

中国医療保険制度の歴史的形成過程と限局性

胡 琦

はじめに

中国は建国から60年余り、医療機関の整備、医療技術のレベル向上はもちろん、中国の医療体制の充実も目覚ましく進んできた。これは乳児死亡率の低下や平均寿命の伸び等の数値で示される。ところが、この10年あまりの間に、「看病難、看病貴」問題が深刻化してきた。これにつれて、医療保険制度の改革に焦点が当てられるようになった。1998年、新たな医療保険制度の創作を始めて以来、10年余りを経たが、医療保険制度は未だに成熟していないと言っても過言ではない。それに関する課題や問題が山ほどある。そこで、過去の医療保険制度の歴史の回顧を通じて、医療保険制度の歴史的形成過程の特徴を探る必要があると考える。

医療保険制度の歴史は、1951年に制定した労働医療保険制度からスタートした。その後、公費医療保険制度と農村合作医療保険制度が次々と達成された。当時の医療保険が無料で実施されていたため、医療費の高騰問題がすぐ顕著になった。1967年から1977年にかけて文化大革命を勃発し、この期間には労働医療保険が崩壊寸前の状態になった。その一方、農村合作医療保険のカバー率が史上最大になった。しかしながら、文化大革命の終了や計画経済から市場経済への推進に伴い、各医療保険制度の財政が疲弊し、制度の破綻を招来した。90年代後半から新たな医療保険制度が誕生した。これは中国の医療保険制度の略歴である。

今まで中国における医療保険制度の歴史をめぐり進んだ研究が多かったが、それぞれの分け方が異なっている。本論文では都市部の医療保険と農村部の医

療保険を合わせ、医療保険制度全体の歴史を四つの時期に分けた。それは、建国の直後 1951 年から文化大革命の直前 1965 年までの萌芽期、文化大革命開始から 1980 年後半までの遅滞期、1990 年代前半から 1990 年代半ばまでの模索期及び 1990 年代後半から現在までの転換期ということである。そして、中国における医療保険制度の歴史的形成過程の回顧を通じて、現在の制度が「限局性」という特徴を持っていることを明らかにする。

「限局性」は二つの面に現れる。一つは保険自体の仕組みであり、医療保険の適用対象は各地域の医療保険管理機関が指定した病院や薬局に限られる。さらに、これに加えて全部の医薬費用が給付対象となることではなく、「基本医療保険目録」に載せられた医薬や入院費に限定されている。もう一つは「地域限局性」であり、中国における医療保険制度の大筋が中央政府に規定されたが、これに基づき、地方政府が詳細を決定する権利を持っている。その結果、地方により医療保険の仕組みが異なっており、医療保険の「地域限局性」を持っている。

本論文は以上の論点を実証するために次の構成をとった。第1節では萌芽期の医療保険制度の仕組みについて、第2節では遅滞期の医療保険制度の仕組みについて、第3節では模索期の医療保険制度の仕組みについて、第4節では転換期の医療保険制度の仕組みについて、第5節では医療保険制度の歴史的形成過程の特徴について検討を行う。そして「終わり」で歴史的形成過程をまとめ、本論文の結論付けを行う。

第1節 萌芽期—旧医療制度の基盤形成

1-1 労働保険条列の創設

1949年10月1日、毛沢東が天安門の壇上に立ち中華人民共和国の建国を宣言した。こうして半世紀にわたる戦争が終わり、新たな国家建設の途を踏み出すことになった。当時の国民経済が壊滅状態にあり、失業率も20%以上になった。ソ連の経験を参考し、最初の五か年計画（1953-1957年国民経済発展第1

次5カ年計画)の指導方針と基本任務は、主要な力を重工業の発展に注ぐことが決められた。それで、最も早く復旧された事業は工場と鉱業である。戦後という特殊な状況の下で、生産力の低下をはじめとして物質が不足し、技術が後進するなどの問題が生じた。食糧、衣料品等の自給自足を実現し、戦後の難局を切り抜けるため、劣悪な労働条件に加え実質的に賃金もほぼない下で、大生産運動を展開してきた。当時労働者の健康・衛生状態が劣悪を極めた。

これを背景として、労働者の生活を安定させるため、1951年2月23日より、中国初の社会保障である『中華人民共和国労働保険条例（以下「労働保険」と略称する）が施行された。当時の労働保険は医療をはじめとして、病気・けが・出産・障害・死亡・老化に至るまで社会保障政策としての色彩が強い制度である。そして、工場や鉱山の労働者を対象として保障だけではなく労働者への救済という性格を併せ持つ。

労保法の基本的骨格は日本の健康保険法に対し、重要な相違点は次の6つである。

第1に、保険者は政府（政府管掌健康保険）と健康保険組合の二本建て（並行）ではなく工会¹主義を採っていた。工会には、全国規模の労働組合連合である中華全国総工会²、同業または類似業種が共同で設けた産業工会、地域内の企業を組合した各地方工会³、各企業の労働者を会員として組織された各工会基層委員会⁴の4つがある。その中、各工会基層委員会は具体的な運営を図り、たとえば労働保険金の納付の監督とか労働保険の給付の決定とかである。他の3大工会は監督業務を担当してきた。各工会基層委員会は保険者として位置づけら

1 工会は、職員・労働者が自由意志により結成した労働者階級の大衆組織である。その代表的な末端組織として、各企業において設立される企業工会があり、中華全国総工会の基層組織となっている（企業工会業務条例（試行）第二条）。

2 中華全国総工会を各地の工会の最高機関とする全国組織であり、各地方工会や産業工会に対する指導機関である。

3 中華全国総工会の下部組織として各地方別の工会組織が存在する（工会法第10条第3項、第5項）。各地方別の工会組織としては、行政単位（例えば、省、自治区、直轄市、市、区、県等）に応じた各工会が存在する。たとえば、省工会、市工会等。

4 代表的な末端組織として、各企業において設立される企業工会があり、中華全国総工会の基層組織となっている（企業工会業務条例（試行）第二条）。

れた一方で、その会員が被保険者として労働保険に加入していた。こういう複雑な関係は、今後労働保険の医療費増大を止められない原因の一つと考えられる。

第2に、保険料は労使折半ではなく、全額適用事業主が負担していた。事業主負担金額が従業員全員の賃金の3%で賦課し、その金額の70%を労働保険基金として各企業の行政部門または出資方から各工会基層委員会に交付し、残りの30%を労働保険基金として中華総工会の中国人民銀行口座に振り込む。労働保険基金は各医療費、弔慰金、補助金、救済金の支払いに使い、一か月に一回決算し、残額は労働保険調剤金として省、市工会組織または産業工会に納める。労働保険基金が不足する場合は、各産業工会に補助金を申請できる。ちなみに、筆者は、事業主負担の根拠として、①計画経済の下で、経済の資源配分を市場の価格調整メカニズムに任せるのではなく、政府は物財バランスに基づいて計画的に配分し、企業の利益は労働者が共々に創造したから、病気になり損失を生じる場合、お互いに担うこと、②業務上の事由を問わず、労働状況、工場設備その他の事由により健康を損し生じる費用が労働費用（人件費・労務費）の一部として認められること、③労働者の健康保持、速やかな傷病の回復のため労働能率を増進し社会主義建設上好影響をもたらすこと、の3点を考えている。

第3に、労働保険に加入するかどうか裁量権が適用事業に与えられた。適用事業が労働保険に加入することは任意であり強制されておらず。なぜならば、保険料は全額事業主負担になっていたから。厳密に言えば、経済的困窮、経営不振または正式に運営していない状況にある企業は、所属の工会基層委員と相談し、当地域の労働行政機関の納得を得た上で、例外的に労働保険の加入を延期することができる。

第4に、保険給付の範囲・内容において、被用者間に格差がある。一例だけ挙げれば、企業に就職していた戦争英雄あるいは企業に対する特殊な貢献がある労働模範は、他の被保険者より労働保険待遇を享受する優先権が与えられた。業務上の事由によらない傷病についても、入院時の食事代、医療費の全額が企

業の行政部門または出資方に負担する。一方、他の被用者に対し、業務上の事由による傷病は無料で治療を受け、業務外の場合は入院時の食事代、受診交通費、貴重な医薬品の費用等を保険給付範囲から除外される。そして、被用者保険本人と家族の間で異なっていた給付率が設定された。ちなみに、被扶養直系親族の患者は企業に所属する診療所、契約病院で受診すれば、原則として外来の診療費が無料、普通な医薬品の費用が5割負担、貴重な医薬品の費用や入院時の食事代・交通費等の費用が自己負担となっていた。

第5に、全事業の労働者が対象者ではなかった。労保法の施行は新中国を建立した2年後であった。制定当時の適用対象者は、①雇用の従業員や職員が100人以上いる国营、公私合併、私营または号作者経営の工場、鉱工場及びそれに附属する単位、業務管理機関、②鉄道、水上運輸⁵、郵便の各企業及び附属単位に限られていた。ただし、1953年にはそれ以外の交通事業の基礎単位や国营建築企業で働いている労働者にも拡大され、100人以上の従業員がいるという制限を廃止した。

第6に、労働保険料の拠出はもとより給付も企業の負担である。労働保険が社会保険というより、組織的な保障といった方が適当と考えられる。上述したとおり、医療保険の財源は主に企業の利益から前月の従業員や職員全員給料の3%を引出した基金である。実際には、医療保険の給付金も企業の利益から負担していた。労保法制定時、治療期間が6か月以内は保険給付の対象となり、6か月以後の全額治療費が自己負担となったが、1953年にこの治療期間の制限を廃止した。その後、企業の負担がますます重くなってきた。

要するに、労働保険の加入は原則的に任意であるとともに、適用者の決定、給付金額及び一部負担金の設定等も基本的に各工会基層委員会に委ねられ、企業自主運営の要素が非常に大きいのである。企業を小さな単位＝社会組織として、人々の生活基盤を支えてきた。各工会基層委員会は保険者の下部組織として運営している一方で、労働保険の被用者の代表という性格を持っている。

5 中国では水上運輸が河川輸送、近海運輸、遠洋海運とに分けられた。

1-2 公費医療

労働保険条列制定に引き続き1952年に「関与全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業単位の国家機関職員に対する公費医療予防措置の指示」（以下「公費医療」と略称する）が行われた。この時期に公費医療が制定される目的は、公務員らの健康を保障することである。公費医療法の基本的骨格は労保法をモデルにしたものであると言ってもよい。ただし、幾つか異なっている点がある。主要な相違点としては、①保険の財源は財政予算であること、②保険者は政府であることの二つが挙げられる。

