

第6章

## 社会保障制度の新たな課題

—— 国民皆保険体制に内在する格差への対応 ——

澤田 ゆかり

## はじめに

社会保障をめぐる制度改革の行方は、習近平政権が直面する政治と経済の課題に大きな影響を与える要素として注目を集めている。政治面では、社会保障制度の確立によって、格差の拡大に根ざす社会階層間の対立構造が緩和され、社会的安定がもたらされることが期待されている。また経済面では、従来の外需主導から内需主導の経済成長パターンに転換するために、社会保障による所得の再分配と生活保障が有効であると考えられている。いま中国は高い貯蓄率が国内消費を圧迫しているが、社会保障制度が整備されれば、将来に対する不安が薄らぎ、貯蓄が消費に向かう可能性が高まるからである<sup>(1)</sup>。

実際に、胡錦濤（以下、胡）政権期の社会保障は、「調和社会」（原語：「和諧社会」）のスローガンが示すように、社会全体の安定装置として重視されていた。このことは、保障の対象が労働者から国民全体に広がったことによく表れている。基礎年金と医療保険は、都市部の企業で働く被雇用者から都市と農村の住民一般へと拡大し、「国民皆保険」の制度的枠組みが出来上がった。また公的扶助の面でも、最低生活保障制度が都市だけでなく農村にも適用されるようになり、給付水準も引き上げられた。

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

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

あるが、それとは別に胡政権が推進した社会保障制度の改革自体から派生した部分もある。国民皆保険体制の構築が急速に進んだ要因のひとつは、既存の社会保険から排除された者を対象に新たな保険制度を設置したことにある。この結果、社会保険の内部に社会格差の構造が持ち込まれ、再分配機能は限定的となった。したがって、習近平の課題は、前任者が整備した保障枠組みの実質化と同時に、制度内に組み込まれた格差を是正することになる。

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

## 第1節 胡政権の実績

### 1. 医療にみる国民皆保険体制の整備

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

すでに1990年代後半から一部の農村では、新たな合作医療制度の実験が始まっていたが<sup>(3)</sup>、SARS危機はこの動きを加速させた。新型農村合作医療制度は、2003年から正式に施行されると、またたく間に全国に広がり、加入率は2005年時点で23.5%であったものが、2011年には97.5%にまで達した（表1）<sup>(4)</sup>。また同年の受給者数はのべ13億1500万人で、加入者総数8億3200万人を上回っていたこと

から、実際に保険金を受け取るという点からみた利用度も高いといえる。

都市部については、2007年から非就労者に対する都市住民基礎医療保険制度が試験的に実施され、2009年には全都市数の80%以上の都市が試行対象となった。これにより医療については、すべての国民をカバーする公的保険が制度上は確立した。表1に示したように、2011年の都市住民基礎医療保険の加入者はすでに2億2116万人に上っている。同年の都市従業員基礎医療保険と合わせると、都市部の基礎医療保険の加入者数は4億7343万人で、新型農村合作医療の加入数である8億3200万人を加算すれば、加入者数はすでに13億人を超えている。この点でも医療の面では国民皆保険体制が整ったといえよう。

表1 社会保障に関する第11次5カ年計画の主要な実績と第12次5カ年計画の目標

指標 (加入者数・万人)	第11次5カ年計画				第12次5カ年計画					
	2005年		2010年		2015年		2010~2015年		2011年	
	実績	目標	実績	増加率 (%)	目標	増加率 (%)	実績	基金残高 (億元)		
基礎年金			35,984		80,700	124.3	61,034			
うち都市基礎年金 <sup>1)</sup>	17,487	22,300	25,707	47.0	35,700	38.9	28,391		19,497 <sup>4)</sup>	
うち新型農村社会年金 <sup>2)</sup>	-	-	10,277	-	45,000	337.9	32,643		1,199	
都市基礎医療保険	13,783	30,000	43,263	213.9	-		47,343		4,015 <sup>4)</sup>	
うち都市従業員基礎医療保険			23,735			3ポイント <sup>3)</sup>	25,227			
うち都市住民基礎医療保険			19,528				22,116		497	
新型農村合作医療	17,900		83,600	367.0	-		83,200			
同上・加入率 (%)	23.5	>80%	95				97.5			
労働災害保険	8,478	14,000	16,161	90.6	21,000	29.9	17,696		642	
失業保険	10,648	12,000	13,376	25.6	16,000	19.6	14,317		2,240	
生育保険	5,408	8,000	12,336	128.1	15,000	21.6	13,892		343	
社会保障カード	-	-	10,300	-	80,000	676.7	-		-	

(出所) 5カ年計画については中華人民共和国中央人民政府(2012)。2011年は人力資源和社会保障部(2012)と中華人民共和国衛生部統計信息中心(2012)より筆者作成。

(注) 1) 2010年の実績値には都市住民基礎年金を含まず。2015年目標値には含む。

2) 2009年から試行のため、第11次5カ年計画の当初目標に含まれず。2010年数値には地方独自の試験区は含まれず。

3) 基本医療保険全体として3ポイントの引き上げ。

4) 上記1)の理由により、企業従業員基礎年金単独での2015年加入者数の目標値は3億700万人以上。

## 2. 国民皆年金の挫折と復活

医療に続いて皆保険に向けた改革が進展したのは、年金（「養老保険」）であった。基礎年金でも医療保険と同様、農村部への普及が皆保険体制の鍵を握っていた。この試みも、過去に一度実施されたことがある。1992年、民政部は「県級農村社会養老保険の基本案（試行）」を制定し、農村部で60歳からの年金受給を可能にした。しかしこの年金制度は個人の拠出を主体とする完全積立方式で、地元政府や企業の補助が限定的であり、かつ任意加入でもあったため、1999年からは脱退が相次ぎ、2007年には加入率が農村就業人口の1割にまで落ち込んだ（飯島・澤田 2010, 106-108）。また都市部でも、流動性の高い非正規雇用や「農民工」（農村出身の出稼ぎ労働者）が増大し、保険料の徴収が困難になるとともに、雇用側からも保険料の未払い・不払いが横行したため、年金制度から排除される者が後を絶たなかった。王（2011, 50-51）の試算によれば、2008年時点で60歳以上の高齢者のうち約3分の2が無年金者であったという。

こうした事態に対して、一部の地方は2003年以降、新たな農村基礎年金の実験を開始した。2008年時点では、すでに751万8700人が新型農村基礎年金に加入していた（何 2012）。これら地方の経験を土台にして、中央政府は2009年9月に「国務院による新型農村社会年金の試行の展開に関する指導的意見」を公布した。

この新型年金が旧型と大きく異なるのは、政府による財政支援の責任を明示している点である。基礎年金の部分（1人当たり毎月55元の給付）は全額が政府の負担となっており、中西部地域に対しては中央政府が全額を補助、東部地域には50%の補助を提供するという設計である（中華人民共和国中央人民政府 2009a）。この結果、2011年末の新型農村社会年金の加入者数は、3億2643万人にまで急増した（表1）。

農村の基礎年金の整備を追うかたちで、2011年に公的年金の最後の空白であった都市部の非雇用者に対する制度の構築が始まった。同年6月、中央政府は「国務院による都市住民社会年金の試行の展開に関する指導的意見」を公布して、既存の都市従業員基礎年金に加入していない16歳以上の都市住民（ただし学生は除く）を対象とする都市住民社会年金を新設した。この新制度は新型農村社会年金とほぼ同じ設計<sup>(5)</sup>であるため、浙江省など一部の地方では二つの制度を統合し

て運営している（何 2012）。

こうして年金についても皆保険体制の枠組みが一通り出来上がった。しかし医療保険よりも開始が遅く、まだ実験地区での試行が続いているため、実際のカバー率は高くない<sup>(6)</sup>。表1に示したように、全国の基礎年金の加入者数は、6億1000万人余りと医療保険の半分以下である。

とはいえ、新型農村社会年金については、2010年末からわずか1年で2億2000万人を上回る数が新規に加入しており、国民皆年金体制の帰趨を左右する農村部での制度の普及が強力に推進されたことがうかがえる。また、第11次5カ年計画（2005～2010年）の実績と第12次5カ年計画（2010～2015年）の目標値を比べると、前者の施策の重点が医療保険の加入者の拡大にあったのに対して、後者の重点は基礎年金に移ったことがわかる（表1）。

### 3. 社会保険による流動人口の包摂

都市と農村での皆保険体制が整備されると同時に、その間を移動する流動人口についても社会保険に組み入れる試みが進展した。それまで都市と農村を移動する農民工は、社会保険の対象から外れることが一般的であったが、2003年から徐々に社会保険のセーフティネットに包摂されるようになった。具体的には2003年には都市部の非正規労働者が基礎医療保険に加入できるようになり、同年4月の「労災条例」によって2004年から農民工を含むすべての賃金労働者を対象とする労働災害保険制度が全国で実施された。また2006年3月に「国務院による農民工問題の解決に関する若干の意見」が通達され、農民工に労働災害保険と重病に対する医療保険および年金を提供する必要があると指摘された（中華人民共和国中央人民政府 2006）。

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

農民工を社会保険に加入させるこれら一連の政策のなかで、特筆に値するのは人力資源社会保障部と財政部が国務院経由で2009年末に通達した「都市企業

従業員基礎年金関係の移転と継続方法」である（中華人民共和国中央人民政府 2009 b）。年金基金の管理は地方政府の管轄であったため、それまでは農民工が都市や省を越えて移動する場合には、いったん加入を中断し、個人口座に積み立てた保険料の払い戻しを受けるのが常であった。しかし上記の通達により、2010年から農民工を含むすべての都市部の賃金労働者が省を越えて転職する場合、基礎年金の記録も移動先に移転され継続扱いになることが定められたのである（于 2012, 121）。翌2011年7月1日から施行された「社会保険法」にも、地域を越えて就労する者については、基礎年金の記録と納付年数を継続することが明記されている。

以上のことから、農民工が社会保険に加入するにあたっては、大きく分けて2種類の方法ができるようになった。すなわち都市戸籍の労働者と同じ企業従業員の基礎年金や医療保険に加入するか、あるいは前述の新型農村社会年金や新型農村合作医療保険に加入するかである。また北京や上海では農民工専用の独自保険を制定している。このような制度整備の結果、2011年末現在、都市における農民工の社会保険加入は、基礎年金で4140万人、公的医療保険で4641万人、労災保険で6828万人、失業保険では2391万人にまで拡大した（人力資源和社会保障部 2012）。すべての国民を何らかの社会保険に包摂するという方針は、農民工に関しても適用されているといえよう。

#### 4. 公的扶助による社会保険の支援

大きな制度転換を遂げた社会保険に対して、公的扶助はおおむね江沢民政権期の制度的枠組みを踏襲した。冒頭に挙げた第18回党大会における胡報告でも、生活保護に相当する「最低生活保障」に特定した文言は1カ所にしかない<sup>(7)</sup>。また第12次5カ年計画で掲げられた社会保障分野の目標においても、社会保険については年金、医療、労災、失業など種類ごとに細かく設定され、多くの紙面が割かれているのに対し、最低生活保障については7項目の最後に配置されており、その目標も給付の徹底と給付水準の引き上げに言及したにとどまっている（中華人民共和国中央人民政府 2012）。

とはいえ、胡政権期の公的扶助は、社会保険と同じく、医療保障の強化と農村への給付拡大で成果を上げた。まず、医療に対する公的扶助である「医療救

助」の実績を確認しよう。この制度は主として、(1) 生活保護世帯に対して医療費補助を給付すること、および(2) 経済的理由で医療保険に加入できない世帯に対して、保険加入のための資金援助を行うことを目的とした。表2に示したように、都市部では2008年から2011年にかけて、(1)の受給者数が1.5倍、(2)は2.4倍と急増している。また導入が先行した農村部では(1)と(2)の受給者は2005年から2011年のあいだに7.4倍に膨れ上がった。

注目すべきは、(1)の生活保護世帯への医療補助よりも、(2)の医療保険加入の資金援助のほうが受給者数が多い、という点である。都市部では(1)の受給対象672万人に対して(2)は1550万人に上り、農村部に至っては(1)の受給者1472万人に対して(2)は4825万人と3倍以上になる。公的扶助は、租税による貧困救済を指すのが一般的で、保険料の支払いを条件とする社会保険とは設計の原理が異なるが、中国の場合は、公的扶助が社会保険の対象を拡大するための装置として機能している。そもそも医療救助は、新型農村合作医療制度の実施を支援するために中央政府が提起した制度であった<sup>(8)</sup>。つまり医療における公的扶助は、皆保険体制を整備するための手段として推進された面がある。

つぎに、公的扶助が農村で拡大した事例として、「最低生活保障制度」を取り上げる。2000年代前半までは、最低生活保障制度の面でも都市と農村のあいだで大きな格差があった。農村部の最低生活保障制度は、1994年前後から県と郷政府が実施しており、最低生活保障の貧困ライン以下の世帯に対して現金と実

表2 都市と農村における医療救助の受給者数と支出額

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

(出所) 国家統計局(2012)より筆者作成。

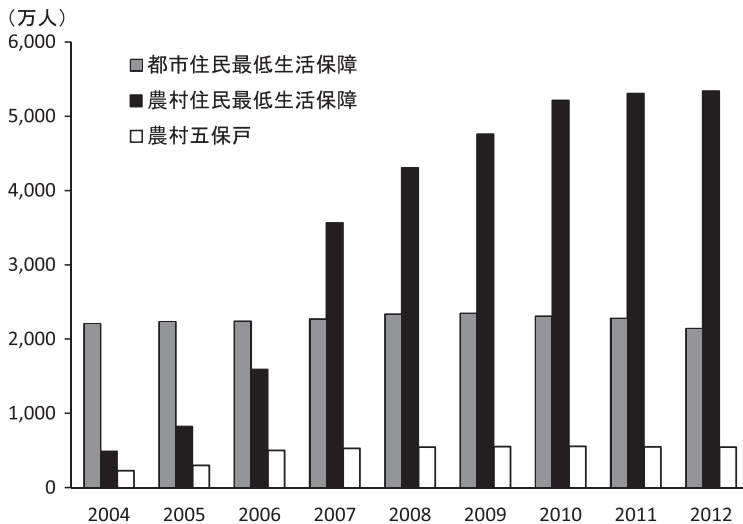


物の給付を行っていたが、県と郷村の財政不足から有資格者でも給付が受けられない状態が続いていた。このため2004年時の統計をみると、都市最低生活保障の受給者数が2200万人を上回ったのに対して、農村最低生活保障制度では488万人と都市の4分の1以下であった（図1）。

これに対して、国務院は2007年に、すべての農村に最低生活保障制度を設ける決定を下し、規定水準以下の農村住民に対して給付を保障するため、中央財政から30億元の資金を投入した（飯島・澤田 2010, 143-144）。これにより農村で生活保護を受ける住民の数は、2007年から2010年にかけて急増した。一方、都市の最低生活保障制度の受給者数は、ほとんど変化がなく、近年は緩やかに低下する傾向にある。このことから公的扶助においては、農村と都市の格差を抑制する方針がうかがえる。

その他の貧困層に対する福祉サービスについては、生活保護世帯向けの低廉な住宅供給、貧困地区の就学困難な児童に対する支援が挙げられる。また高齢者手当の導入と障がい者向け最低生活保障において給付額の割増しが実行に移

図1 公的扶助の受給者数の推移



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

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

された。しかし全体からみると、公的扶助の面で顕著だったのは、やはり医療における社会保険の加入支援と農村部での最低生活保障制度の普及であった。以上のことから、公的扶助にも胡政権期の「皆保険体制の実現」と都市農村の格差是正の方針が色濃く反映していたといえる。

## 第2節 習近平政権が引き継ぐ課題

### 1. 皆保険体制に内在する格差

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

ところが中国は膨大な数の農民と非正規労働者を抱えているにもかかわらず、国民皆保険体制を驚異的な速度で立ち上げた。そのためにとられた方法は、既存の社会保険をできるだけ温存しつつ、そこから排除された者を対象とする新たな保険制度を設けることであった。この意味で、社会保険改革は経済改革の「増量改革」<sup>(9)</sup>に通じる面があった。だが、その結果として、新たな社会保険の制度設計は、一次分配の格差を反映したものにならざるを得なかった。すなわち収入が高くかつ安定した集団と、低所得の高リスク集団が別々の保険基金に加入するため、両者の保障水準には大きな開きが生じたのである。

たとえば、もっとも優遇されている公務員年金の場合、所得代替率<sup>(10)</sup>は80～90%の高水準にある。何（2012）の試算によれば、退職後の公務員の年金受給額を、都市従業員基礎年金、都市住民社会年金、新型農村社会年金の1人当たり受給額と比較すると、4者の比率は41：20：1：1になるという。また何は医療保険についても同様の試算を行っており、公務員が医療保険から受ける給付額を、都市従業員基礎医療保険と都市住民基礎医療保険および新型農村合作医療

のそれと比較して、12：8：1：1という格差があると主張している（何 2012）。しかも公務員と公共事業機関の職員は、計画経済期に整備された社会保険制度の対象であるため、保険料を拠出する必要がない。とりわけ国家公務員の医療保険は1950年に制定された公費医療制度で保障されており、改革の対象外におかれてきた<sup>(11)</sup>。このことから、社会保障制度における公務員の既得権がいかに強固であるかがわかる。

また同じ保険制度のなかであっても、個人の所得格差と地域の経済格差は受給の待遇に響いてくる。新型農村社会年金を例にとると、加入者は自分が拠出する保険料の金額を年間100元、200元、300元、400元、500元の5ランクから選ぶことができるので、これに応じて受給金額にも大きな差が生じる。

もっとも保険料に差を設けるのは、急速な普及を可能にするために、必要な措置であったともいえる。統一の定額保険料では、経済的負担に耐えられない低所得者が排除される。一方、保険料を低く抑えると、給付される年金の水準も低くなるので、中高所得の農民にとっては有意義な老後保障にならず、加入を避けるようになる。一般に社会保険は強制加入が原則だが、新型農村社会年金は任意加入なので、皆保険を実現するには所得格差を反映した保険料の設定が必要であった。

さらに上記は国の定めた標準だが、地方政府の裁量で保険料のランクを増やすことも認められている。したがって地方間の経済格差も、受給額の差に表れることになる。王（2011, 55）によれば、経済力のある江蘇省内の県では1800元の保険料ランクも存在しており、15年後には毎月603元の年金を受領できる。これは100元の保険料に対する受給額93元/月と比べて6.5倍になる。保険料より受給額の差が小さいことから、再分配機能も確かに発揮されているが、任意加入で選べる保険料ランクという点では商業保険に近い性格になっている。

また強制加入である都市従業員基礎年金の場合は、受給額ではなく保険料の負担の面で逆進性がみられる。もともと都市従業員基礎年金の保険料率は賃金に対して一律<sup>(12)</sup>であり、租税のような所得に対する累進性はない。そのうえ都市従業員基礎年金には、保険料の対象となる賃金水準に上限と下限が設定されていた。すなわち賃金が勤務地の平均賃金の300%を上回る部分については、保険料の納付対象から控除される。つまりその分、保険料率が低くなる（負担が軽くなる）のである。逆に下限は勤務地の平均賃金の60%と定められており、実際

の賃金収入がこれを下回る場合でも、平均賃金の60%を対象に保険料が課される。言い換えれば、賃金が下限を下回れば下回るほど、拠出する保険料率は高くなり、相対的負担は重くなる。こうして年金の保険料に関しては、上限と下限の外で逆進性が働くのである。

こうした逆進性の対象となる層は、少数の例外的存在なのであろうか。白・呉・金（2012, 48-71）が2002年から2009年の都市住民世帯調査から抽出したサンプル12万8329人（うち有職者9万9347人）について分析したところ、現役の被雇用者<sup>(13)</sup>のうち上限を上回った者はわずか0.6%だったのに対し、下限に達しなかった者は35%にも上った。また白らは同じサンプルを用いて、社会保険料率と賃金収入の相関を求めたが、その結果、都市従業員の年金と医療保険については、賃金とのあいだに負の相関<sup>(14)</sup>が観察された。言い換えれば、高賃金を得ているものほど保険料率が低い、ということである。この点からも、現行の社会保険の設計には、格差を助長する要素が内在することがわかる。

## 2. 内需刺激をめぐる期待と疑念

国民皆保険が格差を助長したとしても、それだけでは社会安定装置としての機能不全を意味しない。三浦（2012, 49）が指摘するように、将来所得に対する期待が高ければ、社会は格差に寛容になる。もし社会保障制度の整備が個人消費を促進し、内需の拡大を通じて経済成長と所得増に貢献するのであれば、社会保障は社会の安定に寄与したといえる。輸出と投資に依存するこれまでの中国の成長パターンが限界に達し、今後は内需主導の産業高度化に転換すべきと考える論者は、社会保障による内需拡大に期待を寄せている。

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

合理的な成長を維持し、国内市場の規模を拡大する」ことを目標に定めている<sup>(15)</sup>。

このことは逆に、現実において胡政権下では、経済成長に対する個人消費の寄与が低下してきたことを物語っている。家計消費がGDPに占める比率は、2002年の44.3%から2011年には35.4%にまで後退している。この縮小する個人消費は、高い貯蓄率の裏返しでもある。世界銀行のデータベースによれば、すでに2006年から中国の国内貯蓄率はGDPの50%を超え、世界一の水準に達した<sup>(16)</sup>。こうした貯蓄率の上昇をもたらした要因として、社会保障の未整備がしばしば挙げられる。

たとえば中国社会科学院金融研究所銀行研究室主任の曾剛は、『人民日報』の取材に対して、高い貯蓄率について四つの要因を挙げたが、そのうちのひとつが社会保障システムであった。曾剛によれば、将来の不慮の事態に備えて人々は貯蓄に走る、したがって「医療や失業救済を含む社会保障システムの改善によって、将来の不確定性を下げる」ことが貯蓄率の引き下げと消費喚起のために肝要である、という(周 2012)<sup>(17)</sup>。

確かに住宅と教育および医療の費用上昇は、中国でも将来に備えた貯蓄の強い動機になっている。とりわけ住宅費の負担が軽い農村では、医療費の支払いが家計にとって最大のリスクになる。住民1人当たりの消費に占める医療費の割合を都市と農村で比較すると、都市部では2006年以降に頭打ちからやや低下しているのに対し、農村は緩やかに上昇を続けている(表3)。唐成の四川省農

表3 住民1人当たりの消費全体に占める医療費の支出

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

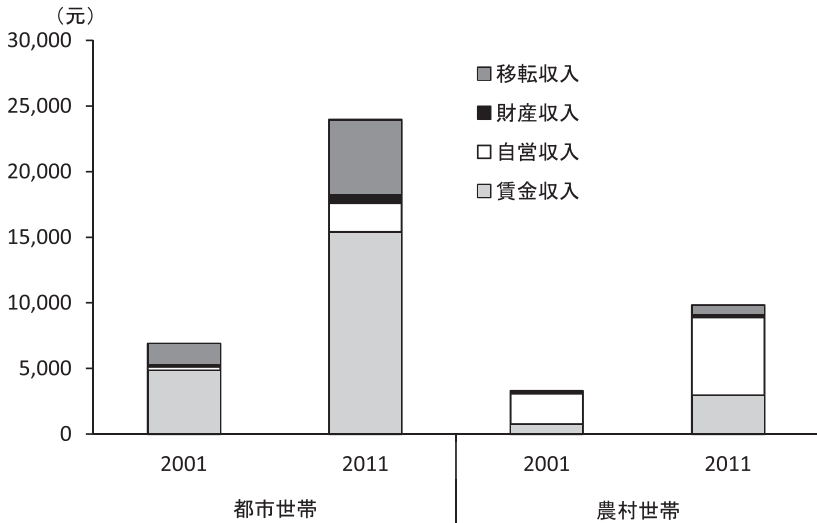
(出所) 中華人民共和国衛生部統計信息中心(2012)。

家調査（2007年）によれば、農家が感じる不安要因を世帯主の年齢別に分析した結果、すべての年齢層で「医療費の支払い」が1位となった。とりわけ39歳以下と60歳以上で「医療費の支払い」を挙げた者は50%を超えている（唐 2011, 119）。

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

前述の白・呉・金（2012）は、社会保険料の7割を占める年金を取り上げ、消費に及ぼす影響について分析を行っている。白らは9省市<sup>(18)</sup>の世帯調査データに基づいて2002年から2009年の変化を追った結果、2002年から2005年まではマイナスの影響が顕著で、保険料率が1ポイント上昇する際に世帯の消費は1.75%下落したことが明らかになった、という。2006年以降の時期については、それまでのような顕著な相関は観察できないが、少なくとも貯蓄率を引き下げる効

図2 都市と農村における収入の種類別構成



(出所) 表2に同じ。

果はなかったといえる。席（2012）も独自の試算の結果、社会保険料の負担が個人消費に対してクラウディング・アウト効果を発揮する、と主張する。逆に臧等（2012）は、大規模な都市住民基礎医療保険の実験地区での調査<sup>(19)</sup>の結果として、都市住民基礎医療保険が中低所得層については、消費を促進する効果があったと述べている。

