

中国農民社会保障の現状と課題

沙 銀華

■ 要約

五保制度は、政府による労働力を喪失した農民、または保護者がいない未成年者などに対する救済の方法の一つであり、ある意味でそれらの対象者に最低生活を保障するという社会政策が最低範囲内で実施されたものである。その制度の存在意義は社会安定とつながっており、役割を否定することはできない。

合作医療制度は、70年代後半からほぼ解体され、農民の健康保険問題は社会的な問題となっており、1979年合作医療制度の見直しが行われた。合作医療制度に参加する村は、ほとんど沿海部にある村という結果になった。

中国政府は、改革開放後、都市の貧困人口に対して、社会保障制度の一環として、市民の最低生活保護制度を実施し、社会的な安定に役立てた。それと同時に政府は、都市部で実施された「最低生活保護制度」が農村部にも適用するように動いたが、その先行地域は、北京、上海、天津、江蘇、浙江、広東など経済発展が速い沿海部の農村地区となっている。

90年代以降、農村養老保険の発展は、沿海部の農村地域に集中し、そのほかでは中部地方の豊かなところでも見られるが、西部地方の発展は大幅に遅れている。

都市部、農村部、そして都市部に移住した農民戸籍グループによる三元社会が形成され、その中で都市部だけはやく社会保障の体制が整備されたものの、その他の2つのセクターでは、社会保障制度をどのように作るのか、三元社会に対応したセクター別の社会保障制度を作るのか、それとも今後一元化するかは、非常に重要な課題となる。

■ キーワード

農民社会保障、合作医療制度、五保、最低生活保護、農民養老保険

I はじめに

1970年代後半から中国の改革開放政策が実施されて以来、中国は計画経済から市場経済に移行、経済が急成長し、それにより国民の生活水準が大幅に引き上げられ、より安定した国家になりつつある。その中で、国民にとって最も関心が高いのは、生活を保障する安全網（セーフティーネット）である。

歴史的な原因により、中国社会は、50年代から都市部と農村部の「二元社会」になっており、都市部戸籍の住民と農村部戸籍の住民は完全に異なる社会制度の下で暮らしていた¹⁾。ところが、改

革開放された中国では、就労が自由化され、戸籍の禁固を突破し、都市部に職を求めて農村を離れ、出稼ぎ方式で流入してきている。いわゆる「農民工」と呼ばれるこれらの農村戸籍の若者を中心とする農民は、すでに、1.4億を超え、農村を離れた農民の人口を統計すると、すでに2.4億を超えたという非公式の発表もあった²⁾。この現象により、「二元社会」の均衡は崩され、都市部には受け入れられていない農村戸籍の都市部定住者が存在することにより、社会は「三元社会」に変わりつつある。その3つのセクターに対するソーシャル・セキュリティーの整備を観察すると、完全に相違する結果を得ることができた。

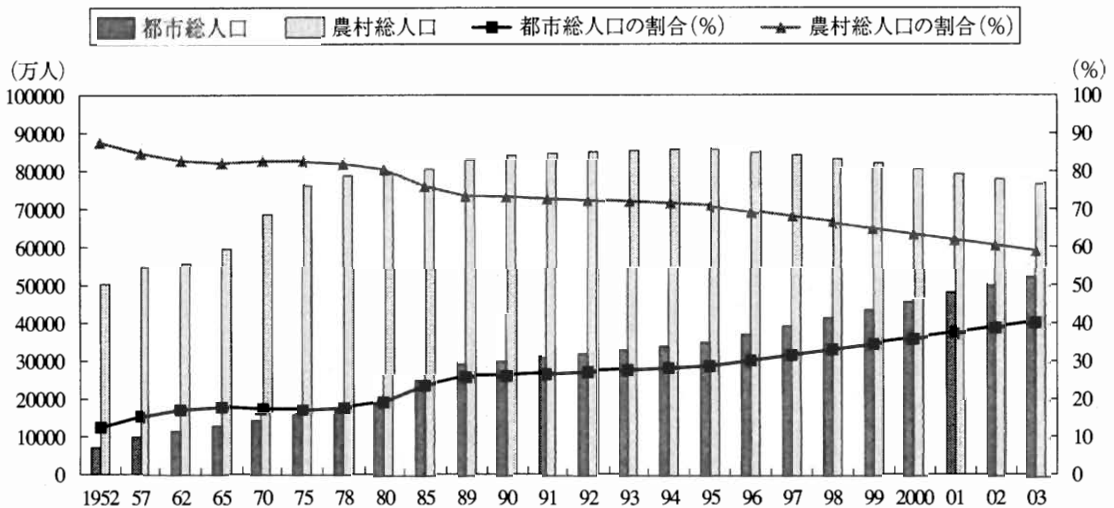
第一に、都市部住民のソーシャル・セキュリティについて、80年代から、中国政府は、都市部の社会保障制度改革をスタートさせ、90年代に年金、医療保険(日本の「健康保険」と類似)、失業保険(日本の「雇用保険」と類似)がほぼ整備され³⁾、2000年から、労災保険、出産・育児保険なども整備を開始する動きが出ている。

第二に、農村部住民のソーシャル・セキュリティについて、都市部の社会保障制度が整備される一方で、総人口の約6、7割前後を占める農村戸籍を有する農民の社会保障問題は、いまだに解決されていない。わずか一部の沿海部と内陸部の豊かな地方は、地元政府の下で、年金、医療保険制度を実施したが、残る数億の農民に対する、

老後、健康に関するソーシャル・セキュリティは、完全に整備されていないようである(図1参照)。

第三に、農村部から都市部へ流動している農村戸籍の農民工は、ほとんど都市部の社会保障制度の対象から除外され、年金、医療、失業、労災などに関する保障がほとんどない状況である。また、農民工は戸籍にある農村地区ではほとんど社会保障制度が整備されていないため、戸籍所在地よりセーフティーネットでカバーされることは困難な状況である(表1参照)。

本稿では、中国における改革開放前の農民の社会保障に関連する制度を簡単に回顧し、80年代後半からの農村の養老保険制度(年金)制度、農村医療保険制度改革などを考察し、数億に及



出所:「中国統計年鑑2004」中国統計出版社, 2004年10月

図1 中国都市・農村人口の年次推移と割合

表1 移動人口の状況(1995年11月-2000年10月)

	移動総人口 (万人)	省内移動 (万人)	省外移動 (万人)	省内移動の 割合(%)	省外移動の 割合(%)
移動人口数	13714	10014	3700	73.02	26.98
15歳及び以上の移動人口数	12208	8794	3414	72.03	27.97
15歳及び以上の移動就職人口数	8341	5524	2817	66.23	33.77

出所:鄭功成他著2002「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)

ぶ農民に関わるソーシャル・セキュリティ制度の構築における問題点および解決見通し、あり方について、問題点を展開して実証分析したい。

II 沿革

1. 農村社会保障制度の概説

50年代から、中国政府は、都市部(城鎮)の職員・労働者を中心とする社会保障制度を構築し、これには、職員・労働者の養老(年金)、医療、防災、救済、福祉などが含まれている。

ところが、二元社会の下で、当時総人口の約7、8割を占める農村戸籍の農民に対する社会保障制度の構築は、ほぼ不可能であり、農村部に最も必要な最低生活保護に似た制度以外には提供できない状況であった。それは、50年代末からの合作医療制度の構築、60年代からの「五保」制度の導入および50年代からの農村災害救援・救済制度の実施などである。

2. 合作医療制度

1) 早期の保健所制度

50年代初期、農業合作社制度が各地方に構築され、山西、河南、河北省などの各地において、農業生産合作社は農民の健康を管理する保健管理所を作り始めた。

・財源

当該制度を実施する際の財源は、3つの部分に分かれる。第1に、農民が納入する保健費⁴⁾、第2に、農業生産合作社が公益金の10-15%を保健費として保健所に補助する。また、第3に、保健所は一部の医薬品を有料化しているが、それらの医薬品の使用によって得た利益は、保健費として使われる。