このうち①については、公費医療の財源としては、財政予算である。各級（省、市、区、県）人民政府はそれに所属する衛生行政機関に医療費の財政予算を委託し、その財政予算を平均的に分配してはいけない。各級衛生行政機関がその財政予算の使用権を持ち、毎年医療費の使用明細を財政予算として財政部門に報告するだけでなく、中央衛生部門にも報告しなければならないのである。医療費の財政予算を二部分に分けられ、30%を外来の医薬品、医療機械、健康検査に使い、残りの70%を入院の医薬品、医療機械または医療機械の修理代に使う。

②については、公費医療の保険者が公費医療予防実施管理委員会（以下「委員会」と略称する）である。この委員会は各人民政府の衛生、人事、労働、財政、教育、建築等の部門から一人ずつ選び、設置された。委員会の主な任務は、公費医療の適用者の人数、等級の審査、各級公費医療の各予算の提出と審査、各級公費医療予防費用の支出と管理・運用を監督し指導すること、各級の公私医療予防機関が公費予防事業を展開することを監督し指導すること、各級医療予防機関の拡大・設置を計画すること、各級公費医療の実施に関わる問題を解決することである。既述したとおり委員会が公費医療を運営している。

公費医療は公務員を対象にしているが、公務員の全員ではなく、主たる適用者は、全国各級人民政府、党派、団体の正規人員、全国各級文化、教育、衛生、経済建設事業単位の人員、中央人民政府政務院（國務院の前身）審査した人員、長期に救済給付を受ける革命障害軍人である。ただし、郷（村）に在職する一級の職員がまだ対象となっていない。制定当時の保険給付の対象となった人が

非常に少なかった。

1-3 農村合作医療

50年代後半に「都市と農村の分割をし、一国内で二つの政策」という措置が実施されてきた。すなわち都市の労働者が活動する地域と農村の労働者が活動する地域に区分し、都市・市民に対する政策と農村・農民に対する政策を区別することである。代表的な例として挙げられるのは、1958年全国人民代表常務委員会により「中華人民共和国戸籍登記条列」の発布である。農村戸籍を有している者が農村に住み、農業生産活動に従事し、都市戸籍を有する者が都市に住み、非農業生産活動に従事するというように厳格に分けられた。

こうした前史を経て、農村部での小農経済と都市部での工業化を並存するという二元経済構造が形成された。そして二元経済構造のもとで、医療保険も都市と農村でそれぞれ別に形成されてしまった。上述した労働保険と公費医療保険は、都市で形成された医療保険であるが、農村で形成された医療保険は「農村合作医療」（以下「農合」と略称する）である。農合が最初に出現したのは1955年の農業合作化高潮期である。当時、山西省高平県と河南省正陽県では、農民の保健費と生産大隊の補助金による合作医療及びその施体としての連合保健所が設立された。その後、全国の農村で拡大された。上述した二つの医療保険は幾つかの点で異なっている。

第1に、農合は、農民たちが「人民公社」⁶と合作して運営する制度であった。

6 人民公社は農村での行政と経済組織が一体された行政機関である。成立当初の人民公社は1公社当たり平均農家数4600戸であり、1958年12月末までにはほぼ全農村に設立された。その後、人民公社は当初の一級所有制から1959年8月の中国共産党8期8中全会で生産大隊を計算単位（採算の基本単位）とする所有制へ、さらに1962年以降は生産隊をもって計算単位とする三級所有制が確立された。すなわち「人民公社—生産大隊—生産隊」という上から下までの行政機関が形成された。中国の農村では、1949年の解放後、土地改革、互助組、初級合作社、高級合作社（〈合作社〉の項参照）を経て58年に人民公社が誕生した。これは、1957年秋から58年春にかけて農村での大規模な水利建設、土壌改良などの農地基本建設が実施されたが、その際、従来的高级合作社の範囲では労働力、資材等を調達できないために誕生したものである。

ちなみに、人民公社は一つの単位とした社会の中でその全ての住民が生産、消費、教育、政治など生活のすべてを行い、得た収入を平均的に分配する。これを前提として、多くの地域で人民公社が「農合」を経営していた。病気した農民はわずかな負担金で診療所に受診と治療を受けることができる。

第2に、保険の財源が農民からの「保健費」と人民公社が公益金から支出する補助金という二つの部分を構成した。生産隊が農民たちの収入の配分権限を握り、各年の年度末で、家族構成員の人数に応じ、配分される予定の収入から「保健費」を徴収する。その徴収金額は、各生産大隊の実情に応じ決める。これ以外、生産大隊あるいは生産隊は補助金を提供していた。

第3に、「農合」は政府からの指導や補助金の負担が一切なく、農民が自分自身によって組織してきた相互共済制度である。この制度には、資金調達水準だけでなく、受ける医療サービス水準もあまり高くなかったが、当時の生産力が極めて低い農村地域では、農民同士における互助共済の方式として高い評価を受けた。

「共同で病気になるリスクを分担する」という発想の下で、「農合」を創作した。これはある意味で医療保険の相互相助の精神と同じと考えられる。だが、この制度が社会主義の平均主義を示し、市場メカニズムから離れたことは、このシステムの崩壊をもたらしていた。

表 1 - 1 旧三医療保険制度仕組みの比較

運営者 適用 対象	労働保険	公費医療	農村合作医療保険
	政府と企業 本企業の労働模範 ⁷ 、本企業に就職した戦争英雄、工場や鉱業工場 ⁸ 、郵便、鉄道、空運、国营建築企業	政府 国各級人民政府、党派、団体の正規人員、全国各級文化、教育、衛生、経済建設事業単位の人員、中央人民政府政務院が（國務院の前身）審査した人員。長期に救済給付を受ける革命障害軍人	人民公社 農村の戸籍を持っている農民
保険料 財源 運営	当企業の従業員の総給料の3% 30%：労働保険基金が不足する時の補助金 70%：従業員の医療費、弔慰金、補助金、救済金	財政予算 30%：外来の医薬品、医療機械、健康検査 70%：入院の医薬品、医療機械または医療機械の修理代	生産大隊（生産隊）の年収入 ⁹ 地域によって異なった
保険 対象	公傷：治療費、医薬費、入院時の食事代・治療費・交通費の全額 私傷：入院時の治療費、医薬費の全額 被扶養者：当企業附属の医療所、病院また特約病院には、普通医薬費の半額	全部無料	生産大隊または生産隊の付属診療所で受診する場合：受診料無料、薬代自己負担

第2節 遅滞期

2-1 文化大革命の影響

1966年、中国は「文化大革命」の政治運動が始まり、十年間の内乱時期に入った。当時の基本的社会背景として、政治においては、イデオロギーを最高度に強調し、共産主義と集団主義は時代の流行となった。これは、社会主義制度の当然の内容と優越性の具体的な表れとみなされた¹⁰。この十年は、中国の医療

7 中国で各分野において、生産や技術開発に顕著な成績を収めた者に労働模範という美称を与える。

8 業務管理機関等の附属機関を含む。

9 生産隊により異なる。

10 鄭功成、2002年、36頁。

保険制度の変遷においては重要な時期であった。

第1に、「文化大革命」が労働保険に対する壊滅的な打撃を与えてきた。文化大革命において社会保険は「修正主義」¹¹と批判され、1969年中国の財政部は「国営企業の財務作業における幾つの制度に関する改革意見」を公布した。その内容は、国有企業は一律に労働保険金の受け取りを停止し、これまで労働保険金から受け取った保険費用は企業営業外の支出に変更することを規定していた。ちなみに、労働保険の本質的な特徴は国が責任を負い、企業が引き受け、国が国有企業を介して保障する国家一単位保障制度である。しかし、その制度の創作を機として、労働保険の責任の重心は、都市の国有企業また事業単位に移行してきた¹²。これは今後各企業が重い経済負担に耐えられなくなり、労働保険の破綻を招く一つの原因であると考えられる。

第2に、「文化大革命」の推進により、農村合作医療制度の普及率がピークを迎えた。1950年代後半に一部の農村で実験的に行われ、その後1965年9月に発表された「衛生工作の重点を農村に置くことに関する報告」によって、「農合」に注目を集まってきた。さらに、1968年には湖北省楽園人民公社を視察する際に毛沢東主席が「合作医療は素晴らしい」と絶賛したことをきっかけに、農合が文化大革命期の数多い政治キャンペーンの一つとして急速に全国が広がった¹³。文化大革命が終了する1977年には9割超えの農民がこの制度によって最低限の医療サービスを受けていた（図1-1参照）。農合のカバー率が過去最高になった。

第3に、「文化大革命」にあたり行われた「上山下郷」¹⁴運動は、農村の医師

11 詳しいことは下のサイトを参照のこと。http://kotobank.jp/word/%E4%BF%AE%E6%AD%A3%E4%B8%BB%E7%BE%A9

12 鄭功成、2002年。

13 王文亮、2001年、75頁。

14 「上山下郷」は都市部の青年層が地方の農村で肉体労働を行うことを通じて思想改造をしながら、社会主義国家建設に協力させることを目的とした思想政策として進められた。この政策は、「農民と労働者を同盟させる」という毛沢東思想を強化し、青年を農村体験で思想教育し、都市と農村の格差も解消するという大規模な実験であった。



主所：『2003-2004年中国農村経済形勢分析と予測』、中国社会科学院農村發展研究所、国家統計局農村社会経済調査総隊作成、2004年

図1-1 1955年-2000年全国合作医療カバー

不足という重大な社会問題がある程度で緩和された。当時の農村には、医療環境が悪く、医療資源が非常に不足し、無医村が多く存在していた。そのような厳しい事態に対応するため、農村医療の担い手として「赤脚医師」、「衛生員」、「農村接生員」を養成していた。1983年統計年鑑のデータによれば、1978年末現在の全国専門衛生技術人員数¹⁵が246万人であったが、当時の「赤脚医師」が168万人、「農村衛生員」が311万人、「農村接生員」が74万人に達した。「赤脚医師」らは医学部の学生のように、正式的に4、5年間の教育を受けないが、研修期間が短縮される等速成技術研修を受けさせた。先端的な医療技術を身につけていないが、当時のほぼ無医療の農村に対するとっても貴重な医療資源であり、農村の基礎医療・保健の発展に貢献したと思っている。

2-2 八十年の改革

1978年の第11期三中全会で、改革開放路線が採用され、従来のソビエト連邦型の計画経済は否定され、市場指向型の経済に大きく舵を切った。80年代に入って以来、国民の経済構造に深刻な変化が生じ、以前の統一的な国有経済から多面的な経済に転換させた。それに伴って、各医療保険も転換期を迎えてきた。

