいる。このような状況の中で、しばらく沈静化していた年金制度改革の議論が再び活発になるに違いない。本稿では、現行の公的年金制度の形成と概要を簡単に振り返り、その特徴とこれまでの改革の成果を分析した。その上で、人口構造の変化、経済成長の変化などの要因からこれからの年金制度改革を展望し、定年退職年齢の引き上げや、保険料徴収体制の強化など、多面的な改革が求められることを指摘した。

キーワード：年金制度改革，賦課方式，積立方式，年金格差，定年退職年齢の引き上げ

社会保障研究 2022, vol. 6, no. 4, pp. 389-403.

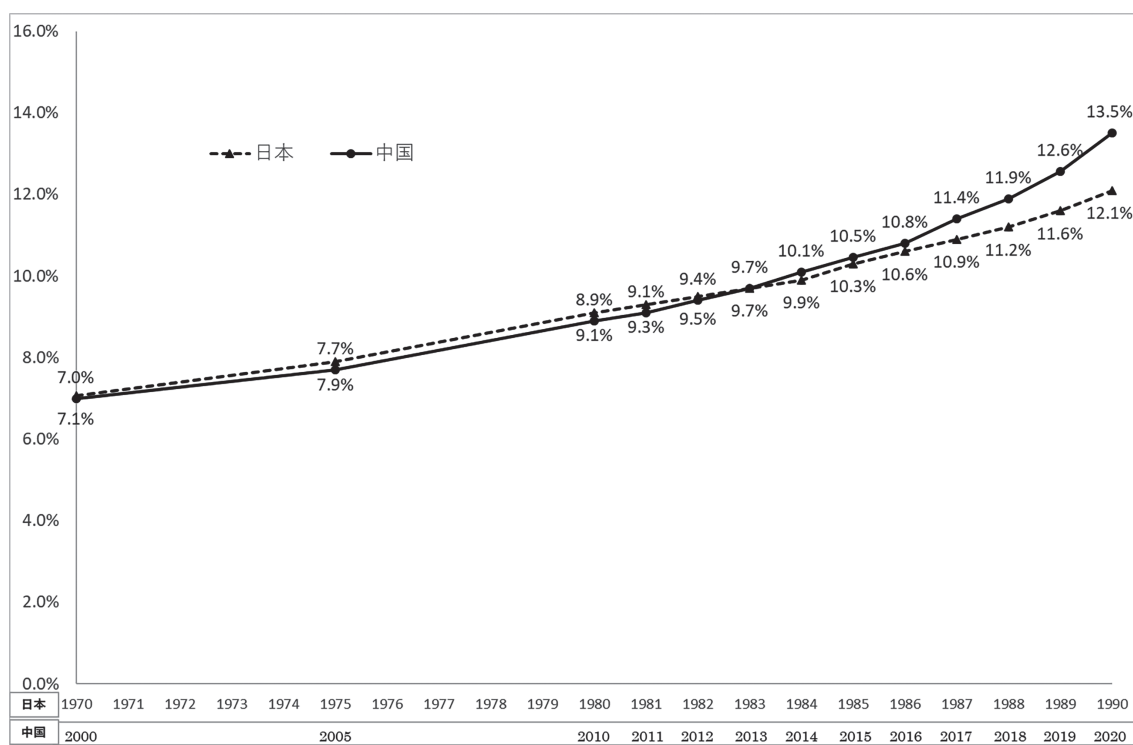
Ⅰ はじめに

1990年代半ばから2000年代初頭にかけて、日本では公的年金制度に関していくつかの重要な改革が行われた。その際、抜本的な年金改革をめぐってさまざまな議論が繰り返されてきた。年金体系の一元化に関する議論、賦課方式か積立方式かといった財政方式に関する議論など、多岐にわたった。公的年金のあり方に関する改革と議論が活発になっていた背景には、言うまでもなく高齢化の急速な進展と経済成長の長期低迷がある。日

本は、1994年に高齢者人口の割合が14%を超え、本格的な高齢社会に突入したが、その後も上昇のスピードは緩まることなく、2006年に21%に達し、超高齢社会に入った。高齢者人口の急増による年金給付額の増大は年金財政に大きな圧力を加えることになる。

ところで、2021年5月に公表された中国の第7回全国人口センサスの結果概要によると、2020年の中国では65歳以上人口は約1億9,060万人に達し、14億1,178万人である総人口に占める割合も2019年と比べ0.9ポイント上昇し、13.5%にのぼった。予測では、中国は2021年に高齢者人口割合が14%

* 城西大学現代政策学部 教授



出所：日本：総務省統計局『人口推計』，中国：統計局『中国統計年鑑』各年版より筆者作成。

図1 日中両国の65歳以上人口割合の推移

を超え、本格的な高齢社会に入るだろう。図1は日中両国の65歳以上人口の割合の推移を比較したものである。図1に示されているように、2016年までの中国の高齢化の進展は日本の30年前の状況に酷似していることがわかる。しかし、2017年ごろから、中国の高齢化の進展はスピードが速まり、日本との乖離も拡大するようになった。おそらく、2020年代の10年間に於いて、中国の65歳以上人口は日本の90年代半ばから2000年代初頭の状況と類似し、速いスピードで増えていくだろう。急速な少子高齢化に直面し、現役世代に年金負担が重くのしかかり、公的年金制度の持続可能性が大きく揺らいでいる。このような状況の中で、沈静化していた年金制度改革の議論が再び活発になるに違いない。

1990年代後半からの諸外国の年金改革を振り返ると、分立していた年金制度が統合していくという特徴がある。実は、中国においても、現行の公

的年金制度が実施されてから、20数年間の中で統合への改革は止まることがなかった。本稿は、未完の改革として、現行の公的年金制度の形成と概要を簡単に振り返り、中国の公的年金制度の特徴とこれまでの改革の成果を紹介したい。その上で、人口構造の変化、経済成長の変化など、さまざまな要因からこれからの年金改革を展望し、多面的な改革が求められることを指摘したい。

Ⅱ 現行の公的年金制度の形成と概要

1 職域保険としての就業者基本年金保険制度の形成

劉（2002）、何（2008）など日本国内の文献に紹介されたように、中国の公的年金制度は1951年に公布された「労働保険条例」に基づき、創設された労働保険の一部分として、国有企業及び集団企業の被用者の定年退職後の賃金保障の役割を果た

してきた¹⁾。

しかし、1980年代半ばから、改革開放政策が都市部で急速に進められ、それに伴って、国有制中心の所有制度、中央集権型の財政制度、政府計画に基づく雇用分配制度などが変容した。そのような環境変化の中で、個人からの保険料拠出のない、しかも賃金の延長線上にあると位置付けられた年金制度は機能しなくなった。1980年代半ばから90年代後半にかけて、公的年金制度に関する改革は複数の地方都市で実験的に行われていた。それらの改革から得られた経験を踏まえ、中央政府は1997年7月に「統一した企業従業員基本年金保険制度の創設に関する国务院の決定」を公布した。それに基づき、企業従業員基本年金保険制度（以下、従業員基本年金制度）が創設された。

1998年から本格的に実施し始めた従業員基本年金制度は都市部のすべての企業及びその従業員を適用対象としているが、2000年代前半までは自営業者や個人事業主の加入は各地方政府の裁量に任されていた。また、行政機関と事業団体などの公共セクターに勤める職員に対しては、計画経済期に整備された従来の機関事業団体養老金制度で対応していた。

その後の改革によって、自営業者と個人事業主も従業員基本年金制度に強制加入させられた。また、2015年1月、国务院は「機関事業団体職員の年金保険制度改革に関する決定」を公布し、機関事業団体養老金制度を従業員基本年金制度に統合させ、新たな就業者基本年金保険制度（日本の厚生年金に相当；以下、就業者基本年金制度）を発足させた。

これまでの記述からわかるように、中国も日本と同様に、公的年金制度はまず職域保険という形で被用者を中心に適用してきた。今日、制度上統合された従業員基本年金制度と機関事業団体職員年金保険制度（以下、機関事業団体職員年金制度）は運用の面においてはそれぞれ別々の年金勘定となっている。そのため、職域保険としての就業者

基本年金制度は上記の二制度で構成されていると考えてよい。

2 地域保険としての住民基本年金保険制度の形成

一方で、被用者以外の国民、つまり農村戸籍を持っている農村住民や都市部の非企業従業員などに対して、公的年金制度は適用されてこなかった。1992年に、中国はまず農村住民に対して完全積立方式の農村年金保険制度を発足させた。しかし、給付水準が高くないことや任意加入であるため、制度の拡大は一部の地域に限られており、2000年以降は加入者の増加は鈍化傾向にあった。その後、医療保険制度における「皆保険」体制が確立されたことを受けて、「中国版皆年金」体制の構想も打ち出された。2009年9月に国务院は「新型農村年金保険制度の試行の展開に関する国务院の指導的意見」を公布し、同年から全国の県と県級市の行政地域で新型農村年金保険制度を試行し、その後は正式な実施により加入者を拡大させた。

また、2011年6月に「都市住民年金保険制度の試行の展開に関する国务院の指導的意見」が公布され、ほかの公的年金制度に加入していない都市住民を対象とする都市住民年金保険制度が試行された。2012年から同制度は全国範囲に拡大され、加入者が大幅に増えた。

上記2種類の制度はともに地域保険の類に属しており、制度の仕組み、財源調達の方法や、給付の内容と方法もほぼ同じである。2014年2月、国务院から「統一した都市・農村住民基本年金保険制度の構築に関する意見」が出され、別々であった2つの年金保険制度を統合し、全国統一の都市・農村住民基本年金保険制度（日本の国民年金に相当；以下、住民基本年金制度）を新設することが決定された。2015年以降、中国の公的年金制度は制度上、就業者基本年金制度と住民基本年金制度による二本立て（三制度）の体系になった。

¹⁾ 賃金保障と強調したのは計画経済期の労働保険の特徴の1つと考えたからである。つまり、田多（2004）も指摘したように、被保険者から保険料も取らず、年金の代替率も極めて高いということから考えると、労働保険の中の「年金」が社会主義的な生活保障制度であり、現役時代の賃金の延長上の給付と考えられるからである。

3 中国皆年金制度の概要

前述したように、1990年代後半から今日まで、中国は国民皆年金体制の確立に向けて改革を重ねてきた。表1は2020年現在の国民皆年金体制の基本状況を示している。

2020年末現在、職域保険としての就業者基本年金制度には約3億2,859万人の被保険者がいるが、そのうち従業員基本年金制度は約2億9,124万人、機関事業団体職員年金制度は3,735万人となっている。「人力資源和社会保障事業発展公報2020」によると、2020年の都市部就業人口は4億6,271万人であるが、約71%の就業者が職域保険の年金制

度に加入していることがわかる²⁾。地域保険としての住民基本年金制度の被保険者は約3億8,176万人となっている。職域保険と地域保険を合わせて、約7億1,035万人が公的年金制度の加入していることになる。なお、3つの年金制度から年金給付を受け取っている受給者はそれぞれ1億784万人、1,978万人、1億6,068万人となっている。年金財政に関しては、被保険者と年金受給者の規模がともに最大である住民基本年金制度の収入額と支出額が一番少ないが、それぞれ4,944億元と3,391億元である³⁾。従業員基本年金制度の場合は、収入が3兆707億元、支出が3兆7,701億元となってい

表1 中国の公的年金制度の基本内容と加入状況

制度名称	就 業 者 基 本 年 金 保 険 制 度		都市・農村住民基本年金保険制度	
	企業従業員基本年金保険制度	機関事業団体職員年金保険制度 (公務員年金)		
適用対象 (加入者範囲)	すべての企業に勤める者 (国有企業・集団企業・株式企業・外資企業・私営企業・個人商店等) ※年齢条件なし	行政機関・事業団体に勤める者 (公務員等) ※年齢条件なし	16歳以上の都市部非就業者 (在学生、他の公的年金制度の加入者を除く)	16歳以上の農村住民 (在学生、他の公的年金制度の加入者を除く)
加入状態 (強制/任意)	強制		任意	
保険料負担	事業主:賃金総額の16%(注1) 加入者:賃金の8%(注2)	事業主:賃金総額の16% 加入者:賃金の8%(注2) (職域年金部分:事業主が8%、 加入者が4%の加算がある)	年間100元から1000元まで100元刻みの10段階と1500元、2000元の2段階、計12段階に設定、 加入者による自由選択	
財源構成	基礎年金口座:事業主の保険料負担 個人年金口座:個人側の保険料負担 政府補助:財源不足の場合のみ	基礎年金口座:事業主の保険料負担 個人年金口座:個人側の保険料負担 ※以前は保険料負担なし、すべて財政資金の仕組みだった	基礎年金口座:中央政府と地方政府の拠出 個人年金口座:個人側の保険料負担+政府補助(最低30元/月)	
受給条件	資格期間:15年以上の保険料納付 受給開始年齢:男60歳、女50歳(注3)	資格期間:原則勤務年数20年以上 受給開始年齢:男60歳、女55歳(注4)	資格期間:15年以上の保険料納付 受給開始年齢:男60歳、女60歳(注5)	
給付内容	個人口座:積立残高/月数係数(注6) 基礎年金:[1+(C ₁ /W ₁ +C ₂ /W ₂ +...+C _n /W _n)/n]/2 ×該地域の平均賃金×n% (注7)	同左 (従来:定年退職前の賃金の70~90%)	個人口座:積立残高/月数係数(139) 基礎年金:定額(地域によって異なる)、2020年全国最低基準93元	
被保険者数 (2020年末)	2億9,124万人	3,735万人	3億8,176万人	
受給者数 (2020年末)	1億0,784万人	1,978万人	1億6,068万人	
収入合計額 (2020年)	3兆0,707億元	1兆3,927億元	4,944億元	
支出合計額 (2020年)	3兆7,701億元	1兆3,349億元	3,391億元	
基金残高 (2020年)	4兆4,988億元	3,544億元	9,837億元	

注: (1) 事業主が負担する保険料率は地域によって若干異なる。2019年5月より16%に引き下げるよう指導意見が出された。

(2) 個人側の保険料負担に関しては、納付基数が当該地域平均賃金の60-300%と定められている。

(3) 従業員基本年金制度の場合は、受給開始年齢と定年退職年齢が一致している。女性幹部は55歳になる。

(4) 機関事業団体職員年金制度の場合も、受給開始年齢と定年退職年齢が一致している。課長級以上の女性幹部は60歳になる。

(5) 経過措置として、満60歳以上の場合は、保険料納付がなく、基礎年金からの給付が受けられる。45歳から60歳までの場合は、15年に不足する分の保険料を納付すれば、基礎年金からの給付が受けられる。

(6) 月数係数(年金原価率ともいう)とは定年退職年齢別にかけた係数のことである。50歳定年の場合は195、55歳定年の場合は170、60歳定年の場合は139、65歳定年の場合は101である。

(7) C_nは第n年に納付した保険料の賦課ベース額である。W_nは第n年の該地域の平均賃金である。nは保険料の支払年数である。

出所: 于洋 (2016)、表2-1に近年の『中国統計年鑑』と「中央予決算公開平台」のデータを加え、訂正加筆した。

²⁾ 就業者基本年金制度の被保険者はほとんどが都市部就業人口であると考えられる。

³⁾ 1元=16.08円 (2019年の年間平均TTSレート)。

る。被保険者と年金受給者の規模がともに住民基本年金制度の1割程度しかない機関事業団体職員年金制度の収入と支出はそれぞれ約3倍と4倍の規模を誇り、1兆3,927億元と1兆3,349億元となっている。年末の積立金残高等については表1を参照してほしい。なお、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受け、2020年の就業者基本年金制度の収入と支出はともに2019年より減少し、うち従業員基本年金制度では財政赤字となった。一方で、公費負担の大きい住民基本年金制度の場合は収支ともに増えた。

Ⅲ 公的年金制度の特徴とこれまでの改革の成果

1 公的年金制度の特徴

(1) 老齢給付のみの年金制度

周知のように、日本の公的年金制度には、受給理由によって老齢年金、障害年金と遺族年金の3種類がある。つまり、年金保険の加入者本人にとって加齢だけではなく、病気やケガなどで仕事を続けられなくなり、所得が得られなくなる際にも年金が生活の支えとなる。また、被扶養家族にとっては、遺族年金は加入者が亡くなった後、残された家族の生活を支えてくれる。

しかし、中国の公的年金制度の給付は老齢年金のみとなっている。つまり、加入者本人は年金の受給開始年齢前に障害を負ってしまった場合には、年金による所得保障の期待はできない。また、本人が死亡した後、残された家族は加入者の個人口座にある積立金を相続することはできるが、それ以外の年金給付がない。所得が得られなくなるリスクに対する守備範囲が狭いという特徴から考えると、中国の公的年金制度は民間保険の養老保険と変わらないという指摘がある。

一方で、年金加入者が死亡した際に、年金保険から家族に加入者名義の死亡一時金が支給される。この一時金は残された家族に対する一種の生活支援とみなされる。ただし、一部の学者から、

年間1,000億元以上にものぼる当該支出が年金財政を圧迫していると批判され、見直しの検討も行われているようである⁴⁾。

(2) 所得比例的な職域保険と地域保険

これまでの考察の中で、中国の公的年金制度は、日本と同様に職域保険と地域保険の制度設計となっていると説明したが、日本の場合は被用者と非被用者間の所得格差や所得捕捉率の違いを考慮し、職域保険である厚生年金は所得比例、地域保険である国民年金は均一拠出・均一給付の方法が採用されている。しかし、中国の場合は日本と異なり、どちらにも所得比例的な要素がみられる。

表1に示されたように、どちらの年金制度においても基礎年金口座と個人年金口座が設けられている。就業者基本年金制度では、基礎年金口座から支給される年金額は当該地域の平均賃金と拠出された保険料に比例して決まる。または、個人年金口座からの年金給付も被保険者本人の賃金に比例して徴収した保険料の積立金の分割支給となっている。2つの口座における保険料と給付はともに所得比例方式といえる。

住民基本年金制度では、基礎年金口座には被保険者からの保険料拠出はなく、年金給付は中央財政と地方財政からの公費負担で賄われる。中央財政の負担する年金額は全国一律であるが、地方財政の負担する年金額はばらばらである。個人年金口座からの年金給付は個人の保険料とそれに合わせる公費負担の積立金の分割支給となるが、保険料は個人の負担能力に基づく選択（設定された10数段階の保険料を自由に選べる）となっているため、やはり所得比例方式である。

日本の国民年金（基礎年金）における均一拠出・均一給付の制度設計は中国の公的年金制度には取り入れられていない。職域保険と地域保険の両方において、格差を容認する形で負担と給付ともに所得比例の方式で行われている。広大な国土

⁴⁾ 財政部の公表資料によれば、2020年に従業員基本年金制度から874.1億元、住民基本年金制度から47.3億元の死亡一時金が支給された。機関事業団体職員年金制度に関する資料がなく、正確な金額は確定できないが、公的年金全体からは1,000億元以上になるだろう。

と膨大な人口を抱える中国において地域間の経済格差が大きいことを配慮した上での独自の制度設計といえるかもしれない。

ところが、日本と同様に職域と地域の二本立ての仕組みを持つ中国の公的年金制度は、自営業者と個人事業主の加入や、加入者の年齢規定に関しては日本と異なっている。以下、この2点について少し説明を加える。

自営業者と個人事業主に関して、日本の場合は均一負担・均一給付方式の国民年金制度に加入させるが、中国の場合は所得比例方式の従業員基本年金に強制加入させられる。自営業者や個人事業主と被用者との所得水準及び所得把握上の格差を考慮した日本の決め方は合理的に思われるが、中国はなぜそのような配慮をせずにしているのだろうか。おそらく、保険料収入を確保するためにできるだけ多くの国民を年金制度に加入させたいと考えたに違いない。

加入者の年齢に関しては、中国の住民基本年金制度の場合は16歳以上と規定されているが、学生の加入は認めていない。日本の国民年金の場合は20歳以上となっているが、学生であっても20歳以上であれば、強制加入とされる⁵⁾。16歳以上に決めた理由についてであるが、中国では16歳以上が就業可能な年齢とされるため、就業者基本年金制度の場合は16歳以上が加入できる年齢とされている。それに合わせるために、住民基本年金制度も加入年齢を16歳以上としたようである。学生を除くという規定は、保険料の拠出能力のない学生に配慮した結果と説明されている。しかし、学生の加入が認められないなら、加入期間の減少により将来の年金額にも影響が出る恐れがある⁶⁾。

(3) 賦課方式と積立方式の併存

中国の公的年金制度の最大の特徴は、賦課方式

と積立方式の併存による混合型財政方式であるといわれている。具体的には、基礎年金口座は賦課方式、個人年金口座が積立方式と説明されている。果たしてこのような解釈で正しいだろうか。就業者基本年金制度の場合は事業主の拠出する保険料のすべてが基礎年金口座に計上され、年金として支給される。住民基本年金制度の場合は基礎年金口座からの年金給付が中央財政と地方財政からの公費負担で行われる。そのため、基礎年金口座の財政方式は賦課方式と言えるだろう。一方で、積立方式といわれた個人年金口座に関しては、必ずしもそうではないと思われる。就業者基本年金制度では被保険者本人の拠出した保険料が個人年金口座に計上され、運用収益とともに積み立てられていくので、保険料徴収の段階では積立方式と考えられる。しかし、住民基本年金制度の個人年金口座では被保険者が自分の負担能力に合わせて選んだ定額の保険料と一部の公費助成金とともに積み立てられていくので、単に本人の拠出による積立方式ではない。さらに、年金給付の段階では、個人年金口座からの年金給付は有期の分割支給となっているはずだが、定められた給付期間⁷⁾が過ぎた場合でも同額の年金が死亡するまでに基礎年金口座から給付される。このような肩代わりの給付実態から考えると、個人年金口座の財政方式は完全な積立方式とは言い難い。

次に、就業者基本年金制度を例にとりて、負担と給付の特徴を見てみよう。基礎年金口座に計上される事業主負担の保険料は、前年度賃金総額の16%と定められている。日本の厚生年金の場合は、労使折半方式のもとで事業主は標準報酬の9.15%分を負担する。日本や諸外国の年金保険料率と比べると、中国の事業主の負担割合はきわめて高いといわざるを得ない。また、賃金総額とは当該企業に勤めている正規労働者と非正規労働者

⁵⁾ 一定の所得基準以下の学生については、申請により在学中の保険料の納付が猶予される「学生納付特例制度」が設けられている。また、学生の強制加入は万が一のときには「障害年金」が受け取れる前提条件でもあるが、中国の場合は障害年金がないため、両者には関連性がない。

⁶⁾ 特に博士課程やポストドクターに在籍する学生の場合はそのような影響が大きい。

⁷⁾ 2006年以降、個人年金口座からの年金給付は、受給開始年齢によって分割する期間が再算定された。就業者基本年金制度では、60歳139ヵ月、50歳195ヵ月、70歳56ヵ月などの規定であるが、住民基本年金制度では一律60歳からの年金受給であるため、139ヵ月となっている。

(派遣・臨時労働者など)を含むすべての労働者の賃金総額である。しかし、非正規労働者は就業者基本年金制度の対象に含まれていないことが一般的である。非加入者の賃金も賦課ベースに含まれるため、企業にとって公平性に欠けていることと実質負担が大きくなっていることになる。保険料率からみても、賦課ベースからみても、中国の企業に割り当てられた負担分は高すぎると言わざるを得ない。耐え難い保険料負担を減らすために、従業員数や賃金所得を過小申告している企業が少なくないことと、虚偽申告の多発によって社会保険料の徴収が予想より少なくなっているとの指摘がある⁸⁾。

他方、加入者本人の保険料負担割合は本人の前年度賃金の8%と定められているが、実際の賦課ベースは所在地域の平均賃金の60-300%で調整することができる。つまり、地域の平均賃金より所得の少ない者は平均賃金の60%、所得がはるかに高い者は最高でも平均賃金の300%を賦課ベースとする。このような仕組みによって、実際に納めた保険料は過小評価される。または、一般所得者や平均賃金より所得の低い者にとって、高所得者より高い保険料率になってしまう問題、いわば保険料率の逆進性が生じてしまう。

(4) 制度間、地域間、官民間における年金額の格差

これまでの分析では、職域保険と地域保険という二本立ての公的年金保険制度におけるさまざまな差異について考察してきたが、ここでは制度設計の特徴、すなわち、保険料拠出方法と金額の違い、年金給付の計算方法の相違、各地域の平均賃金の不一致などから生まれる制度間、地域間及び官民間の年金額上の格差について分析したい。

まずは、制度間における年金格差について検討

したい。制度間の年金格差とは主に職域保険である就業者基本年金制度と、地域保険である住民基本年金制度の間の年金格差を指している。中国政府が公表したデータを用いて、2020年の平均年金額を計算した結果、就業者基本年金制度では約3,214元/月であるが、住民基本年金制度の場合はわずか171元/月しかない⁹⁾。両者の間に約19倍の差がある。なぜこんなに大きな格差が存在するのだろうか。一言でいえば、住民基本年金制度の驚くべき低い年金給付額に起因すると思われる。低い年金額は保険料の納付方法と納付額に関連する。個人年金口座に計上する個人が負担する保険料は年間100元より100元刻みで10段階以上に設定しているが、加入者に選択権を与える仕組みになっているため、少額の納付額を選ぶ加入者が多いようである¹⁰⁾。住民基本年金制度の加入者の負担能力が高くないことに配慮し、少額の保険料拠出が許されたのだろうが、個人年金口座からの年金給付はそれに見合うような金額になるため、大変低い年金額になってしまう。筆者の試算では、2020年の個人年金口座から支給される年金の全国平均はわずか20元/月未満の水準である¹¹⁾。中央財政と地方財政からの公費負担で構成される基礎年金口座からの年金給付も全国平均では152元/月しかない。ちなみに、中央財政の負担分は2020年から93元/月に引き上げられたが、地方財政の負担分は各地域の裁量に委ねられている。2021年の一部の地域の基礎年金口座からの年金給付額を例に挙げておこう。上海市1,200元、北京市850元、山東省190元、新疆150元、湖北省115元、四川省113元などとなっている¹²⁾。上海市と北京市は圧倒的に高いが、ほかの地域では基本的に200元以下である。表2は各地域の生活保護制度の最低生活基準額をまとめたものである。基礎年金額と最低生活基準額と比べてみると、すべての地域の

⁸⁾ 何 (2008) や于 (2014) などはこのように指摘した。

⁹⁾ 各種公的年金制度の年金額に関する的確な情報がないため、『中国統計年鑑』による受給者数と「中央予決算公開平台」による年金給付総額などのデータを用いて計算した。

¹⁰⁾ 于 (2014) や周・譚 (2021) などはそのような指摘をした。

¹¹⁾ ちなみに、北京市ではビッグマックセットの値段は25-27元 (2020年) のようである。

¹²⁾ 各地域の社会保障局の発表資料による。

表2 各地域の生活保護基準額（2020年10-12月）

地域	都市 (元/人・月)	農村 (元/人・月)
上海市	1,240	1,240
北京市	1,170	1,170
天津市	1,010	1,010
河北省	705	458
浙江省	882	879
広東省	874	695
チベット自治区	871	379
江蘇省	766	753
広西チワン族自治区	754	444
山東省	733	558
内蒙古自治区	726	521
江西省	708	476
福建省	686	681
遼寧省	669	460
湖北省	666	497
貴州省	645	385
雲南省	645	383
安徽省	641	634
青海省	638	391
陝西省	633	426
重慶市	620	503
四川省	614	435
黒竜江省	613	388
寧夏回族自治区	606	388
山西省	593	443
湖南省	588	417
河南省	584	380
甘肅省	578	376
海南省	563	436
吉林省	547	364
新疆ウイグル自治区	514	396

出所：民政部HPの発表資料より筆者作成。

年金給付が最低生活基準より低いことがわかる。日本においても全国均一の基礎年金が最低生活基準より少ないという同様の問題が存在する。被用者以外の国民の年金水準の引き上げは避けて通れない課題であろう。

次に、地域間における年金格差を検討してみる。就業者基本年金制度では、基礎年金口座からの年金給付は各地域の平均賃金を基準しているため、地域間の激しい経済格差によって、年金給付にも大きな格差が生じる。図2は2021年の各地域の平均賃金をまとめたものである。それによると、最高額の上海市が10,338元/月であるが、最低額の吉林省が5,088元/月となっている。2つの地域の間に2倍以上の差があるため、基礎年金口座

からの年金給付も2倍以上の差が生じる。また、住民基本年金制度の基礎年金口座からの年金給付に関して、中央財政負担分の全国最低基準（2020年から93元/月）が定められているが、各地方財政からの負担分が異なる。そのため、前に紹介したように、基礎年金口座からの年金給付額は地域によってばらばらであり、格差が大きい。

さらに、批判が高まっている年金給付における官民格差を分析してみよう。2015年まで、統合される前の機関事業団体養老金制度では、財源はすべて財政資金によって賄われるが、給付される年金額は勤続年数を考慮した上での従前賃金方式であるため、従業員基本年金と比べてかなり高い¹³⁾。統合後の機関事業団体職員年金制度は、従業員基本年金と同様の負担と給付の仕組みにしたが、上乘せの形で職域年金（事業主が賃金総額の8%、被保険者本人が賃金の4%の加算負担）が設けられている。そもそも、公務員の賃金水準は一般被用者より高い。それに職域年金という特典が加えられるので、公務員への年金優遇は解消されていない。筆者の試算であるが、2020年、機関事業団体職員年金制度、従業員基本年金と住民基本年金制度の平均年金額は、それぞれ5,553元/月、2,785元/月と171元/月（約32：16：1）となっている¹⁴⁾。官民間における年金格差は一目瞭然であろう。

2 これまでの改革

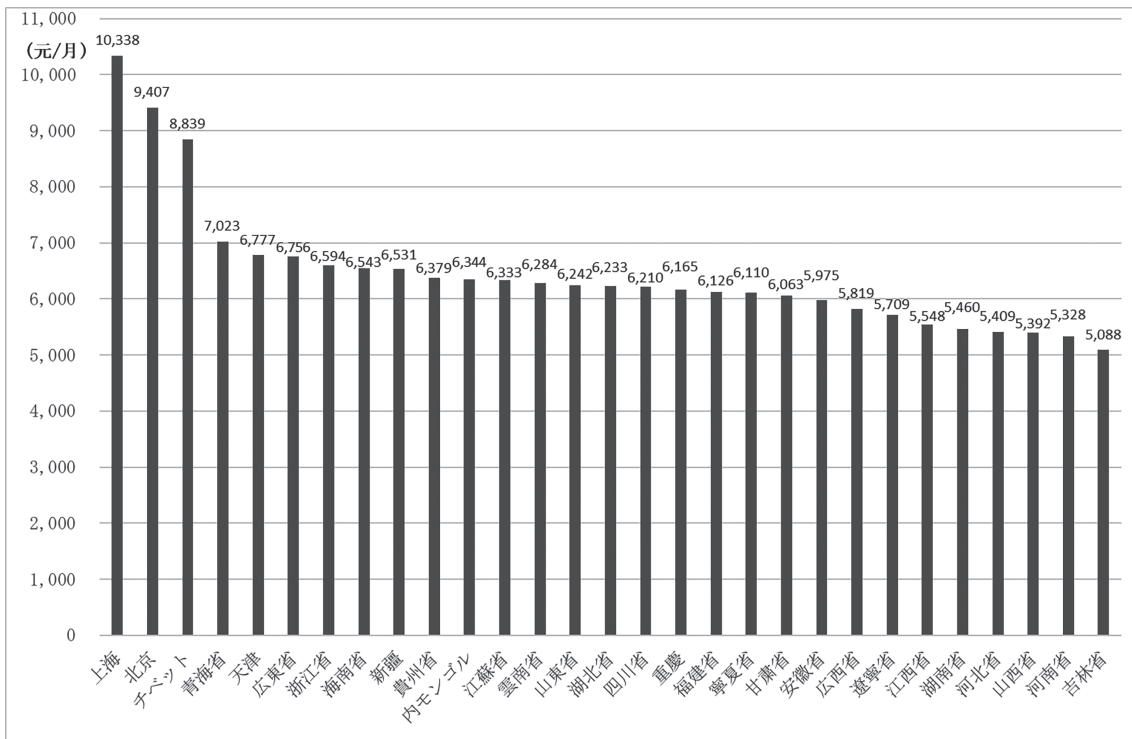
これまで考察してきた中国の公的年金制度の特徴から数多くの課題も生まれた。それらの課題を解決するために、年金制度改革は止まることがなかった。これまでの改革に関して、代表的なものについて検討してみたい。

（1）2005年の改革

2005年12月、国務院は「企業従業員基本年金保険制度の改善に関する国務院の決定」を公布し、保険料負担及び年金給付の両面において改革を行った。保険料に関しては、事業主負担分の一部を個人年金口座に計上する従来の方を改めて、

¹³⁾ 于（2014）を参照。

¹⁴⁾ 計算に用いたデータ等は脚注9と同じ。



出所：人力資源和社会保障部HP、各省の人力資源和社会保障局HPの発表資料より筆者作成。

図2 各地域の平均賃金（2021年）

全額を基礎年金口座へ計上することにした。それに伴い、個人年金口座に計上する保険料が被保険者本人からの保険料のみとなった。つまり、基礎年金口座を賦課方式、個人年金口座を積立方式という仕組みがより明確にされた。この改革は深刻になっていた個人口座の「空口座」の問題に対応したものともいわれている¹⁵⁾。

また、年金の受給条件及び給付基準に関する改正も行われた。改正前、15年以上保険料を納付した被保険者に対しては、基礎年金口座からの給付は当該地域における前年度平均賃金の20%と定め

られているが、個人年金口座からの給付は、積立金を120ヶ月（10年間）にわたって分割支給されていた。2005年の改正によって、2006年から基本年金口座からの給付は次のように変更された。①平均賃金に対する割合の見直しが行なわれ、従来の一律20%という方式から保険料の支払年数とリンクする方式に変更した¹⁶⁾。②給付基準である平均賃金の定義を見直し、それを拠出した保険料と連動する方式にした。つまり、脚注に示されている年金給付の計算式にあるCn/Wn部分であるが、所得比例年金の側面がより反映されることになっ

¹⁵⁾ 「空口座」の問題は何（2008）に詳しく分析されている。それは本来積み立てていくはずの保険料積立金が基礎年金口座の年金給付として流用され、個人年金口座に積立金がなくなっている大問題である。2005年の改革で個人年金口座に計上する保険料をすべて加入者個人からの拠出分とすることによって流用されることが厳禁されたという。

¹⁶⁾ 年金給付の計算式： $[1 + (C_1/W_1 + C_2/W_2 + \dots + C_n/W_n)/n]/2 \times \text{当該地域の平均賃金} \times n\%$

Cは本人の保険料の賦課ベース額、Wは当該地域の平均賃金、nは保険料の支払年数である。15年の受給資格に満たしていればn% = 15%で、以降は1年ごとに1%が加算される。40年間保険料を納付していれば、n% = 40%となる。

た¹⁷⁾。③個人年金口座の給付期間を定年退職年齢のほかに、平均余命や利子率などと連動させ、60歳139ヵ月分、50歳195ヵ月分、70歳56ヵ月分のように再算定した。2005年の改正によって、加入年数や保険料の支払にインセンティブを与え、所得に比例した仕組みがより明確になった。

(2) 年金体系一元化に向けての改革

「石を採りながら川を渡る」という独特な改革経路に依存しながら、現行の公的年金制度が進められてきたため、保険料負担と年金給付においては制度間と地域間の差異が多い。それらの差異を縮小するために、中国は絶えず年金制度の一元化に向けて改革を行ってきた。短期間のうちに各種の年金制度を創設し、また統合させてきたプロセスは以下の通りである。2009年の新型農村年金保険制度、同年の農民工の基本年金保険への加入方法、2012年の都市住民年金保険制度を実施したが、2014年に上記各種の年金制度を都市・農村住民基本年金保険制度に統合した¹⁸⁾。また、2015年に、従業員基本年金と機関事業団体養老金制度を統合させ、就業者基本年金制度を発足した。しかし、制度上二本立ての皆年金体制は、制度間と地域間の相違が完全に消えたわけではない。中国政府は2022年に省レベルにおいて、負担と給付及び基金管理の一元化の達成を目標としている。それからは全国同一の公的年金制度の達成を目指すと考えているようである。筆者は広大な国土と膨大な人口を抱える中国において、経済格差をなくすることは極めて難しいと認識し、そのため完全な同一の年金制度の実施も難しいのではないかと考える。

(3) 事業主の負担する保険料率の引き下げ

これまでの年金改革の中で、重要な動きの1つとして、保険料率の引き下げ改正を取り上げた

い。まず、2016年に中央政府は、同年5月以降は段階的に事業主の保険料率を引き下げる改正措置を発表した。20%を超える地域では20%まで、20%の地域では19%まで引き下げた。また、2019年に第2弾の保険料率の引き下げ改正が発表された。2019年5月以降、事業主の保険料率が16%まで引き下げられた。2021年現在、就業者基本年金制度にある従業員基本年金制度と機関事業団体職員年金制度の両方において事業主の負担する保険料率は16%となっている。無論、保険料率引き下げの目的は、高すぎる保険料による企業への負担を減らし、企業の国際競争力を強化し、経済成長を持続させることである。

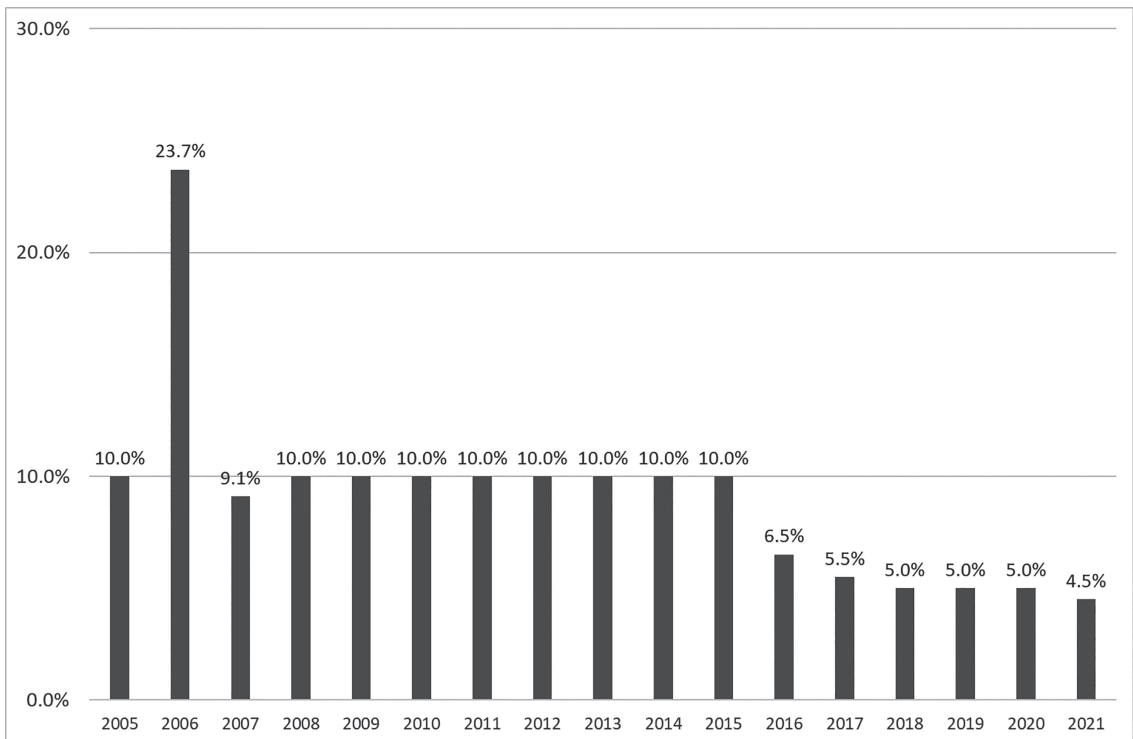
(4) 17年間継続した年金給付水準の引き上げ

他方、2005年から2021年現在まで、従業員基本年金の年金額が継続的に引き上げられてきた。図3は2005年から2021年までの引き上げ率を示している。それによると、2006年の引き上げ率は最高の23.7%を記録したが、2015年までは10%で推移していた。2016年以降は経済成長が鈍化したことによって、引き上げ幅も縮小した。金額的に見ると、全国の平均年金月額額は2004年の647元から2020年の2,785元（4倍以上）に上昇した。一方で、住民基本年金制度の年金水準も引き上げられたが、引き上げ幅は従業員基本年金と比較できない。平均年金月額は2013年にわずか82元/月しかなかったが、2020年に171元/月（約2倍）に上昇した¹⁹⁾。なお、住民基本年金制度の基礎年金口座からの年金給付額に関しては、中央財政負担分の引き上げも継続的に実施してきた。最初の30元から55元（2014年）、70元（2015年）、88元（2018年）と93元（2020年）に引き上げられた。

¹⁷⁾ CnがWnの60-300%で調整することになっているため、新しい計算方法によって年金給付額は拠出した保険料と比例する関係になった。

¹⁸⁾ 農民工の公的年金加入に関しては、従業員基本年金制度に加入する場合もあれば、住民基本年金制度に加入する場合もある。

¹⁹⁾ 2004年と2013年の平均年金月額は于（2016）を参照。



出所：人力資源和社会保障部HPの発表資料より筆者作成。

図3 従業員基本年金制度の年金額の引き上げ

Ⅳ 今後の課題と改革の方向性

1 急速に悪化する年金財政

施行から20数年が経過し、数多くの改革が行われてきたが、中国の公的年金制度には未だ課題が山積している。年金給付における制度間・地域間の格差問題、保険料納付における虚偽申告の問題など未解決のままになっている中で、年金財政が急速に悪化する懸念が高まっている。そもそもの発端は、2019年に政府系シンクタンクの中国社会科学院から発表された報告書『中国養老金精算報告2019～2050』である。その報告書では、従業員基本年金保険の積立金残高は、2027年のピーク時に約7兆元に達してから急速に減少しはじめ、2035年に払底してしまうと推計している。実は、それ

までに一部の省において、従業員基本年金の単年度収支状況が赤字になったことや積立金残高が枯渇したことが問題視されていた²⁰⁾。全国の年金基金の積立金残高がゼロになってしまうという試算は初めてであるが、公的年金制度の持続可能性が問われることになる。上記の報告書が発表されてから2週間も経たないうちに、主管省庁である人力資源和社会保障部の高官は積立金残高の枯渇を否定し、さまざまな措置を講じて年金給付の原資を確保すると発言した。

2 定年退職年齢の引き上げ

上記の推計が出された背景には、保険料の事業主負担が引き下げられたことによる収入減に対する心配と、高齢者人口が急速に増えることによる支出増への懸念などがある²¹⁾。年金受給者の急増

²⁰⁾ 于（2016）を参照。

による支出増を緩和するために、定年退職年齢＝年金受給開始年齢の引き上げが議論の的となっている。

実は、定年退職年齢の引き上げの議論は2010年前後にも話題になっていた。年金財政を維持するために引き上げを推し進めるべきだという賛成意見と、労働市場の需給関係や若者の就職圧力などに配慮すべきだと指摘し、引き上げに反対する意見と対立している。政府機関においても意見が一致していないため、10数年が経っても、実行されていない。

そもそも、定年年齢引き上げ論にある「年金保険料納付期間が延長される一方で、年金給付開始年齢も引き上げられる」という発想は、保険料を多くとられる反面、年金給付が少なくなるという「損失感」を国民に与えてしまい、あらゆる層から猛反対されている。例えば、元気なうちに引退し、年金を受給しながら、好きなことをすると計画している定年手前の人々が多い。また、定年退職してから孫の面倒を見る高齢者や、子どもの面倒を親に見てもらいたいと考える共働きの若い夫婦なども多くいる。さらに、定年年齢の延長は若者の就職機会を奪ってしまうのではないかと批判が多いため、反対する若者と疑問を示す政府関係者も多い。

ところが、2021年3月に開催された全国人民代表大会で承認された「国民経済・社会発展第14次五ヵ年計画と2035年までの長期目標要綱」の中で、定年退職年齢の調整を段階的に実施するという方針が明示されている。おそらく、第14次五ヵ年である2021年から2025年の間に、定年退職年齢の引き上げが実施されるだろう。具体的な計画としては、まず女性の定年退職年齢を55歳に統一する。次に、女性は3年ごとに1歳、男性は6年ごとに1歳ずつ引き上げ、最終的に男女とも65歳に統一させるといわれている。少しずつ引き上げるという段階的な方法と、職種、地域及び個人の選択に

配慮した対応も盛り込んでいるため、評価すべきところだが、定年退職年齢の引き上げとともに保険料の拠出期間も延長することにより厳密な分析と慎重な対応が必要かもしれない。今後の動きに注目したい。

3 保険料徴収の強化

一方で、保険料の事業主負担の引き下げによって保険料収入が減少するのではないかとという心配について、政府側からは保険料率の引き下げによって事業主負担が軽減され、虚偽申告や保険料滞納などの問題が緩和されるので、むしろ収入増が期待できると説明している。このような解釈からもわかるように、年金財政収入の問題の本質とは、本稿の前半部分でも言及した保険料徴収方法の問題である。つまり、当該地域平均賃金の60-300%での調整可能という制度設計は、虚偽申告及び保険料収入不足の実態を生み出したのである。実際の賃金に基づくべき保険料は地域平均賃金の60%に基づいて納付することが許されているため、約7割の企業は本来より少ない保険料を納付している²¹⁾。また、保険料と年金給付などの業務を担当する社会保険事業管理センターは各企業の加入者や賃金の実態を把握していないため、加入者数及び保険料の過小申告も横行している²²⁾。さらに、公的年金制度において未納・滞納の問題もかなり深刻である。鄭（2021）によれば、従業員基本年金制度では2020年に約5,500万人の未納・滞納者がいる。2020年の加入者数が2億9,124万人（表1）であるため、未納・滞納率は約20%になる。未納・滞納の問題は住民基本年金制度においては更に深刻になっていると思われる。上記の事実によって保険料収入に巨額の徴収漏れが生じていると考えられる。

2000年代半ば、日本の国民年金においても未納・滞納の問題が話題になった。そのときは、保険料徴収体制の強化が求められた。中国も保険料

²¹⁾ とりわけ、1960年代半ばから70年前後までのベビーブーム世代が2020年代半ばから60歳なることによって年金受給者が大幅に増えることが懸念されている。

²²⁾ 片山（2019）を参照。

²³⁾ 于・青柳（2012）を参照。

徴収体制に対して改革を行い、2019年から保険料徴収業務を従来の社会保険事業管理センターから税務局に移管した。2020年末の時点ではほぼ移管が完了した。これからは、被保険者数、所得状況及び保険料の算出基準などを的確に把握し、強制徴収体制による保険料収入の拡充が期待される。

4 公費負担の拡充

年金財政を強化するために、公費負担、つまり財政資金投入の拡充に期待が高まる。2000年代初頭では、年金制度をはじめとする社会保険制度に対する財政支出が限られていた。2003年のSARSを機に、公的医療保険と公的年金制度への公費負担が増え始めた。さらに2018年に、公的年金の全国統合に向けて、従業員基本年金制度に限定した地域間の年金財政の再分配策が打ち出された。それは中央調整金制度と呼ばれるものであるが、各省の平均賃金×90%×各省の被保険者数×上納率(2020年、4%)で算出された地方から中央へ上納金を、上納金総額÷全国年金受給者数×各省の年金受給者数で算出される分配金を各省に支給するものである。中央調整金制度以外の公費負担も大幅に増えた。表3は2018～2020年の各年金制度の財政収支状況をまとめたものである。表3によれば、2018～2020年の3年間に於いて公費負担が大きく増えており、2020年に合計約1兆5,000億元が投入された。従業員基本年金に関していえば、2002年に投入された公費負担はわずか454.8億元だったが、2020年に6,271億元にものぼった。ま

た、2020年に新型コロナウイルス感染症拡大の影響によって、多くの企業は大きな打撃を受け、保険料納付が難しくなった。中央政府は保険料減免などの措置で対応するために巨額の財政支出を投入した。

今後、年金財政健全化のために公費負担の役割がより重要になると予想される。例えば、これまで優遇税制を受けてきた自動車や不動産など主要産業に対して、法人課税を強化していくとともに、富裕層などの高所得者層に対する所得課税の強化と、固定資産税、贈与税、相続税の導入が考えられる。しかし、中国経済の成長ペースは減速しており、今後もさらに鈍化するだろうと予測されている。このような状況の中で、中国政府は2021年に「共同富裕」の実現手段として、企業や個人の慈善活動や寄付による第三次分配という政策を打ち出し、再分配と組み合わせるさまざまな格差を是正しようとしている。しかし、第三次分配については財源調達の方法も、分配の方法も不透明であり、実行と効果を見極めるしかない。

一方で、中国政府は少子化対策として、2016年に「一人っ子政策」を撤廃し、「二人っ子政策」、さらに2021年に「三人っ子政策」を打ち出した。人口を増やしていく取り組みは社会全体の産出を高め、年金財政をはじめ、社会保障全体の財政状況を改善するための根本的な対策だと思われる。しかし、この効果も今のところ現れていない。

表3 2018-2020年各年金制度の財政収支の基本状況(単位:億元)

収支項目	企業従業員基本年金保険制度			機關事業団体職員年金制度			都市・農村住民基本年金保険制度		
	2018年	2019年	2020年	2018年	2019年	2020年	2018年	2019年	2020年
基本収入	37,521.0	38,174.8	30,706.5	13,444.8	14,456.3	13,927.0	3,870.1	4,149.4	4,944.1
保険料	29,507.2	30,008.8	20,886.7	9,306.3	9,506.2	8,081.2	881.1	1,000.2	1,262.1
公費(財政)負担	5,355.4	5,587.8	6,271.3	4,022.0	4,731.1	5,448.4	2,775.7	2,880.5	3,134.6
利息・運用収入	1,707.2	1,657.2	2,615.1	48.4	51.8	60.7	145.7	220.9	316.3
その他	—	—	—	—	—	—	8.9(村の助成)	9.1(村の助成)	10.8(村の助成)
基金支出	31,567.3	34,719.8	37,700.8	12,680.9	14,026.9	13,348.6	2,938.4	3,148.3	3,390.9
年金給付総額	30,280.0	33,190.1	36,042.6	12,574.7	13,872.5	13,180.0	2557.8(基礎年金) 301.0(個人口座)	2748.3(基礎年金) 327.2(個人口座)	2943.4(基礎年金) 357.6(個人口座)
死亡一時金	750.4	805.8	874.1	—	—	—	34.1	41.9	47.3
積立金残高	48,034.4	51,482.7	44988.3	2,538.3	2,965.5	3,544.0	7,274.2	8,283.6	9,837.0

出所:「中央予算公開平台」の公表資料により筆者作成。

V おわりに

本稿は中国の公的年金制度について、その形成と概要を考察し、制度の特徴とこれまでの改革・改正の内容を紹介した。その上で、懸念されている年金財政悪化への対策について言及した。具体的には、年金受給者の急増による支出増を緩和するための定年退職年齢の引き上げについて、これまでの経緯と今後の実施計画を明らかにした。しかし、定年退職年齢の引き上げによる支出増の抑制効果に関する具体的な分析はできなかった。年金財政の収入増に関しては、加入者数や保険料の虚偽申告及び徴収漏れを減らすために、保険料徴収体制の強化が重要な方法であると指摘した。今後、税務局の徴収実績を調べ、徴収体制変更前との比較分析を行いたい。

紙幅の制約により、本来予定していた年金給付水準に関する分析はできなかった。ここで、それと関連する所得代替率について簡単に述べる。日本の場合、所得代替率は現役男性被用者の平均手取り収入額（ボーナスも含む）に対するモデル世帯（夫：40年間就労、妻：専業主婦）の合計年金額の割合と規定されている。厚生労働省の発表によれば、2019年度の所得代替率は61.7%である。中国の場合は所得代替率の定義は明確ではない。本稿で紹介した就業者基本年金制度の年金給付の計算方法に従えば、保険料の賦課ベースを当該地域の平均賃金と同額にし、40年間支払い続けた場合は、基礎年金口座からの年金給付の代替率は40%となる。個人年金口座からの年金給付の代替率は運用収益に影響されるが、数%の代替率と推計される。両方の年金給付を合わせると、所得代替率は40-50%になるであろう。この数字はあまり高いとは言えない。しかし、中国の場合は世帯単位の代替率ではなく、個人単位の代替率である。もし日本のように夫婦の年金額で計算するならば倍になる。もちろん、住民基本年金制度の所得代替率はとても低いと指摘されているが、就業者基本年金制度、特にその中の機関事業団体職員（公務員）年金制度の所得代替率を引き下げる余

地があるかもしれない。

付記

本稿は科学研究費補助金（基盤研究C）「中国版介護保険制度の試行と日本の医療福祉輸出戦略の取組みに関する研究」（課題番号：17K04239）の助成を受けた研究成果の一部である。また、有意義なコメントをくださった城西大学の青柳龍司教授にお礼を申し上げる。

参考文献

- 于洪・曾毅（2015）「退休年龄，生育政策与中国基本养老保险基金的可持续性」『財經研究』第41卷第6期，pp.46-57。
- 于洋・青柳龍司（2012）「公的年金の財源問題に関する日中比較（1）」『現代政策研究』第6巻第1号，pp.3-13。
- 于洋（2014）「『適度』と『普惠』の視点からみる中国版皆年金体制のゆくえ」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.189，pp.4z-16。
- （2016）「中国版皆年金体制の実像と行方」沈潔・澤田ゆかり編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか』ミネルヴァ書房，pp.50-76。
- 王運鋒・陳丹生（2019）「機関事業單位養老保險改革的難点及对策」『鄂州大学学报』第26巻第2期，pp.34-36。
- 何立新（2008）『中国の公的年金制度改革』東京大学出版会。
- 片山ゆき（2019）「きちんと社会保険料を納めている企業は3割？（中国）」ニッセイ基礎研究所基礎研究レター。
- （2020）「中国，新型コロナ後の財政政策と社会保障」ニッセイ基礎研究所基礎研究レター。
- 周延・譚凱（2021）「城鄉居民基本養老保險制度改革的收入再分配効応研究」『人口与發展』第27巻第1期，pp.86-95。
- 孫永勇・李妮涵（2014）「从費率看城鎮職工基本養老保險制度」『中国人口科学』2014年第5期，pp.67-78。
- 趙健宇・陸正飛（2018）「養老保險繳費比例會影響企業生產效率嗎？」『經濟研究』2018年第10期，pp.97-112。
- 鄭秉文（2021）「延遲退休如何影響養老基金」<https://www.chinathink tanks.org.cn/content/detail/id/p0x3yl70>（2021年12月08日閲覧）。
- 『中国統計年鑑』、『中国労働統計年鑑』、『中国財政年鑑』、『人力資源和社会保障事業發展統計公報』各年版。

(YU・Yang)

Unfinished Pension System Reform in China

YU Yang*

Abstract

Since the establishment of the basic corporate employees' pension insurance system, which was the precursor of the current public pension system in 1997, China has also integrated the same pension scheme, which was divided into both occupational and regional based pension, as in Japan. Since 2015, a Chinese version of the universal pension system, which consists of a basic pension insurance system for employees including corporate employees and civil servants and a basic pension insurance system for urban and rural residents, has been established. Since the late 2010s, the pace of population aging accelerates in China, and by 2030, the number of elderly people aged 65 and above will increase significantly. With the rapid declining birthrate and aging population, the pension burden is heavy on the working generation, and the sustainability of the public pension system is greatly shaken. Under such circumstances, the debate on the reform of China's pension system which has been silent for some time will again become a topical issue. This article briefly reviewed the establishment and overview of the current public pension system and analyzed the characteristics of China's public pension system and its achievements in the previous reform. In addition, this paper also pointed out that multifaceted reform which including the raise of the retirement age and strengthening the collection system of insurance premium is required from the perspective of future pension reforms due to the factors such as changes in demographic structure and economic growth.

