

表2-2 家族形態別高齢者女性および生産年齢女性の精神的健康度

精神的健康度の指標		ストレスを感じる確率			精神的病みにかかる確率			
高齢者 女性	一人暮らし	40.18%	(11562)	+ ***	3.58%	(12571)	+ ***	
	世帯主の 配偶者として	夫婦のみ	36.14%	(14451)	-	2.92%	(16035)	+ ***
		子供夫婦と同居	36.89%	(5636)		1.19%	(6874)	
		その他の人と同居	38.38%	(6253)	+ **	3.14%	(7081)	+ ***
	世帯主が婿の場合の同居	45.29%	(3079)	+ ***	2.10%	(3568)	+ ***	
世帯主が息子の場合の同居	40.16%	(22145)	+ ***	1.77%	(25695)	+ ***		
生産年齢 女性	一人暮らし	53.98%	(13890)	+ ***	2.29%	(14510)	+ ***	
	世帯主の 配偶者として	夫婦のみ	36.06%	(12415)	- **	2.02%	(13285)	+ ***
		夫婦と未婚の子	39.33%	(12074)	-	1.81%	(13076)	+ **
		夫の両親と同居	39.51%	(23641)		1.43%	(28124)	
		自分の両親と同居	42.76%	(3757)	+ **	1.77%	(4173)	+ **
		その他の人と同居	44.06%	(76056)	+ ***	0.76%	(92857)	- ***
世帯主の娘としての同居	37.26%	(1661)	- *	1.23%	(2113)	- *		
世帯主の嫁としての同居	36.77%	(9824)	- **	0.93%	(12734)	- ***		

注:1) 高齢者とは年齢が65歳以上の人を指す。一方、生産年齢とは20歳以上65歳未満の年齢階層を指している。2) 精神的病みにかかる確率とは、神経病、精神病、自立神経失調症、うつ病のいずれにかかる確率である。3) +と-の符号とは、精神的健康度の指標をベンチマーク（三世代世帯）と比較する場合、その値が大きい場合+、小さい場合-と表示される。また、その差が1%統計的に有意であれば、***、5%統計的に有意であれば**、10%統計的に有意であれば*と表示される。4) 括弧の中のある数字はサンプル数を指している。

表3-1 65歳以上の高齢者の精神的健康度における推計結果

説明変数		ケース1 (Probit Model)		ケース2 (Tobit Model)	
		係数	t値	係数	t値
世帯構造	夫婦のみ	0.0220	0.62	0.2832 ***	6.33
	夫婦と未婚の子のみ	0.1174 ***	2.57	0.5606 ***	9.81
	一人親と未婚の子のみ	0.0652	1.39	0.5303 ***	8.69
	三世帯世帯	-0.1971 ***	-3.22	0.5658 ***	8.05
	その他の世帯	0.0035	0.08	0.6901 ***	12.59
続柄	配偶者	-0.0313	-0.98	-0.0864 **	-2.23
	世帯主の父母	-0.0614 **	-1.98	0.0233	0.66
	配偶者の父母	0.0256	0.47	0.1473 ***	2.5
	その他	0.0404	0.62	-0.0163	-0.2
その他の説明変数	年齢	0.0063 ***	4.97	-0.0025	-1.61
	性別ダミー (男性の場合1)	-0.0739 ***	-2.77	0.0194	0.62
	一人当たりの住居面積 (平米)	-0.0018 ***	-2.69	-0.0055 ***	-6.15
	一戸建てダミー	-0.0556	-1.54	-0.0463	-1.01
	持ち家ダミー	-0.0266	-0.74	-0.3532 ***	-7.73
	世帯人員数	-0.0402 ***	-3.47	-0.0066	-0.52
	5月の消費支出(万円)	-0.0001	-0.42	0.0000	0.03
常数項		-2.1072 ***	-20.65	0.1984	1.58
対数尤度		-13593.6		-51908.2	

注:1) ケース1の標本数は120,409であり、ケース2の標本数はである。2) ケース1では被説明変数が精神的病みにかかる確率(神経病、精神病、自立神経失調症、うつ病のいずれを報告した場合1、その以外の場合0)として、ケース2では被説明変数がストレス度の総合得点としている。3) 世帯構造のベンチマークは単独世帯であり; 続柄のベンチマークは世帯主である。4) ***は1%、**は5%、*は1%水準で統計的に有意であることを表す。

表3-2 生産年齢(20-64歳)世帯人員の精神的健康度における推計結果

説明変数		ケースA (Probit Model)		ケースB (Tobit Model)	
		係数	t値	係数	t値
世帯構造	夫婦のみ	0.086750	0.77	0.018691	0.19
	夫婦と未婚の子のみ	0.151281	1.27	-0.124923	-1.19
	一人親と未婚の子のみ	0.213755	** 2	0.035580	0.36
	三世帯世帯	0.375197	*** 2.51	-0.068261	-0.51
	その他の世帯	0.151430	1.17	-0.081810	-0.71
続柄	配偶者	0.236201	*** 2.74	0.106622	1.45
	子	0.252839	*** 3.09	0.084915	1.11
	子の配偶者	0.317006	** 2.13	0.118261	0.85
	その他	0.033875	0.21	0.206463	1.38
就業状態	専業主婦	-0.006671	-0.08	0.069781	0.97
	学生	0.014117	0.08	-0.212913	* -1.67
	その他の無業状態	0.184268	*** 2.64	0.128718	* 1.81
その他の説明変数	年齢	0.013198	*** 5.89	0.005077	*** 2.75
	性別ダミー (男性の場合1)	0.079516	1.28	0.139753	*** 2.53
	一人当たりの住居面積 (平米)	-0.001449	-0.62	-0.007387	*** -3.53
	一戸建てダミー	-0.111244	-1.6	-0.114699	** -2.08
	持ち家ダミー	0.097178	1.3	-0.094704	* -1.63
	世帯人員数	-0.079403	*** -2.68	0.010048	0.41
	世帯内要介護者の有無	0.463218	*** 2.47	0.763306	*** 3.39
	結婚ダミー	-0.278134	*** -3.15	-0.013144	-0.16
	5月の消費支出	-0.000281	-0.53	0.000273	0.72
	本人の可処分所得	0.000006	0.54	-0.000006	-0.71
	世帯の可処分所得	-0.000018	** -2.36	-0.000022	*** -4.3
常数項	-2.630457	*** -18.8	0.349058	*** 3.23	
対数尤度	-2007.1		-16950.1		

注:1) ケースAの標本数は32815であり、ケースBの標本数は12362である。2) ケースAでは被説明変数が精神的病みにかかる確率(神経病、精神病、自立神経失調症、うつ病のいずれを報告した場合1、その以外の場合0)として、ケースBでは被説明変数がストレス度の総合得点としている。3) 世帯構造のベンチマークは単独世帯であり; 続柄のベンチマークは世帯主であり、就業状態のベンチマークは就業中である。4) ***は1%、**は5%、*は1%水準で統計的に有意であることを表す。

