

論文

## 中国大連市における医療保険制度の実施状況

賈 子 申

〔抄 録〕

「国務院の城郷住民基本医療保険制度整合に関する意見」(国発〔2016〕3号, 2016年1月12日)の公布より4年経っているが, その間中国政府は多くの政策を打ち出し, 「城鎮職工基本医療保険」と「城郷居民基本医療保険」の2本立てによる「国民皆医療保険」を完成させた。しかし両制度間に存在する格差問題は未だに解決に至っていない。健全な社会保障体系の構築は社会主義市場経済体制の必然的な要求であり, うち社会保険, とりわけ医療保険はその中核的存在であるがゆえにその問題解決は不可欠である。本稿は現行医療保険制度の基本的内容を述べ, さらに中国遼寧省大連市を例に用いて(実際の医療保険制度施行規定内容を中心に), 医療保険制度問題解決の考察を行ものである。

キーワード: 国民皆医療保険, 医療保険の格差問題, 医療保険改革,  
医療保険の実施状況

### はじめに

中国の医療保険制度は, 「劳保医療(労働保険医療制度)」<sup>1</sup>, 「公費医療」<sup>2</sup>, 「農村合作医療制度」(国家立法によるものではなく, 農村内部が自発的に構築した共済制度)からなる旧三医療保険制度<sup>3</sup>より始まり, 幾度の改革を経て<sup>4</sup>, 今日国家医疗保障局(2018年5月31日創設)を統括部門に, 税務機関を社会保険費徴収主体(2019年1月1日より)に, 住民を対象とする「城郷居民基本医療保険」(2016年, 以下, 「住民医療保険」と記す)と従業員を対象とする「城鎮職工基本医療保険」(1998年, 以下, 「従業員医療保険」と記す)の2本立て「国民皆医療保険」が構築された(公務員, 軍人などを対象とした制度を除く)。

改革により, これまで医療保険加入が難しいとされた「農民工」(出稼ぎ労働者)や保障が手薄いとされた農村部住民の医療保障をより明確にしたことは評価されるその一方, 地域(政策執行や経済力など)・身分(戸籍)・施行などにおいて医療保険は依然と多くの問題を抱えてい

る。先行研究は中国医療保険制度形成の歴史的過程<sup>5</sup>、都市・農村医療保険の二元モデル構造と格差問題<sup>6</sup>、経済との関連<sup>7</sup>など紹介にとどまるものが多い。従業員・住民医療保険の新たな「二元モデル構造」や地方自治体における施行状況（施行規定内容などの分析）を対象とする先行研究は少なくかつ中国医療保険制度自体への研究も近年は滞っている。本稿研究の意義はこの両者の解明を行い、更に研究を進めたことにある。

## 1. 中国医療保険制度の基本内容

### (1) 基本的特徴

中国の社会保障は主に社会保険、社会救助、社会優撫（主に軍人及びその家族を対象とする優遇措置）、社会福利、社会互助などによって構成され、うち社会保険は最も身近かつ中心的存在である。『中華人民共和国社会保険法』（以下、『社会保険法』と記す）は中国の社会保険は各種保険制度により構成され、「広範囲」、「基本」（基本養老・基本医療）、「多層」、「持続可能」、「社会発展水準に伴い変化する」が方針と規定している（社会保険法2,3条）<sup>8</sup>。医療保険は「基本」保障を1つの前提とし、その特徴は「広範囲」、「地域格差」、「財政補助」と言えよう。

「基本」は公民の基本生活と需要を保障し、高水準な保険による国家財政・用人单位（雇用先）・個人の高負担を防止することである。したがって、医療保険も最低限のサービスを提供することに止まっている。そのため、現行医療保険制度では長期入院・特殊疾病・慢性病など自己負担が高額になるものに対し、別途の商業保険（大病医療保険など）を公的医療保険の補完として使用している。即ち「基本」+「商業保険」の2段構成になっているのである（具体的は加入する医療保険の種類や地方自治体により異なる）。なお、住民医療保険の場合、自動的に大病医療保険が付随する傾向にある。さらに、公的医療保険を補完する公的扶助制度として「医療救助」<sup>9</sup>が設けられ、生活保護受ける家庭、貧困者などを対象に医療保険の保険料と自己負担分の補助を行っている。無保険者は同法の「臨時救助」を利用するか、全額自己負担となる。また募金、クラウドファンディング（水滴籌など）などの「社会互助」による医療費補填方法も中国では身近な存在である。

より多くの者を医療保険対象にする「広範囲」の方針に従い進めた結果が現在の「国民皆医療保険」体制である。同時にこれまでの医療保険制度の運用経験もその結果が正しいであることを証明している<sup>10</sup>。

「地域格差」は中国における制度構造の共通問題である。即ち、中央政府は制度の骨組み（指針、通知、法律、行政法規など形は様々）を決め、実際の制度運用は各地方自治体が骨組みの中で自由に決めること（通知、方法など）ができる。先行研究によっては「地域限局性」若しくは「制度改革方向の統一と地域別制度の設立の相対立する考えの並存」と称する場合もある<sup>11</sup>。これが後に述べる地方自治体における医療保険制度施行規定の内容が中央政府の法律規定など

と異なる要因となっている。

「財政補助」は「(前略) 国家は様々なルートにより社会保険資金を集める。県レベル以上の人民政府は社会保険事業に必要な経費支持を与える (後略)」(社会保険法5条)であり、「様々なルート」に社会保険費・財政補助・投資収益・その他が含まれている。さらに「県レベル以上の経費支持」の財政補助は制度以外に、社会保険担当機関の人経費と社会保険運用に伴う基本費や管理費への保障も含まれている。したがって、医療保険制度は保険料収入による運営が難しく、日常的に政府補助を受ける必要が前提とされ、「基本」しか保障できないことと住民医療保険が強制加入にならない原因と考えられる。

## (2) 基本的内容

医療保険は各自治体により実施内容が異なるため、本稿は先行研究の補足をしつつ基本的内容の紹介に限定する<sup>12</sup>。

### (a) 対象者・保険料・口座

従業員医療保険の対象は従業員である。「(前略) 都市部全部の雇用者(企業)及び従業員は基本医療保険に加入し、所在地の管理に従うこと、保険料は雇用者(企業)と従業員の双方が分担すること(後略)」<sup>13</sup>(社会保険法23, 25, 97条)。保険料(医療保険基金利息や政府補助金なども含めて)は統籌口座と個人口座で管理、運用される(社会保険法26条)。

退職者(基本的に男性満60歳、女性満50歳)は医療保険費の負担はなく、規定に従い医療待遇を享受し続けることができる；一般的に男性従業員は30年、女性従業員は25年の納付年数を満たす必要がある；退職時に保険料納付年数未満の場合、不足年数を追加納付することが可能である(社会保険法27条)。また保険加入年数は累計計算されるので、基本的に転職などの際に医療保険関係も一緒に移動する(社会保険法32条)。

住民医療保険の対象は従業員医療保険加入対象者以外の住民である<sup>14</sup>。基本的に加入は自由とされ、保険料を納めた期間中のみ医療保険が適用される。保険料は年1回の一括納付(前年度納付の1年毎契約更新、累計計算はない)であり、政府補助金などと合わせて個人口座で管理、運営される<sup>15</sup>。

### (b) 医療保険適用

医療保険が適用されるのは「医療保険目録」(薬品・診療項目・医療サービス範囲)規定内容及び急診、緊急搬送の医療費のみである(社会保険法28条。以下、「医療保険負担」と記す)。

薬品は医療保険負担の違いにより分類されている。「甲類」は全額が医療保険負担である。したがって、「現場に必要・広範囲で使用されている・効果において良を満たした比較的価額が低い物」が甲類となる。「乙類」は個人が割合に従い一部自己負担した後、医療保険負担の対象となる(規定の割合で清算をする)。そのため、「治療において選択肢に入れられる・効果において良を満たした比較的価額が高い物」が乙類となる。甲乙以外(「丙類」と記すこともある)

を使用した場合、全額自己負担となる。医療保険負担は医者の方箋あるいは入院中の医者による指示が必須条件であり、患者個人による薬品購入費は個人口座あるいは自己負担のいずれとなる。さらに薬品目録は対象（I型糖尿病患者など）・状況（救急救命など）・保険種類（労災保険・生育保険など）など様々な適用制限が設けられている。

「診療項目」は「臨床治療に必要・安全かつ有効・費用が適度な物」が対象であるが、各種価格を管轄する政府機関により基準価格が制定されているものに限る。薬品同様に甲乙の分類が存在する。

「医療サービス範囲」は「指定医療機関が提供する、診断・治療・看護を受けるに必要なサービス」が対象であり、基本的に救急車を呼び費用、入院付添い費、洗濯や看護費などは含まれないとされている。

目録記載外のもの以外に①労災保険が負担すべきもの、②第三者が負担すべきもの、③公共衛生（重大疾病・伝染病の予防・ワクチン接種など）が負担すべきもの、④境外（香港・マカオ特別行政区や台湾地域を含む）での診療も医療保険適用外である（社会保険法30条、特別区出身者の医療保険適用の問題については別稿で論じる予定）。なお、2020年の新型コロナウイルス感染治療の多くは政府の特例により保険適用となっている。政府が実施するPCR検査の多くも公費負担となっている模様。今後、新型コロナウイルス治療関連は目録に記載されるであろう<sup>16</sup>。

### (c) 清算

医療保険は「基本」的性格により保障は全範囲、全額ではない。さらに医療保険負担の割合も各地方自治体が独自に設定できる。そのため、以下のものが存在する、

「報消比例（清算割合）」は医療保険負担割合であり、各地方自治体で異なることが多い。医療保険負担は、「(前略)社会保険担当機関と医療機関、薬品経営単位で直接結算する(後略)」(社会保険法29条)。

「起付線（以下、「最低給付ライン」と記す）」は医療保険負担のスタートラインである。規定に準じた診療費でも最低給付ライン未満分は全額自己負担となる。最低給付ライン超過分だけが規定・割合に従い医療保険負担となる。

「封頂線（以下、「最高限度額」と記す）」は医療保険負担の年間最高支払限度額（累計）である。超過分の医療費は医療保険保障ではなく、大病医療保険などが保障することになる。無論、その他の商業系医療保険による保障も可能である。

医療保険負担分計算式：[(甲類薬品全部の費用+乙類薬品の自己負担分を除いた費用+その他の規定内医療費)－最低給付ライン] X 清算割合。

自己負担分計算式：最低給付ライン+乙類薬品の自己負担分+医療保険負担外の金額。

### (d) 大病医療保険

医療保険の最高限度額超過分を保障する保険であり、運営は一般の保険会社である。だが、主

導・監督の全てが政府下にあるため、原則的に保険加入拒否はできない。そのため、大病医療保険は損失も利益も出ない「実損補填型な保険」<sup>17</sup>と言われ、他の一般商業保険と性質の異なる存在である。近年、別途の保険料徴収なしに住民医療保険に付随される傾向にある。その支払割合は平均50%以上、かつ上昇傾向にある。2019年中央政府は60%への引上げを要求している。従業員医療保険の場合、各地方自治体によって状況が異なる。

#### (e) 医療機関と薬品小売店

医療保険適用において医療機関と薬品小売店に対して指定制度を設けている(社会保険法31条)。医療機関は「三級十等(甲乙丙特)」のランク分けに準じて医療保険負担率が異なる。

「一級医療機関」は都市部では社区卫生サービスステーション、センターや家庭医生(ホームドクター)制度である。農村部では村衛生室、家庭医生制度である。その特徴は手術や入院設備はなく、主にプライマリケアを行うための予防保健科、全科診療科、中医科の設置しか認められていない(一部例外あり、「病院」と冠するものはこの限りではないとされている<sup>18</sup>)。

「二級医療機関」は都市部では県病院、農村部では郷鎮衛生院である。

「三級医療機関」は市・省、衛生部直轄、特等病院である。

設置基準などは地域により異なる場合はあるものの基本的に同クラスの指定医療機関同士の清算割合は同じであり、公立・私立の差は存在しない(一部例外あり)。低クラス医療機関の清算割合 > 高クラス医療機関の清算割合という構造になっている。

なお、中国は「分級診療」(医療のクラス分け)を全面的に進めているが、その目的の一つが医療保険費支出の抑制と考えられている。その内容は「基層首診、双向転診、急慢分治、上下聯動」、即ち一般的な病気は地域医療機構へ、慢性期や回復期にある患者は下級医療機関へ、急性病と慢性病の医療体系を改善して急性期過ぎた患者は三級以外の医療機関へと医療機関同士の仕事分担を明確にして良質な医療資源の縦方向流動を促すものである。

指定薬品小売店は統籌地区の社会保険行政部門が審査し、社会保険担当機関が決定するものである。主に保険加入者に対し処方箋薬の小売サービスを提供する。

医療保険と医療機関・薬品小売店はサービス契約関係であり、そのため行政は監督や指導を行うことができる。例えば、指定医療機関と医療保険事業管轄部門とのサービス契約は民事契約であり、保険金詐欺など違反がある場合は詐欺罪となりうる。さらに行政は医療保険基金の返済、医療保険費支払停止、契約解除や指定医療機関解除を行うこともできる。

#### (f) 制度監督

主に各級人民代表常設委員会・政府・財政と審査機関・担当政府機関が行い、同時に社会各方面の参加も推奨している(社会保険法6,7条)。

## 2. 中国医療保険制度の実施状況

地方中堅都市の東北部遼寧省大連市（副省級都市，2018年戸籍人口約600万，面積約12573km<sup>2</sup>，都市化率72%，2019年地域GDP約7000億元）の医療保険制度施行規定は主に2つの理由から中央政府の法律規定と異なる内容（広範囲・具体的・独自色）になったと考えられる。