Keywords : Pension Reforms, Pay-as-you-go Pension System, Fully Funded Pension System, Pension Gap, Raising the Retirement Age

* Professor, Faculty of Contemporary Police Studies, Josai University

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

中国の社会扶助
——相対的貧困に向けて——

朱 珉*

概 要

2020年は中国の貧困政策にとって1つの時代の区切りであった。絶対的貧困の撲滅宣言は、これまでの貧困政策の1つの到達点を意味すると同時に、相対的貧困の緩和という新たな局面に入ったことをも意味する。中国国内では、すでに次の段階である「相対的貧困」に照準を合わせて活発な議論が行われ、貧困を受け止める最後のセーフティネットである社会扶助もコロナ禍のなかで新しい動きを見せている。本稿はこのような転換期にある社会扶助を取り上げ、中国国内の議論を紹介しながら、中国の社会扶助の特徴を明らかにし、今後の方向性を展望することを目的とする。「社会保険—社会扶助」という2層体制の社会保障体系下において、中国の社会扶助は今後も東アジア的な包括性を維持していくが、国の責任でどのレベルの最低生活を保障するのかはまだ不明である。

キーワード：中国の社会扶助，最低生活保障制度，相対的貧困，包括性

社会保障研究 2022, vol.6, no.4, pp.404-420.

Ⅰ はじめに

2020年は、中国の貧困政策にとって1つの時代の区切りであった。2021年7月1日、習近平は北京天安門広場で行われた中国共産党創立100周年の祝賀式典において演説し、「小康社会（ややゆとりのある社会）」を全面的に実現し、絶対的貧困を撲滅したと世界に向けて宣言した。

習近平政権は発足当初から「小康社会」の実現という目標を掲げ、農村の絶対的貧困の解消なしに、全面的な「小康社会」はないとし、貧困撲滅に注力していた。2014年から、「精準扶貧」（Precision Poverty Alleviation）を挙国体制で実施

するようになった。「精準扶貧」の基本的な考え方は、①本当に支援を必要とする貧困者を正確に識別・管理すること、②それぞれの対象にあった支援手段を確実に実施し貧困から脱却させることであり、2重の意味で「精準」を目指している〔朱（2017），p.96〕。その中身は、村ごとの総合開発や先進地域と貧困地域とのペアリング支援、しいては貧困人口を移住させるといった内容が含まれ、いわば従来の開発方式の貧困対策をさらに強化するプロジェクトである。その結果、2012年以来、年平均1000万人が貧困脱却を果たし、2020年までに計832の貧困地域、12万8000の貧困村、約1億の農村貧困人口が貧困から脱却した。

貧困政策の成果は否定できないものの、中国が

* 千葉商科大学商経学部 教授

設定した農村の絶対的貧困ラインの基準が低いこと（2020年約4000元/年）や「小康社会」達成のため、貧困撲滅活動の全国動員という政治的キャンペーンの色が濃厚であることが問題視されていることも事実である。また、実際開発方式で貧困から離脱できない人は、最終的に最低生活保障制度に包摂されることとなっている。つまり、習近平政権の目玉政策である「精準扶貧」を支えていたのが最低生活保障制度であり、貧困層にとって最後の砦はやはり社会扶助¹⁾で、絶対的貧困撲滅達成の影の立役者とも言うべきであろう。

いずれにせよ、絶対的貧困の撲滅宣言は中国における貧困政策の1つの到達点を意味すると同時に、新たなスタートラインに立ったことをも意味する。2019年10月31日に開催された中国共産党第19回中央委員会第4次会議では、「相対的貧困を解決し、持続的な効果を発揮できるシステムを構築する」ことが提起され、国家の貧困政策の戦略転換が明らかとなった。絶対的貧困に対しては、「精準扶貧」のような短期決戦型の総力戦が一時的な効果があるが、相対的貧困に対しては持久戦を覚悟する必要がある、今回のような「超常規」的措置ではなく、「常態」化した対策を構築すべきである。また、格差問題は一向に改善されず²⁾、デジタル経済の進展による非正規雇用やフリーランスの増加が社会保険の防貧機能を低下させ、「ポスト2020」においては、貧困を受け止める最後のセーフティネットとしての社会扶助はその役割がますます重要になっている。中国国内では、すでに次の段階である「相対的貧困」に照準を合わせて活発な議論が行われ、社会扶助自体もコロナ禍のなかで新しい動きを見せている。

本稿では、このような転換期にある社会扶助を取り上げ、次の3点について検討する。第1に、中国の社会扶助の特徴とは何か。第2に、相対的貧

困に向けての制度改革の争点とは何か。第3に、コロナ禍における新しい展開はどのような方向性を持っているのか。

以下では、まずこれから中国が直面する貧困を説明し（Ⅱ）、次に2019年までの社会扶助の成立過程を振り返り、その制度体系を確認する（Ⅲ）。そして、中国国内の議論を紹介しつつ、制度の仕組みや実施上の限界を明らかにしたうえで（Ⅳ）、ある程度その限界を克服しようとする2020年における新しい動向を紹介する（Ⅴ）。最後に、社会扶助の特徴と今後の行方を展望する（Ⅵ）。

Ⅱ 「ポスト2020」の貧困

1 相対的貧困のとらえ方

貧困といえば、まずチャールズ・ブースやB・S・ラウンツリー、タウンゼント、アマルティア・センの研究系譜を想起するであろう。中国では、長い間、貧困を農村の絶対的貧困としてとらえており、相対的剥奪や機能、ケーパビリティ、社会的排除といった概念が導入され、相対的貧困を含む貧困研究を深めていったのは2000年代に入ってからのことである。

相対的貧困が最初に注目されたのは1990年代であった。ラディカルな国有企業改革により、都市では失業者が増加し、農村と異なる都市の貧困問題が浮上した。李は中国では就労と社会保障が一体化となっているため、失業者にとって、仕事を失うことは、社会保障も失うことを意味し、自給自足の農村と異なり、ただちに日々の生活の維持が困難な状況に直面すると都市の相対的貧困問題の深刻さを指摘する〔李（1996）〕。その後、大量の農民工が都市に流入し、初代の農民工たちは新しい相対的貧困層として認識されるようになった〔張（1998）〕。

¹⁾ 日本では公的扶助が一般的に使われているが、国際比較においては社会扶助がよく使われていること、中国ではそもそも「社会救助」と呼ばれていることから、本稿では社会扶助を使用する。

²⁾ 国家統計局の正式発表によると、2019年現在、中国のジニ係数は0.465で、社会不安を引き起こす警戒ラインの0.4を超えている。また、グレディ・スイスのグローバル・ウェルス・レポート2021によると、中国では最も富裕な1%の人々の国全体の富に対する占有率は2000年の20.9%から2020年の30.6%に上昇し、過去20年間の上昇幅は日米欧やインド、ロシア、ブラジルよりも大きい。

2000年代半ばから、相対的貧困に関する外国の文献紹介が徐々に増え、2018年以降議論が本格化した³⁾。関は絶対的貧困と相対的貧困に代わって、より分かりやすい「生存型貧困」と「生活型貧困」の概念を使った。「生存型貧困」とは、個人や家族自体の能力だけでは生存のための基本生活を維持できない状態で、「生活型貧困」とは、基本生活は維持できるが、社会一般的な生活水準に到達できず、基本的な尊厳や社会参加および能力発展の欠如状態である。今後、「生存型貧困」が基本的に解消され、「生活型貧困」が顕在化していくため、社会扶助は「生存型貧困」だけでなく、「生活型貧困」をも対象とすべきと主張している〔関 (2018)〕。

王・高はこの「生活」の中身について検討した。彼らは生活を可処分所得による物質的生活、個人生活への主観的評価および社会関係の健全度を内容とする主観的生活、就労能力を主とする脱貧困の発展的生活という3つの側面からとらえ、貧困者に現金給付だけでなく、精神的ケアや就労扶助といったサービス給付の重要性を説いた〔王・高 (2016)〕。

林は「貧困」を「貧」と「困」とに分けて解釈を行った。彼は相対的貧困に「絶対的な内核」があり、それがいわゆる基本生活が維持できないほどの金銭的な欠乏である⁴⁾。その内核を覆っているのが、表出している「困」であり、教育や医療、住宅などの困窮状態を指す。従来の対策は「貧」に偏っており、相対的貧困の緩和は「困」のほうに重点を置くべきである。基本教育、基本医療サービス、基本社会福祉サービスなどの社会サービスの均等化を図ったうえで、自立に向けての「生活伴走型」支援サービスを提供すると提案している〔林 (2020)〕。

以上のように、中国国内は相対的貧困を、所得

だけでなく、制度からの排除、不適切な住居、不十分な社会参加などの側面を含め、多元的にとらえようとしたうえで、対策の質的向上を訴えている。そのため、現金給付による基本生活維持の「生存型」扶助からサービス給付による能力向上を目指す「発展型」扶助への転換が必要である。

2 経済・社会の構造的問題と「転換型貧困」

「精準扶貧」の対象は農村の絶対的貧困で、その多くは辺鄙な、また資源の乏しい地域で発生しており、いわば自然条件による制約が根底にある。それに対して、相対的貧困は経済・社会の構造的な問題から発生している。多くの研究者は中国の経済・社会が計画経済から市場経済への体制移行期以来の大きな転換期を迎えていることに注目し、今後の貧困の性質は「転換型貧困」であると指摘している〔李・許 (2019)、王 (2020)、呂 (2020)〕。

2010年代に入ってから、中国の経済・社会は大きく変化した。経済的には、高度成長が終わり、安定成長に転じた。実質GDP成長率は2010年の10.5%から2019年の6.1%に低下し、中国経済が「新常态 (ニューノーマル)」に入ったといわれるゆえんである。ポスト工業社会の「柔軟」な生産体制への移行や、第4次産業革命に伴うデジタル化の進展は就労の不安定さを増幅させた。特に2014年以降、デジタル経済は中国経済成長の新しいエンジンとなり、その成長は著しい⁵⁾。「中国デジタル経済発展白書2020」によると、中国のデジタル経済の規模は2005年の2億6000万元から2019年の35億8000万元に増加し、GDPに占める割合は2005年の14.2%から2019年の36.2%に上昇した⁶⁾。デジタル経済の発展はプラットフォーム型就労と呼ばれる新しい就労形態をもたらした。2021年に、政府は自営業者や新業態就労者、パートタイ

³⁾ 中国の文献総合データベースのCNKIで検索してみると、タイトルに「相対的貧困」が含まれる学術論文は2018年の35篇から、2020年の213篇、そして2021年12月時点の316篇に増加している。

⁴⁾ 岩田も同じようなことを指摘している。彼女は貧困について、その社会の生活様式が前提となるため、相対的であり、且つそれ以下下げてはならない絶対基準も必要であるため、絶対的でもあると説明している〔岩田 (2021)、p.263〕。

⁵⁾ 伊藤は第二次大戦後における新興国の経済発展を、1960年代から1970年代の「南北問題の時代」、1980年代から1990年代の「工業化の時代」および2000年代から2010年代前半の「市場の時代」と3段階分けしたうえで、2010年代後半からは「デジタルの時代」に入ったと指摘している〔伊藤 (2020)、pp.33-46〕。

マー、季節就労者などを含むインフォーマルな就労者（中国語では「靈活就業者」という）はすでに2億人にのぼると公式に発表した⁷⁾。

社会的には、何と言っても、少子高齢化の急速な進展である。2021年5月に公表された第7回国勢調査の結果により、中国の少子高齢化が専門家の予測よりも早いスピードで進んでいることが明らかとなった。2020年の出生数は約1200万人で、2019年に比べ2割減となった。合計特殊出生率は1.3までに低下し、2022年にも中国は人口減少社会に転じると予測より5年も早い。一方、2020年に、65歳以上の人口は1億9000万人と過去10年間で6割増えた。高齢化率は13.5%に達しており、2021年にも「高齢社会」に突入すると予想されている。また、1世帯当たりの平均人数は2.62人と、10年前より0.48人も少なくなり、核家族化も進行した。

そして、都市化も進められている。2019年現在、中国の常住人口の都市化率は60.6%に達したが、今後さらに加速される見込みで、「中国農村発展報告2020」によると、今後5年間だけで8000万人の農村人口が都市に流入する。2020年現在、その規模はすでに2億5000万人に達している⁸⁾。人口流出により、農村の過疎化も予想される。

「転換型貧困」はまさに以上のような産業構造や就業構造、人口構造、都市・農村の二元化構造の転換によって発生した貧困である。第1に、産業の構造調整や不安定就労は失業者やワーキングプアの増加をもたらし、都市の貧困問題として顕在化する。2014年の中国家庭パネル調査のデータを用いて分析した涂・楽は、27%の都市労働者がワーキングプア状態に陥っており、貧困ギャップ率は84%と深刻な状況であると指摘した〔涂・楽（2018）、pp.23-24〕。第2に、高齢者が急増する一

方、家族扶養機能が低下し、高齢者の貧困が増加していく。2014年の中国老年社会パネル調査のデータによると、60歳以上の高齢者のうち、24%が貧困に陥っている〔劉・孫（2018）〕。農村の貧困地域においては、高齢者の「貧困沈殿」がさらに顕著である〔林（2019）〕。第3に、都市化の過程で発生する流動人口は、もともと相対的に不安定なかたちで就労し、都市住民との間に所得格差や社会サービスの欠如が生じやすく、社会保険制度の給付も期待できず、貧困に転落しやすい。韓ほかは2016年の中国労働力調査データを用いて分析し、都市流動人口の貧困率が28.9%にのぼると発表した〔韓ほか（2020）〕。2020年の農民工調査によると、義務教育段階の子供をもつ農民工のうち、45.7%が就学難、高費用の問題に直面している⁹⁾。一方、農村に残された子供や女性は「留守児童」「留守婦女」として問題視されている。

「転換型貧困」に関する議論は、今後貧困対策の対象を具体化した。つまり、都市（この場合、都市戸籍を有する）の低所得者、農村からの流動人口、そして高齢者や女性、子供といった社会的弱者である。また、貧困を個人的な問題ではなく、経済・社会の構造的問題としてとらえ、国が責任をもって対処すべきと主張する。その際、都市と農村の一体化した総合的な対応が望ましいと提案している。

Ⅲ 最低生活保障制度から社会扶助体系へ

1 「全民低保」の実現

中国における最低生活保障制度の発展史は1993年の計画経済期の社会救済制度に対する改革を起点とする。2020年までの約30年間を、都市最低生活保障制度が創設された1999年、「全民低保」大討

⁶⁾『中国数字経済発展白書（2020）』正式発表「東方財富（<https://baijiahao.baidu.com/s?id=1671181115052505032&wfr=spider&for=pc>, 2022年2月16日最終確認）。

⁷⁾「2億靈活就業者安全感誰來給？国家發話了」中国政府網（http://www.gov.cn/zhengce/2021-05/13/content_5606191.htm, 2022年2月16日最終確認）。

⁸⁾「国家統計局：2020年我国3.31億流動人口流向城鎮」北京青年報官網（<https://view.inews.qq.com/w2/20210511A03Z6800>, 2021年12月8日最終確認）。

⁹⁾「2020年農民工監測調查報告」中国政府網（http://www.gov.cn/xinwen/2021-04/30/content_5604232.htm, 2021年12月11日最終確認）。

論が起きた2006年¹⁰⁾、そして「社会扶助暫定弁法」が公布された2014年をメルクマールとして、4つの時期に分けて整理することができる。

第1期は1990年代で、中国が計画経済から市場経済へと「大転換」を経験し、まさにこの時期に都市最低生活保障制度が創られた。都市最低生活保障制度は従来の社会救济に比べ、労働能力を有する者をも適用対象とすること、受給が国民の権利であること、国家が直接責任を負うことを明確に規定し、現代的な社会扶助の成立を意味する。

第2期は2000年から2005年までで、都市での制度整備が進み、農村での制度構築が停滞している時期である。都市では、漏給問題に対応するため、「応保尽保」（受給条件を満たすすべての困窮者を制度によって包摂すること）が強調され、量的拡大が行なわれた。また、保障水準を改善するため、中央政府の財政投入が増やされ、「分類施保」（障害者や重病患者などに対する加算給付）が実施された。農村では、2003年のSARSによって一気に噴出した医療問題への緊急対応として、医療扶助が先に導入された。

第3期は2006年から2013年までで、「全民低保」の大討論を経て、ついに農村においても最低生活保障制度が成立された時期である。都市と農村とに分かれた2本立ての制度ではあるが、最低生活保障基準以下の困窮者をすべて包摂する制度の枠組みができたという意味で、「全民低保」が実現されたと言える。

また、第2期から第3期にかけて、財政力のある地域では、現金給付だけでなく、貧困層のニーズに合わせて個別扶助が模索されるようになった。2004年9月に、民政部は地方の動きを踏まえて、

表1 各種扶助に関する条例

2003年	都市医療扶助を構築することに関する事項の通知 法律援助条例 都市最低所得世帯の廉租住宅管理弁法
2004年	都市・農村特殊困難の未成年者の教育扶助をさらに徹底する通知
2005年	都市医療扶助制度の実験に関する意見 都市最低所得世帯廉租住宅の申請、審査および退出管理弁法
2007年	廉租住宅保障弁法 臨時扶助制度をさらに構築・改善することに関する通知
2009年	都市・農村の医療扶助制度をさらに整備することに関する意見
2010年	自然災害扶助条例

出所：筆者作成。

2010年までに、最低生活保障を主とし、医療、教育、住宅、司法扶助を従とする社会扶助システムの構想を打ち出し、各種扶助に関する条例を多く公布した（表1）。

2 社会扶助体系の誕生

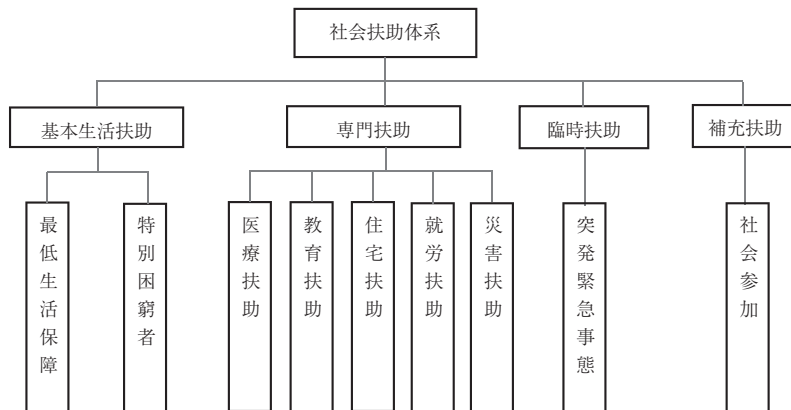
2014年に、待望の「社会扶助暫定弁法」（以下は「弁法」と略す）が公布された¹¹⁾。立法まで至らず、行政法規¹²⁾としての公布であるが、中国の社会扶助に初めて法的根拠ができたという意味で意義が大きい。これにより、都市と農村の最低生活保障制度が同じ枠組みに入り、また基本生活扶助を基本とし、医療扶助や教育扶助、住宅扶助、就労扶助、災害扶助、臨時扶助などを含む包括な制度体系が成立した。

「弁法」は、「托低線、救急難、可持続」（最低生活を支え、緊急な困難に陥っている人をも助け、持続可能）の方針を掲げ、生活難をもたらすほとんどのリスクに対応できるシステムを目指そうとしている。図1で示しているように、中国の社会

¹⁰⁾ 著名な経済学者・呉敬璉は2006年6月25日に開催された「中国経済50人論壇」において、「中国は農民を対象内に含む全民最低生活保障制度を実現するための条件をすべてそろえており、現在の国家の財政力をもってすれば完全に実現可能である」と発言した。これをきっかけに、マスメディアを巻き込む社会的な大討論が行われ、農村における制度成立の最後の一押しとなった。

¹¹⁾ 社会扶助の法制化は第11回、第12回全国人民代表大会常務委員会の5年立法計画に組み込まれ、2008年8月から2013年12月まで、法案の草稿は国務院に計3回提出し、パブリックコメントを2回募集した。そして、2009年12月から2013年12月まで、国務院常務会議で3回の審議を経て、2014年2月21日に公布され、5月1日に実施されるようになった〔謝・王（2016）、p.67〕。

¹²⁾ 中国の法体系は、憲法を頂点として、法律、行政法規、地方性法規、自治条例・単行条例、行政規則等で構成される。中国の立法法では、法律の立法権限は全国人民代表大会および同常務委員会にあり、行政法規の立法権限は国務院にあると規定している。



出所：「社会扶助暫定弁法」に基づき作成。

図1 中国の社会扶助体系の全体像

扶助体系は大きく①基本生活扶助、②専門扶助、③臨時扶助および④補充扶助からなっている。①はいわゆる日々の生活を維持するための費用で、低保受給者以外に、従来の社会救済対象である「三無人員」（労働力がない、安定した収入がない、法定扶養者がいない）も「特別困窮者」として取り入れている。②は困窮層にとって生活難をもたらしやすいリスクに対応し、これまで各地の実践のなかで、実際受給者のニーズに合わせて行った各種の扶助である。①と②を受給するには、最低生活保障基準をクリアする必要があるが、③は性質上緊急避難的であるため、この限りではない。

実は、③の臨時扶助は2014年「弁法」の注目ポイントである。民政部は2007年からすでに低保受給世帯以外の困窮者や困窮世帯に対して、臨時扶助を模索し始め、2013年までに全国26の省・市で臨時扶助が制度化されていた。「弁法」公布後の10月24日に、国務院は新たに「全面的に臨時扶助制度を建設することに関する通知」を公布し、年末までに全国での制度普及を強調した。この通知では臨時扶助を、「国家は、突発的な事件に遭遇し、意外な傷害を受け、重大疾病あるいはそのほかの特別原因により基本生活が困窮に陥り、ほかの社会扶助制度でカバーできないあるいは適用後まだ暫く基本生活が困窮な世帯や個人に対して、応急的・一時的に扶助する」と規定している。臨時扶助は即時対応の原則に適用され、ワンストップ

プ方式が採られ、急を要する場合、審査の手続きを後回しにし、先に現金や現物を給付することも可能である。さらに、臨時扶助の受給は、現地の戸籍を必要条件としていないため、ホームレス対策でもある。このように、2014年の「弁法」は急迫状態の困窮者をも法的に給付対象として規定し、より隙間の少ない最後のセーフティネットに編み上げようとした。

また、①から③までは国家が責任主体となって施行するのに対して、④は国家が民間企業や社会組織および個人に対して、寄付や支援施設の設立、ボランティアなどの困窮者支援活動を奨励することであるため、2014年の社会扶助体系は「8+1」体系とも呼ばれている。

以上でみてきたように、中国の社会扶助はすべての生活困窮者に対して、国が責任をもって最低生活を保障し、そのためあらゆる生活ニーズを取り込んだ包括的な制度となっている。

しかし、近年の実施から制度の限界が明らかとなり、相対的貧困に対応できる制度に設計し直す必要が生じてきた。以下では、制度改革のバクトルにとって重要な保障基準、給付方式および稼働年齢層の扱いに絞ってみていくことにする。

Ⅳ 最低生活保障制度をめぐる争点

1 低水準と「生活型貧困」

中国の最低生活保障制度は、その保障水準の低さという質的問題について、前から指摘されている〔唐（2012）、関（2019）〕。そもそも低保基準は制度が成立した当初から、現地住民の基本生活に必需の衣食住費用に基づき設定されており、今でも絶対的貧困レベルにとどまっている〔関（2018）、p.77〕。また、地域格差が大きい中国では、全国統一的な基準設定が難しく、ナショナル・ミニマムが存在せず、具体的な設定法は地方政府に任せている¹³⁾。さらに、都市と農村の格差もあるため、省・市ミニマムもまだ実現されていない。2020年現在、一級行政レベルの北京、天津および上海だけが両者の統一を果たした。

表2は近年の最低生活保障の全国平均基準の推移を示している。これをみると、十分な引き上げとは言えないものの、都市と農村の保障水準は改

善されている。都市のほうは停滞気味であるのに対して、農村の場合、保障基準対可処分所得の比率が2007年の20.3%から2020年の36.4%に上昇し、改善幅は都市より大きい。

また、図2と図3は、2020年第4四半期時点の各地の都市・農村低保基準をそれぞれ1人当たりの可処分所得、消費支出および食費と比較したものである。農村の保障水準は都市より高いことが読み取れる。食費を下回る地域は、農村の場合、四川と海南の2つの地域しかないのに対して、都市の場合、広東や福建など経済が相対的に発展している省を含む8つの地域にのぼる。対可処分所得比と対消費支出比をみても、農村基準（それぞれ27.2～47.2%、33.4～72.4%）のほうが都市（それぞれ16.9～27.6%、23.8～42.6%）より高い。全体的に言うと、地域差はあるものの、多くの地域では保障基準が食費を上回り、「保肚皮」（食べていける）の水準に達しているが、1人当たりの可処分所得と消費支出に比べ、まだまだ低いことがわかる。

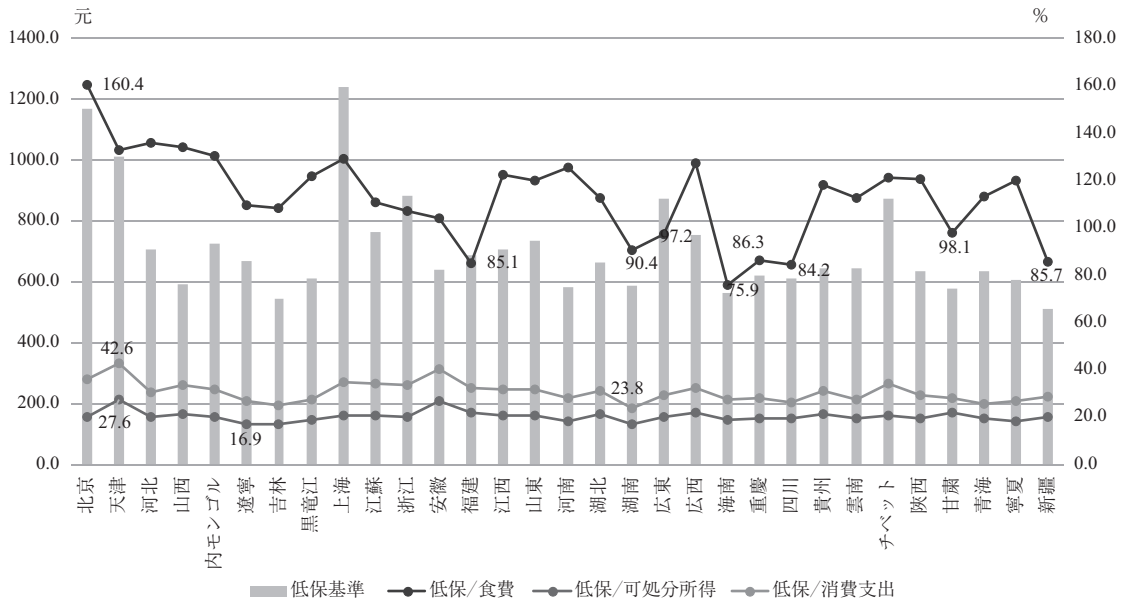
表2 最低生活保障の全国平均基準と1人当たりの可処分所得との比較（2007～2020年）

	都市最低生活保障 の平均基準 (元/月)	都市住民1人当たり の可処分所得 (元/年)	基準対可 処分所得比 (%)	農村最低生活保障 の平均基準 (元/年)	農村住民1人当たり の可処分所得 (元/年)	基準対可 処分所得 (%)
2007	182.4	13785.8	15.9	840	4140.4	20.3
2008	205.3	15780.8	15.6	988	4760.6	20.7
2009	227.8	17174.7	15.9	1210	5153.2	23.5
2010	251.2	19109.4	15.8	1404	5919.0	23.7
2011	287.6	21809.8	15.8	1718	6977.3	24.6
2012	330.1	24564.7	16.1	2068	7916.6	26.1
2013	373.3	26955.1	16.6	2434	8747.1	27.8
2014	410.5	29381.0	16.8	2777	9689.2	28.7
2015	450.1	31194.8	17.4	3178	10577.8	30.0
2016	494.6	33616.2	17.7	3744	11600.6	32.3
2017	540.6	36396.2	17.8	4301	12703.9	33.9
2018	579.7	39250.8	17.7	4833	13912.8	34.7
2019	624.0	42358.8	17.7	5336	15279.8	34.9
2020	677.6	43833.8	18.5	5962	16394.5	36.4

注：都市の最低生活保障基準は月単位で公表されているが、農村の場合、民政部の公報を確認した結果、2011年までは月単位の公表であったが、2012年からは年単位の公表となった。

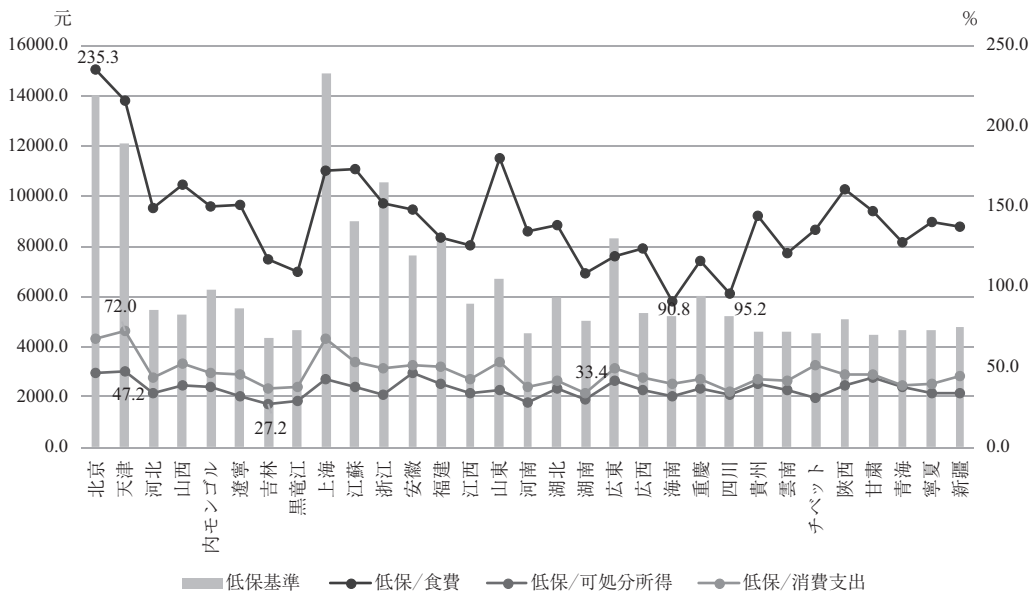
出所：中国民政部編（2020）p.50、中国民政部（2009）「2009年民政事業発展統計公報」（<http://www.mca.gov.cn/article/sj/tjgb/201903/20190300015915.shtml>、2021年12月10日最終確認）、『中国統計年鑑』各年版により作成。

¹³⁾ 各地の政策文書からみて、現在採用されている算定法は主に支出比例法と所得比例法の2種類である〔韓（2018）、姚（2021）〕。参照基準によって、さらに①基本生活費用支出方式、②エンゲル方式、③消費支出方式、④所得比例方式および⑤最低賃金比例方式の5つに分けることができる。



出所：中国民政部（2020）「2020年4季度低保基準」（<http://www.mca.gov.cn/article/sj/tj/b/bzbz/2020/202004.html>，2021年12月10日最終確認）より作成。

図2 都市最低生活保障基準の比較（2020年）



出所：図2に同じ。

図3 農村最低生活保障基準の比較（2020年）

表3 最低生活保障の受給者数および保護率

単位：万人，％

	都市低保の受給者①	都市の保護率 (①/都市人口)	対前年比	農村低保の受給者②	農村の保護率 (②/農村人口)	対前年比
2007	2272.1	3.7	—	3566.3	5.0	—
2008	2334.8	3.7	2.8	4305.5	6.1	20.7
2009	2345.6	3.6	0.5	5214.0	7.6	10.6
2010	2310.5	3.4	-1.5	5214.0	7.8	9.5
2011	2276.8	3.3	-1.5	5305.7	8.2	1.8
2012	2143.5	3.0	-5.9	5344.5	8.4	0.7
2013	2064.2	2.8	-3.7	5388.0	8.7	0.8
2014	1877.0	2.4	-9.1	5207.2	8.5	-3.4
2015	1701.0	2.1	-9.4	4903.6	8.3	-5.8
2016	1480.2	1.8	-13.0	4586.5	8.0	-6.5
2017	1261.0	1.5	-14.8	4045.2	7.3	-11.8
2018	1007.0	1.2	-20.1	3519.1	6.5	-13.0
2019	860.9	1.0	-14.5	3455.4	6.6	-1.8
2020	805.1	0.9	-6.5	3620.8	7.1	4.8

出所：中国民政部（2020）pp.132-133，中国民政部（2021）「2020年民政事業發展統計公報」（<http://images3.mca.gov.cn/www2017/file/202109/1631265147970.pdf>，2021年12月10日最終確認）および中国国家统计局（2021）より作成。

保障基準が低いことは、差額給付に基づく受給水準の低さだけでなく、受給できる貧困層が狭められるため、制度的排除を引き起こすこととなる。実際、近年、保障水準という質的問題より、受給者数の減少という量的問題が大きくクローズアップされている。表3を確認してみると、都市と農村の受給者数は同じく減少傾向にあるが、都市のほうがより深刻である。都市の受給者数は2007年の2272.1万人から2020年の805.1万人へと激減し、特に2016年以降の減少が顕著で、2020年の保護率は0.9%まで低下した。農村の場合、受給者数は2013年の5388万人をピークに減少に転じ、保護率は、2018年から再び増加に転じるが、都市化による農村人口の減少が主要因と考えられる[関（2018），p.77]。このままだと、「応保尽保」を実現するどころか、「応保未保」になり[楊（2018），p.86]，最後のセーフティネットとして機能しなくなると危惧されている。

2020年以降、極端な「生存型貧困」が減少し、「生活型貧困」が増えることを考えると、保障基準はこれまでのような絶対的貧困水準ではなく、相対的貧困水準に引き上げる必要がある。この点については、中国国内ではすでに共通認識となって

いるが、どのレベルに設定するのかについては、1人当たりの平均所得の25～40%や中位所得の30～40%などの提案があがっているが、まだ結論が出ていない。

2 支出型貧困とAll or Nothing

すでに説明したように、中国の最低生活保障制度は貧困層に対して、包括的な生活保障を行う仕組みをとっている。世帯の1人当たりの所得が保障基準を下回れば、最低生活費のほか、医療、教育、住宅などを含む「パッケージ」給付が受けられる一方、少しでも保障基準を超えた場合、まったく給付がもらえない。しかし、所得不足で日々の基本生活が維持できない貧困と、何らかの支出によって貧困に転じることを区別する必要がある。前者は所得だけで判断できるが、後者は収支の両方をみなければならない。

2015年に、民政部の研究プロジェクトは、受給世帯およびボーダーライン層¹⁴⁾を含む「城郷困難世帯」の調査を行った。そこで明らかになったのは、すべての調査困窮世帯において、支出が所得を大きく上回り、常に借金して日々の生活を何とか維持しているということである。農村ではその

¹⁴⁾ 調査の定義によると、ボーダーライン層は直近の受給停止世帯をも含む[江（2018），p.48]。

表4 都市・農村の困窮世帯の収支状況（2015年）

	所得 (人/月、元)	支出 (人/月、元)	赤字		負債総額 (世帯/年、元)	うち新規負債	
			金額(元)	赤字率(%)		金額(元)	対負債総額比(%)
都市受給世帯	6840	13680	6840	100	14558	4317	29.7
都市ボーダーライン層	12072	18468	6396	53.0	15678	6958	44.4
農村受給世帯	4002	10560	6558	163.9	16091	12770	78.4
農村ボーダーライン層	4719	13338	8619	182.6	19281	15581	80.8

出所：「城郷困難家庭社会政策支持系統建設」課題組（2018），pp.75-76より作成。

傾向がより顕著で、借金返済のために新たに借金するという自転車操業状態である（表4）。実は、困窮世帯の多くは慢性病や重病患者を抱えており、その支出の5～6割が医療費であり、医療費のために借金する世帯は約6割にのぼる〔江（2018），p.51〕。

調査から「支出型貧困」¹⁵⁾、すなわち所得が低保基準を超えていても、硬直性の高い支出によって、実際貧困状況にいる困窮世帯が多数存在していることが分かった。しかし、2014年の「弁法」では、最低生活保障を受給するために、基準をクリアすることが必須条件であり、彼らは制度の対象外となり、いわゆるAll or Nothingの問題が起きている。

この問題に対して、中央政府より、地方政府のほうが先に対策を講じるようになった。2014年に、上海市は「因病支出型家庭生活扶助弁法」を公布し、最低生活保障を受給していないが、医療費および教育費の支出によって実際の可処分所得が低保基準を下回る世帯に対して、保障基準に基づき差額あるいは全額の現金給付を支給するようになった。2019年に、福建省では支出型貧困世帯を傷病、障害、教育、多重原因の4種類まで拡大し、世帯単位を受給だけでなく、場合によっては、重病や障害の本人の単独受給も可能にした。

2020年以降、貧困対策の対象は相対的貧困であり、絶対的貧困に比べ、その様相が複雑で、そもそも多元的にとらえられるべきである。所得基準だけによる「パッケージ」給付方式が果たして適切なのかと疑問視されるようになった。関は「一

般貧困基準＋各種扶助基準」という二重多次元基準体系を提示した。「一般貧困基準」はいわゆるゴールキーパーの役割で、この基準をクリアした場合、各種扶助の受給資格を得る。そして、最低生活費や医療、教育などの扶助はそれぞれ基準を設け、個別に受給を判断する〔関（2019），p.34〕。しかし、基準が複数になると、所得認定や給付算定などの作業も増え、実施上かなり煩雑になり、実行に移すには詳細な検討が必要であるが、ポイントは一般貧困基準を最低生活費の基準より高く設定することによって、より多くの貧困層を制度内に取込むのが狙いであろう。さらに、楊は最低生活保障以外の各種扶助は、例えば、医療扶助は医療保障に、住宅扶助は住宅保障にというふうに、ほかの社会保障制度に統合すべきと訴えている〔楊（2020）〕。給付方式どころか、社会扶助の在り方を根本から考え直す提案であり、まさに最低生活保障制度の「大解体」である。

3 福祉依存と就労支援

どの国でも、社会扶助に対するマイナスイメージがある。中国も例外ではない。計画経済時代の「按劳分配」（労働に応じた分配）や「労働最光栄」（労働は最も誇りのあること）の勤労観は今でも根強く残されており、「惰民養成」への警戒が強い。

中国では福祉依存が存在するかどうかについて、社会扶助研究の焦点の1つであり〔李（2018），p.32〕、長年議論が分かれている。一方では、稼働年齢層の受給者の多くは労働能力があるにもかか

¹⁵⁾ 2007年、上海市民政局は全国で初めて「支出型貧困」という概念を提起した。

わらず、労働力市場の参加率が低く、就労への意欲が欠けており、長期受給していると主張する。その最も端的な例として都市の受給世帯には「パラサイドシングル」の存在が報告されている[韓(2006)]。もう一方では、中国の給付水準がそもそも低いので、労働能力がある受給者はよい就労の機会があれば、受給から離脱する意欲が強いと主張している。韓・張は全国規模の調査に基づき、労働能力のある受給者が就労していないことについて、それは労働能力や健康状況、年齢、性別など多要因によるもので、受給状態に甘んじているのではないと解釈した[韓・郭(2012)]。また、上記の2015年の民政部調査は、困窮世帯の労働所得が総所得に占める割合は4~8割であり、最低生活保障は彼らの就労意欲を阻害しておらず、彼らはできる限り自立しようとしていると結論付けていた[「城郷困難家庭社会政策支持系統建設」課題組(2018), pp.74-75]。慈・蘭は中国の稼働年齢層が低保制度に滞留していることと「高福祉」国家の「福祉依存」とは本質的に違うと指摘している[慈・蘭(2015), p.118]。すでにみた保障水準と都市保護率の低さから、中国の社会扶助は「惰民を生み出している」とは言いがたいではなからうか。

関は福祉依存の問題において、より重要なのは、なぜ就労意欲が低いかを考えなければならないと強調する。自身の就労能力の低さや家族ケアの問題、紹介された仕事の質など、一概に怠け癖があるとは限らない。貧困者であるから、どんな仕事でも受け入れるべきという考えは、上層社会の傲慢であり、貧困者への差別である。また、もし本当にやる気が起こらないとしても、どのような原因がそうさせたのかを分析し、積極的に誘導することが必要である。したがって、福祉依存を解消するには、単純に制度から排除するのではなく、サービス支援を充実すべきである[関(2018),

p.80]。

しかし、現場では、稼働年齢層への受給審査が厳しい。労働能力があるだけで、仕事があるかどうかにかかわらず、所得認定時に一律最低賃金に相当する金額を所得として計上する。「先求職後保障」を前面に出す中小都市もある。そして、「精準扶貧」が始まってから、最低生活保障も対象の「正確」な識別が要求され、濫給を徹底的に防ごうと受給審査が一段と厳しくなった。さらに、反腐敗キャンペーンと相まって、「人情保」「關係保」(人情による低保給付、コネによる低保給付)もその摘発対象となり¹⁶⁾、各地では現場の管理責任制を強化し、規定に沿って「厳格」に執行しない場合、規律違反の処分が課される。その結果、末端のストリート官僚は、リスク回避のため「自己防衛」的に無作為し[李(2019)]、「応保尽保」ではなく、少しでも議論の余地があれば、受給資格を与えないように変わり、水際で相当数の受給申請を却下した[関(2019), p.134]。

では、受給者の構成変化を確認してみよう。表5は受給者数が急速に減少している都市最低生活保障の受給者構成を示している。これをみると、減少したのは「在職者」、「登録失業者」および「未成年者」である。「在職者」の割合は2007年で4%とそもそも高くないが、2019年に1.2%に低下した。しかし、その中身は正規雇用や個人経営者、企業内退職者¹⁷⁾を含むので、これ以上の検討を控える。また、未成年者に関しては、受給が世帯単位なので、受給世帯数の減少によるものと考えられる。そして、一番の注目ポイントは、やはり稼働年齢層でありながら働いていない「登録失業者」で、受給抑制の影響をもろに受け、2007年の27.6%から2019年の9.4%と18ポイントも激減した。

2014年「弁法」の第45条は「労働能力を有しながら就労していない受給者は、本人の健康状態や

¹⁶⁾ 岳・胡は反腐敗キャンペーン(汚職公職者の摘発数を代理変数とする)が低保の受給者数に与える影響を分析し、顕著なマイナス効果があると発表した[岳・胡(2018)]。

¹⁷⁾ 企業内退職は「内退」といい、中国特有の早期退職制度で、定年退職まで5年以内の者が対象となる。「内退」した人は一括で退職金を受け取るのではなく、定年退職まで毎月最低賃金を下回らない生活費が支給され、企業は年金保険の企業負担分を拠出することとなっている。

表5 都市最低生活保障の受給者構成（2007～2019年）

単位：万人，％

	在職者	非正規就労者	登録失業者	無就労条件者	高齢者	未成年者
2007	91.9 (4.0)	343.8 (15.1)	627.2 (27.6)	364.3 (16.0)	298.4 (13.1)	544.6 (24.0)
2008	82.2 (3.5)	381.7 (16.3)	564.3 (24.2)	402.2 (17.2)	316.7 (13.6)	587.7 (25.2)
2009	79.0 (3.4)	432.2 (18.4)	510.2 (21.8)	410.9 (17.5)	333.5 (14.2)	579.8 (24.7)
2010	68.2 (3.0)	432.4 (18.7)	492.8 (21.3)	420.0 (18.2)	338.6 (14.7)	558.5 (24.2)
2011	61.5 (2.7)	429.7 (18.9)	472.5 (20.8)	426.7 (18.7)	346.9 (15.2)	539.5 (23.7)
2012	49.6 (2.3)	459.3 (21.4)	400.4 (18.7)	422.1 (19.7)	339.3 (15.8)	472.8 (22.1)
2013	45.1 (2.2)	462.1 (22.4)	365.5 (17.7)	416.8 (20.2)	330.3 (16.0)	444.5 (21.5)
2014	37.5 (2.0)	425.8 (22.7)	312.5 (16.6)	398.7 (21.2)	315.8 (16.8)	386.7 (20.6)
2015	31.1 (1.8)	377.3 (22.2)	264.1 (15.5)	394.0 (23.2)	293.5 (17.3)	341.0 (20.0)
2016	22.7 (1.5)	304.4 (20.6)	252.9 (17.1)	370.9 (25.1)	258.0 (17.4)	271.4 (18.3)
2017	18.6 (1.5)	265.0 (21.0)	153.5 (12.2)	399.6 (31.7)	219.0 (17.4)	205.4 (16.3)
2018	14.0 (1.4)	219.2 (21.8)	109.2 (10.8)	320.6 (31.8)	180.4 (17.9)	163.6 (16.2)
2019	10.2 (1.2)	171.8 (20.0)	81.0 (9.4)	300.3 (34.9)	158.6 (18.4)	138.9 (16.1)

注：無就労条件者とは、16～60歳までの労働能力の喪失あるいは障害者・高齢者・未成年者などの家族のケアにより、働ける状況ではない人のことである。

出所：中国民政部（2020），p.132より作成。

労働能力に相応する仕事を、正当な理由なしに、連続3回拒否する場合、本人の最低生活保障費を減額あるいは支給停止にする」と就労自立を義務付けている。しかし、少しでも働けばその罰則が適用されなくなる。また、「零就労世帯」をなくするというスローガンのもとで、「弁法」公布後、就労扶助が全国範囲で実施されるようになったが、形式的に流されて、内実が伴っていないのが現状である。2015年の民政部調査によると、都市困窮世帯のうち83.3％、農村困窮世帯のうち90.1％が無料の職業訓練や職業紹介などの就労支援サービスを受けたが、就職の成功率は7％にも満たない〔「城郷困難家庭社会政策支持系統建設」課題組（2018），p.77〕。言ってみれば、ワークフェアにもアクティベーションにもなっていない中途半端な状況である。

今後、給付条件としての就労努力が福祉目的と

しての就労支援かによって、制度のベクトルが大きく変わる。前者に関しては、「第三の道」の影響を受け、稼働年齢層に対して、5年間の有期保護としたうえで、受給年数が増えるごとに、公益労働時間も増える案が出されている〔楊（2018），p.85-86〕。後者に関しては、労働能力ではなく、年齢や婚姻状態、疾病、家族のケアなどの要素に基づき測定される「ワーク能力」によって受給者を分類し、レベルに合わせて、心理カウンセラー、職業診断、職業体験などを含む総合的な支援サービスを提供し、子どもの教育扶助も重視する「発展的」な扶助を行う案がある〔張・仲（2019），pp.125-126〕。

V 新たなグランドデザイン：「大扶助」体系

2020年は新型コロナウイルス感染症が世界を席

巻した。日本や韓国と違って、中国は国民に対して一律の給付金を配布しなかった。パンデミック下で、最低生活保障制度は生活困窮に陥っている人々にとって、まさに命綱である。

中国政府は厳しいロックダウンによって国内の感染拡大を抑え込んだあと、最低生活保障の量的拡大に踏み込んだ。2020年6月に、「困難群眾の基本生活保障をさらによく行うことに関する通知」(以下は「通知」と略す)が出され、「応保尽保」が再度強調され、低所得世帯(低保基準の1.5倍まで)の重度障害や重病患者の個人単位の受給を認めた。また、パンデミックによって仕事を失ったにもかかわらず、失業保険に加入していなかった困窮者に対して、臨時扶助をもって対応した。農民工は戸籍に関係なく、勤務地や常住地で申請可能となった。アプリやホームページなどの申請手続きのオンライン化も推進されていた。2020の臨時扶助を受けた人は累計1380万人で、2019年の993万人より約4割増加した。

6月の「通知」は応急対策の意味合いが強いが、8月に出された「社会扶助制度を改革・改善することに関する意見」(以下は「意見」と略す)は相対的貧困を見据えてのグランドデザインを示すものである。「意見」は今後の2段階の目標を設定した。まず、2年間をかけて、階層別カテゴリー別の都市と農村統一的な社会扶助体系を構築し、次に、2035年までに、より質の高い社会扶助、頼りになる最後のセーフティネットを実現するとしている。

「意見」によると、今後の社会扶助は政府主導の基本生活扶助、各種専門扶助および臨時扶助を主とし、社会参加を補充とする2大部分から構成され、精準扶助、高効率の扶助、温情扶助およびスマート扶助の実現を目指す。

精準扶助は2つの側面がある。1つは受給者をより正確に識別するシステムの構築である。2021年6月に「最低生活保障審査確認弁法」(以下は「確認弁法」と略す)が公布され、各地でばらばらに行われている認定方法を規範化し、末端組織における審査権限を拡大した。もう1つは、生活ニーズに合わせた「階層別カテゴリー別」の給付体系

の構築である。「階層別」とは困窮者の困窮度によって、①絶対的貧困人口、②相対的貧困人口および③そのほかの困窮者と3つのグループに分けることである。「カテゴリー別」とはそれぞれのニーズに合わせて給付することである。①に対して、最低生活保障およびそのほかの各種扶助をパッケージ方式で給付する。②は低所得および支出型貧困世帯で、彼らに対して、実際の生活ニーズに応じて、それぞれ最低生活保障や医療、教育、住宅などの扶助を給付する。③は意外災害や突発事故、重大病気など一時的に生活難に陥っている人々で、臨時扶助が適用される。「意見」は重度の障害者や重病患者、高齢者、未成年者といったハンディキャップをもった者に政策的に傾斜しながら、低所得世帯への個別給付を認めた。

温情扶助は文字通りの暖かく、思いやりのある扶助で、もっと困窮層に寄り添って支援することを意味する。複合的な困難を抱える困窮層に対応するため、「現金+サービス」給付の扶助方法を模索していく。政府は社会サービスを購入する形で、生活が自立できない高齢者や障害者、未成年者に対して、見守りやケアサービスを提供し、ソーシャルワーカーによる専門支援も強化する。県レベルの民政部门に対して、「12349」の社会扶助ホットラインの開設が義務付けられ、徐々に全国的に統合されていく。また、訪問や巡回によって、制度にアクセスしにくい「沈黙のマイノリティ」を積極的に発見するアウトリーチ活動が重要業務とされ、早期発見・早期介入・早期支援を目指す。

高効率扶助とスマート扶助は手続きの簡素化やビックデータによる貧困層の発見・管理である。窓口でのワンストップ申請はもちろんのこと、申請者が「手のひらの中で」「指一本で」申請できるオンラインシステムを構築する。一方、行政側は民政局、人力資源と社会保障局、衛生健康局、司法局、銀行などの情報をデータベース化する。ビックデータに基づき、資格認定を効率的に行うためであり、さらにある世帯がもし高額な医療費を支払った場合、システムから警告のメッセージが発せられるというふうに、貧困に陥る可能性の

ある生活困窮者を見つけ出すことも狙いである。

社会参加部分においては、慈善事業やボランティア活動が奨励されるほか、中国共産党の黨員活動の一環として貧困世帯への支援活動も取り入れている。このように、新しい社会扶助は対象の拡大、給付方式の多様化、支援内容の充実化、オンラインとオフラインの連携によって、事後給付だけでなく事前発見を含め、生活困窮者に対して死角なしの全方位的な大セーフティネットを提供しようとしている。従来の扶助体系に、あらゆる生活難に対応するという意味を込めて、「8+1+N」（Nは数学の不定数を表す）体系とも呼ばれている。

「意見」の公布を受けて、2020年10月に、民政部は地域統合、居住地申請、サービス給付、受給資格認定、黨員によるペアリング活動などのパイロット地域を指定し、新体系構築に向けての実験段階に入った。

Ⅵ 総括

1 中国の社会扶助の特徴

すでに説明したように、2020年の貧困撲滅宣言は中国の絶対的貧困時代の終焉であると同時に、相対的貧困時代の幕開けでもある。沈・李のOECD基準（等価可処分所得の半分）に基づく試算によると、2018年、中国の相対的貧困率は20%で、規模にして2億8000万人にのぼる〔沈・李（2020），p.98〕。中国の反貧困の道のりはまだまだ長い。

貧困層にとって最後の砦である社会扶助は2014年時点で、すでに保障基準を下回るすべての者を包摂し、あらゆる生活ニーズを取り込んだ包括的な体系となっているが、実際の実施状況からみて、量的にも質的にも大きな問題を抱えている。2020年に、そのような問題を改善し、そして相対的貧困に対応するために、改革案の「意見」が出された。

「意見」は2014年の「弁法」よりも大きなスケールで、全方位的に貧困層の最低生活を保障しようとしている。適用対象を低所得世帯まで拡大し、給付方式を個別給付に改め、All or Nothingの問題

を解決しようとした。現金給付とサービス給付の組み合わせや制度内・制度外の支援によって貧困層の生活を支え、さらに事後対応だけでなく、貧困に陥る前の防止機能までも備えている。したがって、これから中国が目指す社会扶助はやはり包括的な体系であろう。では、なぜ中国の社会扶助は包括的なのか。社会保障体系における社会扶助の位置付けから考えなければならない。

西欧諸国の社会保障は「社会保険—社会手当—社会扶助」という3層体制であるのに対して〔金（2013），p.255〕、中国の場合、「社会保険—社会扶助」という2層体制である。西欧諸国の多くは社会扶助が基本生活給付だけを行い、そのほかの生活ニーズは社会手当で対応しているが、社会手当がなく、社会保険の防貧機能も十分ではない中国は、その役割をすべて社会扶助が一手に引き受けることになり、そのゆえ、包括的体系的になったのである（ある意味ではならざるを得ない）。

これは日本にも韓国にも当てはまることである。近年、日本ではボーダーライン層に対して、いろいろな支援サービスを提供し、生活保護に移行するのを防止するため、生活保護のうえにもう一層のセーフティネットを張り、「第2のセーフティネット」と呼ばれる「生活困窮者自立支援法」が2015年に施行された。韓国の場合、セーフティネットの増設ではなく、2014年にパッケージ給付方式から個別給付方式へと変更し、「死角地帯」の問題に対応した。これで見ると、今回の改革案は、韓国の個別給付方式も日本の貧困転落防止の支援サービスも取り入れており、非常に東アジア的だというべきであろう。

また、現金給付とサービス給付の組み合わせも今回のポイントである。現金給付とサービス給付とは代替関係であるのか、それとも補完関係であるのかによって、制度の方向性は大きく異なる。現段階での断言は時期早々であるが、「惰民養成」への警戒や財政負担の軽減から、最低限度の現金給付しか行わず、それによって充足できないさまざまなニーズに対してサービス給付で対応するという補完関係として解釈してよいであろう。この点は韓国と共通している。

2 今後の展望

2020年の「意見」が示した青写真は確かに魅力的である。この通りに実施していけば、かなり頼りになるセーフティネットとなるであろう。しかし、2014年「弁法」の成立後のように、制度設計がよくても、実施上いろいろな問題が生じ、結果的に制度の目的から大きく乖離することとなった。上記でみたような、「精準扶貧」の貧困撲滅大キャンペーンの裏に、都市の最低生活保障の受給者が急減し、保護率が1%を切ったという深刻な事態が起きている。

低い基準設定や現場の厳格な対応のほかに、政府の財政投入が極めて少ないということも大きな要因である。2002年の「応保尽保」を実施するために、中央財政はかなりの資金を投入した。2007年の農村最低生活保障の成立も中央財政のバックアップなしでは実現できなかった。「新常态」に入ってから、財政支援の失速は明らかである。社会扶助支出がGDPに占める割合は2012年の1.25%をピークに減少し、2019年に0.81%まで低下した[程(2021), p.90]。これから相対的貧困段階に入り、保障基準の引き上げが想定される。「意見」は「保基本、兜底線」(基本生活を保障し、最低限を支える)という方針を掲げ、「できる範囲内で」の「経済社会の発展水準に相応する」水準が強調されている。経済減速のもとで、財政圧力が生じやすいが、適切な給付水準には適切な財政投入が必要であろう。

また、資格認定における「共同家族扶養」の強化がみられている。2021年の「確認弁法」では、共同家族構成員を①配偶者、②未成年の子、③成人したが生活が自立できない子(通学者を含む)、④そのほかの法定扶養者で長期共同居住している(た)者と規定している。そのほかの法定扶養者は中国の「民法典」に従い、「兄弟姉妹、祖父母、孫」といった2親等内の親族が含まれる[王(2021), p.161]。家族の扶養機能が低下している今日、この「再家族化」の措置は国家責任を弱める恐れがある。

中国は今経済成長の減速や格差の拡大、失業リスクの増大に直面しており、社会的不安が広がっ

ている。「共同富裕」や「第3次分配」が打ち出されている背景には、そういった情勢への政府の焦りがあった。低所得層への政策的傾斜は経済的にも、社会的にも、政権維持にも必要であり、これからは政権の看板政策になるであろう。相対的貧困を緩和するため、社会扶助は量的拡充においても質的向上においても次のステージに進む必要がある。今後、国の責任でどのような最低生活を保障するのか、注意深く見守っていきたいと思う。

参考文献

- 岩田正美(2021)『生活保護解体論—セーフティネットを編みなおす』岩波書店。
- 江治強(2018)「城郷困難家庭の医療負担及其救助政策完善—基于『中国城郷困難家庭社会政策支持系統建設』項目調査数据的分析」『社会保障研究』第4期, pp.48-55。
- 王健(2021)「我国社会救助制度中『共同生活的家庭成员』:問題檢視与立法建議」『河北法学』第12期, pp.156-170。
- 王思斌(2020)「全面小康初期の相対貧困及其發展治理」『北京大学學報(哲学科学版)』第5期, pp.5-13。
- 岳経綸・胡項連(2018)「低保政策執行中の『標提量減』:基于反腐敗力度視角的解釈」『中国行政管理』第8期, pp.70-75。
- 韓莹莹・蔡麗容・李蓓(2020)「我国城市流動人口相対貧困線測定—基于中国勞働力調查數據庫的研究」『廣西師範大學學報(哲学社会科学版)』第4期, pp.51-59。
- 韓克慶(2018)「社会救助是兜底性保障吗——一項關於低保標準的描述性研究」『鄭州大學學報(哲学社会科学版)』第4期, pp.13-18。
- 韓克慶・郭瑜(2012)「『福利依賴』是否存在?—中国都市低保制度的一個實証研究」『社会学研究』第2期, pp.149-167。
- 関信平(2018)「論現段階中国社会救助制度目標提昇的基礎与意義」『社会保障制度』第3期, pp.75-82。
- (2019)「当前我国反貧困進程及社会救助制度的發展議題」『陝西師範大學學報(哲学社会科学版)』第5期, pp.28-39。
- 韓琳(2006)「城市低保貧困家庭第二代啃老現狀」『當代青年研究』pp.31-35。
- 金成垣(2013)「韓國の国民基礎生活保障制度」埋橋孝文編著『生活保護』, ミネルヴァ書房。
- 朱珉(2017)「『全面的小康社会』の実現に向けての貧困対策—『精準扶貧』を中心に」谷口洋志編著『中国政治經濟の構造的転換』, 中央大学出版社。
- 慈勤英・蘭劍(2015)「『福利』与『反福利依賴』—基于城市低保群體的失業与再就業行為分析」『武漢大學

- 學報（哲學社會科學版）』第4期，pp.111-119。
- 謝勇才·王茂福（2016）「『社會救助暫行辦法』實施的極限性及其完善」『中州學刊』第3期，pp.67-72。
- 「城鄉困難家庭社會政策支持系統建設」課題組（2018）「城鄉困難家庭：研究發展與政策建議」『國家行政學院學報』第1期，pp.74-81。
- 張浩淼·仲超（2019）「工作福利在我國社會救助改革中的適用性分析——基於典型福利國家實踐的比較與啓示」『經濟社會體制比較』第4期，pp.118-127。
- 張敦福（1998）「城市相對貧困問題中的特殊群體：城市農民工」『人口研究』第2期，pp.50-53。
- 中國國家統計局編（2021）『2021中國統計年鑑』中國統計出版社。
- 中國民政部編（2020）『2020中國民政統計年鑑』中國社會出版社。
- 沈揚揚·李奕（2020）「如何確定相對貧困標準？——兼論『城市統籌』相對貧困的可行方案」『華南師範大學學報（社會科學版）』第2期，pp.91-101。
- 程杰（2021）「社會扶助財政投入強度研究」『社會保障評論』第4期，pp.87-103。
- 涂麗·樂章（2018）「城市工作貧困及其影響因素研究——來自CFPS數據的實證」『人口與經濟』第5期，pp.20-30。
- 唐鈞（2012）「『十一五』以來社會救助發展的回顧及展望」『社會科學』第6期，pp.65-76。
- 姚建平（2021）「我國社會救助標準體系建設研究——以最低生活保障制度為中心的分析」『社會科學輯刊』第2期，pp.81-87。
- 楊立雄（2018）「最低生活保障『漏保』問題研究——以北京市為例」『社會保障評論』第2期，pp.71-88。
- （2020）「『一攬子』打包，還是單項分類推進？——社會救助法的路徑選抉」『社會保障評論』第2期，pp.56-69。
- 羅文劍·王文（2018）「城市低保的減貧效應分析——基於中國家庭追蹤調查（CFPS）的實證研究」『江西財經大學學報』第5期，pp.62-70。
- 李強（1996）「絕對的貧困與相對的貧困」『中國社會工作』第5期，pp.18-19。
- 李棉管（2018）「社會救助如何才能減少貧困？」『社會建設』第4期，23-35。
- （2019）「自保式低保執行——精準扶貧背景下石村的低保實踐」『社會學研究』第6期，pp.188-212。
- 劉洋洋·孫鵬娟（2018）「中國老年人貧困特徵及其影響因素分析」『統計與決策』第14期，pp.95-98。
- 林閻鋼（2020）「相對貧困的理論與政策聚焦——兼論建立我國相對貧困的治理體系」『社會保障評論』第1期，pp.85-92。
- 林瑜勝（2019）「『貧困沈殿』與農村老年人反貧困制度構建」『山東社會科學』第12期，pp.96-100。
- 呂方（2020）「邁向2020後減貧治理：建立解決相對貧困的長效機制」『新視野』第2期，pp.33-40。

(ZHU · Min)

Social Assistance in China: Towards Relative Poverty

ZHU Min*

Abstract

2020 was an era break for China's poverty policy. The declaration of elimination of absolute poverty means the poverty policy has achieved a goal, but it also means that the poverty policy has entered a new phase of resolving relative poverty. In China, lively discussions are being held with a focus on "relative poverty" and social assistance, which is the last safety net for the poor, is also making a new move in Covid-19. This paper deals with social assistance at such a turning point. The purpose is to introduce the discussions in China, clarify the characteristics of China's social assistance, and look at future directions. Under the two-tiered social security system of "social insurance-social assistance," China's social assistance will continue to maintain the comprehensiveness which is also characteristic of East Asia, but what level of minimum living is guaranteed by the government is still unclear.

Keywords : Social Assistance, The Minimal Living Standard Guarantee Scheme, Relative Poverty, Comprehensiveness

* Professor, Faculty of Commerce and Economics, Chiba University of Commerce

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

中国公的医療保険の改革とその評価

馬 欣欣*

抄 録

中国政府は、1990年以降、公的医療保険制度を改革・実施しているが、さまざまな問題が存在している。本稿では、現行制度の仕組みを紹介したうえで、政府統計資料を活用し、医療保険格差の実態を明らかにした。また、中国健康と退職パネル調査のミクロデータを用い、個人間の異質性および逆因果関係による内生性の問題に対処し、新型農村合作医療保険が農村住民の主観的厚生に与える影響を分析した。主な結論は、以下の通りである。第1に、中国は、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したが、医療保険内容や医療提供などの格差問題が存在している。第2に、新型農村合作医療保険が農村住民の生活満足度に有意な影響を与えていない。第3に、グループによって政策効果が異なる。新型農村合作医療保険が主観的厚生を改善する効果は、70-79歳の高齢者グループ、中部地域住民、および高所得層では大きい。分析結果より、今後、医療格差を是正するため、低所得層や後進地域住民を重視し、公的医療保険の「一体化」改革が必要であることが示唆された。

キーワード：公的医療保険，新型農村合作医療保険，医療格差，主観的厚生

社会保障研究 2022, vol. 6, no. 4, pp. 421-438.

Ⅰ はじめに

中国では、1979年に一人っ子政策を実施されたことにより、少子化・高齢化が進んでいる¹⁾。1990年以降、政府は高齢化対策の一環として、国民皆保険を目指す公的医療保険制度の改革を行っている。1998年都市従業員基本医療保険、2003年新型農村合作医療保険、2007年都市住民基本医療保険が実施されている。現在、制度上で、中国は国民皆保険の目標を達成した（馬 2015; Ma 2022）。

リスクシェアリング仮説の視点から、公的医療保険は、リスクをプールすることにより、老後（あるいは病気に罹るとき）の高額な医療費が発生する不確実性を回避することができ、国民の主観的厚生（subjective well-being、例えば、生活満足度、幸福度）を向上させることが期待される。ただし、現行の中国公的医療保険制度を考えると、制度の仕組みや運営面で、さまざまな問題が存在し、特に、都市部と農村部間の格差、経済発展の先進地域と後進地域間の格差が大きい。農村地域で、公的医療保険の償還率が低く、個人の医療費

* 法政大学経済学部 教授

¹⁾ 中国国家统计局の人口センサスによると、65歳以上の者が全人口に占める割合は1982年の4.9%から、1990年の5.6%、2000年の7.0%、2010年の8.9%、2020年の13.5%へと上昇した。

負担が高い。そのため、公的医療保険の実施が必ずしも国民の主観的厚生を改善できるとはいえない。公的医療保険制度に関する評価を行う際に、公的医療保険の加入がどの程度人々の主観的厚生に影響を与えるかに関する実証研究は、重要な課題となっている。

本稿では、まず、中国における公的医療保険制度の改革と現行制度の仕組みを紹介する。次に、政府統計データを活用し、医療保険と医療提供の格差の実態を把握する。さらに、中国健康と退職パネル調査（CHARLS: China Health and Retirement Longitudinal Survey）のマイクロデータを用い、実証分析を通じて新型農村合作医療保険が中国農村住民の主観的厚生に与える影響を明らかにし、政策効果を評価する。最後に本稿から得られた結論および政策示唆をまとめる。

Ⅱ 中国における公的医療保険の改革と現行制度の仕組み

1 中国都市部における公的医療制度の変遷

中国では、計画経済期に、都市部で、企業労働者を対象とした「労働保険条例」と公務員を対象とした公費医療制度が公的医療制度として実施されていた（徐 1997；韓 2014；馬 2015；廖 2019；郭・張 2019, 2021；Ma 2022）。

1951年に、政府は『中華人民共和国労働保険条例』を公布し、1953年に若干修正を行った。その中には、病気、怪我、出産・育児、高齢など、一時的または恒久的に何らかの形で就業ができなくなった場合の保障がほとんど含まれていた。すなわち、年金、医療保険、労災保険、出産保険の諸制度が実施されていた。制度発足当初、そのカバー範囲は、大規模な国有企業の労働者のみであったが、その後、徐々に拡大され、都市戸籍労働者はほとんどカバーされるようになった。保険料率は、従業員賃金総額の3%とされ、従業員の医療、年金、労災、出産・育児等に関する企業の福祉費用として賄っていた。個人医療費負担に関しては、労働保険制度によると、労働者は、ほとんど医療費用を負担せずに、疾病治療を受けること

ができるようになった。また医療保険の適用対象は都市戸籍労働者のみならず、その扶養家族も含められていた。

1952年6月に政務院（国務院の前身）が『全国各級人民政府・党派・団体およびその所属事業機関の政府職員に対する公費医療予防の実施に関する指示』を公布した。これは公費医療制度に関する最初の法規である。適用対象は各級政府部門および事業部門（文化・教育・医療・研究などの政府部門に関連する機関）の職員、離職・退職者、在宅休養の二等乙級以上の革命障害軍人および在学中の大学生であった。公費医療制度の被保険者数は、1952年には400万人しかいなかったが、1957年には740万人、さらに1980年には1,425万人へと増加した。公費医療制度の経費はすべて国家財政予算により負担するものであり、つまり公費医療制度は「国家保険」であった。計画経済期に、都市部で労働能力を持つ者は、ほとんど企業労働者あるいは公務員として雇用されていたため、都市部で実施された公的医療制度は、都市戸籍を有する労働者およびその扶養家族を対象とした国民皆保険といえる。

1990年以降、政府は公的医療保険の改革を推進した。1994年4月から、江西省九江市、江蘇省鎮江市をはじめ、いくつかの地域でさまざまな医療保険制度の改革に関する模索を行い、「両江モデル」（江西省九江市および江蘇省鎮江市）、「北京モデル」、「海南モデル」、「深センモデル」などが誕生した。そのうち、「両江モデル」は公的医療保険改革の基本モデルとなった。1998年12月14日に国務院が『都市従業員基本医療保険制度の構築に関する国務院決定』を公布し、それまでの労働保険および公費医療を統一する公的医療保険制度の改革がスタートした。

都市従業員基本医療保険制度の適用対象は都市におけるすべての企業部門（国有企業、集団企業、外資系企業、民営企業など）、および非企業部門（政府機関、事業部門、社会团体、民間非企業部門など）の雇用労働者である。基本医療保険基金は、社会プール基金と個人口座の2種類から構成される。労働者を雇う部門（企業部門および非企

業部門)は賃金総額の6%,労働者個人が賃金総額の2%をそれぞれ納付する。労働者個人が納付する部分(2%)のすべてが個人口座に積み立てられる。また,都市従業員基本医療保険制度では,指定医療機関と指定薬局という管理体制を実施すると規定された。

都市雇用労働者は1998年に実施された都市従業員基本医療保険制度によってカバーされているが,非就業者は公的医療保険にカバーされないため,医療保険加入における就業者・非就業者間の格差が問題視された。この問題に対処するため,2007年7月10日に国務院が『都市住民基本医療保険の試行地試行の展開に関する国務院の指導意見』(以下では,『指導意見』と略称)を公布した。制度の適用対象は,都市戸籍を有する,都市従業員基本医療保険制度の加入範囲に属しない非就業者(例えば,小・中・高校の学生(専門学校を含む),児童とそのほかの非就業者など)である。その財源調達については,『指導意見』では,「各地域は該当地域の経済発展水準,未成年者および成年者の基本的な医療ニーズに応じ,また該当地域の住民および政府の財政の負担能力を考慮し,財源調達水準を定める」と記している。

2 中国農村部における医療保険制度の変遷

農村部で,計画経済期に互助共済医療制度としての農村合作医療制度が実施されていた。1956年の全国人民代表大会で,農村で農業生産合作社の設立が認められ,さらに農村合作社(人民公社の前身)が農村住民の労働災害,疾病の治療に対応することが義務づけられた(徐 1997;韓 2014;馬 2015;廖 2019;郭・張 2019, 2021; Ma 2022)。1956年以降,全国範囲で農村合作社が医療保健所を設置することになった。その結果,1956年に農村で診療所および郷医療保健所は1950年の803カ所から51000カ所と大幅増加し,合作社が設立した互助共済の医療保健所が10000カ所となった(徐 1997;馬 2015)。

農村合作医療の財源は,農民や人民公社の両方が負担することになった。給付の仕組みとしては,人民公社の社員が年間共済金(1人あたり

0.5~1元程度)を拠出することにより,外来受診料,診察費,手術などの治療費の全額または一部を免除されることであった。農村合作医療制度の普及と同時に,「赤脚医生」(はだしの医者)という半農半医の医療従事者が養成され,彼らは農村で軽度疾病の治療を行った。「赤脚医生」を含む医療従事者の給与は人民公社から支給された。

1980年初期に政府は農家生産請負制度を実施し,経済改革を始めた。農家が農業生産の基本経営単位となった結果,計画経済期に農村の末端管理組織として設立された人民公社が弱体化し,最後に解体した。それによって,農村合作医療制度が崩壊した。1990年代に,農村部で農業合作医療制度の機能がなくなるとともに,医療費が高騰した結果,「看病難,看病貴」(医療サービスを受けるのは難しく,医療費が高い)と言われたように,病気に罹った農民が貧困状態に陥った者が多くなり,農村で医療問題が一層深刻化していた(馬 2015;廖 2019; Ma 2022)。2003年に中国衛生部が公表した『第三回国家医療サービス調査報告』によれば,2003年に中国で,医療保険にカバーされない農村戸籍者が7.2億人(中国総人口に占める割合が79.1%)であった。所得水準における農村と都市間の格差が拡大すると同時に,医療保険における両者間の格差も大きくなった。農村と都市間の格差が拡大することは,社会の不安定化につながる恐れがある。したがって,農村で公的医療保険を整備することは,政府にとって喫緊の課題となった。

そして2003年1月10日に,衛生部,財政部,農業部が『新型農村合作医療制度の確立に関する意見』を公布した。新型農村合作医療制度は,任意加入であり,多様なルート(個人の医療保険納付金,集団の支援金,政府の補助金)で資金を調達する。農村戸籍住民の年間保険料の納付基準は10元を下回らず,また経済発展レベルが高い地域は適切に保険料納付基準を引き上げることが可能である。地方政府が毎年新型農村合作医療制度加入者に対する補助金の総額は1人あたり10元を下回ってはならず,具体的な補助基準と各レベルの政府の財政分担の割合は省レベルの地方政府が定

めると規定されている。また、「経済発展の水準が相対的に高い地域では、各レベルの地方政府の財政補助金を増やすのは望ましい」と書かれている。その結果、医療保険の財源や医療費の給付に関しては、地域間の格差問題が生じた。

医療費の給付方式に関しては、(1)入院に対する給付方式は、免除方式と償還払い方式の2つに分けられるが、後者は主な方式となっている。加入者が指定される病院に入院する際に、新型農村合作医療保険証を持って受診し、医療費の全額を支払うと同時に、病院から新型農村合作医療費補助申請表をもらう。その後、新型農村合作医療の

管理機関に補助申請表を提出し、医療費償還を申請し、政府の審査を受ける後、医療費償還を受給することになる。(2)外来受診に対する給付方式は、地域によって異なる。中部地域、西部地域で、都市従業員基本医療保険に類似する個人口座方式が多く実施されている。東部の一部地域で一定の比率で医療費が減額される減免方式が実施されている。

2017年以降、中国政府は、新型農村合作医療保険と都市住民基本医療保険を統一する「都市農村住民基本医療保険」を推進している。現在、実施されている主な公的医療保険制度は、表1にまと

表1 中国現行の公的医療保険制度

		都市部医療保険制度		新型農村合作医療制度
		都市従業員基本医療保険	都市住民基本医療保険	
実施時期		1998年	2007年	2003年
適用者		都市部における就業者（主に都市戸籍の雇用者）、国有部門の定年退職者	都市戸籍住民における学生、児童、非就業者	農村戸籍住民
加入者		個人	個人・世帯	世帯
保険金財源	個人	個人賃金2%（保険金）	地方政府によって決定する。地域によって異なり、また同一地域において、対象者（学生、児童、高齢者、障害者、貧困層など）によって異なる	毎年一人あたり30元
	企業	賃金総額6%（保険金）	なし	なし
	政府	なし	補助金	補助金
医療費支給	スタート基準	該当地域正規雇用者年平均賃金の10%	統一管理行政地域の政府によって決定	統一管理行政地域の政府によって決定
	償還率	70%	60%	60%
	支給上限	該当地域正規雇用者年平均賃金の6倍	該当地域の都市部における税引き後世帯一人あたり所得の6倍	該当地域の都市部における世帯一人あたり純収入の6倍
	適用疾病	現在、重篤な疾病の外来医療費および入院医療費を支給、今後すべての外来医療費を支給する方向	現在、重篤な疾病の外来医療費および入院医療費を支給、今後すべての外来医療費を支給する方向	①重篤な疾病の入院医療費を支給、②重篤な疾病の入院医療費の支給＋外来医療費一部の支給（医療保険金通帳制度）、③入院医療費および外来医療費を支給
管理部門	管理者	各地方レベルの労働保障行政部門およびその運営機構	各地方レベルの労働保障行政部門およびその運営機構	各レベルの衛生行政部門およびその行政機関
	統一管理の地域レベル	市・県レベル	市・県レベル	原則として、県（市）レベルで統一管理する
医療サービス管理		「三定」：指定医薬品リスト、指定診療項目、指定医療機関	「三定」：指定医薬品リスト、指定診療項目、指定医療機関	指定内容が少ない
		衛生部2009年8月の『国家基本医薬品目録（基本レベル医療衛生機構配備使用部分）、人力資源与社会保障部2009年11月の『国家基本医療保険、労災保険与出産保険医療費目録』	衛生部2009年8月の『国家基本医薬品目録（基本レベル医療衛生機構配備使用部分）、人力資源与社会保障部2009年11月の『国家基本医療保険、労災保険与出産保険医療費目録』	衛生部2009年8月の『国家基本医薬品目録（基本レベル医療衛生機構配備使用部分）

出所：馬（2015）95頁表2-5に基づき作成。

めている。制度の仕組み、財源、給付水準、管理部門や医療サービス提供の管理は、都市と農村によって異なることは、明らかである。

さらに、2016年6月27日に中国人力資源・社会保障部は「介護保険制度の試行地域の展開に関する指導意見」を正式に発表した。選定した地域で、公的医療保険制度に基づく長期的介護保険制度の構築を模索している（Yang et al. 2016; Chen et al. 2020; 戴・余 2021; Ma 2022）。

Ⅲ 現行の中国公的医療保険における主な問題点

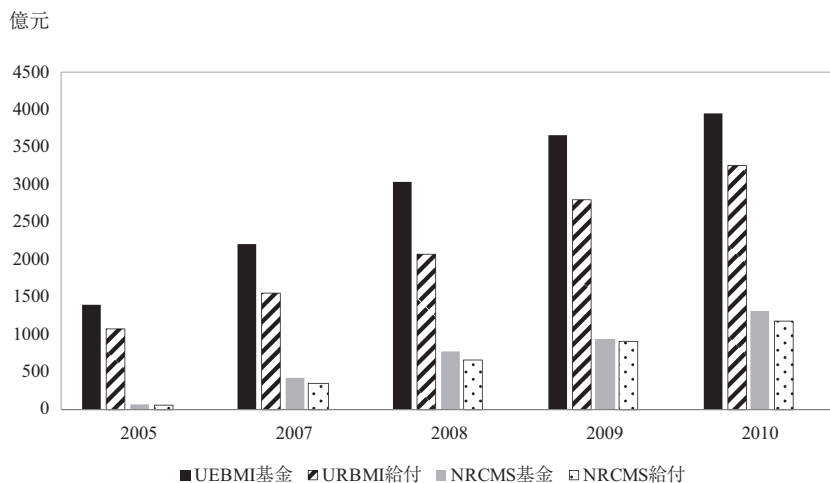
現行の中国公的医療保険制度を考えると、制度の仕組みや運営面で、さまざまな問題が存在している。特に、都市部と農村部間の格差、先進地域と後進地域間の格差が大きく、医療保険の格差問題が深刻化している。また、医療提供体制における都市部と農村部間の格差も大きい（馬 2015, 2019; 廖 2019）。以下では、政府統計の公表データおよび調査資料に基づいて、医療格差の実態を把握する。

第1に、図1によると、2010年に、医療保険基金総額（徴収した個人の保険料金と政府補助金の合計）は都市部が3955.4億元であり、農村部（1308.3

億元）の約3倍であった。また医療費給付総額は都市部が3271.6億元であった一方で、農村部が1187.8億元で都市部の36.6%であった。2010年、都市人口が農村人口より少ないにもかかわらず、医療保険基金総額および給付総額は都市部が農村部よりはるかに多かったことにより、医療保険の財源には都市部と農村部間の格差が大きいことが示された。

第2に、図2で2018年の省別住民基本医療保険の財源状況を示す。一人あたりの医療保険基金は、上海（2339.6元）、北京（2870.0元）が高く、海南（653.9元）、貴州（566.9元）が低い。また、一人あたりの医療費給付額は上海（2470.8元）、北京（3646.5元）が高く、海南（514.7元）、貴州（565.3元）が低い。医療保険基金と医療費給付額は経済発展レベルが高い地域（例えば、上海、北京）で多い一方で、経済発展レベルが低い地域（例えば、貴州）で少ないことがうかがえる。

また、2018年の31省・自治区・直轄市のデータを用い、住民医療保険における一人あたりの医療保険基金の金額と一人あたりのGDPの相関関係を計算した（図3）。回帰分析の結果によると、一人あたりのGDPが1000元上昇すると、一人あたりの医療保険基金の金額が13.0元上昇する。経済発



注：UEBMI：都市従業員基本医療保険；NRCMS：新型農村医療保険。

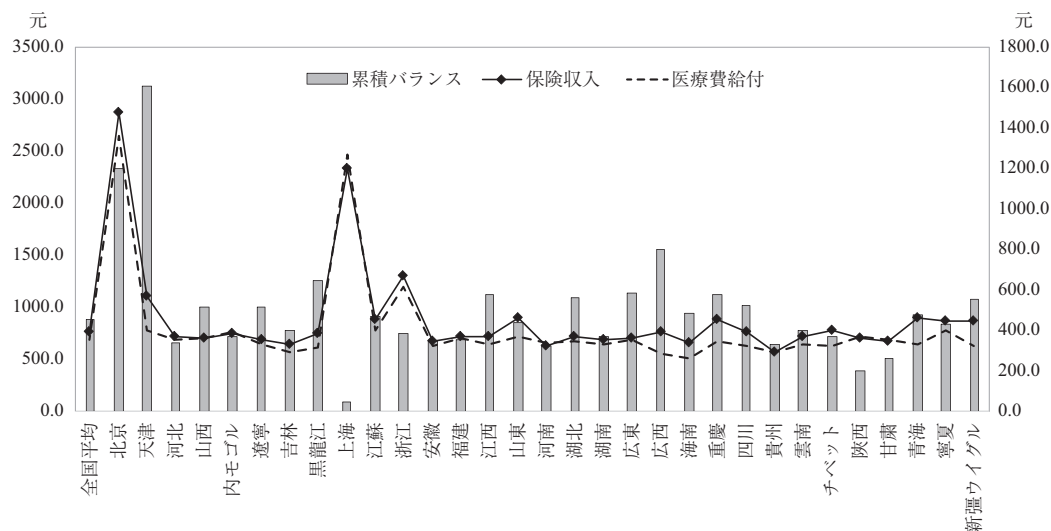
出所：『2012年中国衛生統計年鑑』、『中国統計年鑑2012』に基づき計算。

図1 医療保険財源における都市部と農村部間の格差

展レベルが高いほど医療保険基金額は高いことが示された。

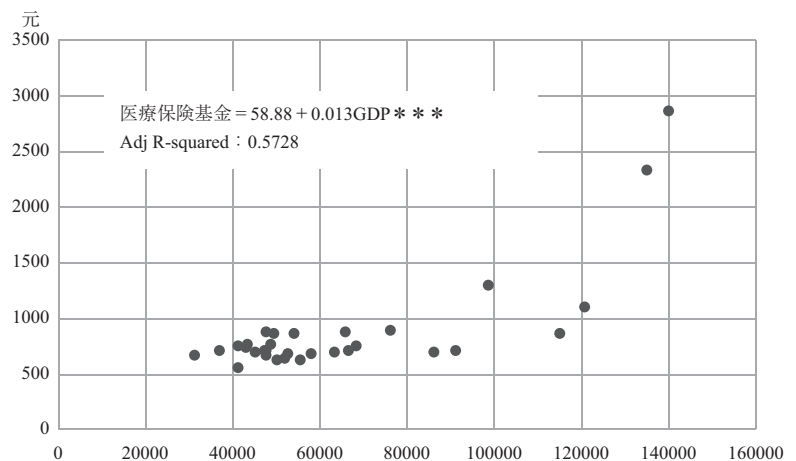
第3に、医療提供における都市部と農村部間の差異が大きい。例えば、医療従事者数については、図4によると、(1)千人あたり医師数は1980年に都市部が3.22人、農村部が0.76人、両者間の格

差が2.46人、2019年に都市部が4.10人、農村部が1.96人、両者間の格差が2.14人となっている。1980年から2002年にかけて、千人あたり医師数における都市部と農村部間の格差が徐々に縮小したが、2003年以降、その格差が拡大している。(2)千人あたり看護師数は1980年に都市部が1.83人、



出所：『中国統計年鑑2019』に基づき計算。

図2 住民基本医療保険における省別間の格差：2018年



注：横軸は住民基本医療保険における一人あたりの医療保険基金額（元）、縦軸は一人あたりGDP（元）を示す。

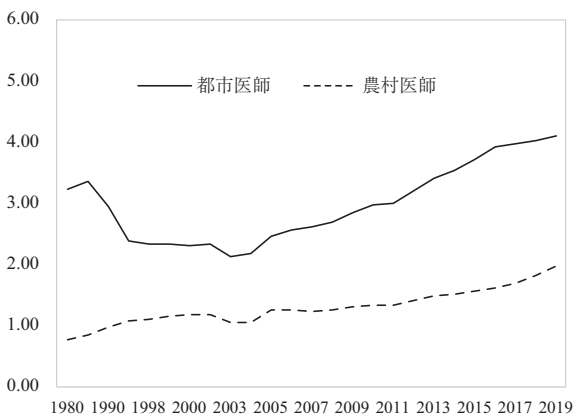
出所：『中国統計年鑑2019』に基づき計算。

図3 経済発展レベルと医療保険基金：2018年

農村部が0.20人、両者間の格差が1.63人、2019年に都市部が5.22人、農村部が1.99人、両者間の格差が3.23人と大きくなっている。1980年から2002年にかけて、その格差が縮小したが、2003年以降、その格差が拡大している。特に近年その格差がさらに大きくなっている。医療従事者（医師、看護師）における都市部と農村部間の格差は大きいことがわかる。

また、千人あたり病床数（図5）は1990年に都市部4.18、農村部1.55、その格差は2.63床となっており、2019年に都市部8.78、農村部4.87、その格差は3.91床と大きくなっている。1990年から2012年にかけて、医療機関の千人あたり病床数における都市部と農村部間の格差が拡大していることを読み取れる。

以上より、中国公的医療保険が、制度上で国民



注：計算するとき、分母は以下の通りである。

2005年以前：戸籍人口（都市戸籍人口＋農村戸籍人口）

2005年およびその以降：居住地に6カ月以上に居住する人口

出所：『中国統計年鑑2012』第21-3表、『中国統計年鑑2020』第22-3表に基づき作成。

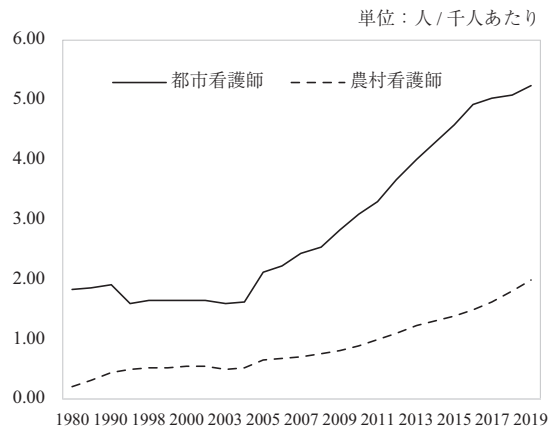
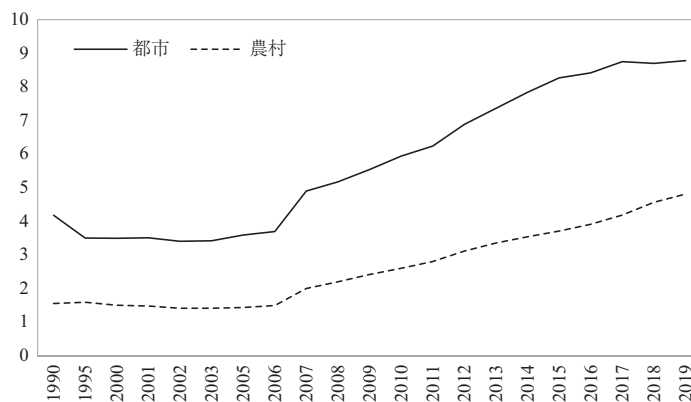


図4 医療従事者における都市部と農村部間の格差（1980～2019年）



注：人口：居住地に6カ月以上に居住する人口。

出所：『中国統計年鑑2012』第21-7表、『中国統計年鑑2020』第22-7表に基づき作成。

図5 医療機関の病床数における都市部と農村部間の格差（1990～2020年）

皆保険が実現されたが、制度の仕組みや運営上でさまざまな格差問題が存在し、また医療提供（医療従事者数、病床数など）における都市と農村間の格差も大きいことがわかった。したがって、公的医療保険の改革がすべての国民の主観的厚生を改善できるとはいえない。以下では、新型農村合作医療保険が農村住民の主観的厚生に関する実証研究を行い、政策効果を評価する。

Ⅳ 実証研究：新型農村合作医療保険と中国農村住民の主観的厚生

1 先行文献のサーベイ

(1) 主観的厚生決定要因に関する先行研究

主観的厚生決定要因については、(a) 個人属性要因、(b) 所得要因としての絶対所得仮説 (Leibenstein 1950; Easterlin 2001; Ma and Piao 2019a, 2019b) および相対所得仮説 (Easterlin 1974; Boskin and Sheshinski 1978; 馬 2016; Ma and Piao 2019a, 2019b), および (c) 社会資本 (Haller and Hanler 2006; Leung et al. 2011; Han 2015; Hommerich and Tiefenbach 2018; Neria et al. 2018) の影響が検証された。本研究は新型農村合作医療保険に焦点を当てているため、以下では、主に公的医療保険が主観的厚生に影響を与えるメカニズム、および実証研究の結果をまとめる。

(2) 公的医療保険が主観的厚生に与える影響のメカニズム (3つの効果)

公的医療保険が主観的厚生に与える影響に関しては、以下の3つの効果が考えられる。

第1に、公的医療保険は、医療費の自己負担を減らすことを通じて、主観的厚生を改善する（所得上昇効果）。

例えば、新型農村医療保険の規定によると、患者はまず医療費を全額で自己負担を行い、そのあと当地政府に申請し、一定比率で医療費償還を受ける。したがって、公的医療保険は間接的に収入を増やす効果を持つと考えられる。絶対所得仮説で指摘されているように、所得水準が上昇すると、主観的厚生が高くなる。したがって、公的医

療保険に加入しなかったグループに比べ、公的医療保険に加入したグループでは、主観的厚生が高いと考えられる。

第2に、公的医療保険は、病気に罹るとき、高額な医療費の自己負担による貧困のリスクを軽減する効果を持つ（不確実性を軽減する効果）。

第3に、公的医療保険は、医療費の自己負担を軽減し、医療サービスを利用する可能性を高め、健康を増進することができる（健康増進効果）。

3つの効果を通じて、公的医療保険が主観的厚生を改善すると期待されている。しかし、新型農村合作医療保険の原則は「低い水準、高いカバー率」としているため、医療費の自己負担率が高く（医療費の償還水準が低く）、また提供される医療サービスの水準が低い。さらに、医療保険の格差問題が存在している。そのため、新型農村合作医療保険の主観的厚生を改善する効果は、限定であると考えられる。

(3) 公的医療保険が主観的厚生に与える影響に関する実証研究

この課題に関する実証研究はいまだ少ないが、以下では本研究の問題意識に類似する先行研究をまとめる。

先進国を対象とした実証研究に関しては、Tran et al. (2017) は、米国疾病予防管理センターの2010年調査データ、および操作変数法とプロビットモデルを用いて、米国成人の生活満足度に関する分析を行った。医療保険の対象とならない個人は、人生に「非常に満足」または「満足」する可能性が低いと指摘した。

中国住民を対象とした実証研究に関しては、Appleton and Song (2008) は、2002年中国家計所得調査 (CHIPs) のデータを用い、都市戸籍住民を対象とした分析結果により、公的医療保険に加入したグループに比べ、医療保険に加入しなかったグループで幸福度が低いことを示した。Xiao and Su (2017) は、中国総合的社会調査のデータを用い、公的医療保険が個人の幸福度を向上させる可能性があることを指摘した。Gu et al (2017) は、2013 CHARLSデータと順序プロビットモデルを

用い、高齢者の生活満足度に対する医療保険の影響を分析した。公的医療保険が高齢者の生活満足度の向上を促進する可能性があり、その効果は農村住民よりも都市住民の方が大きいことを指摘した。Yin et al. (2019) は、2011年と2013年CHARLSデータを用い、新型農村合作医療保険が農村高齢者の生活満足度の改善に有意な影響を与えることを示した。

また、台湾を対象とした実証研究に関しては、Liao et al. (2012) およびKeng and Wu (2014) は、中高年者健康と生活状況パネル調査のデータを用い、台湾国民健康保険が主観的厚生に与える影響について分析し、国民健康保険が台湾人の幸福度と生活満足度の改善に大きな影響を与えることを指摘した。Liao et al. (2012) は、台湾国民健康保険の生活満足度を改善する効果は、女性が男性より大きいと報告した。Chiao et al. (2014) は、1989-2007台湾高齢者パネル調査 (Taiwan Longitudinal Study on Aging: TLISA) のデータを用い、国民健康保険が台湾人の生活満足度を改善する効果を持つことを指摘した。

(4) 本研究の特徴

公的医療保険と中国住民主観的幸福度に関する実証分析が進んでいるが、先行研究にいくつかの課題が残されている。それに対して本稿の主な特徴は以下の2点にまとめられる。

第1に、この問題に関するほとんどの実証研究はクロスセクションデータを用いたため、分析結果には個人間の異質性や逆因果関係の問題が存在する可能性がある。本研究は、これらの問題に対処するために、3期パネル調査データに基づいて、動学的パネルデータ分析モデルおよび時間ラグモデルを用いて実証研究を行う。

第2に、ライフサイクルの視点から、世代類型 (例えば現役世代と高齢者世代) によって、主観的厚生の決定要因が異なると考えられる。また、中国では生活水準、医療サービスの状況、公的医療保険を支える地方財政などにおける地域間の差異

が大きいと、地域によって公的医療保険の主観的厚生の効果が異なる可能性がある。さらに、家計所得によって流動性制約が異なるため、所得階層によって政策効果が異なると考えられる。しかし、先行研究では、政策効果におけるグループ間の差異に関する分析が行われていない。そこで本研究は、年齢階層別・地域別・所得階層別分析を行い、各グループ間の差異を考察する。これらの分析から得られた結果は、新たな知見として位置づけられる。

2 計量分析の方法

(1) 推定モデル

主観的厚生関数の推定には、先行研究では、被説明変数が順序付きカテゴリ変数である場合、順序ロジット/プロビット回帰モデルが用いられる。従属変数が連続変数の場合、通常最小二乗回帰 (OLS) モデルが用いられる。これらの方法に基づく推定結果はほぼ一致する (Ferrer-i-Carbonell and Frijters 2005)。被説明変数が連続変数である場合、理解しやすいため、本稿では、生活満足度スコア (完全に満足=5, 非常に満足=4, やや満足=3, あまり満足していない=2, まったく満足していない=1) を被説明変数として用いる。²⁾

主観的厚生関数の推定式を、(1) 式で示す。

$$SWB_i = \alpha + \beta NRCMS_i + \gamma X_i + \varepsilon_i \quad (1)$$

(1) 式において、添字 i は個人、 SWB は主観的厚生 (本稿では生活満足度)、 $NRCMS$ は新型農村合作医療保険、 X は主観的厚生に影響を与える要因 (例えば、個人属性要因、所得要因など)、 ε は誤差項、 β 、 γ はそれらの推定係数をそれぞれ示す。分析結果に、 β を注目したい。これらは統計的に正の値となると、新型農村合作医療保険は主観的厚生を高める効果を持つことが示される。

ただし、式 (1) には、3つの計量分析の問題が存在する可能性がある。第1に、逆因果関係の問

²⁾ ロジスティック回帰モデルと、順序ロジットモデルを用いる分析を行ったが、類似する結果が得られた。

題が存在する。この問題に対処するため、式(2)で示す時間ラグモデル(lagged variable: LVモデル)を用いる。

$$SWB_{it} = a + \beta NRCMS_{it-1} + \gamma X_{it-1} + u_{it} \quad (2)$$

第2に、式(1)の ε は、時間とともに変化しない個人固有の属性 v (例えば、リスクと時間の選好など)が含まれる。 v を考慮しなければ、推定結果には個人間の異質性問題が発生する。この問題に対処するために、式(3)に示すように、固定効果(FE)モデルと変量効果(RE)モデルを用いる。F検定、BreuschおよびPaganラグランジュ乗数検定、およびHausman検定を行い、モデルの適切性を比較したうえで、モデルを選定する。

$$SWB_{it} = a + \beta NRCMS_{it} + \gamma X_{it} + v_i + u_{it} \quad (3)$$

第3に、Wooldridge(2002)とContoyannis et al(2004)によって指摘されているように、初期依存問題が存在する可能性がある。これは、 $t-1$ 期の主観的厚生が t 期の主観的厚生に影響を与える可能性があることを意味する。この問題に対処するために、本稿では動学的パネル分析モデルを用いる。式(4)で示すように、 SWB_{it-1} は $t-1$ 期の主観的厚生を示す。ほかの変数は、式(1)と同じである。

$$SWB_{it} = a + \rho SWB_{it-1} + \beta NRCMS_{it} + \gamma X_{it} + v_i + u_{it} \quad (4)$$

また、本稿ではグループ間の差異を考察するため、グループ別(年齢階層別、所得階層別、地域別)分析も行う。

(2) データおよび変数設定の説明

本稿では、2012年、2014年、および2016年に北京大学が実施した中国健康と退職パネル調査(CHARLS)のミクロデータ(CHARLS2011, 2013, 2015)を用いる。CHARLSの調査対象は45歳以上の個人である。全国調査のベースライン(CHARLS2011)には、150の郡/地区と450の村/居住委員会の約10,000世帯と17,708人の個人が含まれている。サンプル数は、2011年17,708、2013年18,612、2015年21,097となっている。CHARLSは、中国代表な地域をカバーする。CHARLSには、生活満足度、公的医療保険加入状況、個人属性、収入などの個人および世帯レベルに関する豊富な情報が含まれるため、本研究にとって最も適切なデータである。

被説明変数の設定に関しては、生活満足度を主観的厚生の代理指標として設定した。本稿では、質問項目における「あなたは自分の生活を考えて満足しているか」のような5段階設問に関する回答に基づいて、「完全に満足=5、非常に満足=4、やや満足=3、あまり満足していない=2、まったく満足していない=1」のように主観的厚生のスコアを計算した。

次に、以下のように説明変数を設定した。

第1に、調査票における医療保険加入に関する質問項目に基づいて、新型農村合作医療保険ダミー変数(1=加入、0=未加入)を設定した。

第2に、個人属性としては、年齢、年齢の二乗、学歴(中学生以下、高校、大学以上)、既婚、健康状態(慢性病、入院、手段的日常生活動作[IADL]、基本的日常生活動作[BADL])変数を設定した。³⁾

第3に、3種類の変数が所得要因の代理指標として用いる。(1)一人あたりの世帯所得を絶対所得の代理指標として用いた。⁴⁾所得五分位ダミー変数を設定した。

³⁾ Clark and Oswald (1996) は、年齢と幸福度はU字型の関係にあり、つまり幸福度は若年層、高齢者層が中年層者層より低いことを示している。年齢の影響を考察するため、年齢、年齢の二乗を変数として設定している。教育水準、健康状態は、人的資本の要因として幸福度に影響を与えると考えられる。Clark and Oswald (1996)、Bender and Heywood (2006) は教育水準が高いほど満足度が低くなることを指摘しており、また、Ljunge (2016) は健康状況が幸福度に影響を与えることを示している。

(2) 相対所得指標としては、世帯所得の格差を相対所得の代理指標として用いた。(実際の世帯所得と参照グループの世帯所得の差)を用いる。⁵⁾ Ma and Piao (2019a, 2019b)を参照し、参照グループの所得は、所得関数に基づいて計算された推定値である。⁶⁾ 家族人数に基づいて一人あたり世帯所得を計算した。また、2011年から2015年までの世帯所得は、国家統計局が公表している2011年、2013年、2015年の中国消費者物価指数(CPI)によって調整し、2011年のCPIを調整基準とした。

(3) 非就業ダミーは、「調査年度に就業していない場合=1, そうでない場合=0」のように設定した。

第4に、社会資本要因の代理指標として、(1) 社会活動参加は、他者との接触を増やし、社会資本を拡大し、主観的厚生を増進する(Ma et al. 2020)。この効果をコントロールするため、社会活動参加のダミー変数を設定した。

(2) 中国では、特に農村部において、儒教がライフスタイルに与える影響は依然として大きい。例えば、世帯内のリスクシェアリングは多く存在している。家族の人数が多いほど、社会資本も多くなると考えられる。家族の人数を説明変数として設定した。

(3) 家族居住形態が社会資本にも影響を与えると考えられる。例えば、高齢者グループにおいて、子供がほかの地域に居住する場合に比べ、子供と同居する場合、子供からの援助は多くなると推測できる。高齢者が子供との居住状態に関するダミー(同居=1, 非同居=0)変数を設定した。

第5に、ほかの社会保障制度、例えば公的年金が主観的厚生の改善に有意な影響を与えるにポイントが報告されている(Kollamparambil and Etinzock