高齢化と経済発展のもとにおける中国社会保障制度の展開

金子能宏¹・何立新²

1. はじめに

中国は、1978年の党11期3中全会で国内経済改革（活性化）と対外経済開放政策（いわゆる改革開放政策）を採り、1979年には経済特区の設置や農家請負制と人民公社の解体などを始めることにより、それまでの社会主義計画経済を見直し、経済発展を通じた国民生活の向上を図る経済政策を実施することとなった。経済成長には資本蓄積と豊富な労働力と技術進歩が必要であるが、労働力が豊かである点を除いて、1980年代当時、その他の要素が不足していること認識されていたため、中国政府は、1984年の14沿海開放都市都市に見られるような優遇措置を実施して対外直接投資の促進とそれによる諸外国からの先進技術の導入を図った。このような合弁企業の活用による技術導入と製造業の生産能力の増大と平行して、中国政府は、1984年の工場長責任制度の試行に見られるように国有企業改革を進めた。そして、1993年の全国人民代表大会8期1回会議で、社会主義市場経済を中国の新経済体制とする憲法改正を行い、同年の党14期3中全会では、憲法改正を受けて所有と経営を分離して国営企業を国有企業に改めることが定められた。このような市場経済化への条件整備の過程で、国有企業が株式会社化するなど国有企業改革が一層進むと同時に、天安門事件（1989年）の後一時的に停滞した対外直接投資も再び増加して、合弁企業の生産力の増大が続いた。

表1 企業の所有形態別にみた従業員数の推移

その結果、中国は、1979年から2001年までの年平均実質GDP成長率が9.4%になるほど、高い経済成長率を達成することができた（表1）。2001年には中国の国内総生産は9兆5933億元（約1兆ドル、約120兆円）に達し、アメリカ、日本、ドイツ、フランス、イギリスに次ぐ世界で6番目に国内総生産の大きい国となった。さらに、このような経済成長が持続した一方で為替レートが長期にわたって固定されていたことと、合弁企業などを通じた技術導入と海外で技術を習得した中国人技術者の起業を促進する「海亀派」政策などによる技術移転とが合わさって、中国の国際競争力が向上し工業製品の生産力が増大した結果、2000年には世界の輸出に占める中国のシェアが6.1%になり、日本について世界第4位を占めるに至った（内閣府2002）。

しかし、総人口が12億6583万人（2000年11月）にも上るため一人あたり国内総生産は1998年においてもまだ低く850ドル（2001年）である（ただし香港・マカオを除く値）。しかも、沿海都市から経済成長が進んだため、農村部と都市部との所得格差が拡大し、農村部から都市部での就業を求める大きな労働力移動が起こり、2001年都市部失業率が3.6%に達するなど社会問題化している。また、農村部から都市部への人口移動に伴い、労働力人口に占める第2次産業と第3次産業比率が上昇し（1998年のそれぞれの値は23.5%と26.9%）、労働力人口に占める非農業労働力人口（2次産業と3次産業をあわせた労働力）の割合が5割以上となった（表1）。経済発展を通じて国

¹ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部室長

² 一橋大学大学院経済学研究科博士課程

民生活の向上を図る中国政府にとって、非農業労働力人口の多くを占める勤労者の医療制度と引退後の生活保障のための年金制度の近代化が重要な政策課題となっている。

表2 中国の人口・社会保障に関連する主要統計指標

このような課題に加えて、経済発展を持続させるためには、働く人々の食糧及び企業活動と国民生活にとって不可欠なエネルギー資源の確保と環境保護が必要とされる。中国政府は、これらに対処するために1979年から「一人っ子政策」を採ったが、その結果、日本と同様に、欧米諸国が経験した以上の早さで高齢化が進むこととなった。高齢者の増加は引退後の所得保障としての年金制度の整備のみならず、加齢に伴う医療需要の増加に対処するための医療制度の整備も必要とされる。しかし、改革・解放政策に伴って、農村部で農家請負生産責任制度を導入して人民公社制を廃止したため、この制度と密接に関連していた農村における高齢者の生活保障や医療保障が必ずしも十分には機能しなくなり、新たな農村部を対象とする社会保障制度の構築が求められている。

以下、この章では、こうした中国の社会保障制度に様々な課題をもたらすに至った背景としての人口構造と高齢化の特徴及びこれらに起因する中国社会保障制度の構造を考察したうえで、年金保険制度、医療保険制度、労働災害保険、失業保険、社会福祉制度を概観する。

2. 中国の人口構造—「一人っ子政策」の内容と生育保険制度—

2. 1 中国の人口構造

国連の経済社会問題局人口動向部の世界人口予測2000年によれば、中国（中華人民共和国）の総人口は、2000年に12億7513万人であると推定され、2005年には13億2136億人になると予測されている。このような中国の総人口は世界の総人口60億人の21%を占めるが、その割合は中国以外の発展途上国の人口増加率が中国の人口増加率を上回ることが予測されているので、次第に低下する傾向にある。1979年に始まった「一人っ子政策」により、1980年代以降、0～14歳人口の増加率は、それ以外の年齢階級の増加率に比べて際だって低くなった。2000年では、総人口の増加率が4.5%であり、生産年齢人口と高齢者人口の増加率がそれぞれ5.9%と17.3%であるのに対して、0～14歳人口の増加率は-1.7%である。

図1 中国の年齢3区分別人口の推移

2. 2 「一人っ子政策」の内容と生育保険制度

中国の「一人っ子政策」は、中国が1971年に国連に加盟して、世界の人口食糧問題や環境問題の中で自らの位置づけを行う必要性の中から生まれた政策である。中国は、社会主義国家建設のために、大躍進の時期、及びその失敗による人口減少を回復するためにとった毛沢東の人口資本説による人口拡大の時期の二つの時期に、出生率が増加し0～14歳人口の増加率が10%以上の水準となった。また大躍進の失敗による人口減少の時期を除いて平均余命の増加もあって、総人口の増加率も約10%の水準となった。しかし、1970年代前半、耕地面積の減少が起こり、まず人口増加が食糧需給の観点から問題となることが認識され始めた。これに加えて、レスター・ブラウンによる地球環境問題からみて中国の人口増加をある程度抑制する必要性が指摘されたことなどが

一因となって、1978年末の三中全会において人口抑制策の必要性が認められ、1979年1月から「一人っ子政策」が国策として採られることとなった。

「一人っ子政策」の内容は、男22歳、女20歳より3年以上遅らせて結婚するように法定婚姻年齢を定め（「晩婚」）、女性は24歳を過ぎてから出産することとし（「晩産」）、さらに出産する場合には子供の数を少なく生み（「少生」）、かつ出産期間を3～4年間あけること「稀」を勧める数量的な面と、遺伝的障害のある場合の婚姻・出産を抑制する優生保護的な側面とがある。婚姻年齢は1980年の「中華人民共和国婚姻法」により定められ、「晩産」「少生」「稀」に該当する内容はチベットを除く中国の29地区それぞれの地区の計画出産条例により定められている（若林(1996)）。

このような計画出産政策が採られた反面、出産・育児の支援策は1980年代以降も引き続き整備されていった。その背景には、中国では、社会主義建設のために男女が平等に働く理念が国営企業、国家機関や事業部門において実現され、女性の就業率が高いことがあげられる。既に1953年の「労働保護条例」により有給の出産休暇が定められていたが、国務院は、これが国営企業労働者のみを対象としていたことを改めて、1988年に「女職工労働保護規定」が定めて、労働者と職員を対象とする統一的な女性労働保護規定と出産・育児支援策を提示した。この制度をより詳細に規定するため1993年には「女性職工保健工作暫定規定」が公布された。ただし、ここに至るまで、出産・育児に関わる母子保健のための医療給付や育児手当は、労働者の場合は労働保険医療制度で国家機関や事業部門の職員の場合は公費医療制度（詳細は4節を参照）によって支給されていたため、必ずしも統一的な給付が提供されるわけではなかった。こうした問題点を解消するとともに出産・育児支援策と育児手当等の財源を社会保険として安定化させるために、1994年に「企業職工生育保険試行弁法」が公布された。これにより、企業が賃金総額の1%を上限に全額負担する保険料を生育保険社会保険準備基金に拠出し、この基金から育児休業期間中の賃金手当（生育手当金）や出産・育児に関わる医療給付を賄う社会保険として生育保険制度が導入されることとなった。1992年には、労働社会保障部、国家計画委員会、財政部、及び衛生部が共同して、生育保険が適用される都市部労働者の出産費用とその他計画出産に要する費用を生育保険で負担できるようにする「都市職工計画生育手術費問題対処通知」を発令した（烏(2001)）。