以上のことから、現在の社会保険を前提にした社会保障の整備が、必ずしも内需拡大に直結するとは限らない。いうまでもなく、家計消費は社会保障だけではなく、所得や雇用の展望にも左右される。図2に示したように、過去10年間にわたり都市世帯の所得の6割は賃金収入であること、また農村でも賃金収入の占める割合が上昇していることを考慮すれば、社会保障の整備による再分配よりも、中低所得者層における賃金の上昇による一次分配の格差是正の方が、内需の拡大にとってより重要であろう。

### 3. 政府に集中する再分配と保険基金の余剰

つぎに賃金を含む一次所得と可処分所得の差から、再分配の流れを探ってみよう。唐（2011）は、国民所得に占める家計と政府部門の割合を、第一次所得と可処分所得について分析した結果、2000年以降は政府部門から家計部門への移転所得よりも、家計部門から政府部門に支払う税金や社会保険料の方が大きくなった、と結論づけた。そこで筆者は、国家統計局（2012）のデータを用いて、唐（2011, 120-121）の政府部門と家計部門の計算に企業部門を加え、同様の方法で国内所得に占める第一次所得と可処分所得の構成比の推移を追ってみた。

その結果が表4と図3である。第一次所得の国民所得に対する比率と再分配を経た可処分所得のそれを比較すると、政府部門では可処分所得が常に1を上回っているのに対して、家計部門のそれは2009年に0.997とわずかながら低下している。そして、家計部門以上に大きかったのは、企業部門での可処分所得比率の低下である。言い換えれば、政府は再分配機能を通して、家計と企業部門から受け取る税収と保険料を相対的に増やし、経常移転や社会保険の給付および福祉サービスの支出を相対的に低下させたことになる。この変化を時系列で表すため、人力資源社会保障部が管轄する雇用・社会保障費が歳出とGDPに占める比率の変化を1990年からたどると、双方の数値が急上昇したのは江沢民政

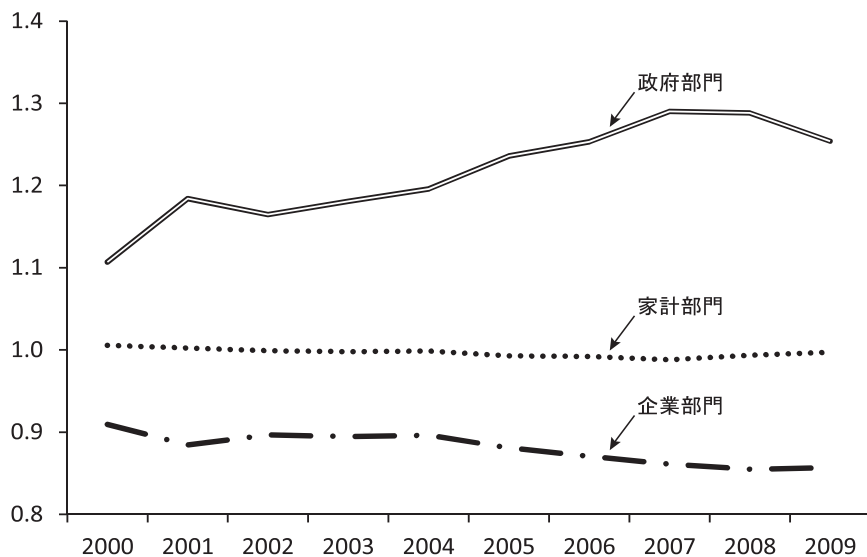
表4 再分配による国内所得の構成変化

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

(出所) 表2に同じ。

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

図3 再分配による国内所得の構成変化



(出所) 表2に同じ。

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



権期であり、胡政権下では民生重視のイメージとは裏腹に社会保障と雇用に費やす支出の比率が頭打ちからやや減少したことが明らかになった（図4）。

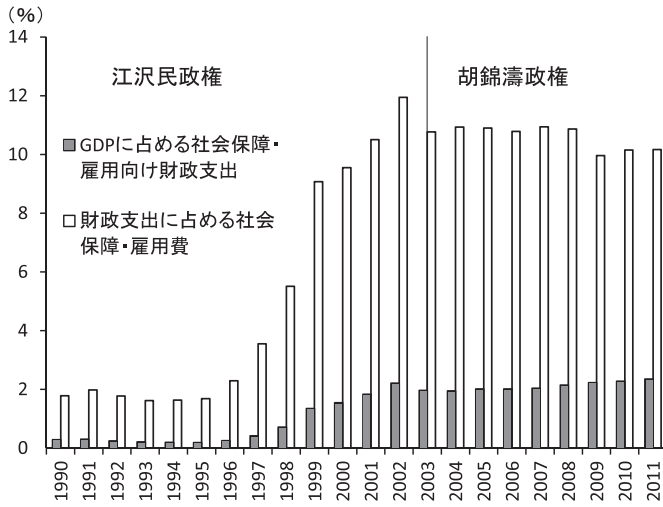
ただし衛生部が管轄する医療費総額に占める医療財政の比率と、財政支出に占める医療費の比率をみると、いずれも急上昇しており、GDPに占める医療費の割合も2001年を底として増大を続けている（図5）。このことから医療については、SARS危機の対応以降、政府財政の果たす役割が拡大したが、その他の社会保険の給付については、保険料の徴収に比べて財政からの大きな移転はなかったと考えられる。

そこで各社会保険の積立残高を確認してみると、2011年末の時点で都市基礎年金（都市従業員基礎年金と都市住民社会年金を含む）は1兆9497億元とほぼ2兆元に達している。同様に新型農村社会年金については1199億元、都市基礎医療保険（都市住民基礎医療保険を含む）は4015億元、失業保険では2240億元、労災保険で642億元、生育保険が343億元の残高を記録している。いずれも当年の収支は黒字である。都市基礎年金の基金については、中央と地方政府からの財政補助が入っているが、保険料収入だけで支出総額を超過している。対前年の増加率でも、保険料収入が25.6%増で支出全体の20.9%を上回った（人力資源和社会保障部 2012）。社会保険料の拠出が強制貯蓄の側面をもつことを考えると、社会保険基金残高の増加は内需拡大に負の影響を与える可能性がある。

社会保険基金の残高が増大した背景には、過去の移行コストの経験と将来の少子化に対する危機感が存在する。最大の残高をもつ都市基礎年金基金では、1997年に従来の賦課方式から積立方式へと制度転換を図った際に、一部の地方が移行コストを捻出するために、加入者の個人年金口座を空洞化（積み立て不足状態）にし、年金基金への信用を低下させた。こうした状況を是正するため、胡政権は2006年から新たな加入者については、給付額が平均寿命と加入年数とに連動するよう調整した。さらに法定退職年齢の引き上げを提起し、来るべき少子高齢化の時代に備えようとした。人口ボーナスの終焉が迫るなかで、巨額の累積残高は年金基金の信用を担保すると考えられたのである。

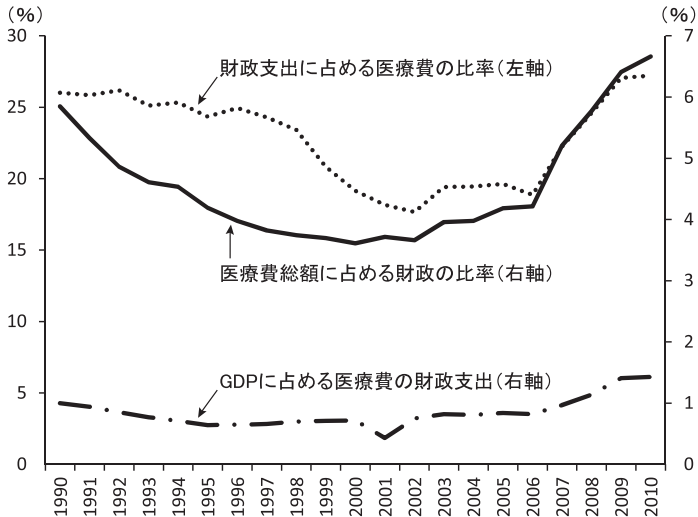
しかし、定年延長の提案は多方面から反発を招いている。とくに雇用が不安定な中高年の女性就労者は、たとえ定年を延長したほうが月単位での給付額は増えるという条件でも、年金の早期給付を希望し、定年延長に強く反対する者が多い。彼女らにとっては、現在の早期退職による年金受給は失業保険を代替

図4 胡錦濤政権期の社会保障・雇用に対する財政支出（対 GDP、対歳出）



(出所) 表2に同じ。

図5 財政支出による医療費の比率



(出所) 中華人民共和国衛生部統計信息中心 (2012) より筆者作成。

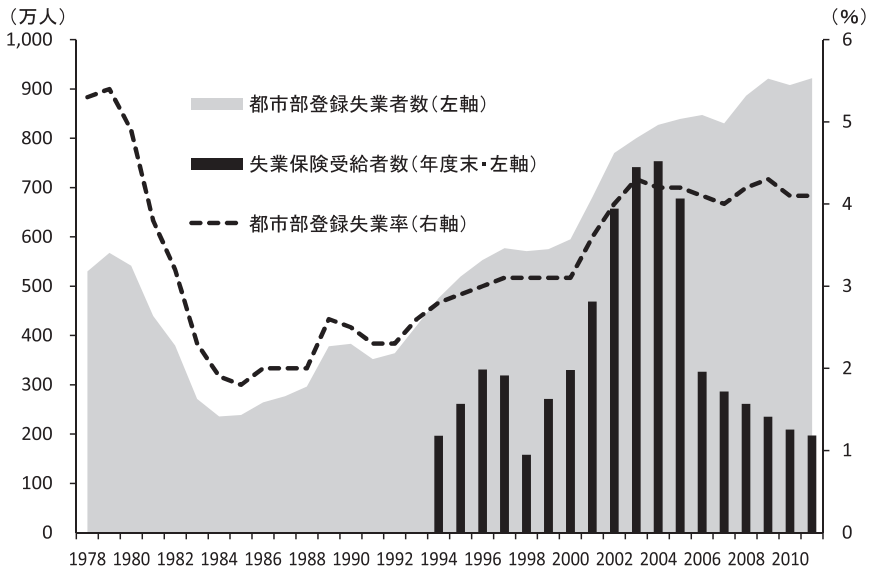
する機能がある（澤田 2010, 86-87）。最低生活保障制度に頼るとなると、受給額は年金よりも低いだけでなく、ミーンズテスト（資産評価）が義務づけられており、受給者名が公表されるため、利用には心理的に抵抗感ともなう。

また失業保険では、1999年から公務員に準ずる事業機関（学校や病院、放送局など公共サービスを担う機関）の職員を加入させていたことから、失業のリスクが低く賃金が相対的に高めで安定した者が失業保険の対象となったのに対し、リスクの高い非正規就労者はなかなか加入対象に含められなかった。この結果、図6で示したように、2000年代に失業者数が増大し失業率が上昇しても、実際に失業保険を受給できる者は逆に下がり続けるというジレンマが発生した。

#### 4. 社会保険の管理に対する不信と商業保険の活用

さらに社会保険基金の管理運営に対する加入者の不信感も無視できない。2011年10月、北京市医療保険基金の収支が赤字に陥ったという文章がインターネット

図6 失業保険の受給者数と登録失業者数および失業率の推移



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

ト上で流れると、医療関係者が強い反発を示し、ネットが炎上するという事件が起きた。のちに北京市政府が説明のプレスリリースを行って、ようやく事態は収束した(王・李 2012, 64)。しかし、農村を含む国民皆保険体制を整備したいま、すべての基金の管理運営を透明化し、説明責任を果たすことは困難を極める。国家会計監査署が2010年5月に9省市で会計監査を行った折には、特定の県で半分以上の加入者が登録のみで保険料を納付していない例がみつき、受給者への年金給付の遅滞とあわせて、重大な違反とされた(王 2011, 54)。

こうした不正行為でなくとも、地方政府の年金基金運用の非効率性は、しばしば表面化している。2012年3月、広東省政府は、自省の都市従業員基礎年金基金から1000億元を全国社会保障基金理事会に委託する、という協定を結び、内外の注目を浴びた。地方政府の年金基金は、運用先が国債と銀行預金に限定されているため、投資収益率が年率2%足らずにとどまっているのに対して、中央政府直轄の全国社会保障基金はリスク資産にも投資を認められており、地方よりも収益率が高い。2011年末における全国社会保障基金の年平均投資収益率は8.4%の高水準を記録したという。広東省政府は、この地方と中央の年金基金の収益格差をみて、上記の協定に踏み切ったのである(中井 2012, 56)。このことから、地方政府が抱える年金運用の制約と収益の低さがうかがえる。

さらに地方の末端行政部門の多くは、皆保険体制の構築で急増する加入者の管理コストに頭を悩ませている。社会保険の都市と農村の統合は、もっとも既得権が少ない新型保険から着手された。先行したのは、新型農村合作医療と都市住民基礎医療保険である。この過程で、都市部の社会保険局には従来の都市住民に加えて、膨大な農村の被保険者を管理する責任が新たに課せられた。

一例を挙げると、広東省の湛江市は2009年1月から都市と農村の基礎医療保険を統合し、「湛江城鄉居民基本医療保險制度」を設立した。このとき、都市住民58万人に対して、農村住民は488万人だったため、社会保障局の医療保険担当者をいくら増員しても手が足りなかったという。そこで湛江市は問題解消とコスト節約のために、商業保険会社に社会保険事業の協力を依頼した。最終的には、中国人民健康保険株式会社湛江センター支社と共同で基金の管理運営に当たることになった(郭 2010, 10)。

また年金についても、四川省徳陽市が、新型農村社会年金と都市住民基礎年金を2010年12月に統合する際に、財力不足を補うため「サービスの購入」とい

う名目で入札を行い、落札に成功した中国人寿徳陽社に新型農村社会年金の業務を事業委託した（向 2012, 11-12）。このような末端行政部門による民間からの社会サービス購入は、社会福祉事業の分野でも拡大しつつある。北京の草の根 NGO のなかには、農民工の子弟を対象にした教育や文化事業を市政府から受託する例も出現した（澤田 2012, 226）。国民皆保険体制の形成は、商業保険会社や NPO といった民間の参入を招く作用があったといえる。

2012年11月の第18回党大会では戸籍制度の改革が明確に掲げられたことから、都市と農村の一体化は今後も加速するとみられる。これにつれて、社会保障制度における商業保険会社の存在感が強まる可能性がある。

## おわりに

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

もともと社会保険は保険料で運用されるため、公的扶助や社会福祉と比較すると、政府財政の肥大化を招きにくく、市場に親和的である。実際に、中国の社会保険基金の運営方針は、一貫して「収支バランスをとりながら少々の余剰を残す」という慎重なもので、財政赤字を回避するよう設計の調整を行っており、結果として各種の社会保険基金残高は増大傾向にある。その意味で、胡政権の社会保障改革は、福祉国家への道程というよりも、自由な市場活動を支える社会セーフティネットの形成過程であったといえる。

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

部の中高所得層の抵抗が予想される。

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

#### 【注】

- (1) このような考えは、たとえば朱炎（2011：66）にみることができる。
- (2) 三浦有史が複数の資料から作成した図によれば、「公務執行妨害をとまなう集団行動」の件数は1993年から2009年にかけて一度も下がることがない。とりわけ1997年以降に急上昇し、2009年には10万件を上回った（三浦 2012，47-48）。さらに労働争議の件数で見ると、2001～2007年のあいだは年平均3万3000件だったものが、2008年には69万3000件に跳ね上がった。2010年には若干減少したものの、60万1000件と高い水準にとどまっている。また同年の労働争議にかかわった労働者数は81万5000人にも及んでいる（喬 2012，263）。
- (3) 計画経済の時代の農村にも、合作医療と呼ばれる医療保障制度が存在したが、人民公社の解体とともに姿を消していた。これと区別するため、現行の制度は、「新型農村合作医療制度」と呼ぶ。
- (4) 表1では、2011年の新型農村合作医療の加入者数は前年に比べて400万人ほど減少しているが、これは2011年に一部の都市が農村と都市の住民基礎医療保険を統合したためである。この結果、新型農村合作医療の加入者数は減少したが、加入率は逆に微増しており、2010年の96.0%から2011年には1.5ポイント上昇して97.5%に達した（中華人民共和国中央人民政府 2012）。
- (5) 両制度とも基礎年金の1人当たり給付額は毎月55元、支給開始年齢は60歳、受給資格を得るための加入年数は最低15年である。また個人口座の積立総額は139（現行の都市従業員基礎年金制度に準じた係数）で割って、毎月の支給に充てることが定められている。
- (6) とくに2011年から本格化した都市住民社会基礎年金については、同年末の加入者数が539万人、実際に年金を受給した人数は235万人にとどまっている（人力資源和社会保障部 2012）。
- (7) 関連する表現としては、農村の脱貧困への言及が2カ所、社会福祉と社会救助システムへの言及が1カ所ある。
- (8) これを受けて2003年11月に民政部・衛生部・財政部が「農村医療救助制度の実施に関する意見」を打ち出し、実現に至った（王・陳 2012，66）。それが2005年からは都市部にも拡大し、生活保護の受給者のうち、都市従業員基本医療保険に未加入の者（または加入済みでも医療費負担が重く、生活が困難な者）に対して、政府の財源で資金援助を行うことになったのである（何 2012）。

- (9) 計画経済の外にあった農村に市場原理を導入し、都市部の国有企業の既得権益を相対的に温存しながら改革を進める方法。漸進主義とも呼ばれた。
- (10) 定年退職時の賃金に対する年金の比率。100%なら退職後も現役時代の賃金と同じ金額の年金を受給することになる。
- (11) ただし地方レベルでは、2012年から8省市が公務員の公費医療の廃止を提起しており、変化の兆しがみられる。
- (12) 従業員が負担する保険料は、一律賃金の8%で個人口座に積み立てられる。2005年までは企業が賃金総額の20%を保険料として拠出して、3%を従業員個人口座に上乗せし、17%を社会統一年金基金に納付していた。2006年以降については、本文参照。
- (13) 原データには、事業単位の従業員が含まれていない。
- (14) 5%の有意水準で、賃金と年金保険料率の相関係数はマイナス0.1240、賃金と医療保険料率の相関係数はマイナス0.0727（白・呉・金 2012, 48-71）。
- (15) 胡（2012）「四、社会主義市場経済体制の整備と経済発展パターンの転換を加速する」の「(3) 経済構造の戦略的調整を推進する」より。
- (16) 2011年は53%（World Bank 2012）。
- (17) UBS証券チーフエコノミストの王涛は、企業と政府の貯蓄率の引き下げに言及し、社会保険と医療衛生に言及し、国有企業の配当を社会保険基金に充当することを提案している（周 2012）。
- (18) 北京、遼寧、浙江、安徽、湖北、広東、四川、陝西、甘肅。
- (19) 実験地区から九つの都市を抽出し、2007年と2008年にそれぞれ3万3000人と2万6000人に対して家計調査を行っている（臧等 2012）。

## [参考文献]

### <日本語文献>

- 飯島渉・澤田ゆかり 2010.『高まる生活リスク——社会保障と医療——』岩波書店。
- 于洋 2012.「農民工の社会保険」埋橋孝文・于洋・徐榮編『中国の弱者層と社会保障——「改革開放」の光と影——』明石書店 109-132。
- 王崢・陳克涛 2012.「『医療弱者層』と医療保障」埋橋孝文・于洋・徐榮編『中国の弱者層と社会保障——「改革開放」の光と影——』明石書店 55-85。
- 王文亮 2011.「中国における『国民皆年金』体制への挑戦」『週刊社会保障』65 (2618) 2月 50-55。
- 何文炯 2012.「中国社会保障の発展と展望」（配布資料）第8回社会保障国際論壇（千葉）9月。
- 加藤洋子 2008.「SARS事件から見た中国の危機管理に関する一考察」『21世紀社会デザイン研究』(7) 41-52。
- 澤田ゆかり 2010.「定年退職年齢の男女差と年金をめぐる言説」『近きに在りて』(58) 82-90。
- 2012.「中国における『工会』と草の根労働NGOの変容」遠藤公嗣編『個人加盟ユニ

- オンと労働 NPO——排除された労働者の権利擁護——』ミネルヴァ書房 204-242.
- 朱炎 2011. 「持続性に向けた内需拡大の政策・制度的課題」渡辺利夫+21世紀政策研究所監修, 朱炎編『中国経済の成長持続性——促進要因と抑制要因の分析——』勁草書房 61-79.
- 唐成 2011. 「中国経済における内需拡大の課題——消費率の低下要因分析を焦点に——」『桃山学院大学総合研究所紀要』36(3) 111-125.
- 中井邦尚 2012. 「中国——年金制度改革の明と暗——」『ジェトロセンサー』(744) 11月 56-57.
- 三浦有史 2012. 「中国はいつまで格差に寛容な社会を保ちうるか——参照点と制度から読み解く格差認識先鋭化のメカニズム——」『中国経済研究』9(2) 45-53.

< 英語文献 >

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

< 中国語文献 >

- 白重恩・吳斌珍・金燁 2012. 「中国養老保険繳費对消費和儲蓄的影響」『中国社会科学』(8) 48-71.
- 郭健 2010. 「湛江医保經弁“創新”調查」『中国社会保障』(10) 10-12.
- 国家統計局 2012. 『中国統計年鑑 2012』北京: 中国統計出版社, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2012/indexch.htm>.
- 国家統計局人口和就業統計司・人力資源和社会保障部規画財務司 2011. 『中国労働統計年鑑 2011』北京: 中国統計出版社.
- 胡錦濤 2012. 「堅定不移沿着中国特色社会主義道路前進 為全面建成小康社会而奮闘——在中国共產党第十八次全国代表大会上報告——」(11月8日) 『中国共產党第十八次全国代表大会文件匯編』北京 人民出版社.
- 民政部 2012. 「2011年社会服務發展統計報告」, <http://cws.mca.gov.cn/article/tjbg/201210/20121000362598.shtml>.
- 2013. 「社会服務業主統計季報 (2012年4季度)」, <http://files2.mca.gov.cn/cws/201301/20130128174655179.htm>.
- 喬健 2012. 「2011~2012年: 和諧労働關係新政」汝信・陸学芸・李培林主編『社会藍皮書——2012年中国社会形勢分析与預測——』北京: 社会科学文献出版社 255-272.
- 人力資源和社会保障部 2012. 「2011年度人力資源和社会保障事業發展統計公報」, [http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshshzb/zwgk/szrs/ndtjstj/tjgb/201206/t20120605\\_69908.htm](http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyshshzb/zwgk/szrs/ndtjstj/tjgb/201206/t20120605_69908.htm).
- 王發運・李宇 2012. 「2011年社会保障体系的完善和發展」汝信・陸学芸・李培林主編『社会藍皮書——2012年中国社会形勢分析与預測——』北京: 社会科学文献出版社 57-67.
- 席衛群 2012. 「社会保險繳費对居民消費產出了“擠出効应”嗎?」『学海』(2) 36-42.
- 向春華 2012. 「德陽經弁外包五問」『中国社会保障』7 11-15.
- 臧文斌・劉国恩・徐菲・熊先軍 2012. 「中国城鎮居民基本医療保險对家庭消費的影響」『經濟



研究』(7) 75-85.

- 中華人民共和国衛生部統計信息中心 2012. 「2011年我国衛生事業發展統計公報」, <http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/201204/54532.shtml>.
- 中華人民共和国中央人民政府 2006. 「國務院關於解決農民工問題的若干意見」, [http://www.gov.cn/jrzq/2006-03/27/content\\_237644.htm](http://www.gov.cn/jrzq/2006-03/27/content_237644.htm).
- 2009a. 「國務院關於開展新型農村社会養老保險試点的指導意見」国發32号, [http://www.gov.cn/zwgk/2009-09/04/content\\_1409216.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2009-09/04/content_1409216.htm).
- 2009b. 「國務院弁公庁關於轉發人力資源社会保障部, 財政部城鎮企業職工基本養老保險關係轉移接續暫行弁法的通知」国弁發66号, [http://www.gov.cn/zwgk/2009-12/29/content\\_1499072.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2009-12/29/content_1499072.htm).
- 2011. 「國務院關於開展新型城鎮居民社会養老保險試点的指導意見」国發18号, [http://www.gov.cn/zwgk/2011-06/13/content\\_1882801.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2011-06/13/content_1882801.htm).
- 2012. 「國務院關於批轉社会保障“十二五”規画綱要的通知」国發17号, [http://www.gov.cn/zwgk/2012-06/27/content\\_2171218.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2012-06/27/content_2171218.htm).
- 周小苑 2012. 「儲蓄余額已突破18億元, 人均儲蓄超過1萬元」『人民日報(海外版)』11月21日.