

吉備国際大学研究紀要
(人文・社会科学系)
第27号, 1-12, 2017

中国医療保険制度の歴史的変遷 — 1949～2017 —

赤坂 真人

Historical Transition of China Medical Insurance System.

— 1949～2017 —

Makoto AKASAKA

Abstract

The purpose of this paper is to specify how China's medical insurance system has changed from the time of founding of the People's Republic of China to the present. There was no medical insurance system in the Republic of China, which was founded in 1912, so people could not receive public medical care. This situation continued until the People's Republic of China was established. However, since political turmoil continued even after the founding of new nation, until recently Chinese government could not provide public medical insurance to the people. It was in 2012 that the Chinese government declared the achievement of the public health insurance system for the whole nation. In this paper, I will describe the historical transition of China medical insurance system from 1949 to 2017. More concretely, firstly, I will clarify the actual situation and problems of China's medical insurance system during planned economic time, transition period to market economy, medical reform promotion period. Secondly, I will clarify the actual situation and problems of modern China's insurance system. And finally, I will describe an outline of the latest medical insurance policy of the Chinese government.

Key words : China, medical insurance system, historical transition

キーワード : 中国, 医療保険制度, 歴史的変遷

問題の背景

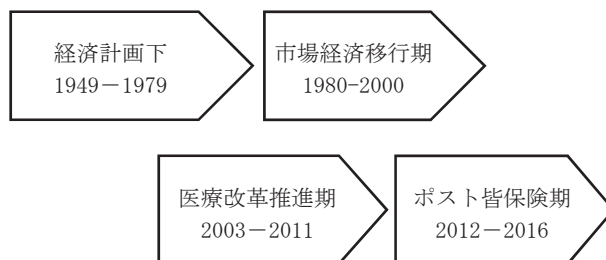
現代中国は市場主義経済を取りながら、政治においては共産主義体制を維持する一党独裁国家である。現代中国における所得格差を考えると、共産主義の最重要価値である「平等」が放棄されてしまったような印象を受けるが、少なくとも毛沢東時代（1949年－78年）にはこのイデオロギーが厳守されていた。極左路線に沿った「平等」の追求は経済の停滞を招いたが、生産手段の公有と分配の平等を目指して推進された集団化によって生まれた農村部の「人民公社」、都市部の「単位」は居住者の生活上のすべての要求を満たす小宇宙として設計されていた。この体制のもと中国政府は1951年に「労働保険条例」、1952年に「公費医療制度」、1960年に「農村合作医療保険制度」を公布し、国民の公的医療保障を試みた。それまで公的医療保険制度が存在しなかった中国にあって、これらの制度は有効に機能し、当時の都市、農村における死亡率を大きく低下させ、平均寿命を伸ばすことに貢献した。

しかし1979年、鄧小平が主導した改革開放政策により中国の社会制度は大きく変わった。まず農村では人民公社が解体し（1982年～84年）、続いて都市部でも国有企業が民営化され、そのほとんどが消滅した。その結果、中国政府は医療保険制度を新たに制定する必要に迫られたが、改革は遅々として進まず、この間多くの中国人民が実質的に無保険状態におかれた。1978年に20.4%であった国民医療費に占める個人負担割合が、20年後の2001年には60.0%にまで上昇した。¹2003年に世界保健機構（WHO）が中国の医療システムを加盟国191か国中188位と評価したこともあり、それ以降、中国政府は医療保険制度改革を強力に推進した。本稿の目的は1949年の共産中国成立から現代にいたるまで、時代とともに中国の医療保険制度がどのように変化し、それぞれの制度がどのような問題を抱えていたかを明らかにし、同時に2000年以降、急速に改善されつつある現代中国の医療保険制度が克服すべき問題を明らかにすることにある。

1. 中国医療保険制度の時代区分

久保英也によれば中国の医療保険制度は図1のように区分できる。以下それぞれの時期における医療保険制度の概要と問題点を簡潔に記述してゆこう。

図1. 中国の医療保険制度の時期的区分



出典：出久保英也編著, 2014, 『中国における医療保険改革』、ミネルヴェア書房を参考に著者作成

2. 計画経済下の医療保険制度

計画経済時代における中国の医療保険制度は1930年に中央ソビエトで実施された「労働暫定法」をモデルとし、²国民は1970年代の後半まで基本的に無料または低負担で基本的な医療サービスを受けることができた。この時期の医療保険制度は企業従業員およびその直系家族、退職者を対象とする労働保険医療制度（1951年）、国家機関や国有企業従業員および退職者を対象とする公費医療保障制度（1952年）、農村に居住する農民を対象とする農村合作医療制度（1960年）の3つで構成されていた。

表1 計画経済下の医療保険制度

名称	適応対象
労働保険医療制度 1951年	国有企業従業員・一部の集体企業従業員、その家族及び退職者
公費医療保障制度 1952年	政府機関・事業部門における職員、定年退職者、在職の大学生、在宅休養の二等乙級以上の革命傷痕軍人
農村合作医療制度 1960年	農民

出典：各種資料に基づき著者作成

2.1 労働保険医療制度

1951年2月に中国共産党政府は国有企業労働者及び一部の集体企業従業員、その家族と定年退職者を対象とする都市労働保険条例を公布した。この保険の加

入形式は任意加入であったが、都市部労働者および家族、定年退職者、退役軍人・革命戦争における傷痍軍人をカバーしていた。保険の財源として企業の助成金と従業員の賃金総額の3%（1957年に4.5%～5.5%に引き上げ）が拠出された。保障内容は「鉄道、郵政、運輸および100人以上を雇用する国営企業労働者は無料、その家族は半額を支給する」という手厚いもので、具体的には、労働保険医療の対象である従業員が企業の医療機関または指定医療機関で治療を受ける場合、初診料・再診料、栄養児用薬品、入院食事代を除く、検査費、手術費、非自己負担分の薬代はすべて企業負担、従業員の被扶養家族は手術費と非自己負担分の薬代の5割を企業が負担することになっていた。³この制度は1950年代、企業が保険金を国家に上納していたため、実質的には「国家保険制度」というべきものであった。しかし1967年の文化大革命の勃発により中華全国总工会の管理機能が麻痺したため、国家保険から企業がそれぞれ自己管理する「企業別保険制度」に変化していった。⁴

2.2 公費医療保険制度

1952年6月、中国政務院が「全国各級人民政府・党派・団体およびその所属事業機関の政府職員に対する公費医療予防の実施に関する指示」を公布し、公費医療保険制度が成立した。保険適応対象者は各級政府部門および事業部門（文化・教育・医療・研究などの政府部門に関連する機関）の職員、離職・退職者、在宅休養の二等乙級以上の革命傷痍軍人および在学中の大学生であった。⁵強制加入であったが保険料はすべて国が負担。保険内容は、保険範囲内であれば全額無料で、保険範囲は指定医療機関で受診した際の治療費、ベッド代、検査料、薬剤費、手術費、公務出張中あるいは帰省休暇中に現地の医療機関で受診した時の医療費、転院が必要と認めた場合、指定外の医療機関で受診した時の医療費、人工中絶手術の医療費、臓器移植が必要な場合の費用の一部、労災での負傷、傷害

を負った場合の医療費、重病救急または公傷治療に必要な高価な医薬品、栄養剤の費用、他の都市への交通費、義肢など非常に手厚いものであった。また公費医療保険加入者の被扶養者については、1955年9月に「国家機関職員の子供の医療問題に関して」が公布され、保険加入者同様、無料で受診、治療を受けることが可能になった。⁶

2.3 農村合作医療制度

中国の農村合作医療制度は毛沢東による農業生産の集団化、すなわち人民公社とともに成立した。しかし馬欣欣よれば、その起源ともいべき農村の互助共済制度は1938年に陝西省・甘粛省・寧夏に設立された「保険薬社」、翌1939年に改組設立された「医療合作社」にさかのぼる。⁷王崢と馬欣欣によれば、最初に医療共済組合が創設されたのは1950年、河南省正庄郷団結社においてであった。そして1953年には山西省高平県米山郷に合作社医療保険所が創設された。それ以前にも農民たちによって民営連合診療所や郷医療保険所がつけられてはいたが、1956年、全国の農業生産合作社が農村住民の労働災害、疾病の治療に対応することが義務付けられ、それ以降、医療保険所が次々に設置された。

共産党政府は1958年より農村の生産集団を人民公社として組織化することを決定したが、翌1959年、人民公社を基礎とする「合作医療制度」という農民の互助共済医療保険制度が設立された。そして1960年『農村衛生工作会議に関する報告』に「農村合作医療制度」という名称がはじめて登場し、農村部の医療保険制度として位置づけられた。⁸

都市部の労働保険医療制度と公費医療制度が国家主導の社会保険であったのに対し、この時期の農村合作医療制度は農民の自由意思による互助的共済医療制度であったことに留意しなければならない。制度の財源は主に加入者の拠出金（年間共済金：0.5元～1元）と村（生産隊・生産大隊）や社隊企業からの補助金で

まかなわれ、中央政府による財政援助はなかった。保険内容は、農村住民が受診する場合は2～5割までの診療費が免除され、薬剤の購入は自己負担であるが慢性病の場合は5割が給付された。運営方式には①村が自ら管理運営する「村主導型」、②村がベースとなり、郷が管理運営する「村運営・郷管理型」、③郷・村が連携して管理運営する「村・郷連携型」、④郷がベースとなり、自ら管理運営する「郷主導型」の4つがあった。⁹

農村合作医療制度は任意加入であったが、農村医療における重要な役割を担った。農村部の医療施設は衛生所であり、簡単な治療、予防接種、計画生育・出産などの包括的サービスを提供した。しかし医療従事者の専門的知識が限られていたため、そこでの医療対応は軽度の疾病のみであり、中度の病気は人民公社・鎮の病院で、重度の病気は県・市の病院で診察を受けることになっていた。¹⁰農村には医療の専門教育を受けた医師がおらず、医療サービスのレベルは低かったが、80%の人口を占めていた農村への当該制度の導入は大きな効果を発揮し、制度創立当初35歳未満であった中国の平均寿命を1982年には67.8歳まで伸ばすことに貢献した。¹¹

3. 市場経済移行期の医療保険制度

3.1 市場経済移行期の労働医療保険制度

改革開放政策によって都市の国有企業の多くが民営化された結果、計画経済期の労働医療保険制度がうまく機能しなくなった。まず都市の外資企業や民営企業が医療保険の対象外とされたことによって、それらの企業で働く従業員は無保険となった。民営化されなかった国有企業では企業の規模や経営状態により、医療保険給付額が数千元から数十元まで多様化し、医療格差が激しくなった。また国有企業の整理や倒産によりレイオフされた都市住民たちも無保険状態に陥った。この問題に対処するため、中国政府は1984年、これま

での企業が医療費を丸抱えする「無料医療」から「個人負担」方式へと舵を切った。その主な目的は医療保険基金を企業だけでなく個人、企業、国家の三者が分担することにあった。このような制度的矛盾に加え、それまで事業単位として政府予算で行われていた医療サービスが、政府予算の削減と市場経済化によって独立採算制へ転換したため、病院に利益追求のインセンティブが生まれ、過剰検査、過剰処方、薬品流通会社との癒着といった問題が生じた。1990年代、中国における医療の商品化、市場化はピークに達し、それに伴う医療難民の数も激増した。¹²その結果、経済における最大の外科的手術といわれた国有企業改革（破産または株式合作化）にあわせて、1998年、新たに都市労働者基本医療保険が導入されることになった。

3.2 市場経済移行期の公費医療制度

医療保険加入者が減少していたこの時期、1952年、制度発足当初は400万人ほどだった公費医療保険適用対象者は、1980年に1,425万人、1986年には2,300万人に増加し、かつ薬品の浪費や過剰サービスの横行により、制度存続が危ぶまれるほどの財政負担に悩まされるようになった。¹³中国国有経済部門の従業員・職員の医療費総額は1978年、28.3億元であったものが1997年には773.7億元と28倍に増加した。この間国家財政の増加は6.6倍であったから、いかに公費医療保険の医療費が激増したかがわかる。¹⁴公費医療保険制度の過重な財政負担問題に対処するため、中国政府は1980年代中ごろから1990年にかけて「医療費の個人分担」を進めた。その目的は医療サービス乱発の抑制である。これに伴い①従来病院が管理していた医療費を病院と国家機関・事業部門がともに管理する、②医療保険給付金に上限を設けるなどの改革を行った。しかしこの改革はかつての公費医療保険制度を基礎にしていたため、問題の根本的解決にはならなかった。¹⁵

1993年、国家体制改革委員会、労働部、衛生部、財政部は中国共産党第14回中央委員第3次全体会議で決

議された「社会主義市場経済体制の確立にかかわる諸問題についての中共中央の決定」に基づき、「労働者医療制度改革に関する私案」を公布した。¹⁶そして公費医療保険制度を廃止し、公務員も保険料を負担する新しい都市労働者公的医療保険制度制定の試みが始まった。¹⁷公費医療制度と労働保険医療制度を統一する新制度は1994年4月から複数の指定都市における改革モデルの試行を経て行われた。それらは①両江モデル（鎮江市・九江市）、②北京モデル、③海南モデル、④深圳モデルである。これらは職員・従業員全員をカバーすること、公正で効率的であること、管理監督の強化によって医療費の不正を防止することなどを主眼としていた。そしてその実現に向けて医療保険の基金を「社会プール基金」と「個人口座」の2本立てとし、医療費支払いについては、これらに個人負担を加えた3つの財源を設定した。¹⁸最終的に上記4つのうち「両江モデル」が新制度の模範となった。

3.3 市場経済移行期の農村医療

1979年の改革開放政策によって「個別農家請負生産責任制度」が導入され、人民公社は次々に解体していった。もともと農村合作医療制度は人民公社を基盤とする農民たちの互助共済制度であったため、人民公社の解体とともに崩壊する運命にあった。改革開放政策以降も、中国政府は農村医療に関して積極的な関与を避け、自由放任の態度をとったため、農村合作医療制度は空洞化し、農民たちは医療費の全額を自己負担しなければならない状況に追い込まれた。¹⁹

農村合作医療制度自体は存続したものの、加入率は1975年の90%前後から1986年には5.5%にまで落ち込んだ。²⁰1990年以降、共産党政府は農村合作医療制度の回復運動を始め、1994年には加入率が13%にまで回復したが、それ以上増加することはなかった。原因の一つは中央政府からの財政援助が受けられなかったため、地方政府の持ち出しが多く、運営が大幅な赤字に陥ったこと。もう一つの理由は保険に加給しても実際

の受診には高い自己負担が必要であったため、外来受診・入院ができず、結果的に農民の加入意欲が低下したからである。²¹

農村合作医療制度が維持（または復活）されたのは上海市、江蘇省、広東省、浙江省、山東省など経済的に豊かな地方の農村であった。1997年に中国政府が頒布した合作医療政策は、依然として「民営、公的扶助と自由参加の原則を堅持する」というものであり、政府による財政支援の姿勢を示さなかった。医療保険を失った農民はほとんど自費医療となり、1998年、都市部住民の自費医療比率が44.13%であったのに対し、農村住民のそれは87.44%にのぼった。また農村住民が病気のため入院する必要があるがあっても入院しない比率は2003年、70%に達した。²²

4. 医療改革推進期の医療制度

4.1 都市従業員医療保険制度

「両江モデル」の施行を経て、1998年12月14日に國務院が「都市従業員基本医療保険制度の構築に関する國務院決定」を公布し、公費医療制度および労働者医療保険制度を統一する都市従業員基本医療保険制度がスタートした。²³

(1) 適応対象

都市部におけるすべての企業部門（国有企業・集団企業・外資企業・民営企業など）および非企業部門（政府機関・事業部門・社会団体・民間非企業など）の正規従業員である。郷鎮企業、個人企業の従業員、自営業者が加入するかどうかは各省、自治区、直轄市政府が決定した。²⁴

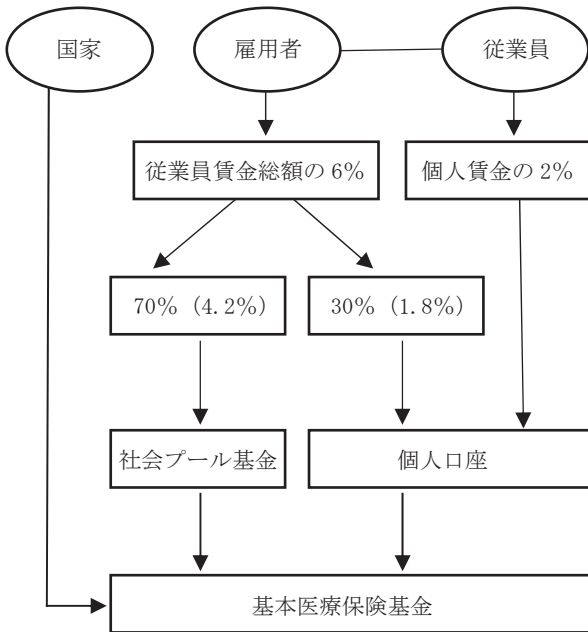
(2) 保険基金の財源

都市従業員基本医療保険の財源は①国家、②雇用者、③従業員の3者である。雇用者（企業部門および非企業部門）は賃金総額の6%。従業員個人は賃金総額の2%を保険料として納付する。従業員個人が納付した保険料（2%）はすべて個人口座に積み立てられ、

雇用者が納付した保険料(6%)の7割(すなわち $6\% \times 0.7 = 4.2\%$)は社会プール基金に入れられ、残りの3割(すなわち $6\% \times 0.3 = 1.8\%$)は個人口座に繰り入れられる。

25

図2 都市従業員基本医療保険基金の財源



出典：馬欣欣, 2015, 『中国の公的医療保険制度の改革』
京都大学学術出版会, p. 66.

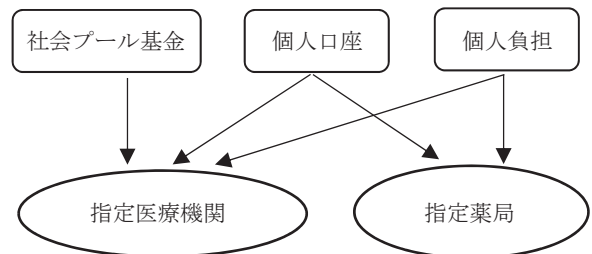
(3) 保険金の給付方式

現代中国医療保険制度の特徴は、保険金の給付に下限と上限があることである。つまり一定額（当該地域労働者の年間平均賃金の10%前後）以下の医療費は個人口座からの給付または自己負担となる。逆に一定額（当該地域労働者の年間平均賃金の4倍前後）以上の医療費も自己負担または私的医療保険で賄うことになる。年間平均賃金の10%～400%に収まる医療費は保険が適用されるが、全額ではなく20%～30%の自己負担がある。その比率は地域と、病院のレベル（1級、2級、3級）によって異なる。²⁶

次に個人口座と社会プール基金であるが、中国では外来診療は個人口座の積み立てから支払われ、入院治療費は社会プール基金から保険金が給付される。また外来診療において被保険者が個人口座の積立金を使

い切ってしまう、自己負担額が当年総賃金の5%を超えた場合、超過部分の85%が社会プール基金から給付される。²⁷

図3 都市従業員基本医療保険基金の給付方式



出典：馬欣欣, 2015, 同上書, p. 67.

(4) 医療サービス

中央政府は新制度の施行とともに医療会計における不正を防止するため基本医療サービスの範囲・基準、清算方法を定め、医療保険薬品目録、診療項目、医療サービスの設置基準などを定めた。また労働・社会保障部、衛生部は共同で指定医療機関と指定薬局の資格審査認定基準を設定し、それぞれの地区ごとに指定医療機関と指定薬局を規定した。被保険者は指定医療機関のうち3～5ヶ所の病院および薬局をあらかじめ選択、登録し、医療保険基金管理機関の確認をもらう。もし被保険者が指定病院以外の医療機関で受診した場合、医療保険は給付されない。²⁸

4.2 都市住民基本医療保険制度

1998年に公布された都市従業員医療保険制度は従業者に限られていたため、非従業者や児童、小中高の生徒などは医療保険でカバーされていなかった。この問題を解決するため中国国務院は2007年、「都市住民基本医療保険の試行地域の展開に関する国務院の指導意見」を公布した。

(1) 適用対象

適用対象は都市部の小学生・高校生・専門学校の学生、就学前の幼児及び非従業者である。²⁹任意加入を原則とし、大病（入院する必要がある疾患）の保険を

中心とする。ただし都市で働いている農村戸籍所有者（出かせぎ労働者）は都市住民基本医療保険か出身地の新型農村合作医療保険のどちらかに加入することができる。どちらも任意加入である。

(2) 保険基金の財源

財源は世帯ごとに個人納付する保険料と政府の補助金である。政府は毎年一人当たり40元以上の補助金を出し（補助金は中央政府と地方政府が半分ずつ負担）、個人納付保険料は年間200元以下の定額制とする（地域によって納付額は異なる）。貧困地域、障害者、貧困者に対しては、政府が単独で補助金を出す。³⁰

(3) 給付方式

基本的に現物給付であるため、被保険者は病院窓口で自己負担金だけを支払う。ただし転院や所属地域以外の病院、指定外医療機関で受診した場合は一括前払いとなり、後で本人の申請と社会保険取り扱い機関の審査を経て、基本給付部分の金額が還付される。都市従業員基本医療保険と比較した場合、給付水準はかなり低い。³¹

(4) 運営と管理

運営と管理は当該地区の社会保険取り扱い機関が行う。

4.3 新型農村合作医療制度

1990年代、中国政府は農村合作医療推進のためさまざまな意見、通知、条例、決定を公布したが、ほとんど効果が得られなかった。³²その原因はなんといっても農民の自主的な互助的医療保険制度という原則を変えなかったからである。2003年1月10日、衛生部、財政部、農業部が「新型の農村合作医療制度の確立に関する意見」を發布し、ついに中国政府は農村医療制度の財源を支援する新型農村合作医療制度の創設に乗り出した。これによって政府は各省・自治区・直轄市において2～3県を選び、2004年11月まで新制度を試行し、その後全国へ広げていった。2006年1月10日、政府の7部局が「新型農村合作医療制度をより早く推進するこ

とに関する通達」を發布し、2010年までに全国の農民を保険でカバーすることを目標に掲げた。

(1) 適応対象

新型農村医療合作制度の対象者は農村に居住する農民（家族単位で出稼ぎに行っている農民も含む）である。加入は任意であるが2014年段階で加入率は98.7%に達している。制度に加入した農村住民家庭には「新型農村合作医療証」が発行される。保険契約は毎年更新される。新制度は主に重病、入院に対応しており、入院時の薬剤費、手術費、輸血費、通常検査費、介護費、入院出産金、ベッド代金などについて給付を受けることができる。³³

(2) 保険基金の財源

新制度の財源は農民が拠出する「保険費」と、中央政府および地方政府からの財政支援の3つである。2003年の補助基準は中央政府10元、地方政府10元、農民10元（1人当たり）であったが2015年には中央と地方政府の補助基準が380元、農民120元（1人当たり）に引き上げられた。³⁴中央政府と地方政府の補助金や寄付金はすべて社会プール基金に組み込まれ、農民が納める保険料は80%が家庭口座基金へ20%は社会プール基金に積み立てられる。³⁵

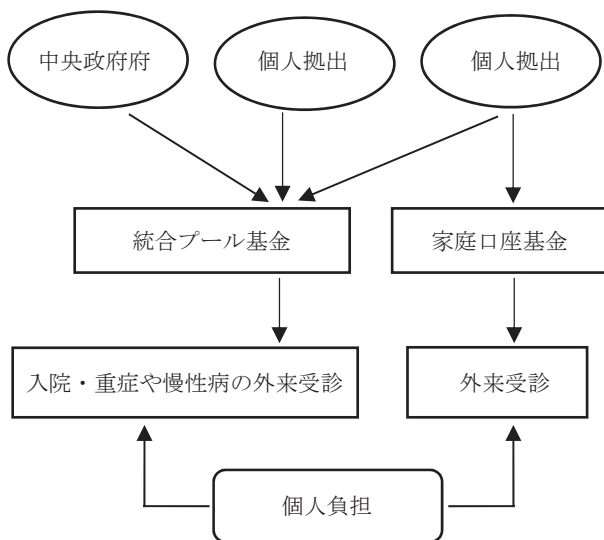
(3) 給付方式

新型農村合作医療制度は、入院によって家庭が貧困に陥らないよう、入院や重病が保険の中心になっている。ゆえに外来診療には保険金が給付されるが病気の予防や健康増進のための検査入院などは保険の対象から外されている。³⁶家庭口座基金は外来診療に使われ、入院と重篤な外来診療には社会プール基金が使われる。給付については都市従業員基本医療保険制度と同様、下限と上限がある。入院に対する給付開始基準額は村、郷（鎮）、県（市）、省の順に高く設定されている。給付が開始される設定金額までは、医療費はすべて自己負担であり、上限額を超えた分も自己負担である。給付比率も病院レベルによって異なる。

入院費の給付方式は①前払い方式と②償還払い方

式の二つがある。「前払い方式」の場合には、加入者が指定された病院に入院する際に医療機関で保険給付を計算し、自費部分のみを払うことになる。償還払い方式の場合には、医療費を支払う際に病院から「合作医療費用補助申請表」をもらい、それを新型農村合作医療機構の管理機構に申請して給付を受ける。東部沿岸地域では減免方式が多く、中・西部では償還払い方式が多い。³⁷

図3 新型農村合作医療制度基金の財源と給付方式



出典：馬欣欣, 2015, 同上書, p. 81

(4) 資金管理と運営

基金は農村合作医療管理委員会およびその取り扱い機関が管理する。取り扱い機関は管理委員会が認めた国有商業銀行に基金専用口座を設け、その安全を保障し、適宜、審査を行う。加入者の保険金と農村集団組織の支援金は、年単位で取り扱い機関の郷（鎮）事務所または委託機関が徴収し、専用口座に預金する。また地方政府および中央政府の補助金も専用口座に振り込まれる。³⁸

4.4 ポスト皆保険期の医療保険制度

中国の社会保険は胡錦濤時代に急速な改革が行われ、胡錦濤は2012年11月の第18回党大会において国民

皆保険の目標をほぼ達成したことを高らかに宣言した。³⁹2012年は第12次5ヵ年計画が開始された年でもある。この計画においては次にあげる7つの目標が設定された。①基本医療保険がカバーする範囲の拡大（国民皆保険）。②基本医療保険のレベル向上（補助金・給付額の引き上げ）。③医療給付制度の改革（より迅速で適正な医療費給付・医療保険機関および医療従事者の管理・監督強化など）。④医療救済レベルの向上（医療費支払い困難者の経費支援）。⑤重篤な疾病に対する医療保険体制の確立（重病・難病に対する医療保険適応）。⑥基本医療保険の管理機能向上（受診地での償還・移動先での保険適用・医療保険基金の収支均衡化・都市部医療保険と農村医療保険の統一・私的医療保険機関への医療保険業務委託）。⑦商業医療保険（私的医療保険）の発展（医療保険商品の整備・多様化による基本医療保険の補充）。⁴⁰

広大な中国のことであるから地域によって医療の質のみならず医療保険制度にも大きな地域格差があるが、これらの目標は多かれ少なかれ、着実に達成されつつある。

5. 中国医療保険制度の課題

最後に、今後、中国政府が克服すべき医療保険制度の課題を挙げておこう。以下の項目は、著者が目にした文献、ニュース、白書等から収集した情報を整理したもので体系性と包括性を欠いている。また現在、著しく改善されつつあるものもある。しかし本稿の主題ではないので、詳細は稿を改めて論じたい。

(1) 効率性

a) 医療保険給付方式の改革：最初に医療費を支払い、後で保険給付機関に申請し、保険金の還付を受けるシステムは手続きが複雑で還付が遅いため、使い勝手が悪い。また一括払いの場合、最初に医療費全額を支払わなければならないので、場合によってはかなり

高額なお金を準備しておく必要がある。日本のように医療機関で受診後、清算時に保険金が即時給付されることが望ましい。なお、この点に関しては「診察が先、支払い後」のシステムが全国で採用されつつある。

b) 汎用性：地域ごとに受診できる病院・薬局が指定されており、全国どこの医療機関でも受診が可能というわけではない。医療機関の質に大きな格差がある現状では、都市部大病院への患者集中を避けるために必要な措置ではあるが、異郷で急病になった場合などに不安を残す。

c) 情報化の遅れ：医療保険の給付（還付）が遅いのは給付システムの情報化が進んでいないためである。医療費の清算や給付額の計算、手続きをコンピュータ化（AI化）すれば、医療事務が大幅に改善かつ迅速化される。この点に関しても、近年、都市部の病院では急速に医療機関の情報化が進められている。

(2) 公平性

a) 保険格差：中国政府も各種基本医療保険の統合を模索しているが、現行の異なる3つの基本医療保険は補償範囲、給付率が異なり不平等である。将来的に3つの保険を一本化するか、保険内容を統一化するのが望ましい。また地域により給付項目、給付の下限と上限、給付率が異なる。国内で統一された基準の制定が望まれる。

b) 医療アクセスの格差：すぐれた医療サービスを提供する大病院は都市部に集中している。農村部の住民がそれらのサービスを受けるには交通費や宿泊費がかかるため、農村部住民に著しい不利益を与えている。病院内に、世話をする家族の宿泊施設、宿泊用の簡易ベッド・寝具貸し出しシステム、安価な食堂の設置等が必要である。

c) 医療サービスの格差：中国医療機関の6割を占める村衛生室には医師、医療設備が著しく不足しており、良質な医療サービスが受けられない。この状況は郷鎮の衛生室でも同様である。農村部医療機関への医師派

遣システムが必要である。

d) 強制保険化：都市住民基本医療保険と農村合作医療保険は任意加入である。そのためまさに援助が必要な都市の貧困層や農民たちが保険に加入しないというパラドックスが生じる。皆保険のためには強制保険化することが望ましい。

(3) 不正防止に向けた管理体制の強化

a) 管理体制がずさんな地域では保険基金の私的流用や架空請求が頻発する。不正防止のための会計システム、公正な監査システムの設置が必要である。

b) 市場原理主義が貫かれている現代中国では医療分野でも利益追求が重要な課題となり、不要な検査や治療、投薬が発生する。日本では不要な治療や不正請求などを繰り返した医療機関は「保険医療指定機関の取り消し」、「保険医の登録取り消し」処分が下されるが、中国では病院の業務停止処分が下される。中国の公的医療機関は「非営利医療機関」とされているが、このような医療機関でも、しばしば不正診療により営業停止処分を受けている。病院、医師のモラル向上と適正な病院の利益確保、医師の所得保障が必要である。

(4) 医療費の高騰と財源問題

中国衛生統計年鑑（2013年）によれば、中国の医療関連総費用は2000年に4,764.0億元であったものが2012年には27,846.84億元にまで増大した。実に5.85倍の増加である。増加の背後には、経済成長による物価水準の高騰に加え、医療の市場化によって各種医療機関が収益拡大策（過剰検査・過剰投薬・高度な医療機器の使用など）を実施したこともあるといわれている。⁴¹ 医療費の高騰は、医療保険の財源を直撃する。このまま医療費の増加を放置すれば、遅かれ早かれ医療財政が破綻するのは確実だ。日本の医療費財源も破綻の危機に直面している。これから本格的な人口の高齢化を迎える中国は早急に医療費抑制策を実施しなければならない。

おわりに

2016年3月14日、中国国務院首相李克強は政府活動報告において、都市・住民基本医療保険制度を統合すると宣言した。⁴²これを受けて2016年10月9日、中国人民的資源・社会保障部は「都市・農村基本医療制度の統合作業を加速し、年末までに全省において全体法案を発表し、2017年には都市・農村統一医療保険の実施をスタートするよう尽力する」という通知を出した。また国務院も「都市・農村の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」を発表し、既存の「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療保険制度」を統合し、「都市・農村住民基本医療保険制度」とすることを決定した。これにより中国の医療保険体制は、これまでの3本立てから2本立てとなる。

また李克強は同報告のなかで、医療保険制度に関して早急に達成すべき課題として、①「都市・農村住民基本医療保険制度の財政補助基準を年額380元から420元に引き上げること、②基本医療保険の全国ネットワーク化と指定地以外での医療保険給付を促進すること、③医薬品・医療機器の審査・許認可制度の改革、④70%程度の地区・市で級別診療（重いものは上級、軽いものは下級医療機関で治療する制度）を試行する、⑤医療機関の民間経営の奨励、医療業界の特徴にあった人事・報酬制度の確立などを挙げた。

執筆者は本稿第5章で、今後、中国が解決すべき医療保険制度の課題を指摘したが、おそらくそれらの多くは2017年から実施される第13次5ヵ年計画で克服されると思われる。

引用文献

- 江藤宗彦, 2011, 「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」『研究レポート』 No. 369. 富士通総研経済研究所.
- 国家衛生和計画生育委員会編, 2016, 『中国衛生和計画生育統計年鑑』 中国協和医科大学出版社.
- 独立法人労働政策研究・研修機構, 2013, 「医療保険、地域外清算制度が9省で試行」 海外労働情: http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_11/china_02.html
- 飯島渉・澤田ゆかり, 2010, 『高まる生活リスク — 社会保障と医療 —』 岩波書店.
- 胡奇, 2015, 「中国医療保険制度の歴史的形成過程と極限性」『西南学院大学大学院経済学研究論集』 第2号.
- 久保英也編著, 2014, 『中国における医療保障改革』 ミネルヴァ書房.
- 久保英也編著, 2014, 『中国の公的医療保険など保険制度にかかわる計量分析』 サンライズ出版.
- 李宣, 2012, 「中国医療と農村の光と影」『横浜国際社会科学研究所』 第16巻6号.
- 李蓮花, 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』 第44巻4号.
- 李蓮花・張瑩, 2014, 「中国医療改革の現状と問題点」『中国における医療保障改革』 久保英也編著, ミネルヴァ書房.
- 塔林図雅, 2013, 「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担」『生命保険論集第』 182号.
- 馬欣欣, 2015, 『中国の公的医療保険制度の改革』 京都大学学術出版会.
- 澤田ゆかり, 2013, 「社会保障制度の新たな課題—国民皆保険体制に内在する格差への対応」『中国 習近平政権の課題と展望—調和の次に来るもの』 アジア経済研究所.
- 佐野洋史, 2014, 「勤務条件に対する日本の医師の選好—日本と中国における医師の地域偏在の解消に向けて—」『中国における医療保障改—皆保険実現後のリスクと提言—』 ミネルヴァ書房.
- 島崎謙治, 2015, 『医療政策を問い直す』 ちくま新書.
- 羅小絹, 2011, 『中国における医療保障制度の改革と再構築』 日本僑報社.

- 劉波・劉曉梅・久保哲也, 2011, 「中国における医療格差の多面的考察」『生命保険論集』第176号.
- 王崢, 2009, 「中国農村医療制度の新しい展開」『大経大論集』第60巻第1号.
- 袁麗暉, 2010, 「中国の医療保険制度における医療格差問題」『山口経済学雑誌』第59巻第1・2号.
- 夏芸, 2005, 「中国における医療保障制度および医療事故紛争処理の改革動向」『比較法学』39巻2号.
- 趙云涛・張敏・王鳳姣・石尾俊治, 2013, 「経済連携化の社会保障政策」『ISFJ制作フォーラム2013発表論文』.
- 張雅青, 2010, 「中国農村部における医療保障システムの現状—新型農村合作医療制度を中心に—」『東北農業経済研究』第28巻第2号.
- 曾煜, 2011, 『医療保険制度的改革と発展』中国社会科学出版社.

脚注

- ¹ 李蓮・張蚩, 2014, 「中国医療改革の現状と問題点」『中国における医療保障改革』久保英也編著、ミネルヴァ書房, p. 1.
- ² 馬欣欣, 2015, 『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会, p. 44.
- ³ 羅小絹, 2011, 『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社, p. 22.
- ⁴ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 45.
- ⁵ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 46. 羅小絹, 2011, 前掲書, p. 20.
- ⁶ 王崢, 2009, 「中国農村医療制度の新しい展開」『大経大論集』第60巻第1号, p. 161. 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 47.
- ⁷ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 48.
- ⁸ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 49. 王崢, 2009, 上掲論文, pp. 158-9.
- ⁹ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 51.
- ¹⁰ 王崢, 2009, 同上論文, p. 159.
- ¹¹ 王崢, 2009, 同上論文, pp. 159-160.
- ¹² 李蓮・張蚩, 2014, 上掲論文, p. 13.
- ¹³ 羅小絹は医薬品の浪費、不正の事例として「大処方箋」や「人情処方箋」を挙げている。これは1人の治療で家族分の医薬品をもらったり、病気ではないのに処方箋を書いてもらい、大量の薬品を手に入れて、それを病院近くの薬局で現金に引き換えるといったものである。診察費や医薬品が無料なら、このような不正が頻発する可能性は十分考えられる。
- ¹⁴ 羅小絹, 2011, 前掲書, p. 25.
- ¹⁵ 羅小絹, 2011, 同上書, pp. 28-9.
- ¹⁶ 馬欣欣, 2015, 前掲書, p. 64.
- ¹⁷ 夏芸, 2005, 「中国における医療保障制度および医療事故紛争処理の改革動向」『比較法学』39巻2号.
- ¹⁸ 羅小絹, 2011, 前掲書, p. 40.
- ¹⁹ 塔林図雅, 2013, 「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担」『生命保険論集第』182号, p. 150. 王崢, 2009, 同上論文, p. 161.
- ²⁰ 李蓮・張蚩, 2014, 上掲論文, p. 13.
- ²¹ 王崢, 2009, 同上論文, pp. 161-2.
- ²² 羅小絹, 2011, 前掲書, pp. 58-9.

- ²³ 馬欣欣, 2015, 前掲書, p. 65.
- ²⁴ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 65. 羅小絹, 2011, 前掲書, p. 41.
- ²⁵ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 66. 羅小絹, 2011, 同上書, p. 42.
- ²⁶ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 66-7. 羅小絹, 2011, 同上書, p. 42. 中国都市部の病院は病院のベッド数や医療環境基準により、三等級に分類されている。一級医院は居住区レベルの病院で、ベッド数が100床以下である。二級病院は市や区レベルの病院で、ベッド数が100～500床である。三級病院は中国衛生部・省衛生庁・市衛生局の管轄で、大学付属病院などベッド数が500床以上の病院である。(独立行政法人 労働政策研究・研修機構 http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_7/china_04.html) .
- ²⁷ 羅小絹, 2011, 同上書, p. 44.
- ²⁸ 馬欣欣, 2015, 前掲書, p. 67-8.
- ²⁹ 胡奇, 2015, 「中国医療保険制度の歴史的形成過程と極限性」『西南学院大学大学院経済学研究論集』第2号, p. 35.
- ³⁰ 政府は2007年から単独財政で中部と西部に一人当たり20円を補助する。生活障害対象者や重度障害者に一人当たり10円以上を補助する。労働能力を喪失した者、60歳以上の生活高齢貧困者に一人当たり60円を補助し、そのうち、中央財政は中部と西部地域に毎年一人当たり30円を補助する(馬欣欣, 2015, 前掲書, p. 70).
- ³¹ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 71.
- ³² 1991年1月:「農村医療の発展と改善に関する若干の意見」。1992年9月:「農村衛生事業を強化することに関する若干の意見の通知」。1992年12月:「農民費用負担と労務管理条例」。1993年11月:「社会主義市場経済体制の建立における若干の問題に関する決定」。1997年1月:「医療改革と発展に関する決定」。1997年5月:「農村合作医療制度の発展・整備にかかわる若干の意見の通知」。2001年5月:「農村医療改革と発展に関する指導意見」(馬欣欣, 2015, 同上書, p. 74)。
- ³³ 劉波・劉曉梅・久保哲也, 2011, 「中国における医療格差の多面的考察」『生命保険論集』第176号, p. 164. 馬欣欣, 2015, 前掲書, pp. 80
- ³⁴ 馬欣欣, 2015, 同上書, pp. 78-9.
- ³⁵ 羅小絹, 2011, 前掲書, pp. 66-7.
- ³⁶ 劉波・劉曉梅・久保哲也, 2011, 同上論文, p. 169.
- ³⁷ 劉波・劉曉梅・久保哲也, 2011, 同上論文, p. 165. 馬欣欣, 2015, 前掲書, p. 80.
- ³⁸ 馬欣欣, 2015, 同上書, p. 79.
- ³⁹ 澤田ゆかり, 2013, 「社会保障制度の新たな課題—国民皆保険体制に内在する格差への対応」『中国 習近平政権の課題と展望—調和の次に来るもの』アジア経済研究所.
- ⁴⁰ 馬欣欣, 2015, 同上書, pp. 87-90.
- ⁴¹ 江藤宗彦, 2011, 「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」『研究レポート』No. 369. 富士通総研経済研究所, p. 19.
- ⁴² <http://www.china-embassy.or.jp/jpn/zgyw/t1347565.htm>.