

中国農村医療保障制度の新しい展開

——新型農村合作医療制度を中心に——

王 崢

目 次

- I は じ め に
- II 先行研究とその限界
 - 1 先行研究のサーベイ
 - 2 先行研究の限界
- III 新型農村合作医療制度の創設背景と内容
 - 1 新型農村合作医療制度の展開
 - (1) 農村合作医療制度の沿革と内容
 - (2) 復興の失敗と新型農村合作医療制度の創設
 - 2 新型農村合作医療制度の仕組み
 - 3 新農村合作医療制度の成果
- IV 「旧」「新」制度の比較検討と新型農村合作医療制度の問題点
 - 1 「旧」「新」農村合作医療制度の比較検討
 - 2 包括的保障内容の必要性
 - 3 地域格差の是正
- V 中国農村部における医療保障の方向性——むすびにかえて

キーワード：新型農村合作医療制度，中国農村地域，医療保障制度

I は じ め に

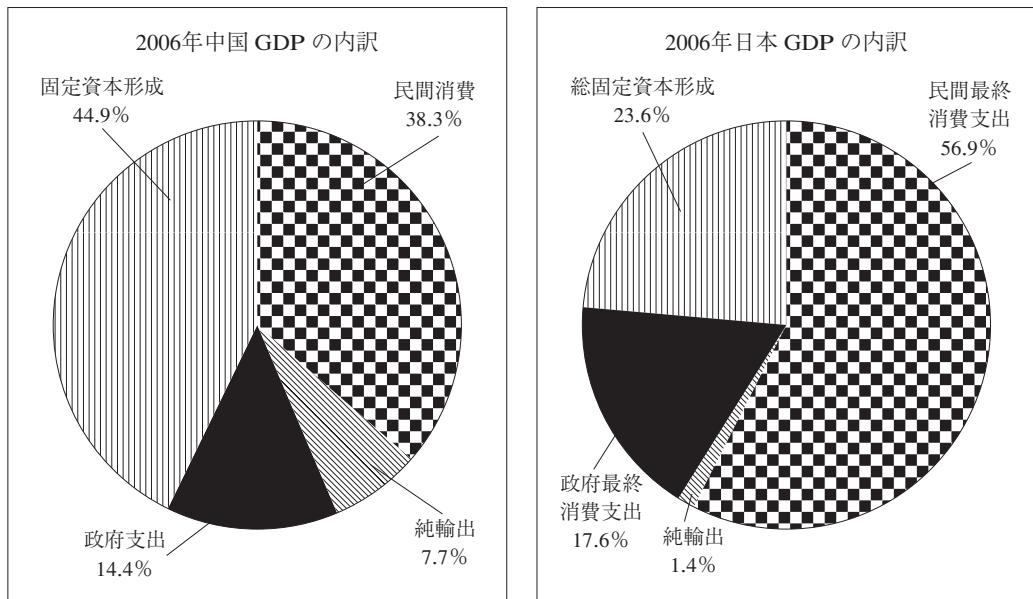
1970年代末中国の改革・開放政策によって，農村部に「個別農家請負生産責任制」が導入され，それまでの農村集団生産から家庭単位の生産に変更された。それとともに，農村集団生産を土台とする農村合作医療制度も崩壊することになった。それ以降，8億といわれる農村住民は医療費の全額を負担しなければならない状況に陥ってしまった。1990年代，中央政府は農村合作医療制度を改革しながら制度の回復運動を行ったにもかかわらず，財政上の問題や農民の低加入意欲によって失敗することになった。そこで，農村住民の医療問題を解決するため，失敗した改革案の経験を吸収した上で，2003年から中央政府が新型農村合作医療制度を試行した。新型農村合作医療制度は，互助共済制度として定義され，中国農村部の主の医療保障制度として実施されている。制度は，農村住民の集団的・地域的の互助と共済を強調する。その目的は，疾病から貧困への落ち込みを防止し，農村住民

の健康水準をあげるとともに、農村部の経済発展を追求することである。

実施されてから6年目になった2008年現在、新型農村合作医療制度の加入者は8.15億人に上り、制度の加入率¹⁾は91.54%に達している。そこで、試行段階から全面普及段階へと移行した新型農村合作医療制度について、中間的な評価を行うが必要になる。そして、制度の重要性と出発点を振りかえながら今後農村部医療保障制度のあり方についてもその方向性を模索することが可能となるである。

