

第6章 社会保障制度の新たな課題—国民皆保険体制に内在する格差への対応

澤田 ゆかり
(東京外国語大学)

はじめに

社会保障制度¹は、胡錦濤時代に大きな転換を遂げた。江沢民時代の社会保障は、国有企業改革の推進を主たる目的として、終身雇用を失った労働者の新たな生活保障の受け皿として期待されていた。これに対して、胡錦濤（以下、胡）時代の社会保障は、「調和社会」（原語：「和諧社会」）のスローガンが示すように、社会全体の安定装置として注目を集めるようになった。このことは、保障の対象が労働者から国民全体に拡大されたことによく表れている。基礎年金と医療保険は、都市部の企業で働く被雇用者から都市と農村の住民一般へと拡大し、「国民皆保険」の制度的枠組ができあがった。また公的扶助の面でも、最低生活保障制度が都市だけでなく農村にも適用されるようになり、給付水準も引き上げられた。

しかし同時に、胡時代の急速な社会保障改革は、従来型の社会保険と公的扶助では、増大する社会リスクに対応しきれないことも浮き彫りにした。2012年11月の第18回党大会における胡の報告は、都市と農村の格差や地域間の発展の格差、そして所得分配面の格差が大きいことに言及し、「社会的矛盾は明らかに増え」と指摘している。特に社会保障については、国民皆保険の目標をほぼ達成したことを高らかに宣言しつつも、「都市・農村の社会保障システムの整備を統一的な計画にもとづいて推進する」ことが強調された。このことは、これまでの社会保障制度の整備が都市と農村で個別に進展してきたために、結果的に都市・農村間の移動に対して障壁になったことを示唆している。

「調和社会」のスローガンが示すように、胡政権が民生を重視し、社会保障制度の拡充に大きく貢献したことは間違いない。それにもかかわらず、大衆による集団抗議行動は増加の一途をたどっており、²社会的安定装置としての効果はまだ確認できない。これは新たな社会保障制度の浸透に時間がかかるためでもあるが、それとは別に胡政権が

¹ ここでは社会保障制度の範囲として、社会保険、社会福祉、公的扶助、保健医療を扱う。
² 三浦有史が複数の資料から作成した図によれば、「公務執行妨害を伴う集団行動」の件数は1993年から2009年にかけて一度も下がることがない。とりわけ1997年以降に急上昇し、2009年には10万件を上回った[三浦 2012,47-48]。さらに労働争議の件数でみると、2001-2007年の間は年平均3.3万件だったものが、2008年には69.3万件に跳ね上がった。2010年には若干減少したものの、60.1万件と高い水準にとどまっている。また同年の労働争議に関わった労働者数は81.5万人にも及んでいる[喬 2012,263]。

推進した社会保障の制度自体から派生した部分もある。すなわち胡時代の社会保障制度の改革は、経済成長と対立するものではなく、むしろ成長の基盤となる社会安定を実現することが期待されていた。したがって社会保障の対象を急拡大するにあたっては、現実として一次分配の不平等を反映せざるをえなかった。このため量的拡大は、新たな格差を引き寄せたといえる。したがって、習近平の課題は、前任者が整備した保障枠組みの実質化と同時に、制度内の格差を是正することになる。

本章では、第1節で胡時代の社会保障改革の実績として、「国民皆保険」の基礎を確立したこと、また公的扶助と福祉サービスの拡充が図られたことを指摘する。第2節では、上記の改革の問題点を指摘して現制度に内在する格差温存のメカニズムを明らかにし、習近平が引き継ぐ課題と対応を考察する。

I 胡政権の実績

1 医療にみる国民皆保険体制の整備

社会保障面での成果として特筆に値するのは、国民皆保険に向けた制度整備を急ピッチで進めたことであろう。なかでも医療保険の拡張は目覚ましかった。胡政権は発足とほぼ同時に SARS（重症急性呼吸器症候群）危機に見舞われたため、医療面での社会セーフティネットの再建が急務であった。加藤[2008:46]によれば、SARS 流行時に医療保険の対象外であった住民のなかには、高額な医療費を恐れて診療を受けない者が現れ、また医療機関側が無保険者の診療を拒否する事例も多発したという。なかでも農村が抱える医療リスクはとりわけ高い関心を集めた。保健インフラの脆弱な農村に感染が広がれば、犠牲者が激増し終息は困難を極めると予想されたからである。このため、全住民を医療保険の対象にする新たな制度の普及は、農村が先行する形になった。

すでに 1990 年代後半から一部の農村では、新たな合作医療制度の実験が始まっていたのだが、³SARS 危機はこの動きを加速させた。新型農村合作医療制度は、2003 年から正式に施行されると、またたく間に全国に広がり、加入率は 2005 年時点で 23.5% であったものが、2011 年には 97.5% にまで達した（表 1）。また同年の受給者数はのべ 13.15 億人で、加入者総数 8 億 3200 万人を上回っていたことから、実際に保険金を受け取るという点から見た利用度も高いといえる。

都市部については、2007 年から非就労者に対する都市住民基本医療保険制度が試験的に実施され、2009 年には全都市数の 80% 以上の都市が試行対象となった。これにより医療については、すべての国民をカバーする公的保険が制度上は確立した。表 1 に示したように、2011 年の都市住民基本医療保険の加入者はすでに 2 億 2000 万人に上っ

³ 計画経済の時代の農村には、合作医療と呼ばれる医療保障制度が存在したが、人民公社の解体とともに姿を消していた。

ている。同年の都市従業員基礎医療保険と合わせると、都市部の基礎医療保険の加入者数は 4 億 7300 万人で、新型農村合作医療のそれ（8 億 3200 万人）を加算すれば、加入者数はすでに 13 億人を超えている。この点でも医療の面では国民皆保険体制が整ったといえよう。

2 国民皆年金の挫折と復活

医療に続いて皆保険に向けた改革が進展したのは、年金（養老保険）であった。基礎年金でも医療保険と同様、農村部への普及が皆保険体制の鍵を握っていた。実は、1992 年に民生部が「県級農村社会養老保険の基本案（試行）」を制定し、農村部でも 60 歳からの年金受給が可能になったことがあった。しかしこの年金制度は個人の拠出を主体とする完全積立方式で、地元政府や企業の補助が限定的であり、かつ任意加入でもあったため、1999 年からは脱退が相次ぎ、2007 年には加入率が農村就業人口の 1 割にまで落ち込んだ[飯島・澤田 2010,106-108]。また都市部でも、非正規雇用や農民工が増大し、企業の保険料不払いが横行したため、年金制度から排除される者が後を絶たなかった。王[2011,50-51]の試算によれば、2008 年時点の 60 歳以上の高齢者のうち約 3 分の 2 が無年金者であったという。

こうした事態に対して、一部の地方は 2003 年以降、新たな農村基礎年金の実験を始めた。2008 年時点で、すでに 751 万 8700 人が新型の農村基礎年金に加入していた[何 2012]。これら地方の経験を土台にして、中央政府は 2009 年 9 月に「国務院による新型農村社会年金の試行の展開に関する指導的意見」を公布した。この新型年金が旧型と大きく異なるのは、政府の責任を明示して財政支援を提供する点である。基礎年金の部分（一人当たり毎月 55 元の給付）は全額が政府の負担となっており、中西部地域に対しては中央政府が全額を補助、東部地域には 50%の補助を提供する設計である[中華人民共和国中央政府 2009b]。農村社会年金の加入者数は、2011 年末には 3 億 2643 万人にまで急増した（表 1）。

