

転換する中国の医療保険制度 — 国費から社会保険へ

石塚 秀雄

はじめに

現在、中国では農村部に数億人の剰余労働力があり、彼らが農民工として都市に流入し、倒産したり民営化する国営企業が増加している。市場競争原理がはびこり、今や世界で一番資本主義的な人間は中国人だと言われるくらいである。新富裕層が出現する一方で貧困層も増大して、黒猫と白猫が混ざり合って巨大な格差社会の様相を呈している。人口13億人の社会主義国である中国の医療制度は大きく転換しつつある。

その理由は、中国の社会的構成や経済が1970年代後半からの「市場的社会主義」の政策転換によって大きく変化発展してきたからである。すなわち、公務員・公営企業を中心にした社会保障制度は従来の形では維持できなくなってきたのである。この転換によって、1948年の建国以来の一定の役割を果たしてきた医療制度も適格的でなくなってきたからである。1990年代の「市場化」の中で、医療問題は「看病難、看病貴」（医療費が高すぎて、診療を受けられない）という社会問題となり、また公立病院に対して非営利性よりも利益追求を強制してきた歪みがでてきた。その中で医療制度改革が必然的に要請されてきたのである。

2002年度における医療保障制度の構成は、「中国衛生統計概要」に基づけば、自費医療76%、都市部労働保険6%、公務員医療5%、農村医療6%などとなっており、圧倒的に全額負担が多い。また、2005年3月時点では、都市部の人口の45%、農村部の人口の80%が医療保険に加入していなかった。

いわゆる都市部とその後背地とも言われる農村部の経済的格差、社会的格差の増大、市場的社会主義による国営企業中心から国営企業の民営化や株式会社化に伴う新しい民営企業（城鎮企業【都市部の企業】、郷鎮企業【農村部の企業】、個体企

業、集体企業）などが都市や農村で増加する中で労働者の条件も変化していること、公的病院の効率化追求などが社会保障制度改革の理由にあげられる。以前の中国の医療制度はなによりも公務員と大企業労働者のための医療制度であった。そして近年、なによりも、医療の全国民への普及という要請が、医療制度の転換を促している。新しい医療保険制度はすべての国民をカバーする国民皆保険を長期目標にしている。2009年から2011年の3カ年目標は①都市部医療制度と農村部医療制度の確立、②国家基本薬物制度の構築、③医療供給機関の再構築と健全化、④基本公衆衛生サービスの均等化、⑤公的医療機関の充実と非営利病院の促進、を重点分野としている。しかし、これらの目標はいくつかの困難あるいはチャレンジを抱えていると思われる。

2001年度から進められた新医療制度は、政府・企業・個人の3者による共同負担である。この転換は従来の「公費医療」と「労働保護」医療の組み合わせから「医療保険」制度への転換である。2008年12月に「社会保険法」案が発表され、年金、医療を中心に新たな社会保障制度の構築が進められている。理念的に言えば「国家負担」の「普遍主義的」な医療制度から、新しい「社会保険」制度への転換である。「社会主義国」におけるこうした転換は、果たしてどのように評価されるべきであろうか。

1. 歴史的概要

現在進められている中国の社会保障制度の主要な柱は、年金と医療である。1950年代から中国の公的医療制度は、職能的に3種類の制度として構成されてきた。1951年の「労働保険条例」で社会保険制度を開始したが、これは公務員と都市部の労働者を主たる対象にした限定されたものであつ

た。それを「国家型医療保険」と呼ぶ研究者もいる。財源は国（税）と企業の負担であり、個人負担は基本的になかった。すなわち、全人口13億人のうちわずか6%、7000万人の特権的な階層（公務員、都市部一部労働者）が享受したにすぎない公的医療制度でもあった。こうした格差の原因の1つは、農村と都市の二元的な戸籍管理制度にあると言われている。

（1）公費医療

簡単にいえば、公務員むけ医療制度である。「無料医療」ともいわれた。国家公務員、軍人、警官などを対象としたものである。歴史的には社会保障の対象はまず公務員、軍人などを対象として形成されることは、多くの国で見られるが、中国でも同様であった。「公費利用」の対象は本人だけであり、家族の利用は原則としてできなかった。

