

海外社会保障研究

Winter 2014

No. 189

特集：中国の社会保障

特集の趣旨	田多 英範	2
「適度」と「普惠」の視点からみる中国版皆年金体制のゆくえ	于 洋	4
中国における「全民低保」の実現	朱 珉	17
社会保障と介護福祉	沈 潔	32
「市場」から「政府」へ—中国における「全民医療保障」政策の成果と課題—	李 蓮花	44

投稿（論文）

非線形回帰分析による世界各国の貧困の決定要因の解析	田辺 和俊 鈴木 孝弘	57
---------------------------	----------------	----

動 向

社会保障費用統計の国際比較—OECD SOCX 2014 ed.とILO World Social Security Report— …………… 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト	67
---	----

書 評

田多英範編著『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか』（ミネルヴァ書房、2014年） ……………	玉井 金五	81
天野 拓著『オバマの医療改革』（勁草書房、2013年）	山岸 敬和	85

ブックレビュー

加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年）	黒田有志弥	89
----------------------------------	-------	----

海外社会保障研究

Winter 2014 No.189

国立社会保障・人口問題研究所

特集：中国の社会保障 趣 旨

1970年代末からの改革開放以降中国は、計画経済から市場経済（社会主義から資本主義）への体制移行を図ってきた。その体制移行における中心的なテーマの一つは国有企業改革であった。1990年代後半期にそれが強力に推し進められ、国有企業から失業者が大量に排出された。失業・貧困問題に直面し、失業保険制度およびその受け皿として公的扶助（都市住民最低生活保障）制度が1999年に創設された。一方、80年代以降労働保険制度の改革が続けられ、やがて都市労働者基本養老保険制度、都市労働者基本医療保険制度等が社会保険制度としてそれぞれ独立していった。これら社会保険制度と公的扶助制度とが統合された社会保障制度が、都市に限定された形ではあったが、20世紀末に構築された。

21世紀に入っても中国では驚異的な経済成長が続いた。ところが、その驚異的な経済成長をもってしても完全雇用状態をつくり出せなかった。逆に都市と農村（沿岸部と中西部）、正規労働者と非正規労働者間等の経済諸格差が拡大し、いわゆるジニ係数は危険水域を越えるほどとなった。事実、暴動があちこちで起るなどこの格差問題は深刻な政治・社会問題となった。胡錦濤政権はこれを放置できず、2006年に「和諧社会」（調和のとれた社会）の建設を国政の優先課題とした。2007年には「適度普惠」型社会福祉の構築が課題とされ、社会保障制度はさらなる整備を迫られた。

まず三農問題を契機に農村社会保障制度の整備が試みられた。従来の農村合作医療制度は80年代にはほとんど壊滅しており、農民にとって病気は貧困の最大の要因となっていた。SARS問題が2003年に起き、これで一挙に新型農村合作医療制度の設立へと動いた。2006年には全国的普及の段階に入り、任意加入ではあるが、いまやほとんどの農民が加入するほどとなった。また、農村住民を対象に任意加入の形で新型農村社会養老保険制度が2009年に創設された。さらには最後のよりどころとしての農村住民最低生活保障制度も2007年に全国規模で確立した。公的扶助制度とともに皆保険・皆年金体制が整えられ、農民を対象とした社会保障制度体系が創られた。

20世紀末の都市労働者社会保険制度は個人単位で設計されていることが多く、都市住民でもこの制度から漏れている者が少なからずいた。そこで、制度から漏れている農民工や都市の非被用者等を包摂するべく、都市住民社会養老保険制度、都市住民医療保険制度等が創設された。都市においても皆保険・

皆年金体制が整えられたのである。

このように胡錦濤政権は、都市・農村の皆保険皆年金体制の構築を通して全国民を対象とした社会保障制度を整え、「適度普惠」型社会福祉の「普惠」（適用対象を全国民に広げる）という課題を達成した。その際戸籍制度を前提に都市の制度に加えて農村の制度を創るという方法がとられたゆえ、制度相互間の行き来が必ずしも自由ではない、「一国二制度」的ともいべき特殊中国的な社会保障制度が創られた。制度間、地域間での給付等の大きな格差や給付自体の低水準等の問題が残されたままの制度化だったのである。

政権担当者は2013年に胡錦濤から習近平に代わった。その新政権もこの「適度普惠」型社会福祉の構築という課題を引き継いでいるが、新政権ではどちらかというと、前政権の「普惠」重視から「適度」重視の政策が実施されていると思われる。実際、本特集で明らかにされているように、すでに新政権になってから、公的年金制度や公的扶助制度において「一国二制度」的な制度を改め、全国的な一つの制度に統合する動きがみられる。このように新政権において社会保障政策の軸足が、制度間・地域間の給付等格差の是正、諸制度の統合、低給付水準の底上げ、あるいは形式の実質化等を図ることに移されたように思われる。ちょうど、日本で皆保険皆年金体制が整った後に、制度間・地域間等の「総合調整」（社会保障制度審議会の1962年勧告）が展開されたのとよく似た関係にある。

さらに中国のばあい、他の先進諸国と異なって、貧困問題（20世紀型社会問題）に直面して社会保障制度を創ったあとに高齢化や少子化問題（21世紀型社会問題）が登場するのではなく、20世紀型と21世紀型社会問題とがほぼ同時に現れ、対応を迫られるという特徴がみられる。「適度普惠」型社会福祉を実現する前に、貧困対策のみならず中間層を含めた高齢者の医療・福祉・介護サービスの整備も課題となっているのである。習近平政権は社会保障制度の「適度」を追求すると同時に、高齢者の医療・介護保障政策を実施せざるを得ず、私的扶養を軸としながらもそれを始めたところである。

本特集は、以上のような認識に基づき、とりわけ胡錦濤政権以降の社会保障政策を総括・評価するとともに、それがもつ意義を考察し、習近平政権における政策のあり方を展望することを目的に編集された。また本特集は、2000年に中国特集を組んだ本誌にとっても、その後の空白を埋めるという重要な意味をもっているのである。

（田多英範 流通経済大学名誉教授）

「適度」と「普惠」の視点からみる中国版皆年金体制のゆくえ¹⁾

于洋

■ 要約

2007年ごろから、中国において「残余主義」福祉から「適度普惠型」福祉への転換論は活発になっている。社会保障制度に関しては、「適度」と「普惠」とはともに制度への加入状況、財源政策と給付水準を評価する尺度である。

本稿では公的年金制度を例に取り、中国政府が進めている「中国版皆年金」体制に対して、負担と給付の両面から「適度」と「普惠」の尺度を借りて評価してみたい。そのうえ、習近平・李克強新政権のもとで進められている「新型都市化」政策と皆年金体制をめぐる一連の課題を考案し、これからの中国版皆年金体制のゆくえについて、以下のようなシナリオを推測している。

加入者範囲の面から考える「普惠」の目標は到達しており、これからは、国民が平等に年金制度による恩恵を受けられるように、制度間の給付調整が行われるだろう。

次に「適度」に関しては、基本年金保険における保険料の事業主負担分が引き下げられる方向に向かい、基本年金保険も含めて公務員年金保険、新型農村年金保険と都市住民年金保険の個人負担分も引き上げられる方向になるだろう。また、年金給付に関しては、公務員年金の高い給付水準は大幅な引き下げのプロセスに入り、他の年金制度の給付水準も過当にならないように限定させられるだろう。それこそ「適度」の真髄であろう。

■ キーワード

適度普惠型福祉、公的年金制度、中国版皆年金体制、新型都市化政策

はじめに

2006年10月に行われた中国共産党第16期中央委員会第6回全体会議で、「社会主義和諧社会の構築についての若干の重大問題に関する中共中央の決定」が採択された。そのなかで、2020年に向けた社会主義和諧社会構築の目標と主要な任務として、都市・農村をカバーする社会保障体系が基本的に完成するということが明記されている。

2007年ごろから、中国において「残余主義」福祉から「適度普惠型」福祉²⁾への転換については行政レベルと学界の両方において活発な議論（景

(2007)、王(2009)、鄭(2011)など)が展開されてきた。年金保険をはじめとする社会保障制度の場合で考えると、保険料の負担状況と給付水準(所得代替率)などに対しては「適度」で、また加入者の範囲や給付水準の妥当性などに対しては「普惠」で評価することができると考える。つまり、「適度」と「普惠」とはともに社会保障制度の加入状況、財源政策と給付水準を評価する尺度である。

本稿では公的年金制度を例に取り、中国政府が進めている「中国版皆年金」体制に対して、負担と給付の両面から「適度」と「普惠」の尺度を借りて評価してみたい。そのうえ、習近平・李克強新政権のもとで進められている「新型都市化」政

策と皆年金体制をめぐる一連の課題を考察し、これからの中国版皆年金体制のゆくえを推測していきたい。

I 年金保険制度における「適度」と「普惠」の意味

1. 「適度普惠型」社会福祉論の誕生

2002年から発足した胡錦濤・温家宝政権では、2006年に「和諧社会」の構築という政策方針が打ち出されており、その政策のもとで、政府は経済成長を持続させながら、所得保障と權益保障などの公平性重視の政策転換を行ってきた。そのなかで、2007年10月に民政部から出された「適度普惠型社会福祉の構築」という提案は社会保障・社会福祉分野の代表的な施策である。この「適度普惠型」社会福祉とはどのような福祉社会を目指すものであろうか。また、なぜこの時期に打ち出されたのであろうか。

適度普惠型社会福祉とは、胡錦濤・温家宝政権のもとで誕生した中国の特色ある福祉モデルであり、それが経済成長の水準に相応しい社会保障の内容と水準を決め、現段階では国民全員に基本的な生活保障を確保していくという考えだと思われる。

なぜ2007年後半の時点でこのようなスローガンが打ち出されたかという疑問に対しては、おそらく、公的医療保険における「皆保険」の動き³⁾を受け、中央政府がこれからの社会保障・社会福祉制度の普及に対する基本的な考えを出したいからではないかと思われる。

2. 年金保険制度における「適度」と「普惠」の意味

ところで、「適度」と「普惠」はどのような意味を持つだろうか。筆者は年金保険をはじめとする社会保険制度の場合は、保険料の負担状況と給付水準（所得代替率）などにおいては「適度」という尺度、また加入者の範囲や給付水準の妥当性などにおいては「普惠」という尺度で評価するこ

とができると考える。つまり、「適度」と「普惠」とともに社会保険制度の加入状況、財源政策と給付水準を評価する尺度である。

中国の公的年金制度は1980年代半ばからの計画経済から市場経済への体制移行の過程において、各種制度の大幅な改革にマッチできるように改革が行われてきた。江沢民・朱鎔基政権のもとで、1998年から公務員を除くすべての企業従業員をカバーする新しい年金保険制度が本格的に施行された。2003年3月以降の胡錦濤・温家宝政権においては、持続的発展の課題に対応しつつ、社会保障制度の充実が図られ、新型農村社会養老保険(2009年)と都市住民社会養老保険(2011年)がそれぞれ創設され、制度面において皆年金体制が確立されたといえよう。中国版皆年金体制の形成プロセスに対して、「適度」と「普惠」の視点からどのように評価することができるのだろうか。

「適度」に関していえば、年金保険の負担においては従来の政府＝企業のみ負担構造から、政府・企業・個人という三者負担の構造に変わったことに対して、「適度」の視点から評価することができるかもしれない。しかし、その内訳を見ると、三者それぞれの負担分が本当に「適度」といえるかどうかはさらなる検討が必要であろう。さらに、年金給付における「個人口座」と「基礎口座」(＝社会プール基金)に関しては、それぞれの口座による給付が「適度」、すなわち、十分に機能しているかどうかに関しても、比較分析によって明らかにする必要があるだろう。

「普惠」に関する考えを少し詳しく説明しておく。中国の場合は、80年代半ば以降の年金改革によって、年金保険の加入者は国有企業からすべての企業へ、都市部から農村部へとどんどん拡大している。このような加入者の拡大は「普惠」の実現といえよう。一方、後に分析するように、農村地域や都市部の無職者に対する年金給付は現役者所得の数%程度に抑えられている。このようなき

わめて低い所得代替率は年金生活者にとって本当に「恩恵を受けている」といえるのだろうか。

Ⅱ 中国版皆年金制度の確立

1. 「二レール制」の職域保険

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、その結果、国有制中心の所有制度、「統収統支」の財政制度(中央集権型の財政制度)、「統分統配」の雇用制度(政府の計画による雇用分配制度)、「等級制賃金」の賃金制度などが変容し、従来の政府=企業のみ負担で成り立っていた公的年金制度の外部条件が徐々に崩れてしまった。それにともない、公的年金制度に関する改革も次々に実施され、1980年代後半から97年までの複数回にわたる試験的实施を経て、1997年7月に「統一した企業従業員基本年金保険制度の確立に関する国務院の決定」が公布され、それに基づき、新たな都市部企業従業員基本年金保険制度(以下、基本年金保険制度とする)が創設された。

1998年から本格的に実施し始めた基本年金保険制度は以前の労働保険に代わり、都市部のすべての企業およびその従業員を適用対象としているが、都市部の行政機関と公共セクター職員に対しては、計画経済期に整備された従来の「機関事業単位養老金制度」(以下、公務員年金制度とする)で対応している。この2つのレールで構築された職域保険は中国の公的年金制度の中核である。

なお、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、基本年金保険制度の受給条件および給付基準に関する改正を行った。その後、基本年金の支給額は毎年前年比10%程度の引き上げも行われてきた。

2. 統合された地域保険

他方、計画経済期から公的年金制度より排除さ

れてきた農村住民に対して、中国は1992年に完全積立方式の農村養老保険制度を発足させた。しかし、任意加入のため制度の拡大は一部に限られており、2000年以降は加入者の増加は鈍化傾向にあった⁴⁾。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月に国務院は「新型農村社会養老保険試行の展開に関する指導意見」を公布し、同年に全国10%の県・県級市の行政区域で試行し、その後は試行地域を拡大させ、2020年までに加入条件を満たしたすべての農村住民が加入するといった目標を掲げている。

また、2011年6月に国務院は「都市住民社会養老保険制度の試行に関する国務院の指導意見」を公布し、基本年金保険制度の加入条件を満たさない都市部住民を対象とする都市住民年金保険制度を一部の地域で試行させ、2012年末までに実施の対象地域を全国範囲に拡大することを目指している。

この両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。職域保険における2つのレールに地域保険におけるこの2つのレールを加え、中国の公的年金制度が「四レール制」で実施されていた。

ところで、2014年2月7日に行われた国務院常務会議において、新型農村社会養老保険制度と都市住民社会養老保険制度を統合し、全国統一の都市と農村住民養老保険制度を新設することを決定した。これによって、今までの「四レール制」の公的年金制度は「三レール制」に転換することとなった。

3. 中国版皆年金制度の概要

前述のように、約30年間の年金改革を経て、中国版の皆年金制度がようやく確立されたと考えられる。表1は現代中国の国民皆年金制度の基本状況を示している。

表1 現代中国における各年金制度の基本内容と加入状況

	都市企業従業員基本年金保険	機関事業団体職員年金制度	新型農村年金保険(注1)	都市住民年金保険(注1)
中国語名	城鎮企業職工基本養老保険制度	機関事業単位退休養老金制度	新型農村社会養老保険制度	城鎮居民社会養老保険制度
略称	基本年金保険	公務員年金	新農保	都市住民年金
適用対象 (加入者範囲)	都市部の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)	行政機関・事業団体に勤める者 (公務員・準公務員等)	16歳以上の農村住民 (在学生、基本年金保険加入者を除く)	16歳以上の都市部非就業者 (在学生、基本年金保険加入者を除く)
加入状態 (強制/任意)	強制	強制	任意	任意
保険料負担	雇用側：賃金総額の20%(注2) 個人側：賃金の8%(注3)	無し	年間100元から500元まで100元刻みの5段階に設定、加入者選択	年間100元から1000元まで100元刻みの10段階に設定、加入者選択
財源構成	社会プール基金：雇用側の保険料負担 個人口座：個人側の保険料負担 政府補助：財源不足の場合のみ	財政資金	個人口座：個人側の保険料負担 政府補助：あり	個人口座：個人側の保険料負担 政府補助：あり
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4)	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5)	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6)	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6)
給付内容	個人口座：積立残高/係数月数(注7) 社会プール基金： $[1+(C_1/W_1+C_2/W_2+\dots+C_n/W_n)/n]2 \times$ 該当地域の平均賃金(注8)	定年退職前の賃金の70-90%	個人口座：積立残高/係数月数(139) 社会プール基金：定額(地域によって異なる)	個人口座：積立残高/係数月数(139) 社会プール基金：定額(地域によって異なる)
被保険者数 (2013年末)	2億4,177万人	—	2億4,118万人	304万人
受給者数 (2013年末)	8,041万人	—	8,525万人	235万人
収入合計額 (2013年)	2兆2,680億元 (保険料収入：1兆8,634億元、財政支出： 3,019億元)	—	1,070億元 (保険料収入：415億元)	40億元 (保険料収入：6億元)
支出合計額 (2013年)	1兆8,470億元	—	588億元	11億元
基金残高 (2013年)	2兆8,269億元	—	1,199億元	32億元

注：(1) 2014年2月7日の國務院常務會議の決定により、新型農村社会養老保険制度と都市住民社会養老保険制度が統合されることになった。なお、この表に示している両制度の被保険者数などの統計資料は2011年末の数値である。2012年から両制度の統計資料は統合されている。2013年末現在両制度の被保険者が3億5,982万人、受給者が1億3,768万人、収入合計額が2,052億元、支出合計額が1,348億元、基金残高が3,006億元である。

(2) 雇用側が負担する保険料率は地域によって若干異なる。

(3) 個人側の保険料負担に関しては、納付のペースが該当地域平均賃金の60-300%と定められている。

(4) 基本年金保険の場合は、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。

(5) 公務員年金の場合も、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。

(6) 経過措置として、満60歳以上の場合は、保険料納付がなく、社会プール基金からの給付を受けられる。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、社会プール基金からの給付を受けられる。

(7) 係数月数とは定年退職年齢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。

(8) C_n は第n年に納付した保険料額である。 W_n は第n年の該当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：人力資源・社会保障部各種資料により作成。

2012年以降の公表された統計資料において、農村社会養老保険制度と都市住民社会養老保険制度の数値が統合されたため、各制度のマイクロデータがわからないが、2013年末現在、公的年金制度に適用されている被保険者と受給者（公務員年金を除く）の合計は約8億1,968万人、全人口の約6割である。そのうち主要な制度である基本年金保険制度に関しては、被保険者が2億4,177万人で、受給者が8,041万人である。2兆2,680億元の基金収入には保険料収入が1兆8,634億元（82.1%）で、公費負担による収入が3,019億元（13.3%）である。

2013年に基金からの支出は1兆8,470億元であるが、積立残高が2兆8,269億元となっている。

Ⅲ 基本年金保険における「適度」と「普恵」

上述したように、2014年2月まで中国においては、基本年金保険、公務員年金、新型農村年金保険と都市住民年金保険という4つの年金制度が存在していたが、同年2月以降は、新型農村年金保険と都市住民年金保険の統合により、「四レール制」の公的年金制度は「三レール制」に転換する

こととなった。「四レール制」であろうが、「三レール制」であろうが、中国の公的年金制度のなかで基本年金保険が一番重要な制度である。以下、基本年金保険制度を中心に、各種の公的年金制度に対して「適度」と「普惠」の考えで評価を試みたい。

1. 「普惠」への実現

先にも触れたように、基本年金保険制度の被保険者範囲は従来の労働保険のそれに比べて大幅に拡大された。国有企業、都市部集団企業、その他の企業、都市部私営企業、企業化管理を実施している事業単位およびその従業員が適用対象となっており、個人経営・自営業者の加入に関しては、各省・自治区・直轄市政府に決定権を任せている。都市部の賃金労働者全員（公務員を除き）に対して公的年金が適用されていること自体は「普惠」の第1歩の実現といえよう。

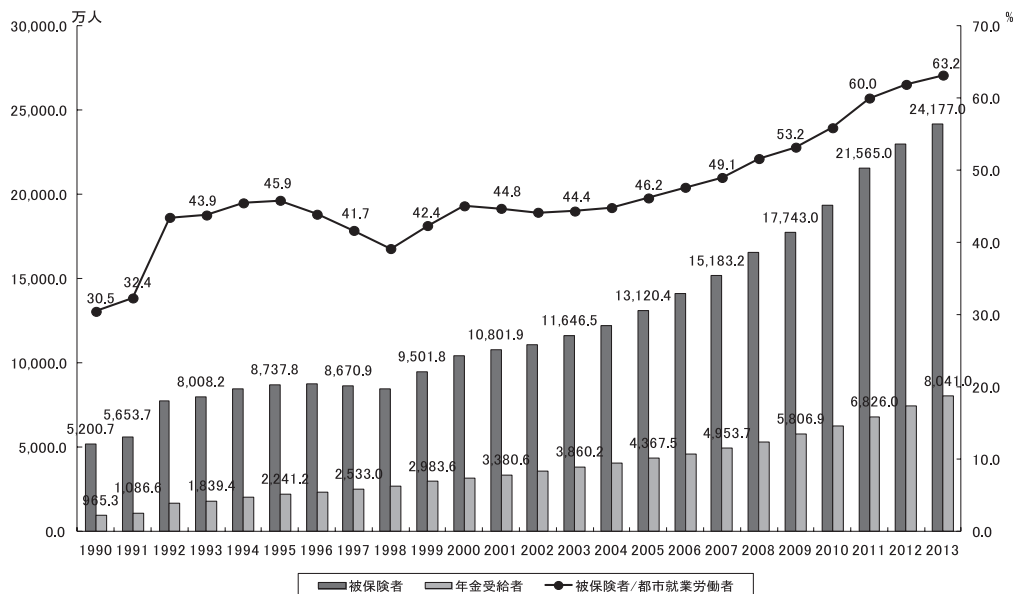
また、図1に示されているように、1998年以降の被保険者数と受給者数が大幅に上昇してきた。

2013年末現在、被保険者数は2億4,177万に増え、受給者数も8,041万人に達した。さらに、都市部就業人口に占める被保険者（公務員を除く）の割合を見てみると、2011年末60%を超え、2013年末現在63.2%に上昇している⁵⁾。このような事実からも、基本年金保険における「普惠」の方向は否定できないだろう。

2. 保険料負担における「適度」の評価

一方、基本年金保険制度における負担と給付の面ではどのような評価ができるだろうか。

基本年金保険制度の財源は政府・企業・従業員の三者負担となっている。政府（国）が負担する部分は社会保険管理機構の件費を含む管理費用と、赤字に対する財政補填である。企業が負担する部分は当該企業従業員賃金総額の20%⁶⁾に相当する保険料である。個人が負担する部分は本人平均賃金の8%に相当する保険料である。年金保険制度に、社会プールの役割を果たす基礎口座と強



出所：『中国労働統計年鑑』、『中国統計年鑑』各年版により作成。

図1 基本年金保険制度の被保険者数と受給者数の推移

制貯蓄機能を果たす個人口座が設けられている。個人口座と基礎口座への保険料の計上割合と両口座からの給付内容は2005年改正の前後では異なっているが、詳細について図2(a,b)を参照されたい。

このような負担構造から、まず政府の負担分が以前の労働保険と比べて著しく減少したことがわかる。なぜなら、労働保険の場合は保険料とは政府からの生産資金から捻出されていたため実質政府のみの負担となっていたからである。

次に、個人の負担分に関しては、8%という水準自身は日本の厚生年金のそれ⁷⁾とほぼ同様である。しかし、中国の場合は個人に対する賦課ベースは該当地域の社会平均賃金の60-300%内で調整することができる。つまり、実際の賃金が高くても、社会平均賃金に従うなら保険料の賦課ベ-

スがかかなり小さくなる。このような仕組みによって、個人負担分は相当抑えられることになると思われる。

さらに、企業の負担分を検討してみる。企業に対する賦課ベースである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（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、非正規労働者の場合は基本年金保険に含まれていないことが一般的である。つまり、基本年金保険の加入者のために、非加入者のほうからも財源をとっていることになる。このような財源調達方法では「適度」とは言い難いのではなかろうか。

また、企業にとって非加入者である非正規労働者も賦課ベースに含まれたため、実質負担が大き

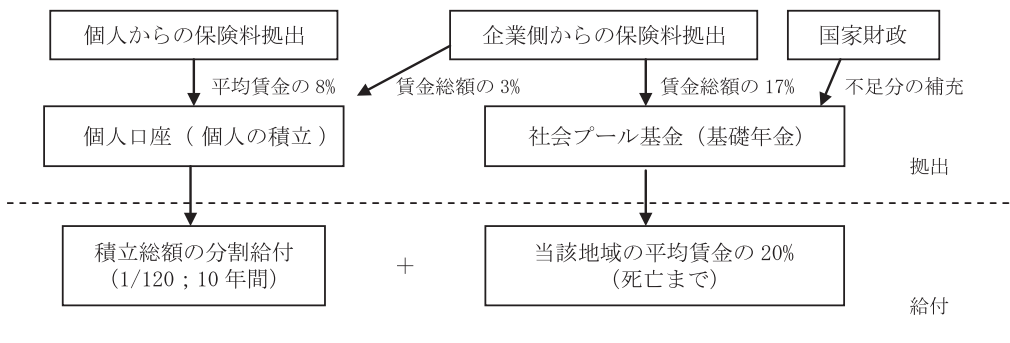
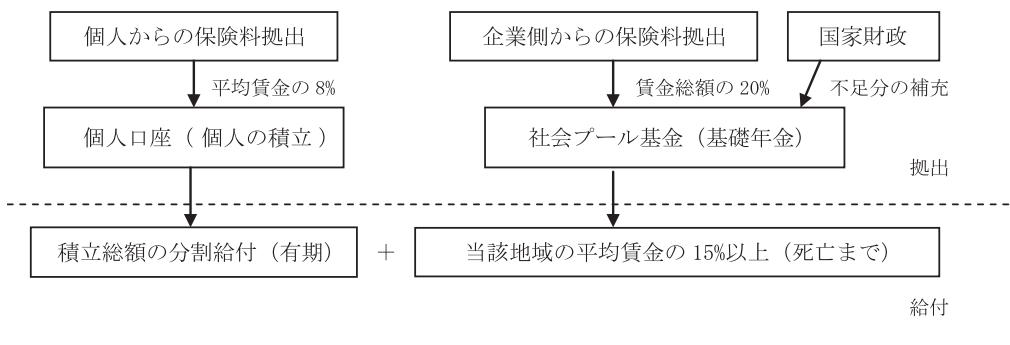


図2 (a) 都市部基本年金保険制度の概要 (2005年以前)



出所：拙稿 (2013)。

図2 (b) 都市部基本年金保険制度の概要 (2006年以降)

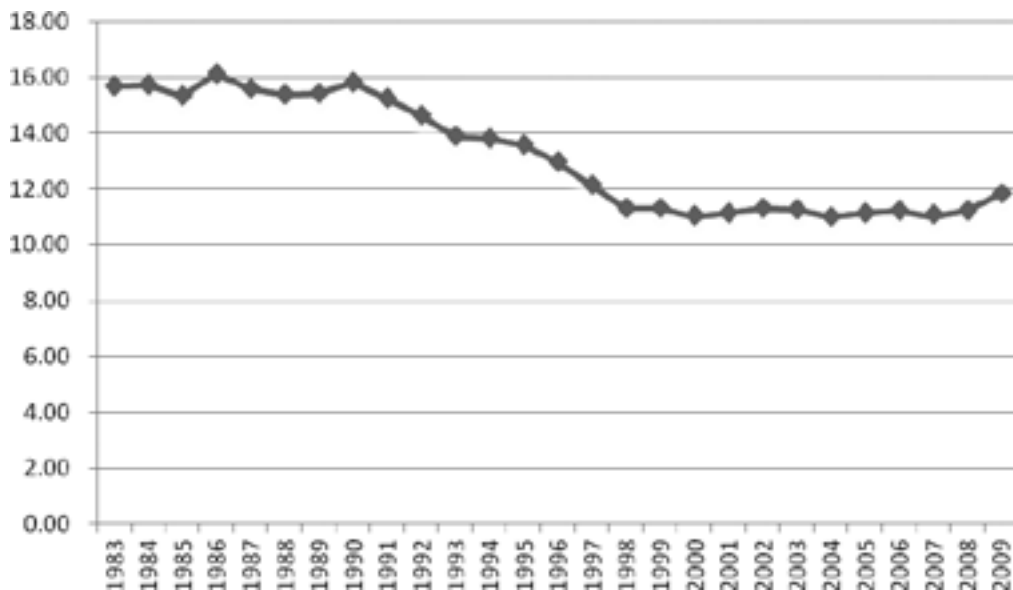
くなると考えられる。それだけでなく、企業が負担する保険料率に注目してほしい。日本の場合は、労使折半方式のもとで雇用側の負担分が8.56%となっている。日本をはじめ諸外国の年金保険料率と比べると、中国の基本年金保険では20%という雇用側の負担割合はきわめて高いといわざるを得ない。しかも、労使負担割合は折半ではなく、約3：1となっている。賦課ベースからみても、保険料率からみても、中国の企業に割り当てられた負担分は「適度」といえないように思われる。

3. 高い保険料負担率の背景

先進諸国の保険料負担構造と比べると、中国では企業と従業員の間の負担割合はスウェーデンやフランスのそれに似ている。このような負担構造のもとでは、企業の社会的責任が負荷され、従業員の負担は低く抑えられるようになっている。経済システムがまだ移行過程にある中国では、企業の負担が大きすぎると、企業収益の圧迫をもたらしてしまう恐れがある。

しかし、なぜ中国ではこのような高い保険料率が維持できるのだろうか。高い負担率に対して企業側に不満はなかったのだろうか。高い保険料を設定した理由については、“老人”（1997年時点ですでに定年を迎えている者）の年金給付を確保するために、“中人”（1997年以前に就職し、その後も継続している者）と“新人”（1997年以降に就職し、新年金制度に加入した者）に高い負担が強いと指摘する先行研究が多い⁸⁾。

他方、高い負担率が維持できたのは、経済成長があったからだとする研究もある。つまり、高度成長の恩恵を受けた企業は営業収益を確保できれば、保険料が少しぐらい高くても気にならないということに加えて、成長を持続するために、企業は賃金よりも設備投資に資金の分配ウェイトを高めたこと（労働分配率の低下）によって、保険料負担が実質的に労働者へ転嫁されたからである、と説明する。上記2つの解釈に関しては、実は筆者が2003年、2004年に実施した現地調査における多数の企業に対するインタビューからも窺い知る



出所：于・青柳（2012）。

図3 中国における労働分配率の推移

ことができた。

また、于・青柳（2012）によれば、中国の労働分配率は改革が加速された90年代初頭から大きく下がり、2000年代では11%台前後で推移していた（図3参照）。年金改革の時期はちょうど労働分配率が下がり続ける時期と重ね合っていた。年金保険料率は労働保険時代の3%（年金、医療などの保険料の合計）から28%に急激な上昇をしたが、保険料率の上昇と労働分配率の低下という相反関係がみられ、保険料の労働者への転嫁が考えられる。

4. 年金給付における「適度」の評価

ここまで、基本年金保険の保険料負担について分析してきたが、続いて給付の面に関しても見てみよう。基本年金保険の給付内容は2005年改正を境にして大きく異なっている。2005年の改正までに、15年以上保険料を納付した被保険者に対しては、定年退職後に基礎口座と個人口座からそれぞれ年金給付が支給される。基礎口座からの給付は当該地域における前年度社会平均賃金の20%と定められている。個人口座からは、積立金の120分の1を120ヶ月（10年間）にわたって支給される。このような給付内容に関しては「適度」といえるだろうか。答えは否である。なぜなら、まず基礎口座の場合は、社会平均賃金は実質賃金との差が大きいので、現役時代に所得の高い者にとって、所得代替率が大変過小になりかねない。また、各地域間の社会平均賃金には大きな格差が存在するため、年金給付の地域格差が生じてしまう。さらに、個人口座の場合は、10年しかない給付期間も総合所得代替率（基礎口座+個人口座）の過小化をもたらしてしまう。

2005年の改正によって、2006年から基本年金保険の給付基準は次のように変更された。①社会平均賃金に対する割合の見直しが行われた。つまり、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（受給資格期間15年=15%、以

降1年間=1%）に変えた。②給付基準である社会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（表1の数式を参照）。③個人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ただけではなく、保険料を多く支払った人が多くの年金を受け取ることができるという公平性ももたらしており、社会プールの役割を果たす基礎口座の役割分担を向上させたという点で評価できるが、個人口座からの給付期間が依然として限られているため、完全に「適度」な改正とはいえないだろう。

IV 公務員年金における「適度」と「普惠」

行政機関と事業団体（公的セクター）の職員に対する公務員年金については、詳細な情報が入手できないため、適切な分析をすることが難しい。しかし、その財源は完全に財政資金によって賄われている点から、財源調達「非適度」といえるだろう。また、年金給付は基本的に勤続年数を考慮した上での従前賃金方式⁹⁾であるため、基本年金保険と比べ、給付水準が「適度」ではなく、「過大」といわざるを得ない。現に、上記の一般賃金労働者が加入している基本年金保険と公務員年金の間においては、給付のレベルでは1:2の開きがあるといわれている¹⁰⁾。

V 新型農村年金保険と

都市住民年金保険における「適度」と「普惠」

同じ地域保険として後発となった新型農村年金保険（2009年）と都市住民年金保険（2011年）はいずれも学生と基本年金保険や公務員年金制度に加入した者を除く者（16歳以上）を対象としてい

るが、現段階では加入者数に大きな差がある。新型農村年金保険制度は2009年後半に一部の地域で試行を始めてから、急速に加入者を拡大してきた。2011年末現在、同制度はすべての省・自治区・直轄市の1902の県級（全部で2,853、67%）地域で実施されており、被保険者と年金受給者を合わせると3億2,643万人（被保険者対農村労働者の割合も60%程度）に達した。

一方、都市住民年金保険の場合は、施行期間が短いため、2011年末現在の被保険者と年金受給者はそれぞれ304万人と235万人しかないが、2012年末までに実施対象地域を全国範囲に拡大することが決定された。

両制度はいずれも任意加入となっているが、政府の強い決意によって、短期間でさらに加入者数が拡大されるだろう。2013年末現在、両制度の被保険者が3億5,982万人で、受給者が1億3,768万人となっている。加入者の急速な拡大ぶりから考えると、「普惠」の方針が徹底的に執行されているように思われる。

両制度における保険料負担と年金給付に関しては、異なる部分もあるが、基本的に共通の仕組みとなっている。保険料に関して、三者負担の考えを取り入れており、個人、村または居民委員会（任意）、そして政府財政の負担分から構成されている。両保険制度にも個人口座と基礎口座が設けられているが、個人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5段階（農村）か10段階（都市）に設定しており、加入者に選択権を与える仕組みになっている。個人口座からの年金給付はそれに見合うような内容となる。このように、多面的財源負担の方式と選択できる負担と給付の仕組みは非賃金労働者の所得と支払い能力に配慮した制度設計だと思われる。

村または居民委員会の負担分および政府財政の負担分は基礎口座に計上される。前者の負担額は任意なので特に決めていないが、後者は基礎口座

からの給付分を全額負担する。両制度ともに、地方財政の負担額は年間30元/人以上と定められているが、中央財政の負担分は、中部・西部地域と東部地域に対してそれぞれ地方財政の100%と50%となっている。

保険料を15年以上納付した満60歳以上の者に年金が支給されるが、個人口座からの給付は積立金（元本と利息）/139（係数月数）の形（11年7ヵ月）となっている。基礎口座からの給付は毎月55元である。

新型農村年金保険の場合は、2011年に1人当たりの年間平均年金額は約690元であった。これは農村住民1人当たり年間純収入（2011年に6977.3元）の1/10でしかなかった。これは給付期間と給付水準（所得代替率）の両面からみて、きわめて低いといわざるを得ない。

VI 「新型都市化」政策と中国版皆年金体制

これまでの分析からわかるように、現代中国の公的年金制度は、加入者拡大の面に対して「普惠」型の方向でほぼ完成し、中国版皆年金体制が確立されたといえるが、負担と給付の面に対してはいずれも「適度」といい難い。とりわけ、公務員年金を除く他の3つの公的年金制度の給付に関して、極めて制限されたものといわざるを得ない。また、主要制度である基本年金保険に関しては、企業側の負担過大化問題も突出している。これからは、中国版皆年金体制はどのような「適度」と「普惠」の方向に向かうのだろうか。これは中国の国内外から注目される問題である。

1. 「新型都市化」政策の策定

ところが、30年以上の高成長を経験してきた中国は、今現在習近平・李克強新政権のもとで、「新型都市化」政策をはじめ、新たな持続発展の施策を模索している。本稿においては、これからの中

国版皆年金体制のゆくえを考えると、この「新型都市化」政策による影響が絶大であると考えられる。本節において、新型都市化政策が公的年金制度をはじめとする中国の社会保障制度に与える影響を考察してみたい。

2012年12月15～16日にかけて北京で行われた中央経済工作会議で、習近平・李克強新政権における今後の経済政策運営方針が発表された。そこで示された6つの方針とは、①不動産に対するマクロコントロールの継続、②耕地面積の保護と農業の基礎の確立、③産業の構造調整の加速と産業全体の質の引き上げ、④秩序ある都市化の推進と都市化の質の向上、⑤国民の生活保障の強化と国民の生活水準の引き上げ、⑥経済体制改革の深化である。その中核的なものは、内需拡大のための新型都市化の推進である。

経済通と呼ばれる李克強総理の看板政策ともいわれている新型都市化政策の目標とは、都市化率を2011年の51.3%から2020年までに60%以上に引き上げ、さらに2030年までに70%程度に引き上げる予定である¹¹⁾。また、今後の10年間に40兆元(約680兆円、1元=17円で換算)を投じ、2億以上の農村人口を都市に移住させる計画もある。さらに、新型都市化を進めるために、高速鉄道でつなげる新たな大都市圏の建設も考案されている。その計画のなかで、珠江デルタ、長江デルタと環渤海地区において、人口規模8000万～1億人の巨大都市圏を作り出そうとしているほか、人口規模5000～7000万人のスーパー都市圏や2000～4000万人の准スーパー都市圏、800万人以上の大型都市圏も新たに企画しているようである。

2. 「新型都市化」政策の狙い

周知のように、30年以上年平均成長率が10%を超えた中国の高度成長は、中長期的にみた場合はいつまでも同レベルの成長率を維持することが難しい。また、国連が予測しているように、中国の

生産年齢人口の比率の伸び率は早ければ2015年あたりからマイナスになり、つまり人口ボーナス期の終焉を迎えることになる。人口オーナス期に入ることによって、成長率が弱まっていく。経済成長率が下押し圧力が高まるなかで、中国は新都市化政策を実施し、それによって高度成長期の日本と同じように産業構造の転換などを通して生産性の向上を図り、消費(内需)主導型経済への移行を狙っているかもしれない。また、この新型都市化政策の背後に、大量の若い農村人口の都市移住によって、少子高齢化による社会保障財政の問題を解消しようとしている目的もあるだろう。

3. 「新型都市化」政策による影響

ところが、新型都市化政策を進めるために、戸籍制度の改革と農村土地政策の改革が必要だといわれている。戸籍制度は建国当初から今日まで続く根幹制度の1つであり、中国社会の隅々まで浸透している。戸籍制度を改革するために、さまざまな制度にメスを入れなければならない。

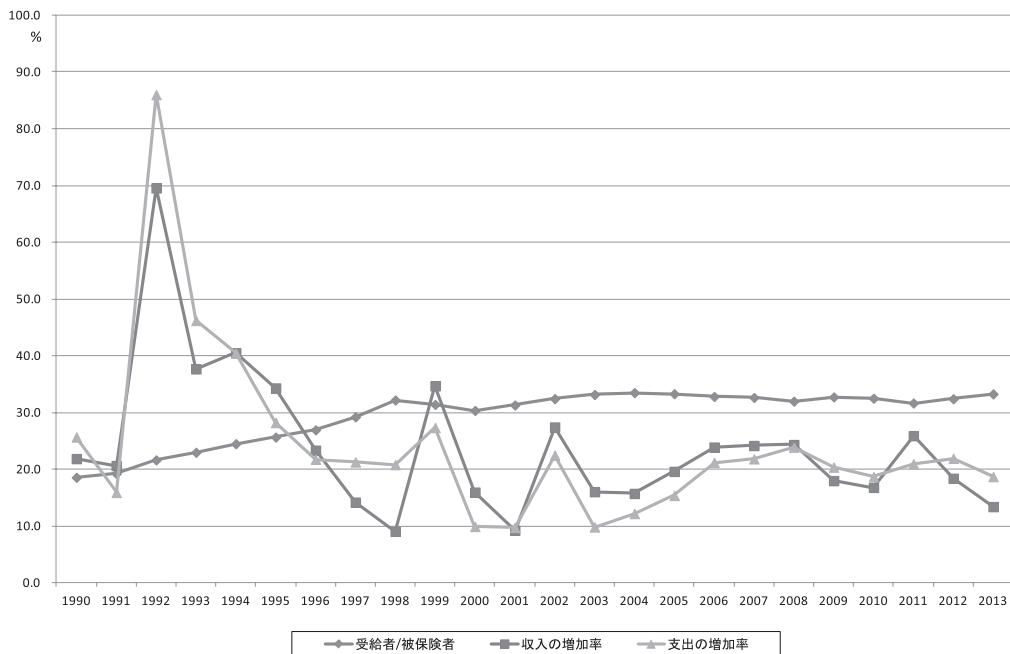
次に、農村土地政策も難問の1つである。農村の土地は建国当時から農民の集団所有となっており、農村戸籍と土地の所有・使用が絡み合っており、農村戸籍がなくなることによって、土地の所有権と使用権はいかに解決するのか大変難しい問題である。現に一部の都市では農村戸籍を持つ都市労働者である農民工に対して、都市戸籍への転換を実験的に行っている。それはほとんど財政力の強い地方である。それらの地域では、都市戸籍に変更した農民工に対して都市住民同様な社会保障制度を与え、高い土地の徴収費用を支払うことにしている。しかし、財政力の弱い地域ではそのようなやり方はできないし、全国範囲で戸籍制度改革を進めば、都市に人口が大量に流れ込み、今も深刻になっている交通渋滞や環境汚染がさらに悪化し、公共事業、特に社会保障への圧力が急上昇する。

特に、これまで分析してきたように、年金制度の場合は、保険料負担と年金給付に関しては、都市部の雇用労働者や一般住民と農民工や農村住民との間に大きな違いがある。新型都市化政策の施行によって、まず農民工に対して、制度的に一番成熟している都市基本年金保険制度へ統合しなければならない。それだけでなく、仕組みがほぼ同様である農村住民の年金制度と都市住民の年金制度も統合していこうといわれていた。現に、2014年2月7日の国務院常務会議の決定により、新型農村社会養老保険制度と都市住民社会養老保険制度が統合されることになっている。それぞれの制度統合になると、農民工、農村住民と都市住民にとって、将来の年金給付水準が引き上げられるかもしれないが、当面の保険料負担の上昇は確実である。農民らの同意は得られるかどうかは不明である。しかし他方では、加入者の急拡大によって、保険料収入が増え、厳しい年金保険財政にと

ってはよい結果である。

政府はこの農村人口の都市移住策が年金財政の財源調達対策の1つと考えているのだろう。しかし、今の年金加入者は将来の年金受給者となり、中長期的にみれば、年金をはじめ、社会保障の給付増となりかねない。この点について、中国政府は理解していないとは考えられない。それでは、将来の給付増はどのように対応するのだろうか。

その答えは、「適度」にある。つまり、保険料負担と年金給付の両面に「適度」の調整が行われるだろう。具体的にいうと、農民工が都市部の基本年金保険制度に統合される場合は、保険料負担の面においては、個人側の負担分が「適度」に引き上げられ、雇用側の負担分が「適度」に引き下げられる方向になろう。一方、年金給付の面においては、今のように限定的にしておくことであろう。統合される農村住民と都市住民の年金制度に関していえば、保険料負担の上昇を抑制したいな



出所：『中国労働統計年鑑』、『中国統計年鑑』各年版により作成。

図4 基本年金保険制度の受給者対被保険者の割合と収支別増加率の推移

らば、当分の間において給付水準を据え置きにするだろう。しかし、将来制度間の格差を解消するために、給付水準の引き上げにともない、保険料負担の上昇も予測される。

終わりに

上記の新型都市化政策という新たな外部要因のほかに、実はこれからの社会的・経済的状況を考えると、「適度」と「普惠」という視点からみる中国版皆年金体制の展開を妨げるような課題が多い。

まず、少子高齢化の急進による将来世代の負担増の問題である。中国では2013年末現在、65歳以上人口は1億3,161万人に達し、全人口に占める割合が9.7%まで上昇した。他方、15歳以下人口は2000年を境にして減少し続けており、2011年末現在、2億2,164万人である。それは1953年の2億1,563万人とほぼ変わらない。最近、中国では経済成長における人口ボーナスの貢献が効かなくなるという議論をしばしば聞くが、年金制度において将来世代の負担増という問題はますます深刻になる。図4に示されているように、基本年金保険において、受給者対被保険者の割合は1990年の18.6%から2013年は33.3%に上昇した。1990年に1人の受給者を5人以上の現役被保険者が支えていたのが、今は3人になってしまい、大幅な負担増がすでに現役世代にしわ寄せが及んでいる。そして将来世代に対してさらなる負担増を要求すると予測される。

次に、経済成長の鈍化および労働分配率とインフレ率の上昇という問題である。2008年秋の世界金融危機による影響を受け、長年10%前後の高成長を維持してきた中国経済は鈍化し始めた。2012年以降は7%台となってしまった。経済成長の失速が長期化すると、やがて企業収益と賃金所得にも影響が出る。その結果、財政収入が減少に転じ、年金財政も圧迫されると考えられる。

それにもかかわらず、「和諧社会」政策の展開、最低賃金制度の実施、労働契約法の施行などを背景に、2008年頃から一般労働者の実質賃金が著しく上昇してきた。実質賃金の上昇は労働分配率を上昇させ、企業に保険料をはじめとする生産コストの上昇をもたらす。

さらに、近年のインフレ率上昇（2010年以降3-5%）は中国経済にさまざまな問題をもたらしている。年金制度に関しては、インフレによる個人口座積立金の目減りなど年金の将来価値が過小になる問題がある。今も十分といい難い年金給付がさらに過小化してしまうと、任意加入の地域保険において「脱退」問題の発生が予測される。そのような事態を避けるために、年金給付を引き上げる方法がある。しかし、先に言及した、新型都市化政策、人口の少子高齢化、経済成長の鈍化と労働分配率の上昇といった問題により、年金財政に負担増をもたらしてくるなかで、年金給付を引き上げていく方法は年金財政にさらなる負担増を招くことにもなるので、実行する見通しは低い。

以上のような中国の現状からして、「適度」と「普惠」という視点から中国版皆年金体制のゆくえを推測してみると、次のようなシナリオになるだろう。すなわち、加入者範囲の面から考える「普惠」は到達しており、これからは、国民が平等に年金制度による恩恵を受けられるように、制度間の給付面の調整を行うだろう。次に「適度」に関しては、まずこれまでの分析に基づき、基礎年金保険における保険料の企業（事業主）負担分が引き下げる方向に向かい、基本年金保険も含めて公務員年金保険、新型農村年金保険と都市住民年金保険の個人負担分が引き上げる方向になるだろう。また、年金給付に関しては、公務員年金の高い給付水準は大幅な引き下げという見直しのプロセスに入り、他の年金制度の給付水準も過当にならないように限定させられるだろう。それこそ「適度」の真髄ではないだろうか。

年金財政を強化するために、財政資金、つまり税金の投入が予想される。その方法として、これまでは優遇税制政策を行っ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。それらの施策によって新たな財源を確保することができる。または、これまで多発している虚偽申告（加入者数と所得）を厳しく取り締まること、つまり、財源徴収体制を強化することも考えられる。

注

- 1) 本稿は「『適度普惠型』福祉と『中国版皆年金』体制の構築」（『東亜』2013年6月号、NO.552に収録）に加筆修正を加えたものである。また、本稿は平成25年度科学研究費補助金「公的年金制度の財源調達に関する日中比較研究」（基盤研究（C）、課題番号：23530349）の助成による研究成果の一部である。
- 2) ここでいう「適度普惠型」福祉とはいわゆる「制度主義」社会福祉とはほぼ同じように理解してよいと思われる。
- 3) 「皆保険」の動きとは、1999年に設立した都市部従業員基本医療保険制度に続き、2003年のSARS事件を契機にして、公衆衛生の強化という方針のもとで2004年から新型農村合作医療制度が実施されるようになり、2007年から都市部の企業従業員、行政機関と公共セクター職員以外の都市部住民に対して、都市部住民基本医療保険制度も創設されたことによって、中国版の皆保険体制確立されてきたプロセスである。
- 4) 任意加入による制度の拡大が困難であるため、1999年から農民の年金保険制度は一部の地域で中止された。
- 5) 公務員や大量の農民工が別制度に加入しているため、彼らを除いてカウントすると割合はかなり高いレベルまで上昇していると思われる。
- 6) 2005年の改正前は、企業負担分には個人年金口座に繰り入れる3%の保険料が含まれていたが、2005年の改正により個人年金口座への繰り入れ義務はなくなった。
- 7) 2013年10月以降の厚生年金保険料率は17.120%だ

が、労使折半のもとで雇用側と本人の負担分がそれぞれ8.56%となっている。

- 8) 鄭（2002）や何（2008）などを参照されたい。
- 9) 満20年以上30年未満75%、満30年以上35年未満82%、満35年以上88%であるが、事業団体職員の場合はさらに加算される（80%、85%、90%）。また、一部の古参幹部に対して、定年退職前の賃金の100%、あるいはそれ以上の年金を支給するようになっている。
- 10) 浙江大学何文炯教授が2014年3月に同志社大学で開かれた国際シンポジウム：中国の社会保障改革の最前線で示したものである。
- 11) 2011年の都市化率は51.3%であるが、1978年の約18%より約3倍も上昇してきた。都市化率＝都市人口／総人口であるが、ここでいう都市人口は戸籍と関係なく、都市在住6ヶ月以上であれば計上されるという計算である。

引用文献

- 于洋（2013）「『適度普惠型』福祉と『中国版皆年金』体制の構築」『東亜』2013年6月号、NO.552、pp.86-96。
- 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）」城西大学『現代政策研究』、pp.3-13。
- 王思斌（2009）「我国適度普惠型社会福利制度的構建」『社会学研究』2009年NO.5。
- 何立新（2008）『中国の公的年金制度改革』東京大学出版会。
- 景天魁（2007）「適度公平就是底線公平」『中国党政幹部論壇』2007年NO.4。
- 佐野淳也（2010）「個人消費の拡大に注力する中国」『アジア・マンスリー』Vol.10、No.113、pp.1-2。
- 鄭功成（2011）「中国社会福利改革与發展戰略：从照顧弱者到普惠全民」『中国人民大学學報』2011年NO.2。
- 鄭功成主編（2011）『中国社会保障改革与發展戰略 総論卷』人民出版社。
- 鄧大松・劉昌平等著（2009）『改革開放30年中国社会保障制度改革回顧、評估与發展』中国社会科学出版社。
- 福本智之・武藤一郎（2011）「中国における經濟成長のリバランスについて」『日銀レビュー』。
- 『中国労働統計年鑑』各年版。
『中国統計年鑑』各年版。
「人力資源和社会保障事業發展公報」各年版。
「労働和社会保障事業發展公報」各年版。

（Yang Yu 城西大学准教授）

特集：中国の社会保障

中国における「全民低保」の実現

朱珉

■ 要約

本稿は、中国の公的扶助の基軸である最低生活保障制度に焦点を当て、1993年の社会救済制度の改革から、2013年までの「全民低保」時代までの20年間で考察する。1990年代後半に、国有企業改革による大量失業者の生活保障対策として、登場した都市部最低生活保障制度は、①狭い適用範囲、②低い保障水準および③恣意的な運営という3つの問題を抱えていた。2000年代に入ると、まず都市部で①に対応するため「応保尽保」が、②に対応するため「分類施保」が実施され、制度の整備が行われた。2006年の「全民低保」大討論を経て、農村部においても制度が成立され、全国の困窮者を包摂する「全民低保」が実現された。しかし、量的・質的な制度の拡充は受給者数と給付額の膨張をもたらし、いかに給付額を抑えながら、すべての困窮者の最低生活を保障するのかという新たな課題が浮上した。そのため、中央政府は③に取り組み、制度運用の規範化による地方への介入を強化し、地方政府はワークフェアの導入に乗り出した。以上のプロセスから、中国の公的扶助制度の構築における3つの特徴を指摘する。

■ キーワード

最低生活保障、全民低保、ワークフェア、中央政府

I はじめに

計画経済期の中国には、社会救済しか存在しなかった。都市部では、すべての労働者は「単位」(就職先、職場)に配属され、労働者本人およびその家族の生活全般が「単位」によって保障されていた。農村部では、農民に農地を直接与えることによって、自給自足の生活ができると考えられた。したがって、このように、国民の全面就業とセットになっていた生活保障システムのなかで、社会救済が果たす役割は非常に限定的で、主に「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)や障害者など、社会の周縁群体を対象にしており、そのうえ救済水準も極めて低

かった¹⁾。

1978年の改革開放が始まり、全面就業が徐々に崩れ、国有企業改革一色の1990年代には、大量の一時帰休者や失業者が現れ、都市部における新しい貧困問題が顕在化した。その問題に対応するため、社会救済制度が改革され、まず1999年に都市部に、その後2007年に農村部における最低生活保障制度(日本の生活扶助に相当する)が創られ、「全民低保」(すべての困窮者を包摂する最低生活保障制度)の時代に突入した。そして、2014年に公布された「社会救助暫定弁法」によって、従来の都市部と農村部とに分かれた制度が統合され、最低生活保障を中心に、医療扶助や教育扶助、住宅扶助、災害扶助などを含む制度体系が成立し、中国の公的扶助は新たな段階に進んだ。

本論文は中国の公的扶助の基軸である最低生活保障制度に焦点を当て、1993年の社会救済制度の改革から、2013年までの「全民低保」時代までの20年間を考察する。この20年間は中国の経済・社会にとっても激動の時期で、公的扶助を含む社会保障制度が大幅に充実され、「圧縮的な発展」を遂げた時期でもある。

考察にあたり、都市部最低生活保障制度が創設された1999年と「全民低保」大討論が起きた2006年をメルクマールに、3つの時期に分けて検討する。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」を経験する体制移行期である。まさにこの時期に都市部最低生活保障制度が創られた。第2期は2001年から2005年までで、都市部では、最低生活保障制度が最後のセーフティネットとして機能するよう、量的にも質的にも大きく改善されたが、農村部での制度構築は停滞している時期である。第3期は2006年から2013年までで、「全民低保」大討論を経て、ついに農村部においても最低生活保障制度が成立された時期である。

以下では、それぞれの時期における政策展開を概観し、「全民低保」がどのように実現されたのか、どのような課題が生じ、どのような方法でアプローチし、またそこにはいかなる特徴があったのかを明らかにしたい。

II 最低生活保障制度の創設

1. 大量失業の発生

1984年に、改革開放の中心は農村部から都市部へと移り、その中核に位置するのは国有企業である。しかし、1980年代後半から国有企業の経営状況はすでに深刻で、1990年の赤字企業数は全体の33.1%に（中国総覧編集委員会,1992,208）、政府の企業への赤字補てん額が579億元にのぼった（中国金融学会編,2004,556）。1992年の鄧小平の

「南巡講話」によって、計画経済から市場経済への移行がさらに加速され、私営企業の成長や外国資本の進出のなか、国有企業の経営環境がますます厳しくなった。赤字になった国有企業の割合は、1996年に45%に達した（中国金融学会編,1999,4）。

激しい市場競争のなかで、国有企業の非効率性が明らかになり、資源の最適化による企業数の削減、労働者本人およびその家族の生活全般を保障する非生産的機能の削減および国有企業が大量に抱え込んでいた余剰人員の削減といった3つの削減が行われた。

この3つの削減によって、「下崗」という名目でなんの生活保障もたない余剰人員が大量に排出されるようになった。さらに1997年のアジア通貨危機と1998年の朱镕基の国有企業苦境脱却宣言によって、その状況は深刻化していった。胡鞍鋼の推計によると、1998年の実際の失業者数は1,540～1,600万人で、失業率は7.9～8.3%に達しており、また1998年まで全国の一時帰休者は累計2,200万人にもものぼった（胡鞍鋼,1999,21-22）。

2. 2層から3層のセーフティネットへ

こうした危機的状況に対応するため、政府はまず排出された余剰人員に対して、再就職センターと失業保険という2層のセーフティネットを用意した。彼らはまず企業との雇用関係を維持しながら、再就職センターに登録し、最長3年間再就職センターから基本生活費を毎月もらうことができる。この間は「一時帰休者」であるが、3年間の期限をすぎても再就職できない場合、企業との雇用関係が切れ、「失業者」となり、失業保険から失業手当をもらう。しかし、再就職センターと失業保険はいずれもうまく機能しなかった。再就職センターは企業の経営難が原因で、基本生活費の不払いが頻発し、失業保険は受給率と受給水準が低かった²⁾。また、再就職センターと失業保険は上記で述べたように、それぞれ受給期間の上限を

設けている。1993年頃に発足した再就職センターに所属していた一時帰休者たちは、「1999年問題」、すなわち1999年から所得保障が一切なくなるという問題に直面している。

また、従来の社会救済は適用対象が主に労働力をもたない者に限定されており、その延長線で行われていた「送温暖」（思いやりを届ける）キャンペーン³⁾もあくまでも臨時的な対応にすぎなかった。そこで注目されたのは地方政府レベルで実施した最低生活保障制度である。1993年6月、上海市は全国に先駆けて最低生活保障制度を実施し、その後大連、青島、煙台、アモイ、福州、広州でも最低生活保障ラインが設定された。1996年の第9次5ヵ年計画に、最低生活保障がはじめて盛り込まれ、1997年の李鵬による政府活動報告のなかでも「住民の基本生活を保障するうえでの重要な措置で、逐次改善すべき」と述べられ、中央政府の全面的な推進姿勢が明らかになった。そして、1999年3月に開催された第9期全人代第2回会議において、再就職センター、失業保険および最低生活保障という「3本の保障ライン」の確立が提起され、セーフティネットが2層から3層に強化された。この「3本の保障ライン」を推進するため、9月に、「都市部住民最低生活保障条例」（以下は「条例」と略す）が公布された。従来の「三無人員」に加え、失業基本手当の受給期間が切れても就職できず、1人当たりの収入が最低生活基準以下の住民、最低賃金、基本生活費、年金をもらっても、その世帯の1人当たりの収入が最低生活保障基準以下の住民も適用対象となったが、財源は地方政府が負担すると規定された。

3. 都市部制度の問題点

従来の社会救済に比べ、最低生活保障は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、質的な飛躍を遂げた。

しかし、都市部最低生活保障制度は、その適用対象からわかるように、明らかに国有企業から排出された余剰人員を念頭に置いて創られた制度である。尚曉援が指摘したように、この最低生活保障制度は、元国有企業の従業員に対する一種の「補償」である（尚,2007,213）。そのため、多くの農村部の困窮者は対象外であった。また、制度運営は地方財政に大きく左右される。特に貧困地域はそもそも貧困者数が多く、給付額も経済的に豊かな地域を大きく上回り、その分地方財政の負担が重くなるため、多くの地域では、保障基準の設定や保障対象の選定が条例から大きく逸脱した⁴⁾。このように、都市部最低生活保障制度は狭い適用範囲、低い給付水準および恣意的な運用という3つの大きな問題を抱えている。

一方、農村部での制度模索も1990年代に始まったが、中央政府も民政部も、国有企業改革の遂行および社会の安定維持にとって重要な都市部での制度の普及と推進に関心を向けていたため、農村最低生活保障制度は大きな推進力を失い、1990年代後期に、一部の地域での衰退を余儀なくされた。

Ⅲ 都市部制度の整備と農村部制度の停滞 (2000~2005年)

1. 社会保障の機能不全

1990年代後期の「外科手術」的な改革によって、多くの余剰人員が削減され、彼らは経営不振によって生産停止あるいは半停止の国有企業の従業員とともに、都市部の新しい貧困層となった。中華全国総工会の調査（2001年）によると、生活困難な従業員のうち、国有企業の従業員が70%も占めている（黄,2002,20）。彼らは、いわば体制移行の犠牲者で、人為的に従来の羨まれる社会地位からいきなり社会の最下層に転落させられてしまった。経済的剥奪感、政治的喪失感、そして未来への不安感に掻き立てられ、政府への不満・不信が

高まり、抗議活動がしばしば発生した。責任民は彼らの基本生活保障問題を解決しない限り、社会はまさに大きな時限爆弾を抱えていることになる」と警告した(黄,2002,22)。

政府もこの問題を重要視し、国有企業改革を推進するとともに、年金保険(1997年)、医療保険(1998年)、失業保険(1999年)を次々に打ち立て、最低生活保障制度と合わせて、現代的な社会保障制度体系を整えた。しかし、その防貧と救貧機能はいずれもうまく働かなかった。

まず社会保険。1999年に国家統計局が実施した13万7,000世帯を対象とする調査によると、年金保険、医療保険および失業保険の加入率はそれぞれ36.6%、13.9%、11.8%にすぎなかった。さらに、保険に加入しても、給付を得られない状況も生じていた。例えば、2000年には、年金の未払い額が72億元にもほっていた(朱,2002,18)。

つぎに、最低生活保障。上記でみたような「財源ありき」の運営は、ただちに保障基準の低さ、漏救問題として現われた。1999年の各地の最低生活保障基準は、当地の平均可処分所得の24~38%、平均消費支出の26~51%に相当する水準にすぎない。さらに、当地の平均食費と比較した結果、最低生活保障基準が食費を下回る行政地区は、31地区中23もあった(朱,2013a,112)。また、制度発足の約1年後に、社会保障制度体系を整備するための国务院の専門会議で提示された資料によると、2000年6月までに、最低生活保障基準以下の貧困者数は1,382万人であるのに対して、実際の受給者はわずか303万人にすぎなかった(楊,2001,16)。

2000年9月の調査研究会において、民生部副部長・範宝俊は資金が不足しているため、多くの経営困難な国有企業の従業員は最低生活保障から漏れていると指摘し(張,2010,101)、最後の砦である最低生活保障によって彼らを包摂することが急務となった。

2. 応保尽保

2001年から、再就職センターへの新規加入が停止され、失業保険との一本化が始まった。失業保険への圧力が予想され、民政部は2001年11月に「都市部住民の最低生活保障仕事をさらに強化することに関する通知」(以下は「強化通知」と略す)を公布し、「応保尽保」(最低生活保障の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)というスローガンを掲げ、漏救問題の解決を強調した。その後、2002年2月の中央政治局委員会においては、各地に対して同年6月までに「応保尽保」を達成するよう指示が出された。

短期間で目標を達成するには、まず一番のボトルネックである財源問題を解決しなければならない。財政的困難な地域を支援するため、中央政府は自ら多くの資金を投入し、財政調整をするようになった。2001年の下半期に、中央政府は15億元を追加投入し、年初の8億元と合わせると、計23億元となり、年初予算の約1.9倍に膨らんだ。2002年はさらにその倍の46億元を投入した。表1をみると、北京や上海、江蘇、浙江および広東には中央財政からの移転がなく、旧工業基地の遼寧、湖北、黒竜江および経済発展が遅れている湖南、河南、四川が多額の補助金を受けていることがわかる。中央財政の投入増だけにとどまらず、「強化通知」は地方政府に対して、中央財政が増やした分を減らすのではなく、必ず毎年財政投入を増加しなければならないと指示した。これを受け、2002年6月までに、地方各級財政は計58億6,900万元(省級財政19億8,500万元、市級財政18億5,200万元、県級財政20億3,200万元)を投入し(洪,2004,106)、最終的には63億元になった。表2をみると、その後も中央財政の投入が増えつづけ、2003年からは過半数を超える傾向が定着し、2013年には72.1%に達した。これは日本に近い水準である。

表1 中央財政の移転状況 (2001、2002年)

単位：万元

	2001	2002		2001	2002
天津	3,210	6,700	湖南	17,174	31,100
河北	8,836	19,300	広西	7,706	15,200
山西	6,726	16,500	海南	1,600	3,300
内モンゴル	8,454	16,800	重慶	10,430	17,300
遼寧	34,160	37,200	四川	1,4064.4	31,800
吉林	10,540	25,100	貴州	5,800	12,300
黒竜江	14,604	32,800	雲南	7,546	148
安徽	9,254	22,500	チベット	434	900
福建	1,000	2,000	陝西	6,032	17,000
江西	8,536	20,700	甘肅	7,398	15,100
山東	2,600	5,000	青海	3,176	6,000
河南	1,1448	31,200	寧夏	1,870	4,400
湖北	18,314	36,100	新疆	6,324	13,400

注：新疆兵団にはそれぞれ、1,744万元と5,500万元支援した。

出所：洪（2004）、108～109頁より。

表2 都市部最低生活保障の財政支出 (1999～2013年)

単位：億元、%

	合計	中央財政支出	地方財政支出		合計	中央財政支出	地方財政支出
1999	20.0	4.0 (20.0)	16.0 (80.0)	2007	277.0	161.0 (58.1)	116.0 (41.9)
2000	27.0	8.0 (29.6)	19.0 (70.4)	2008	393.4	267.0 (67.9)	126.4 (32.1)
2001	42.0	23.0 (54.8)	19.0 (45.2)	2009	482.1	359.1 (75.1)	123.0 (24.9)
2002	105.0	46.0 (42.2)	63.0 (57.8)	2010	524.7	365.6 (69.7)	159.1 (30.3)
2003	151.0	92.0 (60.9)	59.0 (39.1)	2011	659.9	502.0 (76.1)	157.9 (23.9)
2004	173.0	105.0 (60.7)	68.0 (39.3)	2012	674.3	439.1 (65.1)	235.2 (34.9)
2005	192.0	112.0 (58.3)	80.0 (42.7)	2013	756.7	545.6 (72.1)	211.1 (27.9)
2006	224.0	136.0 (60.1)	88.0 (39.9)				

出所：1999～2007年までは王ほか（2012）、2008～2013年までは民政部事業発展報告各年版より作成。

民政部も「応保尽保」を徹底させるため、2002年3月から社会への情報公開に踏み切った。「中国社会報」および民政部ホームページ上で目標までのカウントダウンを始め、各直轄市、省、自治区の進捗状況や未給付者人数などを詳細に記した⁵⁾。

また、3月から4月にかけて、全国範囲で給付すべき人数、すでに給付した人数および財源調達状況などに関する実態調査を行った。今回の調査は最低生活保障制度成立以来、最も規模の大きいもので、調査に直接かかわった者は80万人を超えた（洪、2004,116）。地方政府も業務を確実に遂行するため、管理体制の整備や現場の人員増に追われた。その結果、2002年7月に、民政部は最低生活保障受給条件を満たす1,930万8,000人の困窮者がすべてカバーされ、「応保尽保」の達成を宣言した。

3. 分類施保

量的拡大は一段落したが、質的拡充がつぎの課題となった。最低生活保障は世帯を単位とするが、障害、高齢など世帯構成員の状況に応じた加算はなかった。2003年の全国民政庁局長会議において、対象別に加算給付を行う「分類施保」（対象を分類し、異なる保障基準を適用すること）が提起され、翌年に民政部は「都市部住民最低生活保障工作をさらに強化・規範化することに関する通知」を公布し、特に「三無人員」や、障害者、重病患者および高齢者といった特別困窮者を政策的に重視すべきと強調した。2006年までに、「分類施保」が全国31の一級行政区レベルで実施されるようになった。2006年の李迎生らの調査によると、一部のコミュニティ（「社区」）では、加算給付を受給した世帯が調査世帯の80%以上を占めている（李ほか、2007,118）。

現在、中国都市部で実施されている対象分類は、①「三無」人員、②70歳以上の高齢者、16歳以下の児童・小学生および16歳以上の在学学生、重度障害者および重病患者といった特別困難のある受給者、③華僑、軍人およびその家族・遺族、都市に帰還した「下放青年」といった政策的配慮対象、④労働能力を有する者、である。そして、④以外の対象に対しては、最低保障基準を10～30%上乗せて給付するか、あるいは定額加算給付を行って

いる（李ほか,2007,116）。

この時期に低所得層を対象とする多くの調査から、疾病、教育、住宅への支出が彼らの生活に重くのしかかっていることが明らかとなった（中国語では「新三座大山」という）。しかし、最低生活保障の基準設定は生存の絶対的水準しかないため、これらのニーズを考慮していない。対象のカテゴリー化による加算給付のほか、財政力のある地域では、貧困に陥った原因に対応する個別扶助が模索されるようになった。各地の実験を踏まえ、2004年9月に、民政部は2010年までに、最低生活保障と災害扶助を主とし、医療、教育、住宅、司法扶助を従とする公的扶助のシステム構想を打ち出した。この時期から各扶助に関する行政規定が多く出されるようになった（表3）。

表3 各種扶助に関する政策条例

2003年	都市部医療扶助制度を構築することに関する事項の通知
2003年	法律援助条例
2003年	都市最低所得世帯の廉租住宅管理弁法
2004年	都市・農村の特殊困難未成年者の教育扶助工作をさらに徹底する通知
2005年	都市医療扶助制度の実験工作に関する意見
2005年	都市部最低所得世帯廉租住宅の申請、審査及び退出管理弁法
2007年	都市困難住民の都市住民医療保険加入に関する工作をさらに徹底する通知
2007年	廉租住宅保障弁法
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
2009年	殯葬改革をさらに深化し、殯葬事業の科学的発展を促進することに関する指導意見

出所：筆者作成。

4. 農村部における制度構築の停滞

一方、2000年代に入り、「三農」問題が叫ばれ、政策を農村部に傾斜し始めたが、農村部での制度構築は大きな進展を見せなかった。その理由として以下の3つが挙げられる。第1に、「因病致貧」（病気のため貧困に陥ること）が突出しているか

らである。1990年代の医療制度の市場化改革は医療費の高騰を、従来の農村合作医療の衰退と医療保険制度の未整備は自費負担の増加をもたらし、疾病が貧困の主要な原因となった。2003年に公表された衛生部の調査報告によると、貧困世帯のうち、「因病致貧」の割合は最も多く、33.4%を占めており、1998年に比べ11.8%も上昇した（衛生部統計信息中心編,2004,15）。2002年から重病を中心とする新農村合作医療が構想されたが、2003年のSARSによって、農村部の医療問題が一気に噴出した。そのため、2003年に医療扶助が先に導入された⁶⁾。第2に、制度実施の資金が不足しているからである。2000年から始まった税費改革によって郷鎮の財政収入が激減し、従来の「五保戸制度」の実施でさえ困難であった。中国新聞網によると、2000年末に、全国郷鎮の財政赤字は少なくとも2,000～2,200億元で、2005年末には6,000億元から1兆元とさらに深刻化した（陳・何,2007,79）。中央財政の支援がない限り、地方財政は新たな制度実施に財政的余裕がなかった。第3に、国有企業改革の「後ケア」は2000年代半ばまで続き、多くの犠牲を払った元従業員の生活難が顕在化し、彼らの生活保障が最優先課題であるからである。カロール・グラハムが指摘したように、経済改革時には、最も貧困な集団ではなく、最も損失の多い集団に補償を提供したがるという強い政治的インセンティブが働き（Carol Graham,1994, 9）、中央政府も民政部も都市部最低生活保障制度の整備で手一杯であった。

しかし、突き詰めていくと、制度停滞の根底にあるのはやはり財源問題である。上海や北京といった一部経済的豊かな地域においては、2002年からすでに農村部最低生活保障が創られたが、財政的困難な地域は自力での実施は難しい。都市部の経験からわかるように、中央財政のバックアップが制度普及の鍵である。

転機の兆しが2005年10月に訪れた。その月に発

表された第11次5カ年計画では、「社会主義新農村建設」という新しいスローガンが提起され、政策の重点を都市から農村に移すことが明らかにされた。2005年までの「三農」政策は税費改革が代表されるように、農民負担の軽減・除去を目標としていたが、それ以降は「新農村建設」が代表されるように、農民の所得増加、「三農」への財政的投入の拡大を目玉としている。2005年末をもって、農民から「徴収する」時代から農民に「与える」時代へと転換した（田原,2012）。

IV 「全民低保」の実現（2006～2013年）

1. 「全民低保」大討論と農村部での制度成立

2006年に、都市部と農村部住民の所得格差は3.3倍に開き、中国の格差問題はますます顕著になった。中国社会科学院の発表によると、中国のジニ係数は2006年にすでに0.496に達していた。特に農村部には数千万規模の貧困人口が経済発展から取り残されており、教育、医療、社会保障などの公的サービスが著しく不足しているため、毎年少なくとも1,000万人が再び貧困に陥っているという（李・陳,2006,8）。このような背景のなか、著名な経済学者・呉敬璉の発言によって、農村の貧困問題が大きく注目されるようになった。

2006年6月25日に開催された「中国経済50人論壇」において、呉敬璉は「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がすべてそろっており、現在の国家の財政力をもって完全にできることである」と発言し、世間に大きな波紋を投げ、後にマスメディアを巻き込む社会的な大討論まで発展した。これが農村部制度成立の最後の一押しとなった。

呉敬璉は、中国目下の所得格差の問題は市場化の行きすぎから生じた結果的不平等ではなく、多くは腐敗などの機会不平等から由来していると指摘しながらも、結果的不平等には真剣に対処すべきと

提言し、その第一に挙げられたのは「全民低保」の実現である（呉, 2006）。最低生活保障制度の農村部での成立は2003年あたりからすでに議論されており⁷⁾、専門家のなかでは圧倒的に賛同意見が多かった⁸⁾。呉の発言後、「北京晨報」や「第一財經日報」、「広州日報」、「東方早報」など各地の有力紙が、相次いでこのテーマを取り上げ、ネット上でも多くの論評が展開されていた。従来と異なり、今回の「全民低保」に関する議論は学者内部にとどまらず、メディアを通じて農村部の貧困問題に国民の関心を集め、「全民低保」を推進するための世論を形成したところに特徴がある。

また、この大討論は、表向きは「民生」問題に関する議論であるが、実は官僚腐敗に対する批判であり、政府への政治不信の現れでもある。多くの専門家の試算によると、農村部での制度実施に必要な金額は多く見積もっても200億から300億元ほどである。これは2005年の財政収入の1%にも満たない程度で、政府の「三公」（公用車、公費接待、公務旅行）費用の半分を農村に回せば十分捻出できる金額である。これはもはや政府ができるかできないかの問題ではなく、やるかやらないかの問題であると、世論は政府に対して厳しく問い詰めた⁹⁾。

政府は迅速に反応した。2006年10月に、「社会主義和諧社会の構築に関する重大問題の決定」においては、農村部最低生活保障制度を逐次構築する、12月の中央農村工作会議では全国範囲で構築する、2007年3月の政府工作報告では、年内で全面的に構築すると実施のテンポを速め、短期間で政策の「三段跳び」を実現した。2007年6月末までに、全国31の一級行政区では初歩的に制度が創られ、それを追認する形で、7月に「全国で農村最低生活保障制度を構築することに関する通知」（以下は「通知」と略す）が公布された。都市部と農村部とに分かれた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」が実現されたといえよう。2013年現在、農村最低生活保障の給付額は866億9,000万元にのぼり、そのうち中央財政は70.6%を占めている。