一方、近年中国では内需型経済が提起され、経済発展とともに医療費の高騰が問題化しており、また中国農村部における土地政策も変化しつつある。これらは、いずれも農村部の医療保障制度に関わる問題であり、農村医療保障制度の迅速な整備が要求されるようになっていく。

図表1-1 中日 GDP の内訳



出所：(左)「日本経済新聞」2008年1月3日朝刊 P24²⁾、(右)内閣府「国民経済計算」2006年度³⁾。

まず、中国経済の成長状況からみてみよう。1970年代末に改革開放政策が実施された後、中国経済の発展が投資と外需に大きく依存し、大きな成果をあげてきた。しかし、グローバル化は両刃の剣で、対外貿易の摩擦、環境破壊、原材料と人件費の高騰、人民元の上昇

1) 中国政府公表数値の計算し方によって、新型農村合作医療制度加入率は、「新型農村合作医療制度に加入する人口数÷制度導入地域の総農村人口数」となっている。『人民日報』2008年10月21日、02版。

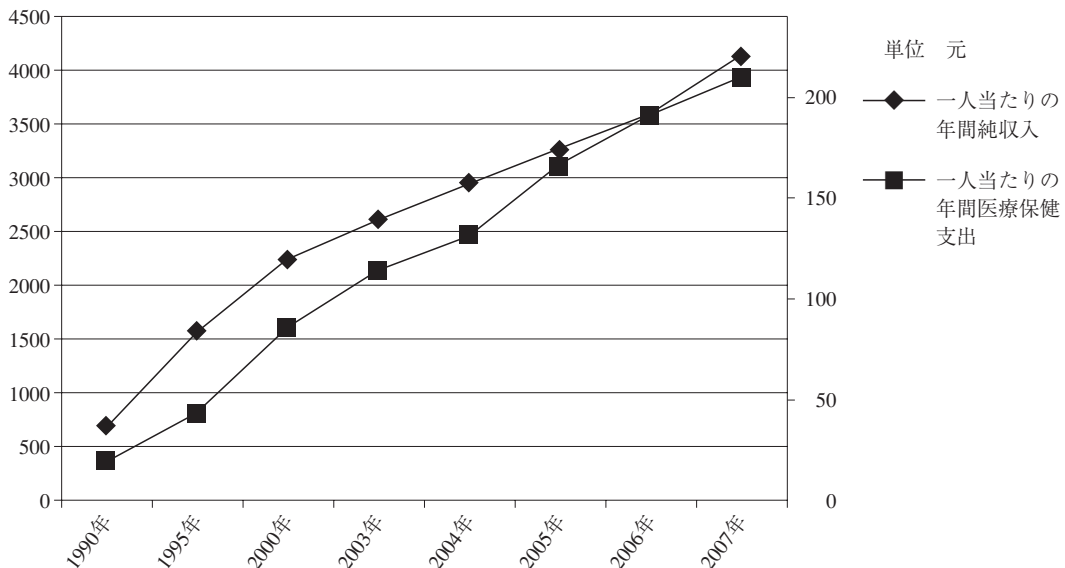
2) 二重計上などがあるため、合計が100%にならない。

3) 総資本形成は、総固定資本形成と在庫品増加の総額である。

<http://www.ersi.cao.go.jp/jp/sna/h18-kaku/20annual-report-j.html>

など経済に様々な問題をもたらした。今後のさらなる発展を目指して、中国経済は、投資から消費へ、外需から内需へとシフトしていく必要がある⁴⁾。特に2008年の世界同時不況とともに海外輸出が大きな後退を余儀なくされたため、内需型経済への移行はさらに重要となる。2008年11月9日付新華社によると、国務院は5日に開催した国務院常務会議で、2010年までの2年間に4兆元（約57兆円）の財政出動を行うことを決めたと発表した。内需拡大によって景気の一段の後退を回避する景気刺激策となる。しかし中国国内市場の現状をみると、図表1-1のように、中国の民間消費はGDPの38.3%しか占めておらず、日本の57.1%と比べると、民間消費の割合はきわめて低い。その直接的な原因は国民消費意欲の低下や貯蓄率の高さといわれているが、さらに深く原因を探究すれば、社会保障諸制度の不備がもたらした将来への不安もその一つだと考えられる。そこで、内需型経済の発展を目指そうとすると、農村医療保障制度の整備も重要な一環となるといえる。

