

第2章 中国における高齢者の生活保障システム

沈 潔

要約：

中間報告としての本稿は、1980年代から新自由主義の市場経済を導入しようとした背景のもとで行ってきた高齢者生活保障政策及びその政策の不備によって生じた格差問題をまとめるものである。具体的にまず、これまでの中国社会保障改革は、経済の効率性を追求するあまり、社会保障制度の公平性や統合性が欠けていることを指摘する。そして、高齢者生活保障におけるさまざまな格差問題に対して、中央及び地方自治体は、どのような対応策を取り込んでいるかを論じ、その実態を考察する。

はじめに

中国では2000年に、60歳以上の高齢者人口が10%を超え、高齢化社会に突入した。2007年末には60歳以上の高齢者人口は1.53億人に上り、世界高齢者人口の21.4%を占めるに至り、高齢者人口の最も多い国となった。また、平均寿命も年々延びていて、WHOに公表された2006年世界衛生報告によって、中国男性の平均寿命は70歳、女性74歳、平均寿命は72歳となる。

また、中国老齡委員会に提示されたデータによると、2001～2100年までの百年間で高齢化は3つのピーク期を迎えると予測している。

第1のピーク期は、「快速なる高齢化段階」という。すなわち、2001年から2020年までの間に、毎年およそ596万人の高齢者が増加し、年平均の高齢者増加率は3.28%に達する。そして、2020年には高齢者人口は2.48億人になり、80歳以上の高齢者は高齢者人口の12.37%を占めるようになる。第2のピーク期は、「加速高齢化段階」である。2021～2050年まで毎年620万人の高齢者が増加し（1960年代の第2次ベビーブームの影響）、人口が減少に転じる「人口減社会」に突入する。2030年までの高齢者人口は2.7億人であり、0～14歳の人口と相同する。2050年には高齢者人口は4億人を超え、高齢化率は30%に上る。第3のピーク期は「重度高齢化段階」である。2050～2100年までには、高齢者は少年者人口の二倍にあたる4.37億人に増える。この段階から高齢化率は31%前後に安定し、80歳以上の後期高齢者は高齢者人口の25～30%を占めるようになる。¹

高齢者の増加によって扶養負担が大きくなる構造を迎えるにあたり、年金、医療、ケアサービスなど高齢者の生活保障システムの構築はいうまでもなく急務となる。本稿は、1980年代以後、新自由主義風潮の中に取り込んできた高齢者政策の中に生じた問題を明らかに、また、現行の高齢者生活保障システムはどういう構造となっているかを解説する。

第1節 中国の高齢化の特徴及び高齢化対策1 中国高齢化の特徴

急速に進めていく中国の高齢化によって、いくつかの特徴をもたらされた。

1) はじめのデータで示されているように、高齢者人口の規模が大きく、高齢化のスピードが速い。

2) 「空巢」²高齢者世帯の急増

都市化と核家族化の進展や農村での若者の出稼ぎに伴い、「空巢」高齢者世帯の急増が目されている。出稼ぎの多い地域である四川省J市の調査によると、2005年での「空巢」高齢者世帯は43.72%あり、そのうち一人暮らしが17.13%いることとなる。³「空巢」高齢者世帯の問題は、1990年代初頭に都市部より出現し始めたが、現在では、農村部の方が都市部より深刻となっている。「空巢」高齢者世帯を生み出した社会的な原因は、高齢者に自立できる経済力が付いたことによって、なるべく自立して子どもに負担をかけたくない意識が芽生えたこと、世帯間の価値観の違いから、3世帯居住が難しいこと、子どもが都会に出稼ぎにでたこと、子どもが老親扶養の役割を果たせないことなどが挙げられる。

3) 高齢者地域分布のアンバランス。高齢化が東から西に向かって延びているという特徴がある。華東地域の上海は1979年に最も早く人口高齢化に突入した一方、西北地域の寧夏が人口高齢化を迎えるのは最も遅い2010年であり、その差は31年ある。

4) 都市部と農村部の逆転現象。2006年からは農村部の高齢化率の方が都市部より1.24%高い。この状況は2040年まで続いていく。21世紀後半に農村部の高齢化は落ち着く状態に入り、その時点で都市部が農村部に再逆転すると予測している。⁴このような歪んだ高齢化率のグラフは、先進諸国に見られない現象といわれている。

5) 低い経済成長レベルの高齢化。中国の1人当たりGDPは8,000元(約12万円)を超えたばかりだが、先進国が高齢化社会に突入する時のGDPは4万元以上となっている。豊かになる前に高齢化が訪れてしまった。

社会主義時代では高齢者福祉対策はあまり重視されなかった。高齢者政策へ向ける取り組みが始まったきっかけは、1982年4月に国連総会が「高齢者問題世界会議」を招集した時に、中国が代表団を派遣するために「老齡問題世界大会中国委員会」を発足したことであった。翌年4月、この委員会は「老齡問題全国委員会」に改名され、中央政府の常設諮問機関として認められた。そして、1995年には全国各地にその活動を拡大させるため、中国老齡協会に改称された。さらに1999年には「高齢者国際年」の趣旨に呼応し、「全国老齡工作委员会」を立ち上げた。この委員会のメンバーは26の中央省庁の副大臣から構成され、國務院副総理が委員長となる。委員会の主な責務は、高齢者事業に関する重大政策の策定及び推進、関係諸機関の連携、全国各地域の高齢者事業の指導・監督、国連及び他の国際組織との連絡・調整、そして国際社会の取り組みとの連携を保つことと規定されている。関係諸機関の連携や社会全体の取り組みを強調する姿勢が示されたといえる。