都市部と農村部の社会保障制度の一元化（中国語で「城郷統籌」という）が進められているなか、農村部最低生活保障制度に対しても「応保尽保」と「分類施保」が要求された。前者については、2008年12月の全国民政会議で2009年に達成するように指示が出され、後者については、各地で試行している。例えば、大連市では、上乗せ給付の対象を高齢者、障害者、高校（高等専門学校を含む）以上の在學生、一人親家庭の16歳以下の未成年者あるいは16歳以上の在學生、多子家庭（三つ子以上）の16歳以下の未成年者あるいは在學生と5つに分類した。北京市は都市部との統合を考慮し、都市部と同じ分類をした。

2. 新たな課題への対応

以上でみてきたように、最低生活保障制度は2000年以降、都市部では「応保尽保」や「分類施保」が実施され、そして2007年に農村部の困窮住民をも包摂し、適用対象の拡大や給付内容の充実によって整備されてきた。しかし、制度の整備は、受給者数と給付額の膨張をもたらした。都市部の受給者数は、1999年の265万9,000人から2013年の2,064万2,000人に、給付額は13億8,000万元から756億7,000万元に増加した。農村部は制度の経過年数がそれほど経っていないが、受給者数と給付額はすでに都市部を上回り、2013年にはそれぞれ5,388万人と866億9,000万元にのぼった¹⁰⁾。

制度運営を考えるうえで、いかに給付額を抑えながら、すべての困窮者の最低生活を保障できるかという新たな課題が浮上した。制度のターゲット効果を引き上げるため、中央政府は制度運用の規範化に、地方政府はワークフェアの導入に乗り出した。

(1) 中央政府：制度運用の規範化

1999年の「条例」や2007年の「通知」はいずれも各地で行われていた最低生活保障制度の模索を追認する形で公布された。全国レベルの制度と格上げされたが、「条例」と「通知」はあくまで最低生活保障制度の運用に関する一般原則を規定するだけで、各地はこれらの原則に沿ってそれぞれ実施細則を制定していた。運営は各地に任せているが、その主な財源は実は中央財政である。「全民低保」の実現後、中央政府は制度の全国規範化を目指し、地方政府の運営に、特に対象認定と基準設定に介入し始めた。

まず、2008年7月に民政部は「全国基層低保規範化建設暫行評定基準」を公布し、地方の末端行政組織の業務に対する規範化評価の全体像を明示した。対象は一級レベルの行政区以下の県・市・区（二級レベル）、街道・郷鎮（三級レベル）および社区・村委員会（四級レベル）である。評定項目は行政区レベルによって異なり、一番多いのは二級行政区で、基礎保障、組織管理、業務の規範および監督管理といった4つの面から計55項目にわたっている。翌年の1月に、民政部は統一基準に基づき優秀と評定した行政区および個人のリストを全国に通達し、評定基準を空文化させない姿勢を表明した。

つぎに、2010年8月に、民政部は「都市低保対象認定仕事をさらに強化することに関する通知」を公布し、対象認定を戸籍、資産、収入といった3つの要件から統一した（表4）。対象認定はすべての困窮者を制度に包摂できるかどうかにかかわる重要な作業であるが、経済発展と都市化の進展によって、1999年の「条例」が現在の状況にそぐわなくなってきた。認定要件の統一は現状に合わせて「条例」に対する修正であり、これまで地方政府の恣意的運営に対する規制である。そのなか、最低生活保障の受給者にある程度の資産所持を認める資産要件は注目に値する。北京と上海

は、自動車の所有を認めていないが、現金、貯金および有価証券などの貨幣資産と居住用の不動産を認めている。一人当たりの貨幣財産については、上海の規定では、3人以上世帯の場合、3万元まで、2人以下の世帯の場合、3.3万元までと、北京の規定では、最低生活保障基準の一年分までとなっている。貨幣資産を認める理由として、上海民政部は「受給世帯は生存と発展の権利を有するべきで、各種リスクに対応し、社会参加と自己発展の余地を与えるべき」と解釈している（上海市民政局,2012）。

そして、最低生活保障基準の制定である。最低生活保障基準の低さは制度成立の当初から多くの研究者によって指摘されており、今やすでに周知の事実となっている。医療、教育、住宅扶助が徐々に整備されているなか、最低生活保障基準を安易に引き上げると、「福祉依存」の助長と批判され、財政支出の膨張も避けられない。一方、現在の生活水準に合わせて適正な基準算出が、最低生活保障の実効性を担保するうえで重要である。また、地域の経済格差を考えると、統一された金額にするのが難しいが、統一された水準にするのは可能

である（姚,2012,132）。2011年5月に「城郷居民最低生活保障基準の制定と調整をさらに規範化することに関する指導意見」が公布され、3つの方法による基準設定が規定された。表5をみると、基本生活費支出方式はマーケット・バスケット方式と、消費支出比例方式は水準均衡方式とみることができる。実は「条例」や「通知」は基準設定を規定する際、現地一般住民の生活支出を参考基準にしていたが、実際ほとんどの地域では生存ギリギリの絶対的水準にしか設定しなかった。今回新たに付け加えられた消費支出比例方式は比率の設定によって、相対的貧困観に基づく水準上の可能性を秘めている。例えば、大連市では、まだ比率が低いものの、2009年から現地住民一人当たりの消費支出の30～35%の間で設定するようになった。

(2) 地方政府：ワークフェアの導入

1999年の時点では、国有企業改革を促進するため、余剰人員の生活をいかに保障するかがポイントで、労働能力をもつ者に対する受給に際しての就労要件は、社区での公益活動に従事すべきという規定にとどまり、労働インセンティブに関して、

表4 都市部最低生活保障の対象認定要件

認定要件		内容
戸籍		1999年の「条例」は都市戸籍を有する者に限定しているが、戸籍区分を無くした地域においては、原則的に一定の居住期間を有し、請負の土地をもたず、農村集団経済の所得分配に参加しないことを申請の条件とする。戸籍が同じ地域でない場合、まず同じ地域に移入すべきである。できない場合、世帯主が戸籍所在地に申請し、ほかの世帯構成員がそれぞれ所得証明を提出する。原則的に、戸籍がほかの地域にある場合、戸籍所在地で申請すべきであるが、特別な事情に限り、世帯主に付随して申請を認める。
資産		世帯財産は共同生活を営む世帯構成員が有する有価証券、貯金、不動産、自動車等を指す。各地は世帯財産を対象認定の重要根拠とすべきである。多額の貯金や、有価証券および多くの不動産、自動車、経営資産などを有する世帯に対して、各地は資産の種類によって異なる基準を設けるべきである。
収入	世帯所得	世帯収入は共同生活を営む世帯構成員が規定期間内のすべての可処分所得を指し、所得税や社会保障費用を差し引いた賃金所得、経営純所得、資産所得および移転所得などを含む。一人当たりの月收入が、最低生活保障基準を下回るかどうかは、給付を受けられるかどうかの基本条件である。
	控除	優撫※対象が国家の規定によって給付される撫恤金、補助金は世帯所得として計上しない。その他の収入控除、たとえば一人っ子への補助金、孤児・障害児童の基本生活費などについては、各地方政府が明確に規定すべきである。

注：優撫とは現役軍人、退役軍人およびその家族・遺族に対する優遇策である。

出所：「都市低保対象認定仕事をさらに強化することに関する通知」より。

表5 最低生活保障基準の設定法

基本生活費支出方式	現地住民の基本生活支出によって設定する。基本生活支出は必要の食品支出と食品以外の生活必需品支出からなる。必要の食品支出は、市場調査による標準食品リストを確定したうえ、中国栄養学会推薦のカロリー摂取量に基づき、食品の摂取量と市場価格によって算出する。生活必需品は同じく調査によって基本生活に必要な被服、光熱、交通、日用品などのリストを作成し金額を試算する。 また、各地は前年度住民の一人当たりの平均消費支出、可処分所得、低所得層の基本生活費用および経済発展レベル、財政状況によって適宜調整する。
エンゲル方式	現地住民の必要食品の消費支出と前年度最低所得世帯のエンゲル係数によって設定する。そのうち、必要食品の消費支出は基本生活費支出法と同じ方法で算出する。 また、各地は前年度住民の一人当たりの平均消費支出、可処分所得、低所得層の基本生活費用および経済発展レベル、財政状況によって適宜調整する。
消費支出比例方式	すでに基本生活費支出法あるいはエンゲル係数法によって基準を設定している地域においては、基準を前年度住民の一人当たりの平均消費支出と比較し、その比率を得ることができる。今後一定期間内に基準を再計算するときに、直接前年度住民の一人当たりの平均消費支出をその比率でかけて算出することができる。

出所：「城郷居民最低生活保障基準の制定と調整をさらに規範化することに関する指導意見」より。

表6 都市部受給者の構成（2007～2013年）

単位：万人、%

	現役 就業者	不安定 就業者	登録 失業者	未登録 失業者	在学 生	高齢者	その他
2007	79.0 (3.4)	432.2 (18.4)	510.2 (21.8)	410.9 (17.5)	369.1 (15.7)	333.5 (14.2)	210.7 (9.0)
2008	82.2 (3.5)	381.7 (16.3)	564.3 (24.3)	402.2 (17.2)	358.1 (15.3)	316.7 (13.6)	229.6 (9.8)
2009	93.9 (4.1)	343.8 (15.1)	627.2 (27.6)	364.3 (16.0)	321.6 (14.2)	298.4 (13.1)	223.0 (9.8)
2010	68.2 (3.0)	432.4 (18.7)	492.8 (21.3)	419.9 (18.2)	357.3 (15.5)	338.6 (14.7)	210.2 (8.7)
2011	62.0 (2.7)	423.7 (18.6)	473.9 (20.8)	421.5 (18.5)	341.2 (15.0)	342.2 (15.0)	212.4 (9.3)
2012	48.8 (2.3)	459.3 (21.4)	399.2 (18.6)	417.1 (19.5)	314.0 (14.7)	336.4 (15.7)	167.7 (7.8)
2013	45.3 (2.2)	459.8 (22.3)	363.5 (17.6)	412.3 (20.0)	300.0 (14.6)	330.0 (16.0)	150.5 (7.3)

注：2011年から2013年は12月末に公表された数値である。

出所：「民政事業発展統計報告」2007～2010各年版、民政部ウェブサイトより作成。

政府はそれほど重要視していなかった。しかし、2007年から2013年までの都市部受給者の構成を示す表6をみると、現役就業者、不安定就業者、登録失業者および未登録失業者といった労働能力をもつ者は常に6割を超え、2013年現在62.1%を占めている¹¹⁾。また、2008年の6都市での調査によると、半分近くの受給者は2000年から受給し始めており、少なくとも4割の受給者は8年間ずっと給

付を受けている（黄,2009,11）。このような事実を受け、そもそも中国には「労働に応じた分配」という労働倫理が強いので、「惰民養成」や「福祉依存」など、メディアによる批判的な報道が多々みられるようになった。

2003年から始まった「分類施保」は、今度は労働能力をもつ者に対する受給抑制政策として機能するようになった。遼寧省は、2006年に労働能力

をもち、就業条件を満たしながらも就業していない受給者に対して、給付基準の引き下げを実施し始めた（劉ほか、2013, 24）。それだけでなく、労働インセンティブを向上させるため、各地方政府はそれぞれにワークフェアを試行している。

ほとんどの地方では、稼働年齢層でかつ労働能力をもつ受給者に対しては、給付への条件付けを強化している。北京では、求職登録をしていない、就業斡旋を3回断った、職業指導や職業訓練を受けない、公益労働に2回以上参加しなかった、毎月の公益労働時間が規定より下回ったなど場合、給付を停止したうえ、3か月以内は再申請できないと規定している。上海では、まず「就業サービスを受ける承諾書」にサインしなければならない。この承諾書によってはじめて申請資格が得られる。また、北京と同じく、就業斡旋を2回拒否した場合、および公益労働や職業訓練に不参加の場合、支給停止となる。中小都市ではさらに「先求職後保障」を前面に出している。鎮江市では、失業登録した後、「仕事を選ばず、職業紹介を受ける」という承諾書に同意することが受給の条件となっている。

就労支援に関しては、各地で実施されているものの、充実した内容とはいえない。職業指導は1回しか提供されない。職業訓練は毎年少なくとも1回、そして求職登録後、2～3か月以内に3回の就業斡旋を提供することにとどまっている（黄, 2009, 17-18）。当然の結果として、これらの就労支援はそれほど成果が上がっていない。例えば、李迎生らの調査では、調査対象の75%は職業訓練を受けたが、有効だと思う人はわずか34%である（李ほか, 2007, 120）¹²⁾。

そもそも地方政府は就労支援より、受給者に経済的インセンティブを与え、就労に向かわせるほうに関心が向いている。具体的には以下の3つに大別することができる。①漸退措置。就労所得があっても、給付をすぐに打ち切るのではなく、一

定期間の猶予を与える。例えば、北京市は就労によって、一人当たりの所得が最低生活保障基準を上回る世帯に対して、2か月の猶予期間を設定し、1カ月目には給付金を全額、2カ月目には給付金を半額支給する。同じ対象世帯に対して、広東省では給付が1年間延長される（劉ほか2013, 25）。②就労手当。就労している受給対象に、現金を支給する。例えば、重慶市は2006年に6か月以上の受給者に対して導入した。就業所得が最低賃金の2倍以下であれば、所得増による給付減額の60～70%を、最長3年間支給する。③勤労控除。就労所得から一定額を差し引いてから所得として計上する。例えば、上海市は2002年から就労所得が最低賃金以上の受給者に対して導入し、2014年4月から控除額を前年の月660元から月755元に引き上げた¹³⁾。

埋橋は、ワークフェアを、①「福祉から就労へ」タイプ(welfare to work)、②「就労とともに福祉」タイプ(welfare with work)、および③「はじめに就労ありき」タイプ(work first in development context)の3つに分けたうえ、さらに①を、ハードなワークフェアとソフトなワークフェアとに細分化した（埋橋, 2011, 26-27）。この分類に従えば、中国各地での試みは、就労への強制や懲罰的性格が強く、ハードなワークフェアに位置づけられよう（朱, 2013b, 53）。

V まとめ

1993年から社会救済制度の改革が始まり、国有企業改革による大量の失業者に対応するため、1999年に都市部でまず最低生活保障制度が成立された。都市部の制度整備は2005年まで続き、その間農村部の制度構築は停滞していた。所得格差が深刻化したなか、2006年の「全民低保」大討論は農村部の制度成立を後押しし、2007年に農村部で制度が成立した。適用対象の拡大と給付内容の拡

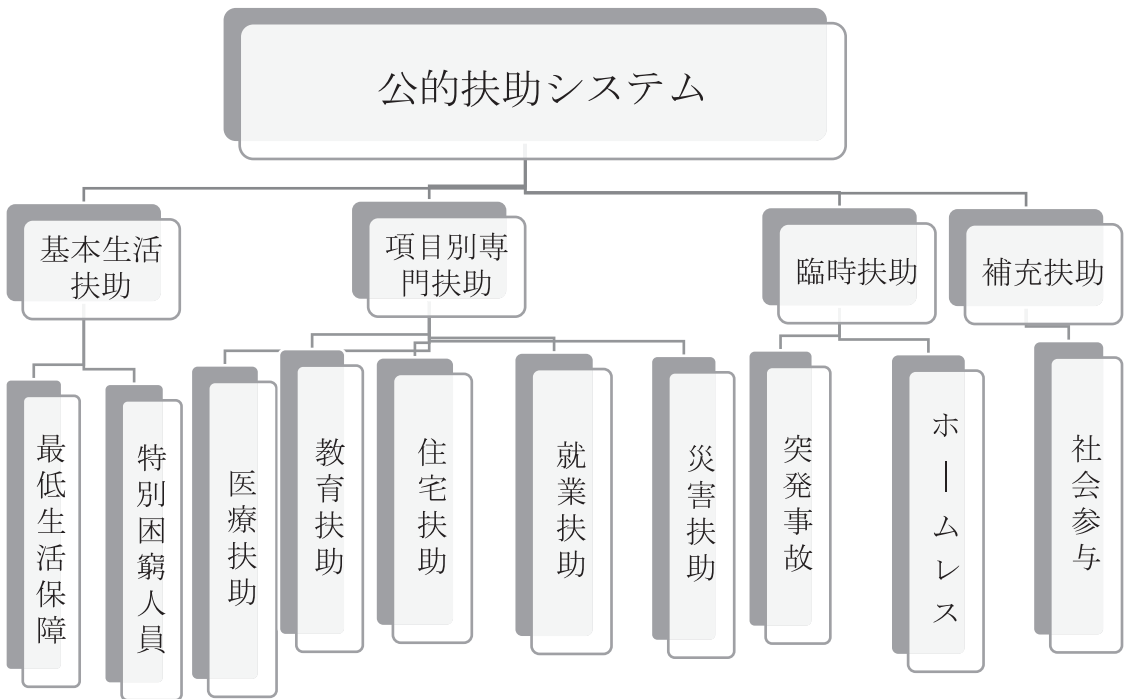
充が給付額の膨張をもたらし、中央政府は制度の規範化、地方政府はワークフェアに乗り出し対応しようとした。

この20年間は保障水準が低いという大きな質的な問題を残しながらも、国民の権利として受給を認め、すべての困窮者を最低生活保障制度によって包摂したことが大きな成果といえよう。そして、20年間のプロセスを振り返って、以下の3点にまとめる。

第1に、「全民低保」は中央政府の強いリーダーシップによって実現されたことである。都市部においても、農村部においても、最低生活保障制度は地方政府の自主的な取り組みから始まったが、中央政府がその取り組みを認め、重点国策と決めてから、各重要会議で、各政府要人の講話のなかで再三強調し、財政的にもバックアップし、トッ

プダウン方式で一気に全国に普及させた。2000年代後半になると、制度の規範化による地方への介入が強化された。

第2に、最低生活保障制度は、国家統治の一手段として、社会・経済の安定装置機能を見事に発揮していることである。政府は多くの政策選択肢のなかから、往々にしてある時期の最も主要な政治的、経済的および社会的目標に合わせてベストな政策手段を選ぶ。またある政策を実施・制定する時に、この政策が同時にベクトルの異なる、多くの目標を満たすよう期待する（関,2012,10）。1990年代の最低生活保障制度は、排出された余剰人員の最低生活保障という本来の福祉的目標だけでなく、共産党の政権維持という政治的目標、国有企業改革の推進という経済的目標、都市部の社会安定という社会的目標を同時に達成している。



出所：筆者作成。

図1 中国の公的扶助システム

2000年代後半になると、全国民の最低生活保障という福祉的目標、政権維持という政治的目標、経済発展のリバランスという経済的目標および農村部の社会安定という社会的目標を達成している。各時期の政治的、経済的、社会的および福祉的目標を同時に満たしている最低生活保障制度は、政府にとってのベストな選択であろう。

第3に、制度の構築過程において、中国の特有性と世界との共通性が同時にみられることである。中国特有の二元社会構造は改革開放後も存続しているため、最低生活保障制度も「全民低保」とはいえ、一本化にならず、1999年にまず都市部で、それから2007年に農村部でという「先都市後農村」の2段階構えで創られた。それと同時に、今日欧米諸国と同じ課題、つまり、①「最後の拠り所」というセーフティネットの維持、②「貧困の罨」、「福祉依存の罨」を回避し、労働インセンティブを高めることによる財政的負荷の軽減の同時達成に直面している。中国は、①に対応するため、「応保尽保」による適用対象の包摂、「分類施保」によるニーズに対する確実な保障、②に対応するため、労働能力をもつ者に対する給付基準の引き下げ、ハードなワークフェアが行われ、いわば選別主義の拡充と選別主義の限定化が並行して推進されている。

セーフティネットの維持と財政軽減という2つの要請を引き継ぎながら、2014年から中国の公的扶助制度は新たな時代に入った。待望の「社会救助暫定弁法」の公布により、中国の公的扶助制度は都市部と農村部が統合された制度として、また最低生活保障制度と各種扶助が統合された体系的・包括的な制度として生まれ変わった(図1)。

今後、新しいアプローチが予想される。セーフティネットの維持に関しては、2014年9月に、突発的、緊迫的、臨時的な生活困難に陥る困窮者を対象とする臨時扶助制度の全面構築が始まった。これからの重点は制度の「死角地帯」を無くし、

すべてのリスクに対応できる「無縫」(隙間のない)制度づくりに変わっていくであろう。また、財政軽減に関しては、従来のワークフェアとともに、受給者が自力で貧困から脱却できるよう、ソーシャルワーカーによる個人支援(中国語では「助人自助」という)が強化されるのであろう。中国の公的扶助の動向を注視しながら、中央政府と地方政府、末端行政組織の役割分担、社会保険制度との連携、少子高齢化への対応など、今回検討しきれなかった 이슈と合わせて追究していきたいと思う。

注

- 1) 中国国家统计局によると、1992年に社会救済を受けた都市部の困窮者数は19万2,000人で、都市部人口の0.06%にすぎない。また、一人当たりの年間受給額はわずか38円で、当時都市部1人当たりの月所得の25%にしか相当しない(唐,2003,59)。
- 2) 中華全国総工会の調査によると、2001年6月までに、98万1,000人が基本生活費を、133万7,000人が満額の基本生活費をもらっていない(黄,2002,19)。また、『中国統計年鑑2004』によると、失業保険の受給者数は1998年の158万人から1999年の271万人に、登録失業者に占める割合は27.7%から47.2%に増えたが、受給者は全体の半分以下である。受給額は逆に1998年の1,289元から1999年の1,174元に減少し、対平均賃金比も17.2%から14.1%へとさらに低水準になった。
- 3) このキャンペーンは主に毎年元旦や春節に、各級の工会幹部や党幹部が困窮世帯を訪問し、一定の現物あるいは現金を与えるやりかたである。実際の貧困削減の効果は低いが、政府が貧困層のことを気にしているという意思表示効果が大きい(洪,2004,68)。
- 4) 例えば、基準設定に関しては、条例に沿って科学的に算定されたものではなく、財政予算内に収まるように設定される。対象選定に関しては、金のネックレスを持っている世帯や、テレビ・冷蔵庫を所有している世帯、さらに肉をよく食べる世帯までを除外するという(楊,2001,16)。
- 5) 公開した一部の情報を、以下の新華網で確認することができる。
「我国實現城市貧民應保盡保」http://news.xinhuanet.com/newscenter/2002-7/19/content_489605.htm
- 6) そもそも医療扶助は2002年の新型農村合作医療制度の実施を支援するために導入された側面があり、澤田(2013)は医療扶助が皆保険体制の整備のた

- め的手段であると指摘している。
- 7) 例えば社会学者の景天魁 (2004) は都市部と農村部の社会保障統合の必要性を訴え、その突破口は最低生活保障の統合であると主張した。また経済学者の蔡昉・都陽 (2004) は農村における貧困の質的变化から最低生活保障制度が農村の貧困率改善に最も有効であると主張したうえ、財政的にも可能であると試算データを示した。
 - 8) 「全民低保」の実施について、学界の争点は実施すべきかどうかではなく、いつ実施するかという実施時期の問題である。調べた限り、「全民低保」の実施自体に反対を表明したのは、当時中国社会科学院ラテンアメリカ研究所所長の鄭秉文だけであった。彼は中国のような大国には、財政力と社会保障制度の持続可能性を考えると、普遍型モデルより残余型のほうが望ましいと主張し、「全民低保」のような無拠出型の社会保障制度は所得再分配の重要手段である一方、モラルハザードの問題と「福祉詐欺」が満ちている「一つの釜の飯」(「大鍋飯」) であると批判し、「全民低保」の導入について否定的であった (鄭, 2007)。
 - 9) 当時の議論については、「全民低保条件是否成熟? 專家熱議社保制度改革」(http://news.xinhuanet.com/fortune/2006-10/07/content_5173187.htm) を参照されたい。
 - 10) 都市部と農村部では最低生活保障基準が異なる。2013年、都市部最低生活保障の基準は一人当たり月373元であるのに対して、農村部のそれは202元である。
 - 11) 農村部受給者に関しては、女性、高齢者、未成年者および障害者といった分類しかない。2013年の構成割合は、それぞれ34.3%、38.6%、11.4%および8.5%である。都市部に比べ、高齢者の割合が高い。都市部における年金保険制度の整備はその一因であろう。
 - 12) 2014年9月8日に、筆者は上海市A区A街道住民委員会民政事務担当者B氏に対してヒヤリング調査を実施し、同じ状況を聞かされた。B氏は、職業訓練にはパソコン、生け花、ネット映像制作、パン作りなどがあるが、参加者が少ないうえ、コネで仕事を見つけた者がほとんどであると話した。
 - 13) ちなみに、上海市の最低賃金は、2014年現在、月1,820元である。

参考文献

埋橋孝文,2011,『福祉政策の国際動向と日本の選択:ポスト『三つの世界』論』法律文化社。
衛生部統計信息中心編,2004,『中国衛生服務調査研究—第三次国家衛生服務調査分析報告』中国協和医科

大学出版社。
王海燕・修宏方・唐鈞,2012,『中国城郷最低生活保障制度:回顧与評析』林閩鋼・劉喜堂主編『当代中国社会救助制度:完善与創新』人民出版社:108-118。
景天魁,2004,『城郷統籌的社会保障:思路与对策』『思想戰線』第1期:27-31。
胡鞍鋼,1999,『跨入新世紀的最大挑戰:中国進入高失業階段』『中国人口科学』第4期:13-25。
黄晨熹,2009,『城市低保対象動態管理研究:基于『救助生涯』的視角』『人口与發展』第6期:10-22。
洪大用,2004,『轉型時期中国社会救助』遼寧教育出版社。
黄任民,2002,『当前困難職工群体的特徵及突出問題』『中国党政幹部論壇』第4期:19-22。
吳敬璉,2006,『我国已具備全民低保的条件』『科学決策月刊』8月:19-20。
蔡昉・都陽,2004,『建立農村『低保』制度的条件已經成熟』『改革縱橫』9月:17-18。
澤田ゆかり,2013,『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』大西康雄編『中国 習近平政權の課題と展望—調和の次に来るもの』アジア経済研究所, (http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Kidou/pdf/2013_china_07.pdf, 2014年4月30日アクセス)。
上海民政局, 2012,『『上海市城郷居民最低生活保障申請家庭經濟狀況認定標準(試行)』政策解讀』(<http://www.shmzj.gov.cn/gb/shmzj/node8/node890/u1ai33301.html>,2014年10月5日アクセス)。
朱慶芳,2002,『城鎮貧困群体的特点及原因』『中国党政幹部論壇』第4期:17-19。
朱珉,2013a,『中国都市部における最低生活保障制度の形成』『経済学論纂』第53巻第3・4合併号:103-116。
朱珉,2013b,『中国の最低生活保障制度のゆくえ—ウェルフェアとワークフェアの狭間で』社会政策学会編『社会政策』第5巻第2号:46-55。
尚曉援,2007,『中国社会保護体制改革研究』中国労働社会保障出版社。
閔信平,2012,『論我国社会救助未来發展中的制度定位和制度協調』林閩鋼・劉喜堂主編『当代中国社会救助制度:完善与創新』人民出版社:9-17。
田原史起,2012,『胡錦濤政權の回顧と中国18大会の注目点—農村政策の領域に関して』(<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1035>,2014年10月1日アクセス)。
中国総覧編集委員会,1992,『中国総覧1992』霞山会。
中国金融学会編,1999,『中国金融年鑑』中国金融年鑑編輯部出版。
中国金融学会編,2004,『中国金融年鑑』中国金融年鑑編輯部出版。
張浩淼,2010,『轉型期中国最低生活保障制度發展研究』

上海交通大学出版社。

- 陳静・何興貴,2007,「透過鄉鎮財政压力析我国鄉鎮財政管理体系創新」『改革与戰略』第8期:79-81。
- 鄭秉文,2006,「引入『全民低保』要慎之又慎」(http://www.cn Pension.net/index_lm/2006-07-26/16052.html,2014年10月2日アクセス)。
- 唐鈞,2003,「城市居民最低生活保障報告」蔡昉主編『中国人口与労働問題報告No.4』社会科学文献出版社 i52-90。
- 楊宜勇,2001,「中国的城市貧困問題被嚴重低估」『計画与市场』第12期:15-16。
- 姚建平, 2012,「城市居民最低生活保障標準的統一問題探討」林閩鋼・劉喜堂主編『当代中国社会救助制度:完善与創新』人民出版社:130-144。
- 李迎生・韓央迪・肖一帆・張寧,2007,「超越統合救助模型:城市低保制度改革中的分類救助問題研究」『学海』第2期:114-122。
- 李培林・陳光金,2006,「中国進入全面建設和諧社会新階段」汝信・陸学芸・李培林主編『2007:中国社会形勢分析与予測』社会科学文献出版社:1-16。
- Carol Graham,1994,Safety Nets,Politics,and the Poor: transitions to market economies,The Brookings Institution,Washington,D.C.

(Min Zhu 千葉商科大学専任講師)

社会保障と介護福祉

沈潔

■ 要約

本稿は、まず、胡錦濤と習近平の政権交代における介護福祉政策の構築過程を分析し、次に、急速に進んでいく少子高齢化の課題を明らかにするものである。特に、政策誘導によって推進されつつある地域ケア及び介護の市場化が示す意味について分析している。

胡錦濤政権から習近平政権への政権交代が実現した2012年においては、経済的、政治的な安定化を求め、基礎医療と基礎年金制度の普及が加速化された。それと連動して、高齢者介護の基盤づくりも取り組まれた。習近平新政権は、この課題を社会安定の処方箋として引き継ぎ、行政による地域ケアネットワークづくりの推進と民間資本の活用による介護の市場化を形成していく政策志向を明確にした。地域ケア政策の主旨は、ネットワークづくりを通じて家族介護をサポートすることである。つまり、私的介護優先の考え方である。介護の市場化は、経済成長鈍化への対応の一環として位置づけられた対策とみられる。

習近平政権で取り組まれる介護政策においては、介護サービスの地域格差や高齢者権利擁護及び公平な競争環境整備など、その課題は山積している。

■ キーワード

習近平政権、地域ケア、介護市場化

I はじめに

中国では、65歳以上の高齢者人口は2013年末に1億3,161万人に達し、総人口の9.7%を占めるまでになり、80歳以上の高齢者は2,300万人を超えた。

¹⁾ 今後、80歳以上の高齢者は年間100万人ずつのペースで増加する見込みである。先進国では1人当たりのGDPが1万ドルを超えてから高齢化社会に入ったが、中国では高齢化社会に突入した2000年の時点での1人当たりのGDPは1,000ドルの水準に過ぎなかった。「未富先老」（豊かになる前に老いる）というのが中国の特徴と言われている。一

方、中国のGDPは、2004年以降、年10パーセント超の成長率を記録した。リーマンショックにより、近年の高成長は減速したが、2013年まで7.5%の成長率を維持してきた。つまり、急速な高齢化は、急速な経済成長とともに進んでいたといえる。中国では、「邊富邊老」（豊かにしながら老いていく）という特徴もある。以上のような特殊性を持っている中国は、先進諸国と同じような道を歩むのではなく、先進諸国と異なる道を模索しなければならない。

2013年9月、国務院は、「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見」を公布し、習近平新政権の高齢者福祉政策の基本方針を明示した。その

後、民政部により「公的養老施設機構改革の試行に係る通知」、民政部・国家発展改革委員会により「養老サービス業総合改革の試行に係る通知」、全国老齡弁など24省庁により「高齡者優待業務の強化に関する意見」などを相次いで公表した。習近平新政権の下では、介護福祉を社会保障制度の再構築の中に位置付けようとする姿勢が見られた。

中国の介護福祉政策は、中央集権型でトップダウンによって政策がなされることに特徴がある。他方、政策を実施するための財源は、主に地方政府の財政によって賄われている。そもそも、経済発展の水準は不均衡であり、地方政府が利用できる財源に格差が生じてくる。また、新政権は地域ケアネットワークづくりを介護福祉政策の大黒柱にしていたが、これを通じて家族介護をサポートすることが政策の主旨であった。つまり、私的介護優先の考え方だった。

本稿は、まず、胡錦濤と習近平の政権交代における介護福祉政策の構築過程を分析し、次に、急速に進んでいく少子高齡化の課題を明らかにする。特に、政策誘導によって推進されつつある地域ケアおよび介護の市場化を示す意味について分析する。

1. 介護福祉政策の構築過程について

中国高齡者問題の提起は、1980年代にさかのぼることができる。1982年、ウィーンで開催された“高齡者問題世界会議”において、中国は初めて代表団を送った。翌年、国際社会の要請に応じて、政府の常設諮問機関として「老齡問題全国委員会」を創設した。これは、現在の高齡者政策の立案権限を持っている「全国老齡工作委員会」の前身であった。

実務レベルの施策に関して、中央政府は、1993年に「中国養老事業7ヶ年発展要綱（1994～2000年）」を策定し、高齡者問題を政務の日程に載せた。2000年以後、5年ごとに養老事業発展の五カ年計

画を定期的に策定することが慣例となった。

中国では、高齡者介護（agingcare）については、管轄部署によって医療ケア（Medicare）、生活ケア（Socialcare）に分けられ、それぞれ衛生部、民政部によって管理されている。介護福祉サービスの実施もそれぞれ独立した枠組の下で行われている。しかし、国の基本方針および事業計画に関しては、中央政府が「養老事業発展五カ年計画」の策定を通して統括する。例えば、2000年以後、中央政府は、「中国養老事業発展の第10次五カ年計画（2001～2005年）」、2006年に「中国養老事業発展の第11次五カ年計画（2006～2010年）」、そして、「中国養老事業発展の第12次五カ年計画（2011～2015年）」を作り出した。各中央部署および地方政府は、中央政府によって示された基本方針、達成目標、スケジュールなどに基づいて、また、財政基盤に合わせ、より実行性のある養老事業発展五カ年計画を策定し直すことになる。実際には、養老事業の推進における地方政府の裁量権限は大きいのである。

以下では、主に第11次および第12次中国養老事業発展五カ年計画の内容と実施について、考察してみる。

(1) 「中国養老事業発展の第11次五カ年計画」（2006～2010年）

2006年にスタートしたその第11次五カ年計画には、高齡者の社会保障、権利保障、貧困救済、社会参加、福祉サービスの供給、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。そのうちでも、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、低所得および無収入の高齡者による無条件での最低生活保護制度の利用や各地方政府の財政状況に応じた高齡者医療救助・介護補助制度の創設などが明示された。

当時の高齡者の貧困の状況については、①現金収入がないあるいは少ないため、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。②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ふ“因病致貧”、③住宅の商品化によってもたらされた“住まいがない貧困”、④高齢者差別、高齢者虐待問題によってもたされた貧困、⑤文化的な、精神的な支援がかけている精神的な貧困という分類にまとめることができる。高齢者貧困の原因については、主に社会保障制度の不備によるものや家族扶養文化が急速に崩れていったことが原因であると指摘されている。それ故に、2000年代頃の政策志向では、低所得および無収入の高齢者の生活保護や医療・介護の救助に重点を置いた。

一般の要介護高齢者を視野に入れた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%にし、農村部では老人ホームのカバー率の向上などを目標として掲げた。

そのほかこれまで主に「高齢者問題」や「養老事業」という言葉が政策用語として使われてきたのに対し、初めて「高齢者社会保障」という言葉が用いられたことである。つまり、高齢者の最低生活保障における国家責任が意識されたと思われる。学界では「老年人社会保障」という言葉が最低生活保障をイメージしがちであるため、“老年人生活保障”という言葉が登場させたこともあった。こうした政策用語の変化からも、中国高齢者福祉の展開経緯を窺い知ることができる。また、医療・介護の連携意識が芽生えた。その時期に衛生部によって主体的に進められてきた高齢者を対象とする「全国健康教育および健康促進活動計画要綱（2005～2010年）」の実施、または「中国介護事業発展計画要綱（2005～2010年）」および認知症対策を含む「中国精神衛生活動計画（2002～2010年）」の実施がその意図であった。

つまり、中国養老事業発展の第11次五カ年計画の実施によって、介護福祉政策の指向は、従来の貧困高齢者を対象にするとともに、要介護高齢者

のための介護サービス供給および介護予防の整備を意識し始めたのである。

(2) 「中国養老事業発展の第12次五カ年計画」 (2011～2015年)」

2011年にスタートした「養老事業発展第12次五カ年計画」では、従来の貧困高齢者対策にとどまらず、新中産階級の満足度向上に深く関連する医療・福祉・介護サービスの整備と拡充が、重要な政策課題として取り上げられた。

具体的には、第12次五カ年計画期間の養老事業の重点的取り組みとして、①高齢者社会保障制度をより拡充し、養老保険制度をこれまで基礎養老保険に加入していない若しくは加入できない農民および都市部の住民に普及させること、ならびに低所得層の高齢者に対して最低生活保障制度からフォローすること、②高齢者医療・衛生・保健事業を促進し、コミュニティ医療衛生機関が管轄区域内の65歳以上の高齢者の健康カルテをつくり、定期健康診断を実施すること、また、高齢者の健康教育を幅広く展開し、高齢者に対する精神的ケアにも力を入れること、③在宅介護支援体制の整備。在宅介護サービスのネットワークを都市部のすべてのコミュニティ、80%以上の郷鎮、50%以上の農村コミュニティをカバーすること。④高齢者の活動の場やバリアフリー施設の建設を加速し、文化・教育・スポーツ・フィットネス施設を増やし、高齢者の精神・文化生活を豊かにすること、⑤高齢者向け産業の誘導・支援策を整備し、高齢者用品・用具・サービス製品の開発を促進すること、⑥高齢者関連法の整備と法律サービスを強化し、介護サービス業界への監督を強化して、高齢者の合法的權益を保護することなどが挙げられた。

(3) 『高齢者權益保障法』の改正

2012年12月28日、『高齢者權益保障法』の改正法が公布され、2013年7月1日より施行することと

なった。1996年に高齢者分野で唯一の法律として施行されてから、16年ぶりの改正となった。本法は高齢者の合法的な権益を保護するために設けられた法律であり、また、すべての家庭に密接にかかわる法律でもある。改正の目的は、高齢化が進展する中で、家族、地域社会、高齢者施設の連携によって高齢者の生活を保障することにある。

改正の主なポイントは、下記にまとめることができる。第1は、高齢者の生活支援体制の構築である。養老年金、医療制度の充実のほか、介護施設の増設や在宅介護システムの整備などが盛り込まれた。第2は、家族扶養義務の再強化である。老親扶養は家族の義務であると主張する一方、介護休暇、高齢者に対する家庭内暴力の禁止などの条例が設けられている。「常回家看看」（頻繁に里帰りし、親の様子を見ること）という文言をこの法律に明記し、中华民族の伝統的な親孝行の理念を法律によって強力に推進しようという狙いも窺い知れる。第3は、介護サービスの社会化、専門化である。特に、介護人材の育成、介護職の報酬の引き上げなどが法的に位置づけられた。第4は、高齢者に対する優遇政策である。例えば、公共施設を利用するときに無料や優待の利用などを定めた。第5は、居住環境の改善である。高齢者向けの公共施設、医療・介護施設の確保や高齢者住宅のバリアフリー化の推進など、居住環境の整備を図る条例が盛り込まれた。

本法は、実質的な拘束力が弱いが、実施によって社会の人々に敬老の社会規範についての反省を促し、多くの人々に高齢者の権益問題に関心を持ってもらうように規定しているため、この点に対しては評価できる。また、高齢者の権益が侵害された場合、本法を根拠に訴訟を提起して自己の権益を守ることができる。

(4) 「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見」

冒頭に述べた習近平政権下での「養老サービス業の加速発展に関する若干の意見（以下「若干意見」とする）」は、初めて全面的に高齢者介護福祉政策の方針を表明したものである。

胡錦涛政権から習近平政権への政権交代が実現した2012年においては、経済的、政治的な安定化を求め、基礎医療と基礎年金制度の普及が加速化された。それと連動し、高齢者介護の基盤づくりも取り組まれた。胡錦涛政権は、高齢者の最低限の所得保障、医療保障、介護支援を含む基礎生活保障を高齢者に行き渡らせるという政策課題を習近平新政権に引き渡した。習近平新政権は、この政策課題を社会安定の処方箋として引き継いだと思われたが、それを達成していくプロセスにおいては、新政権の独自な一面が見られた。

「若干意見」では、実施中の「第12次五カ年計画」の政策目標を中間評価する意図のほか、新政権の中長期の政策方針を明示しようとした。「若干意見」の中では、在宅介護にかかわるサービス基盤の整備とともに、保健・医療・福祉・介護の連携ネットワークの強化がより強調された。これは、国際社会の経験に学び、在宅のまま必要な医療・介護サービスを受けられるという考えだった。具体的には、2020年までにこうした在宅介護のネットワークをすべての都市部に普及させ、また、90%以上の郷・鎮、60%以上の農村地域に普及させる予定である。「第12次五カ年計画」で予定された80%以上の郷・鎮および50%以上の農村地域においては、地域ケアサービス拠点づくりの目標数値が新たに書き換えられた。同時に、介護ベットは、2020年まで1,000名あたりで35～40ベットに達することも明確にした。「第12次五カ年計画」においては、2015年まで1,000名あたりで30ベットを達成する目標を掲げたが、「若干意見」では、2020年までの中長期目標として打ち出した。

振りかえてみると、2000年の時点で、介護ベット数は1,000名あたりわずか10ベットである

のに対して、2011年には19.1ベット、2013年には24.5ベットまでに上がった。(表1を参照)また、地方政府や末端行政に介護システム構築計画の作成を義務づけるとともに、計画の作成に当たっては、地方政府は介護福祉ニーズを十分に把握し、このニーズに基づいた高齢者のための介護福祉サービスの量的な目標を定めることとなっている。

表1 高齢者介護ベッド数の推移 2006年～2013年

年	介護施設ベッド数(万床)	千人あたりベッド数(床)
2013年	493.7	24.5
2012年	416.5	21.5
2011年	353.2	19.1
2010年	314.9	--
2009年	266.2	--
2008年	234.5	--
2007年	212.8	--
2006年	153.5	--

出所：民政部「社会服務發展統計公報」2006年度～2013年度より作成

しかし、中国で進められている在宅介護サービスは、日本のように介護保険制度に支えられた在宅介護サービスとは性格が異なる。中国では、在宅介護の議論は、介護の問題がそもそも家族や地域共同体によって担われていた相互扶助の外部化という文脈で論じられてきたことから、なるべく地域や家族においてその問題を解決するという議論の中で政策が押し進められた。行政の役割は在宅介護サービスネットワークの整備を通じて家族介護をサポートすることになる。つまり、私的介護優先の考え方だった。

また、これまで議論されてきた介護サービス供給における市場化の是非に関して、「若干意見」では、民間資本の活用や介護の産業化という政策志向を明確にした。これは、経済成長鈍化への対応の一環として位置づけられた対策とみられる。

かつて「民生」(国民生活を優先する考え方)の旗を掲げてきた、医療・福祉・介護に対する財政の支出は増加し続けていた。高齢者医療を含む

総医療費の支出を例としてみれば、2010年には1兆9,921.35億元、2011年には2兆4,345.9億元、2012年には2兆8,914.4億元に急増した。経済が失速する中で、2013年における中国財政支出の伸び率の高い分野としては、社会保障・就業の13.9%増、医療・衛生の13.2%増、省エネルギー・環境保護の12.1%増が挙げられる。つまり、医療・福祉財政に対する財政の支出増は続いていたのである。

しかし、医療福祉領域の財政支出の急増という政策に対しては、「福祉国家病」に陥りがちであるという批判の声があがってきた。最近、経済界においても「国進民退」(国有セクターの拡大とそれによる民間セクターの縮小)の経済政策に対する批判が高まり、これまで聖域とされてきた医療・福祉・介護の領域においても市場化の深化が必要であるという主張が強くなってきたように見える。介護サービスの産業化・民営化を明確にすることが、その一連の動向に関連するとみられる。

さらに、習近平政権の政策指向は、内需を安定的に拡大する投資や建設に取り組むことによって、一定のペースの経済成長を維持することが最優先課題に据えられた。医療・福祉・介護への過度な公財政の投入が個人消費の伸びに悪影響を及ぼすと懸念し、公財政の支出を一定の水準に抑制しながら、他方で介護サービスを新規産業として経済の活性化につなげるとの意図が読み取れる。つまり、介護サービスの拡充は、公共政策の一環として取り組むのみならず、産業構造の中に位置づけられながら取り組まれるのであり、経済の波及効果が期待されている。それ故に、介護政策の所得再分配機能は限定されていた訳である。

介護の産業化・民営化の動きの中では、これまで外資が介護施設を設立する場合は中国企業のパートナーとして合作形式のみ認められてきたが、「若干意見」においては独資形式を認めることとなった。外国資本の協力や外国の介護技術を利用し、国内の介護事業に刺激を与え、発展させると

いう方針といえる。現在、日本、ドイツ、アメリカの民間資本による中国の介護サービス供給への進出はすでに始まっている。

2. 加速する少子高齢化の課題

一人っ子政策の実施や城郷の二元社会構造によって、中国の人口構造・社会構造は偏り、少子高齢化の問題が他国と比べてもより深刻化している。その深刻さについては、「高齢化」・「老齡化」・「空巢化」・「失能化」・「貧困化」というカテゴリーから語られる。

「高齢化」については、今後の予測として、表2に示されたように、2025年に65歳以上の高齢者人口は、総人口の14%を占めるようになり、2034年に総人口の20%を占めるようになる。高齢化率が14%から20%に達成する所要年数は、日本より3年短縮すると予想されている。

表2 国別の人口高齢化の比較

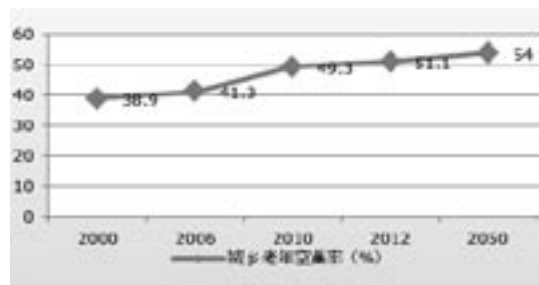
国別	高齢者人口が総人口に占める比率			所要年数	
	7%	14%	20%	7~14%	14~20%
日本	1970(年)	1994(年)	2006(年)	24(年)	12(年)
韓国	2000	2018	2026	18	8
中国	2000	2025	2034	25	9
フランス	1864	1979	2020	115	41
スウェーデン	1887	1972	2012	85	40
イタリア	1927	1988	2007	61	19
イギリス	1929	1976	2021	47	45
ドイツ	1932	1972	2012	40	40
アメリカ	1942	2013	2028	71	15

出所：Health System Transition: Republic of Korea, European Observatory, WHO独立法人国際協力機構（JICA）・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月p.9を参照

「老齡化」に関しては、65歳以上の高齢者人口が急増する中で、80歳以上の後期高齢者の増加が注目に値する。中国国家統計局の統計によれば、2013年末までの80歳以上の高齢者人口は2,300万人になり、100歳以上の高齢者も5万人を超えた。高齢化社会の最前線である上海では、2005年の平

均寿命が80.13歳であったが、2013年には82.47歳にまで上がった。このような後期高齢者の急増は、「老齡化」現象と呼ばれている。

「空巢化」とは、高齢者の独り暮らし又は夫婦だけの世帯ということの意味する。「空巢化」の問題は一人っ子政策の実施と関連している。「中国老齡事業発展報告2013年」²⁾によると、城郷高齢者世帯での「空巢率」は、2013年に50%を超え、2050年頃の「空巢率」は54%にとどまり、それ以降は大幅に上昇しないであろうと予測されている。（図1を参照）



出所：呉玉韶主編『中国老齡事業発展報告2013-老齡藍皮书』社会科学文献出版社2013年2月

図1 城郷高齢者世帯における「空巢率」

「空巢化」の問題は、1990年代初頭に都市部から現れ始めたが、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、①高齢者に自立できる経済力がついたことで、なるべく子どもに負担をかけたくないという意識が芽生えたこと、②世代間の価値観の違いから3世帯居住が難しいこと、③子どもが都会・海外に出稼ぎに出たこと、④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。

第4の「失能化」とは、自立生活困難や要介護・要支援の高齢者が増加することである。要介護・要支援の高齢者人口に関して、中国老齡科研センターが実施した「中国城郷老年人人口情況追踪調

査」では、2010年末時点で60歳以上の「失能老人」（自立生活能力喪失者）は約1,213万人、そのうち、都市部は438万人で、36.1%を占め、農村部775万人では63.9%を占めるようになった。「半失能老人」（自立生活能力一部喪失者）は約2,818万人おり、都市部では971万人、34.3%を占め、農村部では1,847万人で、65.5%を占めるようになった。両者を合計すると、介護が必要な高齢者は約4,031万人に上った。また、北京大学の研究チームが行った「健康・高齢者介護追跡調査」に示された2011年の要介護・要支援の高齢者人口は、4,200万人に達しており、そのうち「失能老人」が3,100万人、「半失能老人」が1,100万人に上った。二つの調査の結果には、大きな食い違いがなく、いずれも要介護人口の増加が明確にみとれる。高齢者の生活自立度を評価する際、依拠している基準は、リハビリテーションや介護の世界で一般的に使われているADL・IADL生活機能の評価システムを用いている。

そして、高齢者の「貧困化」の現象が顕著となっている。高齢者世帯の平均所得金額の構成割合をみると、稼働所得20%、公的年金24%、財産所得0%、最低生活保障手当5%、子ども等からの仕送り49%、その他2%となっている。³⁾ 日本高齢者世帯の平均所得金額の構成割合では、稼働所得17.4%、公的年金・恩給67.5%、財産所得8.9%、年金以外の社会保障給付金0.8%、仕送り・その他の所得5.4%となっている。⁴⁾ 比較すると、中国高齢者の公的年金の割合はきわめて低く、子どもなどの仕送りがきわめて高いことが注目に値する。2009年以後、新型農村養老保険制度が農村部で普及したが、年金給付額が低く、経済的な自立がなかなか難しいことが問題となっている。年金制度の不備によって、貧困に陥るリスクが高いと考えられる。

2014年4月まで最低生活保障を受けた60歳以上の高齢者は、2,386万人に上り、そのうち農村部

2,065万人、都市部321万人となっている。最低生活保障の受給者全体の16.23%を占めている。

3. 介護福祉の基盤整備について

(1) 財政支援の状況

“養老事業発展第11次五ヵ年計画（2006～2010年）”の実施後、各地方政府は、介護福祉の基盤整備の基金造成について特別な補助金予算を新設すると共に、安定的な資金確保に努力してきた。財政支援の仕組みは、中国の言い方によれば“補牆頭”・“補床頭”・“補人頭”の三つにまとめられる。

“補牆頭”とは、新設する介護施設に対する建設用地の提供や定期借地権利用の許可および一時金の補助・融資などのことである。各地方政府は営利および非営利民間事業者の施設の建設に対して、建設一時金、運営補助金および建設用地の提供や税金、光熱費など関連費用の優遇対策を支援している。例えば、内陸地域の安徽省は、2013年に147カ所の民営施設の新規建設や老朽建替整備に2,200万元の補助を出した。浙江省、蘇州省、北京市、上海市など、公営施設や民営施設に関わらず、すべての介護福祉施設の水道、電力、ガスの利用料について、住民生活用価額で優遇制度の適用を開始した。

“補床頭”とは、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いう。現在、各地方政府はこの補助制度を導入した。表3は、新設介護ベッドに対する地方財政補助の状況である。下記データの通り、財政補助が最も手厚くなったのは北京である。北京では2008年から“補床頭”政策を実施し始め、1ベッドに対して8,000元の補助金を提供し、2013年頃には補助金をさらに引き上げた。上海では、2011年に“補床頭”政策を始め、1ベッドに対して一律10,000元を補助している。財政が潤沢な北京、上海および沿海地域に比べて、内陸地域の湖北省、山西省、黒龍省、雲南省など

では、財政補助が少なく、介護資源分配の格差問題が浮き彫りになっている。

表3 新設介護ベッドに対する地方財政補助の状況

地名	新設介護ベッドの財政補助(元/床)	地名	新設介護ベッドの財政補助(元/床)
北京	20000~25000(2013年)	湖北省	500~1000(2012年)
天津	10000(2012年)	湖南省	3000(2011年)
河北省	3000(秦皇島2010年)	広東省	2000~3000(2012年)
山西省	1000(2012年)	広西省	1000~3000(2012年)
モンゴル	5000~9000(2011年)	海南省	2500(2012年)
遼寧省	6000~7000(大連2012年)	重慶市	2000~4000(2012年)
吉林省	2000(2011年)	四川省	10000(2011年)
黒龍江省	1000(2011年)	貴州省	—
上海	10000(2011年)	雲南省	1000(2011年)
江蘇省	3000~10000(2012年)	チベット	—
浙江省	1000~6000(2011年)	陝西省	2000~3000(2011年)
安徽省	1200~5000(2012年)	甘粛省	5000(蘭州2012年)
福建省	2500~5000(2012年)	青海	5000(2011年)
江西省	2000(2011年)	寧夏省	5000(2012年)
山東省	2000~5000(2012年)	新疆	1000(2012年)
河南	1500~3000(2011年)		

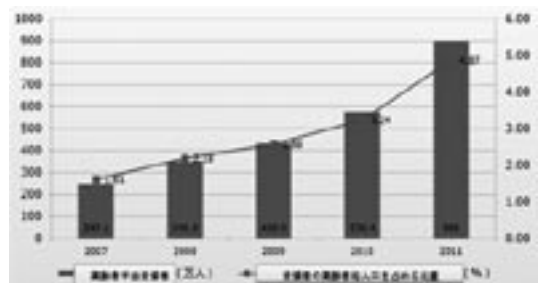
出典：民政部編『2013年民政統計年鑑』中国統計出版社2013年8月

“補人头”とは、要介護高齢者に対する介護給付のことを意味する。

“補人头”に当たる在宅高齢者介護手当の給付制度は、2007年にモデル事業として一部の都市で試行され、2013年3月までには18省市で展開された。介護手当の給付対象は、大まかに二つに分けられる。一つ目は、60歳以上で要介護認定されたまたは低所得層の高齢者であることである。二つ目は、80歳以上で要介護の要件を充たした高齢者である。介護手当給付の財政は、各地方政府の独自財源により賄っている。そのため、給付水準にはばらつきがあり、給付水準が低い地域では毎月50元、高い地域では毎月500元となっており、水準間の不公平が問題となっている。

図2に示されたように、2007年の在宅介護手当の受給者は1.61%を占め、2011年には4.87%にまで上がった。その理由の一つは、給付対象の範囲が介護ニーズのある高齢者に拡大したことにある

と思われる。しかし、全体から見ると、介護手当を受けている高齢者数は少なく、貧困高齢者対策としてのイメージを払拭することができない。しかし、高齢者福祉政策のあり方は、鰥寡孤独という貧困高齢者への救済から介護ニーズのある高齢者の生活支援へ転換しつつあるという姿勢がかいま見られる。



出典：民政部編『2012年民政統計年鑑』中国統計出版社2012年8月

図2 在宅高齢者介護手当の給付状況

次に、上海を事例に、介護手当給付の具体的な仕組みを見ていこう。

上海の場合は、在宅介護手当の受給者の認定基準は、低所得の基準と生活機能障害の基準の二つにある。具体的には、低所得基準の認定は、貧困ラインに満たさない60歳以上の最低生活保障を受けている者、また、貧困ラインの1.5倍以下の60歳以上の高齢者も該当する。生活機能障害の基準による判定は、専門家チームが行う。この判定は、生活自立能力、認知能力、感情コントロール・行動能力、視覚能力という4つの指標から、要介護状態を軽度、中度、重度の三段階に評価する。上海市政府は、認定された要介護者にその認定程度に応じて、軽度300元、中度400元、重度500元の手当を支給する。

60歳以上の高齢者は、低所得基準および生活機能障害の基準を満たせば、介護手当を受けられる。また、80歳以上の高齢者に関しては、低所得の基

準に限らず、主に生活機能障害の基準から判定される。80歳以上で一人暮らし、かつ要介護者に判定され、サービスを希望するという条件をクリアすれば、介護手当を受けられる。しかし、低所得基準を満たせない場合、手当は、政府側が規定した介護手当の50%しか受けられない。また、介護手当は、現金給付ではなく、認定された要介護利用者が政府と連携している老人病院や介護サービスセンターでサービスを利用する形式となっている。2012年には、12万6,000人の高齢者が在宅要介護手当を受けた。要介護認定者の46%を占める。そのうち、80歳以上の高齢者は7万7,000人で、受給者の61%を占めた。⁵⁾

在宅介護手当の財源に関しては、地方財政の補填のほか、医療保険基金の一部から賄っていたケースが多いようだ。上海市では、2011年から試みとして医療保険基金の中に高齢者医療介護の項目を設け、独立計算方式を導入した。地方財政の補填と医療保険基金の支出の具体的な割合負担については、公表されていない。

しかし、介護福祉基盤づくりにおいては、地方財政の負担が重いという問題がたびたび指摘されている。現行の中央財政予算の中では介護の独立予算が設けられておらず、介護福祉に関する中央と地方政府の負担割合も明確にされてない。表4は、高齢者保障に関連する事業の中央と地方の財政支出状況である。支出の中には、養老年金が含まれているため、中央からの支出は、主に年金および高齢者医療補助の財政補填と考えられる。このデータにおいて注目に値するのは、地方政府の負担が過重であることである。例えば、2012年では、総支出8118.5億元のうち、中央財政の支出はわずか355.6万億元であるのに対して、地方財政の支出は7762.9億元となっている。⁶⁾ 財政負担における中央と地方間のギャップは、今後の大きな課題となる。

また、全体から見れば、高齢者福祉関係の財政

支出は毎年少しずつ増えている。表4で示されたように2011年の支出が2010年より34%増え、2012年の支出が2011年より15%増えた。しかし、GDPを占める割合は、依然として低い。

表4 高齢者介護福祉に関連する事業における中央および地方財政の支出状況 単位億元

年度	中央財政支出	地方財政支出	中央・地方支出合計	年増加率	総財政支出に占める比率	GDPに占める比率
2010	265.55	5001.82	5267.34		5.86%	1.31%
2011	321.09	6740.41	7061.5	34%	6.46%	1.49%
2012	355.6	7762.9	8118.5	15%	6.45%	1.56%

出所：北京師範大学公益学院「確立以養老護理为重点的養老服務体系建設報告書」2014年5月より

(2) 地域ケアネットワークづくり

「中国養老事業発展の第12次五ヵ年計画」において、高齢者の90%が在宅で、7%が小規模、短期入所のコミュニティ介護施設で、3%が介護施設で老後生活を送るという方針を明示した。在宅介護を基本にし、コミュニティ介護を拠点にし、施設介護を補充とする考え方といえる。また、施設介護には、民間資本の投資を奨励し、在宅およびコミュニティ介護については、公共政策の一環として対応するとの考えも示した。2015年までに在宅介護、コミュニティ介護、施設介護の三つの部分が相互に補完し合う介護福祉サービスシステムを構築すると要請した。

「在宅介護」は、住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう生活支援を行うことである。主に生活援助員などを派遣して、軽度な家事援助や精神的なケアに対する援助などを行う。また、補助器具の配置、食事宅配サービス、バリアフリー改造工事、緊急呼び出しと安全援助サービスなどを提供する。

「コミュニティ介護」は、主に日中に介護者がいない家族、または家族が在宅してもケアできない利用者を対象に専門的な介護サービスを提供することである。コミュニティ介護のシステム構築

は、主に、農村部に重点を置き、老人ホームやコミュニティ介護支援センターをベースに、日中介護と短期入所介護を提供するものである。「養老事業第十二次五ヶ年計画」の方針によると、今後5年間で、コミュニティ介護福祉サービスセンターおよび小規模な介護福祉ステーションを農村地域の郷・鎮レベルでは80%以上、村レベルでは50%以上カバーするという具体的な数値目標が掲げられた。

「施設介護」は、主に入所した寝たきりおよび認知症高齢者向けに介護サービスを提供することである。特に、介護医療型の施設の建設が重要視されている。しかし、介護施設のもう一つの役割は、介護施設のノウハウを活かし、コミュニティ介護サービスとの連携を図りながら、より高度な介護サービスを居宅の要介護者に提供することである。また、介護施設は、コミュニティ医療機関との連携によって高齢者に対して保健・医療・在宅ケア・リハビリテーションなどの介護を含む包括ケアシステムの構築を目指すという中軸的な役割を付け加えた。

一方、高齢化が急速に進むなか、在宅のまま介護サービスを受けられるデイサービスに対するニーズが高まっている。このニーズの高まりの背景には、入所施設を利用する場合、費用がほぼ実費となっているため、経済負担能力のない要介護高齢者にとって手の届かないものとなっていることが挙げられる。つまり、コストの低い居宅サービスが求められているのである。

コミュニティサービス供給施設の状況について、2012年の統計によれば、全国のコミュニティサービス施設の総数は、104,237カ所、農村部では38,213カ所、都市部では66,024カ所となっている。そのうち、高齢者福祉サービスを提供する施設は14,938カ所で、コミュニティサービス施設全体の14.3%を占める。⁷⁾ また、コミュニティ医療サービスセンターは33,562カ所であり、都市部人

口の72%をカバーしている。⁸⁾ 現在、コミュニティレベルでの医療・介護の連携のあり方を模索している段階である。

コミュニティ介護の中核となる短期入所・通所介護ベッドの建設状況は、表5から推進の経緯を覗える。胡錦濤政権は、在宅高齢者が利用しやすいコミュニティを拠点とした短期入所・通所介護システムの整備を国家戦略の一環として取り組んでいったが、習近平新政権もこの基本路線を踏襲している。

表5 短期入所・通所介護ベッド数の増加推移

2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
1.6万床	4.5万床	4.7万床	9.1万床	14.7万床	36.5万床

出所：民政部「社会服務統計公報」2008年～2013年より

表5に示されたように2008年以後、居宅サービスの短期入所・通所介護ベッド数の増加が著しい。特に、2011年にスタートした「養老事業発展第12次5ヶ年計画（2011年～2015年）」においては、地域ケアモデルが確立され、短期入所介護病床やショートステイの建設も一層拍車がかかった。第12次5ヶ年計画実施前の2010年には、短期入所介護病床4.7万床に対して、2012年には14.7万床に、2013年に36.5万床に急増した。

また、地方政府に介護システム構築計画の作成を義務づけるとともに、計画の策定に当たって地方政府は介護福祉ニーズを十分に把握し、このニーズに基づいた高齢者のための介護福祉サービスの量的な目標を定めることとなっている。

上述したように、介護福祉基盤整備における国・地方政府の一定の責任などが果たされたが、地域ケアサービス供給の責任はコミュニティや家族に押しつけられた。

4. 介護福祉の産業化・市場化

2015年までに中国の高齢者介護サービスの市場

規模は4500億元を超え、介護福祉サービス分野で500万人の雇用が創出できると中国の経済界によって推計されている。習近平新政権は医療・福祉関連分野を新規成長分野として旗振りし、介護ビジネスの創設を積極的に押し進める姿勢を明らかにした。

以上のように、政府の基本方針は、介護福祉の基盤整備に関して政府が一定の責任を果たすが、介護福祉サービス供給に関しては、市場メカニズムによって調整することだった。こうした政策誘導の下で、全国各地域において民営老人ホームの建設はラッシュとなり、乱立な状況が続いている。しかし、民営介護施設の利用料の設定が高く、高齢者の平均所得および消費水準にズレがあるため、空室が目立ち、介護ベッドの稼働率は全体から見ると、4割にとどまっている。民営介護施設では、稼働ベッドに対して補助金が入るが、稼働しない場合は補助されないため、経営に苦しんでいる民設民営介護施設が多い。他方、公設公営介護施設の場合は、人件費、設備費などは地方財政から賄うことが原則となっており、経営の圧迫はあまりない。そして介護利用料の設定が低く、信頼度も高いことから多くの入所希望者が待機している状況である。

青島市の調査データから見ると、公営介護施設の場合は、入所者の毎月の利用料が、食事代を含む1,300元～1,600元となっている。しかし、公営介護施設と同等な設備を持つ民営介護施設の毎月の利用料は、1,900元～2,600元に設定されている。より条件の良い民営介護施設の利用料は、4,000元台に設定されている。⁹⁾ 公営施設と民営施設の競争は、絶えず不平等な環境に置かれているため、両者の間での溝が広がるのが懸念される。そして、2012年に青島市の平均年金額は、月2,268元となっていることに対して、民営介護施設の料金設定は、高齢者の負担能力をはるかに超えている。

この新たに生み出された介護サービスの市場に

おいて、地域格差や高齢者権利擁護及び公平な競争環境整備など、その課題は山積みである。

以上のように、中国養老事業発展計画が実施される以前に高齢者の施策は、身寄りのない貧困高齢者の生活保護が中心であった。少子高齢化の加速によって高齢者を取り巻く環境が変化したことを受けて、高齢者の生活の安定や要介護高齢者の介護支援などを視野に入れる形で、養老事業発展計画が定期的に策定された。2011年にスタートされた「養老事業第12次五カ年計画」では、従来の貧困高齢者対策にとどまらず、新中産階級の満足度向上に深く関連する医療・福祉・介護サービスの整備と拡充が、重要な政策課題として取り上げられた。しかし、中国政府は介護サービスにおける財政の拡大を警戒し、個人と家族の自助努力と地域社会の連帯を基礎とした在宅介護政策を積極的に推進している。一方、介護サービス供給の市場化へも踏みこんだ。こうした「中国流」の介護福祉路線は、今後も続いていくだろうと思われる。

注

- 1) 民政部「社会服務發展統計公報」2006年度～2013年度より
- 2) 中国老齡科学研究センター「中国老齡事業發展報告2013年」より
- 3) 全国老齡工作委員会弁公室「2006年中国高齢者人口状況調査」、「2010年中国高齢者人口状況の追跡調査」より
- 4) 厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成23年)より
- 5) 独立法人国際協力機構(JICA)・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月pp.127～129を参照
- 6) 北京師範大学公益学院「確立以養老護理為重点的養老服務体系建設報告書」2014年5月p.12
- 7) 中国統計局「中国民政統計年鑑2013年」中国統計出版社2013年pp.518-547より
- 8) 衛生部2012年度「衛生和計画生育事業發展統計公報」より
- 9) いずれも2013年の利用料金。独立法人国際協力機構(JICA)・中国社会科学院社会研究所「高齢化問題に関する情報収集・確認調査最終報告書」2014年6月pp.127～129を参照pp.152～156

参考文献

楊燕綏 編『中国老齡社会与養老保障發展報告』清華
大学出版社2014年
北京師範大学公益学院「確立以養老護理為重点的養老
服務体系建設報告書」2014年5月
中国老齡工作委员会編 [2009]『全国養老服務政策文献
匯編』華齡出版社

郭平 陳剛編『2006年中国城鄉老年人口狀況追蹤調查數
据分析』2009年 中国社会出版
吳玉韶 等編『中国城鄉老年人口狀況追蹤調查数据
分析2010』2014年 中国社会出版

(Jie Shen 日本女子大学教授)

「市場」から「政府」へ —中国における「全民医療保障」政策の成果と課題—

李 蓮花

■ 要約

医療保障の普遍化するなか「全民医療保障」の実現は、胡錦涛政権期（2002-2012年）の社会保障改革の目玉と言える。農村の医療保障システムの再建から始まった医療改革は、SARSの衝撃や医療の不平等に対する国内外の批判を背景に「全民医療保障」へと深化し、さらに医療制度全体の見直しにつながった。改革開放以後急速に進んだ医療の市場化、国家責任の後退という傾向に歯止めがかけられ、政府の医療支出も大幅に増加された。制度創設という意味において今回の医療保障改革は画期的なものであったが、一方で、公立病院など提供側の改革はほとんど進まなかったため、医療費が高騰し、患者負担の軽減効果も限定的であった。本稿は、「全民医療保障」をキーワードとする2000年代の医療保障改革の背景と経緯、その過程で起きた論争を整理したうえで、具体的なデータを通じて今回の医療改革の効果および残された問題を考察し、2020年の基本的な医療保障の実現に向けた政策の方向性を展望する。

■ キーワード

中国、皆保険、市場化、医療格差、政府補助

I 研究の背景と目的

多くの国において医療保障は社会保障のなかで最も早く制度の整備が進みがちな分野である。それは医療が他の社会的リスクとは異なる特質を持っているからであろう。まず、病気は男女老若問わず誰でもかかりうるという意味でより「普遍的」なリスクと言える。また、検査や手術に代表される西洋医学の普及にともない、病気の治療には多額の費用がかかるようになり、その費用は短期間に家計を破綻させる破壊力を持っている。高齢や失業などに比べ、医療は親族など近代化の初期に残存する伝統的共同体だけでは対応が困難なリスクである。さらに、途上国でいち早く医療保障の整備が進む理由として、それが「健康」という

人的資源のなかの最も基本的な要素と直接かわり、開発主義とも親和的である面も無視できない。

中国も例外ではない。「和谐社会」（調和のとれた社会）の建設を国政スローガンに掲げた胡錦涛政権の社会保障政策のなかで、医療保障は最も早く着手されかつ最も大きな成果を挙げた分野である。すべての国民をカバーする医療保障システムの構築（「全民医療保障」）は社会保障の最重要課題として位置づけられ、様々な制度の創設とともに多くの財源が投入された。その背景には医療における甚だしい不平等と非効率、そして国内外からの強い批判があった。改革開放以来の「国家の後退」傾向が見直され、医療保障における政府責任の強化へと政策が転換した。その結果、2002年と2012年を比較した場合、公的医療保障制度の適用人口は3割未満から95%に増え、総医療費に占

める公的セクターの割合も42.3%から60.4%まで上昇した（後掲の図2を参照）。特に、市場化のなかで衰退の一途を辿っていた農村の医療に大きな改善が見られ、医療保障の欠如によって強く抑制されていた医療ニーズの部分的解放が見られた。一方、制度のカバレッジの急激な拡大の陰で提供側の改革が遅れたため、患者側の実質的負担はあまり軽減されず、逆に医療費全体の膨張を招いてしまった。

本稿では、2000年代の社会保障改革の「目玉」ともいえる医療保障改革に焦点を絞り、改革の背景と経緯を整理したうえで、その効果および残された課題について考察する。その際に、次の3つの問題を中心に議論を展開する：(a) なぜ、2000年代の前半に医療保障政策の方向転換が起きたのか；(b) 地域間、階層間、都市と農村間の格差が大きい中国において、医療保障の普遍化のためにどのような方法が採られたのか；(c) 医療におけるアクセスの問題や重い患者負担は緩和されたのか。

以下、第Ⅱ節では2000年代の医療改革の背景となる90年代までの状況を振り返り、医療問題がいかに緊迫していたかを確認する。第Ⅲ節では2000年代の医療改革のプロセスを、3つの段階に分けて考察する。そして第Ⅳ節では、「量的拡大型」医療保障改革の効果および問題点を考察したうえで、国際比較の視点から中国を医療保障改革の性格を分析する。最後に、中国の医療保障政策が依然として予断を許さない状況にあること、将来が不透明であることを指摘する。

Ⅱ 医療の市場化とその代価

2000年代の医療保障改革がいかなる性格のものかを理解するために、まず、1970年代末から2000年代初めまでの20数年間に起きた劇的な変化を押さえておく必要がある。それは一言で言えば、毛澤東時代のきわめて平等主義、計画主義的な医療

システムの全面的な市場化と、それにとまなう甚だしい医療格差の拡大であった（飯島・澤田2010）。

1. 医療の「市場化」：医療保障および提供システムの激変

改革開放以前の中国の医療保障システムの特徴は、「計画医療」、「二元性」、および「農村重視」にまとめることができる。まず、「計画医療」とは、医療保障および提供システムが国の計画経済システムのなかに深く組み込まれ、基本的には政府の計画と指令によって運営されるということである。医療サービスや薬の値段だけでなく医師や看護師の給料もすべて政府によって決められ、病院の支出は政府の予算によって賄われていた。次に、「二元性」は都市と農村の分断を意味する。戸籍によって都市住民と農村住民を厳格に区分したうえで、基本的な生活必需品の配分や医療や年金など公的保障を都市住民に限定したのである。医療保障制度に関しては、都市の公務員・準公務員には「公費医療制度」、企業の労働者には「労働保険制度」を作り、無料で近い医療保障を提供した。一方、農村には「合作医療制度」という互助の制度が1960年代半ば以降全国に普及されたが、それはあくまでも農村住民の助け合いであって公的な保障制度ではなかった。そして、毛澤東時代の医療システムも最たる特徴は農村の重視であった。毛澤東は、近代的な機械や細分化された専門領域を特徴とする欧米型の医療システムは当時の中国民衆の医療ニーズに合わないと考え、「送医下郷」、すなわち医療スタッフと薬を農村に送りこむ社会運動を提唱した（胡2011）。そこで生まれたのが、「裸足の医者」¹⁾、県・郷・村による三級予防保健システム、および合作医療制度という「3種の神器」である。これらは医療の専門性や質においてはきわめて不十分なものであったが、貧困な農村地域に最低限の保健医療を提供し、伝染病の撲滅や母子保健などにおいて絶大な効果を上げた。

特に合作医療制度は、「総医療費のおよそ20%で総人口の80%を占める農村住民の基本医療問題を解決し、世界保健史上における『中国奇跡』を作った」のである(胡2011:163)。

改革開放にともなう市場メカニズムの導入・拡大は、上の3つの特徴のうち「計画医療」と「農村重視」を大きく変えた。まず農業の個人経営化によって集団農業を制度基盤としていた合作医療が瞬く間に崩壊し、農民は再び病気と医療に対し完全に無防備な状態となった。農村ほどラディカルではなかったものの、都市の医療保障制度も80年代以降縮小しつづけた。私営企業や外資系企業など非国有セクターが増えるなか、従業員の年金、医療から学校、病院までを丸抱えていた国有企業の経営業績がますます悪化し、それらの福祉機能を社会化する試みが80年代後半から各地で行われた。医療保障分野では、90年代前半の「両江モデル」などの実験を経て、1998年末には「都市労働者基本医療保険」が導入され、市場経済に対応した医療保障制度が都市で確立した²⁾。新しい労働者医療保険では保険料の個人負担(賃金の約2%)が導入されると同時に「個人口座」も新設され、個人が拠出した保険料はすべて自分の口座に入る仕組みを採用した。また、社会基金からの給付には下限(「起付線」)と上限(「封顶線」)が設けられた。90年代の改革は基本的に都市部の公的医療保障システムの再編であって、人口の大半を占める農民や正規労働者以外の人々とは無関係であった。また、改革後も総医療費に占める公的セクターの比重が低下しつづけたことから、医療政策の転換とは言いがたい(李2004)。

こうした医療保障制度の縮小または崩壊に並行して、医療の提供サイドへの市場メカニズム導入も急激に進んだ。「放権譲利」(自主権を拡大し、利益を譲る)、「請負経営」など企業改革の論理がそのまま病院経営にも拡大されたのである。80年代半ばから公立病院に対する政府予算が削減さ

れる代わりに、薬剤に一定のマージンを上乘せしたり、新しい検査項目を導入したりすることが認められるようになった(張2014)。1992年からは、建物の建築など初期投資以外は基本的に病院自らの収入で賄うことが求められ、経営責任と営利主義が病院の隅々まで浸透するようになった。しかし、診断、処方、手術など基本的な医療サービスや主要薬品の報酬・価格は政府によって低く統制されていたため、規制外の新しい薬や機械を争って購入し、これらの「過剰処方」「過剰検査」を通じて収益を確保する病院の収入構造が形成・拡大された。

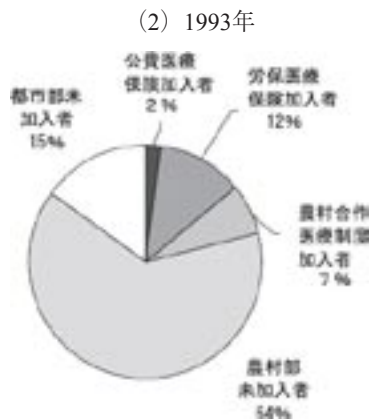
2. 市場化の影響

このような医療の市場化がどのような結果をもたらしたかをいくつかの図を通じて確認しておこう。

図1は、1981年と1993年の医療保障加入状況を比較したものである。1981年は農村の生産請負改革が急速に全国に広がる最中で、すでに3割弱の制度未加入者が発生したが、それでも全人口の約7割は何らの保障制度によってカバーされていた。しかし、1993年になると農村合作医療制度の加入者は7%に激減し、都市の未加入者も15%に増えた。都市と農村を合わせて全人口のおよそ8割が無保険者になったのである。このような状況は2000年代初めごろまで続いた。

(1) 1981年

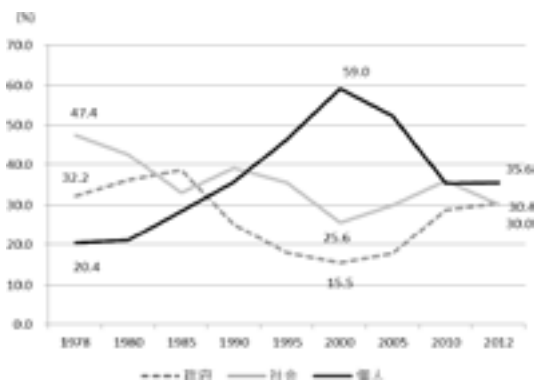




出所：李（2003）より。

図1 医療保障制度の未加入者の増加

次に、図2は改革開放以降の総医療費（中国語では「衛生総費用」）の財源別の割合を示したものである。1978年は政府32.2%、社会47.4%と両者合わせて79.6%を占めていたが、2000年には政府が15.5%、社会も25.6%まで低下した。両者とも90年代の低下が著しい。一方、個人支出の割合は1980年から2000年までうなぎ上りに増え、当初約2割であった個人の割合が2000年には6割近くまで増えた。重要なのは、このような医療保障の個人化が、医療費が経済成長率を上回るスピードで増えるなかで行われた、ということである。その結果、経済が高成長を続けるなか、病気による貧困化が、とりわけ農村においては貧困の最大の原因となった。

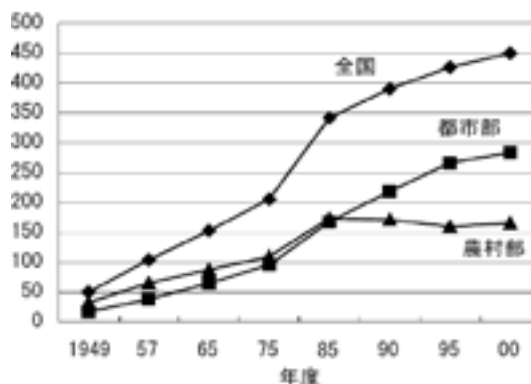


データ出所：『中国統計年鑑2013年』より。

図2 中国の総医療支出の財源構成

さらに、医療の市場化は都市と農村の医療格差を大きく拡大させ、農村の医療システムを荒廃させた。市場メカニズムのもとで資金と人的資源は絶えず都市へ、さらに大都市へと集中し、農村の医療機関は資金と設備、人材の慢性的不足に喘ぐようになった。図3は、医療従事者の人数の推移であるが、1980年代前半までは農村が都市を上回っていたが、1985年前後を境に両者が逆転し、それ以降両者のギャップがますます拡大したことが観察される。これにより、都市住民と農村住民の間で利用可能な医療資源と医療費に大きな格差が生じただけでなく、地域医療の荒廃で患者が必要以上に大病院に集中し、「看病難、看病費」（診察を受けにくい、医療費が高い）という問題が激化した。

(万人)



出所：李（2003）より。

図3 都市と農村における医療従事者の人数

2000年にはWHOによる医療財源の調達と分配の公平性に関する評価で191ヶ国中188位、マクロ的効率性に関しても144位にランクされるほど、市場化の代価は大きかった。

III 2000年代の医療保障改革： 「全民医保」と「新医改」

上述した市場化は医療分野だけの傾向ではな

く、教育や住宅といったそれまで計画経済システムのもとで低価格で配分されていた公共サービスでも同じようなことが起きた。その背後の大きな構造的変化として「体制移行」（計画経済から市場経済への転換）があり、困難な移行を遂行するために強い市場イデオロギーが動員されたことも指摘しておく必要がある。さらに、国際的な文脈においては、「ワシントン・コンセンサス」に代表される新自由主義イデオロギーの世界的流行も無視できない。国有企業改革を核心とする意味での改革＝体制移行は、2001年のWTO加盟を以ってほぼ完了した。2002～03年には江澤民・朱鎔基体制から胡錦濤・温家宝体制へと建国以来初めての平和的な政権移行が行われ、「ポスト改革期」が始まった（田多・李2014）。医療保障を含む社会保障改革も、1990年代までの「国有企業改革への補助的改革」（鄭2007）という性格が急速に薄れ、新しい使命が付与された。

1. 2002-2006年：農村医療保障システムの再建

「ポスト改革期」の医療保障における最大の課題は、ますます高騰する医療費と工業化にともなう健康リスクの悪化に完全無防備に晒されている大量の無保険者、特に農民の医療保障の問題であった。農村は、改革初期には個人経営化による生産力の向上で改革を牽引していたが、90年代以降農業の生産性の伸び悩みと公共サービスの荒廃にともなう各種負担の増加⁴⁾によって、都市との格差が再び広がるようになっていた。農民の生活を苦しめる最大のリスクが医療であったことは既述のとおりである。1997年の「衛生改革と発展に関する決定」（国務院）では、農村の医療保障について、「できるだけ2000年までに多数の農村地域で各種形式の合作医療制度を構築し、漸次的に社会化の程度を上げる。…条件のある地方では社会医療保険に過渡する」（傍点一筆者）と言及した（劉2011：52）。これは、農村の医療保障は合

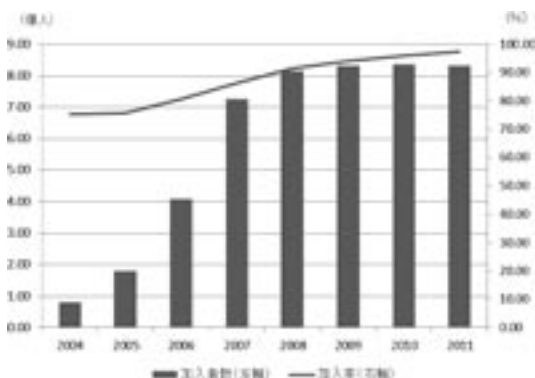
作医療の形を維持するが、それが具体的にどのようなもので、政府はどのような役割を果たすかは全く明記されておらず、基本的には地方の自主性に任せる、ということと理解できる。実際、90年代に実験的に行われ挫折した農村の社会養老保険（年金）と同じく、地方政府の自主性と農民の任意加入に任せる政策はほとんど実質的な成果を挙げることができなかった。

世紀転換期には「三農問題」（農村の荒廃、農業の低生産性、農民の貧困）への関心と医療への不満がますます高まり、胡錦濤新政権が直面しなければならない最大の社会問題となった。2002年10月、共産党中央と国務院は連名で「農村衛生工作に関する決定」を発表し、重大疾病の保障を主な目的とする「新型農村合作医療制度」（以下、新農合と略す）を全面的に構築することを決めた。それに基づき、翌年の2003年1月に国務院から「新型農村合作医療制度の構築に関する意見」が発表され、新制度の目標、基本原則、組織管理体系、財源調達基準、基金管理、医療サービス管理など制度の細部設計が明らかになった。主なポイントは、（社会保障や民政部門ではなく）衛生部門を監督省庁にしたこと、農村個人と集団からの拠出以外に政府の財政補助を導入すること、農民は世帯を単位に任意加入すること、県単位で基金を運営することである。同文書は、2010年までに全国で大多数（80%以上）の農民をカバーすることを目標に掲げ、そのために、2003年から各省（日本の県に当たる）から2～3の県をパイロット事業の実施地として選び、実験的に制度を実施することを決めた（陳・張2013）。

中国および世界を恐怖に陥れたSARS（重症急性呼吸器症候群）が大流行したのはちょうどその矢先、2003年春であった。この非常事態により新農合パイロット事業は数か月遅れてしまったが、その半面、成長第一主義・市場主義のもとで医療システム、とりわけ伝染病の予防体制や農村

の公衆衛生システムが如何に荒廃し、機能不全に陥っているかを白日の下に晒したという意味で、SARSは医療改革の促進剤となったと言える。

SARSが一段落したあと、2003年7月から2004年にかけて全国で333の県が実験地域として選ばれ、新農合の全面普及に向けた試行が始まった。2005年には試行地域と対象者数がさらに678の県、2.36億人に広がり、管理組織、農民の拠出方法、給付範囲、監督体制などにおいて様々な経験が生まれた。2006年には新農合の実施状況に対する中間評価が、北京大学や社会科学院、農業部などの専門家からなるチームによって実施された。このような試行段階を経て、2006年から新農合は全面普及の段階に突入した。2008年までのわずか3年のあいだに、制度の加入者数は2億弱から8億を越え、制度実施地域における加入率も当初の75.2%から91.5%へと向上した(図4)。

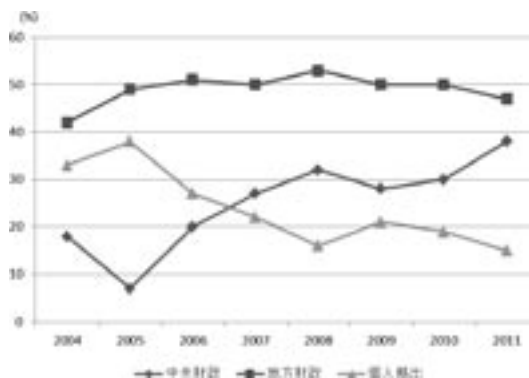


データ出所：陳・張(2013:59)より。

図4 新型農村合作医療制度の加入者数と実施地域の加入率

新農合の驚異的な普及を可能にしたのは、2006年以降の政府の財政補助の強化、特に中央政府による補助の拡大である。図5を見れば、全体の財源に占める地方財政の比率は5割と比較的安定しているのに対し、中央財政の比率は当初の2割以下から3割前後に増え、それに応じて農民の個人拠出の割合が4割近くから2割以下へ低下した。さらに、地域別の中央財政の割合では(経済発展水

準の高い)東部が10%以下であるのに対し、中西部の場合は約4割となっている(陳・張2013:65-66)。つまり、財政力の弱い中西部に傾斜的に補助することで、トップダウン式に制度を拡大させたのである。



出所：陳・張(2013:62)より。

図5 新農合の財源構成の推移(2004-2011年)

新農合の全面普及の効果と問題点については次節で検討することにし、ここでは旧合作医療制度との違いを強調しておきたい。まず、従来の制度がその本質において農業の集団化を基盤とした農民の助け合いであったのに対し、新農合は政府の責任(実施、管理、財政など)を前面に出した公的な制度である。第二に、旧制度が病気の治療や医療費の負担よりも保健教育や予防接種、家族計画などに重点をおいたコミュニティ・ヘルス・システム(「社区卫生体制」)であったのに対し(胡2011:160)、新農合は主として医療費負担(特に重大疾病)の軽減を目的とした医療保障システムであった。

2. 2007-2009年：「全民医療保障」体系の構築

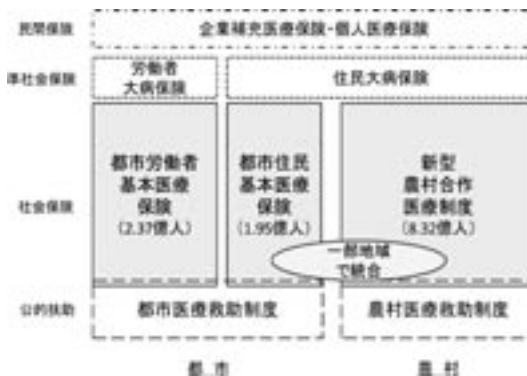
2006年は新農合の飛躍の年であっただけでなく、医療改革全体にとっても転換点となった年であった(李2007)。すなわち、農村住民だけでなく都市の未加入者をもカバーする「全民医療保障」体系の構築が医療改革の全体的な目標として明確

に提起されると同時に、医療サービスの公益性と政府責任の強化が改革の方向として確認されたのである。2002年の新農合の実施決定から始まった医療政策の方向修正が、ここにきて決定的なものとなったと言える。そのきっかけの1つに、2005年に発表された国務院発展研究センターとWHOの研究プロジェクトの報告書による「中国の医療改革は不成功」であり、「医療の商品化、市場化は間違っている」という厳しい批判があった(葛・貢2007)。政府の研究機関による公式な批判は社会的に大きな反響を引き起こし、前例のない大論争を巻き起こした。医療保険未加入者の問題だけでなく、すでに制度に加入している人たちも、大病院の混雑による受診の困難、医療費の非合理的な高さに大きな不満を募らせていたのである。2006年6月には、呉儀副総理をリーダーとし、11の省庁を跨る省庁横断的タスクフォース(「医療改革協調小組」)が発足し、医療システム全体の見直しが始まった。

2008年まで続いたこの医療大論争は、中国社会保障史上前例のないほど利害対立が前面に出た論争であったが(尾崎2008)、少なくとも全国民をカバーする医療保障システムの構築、および政府の財政投入の増加の必要性に関しては大きな分岐がなかったため、論争の最中でも制度の拡大が続けられた。2007年には、第三の基本医療保障制度として「都市住民基本医療保険」が新設され、漸次実施された⁵⁾。この制度も新農合と同じく主な財源は政府の財政補助であったが、都市の生活水準を反映し、保険料と給付水準は新農合より高めに設定された。

これにより、都市労働者基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度を三本柱とし、それに都市と農村の「医療救助制度」(公的扶助)と「大病保険」⁶⁾を補完とする「中国版皆保険システム」の枠組みが出来上がった。企業や個人が自発的に加入する民間医療保険まで付け

加えると、図6のような四つの層からなる多層的な医療保障体系である。その後、2009年から重慶市など一部の地域では都市と農村の住民保険を「住民基本医療保険」(「城郷居民基本医療保険」)に統合し一元的に運営する試みが広がりつつある。



出所：筆者作成

図6 中国の医療保障システム (2011年)

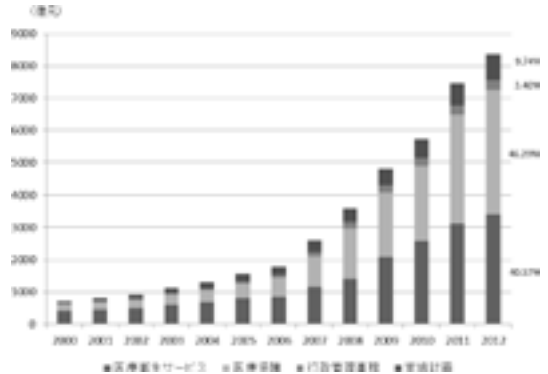
3. 2009-2011年：「新医改」

年金や失業など所得保障と違って、医療においては医療費の保障制度だけではなく、医療提供体制のあり方も重要な意味を持つ。上では「看病難・看病貴」問題の原因の1つに病院の営利志向や過剰処方・過剰検査の日常化を挙げたが、この問題を如何に解決するかが2000年代半ばの医療大論争の核心であった。中国における基幹的な医療機関は都市の公立病院である。公立病院の収入に占める財政補助の割合は現在10%以下であるが、所有権・人事権・監督権は依然として政府が握っており、完全な市場主体ではない。このような現象を顧昕は「偽市場化」と呼び、曖昧な性格こそ公立病院の歪んだ構造の元凶であると指摘した(顧2012)。医療改革をめぐる論争でも、公立病院を再び「再行政化」するのか、それとも政府とは完全に独立した経済主体にするのか、言い換えれば「政府vs. 市場」という古典的な構図が見られた。なお、病院の主な収入源となっていると同時に患者側にとっては大きな不満であった薬剤費の問題

から、薬品流通システムの改革も議論の焦点の一つであった。

およそ3年間続いた論争を経て決定されたのが、2009年4月の「医療衛生体制改革の深化に関する意見」、いわゆる「新医改方案」である。そこでは医療システムを医療保障システム、医療提供システム、薬品供給システム、および公衆衛生システムからなる総合的なものと定義したうえで、それぞれの分野の改革案が提示された。新医療改革の主な原則は、(a) 基本医療制度を公共サービスとしてすべての国民に提供する；(b) 薬の購入・流通に対する政府介入を強化し、「基本薬品目録制度」の新設と統一購入・統一配送を通じて薬価差を削減する；(c) 農村や都市の基層（末端）医療を充実させ、政府の財政支援は基層医療機関に集中させる、などである。「新医改方案」と同時に、2009～11年の重点改革課題として、基本医療保障制度の整備、基本薬品目録制度の導入、基層医療体制の改善、公衆衛生サービスの均等化、公立病院改革の試行の5つの課題が挙げられ、そのために8,500億元（約12兆円）の特別経費が計上された。

図7は、2000年以降の政府の医療支出の推移とその内訳を示したものである。「全民医療保障」の目標が明確になった2006年以降、政府の医療支出が大きく増えていることが観察される。政府の財政支出に占める医療支出の割合は、2002年に4.12%まで低下していたが、2012年には6.65%まで増えた。また、その内訳を見ると、2000年には提供側への支出（医療衛生サービス）が57.69%で、医療保障は29.74%であったが、2012年には前者が40.57%、後者が46.29%を占めるようになった。医療保障制度の普及とともに、需要側への支出（医療保険・医療救助制度への政府補助）が医療支出の主な形となりつつあることを示す。



データ出所：『中国衛生統計年鑑2013年』より。

図7 中国における政府の医療支出の推移

IV 考察と分析

以上、2000年代、とりわけ胡錦濤政権期で大々的に行われた医療保障改革の背景と経緯を考察した。それでは、これらの改革は実際どのような効果があったのか。患者負担の軽減や医療格差の縮小は実現されたのか。本節では現時点で入手できるデータに基づいてこれらの疑問を検証するとともに、国際比較を通して中国の医療保障システムの特徴と今後の課題を確認する。

1. 「全民医療保障」の成果

必要な医療サービスへのアクセシビリティの保障は医療保障における最も核心的な問題である。アクセシビリティには地理的な意味でのアクセス（身近いところに利用可能な医療機関が存在するかどうか）と、経済的な意味でのアクセス（必要な医療費を支払うことができるかどうか）という2つの側面が含まれる。経済的保障に関しては、社会保険方式を採用する国では制度のカバレッジが重要な意味を持つ。その意味で、「全民医療保障」体系の構築、具体的にはそれまで公的保障から排除されていた農民や都市無業者、非生産年齢人口への制度適用が重大な意味を持つことは言うまでもない。中国の膨大な人口と都市と農村の格差を

考えると、「全民医保」の達成はまさに画期的なことであり、前世紀の農村合作医療制度と同じく国際的にも重要な含意を持っている。

今回の医療保障改革のもう1つの意義は、改革開放以来、縮小・後退の一途を辿っていた政府の役割と責任を大きく強化したことである。医療を市場に全面的に任せることが如何に深刻な社会問題をもたらすかを、SARSをはじめ多くの事件、統計を通じて政策担当者および国民が痛感し、政策理念のレベルで方向転換が行われたのである。図2の総医療費の財源別構成の変化は、このような政策変化を如実に表している。改革以降増えつづけてきた個人負担の割合が2000年代前半を境に低下しはじめた。特に2000年代後半には低下のスピードがさらに加速し、5年間で20ポイント近くも減少した。代わりに、政府と社会からの支出の割合はU字カーブを見せ、なかでも政府負担の割合は2倍ほど増えたのである⁷⁾。

無保険者に対する公的医療保障制度の適用は、経済的アクセシビリティを部分的に保障することによってそれまで抑制されていた医療ニーズを一部解放させた。図8は、医療保障制度の拡大が如何に医療機関へのアクセスを促進したかを示す。2003年以降、入院・外来とも受診患者数が大きく増えているが、受診抑制が発生しやすい外来の増加ぶりが特に顕著である。新農合実施後の農村の医療サービスの利用実態に関する調査からは、新農合の実施と農村医療機関への財政支援により、郷鎮衛生院など農村医療機関が患者数や病床利用率などにおいて一定の回復を見せていることが報告されている⁸⁾。



データ出所：『2009年社会統計数拠』 (<http://www.stats.gov.cn/tjsj/qtsj/shtjnj/2009/>) より。

図8 医療機関へのアクセスの改善

2. 「量的拡大型」医療改革の限界と問題

繰り返しになるが、2000年代の中国の医療保障改革の重点は、新しい医療保障制度の導入・拡大を通じた無保険者の解消であり、そのために採用されたアプローチが政府財政補助の大量投入である。これにより短期間に公的医療保障のカバレッジを劇的に上げることができた。一方、一部の改革の兆しはあるものの、提供側に対する改革は大きな成果を上げていない。特に、都市部の公立病院の改革はほとんど進んでおらず、改革の方向性も不明確である（李2010；顧2012）。長らくその歪みが指摘されていた病院の収入構造やインセンティブ・メカニズムに本格的にメスを入れないま

ま、保険側に多額の税金が投入されたのである。その結果、投入された財源の大半は、続々登場する新薬や新しい検査項目を通じて、医療機関と薬品・医療機器関連の業界に流れ、患者負担の実質的軽減にはあまりつながらなかった。

このことを総医療費と個人負担医療費の推移から確認してみよう。総医療費は、2006年には9,843億元であったが、2010年にはその2倍以上の1兆9,980億元となり、さらにわずか2年後の2012年には2兆7,847億元まで膨れ上がった。政府と社会セクターからの支出も大幅に増えたが、個人負担の医療費も2006年の4,854億元から2012年には9,564億元と、約2倍増加したのである。調査会社の「零点調査」が2013年10月に行った調査によると、「医療費が高い」と答えた人の割合は95.6%と依然として高く、「とても高い」と答えた人も約半数の46.6%に上った。さらに、87.4%の人が「4年前より高くなった」と答えたのである⁹⁾。総医療費が急激に増えるなかで、個人が支払う医療費の相対的割合は減ったものの、実際の負担感はあまり変わらない、場合によってはむしろ重くなっているのが現状であろう。2000年代の医療改革がいままでも疎外されていた地方や農村に傾斜したため、都市住民の方が農村住民より改革への評価が低い傾向がある。

中国の医療保障制度が抱えているもう1つの問題は、都市と農村、および制度間の大きな格差である。「二元性」は旧制度の特徴の1つであったが、新しい「中国版皆保険」システムの中にも都市と農村の格差は残存しており、同じ地域保険でも都市と農村には別々の制度が作られたのである。表1は、2008年の時点で入院医療費の給付率が都市労働者、都市住民、新農合の順に低くなっていることを示す。特に新農合の給付水準は当時3割以下しかなく、1回の入院でかかる医療費の負担が年収の半分以上を超えてしまう。新農合の財源調達規模は近年目覚ましいスピードで大きくなっている

が、それでも給付率が半分に満たないところが多い。

表1 制度別給付率の格差（入院医療費、2008年）

制度区分	一回当たりの入院医療費	給付額	患者負担	給付率	一人当たり平均年収	患者負担／一人当たり平均年収
	(元)	(元)	(元)	(%)	(元)	(%)
都市労働者基本医療保険	10783	6988	4067	63.2	12776	31.8
都市住民基本医療保険	6947	3425	3522	49.3	9215	38.2
新型農村合作医療	3417	909	2503	26.6	4473	56.0

データ出所：衛生部統計信息中心（2009）『2008中国衛生服務調査研究：第四次家庭健康訪問調査分析報告』、54-65頁より。

もう1つ、中国の社会保障制度全体の特徴とも言える「セグメント化」（「碎片化」）も医療保障の均等化を妨げる制度的要因である。現在、都市の保険制度は市を単位に、新農合は県を単位にして運営されているが、それぞれの管理当局が保険料だけでなく給付率、患者負担割合、給付範囲などを決める権利を有する。さらに、医療機関の等級によって給付率が異なるなど、制度間・地域間に統一した給付基準がなく、医療保険基金の財政状況によって恣意的に変更可能である。制度のセグメント化により、地域外の医療機関を受診すると給付を全く受けられないか、受けられるとしてもきわめて低い水準になってしまう。特に広範囲にわたって移動する農民工はセグメント化による制度の制約を強く受けてしまう。適用人口の範囲に関しては「皆保険」に近いが、給付の水準や実質的なアクセス保障に関しては十分な保障にはまだ程遠いと言わざるを得ない。

3. 国際比較からみる中国の医療保障改革

最後に、本稿で中国の国内的文脈のなかで時系列で考察した中国の医療保障改革を、国際的な視点から捉え直してみたい。

民間医療保険を中心とするアメリカなど例外を除き、医療の社会化を実現した社会における医療保障システムは、税方式または社会保険方式に大別される。また、必ずしもすべてではないが、前者は公的医療機関、後者は民間医療機関を中心とする医療提供体制とセットになっている場合が多い。後者の典型が日本であり、社会保険方式と民間中心の医療提供体制を組み合わせながら、自由なアクセス、負担と給付における公平、そして相対的に少ない総医療費を実現している。韓国と台湾も、パフォーマンスにおいては若干劣るが、制度的には日本と同じタイプに属する¹⁰⁾。それに対し、イギリスや北欧、南欧などの多くの国は税方式に基づいた公的保健サービスを通じて住民に基本的な医療サービスを提供する。東アジアでも香港やシンガポールでは、一次医療は開業医や民間病院が多いが、二次医療に関しては公立病院が大きな役割を果たしている。既述のとおり、中国の公立病院はその財源や経営責任において「民間」に非常に近く、医療システムとしては日本や韓国、台湾の方式に近づいたと言える(李2011b)。2012年以後医療改革の焦点となっている診療報酬や社会保険の支払制度改革などに関しても、日本や韓国、台湾の経験は中国にとって大いに参考に値するのである。

ところで、社会保険方式を採用する国にとって制度拡大の重大なハードルとなるのが、収入が低い不安定な農民や自営業者への制度拡大である。特に途上国の場合はこうしたインフォーマルな部門の人口の比重が大きく、ハードルがいったい高い。そのため、多くの途上国では被用者には社会保険、農民や零細自営業には税方式の保健サービスという「デュアル・システム」を採用することが多い。タイの「30パーツ制度」を想起すれば容易に想像できるだろう。2000年代初頭、農村医療保障システムを再建する際、保険方式にするか税方式にするかをめぐり議論が分かれた。税方式にした方が少ない財源で平等な医療サービスを

提供できるという主張もあったが、最終的には、保険料が少額ではあるものの、社会保険方式を保留することになった。ただ、財源の8割を財政補助が占めるなど、日本や韓国の地域保険に比べても財政への依存度が高い。こうした制度の性格をどう判断すればいいのか、中国の地域保険が韓国や台湾のように職域保険と統合されるのか、それとも日本と同じく地域保険として残るのか、今後の動向に注目しながらもっと精緻な分析が必要である。

V おわりに

中国の医療保障システムは2000年代に入ってから劇的に変化した。人口のおよそ8割が医療保険の未加入者であった時代は終わり、13億人のほとんどが、何らの公的医療保障制度によってカバーされるようになった。制度間の大きな格差、まだまだ低い保障水準、医療機関の非合理的な収入構造など問題が山積していることは事実だが、それ以前の剥き出しの市場化や他の途上国の医療保障制度などと比較した場合、今回の医療保障改革は、少なくとも制度面においては、大きな進歩として評価できるのではなかろうか。しかし、本文でも指摘したように、今回の改革は医療保障システムの普遍化に集中しており、提供側に対する改革はまだ緒に就いたばかりである。提供側に対する抜本的な改革がなければ、多額の政府補助をともなう医療保障制度の整備は無駄な医療費のさらなる膨張と患者負担の増加に終わってしまう可能性がある。「2020年までに基本医療保障を実現する」という医療改革の目標を達成できるかどうかは、公立病院や医薬業界に対するこれからの改革如何にかかっている。

習近平政権(2013年～)に代わってから、いまのところ医療保障分野では特に目立った進展が見られない。むしろ、今年(2014年)に入ってから公立病院以外の各種社会資本による医療分野への

参入や、民間医療保険の促進への言及が頻度を増している。特に民間医療保険に関しては、補完的保障機能の強化による医療改革への貢献が繰り返し強調されている¹¹⁾。政府負担が急激に増えるなか、政府だけに頼るのではなく、「市場」の力を積極的に発揮させ、「基本的」な医療保障以上の部分は民間保険に任せようとしているように見える。もしそうであれば、医療格差は今後も引き続き残り、公的医療保障は最低限の不十分なものに止まってしまう恐れがあり、この点も注意深く見守る必要がある。

注

- 1) 「裸足の医者」(中国語では「赤脚医生」)は、毛澤東時代に農村の医療スタッフの絶対的不足を補うために短期間の教育によって養成した、簡単な診断と処方、注射などができる農村の非正規医者を指す。多く場合、農民の身分のまま、農業生産にかかわりながら医療や保健活動に従事した。
- 2) 「両江モデル」の詳細や1990年代の医療保障改革については、李(2004)を参照されたい。
- 3) ここでの「社会」には、社会保障のほか企業からの支出や民間保険なども含まれるので、OECDのpublic/privateの区分とは異なる点に注意が必要である。
- 4) 1994年の「分税制」改革(国税と地方税の分離)によって、地方政府とりわけ県以下の地方政府の収入が減り、様々な名目を立てて農民から集金する現象が蔓延した。新農合が強制加入ではなく任意加入となった理由の1つに、こうした政府の資金集めに対する農民の強い不満がある。
- 5) 中国では、計画経済時代から共働きが一般化していたため、労働者保険をはじめ各種社会保険は基本的に個人単位で、被扶養者という仕組みがない。そのため、都市住民保険が導入される前、子どもや無職の人々は無保険者であった。
- 6) 「大病保険」(地域によって名称が異なる)は、基本医療保険の給付上限額以上の医療費負担を軽減するために、基本医療保険とは別途作られた補完的な医療保険である。都市労働者保険に加入している人は強制的に大病保険に加入させられることが多い。都市と農村の住民に関しても、2012年から基本医療保険の上で大病保険を追加することが政策決定された。ただ、住民大病保険の管理運営は民間の保険会社に委託することになり、現在11の保険会社が25の省で大病保険を実施し、3.6億人が加入しているという(<http://news.xinhuanet.com/>

fortune/2014-08/30/c_1112290769.htm)。

- 7) ここでの総医療費(中国語で「衛生総費用」)は必ずしも実際にかかった医療費だけではない。保健医療関連の行政費用や家族計画、公衆衛生、医療機関への補助なども含まれている。したがって、総医療費のなかの個人負担の割合がそのまま実際の患者負担と同じわけでないことを指摘しておく。
- 8) 例えば、久保編(2014)のなかの夏論文も、農村医療機関の再生を報告している(夏2014)。
- 9) 中国官営の通信社「新華社」のニュースサイトより(http://news.xinhuanet.com/youqing/2013-10/29/c_125617427.htm)。
- 10) ただ、医療保険に関しては日本より歴史が浅く、中央政府のトップダウン力も強かったため、皆保険実現と同時にまたは数年後に1つの健康保険制度に統合された。韓国と台湾の医療保険政策の歴史的展開については、李(2011a)で詳しく考察した。
- 11) http://news.xinhuanet.com/fortune/2014-09/03/c_126948229.htmより。

参考文献

<日本語>

- 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
- 王 文亮(2010)「中国『新型農村合作医療制度』の実施効果と課題」『賃金と社会保障』No. 1515, pp. 51-73
- 尾崎春生(2008)「医療改革—政府と市場」関志雄・朱建榮編『中国の経済大論争』勁草書房
- 夏 敬(2014)「大連市新型農村合作医療制度の実証分析」久保英也編『中国における医療保障改革—皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房
- 田多英範・李蓮花(2014)「福祉国家化する経済大国：中国」持田信樹・今井勝人編『ソブリン危機と福祉国家財政』東京大学出版会
- 張 瑩(2014)「中国の医療提供システムの変化と病院経営」久保英也編『中国における医療保障改革—皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房
- 鄭 功成(2007)「中国社会保障制度の変遷と発展」広井良典・沈潔編『中国の社会保障改革と日本』ミネルヴァ書房
- 李 蓮花(2011a)『東アジアにおける後発近代化と社会政策—韓国と台湾の医療保険政策』ミネルヴァ書房
- 李 蓮花(2011b)「社会政策における『東アジア的な道』」社会政策学会『社会政策』3(2), pp. 110-120
- 李 蓮花(2004)「医療保険改革—体制移行からみたその背景、特徴と限界」田多英範編『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社
- 李 蓮花(2003)「中国の医療保険制度改革—経済体制

改革との関連を中心に」アジア経済研究所『アジア経済』44 (4) pp.2-19

<中国語>

- 李 玲 (2007) 「2006年—我国医改の転折点」『中国衛生経済』2007年4月
- 李 玲 (2010) 『健康強国—李玲話医改』北京大学出版会
- 顧 昕 (2008) 『走向全民医保—中国新医改の戦略与戦術』中国労働社会保障出版社
- 顧 昕 (2012) 「医改三年—医保改革突飛猛進 医院改革前途不明」『中国社会保障』2012年第1期
- 鄭 功成編 (2011) 『中国社会保障与改革与發展戰略 (医療保障卷)』人民出版社
- 胡 宜 (2011) 『送医下郷—現代中国的疾病政治』社会科学文献出版社
- 劉 波 (2011) 『中国新型農村合作医療公平性与効率性研究—以遼寧為例』中国社会科学出版社
- 陳 竺・張 茅編 (2013) 『中国新型農村合作医療發展

報告2002-2012年』人民衛生出版社

葛 延風・貢 森 (2007) 『中国医改—問題・根源・出路』中国發展出版社

<英語>

- Duckett, Jane (2013), *The Chinese State's Retreat from Health: Policy and the Politics of Retrenchment*, Routledge
- Qian, Jiwei and Blomqvist, Ake (2014), *Health Policy Reform in China: A Comparative Perspective*, World Scientific Publish
- World Bank (1997), *China 2020, Issues and Options for China: Financing Health Care*, Washington D.C.: World Bank.
- WHO (2010), *The World Health Report: Financing for Universal Coverage*, World Health Organization

(Lianhua Li 静岡大学准教授)

非線形回帰分析による世界各国の貧困の決定要因の解析

田辺 和俊 鈴木 孝弘

■ 要約

近年、国家間の貧富の原因として提案されている「地理説」、「文化説」、「制度説」等の仮説を検証するために、貧困率を目的変数とし、各種指標を説明変数として線形回帰分析を行い、貧困の決定要因を探索する研究が行われている。しかし、既往の研究では解析対象の国や説明変数の範囲が限定的であり、十分な検証がなされていない。本稿では、160カ国の貧困率と36種の説明変数を用い、非線形回帰分析手法の一つのサポートベクターマシンにより解析し、貧困の決定要因を探索する実証研究を試みた。その結果、11種の要因によって160カ国の貧困率を回帰決定係数0.857という高い精度で再現できた。また、11種の決定要因の中では、「制度説」に関連した要因5種の貧困率への寄与がきわめて大きく、国家の貧困には政治・経済制度が最も重要であることを実証した。

■ キーワード

貧困率、決定要因、地理説、文化説、制度説、非線形回帰分析、サポートベクターマシン

I はじめに

2013年4月に発表された世界銀行による最貧困調査の結果では、1日1.25ドル未満で暮らす最貧困層が1981年には途上国の半分であったが、2010年には21%に減少した。しかし、1.25ドルという貧困線は世界の最貧国10~20カ国の平均であり、中所得国や高所得国の基準（1日2ドル）未満で暮らす人の数は途上国では43%もいる。特にサブサハラアフリカ諸国では逆に最貧困層が増加傾向にあり、今も世界の最貧困層の3分の1以上を占めている。貧困を生み出す要因は国々や地域によって様々であり、その国の経済、政治、社会、文化、歴史、地理等の諸要因が複雑に絡み合っている。

国家間の貧富差の原因探求という課題についてはこれまで多くの経済学者の研究があり、「地

理説」「文化説」「無知説」「制度説」等、幾つかの仮説が提案されている。「地理説」は国の地理、環境、資源等の条件が貧困原因になっているとする。これにはMontesquieu (1748)の気候要因仮説、Diamond (1997)の熱帯・温帯と農業との関連仮説、Sachs (2005)の熱帯病要因仮説が含まれる。「文化説」は貧困の原因をその国の文化、宗教、倫理、価値観によるとするものであり、Max Weber (1904)の宗教仮説が含まれる。「無知説」は貧困国の貧困原因を支配者の無知・偏見によるとする。現在、国際機関による貧困国への援助が失敗している原因がこの説に基づいているためとされている (Acemoglu and Robinson 2012)。「制度説」は、豊かな国では自由な経済と整備された法律・政治の制度が経済発展をもたらすが、貧困国は専制政治体制や収奪的経済が貧困を生み出すとする (Burnside and Dollar 2000; Easterly, Levine

and Roodman 2003, 2004; Chen and Ravallion 2004; Acemoglu and Robinson 2012)。政府主導の開発投資、産業およびインフラ政策の推進が経済的発展をもたらしたとするAllen (2011) のBig Pushもこの仮説に含まれる。しかし、これらの仮説で提出されている貧富要因以外に多数の要因が関係するとの研究がある (Sachs 2005; Allen 2011)。

そこで、これら既往の仮説を検証し、貧富の要因を解明するために、国家の貧富を表す指標を目的変数とし、幾つかの指標を説明変数として回帰分析 (OLS) を行い、決定要因を探索する研究が行われている。この際の目的変数として国民1人あたりの国内総生産 (GDP) を用いた研究は多く (Durlauf et al. 2004)、また、所得格差 (ジニ係数) についても非常に多くの研究がある (Atkinson and Brandolini 2009)。それに比べて貧困率を解析した研究は少ない (Haughton and Khandker 2009)。その理由としては、貧困率には所得と分配の二つの要因が関係しており、さらに説明変数との関係がきわめて複雑であると考えられているからである (Burnside and Dollar 2000)。

しかも、それらの先行研究には以下の問題点がある。第1は1国の貧困率を解析した研究が大多数であり¹⁾、複数の国の貧困率を一括して解析した研究が少ないことである²⁾ (Bourguignon 2002; Moller et al. 2003; Agénor 2004; Belanger and Gauci 2008; Adeyemi et al. 2009; Sepulveda and Martinez-Vazquez 2011; Wieser 2011; Nosheen et al. 2012)。この原因としては、貧困の構造あるいは決定要因は国情による違いが大きく、複数の国を通しての決定要因の分析は困難と考えられているからであろう。

第2は先行研究では説明変数がきわめて狭い範囲の指標の中から選定されていることである。貧困の決定要因を大別すると、GDP等の経済的要因、政治体制や政府の安定性等の政治的要因、教育費等の教育要因、医療費等の健康要因、人口や国土面積等の地理的要因の5分野に分けられる。これ

までの研究では1分野あるいは2分野の少数の説明変数の中から決定要因を探索したものがほとんどであり³⁾、多種多様な説明変数を用いて解析した研究は見当たらない。

第3は先行研究では回帰分析手法として目的変数と説明変数との間に線形関係を仮定するOLSが用いられていることである。しかし、ジニ係数とGDPとの間の逆U字曲線関係 (Kuznets 1955) のように、一般には貧困率と各種の説明変数との間に線形性を仮定することには問題がある。そのため、OLSを用いた先行論文では貧困率の実測値と予測値との回帰決定係数が低く、国家間の貧困率の差が十分に説明できていない。そこで、非線形回帰分析手法がOLSより有効と考えられるが、その1つとして人工ニューラルネットワーク (ANN) がある。ANNはOLSと異なり、目的変数と説明変数間の関係式を予め仮定する必要がなく、あらゆる相関関係の解析が可能である。しかし、ANNは過学習や局所解等、多くの問題があるため、最適なモデルの構築が難しいことが指摘されている。

一方、サポートベクターマシン (SVM) はカーネルと呼ぶ非線形関数を用いて写像した後、線形解析を行うことによりANNと比較して飛躍的な高速処理が可能である。また、最適解が一義的に求まるため、ANNで深刻な局所解の問題がない。さらに、SVMではOLSと異なり、説明変数間の相関が高い場合 (多重共線性問題) でも解析可能である。また、説明変数間の交互作用が想定される場合、OLSではそのような交互作用項 (cross-term) を説明変数に追加する必要があるが、SVMではその必要はない。このようにSVMは目的変数と説明変数間、および説明変数間の自由度の高い解析が可能であるが、これらの利点はカーネル回帰および2次の正則化手法の採用によるものである (赤穂 2008)。このようにSVMはOLSより多くの利点があるため⁴⁾、データ解析手法として現

時点では最も有効な方法とされている。

本稿では、150カ国以上の貧困率と30種以上の説明変数との相関をSVMにより解析する大規模実証研究を行った。貧困の決定要因の分析にSVMを適用した研究は近年、報告がある（Senf and Lakes 2012）が、対象が限定的であり、貧困の決定要因に関して本稿のような精密かつ大規模なデータ解析を行った先行研究は見当たらない。

II 使用したデータと解析方法

1. 各種変数のデータ

貧困率⁵⁾のデータは世界銀行(WB)、国連(UN)等のホームページから160カ国の最新値⁶⁾を入手し、クロスチェックにより信頼性を確認した。160カ国には先進国36、途上国124カ国が含まれ、世界中の各地域の国が網羅され、また、貧困率3.8%のマレーシアから80%のチャド、ハイチ、およびリベリアまで広範囲の国が含まれている⁷⁾。したがって、この160カ国の貧困率の解析から得られる貧困の決定要因はかなり一般性のあるものになると期待できる。160カ国を貧困率によって低貧困・中貧困・高貧困・最貧困の4群⁸⁾、および地域別⁹⁾に分類すると表1のようになる。ヨーロッパは低貧困、アジアは中貧困、アメリカは高貧困、アフリカは最貧困の国が多く、貧困率と地域には明確な関連が見られる。この関連性は上記の「地理説」の成立の可能性を示唆する。この160カ国の貧困率を解析する場合、先進国と途上国、あるいは地域別に分割して解析する方法も考えられる。しかし、本稿では貧困の決定要因としてできるだけ一般性の高い結果を得ることを目的としたので160カ国を一括して解析した。

表1 解析した160カ国の貧困率と地域別の分類（括弧内は貧困率%）

地域	低貧困国 (3.8-14)	中貧困国 (14-26)	高貧困国 (26-41)	最貧困国 (41-80)	計
アジア	7	18	13	3	41
ヨーロッパ	24	11	1	0	36
アフリカ	2	4	12	32	50
アメリカ	6	6	12	5	29
オセアニア	1	1	2	0	4
計	40	40	40	40	160

一方、説明変数としてとりあげるべき指標を選定することにはかなりの困難がある。なぜなら、貧困の原因は結果と相互に関連し合っているため明確に区別することが難しく、また、多数の要因が複雑に階層的に関連し合っているからである。そこで、先行論文等において貧困の決定要因とされていること、および世界の多数の国についてデータが入手可能であること等の理由から、表2に示す36種の指標を採用し、それらの最新データを用いた。この内、政府の安定性等の政治的指標としては客観的な数値データが存在しないので、WBのWorld Governance Indicatorsの6種の指標を採用した。また、格付け（長期国債の格付け）はその国の経済および政治の安定性を示す指標とみなせるが、AAA、BB、C等の記号で表示されているので、前報（田辺他 2013）の方法により数値化した。これら各指標を国家の貧困に関する仮説のどれに該当させるかについては必ずしも明確ではないが、先行論文等を参考に表2のように分類した¹⁰⁾。これらの指標の内、国民1人当たりの数値が算出できるものはその数値を用いた。また、金額単位の指標（GDP、GpC等）はすべて米ドルで統一した。

表3に示した記述統計量からわかるように、指標の中には分布の偏りが大きいものがあるので、対数等を用いてできるだけ均一に分布するよう変換した後、数値0と1の間に規格化して解析に用いた。紙面の関係からこれら指標36種間の相互相関係数は割愛せざるを得ない。

表2 用いた変数とその定義, 単位, 該当仮説および主なデータ源

変数	定義と単位	該当仮説	主なデータ源
貧困率	貧困線以下の国民の比率 (%)		WB, UN
緯度	国全体の平均緯度 (絶対値)	地理説	CDF
気温	国全体の年平均気温 (摂氏度)	地理説	CIA
雨量	1人当たりの年平均雨量 (10^3 mm)	地理説	WB
海岸線	海岸線距離 (10^3 km)	地理説	WB
エイズ	15歳以上人口におけるエイズ感染率 (%)	地理説	WB, UN
マラリア	10万人当たりのマラリア死者数	地理説	WB, UN
災害	World Risk Index	地理説	UN
農地	1人当たりの農地面積 (10^3 m ²)	地理説	WB
農業	従事者1人当たりの農業付加価値 (10^3 \$)	地理説	WB
石油	1人当たりの石油生産量 (10^3 bbl/day)	地理説	CIA
人口増加率	人口の年間増加率	文化説	WB, UN
出生率	1,000人当たりの年間出生数	文化説	WB
死亡率	1,000人当たりの年間死亡者数	文化説	WB, UN
人口密度	単位面積当たりの人口 (/km ²)	文化説	WB, UN
都市人口率	都市域に居住する人口の比率 (%)	文化説	WB, UN
労働力率	15歳以上人口に対する労働人口比率 (%)	文化説	WB, UN
失業率	失業者数の対労働力人口比率 (%)	文化説	WB, UN
女性労働率	女性雇用の対人口比率 (%)	文化説	WB
IQ	知能検査指数	文化説	WB
リテラシ	15歳以上人口における識字率 (%)	文化説	Eutimes
大学進学率	大学入学者数の対入学相当年齢人口比率 (%)	文化説	WB, UN
GDP	国内総生産 (購買力平価) (10^6 \$)	制度説	WB, UN
GpC	1人当たりのGDP (10^3 \$)	制度説	WB, UN
対外債務	1人当たりの累積対外債務 (10^3 \$)	制度説	WB
FDI	1人当たりの海外直接投資 (10^3 \$)	制度説	UN
格付	長期国債格付	制度説	S&P, MDY, Fitch
経済自由度	Index of Economic Freedom	制度説	Heritage
WGI/VA	Voice and Accountability	制度説	WB
WGI/PT	Political Stability & Absence of Violence/Terrorism	制度説	WB
WGI/GE	Government Effectiveness	制度説	WB
WGI/RQ	Regulatory Quality	制度説	WB
WGI/RL	Rule of Law	制度説	WB
WGI/CC	Control of Corruption	制度説	WB
軍事費	1人当たりの軍事支出 (\$)	制度説	WB
医療費	1人当たりの医療支出 (10^3 \$)	制度説	WB
教育費	1人当たりの教育費支出 (\$)	制度説	UN

WGI : World Governance Indicators, 6項目の定義は次の通り¹⁸⁾。①Voices and Accountability (国民の声 (発言力) と説明責任) : 国民の政治参加 (自由かつ公正な選挙など)、結社の自由、報道の自由があるかどうか。②Political Stability and Absence of Violence (政治的安定と暴力の不在) : 国内で発生する暴動 (民族間の対立を含む) やテロリズムなど、制度化されていない、あるいは暴力的な手段により、政府の安定が揺るがされたり、転覆されたりする可能性がどれだけあるか。③Government Effectiveness (政府の有効性) : 行政サービスの質、政治的圧力からの自立度合い、政府による政策策定・実施への信頼度、政府による (改革への) コミットメント。④Regulatory Quality (規制の質) : その国の政府が、民間セクター開発を促進するような政策や規制を策定し、それを実施する能力があるかどうか。⑤Rule of Law (法の支配) : 公共政策に携わる者が社会の法にどれだけ信頼を置いて順守しているか。特に契約の履行、警察、裁判所の質や、犯罪・暴力の可能性など。⑥Control of Corruption (汚職の抑制) : その国の権威・権力が一部の個人的な利益のために行使される度合い。汚職の形は大小を問わず、また一握りのエリートや個人の利害関係による国家の支配も含む。

表3 用いた変数の記述統計

変数	平均	標準偏差	最小	最大	歪度	貧困率との相関係数
貧困率	29.7	18.3	3.8	80.0	0.69	
緯度	26.4	17.1	0.2	63.9	0.29	-0.632
気温	18.4	7.6	0.1	29.5	-0.59	0.521
雨量	0.6	2.0	0.0	18.0	6.56	0.129
海岸線	4.3	17.5	0.0	202.1	9.65	-0.173
エイズ	2.0	4.6	0.0	27.7	3.87	0.428
マラリア	14.6	30.0	0.0	132.5	2.17	0.650
災害	7.3	4.2	0.6	28.0	1.53	0.404
農地	1.6	4.1	0.0	39.6	6.40	0.079
農業	8.6	14.2	0.1	65.8	2.15	-0.480
石油	21.8	67.8	0.0	459.7	4.81	-0.199
人口増加率	1.4	1.1	-0.7	6.0	0.45	0.604
出生率	22.8	10.9	8.2	50.9	0.56	0.808
死亡率	9.1	3.6	1.6	17.4	0.55	0.415
人口密度	121.2	184.3	1.9	1305.4	4.00	-0.169
都市人口率	55.3	22.3	10.7	97.4	-0.13	-0.532
労働力率	64.0	10.4	41.4	89.1	0.20	0.418
失業率	12.7	11.5	1.0	68.6	2.26	0.412
女性労働率	53.0	14.8	14.0	85.9	-0.37	0.271
IQ	84.5	11.3	63.0	106.0	-0.20	-0.754
リテラシ	81.8	19.7	22.4	99.9	-1.11	-0.625
大学進学率	32.0	26.5	0.8	102.4	0.63	-0.659
GDP	0.4	1.5	0.0	15.1	7.33	-0.217
GpC	14.4	15.2	0.4	88.3	1.60	-0.632
対外債務	0.0	0.3	0.0	4.1	12.07	-0.142
FDI	8.3	23.0	0.0	237.8	7.21	-0.300
格付	0.5	0.3	0.1	1.0	0.51	-0.642
経済自由度	58.9	12.3	0.0	82.6	-1.40	-0.437
WGI/VA	-0.1	1.0	-2.2	1.6	0.03	-0.429
WGI/PT	-0.2	0.9	-2.7	1.4	-0.36	-0.467
WGI/GE	-0.1	1.0	-1.7	2.2	0.52	-0.669
WGI/RQ	0.0	1.0	-2.2	1.9	0.19	-0.581
WGI/RL	-0.1	1.0	-1.9	2.0	0.64	-0.638
WGI/CC	-0.1	1.0	-1.7	2.4	0.92	-0.534
軍事費	30.1	47.4	0.0	294.1	3.70	-0.392
医療費	1.0	1.5	0.0	7.7	2.27	-0.498
教育費	78.0	89.8	1.1	459.5	1.66	-0.611

2. 非線形回帰分析による解析

本稿ではSVMを用いて160カ国の貧困率と36種の指標のデータを解析した。SVMのソフトウェアはLIBSVM ver. 3.11 (Chang and Lin) の回帰機能 (カーネル関数はRBF) を用いた。36種の指標の中から決定要因を探索するためには、SVMモ

デルと説明変数の最適化が必要である。前者の最適化としては、LIBSVMのg (RBFカーネルのgamma) およびc (cost) の2種のパラメータを最適化する必要がある¹¹⁾。また、後者については感度分析法 (Tanabe et al. 2013; 田辺他 2013; 田辺・鈴木 2014) を採用し、各説明変数について目的変数に対する感度を計算し、感度が最も低い説明変数を順次削除しながらSVM解析を行い、目的変数の実測値と予測値との平均二乗誤差 (RMSE) が最小となる説明変数の組み合わせを探索した。そこで、交差検証法と感度分析法を組み合わせた以下の手順により決定要因の探索を行った。

- (1) 全データを10群に分割し、第1群を予測セットとし、その他の群をまとめて学習セットとする。
- (2) 全指標を用い、学習セットについてLIBSVMのパラメータgとcをグリッドサーチして最適条件を探し、このモデルに予測セットの指標を入力して貧困率の予測値を求める。
- (3) 第2群以下を予測セットとして以上の操作を繰り返す、全データのRMSEを算出する。
- (4) 次に、各指標の感度を求めるために、感度を求める指標の値は全データで実際の数値に設定し、その他の指標の値は全データでそれぞれ平均値に設定したデータを予測セットとしてモデルに入力し、全データの出力値を求める。
- (5) 当該指標の設定値を説明変数、出力値を目的変数とする単回帰分析を行い、回帰直線の傾きをその指標の感度とする。
- (6) 全指標の中で感度の絶対値の最も小さい指標を取り除き、以上の操作を繰り返す。
- (7) 指標とパラメータg、cの組み合わせの中で、全データでのRMSEが最小になる指標の組み合わせを貧困の決定要因とする。

Ⅲ 結果と考察

以上の方法により160カ国の貧困率を用いて36種の説明変数の中から決定要因を探索した結果、11種の変数において貧困率の実測値と予測値とのRMSEが最小になった。その最適モデルではRMSEは7.00、 R^2 は0.857となり、160カ国の貧困率が全体として高い精度で再現できた¹²⁾。

同じデータを用いてOLSで解析（変数選択は逐次減少法を採用）すると R^2 は0.653と、SVMの結果と比べてかなり低くなり、また、途上国だけでなく、先進国でも誤差が大きくなった。SVMとOLSの違いは決定要因にも表れている。表4に示すように、SVMの場合は決定要因が11種であるのに対し、OLSでは14種であり、また、両法で決定要因となった8種の感度¹³⁾と偏回帰係数の数値はほとんど相関がない。さらに、OLSでの要因の中にはSVMの感度がきわめて低いものが多数みられる。また、OLSを用いている先行研究でも R^2 は0.323～0.581の範囲であり、本稿のOLSの結果より低い¹⁴⁾。

以上の結果を総括すると、先行研究で良好な結果が得られない原因は、貧困率と各種の説明変数の関係は非線形性が高いが、少数の説明変数を用いてOLSで解析していることにあると考えられる。これに対し、本稿ではSVMを用いて多数の候補説明変数の中から決定要因を探索する方法により、OLSを用いた場合より良好な結果が得られ、貧困の決定要因の探索法として本稿の有効性が実証されたといえる。

表4 説明変数36種の感度、決定要因11種（太字）の貧困率への寄与率、およびOLSの偏回帰係数

	説明変数	該当仮説	感度	貧困率への寄与率 (%)	OLSの偏回帰係数
1	WGI/RL	制度説	-0.488	38.90	-0.641
2	WGI/VA	制度説	-0.335	18.26	0.146
3	人口増加率	文化説	0.231	8.72	0.430
4	教育費	制度説	-0.192	6.04	-0.237
5	農地	地理説	0.198	6.42	0.226
6	GDP	制度説	-0.187	5.73	-1.494
7	女性労働率	文化説	-0.174	4.96	-0.295
8	GpC	制度説	-0.155	3.90	
9	エイズ	地理説	0.150	3.66	
10	死亡率	文化説	0.105	1.80	0.321
11	出生率	文化説	0.100	1.62	
12	失業率	文化説	0.065		
13	気温	地理説	-0.058		
14	格付	制度説	-0.056		
15	都市人口率	文化説	-0.054		
16	軍事費	制度説	-0.052		
17	リテラン	文化説	-0.051		
18	農業	地理説	0.051		
19	労働力率	文化説	0.048		0.163
20	緯度	地理説	-0.047		
21	石油	地理説	-0.046		
22	IQ	文化説	-0.043		
23	雨量	地理説	0.041		0.302
24	WGI/CC	制度説	-0.032		0.225
25	対外債務	制度説	-0.031		
26	医療費	制度説	-0.030		0.754
27	WGI/GE	制度説	-0.026		
28	経済自由度	制度説	-0.026		
29	人口密度	文化説	-0.026		0.903
30	FDI	制度説	-0.024		
31	海岸線	地理説	-0.016		
32	大学進学率	文化説	-0.015		
33	WGI/RQ	制度説	-0.012		0.178
34	WGI/PT	制度説	-0.008		
35	マラリア	地理説	-0.007		
36	災害	地理説	0.006		

SVMで得られた決定要因に基づいて、既往の「地理説」、「文化説」および「制度説」の成立の可否、あるいは相対的な重要度を検証する。決定要因11種の感度の2乗から推算した貧困率に対する寄与率は表4ようになる。第1に注目すべきは、11種の決定要因の中で、WGI/RL、WGI/VA、教育

費等の「制度説」に対応すると考えられる要因が5種を占め、これらの寄与率を合計すると73%にも達する点である。特に、1位のWGI/RL (Rule of Law) と2位のWGI/VA (Voice and Accountability) の寄与率の合計だけで全体の57%にも達するという結果は、国家の貧困には経済・政治制度が最重要であるとするAcemoglu and Robinson (2012) の仮説を支持する。これに対して、Sachs (2005) はサブサハラアフリカ諸国の経済成長率と統治能力の相関を調べ、統治能力の高い国ほど成長率も高いが、その相関はそれほど強くないとしているが、これはSachsがサブサハラアフリカの最貧国を対象にしたためであると考えられる。

次に寄与率の大きな仮説は人口増加率、女性労働率等の4種の要因が対応する「文化説」であり、これらの寄与率の合計は17%になる。貧困国は出生率や人口増加率が高い国が多いことはよく知られており、Sachs (2005) も貧困の原因として挙げた8つの要因の中で特に出生率や人口増加率の影響が大きいとしている¹⁵⁾。本稿で人口増加率(感度順位3位)や出生率(11位)、さらに、女性労働率(7位)が決定要因に含まれるという結果は彼の指摘とよく一致する。一方、Acemoglu et al. (2001) は宗教や文化に関する指標を用いてOLSを行ったが、有意な結果は得られなかったとしている¹⁶⁾。

最後が「地理説」であるが、該当する農地およびエイズの2要因の寄与率の合計は10%にすぎず、この仮説の国家貧困への影響は小さいといえる。感度5位の農地(国民1人当たり)の感度が正であり、また、決定要因には入らなかったが18位の農業付加価値(従事者1人当たり)の感度もやはり正であることから、農業の依存度の高い国ほど貧困率が高いことになる。この結果は、現在、世界には米国、フランス、オーストラリア等、農業大国といわれる国は貧困率が低いという事実と矛盾しているように見える¹⁷⁾。しかし、これらの国は

例外的で、その貧困率の低さは工業化によるものであり、世界中で農業依存度の高い国々は貧困率の高い国が多く、世界全体平均では貧困率に対する農業関連指標の感度は正になると解釈される。また、Diamond (1997) が提案した熱帯・温帯と農業との関連仮説については、それに対応する指標として、緯度、気温、雨量を説明変数に取り上げたが、これらはどれも決定要因とはならず、貧困率には寄与していない。以上の結果は、産業革命以前の世界では地理的条件が農業生産に重大に影響し、それが当時の国家の貧富の原因になったが、現代では工業やサービス業の方が重要であり、したがって「地理説」の影響はきわめて低いというAcemoglu and Robinson (2012) の指摘と一致する。また、エイズは決定要因に入ったが、マラリア(感度順位35位)は貧困率にはほとんど寄与してなく、Sachs (2005) の熱帯病要因仮説を支持しない。

IV 結論

本稿では160カ国の貧困率と36種の説明変数との相関を非線形回帰分析手法であるサポートベクターマシン(SVM)により解析し、感度分析法を用いて36種の説明変数の中から貧困の決定要因を探索した。その結果、11種の要因で160カ国の貧困率が高い精度($R^2=0.857$)で再現できた。さらに、それら要因の感度に基づいて、国家間の貧富格差に関する既往の仮説を検証すると、国家の政治・経済制度の重要性を唱える「制度説」に対応する要因が73%と最も大きな寄与を占め、ついで「文化説」の17%、「地理説」の10%の順になることが判明した。

しかし、本稿の結論の一般性については、さらに大規模のデータを用いた検証が必要であろう。すなわち、世界中で貧困率のデータは200近い国・地域について存在するので、このような多数の国・

地域について各種の指標が揃えられれば、本稿よりさらに大規模な検証が可能になる。

また、貧困率の決定要因、特に制度説に関連する要因が貧困率に影響する経路を因果構造モデルに基づいて解析する必要がある。前記のように、貧困要因は国の経済、政治、社会、文化、歴史、地理等の諸要因が複雑な階層構造を形成すると考えられている。このような問題に対するアプローチとして共分散構造分析手法による因果構造モデルの解析があり、貧困問題について適用研究がある (Biewen 2002; 駒村・道中・丸山 2011)。このような因果構造を考慮した貧困率の決定要因の分析は本研究の結果の展開として重要なテーマであり、今後の検討課題である。

投稿受理 (平成25年12月)

採用決定 (平成26年8月)

注

- 1) 日本の貧困率を解析した研究としては、小塩 (2010)、山田 (2010)、馬・マッケンジー (2012)、森山 (2012) 等がある。
- 2) 最多の国の貧困率を解析しているのはWieser (2011) の65カ国である。
- 3) 最多の説明変数を検討しているのはBelanger and Gauci (2008) の14変数である。
- 4) SVMでは、データ数が非常に大きくなる (例えば数千件以上) とOLSより計算時間がかかることと、回帰式をOLSのように簡潔に表現できないことが欠点である。
- 5) 貧困率の定義は種々あるが、本稿で用いる相対的貧困率は、各国の貧困線以下で暮らす貧困層の比率 (Head-count-ratio) である。
- 6) 2013年2月1日時点。
- 7) 最新データで世界で最も貧困率の低い国は台湾の1.2%であるが、この国の幾つかの指標が欠落しているため、解析できなかった。
- 8) 4群に分けた貧困率の境界値に理論的な根拠はなく、ここでは所属する国の数が同じになるように設定した。
- 9) 地域の分類は国連による。
- 10) 「無知説」に対応する指標としては、適当な数値データが見当たらず、また、「無知説」に該当する指標を用いている先行研究が見当たらなかったため、

採用できなかった。

- 11) SVMの原理や記号・用語の意味については大北 (2005)、小野田 (2007)、阿部 (2011) を参照されたい。
- 12) 日本の貧困率は実測値15.7%に対し、予測値は14.5%で、よく再現されている。ただし、先進36カ国は予測誤差が小さい (RMSE: 2.39) が、途上124カ国は誤差が大きい (RMSE: 7.85)。この原因は幾つかの途上国の誤差がさわめて大きいためであり、特に、ハイチ、ホンジュラス、チャド、リビアの4カ国ではRMSEの3倍以上の誤差がある。したがって、これら誤差の大きな途上国については、使用した貧困率あるいは指標の一部のデータが疑わしい可能性がある。
- 13) 先行研究ではデータの全てを用いてOLSを行い、当てはめ誤差から R^2 を算出しているが、本稿では前記のように交差検証法で R^2 を算出しているため、本稿の方が低くなる。
- 14) 本稿で採用した感度分析法で求まる感度は、当該変数のみ変化させた時の目的変数の変化量から算出しているため、その変数の純粋な影響度を表している。
- 15) ただし、彼のこの記述は回帰分析を行った結果に基づくものではない。
- 16) ただし、彼らの回帰分析における目的変数は国民1人当たりのGDPであり、貧困率を目的変数とした解析は行っていない。
- 17) 農地面積 (国民1人当たり) では160カ国中、オーストラリア2位、米国33位、フランス92位であり、農業付加価値 (従事者1人当たり) ではフランス4位、米国6位、オーストラリア10位であり、貧困率では (低い方から) フランス7位、米国39位、オーストラリア46位である。
- 18) JICA研究所『指標から国を見る—マクロ経済指標、貧困指標、ガバナンス指標の見方—第4章ガバナンス指標の見方』(2008) より引用。

参考文献

- 阿部重夫 2011 『パターン認識のためのサポートベクトルマシン入門』 森北出版。
- Acemoglu, D. Johnson, S. and Robinson, J. A. 2001. "The colonial origins of comparative development: an empirical investigation." *American Economic Review* 91: pp.1369-1401.
- Acemoglu, D. and Robinson, J. A. 2012. "Why nations fail: the origin of power, prosperity, and poverty." Profile Books: ダロン アセモグル・ジェイムズ A ロビンソン・鬼澤忍 (訳) 2013 『国家はなぜ衰退するのか、権力、繁栄、貧困の起源』 早川書房。

- 研究雑誌』619巻, pp.77-89.
- Nosheen, M. Iqbal, J. Parveen, S. and Aslam, T. 2012. "Determinants of poverty (cross country evidence)." *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business* 4 (1) : pp.559-570.
- 小野田崇 2007 『サポートベクターマシン』 オーム社.
- 大北剛 (訳) 2005 『サポートベクターマシン入門』 共立出版.
- 小塩隆士 2010 『再分配の厚生分析：公平と効率を問う 第9章 子供の貧困の経済的帰結』 日本評論社.
- Sachs, J. D. 2005. "The end of poverty: how we can make it happen in our lifetime." Penguin: ジェフリー ザックス・鈴木主税・野中邦子 (訳) 2006 『貧困の終焉 2025年までに世界を変える』 早川書房.
- Senf, C. and Lakes, T. 2012. "Comparing support vector regression and statistical linear regression for predicting poverty incidence in Vietnam." Gensel, J. et al. (eds.), *Bridging the Geographic Information Sciences, Lecture Notes in Geoinformation and Cartography*, pp.251-265.
- S&P, Standard and Poor's Sovereigns Rating List, <http://www.standardandpoors.com/ratings/sovereigns/ratings-list/en/us>, accessed 2013/2/1.
- Sepulveda, C. F. and Martinez-Vazquez, J. 2011. "The consequences of fiscal decentralization on poverty and income equality." *Environment and Planning C: Government and Policy* 29: pp.321-343.
- 嶋村紘輝 1980 「個人間所得分配の不平等」『早稲田商学』285巻, pp. 39-66.
- Tanabe, K. Kurita, T. Nishida, K. Lucic, B. Amic, D. and Suzuki, T. 2013. "Improvement of carcinogenicity prediction performances based on sensitivity analysis in variable selection of SVM models." *SAR QSAR Environ Res* 24: pp.565-80.
- 田辺和俊・栗田多喜夫・西田健次・鈴木孝弘 2013 「サポートベクター回帰を用いた158カ国の国債価格付けの再現」『情報知識学会誌』23巻, pp. 70-91.
- 田辺和俊・鈴木孝弘 2013 「サポートベクターマシンを用いたエコロジカル・フットプリント値の決定要因の分析」『日本エネルギー学会誌』92巻, pp.1207-1213.
- UN, United Nations Development Program Human Development Report, <http://hdr.undp.org/en/>, accessed 2013/2/1.
- USGS, U.S. Geological Survey, <http://minerals.usgs.gov/minerals/pubs/myb.html>, accessed 2013/2/1.
- WB, World Bank World Development Indicators, <http://data.worldbank.org/indicator>; World Bank Global Development Network Growth Database, <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/0,,contentMDK:20701055~pagePK:64214825~piPK:64214943~theSitePK:469382,00.html>, accessed 2013/2/1.
- Weber, Max 1904. "Die protestantische Ethik und der 'Geist' des Kapitalismus." : マックス ヴェーバー・大塚久雄 (訳) 『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の「精神」』 岩波書店.
- Wieser, C. 2011. "Determinants of the growth elasticity of poverty reduction: why the impact on poverty reduction is large in some developing countries and small in others." Australian Institute of Economic Research Working Papers 406/2011.
- 山田篤裕 2010 「高齢期の新たな相対的貧困リスク」『季刊社会保障研究』46巻, pp.111-126.
- (たなべ・かずとし 東洋大学客員研究員)
(すずき・たかひろ 東洋大学教授)

動 向

社会保障費用統計の国際比較
 - OECD SOCX 2014 ed.とILO World Social Security Report -

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所は2014（平成26）年11月11日に「平成24年度社会保障費用統計」を公表した。社会保障費用統計は、OECDとILOの2つの国際基準をもとに集計されている。本稿では、第1部では、OECDの社会支出について2年ぶりに更新された各国の概観をまとめ、第2部では、近年ILOが刊行した“World Social Security Report”の紹介を行い、国際社会の社会保護制度の確立に向けた取り組みについて情報を提供する。

I OECD SOCX 2014 editionにみる
 諸外国の動向

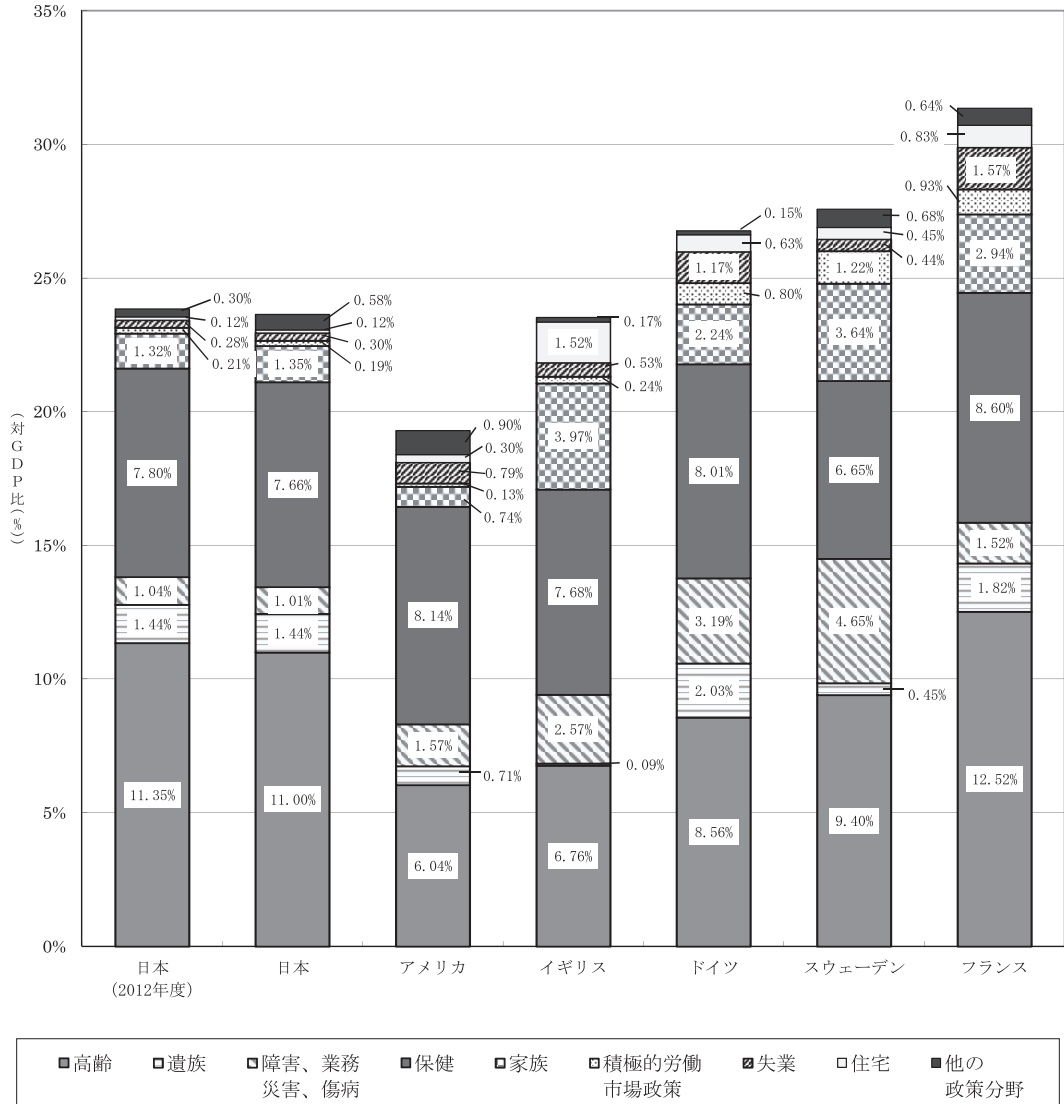
図1は日本と主要先進5カ国の社会支出を対国内総生産比で示している。データ出所であるOECD社会支出データベースが2年ぶりに更新されたので、すべての国のデータがそろうのは直近で2011年となった。

図1だが、社会支出総額の対国内総生産（以下GDP）比でみると、日本は23.65%（2011年）で、イギリスとおよそ同水準にあり、アメリカよりは大きい、スウェーデンやフランス・ドイツなどの大陸ヨーロッパ諸国に比べると小さくなっている。2009年の比較では、イギリスは24.91%で、日本は22.58%だったことから、はじめて日本が

イギリスより高くなった。5カ国と日本の比較は旧社会保障給付費の公表からずっと継続しているところだが、OECD SOCX 2014 editionによると2004年の段階で、それまで5カ国のトップがスウェーデンからフランスに替わった（図2）。2008年の金融危機のときにいずれの国の社会支出も増加を示したが、その背景には雇用対策支出が増えたことと、経済成長が鈍化しGDPが縮小したことの両方の影響がある。特に、日本とイギリスとの関係をみると、日本が2008年以降、GDPがマイナスの伸びだったのに対して、イギリスは2009年以外はGDPがプラスの伸びを示してきた。つまり、経済成長の違いが、対GDP比率に影響を与えている部分がある。

OECD SOCXは1980年からデータを整備しており、2年ごとに各国が提出するデータを使って更新している。各国はデータを提出するときに、遡って数値を整備している。日本についても同様であり、時系列の推移をみるとときには、最も新しいデータベースで1980年に遡ってデータを確認することが必要である。日本の遡及内容については公表後に刊行される『季刊社会保障研究』の「動向」で解説している。支出額の更新と同時に、GDP額についても、各国で遡って更新することは珍しいことではないので、注意が必要である。

図2から各国の社会支出の対GDP比率の長期動



社会支出の国際比較 (2011年度)

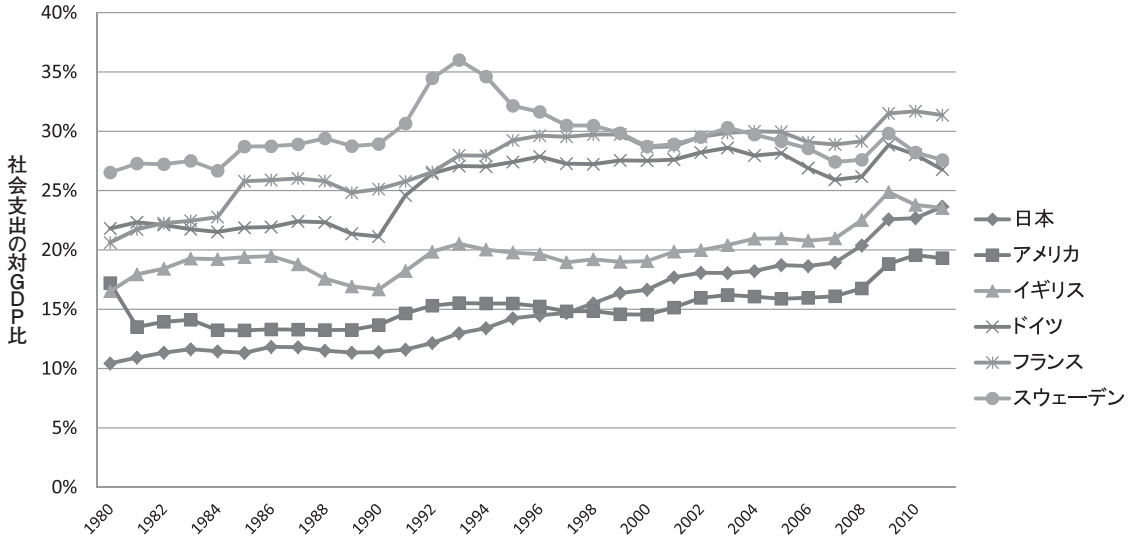
社会支出	日本 (2012年度)	日本	アメリカ	イギリス	ドイツ	スウェーデン	フランス
社会支出 対国内総生産比	23.86%	23.65%	19.30%	23.53%	26.77%	27.58%	31.36%
(参考) 対国民所得比	32.11%	32.09%	24.34%	30.57%	34.74%	38.27%	42.14%

資料：諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Database 2014 ed. による。

(<http://www.oecd.org/els/social/expenditure>)

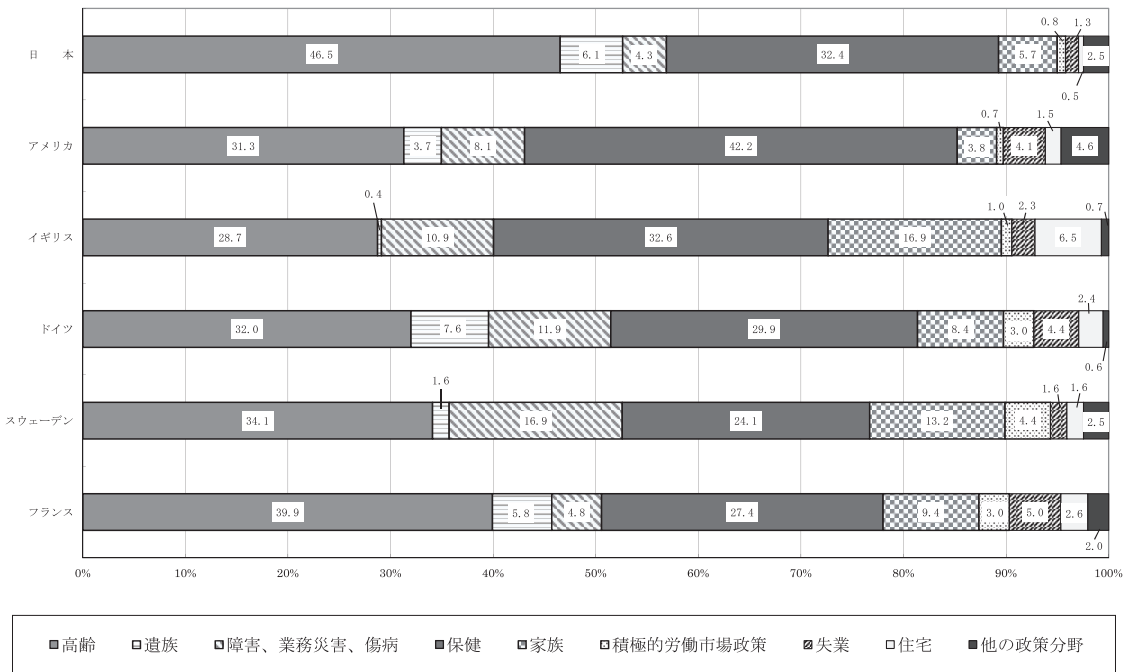
国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「平成26年版国民経済計算年報」、諸外国はOECD National Accounts 2014 による。

図1 政策分野別社会支出の対GDP比の国際比較 (2011年度)



資料：OECD SOCX2014により、国立社会保障・人口問題研究所作成。

図2 社会支出の対GDP比の推移



資料：OECD SOCX2014により、国立社会保障・人口問題研究所作成。

図3 政策分野別社会支出の構成割合の国際比較（2011年度）

向をみると、全体としては支出規模が大きい国と小さい国の間の差が徐々に縮まったという意味で収斂の傾向がみられる。日本の社会支出が徐々に上昇してきた最も大きな要因は、人口高齢化により、医療・介護、そして老齢年金の制度における支出が膨らんできたことにある。

図3で政策分野別のシェアをみると、高齢と保健が大きい傾向はどの国にも共通しているが、イギリス、アメリカでは保健が高齢よりも大きな割合になっており、ドイツ、スウェーデン、フランスでは高齢が保健を上回っている。特に近年大きな支出の伸びを記録しているフランスでは高齢の割合が39.9%と大きいことが特徴である。しかし、政策分野別で高齢のシェアが最も大きいのは日本であり、46.5%で全体の半分に届こうとしている。高齢化によって増加する医療費は保健に含まれるので、高齢とはまさに老齢年金と介護給付である。日本の高齢は約8割が年金、約2割が介護である。ドイツのように、介護保険が高齢者に特化したものでない場合、政策分野では障害に含まれるため、むしろ高齢は老齢年金といえよう。高齢関係社会支出（OECD SOCXの分類によるOld Age）と高齢化率の関係については、伊藤（2014）¹⁾が、OECDデータをつかった解析を行い、1990年代以降、各国の社会支出の規模の差を高齢化率の違いで説明できるようになったと述べている。

前年からの社会支出の伸びが、いずれの政策分野の伸びの影響を受けていたのかについて、フランス（表1）とスウェーデン（表2）について見てみた。両国とも、高齢が最も増加に寄与していることがわかるが、フランスの場合は近年になれば高齢の寄与率は上昇しているのに対して、スウェーデンでは寄与率は低下している。リーマンショック後の雇用関係支出（積極的労働市場政策、失業）が2009年の支出の増加に寄与していることは

両国に共通している。フランスの支出の増加が、高齢と保健で説明できるのに対して、スウェーデンは家族や他の政策分野に分散していることがわかる。対前年比較で支出が減少してマイナスの寄与率になっているものもスウェーデンの方が多い。スウェーデンでは社会支出の規模が政策分野別に変化が比較的大きいということである。

表1 フランス：対前年度増加に対する寄与率（%）

	2008年	2009年	2010年	2011年
1. 高齢	62.5	33.1	42.6	76.2
2. 遺族	4.2	1.8	5.0	6.0
3. 障害、業務災害、傷病	4.9	1.2	3.7	4.0
4. 保健	27.0	21.9	17.9	28.7
5. 家族	5.6	6.2	1.2	6.1
6. 積極的労働市場政策	-7.4	7.5	16.8	-25.0
7. 失業	-2.1	18.3	8.7	-3.9
8. 住宅	5.6	1.3	1.0	4.1
9. 他の政策分野	-0.2	8.7	3.2	3.9

資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

表2 スウェーデン：対前年度増加に対する寄与率（%）

	2008年	2009年	2010年	2011年
1. 高齢	60.5	46.7	28.5	38.9
2. 遺族	-0.1	0.4	-5.3	-3.9
3. 障害、業務災害、傷病	0.8	-6.4	-31.4	-12.6
4. 保健	43.8	22.3	21.6	52.9
5. 家族	27.0	8.6	31.2	29.0
6. 積極的労働市場政策	-14.6	4.8	58.5	19.0
7. 失業	-22.7	18.5	-17.0	-25.4
8. 住宅	-0.2	0.1	3.5	1.5
9. 他の政策分野	5.5	5.1	10.5	0.7

資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

フランスと日本に共通しているのは、高齢支出のうち年金支出の占める割合が他の国にくらべてかなり大きいということと、保健の占める割合も大きいということである。表3、表4は、2011年について、対GDP比率で高齢と保健の比率が高い順にOECD加盟国を並べたものである。高齢すなわち年金支出は、人口の高齢化によって受給者が増えることを制御できない上、非稼得世帯の所得保障としての年金の給付水準の改定は、世論の抵抗

も強く短期間に変更できない。言い換えれば年金支出は他の支出よりも硬直的である。財政状況が逼迫している現状では年金支出規模が大きい国ほど、他の政策分野への財政配分は小さくならざるをえないので、高齢化対策以外の政策支出の機動性は損なわれる傾向がある。まさに、日本もフランスもそのような社会支出構造になっているのである。

表3 対GDP比で「高齢」の大きい国

	2011年	(%)	2011年	
イタリア	13.4		チェコ	8.4
フランス	12.5		ベルギー	8.3
ギリシャ	12.3		ノルウェー	7.1
オーストリア	11.9		スイス	6.5
ポルトガル	11.3		スロバキア	6.4
フィンランド	10.5		トルコ	6.2
日本	10.4		オランダ	6.2
オーストラリア	10.2		イギリス	6.0
スウェーデン	9.4		アメリカ	6.0
ハンガリー	9.2		ルクセンブルク	5.8
ポーランド	9.0		アイルランド	4.8
スペイン	8.8		アイスランド	2.6
ドイツ	8.6		韓国	2.1
デンマーク	8.4		メキシコ	1.6

資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

表4 対GDP比で「保健」の大きい国

	2011年	(%)	2011年	
オーストラリア	11.8		スイス	6.5
フランス	8.6		ポルトガル	6.3
日本	8.2		チェコ	6.2
ベルギー	8.0		アイルランド	5.9
ドイツ	8.0		ルクセンブルク	5.7
アメリカ	8.0		フィンランド	5.7
オランダ	7.8		スロバキア	5.6
イギリス	7.7		ノルウェー	5.6
イタリア	7.0		アイスランド	5.6
デンマーク	6.7		ハンガリー	4.9
スウェーデン	6.7		ポーランド	4.5
オーストリア	6.6		トルコ	4.2
スペイン	6.6		韓国	4.0
ギリシャ	6.6		メキシコ	2.9

資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

OECD社会支出は3層構造、すなわち「公的支出」「義務的私的支出」「任意私的支出」の3つにわ

かれているが、社会保障費用統計が集計しているのは、前者2つである。その定義については、公表資料の巻末参考資料（p.49）に簡潔に解説しているので参照して欲しい。社会保障費用統計では各国とも「公的支出」と「義務的私的支出」を足し合わせたものを出しているが、国立社会保障・人口問題研究所（以下「研究所」）のホームページ掲載表では第24表政策分野別社会支出における「公的支出」「義務的私的支出」の推移（1980～2012年度）として、2つを分けて掲載している。また、第24表においては、個別制度ごとに数値が示されており、例えば高齢の退職年金（老齢年金）では、厚生年金、国民年金など制度別に支出の動向を時系列で観察できる。他の例としては、家族のところも、現物（サービス）については、保育などに係る費用もデイケア、ホームヘルプサービスとして区分している。

国際比較としては、先進国5カ国を継続して観察してきたが、近年「研究所」では少子化対策などの共通する政策課題に取り組むため、東アジア特に韓国との比較研究に力をいれている。そこで、参考として、韓国のデータを含めたOECD国際比較を作成した（表5、図4、図5、図6）。

韓国の社会支出は対GDP比率で10.2%と日本の半分の規模にも到達していない。特に、韓国では公的年金の整備が遅かったため、現時点では受給者がまだ少ないことが少ない社会支出の背景になっている。しかし今後急激な人口の高齢化が起こるなかで、韓国の社会支出が大きく増加することが見込まれている。韓国政府は2013年に閣議決定で今後2年ごとに社会支出の将来見通しを作成し、社会保障制度改革を進めていくこととした。2013年に公表された将来見通しによると、2020年には12.9%になると推計しており、公的年金制度の成熟に伴って2040年には22.6%と日本の2009年の水

表5 各国の政策分野別社会支出の対GDP比（2011年）（%）

	フランス	スウェーデン	ドイツ	イギリス	日本	アメリカ	韓国
公的支出+義務的私的支出合計	31.4	27.6	26.8	23.7	23.6	19.3	10.2
1. 高齢	12.5	9.4	8.6	6.8	11.0	6.0	3.0
2. 遺族	1.8	0.4	2.0	0.1	1.4	0.7	0.3
3. 障害、業務災害、傷病	1.5	4.7	3.2	2.6	1.0	1.6	0.6
4. 保健	8.6	6.7	8.0	7.7	7.7	8.1	4.1
5. 家族	2.9	3.6	2.2	4.0	1.3	0.7	1.0
6. 積極的労働市場政策	0.9	1.2	0.8	0.4	0.2	0.1	0.3
7. 失業	1.6	0.4	1.2	0.5	0.3	0.8	0.3
8. 住宅	0.8	0.4	0.6	1.5	0.1	0.3	a
9. 他の政策分野	0.6	0.7	0.1	0.2	0.6	0.9	0.6

	フランス	スウェーデン	ドイツ	イギリス	日本	アメリカ	韓国
公的支出	31.0	27.2	25.5	22.7	23.0	19.0	9.0
1. 高齢	12.5	9.4	8.6	6.0	10.4	6.0	2.1
2. 遺族	1.7	0.4	2.0	0.1	1.4	0.7	0.3
3. 障害、業務災害、傷病	1.4	4.3	2.0	2.5	1.0	1.4	0.5
4. 保健	8.6	6.7	8.0	7.7	7.7	8.0	4.0
5. 家族	2.9	3.6	2.2	4.0	1.3	0.7	0.9
6. 積極的労働市場政策	0.9	1.2	0.8	0.4	0.2	0.1	0.3
7. 失業	1.6	0.4	1.2	0.4	0.3	0.8	0.3
8. 住宅	0.8	0.4	0.6	1.5	0.1	0.3	a
9. 他の政策分野	0.6	0.7	0.1	0.2	0.5	0.9	0.6

	フランス	スウェーデン	ドイツ	イギリス	日本	アメリカ	韓国
義務的私的支出	0.3	0.4	1.2	1.0	0.7	0.3	1.2
1. 高齢	0.1	a	a	0.7	0.6	a	0.9
2. 遺族	0.1	a	a	a	a	a	a
3. 障害、業務災害、傷病	0.2	0.4	1.2	0.1	a	0.2	0.1
4. 保健	a	a	a	a	a	0.2	0.1
5. 家族	a	a	0.1	a	a	a	a
6. 積極的労働市場政策	a	a	a	a	a	a	a
7. 失業	a	a	a	0.1	a	a	a
8. 住宅	a	a	a	a	a	a	a
9. 他の政策分野	a	a	a	a	a	a	a

（注）諸外国についてはOECD Stat 2014年11月末公開のSOCXデータによる

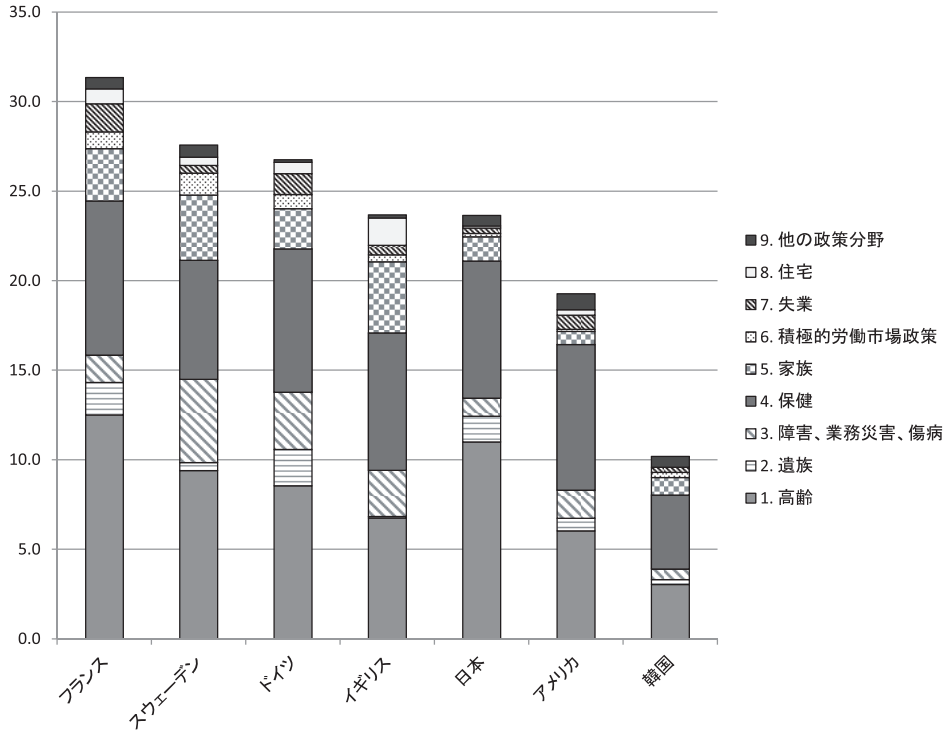
a 数値の報告なし

資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

準に到達すると推計している²⁾。しかし、2011年の韓国の社会支出はすでに推計で足下とした2013年の9.8%を上回っており、韓国経済成長の減速もあいまって、あらたな見通しをたてなければならぬことは明らかであり、その見通しが急速な社会支出の増加を前提にしたものになる可能性は高いと考えられる。

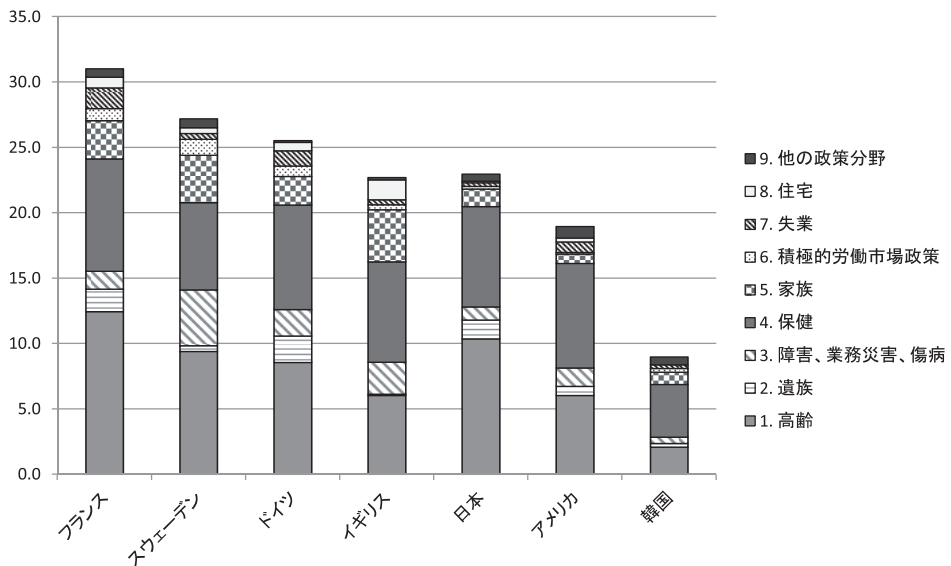
日本でも、社会保障給付費の将来規模の予測が政策立案において必要とされており、これまでも

厚生労働省の政策部門で、社会保障費用の将来見通しを出してきたが、2012年3月に出した見通しが直近であり、その後あらたな見通しは公表されていない。継続的に将来見通しを更新することで、社会保障財源の確保方法にまで制度改革議論の幅が広がる。その場合、韓国のように2060年などといった遠い将来までを見通すことは難しいだろうが、制度改革のシナリオとしては10年単位の将来見通しは必要である。



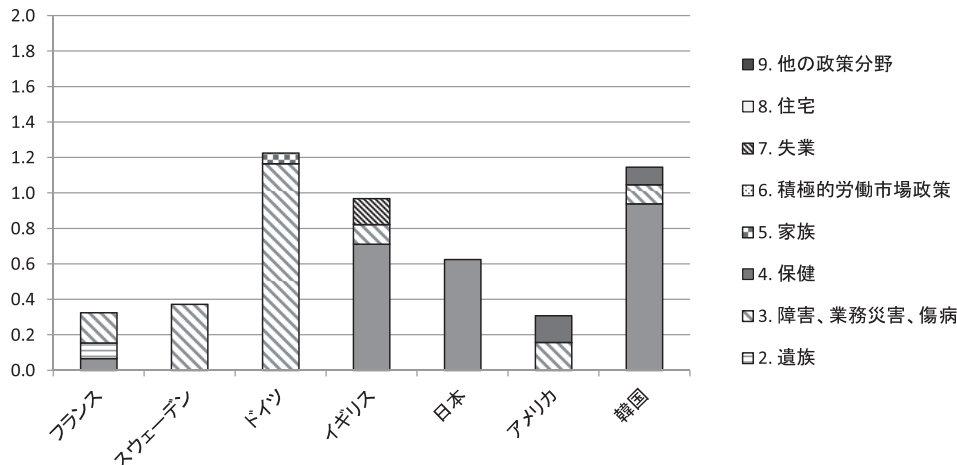
資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

図4 公的支出+義務的私的支出合計の対GDP比 (2011年) (%)



資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

図5 公的支出の対GDP比 (2011年) (%)



資料：OECD SOCX2014 edを基に作成。

図6 義務的私的支出の対GDP比 (2011年) (%)

II ILO World Social Protection Report にみる世界の動向

第2部では、世界各国における社会保障制度の確立を目指している近年のILOの動向について紹介する。ILOは、既に、“World Social Security Report 2010/2011”で、世界の社会保障に関する現状報告を行っているところであるが、近年、同「2014年ILO報告」³⁾において社会的保護に関する提言を行っており、世界各国で「社会的保護」を担保する制度が確立されることが期待されている。なお、「2014年ILO報告」では、「社会保障」は、

(a) 傷病、障害、出産、労働災害、失業、高齢、扶養者の死亡による無所得・低所得状態、(b) 医療へのアクセスの欠如、(c) 児童、被扶養者等に対する不十分な家族の扶養、(d) 貧困及び社会的排除、に対する金銭給付または現物給付を行う制度をいう。また、同報告書がいうところの「社会的保護」とは、①上記の意味での「社会保障」と同義、または、②上記の意味での「社会保障」制度による「保護」、すなわち、具体的な給付・援護・

支援の意味で使用されている。

1. 社会的保護政策に関する近年のILOの動向

ILOは、2000年頃から社会保障を、労働者主体のものから「すべての国民」のものとするように視野を広げており、国際会議の議論を通じて、社会保障は人権にかかわるものであり、居住地にかかわらず、少なくとも「社会的保護の土台(national floors of social protection)」が保障されなければならないことを示してきた。さらに、2012年6月14日に、ILO総会において、ILO第202号勧告「各国における社会的な保護の土台に関する勧告(Recommendation concerning National Floors of Social Protection)」が採択された。同勧告は、十分な水準の社会的な保護が提供されているのは、世界人口の20%にすぎない現状に鑑み、「社会的保護の土台」と呼ばれる必要不可欠な保健医療および基本的な所得保障をすべての人々に提供することを求めたものとなっている。

「2014年ILO報告」は、ILO第202号勧告の内容をより具体的に示し、加盟国に対して社会保障制度の拡充を促すものと位置づけられる。

2. 2014年ILO報告

(1) 社会的保護政策の重要性

「2014年ILO報告」は、まず、社会的保護政策が実施されることが、すべての人が社会保障を受ける権利を実現し、貧困と不平等を緩和すると同時に、人的資本の拡大、生産性の向上、内需の支え、経済の構造改革の促進などにより、包摂的な成長を支える上で、極めて重要な役割を果たしていると指摘する。しかし、社会保障を受ける権利は、世界人口の大多数にとっていまだに達成されないままであり、世界全体で人口の27%しか包摂的な社会保障制度にアクセスできていない。社会保障の一部しか享受できなかつたり、何も受けていない割合は73%に達している。他方、社会的保護の欠如は、経済的・社会的発展への障壁となっており、貧困や経済不安、不平等の増大、人的資本および能力への投資の欠如、不況時や低成長期における需要の低迷につながっている。このような問題認識の下、「2014年ILO報告」は、子どもとその家族に対する社会的保護、生産年齢にある者に対する社会的保護、高齢者に対する所得保障、医療保障の各分野について、その現状と制度の拡充の必要性について述べている。

(2) 子どもと家族に対する社会的保護

「2014年ILO報告」は、世界の多くの子どもは、栄養の改善、健康の維持、教育、育児に必要な現金給付を得ていないとする。例えば子どもおよびその家族に対する現金給付制度は、108カ国で導入されているが多くの場合適用対象が狭く、それ以外の75カ国では導入されていない。また、各国平均でGDPの0.4%が子どもやその家族に対する給付に当てられているが、西欧では2.2%、アフリカ、アジア太平洋では0.2%と幅がある。また、高所得国における財政健全化および調整策によって、2007年から2012年の間に、EUの28カ国中19カ国で、子どもの貧困は増加した。「2014年ILO

報告」は、子どもへの投資が不十分なことによって、子どもの権利と未来、その国の経済的・社会的発展が阻害されうると指摘している。

(3) 生産年齢⁴⁾にある者に対する社会的保護

生産年齢にある者に対する社会的保護政策として、「2014年ILO報告」では、失業、労働災害、障害、傷病時の所得およびサービス保障制度、産前産後の所得保障制度が挙げられている。世界では、GDPの2.3%が生産年齢にある者に対する社会的保護関連費用として支出されている。地域別にみると、アフリカの0.5%から西欧の5.9%まで水準には大きな幅がある。

失業に対する給付制度は一時的な失業時に労働者とその家族に対して所得を保障するものであり、貧困を予防する機能を果たす。しかしながら、抛外型または非抛外型の失業給付制度の対象となる労働者は世界の全労働者の28%にすぎず、地域的差異はかなり大きいことが指摘されている。ヨーロッパでは労働者の80%が失業給付の適用対象であるが、中南米では38%、中東では21%、アジア太平洋地域では17%、アフリカでは8%である。世界全体で実際に失業給付を受けているのは失業者の12%であり、西欧では失業者の64%が適用対象であるが、アジア太平洋地域では7%を上回る程度であり、中南米およびカリブ海では5%、中東およびアフリカでは3%以下である。

業務災害に対する保護については、強制加入の社会保険による業務災害に対する補償の適用を受けているのは、世界の労働者のわずか33.9%にすぎず、任意加入の制度や使用者責任制度などを含めても、労働者の39.4%にとどまっている。加えて実際の適用はさらに少なく、それは、多くの国で法令の施行が不完全なことによる。そのため、多くの低・中所得国においてすべての労働者に業務上災害補償の適用を拡大することが急務であることが指摘されている。

社会保障制度による障害者に対する給付は、障害者に固有のニーズを満たす上で重要であり、拠出型障害給付制度を補完するものとして、非拠出型の障害給付が主要な役割を果たしているが、非拠出型の給付制度を実施しているのは87カ国にとどまる。

母性保護施策については、妊娠中の女性および新生児の母親とその家族の所得保障、妊娠中の女性および新生児の母親に対する適切な医療へのアクセスの保障、雇用の促進の機能があるが、出産給付金制度の適用対象となっているのは、世界全体で就業中の女性の40%未満にすぎず、任意加入制度を含めても48%にとどまっていると指摘されている。

(4) 高齢者に対する所得保障

「2014年ILO報告」の中で高齢者に対する所得保障として重要視されているのは、老齢年金である。同報告は、老齢年金について国家の責任であると認識しているが、世界全体では、各国の制度で年金受給年齢に達した人々の48%は年金を受給できず、また、年金受給者であってもその年金額の水準は貧困線を下回る場合が多い状況にあるとされている。また、将来社会保障年金を受け取る見込みがあるのは現在生産年齢にある人々の42%にとどまる。このような状況の中で、低・中所得国で、すべての人に老齢時にベーシック・インカムを保障するため、拠出型の年金制度の適用範囲の拡大や、非拠出型の年金の確立の動きがある。他方で、年金制度の改革を進めている国も多く、給付の削減および拠出率の引上げなどが実施されているが、高齢者の所得保障に対する国の責任の低下、年金制度の意義の減殺が危惧されている。また、民営化した年金制度を再度国営化する動きもある。

(5) 医療保障

世界全体では人口の39%、とりわけ低所得国では90%以上の人が医療保障制度の適用外である。

その結果、世界の全医療支出の約40%が、患者の直接的な負担となっている。また、医療保障制度の適用がある場合でも、給付内容が限定的、高額な自己負担の存在、サービスを提供する医療従事者の不足などの問題がみられる。これらは、医療サービスを必要とする人の貧困に陥る危険性を増している。

一方で、世界の各地域の88カ国において、国家収入が少ない中で改革プロセスに着手し、2000年代後半の経済危機のときに財政刺激策の目的で社会的保護に対して投資したり、税金または拠出金による制度およびその両者を混合した制度を活用することで、高い医療適用率を達成している。他方で、公的医療機関のコスト合理化や、患者の自己負担の増加、医療従事者の賃金削減などにより、費用削減のための医療改革を行った国もあるが、その結果、医療サービスへのアクセスの不公平を増大している状況もみられる。

(6) 社会的保護の拡大を目指して

「2014年ILO報告」は、社会的保護は、現代の社会経済状況においては必要不可欠であること、社会的保護が十分になされることによってはじめて基本的人権としての社会権が実質的に確立することから、健全な経済政策を達成するための主要な構成要素となっているとする。社会的保護は、貧困、社会的排除および不平等の改善に寄与し、他方で政治的安定と社会的一体性を高めるものであり、また、社会的保護は世帯収入を支え、それが国内消費を高めることで経済成長にも寄与するものである。さらに、社会的保護は人的資本と生産性を強化し、国家の発展を支える上で極めて重要な政策となっている。社会的保護、特に社会的保護の土台は、景気回復、包摂的な発展、そして社会正義にとって不可欠であり、2015年以降の開発目標の一部とならなければならないと指摘する。

3. 2014年ILO報告の意義

ILOが社会的保護に関する提言を行うにあたり、参照している各国の情報は、ILOのデータベースのみにとどまらず、OECD、EUROSTAT、IMFなど、多岐にわたっている。ILOは2000年以降、SSI（社会保障調査）として新たなデータベースの構築を進めているが、定期的な更新には至っていない。そのため他機関の情報を利用することで議論に説得性が付与されているといえよう。

これまで、社会保障費用統計の担当部局として「研究所」は、2つの国際基準のうちOECDについては国際比較ができるが、ILOについては、各国のSSIの更新が整っていないために国際比較には利用できないと説明してきたが、「2014年ILO報告」には国際比較が多く引用されている（表6参照）。しかし、前述にもあるように、SSIの支出データはさまざまな国際基準から集めたデータを比較しているにとどまり、かつてのILOのCSSとは違う。すなわちOECD SOCXやEUROSTAT ESSPROSのように、定義により集計範囲と方法をきめ、それに沿って各国データを再集計したものにはなっていない。発展途上国を含む全世界の国際比較を試みようとするれば、データの統一性がある程度犠牲にしなければならない。それでもなお各国の違いをデータで示すことで、社会保障制度の充実や政策の推進を各国に呼びかける基礎データとしては有用である。世界銀行やアジア開発銀行（ADB）などの開発援助を行う国際機関が、各国の発展を指標化して開発援助の成果を評価している。その中に、社会保障にかかる支出額が含まれている。

おわりに

社会保障費用統計には2つの国際基準、OECDとILOを採用しているが、前者は国際比較のため、後者は国内政策資料のためという説明を

基幹統計指定されたときの答申でおこなった。

「2014年ILO報告」にあるように、実際には両者とも国際比較に用いられている。社会保障制度が整っている先進諸国にとっては、財政難の時代いかに社会保障に係る制度を維持発展させていくことができるのかが至上命題であり、経済成長著しい中進国にとっては、急速な社会の変化により顕在化する問題の解決の糸口のひとつが社会保障制度である。2014年10月OECD韓国政策センターが刊行した「OECD図表で見る社会：アジア太平洋2014年版」⁵⁾でも、ADBやILOの協力のもと、中国・東南アジア・環太平洋の島国などを含む広い範囲で国際比較がおこなわれている。

社会費用統計の国際比較は、先進諸国のみならずすべての発展段階にある国々でも政策において重要になってきている。近年、アジア諸国から「高齢化対策」について日本の経験に学びたいという要請が多く寄せられるようになってきた。日本の医療保険制度や介護保険制度などを視察にくる政府関係者も多い。社会保障費用統計の国際比較の意義は多様になってきている。

わが国の社会保障制度の現状を他の国のそれと比較するためには、わが国の社会保障の費用を正確に把握することが必要であり、それを比較可能な形で提示することが求められる。そのためには、多様な国際機関と連携し、社会保障に関する統計情報の基準のあり方について積極的に議論することが求められる時代になってきたといえよう。

表6 Public social protection expenditure by guarantee, latest available year (percentage of GDP)

(本表は、ILO (2014) pp.306-315に掲載されている同名の表から、各地域の平均値、および、主要なアジアの国のデータを抜粋したものである。)

Major area, region or country	Total social protection expenditure (total)		Public health care expenditure (% of GDP)			Public social protection expenditure for older persons (% of GDP)			Public social protection expenditure for persons of active age (% of GDP)		
	Latest available year	Year	Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year
Regional average (weighted by total population)											
Africa	4.3		2.6			1.3			0.4		
North Africa	10.0		3.2			5.0			1.1		
Sub-saharan Africa	4.3		2.6			1.1			0.3		
Asia and the Pacific	4.6		1.5			2.0			0.4		
Western Europe	27.1		7.9			11.1			5.0		
Central and Eastern Europe	17.8		4.4			8.3			3.0		
Latin America and the Caribbean	13.9		4.0			4.6			2.0		
North America	17.0		8.5			6.6			2.8		
Middle East	11.0		2.0			3.3			1.5		
World	8.8		2.8			3.3			1.5		
Asia											
Bangladesh	2.69	2011	1.11	3	2011	0.71	3	2011	0.46	3	2011
Bhutan	4.77	2010	2.97	3	2010	0.68	3	2010	0.03	3	2011
Brunei Darussalam	2.95	2009	2.04	14	2009	...		...	...		...
Cambodia	1.79	2011	1.26	3	2011	0.15	3	2011	0.10	3	2011
China	6.83	2010	1.27	10	2010	2.89	3	2009	1.90	3	2009
Hong Kong (China), Special Administrative Region	4.58	2011	2.34	3	2011	1.60	5	2011	0.60	1	2011
India	2.56	2010	1.06	4	2010	0.75	3	2010	0.60	3	2010
Indonesia	2.63	2010	1.03	4	2010	0.45	3	2010	0.09	3	2010
Japan	22.40	2009	7.15	8	2009	11.83	8	2009	2.26	8	2009
Korea, Republic of	9.19	2010	4.12	8	2010	2.36	8	2010	1.24	8	2010
Lao People's Democratic Republic	1.74	2005	1.22	4	2010	0.10	3	2010	0.06	3	2010
Malaysia	2.99	2012	1.99	3	2012	0.89	3	2012	0.07	3	2012
Myanmar	0.96	2004	0.26	10	2011	0.60	5	2011	0.06	1	2011
Pakistan	1.68	2010	0.38	2	2010	1.01	3	2010	0.03	3	2010
Philippines	1.55	2012	0.56	3	2012	0.58	3	2012	0.27	3	2012
Singapore	2.83	2011	1.20	10	2011	0.70	1	2011	0.91	1	2011
Sri Lanka	3.14	2011	1.26	10	2011	1.68	3	2011	0.04	3	2011
Taiwan	10.54	2009	3.75	2	2009	4.74	2	2009	1.09	2	2009
Thailand	7.24	2011	2.27	10	2011	4.20	3	2011	0.31	3	2011
Viet Nam	6.28	2010	2.54	4	2010	3.13	3	2010	0.51	3	2010

Notes

... Not available.

n.a. Not applicable.

Sources

- 1 ILO (International Labour Office) : ILO Social Security Inquiry. Available at: <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home> [6 Jun. 2014].
- 2 National source: Ministry of Finance.
- 3 ADB (Asian Development Bank) : ADB Social Protection Index database. Available at: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [6 Jun. 2014].
- 4 WHO (World Health Organization) : National Health Accounts (Global Health Expenditure database) . Available at: <http://apps.who.int/nha/database> [6 Jun. 2014].
- 5 World Bank pensions data. Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [20 Apr. 2014].
- 6 UNICEF country report.
- 7 HelpAge International: HelpAge's social pensions database. Available at: <http://www.pension-watch.net/about-social-pensions/about-social-pensions/social-pensions-database/> [6 Jun. 2014].