農村の基礎年金の整備を迫る形で、2011 年に公的年金の最後の空白であった都市部の非雇用者に対する制度の整備が始まった。同年 6 月、中央政府は「国務院による都市住民社会年金の試行の展開に関する指導的意見」を公布して、既存の都市従業員基礎年金に加入していない 16 歳以上の都市住民（ただし学生は除く）を対象とする都市住民社会年金を新設した。この新制度は新型農村社会年金とほぼ同じ設計⁴であるため、浙江省など一部の地方では二つの制度を統合して運営している[何 2012]。

こうして年金でも皆保険体制の枠組が一通りできあがった。しかし医療保険よりも開

⁴ 両制度とも基礎年金の一人当たり給付額は毎月 55 元、支給開始年齢は 60 歳、受給資格を得るための加入年数は最低 15 年である。また個人口座の積立総額は 139（現行の都市従業員基礎年金制度に準じた係数）で割って、毎月の支給に当てることが定められている。

始が遅く、まだ実験地区での試行が続いているため、実際のカバー率は高くない⁵。表1に示したように、全国の基礎年金の加入者数は、6億1000万人余と医療保険の半分以下である。とはいえ、新型農村社会年金については、2010年末からわずか1年で2億2000万人を上回る数が新規に加入しており、皆年金体制の鍵を握る農村で強力に推進されたことが伺える。第11次5カ年計画（2005-2010年）の実績と第12次5カ年計画（2010-2015年）の目標値を比べると、前者の重点が医療保険にあったのに対して、後者のそれが基礎年金に移ったことがわかる（表1）。

表1 社会保障に関する第11次五か年計画の主要な実績と第12次五か年計画の目標

指標（加入者数・万人）	第11次五か年計画				第12次五か年計画		2011年	
	2005年	2010年	2005-2010年	2015年	2010-2015年	実績	基金残高(億元)	
基礎年金			35984	80700	124.3	61034		
うち都市基礎年金*1	17487	22300	25707	47.0	35700	38.9	28391 19497 *4	
うち新型農村社会年金*2	--	--	10277	--	45000	337.9	32643 1199	
都市基礎医療保険	13783	30000	43263	213.9	--	3ポイント*3	47343 4015 *4	
うち都市従業員基礎医療保険			23735				25227	
うち都市住民基礎医療保険			19528				22116 497	
新型農村合作医療	17900		83600	367.0	--		83200	
同上・加入率(%)	23.5	>80%	95				97.5	
労働災害保険	8478	14000	16161	90.6	21000	29.9	17696 642	
失業保険	10648	12000	13376	25.6	16000	19.6	14317 2240	
生育保険	5408	8000	12336	128.1	15000	21.6	13892 343	
社会保障カード	--	--	10300	--	80000	676.7	-- --	

(出所)五か年計画については国務院2012。2011年は人力資源社会保障部2012と衛生部2012より筆者作成

*1 2010年の実績値には都市住民基礎年金を含まず。2015年目標値には含む。
 *2 2009年から試行のため、第11次五か年計画の当初目標に含まれず。2010年数値には地方独自の試験区は含まれず
 *3 基本医療保険全体として3ポイントの引き上げ
 *4 上記*1の理由により、企業従業員基礎年金単独での2015年加入者数の目標値は3億700万人以上。

3 社会保険による流動人口の包摂

都市と農村での皆保険体制が整備されると同時に、その間を移動する流動人口の社会保険への包摂も進展した。それまで都市と農村を移動する農民工は、社会保険の対象か

⁵ とくに2011年から本格化した都市住民社会基礎年金については、同年末の加入者数が539万人、実際に年金を受給した人数は235万人にとどまっている[人力資源与社会保障部2012]。

ら外れることが一般的であったが、2003年から徐々に社会保険のセーフティネットに包摂されるようになった。具体的には2003年には都市部の非正規労働者が基礎医療保険に加入できるようになり、同年4月の「労災条例」によって2004年から農民工を含む賃金労働者を対象とする労災保険制度が全国で実施された。また2006年3月に「国务院による農民工問題の解決に関する若干の意見」が通達されると、農民工に労働災害保険と重病に対する医療保険および年金を提供する必要が指摘された[中華人民共和国中央政府 2006]。

これを受けて、同年に労働社会保障部（当時）は地方政府に対して、建設や鉱業に携わる農民工を労災保険に加入させる平安計画（第1期）を指示した。さらに農民工の集中する広東、北京、上海、江蘇、浙江などの特定地方に対して農民工の医療保険の加入数を指定した。2009年には「第2期平安計画」を策定して、労災保険に加入する農民工の対象を第3次産業まで広げた。

社会保険に農民工を加入させるこれら一連の政策のなかで、特筆に値するのは人力資源社会保障部と財政部が国务院経由で2009年末に通達した「都市企業従業員基礎年金関係の移転と継続方法」である[中華人民共和国中央政府 2009a]。年金基金の管理は地方政府の管轄であったため、それまでは農民工が都市や省を越えて移動する場合には、加入期間を中断し、個人口座に積み立てた保険料の払い戻しを受けるのが常であった。しかし上記の通達により、2010年から農民工を含むすべての都市部の賃金労働者が、たとえ省を越えて転職する場合でも、基礎年金の記録は地域間で移転され継続扱いになる方法が定められたのである[于 2012,121]。翌2011年7月1日から施行された「社会保険法」にも、地域を越えて就労する者については、基礎年金の記録と納付年数の継続が明記されている。

このような制度整備の結果、2011年末現在、都市における農民工の社会保険加入は、基礎年金で4140万人、公的医療保険で4641万人、労災保険で6828万人、失業保険では2391万人にまで拡大した[人力資源与社会保障部 2012]。実際に農民工が社会保険に加入する場合には、都市戸籍の労働者と同じ企業従業員の基礎年金や医療保険に加入する方法と、前述の新型農村社会年金や新型農村合作医療保険に加入する方法がある。また北京や上海では農民工専用の独自保険を制定している。いずれにせよ、すべての国民を何らかの社会保険に包摂するという方針は、農民工に関しても適用されている。

4 公的扶助による社会保険の支援

大きな制度転換を遂げた社会保険に対して、公的扶助はおおむね江沢民時代の制度的枠組を踏襲した。冒頭に挙げた第18回党大会における胡報告でも、生活保護に相当す

る「最低生活保障」に特定した言及は1か所にすぎない⁶。また第12次五か年計画で掲げられた社会保障分野の目標においても、社会保険は年金、医療、労災、失業など種類ごとに細かく設定され、多くの紙面が割かれているのに対し、最低生活保障については7項目の最後に配置されており、目標も給付の徹底と給付水準の引き上げにとどまっている[中華人民共和国中央政府 2012]。

逆にいえば、胡時代の公的扶助は、制度自体の改革よりも社会保険と同じ政策目標で実績を上げている。すなわち医療保障と農村への給付拡大である。まず前者については、医療面での公的扶助制度である「医療救助」の受給者数が、2000年代後半から急速に増大した(表2)。この表から、医療救助の主な給付理由が「医療保険加入の支援」にあることがわかる。医療救助は、生活保護世帯に対して医療費補助を給付するとともに、経済的理由で医療保険に加入できない世帯に対して保険料の支援を行う制度である。しかし都市部では受給対象の7割が医療保険の加入目的で援助を受けている。農村部ではこの比率はさらに高く、77%に上る。