法制の整備において、1996年に「中華人民共和国老人權益保障法」が公布され、社会保

障や教育、社会参加、施設整備等の高齢化対応施策に関する基本的な考え方が規定された。実際、中央政府は前後して1993年に「中国高齢者事業7ヶ年発展要綱(1994～2000年)」、2000年に「中国高齢者事業発展の第10次五カ年計画要綱(2001～2005年)」、そして2006年に「中国高齢者事業発展の第11次五カ年計画要綱(2006～2010年)」を策定し、実施してきた。2006年にスタートした五カ年計画の主な内容は、高齢者の社会保障、権益保障、貧困救助、社会参加、福祉サービス供給、シルバー産業の推進、養老施設の整備などが盛り込まれている。その中、低所得者対策が重点事業として位置づけられている。具体的には、低所得及び無収入の高齢者による無条件での最低生活保護制度の利用や各自治体の財政状況に応じた高齢者医療救助・介護補助制度の創設などが明示されることになった。高齢者入所施設の整備に関しては、2010年までに都市部では高齢者ベッド占有率を10%に達成させ、農村部では老人ホームのカバー率を85%に達成させる目標を掲げた。

表1 高齢者政策の歩み

年 月	発布部門	事 項
1982年4月		「老齡問題世界大会中国委員会」を発足
1983年4月		老齡問題全国委員会を発足
1991年	国務院	県級農村社会養老保險基本方案を発布
1993年	国務院	「中国高齢者事業7ヶ年発展要綱」を公表(1994～2000年)
1994年	国務院	「農村5保供養工作条例」を発布
1994年	民政部	「敬老院管理暫定弁法」を発布
1995年		中国老齡協会を発足
1996年	国務院	「中華人民共和國老人權益保障法」を発布
1998年	国務院	「城鎮職工基本医療保險」制度の導入
1999年		全国老齡工作委員会の成立
2000年	国務院	「中国高齢者事業発展の第10次五カ年計画要綱」を公表(2001～2005年)
2000年	中央13省庁	「社会福祉の社会化の促進に関する意見書」を公表
2000年	老齡科研中心	城郷老人人口状況調査の実施
2001年	民政部	2001年に民政部が「老人福祉施設設置基準」を公表
2001年5月	民政部	「社区老年福利服務星光計畫实施方案」を公表
2003年	国務院	国務院が「新型農村合作医療制度の構築に関する意見書」を公表
2006年1月	国務院	「中国高齢者事業発展の第11次五カ年計画要綱」を公表(2006～2010年)
2006年3月	国務院	「農村5保供養工作条例」を発布
2007年	国務院	「城鎮住民基本医療保險」制度の導入
2007年	中央10省庁	「医療救助」制度の実施
2008年1月	民政部	「居家養老服務工作推進に関する意見書」を公表

第2節 高齢者の生活保障における格差問題

しかし、1980年代から新自由主義の市場経済を導入しようという背景のもとで行った社会保障改革は、社会保障の効率性を追求するあまり、社会保障制度の公平性や統合性を欠く傾向が現れた。そのため、当時制定された年金、医療の改革案は、高齢者生活保障の視点が足りず、実際の運用の中で高齢者間の生活保障の格差がますます開かれていく欠陥を露呈した。

1 年金制度における高齢者間の格差問題

1) 年金加入率及び給付水準における沿海地域と内陸地域の格差

年金制度においてもっとも注目された問題は、沿海地域と内陸地域の格差である。まず、

年金の加入率及び給付水準における格差を見てみよう。

表2 地域間における年金保険加入率の格差⁵（2003年）%

チベット	ウイグル	北京	貴州	陝西	雲南	四川	河南
16.4	35.6	44.6	49.3	49.3	51.8	60.5	69.0
山東	河北	湖北	湖南	吉林	上海	浙江	広東
81.0	78.2	78.7	77.9	82.9	88.4	88.5	98.7

表2に示された実態のように、都市部養老保険の全国平均カバー率は73%となっていたが、チベット地域では16.4%しかなかった。また、カバー率50%以下の低い地域として、ウイグル自治区、北京、貴州省などが挙げられる。カバー率の高い地域は、広東省98.7%、浙江省88.5%、上海88.4%などである。すなわち、経済発展水準の高い沿海地域の加入率は高く、内陸地域及び西北地域の加入率は低い。その問題の所在は、保険料水準の設定が高すぎるため、経済未発達の内陸地域では、加入しない、加入できない対象者が多く出てきた。首都北京の加入率は低いことが意外だと思われるが、それは加入対象外の定年退職した幹部らや加入に消極的な個人経営者を多く持っていることが原因と見られる。

また、養老保険の給付水準及び賃金の代替率から見ても同じ傾向がある。表2と表3に参照すれば分かるように、2003年の全国平均養老年金の給付金額は7,907元、平均賃金は14,040元、平均代替率は56%である。各地域の年金額及び賃金水準が異なっていたため、代替率はまちまちである。例えば、上海、北京、天津、重慶の四つの直轄市の代替率は40%から45%前後の低い水準である。しかし、山東省、山西省の両地域ではすでに70%を超えている。実際、代替率の水準はその地域の経済発展水準や一人あたりのGNPと相関する。

表3 給付水準における地域間の格差⁶（2003年）元/%

地域名	チベッ	北京	貴州	陝西	雲南	四川	河南
賃金額	26,931	25,31	11,03	11,46	12,87	12,44	10,74
年金額	16,256	10,32	6,872	6,985	7,919	7,657	6,881
代替率	60.36	40.80	62.26	60.95	61.53	61.54	64.02
地域名	河北	湖北	山東	吉林	上海	浙江	広東
賃金額	11,189	10,62	12,56	11,08	27,30	21,36	19,98
年金額	7,299	6,372	9,856	6,877	11,02	10,14	9,241
代替率	65.24	59.59	78.43	62.06	40	47.48	46.24

