

中国の高齢化の要因と経済的影響

金光洙

Abstract

Recently, "one-child policy", "late marriage" as well as other measures are influencing to the drastically advancing aging population in China. In 2000, the ratio of 65-year-old or older population exceeded 7% of total population. At the end of 2014, the ratio of 65-year-old or more reached to 10.1% or 3% higher than 2000 ratio. In order to improve this population structure, the Chinese government wholly admitted "two-child policy" which means that a couple may born up to 2 children.

This study, after analyzing the current status of aging population and factors of aging in China, will shed light on its effects on society.

キーワード……中国の高齢化 金融資産 特殊合計出生率

1 はじめに

現在、中国では「一人っ子政策」、「晩婚」などの政策により、高齢化が急激に進行しつつある。2000年に、全国人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合は7%を超えたが、2014年末になって中国の総人口に占める65歳の割合は10.1%に達し、2000年より3ポイント増で、東アジアの日本、韓国に続き高齢化社会に突入した¹⁾。また、計画経済から市場経済へ移行後、中国は20年ほどの高い経済成長を経て、2010年に日本を抜きアメリカに次ぐ世界第2の経済大国となった。しかし、国民の一人当たり名目GDPは7600ドルで、187国のうち80位にとどまり、まだ発展途上国であるといえる²⁾。

一方、日本は、長い間世界最高レベルの平均寿命を維持している。世界保健機関(WHO)の「2015年版世界保健統計」によると、日本人の平均寿命は女性が86.61歳で世界1、男性が80.21歳で世界4位、男女平均が84歳で世界最長であった。そして、高齢者の割合は、26.7%で世界でももっとも高く、今後も増えて2040年には36.1%となり、超高齢社会になると見込まれている³⁾。

日本など先進国の人口高齢化に比べ、中国の高齢化は経済発展の途中で形成されたものである。そこで、中国は人口高齢化を迎えることにより、経済発展水準とのバランスを欠いている

「未富先老」の状況に陥り、高齢化への対策が人口高齢化のスピードに大幅に出遅れている。

また、中国の高齢化は地域間の格差が大きいという特徴がある。1949年に中華人民共和国が成立されて以来、戸籍制度を厳しく執行した結果、中国は典型的な都市と農村を分離する「二元社会」を形成した。中央政府による農村労働力の調達以外の農村から都市への労働力移動が禁止され、農村部の人口移動は不可能となった。1984年から「農民の集鎮への戸籍転出に関する通知」、「居民身分証明証条例」、「小都市での戸籍改革に関する意見」などの一連の戸籍制度改革が実施され、人口移動が可能になった⁴⁾。このような従来の戸籍制度により、都市部と農村部の経済格差と所得格差が生じ、その問題が農村から都市部への出稼ぎ労働者を介し、中国全体の社会問題へと発展していった。

都市部では、「中国労働保険条例」、「労働保険医療制度」、「公的医療制度」、「都市住民基本医療保険」、「都市労働者基本医療保険」などの医療制度を導入したが、高齢化が進んだ結果、医療システムの不完全性、医療資源配置の不公平性、医療費の不合理な支出、公共医療の市場化と商業化、そして行政の評価体制などの問題が生じている（劉，2008）。つまり、中国が抱えている大きな問題は、都市と農民を異なる社会システムに組み込み、政府による都市重視の政策が農村地域の社会インフラ整備が出遅れ、年金や医療などの社会保障制度が整えられていない高齢者は子どもの扶養に頼らざるを得ないことである。

さらに、中国は1980年以降「一人っ子政策」を実施したことにより、2000年以降高齢化がさらに進んでいる。また、中国では男女に対する伝統観念の影響で、男女バランスを欠いている。このような人口構造のバランスを改善するために、中国政府は2015年10月に開催された中国共産党第18期中央委員会第5回全体会議（五中全会）で、1979年（厳格適用は1980年）から36年間続いた「一人っ子政策」を廃止し、一組の夫婦に二人までの子どもを生育することを全面的に認める「二人っ子政策」を導入した。

本稿では、計画経済から市場経済へ移行する中で、人口の高齢化が社会や経済、社会保障などにどのような影響を及ぼすかに焦点をあて検討したい。すなわち、中国の高齢化は経済の発展や金融、社会保障、教育などにマイナスの影響を与えるだけでなく、新たな高齢者の市場の形成、社会保障制度の改善などの積極的な影響も及ぼしていることを指摘したい。まず、中国における高齢化の現状を分析し、その対策の緊迫性を指摘する。次に、なぜ中国では高齢化が進行しているかを分析し、高齢化の特徴をまとめたうえで、中国の高齢化が経済にどのような影響を与えるかを検討したい。