¹⁵ その中に、漢方医師、西洋医師、西洋漢方結合高級医師、看護師、漢方薬剤師、西洋薬剤師、助産師などが含まれていた。

2-2-1 労働医療保険の改革

上述したとおり、1969年になって以来、医療保険の責任の重心は国家から国有企業または事業単位に転換した。ちなみに、組織形態上、伝統的な国有企業は閉鎖的な組織であった。各企業はそれぞれ上級機関の命令を伝達されたが、各企業・単位は自らの裁量権で運営しており、誰からも非難されることはなかった。医療保険に対する対策もその例外ではなく、各企業・単位は当該企業・単位の従業員だけに責任を負い、その集団に所属する医療機関が遊休状態であっても他の企業に開放しない。経営状態が良い企業では、従業員向けの病院を設立するまたは当地域の病院を指定病院として契約するが、逆に経営状況が悪い企業では従業員の医療費が支給できなく、従業員が治療するため、貯金を使い尽くすケースも多いのである。

制度の閉鎖的な実施過程において、医療費を支給する企業と支給しない企業との間の医療費に大きな格差があった。医療費を支給する企業の従業員に対しては、いくら医療費をかけても国有単位すなわち国家の支出となり、モラルハザードを引き起こしやすくなる（例えば、1993年上海の従業員の医療費用が給料総額の16%を占めた。全市の重複検査費・投薬の割合は総医療費40億元の25%、つまりおよそ10億元と推計された¹⁶⁾）。その反面、医療費を支給しない企業の従業員に対しては、医療費の全額が自己負担になるので、費用節約する意識を強く持っている。以下の表2-2は都市部における医療保険制度別の受診率の比較を表現するものである。労働保険が享受できる人が、医療費を自己負担する人より医療需要が高いことが分かった。

その一つの原因は、労働保険が企業・単位で運営していたため、適用範囲等を明確に規制する法律あるいは制度がないことである。享受する職員は医療費を節約する意識を持ってなく、モラルハザードを引き起こしやすくなる。代表的な例を挙げれば、「一人が適用対象になれば、家族全員が医療保険を享受する」というやり方が適用国有企業・単位に広がっていた。

16 『中国医療保障制度改革実用全書』、277頁、1997年。

表 2 - 2 都市部における医療保険制度別の受診率の比較

医療制度	二週間受診率 (%)	年入院率 (%)
公費医療	15.74	6.18
労働医療	15.47	5.67
自費医療	11.89	3.10

注：「1986年中国都市部医療サービス調査」

二週間受診率 = 二週間に調査対象者が受診した総回数 ÷ 調査対象者数 (無作為に調査する) × 100%

その結果、国営単位の医療費の年平均増加率は、1978年から1989年までの12年間で、驚くほどのスピードで成長してきた。当時の年平均経済成長率は9.7%であったが、国有企業・単位従業員の医療費の増加率は19%¹⁷に至った。

80年代に入ってから、計画経済体制から市場経済体制へ転換するに伴い、大多数の国有企業は自由な市場競争の下で、経営状況が悪化しつつあり、窮地に陥ってきた。これに医療費の高騰を加えると、労働医療保険制度の自体が内包していた欠陥が露呈してきた。医療保険に対し、この当時国務院から出された意見等は数多くあるが、たとえば、「1989年経済体制改革要点」（1989年3月発表）では、医療保険改革について方策が提言された。これは大別すれば2つある。

第1は、定年退職員・離職休養人員（以下退職員・離職員と略称する）向けの医療費の社会共済制度である。1989年以前、この政策が極めて少数の市・県で試行されていた。たとえば、山東省即墨市、遼寧省西市等。医療サービスを保証していく同時に、浪費を防止することを今後の医療保険改革の基本に据えるという考え方の下に、いくつかの改善方策が展開された。

「一人が保険に加入し、家族全員が享受する」という現象に対しては、健康档案制度、「1カード1冊」制度を打ち出した。「1カード」は医療の受診記録カードであり、表面に医療費の使用状況を記載し、「一冊」は医療制度の内容を説明する手帳であった。そして、定期的に退職員・離職員に健康診断を受け

17 『中国社会保険』1998年第10期の第19頁のデータにより計算した結果である。

らせ、診断結果を健康档案に記録するという政策が設けられた。

過去のデータによると、無駄な医療費が職員総医療費の20%-30%を占めていた¹⁸。この原因は制度の不備である。医療費を節約するため、制度の健全化への取り組みは賞罰制度を実行する。医療費を節約した者に対する奨励金を支給し、滋養栄養剤等を濫用した者に対しては、補償しないどころか罰金を課す。そして、この政策は国家、企業、個人の3者で負担するという原則に従う。退職者には、一定の基準を超えた部分が自己負担となっていた。制度に対する政策だけではなく、山東省即墨市には、退職員の自己管理する意識が上がることにも工夫した。これは労働医療保険改革の内容を巡りパンフレットを制作し、一人に一冊を配り、制度の意義や内容を理解させることである。

退職員の受診の便宜を図り、医療支出を節約するため、責任があり医術が比較的高い退職医師を組織し、外来診療部（医務室と呼ばれる）を設ける。退職員がその診療部で受診する場合は、ただ医療保険手帳を持っていくだけで、手続きをしなくても受診できる。そして、労働保険の適用範囲であれば、初診料、処方箋料等を支払う必要がなく、ただ診療記録を記載するだけにした。

社会共済制度を設けてから、医療費の重担が企業だけではなく、個人や国家も担えるようになった。そして、医療費がある程度で節約してきた。たとえば、即墨市には1988年の第4四半期にこの方策を実施してから、第1四半期、第2四半期、第3四半期と比較すると、全市退職員の一人当たりの平均医療費は19.44元から12.48元に下降した。

ところが、この制度の適用対象が定年退職員や離職員に限られ、その人々がほとんど高齢者または持病がある者であった。したがって、高額医療費が徴収した保険料で負担できない場合もあった。

第2は、大病医療保険制度である。この制度は最初に行われたのは、1987年に北京市東城区蔬菜公司であった。「1989年経済体制改革要点」の発表を機として、丹東市、四平市、黄石市、株洲市を試験地として試行された。

上述した通り、労働保険が享受できなく、全部の貯金を使い尽くし貧困に陥っ

18 『中国社会保障発展報告 1997-2001』79頁。

た職員が結構いた。これは「因病致貧」と呼ばれた。社会全体の力でそういう人たちを貧困から救済し、医療費の浪費を防止することはこの制度の目的である。そして、「互助互惠、基礎医療を保証し、浪費を防止し、保険の収入により支出を決め、余裕を持つ」という原則に従う。

この制度には退職員・離職員向けの医療費の社会共済制度より適用対象が広がり、退職員・離職員だけではなく、在職者にも適用している。以前の労働保険と比較すると、適用される事業所が増え、国有企業、中央・省・市に所属する国有企業を除き、集団企業、株式企業、都市と町の私営企業及び集団企業、外資系企業も適用された。給付対象の範囲が縮小され、大病の治療期間と回復期間の医療費に限られる。地方により、大病に対する定義が異なっているが、一般的には慢性肺心症、白血病、慢性腎臓衰弱、脳出血、頭蓋内圧亢進、脊椎内腫瘍、各腫瘍、大面積火傷、心臓機能不全を含んでいる。

企業は前年度に実際支払った賃金総額の11%を企業福祉費用として引出し、そのうちの3%の金額を大病医療保険共済金として当地域の社会保険機関に納付し、5%の金額を個人医療保険の口座に預金して管理し、残りの3%を企業の医療保険調剤金として運営する。在職職員が大病になる場合は、個人医療保険の口座から治療期間の医療費を支給し、足りない部分が医療保険調剤金から負担する。大病を治した後、回復期における基礎医療にかかる費用が大病医療保険共済金から支給する。その給付スタートラインが地方により異なっていたが、一般的には300元となっていた。300元を超えた部分は、社会保険機関の大病共済部門から適用企業に給付する。

大病医療保険制度は退職員・離職員医療保険制度より遅く実施されたが、職員の医療費の減少や浪費の防止に効果があった。たとえば、四川省の大邑県には1990年この制度を実施し始めたが、在職職員の一ヶ月・一人当たりの平均医療費は、1989年の14.56元から7.87元に下降した。実際には、医療費をコントロールする有効な対策を施していた。それは、①適用企業は医療保険の指定医療機関と契約を結ぶ。契約の内容は基礎医療サービスの範囲、項目、費用、診療報酬及び医療費の節約に対する奨励等である。②労働部、衛生部、工会等

の部門が「職員医療保険の基礎医薬品目録」を制作し、医療保険の給付範囲を見直した。③社会医療保険の外來部を設定し、在職職員や退職員・離職員の便宜を図り、良好な医療サービスを提供していた。

当時の大病医療保険制度は社会全体の医療保険制度とは言えなく、ただ同地域の一部分の企業が提携し創作した局部医療保険制度であったと考えられる。給付対象が限られ、企業の負担を減少する一方で、個人の負担が重くなってきた。そして、給付スタートラインがあり、ある程度で企業や個人の負担を軽減していたが、根本的に解決するまで未だ長い道のりがある。ただし、この制度は今後の医療保険の創作に対する大きな意義がある。

2-2-2 公費医療

労働医療保険は企業と国家が共同で運営すると言われたが、実際には企業が裁量権を持ち、農村合作医療保険は農民たちが自分自身によって組織してきた相互共済制度である。一方、公費医療保険は前二者と異なり、最初から政府が運営していき、財源も中央財政予算や地方財政予算である。性質から言えば、公費医療は中国において実現した初めての社会保険と言える。

公費医療を実施し始めた1952年から1987年まで、国家財政支出の伸びは約13倍であったに対し、公費医療費が66倍近く伸びた。ここで注目されたのは、1980年度から1986年度の間の全国公費医療費の支出は6.69億元から18.8億元に2.8倍増加し、年平均成長率が18.9%となったことである¹⁹。その原因は色々があり、表の理由として挙げられたのは、カバーの対象者の拡大であった。たとえば、以前カバーされていなかった大学（国家が正式に認可して設置した）の在籍者、科学研究所（公費医療が享受している）で就職した修士卒業者等も対象者となった。こうした事情を背景に、公費医療に加入した人が実施した当時の400万人ほどから、1986年年末の2300万まで、6倍近く拡大してきた。

公費医療費が高騰する真の理由は、医療費の浪費を防止できなかったことである。表2-3に描かれた通り、医療に対する需要については、最も高いのは

¹⁹ 『中国医療保障制度改革実用全書』、159頁。

公費医療保険であった。そして、公費医療が享受できる人の一人当たりの平均医療費が全国の一入当たりの平均衛生事業費より2・3倍近く差がある（表1－3参照）。それまでは公費医療の不足の部分は病院への借金や地方財政支出により調整が図られてきたが、そのような手法が許される状況ではなくなった。とりわけ「小病大養」というモラルハザード問題が最重要課題となり、公費医療制度の改革が至上命題として掲げられた。