2 経済保障における都市部と農村部の格差

都市と農村における経済保障の格差はさらに大きい。農村改革開放当初に、農村と都市

住民の格差はいったん縮小されたが、1990年代半ばから再び拡大した。この収入の格差は実際に社会保障における格差にも反映されている。

1978年の経済体制改革から2005年までの間に、都市部と農村部の1人当たり収入の格差は、表4に示された通りだ。

表4 都市と農村住民の1人当たり収入の格差⁷ (単位 倍)

1978年	1985	1990	1998	2000	2005
2.36	1.72	2.02	2.51	2.79	3.22

改革当初の1978年に両者の格差は2.36となり、農村改革の成果として、1985年に1.72、1990に2.01倍まで縮小され、農民の生活は一時的に改善した。しかし、1998年以後に経済改革の失速や都市部を重点に置いた年金、医療改革の推進などによって両者の格差がますます拡大していく。つまり、社会保障改革は、経済成長の効率を維持するために大きな犠牲を払っていた。

そして、高齢者の収入源においても都市と農村の格差が大きい。表5のデータによれば、全国60歳以上の定年退職者の生活収入の割合からみると、全国平均では、労働収入が32.％、年金収入が19.61％、家族の仕送りが43.8％、その他が3.5％となっている。鎮・郷村という農村地域においては、家族の経済的な支援は5割近くにも上り、家族の存在がより重要となる。また、年金収入から見れば、農林業に従事する郷村の高齢者のうち年金に恵まれている人はわずか4.7％であり、郷村に暮らしている農民高齢者の95.％が年金制度に無縁なのが実状である。社会保障制度上に問題あるのは明らかである。

表5 60歳以上高齢者の収入源における都市部と農村部の格差⁸

収入源	全国	市	鎮	郷村
労働収入	32.99	10.10	19.72	43.15
年金	19.61	58.05	29.08	4.76
家族その他の扶養	43.83	27.88	46.10	48.92
その他	3.57	3.97	501.	3.17

3 消費生活における都市部と農村部の格差

表6の農村部高齢者の個人消費状況から見れば、服装及び煙草の以外の支出は極めて低い、特に娯楽や化粧品などの消費はゼロに近い。基本生活以外の個人消費の余裕がほとんどない。

また、表7の2000年の調査データにおいても、都市部の「やや困っている」、「大変困っている」の合計は22.7％であるのに対して、農村部は40.8％となっており、ここにも都市部と農村部の自己評価の違いが現れている。

表6 都市部高齢者の個人消費状況⁹ %

消費項目	都市部	農村部	消費項目	都市部	農村部
服装代	25.9	10.2	交際費	17.5	7.9
煙草・酒	31.2	12.9	娯楽費	9.1	0.46
化粧品	9.8	0.3	その他	40.1	19.3

表7 経済生活状況に対する自己評価の比較¹⁰

経済生活状況	都市部	農村部
余りある	21.8	9.9
困らない程度	55.5	49.2
やや困っている	16.6	32.2
大変困っている	6.1	8.6
%	100	100

4 都市部の高齢者間の格差

都市部においては、無年金、無所得の高齢者は、女性が男性より多い、また、加齢すればするほど年金額が低いということは調査によって明らかでした。

都市部における年金受給実態調査によって、長年勤めてきた定年退職高齢者は71.5%、これまで勤めた経験がない、あるいは勤めた期間が極めて短い高齢者は21.7%を占めていることがわかった。つまり、雇用と直接関係する中国の年金制度では、71.5%の定年退職高齢者は年金制度に保障されるが、残りの21.7%の者は無年金、無所得の状況に置かれることになる。また、その無年金、無所得の高齢者のうちでは、女性が全体の79.8%を占めており、男性より25.9%上回っている。

最近では、一部の都市が無年金、無所得の高齢者に対して、その年の平均年金給付基準の10%に相当する金額で補足年金として給付を与えている。しかし、実施された都市はわずか一部だけであり、全国の都市部に普及する傾向が見られなかった。

また、表8に示されているように、年齢によって受給金額はやや異なる。全体的な傾向をみると、年齢が加齢すればするほど年金月額が低くなる傾向も現れてきた。これは中国の経済改革に伴って、従来の年功序列の賃金制度や年金制度を繰り返し改革したことと関連している。つまり、1980年代に定年退職した高齢者の賃金は、低賃金の社会主義時代に決められたため極めて低い。これは年金給付額に反映されている。こうした賃金制度の転換に生じた不公平性がしばらく残ると予測される。

表8 都市高齢者における年齢ごとによって年金収入の格差¹¹2000年

年齢組み(歳)	60~64	65~69	70~74	75~79	80~84	85~89	90+
年金月額(元)	648	625	626	609	687	534	472

以上のような高齢者生活保障におけるさまざまな格差は、急速に進められた経済体制改革による持たされた経済的な格差と関連するが、社会保障制度の不備ということも重要な

要因である。その解決の鍵は、都市部と農村部を統合した基礎年金制度の導入と思われる。

第3節 高齢者の貧困問題

1 調査データから見る高齢者貧困の実態

中国では貧困率の一般的な測定方法は、1世帯平均所得の30～35%以下にある家庭の割合を求めるものである。¹²このような定義によって『中国城郷老年人口一次抽様調査数据分析』の解釈によれば、2000年当時に貧困高齢者人口は2274.8万人にいる、高齢者総人口の17.5%を占めると明示された。また、貧困高齢者人口は、雲南省、陝西省、山東省、安徽省、湖北省に集中し、これに対して上海、北京、天津、浙江省、福建省、黒龍江省など地域に貧困高齢者人口はわりあいに少ないと分析していた。¹³また、農村地域では、絶対貧困率は都市部より高いことも指摘される。

また、2001年4月～11月までの間に、老齡科学研究センターによって沿海地域の福建省と浙江省を対象に行った「城郷貧困高齢者に関する調査」の結果は、沿海地域の高齢者貧困率は全国平均よりはるかに低く、福建省の場合は1.5%に、浙江省1.93%にすぎなかったという。また、貧困の実態に関して、衣食など最低限の生活に保障されていない（絶対貧困）のは50%を超え、第1位に、医療費が払えない、介護サービスを受けられないことが第2位、第3位となっている。

現行の中国農村救助の対象は、五保戸（5つ保障を受ける生活保護世帯）と特別困窮（絶対貧困世帯）と農村最低生活保障（低所得層世帯）の3種類に分けられている。政府に公表された2007年度第2半期のデータによると、農村地域に公的扶助として実施された「5つ保障」¹⁴を受けた高齢者は5,030,529人となる。「5つ保障」を受ける条件をそろったにもかかわらず、地方自治体の財政事情で5つ保障が実施されず、保障を受けることができなかった貧困高齢者は555,462人にいる。両者の合計で農村地域の「5つ保障」が必要とする貧困高齢者は5,585,991人となるわけである。¹⁵また、2007年の農村貧困ラインの測定基準は、絶対貧困基準が年1人当たり平均収入693元以下に、農村低所得世帯の基準が年1当たり年収958元以下に定められている。こうした基準で農村部の貧困世帯の地域分布状況は表9の通りになっている。その傾向は「東高西低」（東部地域高い、西部地域低い）の経済発達水準の評価と一致している。

表9 農村貧困世帯の地域分布状況（2007年時点）

	全国平均%	東部地域	中部地域	西部地域

農村絶対貧困標準 年1 当たり平均収入 693 元	63.2	37.8	63.3	81.9
農村低所得世帯 年1当 たり年収入 958 元	22.5	24.9	29.0	14.1

高齢者世帯の貧困率は年々増長していく傾向もある。これは、社会保険制度の不備や家族扶養の構造が崩れていたと考えられる。

2 女性高齢者の貧困については、

高齢者貧困傾向の中に、もう一つ注目される現象は女性高齢者の貧困問題である。たとえば、調査データから見れば、都市の男性の高齢者で貧困状態ある人は 6.3%にすぎないに対し、女性の場合は 23.4%である。農村でも、貧困な高齢者は、男性は 17.1%に対し、女性は 20.4%に達している。また、経済保障、健康、社会地位などにおいても、女性が男性より不利な状況におかれている。

経済において、収入源が単一で、水準が低いのは大きな問題である。男性高齢者は労働収入や年金がある人が多いが、女性高齢者は、家族の他のメンバーに養われている人が 60%である（男性は 27%）。もう一つの問題は社会保障の程度が低い。都市の高齢者で年金をもらっている人は、男性は 85.6%だが、女性は 57.7%である。平均月収は、女性高齢者の場合、都市では 490 元（男性の 51.7%）、農村では 124 元（男性の 68.3%）にとどまる。とくにリストラされた女性、障害のある女性、配偶者を失った女性、子どものいない女性は貧困に陥りやすい。健康において『中国城郷老年人口一次抽様調査数据分析』では、都市の高齢者で日常生活活動能力(Activities of daily living; ADL)を喪失した人は、男性 3.7%に対し、女性は 6.7%で、男性の 1.8 倍である。農村では、男性 6.9%に対し、女性は 10.9%で、男性の 1.5 倍である。しかし、高齢女性が持っている医療資源は少なく、公費医療を享受している人は、都市において男性の 72.9%に対して女性は 49.8%である。社会的地位について、再就職率が少なく、党員や管理職の比率も高齢男性より低い。たとえば、高齢男性では、中共党員である比率が 31.5%、民主党派の党員である比率が 10%なのに対して、女性はそれぞれ 8.0%と 0.4%にすぎない。権益の保障について、ほとんどの農村女性が年金ない、また、家族扶養、住宅、財産権、虐待、婚姻の自由などに関する権益の保障が大変十分である。¹⁶ 女性高齢者の貧困の原因は、やはり社会保障の欠乏または不足であると指摘される。

3 高齢者の貧困問題の先行研究

近年、高齢者貧困問題の研究に数多くの研究成果があげられた。高齢者貧困問題に関心を集めた背景は、1999 年に国連が「国際高齢者年」を定めることが大きな契機となった。また、2002 年、国連に提唱された「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」は、中国の高齢者貧困研究に新たな刺激を与え、その議論は一層活発化していた。

表 10 は、近年に公表された一部の代表的な研究成果である。

表 10 高齢者貧困問題の先行研究

タイトル	著者・出版社・年月
全国城郷貧困老人城郷調査研究	全国老齡工作委员会実施 2003年 『老齡問題研究』2004年10期
貧困高齡者問題の解決は早急に	白樺 『老齡問題研究』2002年5期
大城市低所得高齡者層の生活状況分析	李若建著
中国城市の高齡者貧困状態の検討	孫陸軍など著 『市場と人口分析』2005年11巻6期
中国老人的生活状況と貧困発率推測	王徳文・張凱梯著 『中国人口科学』2005年1期
4000万未亡人高齡者の養老問題	姚遠氏 『人口研究』2001年5期
配偶者が亡くなった高齡者の再婚に対するジェンダー分析	鄭真真氏 『人口研究』2001年5期
「未亡人高齡者の養老問題及び展望」	宋建氏 『人口研究』2001年5期
中国老年人口貧困の数量・成因と政策	王徳文 『中国老齡研究』2005年5期
老年貧困：老齡化の人道主義危機	穆治錕 『世界知識』2004年17期
中国老年人口の貧困化	朱慶芳 『百科知識』2005年10期
貧困高齡者救助モデル研究	http://www.capw.com.cn/ReadNews.asp?NewsId=5270&page=5 2009年1月11日 中国老齡宣伝網より

これらの研究はいくつかの視点が提起されている。

1) 高齡者貧困の社会的な要因について、次のようにまとめられる。

都市と農村の間に存在する二重構造によってもたらされた農村地域高齡者の貧困問題。急速な産業構造改革や社会構造改革の中に、高齡者が排除されて貧困生活に陥った。経済発展を優先にした社会保障制度の改革は、生活保障における新たな不平等を生じられた。

2) 高齡者の貧困の現状について、次のようにまとめられる。

現金収入がない或いは少ないため、衣食など最低限の生活が保障されていないという絶対的貧困。医療保障がないため、大病、難病にかかって貧困に落ちるという「因病致貧」。

住宅の商品化によってもたらされた「住まない貧困」。高齡者差別、高齡者虐待問題によってもたされた貧困。文化的な、精神的な支援がかけているために精神的な貧困。

3) 高齡者貧困の特徴について、中国の高齡者世帯の貧困は、おもに社会保険制度の不備よるものや家族扶養文化が急速に崩れていったためと指摘されている。

第4節 高齡者生活保障システム構築への動向

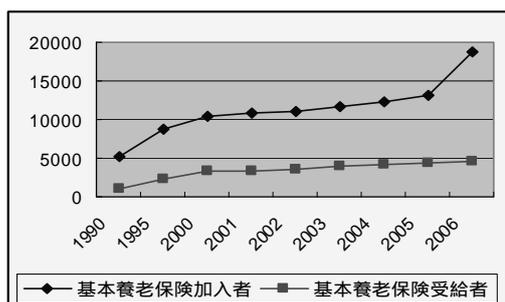
1 基礎養老年金制度の現状

中国において公的年金制度に該当するものは、都市企業労働者に対する都市従業者基本年金、公務員退職者に対する公務員年金保険、農村住民に対する農村社会養老保険である。

1) 都市部の基礎養老年金制度の現状

都市の基礎養老年金制度の現状は、養老保険納付者と受給者がともに増加傾向にある。納付者の増加推移は1990年に5220.7万人、2000年1億447.5万人、2006年に1億8766万人にのぼった。受給者の増加では1990年に1086.6万人、2000年3380.6万人、2006年に4635万人となっている。一方、加入者は確かに増えていたが、受給者の増加がより速くそれを上回っている。つまり養老保険の給付費は急速に増加すると見込まれる。

図1 養老保険納付者と受給者の増加推移¹⁷⁾



2) 農村養老保険制度の現状

人口の7割以上を占める農村部では、基本的に公的年金制度は整備されていない。1986年から農村養老保険制度の導入に関する検討が始まり、1991年「県級農村社会養老保険基本方案」を發布してから普及段階に入った。しかし、保険料徴収に対する抵抗感が強く、加入者の伸びに悩む。一方、経済水準が比較的高い農村部では、郷鎮企業従業者も含めた任意加入、積立方式による農村養老保険の加入率が上がる傾向もある。表11に示されたように1997年のピーク時期に全国2900県のうち2,123県に同制度が導入された。加入者はその時点で8,200万人にのぼった。しかしその後、脱退者が大量出てきた一方、年金受給者数が増加していく傾向になっている。

表 11 農村養老保険事業実施状況¹⁸

項目	1997年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
保険加入者数(万人)	8,200	6,172	5,995	5,462	5,428	5,378	5,442	5,374
保険基金残高(億円)	N.A	196	216	233	259	285	310	354
年金受給者数(万人)	N.A	N.A	N.A	N.A	198	205	302	355
年金給付金額(億円)	N.A	N.A	N.A	N.A	15	N.A	21	30

農村養老保険制度は、都市の養老保険と違って、個人納付保険料を柱に、郷鎮財政の補助が主に、国家が一部負担することが原則である。自助努力が基本理念である。個人口座の積立方式を採択し、個人の納付保険料と郷鎮の補助金をすべて個人口座に記帳する。保険料は10ランクを設け、加入者は経済状況によって保険額を選択することができる。保険加入者が満60歳に達したときに、個人口座の積立の元本と平均寿命を基に給付基準を定める。公的保険の性格を持っていないため、強制参加ではなく、任意参加となっている点が特徴である。また、保険基金の運営管理は県レベルで行い、資金の調達幅が狭く、再分配機能がもっていない、一種の共同体内部の相互扶助にとどまっている。

農村養老保険制度の普及に障害となった原因は、一つは定期的な現金収入がないことで定期的な納付が困難な農民がもっとも多い。二つは農村から出稼ぎ労働者が年々増え、都市に残るか、故郷に帰るか、不定な要素が多いため成り行きを見ながら決める人が多い。農村養老保険加入率低下の問題を解決するために、いくつかの対策は打ち出された。2007年、温家宝総理は「農村の最低生活保障制度を全国レベルで整備する」ことを最重視するようを指示した。具体的に個人納付を主とする従来の方針から、政府や郷鎮などが共同で

資金を調達する対策を講じること、そして、出稼ぎ農民、一人っ子の家庭、土地を失った農民に異なる対策で対応することである。例えば、出稼ぎ農民が所在都市養老保険制度の利用が可能になり、一人っ子の家庭に定期的な手当を給付するなどが実施され始まっている。

2 高齢者の医療保障制度

1) 都市部の医療保障制度

都市部において、高齢者の医療保障制度に該当するものは、都市企業労働者に対する都市従業者基本医療保険制度及び高額医療費補充医療保険であり、また、2007年以後に創設された「城鎮住民基本医療保険」と「医療救助」制度がある。

1998年に都市部の医療保険制度改革によって、公的医療保険として「城鎮職工基本医療保険」を導入された。この制度は、都市部の各企業、社会団体の賃金労働者及び自営者などを対象としたが、多くの非賃金労働者、高齢者、青少年と児童たちが保険制度から排除されていた。この問題の打開策として、2007年に「城鎮住民基本医療保険」を創設し、都市部の医療保障システムに加えられた