2019; Abruquah et al 2019)。公的年金の影響をコントロールするために、新型農村年金保険加入のダミー変数(1=加入, 0=未加入)を設定した。

第6に、経済水準、生活環境などの地域間の格差およびマクロ環境の変化をコントロールするため、地域ブロック(東部、中部、西部、東北部)および調査年次(2011, 2013, 2015)のダミー変数を設定した。

サンプルの選定については、本稿では上記の変数に関する無回答となっているサンプルを除外し、また各説明変数の欠損値を除外した。ベースライン調査で45歳以上である個人を分析対象とする。分析で使用したサンプル数は29,715人(2011年11,613人, 2013年10,319, 2015年7,783)である。

3 計量分析の結果

(1) 全体の分析結果

新型農村合作医療保険と主観的厚生に関する分析結果を表2にまとめている。クロスセクションデータによる分析結果(推定1)は、先行研究と一致している。新型農村合作医療保険が主観的厚生を改善する効果を持つことが示された。ただし、パネルデータ分析モデル(推定2-4)による分析結果では、主観的厚生に対する影響が統計的に有意ではないことが示された。個人の異質性や逆因果関係の問題に対処しない場合、分析結果にはバイアスが存在することがうかがえる。

(2) グループ別分析の結果

動学的固定効果モデルを用いたグループ別分析結果を表3(年齢階層別)、表4(世帯所得階層別)、および表5(地域別)にまとめている。主な結果は次のとおりです。

⁴⁾ Appleton and Song (2008), Knight and Gunatilaka (2010), Jiang, Lu and Sato (2011), Wang and VanderWeele (2011), 馬 (2016) などは、中国では、所得水準(個人所得水準あるいは世帯一人あたり所得)が高いグループで幸福度が高いと指摘している。

⁵⁾ 相対所得については、本稿ではHamermesh (1977)に基づいて、「世帯所得対数値の実際値-その理論値」を相対所得の代理指標として用いている。この指標を用いるメリットは、一定の条件(例えば、同一学歴、同一年齢、同一就業状況など)をコントロールする上で、個人所得が参照グループの所得とのギャップを直接に計測できる。所得の理論値は、所得関数の推定結果に基づいて算出した推定値である。

⁶⁾ 世帯所得関数では、被説明変数は世帯所得収入であり、説明変数は世帯主の年齢、年齢の二乗、学歴、勤務状況、地域、および年次ダミー変数である。

表2 新型農村合作医療保険と主観的厚生分析の結果

	(1) 順序ロジット		(2) 時間ラグモデル		(3) 動学REモデル		(4) 動学 FEモデル	
	係数	z値	係数	z値	係数	z値	係数	z値
主観的厚生 t_1					-0.178***	-19.55	0.470***	31.32
公的医療保険	0.161***	3.50	0.184	2.96	0.045	1.95	0.033	0.89
年齢	0.008	0.53	-0.010	-0.44	-0.011	-1.20		
年齢の二乗	0.000	1.36	0.000	1.78	0.000*	2.18		
女性	0.087***	3.22	0.061	1.76	0.004	0.26		
学歴（中学校および以下）								
高校	-0.063	-1.17	-0.068	-0.99	-0.010	-0.33		
大学及以上	-0.153	-0.60	-0.450	-1.28	-0.150	-1.03		
既婚	0.176***	4.10	0.179***	3.21	0.083***	3.63	0.067	0.72
慢性病	-0.163***	-5.34	-0.193***	-4.70	-0.047***	-2.71	0.084*	2.05
入院	-0.117***	-2.83	-0.105*	-2.09	-0.016	-0.82	0.028	0.96
IADL	-0.071***	-6.94	-0.065***	-4.77	-0.028***	-5.41	-0.010	-1.10
BADL	-0.138***	-15.04	-0.132***	-11.40	-0.042***	-9.23	-0.006	-0.74
世帯所得（第1五分位）								
第2五分位	0.033	0.88	0.022	0.46	-0.007	-0.39	-0.053*	-2.04
第3五分位	0.059	1.50	0.047	0.93	0.003	0.13	-0.014	-0.47
第4五分位	0.187***	4.52	0.165***	3.15	0.042*	2.01	0.008	0.24
第5五分位	0.316***	6.48	0.214***	3.53	0.063*	2.42	-0.025	-0.56
相対所得	0.011	1.80	0.018*	2.26	0.011*	2.05	0.006	0.70
退職	0.124***	3.65	0.156***	3.62	0.036*	2.11	-0.051	-1.69
社会活動参加	0.080***	3.08	0.103***	3.07	0.026*	1.97	0.016	0.74
家族人数	0.014	1.52	0.021	1.75	0.010*	2.18	0.015*	2.00
家族居住形態 （子供がほかの地域に住む）								
子供が近く住む	0.035	0.79	0.060	1.10	0.035	1.63	0.049	1.33
子供と同居	-0.066	-1.87	-0.088	-2.05	-0.036*	-2.15	-0.015	-0.56
年金加入	0.092***	2.70	0.132***	2.79	0.039***	2.59	0.040	1.74
地域	Yes		Yes		Yes		Yes	
年次	Yes		Yes		Yes		Yes	
サンプル数	23,649		14,027		12,534		12,534	
グループ数					8,704		8,704	
R-sq. within					0.009		0.290	
between					0.205		0.132	
overall					0.150		0.045	
F-test that all $u_i = 0$							F (8703,3809) = 2.03	
							Prob > F = 0.000	
Hausman specification test					2992.43			
					(Prob > chibar2 = 0.000)			
Breusch and Pagan					8.22			
Largangian multiplier test for random effects					(Prob > chibar2 = 0.0021)			
対数尤度	-25504.423		-15281.601					
Pseudo R2	0.036		0.036					

注：(1) *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$; (2) RE：ランダム効果モデル；FE：固定効果モデル；新農保：新型農村合作医療保険；IADL：手
 段的日常生活動作；BADL：基本的日常生活動作。

出所：CHARLS 2011, 2013, 2015に基づく計測。

表3 年齢階層別分析結果

	(1) 45-59歳		(2) 60-69歳		(3) 70-79歳	
	係数	z値	係数	z値	係数	z値
主観的厚生 t_1	0.420***	18.83	0.470***	17.54	0.573***	10.08
公的医療保険	-0.013	-0.23	0.061	0.89	0.243*	2.01
コントロール変数	Yes		Yes		Yes	
定数項	-1.020	-0.28	1.699	0.96	-12.717	-1.02
サンプル数	6,203		4,447		1,591	
グループ数	4,393		3,354		1,264	
F-test that all $u_i = 0$	F (4392,1789) = 1.94		F (3353,1072) = 2.09		F (1263,306) = 1.71	
	Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000	
Hausman 検定	1257.97		881.99		234.45	
Prob > chibar2	0.000		0.000		0.000	

注：(1) *** $p < 0.01$, * $p < 0.1$; (2) 動学的固定効果モデルを用いた分析; (3) コントロール変数 (女性, 学歴, 既婚, 慢性病, 入院, IADL, BADL, 世帯所得, 退職, 社会参加, 家族人数, 家族居住形態, 地域, 年次変数) も分析したが, それらの結果の掲載は省略した; (4) 新農保: 新型農村合作医療保険。

出所: CHARLS 2011, 2013, 2015に基づく計測。

表4 所得階層別分析結果

	(1) 低所得		(2) 中所得		(3) 高所得	
	係数	z値	係数	z値	係数	z値
主観的厚生 t_1	0.463***	13.64	0.512***	11.90	0.440***	12.26
公的医療保険	-0.049	-0.57	0.035	0.26	0.163*	2.22
コントロール変数	Yes		Yes		Yes	
定数項	1.716	0.63	4.192	0.99	3.646	1.29
サンプル数	4,659		3,731		4,144	
グループ数	3,859		3,293		3,404	
F-test that all $u_i = 0$	F (3858,782) = 1.72		F (3292,421) = 1.89		F (3403,723) = 2.02	
	Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000	
Hausman 検定	583.97		388.15		420.76	
Prob > chibar2	0.000		0.000		0.000	

注：(1) *** $p < 0.01$, * $p < 0.1$; (2) 動学的固定効果モデルを用いた分析; (3) (3) コントロール変数 (年齢, 年齢の二乗, 女性, 学歴, 既婚, 慢性病, 入院, IADL, BADL, 退職, 社会参加, 家族人数, 家族居住形態, 地域, 年次変数) も分析したが, それらの結果の掲載は省略した; (4) 新農保: 新型農村合作医療保険。

出所: CHARLS 2011, 2013, 2015に基づく計測。

表5 地域別分析結果

	(1) 東部		(2) 中部		(3) 西部	
	係数	z値	係数	z値	係数	z値
主観的厚生 t_1	0.518	13.59	0.402***	10.47	0.470***	22.08
公的医療保険	0.048	0.65	0.216*	2.21	0.007	0.13
コントロール変数	Yes		Yes		Yes	
定数項	1.250	0.42	-2.650	-0.78	1.595	0.92
サンプル数	2,146		2,235		6,028	
グループ数	1,491		1,557		4,205	
F-test that all $u_i = 0$	F (1490,634) = 2.03		F (1556,657) = 2.04		F (4204,1802) = 2.05	
	Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000		Prob > F = 0.000	
Hausman 検定	552.97		394.05		1492.94	
Prob > chibar2	0.000		0.000		0.000	

注：(1) *** $p < 0.01$, * $p < 0.1$; (2) 動学的固定効果モデルを用いた分析; (3) (3) コントロール変数 (年齢, 年齢の二乗, 女性, 学歴, 既婚, 慢性病, 入院, IADL, BADL, 世帯所得, 退職, 社会参加, 家族人数, 家族居住形態, 年次) も分析したが, それらの結果の掲載は省略した; (4) 新農保: 新型農村合作医療保険。

出所: CHARLS 2011, 2013, 2015に基づく計測。

第1に、新型農村合作医療保険が主観的厚生に与える影響は、年齢階層によって異なる（表3）。具体的には、新型農村合作医療保険の影響は、45-59歳のグループでは統計的に有意ではないが、70-79歳のグループでは新型農村合作医療保険が主観的厚生を改善する効果を持つことが示された。

分析結果に関しては、以下のように説明できる。健康資本モデル（Grossman 1972）によれば、加齢とともに健康状態が悪化していく傾向にある。70-79歳のグループの方がほかの若い年齢層（45-59歳、60-69歳のグループ）より不健康になる可能性が高い。新型農村合作医療保険は、医療費の自己負担を軽減し、医療サービスの利用を増やす効果を持つ（Wagstaff et al. 2009; Qin 2014; 馬 2015; Ma 2022）。したがって、有病率あるいは罹患率が高い70-79歳の高齢者グループでは、新型農村合作医療保険は主観的厚生を改善する効果が現れていると考えられる。

第2に、家計の流動性制約は、低所得層、中所得層、高所得層によって異なるため、公的医療保険の影響は所得階層によって異なると考えられる。公的医療保険制度が社会保障制度の1種として貧困層をターゲットすると、貧困層の主観的厚生は改善されると期待されている。しかし、表4の分析結果によると、公的医療保険の厚生改善の効果が高所得層のみで現れている。つまり、新型農村合作医療保険の実施は、低中所得層の主観的厚生に与える影響は、統計的に有意ではない。この分析結果は、第3節で指摘した新型農村合作医療保険制度の設計と運営の問題に関連すると考えられる。次節では、この問題について詳しく検討したい。

第3に、表5の分析結果によると、新型農村合作医療保険が主観的厚生を改善する効果は、中部地域で現われているが、東部と西部地域では、その効果が有意ではない。その理由に関しては、以下のように考えている。

中国では、地域格差が大きい。経済発展レベル（一人あたりGDP）は、東部地域で最も高く、西部地域で最も低い。農村部の公的医療保険制度に関

しては、中国政府は「低水準、高いカバー率」の原則に基づいて設定したものである。都市部に比べ、農村部で医療サービスのレベルが低く、医療保障水準が低いため、発展した農村地域（東部地域の農村）住民の医療ニーズを十分に満たさないため、新型農村合作医療保険が東部地域農村住民の主観的厚生に有意な影響を与えていないと考えられる。西部地域の分析結果に関しては、一人あたりの所得水準は西部地域で最も低い。新型農村合作医療制度によると、最初医療費が自分で全額を払い、その後医療費補助申請を行い、医療費償還を受けることになる。西部の農村地域には貧困者が多い（貧困率が高い）ため、最初高額な医療費の自己負担ができなくて、医療サービスを利用できていない可能性がある。また貧困層では、重篤な疾病にかかるとき、深刻な貧困問題に落ちる可能性も高い（馬 2015; Ma 2022）。そのため、公的医療保険が経済発展のレベルが低い地域（西部地域）の農村住民の主観的厚生に有意な影響を与えていないと考えられる。

Ⅳ 結論と政策示唆

本稿では、制度的・実証的研究の2つ視点から、中国公的医療保険制度の改革経緯及び政策内容をまとめ、また政策効果を分析した。以下のような結論が得られた。

第1に、1998年都市従業員基本医療保険、2003年新型農村合作医療保険、2007年都市住民基本医療保険が実施されている。現在、制度上で、中国は国民皆保険の目標を達成した。

第2に、現行の中国公的医療保険制度の仕組みや運営面で、さまざまな問題が存在し、特に、都市部と農村部間の格差、経済発展の先進地域と後進地域間の格差が大きい。

第3に、公的医療保険の実施効果に関しては、クロスセクションデータを用いた分析結果は、先行研究と一致している。新型農村合作医療保険が主観的厚生の改善に有意な影響を与える結果が得られた。ただし、パネルデータを用いた分析結果によると、主観的厚生に対する政策効果が統計的に

有意ではない。個人の異質性や逆因果関係の問題に対処していない場合、政策評価にバイアスが存在する可能性があることが示された。

第4に、政策効果では、グループ間の差異が存在する。主観的厚生を改善する効果は、高年齢層(70-79歳のグループ)、中部地域住民、および高所得層は、中高年齢層(45-69歳のグループ)、東部と西部の両地域の住民、低中所得層に比べて大きい。

これらの実証分析の結果は、以下のような政策含意を持つと考えられる。第1に、都市部と農村部で、制度の設計によって、保険料納付、医療保険基金、医療費給付、管理機関などが異なっている。所得水準は都市住民が農村住民より高いにもかかわらず、医療費の自己負担率は農村住民が都市住民より高いため、医療格差の問題は生じている。医療公平性の視点から、都市と農村を区分する戸籍制度の改革をさらに進めるうえで、都市従業員基本医療保険と住民基本医療保険を一本化にし、自己負担率と受けられる医療サービスを統一する公的医療保険の改革は必要である。

第2に、現行の中国公的医療保険は、中央政府が政策を設定するが、地方政府が自己裁量でその政策を運営している。経済発展レベルの地域間格差が存在するため、公的医療保険の財源と医療費給付における先進地域と後進地域間の格差が存在している。こうした地域格差を是正するため、中央政府が統一管理する公的医療保険(「全国一本化」)を構築すべきである。つまり、医療保険基金の設立・管理機関は省レベルではなく、国レベルにする必要である。国家財政予算による全国の一律運営ができる公的医療保険制度の改革が望ましい。

第3に、実証研究の結果による、公的医療保険が、低・中所得農村住民の主観的厚生を改善する効果を持っていないことが示された。所得格差による医療格差の問題を解決するため、医療扶助を含めて農村貧困世帯を対象とする生活保護制度などの政策を促進すべきである。現在、医療扶助や生活保護制度が実施されているが、その申請基準が厳しいため、これらの制度にカバーされる者が

少ない。現在、中国政府は、「共同富裕」のスローガンを挙げている。その実現のため、所得格差による医療格差問題を対処するための政策を検討すべきであろう。

最後に、本研究の限界を指摘しておきたい。本稿では、3期のパネルデータを活用し、動学固定効果モデル、時間ラグモデルを用い、個人間の異質性問題および逆因果関係問題を対処したうえで、新型農村医療保険が主観的厚生に与える影響を分析したが、政策実施効果の評価に関しては、準自然実験モデル(例えば、Difference in Differenceモデル、regression discontinuity designモデルなど)によるさらなる因果関係の分析は、今後の課題としたい。

謝辞

本稿の作成にあたり、JSPS科学研究費補助金基盤研究B「中国社会保障政策の経済分析：ミクロデータに基づく実証研究」(研究代表者：馬欣欣、課題番号：20H01512)より研究助成を受けた。一橋大学経済研究所小塩隆士教授、日本女子大学人間社会学部瀋潔教授、国立社会保障・人口問題研究所情報調査分析部小島克久部長、国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部蓋若琰室長より、ご助言を頂いた。ここに記して謝意を表したい。

参考文献

【英語文献】

- Abreuquah, L. A., Yin, X. X., and Y. Ding (2019) "Old age Support in Urban China: The Role Pension Schemes, Self-support Ability and Intergenerational Assistance," *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol.16, No.11.
- Appleton, A., and L. Song (2008) "Life Satisfaction in Urban China: Components and Determinant," *World Development*, Vol. 36, No.11. pp.2325-2340.
- Bender, K. A. and S. Heywood (2006) "Job Satisfaction of the Highly Educated: The Role of Gender, Academic Tenure, and Earnings," *Scottish Journal of Political Economy*, Vol. 53, No. 2. 253-279.
- Boskin, M., and E. Sheshinski (1978) "Optimal Redistributive Taxation When Individual Welfare Depends Upon Relative Income," *Quarterly Journal of*

- Economics*, Vol. 92, No.4, pp.589-601.
- Chen, L., Zhang, L., and X. Xu (2020) "Review of Evolution of the Public Long-Term Care Insurance (LTCI) System in Different Countries: Influence and Challenge," *BMC Health Services Research*, No.20, 1057.
- Chiao, C., K. Ksobiech, and C. Y. Wei (2014) "National Health Insurance and Life Satisfaction in Late Life: Longitudinal Findings from a Natural Experiment in Taiwan," *Journal of Public Health*, Vol.36, No.2, pp.308-316.
- Clark, A. E., and A. Oswald (1996) "Satisfaction and Comparison Income," *Journal of Public Economics*, Vol.61, No.3, pp.359-381.
- Contoyannis, P., Jones, A., and N. Rice (2004) "The Dynamics of Health in the British Household Panel Survey," *Journal of Applied Econometrics*, Vol.19, No. 4, pp.473-503.
- Easterlin, R. A. (1974) "Does Economic Growth Improve the Human Lot?" In David, P. A. and W. B. Melvin (eds.) *Nations and Households in Economic Growth*, Stanford University Press.
- (2001) "Income and Happiness: Toward a Unified Theory," *The Economic Journal*, No.111, pp.465-484.
- Ferrer-i-Carbonell, A. (2005) "Income and Well-being: An Empirical Analysis of the Comparison Income Effect," *Journal of Public Economics*, Vol.89, No.5-6, pp.997-1019.
- Jiang, S., Lu, M., and H. Sato (2011). "Identity, Inequality, and Happiness: Evidence from Urban China," *World Development*, Vol. 40, No.6, pp.1190-1200.
- Grossman, M. (1972) "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, Vol.80, No.2, pp.223-255.
- Gu, L. B., Feng, H. H., and J. Jin (2017) "Effects of Medical Insurance on the Health Status and Life Satisfaction of the eElderly," *Iranian Journal of Public Health*, Vol. 46, No.9, pp.1193-1203.
- Haller, M., and M. Hanler (2006) "How Social Relations and Structures Can Produce Happiness and Unhappiness: An International Comparative Analysis," *Social Indicators Research*, Vol.75, No.2, pp.169-216.
- Hamermesh, D. (1977) "Economic Aspects of Job Satisfaction," In Ashenfelter, O. and W. Oates (eds.) *Essays of Labor Market Analysis*, Wiley.
- Han, S. (2015) "Social Capital and Subjective Happiness: Which Contexts Matter?" *Journal of Happiness Studies*, Vol.16, No.1, pp.241-255.
- Hommerich, C., and T. Tiefenbach (2018) "Analyzing the Relation Between Social Capital and Subjective Well-Being: The Mediating Role of Social Affiliation," *Journal of Happiness Studies*, Vol. 19, No.4, pp.1091-1114.
- Keng, S.H., and S. Y. Wu (2014) "Living Happily Ever After? The Effect of Taiwan's National Health Insurance on the Happiness of the Elderly," *Journal of Happiness Studies*, Vol.15, No.4, pp.783-808.
- Knight, J., and M. Gunatilaka (2010) "The Rural-Urban Divide in China: Income but Not Happiness?" *Journal of Development Studies*, Vol.46, No.3, pp.506-534.
- Kollamparambil, U., and M. N. Etinzock (2019) "Subjective Well-being Impact of Old Age Pension in South Africa: A Difference in Difference Analysis Across the Gender Divide," *South African Journal of Economic and Management Sciences*, Vol. 22, No.1, a2996.
- Leibenstein, H. (1950) "Bandwagon, Snob, and Veblen Effects in the Theory of Consumer's Demand," *Quarterly Journal of Economics*, Vol.64, No.2, pp.183-207.
- Leung, A., Kier, C., Fung, T., and L. Fung (2011) "Searching for Happiness: The Importance of Social Capital," *Journal of Happiness Studies*, Vol.12, No.3, pp.443-462.
- Liao, P. A., H. H. Chang, and L. C. Sun (2012) "National Health Insurance Program and Life Satisfaction of the Elderly," *Aging & Mental Health*, Vol.16, No.8, pp.983-992.
- Ljunge, M. (2016) "Migrants, Health, and Happiness: Evidence That Health Assessments Travel with Migrants and Predict Well-Being," *Economics & Human Biology*, Vol.22, pp.35-46.
- Ma, X., and X. Piao (2019a) "The Impact of Intra-Household Bargaining Power on Happiness of Married Women: Evidence from Japan," *Journal of Happiness Studies*, Vol.20, No.6, pp.1775-1806.
- (2019b) "Income, Intra-Household Bargaining Power and the Happiness of Japanese Married Women," In Tsai, M. C, and N. Iwai (eds.) *Quality of life in Japan, Quality of Life in Asia 13*. Springer Nature.
- Ma, X., Piao, X. and T. Oshio (2020) "Impact of Social Participation on Health Among Middle-Aged and Elderly Adults: Evidence from Longitudinal Survey Data in China," *BMC Public Health*, Vol.20, No.1, (2020) 502.
- Ma, X. (2022) *Public Medical Insurance Reform in China*. Springer Nature.
- Neria, I., Bruna, F., Portela, M., and A. Garcia-Aracil (2018) "Individual Well-Being: Geographic Heterogeneity and Social Capital," *Journal of Happiness Studies*, Vol.19, No.4, pp.1067-1090.
- Qin, X., Pan, J., and G. G. Liu (2014) "Does Participating in Health Insurance Benefit the Migrant Workers in

- China? An empirical Investigation,” *China Economic Review*, No.30, pp.263-278.
- Tran, N. L. T., Wassmer, R. W., and E. L. Lascher Jr (2017) “The Health Insurance and Life Satisfaction Connection,” *Journal of Happiness Studies*, Vol.18, No.2, pp.409-426.
- Wagstaff, A., Lindelow, M., Gao, J., Xu, L., and J. Qian (2009) “Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China’s New Cooperative Medical Scheme,” *Journal of Health Economics*, Vol.28, No.1, pp.1-19.
- Wang, P., and T. J. VanderWeele (2011) “Empirical Research on Factors Related to the Subjective Well-being of Chinese Urban Residents,” *Social Indicators Research*, Vol.101, No.3, pp.447-459.
- Wooldridge, J. (2002). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, The MIT Press.
- Xiao, W., and Z. F. Su (2017) “Does social Insurance in China Enhance People’s Well-being?” *Journal of Interdisciplinary Mathematics*, Vol.20, No.3, pp.821-835.
- Yang, W., He, A. J., Fang, L., and E. Mossialos (2016) “Financing Institutional Long-Term Care for the Elderly in China: A Policy Evaluation of New Models,” *Health Policy and Planning*, No. 31 pp.1391-1401.
- Yin, X. X., Abruquah, L. A., and Y. Ding (2019) “Dynamics of Life Satisfaction Among Rural Elderly in China: The Role of Health Insurance Policies and Intergenerational Relationships,” *Sustainability*, Vol.11, No.3.
- 【中国語文献】
 戴衛東・余洋 (2021) 「中国長期護理保險試点政策 “碎片化” 与整合路径」『江西財經大學學報』 No.2, pp. 55-65。
 郭心潔・張琳 (2019) 「新中国医療保障70年大事記」『中国医療保険』 No.19, pp.10-13。
 ——— (2021) 「医療保障百年大事記」『中国医療保険』 No.7, pp.16-21。
 韓鳳 (2014) 「中国医療保険制度の歴史沿革」『中国医療保険』 No.6, pp.20-24。
 廖藏宜 (2019) 「中国医保建制改革70年」『中国人力資源社会保障』 No.19, pp.28-31。
 馬欣欣 (2019) 「中国公共医療保険制度改革及其問題点」胡令遠・袁堂軍・馬欣欣 (編著) 『冷戦後日本社会保障制度：対中国的啓示』 第10章, 上海人民出版社, pp.226-253。
 徐傑 (1997) 「対我国衛生經濟政策的歴史回顧和思考」『中国衛生經濟』 No.5, pp.7-8。
 【日本語文献】
 馬欣欣 (2015) 『中国の公的医療保険制度の改革』 京都大学学術出版会。
 ——— (2016) 「中国における所得格差と主観的幸福度」, 加藤弘之・梶谷懐 (編著), 『二重の罍を超えて進む中国型資本主義』 第12章ミネルヴァ書房, pp. 248-266。

(MA・Xinxin)

Policy Effects of Public Medical Insurance Reform in China

MA Xinxin*

Abstract

The Chinese government has reformed public medical insurance since 1990. In this paper, we review the history of public medical insurance reform and introduce the institutional contents of public medical insurance in China. Then, using the government official data and survey data, we investigate the inequality in medical care and medical insurance funds in China. Lastly, using a longitudinal data from the China Health and Retirement Longitudinal Survey, we analyze the impact of the New Rural Cooperative Medical Insurance Scheme on the life satisfaction of rural residents. We address the problems of endogeneity due to heterogeneity and reverse causality by using the dynamic random-effects model and lagged variable model.

Three major conclusions emerge. First, China has achieved its goal of “universal insurance” from an institutional perspective, but there maintain the problems of inequality in medical care. Second, the New Rural Cooperative Medical Insurance Scheme does not significantly improve the subjective well-being of rural residents. Third, the policy effect differs depending on the group and is positively significant in the group aged 70-79 years, the residents in the central region, and the high-income group.

The results suggest that the Chinese government should promote the integration of public medical insurances to reduce the inequality in medical care between urban and rural residents, and improve the subjective well-being in low-income groups and less-developed regions in the future.

Keywords : Public Medical Insurance, New Rural Cooperative Medical Insurance Scheme, Inequality in Medical Care, Subjective Well-Being

* Professor, Faculty of Economics, Hosei University.

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

中国の少子化対策
——日韓との比較を踏まえて——李 蓮花^{*1}・張 繼元^{*2}

抄 録

中国の人口政策はここ数年のあいだ急激に変化した。1980年ごろから実施されてきた厳格な産児制限は段階的に緩和され、代わりに、出産・育児に対する社会的支援の必要性が強調されるようになった。現時点では具体的な政策目標や制度導入はまだ少ないが、2020年代を通して少子化対策は社会保障のニューフロンティアとして発展していくと予測される。本稿では、中国の人口政策の変遷を歴史的に振り返ったうえで、出産・育児をめぐる最新の政策動向および議論を整理し、日本や韓国など東アジアの「少子化先発国」の経験と比較しながら現時点の中国の少子化対策の特徴を考察する。とりわけ中国における育児の「再家族化」と日韓の家族主義との違い、生育保険制度の限界、ジェンダー視点の後退を指摘する。

キーワード：中国、「一人っ子政策」、少子化対策、生育保険、「再家族化」

社会保障研究 2022, vol. 6, no. 4, pp. 439-453.

Ⅰ 出産制限から少子化対策へ

2010年代後半、中国の人口政策は大きく転換した。長らく中国の代名詞の1つであった「一人っ子政策」に終止符が打たれ、出産制限が2人、3人へと漸次的に緩和されるとともに、少子高齢化と人口減少への懸念を背景に出産・育児に対する社会的支援を求める声が大きくなった。2021年、中国政府は前年に実施された第7次人口センサスの結果を受けて産児制限から育児支援への転換を宣言し、具体的な支援策に本格的に取り組みはじめた。2021年は中国にとって「少子化対策元年」と言えるかもしれない。

つい最近まで中国で児童福祉または児童政策と言った場合、留守児童や孤児、障害児など特別なニーズをもつ一部の子どもの問題として認識されることが多かった（王2014；劉2021）。日本でも1990年の「1.57ショック」を境に児童福祉が一部の子どもを対象とする残余的なものから、「少子化対策」という名のもとで一般世帯の子どもを含めた普遍的なものに変わった経緯があるが（李2018；西岡2021）、現在、中国には転換前の日本よりも子どもを養育する一般世帯を対象とする制度が少ない。1990年代に導入された出産保険（中国語では「生育保険」）を除けば、現時点では児童手当など現金給付制度も、産休とは別の育児休業制度（parent leave）もまだ導入されていない。1980年

^{*1} 東京経済大学経済学部 准教授

^{*2} 中国華東師範大学経済と管理学部 専任講師

代まで多く存在していた託児所は市場経済化のなかでほとんど姿を消し、代わりに祖父母による孫の世話が一般化した。「少子化」という用語はかなり普及したが、「少子化対策」はまだ独自の政策領域にはなっていない。

一方で、人口政策の転換を背景に、中国の社会保障・社会政策研究においては子どものケアや家族に関する研究が2010年代終わりごろから急増している。なかには諸外国の家族政策の紹介や家族政策の理論に関するものから（代表的なものとして馬2020、房・陳2021など）、中国の児童関連政策の歴史的変遷の分析（岳・范2018）、生育保険の実証分析（何ほか2017、庄2019）、ケアの実態と第2子出産意欲の関連（李ほか2021、楊ほか2021）など、多様なアプローチによる研究が行われている。また児童手当に関しても、導入に必要な財政規模のシミュレーションを基に0-3歳児への支給を求める研究も出現した（何ほか2021）。

本稿では「少子化対策＝育児支援政策≒家族政策」という理解を前提に、家族政策における経済

的支援、サービス支援、時間支援の分類に沿って中国における出産・育児関連政策および議論を整理する。本稿の構成は以下の通りである。まず第2節では中国の人口政策の変遷、近年の少子化の実態およびその背景を明らかにする。続いて第3節では、既存の生育保険制度を考察したあと、時間支援、経済的支援、保育サービス、そのほか（住宅、教育など）の順に最新の政策動向を整理する。第4節では、日本や韓国など東アジアの「少子化先発国」と比較しつつ、中国における育児の「再家族化」と現段階での政策の特徴と問題点を指摘する。

Ⅱ 人口政策の変遷と少子化の実態

1 中国の人口政策の変遷

現在の少子化の実態および出産育児関連政策を考察する前に、まず建国以後の人口政策の変遷を簡単に振り返っておこう。

中国は古代から人口が多かったが、1949年の建

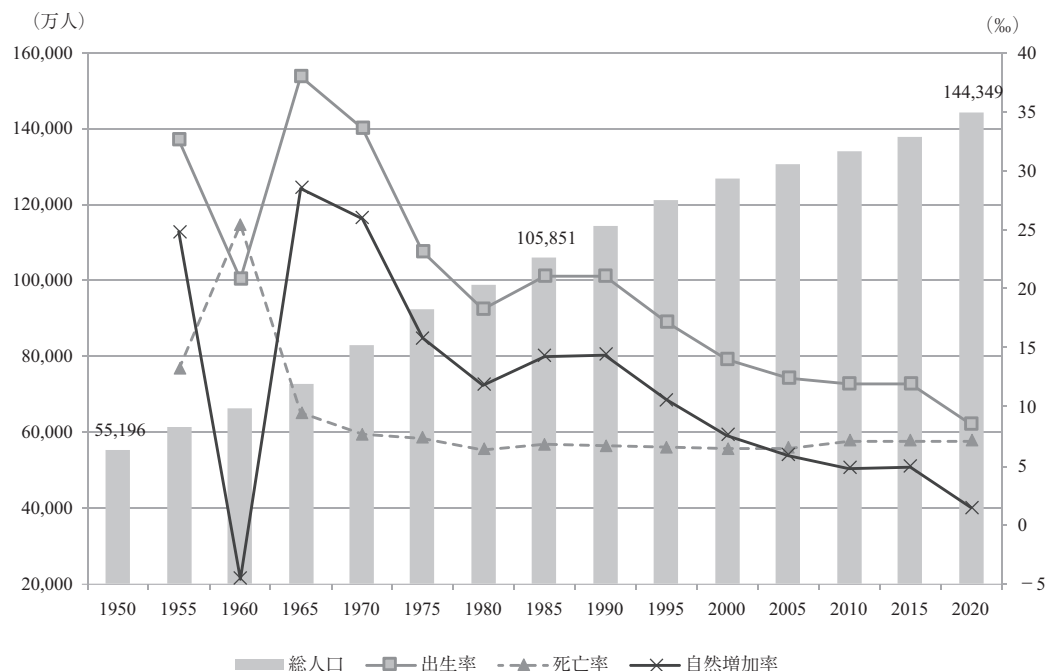


図1 中国の総人口と出生率・死亡率の推移

国以後、長年の戦争や社会的混乱の終焉、公衆衛生の普及などにより1950-60年代に人口が爆発的に増加した。人口1000人当たりの粗出生率は、1960年前後の大飢饉を除き30%を超えていた。その一方で死亡率は安定的に低下しつづけた結果、総人口は毎年20%を超えるスピードで急増した(図1)。総人口は、1953年の第1次人口センサスでは5.82億人であったが、1964年の第2次人口センサスでは6.95億人、1982年の第3次では10.32億人となった。あまりにも急激な人口増に危機感を抱いた中国政府は1970年代初めから人口の増加を政策的にコントロールする「計画出産政策」を始めた。「晩・稀・少」政策と呼ばれた初期の計画出産は80年代以降の厳しい産児制限に比べ「ソフト」なもので、初産年齢を遅らせ(「晩産」の基準は農村23歳、都市25歳以上)、出産間隔を空けて(3年以上)、少なく(平均2人)産むことを提唱していた。主な政策手段は罰金や解職ではなく家族計画の知識の宣伝、避妊手術の普及などであった。

図1からも確認できるように、「ソフト」な計画出産政策によっても出生率は大幅に低下したが、1970年代末に改革開放への転換とともに経済発展の目標が具体化¹⁾したことを契機に、中国の人口政策は世界で類例を見ない厳しい「一人っ子政策」に変わった。ただ、農村では反発が大きかったため、第1子が女の子だったらもう1人産んでも良いという、いわゆる「1.5人政策」が採られた。また、少数民族地域では最初から2人またはそれ以上とするところもあった。中国発展研究基金会の研究報告書によると、「一人っ子政策」が厳格に適用された人口は全体のおよそ36%で、50.2%は1.5人、残りの12%は2人目ないし3人目まで認められ、全国平均では1.4人であった(中国発展研究基金会2012)。

「一人っ子政策」(あるいは「1.5人政策」)は元々1世代(およそ25年間)限定で実施する予定であったが、2000年以降も人口が増えつづけたため政策の緩和は見送られた。しかし、2010年代に入る

と、総人口よりも低い出生率による人口構成のアンバランスが問題視されるようになり、産児制限が段階的に緩和されるようになった。まず、2013年から夫婦のどちらかが一人っ子であれば2人まで出産可とする「单独二児」政策(2人とも一人っ子の場合は以前から2人まで可)を実施したが、政策の効果が所期の目標まで届かなかったため、2016年から「全面二児」(すべての夫婦が2人目まで出産可)となった。さらに2021年には出産可能な子どもの人数が3人まで緩和されるとともに、「社会扶養費」という名目の罰金を含む出産制限措置が完全に廃止されることになった。子どもを4人以上産むケースはきわめて稀なので産児制限は事実上無くなったと見ていい。政府系のメディアではいつの間にか、子どもをたくさん産むことが社会への貢献であるという論調が増えている。

2 少子化の実態と背景

それでは中国の少子化は現在どれほどの水準なのか。まず、図2の毎年の出生数の推移を見ると、建国以後3回のベビーブームがあったことが分かる。1回目は1950年代の朝鮮戦争後から大飢饉までの比較的小さな波で、毎年の出生数は2000万人弱であった。2回目は大飢饉後の1962年から70年代初頭まで約10年間続き、毎年の出生数が2500万人を超えていた。3回目は1950-60年代生まれが出産年齢に入った1980~90年代後半で、「一人っ子政策」にもかかわらず毎年2000万人以上が生まれ、特に80年代後半は2500万人近くの規模に達した。その「80後」世代が出産年齢に入ったのが2005年ごろからであるが、出生数はおよそ1500万人を維持していた。「70後」世代、「80後」世代の「駆け込み第2子出産ラッシュ」で2016年と2017年は小さな波が見られたが、2018年から急減し、2019年の出生数は大飢饉以後初めて1500万人を下回った。2020年には新型コロナウイルス感染症の影響もあって出生数が1200万人前後に止まり、2021年はついに1000万人を下回るのではないかと

¹⁾ 2000年までに1人当たりGDPを1980年の4倍にするという目標である。その目標を実現するためには2000年までに総人口を12億に留める必要があり、一組の夫婦が産む子どもの人数を1人に制限しなければならないとされた(陳2015: 17)。実際は、厳しい政策にもかかわらず2000年の人口目標は実現できず、総人口は12.7億人となった。

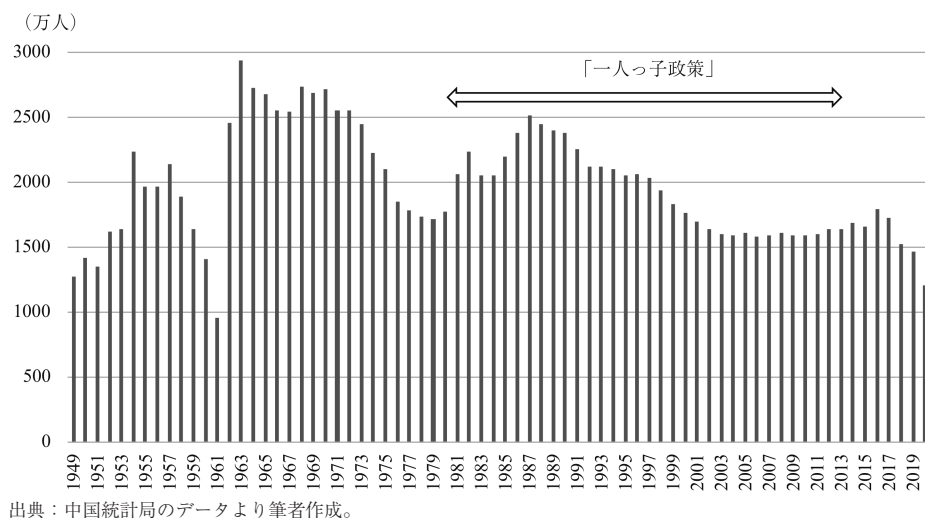


図2 中国の各年の出生数の推移

予測されている²⁾。1990年代後半以降の出生数（とりわけ女性）を勘案すると、近いうちに「出生数の崖」が起きる可能性はきわめて高い。

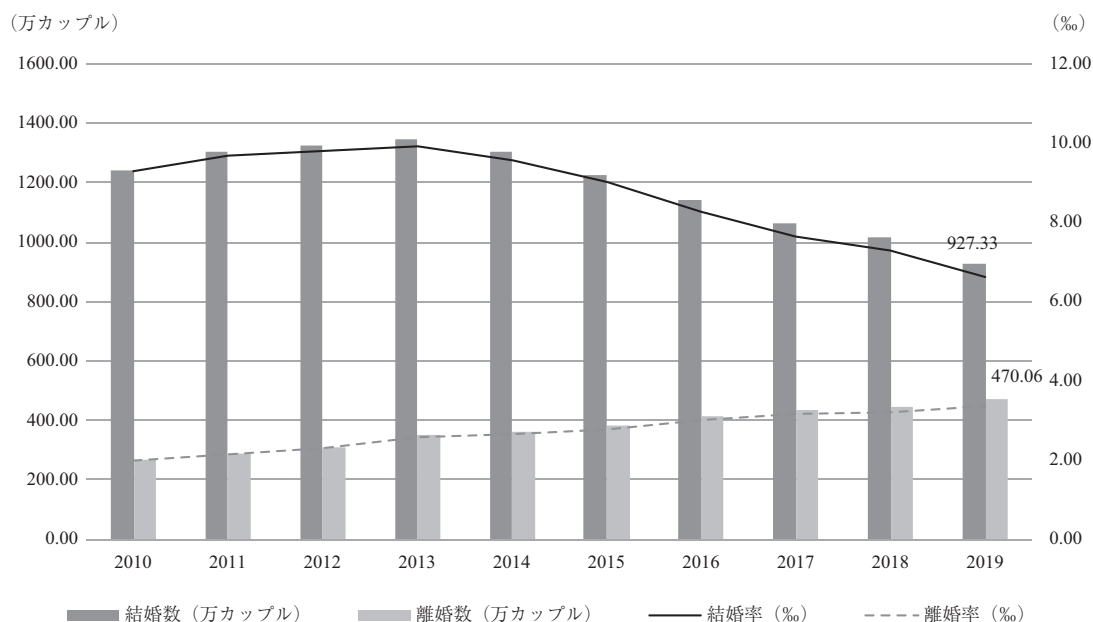
少子化を論じる上で最も基本的な統計となるのが合計特殊出生率（TFR）であるが、中国の合計特殊出生率は長いあいだ謎に包まれていた。罰金を避けようと子どもの出生を報告しなかったり統計の手法に不備があったりして、人口学者のあいだでも合計特殊出生率をめぐる論争が絶えなかった。例えば、2000年の第5次人口センサスでは合計特殊出生率は1.32であったが、統計漏れが多いという理由から統計当局が独自の統計手法に基づき1.8に上方修正したのである。その後も、2010年の第6次人口センサスでは1.18、2015年の人口1%サンプル調査では1.05という驚くべき水準まで出生率が低下したが、政府は公式の合計特殊出生率を1.6前後とし、国連の将来人口推計もこの数値に基づいて行われてきた。一方、実際の出生率は人口センサスからそれほど離れていないと主張する人口学者もいて（郭2012；易2017など）、こうした出生率をめぐる論争が人口政策の修正が遅れた理由の1つにもなっている。2020年の第7次人

口センサスは、「一人っ子政策」が緩和され子どもの人数を隠す必要がなくなったこと、情報化によりデータ収集の正確性が格段に向上したことから正確な出生数と出生率が期待された。予定より1ヵ月遅れて2021年5月に行われた結果発表では、2020年の（予測）出生率は1.3、2020年以前の出生率も公式データより低いことが判明した。それにより総人口がマイナスに転じるタイミングは中国政府や国連の予測より約8年前倒しとなり、早ければ2022年から減少する見通しとなった。

これで少子化は官民とも認める既定事実となったが、中国の少子化の背景には何があるのか。以下では、結婚行動の変化と出産・育児の負担に注目して中国における少子化の要因を考える。

人口学では、ある社会の出生率を決める直接要因は有配偶率、有配偶者の出生力、および非嫡出子の比率であるとされている。日本や中国など東アジアでは非嫡出子の比率がきわめて少ないため、出生率是有配偶率と有配偶者の出生数によってほぼ決まる。日本の出生率低下に最も寄与しているのは有配偶率の低下、すなわち晩婚化と非婚化であることがさまざまな研究から明らかになっ

²⁾ 民間シンクタンク「育娲人口研究智库」が2021年12月に発表した「中国人口予測報告2021」では2021年の合計特殊出生率は1.1、出生数は1000万人を下回ると予測した（<https://finance.sina.com.cn/china/gncj/2021-12-14/doc-ikyamrmy8978159.shtml>）。



データ：中国民政部『中国民政統計年鑑2020』。

図3 近年の結婚・離婚数と結婚・離婚率

ているが、中国においても経済の発展、教育期間の延長、価値観の変化などによって晩婚化、非婚化が着実かつ急速に進んでいる。図3は2010年代の結婚・離婚の数と対人口比であるが、結婚カップル数は2010年代前半の1200万カップル超から2019年の927.33万カップルへと、5年間で300万近く減少した。それに対し離婚率は高まりつつあり、2010年2.00%から2019年の3.36%へと増加し、2019年の離婚カップル数は470.06万に達した。

結婚数の減少は第3次ベビーブーマーである80年代生まれが結婚ピーク年齢を過ぎたことと関連するが、晩婚あるいは未婚・非婚も急速に進んでいる。「2017年全国生育状況調査」によれば、女性の平均初婚年齢は2006年の23.6歳から2016年の26.3歳へと、10年間で3歳近く上昇した。また、全結婚数に占める20代の割合も2010年には69.22%であったが、2019年には54.33%まで減少し、代わりに30代の割合が11.28%から17.69%に増えた

(中国民政部2020)。これらの数値は農村を含む全国平均で、大都市の晩婚・晩産はすでに先進国なみの水準である。例えば上海市の場合、上海市戸籍の女性に限定すると2019年の平均初婚年齢は29.09歳、平均初産年齢は30.29歳となっている³⁾。生殖技術が日々発展しているとはいえ、本人および親の年齢が高くなると年齢的な理由から第2子以降の出産を諦める人が少なくない。

晩婚、非婚が出生率低下の直接要因だとすれば、より根本的な背景は結婚・出産・育児にともなう経済的、精神的、時間的負担の増大である。衛生・計画出産委員会(当時)が2015年に行った「出産意向調査」によると、第2子の出産を諦める人のうち経済的負担、時間的・体力的負担、ケアする人の不足を挙げた人がそれぞれ74.5%、61.1%、60.5%も占めていた⁴⁾。また、北京師範大学の洪秀敏らが6つの省で行った3歳以下の子どものいる世帯へのアンケート調査(N=11,435)によれば、子

³⁾ 『光明網』(<https://m.gmw.cn/baijia/2021-01/09/1302019513.html>)。

⁴⁾ 中国国务院新聞弁公室のホームページ(<http://www.scio.gov.cn/xwfbh/gbwxwfbh/xwfbh/wsb/document/1541106/1541106.htm>)。

どもの養育費用が月2000元以上の世帯が全体の50.49%を占め、3500元以上が20.57%、5000元以上は9.9%を占めていた。加えて、子どもの増加（および子どもの世話をする祖父母の同居）にともなう住宅費支出や3歳以上の早期教育費用も子育て世帯の家計で大きな比重を占める。なお、同調査では3歳以下の子どもがいる世帯のうち25.3%が専業主婦世帯で、そのうち66.43%は出産後に育児のためにやむを得ず退職したこと、低所得の女性ほどその傾向が強いことも明らかになった（洪・朱2020）。

Ⅲ 出産・育児関連政策の動向

第7次人口センサスの結果を受け、2021年5月以降、中国政府は人口政策の転換を加速させている。6月には国務院から「出産育児政策の改善と人口の長期均衡発展に関する決定」が公表され、一組の夫婦が産める子どもの人数を3人に増やすと同時に、超過出産に対する罰金（「社会扶養費」）など処罰措置を廃止し、逆に出産や育児を支援する方向性を明示した。続けて、8月には「人口と計画出産法」が改正され、以上のことが法律として明文化されたが、その第27条では、「国は、財政、税収、保険、教育、住宅、就業等の措置を通して家庭の出産、育児、教育負担を軽減する」と規定した。こうした中央政府の政策動向を受けて各地の「人口と計画出産条例」が次々に修正され、本稿執筆中の2021年末には新しい措置が全国各地で雨後の筍のように出現している。本節ではまず出産・育児に関する既存の制度を確認したうえで、時間支援、経済的支援、保育サービス、その他の順に最新の政策動向を整理する。

1 政策転換前の既存の制度

子どもを産み育てること、あるいはその家族を社会的に支援する政策は現在「家族政策」（family policy）として括られることが多いが、そのなかに含まれる制度・政策のルーツは貧困対策、人口政

策（出産奨励）、児童・女性保護、ジェンダー平等など多種多様である。政策転換前の中国には現代的な意味における家族政策または育児支援政策はほとんどなかったが、社会主義的な男女平等思想のもとで女性労働者の保護に関する制度は早くから整備されていた。そのなかで最も重要なのが女性労働者に対する「労働保護規定」、およびそれに基づく出産保険（中国語では「生育保険」。以下では生育保険と記す）である。

社会主義社会では、（実態はともあれ）労働者が国の「主人」である。計画経済時代には労働者と企業の関係が資本主義のような契約関係ではなかったため、日本の労働基準法のように労働条件の基準を定めた法律がなかった。「労働法」は文化大革命期から立法化が試みられたがなかなか制定に至らず、改革開放から10数年が経った1994年によりやく制定されたのである。しかし、その前の1980年代から沿海地域を中心に多くの外資系企業が進出し、多数の若い女性労働者たちが工場で働くようになった。そこで、「労働法」に先駆けて「女性労働者労働保護規定」（中国語では「女職工労働保護規定」）が1988年に制定された。この規定は資本主義諸国における初期の「工場法」の位置づけに類似している。当規定は2012年に「女性労働者労働保護特別規定」に名称変更され、普段から女性の就業が禁止されている業務のほか、月経、妊娠、出産、授乳などいわゆる「4つの時期」に関する保護措置が規定されている。女性労働者の産休およびその期間中の所得保障に関してはこの規定が主な法的根拠となる（詳しくは時間支援、経済的支援の部分で述べる）。

生育保険は、労働者または配偶者が出産する際に必要な医療サービスおよび休業中の所得保障を提供する中国独特の社会保険制度である⁵⁾。労働者の出産に関しては当初総合的な労働者保険である「労働保険条例」（1951年制定）によって規定されていたが、1960年代以降労働保険の「企業福祉化」が進むにつれ、休業中の賃金は各企業（当時は「単位」＝職場）が負担することになった。し

⁵⁾ 非就業者の場合、住民基本医療保険から出産費用の一部を補助する。

かし、市場経済化が進むとこれらの社会保障負担を企業から切り離す必要が生じ、1994年から生育保険が試行的に導入された。1990年代後半には都市労働者の年金保険、医療保険制度が順次整備されたが、生育保険は医療保険に統合されず独立に制度として残った。生育保険の給付には現金給付と現物給付があり、前者に関しては産休中の休業手当（中国語では「生育津貼」または「生育生活津貼」）、後者に関しては妊娠、出産および（計画出産のための）避妊手術など医療サービスがある。生育保険に加入していない企業は、労働者の休業手当と医療費を直接労働者に支払わなければならない。なお、国家医療保障局の設立にともない2019年から生育保険の管理・運営および財政は医療保険と統合的に行われることになったが、保険の種目としてはまだ残っている。

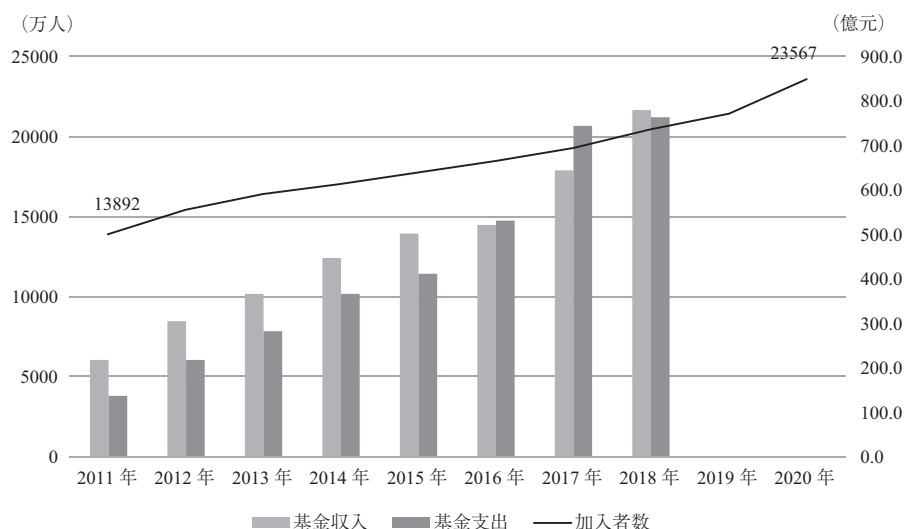
図4はここ10年間の生育保険の加入者数および収支の推移である。加入者数は2011年の1億3892万人から2020年には2億2567万人へと10年間で1億