Unemployment			Labour market programme			Sickness, maternity, employment injury, disability			General social assistance (% of GDP)			Public social protection expenditure for children (% of GDP)		
Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year	Latest available year	Note	Year
...			...			...			0.2			0.2		
...			...			...			0.3			0.4		
...			...			...			0.2			0.1		
...			...			...			0.4			0.2		
...			...			...			0.9			2.2		
...			...			...			1.3			0.8		
...			...			...			2.6			0.7		
...			...			...			1.1			0.7		
...			...			...			3.4			0.8		
...			...			...			0.7			0.4		
n.a.	13	2011	0.45	3	2011	0.02	3	2011	0.32	3	2011	0.09	3	2010
n.a.	13	2010	...		...	0.03	3	2010	0.00	3	2010	1.09	3	2010
...	
n.a.	13	2011	0.10	3	2011	0.00	3	2011	0.18	3	2011	0.10	3	2011
0.14	1	2009	0.20	3	2009	1.55	3	2009	0.54	3	2009	0.22	3	2009
n.a.	13	2010	...		...	0.60	1	2010	0.03	1	2010	0.07	1	2010
...	3	2009	0.50	3	2010	0.10	3	2010	0.10	3	2010	0.06	3	2010
n.a.	13	2010	0.07	3	2010	0.03	3	2010	0.38	3	2010	0.68	3	2010
0.71	8	2009	0.43	8	2009	1.13	8	2009	0.37	8	2009	0.79	8	2009
0.31	8	2010	0.38	8	2010	0.54	8	2010	0.68	8	2010	0.78	8	2010
n.a.	13	2010	...		...	0.06	3	2010	0.34	3	2010	0.02	3	2010
n.a.	13	2012	0.00	3	2012	0.07	3	2012	0.03	3	2012	0.02	3	2012
n.a.	13	2011	...		...	0.06	1	2011	0.04	1	2011	0.00	2	2011
n.a.	13	2010	0.03	3	2010	0.00	3	2010	0.25	3	2010	0.01	3	2010
n.a.	13	2012	0.02	3	2012	0.25	3	2012	0.01	3	2012	0.14	3	2012
n.a.	13	2011	0.02	1	2011	0.89	1	2011	0.01	1	2011	0.01	1	2011
n.a.	13	2011	0.02	3	2011	0.01	3	2011	0.02	3	2011	0.15	3	2011
0.29	1	2009	0.19	2	2009	0.61	2	2009	0.53	2	2009	0.43	2	2009
0.11	3	2011	0.00	3	2011	0.20	3	2011	0.01	3	2011	0.45	3	2011
0.02	3	2010	0.16	3	2010	0.33	3	2010	0.09	3	2010	0.02	3	2010

- 8 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) . OECD Social and welfare statistics: Social Expenditure Database (SOCX) (Paris, 2013) . Available at: http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG [6 Jun. 2014].
- 9 European Commission, Eurostat, Living conditions and welfare: Social Protection Database (ESSPROS) (Luxembourg, 2013). Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/living_conditions_and_social_protection/data/database [6 Jun. 2014]
- 10 IMF (International Monetary Fund) : Government Finance Statistics, March 2014. (Washington, DC, 2014) .
- 11 Overseas Development Institute (ODI) .
- 12 UN ECLAC (United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean) : Statistics and indicators, social public expenditure (Santiago de Chile, 2014) . Available at: <http://www.cepal.org/default.asp?idioma=IN> [6 Jun. 2014].
- 13 SSA (Social Security Administration of the United States) ; ISSA (International Social Security Association) . Social security programs throughout the world (Washington, DC and Geneva) : The Americas, 2013; Europe, 2012; Asia and the Pacific, 2012; Africa, 2013. Available at: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [6 June 2014].
- 14 GSW (Government Spending Watch) . Available at: <http://www.governmentspendingwatch.org/spending-data> [20 May 2014].

注

- 1 伊藤 (2014) p.187.
- 2 KIHASA (2014)
- 3 ILO (2014a)
- 4 生産年齢とは15歳から64歳までをあらわす。
- 5 OECD (2014)

参考文献

- ILO (2010) "World Social Security Report 2010/2011"
- ILO (2014a) "World Social Protection Report 2014/2015"
- ILO (2014b) "Executive summary of the World Social Protection Report 2014/15" http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245131.pdf (2014年11月19日)
- Korea Institute for Health and social Affairs, KIHASA (2014) "Long-term Projection of Social Expenditure in Korea"
- OECD (2014) "Society at a Glance: Asia/Pacific 2014" <http://www.oecd.org/els/society-at-a-glance-asia-pacific-24089168.htm> (2014年11月18日)
- 伊藤善典 (2014) 「第10章 先進国における高齢化と社会支出の動向」『社会保障費用の理論と分析 事実に基づく政策論議のために』国立社会保障・人口問題研究所 慶応義塾大学出版会
- 西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編(2014) 『社会保障費用統計の理論と分析—事実に基づく政策論議のために』慶應大学出版会
- 山端浩 (2012) 「第100回ILO総会での社会的保護・社会保障をめぐる議論」『大原社会問題研究所雑誌』

No.643,pp.6-24、<http://oohara.mt.tama.hosei.ac.jp/oz/643/643-03.pdf>

ILO駐日事務所 (2010) 「社会的保護の床 (Social Protection Floor)」『ILO駐日事務所メールマガジン・トピック解説』2010年11月30日付 第102号http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-tokyo/documents/article/wcms_247186.pdf

本文中の略語一覧：

- CSS Cost of Social Security 社会保障給付費
- ESSPROS European System of Integrated Social Protection Statistics 欧州社会保護支出統計
- EUROSTAT Statistical Office of the European Union 欧州連合統計局
- ILO International Labour Organization 国際労働機関
- IMF International Monetary Fund 国際通貨基金
- OECD Organisation for Economic Co-operation and Development 経済協力開発機構
- SNA System of National Accounts 国民経済計算
- SOCX Social Expenditure 社会支出
- SSI Social Security Inquiry 社会保障調査

(おの・たいち 企画部長)

(かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長)

(たけざわ・じゅんこ 企画部第3室長)

(わたなべ・くりこ 企画部研究員)

(くろだ・あしや 社会保障応用分析研究部研究員)

書 評

田多英範編著 『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか』

(ミネルヴァ書房、2014年)

玉井 金五

I 本書刊行の位置

本書は、日本で活躍する外国人研究者も含めた若手が田多英範氏のもとに結集し、取り組んだ共同研究の成果である。国際的にみると両大戦間期を中心に社会保障制度が姿を現すが、それがどのような状況の下で創られようとしたのかを、欧米から東アジアに至るまで広汎な国々を対象として本書は追究を行っている。社会保障制度の萌芽期を中心にアプローチする手法は決して新しいものではないし、これまでも多くの関連文献が刊行されてきた分野である。そうした中で、なぜ現在においてこうした問いが発せられなければならないのであろうか。そこには編者である田多氏の強烈な問題意識が潜んでいる。

2つあげておこう。ひとつは、2000年代後半に展開された日本福祉国家の成立をめぐる田多氏と武川正吾氏との論争であり、それに対する田多説の補強というものがみてとれる。社会保障制度が福祉国家を支える要であれば、当然のことながらその完成時期というのは極めて重要である。田多氏は1961年のいわゆる「国民皆保険皆年金体制」の確立を重視し、日本の福祉国家はここにおいて成立したとみる。一方の武川氏は制度面の構築よりも、それを支える費用面を重視し、社会サービスへの支出が急激に伸び始める1973年を日本の福祉国家成立の画期とみる。田多氏の場合について

いえば、制度面のどの点に着目して1961年説を前面に出すのがポイントとなる。まさに、なぜ社会保障制度は創られたのか、である。こうした論点に関しては田多氏が序章で積極的に論述しているので、それをのちにみることにしよう。

もうひとつは、国際比較の座標軸が変質しつつあり、そうした動きも押さえることによって、それこそなぜ社会保障制度は創られたのかをより広い土俵の下で検証すべきだという考えが生じてきていることである。社会保障制度の国際比較といえば、長い間欧米が国際標準としての地位を占めてきた。しかるに、1990年代以降になると、東アジアを初め欧米以外の国々で社会保障制度を建設する試みが加速した。とりわけ、韓国、中国等の東アジアの勢いは凄まじく、今日に至るまでそれが継続している。そして、こうした国々での制度化をみると、これまでの欧米基準では捉え切れないケースが出てきている。そうした制度面のユニークさを含みつつも、東アジアにおいてなぜ社会保障制度が創られたのかを解明することは、これまで維持してきた田多氏の自説の基盤を固めるうえで避けて通れないテーマになる。

以下、もう少し本書に立ち入ってその概要にふれ、限られた形ではあるが紹介・コメントを加える。その上で、評者としての感想を開陳してみたい。

II 本書の概要とコメント

先に述べたように、本書の課題提起は序章においてなされる。社会保障制度がいつ、なぜ創られたのかについて、3つの指標が提示される。それらは、普遍性、権利性、体系性であり、社会保障制度の三側面をなす。つまり、「本書の新しさは、これら三側面を一体として捉えた上で、それらの特徴をもった社会保障制度の創設過程を追跡・分析しようと試みているところにあるといえよう」

(6頁)と述べられる所以である。社会保障制度が生み出されるのは、20世紀型社会問題(失業・貧困問題)に対処するためであったから、時期的には両大戦間期が重要な節目をなすが、国によっては19世紀後半期からそうした課題が登場するので射程範囲はそれにまで及ぶことになる。

序章では、さらに対象とする国々への言及があり、それらはイギリス、ドイツ、フランス、イタリア、スウェーデン、アメリカ、日本、韓国、中国というように、9カ国が対象に取り上げられている。そして、これらの各国分析から「相当な違いが存在する」(15頁)ことがわかってきたが、そうした中で国々のグループ分けがなされ、イギリス、ドイツは3層構造型社会保障制度体系、フランス、イタリア、スウェーデン、アメリカが雇用政策補完型社会保障制度、そして日本、韓国、中国が2層構造型社会保障制度体系として位置づけられる。こうした区分の基準が形成されたことについて、労働能力を有している者が公的扶助でカバーされるのか否かで2層と3層に分け、また社会保障制度と雇用政策の結びつきの強いケースが雇用補完型とされている。

イギリス、ドイツを一括りにして3層型と呼ぶとき、分析対象とする時代は19世紀後半期から20世紀にまで広がりをもつ。そして、社会保障制度が構築されていく一連の過程の中で失業保険と失業扶助の関係がひとつの焦点となる。労働能力があったとしても、彼らが失業扶助の対象になるという点において、労働能力を有する者を排除する

公的扶助とは一線を画するのであり、そのことの持つ意味が3層型に繋がっていく。一方、フランス、イタリア、スウェーデン、アメリカが雇用補完型という形でグループ化されているが、このなかでの各国間の性格の違いは著しいものがある。にもかかわらず、雇用補完型として規定するのは、社会保障制度が進展していくペースが同じ欧米といえども3層型と異なるからであり、また職域、地域面における独自性が社会保障制度形成に及ぼす影響に類似部分があるかの如く、雇用補完型では取り扱われるのである。

一方、2層型として注目されるのが、東アジアの3カ国である。これまで社会保障制度の国際比較に取り上げられることはなく、ようやく新しい比較軸としての価値を生み出しつつあるのがこうした国々だ。もっとも、これら3カ国の社会保障制度生成、発展の経緯には随分と違いがあり、同列に論じられないのはいうまでもない。にもかかわらず、本書は先に述べた一定の分析視点から制度的アプローチを試みて、思い切ったグループ分けを可能にした。このように、本書の大きな特色は国際比較をアジアの一部地域を含めて行おうとした点であり、またそれだけでなく、それぞれ個性の強い国々をあえて3つの類型に区分したうえで、社会保障制度がいつ、なぜ創られたのかを説得的に解明しようとするところにあるといえよう。本書における課題提起は、各国別分析を担当する各章でそれに沿った実証が行われ、その問いに対する答えを提示している。

Ⅲ 本書全体からのメッセージ

全部で9カ国が取り扱われており、それぞれの国の社会保障制度の生成、展開が丹念にフォローされているが、それらから発せられる有益なメッセージというべき内容について3点ほど指摘しておこう。

第1は、新しい研究成果も視野に入れつつ一国の社会保障制度の成り立ちを序章の課題提起に答える形で実証しようとしていることである。本書で対象とされたいくつかの国々に関する社会保障制度の実相などについてはすでに先行研究が数多く存在してきたが、普遍性、権利性、体系性といった指標をもとにしたアプローチから、制度そのものの成り立ちの時期や制度内容の完成度を析出し、それによって各国間の比較を行おうとする試みが本書の特徴のひとつとなっている。こうした視点から得られる結論として、段階的に制度形成したケースもあれば、我々が思っている以上に遅い時期に制度そのものが作り上げられたケースが存在したことがわかる。また、国によっては州やコミュニティの比重や役割が大きく、それが制度の全体的統合化の制約条件となることもあったという事実突き当たったりする。

第2は、国際比較の場に、これまでの欧米に加えて東アジア諸国が入れられたことである。本書を見れば明らかなように、ここ20年間における韓国、中国での社会保障制度の進展度は実に目を見張るものがあった。それを反映して、東アジアレベルでの制度比較も極めて早いスピードで展開をみている。社会保障の分野は総じて欧米の影響力が強く、国際比較においても有力な基準を打ち立ててきた。それに対して、東アジアを代表とする社会保障制度の前進は、従来から形作られてきた比較軸を再考させるだけの材料を提供してくれる。ただし、本書はこの東アジアの国々に接近する際にも先の3つの視点を用いており、いわば同一指標によって社会保障制度の創られ方を見極めようとしている。同一平面上に置くためには、そうした手続きを踏むことが不可欠となることを本書は改めて訴えているようである。

第3は、9カ国を3つに類型化することによってそれぞれの国の社会保障制度の構造的特徴を浮き彫りにしようとしている点である。類型化といえ

ば、エスピン＝アンデルセンの所説を想起するまでもなく、ここ20年ほどの間に著しく浸透してきた手法である。本書では、欧米が2つのグループに分けられる一方で、東アジアの3カ国はひとつに括られる形での構成となっている。類型化する際にいかなる指標を用いるかは決定的に重要である。本書では、社会保障制度を構築するときどのような要素（先の三側面）が制度の核として位置づけられているのかといった角度からの分類を試みている。その結果、3つのタイプに収斂したが、そのことは本書のユニークさを示すものであるとともに、分類の精度をめぐるさまざまな論議を引き起こすのではないだろうか。

IV 本書をめぐる主な論点

最後に、本書のなかでさらに深められるべき点、あるいは今後の方向性に関する事項について、3点述べておこう。

第1は、一国史研究のあり方についてである。本書でも各国における独自性、特殊性が指摘されている。その中でも、とりわけ第7章（日本）についていえば、後発性の視点から捉えようとする傾向が強く、逆にそれが日本の構造的特質を希薄化してしまっているように思われる。社会保障制度であるから国家の政策・制度を中心に説明が行われるのは当然であるが、国によっては地方・地域レベルでの実践的取り組みにおいて国家に先行するケースが存在した。日本であれば、戦前の都市や農村で行われていた施策の評価がポイントとなる。社会保障制度の萌芽形態が両大戦間期にみられるというのであれば、日本でもそれが追究されなければならない。そのさい、生活保障の領域であるがゆえに余計に視野を広げた検証が欠かせないのである。今日、日本福祉国家の源流として戦前期に大きな関心が寄せられつつあるならば、なおさらであろう。

第2は、社会保障を扱うのであれば、政策・制度面だけでなく、本来思想・学説面の検討も併行して行わなければならないということである。勿論、本書でも思想・学説に關説している部分は見受けられる。しかし、重点は政策・制度に置かれており、各国の社会保障制度を支える思想・学説がいかなるものかを問わない限り、各国の歴史的厚みといったところまで下りることはできない。思想・学説というとき、政策・制度と異なって時間的なズレというものが解消されたりする。例えば、国民的最低限の考え方を引き合いに出すと、論者によってその意味合いに多少の差は生じたとしても、日本も含めていくつかの国においてはほぼ同時代的に出現するところがあった。思想・学説面では先行したが、政策・制度が遅れてしまうことは往々にして起こりうる分野なのである。その意味で、政策・制度とともに思想・学説というもう一つの立脚点をできる限り組み込むべきである。

第3は、終章に関わるが、今後の方向性についてである。20世紀型社会問題に対処すべく現れ出した社会保障制度であったが、すでに21世紀型社会問題が噴出しつつある。それに立ち向かうためには、これまで営々として築き上げてきた社会保障制度を再編、統合していかなければならないが、

この点について本書は事実上課題整理に留まっている。もっとも、終章が述べるように、韓国や中国は20世紀に加えて21世紀の諸問題まで同時的に対処しなければならなくなっている。9カ国といっても、それぞれの置かれた事情は随分異なるのである。とはいえ、社会保障制度は20世紀に作り上げられた貴重な財産であるし、これを今後も引き続き維持していかなければならないのは各国の共通認識であろう。本書はそうした難題に踏み出すための礎石として我々が共有していくべきものであるが、本書の続編がその礎石の上に積み重ねられることによって一層大きなインパクトを生むのではないだろうか。

いずれにしても、社会保障について学問的蓄積を欠いた時論的、表面的な議論が跋扈する現代日本において、田多氏を中心とした共同研究の本格的成果がこうした形で刊行されたことを心から喜びたいし、またできれば政治・行政関係者が本書のような重厚な社会保障の歴史的研究をしっかりと踏まえて、説得力のある政策論を展開することを切に望みたい。

(たまい・きんご 愛知学院大学教授)

書 評

天野 拓 『オバマの医療改革』

(勁草書房、2013年)

山岸 敬和

2010年3月、アメリカ合衆国（以下、アメリカ）で患者保護および医療費負担適正化法（Patient Protection and Affordable Care Act：以下、オバマ改革）が成立した。バラク・オバマ大統領がリーダーシップを発揮して成立させたこの法律は、保険加入の義務付けなど新たな方策により皆保険を実現させようとするものであった。

イギリスやドイツにおける同時代の動きに触発されて、アメリカ国内の改革派が公的医療保険制度の設立、そして皆保険の実現を唱え始めたのは20世紀初頭であった。1960年代に、メディケアやメディケイドという公的保険プログラムが成立したが、高齢者、貧困者、そして障害者以外は、基本的に民間保険に「任意で」加入することとされた。この一世紀以上にわたる、いわば皆保険導入の失敗の歴史に終止符を打とうとして成立したのがオバマ改革であり、これが「世紀の改革」と呼ばれる所以でもある。

法案が成立した後も、オバマ改革はアメリカ政治の中心的争点であり続けている。2010年の連邦議会選挙ではオバマ改革が重要争点の一つとなり、オバマ改革への反対運動が共和党の躍進を後押しした。また、オバマ改革への反発は数々の訴訟を生み出し、特に最高裁によって2012年6月に下された判決にはメディアの注目が集まった。さらに最近では、2013年末に起こったいわゆる「財政の崖」問題や、保険加入のためのウェブサイトの不具合問題などがアメリカ国内のメディアを賑

わせた。日本のメディアでもこのような出来事は「オバマケア」という言葉とともに伝えられた¹⁾。

しかし、オバマ改革をめぐるニュースを理解することは日本人にとって難しい。皆保険がいわば「当たり前」になってしまっている多くの日本人にとって皆保険が存在しないということだけでも理解に苦しむだろう。また、アメリカの医療制度が日本のものと大きく異なるということも、さらに、オバマ改革の中身が複雑だということも日本人にとって理解を難しくしている。

天野拓『オバマの医療改革』は、この複雑なオバマ改革について丁寧に解説している。本書はオバマ改革—天野が度々強調する「米国型」の改革—の内容を理解するための本としては決定版であるといえる。本書はさらに、オバマ改革の問題の所在まで明らかにしており、改革の今後を考える上でも多大な示唆を与えてくれる。

本書は六章に分かれている。第一章では、医療改革の歴史を概観し、その中で公的保険が限定されたグループ（高齢者、障害者、貧困者）のみに適用され、そのほかは民間保険に頼らざるをえない状況になったことを述べる。そして、そのような医療保険システムであるが故に保険に入ることができない（または保険に入らない）無保険者が存在するというを明らかにしている。この章では民間保険の加入者や無保険者の内訳にまで丁寧に言及している。

第二章では、オバマ改革が成立した過程を、ど

のような政治的アクターが影響力を持ち、どのような政策の選択肢があったのかも詳細に述べながら明らかにしている。特に、いわゆる「パブリック・オプション」という政策案や、メディケアの受給開始年齢を現状の65才から55才まで引き下げるといった案が政策過程の中で登場して、そして挫折していく過程を詳細に述べている。

第三章は、主に民主党内部の政治勢力の変化に焦点を当てながら、オバマ改革をめぐる政治過程をより詳細に、そしてより長期的な歴史的視座で論じようとするものである。民主党内部では、シングル・ペイヤー・システムの導入を目指すリベラル派と、税額控除などで民間保険に加入することを促進しようとする穏健派という大きく分けて二つのグループがあり、1970年代以降、後者のグループが勢力を拡大してきて、民主党全体としての政策選好もそれによって変化してきたということを明らかにしている。

第四章では、オバマ改革が成立した後の政治的課題について述べている。まずは、共和党が1970年代以降から保守化していく過程を明らかにする。そしてアメリカ政治全体としては「個人の自由と自己責任の重視」が次第に強調されるようになり、医療政策の面でもそのような考えに基づいた「消費者主導医療」の実現を目指そうとする勢力が拡大し、民主党リベラル派との間には理念的にも政策的にも溝が深まっていったとする。このような政治的環境の変化は、オバマ改革成立後の訴訟問題、世論の動向、そして改革の執行過程における連邦政府と州政府との関係性にも影響を与えているとする。

第五章は、もう一つの改革成立後の問題、医療面での問題について論じている。アメリカでは、新たな診療方法を用いる医療提供者に対して寛大な診療報酬が支払われるシステムを歴史的にとってきたこと、複雑な医療保険制度が管理運営コストを押し上げること、そして医療提供者の市場権

力が強いことなどを指摘する。そしてこのような医療費増大の問題に対して、オバマ改革は抜本的な解決策を提示したわけではなかったと論じる。しかし、他国で医療費抑制策として採用されている、価格規制、支出目標、保険に対する厳格な規制などのような方策を実施することは、アメリカでは政治的に困難であるとしている。

最終章である第六章では、オバマ改革をめぐる課題についてまとめている。まず、州レベルにおける医療保険取引所の設立やメディケイドの拡大をめぐる、連邦政府とより保守的な知事がある州との駆け引きが続くことを指摘する。そして、長期にわたってオバマ改革がアメリカにもたらす問題は医療費を抑制するための手段をめぐるものであると再び強調する。

以上のように、本書は第六章にわたってオバマ改革が成立した歴史的背景、政策立案・決定過程、そして改革の執行過程における問題などについて論じている。評者がまず高く評価したいのは、多くの図表も使いながら、オバマ改革の特徴をかなり詳細に網羅的に記述してあることである。日本において「オバマケア」という言葉の認知度はそれなりにあると考えるが、その詳細な内容となると十分理解されているとは言い難い。そういう意味で、本書はオバマ改革を体系的に理解するための著書としては有用であるといえる。

また、オバマ改革がその成立後もさまざまな局面で政治問題化しており、日本のメディアでも取り上げられることが多いが、それがなぜ、どのような背景で問題となっているのかについての説明には言葉足らずのものが多く、本書は、今後のアメリカ政治におけるオバマ改革の取り扱われ方を理解するためにも有用である。

焦点を当てるテーマのオリジナリティという意味で高く評価したいのは、メディケアについての記述が詳細であるという点である。オバマ改革について論じるときには通常、オバマ改革の目玉で

ある医療保険取引所とメディケイドの拡大に焦点を当てる。しかし、オバマ改革の財源の問題においても、公的保険プログラムの将来にとっても、そして全体の医療費の今後の推移においてもメディケア改革は大きな影響を及ぼす。すなわち、メディケア改革はオバマ改革の今後成功するか、失敗するかの重要な鍵を握るものであるといえる。

メディケアについての議論の中で特に興味深かったのは、第五章におけるメディケアの民営化をめぐる部分についてである。メディケアは、連邦政府が運営するプログラムとして設立された。しかし、1997年の財政均衡法によって「メディケア・パートC」と呼ばれるものが創設され、メディケアに参入できる民間保険プランの種類が大きく広がった。そして、メディケアを「連邦政府が民間保険プランに対して補助金を提供するようなプログラムへと、変化させる可能性をもっていた(307頁に引用)」とする。そしてその民営化をさらに進めたのは、2003年に成立したメディケア処方薬改善近代化法であり、さらに多くの民間保険プランがメディケアに参入できるようになった。

天野は、このようなメディケアの民営化の過程とその結果について言及しながら、それは医療費の抑制にはつながらず、逆にそれを押し上げてしまっているとする。そして、そのメディケアの民営化改革をオバマ改革と重ね合わせて考える。すなわち、政策過程に関わる政治アクターの中において、政府が運営に直接関与する形での公的保険への拒絶感が強まっていき、医療保険「プログラム」ではなく医療保険「市場」における問題解決へと政策選好が傾いていく。しかしそれと同時に、医療費を押さえるために必要な政府の規制についての議論はおびなりにされていく。その結果、医療費の上昇を抑えることができない。まさに、これはオバマ改革が陥っているパラドックスと類似している。

内容について気になった点としては、医療提供

者側の制度についての言及があまりないということがある。医療費抑制を難しくしているのは、基本的に医療提供者が医療保険を選択することができるという制度によることが大きい。メディケアやメディケイドの診療報酬を抑制すると、それを扱うことをためらう病院や医師が多くなる。連邦政府が医療費を抑制しようとするれば診療報酬を抑制せざるを得なくなり、そうなれば医師会や病院団体からの反発を招く。オバマ改革の執行過程の推移を考える上で、この医療提供者側の制度をどのように改革するかが鍵となるが、これは政治的に容易なことではない。この点についてもう少し踏み込んでいけば、「米国型」の改革が行われた「米国型」の医療制度の特徴をより明確に示せてのではないだろうか。

この点にも関連するが、天野は特に医療費抑制策の議論におけるオバマ改革の「地方気質」を強調する。すなわち、アメリカは他の先進国から学習することができなかったとする。しかし、これは天野自身も触れていることであるが、日本やその他の先進国と比較すると、アメリカの医療保険制度の歴史的発展には大きな特徴がある。それは、民間保険が公的保険より先立って成長しているという点である。それに加えて、アメリカの政治文化にも重要な特徴がある。それは、政策の議論の中で、アメリカ的な自由・平等・民主主義を現す「アメリカ例外主義」という考えが明示的にも暗示的にも出てくるということである。

このようにアメリカ的な政策発展と、アメリカ的な政治文化が存在する中で、「地方気質」を脱するための選択肢は、きわめて限られていたと考える方が正しいのかもしれない。天野は、医療費を抑制するためには「パブリック・オプション」の導入が鍵であるということを強調する。しかし、このような制度的、政治文化的環境の下で、その政策が2010年の時点で採用された可能性はきわめて低かったのではないだろうか。そして今後も市

場の中に公的プログラムを競争相手として参入されるという、いわば「小さな政府」の時代に逆行するようなことを連邦政府が行うのは机上で考えるより難しいのではないか。理論的には、アメリカのオバマ改革がほかの先進国のようなものに近づいていくと考えることもできるが、公的権力が民間保険を管理する方法に関する政策刷新が起こるというようなアメリカ独自の政策発展をする可能性もあるのではないだろうか。アメリカの医療制度改革の今後について考えるときに、天野が想像するものよりももう少し幅を広く捉えた方がよいのではないかというのが評者の感想である。

オバマ改革について理解をすること、そしてオバマ改革が今後どのように進展していくのかは日本人の我々にとっても重要なことであるといえる。第一に、「米国型」の医療保険制度は日本に影響を及ぼすからである。TPPなどの自由貿易協定などから日本の医療制度が中長期的に変化するという可能性も完全には否定できないし、それ以外にも日本の医療制度改革を考える上でアメリカの事例から新たな政策の着想を得ることもある。オバマ改革はその成否はいまだに分からないが、民間保険と公的権力の新しい関係性の構築によって皆保険を達成しようとするものである。日本も長らく「医療危機」が叫ばれており、新たな政策パラダイムが必要となっている昨今、オバマ改革

から新たな政策についての想像力を得ること一たとえ最終的にそれを却下したとしても一ができるのではないだろうか。

第二に、オバマ改革についての理解を深めることは、今後のアメリカの政治と経済の行方を考える上においてである。2016年に行われる「ポスト・オバマ」を決める大統領選挙でもオバマ改革は大きな争点の一つになることは間違いない。またアメリカ経済の約6分の1が医療関連分野であることもあり、オバマ改革がどのように推移するかは今後の経済活動全体にも多大な影響を及ぼす。

いずれにしても、今後どのようにオバマ改革を「改革」するかはアメリカ国内で大きな政治的論争を起し続けることは確実であり、我々日本人にとっても無関係であるとはいえない。本書は、オバマ改革が何を行おうとしているのか、それがどのような結果をもたらすのか、そしてそれがどのような影響を日本にもたらすのかなどについて考えるきっかけを提供してくれる。

注

- 1) 「オバマケア」という言葉は元々オバマ改革に反対する者たちによる造語であった。しかし、オバマ大統領も2012年6月の最高裁判決後には自らがそれを使用するようになった。しかし、2013年末ごろから再び使用を控えるようになった。

(やまぎし・たかかず 南山大学准教授)

ブックレビュー

加藤智章・西田和弘編 『世界の医療保障』

(法律文化社、2013年)

黒田 有志弥

1. 本書の特徴

本書は、各国の医療保障制度を紹介するものであり、世界各国の医療保障システムを明らかにすることによって、日本の医療保障制度を見直す視点を探り出すことを意図している。「はじめに」に述べられているように、日本社会保障法学会第58回大会『医療制度改革の到達点と今後の課題』の報告者グループが中心となって企画したものである(学会報告の成果は日本社会保障法学会編「社会保障法」第26号に所収されている)。

本書の構成は、1章から10章で日本、ドイツ、フランス、韓国、台湾、イギリス、オーストラリア、デンマーク、アメリカ、オランダの各医療保障制度を紹介し、11章でヨーロッパ各国の医療保障体制に関してEUがいかなる「調整」を図ってきたのかが検討され、終章で1章から11章を踏まえた日本への示唆が述べられている。また、コラムとして、中国、カナダ、シンガポールの医療制度とその課題が簡潔に記述されている。

本書が各国の医療保障システムを検討するにあたって取り上げている上記の比較対象国は、医療保障体制を、公的医療保険、国民保健サービス、民間保険主導という大きく3つの類型に分類した上で、各類型に属する代表的な国を選定したものである(公的医療保険型に属するのは日本、ドイツ、フランス、韓国、台湾、中国、国民保健サービス型に属するのはイギリス、オーストラリア、デンマーク、カナダ、民間保険主導型に属す

るのは、アメリカ、オランダ、シンガポールであると)。比較検討国の選定理由は特に述べられていないが、3つの類型の国をバランスよく取り上げたものと考えられる。ただ、研究者グループに属する個々の研究者の専門としている国を中心に選定したことが推察される中で、なぜ北欧諸国はスウェーデンではなくデンマークなのか、南欧、南米、アフリカ、東アジアを除くアジアの国々が含まれていないのはなぜかなど、比較対象国の選定理由について何らかの言及があった方が読者に親切であったと思われる。とはいえ、各国の医療保障制度の紹介を担当する執筆者は当該国の社会保障制度の専門家であり、共著であることに起因するさまざまな制約(分量、構成など)があったと思われるにもかかわらず、各国の医療保障制度について簡潔かつ明瞭な記述がなされている。

本書の特徴の1つとして挙げられるのは、法学の研究者グループによる著作である点である。各章では根拠法の項目が設けられ、各国の医療保障制度の説明は(条文などの参照はないものの)法律上の根拠を有するものであることが示唆されている。もちろん法制度と実際の運用状況が異なっていることもありうるが、法規によって基礎づけられている制度の仕組みを正確に理解することは、その国の医療保障に対する考え方や理念を明らかにするために必要である。その意味で、本書は、医療保障について各国がなぜそのような制度を採用しているのかを知る十分な手がかりを提供

しているものでもあると言える。

また、本書の今1つの特徴は、各国の医療保障制度を紹介する1章から10章において、その構成が共通のものとなっている点である。すなわち、概ね各章は、基本的枠組、根拠法、適用対象、当事者関係、給付、診療報酬、財源構成、医療提供体制の8項目から構成されている。このことは、本書で紹介されている各国の医療保障制度の比較を平易にし、制度に対する各国の理念の解明や日本への示唆の検討にあたって非常に有益な資料となりうると思われる。

これらの特徴から、本書は、医療費の増加など、日本の医療に対する政策課題を検討する前提として、各国の医療保障制度を横断的に紹介し、「日本の医療保障の特徴を再確認するとともに、日本の医療保障制度を見直す視点を探り出す」基盤を提供していると評価できよう。

2. 本書の内容

前述のように欧州連合を除く各国の医療保障制度を検討する1～10章は、基本的枠組、根拠法、適用対象、当事者関係、給付、診療報酬、財源構成、医療提供体制の8項目からなる。

「基本的枠組」では、当該国の医療保障制度の概要が示される。そこで読者は、当該国の医療保障システムの沿革、特徴、近年の動向などを知ることができるであろう。

「根拠法」は、医療に関する法律名が列挙され、当該法律の規程内容が簡潔に示される。このことにより、「適用対象」以下の記述内容が各国の法律に根拠を有するものであることが示唆されている。

「適用対象」以下は、各国の医療保障制度の具体的な内容であるため、ここでの紹介は差し控えるが、本書が意識する医療についての財源調達とサービスの提供の観点から項目立てがなされ、各国の医療保障制度についての論述がなされてい

る。各章は20頁ほどであるため、各国の医療保障制度の詳細まで論じられているわけではないが、本書の意図する各国の制度を横断的に俯瞰するという意味では十分な内容であると思われる。

11章では、EU域内での各加盟国の医療保障制度に関する「調整」について紹介されている。本章については、終章においても言及がないため、本書における位置づけが若干不明瞭であるが、各加盟国の医療保障制度を含む社会保障制度が自由な移動を阻害しないようにするために、EUがどのような「調整」を図ってきたのかを、まずは社会保障制度一般について紹介した後、医療分野については、患者の国際移動と医療給付の「調整」、国境を越える医療サービスの利用、医療従事者の国際移動の観点から論じている。

終章では、まず、日本を含め本書で取り上げている13か国13通りの医療保障システムが存在することを明らかにしたとする。そして、これらは前述の3つの類型に分けられるとし、各類型の特徴を簡単に示す。その上で、日本の医療保障制度の特徴を明らかにする。ここでは、医療保険の体系と医療提供体制のそれぞれについて4点の特徴が挙げられている。これらの特徴には従来から指摘されているものも含まれているが、終章までを通読すれば、なぜそれらが日本の医療保障制度の特徴たるのかを説得的に理解できよう。

最後に「日本法への示唆」として、日本を含めた各国の皆保険体制の考察、および、日本の制度には見られないゲートキーパーとしての家庭医、保険給付の範囲や患者負担のあり方、これらと密接に関連する補足給付の位置づけが示される。ただ、これらは、各国の制度の簡単な紹介に止まり、「理論的有效性および実現可能性両面からの継続的な検討が求められる」として本書が締められている。

本書の中でも述べられているように、本書は、「医療計画や診療報酬など、さらに深く検討しな

ければならない問題も数多く、「その意味で、医療提供体制に関する比較検討に向けての第一歩である」。日本の医療制度には多くの政策課題が存在するが、それらの課題にどのように応えるべきかは医療あるいは医療制度に関する研究に携わる研究者の共通の課題であろう。その中で制度

設計に根拠を与える法的観点からの研究についても、本書を端緒としてさらに進むことを期待する。

(くろだ・あしや 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部研究員)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字程度）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、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。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E.1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell. Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P.Flor and H.Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie,Roger. 1998. " Pension Systems and prospects in Asia and the pacific." *International Social security review*,Vol.58, No.3, 63-87.

榎原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009,Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP (Desk Top Publishing) にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS (Windows、Macintosh など)、アプリケーション名 (Excel、Lotusなど)、バージョン名 (2.0など) を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第190号 2015年3月発行予定 特集：認知症対策の国際比較

バックナンバー

- 第189号 2014年12月発行 …… 特集：中国の社会保障
第188号 2014年9月発行 …… 特集：大規模災害と社会保障Ⅱ
第187号 2014年6月発行 …… 特集：大規模災害と社会保障Ⅰ
第186号 2014年3月発行 …… 特集：ドイツの社会保障：メルケル政権下の社会保障
第185号 2013年12月発行 …… 特集：貧困・格差を総合的、継続的に把握する指標の開発と活用
—数値目標化とモニタリングのしくみ—
第184号 2013年9月発行 …… 特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性
第183号 2013年6月発行 …… 特集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策
第182号 2013年3月発行 …… 特集：精神障害者地域生活支援の国際比較
第181号 2012年12月発行 …… 特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障
第180号 2012年9月発行 …… 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係
第179号 2012年6月発行 …… 特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—
第178号 2012年3月発行 …… 特集：スウェーデンの社会保障—グローバル化経済の中での苦悩と挑戦—
第177号 2011年12月発行 …… 特集：貧困への視座と対策のフロンティア
第176号 2011年9月発行 …… 特集：若年就業と諸外国の社会保障政策—労働市場政策を中心として—
第175号 2011年6月発行 …… 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に
第174号 2011年3月発行 …… 特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名され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。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。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
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、問い合わせ先 〒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
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

中国の社会保障に関する特集号をお届けいたします。中国の社会保障については、2000年に特集を組んで以来となります。当時は国有企業改革への社会保障の対応に焦点が当てられていたのに対し、今回は全国民に対する社会保障制度の構築がテーマとなっています。前回の特集と読み比べていただくことで、中国の変化を感じ取っていただければ幸いです。

(W.K.)

編集委員長

森田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井伊 雅子 (一橋大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

加藤 淳子 (東京大学教授)

加藤 智章 (北海道大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

廣瀬真理子 (東海大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

宮田 智 (同研究所・政策研究調整官)

小野 太一 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

金子 能宏 (同研究所・政策研究連携担当参与)

編集幹事

竹沢 純子 (同研究所・企画部第3室長)

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

暮石 渉 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

安藤 道人 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 189

平成 26 年 12 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
Tel: 03-3595-2984
homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷 株式会社 弘 文 社
〒272-0033 市川市市川南2丁目7番2号
Tel: 047-324-5977

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Winter 2014 No. 189

Special Issue: Social Security in China

- Foreword Hidenori Tada
- Development of the Universal Pension System in China from a Suitability Viewpoint Yang Yu
- Establishment of a System for Minimum Living Standards in Urban and Rural China: Process and
Characteristics Min Zhu
- Social Security and Care in China Jie Shen
- From Market to Government: Achievements and Limitations of China's Health Care Reform ... Lianhua Li

Article

- Verification of Poverty Determinants in Various Countries Using Nonlinear Regression Analysis
..... Kazutoshi Tanabe and Takahiro Suzuki

Report and Statistics

- International Comparison Using Financial Statistics on Social Security – OECD Social Expenditure
2014 Edition and ILO World Social Security Report
..... National Institute of Population and Social Security Research Project Team
for Financial Statistics on Social Security

Book Review

- Hidenori Tada
Why Has the World Established the Social Security System? Kingo Tamai
- Taku Amano
Obama's Health Care Reform Takakazu Yamagishi

Short Book Review

- Tomoyuki Kato and Kazuhiro Nishida
Law and the Health Care System in the World Ashiya Kuroda
-