城鎮住民医療保険とは、国務院が打ち出した「城鎮住民基本医療保険の試行に関する指導意見」(2007年7月)によって、取り組まれた新しい医療保険の種目である。この医療保険の創設は、主に「城鎮職工基本医療保険」に加入出来ない都市部の高齢者、未成年者、主婦たちは医療保険に無縁であるという問題を解決するためと見られている。

実施は、2007年に試験事業を始め、2008年から少しずつ事業を拡大し、2009年までに8割の都市部に展開し、2010年に都市部全域に普及する、というプロセスをたどる見込み。2007年末に加入者は4291万人となる。¹⁹

「城鎮住民基本医療保険」の保険者は、各市レベル以上の政府であることが規定されている。保険料は、個人の納付金と国や市政府からの補助からあわせる。保険料徴収の基準や給付金額なども保険者が決める。「城鎮住民基本医療保険」は、主に大病、高額医療費補償を目的として、小さい病気は保障適用外とする。例えば、年間の医療費が600円以下の場合には補償に該当しない、しかし、保険基金の持続性を保つために10万元の限度を超えた場合も適用外となる。また、任意参加が原則だが、実際のところ一定の強制性も持っている。これは賃金労働者を対象とする「城鎮職工基本医療保険」の性格とやや違っている。

2) 農村部の新型合作医療

2003年1月、国務院が「新型農村合作医療制度の構築に関する意見書」をまとめ、各地方政府にテスト作業の取り組みを要請した。2003年春のSARS事件は、新型農村合作医療制度の導入に押し進める推進力となった。当年、テストとして取り込まれたのは304県であったが、2006年に導入した県が1,451県、2007年3月まで導入した県が2,319県、全国の81.03%を占める。加入した農民人口は6.85億人、普及率は78.78%に達成したという。²⁰

財政状況から見れば、07年に農民出資金94.12億元、(医療救助費用3億元を含む)、地方自治体173.53億元、中央財政82.05億元、その他3.56億元から構成される。一応、加

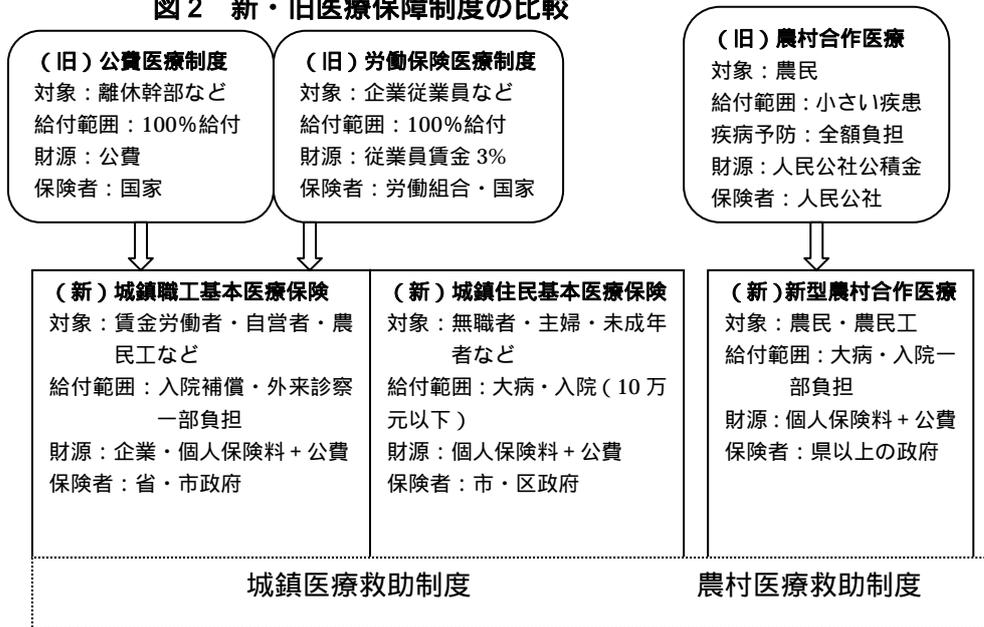
入率の達成や財源拡大に対する改革が進められている。農村の新型合作医療の仕組みは、農民の負担が原則として年間 10～15 円で、地域の所得水準に応じて標準を変動させることができる。中央、地方政府がそれぞれ 10～15 元を補助する。福建省の場合は、最低の医療保障額 4500 元、最高 2 万元である。農村新型合作医療の普及は、農村養老保険の推進とかなり違って短い期間で高い普及率を達成した。最大の違いは、政府が農村新型合作医療財政の 3 分の 2 を負担することだ。

3 新しい医療保障制度の構図

1950 年代の初期に都市部の人々を中心とした公費医療と労働保険医療制度及び農村部の農民を中心とした合作医療が作られた。この三本柱によって 1980 年代までの医療保障が支えられてきた。当初の制度設計は、保険原理に基づくものではなく、公費負担が原則である。1980 年代半ばに市場経済改革と伴い、社会主義型の公費負担の医療制度が企業の負担になり、医療制度を改革しなければならなくなった。80 年代の国営企業を重点にした医療改革のねらいは、個人拠出なしの公費負担から個人、企業、政府三者負担の共済医療保険に転換することであると思われる。1998 年に、国務院は「城鎮職工基本医療保険制度確立に関する国務院の決定」（「医療決定」と略称）を公布し、これまでの公費負担の労働保険制度、公費医療制度を廃止し、都市部で統一的な公的医療保険制度を創設する施策案を提示した。これは 80 年代の医療改革の続きであり、国営企業に限らず全ての賃金労働者を統合した保険制度の中に収めるものである。また、50 年代につくられた「合作医療制度」も、20 世紀末になるとすでに解体され、機能不全となったため、2003 年に、国務院は「新型農村合作医療制度の構築に関する意見書」に従って、または 2003 年に発生した SARS を背景として新型農村合作医療を農村地域に急速に展開した。2007 年末までに八割の農村地域に普及し、加入者は 1 億人にのぼった。新型農村合作医療制度が順調に進められたことに鑑み、2007 年に再び「住民医療保険制度」の新設が国務院によって決められた。

これまで 30 年間あまりの漸進的な医療改革によって、現在の医療保障制度は下記のような構成となっている。

図2 新・旧医療保障制度の比較



城鎮職工基本医療保険及び城鎮住民基本医療保険実施状況は、表12に示されている。城鎮職工基本医療保険の加入者数は徐々に増え、そのうち農民工加入者数も増加する傾向である。2007年に創設した城鎮住民基本医療保険は、2007年に4291万人、2008年までに9000万人に急増する見込みである。これは、政府の強力な推進によって達成した結果である。

表12 城鎮職工基本医療保険及び城鎮住民基本医療保険²¹

	2005年	2006年	2007年	2008年(予測)
城鎮職工基本医療保険 (万人)	13783	15732(+農民工2367)	18020(+農民工3130)	18800(+農民工4000)
城鎮住民基本医療保険 (万人)			4291	9000
基金収入(億元)	1405	1747	2214	
支出(億元)	1079	1277	1552	

4 「医療救助制度」

2003年に農村部で実施し始められた医療救助制度は、同時期に取り上げられた「新型農村合作医療保険」の施行と平行で進められた。その主な目的は、経済的な理由で「新型農村合作医療」に加入出来ない農民に医療費や保険料などを救助することと思われる。農村部で一歩先に施行された医療救助制は、2005年に都市部で試験事業として取り組み、2007年に都市部全域まで拡大された。医療救助の財源は中央、地方政府の税財政、宝くじの公益金からまかない、年々増える傾向と見られる。表13にまとめられたように2007年の中央政府負担金は、2006年と比べて133%上まわる。中央政府が強く介入している姿勢がのぞかれる。2007年に農村部に603万人、都市部に407万人が医療救助を受けた

表 13 医療救助における財政負担^{2 2}

	2006 年	2007 年	増長%
中央政府負担金	14.3	33.4	133%
地方政府負担金	27.0	37.8	40%

医療救助制度は、公的医療保障制度の補完的な役割に位置づけられ、基本的に公的扶助の一環として取り組まれた。現時点での救助対象者は低所得者、低収入の高齢者、重病を患っている者などに限定されている。そのうち貧困高齢者の増加が著しい。救助範囲は、経済的な理由や天災・失業等により医療保険料を納めることができない者に保険料の補助、免除；低所得者、低収入の高齢者が受診、入院にかかる費用の一部補助；低所得者、低収入の高齢者などに無料受診医療カードの配布などとなっている。

現在、財政が豊かな沿海地域の地方自治体は、低所得層の高齢者に対して医療、介護サービス救助制度を取り入れ始めた。具体的な実施方法は、治療の必要がある低所得層あるいは医療保険に未加入の 80 歳以上の高齢者に定額救助医療カードと介護サービス利用券を配布するなどである。上海の場合は、要介護の低所得高齢者に要介護度によって月 100 元～300 元の介護利用券を給付している。高齢者の医療負担を緩和するための一方策と見られる。

今回、制度化された医療救助は、国民皆保険を実現の一環として取り込んだ負担能力に見合った個人救済策と見られる。これは、貧困の予防や貧富格差の縮小に対する効果が期待されている。

5 介護サービスの拡充と非営利団体の参与

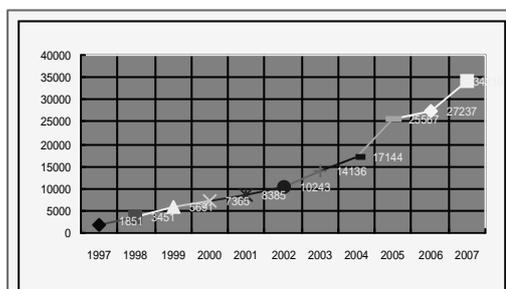
2000 年に中央 13 部署が連携で出した『社会福祉の社会化の促進に関する意見書』の中で、介護サービス供給に非営利団体の参与が積極的に推進しようという方針は明らかとなった。当時に、提唱された一つのスローガンは高齢者福祉施設の社会化であった。そのねらいには、2つの意味が含まれている。一つめは、いままで高齢者施設設置が公的な機関しか認めなかったが、今後、企業、非営利団体、個人などは一定の条件をクリアすれば施設の設置及び運営を認める。二つめは、これまで縦割り行政の中で高齢者福祉施策はあまり位置づけられなかった。今後、諸官庁の連携によって総合的な政策の策定が求められる。

その後、2001 年に民政部が「老人福祉施設設置基準」を公表し、全国統一した運営方針、施設設置の最低基準などを定めた。その基準に基づいて現在、高齢者入所施設は養老院(日本の軽費老人ホームに相当する) 護理院(日本の特別養護老人ホームに相当する) 臨終關懷老人病院(ホスピス) 老人居宅(高齢者アパート)に分類されている。

2000 年以後は、全国で高齢者福祉施設建築のラッシュに入った。例えば、先進地域の上海では、1997 年の時点で 20 軒あったが 2007 年末では高齢者施設はすでに 560 軒に上り、ベッド数は 69,785 床、高齢者ベッド占有率 2.5%を達成した。^{2 3}その経営主体の内訳は市・区・県レベルが 28 軒、5905 床を占め、街道レベルが 272 軒、29670 床を

占め、非営利団体が 260 軒の 34210 床を有し、全体の 49.02%を占めている。上海政府は高齢者福祉施設に非営利団体の参与を積極的に推進し、1 ベッドあたりに政府から 5000 元の補助を提供したため、非営利団体の介護ベッド数の増加が著しく。