人近く増加した。なお、生育保険の保険料率は企業の賃金総額の1%以内で各地方政府が決めることになっており、労働者は保険料を負担しない。

2 時間支援

時間支援は家族政策のなかでは比較的新しい分野である。先進国の場合、近年、女性だけでなく男性の育児時間の保障に政策の重点が置かれているが、そのような育児休業制度は中国にはまだ導入されていない。中国の時間支援政策は前述した女性労働者の出産休業⁶⁾（中国語では「産假」）がメインで、それに加えて産休後の「育児休業」（中国語では「生育假」）、男性の「配偶者出産休暇」（中国語では「陪產假」、「護理假」などさまざま）などがここ数年新たに導入されている。

女性労働者の出産休業期間は建国直後56日間（8週間）であったが、1994年に制定された「労働法」で最低90日間と定められた。一方、前述の「女性労働者労働保護規定」ではILO（国際労働機



注：2019年から生育保険の財政は医療保険に統合された。

データ：国家衛生健康委員会『中国衛生健康統計年鑑』、および国家医療保障局「全国医療保障事業発展統計公報」各年版より。

図4 生育保険の加入者数と収支の推移

⁶⁾ 日本での正式名称は「産前産後休業」で、産前6週間、産後8週間の計14週間（98日）である。産休は、正確には育児支援のためというより母体保護のための制度であるが、ここでは「出産・育児のための時間の保障」という意味で時間支援に含めることにする。

関)などの基準に従い最低98日間(14週間)とし、地方政府の規定または労使が協議した場合はそれ以上休業することが可能としている。現在の「女性労働者労働保護特別規定」によると、産休期間について通常は98日間、難産の場合は15日間追加、多胎児の場合は子ども1人につき15日間が追加される。また、流産の場合も妊娠4ヵ月以内であれば15日間、4ヵ月以上であれば42日間の産休を取得できる。産休中は勤務先が生育保険に加入していれば生育保険から、加入していなければ勤務先から産休手当が支給される(金額については経済的支援を参照)。

「全面二児」政策が導入された2015年以降、多くの地方では政策範囲内の出産に対し98日間の産休に加えてさらに30日間休業を延長する政策が採られた。この休業は「生育暇」と呼ばれ、産休を取得した女性労働者が産休と連続して取得することを想定している。この間の手当も産休と同じく生育保険または勤務先から支給される。そして現在、「生育暇」をさらに30日延長して60日間とする条例改正が各地で行われている。例えば、上海市は2021年11月25日に「上海市人口と計画出産条例」を修正し、「生育暇」を60日に延長した。北京市も類似の規定改正を行ったが、新たに追加された30日間の所得保障は出産保険条例が改正されるまで勤務先が行うとしている。すなわち、これらの都市の女性労働者は産前・産後に合計158日間休業することが法的に可能になったのである。

ここで留意しなければならないのは日本の育児休業制度と違って、中国の「生育暇」は母親だけが取得できる、ということである。父親を対象とする制度としては数年前から各地で導入されている「配偶者出産休暇」がある。期間は地方によって異なるが、7日間から15日間のあいだに定めるところが多い。「その他休暇」扱いである日本の配偶者出産休暇と違って、中国の配偶者出産休暇は企業任せではなく各地の条例によって法定化されている。また、休暇中の賃金も産休手当と同じ扱いで、勤務先が生育保険に加入していれば生育

保険から、加入していなければ勤務先が支払う。

さらに、最近では小さい子どもを養育する労働者に対し「育児休暇」という有給休暇を新設する動きが活発である。これは日本の「子の看護休暇」に似たもので、3歳以下の子どもを養育する労働者は性別関係なくそれぞれ年間5日間の休暇を、年次有給休暇とは別に取得できるとするものである。休暇中の賃金は全額雇用主が支払う。年次有給休暇の日数が限られている中国において⁷⁾配偶者出産休暇や育児休暇は時間支援として重要な意味を持つが、日本の有給休暇と同じく、どれほどの労働者が実際に取得できるかという実効性において課題が残る。

3 経済的支援

次に出産・育児に対する経済的支援について見てみよう。経済的支援のなかには出産一時金から児童手当等家族給付、所得控除・税額控除などさまざまなものがある。その多くは子どもを出産・養育することによって発生する追加的経済的負担を軽減することを目的とし、特にヨーロッパでは多子家庭の貧困防止対策として早くから家族手当が導入された。しかし、厳しい産児制限政策を実施していた中国では、子どもが多いということは自己責任どころか「反社会的」なことであり、そのため高額の前金罰金が課せられていた。一方、国の晩婚・晩産および計画出産政策を守り、子どもを1人しか産まない夫婦には職場から少額(月額5~10元)の「一人っ子手当」(中国語では「独生子女津貼」または「独生子女保健費」)が支給されていた。少子化の背景として養育・教育費負担の重さが指摘され、子育て世帯の経済的負担軽減の必要性が叫ばれるようになったのはつい最近のことである。

現在、出産・育児に関連する現金給付があるのは生育保険のみである。前述のように、生育保険は医療サービスの保障と産休中の所得保障を合体させたものである。そのうち前者は、制度的には現物給付であるが、実際は現金給付(出産医療費

⁷⁾ 中国の年次有休休暇日数は、勤続年数10年未満の場合年間5日、10-20年の場合10日である。

補助)として事後的に支給され、具体的な支給額は地方によって異なる。上海市の場合、妊娠7ヵ月以上の分娩(7ヵ月未満の早産も含む)に対し3000元、妊娠3ヵ月以上7ヵ月未満の自然流産に対し500元、3ヵ月以下の自然流産に対し300元が支給される(「上海市生育保険弁法」第16条)。出産費とは別に妊娠中の検査に対しても若干の補助がある。一方、産休中の所得保障として生育保険から支給される産休手当は労働者本人に直接支給されるのではなく、勤務先を通して支給する形を取っている。その際に生育保険から勤務先に支払われる金額は当該労働者の従前賃金ではなく、事業所の平均賃金に基づいて計算される。労働者の賃金が平均賃金より高ければ不足分は企業が補填し、低ければ余った部分を企業が留保することができる。この点から考えると、産休手当の直接支払義務は雇用主にあり、生育保険は雇用主の責任を社会化したものであると理解できる。

現金給付のほかに所得控除や税額控除などの税制支援も子育て世帯に対する経済的支援の重要な手段である。日本でも2010年に子ども手当が導入されるまで、所得税と住民税における扶養控除の規模が児童手当など現金給付を上回っていた。ただ中国の場合、そもそも個人所得税を納める人が少ないうえに、租税や社会保障の制度に被扶養家族や扶養控除といった発想がない。所得税に初めて子どもや高齢者にかかわる控除(中国語で「個人所得税專項附加扣除」)が導入されたのはつい最近の2018年である⁸⁾(2019年1月から適用)。控除額は子ども1人当たり月1000元で、夫婦で50%ずつ分けることもできる。この所得控除の中国的な特徴は、扶養控除としてではなく教育費負担の控除として位置づけられていることである。そのため、対象となる子どもの範囲は幼稚園に入園する3歳から全日制の大学院に通う博士課程の院生まで含む。一般的に所得控除は低所得層にメリットがなく、また所得が高ければ高いほど減税額が

大きいことが問題点として挙げられるが、中国ではそもそも所得税を納める人が高所得層に限られているため、一般世帯に対する育児支援効果はほとんど期待できない。

一般世帯に対する児童手当や養育手当などの社会手当は中国ではまだ導入されておらず、近年、制度の導入を求める声が急激に高まっているが、今のところ本格的な制度導入の動きはない。ただ、一部の地方政府が出産奨励または人材呼び寄せの目的から子育て世帯に対し現金給付を行うケースが出始めている。例えば、内陸部の四川省に位置する攀枝花市は2021年7月に、人材を呼び寄せるための政策措置の1つとして、夫婦とも攀枝花市の戸籍を所有しかつ社会保険に加入している住民が第2子、第3子を産んだ場合、子どもが3歳になるまで毎月500元の育児手当を支給すると発表した⁹⁾。ほかにも、出産した際に一時金を支給する政策は各地で実施されており、出生率の低下がさらに続けば家族手当制度の導入の可能性も十分あると筆者たちは考える。その場合、0~3歳の第3子(または第2子以降)が最初の対象となる可能性が高い(何ほか2021)。

4 保育サービス

女性(とりわけ出産・育児期の女性)の就業率が高い中国において、小さな子どものケアを誰がするかという問題は家族の出産戦略にとって決定的に重要である。建国後の計画経済時代には社会主義的な女性解放思想のもとで「家事労働の社会化」が国の政策として推し進められたが、その中核をなしていたのが保育の社会化であった(張2016: ch.3)。多くの企業には託児所が設置され、一週間単位で子どもを預けられる施設も少なかった。農村にも農繁期を中心に子どもを預ける託児所が運営され、女性も男性と同じように労働力として生産に参加することが求められた。

しかし1980年代以降、農村の人民公社が解体

⁸⁾ 個人所得税の納付基準が月3500元から5000元に引き上げられると同時に、教育費控除、高額医療費控除、住宅ローン控除、賃貸住宅家賃控除、高齢者扶養控除などの各種控除が導入された。

⁹⁾ 攀枝花市衛生健康委員会「攀枝花市育児手当実施細則」(<http://www.panzhihua.gov.cn/zwgk/fggw/zfbwj/1944055.shtml>) (2021年12月8日最終アクセス)。

し、市場化の波が社会の隅々に浸透してくると、これらの保育施設は急速に廃止または民営化された。その後に大量に出現したのが営利目的の幼稚園、または英語や各種習い事の早期教育サービスである。「一人っ子政策」のもとで「人口の質＝教育」に児童政策の重点がシフトし、保育とりわけ3歳以下の子どもの保育の問題はしだいに公共的イシューから姿を消していった（張2016：50）。3歳以下の子どもを預かる幼稚園も一部あるものの、自分で歩くことができる18ヵ月以上を対象としており、産休明けから1年以上の「サービス空白期」が存在する。そこで動員されるのが祖父母を中心とする親族ネットワークである。兄弟姉妹の数が少なく、女性の定年退職年齢が早いことが祖母による「育孫」の普及を促した。政府や研究者による各種調査では、3歳以下の乳幼児のうち託児所など施設保育を利用している割合は4～5%にすぎず、7～8割は祖父母が世話をしている¹⁰⁾。一方、祖父母やベビーシッターに頼めない家庭では母親が一時的に労働市場から退出するしかない。言い換えれば、1980年代以降中国では急激な保育の「再家族化」が起きたのである（李2015；張2016）。

就学前の子どもの養育・教育問題が再び公共的なイシューに浮上したのは2010年代に入ってからである。行き過ぎた市場化や再家族化による弊害がさまざまなところで顕著化し、保育や学前教育の公共性が強調されるようになった。2010年に制定された「中国児童発展綱要（2011-2020年）」では児童福祉の範囲の拡大、「残滓型」児童福祉から「普惠型」児童福祉への転換が提唱されるとともに、学前教育について、公的投資を増やして4～6

歳児の入園率を70%、就学直前の6歳児の入園率を95%とする数値目標が掲げられた¹¹⁾。

保育サービスに対する関心も高まりつつある。中国語で保育サービスを意味する「托育服務」が初めて中央政府の公式文書のなかで言及されたのは2015年12月であった（中共中央・国务院「全面二児政策の実施および計画出産サービス管理の改革、改善に関する決定」）。続いて、2017年の中国共産党第19回大会の報告では「幼有所育」（幼い子どもへの保育保障）が社会保障および民生分野の7つの政策目標の1つに明記され¹²⁾、2019年4月には保育サービスの発展に関する中央政府の指導的文書「3歳以下の乳幼児の保育サービスの発展の促進に関する指導意見」が国务院から公布された。そこでは、「家庭優先、保育補完」「普惠的保育の優先」¹³⁾「地方政府による管理」などの原則¹⁴⁾が明確に示されるとともに、2025年までに都市と農村をカバーする多元的な乳幼児保育サービス体系の構築が掲げられた。さらに附則では、今まで空白地帯であった保育サービスの拡充における政府の各部門の具体的な責任と役割も明記されている。そこで注目されるのは、保育サービスの政策制定、保育施設への監督管理などの責任が社会保障または民政部門ではなく、いままで母子保健や計画出産を管轄してきた衛生健康部門が担当することになったことである。2021年5月31日に公布された「出産政策の改善と人口の長期的均衡発展の促進に関する決定」においても、ただ出産制限を緩和するだけではなく、保育サービスをはじめとする総合的な育児支援政策の必要性が改めて強調された。

このように、保育サービスは最近になってよう

¹⁰⁾ 中国国务院新聞弁公室のホームページより（<http://www.scio.gov.cn/xwfbh/gbwxwfbh/xwfbh/wsb/document/1541106/1541106.htm>）。

¹¹⁾ 2019年の「中国児童発展綱要（2011-2020年）統計検測報告」によると、2019年の学前教育の入園率は83.4%で、所定の目標を上回ったという。

¹²⁾ 7つの目標とは「幼有所育、学有所教、劳有所得、病有所医、老有所養、住有所居、弱有所扶」である。それぞれ、保育、教育、雇用、医療、年金、住居、社会扶助の保障を意味する。

¹³⁾ 中国語では「普惠型托育服務」である。「普惠」という言葉には（特殊な児童だけでなく）一般児童を対象とするという意味あいと、（高い水準ではなく）福祉的、基礎的サービスという意味合いが含まれている。

¹⁴⁾ 中国語の原文は「家庭为主、托育补充、政策引导、普惠优先、安全健康、科学规范、属地管理、分类指导」である。

やく社会政策上の課題として正式に位置づけられ、国全体としての具体的な予算や施設、定員の拡充目標の策定まではまだ至っていない段階である。政府は保育分野への多様な主体の参入を呼びかけているが、福祉的性格の強い保育サービスにおいては量的拡充とともに保育の質を如何に保障するか、必要な人材および財源は如何に確保するかも重要な課題である。

5 そのほかの政策

東アジアでは、家族政策のほかに大都市における住宅価格の高騰、激しさを増す教育競争、若者の雇用不安、仕事と育児の両立困難など社会全体のシステムが家族形成を困難にしている。特に中国では住宅費と教育費の負担が非常に大きく、その負担を如何に軽減するかも少子化対策として重要である。

2021年7月に突如発表され、教育業界および子育て家庭に激震をもたらした「双减」政策（学校の宿題と校外学習の負担軽減）は、子どもだけでなく親にとっても大きな負担となっている学校の宿題を減らし、さらに義務教育段階における校外学習支援を強力に規制することで、小中学生のいる家庭の経済的・精神的・時間的負担を減らそうとした。この政策が子どもたちの学習時間や学力、家庭の家計などに実際どのような影響をもたらすのかは今後の検証を待たなければいけないが、似たような社会構造をもつ韓国などの経験を見ると、成績に依存した選抜システム、階層間の大きな格差など社会構造が変わらないかぎり、根本的な問題解決にはならないと考えられる。むしろ、別の形で教育格差が再生産される可能性がある。

住宅に関しては、中国では住宅所有が結婚の重要な条件であるため、住宅費と結婚率、出生率の関係は非常に密接である。1㎡あたりの住宅価格が1000元上昇するごとに第1子の出生率が1.8～2.9%低下するという研究もある（葛・張2019）。最近は行き過ぎた住宅の市場化も問題視され、各

地方政府が公営賃貸住宅（中国語では「公租房」）の拡充を次々と発表しているが、公営賃貸住宅の入居基準で多子家庭を優先するケースも出はじめた。例えば、北京市朝陽区は2021年10月に、公営賃貸住宅の入居待ちの世帯のうち2人以上の子どものいる175世帯を優先的に選考対象にすると発表した¹⁵⁾。ただ、中国の不動産全体に占める公営住宅の比重はごく僅かなので、少子化対策としてはあまり期待できないかもしれない。

Ⅳ 国際比較からみた中国の少子化対策

以上、近年中国の社会政策において急速に重要性を増している少子化の実態および出産・育児関連政策の最新動向について考察した。第4節では中国より先に少子化を経験した日本や韓国の経験と比較しつつ、2020年前後の時点における中国の少子化対策の特徴を検討する。

1 東アジアの少子化と家族主義

日本で出生率の低下が重大な人口危機として認識され、「少子化」という言葉が広く使われるようになったのは1990年の「1.57ショック」以後である。それから30年が経ち、日本の少子化対策は働く女性の両立支援（特に保育の拡充）に焦点を当てた段階から、すべての子育て世帯への経済的支援や男性を含めたワーク・ライフ・バランスと働き方改革の推進の段階へと変化してきた。現在、日本において少子化対策（現在は子育て支援と呼ぶことが多いが）は年金、医療、介護に並ぶ社会保障の重点分野となり、『厚生労働白書』でも毎年の政策課題のトップで取り上げられている。一方、韓国で少子化のショックが起きたのは日本より10年ぐらい後の2000年代初めであったが、少子化対策は日本を上回るスピードで急速に発展した。国内総生産（GDP）に占める公的な家族関連支出の比重を見ると、日本と韓国は1990年にはそれぞれ0.36%、0.03%に過ぎなかったが、2017年には1.79%、1.30%まで増加した（OECD, Family

¹⁵⁾『中国経済網』（http://www.ce.cn/cysc/newmain/yc/jsxw/202110/11/t20211011_36981070.shtml）。

Database)。出生率を決める要因は複雑で、家族関連支出の増加と出生率の変化のあいだに明確な因果関係を確認することはできないが、家族主義福祉レジームの典型と言われた日本と韓国においてこの20年のあいだ「育児の脱家族化」が進んだことは確かである。

日本や韓国で少子化問題が取りざたされていたとき、中国はまだ厳しい計画出産政策を採っていた。出産に対する制限は2010年半ばごろから少しずつ緩和されたが、産児制限から育児支援への転換が公式的に行われたのは2020年以降である。出生率のショックという点からすると2020年前後の中国の状況は1990年の日本、2003年の韓国に似ている。少子化ショックのあと、韓国はラディカルに、日本は漸進的に本格的な少子化対策に取り組みはじめたが、中国はつい最近まで少子化対策とは正反対の政策を採ってきたため、政策の方向転換は日韓以上にエネルギーが必要である。

問題は計画出産政策の見直しだけではない。上で述べたように、改革開放以降とりわけ1990年代以降の市場化のなかで、中国では育児の「脱家族化・脱ジェンダー化」から「再家族化・再ジェンダー化」への逆コースが起きた。公教育を除いて、子どもを産み育てるための経済的・時間的コスト、および必要なケアはすべて家族で賄わなければならなかった。ただ、ここで「再家族化」と言った場合の家族は必ずしも核家族ではないことに留意しなければならない（呉2021）。祖父母だけでなく兄弟姉妹、いところなど拡大家族の連帯感が強いのは中華圏の共通の特徴であるが（落合ほか2007）、90年代以降の中国では国家による生活保障の弱体化および市場化、グローバル化のなかで、リスク共同体としての家族（親－子－孫という三世代家族）の紐帯が以前よりも強化された。育児だけでなく住宅購入等においても親の影響が強まり、結婚と出産は2人だけの問題ではなく、双方の家族の介入と調整を前提とする集団的な意思決定の問題となったのである。同時に、家族の規模は縮小しつつあるので世代間の相互扶助の「密度」は高くなっている。現在は祖父母による孫のケアが多いが、祖父母世代が後期高齢者に

なるころは子ども世代の介護の問題が深刻化することが予想される。

政府も意図的に家族の相互扶助義務を強調している。2012年に改定された「高齢者權益保障法」は子による親の経済的扶養と身体的ケアだけでなく精神的なケアも義務として明記した。前掲の保育サービスに関する2019年の「指導意見」でも、冒頭で保育の第一責任は家庭にあること、公的保育サービスは補充にすぎないことを強調した。また、育児における家庭の教育機能の低下も問題視され、2021年10月には「家庭教育促進法」が成立したが、その第一条では立法の目的を「家庭教育を重視する中華民族の優良伝統」を守り、家庭教育と家族福祉を促進することであるとした。ポスト工業化社会で失われつつある家族の価値、機能を維持、再生産しようとする政府の意図が見え隠れする。もしそれが1980年代の「日本型福祉社会論」と同じ意図であるとしたら、公的福祉の遅れによる副作用の方が懸念される。

2 中国の少子化対策の特徴と問題点

少子化対策に舵を切ったばかりの中国の政策を包括的に評価することは明らかに時期尚早であろう。ここでは現時点で観察される政策の特徴または問題点を指摘し、本稿を終えることにしたい。

1つめの特徴または問題点として、明確な担当省庁の不在が挙げられる。中国には日本の厚生労働省や韓国の保健福祉部のように社会保障全般を管轄する省庁がなく、社会保険は人力資源・社会保障部、公的扶助と社会福祉は民政部、医療や公衆衛生は衛生健康委員会がそれぞれ管轄している。学前教育を含む教育は教育部の所管であるが、ジェンダー関連では明確な担当部署がなく、全国婦女連合会という准公的組織が中心的な役割を担っている。少子化対策がまだ社会政策のなかで独自の政策領域を形成していないこともあって、どの省庁、部署が予算と権限をもって中心的に政策企画を担当するか明らかではない。2018年の省庁再編時に民政部に新たに設置された「児童福利司」は主として社会的養護を必要とする子どもを対象とし、一般児童の保育は衛生健康委員会

の所管となった。本来ならば労働政策の一環である産休と育休に関しても、今のところ人力資源・社会保障部のコミットメントはほとんど見られない。以前、医療保障に関しても縦割り行政のため改革が難航したが、少子化対策も責任の所在が曖昧なままでは本格的な政策対応は難しいと考えられる。

2つめの特徴は、今のところ現金給付や保育サービスの拡充よりも産休、育休など時間支援のための規制が先行している点である。日本では1990年代にまず保育サービスの拡充と育児休業制度（主に女性）の導入が行われ、その後に経済的支援（児童手当）の拡大、男性の育児時間保障に重点が移った。韓国でも「無償保育」が先行し、その後に養育手当と児童手当の導入、育児休業制度の拡充という順に政策が行われた。一方、中国で真っ先に打ち出されたのは産休期間の延長や育児休暇の新設など時間支援政策である。生育保険に加入していない企業の場合、産休手当は元々企業が負担しなければいけないものであり、生育保険に加入している場合もその財源は企業の保険料である。そのため、産休延長に対しては「政策を出すのは政府だが負担するのは企業」（中国語で「政府請客、企業买单」）という批判が出ている¹⁶⁾。また、産休・育休などの時間支援の恩恵を受けられるのは多くの場合公的機関や国有企業、大企業に勤めている労働者で、中小零細企業や自営業者、非正規労働者はほとんど利用できない。2010年の「第3次中国婦女社会地位調査」のデータを分析した庄（2019）によると、非農業部門の女性労働者のなかで産休を取得できた人の割合は1995-2000年出産経験者では61.1%であるが、2005-2010年出産経験者は40.1%と、逆に低下した。このように生育保険制度は実効性において正規/非正規、国有/民間で大きな格差があることを強く意識しなければならない（何ほか2014）。

最後に、現在の制度・政策には女性への雇用差別や家庭内責任の不平等などジェンダーの視点が

非常に弱いことを指摘しておきたい。中国は女性の就業率が全体的に高く、男女平等が進んでいるというイメージがある。確かに、計画経済時代の名残で女性労働者の保護に関しては制度が比較的整備されているが、差別禁止に関しては進んでおらず、雇用差別は市場競争の激化とともに悪化している。男性の育児休業制度がまだ導入されていない状態で2人以上産むことを求め、女性の産休期間だけを延長すれば、女性に対する雇用差別は一層強くなるだろう。家族政策と出生力の相関に関する多くの研究では、男女問わず多様なライフスタイルを可能にする「選択肢の多さ」、「自己統制領域の拡大」が「副次的な効果」として出生力の回復につながるものが共通認識となりつつある（岩澤2021）。中国の少子化対策が単なる人口政策に止まらず真の家族政策に発展できるかどうかは、政策のなかにジェンダーの視点がどれほど反映されるかにかかわっている。

参考文献

<日本語>

- 岩澤美帆（2021）「家族政策の出生力への影響を考える」上村泰裕・金成垣・米澤旦編『福祉社会学のフロンティア』ミネルヴァ書房。
- 落合恵美子・山根真理・宮坂靖子編著（2007）『アジアの家族とジェンダー』勁草書房。
- 巖善平（2013）「中国における少子高齢者とその社会経済への影響—人口センサスに基づく実証分析」『JLIレビュー』3（4）：21-41。
- 西岡晋（2021）『日本型福祉国家再編の言説政治と官僚制—家族政策の「少子化対策」化』ナカニシヤ出版。
- 李蓮花（2015）「中国における人口問題と出産・育児関連政策」宇佐見耕一ほか編『世界の社会福祉年鑑』旬報社。
- （2017）「児童福祉政策から人口・雇用政策へ—『厚生（労働）白書』からみた日本の保育政策」静岡大学『経済研究』21（3）：55-76。

<中国語>

- 北京師範大学壹基金公益研究院・児童福利研究中心（2011）『中国児童福利政策報告』。
- 陳劍（2015）『中国生育革命紀実（1978-1991）』社会科学文献出版社。
- 房莉傑・陳慧玲（2021）「平衡工作与家庭—家庭生育支

¹⁶⁾ 大手日刊紙である『光明日報』は2021年11月29日に「生育假」のコストをすべて企業に負わせるのは非現実的である、という論評を出して議論を呼んだ（[https://cj.sina.com.cn/articles/view/1750070171/684ff39b040012c4m?key=\\$code](https://cj.sina.com.cn/articles/view/1750070171/684ff39b040012c4m?key=$code)）。

- 持政策の国際比較」『人口学刊』43 (2) : 86-97。
- 何文炯・楊一心・王璐莎・徐琳 (2014) 「中国生育保障制度改革研究」『浙江大学学报 (人文社会科学版)』44 (4) : 5-18。
- 何文炯・王中漢・施依瑩 (2021) 「兒童津貼制度—政策反思, 制度設計与成本分析」『社会保障研究』2021 (3) : 62-73。
- 葛玉好・張雪梅 (2019) 「房価对家庭生育決策的影响」『人口研究』43 (1) : 52-63。
- 郭志剛 (2012) 『中国的低生育水平与被忽略的人口風險』社会科学文献出版社。
- 洪秀敏・朱文婷 (2020) 「全面兩孩政策下嬰幼兒照護家庭支持体系的构建」『教育学報』6 (1) : 35-42。
- 李婉鑫・楊小軍・楊雪燕 (2021) 「兒童照料支持与二孩生育意願—基于2017年全国生育状况抽样調查数据的实证分析」『人口研究』45 (5) : 64-78。
- 劉繼同 (2021) 「中国現代兒童福利服務体系制度化建設論綱」『探索与争鳴』2021 (10) : 140-147。
- 馬春華 (2020) 「兒童照顧政策模式的形塑—性別与福利国家体制」『婦女研究論叢』2020 (5) : 42-59。
- 喬曉春 (2021) 「從七普数据看中国人口發展, 变化和現狀」『人口与發展』2021 (4) : 74-88。
- 王雪梅 (2014) 『兒童福利論』社会科学文献出版社。
- 吳小英 (2021) 「中西方家庭理念的變遷軌跡及其爭論」張季風編『少子老龄化社会与家庭—中日政策与实践比較』社会科学文献出版社。
- 楊雪燕・高琛卓・井文 (2021) 「低生育率時代兒童照顧政策的需求層次与結構—基于西安市育齡人群調查数据的实证分析」『人口研究』45 (1) : 19-35。
- 易富賢 (2017) 「中国到底有多少人口」『中国經濟報告』2017 (10) : 40-43。
- 岳經綸・范昕 (2018) 『中国兒童照顧政策—回顧, 反思与重構』『中国社会科学』2018 (9) : 92-111。
- 張亮 (2016) 『中国兒童照顧政策研究—基于性別, 家庭和国家的視角』上海人民出版社。
- 庄渝霞 (2019) 「生育保險待遇的覆盖面, 影响因素及拓展对策—基于第三期中国婦女社会地位調查的实证分析」『人口与發展』25 (5) : 78-88。
- 中国發展研究基金会 (2012) 『人口形势的变化和人口政策的調整』。
- 中国民政部 (2020) 『中国民政統計年鑑2020』。

(り・れんか)
(ちょう・けいげん)

Childcare Policy in China

LI Lianhua^{*1} and ZHANG Jiyuan^{*2}

Abstract

Over the past few years, China's population policy has changed dramatically. Strict childbirth restrictions which enforced since around 1980 have gradually relaxed, shifted to social support for reproduction and childcare. Although there are few specific policies at present, childcare policy is expected to develop as new frontiers of social security during 2020s. In this paper, we will review the historical changes of China's population policy, investigate the latest policy trends and discussions on childcare, and discuss the China's characteristics compared to neighbor countries, especially Japan and South Korea. Finally, we emphasize the "re-familiarization" of childcare in China, the limitations of the maternity insurance system, and the lack of gender perspective.

Keywords : China, One-child Policy, Childcare, Maternity Insurance, Re-familiarization

^{*1} Associate Professor, Faculty of Economics, Tokyo Keizai University

^{*2} Lecturer, Faculty of Economics and Management, East China Normal University

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

介護保険パイロット事業等からみる中国の高齢者介護制度

万 琳静^{*1}・小島 克久^{*2}

抄 録

中国では人口高齢化が進んでおり、高齢者介護政策の構築が重要な政策課題となっている。近年、全国的な介護保険の構築を目指して、2016年に介護保険パイロット事業を15カ所の都市で実施し、2020年には14カ所の都市を追加指定した。各都市の介護保険パイロット事業の内容は多様であり、「多様性」「断片性」が特徴である。その背景として、中国政府がこの事業の大枠しか決めず、詳細を地方政府に任せたことがある。また、地方政府同士の学び合いの政策学習の結果、ほかの都市の例を参考に、各都市の現状に合わせて事業を進めたことも、こうした特徴をより顕著にさせている。またこれとは別に、高齢者介護手当の制度もあり、その内容も地域差が大きい。

中国で介護保険を実施する場合、①全国的な基準を詳細に決める、②地域の実情に応じた制度設計、これらのバランスが取れた制度設計により、全国的な介護制度構築が可能になる。

キーワード：高齢者介護制度、介護保険パイロット事業、「多様性」、政策学習、中国

社会保障研究 2022, vol.6, no.4, pp.454-468.

Ⅰ はじめに

2020年の「第7回人口センサス」によると、中国の60歳以上、65歳以上の人口はそれぞれ総人口の18.7%、13.5%を占める。中国も「高齢社会」が目前となる中、要介護高齢者問題への対応が政策課題となっている。中国老齡工作委员会弁公室の推計によると、2020年の要介護、要介助の高齢者

(60歳以上、以下同じ)¹⁾は高齢者の16.6%の約4,200万人である²⁾。また、中国老齡協会の推計によると、2020年の認知症高齢者数は1,507万人、2030年には2,220万人に達する見通しである³⁾。中国の高齢者介護は、「9073」という言葉が示すように、家族を基本とし(高齢者の90%)、地域(同7%)、施設(同3%)がそれを補完することをスタンスとする。しかし、子どもの数の減少、農村部を中心に「空巢世帯」(高齢者のひとり暮らしや夫

^{*1} 西安交通大学公共政策与管理学院 助理教授

^{*2} 国立社会保障・人口問題研究所

¹⁾ 本論では特別な説明がない限り、60歳以上を高齢者とする。

²⁾ 中国老齡科学研究中心web (<http://www.crca.cn/index.php/13-agednews/311-6-1.html>) による(2021年10月25日確認)。

³⁾ 中国老齡協会web (<http://www.cncaprc.gov.cn/lxw/192277.jhtml>) による(2021年10月25日確認)。

婦のみ世帯)の増加があり、高齢者介護を家族だけが担うことは現実的でない状況である。

中国の要介護高齢者政策は、沈(2014)によると、従来は主「補牆頭」,「補床頭」の形⁴⁾による、基盤整備を中心とした供給側への財政支援であった。2010年以降は、高齢者介護手当、介護保険パイロット事業といった要介護高齢者を対象とした政策が急速に展開されてきた。2014年に財政部、民政部と全国老齡委員会は連名で「関与建立經濟困難の高齡,失能老人老年人補貼制度的通知」(經濟的困難にある後期高齡,要介護高齢者への手当制度の設立に関する通知)を發出し、低所得の要介護高齢者を対象とした高齢者介護手当制度を創設した。2016年6月に人力資源社会保障部弁公庁「關於長期護理保險制度試点的指導意見」(介護保険パイロット事業の展開に関する指導意見)をもとに、15カ所の都市で介護保険パイロット事業が実施された。さらに、2016年に國務院が発表した「『十三五』国家老齡事業發展和養老体系建設規畫」(老齡事業發展と養老体系整備の13次5ヶ年計画:13次5ヶ年計画傘下の計画)の中でこれらを整合する「介護保障」の枠組みも構想されている。また、2020年9月には医療保険局と財政部は「關於擴大長期護理保險制度試点的指導意見」(介護保険パイロット事業の拡大に関する指導意見)を發出し、14都市が介護保険パイロット事業に追加指定されている。現在の中国は介護保険パイロット事業を中心に介護保障を整備する姿勢がわかる。

この二つの制度は地方政府が実施する中、「多様化」もしくは「断片化」が共通の特徴となっている。本論では、先行研究、政府の公開資料、インタビュー調査⁵⁾などをもとに、中国の高齢者介護制度が「多様化」もしくは「断片化」した背景

を明らかにする。特に、介護保険パイロット事業について、3つの都市の事例の分析を通じて、その背景をより明確にする。そして、中国で見られる「政策学習」と呼ばれる地域間での学び合いについて論じる。最後に、中国における全国的な介護制度構築の方向と日本への示唆についてまとめる。

II 中国の高齢者介護制度に関する先行研究

1 日本での先行研究

日本でも中国の介護制度に関する研究が近年蓄積されつつある⁶⁾。

まず、岡室(2015)では、中国における高齢化対策の変遷、介護保険パイロット事業導入の過程を概観し、青島市の例を詳細に分析して、財政的な課題があることを論じている。沈(2016)では、中国の介護保険制度構築について、中国国内の研究動向に加え、中央政府、地方政府の政策動向、特に、介護保険パイロット事業実施の背景について、政策立案の面から分析している。さらに沈(2017)は、介護保険モデルに関する論争、青島市、上海市、北京市の例を挙げて、多様な介護保険モデルについて論じている。

次に、王(2016)は、中国の介護保険制度導入をめぐる政策方針、研究者や有識者の意見を論じ、青島市のパイロット事業を紹介したうえで、給付、人材不足などの課題を指摘している。結論として、パイロット事業実施都市での財源やサービス提供体制の充実、この事業の実施都市の拡大などを提言している。

パイロット事業の概観、事例の詳細分析の研究も蓄積されつつある。袁(2019)によると、15カ

⁴⁾ 沈(2014)によると、「補牆頭」は、新設の介護施設への建設用地提供や定期借地権利用の許可および一時金の補助・融資などを指す。「補床頭」は、稼働するベッドに対して施設側に財政補助を与えることを指す。

⁵⁾ インタビュー調査は西安交通大学張思鋒教授による中国教育部プロジェクト18JZD045の研究活動の一環として行った。調査は中国の高齢者事業と産業の現状把握を目的に、2020年6月20日から7月15日まで、武漢市、荊門市、南通市などで行った。筆者のうち万琳静が調査に参加し、介護保険パイロット事業について各地方政府医療保険局でインタビュー調査を行った。調査は人を対象としないため、倫理的な発生しないが、調査実施時には対象者に調査内容の説明、秘密保守の義務などを説明し、調査対象者の同意の上で調査を行った。

⁶⁾ 高齢者介護手当制度について、Ciniiで検索した結果、これをテーマとする論文は存在しなかった。しかし、沈(2014)で「補人頭」の制度として上海を事例にその仕組みを紹介している。

所の介護保険パイロット事業実施都市の事業内容を概観し、この事業の課題として、医療保険への影響などを論じている。張（2018）は、介護保険パイロット事業都市の青島市、南通市、長春市を取り上げ、介護サービス提供体制、人材確保、農村部の介護問題、医療保険に付属する財政の仕組みなどの課題を論じている。

介護サービス提供体制に関する研究の一つとして、包（2020）がある。それによると、中国国務院が示す政策意見を概観する一方、介護サービスの課題として法制度の整備、量と質の充実、人材確保を挙げている。

郭（2018）では、中国の介護サービス提供システムを、利用者の所得階層、地域の軸から多様なサービス提供・利用になっていると整理している。それに加えて、15か所の介護保険パイロット事業都市を詳細に分析したうえで、日本の経験も踏まえた中国の介護保険全国実施の可能性を論じている。

片山（2019）は、中国の公的医療制度と介護制度の両方の仕組み、課題を論じている。後者について、介護保険パイロット事業の多様さを財源、給付内容などの面から論じている。課題として財源確保に注目している。

万（2021）は、中央政府が出した「多層次介護保障」という対策案について、その政策過程に着目し、2013年～2017年中央政府各省庁の動きを検証した。その結果、「多層次介護保障」は曖昧で大きな枠組みであり、政治的影響のもとに中央省庁間が利益調整の末に出した妥協案であると分析している。

これらの研究から、中国の介護保険パイロット事業は、限られた地域での実施、制度の多様性、財源確保、人材確保が課題とされる傾向がある。介護サービス提供体制についても、量および質的な不十分さなどが指摘されている。

2 中国での先行研究

中国で現在実施されている高齢者介護手当、介護保険パイロット事業は、高齢者介護政策ではなく、「多層次介護保障」という大きな政策枠組みの中に含まれている。両制度が実施される前の高齢者介護政策の研究は、介護を含めた高齢者福祉サービスの提供が中心であり、両制度の必要性の提言も多かった。2014年以降は、高齢者介護手当と介護保険パイロット事業の実施により、この分野の研究はこれらの制度に関心が集中し、特に後者の研究が多くなってきた。

中国の要介護高齢者政策について、陸・沙（2018）はこれまでの経緯を整理した上で、中国の要介護高齢者政策は体系化されつつも、政策の位置付けは曖昧であること、関連分野の政策との整合性がないこと、給付水準の差が大きいこと、運営及びサービス提供主体は政府部門に偏ること、家族介護者への支援が少ないことなどを指摘した。

高齢者介護手当は省レベルの地方政府を中心に全国的な展開があるなかで、研究が蓄積されてきた。文・張（2020）は各地の高齢者介護手当制度の内容をまとめ、カバー率が低いこと、対象者が明確でないこと、保障水準が低いこと、財政確保の体制は十分でないことを指摘した。周（2017）は政策過程論から省レベルの高齢者介護手当制度を分析した。また、胡・蔣（2020）、戴・付（2021）では、資源の効率性から高齢者介護手当と性格が類似する制度⁷⁾との統合の問題に着目し、中央政府が地方へ財政補助を行う必要性と可能性について分析を行った。

しかし、介護保険パイロット事業がより多くの研究者の関心を集めている。鄭（2019）、戴・余（2021）では、政府が15都市を指定した介護保険パイロット事業について、地域ごとの多様な取り組みを評価した一方で、その最たる特徴として「断片化」があるとした。その背景として、介護は新しい社会リスクであること、中央政府は権限を地

⁷⁾ 中国では、高齢者福祉サービス手当、後期高齢者手当、障害者手当などの制度も設けている。なお、制度の性格や区別が曖昧であるため、それらを統合する意見が多い。本論で要介護高齢者を対象とした政策に焦点を当てたため、その議論には触れない。

方政府に委譲したことを指摘した⁸⁾。そうした中、介護保険パイロット事業の詳細分析も進められた。多くの研究では、被保険者、給付範囲、財源調達、サービス提供の内容、認定基準など制度の全体の枠組みから、15カ所の都市の特徴を明らかにしている(孫・謝(2018)、蔣(2018)、王他(2018)、杜・楊(2019)、関・朱(2019)、陳(2020))⁹⁾。また、周ら(2021)はテキストマイニング分析を通して、介護保険パイロット事業実施都市の政策分析を行った。その結果、計画や規制による政策が多く、人材養成や財政補助という支援的な政策が少ない。政策も政府に関することが中心で介護事業者、民間保険会社、利用者、社会団体に関するものが少ないことを指摘した。

現在模索中である介護保険について、研究者の間でも意見が多様である。孫・謝(2018)は、中国で介護保険を巡って最も議論されている点として以下の4つを挙げた:①財源調達(費用負担基準は定額か定率か、財源を医療保険基金に求めるか独自の財源か)、②政策の位置づけ(医療保険制度との関係、被保険者は都市部従業員のみか、すべての住民か)、③給付方式(基準を金額とするか、サービス時間とするか)、④給付基準(「失能」(要介護)の基準を統一すべきか否か)。また、桂(2019)のように、中国独自の問題、例えば流動人口の介護保険加入問題などについての指摘もある。

介護保険パイロット事業の特徴である「多様化」、「断片化」の状況に関する研究に加え、その要因に関する研究も進んでいる。賈(2021)は政策文書のテキストマイニング分析を通じて、15カ所の地域の政策ネットワークが緊密になっていたこと、そしてその関係は「弱-強-弱」という時間的な緊密さの変化があること、また、パイロ

ット事業の地域間で「中心と周辺」のネットワーク権力構造もみられたことを明らかにした。特に、介護保険パイロット事業の「断片化」の要因として、中国の地域差で理解するだけではなく、「政策ネットワークの中で相互に模倣、競争、創造拡散の中で形成されつつ地方行政の動体的な均衡である」と分析した。羅・王(2021)は、政策拡散の視点から制度の展開経路を検証した。それによると、2012年から現在までを3つの段階に分け、第一段階(2012~2016年)の先行実施期間には、地域間の相互学習で政策が拡散した。第二段階(2016~2020年)はパイロット事業開始期間で、中央政府から地方政府への拡散が特徴であった。第三段階(2020年以降)は、パイロット事業拡大時期で、下から上への政策経験の吸収と上から下への拡散という特徴が見られた。これら二つの研究から、「断片化」の原因は、介護保険パイロット事業指定都市の地方政府による各都市の状況に応じた政策の模索に加え、他地域との相互学習を行った上での結果であることを明らかにした。こうした政策ネットワークや、政策過程からの研究も蓄積された。

このように、中国でも政策の展開に合わせて、多くの論点からの研究が進まれている。「多様化」と「断片化」は、中国の高齢者介護保障制度を理解する二つのキーワードであることが明らかにされている。以下では、これを踏まえて、中国の介護制度の現状と課題について論じる。

Ⅲ 中国の高齢者介護制度の現状

1 介護保険パイロット事業

中国の介護保険パイロット事業は、2016年、2020年の2回の指定により、29カ所で実施されている¹⁰⁾。現在の指定都市を見ると、上海市、青島

⁸⁾ 最低生活保障、年金、医療などの制度改革において、地方政府がまずパイロット事業を実施し、後に中央政府がその経験をもとに全国に展開するという経路であった。

⁹⁾ 実際に、高齢者介護制度全体に関する包括的な分析に加え、制度のある側面に着目した研究、特定の都市を対象とした事例研究も蓄積されている。

¹⁰⁾ 山東省と吉林省は国の重要連絡省として、省内の複数の都市に介護保険パイロット事業を拡大しており、これらを合わせると実際は49カ所になる。しかしこれらの省では省の事業としてこれを行っているため、本論ではこれを1カ所とみなして、29カ所という立場をとる。

市、広州市などの沿岸部のほか、北は黒竜江省のチチハル市から南は広西チワン族自治区の南寧市、西は新疆ウイグル自治区の石河子市に及び、中国の広い地域から指定されている。また、指定都市の高齢化率（2020年）をみると、最も高いのは南通市（30%）であり、最も低いのは広州市（11.4%）であり、高齢化の程度にも地域差がある。

以下、当初及び追加指定の29カ所のパイロット事業指定都市の概要と青島市、荊門市、寧波市という三つの都市の事例から、その現状を見ていく。

（1）介護保険パイロット事業指定都市の概要

各都市のパイロット事業の概要は表1の通りである。中国政府が指定した29カ所のうち、27カ所はすでに関係規則の制定もしくは改正を行っている。表1からパイロット事業の特徴を見ると、以下を挙げることができる。

まず対象者は、医療保険加入者を基本とする点は共通する。中国の医療保険のうち、都市従業員基本医療保険（都市の就業者を対象）の加入者を対象とする点が共通する。一方で、都市住民基本医療保険（都市の就業者以外の者を対象）、新型農村医療保険（農村の住民を対象）の加入者を対象とするか否かは、都市により異なる¹¹⁾。なお、対象者の変遷を見ると、当初は都市部従業員が中心であったが、制度拡大により徐々に農村部と都市部の住民も含むようになった。現在、当初指定の15カ所の都市の多くは、対象者を農村部と都市部の住民にまで拡大した¹²⁾。追加指定都市を見ると、実施に慎重で前者の方が多いが、今後制度の展開により対象者の拡大も予想される。

次に財源については、医療保険基金の一部を活用していることが共通する。医療保険基金の活用方法は多様である。多くの都市では、毎月などの定期的に介護保険料を都市部従業員医療保険プール金から調達する。また、青島市や盤錦市の

ように、さらに、そこから一次金を調達する場合もある。例は少ないが、上海市のように住民医療保険基金から一部調達する都市もある。さらに、医療保険基金を直接利用せずに、昆明市のように保険料率を変えず、医療保険料の一定割合を直接介護保険料として調達する場合もある。このように、医療保険への依存は現在も相変わらず強い。

事業主負担をできるだけ抑えることも共通する。現在、実際に新たに事業主から調達するのは上饒市、晋城市、盤錦市、福州市、南寧市の5つの都市である。晋城市、福州市では企業の反発対策として、2021～2022年の期間において企業負担分を医療保険基金から調達する措置をとっている。政府は企業に対する「減税降費」（公租公課減額）政策の下で、新たに企業から介護保険料を調達することは困難であろう。

2021年現在での財源調達方法の状況を見ると、上海市、蘇州市、寧波市以外の多くの都市において、医療保険のほか、個人負担、公費、さらに福祉宝くじ収益金や寄付金などから調達することになっている。上饒市、盤錦市のように、医療保険、個人負担、事業主負担、公費、福祉宝くじの収益金や寄付金など5つの調達ルートとしている。このように、財源確保の方法は多様である。

さらに、給付内容を見ると、ほとんどの都市では居宅サービス、施設サービス（高齢者福祉施設と介護機能がある医療施設）の両方を給付内容としている。なお、後者について、高齢者福祉施設と医療施設の給付基準を同一とする都市もあれば（承德市、成都市、天津市、開封市等）、施設整備や入居者の要介護度によって別に分ける都市もある（長春市、安慶市、湘潭市、漢中市等）。さらに、介護人材の不足を背景に、承德市、上饒市、荊門市、昆明市、漢中市などの11の都市では家族介護者への給付も行っている。

給付基準は都市による違いが大きい。例えば、成都市や呼和浩特市のように要介護度別の給付水準を決めている都市がある一方、青島市、荊門市

¹¹⁾ 都市部と農村部住民医療保険の合併に伴い、現在おおよそ都市部従業員のみか、都市部と農村部の住民を含むかという二つの形となっている。

¹²⁾ 南通市や荊門市のように、実施当初から両者を対象者に含む都市もある。

表1 中国介護保険パイロット事業の概要 (2021年現在)

番号	省・自治区	都市名	60歳以上の者の割合 (2020年)	対象者				財源				給付					
				都市従業員	都市住民	新規農村住民 その他（非正 規雇用者等）	医療保険	個人拠出	事業主拠出	公費	その他	家族介護者	居宅	高齢者施設	医療施設 （介護）	補助具賃貸	その他
1-①	河北省	承德市	22.0%	○		○	○	○	○		○		A	A	A		
1-②	吉林省	長春市	21.0%	○	○	○	○	○	○		○			A	A	A	
1-③	黒竜江省	チチハル市	24.1%	○			○	○	○					A	A	A	
1-④	上海市		23.4%	○	○	○	○							A	A	D	
1-⑤	江蘇省	南通市	30.0%	○	○	○	○	○	○		○	○		B	B	B	
1-⑥	江蘇省	蘇州市	17.0%	○	○	○	○							B	B		
1-⑦	浙江省	寧波市	14.6%	○			○							B	B+D		
1-⑧	安徽省	安慶市	21.5%	○			○						B	B	B		
1-⑨	江西省	上饒市	17.7%	○	○	○	○	○	○		○			B	B	B	
1-⑩	山東省	青島市	20.3%	○	○	○	○	○	○		○	○		A	A	A	A
1-⑪	湖北省	荊門市	22.8%	○	○	○	○	○	○		○	○	B	A	A	A	
1-⑫	広東省	広州市	11.4%	○	○	○	○	○	○		○	○		A	A	A	A
1-⑬	重慶市		21.9%	○			○	○	○					B	B		
1-⑭	四川省	成都市	18.0%	○	○	○	○	○	○		○	○	B	B	B		
1-⑮	新疆ウイグル 自治区	新疆生産建設 兵団石河子市	22.5%	○	○	○	○	○	○		○	○	B	A	A	AまたD	
2-①	北京市	石景山区	24.3%	○	○	○	○	○	○		○	○	A	A	A		
2-②	天津市		21.7%	○			○				○	○		A	A		
2-③	山西省	晋城市	20.3%	○		○	○		○	○	○	○	B	A	A		
2-④	内モンゴル 自治区	呼和浩特市	18.0%	○	○				○		○	○		B	B		
2-⑤	遼寧省	錦州市	22.7%	○			○	○	○	○	○	○		A	A		
2-⑥	福建省	福州市	16.8%	○			○	○	○	○	○	○		A	A		
2-⑦	河南省	開封市	19.3%	○				○	○		○	○	B	A	A		
2-⑧	湖南省	湘潭市	21.9%	○			○	○	○					A	A	A	B
2-⑨	広西チワン族 自治区	南寧市	14.8%	○			○	○	○	○				A	A		A
2-⑩	貴州省	黔西南ブイ族 ミャオ族自治州	14.7%	○				○	○			○	B	B	B	B	
2-⑪	雲南省	昆明市	14.4%	○			○				○	○	A	A	A		
2-⑫	陝西省	漢中市	24.3%	○			○	○	○		○	○	B	B	B	B	
2-⑬	甘肅省	甘南チベット族 自治州	12.5%	-													
2-⑭	新疆ウイグル 自治区	ウルムチ市	22.3%	-													

注：1. 石河子市の高齢化率は2021年12月7日の兵团日報同市web版による。http://www.bjrmw.net/content/content_1534615.html
 2. 対象者について、政策または政策の解釈の中で明白に「靈活就業人員」（「非正規雇用者」）を示した場合、その他（非正規雇用者等）に「○」をつける。なお、実際の政策において、「靈活就業人員」が含まれていると考えられる。
 3. 財源について、ここでは実質的負担者を示している。
 4. 給付の基準について、定率をA、定額をB、時間（現物）はC、医療保険の給付基準をDとする。
 5. 番号のうち1-は当初指定、2-は追加指定を示す。
 出所：中国政庁および各省政庁資料より作成（資料収集など担当：万琳静）。

や天津市、漢中市などの多くの都市では、介護施設、医療施設での介護、居宅介護それぞれに一日あたりの基準を一律に定めた上での定額、定率の給付となっている。また、上海市のように、居宅サービスは要介護度に基づく給付、高齢者福祉施設サービスは費用の一定割合としており、医療施設は医療保険の基準に従っている。

この事業の実施都市の状況を『2020年度国家高齢事業発展公報』で見ると、2020年で約1.08億人をカバーし、基金収入は約196.1億元、基金支出は約131.4億元である。介護サービス提供について、同事業の指定施設は4,845箇所、介護職員数は19.1万人であり、利用者は延べ136万人に達した。

中国の介護保険パイロット事業には、共通点がある一方、都市ごとの制度である。そこから中国全土に適用できるモデルの提示は困難である。中国政府は当初は1～2年でパイロット事業を終え、2020年までに全国的な介護保険制度の枠組みを構築するとしていた。しかし、その結果は望むものではなかった。特に介護保険の財源調達という重要な問題について、2019年国家医保局は「医療保険基金と財政補助を占める比率が高く、個人負担が低い」と分析している（医保函〔2019〕174号）。現在のパイロット事業では、個人拠出を増加させ、医療保険に依存しない試みも始まっているが、企業への負担増を避ける中で、どのような政策の展開があるかは今後も注目すべきだろう。

