

中国医療保険制度の特質と限界 市場経済化後、日中比較

舒 瑾

要 旨

中国的城镇医疗保障制度经过近十年的改革探索，目前社会医疗保险制度已初具规模，完成了归并制度，重新界定保障责任并实行社会化管理的制度建构任务。在肯定新的医疗保障制度具有先进性的同时，不能畏言新制度的不足造成的严重社会问题，即城镇弱势群体的医疗需求在医疗保障的发展过程中始终没有得到应有的重视和满足，造成许多困难社会成员因病致贫，因病返贫。这一严重的社会问题，不仅反映了新制度在建制过程中缺乏公正理念，在实际生活中也对国民身体素质的提高，经济的持续健康发展及社会的稳定造成了严重的负面影响。因此，对这一课题的研究，日益成为国家，社会，理论界共同关注的焦点。

本文从日中比较的新视角出发，经过调查，分析，研究探索中国医疗保障制度的特质和现存的问题，对中国社会医疗保障制度的进一步发展和完善进行了认真的思考和深入的探讨。

キーワード……社会保障制度 基本医療保険制度 二元構造

はじめに

中国は、市場経済化への転換後さまざまな改革を進めている。その重点課題のひとつが、社会保障制度、とくに社会保険制度の改革である。中国の場合、社会保障制度の考え方は独特である。社会主義国として発展してきたこと、発展途上国であることなどにより、ユニークな社会保障制度になっている。都市部と農村部を切り離して実施している。改革開放後の社会保険制度改革は都市部を中心として進めており、農村部には普及していないため、本論文では、中国の医療保険制度（都市部基本医療保険制度）と日本の医療保険制度を比較考察することで、社会主義市場経済における中国医療保険制度の特質と限界を明らかにしたい。

中国の公的医療保険制度は、社会主義革命後、比較的早い 1951 年に開始され、2007 年現在すでに 50 年以上の歳月が経っている。

中国の公的医療保険制度は、改革開放（1978 年）を境に旧・新医療保険制度に分けることができる。旧医療保険制度は、計画経済の下でスタートし、企業が全額負担（不足する部分につ

いては国が支払う）するシステムであった。1978年からの改革開放政策の実施により、社会化されていない医療保険制度の問題点が急速に露呈し始めた。財源的には、旧制度時の企業自己保障型から、国、企業、個人三者共同負担の社会化医療保険制度への移行を目指し、改革が進められている。しかし、旧制度から新制度への移行は諸々の大きな困難を抱えている。それに加え、「一人っ子政策」の影響もあって、少子高齢化が急速に進展し、医療保険財政の収支均衡原則に問題を投げかけている。

ところで、日本の公的医療保険制度は1961年以来、すべての国民がいずれかの公的医療保険制度に加入する国民皆医療保険制度が採用されている。また原則、医療費の一部を自己負担することで、いつでもどこでも必要な医療サービスを受けることができる体制ともなっている。こうした日本の医療保険制度は、国際的に高い評価を受けている。もちろん、問題がないわけではない。たとえば、老人医療費を中心とした医療費の増大や医療保険財政の厳しい状況等が続いている。とくに、今後、さらに高齢化が進むことから、将来にわたり老人医療費を中心に国民医療費が大きく増加することが避けられない状況となっている。

本論文の構成は以下の通りである。

第1章では、1980年代初めから90年代末にかけて市場経済に対応できる改革を模索し始めた、中国の社会保障制度の体系を中心に、整理している。

第2章では、中国の社会保障制度・都市部基本医療保険制度の特質を考察している。

第3章では、中国と日本の社会保障制度の特質を比較考察している。

1. 中国の社会保障制度改革

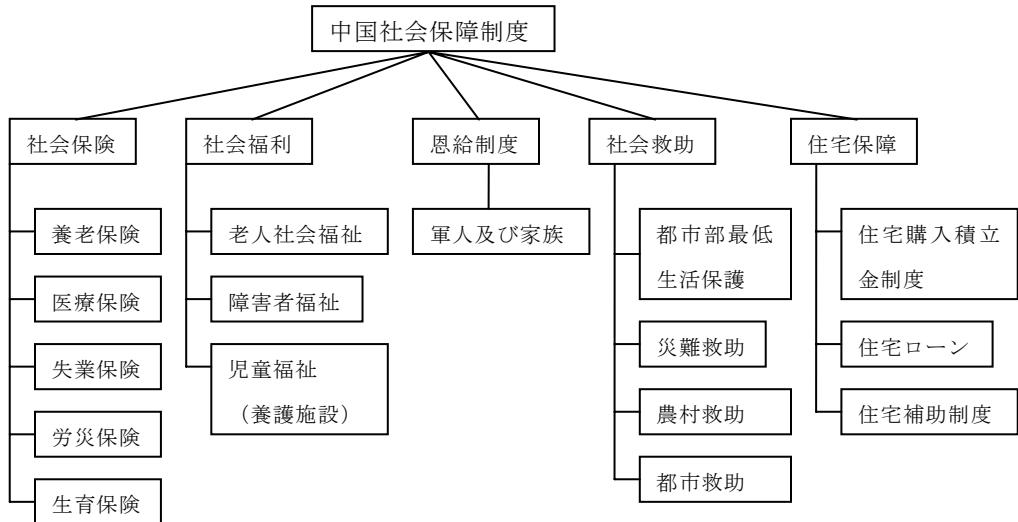
（1） 社会保障制度改革の略史

1949年に中華人民共和国が成立した後、都市部では養老・医療などを中心とする労働者保険制度が整えられた。その後、文化大革命の混乱で、就労者の社会保険や福利は所属する機関や企業に課されることとなった。すなわち、国有企業が、労働者や家族の出産、教育、就労、医療、退職後の生活、住居など保険や福利のすべてを保障した。だが、当時一般に給与は低く、また従業員の年齢構成も若かったので、福利支出もおのずと相対的に低かった。元来、この方式は現役世代給与の一部が差し引かれ退職者を含めた福利に充当される、いわば世代間扶養の考えに基づいていた。とはいえ、企業の退職者の割合が増加するにつれ、新旧企業間の負担格差や、退職者と現役従業員との心理的摩擦などが問題となってきた。

改革開放時代に入り、国有企業改革やその後の市場経済化が進む中で、国有企業が担ってきた保険や福利の機能を社会に移転させる必要が生じてきた。つまり、財源的には、国（財政）・企業・個人の三者が相応の負担をする新たな社会保障体系の構築に迫られたのである。これが

国有経済の枠組みでは保障しきれなくなった労働者の生活を保障し、また新旧企業間の負担を平準化し平等な競争を実現する前提となった¹⁾。2007年現在、中国の社会保障制度は、社会保険制度以外に、社会救済、社会福祉などもふくまれている（図1）。

図1 社会保障制度体系



出所：国务院新聞办公室『中国的社会保障状况和政策』2004年版白書より筆者が作成。

(2) 現行社会保険制度の概要

中国の社会保険制度改革は1980年代からスタートし、1990年代後半に基本的な枠組みが構築された。しかし、制度自体の歴史が浅いこともあり、実行上、問題が少なくない。現在、都市部では主に企業の労働者を対象とした5つの社会保険制度（養老・医療・失業・労災・生育）が実施されている。（ただし、農村部は別の扱いとなっている。）

その概要を一覧表にまとめたものが表1である。紙幅の制約があるので、ここではその分析をはぶかざるを得ない。そこで、以下の(3)(4)では、医療保険制度に対象を絞ってその概況を論述する。

表1 中国の現行社会保険制度の概要

種類	根拠法規	財源 (保険料)	給付内容	給付条件
養老 年金 保険	1997年7月16日、「企業の労働者・職員の統一された基本養老年金保険制度を確立することに関する決定」	・企業：月給総額の20% ・個人：月給の8%	前年度地区平均月給総額の120分の1	支給年齢：男性60才 女性：50～55才かつ 保険料支払期間が15年を超える者
医療 保険	1998年12月14日、「都市労働者・職員の基本医療保険制度の整備に関する国务院の決定」	企業：月給総額の6% 個人：月給の2%	三段階 個人口座→個人負担→社会プール医療保険基金	社会プール医療保険基金の支給の開始：個人負担は当該地区の平均賃金の10%を超えた部分。最高支給額：当該地区の平均賃金の400%
失業 保険	1999年1月22日「失業保険条例」	企業：月給総額の2% 個人：月給の1%	企業及び本人の保険料の納付累計年数にしたがって、保険金：1～5年未満：最長12ヶ月 5～10年未満：最長18ヶ月 10年：最長24ヶ月	登録済み失業者 2年を上回らない
出産 生育 保険	1994年12月1日「企業労働者・職員の生育保険の試行弁法」	企業：前年度の賃金総額の1%前後	産婦出産の費用：診察費、検査費、出産費、手術費、入院費、薬代	一人の政策の遵守が前提
労災 保険	2004年1月1日から実施する「労災保険条例」	産業別、企業別の保険料率(事故率によりランクつく)	労災の医療費、看護費用、身体障害の弔慰金、一括的な補助金、身体障害者の補助器具代、埋葬費、遺族への弔慰金、死亡時の一括補助金	負傷、傷病 身体障害に残る事故 労災による死亡事故 職業病

出所：劉 曉梅「中国における社会変動と社会保障制度改革」『千葉大学公共研究』第2巻第2号、2005年。

(3) 中国の医療保険制度改革

かつて、多くの企業では企業内に病院を有しており、従業員や退職者の医療は、企業内病院での受診を原則とし、企業が100%負担する「劳保医療制度」²⁾が実施されていた。公務員や事業単位の職員については、「公費医療制度」³⁾が適用され、ほぼ100%の医療費が保障されていた。また、従業員の扶養家族は一般に医療費の50%を保障された。その後、一部自己負担制が導入されたが、依然として大部分は被用者の負担であった。しかし、医療費支出の増大や、経営の悪化した企業で医療費負担が不可能となるなどの弊害が大きくなってきたことから、医療衛生機構の管理強化、医療費用の抑制、医療費用の社会プール化などを内容として改革が開始されたのであった。

改革は、80年代から一部都市の実験という形で進められた。しかし、成果があがらず、高い評価を得ることはできなかった。このため、90年代中頃になって、新たな改革実験を開始し、地域ごとに社会統一徴収医療保険基金と個人医療保険口座⁴⁾を結びつけた方式を採用した。この新方式に対しては、重病医療保険の実施地域の増加、医療費急増の抑制、医療機関改革の促進等において、一定の評価がなされている。とはいえ、反面で弱点も露呈した。たとえば、国有セクターしかカバーされていないこと、医療機関の利益追求体質が改善されていないこと、制度の運営管理体制が未整備である各実験地における法案の不統一、個人口座の抛出率の不一致、企業負担の不平等、社会統合レベルの低さ等がそれである。そこで1998年12月、国務院は「都市職員・労働者の基本医療保険制度の整備に関する国務院決定」（中国語：「關於建立統一的企業職工基本医療保険制度的決定」以下「98年医療改革決定」と略する）を公布し、新しい医療改革を開始した。そして、80年代半ばから始まった医療改革にひとつの区切りが付けられ、50年弱存続した公費医療・労働保険制度を廃止し、全国的に統一した、体系化された基本医療保険制度をつくった。

(4) 都市部基本医療保険制度の内容

基本医療保険制度の最大の特徴は、「最低限の公的保障と自己責任の原則」に基づき、社会医療保険基金に社会プール医療保険基金と個人口座が設けられている点にある。この制度の主な内容は以下のとおりである。

① 保険対象は、都市部のすべての事業所、具体的には企業（国有企業、集団企業、外資系企業、私営企業など）、中央政府や地方政府の機関、事業単位、および団体等の労働者・従業員（農村部を除く）である。これらの人々は基本医療保険に参加することが義務化されている。それに対し、自営業者、個人企業従業員、自由業者、郷鎮企業従業員は異なっている、彼らが基本医療保険に参加するかどうかは、各地の地方政府（省や主要都市）ごとに決定される。ただし、

地域（北京・上海など）によっては、任意加入が認められている。

② 保険料は、労使で負担する。基本的には、企業が従業員総賃金の6%前後を、個人が給料の2%を負担する。そして、これらの保険料は、企業を通じて保険者が管理する社会医療保険基金に積み立てられる。社会医療保険基金は社会プール医療保険基金と個人口座に入る。そのうち個人納入の全額と企業納入の30%が保険加入者の個人口座（合計保険料の3.8%）へ繰り入れられ、残りの70%分が社会プール基金に積み立てられる。個人勘定として積立部分をもつので、適用企業の退職者もこの制度によってカバーされる。なお、医療保険基金の救済と税金の免除および医療保険管理部門の経費には国庫負担が当てられる。保険料率は、経済成長の状況によって調整できることとなっている。また、都市部労働者基本医療保険制度では、経営状態の良い企業の場合、追加的な企業負担により（ただし賃金総額の4%以内）、より多くの医療費補助ができる企業補充保険が認められている。さらに、この企業保険制度では、こうした労働者と企業が負担し合う公的医療保険に加えて、民間医療保険に加入することも認められている。個人口座には預金利息がつき、本人死亡時には残金が遺族によって相続される。また、個人口座のポータビリティが保証されている。なお、失業者、下崗⁵⁾者（準失業者）と退職者の個人負担はない。

③ 給付については、医療給付の費用と被保険者となる労働者の平均賃金との関係で3つに区分されている。当該地区の年平均賃金の10%を基準にして、基準以下の医療費については個人口座からの支払かまたは自費負担となり、基準以上の医療費については、一部自己負担を除いて社会プール基金から給付される。最高給付額は、年平均賃金の4倍と制限されており、それ以上は自己負担となるか、あるいは任意加入の民間保険にゆだねられている。ここで労働者・職員の平均賃金の10%前後という範囲を持った基準をとるのは、地方行政単位ごとに設けられる医療保険基金の財政が、その地方ごとに相違することを反映している。

2. 中国の社会保険・医療保険制度の特質

（1）社会保険制度の特質

1) 「企業保険」から「社会保険」への移行

90年代からの社会保険の改革は、「企業保険」から「社会保険」に移行し始めた。つまり、社会保険料の個人負担制が導入された。「企業保険」が実施されていた時代には、財源はほとんど企業が負担していたが、改革後、財源は政府・企業・個人の三者が負担することに切り換えられた。

2) 都市部と農村部の二元構造

第2次大戦直後、中国は戸籍制度を設け、都市と農村部を分断した経済社会政策を採用して

きた。それを受けて、社会保障制度においても都市部と農村部を切り離して実施している。その後の社会保障制度の改革において、結果的に都市部に限って改革が進む一方、農村部は遅れている。2007年現在、都市部の社会保険制度は、労働者に属する就労形態別に分けられている（表2）。農村部の年金、医療及び最低限生活保障制度はなお実験段階に過ぎない。ナショナル・ミニマムの保障という基本原則に反するこの差別的な二元構造を今後どのように解決していくかに関しては、未だ模索の段階にとどまっている。

表2 中国社会保険制度の分類（就労形態別）

都市部			農村部		
公務員養老保険	基本養老保険		農村養老保険		
公務員医療保険	基本医療保険		農村合作医療保険		
	失業保険		最低限生活保障制度		
	労災保険				
	出産生育保険				
機関	事業単位	企業 (国有、集団企業、私営、外資系)	個体、農 民工等	郷鎮企業	農民

出所：筆者作成

3) 制度の国家的な統一と地方ごとの具体策の決定権⁶⁾

中国における社会保障制度の一つの特徴として、「制度改革方向の統一」と「地域別制度の設立」という相対立する考え方が並存していることを指摘しなければならない。つまり、各中央政府は改革の方針を定めるが、地方政府は実施の過程で、中央の方針を施行可能な形に変形していく。こうした地方政府の努力は「上に政策があれば、下に対策があり」とよばれる現象の一つと見ることができ、したがって、じつはたんに中央と地方の対立だけで語ることはできない。つまり、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。

4) 社会保障財政

なお、社会保険を含む現行の社会保障財政の仕組みは、大略次のようになっている。予算内資金の場合、予算を配分しその支出を監視統制するのは財政部局である。行政部局、国レベルで言えば、各省は特別会計という比較的独立性の高い基金をとおして財政運営する局面もあるが、これとて財政部局の統制から完全に自由というわけではない。

しかし、予算外資金は異なっている。予算外資金とは、様々な行政部局が自らの権限などを

通して諸々の名目で調整し、財政当局の統制から自由に処分している財政資金である。この資金は、各行政機関がそのそれぞれの特権や権限に基づいて管理費と称する一種の権力的賦課を貸している場合もあれば、みずから子会社を作って事業させ収益を上納させ、職員の福利厚生などに当てている場合もある。財政統制どころか、地方政府各部局がいわば自立したエージェンシーとして行動している実態が伺える⁷⁾。

（２）医療保険制度の特質

中国では現行の医療保険制度の特質に関しては、上述の社会保険制度４つ特質のほか、次の３つの特質も取り上げるべきだと思う。

1)社会プール医療基金と個人の医療保険口座の結合

社会統合と個人口座を結合した基本医療保険制度を探求し、医療保険に対する国あるいは個人の負担すべき責任が明確にされた。また、個人口座を開設することで、健康な時に病気になったときのための医療費を貯蓄する意識を促すことができた。

2)多層的な医療保障

中国の都市部従業員・労働者基本医療保険制度は、規定されている医療サービスの水準がまだ低いと、基本医療保険制度設立と同時に、重大疾病医療補助制度と補充医療保険も実施されている。基本医療保険制度と異なり、補充医療保険制度は国家が立案し、実施を強制しているものではなく、雇用側と個人が自由に加入するものである。一般的に、都市部基本医療保険の加入者は、重大疾病医療補助にも加入している。これは、基本医療保険の最高給付限度を超えた部分を補助する制度であり、各地の経済状況によって、具体的な個人負担の割合が決められている。補充医療保険は、国家の基本医療保険制度は加入者の基本的医療需要を満たすが、基本医療保険の適用範囲を超えた医療サービスに関しては他の医療保険で補完する必要がある。補充保険には一般的に２種類の方式がある。１つは、企業組織が保険の徴収・分配原則に則って、補充医療保険基金を設立する企業補充医療保険（自保形式）であり、もう１つは、商業保険会社を利用する商業補充医療保険（商保形式）である。したがって、都市部労働者医療保障は第１層を成す都市部基本医療保険制度、第２層を成す企業補充保険、およびその上で加入できる民間の医療保険からなる３階建てとなっている⁸⁾。

3)指定医療機関と薬局

基本医療保険制度を実施するとともに、医療サービスの管理の強化と医療衛生システムの改革も行われた。基本医療サービスの範囲と基準を定め、基本医療保険医療薬品目録を制定し、診療項目と医療サービス施設の基準など相応な管理方法を整備する。また、基本医療サービスを提供する医療機関と医薬品店に対しては、指定して管理を行い、競争機制を導入する。被保険者は一般的に公立病院か国家指定の病院で受診する。労働者はその指定病院で受診し、指定

病院および指定薬局で医薬品を購入することができる。社会保険管理機構が指定病院と契約を結び、両方の責任・権利・利益の配分を明確に規定する。政府の関係部門と社会保険管理機構は指定契約病院を定期的にチェックし、医療サービスの質、医療機関の機能に対する評価と監督を行う。基本医療保険指定薬局は、統一徴収地区の労働保障行政部門による資格審査、社会保険実施機関の認可を経て、都市部労働者基本医療保険加入者に処方薬提供サービスを行う⁹⁾。

(3) 医療保険制度の課題

1) 国有企業負担にとって重い社会的負担

上述のように、医療保険制度は「企業医療」から「社会保険」へと移行した。しかし、経営の思わしくなく旧国有企業にとって、企業負担は重く、市場経済化の流れのなかでその競争力は一層低下している。統一的な基準で徴収される6%という費用の負担は、企業にとって重いだけではない。労働者にとって保障の水準が期待したほどではない、という問題もある。企業によっては意識的に参加することを忌避している状況が目立つ。さらに、従来から国有企業が抱えてきた生涯生活保障体としての機能は国有企業に対しより一層の負担を負わせている。国有企業の負担を軽減させる対策としては、余剰労働力を社会に排出することが考えられる。しかし、社会保障が整備されていない状況で彼らを簡単に社会に排出することは出来ない。そして国有企業が抱えている生産経営と関係のない施設（学校、病院、住宅など）を分離して、独立採算制を導入して事業化したり、政府に移譲することで、国有企業を社会的負担から開放することが求められている。

もう一つの要因としては、下崗従業員の増加と彼らの国有企業から非国有部門に転職しつつある傾向があげられる。97年以降、企業の下崗従業員数が増加しつつあり、99年には全国で920万人前後に達し、このうち国有企業の下崗従業員数が70%前後を占めた。これは、下崗従業員の基本生活保障と再就職問題を社会保障の最も重大な問題にただけでなく、医療保険制度にも大きなマイナスの影響をもたらした。産業構造の多様化で多数の国有企業の下崗従業員は非国有企業に転職しつつあるが、非国有企業の就業上の特徴からして、医療保険費用を拠出するのが難しい。このような産業構造の変化がもたらした医療保険基金の財源構造の変化は、基礎が脆弱な社会統合医療制度にとっては、高齢者医療給付率の激増によって、さらに現実の困難さを拡大させている。

2) 医療格差

都市部基本医療保険制度を実施すると同時に、新たな不平等を作り出した。

未成年者の医療保険の未確立

現在の中国では、「都市部従業員の基本医療保険制度」は確立されたが、従業員の扶養家族である未成年者（0～18歳の幼児、青少年）のための医療保険制度がまだ確立されていない。一

部の収益のよい企業や事業部門では、扶養家族として、未成年者の医療費の一部を負担しているが、ほとんどの場合、商業保険に頼るか、自己負担になる。未成年者、とくに0～7歳の幼児・児童の発病率が高いため、医療費の問題は、重大な社会問題になっている。

大学生医療保険のカバー率の低さ

大学生にたいする公費医療制度は、1953年から実行され始めた。だが、市場経済化後、医療費の上昇が原因で、国から大学への医療費の予算不足問題が顕著になった。現在、国から国家計画内の正規の大学生一人当たりには与えられる医療費は、年に60元である。全国统一の基準はなく、各地の各大学の状況によって一般的に国が医療費の60%～80%を負担している。大学生数の増加、医療費の上昇が原因で、現在すべての大学が、医療費財源の不足に悩まされている。

自営業者・失業者・無職者

中国では、法定就職年齢である18歳以上・定年退職年齢未満で都市戸籍を持ち、アルバイト、自営業など非固定な仕事をする人が“零活就業人員”と呼ばれている。その中に、国有企業をリストラされた労働者（“下崗、失業人員”）、フリーター、無職者、自営業者が含まれている。“下崗、失業人員”は、再就職支援センターより基本医療保険費を含めて、各地域前年度の労働者平均収入の60%が支払われることになっている。しかし基本的に、失業、無職の人は基本医療保険に参加できない。市区、県などの職業紹介センターに個人“档案¹⁰⁾”が保存されている人は、センターを通じて基本医療保険に参加できる。医療保険費用は個人納付で、前年度の労働者平均収入の約7%を納める¹¹⁾。

都市部の自営業者は保険費用自己負担で基本医療保険に加入することができる。だが、彼らの労働時間、収入、仕事場、労働契約関係は不安定であるため、加入率はきわめて低い。

外資系企業などにおける医療保険の未確立

外資企業、株式制企業、私営企業の従業員と個人経営者の多くは社会医療保障に加入していない。そのため、これらの企業の従業員は有効な基本医療保障が受けられずにいる。

そのうち、“農民工”が中国の経済発展に大きく貢献した。とくに外資企業にとって、欠かせない低コスト労働力源になっている。しかし、“農民工”は都市で働き生活しているにもかかわらず、都市労働者基本医療保険にカバーされていない。

事態は深刻である。なぜなら、外資系企業の従業員の年齢構造の若さと、新医療保険制度の企業負担の重さ（従業員賃金の6%）から考慮すると、使用者側が進んで公的医療保険の適用を要求するとはとうてい考えられないからである¹²⁾。

3)医療保険基金の管理問題

社会保障支出は労働、民政、人事、衛生などの各行政管理機関に分散しているそのため、社会保障に関する財政支出を正確に把握するのは非常に困難である。中国の医療基金投資経営の特殊性からして、基金投資機構は市場の調整信号に対する反応が鈍くなっている。基金投資機構と比べて、被保険者は情報を得にくく、さらに基金投資機構、保険会社が違法経営、無秩序

競争を行っている。その結果、被保険者の経営利益最大化の実現はきわめて難しいとみなさざるをえない。

中国の医療保険制度の基金管理には、多くの問題が存在している。医療基金は多数の機構により管理され、それぞれの自己体系を所持している。管理機関の多元化は、医療保険基金を分散させ、統一した運営と有効管理に障害をきたしていると同時に、重なる業務によるコストの上昇と使用効率の低下などの問題も引き起こしている。また、医療保険基金の非規範的な管理により大量の基金が不正流用、無駄遣いされるという状況は深刻な社会問題になる恐れがある。

3. 公的医療保険制度の特質の日中比較

(1) 二元構造問題

日本では、医療保険制度としてすでに戦前の1922年に法律が制定され、1927年から健康保険制度が実施されていた。戦時中の1938年には、健康保険制度とは異質の国民健康保険制度が創設され、健康保険制度に加入できないものをすべて包括する国民皆保険（第一次国民皆保険）が目指された。戦後も、この二本立ての医療保険制度が引き継がれた¹³⁾。1950年代に新たな制度が次々に創設されたにもかかわらず、農民や中小・零細企業従業者などなお年金保険制度や医療保険制度に加入できない層が多数いた。当時大きな社会問題となっていた二重構造問題が、社会保障分野では未加入者問題として現れていたのである。政府はこれに対して国民年金制度の創設（1959年成立、拠出制年金制度1961年から実施）や国民健康保険制度の改正（同改正法1958年12月成立、1959年1月施行）で対応した。すべての国民は国民年金制度および国民健康保険制度に加入するものとし、他の年金保険制度や医療保険制度に加入しているばあいは適用を除外するとしたのである¹⁴⁾。

中国の医療保険制度は、まず、都市部と農村部の二元構造になっている。そのうち都市部の医療保険制度は、基本医療保険制度、企業補充医療保険制度、商業医療保険制度の三重構造になっている。中国政府の医療制度整備では都市を主対象としており、全人口の約7割を占める農村の医療保障をどのように解決していくかは未だ模索の段階にある。農村部の医療保険制度は、都市と比べてほとんど整備されていない状況にとどまっている。農村の医療保険には、合作医療¹⁵⁾、医療保険、大病保障と予防保健などの形式があるが、一部の省などで試験的に行われているだけで、まだ全国には普及していないのが現状にある。中国の経済力はまた低いため、新制度が全国民をカバーするまではまだ遠い。

（２）格差問題

1) 医療保険のカバー範囲

日本の国民皆保険制度は、社会階層ごとに6つの公的医療保険制度に分かれている。まず、①一般（民間）産業部門被用者を対象とする健康保険である。なお健康保険には、1つまたは2つ以上の事業所に付従業員300人以上を使用する事業主が単独または共同で設立し、その事業主と事業所の従業員で組織される健康保険組合が管掌する組合管掌健康保険（主として大企業の事業所）と、組合管掌以外の被保険者の健康保険を管掌する政府管掌健康保険（主として中小企業の事業所）の2つがある。このほか、特定産業部門の被用者を対象とする制度として、②船員保険、それに③国家公務員共済組合、④地方公務員等共済組合、⑤私立学校教職員共済組合という3つの共済組合が存在している。そして、最後に⑥国民健康保険がある。この制度は、自営業者、農民など、前述の被用者の医療保険制度に加入していない者を被保険者とし、保険者は原則として、市町村である。ただし同種の事業または業務に従事する者（300人以上）で組織される国民健康保険組合が保険者となることもできる。また、世帯単位で加入するものであり、0～18歳の児童、青少年、妻は扶養家族としてカバーされている。

中国の基本医療保険制度は都市部労働者個人単位で加入するものである。そのため、未成年者の医療保険制度は未だ確立されていない。一部の収益の良い企業や事業部門では、扶養家族として、未成年者の医療費の一部を負担しているが、ほとんどの場合は商業保険に頼るか、自己負担になる。現在、未成年者の医療費の問題は社会的に注目されている。

日本でも、制度間・企業間の格差問題が存在している。とはいえ、国民皆保険の最大のメリットは、疾病リスクの相違や所得の多寡にかかわらず国民誰もがどこでも一定の自己負担が医療にアクセスできることにある。中国では、異なる地区、所有制、業種、部門では、従業員の享受する医療待遇の格差が非常に大きく、引越・転職・失業により医療保険を「失う」恐れがある。

2) 個人負担

中国の医療保険は都市の給与所得者本人には、日本の健康保険に近いシステムが作られた。日本との違いは、給与からの天引きが医療個人口座に積み立てられ、医療費は一定額までこの口座から支払われ、支払い額の上限が定められており、それを上回る分はまた個人負担となる（日本は個人負担が一定額を超過したらすべて保険がカバーしてくれるから、この点に限って言えば、日本の方が「社会主義的」だともいえる）。医療費の高騰の問題には、医療保険自体の要因とそれ以外の要因がある。保険の問題としては、自己負担額が多い、給付限度額が定められている上に保険加入率も低く止まっている。また、保険適用となる医薬品や治療行為には厳しい制限が存在し、医療が市場化されていて保険外診療に制限がないといったことがある。現在の中国では医療保険に給付上限があるなど、公的保険制度に限界がある。このため医療にか

かる費用は、個人負担の増加という形で患者に重くのしかかるのである。とくに近年では、著しく高騰する医療費のため満足に治療を受けることができない「看病難、看病貴」（受診はしづらく、医療費は高い）ことが社会問題になっている¹⁶⁾。

(3) 中央集権システムおよび地域ごとのシステム

第2次世界大戦終了直後に、日本は、GHQにより戦後改革を行った。男女平等の普通選挙を含むこの改革で、日本型福祉国家の大枠が形成されたと言ってよいであろう。事実、その後の高度経済成長の過程で、生活完全雇用が実現し、社会保障制度の拡充が進展した。そのさい、中央集権システムと地方財政制度のはたした役割に注目しなければならない¹⁷⁾。

中国では、国家財政の社会保障関連支出は、他の分野に比べ、その規模が極めて小さい。表3が示すように、中央財政と地方財政の支出が圧倒的に多い。言い換えれば、中央政府は命令を下すだけで、地方政府は状況に応じて資金を拠出する仕組みとなっている¹⁸⁾。

憲法よりも、中国共産党の決議と中央政府の文献が中国の社会保障制度改革の拠となっている。中国の社会保障制度の成立と発展はほとんど独立性がなく、政治目標の実現と経済発展のための効用に傾いている。また、社会保障制度における政府の責任が明確ではないところが中国社会保障改革が進まない原因であると思われる¹⁹⁾。

表3 中央地方財政別社会保障補助支出

(単位：億元、%)

年	国家財政		中央財政		地方財政	
	総額	対国家財政総支出	総額	割合	総額	割合
2002	1017.23	4.61	55.81	5.49	961.42	94.51
2003	1262.12	5.12	144.40	11.44	1117.72	88.56
2004	1524.50	5.35	195.66	12.83	1328.84	87.17
2005	1817.64	5.36	236.71	13.02	1580.93	86.98

出所：王文亮「福祉国家から福祉社会への移行問題と中国社会保障制度の進路」、『賃金と社会保障』特集 中国の社会保障と福祉国家 NO.1451 2007. 10 ページ。

(4) 医療保険の財政

1) 拠出金・給付金

日本では、大企業従業員の組保管掌健康保険、中小企業従業員の政府管掌健康保険、そして

自営業者、農民、零細、無職層が加入する国民健康保険に、公的資金つまり税金が投入されている。歴史的に見て日本の医療保険は労働者保険として先行、つまり被用者優先でスタートし、自営層、農民のための国保財政は当初から弱体であった。また、国保の拠出は「所得と資産に比例」、「世帯、一人あたり定額」という2つのスタイルの組み合わせからなる独特のものであり、自営層は収入の把握が困難であることから、不払いなどの問題が現れるようにその安定性も他の健康保険に劣ると考えられる。このような格差を是正する動きとして成長期に行われたのが国庫負担の導入であり、これによって給付率は5割から7割へと上昇した。国保部分に国税が投入された理由としては、国保は自営層が対象であるため日本の健康保険の歴史過程においては成立時から弱体であり、その是正には安定した下支えが必要であったため、国税資金が利用されたと考えられる。

中国の医療保険は、ほぼ企業と従業員の拠出金のみで運営されている保険基金の場合、形式上黒字を維持している（公務員向けを除き、財政資金は基金運営経費など一部にしか投入されていない）。政府も公定薬価の引き下げは繰り返し行っているが、医療費高騰の問題を緩和してゆくには、それに加えて公立医療機関や保険基金への大幅な財政投入を通じて個人負担を引き下げることが喫緊の課題である。また、医療保険補助金の給付制度は、日本と違って、政府の社会保障機関が被保険者に直接支払うのではなく、政府の社会保障機関が被保険者の所属する企業に支払い、そして、それらの企業が被保険者に給付する制度である。

2) 医療機関の管理体制

日本では、1961年の国民皆保険制度の創設以来、診療報酬制度²⁰⁾が基本的に出来高払い制による支払い方式を採用している。1990年代後半からの国家財政の再建・健全化を受けて医療費抑制が本格化して、診療報酬をめぐる社会・経済環境は大きく変わった。近年の公的病院の改革が進められるなかで、診療報酬への関心は大きくならざるを得ず、医療の技術評価と医療費の配分のバランスをどうするのか、診療報酬政策はますます重要性を増やしている。

中国では、都市部基本医療保険制度改革により、病院に対する規制が厳しい。そのため、医薬品リスト、診療項目、医療行為など、非営利医院は医療保険政策がかなり制約されている。2004年まで、医療機関の管理は非営利医療機関と営利医療機関²¹⁾に分けて管理されていた。市場経済化導入に伴い、一時、医療機関も大きく市場化、営利化に傾いたが、病院の「薬から獲得した利益で病院の経費を補填する」というやり方によって、患者の医療費の負担が年々重くなるという弊害が顕在化した（表5 医療費の推移）。そのため、2004年4月、衛生部の「公立医院体制改革に関する指導的な意見」により、医療機関の分類は、政府投資の公益性医療機関、社会投資の公益性医療機関と営利性医療機関の3種類に分けることになり、医療機関の公益性を強調し、医療機関の“市場化”を制限するようになった。

他方で、長期にわたって、国の財政から病院への医療資金の投入不足がいちじるしい。その結果、過半数の病院は自身の医療サービス料を値上げすることによって、次第に上昇する病院

の経費を補っており、医療費高騰は更なる悪循環に陥っている。医療サービスの 90%以上を公立医療機関が担っているが、規制緩和を行って民営医療機関の発展も促すのも一案であろう。もちろん、厳しい監査を通じて医療水準の平準化を図る必要はあるが、民営医療機関が発展すれば、財政資金を投入せずに各地の医療機関の充実を図ることが可能となるのである。そのためには、現在のところ民営医療機関では利用不可となっている医療保険を利用できるようにすること、一般企業と同等となっている税率の優遇を行う必要がある。

今後、医療機関に対する、医療サービス費用の項目と内容を統一し、医療費の透明性を高め、社会に公開することを求められている。

表 4 医療費の推移

		1980 年	1990 年	1995 年	2000 年	2002 年	2003 年	2004 年
医 療 費	総額 (億円)	143.2	747.4	2155.1	4586.6	5790.0	6584.1	7590.3
	政府支出 (%)	36.2	25.1	18.0	15.5	15.7	17.0	17.1
	社会支出 (%)	42.6	39.2	35.6	25.5	26.5	27.2	29.3
	個人支出 (%)	21.2	35.7	46.4	59.0	57.7	55.8	53.6
医療費総額対 GDP (%)		3.17	4.03	3.69	5.13	5.51	5.62	5.55
一人当たり医療費 (元)		14.51	65.4	177.9	361.9	440.7	509.5	583.9

出所：王文亮「福祉国家から福祉社会への移行問題と中国社会保障制度の進路」、『賃金と社会保障』

特集 中国の社会保障と福祉国家 NO. 1451 2007. 16 ページ。

(5) 高齢者医療費への対応

高度経済成長期の日本は国の財政を豊かにし、医療保険財政にも国庫負担の増額することが可能となり、給付改善など制度の充実が図られた。1972 年の老人福祉法改正により老人医療費無料化が実現した。だが、1973 年秋の石油危機による低成長経済への移行や高齢化の進行などが、医療保険財政の悪化を招いた。また、1982 年には老人医療費無料化による医療費急増に対して、患者一部負担の導入や各医療保険制度による財政調整を軸とした老人保健制度が創設され、高齢化社会に対応する医療保険制度の対応が図られた。1984 年も引き続き医療費の適正化・効率化、給付と負担の公平化の観点から、健康保険本人 1 割負担の導入のほか、退職者医療制度の創設、高額療養費の改善など、健康保険法改正がなされている。1986 年には高齢者と若い世代の負担の公平化、各保険者による老人医療費の公平な負担の観点から老人保健法が改正され、一部負担の引き上げのほか加入者按分率の引上げによる財政調整の強化が図られた。その後の制度改正は、財政的基盤が脆弱な国民健康保険と医療費の急増に悩む老人保健制度が

その軸となってくる。今日の低成長経済や高齢者による医療費の増加のもとで医療保険制度の財政は悪化し、国民皆保険をどのように維持・向上させるのか、大きな転換期に突入した。そして、その対策の一環として、2000年4月から介護保険制度が施行されるとともに、2003年4月から70歳未満の被保険者は3割負担で統一された。2006年に健康保険法と医療法の改正が行われ、新たな高齢者医療制度が創設される（2008年4月実施見込み）ことになっている。日本がこのような高齢者医療政策の変遷を経てきたのに対して、中国では現行の医療制度の中には含まれている。

人口の高齢化がもたらす様々な問題は、先進国で注目を集めてきた。だが、中国はまだ発展途上国の段階で高齢化社会を迎えた。退職者の医療費は高齢化の進行により、医療支出がさらに膨張することが予想される。これに対して、現在、医療保険制度改革に併行して、医療衛生機構の管理、治療方法や医薬品使用に関する基準などが整備されつつあり、不合理な支出がある程度抑制されることが期待される。しかし、高齢者向け医療費に対しては早めの手当が必要である。都市部基本医療保険制度では、退職者についても現役従業員と同じ制度に加入するが、個人には保険料納付義務がない。また、個人口座への繰入額や診療時の個人負担割合について便宜を与えることが規定されている。なお、離休者（建国前の革命に参加した者）についての医療は従来通りの扱いとなっている。すなわち、旧来の公費医療制度が継続されることとなるが、離休者は数的に非常に少ないことと、かなり高齢であるため、このような措置になっている。ところで、中国の退職年齢は男性60歳、女性50～55歳であり、いわゆる高齢者（60歳あるいは65歳以上）という概念より少し広い。今後、高齢者の数の増加や平均年齢の上昇が進み、かつ、生活習慣病の割合の増大が進めば、病気の発生率の上昇と慢性疾患が増加することであろう。したがって、退職者に関する医療費は今後も増大する可能性が高い。医療保険制度では退職者の分も含めて現役世代の保険料でカバーする仕組みとなっているが、これでは現役世代の医療支出が圧迫される可能性がある。一定年齢以上の老人に関わる医療費については個別に管理して支出の状態を検証し、不足分への財政支援を行うなどの対応を検討する必要があると思われる。また、現在の退職者が高い養老金待遇を享受しているとすれば、一律に保険料を免除するのが妥当かどうかという問題もある。

むすび

中国の社会保障制度において、最大のネックが資金不足である点は日本も含めた諸外国と同じであろう。しかし中国の場合は、経済発展レベルがまだあまり高くないなかで高齢化社会を迎えなくてはならないこと、地域間・都市農村間の格差が極端に開いた状態にあることが問題をより難しくしている。

社会保険制度の拡充を目指して、財政・企業・個人が共同で費用を負担する制度の改革が今

なお進められている。しかし、養老保険にしても医療保険にしても、旧来は公務員の部分を除いてほとんどが企業の負担である。また、改革後は企業と従業員個人の保険料が主体となって支える仕組みとなっている。財政は不足分の補填または税の減免措置といった形でしか姿が見えておらず、以前は赤字地域への補填や各種手当の待遇引き上げ部分への補填をするのが精一杯の状況である。しかも、これらはほとんどすべてが都市部の国有企業を中心とする企業の従業員あるいは退職者に向けられている。これから、国全体の社会保障のバランスをどうとるかが問題になってくる。当面の苦境を支える臨時措置としてはやむを得ないとしても、今後経済が少し上向いてきた段階で、政府の国全体の社会保障に対する役割や方向性を、もう少し明確化させることが必要となるのではないか。そのうえで、制度の統合・一本化を図らなければならぬであろう。医療保険の補完部分などに民間要素を取り込むことは、企業—政府、地方政府—中央政府の依存関係の改善にも繋がるのではないか。

本論文の目的は、日中比較を通して、現代中国の医療保険制度の特質と課題を明らかにすることであった。しかし、特質・課題の原因・論拠および企業活動や国民生活に対する影響といった点に関する、掘り下げは不十分などころがあり、今後はそのような点の解明に取り組むたい。

<注>

- 1) 舒瑾「中国における公的医療保険制度の形成と展開—日本との比較的考察—」(山形大学大学院社会文化システム研究科『研究論文集』第9号)、2007年。
- 2) 「労保医療制度」というのは、1951年の「中国労働保険条例」の公布によって成立した制度であり、給付対象は、主に国営企業・都市の一部集団所有制企業の職員・労働者及びその退職者である。また、職員・労働者の扶養家族も、5割前後の給付が行われる。財源は、企業の福利基金および営業外支出からなるが、不足部分は企業利益から繰り入れる。「労働保険医療制度」もやはり、全額企業負担、個人負担なしの企業福利による無料医療制度であった。
- 3) 「公費医療制度」というのは、主に政府・事業単位の職員および退職者、大学の在校生および農村居住の2等乙級以上の退職障害軍人を対象とする制度であり、1952年の「政府・党・団体及び所属の政府機関の職員に公費負担医療と予防措置を実施することに関する通達」により発足した。財源は純粋な国家予算であり、個人負担は、少額の受診受付料に限定されていた。
- 4) 個人医療口座(以下「個人口座」と略す)とは、政府が職員に対し在職期間に強制貯蓄させ、医療のリスクを防ぐ制度を指す。個人口座のメリットは、透明度が高く、個人が医療費を受け取ることは個人口座の貯蓄額に対する所有権に直接表現されるため、個人の抛棄積極性を呼び起こせることである。
- 5) 「下崗」というのは、もともとは仕事を離れるという意味であるが、1990年半ばから国有企業で広範囲で使用されるようになった用語としての「下崗」は、企業に籍をもちつつも、仕事がない状態をさしている。要するに国有企業における顕在化した余剰労働力が「下崗」労働力である。
- 6) 劉曉梅「中国における社会変動と社会保障制度改革」(『千葉大学 公共研究』第2巻第2号)、2005年。
- 7) 木村武司「中国労働市場の変貌とソーシャル・セーフティネットの形成」平成13・14・15年度科学研究費・基盤研究(B)(1)研究成果報告書(研究課題番号 13430005) 67ページ。
- 8) 制度の紹介は、中華人民共和国労働と社会保障部 <http://www.molss.gov.cn/index/index.htm> による。
- 9) 制度の紹介は、中華人民共和国労働と社会保障部 <http://www.molss.gov.cn/index/index.htm> による。
- 10) 中国には、「档案管理制」という制度があり、ある一定以上の基準の労働者につき、その個人情報管理する「人事档案」制度というものがある。(所属する職場・機関・団体の人事部門が保管する)個人の身上調査、行状記録、正式には人事档案という。

中国医療保険制度の特質と限界（舒）

- 11) 孫曉紅『中国の医療保険制度と医療衛生の現状 2006年版』株式会社ダイヤリサーチマーテック
- 12) 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』XLIV-4(2003. 4))。
- 13) 田多英範『現代日本社会保障論』光生館 1997年 34ページ。
- 14) 田多英範『現代日本社会保障論』光生館 1997年 35ページ。
- 15) 農村の合作医療制度というのは、政府が一部資金を導入し、農民個人の負担を主体として、農村の自治組織が共同で資金を調達・運営する共済型の医療保険制度である。
- 16) 窪田道夫「中国の医療費高騰メカニズムの分析—高齢化と医療産業の観点から」(『アジ研ワールド・トレンド』NO.142)、40ページ、2007年。
- 17) 斎藤忠雄「日本型福祉国家の特質と限界—後進資本主義国～成熟社会—」村上、他編『転換する資本主義』お茶の水書房、2005年。
- 18) 王文亮「福祉国家から福祉社会への移行問題と中国社会保障制度の進路」(『賃金と社会保障』特集 中国の社会保障と福祉国家 NO.1451 2007年 16ページ)。
- 19) 広井良典/沈潔編著『中国の社会保障改革と日本—アジア福祉ネットワークの構築に向けて—』第4章「中国の社会保障改革と日中比較」ミネルヴァ書房、2007年 118ページ。
- 20) 診療報酬制度は、診察、投薬、注射、検査、処置、手術などの個々診察行為ごとに点数が決められており、医師・医療機関は患者に提供した医療サービスの費用をこの診療報酬点数から計算して、その全体額を請求する仕組みをとっている。
- 21) 〔非営利医療機関と営利医療機関〕国家投資による医療機関は営利を目的としない非営利性のものであり、政府が制定する医療価格システムを実行し、税の免除や、政府から補助金交付など優遇政策が適用される。民間による医療機関は営利性のものであり、税金を納め、得られる利益は投資者に還元することができる。

主指導教員（斎藤忠雄教授）、副指導教員（加藤智章教授・真水康樹教授）