図 3 上海における非営利団体の高齢者介護ベッド数の推移^{2 4} 単位 床



近年、農村部高齢者の入所率は都市部よりはるかに高いことが中国国内の調査によって判明された。表 14 に示されたように農村部の 65 歳以上の高齢者入所率が 10.0‰に対して都市部が 6.6‰であり、高齢者ベッド占有率も同じ傾向で 13.6 対 9.2 床である。農村部高齢者の入所率が高い理由は、若者の都会への出稼ぎにより、老親扶養が現実的に難しくなったことや農民の居住が分散して在宅福祉サービスの展開が難しいことと考えられる。

表 14 高齢者福祉施設における都市部と農村部の比較 (2004 年末データ)^{2 5}

地域	施設数 (軒)	ベッド数 (床)	入所高齢者数 (人)	入所高齢者が全体を占める比率 ‰	高齢者ベッド占有率 (床)
都市部	8,553	378,997	273,120	6.6	9.2
農村部	26,442	775,466	573,235	10.0	13.6

注：この調査における高齢者の定義は 65 歳以上

最近、高齢者の入所ニーズが都市部においても高まっている。とくに大都会の上海や北京などの評判の良い施設は空室が少なく、入所待ち状態がつづいている。今後、入所施設に対する期待はますます高まると予想される。

おわりに

今後の課題について、下記の 2 点を記したい。

1) 低所得層の高齢者に対する生活保障制度の課題である。社会保障制度の改革によって現行年金、医療制度の枠組みに排除された高齢者が多数いる。この高齢者貧困問題はマスコミ報道の焦点となっている。現在、経済発展している沿海地域の地方自治体は、低所得層の高齢者に対して生活保護、医療救助、介護サービス補助制度を取り入れ始めた。具体的な実施方法は、60 歳以上の低所得層の高齢者に補助養老金を給付する、治療の必要がある低所得層あるいは医療保険に未加入の 80 歳以上の高齢者に定額救助医療カードと介護サービス利用券を配布するなどである。例えば、上海の場合は、要介護の低所得高齢者に要介護度によって月 100 元～300 元の介護利用券を給付している。財源は宝くじの収益金や市政府財政、県政府財政からまかなう。

しかし、こうした貧困高齢者に対する生活保障制度は、財政にゆとりのある自治体しか

導入されていない。貧困地域の低所得高齢者はこの支援制度に無縁で、地域格差、貧富格差という二重の格差を背負っている。全国で統一的な貧困高齢者に対する生活保護制度の創設は急務となっている。

2) 介護施設の量的、質的水準を高めるという課題。先進諸国が施設介護の弊害を見直すため、在宅福祉政策へ転換した経緯と違い、中国は家族で介護をすることを前提に在宅福祉政策を推し進めてきた。従って、経済コストの高い施設福祉整備に対する政策は十分ではなかった。しかし、現状では都市部、農村部にかかわらず「空巢」高齢者世帯の増加に歯止めが効かない。特に「空巢」高齢者世帯の入所施設に対する期待はますます高まっていく一方で、介護施設の絶対数の不足や画一的なサービスの問題があるため、需要のニーズに応えることができず、供給と需要の溝を埋めることが今後の課題である。

-
- 1 中国老齡委員会編「中国人口老齡化發展趨勢予測研究報告書」2006年12月より
 - 2 空巢家庭：高齡者が独りまたは夫婦二人暮らしであり、子女が小鳥が巣立つように家を離れ、高齡者に付き添う人がなくなった家庭。
 - 3 2007年の四川省調査に入手資料：重慶高齡委員会調査2005年データより
 - 4 国務院新聞弁公室『中国老齡者事業發展白皮書』2006年12月より
 - 5 王軍「中国基本養老保險的地区差距分析」鄭功成、沈潔編『社会保障研究』労働社会保障出版社 2005年12月p128
 - 6 同上 P129
 - 7 沈潔「城郷統一年金制度の統合は早急に」日本經濟新聞社編「中国の經濟構造改革」30pより、2006年
 - 8 中国統計出版社『中国2000年人口普查資料』(中)2002年
 - 9 同上440p、441p
 - 10 同上451p
 - 11 中国老齡科学研究センター 編著『中国城郷老年人口一次抽樣調查数据分析』中国標準出版社438p
 - 12 中国社会保障戰略研究項目組編『中国社会救助改革与發展戰略報告書』2008年9月44p
 - 13 「对中国老年貧困人口的估計」『人口研究』2005年29卷2期
 - 14 「五保戸」に与える「5つの保障」とは、衣・食・住・医療・葬儀を保障することである。
 - 15 揚団・李振鋼など執筆「融入社区健康服務的中國農村老人照顧服務研究」2008年6月参照
 - 16 <http://genchi.blog52.fc2.com/blog-category-25.html> 中国女性・ジェンダーニュースに参照 2009年1月24日
 - 17 中国労働社会保障部編『労働と社会保障統計年鑑』各年より
 - 18 中国労働社会保障部編『労働と社会保障統計年鑑』各年より
 - 19 人民大学複印報刊資料『社会保障制度』2008年7期77pより
 - 20 張翼「新型農村合作医療の逆選択の問題」拓殖大学2007年ワークショップ提出論文より
 - 21 人力資源と社会保障部公表「労働と社会保障事業統計広報」2006・2007年版より
<http://www.molss.gov.cn/index/index.htm>2009年2月20日
 - 22 同上より
 - 23 上海市民政局編『2007年上海市民政工作發展報告書』2008年より
 - 24 2007年8月上海高齡者施設調査資料及び2007年上海市民政工作發展報告書より作成
 - 25 人民大学複印報刊中心『社会保障制度』2007年10号15頁