【論文】

中国農村部における医療保障システムの現状

—新型農村合作医療制度を中心に—

張 雅青

(東北大学)

A Present Situation of the Rural Medical Security System in the China —Focusing on the New Rural Cooperative Medical System

Yaqing-ZHANG (Tohoku University)

Rural in medical care one of most important problems in China since it relates to the health care of over half of China's population. Under such severe circumstances, China's government started to bring new rural cooperative medical care system into effect since the beginning of 21st century. It had been six crucial years until 2003 for The New Rural Cooperative Medical System (NRCMS), which has achieved good results. But the system has been encountered lots of problems and need to be continuously improved as an innovative one.

This article analyzes the present situation of the medical security system in the China, which consists of two chapters. The first is to explain the medical system of China in terms of setup, development, promotion and decline from historical point of view. The second is to investigate the implementation and problems of the new rural cooperatives medical system. As most of the farmer does not trust the NRCMS, and safeguard level it seems difficult for the cooperative medical treatment has difficulties to adapt various medical safeguard demands.

1. 研究の背景

21世紀に入り、中国では経済発展が急速に進む中、都市部・農村部の所得格差が拡大している。図1は、家計調査による都市部と農村部の一人当たり所得格差を示したものである。これによれば、2003年から都市住民一人当たり所得は農民の約3.3倍になった。しかし、ここに表示されている都市住民の所得は可処分所得であるのに対して、農村住民は年間純収入である。この収入の中から租税公課諸負担等の経費が支払われるし、次年度の生産に必要な経費に充てる資金も前もって必要

になる。全て可処分所得というわけではない。従って都市部・農村部の所得格差は、実質3.3倍以上にもなると考えられる。現在、中国は約2.54億人の貧困人口（IBRDの2009年4月発表より）を抱え、その90%が農村に居住している。

こうした現状で、医療費は一般家庭にとって、食費、教育費に続く「第三の高額支出」となっている¹⁾。表1は、中国の都市と農村における社会保障の水準を、優遇配置制度、社会福祉、社会保険公的扶助などについて比較対比したものである。これによれば、とりわけ格差が目立つのは社会保

図1 都市住民と農村住民の所得格差

(出所)『2009年中国統計年鑑』より作成

険の項目である。

都市住民は失業保険、医療保険等々多くの保険制度が適用されているのに対して、農村部は現在実施が試みられている「新型農村合作医療制度」しか存在しない。また、農村部にはそもそも医療サービス機関が少ないばかりか、高騰する医療費が生活水準の低下に直結するリスクとなっている。こうした事態を打開するため、2003年1月、国務院が「新型農村合作医療制度の確立に関する意見」を承認し、これを試行開始した。しかし、この制度が定着するには、解決すべき問題も多い。そこで本稿では、中国農村の医療保障システムの

現状について検討することにした。

2. 課題と方法

中国農村部の医療制度に関する先行研究には、(梁[3], 呂[4])がある。彼らの研究により、①農村医療保障制度の未整備による都市部との格差、②医療提供機関、医療従事者、医療設備の欠乏、③農村住民医療費の負担過重と健康状況の悪化など、様々な問題が指摘されている。

一方、日本における中国の医療保障に関する研究には、(陳[5], 徐[7])による日中医療保障政策の比較分析及び中国都市と農村の医療格差に焦点を当てた(袖井[6])などがみられる。これらの研究により、中国は、都市部と農村部の医療保険制度における格差が大きく、農村部では新しい合作医療が実験模索段階にあることが明らかにされた。さらに、中国の医療システム改革に当たり、日本や欧米先進諸国の研究成果や経験を参考にし、これらを吸収し、中国の事情に合った制度を創出することは重要であると指摘されている。

しかし、現在、普及が図られつつある「新型農村合作医療制度」の普及・定着の現状を把握できる資料が限られていることなどから、新制度に関する研究も進んでいない。従って、「新型農村合作医療制度」新制度の実施により、農村部に存在している医療保障問題を解決できるかどうか不明である。