（2）介護保険パイロット事業の事例研究：

青島市、荊門市、寧波市

上述からわかるように、中国の介護保険パイロット事業の内容は多様であり、その詳細を一括して把握することは難しい。そこで、事例研究を通してその詳細把握を試みる。ここでは青島市、荊門市、寧波市を取り上げる。理由は以下の通りである。青島市は中国でいち早く介護保険パイロット事業を実施した都市である。荊門市は中国中部に位置し、高齢化率や経済水準も中国の平均に近く、また介護保険パイロット事業も積極的に取り組んできた都市である。寧波市は沿岸都市であるが、経済が発展しているにもかかわらず、介

護保険実施に慎重な都市であるためである。

① 青島市：先行して介護保険を実施

青島市は1987年に高齢化社会に突入し、2020年には高齢化率は20.3%、要介護、要介助の高齢者は約30万人である。市は2012年に民生事業として「長期医療護理保険制度」を始めた。これは都市部の重度の要介護高齢者を対象に、医療的介護が必要な場合に医療保険から費用を支払う仕組みであった。2014年12月から、制度の対象を農村部の重度要介護高齢者にまで拡大した。2016年に青島市は政府の介護保険パイロット事業都市に指定され、同年の制度改革により、重度の認知症高齢者もカバーするようになり、さらにサービス内容も、医療的介護に限定せず、生活のお世話などの給付も模索し始めた。なお、2018年まで青島市は主に医療保険から財源を調達し、医療保険への依存が強かった。

2018年3月、青島市人民政府は「關於印發青島市長期護理保險暫行弁法的通知」（青島市介護保険の暫行方法に関する通知）が公布され、介護保険は要介護高齢者及び認知症高齢者の基本的な日常生活のお世話とそれに密接にかかわる医療サービスを提供する制度であることが明確になった。また、医療保険から独立した制度とし、財源調達も医療保険基金からの移転、個人拠出、公費及び寄付金などの多角的な調達ルートになった。給付内容も医療的看護に限らず、ニーズに応じた医療、介護、リハビリ、心理的サポート、ターミナルケアなども含むようになった。2021年、中央政府のパイロット事業拡大通知、特に「独立した社会保険」の方針を受け、医療制度への依存をさらに弱めた。特に一般住民の介護保険について、医療保険基金からではなく、財政補助と個人拠出から財源を調達することとした。

表2は青島市の介護保険制度の展開過程をまとめたものである。これより青島市の介護保険制度は、対象者、サービス内容、財源調達ルートを徐々に拡大しながら、独立した社会保険制度として確立しつつあることがわかる。

青島市の介護保険下でのサービス提供体制を見てみよう。まず、提供主体では、公設民営の事業所

表2 青島市の介護保険制度の展開過程

制定時期	公文書	主な内容
2012.7	関于建立長期医療護理保険制度的意見（試行）（青政弁字〔2012〕91号）	医療保険から要介護高齢者の医療的介護（看護）費用を支給する（都市部のみ）
2014.12	関与印発「青島市長期医療護理保険管理弁法」的通知（青人社発〔2014〕23号）	都市部と農村部をカバーする
2016.12	関于将重度失智老人納入長期護理保険保障範圍並実行「失智専区」管理的試点意見（青人社発〔2016〕27号）	重度の認知症高齢者をサービスの対象者を含む；日常の世話（生活介護）の模索
2018.3	青島市人民政府関于印発青島市長期護理保険暫行弁法的通知（青政発〔2018〕12号）	多元的な財源調達ルートの実現，生活介護を保障の範囲に広げる
2021.3	青島市人民政府関于印発青島市長期護理保険弁法的通知（青政発〔2021〕6号）	保険費，サービスの整合性を図る

出所：米他（2019），p.7より，万琳静が一部加えたもの。

が中心となっている。市政府は民間の力を積極的に活用し，施設の複数展開なども奨励している。2021年現在で，市の指定介護施設は978カ所であり，うち民間施設は87%を占め，ベッド数は3万床を超えている。利用者は，青島市都市部従業員介護保険，都市部と農村部住民介護保険の加入者で，さまざまな原因で長期の寝たきりや日常生活で自立できず，これが6ヶ月以上継続と判定された重度要介護高齢者（要介護認定で3級～5級の者），または重度の認知症と認定された者である。給付内容は，利用者のニーズに合わせたサービスが提供される。介護サービスの提供形式として，要介護高齢者と認知症高齢者を統一し，また従来の「専護」（専門な医療看護施設），「院護」（高齢者福祉施設），「家護」（訪問介護），「巡護」（巡回健康管理サービス）から施設サービス，居宅サービス，ショートステイという三つの形に変化している。介護給付は介護事業所に費用を支払い，利用者への現物給付の形である。利用者負担から見ると，都市部従業員の個人負担は10%，第一類住民（医療保険料が一年間一人当たり350元）は20%，第2類住民（医療保険料が一年間一人当たり110元）は25%である。

研究者が指摘する農村部と都市部の格差問題について，青島市の対応はどのようになっているのだろうか。2015年以降，農村部住民が制度の対象となり，彼らにも都市部従業員と同じように，介護サービスを保障することになった。しかし，介護サービス利用においてその差は大きい。市医療

保障局によると，2020年の青島市で重度要介護高齢者は約7万人である。うち，都市部従業員介護保険の加入者は約2.3万人であり，ほぼ全員が介護保険サービスを利用している。一方，都市部と農村部住民介護保険の加入者は約4.8万人であるが，実際の利用者は約0.64万人である。農村部の介護サービス不足を解決するために，農村部の中年女性を介護人材として養成し，近隣に介護サービスを提供することを奨励している。また，都市部の施設を積極的に農村部にまで拡大することを勧めている。2021年1月～9月において，市には指定介護施設は141カ所を増加し，うち農村部は93カ所であった。施設で介護保険サービスを利用する者は約4万人であり，うち約1.6万人は農村部の要介護，認知症高齢者である。青島市における農村部の要介護高齢者問題は，制度の拡大により徐々に解決しつつあると言える。

今後青島市の方針性として，対象者を拡大し，重度要介護，認知症高齢者だけではなく，軽度，中度の者もカバーするとしているが，介護費用が増加する中で¹³⁾，今後の制度展開に注目すべきである。

② 荊門市：積極的に介護保険パイロット事業を推進

荊門市は中国中部の湖北省にある都市である。2020年の高齢者人口は約60万人であり，高齢化率は22.8%である。高齢化率が高く，経済状況は全国で平均的なレベル¹⁴⁾にある都市であるが，荊門市は介護保険パイロット事業を積極的に推進して

¹³⁾ 2012年～2021年で，介護保険サービス利用者は約0.8万から約7.1万人に増加し，支給金額も約4,500万元から約35億元にまで増加した。

いる。

荊門市医療保険局の関係者によると、市は2015年に中央政府の介護保険パイロット事業に積極的に申請した。中央政府による同事業指定の同年11月に、荊門市政府は「荊門市長期護理保険弁法(試行)」を制定し、3年間で都市部と農村部をカバーする介護保険事業の実施を決めた。また、2019年に制度を改正し、認定基準、給付基準などについて新しく規定し直した。

荊門市は青島市と比べると、実施当初から都市部と農村部をすべてカバーした制度であるという違いが顕著である。その理由として、関係者は三つを示した。一つは制度の理念で公平性の問題である。次に、青島市の教訓がある。青島の方法は、実施当初は制度展開しやすいが、その後の対象者拡大に制度改正が必要になる。そのため、荊門市は当初からすべての地域の住民を対象者とした。最後に、個人が保険料を負担する観点から、対象者の範囲を広くすることで個人負担が低くなるとした。

そのため、荊門市の財源調達も当初から個人、医療保険基金、公費補助という多元的な形であった。都市部や農村部の住民(雇用者でない)を対象とするため、企業は彼らの保険料を補助できないこと、また彼らの就業状況の不安定性もあるため、あえて企業からの保険料負担はなく、個人からのみの保険料負担とした。保険料の基準について、市は定額ではなく、住民可処分所得前年度の0.4%と設定し、毎年を経済状況によって調整できる仕組みを取った¹⁴⁾。また財源構成比を、個人:財政補助:医療保険基金をそれぞれ3:3:2としていた。2019年の改正により、2020年からの政府の財政補助は一人あたり30元の定額とし、財政補助を抑えることとなった。そして、個人負担と医療保険基金で3:2の負担は続き、ともに負担額を増加させる形となった。

荊門市介護保険のサービス提供体制を見てみよう。まず提供主体は、公営、民営に関係なく、積

極的に介護保険サービスに取り組む事業者である。提供対象は、60歳以上の都市部従業員、都市部と農村部一般住民の介護保険加入者で、さまざまな原因で6ヶ月以上日常生活で自立できない重度の要介護高齢者(要介護認定の点数で0~39となった者)である。サービス内容には、掃除、就寝、飲食、排泄などの日常のお世話や、病状観察、心理的サポート、リハビリ、経管栄養、ターミナルケアなどがある。サービス提供の形態として、医療施設サービス、高齢者福祉施設サービス、居宅サービスからなる。介護給付は費用を事業所に支給し、利用者への現物給付である。利用者負担割合をみると、在宅サービスでは要介護度別の重度1, 2, 3級でそれぞれ20%, 50%, 60%となっている。高齢者福祉施設において、利用者負担割合を25%としているが、利用額そのものは要介護度、施設のランクによって異なる。医療施設サービスの利用者負担割合は30%である。荊門市は2019年の制度改正(翌年実施)で要介護認定や保険給付の基準を細かく規定した(詳細は表3を参照)。要介護高齢者のニーズに対応する一方で、給付拡大に歯止めをかけることも志向したと考えられる。

一方、荊門市の特徴の一つとして、介護人材不足を解決するために、家族介護者を積極的に活用したことである。市は介護従事者登録制を制定し、介護従事者養成課程に参加し、修了証を取得した人を市のデータベースに登録し、在宅サービス事業所と契約を結べば、訪問介護サービスを提供することができる。それは家族に介護サービスを提供する場合にも適用する。そのため荊門市では、多くの家族介護者が積極的に介護従事者養成課程に参加し、2020年まで延べ約2.5万人がこの課程に参加した。

荊門市の介護保険加入者は2020年で約253万人であり、利用者は8,350人である。介護保険サービス利用者が重度要介護者に限られたため、利用者は極めて少ない。また利用者のうち、在宅サー

¹⁴⁾ 2020年荊門市一人あたりGDPは73,323円で、中国国民一人当たりGDPの73,297元とほぼ同じである。

¹⁵⁾ その基準によると、2016年の保険料基準額は80元であった。なお、2018年、2019年「減税降费」政策の影響で、その基準額は調整できなかった。

表3 荊門市制度改正前後のサービス給付基準の変化

要介護認定基準				サービス給付					
2016		2020		2016			2020		
				在宅 (保険給付基 準)(元)	高齢者施設 (保険給付基 準)(元)	医療施設 (保険給付基 準)(元)	在宅 (保険給付基 準)(元)	高齢者施設 (保険給付基 準)(元)	医療施設 (保険給付基 準)(元)
重度失能	<40	重度三級	21~39	100*80% (全日) 40(非全日)	100*75%	150*70%	100*40%	70*75% 60*75% 50*75%	
		重度二級	6~20				100*50%	80*75% 70*75% 60*75%	
		重度一級	0~5				100*80%	100*75% 90*75% 80*75%	150*70%

注：最低生活保障の受給者、労働能力がない重度の要介護高齢者及び（農政部）特別困難扶養対象者は全額公費補助から支給する。
出所：万琳静が荊門市政府の公文書により作成。

ビス利用者は7,021人である。これは家族介護者の活用と密接にかかわると考えられる。荊門市医療保険局の関係者によると、今後の方向性として、一つは、財源が負担できる範囲で中度要介護高齢者や認知症高齢者を制度対象者に含めること、もう一つは、在宅介護を高齢者施設に誘導することである。特に後者について、当初は介護人材が不足する中で家族介護者を活用したが、そのサービスの質が担保できず、高齢者施設の利用にも影響したため、在宅サービス利用をむしろ限定する方針を示した。

③ 寧波市：介護保険パイロット事業の推進は消極的

政府の介護保険パイロット事業に指定されても、さまざまな原因でこれを積極的に推進しない都市もある。寧波市はそうした都市の一つである。寧波市は浙江省第二の都市であり、2020年の高齢化率は14.6%と、全国平均の18.7%よりも低い。経済状況として、一人あたりGDPは131,947円で、全国一人あたりGDPの約二倍である。

2017年9月に寧波市政府弁公庁は「關於印發寧波市長期護理保險制度試點方案的通知」（寧波市介護保険制度パイロット事業の方案に関する通知）（甬政弁發〔2017〕115号）を公布し、2017年12月から介護保険パイロット事業の実施を決定した。これは当初指定都市の中で遅いスタートであ

る。また、寧波市は青島市や荊門市のように、制度展開による規則の改正は行わなかった。実施範囲は全市のうち、4つの区で介護保険パイロット事業を実施し、対象者はこれら4つの区の都市部従業員医療保険に加入した者である。財源として、都市部従業員医療保険プール金の基金から2000万元を調達した。サービス提供対象者は、180日以上にわたり自立した日常生活ができない重度要介護高齢者に限定される。サービス提供方式は、「専護」（専門な医療看護施設）と「院護」（高齢者福祉施設）の二つである。サービス給付は、定額で1日あたり40元の補助である。実施から2020年まで、寧波市介護保険は約197万人の被保険者をカバーし、利用者は延べ1,221人であった。

このように、寧波市は多元的な財源調達ルートを設けず、サービス提供も施設サービスに限定し、利用者数も少ない。寧波市は介護保険パイロット事業にそれほど積極的ではないことがわかる。その原因として、市の医療保障局関係者によると、中央政府に明確な指針がないことがひとつであるとした。そのような中、寧波市で独自の制度を展開すると、のちに政府の政策に合わせるための制度変更が必要となる説明した。そのため、あえてパイロット事業では消極的に対応し、その後の制度改正の負担を避けたいとした。また、

もっと現実的な原因として、2018年に寧波市人力資源・社会保障局（人社局）と医療保険局（医保局）の機構改革の影響がある。以前の人社局長は積極的にパイロット事業を申請していたが、その実施責任は人社局から医保局に変更され、責任者も交代した。そのため制度の実施効果を検証する機会がなかった。一方で荆門市の場合、医保局の責任者は当時パイロット事業を積極的に取り組んでいた人社局の責任者であるため、制度実施に一貫性があった。

これら3都市の事例から分かることは何であろうか。

前述のように、3つの都市はそれぞれの状況にあわせて制度を実施しており、その内容、展開の多様性を改めて確認できた。青島市の対象者限定からその後の制度拡充、荆門市の幅広い対象者設定とその後の制度の効率運用を目指した改正、寧波市の実施以来の慎重な制度運営、という特徴がある。一方で介護サービス提供ではいくつかの共通点が見られた。例えば、給付の種類が幅広く、その給付方法は現物給付となっていることである。ここで補足すると、運営体制において、多くの地域は民間保険会社と連携し、介護保険の運営のうち保険手続や管理などを委託している。また、IT技術の活用、特にアプリなどを用いたサービス提供確認や監督なども一般的である。

このように、介護保険パイロット事業指定都市でも、その取り組み方には都市ごとの温度差が見られる。その原因はさまざまであるが、積極的に推進する都市では、介護保険を地域の目玉事業として、また全国モデルとなることを目指す意欲があることが大きい。一方、推進に慎重な都市では、経済発展の状況はともかく、責任者による実施継続性の判断が大きい。

なお、上記3つの都市では、制度をつくる際に、相互に「政策学習」をしていたことがインタビュー調査で明らかになった。2016年に中央政府が示したパイロット事業の内容は大まかなものであり、具体的な推進方法は各地に委ねる形であった。中央政府は各地の実践から全国に展開できるモデルを模索することを企図していた。それと並

行して、指定都市の間でお互いの取り組みを学ぶ政策学習が頻繁に行われた。例えば、荆門市では、実施当初から都市部と農村部をカバーする制度を作ったが、それは各地を調査する過程で制度の公平性の問題に注目したためである。また、関係者によるとサービス提供方式は青島市に学んでいる。寧波市は事業推進に積極的ではないが、要介護認定基準は上海市の経験を参考にした。一方、荆門市は上海市や青島市の要介護認定基準も導入したが、運用が複雑で荆門市の現状に合わないとして、新たに独自の認定基準を開発した。

2 高齢者介護手当事業

中国では2007年に一部の都市で自主的に在宅高齢者介護手当の給付制度を実施した。2014年に財政部、民政部と全国老齡委員会連名で「関与建立経済困難の高齡、失能老人老年人補貼制度的通知」を発出し、国レベルの高齡者介護手当制度を創設した。高齢者介護手当制度は経済的困難、長期的要介護状態にある高齢者の基本的な生活のお世話と医療的ケアに、資金もしくはサービスを保障する制度である。介護保険制度と異なり、この制度は「福祉的」、「選択的」（王2014）なものであり、「残余型な社会政策」である（文・張2020）。

民政部によると、2020年に約81.3万人がこの手当を受給している。全国の正式の制度として、その規模は決して大きくない。ここでも民政部は大まかな制度の方針しか示さず、具体的な内容は各省に任されているため、制度は省により大きく異なる。

（1）給付対象

民政部は制度の対象者を「経済困難な後期高齢者、要介護高齢者等」と曖昧に規定し、経済的に困難な要介護高齢者について、県レベル以上の医療機関の認定が必要とした。なお、「経済困難」とは何か、「要介護状態」とは何かについて明確な規定がないため、各省はそれぞれで規定した。

「経済的困難」について、すべての地域で最低生活保障の受給者を含めている。一部の省では地域の状況に応じて対象者を追加している。例えば、

江蘇省や重慶市などは「特困救助者」¹⁶⁾を給付の対象にした。北京市、福建省等は一人っ子政策の家庭で子どもを亡くした者を対象者に含めている。

「要介護状態」について、江蘇省、山東省など一部の省は民政部による「高齢者能力認定」を基準としているが、山西省や福建省のようにADL（食事、起居動作、脱衣など）の一部の基準をもとに認定する省もある。また、北京市、上海市、重慶市などは独自の認定基準がある。

(2) 財源

民政部は財源を地方政府負担としているが、具体的にどのレベルの地方政府予算かまでは示していない。そのため安徽省や黒竜江省などでは省ではなく、市、県の地方財政から賄うとしている。北京市、山東省などは省レベルで補助するとしたが、明確な補助基準までは示していない。天津市、チベット自治区、福建省などは省、市、一部は県までの負担割合を明確にしている。例えば、チベット自治区は省：市：県は3：1：1の割合となっている。一方、山西省では最低生活保障基金からまかなっている。

(3) 給付方式

民政部は高齢者介護手当の給付方式が現金、クーポンという二つの方式を示し、各地それぞれで規定するとした。北京市、重慶市などは現金給付で、上海市、天津市などはクーポン、またはサービス購買という形である。また、山西省や山東省などは現金または現物で選択できる。

(4) 給付水準

民政部は、給付水準について地方の経済発展状況、物価変動、および政府の財力の状況でそれぞれで決めるとしている。そのため給付水準の差も大きい。表4のように、浙江省が最も水準が高く毎月最大1,000元である。一方、江西省とチベット自治区では最も水準が低く、毎月50元である。給付水準に20倍もの格差があるが、全体で見ると

表4 各省高齢者介護手当の給付水準（2018年）

省・市・自治区	給付額 (元/月)	省・市・自治区	給付額 (元/月)
北京	200-600	山西	60
天津	200-600	山東	80-200
重慶	200	江蘇	100
上海	384-960	浙江	400-1000
黒竜江	50-150	江西	50
吉林	120	広東	60-200
遼寧	≥50	チベット	50
福建	200	貴州	省レベルで統一した規定がない
四川	300	湖南	省レベルで統一した規定がない
甘肅	100	河南	省レベルで統一した規定がない
新疆	50-200	安徽	省レベルで統一した規定がない

出所：文・張（2020）：75を参考に作成。

給付水準は100～300元の間に分布している。なお、給付額を一律とする省がある一方、新疆ウイグル自治区、山東省は年齢で、上海市、黒竜江省などは要介護度、さらに経済状況などにより給付額が変わる。

このように、高齢者介護手当制度は文・林（2020）が指摘したように、カバー率が低く、対象者が曖昧であり、給付水準が低く、財源確保体制が不十分である。この制度も地域の多様性がある。今後、制度の拡大とともに、「多層次介護保障」に向けた介護保険制度との連携・統合も大きな課題であろう。

Ⅳ まとめ

本論は中国の介護保障制度を取り上げた。その結論として、以下のようにまとめることができる。まず、中国は全国的な介護制度構築を目指しているが、現在の介護保険パイロット事業は「多様性」、「断片性」を特徴とする。その背景として、この事業の詳細を政府が明確に示さなかったこと、その中で、制度構築、改正におけるこの事業に指定された都市の判断と対応がまちまちであったことが挙げられる。さらに、各都市ではお互いの取り組みを学ぶ政策学習も盛んであり、ほかの都市の例を参考にして自分たちの都市の制度を

¹⁶⁾ 労働能力がなく、生計が立てられない、扶養者がいないまたはそれに相当する者でも扶養する能力がない者を指す。

作ったことも「多様性」や「断片性」を加速させたといえよう。一方で、介護サービス提供について、その種類、給付方法などで、共通する点も見られた。さらに、高齢者介護手当が別途全国的に実施されているが、この制度も地域差が大きいことを明らかにした。

このような中、中国で全国的な介護保険を実施する場合、①全国的な基準、ルールは可能な限り詳細なレベルまで中央が決定する、②地域の実情、すでに実施している独自の取り組みを反映する決定をかなり幅広く認める、の両方を実現させる必要がある。これらは両立しがたいが、両者のバランスが取れた制度設計により、全国的な介護制度構築が可能になろう。事例からもわかるように、介護人材、事業所の充実という介護サービス提供体制の整備の問題も重要である。

高齢者介護手当制度は、規模が小さいが、介護保険とは別に低所得の要介護高齢者を対象とした制度は大きな役割を果たすことが期待される。中国政府が示すようにこの事業と介護保険パイロット事業との切れ目のない形での連携をとることも重要である。実際、国家医保局と民政部は2021年に「長期護理失能等級評估標準（試行）」を定め、要介護認定基準から統合に向けた取り組みを始めているが、「多様化」「断片化」の中、今後、財源、運営、管理などを含めたどのように統合を図るか、もしくはどこまで統合を図るかは注目するべきであろう。

中国で介護制度を全国的に実施できても、その地域差は大きなものになるだろう。もし、日本の経験を中国に展開させる場合、ステレオタイプの「日本式介護」の展開では、現地での受容は困難であろう。進出先の実情に合わせた「カスタマイズ型日本式介護」の展開が必要となろう。一方で中国では、地方政府がお互いの取り組みを学ぶ「政策学習」が盛んである。日本では「地域包括ケアシステム」の構築などで、地域独自の取り組みが求められている。「横展開」のような政府からの好事例提供だけでなく、近隣の自治体同士でお互いの取り組みを主体的に学ぶ姿勢も必要であろう。そうした視点から、中国の政策学習は日本の

自治体関係者が参考にすべき学び合いの手法であるといえよう。

付記

本論は、中国陝西省社会科学界連合会プロジェクト2021ND0218の研究助成、日本の科学研究費補助金基盤研究C（課題番号20K02229）、厚生労働行政推進調査事業費地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業（公募番号20BA2001）の成果公表の一環として、筆者としてまとめたものである。研究への協力、助言等くださった方々には御礼を申し上げる。

参考文献

- （日本語）
 袁麗暉（2019）「中国における試行中の介護保険：その社会的背景、内容、期待できる効果と課題」、『東亜経済研究』、Vol.77, No.1, 2号, pp.1-17。
 王文亮（2016）「中国における介護保険制度の試験的導入」、『週刊社会保障』、第2900号, pp.54-59。
 岡室美恵子（2015）「中国における介護保険制度導入に関する初期考察」、『千葉経済論叢』、第53号, pp.39-53。
 郭芳（2018）「中国の介護サービス供給と介護保険制度の行方」、『Int'lecowk』、第1085号, pp.17-24。
 片山ゆき（2019）「中国の公的医療保障制度・公的介護保障制度」、『健保連海外医療保障』、第124号, pp.1-14。
 張建（2018）「中国における介護保険制度の試行現状と課題」、『岡山大学経済学会雑誌』、Vol.49, No.3, pp.109-120。
 沈潔（2014）「社会保障と介護福祉」、『海外社会保障研究』、No.189, pp.32-43。
 —（2016）「中国における介護保険制度の創設を巡って：政策の動向と政策的な要因の整理」、『日本女子大学紀要人間社会学部』、27号, pp.13-21。
 —（2017）「中国版「介護保険制度」の構想を読み取る」、『週刊社会保障』第2948号, pp.50-55。
 万琳静（2021）「中国における『多層次介護保障』という対策案の選択—2013～2017年における中央省庁間の動きを中心に」、日本女子大学社会福祉学科『社会福祉』、第61号, pp.1-17。
 包敏（2020）「中国における高齢者介護サービスの現状と今後～「国務院弁公庁による高齢者介護サービスの発展推進に関する意見」を中心に～」、『東京医科歯科大学教養部研究紀要』、50号, pp.13-29。
 （中国語）
 陳誠誠（2020）「長期護理保險試點總結及發展建議」、『中国社会保障』、2020年第06号, pp.39-41。

- 戴衛東・余洋 (2021)「中国長期護理保險試点政策『碎片化』与整合路徑」,『江西財經大學學報』,2021年第2号, pp.55-65。
- 戴衛東・付王巧 (2021)「貧困失能老年人長期護理津貼救助的財政投入——基于老年福利津貼整合的視角」,『財經論叢』,2021年第6号, pp.33-44。
- 杜夢真・楊健 (2019)「我国長期護理保險試点運行研究」,『社会福利(理論版)』,2019年第11号, pp.21-25+51。
- 閔博・朱小玉 (2019)「中国長期護理保險制度:試点評估与全面建制」,『宏觀經濟研究』,2019年第10号, pp.103-111+156。
- 桂世勳 (2019)「長期護理保險試点中需注意的幾個問題」,『人口与健康』,2019年第4号, pp.23-29。
- 胡宏偉・蔣浩琛 (2020)「我国現有兜底性長期照護保障制度評估与完善構想」,『北京行学院學報』,2020年第6号, pp.64-71。
- 賈海彥 (2021)「長期護理保險制度試点的政策網絡特徵及推廣路徑優化——基于典型試点城市的政策文本分析」,『重慶工商大學學報(社会科学版)』, pp.1-16. (<http://kns.cnki.net/kcms/detail/50.1154.C.20210706.1145.004.html>。2021年10月1日最終確認)。
- 蔣佳欣 (2018)「我国長期護理保險制度試点模式探究」,『社会福利(理論版)』,2018年第3号, pp.6-10+28。
- 羅遐・王容 (2021)「我国長期護理保險政策試点發展的路徑——基于政策擴散理論的分析」,『衛生軟科学』, Vol.35, No.01, pp.31-34。
- 陸傑華・沙迪 (2018)「老齡化背景下失能老人照護政策的探索实践与改革方略」,『中国特色社会主义研究』,2018年第2号, pp.52-58。
- 米紅・紀敏・劉衛国主編 (2019)『青島市長期護理保險研究』中国労働社会保障出版社。
- 青島市医療保障局 (2021)「長久守護 真愛常駐-青島市長期護理保險制度發展实践」。<http://ybj.qingdao.gov.cn/n28356081/n32570954/n32570963/211029164959062180.html> (2021年11月30日最終確認)。
- 青島市統計局 (2021)「医養結合初現成效 適老化轉型是趨勢-我市医養結合狀況報告」<http://qdtj.qingdao.gov.cn/n28356045/n32561056/n32561071/n32562224/210712093220171171.html> (2021年9月15日最終確認)。
- 孫潔・謝建朝 (2018)「我国長期護理保險籌資与保障政策的分歧与政策建議——基于15個試点城市試点方案的比較」,『經濟界』,2018年第4号, pp.54-63。
- 王群・丁心蕊・劉毅毅・沈易非・梁少博 (2018)「我国長期護理保險制度試点方案分析」,『衛生經濟研究』,2018年第6号, pp.41-45。
- 王思斌 (2014)「失能老人護理補貼的性質和類型」,『中国社会報』,2014年12月15日。
- 文太林・張曉亮 (2020)「中国老年護理補貼政策实践与実証」,『地方財政研究』,2020年第8号, pp.73-80。
- 姚虹 (2020)「老齡危機背景下我国長期護理保險制度試点方案的比較与思考」,『社会保障研究』,2020年第1号, pp.48-56。
- 鄭秉文 (2019)「從『長期照護服務体系』視角分析長期護理保險試点三週年成效」,『中国人力資源社会保障』,2019年第9号, pp.38-41。
- 周苑・田帝・吳燁・方秀斌・周典 (2021)「基于政策工具的我国國家級試点城市長期護理保險政策分析」,『中国衛生經濟』, Vol. 40, No. 2, pp.14-17。
- 周悅 (2017)「政策過程理論下我国老年人補貼制度研究——基于2016年全省市層面數拋」,『社会福利(理論版)』,2017年第8号, pp.7-11+26。

(まん・りんせい)
(こじま・かつひさ)

China Long-term Care System with Focus on LTC Insurance Pilot Projects

WAN Lin-Jing^{*1} and KOJIMA Katsuhisa^{*2}

Abstract

Summary

Due to the aging population in China, long-term care policy for the elderly has become a significant policy challenge. In 2016, the long-term care insurance pilot projects were implemented in 15 designated cities with the aim of establishing nationwide long-term care insurance. In 2020, additional 14 cities were included in the project. Each designated city's long-term care insurance pilot project has its unique elements in terms of coverage, financing, and the kinds of benefits provided. In particular, the China LTC insurance pilot project has notable features like "diversity" and "fragility." Several reasons are responsible for this. First, the Chinese central government only designs the outline and leaves the implementation modalities for the local governments to decide. Secondly, the local governments make decisions based on situational needs, including population aging, long-term care service provision, etc. Furthermore, the policy learning between local governments, even though each city operates on their unique needs, makes the feature more remarkable. China also has an elderly care allowance system with characteristics that differ by region.

To implement universal long-term care insurance, China needs to draw a balance between the standards set at the national level and the actual realities of the regions. Indeed, Policies set with incorporating regional differences will be important for China.

Keywords : Long-term Care System, Long-term Care Insurance Pilot Projects, "Diversity", Policy Study, China

^{*1} Xi'an Jiaotong University

^{*2} National Institute of Population and Social Security Research

特集：少子高齢化・経済成長下での中国の社会保障制度

今後の中国社会保障の展望
——「多層次社会保障」を巡って——

沈 潔*

抄 録

本稿は、中国政府に提唱された「多層次社会保障」* (multi-layer social security) 政策を焦点に、その政策の形成過程及び政策選択の要因を分析し、その中に一貫した新自由主義的な政策志向を明らかにする。一方、「多層次社会保障」に異論を持つ学界側の代替案である中国特色ある「福祉社会論」, 「福祉国家論」について、その言説を検討し、この政策的な文脈が展開していく可能性を言及する。また、これまでの社会保障改革の実践を、国家責任の後退期、国家責任の回復期、国家ガバナンス革新期に分けて、社会保障制度の特色及び抱えている課題を分析する。最後に中国社会保障のこれからの展開について展望してみる。

キーワード：中国社会保障, 多層次社会保障, 国家ガバナンス, 中国特色的福祉国家

社会保障研究 2022, vol. 6, no. 4, pp. 469-485.

はじめに

中国の社会保障制度は、少子高齢化の突入及び経済減速のめまぐるしい変化に直面し、新たな変革が求められる状況になっている。

2020年まで中国の社会保障制度に加入した人口は13億人を超え、世界最大規模の社会保障システムとなった。一方、中国経済は予想以上に減速し、2021年10月に発表された中国『経済藍皮書』(経済ブルーブック)によると、2020年から2022年の3年間で成長率は平均5.2%となる見通しである。¹⁾今後、成長率も徐々に低下していくだろうと専門家が指摘している。中長期的な経済見通し、

社会構造の急激な変化等を踏まえた上で、社会保障の給付面でも負担面でもさまざまな課題がうきほりになった。近年、社会保障の在り方については、学界、政界のみならず、一般市民においてもその関心が高まっている。

本稿では、中国政府が明示した「多層次社会保障」政策に焦点を合わせ、その政策のとらえ方を考察しながら、今後、中国社会保障の課題及びあり方を展望してみる。具体的な内容は以下の構成からなる。第1に、政府主導の「多層次社会保障」政策に至った政策過程及び政策選択の要因を分析し、その中に潜んでいる新自由主義的な傾向を明らかにする。さらに、その政策のほか、学界側が提示した代案の中国特色的な「福祉社会論」や

* 作者は日本女子大学社会福祉学科 教授

¹⁾ 2021年12月6日中国社会科学院“2022年《経済藍皮書》发布会並びに中国経済形勢報告会” <https://weibo.com/ttarticle/p/show?id=2309404711453214245338>

「福祉国家論」を分析し、今後に独自の方向性を持って政策的な文脈が展開されていく可能性を吟味する。第2に、社会保障財政における国家責任の視点から、これまでの改革実践を国家責任の後退期、国家責任の回復期、国家ガバナンス革新期に分けて検討し、今後の可能性と制限を示す。第3に、今後の課題及び方向性を俯瞰してみる。

I 「多層次社会保障」政策ならびに学者らの代案

2021年3月に全国人民代表大会（全人代）で承認された「国民経済・社会発展第14次五ヵ年計画と2035年までの長期目標要綱」（以下では「要綱」）の中に、今後の民生と福祉について、「多層次社会保障」制度をより充実し、展開していく方針が強調された。ここに政府側によって提示された「多層次社会保障」政策は、どのような経緯を経て、国家戦略レベルに登壇したのか、その政策過程及び政策選択の要因を整理しておく。

1 「多層次社会保障」政策の構築過程

中国の社会保障は、社会主義市場経済改革とともにさまざまな試練を受けながら約40年の歳月で模索されてきた。社会保障制度の改革は、市場経済改革に生み出された社会問題の受け皿として、さまざまな制限を受けて慎重に進められてきた。その制限とは、改革の前期において、経済成長が最優先課題であり、社会的格差は市場経済の競争原理の下で避けられない問題との認識が社会にしみ込んだことが取り上げる。つまり、社会保障が果たすべき生活安定・向上機能；所得再分配機能；経済安定機能という3つの機能に対して、経済安定機能のみが認められていたのである。また、社会主義時期に行われた公費責任で都市部の労働者及び家族らの生活を「ゆりかごから墓場まで」保障する福祉政策は、否定され、その政策の中にある公的責任や均等的な理念がその後の福祉政策に軽視される側面があった。国際社会における制限とは、中国が旧労働者保障システムから市場経済のペースに合わせる社会保障システムに転換期する際に、ちょうど福祉国家の危機と福祉削減と

いう「小さい政府」のサッチャリズムの流行に遭遇したことである。これは、国内の社会主義的な福祉政策への批判と重なった背景もあり、福祉財政を削減するという小さな政府の政策志向は、主な参照モデルとして活かされていた。

中国は目覚ましいスピードで経済成長を遂げ、世界第2位の経済大国となったが、貧富の差が広がり、若年層の生活に対する不安によってもたらした結婚難、出生率低下の問題などを考えると、社会保障が果たすべき生活安定・向上機能及び所得再分配機能は、十分に果たされてこなかったと、社会保障制度に問いかける声が上がりつつある。また、近年になって米中の摩擦、衝突は激しくなり、人権や生存権問題とつながる社会保障領域にも大きな影響を与えた。社会保障の再構築は、こうしたさまざまな制限の中に、独自の政策的文脈に沿って始まった。その政策の独自性が中国の大きな特徴と言えよう。

(1) 世銀より提示された「多層次社会保障」の青写真

「多層次社会保障」の概念は、世界銀行（以下世銀）から中国政府に取り込まれたと言われている。1980年代後半から1990年代初頭にかけて、東欧の劇的な変化とソビエト連邦の崩壊に伴い、世界の多くの後進国が市場志向の変革を加速させ、グローバル化したシステムへの統合を深めていった。しかし、国民貯蓄の不足と年金基金の欠如という改革のジレンマに直面している後進国に対して、経済投資のための資金を捻出することは優先課題となった。1994年に世銀は後進国における年金改革の試験を踏まえ、国際社会に「高齢者の危機の回避」（“Averting the old age crisis”）を題するレポートを提示し、多支柱モデルを達成するための具体的な進み方まで盛り込んだ。例えば、提唱した3層構造の年金体制や積立方式と年金管理の一部民間移行や「積立方式」への移行を前提にし、また、年金積立金を投資に充当することを通じて、国の経済発展に寄与できるという提言は、市場経済改革の渦に置かれた中国にとっては好都合であった。

1993年11月に第14期中央委員会第3回全体会議で採択された歴史的な「社会主義市場経済体制の確立に関する若干問題の決定」の公文書において、「多層次社会保障」の確立という政策用語が初登場した。1994年以降、一部の地域で「積立方式」の個人口座による年金改革の実験を導入し、1997年に全国に展開された「都市労働者基本年金保険」の改革において、「積立方式」の個人口座が急速に普及した。社会主義時期に実施された伝統的な賦課方式は、公費負担増や企業・個人ともに逃避者が増える可能性も高いという懸念を抱えている政府が、資本市場を発展させるためには積立方式及びリスク分担の年金体制が必要であるという政策方針を選択した。その後、世銀1994年レポートに盛り込まれた市場原理主義は、世界的規模で論争を広げることになり、市場原理志向を痛烈に批判した学者が少なくなかった。実際、中国国内でも賛否両論が寄せられた。

その10年後、世銀は2005年レポートを発表し、新自由主義的なイデオロギーに触れることなく、実務レベルにおける5階建ての年金体系を構想し、諸国に示した。これまで世銀が推奨してきた3本柱の老齢所得保障制度は、賦課方式に基づく拠出年金制度（給付は定額でも所得比例でもよい）を1階部分として、個人勘定つきの積立型拠出年金制度を2階部分としたのである。これは強制加入で制度の主軸となる。そして、3階部分は任意加入の企業年金・個人年金となる提案と思われる。2005年案は、3本柱の老齢所得保障制度に基づいて、新たに非拠出の最低所得保障制度（ゼロ階部

分）および医療・住宅サービスとインフォーマルな家族サービス（4階部分）を加えた。²⁾

同じ年の2005年に中国国務院が公表した「企業従業員の基礎年金保険制度の改善に関する決定」においては、「多層次年金保険制度を確立するに当たって、条件のある企業は従業員のために企業年金を設立する」ことを明記した。³⁾その後、任意加入の企業年金制度が一定規模のある企業に導入された。これは世銀2005年レポートに示された企業年金の趣旨に呼応する形を取ったと考えられる。

さらに、中国では2010年に初の社会保障の関連法となる「社会保険法」が公布された。その第3条では、「社会保険制度は広く普及させ、基本を保障し、多層的な構造、持続可能という方針を堅持する」と定めている。本法は、多層次社会保障の構築に法的な根拠を与えた。

そして、2013年に『中国年金制度ビジョン』（China's pension System; A Vision）は、世銀の指導の下で完成した。世銀2005年レポートの主要執筆者のR. Holzmann R. Hinzをはじめとする6人のメンバーは、2009年から中国国内の学者と連携を取って、4年間かけてこの政策案を仕上げた。この政策案は以上の経緯を踏まえ、3階構造と4支柱（Pillar）より構成されるものであった（表1を参照）。

3階構造とは、第1階の公民基礎年金、第2階の社会保障基本年金、第3階の企業年金&個人年金となる。「公民基礎年金」制度の構想は、65歳以上の都市及び農村の貧困高齢者を対象として、拠出義

表1 多層次・多支柱「中国年金制度ビジョン」の構造

	第1階 公民基礎年金	第2階 社会保障基本年金		第3階 企業年金&個人年金
	Pillar 1	Pillar 2	Pillar 3	Pillar 4
対象者	65歳以上の高齢者（都市及び農村）	各企業、機関などに雇用された正規被用者	個人経営者・非正規被用者など	希望者
目的/特徴	最低保障 非拠出制	所得再分配・共同保険 強制/国営	所得再分配・共同保険 強制/国営	貯蓄・共同保険 任意/民営

出所：沈潔「中国年金改革ビジョン」—世銀からの処方箋—『週刊社会保障』NO2746 2013年。⁴⁾

²⁾ 高山憲之「年金に関する世界銀行の新レポート」『年金と経済』24（2）、54-58、2005-07。

³⁾ 齊伝鈞「中国第三支柱養老保険作大作強の可能性分析」『工作論文』WP No.129-20210824 中国社科院世界社保研究中心。

⁴⁾ Dorfman, Mark C.; Holzmann, Robert 等著『China's pension System: A Vision』2013年をも参考。

務なしで資格審査を通じて給付を受け取るシステムである。財源は公費から負担する。「社会保障基本年金」制度の構想は、各企業、公共機関、外資企業、個人企業などに雇用された正規労働者、または非正規労働者、自営者などをカバーし、強制加入で確定拠出及び確定給付をとっている公的年金である。「企業年金&個人年金」制度の構造は、私的な補足年金に位置づけられており、政府は税金優遇政策を提供し、任意参加で民間経営とするものである。4支柱とは、65歳以上の高齢者、正規被用者、非正規被用者、任意参加希望者という4つのグループから支える構造という。

世銀が中国側と合意した上に書き出した「中国年金制度ビジョン」は、基本的に世銀2005年レポートに掲げた4つの年金改革の目標や制度設定のあり方と合わせている。その4つの改革目標とは、①十分な給付水準を持つ制度、負担可能な制度、持続可能な制度、頑健な制度であること、②改革後の年金制度はその給付額が社会的に見て妥当な水準を満たしていること、③老齢期に貧困に陥ることを防ぐだけの給付水準となっていること、④所得代替率は生活水準の継続性や安定性を損なわない水準を確保出来ていることである。⁵⁾「中国年金制度ビジョン」の中にその4つの目標がある程度に反映されていると言える。

以上のように、世銀に示された新しい年金の仕組みは、現行制度から新しい制度への移行に伴うリスクやコストを最小限に収める配慮があり、中国の実情に合わせた中国版の年金改革構想であると言える。これは、年金改革が「経路依存性」を考慮すべきことや各国独自の歴史や文化、制度のオリジナルデザインを尊重するという考えもある。

2014年より、中国では世銀の新たな提案に沿う形で年金改革が行われた。まず、別々に立てた都市と農村の年金制度を一本化し、「都市・農村住民基本年金」を創設した。2015年に、別々となった被用者基本年金と公務員年金を統合し、「都市職

工基本年金」制度を創設した。また、2015年以来、社会保険の段階的な料金引き下げを継続的に実施し、税金、企業の保険料負担の軽減を通じて、加入者拡大の政策を実施してきた。これによって政府が運営する基本年金制度の基盤を整えた。

65歳以上の高齢者及び貧困者を支援する公民基礎年金の創設について、提案通りに新設することができなかったが、その代案として2014年2月に「社会救助暫定弁法」を成立させて、全国的に統一された社会救助制度を整えた。「社会救助暫定弁法」により、これまでいくつもの分野に分かれていた社会救助にかかわる制度を1つに統合し、5つの新しい対応策を取り上げた。第1に、最低生活保障の対象者をはじめ、特別困難者、自然災害罹災者、医療救助、教育救助、住宅救助、就職救助、臨時救助の各種の社会救助制度を「社会救助暫定弁法」の規則に基づいて統合した。第2に、都市と農村の戸籍を問わないものとした。第3に、最低生活保障申請者に対しては、収入審査だけでなく、財産審査も行うこととした。第4に、災害や大病などで一時的に生活困難となる世帯に対する臨時救助システムを創設した。第5に、社会救助に参加する企業は、政府補助金や税制優遇、税金減免などの優遇対策を適用することとした。⁶⁾

以上のように多層次社会保障は、世銀の指導を仰ぎながら政府主導の下で、青写真から徐々に現実的な施策に形成されていった。

(2) 第14次五ヵ年計画に盛り込んだ多層次社会保障の政策案

上述した2021年3月に打ち出した「国民経済・社会発展第14次五ヵ年計画と2035年までの長期目標要綱」に従って、人力資源社会保障部は、2021年6月に「人力資源と社会保障の事業発展第14次五ヵ年計画」（以下「計画」）を発表し、2025年まで「多層次社会保障」制度の充実に関する目標と指標を定めた。政策目標について、住民の皆年金・皆保険体制の確立；社会保障制度の充実と改

⁵⁾ 沈潔「中国年金制度改革ビジョン」—世界銀行からの処方箋—『週刊社会保障』。

⁶⁾ 労働政策研究・研修機構「社会扶助暫定規則」が施行—各種扶助制度を整備に参照。https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2014_6/china_01.html

善；社会保険の負担と給付のメカニズムの改善；社会保険基金に対する監督機能の強化；社会保障行政サービスの向上と、5つの目標を提示した。

目標の達成度を測るため、具体的な指標の数値が取り上げられた。表2の通り。

この「計画」では、これまで曖昧にしてきた幾つかの政策方針が明確に明示された。まず、社会保障における互助、自助責任を一層強化することである。例えば、個人口座（個人勘定）制度の標準化、精緻化により企業年金、個人年金の加入率を高めていくことが強調されている。また、年金基金の管理調達の権限をこれまで地方政府に委託してきたが、今後は国家社会保障サービスセンターを新設することにより、垂直的全国統合基金運営体制を確立し、裁量権を段階的に中央政権に引き渡すことになった。

第14次五ヵ年計画において多層次社会保障の政策案が国家戦略として位置付けられた重要な背景には、今後、中国年金保険の受益負担バランスが

表2 2025年まで多層次社会保障の指標

指標	2020年	2025年	属性
基本年金保険の加入率 %	91	95	期待目標
失業保険加入者数 億人	2.17	2.3	絶対目標
労働保険加入者数 億人	2.68	2.8	絶対目標
都市・農村住民基本年金保険基金委託投資資金総額 億元	2077	>4000	期待目標
補足年金保険基金の規模 兆元	3.6	>4.0	期待目標

出典：人的資源社会保障部は、「人的資源と社会保障の事業発展第14次五ヵ年計画」より作成。

ますます悪化することが挙げられる。社会保障政策的な介入がなければ、現在の収入と支出の赤字は、2028年の1181億元から2030年には4422億元、2035年には1兆9千億元、2040年には3兆8千億元、2050年には6兆5千億元と、高齢化の進展とともに年々拡大していく。2035-2050年までに基本年金保険は、GDP比28%にも相当する規模になると⁷⁾、中国社会科学院社会保障研究センター長の鄭秉文が指摘している。

そして「計画」に基づいて各官庁が構想した多層次年金保険及び多層次医療保障の方案は、以下に整理する通りである。

表3に示した現況の多層次年金保険構造を2013年の世銀案と照らしてみると、世銀案にある第1階の公民基礎年金が取り除かれたこと、第3階に統合されていた企業年金と個人年金が別々に立てられたことがわかる。その理由について、アメリカの公的年金の代替率は39%で、企業年金や個人年金を加えた合計代替率は71.3%となることが挙げられる。ドイツでは、法定年金の代替率は38.7%、企業年金の合計代替率は50.9%である。両国とも企業年金のカバー率が60%程度となっているので今後、企業年金のカバー率を60%以上にすることを目標とすべきである。目標達成のために、企業年金運営者の認可制度を緩和すべきであり、雇用主が単独または共同で企業年金制度を設立することを奨励すべきと中国社会科学院世界社

表3 多層次年金保険の構造

	第1階 基本年金制度		企業年金	個人年金
	Pillar 1	Pillar 2	Pillar 1	Pillar 4
名称	職工基本年金	都市・農村住民基本年金	企業年金	商業保険・生命保険等
対象者	各企業、機関などに雇用された正規被用者	個人経営者・非正規被用者など	各企業、機関などに雇用された正規被用者	希望者
目的/特徴	所得再分配・共同保険 強制/公的	所得再分配・共同保険 強制/公的	互助・共同保険 任意/私的	貯蓄・共同保険 任意/私的
方式	賦課方式+積立方式	賦課方式+積立方式	積立方式	積立方式
現状	公的年金保険・加入者4億5600万人（受給者1億2800万人）・積立金4兆8300億元	公的年金制度・加入者5億4200万人（うち受給者は1億6100万人）で、年金積立金は9759億元	企業と個人が共同で拠出・参加者6953万人・年金積立金は3兆6000億元	個人貯蓄・民間生命保険など任意参加・税金優遇政策で対応参加者数は不明。

出典：人的資源社会保障部は、「人的資源と社会保障の事業発展第14次五ヵ年計画」及び2020年度人的資源社会保障事業発展統計公報より作成。

⁷⁾ 鄭秉文「面向2035和2050：从負債型向資産型养老金转变的意義と経路」『工作論文』WP No.146-20211215。

会保障研究センターに指摘されている。⁸⁾

実は経済と労働市場の拡大とともに、企業年金の必要性が再認識されるようになり、2004年5月に「企業年金試行弁法」が制定・実施された。資産規模が十分でないことを勘案して2017年12月に人力資源・社会保障部と財務部は共同で新たに「企業年金弁法」（中国人力資源・社会保障部第36号）を發布、2018年2月1日に施行された。この中では企業年金は「基礎とする基本年金保険の補足年金である」⁹⁾と明確に位置づけられている。積立方式の企業年金及び個人年金が拡大させていく政府の意図が、将来の年金給付を確実に行うためには、年金資産規模を拡大し、年金原資を金融商品などで運用して、年金債務（将来の年金給付に必要な現在保有すべき額）を上回る年金資産を確保したいという意図が窺い知れる。

一方で、第1階基本年金の代替率を引き下げる必要があるという認識もある。現在、公務員の年金代替率は80%程度と高く、企業の年金代替率は約50%と、いずれも高い水準にある。企業年金や個人年金の加入率を増やすため、第1階の年金代替率を徐々に下げていく必要がある¹⁰⁾と、学者に指摘されている。

そして、多層次医療保障の構造については、2020年に国务院が公表した「中共中央・国务院の医療保障制度改革の深化に関する意見」の中に多層次医療保障の基本的な考え方が、明確化された。今後の進み方としては、2025年までに健全な医療給付及び医療財政を支える運用体制を確定

し、2030年までに多層次医療保障制度を確立することを明らかにした。

多層次医療保障体制は三層構造となる。（表4を参照）第1階は公的医療保障制度であり、そのうち、基本医療給付水準となる「基本医療保険」に大病、難病など基本医療以外に特殊な医療給付となる「補充医療保険」がある。前者は主軸で、後者は文字通り補充医療制度であり、例えば、大病、難病の場合に高額な医療費にかかった者に適用される医療給付である。第2階は、生活困窮層を対象とする無拠出の医療救助である。困窮のため最低限度の生活を維持することのできない方に対して医療の給付を行うものである。第3階は、「商業健康保険」、「慈善医療救済」から構成される。相互扶助理念に基づいた私的な医療保障システムである。表4示されたように、5つの支柱から構成された三層構造は、相互に連携し、ともに発展させるというものである。

以上、述べたように「多層次社会保障」の政策案は、世銀1994年レポートの影響を受けて青写真の構想が始まり、中央政府の強力な推進体制の下で構築されてきた。しかし、その後中国国内の政治経済の情勢に左右されて、政策の中身及び実施方法に関しては、世銀2005年レポートに掲げた4つの年金改革の目標に離れたことが多いにあると思われる。「多層次社会保障」政策の特徴として、政策案がトップダウン方式で進められて、政府の一貫した立場が反映されたことが挙げられる。次に、発案の段階から新自由主義的な要素が

表4 多層次医療保障制度の構想

構造	支柱なる制度	内容	性格
第3階 私的医療互助	慈善医療救済	慈善活動や寄付、相互助的な医療支援	私的
	商業医療保険	民間保険会社を取り扱う医療保険、疾病保険、傷害保険	私的
第2階 公的医療救助	医療救助	生活困窮層を対象とする無拠出給付	公的
第1階 公的医療保険	補充医療保険	公的医療保険加入者・基本医療以外の医療	公私混合
	基本医療保険	公的医療保険加入者・基本医療保障	公的

出典：片山ゆき「中国、「医療保障法」制定へ」ニッセイ基礎研究所基礎研レポート2021年0907を参考作成。

⁸⁾ 鄭秉文「面向2035年和2050年：从负债型向资产型养老金转变的 意义与路径」『工作論文』中国社会科学院世界社会保障研究センター2021年WP No.146-20211215。

⁹⁾ 中国人力資源・社会保障部と財務部は共同で公布「企業年金弁法」2017年12月。

¹⁰⁾ 鄭功成「面向2035年的中国特色社会保障体系建设」『社会保障評論』2021年5巻1期。

はめ込まれたため、その後の展開においても「小さな政府」の政策志向に依存する傾向があった。ただし、2000年以後、世銀に提唱された新自由主義的な路線に対して、国際社会からの痛烈な批判が浴びられて、中国国内においてもその批判的な声が挙げられていた。胡錦濤政権は、高度経済成長の勢いを背景に、従来の経済優先一辺倒の政策から国民生活へ十分に配慮しようとする政策に改め、「適度普惠型」の福祉拡大政策を導き出された。しかし、給付が「適度の水準」に限りという政策に留まり、「小さな政府」の政策志向を超えることができなかった。

習近平政権の第2期には「国家ガバナンス」改革を積極的に行い、社会保障に対する国家権力の介入が強化された。これによって、制度の効率性の向上が改善されたが、社会給付における財政支出の国家責任が曖昧化されている。むしろ国家により保障の範囲を縮小する政策志向が明らかな形で示されるようになった。本来、社会保障問題に対応するためには、国家介入を強化するとともに、福祉財政支出に対して「大きな政府」を志向するケースが良く見られた。中国には、国家介入の強化を実施するとともに、自助努力がより強調されていたように見える。その狭間は、どのように埋められるのか、今後の課題であろう。

2 「多層次社会保障」を巡って学界の代案

社会保障改革は、社会保険の加入率において大きな成果を挙げた一方、貧富の格差が拡大しつつあり、国民の所得水準が依然として低いレベルにある。¹¹⁾

「多層次社会保障」政策の形成過程から見られるように、給付水準の抑制という点で一貫しており、社会保障の国家責任が矮小化され、自助・自立が全面に押し出され、公的責任から自己責任と

なりつつある政策方針は、社会問題を起こした起因であると学界から問われることが少なくない。「多層次社会保障」の政策に関して、学界では賛否両論で、学者らがその代替案を模索しつつあった。今後の発展モデルについて、先進諸国に注目される理論は、中国においても議論が交わせ、新自由主義に傾斜するのか、社会民主主義に傾斜するのか、または福祉社会モデルなのか、福祉国家モデルなのかが、議論の焦点の一つである。ここに代表的な言説を解釈してみる。

(1) 中国特色的な「福祉社会論」

2008年に中国社会保障学会研究グループは、208名の学識者と218名の社会保障行政官による共同研究成果の「中国の社会保障改革と発展戦略—概念、目標、行動計画」報告書が公刊された。¹²⁾その中に福祉社会の実現が将来的な目標として明確に打ち立てられた。その目標を実現するには、三つのステップを乗り越えれば、福祉社会に邁進することが可能である。第一ステップは、社会保障の整備により、新自由主義的な政策の行きすぎに生じた貧困問題を解決し、基本生活を保障することである。第二ステップは、2020年までにほどよい豊かさの生活（小康生活）を実現するとともに、その生活を支える社会保障制度の基本的な骨組を確定することである。2021年より第三ステップに入り、建国100年の節目である2049年までに全国統一的、持続的な社会保障制度を実現し、給付水準をさらに引き上げ、また、すべての人が利用できる公共福祉サービスを充実し、中国特色的な福祉社会へ邁進することが可能である。¹³⁾また、「福祉社会とは、かつての社会主義そのものが福祉社会であり、誰もが安全、平等、自由、尊厳を享受すべき、また享受できる社会であるべきだ」。「経済発展の究極の目的は、人々の暮らしに貢献する

¹¹⁾ 注、2020年5月28日、全人代閉幕後に行われた李克強首相の記者会見において、国民の所得水準について記者に質問された際の李首相のコメントは「我が国の1人当たりの平均年収は3万人民元あたりだが、可処分所得が月1000人民元（約1万5000円）の低所得者が6億人にのぼる。月収1000人民元では、中級都市で家を借りることも難しい」という。

¹²⁾ 研究プロジェクト代表者は中国社会保障学会長、人民大学教授、中国人民代表大会常務委員の鄭功成氏だった。

¹³⁾ 鄭功成「中国何時步入福祉社会？」2008年11月26日人民日報海外版。

こと、より良くすることであり、それ以外の目標が何もない」。¹⁴⁾中国は、人口の多さと不均等な発展という現実から、福祉国家の道を歩む可能性が低いだろう、ただし、国家（公助）、社会保険（互助）、家族（自助）の組み合わせによって構成される中国特色的な福祉社会の路線が唯一の選択肢であるとも主張する。¹⁵⁾

この福祉社会論は、ユートピア社会主義的な発想が色濃く残されたが、社会保障の給付は、国民に健やかで安心できる生活を保障することを目的として、公的責任で生活を支える給付を行うべきである見解であった。福祉社会論は、国家財政、社会保険の共済、家族・地域の相互扶助の組み合わせによるというミックス福祉の考えが、多層次社会保障と重なる部分がある。異なる点は、人々の安全、平等、自由、尊厳を支えられる給付水準の達成に国家財政における責任が避けられないとの立場だった。

(2) 北欧の福祉国家支持論

2008年の欧州債務危機以後、高福祉国家への批判はピークに達し、中国にも福祉国家の高福祉は、経済の停滞や経済危機をもたらす、否定的な視点でとらえることが多かった。しかし近年、北欧諸国の福祉国家に対する否定的意見を肯定的に見直す傾向が生まれた。福祉国家モデルを中国に取り入れる可能性があるという意見が多数出てきたのである。主な見解は、「福祉国家の成り立ちには、必ずしも経済が高度な発展した状態で成立したわけではなく、国民の社会的権利を重視することが原則である」。我々の「後進国にとって、福祉国家の確立は決して手の届かないものではない。中国は、自分の特徴を生かしたことにより、福祉

国家への道を歩むべきものである」。¹⁶⁾

国家高層シンクタンク専門家の蔡昉¹⁷⁾は、かつて私たちは福祉国家をマイナスにとらえていたが、実際にはどの国も近代化の過程の中で福祉国家を建設することが避けられないのだ。¹⁸⁾また、「ゆりかごから墓場まで」の北欧の福祉国家は、全員参加型の福祉政策を実施しており、我々が学ぶべきである。フィンランドやスウェーデンの国々は、長年にわたって世界一の革新政策を積極的に取り入れ、高い競争力を維持してきた国でもある。福祉水準が高いほど労働生産性が高くなる。これから我々が北欧福祉国家モデルに対する正しい理解を求め、学ぶことを再考すべきである。中国では、一人当たりのGDPは、1万米ドルを超えたところに、現在から2035年までの間、社会支出をより拡大し、社会福祉水準を向上し、また、国民一人ひとりのライフサイクルにおける所得再分配をより円滑にする公共政策を積極的に進めれば、中国特色的な福祉国家の建設が可能である。¹⁹⁾

北欧が福祉国家として注目されているのは、やはり世界的に見ても社会保障制度が充実しているからである。北欧福祉国家モデルを提唱する学者らが、福祉給付水準を高め、公的責任で国民生活を支える政策を支持する立場である。

3 そのほかの言説

A. ギデンズ（Anthony Giddens）が『第三の道』のなかで示していた着想に対しては、若手研究者の間で関心が高い。彼らは、保守的な一極集中政策、または急進的な政策を警戒し、限定的な国家介入及び限定的な市場規制の組み合わせを望ましいと考えているようである。²⁰⁾そして、社会福祉における国家、社会、個人の責任のバランス、そし

¹⁴⁾ 鄭功成「2049年中国将進入福祉社会」, 2010年03月03日財經国家週刊 <https://news.qq.com/a/20100303/002355.htm>

¹⁵⁾ 2012-11-20 鄭功成「将人民引領到中国特色的社会主义福祉社会」『光明日報』2012年11月20日。

¹⁶⁾ 楊立雄（人民大学社会保障研究センター教授）「福祉国家：認識誤区」『広東社会科学』2018年4期。

¹⁷⁾ 蔡昉, 元中国社会科学院副院長; 中国社会科学院国家高層シンクタンク首席専門家; 中国中央銀行貨幣政策委員会委員, 中国人民代表大会委員。

¹⁸⁾ 蔡昉「当前發展階段的一個重要任務是中国特色的福祉国家建設」(中新社) 騰訊網 <https://xw.qq.com/cmsid/20210724A053L300>

¹⁹⁾ 蔡昉:「建設福祉国家, 防止未富先滞」『広観経済知庫』2021.7.26 http://www.yidianzixun.com/article/0W5k0S4y?s=op398&appid=s3rd_op398

て社会福祉の水準と経済発展の水準のバランスを均衡的に取ることが、社会保障政策の基本的な命題であると指摘する。「第三の道」の福祉思想は、欧米諸国の社会福祉制度の改革に重要な影響を及ぼしており、中国においても参考に値する。²¹⁾

社会的投資政策が重要と主張する学者が、市場化を推進する新自由主義的福祉国家改革への批判を前提に、福祉国家に関する議論及び権利意識や再分配パラダイムの概念を超えて、社会的公正と成長効率の調整・均衡が今後の国家の中心的な課題となっている。国家を中心とする生活保障の機能が弱体化したことに代わって、政府部門や営利部門、非営利部門、インフォーマル部門それぞれに生活保障にかかわる機能・役割の見直しを模索しなければならない。他国の社会的投資政策は、中国の社会保障制度の改革に参考を与えるものである。²²⁾

以上の問題提起は、いずれにしても「多層次社会保障」政策の限界を見極め、代替案・修正案として取り上げた提案と思われる。

II 社会保障改革の实践とその特徴

社会保障制度政策の策定過程及び理論背景の分析より、分かったように中国の社会保障は、諸外国の制度政策を積極的に学習・選択し、制度政策の骨組みは急速な変貌を遂げた。ただし、社会保障における国家の介入度合いや介入手法としては、中国特色の側面が現れている。以下に国家介入の視点で社会保障改革の实践を、国家責任の後退期、国家責任の回復期、国家ガバナンスの強化期に分けて、その改革の経緯及び特徴を検討する。

1 社会主義の労働保険から市場化改革へ：

国家責任の後退期 1993～2008

(1) 社会保障の民営化改革

上述したように1993年11月に採択された歴史的な「社会主義市場経済体制の確立に関する若干問題の決定」の中、「多層次社会保障システムの確立」という構想が明示された。本格的な社会保障改革は、この時期から序幕が開かれた。

1990年代に入ってから市場経済の改革開放は、経済のグローバル化や産業構造の変化への適応を迫られ、改革のテンポが一層加速された。その結果、大量の失業者が国有企業から放出され、貧困問題は深刻な社会問題となった。被用者を主な対象とした従来の労働者保障制度は、市場経済改革にもたらされた広汎な社会問題に対応できず、社会保障制度への転換が求められた。この時期の改革は主に二つの目標を目指した。社会主義計画経済に対応した労働者保険制度は、基本的に公費負担で加入者に保険料が課さず、無拠出制だった。そして、住宅、医療、教育などの福祉サービスは、基本的に公費で賄って無料だった。当時の改革は、保険料の無拠出から政府、企業、個人の共同拠出に転換することであり、これが一つ目の目標であった。二つ目には、年金、医療の給付を公費負担から公費・企業・個人の三者負担へ、福祉サービスの供給も公的部門から市場化、民営化へ移行することであった。1997年に「都市職工基本年金保険」、1998年に「都市職工基本医療保険」が創設された。次に、失業者の当面の生活を支えるべく1999年に「失業保険」制度が、創設された。なお、失業状態にある長期失業者等を受け止めるべく、同じ年に「都市住民最低生活保障」（以下、公的扶助）制度が新たに作られた。社会保険制度及び公的扶助制度の創設によって都市に限定されたものではあったが、最後の砦である公的扶助制度及び予測できない生活上のリスクに備えるための公的年金制度が成立できた。²³⁾これらの改革に

²⁰⁾ 汪華「超越左与右，吉登斯第三条道路机器社会投资思想论略」《理论月刊》2012年第3期。

²¹⁾ 丁建定・裴默涵「第三条道路福利思想主張的發展」《社会保障研究》2020年6期。

²²⁾ 张思齐「社会投资理论国外文献综述」『労働保障研究第三回会議論文集』2019年12月13日 <https://xueshu.baidu.com/usercenter/paper/show?paperid=1q5e0gf0cm7k0jg073770m10jp328843>

よって、国家は従来のすべて公費負担の重荷から解放された。ただし、制度移行によって創設された新しい社会保険制度は、農村戸籍をもつ者たちが従来のままで排除されていた。

市場経済の農村地域の浸透によって病気が貧困の最大の要因となっていた農民にとって医療問題は深刻であった。農村地域の貧困問題に対応するため、2003年以後、農村住民の医療衛生問題に対応する新型農村合作医療制度が確立され、農村住民を対象とした最低生活保障（公的扶助）制度も2007年に全国で実施された。また、農民らの年金に関しても新型農村年金保険制度が2009年あたりから導入され始めた。膨大な農村人口を抱える中国は、農民を対象とした社会保障制度の骨格がこの時期になって創設された。

（2）市場化改革期における特徴

この時期の改革では、いくつかの特徴が見られた。

第1に、市場化、民営化の推進により、国家責任が大きく後退したことである。創設された年金保険と医療保険は、従前の完全賦課方式（DB型）から、社会プール基金による賦課方式と個人口座による積立方式（DC型）の併用方式に転換した。個人口座制度の導入は、自己責任、自助努力の対応策だった。

第2に、年金と医療保険の収支運用責任を各省・自治区・直轄市・県の地方政府に転嫁し、中央政府の財政責任を大幅に縮小させた。医療福祉サービスの供給は、従来の公立体制から民営化へ転換した。このような社会保障の市場化、民営化が行き過ぎたことにより、所得格差の拡大問題が深刻になりつつあった。

第3に、この時期の社会保障は、貧困対策の一環として「最低限度の保障」に限られて、給付水準が極めて低い段階に留まっていた。その対策の不十分により、貧困問題の長期化、慢性化が広範囲に蔓延していた。

2 「最低限度の保障」から「適度な普惠型保障」へ：国家責任の回復期 2009年～2018年

（1）「適度な普惠型」政策への転換理由

2008年に世界的な金融危機に見舞われて、先進諸国においては、失業や貧困の増大に対応して、福祉の受給者や貧困層を就労へと方向づけていくことが目指されるとともに、福祉や医療、教育にたいする財政支出はある程度に増額された。多くの国は、急進新自由主義の「小さな政府」の政策を反省し、国家が積極的に社会問題に対処する責任を認め、経済成長と歩調を合わせた公共支出の拡大を容認していた。

この時期の中国では、世界的な経済危機の中で経済成長を続けてきた。2011年に中国の名目GDPは、日本を上回り、世界2位となり、先進諸国を代表とする福祉国家が抱えている財政の圧迫危機と異なる風景であった。しかし、中国が抱えている深刻な問題は、持続的な経済成長を達成したものの、住民の生活水準に大きな変化が見られず、貧富の格差がますます広がっていったことである。中国社会科学院に公表されたジニ係数の推移によれば、1994年頃に、ジニ係数は初めて警戒線の0.40を越え、社会全体に警鐘を鳴らした経緯があった。その後、一時的低下させたが、まもなく再び上昇し、2010年の時点にすでに0.53を越えた。この十数年の間に所得格差がここまで広がったのはなぜか。原因の一つは、社会保障政策の歪みから、格差の是正ではなく拡大を促していたと社会に認識された。

2008年頃より、国際社会の動向を参考しながら、胡錦濤政権は「和谐社会」の構築という政策理念を打ち出して、社会保障政策を所得再分配に重点を置く、年金や医療保険制度を無年金、無保険の人々までに普及する中国版の皆年金・皆保険制度を立ち上げた。それと同時に社会保険対象者の拡大、給付水準の引き上げ、財政支出の増加における国家責任が明確になった。これらの変化は、1960年代の日本の高度経済成長期における「皆年金・皆保険」を思い出させるような出来事で

²³⁾ 田多英範「序章」『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか』沈潔・澤田ゆかり編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるのか』2015年ミネルヴァ書房。

ある。²⁴⁾

(2) 国家責任の回復の成果

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「社会保険法」は成立・公布された（2011年7月1日施行）。これまでは社会保険制度に共通する基本法がなく、同法は初めて確立された社会保障の法律であった。同法は、住民が国ならびに社会から生活支援を受ける権利を保障すべきことが初めて明記された。一方で、基本年金、基本医療、労災、失業、出産といった5つの社会保険に関する加入対象、加入手続、保険料負担、保険待遇、加入義務などを規定している。そのほか、社会保険制度が戸籍及び職業によって都市部と農村部の対応を異にすることも法律上で容認することを明らかにした。これは、「多層次社会保障」政策と呼応するためだった。

この時期の改革は、これまでの社会保障で排除された農民、農民工、自営業者らを社会保険制度内でカバーすることにより、都市部と農村部の住民基本保険制度（地域型保険とする）を一元化させることを重点に置いた。医療保険制度の普及に関して、2007年に、「都市住民基本医療保険」制度が創設された。医療保険にカバーされなかった小学校から大学までの学生と16歳以下の児童、そのほかの都市従業員基本医療保険制度に加入していない非被用者が対象であった。2016年以後、都市の非被用者「都市住民基本医療保険」と「新型農村合作医療保険」（2003年創設）を統合し、新たに「都市・農村住民基本医療保険」を創設した。

年金保険制度の拡大に関して、2009年に「新型農村社会養老保険の試行に関する指導意見」、2011年に「都市住民養老保険の試行に関する指導意見」という施策に従って、一部の地域で試験事業が実施し、年金制度に排除された農村及び都市の非被用者のための年金制度のひな形を作り出した。2014年に国務院が公布した「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」

表5 年金加入者推移（万人）

年別	職工基本年金加入者数	城郷住民基本年金加入者数	合計加入者数
2010年	19,402.3	7,414.2	35,984.1
2011年	21,565.0	24,025.7	61,573.7
2012年	22,981.1	34,987.3	78,796.3
2013年	24,177.0	35,982.1	81,968.1
2014年	25,531.0	35,794.5	84,231.9
2015年	26,219.0	35,672.0	85,833.0
2016年	27,826.0	35,577.0	88,777.0
2017年	29,268.0	35,657.0	91,549.0

出所：何文炯「改革開放40年：中国養老保険回顧と展望」『教育と研究』2018年11期 人力資源と社会保障事業発展統計公報 2010年～2017年。

に基づいて、都市と農村の両制度を統廃合し、「都市・農村住民基本年金」制度を新設した。都市部の16歳以上（除く学生）の住民（都市または農村戸籍）の非被用者は、都市住民か農村住民にかかわらず、同等の条件で同じ年金制度の枠組みの中で対応することができた。無保険、無年金の非被用者を対象とした両制度は、保険料の設定と財政拠出方式を同様に設定したため、都市と農村における受益と負担の格差がある程度緩和された。

社会保険加入者の拡大戦略改革の実施により、達成された成果は以下の通り（表5）である。2010年には、会社員・公務員が主な対象とする職工基本年金の加入者は19,402.3万人に対して、2017年に29,268.0万人にのぼった。非被用者を主な対象とした「都市・農村住民基本年金」の増加が激しい。2010年の加入者はわずか7,414.2万人、2012年に飛躍的に34,987.3万人を超え、2013年にピークの35,982.1万人を突破した。4年間という短い期間の中で2億8千万あまりの加入者が増えたことが、政治的な動員が背景にあることが否定できない。2017年まで年金給付受給者を加えて、合計加入者数は91,549.0となる。

2011年より非被用者を対象とする年金、医療保険制度の普及に従って、社会保障の支出は増加していく傾向であった。（表6）中国の社会保障費の規模は拡大を続け、2008年に1兆8922億元に、加入者が増加しつつあった時期の2015年には、7兆

²⁴⁾ 于洋「ポスト改革期」の社会保障行財政」沈潔・澤田ゆかり編著『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるか』2015年ミネルヴァ書房。

表6 社会保障支出状況 (2008～2015年)²⁵⁾

年	社会保障支出 (億円)	社会保障支出 対GDP比(%)	一人あたり 社会保障支出 (円)	社会保障支出 に占める公費 支出の割合(%)
2008	18922.3	5.9	1428.5	41.4
2009	23651.1	6.8	1776.6	42.3
2010	28737.9	7.0	2148.3	43.6
2011	36271.2	7.4	2698.5	46.6
2012	43295.2	8.0	3205.4	45.5
2013	56174.8	9.4	4138.5	40.5
2014	64388.8	10.0	4719.7	39.0
2015	78735.1	11.5	5742.0	37.9

注：2017年価額で計算；2008年データに住宅補助が含まれず；
2008年―2009年データに障がい者事業費が含まず、2008-2012
年データに住宅基金の支出が含まず。

出典：国家統計局社会支出統計指標及び可能性研究課題組「我が
国とOECD社会保障支出の比較分析」2017.09。

8735億元となり、2014年に比べて名目上で22.3%の増加が見られる。社会保障費の対GDP比は2008年の5.9%から2015年の11.5%と着実に増加し、一人当たりの社会保障費は増加を続け、2015年には5742人民元に達し、2008年に比べ名目上で21.7%増となる。²⁶⁾一方、都市・農村住民の基本医療保険及び基本年金保険の財源負担に関して、2009年から公費負担が始まり、社会保障支出に占める公費支出の割合は、非被用者に対応する新制度が開始時期の2011年に46.6%を超えるようになり、その後も高い水準に留まっている。2017年時点での中央・地方政府から公費負担の内容を種別で見ると、年金制度向けの公費負担は、およそ全体の約6割を占めており、医療保険に向けての公費負担は、非被用者に対して全体の約4割を占めて、都市部の被用者には1.6%であった。²⁷⁾

(3) 社会福祉サービスの供給について

1990年代以後、福祉サービスは、市場化に委ねられ、有料化の供給が先行していた。2010年以後、公的な介護サービス供給の可能性が検討され

はじめ、2016年より政府主導の介護保険制度のテスト事業は15都市で始まった。

「介護保険試行制度の拡充に関する指導意見」²⁸⁾によると、テスト事業の資金調達に関して、手を挙げた地方政府に一任し、制度の自主運営、制度の自主設計という原則で進めることが求められている。資金調達については、15都市の運用状況から見れば、ほとんど医療保険基金を主な財源として、その上、個人負担及び地方政府の財政補填により進められている。当初2020年末の全国導入の見通しだが、財政的な問題で見送られ、2025年まで先延ばしとなった。財政的な問題とは、介護保険の財政負担に対して、中央政府が主要な責任を負う約束がしないことに生じた難航と思われる。将来的には、多層次介護保険制度を独立した社会保険として制度化される見通しである。

そのほか、2007年から一部の都市で自主的に在宅高齢者介護手当の給付制度を実施した。2014年に財政部、民政部など連名で「関与建立経済困難の高齢、失能老人老年人補貼制度的通知」を发出し、貧困高齢者を対象とした国レベルの高齢者介護手当制度を創設した。ただし、具体的な給付内容や給付水準に関しては、各省の地方政府に任されているため、給付内容は省により異なる。

(4) 国家責任の回復期

市場改革期と比べて、この時期には以下の特徴が見られた。

その1に、経済成長期の勢いを乗せて、社会保障関連費用の総額が急増していることが挙げられる。これは、経済成長期によりもたらされた所得格差などの社会的不公平を公費負担の増大で是正することが社会全体にも求められ、社会保障がそれに応えるよう展開したのである。その政策志向は「救貧」から「防貧」へ、「最低限度の保障」

²⁵⁾ 国家統計局「我が国とOECDの社会保障支出の比較分析」「社会支出統計指標及び実現可能性研究プロジェクト報告書2017.09。

²⁶⁾ 同上。

²⁷⁾ 片山ゆき「中国2025年問題」人口、財政、社会保障関係費の三重苦ニッセイ基礎研究所基礎研レポート③⑥。

²⁸⁾ 2016年に人力資源社会保障部より「介護保険制度試行に関する指導意見」、2020年に国家医療保障局より「介護保険制度試行拡大に関する指導意見」を発行した。

から「適度な普惠型」保障へ移行することができた。

その2に、市場化改革期では生活困窮対策が中心であったと言え、この時期は社会保険方式を中核として発展を遂げた。非被用者をカバーする地域型の都市・農村住民の年金保険及び医療保険制度が普及され、すでに確立された被用者の職域保険体制を加えることにより、中国版「皆年金・皆保険」の実現が可能になった。ただし、数の量的拡大は必ずしも質を伴うものではなかった。例えば、地域型の年金保険と医療保険制度は強制ではなく、任意参加であり、給付も安定した生活を保障する水準までほど遠い。地域型保険は、雇主負担が得にくいなど、保険料の調達は容易でなく、公費への依存度が高いことも今後の課題である。

その3に、市場化改革期に社会保障財政負担における国家責任が大幅に後退したことに對して、この時期には国家責任に回復する傾向が見られた。しかし、条件付きの国家責任であり、介護保険のテスト事業の展開に現れたような国家責任が曖昧にされた問題は、現れる可能性があると思われる。

3 社会保障の質の向上：国家ガバナンス革新期 2018年～現在

社会保障は中国の現代社会にとってすでに不可欠な危機管理システムとなっている。これに代わりうるシステムが見出されない限り、今後も量的、質的の両面において新たな観点から検討を加えられながら、その機能を高めていくと考えられる。²⁹⁾市場化改革以来、社会保障は、常に新しい制度政策を作り続けてきたが、制度の分立化や低効率の問題が、この時期になって浮き彫りとなった。既存制度の改善と最適化は、この時期に行った社会保障のガバナンス改革の主な目的であった。

社会保障領域のガバナンス改革は、2014年頃より問題提起されはじめ、2018年に入ってから改革が本格化された。これまで地方政府や各官庁に

よって作り出した制度政策を、中央レベルに統合する動きが注目される。改革の手法は、「頂層設計」(グッドデザイン)だった。「頂層設計」とは、従来に各地方政府および各部門に委ねていた政策策定の権限を中央政府に引き渡し、上層部により統括的に策定する意味を持つ政治的な概念である。社会保障領域では、いままで積み上がった既存制度の不備などを改善しつつ、系統的、統一的に再構築することとなる。

(1) 中央調整基金制度の創設

2018年6月に中央調整基金制度の設立が実現された。³⁰⁾中央調整基金制度の創設の趣旨は、改革初期に、年金保険や医療保険の基金運営と管理は、業種毎の運用で省の下位レベルでの市や県政府に権限を与えた。その後、各市や県の管理により、保険料率や給付水準等の地域差異が多いこと、年金情報の管理も不祥事が多発したことなどに鑑み、省レベルまでに統一が図られてきた。しかし、広東省や浙江省等の沿海地域と上海や北京の大都市では、若年労働者が多く、年金給付者が少ないため、年金基金の余剰金が高い水準に維持されている。貧困地域の青海省やチベットは、中央財政への依存度が高くなっている。従来の国有企業の本拠地では、年金加入者が少なく、年金給付者が多いため、年金基金が枯渇状態に陥り、年金給付の支払が出来なくなっている地域が出てきた。省レベルの取り組みだけでは、地域間の格差など諸問題の解決が難しく、全国レベルでの調整を行う必要性が出てきた。

中央調整基金の主な対象は、職域保険の「職工基本年金保険」のみであった。具体的な調整方法は、各省の年金基金から、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し、中央調整基金より各省の定年退職人数等に基づき、各省の年金財政状況に応じて再配分する。算出方式は、各省の従業員の平均賃金の90%と在職して保険を加入すべき人数に基づいた交付額を計算する基数として、交付比率が3%から開始し、段階的

²⁹⁾ 泉谷周三郎、姜泰権「福祉国家論における日本社会保障」59p横浜国立大学人文紀要 p59, 1991-10。

³⁰⁾ 2018年6月に国務院は、『企業従業員の基本年金保険基金の中央調整制度の構築に関する通知』を発表。

に引き上げる方法を取っている。

また、年金基金の枯渇状態を緩和するため、国務院は2017年11月に「一部国有資産の社会保障基金への繰入実施案」を発表し、中央と地方の国有大中型企業を主な対象として、繰入比率を企業の国有株式の10%にすることを明らかにした。

社会保障ガバナンスの革新を通して中央主体の調達体制が確立された。これは、各地域からの基金の徴収・配分、管理および財政補助などを統一に規定できることにより、給付水準の地域差を緩和させることや持続的な年金制度の効率的な運用を期待している。しかし、地方政府の年金基金に対する調達権限は、中央政府の強権を抑制する意義を持つ観点から見れば、今回の改革によって地方政府のその権限が大いに弱められた。

(2) 国家医療保障局の新設

2018年7月に社会保障行政改革の一環として、国家医療保障局が新設された。これまで分散していた人力資源・社会保障部に所管する都市部従業員及び住民の基本医療保険と生育保険、衛生・計画生育委員会が所管する新型農村合作医療、民政部の医療救助、国家発展改革委員会の薬品と医療サービス価格管理の業務は、国家医療保障局に集約されることになった。国家医療保障局の新設は、欧州諸国の医療制度改革に学び、医療費抑制政策としては、従来よりも強い国家の統制の下で、医療給付の良質性や効率性に踏み込んだ給付のコントロールを狙う目的に基づいているようだ。

2019年から国家医療保障局の下で、分立されている都市・農村住民基本医療保険制度の統合作業が進められた。都市と農村の制度が分立しているため、都市と農村の間で往復している出稼ぎ農民工は、制度から抜け落ちたことが多発しており、今回の統合により事前に防ぐことが可能となる。また、都市への出稼ぎ農民工や流動人口の他地域受診や転院などの問題が解決される見通しで、医

療給付の効率性や公平性における効果も期待できる。

(3) 「医療保障基金使用監督管理条例」の実施

2020年までに医療保険加入者数は13億6,100万人に達し、加入率は95%以上で安定的に推移している。そのうち、非被用者の「都市・農村住民基本医療保険」の加入者は10億1700万人に上り、全体加入者の74.69%を占めている。また、成人、小中学生、大学生、年金受給者など、いくつかのグループに分けて、それぞれ保険料率や適用範囲が異なる。³¹⁾この複雑な医療保険仕組み及び多様な医療供給機関に対する不正行為予防及び事後の処罰制度は、不完全のため、医療保険金の不正受給などが多発している。2018年から2020年にかけて86万件の不正受給行為が摘発されて、ここから348億7500万元の不正受給保険金が回収したことが報道された。³²⁾

こうした医療保険金の不正受給を是非するため、2021年2月に国務院が「医療保障基金使用監督管理条例」を発令、5月に実施した。その中で、中央政府は医療保障基金の運用監督、違法行為に対する監督を強化し、効率を高めており、医療保障における国民の正当な權益を保護するために法的根拠を提供するものと評価できる。また、医療保険財政の使途の監督・管理のための制度政策を構築し、法律違反に対する処罰を強化するなどを明らかにした。

(4) ガバナンスの革新期の特徴

ガバナンスの革新は現在進行中の状態であり、これからも続いていくと予想され、社会保障の効率が確実に上がっていくものと思われる。現段階の進行状況から見えた特徴とえば、まず、「頂層設計」政策のプロセスを通じて、社会保障資源の再分配の権限が急速に中央に集中されたことが挙げられる。市場化改革期では、民間や市・県レベルの地方政府に一定の権限を与えたが、現在で

³¹⁾ 「医療保障発展国家統計公報」によると。

³²⁾ 公安要闻 发布时间: 2021-10-08公安部通报会同国家医保局, 国家卫健委联合部署开展依法打击欺诈骗保专项整治行动的工作举措和成效等情况 https://app.mps.gov.cn/searchweb/search_new.jsp

は、その資源再分配の権限を中央が取り戻しつつある。社会主義時代に活かした計画経済の利点を生かしていく動きがあるように見える。そして、市場化改革以来、社会保障は常に新しい制度政策を作りだして、模索を続けてきた。一方で作り出した制度政策に整合性が欠けており、その制度政策の分立化や流動化によりもたらされた低効率の問題が深刻となってきた。ガバナンスの革新は、既存制度の改善と最適化にし、量的な拡大とともに、質的なレベルを高めて安定的な制度政策を確立しようという考えが明確になった。最後に、少子高齢化の急速な展開による社会保障関係給付の増加に、自助努力的な政策は、一層、推し進められる懸念がある。

今後の展望

以上の考察を踏まえて、今後の社会保障の在り方を少し展望していきたい。

まずは、「多層次社会保障」の行方は、どのように変わっていくか。既に述べたように、政府版の「多層次社会保障」政策は、福祉国家の危機やソビエト連邦の崩壊及びサッチャリズムの思潮が同時に進行する激動時代の下で、発案したものであった。当時の中国を含め、多くの後進国が経済グローバル化したシステムへの統合を深める段階で、国民貯蓄の不足と年金基金の欠如という改革のジレンマに直面し、経済投資のための資金捻出ということが優先課題となった。また、世界銀行や国際通貨基金（IMF）の指導の下で、「多層次社会保障」政策に新自由主義的要素を取り込んだことになった。このような経緯を持っていた「多層次社会保障」政策では、その時代の痕跡が政策思想の深層にまだ生きていることが否認できない。ただし、その後の改革を経て、多層次という枠組自体は、崩れなかったが、その制度政策の中身が成熟し、大きく変貌した。今後も社会保障の財源における公費負担の拡大と充実が実現できるような変化が期待したい。

また、中国版の皆年金・皆保険という社会保障拡大時期では、日本を中心とした東アジアキャッ

チ・アップモデルは、中国に大きな影響を与えたと思われる。政府は、経済高度成長期の勢いに乗って、社会保障財政の導入を急速に拡大し、今まで年金や医療保険に無縁だった住民に基本的な社会保障を与えた。国家財政がこれを支えることが可能になった。その時期に得た経験は、政府に自信と実力をつけたため、それを社会保障ガバナンス革新につながっていたと思われる。現在に進行しているガバナンス革新は、恐らく二つの目標を目指していると思われる。その1に、社会保障のガバナンス革新を通じて、国家と市場の新たな均衡点を探ることである。これまで社会保障に関して、年金・医療の財政負担及び管理運用が市、県レベル政府責任に委ねて、また、「個人口座」を設けて、公的年金の私有化を試し、医療福祉の公共サービスが民営化の路線を取った。この時期に行ったガバナンス革新は、社会保障の市場化に頼り過ぎたところを見直し、国家が資源の再分配や所得再分配の権限を強化することで、市場と国家の新たな均衡的な関係を再建する意図がある。その2に、国家と社会の新たな均衡点を探ることである。現段階の中国社会保障は、経済の統制、社会の統合にとってすでに不可欠な危機管理システムとなっている。特に人口の流動化、福祉ニーズの多様化に対応することに当たって、社会の統合をはかる社会保障の量的、質的の両面のガバナンス革新が求められている。言い換えれば、社会保障の量的、質的高めることは、国家権威を高めていくための不可欠な要件になったのである。今後も社会保障の機能を高めていく模索が続いていくと思われる。

最後に、中国の社会保障は、何をモデルにし、どの方向に向かって進めていくのかに対して述べていく。中国の社会保障改革は、世界諸国の社会保障改革の影響を多分に受けており、国際的な流れの一部として展開されてきた。つまり、対外にオープンしている。また、その社会保障は、中国全土を対象とした制度になりつつあり、権利として体系化された福祉サービスの利用も展開しつつある。社会保険は広く国民をカバーするものの、公費による保障や給付については、給付水準がま

だ低い段階であるが、一定程度の保障もできている。一方、多様な福祉ニーズに対応するために社会福祉供給体制などについては、市場原理・非営利組織との協働や、私的保障といった多層的な構造を取っている。つまり、市場や非営利組織、個人による自助を積極的に取り込むことで、制度を持続可能なものとし、給付の十分性を確保しているように努力している。これは、諸国の社会保障が向かっている方向性に基本的に合致している。今後も中国は多くの国が目指している社会保障の①生活安定・向上機能、②所得再分配機能、③経済安定機能を徐々に向上し、国家責任を基本において、社会全体でのセーフティネットを成熟していくしか道がないと思われる。

学者らによって提示された代替案である中国特色的な福祉国家の実現も不可能ではない。ただし、13億の人口を抱え、また歴史的に形成された地域間の格差が大きいという課題を抱えているため、目標の達成に時間がかかるであろう。2035年までや2049年までに特色のある福祉社会や福祉国家のひな形を完成したいというビジョンを挙げている。³³⁾恐らく、その段階に「多層次社会保障」の骨組が維持できるにしても、その表情は表も裏も変わるだろう。

言うまでもなく、福祉社会や福祉国家の道を目指すとなれば、さまざまな課題がクリアしなければ

ならない。まず、福祉民主政治の改善という課題である。社会保障政策の策定における市民の参加、住民による下からの異議申し立てのプロセスが極めて不十分、不透明という問題が大きい、社会保障における法制化や民主化の改革は急務である。また、社会保障の資源再分配領域において、国家の強い介入により分配の権限は政府側に集中され、市場、非営利組織、インフォーマル組織の活力阻害などの問題が生じている。規制の健全化、プロセスの民主化によって、市場や民間の活力を高めることが基本にすべきである。

参考文献

- 武川正吾著『社会政策のなかの現代—福祉国家と福祉社会』東京大学出版会 1999年。
 田多英範 編著『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか：主要9カ国の比較研究』ミネルヴァ書房 2014。
 沈潔 著『中国の社会福祉改革は何を目指そうとしているのか：社会主義と資本主義の調和』ミネルヴァ書房2014年。
 中国語文献
 鄭功成・wolfgang scholz 編著『全球社会保障与經濟發展關係：回顧与展望』中国労働社会保障出版社2019年。
 何文炯「基于共同富裕的社会保障結構優化」『中国社会保障研究』2021年1。

(SHEN・Jie)

³³⁾ 鄭功成「2049年中国将進入福祉社会」, 2010年03月03日財經国家週刊; 蔡昉:「建設福祉国家, 防止未富先滞」『広観經濟知庫』2021.7.26。

Prospects for China's Social Security in the Future ~The Multi-tiered Social Security System

SHEN Jie*

Abstract

Focusing on the policy of “a multi-layer social security system” * proposed by the Chinese government, this paper analyses the process of policy formation and the factors behind the policy choices, and reveals a consistent neoliberal policy orientation in it. On the other hand, we will examine the discourse on the “welfare society theory” and “welfare state theory” with Chinese characteristics, which are alternatives to the “multi-layer social security system”, and refer to the possibility of the development of this policy context. It also analyzes the characteristics and challenges of the social security system by dividing the practice of social security reform into a period of regression of state responsibility, a period of return to state responsibility and a period of innovation in state governance. Finally, the future development of China's social security system will be discussed.

Keywords : China Social Security, Multi-level Social Security, National Governance, Chinese Characteristics Welfare State

* Professor, Department of Social Welfare, Japan Women's University

社会保障と法：社会保障と法政策

認知症高齢者の医療と生活保護

関 ふ佐子*

Ⅰ 問題背景と各種の取り組み

1 認知症の高齢者と生活保護

認知症の高齢者とお金をめぐる課題が山積みとなっている¹⁾。認知症によって意思決定が難しくなった場合、さまざまな生活上の困難が生じてくる。銀行から預金を引き出せず、買い物するお金が手元にない、家賃や水道光熱費が支払えないといった日常的にお金に困ることがある。自宅を売却して高齢者施設に移り住みたいものの、自宅を売却できないこともある。

高齢者に年金や資産があるのにもかかわらず、認知症が原因で銀行から貯金を引き出せず、当面の医療費を支払えないという急迫した状況を理由に、生活保護の医療扶助を受ける事例も増えつつある。地域包括支援センターの社会福祉士などが相談を受け、当面の困窮状態を救うべく、生活保護の受給に結びつくのである。生活保護法（以下、「法」という。）は、補足性の原理により、ほかに「利用し得る資産」（法4条1項）がある場合は基本的に保護を受けられないと定めている。ただし、資産を活用できないときは、保護の実施機関が急迫保護を行う場合がある（法4条3項）。そして、預金を引き出せたり不動産を売却できた段階で、受給した保護費（医療扶助の扶助費を含む。）の返還を求められることになる（法63条）。

保護費の返還請求をめぐっては、返還額の範囲のほか、何が「利用し得る資産」に含まれるかと

いった点が争点となり、裁判で争われている〔池谷（2021）、前田（2018）〕。そして、行政実務では、返還額の決定に際して、自立の助長を重要視する傾向に変わってきている²⁾。どのような場合であれば自立の助長のために返還を求めないかが問われてきた。また、被保護者への保護費の返還請求ないし徴収については、法63条と法78条のいずれをどのような場合に適用するかも課題となっている³⁾。法78条は不実の申請そのほか不正な手段により保護を受けた場合などを対象としている。

本稿では、財産管理ができず手持ちの現金がなかった認知症の高齢者が受給した保護費の返還請求につき、相続人が争った裁判例の研究（別稿の判例評釈）に先立ち、争いの背景にある政策的な課題を検討する。

2 望ましい将来像

認知症の高齢者の財産管理をめぐる課題を解決するためには、将来に向けて備えることの重要性が唱えられてきた。自らの認知機能が低下する前に、任意後見・見守り契約の締結、信託の設定などを各自で準備することが求められている。認知症に罹患する可能性に備えて、各自が判断できうるうちに備える社会が望まれている。

経済学では、「金融」と「老年学（ジェロントロジー）」を組み合わせ、高齢化が金融に与える影響を分析する学問分野である金融ジェロントロジーが発展しつつある⁴⁾。例えば、脳科学との連携研究から、認知機能の低下が経済活動に及ぼす影響

* 横浜国立大学 教授¹⁾ 高齢者とお金をめぐる課題について、金融審議会市場ワーキング・グループ報告書（2019）参照。²⁾ 行政での取扱いの変遷について、池谷（2017）、pp.252-262参照。³⁾ 法63条か法78条かという議論については、太田（2021）、池谷（2017）、p.241参照。

などが探られている。高い倫理観をもつ金融アドバイザーといった専門家の育成など、認知機能の低下に備えた社会システムの構築が唱えられている。法学でも新しい学問分野として、高齢者をめぐる法的課題を民法、社会保障法、医事法といった既存の法分野を横断し、さらには老年学や医学などの知見を得ながら研究する高齢者法がある⁵⁾。お金のあるなしにかかわらず、要介護度の高まりなどに備えて、社会保障制度を利用しつつ、任意後見、見守り契約、信託などを活用できる方法を研究者と実務家がともに模索している⁶⁾。

別稿で検討する裁判例では、生活保護を受給した高齢者の妻X₁に加えて、高齢者の兄の子であるX₂やX₃が、相続人として保護費の返還決定の取消しを争った。しかし、高齢者夫婦の認知機能が低下する前に預金の引き出しを任せられる者を準備しておくことができていたならば、裁判で争うこともなかったであろう。

II 課題解決に向けた施策

1 医療扶助と医療保険

医療費は、公的医療保険による保障のほか、お金がなく一部負担金が支払えない場合などに、生活保護の医療扶助がこれを保障している。公的医療保険のなかで、被用者保険（健康保険、共済および船員保険）では、生活保護の被保護者になっても、その被用者保険の被保険者資格を失うことはない。生活保護を受けた被保護者が支払う保険料と窓口での一部負担金を除く医療費はその被用者保険でカバーされ、こうした患者の自己負担金のみを医療扶助で賄うことになる。さらに、高額療養費により自己負担金は大幅に減額される。このため、扶助費の返還が求められた場合の額は、この自己負担金の範囲内となる。

これに対して、後期高齢者医療制度⁷⁾および国

民健康保険（以下、「国保」という。）では、生活保護の被保護者となると、被保険者の資格を失う（高齢者の医療の確保に関する法律51条1号、国民健康保険法6条9号）。すると、被保護者の医療費全体を医療扶助で賄うことになり、医療費全額分の扶助費の返還が求められる。別稿で検討する裁判例のように、生活保護を受けずに後期高齢者医療制度の被保険者であったならば、自己負担の額は約46万円であったところ、生活保護を受けたことで、医療費全額の約490万円の返還を求められるのである。

このように、加入する公的医療保険の種類によって、生活保護の被保護者が負う医療費の負担額が異なる現状については疑問の声があがっている。まず、「同程度の資力を有する者でも、その即時の活用が困難で、なおかつ被用者保険の対象でない者のみに公的医療保険と異なる費用負担の可能性が生じることは、医療の機会均等の理念にそぐわない。」と指摘されている〔中益（2021）、pp.125-126〕。国民皆保険制度の理念からすると、被保護者を後期高齢者医療制度および国保から排除するのは望ましくなく、医療の機会均等は生活保護を受ける者にも及ぶと考えられよう。また、資力が活用可能となったときに、3割などではなく10割を負担する恐れがあると分かった者は、医療を受けることを委縮するといった弊害も生じかねない〔中益（2021）、p.125〕。

介護保険でも被保護者の被保険者資格は維持され、介護保険料相当分を生活扶助で、自己負担金を介護扶助で賄うことになっている。そこで、被用者保険、さらには介護保険と同様に、後期高齢者医療制度および国保についても、被保護者となっても被保険者資格を維持し、自己負担金を扶助で賄ってはどうかと指摘されている〔阿部（2001）、pp.124-126、石田（2001）、p.242、注22の各論文、岩田（2021）、p.116Kindle版、吉永

⁴⁾ 駒村康平（2019）、ファイナンシャル・ジェロントロジー研究センターのHP参照。

⁵⁾ 樋口範雄・関ふ佐子（2019）、高齢者法JapanのHP参照。

⁶⁾ 本稿は、高齢者法をともに研究する社会福祉士といった現場の声を伺いつつ執筆した。

⁷⁾ 高齢者医療制度は、75歳以上の者を対象とした後期高齢者医療制度と65歳以上75歳未満の者を対象とした前期高齢者医療制度から成り、本稿の対象は後期高齢者医療制度である。

(2020), p.37.]。

また、医療扶助だと保険証が交付されず、生活保護受給者と特定されやすく、被保護者に対するスティグマを生じさせかねない。こうした差別の問題をみるに、生活保護の本旨である他法優先の原則に立ち返ると（法4条2項）、国保などの被保険者資格を存続させる意義もあろう。

政府は、2021年の閣議決定において、社会保障改革の方向性の一つとして、「生活保護受給者の国保及び後期高齢者医療制度への加入を含めた医療扶助の在り方の検討を深める」ことを挙げている〔閣議決定（2021），p.33〕。財務省では、高齢者の医療費の一定割合を医療扶助が占めていることから、「生活保護受給者の高齢化が進む中、国保等に生じ得る財政悪化の懸念も含め国が引き続き応分の財政責任を果たすことを当然の前提として、生活保護受給者の国保等への加入を検討し、基本的にすべての国民が公的医療保険等による保障を受けられることを目指すべきではないか。」とした〔財務省（2021），p.47以下〕。

しかし、生活保護の被保護者を後期高齢者医療制度および国保の対象とすることについては疑問も提起されている〔島崎（2020），p.71，pp.333-335〕。まず、過去の経験を参照し、慎重な検討が望まれている。1961年の国民皆保険達成当時は、国保の被保険者が被保護者となっても、保護開始日から3か月を経るまでは国保の被保険者資格を失わなかった。これが、市町村の財政負担増ならびに被保険者資格の得喪および医療機関の診療報酬請求事務の複雑化を理由に、1968年には生活保護の開始日から国保の被保険者資格を失うこととなった。

また、介護保険と同様に被保護者を対象とすべきとの意見は、介護と異なり医療費は限度を設けるのが困難であると批判されている〔以下、すべ

て、島崎（2020），p.334〕。加えて、全額公費である医療扶助を悪用する貧困ビジネスなどを回避する事前のチェックが必要である点を考慮すべきと指摘されている。さらに、医療扶助費の国保財政に及ぼす影響、国保と生活保護の国と地方の負担割合の違い、国保と生活保護の一体的な指導・自立支援の確保の必要性なども課題として指摘されている。

確かに、事務負担や地方の財政負担など、国保や後期高齢者医療制度から被保護者を適用除外とした理由の検証に加えて、貧困ビジネスのみならず、被保護者の入院などから不当な利得を得ている病院などのガバナンス確保といった、現状の課題への対策が必要となろう。他方で、生活保護による自立支援の確保の必要性などの課題については、生活保護以外の方法による自立支援・相談支援が充実したならば、これまでは生活保護のケースワーカーが担っていた支援を国保などの被保険者にも提供しうるのであろう。

以上の検討を踏まえたうえで、高齢者の医療費の負担のあり方、医療扶助と医療保険のいずれで負担すべきかを改めて考えてみる。別稿の裁判例のように、医療扶助の返還決定が違法となった場合、生活保護費で高齢者の医療費を賄うこととなる。このように、公費、すなわち税金で高齢者の医療費をすべて賄う形で良いのかを検討する。

公費負担についてみると、生活保護ではなく医療保険制度で高齢者の医療費を賄うと、国の負担は減ることになる⁸⁾。実施主体の市町村の負担についても、国保の方が市町村の負担は少ない⁹⁾。この分、医療保険で高齢者の医療費を賄うと、被保険者の負担が増えることになる。

医療費の保障の中心は医療保険制度である。そして、公的医療保険制度は被保険者の保険料を財源としており、後期高齢者医療制度においては、

⁸⁾ 国の負担割合は、生活保護制度では保護費の3/4、後期高齢者医療制度では約1/3、国保では1/3以上（令和3年度予算案では医療給付費等総額の約110,800億円のうち34,100億円）である。

⁹⁾ 市町村の負担割合は、生活保護制度は保護費の1/4、後期高齢者医療制度は1/12となる。国保では、50%の補助金に加えて保険者支援制度などにおける一定額を国と県が負担する形で、市町村の負担額は財政調整による複雑な仕組みのもと市町村ごとに決定されている。市町村負担額は生活保護よりも国保の方が減るものの単純には比較できない。

高齢者の医療費を、各保険制度に属するほかの世代が後期高齢者支援金という形でその医療費全体の4割を支えている。その財政調整の仕組み、各保険者の負担のあり方はさまざまな議論を反映させて形作られている。こうした点を加味すると、国保財政の改革と国の応分の負担、生活保護以外の方法による自立支援・相談支援の充実などを前提に、すべての高齢者の医療費を、生活保護制度ではなく、後期高齢者医療制度または国保によって賄っていくと良いのではないか。

2 生活保護と後期高齢者医療制度などの調整

制度改革を検討したとしても、生活保護の被保護者を後期高齢者医療制度などの対象とする1の制度改革は容易ではない。次に検討すべき制度改革は、保護費の返還を求められた際、後期高齢者医療制度の被保険者となった後に、事後的に何等かの填補を受けるといった法律上の手当である。または、ほかにその負担を求償・転嫁する手段であろう。

法63条がもともと想定していた事例は、急迫の事由がある場合、調査不足のため資力があるにもかかわらず資力なしと誤認して保護を決定した場合などである〔小山進次郎（2004），p.649〕。認知症により預金の引き出しができないといった課題は、高齢化とともに新たに増大したものである。預金の引き出しができればほかの社会保障制度を利用できた場合などは、想定されていなかったのではないかと。すると、医療扶助と後期高齢者医療制度などを調整をする仕組みが可能かどうかを検討する意義は今日高まっている。一旦医療扶助で賄った場合は、後に後期高齢者医療制度などに加入した段階で、そこで要したであろう自己負担金を返還するわけである。

生活保護制度のそもそもの趣旨からすると、法63条は、租税を財源とする制度であることを理由とした、支払い能力のある者への返還請求を規定したものである。ここでも、1で検討したように、そもそも、高齢者の医療を誰が支えるのかを検討

する必要がある。社会全体で高齢者を支える後期高齢者医療制度や国保といった医療保険制度を基本とするのか、すべての財源を税金で賄う生活保護制度で支えるのかを考えたうえで制度改革をせねばならない。

3 一時的なニーズを補填する制度

1と2の生活保護制度改革に加えて、検討すべきそもそも論を提起しておく。手持ちのお金がないのみで困窮していない高齢者については、そもそも生活保護により保護するのではなく、高齢者の自立した生活を支える各種の制度による保障を基本とすべきではないか。

例えば、一時的にお金がない場合は、生活福祉資金貸付制度を利用しうる可能性もある。これは、低所得者などの生活を経済的に支えるとともに、その在宅福祉および社会参加の促進を図ることを目的とした貸付制度である¹⁰⁾。各都道府県の社会福祉協議会を実施主体として、県内の市区町村の社会福祉協議会が窓口となって実施している。低所得世帯、障害者世帯、65歳以上の高齢者の属する高齢者世帯が貸付対象となっている。