図表1-2 農村住民純収入と医療保健支出の増加



出所：『中国農村統計年鑑』、『中国衛生統計年鑑』より、著者作成。

次に、中国における医療費の高騰にも注目しなければならない。図表1-2に示したように、2007年中国農村住民の一人当たり年間純収入は4140.0元であり、それは1990年の686.3元より6倍化している。しかし、中国農村住民の一人当たり年間医療保健支出をみると、2007年は210.2元であり、それは1990年の19.0元の約11倍となっている。医療保健支出の増加率は収入の増加率を大きく上回っている。農村住民にとって医療保健支出が収入に占める比率が年々増えるようになったため、医療費の高騰は中国農民の貧困化の大きな原因となっている。さらに、中国社会科学院社会学研究所が発表した「社会青書2007」に

4) 「日本経済新聞」2008年1月3日朝刊、P24。

おける世論調査では、国民は医療費の高騰を最も深刻な社会問題と認識していることが明らかになった。以上のような問題に対して、農村部における医療保障制度の整備を通じて、農村住民の医療費の個人負担を低減させることは解決策の一つと認識されている。中央政府も医療費の高騰問題を重点解決課題として指示している。そこで、農村医療保障制度の整備は農村住民の生活、中国農村経済の発展、そして中国全社会にとっても大きな意義を持つと考えてよいであろう。

さらに、中国における土地政策の変化を述べながら農村医療保障制度の重要性を検討してみよう。中国は社会主義国という建前から、土地は国家に所有され、そして集団に占有されている。農民は従来土地の使用権を持ち、戸籍制度によって農村部に固定されていた。改革開放政策によって、農村部に土地請負制度が導入されたため、農民は「土地を請け負う権利」を持ち、農業を自主的に営むようになってきた。中国農村の土地請負制度は、農業農村発展の基礎として重要な役割を果たしてきた。しかし、近年、農民が様々な形で土地の請負経営権を譲渡することによって、適度の規模経営を確立することが求められるようになった。こうして、土地の請負経営権を他の農民に譲り都市部で農民工として働く人が徐々に増えてきている。さらに、中国共産党第17期3中全会⁵⁾が2008年10月9日に開幕し、従来の枠を越えるような土地政策が打ち出された。それは、土地の規模経営を実現するために土地請負権の「流転」⁶⁾が認められるようになったことである。このような政策によって、農村部での土地の集約化が進行し、農民が土地の請負経営権を「流転」させ、自らは都市部へ移転する動きが加速する可能性が十分にある。近い将来、土地を放棄した農民工が大量に生まれ、従来の農村部における土地の社会保障的機能が喪失することも考えられる。高齢化や都市部での経済不況などの理由で、農民が農村部に回帰して農業を続けることは不可能となるであろう。従って、土地の保障機能の喪失とともに、公的社会保障制度が農村住民にとってさらに重要なものになり、その一環としての医療保障制度も農村部の発展と安定のうえで不可欠な制度となる。

2008年10月12日の中国共産党第17期3中全会では、「中共中央は農村改革発展の推進に關係する若干重大問題についての決定」が公布され、新型農村合作医療制度が強調されている。今後、個人拠出と財政支援の増加によって、重病を中心に保障する新型農村合作医療制度の一層の発展が目指されている。

以上の問題意識を踏まえて、本論文はまず第2章で先行研究をサーベイし、その限界を3点にわたって検討する。そして第3章では、新型農村合作医療制度の創設背景と内容を整理したうえで制度の特徴とその成果を明確にしたい。続いて第4章では、「新」「旧」制

5) 第17期3中全会とは、第17期全国代表大会（通常5年間一回）で誕生した中央委員会の3回目の全体会議である。中央委員会は通常年に一回全体全会を行い、中央政治局の年度工作報告、政治と経済の展望のほか、ある面のことについて決定する方式で推し進める。全会が決定した後、関係な法律と政策も出され、将来1、2年の主な工作になる。

6) 「流転」とは、土地の請負権を移すことであり、日本で土地の請負権を売買することに理解する学者もいる。

度の比較を通して新型農村合作医療制度の不足面を究明し、包括的医療保障の必要性と地域格差の是正という二つの課題を提起する。最後に第5章では、今後の中国農村医療保障制度の発展方向となる「制度の充実」と「財政投資の増大」について、合理的な根拠を挙げる。