表2 都市と農村における医療救助の受給者数と支出額

年	都市医療救助				農村医療救助				一人当たり医療救助支出の農村/都市比
	医療救助	医療保険加入の資金援助(のべ万人)	都市医療救助の支出(万元)	のべ一人当たり医療救助支出(C/A+B)	医療救助	合作医療加入の資金援助(のべ万人)	都市医療救助の支出(万元)	のべ一人当たり医療救助支出(G/E+F)	
	(万人のべ)		C	D	(万人のべ)	F	G	H	
2005			32,000.0		199.6	654.9	57,000.0	66.7	
2006			81,240.9		201.3	1,317.1	114,198.1	75.2	
2007			144,379.2		377.1	2,517.3	280,508.0	96.9	
2008	443.6	642.6	297,000.0	273.4	759.5	3,432.4	383,000.0	91.4	33.4%
2009	410.4	1,095.9	412,043.1	273.5	730.0	4,059.1	646,245.8	134.9	49.3%
2010	460.1	1,461.2	495,203.0	257.7	1,019.2	4,615.4	834,810.0	148.2	57.5%
2011	672.2	1,549.8	676,408.4	304.4	1,471.8	4,825.3	1,199,610.4	190.5	62.6%

(出所) 国家統計局2012より筆者作成。

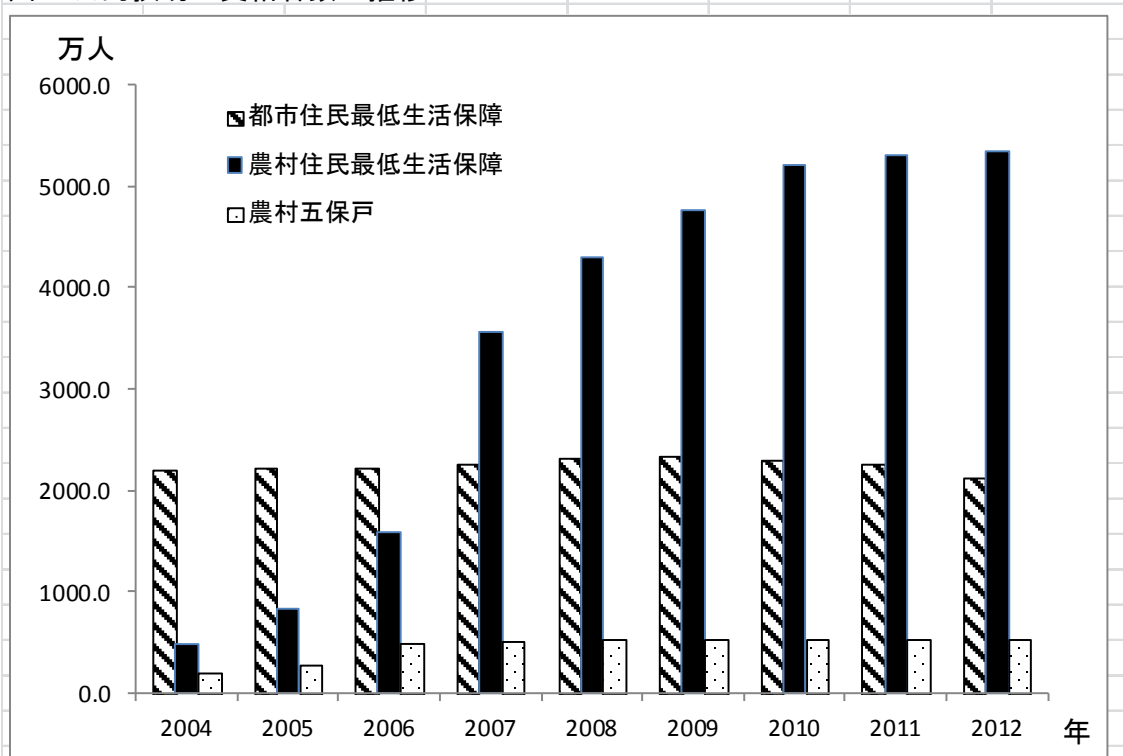
実は、そもそも医療救助は2002年末に新型農村合作医療制度の実施を支援するために中央政府が提起し、2003年11月に民政部・衛生部・財政部による「農村医療救助制度の実施に関する意見」を経て導入された制度である[王・陳 2012,66]。2005年から都市部にも拡大し、都市最低生活保障(生活保護)の受給者のうち、都市従業員基本医療保険に未加入の者(または加入済みでも医療費負担が重く、生活が困難な者)に対し

⁶ 関連する表現としては、農村の脱貧困への言及が2カ所、社会福祉と社会救助システムへの言及が1カ所ある。

て、政府の財源で資金援助を行うことになった[何 2012]。つまり医療における公的扶助は、主として皆保険体制を整備するための手段として推進されたのである。したがって、医療保険と同じく農村での普及が都市に先行したのは当然といえる。

生活保護については、2000年代前半までは都市と農村で大きな格差があった(図1)。農村部の最低生活保障制度は、1994年前後から県と郷政府が実施していた。このときは、最低生活保障の貧困ライン以下の世帯に対して現金と実物の給付を行っていたが、県と郷村の財政不足から有資格者でも給付が受けられない状態が続いていた。このため2004年時の統計をみると、都市最低生活保障の受給者数が2200万人を上回ったのに対して、農村最低生活保障制度では488万人と四分の一以下であった(図1)。

図1 公的扶助の受給者数の推移



(出所) 2004-2011年は民政部2012, 2012年は民政部2013による。

(注) 五保戸とは、法的に扶養義務のある身寄りがない(または身寄りに扶養能力がない)者、労働能力を喪失した者、生活収入源を欠く高齢者、障害者、未成年を指し、農村の最貧層とされる。ここでは五保戸扶養制度の受給者数を示した。

これに対して、国務院は2007年に、すべての農村に最低生活保障制度を設ける決定を下し、規定水準以下の農村住民に対して給付を保障するため、中央財政から30億元の資金を投入した[飯島・澤田 2010,143-144]。これにより農村で生活保護を受ける住民の数は、2007年から2010年にかけて急増した。いっぽう都市の最低生活保障制度

の受給者数は、ほとんど変化がなく、近年はゆるやかに低下する傾向にある。このことから公的扶助においては、農村と都市の格差を抑制する方針がうかがえる。また表2には、一人当たり医療救助支出にみる農村と都市の格差を示したが、ここでも2008年から2011年にかけて徐々に縮小する動きが観察できる。

その他の貧困層に対する福祉サービスについては、生活保護世帯向けの低廉な住宅供給、貧困地区の就学困難な児童に対する支援が挙げられる。また高齢者手当の導入と障がい者向け最低生活保障において給付額の割り増しが実行に移された。しかし全体からみると、公的扶助と社会福祉で顕著だったのは、社会保険改革の推進とこれにともなう農村部での最低保障の普及であった。

II 習近平が引き継ぐ課題

1 皆保険体制に内在する格差

胡政権の社会保障における最大の実績は、都市と農村を包摂する「国民皆保険体制の構築」であった。これは従来どの政権もなしえなかった事業であり、歴史的な到達点ともいえる。通常、発展途上国では皆保険体制の実現は困難とされる。農民と自営業者およびインフォーマル部門の就労者が多く、収入に応じた保険料の確定と徴収が難しいためである。したがって、社会保険が全国民を対象として普及するには、経済成長によってフォーマル部門の賃金労働者が大多数を占める状態が必要であると考えられてきた。

ところが中国は膨大な数の農民と非正規労働者を抱えているにも拘わらず、国民皆保険体制を驚異的な速度で立ち上げた。そのために採られた方法は、既存の社会保険をできるだけ温存しつつ、そこから排除された者を対象に新たな保険制度を設けることであった。この意味で、社会保険改革は経済改革の「増量改革」⁷に通じる面があった。だが、その結果として、新たな社会保険の制度設計は、一次分配の格差を反映したものにならざるをえなかった。すなわち収入が高くかつ安定した集団と、低所得の高リスク集団が別々の保険基金に加入するため、両者の保障水準には大きな開きが生じたのである。