3. 人口の高齢化と社会保障の構造

3. 1 中国における人口の高齢化と地域格差

「一人っ子政策」が人口構造に及ぼす影響は、表2にみられるような高齢化率の上昇である。「一人っ子政策」が始まった直後の1980年の高齢化率は4.7%であったが、1990年には5.6%になり、2000年には6.9%になった。そして、2005年には高齢化率が7.5%となって、人口構造の高齢化の基準となる65歳以上人口比率7%を超えることが明らかとなっている。さらに、人口構造の点で高齢社会とみなされるのは高齢化率が14%以上に達することであるが、中国の高齢化率は2030年にはこの水準を上回ることが予測されている。高齢化率7%から14%に倍増する期間を国際比較すると、フランスは128年(1864～1992年)、スウェーデンは85年、アメリカは70年、イギリスは47年かかっている。また、統一ドイツは40年かかっていると推定されている。これに対して、戦後急速な出生率の低下(1947年から57年にかけて半減)があった日本は、1970年から94年の間の24年間で高齢化率が7%から14%に上昇した(若林p.207)。中国の高齢化の早さもわが国と同様であり、表2によれば2005年から2030年の25年間で高齢化率が倍増して14%以上に達することがわかる。

中国の高齢化の一つの特徴は、このように高齢社会への移行がわが国と同様に欧米諸国に比べて早いことである。もう一つの特徴は、総人口が12億人に達しているために、65歳以上人口の規模そのものが非常に大きい点である。表1からわかるように、2000年の65歳以上人口は8742万人であるが、2010年には1億094万人となり、2030年には2億3374万人にも達する。

中国の高齢化の3番目の特徴は、65歳以上人口割合の地域格差が大きいことである。1990年の国勢調査によれば（若林表7-5）、上海市の高齢化率が9.2%と最も高く、ついで浙江省6.9%、江蘇省6.8%、天津市6.5%、北京市6.4%の順で、平均（1990年5.6%）より高い高齢化率を示している。これに対して、青海省3.1%、寧夏回族自治区3.38%、シンチャン・ウイグル自治区3.86%のような辺境地区の高齢化率が特に低い。これについて、黒龍江省4.01%、甘肅省4.09%、貴州省4.6%、雲南省4.87%のように、少数民族と漢民族が混在する省の高齢化率が低くなっている。

しかし、高齢化がわが国と同じように早く進んでいるにもかかわらず、高齢化率の地域格差はわが国が経験した格差よりも小さい。その理由は、都市と農村とを区別する戸籍制度により、人口移動が制限されてきたからである。「1. はじめに」で概観したように、1979年の改革開放政策を採ってから中国の経済発展はめざましい。その結果、先進諸国からの海外直接投資に伴う合弁企業の増加や国営企業改革の進展などにより都市部の労働需要が増加して、高齢化率が低く若い人口の多い農村から都市への人口移動が生じたことは確かである。1990年代の失業問題の顕在化とこれに対する失業保険制度の整備は、こうした人口移動をもたらす社会保障政策の具体的な対応であるが、公表されている人口移動の規模は12億の人口からみれば小さい。

3. 2 戸籍制度の特徴と社会保障の構造

中国において農村から都市への人口移動が人口規模や経済成長率に比べて比較的小さい背景には、1958年の「中華人民共和国戸口（戸籍）登記条例」の公布以降、中国政府が農村から都市への農民の移動を政策的に管理・抑制してきたことがあげられる。具体的な手段は、戸口（戸籍）制度、口糧制度、及び労働就業制度である。戸口（戸籍）制度とは、戸籍を農業戸籍と非農業戸籍（都市戸籍）とに分け、農民（農業戸籍を持つ者）が都市に流入する際には、都市労働部門の採用証明、学校への入学証明、あるいは都市戸籍登記機関の移入許可証明書を常駐地の戸籍登記機関に提出することを要することを戸口（戸籍）登記条例に定めたものである。口糧制度は、農業戸籍と都市戸籍に分けられた者のうち、都市戸籍を持つ者のみに食糧の配給を行う制度である。労働就業制度は、社会主義計画経済の実現のため都市での就業を国家の労働部門が統一的に管理する制度である。ただし、こうした三つの側面を持つ戸籍制度は、改革解放後の社会主義市場経済の発展により修正を余儀なくされた。1984年に、国務院は「農民の集鎮転入・定住に関する国務院通達」を公布して、食料を自弁できる農民の都市への移動・定住を許可するという戸籍管理の緩和と調整を行った。ついで1986年には、国営企業改革とも連動しながら、国家による労働力の全面配分方式の廃止と終身雇用制の廃止により、労働力市場の形成を決定した。

このように農村から都市への人口移動が1980年代に緩和されたことに対応して、都市部の人口が総人口に占める割合は、1980年の19.39%から1990年には26.41%となり、1995年には28.85%まで増加した（若林p114表4-1）。しかし、この事実は1990年代後半に至っても、中国では農村部の人口が総人口の7割以上を占めることを意味しており、そのため都市戸籍か農村戸籍をもつかによって社会保障の制度と体系が異なるという特徴がみられる。

図2 都市部と農村部の人口割合の推移

都市戸籍をもつ職員や労働者が都市部や農村周辺部の国営企業や郷鎮企業の従業員として働く場合には、従来、修業期間中の医療サービスや住居などは企業の福利厚生制度として企業から提供され、退職後も年金に相当する退職金を退職した本人が死亡するまで企業から受け取ることができた。ただし、国営企業が福利厚生制度のすべてを担うことは国営企業の競争力を失わせる一因となるので、国営企業改革の進展に伴い、1990年代以降、後に述べるように福利厚生制度としての養老年金保険、医療保険や労災保険を、国が統一的基準を設けてそのもとで都市や地方が管理・運営する公的年金制度、医療制度及び労災保険に改める改革が進められている。年金保険の主管部門は企業等については労働部、官公庁・関係団体の公務員・職員については人事部、その他については民生部である（張p204表5-2）。医療保険と労災保険の主管部門は衛生部と労働部であり、公務員の医療保険の主管部門は人事部となる（張p204表5-2）。さらに、都市の労働需要の伸び以上に農民が都市に流入した結果顕在化している失業問題に対応して、労働部と民生部が連携して失業保険の整備を進めている。

これに対して、総人口の約7割を占める中国農村部では、人民公社制が解体してからは、「五保」制度と農村合作医療制度しか社会保障の役割を担うものがない。「五保」制度は、無子女、無収入、無工作のいわゆる「三無老人」（労働能力を失い身寄りがなく所得源泉のない孤老、病人（虚弱者）、孤児、寡婦、身体障害者など）に、食糧、衣服、住宅、医療、葬儀の世話（場合によっては孤児の教育など）を農村が集団的に保障する貧困対策に近い制度である。農村合作医療制度は、農村集団化の時期に始まった医療費用の相互扶助（共済制度）である（王(2001)）。

「五保」制度は、1956年第1期全人代第3回会議の「高級農業合作社模範規定」から実施され始めたが、文化大革命の混乱などを経た後にもその役割が維持され、1994年に、国務院は「農村五保扶養工作条例」を制定して「五保扶養」を制度化した（若林p218）。これらの制度が改革開放以前から農村の社会保障の役割を担ってきたのに対して、農村における郷鎮企業の発展などに伴ってその退職者の引退後の生活保障が必要となってきたことに対応して、近年、民生部は郷里企業や農民を対象にした個人積立方式の農村年金保険の整備を始めている。こうした中国の社会保障制度の主管部門を政府機構の中で位置づけて図解したものが、図4である。

図3 中国の社会保障制度とその主管部門（張p191図5-1を参考に筆者作成）

次の節から、こうした中国の社会保障制度を構成する年金保険制度、医療保険制度、失業保険と労災保険、及び社会福祉と公的扶助を取り上げて概観するとともに、その役割と課題について考察する。

4. 年金保険制度

中国の年金保険制度は、1951年の「労働保険条例」によりその原型が造られたが、以下に述べるような段階を経て1995年・1997年の年金改革を迎えることとなった。なお、総人口の約7割を占める農村部の人々に対する老後の所得保障は、農村年金がごく一部で始まったばかりであり、未だに家族扶養に依存している場合が多い。家族扶養が困難な高齢者の老後の生活保障は「五保」制度やその他の社会福祉事業によって担われている（7節を参照）。この点に留意しながら、以下、主に都市部の国有企業労働者に関係する年金保険制度の推移と現状について概観する。

4. 1 年金保険制度の成立とその変容

1951年から1966年に至る時期に、1951年に公布された「中華人民共和国労働保険条例」と同「条例」の改定によって企業正規従業員を対象とした企業に関する年金保険制度が確立した。すなわち、一定規模の国有企業と公私合営企業は、従業員賃金総額の3%を労働保険金として全国总工会（日本の労働組合連合に相当）に拠出し、これをもとに退職後の老齢年金を支給する労働保険が制度化された。また、1955年12月に「国家機関人員の定年退職に関する暫定弁法」が公布され、国家機関、事業部門に定年退職制度とその後の年金保険制度が導入された。1958年には、「労働者、職員の定年退職に関する国务院の暫定規定」が公布され、一時的とはいえ上記二つの年金保険の統合が試みられた。

しかし、「文化大革命」のためこの規定の実施は中断され、その後の社会的混乱から総工会も労働保険金の運用などの活動停止を余儀なくされた。この総工会の活動停止を補ったが国有企業企業、公私合営企業である。これらの企業は労働保険条例で定められた保障内容に準じて企業ごとに労働者の引退後の生活保障を行った。その結果、中国の年金制度は実質的に「企業保険」（企業別の老齢年金保険）へ移行した。すなわち、こうした現実の変化を受けて、1978年に、国务院は「労働者退休、退職に関する暫定弁法」と「老（老人）、弱（身体が弱い者）病（病人）、残（障害者）幹部に関する暫定弁法」を公布した。この二つの「暫定弁法」によって企業の年金制度と機関の幹部年金制度は再び分離された。1978年「暫定弁法」に基づく年金制度は主に国有企業を適用対象とし、国营企業の従業員が引退した年金給付などの費用はその企業が営業外支出として負担することとなった。これに対して、国家機関、事業部門の年金費用はその機関・部門の経費として国家財政で賄われた。

4. 2 経済改革の進展に応じた年金保険制度の改革

ところが、1978年に始まった経済改革の進展により市場経済化が進むにつれて、1978年「暫定弁法」に基づく年金制度の問題点が顕在化した。養老・医療などの保障を抱えている国有企業は、こうした保障を強いられていない他の形態の企業（例えば、集団企業、外資企業、私営企業など）に比べて不利な競争条件に置かれた。また、高齢化に伴って従業員の年齢構成が変化し、年金扶養率（企業から年金を受け取る高齢者に対するその企業の現役従業員の比率）が、78年の30.3から83年の8.9へと大幅に低下した。こうした個別企業の従業員年齢構成の変化は企業内の世代間の摩擦を引き起こし、「企業保険」の継続を困難にした。

このような国有企業とその他の企業との格差解消と「企業保険」の不安定化を解決する必要性から、「社会保険」への転換が求められるようになり、1991年に国务院は「企業職工養老保険制度改革に関する国务院の決定」を公布した。これは、従来の国营企業ごとの老齢年金に依存した年金制度を改めて、企業からの保険料を年金基金が集めて管理し、この基金が国营企業から引退した者へ年金給付を支給する社会保険としての年金制度に転換することを図ったものである。その後、修正案として1995年に「企業職工養老保険改革の深化に関する通知」が公布され、個人年金勘定の創設や財政方式の改定などの施策が打ち出された。この通知により、一律の賦課方式を改めて年金財源の主要部分を積立方式で賄い基礎的な給付だけを賦課方式で賄うという年金制度の財源方式の変更が行われた（複合型財政方式の採用）。これは、世界銀行の1994年年次報告書“*Averting Old Crisis*”で打ち出した「三つの柱からなる年金制度(Three Tiers Social Security System)」の理念と符合する年金改革だった。

さらに、1997年には、世界銀行が中国における年金改革のあり方に関する報告書をまとめた(The

World Bank, 1997, China 2020 Series, "Old Age Security")。この報告書で、世界銀行は、中国の高齢化率の推計値を示すとともに、賃金上昇率、利子率、労働力率などの経済的要素を想定して、上に述べた混合型財政方式（積立方式を主として最低生活保障のために賦課方式年金によりこれを補う財政方式）を維持することのできる保険料率の将来推計を示した。このような世界銀行の示唆に応じて、国務院は、1997年に「統合した企業職工基本養老保険制度の確立に関する国務院の決定」を公布した。

4. 3 年金保険制度の現状—新制度と旧制度の比較—

中国の年金制度は以上のような歴史と改革を経てきたが、1995年・97年改革によって確立された年金制度（以下「新制度」と呼ぶ）のもとで保険料を納める労働者と年金給付を受け始めたばかりの退職者に加えて、1978年「暫定弁法」に基づく年金制度（「旧制度」と呼ぶ）から年金給付を受けている退職者とが併存しているのが、今日の姿である。表2は、新制度と旧制度を財政方式、負担、及び給付基準を視点に比較したものである。

新制度の給付水準を旧制度と比べると、所得代替率が低く設定されていることがわかる。そのため、旧制度から新制度の移行時期に当たる年金対象者には経過的な措置が執られている。