2 人口高齢化の現況

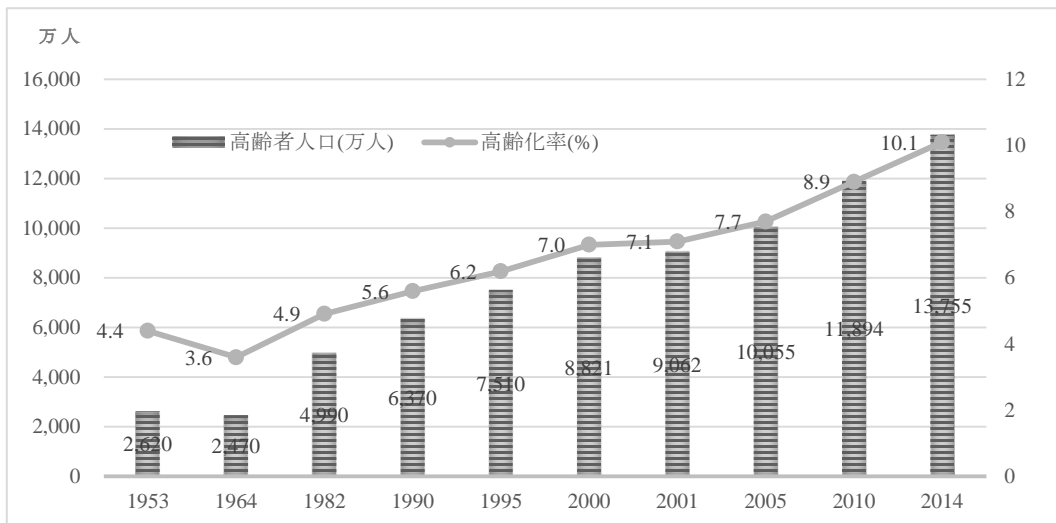
2.1 人口構造の転換

2015年3月に、中国統計局が発表した「2014年度国民経済と社会発展公報」によると、2014

年末の中国の総人口は、前年より710万人増で13億6,782万人となった。そこで、15-64歳の生産年齢人口は9億9,070万人であり、総人口に占める比率は72.4%で、前年よりも1.5ポイント低下している。中華人民共和国が創立した後、生産年齢人口は2010まで上昇していたが、2011年から低下した。一方、中国の65歳以上の高齢者人口は1億3,755万人となり、高齢化率は10.1%で2010年比1.2ポイント上昇した⁵⁾。

図1をみると、中国の高齢化は1964年には1953年より低い水準であった。この段階で低かった原因は60年代に発生した自然災害と中旧ソ連同盟の決裂で中国に派遣した技術専門家をひきあげるにより、中国経済がさらに悪化したことにあった。1960年代中期から1970年代までは、医療条件の改善および社会保険制度の導入により、死亡率が低下し、高齢化が始まった。

図1 中国の人口高齢化の推移



出所：中国統計局(2015)により作成

1980年代から高齢化が早いスピードで進んだ原因は計画出産政策であった。1973年に計画出産政策を検討し、1979年から「一人っ子」政策が実施され、年少人口の割合は1964年の比率は40.7%だったが、2011年には16.5%まで低下している(表1)。2000年に、中国の高齢者人口は8,821万人、高齢化率が7%に達し、高齢化社会になったと考えられる。2014年には、高齢化率が10%を越え、さらに高齢化が進んでいた。2015年10月の中国共産党5中会議で、30年間続けた「一人っ子」政策を廃止し、「二人っ子」政策を導入したことで、将来には中国の高齢化が進行しているが、年少人口も上昇されると予想される。

表 1 中国の人口構造の変遷⁶⁾

年度	年少人口率	生産年齢人口率	高齢者人口（万人）	高齢化率	老年化指数
1953	36.3	59.3	2,620	4.4	12.1
1964	40.7	55.7	2,470	3.6	8.8
1982	33.6	61.5	4,990	4.9	14.6
1990	27.7	66.7	6,370	5.6	20.2
1995	26.6	67.2	7,510	6.2	23.3
2000	22.9	70.1	8,821	7.0	30.6
2001	22.5	70.4	9,062	7.1	31.6
2005	20.3	72.0	10,055	7.7	37.9
2010	16.6	74.5	11,894	8.9	53.6
2011	16.5	74.1	12,741	9.1	57
2014	17.5	72.4	13,755	10.1	57.7

出所：中国統計局(2015)により作成

2.2 人口高齢化の要因

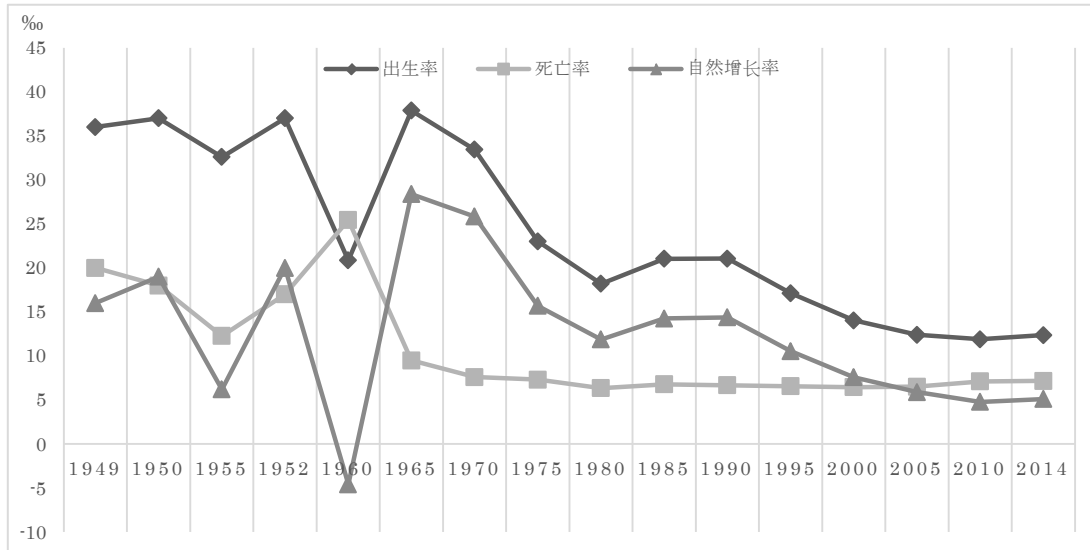
中国の高齢化の一般的な要因は、大きく2つにわけ、①少子化の進行による若年人口の減少、②平均寿命の延伸による65歳以上人口の増加である。