表1 中国の都市部と農村部における社会保障体系

地域	区分	給付・サービスの項目
都市部	優遇配置制度	特定階層への生活保障(現役・退役軍人及びその家族、死亡軍人の遺族への生活保障)
	社会福祉	社会福祉施設(老人ホーム、児童福祉設備、身体障害者施設など) 地域コミュニティ・サービス(公共医療施設・リハビリ施設など)
	社会保険	出産・育児保険
		労災保険
		医療保険(都市従業員基本医療保険制度) (都市住民基本医療保険制度)
		失業(雇用)保険
	公的扶助	養老(年金)保険
		都市貧困世代への最低生活保障
		都市医療救助制度(都市部最低生活保障対象者の医療負担への保障)
農村部	優遇配置制度	特定階層への生活保障(現役・退役軍人及びその家族、死亡軍人の遺族への生活保障)
	社会福祉	社会福祉施設(老人ホーム、孤児院、障害者施設など)
	社会保険	
		医療保険(新型農村合作医療制度)
	公的扶助	農村(養老)年金保険
		農村貧困世代への最低生活保障(臨時救済・定期的救済)
		「五保戸」(労働機能を失った高齢者・病人・孤児・寡婦・身体障害などのうち、扶養してもらった家族がいないもの)に対する生活保障 農村部医療救助制度(最低生活保障対象者・五保戸の医療負担への保障)

(出所)『医療保障政策の日中比較分析』(徐[7]) 5頁より作成

そこで本研究では、「新型農村合作医療制度」を中心として、中国農村部における医療保険システムの現状を分析し、今後の改善策や改善方向について検討するための予備的考察を行った。具体的には①既往研究等によりながら中国の医療保険制度が都市と農村で二元構造になっている実態を明らかにする。②農村部において実施されている医療保険制度の現状および問題点を浮き彫りにする。③以上により、現在実施している中国農村部の実態調査を踏まえ、今後医療保険制度の改善方向について検討する予備的作業としたい。

3. 中国の医療保険制度の整備状況

1) 都市部の医療保険制度²⁾

中華人民共和国を建国後、1950年代から都市部における医療制度は企業の従業員を対象とした「労働保険医療制度」と公務員、事業単位、政府機関の従業員を対象とした「公費医療制度」などが整備された。これらの制度は国家主導で、福祉性の高い制度であった。しかし、計画経済から市場経済への転換過程において医療費が増加し、企業と国家財政が耐えきれなくなった。また、私営企業や自営業者、外資企業が増え始めたため、1980年代末から市場経済に対応できる医療制度の改革が全国各地域で始まった。

1984年から1999年にかけて行われた医療保険制度改革の下で、個人の医療費負担が重視されるようになった。現在、中国都市部の医療保険制度は、1998年に発足した「都市従業者基本医療保険制度」である。この制度は、一般に医療保障のレベルは低いが、保険の適用対象は拡大された。被保険者と雇用側の双方の負担による保険料に公的拠出金を加えて基金を造成し、これを給付財源とする制度である。制度設計や運用の詳細は各地によって異なるが、基本設計によれば、保険料は雇用側が総賃金の6%、個人が賃金の2%をそれぞれ納付する。そのうち個人納入の全額と雇用側納入の30%が個人口座へ繰り入れられる。医療費が発生した場合、まず、個人口座から支払いが行われ、口座の残額を超えた場合は、患者の個人負担となる。個人負担の額が年平均賃金の10%を超えた場

合は、大部分が基金から支払われるが、個人も一部負担する。基金の最高支出額は年平均賃金の4倍であり、それ以上は商業保険により解決するものとされている。

これに対して都市部では、2007年に都市部の貧困者、失業者、国有企業の定年退職者及び都市部の非就労住民をカバーする「都市住民基本医療保険制度」が発足し、この基本医療保険制度の設立により、全国都市部に統一的な医療保障制度の仕組みができた。

2) 農村部の医療制度³⁾

1950年代から実施された「農村合作医療制度」の内容は、生産隊単位に合作医療保険ステーションを作り、人民公社の社員が年間1人1元程度を拠出することにより、治療費の全額または一部を保障する仕組みである。

しかし、改革開放以降における生産請負制の実施により、運営主体となる人民公社などの集団経済組織が解体し、「農村合作医療制度」も崩壊した。さらに、医療費の高騰が農村住民の所得増加額を遥かに超えたため、農村住民は医療サービスを受けられなくなり、2003年までの18年間、中国人口の約7割を占める農村住民のほとんどは“無保険医療”状態を余儀なくされた。

こうした中、中国政府は農村医療問題を解決する決め手として、「新型農村合作医療制度」の設置を決定し、2003年から試験的实施に踏み切った。目標は、2010年までに全国の農村住民に「新型農村合作医療制度」を普及することとされている。