負担については、旧制度では国と企業による全額負担だったのに対して、新制度にはこれらの負担に加えて年金加入者本人も一部負担するようになった。具体的には個人年金勘定を設立し、本人出費賃金（出費賃金は年金加入者本人前年度の月平均賃金である。）の11%に相当する額を個人年金勘定に計上する。但し、この11%は全額個人より給付拠出するわけではなく、企業と個人がそれぞれ一定の比率で負担する。この改革では、保険料率は、1997年時点で、個人が4%、企業が7%とするが、以後二年ごとに個人の保険料率を1%ずつ8%まで引上げ、企業の保険料率を二年ごとに1%ずつ、3%まで引き下げていくこととなった。企業の年金費用には、個人年金勘定に計上されるマッチングの負担に加えて、社会保険基金に計上される部分つまりプール化された拠出がある。企業負担の比率は、従業員賃金総額の20%となっている（この20%の中に個人年金勘定に計上される部分が含まれている）。なお、この20%の比率は国務院が定めた上限で、具体的な比率は各省、自治区、直轄市によって決められる（退職者が多く年金負担が過重の地域は、認可を得て20%を越えることもできる）。このように、企業負担については、改革開放による国営企業以外の形態の企業との競合により採算が悪化した国有企業も増えている現状を考慮して、負担を軽減する計画が盛り込まれているが、1997年時点では8%の負担を求めたために保険料納付の遅滞が生じてしまった。このような問題を是正するために、国務院は1991年に「社会保険料徴収条例」を發布して、年金制度財政の安定化を図った。

国有企業の保険料未納などの問題は現在も見られる問題であるが、加入者数は着実に増加し、2001年6月末時点で、基本養老保険に加入した従業員は1億547万人、定年退職者は3241万人に達している。また、2000年までの離休、退休、退職に分類される年金給付額の推移は、表4の通りである。

表3. 新旧年金制度の比較

	財政方式	負担	給付	
旧制度	賦課方式	企業が実費拠出、 個人拠出なし	定額で勤続年数によって引退時の給与の60%～80%が給付される。スライド制あり	
			退職種類	勤続年数 年金給付基準 (退職時の基本給付比)
			退休	20年以上の場合、80% 15～19年の場合、75% 10～14年の場合、60%
			退職	90% (89年以降引き上げ)
			離休	100%
新制度	賦課方式 + 積立方式	従業員個人負担+ 企業負担	積立部分に対し実質運用利益に基づく年金個人勘定から給付 (残高÷120)	
			賦課方式部分に対し保険基金から確定給付 (20%)	
			対象分類	年金給付基準
			第1グループ 新制度実施以後 就職、加入年数 15年以上	前年度地域平均月賃金の 20%+個人勘定残高/120 スライド制なし
第2グループ 新制度実施前就職 実施後退職、加入 年数15年以上	第1グループと同じ 給付 (スライド制なし)に加えて 旧制度からの移行に伴う付 加給付を支給			
第3グループ 新制度実施前に 退職	旧制度と同じ給付 スライド制適用			

出所 何・金子(2000)

表4 中国における退職者を対象とした社会保障の給付費

以上のようにまとめられる中国の年金制度は、主として国営企業等の労働者を対象としたものであり、農村部の人々を対象としたものではない。適用対象者が限られているという問題に対して、1997年の「決定」には、「基本養老保険制度は徐々に都市にあるすべての企業と従業員まで拡大していく。都市部自営業者にも徐々に基本養老保険制度を実施する。その保険料比率と給付水準については各省、自治区、直轄市が本規定の趣旨を参考にして決定する。企業化管理を実施している事業部門は原則として企業養老保険制度に基づき実施する」という条項が含まれた。

この条項を具体化するために、2000年12月25日、国務院は『城鎮社会保障体系を整備する試行方案の配布に関する通知』を出して、各地方政府・省庁が『試行方案』に基づき試行を行うことを求めた。（ちなみに、現在省全体で試行案を実施するのは遼寧省のみで、他の省はモデル市を除き、現行制度のままである。）この『試行方案通知』では、年金制度に関する規定を以下のように変更した。企業が負担する従業員賃金総額の20%の保険料は個人口座に振り込まず、全額プール化した社会保険基金に計上する。個人拠出率は本人出費賃金の8%となり、すべて個人口座に計上する。個人口座の規模は本人出費賃金の11%から8%に縮小する。プール化した社会保険基金と個人口座積立金は別管理を行う。加入者は加入年数が満15年で退職する場合、基礎年金として社会保険基金から前年度地域平均月賃金の20%が受給でき、一年増え一定の増加率で給付率も引き上げ、上限として地域全体の基礎年金（社会保険基金から受給する分）の給付率が30%程度に収める。加入年数が15年未満の場合、基礎年金を受給することができない。個人口座にある積立金を本人に一括に支払う。適用対象に関して自営業者・自由職業者を含むすべての都市従業員が加入すべきとなっている。

5. 医療保険制度

中国の医療保険制度は、現在、公費医療制度、労働保険医療制度及び農村合作医療制度から構成されている。これらの医療制度の特徴は、それぞれの起源が社会主義的な発想に基づいて医療サービスを必要に応じて無料で提供することを図った医療制度であるために、高齢化と市場経済化の進展に伴って様々な問題が顕在化した。とくに、年金制度改革と同様に、改革開放のためには国有企業の費用負担を軽減してその他の形態の企業と国有企業との格差を解消する必要があり、主として国有企業の労働者を対象とする労働保険医療制度改革が、地域ごとに試行されてきた。そして、1998年末に全国的に統一された新しい医療保障制度が構築され、1999年からこれが実施された。このような医療制度の歴史的展開に留意しながら、以下、公費医療制度、労働保険医療制度、農村合作医療制度について概観したうえで、現在の改革動向について述べる。

5. 1 公費医療制度

公費医療制度は、1952年政務院（今の国務院）の「全国各級人民政府・党派・団体および所属事業単位の国家職員に公費医療予防を実施することに関する指示」の公布によって発足した。この制度の主管部門は衛生部であり、その適用対象者は、全国各級の国家機構、党派、団体の職員と退職者、文化・教育・科学研究・衛生・体育等の事業団体の職員と退職者、及び大学の在校生や2等乙級以上の障害軍人である。財源は国庫負担であり、各地方の政府は上記の規定に基づいて定められた基準に従って、適用対象者の所属する各機関・団体等の編成人員に応じて公費医療経費を公費医療管理委員会に配分し、この委員会がこの配分額を用いて各機関・団体が医療契約を結ぶ医療機関が医療給付の対価として請求する医療費を賄う（張p397）。このような国庫負担により、適用対象者は所属する各機関・団体と医療契約を結ぶ指定公費医療病院で原則無料の医療給付を受けることができた。1965年10月には「公費医療管理問題に関する通知」が公布され、さらに医療制度の改善がなされた。

5. 2 労働保険医療制度

労働保険医療制度は1951年政務院公布、1953年改訂・公布された「労働保険条例」によって確立された。この制度の主管部門は労働社会保障部であり、その適用対象者は、国有企業と一部の

集団所有制企業の従業員、退職者及びそれらの扶養家族である。労働保健医療費の財源は、従業員賃金総額に一定率を掛けた生産コスト項目として計上された企業の福利基金及び営業外支出である。企業はこれを「企業職工福利基金」として積立て管理し、適用対象者が医療給付を受けた場合にその費用を支出することにより「無料医療」と呼ばれる医療保険を実現した。ただし、扶養家族については医療費の半額を自己負担する必要がある。労働保健医療の適用対象者は、通常まず企業または所属機関の職工病院や医務室で治療を受けるが、それができない場合に限り指定の公立病院や労働保険契約病院で治療を受けることができる（張p398）