2.2.1 少子化の進行による若年人口の減少

出生状況を見ると、建国から1957年までは、死亡率の低下に対し、出生率がずっと高い水準を維持していたため、人口は急速に増加していった。この背後には、1950年に公布した新たな婚姻法があった。そうして、中国では身分の問題で結婚できなかった人々が結婚するようになった。これにより、出生率は年平均34.7%という高率を維持し、自然増加率が年平均22.4%まで上昇した（図2）。

1958年から1961年までは、大躍進の経済政策の失敗および自然災害、中旧ソ連との同盟関係の崩壊などにより、中国には深刻な食糧不足が発生した。飢餓と栄養失調は女性の妊娠と出産に影響し、餓死者も大量に出たため、年平均出生率は2.2%にまで下がり、死亡率は逆に16.6%に上昇した結果、自然増加率は4.6%まで低下し、「低出生率・高死亡率・低増加率」という人口再生産の特徴を示した（張，2008）。食料不足による人口非正常死亡現象から、政府は人口過剰危害を認識するだけでなく、産児制限を宣伝・推進し、計画出産を提唱した。

図2 中国の出生率と死亡率の推移

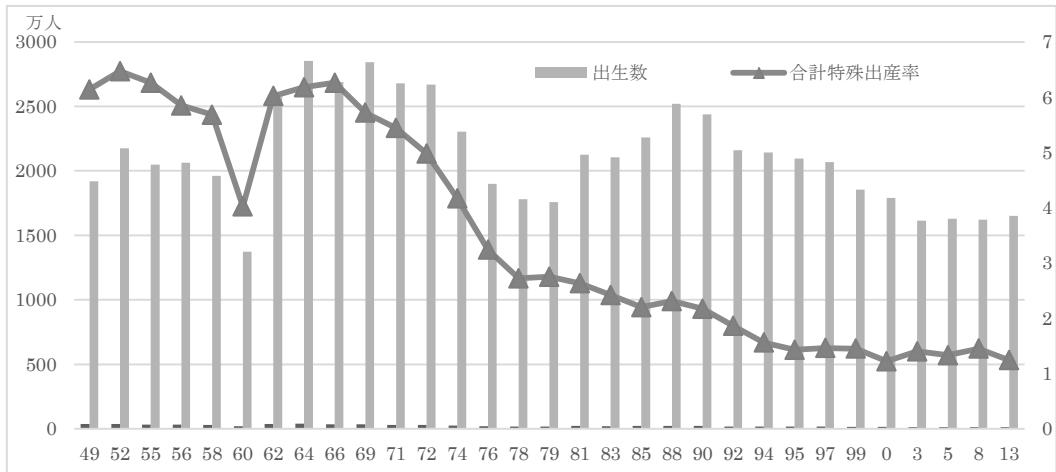


出所：国家統計局(2015)により作成

人口数量を抑制し、その資質を高めるために、1970年から中国政府は「晩婚・晩産・優生・少産」という政策を推進した。男性は25歳以降の結婚、女性は23歳以降の結婚、遺伝性疾患のある嬰兒は出産抑制、一組の夫婦に一人だけの子供を産むことを推奨しているが、最大には二人もよいが、出産間隔を3年以上とすることを提唱した。少数民族に対しては、依然として人口増加政策を実施した。このように、1970年以来中国政府は出産抑制政策を打ち出したことで、合計特殊出生率が1970年の5.81%から1979年の2.75%にまで急落したが、1980年に総人口が10億弱に達した(図3)。

そして、政府はさらに厳しい人口抑制政策を採った。「一組の夫婦が最大子供二人までを生むことができる政策」から「一人しか生むことができない政策」へ転換し、1984年までに、多岐にわたる内容を含めた計画出産政策が作られた(張, 2008)。1970年から1980年までの期間に、年平均出生率、年平均死亡率、年平均自然増加率はそれぞれ24.6%、7.1%、17.4%となったが、「一人っ子政策」を30年間実施した結果、2000年から2009年までの年平均出生率、平均自然増加率はそれぞれ12.6%、5.9%にまで低下した。合計特殊出生率の推移からみると、50年代では5.8-7.5であり、1979年には2.75にまで下がった。これは、70年代に実施した「晩婚・晩産・優生・少産」という人口政策に関わっていることが考えられる。1990年の合計特殊出生率は2.17であったが、2013年には1.24となり、これは少子化がさらに進んでいることを示している。

図3 合計特殊出生率の推移



出所：若林敬子・聶海松(2012)、国家統計局(2015)により作成

少子化の誘発要因は、婚姻意識、教育費、社会保障制度の増加の変化にあると帰結する。

(1) 婚姻意識の変化

中国成立後、伝統的な結婚・出産育児観はまだ社会の主流意識であった。伝統的な結婚関係は、非常に離婚率が低く安定した。その原因は、結婚を相手である男女二人のことでなく、両家族を結ぶことであると強く強調し、離婚に対し極めて否定的な態度をとることにある。しかし、60年代には「晩婚、晩産、少産、男児女児を問わない」という新たな政策の影響を受け、形成された新たな結婚観は中小都市までに浸透した。1978年の改革開放以降、社会は大きく変容し、人々の価値観にも及ぼすことにより、婚姻に対する意識も晩婚、独身、離婚、再婚などの多様化の方向へ発展した。

1950年に、女性の平均初産年齢は約18.68歳であったが、1990年には23.26歳へと上昇した。1990年以後、晩産化の傾向がさらに顕著になっている。1990年に都市部と農村部の平均初産年齢は24.80歳、22.73歳であったが、2000年には26.47歳、24.02歳にまで上昇した（潘，2003年）。このように、中国の婚姻意識の変化が少子化を加速させるようになっている。

(2) 育児による教育費の増加

中国の学校は、全国統一的な教育制度を定めているが、各地方の経済、社会、文化的状況が異なることにより、入学年齢や修学年限などは地方によってある程度弾力的に設けるようになっている。学校教育制度は、原則として6-3-3制を採用し、最初の9年は義務教育であり、日本の学校制度に似ている。2012年に、小学校から中学校への進学率は98.3%であり、中学から高校への進学率は88.4%であった⁷⁾。また、高校から大学への進学率は2005年時点で76.2%と

なった（三浦，2008）。大学への進学競争を中国では受験戦争と称している。実は、1980年代と1990年代には、大学の進学率ももっとも低く、競争率も高かった。しかし、1999年からの大学教育機関の学生募集枠の改革をした結果、入学者数が大幅に上昇することで、競争率を緩和した。

中国では、日本より学歴を重視する社会で、良い大学へ入るために小学校から学校以外の教育も受け、幼稚園からピアノ、英語、数学、書道などに相当の教育費を投入している。1985年に月間の家計消費支出による教育支出は7.69元であったが、1990年には28.33元で、6年間の教育支出が約4倍に増加した。消費支出による教育支出の比率はそれぞれ1.14%から2.23%で、家計消費支出による教育支出は大きな変化があった（篠原，2007）。2013年に、親は教育にお金を惜しまず、早期教育に毎月2000元を費やす家庭は35%にまで達した⁸⁾。このように、一人っ子を大学まで教育するには相当な費用が必要され、今年10月に二人っ子政策を導入したが、すぐに人口を増やすことは難しいだろうと考えられる。

(3) 社会保障制度の導入

社会保障制度の導入は、国民生活の質の向上に大きな役割を果し、国民が老後の生計をあまり心配しないようになっている。また、社会保障制度の整備により、病気や傷害から健康回復に必要な費用を提供し再度仕事をするのが可能となった。これは、社会的再生産力を確保し、社会の不安定を解消して、中国経済の持続的な発展にも寄与するようになっている。

しかし、中国の社会保障制度は日本との仕組みが違い、全国統一的に実施されていない。中国の社会保障制度は1951年の「中国労働保険条例」の公布によって成立した「労働保険医療制度」と翌年の「政府・党・団体および所属政府機関の職員に対する公費負担医療と予防措置の実施に関する通達」により発足した「公費医療制度」から構成された（楊・坂口，2001）。計画経済期における社会保障制度は、重工業優先発展政策を実現させるため、都市住民を対象として作り上げ実施した制度であった（馬，2015）。改革開放後、中国は国有企業改革に伴い公費医療制度が問題になり、1998年「都市部従業員基本医療保険」と改定した。

農村部では、1960年に「農村合作医療制度」が始まった。内容は政府の財政支援ではなく、人民公社の社員が年間一人1元を支出し、治療費の全額または一部を保障される仕組みであった（姚，2012）。都市部の「公費医療保険」および「労働保険医療」は法律に基づく社会保障制度であるが、農村部の「合作医療保険」は農民の自由意思による共済医療保険制度にすぎなかった（煤田，2013）。2003年に、農村住民の医療負担を軽減するために、「新型農村合作医療制度」に改定した。

新型農村合作医療制度の内容には、①重度な病気の治療及び入院治療を中心に、②個人費用負担団体によるサポート、政府の支援が一体となった資金調達メカニズムの構築、③各地の実情に沿った保障プランを組み立ち、④農民が居住する県で指定医療機関を自主的に選択、⑤東部沿海地域と中・西部内陸地域に対する中央政府の区別対応、⑥漢方医薬の運用を特に強調し事

業システムにおける定点漢方医療機関の設立などが含まれている（王，2009）。新型農村塚作医療保険制度の改正により、加入者数は2005年の1.79億人から2012年の8億人へと大幅に増加した（表2）。

表2 中国医療保険の加入数推移

（単位：億人）

年度	都市労働者基本医療保険	都市住民基本医療保険	新型農村合作医療保険
2005年	1.38	—	1.79
2008年	2	1.18	8.15
2009年	2.19	1.82	8.33
2010年	2.37	1.95	8.36
2011年	2.52	2.21	8.32
2012年	2.65	—	8.05

出所：中国統計局(2015)、中国衛生部(2014)、馬欣欣(2015)により作成

2009年に、国務院が「医療衛生体制改革の促進に関する意見」を公布し、2011年までに全国で基本医療保障制度の確立、国家基本医療品制度の導入、プライマリケアサービスの改善、公共医療サービスの均等化、公的病院の改革などを強調した。また、2013年10月に「統合改革案」を提出した。すなわち、都市部と農村部の発展の統合、地域発展の統合、経済発展の統合、人間と自然の統合、国内発展とグローバル化の統合である。このような社会保障制度の導入、改革などは国民の生活の質を高め、人口の少子化を加速した。

2.2.2 平均寿命の伸長

人口高齢化を誘発するもう一つの要因は、死亡率の低下による平均寿命の伸長である。1949年前には、新生児の死亡率は200%-250%であり、そのうち、都市部では120%、農村部ではさらに高く300%にまで達した（表3）。

農村部の新生児の死亡率が都市部より遥かに高くなった理由としては病院の少なさ、健康に対する意識、多産によるリスク回避の慣習、教育レベルの低さなどがあげられる。中国成立以降、農業社会から工業社会に入ることにより、新たな社会医療制度を導入し、病院の増加および医療従業者の増加した結果、生活環境を向上させ、新生児の死亡率を抑えた。1973年から1975年までの新生児の死亡率は47%であったが、2010年には13.1%まで低下した（表3）。

表3 新生児死亡率の状況

年度	新生児死亡率(‰)	平均余命(歳)		
		合計	男	女
1949年前	200-250	35.0	-	-
1973-1975	47.0	-	63.6	66.3
1981	34.7	67.9	66.4	69.3
1990	-	68.6	66.9	70.5
2000	32.2	71.4	69.6	73.3
2005	19.0	73.0	71.0	74.0
2010	13.1	74.8	72.4	77.4

出所：中国衛生部(2014)、路遇・翟振武(2009)により作成

新生児の死亡率の低下に伴い平均寿命の伸長は、1955年の44.6歳から2013年の76歳まで上がり、そのうち男性43.8歳から76歳、女性45.5歳から81歳へと上昇した。平均余命からみると、1981年には男女それぞれ66.4歳、69.3歳であったが、2010年には72.4歳、77.4歳へと上昇した(表3)。平均寿命の伸長の理由としては、高度経済成長と予防接種など公衆衛生制度の普及や全国民を対象とする医療保障制度の導入がもたらした成果であろうが、同時に経済成長に伴う栄養状況の改善も重要であると考えられる(厳, 2013)。また、彼は所得と平均余命の関係には正の相関関係が存在し、一人当たりのGDPが10%上がると平均余命が0.65歳延びると検証した。

医療条件の改善は、新生児の死亡率と平均寿命の伸長に重要な原因となった。建国後、都市部と農村部では、それぞれ社区病院、区病院、市病院という医療供給体制、村衛生所、郷病院、県病院という医療供給体制を構築し、すべて政府が管理した。医療サービスの提供・改善によって、流行性マラリアは1952年の5.5%から1982年の0.3%まで下がった(袁, 2010)。1980年に、「個人開業医の営業許可についての請訓」が認め、医療機構は多元化の方向に発展している。1990年以降、中国の医療供給体制において、衛生医療機関が増加する傾向がある。衛生医療機関数の推移をみると、1950年の衛生期間の合計数が6159、うち総合病院数、中医病院数、専門病院数がそれぞれ2692、4、85であったが、2012年には15021、2889、4665へと上昇した。一方、農村部の郷鎮衛生院数は、1980年には55413であったが、2010年から減少し始まり、2012年には37097となった。これは、都市化が進んでいることにより、各病院数が増加したことと見られる。また、農村部の衛生院の減少は農村合作医療の衰退及び都市化による郷鎮数の減少と関係があると考えられる。

表 4 衛生医療機関の推移

年度	1950	1980	1990	2000	2010	2012	
衛生機関合計	6159	167787	191459	306481	240598	248199	
病院	病院合計	2803	9902	14377	16318	20918	23170
	総合病院	2692	7859	10424	11872	13681	15021
	中医病院	4	678	2080	2591	2778	2889
	専門病院	85	694	1362	1543	3956	4665
診療所	3356	102474	129332	240934	181781	187932	
郷鎮衛生院	—	55413	47749	49229	37836	37097	

出所：中国衛生部(2014)により作成

3 経済的影響

3.1 経済への影響

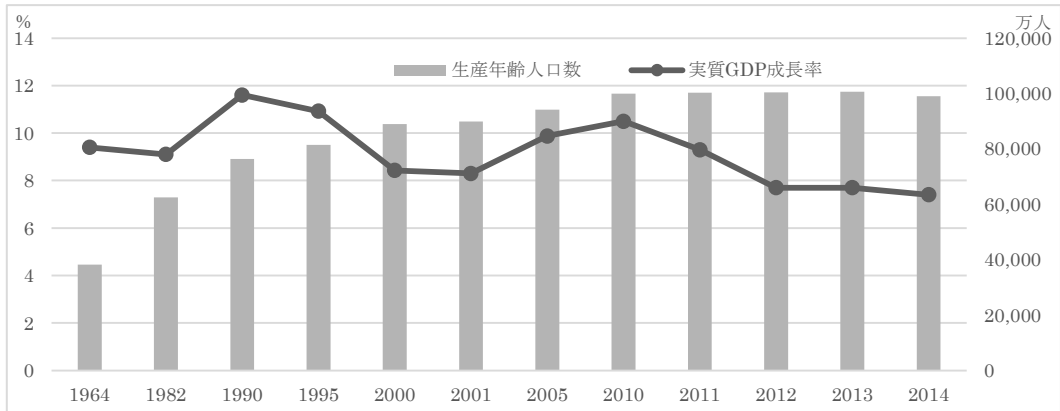
中国が30年間ほどの高度成長で、世界経済大国となった一つの要因としては、人口ボーナスがある。過去、膨大な人口は中国の経済発展に大きな貢献をした。Bloom et al. (1999) は、1960年-1990年のアジア諸国のデータに基づき計量分析した結果、経済成長の3分の1が人口ボーナスであり、また1990年以降のアジアによる高度成長人口ボーナスの効果が大きいと指摘している。しかし、1980年以降計画出産政策を実施して以来、人口の増加が抑制されることにより、生産年齢人口の割合は低下し、より早いスピードで高齢社会に進行した。生産年齢人口は、1980年の時点で6,2517万人から2013年まで増えているが、2014年になって減っていることに対し、中国の実質GDP成長率も2010年まで10%ぐらい高い成長率を維持したが、2011年から下がり始めた（図4）。このような生産年齢人口の増加が労働力投入の増加を経て経済成長率を促進する一方、その増加率の減少は経済成長を抑制するようになっている。

また、需要面からみると、生産年齢人口の減少に伴い、食糧、住宅、衣料などの需要が数量ベースで減少することが推定される。また、蓄積率も低下することも予想される。90年代以来、中国の経済成長は他の国より高い蓄積率を維持し、「高蓄積率、低消費」という特徴を示している。

1990年代初期に、国民貯蓄率は低下しているが、2000年から上昇し、2008年までの平均国民貯蓄率は3.92%を維持した。2000年に、企業と政府の貯蓄率は16.5%、6.36%であったが、2008年には21.6%、8.21%へと上昇し、平均増加率はそれぞれ4.76%、5.87%となった⁹⁾。うち、中国の家計貯蓄率は1978年以降、一貫して上昇し90年代からは急伸している。1992年の都市部の

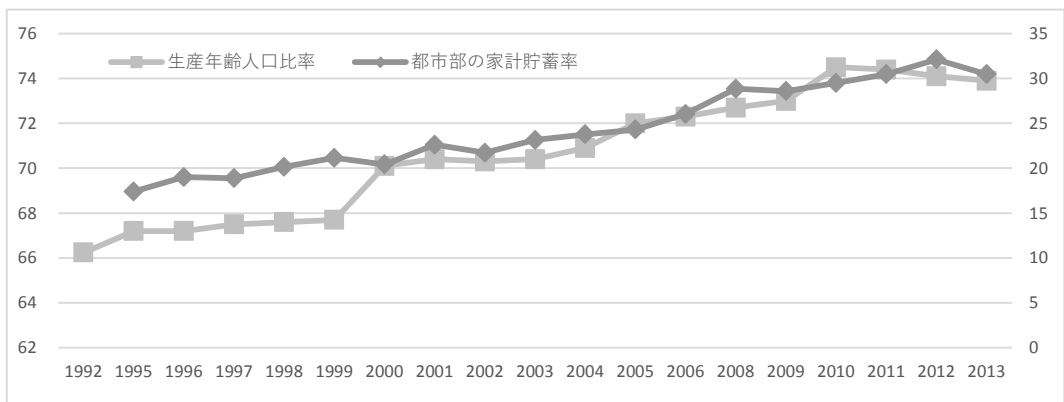
貯蓄率は18.1%、2012年には32.1%に達したが、2013年は30.5%へと低下した。一方、生産年齢人口比率も1978年以来上昇しているが、2010年からは低下している（図5）。これは、高齢化は直接に生産年齢ベースとする労働力を減少させ、資本ストックの増加率の鈍化をもたらす可能性が高いと考えられる。

図4 生産年齢人口数とGDP成長率



出所：中国統計局(1998～2015)により作成

図5 生産年齢人口比率と都市部貯蓄率



出所：中国統計局(2015)により作成

3.2 金融資産への影響

高齢化の進展により、金融資産の選択行動を変化させ、資金循環を通じてマクロ経済に大き

な影響を及ぼしている。中国では1979年以來の金融体制改革を促進する中で市場経済を進めることに伴い、市場経済に適合する金融制度改革を進め、1991年には国民金融資産総額が13046.5億元になった。そのうち、現金、預金、債券、株式、保険の保有量がそれぞれ2542億元、9241.6億元、958.6億元、226億元、78.3億元で、国民金融総額の19.5%、70.8%、77.4%、1.7%、0.6%を占めている（表5）。

表5 中国の国民金融資産保有額の推移

（単位：億元）

年度	定期預金	普通預金	現金	債券	株式	保険	総額
1991	7598.7	1642.9	2542	958.6	226	78.3	13046.5
1994	16838.6	4680.2	5830.9	2360	488	213.6	30411.9
1995	23778.2	5884.1	6308.2	2945	475	304.3	39695.7
1996	30873.2	7647.6	7041.6	4206	1508	431.6	51708.3
1998	41791.6	11615.9	8993.1	7400	3679	762.4	74242.2
2000	46141.7	18190.7	11041.3	12274	965.5	1003	98303.6
2001	51434.9	22327.5	11793.2	13941	8677.9	1438	109613.2
2005	92263.5	48787.5	19225.4	15796.2	6378.3	2695	185145.8
2006	103011.4	58575.9	21658.1	17873.3	15002	5101	221221.7
2008	139300.2	78585.2	27375.2	23504.5	27128.3	8995	30488.3
2009	160230.4	100541.3	30596.8	39240.5	90755.2	10333	43167.1

出所：中国統計局(2014)、中国金融編集部(2011)により作成

1994年に、いままで持った政策金融機能を人民銀行から切り離し、国家開発銀行、中国輸出銀行、中国農業発展銀行を設立した。1995年から專業国有銀行の商業銀行化を促進し、国有企業および專業国有銀行が出資する民間商業銀行の設立が認められた¹⁰⁾。このような一連の金融改革を通じて、2009年になって、国民金融総額が160230.4億元、うち現金、預金（定期預金と普通預金の合計）、債券、株式、保険の保有量がそれぞれ30596.8億元、260771.7億元、39240.5億元、90755.5億元、10333億元で、国民金融総額の7.1%、60.4%、9.1%、21%、2.4%を占めている（表6）。1991年から2009年までの国民金融保有率の推移をみると、中国の現金保有率と銀行預金の割合は高齢化とともに低下し、一方債券および株式、保険の保有率の割合は上昇している傾向がある。

表 6 中国の国民金融資産保有率推移

(単位：%)

年度	高齢者割合	現金割合	預金割合	債券割合	株式割合	保険割合
1991	6.0	19.5	70.8	77.4	1.7	0.6
1993	6.2	20.4	68.4	8.7	1.8	0.7
1995	6.2	15.9	74.7	7.4	1.2	0.8
1996	6.4	13.6	74.5	8.1	3	0.8
1998	6.7	12.1	71.9	10	5	1
1999	6.9	12.5	69.4	11.3	5.8	1
2000	7.0	11.2	65.4	12.5	9.9	1
2002	7.3	11.1	69.2	12	6	1.8
2005	7.7	10.4	76.18	8.53	3.5	1.5
2007	8.1	8.3	59.2	11.1	19.2	2.2
2009	8.5	7.1	60.4	9.1	21	2.4

出所：中国統計局(2014)、中国金融編集部(2011)により作成

3.3 高齢者向け市場の形成

人口の高齢化は、日用品、医療サービス、介護サービス、健康食品などの市場に影響を及ぼしている。企業側からみると、新たな市場の形成で、新製品やサービスを高齢者に向けて提供することで、さらに成長することができると考えられる。現在、中国はすでに高齢社会に入り、さらなる高齢化が進展とともに、高齢者向けの産業も拡大している。呉 (2014) の『中国高齢産業発展報告』によれば、2050年の高齢者向け産業の規模はGDPの3割を占めると予測している。しかし、現段階の高齢者向け産業の規模はGDPに占める割合は比較的に低く、その成長も緩やかで、産業構造の問題、産業政策の曖昧さ、需要不足などの問題が存在している¹¹⁾。

① 高齢者金融業

高齢者金融は、高齢者向け産業の中でもっとも重要な産業であり、他の高齢者向け産業の規模を超えている。現在、中国の高齢者人口は1.3億人で、総人口の10.1%を占める。30歳-59歳、40歳-59歳の潜在高齢者はそれぞれ6億人、4億人で、将来の高齢者金融サービスの対象でもある。このように、高齢者は金融商品への投資がますます増えている傾向があることにより、高齢者金融の規模も上昇していることが考えられる。

② 高齢者用品業

高齢者用品は高齢者の生活に必要なものであり、日用品、服装、医療機器、医薬品などが含まれている。2013年の中国高齢者権益保護調査報告によると、高齢者の主な需要は食品、日用品、医療・医薬であることを示すとともに、外食、服装、娯楽、旅行などもあることを強調している。

社会の進展と所得の上昇に伴い、社会保障制度のさらなる改善により、多くの高齢者は従来の「高蓄積、軽消費」の価値観から離れ始め、生活の質を追求する新しい消費価値観へ変わりつつある。これにより、海外旅行者がますます増加している。

③ 高齢者介護サービス

中国では、昔から家族扶養に依存してきたが、急速の高齢化と一人っ子政策、長い間の経済成長による所得の増加などの要因により、高齢者介護が普及し始めた。中国の介護サービスは、1982年に国務院が設立した高齢者問題世界大会中国委員会から発足し、1994年の「中国高齢者事業7ヶ年発展要綱」、2006年の「中国高齢者事業発展の第11次5ヶ年計画要綱」などの政策の策定により発展してきた。政策の整備、高齢化の進展に伴い、日本の介護サービス企業も中国介護市場へ進出している。ニチイ学館は、中国の主要地域で家事代行企業6社を買収し、介護サービスを展開している。エーザイは、認知症の治療薬「アリセプト」の販売を中国高齢者向け市場で拡大している。2015年4-9月間の売上高は、前年同期比23%増で27億円となった。一方、アメリカ企業も、中国の高齢者向け市場にも参入している。現段階、高齢者介護サービスを提供している企業はコロンビア・バシフィック・マネジメント、フォートレス・インベストメント・グループ、ヘルパー育成を提供するライトアットホームやホームインステッド・シニアケアがある。このように、高齢者向け市場の拡大によって、日本やアメリカ企業も参入している。

4 結論

本論は、中国における高齢化問題の現況と高齢化の要因を考察し、続いて高齢化が及ぼす影響を明らかにした。特に、高齢化の要因を年少人口の減少と65歳以上人口の増加であると指摘した。また、年少人口の減少の誘発要因は、社会保障制度、教育費の増加、婚姻意識にあると帰結した。さらに、高齢化の原因は医療条件の改善にあると分析した。高齢化が社会にどのような影響を与えたかは、マクロ経済と金融資産、高齢者向け市場に関連して検討した。

しかし、本稿では金融資産と高齢化の関係について実証分析（数理統計分析）を行っていない。また、高齢化が及ぼした影響は、マクロ経済、金融資産、新たな市場の形成であると論じ、社会保障制度、住宅市場に関連して検討していない。今後は、金融資産と高齢化の関係を数理統計で分析し、その及ぼす影響についても更なる検討をしたい。

<注>

- 1) 中国統計局(2014)
- 2) MF-World Economic Outlook Databases, (2015年12月版)
- 3) 総務省統計局, <http://www.stat.go.jp/data/topics/topi721.html>, (2015年12月参照)
- 4) 陳(2011), p.23
- 5) 中国統計局(2015), http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201502/t20150226_685799.html, (2015年12月参照)
- 6) 年少人口:0~14歳;生産年齢層:15~64歳;高齢者人口:65歳以上
- 7) 自治体国際化協会(2015), p.1
- 8) 同上, p.10
- 9) 陳(2015), p.60
- 10) 藤田(2014), p.65
- 11) 本稿では、高齢者向け産業をすべての高齢者に向け商品やサービスを提供することに関わる各産業部門の総称とする。すなわち、高齢者向け産業には高齢者金融業、高齢者用品業、高齢者サービスと高齢者不動産業が含まれる。

<引用文献>

- 王崢(2009)「新型農村合作医療制度と中国農村医療保障制度の展望」『大阪経大論集』, 第60巻第1号, pp.151-177
- 袁麗暉(2010)「中国医療提供システムの展開とその課題について」『山口経済学雑誌』, 第59巻第3号, pp.233-255
- 嚴善平(2013)「中国における少子高齢化とその社会経済への影響—人口センサスに基づく実証分析—」『JRIレビュー』, 第3巻第4号, pp.21-41
- 篠原清昭(2007)「教育の市場化にみる中国の私教育費の構造変動」『岐阜大学教育学部研究報告 人文科学』, 第56巻第1号, pp.1678-180
- 自治体国際化協会(2015)「中国の教育制度と留学事情」『Clair Report』, 第427号, pp.1-39
- 煤田徳東(2013)「中国の医療制度と看護師問題について」大阪経済大学博士論文
- 陳波(2011)「岐路に立たされる中国西部農業—四川・重慶の耕作放棄・農村過疎化の兆し—」『Discussion Paper Series』, 第159号
- 藤田哲雄(2014)「中国の金融改革の進展と課題」『環太平洋ビジネス情報』, 第55巻66号, pp.62-79
- 馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会
- 三浦有史(2008)「中国は「人口大国」から「人材強国」へ変わるか—教育政策からみた成長の持続性と社会の安定性—」『環太平洋ビジネス情報 RIM』, 第8巻第28号, pp.42-80
- 楊開宇・坂口正之(2001)「経済改革以降の中国都市部における医療保険制度改革の歴史的展開—公費・劳保医療制度から「基本医療保険制度」へ—」『大阪市立大学生活科学部紀要』, 第49号, pp.49-67
- 劉曉梅(2008)「中国都市部の医療保障制度改革」袖井孝子・陳立行『転換期中国における社会保障と社会福祉』明石書店
- 若林敬子・聶海松(2012)『中国人口問題の年譜と統計:1949-2012年』御茶の水書房

中国の高齢化の要因と経済的影響（金光洙）

Bloom,DavidE.,DavidCanningandPiaN.Malaney.(1999)“*DemographicChangeandEconomicGrowthinAsia,*”Working Papers,CenterforInternationalDevelopmentatHarvardUniversity

陳貴富(2015)「教育水準と中国家庭蓄積率」『厦門大学学報』第2期, pp.60-72

路遇・翟振武(2009)『新中国人口六十年』中国人口出版社

吳玉韶・党俊武(2014)『中国高齢産業発展報告』社会科学文献出版社

姚力(2012)『当代中国医療保障制度史論』中国社会科学出版社

張萍(2008)「中国における出生力低下の政策的要因—人口高齢化の背景についての分析—」『社会学部論集』, 第47号, pp.1-15

中国統計局(2015)「2014年度国民経済と社会発展公報」

中国統計局(1998-2015)『中国統計年鑑』中国統計出版社

中国金融編集部(2011)『中国金融年鑑』中国金融年鑑社

中国衛生部(2014)『2013年度中国衛生統計年鑑』

「雇用・所得分配および社会保障に関する社会経済史的研究」プロジェクト所属