たとえば、最も優遇されている公務員年金の場合、所得代替率⁸は80~90%の高水準にある。何文炯[2012]の試算によれば、退職後の公務員の年金受給額を、都市従業員基礎年金、都市住民社会年金、新型農村社会年金の一人当たり受給額と比較すると、4者の比率は41:20:1:1になるという。また何は医療保険についても同様の試算を行っており、公務員が医療保険から受ける給付額を、都市従業員基礎医療保険と都市住民基

⁷ 計画経済の外にあった農村から市場原理を導入し、都市部の国有企業の既得権益を相対的に温存しながら改革を進める方法。漸進主義とも呼ばれた。

⁸ 定年退職時の賃金に対する年金の比率。100%なら退職後も現役時代の賃金と同じ金額の年金を受給することになる。

礎医療保険および新型農村合作医療のそれと比較して、12:8:1:1という格差があると主張している[何 2012]。しかも公務員と公共事業機関の職員は、計画経済期に整備された社会保険制度の対象であるため、保険料を拠出する必要がない。国家公務員の医療保険は1950年に制定された公費医療制度で保障されており、一度も改革を経っていないのである。

また同じ保険制度のなかであっても、個人の所得格差と地域の経済格差が反映される。新型農村社会年金を例にとると、加入者は自分が拠出する保険料の金額を年間100元、200元、300元、400元、500元の5ランクから選ぶことができる。これは急速な普及を可能にするために、必要な措置であった。統一の定額保険料では、経済的負担に耐えられない低所得者が排除される。いっぽう保険料を低く抑えると、給付される年金の水準も低くなるので、中高所得の農民にとっては有意義な老後保障にならず、加入を避けるようになる。一般に社会保険は強制加入が原則だが、新型農村社会年金は任意加入なので、皆保険を実現するには所得格差を反映した保険料の設定が必要であった。

さらに上記は国の定めた標準だが、地方政府の裁量で保険料のランクを増やすことも許されている。したがって地方の経済格差も、受給額の差に表れることになる。王[2011,55]によれば、経済力のある江蘇省内の県では1800元の保険料ランクも存在しており、15年後には毎月603元の年金を受領できる。これは100元の保険料に対する受給額99元/月と比べて6.5倍になる。保険料より受給額の差が小さいことから、再分配機能も確かに発揮されているが、任意加入で選べる保険料ランクという点では商業保険に近い性格を併せ持っている。

また強制加入である都市従業員基礎年金の場合は、受給額ではなく保険料の負担の面で逆進性がみられる。もともと都市従業員基礎年金の保険料率は賃金に対して一律⁹であり、租税のような所得に対する累進性はない。そのうえ都市従業員基礎年金には、保険料の対象となる賃金水準に上限と下限が設定されていた。すなわち賃金が勤務地の平均賃金の300%を上回る部分については、保険料の納付対象から控除される。つまりその分、保険料率が低くなる（負担が軽くなる）のである。逆に下限は勤務地の平均賃金の60%と定められており、実際の賃金収入がこれを下回る場合でも、平均賃金の60%を対象に保険料が課される。いいかえれば、賃金が下限を下回れば下回るほど、保険料率は重くなる。こうして年金の保険料に関しては、上限と下限の外で逆進性が働くのである。

こうした逆進性の対象となる層は、少数の例外的存在なのであろうか。白・呉・金[2012:33]が2002年から2009年の都市住民世帯調査から抽出したサンプル12万8329

⁹ 従業員が負担する保険料は、一律賃金の8%で個人口座に積み立てられる。2005年までは企業が賃金総額の20%を保険料として拠出して、3%を従業員個人口座に上乘せし、17%を社会統一年金基金に納付していた。2006年以降については、本文参照。

人（うち有職者9万9347人）について分析したところ、現役の被雇用者¹⁰のうち上限を上回った者はわずか0.6%だったのに対し、下限に達しなかった者は35%にのぼった。また白らは同じサンプルを用いて、社会保険料率と賃金収入の相関を取ったところ、都市従業員の年金と医療保険については、賃金との間に負の相関¹¹が観察された。つまり高賃金であるほど保険料率が低くなる、ということである。この点からも、現行の社会保険の設計には、格差を助長する要素が内在することがわかる。

2 内需刺激をめぐる期待と疑念

もっとも国民皆保険が格差を助長したとしても、社会安定装置としての機能は別の面で発揮できる。三浦[2012,49]が指摘するように、将来所得に対する期待が高ければ、社会は格差に寛容になる。仮に社会保障制度の整備が、個人消費を促進して内需拡大をもたらすのであれば、社会の安定に寄与したといえる。これまでの輸出と投資に依存する成長パターンが限界に達し、今後は内需主導の産業高度化に転換すべきと考える者は、社会保障による内需拡大に期待を寄せている。

確かにリーマンショックに端を発する国際金融危機から先進国向けの輸出が鈍化したこと、製造業が人手不足に転じて人件費が上昇していること、また財政出動が引き起こすバブル経済のリスクと地方政府の隠れ債務が膨らんだことから、内需拡大は重要な政策課題として浮上している。前述の第18回党大会における政治報告[胡 2012]も、「経済発展パターンの転換」として「経済の発展をよりいっそう内需、とくに消費需要によって牽引する」ことを明言し、「内需拡大という戦略的基点をしっかりと掌握し、消費需要の拡大効果を長期にわたって持続させるメカニズムを早急に確立し、住民消費の潜在力を解放し、投資の合理的な成長を維持し、国内市場の規模を拡大する」ことを目標に定めている¹²。

実際は胡政権下で、経済成長に対する個人消費の寄与は低下してきた。家計消費がGDPに占める比率は、2002年の44.3%から2011年には35.4%にまで後退している。この縮小する個人消費は、高い貯蓄率の裏返しでもある。世界銀行のデータベースによれば、すでに2006年から中国の国内貯蓄率はGDPの50%を超え、世界一の水準に達した¹³。こうした貯蓄率の上昇をもたらした要因として、社会保障の未整備がしばしば挙げられる。

たとえば中国社会科学院金融研究所銀行研究室主任の曾剛は、高い貯蓄率に関する

¹⁰ 原データには、事業単位の従業員が含まれていない。

¹¹ 5%の有意水準で、賃金と年金保険料率の相関係数はマイナス0.1240、賃金と医療保険料率の相関係数はマイナス0.0727[白・呉・金 2012,37]。

¹² [胡 2012]「四 社会主義市場経済体制の整備と経済発展パターンの転換を加速する」の「(3)経済構造の戦略的調整を推進する」より。

¹³ 2011年は53%[World Bank 2012]。

『人民日報』の取材に対して4つの要素を挙げたが、そのうちの一つが社会保障システムであった。曾剛によれば、将来の不慮の事態に備えて人々は貯蓄に走る、したがって「医療や失業救済を含む社会保障システムの改善によって、将来の不確定性を下げる」ことが貯蓄率の引き下げと消費喚起のために肝要である、という [周 2012]¹⁴。

たしかに宅と教育、医療の費用が年々上昇したことは、将来に備えた貯蓄の強い動機になった。とりわけ住宅費の負担が軽い農村では、医療費の支払いが家計にとって最大のリスクになる。住民一人当たりの消費に占める医療費の割合を都市と農村で比較すると、都市部では2006年以降に頭打ちからやや低下しているのに対し、農村は緩やかに上昇を続けている (表3)。唐成の四川省農家調査 (2007年) によれば、世帯主の年齢別に農家が感じる不安要因を分析した結果、すべての年齢層で「医療費の支払い」が一位となった。とりわけ39歳以下と60歳以上で「医療費の支払い」は50%を超えている [唐 2012,119]。