計画経済の時期には国営企業が赤字化しても国家財政による補填が行われたので、「無料医療」を原則としたために生じた過剰受診と医療支出の増加による労働保険負担の増加に対して、国営企業は必ずしも敏感に対応することはなかった。労働保険医療の場合、医療費の総額と一人当たり医療費は、1978年にはそれぞれ28.3億元と37.98元であったものが、1990年では226.4億元と218.83元、1996年には615.7億元と547.38元にまで増加したことが指摘されている（表2）。しかし、1978年の改革開放以後の経済改革と市場経済化に伴い、国営企業がその他の形態の企業と競合していかざるを得ない状況の中で、医療負担の軽減が医療政策の課題となった。また、このような医療費の増加は、公費医療制度における政府の財政負担も増加させたため、医療支出の抑制は、1980年代以降、労働保険医療制度と公費医療制度共通の課題となった。

5. 3 農村合作医療制度

農村合作医療制度は、1958年に「農村に人民公社を設立する問題についての中共中央の決議」に基づいて全国の農村で人民公社を設立して、農業を集団化する過程で導入された。人民公社では、農民が人民公社の社員となり、その社員が集まって基本単位の生産隊を構成し、これが集まって生産大隊を作ることによりその組織が構成されていた。人民公社が成立したことを契機に、それ以前に農民の互助組織として始まった医療費用の相互扶助制度が、農村合作医療制度と呼ばれる制度に改められた。このような経緯から、農村合作医療制度には当初異なる実施形態が見られたが、1959年に現れた実施形態、すなわち受診に伴う注射料、処置・手術費と診療費などの労務費は互助制度が負担して無料とし、薬剤の購入は本人負担とする「合医不合薬」が農村合作医療制度の一般的な内容となった。この合作医療制度の財源は、人民公社など集団の財政拠出金、集団と個人の共同支出金、及び個人の支出金の三つによって賄われていた。

このような農村合作医療制度は、1965年には全国範囲で導入され、農村部の医療給付の共済制度として重要な役割を担うようになった。この制度は文化大革命の混乱期以後も再びその役割を發揮することとなったが、改革・開放政策の開始(1978年)により1979年から農家請負生産責任制度が導入され、人民公社制度が1980年代に廃止されたことが契機となって、今日、その機能が失われつつある。これに代わる農村部の医療保健制度の整備が、現在の課題となっている。

5. 4 医療保険制度改革の動向

中国の医療制度改革の課題は、公費医療制度と労働保険医療制度が直面する「無料医療」による過剰な診療行為と医療需要に伴う医療費の増大を抑制することと、農村合作医療制度に代わる農村部の医療制度を確立することである。特に、医療費の増加は公費医療制度の場合には国庫負担を増加させて政府の財政を圧迫する要因となり、労働保険に両制度の場合には国営企業の費用負担を増加させてその他の形態の企業との競合関係を悪化させる問題があるので、農村部の医療制度改革よりも早くその対策が採られ始めた。

まず、政府は1984年から、増加する医療費の抑制を目指して、指定された病院で受診する場合、

個人が医療費の15%を負担し、非指定病院で受診する場合は医療費の25%を負担するという医療費の個人負担制の導入を指導した。この方法は1992年以降の改革まで、多くの企業に採用されてきた。このような医療費の自己負担制が政府の指導のもと主に国営企業の自主的な実施によって普及していったが、この時期の経済発展に伴って、国営企業以外の諸形態の企業の労働者数が増加する一方、これらの人々を対象とする医療制度は未整備のまま推移した。そこで、自己負担制を国営企業などの自主的施行から統一的な制度として改めるとともに、医療制度を国営企業以外の多様な形態の企業の労働者にも適用拡大するために、1994年以降、社会保険医療制度の確立を目指した医療改革が開始された。

1994年に、元国家体（制）改（革）委（員会）、財政部、元労働部、衛生部は共同で、「労働者医療制度改革に関する暫定意見」を打ち出し、地域プールと個人勘定を結合した医療保障制度をモデルとして江蘇省の鎮江市と江西省の九江市に取り入れた（両江モデル）。この新しい医療制度の実施範囲は、1996年に38都市に広げられた。これらの試行に基づいて、1998年12月に「都市部労働者基本医療保険制度の確立に関する国务院の決定」が公布された。これによって、公費医療制度と労働保険医療制度に代わって、全国的に統一された公務員、企業労働者及び団体職員等を対象とする医療保障制度が実施されることになった。その主な内容は以下のとおりである。適用対象者は、都市部にあるすべての事業所、具体的には企業（国有企業、集団企業、外商投資企業、私営企業等）、機関、事業単位、団体等の労働者・従業員である。これらの人々は基本医療保険に参加することが義務化されるのに対して、郷鎮企業と都市部の自営業者が基本医療保険に参加するかどうかは各地の地方行政ごとに決定する。保険者は、原則的には市以上の行政単位となるが、県を単位に実施することもできる。この医療制度の財源は、賃金総額の6%前後の範囲で負担する使用者負担と本人賃金の2%に決められている従業員負担とからなり、これらの保険料は企業を通じて保険者が管理する社会医療保険基金に積み立てられる。社会医療保険基金は社会プール医療保険基金と個人口座からなり、従業員負担は従業員の個人口座に入るのに対して、企業負担はその30%が個人口座に入り、残りの70%分が社会プール基金に積み立てられる。なお、医療保険基金の救済と税金の免除および医療保険管理部門の経費に国庫負担が当てられ、保険料率は経済成長の状況によって調整できることとなっている。

6. 労働災害保険と失業保険

6. 1 労働災害保険

中国の労働災害保険は1953年に公布された「労働保険条例」によって創設された労働保険医療制度や1952年に公布された「全国各級人民政府・党派・団体および所属事業単位の国家職員に公費医療予防を実施することに関する指示」に基づく公費医療制度の中に、それぞれの適用対象者の労働災害に対して必要とされる医療給付を原則無料で支給するものとして導入されたものである。この点は、単独の法規で労働災害保健制度が確立した欧米諸国とは異なった起源を持っている。これらの法規で定められた労働災害補償の内容は、1963年に国务院が職業病の待遇基準と管理方法に関する規定を公布したことで、1978年の退職関連法規で労災保険の適用範囲を拡大したことなどにより改善された。

しかし、適用対象者は、上記の二つの医療制度とも関連して、国営企業や政府機構、関係団体等の労働者や従業員とその家族に限定されていたため、改革・開放以後、国有企業以外の形態の企業とその従業員の増加が続いたことと矛盾が生じるようになった。そこで、1996年3月に国家技

術監督局が「職工工傷与職業病致残程度鑑定」により労働災害認定基準を公布した上で、労働部が、1996年8月に「企業職工工傷保険試行弁法」を公布して、労働災害保険を単独の保険制度として確立した（張p342）。これによって、労働災害保険の適用対象者は、国家機関で働く公務員等（公費医療制度により労災補償がなされるため）を除くすべての企業の労働者・従業員となった。保険料は企業が負担し、保険料と基金の利子収入と政府からの補助金が労災保険基金の財源となり、これをもとに労災保険の諸給付が支給される。すなわち。上記の基準に従って業務上の事由による負傷、障害、職業病または死亡事故が生じた場合には、それぞれ療養補償給付、障害給付、死亡補償・遺族補償給付などが労災保険基金から支給されることとなった（張p373）。

