

# 中国の基本医療保険制度に見る再分配機能の限界 —制度改革がもたらす患者負担の増加—

窪田 道夫

## 目次

### はじめに

#### 第1章 「広く薄く」を原則とする中国の「基本医療保険制度」

#### 第2章 補充医療保険——高額な医療費への備え

#### 第3章 制度運営に当たっての医療保険加入率と保険料負担の

#### 問題

#### 第4章 医療機関への財政投入

### おわりに

### はじめに

近年、中国では医療制度改革に伴う医療機関受診時の個人負担増加が、「看病難、看病貴（受診はしづらく、医療費は高い）」問題として大きくクローズアップされてきている。これは国有企業改革に伴って実施された社会保障制度改革に起因している。計画経済の時代（1949-79年）には、国有企業が「ゆりかごから墓場まで」従業員とその家族の生活を支えてきた。しかし改革開放の時代になると、国有企業の赤字を軽減するために、生活保障の責任は地方自治体が引き受けることになった。具体的には都市部における社会保険<sup>1</sup>の整備という形をとったのであ

るが、この責任主体の転換は同時に負担を地域住民にも担わせる結果を招いたのである。

現在、中国では医療費の高騰がもたらす「看病難、看病貴」の問題が注目を集めて各種メディアで頻繁に取り上げられているほか、さまざまな角度からの研究が進んでいる。例えば賀（2006）は、公立病院の経営を医療費高騰の要因と見る。賀によれば、現状の医療サービスの90%以上が公立病院によって提供されているにもかかわらず、経済的利益が病院の最重要関心事になったという。賀はその理由として、公立病院に対する財政補助の大幅な削減を挙げている。いっぽう閻（2005）は、病院経営に加えて、利用者の態度の矛盾にも要因を求めている。閻の分析は、賀と同じく公立病院の意識改革とコスト削減努力が欠かせないとしながらも、医療に対する利用者の要求が高まる一方、その同じ人々が費用は負担しきれないと訴えている矛盾した状態も指摘している。これに対して康、張、徐（2005）は、医療費用上昇の原因を慢性疾患の増加、技術の進歩、農村における医療保険の不備、不必要な検査、不透明な医薬品価格などに求めている。また、医師の技術料が低く設定

<sup>1</sup> 本稿が対象とする基本医療保険制度は中国の都市部において整備されている。各地方自治体が保険者となり、加入対象者は公務員、各種企業の従業員、各種団体や機関の従業員である。

具体的な運用については表1を参照。

されているために「以薬養医（薬価差益で収益をあげる）」といった不正常的な状態が起っていると指摘している。

以上のように、中国での研究は、「看病難、看病貴」がマスコミによって注意を喚起された問題であるため、その原因として医療現場における拝金主義の横行や市場化に伴う医療費の高騰、あるいは農村部での医療保障の不備といった現象を指摘するものが多い。このため公的医療保険における再分配のありかたについての分析は充分であるとはいいがたい。逆に、日本での研究は医療保険分野を重点的に扱っているが、移行経済論のなかに位置づけられるものが多いために、あくまで制度面での移行過程の説明が中心で、医療費の高騰や個人負担の増加に関する具体的な分析が不足している<sup>2</sup>。そこで本稿では上述の先行研究に欠けている点を踏まえ、なぜ受診時の個人負担が増加したのかという問題を扱うに当たり、経済体制転換による制度変更に注意を払いながら分析を行った。この結果、基本医療保険の再分配部分が機能不全に陥っていることが原因であると判明した<sup>3</sup>。

本論文の意義は、医療費の高騰と患者の負担増加の原因を、このように従来の研究では見落とされてきた公的医療保険制度の側面から考察することにある。この分析を通じて、医療保険

が整備されているはずの大都市においても医療を受けづらくなっている原因を明らかにする<sup>4</sup>。

保険とは本来、いわゆる大数の法則によってリスクを分散・軽減する仕組みである。公的な医療保険制度はこれに保険料の応能負担や財政からの資金投入を行うことによって所得の違いによる医療格差を是正する機能を備えているのだが、現在の中国の基本医療保険は「広く、薄く」という原則のもとで自己責任を貫徹する制度になっている。このため保険給付金額に上限があり、大病や慢性病の際に十分な給付が行われないという現象が発生する。ところがこういった制約が存在するがゆえに、中国では保険給付金に対する財政からの拠出がないにもかかわらず保険基金は設立以来、単年度収支、実質収支ともに一貫して黒字であり、基金の残高は急速に積みあがっている（表5）。このことは、現状でも保険給付の上限額および給付対象となる疾病や治療法を拡大することが可能であることを表わしている。さらにこれに加えて企業と被保険者の間で保険料負担のバランスをとり、財政からも資金投入を行うことで、基本医療保険は所得の再分配機能を備えた公的な医療保険制度としての機能を一層充実できると考えられる。

本稿は以上の論点を実証するために次の構成

<sup>2</sup> 日本における中国の医療保険、さらに社会保障制度改革やその問題については、張（2001）、大塚・日本経済研究センター編（2002）、田多編（2004）などが詳しい。

<sup>3</sup> 医療保険以外の高齢化や医療技術の高度化による医療費高騰のメカニズムについては窪田（2007）を参照。

<sup>4</sup> 現在の中国の医療制度における最も深刻な問題は13億の人口のうちの7億4千万人が暮らす農村部における医療制度の不備である。近年では政府も農村に「新型農村合作医療保険」と呼ばれる医療保険制度の導入を推進しているが、いまだ緒に就いたばかりで加入に強制力もなく、データも不十分であることから成果を議論するには尚早であると考えられる。

をとった。第1章では基本医療保険制度の経緯と現状について、第2章では基本医療保険の上乗せとして存在する補充医療保険の制度と格差の存在について、第3章では医療保険加入率と保険料負担の公平性について、第4章では財政資金投入の問題について検討を行う。そして「おわりに」で問題点をまとめ、本稿の結論付けを行う。

## 第1章 「広く薄く」を原則とする中国の「基本医療保険制度」

改革開放政策実施以前、都市部における医療費の給付はもっぱら国有企業従業員向けの「労働保険制度」と、国家公務員向けの「公費医療制度」によって賄われてきた。労働保険制度は1951年の「中華人民共和国労働保険条例」によって制定された制度であり、その目的は労働者の階級意識を高めて労働生産性向上に寄与することにあった（Chow 2000, p.30）。同制度は医療費給付以外にも、年金、労災、出産・育児等、労働者の福利厚生に関わる内容を包摂していた。もう一つの制度である公費医療制度は1952年に公布された「全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業単位の国家工作人員に公費医療、予防を実施することに関する政務院の指示」を根拠として施行された。

現在都市部で実施されている公的医療保険制度は、1998年12月14日に国務院から公布された「都市従業員の基本医療保険制度の整備に関

する国務院の決定」<sup>5</sup>に基づく（表1）。この決定が施行されたことによって、従来行われてきた公費医療や労働保険に代わり、新たに全国统一基準の公的医療保険制度がスタートすることになった。ただ、当該決定は原則を定めたものであり、具体的な実施内容については各地方自治体、もしくは管理主体によって決められる。

基本医療保険制度は国家公務員にも加入が求められる、給付水準も同じであるが、国家公務員に対しては別途財政負担による極めて手厚い補填制度が存在しており<sup>6</sup>、一般加入者との差別化が図られている。

医療、特に高度な治療を要する疾患には日本や欧米などの限られたメーカー製の医療機器や医薬品が欠かせず<sup>7</sup>、そのため中国といえども治療に当たっては先進国と大差ない費用がかかる。公的医療保険制度は所得の再分配を通じて疾病罹患リスクの高い、もしくはすでに罹患している人間を低い負担で救済することを目的とする。そのため逆選択を避けるべく対象者は全員加入することが原則である<sup>8</sup>。

<sup>5</sup> 国発（1998）44号『国務院関与建立城鎮職工基本医療保険制度的決定』（1998年12月14日施行）中華人民共和國中央人民政府ウェブサイト [http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content\\_20256.htm](http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm)（2007年09月17日アクセス）。

<sup>6</sup> 広州市の計算例では、広州市における公務員の医療保険金（基本医療保険と補充医療保険）支給総額は公務員の給与（退職金を含む）の15%にも達し、そのうち13%分（つまり医療保険金の約87%）、3.92億元が財政からの支出で、個人の支出は2%分（同約13%）、4,560万元に過ぎないという。広州市人民政府ウェブサイト「公務員医改有望年内出台門診費報銷8成」（2004年7月18日付）<http://www.gz.gov.cn/vfs/content/newcontent.jsp?contentId=137018&catId=133>（2007年10月10日アクセス）。

<sup>7</sup> 医療用機器は、CTやMRI、内視鏡など医療現場で一般的に使用されている機器であっても、先進国のごく少数のメーカーが市場を寡占していることが珍しくない。

<sup>8</sup> しかし、中国の場合だと加入対象者は次第に拡大しているもの

表1 「都市従業員の基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」の概要

実施原則	1) 基本医療保険の水準は、社会主義初級段階生産力発展のレベルに相応しいものでなければならない。 2) 都市のすべての雇用組織及びその従業員はみな基本医療保険に参加しなければならない、また所属地区での管理を行う。 3) 基本医療保険費は雇用組織と従業員が双方共同で負担する。 4) 基本医療保険基金は社会的統一管理と個人口座の融合によって行う。	
加入者	強制的に加入しなければならない組織	各省、自治区、直轄市政府の判断による
	企業（国有企業、集団企業、外資企業、私営企業など）、機関、事業機関、社会团体、民間の非企業組織及びその従業員。	郷鎮企業及びその従業員、城鎮所在の自営業主及びその従業員。
管理主体	・原則として地級の行政区（地、市、州、盟を含む）。県（市）を管理主体とすることも可。 ・北京、天津、上海の3直轄市は原則として全市を範囲として統一管理を行う。 ・全ての雇用組織と従業員は所属地の管理原則に基づいて基本医療保険に参加しなければならない。	
料率	雇用組織 従業員給与総額の6%程度。	従業員 給与の2%。
資金管理方式	基本医療保険基金は統一管理基金と個人口座で構成される。	
	統一管理基金	個人口座
	・雇用組織拠出分。	・労働者の納付金全額。 ・雇用組織拠出分（雇用組織拠出分の30%程度。具体的な比率は所属地における個人口座の給付範囲、従業員の年齢等の要素により確定）。
給付方法	統一管理基金	個人口座
	・所属地の労働者の平均年収の10%程度を超えた部分から平均年収の4倍程度まで。 ・最高給付額を超えた医療費については商業保険等のルートによる解決を勧める。 ・統一管理基金の具体的な給付開始額、給付限度額、給付開始額から限度額までの間の個人比率は、所属地における収支バランス均衡の原則に基づいて確定する。	・統一管理基金からの支給開始額以下（＝平均年収の10%以下）、及び統一管理基金支給額の一定割合。
指定医療機関	・医療保険は「定点」と呼ばれる保険医療機関及び保険薬局で利用できる。 ・加入者は受診する保健医療機関及び保険薬局を事前に数箇所指定する。 ・定点に指定されていない民営病院などでは利用できない。	
特定人員への保障	・共産党革命に参加した退職幹部、労農紅軍従事者への医療待遇は従来と変わらず。 ・二級乙級以上の革命傷病軍人の医療待遇は従来と変わらない。 ・退職者は基本医療保険に加入するが個人の納付は免除される。 ・国家公務員は基本医療保険に加入するが、そのほかに医療補助政策を享受できる。 ・特定業種の従業員については現行の水準を落とさないために、基本医療保険のほかに過渡的措置として企業補充医療保険を設立することを認める。企業補充医療保険料は賃金総額の4%以内の部分について、従業員福利費用から支出する。 ・国有企業レイオフ従業員の基本医療保険費用は、再就業サービスセンターが所在地における前年の労働者平均給与の60%を基数として納付する。	

1998年12月14日公布「国务院関与建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」から筆者作成。

出所：労働和社会保障部医療保険司編（1999、p.1）。

の中小零細企業などは未加入の場合も多く、保険加入率は5割程度に止まっている。またこの加入率は基本医療保険の部分のみである。基本医療保険に加入していなければ、上乗せ部分である補充医療保険にももちろん未加入ということになる。

保険は高額な医療費がかかるときほど必要とされるものだが、中国の医療保険は「広く薄く」（労働和社会保障部医療保険司編 1999、p.59）が原則であり、表1にあるように給付限度額も「平均年収の4倍程度」とされている。しかしこれでは手術や入院を伴う大きな病気の場合には満足な治療を受けることは難しい<sup>9</sup>。このように給付限度額が定められているのは、中国が発展途上国の段階でこの制度を導入したためと考えられる。治療費用は先進国と大差ない費用がかかる一方、所得水準の低い途上国であるため十分な保険料収入は見込めない。さらに保険料を負担するのは企業とその従業員のみであり、財政からの拠出がないため給付水準はより一層保険料収入に左右されることになる。

中国では医療費の給付は「以収定支（収入額から支出額を決める）」方式であるが（労働和社会保障部医療保険司編 1999、p.62）、給付に制限がある一方で保険料には納付上限額が定められていない。これは同じ公的医療保険とはいえ日本の制度とは対照的である（表2）。日本は保険料の上限額が定められているが<sup>10</sup>、保険給付は

無制限の出来高払いとなっている。もっとも、中国の場合個人の保険料負担額には上限が設けられていないが、料率は給与の2%であるため高額所得者であってもさほど負担に感じるレベルではない。しかし、保険基金は大幅な黒字を維持している。これは給付を絞っていることと、企業による保険料負担部分が大きいためである。

表2 医療保険制度概要

	日本	中国
保険料	上限あり	上限なし
給付	制限なし	平均年収の4倍程度
混合診療	原則禁止	制限なし
財政負担	あり*	なし

出所：筆者作成

\* 日本では、市区町村が運営する国民健康保険には給付費等の43%（平成19年度予算で3兆316億円）、政府が運営する政府管掌健康保険には給付費の13%（8,383億円）、大企業等が運営する健康保険組合には定額の予算補助で47億円が財政から支出されている。厚生労働省ウェブサイト

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/01.html>, 2007年9月15日アクセス。

## 第2章 補充医療保険——高額な医療費への備え

表1の国务院の決定では、保険からの給付額を越える医療費については商業保険等による自己責任での解決が求められている。つまり基本医療保険のみでは高額な医療費を賄うには不十分なのである。しかし、商業保険にしても貧富の差や健康状態によっては加入できない場合もある。そこで各地域や会社によって基本医療保険からの給付額を超える部分を賄うため、上乘せ部分として「補充医療保険」と呼ばれる制度が導入されている。この補充医療保険については、全国的に一定の共通性がある基本医療保険とは異なり、導入している地域や会社によって

<sup>9</sup> 北京における基本医療保険の給付上限は7万元。これに対し、心臓手術の場合は内容によって大きく異なるが2～10万元前後（北京安貞医院ウェブサイト <http://www.az9ward.net/ssfy.asp>）、肺がんや食道がんなどでは2～3万元前後（但し入院・手術費のみ。入院前後の診察・検査や放射線治療、抗がん剤などの化学療法は含まず）（海軍総医院胸外科ウェブサイト <http://www.xiongwaik.com/zhuiliaofeiying.htm>）、腹腔鏡による胆嚢摘出は8,098元（上海市で一部の疾患に導入されている医療費の定額制度による価格）（上海医保網ウェブサイト <http://ybj.sh.gov.cn/govopen/detailcontent.jsp?ml2bm=1&ml3bm=104&diplkoid=18784&pkoid=18782&gkldm=1>）。いずれも2007年10月11日アクセス。あとで紹介するように白血病や臓器移植にはより高額の治療費が必要となる。

<sup>10</sup> 加入者が最も多い国民健康保険の場合、年間の保険料上限額は56万円である。

制度や給付内容にばらつきが存在するが比較的高額な医療費までカバーされている。運営方法は大きく次の4つに分けることができる。

1. 基本医療保険の保険者（直轄市など）が運営するもの
2. 国家公務員向けのもの
3. 大企業が独自に設立・運営するもの
4. 保険会社と基本医療保険の保険者、あるいは企業とのタイアップで運営されるもの

本章では北京市における補充医療保険制度と高度医療を受けるに当たって実際に必要とされる費用を概観し、また同じく北京市における中

央政府所属の国家公務員向け補充医療保険の内容との比較を通じて、高度医療がどれほど高額なものであるかということと、一般向けと国家公務員向け補充医療保険の格差を明らかにする。

北京市では、基本医療保険制度の上乗せとして補充医療保険（高額医療費用互助制度）を導入しているが（表3）、支給額にはやはり十分とはいえない上限額が定められている。日本の健康保険にも公務員向けに「国家公務員共済組合」、「地方公務員共済組合」が存在するが、内容は基本的にそのほかの、「組合管掌健康保険」（主に大企業が運営する）、「政府管掌健康保険」（中小企業向けに政府が運営する）、国民健康保険と同じである。

表3 北京市における補充医療保険制度概要（2001年2月施行）

北京市基本医療保険規定第三十八条
・ 高額医療費用互助金は雇用組織と個人が共同で納付する。雇用組織は総賃金の1%、従業員及び退職者は毎月3元を納める。
・ 高額医療費用互助金の支払いが不足するときは、財政により補填する。
北京市基本医療保険規定第四十条
・ 高額医療費用互助資金は基本医療保険が規定する高額医療費用に合致するとき、下記の方法により支給する。
（一）従業員の、年度内の外来、救急医療費用累計が2,000元を超過した部分については、高額医療費用互助金が50%を支払い、個人が50%を支払う。
（二）退職者の、年度内の外来、救急医療費用累計が1,300元を超過した部分については、70歳未満の退職者は高額医療費用互助金が70%を支払い、個人が30%を支払う。70歳以上の退職者については、高額医療費用互助金が80%を支払い、個人が20%を支払う。
（三）高額医療費用互助金が年度内に従業員、退職者の外来、救急医療費用に支払う累計支給額の最高限度は2万元とする。
（四）従業員、退職者は、基本医療保険統一管理基金の年度内の最高支給限度を超過する（支給基準額以下および個人負担を除く）入院医療費用、悪性腫瘍放射線治療、化学療法、腎臓透析、腎臓移植後の免疫抑制剤の外来医療費用については、高額医療費用互助金が70%支給し、個人は30%を支払う。但し、高額医療費用互助金の年度内の累計支給限度額は10万元とする。

出所：北京電視台新聞評論部編（2001、p.86）。

補充医療保険制度は低い保険料で（特に従業員にとって）高額な医療費を賄える点で評価できるが、外来・救急で年間2万円（約30万円）まで、入院ほか高度医療については年間10万円（約150万円）までではやはり高額な医療費に対する備えとして十分ではない。

高度医療にはどれほどの費用が必要になるのかという点を、具体的に例を挙げてみてゆくことにしたい。ここでは白血病の治療で行われる造血幹細胞移植の事例を取り上げる。

近年は白血病でも難治性の慢性骨髄性白血病に対する薬剤「グリベック」（メシル酸イマチニブ）や、最も治療に急を要する急性前骨髄性白血病に対する「ベサノイド」（オールトランスレチノイン酸——中国で研究開発された）など、分子標的療法の研究が急速に進み、寛解率、5年生存率<sup>11</sup>共に急速に上昇している。そのため白血病の種類によっては化学療法だけの寛解・治癒も珍しいことではなくなってきたが、移植の方が治療成績が良いとされるために骨髄移植が白血病の中心的な治療法となっている。

しかし中国の骨髄バンクである「中華骨髄庫」における、開設以降2007年8月までの移植実施数を見ると僅かに700例<sup>12</sup>ほどにしか過ぎない。これに対し日本での実施数は8,627例<sup>13</sup>にも達

する。日本と中国の骨髄バンクはほぼ同時期に設立されているため、これは期間の長さのせいではない。一方、日本のドナー（臓器提供）登録者数は中国の半分以上であるため、数の差でもない。理由は間違いなく治療費の負担にある。例えば日本で骨髄移植推進財団を通じて移植を受ける場合には医療保険が適用され、平均的患者負担額は24万8,500円<sup>14</sup>と非常に低額に抑えられている。中国の場合、骨髄移植を受ける際のコストは20～80万円（約300万円～1,200万円）にも達することから（戴 2005）、保険適用の限度額を大きく超過する<sup>15</sup>。その保険も、都市部就業者に占める保険加入者の割合で見ると2006年第3四半期の時点で53%といまだ半分程度に止まっている（関、崔、董 2007、p.51）。そのうえ近年ドナー、患者共に負担の少ない方法として注目されている「末梢血幹細胞移植」と「臍帯血移植」のうち、「末梢血幹細胞移植」が医療保険適用となるのは北京と上海のみであり、もう一方の「臍帯血移植」は現在のところ保険が適用されておらず、全額自己負担である<sup>16</sup>。

824名。骨髄移植推進財団ウェブサイト [http://www.jmdp.or.jp/about\\_us/genkyou/index.html](http://www.jmdp.or.jp/about_us/genkyou/index.html)（2007年9月16日アクセス）。

<sup>14</sup> 2007年7月9日現在。骨髄移植推進財団ウェブサイト [http://www.jmdp.or.jp/patient/ryokin/pdf/futankin\\_model\\_new.pdf](http://www.jmdp.or.jp/patient/ryokin/pdf/futankin_model_new.pdf)（2007年9月16日アクセス）。

健康保険には「高額療養費制度」があるため実際の負担額はより低くなる。さらに患者が18歳未満である場合には「小児慢性特定疾患」の対象となり、自己負担分も公費で賄われるため実質的に負担はゼロである。

<sup>15</sup> 北京の場合、基本医療保険からの給付が7万円（2007年時点）、補充医療保険からの給付が10万円で合計17万円であり、それを超過した部分は自己負担となる。また、日本の健康保険のように治療費の一部は個人負担となるが、外来か入院か、また治療費用の総額などによってその割合は複雑に決められている。

<sup>16</sup> 末梢血幹細胞移植については上海は2006年7月から、北京では2007年4月から適用となった。しかし北京、上海以外の地域

<sup>11</sup> 寛解とは、がん細胞などの病因がほぼ消失した状態（完全に消失した状態ではない）。また、多くのがんでは5年間再発が起これなければ治癒とみなされるため5年生存率が重要になる。

<sup>12</sup> ドナー登録者数は2007年8月時点で65万人。中華骨髄庫ウェブサイト <http://www.cmdp.com.cn/xxdt/20070405/1516.asp>（2007年9月16日アクセス）。

<sup>13</sup> 2007年8月31日時点の数字。ドナー登録者数は同時点で287,

2005 年の労働者の全国平均年収は 1 万 8,364 元 (約 28 万円)、最も平均収入の高い上海でも 3 万 4,345 元 (約 52 万円) (中国国家統計局編 2006, p.157) であり、一般の人間は特定疾病を対象とする高額な保険金の民間生命保険に加入しているか、寄付を募りでもしない限り費用を負担することは難しい。これでは移植件数が伸びないのも無理はない。また、骨髄、末梢血幹細胞などの造血幹細胞以外、たとえば肝臓や腎臓移植の場合だと 20~30 万元程度の費用が必要となる<sup>17</sup>。

この高額な治療費負担のことについて上海社会科学学院の研究者に聞いたところ、次のような答えが返ってきた<sup>18</sup>。

- ・ 治療費用は患者やその家族の所属する組織での募金・寄付を通じて解決すべき。
- ・ 確かに大病にかかったとき費用の調達をどうするかということは大きな問題だ。しかし現時点では 13 億人中 1 億人しか公的医療保険でカバーされていないのに、少数の人に高額な医療を保険で提供すること

はできない。それより基本的な医療を普及させることに資金を使うべき。

この回答からは「大病を患った際には民間の保険などで賄う」という医療の市場化を当然視する考え方と、「治療費は先進国並みにかかる一方、保険料は途上国レベルでしか徴収できない。そのため高額な治療費用の全額を公的保険から支出すれば急速な財源枯渇を招いてしまう」という背景を指摘できる。高い保険料収入が見込めない中ではやむをえない面もあるが、だがこれではほとんどの人間は大病にかかったら高度な治療は諦めざるを得ず、保険としての機能は不十分であるということになる。

2005 年 11 月下旬~12 月初旬にかけて筆者が上海で行った現地調査では、面談を行った上海社会科学学院の研究者、上海第二医科大学附属仁濟病院副院長、上海市楊浦区政府副主任、上海市楊浦区赤十字会職員などいずれもが、大病を患い治療費が高額となる場合の保障が存在しないことを問題だと指摘している。ところが国家公務員にはこれとは別の補充医療保険が存在しており、内容も労働者向けに比べてはるかに優遇されている (表 4)。つまり国家公務員に対しては「少数の人に高額な医療を保険で提供」しているのである。しかも財源は財政予算である。中央政府に所属する国家公務員向けの補充医療保険の内容がどうなっているのか北京を例に見てゆく。

の基本医療保険加入者は、たとえば北京あるいは上海の病院で治療を受けたとしても保険から治療費は給付されない。骨髄移植については 2000 年から医療保険の適用対象となっている。

<sup>17</sup> 症状によって大きく違ってくるが、たとえば肝臓移植の場合だと 15 万元から 30 万元、腎臓移植の場合だと 6~10 万元程度の費用が必要になる。肝臓移植に関する価格の出所は復旦大学附属華山医院肝移植センターウェブサイト <http://www.hstransplant.com/zhishi.htm#06>、腎臓移植に関する価格の出所は中日友好病院ウェブサイト [http://www.zryhyy.com.cn/newweb/list\\_indexArtDetail.asp?id=2848&column\\_id=359](http://www.zryhyy.com.cn/newweb/list_indexArtDetail.asp?id=2848&column_id=359) (それぞれ 2007 年 9 月 16 日アクセス)。なお、移植後も免疫抑制剤を生体服用する必要があるが、この費用が年間数万元に達する。

<sup>18</sup> 2005 年 11 月 29 日 上海社会科学学院における「關於上海市失業婦女及外來打工婦女的社会保障問題座談会」での発言。



表4の国家公務員への補充医療保険と表3の一般労働者向け補充医療保険の概要を比較してみると、国家公務員の優遇が際立っていることが良く分かる。国家公務員の補充医療保険には保険料の個人負担がなく、給付上限額も定められていないうえに個人負担額は僅か5~10%程度でしかない。補充医療保険は基本医療保険の上乗せ部分としての制度であるため、加入者にとって見れば軽度の疾患であれば国家公務員とその他企業等の従業員との治療費負担の違いを意識することはない。しかし重度の疾患や慢性疾患に罹患した際に待遇の違いは顕在化する。国家公務員は最高度の医療を受けても個人負担はほとんどなく、さらにその僅かな負担ですら生活に支障を来すと判断されるような場合には所属組織から補填されるのである。一方その他企業等の従業員は、補充医療保険からの給付額が受けられる治療の限度なのである。

補充医療保険にはこの2つ以外にも、大企業が独自に運営するものと、企業と保険会社もしくは地方政府と保険会社がタイアップして行う「商業補充医療保険」と呼ばれるものが存在する。このうち、企業が独自に運営する企業補充医療保険のシステムは日本の健康保険組合とやや類似している。保険基金は企業の財務から独立しており、保険の管理運営を行う専門の部門が存在する。企業が独自に運営する補充医療保険は日本の健康保険組合と同様に大企業に設置され、その待遇も国家公務員ほどではないが比

較的恵まれている。例えば海運大手の中国遠洋運輸集団(COSCO)では、北京市の高額医療費用互助制度の上乗せとして最大40万元まで給付する企業補充医療保険を導入している<sup>19</sup>。また、収入の少ない従業員には、個人負担額の上限を2万元、あるいは3万元に抑える制度も導入している<sup>20</sup>。

企業や省と保険会社とのタイアップで行われる商業補充医療保険も、基本医療保険の上乗せ制度としては他と同様である。しかし加入に当たって健康診断受診を求められる、契約発効日から90日間の待機期間が設定されている(この間の入院などに対して保険金は支払われない)、すでに罹患している疾病に対しては保険金が支払われないなど他に比べて条件が厳しい。(次ページに表4)

<sup>19</sup> COSCO ウェブサイト「中遠集団参加北京市基本医療保険宣伝提綱」<http://www.coscochscrow.com/2005/2005yibao/2005yibao08.htm> (2007年9月16日アクセス)。

<sup>20</sup> 広州遠洋運輸公司(COSCOグループ)ウェブサイト「中遠集団特困人員医療救助管理暫行規定」<http://www.coscogz.com.cn/news/viewbx.asp?id=5> (2007年9月16日アクセス)。

表4 北京所在の中央国家機関公務員医療補助暫行弁法概要（2001年8月施行）

経費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎年第4四半期に翌年の徴収基準を公布する。2001年の徴収基準は前年の雇用組織における給与総額の5%。</li> <li>・ 医療補助経費は前年に確定した徴収基準に基づいて徴収した後に中央財政の当年予算に組み入れ、財政部からまとめて北京市財政局に交付する。北京市財政局は社会保障基金財政専用口座を通じて北京市社会保険処理機構に拠出する。</li> </ul>
給付基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年度内に発生した入院医療費用（腎臓透析、悪性腫瘍放射線治療・化学療法、腎移植後の免疫抑制剤など、基本医療保険統一徴収基金からの給付範囲である外来医療費用に参入するものを含む。以下同じ）が、基本医療保険統一徴収基金の最高給付限度額以上の部分につき、5万元以下の部分は90%を補填し、5万元以上の部分は95%を補填する。</li> <li>・ 年度内に発生した入院医療費用で、基本医療保険統一徴収基金の最高給付限度以下の、個人で負担しなければならない部分（個人口座からの支出部分を含む）については、退職者及び医療優待を享受する司局級以上（司局級を含む）の在職人員には95%補填し、その他の在職人員には90%を補助する。</li> <li>・ 年度内に発生した外来医療費用の累計が1,300元（個人口座からの支出部分を含む）以上の部分については退職者及び医療優待を享受する司局級以上（司局級を含む）の在職人員には95%補填し、その他の在職人員には90%を補助する。</li> <li>・ 医療優待を享受する人員が規定に基づき医療サービス施設、診療項目等において優待を受けるとき発生した費用が、基本医療保険が規定する支給部分を超過した場合には、医療補助経費から医療優待政策の規定に従って補填を行う。</li> <li>・ 基本医療保険と医療補助を受けた後、個人負担に困難があるときには、所属組織が適当な困難補助を行うことができる。</li> </ul>
管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 労働保障部が北京の中央国家機関公務員医療補助行政管理業務に責任を負う。具体的業務は北京市労働保障局に委託し、かつその社会保険処理機構が事務を行う。</li> </ul>

出所：中華人民共和国中央人民政府ウェブサイト

[http://www.gov.cn/gongbao/content/2001/content\\_60979.htm](http://www.gov.cn/gongbao/content/2001/content_60979.htm)（2007年9月19日アクセス）。

### 第3章 制度運営に当たっての医療保険加入率と保険料負担の問題

これまで保険の給付条件などについて、特に基本医療保険からの給付が充分とはいえない状況を見てきたが、ここでは保険の実際の収支状況や加入率、他の社会保険料負担とのバランスなど、制度運営に当たっての医療保険加入率と保険料負担の公平性を巡る問題について見てみる。

表5は医療保険の収支バランスを示したものである。これを見ると医療保険の収支は大幅な黒字となっており、健全な運営が行われている

ことを伺わせる。しかしこれは、既述の通り保険金の給付額に制限のあること、企業の保険料負担や、受診の際の個人の自己負担が大きいことの裏返しでもある。また、日本の国民健康保険とは異なり、保険料収入に寄与しない無職の人間や、医療費のかかる高齢者（当該企業等の退職者を除く）を排除していることも基金運営が健全に行われている要素のひとつと考えられる。

では企業の保険料負担の重さはいったいどの程度なのであろうか。表1「国务院の決定」で

は、雇用組織の負担は給与総額の 6%前後とされているが、例えば上海について見てみると医療保険に対する企業の拠出金は給与総額の 10%にも達している。医療保険以外にも、企業は年金保険料として給与総額の 14.5%、失業保険料として同 1%を負担しなければならず、社会保険料負担が重くのしかかっていることがわかる。

表5 社会保険（基本医療保険）収支状況（億元）

年	収入	支出	残高
1993	1.4	1.3	0.4
1994	3.2	2.9	0.7
1995	9.7	7.3	3.1
1996	19	16.2	6.4
1997	52.3	40.5	16.6
1998	60.6	53.3	20
1999	89.9	69.1	57.6
2000	170	124.5	109.8
2001	383.6	244.1	253
2002	607.8	409.4	450.7
2003	890	653.9	670.6
2004	1,140.5	862.2	957.9
2005	1,405.3	1,078.7	1,278.1

出所：中国国家统计局編（2006、p.910）。

基本医療保険制度には個人口座があり、労働者の支払う保険料全額および企業等の支払う保険料の一部はそこに加算される<sup>21</sup>。退職者も同様の制度であるが、退職者は保険料を支払う必要はなく、在職の労働者及び企業等の支払う保険料により賄われる<sup>22</sup>。退職者の医療費は現役

の労働者と企業の負担によって維持されているため、制度に占める退職者の割合が増加すればそれだけ負担は重くなる。表6を見ると、2005年末時点で加入者総数に占める退職者の割合が実に27%にも達している。

65歳以上の人口が総人口に占める比率から高齢化の状況を観察すると、中国は2005年11月にこの値が7.69%まで上昇している（人口和就業統計司編2006、p.3）<sup>23</sup>。これまで人口の高齢化がもたらすさまざまな問題は先進国で注目を集めてきたが、中国は初めて発展途上国の段階で高齢化社会を迎えたのである。しかしこれは中国全体の数字であって、都市部においては全国平均よりも速いスピードで高齢化が進んでいる。例えば上海では65歳以上の人口の割合が11.94%と全国平均の7.69%を大きく上回っており（人口和就業統計司編2006、p.21）、高齢社会到達が目前に迫っている。高齢化はこれから本格化することが避けられず、現役労働者と企業の負担は一層重くなると考えられる。

医療保険加入対象者の加入率が低いことも「看病難、看病貴」の問題解決、および所得の再分配機能を維持する上での問題点である。表6を見ると、2005年末時点の医療保険加入者数

性は20年に達して国の規定に従い退職手続きを行ったものも基本医療保険料を納付する必要はない。制度施行前に就職し、施行後に退職したもので、基本保険料納付期間が前述の規定に年限に満たないものは、本人が雇用組織と個人が納付しなければならない基本医療保険料を一括して支払うことで退職者の基本医療保険待遇を受けることができる。その後は基本医療保険料を支払う必要はない」と規定されている。

<sup>23</sup> 65歳以上の人口が総人口の7%を超えると「高齢化社会」、14%を超えると「高齢社会」、21%を超えると「超高齢社会」とされる。

<sup>21</sup> 治療費はまず個人口座から支払われるが、それを使い切った場合、当該地域の年平均賃金の10%に達するまでは全額自己負担、それ以上は保険基金から支払われるが、個人も20~30%程度の自己負担がある。

<sup>22</sup> 例えば北京市基本医療保険規定 第11条では、「本制度施行以前の退職者は基本医療保険料を納付する必要はない。本制度施行後就職し、基本医療保険料の累計納入年数が男性は25年、女

は労働者で1億22万人となっている。一方、同年末の都市就業者数は2億7,331万人であるので（中国国家统计局編2006、p.125）、現役就業者の中の実際の加入者はいまだ37%程度に止まっていることになる。加入率は上昇しているとはいえ、いまだ充分とはいえない状態にある。「看病難、看病貴」には、高騰する医療費の問題はもちろん、医療保険に加入していないために病院にかかれぬ、またはごく簡単な治療しか受けられないといった問題も含まれているので、医療保険加入率の向上が急務である。

表6 基本医療保険加入者数

年	加入者数（年末時点）		
	労働者（万人）	退職者（万人）	退職者/加入者比率（%）
1994	374.6	25.7	6.4
1995	702.6	43.3	5.8
1996	791.2	64.5	7.5
1997	1,588.9	173.1	9.8
1998	1,508.7	369.0	19.7
1999	1,509.4	555.9	26.9
2000	2,862.8	924.2	24.4
2001	5,470.7	1,815.2	24.9
2002	6,925.8	2,475.4	26.3
2003	7,974.9	2,926.8	26.8
2004	9,044.5	3,359.2	27.1
2005	10,021.7	3,761.2	27.3

出所：中国国家统计局編（2006、p.909）。

保険料負担の公平性という観点から見ると、企業の拠出は給与総額の10%（上海の場合）と高いものの、被保険者の支払う保険料は2%と低く抑えられている。保険料負担額には上限がないが、個人は料率が低いのでそれほどの負担額にはならない。退職者についてはそもそも保険料を支払う必要がない。また、日本と違って給付金に対する財政からの拠出はない。つまり現行の制度は企業の重い負担の上に成り立って

いるといっても過言ではなく、応能負担による公平性、保険の持つ再分配機能が有効に働いているとはいえない。

高額な医療費への対応策として、政府は民間の医療保険への加入を推奨しているが、民間の保険はすでに疾患を有する人間は加入できないか、加入できたとしてもリスクの高い加入者として高額な保険料が必要となる。また民間の保険は掛け金に応じて保険金額が決まるシステムである。その掛け金も一般的に年齢が上がれば上昇するため、十分な備えをしようと思えばやはり高額の保険料を支払う必要が出てくる。これではやはり、高所得層でないと十分な医療を受けられない状況が発生する。

医療保険からの給付金額には制限が設けられているが、基金が大幅な黒字を維持しているのであるなら給付額の制限を緩和するか、企業の負担を軽減すべきである。また、個人の保険料負担率を引き上げるほか、退職者にも収入に応じた保険料支払いを求めるなど応能負担を実現すべきである。さらにこれに加えて給付金への財政支出も実施すれば、給付上限額の引き上げ、受診の際の個人負担軽減が可能になり、「看病難、看病貴」の問題はかなりの改善を見るはずである。

表7は衛生事業への各者の負担割合を表したものである。支出内容は主に医療に関するものであり、これをみると総額が急増しているにもかかわらず政府や社会保険等からの支出の比率

が減少し、可処分所得に占める医療・衛生に対する個人負担が大きく増加していることが推測できる。患者の負担増の現状を裏付ける資料である。

表7 中国衛生総費用構成表

	金額 (億元)	政府予算による衛生への支出 (%)(注1)	社会による衛生への支出 (%)(注2)	個人の現金での衛生への支出 (%)(注3)
1978	110.21	32.16	47.41	20.43
1979	126.19	32.21	47.45	20.34
1980	143.23	36.24	42.57	21.19
1981	160.12	37.27	38.99	23.74
1982	177.53	38.86	39.49	21.65
1983	207.42	37.43	31.12	31.45
1984	242.07	36.96	30.41	32.64
1985	279	38.58	32.96	28.46
1986	315.9	38.69	34.93	26.37
1987	379.58	33.53	36.16	30.31
1988	488.04	29.79	38.93	31.28
1989	615.5	27.27	38.64	34.09
1990	747.39	25.06	39.22	35.73
1991	893.49	22.84	39.67	37.5
1992	1,096.86	20.84	39.34	39.81
1993	1,377.78	19.75	38.09	42.17
1994	1,761.24	19.43	36.62	43.95
1995	2,155.13	17.97	35.63	46.4
1996	2,709.42	17.04	32.32	50.64
1997	3,196.71	16.38	30.78	52.84
1998	3,678.72	16.04	29.11	54.85
1999	4,047.50	15.84	28.31	55.85
2000	4,586.63	15.47	25.55	58.98
2001	5,025.93	15.93	24.1	59.97
2002	5,684.63	15.21	26.45	58.34

出所：杜楽助、張文鳴、張大偉主編（2004、pp.376-377）。

注1：各級政府による衛生事業への財政予算支出。

注2：政府予算外の衛生への資金投入。主に医療保険。

注3：都市・農村住民が可処分所得から支出した各種の医療衛生費用と医療保険料。

#### 第4章 医療機関への財政投入

ここで別の視点から現在の医療制度における再分配メカニズムについて考えてみたい。

本稿ではこれまで、基本医療保険制度は企業と従業員の保険料のみで運営され、日本のように給付金に対する財政負担（あるいは健康保険組合に対する企業からの補填）がないために限

定的な再分配制度になり、その結果、受診の際の患者の自己負担増を招いていることを指摘してきた。確かに基本医療保険制度への財政支出はほとんどないが、では医療機関運営への政府の関与はどうなっているだろうか。

表8は医療機関を非営利性と営利性に分けたものである。非営利性はほとんどが公立、あるいは国有企業立であり、営利性はほとんどが私立である。つまり中国の医療機関は診療所等を除きほぼ全部が公立で、そして主導的位置を占める国有医療機関によって95%以上の診療と入院サービスが提供されているのである（劉強編2005、p.38）。

表8 医療機関数（2005年）

	非営利性	営利性	非営利割合
病院	15,673	2,971	84.06
診療院	259	5	98.11
社区卫生サービスセンター	14,506	2,114	87.28
衛生院	41,476	105	99.75
外来診療部	3,003	2,802	51.73
診療所等	53,087	147,842	26.42
母子保健センター	2,902	1	99.97
専門疾病予防治療院	1,344	17	98.75
救急センター	122	2	98.39
臨床検査センター	19	9	67.86

出所：中国衛生年鑑（2006）編集委員会編（2006、p.634）

表9からは、医療への市場メカニズム導入、

都市部への基本医療保険制度導入が行われる以前の第七次五カ年計画期以降、導入後の2003年までの間、基本建設投資総額に占める衛生基本建設投資の割合があまり変化していないことがわかる。これは市場化を進めてはいるものの、政府の方針に沿うような「私立医療機関増、公立医療機関減」という流れになっていないためと考えられる。よって、依然として大半の医療機関（特に病院）は政府関係部門の保護と支持のもと公立病院として運営され、さらに毎年病院の総支出額の5%前後の支援を受けることができる（劉強編2005、p.39）。総支出額の5%という数字は小さいようだが、これらの病院は医療や薬価差益など安定的収入があり、また税制優遇もあることを考えれば決して低い金額ではない。また病院は大半が公立であるため、政府による財政投入の総額も大きなものになる。一方、私立医療機関は何らの補助や税制優遇も、公的医療保険の適用をも受けることができないのである。

日本を見ると、単純化のため私立を「医療法人」、「会社」、「個人」に限定したとしても一般診療所はほぼ全て、病院についても70%以上が私立である<sup>24</sup>。つまりここから、日本における財政の寄与度は医療保険制度に対して高く、医療機関運営に対して低いが、中国における財政の寄与度は医療機関運営に対して高く、医療保

険制度に対して低いという認識が導き出されるのである。

資本集約型と労働集約型産業の両方の側面を持つ<sup>25</sup>医療機関運営に多額の費用が必要であることは想像に難くない。一方、医療保険の方も上限を設けない出来高払い制にしたとすれば日本のように財政の負担が大きくなる。当然、医療機関をほぼ全て公立として運営しつつ、医療保険も大幅な財政負担によって出来高払い制を維持する、というようにすることは不可能であろう。中国がそれまでの公費医療、労働保険を廃止して基本医療保険制度を導入し、医療機関運営に市場メカニズムを導入したことも、この2つを同時に維持することの負担の重さに起因すると考えられる。

医療機関の大半が公立であるのはかつての経済体制の遺制であるが、そのために現在でも医療機関運営に多くの財政資金が投入されている。GDPに占める衛生事業への支出割合は2000年以降5%程度で一定しており<sup>26</sup>、投入可能な資金が限られている以上、保険給付と医療機関運営のどちらに重点的に投入されるのかは重要な問題である<sup>27</sup>。現在は公立病院の維持に資金の投

<sup>25</sup> 医療技術の進歩に伴って医療機関には大小様々な機器が多数導入されるようになった。またそれとともに機器を扱う人員の雇用が増加した。しかし治療や看護に携わる人間は減らせないため機器の導入に伴ってかえって雇用者数は増加する。

<sup>26</sup> 中国衛生年鑑（2006）編集委員会編（2006、p.646）では、「GDPに占める衛生総費用の割合」は2000年が5.13%、02年が5.51%、03年が5.62%、04年が5.55%とほぼ一定している。

<sup>27</sup> このことは中国でも大きな問題として議論されてきたが、2007年7月23日から政府は医療機関のみならず医療保険に対しても79箇所の都市において試験的に財政投入を行うことを決めている（王2007）。

<sup>24</sup> 厚生労働省ウェブサイト「医療施設動態調査（平成19年6月末概数）」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m07/is0706.html>（2007年9月19日アクセス）。

入が行われているが、公立病院の経営方法の多様化（例えば公有民营、第三セクター、独立行政法人方式や民営化など）、私立病院の育成を通じて公立病院への資金投入を減らすことができれば、現状の GDP 比率の枠内でも基本医療保険給付金への財政投入が可能になると考えられる。そうなれば、基本医療保険の対象者の拡大、つまり無職の人間や個人商店主など現在は対象となっていない人たちへの拡大、また給付限度額の引き上げや医療機関窓口での個人負担額の引き下げ、保険適用外となっている医薬品や治療方法などの保険適用へも道筋が開けてくるのではないかと考える。

表9 衛生事業費と衛生基本建設投資

年	衛生事業費		衛生基本建設投資	
	億元	国家財政に占める割合 (%)	億元	基本建設投資総額に占める割合 (%)
第七次五カ年計画期間	354.06	2.53	95.55	1.31
1990	79.47	2.3	20.32	1.19
1995	163.3	2.39	73.4	0.99
1996	187.57	2.36	86.65	1.01
1997	209.2	2.27	104.31	1.05
1998	225.1	2.08	141.67	1.19
1999	235.6	1.79	147.43	1.18
2000	272.17	1.71	152.89	1.14
2001	313.5	1.66	182.6	1.23
2002	350.44	1.59	231.5	1.31
2003	449.87	1.83	280.15	1.22
2004	478.13	1.68	—	—

出所：中国衛生年鑑（2006）編集委員会編（2006、p.646）。

注：衛生事業費は財政決算の数値。公費医療の経費、漢方事業費、医学教育と科学研究経費を含まない。本表は当年価格。

## おわりに

本稿では中国における医療費高騰とそれに伴う医療機関受診時の個人負担の増加について、医療保険制度の観点から考察してきた。その結果、以下のような問題点が見られた。

- ・保険基金は大幅な黒字を計上しているが、その要因としては保険給付額に上限があること、保険適用となる治療や医薬品には厳しい制限があることが考えられる。
- ・保険料収入は企業の負担によるところが大きい。一方個人の保険料負担はそれほど重くないが、実際の受診の際の個人負担が重い。
- ・保険加入者が企業等の従業員とその退職者に限定されており、無職の人間などが排除されている。
- ・基本医療保険の給付金には財政資金の投入が行われていない。その一方国家公務員向けの補充医療保険は財政資金で運営されているうえ、一般の補充医療保険に比べて極めて優遇されている。
- ・医療保険は私立医療機関では利用できないうえに医療行為もほとんどが公立医療機関で行われている。その医療機関も公立には財政投入、税制優遇が行われている一方、私立には何らの優遇措置もない。

保険基金は財政からの拠出がなく、また加入者中の退職者（保険料を負担しなくてよい）の割合が2005年で27%程度にも達しているにもかかわらず大幅な黒字を計上しており、これまでも赤字に転落したことがない（表5、6）。これは保険給付額に制限があることと、加入者が限定されているためである。

保険料負担は企業によるところが大きい

一方で実際の受診に際しては個人の負担が重い（表7）。これは給付に厳しい制約を課している結果と考えられるが、保険は大きな病気のときにこそ必要とされるものである。「看病難、看病貴」の問題を解決するためには給付限度額を引き上げ、病院での自己負担割合は引き下げて個人の負担を軽減する必要がある。その一方、企業の過重な保険料負担の引き下げも必要であるが、保険基金の逼迫を招くことが見込まれる場合には、低い水準に抑えられている個人の保険料引き上げと財政資金の投入をすべきと考える。また保険未加入者の加入促進を行い、現在5割程度に止まっている保険加入率の引き上げを急ぐべきである。加入者が多ければ基金の安定につながるし、保険料負担が上昇しても給付限度額や保険適用範囲が拡大すれば患者の個人負担増加を抑えることができ、「健康な人間から病気の人間への所得の再分配」が可能になるからで

ある。

また、医療保険への財政資金の投入に関してであるが、財政の負担を増やさずにこれを実現するには公立病院の経営方法の多様化、私立病院の育成が有効であろう。つまり、医療サービスの約95%を提供している公立医療機関のうち、民間でも担える部門を減らして医療機関の維持運営にかかっていた財政資金を医療保険給付金に振り向けるのである。それができれば企業の保険料負担や受診に当たった個人の負担を引き下げることも可能になるだろう。そのためには一定基準を満たした私立医療機関を保険医療機関として認可し、また税制面での優遇を行う必要があるが、私立医療機関の発展によって地域の実情に合う医療機関の発展、患者の選択肢の増加、医療機関での雇用増加や財政負担の削減なども見込まれると考える。

## 参考文献

### 日本語

大塚正修・日本経済研究センター編（2002）『中国社会保障改革の衝撃』勁草書房。

窪田道夫（2007）「中国の医療費高騰メカニズムの分析—高齢化と医療産業の観点から」『アジアワールド・トレンド』第142号、40-47ページ。

田多英範編（2004）『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社。

張紀濤（2001）『現代中国社会保障論』創成社。

### 中国語（ピンイン表記のアルファベット順）

北京電視台新聞評論部編（2001）『話說北京医療改革』知識産権出版社。

戴菁菁（2005）「李曉林委員：將血液病患者納入医保範疇」『北京青年報』2005年3月6日。



- 杜楽助、張文鳴、張大偉主編（2004）『中国医療衛生産業発展報告 No.1』社会科学文献出版社。
- 閔志強、崔斌、董朝暉（2007）「第三篇 城鎮職工基本医療保険制度の発展」、『中国社会保障発展報告（2007）No.3』社会科学文献出版社、37-63 ページ。
- 賀山（2006）「關於公立醫院解決看病貴問題的思考」『中華醫院管理雜誌』第 22 卷第 7 期、7 月、中華医学会、北京、438-439 ページ。
- 康永軍、張洪彬、徐昌青（2005）「当前医療費用上昇の原因和对策」『中華醫院管理雜誌』第 21 卷第 4 期、4 月、中華医学会、北京、220-223 ページ。
- 労働和社会保障部医療保険司編（1999）『全国城鎮職工医療保険制度改革工作指南』中国労働出版社。
- 劉強編（2005）『中国医薬与 WTO』中国医薬科技出版社。
- 人口和就業統計司編（2006）『中国人口統計年鑑 2006』中国統計出版社。
- 王世玲（2007）「傾向供需皆補医改総框架内部徵求意見」『21 世紀經濟報道』2007 年 11 月 2 日。
- 閻惠中（2005）「管理年要向看病貴聚焦」『中国医院管理』第 25 卷第 9 期、9 月、中国医院管理雜誌社、ハルビン、5-7 ページ。
- 中国国家統計局編（2006）『中国統計年鑑 2006』中国統計出版社。
- 中国衛生年鑑（2006）編集委員会編（2006）『中国衛生年鑑 2006』人民衛生出版社。

## 英語

- Chow, Nelson W.S. (2000), *Socialist Welfare with Chinese Characteristics: The Reform of The Social Security System in China*. Hong Kong: The University of Hong Kong.

（くぼた みちお・東京家政大学非常勤講師）