1つは「法規定の乱立」であり，基本法である社会保険法だけでなく，國務院の決定・意見，労働と社会保障部の指導意見など関連法規定が多数並存しており，施行規定はそれら全ての内容を満たす必要がある。2つは「経済力の差」であり，施行規定の始めによく見る「市の実際状況に合わせて」の文言の多くは経済状況を主に言及していると思う。例えば，次のような内容である：「（前略）地方の経済状況の格差があまりにも大きく，保険料率といった保険制度の根幹にかかわる部分を含めて，地方ごとの対策が必要となるのである。また，社会保障の財政も地方政府に依存している。（後略）」<sup>19</sup>。

以下は前述の基本的内容をベースに，従業員医療保険と住民医療保険に分け，対象者・保険料・口座・保険適用・清算・大病保険の内容を中心に詳しく述べる。

### （1）従業員医療保険

従業員医療保険は「大連市従業員基本医療保険規定」（以下，「大従保」と記す）<sup>20</sup>を施行規定とし，「市級統籌」（市単位で管理・運用）で管理されている（大従保3条）。なお，2020年1月1日より従業員医療保険と生育保険が統合されている<sup>21</sup>（基金運用も統合）。

#### （a）対象者・保険料・口座

加入対象は①大連市行政区域内の全企業・機関事業単位・社会团体・民营非企業単位・雇用のある自営者（以下，「用人单位」と記す）及びこれらの在職者と退職者，②大連市の城鎮（都市）戸籍を有する労働年齢範囲内の雇用がない自営者及び自由職者（以下，「靈活就業者」と記す），③大連市の城鎮（都市）戸籍を有し，靈活就業者身分で基本養老（年金）保険金受給かつ規定に従い従業員医療保険を納めた退職者である（大従保2条）。戸籍による制限が設けられたのは従業員医療保険の支出を抑えたい考えであろう。

保険料は用人单位と個人が共同で納める。用人单位は所属する在職従業員の先月給料総額の8%を統籌口座に納付する；従業員の月平均給料額が市の前年度在職者平均給料の60%を下回る場合，60%を納付基準とする；給料総額の認定ができない場合，市前年度在職者平均給料×在職者数を納付基準とする（大従保第8条）。用人单位が規定に違反して納めるべき医療保険料の金額を申告しなかった場合，当用人单位の前月に納付すべき額の110%を納付額とする（大従保16条）。企業納付の基準を細かく規定し，未加入や過少申告など不正行為防止と確実な保険料徴収が狙いであろう。

在職者は本人の先月給料総額の2%を個人口座に納付する。給料総額が市の前年度在職者平均

給料の60%を下回る場合、60%を納付基準とする；市の前年度在職者平均給料の300%を超える部分は納付基準に加算しない；在職者が納付中断をした場合、納付再開した翌月より医療保険待遇を享受することができる；人事異動あるいは同じ用人单位勤務期間での中断、かつ三か月以内であれば、中断期間内でも医療保険待遇は継続される（大従保24条）。

靈活就業者は本人が納付する基本養老（年金）保険費基数の6%を納付する。納付中断をした場合、納付再開した翌月より医療保険待遇を享受することができる。中断期間の医療保険費の追加納付は自由とされ、納付中断した翌月から納付再開月までの期間は医療保険待遇を享受できない（大従保24条）。医療保険に加入している靈活就業者が新たに用人单位へ就職した場合、用人单位がその医療保険関連手続を社会保険担当機関にて行う（大従保31条）。

退職者は医療保険料の納付はないものの、2つの制限が設けられている。1つは「大連市で実際に満10年及びそれ以上医療保険料を納付し、累計で納付期間は20年及びそれ以上」という大連市における従業員医療保険の「最低（医療保険料）納付期間」を満たしていること（大従保10条）。2つは退職後に従業員医療保険を享受できても、規定に従い定期的に医療保険待遇資格認定を受けること。怠れば医療保険待遇が一時停止される（大従保24条）。前者は長期的かつ安定な財源確保や転入を利用した制度負担増防止策、後者はなりすましなどの医療保険詐欺防止策と考えられる。

納付期間を満たさない場合、①個人ならば不足期間分の保険料を一括納入すれば、翌月から医療保険退職者待遇となる（大従保24条）。②単位の滞納であれば用人单位と従業員で滞納した年度の納付基数と比例に従い一括全額納付する（大従保10条）。財源確保やより多くの者が医療保険待遇を受けられるための追加納付規定であるが、「一括納付」は場合によっては壁となることも考えられる。

従業員医療保険の口座は「個人」と「統籌」の2つに分かれている（大従保18条）。個人口座に在職者が納付した保険料・用人单位が従業員のために納付した保険料の一部（在職者の保険料納付算定給料額を基準に45歳未満は2.3%、45歳以上は2.8%、退職者は年金の6%若しくは市の前年度月の平均年金の6%、経済社会発展と統籌基金運営状況に基づく随時調整あり）・個人口座の利息収入が納められている（大従保19条）。個人口座の用途は主に外来と協議管理薬品店（指定薬品小売店）での医療・薬品購入費、入院費の個人負担分支払である（大従保20条）。個人口座の元金と利息は個人の所有であり、繰入れや相続ができる（大従保21条）。個人口座により多くの資金が集まれば、医療保険適用外の少額診療や薬局での薬購入などの「自助」を促すことができると考えられる。

統籌口座に用人单位が従業員のために納付した保険料（個人口座納付後の額）が納められている（大従保18条）。靈活就業者の保険料はすべて統籌口座に入り、退職条件に満たして退職手続を行った後に、退職者基準で個人口座が設けられる（大従保19条）。統籌口座の用途は主に入院、家庭病床と外来部分の治療項目と医療費用の支払である（大従保20条）。

表 1 大連市従業員医療保険納付先と保険料の試算

単位：元

|        | 統籌口座   | 個人口座   |
|--------|--|--|
| 従業員    |  | 本人の先月給料総額×2% (基本の場合)   |
|        |  | 前年市在職者月平均給料 60%×2%<br>(従業員給料が平均値以下の場合)   |
|        |  | 前年市在職者月平均給料 300%超部分は<br>納付基数としない (免除部分)  |
|        |  | 個人口座利息 (個人納付分外財源)  |
| 用人单位   | 在職従業員の先月の給料総額×8% - 差引分<br>(基本の場合)  | 用人单位が従業員のために納付した保険料の一部<br>45歳未満は2.3%<br>45歳以上は2.8%<br>退職者は年金の6%若しくは市の前年度月平均年金の6%<br>(随時調整あり) |
|        | 前年市在職者月平均給料 60%×人数×8% - 差引分<br>(従業員給料が平均値以下の場合)  |  |
|        | 前年市在職者月平均給料 60%×人数×8% - 差引分<br>(給料総額が確定できない場合)   |  |
| 保険料の試算 | 2019 大連市平均給料：7581<br>個人口座 (45歳未満)：7581×2% = 152+ (174+ 個人口座利息) / 月 (1人)<br>統籌口座 (100人, 45歳未満)：(7581×8% -174) = 593/人×100=59300 (+ その他) / 月 |  |

