

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

リ レン カ
李 蓮 花

はじめに

計画経済体制下の医療保険制度
80年代の市場経済化と医療の変化
90年代の都市部医療保険改革
経済体制改革と医療改革の関連
おわりに

はじめに

中国が計画経済から市場経済への劇的な転換を始めてからすでに20年が経った。そして、2001年における世界貿易機構（WTO）への加盟と2008年オリンピック招致の成功に象徴されるように、中国はいまその目覚ましい経済発展によって世界の注目を浴びている。様々な深刻な問題を抱えてはいるものの、極端な社会混乱を引き起こさないで市場経済へのソフトランディングを果たした中国の経験は、体制移行経済の成功モデルとして語られる場合が多い。ところが、市場経済改革があらゆる面において効率を高め、社会的厚生を増大に貢献したかといえば、必ずしもそうではない。そのひとつが医療の問題である。1949年の建国から78年の改革前まで、中国はとりわけ公衆衛生と基本医療において途上国の中では抜群の成果を挙げ、アマルティア・センにも「人間の発展」の一例と高く評価された[セン 2000, 44]。ところが、1970年代末以降の市場経済改革の過程では新旧経済体制間の

矛盾、医療市場の無秩序化などにより旧制度の公平性と効率性が大きく損なわれ、医療問題はいまや高まる社会的不満の一翼をなしている。

そんな中で医療保険制度改革に関しては、1998年の「都市部従業員基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」によって、80年代半ばから始まった医療改革にひとつの区切りが付けられ、50年弱存続した労働保険医療制度と公費医療制度が一元的な都市部従業員基本医療制度に代替されるようになった。こうした改革の急展開は、いうまでもなく多くの研究者および研究機関の関心を集め、最近では日本でも劉（2000；2001）、王（2001）および張（2001）などによって中国の医療改革の経緯と到達点が詳しく紹介された。一方、1980年代以後の不平等化と効率の低下を厳しく指摘しながら中国の医療改革を分析・評価したものとしては、中国の社会保障改革に多大な影響を及ぼした世界銀行の報告書[World Bank 1997]がある。

改革の展開過程およびその仕組みについての詳細な説明と分析はこれらの先行研究——および中国国内の研究[鄭 1994；1997；宋・張・鄭 1998；左・胡・謝 1998など]——に譲ることにして、本稿では主に経済体制改革との関連から医療保険改革の背景、特徴およびその限界と目的を検討する。その際、今までの多くの先行研

究とは違って、都市部の医療保険だけでなく農村の合作医療制度をも含めた医療保険制度全体を分析の対象にし、できるだけマクロ的に捉えようとした。以下では、まず改革前の医療保険制度を回顧し、次に1980年代から90年代までの医療改革の展開過程を簡単にスケッチする。最後に、経済改革の「漸進主義」的性格から医療改革の特徴と限界を分析し、今回の医療改革の性格と目的を指摘する。

計画経済体制下の医療保険制度

中国の医療保険改革が多くの途上国のそれと決定的に異なる点は、それが「無から有へ」ではなく「有から変へ」の変化であり、「改革」と呼ばれる故に旧制度の「負の遺産」を数多く背負わざるを得なかったことである。したがって、今回の医療改革をより正確に理解するために、ここでは従来の医療保険制度の特徴および計画経済体制との関連をやや立ち入って分析してみよう。

1. 3つの制度

改革前の中国の医療保険制度は、都市部の労働保険医療制度（以下、労保医療と略す）と公費医療予防制度（以下、公費医療と略す）、および農村部の合作医療保障制度（以下、農村合作医療と略す）の3つの制度から構成されていた^(注1)。

早くも1951年に創設された労保医療は、労働者の労災、養老、医療、出産などを一括した労働保険制度の一部である。労働保険制度は元々国营企業の正規労働者（退職者を含む）とその家族を対象として創設されたが、その後都市部の集団所有制企業でもそれを見習い類似した制度が作られた。労保医療ではほぼ全ての費用――

保険料および本人医療費の全額、家族の診療費の全額、家族の薬剤費・手術費の50%――を企業側が負担し、制度の管理は企業レベルでは各企業の労働組合、全国レベルでは全国总工会（全国労働組合）が行った。従業員100人以上の企業から導入された労働保険制度は、その後1953年と56年の2回の改正を経て適用範囲を急速に広げ、社会主義経済体制が確立したとされる56年末には、都市部労働者の94%に当たる2300万人が労保医療に加入した[王等 1998, 132]^(注2)。

公務員（幹部）を主な対象とする公費医療制度はその原型を戦時下の軍人無料医療に求めることができる。内戦が終結し大量の（元共産党の）軍人が各級政府の管理職に就くにつれ、公務員の医療制度を制度化する必要があった^(注3)。1952年8月政務院（現在の国务院の前身）は「国家機関職員公費医療予防実施方法」を發布し、これに基づき郷・村以上の各級政府機関の職員と教育・医療・文化等機関の職員、および在宅休養の二級乙等以上の革命障害軍人を対象に公費医療制度を創設した。公費医療の加入者数は1953年の400万人から79年の1429万人に着実に増え、全人口の1.5%から2%を占めていた[鄭 1994, 303]。公費医療の費用は各級政府の一般予算から支給された。

労保医療制度と公費医療制度の形成は、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。1950年代から60年代半ばまでの十数年間、都市部の両制度は診療受付料や療養費の自己負担など細部の調整を除き安定的に発展し、漸次的な拡充を遂げてきた。しかし1966年に勃発した文化大革命は、とりわけ労保医療に大きな打撃を与えた。社会保険は「修正主義」と批判され、1969年には労働保険基金の管理機

関である全国総工会の活動停止により、保険料の拠出が廃止され給付は企業が直接行うようになった。元々薄かった劳保医療の社会的側面がさらに後退し、劳保医療は完全に「企業保障」に変質してしまったのである。

一方、人口の8割以上を占める農村住民の医療保障を担ったのは、ユニークで「中国的特色」のある農村合作医療制度であった。農村合作医療制度とは、「集団と個人の共同拠出によって、農村住民に低レベルの医療保健サービスを提供する、中国の農村地域の一種の相互共済制度である」[鄭 1994, 131]。1950年代半ば、農業集団化の過程で一部の農村で自発的に実施された農村合作医療は、文化大革命時期に全国に普及し、76年にはほぼ9割の農民がこの制度に加入した。医療費は年末分配の際にあらかじめ集団の分配総額から天引きされ、給付に関しては多くの地域で「合医不合薬」方式——診療費は無料であるが、薬剤費は個人が一部を負担する方式——を採用した。中央政府によって画一的に作られた都市部の両制度とは違って、農村合作医療の内容は地域によって異なり、政府による国庫負担は行われなかった。

2. その特徴

この3つの制度から構成された改革前の医療保険制度は、全体として以下のような特徴を持っていた。

- (1)都市と農村の断層：都市部の両制度が政府の財政責任を背景に「無料医療」を特徴としたのに対し、農村合作医療はあくまでも集団メンバーの間の助け合いにすぎなかった。その結果、都市の両制度と農村合作医療の間には享受できる医療の量と質に著しい格差が存在しただけでなく、制度の性格