本制度は、行政がリードし、農民が自主参加する一種の医療共済制度である。この制度は1人当たり換算して個人が10元、中央政府が10元、地方政府が10元をそれぞれ負担してつくった基金で運用される。さらに、中央政府は2008年から2年計画で中央政府の負担額を1人当たり年間100元引き上げた。中央政府の財政補助は経済水準の低い中西地方を中心に実施され、比較的豊かな地方は地方政府（省・県）が政府負担分も賄うこととされている（井伊 [2]）。実際の運営にあたっては各地（県レベル）毎に様々な支給方法が行われている。都市部の制度と異なるのは、世帯単

位での加入が認められていることである。世帯人数分の合算額が世帯の保険料となり、加入は世帯員全員の一括加入となる。また、給付内容は基本的に入院に関する費用に限られている。

4. 農村住民の医療の現状

中国の医療保障システムは、都市従業者基本医療保険、新型農村合作医療、都市住民基本医療保険の三本柱で構成され、基本的には国民全体をカバーしている。さらに、これらの医療保険制度を補完するものとして、商業健康保険がある。

しかし、農村では「貧困が病人を生み、病気になっても治療さえ受けられない、病気がいつそう貧困を助成する」⁴⁾という悪循環が繰り返されている。「中国統計年鑑」によれば、悪性腫瘍・心疾患・脳血管疾病という三大疾病が死亡疾病の上位を占め、1990年代から現時点まで都市・農村間にあまり大きな差異はみられない。このような慢性疾患の増加は医療費を増大させる。また、乳児と妊婦の死亡率に注目すると、農村部の死亡率は1990年代から徐々に減少しているが、依然として都市部より高い水準にある。農村部や経済水準の低い地方での医療改善の遅れが示唆される⁵⁾。

現在、農村部においては、都市と比較して、医療保険制度の未整備、医療機関の不足、農村住民医療負担の過重、健康状態の低下など様々な問題が指摘されている。特に、農民が負担する医療費は近年、上昇しつつある。図2に示したように、

図2 農村住民の医療費負担状況

(出所)：『2009 中国統計年鑑』より作成

中国1人当たり入院患者の治療費は農民の年収に超えた。さらに、入院する場合、治療費に加えて、交通費、食事費、付き添い費などの出費もある。

医療保障システムに見られる都市と農村の二元構造は、徐[7]によれば、①都市・農村間の生産力格差、②1950年代に成立した都市と農村の二元的な社会体制、とりわけ戸籍制度、③中国農村に古くから存在する伝統的な社会構造、などに起因している。しかし、直接的原因は中国政府による農村衛生事業への資金投入不足と農村住民の低収入であると言われている。

5. 新型農村合作医療制度の問題点

2009年度の全国新型農村合作医療業務会議が長春で開催された。全国で「新型農村合作医療制度」を導入し、同制度の医療保険に加入する農村人口は8億1500万人、普及率は91.5%に達している。この制度には800億元の資金を投じて、加入率の達成や財源拡大に対する改革が進められている。新制度の実施により、農村住民の医療条件の改善は大きく進展したが、なお以下のような問題が存在し、制度の普及を妨げている。

1) 資金不足

中央政府と地方各級政府は毎年「新型農村合作医療制度」への予算を増やし、一部の富裕地域の資金調達是一定の額に達しているが、全国的にはまだまだ低い水準に止まっている。

また、運営費の不足により、現場の従業員の確保が難しく、このため従業員は主に非常勤あるいは兼職に頼らざるを得ないなど、新制度の管理やサービスの提供にあたって大きな問題が生じている。

2) 法体系の未整備

中央政府は合作医療の発展を重視している。しかし、新制度に対する法的な裏付けは与えられていない。このため、実施に対する法的な強制力はない。また、全体的にみても、中国の社会保険に関連する法の整備は低い水準に留まっている。ほとんどが中央政府の「意見」・「通知」・「条例」などに基づいて行われている。(図3)このままだと、農村医療制度改革も、相当険しい道のりになるも

図3 「全民医療保障」体制の概念図（加入方法と法的根拠）

（出所） 著者作成

のと思われる。

現在、合作医療管理は各地域の衛生局、各郷鎮の衛生院に依存している。問題は、現場の管理機関、医療機関、被保険者の間に、被保険者を偽装する詐欺行為、医療機関の過度なサービス提供などの違法行為が頻発していることである。

3) 情報化の遅れ

IT基盤が未整備なため、返金の手続きが複雑である。このことが仕事の非効率と農民の新制度への加入に悪影響を及ぼしている。

例えば、新制度を管理するソフトの開発も遅れている。ソフト開発の人材と現場の従業員が違うため、ソフトの利便性・適応性・安全性等に問題が生じている。新制度の情報伝達が遅いため、大部分の地域で「退院即保険金給付」が実施されていない。給付するまで時間が長過ぎるし、手続きも煩雑である。このため、医療費を立て替える制度を実施していない地域では、農民の新制度に加入する意欲は低い。

4) 流動人口の加入制限

「新型農村合作医療制度」は都市住民を受ける医療保険と独立しているため、農民工などの流動人口の加入は難しい。

経済の発展に伴い、都市への出稼ぎ労働者の移動が活発化している。しかし、都市部の労働者向け医療保険制度は、農村から都市に出稼ぎに来て

いる農村戸籍を有する農民工には適用されない。都市部で生活している農民工が戸籍所在地で医療サービスを受けるには、移動にかかる時間と費用などに制約される。

新制度は県あるいは郷鎮で病院を指定し、転院などには厳格な審査が必要である。保険金の給付は基本的に被保険者が加入した地域での指定医療機関で行うことが前提となっている。別の地域で利用した場合は、給付金額が大きく削減（50%）されることが多い。したがって、農民工にとって、新制度に加入するメリットが乏しいことから、このままだと都市部と農村部の医療保険を共に受けられなくなる人々が増えるといった問題もある。

5) 保「重病」と保「軽病」の矛盾

多数の農民にとって、重病と入院は生活に大きな影響を与え、これにより、「因病致困、因病返困」の問題が生じる。政府はこの問題を解決するため、「新型農村合作医療制度」に重病補償方針を打ち出した。ただし、既往の研究によれば、これの実施に伴い、以下のような問題が生じている。

①新制度の加入は自由であり、この原則の下、「重病補償方針」の実施によっては、病気持ちあるいは病気になりやすい人は加入するが、健康な人は参加しなくなる。②少数の重病者あるいは入院患者しか補償を受けられないと、農民の健康に関わる一般的な病気に対する補償を求める農村住民の

要求に相違する。③資金調達能力からみれば、高い給付ラインと低い限界補償ラインの設定は、重病補償の医療保険の役割を果たせなくなる。

また、一般の病気を補償しないので、医療費を節約するため、病気になっても病院に行かず、結果的に重病になってしまうと考えられる。貧困家庭では、自己負担部分の医療を支えられないため、治療を放棄すると、農村住民の健康に支障が生じる。

6) 農村医療衛生サービスの貧困

郷鎮衛生院は農村医療の中心であり、農村住民に基本的な医療保健サービスを提供している。しかし、政府の衛生院への投入が不十分なため、医療設備、医薬品と医師不足問題が生じている。これは「新農合」を長期的に運営する障害となろう。特に、農村部医師の質の向上が重要な課題となっている。

また、医療機関への監督も強化すべきであろう。袁[8]によれば、県、市病院は、政府から一部補助金が支給される独立法人になっている。そのため、これらの病院では業務収益拡大のために過剰処方や過度検診を行い、それが医療費高騰や患者負担過大の大きな要因になっていると言及されている。これが、合作医療資金の捻出や運営にも支障をきたしている。

7) 地域による給付金額の格差

「新型農村合作医療制度」のグランド・デザインは中央政府によって提示されているが、実際にあたっては県級市・県レベルで修正される。制度の具体的な運営方法については、「新型農村合作医療制度の確立に関する意見」の中に全く触れていないため、各地域ではそれぞれ独自の取り組みを行っているのが現状である。

このため、地域間の管理能力の差異が制度設計のみならず、医療保険制度の実質的な機能や、健全な運営に強い影響を及ぼしている。事実、各地域での保険資金源・給付項目・給付水準・スタートラインなどの制定に大きな違いが見られる。例えば、給付金額の計算方法の違いを示したのが表2、表3である。

これは、2009年3月に、A鎮に在住している王

さん（新制度の加入者）が、二級病院に1カ月入院し、10200円の入院費を払った場合、保険によりいくら給付されるかを試算したものである。

計算方法1によれば、①式のように、10200円の入院費から200円のスタートラインを除いた、10,000円が表2の二級病院のラインでの「5001-10000円」に該当し、支給率は45%となる。従って、②式に示したように、王さんは4500円の給付金をもらえることになる。

ところが、計算方法2によれば、①式は変わらないが、②式は、給付計算されるべき入院費である10000円を、まず、「201-3000円」、「3001-5000円」、「5001-10000円」三つの枠で3000円、5000円と2000円に分割され、それぞれの金額にそれぞれの給付率をかけて、王さんに支給する給付金は、3950円となる。

表2 A鎮の給付率基準（入院）

範 囲	≤100元	101-3000元	3001-10000元		≥10001元
給付率 一級病院	0	45%	55%		60%
範 囲	≤200元	201-3000元	3001-5000元	5001-1万元	≥10001元
給付率 二級病院	0	35%	40%	45%	50%
範 囲	≤500元	1001-5000元		5001-1万元	≥10001元
給付率 市外病院	0	20%		25%	30%

注：1. 還付限度額 2万元。

2. 中国の医療供給体制は、都市部、農村部ともに一級、二級、三級の医療機関から構成する。具体的には、都市部では街道衛生院（一級）、社区卫生服務中心（二級）、地区（県級市）病院（三級）、農村部では村衛生院（一級）、郷鎮衛生院（二級）、地区（県）病院という三層制になっている。6)

（出所）：聞き取り調査より作成

表3 計算方法

計算方法1：

$$10200 - 200 = 10000 \text{ 元} \cdots \cdots \textcircled{1}$$

$$10000 \times 45\% = 4500 \text{ 元} \cdots \cdots \textcircled{2}$$

550元が
少ない

計算方法2：

$$10200 - 200 = 10000 \text{ 元} \cdots \cdots \textcircled{1}$$

$$3000 \times 35\% + 5000 \times 40\% + 2000 \times 45\% = 3950 \text{ 元} \cdots \cdots \textcircled{2}$$

「最低給付率から分割給付」

（出所 著者作成）

計算方法2は計算方法1に比べ、王さんへの給付率は550元減ることになる。この計算方法は、地方政府の財源支出を削減する手段として実際に行われている。これは、ある意味で、農民を騙して、合理的な詐欺を行っているに等しい。以上のような問題および、具体的な解決策については、今後詳細を現地調査により検討する。

6. まとめ

1970年代末に始まる改革開放以降、中国は急速な経済成長により、世界の注目を集めている。一方、改革に伴う社会・経済体制の変化から従来の医療保障体制は機能不全に陥った。特に、長い間中国の農村住民は医療保険を受けず、経済発展が遅れている農村部においては、医療保障制度の整備が直面する大きな課題となっている。

そこで、2003年に中国政府は「新型農村合作医療制度」を打ち出した。今回、中国政府は本格的に農村住民の医療保障を解決しようとして、現時点では大きな成果があげられている。ただし、この制度の実行により、制度の実行性、公平性、加入方法、関連法律の整備、運営方法などの問題点が明らかとなり、新制度の運営と普及の拡大を制約している。また、医療機関の監督仕組みができていないため、医療費負担過重問題にも指摘される。いずれにせよ、新制度の実行と普及は依然として、大きな課題を抱えている。

注

1) 中国卫生部[12]に記載されている。

2) この1)は井伊[2], p.95, 丁[1], pp.50~56に大きく準拠

している。

3) この2)は中国政府公文[9], [10], [11]により纏め、日本語訳である

4) これは、中国語の「因病返困, 因病致貧」の日本語訳である。

5) 井伊[2], pp.88~90を参照

6) 同上書, p.101を参照

引用文献

- [1] 丁少群, 李楦『我国新型农村合作医疗制度及其可持续发展研究』, 厦门大学出版社, 2007年9月。
- [2] 井伊雅子『アジアの医療保障制度』, 東京大学出版会, 2009年。
- [3] 梁琪「新型农村合作医疗可持续发展研究」, 西北农林科技大学毕业论文, 2007年。
- [4] 吕慧「对我国农村医疗保障现状及完善政策的研究」, 中国地质大学毕业论文, 2009年。
- [5] 陳 金霞「中国における医療システム改革—日本の経験からの示唆」, 千葉大学, 2005年。
- [6] 袖井孝子『転換期中国における社会保障と社会福祉』, 明石書店, 2008年
- [7] 徐 林卉『医療保障政策の日中比較分析』, 晃洋書房, 2008年, p.70。
- [8] 袁宗祥, 郭兴强「AO 如何破译新型农村合作医疗“看病贵”」, 消费导刊, 2009年1月。
- [9] 中华人民共和国国务院, 「关于发展和完善农村合作医疗的若干意见」, 1997年5月28日。
- [10] 中华人民共和国国务院, 「关于建立新型农村合作医疗制度的意见」, 2003年1月16日。
- [11] 中华人民共和国卫生部, 「卫生部办公厅关于做好新型农村合作医疗试点工作的通知」, 2003年。
- [12] 中华人民共和国卫生部, 「第3回国家衛生事業調査分析報告」, 2004年。

〔2010年2月19日受理〕