「公費医療給付制度管理をさらに一歩強化することに関する通知」（〔1984年〕衛計字第85号）の発表により、公費医療における高給付に終止符が打たれた。各地方には現地の実情に応じる公費医療の改革対策を推進していく。

第1は、公費医療経費の一部あるいは全額を対象単位に請負せる方法である。地方政府が今年度の公費医療に対する財政支出を定額として各公費医療の対象事業に請負させた。この方策により、地方の財政負担が軽減にした一方で、企業に対して効果が著しくなかった。なぜならば、一部の企業にはこの経費で他の項目に対する財政支出の不足を埋め合わせた。たとえば、僻地中小学校には、この経費により校舎の建設を補ってきた。

表2－3 八十年代公費医療費対象者の一人当たりの平均医療費と全国の一入当たりの平均衛生事業費（元）

年度	公費医療対象者の一人当たりの平均医療費（元）	全国の一入当たりの平均衛生事業費（元）
1980	42.35	14.5
1983	57.48	20.1
1984	62.27	23.2
1985	71.23	26.4
1986	81.99	29.4
1987	93.62	34.7

出所：「2011年中国衛生統計年鑑」図4－1－1、「中国医療保障制度改革実用全書」174頁

第2は、公費医療経費の一部あるいは全額を指定医療機関に請負わせる方法である。当地域の病院に専用の公費医療診療部を開設し、定額の一年度の公

費医療経費を請負させた。一年に一度決算し、余った部分は病院の建設、設備の購入に使い、足りない部分は医療機関10%、企業90%で負担する。この方策の推進に伴い、公費医療費の抑制効果が明らかになってきた。たとえば、吉林省は、1975年に全国で最も早くこの方策を実施し始め、驚くほどのスピードで公費医療費赤字の状況を打破した。一人当たりの平均公費医療費は1974年36.5であったが、1975年から6年連続で30元前後を維持しつつあり、1986年に全国の平均レベルを下回り、58.89となった。公費医療費の抑制効果が一目瞭然であるので、この方策が全国中に広がってきた。

第3は、「外来医薬費手当、少量個人負担」という対策であった。外来医薬費手当は、公費医療の対象者に対し外来医薬費への手当である。その金額は地方により異なり、毎月の給料日に支給する。ちなみに、この対策の具体的な手法は、①外来に行く場合は、発生した医薬費の一定比例（地方により異なり、一般的には20%）が自己負担となる。自己負担の金額は毎月の外来医薬費手当から差し引き、余った部分は給料と一緒に支給し、超えた部分は自己負担となる。たとえば、日本円でいうと、一ヶ月の外来医薬費手当が10000円、今月の外来医薬費が5000円、自己負担の比率が20%、そうすると、今月の給料日に9000円の外来医薬費手当をもらえる。②給料日に外来医薬費手当をもらい、外来医薬費が発生する場合は、自己負担の部分を現物給付で支払う。ただし、どちらの手法によっても、重病・急病・慢性病の場合は、自己負担の医薬費が一定限度額を超えれば、その超えた額について給付できる。

公費医療費の浪費の是正と国家行政人員への基礎医療の保証を図るため、「関与全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業単位の国家機関職員に対する公費医療予防措置の指示」とそれまで発表した策定に基づき法律化された。1989年8月9日衛生省と財政省は「公費医療給付制度管理弁法」を発令した。具体的には、①適用対象者の範囲を規定すること、②給付対象範囲を明確に規定し、自己負担範囲を拡大すること、③公費医療の管理、④公費医療管理機関と職責、⑤公費医療経費の予算を適切に管理すること、⑥公費医療の監督と検査、⑦公費医療に対する考査と奨励のこととされた。これらはいずれも意義を有す

る改正であるが、ここでは、①④⑥について述べる。

第1に、以前の公費医療給付範囲に基づき、個人負担の範囲が拡大された。上述した通り、吉林省を始めとして、全国中「公費医療経費の一部あるいは全額を指定医療機関に請負わせる」という方法が広がられていく。この方策は公費医療費の抑制に効果があるが、給付範囲は指定医療機関での受診に限られる。指定医療機関からの紹介状あるいは公費医療機関の承認がない下で、勝手に受診したり、療養・リハビリしたりした医療費が給付対象外となる。外国へ訪問・視察・研修・学術講演しに行った期間に発生した医療費も給付対象にならない。また、各種整形、矯正、ボディビルに関する手術、治療、薬品及び道具等にかかる費用が対象外となる。

第2に、公費医療給付制度管理委員会を設置し、その業務と職責を明確に規定した。各地方政府は、政府の責任者、医療衛生、財政、党組織、人事、医薬、工会等の部門の責任者から組織する公費医療給付制度管理委員会を設置し、衛生部門を中心として、各級政府の公費医療給付制度事業を統一し指導し、そして、事務機関を設け、相応の専門管理人員を配置する。公費医療管理機関の職責は、国家の公費医療給付制度に関する政策、規定を厳格に実行し、具体的な実施方法を作成し、当該地区の公費医療事業計画、予測、組織の調整、統計調査研究等を行い、管理することである。また、同級の公費医療を享受している対象組織や人員の範囲と資格の審査を厳格に実行し、政策の宣伝や教育を行う。

公費医療を行う各医療機関は、専門的な管理機関を設置すべきである。その職責は、公費医療制度の規定を厳格に執行し、公費医療に関する各具体的な管理事業を組織し、当該病院の公費医療の実行を監督・検査し、当該病院に請負わせた公費医療経費についての執行情報を定期的に病院向けの公費医療管理部門に報告することである。

医療機関だけではなく公費医療の対象企業も、公費医療管理機関を設置すべきである。企業に請負わせた公費医療経費の支出情報や公費医療の享受者人数を定期的に同級公費医療管理部門に報告する。

第3に、医療費の濫用・浪費を防止するため、監督・審査が欠くべからざる

作業である。第2で述べた通り、この職責を担っていたのは公費医療管理委員会である。具体的な内容としては、公費医療経費の支出情報、公費医療の対象者に対する給付情報、処方した医薬品の範囲、診療報酬基準の三つが重要である。

2-2-3 農村合作医療制度

1982年の憲法改正による「人民公社の解体」宣言によって、集団経済が解体され、農民に農作の決定権を与えるという家庭請負責任制を導入する農業改革を実行した。こうして、人民公社を前提として作成された農村合作制医療制度に対しては壊滅的な打撃を与えた。農村合作医療のカバー率は、1979年ごろの90%超えから1989年の48%まで急激に下降した。

人民公社の解体はもちろん、文化大革命の終了や農村における医療の仕組みの変更も農村合作医療の崩壊が起こる根本的な原因である。

農村合作は文化大革命期の数多くの政治キャンペーンの一つとして急速に広がり、その時期にカバー率が史上最高となった。したがって、農村合作は文化大革命の作物であるという説があった。文化大革命が「重大な歴史的誤り」と批判されるに伴い、農村合作も「余計なこと」と認められていた。元々の財力の不足に加え、農村合作が苦しい経営状況に陥ってきた。また、1976年に文化大革命が終了したとたん、「上山下郷」運動も幕を下し、参加した青少年は次々と都市部に戻ってきた。青少年の中の一部の人々は文化大革命期間に「赤脚医師」という役を担っていた。こうした事情を背景に、農村合作のカバー率が最高となった1979年から1982年まで、農村における「赤脚医師」は78.4%も下降した。特に、1981年から1982年までの間、「赤脚医師」の数は1396452人から340088人まで、75.6%減少した。おそらくこの結果は本来医療従事者不足の農村に対して大きな衝撃を受けるだろう。

農民の積極性を引き出すため、「大鍋飯」²⁰という旧農村経済体制を打破し、生産責任制を実施していく。生産責任制は、家庭を単位として、政府に一定の

²⁰ 「大鍋飯」：仕事ぶりや能力に関係がなく、すべての人の待遇が一律である。

農作物を収めることを除いて、剰余の部分を販売することにより、家庭の収入を増加する。こうした前史を経て、個人経営の診療所が次々と開設された。統計データ²¹によれば、1983年から1989年まで個人経営の診療所が130%増加した。そして農村における医療機関総数に占める個人診療所の割合は、1983年に25.4%から、1989年に48.3%とほぼ二倍に上昇した。その反面、郷衛生院は7年間の増加率が36.4%であったが、農村における医療機関総数に占める比率が3%ほどに低迷していた。他の医療機関は、村あるいは大衆団体病院、郷村医師と衛生員提携の病院であった。どれでも上昇したり下降したりすることがあったが、変化幅が少ない。これにより、八十年代に農村の医療機関は主に個人経営の診療所を中心として発展を遂げた。

上述した二つの原因を除いて、財政からの補助金が少ないことも一つの原因と考えられる。政府から全国衛生部門への財政予算に占める農村合作医療の割合は、1980年の0.9%から1989年の0.4%まで減少しつつある。さらに、衛生院への財政予算の割合も、24.5%から17.8%まで下降していた。

第3節 模索期

医療制度の改革をめぐって国務院から各種の通知を公布したが、そのうち大きな課題は医療費の増加の抑制及び今後の医療保険のあり方である。90年代までに、各地方で様々な改革を試行してみたが、十分な成果を上げることができず、1990年代以降、より抜本的な改革が求められることとなった。1992年5月に公布した「国務院事務庁関与職員医療保険改革を推進する通知」では、「特色がある医療保険改革を行った単位（企業）を組織し交流し、それを基づいて新たな職員医療保険制度の改革方策を作成する」と強調した。

これを前提として、1993年10月に「関与職員医療保険制度改革試点意見の通知」（以下「通知」と略称する）を公布した。その中心的な内容は、①社会主義市場経済体制に適應する従業員医療保険制度を確立し、すべての都市部の

²¹ 「中国衛生統計資料まとめ1978-1990」表17を参考にした。

従業員に基本医療保障を享受させること。すなわち以前分立した労働保険と公費医療保険を1つに統合し、全社会の職員をカバーする医療保険制度を創作すること、②医療保険制度の財源は、国家、所属単位（企業または組織）、労働者が共同で負担すること、③社会プール基金と個人医療口座を結合させ、医療保険を運営することである。ちなみに、従業員本人が納めた医療保険料と雇用者（企業）が納めた保険料の一部分は「個人口座」に積み立てられ、病気になるとき（外来だけ使える地方もあるし、入院だけ使える地方もある）、この口座より医療費を支給する。雇用者の納付した保険料の残りは、「社会プール基金」に積み立てられる。

