

厚生労働科学研究費補助金（政策科学研究推進事業）
分担研究報告書

中国高齢化とその対策 公的医療保険制度

分担研究者 馬 欣欣 京都大学大学院薬学研究科・特定講師

研究要旨：中国では、一人当たり十分な所得水準にまだ達していない一方で、高齢化が進んでいる（「未富先老」）。また、高齢化の対策の一部としての社会保障制度がまだ整備されていない。1990年代以降、中国では社会保障制度（とくに年金制度、公的医療保険制度）の改革が行われ、制度上で「国民皆保険」の目標に達成したが、実施面で様々な問題が残されている。とくに中国の人口・経済状況は多様であり、また戸籍制度の実施によって都市部と農村部が分断されている。本研究では、まずこのような高齢化の地域格差に注目し、政府公表データを活用し、公的医療保険制度の実施状況における都市部と農村部間の格差を明らかにする。次に、ミクロデータを活用し、公的医療保険制度の加入がどの程度医療費の自己負担額に影響を与えるのか、また都市部と農村部によって公的医療保険制度の実施効果が異なるのかを明らかにし、制度効果を考察する。分析結果より、公的医療保険制度には都市部と農村部間の格差が大きく、また都市部においても、農村部においても、公的医療保険制度が医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことが明らかになった。公的医療保険制度が所得再分配政策の1つとしてその果たすべき役割を評価すると、1990年代後期に実施された公的医療保険制度の改革が成功しなかったことが示された。

A．研究目的

本報告の目的は、中国で中長期的に大きな課題として考えられている人口高齢化の対策の1つとしての公的医療保険制度の改革およびその実施状況を紹介し、そこにはどのような問題が存在するのかを明らかにしたうえで、公的医療保険制度の効果を考察する。

戸籍制度の実施によって、中国経済及び社会保障制度は都市部と農村部によって異なっている。市場経済移行期（1978年以降）、戸籍制度の規制緩和に伴い、農村部から都市部への労働力移動が増加し、高齢化とそれに伴う問題が農村部でより深刻化している。そのため、本研究では、公的医療保険制度の実施状況における都市部と農村部間の格差を考察したうえで、都市部と農村部にわけて政策効果を分析する。

B．研究方法

本研究は文献研究、政府公表データ（マクロデータ）の収集と分析、ミクロデータ（中国健康・栄養調査のパネルデータ）分析からなる。このため国内における文献・データ収集に加え、中国における専門家からのヒアリング、現地視察を行ってきた。第1年度は、文献展望、マクロデータの収集と第六次人口センサスからその資料を用いて高齢化の状況を調べ、今後の研究・分析の準備とした。第2年度は、まず、マクロデータ・文献収集と分析を継続し、中国内の地域格差について考察した。次にミクロデータを用い、中国における社会保障制度の実施が国民の厚生（＝幸福度）に与える影響に関する実証研究を行い、その影響における世代間（現役世代と高年齢者世代）の差異も考察した。第3年度は、ま

ず、政府公表データを活用し、公的医療保険制度の実施状況における都市部と農村部間の格差を考察した。またマイクロデータを活用し、都市部と農村部にわけて政策効果に関する実証研究を行った。

(倫理面への配慮)

調査実施の際には、調査対象者の人権とプライバシーの保護には細心の注意を払った。またマイクロデータ使用の際には、プライバシーの保護には細心の注意を払った。

C. 研究結果

まず、政府公表データを用いた分析結果により、以下のことが確認された。

医療保険制度の加入状況に関しては、全国の状況を見ると、2011年に、医療保険加入者の割合は新型農村合作医療制度加入者が69.5%で最も多い。次いで都市従業員基本医療保険加入者が14.8%、都市住民基本医療保険加入者が9.5%となっている。公的医療保険以外の医療保険加入者の割合はわずか0.3%となっている。また2011年に、都市部で都市従業員基本医療保険加入者と都市住民基本医療保険加入者の割合がそれぞれ47.4%、25.1%で高い。一方、農村で新型農村合作医療制度加入者の割合が89.9%で最も高い。戸籍身分によって加入した医療保険の種類が異なることが示された。

医療供給については、千人あたり病床数は1990年に都市部4.18、農村部1.55、郷鎮診療所0.81、それぞれの格差(都市部/農村部の倍率、都市部/郷鎮診療所の倍率)は2.70、5.16となっており、2012年に都市部6.88、農村部3.11、郷鎮診療所1.24、それぞれの格差(都市部/農村部の倍率、都市部/郷鎮診療所の倍率)は2.21、5.55となっている。1990年から2012年にかけて、医療機関の千人あたり病床数における都市部と農村部間の格差が縮小せず、むしろ都市部と郷鎮診療所間の格差は拡大している。

医療需要に関しては、1991年から2012年にかけて新生児死亡率、乳幼児死亡率、5歳以下児童死亡率、妊産母死亡率のいずれも農村部が都市部より高い。たとえば、2012年に、新生児死亡率は農村部(8.1‰)が都市部(3.9‰)の2.1倍、乳幼児死亡率は農村部(12.4‰)が都市部(5.2‰)の2.4倍、5歳以下児童死亡率は農村部(16.2‰)が都市部(5.9‰)の2.7倍、妊産母死亡率は農村部(10万人あたり25.6人)が都市部(10万人あたり22.2人)の1.2倍とそれぞれなっている。また、中国衛生部(2009)『2008年医療サービス調査研究 第4回家庭健康諮問調査分析報告』によると、1993年から2008年までに、重症患者率のいずれも農村部が都市部より高く、重症患者入院日数のいずれも農村部が都市部より長い。たとえば、2008年に重症患者率は農村部(3.7%)が都市部(2.8%)より0.9%高く、重症患者入院日数は農村部(193日)が都市部(164日)より約1カ月(29日)長い。

医療需要は農村部が都市部より多いが、公的医療費支出は農村部が都市部より少ない。たとえば、政府の公的医療費支出総額は都市部が1990年の396.0億元から2011年の18,542.4億元へ上昇し、農村部が351.4億元から2011年の5,726.4億元へ上昇したが、その上昇幅は都市部が農村部より高い。その結果、都市部と農村部の格差(都市部と農村部の比率)は1990年の1.13倍から2011年の3.24倍へと大幅拡大した。また、政府の一人当たり公的医療費支出は都市部が1990年の158.8元から2012年の2,969.0元へ上昇し、農村部が38.8元から2012年の1,055.9元へ上昇したが、1990年から2012年までに一人当たり公的医療費支出における都市部と農村部間の格差は3.0~4.0の水準で推移し、両者間の格差がいまだ高い。

次に、中国健康・栄養調査のパネルデータ(CHNS2000、2004、2006)を用い、サンプル・セレクション・バイアスおよび個体間の異質

性問題を考慮したうえで、公的医療保険制度の加入がどの程度医療費の自己負担額に影響を与えるのか、また都市部と農村部によって公的医療保険制度の実施効果が異なるのかに関する実証研究を行った。分析結果より、都市部においても、農村部においても、公的医療保険制度が医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことが明らかになった。公的医療保険制度が所得再分配政策の1つとしてその果たすべき役割を評価すると、1990年代後期に実施された公的医療保険制度の改革が成功しなかったことが示された。

D．考察

中国では、計画経済期(1949～1977年)、戸籍制度によって政府は農村部から都市部への人口移動を抑制し、中国経済社会は都市部と農村部によって分断された。市場経済移行期(1978年以降)、戸籍制度の規制緩和に伴い、農村部から都市部への労働力移動が増加し、出稼ぎ労働者が増えてきた。一方、社会保障制度において農村部と都市部間の格差が依然として存在している。

たとえば、市場経済移行期、都市従業員基本医療保険制度(1998年)、都市住民基本医療保険制度(2007年)、新型農村合作医療制度(2003年)が制定・実施された。経過年とともにそれらの制度の加入者数が大幅に増加している。国民全員は3つの公的医療保険制度によってカバーされるため、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したといえる。

しかし、現行の制度には様々な問題が存在している。本研究では、政府統計データを活用し、医療供給体制、医療需要、医療保険金財源・公的医療費給付において、都市部と農村部間の格差が大きいことを明らかにした。医療需要は農村部が都市部より多いにもかかわらず、1人あたり医療費支出は農村部が都市部の約二分の一(2008年)となっている。なぜ、その現象が存在しているのか。以下の2つの

理由があげられる。まず、医療供給側の視点から考えると、医療供給体制には都市部と農村部間の格差が存在することが1つの理由である。農村部で医師・医療機関が相対的に少ないため、農村部住民が受ける医療サービスの量が少ない。また、医療需要側の理由の1つとして、流動性制約問題が存在していると考えられる。具体的に説明すると、1人あたり年間所得は農村部が都市部の約三分の一となっている。一方、医療技術、医薬品の価格は政府によって決められるため、医療・医薬品の価格には都市部と農村部間における大きな格差がない。さらに、医療費給付(医療費償還)は都市従業員基本医療保険制度が新型農村合作医療制度よりかなり多いため、医療費の自己負担率は農村部が都市部より高い。したがって、都市部に比べ、農村部で医療需要が相対的に多いが、受けられる医療サービスの量が少ないと考えられる。現行の医療保障制度には公平性の問題が存在することが示された。

また、実証分析の結果により、農村部においても、公的医療保険制度が医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことが示された。公的医療保険制度が所得再分配政策の1つとしてその果たすべき役割を評価すると、1990年代後期に実施された公的医療保険制度の改革が成功しなかったことが示された。その理由に関しては、以下のことが考えられる。都市部で実施された公的医療保険制度の改革の主な目的は所得再分配政策の一環として役割を果たすのではなく、国有企業の負担および政府財政負担を軽減するための改革である。また農村部で公的医療費支出が少ない。したがって、都市部においても、農村部においても、現行の公的医療保険制度は医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないと考えられる。

E．結論

まず、中国では、市場経済移行期、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したが、医療供給体制、医療需要、医療保険金財源・公的医療費給付において、都市部と農村部間の格差が大きい。現行の医療保障制度には公平性の問題が存在することが明なになった。社会の公平性を保ち、社会を安定させるため、このような農村部と都市部における社会保障制度の格差問題を是正することは今後の重要な課題となっている。都市部と農村部を統一する社会保障制度を構築することは必要である。

また、実証分析の結果により、中国で、都市部においても、農村部においても、公的医療保険制度が医療費の自己負担額を軽減する効果を持っていないことが示された。公的医療保険制度が所得再分配政策の1つとしてその果たすべき役割を評価すると、1990年代後期に実施された公的医療保険制度の改革が成功していないといえよう。重度な病気に罹ることによって生じる貧困問題に対処するため、公的医療制度を改革しながら、他の社会保障制度を整備することは今後の重要な課題となっている。重篤な疾患に罹る者に対する特別な医療費援助制度を設けることを検討する必要がある。また、他の要因が一定ならば、若年層に比べ、高年齢層で自己負担する医療費が高いことが分かった。高齢化が進んでいる中国で、高年齢者向けの貧困削減政策に取り組むことは今後の重要な課題となると考えられる。中国では、日本、アメリカで実施されている高年齢者向けの公的医療保険制度(日本:後期高齢者医療制度、アメリカ:Medicare 制度)を構築することを検討すべきであろう。

さらに、高齢化の対策において、政府は社会保障制度の制定・実施を通じてその役割を果たすべきである(公助)。一方、家族扶養などの方式で高齢者の生活・介護を支えることも重要な手段として重視すべきである(自助)。今後、社会保障制度の改

革、家族変動と世代間関係の変化、そして経済発展の持続といった多様な要因を考慮し、高齢化対策に関するさらなる研究を必要とする。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表

1. 馬欣欣「中国都市戸籍住民における医療保険の加入行動の要因分析 医療保険加入の類型およびその選択の決定要因」『アジア経済』第 55 巻第 2 号、pp.62-94 頁、2014 年 6 月。
2. 馬欣欣「中国新型農村合作医療保険制度と医療サービスの利用」京都大学大学院経済学研究科中国経済研究会、京都大学、2014.10.28。
3. Ma Xinxin (2015) “Population Aging and Public Health Insurance Reform in Rural China” presentation in the International Seminar on “Comparative Study on Population Aging in Eastern Asian Low Fertility Countries”, Tokyo and Kyoto, 2015.2.19-20.

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

1. 取得特許
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし