

中国における医療保険制度の変遷 —重層的な医療保障システムのあり方—

周文君^{*1}

要約

中華人民共和国は建国（1949年）後、計画経済体制の元、医療保障システムが全く整っていない状況からスタートした。当時は、戸籍制度の確立に伴って、都市部において労働保険医療制度及び公費医療制度が実施された。つまり都市部のみ限定的に「国民皆保険」がほぼ実現されていたといえよう。一方、農村部では互助共済の農村合作医療制度が設立され、「発展途上国で医療費問題を解決できる唯一の模範例であり、成功した医療革命」と称賛され、国際社会から注目されるようになった。1978年に「改革・開放」政策が提出され、中国は市場経済へと移行し始めた。それとともに、従来の医療保障システムが崩壊してしまった。1990年代から、中国の経済は急成長に入り、地域モデルの試行を通じて、都市部には従業員基本医療保険制度、農村部には新型農村合作制度が実行された。それに引き続いて都市部住民基本医療保険制度が構築され、全民保険（日本の国民皆保険に相当）は制度上において確立された。しかし、現制度執行以来、制度間の格差、医療費の高騰などの問題が顕在化してきた。今後、経済成長が鈍化する可能性があることをふまえると、少子高齢化に関する問題を直視し、医療保障システムの充実化と新たな社会福祉制度の整備を求めて行く必要がある。

1. はじめに

中華人民共和国（以下中国とする）は建国してから60年余り経ち、医療機関の整備、医療技術のレベル向上はもちろん、医療保障体制はゼロから作り上げ、徐々に充実が図られ、めざましい発展を成し遂げてきた¹⁾。医療保険制度は社会保障の一環として、国民の健康と社会の安定を支える重要な柱となり、国の経済成長を支えてきた。

馬²⁾は「中国建国後の歴史は、社会環境、所有制構造、経済制度の違いによって大きく計画経済期と体制移行期の二期に分けることができる」ことを指摘している。その転機は1978年に提起された「改革・開放」政策^{†1)}である。これにより、中国は計画経済から社会主義市場経済へと経済体制を移行することとなった。

そもそも1949年に中国が建国された時、戦争の影響もあり、衛生状態の低下、自然災害の頻発、経済の低迷など様々な問題に直面していた。その後、迅

速に経済を復帰の軌道に乗せるため、中国政府は計画経済政策を導入し、旧ソ連の重工業優先政策を倣った。そして、1951年に制定された「都市戸籍管理暫定条例」によって、戸籍制度が確立され、都市部と農村部とが明らかに分断された。つまり、国の経済発展を担う重工業生産に取り組む都市部と国の発展を支えるために農業生産を行う農村部の二元社会（図1）となったのである。そのため、都市部と農村部ではそれぞれ別の医療保障システムが整備されていくことになる。都市部では戸籍を持つ労働者とその扶養家族を対象とした公的医療保険を含む労働保険制度が整備された。一方、農村部では、一部の地域において農業従事者による合作社（日本の協同組合に相当）が結成され、集団化生産を行った。その後、合作社を中心に医療体制が整備されていくことになる。

そして、1978年に「改革・開放」政策が提起され、中国経済は市場経済体制へと徐々に移行し始める。

*1 上海中医薬大学 科学技術処

（連絡先）周文君 〒201203 中国上海浦東張江高科技園区蔡倫路1200号

E-mail : wjzhou678_2016@yahoo.co.jp

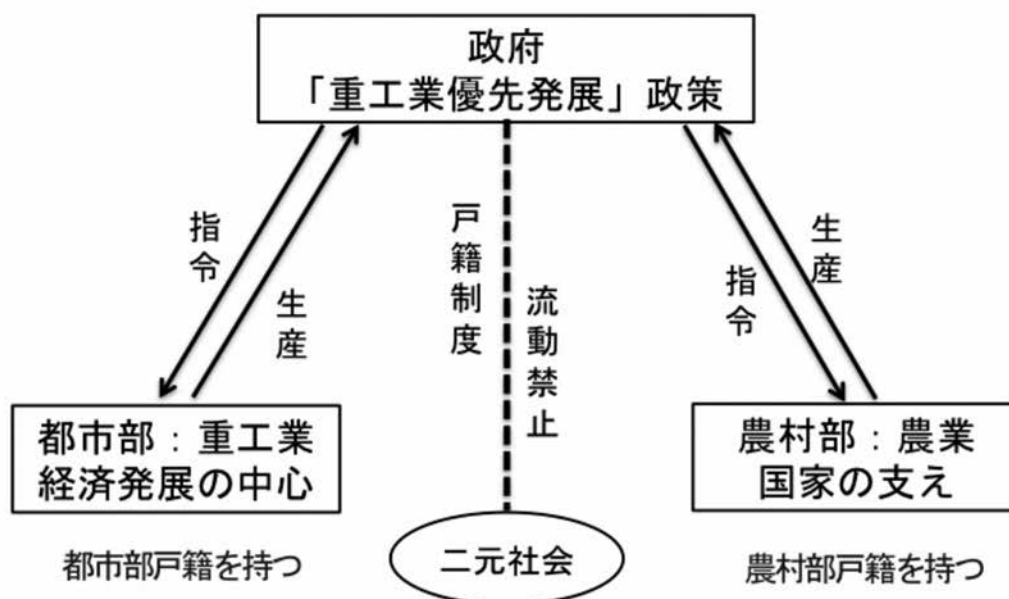


図1 戸籍制度と二元社会構造（筆者作成）

都市部では国有企業の改革を先頭に、経済変革が始まった。国有企業の改革とは、国が持っていた権限の多くを地方政府や企業自身に譲渡することである。そのため、「国の護送船」の方式から企業の経営実力に頼る形態となった。その結果、一部の企業は赤字経営、あるいは倒産に陥り、計画経済期の終身雇用も維持できず、失業者が大量に現れ、深刻な社会問題となった。また、経済の自由化に伴って、民営企業、外資企業などの非国有部門が徐々に増えたが、それらの従業員は労働医療保険に加入できないという問題も生じた。

農村部においても、市場経済が導入され、人民公社制度も崩壊し、その結果として、合作医療共済制度の基盤が失われた。そして、経済形態の自由化に伴い、また戸籍制度に縛られない出稼ぎ農民労働者の波が現れ、従来の医療保障の枠組みでは対応することが難しいといった問題が顕在化した。

本稿では、中国の経済体制の改革に伴い、医療保障システムの構築と変遷を明らかにする。それを踏まえ、既存の医療保障制度の問題と今後直面する少子高齢化社会における医療・福祉・介護に関する諸問題についていかに対応できるかについて問題をまとめて検討していきたい。

2. 計画経済期の医療保障制度

計画経済期の医療保険は、重工業優先の政策が前提となっているため、都市部戸籍住民が適用者とされる公的医療保険制度である。一方、農村部においては、人民公社によるコミュニティとしての「互助

共済」が中心となっており、医療保障が充実しているとは言えない状況であった。

2.1 計画経済期における医療保障制度の「三本の柱」

計画経済期における医療保障制度は労働医療保険（1951年）、公費医療保険（1952年）と農村合作医療制度（1956年）の3つの制度から構成された「三本の柱」であった。以下では、それぞれについて見ていく。

2.1.1 労働医療保険

1951年に政務院（中国國務院の前身、日本の内閣に相当）は国有企業、集団所有制企業の従業員と扶養家族を対象とする「労働保険条例」を公布し、これにより、都市部における社会保険制度が実施された。適応対象者は都市部における国有企業または集団企業となる工場、鉱場、鉄道、海運、郵便、交通などの従業員及び退職者であり、また従業員の扶養家族に対して医療費の5割を企業が負担することになった。全国の労働保険事業の最高指導機関である中華全国総工会は、医療保険資金を各企業に任せて管理していた。制度の施行後、被保険者は1953年の1100万人から1990年代の1.37億人に増加した³⁾。財源は給与から控除され、従業員の賃金総額の3%～5.5%が拠出されており、不足分は企業利益から繰り入れることになっていた²⁾。

当時は、企業の生産活動・労働雇用・賃金などは全て国によってコントロールされており、1950年代から実施されていた労働保険医療制度は、事実上の「国家保障」であった。保険加入者が企業の医療機

関あるいは指定公的医療機関で外来、入院などの治療を受ける場合、医療費はほとんど企業によって負担されるが、食費、自費薬剤費（保険対象外）などは自己負担となっていた。労働医療保険は、中国の建国初期に築かれた福祉色の濃い医療保険であった。

2.1.2 公費医療保険

公費医療保険制度は、各級行政府部門及び事業部門の職員、離職・退職者、在宅休養の二等以上の傷痍軍人及び大学生を適応対象者とし、1952年6月に政務院が「国家工作人員公費医療給付予防実施法」を承認したことによって実施に移された。この制度は、党職員や公務員に対する「国家保障」の一環として制定され、各級財政予算により賄い、財政的に安定した運営がなされていた。受診の際には、必要な診療費、手術費、入院治療費や薬剤費などは全て公費医療保険によって負担され、被保険者は通院する時の旅費と入院する時の食費のみを負担することになっていた。保険適応対象者は1952年の約400万人から、1990年の2486万人に増加した（そのうち、定年退職者は1693万人）³⁾。

この制度のもと、被保険者なら役柄、収入を問わず、無料の医療サービスを受けられた。しかし、保険対象者の増加に伴って、医療費支出も大幅に膨らんだ。公費医療による財政の重圧を和らげるため、「公費医療問題改善管理の通知」や薬品の制限措置などの通達が公布された。

このような都市部における医療保険制度の実施は、医療サービスや薬品の欠如の状況を改善し、都市部における従業員の健康レベルの向上に貢献した。また、制度の充実は、都市部の労働者の生産意欲を大幅に向上させ、国の経済発展や社会の安定に積極的な役割を果たした⁴⁾。

2.1.3 農村合作医療制度

1950年代に、集団生産によって、一部の農村では自ら医療共済組合、医療保健所を創設した。合作医

療制度は、1956年に公布された「高級農業生産合作社示範条例」により確立され、農村部に適応する医療保障制度といえるものであった。農村合作医療制度の普及率は1960年に32%、1970年代末に約90%となった。しかし、都市部における公費医療保険や労働医療保険制度とは異なり、農村合作医療制度は政府の直接的関与が少なく、農民個人の自由意志による共済互助の特徴がみられた。財源は人民公社^{†2)}と社員の両方が負担する仕組みとなっていた。具体的には、人民公社の社員が共済金を年に1元を拠出することにより、外来受診料、診察費、手術費などの医療費の全額または一部が免除されるものであった。農民は、基本的に村の医療保健所で受診し、中度の病気は人民公社・郷（鎮）の病院で、重度の病気は、県（市）病院で診療することとなった。

農村合作医療制度の実施には以下の利点があげられる。①農民の多くが基本的医療サービスを受けられた。②重篤な疾病によって貧困が生じるリスクを低減した。③予防医療の実施により、伝染病や地方病の予防・治療に大きな役割を果たした。この制度の普及と同時に、「裸足の医者」^{†3)}という半農半医の医療員が農村での軽度の疾病治療を行っており、医療提供体制の充実も同時に図られていた。

2.2 成果及び欠点

既に説明したように、戸籍制度によって、計画経済後期の中国社会は二元構造に分断されていた。これに伴い、医療保障も都市部では労働医療保険と公費医療保険、また農村部では農村合作医療制度が別々に実施されていた。当時この3つの制度は総人口の70%をカバーしていた。上記の3種類の制度は計画経済期における医療保険制度の三本の柱(表1)となって、医療提供体制と公衆衛生システムを機能させていた。当時、課題となっていた医師と薬品不足の状況において、中国の医療衛生事業と国民健康レベルを向上させるために、大きな役割を果たして

表1 計画経済期の三本の柱

名称	都市部		農村部
	劳保医療保険	公費医療保険	農村合作医療制度
適応対象者	国有企業、集団企業の従業員・退職者、従業員の家族	国家の職員・離職・退職者、障害軍人、大学生	農村戸籍者
導入時期	1951年	1952年	1956年
加入形態	強制	強制	自由
財源	企業財政	国家財政	集団財政 (合作社共済)
適応疾病	全部	全部	基本予防医療
管理部門	中華総工会	衛生部	人民公社
医療サービス機関	企業医院	公的病院	合作社保健所 (裸足の医者)

おり、中国の平均寿命は1949年の35歳から1981年の69歳に上昇した。また、寄生虫病、結核やハンセン病などの感染症の罹患率は1955年には10万人あたり2139.7人であったが、1981年には1884.4人に減少した。さらに、妊産婦の死亡率も建国前の10万人あたり1500人から1991年には80.1人に大幅に減少し、加えて、新生児の死亡率も20%から3.47%に減った⁵⁾。これらのことから、計画経済期における三本の柱が国民の健康レベルを高めたことが明らかである。このような医療保障の充実は発展途上国の中で「成功した衛生革命」^{2,4)}と呼ばれた。

一方、この医療保障システムには短所があることも否めない。都市部では、無料医療制度が実施された結果、過剰受診や医薬品の過剰消費の問題が生じるとともに、医療提供側も医療サービスを過剰提供するようになった。その結果、国が拠出する医療費が膨み、政府の財政を圧迫する事態となった。また、経済改革に伴って、人民公社が解体し、農村部の合作医療制度も崩壊し、農村部の医療保障はほぼ存在しない状態に陥り、国民の医療保障をいかに再構築するのかが甚大かつ緊急の課題となった。

3. 体制移行期における重層的な医療保障制度の構築

3.1 新「三本の柱」のあり方

経済形態の変化に伴って、中国の二重構造の実態を続けている。都市部の医療保障が財政難などの原因により、維持できなくなり、農村部の合作医療制度も崩壊したことを背景に、市場経済に適した「新三本の柱」の構築を急いだ。1993年、社会主義市場経済体制が法律によって確立されるとともに、中国は高度経済成長期に入った。それをきっかけに、1998年の都市部従業員基本医療保険を筆頭に、2003

年の新型農村合作保険、2007年には都市部従業員以外の住民を対象とする都市部住民基本医療保険が相次いで施行され、これらは体制移行期の新三本の柱（表2）と言われた。

3.1.1 市場経済期における都市部従業員基本医療制度

社会主義市場経済体制が確立された翌年から、一部の指定都市を始め、いくつかの都市部従業員に対する医療保険の改革案が試行され、制度改革が徐々に拡大していった。1998年12月、国務院が「都市部従業員基本医療保険制度の建設に関する決定」を公布し、都市部従業員を対象とする医療保険制度が実施され始める。企業（国有企業、集団企業、外資系企業、民営企業など）、事業単位（公営の学校、病院）、各種社会的団体、民間企業組織とその労働者、共産党職員、公務員のすべてを保険の適応対象者とし、その加入も義務化している。財源は個人と企業が共同で負担する仕組みとなっており、所属企業が前年度従業員の平均賃金総額の6%以上（各地域の経済発展に応じて掛金率が調整される）、従業員が前年度本人賃金の2%を納めることになっている。個人が支払った保険料は全て「個人医療口座」に積み立てられ、企業が支払った保険料の30%も「個人医療口座」に繰り入れられる。そして、企業が支払った保険料の残りの70%は「社会医療統括基金」として貯蓄される仕組みとなっている（図2）。

保険の給付についても、日本は原則として3割を自己負担するのに対して、中国の場合、1年毎にその割合が設定されることになっており、まず、当年度個人医療口座の積立金より支払われ、その資金が全て使われた後、超過分を1500元まで自己負担し、さらにそれを超えた分については自己負担が最高5

表2 体制移行期の新三本の柱

名称	都市部		農村部
	都市従業者 基本医療保険	都市住民 基本医療保険	新型農村合作 医療保険
適応対象者	都市部の従業者、 退職者	都市戸籍の非従業者、 学生、児童	農村戸籍住民 (世帯単位)
導入時期	1998年	2007年	2003年
加入形態	強制	任意	任意
財源	個人+企業	個人+政府	個人+政府
適応疾病	入院+外来 全部	入院+外来一部 重病から拡大	入院+外来一部 重病から拡大
管理部門	各地方運営機構 市、県統一レベル	各地方運営機構 市、県統一レベル	各レベル行政機関 地域格差大きい
保険適応 内容	指定医薬品リスト 指定診療項目 指定医療機関	指定医薬品リスト 指定診療項目 指定医療機関	指定医薬品リスト（一部） 指定診療項目（一部） 指定医療機関（一部）

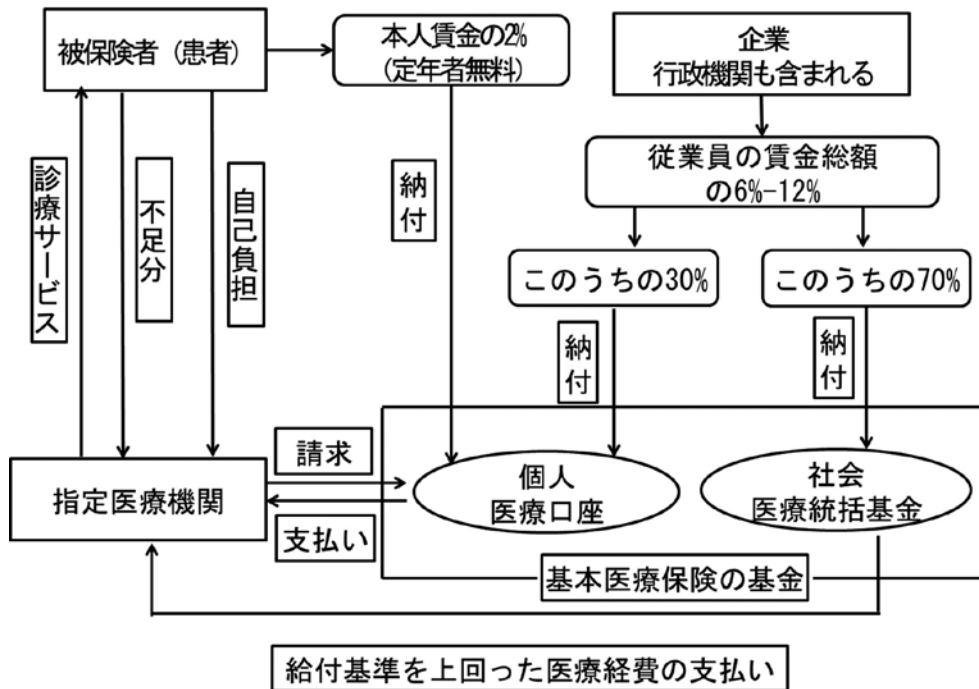


図2 都市部従業員基本医療保険の仕組み（筆者作成）

割となる（年齢による区分あり）。なお、定年になると、保険料の自己負担はなくなり、外来・入院などの場合の自己負担率は現役世代より低く抑えられている。また、被保険者の状況に応じて、異なる給付の基準と上限額が設定されている。さらに、超過分は「企業補充保険」や「商業医療保険」などの補完医療保険に委ねられる。一方、指定医療機関に目を向けてみると、公的病院はほぼ保険指定医療機関となっている。また、薬局と民営病院が参入しようとする場合、保険基金管理機構に申請し、認可が受けられれば、初めて指定医療機関となれる。

計画経済期の労働保険や公費医療とは異なり、体制移行期の都市部従業員基本医療保険の対象者は従業員だけに限定され、扶養家族はこの保険にカバーされていない。この制度は、従業員の基本的医療需要が保証され、個人と企業が共同負担となっている。つまり個人医療口座と社会統括基金が同時に貯蓄されており、管理とサービスの社会化などの特徴を持っている。

3.1.2 新型農村合作医療制度

1990年以降、市場経済の発展に伴って、都市部と農村部の格差が拡大していた。一部の農村では、農民の現金収入が少なく、生活困窮状態に陥ることが多かった。しかし、建国当初のような農民共済互助の観念が希薄化しており、一部の低収入の農民は、合作医療制度に加入したくても、そもそも、出資能力がないという状況に陥った。その後、2000年以降

に、このような農村の実態を背景に、国務院が重病治療を中心とする新型農村合作医療制度を徐々に実行に移す検討をはじめた。2003年1月10日に「新型農村合作医療制度設立に関する意見」が公布され、農村部戸籍を持つ人を対象とする新型農村合作医療制度が確立された。この制度は、2010年末にはほぼ全国の農村に普及した。

この新型農村合作医療保険制度の加入は任意であり、世帯で加入することとなっている。財源は個人納付と政府拠出金によって賄われており、社会医療統括基金に貯蓄される。被保険者の納付する保険料と政府拠出の補助金の金額は国から定められ、1年毎に設定される。設立初期段階では、重篤な疾病患者の入院と外来治療に限定していたが、ここ数年で、枠が拡大され、一般の病気も適応対象となっている。

3.1.3 都市部住民医療保険

都市部の従業員以外の住民を対象とした「都市部住民基本医療保険」は、新型農村合作医療制度と類似している（図3）。

保険料の資金調達の仕組みは、被保険者が納付する保険料と中央政府や地方政府が拠出する補助金から成り立ち、社会医療統括基金として貯蓄される。金額は国から定められ、1年毎に設定される。設立初期段階では、重篤な疾病患者の入院と外来治療を目的としていたが、近年、適応対象が拡大され、一般の病気もカバーできるようになった。

都市住民基本医療制度には、都市部従業員医療保

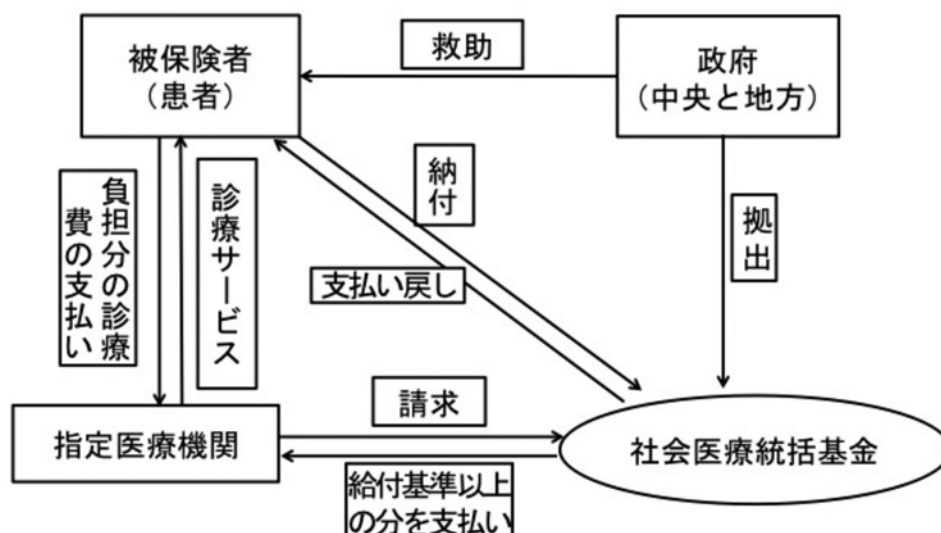


図3 新型農村合作医療制度と都市部住民医療保険の仕組み（筆者作成）

険と異なり、個人医療口座は存在せず、社会統括基金のみとなっている。基金給付割合は、原則として50%から60%であり、その割合は地域に任せられている。

この制度は、2007年に開始されてから2009年にかけて全国の80%以上の都市で試行され、2010年には全国的に展開された。経済改革を支えた出稼ぎ農民労働者達は、都市部基本医療保険制度に加入できない場合もあり、そのような場合には、都市部住民基本医療制度に加入することも認められている。しかし、契約した企業の経営状況により、拠出金の確保が困難である場合や出稼ぎ農民労働者が転居した場合に、受給資格の移行などに課題が残ることになる。この問題を解決するために、2009年12月31日に「流動就業人員の基本医療制度記録移転手続暫行弁法」が発令された。この発令により出稼ぎ農民労働者は勤務している都市部の住民基本医療制度に加入すれば、他都市へ移動した場合には資格の移行が、農村部に移動した場合は新型農村合作医療制度への転入が可能である。都市と農村の戸籍制度の垣根を越えた画期的な政策が展開されることとなった。

2015年時点で、都市部従業員基本医療保険、都市部住民医療保険、新型農村合作医療制度を合わせてカバー率が97.1%^{6,7)}となっており、数字を見ればほぼ皆保険が達成されているように見える。しかし、この3つの医療保険制度は受けられる医療サービスに格差が存在しており、今後、この格差を解消していくことが課題となっている。

3.2 医療保障システムの全体像

2007年に都市部住民基本医療保険が導入された後、制度上は国民皆保険を達成したことになる。し

かし、新三本の柱の保障内容は限られており、医療保険システムを構築する中で、収入の格差に伴う多様な医療ニーズを満たすためには、それに対応した補完医療保険が必要となる（図4）。ここでは、公務員補助制度、企業補充保険、大病保険、商業医療保険の4つの補完医療保険について見ておきたい。

まず、公務員補助制度は、国家行政部門などの公務員を適応対象者とする特別支援制度であり、資金調達と給付基準は計画経済期の公費医療の支出と行政部門の財政能力により確定し、各行政部門の年度財政予算に組み入れられる。

次に、企業補充保険は、従業員の福利厚生を充実させるために一部の企業が行なっている。この保険は基本医療保険の最高給付限度額を超える場合に限って、給付される仕組みとなっている。

続いて、大病保険は、都市部と新型農村の住民が重大な疾病にかかり、高額な医療費を支払わなければならない場合に、住民の経済負担を軽減することを目的として導入された保険である。これは日本の高額療養費制度に相当しており、保険の給付率は50%前後となっている（「都市部・農村部住民の大病保険事業に関する指導・意見」より）。

最後に、消費者が一定額の保険料を納付し、重大疾病に罹患した時、保険会社から一定額の入院費用及び治療費の償還を受けられる商業医療保険がある。近年、商業医療保険の購入を通じて、大病保険あるいは企業従業員補助制度を提供する例が多い。

以上の補完制度以外に、生活貧困者に対し、国家は一律に社会的医療救助制度を実施している。医療救助の方法については様々であるが、直接対象者に医療救済金を提供する現金給付や医療機関に補助金

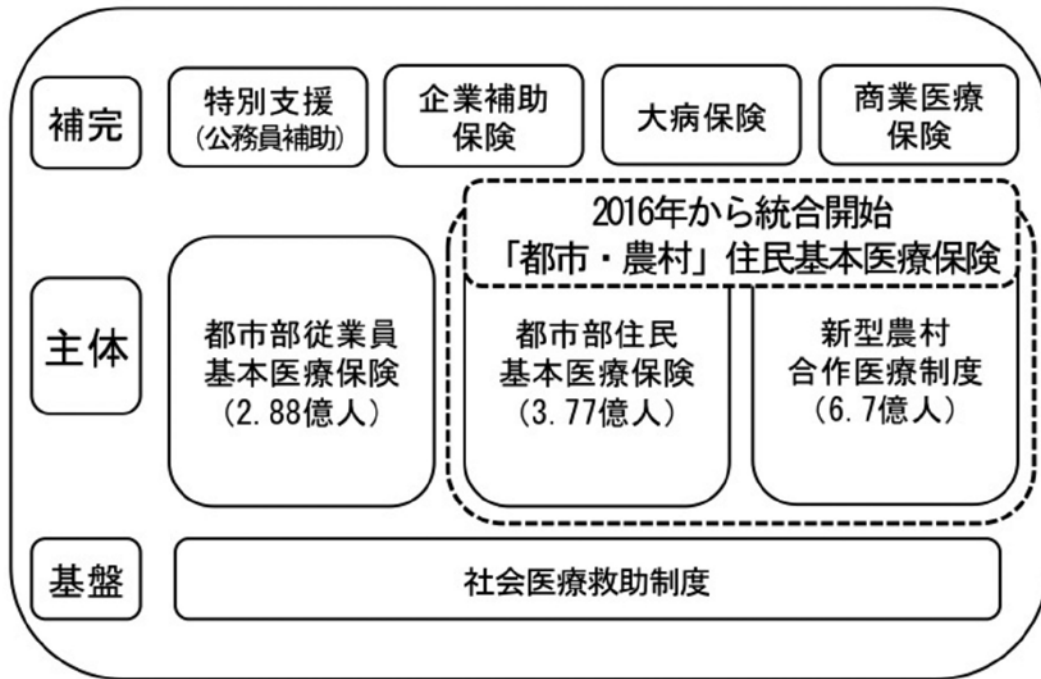


図4 重層的な医療保障システムの枠組み (筆者作成)

を給付して救済対象の医療費を直接減免するといった現物給付などにより実質的には医療サービスが無料で提供される。

以上が新三本の柱とそれに付随する医療保障システムの概要である。また、2009年には政府は「医薬衛生体制改革の深化に関する意見」により、2020年までに全国民は基本医療衛生サービスを享有することが実現できると公約し、一元化した全民医療保険制度を目指している。その第一歩として、2016年から、農村と都会を明確に区別した従来の戸籍制度の壁を破り、都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険が合併され、新「都市・農村住民医療保険」が設立された。今後、都市部従業員基本医療保険も合併され、国民全体が、現在より一層充実した医療サービスを受けることができるようになることが期待されている。

4. 制度統合による課題の顕在化

新三本の柱が完成した2007年から10年余りを経て、中国の医療保障制度は新旧の転換が実現し、計画経済期の公費による医療保障から社会保険型の医療保障へと移行してきた。社会医療救助を基盤に、新三本の柱を主体として、多様な補完医療保険を加えて、重層的な医療保障システム(図4)が形成された。制度が執行されて以来、病気により貧困に陥るケースが減少する傾向だったが、保障レベル、格差、高齢者制度などの問題が依然として解決されな

い現状である。ここでは、これまでの議論を踏まえ、重層的な医療保障システムにおける医療保障格差、医薬費の高騰などの諸問題について考えてみたい。

4.1 医療保障の格差

まず、新三本の柱、都市部従業員基本医療保険、都市部住民基本医療保険、新型農村合作医療制度の3つの基本医療保険制度に存在する格差について考える。現在、これら3つの基本医療保険制度間の保険料納付金、適応診療内容と薬品、給付レベル、保険適応医療機関などは、それぞれの基準で実施されており、統一はなされていないというのが現状である。3つの制度のうち、一番充実しているのは都市部従業員医療保険である。新型農村合作制度と都市部住民基本医療保険は当初、一部の重症患者の入院治療に対応することを目的に設けられており、軽症または慢性の病気に適応しなかった。それに対して、都市部従業員基本医療保険は当初よりほぼ全ての疾病の外来、入院治療に適応している。また、農村部における新型農村合作医療制度は制度開始時より、資金調達、保険の給付率、最高給付限度額、診療内容、基本薬品目録^{†4)}などの待遇が他の制度に比べて著しく低い水準にとどまっている。

次に、地域経済間の格差(図5)も存在する。新三本の柱の実施形態は、国が原則と枠組みを策定し、その具体策は各地方政府に任せるといった形態をとっている。各地域の経済レベルが不均衡であるために、その結果として、保険料納付金額、保険給付率や診

療内容、基本薬品目録、受診指定機関などが異なり、保障の待遇が均衡しない状況である。具体的には、各地域経済の格差によって、中西部は東部都市より保障待遇が低くなっている。以上の状況から、医療保険制度及び地域経済の格差による待遇の公平性が欠如しており、今後、公平な医療保障の実現が重要な課題となる。

最後に、制度間の連携と柔軟性が欠如していることについて考える。体制移行期に入り、戸籍制度が緩和されたことにより、人口の流動が頻繁になった。しかし、都市部と農村部の基本医療保険はそれぞれ別の組織によって管理されているため、被保険者が都市と農村の間や地域間あるいは雇用の形態が変わる際に、医療保険の移転と継続が困難となる。その結果、医療保険が適用されない場合もあり、今後、受診地を問わず、保険が適用できるような仕組み作りが課題となる。

4.2 医療費の高騰

図6によると、経済改革後、経済発展及び医療保障レベルの向上によって、国民医療費のうち、個人が負担する割合は2007年の44.05%から2011年の34.77%、2015年29.27%と減少してきている。一方、社会保険基金と国家財政の拠出金が少しずつ増え、医療保険の社会共済機能のレベルが徐々に増えていることが言える。しかし、医療費が年々増えるにつれて、個人、社会基金、国家財政の負担の合計額は減少していないことがうかがえる。また、中国は衛生医療事業に対する投入資金が年々増えつづけているが、GDPに占める割合はまだ低い。2013年

の世界銀行の統計によると、中国の衛生総費用支出はGDPの5.53%を占める程度であり、日本の10.3%に比べると約半分にとどまる。2016年から制度の統合が始まり、医療保障レベルが上昇することが予測されることから、国家財政の拠出金のさらなる増額が予測される。しかし、図6にあるように、中国のGDPの成長率より、国民医療費の成長率は上回っており、いかにして医療費を合理的に抑制し、国家財政、社会基金を元に医療保障制度を効率的に運営していくかが今後の課題として注目すべき点となる。

中国の国家統計によると、2014年末に、60歳以上の人口は2.12億人と、総人口の15.5%を占め、2050年には高齢者は総人口の1/3に達し⁸⁾、人口構造の変化によって、少子高齢化が深刻化すると予測される。35年間継続された一人っ子政策の結果、現在の20、30代の夫婦2人は4人の親を介護することになる。介護サービス需要が高いものの、介護サービスの整備ができていない。同じく少子高齢化に直面している日本政府は1973年の「老人医療費支給制度」の実施、1983年の「老人保健法」の施行、2000年の「介護保険法」の施行、さらに、2008年の「後期高齢者医療制度」の実施など高齢者の医療福祉政策を整備してきた⁹⁾。このように、日本は少子高齢化に伴って、政策の制定や人材の育成などに取り込んできたが、今後、少子高齢化が深刻化する中国においても、老人保険法、介護保険法のような法整備が必要かつ不可欠である。介護人材の育成、老人施設の建設、医療条件の改善、資金の確保などの措置を早期に行うことが求められよう。

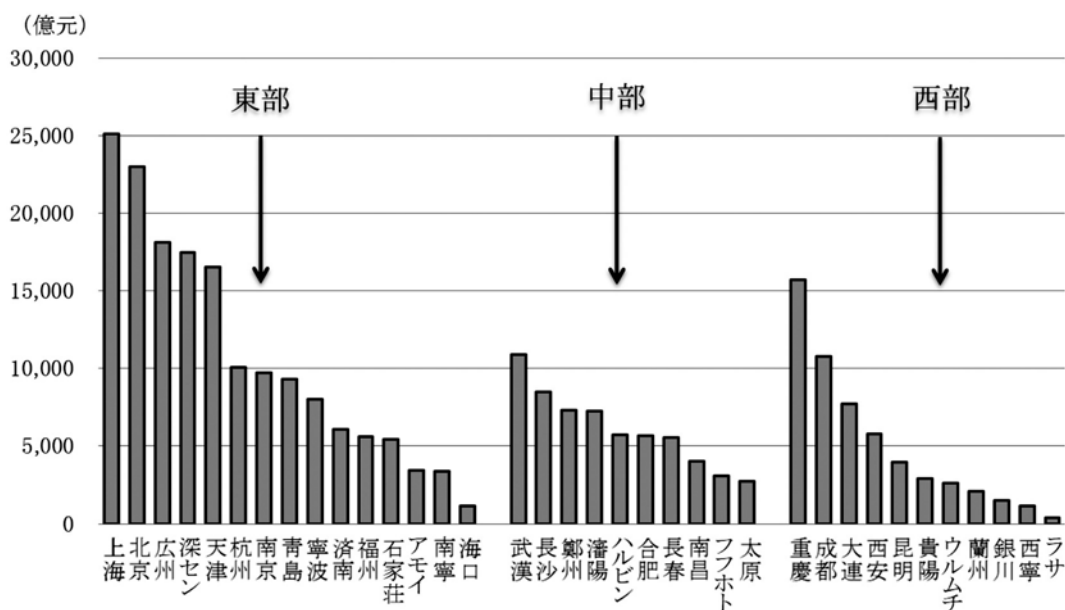


図5 中国主要都市のGDP (2015年) (統計年鑑より筆者作成)

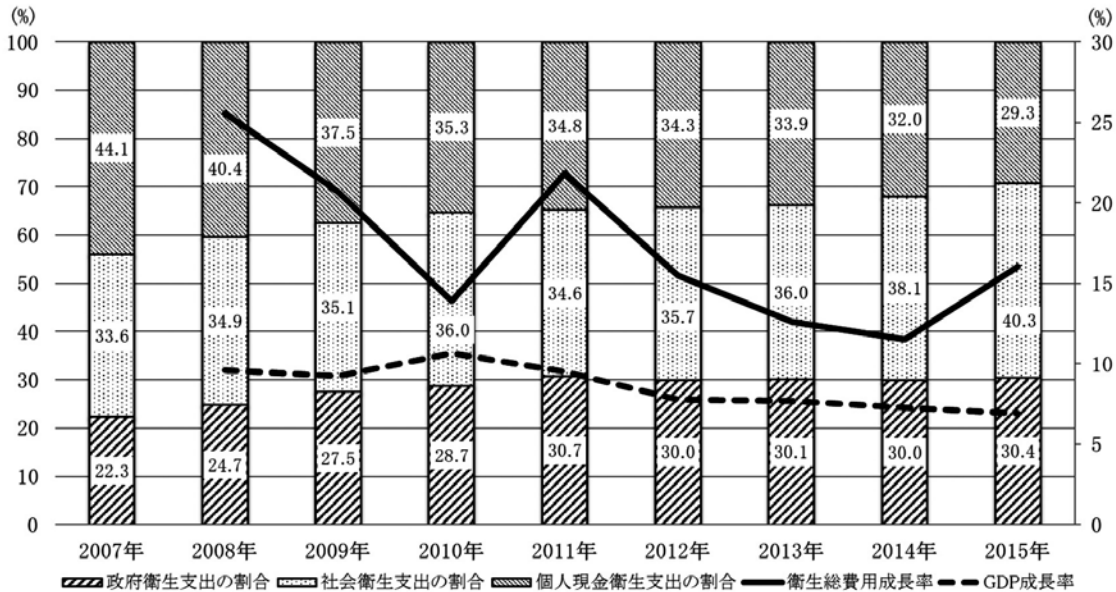


図6 国民医療費の推移（各年の統計年鑑より筆者作成）

近年、中国政府は医療衛生事業の主体として、医療保険制度の改革に積極的に取り組んできた。適切な医療保険システムの構築、特に、新三本の柱の公的医療保険の改革と保障レベルの向上に対して、政府が制度の推進や資金調達を行うなど、その役割も果たしている。一方、いくつかの問題も残されている。例えば、医療保険制度の格差と医療費の高騰、高齢化社会の対応についての質とレベルを向上させる余地がある。各種の医療保険制度が統合の途上であり、政策分散、管理分散、資金分散、適応対象者分散、保険適応範囲分散などの制度上の問題があることから、一元化による総合的な管理が必要であろう。

5. おわりに

医療保障制度の構築と実施は各国の実情、社会状況の変化、文化や意識によって異なる。中国は社会主義かつ発展途上国として、医療保障制度は独特な発展を遂げてきた。経済体制の変化に伴って、医療保障システムは旧制度の都市部における国家保障と農村部における互助共済から一転し、新三本の柱を主体としての重層的医療保障システムに至った。しかし、現在の医療保障システムが施行される中、医療保障の格差、医療費の高騰などの問題はいずれも深刻化している。今後、経済成長が鈍化する可能性があることを踏まえると、少子高齢化に関する問題を直視し、現制度の充実化と新たな社会福祉・介護制度の整備を考察して行く必要がある。

日本は世界で4番目に国民皆保険を実現した先進国として、わずか数十年で幅広いサービスを提供し、

平等かつ公平に、比較的低コストの医療保険制度を普及させた¹⁰⁾。その後、少子高齢化社会に入って、高齢者医療・福祉・介護制度も整備してきた。地理的に近く、類似の文化的背景を持つ中国にとって、日本における実践は、少子高齢化に突入している中国にとって大いに参考にする価値があるであろう。

日本の経験に鑑みて、充実した制度のもとで公平な国民皆保険を構築するために、以下を提言する。

①現有の社会保障制度や医療保険制度に基づいた、高齢者医療、介護保険などの法律の整備、②中央と各地方政府の管理監督の機能強化、医療保障システムの整備に向けた公的投資の増加、農村部における医療インフラの整備などの政府の機能強化、③これらを円滑に実現させるための現状把握、などが必要であろう。

川崎学園の発展経緯をみるにつけ、適切な医療福祉サービスが提供されるためには整備された教育システムのもとで医療・福祉専門家が育成されることが欠かせないということが分かる。したがって、中国において高齢者制度や介護制度を充実させていくためには、家庭医、社会福祉士、介護員などの資格を持つ専門家チームの育成がまず求められるのではないだろうか。

本稿では、中国の公的医療保障制度の変遷について述べた上で、医療需要側の視点で既存の問題と今後の課題をまとめてきた。改革開放後、都市部従業員基本医療保険、都市部住民基本医療保険、新型農村合作医療制度の新三本の柱を主体とする重層的な医療保障システムが立ち上げられたものの充実しているとは言えない。今後、その枠組みのうち、具体

的に国、社会、個人の間をどうするのか、如何に各種の医療保険を統一させるのか、医療保障の持続性をどのように確保するのかなどの問題を解決する

ことによって、良質な医療体制を整備することが求められる。

注

- †1) 改革・開放政策とは、計画経済後期の疲弊した経済を立て直すため、鄧小平が1978年12月に提出した中国国内経済体制の改革および対外開放政策のことである。農村部では人民公社が解体され、家庭請負制が導入された。これにより経営自主権を保障し、農民の生産意欲向上を目指した。都市部では外資の積極利用が奨励され、資本確保や国外からの技術移転など成し遂げる一方、企業の経営自主権の拡大などの経済体制の改革が進んだ。改革・開放政策は、大きな成果を出したと同時に中国社会に大きな矛盾を生み出した。農村部と都市部、沿岸部と内陸部における経済格差が拡大した。
- †2) 農民は国から土地を与えられ、家庭単位で生産活動が行うが、その際に労働力や農業機械の不足といった問題に対応するため、まず地域の互助グループを結成した。その後、このようなグループを統合していき、初級合作社や高級合作社、最終的に人民公社という形で規模を大きくしていった。なお、人民公社は国が認める組織であった。このように発展してきた人民公社とともに、医療共済組合や合作社医療保健所が設立された。
- †3) 裸足の医者制度とは、計画経済期の中国にみられた特別な制度であった。農村部の医師不足に対応するため、医者家庭の出身者や高校を卒業した知識のある人、あるいは都市部から農村部に派遣された高校生などの中から選抜された人が医療専門学校で教育を受けて裸足の医者として簡単な医療行為を行っていた。裸足の医者は農業生産に従事しながら、医者の仕事を兼任していた。また、対応する医療行為としては、一般的な疾病や出産、感染症の予防、母子保健で、賃金は人民公社から支給された。このような裸足の医者制度は、計画経済期の農村部における医者不足や医薬品不足といった問題に対応するための一つの方策として存在した。
- †4) 基本薬品目録は、世界保健機関（WHO）によって策定された医薬品リストである。必須医薬品（E-Drug）の一覧表となっており、約300品目が記載されている。医薬品の入手が困難な開発途上国で最小限必要な医薬品として、入手しやすさ等も考慮して選定されており、医療援助の際の指標ともされている。

文 献

- 1) 李蓮花、張瑩：中国医療改革の現状と問題点。久保英也編、中国における医療保障改革—皆保険実現後のリスクと提言—、初版、ミネルヴァ書房、京都、1-30、2014。
- 2) 馬欣欣：中国の公的医療保険制度の改革。初版、京都大学学術出版会、京都、2015。
- 3) 金新政：医療保険情報システム。初版、人民衛生出版社、北京、32-33、2000。
- 4) 世界銀行：健康中国 深化医療衛生体制改革。
<http://www.shihang.org/zh/country/china/publication/healthy-china-deepening-health-reform-in-china>, [2017]。(2017.3.31確認)
- 5) 王隴徳：构建公平高效的卫生体制 中国的策略。<http://www.doc88.com/p-978197961418.html>, [2012]。(2017.3.31確認)
- 6) 中国人力資源・社会保障部：2015年度人力資源と社会保障事業発展統計公報。http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/dongtaixinwen/buneyaowen/201605/t20160530_240967.html, 2016。(2017.3.31確認)
- 7) 中国国家衛生計画出産委員会：2015年中国の衛生と計画生育事業発展の統計公報。<http://www.nhfpc.gov.cn/guihuaxxs/s10748/201607/da7575d64fa04670b5f375c87b6229b0.shtml>, 2016。(2017.3.31確認)
- 8) 中国国家统计局：2014年国民経済と社会発展統計公報。http://www.stats.gov.cn/tjsj/zxfb/201502/t20150226_685799.html, 2015。(2017.3.31確認)
- 9) 坂本圭：社会保障と医療福祉。川崎医療福祉学会誌、19（増刊号）、249-260、2009。
- 10) 張牧原：中日医療保障制度的比較と啓示。西安交通大学学報社会科学版、29(1)、81-87、2009。

(平成29年5月29日受理)

Transition of the Medical Care System in China : Overall Picture of the Multi-level Medical Care System

Wenjun ZHOU

(Accepted May 29, 2017)

Key words : the establishment of China, reform of economic system, household registration system, national insurance, multi-level medical care systems

Abstract

After the establishment of the People's Republic of China, a planned economic system was established and the medical security system was newly created from scratch. Because of the household registration system, there were different insurance systems between urban and rural areas. These insurance systems played an active role in increasing the public health level and economic growth of those decades at the time. Since "Reform and Openness Policy" was submitted in 1978, China began to shift to the market economic system. The original medical security system failed to adapt to the market economic system, and was brought to the brink of collapse. Since the 1990s, China has entered the period of high-speed development of economy. The medical insurance system had to reform. Through the pilot work, the Urban Employees' Basic Medical Insurance Program, the New Rural Cooperative Medical Scheme, and the Urban Resident Basic Medical Insurance Program were built one after another. The national medical insurance system of China has been achieved institutionally. In this paper, we will explain the whole picture of China's public medical care system through the reform of the economic system. Based on that, we would sort out problems existing in the operation of the medical insurance system and find the solution in the future.

Correspondence to : Wenjun ZHOU

Department of Research & Development
Shanghai University of Traditional Chinese Medicine
Shanghai, 201203, China
E-mail : wjzhou678_2016@yahoo.co.jp
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.27, No.1, 2017 1 – 12)

附表 中国医療保険に関する法規の整備等時系列表

	時期	法規・条例	主旨
計画 経済 期	1951年2月	「中華人民共和国労働保険条例」を公布	「労働医療保険」を実施 対象者は都市部の従業員と扶養家族 中国の社会保険制度の始まり
	1952年8月	「国家公的職員公費医療実施規定」を実施	「公費医療保険」を実施 対象者は国家行政機関の公務員、教師、大学生、郷・鎮の幹部と扶養家族
	1953年1月	「労働保険条例施行細則修正案」を実施	労働医療保険の修正による保障レベルの向上
	1956年6月	「労働保険条例」再修正	労働医療保険の再修正 保障対象の拡大 1600万人の従業員をカバー
	1956年6月	「高級農業生産合作社示範ルール」	「農村合作医療制度」を実施 農村部住民の集団生産による共済合作の医療保険体制を確立
	1965年9月	「衛生事業の焦点を農村部に絞り込むことに関する報告」	農村部の保健予防を強調 農村合作医療保障の大幅な発展
	1965年10月	「公費医療保険の管理に関する通知」	公費医療制度における医療費用の適正使用 医療費用を抑制
	1966年4月	「企業職員労働医療保険制度の改善に関する通知」	労働医療保険制度の適正使用 医療費用を抑制
	1979年12月	「農村合作医療ルール(試行草案)」	政府政令として農村合作医療制度確立 裸足の医者制度を承認 農村合作医療制度の普及率90%以上達成
	体制 移行 期	1994年4月	「従業員医療制度改革テストに関する意見」
1996年5月		「労働者医療保障制度改革の拡大試行に関する意見の通知」	試行都市を指定し、制度改革を拡大
1998年12月		「都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する決定」	都市部従業員基本医療保険制度の実施 計画経済期における福祉的色彩の強い労働保険制度が廃止され、「社会医療保険基金」と「個人医療口座」の組合制度が導入された
2003年		「新型農村合作医療制度の建設に関する意見」	新型農村合作医療制度の実施 重篤な疾病の入院に基づく新型農村合作保険制度の構築開始 2010年に全国の農村部住民に拡大
2005年7月		「都市部医療救助テストの建設に関する意見」	一部の地域モデルによる都市部の国家医療救助制度の導入
2007年7月		「都市部住民基本医療保険の試行に関する指導意見」	都市部住民基本医療制度を実施 都市部従業員以外の住民を対象とする医療保険制度が設けられ始めた
2009年4月		「医薬衛生体制改革の深化に関する意見」	全国民対象の基本医療衛生サービスを2020年に実現させることに向けた「全民保険」の達成案提出
2010年10月		「中華人民共和国社会保険法」	医療保険制度を含む中国初の社会保障に関する法律の制定 2011年7月1日施行
2012年8月		「都市部・農村部住民の大病保険事業に関する指導・意見」を公表	大病保険制度の実施 準備が進められてきた大病保険政策の正式実施
2014年2月		「社会救助暫定法」	国家医療救助制度の実施 中国の医療体制の基盤として、2014年5月1日に施行
2016年	「都市部と農村部の住民基本医療保険制度の統合に関する意見」	医療保険制度統合の開始 都市部住民医療保険と新型農村合作医療保険を統合し、新たな城・郷住民医療保険制を構築	