3-1 三つのモデル

1995年国務院は鎮江市、九江市の二つの市（以下「両江」と略称する）、海南島、深圳等をモデル都市として試行事業を開始することを決定した。いずれのモデルでも、その「通知」に基づき講じられたが、その着眼点は異なり、両江モデルは職員の基本医療に、海南島モデルは大病の保障に、深圳モデルは対象者の拡大に着目していた。以下、やや煩瑣になるが、対象者、保険財源、給付の三つの面から三つのモデルの要点を述べておく。

第1は、医療保険の対象者である。都市と鎮の従業員全員が良い医療を享受できるための観点から三つのモデルが設けられてきた。具体的には、都市と鎮の従業員は中央部署、省所属の国家行政・事業単位、国有企業、軍隊所属企業、都市・鎮の団体企業、「三資」（香港系、台湾系、外系）企業での国家幹部、正社員、労働合同性社員（契約社員）、臨時工（アルバイト、パート）、中国籍社員（以下「従業員」と略称する）及び退（離）職員（国務院国発（1978）104号文例により申請した退職員込み）、二等乙級以上の傷痍軍人（農村にいる人も含まれる）こととされた。ここで呼ばれた従業員は都市の職員と言ってもよい、実際に実行する際には、農村に開設した団体企業等が込まれていない。そして失業者、出稼ぎ労働者、自営業者及び個人経済組織の従業員等上述した職域の網から漏れる者が存在する。90年代以降、改革開放政策の推進につれて、

こうした人の群れを拡大してきた。このため、深圳モデルは失業者や出稼ぎ労働者向けの社会プール基金を設けるにより「入院医療保険」を達成した。海南モデルは自営業者及び個人経済組織の従業員も医療保険の適用対象とされた。

第2は、医療保険の財源である。医療保険料は日本の健康保険と異なり労使折半ではなく雇用者（企業）の負担割合がやや高く、従業員が僅かの一部分を納付することとなっている。また、従業員本人の賃金または企業の従業員全員の賃金総額を賦課ベースとすることである。両江モデルは労働者の個人負担率は、本人の賃金の1%を最低とし、企業の納付した保険料率を前年度に実際支払った従業員全員の賃金総額の10%とする。海南モデルは従業員本人の賃金の11%であり、そのうち雇用者（企業）10%、従業員1%を納める。深圳モデルは深圳市の戸籍を持つ在職職員の保険料は雇用者（企業）が従業員本人の賃金の7%、従業員2%とされた。

従業員の納付した部分は毎月の賃金から引出し、企業の納付すべき部分は職員の福祉費から支出する。一方、政府の行政・事業単位、差額予算補助の全民所有制の病院は、組織の財政から、差額予算補助・独立経営の事業単位は、労働者の医療費として準備している資金から支出する。特別な例としては、企業が倒産した場合は、倒産財産の中から労働者の当該年度の保険料と退職労働者の以後10年間の保険料を一括納入すべきとされた。

賃金を賦課ベースとするほか決算した保険料の金額も重要な指標である。海南モデル、深圳モデルは、決算した保険料が所在地の市・県・自治県の前年度従業員の平均月収の60%を下回った場合、雇用者または企業が足りない部分を納める。その反面、平均月収の300%を超えた場合、超えた部分は保険料を納めない。

退（離）職者の医療保険料については、両江モデルは前年度の実際に給付した年金総額の10%、海南モデルは退職して一か月目より納付しないようになり、深圳モデルは年金の12%を財政、元企業（雇用者）あるいは年金保険共済基金により納付し、他方、退（離）職者の本人は納付しない。

改革開放政策を推進して以来、深圳市、海南省が経済特別区として発展し、

小都市や農村から大勢の若者を集め、自営業を営んだり、外系企業で働いたりする「下海」というブームを巻き起こした。こうした一連のものとしては、自営業者、暫住戸籍を持つ職員、失業者の医療保険問題である。このため、海南モデルは、自営業者の医療保険料は、本人月収の11%、雇用された労働者の場合は、雇用者が10%、本人1%を納付する。一方、深圳モデルには、深圳暫住証を持っている出稼ぎ者と失業救済金を受給している失業者の医療保険料は、それぞれに雇用者（企業）、失業保険機関により本市の前年度従業員の平均月収の2%で賦課される。

第3は、保険料の運営である。納付した医療保険料は、「社会プール基金」と「個人口座」に分けて繰り入れる。一般的には、従業員本人が納付した保険料の全額と雇用者（企業）の納付した保険料の一定比例を「個人口座」に、それ以外の部分を「社会プール基金」に記帳する。

「個人口座」に繰り入れた企業の納付した医療保険料の比例は、従業員の年齢によって規定された。両江モデルの場合は、九江市では、45歳以下6.5%（個人納付の1%と企業納付の5.5%）、45歳以上5%（個人納付の1%と企業納付の4%）となった。鎮江市では、それぞれに7%（個人納付の1%と企業納付の6%）と5%（個人納付の1%と企業負担の4%）となっていた。海南モデルの場合は、40歳以下4%、41-50歳5%、51歳以上6%であり、深圳モデルの場合は、45歳以上4.2%、44歳以下3.5%であった。個人口座の本金と利子は労働者が所有し、今年度に使い切れない部分は繰越ができる。転職した時、個人口座の残高が移動・継続できる。ただし、現金として引き出すことができない。

一方、退（離）職員、二等乙級革命傷痍軍人、失業者の「個人口座」についてはばらつきがある。海南モデルは、退（離）職員の年金の8%を記帳し、従業員が失業しているうちに、失業保険機関が補助した医療保険料を個人口座に記入する。一方、深圳モデルは、離職職員、二等乙級革命傷痍軍人及び深圳市暫住戸籍を持っている出稼ぎ職員に対して個人口座を設定しない。

第4は、医療保険の給付範囲である。上述したとおり、三つのモデルの着眼

点が異なり、両江モデルは基本医療を中心として行い、海南モデルは入院あるいは緊急治療病気に載せている病気に注目し、一方で、深圳モデルは出稼ぎ労働者と失業者向けの「入院医療保険」、深圳市の戸籍を持っている従業員と退職者向けの「総合医療保険」、そして離職者と傷痍軍人向けの「特殊医療」を試行していた。したがって、それぞれの給付範囲に大きな相違がある。

- ① 両江モデル：従業員の個人口座と本人の写真付の医療社会保険手帳を作成し、個人口座を医療保険機関に管理し、年末に一回決算し審査する。対象者が病気になったときは、保険手帳を持ち指定病院で受診できる。毎回の医療費は指定病院が保険手帳に3枚複写で記帳され、一部は医療保険管理機関へ送られる。医療費については、入院や外来を問わずにまず個人口座から支出し、使い切った後残りの部分は自己負担することである。自己負担の医療費は本人の年収の5%を超えた場合、金額の限度に応じる「社会プール基金」から納付する。本人の年収の5%から5000元までの部分は個人負担率15%、5000元から10000元までの部分は個人負担率9%、10000元を超えた部分は個人負担率2%となっていた。ただし、国家の認定した特殊な病気、計画出産のための手術、後遺症、行政事業単位の労災の医療費は社会プール基金より全額支出した。2等級乙級以上の革命参加傷痍軍人、離職休養幹部の医療費のうち個人口座を使い切った後に残りの部分は社会プール基金より全額を支払う。
- ② 海南モデル：入院または病気リストに載っている緊急救命の病気であり、そして給付スタートラインを超えた時、医療保険の対象になり、医療費の大部分は社会プール基金より支給し、一部分は個人で負担する。ちなみに、給付スタートラインは、在職職員の場合は前年度平均月収の2か月の分、退職員の場合は1か月の分であった。給付スタートラインから10か月の社会平均月収までは、個人負担は15%、社会プール基金は85%であり、10か月の社会平均月収から20か月の社会平均月収までは、個人負担は9%、社会プール基金は91%であった。退職員の場合は在職員の自己負担の半額となる。

- ③ 深圳モデル：対象者によって参加した医療保険が異なり、給付率にばらつきがある。たとえば、出稼ぎ労働者と失業者は入院する時医療費の90%を社会プール基金より支給し、残りの10%を自己負担する。しかしながら、外来の時、全額を自己負担する（失業者は、個人口座に残高があれば、それで支払える）。深圳市の戸籍を持っている従業員と退職者は入院する時、在職員は基本医療費の90%を社会プールより、10%を現金で自己負担し、退職員は95%の医療費が給付され、5%を自己負担する。外来の時、どちらとも個人口座より支給する。個人口座を使いきれた後の医療費は、本市の前年度の従業員平均収入の10%以内の部分自己負担し、10%を超えた部分は、受診病院の等級によって、給付率を決定する。3級²²（市級）病院は65%、2級（区級）病院は70%、1級（町、鎮級）及び以下の病院は75%であった。

²² 病院が大体に3段に分けられ、等級の高さの順番で3級、2級、1級となっている。

表3-1 三医療保険モデルの比較

対象者	两江モデル		海南モデル		深圳モデル		
	幹部、社員、軍人 ²³		两江モデルの対象者+ 自営業者		两江モデルの対象者+深圳暫住戸籍を 持っている出稼ぎ労働者+失業者		
財源	在職員	退職者	在職員 ²⁴	退職者	在職員	退職者	失業者 出稼ぎ労働者
本人 企業	$W_p * 1\% \sim$ $W_s * 10\%$	0 $P_s * 10\%$	$W_p * 1\%$ $W_s * 10\%$ 自営業: $W_p * 11\%$	/	$W_p * 2\%$ $W_s * 7\%$	0 $P_p * 12\%$ (財 政、元企業、 年金保険共 済基金支払)	0 失業保険機 関: $W * 2\%$ 雇用者(企業) $W * 2\%$
保険料 運営	～45歳: $W_p * 4\%$ 45歳～: $W_p * 5.5\%$	$P_p * 5.5\%$	～40歳: 5% 41～50: 6% 51歳～: 7% $P_p * 8\%$	$P_p * 8\%$	～44歳: 5.5% 45歳～: 6.2%	/	/
	個人の保険口座に入れた金額を抜いた保険料					医療保険料の全額	
給付 範囲	口座を使い切った時、 残りの医療費用	在職員 の自己 負担率 の1/2	入院・病氣リストに載っ ている緊急救命病氣	在職員 の自己 負担率 の1/2	外来: 個人口座より支払 い、足りない部分: ～ $W_p * 10\%$: 自己負担 $W_p * 10\%$ ～: 三級病院65%、 二級病院70% 一級(町、鎮級)及び以下の病 院75%	外来: 適用 しない	
	$W_p * 5\% \sim$ 5000元: 自己15% 基金85% 5000～10000: 自己9% 基金91% 10000～: 自己2% 基金98%		$W_p * 2 \sim 10$: 個人15% 基金85% $W_p * 10 \sim 20$: 個人9% 基金91% $W_p * 20 \sim$: 個人5% 基金95%		入院: 自己10% 基金90%	在職員の自 己負担率の 1/2	入院: 個人 10% 基金90%

注: W_p : 従業員本人の前年度収入額。 W_s : 従業員全員の前年度賃金の総額。 W : 本市の前年度従業員の平均月収。 P_s : 前年度企業が給付した年金の総額。 P_p : 本人の年金。

個人が持っている医療保険口座を「口座」、医療保険総基金を「基金」と略称する。

3-2 九十年代の医療保険

80年後半の人民公社の解体により農村合作医療保険が崩壊した。90年代、改革開放政策の推進を機に、経営危機に陥っていた国有企業は、大勢の職員を削減した上で、医療保険への経費も激減してきた。したがって、多くの都市部の職員が無医療保険の状態になり、医療保険制度は崩壊寸前の状態に陥った。

23 中央部署、省所属の国家行政・事業単位、国有企業、軍隊所属企業、都市・鎮の団体企業、「三資」（香港系、台湾系、外系）企業での国家幹部、正社員、労働合同性社員（契約社員）、臨時工（アルバイト、パート）、中国籍社員及び退（離）職員、二等乙級以上の傷痕軍人

24 個人経済組織の従業員込み。

そういう状況を背景として、国民の医療サービスへの需要変化や衛生医療サービスの需要供給に影響を与える要素を探るため、衛生部は全国の95個の県、475個の郷鎮(町)、950個の村を対象とし、「国家衛生サービス研究—1998年第二次国家衛生サービス調査分析報告」というアンケートを行った。その結果から、九十年代後半までに、中国における医療保険に関する問題が明らかになった。重要な点を以下の4つだけ述べる。

第1に、医療保険全体のカバー率が低いことに加え、農村と都市間格差がある。第2節で述べたとおり、都市部における医療保険は労働保険と公費医療からなっていたが、農村部における主な医療保険は農村合作医療保険であった。文化大革命をきっかけとして、農村部の医療保険のカバー率が都市部とほぼ同じレベルを維持していた。しかしながら、人民公社の解体により農村合作医療保険が崩壊するにつれて、都市部と農村部間での医療保険カバー率の格差が拡大してきた。今回の調査データによれば、1998年の推計公費医療保険、労働保険、半労働保険(労働保険を持っている労働者の扶養者向けの医療保険)、農村合作医療保険、他の医療保険(商業医療保険)のカバー率は、それぞれ4.95%、6.22%、1.62%、6.5%、1.88%であったが、いずれの医療保険も持っていない人々は76.4%、そのうち都市部44.13%農村87.44%となっており、特に、経済未発達農村は、各種の医療保険のカバー率を合わせても5%に達していなかった。すなわち、農村部の一つの医療保険も持っていない人々の割合は都市部のほぼ2倍になった。

第2に、低所得者が基本医療に満足できなく、入院治療を要すべき人が、経済的困窮を理由に受診できない問題も存在した。二週間看病未受診(病気になったと感じている時、二週間以内に病院へ受診に行かなかった)の人の中で、自己医療(たとえば薬局へ薬を買いに行く)措置を取った人は、都市部87.5%、農村65.12%を占め、どんな措置も行っていなかった人の割合は、都市部12.5%、農村34.88%であった。さらに、自己で退院を要求してきた人は、退院した患者に占める割合が、農村部45.01%、都市部36.47%となった。このデータから見ると、都市部の人の医療に対する需要は農村部の人より高いこと

が分かった。基層的な要因としては、都市部における医療資源の集中により受診が便利になることや高度医療機械の揃えにより治療効果が上がったことが挙げられるが、理由はそれだけではない。最も大きなのは経済的理由である。農村部における入院した患者には、86.79%が自己負担していた。これは、低収入の農民たちに対し壊滅的な打撃を与えた。そして、年収が低くなれば低いほど、世帯年収に占める医薬費の比率が高くなる。一年には家族全員が健康であれば問題がないが、何か体調が不良でちょっと病院に行くと、家計が圧迫される恐れがある。これは世間に広まった「看病難、看病貴」の一つの表現である。

第3に、都市の基層医療機関の利用率が低く、指定病院が医療資源の無駄をもたらした。今回の調査には、「常に受診に行った医療機関はどこか」については、農村部における最も多いのは「衛生室」と「郷鎮衛生院」83.62%であり、一方、都市部の最も多いのは「市級病院」32.30%、次いで「衛生室」18.05%、「省級病院」13.55%であった。農村部の基層医療機関の利用率が都市部より高くなった。都市部における高度医療機器を備え、優秀な医療人材を集める市・省級の病院が多く、フリーアクセス理念の下で、より良い病院を選択することは当たり前のことである。

ところが、最も多い理由は「家に近い」であり、そしてここで留意すべきことは、二番目の理由「指定病院」である。これは都市部の医療保険の仕組みに関係があると考えられる。公費医療のみならず労働保険の給付も、企業（単位）の所属病院または指定病院に限られた。それ以外の病院での受診は給付対象外となった。ちなみに、医療保険の管理や決算のため、指定病院は大体当地方の総合病院であり、この結果、風邪の時、一日で行列を並び大病院へ診に行く弊害が生じたほか、都市部の基層医療機関の利用率が低くなる一方で、医療資源が無駄に使われている。

第4に、農村合作医療保険に参加する願望や医療保険料の希望金額にばらつきがあった。農村の自費医療住民を対象とし、農村合作医療保険への願望と保険料の希望金額をめぐる調査した。この結果は、「農村合作医療保険に参加したい」51.12%、「参加したくない」44.26%、「どうでもいい」4.26%となった。

そして、経済力が乏しければ乏しいほど、参加したくない割合が高くなってきた。参加したい人々には、「外来しか給付しない」と思っている人が23.97%、「入院だけ」と考えている人が20.7%、「両方が対象となつてほしい」が55.31%となった。さらに、参加したい人の医療保険料の金額は、一世帯当たり毎年79.8元であり、即ち一人当たり一年に20元ほどである。この金額は、一世帯当たり一年間の医療衛生医薬費支出の15.5%を占める。農村の住民が医療保険に加入する意識が薄く、医療保険を通じ高額な医療費を解決しようとする意欲を持っていないと考えられる。

第4節 転換期

4-1 城鎮従業員基本医療保険制度の創作

八十年代、公費医療費用の増大の歯止めがかからなく、国営企業の衰退により企業の医療保険資金が枯渇寸前の状態に陥っていた。これを前提とし、1990年代半ばの改革は、以前の企業医療保障から社会保障へ転換することに重点を置かれた改革である。この改革では、公費医療と労働保険を統合し、都市部の労働者全員をカバーする医療保険を創作することが導入されたが、結局財源等の原因でこの課題がまだ残っている。

1998年江沢民・朱鎔基を中心とした新政権が誕生し、朱鎔基総理は重点的に推進する「五項目改革」を提唱した。その中の一つは医療制度の改革である。1998年12月、全国従業員医療保険制度改革業務会議の開催による「城鎮²⁵職員基本医療保険制度の創作に関する国务院の規定」を公布した。この規定の内容に着目すると、城鎮職員基本医療保険制度（以下「城鎮職員医保」と略称する）は1990年代半ばに両江、海南島、深圳などの代表都市で試みられた医療保険モデルの延長線上にある。

²⁵ 中国の行政区分は、基本的には省級、地級、県級、郷級という4層の行政区のピラミッド構造から成る。県級及び県級以上の所を「城鎮」、郷級及び郷級以下の所を「郷鎮」と総称する。簡単に言えば、「城鎮」が都市部であり、「郷鎮」が農村部である。

第1は、城鎮職員医保の基本理念である。基本医療保険の水準が社会主義初期段階の生産力に適應すること、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、保険料を雇用者（企業）と従業員の双方が分担すること、医療保険基金は「社会プール基金」と「個人口座」の結合を実施することである。

第2は、城鎮職員医保の適用対象と保険料である。都市部の全部の企業（国有企業、団体企業、外系投資企業、私営企業等）、機関、事業単位、社会团体、民営非企業単位及び職員が基本医療保険に参加しなければならない。郷鎮企業及び職員、都市と郷鎮の个体經濟組織の経営者及びその従業員が参加するかどうか各省・自治区・直轄市の人民政府によって決定する。城鎮職員医保は原則的に地級以上の行政区（地、市、州、盟）を単位として基金が設けられるが、県（市）を単位としても構わない。ただし、北京、天津、上海の三つの直轄市は原則的に全市を単位とし実行する。加入した全部の雇用者（企業）及び従業員は、所在地の基本医療保険の管理原則に従い、政策を同一に執行し、医療保険料を統一的に捻り出し運営・管理する。ただし、鉄道、電力、海洋運輸等地域に跨り、生産の流通性が高い企業及びその従業員は、集中度の高い地域の基本医療保険に加入する。

保険料は雇用者（企業）と職員が共同で納付し、雇用者（企業）の納付率在職員の総賃金の概ね6%前後、職員の納付率は本人の賃金の2%までに維持する。しかしながら、經濟の發展に伴い、雇用者と職員の納付率はある程度調整できる。失業した元国有企業の従業員の保険料は、再就職支援センターに当地域前年度の職員の平均賃金の60%で納付される。

第3は、保険料の運営については、「社会プール基金」と「個人口座」を設け、従業員本人の納付の保険料と雇用者（企業）の納付の保険料の30%前後を「個人口座」に繰り入れ、残りの部分を「社会プール」に記入することである。具体的な比例は、地域ごとに「個人口座」の給付範囲と職員の就職年限等の要素により規定する。「社会プール」により給付するスタートラインと上限金額が設けられ、スタートラインは当地域職員の平均年収の10%、最高限度は当地

域の職員の平均年収の4倍前後となった。そして、給付スタート以下の医療費を「個人口座」により負担し、最高限度までの医療費を「社会プール」により給付する。最高限度を超えた医療費を商業医療保険等によって解決する。「収入により支出を定め、収支のバランスを維持する」という原則に基づき、各地域は給付比率を確定する。

なお、ある特別事業の職員（たとえば国家の公務員）の医療消費レベルが一気に降下しないように、企業が賃金の4%以内の金額で企業補充医療保険を設ける。その金額が職員の福祉費から引出し、不足する場合は、同級財政部門の同意を得た上でコストから除く。その意味では、公費医療保険から基本医療保険へ転換するための補助政策であった。甘い政策を打ち出すと元に戻すことがいかに困難かという意味で、公費医療制度は「苦い」教訓でもある。

第4は、医療サービスの機能を強化することである。労働保障部は衛生部と財政部などの部門を提携し、基本医療サービスの範囲、標準²⁶及び医薬費の決算方法を制定し、国家基本医療保険の医薬品リスト、診療項目、医療サービス設備標準及び管理方法を作成する。労働保障部、衛生部、財政部等の部門は指定医療機関と指定薬局の資格審査の標準を創作する。社会保険機関は「漢方と西洋医を結合し、基層、専科、総合医療機関に気を配り、職員の便宜を図る」という原則に従う上で、競争原理を導入し、若干の医療機関と薬局を指定する。職員は指定医療機関で受診や医薬品を購入するあるいは処方箋を持参して薬局で医薬品を購入することができる。医療機関の配置を合理的に調整し、医療資源の効率的活用を図り、積極的に社区卫生サービスを発展し、社区卫生サービスも基本医療保険の給付に組み込まれる。国家薬品监督管理局及び関係の部門は薬局で薬品を購入するトラブルに関する事項を制定する。

医療と薬品を別に決算し、管理する制度を建立し、医療サービス業と薬品流通業において競争原理を導入し、医薬品費用を合理的に抑制する。医療機関と薬局の内部統制を強化し、コストを降下する。医療サービス価格をきちんと整え、医療と薬品を分別決算・管理することにより、医療総収入に占める薬剤収

²⁶ 日本の医療保険制度というと、点数と言われる。

入の割合を降下させた上で、診療報酬を上昇させる。

4-2 新型農村医療保険の誕生

九十年代に入ってから、農村は相変わらず衛生状態が劣悪を極め、医療資源不足の状態にあった。病気により困窮な状況に陥ったり、命にかかる病気になっても経済原因により治療できなくなったりするケースが多かった。2002年「中共中央・國務院農村衛生の強化を推進する通知」が公布され、新型農村合作医療制度の創作が至上命題として掲げられた。2003年1月衛生部、財政部、農業部は「新型合作医療制度の創作に関する通知」（以下「新農合」と略称する）を打ち出し、現行の農村医療制度が登場した。この制度は本来の性質から運営まで以前の農合と異なっていた。主要な相違点としては、①本質の転換②保険者—運営者③保険基金の財源構成④保険の給付が挙げられた。

第1は、農民自主組織から政府組織・指導・支持方式へ転換し、農村の医療保険の本質が変わった。旧農合は農民たちが自主的に組織し運営してきた医療保険であったが、新農合は中央政府が全国的に組織し地方政府が組み立てた医療保険である。言い換えれば、中央政府は新農合の運営が健全に行われるよう必要な指導をし、各省、地級政府は、新農合の運営が健全に行われるよう新型農村合作医療制度の管理体制を整える。旧農合は生産（大）隊を単位として行い、強制加入させられるというよりは、自然に所属の生産（大）隊の医療保険に加入したと言った方が適当と思われる。一方、新農合は県（市）または郷（鎮）を単位として実施し、加入は任意である。一言だけ述べれば、新農合は民間の自主自営の医療保険から公的な地方性の医療保険へ転換したうえで、任意加入するようになった。

第2は、新農合の保険者が各県級政府である。旧農合の保険者は各生産（大）隊であったが、新農合の保険者は各県級政府である。各省級人民政府は衛生、農業、財政、民政、会計、扶貧等部門を組み合わせ、農村合作医療協調グループを成立する。各県級人民政府は関係の部門と新農合参加者の代表者と提携し農村合作医療管理委員会を設立し、保険の組織、協調、管理及び指導に関する

仕事を担う。そして農村合作医療管理委員会の下に「経弁機構」を設立し、新農合の保険料の徴収、医療費の給付等具体的な運営を行う。「経弁機構」は、定期的の上層機関たる農村合作医療管理委員会に新農合の基金収支状況を報告するだけでなく、参加した農民たちも基金収支の状況を明瞭に分かるよう、定期的に社会公衆に基金収支の情報を公開する。一方、農村合作医療管理委員会は定期的に農村合作医療監督委員会に医療基金の収支や管理状況の検査を受ける。各実施部門の機能からみると、旧農合より新農合制度の透明度を上げた。

第3は、保険基金の財源内訳である。給付の医療費は農村合作医療基金（以下「基金」と略称する）から引出し、基金の主たる財源としては、①農民の納付の保険料、②郷村団体経済組織からの扶持資金、③地方政府と中央政府からの補助金（2003年まで中西部地方だけ配った）の三つしかない。実額でみると、①参加の農民は家庭を単位として毎年一人最低10元（経済力のある地域は納付金を上げる）を納付すること、②経済的に余裕のある郷村団体経済組織はある程度新農合を支持すべき、納付基準は県級政府により規定されること、③地方政府は毎年参加人数によって地方財政から一人当たり最低10元の補助金（経済が発展している東部地方では金額を増加する）を支出し、中央政府は毎年省級財政から一人当たり10元の補助金（2003年以後、中西部以外の地域も対象とする）を歳出することとなった。納付した保険料や補助金は基金の専用口座に繰り入れられ、農村合作医療管理委員会または「経弁機構」に管理される。基金は「収入により支出を定め、収支が均衡し、公開、公平、公正」という原則に従い管理され、別の用途に使うことを禁じる。

第4は、新農合は高額な医療費と入院の医療費が給付対象となった。各省・直轄市は農村合作医療保険の給付対象についての基本薬物目録を制作し、各県（市）は当地の実情により、給付の範囲、給付金額（率）を科学的に規定する。年度内に一回も新農合基金を使っていない農民に対し、健康診断検査を受けさせる。その健康診断検査の項目や方式を各県（市）に明確にさせ、新農合基金の赤字または過剰の残高を防止する。経済力がある地方では、リスクに対する抵抗力を高め、農民の利益にも気を配られるよう、高額（入院）医療費用と小

額（外来）医療費用と分けて補助する方式を実施しても構わない。

4-3 城鎮居民基本医療保険制度

城鎮職員医保と新農合を創作するとともに、多く人々が恵みを受ける一方で、両制度から排除された人々が多く存在する。たとえば、都市部の住民、就学前の幼児などである。こういう人々向けの医療保障が新たな焦点となった。

2007年7月に「国务院城鎮居民基本医療保険の試行に関する指導意見」が制定・公布され、その中で「2007年に経済力のある省の2、3都市で試み、2008年から試行地の範囲を拡大し、2009年に試行の都市の比率が80%に至り、2010年に全国中推進し、都市部の非就職者の全員をカバーする」ということを目標にした。

城鎮居民基本医療保険制度（以下「城鎮居民医保」と略称する）の適用対象者は、両制度から排除された都市部の高校、中学校、小学校、専門学校の学生、就学前の幼児及び他の非就職者である。以上の対象者の加入は任意であり強制されておらず、都市部の戸籍を持っていない人が加入することが原則としてできない。

城鎮居民医保の骨格（例えば給付対象、医療保険の指定病院や薬局の管理等）は職員医保と新農合をモデルにしたものであるとよい。たとえば、①新農合のように、医療保険基金の財源は個人の納付の保険料、中央と地方政府の補助金であること、②給付対象は職員医保の給付対象と相似していることである。ただし、③給付方式の着目点が両制度と異なっている。

そのうち①については、家庭を単位として保険料を納付し、各地方政府は現地の経済発展の階段及び未成年者と成年者等の異集団の基本医療需要を考えた上で、住民の生活水準に応じて保険料の金額を決定する。一方、中央政府と地方政府は別に住民へ補助金を支払う。その具体的な内容としては、政府は毎年一人当たり最低40元を補助し、そのうち中央政府は2007年から中西部の参加者に対して毎年一人当たり20元の補助金を支給すること、低保対象あるいは重度障害者の学生や幼児に対し、政府は原則としてさらに毎年一人当たり最低

10 元を補助し、そのうち中央政府は中西部の人に一人当たり 5 元の補助金を給付すること、他の低保対象、労働力喪失の重度障害者、低収入家庭の 60 歳以上の老人等貧乏な住民に対し、さらに毎年一人当たり最低 60 元の補助金を支給し、そのうち中央政府は中西部の人に一人当たり 30 元を補助することである。中央政府から東部の人への補助金は農村合作医療の基準に基づき、給付する。財政補助の具体的な提案は財政部、労働保障、民政等部門で決定し、補助金は各級の財政予算から支出される。

②の給付範囲については、職員医保では大病の入院費と外来の医療費が対象となっており、城镇居民医保には大病以外の外来の医療費が対象外となされた点が大きな特徴である。(ただし、経済力のある地方では、大病ではない病気の外来の医療費も対象となることは存在した)。なお、城镇居民医保の創作に当たっては、城镇職員医保に適用する「職員基本医療保険リスト」の甲類医薬品を城镇居民医保に適用する医薬品リストに納め、そして妊婦、産婦、幼児の受診の便宜を図るという理由から、幼児用の薬の品目や剤形を適宜に増やし、条件に合う産婦人科病院、婦幼保健院、子供病院及び社区卫生サービス機関も城镇居民医保の指定病院に含められた。

③の医療費の給付方式は②と関連する。「合理的に医療資源の利用の管理机制を探り、住民が十分に社区卫生サービス機関、基層医療機関で提供した医療サービスや漢方薬サービスを利用することを導く。」という旨の指摘が再三にわたってなされた。社区医療サービス機関等の基層医療機関の利用に着目することが城镇居民医保の特徴である。これについての対応は、社区医療サービス機関等の基層医療機関で受診した医療費の給付率が他の指定病院より高くなることである。そして、指定医療機関も保険の管理に積極的に参加し医療サービスのコストを抑制する意欲を高めるため、医療サービスの価格²⁷や医療費の給付方法は、各級の医療保険「経弁機関」が指定医療機関と相談した上で、決定される。その上、病気の種類あるいは医療費の総額により給付金額を決算する等の給付方式を探る。

27 日本の医療保険で言えば、診療報酬点数と呼ばれる。

第5節 中国医療保険の特徴

以上、新中国建立から今日にいたるまで中国の医療保険制度が辿ってきた歴史を大別すれば、2つ時代があり、旧医療保険制度時代と新医療保険時代となった。それぞれの時代特徴があるが、時代転換により中国医療保険制度は以下の二つの変化を起こした。

第1に、「私的」な医療保険から「公的」な医療保険へ転換する。旧医療保険制度には、公費医療は「公的」な医療保険であったが、労働保険は組織（企業）を単位とし企業内福祉的性格が強い医療保険であった。そして、農合は農民たちが病気リスクを分担するため自発的に創作した相互共済制度であった。いずれでも、「私的」中心主義が採られた。ちなみに、ここでの「私的」はよく言われる「個人」ではなく、同「団体」を指している。「私的」中心主義というのは、各「団体」は当団体に所属する人だけ医療保障を提供し、医療資源に余裕があっても団体以外の人々と共有しないということである。たとえば、労働医療の場合は、企業の経営状況により、当企業の従業員や退職員に医療保険を提供するかどうか、どの程度で給付することを決定した。農合の場合は、一年間の生産（大）隊の人民公社の運営状況により、それに所属した家庭の家族全員へ医療サービスの範囲を設定した。一方、新医療保険制度は全国ネットワークがあるわけではなく、多くの場合地区級市ごとに運営されており、省レベルで管理を統一しているのは少数である。新型農村合作医療保険制度は農村の人々向けの初めての公的な医療保険制度として登場した。

第2に、医療保険制度は「三元」構造から「二元」構造へ転換していく。1958年に「戸籍登記条列」が導入されて以来、中国社会が都市—農村の二元化構造になっている。すなわち都市部の労働者が活動する地域と農村の労働者が活動する地域が区分されている。そして、新中国の成立に貢献した軍人・幹部に対する優遇措置が講じられていた。こういう背景として、医療保険において、都市部に対する農村部、指導者に対する労働者、「三元」構造を形成した。すなわち、公費医療、労働医療及び農合三段階の医療保険制度の構造を構成した。歴史の進展に伴い、制度自体にいろいろな問題があり、新たな医療保険制

度が誕生した。その上、元の公費医療と労働医療が一本化された。医療保険制度は「三元」構造から都市部の医療保険と農村の医療保険の「二元」構造へ転換していく。

医療保険の歴史的形成過程を考察した後、現在、中国における医療保険制度は「限局性」という特徴を持っていることが明らかになった。具体的には以下の三つの面に現れている。

第1に、医療サービスへのフリーアクセスが尊重された一方で、医療保険適用の医療機関や薬局が限られた。フリーアクセスとは、患者に医療機関の選択権を保障するという意義だけでなく、医療機関に対し患者から選択されるよう医療サービスや質を向上させるインセンティブを付与するという意味合いもある。中国における医療サービスへのフリーアクセス制度自体から見ると、「いつでも、どこでも、誰でも」という理念を持っているが、医療保険制度の仕組みから見ると、医療保険の適用に対し医療機関や薬局が限定されている。また、フリーアクセスの理念の下で、医療機関は患者の評判が悪ければ淘汰されるから、医療供給者に患者サービスの向上を促すという大きなメリットがある。すなわち、医療事業は公益性を持っている一方で、自由競争市場で行っている事業である。しかしながら、被保険者が個別に医療機関や薬局を指定し、指定病院や指定薬局に限り医療保険が適用できることは、ある程度医療市場における自由競争が制限された。

第2に、医療保険制度の概要が中央政府に決定されたが、具体的な詳細や方針が地方政府により立てられる。先進国では中央政府が全国一律の給付水準と保険料率を決定するという点で「統一型」という特質を持つ公的医療保険ですら、地域分断的な「分離型」で運営される点が中国の特徴である。中国における「分離型」（地域分断的）分権システムを理解する場合、国土が広い多様であるという説明がなされることが多いが、この問題は中央—地方政府の「条条

塊塊」²⁸ 関係にまで遡って考察しなければならない。換言すれば、中央政府は医療保険の仕組みの範囲を設定しており、地方政府はその範囲以内に具体的な内容を決定した。たとえば、中央政府は医療保険料の上限額と下限額、給付対象の医薬品や病気の種類等を設定しており、地方政府は当地の消費水準に応じて納付金を決定し、地方病も医療保険の給付対象とならせる。これに対し、地域によっては、同医療保険制度ですら、給付対象となった病気、医療保険料及び給付率（額）等に格差がある。その中、最も注目される話題は外来が給付対象となるか否かことである。現在、北京や上海等の大都市における外来が給付対象となるよう改革を導入したが、中小都市におけるまだ改革を推進していない。

第3に、医療保険の適用範囲が限られている。指定医療機関や指定薬局に限り医療保険が適用できるに加え、給付対象の疾病や医薬品も限定されている。給付対象の医薬品については、「医療保険基本医薬品目録」に載せられた医薬品が給付対象となる。「医療保険基本医薬品目録」は中央政府に制作され、地方政府はそれに基づき修正する。一般的に言えば、入院の医療費が給付対象となっており、外来の医療費が給付対象外となっている。ただし、慢性疾病や大病の外来の医療費が例外として給付対象となっている。近年、外来の医療費が給付対象になるか否かは焦点を当て、北京をはじめ大都市における新たな改革を導入したが、まだ全国中に拡大していない。また、三つの医療制度は給付範囲と給付金額において大きな格差があった。

終わりに

本論文では、中国の医療保険制度の歴史を繙くに当たり、①萌芽期、②遅滞

28 「条条」とは中央から省一市一県といったタテ方向に貫いている行政、司法、立法機構及び同機構における部門別の指揮管理系統のことである。それに対して「塊塊」とはある地域の内部において権限が集中する一つの部署から他の部署へのヨコ方向の指揮系統のことを指す。この「条条」すなわち中央からタテ方向に貫く指揮、管理系統を指して「タテの集権」と呼び、また「塊塊」すなわち地域の中での権限の集中という現象を「ヨコの集権」と呼んでいる。

期、③模索期、④転換期の4つの時期からその淵源を辿る方法を採用した。結論としては、4つの時期に医療保険制度の注目点が異なっていることである。

- ① 萌芽期は、おおむね新中国建立の直後の1951年から文化大革命の開始の1966年までである。この時期には、公費医療と労働保険制度の基盤の整備と量的拡充を図っていた。性質から見ると、両制度が異なっており、公費医療は「公的」な医療保険、労働保険は企業福祉型で「私的」な医療保険であった。それなのに、両制度の仕組みには大きな共通点があり、それはほぼ無料で医療を提供していたことである。一方、前両医療保険の規模や仕組みと比較すると、農村の人々向けの医療保険すなわち農合医療制度のほうが未整備となっていた。この制度は、農民たちが共同で病気になるリスクを分担するため、自発的に創作した医療保険であった。
- ② 遅滞期は、概ね文化大革命期間であった。1966年、中国は「文化大革命」の政治運動が始まり、十年間の内乱時期に入った。この時期には、労働保険に対する壊滅的な打撃を与えた。なぜなら、社会保険は「修正主義」と批判され、労働保険金が一律に停止されたからである。一方、「文化大革命」の推進により、農合の普及率がピークを迎えた。その契機は、1968年に湖北庄楽園人民公社を視察する際に毛沢東が「合作医療は素晴らしい」と絶賛したことである。さらに、「文化大革命」の「上山下郷」運動により、農村の医師不足問題がある程度緩和された。
- ③ 模索期は「文化大革命」の終了から九十年代の半ばまでである。八十年代に入って以来、改革開放政策を推進するとともに、国有企業の管理体制の整備を進めたため、多くの国有企業が崩壊寸前の状態に陥った。その結果、企業が経済的に医療保険を提供できなくなった。さらに、「文化大革命」の終了につれて、農合のカバー率は以前の90%前後から5%に急減し、農村合作医療制度が壊滅的な打撃を与えられた。その反面、公費医療の費用が高騰しつつあった。こういう背景の下で、旧医療保険制度は崩壊し、新たな医療保険制度を模索する必要が生じた。九十年代

に入り、全国の各地に医療保険制度の改革を推進した。その中で、今後の医療保険制度に大きな影響を与えたのは、両江モデル、深圳モデル及び海南モデルの三つの医療保険改革モデルである。

- ④ 転換期は九十年代の半ばから現在まで、以前の旧医療保険制度から新たな医療保険制度へ転換する時期である。模索期に登場した三つの医療保険改革モデルに基づき、1998年都市部の従業員向けの「都市部職員基本医療保険」、2003年に農村部の人々向けの「新型農村合作医療保険」、2007年に都市部の住民向けの「都市部住民基本医療保険」を創作した。こうして、医療保険において新たな扉が開かれた。

中国における医療保険の歴史的形成過程から見ると、2大転換を経た。「私的」から「公的」へ転換することと「三元」構造から「二元」構造へ転換することである。なお、甘い政策を打ち出すと、元に戻すことがいかに困難であり、公費医療はその代表的な例である。今日に至るまでも公費医療と住民労働保険を一本化される課題が残されている。

また、現在の医療保険制度が「限局性」という特徴を持っている。この「限局性」は二つの面で現され、一つは保険自体の仕組みの限局性、もう一つは「地方限局性」である。

今後、高齢化の進展に伴い、「看病難、看病貴」という問題がますます深刻となる見込みである。そこで、医療保険制度の「限局性」を利用し、この問題の解決について探ろうと考えている。

参考文献

- 1 嗎学山他「中国農村保健医療制度の実践と展望」『衛生経済研究』66(5)、1994年。
- 2 殷国慶他「中国における農村合作医療制度—その展開過程を中心に」、1999年。
- 3 鄭功成「中国社会保障制度の変遷と発展」中国人民大学出版社、2002年。
- 4 労働部社会保険事業管理局『中国社会保険年鑑』1997年。
- 5 「九江市職工医療社会保険暫施行規程」『中国社会保障』1995年第2期。
- 6 中国社会科学院農村發展研究所、『2003-2004年中国農村経済形勢分析と予測』、国家統計局農村

- 社会経済調査総隊作成、2004年。
- 7 塚元隆敏『中国の国有企業改革と労働・医療保障』、大月書店、2006年。
 - 8 「国家衛生サービス研究—1998年第二次国家衛生サービス調査分析報告」、中国人民共和国衛生部、1999年。
 - 9 専修大学社会学科研究省編『中国社会の現状』、専修大学出版局、2006年。
 - 10 梶谷懐『現代中国の財政金融システム グローバル化と中央—地方関係の経済学』、名古屋大学出版会、2011年。
 - 11 羅小娟『中国における医療保障制度の改革と再構築』、日本僑報社、2011年。
 - 12 島崎謙治『日本の医療制度と政策』、東京大学出版会、2011年。
 - 13 王文亮『中国の社会保障』、日本僑報社、2001年。
 - 14 『中国社会保険』第10期、1998年。
 - 15 陳佳貴『中国社会保障発展報告 1997-2001』社会科学文献出版社、2001年。
 - 16 蔡仁華『中国医療保障制度改革実用全書』中国人事出版社、1997年。
 - 17 『中国衛生統計資料まとめ 1978-1990』中国衛生統計雜誌社、1991年。