II 先行研究とその限界

1 先行研究のサーベイ

中国農村部の医療保障制度について、さまざまな研究が行われている。以下では、中国農村医療保障制度における一般的視点を簡単にまとめた上で、中国の農村医療保障制度に関する先行研究をサーベイする。

戸籍制度や経済政策等の原因で、中国農村部における社会保障諸制度は都市部と大きな差異が存在している。中国農村部の医療保障制度も例外ではない。中国の農村部の医療保障制度といえば、農村医療保険制度、農村医療救助制度、農村商業医療保険、あるいは、伝統的互助制度等様々な制度を挙げうるが、その中で支柱となるのは農村医療保険制度である。従って、中国農村部の医療保障制度に関する研究の多くは農村医療保険を中心として行われている。

中国農村医療保険は、大きく三つの段階に分かれている。それは、農村合作医療制度の実施段階、1990年代からの改革試行段階、2003年からの新型農村合作医療制度の実施段階である。その経緯を簡単にまとめると、1950年代に創設された農村合作医療制度は、中国農村部における最初の医療保険制度と公認されている。1970年代末、経済改革によって生産請負責任制が導入されたため、集団経済に依存していた農村合作医療制度が崩壊してしまった。それ以降、農村医療保障制度について、多くの試行改革が行われたが、大きな成功が得られなかったため、大多数の農村住民が医療費を全額自己負担せざるを得ない状況に追い込まれた。そこで2003年に中国政府は農村部の医療保障制度を再建するため、新型農村合作医療制度の試行に踏み切ったのである。新型農村合作医療制度は、現段階では比較的順調に普及しており、2008年6月時点での加入率は91.54%まで上昇している。

それでは、中国農村部の医療保障制度について、日本における様々な先行研究を概観してみよう。渡辺（2003）は、高齢者の社会保障を中心として中国農村部における各社会保障制度を検討し、農村合作医療制度の展開を整理している。制度の衰退要因について、渡辺は社会保障政策の変化、資金基盤の弱体化、医療給付の不平等、そして社会状況の変化に応じて制度を改革していないことにあるとまとめている。塚本（2003）は、生産請負責任制が導入されてから、新型農村合作医療制度が実施されるまでの、中国農村部における医療サービスシステムの実態について検討している。塚本は、経済状況の差異にもとづいて生まれる農村地域の医療制度の落差を指摘し、当時医療保障システムに対する財政的支出ができない理由は財政政策のアンバランスと農民的立場の弱さにあると分析している。そして、塚本（2004）は新型農村合作医療制度の初期実施状態を整理し、河南省、安徽省、江蘇省の農村実施事例を通じて、虚偽報告で中央・地方の資金を騙す問題、ファンドの管

理システムが整っていない問題、農民の管理への参加がない問題と、制度から農民がえる利益が少ない問題を示している。徐（2004）は中国都市部と農村部の医療資源を比較し、農村における医療費の高負担と保健・衛生の低水準を指摘している。農村部における医療保障問題の原因について、徐は社会的背景の影響と、政府資金投入の不足や農民の低所得水準を指摘している。畢力格図・草野・朝克図（2005）は、内モンゴルを中心として、農村合作医療制度から新型農村合作医療制度までの沿革を整理し、指定医療機構の治療能力の限界、農民の制度への不信感、制度運用上の混乱などの問題点を提起している。陳（2006）は、農村部の高齢化問題や拡大しつつある都市と農村間の格差問題に着目し、農村部の医療問題について、医療保障制度の未整備、管理機構と医療機関の不備、農民医療費負担の過重と健康状況の悪化などを問題点として指摘している。楊・坂口（2006）は、都市と農村の二重構造を背景として農村合作医療制度の展開経緯を述べ、その崩壊要因を資金基盤の崩壊、指導方針の変化、経営管理上の問題と農村における政策の不整合性にあるとまとめている。そして、1990年代以降の農村合作医療制度の回復運動や1994年から1998年まで行った農村合作医療制度の改革実験の評価研究にも論及している。王（2008）は、新型農村合作医療制度について、(1)任意加入がもたらす地方政府の混乱、(2)財源調達方法の混乱、(3)基金の図算運用管理、(4)限定的な給付水準という問題が露呈し始めている、と指摘している。

さらに、中国農村部の医療保障制度について、中国における研究はどこまで進んでいるかをみてみよう。鄧・楊（2007）は新型農村合作医療制度の財源について、現在の合作医療基金（各級財政負担及び個人拠出の合計）が低レベルに止まっているため、農民の医療問題を抜本的に解決できないことを明らかにしている。また、所得の高い東部と中部地域において個人拠出の向上と地方財政の増大が可能だと指摘している。それに対して、西部の貧困地域では公衆衛生と医療救助が重視されるとともに、医療費用を抑えるべきだと論じている。李（2007）は、新型農村合作医療制度の公平性を分析し、財源について水平的公平性⁷⁾だけではなく、垂直的公平性も追求するべきだと述べている。鄧・張（2007）は、新型農村合作医療制度の運営を商業保険会社に委託する新郷市の状況を考察し、委託運営について、新型農村合作医療制度の補完としての優越性を明らかにしている。王（2007）は、山西省の経済発展水準や社会構造などを分析し、山西省内の低所得地域において重病・入院を中心に制度を実施するとともに、山西省内の高所得地域において包括的な制度を実施するべきだと指摘している。劉（2007）は、青島市の現状を出発点として、青島市の新型農村合作医療制度について、「逆向き選択」⁸⁾、予防システムの不健全、管理コストの上昇、基金管理の混乱、監督システムの不整備などの問題を指摘している。これらの問題

7) 水平的公平性とは、同地域の利用者が均一的に拠出し、均一的に給付されることである。垂直的公平性とは、利用者の所得によって比例的に拠出し、拠出額によって給付されることである。

8) 「逆向き選択」とは、新型農村合作医療制度の自由加入によって、収入の低い高齢者、虚弱体質者、病人、身障者などは自ら制度に参加してくるのに対して、若年層や健康な人は収入が多く、支払能力に余裕があるにもかかわらず、制度への加入意欲が低い状況である。

に対して、地方財政の増大、予防の重視、管理職員の教育と訓練、監督システムの整備などを改革意見として提出している。そして、新型農村合作医療制度について、孫（2007）、趙（2007）、賈（2007）は、①出稼ぎ労働者問題、②農民加入意識の弱さ、③医療費の高騰問題、④立法の立ち遅れ、⑤財源の確保問題等を指摘し、個人口座の地域間の自由移動、医療品価格の管理、民間資金や国際援助の重視などを、制度に対する改革方向として検討している。孫・銭（2007）は、2006年時点の制度の枠組みを述べている。その特徴について、従来の県・郷・村の三級医療衛生システムを維持し、都市部制度に参考しながら、財源管理や機構設置などについて改善している制度、と指摘している。

2 先行研究の限界

以上、中国農村部の医療保障制度について、日中の先行研究を簡単に振りかえった。多くの先行研究は、これからの制度改革に対して現制度の特徴・長短所・改善課題などにふれながら、中国農村部の医療保障制度の整備について提言を行なっている。しかし、現制度も流動的な側面をもつため、分析が及ばないところが存在し、新しい課題に対して対応できているとは必ずしもいえない。新型農村合作医療制度に関する先行研究に関しては、下記のように4つの制約があると考えられる。

第一に、農村医療保障制度について、ある段階の実情に関する研究は多く行われているが、1950年代から現在までの制度沿革を概観する研究が少ない。つまり、中国農村部の医療保障制度の歴史的流れについて総括する研究が少ない。例えば、塚本（2003）は、生産請負責任制が導入されてから、新型農村合作医療制度が実施されるまでの、中国農村部における医療サービスシステムの実態を示している。畢力格図・草野・朝克図（2005）は、農村合作医療制度から新型農村合作医療制度までの沿革を整理している。楊・坂口（2006）は、1990年代以降、農村医療保障制度の改革試行を述べている。塚本（2004）は新型農村合作医療制度の初期実施状態を整理し、初期段階における制度の問題点を述べている。以上のように、ある段階に焦点を当てて研究が行われると、その時点の状況や問題は詳しく検討できるが、それまでの展開との連続性や不連続性を十分把握しなければ、新しく導入された制度の本質を見抜くことは困難であり、制度に関する大きな発展方向を正しく把握できないであろう。また、「新」・「旧」制度の比較分析が不十分であるため、各発展段階に制度の正負の特徴や連続性・不連続性の関係が無視される可能性もあり、積極的な経験などをよく活かすことができなくなる場合がある、と考える。

第二に、具体的な農村地域の現状に焦点をおく研究がいくつか行われているが、経済力の異なる農村地域について、制度の大きな実施方針や設定基準が明確になっていない。例えば、畢力格図・草野・朝克図（2005）は内モンゴル、鄧・張（2007）新郷市、王（2007）は山西省、劉（2007）は青島市、それぞれに地域を選んで分析対象としたり、事例を紹介したりしている。もちろん現時点で、中国全土に適合する制度の普遍モデルは考えられないが、今後ますます制度の統一の方向に向かっていくのであるから、個別地域を中心とする研究の意義は制約されざるをえない。経済水準や自然環境の異なる地域をいくつか大き

く分類した上で、それぞれに適応する制度モデルや具体的な運営管理規範を提言する必要があるのではないだろうか。

第三に、孫（2007）、趙（2007）、賈（2007）は新型農村合作医療制度の実施中の問題を指摘しているが、農村医療保障制度の根本的な必要性や出発点が明らかになっていないため、制度について大きな発展方向が考察できない。経済発展や国民生活の問題を解決するために制度は創設される。従って、それらの問題は制度の発展方向や改革方向を左右するのが当然である。経済発展や国民生活の問題、つまり制度の必要性や出発点を充分考慮することなく、現行制度自体に対して幾つかの問題点を指摘しても、制度の大きな発展方向を見失い、不必要な改革がなされてしまう可能性もある。本稿第Ⅰ部分で指摘したように、農村医療保障制度の必要性や出発点を分析のベースとして設定することが不可欠である。

本稿では、これらの問題点を考慮した上で、1950年代から現在まで、農村医療保険制度の展開を踏まえ、新型農村合作医療制度の設計を究明する。そして、「新」「旧」制度の比較検討を行うことにより、農村医療保障制度の必要性や出発点に照らし合わせながら現行制度の根本的な問題点を提起し、これからの発展方向を検討していく。

Ⅲ 新型農村合作医療制度の創設背景と内容

1 新型農村合作医療制度の展開

(1) 農村合作医療制度の沿革と内容

新型農村合作医療制度を論じる前に、まずその比較対象として、50年代に創立された農村合作医療制度の沿革と内容をまとめてみよう。

農村合作医療制度の創設は、人民公社の設立と深く関係している。そこで、人民公社の設立についてふれながら、農村合作医療制度の創設過程をみていこう。中華人民共和国成立後、多くの中国農村住民は土地を保有したが、労働力、農具などが不足していた。この問題を解決するために、中央政府は農村住民に農業生産を集団で行うことを指導した。その集団は、互助組⁹⁾→初級農業合作社→高級農業合作社という段階を経て大きくなった。このような農業集団化に伴って、一部の農村¹⁰⁾では自発的に医療費用の共済組合制度を設立し、それは農村地域の治療と予防に役立った。これが、農村合作医療制度の前身である。そして、この共済組合制度の有効性を認めた中央政府は、農村地域に制度設立を奨励するようになり、さらに1956年の全国人民代表大会第1期3次大会で、農業合作社が農村住民の公傷、疾病の治療に対応するよう義務付けたのである。

また、中央政府は1958年8月には「農村に人民公社を設立する問題についての中共中央の決議」を公布し、この決議に基づき全国で大規模な集団生産形態¹¹⁾へ再編成すべく、幾

9) 互助組とは、お互いに協力で生産を行うための農業組織である。

10) 1950年に河南省正庄郷団結社に共済組合制度が創立され、それがはじめの共済組合制度といわれる。

11) 一番大きな集団組織は人民公社であり、人民公社は今日の郷と同じ規模である。人民公社の下に生産大隊という集団組織があり、今日の村と等しい。生産大隊の下には生産隊という末端の集団組織がある。

つかの高級農業合作社の合併を通じた人民公社化を推進することになった。そして、農村の人民公社化が実現され、人民公社が管理する共済組合が多く地域で作られることになった。

このように、人民公社で行われるようになった共済組合制度は、1960年2月2日の「農村衛生工作現場会議に関する報告」によって初めて「農村合作医療制度」として正式に位置づけられ、農村部の医療保障制度として実施されることとなった。しかし、当時中央政府は財政支援を行う余裕がなかったため、農村合作医療制度は集団範囲内の農村住民と集団経済組織が共同負担で行う「自力更生」の状況にあった。このような財政面での課題はあったが、人民公社という集団生産形態を基盤とした農村合作医療制度はようやくその形を整えることになったのである。

