

中国の「基本医療保険制度」の展開と地域格差の実態 —上海市と青島市を例に—

楊 開宇、坂口 正之

大阪市立大学大学院生活科学研究科 社会保障科学研究室

Regional Variation in "Basic Medical Insurance System" of China — The Cases of Shanghai City and Qingdao City —

Kaiyu YANG and Masayuki SAKAGUCHI

Graduate School of Human Life Science, Osaka City University.

Summary

China introduced a new medical service provision system in 1999 with the social insurance principle, the "Basic Medical Insurance System". This insurance system is managed by local governments, which can decide the details of the system such as the level of contributions and provisions under the national guidelines. As a result, the gaps of the medical treatment levels among regions are widening. This paper aims to analyze the current situations of the "Basic Medical Insurance System", focusing on two cities; Shanghai, which is the economically richest nationwide, and Qingdao, a typical middle size coast region.

Keywords: 中国 (China)、基本医療保険制度 (Basic Medical Insurance System)、市場経済 (Market Economy Policy)、中国医療保険制度 (Medical Insurance System in China)、地域格差 (Regional variation)

I はじめに

「基本医療保険制度」を導入する以前の中国の医療保険制度は、主に「公費医療制度」¹、「労保医療制度」²及び「農村合作医療制度」³の三種類から構成され、そのうち「公費医療制度」と「労保医療制度」は、「無料医療」とも呼ばれていた。

特に、「労保医療制度」は初期の全国的に統一管理された社会保険制度から、1960年代後半より、企業ごとに独立して管理する保険制度に変化した⁴。この変化は、「労保医療制度」を社会保険化ではなく、「企業保険」化することを意味し、従業員および退職者の医療費を、すべて企業が負担するという特徴を与えることになった。言い換えると、この制度は、企業による企業内保障に個別化し、その経費を自社の収入より自主控除して支出するため、リスク（危険）の社会的規模における分散や管

理・サービスなどの社会化の程度が低いといえるのであった。さらに、定年退職者の医療費も、退職前に在職していた企業が全額を負担するため、企業の操業期間が長ければ長いほど定年退職者が多く、企業の負担が重くなる一方であった。

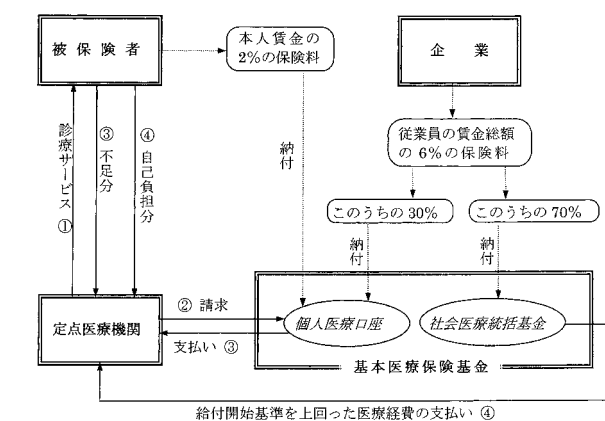
1980年代から、社会主義市場経済体制の浸透と高齢化社会の急速な進行に伴い「公費医療制度」と「労保医療制度」の問題点は一層大きくなっていく。医療費の増加は国家や企業にとって重い財政負担になり、この両制度はそのままでは継続できない状態になっていった。

そのため、中国では、1980年代後半からいろいろな方式で医療制度の改革が試みられた。それらの改革成果を踏まえ、1998年12月、中央政府はようやく従来の「公費医療制度」と「労保医療制度」を一本化し、「社会保険方式」で運営する「基本医療保険制度」と呼ばれる国有企業および民間企業を対象とする医療保険制度のプラン

を公表した。この新たな医療保険制度プランは、「最低限の公的保障と自己責任の原則」に基づき、「保険料で給付を賄う」という方式で運営していくことが示されている。従来の医療保険制度と比較すると、国家、企業の直接的な医療費負担がなくなり、被保険者本人の負担が大幅に増加した。これによって、患者側における「モラル・ハザード」の発生を押さえる効果が期待されている。

また、基本医療保険基金は、「個人医療口座」と「社会医療統括基金」により構成され、それぞれの使用目的が細かく決められている（図1を参照）。

しかし、この改革はあくまでガイドラインに過ぎず、地方政府がそれぞれの地域の実情に合致した「実施細則」を制定し、実施することになっている。本稿では、まず上海市と青島市の基本医療保険制度のそれぞれの現状を把握した上で、両地域にどのような地域格差があるのか、という点に焦点をあて「基本医療保険制度」を検討していくことにする。



注：1. 給付開始基準と給付限度額が定められており、給付開始基準は当該地域従業員平均賃金の10%以内、給付限度額は年平均賃金の4倍程度に決められている。
 2. 個人医療費用は、給付開始基準を上回らなければ、個人医療口座から支給若しくは個人の負担とされている。給付開始基準を上回り、給付限度額以下であれば、社会医療統括基金から支給されるが、個人も一定の割合を負担する必要がある。
 3. 個人の負担率や給付開始基準および給付限度額について、現状では各地方政府が保険金の収支の状況によって独自に設定することになっている。
 出所：「城鎮職工基本医療保険制度の創設に関する國務院の決定」を参考にして、筆者が作成した。

図一 中央政府の「基本医療保険制度」ガイドラインの仕組み

II 上海市と青島市の「基本医療保険制度」の内容の違い

上述のように、1998年12月、中央政府は「基本医療保険制度」に関するガイドラインを公表した。それを受け、上海市では、「上海市城鎮職工基本医療保険制度規則」を制定し、2000年12月1日から実施した。一方、青島市では、上海市と同じく「青島市城鎮職工基本医療保険制度規則」を作り、2000年7月1日から実施したことになる。

ところが、この制度の内容は両地域がそれぞれの地域

の実情に合わせて作られたものであるため、大きな違いが見られる。

ここでは、両地域はこの制度に関する保険料、保険基金と給付内容などを比較したうえで、地域格差を明らかにしたい。

1. 保険料

「基本医療保険制度」を支える基本医療保険基金は、企業の保険料と被保険者の保険料によって賄われる。その割合は地域によって異なるので、上海市と青島市において比較する。

(1) 上海市

まず、在職被保険者の場合、本人の支払う保険料は前年度の本人月平均賃金の2%に相当する金額である。ただし、本人月平均賃金のうち、前年度の上海市在職者月平均賃金の300%を超える部分は保険料算定のベースに算入しない。一方、同平均賃金の60%を下回る場合は同平均賃金の60%をベースとする。これに対して、定年退職者の場合、保険料の個人拠出金は免除されている。

つぎに、企業の拠出金は、当該企業の上述在職従業員の保険料算出ベースの総和の12%に相当する金額になる⁵。そのうちの10%は「社会医療統括基金」⁶保険料となり、2%は地方附加医療保険料として「附加医療保険基金」⁷に納付される。

(2) 青島市

在職被保険者の場合、本人の支払う保険料はその年度の月収ベースの2%に相当する金額である。定年退職者の場合は保険料の個人拠出金が免除されている。

企業の拠出金は、当該企業の在職従業員の保険料算出ベースの総和の8%に相当する金額になる。

また、青島市では、それとは別に「大病医療統括基金」を作り、被保険者本人が毎月2.5元（定額）を保険料として納付することになっている。

2. 保険基金

(1) 上海市

新制度の保険基金は、「基本医療保険基金」と「附加医療保険基金」によって構成されている。また、「基本医療保険基金」は、「社会医療統括基金」と「個人医療口座」によって構成されている。

まず、「基本医療保険基金」は、企業が拠出する保険料算出ベースの10%を原資とするものである。この企業が拠出した保険料算出ベースの10%の原資から、前年度

上海市平均賃金をベースに表1のような割合（その割合は5つの年齢層に分け、年齢に応じて高くなるが、高齢者に対しては配慮されている）で「個人医療口座」基金に積み立て、残った全額が「社会医療統括基金」に繰り入れられる。この「社会医療統括基金」は、各企業の外部で独立して運営され、被保険者および定年退職者の共通の基金として財政管理される。また、「附加医療保険基金」は、上述したように、企業が納付した地方附加医療保険料（2%）による。

(2) 青島市

青島市では、新制度の保険基金は、「基本医療保険基金」と「大病医療統括基金」によって構成されている。このうち、「基本医療保険基金」も上海市と同様に「社会医療統括基金」と「個人医療口座」によって構成されている。

企業が拠出した保険料算出ベースの8%の原資から、上海市とは異なり、本人月賃金をベースに表1のような割合で「個人医療口座」基金に積み立て、残った全額が「社会医療統括基金」となる。

表-1 現役世代と定年退職者の「個人医療口座」積立金の比較

被保険者の年齢 ¹⁾	上海市		青島市	
	被保険者積立 (給与天引き)	企業積立	被保険者積立 (給与天引き)	企業積立
35歳以下	本人前年度の月平均賃金×2%	前年度上海市平均賃金×0.5%	本人月賃金×2%	本人月賃金×2.7%
35歳～45歳	本人前年度の月平均賃金×2%	前年度上海市平均賃金×1%	本人月賃金×2%	本人月賃金×3.5%
45歳～定年退職	本人前年度の月平均賃金×2%	前年度上海市平均賃金×1.5%	本人月賃金×2%	本人月賃金×3.5%
定年退職～75歳	なし	前年度上海市平均賃金×4%	なし	本人年金 ²⁾ の5%
75歳以上	なし	前年度上海市平均賃金×4.5%	なし	本人年金 ²⁾ の5%

注：1. 上海市では、2000年12月31日時点のものである。

青島市では、2000年6月30日時点のものである。

2. 本人年金額は青島市平均賃金より低い場合は、青島市平均賃金額を算出ベースとする。

出所：「上海市城镇职工基本医療保険制度規則」と「青島市城镇职工基本医療保険制度規則」を参考にして、筆者が作成した。

3. 給付の内容

(1) 一般外来、急患と定点薬局³⁾

① 上海市

上海市では、被保険者が一般外来、急患、または定点薬局で処方を受ける場合に発生する費用は、まず、本人の「個人医療口座」からその支払を行う。さらに、口座積立金を上回る医療費（ただし、定点外薬局での処方の費用は含まれない）については、その不足部分は表2の通り、本人が自己負担および「附加医療保険基金」から支払われる。

表-2 上海市現役世代、早年退職者¹⁾と定年退職者の一般外来・急患の医療費負担の比較

	年齢 ²⁾	「個人医療口座」残高 ゼロ後個人負担額	個人負担額を超えた場合の負担比率			
			病院等級 ³⁾	個人負担	附加医療保険基金	
現役世代	新 人 ¹⁾	100%	—	—	—	
	中 人	34歳以下	市前年度平均年収の10%	関係なく	50%	50%
		34歳～44歳	同上	同上	40%	60%
		45歳～定年退職	同上	同上	30%	70%
早年退職者 (早年金生活者)	新 人	2001年1月1日以降退職 市前年度平均年収の10%	1級	45%	55%	
			2級	50%	50%	
			3級	55%	45%	
	中 人	34歳以下、 2001年1月1日以降退職	市前年度平均年収の5%	1級	45%	55%
				2級	50%	50%
		34歳～44歳、 2001年1月1日以降退職	同上	1級	30%	70%
				2級	35%	65%
				3級	40%	60%
				3級	40%	60%
	人	45歳以上、 2001年1月1日以降退職	同上	1級	15%	85%
				2級	20%	80%
				3級	25%	75%
定年退職者	老 人 2001年1月1日以前退職	市前年度平均年収の2%	1級	10%	90%	
			2級	15%	85%	
			3級	20%	80%	

注：1. 早年退職者：法的定年退職年齢は男性が60歳、女性が55歳であるが、現在は、国有企業体制改革のため、法的定年退職年齢に至ってなくても、定年手続きの申請ができる。
2. 年齢は2000年12月31日時点である。
3. 病院等級：中国の医療機関は3級10等に分けて管理されている。
「1級病院」とは、人口約10万人を有する医療圏に置かれて、予防・医療・保健・リハビリサービスを提供する病床数20床以上の地域密着型病院である。「2級病院」とは、地域を越えて、複数の医療圏に一つ置かれて、総合的な医療サービスを提供し、さらに一定の教育・科学研究任務を受けている病床数100床以上の地域的な病院である。「3級病院」とは、複数以上の地域に対して、高水準の専門的な医療サービスを提供し、大学教育・科学研究を行っている病床数500床以上の総合病院である。
4. 2001年1月1日以前に就職した者を指す。
5. 2001年1月1日以前に就職した者を指す
出所：「上海市城镇职工基本医療保険制度規則」を参考にして、筆者が作成した。

② 青島市

一方、青島市では、一般外来、急患、または定点薬局で処方を受ける場合に発生する費用に対する支払いは、基本的に「個人医療口座」だけで賄い、不足分については、あらかじめ決められた45病種を除いて、全額を自費により負担することになる。

このことから、一般外来、急患、定点薬局で発生した医療費の給付は、上海市の方が青島市より高いといえる。

(2) 入院、救急観察室医療

① 上海市

上海市では、入院の際と救急観察室の費用は、基本的には、「社会医療統括基金」から給付される。では、どのように給付されるのか。まず、「社会医療統括基金」には最低給付開始基準と最高給付限度額が設定され、医療費用が最低給付開始基準を上回ったときに、最高給付限度額までの範囲内で給付される。その最低給付開始基準は、a. 現役世代の場合、市前年度平均年収の10%に相当する金額とする。また、b-1. 2000年12月31日までに定年退職した者については、市前年度平均年収の5%に相当する金額とし、b-2. 2001年1月1日以降定年退職する者については、8%と定められている。この最低給付開始基準を超えた部分の医療費用については「社会医療統括基金」が現役世代に費用の85%を負担し、定年退

職者に対して、その92%を負担することになっている。それ以外の部分及び最低給付開始基準以下の医療費用は、本人の自己負担となる。つぎに、「社会医療統括基金」の最高給付限度額は、市前年度平均年収の4倍と決められており、これを超えた分については、「附加医療保険基金」がその80%を負担し、残り20%が本人の自己負担とされる。

②青島市

青島でも、入院の際と救急観察室の費用は、まず、「社会医療統括基金」から給付される。上海市と同様に、「社会医療統括基金」には最低給付開始基準と最高給付限度額が設定されている。しかし、最低給付開始額は医療機関の等級により決められ、規模の大きい病院ほど最低給付開始額が高くなっている(表3を参照)。これは、大型病院への集中を抑制しようというねらいであると思われる。また、給付水準については、医療費額によって、給付率が異なっている(表4を参照)。さらに、最高給付限度額を超えた分については、「大病医療統括基金」がその90%を負担し、本人が残り10%を負担する。ただし、上海市の「附加医療保険基金」から給付を受ける場合、最高給付限度額が設定されていないが、青島市の「大病医療統括基金」の場合には15万元を最高給付限度額として設定されている。

表-3 青島市医療機関の等級別の最低給付開始額と最高給付限度額

(2002年度)			
	1級病院	2級病院	3級病院
最低給付開始額	市前年度平均年収×6% (690元)	市前年度平均年収×8% (910元)	市前年度平均年収×10% (1140元)
最高給付限度額	市前年度平均年収×4 (46000元)	同左	同左

注: 1~3級病院については、表2の註3を参照されたい。
出所: 「青島市城鎮職工基本医療保険制度規則」を参考にして、筆者が作成した。

表-4 青島市入院、救急観察に関する給付水準

医療費	現役世代		退職者	
	社会医療統括基金	個人医療口座	社会医療統括基金	個人医療口座
最低給付開始額~5000元	82%	18%	91%	9%
5000元~1万元	85%	15%	92.5%	7.5%
1万元~2万元	90%	10%	95%	5%
2万元~最高給付限度額	95%	5%	97.5%	2.5%

出所: 「青島市従業員基本医療保険制度規則」を参考にして、筆者が作成した。

(3) 重病外来及び在宅治療の医療費用

①上海市

上海市では、外来患者であっても、重症の尿毒症の透析、悪性腫瘍の化学治療及び放射線治療などを受ける場合は重病外来治療と呼ばれ、その費用については、「社会医療統括基金」が、現役世代に85%、定年退職者に92

%を給付することになっている。残りの部分は、まず、「個人医療口座」の残高から支払うが、もし不足があればその部分は本人の自己負担となる。また、在宅治療の医療費については、その80%が「社会医療統括基金」で負担され、残りの20%が本人の自己負担となる。

なお、重病外来治療および在宅治療に関する「社会医療統括基金」からの給付にも、最低給付開始基準と最高給付限度額が設けられている。その最低給付基準を上回り、最高給付限度額の範囲以内での給付率は、入院する際と同じである。

②青島市

青島市でも、「社会医療統括基金」から外来の重症の尿毒症の透析、悪性腫瘍の化学治療及び放射線治療の医療費については、給付を行うこととなっている。最低給付基準を上回り、最高給付限度額の範囲内での給付率は、入院する際と同じである。

上述のように、両地域の「基本医療保険制度」の内容を比較すると、医療保険料の負担率が異なるだけではなく、医療保険給付のシステムそのものが違うことが分かる。これは、中央政府が発表したガイドラインに近い形で設計されるものの、できる限りそれぞれの当地の事情を勘案して、当地の経済発展の水準に適合したシステムに変更されていることによるものである。

Ⅲ 「基本医療保険制度」における格差の是正

1. 地域格差形成の要因

これまでみてきたように、「基本医療保険制度」において地域格差が存在するが、格差を形成した要因として、以下の2つの原因が考えられる。

(1) 経済発展による格差

上海市の「基本医療保険制度」の給付内容からみると、青島市より充実していることが分かる。その原因については、まず、経済水準の高いことがあげられる。

統計によれば、2002年の一人当たりGDPでは、上海市が第2位の北京市を大きく引き離して4万元(約4800ドル)を超えた。第3次産業部門が拡大・発展して、すでにGDPの51%を占めている。

また、青島市の2002年の一人当たりGDPは、約2万元(2400ドル)であり、全国の中で第11位となって、全国平均と中西部より高い水準である。

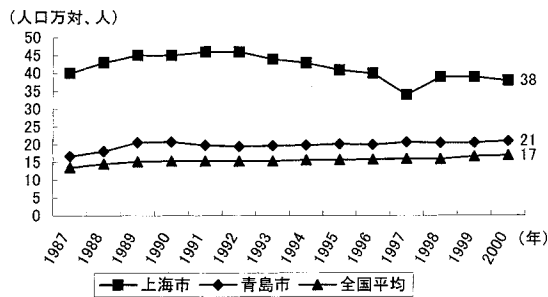
その背景には、経済改革・開放政策が採用されて以来、

経済の発展は完全に上海市などの大都市と青島市などの沿海部を中心に活発になったことがあげられる。一方、中西部は交通不便な状況に置かれたため工業化、都市化が遅れた。そのため、一人当たりGDP格差は早いテンポで拡大した。

(2) 医療水準による格差

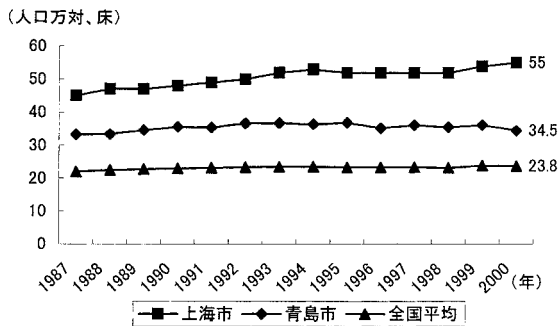
中国では、地域による医療水準格差が大きい。いま、医療水準を医師数と病床数において比較すると、図2と図3に示したように、上海市の医療供給体制の量ははるかに青島市と全国平均水準を上回っているということがわかる。

このような医療供給水準の高さは、医療の給付体制が社会化された中で、価格高騰を伴うことなく、医療保険給付を充実させることにつながるようになった。また、地域の経済水準の高さが医療保険給付への支払いを可能にしたのであった。



出所：各地 2002 年統計公報を参考にして、筆者が作成した。

図-2 人口1万人当たり医師数の比較



出所：各地 2002 年統計公報を参考にして、筆者が作成した。

図-3 人口1万人当たり病床数の比較

2. 「基本医療保険制度」の問題点と改革方向

(1) 「個人医療口座」に関する問題と解決策

①退職者の「個人医療口座」積立ベースの基準の設定
「基本医療保険制度」では、本人が支払った保険料に加えて、企業が拠出した保険料の中から一定の割合によ

って「個人医療口座」に積み立てられる。その保険料の賦課の基準は、地域によって、当該地域の前年度平均賃金月額と本人の個別給与月額当地域前年度平均の月賃金と本人個別月給を算出ベースとして設定する2つの方法がある。特に、退職者の場合は、本人の保険料は免除されているが、企業が拠出する基準として、本人ごとの年金額を算出ベースにする地域が多い（例えば、青島市）。

その結果、退職者の年金額が低いほど企業からの「個人医療口座」への積立金が低くなる。しかし、年金額の差は年金受給者の自己責任により生じた結果というよりは、政策によるものが大きいと思われる。したがって、この年金額の差により、受けられる医療サービスに影響を与えることは、医療給付の公平性の視点から考えると「結果の不平等」が生じることになる。そのため、「個人医療口座」への積立ベース基準は、各地域間で統一する必要がある。

②「個人医療口座」の積立金

「個人医療口座」設定の目的の一つは、疾病リスクが高齢になるほど高くなるから、若いときから自らの口座に将来の医療費のために強制的に貯蓄し、高齢時に比較的に低額の負担で医療を受けられるようにすることである。しかし、旧制度から新制度への移行する際、「個人医療口座」の積立残高の問題が発生している。すなわち、高齢者の加入期間が短いために、十分な残高が形成されていないという問題である。

「基本医療保険制度」の給付では、高齢者に対していくらかの配慮をしているが、「個人医療口座」に残高が少ないため、結果的に自己負担率が高くなる。また、現在、病気になっている人の場合にも、「個人医療口座」の残高が少なく、高い率の自己負担が求められている。

しかし、この問題は制度を転換する際に発生することは避けられないもので、政府は責任をとるという意味で、一定の経済的補償を与えるべきであると思われる。

(2) 財源の確保

中国の人口構造は、近年、高齢化の進行が加速している。表5が示しているように、全国平均水準はまだ高くないが、上海市の高齢化率はすでに14.8%に達している。また、上海市は1993年から10年間連続で人口増加率がマイナスになっており、今後数十年にわたって高齢人口は持続的に増大することは確実で、これは上海市の直面する重大な社会問題である。

高齢者の増加に伴い、高齢者医療費の増大は避けられない。しかし、「基本医療保険制度」は、「保険料で給付

を賄う」という方式で運営していくとされるが、今後の急速な高齢化と医療費の増高は必然的に基本医療保険基金からの支出を増加させ、保険財政は早晚赤字を招くものと予想される。また、「基本医療保険制度」の基金は基本的に地域ごとに徴収され、管理されるため、全国的な財政調整は困難である。

表-5 2002年人口関するデータ

	総人口数 (万人)	65歳以上の 高齢者人口数 (万人)	高齢化率 (%)	出生率 (‰)	死亡率 (‰)	自然増加率 (‰)
上海市	1334.7	195.7	14.8	4.6	7.2	-2.6
青島市	715.7	70.4	9.8	10.6	6.7	3.9
全国平均	128453.2	9377.2	7.3	12.9	6.4	6.5

出所：各地 2002 年統計公報を参考にして、筆者が作成した。

(3) 予防医療と家族医療

「基本医療保険制度」は、予防医療としての定期健康診断さえも含まれず、疾病の早期発見、早期治療が困難な制度である。

また、旧制度では、扶養家族に対して 5 割の給付を行っていたが、新制度での給付対象者になるのは、被保険者だけであり、扶養家族の医療給付は除かれた。中国では、共働き夫婦世帯が一般的と言っても、子供に対する医療保障は何らかの形で行うべきであろう。

IV おわりに—医療保険制度改革の展望

現在、中国では、都市部における医療保険制度改革は「基本医療保険制度」の実施の段階に移行している。この新制度は、各地域の実情を十分に配慮して作られたものであり、そのシステム自体は地域によって、大きく異なっている。

「基本医療保険制度」は、医療費や医療財政あるいは家計の医療支出にどのような影響を与えるのかは、現在のところ制度が実施されたばかりであるため、その評価は難しい。しかし、今後の高齢化の進行を考えれば、基本医療保険基金の財政は決して楽観できるものではないと思われる。

また、「基本医療保険制度」の実施により、医療機関の管理体制上では独立採算制度を全面的に導入することになっている。市場経済のメカニズムによって、医療機関間の自由競争を実現させ、医療サービスの質を上げるインセンティブを与えることにより、質の向上を図るのがその目的である。

しかし、医療サービスの受け手である患者と提供者で

ある医師または医療機関との間に「情報の非対称性」が存在しているため、医療サービスの需給調整を市場メカニズムに完全に任せると、「市場の失敗」が発生しやすいという問題がある。現在の中国では、診療サービスの料金基準は必ずしも合理的に設定されているわけではないため、独立採算制の管理体制の下で、医療機関が自らの利益を追求するために行動する実態が報告されている。そうすると、「基本医療保険制度」の財政の正常運用に影響を与えることになる。その対応策としては、診断群分類ごとに死亡率や入院日数、治療コストなど医療の質を示す指標の情報開示と今まで進められている病院分級管理、監督をさらに強化することが考えられる。つまり、関係者に対する情報の公開と結果の説明の責任を医療供給側に負わせることによって、医療の効率化と質の担保を行おうとするものである。監督を強化するのは、医療機関の行動が正しいかどうか監視するためである。

医療保険制度改革の成否は他の関連分野の改革にも依存している。限られた医療資源や財源を効率的に活用するためには、医療サービスの提供体制の効率化も同時に求められる。良質な医療を適正なコストで効率的に運用することを目指すには、情報開示、診療サービス価格基準、薬価制度、医療機関の経営のあり方などに関して検討することが必要になり、医療保険制度改革の成功の鍵を握っている。

また、全国の人口の 7 割近くを占める農村部はごく一部で都市部と異なる医療制度が実施されている程度に過ぎない。そのため、農村部の医療保険制度はいかに取り組むのかが大きな課題であるが、別の機会に論じたい。

【参考文献】

- ・ 山崎泰彦他編『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社、2003年。
- ・ 吉原健二、和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社、1999年。
- ・ 西村周三『医療の経済分析』東洋経済新報社、1987年。
- ・ 権丈善一『再分配政策の政治経済学』慶應義塾大学出版会、2001年。
- ・ 漆博雄編『医療経済学』東京大学出版会、1999年。
- ・ 日本社会保障法学会編『医療保障法・介護保障法』法律文化社、2001年。
- ・ 国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障と世代・公正』東京大学出版会、2002年。
- ・ 大塚正修編『中国社会保障改革の衝撃』勁草書房、2002年。

- ・ 汝信他主編『2000年中国社会形勢分析与予測』社会科学文献出版社、2000年。
- ・ 陳風志他編『城鎮職工医療保険制度改革実用手冊』地震出版社、1999年。
- ・ 余健明編『中国社会保障全書』中国計画出版社、1998年。
- ・ 國務院編「推動医薬衛生体制改革」・『中国社会保障』中国社会保障雜誌社、2000年第6期。
- ・ 楊開宇・坂口正之「中国の市場経済政策による医療提供体制の変容」・『生活経済学研究』、第19巻、2004年。
- ・ 楊開宇・坂口正之「中国・上海市における高齢者医療保険制度改革の動向と課題」・『生活経済学研究』、第18巻、2003年。
- ・ 楊開宇・坂口正之「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、Vol.49、2001年。
- ・ 楊開宇「中国における医療保障制度改革」・『福祉と人間科学』第10号、1999年。

【註】

¹ 「公費医療制度」は、1952年に、政務院（現在の國務院）の「全国各級人民政府・党派・団体及びその所属事業機関の政府職員に対する公費医療予防の実施に関する指示」の公布によって、正式に施行された。給付対象となる者は、主に各級政府機関、党派、人民団体及び文化・教育・研究所・衛生等の事業機関の職員および離休・退職者、在宅休養の二等乙級以上の革命障害軍人及び大学の在學生である。財源は、国家財政予算の中で単独に予算定額が設けられている。給付対象者の医療費は、わずかな受診受付料と往診料が自己負担とされるが、その他はほとんど無料である。

² 「劳保医療制度」の総称は「企業労働者医療保険制度」である。この制度は1951年に公表された「労働保険条例」の中に含まれ、社会保障制度の重要な構成部分の一つとなっている。この制度の財源は企業の「従業員福利基金」および営業外収入からなるが、不足部分は企業

の会計から繰り入れられることになっている。給付対象者の医療費は、企業が全額を負担し、従業員個人はほとんど無料で医療を受けることができる。

³ 「農村合作医療制度」は、1950年代の農業合作化時代に発足し、1960年代に全国に普及した。農村住民が自主的に作った農村互助共済医療保険である。財源は、主に農民個人の「保健費」としての交付金と村政府や郷鎮企業からの補助金で構成される。1976年時点に、90%の農民が加入したが、1980年代からの農村経済体制改革に伴って一気に加入率が急落し、1990年には6.1%にまで落ち込んだ。

⁴ この制度は導入当時、中華全国総工会（労働組合連合）が全国統一的な社会保険管理機構として、各企業から保険料を徴収し、被保険者に給付していた。しかし、1966年に始まった文化大革命により社会保険を管理していた中華全国総工会の管理機能が麻痺した。そのため、1960年代後半以降には、企業ごとに、運営することになった。

⁵ 雇用主は被保険者である高齢者の医療保険制度の保険料を、被保険者が定年退職した後も支払う義務がある。

⁶ 中国の原語は、「社会医療統籌基金」となっている。大東文化大学中国語大辞典編纂室編『中国語大辞典』角川書店、平成6年によれば、「統籌」とは「全面的に計画・考慮する」(p.3090)という意味である。本論文では、読者の理解のために、「統括」という言葉を使うことにする。

⁷ 地方「附加医療保険基金」というのは、地方ごとに「基本医療保険基金」とは別につくられた基金である。「基本医療保険基金」よりも地域の実情をあらわしていると言える。呼び方は地域によって様々であり、給付内容も地域ごとに異なっている。例えば、上海では、「附加医療保険基金」といって、外来、入院等の「個人医療口座」の不足分の給付が担われている。一方、青島では、「大病医療統括基金」と呼ばれ、2004年時点で46病種の外来、入院の最高給付限度額を超えた部分の給付を担っている。

⁸ 定点薬局は薬品管理監督部門の資格の認定を受け、社会保険機関と契約し、基本医療保険と決済関係を締結した医薬品小売企業である。

中国の「基本医療保険制度」の展開と地域格差の実態 —上海市と青島市を例に—

楊 開宇、坂口 正之

要旨:中国では、1998年末から、初めて「社会保険方式」で運営する「基本医療保険制度」と呼ばれる新しい医療制度が、都市部各地で導入された。しかし、この制度は、地方政府がそれぞれの地域の実情に合致した「実施細則」を制定し、実施することになっている。これによって、地域間に医療格差が拡大する一方である。本論文では、中国での経済トップ地域にある上海市と中型沿海地域にある青島市を例にし、「基本医療保険制度」の実態を分析する。また、地域格差が形成される要因を解明した上で、医療保険制度の改革の方向を検討したい。