（2）労働保護制度

これは公的企業の労働者むけの医療制度である。同じく「無料医療」ともいう。労働保護制度は労働安全用品の無料支給と医療費支給により構成される。公営企業に勤める従業員に対して国家負担を行う。家族も受給対象となる。

（3）農村「人民公社」むけ医療制度

農村部における医療サービスは都市部に比べると貧弱であった。1959年に「合作医療保険制度」が設立された。これは農村住民の互助共済の集団医療保険制度であり、人民公社の社員が拠出をして、治療費の全額または一部を保障するものであった。これは主として第一次医療をカバーするもので、重い病気は県立病院などに行った。いわゆるはだしの医者が中心のものであった。しかし、人民公社の解体が進み、1985年には「農村合作医療保険制度」は全国農村の5%にしか残らなかった。農村住民の多くは定収入なのに自費治療ということで、医療へのアクセスは非常に弱かった。2003年度の農村患者の未診療率は45.8%であった。

（4）国家財政による基本医療保健

地方病（吸血病）や伝染病などの予防活動など。

2. 新しい「医療保険」制度

1999年からの新しい社会保険（医療保険を含む）制度の特徴は、最低限の公的保障と自己責任の原則にもとづいた、個人負担制の導入である。この個人の年金口座、医療保険口座という新方式は、理想的には積み立て方式の導入である。一方社会保険基金の運用は、基金をプールして配分するという側面を持つので、一部賦課方式である。また、公務員と公司企業従業員を対象にした制度の一元化である。これは公務員特権の縮小と国営企業の民営化促進が前提としてある。新自医療保険制度は、「基本医療保険基金」が運用する。しかし、基金の運営も全国一律ではないので、地域格差の増大が派生するおそれがある。

（1）都市部医療保険制度

1998年12月から都市部において展開されつつある「城鎮基本医療保険」制度は、「城鎮職工【従業員】基本医療保険」制度と「城鎮居民【住民】基本医療保険」制度により構成される。前者は勤労者対象であり、後者はその家族や老人などが主とした対象である。現在のところ、いわゆる農村戸籍をもった都市生活者はいずれの制度にも基本的に加入できない。2008年末現在で3億2000万人が加入しているといわれる。同年の医療保険基金の年間収入は3040億円で、支出は2084億元であった。基金の残高は3432億円でそのうち個人口座累計残高は1142億元であった。

この新しい医療保険制度は「公費医療」と「労働保護」の2制度の一元化と言える。すなわち公務員と都市労働者の医療制度の一元化である。さらに新「社会保険」型に設計変更が行われている。すなわち、医療保険基金と個人医療費口座という形で医療費を負担する形になっている。個人は医療費口座に基礎医療費を積み立てる。医療費支払いは、4段階に分かれる。①個人医療費口座から引き落とす。限度は年平均賃金の10%程度。②個人医療費口座がゼロになると、一定金額まで全額個人負担、③個人負担が限度額を超えたら、個人と医療保険基金から一定比率で共同負担、④個人負担医療費が年間限度額を超えると（年収の4倍程度）、医療保険基金から80%、個人が20%負担

する。

医療保険料は、企業が総賃金の7%、個人が賃金の2%で、企業負担分の30%は個人口座に繰り入れられるという。しかし広州市の例を取れば、従業員の基本医療保険料は7%、自営業者は3%、企業の納付保険料は0.4%（2009年5月）となっており、地域によってかなりの違いがありそうである。ただし、社会保険料には医療保険の他、養老保険、失業保険、労災保険、生育【出産】保険などの分担が追加される。

表1. 中国の医療保障方式区分（2003年）

項目	合計	都市	農村
合作医療	8.8%	6.6%	9.5%
基本医療保険	8.9%	30.4%	1.5%
大病の医療保険	0.6%	1.8%	0.1%
公費医療(公務員)	1.2%	4.0%	0.2%
労働保護医療	1.3%	4.6%	0.1%
その他社会保険	1.4%	2.2%	1.2%
商業保険	7.6%	5.6%	8.3%
自己負担	70.2%	44.8%	79.0%

出所：中華人民共和国衛生部「国家衛生サービス調査」(2003)

(2) 農村部医療保険制度

農村部は都市部に比べて格差がはげしい。2003年度から「新型農村合作医療制度」の確立を準備し、2009年度には8億3000万人が計上されている。しかし、実態はまだ整備されておらず、都市部の医療制度に比べると資金調達が弱体であり、医療アクセスができる人口は限られている。補助金標準を1人120元にするとなっているが都市部と比べると5分の1以下である。

農村部における医療費財源不足を国全体の社会保険基金から補填する必要が考えられるが、中国政府は農村部に対しては対処療法的な無料治療などを実施したりしているものの、全人口の7割が住む農村部における「新型農村合作医療制度」の運営をどうすすめるかは極めて難問だと思われる。2001年度では都市部のベッド数は246万床、農村部は74万床で3倍、また医療従事者は都市部は441万人、農村部は117万人で、いずれも3倍ほどの格差がある。

(3) 医療機関

中国の医療機関の種類は、次の表のように区分される（中国衛生部）。

中国には約27万の医療機関がある。表2に医療

表2. 中国の医療機関区分（2008年度）

	合計	政府立 Government	社会立 Society	私 Private	営 Nonprofit	(非営利性) Nonprofit	(営 Profit	(営利性) Profit
合計	269,375	68,258	64,174	136,943	(125,770)	(141,731)		
医院 Hospital	19,712	9,777	6,048	3,887	(15,650)	(4,038)		
総合病院	13,119	5,830	5,060	2,229	(10,856)	(2,245)		
中医院	2,688	2,244	158	286	(2,403)	(285)		
特科病院	3,437	1,422	763	1,252	(2,048)	(1,383)		
その他	468	281	67	120	(343)	(125)		
社区卫生センター Health Service Center for Community	24,260	8,598	12,464	3,198	(22,392)	(1,167)		
衛生院 Health Center	39,860	38,636	920	304	(39,764)	(43)		
問診部 Outpatient Department	6,975	469	3,074	3,432	(2,739)	(4,186)		
診療所 Clinic	173,777	6,373	41,315	126,089	(40,523)	(132,250)		
母子保健院 MCH Center	3,011	2,912	96	3	(3,006)	(4)		
特別予防センター	1,310	1,203	87	20	(1,288)	(19)		

出所：中国衛生部統計より作成、英文も原文のまま

表 3. 中国の病院等級 (2008年度)

	医院合計	総合病院	中 医 院	特 科 病 院	その他 (母子保健院、予防センター)
合計	19,712	13,119	2,924	3,437	2004
三級(甲・乙・丙)	1,192	732	213	244	50
二級(甲・乙・丙)	6,780	4,404	1,659	641	498
一級	4,989	4,064	278	608	639
その他	6,751	3,919	774	1,944	817

出所：中国衛生部統計より作成

表 4. 中国の医療従事者 (2008年)

総数	医師	看護師	薬剤師	検査技師	その他技師	管理その他
6,169,050	2,082,258	1,653,297	330,525	751,340	255,149	883,863

出所：中国衛生部統計より作成

機関の区分があり、病院、診療所、地域保健センターと大まかにわけることができよう。地域的に政府立の医療機関、社区医療機関（地区または郡レベルの衛生サービスセンター、診療所）、大都市レベルの医療機関、県や省およびそれ以上の医療機関、政府（衛生部）の医療機関である。言い換えれば公立病院、県立病院、郷鎮衛生院（農村部診療所）、都市部社区衛生サービスセンター（都市部診療所）などである。表3に見られるように、病院・診療所は最高3級甲乙丙、2級甲乙丙、1級、その他と区分される。その他がなにを示すかは残念ながら不明でいていない。政府統計では、医療機関の性格を営利性と非営利性に区分している。いわゆる社会立の医療機関のほとんどは非営利として区分されていると思われる。「社会立」とはなにかというのは、詳しくはわからないが、いわゆる政府資金でない、地域の「社会資本」を活用して設立された民営の病院かと思われる。統計によれば医療機関の半分当たる14万の医療機関が私営営利である。そのほとんどはいわゆる診療所（clinic）である。この診療所の実態がどのようなものであるのかは定かではないが、小規模であり、公的医療制度に組み込まれていないものなのかも知れない。

一般に医師の名目給与はタクシーの運転手よりも低いといわれる。病院の独立採算化が進む中で、高度医療や過剰医療により経営効率を上げていく

傾向がこれまで見られるという。農村部に医師や病院の配置が都市の3分の1程度しかない医療格差の是正のための方策の検討が迫られていると思われる。

(4) 保険市場の導入

中国には合作保険機関、相互保険機関など新しい保険組織が出てきた。中国の保険法改正は従来の国営型保険会社だけとしていたものを、いずれの法人形式も認める方向に修正した。とりわけ、「相互性」、「協力性」の保険組織すなわち共済型を重視している。2004年に黒龍江省で中国初の「陽光農業相互保険公司」が設立された。こうした保険組織は、農家の養老保険、企業年金、新型農村合作医療制度などの運用に係わる方向である。

社会保険料の滞納の問題、企業、個人などの制度上の問題、社会保険基金の管理運営問題、資金調達、投資問題、投資損が発生するおそれなどいろいろな問題が発生するであろう。

むすび

中国の社会保障制度は、貧困救済と特権グループ保護の組み合わせによる国家提供型から、全国民の生活向上のための新社会保険型に移行しつつあると言える。国家提供型（無料型）はもともと都市の公務員や一部の労働者むけのものであった

ので、普遍型とはいえない。しかし、新しく掲げている社会政策は、生活の質を高める国民福祉・労働者福祉増進をはかり、より豊かなくらしの実現をめざす目的を掲げたものと言える。

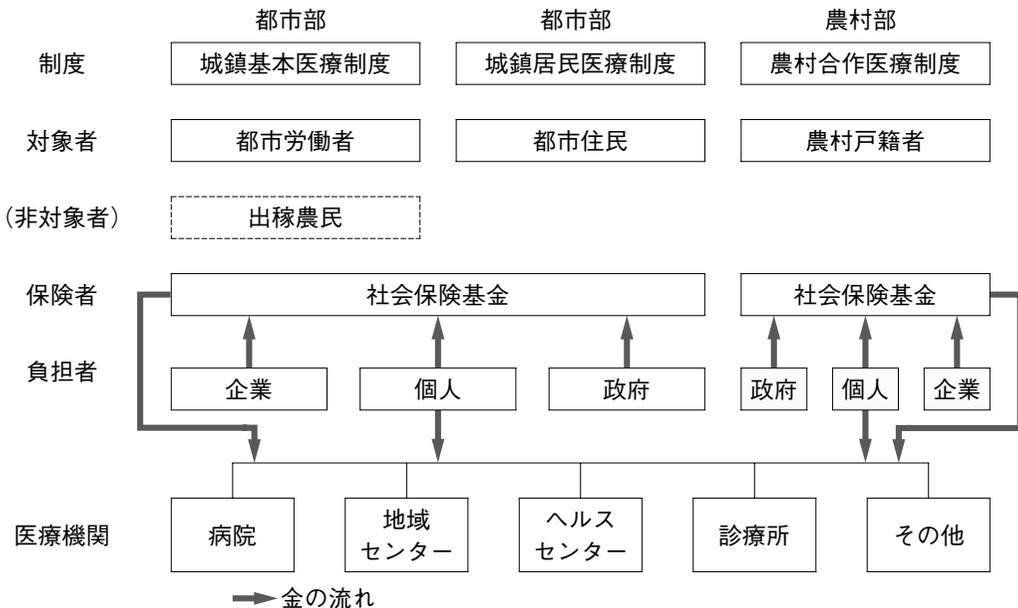
中国の医療制度は、社会保険制度の主要な柱の1つとして構成されるが、社会保険基金は行政による管理運営を行うという形で、ヨーロッパ型の社会保険制度とは異なるものである。国家が実質的に管理運営するという点ではむしろ日本型社会保険と類似してきていると言える。すなわち、国民皆保険制度をめざし、社会保険を中央政府・地方政府が管理運営することとし、国（税）と社会保険料（企業と個人）で財源を徴収し、金融市場で資金運用をするという構想である。さらに保険組織の参加も模索しているようであるが、今後、制度の仕組みが変化する可能性もある。一方農村部の医療保険制度の原理は、国家型社会保険というよりも、共済型の導入を考えているように思われる。またとりわけ都市部と農村部の二重制度による格差をどのようにするのかによって、普遍主義的アクセスの中身も異なってこよう。

また個人口座制度は積み立て方式で所得比例に基づくものである。また企業の支払う保険料は企業格差が拡大するなかで増減したりする。あるいは制度に加入しない企業も増大する可能性がある

ので、医療利用における所得比例格差が拡大する可能性も考えられる。また、依然として、受診時の御礼として現金を渡すという「紅包」の習慣は続いているようである。また病院間の競争格差の目安として、治療代の違いは当然であるという考えも強いといわれる。

中国は共産党政府と市場主義の組み合わせという独自の形態を取っているが、国家型市場経済の中で、医療分野におけるアクターとして、国家・公権力、公的企業、民間企業、農村企業、労働者、農民、公的医療機関、非営利医療機関、製薬会社（公営・民営）、さらには保険組織などが登場し、多様な組み合わせが想定できる。とりわけ労働者の地位は臨時や非正規など多様化増大化しており、その労働者権利の保障を国や企業がどのように行うか、困難な課題を抱えている。全国民の医療アクセスの実現と、質の確保、財源の確保などを制度的に一元化することは中期的には困難と思われるので、社会保険形式で、職能型と地域型の分立を取らざるを得ないということであろう。保険料は地域ごとに徴収管理されるが、一方農村部については国の税による補填が必要なので一元的管理が望まれる。しかしその実現は非常に困難だと思われる。結局、当分の間、アクターの多様な組み合わせの模索が続くと思われる。

図 中国の医療社会保険制度



また公営の医療機関への独立採算制度の導入は、医療機関への評価点検などを通じた行政による統制強化とセットになっており、日本と同様医療従事者にとって難しい状況が生まれることが予想される。過剰診療や薬づけなどを避けるために DRG（診断群別包括支払い方式）の導入の可能性もある。その結果、病院格差などが助長される側面も考えられ、医療の公平なアクセスが疎外される可能性もある。

また統計に見られるように、民営化医療機関はとりわけ外来医療機関と診療所といった中小規模の医療機関において大きな数を占める。こうした民間医療機関を営利ではなく非営利・協同的なあるいは社会的な医療機関としてどのように拡大していくのかの議論もすすめられており、その点が重要だと思われる。

医療は国民のいのちとくらしだけではなく経済活動（企業活動）をも支える土台である。市場社会主義の下、市場化を推し進める中国の社会保障はどこにむかって進んでいるのか、今後も注目していきたい。

（いしづか ひでお、主任研究員）

主要参考資料

陳金霞『中国農村部の社会保障制度の整備—医療制度を中心に』、「社会文化科学研究」第12号、関根栄一『中国の社会保険法（草案）の公表と公的年金制度改革』、Chinese Capital Markets Research,2009

沙銀華『中国社会保険制度改革の現状と今後の改革の方向』、2002

沙銀華『中国社会保障制度改革の現状と今後の課題』、「季刊家計経済研究」No.58,2003

新華社 www.xinhua.jp

Café China「遼寧省城陳居民基本医療保険制度建設全面推進」www.hellonavi.com

金堅敏『国民皆保険に向けた中国の医療体制改革』、富士通総研、2009

楊開宇、坂口正之『中国の基本医療制度の展開と地域格差の実態』、「生活科学研究誌」Vol.4,2005

三浦有史『中国の医療格差と医療制度改革』、「環太平洋ビジネス情報 RIM」No.33,2009/07/25

李蓮花『中国の医療保険制度改革』、「アジア経済」XLIV-4,2003

広井良典、駒村康平編『アジアの社会保障』、東京大学出版会、2003

舒瑾『中国医療保険制度の特質と限界』、新潟大学「現代社会文化研究」No.41.2008年3月

舒瑾『市場経済化後における医療保険制度の現状』、新潟大学「現代社会文化研究」No.44.2009年3月

城本のみ『中国の医療制度改革』、弘前大学人文学部『人文社会論叢』第4号、2000年

耿欣『中国医療保険制度の現状』、新潟大学「現代社会文化研究」No.37,2006年12月。

張文鳴、他『民間医院今后発展問題』、中国改革論題、www.chinareform.org.cn/ 2007年4月20日

中華人民共和国社会保険法（草案全文）www.law-time.cn