・医療保健の内容

農民は、保健所で重大な疾病を除いては、無料で外来診断を受けられ、出張診断も無料で受診

できるようになっている。また、一部の医薬品は無料で提供されており、疾病の予防サービスも無料で受けることができる。

2) 合作医療制度

1958年、農村が人民公社化され、翌年、中国衛生部は、合作医療制度を正式な農村社会保障制度として認め、全国の農村に普及するに至った。合作医療制度の内容は、上記の保健所制度とほとんど違いはないが、農民が納入する合作医療費は、現金ではなく、農民が働いて記録された「工分」⁵⁾より天引きされることが一般的である。

1965年9月、山西、湖北、江西、江蘇、福建、広東、新疆などの十数省、自治区、直轄市の郊外農村部では合作医療制度が普及していた。

1966年の文化大革命中は、ほとんどの農村(人民公社)が、合作医療制度を実施した。1976年の統計によると、同年、90%以上の農民が合作医療に参加し⁶⁾、1978年憲法の中では合作医療は一つの農村社会保障制度として定められている。

1979年、衛生部、農業部、財政部などが「農村合作医療章程(定款)」を公布した。これは、合作医療制度に対する統一管理の規制規定である。

ところが、70年代後半、改革開放政策の実施によって、人民公社は解体されるまでに至った。農村における請負制度が実施され、集団での農作業には終止符が打たれ、農地の経営は農民個人に任せられることになったため、合作医療制度は存続に関わる重要な財源の提供者がいなくなり、制度の崩壊が始まった。

3. 生活保護制度である「五保」制度

1) 五保制度の内容

農村には、次に掲げる条件を満たす孤独な老人、障害者、孤児に対して、特別な救済措置を採択することができる。すなわち、第1に、法定扶養義務者がいないこと、第2に、正常な生活を維持

するための労働能力が喪失したこと、第3に、生活に頼る収入が得られないこと、である。そのような生活保護制度は「五保」制度と呼ばれている。

1960年の全国人民代表大会の「56-76年の全国農業発展要綱」で、その「五保」制度は定められている。「五保」とは、5つの内容が保障されるという意味で、つまり、衣、食、薪（食品を加熱するたきぎ）、教育、葬儀の5つである。この制度の下保護される世帯は、「五保戸」と呼ばれている。

この生活保護制度は、中国農村社会保障制度の中でも重要制度の一つとして実施され、新政権に安定した社会秩序の維持、農村部で生活援助を求める最貧困層の最低生活保護において大きな役割を果たしたものと評価されている⁷⁾。その後、「五保」の内容は、住、医の部分が追加された。

2) 集中救済と分散救済

五保制度の実施方法には、2通りあり、一つは、集中救済方法である。これは、人民公社が「敬老院」という老人ホームに似た施設を作り、「五保」の対象者を集めて共同で暮らすというもので、人民公社は定期的に「敬老院」に補助費用を提供し、対象者に対して生活補助を行う。その生活保護を受ける対象者に属す財産、例えば、住宅、家具などは、生活保護を受けた時点から、処分権または所有権を人民公社に移転し、老後の生活は、完全に人民公社に任せることになる。

もう一つは、分散救済方法である。これは、まず、「五保」の対象者の面倒を見る専門的な村民を指定し、彼らが対象者の基本生活の保護を担当するため、人民公社生産隊は当該村民に金銭、または現物支給方式で補助し、間接的に「五保」の対象者に支給する方法である。対象者の所有する財産、住宅、家具、農具などの所有権は集中救済同様人民公社に移転するが、生存期間内は、使用することが認められており、死亡後、人民公社に移転することになる。また、一部の地区では、財産の所有

権が扶養者となる村民に移転するケースもある⁸⁾。

3) 五保制度の限界

1958年当時、全国の農村部には15万軒の「敬老院」があり、「五保」の対象者（ほとんどが老人）約300万人を救済していた⁹⁾。

ところが、「五保」制度は、あくまで農村部における極めて少数の老人、障害者、孤児を対象とする救済措置であり、数億の農民の老後に関わる養老保険である年金問題は、社会保障制度の中に組み入れられていない。

また、70年代初期より実施された一人っ子制政策は、その当時、一人っ子制政策を実施した初期段階で、共産党と人民政府の政策に応じて、一人っ子しか産まなかった農村戸籍の世帯は、その家族構成が大きく変化し、現在では、大半の世帯が、一人っ子である子供と夫婦二人という核家族方式になっている。改革開放後、それらの核家族世帯の親たちは高齢者と呼ばれる年代に突入したが、「養児防老」（子を養って老に備える）という伝統的な老後に備える方法は当該対象者に適用されない恐れがある。その原因は、「4+2+1」の家族構成では、子供が一人のみなため、祖父母4人および父母2人の老後の面倒を見る（扶養、介護を含む）ことが困難であることは明らかである。そのため、将来、数億の農民の老後生活はどのような形で保障されるのか、政府はどこまで責任を持って老後生活の面倒を見ることのできるのか、農民の養老問題（年金）をどのように解決するのか、農村年金制度はどのように構築するのかなど、大きな社会問題となっている。

III 農村社会保障制度改革の動き

1. 概説

70年代後半からスタートした改革開放は、市場経済化の方向に進んでいる。人民公社の解体に

よって、以前、人民公社の体制の下に存在した多くの制度は、大きく変更されたか、崩壊したケースがほとんどである。前述したように、人民公社の解体後、合作医療制度はほぼ崩壊し、五保戸制度にも大きな変化があった。

中国の農民は、数千年来、何も保障されない自然環境の下で暮らし、自然災害に遭遇した場合や、重病を罹った場合、自分の家族に以外に頼ることができない状況が続いたのである。その中で、唯一頼ることができたのが健康保険に近い合作医療制度であるが、現在、その合作医療制度もほとんど崩壊してしまった。それから、「因病致貧」(病気によって貧困になった)、「因病返貧」(病気によって貧困状態に戻った)の現象が多発しており、経済格差も急速に広がってきている。

改革開放から約20年が過ぎた現在、農村における最も基本的なことであり、また大変重要なことでもある養老と医療において、今後どのようにソーシャル・セキュリティを構築するかは中国にとって非常に大きな課題となっている。政府は、この十数年間、養老、医療に対して各方策を提出しているが、東西南北の地理的条件、経済発展が不均衡な状況下では、現在の経済環境で統一された制度作りは困難となっている。その結果、各地方政府が管轄内の農村地区で養老、医療を保障する制度を構築するケースが増えている。

また、政府は、数千年に渡って遺留されている「三農」(農業、農村、農民)問題を解決するため、この十数年間、養老・医療保障を一番重要な課題として取り上げている。そのうえ、農村社会を安定させるため、養老、医療以外に、農村の自然災害に対応する救済措置を講じることも大変重要な位置付けとなっている。

そのため、農村部の社会保障制度の整備は、おおよそ次に掲げる5つの方面より旧制度に対する改革または新しい制度の整備を進めている。

第1に、「五保」制度は引き続き実施し、その制

度の安定化を図る。

第2に、「因病致貧」および「因病返貧」の貧困層農民に対する医療救済制度を構築する。

第3に、50年間実施されてきた数億の農民を対象とした合作医療制度に対して、その制度改革を行い、新しい合作医療制度を再構築することである。

第4に、貧困層の農民に最低生活保護制度または農村特別貧困世帯救助制度を構築する。

第5に、各地方の経済環境、社会環境に沿った方式で農民の年金制度に相当する養老保険制度を構築する。

2. 五保制度

1) 五保制度の改革

前述したように、人民公社の解体後、特に、中国の全農村で負受責任制度が実施された後、以前の集団経済の基盤はほぼ崩れたため、「五保」制度を支えてきた人民公社が負担する財源はなくなり、「五保」制度は存続の危機に立たされている。一部の地方では、「五保戸」の老人が制度上保障されている生活保護を受けられなくなってしまったケースが発生している¹⁰⁾。