「大連市従業員基本医療保険規定」関連内容に基づき筆者作成

(b) 保険適用

医療保険薬品目録（『国家基本医療保険，労災保険と生育保険薬品目録』2019 採用）・サービス範囲・医療サービス施設基準及び緊急搬送の医療費は関連する規定に従い医療保険基金から支払われる。医療保険負担外は基本的内容と同じである（大従保 23 条）。

重大疾病による転院（保険加入地以外へ）には市の医療保険指定病院（14ヶ所市内三級病院，8ヶ所市内専門病院，11ヶ所県区病院）で医者による転院届け，転院先を選択，病院の医療保険科でオンライン転院診療記録登録を行うことが必要である。届けの有効期間は1年，悪性腫瘍・臓器移植などの重大疾病は転院先の規定に従い複数再入院が可能である。

転院先（オンライン登録病院に限る）では「社会保障カード」（日本の医療保険カードに相当し，支払機能がある）で住院費を決算し，決算基準は転院先所在地の基本医療保険薬品・診療項目と医療サービス目録に従う。入院最低給付ライン・支払割合と年度最高限度額は大連市医療保険が適用される（転院先の目録と加入地の医療保険負担における問題は別稿で述べる予定である）。

(c) 清算

統籌口座での最低給付ラインは三級病院（850元，大連医科大学附属第一・第二病院は1200元となる），二級病院（500元），一級病院（300元）である（大従保 25 条）。異なる地域への転院・入院治療（1500元），市統籌内の低級から高級へ転院した場合の最低給付ライン差額は自己負担，逆の場合は負担しないである（大従保 41 条）。最も有名かつ患者が集まる大連医科大学付属第一・第二病院の最低給付ライン引上げは「分級診療」政策の現れと考えられる。個人負担率は三級病院（15%），二級病院及び専門病院（12%），一級病院（10%）である。異な



る地域への転院入院治療(30%)である。退職者は現役者の半分である(大従保25条)。

異なる地域の治療費における個人建て替え分(現金)の清算は大連市で手続を行う必要がある。必要材料は①医療保険と金融機能が有効になっている2代目社会保障カード、②治療1年内の領収書原本、明細及び入院カルテ(放射治療は放射治療カルテも必要)、他の社会保障待遇による支払が行われていないこと、③外来カルテ、処方箋明細及び高額薬品支払範囲の関連検査報告、④緊急観察あるいは入院前救急の関連カルテが必要である。清算金額は約30日後、本人の社会保障カードの銀行口座に振り込まれる。

#### (d) 大病医療保険

統籌口座(医療保険負担)の最高限度額は25万元であり、超過した分は補充医療保険、公務員医療補助などによりカバーすることが可能である(大従保25条)。

### (2) 住民医療保険

住民医療保険は「大連市城郷住民基本医療保険実施方法」を施行規定(以降、「大住保」と記す)<sup>22</sup>とし、「城郷統籌」(都市・農村部単位で管理・運用)で管理され、その加入は自由である(大住保2条)。

#### (a) 対象者・保険料・口座

加入対象は①大連市戸籍あるいは居住証のある18歳以上非就職非全日制の在学する住民(成人住民)。②大連市行政区内中小学校(専門高校・中等専門学校・技術学校を含む)の在学者。③その他の大連市戸籍あるいは居住証のある18歳未満の住民。④戸籍転出前に大連市戸籍である華僑の18歳未満の子(未成年住民)。⑤大連市行政区内の中央部委・省・市所属の普通高等学校(私立を含む)・研究院の全日制学生(大学生)(大住保4条)。従業員医療保険が「戸籍」による制限を設けていることに対し、「居住事実重視」の住民医療保険はより多くの者を加入対象とすることができる。

保険料は前年度の9月1日～12月31日期間中で一括前納である。加入は自由かつ随時可能、保険料を納付した翌月より適用されることが基本である(大住保5条)。

大連市の住民医療保険納付額(2020年分)は(以下、「大住保整合」と記す)<sup>23</sup>、成人住民が370元(約5700円)/年間(政府補助金610元,約9400円)、未成年住民・大学生は280元(約4300円)/年間(政府補助金610元,約9400円)である(大学生は一括に全学年分の納付可)。大連市で2019年度の旧住民医療保険と新農合の加入者(医療救助資金補助者を含まない)は一律に30元(約467円)/人の追加費が必要である(大住保整合2条)。政府などの基層管理組織、学校、退役軍人事務部門は保険料徴収(徴収後に税務機関に納める)や社会保障カード発行の代行、発行(人力資源社会保障部門に協力)を行う(大住保整合4条)。

労働年齢内の成人住民は住民医療保険と従業員医療保険の間で切り替えすることが可能である(大住保8条)。従業員医療保険に加入した場合、保険料納付した翌月から適用され、住民医

療保険は自動的に中止される。用人单位と労働契約を解除し、従業員医療保険の納付を中断した時、その中断期間内は住民医療保険待遇が復活する（大住保8条）。

住民医療保険加入者が加入年度内で靈活就業した場合、住民医療保険の保険料納付期間で翌年度の納付を中止し、翌年1月から従業員医療保険に加入するべきである。同年1月1日より従業員医療保険を享受することができる（大住保8条）。

靈活就業者で従業員医療保険に加入した者が住民医療保険に転換する場合、住民医療保険の保険料納付期間で翌年度の納付をし、並びに当年12月より従業員医療保険の保険料納付を中止し、翌年1月1日より住民医療保険待遇となる（大住保8条）。

住民医療保険の口座は専用口座（住民医療保険統籌口座）にて管理・運営を行い、納付年数累計はなく、保険料を納めた期間内のみ医療保険待遇を受けることができる（大住保17条）。

#### (b) 保険適用

支払及び医療保険負担外の内容は従業員医療保険と同じである（大住保18～20条）。制度整合前に新農合で一般的かつ普遍的に実施され、整合後医療目録入りしてなくかつ代替できない個別の保障項目は省医療保障・財政部門などの確認を経た後、規定に従い大病医療保険支払い範囲へ編入される（大住保整合4条）。

#### (c) 清算

成人住民の最低給付ライン（入院）は大連医科大学附属第一・第二病院（1200元）、三級（甲）病院（850元）、その他の三級病院（600元）、二級及び専門病院（500元）、一級病院（300元）、基層医療機関及び看護院（100元）である（大住保20条）。異なる地域への転院入院治療（1500元、規定手続申請を経ない場合は2000元）、市級統籌内の低級から高級へ転院した場合の最低給付ライン差額は自己負担、逆の場合は負担しないである（大住保20条）。

医療保険負担率は三級（甲）病院（2万元以下は50%、2万元以上は65%；その他の三級病院は65%）、二級及び専門病院、二級病院及び専門病院（75%）、一級病院（80%）、基層医療機関及び看護院（85%）である。異なる地域への転院入院治療（50%、規定手続申請を経ない場合は40%）である（大住保20条）。

未成年住民・大学生の最低給付ライン（入院）は三級病院（300元）、二級及び専門病院（200元）、一級病院並びに基層医療機関（100元）、基層医療機関及び看護院（100元）である。異なる地域への転院入院治療（1500元、規定手続申請を経ない場合は2000元）、市級統籌内の低級から高級へ転院した場合の最低給付ライン差額は自己負担、逆の場合は負担しないである（大住保20条）。

医療保険負担率は三級病院（70%）、二級病院及び専門病院（80%）、一級病院（85%）、基層医療機関及び看護院（90%）である。異なる地域への転院入院治療（70%、規定手続申請を経ない場合は60%）である（大住保20条）。

悪性腫瘍放射線治療、非代償性肝硬変、精神病、伝染症の最低給付ライン（入院）は従業員

医療保険に関連する規定に従う(大住保20条)。異なる地域の治療費における個人建て替え分(現金)の清算規定は従業員医療保険で述べた内容と同じである。

(d) 大病医療保険

統籌口座(医療保険負担)の最高限度額は成人住民15万元,未成年住民は20万元である(大住保20条)。超過した分は大病医療保険・商業保険などによりカバーすることが可能である。

大連市における大病医療保険は①政府主導・商業保険業者請負,②1年更新の保険請負契約,③協力期間は原則3年以上,④政策による損失は政府と分担,非政策による損失は保険機構が分担,⑤契約規定以上の残金が発生時には住民医療保障基金に返金しなければならないことを基本に実施されている。施行規定は「大住保整合」と「大連市城鎮住民大病医療保険実施方法」(以下,「大住大病」と記す)<sup>24</sup>である。

財源は住民医療保険基金であり(市級統籌),別途保険料の徴収はない。基金不足時は住民医療保険の資金調達基準引上げにより解決とされている。最低給付ラインは市前年度住民平均可処分所得の50%で計算し,2020年大連市の住民大病医療保険の・非貧困者最低給付ラインは1.9万元(約30万円),貧困者は9500元(約15万円)である<sup>25</sup>。その適用は(大住大病7条),

1つの自然年度内で住民医療保険加入者が医療保険規定に従い支払後,個人累計負担の規定に従った入院費,即ち住民医療保険支払範囲内の医療費で大病医療保険の最低給付ラインを超えた部分に対し,段階的かつ比例に従い負担をする(補償額は累計計算,上限を設けない)。

なお保険加入者の異なる地への転院あるいは急診・緊急搬送の条件に該当するが規定の手続

表2 大連住民医療&大病医療保険(保険料・最低給付ライン・自己負担率) 単位:元

|  | 住 民  |                       |                        |
|--|--|-----------------------|------------------------|
|  | 成人住民   | 大学生                   | 未成年住民                  |
| 保険料(年間)                                | 370  | 280                   | 280                    |
| 大連医科大                                  | 1200<br>(35%或50%)  | 300<br>(30%)          | 300 (30%)              |
| 三級(甲)医療機関                              | 850<br>(35%)   |                       |                        |
| 二級医療機関                                 | 600<br>(25%)   | 200<br>(20%)          | 200<br>(20%)           |
| 一級医療機関                                 | 500<br>(20%)   | 100<br>(15%)          | 100<br>(15%)           |
| 基層医療機関                                 | 300<br>(15%)   | 100<br>(10%)          | 100<br>(10%)           |
| 看護院                                    | 100<br>(15%)   | 100<br>(10%)          | 100<br>(10%)           |
| 異地転院等<br>(手続有/無)                       | 1500或2000<br>(50%或40%)   | 1500或2000<br>(70或60%) | 1500或2000<br>(70%或60%) |
| 最高限度額                                  | 15万  | 20万                   | 20万                    |
| 大病医療保険<br>(最高限度額超過分<br>補償額累計計算<br>上限無) | 個人累計負担0~5万元(5万元を含む), 50%<br>個人累計負担5~10万元(10万元を含む), 45%<br>個人累計負担10~15万元(15万元を含む), 40%。<br>個人累計負担15~20万元(20万元を含む), 35%<br>個人累計負担25万元以上, 30% |                       |                        |

「大連市城鎮住民基本医療保険実施方法」関連内容に基づき筆者作成

をしなかった場合に発生した個人負担医療費は90%の計算で保険加入者の年度個人累計負担にカウントされる。大病医療保険の給付内容、

個人累計負担が0～5万円（5万円を含む）、大病医療保険は50%負担。

個人累計負担が5～10万円（10万円を含む）、大病医療保険は55%負担。

個人累計負担が10～15万円（15万円を含む）、大病医療保険は60%負担。

個人累計負担が15～20万円（20万円を含む）、大病医療保険は65%負担。

個人累計負担が25万元以上、大病医療保険は70%負担。

貧困者は金額に関係せず、大病医療保険は一律70%負担。

なお、住民医療保険加入の未成年者・大学生が病気あるいは非第三者の責任による不意で死亡した際、大病医療保険は法定受益者に一括5万円の弔慰金を支払う（大住大病8条）。

### 3. 従業員・住民医療保険の比較

(1) 住民医療保険の保障はまた不十分である。

まず、加入が自由である。なぜ強制加入としないのか、その理由は非常に複雑であるため、本稿では簡略的に述べる。思うに1つは「歴史的原因」、旧三医療保険制度下で従業員及び直系親族は「労働保険」が、農村部住民は「(旧)農合」が保障していたため（いずれも共済的性格）、「加入選択」は無かったのである。その流れをくむ現行住民医療保険も保険の形はあるものの共済的性格が強く残されている。2つは「経済的原因」、住民医療保険加入対象の拡大に伴い、政府が負担する補助金額も増加している。さらに下記の分析に見るよう、今後住民医療保険により厚い保障を求められた場合、加入者・財政両方の経済負担も増加するに違いない。「加入の自由」はある意味、財政負担軽減策でと言えよう。無論、「機会公平論」をとる先行研究も存在する<sup>26</sup>。

表3 両医療保険による入院費の試算（保険料・最低給付ライン・自己負担率） 単位：元

|  | 従業員                              | 住 民                          |                                    |                                 |
|--|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
|  |                                  | 成人                           | 大学生                                | 未成年                             |
| 保険料<br>(自己/年間)   | 152×12=1824                      | 370                          | 280                                | 280                             |
| 大連医科大学の<br>最低給付ライン<br>(自己負担率)  | 1200<br>(15%)                    | 1200<br>(2万以下50%, 以上35%)     | 300<br>(30%)                       | 300<br>(30%)                    |
| 最高限度額  | 25万                              | 15万                          | 20万                                | 20万                             |
| 三級医療機関入院<br>甲類薬10万<br>乙類薬3万<br>(自己負担率30% <sup>27</sup> )<br>丙類薬1万, その他1万<br>医療費総額15万 | 医療保険負担:<br>110330<br>自己負担: 39670 | 医療保険負担: 81370<br>自己負担: 68630 | 医療保険負担:<br>91490<br>自己負担:<br>58510 | 医療保険負担: 91490<br>自己負担:<br>58510 |

