

# 中国における公的医療保険制度の実施状況とその問題点

## 医療保障における都市部と農村部間の格差

馬 欣欣（京都大学）\*

### 要旨

中国では、体制移行期に、公的医療保険制度（都市従業員基本医療保険制度、都市住民基本医療保険制度、新型農村合作医療制度）が制定・実施された。すべての国民は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。しかし、現行の制度には様々な問題が存在している。本稿では、政府統計データに基づいて、医療供給体制、医療需要、医療保険金財源・医療費給付において、都市部と農村部間の格差を検討した。分析結果により、都市部と農村部間の格差が大きいことが示された。今後、医療保障における公平性の問題を重視し、都市部と農村部における「公的医療保険制度の一体化」の改革を促進すべきであることが示唆された。

**キーワード:** 中国医療保障、公的医療保険制度の改革、都市部と農村部間の格差

### 1. はじめに

中国では、計画経済期に公的医療保険制度（労働保険医療制度、公務員公費医療制度）、共済互助医療（農村合作医療）が実施された。体制移行期に国有企業の改革、農村土地請負制度の改革が促進されるとともに、1990年以降、政府が公的医療保険制度の改革を行い、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）が逐次に制定・実施された<sup>1</sup>。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。すべての国民は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。

しかし、中国では、計画経済期に戸籍制度の実施によって、医療保障制度を含む社会保障制度は、都市部と農村部によって分断された。体制移行期における公的医療保険制度が計画経済期における労働保険医療制度、公務員公費医療制度、農村合作医療制度から改革されたもので

---

\* 本稿は馬（2016）の一部に基づいて作成したものである。詳細な内容に関しては、馬（2016）第3章「中国における公的医療保険制度の実施現状およびその問題点」を参照されたい。

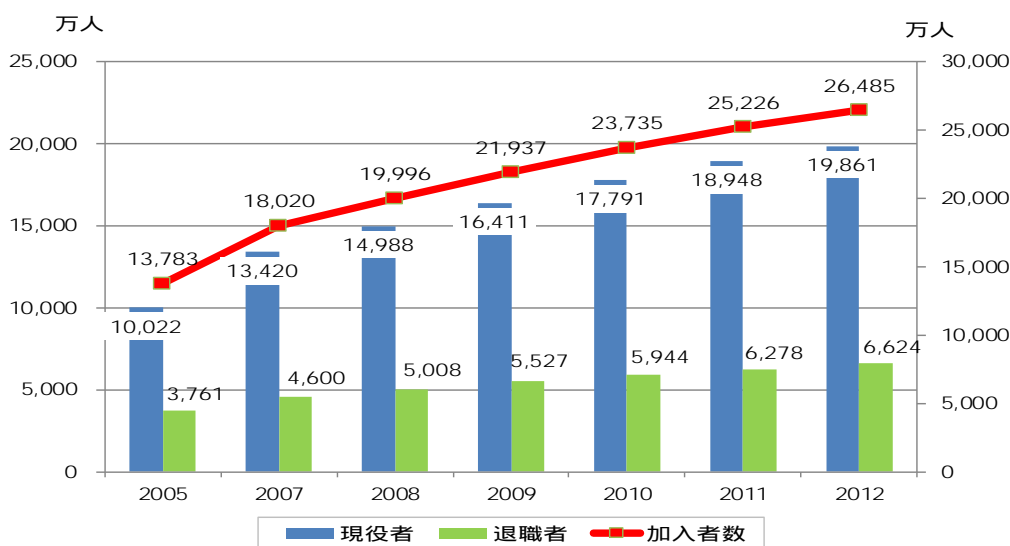
<sup>1</sup> 中国における公的医療保険制度の変遷の詳細に関しては、何（2005）、李（2005）、徐（2008）、王（2012）、李（2012）、顧・李（2013）、馬（2013）、馬（2014a,b,c,d,e）、久保（2014）などを参照されたい。

あり、現行の公的医療保険制度の仕組みおよび医療保険財源などは依然として都市部と農村部によって分断されているため、制度の運営において、都市部と農村部間の差異が存在していると考えられる。本稿では中国政府が公表した統計データを活用し、公的医療保険制度の実施状況の実態を明らかにしたうえで、医療保障における都市部と農村部間の格差問題を焦点に当てて検討したい。

## 2. 中国における医療保険制度の実施状況

### (1) 中国都市部における公的医療保険制度の実施状況

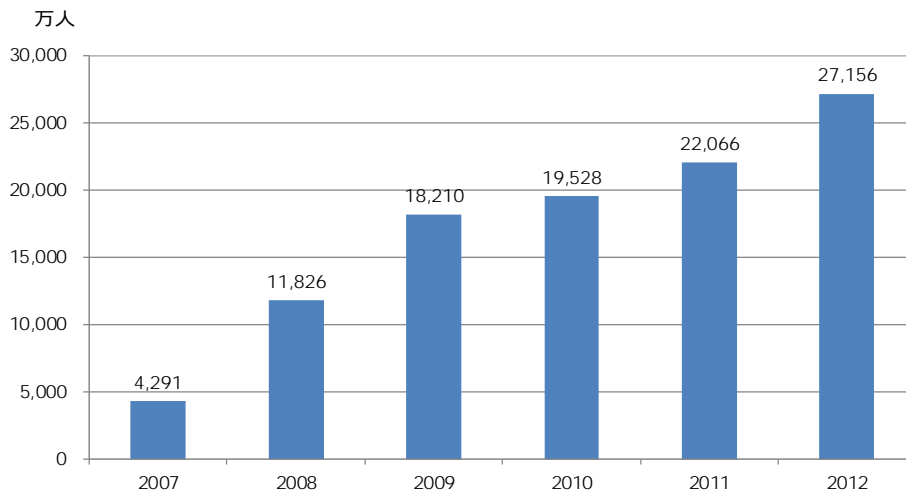
都市部における公的医療保険制度の実施状況は図1で示している。都市従業員基本療養保険制度加入者数は2005年の1.38億人から2012年の2.65億人へと倍増している。そのうち、現役就業者で加入者数が2005年の1.00億人から2011年の1.89億人へと増加し、退職者で加入者数が2005年の0.38億人から2011年の0.63億人へと増加した。経過年とともに、退職者数が増加することにつれて退職者グループで都市従業員基本医療保険制度の加入者が増加していると考えられる。また都市住民基本医療保険制度加入者数(図2)は2007年の0.43億人から2012年の2.72億人へと増加した。



出所: 『2012年中国衛生統計年鑑』、『中国統計年鑑2012』および

『2012年労働和社会保障事業発展統計公報』に基づき作成。

図1 都市従業員基本医療保険制度の加入状況(2005～2012年)



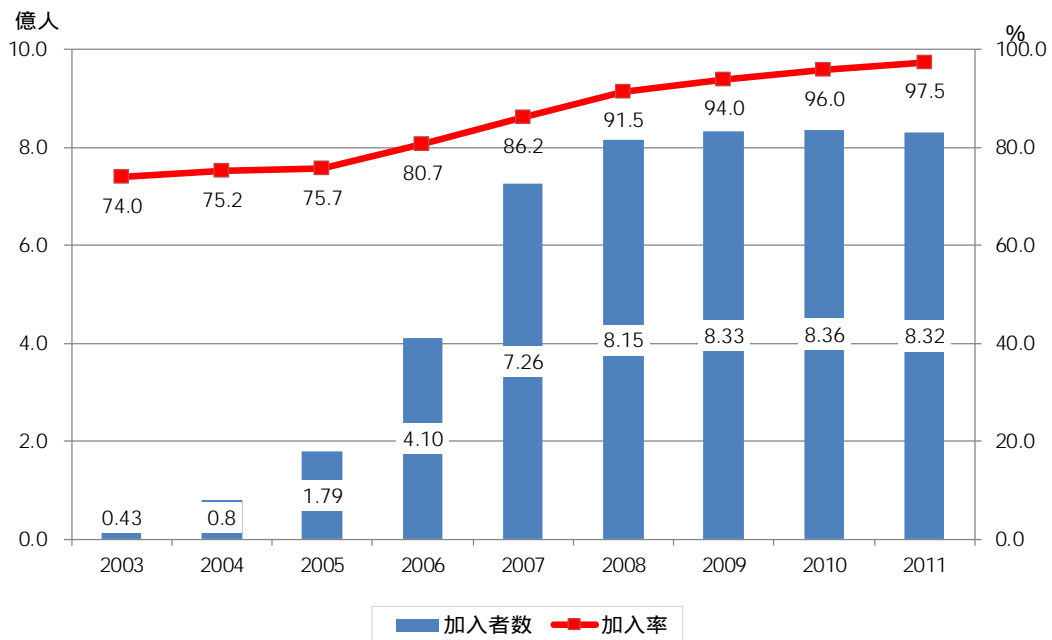
出所: 図 1 と同じ。

**図 2 都市住民基本医療保険制度の加入状況(2007～2012年)**

## (2) 中国農村部における公的医療保険制度の実施状況

農村部における公的医療保険制度の実施状況は図3で示している。2003年にスタートした新型農村合作医療制度の加入者数と加入率の変遷を表している。加入者数は2005年の1.79億人から2011年の8.32億人へと大幅に増加し、またその加入率(新型農村合作医療制度を試行した地域における加入者数が該当地域の農村人口総数に占める割合)が2005年の75.7%から2011年の97.5%へと大幅に上昇したことが見て取れる。現在、新型農村合作医療制度はほぼ農村戸籍を有する者の全体をカバーしており、その加入率は100%に近い高い値となっている<sup>2</sup>。

<sup>2</sup> ここに新型農村合作医療制度の加入率に関しては、政府公表データとマイクロデータによる集計結果が異なることを留意しておく。マイクロデータに基づく集計結果に関しては、Ma(2015)参照されたい。



出所：『中国衛生統計年鑑』2008年、2011年度版に基づき作成。

注：加入率 = 加入者数 / 農村人口総数

**図3 新型農村合作医療制度の加入者数と加入率(2003～2011年)**

### (3) 中国全体における公的医療保険制度の実施状況

図1、図2、図3では、都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険、新型農村合作医療制度の加入状況をそれぞれ考察したが、農村部で公的医療保険制度に加入する者(都市戸籍を有し、農村部で非農業に従事する労働者など)が存在する可能性がある。また、都市部と農村部のいずれにおいても、私的医療保険に加入する者も存在すると考えられる。これらの状況を含め、中国全体における各種の医療保険制度の加入状況を表1にまとめており、以下のことが示された。

表1 中国における医療保険の加入状況(2008年、2011年)

単位: %

	全国		都市部		農村部	
	2008年	2011年	2008年	2011年	2008年	2011年
都市従業員基本医療保険	12.7	14.8	44.2	47.4	1.5	2.9
公費医療制度	1.0	0.7	3	2.2	0.3	0.2
都市住民基本医療保険	3.8	9.5	12.5	25.1	0.7	3.8
新型農村合作医療制度	68.7	69.5	9.5	13.4	89.7	89.9
その他の医療保険	1.0	0.3	2.8	0.9	0.4	0.1
医療保険未加入	12.9	5.2	28.1	10.9	7.5	3.1

出所: 中国衛生部『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』および『2011年医改段階性評価調査』に基づき作成。

注: その他の医療保険: 商業医療保険、企業補助保険など。

まず、全国状況をみると、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。

次に、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。

医療保険未加入の状況に関しては、全国で医療保険未加入者の割合は2008年の12.9%から2011年の5.2%へと減少した。また都市部ではその割合が2008年の28.1%から2011年の10.9%、農村部ではその割合が2008年の7.5%から2011年の3.1%へと減少した。近年になるほど医療保険未加入率が低下したが、未加入率は都市部が農村部よりやや高いことが見て取れる。

以上より、都市従業員基本医療保険制度、都市住民基本医療保険制度、新型農村合作医療制度が実施された後、経過年とともに制度の加入者数が大幅に増加し、加入率も上昇したことが示された。これらの公的医療保険制度は国民全体をカバーするため、制度上で「国民皆保険」の目標を達成したといえる。しかし、制度の運営には様々な問題が存在している。以下では、主に医療保障における都市部と農村部間の格差を焦点に当てて検討する。

### 3. 中国医療保障における都市部と農村部間の格差

本節では医療供給、医療需要と公的医療保険制度における都市部と農村部間の格差問題を取り上げ、中国医療保障における公平性の問題を検討する。

#### (1) 医療供給における都市部と農村部間の格差

中国では、計画経済期、重工業発展促進政策が実施されていた。そのため、国家財政の多くは主に重工業が密集する都市部に投資し、公的医療制度を含む都市部における社会保障制度を整備させた。農村部で、毛沢東の「医療業務の重点は農村部に置くべき」という方針にしたがって、政府は共済互助の農村合作医療制度を促進し、医療従事者を都市部から農村部へ派遣したが、都市部に比べ、農村部で医療従事者が少なく、医療機関が少なかった。体制移行期に、政府が主導した公的医療保険制度が改革され、新型農村合作医療制度の実施が促進されたが、歴史の「負債」がいまだ残っており、医療供給において都市部と農村部間の格差が依然大きい。

まず、**表2**によると、千人あたり医師数は1980年に都市部が3.22人、農村部が0.76人、両者間の格差(都市部/農村部の倍率)が4.44倍、2012年に都市部が8.55人、農村部が3.41人、両者間の格差が2.51倍となっている。千人あたり看護師数は1980年に都市部が1.83人、農村部が0.20人、両者間の格差が9.15倍、2012年に都市部が3.65人、農村部が1.09人、両者間の格差が23.35倍と拡大している。体制移行期に、医師数における都市部と農村部間の格差が徐々に縮小しているが、看護師供給で両者間の格差は拡大している。

次に、医療機関の病床数(**表3**)に関しては、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大きく縮小せず、むしろ都市部と郷鎮診療所間の格差は拡大している。

**表2 医療従事者における都市部と農村部間の格差(1980～2012年)**

単位: 人/千人あたり

	医療技術者			医師			看護師		
	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部
1980	2.85	8.03	1.81	1.17	3.22	0.76	0.47	1.83	0.20
1985	3.28	7.92	2.09	1.36	3.35	0.85	0.61	1.85	0.30
1990	3.45	6.59	2.15	1.56	2.95	0.98	0.86	1.91	0.43
1995	3.59	5.36	2.32	1.62	2.39	1.07	0.95	1.59	0.49
1998	3.64	5.30	2.35	1.65	2.34	1.11	1.00	1.64	0.51
1999	3.64	5.24	2.38	1.67	2.33	1.14	1.02	1.64	0.52
2000	3.63	5.17	2.41	1.68	2.31	1.17	1.02	1.64	0.54
2001	3.62	5.15	2.38	1.69	2.32	1.17	1.03	1.65	0.54
2002	3.41	-	-	1.47	-	-	1.00	-	-
2003	3.48	4.88	2.26	1.54	2.13	1.04	1.00	1.59	0.50
2004	3.53	4.99	2.24	1.57	2.18	1.04	1.03	1.63	0.50
2005	3.50	5.82	2.69	1.56	2.46	1.26	1.03	2.10	0.65
2006	3.60	6.09	2.70	1.60	2.56	1.26	1.09	2.22	0.66
2007	3.72	6.44	2.69	1.61	2.61	1.23	1.18	2.42	0.70
2008	3.90	6.68	2.80	1.66	2.68	1.26	1.27	2.54	0.76
2009	4.15	7.15	2.94	1.75	2.83	1.31	1.39	2.82	0.81
2010	4.39	7.62	3.04	1.80	2.97	1.32	1.53	3.09	0.89
2011	4.61	6.68	2.66	1.83	2.62	1.10	1.67	2.62	0.79
2012	4.94	8.55	3.41	1.94	3.19	1.40	1.85	3.65	1.09

出所:『中国統計年鑑 2012』第 21-3 表に基づき作成。

注:合計を計算するとき、分母は以下の通りである。

2005 年以前:戸籍人口(都市戸籍人口 + 農村戸籍人口)

2005 年およびその以降:居住地に6カ月以上に居住する人口

**表3 医療機関の病床数における都市部と農村部の格差(1990～2012年)**

単位: 床/千人あたり

	都市部	農村部	郷鎮診療所	都市/農村	都市/郷鎮診療所
1990	4.18	1.55	0.81	2.70	5.16
1995	3.50	1.59	0.81	2.20	4.32
2000	3.49	1.50	0.80	2.33	4.36
2001	3.51	1.48	0.81	2.37	4.33
2002	3.40	1.41	0.74	2.41	4.59
2003	3.42	1.41	0.76	2.43	4.50
2004	1.64	0.75	0.76	2.19	2.16
2005	3.59	1.43	0.78	2.51	4.60
2006	3.69	1.49	0.80	2.48	4.61
2007	4.90	2.00	0.85	2.45	5.76
2008	5.17	2.20	0.96	2.35	5.39
2009	5.54	2.41	1.05	2.30	5.28
2010	5.94	2.60	1.12	2.28	5.30
2011	6.24	2.80	1.16	2.23	5.38
2012	6.88	3.11	1.24	2.21	5.55

出所:『中国統計年鑑 2012』第 21-7 表に基づき作成。

注:人口:居住地に6カ月以上に居住する人口。

## (2) 医療需要における都市部と農村部間の格差

中国で、医療供給で都市部と農村部間の格差が大きいと同時に、医療需要における両者間の格差も存在している。以下では、死亡率、主観的健康状態、重症患者率・重症患者入院日数における都市部と農村部間の格差を数量的に把握する。

まず、妊産母・乳幼児死亡率(表4)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。

表4 都市部と農村部における妊産母・乳幼児死亡率(1991～2012年)

年代	新生児死亡率 (1千人あたり)			乳幼児死亡率 (1千人あたり)			5歳以下児童死亡率 (1千人あたり)			妊産母死亡率 (10万人あたり)		
	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部	合計	都市部	農村部
1991	33.1	12.5	37.9	50.2	17.3	58.0	61.0	20.9	71.1	80.0	46.3	100.0
1992	32.5	13.9	36.8	46.7	18.4	53.2	57.4	20.7	65.6	76.5	42.7	97.9
1993	31.2	12.9	35.4	43.6	15.9	50.0	53.1	18.3	61.6	67.3	38.5	85.1
1994	28.5	12.2	32.3	39.9	15.5	45.6	49.6	18.0	56.9	64.8	44.1	77.5
1995	27.3	10.6	31.1	36.4	14.2	41.6	44.5	16.4	51.1	61.9	39.2	76.0
1996	24.0	12.2	26.7	36.0	14.8	40.9	45.0	16.9	51.4	63.9	29.2	86.4
1997	24.2	10.3	27.5	33.1	13.1	37.7	42.3	15.5	48.5	63.6	38.3	80.4
1998	22.3	10.0	25.1	33.2	13.5	37.7	42.0	16.2	47.9	56.2	28.6	74.1
1999	22.2	9.5	25.1	33.3	11.9	38.2	41.4	14.3	47.7	58.7	26.2	79.7
2000	22.8	9.5	25.8	32.2	11.8	37.0	39.7	13.8	45.7	53.0	29.3	69.6
2001	21.4	10.6	23.9	30.0	13.6	33.8	35.9	16.3	40.4	50.2	33.1	61.9
2002	20.7	9.7	23.2	29.2	12.2	33.1	34.9	14.6	39.6	43.2	22.3	58.2
2003	18.0	8.9	20.1	25.5	11.3	28.7	29.9	14.8	33.4	51.3	27.6	65.4
2004	15.4	8.4	17.3	21.5	10.1	24.5	25.0	12.0	28.5	48.3	26.1	63.0
2005	13.2	7.5	14.7	19.0	9.1	21.6	22.5	10.7	25.7	47.7	25.0	53.8
2006	12.0	6.8	13.4	17.2	8.0	19.7	20.6	9.6	23.6	41.1	24.8	45.5
2007	10.7	5.5	12.8	15.3	7.7	18.6	18.1	9.0	21.8	36.6	25.2	41.3
2008	10.2	5.0	12.3	14.9	6.5	18.4	18.5	7.9	22.7	34.2	29.2	36.1
2009	9.0	4.5	10.8	13.8	6.2	17.0	17.2	7.6	21.1	31.9	26.6	34.0
2010	8.3	4.1	10.0	13.1	5.8	16.1	16.4	7.3	20.1	30.0	29.7	30.1
2011	7.8	4.0	9.4	12.1	5.8	14.7	15.6	7.1	19.1	26.1	25.2	26.5
2012	6.9	3.9	8.1	10.3	5.2	12.4	13.2	5.9	16.2	24.5	22.2	25.6

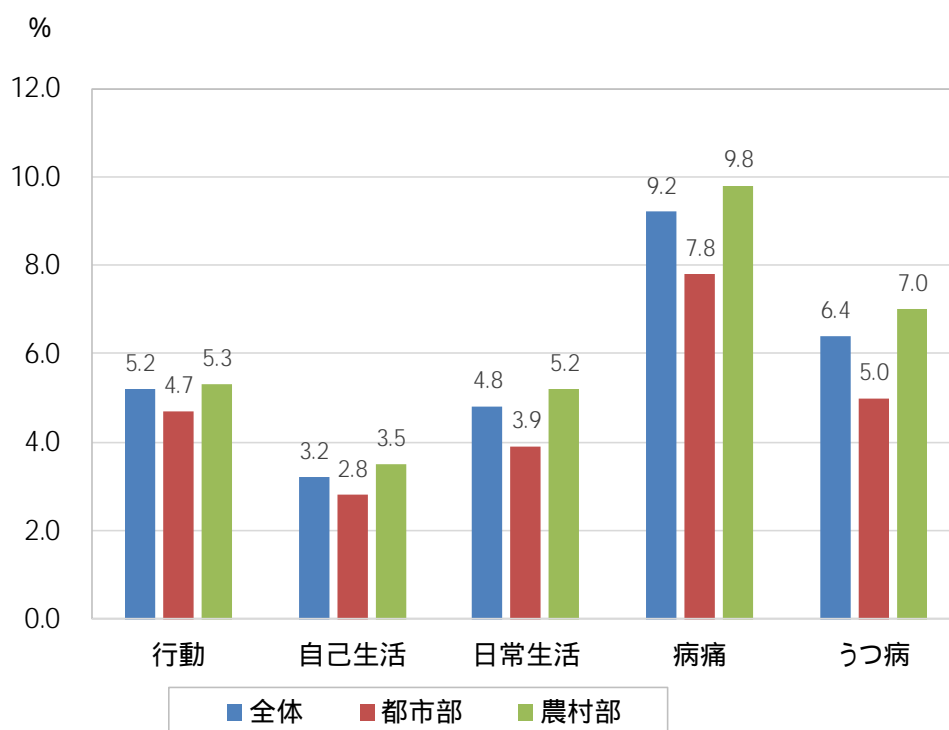
出所：『中国統計年鑑 2013』第 21 - 18 表に基づき作成。

次に健康状態における都市部と農村部間の格差に関しては、主観的健康状態(図4)からみると、「行動」、「独立生活」、「日常生活」、「病痛」、「うつう」には問題があると回答した者の割合の



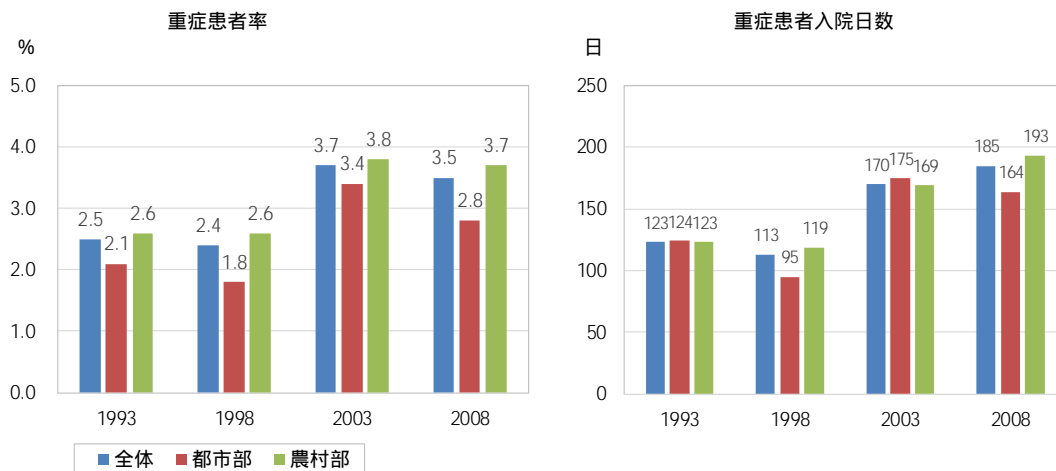
いずれも農村部が都市部より高い。たとえば、「病痛」と回答した者の割合は農村部(9.8%)が都市部(7.8%)より 2.0%高く、日常生活に問題があると回答した者の割合は農村部(5.2%)が都市部(3.9%)より 1.3%高い。

また、1993年から2008年までに、重症患者率(図5)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)長いことを見て取れる。



出所:中国卫生部(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』表3-1-1に基づき作成。

**図4 主観的健康状態における都市部と農村部間の格差(2008年)**



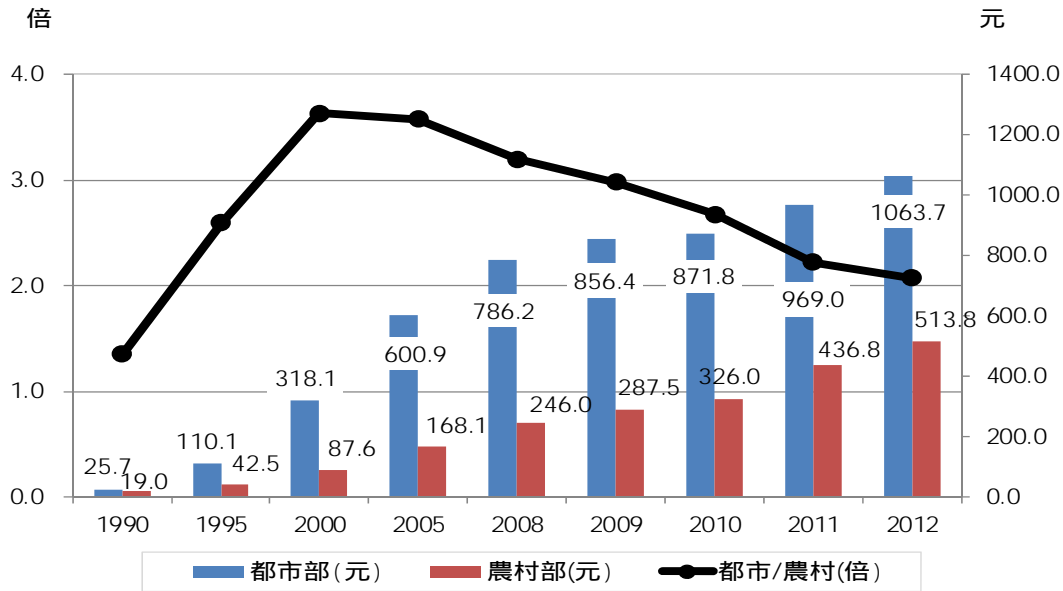
出所：中国卫生部(2009)『2008年医療サービス調査研究 第4回家庭健康諮問

調査分析報告』表3-2-11、表3-2-12に基づき作成。

**図5 重症患者率・重症患者の入院日数における都市部と農村部間の格差  
(1993～2008年)**

さらに、医療需要は農村部が都市部より多い一方で、医療費支出は都市部が農村部より大きい。図6によると、1990年から2012年までに、1人あたり医療費支出は都市部が農村部より低いことがわかる。1990年から2000年までに両者間の格差は1.35倍(1990年)から3.63(2000年)倍へと拡大し、その後、格差が小幅縮小したが、2012年に一人あたり医療費支出は都市部が農村部の約2倍であり、両者間の格差が依然として大きい。

なぜ、医療需要は農村部が都市部より高い一方で、医療費支出は農村部が都市部より低いのか。制度などの原因によって、農村部で医療サービスに対して過小需要の問題が存在することが、一つの理由として挙げられる。この点については、以下では、公的医療保険制度による医療保険財源・医療費給付の格差問題を考察する。



出所: 『2013年中国衛生統計年鑑』表4-1-5に基づき作成。

注: 1) 1人あたり年間医療費支出は各年度の名目値である。

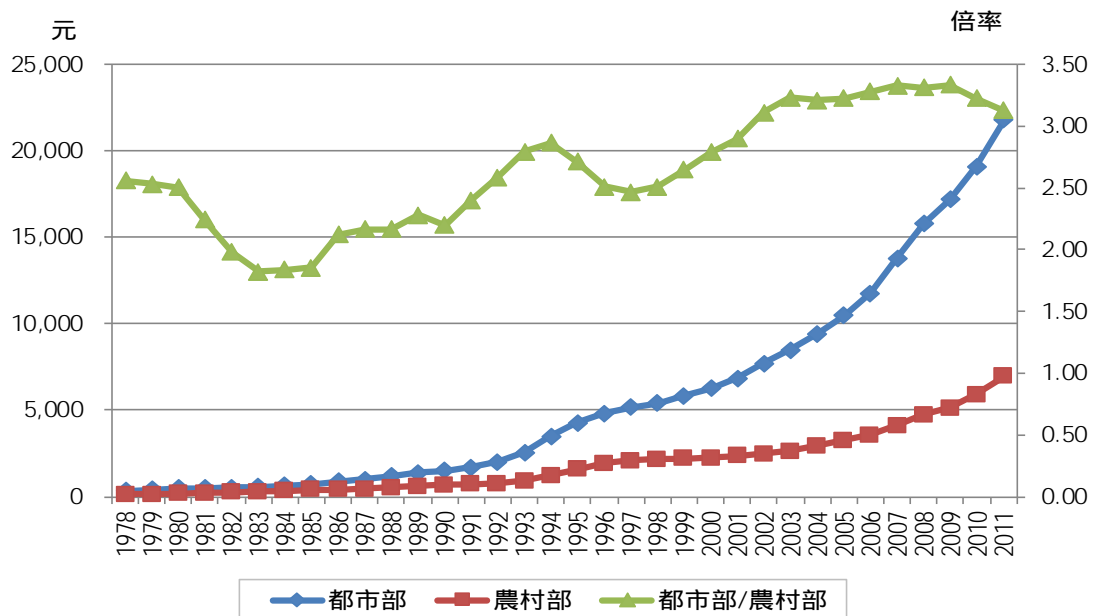
2) 都市/農村(倍率)は都市部年間医療費支出を農村部医療費支出で除して算出。

**図6 1人あたり年間医療費支出における都市部と農村部間の格差(1990~2012年)**

### (3) 医療保険財源・医療費給付における都市部と農村部間の格差

中国で計画経済期に戸籍制度によって、原則として農村戸籍を持つ者は就業する目的で都市に移動することが制限されていた。1980年代以降、戸籍制度の規制緩和が行われ、出稼ぎ労働者が徐々に増えてきたが、所得・消費水準、社会保障の面で農村部と都市部間の格差は依然として大きい。

図7に都市部と農村部における世帯一人あたりの年間所得の推移を示す。経過年とともに、農村と都市のいずれにおいても、一人あたり所得が上昇しているが、その上昇率は都市部が農村部より大きいため、都市部と農村部間の所得格差が拡大している。たとえば、一人あたりの所得における都市部対農村部の比率を都市部と農村部間の所得格差の代理指標とすると、所得格差は1978年の2.56倍から1983年の1.82倍まで縮小したが、その後には拡大しており、2011年に3.13倍となっている。



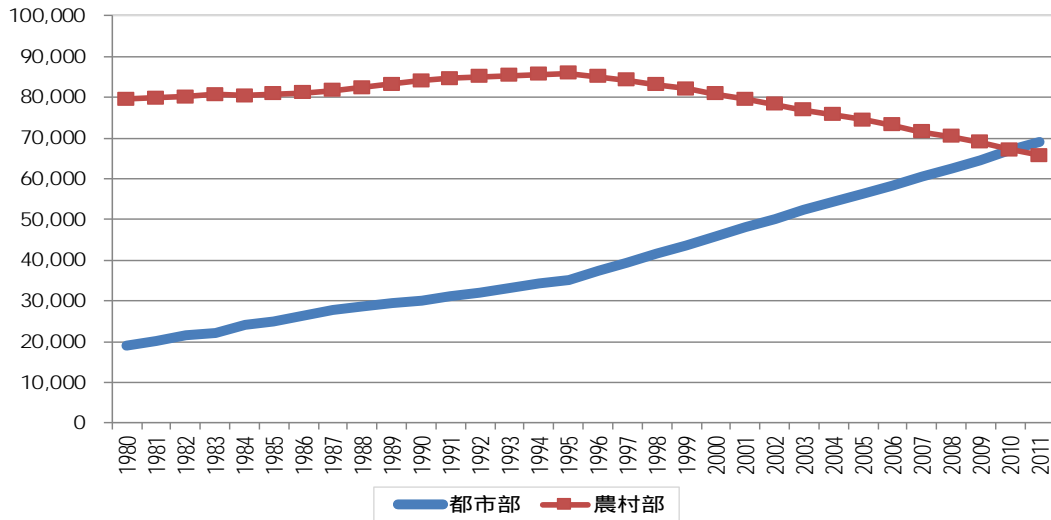
出所:『中国統計年鑑 2012』に基づき作成。

注:都市部:世帯一人あたりの可処分所得。

農村部:世帯一人あたりの純収入。

### 図7 都市と農村間の所得格差の推移(1978~2011年)

都市部と農村部における所得格差が拡大すると同時に、医療保障における両者間の格差も拡大している。まず、農村部人口数が都市部人口数より多い(図8)にもかかわらず、政府の公的医療費支出総額は都市部が農村部より多い。図9によると、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、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(図10)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。



出所: 『中国統計年鑑 2012』に基づき作成。

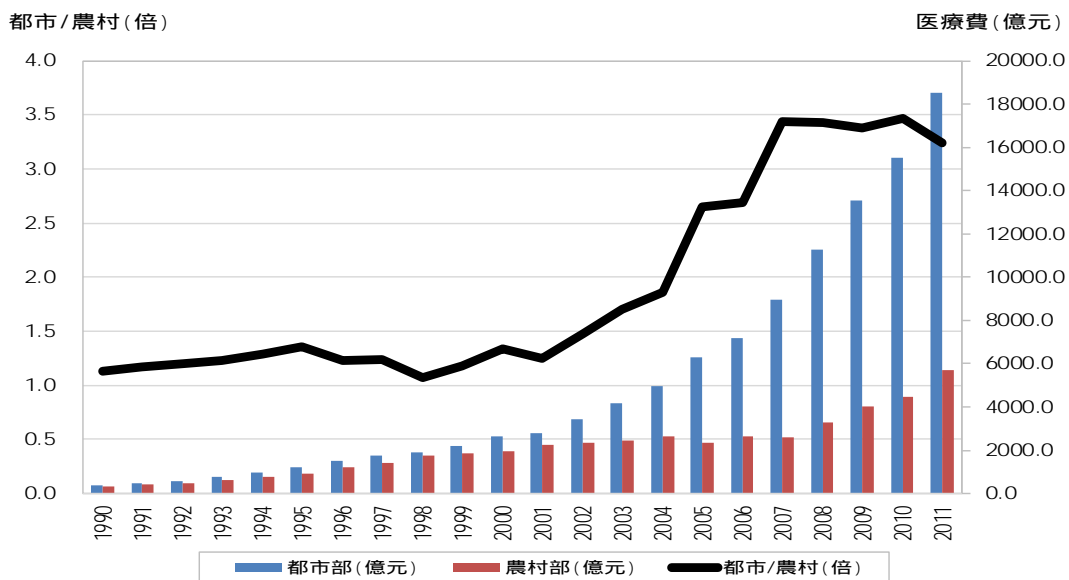
注: 1) 1981 年以前: 戸籍統計データ。

1982、1990、2000、2010 年: 人口センサス調査

その他: 人口抽出調査

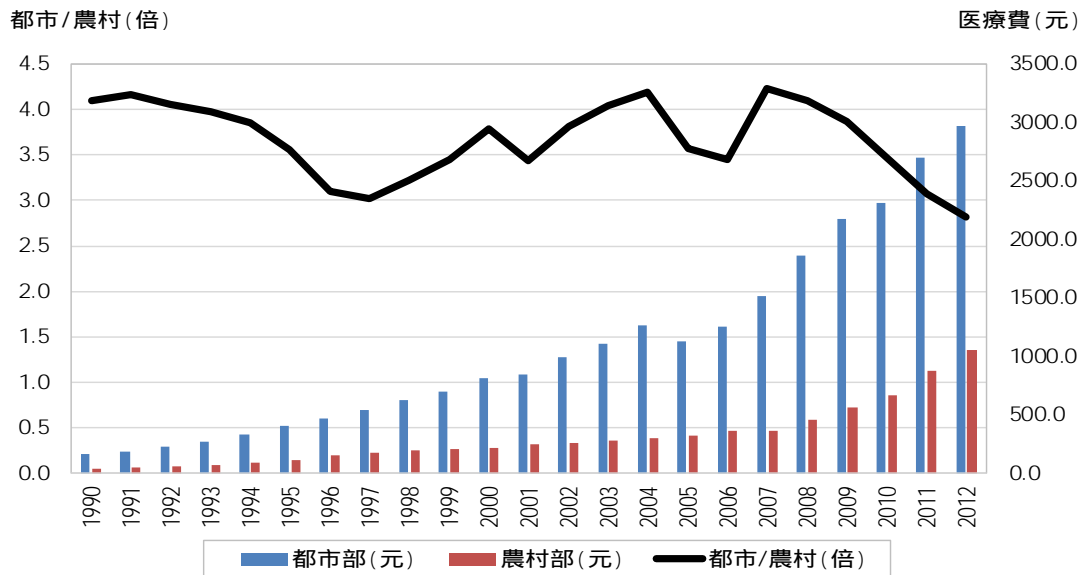
2) 現役軍人を含む(都市人口として計上)。

図8 都市部と農村部における人口数の推移(1980~2011年)



出所: 『中国衛生統計年鑑』各年度版に基づき作成。

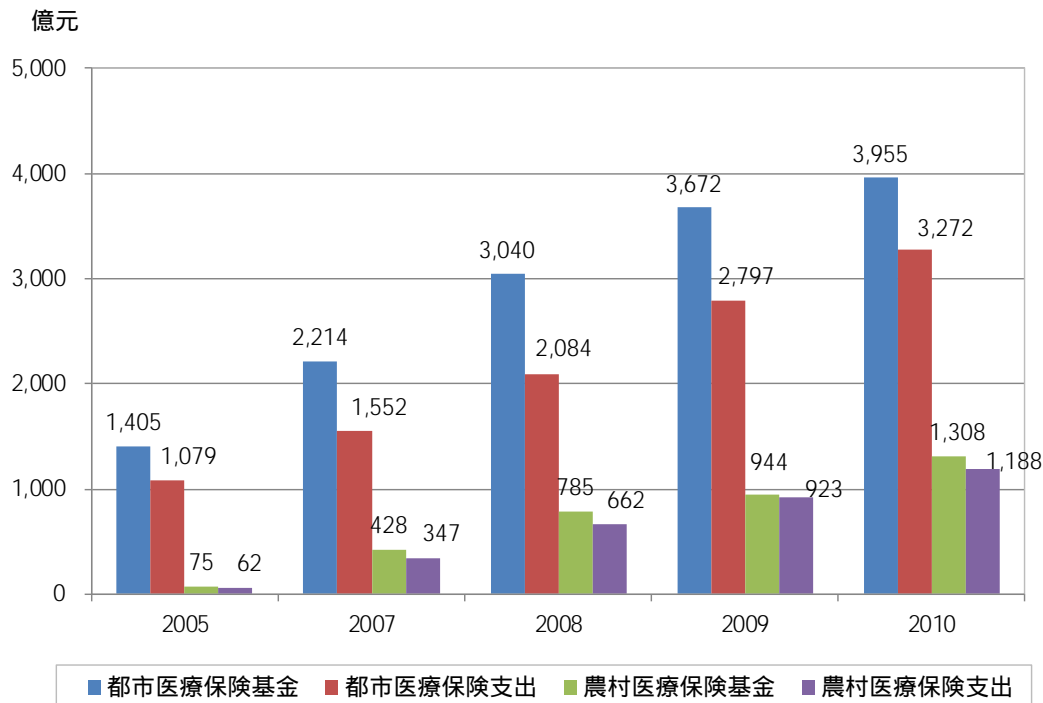
図9 政府医療費支出総額における都市部と農村部間の格差(1990~2011年)



出所：『中国衛生統計年鑑』各年度版、『中国統計年鑑』各年度版に基づき作成。

**図10 政府一人あたり医療費支出における都市部と農村部間の格差**  
(1990～2011年)

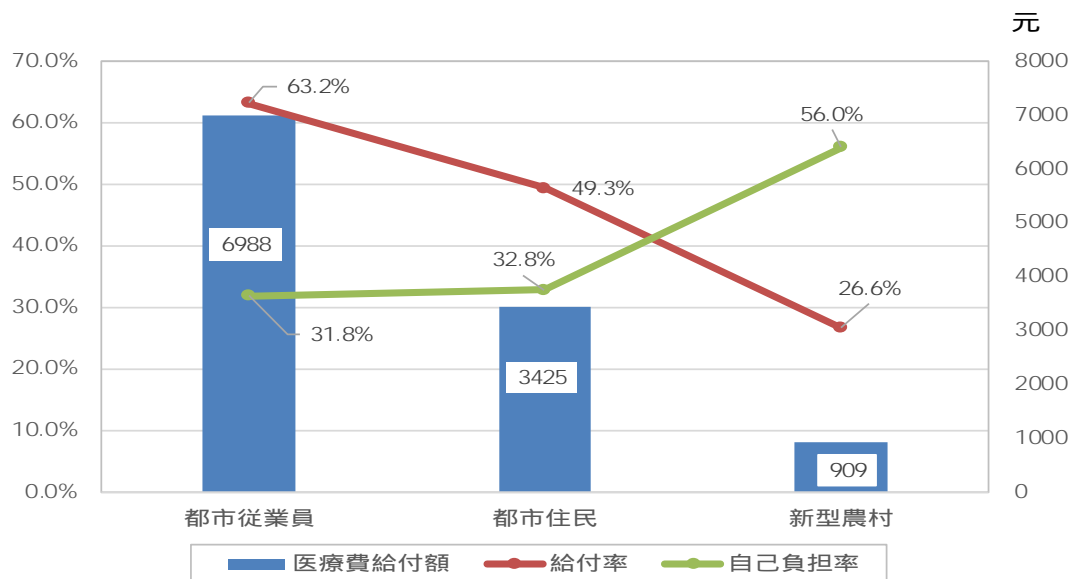
次に、医療保険基金の金額(徴収した保険金と政府補助金の合計、以下では「医療保険基金」と略称)においても、都市部と農村部間の格差が存在している。図11によると、2010年に、医療保険基金は都市部が3,955億元であり、農村部(1,308億元)の約3倍である。また医療保険支出は都市部が3,272億元である一方で、農村部が1,188億元で都市部の36.6%となっている。医療保険基金の財源には都市部と農村部間の格差が大きいことが示された。



出所：『2012年中国衛生統計年鑑』、『中国統計年鑑2012』に基づき作成。

図11 医療保険財源における都市部と農村部間の格差(2011年)

また、都市部と農村部でそれぞれ実施されている公的医療保険制度の仕組みが異なるため、医療費給付および医療費の自己負担額で都市部と農村部の格差も大きい。図12によると、(1)平均医療費給付額は都市従業員基本医療保険加入者が6,988円で最も多く、都市住民基本医療保険加入者が3,425元であり、新型農村合作医療制度加入者が909元で最も少ない。(2)給付率は都市従業員基本医療保険加入者(63.2%)、都市住民基本医療保険加入者(49.3%)、新型農村合作医療制度加入者(26.6%)の順に少なくなる。(3)医療費の個人負担率(医療費の自己負担金額が一人あたり平均年収に占める割合)は都市部が約3~4割(都市従業員基本医療保険加入者31.8%、都市住民基本医療保険加入者32.8%)であるが、農村部が約6割で最も高い。1990年代以降、流行語となっている「看病費」(医療費は高い)の問題は、農村部が都市部に比べてより深刻化していることがうかがえる。その結果、公的医療保険制度に加入しても、重大な病気になると、すぐ貧困層に陥るリスク(中国語で「因病変貧」)は農村戸籍住民が都市戸籍住民より高いと推測できる。



出所: 中国卫生部(2009)『2008年中国医療サービス調査研究 第四次家庭健康問診調査分析報告』54 - 65頁。

注: 都市従業員: 都市従業員基本医療保険加入者

都市住民: 都市住民基本医療費加入者

新型農村: 新型農村合作医療保険制度加入者

**図12 医療費給付と医療費負担における都市部と農村部間の格差(2008年)**

#### 4. まとめ

中国では、計画経済期に公的医療保険制度(労働保険医療制度、公務員公費医療制度)、共済互助医療(農村合作医療)が実施された。体制移行期に、国有企業の改革、農村土地請負制度の改革が促進されるとともに、公的医療保険制度として、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。本稿では、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・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(図6)。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は1つの理由となる。農村部で医師・医療機関が相対的に少なく、農村部住民が受ける医療サービスの量が少ない(表 2、表3)。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すると考えられる。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(図7)。一方、医療技術、医薬品の価格が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(図12)。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うかがえる。中国の公的医療保険制度の改革における公平性の問題を含め、制度効果に関するより厳密的計量分析は今後の課題としたい。

## 参考文献

### 【中国語文献】

中国国家統計局『中国統計年鑑』各年度版。

中国衛生部『中国衛生統計年鑑』各年度版。

中国衛生部(2009)『2008年中国医療サービス調査研究 第四次家庭健康問診調査分析報告』

顧海・李佳佳(2013)『中国城鎮化進程中統籌城鄉医療保険制度研究 模式選択与効応評估』

北京：中国労働社会保障出版社。

何平(2005)『中国医療保険制度評估与展望』『社会保障研究』2005年第2期。

李和森(2005)『中国農村医療保障制度研究』北京：經濟科学出版社。

李鴻敏(2012)『新型農村合作医療改革与發展研究—基于統籌城鄉視点』北京：中国社会科学出版社。

### 【日本語文献】

久保英也(2014)『中国における医療保障改革 皆保険実現後のリスクと提言』ミネルヴァ書房。

馬 欣欣(2013)『中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度の改革(その1)』『ファーマテクジャパン』第29巻第14号、39-43頁。

(2014a)『賃金政策 体制移行と部門間賃金格差』中兼和津次編著『中国經濟はどう変わったか 改革開放以後の經濟制度と政策を評価する』第13章、国際書院、419 - 457頁。

(2014b)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度改革(その2) 都市部における医療保険制度の変遷」『PHARM TECH JAPAN』第30巻第1号、91-96頁。

(2014c)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度改革(その3) 農村部における計画経済期の医療制度」『PHARM TECH JAPAN』第30巻第2号、135-138頁。

(2014d)「中国における社会保障制度の変遷と医療保険制度改革(その4) 農村部における市場経済期の医療制度」『PHARM TECH JAPAN』第30巻第3号、129-133頁。

(2014e)「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 医療保険加入の種類およびその選択の決定要因」『アジア経済』第55巻第2号、62-94頁。

(2016)『中国の公的医療保険制度改革』京都大学学術出版会(2016年2月出版予定)。

徐林卉(2008)『医療保障政策の日中比較分析 中国農村部医療保障の健全化に向けて』晃洋書房。

王崢(2012)『中国農村における包括的医療保障体系の構築』日本僑報社。

#### 【英語文献】

Ma Xinxin (2015) “Population Aging and Public Health Insurance Reform in Rural China” present in the International Seminar on “Comparative Study on Population Aging in Eastern Asian Low Fertility Countries” organized by the National Population and Social Security Institute on February 19-20<sup>th</sup>, 2015, Tokyo and Kyoto.