

中国改革開放前の医療保険制度に関する一研究 旧医療保険財政政策を中心に

耿 欣

要 旨

中国早在革命战争时期的井冈山革命根据地，中国共产党就建立了富有浓厚的战时共产主义色彩的医疗卫生供给制度。供给制的医疗服务为保护根据地广大军民的身体健康和革命战斗力起到了不可替代的作用，但是医疗保险制度是新中国成立以后才逐步建立，发展和完善起来的。新中国成立后，中国中央政府在大规模的经济建设的同时开始建立有中国特色的社会保障制度。在医疗保险方面，卫生部和财政部联合发表了《关于改造公费医疗管理问题的通知》，具体规定了职工在疾病，伤残，生育，年老和死亡等情况下生活必要的物质帮助的办法，保障了企业职工的基本生活需要，稳定了社会秩序。本文主要针对医疗保险制度的建立和初步发展时期(1949-1978年)的医疗保险财政状况，进行分析和研究。

キーワード.....公費医療保険 労働医療保険 合作医療保険 医療費 財政支出

はじめに

中国における現行医療保険制度は、1949年に中華人民共和国が成立した後に制定されたものを原型としている。当初、社会主義的な発想から医療保険制度は福祉の色合いが大変濃く、「無料医療」と呼ばれていた。

中国の医療保険制度は、主に「公費医療制度」、「労働医療制度」及び「農村合作医療制度」の三種類がある。「公費医療」と「労働医療」は、政府と企業が管掌する社会医療保険制度の二種の管理形態であり、「合作医療」は農村住民の自由意思による共済医療形態である。

新中国建国以来、中国の医療保険制度は、経済発展と国民の健康状態や医療水準の向上に大きく貢献したといていい。しかしながら、計画経済体制の時代につくられた医療保険制度(旧医療保険制度)は、市場経済体制への移行に伴って様々な問題が深刻化し、改革の必要に迫られていた。

改革前の中国の医療保障は、その絶対水準が低く、また都市と農村の間に大きな格差を内包していた。1970年代末からの市場経済改革の過程では、新旧体制間の矛盾、医療市場の無秩序化によって医療保障における格差の拡大や効率の低下が顕在化し、高まる社会的不満の一因と

なった。医療保険改革は1980年代中ごろから行われてきたが、本格的な改革は1990年代に入ってからであった。

本論文は、中国における医療保障の制度構築という観点から、中華人民共和国建立初期(1949年)から改革開放以前(1978年)に至る中国の医療保険制度の変遷過程を考察しながら、その内容を明らかにし、それを医療保険制度の構成要素として再編する際に、どのような問題点を克服すべきかについて若干の提言を試みることである。

A. 研究課題

(1) 中国の医療保障制度

中華人民共和国(略称:中国)建国初期、政府はいちはやく社会保険制度の創設に取り組んだ。その仕組は、主に医療保険、老齢年金保険、失業保険、労災保険、出産育児保険、5つの社会保険制度に分けられる。社会保険制度の創設を導いた要因は3つ考えられる。

第1は、経済復興上の要請である。中華人民共和国成立までの長年の戦争によって、国民経済は酷く破壊された。例えば、1949年の工業総生産は、1836年(日中戦争前)に比べて、50%減り、食糧生産は25%減り、綿花は48%減産した。それに激しいインフレの進行が加わって、商業・工業企業の倒産が相次いでいた。そこで、政府は、経済の復興という建国初期の主要任務を完成するために、社会保険の実施を通じて国民の労働意欲を高めることを図った。

第2は、新政権の強化の必要である。建国初期、アメリカは、「封じ込め」政策を通じて成立したばかりの中華人民共和国を崩壊させようと企図し、中国大陸に残された旧国民党政権の勢力は、台湾の蔣介石政権と結党し、必死に新政権に抗争していた¹⁾。このような状況下で、新政権を強固にするには、労働者を中心とした勤労国民の擁護と支持が必要であった。政府は、労働者を中心とする勤労国民の生活改善を重要な課題とした。その施策は、国营企業の労働者や国家機関などの人員及び一部の軍人を対象とする社会保険制度の創設に結実した。

第3は、階級運動への対応策である。中華人民共和国成立以前、帝国列強の経済侵略及び国内の資本家階級の形成に伴い、成長してきた賃金労働者階級は、すでに中国共産党の領導下で、労働条件の改善、低賃金の引き上げ、及び疾病・失業・災害などの事故による就労不能時の生活維持等の関係から、社会保険を獲得するために、長期にわたって闘ってきていた。そして、新中国成立後、毎年開催した全国労働大会では、いずれも社会保険制度の実施を明確に要求していた。新政権を掌握した中国共産党は、それまでの労働者の要求に応えなければならなかった²⁾。

中国の医療保険制度は、新中国成立後、逐次整備された。現在(2004年)では、医療保険制度は大きく3つに分けられる。それは、公費医療制度、労保医療制度(労働保険医療制度)³⁾、そして、農村における合作医療制度である。公費医療制度と労保医療制度は、政府と企業が管掌する組織内の福利制度の一部である。元来この制度は、社会主義的発想によるもので、福祉

の色合いが濃く「無料医療」と呼ばれていた。また、農村における農村住民の任意加入による共済医療形態である「合作医療制度」は、保険ではなく「個人の負担のない福祉」を意味していた。

これらの制度は新中国建国当初、経済発展と国民の健康状態や医療水準の向上に大きく貢献した⁴⁾。しかしながら、計画経済体制の時代につくられた医療保険制度は、市場経済体制への移行に伴って様々な問題が深刻化し、改革の必要に迫られていく。

医療保険制度の改革は、各地域で様々な方法によって試行されてきたが、朱鎔基首相は98年3月の就任時に医療制度改革を「5つの改革」の1つに掲げ、全国的に統一された新しい医療保険制度を制定した。この制度は、1999年1月1日から実施され、1999年末完全に改革開放前（旧制度）から改革開放後（新制度）へ移行するとされていた。

本論文は、中国の旧医療保険財政制度がどのような特徴を持ち、またいかなる問題を含んでいるのかに関し、旧医療保険制度の仕組み、給付内容及び旧医療保険制度改革の経緯に即して明らかにする。

(2)研究目的

中国の医療保険制度を分析の対象とする。年金保険・失業保険制度と比べ医療保険制度の改革は大きく遅れていた。しかもいわゆる狭義の医療費の保障に改革の重点がおかれているものの、医療サービスを供給する医療機関、衛生医療管理部門の組織管理制度など、いわゆる広義の医療衛生管理システムについての改革がまだ十分に行われていなかった。そのため、本論文では医療保険制度だけではなく、医療管理システムについても分析を加え、医療保険管理システムにみられる諸問題を検討し、改革の発展方向を展望する。また、中国の医療保険における伝統的なモデルの形成過程とそれに伴う実施過程での問題点を論じる。

B. 研究方法

本論文では、まず中国の医療保険制度に関する文献資料と関連データを収集し、時系列データを用いた医療保険制度改革の実態を把握するとともに、この問題に関する先行研究の文献サーベイを行う。

資料は次の3種に分類しうる、中国の医療保険制度の形成と進化のプロセスに関する文献資料、項目別医療保険制度の仕組み、保険基金の運用方法とその実態を分析する論文資料、中国の企業公費医療保険制度と企業労働保険制度の改革に関する研究資料。

資料の収集に際し、図書館および研究機関の図書資料を閲読し、関連研究分野の文献資料を収集し、そして中国の研究者または研究機関に委託したりして、文献資料を収集に努めた。日本では中国の医療保険制度に関する包括的な研究があまり行われていない。そのため、収集した文献資料の多くが中国国内の資料であり、または中国でも入手しにくい文献資料もある。

なお、この先、本研究を進める過程において、さらに医療保険制度に関する文献資料もできるだけ収集し、先行の研究成果を活用するように努めるつもりである。

1. 公費医療保険制度

（1）公費医療保険制度の特徴

国家による無料医療を特徴とする公費医療制度は、その原型を戦時下（第2次世界大戦）の軍人無料医療に求めることができる。政権奪取以後、大量の（元共産党）軍人が各級政府の管理職に就くようになり、公務員の医療保障が軍人医療から独立した。

中華人民共和国は誕生と同時に、新生社会主義国家に相応しい新たな社会保険制度を制定する必要に迫られた。

そこで政府は、1952年6月17日に、政務院（國務院の前身、日本の総理府に相当する）の「全国各級人民政府・党派・団体及び所属部門の国家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指示」⁵⁾を公布した。これによって、国家機関と事業団体の職員の公費医療制度が正式に制定された。

公費医療制度の適用対象者は、各級政府機関・共産党とその他党派の管理部門、人民団体及び文化、教育、科学技術、衛生などの事業部門の職員、研究者及び退職幹部に限られるが、大学の在校生及び退役した二等乙級以上の革命障害軍人も適用対象者である⁶⁾。公費医療の財源は、政府分担については国家財政予算の中から単独でその項目が設けられている。この予算は各級財政担当部門の配分案に沿って、衛生部（日本の厚生省に相当する）、財務部（日本の財務省に相当する）を通じて公費医療管理機関に支給され、被保険者には一切負担させなかった。給付は診療費、手術費、薬代のすべてである。入院時の給食費、通院時の交通費は患者の自己負担となるが、経済的に困難があつて負担できない場合には、勤務先に申請して困難補助金の支給が可能であつた。

被扶養親族の医療給付については、1955年9月17日に衛生部、財政部と政務院人事局が連名で公布した「国家機関職員の子供の医療問題について」によって2種類の実施方法が打ち出された。1つ目は、統一徴収制度である。統一徴収制度は、公費医療の規定に基づいて医療給付を受ける扶養親族が納付した掛け金を当該機関が統一的に管理し、使用するという低いレベルの医療統一準備基金制度である。扶養親族は、公費医療指定病院で治療を受けることができ、足りない分について機関は補充することになっていた。2つ目は、医療掛け金の統一徴収が難しい場合は、「機関福利費」から拠出した⁷⁾。あるいは、被扶養親族が医療費の50%を負担し、機関が50%を負担するという半額医療制度が実施された。

公費医療制度を実施した当初（1952年）には、同制度の適用者がわずか400万人にすぎなかったが、1990年は約2,486万人（このうち、退職者などが、約1,693万人）となつていた⁸⁾。

(2) 公費医療管理の概況

中国は建国まもない1952年6-9月の間に、中央・地方政府や社会团体、それに属する事業所等に働く人々に工費医療制度を実施した。この制度における管理の概況は次のように4つに分けられる。

公費医療の対象者をみると、基本的に国家予算支出の賃金受給者、いわゆる公務員等(退職者も含む)、そして、労働組合の指導機関や大学生等である。1952年に公費医療を実施した際、その対象公務員などは約400万人あった⁹⁾。

費用範囲は表1にみるように、基本的に国家などが指定した医療機関であれば、かなり自己負担を少額に抑えることができた。端的に言えば、初診料を自己負担すれば、表1の自己負担部分の4・5以外、無料に近かった¹⁰⁾。

公費医療の管理機関をみると、a)中央・地方政府部門のうち、財政・人事・衛生・労働組合等の各組織から選出された人々で公費医療管理委員会が設立され、その中において、衛生部門を主に、医療機関の管理のもとで、公費医療の政策、規定、実施などを行い、そして、多くの下級レベルの行政機関によって検査、指導等が行われていた。b)医療組織として、公費医療管理機関が設置され、そのもとで公費医療の制度、規定に沿って執行し、その執行状況を監督と検査、経費の執行状況等が上級管理機関に報告された。c)公費医療に指定された組織は、その支払い機関を設置し、専門的な人々を配置し、医療受給者数やその費用支出などの状況を定期的に報告することを義務づけられていた。d)各事業所の組織は公費医療を受けられると同時に、それが指定病院となり、各指定病院間のネット組織を設立し、人々の健康を把握し、予防宣伝に努めた¹¹⁾。

表1 公費医療の費用負担

政府の費用負担	個人の費用負担
1 診療、入院での薬・検査・治療・手術・ベッド代等	1 売薬などは自費による
2 計画出産における医薬代	2 初診料、往診料、入院の際の食費や暖房・クーラー代など
3 医療機関が認めた国産・輸入医療器具に対する費用	3 予防接種などの費用
4 器官における移植の費用	4 美容整形などの費用
5 公傷による医薬代	5 指定病院以外における治療費
6 重病にあって救済すべき高価な医薬代	6 交通事故などに関する治療費

出所：朱芳芳『“安全網”和“減震器”——中国社会保障問題』，中国国际广播出版社，2001年1月，88頁。

公費医療管理機関は自らの整備状況に合わせて、管理方法も異なっていた。そして、経費項目は医薬支出と管理経費からなっていた。また、当初、公費医療の経費は予め決められていた。たとえば、1952年は年間1人当たり18円で、それは年収446元の4.4%を占めていた。それ以後、1978年30元、1983年36元と決められていた¹²⁾。公費医療費用は支出に対する基準が厳格ではなかったこともあって、1980年代半ばから徐々に増加する傾向にあった。

以上、公費医療管理の概況からいえば、国家は当時の政治・経済の実情を考慮して「上」から各地の状況を少し無視する形で公費医療制度を進めたものと思われる。その場合、公費医療のコストは、管理側も医療を受ける側も、一般的にコスト意識を持っていない状況にあった。特に、コスト意識は管理機関にはほとんどなかった。

（3）公費医療の管理対策

公費医療に関する管理対策は、以下のように指摘できる¹³⁾。a) 公費医療は予防制度を重視してきた。この制度が有効に機能していなかったこともあって、公費医療の費用は適正化されなかった。b) 費用徴収の調整（入院費用の基準、賃金総額との比率）について、その徴収方法がいろいろ考えられた。c) 費用に関する個人の負担比率や共同出資システムをどんな原則とする、その方針を決める必要があった。d) 立法措置、保険システムをどのように確立するとか、いろいろな機関で検討された。e) 公費医療管理機関はどのように強化すべきか、早急に決めることになった。f) 管理への改革は、広範にわたってやる必要があった。それは、賃金、物価、医薬業界、そして、医療管理などをすべて考慮したうえでどんな改革をすべきか、総合的に決めることになった。

以上、公費医療に関する管理の概況と対策について、どのようにシステムが形成され、どこに問題があるか、簡単に紹介した。中国は国家建設を進めていくうえで、国家機関に働く人々の生活保障を非常に重視していた。そのことは社会主義の存在意義と強く結びつき、それが公費医療に力を入れた大きな理由であったと思われる。しかし、その主旨とは異なり、その管理運営にはいろいろな問題を抱えていたことも事実であった。

（4）公費医療の資金源

公費医療保険と労働医療保険の資金源と支出の方法はことなっている。公費医療給付に必要な諸経費は財政から拠出される。各地方政府の財政部門は統一的に決められた定額基準に基づき各政府機関、事業部門の編成人員に応じて公費医療経費に配分し、公費医療管理委員会は医療機関を通してその経費を統一的に管理し、使用する。行政・事業部門の職員は指定公費医療病院で診療を受ける時に本人の写真が貼っている「公費医療証」を提出しなければならない。医療機関側は各政府機関、事業部門と医療契約を結び、医療契約相手機関の従業員が医療サービスを受けたときにかかった医療費、薬代などを記録し、公費医療管理部門に医療費の支払請

求を行う。公費医療管理部門はその費用を定期的に精算する。と同時に、医療機関の医療行為と医療契約を結び政府機関、事業部門の医療費の使用状況をチェックし、その改善を促す働きをしている。

2. 労働医療保険制度

(1) 労働医療保険制度の特徴

労働医療保険制度は、1930年、中央ソビエト管轄地域における「労働暫定法」の実施によって、長期被用者が疾病で死傷の場合、その医療費・見舞金は雇用主が負担することから始まった。内戦期の1948年、全国労働大会決議によって、労働保険条例が実施され、各企業は毎月賃金総額の3.5%を労働保険基金として取り出し、従業員の疾病死傷に使用することになった。

建国後の1951年2月に、政府は「中華人民共和国労働保険条例」を公布し、企業従業員の医療待遇について関連規定を定めた。表2にみられるように、そこに定められた医療給付水準は大変低いものとはいえ、それにより企業従業員の労働保険医療制度が確立されたことを意味した。一方、医療サービスの提供は、当時の財政力がまだ弱かったため、非常に限られた範囲でしか行えなかった。その後、国民経済の復興と国家財政の好転ともなって、政務院は1953年に、1951年の「労働保険条例」に対して修正を加え、これによって、社会保険の適用対象が拡大され、老齢・疾病給付の水準も改善され、国有企業を中心とした労働医療保険制度が正式にスタートした。

その給付対象は、主に国营企業・都市の一部集団所有制企業の労働者・職員及び退職者である¹⁴⁾。また、公費医療制度と違って、その労働者・職員の扶養家族に対しても、5割前後の給付が行われた。受給者数は、1953年の時点で1100万人にすぎなかったが、1990年代初めに、1.37億人に達した¹⁵⁾。

労保医療の給付内容は、企業の行政部門または雇用主負担、本人負担、企業と本人負担の3種類に分かれている。まず、行政部門また雇用主の負担は次の通りである¹⁶⁾。

労働で負傷した場合の診療費・薬剤費・入院時の2/3の食費、通院交通費

疾病または非労災負傷の場合の診療費・手術費・入院費・一般薬剤費・貴重薬剤費

女性従業員の妊娠検査費及び分娩時の助産費

省レベルまたは全国業界労働組合レベルの「労働模範」・「戦闘英雄」称号所有者の貴重薬剤費・入院食費

従業員扶養家族の手術費・一般薬剤費の半分

費用が個人負担となっているのは次の通りである。

受診・受付料、往診料

労災負傷または職業病入院治療時の1/3の食費

疾病または非労災負傷時の入院食費、規定による自費薬品（栄養補給剤）、通院交通費
また、従業員及びその扶養家族が所属企業の病院あるいは診療所で受診した場合、その診察料は無料となるが、手術費・一般薬剤費の半分、貴重薬剤費・入院費・入院時の食費などは自己負担となっていた。

表2 1951年と1953年「労働保険条例」の比較

時 期	1951 年	1953 年
適用対象 疾病給付	労働者数 100 人以上の工場・鉱山とその附属企業及び業務管理機関、鉄道・航運・郵便電信の各企業とその附属企業治療期間が 3 ヶ月未満の場合、勤続年数によって賃金の 50% - 100% に相当する賃金手当を支給 ・治療期間が 3 ヶ月以上の場合、勤続年数によって賃金の 30% - 50% に相当する賃金手当を支給	1951 年「労働保険条例」で決めた適用対象のほか、工場、鉱山及び交通運輸事業の基本建設企業と国営建築企業治療期間が 6 ヶ月未満の場合、勤続年数によって賃金の 50% - 100% に相当する賃金手当を支給 治療期間が 6 ヶ月以上の場合、勤続年数によって賃金の 40% - 60% に相当する賃金手当を支給

出所：中国社会保障制度总览编辑委员会『中国社会保障制度总览』中国民主法制出版社、1995年、2頁より作成。

労働医療保険の資金は企業自身が管理する。中華全国労働組合総会は全国労働保険事業の最高指導機関であり、各級人民政府の労働行政機関がその監督機関である。労働医療保険金は、1951年の実施開始時は賃金総額の3%であったが、1957年に4.5% - 5.5%に引き上げられた。1969年、財政部は企業の奨励基金・医薬衛生費を合わせて「企業従業員福利基金」とし、賃金総額の5.5%を徴収して、コストに算入した。もしコストから引き出した医療資金が不足する場合、税金を引いた後に残された福利基金から補充することができる。企業の福利基金及び営業外支出からなるが、不足部分は企業利潤から繰り入れる。これは、労働者・職員の医療費を全額企業負担する個人無料医療制度であり、企業福利である¹⁷⁾。

（2）労働医療保険の管理概況

國務院は、建国初期の1950年10月に「中国労働保険条例草案」を公布し、1951年6月に「労働保険条例」として正式に公布した。そしてさらに、1953年1月に「労働保険条例実施細則修正草案」を公布・実施した。この制度における管理の概況は次のように4つに整理しうるであろう。

労働保険対象者をみると、労働者が100人以上の公・私・合作社を経営している工場、鉄道・航空・郵便の各企業とその附属企業、交通事業などのインフラ建設企業や建築企業などで、1956年成立当時、労働医療保険者数は約1,100万人であった。1956年には国営企業の労働者が1,600万人、集団企業の労働者が約700万人であった¹⁸⁾。労働保険対象者のうち、国

営部門と集団部門では一人当たり平均費用が異なり、国営の方が優遇されていた。同時に、企業の経営状況によって、その待遇も違っていた。つまり、企業保障が当時の実態であった。それが伝統的な医療保険制度といわれるものになっていた。

費用範囲からみると、基本的に公費医療の費用負担と同じような性格であったが、いろいろな面で労働医療の費用は公費医療の費用よりも少なかった。しかし、労働医療保険は企業側が自己管理をしていたこともあり（日常的な業務は労働組合が担当していた）費用のコントロールがかなりルーズであったことも実質的に公費医療と同じように無料に近かった。

管理機関からみると、基本的に各企業の労働組合に任されていたのが実態であり、企業の責任者はこの医療費用の問題に関心を示さなかったともいわれていた。なぜなら、企業の責任者はすべて労働組合の一員であったことから、医療費用を自らの経営コストの一部であるというように厳しく見ることもなかった。

経費に管理からみると、1951年の実施の際、賃金総額の3%労働保険金にあって、1969年には企業の労働者福祉ファンドとして、5.5%を徴収していた。当初は労働者自らの負担であったが、それが徐々に企業の負担になっていった。つまり、労働医療保険の経費は、企業にとって労働者に対する福祉の一部として考えられるようになった。したがって、各企業の労働者構成からみると、在職者と退職者等で違いがあり、医療施設でも企業利益でも違ってくるようになった。また、新興産業と伝統産業でも異なっており、若年層が多い職場なら、医療施設は安上がりであり、中高年層が多ければ、医療施設等は高くなるという状況になっていた。この労働医療保険の費用が企業によって徐々に大きな負担問題としてクローズアップされてきた。

（3）労働医療保険に関する管理対策

労働医療保険が各企業に任されたこともあって、管理に関する問題点も出てきた¹⁹⁾。その対策をみると、a) 各企業で賃金総額からの控除を納税前に徴収するかどうか。b) コスト意識を高めるために、個人負担を導入するかどうか。c) 各企業が閉鎖的に実施しているのを、社会的ファンドを導入して開放的にするかどうか。d) 費用に対するコントロールは公費医療制度の改革と一緒にするかどうか。e) 管理機関は保険会社にするか、社会保障委員会付属の医療保険局にするか、労働医療保険ファンド会にするか、どちらにしても統一的に管理するかどうか、決める必要があった。

以上、労働医療保険に関する管理とその対策を簡単にまとめたが、システム転換のもと、つまり、市場経済に対応できなくなってきたことが、伝統的モデルから新たなモデルへの移行に連がり、いろいろと検討する段階になってきた。

（４）労働医療保険の資金源

労働医療保険経費については、何度も調整がくわえられた。政府の現行規定では、企業は政府の統一規定に基づき賃金総額の一定の比例で医療費と福祉費を徴収し、「企業職員福祉基金」を積み立てる。企業は、「企業職員福祉基金」を管理する。財政部が1969年9月に公布した『1969年決算編成、審査工作を正規に行うことに関する通知』は、1969年から、国营企業の「奨励基金」（賃金総額の3%）、「企業職員福祉基金」（賃金総額の2.5%）および「医療衛生補助金」（賃金総額の5.5%）を統合し、新しい「企業職員福祉基金」を設立することに決定した。1973年5月に財政部は、『国有企業、交通企業の若干費用支出弁法』の中で、1969年の規定を再確認し、「賃金総額の11%に相当する金額を企業職員福祉基金として徴収し、生産コストに計上する」ことを定めた。「企業職員福祉基金」は医療費と福祉費にのみ使用し、奨励基金として使用してはならない。「企業職員福祉基金」の「労働医療保険費」項目には医務関係者の賃金、事務経費、医療費と交通費などが含まれる。定年定職者の医療費は、「営業外支出」の項目で拠出された。

1950年代から1960年代半ばまでの10年間は診療受付料や療養費の自己負担など細部の調整を除き、企業職員福祉基金が比較的順調に拡充した時期であった。しかし、1969年2月には財政部から下達された「国营企業財務処理に若干制度の関する改革意見」により国营企業の労働保険料の納付が停止された。さらに、1969年には労働保険基金の管理機構であった全国総工会の活動が停止され、労働保険の地域間財政調整が行われなくなった²⁰⁾。労働保険医療の「企業保障」への変質は文化大革命期以前から進行した企業の非経済部門の肥大化をさらに促した。すなわち、企業は生産のための経済組織であるだけでなく、従業員及びその家族の生活を「ゆりかごから墓場まで」保障生活の場であり、1つの生活共同体となったのである。

3. 農村合作医療制度

農村合作医療制度は、農村住民が自主的につくった農村互助共済医療保険である。この制度の成立は遅い。すなわち、合作医療制度は、1956年の「高級農業生産合作社模範章程」によって設立されている。それは、伝統的な医療保障制度であり、農村の主要な社会保障項目である。成立当時、農村互助合作運動の進展につれて、一部地域の農民は病気治療難を解決するために、農業生産協同組合保健ステーションをつくり、毎年1人あたり零点数元（日本円、10～15円に相当する）の資金を出し合った。そして、病気治療の時に薬代だけは個人が支払い、受付料、往診料、薬交換料等は無料である。

合作医療の財源は、主に村または郷、鎮を単位に、農民が自主的に納める一定額と集団経済の公益から支出される一定額の補助金からなる。合作医療に加入すれば、医療費の一部を合作

医療が負担する。医療には、主に「赤脚医者」(裸足の医者)²¹⁾があたり、医務室は生産大隊に設けられている。一般の軽い病気は生産大隊の医務室で「赤脚医者」に見てもらい、中度の病気は公社病院で見てもらい、重度の病気は県(市)病院で見てもらいようになっていた。

1968年、毛沢東主席は、湖北省の長陽県楽園公社が実施した合作医療運営の経験を高く評価した。それをきっかけとして、全国各地の人民公社は当時熱狂的政治雰囲気の中で一気に実施されるようになり、文化大革命期間に本格的に普及した。1976年時点では全国で90%の農民が参加し、これによって、農村の基本的な医療需給問題は解決された。

1978年3月、合作医療は当時の憲法にも盛り込まれた。そして、1979年12月15日に衛生部・農業部・財政部は連名で「農村合作医療規定(試行草案)」を公布し、政府の行政命令でそれを実施していた。それゆえ、農村合作医療も社会医療保険の範疇にはいるが、ただその強制力や権威的性格は労働保険医療と職員の公費医療には及ばなかった。

農村に実施された合作医療には4つの形態がある²²⁾。

村弁村管(医療施設の開設と管理を共に村で行う)。医療基金の財源は、農民の全額出資、または農民と集団経済の共同出資になっている。出資比率は集団経済の強弱によって変動する。集団の経済力が強い時は集団の出資率が高く設定される。医療費の管理と医療費基準の設定は村が行う。

村弁郷管(医療施設の開設は村が、管理は郷が行う)。医療基金の財源は、農民個人と集団経済の共同出資になっている。医療基金は郷の合作医療管理委員会が統一管理する。医療費基準は郷と村が協議して設定する。

郷村聯弁(医療施設の開設と管理を郷と村が共同で行う)。医療基金の財源は、農民個人の出資金と村集団経済と郷の公益金から控除する、一定額の医療基金になっている。基金は郷が統一管理する。郷と村の出資率は相互の協議に基づいて定め、医療費基準は郷が定める。

郷弁村管(医療施設の開設は郷が、管理は郷が行う)。基金の財源は、農民個人と集団と郷による共同出資、または集団経済の単独出資で賄う。適用範囲と給付基準は郷が統一して定める。

以上の合作医療形態は考案されていたにもかかわらず、当時の社会状況の影響もあって、本来の医療保険の役割は果たしていなかった。

この制度は宣伝通りに旺盛な生命力を持っているわけではなく、ごく少数の豊かな人民公社・生産大隊を除いて、絶対多数の人民公社・生産大隊では制度の仕組みがつくられても長く続かなかった。現在(2002年)、全国農村地域のわずか5-10%しか残っていない。

合作医療制度の崩壊は人民公社の解体に起因するとみるのが一般的であるが、実際には人民公社の最も安定した時期に、すでに継続困難な状態に陥っていた。その崩壊は制度自体に持続可能なメカニズムが欠けたことから生じた必然的な結果であった。

4. 旧医療保険制度の役割と問題点および制度改革の背景

（1）旧医療保険制度の役割

1950年代から遂次確立されていた医療保険制度は、すでに50年以上の歴史をもっている。この50年間にわたって、中国の医療保険制度は社会保障制度の中核をなし、社会保障事業を発展させると同時に、社会安定の維持、健康で文化的な国民生活の実現をはかる上で、大きな役割を果たしてきた。その役割は以下の3点に要約することができる。

第1に、公費医療保険制度と労働保険医療制度が創設されたことによって、旧中国のように労働者が医療サービスを受けることができないという状況は改められた。都市部では約3億人以上の従業員とその扶養家族は比較的に良い医療サービスを受けられ、老後の不安をなくすことができた。農村部においても、医療衛生ネットワークの形成によって90億人以上の農民達が基本的な医療サービスを受けることができるようになった。

第2に、公費医療制度と労働医療制度が政府管轄下で、公費医療制度の性格をもっている。政府は公的医療制度の実施を保障するために莫大な人力、物力、財力資源を投下してきた。その結果、中国の衛生医療事業が急速に発展し、そのレベルが発展途上国の平均値を大幅に上回り、先進工業国に近付いてきた。

建国初期、全国の医療衛生機関はわずか3,670ヶ所、医療病床は8.46万ベッド、衛生技術者は50.5万人である。人口千人当たりの医療病床は0.15ベッド、衛生技術者は0.93人、医者は0.67人、看護婦0.06人にすぎなかった。病院、医者と病床数がすくなかったため、大半の中国人は病気があっても病院に行くことができなかった。しかし、以来50年間、中国の医療衛生事業は飛躍的發展をとげてきた。1998年、中国の人口千人当たりに医者数は1.6人、衛生技術者数が3.64人、看護婦・看護士が1.06人、病床数は2.4ベッドに伸びた²³⁾。この数値は、千人当たり医師数は90年代の韓国の倍に相当し、日本のそれをも上回っている。中国の死亡率の低下、平均寿命の延長はいずれも衛生医療事業の発展に起因する。

第3に、医療費の支出総額をみれば、公費医療支出を含む中国の福祉支出総額が、1978年の30.35億元から1996年の581.89億元に増え、財政支出に占める福祉支出の比重、1978年の2.68%から1996年の7.03%に増加した。しかし、582億元（1999年1ドル=8.27人民元）をドルに換算すれば、70億ドルにすぎない。一方、1996年に日本の国民医療費は28兆5,210億円（1ドル=120円、約2,376億ドル）で中国の33倍以上に相当する。中国の人口は日本の10倍である。医療費の計算基準が違うなどの要素を差し引いて、中国の医療費支出が日本の医療費支出をはるかに下回っている。この比較からみれば、国民の健康改善と医療費支出との関係では、中国の医療費投入が少なくその効率が極めて高いことが言えよう。

第4に、合作医療制度は、農村住民への基本医療予防保健サービスの提供を通じて、農村の伝染病と地方病のコントロールに大きく役立った。それに旧中国の薬窮乏の状態を打破し、農

村住民の身体資質と健康水準を向上させるには大きな役割を果たした。

(2) 旧医療保険制度の問題点

公費医療と労働医療、管理運営の過程において多くの問題を顕在化させてきた。例えば、ある調査の公費医療の受給者をみると²⁴⁾、9か月間で診療回数が114回あり、月平均13回も行き、2日に一回のわりで病院に通院していた。このことは一般的に指摘されていたように、「一人の病人があれば、家族全員の薬が手に入る」という状況になっていることを示していた²⁵⁾。それは患者側からみれば、医療サービスの無料化であり、費用意識の欠如につながり、病院側からみれば、コストの価格より安い診療等の技術サービスを長期にわたって提供したために、過剰サービスとなり、つまり、患者の薬漬けであり、検査漬けでもって病院の利益をあげるシステムになっていた。これらのことは公費医療制度の存続そのものを危うくするものであった。

労働医療保険の場合も公費医療制度と同じく多くの問題を顕在化させていたが、とりわけ、労働医療保険も同様に費用問題を抱えていた。例えば、北京市内の約2万人を擁する工場の社員寮で、毎月ゴミ箱から数百キログラムの未開封の薬が出てくるということもあった。だから、あまりにも日常的にゴミ箱から薬が出回るため、専門の「薬品の回収」業者が出てきたといわれていた。こうした労働医療制度が労働者に対して費用意識や節約意識を失わせ、自らの浪費意識すらもっていなかったのであった。多くの省・市の調査によれば、浪費は全国的に約30%、およそ140億元もあった²⁶⁾。

以上のように、公費医療と労働保険医療における管理運営の実態はあまり変わらず、共にその病根は同じような現象を示していた。特に、両者の医療保険制度は社会主義の優越性を強調したこともあって、個人の費用負担を基本的に無料化にしていたことにあった。それが人々のリスク意識を弱め、コスト意識を希薄化させ、国民の約30%（都市住民）の人々に無料型医療保障を実施していた。そのことが伝統的なモデルの矛盾を発生させ、つまり、医療の浪費を高める大きな要因になっていたが、逆に、企業の負担が増大するということにもつながったのである。

農村の場合、合作医療保険は農村医療の発展に大きく貢献してきたが、人民公社の解体、農村過程請負制の実施に伴い、集団経済は弱体化しつつあり、集団経済の合作医療への投資は大幅に減少し、合作医療の存続は厳しい状況に直面している。前述したように、1979年時点では全国の90%以上の生産隊が合作医療を実施していたが、農村の家庭請負制実施後の1989年には、全国でわずか4.8%の行政村しか合作医療を実施していなかった。その後、政府の呼びかけで、合作医療は少し回復したが、依然として全国行政村の10-15%という低い水準にとどまっている。

合作医療の危機はまた個人病院の乱立を助長している。合作医療がなくなった農村では、個人病院が数多く現れている。個人病院は農民の医療需要を満たすという面では積極的な役割を

果たしている。しかしその反面、農民への医療費の勝手な徴収が酷く、農民の医療費負担増が深刻な問題として指摘されていた。

（3）旧制度の改革の背景

旧医療保険制度は、国民の健康維持に大きな役割を果たしてきた一方で、1980年代から改革・開放等の経済体制改革や社会主義市場経済の進展に適応できなくなり、様々な構造的欠陥が露呈している。その背景として、3点を挙げる。

医療費の急激な増加

医療費は国と企業が負担したが、有効な制約メカニズムが欠けているため、重大な資源浪費を引き起こし、医療費が急激に膨張する結果をもたらした。

1980 - 1997年は中国の改革開放期と重なり、17年間に国有経済部門の保険・福利費支出総額は21倍の増加となる一方で、医療・衛生費支出総額も17倍増えた。

旧医療保険制度の下で、被保険者としての従業員・職員には本来果たさなければならない保険料の納付義務が課せられず、その上、医療費はほとんど無料になっていたため、権利だけを知り、医療費節約の意識は全くなかった。患者は受付料さえ支払えば、直接医療・薬品の消費領域に入り、医療保険資源の分配に参加し、しかもその消費金額は制限されない。結局、軽い病気を重い病気として治療し、病気がなくても治療を受け、「大処方箋」や「人情処方箋」で必要以上の多くの薬と高価の薬を手に入れる²⁷⁾。また、医療消費の無制限は、一部地域で医者と患者の結託による不正行為の蔓延をもたらした。一部の患者は病院で薬をもらって、すぐ薬局で現金に引き換える。テレビや洗濯機等の日常生活用品が書き込まれた処方箋もあった。一部の病院のすぐそばには、いつも薬品を買い付ける店が多数存在している。医療過程での浪費行為、道徳退廃、制度と機能の欠陥等も医療費の急増をもたらした重要な原因である。関係部門の調査分析によると、医療費の不正支出はなんと医療費総額の約20 - 30%を占める²⁸⁾。

こうした医療保険制度の構造的欠陥が助長した医療費の急増は、企業に多大な負担をかけており、とりわけ一部の経営難企業は医療費負担に耐えられないため、医療資金の一部あるいは全部を従業員に振り分け、個人請負の措置に変えてしまった。結局、医療保障制度が形骸化し、互助共済の役割が完全に消失した。特に、経営難に陥った国営企業の中で、従業員が重病にかかっても治療を受けられず、医療費を精算することができない状況が多発している。

高齢化の進展と定年退職者の急増

高齢者と定年退職者が増えるにつれて心臓病、癌、慢性病患者がますます多くなってきた。しかも、これらの病気治療には長い期間が必要であり、医療費の支出も当然多くなるのである。国有部門を例にみれば、1997年に国有部門の定年退職者が2,610万人で、在職者1億766万人の24.2%にすぎないが、定年退職者の医療衛生費総額が240.6億元で、在職者医療衛生費総額

(423.4 億元)の56.9%を占めている。一人当たり医療費支出の比較では定年定職者が1997年に921.8元で、在職者(393元)の2.4倍に相当する。しかも、定年定職者が国有企業に集中しているため、国有企業の医療費負担を圧迫している。

企業経営の悪化と企業の医療保険負担額の増加

改革・開放経済の推進の中で国営企業の経営は急速に悪化し、急増する医療費の負担に耐えられない企業を多く生み出すことになった。特に、退職者の医療費を支払えない企業が増加し、社会問題化した。一方、新生の郷鎮企業や外資系企業などの職員・労働者は医療保障にカバーされていないために、無保険者が存在するという制度の矛盾も現れてきた。したがって、企業単位の医療保障を医療保険化する必要が生じ、医療費の一部個人負担を導入された。

現在、財政と企業の医療費支出は双方とも膨大なものである。企業の医療費支出はすべて福利基金を使い果たした上で、さらに生産資金・流動資金を蝕んでおり、企業の生存と発展に直接に影響を及ぼしていった。国家機関と事業体の医療費の支出が、財政支出の中に占める割合は終始高い上昇傾向にあり、中央政府と地方政府の財政難や財政赤字の重要原因の一つになっている。

おわりに

以上の分析を踏まえて、中国の旧医療保険制度と医療保険制度改革について以下のような結論をまとめることができる。

第1に、中国の医療保険制度は都市医療保険制度と農村医療保険制度に分けられている。両者はいずれも社会保険制度の範疇に属し、一定の共通点をもっているが、保険制度の財源、実施方法、給付基準が大きく異なっている。前者は国の立法によって確立され、政府が管理するという強制的な性格をもつ医療保険制度であるのに対して、後者は自発的に組織され、互助共済の性格をもつ民間レベルの医療保険制度である。

第2に、都市医療保険制度はさらに公費医療保険制度と労働医療保険制度の2形態に分けられる。2つの医療保険制度の管理機関、財源が違っているものの、給付項目と給付水準基準がそれほど違ってない。しかも、企業労働医療保険制度は、企業が政府に代わって管理する医療保険制度であり、公費医療制度と同様に公的医療保険制度の範疇に属している。

第3に、旧医療保険制度の問題点として、国と国営企業は全額医療費を負担すること、公的医療保険制度の適用対象者が限られていること、各種医療保険制度によって生じた都市と農村の医療保険給付の格差の問題、適用対象者の急増に伴う医療給付額の急増と医療財源の確保、調達の問題、運営管理体制の問題等が挙げられる。

第4に、医療保険制度は、疾病、負傷、死亡などによる短期的な経済損失について保険給付

する制度である。そのため、他の社会保険制度と比べて中国は医療保険制度の改革を特に慎重に考え、改革の時期を遅らせてきた。新医療保険制度の改革はこれらの問題を解決することを目的としていた。

第5に、農村福祉事業への対応策として、政府は政策的支援を強調するが、それだけでは不十分であり、一定の財政投入は不可欠であると思われる。そのために、経済の高成長によって得た国民所得を享受している層からの財政調整によって、医療福祉基金の充実をはからなければならない。

また、農村部の医療保障問題も残された大きな問題である。全人口の7割近くを占める農村部は各種社会保険の対象ではなく、ごく一部で都市部と異なる医療制度が実施されている程度にすぎない。農村部の保障制度を設立し、皆保険制度をどのように構築するかは、全国統一の都市部医療保険制度を構築した中国が、次に取り組むべき大きな課題である。

<注>

- 1) 焦培欣「中国における社会保障制度構築の基本方向について」『中央大学大学院論究』vol.29, No.1、1996年、2頁。
- 2) 王占臣・任凡主編『社会保障法全書』上巻、改革出版社、1995年、2頁。
- 3) 「労働医療保険制度」は「保険」ではなく、「個人の負担のない企業内福利厚生制度」を意味する。
- 4) 國務院發展研究中心「社会保障課題組」『分離体制軌成本、建立持續制度』、社会保障体制改革專題研討會報告、2000年、1頁。
- 5) 全国各級人民政府、党派、団体および所属事業部門の国家工作人員（職員）を対象とする、公費医療予防措置の実施に関する指示である。
- 6) 劉学民『医療保険291問』人民法院出版社、1998年、19頁。
- 7) 劉学民、前掲書、81頁。
- 8) 喬勤増「衛生部と社会福祉」、王思斌主編『中国社会福利』香港中華書局有限公司、1998年5月、110頁。
- 9) 金新政・沉継権主編『医療保険情報系統』人民衛生出版社、2000年、32頁。
- 10) 陈佳贵、吕政、王延中主編『中国社会保障發展報告（1999～2001）』社会科学文献出版社、2001年、78頁。
- 11) 金新政・沉継権主編、前掲書、32 - 33頁。
- 12) 金新政・沉継権主編、前掲書、33頁。
- 13) 金新政・沉継権主編、前掲書、34 - 35頁。
- 14) 喬曉春「關於中国農村社会養老保險問題的分析」、『人口研究』、1998年3月号。
- 15) 喬勤増、前掲書、100頁。
- 16) 中江章浩『21世紀の社会保障』第一書房、1997年、9頁。
- 17) 劉曉梅『中国の改革開放と社会保障』汐文社、2002年、188頁。
- 18) 陈佳贵、吕政、王延中主編、前掲書、77頁。
- 19) 金新政・沉継権主編、前掲書、38頁。
- 20) 郑功成『中国社会保障論』湖南出版社、1994年、77頁。
- 21) 医療・衛生活動に従事する半農・半医の衛生要員。1965年6月26日付の毛沢東主席のよびかけ「医療・衛生活動の重点が農村をおこう」に依りて、1968年9月、上海市川沙県江鎮人民公社にはじめて誕生。以後、全国各地の農村で多数養成され、農村の医療・衛生制度の改革に重要な役割を果たした。一般に、正規の病院の協力を得て、病気の予防活動、衛生知識の宣伝をはじめ、診察、往診、軽い病気の治療、予防注射等の医療活動に従事する。1975年末には、500万人余が活躍した。
- 22) 馮傑・韓樹軍主編『中国社会保障』河南人民出版社、2002年、188頁。
- 23) 財団法人 矢野恒太記念会編『'98/99世界国勢図会』国勢社、1999年、468頁。
- 24) 金新政・沉継権主編、前掲書、44頁。

- 25) 朱芳芳『“安全網”和“減震器”——中国社会保障問題』中国国際广播出版社、2001年、88頁。
- 26) 陈佳贵、吕政、王延中主編、前掲書、79頁。
- 27) いわゆる「大処方箋」と「人情処方箋」とは、いずれも患者が医者との知り合い関係を利用して手に入れた処方箋のこと。それらの処方箋には、必要以上に大量かつ高価な薬品が書かれている。
- 28) 劉磊「控制医療保険費過度増長的探討」、『労働理論與実践』、1999年第11期。

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）