本稿表1, 2並びに「国家医保交渉薬品の実施に関する通知」に基づき筆者作成

次に保障内容である。大連医科大学附属に入院治療し、医療費総額15万円(約230万円)となった場合、両保険の内容などや自己負担金額を試算してみた(概観仮想モデル)、概算ではあるが住民医療保険の自己負担のいずれも従業員医療保険より高いことになっている。住民大病医療保険の最低給付ライン(1.9万円)を満たし、個人累計負担が5~10万円で大病医療保険の45%負担が適用されてもその金額のいずれも3万元以上であろう。個人累計負担が5~10万円で大病医療保険の45%負担が適用されてもその金額のいずれも3万元以上であろう。なお、大連市の2019年度における住民の可処分所得(年間)<sup>28</sup>: 城郷常住住民は46468元(約72万円, 増加率6.7%), 農村常住住民は19974元(約31万円, 増加率10.3%)である。

(2) 加入者や支出などにおいて医療保険関連は増加し続けている。

統計データによると<sup>29</sup>, 2018年大連市総人口は5952057人, うち「城鎮非私営単位在職者」は918000人, 「郷村従業者」は1280000人, 「外資系投資単位」は270000人, その他の企業就職者数を大きく考慮しても, 住民医療保険の対象者は約200万以上存在する(実際, 2019年度末の大連の医療保険加入者は619.8万と報道されている<sup>30</sup>)。都市化による住民数増加と共に住民医療保険加入者数も増加すると予測される。政府財政や住民の支出における医療保健が占める割合を示した公的統計データでも医療保健の数値は増加し続けている<sup>31</sup>。

表4 大連市政府・住民の収支における医療保健が占める割合(2014~2018)

消費指数: 前年100 単位: 元

|      | 公共財政<br>収入(万元) | 公共財政<br>支出(万元) | 医療衛生<br>割合(万元) | 医療保健<br>消費指数 | 城郷住民平均可処分所得収入 |          | 医療保健支出  |         |
|------|----------------|----------------|----------------|--------------|---------------|----------|---------|---------|
|      |                |                |                |              | 城             | 農        | 城       | 農       |
| 2014 | 7808645        | 9894552        | 508469<br>5%   | 101.3        | 33591         | 13547    | 1664    | 861     |
| 2015 | 5799130        | 9106922        | 535852<br>5%   | 101.2        | 35889.00      | 1466.73  | 2213.70 | 980.67  |
| 2016 | 6119041        | 8702783        | 649104<br>7%   | 101.8        | 38049.50      | 15664.00 | 2463.75 | 1201.27 |
| 2017 | 6576367        | 9198403        | 570303<br>6%   | 106.9        | 40587.41      | 16864.91 | 2376.25 | 1275.98 |
| 2018 | 7039774        | 10014898       | 677601<br>7%   | 111.5        | 43550.29      | 18103.39 | 2737.70 | 1430.35 |

『大連統計年鑑2019』～『大連統計年鑑2012』に基づき筆者作成

残念ながら公的統計データでは医療保健分野支出のうち医療そのものが占める割合は明らかにされていない。しかし大連市の財政は直近5年で常に赤字であり, 医療保健分野への支出は10%未満であるが分かる。さらに, 住民可処分所得における医療保健への支出はほぼ年々増加傾向にあることも明らかである。これらの増加傾向は大連市のみならず, 遼寧省及び全国でも同じである。

中国大連市における医療保険制度の実施状況（賈子申）

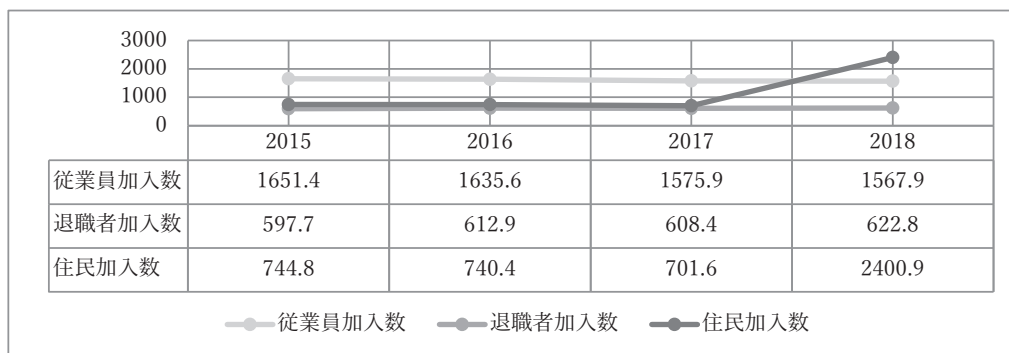


図1 遼寧省医療保険加入者数（2015～2018）

単位：万人

中国国家统计局データに基づき筆者作成

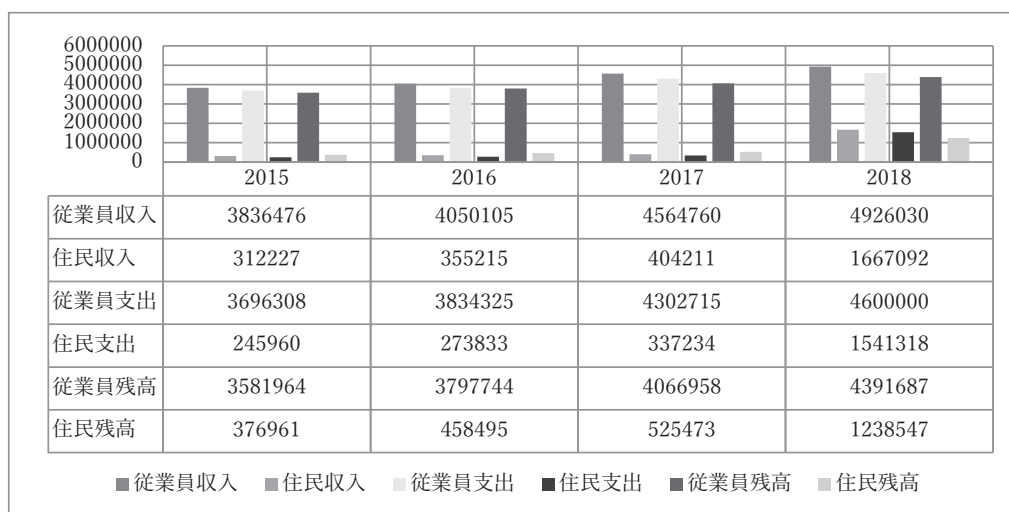


図2 遼寧省医療保険基金収支・残高（2015～2018）

単位：万元

中国国家统计局データに基づき筆者作成

2019年<sup>32</sup>、中国の医療保険加入者数は135407万人（加入率95%以上）である。従業員医療保険加入者は前年比3.9%増の32925万人（在職24224万人、退職8700万人、比率2.78）である。住民医療保険加入者は前年比0.8%減の102483万人、うち成人は前年比16.1%増の76942万人（75.1%）、中小児童は前年比10.1%増の23519万人（22.9%）、大学生は前年比2.9%減の2022万人（2.0%）である。

2019年<sup>33</sup>、全国従業員医療保険の収入は前年比10.7%増の15845億元、支出は前年比10.4%増の12663億元、である。統籌基金（口座）の収入は前年比10.9%増の10005億元、支出は前年比9.4%増の7939億元、累計残高は14128億元である。個人口座の収入は前年比10.3%増の5840億元、支出は前年比12.2%増の4724億元、累計残高は8426億元である。

一方、住民医療保険の収入は前年比9.3%増の8575億元、支出は前年比15.1%増の8191億元、累計残高は5143億元である。

表5 医療保険享受人数・増加率 (2015～2019)

単位：万人

|      | 2015  | 2016  | 2017   | 2018   | 2019   |
|------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 享受人数 | 58188 | 79186 | 149291 | 161857 | 216915 |
| 増加率  | 39.7  | 36.1  | 88.5   | 8.4    | 34.0   |

国家医療保障局データに基づき筆者作成

## おわりに

これまでまず新たな従業員・住民医療保険の二元モデル構造の基本的内容を述べた。次に施行規定から大連市における医療保険の実施状況と両保険制度に存在する問題を述べた。最後に遼寧省や全国で医療保険が増加傾向にあることをまとめた。今後、さらに進行する高齢化や保障内容の向上により医療保険問題は一段と深刻かつ重要な問題となり、とりわけ住民医療保険が抱える問題の解決は非常に重要である。

高齢者が医療保険支出割合を大きく占めていくことが予測される中、退職者の保険料負担のない従業員医療保険では現役者や企業はより重い負担を強いられる。現在、政府は従業員医療保険の個人口座改革を模索している。医療保障局は2020年8月26日に『健全な従業員基本医療保険外来共済保障体制構築に関する意見』を公布し社会の意見を求めている。意見では①用人单位が納めるべき保険料を今後、個人口座ではなく統籌基金に入れるべき、②外来費用を医療保険適用にする、③個人口座の使用範囲を両親・配偶者・子の家族へ拡大適用させるなどの内容が記載されている。

思うにこれらの意見内容は従業員医療保険の支出を一気に増加し、制度運用に影響する恐れがある。保険料の値上げや退職者負担を求めるなどの対策を早い段階で講じる方が長期的な解決策である。

住民医療保険は加入自由なため、政策などの変動により加入者数は大きく左右され、例えば高額な保険料を負担できないことや従業員医療保険に比べ保障が低くかつ自己負担も重いことなどによる大量脱退などが予測される。低い保険料（個人負担分）で制度を安定維持するためにはより一層政府補助金に依存せざるを得なくなる。したがって住民医療保険も強制加入とすべきであり、自発的な共済的性格から政府保障がより厚い「保険」になる必要があると思う。それにより財源の安定にもつながる。

さらに大連市の住民大病医療保険から見たように、高額医療保険保障を事実上保険料の追加負担なしに行っている。今後財源不足が生じた際に、住民や政府の保険料負担が一気に増加し、制度そのものが機能しなくなる可能性がある。大病医療保険の保険料徴収や政府収入増につながる税制改革（個人所得税や不動産取得税・固定資産税など）が解決策と考えられる。

最後に医療保険体制全体として加入者数や必要性は増加傾向にある。今後より高い医療保険

保障を目指す場合、財政をより一層圧迫すると考えられ、特に住民医療保険では問題がより顕著になると思う。大連市の例で示したように、医療保険制度全体の「統籌範囲」はまた狭く、医療保険の省レベルや全国統合に伴い、統籌は少なくとも省レベルに引き上げるべきと思う。さらに、全国レベルにおいて中央政府による医療保険制度の財源均衡を行う必要もある。

これら問題のさらなる考察や医療資源配置などからの解決策の模索を今後の課題にしたい考えである。

〔注〕

- 1 中央人民政府政務院、『中華人民共和国労働保険条例』, 1951
- 2 中央人民政府政務院, 「政務院の全国各級人民政府・党派・団体及び事業單位に所属する国家工作人員に対して実施する公費医療予防に関する指示」, 1951
- 3 張 紀濤, 『現代中国社会保険論』, 創成社, 2001年9月20日初版  
胡 琦, 「中国医療保険制度の歴史的形成過程と限局性」, 『西南学院大学大学院経済学研究論集』, 2015年第2号
- 4 張 紀濤, 『現代中国社会保険論』, 創成社, 2001年9月20日初版  
江藤 宗彦, 「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』, 2011年 No.369
- 5 岩田 奇志, 「中国における医療保障の変貌と医療保険の現状—市場経済化のインパクト」, 『日本福祉大学社会福祉論集』, 2001年2月第104号  
劉 曉梅, 「中国における医療保障制度の改革」, 『(国立社会保障・人口問題研究所) 海外社会保障研究』, 2000年 No.130  
王 文亮, 「中国の農村部における公的医療保険制度の展開に関する考察」, 『金城学院大学論集社会科学編』, 2010年3月第6巻2号  
胡 琦, 「中国医療保険制度の歴史的形成過程と限局性」, 『西南学院大学大学院経済学研究論集』, 2015年第2号  
赤坂 真人, 「中国医療保険制度の歴史的変遷-1949～2017」, 『吉備国際大学研究紀要(人文・社会科学系)』, 2017年第27号  
黄 声遠, 「中国と日本の農村社会保障制度の比較研究-年金保健制度を中心に」, 『立命館経済学』, 2019年3月第67巻第5・6号
- 6 呉 紅敏, 「(論説) 中国の社会保障制度における医療保障(1)」, 『大阪府立大学経済研究』, 2003年第48巻3号  
呉 紅敏, 「(論説) 中国の社会保障制度における医療保障(2)」, 『大阪府立大学経済研究』, 2003年第48巻4号  
呉 紅敏, 「(論説) 中国の社会保障制度における医療保障(3)」, 『大阪府立大学経済研究』, 2003年第49巻1号  
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—遼寧省大連市, 黒竜江省ハルビン市の調査から」, 『日本社会事業大学研究紀要』, 2009年2月第55集  
劉 丹・中山 徹, 「中国失地農民に対する社会保障の現状と典型的なモデル比較」, 『日本家政学会誌』, 2015年第66巻4号  
劉 波・劉 曉梅・久保 英也, 「中国における医療格差の多面的考察」, 『生命保険論集』, 2011年第176号



- 敵 春鶴,「中国における農民工の社会保障制度に関する研究—生活問題の視点から」,『東洋大学社会福祉研究』,2013年第6号
- 胡 琦,「中国における病院等級が患者受診行動に与える影響の分析」,『西南学院大学大学院研究論集』,2015年第1巻
- 王 雲華,「我国城郊農村土地征用後失地農民の社会保険問題—以湖南省寧鄉市A郷B村及C社区为例」,『中南林業科技大学学報 社会科学版』,2019年第1期
- 7 李 蓮花,「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年第44巻4号
- 塔林 凶雅,「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担—公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義」,『生命保険論集』,2013年182号
- 楊 開宇・坂口 正之,「中国における医療制度改革とその影響」,『生活経済学研究』,2006年第22,23巻
- 木崎 翠,「中国の社会保険導入の企業経営への影響」,『(国立社会保障・人口問題研究所)海外社会保障研究』2000年No.132
- 宋 晓梧,「我国社会保障制度面临的严峻形勢」,『經濟与管理研究』,2001年第3期
- 8 全国人民代表大会常務委員会,『中華人民共和国社会保険法』,2011  
(中国語), [https://www.jetro.go.jp/ext\\_images/world/asia/cn/law/pdf/labor\\_15\\_cn.pdf](https://www.jetro.go.jp/ext_images/world/asia/cn/law/pdf/labor_15_cn.pdf), 2020年9月1日取得  
(日本語), [https://www.jetro.go.jp/ext\\_images/world/asia/cn/law/pdf/labor\\_15\\_rev.pdf](https://www.jetro.go.jp/ext_images/world/asia/cn/law/pdf/labor_15_rev.pdf), 2020年9月1日取得
- 9 国務院,「社会救助暫定方法」(国務院令649号),2014  
(中国語), [http://www.gov.cn/zwgk/2014-02/27/content\\_2622770.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2014-02/27/content_2622770.htm), 2020年9月1日取得
- 10 2003年から施行した農村部住民と農民工を対象とする「新型農村合作医療保険」。2007年から施行した都市部の住民(学生,児童を含む)及び農民工などを対象とする「城鎮居民基本医療保険」。農民工の加入において制度の不備が存在し,現在,両者はより対象者が広い「住民医療保険」に統合されている。
- 11 胡 琦,「中国医療保険制度の歴史的形過程と限局性」,『西南学院大学大学院経済学研究論集』,2015年第2号
- 劉 晓梅,「中国における社会変動と社会保障制度の改革」,『千葉大学 公共研究』,2005年9月第2巻第2号
- 12 塔林 凶雅,「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担—公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義」,『生命保険論集』,2013年182号
- 楊 開宇・坂口正之,「中国・上海における高齢者医療保険制度改革の動向と課題」,『生活経済学研究』,2003年第18巻
- 赤坂 真人,「中国医療保険制度の歴史的変遷-1949～2017」,『吉備国際大学研究紀要(人文・社会科学系)』,2017年第27号
- 孫 皎・劉 群,「中国の医療保険制度と養老保険制度の紹介」,『石川看護雑誌』,2005年第2号
- 13 胡 琦,「中国医療保険制度の歴史的形過程と限局性」,『西南学院大学大学院経済学研究論集』,2015年第2号p31
- 14 (注)中国の定居権取得していない外国籍や無国籍者も中国国内で就業する場合も原則的に対象。台湾・香港・マカオの住民は中国公民扱で『台湾香港マカオ住民が内地での就業管理規定』を適用し,『社会保険費徴収暫定条例』が規定する内容に従うため『社会保険法』の外国人関連規定は適用されない。

- 15 (注) 最低生活保障（生活保護）者、労働能力喪失した障害者、低所得家庭の60歳以上の高齢者と未成年者の保険料に対し政府は補助を与える（社会保険法25条）。2020年、中央政府が公表した住民医療保険の参考基準は個人納付280元（約4300円）、政府財政補助550元（約8500円）。
- 16 (大連) 半島晨报、「新型コロナウイルス治療薬の全てが医療保険適用へ」（A01面）、2020年12月29日
- 17 塔林 函雅、「中国における商業医療保険の特徴と戦略的課題」、『生命保険論集』、2014年186号
- 18 百度ネット、「病院等級分け基準」<https://baike.baidu.com/item/%E5%8C%BB%E9%99%A2%E7%AD%89%E7%BA%A7%E5%88%92%E5%88%86%E6%A0%87%E5%87%86/7912693?fr=aladdin>、2020年9月1日取得
- 19 劉 曉梅、「中国における社会変動と社会保障制度の改革」、『千葉大学公共研究』、2005年9月第2巻第2号p10
- 20 大連市人民政府、「大連市従業員基本医療保険規定」（大政発〔2016〕42号）、2016（中国語）、[https://www.dl.gov.cn/art/2016/5/9/art\\_852\\_367125.html](https://www.dl.gov.cn/art/2016/5/9/art_852_367125.html)、2020年9月1日取得
- 21 大連市医療保障局、『大連市生育保険と従業員基本医療保険を合併して実施することの方案』（大医保发〔2019〕127号）、2019、（中国語）、<http://ybj.dl.gov.cn/dl-medical/hall/#/NewDetailContent?id=234&name=%E6%94%BF%E7%AD%96%E6%B3%95%E8%A7%84>、2020年9月1日取得
- 22 大連市人民政府、「大連市城郷住民基本医療保険実施方法の通知」（大政発〔2019〕31号）、2019（中国語）、[https://www.dl.gov.cn/art/2019/10/8/art\\_852\\_367701.html](https://www.dl.gov.cn/art/2019/10/8/art_852_367701.html)
- 23 大連市人民政府、「大連市における城郷住民医療保険制度整合の実施方案」（大政発〔2019〕30号）、2019（中国語）、[https://www.dl.gov.cn/art/2019/10/8/art\\_852\\_367700.html](https://www.dl.gov.cn/art/2019/10/8/art_852_367700.html)、2020年9月1日取得
- 24 大連市人民政府、「大連市城鎮住民大病医療保険実施方法」（大政発〔2017〕77号）、2017、（中国語）、[https://www.dl.gov.cn/art/2017/6/12/art\\_854\\_368127.html](https://www.dl.gov.cn/art/2017/6/12/art_854_368127.html)、2020年9月1日取得
- 25 大連本地宝ネット、2019、<http://dl.bendibao.com/live/2019118/59089.shtm>、2020年9月1日取得
- 26 董 曉倩・孫 一平、「強制参保正当吗 - 基于政党的机会公平取向的研究」、『北京航空航天大学学报（社会科学版）』、2014年3月第27巻第2期
- 27 遼寧省医療保障局、「国家医保交涉薬品の実施に関する通知」（遼医保发〔2020〕7号）、2020、[http://ybj.ln.gov.cn/zwgk/zcwj/zcwj/202001/t20200123\\_3728954.html](http://ybj.ln.gov.cn/zwgk/zcwj/zcwj/202001/t20200123_3728954.html)、2020年9月1日取得
- 28 大連市統計局、「2019年1-12月份大連市国民経済主要指標」参考、2020
- 29 大連市統計局、国家統計局大連調査隊編、『大連統計年鑑2019』、中国統計出版社、2019年12月初版p9参考
- 30 大連天健ネット、2020、[http://dalian.runsky.com/2020-01/07/content\\_5999690.html](http://dalian.runsky.com/2020-01/07/content_5999690.html)、2020年9月1日取得
- 31 大連市統計局、国家統計局大連調査隊編、『大連統計年鑑2019』～『大連統計年鑑2012』参考、中国統計出版社
- 32 中国国家医療保障局、「2019年全国医療保障事業發展統計公報」、2020
- 33 中国国家医療保障局、「2019年全国医療保障事業發展統計公報」、2020

（じゃー つせん 社会福祉学研究科社会福祉学専攻博士後期課程）  
（指導教員：朴 光駿 教授）

2020年9月30日受理