6. 2 失業保険

1978年の改革・開放以前の中国は社会主義計画経済であり、2節で述べた労働就業制度（社会主義計画経済の実現のため都市での就業を国家の労働部門が統一的に管理する制度）があったため、原則として失業問題は存在しなかった。しかし、1974年に文化大革命によって下放された知識青年の都市への回帰を許可することが契機となり、これらの知識青年が都市に戻っても職場がない場合の「待業青年」問題が社会問題化した。その数は、1979年までに累計1538万人に上り、この時点で失業率が5.8%であったことが指摘されている（張p301）。さらに、1978年の改革・開放政策以降、国有企業改革が進み、終身雇用制の崩壊と職業選択自由制度の導入、及び企業倒産などが原因となって、改革解放直後の経済成長による一時的な失業者数の減少を除いて、失業者数の増加傾向が続き、しかもその他の形態の企業と競合して収益が悪化した国営企業の一時帰休労働者（下崗（レイオフ）労働者）も増加した。

このような失業問題に対処するため、国務院は1986年に「国営企業職工待業保険暫定規定」を公布して、破産した国営企業の従業員、破産に瀕した国営企業の法定期間内の退職者、労働契約を停止または解雇された従業員を適用対象者とする失業保険制度を導入した。この失業保険制度の適用企業は国営企業であり、国営企業は従業員賃金総額の1%に当たる失業保険料を失業保険基金に拠出する。失業保険基金は保険料と基金の利子収入及び地方政府による補助金を財源として、失業保険給付に当たる失業救済金、失業保険期間中の医療費・死亡葬祭補助金、扶養家族補助金、破産企業定年退職者の離・退職金、転職訓練費などを受給要件に応じて支給する。

このような失業保険制度が導入された後にも、失業者数の増加が続いたため、労働部は1993年に「国有企業職工待業保険規定」を定めて、適用企業を国有企業に改め、適用対象者を上に述べた範囲に加えて国の関係規定により廃業・解散または生産停止・業務整理を命じられた企業や省・区・市政府の規定により同様の措置を受けた企業の従業員にまで広げることにより、失業保健制度の拡充を行った。しかし、このような適用拡大は失業保険支出の増加をもたらしたので、その財政の安定化のために、労働部は1999年に「失業保険条例」を公布して、本人賃金1%の保険料率を従業員にも課すこととし、同時に保険としての負担と給付の関係を明確化するために失業救済金を失業保険給付に改める制度改正を行った。

失業者数は2000年以降も増加し、2001年6月、全国都市部登録失業者が618.7万人、下崗（レイオフ）労働者が700万人に達し、都市部実質失業率は7%近い水準にある。2001年6月現在、失業保険の加入者数は1億251.1万人、失業保険金を受領した失業者は243.5万人、失業保険金受領者は220.1万人にのぼっている。（日本労働研究機構「海外労働時報」2002年中国）。

表5 労働災害保険と失業保険の適用対象数、失業率及び福利院等の施設数・収容者数の推移

7. 社会福祉制度と農村年金保険制度

7. 1 社会福祉制度

中国の社会福祉制度は、社会救済制度、社会福祉事業、傷病軍人と軍人遺族を対象とする優撫事業（優遇補償救済制度）、退役軍人の雇用促進を図る配置事業、社会的相互扶助事業などから構成されている（張p.512）。これらのうち、社会救済制度の内容は、自然災害などにより家屋を失ったり貧困におちいった者に対して住居、食料、衣服などを提供すること（家屋救済、食糧救済、衣服救済）、医療費の支払いが困難な貧困者には医療給付を行うこと（医療救済）などである。国有企業、集団企業、国の機関・事業部門の従業員と扶養家族を対象とする救済制度は企業救済制度と呼ばれ、「」（法律名）に基づき労働部がこれを所管している。一方、企業救済制度から除外されている企業の労働者とその扶養家族、自営業者、農村部の貧困世帯や貧困者を対象とする制度は社会救済制度と呼ばれ、「」（法律名）に基づき民生部がこの制度を所管している。

中国では、3節から5節で見たように、都市部における国の機関、関係団体、国有企業、その他の形態の諸企業の労働者とその扶養家族は社会保険によってカバーされているのに対して、農村部の人々（農村戸籍の農民）は、人民公社制がなくなって以後、体系的な社会保障制度によってカバーされていないのが現状である。このような状況の中で、身よりのない高齢者や稼働能力のない身体障害者などに対して農村が集団的に生活保障を与える制度が「五保」制度であることは、2. 3節で指摘したとおりである。このような「五保」制度は、農村の貧困者に対する貧困対策及び社会福祉事業としての役割を担っている。しかし、この制度を法定した1994年「農村五保供養工作条例」で適用対象者の基準が厳しくなったため、かえって適用対象者数が減少することとなった（「五保戸」の人数は1985年274万人、1994年273万人であったのが、1997年には223万人に減少した（張p523、若林p218））。

社会福祉事業には、都市部で身よりのない高齢者を収容する都市（城市）社会福利院、農村部で同様の役割を果たす集団経営の敬老院、退役、傷病軍人を収容するための福祉施設（光荣院）、孤児などを収容する児童福利院などがある。これらの事業は主に民生部によって所管されている。1994年時点で、都市社会福利院は 箇所あり在所者数は 人である。また集団経営の敬老院は 箇所あり在所者数は 人である（若林）。

7. 2 公的扶助制度

都市戸籍のある居民において、日本の生活保護制度と類似する最低生活保障制度がある。この制度は1997年『全国にわたる都市居民最低生活保障制度の設立に関する国務院の通知』の公布によって明確的に導入された。その後1999年9月国務院が公布した第271号令『都市部居民最低生活保障条例』は具体的な条例を組んで条例化した。この条例によって、都市部居民において家族構成員一人あたり所得がその都市の居民最低生活保障基準より低い場合、その地方政府に最低生活保障待遇を申請することができる。この待遇は貨幣の形で月ごとに給付し、必要に応じて実物給付することもできる。給付財源は地方財政に組み込まれる。2002年7月1日より主な都市が実行する最低生活保障基準（月）は表にまとめられる。

表 6

都市名	最低基準	都市名	最低基準	都市名	最低基準
北京	290	福州	200-220	貴陽	156
天津	241	南昌	143	ラサ	170
石家庄	182	済南	208	西安	156
太原	156	鄭州	180	蘭州	172
呼和浩特	153	武漢	210	西寧	155
沈陽	205	長沙	180-200	銀川	160
長春	169	広州	300	ウルムチ	156
ハルビン	200	南寧	190	大連	221
上海	280	海口	221	青島	200-210
南京	220	成都	178	寧波	260
杭州	270-300	重慶	185	深セン	290-344
合肥	169	昆明	190	シャ門	265-315

出所 労働・社会保障政策法規編集班（2002）『最低生活保障特集』中国労働社会保障出版社

注：単位は元/一人/月。

7. 3 農村年金保険制度の取り組み

農村部の社会保障は、「五保」制度が1994年に法定されたにもかかわらずその適用対象者が減少する問題や、医療制度の未整備から実際には社会救済制度の医療救済に医療保障を頼らなければならない問題など、様々問題を抱えている。また、1995年・97年の年金改革で始まった新しい年金制度においても、農村部の郷鎮企業がその適用を受けるかどうかは地方政府の判断に任せられるなど、必ずしも完全に適用される状況にはない。これらの問題に対処するため、民生部は、国務院の指示に従い1991年に農村年金保険制度をいくつかの地域をモデル地域として選びその試行を行った。ついで、民生部は1992年に「農村社会養老保険基本方案（試行）」を公布して、農村年金保険制度を県レベルの他の地域にも普及させていった。1994年末現在、1,100箇所の県、市（県級市）、区で農村年金保険制度が始まり、700箇所の県（市）政府が農村年金保険制度の確立に関

する政策を策定した（張p201）。1998年から、この制度は労働社会保障部が主管することとなった。

このように次第に普及しつつある農村年金制度は、農民個人が年金保険料を農村保健管理機構にある本人の個人年金勘定に積み立て、引退後にその運用利子収入と積立額を年金給付として受け取る制度である。給付の財源には国庫負担がない点は、労使の拠出と国庫負担を財源とする国有企業等の労働者を対象とする基本養老保険と異なる（王(2001)）。1997年末時点では、農村年金保険加入者数が8,200万人で農村総人口の10.4%を占めるにすぎなかったため、1998年以降、労働社会保障部は農村部における社会保障確立のため、この制度の普及を誘導・促進している。

参考文献

（邦文）

伊藤正一（1997）『現代中国の労働市場』有斐閣

今野浩一郎主査（1997）『中国の労働政策と労働市場』日本労働研究機構

巖善平（1992）『中国経済の成長と構造』勁草書房

張紀濤（2001）『現代中国社会保障論』創成社

内閣府（2002）『世界経済の潮流 2002秋』<http://www.go.jp>

若林敬子（1989）『中国の人口問題』東京大学出版会

若林敬子（1996）『現代中国の人口問題と社会変動』新曜社

（中文）

烏日図編（2001）『医療・工傷・生育保険』

王旭東等主編『労働和社会保障全書』下巻中国城市出版社

王東進編（2001）『中国社会保障制度の改革与発展』法制出版社

何平編（2001）『社会保障概論』中国労働社会保障出版社

孔径源（1998）「基本養老制度的風険防範与前景展望」『中国社会保険』中国社会保険雜誌社 1998年2月4-7頁

国家統計局編『中国労働統計年鑑』各年版 中国統計出版社

国家統計局編『中国統計年鑑』各年版 中国統計出版社

国家統計局編『中国人口統計年鑑』各年版 中国統計出版社

国家統計局編『中国1990年人口普查資料』② 中国統計出版社

庄啓東主編（1988）『労働工資手冊』天津人民出版社

中国国务院法制弁公室編（1999）『社会保険政策法規編集』中国法制出版社

張塞（1995）『中国社会保険工作全書』中国統計出版社

馮蘭瑞（1997）『中国社会保障制度重構』経済科学出版社

厲以寧主編（1994）『中国社会福利模型』上海人民出版社

李南・李樹茁主編（1996）『区域人口城鎮化問題研究』

劉貴平（1998）「对我国城鎮職工退休保障制度改革的再認識」『人口研究』第22卷第4期42-45頁

労働部課題組（1994）『中国社会保障体系的建立与完善』中国経済出版社

労働・社会保障部編（2001）『中国労働・社会保障年鑑2001年』労働会保障出版社

表2 中国の人口・社会保障に関連する主要統計指標

年	人口増加率		国内総生産	経済成長率	労働力人口	産業			都市部失業者	登録失業率
	総人口	出生率				一次産業	二次産業	三次産業		
1952	57482	2.479	679	3.797	20729	17316	1528	1885		
1978	96259	1.2	3624	1.928	40152	28313	6970	4869	530	5.3
1985	105851	1.308	8964	2.104	49873	31105	10418	8350	238.5	1.86
1990	114333	1.439	18548	2.106	63909	38428	13654	11828	383.2	2.31
1991	115823	1.298	21618	1.968	64799	38685	13867	12247		
1992	117171	1.16	26638	1.824	65554	38349	14426	12979		
1993	118617	1.145	34634	1.809	66373	37434	14868	14071		
1994	119850	1.121	46759	1.77	67199	36489	15254	15456		
1995	121121	1.055	58478	1.712	67947	35468	15628	16851	519.6	2.9
1996	122389	1.042	67885	1.698	68850	34769	16180	17901	552.8	3
1997	123626	1.006	74462	1.657	69600	34730	16495	18375	570	3.1
1998	124810	0.953	79396	1.603	69957	34838	16440	18679	571	3.1
1999	125909	0.877	82067	1.523	70586	35364	16235	18987		
2000	126583	0.535	89404	8	71150	35575	16009	19566		

出所 中嶋(2001)「中国長期経済統計」、平田(2002)「中国データ・ブック2001/2002」
注 総人口、労働力人口、都市部失業者

千人 総人口と年齢3区分人口の推移：中位推計

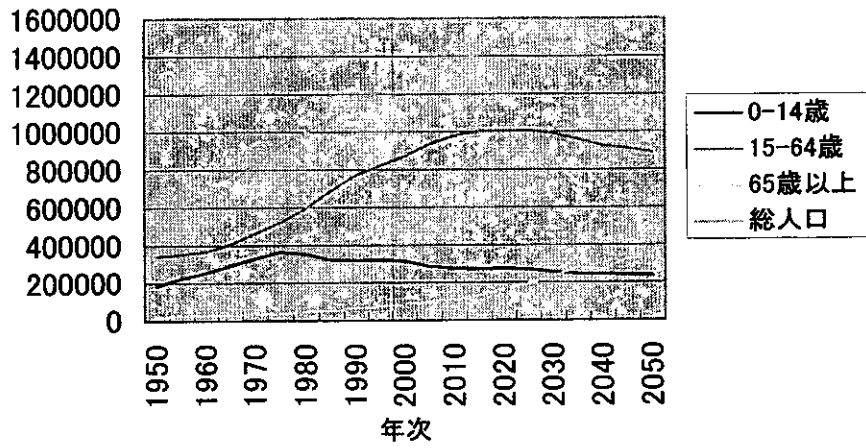
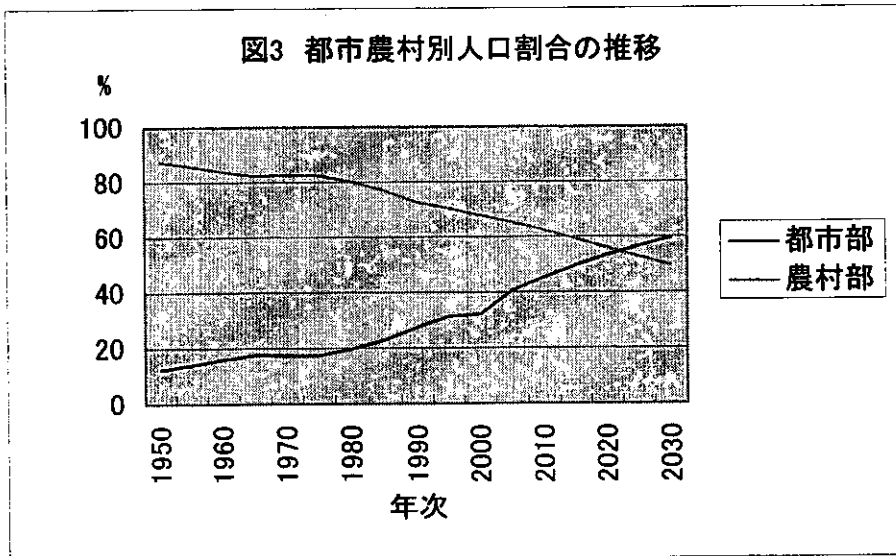


図2 都市部と農村部の人口割合の推移



Source: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision