

中国の医療格差と医療制度改革

—経済成長の持続性を問う—

調査部 環太平洋戦略研究センター

主任研究員 三浦 有史

要 旨

1. 中国では「看病難、看病貴」（診療を受けるのが難しく、受けられても医療費が高い）が社会問題化している。高い医療費は、貧困世帯はもちろん、貧困を脱した世帯においても、生活水準を大きく低下させる原因となっている。背景には、過剰診療による医療費の高騰と行き過ぎた市場化による個人負担の増加がある。
2. 医療費が高騰する一方で自己負担が増加すれば、貧困層の医療アクセスは制限され、医療格差は拡大する。都市農村間の格差は、アクセス、家計負担率、サービスの質量で著しく、乳幼児死亡率の都市農村間格差は世界的にみても高い。沿海内陸間の格差は投入と成果の両面で縮小しているように見えるが、それは内陸都市の改善によるもので、農村は置き去りにされている可能性が高い。都市では「農民工」と呼ばれる出稼ぎ労働者の増加に伴い、所得階層間の医療格差が急速に拡大している。
3. 中国の医療格差は所得格差だけではなく、制度によって引き起こされている側面がある。そのひとつが地方分権化である。交付金は財政能力の格差を是正するという明確な目的のもとで配分されていないため、地方分権化によって沿海内陸の医療格差は増幅されてきた。また、省以下の地方政府については責任と財源が明確に区分されていないため、農村医療は窮乏化する傾向にある。
4. 医療格差を招来するもう一つの制度が公的医療保険制度である。中国では、都市戸籍を有する就業者向けに都市従業員基本医療保険制度、農民戸籍者向けに新型農村合作医療制度が設けられているが、医療費還付の下限となる基準額、上限となる最高給付限度額、還付率が異なる。後者の保障は前者よりかなり薄く、公的医療保険制度は都市農村間の医療格差を広げる作用がある。
5. 公的医療保険制度は都市内や農村内の医療格差拡大を助長する働きもある。都市では農民工が都市従業員基本医療保険制度から排除されていること、農村では自己負担分が払えない貧困層は新型農村合作医療制度に加入しても同制度を利用することが出来ないことから、公的医療保険制度を通じて貧困層から富裕層への所得移転が起きている。しかも、その偏向は周辺アジア諸国と比べても際立っている。
6. 中国は都市のフォーマル・セクターに限られていた医療を国民全体に提供する段階に差し掛かっている。それを可能にする装置のひとつが公的医療保険制度であり、同制度を軸にした医療制度改革の方向性は正しい。しかし、中国の公的医療保険制度には「貢献」にもとづく市場の分配原則を「必要」に修正する機能がない。この問題にメスを入れることなしに医療格差が是正されることはない。
7. 医療格差是正のためには、供給面においては、「診断群別包括支払い方式（diagnosis related group/prospective payment system：DRG/PPS）」の導入による医療費の抑制や医療機関に対する補助金の配分見直しなどを、公的医療保険制度については、新型農村合作医療制度の自己負担率の引き下げや農民工の都市従業員基本医療保険制度への加入促進などを図る必要がある。

目次

はじめに

I. なぜ、医療が問題なのか

1. 「看病難、看病貴」とは
2. なぜ、医療費は高騰したのか
3. なぜ、個人負担が増えたのか

II. 医療格差の実態

1. 都市農村格差－世界的にみても突出
2. 沿海内陸格差－置き去りにされた内陸農村
3. 所得階層間格差－排除された農民工

III. 制度による医療格差

1. 地方分権化－沿海内陸および都市農村間の医療格差に与えた影響
2. 公的医療保険制度－都市農村間の医療格差に与えた影響
3. 公的医療保険制度－都市内および農村内医療格差に与えた影響

IV. 格差是正に向けた改革

1. 医療政策の発展段階－公的医療保険制度の再考
2. 制度設計のあり方－供給側
3. 制度設計のあり方－公的医療保険制度

おわりに

はじめに

2008年末、深圳市のある病院で乳児が置き去りにされる事件が相次いで発生した。1人は急性リンパ性白血病、もう1人は先天性の心臓病で、治療費が払えない親が置き去りにしたとみられている（注1）。その一方、2008年4月に富裕層を対象に日本での健康診断ツアーが売り出された（注2）。費用は300万円である。

中国では医療費の高騰により医療へのアクセスが難しくなる人が増えている。2007年の総合病院における入院患者の平均費用は4,974元（1元＝約14円）である。これは都市の1人当たり年間可処分所得の36.1%、農村の純収入の120.1%に達する。入院が必要な場合でも、費用を工面出来ずに、悲嘆にくれる人は少なくない。医療は貧困層だけでなく中間層にとっても手の届きにくい、贅沢品となってしまった。

国民、とりわけ貧困層の医療アクセスの改善なくして、共産党や政府が目指す「小康社会」（衣食が足りてややゆとりのある状態）や「和諧社会」（調和のとれた社会）の実現は到底望めない。政府は、2009年1月、①公的医療保険制度の整備、②薬価の見直し、③農村の医療機関の整備、④衛生サービスの均質化、⑤公立病院の改革などを通じて、医療アクセスの改善をはかることを決定した（注3）。

本稿の目的は、中国の医療格差および格差が発生するメカニズムを明らかにし、改革のために何をなすべきかを提示することにある。医療は専門外の人にとっては、ややとっつきにくいテーマであり、マクロ経済との関係も希薄であるように見える。しかし、貧困層の医療アクセスの問題は、次に指摘する点から、実は経済成長の持続性を左右する重要な問題と位置づけることが出来る。

第一は社会の安定化である。経済成長に伴う所得の増加が社会の安定化を促す機能は急速に弱まっている。医療費高騰の問題が象徴するように、所得が増えても経済発展の恩恵を享受していると実感出来ない状況が生まれているからである。実感としての格差は収入から見たものより遥かに深刻で、医療格差はそれを探るひとつの手掛かりとなる。

第二は人的資本の拡充である。所得や戸籍による制約から健康の悪化を余儀なくされている人々が持てる能力を発揮出来るようになることのメリットは大きい。また、リスクへの対応力を備えることで、各世帯は次世代に対する教育投資を増やすことが可能となる。

第三は成長モデルの転換である。中国の「粗放型」と評される経済成長は高い投資率に、そして、高い投資率は高い貯蓄率に支えられている。貯蓄率が高い理由のひとつには医療を始めとする社会保険が生活水準の悪化を防ぐ役割を果たしていないことがある。医療費に対する不安が払拭されることで、消費の牽

引力が強まり、対外バランスの改善にも寄与する。

貧困層の医療アクセスの問題は鳥インフルエンザやSARS（重症急性呼吸器症候群）の早期対応（注4）という点からも重要であるが、本稿の関心はあくまで医療問題を通じて中国の経済、社会、政治がどのように変化するか、その軌道をイメージすることにある。

以下では、まず、なぜ医療費が高騰したのかを探り（Ⅰ）、医療格差がどの程度のものであるかを明らかにする（Ⅱ）。次いで、医療格差は所得格差だけではなく、医療を巡る制度によって増幅されていることを指摘し（Ⅲ）、最後に格差是正のためには何が必要かについていくつかの提言を行う（Ⅳ）。

本稿を読むにあたって中国の医療制度についての予備知識は必要ないが、医療がどのような仕組みで提供されているか、そして、市場経済化の進展を受けて医療制度がどのように変化してきたかについて簡単に解説する。

中国の医療機関は規模によって二つに大別され、規模の大きいものが病院、規模の小さいものは衛生院（室）と呼ばれる。病院は規模や設備に応じて三つの級に分けられ、それぞれの級毎に甲乙丙のランク付けがなされる。三級甲が最高位、一級丙が最下位となる。衛生院には都市の社区卫生サービスセンター、農村の郷鎮衛生院や村衛生室がある。

市場原理が持ち込まれたとはいえ、病院と衛生院のほとんどが政府によって運営される

公立であり（前者は県レベル以上の行政区、後者は郷鎮政府が運営）、医師もまたそのほとんどが公務員である。中国ではわが国のような開業医は少ない。

機能面からは、病院は総合病院になり、衛生院はいわゆるかかりつけ医と位置づけることが出来る。このほか、妊産婦を扱う妊婦保健院、感染症を扱う疾病予防抑制センター、サナトリウム、救急センター、特定の疾病を扱う専門病院がある。

医師のレベルは千差万別である。農村には中等職業学校を卒業して医師を務める人も多い。政府は、1998年に国家試験に合格した者しか医療行為が出来ないとする医師法を施行したものの、資格のない人の医療行為を禁止すると医師不足に陥ることから、同法施行以前に医師として働いていた実績がある人には、引き続き医師として働くことを認めている。

今日の医療制度の基盤となる改革が始まったのは1980年代の後半である。改革は供給側から始まった。政府は医療機関に対する補助金を大幅に削減し、各機関に患者から料金を徴収することで運営の自主性を高めることを要求した。「丸抱え」が非効率を招くという国有企業改革の論理が医療にもあてはめられたのである。

政府が次に手をつけたのが公的医療保険制度の改革である。公的医療保険制度としては、公務員を対象とする公費医療制度と国有企業

の就業者を対象とする労働保険制度の二つが存在していたが、いずれも被雇用者の自己負担率が極端に低かったため、医療費高騰によって財政負担が増加することとなった。このため政府は1998年に両制度を都市従業員基本医療保険制度として一本化し、被雇用者の負担割合を大幅に引き上げた。

一方、農村は公的医療保険制度の枠外に置かれていた。農村における医療は農業集団化のために組織された人民公社が担った。これは農村合作医療制度とよばれ、集団と個人の共同拠出によって構成員に医療が提供された。1976年には農民の9割がこの制度に加入していたとされる。医療の質は高くなかったと思われるが、同制度によって農民の医療アクセスは飛躍的に改善した。

しかし、人民公社は長期の耕作権を与えることで生産意欲を刺激する「生産請負制」の普及に伴い次第に衰退し、農村合作医療制度の加入者比率は1986年には5.5%にまで低下した。多くの農民は、新型農村合作医療制度が導入されるまで、疾病リスクに個人で向き合うことを余儀なくされた。同制度は中央と地方政府が保険料を補助するもので、補助率が段階的に引き上げられたことを受け、急速に普及している。

なお、本稿では、外来患者の平均費用（outpatient fee）を通院費、入院患者の平均費用（inpatient fee）を入院費と表記する。いずれも衛生部が作成したもので、母数は実際に

通院ないし入院した人である。一方、1人当たりの医療費については、国家統計局も発表しているが、これらは医療機関に足を運ばなかった人を含む人口で除したものであることに留意されたい。

(注1) 「中国～我が子を置き去りに?! 高額な医療費に苦しむ」毎日新聞2009年1月29日 (<http://mainichi.jp/life/edu/sekai/china/news/20090121org00m100011000c.html>)

(注2) 「SBIウェルネスバンク: 中国富裕層対象の日本健診ツアー」Searchina 2008年4月3日 (http://news.searchina.ne.jp/dispc.cgi?y=2008&d=0403&f=enterprise_0403_01.shtml)

(注3) 国務院「国務院常務会議審議併通過医療衛生体制改革意見」(http://www.gov.cn/lhdh/2009-01/21/content_1211859.htm)

(注4) 今までのSARSの発症事例は都市に限られる。農村で発症した場合は流行を食い止めることは出来ないという指摘がある (“China's health care Where are the patients?” Economist, August 19th 2004)。

I. なぜ、医療が問題なのか

まず、中国の医療に対する内外の評価を紹介し、医療がどのような問題を抱えているかを整理する。そして、問題の背景に何があるのかを探る。

1. 「看病難、看病貴」とは

中国の医療にはかつて高い評価が与えられていた。1960年代、中国は最貧国であったにもかかわらず、乳幼児（5歳以下）死亡率を半減することに成功した。減少率で見れば161カ国中13位で、1970年代もこのペースを維持したとされている（注5）。もともと死

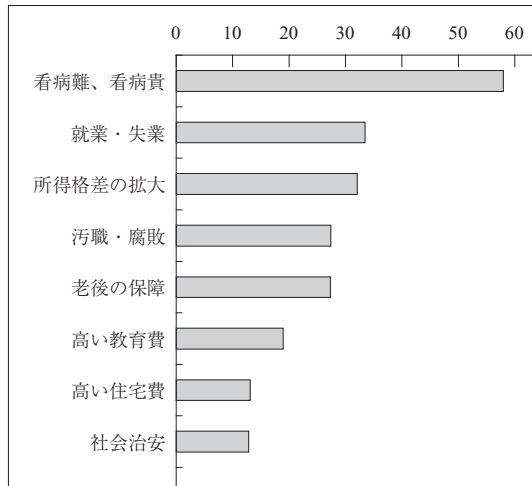
亡率が高かったため削減の余地が大きかったという事情もあろうが、改革開放前にこれだけの成果を上げたことは特筆すべきである。

しかし、近年は状況が一変し、国内外で医療の荒廃が指摘されるようになった。社会科学院の『衛生緑書2006』は、政府が医療に対する支出を削減したため、個人負担が増えていくこと、そして、過剰診療を抑制するメカニズムが働いていないため、「検査漬け・薬剤漬け」が横行し、「医は算術、に墮落した」と指摘した。中央政府系のシンクタンクが、内部（衛生部）の政策についてここまで厳しく批判するのは異例とされる（注6）。

この批判は同じ社会科学院が発表した『社会青書2007』でも決して的外れではないことが裏付けられた。深刻な社会問題は何かを尋ねた世論調査では、58%の人が「看病難、看病貴」（診療を受けるのが難しく、受けられても医療費が高い（注7））をあげ、二位の「就業・失業」（33%）を大きく引き離れた（図表1）。医療需要は、いつ病気になるかという時期、そして、いくら必要になるかという費用に関する不確実性が高いことに加え、抑制が難しいという特徴がある。高い医療費は、貧困世帯はもちろん、貧困を脱した世帯においても、生活水準を大きく低下させる原因となる。医療費高騰が社会問題化するの当然のことであった。

予兆はあった。衛生部が5年に一度実施する『国家衛生サービス調査分析報告書（An

図表1 「中国社会青書」にみる深刻な社会問題 (%)

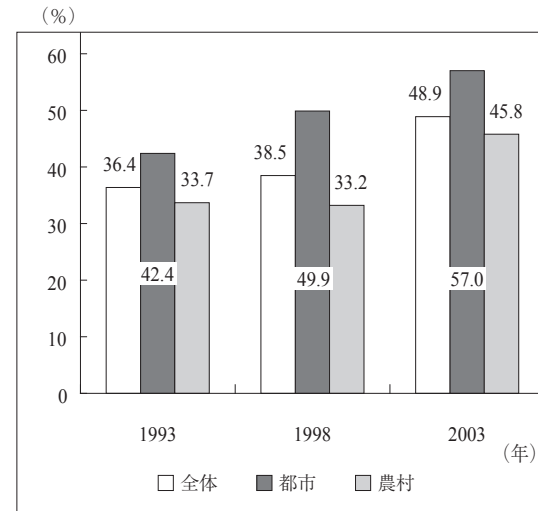


(注) 都市と農村の7,061人を対象とした世論調査。
(資料)「中国社会青書2007」より作成

Analysis Report of National Health Services Survey)』の2003年版(NHSS 2003)では、病気の自覚があるにもかかわらず医療機関に行かない人の割合が調査を重ねるごとに増えていることが示されている(図表2)。2003年の調査では48.9%が病院に行っておらず、その割合は10年前より12.5%ポイントも増えた(注8)。所得は増えたものの、国民のリスク対応力は低下したのである。

中国はなぜ「看病難、看病費」と言われる状況に陥ったのか。『衛生録書2006』は財政支出が少ないことだけでなく、「検査漬け・薬剤漬け」に象徴される供給側の問題を指摘している。単に予算を増やすことで問題を解決出来ると考えるのは早計である。医療アクセス改善のために必要とされる政策のメ

図表2 直前2週間に病気の自覚があるにもかかわらず医療機関に行かなかった人の割合 (%)



(資料) NHSS 2003より作成

ニューと優先順位を考えるには、まず「看病難、看病費」が発生した背景に何があるのかを明らかにする必要がある。

「看病難、看病費」には医療費の高騰と個人負担の増加という二つの問題が含まれているため、まず両者を峻別するところから始めたい。医療費の高騰とは1回当たりの通院ないし入院費用の増加にほかならないが、これには診療報酬や薬剤単価の上昇と不必要な薬や検査の増加という二つの可能性が考えられる。原因が前者であれば診療報酬や薬価の見直し、後者であれば過剰診療の抑制が必要となる。

一方、個人負担については、通院および入院回数・人数の増加と患者本人の自己負担率の上昇という二つの要因が考えられる。前者

は医療アクセスの改善を意味し、一般的に開発途上国では好ましいことといえるが、後者はアクセスを悪化させるため、予算の拡充が必要となる。

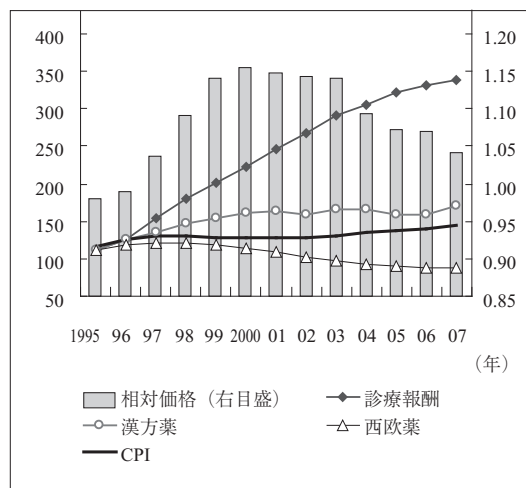
2. なぜ、医療費は高騰したのか

まず、診療報酬や薬剤単価上昇の可能性を考えてみよう。医療現場に市場原理が持ち込まれたとはいえ、中国においても基礎的な診療報酬や薬剤については政府が価格をコントロールしており、医療機関はそれを無視した費用を請求出来るわけではない。

薬価は1992年の自由化に伴い急激に上昇したとされるが、差益、つまり、仕入れ価格に上乗せする利益は15%が上限とされていること（李〔2003〕）や1996年に消費量が多い薬剤については政府が価格を統制する措置に踏み切ったことから（城本〔2000〕）、単価の上昇が医療費高騰の引き金になったとは考えにくい。

図表3は消費者物価指数（Consumer Price Index：CPI）とその構成要素の一つである医療費の診療報酬（注9）および薬価の伸び率を比較したものである。診療報酬は1996年に引き上げが容認されたことから（城本〔2000〕）、CPIに比べ高い伸びを示しているが、薬価については際立った上昇は見られず、抗生剤などの「西欧薬」についてはむしろ下落傾向にある。医療費の伸び率をCPIの伸び率で除した医療費の相対価格をみても、2000

図表3 診療報酬と薬価（1994=100）および相対価格



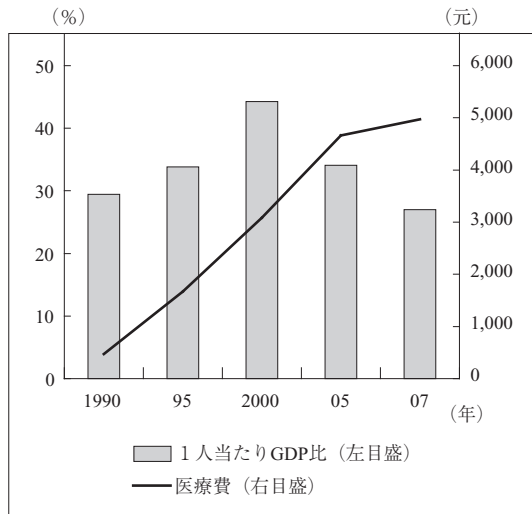
（資料）中国統計年鑑各年版より作成

年以降は下落傾向にあり、単価上昇による医療費高騰を裏付ける根拠は乏しい。

しかし、その一方で、総合病院における1人当たり医療費は1990～2007年で10.5倍に増加している。2000年以降は低下傾向にあるとはいえ、2007年時点でも1人当たりGDPの3割に達する（図表4）。医療費は家計に壊滅的な打撃を与える水準に達し、健康な人でさえ病気のリスクに敏感にならざるを得ない状況にあることは確かである。

単価が上昇していないにもかかわらず、医療費が高騰する背景には、「検査漬け・薬剤漬け」の問題があると考えるのが妥当であろう。図表3の医療費はCPIを作成するためのものであり、限られた範囲の診療行為や薬剤しか調査の対象としていない可能性が高い。

図表4 1人当たりGDP比でみた医療費



(注) 医療費は実際に医療機関に行った人の1人当たり平均通院費と平均入院費の合計。

(資料) 中国衛生年鑑2004年および2008年、中国衛生摘要2008年より作成

一方、医療技術の進歩を受けて現場で処方される薬剤や検査は多様化している。それらがデータ収集の対象に含まなければ、実際の医療費とCPIの医療費が乖離することは十分にあり得る。

薬剤や検査は医師の裁量により、量や種類を簡単に増やすことが出来る。これは「医師誘発需要」と呼ばれ、高度な専門知識を必要とする医療においては一般的な市場に比べ供給側と需要側の情報の非対称性 (asymmetric information) が著しく、患者は自らが受けるサービスが適正であるか否かを判断出来ない、つまり、需要はもっぱら供給者である医師によって決定されるため、需要超過に陥りやすいというものである。

中国では、350万に達する医療機関の95.2%が「非営利」であり (2006年時点)、運営母体は政府、また、医師は公務員というのが一般的である。しかし、医療機関の収入に占める補助金の割合は2割に満たない (Hong and Xiaolin [2006])。経営の良し悪しは患者からいくら徴収出来るか、そして、医師の処遇も収益への貢献度によって決まる仕組みになっていることから、多くの病院で過剰診療が横行することとなった。

過剰診療は、中国に限らず「出来高払い方式 (fee for service system : FSS)」を採用するほとんどの国で見られる問題である。中国では医師の給与が極端に低く抑えられていること、また、基本的な医療に対する診療報酬がコストを下回る水準に設定されていることから、問題は過剰診療にとどまらず、医師のモラル崩壊に発展した。それを実証する事例は多い。

例えば、コペンハーゲン大学の調査は山東省のある病院に肺炎で入院した患者が、入院から死亡するまでのわずか22日間に171種類の薬剤を処方されたことを (Hougaard, Østerdal and Yu [2008])、また、英紙フィナンシャル・タイムズ (注10) は、現地のジャーナリストが患者を装い10カ所の病院を訪問し、尿検査で尿の代わりにお茶を提出したところ6つの病院が「潜血」があるとして薬剤を処方したことを紹介している。

収益向上に対する強いインセンティブは、

医療機関の都市集中と医療のサービス化に拍車をかける原因にもなっている。中国では純金融資産が100万ドルを超える富裕層は42万人に達するとされ、アジアでは日本(151万人)に次ぐ規模である(注11)。富裕層に特化した医療は高い収益性が見込めることから、都市の大型医療機関の中にはホテル並みの設備を整えることで顧客の取り込みをはかろうとするところも少なくない。

軌道はずれた医療を元にもどすのは容易ではない。政府は薬価引き下げなどの措置を講じているものの、薬価差益は薬剤の価格が高ければ高いほど病院と製薬会社を潤すことから、値下げの対象となった薬剤はたちまち市場から姿を消し、包装と名前を変えただけの高価な新薬として販売されるという(窪田〔2007〕)。政府が公定価格を設けているのは流通している薬剤の4割に過ぎないことも(Hougaard, Østerdal and Yu〔2008〕)、引き下げの効果を減殺する一因となっている。

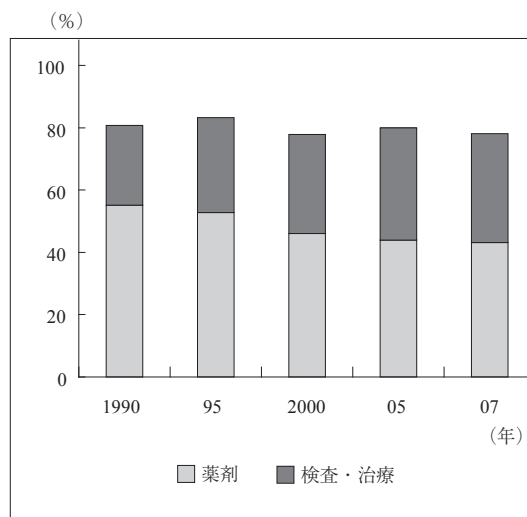
検査についても同様で、病院は競って最新の検査機器を導入し、利益を上げるために不必要な検査を行っていると言われる。政府は、2005年に大型医療機器を使用した検査・治療費用の引き下げを求める意見を出したとされるが(窪田〔2007〕)、医療費に占める検査・治療費の割合は上昇しており、意見が尊重された形跡はほとんどない(図表5)。

そもそも、大型の最新設備を用いた検査・治療費に政府が介入することは難しい。設備

がもともと高額であるため、その費用はどうしても高くなるからである。これを引き下げるには補助金が必要になるが、限られた資源を被受益者が限定される分野に投入する妥当性は決して高いとはいえず、政府としては二の足を踏まざるを得ない。

日本の医療費に占める薬剤および検査費は、欧米に比べて高いとされるが、それでも医療費全体の27.8%、11.2%を占めるに過ぎない(注12)。中国では日本のように診療行為が詳細に分類されていないため厳密な比較は出来ないものの、前者が43.2%、後者が34.9%を占める。医療が算術に墮落した感は否めない。しかも、この状況は1990年代から続いており、一向に改善される様子がない。医療費高騰の背景に医師のモラル低下がある

図表5 医療費に占める薬剤および検査・治療費(入院のケース)



(資料) 中国衛生統計提要2008年より作成

ことは間違いないが、それは医療政策によってもたらされる当然の帰結ともいえ、問題の根は深い。

3. なぜ、個人負担が増えたのか

個人負担の増加については、通院および入院回数・人数の増加と個人の負担割合の上昇という二つの可能性が考えられる。まず、前者について検証する。図表6は、1人当たり通院回数と100人当たりの入院人数の推移を見たものである。通院回数は2004年に、入院者数は1998年にそれぞれ増加に転じており、それらが個人負担の増加をもたらしたことは間違いない。

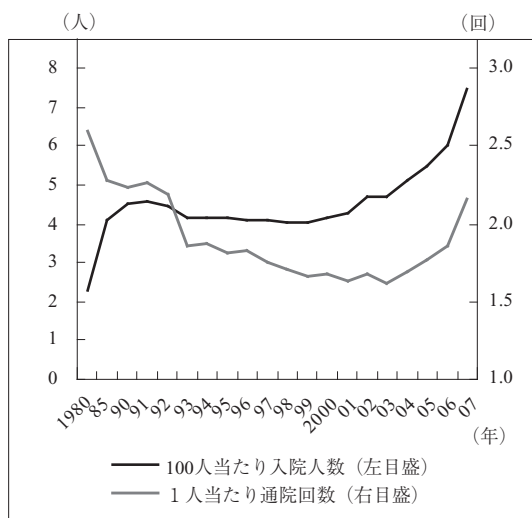
しかし、通院および入院は、各人が均等に行うものではなく、高齢者や慢性疾患を患う

一部の人が繰り返し行う行為である。診察回数および入院者数のわずかな増加が「看病難、看病貴」を社会問題化させる原因になったとは考えにくい。医療費に対する不安が病気になる確率と個人負担の積であると考えれば、不安はやはり後者によって高まったと考えるべきであろう。

では、医療費に占める個人の負担の割合はどのように変化したのであろうか。図表7は、保健を含む医療（中国では「衛生」と呼ばれる）支出が1990年以降どのように推移したかについて、その内訳を含めて示したものである。1985～2006年に名目GDPは23.6倍に増えたが、衛生支出はそれを上回る35.3倍の増加となった。

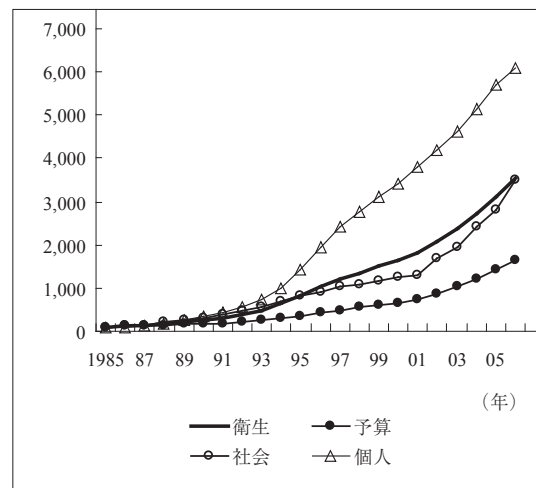
問題はその内訳である。衛生支出は政府の

図表6 人口当たり通院回数と入院人数



(資料) 中国衛生統計提要2008年、中国統計年鑑2008年より作成

図表7 衛生支出の内訳 (1990年=100)



(資料) 中国衛生年鑑2004年および2008年より作成

予算支出、保険料を基盤とする社会支出、個人支出の3つに分けられるが、予算および社会支出はそれぞれ16.5倍、34.9倍の増加であったのに対し、個人支出はそれを遥かに上回る61.1倍であった。「看病難、看病貴」の背景には、医療費の負担が個人に押し付けられてきたことがある。

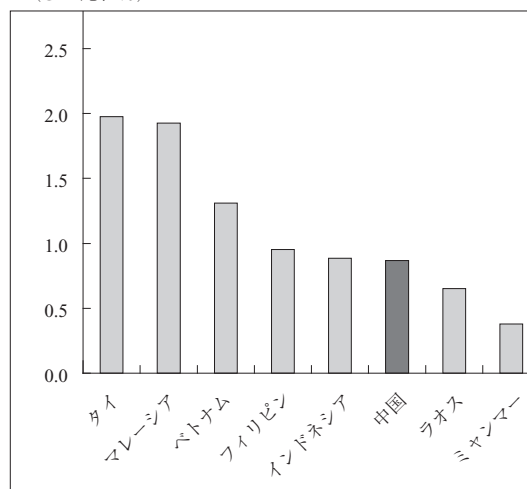
政府の医療支出の低さは国際的にみても際立っており、中国はWHO（世界保健機関）の調査対象193カ国中164位にすぎず、中国より1人当たりGDPが低いインドネシア（0.89%、161位）、フィリピン（0.95%、156位）、ベトナム（1.309%、144位）をも下回っている（図表8）。予算削減の目的は市場経済化を医療に広げ、「丸抱え」による無駄をなくそうとしたことにあるが、それは明らかに行き過ぎ、国民の医療アクセスを低下させる原因となっている。

図表9から明らかなように、個人負担は1990年代後半に許容範囲を超えるレベルに達したと考えられるが、これが直ちに社会問題に発展することはなかった。その理由の一つは、医療費の高騰は市場経済化の結果として、国民に容認されていたことがあるものと思われる。国民の所得は市場経済化によって上昇しており、当初は医療費の上昇を吸収することが出来た。

もう一つの理由は、個人負担が増加しても、医療水準が低下しなかったことがある。例えば、1990年と2006年の出生時平均余命、乳幼

図表8 政府の医療支出（2006年）

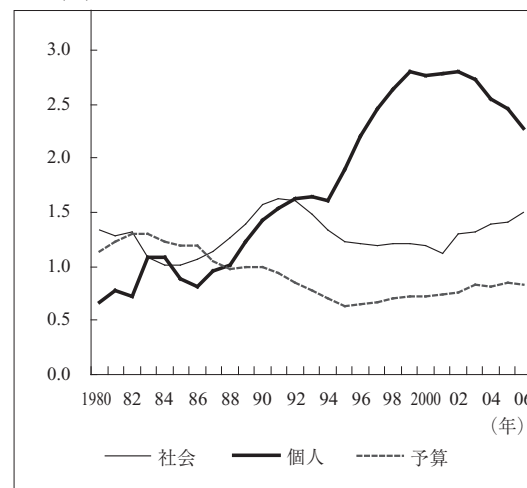
(GDP比、%)



(資料) WHO, Statistical Information System (WHOSIS) より作成

図表9 GDP比でみた衛生支出

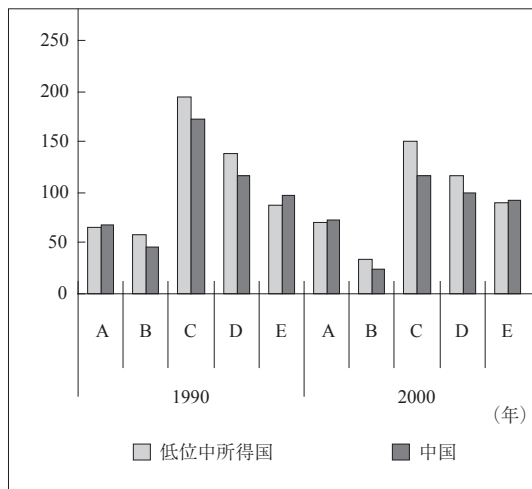
(%)



(資料) 中国衛生提要2008年、中国統計年鑑2008年より作成

児死亡率、成人死亡率、結核発症率、麻疹予防接種率をみると、いずれも改善しており、低位中所得国グループの平均値と比較しても遜色がない（図表10）。政府が少ない医療支出でも高い成果を上げることが出来ると考えたとしても不思議ではない。

図表10 中国の保健医療事情（2006年）



A: 出生時平均余命（歳）、B: 乳幼児死亡率（%）、C: 成人死亡率（%）、D: 10万人当たり結核発症率（人）、E: 5歳以下の麻疹予防接種率（%）

（注）低位中所得国は2006年の1人当たり総国民所得（GNI）が906～3,595ドルの国。中国は2,000ドルでグループ中に位置する。

（資料）WHO（2008）より作成

（注5）Health, Nutrition&Population in China, World Bank (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/EASTASIAPACIFICEXT/CHINAEXTN/0,,contentMDK:20365392~isCURL:Y~menuPK:318981~pagePK:1497618~piPK:217854~theSitePK:318950,00.html#AAA>)

（注6）「医療問題：政府系出版物が行政当局を厳しく批判」Searchina 2006年5月23日 (http://news.searchina.ne.jp/disp.cgi?y=2006&d=0523&f=national_0523_002.shtml)

（注7）本稿では、もっぱら「看病費」の方に焦点を当てる。前

半の「看病難」は、都市の総合病院で、希望する医師に受診してもらうためには、朝から整理券を得るために並ばなければならないなどの問題を表したものといえる。

（注8）ニールセンの調査では、中国では他国に比べ病気の初期段階では薬も飲まずに自然治癒を待つとした人の割合が高く、こうした行動様式も数値を上げる要因となっている。「60%以上が『病気でも薬を飲まずに我慢』-中国」Record China 2008年11月27日 (<http://www.recordchina.co.jp/group/g26234.html>)。この値はわが国の感覚からすると異常に高いようにみえるが、わが国の1人当たりの通院回数は13.8回/年とOECDの平均6.8回を大きく上回っている（OECD〔2007〕）ことに留意する必要がある。

（注9）中国統計年鑑から消費者物価指数の医療・保健（health care）を構成するサービス部分を診療報酬とした。

（注10）“Chinese? Don't get ill”, *Financial Times*, August 29 2007 (<http://www.ft.com/cms/s/0/bfe4a990-563d-11dc-ab9c-0000779fd2ac.html>)

（注11）Capgemini and Merrill Lynch（2008）

（注12）内閣府「平成8年度 年次経済報告」(<http://wp.cao.go.jp/zenbun/keizai/wp-je96/wp-je96-00304.html>)

Ⅱ. 医療格差の実態

「看病難、看病費」は医療費の高騰と個人負担の増加という2つの要因によってもたらされた。医療費が高騰する一方で自己負担が増加すれば、貧困層の医療アクセスは制限され、医療格差は拡大する。平均値で表される医療水準は現実を反映しない可能性が高い。

WHOは2000年に191カ国の医療制度を評価し、中国を139位に位置づけた。健康水準を表す障害調整生存年数（disability-adjusted life expectancy:DALE）（注13）では81位であったが、負担の公平性で188位となったことが影響した（WHO〔2000〕）。中国の医療における最重要課題は公平性にあるといっても過言

ではない。

上の統計はその後作成されておらず、公平性が改善されたか否かを知ることは出来ない。以下では、都市農村あるいは沿海内陸といった所得格差を計測するのと同じ座標軸で医療格差がどのように推移したかをみていく。格差は、本来、乳幼児死亡率などの成果を用いることが望ましいが、データの制約があるため、『国家衛生サービス調査分析報告書 (An Analysis Report of National Health Services Survey)』の2003年版 (NHSS 2003) からそれに代わるデータを用いて検証する。

1. 都市農村格差—世界的にみても突出

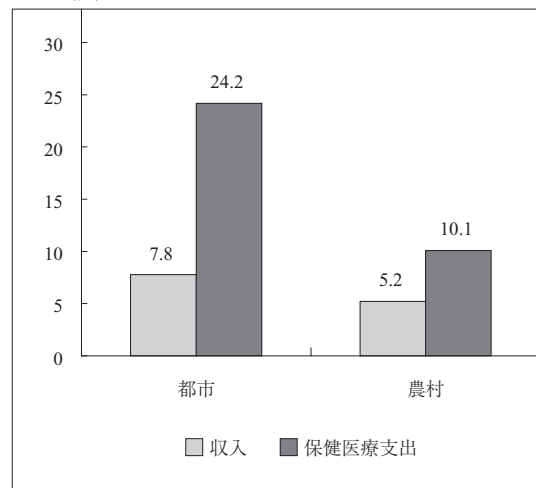
まず、都市農村間の医療格差を医療アクセスの点からみしてみる。前出の図表2で直前2週間病気の自覚があったにもかかわらず、病院に行かなかった人の割合について都市と農村の対比を見ると、双方とも増加傾向にあるが、その水準は意外なことに農村より都市の方が高い。人口当たりの医療技術スタッフの数や医療機関までの物理的な距離などは、都市の方が農村より優れている。にもかかわらず、都市で病院に行かない人が増えているのは何故であろうか。

この背景には都市農村間の医療費格差がある。都市農村間の所得格差は都市の所得の伸び率が農村を上回ることによって拡大してきたが、医療費格差はそれを遥かに上回る勢いで拡大した (図表11)。1990～2006年の1人当たり

医療支出は農村が10.1倍の増加であったのに対し、都市は24.2倍であった。所得はそれぞれ5.2倍と7.8倍の増加であったことから、負担という点では都市の方が深刻であったといえる。

しかし、NHSS 2003には、都市の調査対象のうち退職者と失業者がそれぞれ24.5%と24.5%を占め、半分が就労していないというサンプル・セレクション上の問題があることに留意する必要がある。これは都市の平均的な就労構造を反映しているとはいえ、値は実態と乖離している可能性が高い。このため、図表2が都市の医療アクセスが農村より劣ることを示す材料になるか否かについては慎重に判断する必要がある。

図表11 1990～2006年における収入と1人当たり医療支出の増加 (倍)



(注) 家計調査によるデータ。医療支出には保健分野の支出も含まれる。1人当たり医療支出は人口で除した平均値。
(資料) 中国統計年鑑2007年より作成

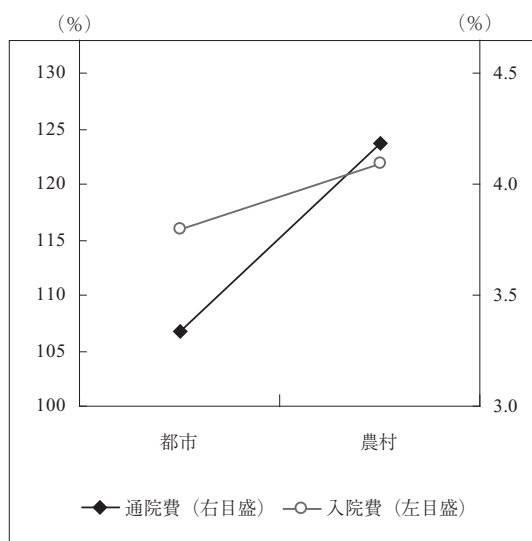
実際、病院に行った人について比較すると、農村は都市に比べ負担が重いことがわかる。NHSS 2003によれば、都市の通院費と入院費は219元と7,606元、農村は91元と2,649元である。収入に対する比率は都市の通院費が3.3%、入院費が115.9%であるのに対し、農村は4.2%と121.8%となっている（図表12）。

次に、受診出来る医療の量について比較してみる。都市と農村の疾病構造、あるいは、薬剤費や検査料に大差はない。にもかかわらず、通院費は2.4倍、入院費に至っては2.9倍の開きがある。この理由としては、都市の医療費が過剰診療によって必要以上に膨らんでいること、あるいは、農村の医療機関は最新の医療機器を備えておらず、医療費が上がり

にくい（最新の医療が必要な人は都市の病院に行く）ことが考えられる。しかし、農民は所得が制約となり、必要とする医療を受診出来ない状況に陥っている可能性を無視するわけにはいかない。

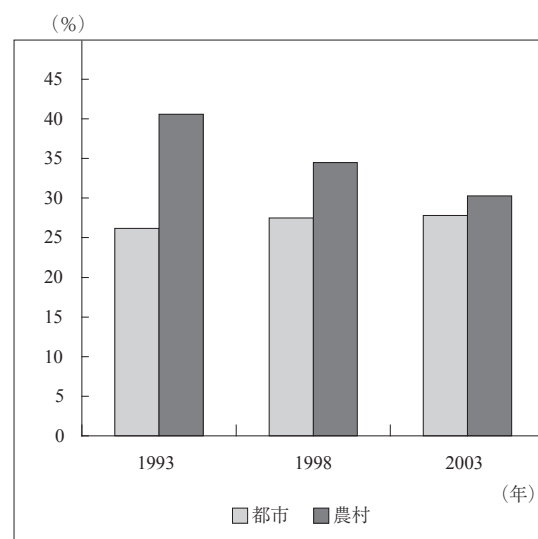
農村では医師から入院の必要があるとされているにもかかわらず入院しない人の割合が都市より高い（図表13）。差は縮小傾向にあるものの、前述したサンプル・セレクション上の問題を考えれば、都市の実勢値は低く、格差は図表でみるより大きいとみる必要がある。NHSS 2003では、経済的な理由から退院を余儀なくされる人の割合（注14）は、都市が18.3%であるのに対し、農村は31.6%に達することも明らかにされている。

図表12 通院費と入院費の収入比（2003年）



(資料) NHSS 2003より作成

図表13 入院が必要であるにもかかわらず入院しない人の割合



(資料) NHSS 2003より作成

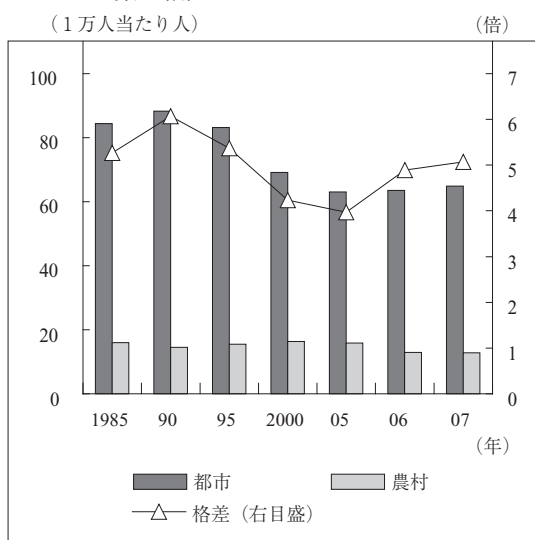
医療の質にも目を向ける必要がある。都市と農村では人員や設備などの投入量が異なる。例えば、1万人当たりの医療技術スタッフの数は、2007年時点で都市が64.9人であるのに対して、農村は12.8人に過ぎない(図表14)。医療の質に差が生じるのは当然である。このほかにも、市場経済化によって農村には質の悪い医師が残ることになったという指摘(注15)や衛生院の医療の質は病院より劣るというアンケート調査(韓・羅〔2005])など、質の格差を例示する材料は多い。

実際、農村には大学で医療を勉強した医師が極端に少ない(図表15)。NHSS 2003によれば、医療機関への第一アクセス(外来)として、都市では地級市・地区の病院が最も

一般的で(直前2週間に病気で医療機関に行った人の28.4%が選択)、次いで、地域の衛生室(同25.7%)、区が運営する病院(同13.3%)の順となっている。これに対し、農村は村の衛生室(同53.5%)、郷鎮が運営する衛生院(同25.8%)、県が運営する病院(同10.7%)となっており、農民が大卒の医師に診察される可能性はほとんどない。

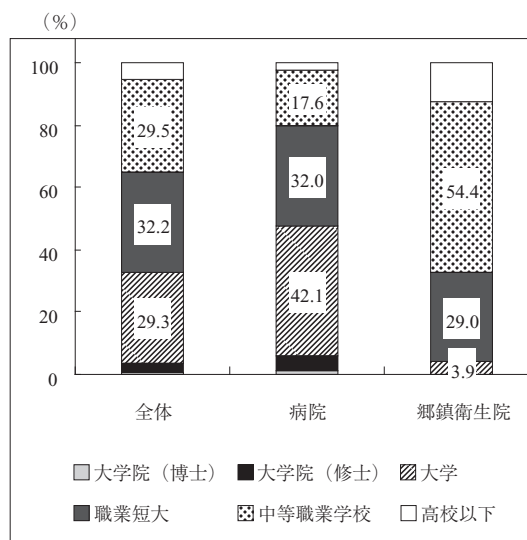
もちろん、医療の質を左右するのは医師の学歴だけではない。また、都市農村間の医療格差はいずれの国においても見られることであり、上の事実は必ずしも中国が特異であることを例示する材料にはならないという反論も可能である。しかし、格差が深刻であること

図表14 都市農村における医療技術スタッフの数と格差



(資料) 中国衛生年鑑2008年ほかより作成

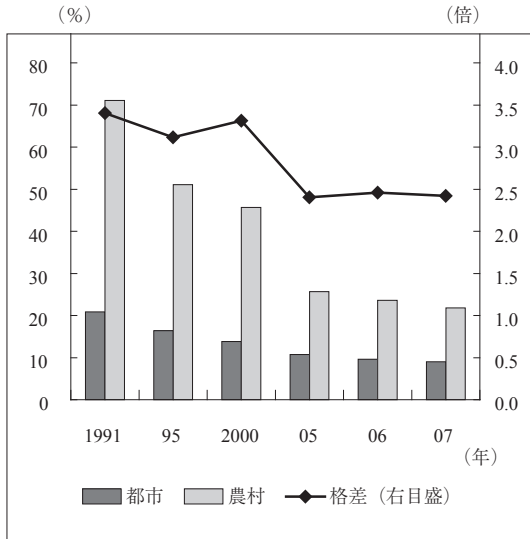
図表15 医師の学歴 (2005年)



(注) 中国では一般的に大学卒業以上の学歴を持つものを「医師」、それ以下を「医士」と呼び区別しているが、本稿では全てを医師として表記した。

(資料) 中国衛生提要2007年より作成

図表16 乳幼児死亡率



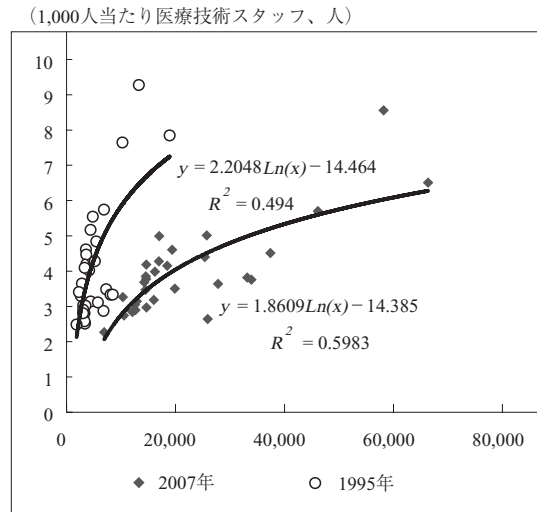
(資料) 中国衛生提要2008年より作成

とは成果の点からも読み取れる。2007年の乳幼児死亡率は、都市が千人当たり9.0人であるのに対し、農村は21.8人で、両者には2.4倍の格差がある(図表16)。これはWHOが調査した61カ国(中国は含まれない)と比べても際立って高い(WHO [2008]) (注16)。

2. 沿海内陸格差—置き去りにされた内陸農村

まず、投入面から沿海内陸間の格差をみてみる。図表17は、縦軸に1,000人当たりの医療技術スタッフの数を、横軸に1人当たりGDPをとって各省・市をプロットしたものである。1995年に比べ2007年の回帰線の傾きが緩やかになっていることから、沿海内陸格差は縮小傾向にあることがわかる。

図表17 1人当たりGDPと医療技術スタッフ



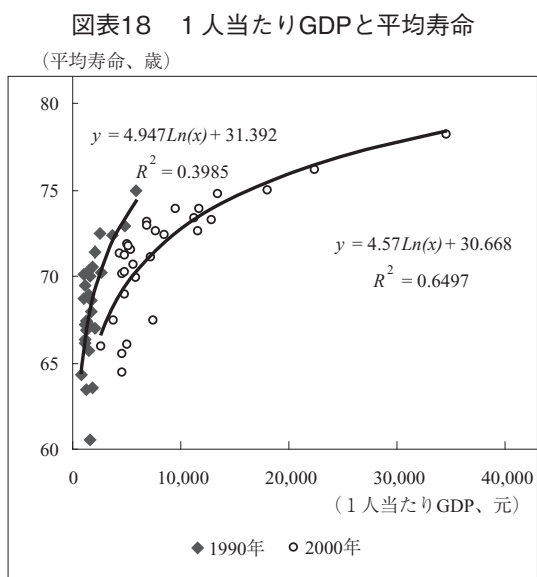
(資料) 中国統計年鑑各年版より作成

しかし、これは政府が沿海内陸の医療格差の是正に努めた結果ではない。図表17からは所得の高い地域において医療技術スタッフの数が大幅に減少した一方で、所得の低い地域ではその数がほとんど変化していないことがわかる。2007年の医療技術スタッフの数は537万人と1995年から59万人減少したが、その内訳をみると遼寧省(9.6万人)や黒竜江省(7.5万人)といった国有企業が集積している省の減少が著しい。格差の縮小は国有企業改革によって企業付属の病院が整理された結果とみるべきであろう。

次に沿海内陸の医療格差を成果の点から検証する。図表18は、各省・市の1人当たりGDPと平均寿命を1990年と2000年でプロットしたものである。図表17とは比較した年が異

なるものの、ここでも回帰線の傾きが緩やかになっていることから、格差は縮小傾向にあることがわかる。データの散らばり度合いを示す変動係数は、1990年が0.052であるのに対し、2000年は0.045となっている。

先進国では平均寿命の伸長は慢性疾患やガンなどの治療技術の進歩によるところが大きくとされるが、開発途上国においてはやはり乳幼児死亡率の影響が大きく、平均寿命の沿海内陸間格差の縮小は、内陸における乳幼児死亡率の低下を受けたものと思われる。ただし、前出の図表16で見たように都市農村間の乳幼児死亡率格差はほとんど変わっていないことから、乳幼児死亡率の低下は、農村を含む内陸全体の底上げによるものというより、内陸都市の貢献によるものである可能性が



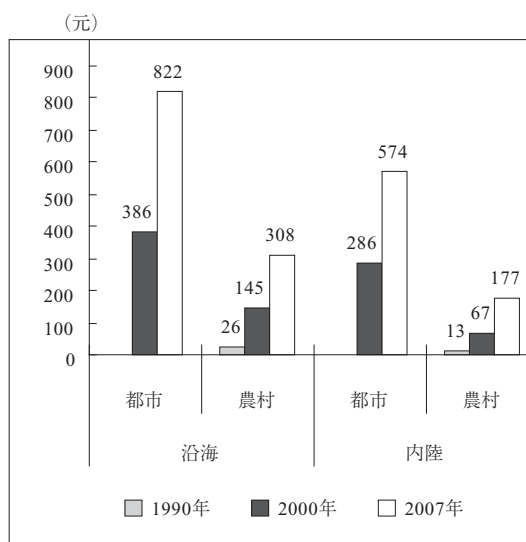
(資料) 中国統計年鑑各年版より作成

高い。

このことを直接確認出来るデータはないが、体重が2,500グラム未満の新生児の割合は都市が1993年、1998年、2003年にそれぞれ3.8%、3.4%、3.1%と減少しているのに対し、農村は3.3%、3.7%、3.8%と増加傾向にあること、あるいは、都市と農村の1人当たり医療支出(注17)をみると、沿海に比べ内陸の方が格差が大きいことなどは(図表19)、その可能性を示す傍証といえよう。

また、仮に沿海内陸の医療格差が縮小傾向にあるとしても、格差そのものは依然として大きいことを指摘しておかなければならな

図表19 1人当たり医療支出



(注) 沿海是北京、天津、河北、遼寧、上海、江蘇、福建、浙江、山東、広東、海南の11市・省都市、内陸は内蒙古、広西チワン族、重慶、四川、貴州、雲南、チベット、陝西、甘肅、青海、寧夏回族、新疆ウイグルの12市・省・自治区。都市の1990年のデータはN.A.。1人当たり医療支出は人口で除した平均値。

(資料) 中国城市(鎮)生活与価格年鑑2008年、中国農村住戸調査年鑑2008年ほかより作成

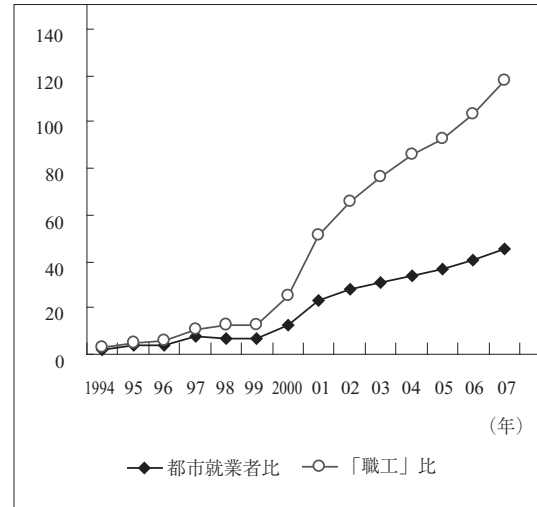
い。例えば、2000年の平均寿命は71.4歳と日本の1960年代中頃の水準に近いが、当時の日本に比べ中国の地域間格差は非常に大きい。1965年の都道府県別の平均寿命をみると、日本では最高と最低の差は男女とも5歳未満であるのに対し、中国ではいずれも13歳を超える。分散の度合いを表す変動係数は日本が0.01であるのに対し中国は0.04である。これは所得格差の大きさが投影された結果とみるのが妥当であろう。

3. 所得階層間格差—排除された農民工

医療格差は所得階層間でも拡大している。「農民工」と呼ばれる農村からの出稼ぎ労働者の流入によって、都市では医療アクセス難に陥る人が劇的に増えている。このことは都市における公的医療保険制度の加入者比率をみてもわかる。図表20は、都市従業員基本医療保険制度の加入者を都市就業員および「職工」と呼ばれる国有企業を中心としたフォーマル・セクターの就業員の比率で見たものである。職工比でみた加入者比率は既に100%を超えており、同制度が私営企業などインフォーマル・セクターの就業員へ普及しつつあることがわかる。

しかし、都市就業員比でみると5割に満たず、伸び率も緩慢である。これは、インフォーマル・セクターのカバー率が依然として低いこと、なかでも農民工が都市職工基本医療保険制度から排除されていることを示唆

図表20 都市の公的医療保険への加入者比率 (%)



(注) 都市就業員のなかには農民工が含まれる。
(資料) 中国統計年鑑2008年より作成

する。農業部によれば、2007年に戸籍地を離れた農民は2億2,600万人に達し(注18)、労働社会保障部によれば2007年末時点で医療保険に加入している農民工は3,131万人とされる(注19)。単純に計算すると加入者比率は13.9%となる(注20)。

農民工は、戸籍のある地域の新型農村合作医療制度に加入することで、医療アクセスが確保されると考えることも出来る。しかし、還付手続きのために帰省しなければならないことから、実際には新型農村合作医療制度への加入を躊躇する人が多い(張ほか〔2006〕)。政府もこの問題を承知しており、農民工の都市従業員基本医療保険制度への加入を奨励しているが、実際には農民工を同制度の対象に

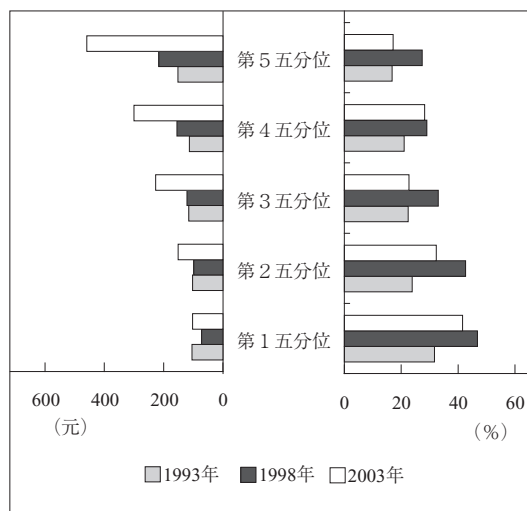
含めるか否かは地方政府の判断にゆだねられている。仮に農民工が制度の対象に含まれるとしても、企業にとってはコスト増につながり、移動を前提としている農民工にとってもメリットが少ないことからなかなか普及が進まないというのが実情である。

こうしたことから都市の貧困層の医療アクセスは急速に悪化している。最も貧しい第1五分位は、医療費高騰にもかかわらず、1993年と2003年の医療支出がほとんど変わっていない（図表21左）。第5五分位が同じ期間で3倍に拡大したのとは対照的である。同様のことは、第1五分位では入院の必要性があるにもかかわらず入院をしない人の割合が増えている一方、第5五分位ではほとんど変化していないことから読み取れる（図表21右）（注21）。

NHSS 2003によれば、第1五分位で公的医療保険制度に加入している人の割合は、1993年、1998年、2003年でそれぞれ36.7%、20.7%、12.3%と減少傾向にある。一方、第5五分位は70%前後でほとんど変化がない。所得格差だけでなく、保険の有無が医療アクセスを大きく左右する要因となったことは間違いない。

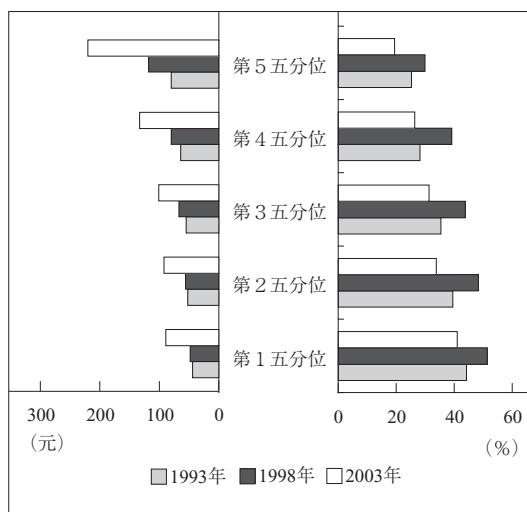
一方、農村内の所得階層間の格差は都市内に比べれば小さい。第1五分位の医療支出は増加傾向にあり、第5五分位との格差についても目立った変化はない（図表22）。第1五分位と第5五分位の未入院比率の格差もほと

図表21 都市の所得階層別にみた医療支出（左）と未入院比率（右）



（注）未入院比率の母数は入院の必要性があると認める人。農民工を含む。
（資料）NHSS 2003より作成

図表22 農村の所得階層別にみた医療支出（左）と未入院比率（右）



（注）未入院比率の母数は入院の必要性があると認める人。
（資料）NHSS2003より作成

んど変化していない。調査時点（2003年）では農村合作医療制度の加入者比率は10%程度に過ぎないことから、農村における所得階層間の医療格差は保険の有無ではなく、所得格差を反映したものとみることが出来る。

- (注13) 病気をしていた年数は含めず、健康的な生活を送れる余命 (Healthy Life Expectancy) を測定したもの。詳しくは、Mathers et al (2000) を参照。
- (注14) NHSS 2003より、「自己要求」による退院比率にその内訳である「経済困難」の比率を乗じて求めた。
- (注15) *New York Times*, "Wealth Grows, but Health Care Withers in China", January 14, 2006
- (注16) ベルーとベトナムが2.2倍と最も高く、その他の開発途上国は2倍以下となっている。
- (注17) この1人当たり医療支出は、家計調査の全対象者で医療支出の総額を除いたもので、NHSSのように外来や入院をした人の平均費用と異なるため、NHSSより値が低くなる。
- (注18) 「出稼ぎ労働者、2億人を突破－中国」Record China, 2008年8月29日 (<http://www.recordchina.co.jp/group/g23363.html>)
- (注19) 2008年労働及び社会保障事業発展統計公報 (http://w1.mohrss.gov.cn/gb/zwxx/2008-06/05/content_240415.htm)
- (注20) 農業部は2億2,600万人のうち1億5,000万人が郷鎮企業の就業者としており、都市に流入した出稼ぎ労働者は7,600万人となる。都市在住の農民工をベースにすると加入者比率は41.2%に達することになる。しかし、労働社会保障部が発表している農民工の加入者比率には郷鎮企業で提供されている医療保険など、その他の保険が含まれ、都市従業員基本医療保険制度への加入者比率を特定することは出来ない。
- (注21) NHSS 2003には前述したようにサンプル・セレクション上の問題がある。この問題はサンプル全体に占める低所得者の割合を上昇させ、都市の平均値を実態から乖離させる、あるいは、第2および第3五分位の値を実態から乖離させる可能性はあるが、第1五分位の値を実態から乖離させることはないため、第1五分位と第5五分位の比較においては大きな障害にならない。

Ⅲ. 制度による医療格差

前章では都市農村、沿海内陸、そして、所得階層の点から医療格差をみた。沿海都市の

富裕層と内陸農村の貧困層の間には想像を絶する医療格差が存在する。この医療格差は必然的に所得格差を増幅する。医療アクセスが限られる世帯は病気によって稼ぎ手の人数が減る、あるいは、能力が低下する確率が高いからである。

中国には所得格差が医療格差を生み、医療格差が所得格差を増幅するという悪循環が存在する。では所得格差がなくなれば医療格差はなくなるのであろうか。答えは否である。医療格差は所得格差だけではなく、制度によって引き起こされている側面があるからである。以下では、地方分権化と公的医療保険制度に焦点をあて、医療格差が発生するメカニズムを明らかにする。

1. 地方分権化－沿海内陸および都市農村間の医療格差に与えた影響

世界銀行は、地方分権化によって所得格差が是正されるには次の2つの条件が満たされる必要があるとしている。第一は地方に対する交付金が十分であることである。地方によって異なる財政能力を是正し、質量ともに均等な行政サービスを提供しなければ、格差はむしろ拡大する。第二は地方政府に格差是正に取り組むインセンティブが備わっていることである。地方政府が明確な意思を持たなければ、財源が割り当てられていても、格差が是正されるとは限らない (世銀 [2000])。

中国はいずれの点においても十分とはいえ

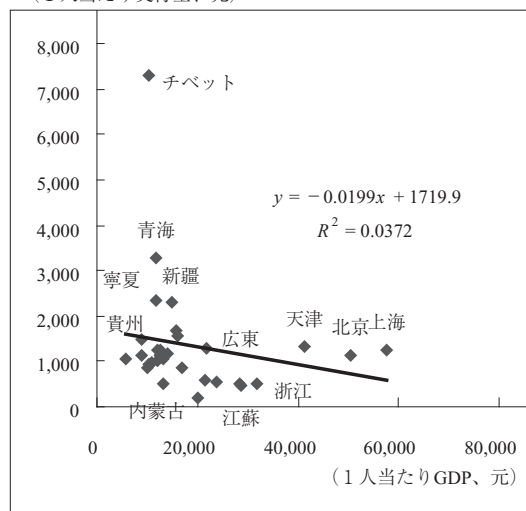
ず、地方分権化によって医療格差が是正されることはなかった。まず、交付金についてみる。2007年の歳出全体に占める地方政府の割合は77.0%に達する。これは世界でも類を見ない高さで、中国は地方分権化が最も進んでいる国のひとつといえる（World Bank [2003]）。一方、歳入全体に占める地方政府の割合は2007年で45.9%であり、地方政府の歳出は交付金によって底上げされたものであることがわかる。実際、地方政府の歳出は独自税収の1.7倍の規模に達するが、増加分の98.7%が交付金によるもの（注22）である。

交付金の規模は十分である。問題はそれが財政能力を是正する機能を果たしているか否かである。図表23は、省・市毎の1人当たりGDPと1人当たり交付金をプロットしたものである。両者の間には相関関係が見られない。北京や上海などの発展した地域に比べ、チベットや青海など民族問題を抱える地域に対して多額の交付金が向けられていることはわかるが、一方で1人当たりGDPが5,787元に過ぎない貴州省の交付金は北京や上海と大差がないなど、交付金が財政能力の格差を是正するという明確な目的のもとで配分されているとは言い難い。

この背景には交付金が財政能力ではなく、省毎の歳入貢献度に応じて再分配されていることがある。中国では、1994年に導入された分税制によって、歳入に占める中央政府の割合は前年の33.8%から55.7%へ急上昇した。

図表23 省・市別にみた1人当たりGDPと交付金（2006年）

（1人当たり交付金、元）



（注）交付金は中央補助収入－中央移転支出で算出したもの。
（資料）中国統計年鑑2007年および中国財政年鑑2007年より作成

中央政府の取り分が増えたことで、財政能力を是正することが可能となったようにみえるが、その大半は歳入の貢献度に応じて地方政府に還付されるべきものとみなされており（梶谷 [2004]）、歳入に占める割合が増えたからといって、中央政府の歳出における自由度が高まったわけではない。

医療アクセスの改善は、持続的な経済発展に不可欠な人的資本の基盤を整えることにつながり、その成果は国全体に及ぶ。医療はメリット財（注23）であり、その費用は中央政府と共同で負担すべきである。交付金の多くは中央政府がその用途を指定する「ひもつき」であること（World Bank [2003]）から、中

中央政府が交付金の重点を貧困層向けの医療に置く意思を明示すれば、医療格差を是正することは不可能ではない。実際には、医療を地方政府に「丸投げ」するやり方はほとんど変化しておらず、中央政府は医療格差を交付金によって是正すべき対象とみなしてこなかったといえる。

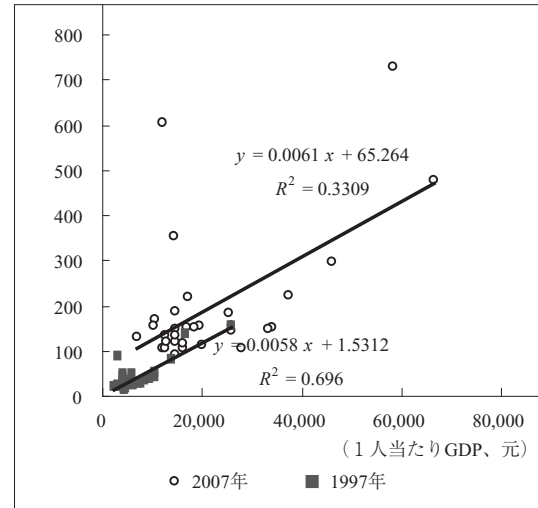
省・市毎の1人当たりGDPと衛生分野への1人当たり財政支出をみると、地域の発展度合いがそのまま医療の質と量に反映される傾向は1997年と2007年の二時点ではほとんど変化していない(図表24)。沿海内陸の医療格差は財政支出の著しい偏りによって増幅されてきたとみるのが妥当であろう。

次に、地方政府に医療格差是正に取り組むインセンティブが与えられていたか否かについてみる。中国は中央政府が金融引き締めによって投資を抑制しようとしても、地方政府がそれを無視するため、過剰投資に陥りやすいとされる。背景には、地方政府の幹部の政治的業績がいかに関心をもち、彼らの関心が医療などの社会保障よりも、成長率の引き上げに貢献する投資に向かいやすいことがある。1998～2006年に地方政府の歳出規模は4.0倍に膨らんだが、衛生支出は3.2倍と主要な支出項目のなかでは最も伸び率が低く、医療は地方政府においても後回しであったといえる。

仮に、末端の政府が医療のアクセスや質の

図表24 1人当たりGDPと衛生分野における財政支出

(1人当たり衛生財政支出、元)



(資料) 中国統計年鑑1998年および2008年より作成

改善に関心を持ったとしても、現在の財政制度の下でそれを実現するのは容易ではない。中国では担当すべき行政サービスとその裏づけとなる財源が中央と地方政府で区分されており、医療を含む基本的な行政サービスは地方政府が担うことになっている(注24)。しかし、省以下の地方政府については責任と財源が明確に区分されていないため、末端には責任に見合った財源が渡らないことが多い。

この問題は農村医療の窮乏化を促す原因となっている。前章で指摘したように、住民が最初にアクセスする医療機関は、都市は地級市・地区(注25)の病院であり、農村は村の衛生室である。前者は市政府という行政組織がサービスを担当し、財源も市財政からの支

援を受けているのに対し、後者は村民人民委員会という自治組織が担当しているため、その財源は財政ではなく、村民の出資に依存している（韓・羅〔2005〕）。農村における医療が質量ともに都市と全く同じものである必要はないが、一方は財政資金が投入されているのに対し、一方はないというのはいかに不公平である。

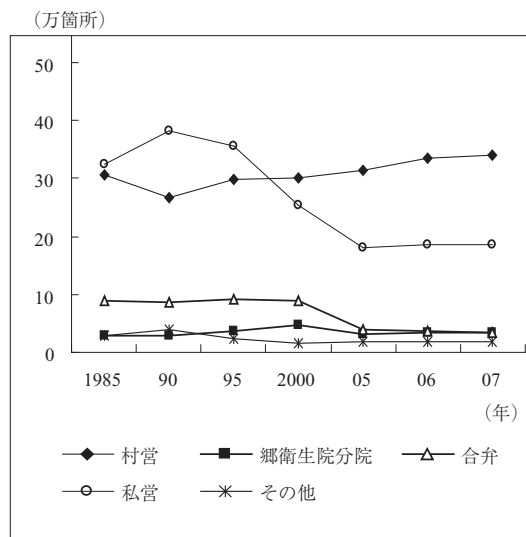
これを是正するには、農村医療の財源を所管している県政府（注26）が末端の行政組織である郷政府に資金を配分し、農村における医療サービスを拡充する必要がある。しかし、実際は逆の方向に向かっているようである。村には郷衛生院の分院があるが、その数は一向に増えていない（図表25）。私営についても1990年のピーク時の半分以下に減っている。増えているのは村営だけであるが、これはアクセスの悪化に歯止めをかける農民の自己防衛的な反応といえ、医療アクセスの改善に対する貢献は大きい、負担の公平性という点では問題が多い。

沿海内陸間および都市農村間の医療格差は地方分権化と決して無関係ではない。

2. 公的医療保険制度—都市農村間の医療格差に与えた影響

医療格差を生むもう一つの制度が公的医療保険制度である。中国では、都市戸籍を有する就業者向けに都市従業員基本医療保険制度、農民戸籍者向けに新型農村合作医療制度

図表25 村における医療機関の数



(資料) 中国衛生統計提要2008年より作成

が設けられ、普及が進められているが、両制度には少なからぬ相違点がある（図表26）。以下では、それらが都市農村間の医療格差にどのような影響を与えているかをみる。

第1に都市従業員基本医療保険制度は強制加入が原則となっているのに対し、新型農村合作医療制度は任意加入となっている点があげられる。後者を任意加入としたのは、保険料が新たな課税ととられることを政府が懸念したためである。任意加入はいくつかの深刻な問題を発生させた。その一つは逆選択である。任意加入で、商業保険のような審査がないため、健康な人は加入せず、病気の人だけが加入するというものである。

もう一つは、新型農村合作医療制度が保険料が払える豊かな地域で普及する一方、貧し

図表26 都市従業員基本医療保険制度と新型農村合作医療制度の仕組み

	都市従業員基本医療保険制度	新型農村合作医療制度
加入者比率	職工ベースで117.4%、就業者ベースで45.7%（2007年）	86.2%（2007年）
適用対象	公務員および国有・集団制企業、外資企業、私企業の就業者。自営業者、農民工、郷鎮企業の就業者の扱いは各政府の裁量にまかされている。被扶養者は対象外で、2007年から試行が始まった都市住民基本医療制度に任意で加入するよう促されている。	農民（被扶養者も加入対象）
加入方法	強制（ただし、自営業者、農民工、郷鎮企業の就業者は適用対象とされても、任意とされていることが多い）	任意
保険料	原則として雇用主が賃金の6%、被雇用者2%（合計8%）を負担し、被雇用者の保険料全額と雇用者拠出の3割程度を個人口座に、被雇用者拠出の残分を医療保険基金へ積立。ただし、雇用主負担は地域によって差があり、上海のように12%に設定されている地域もある。	2002年に個人、地方政府、中央政府の3者が各10元を負担することでスタート。2006年には各負担を20元に引き上げ、2008年からは個人負担を据え置き、中央・地方政府の負担を40元に増やし、1人当たり保険料を100元に、そして、2010年には120元に引き上げるという目標を掲げた。
運営主体	市政府	県政府
管轄省	労働社会保障部	衛生部
保障範囲	一定基準額以下の通院費と入院費は個人口座から支払う。個人口座の残額がなくなった場合、基準額（年平均賃金の10%）以上、最高給付限度額（同400%）までの医療費は基金から給付。ただし、一定割合の自己負担が必要となる。負担率の設定は地域によって設計が異なり、北京は病院の規模や医療費の多寡、上海は加入者の年齢に応じて変わる。退職者の負担率は現役世代よりも低いのが一般的である。最高給付額を上回る保障を必要とする場合は市が運営する高額医療費補充保険制度や商業保険に加入。	基準額以上、最高給付限度額内の通院費と入院費を支払う。ただし、保障は入院費に重点が置かれている。また、都市と同様、一定割合の自己負担が必要。負担率は病院の規模や所在地に応じて変わり、地域によって差異が大きい。豊かな地域では、資金の一部を大病保険基金にプールするところもある。
給付方法	個人口座は償還払い（事後請求）、基金分は現物給付（医療機関側が患者と基金に別々に請求）	償還払い（事後請求）
設立までの経緯	公務員向けの公費医療制度と国有・集団制企業向けの労働保健医療制度を1998年に一本化して誕生	農村合作医療制度は1959年に発足し、急速に普及したが、人民公社の解体に伴い衰退。新型農村合作医療制度は、こうした状況を打開するため2002年に導入され、政府はその普及に力を入れた。中央政府が主導し、政府の保険料負担を増やしたことが「新型」と呼ばれる所以。
退職者の扱い	本人は保険料免除（企業が負担）	-
その他	保険の対象となる病院と薬局は指定	

（注）保険料や保障範囲の数値は目安であり、運営主体の事情によって変更することができるので、地域によってかなりの差がある。

（資料）厚生労働省（2007）、城本（2006）、World Bank（2005c）、Wagstaff, Lindelow, Jun and Juncheng（2007）、陳（2006）、財団法人自治体国際化協会（2008）、「衛生部 財政部印发关于做好2008年新型農村合作医療工作的通知」（<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohncwsgsls/s6476/200804/19389.htm>）などより筆者作成

い農村が取り残されたことである。しかし、これらの問題は加入者比率の上昇によってほぼ解消した。政府は保険料の政府負担を増やすことで、2011年までに同制度の加入者比率を9割に引き上げる予定で（注27）、同制度は実際には強制加入に近いといえる。

第2は加入者比率の違いである。2007年時点で新型農村合作医療制度の加入者比率は86.2%に達する。同制度は扶養家族も加入対象であることから、人口比でみた公的医療保険制度のカバー率は農村の方が高いといえる。制度の試験的導入が始まったのが2002

年で、2005年の加入者比率はわずか23.5%であったことから、政府が並々ならぬ決意で普及に努めてきたことがわかる。

背景に2003年11月のSARS（重症急性呼吸器症候群）の流行があったとはいえ、これは都市優遇が目立つ中国において極めて特異な事例といえる。新型農村合作医療制度は、病気のリスクに自力で立ち向かうことを強いられていた農民を救済し、都市農村間の医療格差を是正する切り札になると期待されている。しかし、同制度の普及が格差是正の切り札になるか否かを検証するためには、第三の保障内容の違いに目を向ける必要がある。

新型農村合作医療保険制度と都市従業員基本医療保険制度にはいずれも医療費還付の下限となる基準額と上限となる最高給付限度額が設定されている。都市農村ともに地域によって基準額と最高限度額にかなりの差があるため、両者を比較するのは容易ではないが、以下では、サンプル・サーベイ（Brown et al. [2007]）によって2006年の新型農村合作医療制度のデータが採れる安徽省を対象に両制度の比較を試みる。

安徽省の農村では新型農村合作医療制度の基準額は240～400元、最高給付限度額は1万7,510～2万元（いずれも中位数）とされる。金額に幅が生じるのは医療機関の規模に応じてそれぞれが変動するためである。一方、都市の基準額と最高給付限度額は977元と3万9,084元である。これは基準額を所得

の10%、最高給付限度額を400%とするという都市従業員基本医療保険制度のガイドライン（注28）を同省都市の平均収入（2006年の可処分所得9,771元）にあてはめて求めた値である。

絶対額の違いはあるものの、所得比でみた基準額と最高給付限度額に大きな差はない。農村の基準額は所得（2006年の純所得2,641元）の9.1～15.1%となり、都市の10%と大差はない。最高給付限度額については、農村は所得の6.6～7.6倍とむしろ都市より高い。農村の保険料には政府の補助金が入っていることから、農村は都市よりも優遇されているようにみえる。

しかし、基準額の意味は都市と農村で異なり、一概に農村が優遇されているとは言えない。都市従業員基本医療保険制度では基準額に満たない医療費は基準額を個人口座に積み立てた保険料で支払うことが出来る。都市の場合、基準額はあくまでも基金からの還付を受けられる下限を意味している。一方、新型農村合作医療制度は保障の重点を入院に置いているため、少額医療はほとんど自己負担となる。通院費を保障するタイプのもでも、還付率は1割程度に過ぎないとされる（Wagstaff and Lindelow [2007]）。

また、都市のなかにはガイドラインを上回る優遇措置を独自に設けているところがあり、それらを加味して比較すると、都市の保障は農村をはるかに上回っている可能性が高

い。例えば、安徽省の省都である合肥市の場合（注29）、基準額を病気の規模に応じて3級が600元、2級が400元、1級が200元としているが、2回目の入院で基準額が半額、さらに、3回目以降はゼロになる。最高給付限度額も高く、15万元（注30）に設定されている。これは同市の所得の15.4倍に相当する。

還付率の差も大きい。安徽省の農村における入院費の還付率は、受診する医療機関の規模が小さいと高く、大きいと低くなる傾向があり、還付率は21.8～29.9%（中位数）である。合肥市も農村と同様、病院の規模に応じて還付率が変わる仕組みを採用しているものの、還付率は高く、3級病院が90%（退職者は95%）、2級が92%（同96%）、1級が94%（同97%）となっている。

還付率の違いが患者の自己負担率に与える影響は大きい。『衛生年鑑2008年』では2007年の総合病院における平均入院費は4,974元とされるが、これを安徽省の農村にあてはめると、入院費のおよそ7割の3,481元が自己負担となり、年間所得（3,556元）とほぼ同額の支出を余儀なくされるのに対し、都市の場合は、3級病院でも1割の497元に過ぎず、所得（1万1,474元）の4.3%の支出ですむ。

新型農村合作医療制度の保障は都市従業員基本医療保険制度よりかなり薄いと見える。これはもちろん安徽省に限られた問題ではない。中国科学院農業政策研究センターが5省の101の農村における新型農村合作医療制度

の加入者を対象とした調査によれば、入院費は3,618元に達するにもかかわらず、基金から還付されたのは225元と、その6.2%に過ぎないとされている（張ほか〔2006〕）。

保障に格差が生じる背景には財源となる保険料の違いがある。2007年の職工の平均賃金（年）は2万4,932元で、その8%が保険料に充てられていると想定すると、1人当たりの保険料は1,995元となるが、農村における保険料は2008年の政府目標でさえ100元に過ぎない。保障格差は政府が保険料に対する補助を引き上げる程度では到底解消出来ない問題といえよう。

もちろん、新型農村合作医療保険制度に全く意味がないわけではない。前出の図表6をみると、近年、1人当たり診察回数と100人当たりの入院人数が増加しているが、これは同制度普及の成果と考えられる。しかし、高い自己負担率の問題を考えれば、同制度の普及によって都市農村間の医療格差が縮小に向かうと考えるのは楽観的に過ぎるといえよう。

3. 公的医療保険制度—都市内および農村内医療格差に与えた影響

公的医療保険制度によって助長されるのは、都市農村間の医療格差だけではない。農村間、あるいは、都市間の医療格差を拡大している側面があることも否めない。つまり、豊かな地域では、地方政府と個人の双方の保

険料負担能力が高いため、保障が厚くなる可能性が高い。実際、広東省の農村を対象としたサンプル・サーベイでは、豊かな地域ほど、還付率と最高給付限度額が高くなる傾向がある（Dib, Pan and Zhang [2008]）。

都市も基本的な構図は同じで、豊かな地域ほど保障が厚いと考えるのが妥当であろう。ただし、都市従業員基本医療保険制度は新型農村合作医療制度と異なり、保障対象に退職者が含まれるので、退職者をどのくらい抱えているかによって負担と保障の関係が変わる。例えば、北京市、上海市、深圳市、広州市は所得水準、保険料の被雇用者負担（賃金の2%）、基準額（前年度平均賃金の60%）や最高給付限度額（同300%）が同じであるが、保険料の雇用主負担は深圳市と広州市が6.0%と8.0%であるのに対し、北京市と上海市は9%と10%である（Hewitt Associates [2006]）。

公的医療保険制度によって助長されるもうひとつの医療格差が都市内、あるいは、農村内の格差である。この格差は貧困層と富裕層のどちらが便益を享受しているかによって評価することが出来る。便益は医療ないし公的医療保険制度の利用頻度に置き換えることが出来る（注31）。仮に貧困層の利用頻度が高ければ、制度は貧困層に優しく（pro poor）、富裕層から貧困層への所得の再分配が、逆に富裕層の利用頻度が高ければ、制度は富裕層に優しく（pro rich）、貧困層から富裕層への

再分配がなされたことになる。

まず、都市についてみてみよう。都市従業員基本医療保険制度は自己負担率が低いため、加入者間で医療機関へのアクセスに大きな差が生じる可能性は低い。つまり、制度そのものには所得再分配機能が備わっているといえる。問題は前章で指摘したように戸籍によって加入者比率が異なること、つまり、農民工が制度から排除されていることであり、所得階層間の医療格差を是正するための課題は強制加入の対象をどこまで広げることが出来るかという点に集約出来る。

農村はどうであろうか。前章では加入者比率が低いため、医療格差は制度ではなく、主に所得格差を反映したものであることを指摘した。しかし、新型農村合作医療保険制度が急速に普及したことで状況は一変した。同制度は都市従業員基本医療保険制度と異なり、自己負担率が高いという特徴がある。これは貧困層の医療アクセスを制約し、所得階層間の医療格差を拡大している可能性が高い。

実際、貴州省の鳳慶（Fengshan）県で2002年に実施された家計調査では、新型農村合作医療制度による純便益〔医療費総額－（保険料＋自己負担）〕は、所得が高く、健康状態が悪い人が最も高く、所得が低く、健康状態の良い人は、マイナスとなっていることが明らかとなった（図表27）。自己負担分が払えない貧困層は新型農村合作医療制度に加入してもそれを利用することが出来ないため、同

制度は貧困層から富裕層への所得移転を引き起こしている。

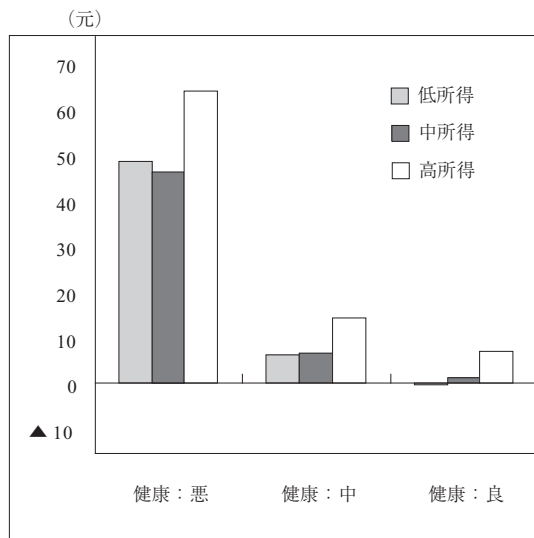
都市従業員基本医療保険制度と新型農村合作医療制度は、いずれも貧困層の医療アクセスを促すものではないことから、中国の医療は富裕層指向であるといえる。実際、家計調査から医療分野の補助金（医療費総額－自己負担）がどの所得階層に向けられたかを示す集中度係数（注32）をみると、中国（黒龍江省と甘肅省）はインドネシアやベトナムなど所得水準の低い国と比べても係数が高く（図表28）、医療を通じて貧困層から富裕層への所得の再分配がなされているといえる。

- (注22) 2007年の中国財政年鑑より、(中央補助金-中央移転金) / (支出合計-収入合計) で算出。
- (注23) メリット財は、私的財ではあるが一定の公共性を有することから、本人の意思とは関係なく、政府が強制的に

消費させる財のことで義務教育、介護、医療などが相当する。強制的に消費させることで、需要の均等化、つまり、格差の是正に寄与する。

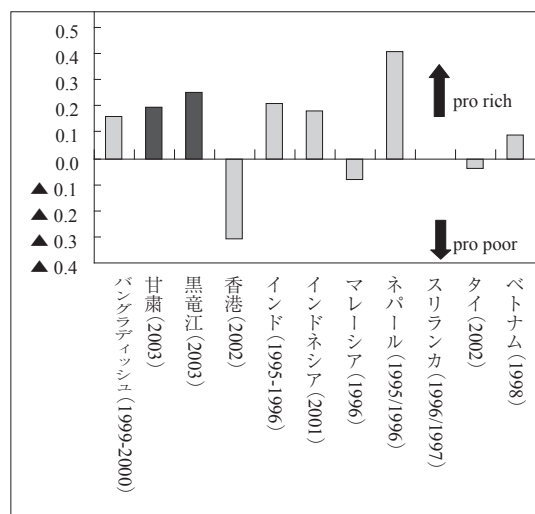
- (注24) 行政サービスの中央と地方の区分において、いかに地方への「丸投げ」が多いかについて、日本、インド、マレーシア、ベトナムと比較したものは、OECD (2005) を参照。
- (注25) 中国の地方行政階層は、①省級-省と直轄市、②地級-地級市と市轄区、③県級-県級市、県、市轄区、④郷級-郷と鎮の4つに分けられる。詳しくは、財団法人自治体国際化協会 (2000) を参照。
- (注26) 詳しくは、World Bank (2005b) 参照。
- (注27) 注2に同じ。
- (注28) 国務院「国務院関于建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」国発 [1998] 44号 (http://www.gov.cn/banshi/2005-08/04/content_20256.htm)
- (注29) 安徽医療保険網「関于進一步完善合肥市基本医療保険政策有關問題的通知」合政[2001]146号 (<http://www2.ahldt.gov.cn/ylbx/index.htm>)
- (注30) 10万元未満の還付率は90%（退職者は95%）で、10～15万元については95%（退職者は97.5%）としている。
- (注31) 都市従業員基本医療保険制度は、基本的に雇用主と被雇用者の拠出によって運営され、財政資金は入っていないため、保険の利用頻度が高いことは便益をより多く享受していることにはならない。しかし、サービスの供給者である医療機関に財政資金が投入されている。公的医療保険制度の利用頻度が高いことは医療の利用頻度が高いことと同じであり、結果的に享受している

図表27 健康状態と所得別にみた純便益



(資料) Wang et al. (2005) より作成

図表28 アジア諸国の集中度係数



(注) 括弧はデータ収集年。
(資料) O'Donnell, O et al. (2005c) より作成

便益が多いことになる。農村は、都市とは対照的に供給者に対する投入は少ないものの、保険料負担というかたちで財政資金が投入されており、保険の利用頻度が高いほど享受している便益が多いことになる。結局、都市農村のいずれにおいても、保険の利用頻度が高いこと=医療の利用頻度が高いこと=便益が多いという恒等式が成立する。

(注32) 集中度係数は、所得の不平等度を表すジニ係数と似た概念である。横軸に所得の昇順で並べた人数の累積度数、縦軸に医療支出の累積度数をとり、45度線に囲まれた領域の面積の2倍が集中度係数となる（遠藤〔2007〕）。同係数が0を上回れば財政支出の便益は富裕層が享受していること（pro rich）、0を下回ると貧困層が享受していること（pro poor）を示す。

IV. 格差是正に向けた改革

中国では所得格差だけでなく制度も医療格差の拡大を促す要因として働いている。低所得と不健康は相互に影響を与え、貧困層を貧困に押しとどめるだけでなく、中間層をも貧困に陥れることで、社会階層の二極化を促す。医療格差の是正は「和谐社会」（調和のとれた社会）を目指す胡錦濤－温家宝体制にとって避けて通れない政策課題のひとつである。

しかし、医療制度は先進国においても国によって政府の関与の度合いが全く異なり（尾形〔2007〕）、模範とすべき制度が存在するわけではない。世界銀行は、「貧困層向けにサービスを機能させる」という副題を冠した『世界開発報告2004』のなかで、医療を始めとする公共サービスを機能させるための改革は、結局のところ各国がそれぞれの事情に合わせて漸進的に進めるしかないとして

いる。

中国は医療格差の是正に向けて何をすべきか。以下では、まず、中国の医療政策がどのような発展段階にあるかを明らかにし、何を目標として医療制度改革を進めるべきかについて整理する。最後に改革の具体策についていくつかの提案を試みる。

1. 医療政策の発展段階－公的医療保険制度の再考

医療政策の目的は国民に最善の医療を提供する体制を整えることである。しかし、開発途上国においてこれを実現することは容易ではない。まず、対象をどこまで広げるかという問題がある。国民全体を対象にすれば相応の費用が必要となる。また、最善の医療をどう定義するかという問題も発生する。最善は往々にして最先端となるため、それを全国民に施すとなると、やはり膨大な費用がかかる。

これらの費用を賄うには国民に税や保険料というかたちで負担を求めざるを得ない。しかし、高負担・高医療に対する国民のコンセンサスが得られるとは限らない。医療需要はいつ病気になるかわからないという時期といくら必要になるかわからないという費用の不確実性があるため、健康な人は必ずしも高負担を望まないからである。

開発途上国の場合、コンセンサス以前の問題として、費用を負担出来るのが都市のフォーマル・セクターの就業者に限られるこ

とから、医療政策の目的は限られた対象に低いし中程度の医療を提供することに絞られる。それ以外の人には、援助などを活用し、感染症予防のための予防接種の普及や公衆衛生の改善を施すのが手一杯で、農村における医療はコミュニティーをベースとした自発的な取り組みに委ねざるを得ないというのが実情である（Tabor〔2005〕）。

中国は予防接種や公衆衛生の達成度が相対的に高く（注33）、政策の重点を保健から医療に移す段階に差し掛かっている。第11次五カ年計画でも「国情にかなった医療体制を構築し、広範な大衆に安全、便利、有効、適正な公衆衛生および基本医療サービスを提供する」ことがうたわれた。

国民全体に医療を提供することを可能にする装置のひとつが公的医療保険制度である。公的医療保険制度は支払った保険料とは関係なく給付を受けることが出来る。これは、①高所得者から低所得者への所得再分配、②健康な人から病弱者への所得再分配を促すもので、同制度には「貢献」にもとづく市場の分配原則を「必要」に修正する機能がある（権丈〔2007〕）。

政府は新型農村合作医療制度に加え、都市従業員基本医療保険制度の適用外となる学生、児童、高齢者向けの都市住民基本医療制度（注34）という新しいタイプの公的医療保険制度の普及を図っている。いずれも任意加入であるが、政府は2011年に両制度の加入者

比率を9割に引き上げるとしており、実質的な「皆保険」を目指している。公的医療保険制度を軸とした医療制度改革の方向性は正しい。

2009年に入ると、医療制度改革はその裾野を広げ、医療アクセスの改善が前面に打ち出されるようになった。政府は、2011年までの3年間に8,500億元を投じて、①公的医療保険制度の整備、②薬価の見直し、③農村の医療機関の整備、④衛生サービスの均質化、⑤公立病院の改革に取り組むとしている（注35）。2007年の政府の医療支出が1,989億元であったことから、政府がこの問題をいかに重視しているかがわかる。

薬価の見直しや農村の医療機関の整備などは医療アクセスの改善を促すことになる。しかし、中国の公的医療保険制度には「貢献」にもとづく市場の分配原則を「必要」に修正する機能がない。この問題にメスを入れることなしに医療格差が是正されることはない。『社会青書2009』によれば、依然として42.1%の人が「看病難、看病貴」を「物価上昇」（63.5%）に次ぐ重要な社会問題と認識している。しかも、その割合は都市よりも農村、沿海よりも内陸の方が高い。これは新型農村合作医療制度の普及が「看病難、看病貴」解決の決定打にはなっていないことの証左といえる。

医療格差を是正しない「皆保険」を追求することに意味はない。政府は、医療格差が発

生するメカニズムを把握したうえで、貧困層の医療アクセスを促すにはどのような制度が望ましいか、関係する制度を検証し、取り組むべき課題の優先順位を組み直す必要がある。問われるべき成果は所得に起因する医療格差を政府の介入でどこまで減殺出来るかである。

2. 制度設計のあり方－供給側

医療に影響を与える要素は多岐にわたり、成果が出ているからといって必ずしも医療政策が円滑に機能していることを意味しない。世界銀行によれば、開発途上国における保健・医療は、①供給側の技術や関係者のインセンティブ、②受診、予防ケア、衛生習慣などの需要側の行動様式、③所得や資産などの需要側の制約、④サービスの価格、量、質およびサービスの購入支払形態、⑤食糧やエネルギーの入手可能性、道路などのアクセスを左右するインフラの程度、⑥コミュニティーや地方政府の機能によって左右されるとしている（世界銀行〔2004〕）。

中国では所得の上昇やインフラの整備などの要素がプラスに作用したことは間違いない。しかし、供給側のインセンティブ、所得格差などの需要側の制約、公的医療保険制度、健康診断を受けないといった行動様式（注36）などがマイナスに作用し、成果に少なからぬ影響を与えていることも事実である。以下では、これまでの議論を踏まえ、医

療格差の是正のために何が必要かについていくつかの提言を試みる。鍵となるのは制度の設計者としての政府の役割である。まず供給側に焦点をあてる。

①医療費の抑制

高い医療費は、仮に公的医療保険制度が所得再分配機能を備えていたとしても、医療格差を拡大させる要因になる。医療費の抑制は貧困層の医療アクセス改善に不可欠な課題といえる。この問題は現行の「出来高払い方式」を「診断群別包括支払い方式（diagnosis related group/prospective payment system: DRG/PPS）」に転換出来るか否かが焦点となる。DRG/PPSは実際にかかった費用ではなく、診断群別に予め決められた料金を支払うというもので、先進国では医療費抑制の効果があるとする実証研究が多い。

中国でも、既に、一部地域でDRG/PPSが導入されており、症例当たりの医療費は30～50%、薬剤代が34～64%、入院日数が0.4～2日減少したとする報告がある（Quigyue〔2005〕）。先進国ではDRG/PPSの導入によって過少医療のインセンティブが生じる可能性があると言われるが、中国の場合はそのデメリットよりも不必要な薬剤や検査がなくなり、医療費が低下することのメリットがはるかに大きい。給与が硬直的になることで医療関係者による汚職が増えることも予想されるが、これは公務員制度改革のなかで見直すべき問題といえよう。

DRG/PPSへの転換は人口高齢化という点からみても重要である。国連の推計によれば、中国では60歳以上が人口に占める割合は2000年からの25年で10.7%から20.0%に上昇する。その一方で、2002年には農村においても死因のトップが感染症から成人病にとって変わる「健康転換」の第1相があらわれており（注37）、国全体の医療費はなにもしなくても自然に増加することとなる。DRG/PPSは財政赤字拡大の予防にもなる。

②基本的な医療にかかわる費用の反映

中国では、国民が頻繁に利用する基本的な医療にかかわる費用は、貧困層のアクセスを促すために政府が低く抑えている（World Bank [2005a]）。しかし、これは医師が不必要な検査や薬剤を処方することで費用を回収しようとする過剰診療を誘発し、かえって患者負担を増加させる原因となっている。基本的な医療については、かかった費用に利潤の上乗せを許容するフルコスト原則が適用されるべきである。

風邪や腹痛などの軽医療は頻度こそ高いものの、代替性が高いため必ずしも患者負担を引き下げる必要性はない。むしろ、代替性のない重医療の負担を引き下げる方がアクセスの公平性を高める効果がある。わが国においても、高額療養費制度によって一定額を上回る医療費については事後的に還付されることから、重医療の自己負担率は軽医療に比べ低く設定されている（遠藤 [2007]）。

③医療機関に対する補助金の配分の見直し

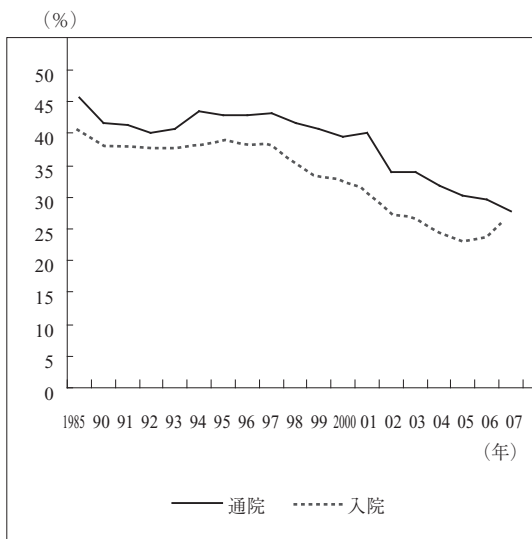
補助金が都市と農村でどのように配分されているかを示す資料はない。農村人口1,000人当たりの郷鎮衛生院の病床数は1990年から2007年までの推移をみても0.8前後で安定的に推移していることから判断すると、病床数などの規模に応じて給付する現在の配分方法は都市と農村に医療資源を均等に配分する合理性を備えているようにみえる。

効率性の点からは別の見方も出来る。村営の衛生室を除く医療機関の通院と入院に占める衛生院の割合は、1990年代後半から低下している（図表29）。総合病院と郷鎮衛生院の病床使用率に大きな格差があることからみても（図表30）（注38）、これは農民が衛生院より規模の大きい病院を選択する傾向を強めていることを示すもので、補助金は利用頻度の高い大規模医療機関に配分するのが望ましいといえる。

しかし、それは都市農村間の医療格差の拡大に拍車をかけることとなろう。大規模病院が選択される理由は、規模の小さい医療機関の質が問題視されているからにはほかならないが、質の問題は「丸投げ」によって農村における医療機関の整備を怠った政府自身の責任に帰する部分が少なくない。政府は医療の均質化を重視した補助金の配分を行うことで、全体の効率を引き上げる道を模索すべきであろう（注39）。

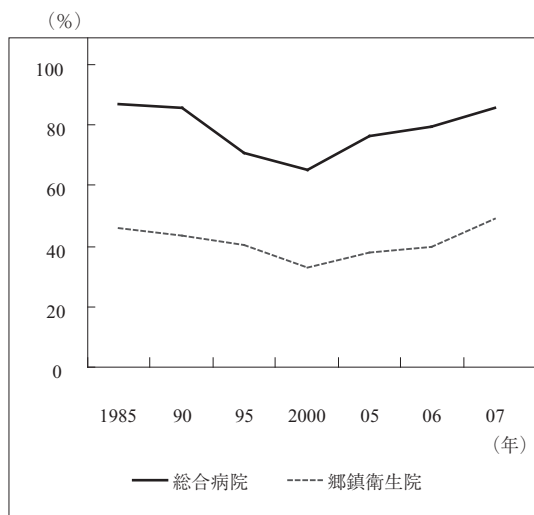
そのためには、医療を含む公共サービスの

図表29 衛生院が通院と入院に占める割合



(注) 村営衛生院は含まれない。
 (資料) 中国衛生統計提要2008年より作成

図表30 病床使用率



(資料) 中国衛生統計提要2008年より作成

提供主体と財源を明確にしたうえで、下位の政府の業績がいかに成長率を押し上げたかではなく、いかに公共サービスのアクセスを改善したかによって評価される仕組みをつくる必要がある。単に補助金を増やすだけでなく、補助金、成果、評価を連動させることが重要である。

3. 制度設計のあり方—公的医療保険制度

貧困層の医療アクセスを改善するには供給側の改革だけでは不十分である。現状の公的医療保険制度のもとでは、仮に末端の医療機関の質が向上し、その費用が半分になったとしても、農民や農民工の医療アクセスが改善するとは限らない。以下では公的医療保険制度のあり方を検討する。

① 新型農村合作医療制度の自己負担率の引き下げ

公的医療保険制度の持つ所得の再分配機能を最大限に発揮させるには、すべてを強制加入に切り替えたうえで、都市と農村の制度の一本化を図ることが望ましい。しかし、実現性の問題を考慮すれば、新型農村合作医療制度の自己負担率を貧困層でも支払い可能な水準まで引き下げ、貧困層の医療アクセスを促すことが当面の課題となろう。

自己負担率引き下げの選択肢としては、①基準額の引き下げ、②還付率の引き上げ、③給付限度額の引き上げの三つがある。問題は、その財源をどう確保するかである。政府は、

2010年には加入者に対する補助を100元から120元に引き上げる予定であるが（注40）、これは制度の普及を促す効果はあっても、農民の自己負担率を下げる効果はない。

最も単純な方法は、政府の医療支出を増やし、保険料の補助率の引き上げや基金への資金投入を図ることである。補助率の引き上げで医療需要の全てを賄うことは出来ないが、中央および省政府は、所得の高い地域の補助率を引き下げる、郷政府は世帯の所得水準に応じて補助率に差をつけるなどして、貧困層の自己負担率を引き下げることは可能である。全ての農村に対して補助率が一律である必要はない。

②新型農村合作医療制度の信頼性向上

『社会青書2009』では、社会的公平性の高い分野として、「公共医療」が66.7%と「義務教育」（85.8%）、「高考制度（大学入試）」（74.4%）に次いで三番目に挙げられた。2006年との比較でみた改善幅は16.1%ポイントと医療が最も高い。新型農村合作医療制度の普及が公平性に対する評価を押し上げたことは間違いない。

しかし、新型農村合作医療制度を巡っては、加入時にそのメリットが過大に宣伝されることもあって、還付時には還付率が低い、あるいは、手続きが煩雑で使い勝手が悪いなど、加入者の期待を裏切ることが少なくないとされる。実際の還付率は制度上の規定よりかなり低く（張ほか〔2006〕）、公平性に対する高

い評価は期待が先行している感が強いようにみえる。

政府には新型農村合作医療制度に対する期待を失望に変えない努力が求められる。加入者比率を引き上げることが目的化しないよう、制度に対する加入者の理解を深める必要がある。加入者のなかには徴収された保険料がどのように管理されているかについても疑問の目を向ける人が少なくないことから、情報公開を通じて基金の透明性を高めることも必要である。

③農民工の都市従業員基本医療保険制度への加入促進

全ての地域で農民工を従業員基本医療保険制度の対象とし、加入も任意から強制に変えるべきである。これは実質的な人件費の増加となるため、企業はもちろん、一定期間後の移動を前提とした農民工の双方から歓迎されない可能性もあるが、保険のポータビリティを高めることで、農民工側の加入意欲を高めることは出来よう。

ポータビリティを高めるためには、市レベルで管理されている基金を全国で統一する必要がある。地域ごとに異なる保険料率や給付の仕組みはその障害になることが予想されるが、政府は都市年金の基金を統一し、どこにいても年金が受けられる仕組みをつくることで、医療保険について同じことが出来ない理由はない。

- (注33) 例えば、2006年時点の予防接種の摂取率（1歳以下）は麻疹（MCV）、三種混合（DPT3）、B型肝炎（HepB3）が93%、93%、91%であり、低位中所得国グループの平均（89%、89%、85%）よりも、上位中所得国グループの平均（94%、94%、92%）に近い。一方、公衆衛生については、安全な飲料水へのアクセスが88%、衛生的なトイレが65%となっており、低位中所得国グループの平均（88%、68%）に近い。中国は低位中所得国グループの中位にあるため、所得水準以上の水準を達成していると評価出来る。
- (注34) 国務院「国務院關於開展城鎮居民基本医療保険試点的指導意見」国發〔2007〕20号（http://w1.mohrss.gov.cn/gb/ywzn/2007-09/18/content_197212.htm）
- (注35) 注3に同じ。
- (注36) 北京市健康保障協会が5,000人を対象に調査したところ、職場で健康診断が行われているにもかかわらず、7割の人が病気が見つかるのを恐れて、健康診断を受けないとされている。Record China「インテリ層7割が健診受けず、病気発見を懸念-中国」2008年9月28日（<http://www.recordchina.co.jp/group/g24406.html>）。しかし、この問題は需要側の無知というより、医療不信の結果と捉える方が妥当であるようにみえる。
- (注37) 健康転換とは、経済発展やそれに伴う疾病構造の変化を人口、経済、産業構造など他の社会経済システムとの関連において統一的に捉えようとするもので、感染症から成人病への転換を意味する第1相と成人病から老人病への転換を意味する第2相がある（広井〔1994〕）。中国では、農村では2002年にそれまで死因の1位であった呼吸系疾患が3位に後退し、1～2位はガン、脳卒中が占めるようになった。都市では1995年に呼吸系疾患が3位に後退し、脳卒中、ガンが1～2位を占めるようになった。
- (注38) この格差が中国特有のものであるか否かは定かではない。少なくとも、わが国では病院の規模によって病床使用率に目立った格差はない。厚生労働省「平成18年度病院報告」（http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/170/2006/toukeihyou/0006424/t0141555/BYO06J0037_001.html）を参照。
- (注39) 開発途上国では、一定の支出のもとで死亡率を減らすためには、都市部で資金を使った方が大きな成果を得ることが出来るケースが想定され、効率性と公平性の二つを達成することは難しいとされる（マックベイクほか〔2007〕）。しかし、中国では農村インフラが整備されていることや本章で述べるように医療制度に改善の余地が多いことから、効率性と公平性の二つを高めることは不可能ではない。
- (注40) 注3に同じ。

おわりに

中国では高い成長率を維持することで1人当たりの所得を増やすことが国是であり、社会の安定性を保つ鍵とされてきた。目下の争点は、8%前後の経済成長によって（「保八」）、社会の安定性を維持することに向けられている。しかし、「保八」は社会の安定性を保つための必要条件ではあるが、十分条件ではない。所得の再分配を通じて公平性を高めることなしに、社会の安定性を高めることは出来ない。

わが国のマスコミは、社会の不安定化を示す材料として、しばしば土地収用などを巡る騒乱、中央政府への「直訴」、ストライキなどを取り上げる。しかし、それらは問題が特定の地域に限定されるため、利害関係者の対立が先鋭化しやすく、そこに必ずしも社会全体の共感をよびおこすような問題が含まれているとはいえない。単にそれらの数が増えたからといって社会が不安定化したと判断するのは早計であろう。

本稿の分析を通じて言えることは、社会の不安定性は貧困層の脆弱性と同義であるということである。中国では所得水準は上昇したものの、病気、教育、老後などの中長期に亘るリスクにどう対処すべきかに不安を感じる人が増えている。これらはいずれも国民の日常生活に深刻な影響を与える問題であるが、問題が特定の地域に限定されるわけではない

ため、騒乱などのかたちで表面化することはない。

これは政府にとって好都合であるようにみえるが、むしろ見えにくいからこそ、国民の不満が堆積しやすく、何らかの拍子に一気に社会を不安定化させ、権力の正当性を揺るがすエネルギーになりかねない。第11次5カ年計画では「社会的公平を一層重視し、すべての人民に改革・発展の成果を共有させるべき」と明記された。医療制度改革はその試金石と位置づけることが出来る。

参考文献

1. Brown, P., de Brauw, A. and Du, Y.,(2007), *The New Cooperative Medical System: Dose it help Farmers with Health Shock Maintain Living Standards?*, Colby College
2. Brown, P., de Brauw, A. and Du, Y.,(2008), *Understanding Variation in the Design of China's New Cooperative Medical System*, Colby College
3. Cappgemini and Merrill Lynch (2008), *Asia-Pacific Wealth Report*
4. Das, Jishnu (2006), *A New Look at Quality of Medical Care in Low-Income Countries*, World Bank
5. Dib, H., Pan, H. and Zhong, H (2008), "Evaluation of the New Rural Cooperative Medical System in China : is it working or not?", *International Journal for Equity in Health*. July 2008
6. Gao, Qin (2006), *Social Benefit in Urban China*, Research Paper No.2006/117, World Institute for Development Economic Research, United Nations University
7. Hewitt Associates (2006), *Health Care in China*, Hewitt Global Report
8. IBM(2006), *Healthcare in China Toward greater access, efficiency and quality*
9. Mathers,C et al.(2000), Estimates of DALE for 191 countries: methods and results, Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 16, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/paper16.pdf>)
10. OECD (2005), *Governance in China*
11. O'Donnell, O et al.(2005a), *Who pays for Health Care in Asia ?*, EQUITAP Project: Working Paper #1, ERUITAP ("Equity in Asia-Pacific Health Systems")
12. O'Donnell, O et al.(2005b),*Paying Out-of-pocket for Health Care in Asia: Catastrophic and Poverty Impact?*, EQUITAP Project: Working Paper #1, ERUITAP ("Equity in Asia-Pacific Health Systems")
13. O'Donnell, O et al.(2005c), *Who Benefit from Public Spending on Health Care in Asia?* , EQUITAP Project: Working Paper #1, ERUITAP ("Equity in Asia-Pacific Health Systems")
14. Poullier, Hernandez and Kawabata [2002] , *National health Accounts: Concepts, Data Sources and Methodology*, WHO/EIP/02.47, World Health Organization
15. Quigyue, M (2005), *Review of Health Care Provider Payment reform in China*, World Bank
16. Tabor, S (2005), *Community-Based Health Insurance and Social Protection Policy*, World Bank
17. Hougaard, Østerdal and Yu (2008), *The Chinese Health Care System: Structure, Problems and Challenges*, Department of Economics University of Copenhagen
18. Hong, M. and Xiaolin, W (2006), *China's Budget System and the Financing of Education and Health Service for Children*, United Nations Children's Fund and Office of the National Working Committee on Children and Women Under the State Council
19. Wagstaff, A. and Lindelow, M et al. (2007), *Extending Health Insurance to Rural Population: An Impact Evaluation of China's new Cooperative Medical Scheme*, WPS4150, World Bank
20. Wang, H et al.(2005), "Community -based health insurance in poor rural China: the distribution of net benefits" , *Health Policy and Planning*, Oxford University Press
21. World Bank (2003), *East Asia Decentralizes Making Local Government Work*
22. World Bank (2005a), "China's health Sector-Why reform is Needed" , *Rural health in China: Briefing Note Series*
23. World Bank (2005b), *Assessing Government health Expenditure in China Final Draft*
24. World Bank (2005c), *Pilot program of NCMS in China: System design and progress*
25. World Health Organization (2000), *The World Health Report 2000*
26. World Health Organization (2008), *World Health Statistics 2008*
27. 閻坤 (2007) 「財政分権と中国の県・郷財政機能の区分」財務省財務総合政策研究所と中国国務院発展研究中心・マクロ経済研究部との「中央と地方の役割分担と財政の関係」に関する共同研究 最終報告会 (<http://www.mof.go.jp/jouhou/soken/kouryu/kou-drc180309.htm>)
28. 遠藤久夫 (2007) 「医療サービスの経済的特徴」西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『講座医療経済・政策学 第1巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房
29. OECD (2007) 『図表でみる世界の保健医療 OECDインディケータ (2007年版)』鐘ヶ江葉子訳
30. 尾形裕也 (2007) 「先進諸国の医療保障・提供体制の類型論と制度改革の動向」田中滋・二木立編著『講座医療経済・政策学 第6巻 医療制度改革の国際比較』勁草書房
31. 梶谷懐 (2004) 「財政・金融からみた中央と地方」加藤弘之・上原一慶『中国経済論』ミネルヴァ書房
32. 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』No.142 アジア経済研究所
33. 権丈善一 (2007) 「医療経済学の潮流—新古典派医療経済学と制度派医療経済学」西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『講座医療経済・政策学 第1巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房
34. 厚生労働省 (2003) 「2002～2003 海外情勢報告」
35. 厚生労働省 (2007) 「2005～2006 海外情勢報告」
36. 財団法人自治体国際化協会 (2000) 「中国の地方行政制度」
37. 財団法人自治体国際化協会 (2008) 「『中国の社会保障制度』～社会保険を中心として～」
38. 鶴田忠彦・中山徳良 (2001) 「日本の医療と公的規制」世代間利害調整プロジェクト (特定領域研究) Discussion Paper No.26 一橋大学経済研究所

39. 城本るみ (2000) 「中国の医療制度改革」『人文社会論叢』第4号 弘前大学 人文学部
40. 世界銀行 (2000) 『世界開発報告 1999/2000 21世紀はどうか』東洋経済新報社
41. 世界銀行 (2004) 『世界開発報告 2004 貧困層向けにサービスを機能させる』シュプリンガー・フェアラーク東京
42. 世界銀行 (2006) 『世界開発報告 2006 経済開発と成長における公平性の役割』一灯舎
43. 津上俊哉 (2004) 「中国地方財政制度の現状と問題点—近時の変化を中心に—」RIETI Discussion Paper Series 04-J-020、独立行政法人経済産業研究所
44. 陳金霞 (2006) 「中国農村部の社会保障制度の整備—医療制度を中心に—」『社会文化科学研究』2006年3月、千葉大学
45. 広井良典 (1994) 『医療の経済学』日本経済新聞社
46. 堀真奈美 (2000) 「医療費支払方式が医療システムに与える影響—米国の経験—」『日本公共政策学会年報2000』日本公共政策学会
47. マックベイク・クマラナヤケ・ノルマンド (2007) 『医療経済学入門』東京大学出版会
48. 李連花 (2003) 「中国の医療保険制度改革—経済体制改革との関連を中心に—」『アジア経済』2003年4月アジア経済研究所
49. 韓俊・羅丹 (2005) 「中国農村医療衛生状況報告」國務院發展研究中心
50. 張林秀・顔媛媛・羅斯高・王紅 (2006) 「新型農村合作医療的实施効果分析—来自全国五省101個村の実証研究—」『社会経済評論』26期