しかし社会保障制度改革が家計の消費を促進する効果については、専門家間で意見が分かれている。否定的な見解は、主として保険料負担の増大に着目する。周知のように、社会保険は福祉とは異なり、給付資格を得るためには、まず加入者が保険料を拠出する必要がある。したがって、社会保障制度の整備によって、個人の保険料負担が増大するのであれば、可処分所得が減少するので、消費にとってはマイナスの効果がおこりうる。

表3 住民一人当たりの消費全体に占める医療費の支出

年	都市			農村		
	A 年間消費 (元)	B うち医療費 (元)	B/A %	C 年間消費 (元)	D うち医療費 (元)	D/C %
1990	1278.9	25.7	2.0	374.7	19.0	5.1
1995	3537.6	110.1	3.1	859.4	42.5	4.9
2000	4998.0	318.1	6.4	1670.1	87.6	5.2
2005	7942.9	600.9	7.6	2555.4	168.1	6.6
2006	8696.6	620.5	7.1	2829.0	191.5	6.8
2007	9997.5	699.1	7.0	3223.9	210.5	6.5
2008	11242.9	786.2	7.0	3660.7	246.0	6.7
2009	12264.6	856.4	7.0	3993.5	287.5	7.2
2010	13471.5	871.8	6.5	4381.8	326.0	7.4
(出所) 衛生部 2012.						

¹⁴ UBS 証券チーフエコノミストの王涛は、企業と政府の貯蓄率の引き下げに言及し、社会保険と医療衛生に言及し、国有企業の配当を社会保険基金に充当することを提案している [周 2012]。

前述の白・呉・金[2012]は、社会保険料の7割を占める年金を取り上げ、消費に及ぼす影響についても分析を行っている。白らは9省市¹⁵の世帯調査データにもとづいて2002年から2009年の変化を追った。その結果、2002年から2005年まではマイナスの影響が顕著で、保険料率が1ポイント上昇する際に世帯の消費は1.75%下落した、という。2006年以降の時期については、それまでのような顕著な相関は観察できないが、少なくとも貯蓄率を引き下げる効果はなかったといえる。席[2012]も独自の試算の結果、社会保険料の負担が個人消費に対してクラウドディング・アウト効果を発揮する、と主張する。逆に臧・劉・徐・熊[2012]は、大規模な都市住民基礎医療保険の実験地区での調査¹⁶の結果として、都市住民基礎医療保険は中低所得層で消費を促進する効果があったと述べている。

以上のことから、現在の社会保険を前提にした社会保障の整備が、かならずしも内需拡大に直結するとは限らない。いうまでもなく、家計消費は社会保障だけではなく、所得や雇用の展望にも左右される。図2に示したように、過去10年間にわたり都市世帯の所得の6割は賃金収入であること、また農村でも賃金収入の占める割合が上昇していることを考慮すれば、内需の拡大にとって賃金の動向は社会保障以上に重要であろう。

3 政府に集中する再分配と保険基金の余剰

つぎに賃金を含む一次所得と可処分所得の差から、再分配の流れを探ってみよう。唐[2012]は、国民所得に占める家計と政府部門の割合を、第一次所得と可処分所得について分析した結果、2000年以降は政府部門から家計部門への移転所得よりも、家計部門から政府部門に支払う税金や社会保険料の方が大きくなった、と結論づけた。そこで筆者は、国家统计局[2012]を用いて、唐[2012,120-121]の政府部門と家計部門の計算に企業部門を加えて、同じ方法で国内所得に占める第一次所得と可処分所得の構成比の推移を追ってみた。

その結果が表4と図3である。第一次所得の国民所得に対する比率と再分配を経た可処分所得のそれを比較すると、政府部門では可処分所得が常に1を上回っているのに対して、家計部門のそれは2009年に0.997とわずかながら低下している。そして、家計部門以上に大きかったのは、企業部門での可処分所得比率の低下である。いいかえれば、政府は再分配機能を通して、家計と企業部門から受け取る税収と保険料を相対的に増やし、経常移転や社会保険の給付および福祉サービスの支出を相対的に低下させたことになる。

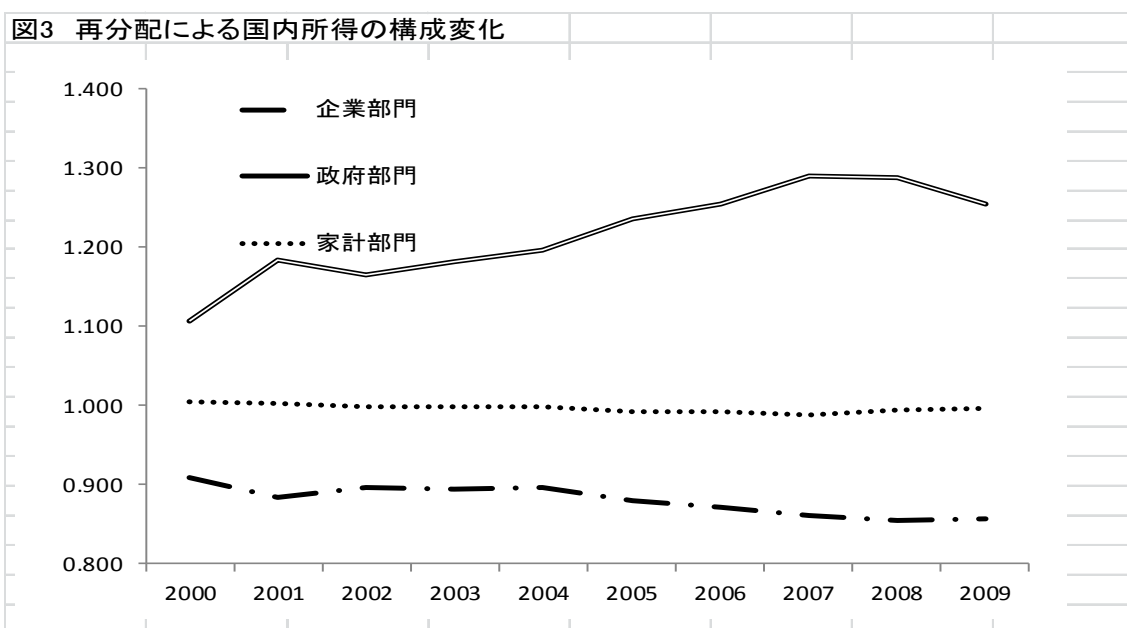
¹⁵ 北京、遼寧、浙江、安徽、湖北、広東、四川、陝西、甘肅。

¹⁶ 実験地区から9つの都市を抽出し、2007年と2008年にそれぞれ3万3000人と2万6000人に対して家計調査を行っている[臧・劉・徐・熊 2012]。

表4 再分配による国内所得の構成変化

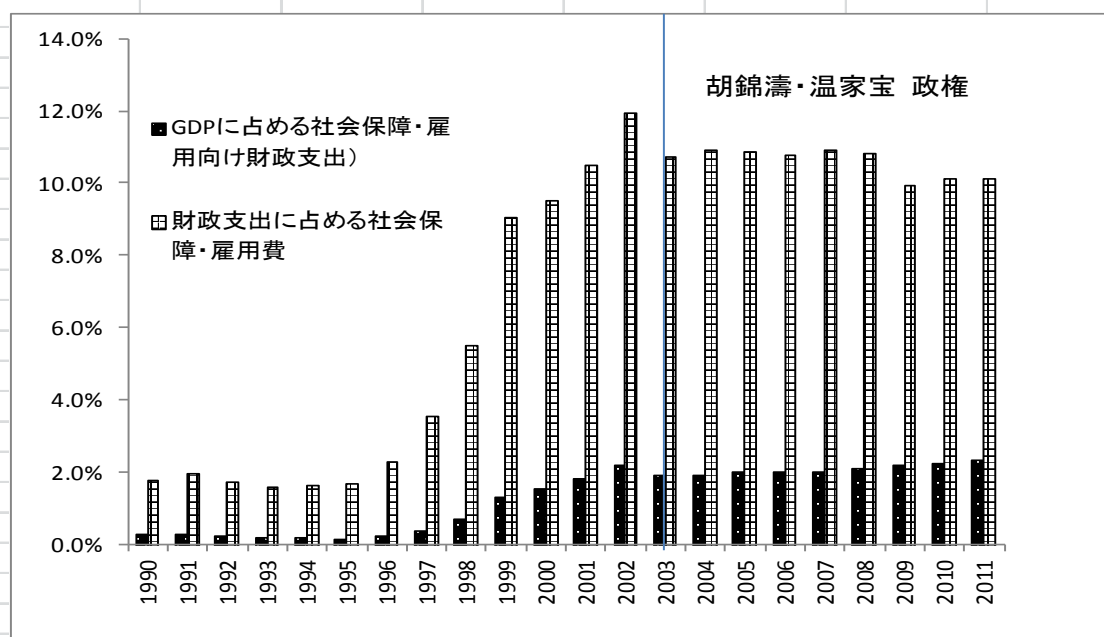
年	企業部門			政府部門			家計部門		
	第一次所得(a)	可処分所得(b)	(b)/(a)	第一次所得(a)	可処分所得(b)	(b)/(a)	第一次所得(a)	可処分所得(b)	(b)/(a)
2000	19.7%	17.9%	0.910	13.1%	14.5%	1.107	67.2%	67.5%	1.006
2001	21.4%	18.9%	0.884	12.7%	15.0%	1.184	65.9%	66.1%	1.002
2002	21.6%	19.3%	0.896	13.9%	16.2%	1.165	64.5%	64.4%	0.999
2003	22.3%	19.9%	0.895	13.6%	16.1%	1.181	64.1%	64.0%	0.998
2004	25.1%	22.5%	0.896	13.7%	16.4%	1.196	61.1%	61.1%	0.999
2005	24.5%	21.6%	0.881	14.2%	17.6%	1.236	61.3%	60.8%	0.993
2006	24.7%	21.5%	0.871	14.5%	18.2%	1.253	60.7%	60.2%	0.992
2007	25.7%	22.1%	0.861	14.7%	19.0%	1.290	59.6%	58.9%	0.988
2008	26.6%	22.7%	0.855	14.7%	19.0%	1.288	58.7%	58.3%	0.993
2009	24.7%	21.2%	0.857	14.6%	18.3%	1.254	60.7%	60.5%	0.997

(出所) 国家統計局[2012]
 (注) 2012年からデータベースと分類の変更により、2000-2009年の統計数値を改定。1992-1999年統計は未改定。



そこで人力資源社会保障部が管轄する雇用・社会保障費が歳出とGDPに占める比率の変化を1990年からたどると、双方の数値が急上昇したのは江沢民時代であり、胡政権下では民生重視のイメージとは裏腹に社会保障と雇用に費やす支出の比率が頭打ちからやや減少したことがあきらかになった(図4)。

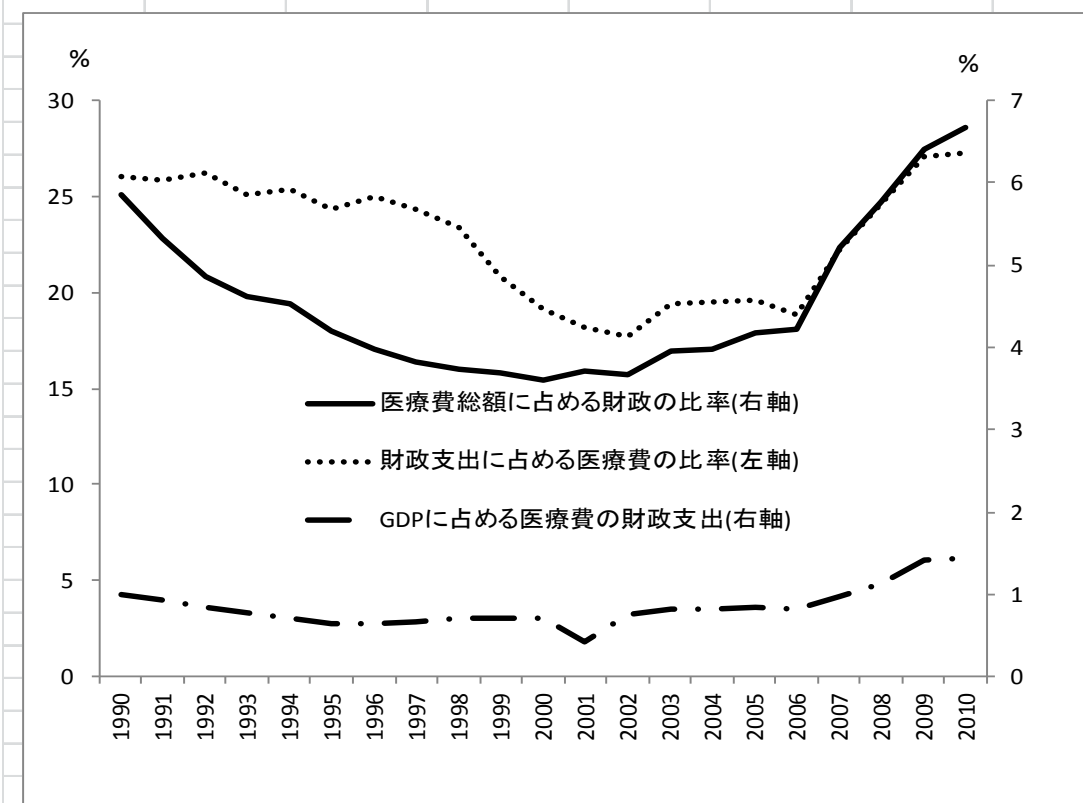
図4 胡錦濤時代の社会保障・雇用に対する財政支出(対GDP、対歳出)



(出所) 国家統計局2012より筆者作成

ただし衛生部が管轄する医療費総額に占める医療財政の比率と、財政支出に占める医療費の比率を見ると、いずれも急上昇しており、GDPに占める医療費の割合も2001年を底として増大を続けている(図5)。このことから医療については、SARS危機の対応以降、政府財政の果たす役割が拡大したが、社会保険の給付については、保険料の徴収に比べて財政からの大きな移転はなかったと考えられる。

図5 財政支出による医療費の比率



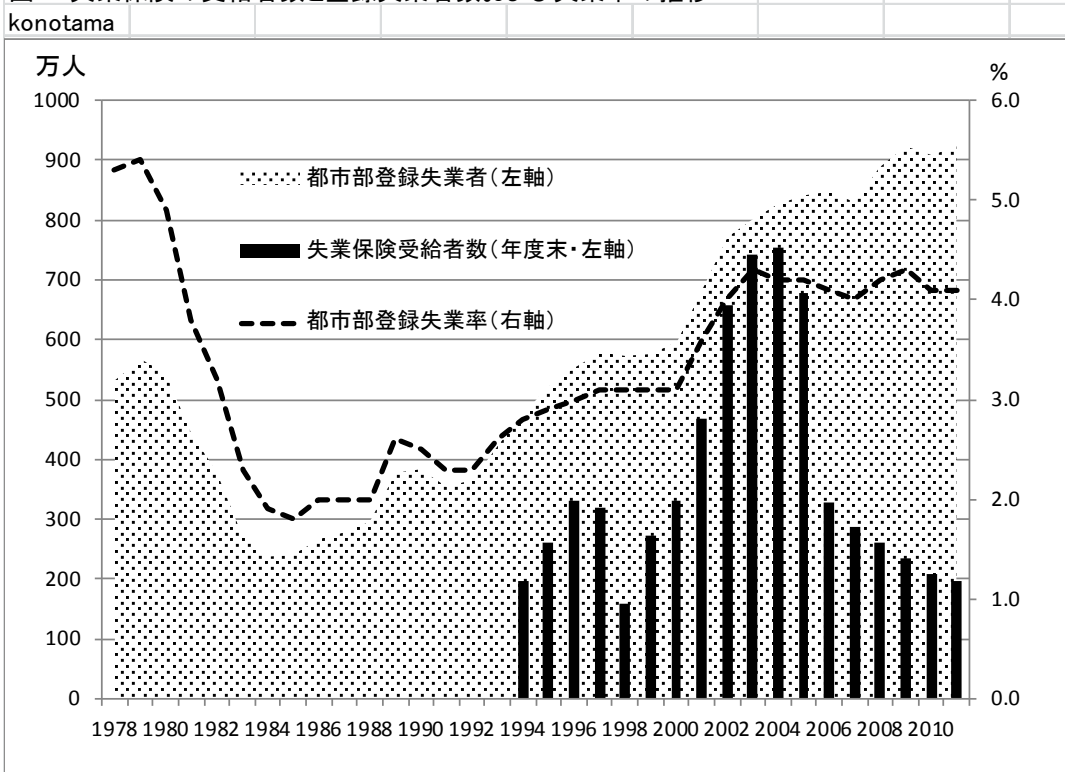
(出所) 衛生部2012より筆者作成

そこで各社会保険の積立残高を確認してみると、2011年末の時点で都市基礎年金（都市従業員基礎年金と都市住民社会年金を含む）は1兆9497億元とほぼ2兆元に達している。同様に新型農村社会年金については1199億元、都市基礎医療保険（都市住民基礎医療保険を含む）は4015億元、失業保険では2240億元、労災保険で642億元、生育保険が343億元の残高を記録している。いずれも当年の収支は黒字である。都市基礎年金の基金については、中央と地方政府からの財政補助が入っているが、保険料収入だけで支出総額を超過している。対前年度の増加率でも、保険料収入が25.6%増で支出全体の20.9%を上回った[人力資源和社会保障部 2012]。

社会保険料の拠出が強制貯蓄の側面をもつことを考えると、社会保険基金残高の増加は前述したように内需拡大に負の影響を与える可能性がある。しかし、これまでの社会保険基金の運営方針は、あくまで「収支バランスをとりながら少々の余剰を残す」という慎重なものであった。とくに失業保険は、1999年から公務員に準ずる事業機関（学校や病院、放送局など公共サービスを担う機関）の職員を加入させていたことから、失業のリスクが低く賃金が相対的に高めで安定した者が失業保険の対象となったのに対

し、リスクの高い非正規就労者はなかなかカバーされなかった。この結果、図6で示したように、2000年代に失業者数が増大し失業率が上昇しても、実際に失業保険を受給できる者は逆に下がり続けるというジレンマが発生した。

図6 失業保険の受給者数と登録失業者数および失業率の推移



(出所) 国家統計局人口和就業統計司・人力資源和社会保障部規画財務司 2011
および人力資源和社会保障部2012より筆者作成。

また最大の残高をもつ都市基礎年金基金については、1997年に従来の賦課方式から積立方式へと制度転換を図った際に、一部の地方では移行コストを捻出するために、加入者の個人年金口座を空洞化させ、年金基金への信用を低下させていた。こうした状況を是正するため、胡政権は2006年から新たな加入者については、給付額が平均寿命と加入年数に連動するように調整した。さらに法定退職年齢の引き上げを提起し、きたるべき少子高齢化の時代に備えようとした。人口ボーナスの終焉が迫るなかで、巨額の累積残高は年金基金の信用を担保すると考えられた。

しかし、定年延長の提案は多方面から反発を招いている。とくに雇用が不安定な就労者にとっては、定年を延長したほうが月々の給付額は増えるとわかっているにもかかわらず、そのリスクに耐える余力がなかったり、あるいは最低生活保障制度がミーンズテスト（資産評価）を義務付けられ給付額も年金より低いことから、中高年期の生活保障として年金の

前倒し給付に期待を寄せたりするのである。

4 社会保険の管理に対する不信と商業保険の活用

さらに社会保険基金の管理運営に対する加入者の不信感も無視できない。2011年10月、北京市医療保険基金の収支が赤字に陥ったという文章がインターネット上で流れると、医療関係者が強い反発を示し、ネットが炎上するという事件が起きた。のちに北京市政府が説明のプレスリリースを行って、ようやく事態は収束した[王・李 2012,64]。しかし、農村を含む国民皆保険体制を整備したいま、すべての基金の管理運営を透明化し、説明責任を果たすことは困難を極める。国家会計監査署が2010年5月に9省市で会計監査を行ったおりには、特定の県で半分以上の加入者が登録のみで保険料を納付しない例が見つかり、受給者への年金給付の遅滞と併せて、重大な違反とされた[王 2011,54]。

こうした不正行為でなくとも、地方政府の年金基金運用の非効率性は、しばしば指摘されている。主な要因は、運用先が国債と銀行預金に限定されているためであるが、投資収益率は年率2%足らずにとどまっている。これに対して、中央政府直轄の全国社会保障基金はリスク資産にも投資を認められており、2011年末の年平均投資収益率は8.4%の高水準を記録した。この収益格差を見た広東省政府は、2012年3月に自省の都市従業員基礎年金基金から1000億元を全国社会保障基金理事会に委託する協定を結んだという[中井 2012,56]。

しかし地方の末端行政の多くは、皆保険体制の構築で急増する加入者の管理コストに頭を悩ませている。さらに第18回党大会で戸籍制度の改革が掲げられたことから、都市と農村の一体化が加速するとみられる。社会保険の都市と農村の統合は、もっとも既得権が少ない新型保険から着手された。先行したのは、新型農村合作医療と都市住民基礎医療保険である。この過程でコスト節約のために、商業保険会社に社会保険事業の協力を依頼する例が現れた。広東省の湛江市は2009年1月から都市と農村の基礎医療保険を統合し、「湛江城郷居民基本医療保険制度」を設立した。都市住民58万人に対して、農村住民は488万人だったため、社会保障局の医療保険担当者をいくら増員しても手が足りず、最終的に中国人民健康保険株式会社湛江センター支社と共同で基金の管理運営に当たった[郭 2010,10]。

また年金についても、四川省徳陽市が、新型農村社会年金と都市住民基礎年金を2010年12月に統合する際に、財力不足を補うため「サービスの購入」という名目で入札を行い、落札に成功した中国人寿徳陽会社に新型農村社会年金の業務を事業委託した[向 2012,11-12]。このような末端行政による民間からの社会サービスの購入は、社会福祉事業の分野でも拡大しつつある。北京の草の根NGOの中には、農民工の子弟を対象にした教育や文化事業を市政府から受託する例も出現した[澤田 2012,226]。国民皆保険

体制の形成は、商業保険会社やNPOといった民間の参入を招く作用があったといえる。

おわりに

胡時代の社会保障制度改革は、国民皆保険の構築を中心に急速に展開した。このスピードを実現するために、政府は既存の社会保険制度を残しながら、そこから排除された者を対象に新たな保険制度を設けていった。このことは、異なる社会保険の間の格差を温存するとともに、救貧のための公的扶助を国民皆保険の拡大に動員する結果になった。また新たな社会保険は都市と農村の一体化を進める過程で、市場原理に接近している。

もともと社会保険は保険料で運用されるため、公的扶助や社会福祉と比較すると、政府財政の肥大化を招きにくく、市場に親和的である。その意味で、胡政権の社会保障改革は、福祉国家への道程というよりも、自由な市場活動を支える社会セーフティネットの形成過程であったといえる。

したがって、習近平政権の課題は、まず低すぎる新型社会保険の給付水準を引き上げて、制度間の格差を縮小することである。それには、各社会保険内の保険料のみに頼らず、社会保障制度全体で再分配機能を高める必要がある。さもなければ、給付の引き上げに先行して社会保険料の負担が増大し、新たな格差につながりかねない。しかし、これには既得権の調整をとまなうので、都市部の中高所得層の抵抗が予想される。

したがって短期的には、現行制度のもとで労働分配率を高めることが、制度間の格差縮小に効果的であろう。受給水準が第一次分配を反映する以上、賃金格差の縮小が社会保険にも波及するからである。いずれにせよ、高度経済成長と人口ボーナスの終焉に備えるために、習政権は胡政権が整備した制度の実質化と同時にその再編にも追われることになるだろう。

〔参考文献〕

〈日本語文献〉

- 飯島渉・澤田ゆかり 2010.『高まる生活リスク—社会保障と医療』岩波書店。
- 于洋 2012.「農民工の社会保険」埋橋孝文・于洋・徐栄編『中国の弱者層と社会保障—「改革開放」の光と影』明石書店、109-132 ページ。
- 王崢・陳克涛 2012.『「医療弱者層」と医療保障』埋橋孝文・于洋・徐栄編『中国の弱者層と社会保障—「改革開放」の光と影』明石書店、55-85 ページ。
- 王文亮 2011.「中国における『国民皆年金』体制への挑戦」『週刊社会保障』(2618)(2月28日)、50-55 ページ。

- 何文炯 2012.「中国社会保障の発展と展望」(配布資料)第8回社会保障国際論壇(千葉)9月8日。
- 加藤洋子 2008.「SARS事件から見た中国の危機管理に関する一考察」『21世紀社会デザイン研究』(7)、41-52ページ。
- 澤田ゆかり 2012.「中国における『工会』と草の根労働NGOの変容」遠藤公嗣編『個人加盟ユニオンと労働NPO—排除された労働者の権利擁護—』ミネルヴァ書房、204-242ページ。
- 唐成 2011.「中国経済における内需拡大の課題—消費率の低下要因分析を焦点に—」『桃山学院大学総合研究所紀要』36(3)、111-125ページ。
- 中井邦尚 2012.「中国:年金制度改革の明と暗」『ジェトロセンサー』(744)(11月)、56-57ページ。
- 三浦有史 2012.「中国はいつまで格差に寛容な社会を保ちうるか—参照点と制度から読み解く格差認識先鋭化のメカニズム—」『中国経済研究』9(2)、45-53ページ。

〈英語文献〉

- World Bank 2012. "World Development Indicators: Gross Savings (% of GDP)"
<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNS.ICTR.ZS>.

〈中国語文献〉

- 白重恩・吳斌珍・金燁 2012.「中国養老保険繳費对消費和儲蓄的影響」『中国社会科学』(8)、48-71。
- 胡錦濤 2012.「堅定不移沿着中国特色社会主義道路前進 為全面建成小康社会而奮闘—在中国共產党第十八次全国代表大会上報告」(11月8日)、『中国共產党第十八次全国代表大会文件匯編』人民出版社。
- 郭健 2010.「湛江医保經弁“創新”調查」『中国社会保障』10、10-12。
- 国家統計局 2012.『中国統計年鑑 2012』中国統計出版社、国家統計局ウェブサイト
<http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2012/indexch.htm>。
- 国家統計局人口和就業統計司・人力資源和社会保障部規画財務司 2011.『中国労働統計年鑑』中国統計出版社。
- 民政部 2013.「2011年社会服務發展報告」、民政部ウェブサイト
<http://cws.mca.gov.cn/article/tjbg/201210/20121000362598.shtml>。
- 2012.「社会服務業主統計季報(2012年4季度)」、民政部ウェブサイト
<http://files2.mca.gov.cn/cws/201301/20130128174655179.htm>。
- 喬健 2012.「2011~2012年:和諧労働關係新政」汝信・陸学芸・李培林主編『社会藍皮書:2012年中国社会形成分析与預測』社会科学文献出版社、255-272。

人力資源和社会保障部 2012. 「2011 年度人力資源和社会保障事業發展統計公報」、人力資源和社会保障部ウェブサイト <http://www.mohrss.gov.cn/page.do?pa=402880202405002801240882b84702d7&guid=62bfe5a694194d7fb1a9cbb840fce896&og=8a81f0842d0d556d012d111392900038>。

王堯運・李宇 2012. 「2011 年社会保障体系的完善和發展」汝信・陸学芸・李培林主編『社会藍皮書：2012 年中国社会形成分析与預測』社会科学文献出版社、57-67。

衛生部 2011. 『2011 中国衛生統計年鑑』、衛生部ウェブサイト <http://www.moh.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2011/2010t4.files/sheet005.html>。

席衛群 2012. 「社会保険繳費对居民消費產出了“擠出効応”嗎？」『学海』(2)、36-42。

向春華 2012. 「德陽經弁外包五問」『中国社会保障』7、11-15。

臧文斌・劉国恩・徐菲・熊先軍 2012. 「中国城鎮居民基本医療保險对家庭消費的影響」『經濟研究』(7)、75-85。

中華人民共和國衛生部 2011. 『2011 中国衛生統計年鑑』、衛生部ウェブサイト <http://www.moh.gov.cn/htmlfiles/zwgkzt/ptjnj/year2011/index2011.html>。

中華人民共和國中央政府 2012. 「国務院關於批轉社会保障“十二五”規画綱要的通知」(国發[2012]17 号)、中華人民共和國中央政府ウェブサイト http://www.gov.cn/zwgk/2012-06/27/content_2171218.htm。

—— 2011. 「国務院關於開展新型城鎮居民社会養老保險試点的指導意見」(国發[2011]18 号)、中華人民共和國中央政府ウェブサイト http://www.gov.cn/zwgk/2011-06/13/content_1882801.htm。

—— 2009a. 「国務院弁公庁關於轉發人力資源和社会保障部、財政部城鎮企業職工基本養老保險關係轉移接續暫行弁法的通知」(国弁發[2009]66 号)、中華人民共和國中央政府ウェブサイト http://www.gov.cn/zwgk/2009-12/29/content_1499072.htm。

—— 2009b. 「国務院關於開展新型農村社会養老保險試点的指導意見」(国發[2009]32 号)、中華人民共和國中央政府ウェブサイト http://www.gov.cn/zwgk/2009-09/04/content_1409216.htm。

—— 2006. 「国務院關於解決農民工問題的若干意見」、中華人民共和國中央政府ウェブサイト http://www.gov.cn/jrzg/2006-03/27/content_237644.htm。

周小苑 2012. 「儲蓄余額已突破 18 億元，人均儲蓄超過 1 萬元」『人民日報(海外版)』11 月 21 日。