

表1 中国の人口・経済関係主要指標

年	総人口		人口増		国内総生産(GDP)	実質 GDP 成	労働力			登録失 業率	
	人口	増	加率	出生率			高齢化率	一次産業	二次産業		三次産業
1952	57482		2.479	3.797	n.a.	679		17316	1528	1885	
1978	96259		1.2	1.928	4.7	3624	11.7	28313	6970	4869	5.3
1985	105851		1.308	2.104	5.2	8964	13.5	31105	10418	8350	1.86
1990	114333		1.439	2.106	5.6	18548	3.8	38428	13654	11828	2.5
1991	115823		1.298	1.968	5.7	21618	9.2	38685	13867	12247	2.3
1992	117171		1.16	1.824	5.8	26638	14.2	38349	14426	12979	2.3
1993	118617		1.145	1.809	5.9	34634	13.5	37434	14868	14071	2.6
1994	119850		1.121	1.77	6	46759	12.6	36489	15254	15456	2.8
1995	121121		1.055	1.712	6.1	58478	10.5	35468	15628	16851	2.9
1996	122389		1.042	1.698	6.2	67885	9.6	34769	16180	17901	3
1997	123626		1.006	1.657	6.4	74462	8.8	34730	16495	18375	3.1
1998	124810		0.953	1.603	6.6	79396	7.8	34838	16440	18679	3.1
1999	125909		0.877	1.523	6.8	82067	7.1	35364	16235	18987	3.1
2000	126583		0.535	n.a.	6.9	89404	8	35575	16009	19566	3.1
2025	1470787	n.a.	n.a.	n.a.	13.2						
2050	146206	n.a.	n.a.	n.a.	22.7						

出所 中嶋(2001)「中国長期経済統計」、平田(2002)「中国データブック2001/2002」、『中国労働・社会保障年鑑』2001

注 総人口、労働力人口、都市部失業者の単位は万人。人口増加率、出生率、高齢化率、経済成長率、失業率の単位は%。

注2 2025年と2050年の総人口、高齢化率は、

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2000 Revisionの推計値である。

表2 1998年以後の医療制度

医療制度の種類	被保険者 (適用対象者)	保険料負担	給付の区分 98年「決定」による		医療給付の負担配分
			労働者・職 員の年平均 賃金の10% 前後	未 満	
基本医療保険制度	公務員、非 営利事業団 体、国営企 業 集団企業、 民営企業、 外資企業 の従業員と その退職者 強制加入	使用者負担 は従業員賃 金総額の 6%前後 従業員負担 は本人賃金 の2%	給付スター ライン	未 満	個人医療保険口座から払い、残高がゼロの場合は自己負担
				スタートライ ン以上、最 高給付ライ ン未満	原則、社会医療保険基金から支払われるが、場合によっては一部自己負担がある
			最高給付ラ イン	最高給付ラ イン以上	補充医療保険、または個人が加入する民間の医療保険から支払う
企業補充保険	基本医療保 険に加入し て 社会保険費 の滞納がな い、 税引き後利 益が持続的 に期待でき る企業従業 者	労使共同負 担。労使折 半か異なる 比率か 賃金総額の 4%以内の場 合、 企業の福利 厚生費が経 営コストとし て拠出			
商業医療保険制度	企業か個人 は任意加入	自己負担			

出所 『医療・労災・生育保険』労働社会保障部組織編(2001)、沙銀華(2000)『中国社会保険制度の現状』『海外社会保障研究』No.132

注：基本医療保険制度の対象は個人単位であるのに対し、企業補充保険制度の対象は要件を満たす社会保険基金を監督する組織がある。その構成メンバーはつぎのようである。政府関係部門代表、使用者代表、医療機関代表、組合代表、学識経験者。

表3. 年金保険の新旧制度の比較

	財政方式	被保険者 (適用対象)	保険料負担	給付	
旧制度	賦課方式	国有企業の労働者	企業が実費 拠出、個人 拠出なし	定額で勤続年数によって引退時の給与の 60% ～ 80%が給付される。スライド制あり	
				退職種類	勤続年数 年金給付基準 (退職時の基本給付比)
				退休	20年以上の場合、80% 15～19年の場合、75% 10～14年の場合、60%
				退職 離休	90%(89年以降引き上げ) 100%
新制度	賦課方式 + 積立方式	都市部における企業部門従業員と国・地方政府・関係団体事業の職員すべて。 ただし、1997年、自営業者への適用拡大を求める『試行』が出され、安寧省が実施。	従業員個人負担+企業負担 賃金の28%を企業が拠出、そのうち企業(使用者)と労働者の配分は、それぞれ20%と8%。拠出された保険料のうち11%は個人年金勘定に計上、残りの17%は基本養老保険基金にプールする。	積立部分に対し実質運用利益に基づく年金個人勘定から給付(残高÷120) 賦課方式部分に対し保険基金から確定給付(20%)	
				対象分類	年金給付基準
				第1グループ 新制度実施以後 就職、加入年数 15年以上	前年度地域平均月賃金の 20%+個人勘定残高/120 スライド制なし
				第2グループ 新制度実施前就職 実施後退職、加入 年数15年以上	第1グループと同じ給付(スライド制なし)に加えて旧制度からの移行に伴う付加給付を支給
第3グループ 新制度実施前に 退職	旧制度と同じ給付 スライド制適用				
ただし、1997年『試行』により、「加入年数満15年の新制度加入者は、毎月前年度地域平均賃金の20%+個人年金勘定残高の1/120の給付が受給できる。新制度が実施する前に就職、実施する後退職、加入年数(見なす年数を含む)満15年の加入者は移行期給付も支給される。新制度実施前に退職した人は旧制度と同じ給付が引き続き受けられる」ことが加えられた。					

出所 何・金子(2003)、何(2004)

表4 中国における退職者を対象とした年金・医療給付費(億元)

年	年金				医療	
	年金	離休	退休	退職	医療	その他
1990	279	34.6	239.4	5	76.2	110
1991	315.8	38.6	271.5	5.7	94.5	144.1
1992	392.6	47.1	338.8	6.7	116.3	176.7
1993	501.2	57.1	435.5	8.6	154.3	246.2
1994	882.1	103.2	766.5	12.4	192.8	144
1995	1123.5	121.9	986.3	15.3	236.3	162.6
1996	1354.1	137.7	1199.3	17.1	265.6	178
1997	1610	162.6	1423.9	23.5	277.6	156.2
1998	1900.3	167.7	1708.5	24.1	286.9	143.7
1999	2248.5	186.1	2035.2	27.2	320.1	139.7
2000	2537.1	201.1	2305.7	30.3	346.9	156.5

構成比(合計100)						
年	年金				医療	
	年金	離休	退休	退職	医療	その他
1990	60	7.4	51.5	1.1	16.4	23.6
1991	57	7	49	1	17	26
1992	57.3	6.9	49.4	1	17	25.8
1993	55.6	6.3	48.3	1	17.1	27.3
1994	72.4	8.5	62.9	1	15.8	11.8
1995	73.8	8	64.8	1	15.5	10.7
1996	75.4	7.7	66.7	1	14.8	9.9
1997	78.8	8	69.7	1.1	13.6	7.6
1998	81.5	7.2	73.3	1	12.3	6.2
1999	83	6.9	75.1	1	11.8	5.2
2000	83.4	6.6	75.8	1	11.4	5.2

出所:『中国労働・社会保障年鑑』726頁

表5 失業保険・労災保険・生育保険の被保険者単位:万人

	失業保険		労災保険		生育保険
	加入者	受領者	加入者	受領者	加入者
1997	7961.4	319	3507.8	12.5	2485.9
1998	7927.9	158.1	3781.3	15.3	2776.7
1999	9852	271.4	3912.3	15.1	2929.8
2000	10408.4	329.7	4350.3	18.8	3001.6
2001	10354.6	468.5	4345.3	18.7	3455.1
2002	10181.6	657	4405.6	26.5	3488.2

出所 『中国労働・社会保障年鑑』2003年版

表6 主な都市の公的扶助水準

都市名	最低基準	都市名	最低基準	都市名	最低基準
北京	290	福州	200-220	貴陽	156
天津	241	南昌	143	ラサ	170
石家荘	182	済南	208	西安	156
太原	156	鄭州	180	蘭州	172
呼和浩特	153	武漢	210	西寧	155
沈陽	205	長沙	180-200	銀川	160
長春	169	広州	300	ウルムチ	156
ハルビン	200	南寧	190	大連	221
上海	280	海口	221	青島	200-210
南京	220	成都	178	寧波	260
杭州	270-300	重慶	185	深セン	290-344
合肥	169	昆明	190	シャ門	265-315

出所 労働・社会保障政策法規編集班(2002)『最低生活保障特集』中国労働社会保障出版社

注: 単位は元/一人/月。

Research Proposal for Chinese Farm Household Income Project 2003

Yanfei Zhou, Yoshihiro Kaneko , Hiroshi Sato and Lixin He*

*(Institute of Socio Economic Research, Osaka University,
National Institute of Population and Social Security Research,
And Department of Economics, Hitotsubashi University)*

Title 1: Is the Cooperative Medical Care System Improving Medical Care Welfare of Chinese Rural Residents?

(Questionnaires to be Employed: Rural Main Q. / Village Q. / Social K Gov. & Safety Net Module)

It is well known that many Chinese rural residents suffer from inadequate medical care services when sick, primarily because they are out of the sheltering of public medical care insurance system, and because of their wretched economic condition. Hence, cooperative medical care insurance (CMCI) system, which has vanished in most rural areas since the economic reform, again attracted many people's attention. With both rural household samples inside and outside the (CMCI) system, this paper is motivated to investigate whether the (CMCI) system significantly improved the medical care welfare of rural residents or not, with controlling the effects of other related covariates. In brief, we test the above hypothesis by the following function:

$$I_i = a_0 + a_1 CMCI_i + a_2 conv_i + a_3 Y_i + X\gamma + v_i \quad (1)$$

where

I_i : Index of inadequacy of medical care service for individual i.

For example, probability of receiving no medical care when sick;

$CMCI_i$: 1 if joining in the (CMCI) system, 0 otherwise¹;

* Doctoral course of Economics, Hitotsubashi University.

¹ We treat $CMCI_i$ as endogenous variable for individuals who are residing in villages with the CMCI system.

In this case, \hat{CMCI}_i , estimated by the following function, will be employed in equation (1):

$$CMCI_i = b_0 + b_1 Y_i + b_2 Insurancefee_i + Z\delta + u_i \quad (2)$$

where Z includes other exogenous variables.

$conv_i$: Degree of convenience when receiving medical care service,

For example, distance from the nearest hospital.

Y_i : Household income

X: Other exogenous variables such as age, gender, health condition, and residing area.

Implication of our empirical results could be helpful for the designation of institutional arrangements when constructing a unified social medial care system in rural areas.

Title 2: Factors Affecting Participation Behavior of Social Pension System In Rural China

(Questionnaires to be Employed: Rural Main Q. / Village Q. / Social K Gov. & Safety Net Module)

Hypothesis 1: The higher (lower) rate of substitution rate, the higher possibility of individuals to join in the social pension system, given other covariates constant.

$$P^*_i = a_0 + a_1\gamma_i + a_2\gamma_i^2 + a_3Y_i + a_4Laborforcerate_i + a_5G_i + N\delta + \varepsilon_i \quad (3)$$

(Samples: Individual younger than 60, living in villages with social pension system)

Where

P(Participation Dummy): 1 if joining in the social pension system, 0 otherwise;

$$\gamma_i = \frac{Re\ servedFund + (60 - AGE) * FeePerMonth * 12months}{(LifeExpectation - 60) * BasicLivingExpenditurePerYear}$$

Y: Household Income

Labor force rate=(family members with labor income)/total family members

G: Village transfers per month

N: Other exogenous variables.

Hypothesis 2: Average household income, labor force rate and family structures could has significant effect on the choice of villages to built a social pension system

$$P^*_j = a_0 + a_1Y_j + a_2Laborforcerate_j + a_3FamilyStructure_j + N\delta + \varepsilon_j \quad (4)$$

$$j = \text{village } 1, 2, \dots, n$$

Where

Y: Average household income

Labor force rate= (population engaging in labor activities)/total population

Family Structure: proportion of extended families

N: Other exogenous variables.

Other Topics (To be developed):

1. Current status of retirement life style of Chinese rural residents such as,
 - Income resources of the elderly residents in rural areas
 - Awareness and demand for social insurance
 - Saving for retirement

2. Estimating the consumption function of young and old farm households respectively.

3. Effect of family size on the retirement life style of elderly persons and the risk aversion function of family mutual support system in rural areas.

Reference:

Kotlikoff, L.J. and A.Spivak, "The Family as an Incomplete Annuities Market", *Journal of Monetary Economics*, vol.22,1988,237-255pp.

3. 2 タイにおける公的所得移転の展開と医療保健制度改革との関係

タイにおける公的所得移転は、我が国と同様に、公務員と軍人に対する年金制度に対する年金制度が確立され、その後、民間企業で働く正規労働者に対する年金制度が導入され、さらに用務員・運転手など政府部門で働く従業員にも年金制度が拡張され、今日に至っている。したがって、年金制度においては、自営業者、農林・水産業者、非正規労働者等はまだ適用対象となっていない。

これに対して、医療保健制度においては、2001年4月以降、30 パーツを支払えば誰でも医療が受けられる普遍的医療保障、いわゆる 30 パーツ医療制度が導入され（最初は 6 県、6 月には 15 県、10 月以後全県に拡大）、医療サービスを受ける機会を全ての国民に与える制度が確立されている。ただし、30 パーツ制度の医療内容は、30 パーツ制度適用対象者となることを住民が届出した居住地区の公立病院・公営病院が、その病院予算の範囲内で支給できる給付内容に限定され、より高度な医療サービスを受ける場合には、民間の医療保険を利用する必要があるという側面がある。

3.2.1 公的所得移転の展開¹

○政府職員年金（旧制度） 1951 年設立

対象者：公務員・軍人・警察官・国有企業労働者

ただし、以降に採用された政府職員は、下記の新制度に移行し、この制度の対象者とはならない。

拠出：無拠出＝政府財政による負担

給付内容：25 年以上在職、60 歳で退職した者に、退職一時金または年金給付を支給。年金額は、最終給与×在職年数÷50 または 55（退職年齢に応じる）という式で計算される。

10 年以上 25 年未満の在職者は、退職一時金のみ。

○政府年金基金（新制度） Government Pension Fund:GPF

新制度導入の背景：政府職員年金の給付は無拠出制であり、財源はすべて租税で賄われてきたので、政府財政を次第に圧迫するようになっていったため、1994 年に政府職員年金制度の改革が内閣で承認され、「仏暦 2536 年（1996 年）政府職員の退職金および年金に関する法律」が、1997 年 3 月に施行された。

対象者：1997 年 3 月以降に採用された政府の上級職員。

拠出：政府は給与の 5%を拠出、公務員本人は給与の 3%を拠出。（負担割合は、移行直後に採用された者には政府の拠出が追加的に多くなるように工夫されている。）

¹ 本節で制度概要を列記するのに当たり、広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』（2003 年、東京大学出版会）第 7 章：菅谷広宣「インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」、及び平成 15 年度「タイ公的医療保険情報制度構築支援プロジェクト」資料等を参照した。

給付内容：25 年以上在職、60 歳で退職した者に、25 年以上在職したものは、次の 2 種類の給付から、どちらかを選択できる。第 1 は、政府予算および職員と政府の拠出を財源とする年金と利子を加えた報奨金、第 2 は、最終給与月額に在職年数をかけた金額に、職員と政府の拠出金へ利子を加えた金額をたした退職金退職一時金またはその金額の年金給付。

加入者数：110 万人(2002 年 6 月)。

基金総額：1744 億バーツ(2002 年 6 月)。

○政府職員年金基金 Government Permanent Employees' Fund

1987 年設立

導入の背景：政府年金基金（新制度）と同様。

対象者：政府部門で働く従業員（用務員や運転手など）。

拠出：政府は給与の 3%を拠出、公務員本人は給与の 3%を拠出。

給付内容：財務省規則に従って支給される報奨金または在職中の積立金と運用益に基づく退職一時金。

加入者数：15 万人(2002 年 7 月)

基金総額：35 億 7 千万バーツ(2002 年 7 月)。

○民間企業の労働者に対する年金保険

導入の背景：政府職員の年金制度が 1987 年に整備されたことから、官民格差を是正するとともに、経済発展に伴い増大する民間企業労働者の引退後の生活保障制度を整備する必要があったため。1990 年の社会保障法（90 年法）が成立し、その後幾度かの改正を経て、現在は 99 年法（仏暦 2542 年社会保障法）に基づき運営されている。

対象者：民間企業に働く労働者すべて。強制加入の対象者は、当初（90 年）従業員 20 人以上の企業の労働者。その後適用範囲が拡大され、2002 年 4 月から従業員 1 人以上の企業の労働者が強制加入となった。ただし、すべての常用労働者が加入しているわけではないのが現実である。また臨時労働者と季節労働者は強制加入の適用から除外されている。

加入者数：689 万 9912 人（2002 年 10 月）。加入者数のうち保険料を納めている人の割合は 96%。

保険料率：タイでは、賦課方式では世代間の所得移転があるため次世代育成と連動して財政運営する必要があるという観点から、次世代育成のための児童手当と引退後の世代の所得保障を担う年金保険の給付を合わせて賄う保険料率が、年金保険分野の公

的保険料率とされている。2004年では、老齢年金と児童手当分野の保険料率は、労使各3%、政府1%で計7%である。

老齢年金給付：老齢年金の給付は、継続しているか否かにかかわらず、引退前の勤務期間を通じて180ヵ月分以上の保険料を納入していることを受給要件とし、55歳に達し、かつ被保険老でなくなったとき、その翌月から支給される。年金額は、最後の60ヵ月における平均標準報酬月額額の15%に、180ヵ月を超える保険料納付期間12ヵ月ごとに1%を加えて計算される。

3.2.2 国民全てに医療サービスを受ける機会を保障する30パーツ制度²

○社会保険としての医療保険

医療保険：1990年の社会保障法により、強制加入の企業の労働者と任意加入の自営業者に対して、公的な医療保険が適用されるようになった。

対象者：企業の労働者本人と任意加入の本人のみが適用対象。適用対象者の家族は適用外。また、農村部の農林・水産業従事者には、村単位の地域型医療保険が任意設立・任意加入の形で適用される。貧困者に対しては、公的医療機関を通じた医療扶助が提供される。

保険医療供給体制：病院は勅令によって指定され、社会保障事務局と被保険者の受け入れや診療報酬の支払いなどについて契約を結んでいる。診療報酬は人頭払いで、1人当たり年間1100パーツが指定された病院に社会保障事務局から支払われる。

2001年の医療給付費総額は82億5326万9575パーツ、年間受診者数は592万2515人にのぼるとされるので、1人当たり給付額は1393パーツと推定される。

○「30パーツ制度」導入の背景

社会保険としての医療保険では、企業労働者の家族や任意加入の自営業者の家族、及び任意加入できない豊かではない自営業者本人と家族、任意設立・任意加入の地域型医療保険でカバーされない農林・水産業従事者がカバーされていないという問題があった。タイにおける人口10万人あたりの疾病別死亡者数は、図1のように推移しており、都市部のみならず農村部にそしてすべての産業部門に関わる人々に適用拡大すべき次のような課題が指摘されていた。

・伝染病ーポリオ、ジフテリア、破傷風などは減少。しかし、結核、マラリアは依然として課題。

² 本節で制度概要を列記するのに当たり、平成15年度「タイ公的医療保険情報制度構築支援プロジェクト」資料等を参照した。

- ・ 心臓病、高血圧、ストレス、癌が（高所得者に限らず）目立つ。
- ・ HIV－新規患者数は減少、しかし、患者数は依然として高い水準。

このような諸問題を解決して、すべての国民に医療サービスを受ける機会を保障するために（Universal Care Policy: UC 政策）、2001年4月～10月に全県に導入された、30パーツ制度と呼ばれる医療保障制度が導入された。

UC 政策の6原則：

- ①プライマリケア活用の促進
- ②総額予算型の支払方式の採用
- ③認定制度による医療の質の確保
- ④標準給付パッケージとそれに基づく支払方式の採用
- ⑤既存保険基金の統合
- ⑥基金運用の県への分権化

保健省の意向「最終的には現行3制度の国民健康保険制度への統合を視野に」

○「30パーツ制度」の内容

30パーツ制度の対象者：従来の医療保険でカバーされていなかった人々のうち、30パーツ制度が実施される公立病院・公営病院・指定された民間病院の登録窓口で、30パーツ制度利用者登録を行った者。この登録を行うと30パーツ制度利用のためのIDカード（通称 ゴールド・カード）が支給される。

30パーツ制度の給付内容：登録した利用者は、30パーツ制度が実施される公立病院・公営病院・指定された民間病院に受診した場合、30パーツのみ自己負担し、これを超える額は無料で医療サービスを受けられる。ただし、30パーツ制度の医療内容は、30パーツ制度実施病院に対する政府補助などを財源とするその病院予算の範囲内で支給できる給付内容に限定され、より高度な医療サービスを受ける場合には、民間の医療保険を利用する必要があるという側面がある。

30パーツ制度の利用者数：2001年10月からの10ヵ月間で4590万人にゴールド・カードが発行され、延べ3500万人が医療サービスを受けたと報告されている。

30パーツ制度の財源＝政府予算の支出項目：30パーツ医療制度の1人当たり予算は年間1202パーツであり、その内訳は、外来に574パーツ、入院に303パーツ、予防・健康増進に175パーツ、事故・救急に25パーツ、高コストケアに32パーツ、資本投資に93

パーツとなっている。前者 3 種は人頭払いで医療機関に支払われ、後 3 種は保健省がプールし、必要な場合には出来高払いで診療報酬が支払われる。

○30 パーツ制度の課題と今後の展望：

財政的な持続可能性のための検討事項

- ・自己負担を増大させるのか？
- ・保険制度を目指すのか？（所得比例あるいは固定額、除貧困世帯）※医療保険という言葉をついに放棄？
- ・人頭払い予算単価を拡大させるのか？

問題点

- ・医療提供者の逆選択
- ・クリームスキミング・高リスク患者の回避
- ・救急患者への不十分な処置

以上のような所得保障と医療制度改革との関係は次のように捉えられる。すなわち、タイにおいては、出所率の低下が起こっているものの、大都市以外では、農業就業者の割合と3世代同居世帯の割合が高いことから、私的トランスファーが生活保障の役割を担っている面があることは事実であるものの、高齢化に伴う医療負担を軽減するために、保健省が30 パーツ制度を導入したことにより、医療給付の部分的現物給付により年金制度の不備を補完する生活保障制度の構築が進められている。

ただし、財政的な持続可能性については、医療費・薬剤費支出は図2のように推移しており、とくに医療費支出は通貨危機後もめだつた減少はない。そのような状況で、2002年に30 パーツ制度が開始された結果、今後も増大すると見込まれている。それだけに、医療保険には政府の保険料拠出分があり、30 パーツ制度は政府支出に依存するため、医療制度の財政を長期的に安定化させるためには、30 パーツ制度における負担の引き上げ計画を高齢化の医療・年金・高齢者福祉支出の将来推計などに基づいて立案していく必要性が認識されている。また、民間医療保険と公的医療保険の役割分担、及び民間医療保険を利用する形で現れる家族の生活保障機能や地域の資源や人々の参加について、高齢者の介護問題と関連しつつ検討する必要性が認識され始めている（国家保健医療開発五カ年計画（2002－2006年））。

○国家保健医療開発五カ年計画（2002－2006年）

①積極的な健康施策の展開

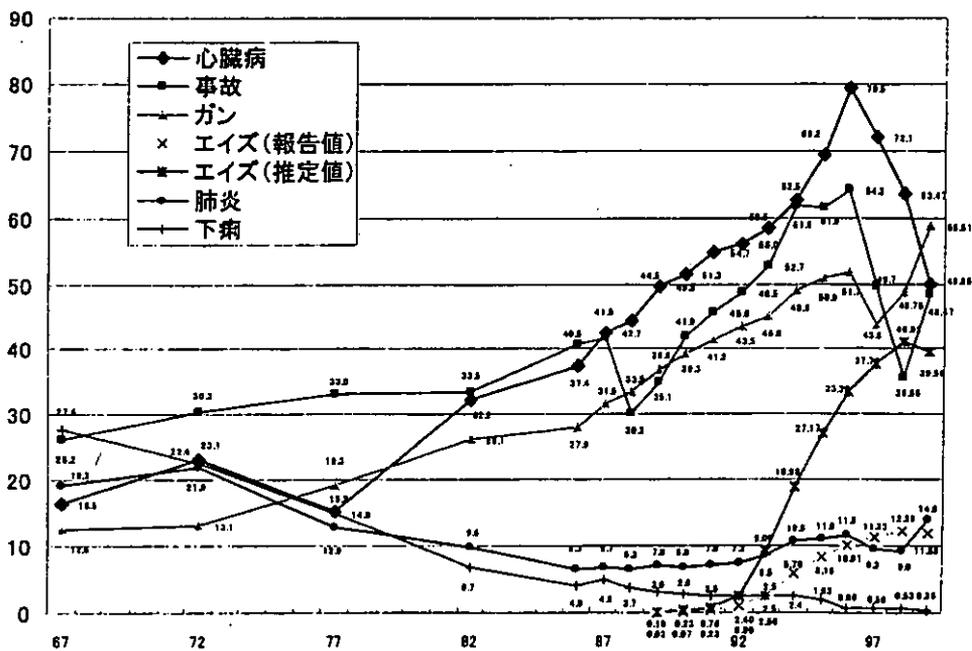
- ・プライマリケアユニットの強化

②普遍的なアクセスの保障

- ・30 パーツ制度

- ③ マネジメントシステムの構造的改革
 - ・ DRG (Diagnosis Related Groups) の開発
- ④ 保健医療にかかわる社会セクターの強化
 - ・ 地域参加の重視
- ⑤ 保健医療にかんする研究と知性のマネジメント
- ⑥ 新システムに対応できる人材の育成

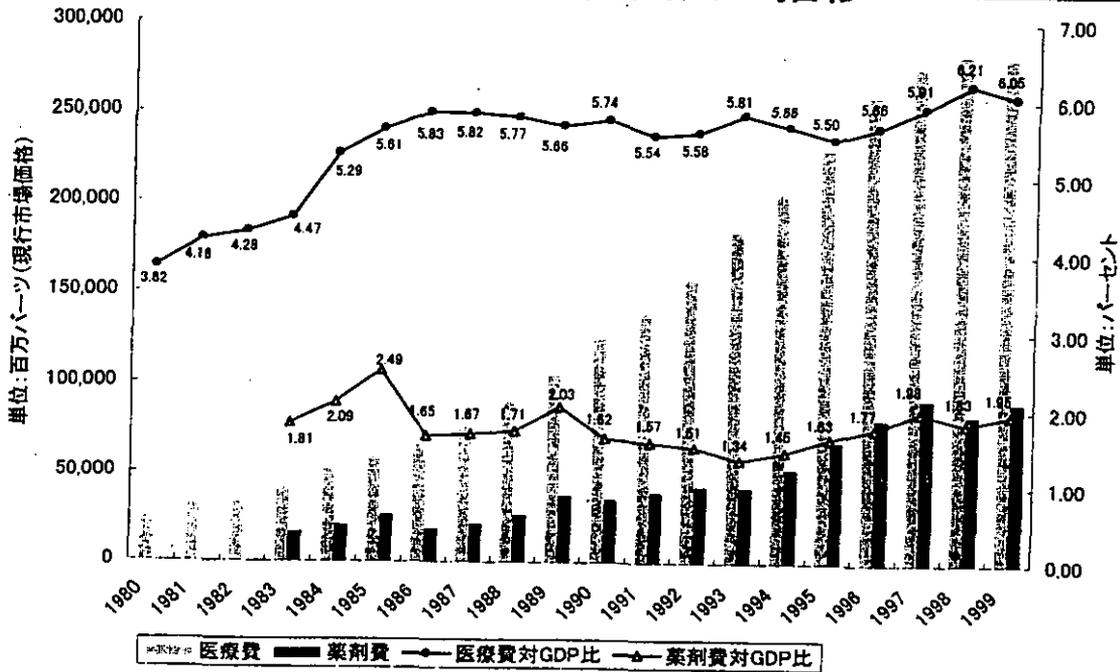
図1 人口10万人あたりの疾病別死亡者数



出所 脚注2を参照

図2

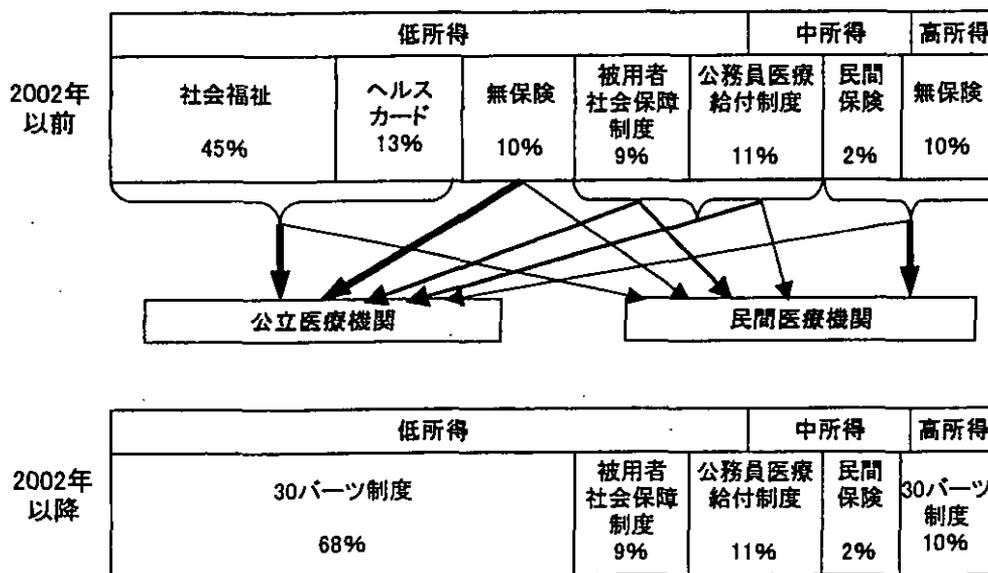
医療費・薬剤費支出の推移



出所 脚注2を参照

図3

所得階層と医療保障スキームのイメージ



出所 脚注2を参照