

# 中国の医療と農村の光と影

——各種調査結果からみる新医療制度改革の現状と課題——

李

宣

## はじめに

### 1. 本稿の問題意識

新中国（1949年）の建国以来62年を経て、中国では社会保障制度における一連の改革を通じて制度の整備と充実が軌道に乗ってきた。医療保障はその中でも最も重要なものとされ、全国的な改善が期待されている。2009年4月に中国政府は新医療制度改革（以下「新医改」という。）を実施し、「量」ではなく「質」、あるいは医療システムの構造そのものを変化させる方針を示したところである（江藤 2011：23頁）。そこで、本稿では、新医改実施前の背景と現状を分析したうえで、新医改実施後の課題、特に医療問題が深刻となっている農村部への影響を明らかにすることを目的とする。

さて、世界保健機構（WHO）では2000年に世界191カ国を対象に衛生体制の比較調査を実施しているが、それによると衛生体制における中国の公平性は下から4番目であった（WHO 2000）。中国の13億の人口のうち、今なお7億人余りは農民<sup>1)</sup>である（国家統計局 2010）。

1) 中国では、1958年に制定された「戸籍登記条例」により、都市部住民と農村部住民を厳格に区別し、分離する政策がとられてきた。農村住民は農業戸籍が与えられ、都市住民には非農業戸籍（都市戸籍）が与えられた。中国では、農民とは、従事している職業に基づく呼称ではなく、農民戸籍を有する者を指す、いわば身分上の概念である鎌田文彦（2008：136頁）。

2004年の「中国農村住戸調査年鑑」によると、経済的な理由から35%～40%の農民患者は治療を受けたくても受けることができず、60%の農民患者は入院したくても入院できないとされている（国家統計局農村社会経済調査署 2004：56頁）。2005年に「中国国务院発展研究センター」<sup>2)</sup>とWHOは、「中国の医療衛生の改革は全体を通して失敗に終わった」という評価を下している（中国医療衛生体制改革 2005）。また、2006年の中国国家统计局の調査によれば、中国国民が深刻と考えている社会問題のなかでも「看病難・看病貴」（医療費が高すぎて、診療を受けられない）が第1位となっており、医療制度の不備は大きな社会不安の要因となっている<sup>3)</sup>。

これらの問題を解決するため、中国政府は農民を対象とした新型農村合作医療制度<sup>4)</sup>（以

2) 中国国务院発展研究センターは、1981年に設立し、国务院に直属する政府コンサルティング機関である。同センターは、マクロ政策の実施状況や長期的な発展を視野に入れた経済政策の策定、対外貿易政策や産業構造の調整、投資体制の改善など、中国の経済全体をカバーする形で分析・研究を行っている。

3) 中国社会科学院（2006）による。調査対象は、全国28省都市・農村住民世帯（2006年3-7月実施、有効回答7061世帯）。『人民日報日本語版』2006年12月25日。

4) 中国の農村部における医療制度であり、政府は農民の基本医療問題を解決のために2002年に設定された合作医療制度である。制度の詳しい内容はⅡ-2のところで述べる。

下「新農合」という.)を2003年から実施し、2006年には「和諧社会」<sup>5)</sup>を目標とした社会保障制度の再構築を宣言した。さらに、国务院研究機構はWHOと協力して、2009年4月6日に『医療衛生体制改革の意見』(以下『意見』という.)と『医療衛生体制改革に関する当面の重点実施プラン(2009-2011年)の通知』(以下『重点実施プラン』という.)を公布し、新医改をスタートさせた(Lexun Du・Wenming Zhang 2009: 56頁)。重点実施プランの期間は3年間であるが、改革の土台を形成する重要な時期であるため、中間的な評価を行うことが必要である。また中国は一人当たりの所得が低いだけでなく、多層的な格差も存在する。すなわち、都市部と農村部の二元的格差、東部・中部・西部の三階(三梯)格差、及び東部の都市と農村・中部の都市と農村・西部の都市と農村の間の六維格差である(王虎峰 2010: 62頁)<sup>6)</sup>。このような状況の中で実施された新医改は、中国農村の医療問題を解決できるのであろうか。本稿の目的はこうした課題を論じることである。

5)「和諧社会」は調和のとれた社会の意味である。それについての詳しい内容は、2006年10月に開催された中国共産党第16期中央委員会第6回全体会議では、社会主義「和諧社会」の構築に向けた2020年までの目標と主な課題として、次の点を提示した。①社会主義民主法制をさらに整備し、法治国家に向けた基本方策を全面的に実行し、人民の權益が適切に尊重・保障されるようにする。②都市と農村、地域間の発展格差の拡大傾向を段階的に転換させ、合理的で秩序ある所得分配構造をほぼ形成し、家庭資産をあまねく増加させ、人民がさらに豊かな生活を送れるようにする。③社会雇用を比較的満たし、都市と農村の住民をカバーする社会保障制度を確立する。④基本的な公共サービス制度をさらに整備し、政府の管理・サービス水準を大幅に引き上げる。⑤民族全体の思想的・道徳的資質、科学的・文化的資質と健康レベルを顕著に向上させ、良好な道徳的風潮、調和の取れた人間関係の醸成を進める。⑥社会全体のイノベーション活力を顕著に強化し、革新型国家をほぼ完成する。⑦社会管理体制をさらに整備し、社会秩序を整える。⑧資源の利用効率を顕著に向

## 2. 中国医療制度改革に関する先行研究

中国政府は、2003年に新農合を導入し、2006年には「和諧社会」を目標とした社会保障制度の再構築を宣言した。それをきっかけに中国では、農村医療や医療制度改革について様々な研究が発表されるようになった。しかし、先行論文は調査データが少ない或いは使用資料が古いことにより中国の医療問題の分析及び発展方向について論拠が不足している。例えば、王崢(2009)は、2003年の新農合について「新」「旧」の合作医療制度を比較し、農村医療保障制度の必要性やその出発点に照らし合わせながら、現制度の根本的な問題点と今後の発展方向を検討している。さらに、王崢(2011)は、農村所得格差の拡大問題から中国農村部における多層的医療保障体系の構築の必要性を論じ、医療保障体系の問題点を新たに検討した。しかし、王崢のいずれの論文においても理論や制度分析はなされているものの、医療制度改革の効果や国民の満足度、農民の意見などについてのデータが少なく、新農合の問題点及び発展方向の分析における論拠が不足していると考えられ

上し、環境問題を顕著に好転させる。⑨十数億人に恩恵のおよぶ、より高水準の小康社会(いくらかゆとりのある社会)の全面的な建設という目標を実現し、全人民が各自の能力を発揮し、かつ調和的に共存し合う社会の形成に努める。⑩社会主義調和社会の構築を進める上での原則として、人民本位・科学的発展観・改革開放・民主法治・改革発展と安定の關係の正しい処理・党の指導の下での社会全体の共同建設——を堅持しなければならない、と強調した「人民日報日本語版」2006年10月12日<[http://j.people.com.cn/2006/10/12/jp20061012\\_63833.html](http://j.people.com.cn/2006/10/12/jp20061012_63833.html)> 2011年8月8日アクセス。

6) 東部とは北京、天津、上海、河北、遼寧、山東、江蘇、浙江、福建、廣東、海南の省市である。中部とは黒竜江、吉林、山西、河南、江西、湖北、湖南、安徽の省市である。西部とはチベット、新疆、内モンゴル、甘肅、寧夏、青海、四川、重慶、雲南、廣西の省市・自治区・直轄市である。王虎峰は、中国の格差の現状を中国語で「二元三梯六維」と表現している。

る。また、三浦有史（2009）は、医療制度改革について医療格差の視点から「看病難・看病貴」という医療問題を切り口として、医療格差の実態と原因について分析し、格差是正に向けた改革を提言している。ただし、三浦論文は、2003年の中国衛生サービス調査報告（以下「NHSS2003」という。）に基づいて医療格差の現状を分析している。このNHSS2003は1998年から2003年までの医療の現状を明らかにしたものであり、2003年から実施した新農合の効果については触れていない。しかし、2003年の新農合の実施によって、農村は大きな変化がもたらされ、医療格差の状況も大きく変貌を遂げたと考えられる。さらに、2009年からの新医改の実施によって「看病難・看病貴」及び医療格差などの医療問題に相当程度の変化が起きたと考えられる。

そこで本論文では、これまで日本では紹介されていない、2008年に実施した「中国衛生サービス調査研究（Analysis Report of National Health Services Survey in China, 2008）」<sup>7)</sup>（以下「NHSS2008」という。）及び同年実施の「初回中国国民健康素養調査報告」<sup>8)</sup>（以下「健康素養調査」という。）を取り上げ、医療格差における最新の状況を考察する。この二つの調査結果は、新農合の5年間の実施上の効果を明らかにするものであり、2009年の新医改の具体策の作成に際しても、この調査結果は重要な根拠となっている（Centre for Health Statistics

and Information 2008:1頁）。

一方、江藤（2011）は、医療市場の観点から中国の医療改革の全体的な流れ及びその方向性を分析している。さらに、新医改について、保険加入率・給付範囲、医療費抑制、医療財源の分担、連携医療と個人の選択という観点から評価を行い、新医改が日本の医療産業に与えた影響を論じている。この論文は新医改に関して日本で初めて紹介されたものであり、全般的に中国の医療問題点を分析したものである。しかし、中国の医療制度の大きな特徴は都市部と農村部を分断した二重構造である。従って、医療改革を評価するためには都市部と農村部をそれぞれ分析する必要がある。特に医療問題が深刻となっている農村については、独自の調査が必要である。また、新医改の目的は、国民の医療問題の解決にあるため、新旧制度保障内容の比較に加えて、主体である各層国民、特に農民の観点からの分析が重要である。以上の点から新医改については国民意識に関する調査が必要であろう。

### 3. 本稿の構成

本稿では、先行研究の問題点を考慮したうえで、まず医療制度改革が行われた背景と現状を明らかにする。具体的には、中国の医療改革における都市部と農村部の状況を個別に把握し、これまで日本では紹介されていない、2008年に実施したNHSS2008及び同年実施の「健康素養調査」を検証する。次に、2009年における新医改の仕組みと特徴を検討する。さらに、論文の後半部分では、新医改について2009年に筆者が実施した新農合のモデル地域<sup>9)</sup>におけるアンケート調査、及び2011年に実施した中国医療保障に関する国家機関・研究所等へのイ

7) 衛生部（中国における衛生部は、医療管理・衛生監督・薬政管理・衛生統計などを行う部門があり、国家レベルでの衛生行政政策・条例などの決定と公布を行っている）は1993年から国家衛生サービスについての調査を開始し、1998年の第二次調査、2003年の第三次調査を経て、2008年に第四次調査を行った。今回の調査は2009年の新医改の根拠となったものである。

8) 「初回中国国民健康素養調査報告」は、中国健康教育センター・衛生部ニュース宣伝センターから2009年12月に発表された。この調査も2009年の新医療制度改革のために実施されたものである。

9) 2003年新型農村合作医療制度を成功させるため、最初是全国31省のうち4省（吉林・安徽・浙江・湖北）の8県を選定し、試験モデル地域として新型農村合作医療制度を実施した。

表1 医療保障制度改革の流れ

経済体制	類 型	都市部医療システム	農村部医療システム
計画経済下 改革開放前	公的医療保険	「労働保険医療制度」(1951年～1998年) 「公費医療制度」(1953年～1998年)	「農村合作医療制度」 (1950年～1987年)
市場経済下 1978年 改革開放後	公的医療保険	「都市部従業員基本医療保険」(1998年～) 「都市部住民基本医療保険」(2007年～)	「新型農村合作医療制度」(2002年～)
	公的医療扶助	都市部医療扶助制度(2003年～)	農村部医療扶助制度(2003年～)
	私的医療保険	商業健康保険制度(1982年～)	商業健康保険制度(2003年～)

出所：徐林卉(2008)，P.5より筆者作成

ンタビュー調査に基づいて、新旧医療制度を比較し、農民や研究者の観点から中国の新医改の課題について論じる。そして、最後に中国農村医療の光と影について検討したい。

## 1. 中国の医療制度システム

今日の中国の医療制度は、都市部の「都市部従業員基本医療保険」(1998年)及び「都市住民医療制度」(2007年)並びに農村部の「新農合」(2003年)の3本柱から構成され、それぞれ一部の国民をカバーしている。また、表1に示したように、中国の医療制度は、経済体制の変遷等の影響を大きく受けており、都市部と農村部はそれぞれが一連の医療改革を経て現在に至っている。また、中国の社会保障制度は二重戸籍制度<sup>10)</sup>とリンクしており、対象や地域に合わせた医療保障システムを整備している(徐林卉2008:25頁)。すなわち、中国の医療保障制度の特徴は都市部と農村部の二重構造のもと

で、全国民に適用される統一的な制度が存在しないと考えられる。以下では、都市部と農村部の双方の医療改革の流れを論じ、各自の医療保障システムの特徴と問題点を明らかにする。

### 1. 都市部の医療制度改革

中国の医療保障制度は、1949年の新中国成立後、翌年の1950年に開始された。都市部における1978年改革開放<sup>11)</sup>前の医療制度は、計画経済の体制<sup>12)</sup>に基づいて作られたものであり、「労働保険医療制度」(1951年)と「公費医療制度」(1953年)から構成されている。改革開放前の都市部の医療保障制度の特徴は、劉曉梅(2008:182頁,183頁)が以下の5点にまとめている。「①無料型の医療制度である。②受給者の範囲を一部の人に限定する。③財源は個別の国有企業と各レベルの政府の財政に任

11) 改革開放とは、鄧小平が1978年から実施した中国国内体制の改革および対外開放政策のことである。

12) 「江沢民総書記による党活動報告は、計画経済すなわち社会主義ではなく、資本主義にも計画がある。市場経済すなわち資本主義ではなく、社会主義にも市場がある。計画と市場はともに経済の手段だ。計画の要素が多いか、市場の要素が多いかは社会主義と資本主義の本質的な違いではない」と断じた。計画も市場もともに「手段」であってみれば、市場も「社会主義」の名において臆することなくこれを利用することができるようになったのである。」渡辺利夫「中国の経済体制改革と鄧小平思想」大蔵省財政金融研究所フィナンシャル・レビュー(1994:1頁)。

10) 「中国の社会政策は、都市部における政策(都市社会政策)と農村部における政策(農村社会政策)にわかれており、二重構造ともよばれている。この二重構造は社会福祉サービスの供給体制にも影響を与えており、都市部の社会保障制度の整備は優先的に行われる一方で、農村社会の社会保障制度の整備は立ち遅れているとされている。」添田正揮「アジア型社会福祉発展モデル研究プロジェクト 中華人民共和国における大学等調査報告大学の社会福祉教育および社区サービスと福祉現場の実情」日本社会事業大学『研究紀要』第55集129頁(2009年2月)。



表 2 都市部医療保険制度と農村部医療保険制度

	都市部従業員基本医療保険	都市部住民医療制度	新農村合作医療制度
加入者数	2009 年 2.19 億人	2009 年 1.81 億人	2009 年 8.33 億人
対 象	都市部の企業の従業員又は退職者	無職者と農民工	農村住民と農民工
加入方法	強 制	任意加入	任意加入
保険料	企業：賃金の 6% 個人：賃金の 2%	個人：50% 政府：50%	個人：20% 中央政府：40% 地方政府：40%

出所：三浦有史（2009）P. 29；舒僅（2008）P. 82；中国衛生部（2010）より筆者作成

せて、個人の負担はない。④管理は企業、地方政府に任せる。⑤国有企業従業員の扶養家族の医療費は半額を支給するが、公費医療制度の受給者の扶養家族には医療費を支給しない。」労働保険医療制度と公費医療制度は、企業による福利厚生と国家による福祉政策といった色彩が強く、建国当初の国民の健康状態と医療水準の向上に大きく貢献した。ここでの「無料医療制度」は「中国の都市部における社会主義医療保障体制の確立を意味するものであった」と評価されている（田多英範 2003：73 頁）。

しかしながら、改革開放後は国有企業の改革に伴い「無料医療制度」の継続は困難な状態となった。この制度の問題点を例示すると、まず一部の国有企業は、生産性の低下と財務状況の悪化が進行し、従業員に対する医療保障制度が形骸化する傾向にあった。その結果、従来の医療制度は、中国の改革開放政策の実施にともない維持が困難になった。その主な原因について、世界銀行（1997）は、次の 4 点を指摘している。①高齢化の進行、②旧制度の非効率性、③国有企業の改革、④医療格差の拡大の 4 点である。無料医療制度では、医療費が無料であるため、過剰に医療サービスを求める傾向にあったと考えられる。

以上を背景として 1998 年 12 月 14 日に「都市部労働者・職員の基本医療保険制度の整備に関する国务院決定」（以下「決定」という。）が公布され、従来の「無料医療制度」は廃止された。都市部は「都市部従業員基本医療保険」と

なり統一的な医療制度となった。「都市部従業員基本医療保険」は表 2 に示したように企業と個人負担の方式をとっている。原則として賃金の 6% に相当する額を企業が保険料として負担し、賃金の 2% に相当する額を個人が負担する。個人の保険料全額と企業拠出の 3 割程度を「個人口座」に、拠出の残分を「医療保険基金」へ積立てる。医療費が発生した際には、まず「個人口座」から支払い、口座の残高を超える部分は患者の個人負担となる。個人負担は当該地区の平均賃金の 10% を超えた場合には患者負担と医療保険基金で分担するが、医療保険基金が負担する最高限度額は当該地区の平均賃金の 4 倍である（三浦有史 2009：8 頁）。この制度の大きな特徴は「低レベル高カバー率」である。すなわち、保障レベルを国家の財政負担が可能な範囲に下げること、その対象者の範囲を都市部の全従業員にまで拡大するというものである（徐林卉 2008：23 頁）。しかし、「無料医療制度」あるいは「決定」はいずれも就労者のみが対象であり、非就労者の都市住民には保障されていない。その後、中国政府は 2007 年に都市の無職者（学生、児童を含む。）及び農民工<sup>13)</sup>を対象とする「都市部住民医療制度」の試行案を公布した。今日において都市部は、表 2 に示したように「都市部従業員基本医療保険」と「都市部住民医療制度」から構成されている。都市

13) 農民工とは農村からの出稼ぎ労働者のことである。

部の医療制度の問題点について、劉曉梅(2008: 194頁～200頁)は医療システムの不完全性、医療資源配置の不公平性、医療費の不合理な支出、公共医療の市場化と商業化、そして政府の法的監督と行政の評価体制などの欠陥にあると指摘している。

## 2. 農村部の医療制度改革

農村部における改革開放前の医療制度は「農村合作医療制度」であった。農村合作医療制度は50年近い歴史があり、1940年代の萌芽期、50年代の草創期、60～70年代の発展と隆盛期、80年代の衰退期、90年代以降の回復と発展期という経過を辿ってきた(殷国慶・土屋 2000: 39-44頁; 川副延生 2002: 103-108頁)。改革開放後、衛生部は研究者や地方衛生機関と連携し、過去の合作医療の問題について検討を重ねてきた。その結果、農村合作医療の内容と役割は変化し、2002年に新農合が構築され、全国で実施された。

### (1)「新農村合作医療制度」の概要と現状

2002年中国政府は「中共中央国務院は農村医療衛生に関する決定」を公布し、農村における「新農合」を定めた。2003年には試験的導入を始め、いまや全国に広まってきている。「新農合」は農民工も含む、県内の農村住民を対象者とし、家庭単位<sup>14)</sup>での任意加入方式で、保険契約は年ごとに更新される(王崢 2009: 164頁)。また、財源の負担は、表2の通り、個人負担、中央政府及び地方政府の支援という三者負担方式である。「重点実施プラン(2009-2011年)」によると、中央政府からの支援は全体の40%(2009年の時点で40元<sup>15)</sup>)、地方政府からも同じく40%(40元)であり、個人による上納は20%(20元)となっている。外来

受診の際には、医療費及び薬剤費は「家庭口座」<sup>16)</sup>から料金の80%を支払い、残りの20%は個人負担となる。なお、外来受診料の総額が「家庭口座」の最高金額を超える場合も個人負担になる。そして、入院、重度の病気及び慢性病において、医療費が発生した際には、給付開始額から年最高限度額の範囲内であれば医療費の60%は医療保険基金から支出され、残りの40%は個人負担となる。他方、犯罪・法規違反・自殺など人的な原因で入院する場合や「家庭口座」の残高を超える場合は、すべて患者の個人負担となる(王時東 2008: 62-64頁)。

### (2)「新農村合作医療制度」の特徴と問題点

新農合の特徴としては、次の点を挙げられる。

①重度な病気の治療及び入院治療を中心とし、給付内容は、入院・投薬・手術・輸血・通常検査及びベッド代などであること、②個人による費用負担、団体によるサポート、政府の支援が一体となった資金調達メカニズムを構築し、政府からの財政援助が多いこと、③各地の実情に沿った保障プランを組み立て、農民が居住する県で自主的に指定医療機関を選択できること、④東部沿海地域と中・西部内陸地域に対する中央政府の区別対応、⑤漢方医薬の運用を特に強調し、事業システムにおける定点漢方医療機関を設立することである(王崢 2009: 165頁; 王時東 2008: 7-9頁)。

しかし、新農合は従来の合作医療制度と比べると、その保障内容の不十分さも見えてくる。旧制度の保障内容は予防から治療までであり、例えば子供の予防接種、女性の産前産後の保険及び計画出産など多くの内容を含んでいた。それに対して、新農合の内容は入院治療・重度な病気に対する治療が中心であり、早期発見・早期治療の予防医療は強調されてない。また、新農合の実施は政府からの統一的な指導を受ける

14) 家庭単位とは家族全員の加入形式であり、個人の単独参加を認めないということ。

15) 元は中国の貨幣単位である。2011年10月14日の時点で1元は約12.07円である。

16) 家庭口座とは新農合は家庭単位(注14)で加入するため、「個人口座」の代わりに「家庭口座」を積み立てて、家族の全員が共用する。

ため、上から下への制度である。従って、農民からのニーズに対応できず、農民の積極性を打ち消す傾向がある（王崢 2009：168 頁）。

加えて、新農合は農村部における公的医療保険制度としての限界を露呈させた。具体的には、①新農合では、農村住民の 100% をカバーすることは不可能であり、②給付率や給付手続きについての問題が多い、③保険給付の範囲が狭い、④保険料の処出と保険金給付における地域間格差が存在、以上の四つが新農合の医療問題として顕在化している。（王崢 2011：98 頁 99 頁）。

### 3. 「商業健康保険制度」と「医療扶助制度」

市場経済体制の下で中国は公的医療保険制度のみならず、表 1 に示したように富裕層を対象にした「商業健康保険制度」や貧困層対象の公的「医療扶助制度」も設備されている。

中国の「商業健康保険制度」（徐林卉 2008：37 頁 38 頁）は私的保険であり公的医療保険の補充機能を果たしつつある。都市部の商業健康保険は 1982 年から萌芽し始め、1998 年に公布された「都市部従業員基本医療保険」の「補充医療保険」として機能した。これによって富裕層の従業員はより高いレベルの医療保障を受けることが可能となった。農村部の商業健康保険は、2006 年の国務院による「保険業の改革発展についての意見」の公布に伴い、新農合への参入が拡大している。また、貧困及び医療問題の緩和を解決するための重要な策として、2003 年中国民政部、衛生部、財政部が「農村医療扶助制度の実施に関する意見」を公布し、続いて 2005 年に民政部、衛生部、労働保障部、財政部は「都市医療扶助制度の試行に関する意見」を公布した。医療扶助制度は中国医療保障システムの中で、商業健康保険とともに、公的医療保険制度を補完することを目的としている。

## II. 政府の調査

以上では、中国の都市部と農村部それぞれの医療改革の流れ及び制度の特徴を論じ、今日の

中国の医療保障システムの枠組みを明らかにした。しかし、2009 年の新医改に先だって行われた医療保障システムがどれ程の効果を収めたのか、国民からの評価はいかなるものであったのかについては、未だ明らかにされてない。特に 2003 年に実施された新農合によって農村地域の医療状況がどのように変化したのかについては不明である。そこで、以下では NHSS2008 及び健康素養調査を紹介し、それらの調査結果に基づいて上記の疑問点を明らかにする。さらに、研究者が指摘した現制度の問題点を検証し、2009 年の新医改の根拠となった NHSS2008 及び健康素養調査の意義について検討する。

### 1. 2008 年第四次中国衛生服務調査 (NHSS2008) について

#### (1) 調査の概要

衛生部は 1993 年から全国の衛生服務調査の実施を開始した。1998 年の第二次調査、2003 年の第三次調査を経て 2008 年に第四次の調査を完遂した。以下では Centre for Health Statistics and Information (2008) に基づいて、NHSS2008 の調査結果を分析する。

NHSS2008 の調査は、過去 5 年間の衛生改革の成果を評価するだけでなく、2009 年の新医改の実施及び評価に資するデータを提供している。また、調査の目的は、実施結果に基づく「健康中国 2020」<sup>17)</sup> の目標及び計画の作成である。調査の実施に当たって、国家調査チームは、まず全国 31 省のうち、自治区及び直轄市のうちから 94 県（市・区）を選出した。そして、その中から 470 の郷鎮（町）及び 940 の行政村（村）の合計 56,400 戸に対して訪問調査を行った。調査の内容は、以下の 4 点から構成されている。①国民の現状（調査対象の社会経済的な

17) 新医療制度改革は「健康中国 2020」を発表した。中国政府は、2020 年までに全国を対象にした基本的医療サービスの提供の実現を目指している。



特徴, 健康状態の自己評価等), ②医療サービスの利用状況(病気の受診率, 医療需要の満足度及び不満の要因, 医療費の給付状況等), ③医療制度の内容(医療保障システムの枠組みと実施体制, 医療保険の給付範囲, 医療保険の保障水準等), ④国民の満足度(医療保障システム, 医療サービスの提供過程, 医療保障の普及及び水準についての国民の満足度)である。

また, 本調査は医療保障における格差の現状を的確に把握するため, 調査地域を都市部と農村部に分け, 都市部では人口の規模により大都市・中都市・小都市の3レベルに分けた。各都市の調査全体占める割合はそれぞれ12%, 8%, 10%である。一方, 農村部では経済状況の優劣により一類農村, 二類農村, 三類農村, 四類農村に分けられ, それぞれの割合は17%, 21%, 23%, 9%である。以下では, 本調査の調査結果に基づいて医療サービス状況の変化, 医療格差の変化及び国民の満足度について検討する。

## (2) 調査結果

### ①医療サービス状況の変化

#### i. 都市部・農村部医療保険の給付範囲の増加

地域限定した調査であるNHSS2008では, 87.1%の住民が医療保険に加入し, このとき都市部では, 71.9%の住民が医療保険に加入していた。その中で都市住民の基礎医療保険の加入率は12.5%である。都市部従業員の保険加入率は44.2%で2003年より14%増加した。農村部では, 92.5%の住民が医療保険に加入しており, 新農合の割合は89.7%である。全体的にみれば, 医療保険の加入率は2003年より約3倍に増加した。医療保険の加入率が増加した理由は二つあると考えられる。一つめは2003年からの新農合の実施により, 人口割合が多い農民が医療保険に加入できるようになったことである。二つめは, 医療保険に加入することが難しかった住民が, 2003年からの医療扶助制度の整備により, 医療保険に加入できるようになったことである。

#### ii. 居民(住民)医療サービス利用率<sup>18)</sup>の増加

調査地域住民の発病後2週間以内の受診率は14.5%であり, 2003年の13.4%から多少増加した。これを実数でみると, 2008年の受診, 急診回数は全国で50.1億回に至り, 2003年より2.6億回も増加している。また, 「基層医療衛生組織」<sup>19)</sup>の受診率は2003年の69.5%から2008年には73.7%に増加し, そのうち都市部は36.6%から48.3%に, 農村部は79.3%から81.7%に増加した。また, 入院患者の割合も大幅に増加した。都市部は3.4%から6.1%に, 農村部は3.3%から5.0%に増加した。医療サービス利用の増加にもいくつかの理由があると考えられるが, その主な要因は医療保険の給付範囲の増加にあると考えられる。医療保険の加入により医療費が保障されるため, 医療サービス利用の割合が高くなったものと思われる。

#### iii. 医療サービス未利用住民の比率と理由の変化

2004年の「中国農村住戸調査年鑑」によると, 経済的な理由から35%~40%の農民患者は治療を受けたくても受けることができず, 60%の農民患者は入院したくても入院できていない(国家統計局農村社会経済調査署2004: 56頁)。

2008年の調査地域では発病後2週間以内の未受診率は38.2%であり, 2003年より6%減少しており, 農村部における変化の幅は都市部より若干大きくなっている。未受診病例のうちでは, 70%の病人は薬局で薬を購入して服用するなどの方法を取っているが, 少数の病人は何らの対策も講じていなかった。また, 患者が発病後2週間以内に受診しなかった主な理由は, 患者自身が病気の程度を判断し, 受診不要

18) 「居民医療サービス利用率」と「衛生サービスの利用状況」については, 中国で一般的に発病後2週間以内の受診率, 年間入院率, 発病後2週間以内の未受診率(2週間以内に病院で受診しない者の割合), 入院と判断されながら未入院の者の比率などを指標に測られる。

19) 「基層医療衛生組織」は都市部社区(コミュニティ)衛生サービスと農村部二級衛生組織に分かれている。



表3 都市と農村における年平均収入と年平均支出の変化

地域 年	一人当たり年平均収入									
	全住民	都市部	農村部	大都市	中等都市	小都市	一類農村	二類農村	三類農村	四類農村
2003年（元）	3302	6565	2175	8292	6607	4589	3163	2187	1938	1187
2008年（元）	6572	11193	4932	14177	11277	7791	6398	5076	4734	2784
変化率（%）	99	70.5	126.8	71	70.7	69.8	102	132	144	135
地域 年	一人当たり年平均支出									
	全住民	都市部	農村部	大都市	中等都市	小都市	一類農村	二類農村	三類農村	四類農村
2003年（元）	2590	4934	1781	6297	4791	3524	2466	1763	1666	1039
2008年（元）	4893	8177	3728	10123	8051	6110	4688	3735	3721	2226
変化率（%）	88.9	65.7	109.3	60.8	68	73.4	90.1	112	123	114

出所：Centre for Health Statistics and Information (2008), P.5より筆者作成

と結論を出したためである。このような患者は全ての未受診者の67.8%を占める。一方、貧困または医療費が高額であるため受診を断念した者は全体の未受診者の14.9%を占めている。

しかし、医師は入院すべきと判断したが、未入院であった患者のうち主に経済的困窮を原因とした者は70.3%であり、入院を不要と自己判断した者は10.7%、生活上の時間的制約から入院しない者は7.7%であった。また、入院した患者のうち、36.8%が自ら退院を希望した。これは、2003年より6.5%減少している。退院希望を出した患者では、経済的困窮と高額な費用負担を理由とする者は54.5%であり、2003年より9.4%減少した。

以上述べたように、医療サービス未利用住民の割合は2003年より減少し、特に農村地域の未入院患者の減少傾向は都市部より顕著となっている。これは新農合が重い病気を中心に医療費を保障するようになったためである。しかし、経済的な原因で受診できないあるいは入院できない者は未だ相当の割合を占めていることもわかる。未受診の割合が38.2%というのは「看病難・看病費」という医療問題が依然として深刻であることを示している。また、入院患者の保障費用における最高限度額の低さや入院に至らない病気への対応については依然として課題である。

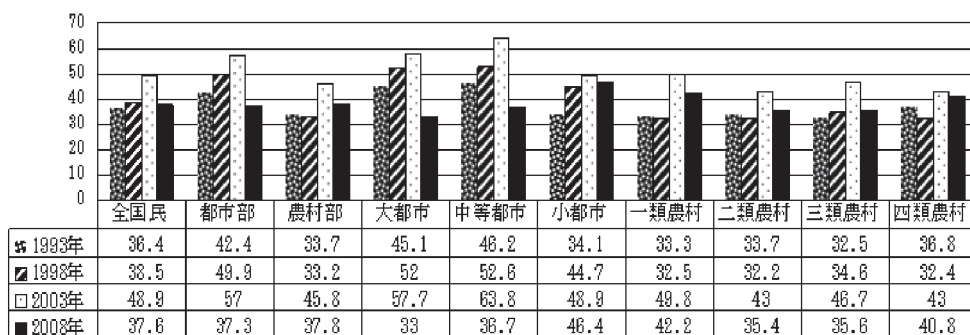
## ②医療格差について

### i. 年平均収入と年平均支出における格差

表3の通り、2008年の一人あたり年平均収入は2003年より99%増加し、都市部と農村部の増加率はそれぞれ70.5%と126.8%であった。それに対して2008年の一人当たりの平均支出は2003年より88.9%の増加であり、都市部と農村部の増加率はそれぞれ65.7%、109.3%であった。これは、2003年から2008年の5年間において、調査地域の住民の一人当たり年平均収入の増加率が一人当たり年平均支出の増加率より高いことを示している。特に農村地域はそれぞれが126.8%と109.3%と顕著な増加となっている。また一人当たりの年平均収入において農村部の増加率は都市部より46.3%高くなっており、5年の間に都市部と農村部の収入の格差が小さくなってきたことを示している。

### ii. 未受診率と未入院率における格差

未診療率についてみると、2003年は都市部と農村部はそれぞれ57%と45.8%であったが、2008年には37.3%と37.8%に減少し、わずか0.5%の差になった。また図1に示した通り、2008年の都市部内の格差及び農村部内の格差は2003年より大幅に低下したこともわかる。未入院率についても、2003年は各地域間で23.2%から35.8%と12.6%の差があったが、2008年には20.6%から29.1%と8.5%の差まで



出所：Centre for Health Statistics and Information (2008), P. 37 より筆者作成

図1 調査住民の未診療率 (%)

減少した。また、農村部内の格差、都市部内の格差、都市と農村部の格差もそれぞれある程度減少した。

### iii. 公衆衛生における格差

本調査によると、公衆衛生は2003年より改善されたが、図2-1に示したとおり、都市部では安全飲用水<sup>20)</sup>の割合が98.2%であるのに対して、農村部は85.8%である。また、四類農村地域では74.6%であり、都市部とのあいだに約20%の格差が存在している。また、図2-2に示したように衛生的なトイレの普及率は、全体的に見れば農村部は2003年の20.7%から2008年には43.3%まで増加したが、2008年都市部の普及率(93.8%)に比べるとかなり低いといえる。これらのデータは、飲用水と家庭トイレ等の公衆衛生において都市と農村の格差が大きいことを示している。農村部の公衆衛生の改善は医療の基礎になるものであることから早急に解決されるべき課題といえよう。

### ③国民の満足度について

図3に示したように、全体的に見れば2008年の外来診療サービスにおける国民の不満足度は

2003年より低くなっている。また、図4によれば、入院サービスの不満度についてもすべての地域で改善の傾向にあることがわかる。しかしながら、外来診療サービスについての不満度は、都市部では8.1%減少したが、農村部では0.3%しか減少していない。特に一類、二類及び四類農村地域においては、外来診療サービスの不満足度について2003年より増加している。これは貧しい農村において、新農合等の医療システムがあまり機能していないことを示している。このことから、新農合及び農村医療環境の改善が必要であると考えられる。

また、外来診療患者の不満については、医療設備が悪いという回答がトップを占めている。特にもっとも貧しい四類農村においては29.4%にのぼっている。ここでも農村末端組織における医療設備の不備が大きな問題点であることがわかる。二番目に不満度が高いのは医療費である。ただし、医療費についての不満度は農村地域よりも都市住民のあいだに高いことがわかる。これは新農合医療制度の実施と深く関連している。新農合は農村の病院の保障比率が大都市の病院より高いため、農村で治療する住民が増え、農村病院の費用が大都市の総合病院より安くて不満度も低いからである。三番目と四番目に不満度が高いのは薬品の種類及び医療技術である。この二つの問題は都市部よりも農村部

20) 中国には工業汚染、農薬などの影響で川水、水道水などを直接飲むことができないところがある。従って、水を安全に使用するためにある程度の浄化をすることが必要である。安全飲用水というのは浄化した水のことである。

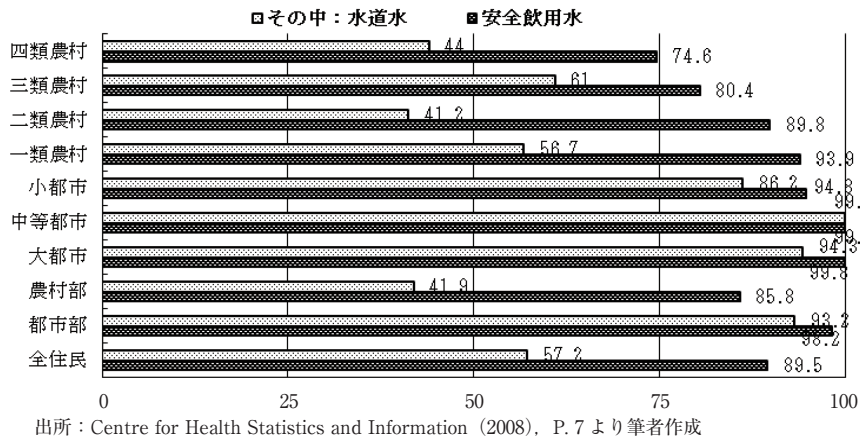


図 2-1 都市部と農村部における安全な飲用水の普及率 (%)

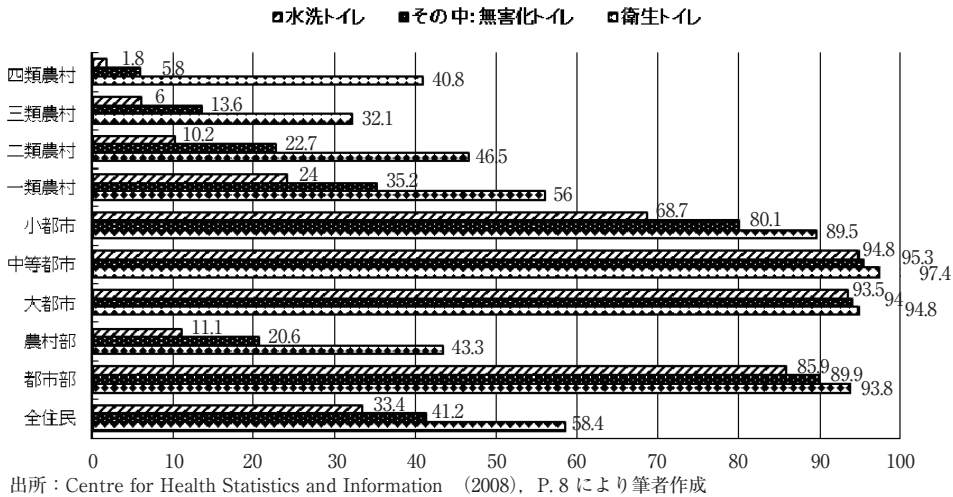


図 2-2 都市部と農村部における家庭用トイレの普及率 (%)

で深刻である。この点も農村では都市より医療資源が不足していることを示している。

#### ④「看病難・看病費」の問題

図 5 に示したように低収入<sup>21)</sup> 層においては、経済的な原因で入院できない患者がまだ相当な割合で存在する。また、低収入層で災難レ

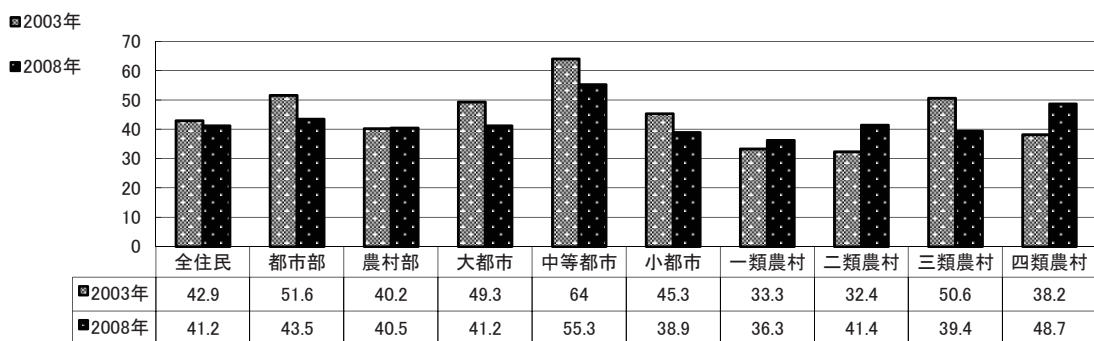
ベル<sup>22)</sup> の医療支出があった家庭は 2003 年より低下したものの、農村部では依然として 10% 以上存在している。これは低収入層の医療問題の解決が大きな課題であることを意味している。

以上に示した NHSS2008 の調査結果によっ

21) 低収入とは国際標準により、全国民の平均収入の 50% に達していないことをいう。

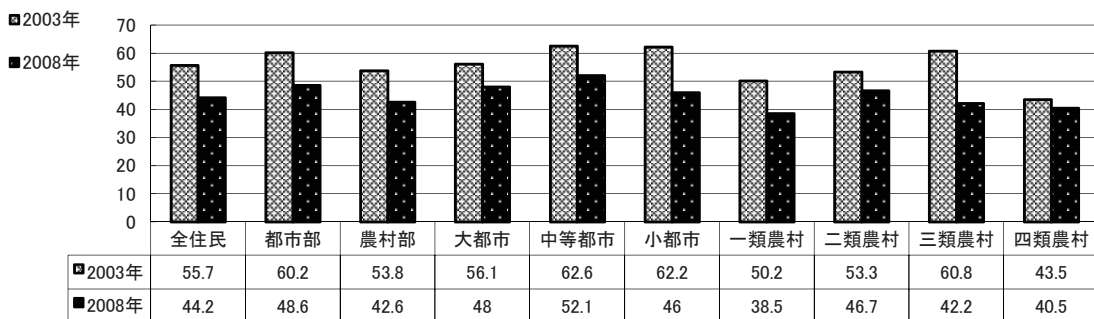
22) 災難レベルとは医療費の支出により生活困難な状態になるという現状を指す。





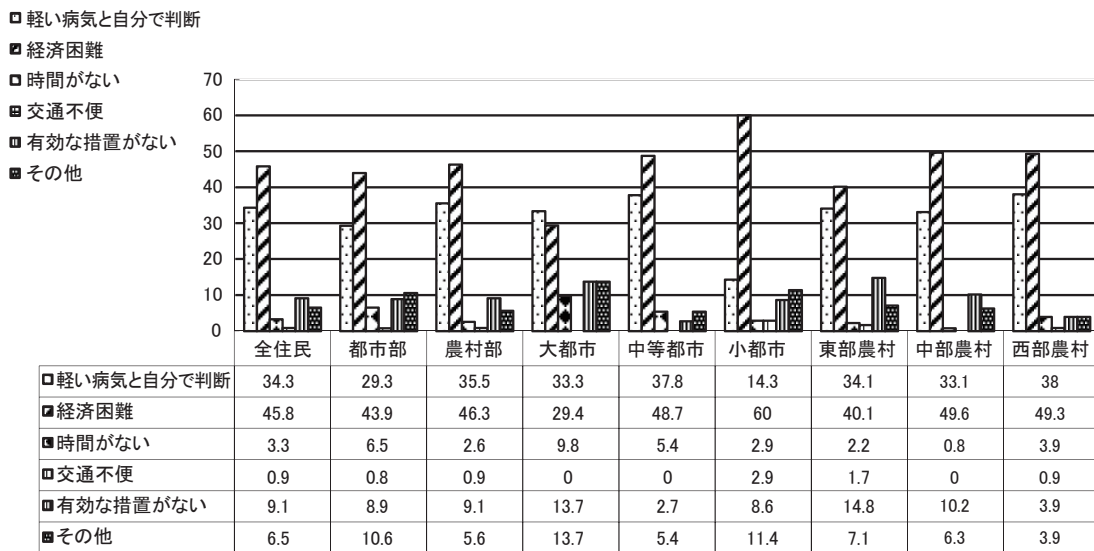
出所：Centre for Health Statistics and Information (2008), P. 74 より筆者作成

図 3 外来診療に不満がある患者の割合 (%)



出所：Centre for Health Statistics and Information (2008), P. 74 より筆者作成

図 4 入院サービスに不満がある患者の割合 (%)



出所：Centre for Health Statistics and Information (2008), P. 110 より筆者作成

図 5 低収入層は未受診の理由 (%)

て、2009年新医改前の国民医療の現状と問題が導き出された。特に2003年新農合の実施により農村部で大きな変化が起きていることは明らかである。しかし、医療格差の是正及び公衆衛生の低水準さらに「看病難・看病貴」の医療問題は未だ大きな問題点である。従って、医療システムの再構築が必要である。また、NHSS2008の調査からは、国民は病気を予防しようという意識が弱く、健康に関する知識も不足していることがわかる。これは国民の間に「健康素養（Health Literacy）」<sup>23)</sup>が低いことを示している。こうした国民医療の現状をさらに把握するため、中国政府は2008年に「健康素養調査」を併せて実施した。そこで以下では、この健康素養調査について紹介する。

## 2. 2008年中国国民「健康素養」調査

### (1) 調査の概要

2008年1月、中国政府は衛生部第3号公告により、『中国国民健康素養—基本知識と技能（試行）』（以下は『公告』<sup>24)</sup>と称する）を公布した。そこでは、2009年の新医改における、健康教育ネットワークの構築の重要性が示され、具体的な要求も打ち出された。すなわち、「医療衛生に関わる機関、学校、企業等は健康、医薬品、生活方式、栄養バランスなどの健康教育を普及したうえで、全国民の健康素養を高めることが重要である（中国衛生部・中国健康教育センター 2009：2頁3頁）。」とされる。さらに、

衛生部は中国健康素養の現状を理解するため、中国健康教育センター・衛生部ニュース宣伝センターに委託し、『中国国民健康素養調査アンケート』を作成した。それは、国内外の「健康素養」の研究成果と活動経験を参考にしたうえで作成されたものであり、2008年には全国的な調査が行われた。その調査対象は、全国31省（自治区、直轄市）及びウイグル生産建設兵团<sup>25)</sup>を含む15歳から69歳までの定住している住民、79,542人であった（中国衛生部・中国健康教育センター 2009：4-9頁）。

### (2) 調査結果

2009年12月18日、衛生部により健康素養調査の結果が発表された。この『初回中国住民健康素養調査報告』によると、中国住民の健康素養レベルは6.48%と、100人のうち7人弱が「健康素養」を有していることが明らかになった。「健康素養」の三つの内容<sup>26)</sup>をそれぞれみていくと、基礎知識と理念の理解が14.97%、健康生活方法と行為の理解が6.93%、基礎的な技能を持っている素養人口の比率は20.39%であった。

最も低いのは、慢性病の予防に関する素養であり、基礎医療素養がそれに続いている。また、同調査では、素養現状を科学的な健康観、伝染病予防、慢性病予防、安全と救急、基本医療の五つの観点から分析している。それによれば、中国住民の各健康素養レベルは、科学健康観素養が29.97%、安全と救急素養が18.70%、伝染病予防素養が15.86%、基本医療素養は7.43%、

23)「健康素養（Health Literacy）」とはヘルス・リテラシー或いは医療リテラシーとのことである。本稿で「健康素養」とは①健康に関する正しい理念をもち②健康管理についての知識をもち③健康を保つために健康管理を実践している状態を指す。WHOによると健康素養は平均寿命・児童死亡率・妊産婦死亡率などと同じく国民の健康水準評価の指標の一つと認められている（中国衛生部・中国健康教育センター 2009：5頁）。

24)『公告』は国民の基本的な「健康素養」に関する内容を規定した世界第一部の政府の文書である。

25)ウイグル生産建設兵团は1954年にウイグルで設立され、経済開発を中心とする軍事・政治・企業を一体化した社会組織である。2009年の時点は37民族の257.31万人がいる。

26)調査では、『公告』の内容に依拠して、健康素養を基本知識と理念、健康生活方法と行為及び基礎技能の3部分に分けている。更に、健康知識の普及、健康理念の形成、また健康技能を把握したうえで、健康的な生活方法と行為、健康教育という仕事モデルに当てはめ、健康素養を5種類の健康問題（科学的な健康観、伝染病予防、慢性病予防、安全と救急及び基本医療）に分類している。

慢性病予防素養が4.66%となっている。

住民の「健康素養」レベルには地域間で格差がある。今回の調査からは、都市部住民の健康素養水準(9.94%)が農村部住民(3.43%)より高いことがわかる。地域分布をみると、東部・中部・西部地域の健康素養水準はそれぞれ7.03%, 7.67%, 5.23%であり、明らかに差が存在している。

一方、年齢別にみると、調査結果では、65歳から69歳の健康素養水準は3.81%であり、55歳から64歳は4.69%とそれに続いている。この結果からもわかる通り、55歳から69歳の住民の健康素養が最も低くなっている。高齢者は各種の病気、特に慢性病にかかることが多いため、個人健康能力を向上させ、中国高齢者社会に適応させる必要があるだろう。

### (3) 調査の結果に対する研究者の見解

このような『初回中国住民健康素養調査報告』に対しては、四つの見解が指摘されている。第1の見解は、健康促進と健康教育活動の推進、国民健康素養水準を向上させることである。中国の全体健康素養は調査結果において、わずか6.48%と示されていた。それに対し、研究者は、『意見』と『重点実施プラン』<sup>27)</sup>において、全国民健康素養を向上させるために、地方自治体と関連部門が連携し、健康教育と健康の促進活動をすべきと提示した。

第2の見解は、国民健康素養を向上させる新発想と新方法の探究である。研究者は中国国民の健康素養が低い点を前提とし、以下のように提案した。それは、重要な団体の健康問題に注目し、科学的であり、実行性がある有効な宣伝戦略をつくることで、国民健康素養の新発想と新方法を探究するものである。具体的には、メディアを利用し、国民健康素養を向上させることが目的であることから、全国の各地域で健康知識コンテスト大会などを通じて、健康宣伝活

動を行う。

第3の見解は、健康素養水準を向上させるには住民個人の努力も重要だと考える。総合的な健康教育と健康促進活動を行うことを通して、各地域の住民が自発的に科学的な健康観念を身につけ、科学的な健康知識を把握する。それにより、健康情報に対する鑑別能力が向上し、合理的にまわりの医療衛生サービスを利用するようになる。つまり、健康的な生活方法と行動を身につけさせ、個人の健康素養水準を向上させるべきであるとしている。

第4の見解は、定期的に健康素養を調査し、即時にその調査結果を発表すべきだとする。3～5年ごとに全国において国民健康素養の調査を行い、それと同時に、各地域の重要な衛生問題と緊急公共衛生事件に対する調査を実施する。

### 3. 政府の調査のまとめ

WHOでは2000年に世界191カ国を対象に衛生体制の比較調査を実施した。それによると衛生体制における公平性は下から4番目であった(WHO 2000)。2005年に中国国务院発展研究センターとWHOは、「中国の医療衛生の改革は全体を通して失敗に終わった」という評価を下している(中国医療衛生体制改革 2005)。また、2006年の中国国家统计局の調査によれば、中国国民が深刻と考えている社会問題のうち、「看病難・看病貴」が第1位であり、医療制度の不備が大きな社会不安の要因となっていることが窺える。

NHSS2008の調査結果及び健康素養調査によれば、2003年から2008年の5年間で、医療保険の給付範囲は増加し、医療サービスの利用率も増えた。また、医療費の増加が、政府の医療支出の増加及び医療管理の強化によってある程度緩和された。特に、それらは、農村地域新農合の実施に伴って、大きく変化した。しかし、都市部と農村部の間では、医療資源、医療サービス、公衆衛生、健康素養などの格差が明白であり、農民の「看病難・看病貴」が依然

27)『意見』と『重点実施プラン』についてIV新医療制度改革のところで詳細に述べる。



として大きな医療問題である。WHO と国務院発展研究センターが指摘するように、従来の医療制度改革は失敗したといえるだろう。従って、2009 年の新医改には「量」ではなく「質」、あるいは医療システムの構造そのものを変化させる方針が必要になると考える。次節では、NHSS2008 の調査結果及び健康素養調査に対する上述の研究者の意見に基づき、2009 年策定された新医改の形成過程とその内容を論じる。

### Ⅲ. 2009 年の新医療制度改革

#### 1. 形成過程

2003 年の初め、国務院研究機構は WHO と協力し、「中国医療衛生体制改革」という目標を定めた。その目標実現に向け、国務院発展研究センター社会発展研究所をはじめとする多くの公的機関や大学に在籍する研究者によって「課題研究グループ」が設立され、様々な研究・評価が実施されてきた。また、当グループは、2005 年に『中国医療体制改革への評価及び提言に関する報告』を政府に提出した。さらに、2006 年 6 月 30 日、国務院の下で、中国衛生部、中国保障部、財政部、中国发展改革委員会、食品薬品監督局、中医薬局といった 16 部門が協力し合い、上述の NHSS2008 及び健康素養調査等の活動を通じて形成した『意見』を作り出した。国務院は、2008 年 10 月 14 日～11 月 14 日の間に、この『意見』の初稿を全国民に公表した。そして、4772 件にのぼる各地方政府、各人民団体、及び国民からの提案に基づき、『意見』を修正のうえ、『重点実施プラン（2009-2011 年）』を制定した（Lexun Du・Wenming Zhang 2009：102 頁）。

2009 年 3 月 5 日、全国人民代表大会において、温家宝首相は「中国国務院より医療制度改革試案を提出し、社会からの意見を求め、全国民が基本的な医療サービスを受けられるよう、医療制度改革を促進する」と発言し、医療制度改革の基本的な目標が明らかになった（「人民日報」2009 年 3 月 6 日）。これは公益事業とし

て基本的な医療制度を構築し、国民に安全・便利・安価な医療サービスの提供に取り組む政府の新方針を宣言したものである。また、従来サービスが行き届かなかった農村部や貧困層に基本的な公衆衛生・医療・薬品提供サービスを公平に提供することを目的としている。

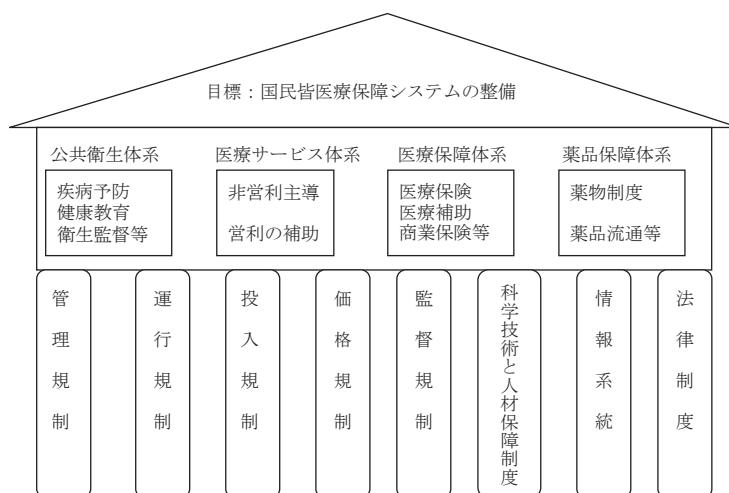
2009 年 4 月 6 日には新医療制度改革の試行案（『意見』及び『重点実施プラン 2009-2011 年』）を定め、新医療制度の中・長期目標を明らかにした。具体的には 2009 年から 2011 年の期間に 90% の国民をカバーする医療保険制度の基本枠組みを構築する中期目標と、「健康中国 2020」において 2020 年までにすべての国民をカバーする完全な医療保険制度を確立する長期目標を定めることとなった（「新華日報」2009 年 4 月 6 日）。

#### 2. 「医薬衛生体制改革の意見」—「四梁八柱」<sup>28)</sup>

前述の『意見』によって、中国の医療システムは「四梁八柱」、すなわち、保障に向けた四つの体系及び規制に向けた八つの制度となった。図 6 の通り、四梁は、公共衛生体系、医療サービス体系、医療保障体系、薬品保障体系である。八柱は、運行規制、投入規制、価格形成規制、監督規制、科学技術と人材保障規制、情報系統、法律制度という八つの規制制度である。四つの体系は医療システムを支え、八つの規制体制はこのシステムの実行を担保し、さらに、国民皆保障の医療システムの整備を実現する（Lexun Du・Wenming Zhang 2009：104～107 頁）。

「四梁」は医療システムの基礎として、それぞれ重要な役割を果たしている。第 1 の公共衛生体系では、農村末端組織から疾病予防、健康教育、婦人・児童保健、衛生監督及び計画生育等を定め、公共衛生のネットワークを形成する。第 2 の医療サービス体系では、公的な医療機関

28) 「四梁八柱」は中国の伝統的な建物の構築としてよく知られている。ここでは新医療システムの構築にたとえている。



出所：国务院「医療衛生体制改革の意見」より筆者作成

図6「四梁八柱」

と私的な医療機関の協同発展が原則である。また、農村部と都市部には各々の医療サービス体系が存在する。農村部は基本医療サービスを提供するとともに、農村末端組織の技術指導と人材育成を担当する。一方、都市部は、医学教育と科学研究を通じて、専門職の人材育成を達成し、さらに農村への技術等のサービス支援を行う。第3の医療保障体系は、表1のように「都市部従業員基本医療保険」及び「都市部住民基本医療保険」並びに農村部の「新農合」の三つの基本医療保障を中心に、多元的な医療扶助保険及び私的な商業健康保険とともに、全国民をカバーできる多層的医療保障体系の構築を目指している。最後に第4の薬品保障体系は、全国統一の基本薬品制度の下で薬品を生産・流通することを目的としている。現在のところ、医療保障体系及び医療衛生体系は、従来の一連の医療改革に伴い、各地域で広範囲に実施されているのに対して、医療サービス体系及び薬品保障制度の構築は議論が多く、新医改の難点と指摘されている（王虎峰 2008：36 頁 37 頁）。

### 3. 『重点実施プラン（2009-2011年）』一五つの重点分野

先に述べたとおり、『意見』では中国医療システムの枠組みを作り、運行、管理、監督等の体制を規範化した。『重点実施プラン（2009-2011年）』ではそれを踏まえ国民からの意見を集計し、近年最も大きな社会問題である「看病難・看病費」の問題の解決を目指した。それは、誰もが医療改革のメリットを享受できるようにするものであった。

当面の重点実施プランは3年間の予定で、新医改の土台を形成する重要な時期である。「重点実施プラン（2009-2011年）」に基づき、今後3年間に取り組む重点分野として次の5点がある。①基本医療保障制度建設の推進の強化、②国家基本薬品制度の基礎の建設、③基層（末端）医療衛生サービスシステムの健全化、④基本公衆衛生サービスの均等化の段階的な促進、⑤公立病院改革モデルの推進である<sup>29)</sup>。実

29) 本稿では紙幅の関係から五つの重点分野については簡単に整理する。詳しくは江藤宗彦(2011)を参照されたい。

表 4 新医療制度改革前の医療保障

病気種類 階層		多発性疾患 (費用：約一人当たり 年平均収入の 10% 以下)	一般疾患 (費用：約一人当たり 年平均収入の 10% 以上)	重い疾患 (費用：年平均収入 の割合が未知)	特殊疾患 (費用：年平均収入 の割合が未知)
都市 住民	一般住民	自費	無し	試験中	少ない
	特殊階層	部分は政府支援（税）	部分は政府支援（税）	少ない	少ない
	低保階層*	自費	無し	試験中	少ない
農村 住民	一般住民	自費	部分的に公費	新農合	少ない
	低保階層	自費	無し	新農合に加入中	少ない
都市部従業員		自費或いは個人口座	無し	多数	より多い

出所：王虎峰（2008），P. 139 より引用

\* 低保階層とは、「最低生活保障制度」によって最低生活保障金をもらっている貧しい国民層のことである

表 5 新医療制度改革後の医療保障

病気種類 階層		多発性疾患 (費用：約一人当たり年平均 収入の 10% 以下)	一般疾患 (費用：約一人当たり年平均 収入の 10% 以上)	重い疾患 (費用：年平均収入の 割合が未知)	特殊疾患 (費用：年平均収入の 割合が未知)
都市 住民	一般住民	自費	社会保険	商業保険	社会補助、寄付等
	特殊階層	部分は政府支援（税）	社会保険	商業保険	社会補助、寄付等
	低保階層	無料診断 安価な薬の提供	政府支援 社会保険	商業保険	社会補助、寄付等
農村 住民	一般住民	自費	新農合	新農合・商業保険	社会補助、寄付等
	低保階層	多発性病気のサービス袋**	政府の援助で新農合に加入 する	新農合	社会補助、寄付等
都市部従業員		自費	従業員医療保険	従業員医療保険・商業保険	社会補助、寄付等

出所：王虎峰（2008），P. 140 より引用

\*\* 「サービス袋」とは、予防から治療まで一連のサービスを提供することである

際の改革は、国務院による調整・協調の下，地方政府が進めることとされ，各地域でモデル事業を展開することが奨励された。また，当該改革に係る 3 年間（2009～2011 年）の予算は全体 8,500 億元と試算されており，そのうち中央政府と地方政府の各支出は 3,318 億元と 5,182 億元である。その支出額は以前より大幅に増加している。また，8,500 億元の 3 分の 2 にあたる 5,667 億元は患者側へ支出し，約 2,833 億元は医療機関へ支出する。

#### Ⅳ. 新医療制度改革の考察

これまで新医改の形成過程と内容のみてきたが，今回の医療改革は従来の医療改革とどこが

異なるのであろうか。また，農民及び研究者の立場では，どのような変化がみられるのであろうか。以下では，この三つの観点から新医改について考察する。

#### 1. 新医改の内容の変化

##### (1) 新医改の医療保障階層と内容の変化

表 4，表 5 に示したように，新医改では多発性疾患と一般疾患を従来の医療制度改革より重視しており，両者を公的医療保険の保障範囲に加入した。また，重い疾患と特殊疾患に対しては商業保険が補充機能を果たすようになった。特殊疾患については医療扶助制度がつくられた。その結果，全ての病気が保障されるようになった。さらに，従来と異なり，低保階層に対



表6 新医改における「看病難・看病費」の対策

改革項目	看病難に対して	看病費に対して
公共衛生の整備と改善	国民の健康素養の強化と病気にかかる比率の低下	公共衛生は予防を中心にし、健康教育の強化と国民の健康素養の向上
地域衛生組織の家庭医の計画	総合病院の混雑問題の解決と看病難の医療問題の緩和	家庭医の費用が低いため、医療費用の低下
医師の「陽光工資」*制度及び病院口座の透明化	間接効果**	医師への賄賂をなくし、病院の不当な利益の減少
薬の価格の調整及び不足の補充	間接効果	薬品の安価の提供
医療保障制度の推進と強化	低保障層には無料の診断、安価な薬の提供及び看病難の医療問題の緩和	医療費は医療保険で保障され、国民の自己負担額の低下
非営利組織的モデルに基づいた公立病院の改革	病院管理の強化 間接効果	財政の確保及び収入の透明性により、病院が利益の追加の抑制
国立病院の改革	市場競争の強化 間接効果	必要がない検査の減少 医療資源の無駄使いの抑制と医療費の低下
私立病院の発展の推進	医療市場の供給者の増加	公立非営利病院と同じの効果が有り、看病費問題の緩和
営利病院の産業化	産業化により、コストの低下と医療サービスの質の向上	間接効果
薬品の生産及び流通の産業政策の策定	間接効果	大規模の生産によりコストを低下し、流通ルートを減少し、薬品の価格を低下できる

出所：王虎峰（2008），P. 167 から引用

\* 「陽光工資」とは、医師の給料は透明化し、患者からの謝礼が絶対ないような給料のことを指す

\*\* 間接効果とは「看病難・看病費」の問題解決に向けて間接的な効果があることを意味する

しても、すべて保障できるようになった。従って、特に農村地域では、病気への対応が大きく変化することになった。

## (2) 「看病難・看病費」という問題の解決

「看病難・看病費」という医療問題への対応は新医改において重要な柱である。この問題に対して、新医改は看病難と看病費のそれぞれの原因を分析したうえで、表6に示したように、公共衛生、地域医療など10の分野について政策を制定し、「看病難・看病費」の医療問題の解決に力を注いでいる。

Ⅱ「政府の調査」では、都市部と農村部の間には医療資源、医療サービス、公衆衛生、健康素養などにおける格差が存在しており、農民の「看病難・看病費」の医療問題は依然として大きな問題点であると述べた。新医改は表5に示したように、都市と農村の格差を是正するため、従来サービスが行き届かなかった農村部や貧困

層に、基本的な公衆衛生・医療・薬品提供サービスを公平に提供することを目的としている。また新医改は表6に示したように「看病難・看病費」の医療問題の解決を目指し、誰もが医療改革のメリットを享受できるようにするものである。

## 2. 農民の立場から見た新医改と医療問題

### —2009年9月新医療改革に関する農民アンケート調査

#### (1) 調査の紹介

新医改に関する調査はインターネットを通じて実施したものである。しかし、中国の農村部ではインターネットが未だ普及していないため、同調査に農民が関心を持つ問題はあまり反映されていないと思われる。そこで筆者は、人口の多数を占める農民の考えを調査するため、2009年9月吉林省S鎮において農民50人を対

象にアンケート調査を実施した。

調査対象地を吉林省S鎮としたのは、吉林省S鎮が全国最初の八つの新農合の実施モデル地域のひとつとして、他の農村部より医療制度の改善状況及び問題点をより良く表していると考えられるからである。また、一般住民よりも医療への関心度が高いと思われるため、点滴をしている患者を対象者とした。アンケート項目は20問に設定し、問1～5は回答者の属性、問6、7は患者の病気への対応であり、問8～12は医療サービスへの満足度についてである。問13以降は新医改についてである。問13～15は新医改の認知度、問16、17は新医改の成果、問18、19は新医改への期待についてである。問20は政府への信頼度についてである。

## (2) 農民の観点からみる問題の所在

### ①病院について

設問7の「病院の選択基準」という問題については、回答者の36%は医療費が少ない病院を選択すると答え、24%は医療技術の高そうな病院を選択すると答えている。これは、農民が「低コスト、高質の医療技術」という国際基準の病院を求めている実情を示している。また、設問8の病院での各項目の検査について、「非常に必要」、「まあまあ必要」と「必要がない」と回答する人がそれぞれ14%、52%及び6%であることから、農民が病院の検査の必要性を認識し、病院自体の各項目の検査は信頼していることを示しているといえる。

### ②医療費について

質問7を含め質問9、質問19からも農民の「医療費の問題」に対する不満度が高いことがわかる。質問9をからみると、「各種の検査の医療費」について、44%の人は非常に高いと回答し、やや高いと回答するものは38%である。また、質問19から考察すると、医療改革について、一番関心があるのは医療費の問題(36.25%)となっている。つまり、農民は今日の「看病難・看病貴」という問題を、医療費の高さが原因であると認識していると言える。つ

まり、医療費の低下は医療問題を解決する重要な要素であるといえる。

### ③医師について

設問10「診察を受けたとき、医師から薬を過重に処方されたことがあるかどうか。」の回答では、「何回かあった」と「たまにある」と選択したものが多く、それぞれ28%と24%であった。設問12「病院にかかった時一番心配するのはどのようなことか」について、25%と比較的多く選択されたのは「医師にお金があげた方がいいかどうか」という答えであった。このような医師の不正行為の存在が今日の医師と患者の対立している原因の一つを示すものと判断してよいであろう。

### ④医療サービスについて

設問7の回答からは、病院を選択する基準の中では、医療サービスの良さを選択したものが20%と高くないことから、農民は医療サービスを比較的重視していることが分かる。設問11の「病院における医療サービスの質をどう思うか。」についての回答をみると、「すごく良いと思う」「やや良いと思う」と回答する比率がそれぞれ、12%、82%となっており、農民の現在の医療サービスへの満足度がやや高いことがわかる。

### ⑤医療保険について

設問15で「新医療制度の中の保険の加入」について尋ねたところ、回答者の60%が「もう加入した」と答えており、「加入したくない」と回答したのは0であったことから、農民の医療保険に対する加入意欲は強いといえる。

### ⑥医療改革への期待

設問13の「新医改のことを知っているか。」については、「知らないが、知りたい」と回答した人が46%あり、農民は医療改革に関心が高いことが分かった。また、設問14の「新医改についてどう思うか」に対しては、回答者の24%が「非常に良いと思う」、30%が「良いと思う」を選択したのに対し、「良くない」を選択したのはわずか4%であったことから、農民

表7 新医療改革アンケート調査結果

質問1：性別	質問2：年齢	質問3：戸籍	質問4：学歴	質問5：年間収入額 (単位：円)
男：40% 女：60%	18歳以下：2% 18歳～22歳：4% 22歳～40歳：24% 40歳～60歳：66% 60歳以上：4%	都市：0% 城鎮：0% 農村：100%	小学校：26% 中学校：52% 高校：18% 大学：4% 研究生：0%	1万3千～2万3千：8% 2万3千～3万3千：8% 3万3千～4万3千：16% 4万3千～5万3千：14% 5万3千～8万6千：40% 8万6千～17万2千：10% 17万2千以上：4%
質問6：病気にかかったらどうするか。			質問7：どんな基準で病院を選択するか。	
A. 入院に至らない病気は我慢して重度な病気の場合は病院に行く 42% B. 薬局で薬を買って飲む 36% C. 個人の診療所或いは村の衛生所に行く 18% D. 県レベル以上の病院に行く 4%			A. 近いところの病院を選択する 20% B. 医療費用が低い病院を選択する 36% C. 医療技術が高そうな病院を選択する 24% D. 医療サービスの質が良い病院を選択する 20%	
質問8：病院での各項目の検査は必要があるかどうかについてどう思うか。			質問9：病院にかかったとき、各項目の検査が多くて費用が高いと思うか。	
A. 正確な診断に重要な役割を果たすから、非常に必要 14% B. まあまあ必要 52% C. わからない 16% D. あまりにも煩雑で、必要はなさそう 2% E. 費用が高くなるだけで必要はない 6%			A. はい、非常に高いと思う 44% B. やや高いと思う 38% C. 普通だと思う 12% D. 高くないと思う 6% E. 安いと思う 0%	
質問10：診療を受けたとき、医者に過重に処方されたことがあるかどうか。			質問11：病院における医療サービスの質をどう思うか。	
A. 何回もあった、医者の方の行動が病院のイメージに影響する 28% B. たまにあるが、患者が指摘するとすぐ直した 24% C. 処方がわからないため、判断できない 20% D. 医者の処方がとても模範的だった 14% E. わからない 14%			A. 非常に良いと思う 12% B. やや良いと思う 82% C. 分からない 2% D. 良くないと思う 4% E. 悪いと思う 0%	
質問12：病院にかかった時、一番心配なことはどのようなことか。（複数選択可能）			質問13：新医療制度改革のことを知っているか。	
A. 病院で知り合いがいるかどうか 23.75% B. 医者にお金をあげた方がいいかどうか 25% C. 医者によって過重に処方されるかどうか 3.75% D. 医療技術の問題 16.25% E. 医薬品の値段が高い問題 15% F. 偽造薬品の問題 10% G. その他 6.25%			A. 良く知っている 2% B. 大体知っている 26% C. 知らない 16% D. 知らないが、知りたい 46% E. まったく興味がない 10%	
質問14：今度の新医療制度についてどう思うか。			質問15：新医療制度の中の保険の加入について、どう思うか。	
A. 非常に良いと思う 24% B. 良いと思う 30% C. 普通 24% D. 部分的に役に立つ 18% E. 良くない 4%			A. もう加入した 60% B. 加入したい 14% C. 費用が高くないなら、考える 26% D. 加入したくない 0%	
質問16：新医療制度改革の後、村の衛生所にはどんな変化があるか。			質問17：新医療制度改革の後、医療費用が安くなったか。	
A. 普通の病気なら、衛生所でも診療ができるようになった 12% B. ただ医療環境のみが良くなった 50% C. 変わっていないと思う 18% D. わからない 20%			A. 随分安くなって、重度な病気も受診ができるようになった 0% B. 少し安くなった。重度な病気の治療はまだ難しいと思う 50% C. 変わっていないと思う 22% D. わからない 12% E. 逆に高くなった 16%	
質問18：政府は医療改革への財政投入を拡大したが、以下のどれの項目について財政投入が必要だと思うか。			質問19：医療改革について、一番関心があるのはどれか。（複数選択可能）	
A. 新農村合作医療制度の完備 24% B. 農村の医療支援の拡大 44% C. 医療現場に務める人の給与拡大 4% D. 基本医療衛生サービスシステムの整備 4% E. 農民の基本医療保険制度の整備 24%			A. 医療費用の問題 36.25% B. 農村医療機関のインフラ 12.5% C. 医療サービスの水準 23.75% D. 全国国民医療保険を完成できるかどうか 7.5% E. 政府は医療保険を負担範囲の拡大 20%	
質問20：政府は2011年までに、新医療制度改革によって国民の医療費用が高すぎて診療を受けられない問題を緩和できると公言しましたが、これについてどう思うか。				
A. 病院が多くなり、医療費も安くなって、解決できると思う 6% B. ある程度で緩和ができると思うが、問題の根本は解決できない 52% C. なかなか難しい 18% D. できないと思う 24%				

出所：2009年9月新医療改革に関する農民アンケート調査より筆者作成



の医療改革への満足度は高いといえる。

調査結果によると、農民の現在の医療状況に立脚し、実施されている新医改について、以下のような問題点と期待が明らかになった。

第1に、設問6から設問9の回答によれば、農民は医療費が高いゆえに入院に至らない病気は我慢し、重い病気の場合は病院に行くというのが一般的であることがわかる。これは、医療費が高いことにより農民が基本医療保障を享受できないことを示している。第2に、設問10, 11, 12によると、病院による統制がされていないため、農民の受診行動に悪い影響が及ぼされている。具体的には、医師から薬を過重に処方されたり、高い薬を勧められたり、さらには多額の金銭を払わされるという問題である。第3に、設問13から15までの回答からは、新医改についての地方政府の広報や実施が不十分のため、農民の認知度がまだ低いことがわかる。第4に、設問16から19は、農民は医療費の減少を強く期待していることがわかる。第5に、設問20の結果では、国民は政府の新医改に関心があるが、政策及び実施の不十分さを感じていることがわかる。

### 3. 研究者から見た新医療制度改革

#### (1) インタビュー調査

中国には医療問題に関わる国家機関がいくつある。医療に関しては衛生部だけではなく、人口計画生育委員会、民政部、社会労働保障部がそれぞれの分野を担当しており、医療改革に関しては「中国医療制度改革センター」と「新農村合作医療制度研究センター」も重要な役割を担っている。本稿では、新医改について農民の意識を調査したが、新医改の提案者である各関連機関がどのような考えであるかは、未だ不明である。また、2011年は、新医改、特に『重点実施プラン』が3年目を迎え、新農合等の農村医療保障体系の実施からすでに8年目が経過しているから、総合的な中間的な評価を行うことが必要になると考えられる。また、その評価

を行う中で、両者はいかなる成果を収めているか、いかなる問題が依然として残っているか等、諸々の疑問点を解明していく必要があると考えられる。

そこで筆者は、新医改さらに農村医療問題とかわる関連機関それぞれの立場から見る問題の所在及び解決に向け、2011年1月に、新農合研究センターの北京大学の教授（A氏）、中国医療制度改革センターの人民大学の教授（B氏）、北京 JICA 国際援助の研究者（C氏）、国家計画生育委員会の役員（D氏）、さらに新農合の実施モデル地域の村幹部（E氏）等、各分野の医療制度改革の研究者を訪問し、インタビューを行った。

#### (2) 研究者による問題の所在

インタビューでは、以下の点が指摘された。第1に、新農合は政府の財政支援により実施され、農村部の従来の医療環境を改善し、「看病難・看病貴」という問題点のある程度緩和し、農民の中で評価が高かった。しかし、新農合は模索段階であるため、保障範囲の拡大、管理監督システムの強化、予防意識・健康教育の重視及び地域間の格差の是正の問題点などが挙げられた。第2に、新医改は有益な制度として、「看病難・看病貴」の医療問題及び医療格差の是正は緩和できるが、従来の歴史的な問題、財政の問題及び管理監督問題等により医療費がさらに低く抑えられ、「看病難・看病貴」という医療問題を完全に解決するには相当な努力と時間が必要とされる。第3に、中国の多様な格差である。格差を是正するためには農村経済の発展が重要であり、また、医療保障の整備により再分配を促進することも重要である。第4に、新医改には今後の課題も多いことが明らかとなった。国家機関の連携及び情報共有の課題、医療行政改革の課題、高齢者の課題、更に農村医療と都市医療の統一課題等が挙げられた。

#### 4. 農村医療制度の光と影

##### (1) 農村医療の光

NHSS2008に基づいて2003年から実施した新農合により、農村の医療環境は以前より改善がされ、農村地域の住民は医療保険によって保障されるようになった。農村地域住民の医療に対する不満もある程度緩和され、新農合に対する信頼度は高まってきている。そうした努力の結果、新農合の加入率は2003年の74%から2010年には94%に上昇し、新医改の中期目標を達成したところである。さらに中央・地方政府からの支援が年々増加しており、農民皆保障の医療システムの実現も遠い将来のことではない。

新医改では「看病難・看病貴」という医療問題に対し、制度上のさまざまな側面について改善案を提出しており、問題解決に向けた取り組みが進んでいる。また、新医改は農村と都市の格差問題を重視し、農村部や貧困層に基本的な公衆衛生・医療・薬品提供サービスを公平に提供するようになり、格差の是正には緩和効果もあった。さらに、「四梁八柱」の構築により、四つの体系と八つの規制体制から実行性を担保することができれば、的確に機能する国民皆保障の医療システムの実現は可能である。但し、相当な時間が必要である。

##### (2) 農村医療の影

しかしながら、医療保障体系においては、都市と農村の二重構造が未だに改善されず、都市と農村の格差は解消されていない。農村の基本医療保険である新農合については財源の投入が増加しており、保障内容の範囲も年々広がっている。しかし、制度の基本的な枠組みが修正されていないため、地域ごとの医療保障水準が異なる。従って、農村地域間の医療格差も依然として存在している。また、王崢によれば、新農合は農村部での公的医療保険制度としての限界を露呈している。それは、①新農合では、農村住民の100%をカバーすることは不可能であり、②給付率や給付手続きについての問題が多く、③保険給付の範囲が狭い。さらに、④保険

料の拠出と保険金給付において地域間格差が存在する(王崢2011:98頁99頁)。従って新農合の医療保険制度の保障範囲の拡大、管理監督システムの強化さらに、医療扶助制度、商業健康保険制度との連携には様々な問題点が残っている。

さらに、都市部と農村部の格差問題だけではなく、貧困層、一般層、富裕層の各レベルのニーズに合った多層的な医療保障体系の構築によって、医療における農村部内の格差が拡大する恐れがある。多様な格差の是正は今後農村部の大きな課題といえる。

##### 終わりに

本稿の前半では、NHSS2008及び健康素養調査に基づいて新医改前の医療制度改革の効果と問題点を分析した。また後半では、筆者独自の調査に基づいて新医改の問題点を論じた。しかし、中国は31の省が存在し、各省及び各省内の地域によって大きな違いがあるため、それぞれの特徴と問題点を踏まえたうえで、各省についての分析も重要になる。特に新農合実施モデル地域に選ばれた四つの省には特別性と代表性があると考えられるため、その四つの省の医療現状、医療改革の効果及び問題点についての分析も必要になる。筆者が調査を行った吉林省は他のモデル地域との関係でどのように位置づけられるのか、またどのような効果と問題点があるのかについて、今後さらに考察と分析の範囲を拡大し、調査結果の精緻化を図ることが必要であると考えている。

##### 参考文献

- 殷国慶・土屋俊幸(2000)「中国における農村合作医療制度」林業経済研究 第46巻第1号:39-44頁
- 石村久美子(2006)「医療制度改革」藍野学院紀要第20巻:97-108頁
- 江藤宗彦(2011)「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」富士通総研経済研究所 研究レポート369号1-23頁
- 王崢(2009)「新型農村合作医療制度と中国農村

- 医療保障制度の展望」大阪経大論集 第60巻第1号：151-177頁
- 王崢（2011）「中国農村部における多層的医療保障体系の構築」大阪経大論集 第62巻第2号：87-105頁
- 王虎峰（2008）『中国新医改理念和政策』中国財政経済出版社
- 王時東（2008）『新型農村合作医療100問』海洋出版社
- 川副延生（2002）「中国における農業改革前の協同医療制度」NUCB JOURNAL OF ECONOMICS AND INFORMATION SCIENCE 第48巻第2号：103-109頁
- 鎌田文彦（2008）「中国における格差問題」外国の立法 236 国立国会図書館調査及び立法考査局：136頁
- 国家統計局（2010）『中国人口統計年鑑』中国統計出版社
- 国家統計局農村社会経済調査署（2004）『中国農村住戸調査年鑑』中国統計出版社
- 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
- 沙銀華（2003）「中国社会保障制度改革の現状と今後の課題」季刊家計経済研究 SPRING 第58号：15-27頁
- 舒僅（2008）「中国医療保険制度の特質と限界」現代社会文化研究 NO.41：77-94頁
- 『人民日報』（2009）2009年3月6日
- 『人民日報日本語版』（2006）2006年10月12日；2006年12月25日
- 田多英範（2003）『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社 70-74頁
- 陳金霞（2005）「中国の社会変動と社会保障制度」『社会文化科学研究』第10号：47-62頁
- 張建平（2006）『中国農村合作医療制度研究』中国農業出版社
- 中国衛生部・中国健康教育センター（2009）「初回中国国民健康素養調査結果報告」2009年12月18日
- 中国衛生部（2008）「衛生部2008中国第四次衛生サービス調査結果」
- 中国衛生部（2010）「中国衛生統計年鑑2010」中国協和医科大学出版社
- 中国社会科学院（2006）『2007年中国社会情勢分析と予測』
- 「中国医療衛生体制改革」（2005）『中国青年報』2005年7月29日
- 「中共中央国务院關於深化医藥衛生体制改革意見」（2009）『新華日報』2009年4月6日
- 袖井孝子・陳立行（2008）『転換期中国における社会保障と社会福祉』明石書店
- 馬培生（2006）『農村特困人口医療救助制度研究』中国社会出版社
- 三浦有史（2009）「中国の医療格差と医療制度改革」環太平洋ビジネス情報 RIM Vol. 9, No. 33
- 柳拯（2005）『當代中国社會救助政策與實務研究』中国社会出版社
- 吉田治郎兵衛（2010）『中国新医療衛生体制の形成：移行期の市場と社会』東方書店
- 劉曉梅（2004）「中国における社会変動と社会保障制度改革」公共研究 第1巻第1号：5-19頁
- 劉曉梅（2008）「中国都市部の医療保障制度改革」袖井孝子・陳立行『転換期中国における社会保障と社会福祉』明石書店
- 渡辺利夫（1994）「中国の経済体制改革と鄧小平思想」『大蔵省財政金融研究所』1-5頁
- Centre for Health Statistics and Information, MOH, (2008). *An Analysis Report of National Health Services Survey in China*, Peking Union Medical College Press.
- Lexun Du・Wenming Zhang, Green Book of Health Care No. 5: Annual Report on China's Health Care, Social Sciences Academic Press, 2009
- World Health Organization (2000). *The World Health Report*. WHO
- WORLD BANK (1997). *World Development Report*. WORLD BANK
- National Population and Family Planning Commission of People's Republic of China, <http://www.chinapop.gov.cn/>
- Ministry of Health of the People's Republic of China, <http://www.moh.gov.cn>
- Center for China Cooperative Medical Scheme, <http://www.ccms.org.cn/>
- [リ セ ン 横浜国立大学大学院国際社会科学研究所博士課程後期]