また、生活福祉資金貸付制度のうち緊急小口資金の特例貸付は、一定の限度額を定め（医療費いくら、介護関係費いくらなど）、緊急に費用が必要な人に資金を給付する制度である。これは、緊急かつ一時的に生計の維持が困難となった場合に少額（10万円以内）を貸し付ける制度である。無利子で連帯保証人も不要であり、最短5日でお金を受け取りうる。生活保護の急迫事例といった状況でも利用しうるが、額は小さい。

貸付制度をより利用しやすくなるよう改革し、生活保護に頼る事例を減らす方法の模索も必要であろう。ただし、生活福祉資金貸付制度は、借金の申込みとなるため、これを認知症の高齢者が利用しうるのかという点は留意すべきである。

実務では、預金があるなど後日返済可能な場合は、病院の医療ソーシャルワーカーなどに相談し、医療費の返済を待ってもらうこともあるよう

¹⁰⁾ 厚生労働省「生活福祉資金貸付制度」のHP、全国社会福祉協議会「福祉の資金（貸付制度）」のHP参照。

である。しかし、病院に負担をかけずに、生活保護の受給につながらない方法を模索すべきではないか。お金がある人は後に応分の負担をするとしても、生活保護の一つ上のセーフティネットとなるような仕組みを創設できれば、高齢者などの自立した生活がより保障されよう。

なお、現状では、生活福祉資金貸付制度の利用や病院との交渉が可能となるのは、認知症の高齢者の課題について知見に富むソーシャルワーカーなどが高齢者をサポートしている場合であろう。高齢者を支える各種の制度は複雑化しており、高齢者の自立に向けて適切なサポートが高齢者に届かない場合もあろう。各種の制度についての情報提供の充実や専門家の育成も課題となる。

参考文献

※ 以下のHPは、すべて2022年1月3日最終確認をした。

阿部和光 (2001)「公的扶助法における権利と法の構造」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第5巻 住宅保障法・公的扶助法』, 法律文化社, pp.107-132。

池谷秀登 (2017)『生活保護ハンドブック』, 日本加除出版。

—— (2021)「保護費の返還から考える生活保護行政のあり方」,『賃金と社会保障』, No.1773, pp.4-17。

石田道彦 (2001)「医療・介護と最低生活保障」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第5巻 住宅保障法・公的扶助法』, 法律文化社, pp.236-258。

岩田正美 (2021)『生活保護解体論』, 岩波書店。

太田匡彦 (2021)「支給した生活保護費の「取り戻し」を巡る問題の配置について」,『社会保障研究』, Vol.6, No.3, pp.290-292。

閣議決定 (2021)「経済財政運営と改革の基本方針2021について (令和3年6月18日)」, p.33。

金融審議会市場ワーキング・グループ報告書 (2019)「高齢社会における資産形成・管理」, 第一生命経済研究所「認知症患者の金融資産200兆円の未来」, <https://www.dlri.co.jp/pdf/macro/2018/hoshi180828.pdf>。
厚生労働省「生活福祉資金貸付制度」, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/seikatsu-fukushi-shikin1/index.html。
高齢者法Japan, <https://elderlawjapan.ynu.ac.jp/>。

駒村康平 (2019)『エッセンシャル金融ジェロントロジー』, 慶應義塾大学出版会。

小山進次郎 (2004)『改訂増補・生活保護法の解釈と運用』, 全国社会福祉協議会。

財務省「社会保障等」(財政制度分科会2021年4月15日開催資料), p.49以下。 https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20210415/01.pdf。

島崎謙治 (2020)『日本の医療 [増補改訂版]』, 東京大学出版会。

全国社会福祉協議会「福祉の資金 (貸付制度)」, <https://www.shakyo.or.jp/guide/shikin/seikatsu/index.html>。

中益陽子 (2021)「急迫事例における医療扶助と生活保護63条に基づく費用返還」,『ジュリスト』, Vol. 1559, pp.123-126。

樋口範雄・関ふ佐子 (2019)『高齢者法：長寿社会の法の基礎』, 東京大学出版会。

ファイナンシャル・ジェロントロジー研究センター, <https://rcfg.keio.ac.jp/>。

前田雅子 (2018)「生活保護法第63条に基づく費用返還」,『法と政治』, Vol.69, No.3, pp.1-59。

吉永 純 (2020)「職権保護の場合の法63条返還金に関し医療扶助費全額の返還決定を取消した判決」,『季刊公的扶助研究』, Vol. 259, pp.34-37。

(せき・ふさこ)

社会保障と法：社会保障判例研究

後期高齢者の医療費と生活保護法63条の費用返還請求

（東京高裁令和2年6月8日判決

令和元年（行コ）第227号 生活保護法63条の規定に基づく費用返還請求処分取消等請求控訴事件
判例タイムズ1478号31頁，賃金と社会保障1765号38頁

関 ふ佐子*

職権で高齢者に支給された生活保護費全額の返還を請求した区福祉事務所長の処分の取消しを相続人らが求めた訴えについて，後期高齢者医療などの被保険者であれば負担を要しなかった範囲の保護費の返還を求める部分については著しく衡平を失っており，裁量権の範囲を逸脱した違法があるなどとして処分が取り消された事例。

I 事実の概要

1 (1) 平成25年9月11日，Y（被告・被控訴人，板橋区）立センターA高齢者相談係B職員らが78歳（生活保護開始時）の高齢者Cとその妻X₁（原告・控訴人。以下，CとX₁を「Cら」ともいう。）の自宅を訪問すると，既に救急隊員が到着しており，Cは，体温・血圧ともに高かったため，D病院に搬送された。同月13日，B職員らがCらの自宅を訪問した際，X₁の行方が分からなくなっており翌朝発見されたことから，X₁について短期入所生活介護の利用が開始された。

同月17日，地域包括支援センターなどの職員らがCらに対する今後の支援についてカンファレンスを行った。Cらは，手持ちの現金を持ち合わせておらず，預金通帳も紛失しているなど自ら財産を管理できない状況にあったため，成年後見の申立ての検討が妥当との結論に至り，必要な手続の準備を進めることにした。また，Cらの世帯は，自宅を所有し，Cにつき約250万円，X₁につき約

100万円の年金収入があり，生活保護基準額を上回る収入もあったものの，直ちに活用可能な資産がなく，必要な入院費などの支払いもできない状態であったことから，同職員らは，生活保護の受給について，福祉事務所に相談することにした。

B職員は，福祉事務所にに対し，生活保護法（以下，「法」という。）25条による保護の開始を求めた。同月27日，福祉事務所の担当ケースワーカーは，Cと面会し，生活保護について，年金が引き出せるようになったら返還を求められることを含めて説明し，受給の意思を確認したが，Cは認知症が進んでおり会話が成り立たないという印象を受けた。Y福祉事務所長は，法25条に基づき職権で，10月11日，Cに対する保護の開始を決定した。

(2) 10月25日，B職員らは，認知症の疑いで保佐相当とするD病院医師作成のCの診断書を受領した。

11月14日，Yの社会福祉協議会が主催した権利擁護調整会議で，CについてY区長による成年後見の申立ての適否が検討され，(ア) 法定代理人選任後に生活保護費の返還が予定されているため，なるべく早く成年後見の申立てを行う，(イ) 後見類型での申立ての方が妥当である，(ウ) 診断書は入院中の病院の別科の医師に作成を依頼するのが妥当であるとの結論となった。しかし，Cの診断書作成は各所から断られたため，診断書をB職員らが受領したのは平成26年1月28日であった。

2月17日，Y区長は老人福祉法32条に基づき，C

* 横浜国立大学 教授

についての後見開始の申立てを東京家庭裁判所に対してしたところ、3月11日、Cの後見開始の審判が確定し、Eが成年後見人に選任された。Cらは、Cの後見開始時において、合計2500万円余りの預金などを有していた。4月15日、Y区長は東京家庭裁判所に対し、X₁についても後見開始の申立てをした。

(3) 4月16日、Yの福祉事務所長は、同月1日付でCに対する保護の廃止を決定し、CとX₁は、同日付で後期高齢者医療の被保険者となった。

平成25年9月分から平成26年3月分までの保護費としては、586万4070円（うち医療扶助費489万7724円）が支給された。そこで、5月15日、Yの福祉事務所長は、急迫の場合などにおいて資力があるにもかかわらず保護を受けた者であったことから、Cに対して法63条に基づき支給した費用の全額の返還を求める旨の決定（以下、「本件返還決定」という。）をした。

その後、6月9日、X₁の後見開始の審判が確定し、同じくEが成年後見人に選任された。

2 (1) 7月7日、Cは、本件返還決定につき、東京都知事に対し審査請求をした。11月8日、Cが死亡したため、いずれも相続人であるX₁およびCの兄の子であるX₂、X₃（以下、「Xら」という。）が審査請求人の地位を承継した。平成27年9月11日、東京都知事は、審査請求を棄却する旨の裁決をした。Xらは、これを不服として再審査請求をしたが、平成28年5月31日、厚生労働大臣は、同審査請求を棄却する旨の裁決をした。そこで、Xらは、Cが保護を受けていなかったならば後期高齢者医療の被保険者に該当し、医療費の自己負担割合は1割で、自己負担限度額は世帯当たり月額4万4000円までとなり、Cが負担しなければならなかった自己負担額は合計46万2760円となったはずであり、本件返還決定は裁量権を逸脱または濫用するものとして違法であると主張して、同年11月18日にその取消しを求める訴えを提起した。

(2) 令和元年7月30日、一審がXらの請求を棄却

したので¹⁾、Xらが控訴した。

II 判旨：原判決取消、請求認容、確定

① 「生活保護法63条は、……利用し得る資産等の資力があるにもかかわらず、……保護を受けた者について、その資力を現実を活用することができる状態になった場合において、当該保護を有効なものとしつつ、当該保護の実施に要した費用の返還義務を定めたものである。同条が、返還額について……上限となる金額を定める一方、その算定方法を具体的に規定せず、「保護の実施機関の定める額」と規定しているのは、まず自身の資産を活用することを求める保護の補足性の原則（同法4条1項）を踏まえて、本来受ける必要がなかった支給済みの保護費の全額を返還させることを原則としつつも、生活に困窮する国民に最低限度の生活を保障し、その自立を助長するという同法の目的（1条）に鑑み、全額を返還させることが不可能又は不相当である場合には、支給済みの保護費の範囲内において適切な返還額を定めることができるものとする趣旨に出たものであると解される。」

② 「生活保護法63条に基づく返還額……の決定については、保護の実施機関の合理的な裁量に委ねられているというべきであり、保護の実施機関が支給済みの保護費の範囲内でした返還額の決定が違法となるのは、保護の実施機関に与えられた裁量権の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものと認められる場合に限られる」。

③ 「平成24年課長通知²⁾は、生活保護法63条に基づく費用の返還については、原則として、本来受ける必要がなかった支給済みの保護費の全額を返還対象とし、全額を返還対象とすることによって当該被保護世帯の自立を著しく阻害すると認められる場合は、一定の額を返還額から控除することができるものとしており、……こうした取扱いに合理性があるのは、公費を原資とする保護費によ

¹⁾ 東京地判令和元年7月30日判例タイムズ1478号38頁、賃金と社会保障1765号21頁。

²⁾ 厚生労働省社会・援護局保護課長通知「生活保護費の費用返還及び費用徴収決定の取扱いについて」（平成24年7月23日社援保発0723第1号）p.3。厚生労働省の本通知を、以下では「平成24年課長通知」という。

る利得を被保護者にそのまま保持させることが補足性を要件とする同法の趣旨目的に反し、また、保護費の全額を返還させたとしても、同法による措置の過程を通じてみれば、保護の決定を経て、一旦支給を受けた保護費の分だけ後に返還を求められるだけのことであり、通常であれば、被保護者に格別の不利益が生じることは想起できないからであると考ええる」。

④「これに対して、多額の医療扶助を含む保護費が支給されており、しかも、保護の決定自体が職権で行われている本件返還決定のような場合にあっては、保護費の全額の返還を求めることにより、被保護者に予想外の不利益を与え、衡平に反する措置となっていないか、生活保護法の趣旨目的に反する結果となっていないかなどの点について慎重な検討を要する。」

⑤「本件返還決定のように全額の返還が求められた場合、後期高齢者医療の被保険者となった後も、事後的にその填補を受けるなどの法律上の手当てがなく、他にその負担を求償・転嫁する手段も存在しないため、被保護者がその全額を最終的に負担する結果となって、その不利益は著しいものとなり得る。すなわち、被保険者であったならばその負担は月額4万4000円で合計46万2760円にとどまり、本件返還決定の対象とされた7か月の医療扶助の額489万7724円をこれと対比するとその負担の過大さは顕著である」。

⑥「担当ケースワーカーは、生活保護法63条の返還義務について……説明の重要性を理解しており、その上で、Cに対する説明を試みたものの、Cは認知症が進行して後見相当と考えられ、その説明を理解できていないという認識を持っていた」。「保護の実施機関にあたっては、実務上、公的な低利・無利子の貸付金を利用した方が本人の自立に役立つなどとして、資力があるにもかかわらず保護を受けようとする者に対して、生活保護法63条の取扱いを十分に説明して理解を得ることを求めている。」生活保護手帳別冊問答集では……生活福祉資金貸付制度等を活用すれば保護を受ける必要がなく…と説明されている。こうした「取扱いは実務の担当者に周知され、浸透しているものと

認めることができる。」

⑦「行政手続一般において、不利益な処分を行う場合には、相手方に対して聴聞や弁明の機会の付与が求められていること（行政手続法13条参照）に鑑みれば、実質的に不利益を課す処分となり得る保護を行う場合にも、保護を受ける相手方に、保護を受けた場合の不利益の内容を説明して十分な理解が得られていることが、その不可欠の前提というべきである。」

「Cは認知症が進行しており……、不利益の内容について説明を尽くすのは、そもそも不可能又は困難な状況にあり、この点についてCの理解が得られていたとは認め難い。結局、Cにあっては、同人の意思とは関係なく、後期高齢者医療等の適用除外となって多額の医療費が発生しており、仮に減額がないまま医療扶助全額の返還を命じられるとすれば、保護が開始されなかった場合と比較して、何らの予告もなく著しい不利益を課されることになり、社会通念に照らして著しく妥当性を欠く事態が生じるものというべきである」。

⑧「社会保障制度が複雑に並立している中で、同条で費用返還をするに当たっても、各制度との関係に意を払い、制度間の間隙によって国民に不当な不利益を負わせないように配慮すべきは当然であり、同条により返還すべき額を定めるに当たっても、上記のように健康保険制度等との格差等の事情も十分に検討すべきである。」生活保護「法は、……同法による措置を通じて国民に広い意味での便益を提供することを本旨とするものであって、被保護者に多大な経済的不利益を与えること、ましてや十分な説明を受けず、その理解を得ないままに、そうした不利益を与えることを容認しているとは考えられ」ない。

⑨「Cは……一定の便益を享受したとみる余地があるにせよ、保護費の全額の返還を求められれば、その便益に到底見合わない経済的不利益を強いられることになるのであるから、その場合には実質的には便益の提供と評価することはできず、同法の趣旨目的に反する事態といわざるを得ない。……その不利益の程度が顕著である場合に、……上記のような事態を容認しているものと解す

ることはできない。」

⑩ 「本件返還決定は、保護決定に際して、給付される医療扶助について将来その全額の返還を求められ、著しい経済的不利益を被ることになるのに、Cに対してこの点についての説明がされておらず、少なくともその理解を得ないままに職権で保護の決定が行われ、後期高齢者医療の被保険者からも除外されたものである。生活保護法の運用に当たっても我が国の社会保障制度全体の中でその運用を考えるべきであり、後期高齢者医療等の被保険者であれば負担を要しなかった範囲の保護費の返還を求める部分については、著しく衡平を失っており、裁量権の範囲を逸脱した違法があるものと言わざるを得ず、取消しを免れない。」

⑪ 「Cが支払っていなかった後期高齢者医療の保険料についてもCが本来自己負担分として負担すべき金額として、返還する費用額算定に当たっては考慮すべきであると解される。」

Ⅲ 評釈

判旨におおむね賛成するが、一部疑問もある。

1 本判決の特徴・意義

法63条に基づく返還請求の可否が争われた事案は近年増加している〔畑中（2018）, pp.221-240, 前田（2018）, pp.441-499, 池谷（2017）, pp.241-268〕。本件は、認知症の高齢者Cが資産を引き出せず生活保護を受けた結果、医療扶助という形で受給した保護費の返還決定の適法性が争われた事例である³⁾。

本判決は、公的医療保険である後期高齢者医療

制度の被保険者であれば保障された費用について、生活保護費の返還請求処分が取消されたおそらく初めての事例であり、実務上重要な判決であろう。また、法63条は自立助長との関係で返還の是非を問われることが多いなか、本判決は一審を覆し、判旨⑩で、全額返還という著しい経済的不利益を被ることについて、Cの理解を得ないままに職権で保護の決定が行われたとした。そのうえで、「後期高齢者医療等の被保険者であれば負担を要しなかった範囲の保護費の返還を求める部分については、著しく衡平を失して」いるとして、返還額の決定は、保護の実施機関の裁量権の範囲を逸脱した違法があると判断した点に本判決の特徴がある。

本判決は、高齢者が認知症の場合にどのようにして医療扶助を行うべきかを検討する素材を提供しているといえよう。

2 問題状況

法63条は、急迫保護が行われた者について、事後的に資力が発覚する場面を典型的な適用対象として想定している。本条は「先に行われた保護ではその当時の状況下においては正当だと認められたのであるから、処分自体はそのまま有効なものとして置き、ただ費用の関係だけは相手方に資力もあることだから、可能な限度で徴収しておきたいという場合」に応ずる規定であると説明されてきた〔小山（2004）, p.649〕。こうした趣旨目的をもつ本条をめぐっては、何が「利用し得る資産」に含まれるかという論点もあるが⁴⁾、本判決では返還額の決定が問題となっている。

法63条が「保護の実施機関の定める額を返還し

³⁾ 本判決の高裁の評釈として、黒田（2021）, pp.39-47, 高木（2021）, pp.11-20, 中益（2021）, pp.123-126, 山川（2021）, pp.62-68, 山川（2020）, pp.4-10, 吉永（2020）, pp.34-37参照。

⁴⁾ 保護費の返還は、生活保護法の趣旨目的を勘案したうえで「利用しうる資産」の中から行われるところ、何が「利用し得る資産」に含まれるかが争われている。最三小判昭和46年6月29日判例時報636号23頁（賠償を直ちに受けることができない交通事故による損害賠償請求権は法4条3項の「利用し得る資産」にあたるとして、のちに賠償を受けることができるに至ったときは63条により費用返還義務が課せられると判断された）。そのほか、東京高判令和元年11月6日判例地方自治470号49頁、東京地判平成31年4月17日判例時報2427号3頁（生活扶助の障害者加算全額を返還すべき額とする返還金額決定処分の取消請求が認容された）、大阪地判20年12月10日判例タイムズ1298号125頁（未認知の子が取得した固有の遺族慰謝料と保険金の相続分が資力にあたるかが争われ、返還金額決定処分が取り消された）参照。

なければならない。」と定めていることから、返還額の決定は保護の実施機関である知事・市長の裁量に委ねられていると解されている。その趣旨は、既に支給された生活保護費の「全額を返還させることが不可能、或いは不適當である場合もあるから、額の決定を被保護者の状況を知悉しうる保護の実施機関の裁量に委せたもの」と説明されている〔小山（2004）、p.650〕。

そこで、保護の実施機関の返還額の決定についての裁量権に対する司法統制のあり方が検討課題となる。本判決では、まさにこの点が論じられている。以下、本判決を検討していく。

3 本判決の検討

(1) 判断枠組み

法63条に基づく保護費の返還決定の適法性が争われたこれまでの裁判例は、当該決定を行う際の実施機関の裁量権の逸脱ないし濫用の有無を判断する枠組みをとっている⁵⁾。例えば、令和元年の福岡高裁判決は、「返還額の決定については……保護の実施機関の合理的な裁量に委ねられ……違法となるのは、その決定が裁量権の行使としてされたことを前提とした上で、その判断要素の選択や判断過程に合理性を欠くところがないかを検討し」と判断した。

他方で、平成25年の大阪高裁判決は、「保護の実施機関の裁量は、全くの自由裁量というべきではなく、その判断が著しく合理性を欠く場合」を裁量権の逸脱・濫用としている⁶⁾。これに対して本判決は、判旨②で「違法となるのは、保護の実施機関に与えられた裁量権の範囲を逸脱し又はこれを濫用したものと認められる場合」と述べ、前出

福岡高裁判決に追隨して、前出大阪高裁判決の「著しく合理性を欠く場合」という枠組みを採用していない。前出大阪高裁判決よりも、密度を高めて裁量権の逸脱・濫用を判断する立場といえよう。

どのような場合に返還額の決定に合理性が認められるのか、保護の実施機関の裁量権の逸脱・濫用が認められるのかを判断する際に、近年の法63条をめぐる裁判例は、処分の内容が法の目的や社会通念に照らして著しく妥当性を欠くか否かを審査するという裁量権統制についての一般的な判断枠組みを採用している。実際、前述した令和元年の福岡高裁判決は、「その判断が、重要な事実の基礎を欠くか、又は社会通念に照らして著しく妥当性を欠くものと認められる場合に限られる」としている⁷⁾。

判旨③は裁量権統制について判断するにあたって、「こうした取扱いに合理性があるのは、公費を原資とする保護費による利得を被保護者にそのまま保持させることが補足性を要件とする同法の趣旨目的に反し、……通常であれば、被保護者に格別の不利益が生じることは想起できないからである」として、通常であれば、平成24年課長通知に従う形の取扱いには合理性があるとする。そのうえで、判旨④は、一定の場合には慎重な検討を要するとした。すなわち、「多額の医療扶助を含む保護費が支給されており、しかも、保護の決定自体が職権で行われている本件返還決定のような場合」という事案の特徴を踏まえ、「被保護者に予想外の不利益を与え、衡平に反する措置となっていないか」、「生活保護法の趣旨目的に反する結果となっていないか」といった点について慎重な検討

⁵⁾ 福岡高判令和元年7月25日判例地方自治455号72頁、同地裁・熊本地判平成30年3月30日判例地方自治455号81頁（特別障害手当の受給を理由となされた費用返還決定につき、決定を取消した原判決が取消され、請求が棄却された）。そのほか、東京地判平成29年9月21日判例時報2396号3頁、賃金と社会保障1696号41頁（必要経費の控除や医療扶助相当額の返還請求処分につき、処分の取消請求が棄却された）、東京地判平成29年2月1日賃金と社会保障1680号33頁（福祉事務所の過誤により生じた生活保護費の過支給の全額返還金決定などの取消しが争われ認容された。この裁判例の評釈として、笠木（2019）、pp.120-123）参照。

⁶⁾ 大阪高判平成25年12月13日賃金と社会保障1613号49頁（支給された障害基礎年金に相当する保護費相当額全額の返還処分の取消請求につき、請求を棄却した原判決が取消され、処分が取消された）。

⁷⁾ 福岡高判・前掲判例（注5）78-79頁。多くの裁判例にみられるこの判断枠組みを採用するものとして、例えば、東京地判令和元年11月20日D1-Law判例体系（失業給付金が収入認定されていなかったことによる過支給の保護費の返還決定の取消請求につき、請求が棄却された）参照。

を要すると判示している。

このように、本判決は、本件保護開始決定が職権決定であることに着目し、その場合に用いるべき判断枠組みを提示した。近年の裁判例と同様に、法の目的に照らして裁量権の逸脱・濫用を判断するとともに、予想外の不利益から衡平性に反する場合について判断した点が本判決の特徴である。

(2) 事実関係の検討

本判決は、後期高齢者医療と医療扶助の関係を踏まえて、判旨⑤以降で、本判決の事実関係を判旨④で示した判断枠組みに沿って検討している。まず判旨⑤で、全額の返還が求められた場合、後期高齢者医療の被保険者であった場合と対比すると、その負担の過大さは顕著であると認定している。次に判旨⑥で、担当ケースワーカーは、法63条の返還義務についてCに説明を試みたものの、認知症の進行からCは理解できていないとの認識を持ったとした。そして、判旨⑦で不利益の内容について、Cの理解を得られていたとは認めがたいと認定し、「何らの予告もなく著しい不利益を課されることになり、社会通念に照らして著しく妥当性を欠く事態が生じる」と判断した。

次に、判旨⑧で「制度間の間隙によって国民に不当な不利益を負わせないように配慮すべきは当然であり、」法は生活保護「法による措置を通じて国民に広い意味での便益を提供することを本旨とし、」被保護者に多大な経済的不利益を与えることは容認していないとした。続いて判旨⑨で、保護費の全額の返還を求められることを経済的不利益とし、「その場合には実質的には便益の提供と評価することはできず、同法の趣旨目的に反する」と判示している。

以上の検討を受けて、判旨⑩で、a) 医療扶助について将来その全額の返還を求められることなどについて説明されておらず、少なくともCの理解を得ないままに職権で保護の決定が行われた点、b) 社会保障制度全体のなかで生活保護の運用を考えるべき点を挙げた。そして、「後期高齢者医療等の被保険者であれば負担を要しなかった範囲

の保護費の返還を求める部分については、著しく衡平を失っており、裁量権の範囲を逸脱した違法がある」と判断した。なお、判旨⑪で、Cが支払っていなかった保険料については返還額の算定に当たって考慮すべきとしている。

こうした判旨①～④の判断枠組み、判旨⑤⑧⑨および判旨⑩と⑪の結論にはおおむね賛成だが、判旨⑥と⑦には疑問が残る。認知症が進行した者には、そもそも説明をしても内容について理解を得ることが難しい場合があるからである。そこで、まず、社会保障制度全体との関係での裁量権の逸脱・濫用についての考慮要素を判示した判旨⑧と⑨を次の(3)で、これと関連する自立の助長との関係を(4)で検討する。続いて、Cの意思とは関係なく多額の医療費が発生し、何らの予告もなく著しい不利益を課されることは著しく妥当性を欠くと判断した判旨⑥と⑦について、特に判旨に疑問が残る点を(5)で検討する。

(3) 生活保護と社会保障制度全体との関係

判旨⑧と⑨は、社会保障制度全体のなかでの生活保護の運用について指摘している。別稿で整理したとおり、後期高齢者医療制度および国民健康保険の被保険者は、保険給付の対象となる医療費の負担は一部負担金を限度とされており、高額療養費の支給によりその負担は更に軽減されている。この点、生活保護の被保護者については、後期高齢者医療制度および国民健康保険の被保険者から除外されている（高齢者の医療の確保に関する法律51条1号、国民健康保険法6条9号）。他方で、被用者保険（健康保険、共済および船員保険）では、生活保護の被保険者は当該医療保険の被保険者などの地位を保ち、医療保険における患者の一部負担金について医療扶助が提供される。そこで、返還額は一部負担金を上限とする。

別稿で検討したとおり、後期高齢者医療制度や国民健康保険とほかの社会保険制度とで仕組みが異なる現行制度には各種の疑問が提起されている〔阿部（2001）、pp.124-126、石田（2001）、p.242、中益（2021）、pp.125-126、吉永（2020）、p.37〕。判旨⑧が、法63条にもとづき費用返還決定をする際

も、制度の狭間により国民に不当な不利益を負わせないように配慮すべきとした点は注目されよう。健康保険などの被用者保険の被保険者であれば医療費全額の返還を請求されない点との公平性を加味する意義はある。医療の機会均等などから、被保護者を後期高齢者医療制度および国民健康保険から排除するのは望ましくないといった現行制度への疑問の声に鑑みると、「制度間の間隙によって国民に不当な不利益を負わせないように配慮すべきは当然であり、」返還額を定めるに当たって、「健康保険制度等との格差等の事情も十分に検討すべきである。」とした判旨⑧は妥当である。

（4） 自立助長との関係

保護費の返還決定に関する保護の実施機関の裁量権の範囲について、行政実務では、自立の判断を重要視する傾向に変わってきている。行政実務の指針となっている生活保護手帳別冊問答集の1988年版の間449では、「全額を返還額とすることが当該世帯の自立を著しく阻害すると認められるような場合については、次の範囲においてそれぞれの額を本来の要返還額から控除して返還額を決定する取扱いとして差し支えない。」と、「事情によっては」となっていた記述が変更された。同内容は現在まで踏襲されており⁸⁾、これは、平成24年課長通知に沿ったものである。

これまでの裁判例では、法1条の自立の助長との関係で、実施機関の返還額決定が、その裁量を逸脱・濫用していないかが判断されてきた⁹⁾。本判決の一审は、「費用の返還については、……全額を返還対象とすることによって当該被保護世帯の自立を著しく阻害すると認められる場合は、一定の額を返還額から控除することができるものと解され」とした。そして、Cらは「合計年額約350

万円の年金収入を有していたほか、……合計2500万円余りの預金等を有しており、Cに支給した保護費全額を返還対象としたとしても、Cら世帯の自立を著しく阻害するものとは認められ」とないと判断し請求を棄却した。

一审が認定したとおりCには2500万円の高額な貯金などがあり、586万4070円の保護費全額の返還が自立を著しく阻害するとはいえないとした一审の判断も一理ある。これまでの裁判例や行政実務と同様に自立の助長との関係で法63条を解釈した場合、Cの預貯金額などからすると、返還決定は適法との結論に至った可能性もあった。しかし、(3)で検討したとおり、現行制度は狭間が生じているという課題がある。「制度間の間隙によって国民に不当な不利益を負わせないように配慮すべき」という点を重視し、社会保障制度全体のなかでの生活保護の運用の仕方に留意して結論を導いた本判決の判断は評価できる。

（5） 説明と医療扶助

判旨⑥と⑦や次の⑩は、「Cに対してこの点についての説明がされておらず、少なくともその理解を得ないままに職権で保護の決定が行われ、後期高齢者医療の被保険者からも除外された」と述べ、説明をして理解を得れば後期高齢者医療の被保険者から除外しても良いような判断をしている。

行政の実務でも、「法第63条の適用に当たっては、……国民健康保険加入者が医療費を必要とする場合、他法他施策等を活用した場合には高額療養費の自己負担限度額までの借り入れで済むものが、生活保護を適用した場合には医療費の全額が返還額決定の対象となること等を説明し、適正な債権管理が行われるように対応する必要がある」

⁸⁾ 生活保護手帳別冊問答集（2021）問13-5「法第63条に基づく返還額の決定」、p.422。

⁹⁾ 例えば、福岡高判・前掲（注5）79頁、大阪地判平成29年5月11日判例地方自治435号80頁（障害基礎年金及び障害共済年金を収入とする保護費返還決定につき、市に対する各処分の取消請求が棄却された）、東京地判平27年3月10日D1-Law判例体系（生活保護費を上回る金額の障害基礎年金を遡及的に受給するに至ったことを理由になされた保護費の返還決定につき、決定の取消請求が棄却された）、福岡地判平成26年3月11日賃金と社会保障1615・1616号112頁（生活保護費の過誤払いの全額の返還命令などにつき、処分の取消しが一部認められた）、福岡地判平成26年2月28日賃金と社会保障1615・1616号95頁（生命共済契約に基づき給付された入院給付金の費用返還決定につき、処分が取り消された）。

と注意喚起されている¹⁰⁾。しかし、説明をして理解が得られればよいのであろうか。

Cは認知症が進んでおり、成年後見人が選任されている。認知症の進行具合にもよるが、担当ケースワーカーは説明時に会話が成り立っていないという印象を受けており、Cには説明を尽くしても理解を得ることができない可能性がある。行政手続一般において求められる十分な説明をして理解が得られれば不利益は弱まるとして返還請求をする行政の取り扱いは、高齢者の職権による生活保護の開始が増えている実情にあわないのではないか。

そもそも、説明により理解を得ることができる者であったとしても、医療扶助以外に選択肢がないと考えた場合、10割返済せねばならないと分かっていたとしても、医療扶助を受けないという選択はしない可能性がある。または、自身の生命や身体の保障を天秤にかけながら、10割の返還を恐れて、医療サービスの利用を控えかねないという課題も残る〔中益（2021）、pp.125-126〕。さらに、かかる医療費の額は予測が難しく、将来返還請求される額が不明なまま、これについて合意するのも難しいと研究会で指摘があった。

判旨④の「被保護者に予想外の不利益を与え、衡平に反する措置をとっていないか」を検討する判断枠組みからすると、この不利益性は、(4)で検討した後期高齢者医療制度との均衡などから認定できる。判旨⑥や⑦のように、費用返還請求の不利益性の判断にあたって、説明とその理解の有無を加味する必要はないのではないか。

4 残された課題

(1) 本判決の射程

判旨⑩は、「著しい経済的不利益を被る」「後期高齢者医療等の被保険者であれば負担を要しなかった範囲の保護費の返還を求める部分については、著しく衡平を失っており」と判断し、著しい場合に裁量権の範囲を逸脱した違法とした。すると、いくらであれば著しく衡平を失するといえる

のかが課題として残る。本判決では450万円弱の差額をCは請求されたが、この額がより低い場合も本判決の射程が及ぶかは定かではない。

経済的不利益は、医療費が高く公的医療保険の被保険者であったならば負担したであろう金額と返還請求額との差額が大きかった場合のみ生じるのであろうか。例えば、医療費の額自体は低額でも、被保護者の収入や資産などに占めるその割合が高いケースも著しい経済的不利益を被ることになるか否かは定かではない。本件はCの預貯金額が比較的高い事例だが、それでも著しい経済的不利益が認定されており、より預貯金額などが低い事例には本判決の判断枠組みが適用される可能性はある。

また、判旨④が挙げる「保護の決定自体が職権で行われている」場合以外が本判決の射程内かも定かではない。ただし、「本件返還決定のような場合」とすることから、職権保護でない場合も含まれる可能性はある。さらに、費用返還について本人の理解が得られる事例については直接の判断はない。

(2) 相談支援と専門家

本件は、職権で生活保護が開始されており、生活保護受給者の意思で医療扶助を受け続けた事例ではない。そうしたなか、B職員による後見相当の診断書の取得に時間がかかり、後見開始の申立てに6カ月程度を要し、時間がかかった結果生じた費用が返還請求された。こうした点などから、Xらは、Yの対応は、国または公共団体による法律の誠実な執行義務に違反すると主張した。本件のYの対応は、保護の実施機関の裁量権の範囲を逸脱した違法があるとまではいえず、Xらの主張を退けた一審の判断は妥当であろう。

控訴審でこの点について取り上げなかった判断も妥当だが、本件は、政策として検討すべき課題を提起するものとなった。例えば、本件では、後見人ではなく診断書のある保佐人の選任を申し立てていたならば預金をより早く引き出せた可能性

¹⁰⁾ 生活保護手帳別冊問答集（2021）問13-6「費用返還と資力の発生時点」、p.426。

はなかったのか。成年後見の市町村長申立てには、時間がかかるといったさまざまな課題も指摘されている〔神奈川県社会福祉協議会かながわ成年後見推進センター〕。

また、認知症の診断にもさまざまな課題がある。長谷川式など各種の判断スケールがあるほか、医師ごとに異なる判断がなされている。後見開始の審判に必要な認知症の適切な診断に向けて、医療関係者と法律関係者とが協働して検討する基準づくりが必要となろう。

さらに、後見開始の審判に必要な生活上の課題の検討などにおいては、社会福祉関係者と各関係者との協働も必要となろう。B職員や担当ケースワーカーの対応次第では、緊急小口資金といった生活福祉資金貸付制度などを利用することができた可能性もある。

行政がかかえる課題により、高齢者Cが生活保護からより迅速に脱却できなかつたとしたら、そこで要した費用を課すのはCにとって酷であろう¹¹⁾。高齢者を支える社会保障制度などは複雑化しており、高齢者の自立に向けて適切なサポートが高齢者に届かない場合もあり、専門家の養成も含めて、政策的に検討すべき課題は多い。

参考文献

- 阿部和光（2001）「公的扶助法における権利と法の構造」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第5巻 住宅保障法・公的扶助法』，法律文化社，pp.107-132。
池谷秀登（2017）『生活保護ハンドブック』，日本加除出版。
石田道彦（2001）「医療・介護と最低生活保障」日本社会保障法学会編『講座社会保障法第5巻 住宅保障法・公的扶助法』，法律文化社，pp.236-258。

- 笠木映里（2019）「生活保護法63条に基づく過誤支給生活保護費返還請求処分 of 適法性」、『ジュリスト』Vol.1529，pp.120-123。
神奈川県社会福祉協議会かながわ成年後見推進センター（神奈川県）「成年後見制度市町村長申立てマニュアル2013 HP版」，http://www.knsyk.jp/s/shiryou/pdf/kouken_sityousontyoumousitate_manual2013_hp.pdf（2022年1月21日最終確認）。
黒田美亜紀（2021）「判例報告」、『法律科学研究所年報』Vol.37，pp.39-47。
小山進次郎（2004）『改訂増補・生活保護法の解釈と運用』，全国社会福祉協議会。
（2021）『生活保護手帳別冊問答集』中央法規（「生活保護手帳別冊問答集」とする）。
高木佳世子（2020）「職権で生活保護が開始された成年後見申立てで予定の認知症高齢者が後見開始後に受けた，医療扶助費全額を含む保護費返還額決定について裁量権の逸脱濫用とした事例」、『賃金と社会保障』Vol.1765，pp.11-20。
中益陽子（2021）「急迫事例における医療扶助と生活保護法63条に基づく費用返還」、『ジュリスト』Vol.1559，pp.123-126。
畑中祥子（2018）「生活保護法63条に基づく費用返還請求のあり方」、『白鷗法学』Vol.25，No.1=2，pp.221-240。
前田雅子（2018）「生活保護法第63条に基づく費用返還」、『法と政治』Vol.69，No.3，pp.441-499。
丸谷浩介（2013）「生活保護法63条による費用返還」、『週刊社会保障』Vol.2710，pp.44-49。
山川幸生（2020）「生活保護法63条による「医療費10割返還」を違法とした東京高裁令和2年6月8日判決について」、『賃金と社会保障』Vol.1765，pp.4-10。
———（2021）「生活保護法63条による「医療費10割返還」を違法とした東京高等裁判所判決」、『実践成年後見』Vol.90，pp.62-68。
吉永 純（2020）「職権保護の場合の法63条返還金に関し医療扶助費全額の返還決定を取消した判決」、『季刊公的扶助研究』Vol.259，pp.34-37。

（せき・ふさこ）

¹¹⁾ 保護実施機関の故意過失と法63条について，丸谷（2013）参照。

情報（所内研究報告（人口））

令和2年国勢調査の人口等基本集計結果の公表と
地域別将来人口推計

小池 司朗*

2021年11月30日、総務省統計局より令和2（2020）年国勢調査（以下、2020年調査）の人口等基本集計結果が公表された。今後、人口移動集計や従業地・通学地集計等も順次公表される予定であるが、人口等基本集計結果において表章されている男女年齢別人口や家族類型別の世帯数は、国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）において実施している全国と地域別の人口および世帯数の将来推計の出発点（基準）ともなっているなど、人口等基本集計は国勢調査の各種集計のなかでも最も基本的かつ利用頻度の高い統計である。以下、その結果について簡単に触れた後、都道府県別の総人口について、社人研「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（以下、「平成30年地域推計」）による2020年の推計値と比較し、残差の傾向について述べる。

Ⅰ 2020年国勢調査の人口等基本集計結果の概要

2020年10月1日現在の日本の総人口は1億2614万6千人であり、前回の平成27（2015）年国勢調査（以下、2015年調査）から94万9千人（0.75%）減少した。減少率は、2010～2015年の減少率（0.76%）とほぼ同水準であり、2015年以降も自然減が一貫して拡大したことを踏まえれば、一見奇異に感じられるかもしれない。そこで総人口を日本人と外国人に分けてみると、日本人は178万3千人（1.4%）減少した一方で、外国人は83万5千人（43.6%）の大幅増加となっており¹⁾、外国人人口

の急増が人口減少を緩和したといえる。また、人口ピラミッドは図1のとおりである。高齢化率（65歳以上人口割合）は28.6%となり、2015年調査（26.6%）から2.0ポイント上昇して世界最高水準となっている。一方、世帯数（一般世帯）は5570万5千世帯となり、2015年調査から237万3千世帯（4.4%）増加した。これは、2010～2015年の増加率（2.9%）よりも高い。その結果、1世帯当たりの平均世帯人員は2015年調査の2.33人から2.21人へと減少し、単独世帯の増加に象徴される世帯規模の縮小傾向が継続していることがうかがえる。

総人口の推移を都道府県別にみると（図2）、2015年調査から総人口が増加したのは、埼玉・千葉・東京・神奈川・愛知・滋賀・福岡・沖縄の8都県であり、増加率が最も高かったのは東京都（+3.9%）であった。一方、残りの39道府県では5年間で人口が減少し、減少率が最も高かったのは秋田県（-6.2%）であった。東京圏（埼玉・千葉・東京・神奈川の1都3県）の全国に占める人口の割合は、2015年調査の28.4%から29.3%へと上昇し、一極集中化がさらに進行した。

Ⅱ 「平成30年地域推計」による都道府県別推計値の残差（誤差）の傾向

「平成30年地域推計」では市区町村別の推計を行っているが、紙幅の都合上、都道府県別の2020年の推計人口について2020年調査による実績人口と比較する。残差率は、下記の式により算出し

* 国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部長

¹⁾ 年齢・国籍（日本人・外国人の別）の不詳補完結果に基づく。人口ピラミッドも同様。

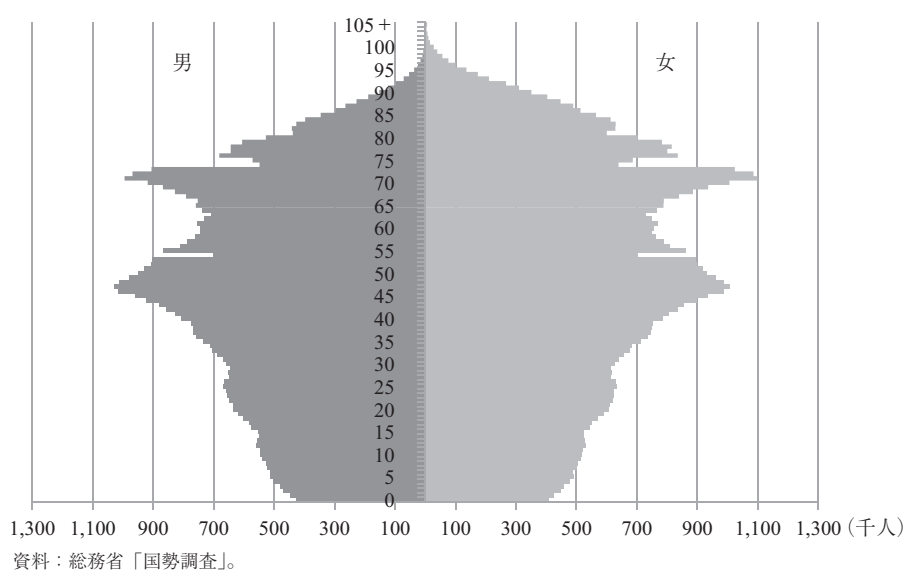
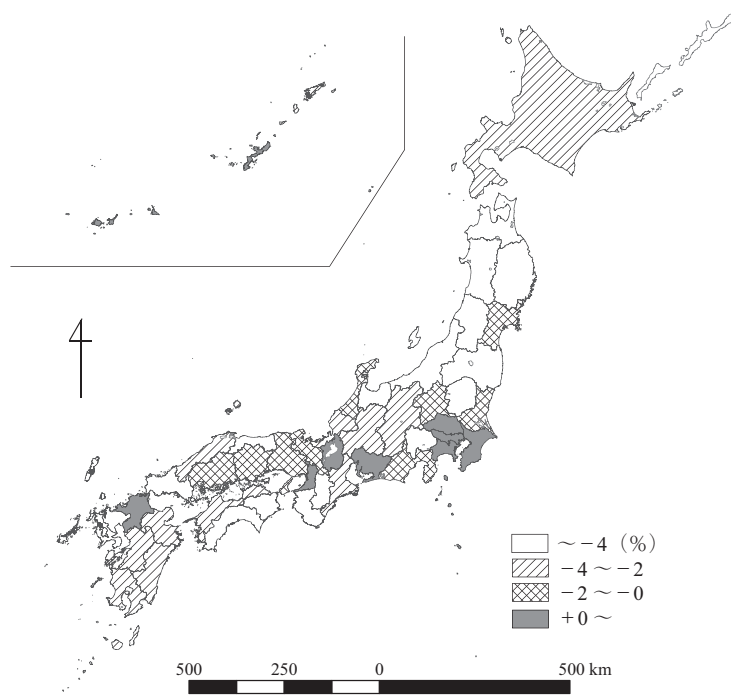
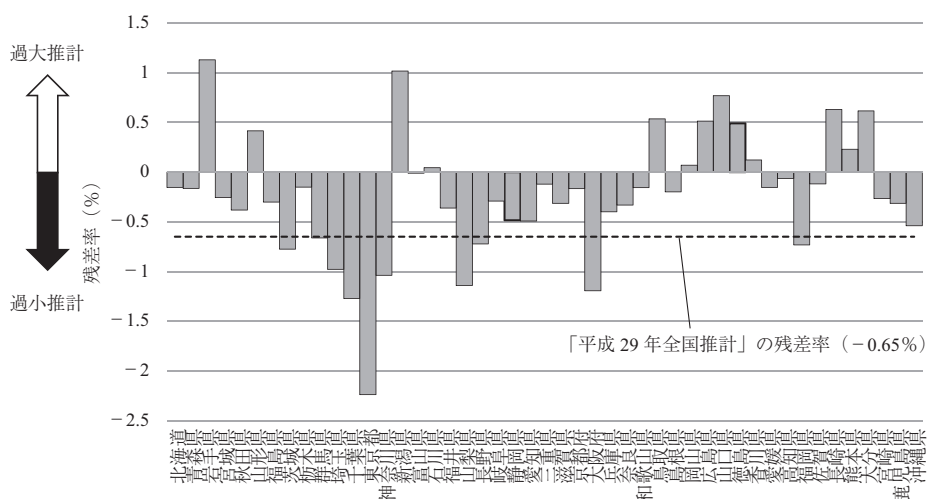


図1 日本の人口ピラミッド（2020年）



資料：総務省「国勢調査」。

図2 都道府県別の人口増減率（2015～2020年）



資料：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」。

図3 都道府県別、「平成30年地域推計」の総人口の残差率（2020年）

た。

$$\text{残差率} = (\text{推計人口} - \text{実績人口}) \div \text{実績人口} \times 100$$

推計人口が実績人口を上回れば残差率はプラスで過大推計、実績人口が推計人口を上回れば残差率はマイナスで過小推計となる。

都道府県別総人口の残差率は図3のとおりである。破線で示しているのは「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）（以下、「平成29年全国推計」）による2020年の全国推計人口と2020年調査による全国実績人口との残差率（-0.65%）である。「平成29年全国推計」においてやや過小推計となったことから、都道府県別にみても過大推計が13県に対して過小推計は34都道府県と、過小推計となっている地域が多い。残差率が-1%を超える過小推計となったのは、東京都（-2.24%）、千葉県（-1.27%）、大阪府（-1.19%）、山梨県（-1.14%）、神奈川県（-1.04%）の5都府県、一方残差率が+1%を超える過大推計となったのは、岩手県（+1.13%）、新潟県（+1.02%）の2県であった。東京圏に属する4都県のうち埼玉県以外では残差率が-1%を越え、埼玉

県でも-0.98%となるなど、東京圏における過小推計が目立っている。総務省「住民基本台帳人口移動報告」等によれば、2019年までは一貫して東京圏の転入超過数は拡大傾向にあり、この点が過小推計の主たる要因と考えられるが、地域別残差の要因については今後詳細に検討する必要がある。

しかし、新型コロナウイルスの感染拡大の影響を受けて、2020年4月頃から国内人口移動傾向は一変している。「住民基本台帳人口移動報告」による東京圏の転入超過数は、2020年で9万9千人、2021年では8万2千人となり、2019年の14万9千人から大幅な減少となっている。また、法務省「出入国管理統計」によれば、2020年4月以降は入国数、出国数ともゼロに近い水準で推移するなど、国際人口移動にも劇的な変化がみられる。出生・死亡への影響もさることながら、特にコロナ禍による人口移動傾向の変化をどのようにとらえ、地域別、推計期間別、男女年齢別の仮定値としてどのように反映させていくかが、次期の地域別将来人口推計における最大の課題となるだろう。

（こいけ・しろう）

『社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800字に換算するものとします。

- | | |
|-------------------|----------------------|
| (1) 論文：20,000字 | (4) 社会保障判例研究：12,000字 |
| (2) 動向・資料：12,000字 | (5) 書評：6,000字 |
| (3) 情報：3,000字 | |

3. 原稿の構成

1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c) または・などを使用してください。

3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム―「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について―生活と支え合いに関する調査を用いて―」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market," *American Economic Review*, Vol.96, No.4, pp.938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。

United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/> (2010年10月5日最終確認)

4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) …〔森田（2014）、p.45〕 …〔Le Grand（2003）、p.3〕

…〔森田（2014）、pp.45-46〕 …〔Le Grand（2003）、pp.3-4〕

(例2) 著者が2人の場合

…〔泉田・黒田（2014）、p.408〕 …〔Finkelstein and McGarry（2006）、p.938〕

(例3) 著者が3人以上の場合

…〔金子他（2013）、p.311〕 …〔Poterba et al.（2014）、p.159〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田（2014）、p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版、p.45。

5. 表記

1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は 京極氏は→京極は

6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（例）＜表1＞受給者数の変化 ＜図1＞社会保障支出の変化

7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告してください。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

9. 原稿の提出方法など

1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従ってください。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

『社会保障研究』投稿規程

1. 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。

2. 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択してください。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。

「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文

「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。

1) 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文

2) 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告

3) 国内外における社会保障の政策動向に関する考察

投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。

3. 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付してください。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送してください。

4. 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受付をしません。再投稿に当たるとかどうかの判断は編集委員会が行います。

5. 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従ってください。

6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。

7. 原稿の送り先・連絡先

電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp

郵送による提出：〒100-0011

東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階

国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係

電話03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

編集長

田 辺 国 昭 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

尾 形 裕 也 (九州大学 名誉教授)
駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)
高 橋 紘 士 (東京通信大学 人間福祉学部教授)
武 川 正 吾 (明治学院大学 社会学部教授)
野 口 晴 子 (早稲田大学 政治経済学術院教授)
林 玲 子 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
加 藤 典 子 (同研究所 政策研究調整官)
小 西 香奈江 (同研究所 企画部長)
是 川 夕 (同研究所 国際関係部長)
小 島 克 久 (同研究所 情報調査分析部長)
田 中 央 吾 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)
泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

渡 辺 久里子 (同研究所 企画部第1室長)
竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)
佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)
黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第2室長)
菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)
榊 原 賢二郎 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)
井 上 希 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
斉 藤 知 洋 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
岡 庭 英 重 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第1室長)
藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)
暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)
盖 若 琰 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)

社会保障研究 Vol.6, No.4 (通巻第23号)

令和4年3月25日 発 行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<https://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.6 No.4

2022

Foreword

The Chinese Social Security System at a Crossroads	SHEN Jie	372
--	----------	-----

Special Issue: The Chinese Social Security System: Perspectives on aging population, declining fertility rate and economic growth

General Trends and Future Prospect of Population Dynamics in Mainland China	PENG Xizhe	374
Unfinished Pension System Reform in China	YU Yang	389
Social Assistance in China : Towards Relative Poverty	ZHU Min	404
Policy Effects of Public Medical Insurance Reform in China	MA Xinxin	421
Childcare Policy in China	LI Lianhua, ZHANG Jiyuan	439
China Long-term Care System with Focus on LTC Insurance Pilot Projects	WAN Lin-Jing, KOJIMA Katsuhisa	454
Prospects for China's Social Security in the Future —The Multi-tiered Social Security System	SHEN Jie	469

Social Security and Law

Health Care and Public Assistance for the Elderly with Cognitive Impairment	SEKI Fusako	486
Case Study on the Recovery of the Medical Assistance to the Elderly	SEKI Fusako	491

Report and Statistics

Results of Basic Complete Tabulation on Population and Households in 2020 Population Census of Japan and Regional Population Projections	KOIKE Shiro	500
---	-------------	-----

Edited by
National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)