も完全に異なっていた。都市部の無料医療は農村住民に対する都市住民の身分上の優越性を表わす象徴のひとつとなり、その他の制度とならんで、都市と農村の断層という中国社会の最も重要な特徴を作り上げる要因となった。

- (2)「単位保障」：そして、旧医療保障制度の基幹である劳保医療では個別企業(「単位」)を制度の主体とする「単位保障」的な性格が強く、企業間あるいは地域間の連帯は当初から微弱であった^(注4)。これは、改革前の劳保医療が労働者の権利に基づく「社会保険」ではなく、国家の責任を強調する「労働保険」を理念としたこととも関連する[張 2001, 35]。既述のように、こうした「単位保障」は文化大革命時期にさらに徹底化され、後日国有企業改革を阻む主な障害物のひとつとなる。

- (3)広いカヴァレッジ：にもかかわらず、旧医療保障制度の高い普及率が国民の健康増進に大きく寄与した点も見逃してはいけない。1975年現在、90%近くの国民(ほぼすべての都市住民と85%の農村住民)が3つの制度のいずれかによってカバーされていた[World Bank 1997, 1]^(注5)。とりわけ農村における公衆衛生および基本医療の目覚ましい改善により、出生時の平均余命は建国直前の37歳から1981年の67.9歳に大幅に伸び、ペストなど伝染病もほとんど姿を消した。当時の極めて低い生活水準と世界一の人口規模を考えると、このような成果は社会主義体制の下であったからこそ実現できたものであり、旧医療保険制度の成果として高く評価されるべきである。

3. 重工業の優先的発展と旧医療保険制度

それでは、改革前の中国ではなぜ上述の特徴を持つ医療保険制度が形成されたのか。ここでは主に「重工業優先発展的な計画経済体制」からその経済的要因を探ってみよう。

林・蔡・李(1997)によると、改革前の中国経済は製品と生産要素の価格を大きく歪めることを目的としたマクロ経済政策、集権的な資源配分メカニズム、そしてミクロ経営体からの経営自主権の剥奪を三位一体とする計画経済体制であったが、それは戦後の冷戦構造の中で経済的独立を獲得し、体制競争に生き残るために選択した重工業優先発展戦略の結果であった^(注6)。極度の資本不足のため正常な市場メカニズムによっては重工業を発展させることができないので、農産物、工業原材料、労働力などの生産要素の価格を人為的に低く抑えることを通じて、資本と資源の重工業への集中を図らざるを得なかった。とりわけ農業と農村は工業化に必要な資本蓄積の最も重要な源泉であり、農業の集団経営化や農産物の低価格制は、生産剰余の農業から工業への移転メカニズムとして働いた^(注7)。

このような重工業優先発展戦略の下で政府は、工業とりわけ国有大中型の重工業の従業員および政府職員（＝幹部）に対しては手厚い医療保障を行う一方で、農村住民に対しては政府の財政負担を極力避け、相互共済的な農村合作医療の推奨以上のイニシアティブは取らなかったもので、必然的に都市と農村の「二重構造」が形成された。そして、都市部における手厚い医療保障は政策的に抑えられた低賃金とセットであったことも重要である。1956年の全国賃金改革会議以降、従業員の賃金基準、賃金級数および昇給制度は全国で一元化され、労働力の価格は政

府の統制下に置かれるようになった〔小島 1991, 154〕。すなわち、労保医療を典型とする都市部の医療保障は、「低賃金・多就業・高福祉」という雇用政策の一環であったのである〔張 2001, 33〕。経営自主権を失った企業の行動は利益の最大化ではなく、既得権者としての従業員の雇用と福利の最大化に動機付けられ、特に「単位保障」が完成した文化大革命以後は、病院や学校の運営などの「企業の社会化」現象が一般化した。

一方で、驚異的なカヴァレッジの直接要因である農村合作医療の高普及率には、経済的な原因と政治的な原因が考えられる。まずは、重工業化のための手段としても利用された農業の集団化（互助組 初級合作社 高級合作社 人民公社）が、農村合作医療に確固たる経済的基盤を提供した。しかし、それまで緩やかであった合作医療の普及速度が中央政府による呼びかけ（1965年）^(注8)と、農村合作医療に対する毛沢東の称賛（68年）^(注9)以後急速に速まったことは、その「大衆動員」的なイデオロギーの側面も物語ってくれる。さらに、農村合作医療の重要な人的資源であった保健所の医者と看護婦の多くは、都市部の失業問題に対応するために大量に農村に送り込まれた「知識青年」であったことも、重工業優先発展戦略の思わぬ結果であった。

結局のところ、改革前の医療保障制度は重工業優先発展戦略の下で都市住民、なかんずく重工業部門の労働者および政府職員を保護・優遇する制度装置であり、高い普及率と都市と農村の格差という二面性を同時に持っていた。1970年代末に始まった市場経済改革は、旧医療保障制度のこの2つの側面に大きな変化をもたらした。

80年代の市場経済化と医療の変化

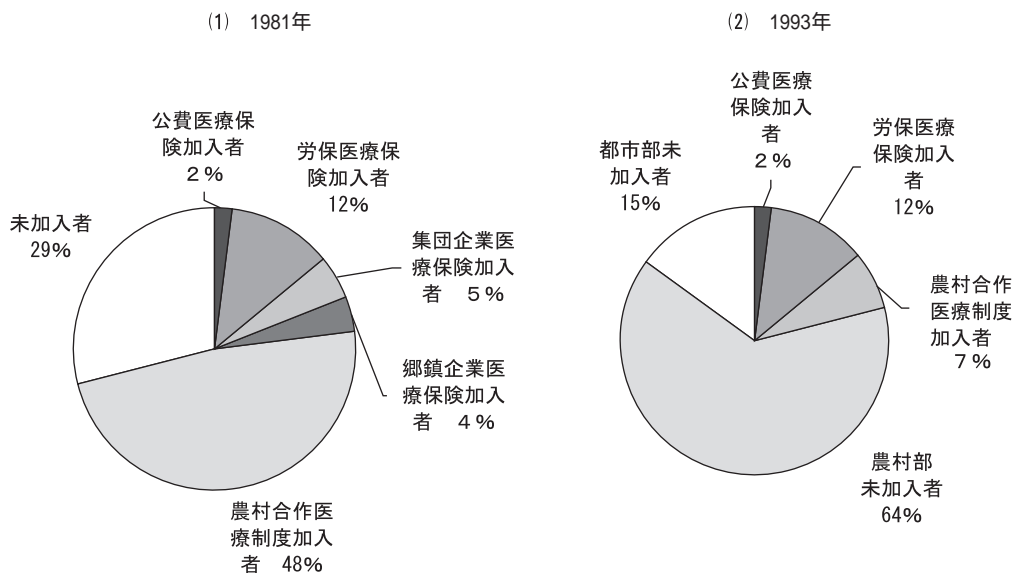
1. 農村合作医療制度の解体と医療供給の市場化

市場経済改革による最初の変化は計画経済体制の最も周辺的な部分に位置し、経済改革の「震源地」でもある農村から起こった。わずか4, 5年の間に全国に普及した農業の「生産リンク請負制」（個人経営）が合作医療制度の存立基盤である人民公社制度の崩壊をもたらし、その結果農村合作医療制度は急速に弱体化した。合作医療への加入率は1975年の90%前後から、80年には68.8%へ、86年にはさらに5.5%へと激減した [衛 1994, 140]。一部の裕福な地域で新たな制度に生まれ変わった以外^(注10)、合作医療制度は事実上解体され、農民は病気のリスクに完全に無防備になってしまった。図1を見ると、医療保険の未加入者は1981年の29%から

93年の79%に50ポイントも増えたが、その大部分を占めるのが農村住民であることはいうまでもない。

1980年代半ば、改革の重点が農村から都市へシフトするにつれ、都市部の労保医療と公費医療を取り巻く環境にも市場化の影響が出始めたが、80年代は医療保険制度の改革よりも医療供給の市場化によって特徴付けられる。政府の価格統制の緩和から始まった都市部の改革は医療資材価格の急上昇を通じて医療機構のコスト増と大幅な赤字を引き起こした。政府は、インセンティブ強化の面で一定の功を奏した国营企業の「請負経営」方式をそのまま病院に適用することによって政府の財政負担を軽減しようとした。1985年以降、病院に対する政府の予算は従来の全額予算から定額予算に変わり、医療機構従業員の所得は病院の経営業績とリンクされることになった。その代わり、(1)新しい設備と薬剤には新しい価格基準を適用する、(2)病院は薬

図1 医療保険未加入者の増加



(出所) World Bank (1997, 15)より作成。

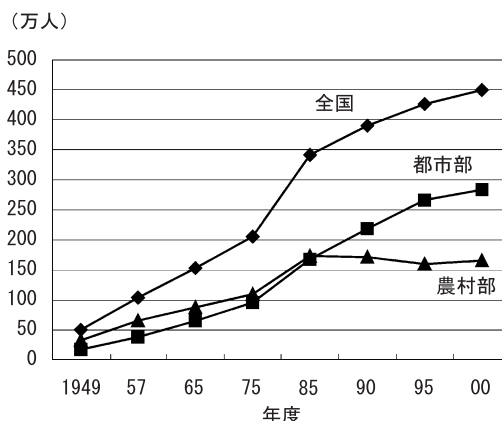
剤価格に15%のマージンを上乗せすることができ、ことが認められた [左・胡・謝 1998, 567]。これらの政策により、病院は政府の財政補助に依存する非営利的な組織から独立した営利組織に変身し、収益の増加のために次々と新しい医療機材を購入したり、できるだけ薬剤の売上げを増やそうとしたりする行動に駆け出した。

2. 市場経済化の弊害

1980年代における農村合作医療制度の解体と医療供給の市場化ないし無秩序化は、様々な深刻な問題を引き起こした。

- (1)未加入者の増加と格差のさらなる拡大：農村合作医療の弱体化の結果、9割以上の農民が最低水準の医療保障さえ失ってしまったが、医薬品価格の上昇と医療機構の営利組織化は医療資源へのアクセス困難をいっそう深刻化させた。完全な意味での失業問題が存在しない農村では、病気による貧困が農民の生活を脅かす最大の敵となった。さらに、農村の未加入者の増加と1980年代後半以降の都市・農村の所得格差の拡大によって、医療資源の配置においても著しい都市集中化現象が起こった。例えば全国病床数の都市・農村比は1978年の38.6：61.4から95年の52.3：47.7に逆転し^(注11) [鄭 1997, 332]、図2が示すように、人的資源の面においても85年以後明らかな都市集中化現象が確認できる。他方、図1からは従来ごく少数にすぎなかった都市部の未加入者も全人口の15%まで上昇したことが観察されるが、これは改革とともに拡大しつつある都市部の非国有・集団セクターの就業者の増加を示している。農村と都市におけ

図2 全国医療スタッフの人数の推移



(出所) 『中国衛生年鑑 2001』456ページより作成。

- る未加入者の増加により、旧医療保障制度の普遍性は著しく後退した。
- (2)医療機構の畸形的な収入構造：従来、医療機構の財源は政府の財政補助、医療サービス収入と薬剤収入の3部分から構成されていた。医療供給が市場化される過程で政府の財政補助が定額制となり、手術などの医療サービス価格が低い水準に統制されていたため、病院は薬剤収入に過度に依存せざるをえなくなった。その結果「過剰処方」や「過剰検査」が氾濫し、医療機構の収入のなんと6割（さらにその6割は外来診療の薬剤費）を薬剤収入が占めるという畸形的な収入構造が形成された（表1）。
- (3)医療費の高騰：改革前はほとんどの医療サービスが公的に提供され、薬品や設備も不足していたので、医療費はさほど大きな問題にならなかった。それに対し、医療保険制度の改革を伴わない医療の供給側のみの市場化は、公的医療の需要と供給双方に医療費抑制のインセンティブが働かないため医療費の急増を招いた。図3および図4を見

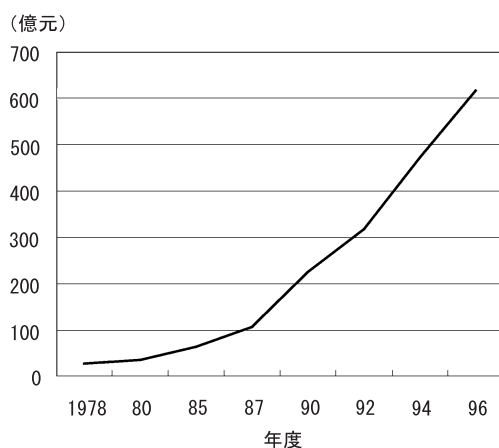
表 1 全国医療機構収入の内訳

(%)

年度	医療サービス 収入	薬剤収入			
			外来診療	入院診療	小売り
1990	38.65	61.35	69.67	25.74	4.59
1991	38.00	62.00	68.33	26.42	5.25
1992	38.50	61.50	58.03	27.57	14.40
1993	42.12	57.88	59.53	32.13	8.34
1994	41.45	58.55	60.37	30.71	8.92
1995	41.09	58.91	59.95	30.77	9.28
1996	41.60	58.40	58.64	30.19	11.17
1997	42.24	57.76	57.09	29.73	13.18
1998	41.80	58.20	55.21	28.74	16.05

(出所) 劉等 (2001) より作成。

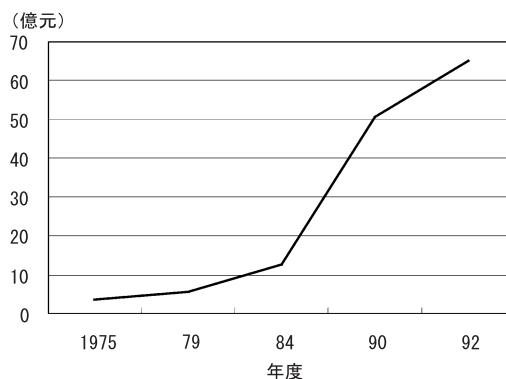
図 3 労保医療の医療費支出



(出所) 劉 (2000, 88) より作成。

ると、労保医療と公費医療の支出総額が、医療の供給側が市場化された1980年代半ば以降シャープな右肩上がりを見せていることが分かる。その結果、企業の従業員賃金総額に対する医療費の比率は6% (1978年) から10% (92年) に跳ね上がり、公務員の公費医療に関しても80年代の年平均増加率20.8%は財政総支出の年平均増加率13%を遥かに上回るものであった [王等 1998, 148]。

図 4 公費医療の医療費支出



(出所) 『当代中国財政』 (下) 234ページおよび『中国第三産業年鑑 1993』 501, 582ページより作成。

上記の諸問題の中で、特に医療費の高騰は政府と企業に空前の負担を感じさせたに違いない。なぜならば、改革以来 GDP (国内総生産) に占める国家財政の比重と国有企業の利潤率が改革前に比べて著しく低下したからである (注12)。「単位保障」を維持し、従業員の高齢化が進んでいる国有企業の中では、保険福利費用 (主に年金と医療) の負担に耐えられず経営破綻に追い込まれるケースが顕在化した。国有企業の経営を改善し、彼らを市場経済の主体として政府

表2 改革以来の都市部雇用構造の変化

(単位: 万人)

年	国有企業	集団企業	外資系企業	私営企業	自営業
1980	8,019	2,425	-	-	81
1985	8,990	3,324	6	-	450
1988	9,984	3,527	31	-	659
1992	10,889	3,621	221	98	740
1995	11,261	3,147	513	485	1,560
1999	8,572	1,712	612	1,053	2,414

(出処)『中国統計年鑑 2000』118～119ページより作成。

から独立させるには、医療を含む非経済（生産）機能を企業から分離し社会化することが必要であり、それが1990年代に社会保障改革を決心した政府の主な狙いであった〔中国経済体制改革総体設計課題組 1993〕^(注13)。

さらに、改革以来外資系企業、私営企業、郷鎮企業、自営業など非国有セクターが著しく成長し、国内総生産と雇用構造における比重を急速に拡大させた（表2を参照）。非国有セクターの成長により、国有企業中心の従来型医療保険制度と実際の経済システムとの齟齬がますます顕在化した。医療保険をこれらの企業に適用することは、非国有セクター従業員の福祉増進のためだけでなく、労働力の国有セクターから非国有セクターへの移動をスムーズにさせ、国有企業改革に有利な外部環境を整備するためにも不可欠であった。

90年代の都市部医療保険改革

上のような諸問題に対し1980年代に全く対策が講じられなかったわけではない。特に急増する医療費に歯止めを掛けようと、1980年代半ばから各地で断片的に改革が試みられ、89年には中央政府の指導で丹東、四平、黄石、株州4市で医療の社会化実験もなされた。しかしこれら

の実験は、いくつかの貴重な経験は積み上げたものの、全国に普及可能なモデルの模索までには至らず失敗に終わってしまった。医療保障の本格的な改革は、経済改革の新たな展開を待たなければならなかった。

1992年、鄧小平氏の南巡講話をきっかけに、中国の経済改革は「社会主義市場経済」の建設を明確な目標に掲げた新たな段階に突入した。社会保障改革についても、1993年11月の「社会主義市場経済の若干の問題に関する中共中央の決定」の中で、「多層的保障体系」、「各制度の独立運営」、「養老・医療保険における個人口座と社会プールの結合」などの基本原則が明確化された。医療保険改革は、養老保険、失業保険とともに経済改革の不可欠の一環として位置付けられた。

1. 「両江モデル」から「都市部従業員基本医療保険制度」の創設へ

1994年4月、国務院は人口50万人前後の中規模都市（江蘇省鎮江市と江西省九江市）で医療保険改革の新たな実験を行うことを決定した。この実験が、後日新しい制度の原型となった「両江モデル」である。半年あまりの準備を経て1995年より実施された「両江モデル」の骨子は次のとおりである。

(1)新医療保険は都市部のすべての企業、政府

機関および事業体の従業員に適用する。

- (2)保険料は労使双方が分担し、初年度の保険料率は使用側10%、被保険者1%とする。
- (3)社会プール基金と個人医療口座を創設する。被保険者拠出は全額個人口座へ、使用側拠出の40%は個人口座へ、60%は社会プール基金へ繰り入れる。
- (4)医療費の支払いは3段階に分け、第1段階は個人口座から支払い、第2段階は患者の自己負担、患者負担額が当地平均賃金年額の5%（スタートライン）を越えると社会プール基金と個人が共同で支払う（第3段階）。ただし、給付の上限は設けない。
- (5)退職者は保険料負担が免除される。なお、退職者にはスタートラインを設けず、個人口座段階から直接社会プール段階に入る。

医療費の患者一部負担は、過度な受診を抑制するために1980年代からすでに各地で実施されたものであり、「両江モデル」の独創ではない。「両江モデル」の制度的突破といえば、ひとつは被保険者の保険料拠出の導入であり、もうひとつは個人口座と社会プール基金の設置である。「両江モデル」の実験は成功したと評価され、1996年には実験都市の数が57に増やされた。

中央主導の「両江モデル」とは別に、各地でも地方政府の主導で様々な医療改革が行われ、その中から「深圳モデル」、「海南モデル」、「天津・青島モデル」などいくつかの代表的な地方モデルが形成された。これらと「両江モデル」の主な違いは個人口座と社会プール基金の結合方式にあった。例えば海南省では「3段階式」ではなく、個人口座と社会プール基金の対象病種を別々に定め、独立に運用する「分業式」を採用した。すなわち、個人口座は主に外来診療

に、社会プール基金は主に入院診療と一部高額外来診療に使い分け、社会プール基金の対象ではない病種に対しては個人口座の金額以上の部分は全額自己負担にしたのである[鄭 1997, 341-343]。

1998年12月14日、国務院はこれまでの改革に基づき、「都市部従業員基本医療保険制度の整備に関する国務院の決定」（「国務院關於建立城鎮職工基本医療保険制度的決定」。以下「決定」と称する）を公布し、99年4～5月には新医療保険の適用薬店、医療機構、薬品の範囲などに関する管理方法が次々と制定された^(注14)。「決定」の公布は、50年近く存在した労保医療と公費医療が新しい「都市部基本医療保険制度」に代替されることを意味し、1980年代以来の医療改革の重要なメルクマールである。

2. 新医療保険制度の特徴

新しい「都市部基本医療保険制度」は、基本的に「両江モデル」の枠組みを維持しながら具体的な点において大幅な修正を加えたものである。ここでは、「両江モデル」と「決定」を比較した表3を参照にしながら新医療保険制度の特徴を検討してみよう。

- (1)旧制度が増えつつある都市部の非国有セクタの従業員を制度の枠外に放置しつづけたのに対し、新制度は適用対象を都市部のすべての被用者（ただし、都市戸籍を持つ者）に広げた。自営業者を任意加入に留めたこと、農村戸籍を持っている大量の出稼ぎ労働者を強制適用から排除したなどの限界はあるものの、適用範囲の拡大によって国有企業と非国有企業の間で差別がなくなったことは重要な進歩といえよう。

- (2)新制度は「保険料の国家・企業・被用者に

表3 「両江モデル」と「決定」の比較

共通点	<ul style="list-style-type: none"> ・適用対象は都市部の全ての企業、政府機関、事業体、非営利組織の従業員 ・保険料は使用側と従業員双方が負担する ・社会プール基金と個人口座を設ける ・退職者は新制度に加入するが、保険料の個人部分を免除され、個人口座への繰入率なども優遇される ・離職休養者、旧紅軍、二等乙級以上の革命障害軍人など特殊人員は従来制度を延用する 		
		「両江モデル」	「決定」
相違点	保険料率	使用側10%、被保険者1% (初年度)	使用側6%前後、被保険者2%前後
	使用側拠出の保険料の配分	40%は個人口座へ、60%は社会プール基金へ	約30%は個人口座へ、約70%は社会プール基金へ
	社会プール基金による給付のスタートライン	現地平均賃金年額の5%	現地平均賃金年額の10%
	社会プール基金による給付の上限	なし	現地平均賃金年額の約4倍

(出处) 筆者作成。

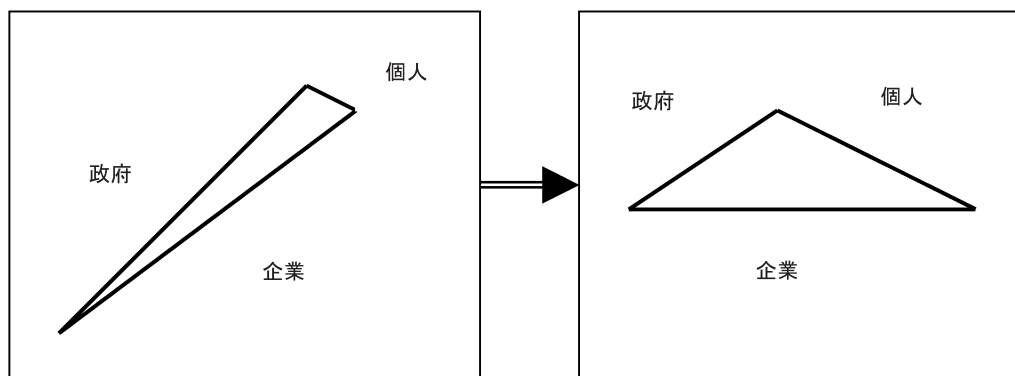
よる三者負担」を基本原則に掲げ、被保険者の保険料拠出を「両江モデル」よりさらに強化した。すなわち、「決定」では被保険者の保険料率は1%から2%に引き上げられ、使用側の保険料率は10%から6%へと4ポイントも引き下げられたのである。一方において、「三者」の中の国家の財政責任は必ずしも明確でなく、公務員や事業団体職員の使用側分の拠出と管理費の一部に限られていた^(注15)。その結果、都市部の医療保険は無料医療を特徴とする従来の「国家・企業保障」から、個人の保険料義務と医療保険制度の自立性を強調する「社会保険」へと変身した。

(3)そして、新しい医療保険の最大の特徴といえば個人口座と社会プール基金の併用である。なぜ世界でほとんど類を見ない、このような独特な制度が形成されたのかについては次節で述べるが、今までの制度が

「(国家または企業による)保障」と「(一定範囲内での)平等」を理念としたのに対し、両者の併用は、理論的には「自助と共助」、「効率と公平」のバランスの追求、しかし結果的には「自助」と「効率」の強調になりかねない。両者の結合方式において多くの地域で「両江モデル」の「3段階式」ではなく海南モデルの「分業式」が主流として定着していることも、その証拠のひとつである^(注16)。

(4)表3の「決定」側の数字に「約」、「前後」などが多く付けられたことから分かるように、「決定」は全国画一的な制度の成立を意味するものではない。地方政府に残された政策空間は、上記の個人口座と社会プール基金の結合方式を含めかなり大きい。市場改革の過程で中央に対する地方政府の自主性が著しく増大したことはよく知られているが、医療改革の展開過程および新制度の

図5 中国の医療保険制度における政府・企業・個人の役割関係の概念図



改革前の制度

改革後の制度

(出处) 筆者作成。

規定が示すように、社会保障の分野での分権化はさらに進んでいる。ここには同時に、経済格差に加えて社会保障の面においても過去では考えられなかったほどの地域格差が形成・拡大する恐れも潜んでいるのである。

要するに、新制度は公務員と労働者に分かれていた都市部の医療保険制度をひとつに統合し、その適用範囲を非国有セクターまで広げていくと同時に、被保険者による保険料負担の導入や個人医療口座の設置など個人利益の強化を通じて、旧医療保険の制度的危機を打破しようとしたのである。都市部医療保険制度のこのような変化を、医療保険における政府・企業・個人の役割分担の視点からごく大雑把にイメージ化したのが図5である。すなわち、改革前の制度で政府（公費医療の場合）と企業（労保医療の場合）の責任が重く、個人の役割はまったくないか、あったとしても微々たるものにすぎなかったが、改革後の制度では、政府（主に中央政府）の役割が大きく縮小しその代わりに個人の役割が増

大した。なお、図5では企業の役割がほとんど変わらなかったように見えるが、医療保障の提供者から保険料の拠出者へとその役割が質的に転換したことも指摘しておかなければならない。

経済体制改革と医療改革の関連

これまで、市場経済化の結果農村合作医療制度が急激に萎縮したこと、一方都市部の労保医療制度と公費医療制度は高騰する医療費を抱えながらも1990年代まで存続したこと、そして98年の「決定」により医療費の労使分担と個人医療口座の導入を主な内容とする新しい都市部基本医療保険制度が創設されたことについて考察してきた。いうまでもなく、上述のような医療保険制度の一連の変化は、経済体制の改革というより大きな枠組みの中で行われたものである。経済体制改革は医療改革の展開と性格をいかに決定したのか。今回の医療改革をどう評価すべきなのか。ここでは中国の経済改革とりわけ国有企業改革における「漸進主義」をキーワード

に、経済体制改革と医療改革の関連を検討してみよう。

1. 経済改革における「漸進主義」と医療改革の展開

1978年12月の中国共産党第11期3中全会をきっかけに、中国は計画経済体制から市場経済体制への劇的な大転換を始めたが、旧ソ連の「ショック療法」とは対照的に中国の体制移行は「漸進主義」を主な特徴とする。「漸進主義」(gradualism)の定義、および中国の「漸進主義」の改革についての議論は多岐に分かれるが^(注17)、本稿では、最初から国有企業の民営化を断行し計画経済を一気に市場経済に変えるのではなく、計画経済の基幹部分(大中型国有企業)をしばらく温存させながら計画経済以外の空間(外資系企業、郷鎮企業、私営企業など)を次第に広げ、経済システム全体の色合いを徐々に変えていく改革の進め方を「漸進主義」と捉えたい。医療保険制度の展開も、経済改革の「漸進主義」の進め方によって説明できる部分が多い。

(1) 農業の個人経営化と合作医療制度の解体：

すでに述べたように、改革前の計画経済体制下において農村は近代的工業の発展に必要な資本と生産財のほぼ唯一の源泉であり、したがって人民公社制度によって一時高度に組織化されたにもかかわらず、一貫して計画経済体系の最周辺部に置かれ、工業のために犠牲を払い続けてきた。長年の指令型集団経営と人為的に抑えられた農産物価格、後を絶たない政治運動は農村経済に深刻な疲弊をもたらした。「漸進主義」改革の第一歩は農業の「生産リンク請負制」による個人経営の復活であったが、この最も周辺部に位置する農業を計画経済体制から

切り離し、それを「体制外化」することによってはじめて計画経済以外の空間が作られた。しかし、その結果人民公社は急速に崩壊し、集団経営を経済基盤としていた農村合作医療制度も弱体化ないし解体の運命を余儀なくされたのである。その後、政府と専門家の度重なる呼びかけにもかかわらず、農村合作医療制度あるいはそれに似た共済制度が全国範囲で復活する兆しは今のところ全く見えない。

(2) 都市部医療保険における「取引摩擦」：

一方、1992年以前の都市部の経済改革は、国有企業の所有権の問題や余剰人員の整理など本質的な問題には手をつけないまま、主に企業の経営自主権の拡大(請負制)や価格に対する政府統制の緩和(価格改革)などを通じて旧体制の活性化が進められた。1980年代にはそれまで政府の予算によって運営されていた医療機構が「体制内」から「体制外」に移されたが、利益最大化を追求する医療機関と、(一定の制約はあったものの)引きつづき無料医療を提供する旧医療保険制度との矛盾が、「都市・農村」格差の拡大、過剰検査と過剰処方、医療費の急騰などの現象として現われた。これは「漸進主義」を採ったからこそ生じた旧体制と新体制の間の「取引摩擦」の一種であり、「漸進主義」的改革のコストである[樊 1993]。もちろん、医療費の急増には、医療技術の高度化や人口の高齢化などの原因も挙げられるが、上のような二元性と制度的監督装置の不在が、過剰診療や被保険者による薬品の転売などのモラル・ハザードの温床であったことは疑問の余地が

ない。「漸進主義」のコスト＝急増する医療費の負担はやがて政府と企業の許容範囲を超えてしまい、医療保険制度の本格的な改革を促す要因となるが、1980年代における医療市場の無秩序化とそれによる非効率化のため、90年代の医療保障改革は都市部の自営業者や農民への医療保険の普及といった公平性よりも、都市部医療保険の財政健全化といった効率性を過度なまでに追求せざるを得なくなった。

- (3) 国有企業改革の本格的な始動と医療保険改革の急展開：こうした2つの経済体制間の摩擦と矛盾に対し、1990年代には「社会主義市場経済論」の下で計画経済部門のさらなる縮小（中小国有企業の民営化）と改造（大型国有企業の株式化）によって克服しようとした。1994年には医療保険の実験に先立ち、財政制度、金融制度、為替制度にも次々と抜本的な改革案が打ち出され、さらに1998年に登場した朱鎔基内閣は、それまで先送りされてきた国有企業改革を政府の最大課題として取り上げた。大量の余剰人員を抱えている国有企業の改革は、失業保険や最低生活保障制度のほかに医療、養老も含めた「社会安全網」の整備が不可欠であった。1994年末の「両江モデル」からわずか4年後に新しい基本医療保険制度が早々に創設された背景には、経済改革からの緊迫した要請があった。しかし、これらの社会保障制度の整備にあたり、政府は失業者（早期退職者を含む）^(注18)の救済や年金、医療など「歴史のお荷物」（歴史包袱）の処理に必要な財源を持っていなかった。したがって、例えば医療改革では、いかに

医療費の負担を政府と国有企業から外資系、私営企業を含むすべての企業および従業員に分担させるのか、いかに医療費の急騰に歯止めをかけるのが最大の課題となった。ちょうどその頃には世界銀行が推奨した個人積立方式が世界中とりわけ途上国の中で人気が高かったので、新しい医療保険制度は個人口座方式と「旧人員」の医療保障に不可欠な社会プール方式を併用する、ハイブリッド型を採るようになったのである^(注19)。

結局のところ、「農村合作医療の崩壊 医療供給の市場化 都市部基本医療保険制度の創設」という医療改革の展開は、「農業の非集団化 都市部の非計画経済部門の拡大 国有企業の改革」といった経済改革の漸進的展開と歩調を合わせており、この意味において前者は後者の結果、あるいは後者は前者の条件といえるのである。

2. 医療保険改革の性格と目的

今回の医療保険改革は、非国有企業従業員への制度適用、国家・企業・被保険者による三者負担など、近代的な社会保険に向けて重要な一歩を踏み出した。特に、個人口座の導入に典型的に現われた個人利益強化措置は、医療に対する人々（とりわけ都市部）の意識を変え、医療費の急騰にある程度歯止めをかけることができるかも知れない。しかし、このような財政的な側面を越えて、リスクの分担と社会的連帯による不平等の是正という社会保険の目標から見た場合、今回の医療改革は果たしてどう評価すべきだろうか。

- (1) 旧医療保険制度の再構築：前述のように、今回の医療保険改革の中には病気のリスク

に完全に無防備な多くの農民への対策は全く含まれていない。就職先が国有企業か私営企業かという従来の区別はもはや意味を持たなくなったとしても、人々の出身（戸籍の種類、すなわち都市住民か農村住民か）によって、受けられる医療サービスの種類と質および医療費の負担に著しい格差が存在することには変わりがない。むしろ、1990年代以来の農民収入増加率の鈍化と医療技術の高度化によって、このギャップはますます広がっている。それだけでない。新制度の主な進歩といわれる非国有セクターへの適用は、現在1億とも2億ともいわれている農村からの出稼ぎ労働者を対象から排除しているため、実際の拡大効果は非常に疑わしい。周知のように、これら非国有セクターの活力の主な源は農村からきた大量の低賃金労働者である。新制度の創設による新規被保険者の数はまだ正確に把握されていないが、もし彼らが適用対象から排除されれば、新たな受益者は主に都市戸籍を持つ私営・外資系の管理職に限られその数は決して多くないと考えられる^(注20)。もしそうだとすれば、今回の改革は、様々な弊害のため継続維持が困難な都市部の旧医療保険制度を市場経済に合わせ立て直した、すなわち旧制度の再構築以上の積極的な意味を持つだろうか。

- (2) 国有企業改革のための医療改革：今回の医療改革の必要性を説明する際に、政府（および多くの研究者）は旧制度の弊害と並んで、非国有セクターの成長を重要な要因のひとつに挙げた。確かに表2が示すように、個人、外資系などの非国有セクターの成長

には目覚ましいものがあり、彼らも今回の医療改革の主な受益者であることには疑問の余地がない。しかし、新制度の登場は本当に力を付けつつある非国有セクターからの圧力によるものであったのか。非国有企業従業員の年齢構造の若さと、新医療保険制度の企業側負担の重さ（従業員賃金の6%）から考慮すると、使用側が進んで公的医療保険の適用を要求したとはどうしても考えられない。その一方で、無限に近い労働力の供給と官民に共通する「成長第一主義」は、非国有セクターの労働者が組織化を通じて社会保障の権利を獲得することを非常に困難なものとする。したがって、非国有セクターへの医療保険制度の適用は、彼らの要求または闘争によって獲得したのではなく、あくまでも上から与えられたものであると考える方が妥当であろう。

とすれば、今回の医療保険改革はいったい誰のために行われたのか。中国の経済改革の特徴は「漸進主義」であり、その過程では国有企業など旧体制の核心部分の特権的地位が相当期間温存されることについては、すでに述べた。経済改革に対する医療改革の立ち遅れは、都市部の医療保険制度が旧体制の核心部分——大規模国有企業と各層政府機関——の特権の重要な一部であった点から説明できる。しかしこのような特権の維持に必要なコストはますます高くなり、やがて国有企業およびその庇護の立場にある政府の限界を超えてしまったのである。国有企業従業員と政府職員（退職者を含む）の平均年齢が他の部門より格段に高いことを考えると、今回の医療保険改革は、非国有セクターへの医療保険の適用と国有企業改革のための環境

表4 全国衛生総費用の構成

(単位：億元、%)

年度	全国衛生総費用	政府予算衛生支出	社会衛生支出	個人衛生支出
1991	888.6 (100.0)	202.3 (22.8)	341.1 (38.4)	345.2 (38.8)
1995	2,257.8 (100.0)	383.1 (17.0)	739.7 (32.7)	1,135.0 (50.3)
1999	4,178.6 (100.0)	640.9 (15.3)	1,064.6 (25.5)	2,473.1 (59.2)
2000	4,764.0 (100.0)	709.5 (14.9)	1,167.7 (24.5)	2,886.7 (60.6)

(出所)『中国衛生年鑑 2001』501ページより作成。

(注) 社会衛生支出とは各種医療保険からの支出を指す。

づくりという客観的効果とは別に、被保険者拠出の強化を通じて国有セクターの負担を政府と国有企業から非国有企業とその従業員に分担させようとしたもの、すなわち政府と国有企業のための医療改革であったと理解することもできる。そしてその背景にあるのは、非国有部門主導の経済成長と国有部門の温存を特徴とする「漸進主義」的改革の結果ともいえる、政府の財政力の低下と国有企業の経営悪化であった。この点こそ体制移行期の中国の医療改革が先進国および他の途上国のそれと本質的に異なる点であり、医療改革のみならず社会保障改革全般の特徴と限界を決定づける要因でもある。

おわりに

「決定」で2000年までに全国で確立させる予定であった新医療保険制度は、2001年に入りようやく北京、上海など大都市で実施され始めた。そのため現時点で新制度の効果を評価することは時期尚早であるが、実験段階ですでに現われた問題点として、医療保険財政の不安定、企業参加意欲の低迷^(注21)、高齢者の医療費問題、個人口座資金の流用などが指摘される。なおいわゆる「多重的医療保障体系」の下で現実には、表4が示すように、経済の発展に伴って増加すべき医療費総額に占める政府および公的医療

保険の比重が次第に低下し、その代わりに個人負担の割合がますます増えているという憂慮すべき傾向が強まっている。新制度の実施がこのような方向性を変えられるかどうかは、今後の展開と医療保険制度のさらなる改革を待たなければならない。

一方、2000年6月に労働社会保障部が全国10都市の一時帰休者・退職者を対象に実施したサンプル調査によると、81.16%の人の関心事の第一位は安心できる社会保障制度の整備であった^(注22)。今後、WTO加盟の影響が経済のあらゆる分野を直撃するに伴い、社会保障制度のセーフティ・ネット機能に対する国民の期待はさらに高まると予測される。市場経済の負の影響から生じる社会的不安をいかに解消するのか、農民の医療保障問題はどうか、そして強力な一人子政策から予測される今後の急速な高齢化にはどう対処するのか、中国の医療保障制度に残された課題はいずれも深刻である。

(注1) 厳格にいうと、これらの3つの制度を社会保険の一種である「医療保険」と呼ぶには問題がある。後述するように、労保医療はその後「企業保障」に変質し、農村合作医療は農村住民の間の相互共済にすぎなかった。これらの問題点を指摘した上で、本稿では医療費の社会的調達という点から、便宜上「医療保険制度」と呼ぶことにする。

(注2) 労働保険制度が短期間で成立できた背景

には、ソビエト時代の「労働法」（1931年）の制定、内戦期における東北地域での先行の実践などが挙げられる [中江 1998, 8; 衛 1994, 135]。なお、大陸に先立ち1950年（当時は台湾省。「全国」制度として法律化されたのは58年）に国民党支配下の台湾でほぼ同じ内容の労働者保険制度が作られたのは、両政権の性格とその労働政策を吟味する上で非常に興味深いことである [Ku 1997, 38]。

（注3）世界各国の経験では公務員または官僚の医療保障が労働者のそれに先立って整備されるのが一般的である。中国の場合両者の順序が逆になったのは、(1)共産党政権の官僚の多くが軍人出身で軍人のための無料医療を受けていたこと（旧政権の官僚はほとんど国民党とともに台湾に渡った）、(2)国民党支配地域に集中していた製造業の労働者を早急に新政権に包摂する必要性があったことが考えられる [尚 2001]。

（注4）ホワイト氏は中国の「単位保障」を旧ソ連の「国家保障」および資本主義諸国の「社会保障」と区別し、中国を「マイクロ福祉国家」(micro welfare state) と称した [White 1998]。

（注5）ここではカヴァレッジの広さと医療の質とを区別する必要がある。つまりここでいう普遍性は医療保障制度と供給システムの整備を意味する。当時の条件の下で、特に農村地域では基本的な医療が保障されなかった可能性が十分ある。しかし、これらの制度が最低限の医療サービスへのアクセスを保障したのは確かであろう。

（注6）このような自給自足的計画経済体制が建国当初から意図されたのではなく、朝鮮戦争後のアメリカの対中封じ込め政策の結果であることはよく知られている。例えば、社会主義的改造がほぼ完成された1952年の全国工業総生産における私営・個人企業比率は51.2%と、国有企業の41.5%を上回っていた [『中国統計年鑑 1984』195ページ]。

（注7）工業製品と農産物間の価格差（「挾状価格差」といわれた）による所得移転は1952年の74億元から57年の127億元、さらに78年には364億元にも増加した [梁 1999]。なお、農工間の資源移転の実証分析およびその理論的説明については、中兼（1992）の第2、3章を参照されたい。

（注8）中国共産党の「衛生工作の重点を農村に置

くことにする報告」（1965年）を指す。

（注9）毛沢東は1968年に湖北省楽園人民公社を視察した際、「合作医療は素晴らしい」と高く評価し、それが全国の農村の「学楽園」ブームのきっかけとなった [王 2001, 75]。

（注10）中国社会科学院の朱玲氏は、これらの地域の制度が従来の合作医療とは性質が異なると主張し、「集資医療保障制度」という別の名称を使用した [朱 2000]。

（注11）その間の都市化率は20%から30%へと10ポイントしか上昇していない。

（注12）GDPに占める国の財政収入の比重は、改革前1978年の31.2%から96年の10.9%まで縮小した [『中国財政年鑑 2001』346ページ]。

（注13）政府は社会保障改革の目標として、企業・事業団体からの独立、資金調達多元化、制度の規範化、管理の社会化を挙げている [『中国的労働和社会保障状況』白皮書 2002年]。

（注14）それぞれ「都市部従業員基本医療保険の指定小売薬店に関する暫定方法」（1999年4月）、「都市部従業員基本医療保険指定の医療機関管理に関する暫定方法」（1999年5月）、および「都市部従業員基本医療保険の薬品使用範囲の管理に関する暫定方法」（1999年5月）である。

（注15）割高の公費医療制度の水準を維持するため、公務員には基本保健医療制度の上に医療補助制度が設けられたが、その財源は中央および地方政府の予算である。

（注16）もともと個人口座を創設した目的は需要の抑制であったが、「3段階式」を採用した都市では被保険者の拠出分が少なくスタートラインが低いこともあって、社会プール基金が短期間に赤字に陥るケースが続出したため、現在は多くの地域で外来診療の抑制に効果的な「分業式」が選択されているという [『中国的労働和社会保障状況』白皮書 2002年]。

（注17）中国の漸進主義的改革についての各種理論およびその評価に関しては、中兼（2000a）を参照されたい。

（注18）1998年から2001年までレイオフされた国有企業の従業員数は、政府の公式発表でも、2550万人にのぼる [『中国的労働和社会保障状況』白皮書

2002年]。

(注19) 実際、世界銀行は中国の年金改革と医療改革に深く関与した。なお、個人口座と社会プール基金の併用は1993年に確認された原則ではあるが、具体的なやりかたでは97年に先だって実施された年金改革の影響を大きく受けている。

(注20) 中国労働和社会保障部のホームページ (http://www.molss.gov.cn/index_tongji.htm) によると、2001年末現在、基本医療保険を実施しはじめたのは全国349の地区級市のうち339であるが、登録した被保険者数は7630万人で、従来の制度より大幅に増加したことを示していない。

(注21) 例えば、1995年の改革初期に95.85%であった九江市の企業加入率は、経営問題を原因に医療保険から脱退あるいは強制停止された企業の増加のため、4年後の99年には64%まで下がってしまった。威海市の企業加入率も1997年の70%から99年の58%へと後退した【楊 2000】。

(注22) 「10城市企業下崗職工和離退休人員基本狀況の抽樣調査」(『中国労働』2000年12月号)。

文献リスト

日本語文献

- 王文亮 2001. 『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社。
- 小島麗逸 1991. 「中国の雇用制度」石原享一編『中国経済の多重構造』アジア経済研究所。
- 柴田嘉彦 1989. 『ソ連社会保障の研究』校倉書房。
- セン, アマルティア 2000. 『自由と経済開発』(石塚雅彦訳) 日本経済新聞社。
- 張紀濤 2001. 『現代中国社会保障論』創成社。
- 中江章浩 1998. 『21世紀の社会保障』第一書房。
- 中兼和津次 1992. 『中国経済論——農耕関係の政治経済学——』東京大学出版会。
- 2000a. 「中国経済の市場化と直面する課題——漸進主義的経済改革の再検討——」中兼和津次編『現代中国の構造変動 経済：構造変動と市場化』東京大学出版会。
- 2000b. 「中国社会保障制度研究の課題と焦点」『海外社会保障研究』No.132。

南亮進 1990. 『中国の経済発展——日本との比較——』東洋経済新報社。

劉曉梅 2000. 「中国における医療保障制度改革」『海外社会保障研究』No.132。

—— 2001. 「医療保障改革」中国研究所編『中国は大丈夫か？——社会保障制度のゆえ——』創土社。

林毅夫・蔡昉・李周 1997. 『中国の経済発展』(渡辺利夫監訳) 日本評論社。

——・——・—— 1999. 『中国の国有企業改革』(関志雄監訳) 日本評論社。

中国語文献

- 樊綱 1993. 『漸進之路——対経済改革の経済学分析——』北京 中国社会科学出版社。
- 梁鴻 1999. 「討論中国農村社会保障及其特殊性」『復旦學報社科版』5月号。
- 劉国祥等 2001. 「中国衛生総費用分配流向測算報告」『中国衛生経済』2月号。
- 尚曉媛 2001. 「中国社会安全網の現状及政策選択」『戰略与管理』6月号。
- 宋曉梧・張中俊・鄭定銓 1998. 『中国社会保障制度建設20年』北京 中国古籍出版社。
- 王愛文等 1998. 『編織社会安全網——中国社会保障制度的昨天, 今天和明天——』桂林 広西師範大学出版社。
- 衛興華編 1994. 『中国社会保障制度研究』北京 中国人民大学出版社。
- 楊子林 2000. 「威海市城鎮職工基本医療保険運行情況及操作要点」『中国労働』6月号。
- 鎮江市社会保険局 2000. 「総量控制と個人付費相结合的費用控制机制的探索」『中国衛生経済』4月号。
- 鄭功成 1994. 『中国社会保障論』武漢 湖北人民出版社。
- 1997. 『論中国特色的社会保障道路』武漢 武漢大学出版社。
- 中国経済体制改革總体設計課題組 1993. 「企業社会保障職能的獨立化」『經濟研究』11月号。
- 朱玲 2000. 「誰來為農民看病吃藥提供社会保障」『瞭望』16期号。
- 左学金・胡蘇雲・謝白鈴 1998. 「中国城市医療保険体

制改革——建立成本制約机制和組織創新——」徐
滇慶・尹尊声・鄭玉歆編『中国社会保障体制改革』
北京 經濟科学出版社。

『中国財政年鑑』各年版 北京 中国財政雜誌社。

『中国第三產業年鑑 1993』北京 中国統計出版社。

『中国労働和社会保障年鑑』各年版 北京 中国労働
和社会保障出版社。

『中国統計年鑑』各年版 北京 中国統計出版社。

『中国衛生年鑑』各年版 北京 中国統計出版社・人
民衛生出版社。

英語文献

Ku, Yeun-wen 1997. *Welfare Capitalism in Taiwan*. New York: St. Martin's Press.

White, Goodman G. 1998. "Social Security Reform in China: Towards an East Asian Model?" In *The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State*. eds. R. Goodman, G. White and Huck-ju Kwon. London: Routledge.

World Bank 1997. *China 2020, Issues and Options for China: Financing Health Care*. Washington, D.C.: World Bank.

(早稲田大学大学院アジア太平洋研究科博士後期
課程)