当面、全国統一的な国民養老保険制度はまだ完成しておらず、それに加え、高齢者の介護問題を解決する手段もいまだ見つからない。さらに、農村部における障害者、孤児に対する社会福祉制度も完備されていない状況のため、労働能力を喪失している孤独な老人、障害者、孤児ら、最も生活保護を必要としている人々には「五保」制度はまだ必要であり、その制度自身は農村部で労働能力を喪失してしまったものの、家計収入源がない対象者にとってはいまだに有効的な救済制度であると言わざるを得ない。

中国政府は上記の実情を勘案し、その上各地方政府のさまざまな実施方法を参照し、「五保」制度の救済方法の改革案を完成させた。まず、「五保」

制度の財源については3つの方法を認めることとした(第1に、村の上級行政機関の管理費用から提供する。第2に、郷または鎮政府が郷鎮企業から徴収した行政管理費用から提供する。第3に、親族から現物、または金銭を提供してもらい、介護が必要な場合親族から介護行為を提供してもらう)。

1985年、全国の農村に「郷鎮経費調達方法」が広がった。それは、郷・鎮政府が管轄内の郷鎮企業より徴収した行政管理費用の一部を「五保」に回し、「五保」の財源を提供することである。この方法が実施された後、1994年には、3万1000の郷・鎮で「郷鎮経費調達方法」が実施され、全国の郷鎮総数の65%を占めた。

2) 五保制度の法制化と安定化

1994年1月、国務院は、「農村五保供給扶養工作条例」(農村における五保戸に対する養護を提供する条例、以下、「条例」と略す)を公布し、この中には、五保制度に対する改革の内容も含まれている。改革前後の制度を比べると、法規で新たに明確に定められた箇所や変更された箇所は、主に次に掲げられる。

① 五保の対象者

老人(高齢者)、身体障害者および未成年者は、次に掲げる条件に合致すれば、五保という生活保護を受けられる。

第1に、法定扶養義務者¹¹⁾がいない、または法定扶養義務者がいても対象者に扶養能力がないこと、第2に、労働能力がないこと、第3に、所得がないこと、である。

② 五保の認定法制化

条例では、五保の対象者を認定することが法制化されている。五保の対象者の認定は、農民部の村¹²⁾に居住する村民が申込を行った後、村民委員会が認定手続きをし、郷または鎮の行政機関の認可を得て、「五保供養証」(五保

供給扶養証明書)を五保の対象者に発行する。

③ 五保の保護内容

五保の対象者である「五保戸」に対する生活保護の内容は、条例で明確にされている。

第1に、対象者に食料、燃料を提供すること、第2に、服装、布団など日用品および小遣いを提供すること、第3に、基本的な生活条件を満たす住宅を提供すること、第4に、病気を罹った対象者には治療を行うこと、要介護の場合生活の面倒を見ること、第5に、対象者が亡くなった場合、葬儀を行うこと、また、対象者が未成年の場合、義務教育を受けることを保障すること、である。

上記の保護内容について、具体的な保護水準は、条例では現地の農民(同村の村民)の平均生活水準と同様であるとし、これは郷(鎮)政府によって定められる。

最低生活保護の形式は、改革前の形式と同じく、集中救済方式と分散救済方式がある。集中方式において、条例では、敬老院に入るまたは離れることを対象者が自由意思で決めることができ、強制的に対象者全員を入れることは提唱していない。分散救済方式の場合、改革前の条件に加え手続きの基準化が定められた。五保対象者の生活の面倒を見る扶養者(指定される村民)と政府との関係は、改革前の単なる政府が指定する関係から、条例では政府は委託者、村民は受託者、対象者は保護を受ける者と指定されている。この三者間で「扶養協議」という契約を締結し、その協議で委託者と受託者、または扶養を受ける対象者の義務と権利を明確に決定し、委託者である政府機関は、その協議に基づいて監督的な立場から監督権利を実施することができる。

④ 五保対象者の財産処理

全面的に生活保護を受ける対象者に属す財産、例えば、住宅、家具などをどのように処理

するかが新たに条例で明白に定められた。条例は改革前の財産処理方法を承継し、法規化した。すなわち、五保を受ける対象者は、対象者となった時点から、その財産の所有権を契約方式で村民委員会に移転し、生存する期間内は自分の財産を引き続き使用することはできるものの、財産の処分権を持たない。対象者が死亡した時点で、その財産は村民委員会に帰属する。対象者の財産は、分散救済の協議で死亡後その財産が受託扶養者に帰属となった場合、その協議に従って受託者に移転する。ところが、対象者が未成年であった場合、16歳になった時点で五保協議が終止する場合、村民委員会または受託扶養者に保管されている財産は本人に返還すべきである。

3) 五保制度の安定化

1995年以降、五保制度は改革され、制度自体が法規化された。これは制度の安定化を図るものであり、その実績も1995年から安定し、1995年には、五保戸は約241万人(世帯)に達し、村民委員会または郷鎮企業(集団企業)より補助された金額は18億人民元に上った。そして、数年後の2000年には、これらの数字は大きく変わっていないもの(表2参照)、制度自体が安定してきたといえる。

五保制度は、政府による労働力を喪失した農民、または保護者がいない未成年者などに対する救済

の方法の一つであり、ある意味でそれらの対象者に最低生活を保障するという社会政策が最低範囲内で実施されたものである。その制度の存在意義は社会安定とつながっており、役割を否定することはできない。

前述したように、「五保」制度の限界性は明らかであり、当該制度は救済制度で、一般住民に適用する社会保障制度ではないため、今後、農村部の養老保険制度との関係をどのように認識するか、農村部の養老保険制度が構築され、農村部の最低生活保護制度が構築された場合、五保制度が単独で継続して存在する必要性があるかどうか、または、上記の2つの制度と統合を図っていくのが、今後の課題になるだろう。

3. 新型医療合作制度の再構築

1) 合作医療制度の再構築現状

前述したように、合作医療制度は、70年代後半からはほぼ解体され、農民の健康保険問題は社会的な問題となっており、1979年12月、衛生部など行政機関から「農村合作医療定款(試行草案)」が公布され、その定款に基づいて、合作医療制度の見直しが行われた。その結果、合作医療制度の再構築に至ることはできなかった。1985年、全国10省45県の調査の結果、農民で合作医療制度に参加するものは、45県の総人口の9.6%であり、完全に自費で医療費用を負担する割合は81%となっていた。翌年、合作医療制度に参加する農民の割合は、さらに9.6%から5%まで下がり、合作医療制度に参加する村は、ほとんど沿海部にある村という結果になった¹³⁾。

90年代初めから、合作医療制度がほとんど崩壊した後の農民の健康問題、特に「因病致貧」および「因病返貧」の貧困層農民が急増している問題について、再び中央政府は解決に着手し、1994年、國務院、衛生部、農業部は国連の衛生機構と提携し、中国の7省14県(市)で、「中国農村合作医療制度

表2 集中救済の対象者と補助費用の推移

	五保戸(万人)	補助費用(億人民元)
1995	241.5	18.6
1996	244.0	17.7
1997	200.3	17.0
1998	200.9	21.7
1999	195.4	17.9
2000	208.1	20.5

出所：中国民政部の1995－2001年「中国民政事業發展統計報告」

の改革」というテーマで、モデル制度をつくり始めた。1997年1月、共産党と政府は「衛生改革と発展に関する決定」を公表し、合作医療制度を改善し、発展させなければならないことを強調した。

1998年、衛生部は、「第2回国家衛生サービス調査」を行い、農村部の合作医療制度が存在している割合は6.5%のみで、自費率は87%を超えていた。また、経済発展の速い農村1類地区(ほとんど沿海部)と農村3、4類地区内陸部の地区との格差も明らかにしており、沿海部の自費率は約72%であり、内陸部は90%を越えていることがわかった。この格差は、合作医療の発展と関係があると思われる。沿海部では合作医療制度の再構築が速く、調査時点で、合作医療を利用する割合は22%を超えていた一方で、3、4類地区は2%未満であった(表3参照)。

2003年1月、衛生部による「新型合作医療制度の構築に関する意見」(以下、「意見」と略称)が公布され、新型合作医療制度は以前の合作医療制度と違って、農民のすべての病気を治療する費用の一部を給付する方法ではなく、重病のみその治療費用の一部を本人または家族に給付する制度であるとした。意見の定めによれば、当該制度の財源では、旧合作医療の場合、農民が人民公社の生産隊とともに共同で負担するが、新型合作医療の場合、農民10人民元、地方政府10人民元、中央政府も10人民元を負担することになる。その意見に従い、中国では新型合作医療制度の構築をめ

ぐって地方ごとにさまざまな形式が生まれており、新型合作医療に対する各種な研究と実践が既に行われている。

2) 合作医療制度の多様化

1980年以前、中国の合作医療制度は、ほぼ统一的に定められており、運営主体は各地方の人民公社であったが、実際の精算単位は人民公社に所属する生産隊という集団経済の末端組織である。合作医療の内容について、地方の格差はあまり見られない。

ところが、人民公社解体後、それに代わって、郷という行政機関の末端組織が誕生すると同時に、村という末端にある自治体も生まれたが、各地方の経済発展が不均衡状態にある影響で、結果的にはその各地方の村、郷の間での経済発展も異なってしまった。そのため、全国統一的な合作医療制度を回復する、または再構築することは非常に困難であるといえる。

それにより、各地方の村、郷またはその上級行政機関である県が新型合作医療の主体となって新型合作医療制度を構築したことで、それぞれ異なった形式の制度が誕生している。帰納すれば、大体次に掲げる数種類がある。

① 合作医療制度の方式

合作医療制度の方式は、運営主体と監督管理主体が違えばその形式も異なってくる。これには下記の5つのタイプがある。

表3 1998年合作医療の加入状況と医療費用の自費状況

	1類地区*	2類地区	3類地区	4類地区	合計
合作医療	22.21	3.24	1.62	1.83	6.50
自費	71.79	93.17	94.77	81.49	87.44
その他	6.00	3.59	3.62	16.68	6.06

出所:「第2回国家衛生サービス調査(中間報告)」(衛生部, 1998年)

* 農村地区に分類される基準は、1類地区は、経済発展の速い地区であり、例えば、沿海部の上海市郊外の農村部、江蘇省、浙江省、広東省、山東省など。4類地区は、貧困地区である。2、3類地区は中間的な地区であると類推する。

- 第1に、村が運営し、村が管理するタイプ¹⁴⁾。
- 第2に、村が運営し、郷が管理するタイプ。
- 第3に、村と郷が共同で運営、管理するタイプ。
- 第4に、郷が運営し、郷が管理するタイプ。
- 第5に、複数の方面参与するタイプ。村、郷および県と共同で合作医療制度を作るタイプである¹⁵⁾。

② 大病の治療費用を給付する方式

一部の地区では、すべての病気の治療費用を給付する仕組みではなく、外来の場合、その治療費用は農民の本人負担を基本とし、「因病致貧」および「因病返貧」の大きな原因となる重病に対する保障体制を作り、重病(大病)の場合、治療費用を給付する方式である。江蘇省高郵市は、当該制度を実施し、32郷約70万人の農民が参加している。農民は、毎年1.5人民元を上納すれば、50－100人民元の20%に相当する医薬費用は給付される。101－500人民元の場合、30%から40%であり、最高70%までの医薬費用が給付される¹⁶⁾。

③ 混合保障型方式

これはごく一部の地区で、総合的な社会保障制度を作り、健康保険と養老保険を一緒に保障する方式であり、その運営主体は、郷または村である。

④ 民間保険会社と提携する方式

農村合作医療保険について、農民の医療問題が解決するなら、中央政府は統一する制度を作る必要はなく、各地方はその保障体制を現地の事情に沿うように制度を作ることができる。地方政府の中には、農民の新型合作医療制度を構築するため商業保険会社(民間の営利保険会社)と連携し、保険会社のノウハウを生かして共同で新型合作医療制度を構築するケースもある。江蘇省六合地区は、中華連合保険会社と連携し、3年間の提携契約を結んだ。保険会社は新型合作医療の内容を保険商品化し、農民に提供する医療保険サービスはすべて統

一して保険商品として提供する。合作医療の参加者は、通常の医療保険と同じように、治療費用は合作医療の管理部門から受給するのではなく、直接保険会社に請求することになる。2003年12月まで、六合地区において、新型合作医療保険に参加する人数は、31.4万人であり、当該地区の農民総人口の60%を占めた。2004年9月まで、保険会社の保険料収入は、累計で916万人民元であり、保険金の給付総額は、480万人民元で、給付人数は96万人に上る¹⁷⁾。

3) 合作医療制度の展望

農村部では、新型合作医療制度が普及しており、中央政府、地方政府および農民は各自10人民元を拠出し、毎年一人当たりの合計保険料は、30人民元(日本円に換算すると、約435円)となっている。このような少量の保険料では、すべての病気を保障する日本の健康保険とほぼ同じレベルの合作医療保険制度を作るのは、現実問題難しいだろう。そのため、大数法則を利用し、一般の外来や軽い病気のための通院・入院を対象者から排除し、重病のみを保障する制度を構築できれば、財源不足を多少免れるだろうが、以前の合作医療制度と同じ保障内容である場合、財源不足になるのは明らかのため、制度が成り立たなくなってしまうのは明らかである。

その結果、農村医療保険として、財源が深刻に不足している段階では、容易に以前の合作医療制度を復活させるのは困難な一方で、重病のみを保障する場合、農村の医療保険(健康保険)問題は解決したとは言えない。

中国の農村部で、統一的な健康保険のような社会保険制度を作るのは、まだ困難だが、今後の見通しとしては、各級の政府からの財政支援は必要不可欠であり、地方政府も現地の経済発展状況に従って、現地の状況に最適な制度を構築することが重要な課題となる。

4. 最低生活保護制度の構築

1) 扶貧開発計画

改革開放後、中国政府は貧困地区の農民に対して、貧困状況からの脱却を図るプランである「扶貧開発計画」(貧困を解決するプラン)を発動した¹⁸⁾。当時、中国政府が定めた判定基準によって貧困人口であるという判断が下されたのは、2.5億人で、農村総人口の33%に当たる¹⁹⁾。それから約20年以上にわたる「扶貧開発計画」の実施の結果、2000年の時点では、貧困人口が3000万人まで減少し、2002年の統計データによれば、貧困人口を2100万人まで抑えることが出来た(図2参照)。2001年、中国政府は「中国農村扶貧開発綱要(2001-2010年)」を発表し、2010年までに中国農民の貧困問題を完全に解決できるよう計画を練っている。

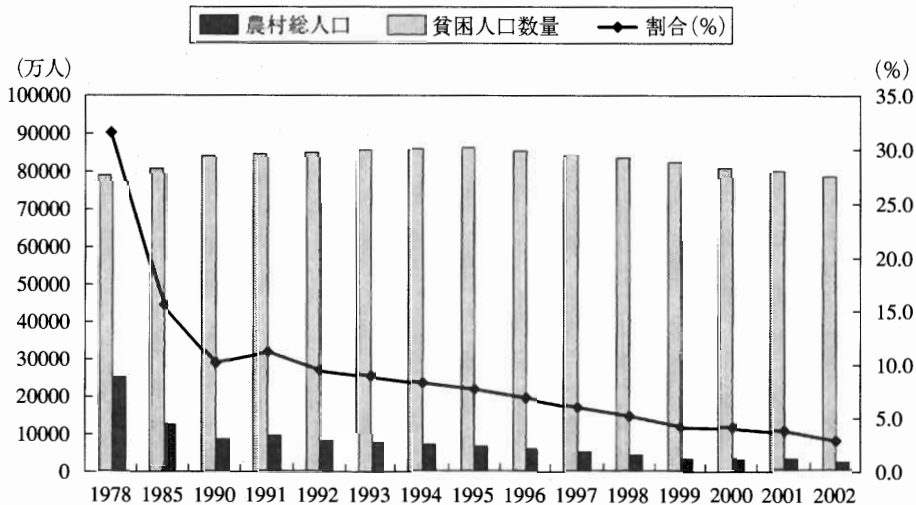
中国農民の貧困問題を解決または緩和させる計画を実施すると同時に、現在、実際に生活に苦しんでいる農民に対して、どのような救済措置をとれば、貧困状況が緩和されるのかは大変重要な課題である。

2) 最低生活保護制度

中国政府は、改革開放後、都市の貧困人口に対して、社会保障制度の一環として、市民の最低生活保護制度²⁰⁾を実施し、社会的な安定に役立てた。

それと同時に政府は、都市部で実施された「最低生活保護制度」が農村部にも適用するように動いたが、その先行地域は、北京、上海、天津、江蘇、浙江、広東など経済発展が速い沿海部の農村地区となっている。

それらの地域では、最低生活保護を受ける世帯(個人)が次に掲げる基準に符合すれば、対象者となることができる。第1に、家族全員に労働能力がない、または労働能力を喪失した世帯である、第2に、労働能力は持っているが家族の構成員に重大な障害があり、生活が確実に困難である、第3に、労働能力を持つ家族の構成員が常に疾病を患うため、生活が確実に困難である、第4に、家族の主要な構成員が病気、または災害で死亡し、子供もすべて未成年であり、生活が特に困難な場合である。



出所:中国農業大学人文与發展学院「2002年中国農村貧困專題研究報告」(2003年)

図2 中国農村部の貧困人口の推移

最低生活保護の水準は、各地方政府によって設定されるため地方によって異なる。また、当該制度を実施するために必要な財源は、各地方政府の財政より負担する。2003年末、全国範囲内で、約367万人の農民(176万世帯)がその制度を利用し、最低生活保護を受けた²¹⁾。

3) 農村特別貧困世帯救助制度

一部の農村地域、特に中国の中部、西部地区の24の省・自治区の農村地域は、当該制度を実施できる条件が揃っておらず、それらの地域では、農村部による「特別貧困世帯救助制度」²²⁾が実施される方針である。2003年末、民政部の確認作業で認定された農村特別困難人口は、約1000万人で、同年現在、江西、寧夏、山東、湖北、湖南、河北、広西、遼寧などではすでに「農村特別困難世帯救助証」²³⁾が配布され、各地方の救助水準に従って、一人当たり月5人民元ないし50人民元が支給され、それらの地域の農民の中で、約400万人がその救助を受けている²⁴⁾。同年末、全国範囲で救助を受けた農村特別困難世帯は456万世帯あり、総計約793万人に達する²⁵⁾。

4) 最低生活保護制度の今後の見通し

農村部で最低生活保護制度を実施するためには、その財源を各地方政府が解決しなければならないが、中国沿海部の農村地区と内陸部、西部農村地区との経済格差は大きいため、全国最低生活保護制度を全国統一的な制度として作成するのは難しいと考えられる。したがって、中国政府はそれらの事情を勘案して、2つの救済制度を作ったわけである。最低生活保護制度の保護水準はやや高いが、貧困世帯を救助する制度より救済水準が多少低いことも事実である。しかし、このアンバランスな救済措置は、暫定的なものであり、中国中部、西部の農村部の経済発展とともに、全国統一的な農村部最低生活保護制度を構築することは時

間の問題と考えられ、さらに今後、都市部と農村部の最低生活保護制度を統合する可能性もあるだろう。

5. 農村養老保険(年金)制度の構築

1) 家族養老の限界性

数千年以来、中国の農民は年寄りになれば、自分の子孫に扶養してもらうのが民族的な慣習であり、儒教文化の真髄でもある。

中国には、「養兒防老」ということわざがあり、意味は、「子を養って老に備える」である。この「老に備える」には二つの意味が含まれており、一つは、親が齢を重ねると子供は親に経済的援助をすることを意味し、もう一つは、親が病気になった際は、子供に親の看病や看護などをしてもらうという意味がある。これは中国数千年来の伝統的な家族のあり方である。このような伝統のもとには、「多子多福」(子供が多いほど幸せになる)という基本的な考え方が存在した。これは、子供が多いほど、親または祖父母に対する子供たち一人当たりの経済的、精神的負担が軽くなるため、逆に子供が少ない家庭では、親などに対する負担が重くなるため、上記の「多子多福」という考え方が中国社会の伝統として広がったわけである。

ところが、戦後数十年間、上記の伝統習慣を支えてきた社会では、人口が爆発的に増加してきた。そうした大きな変化のもとで、衣食住問題、就職問題、教育問題などが一斉に表面化し、大きな社会問題として無視できない状態となった。そして、国(政府)は一人っ子政策を核心とする人口政策を発動した。その結果、都市部と沿海農村部では少子化が進むとともに、高齢化も急速に進んでいる。これは、中国特有の家族構造が「逆ピラミッド」になるという問題であり、一人っ子式の核家族特有の悩みである。

その原因は次の通りである。すなわち、一人っ子政策の下で生まれた同士が結婚する場合、その

カップルの家族がすべて健在と想定すると、両方の両親の人数を合わせれば4人となる。仮に、その一人っ子同士のカップルは、一人っ子政策のため、一人っ子しか生むことができないとする。そうすれば、その生んだ子供は、少なくとも自分の親2人と祖父母4人の老後の面倒を見なければならない。また、祖父母4人の父母もまだ健在の場合、同居をすれば、その家族構造は、逆「ピラミッド」の形になり、一番下の一人っ子の上には、少なくとも6人ないし14人の家族構成員がいることになる。その中で、高齢者は若い層よりはるかに多くなる。

上述したように、中国では、家族養老や家族介護を中心とする伝統があるため、老人をすべて公的または私的養老施設に任せることは、数千年の伝統と相違し、世論でも許されない状態である。したがって、この老後や介護問題は家族にとって最大の悩みとなっている。

ところが、視点を変えると、数千年以来中国の農民は老後の生活保障がほとんどない状態にいたとも言えるだろう。一部の孤独老人は、五保制度の対象者となり老後の生活保護を政府から受けている。前述したように、農民の養老問題は、「五保」制度のような救済制度によって解決することはもともと困難であるが、家族養老にもその限界があるため²⁶⁾、新しい農民養老保険制度を構築する重要性が浮かんできている。

2) 農村基本養老保険制度の構築

1992年1月、民政部は「県級農村社会養老保険基本方案(試行的通知)(県を単位とする農村基本養老保険制度の試行案、以下、「農村養老通知」と称す)を公表した。この農村養老通知は、経済条件の格差と関係なく、すべての農村地域に適用できるような行政指導意見であり、その目的は、各地方政府が現地の経済条件などを勘案して、この指導意見に基づいて現地の事情と合致する制度を作ることである。

上記の農村養老通知に書かれている農村養老保険制度の内容は次に掲げる通りである。

① 農村養老保険料の拠出原則

拠出原則は、個人、集団負担であり、政府は直接養老保険基金に拠出しないが、税制面で優遇措置を講じることによって農民を補助する。

農民個人の掛け金は、毎月次に掲げる10個のタイプから選択することが可能である。毎月の掛け金は、2、4、6、8、10、12、14、16、18、20人民元から各地方が現地の事情に合わせて選択することができ、また、農民本人も自分の家計状況によって選択する余地が残されている。また、掛け金を月払いまたは年払いにするかについても、各地方の事情によって定めることができ、政府の柔軟な姿勢がうかがえる。

② 年金の受給方法

農村養老通知では、受給年齢について、次のように定められている。

・受給年齢

農民年金の受給開始年齢は60歳である。受給年数は10年間保障されている。受給年数が10年未満の場合、遺族が残りの年金を相続することができる。また、受給年数が10年を超える場合、死亡まで引き続き年金を受給することができる。

・受給水準

受給水準は各地方で定めることができる。

③ 農村養老保険制度の運営

・養老保険基金の管理

養老保険基金は県政府が統一的に管理する。県政府は、農村社会養老保険基金委員会を設置し、監督管理機関として養老保険基金の運営、管理を行う。

・養老保険制度の運営組織

養老保険制度の運営は、県の民政部門が農村社会養老保険事業管理処を設置し、農村

社会養老保険基金委員会の監督管理の下で農民の養老保険の実務と具体的な業務を運営する非営利目的の公益法人とする。

3) 農村養老保険の実施状況

90年代以降、農村養老保険の発展は、沿海部の農村地域に集中し、そのほかでは中部地方の豊かなところでも見られるが、西部地方の発展は大幅に遅れている。1999年は、農村養老保険の加入者が最も多かった年であり、その年の加入者数は8000万人、また、五保制度の保護を受けた総人数は約200万人前後に上る。同年の郷村人口は8.7億²⁷⁾であり、農村養老保険の参加者および五保を受けている者を含めて、農業に従事する総人口の9.4%を占めている(表4参照)。

ところが2000年から、農村養老保険の加入者は大幅に減少し、2003年末には5428万人まで減少している。また、農村養老保険基金の加入者は、若干増えたものの、増え幅は大きくない。

前述したように、農村養老保険の発展はほぼ沿海部に集中しており、特に長江流域の豊かな農村

地域では、農村養老保険制度の実施は比較的安定している。

4) 上海市農村養老保険制度の事例

上海市郊外は、2003年の時点で農村戸籍の農民世帯数が114万世帯であり、人口は355万人である²⁸⁾。1996年、上海市政府は、「上海市の農村社会養老保険方法」という行政指導意見を公布し、この制度の仕組みを見ると都市部の養老保険の仕組みとの類似点が多い²⁹⁾。

その仕組みは、下記の通りである。

① 財源

個人と集団企業、または、郷・村の集団積立金より拠出する。個人の負担率は、前年度平均月収の5%であり、集団企業の負担率は、前年度平均月収の15%である。郷・村の具体的な負担率は、明らかにされていない。

② 個人口座

農村養老保険では、個人口座という都市部で実施されている方式を採択した。個人が拠出した掛け金と企業または郷・村が負担する掛け金の一部は個人口座に積み立てられる。

③ 給付

市民政局は給付年齢を定め、受給する年金基準は、一人一人に計算し、計算された年金額は、まず個人口座より受給し、口座で積み立てた年金が底をつけば農村養老保険基金より支給される。

この農民養老保険制度は、2004年5月から、「上海市小城镇社会保険暫定方法」(以下、「小城镇保険」と略す)として公布され、小城镇保険は、養老保険、医療保険(健康保険)、失業保険、労災保険などを総括した社会保険として作成された。今現在実施されている農民の社会養老保険の対象者は、今後、3年ないし5年以内に、すべてこの保険に移行される計画である³⁰⁾。

表4 農村養老保険制度加入者人数と養老基金の推移

	加入者数(万人)	養老基金総額(億人民币)
1992	3500	NA
1993	NA	14.79
1994	NA	NA
1995	5142.8	59.5
1996	6594	99.5
1997	7452	139.2
1998	NA	NA
1999	8000	NA
2000	6172	195.5
2001	5995.1	216.1
2002	5462	233.3
2003	5428	259.3

出所：中国民政部の1992 - 2003年「中国民政事業発展統計報告」

5) 農村基本養老保険制度の構築における難題

90年代後半から、中国政府は農村養老保険制度の構築について、行政の立場から各種指導を行ってきたが、予想以上にうまく推進できずにいる。2003年末の水準を参考にすると、5428万人の農民が養老保険に参加しているのに対し、郷村人口は9億3750万人であり、農村養老保険の参加者人数は郷村人口の約6%未満であることになり、1998年および1999年と比べると大幅に減っている³¹⁾。

その主な原因として、次に掲げる要素が農村養老保険に影響を与えていると考えられる。

① 法整備が遅れている。

現在、農村養老保険に関する法規制は、1992年民政部の「農村養老通知」を除いて、詳細な法規制はほとんど見当たらない状況である。各地方政府はさまざまな方法で農村養老保険を推進しているが、経験不足で運営が泥沼化する事例も出ているようで、数年以内に、参加者人数は数千万人単位で減少していることはそれを裏づけている。

② 国と地方政府の参与が不明確である。

現行の農村養老保険制度の中で、国がどのように参与しているかは大変不明確である。沿海部の豊かな農村地区を除いては経済発展が遅れる地域が多く、大半の農村地域は、地方財政と中央財政の支援がなければ、農村養老保険の財源問題を解決することはできず、一旦制度を作っても、長く続けられない状況なのである。

③ 制度設計上の問題。

「農村養老通知」での保険掛け金の拠出基準は貧困地域の農民の実際の経済能力を優先的に考えて、最低ランクで2人民元、最高ランクで20人民元と設定していたが、実際に実施すると、ほとんどの地区で最低ランクに加入している。農村養老保険制度を実施する目的は、農民の低水準の基本年金を法定定年後に受給

できるようにするためであるにも関わらず、数十年後受給する際、当時の保険掛け金の拠出水準が低過ぎるため、農村養老保険基金が深刻に不足し、農民の基本的な生活を保障できるかどうかの問題が生じるという指摘もある³²⁾。

④ 監督管理体制が不十分である。

1998年、農村養老保険は民政部から労働社会保障部に移管されたが、各地方政府の移管は、数年過ぎても完了せず、一部のところではまだ民政部門が管理している状態にある。また、農村養老保険の運営、管理組織が完全に整備されていないため、農村養老保険基金の資産運用、資産管理などにおいて各地方でさまざまな問題が発生している。例えば、農村養老保険基金を政府のほかの部門に強制的に貸し付けたり、流用されたりといった事件が多発している³³⁾。

これらの問題をどのように克服するかは今後の大きな課題であり、注目すべきところである。

IV 中国農民社会保障の課題

1. 都市化が進む中での農民と流動人口の社会保障制度の構築

改革開放後の中国では、さまざまなところで都市化が進んでいる。それを受けて、農村部の農村戸籍の労働力が、次々に沿海の都市部、および現地の中小都市へ移住している。それと同時に、中心都市の周辺では衛星都市が誕生し、農村部、特に中部、西部の農村人口は、急速に都市部とその衛星都市に集中し始めた。今後20年ないし30年の間に、農村部の一部が都市部へ移住することによって、農村部での人口減少傾向が強まると予測される。

そのため、農村に在住する郷村人口のソーシャル・セキュリティは大変重要になってくると考えられる。一方では、今後、各都市へ移住した農村戸

籍の農民は戸籍地には戻らず、戸籍地の農村にある各種の社会保障制度にカバーされることが難しくなる。ところが、移住先の都市への定住化を実現し、生活基盤が完全に都市部の住民と変わらない場合、現行の都市部の社会保障制度の定めでは、都市の戸籍がなければ、都市部の社会保障制度の対象には入らない。前述したように、そのような人口は約2億以上に上る。これら対象外の農村戸籍で都市部在住の農民は、すでに都市に生活基盤を作っているが、戸籍制度の制限を受けるため、これからのソーシャル・セキュリティ上の問題をどのように解決するかは今後の政府にとって大きな課題となる。

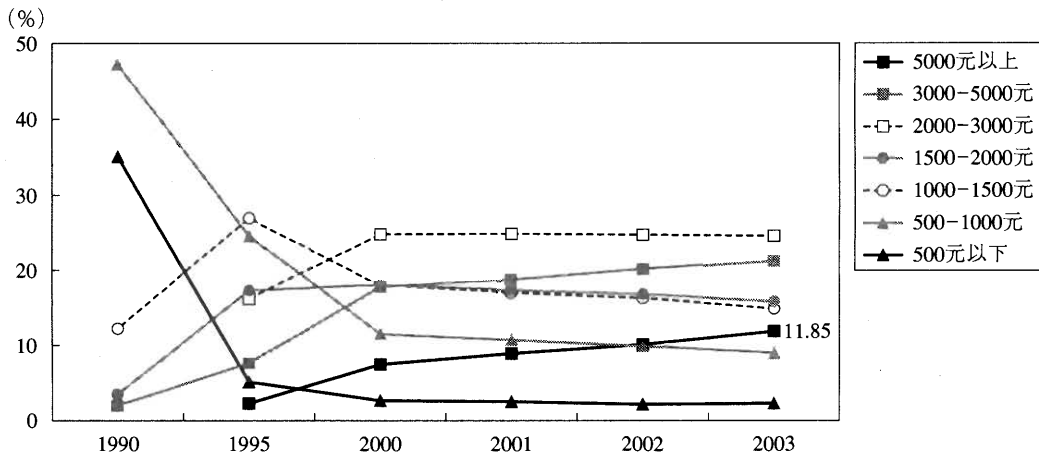
その解決の大前提として、都市へすでに流入し定住している人口に対して、戸籍の規制を緩和し、最終的に戸籍自由化にスイッチできれば、これらの人々は都市部の社会保障制度の対象者になることができる。そのため、農民の社会問題の解決をめぐる、国の人口政策、戸籍政策、厚生政策などを統括に考えなければならず、すでに農業から離れた流動人口グループの戸籍問題や社会福祉問題なども同時に解決しなければならないと考えられる。

2. 財源拠出に難題

中国農民社会保障を構築する際、最も困難とされているのはこれらの制度を支える財源をどこから拠出するかである。中部、西部の農民には貧困層が多く、農民社会保障に加入するための自己負担分の掛け金を払えないケースが多い、また、負担できても金額が少ないため、積み立ててもその分を老後の年金に回す場合本当に基本生活を保障できるかどうかは疑問が残る。

また、中国には日本のような農協が存在せず、民間の経済団体も存在しないため、行政の末端組織である郷政府および自治体である村が補助する割合が、どれくらいになるのかははっきりしていない。そもそも村の自治体としての運営資金は村民または村の集団企業から徴収されているが、集団企業がない村は、村民からのみ自治体の維持費を集めていることになり、養老保険の掛け金を補助するのは難しいと考えられる。

その結果、焦点となるのが地方政府、県レベル以上の政府機関と国の出方である。中国農民社会保障制度では、国は財政から直接補助せず、間接的に補助するとされているが、例えば、保険料部分を課税対象から除外するといったことは、実



出所：1991-2004年の「中国統計年鑑」中国統計出版社より。

図3 1990-2003年農民世帯収入の推移

際中部、西部に暮らしている農民の大半が所得税の納付対象者にはなっていないため効果は見られない。所得税は月収800人民元以上の部分で徴収するという規定があるため、年収が9600人民元を超える農民は全体の数パーセントしかいないと推測できる(図3参照)。

また、農民が上納する別の税金で優遇策を図ったとしても、実際に、農民の養老、医療と関わりがなければ、直接的な効果は期待できず、農民社会保障制度の構築・維持に大きな役割を果たすことはできないといえる。換言すれば、国が直接財政から農民の社会保障に財源を供与しなければ、農民の社会保障問題の解決は困難であるといえる。

3. 全国統一的社会保障制度への展望

今後、農民社会保障のあり方をどのように位置付けるかは大変難しい問題である。日本の場合、戦後、「困窮に対する最低限度の生活保障」(以下、「貧困救済型」と称する)を中心に展開していたが、70年代には、「健やかで安心できる生活の保障」(以下、「福祉型」と称する)に転換した。中国の場合、貧富の格差が深刻化していることや、地域の経済格差が広がっていることなど日本に比べてより難しい事情が存在している。中西部の一部の農村地域は深刻な貧困状態にある一方で、沿海地区の農村部は大きく発展するというユニークな状態が経済社会のバランスを不均衡にしているため、社会保障の軸をどのように設けるかは大変難しい問題である。すなわち、「生存権を確保するため」とすると、疾病、死亡などが原因で生活困窮に陥った者に対し国家扶助によって最低生活を保障するという軸で展開することになるが、現在の中国では、「貧困救済型」のように基本生活を保障する社会保障政策が実施されている。

ところが、都市部、農村部、そして都市部に移住した農民戸籍グループによる三元社会が形成され、その中で都市部だけはようやく社会保障の体

制が整備されたものの、その他の2つのセクターでは、社会保障制度をどのように作るのか、三元社会に対応したセクター別の社会保障制度を作るのか、それとも今後一元化するかは、非常に重要な課題となる。

前述したように、現在、最低生活保護制度を今後の農村部に普及させる計画がある。養老保険制度は10%のシェアからスタートし、今後農村部で実施されると期待できる。医療保険制度についてもまず重病が保障されるという方策が実施されているなど、これらをベースにして、今後の中国における社会保障のあり方については、上記の農村部の各種社会保障制度および現行している都市部の各種社会保障制度を統合し、日本のような統一された国民年金制度、国民健康保険制度を作ることが可能であるかどうか、今後も検討する余地があるのではないだろうか。

注

- 1) 「二元社会」に関する論述については、鄭功成等著「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社、2002年11月)を参照。
- 2) 2004年11月29日、中国労働社会保障部農村保険司にヒアリング時の同担当者の報告によるものである。
- 3) 拙稿の「中国社会保障制度の改革について」(「調査月報」ニッセイ基礎研究所、1995年11月)、「中国の失業問題とその展望—都市部貧困層の拡大と高失業率の長期化—」(海外社会保障研究(第126号)、1999.4.1)、『中国は大丈夫か? 社会保障制度のゆくえ』(一部執筆)の「第4章失業と失業保険」(編集:中国研究所、創土社、2001年4月5日)参照。
- 4) 1955年当時、山西省高平県米山郷の農民が年間に払う保健費は、0.2人民元である(当時、都市部の賃金水準は月給約10-30人民元)。
- 5) 人民公社化された後の農民は、生産隊に配属される。生産隊より指定された農作業を行い、出勤によって、毎日働いた時間、報酬を合わせて、「工分」として計算・記録され、年度末、生産隊の利益より「工分」の価値を計算し、現金または実物を支給する報酬制度である。例えば、20代男性の場合、一日の「工分」を8工分として生産隊より認定され、年間1600工分を獲得する。1工分を、0.05人民元として計算すると、

- 年収は80人民元となる。
- 6) この点については、蔡仁華主編「中国医療保障改革実用全書」(中国人事出版社, 1998)を参照のこと。
 - 7) 「五保」制度の評価に関する論述は、「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)を参照のこと。
 - 8) 江蘇省張家港市(70年代は沙洲県である)で実施されたケースがある。
 - 9) このデータは、民政部政策研究室編著「中国農村社会保障」(中国社会出版社, 1997年)を参照。
 - 10) この点に関する論述は、「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)を参照のこと。
 - 11) 法定扶養義務者は、中国「婚姻法」に定められている扶養義務を有する者である。
 - 12) 中国農村部には、県政府以下の行政組織、郷(または鎮)政府の派出機関があって、その次が、村である。現在、農村部の村は、ほとんど自治的な位置付けであり、村長は村民より自由意思で直接選挙で選出される。村の管理組織は、村民委員会であり、この組織も政府機関ではなく自治体である。
 - 13) これらのデータは、顧濤等「農村医療保険制度と関連する問題の分析と政策提案」(「中国衛生経済」1998年第4期)によるものである。
 - 14) 1985年当時の上海市郊外にある3037村の中で、約83.5%がこの方式で合作医療制度を作った。
 - 15) 上海市金山県、湖北省監利県はこのタイプである。上海市金山県亭新郷では、郷は「合作医療健康保険管理委員会」を設置し、県の衛生局、郷政府、村民委員会などが参加し、村民が保健カードを持参すれば、一定の割合の医療費を自己負担する以外に、「合作医療健康保険管理委員会」より医療費の補助が出るという仕組みである。
 - 16) 江蘇省高郵市に関する大病の治療費用を給付する制度の詳細状況は、山東省慶雲県労働与社会保障信息网(<http://www.qyld.com>)を参照のこと。
 - 17) 詳細は、「中華連合財險試水農村合作医療保険」(中国網, <http://china.com.cn>)を参照。
 - 18) 扶貧開発計画は、3段階に分けて実施された。第1に、1978 - 1985年の体制改革による貧困を解決する推進段階。第2に、1986 - 1993年の大規模な実施段階。第3に、1994 - 2000年のさらに拡大された段階である。
 - 19) このデータについては、中国農業大学人文与發展学院「2002年中国農村貧困專題研究報告」(2003年)を参照されたい。
 - 20) 都市部の最低生活保護制度は、國務院の「全国の都市部に最低生活保護制度の構築に関する通知」に従って作った制度である。
 - 21) このデータは、中国民政部の2003年「中国民政事業發展統計報告」参照。
 - 22) 「最低生活保護制度」と「農村特別貧困世帯救助制度」の最大の違いは、前者の保護水準がやや高く、後者の救済水準はやや低いことである。生活保護または救助制度の財源は、地方政府が負担するため、地方財政の状況によって、その負担に耐えられるかどうかは大変重要となる。したがって、前者の実施地域はほとんどが經濟發展の早い沿海部の農村地区であり、後者の実施地域はやや經濟發展が遅れている中・西部の農村地区となっている。
 - 23) 「農村特別困難世帯救助証」を配布する主な対象者は、重病、障碍、労働能力が弱い、一年を通して生活が困難である人であって、かつ、「五保」条件に合致しない農村戸籍の貧困者である。
 - 24) これらのデータは、2003年12月8日の「中国農民網」(ネットワーク)の報道によるものである。
 - 25) このデータは、中国民政部の2003年「中国民政事業發展統計報告」参照。
 - 26) 中国の学者は、家族養老方式は今後しばらく農村部では、相変わらず農民の主な養老方式となると予測している。詳細は、張健等主編「家庭与社会保障」(社会科学文献出版社, 2000年)27-36頁を参照されたい。
 - 27) 「中国統計年鑑」(2000)の統計データは、農業人口と実際に農村に居住する人口(郷村人口)の統計方法に分かれている。1999年の農業人口は約9億1200万人であり、郷村人口は8億7000万人である。ここでは実際農業に従事する人数と近い郷村人口のデータを使用する。
 - 28) 「中国人口統計年鑑2004」参照。
 - 29) 詳細は、拙稿の「中国社会保障の生成と展開に影響を与える5つの要因に関する考察」(「所報」ニッセイ基礎研究所, 2002.7.1)を参照されたい。
 - 30) この点については、王忠達「上海市農村社会保障体系建設及啓示」(舟山人大, <http://www.zjzsr.gov.cn>)を参照のこと。
 - 31) このデータは、「中国農村統計年鑑2004」を参照。
 - 32) この点については、於端雲等「我省農村社会養老保險問題与思考」(河北労働保障網, <http://www.he.lss.gov.cn>)を参照のこと。
 - 33) この点については、前の注釈を参照されたい。

参考文献

・中国語著書

- 鄭功成他著2002『中国社会保障制度變遷与評估』中国人民大学出版社
陳佳貴2001『中国社会保障發展報告』社会科学文献出版社

張健著 2000『家庭与社会保障』社会科学文献出版社
李耀 2000『養老保險基金』中国金融出版社
蒋月 1999『社会保障法概論』法律出版社
史柏年 1999『中国養老保險制度研究』經濟管理出版社
宋曉梧 1998『中国社会保障制度建設 20 年』中州古籍出版社
徐瀛慶 1998『中国社会保障体制改革』經濟科学出版社
王東進 1998『中国社会保障制度』企業管理出版社
侯文若・葉子成編著 1998『城鎮職工基本醫療保險制度全書』中国言实出版社
蔡仁華 1997『中国醫療保障制度改革实用全書』中国人事出版社
民政部政策研究室 1997『中国農村社会保障』中国社会出版社
鄭功成 1997『論中国特色的社会保障道路』武汉大学出版社
侯海濤・李波編 1997『最新社会保險工作實務全書』企業管理出版社
労働部・国連開発計画署・中国国際經濟技術交流センター・国際労働機関北京局編著 1996『中国社会保障制度改革与立法』
国家体改委分配和社会保障司など編著 1996『職工醫療保障制度改革』改革出版社
朱家甄・張塞編 1995『中国社会保障工作全書』中国統計出版社
中国社会保障制度総覧編輯委員会編 1995『中国社会保障制度総覧』中国民主法制出版社
為興華等編 1994『中国社会保障制度研究』中国人民大学出版社
李樹廷編著 1994『中国社会保障問題与对策研究』北京航空航天大学出版社
陳向東編著 1991『中国社会保障制度改革』經濟管理出版社
• 中国語論文
王延中 2001『建立農村基本醫療保障制度』『經濟与管理研究』2001.3
鄭功成 2000『中国社会保障改革 20 年来的若干反思』『經濟学消息報』2000.12.1
朱玲 2000『農民看病吃藥究竟如何提供保障』『中国社会

保障』2000.8
馬振江 2000『試論有中国特色的農村初級衛生保健体系』『中国衛生經濟』2000.5
顧濤著 1998『農村醫療保險制度相關問題分析及建議』『中国衛生經濟』1998.4
楊翠迎 1997『建立農民社会養老年金保險計劃的經濟社会条件的实证分析』『中国經濟觀察』1997.5
• 中国語年鑑類
労働社会保障部社会保險事業管理中心編『中国社会保障年鑑』(各年度)中国人事出版社
中国保險年鑑委員会編『中国保險年鑑』(各年度)中国保險年鑑編輯部
中国労働社会保障部編 2001『中国労働和社会保障年鑑』中国労働和社会保障出版社
• 拙稿
沙銀華 2002『中国社会保障の生成と展開に影響を与える 5 つの要因に関する考察』『所報』ニッセイ基礎研究所, 2002.7.1
沙銀華 2001『中国の社会保險制度』の内容(講演録)『海外社会保障研究』Summer 2001, No135, 2001.7.1
沙銀華 2001『第 4 章失業と失業保險, 第 5 章労災保險, 第 6 章生育保險』中国研究所編集『中国は大丈夫か? 社会保障制度のゆくえ』創土社
沙銀華 2000『中国社会保障制度の現状と問題』『海外社会保障研究』Autumn 2000, No132, 2000.10.1
沙銀華 2000『中国社会保障制度改革—国有企業改革の「お守り」—』『REPORT』ニッセイ基礎研究所, 2000.2
沙銀華 1999『中国の失業問題とその展望—都市部貧困層の拡大と高失業率の長期化—』『海外社会保障研究』No126, 1999.4.1
沙銀華 1996『中国高齢化, 年金に難題』『日本經濟新聞』“經濟教室” 1996.3.16
沙銀華 1996『急がれる社会保障制度の法整備—3 億人を超える高齢者の対応が課題—』『ウェルフェア』(全労済協会機関誌) Vol.23
沙銀華 1995『中国社会保障制度改革について』『調査月報』ニッセイ基礎研究所, 1995.11
(Sha YinHua ニッセイ基礎研究所主任研究員)