その後、農村合作医療制度は1965年に中央政府の指示により全国で導入された。1960年代に全国の約8割の農村住民が加入したことから見ると、当時の中国農村部における医療保障制度としては重要な役割を担ったといえる。

1965年6月に、毛沢東が「衛生工作の重点を農村に置く」と指示した。そして、1968年に毛沢東は、湖北省長陽県などの制度運営経験を賞賛し、それを全国に推し進めるように指示した。当時、すでに文化大革命が始まり、中国は「農民重視」という政治的な雰囲気包まれ、都市部の医療従事者が農村に派遣されるようになった。これは農村合作医療制度の発展に重要な役割を果たしたといえる。その後、農村合作医療制度は発展期に入り全国に普及していくようになった。文化大革命は、農村合作医療制度を普及させた大きな原動力と認める学者もいる¹²⁾。

農村合作医療制度は農村住民の自由意志と互助共済の原則にのっとり行われるため、農村住民の任意加入が原則となっている。そして、医療サービスを実施するのは村（生産大隊）の衛生所であり、衛生所に医療従事者が雇われ、簡単な治療、予防接種、計画生育・出産などの、レベルは高くなくとも包括的な医療サービスを提供した。衛生所の施設は、村あるいは人民公社の公有財産に属し、その医療従事者の給与は村あるいは人民公社の集団経済組織が負担していた¹³⁾。衛生所に雇われていた医療従事者の専門的な医療知識が限られていたため、衛生所では軽度の疾病のみの対応となり、中度の病気は公社・鎮の病院で、重度の病気は県・市の病院で診察する形になっていた。

制度の財源は、主に農村住民からの拠出金（「保健費」）と村（生産大隊）や社隊企業からの補助金で構成され、中央政府による財政援助は行われなかった。一般的に農村合作医療制度は平均人口が1000人前後の行政村（生産大隊）ごとに独立採算で行われていた。農村合作医療制度の財源の運営・管理は、人民公社で統一的に管理され、その管理機関は農村合作医療管理小組（小委員会）であった¹⁴⁾。この小組は、郷・村の行政幹部、医者およ

12) 張自寛 [1994: 6~8], を参照のこと。

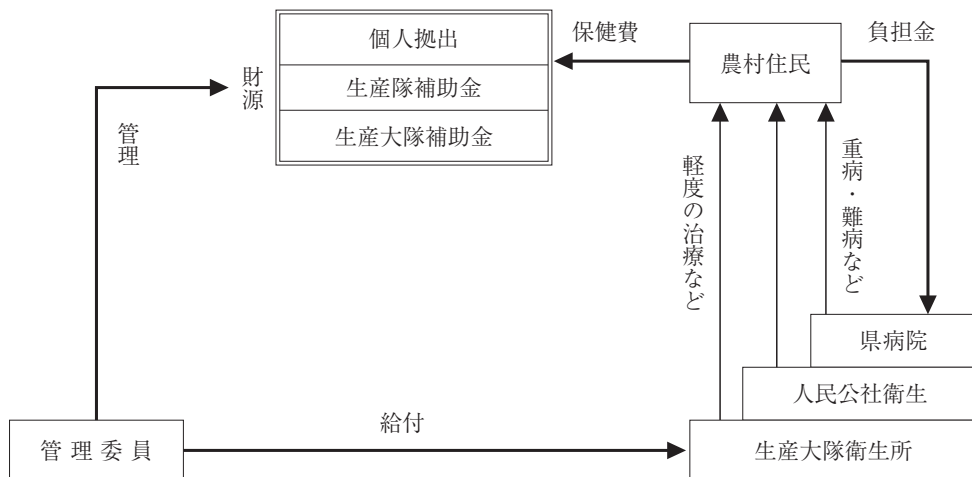
13) 楊・坂口 [2006: 211~224], を参照のこと。

14) 1980年代以降は、市場経済の推進によって、これまで人民公社によって行われていた医療保障制度の運営管理は郷・鎮によって行われることになった。ただし、各地の農村合作医療制度の土台とな

び農民代表によって構成されていた。

農村合作医療制度により、農村住民が受診する際には2～5割までの医療費が免除される。一般的に薬剤の購入は自己負担になるが、慢性病の場合には5割が給付された。また、漢方薬の普及や栽培が生産大隊の衛生所で行われているため、低価格の薬剤を農村住民に提供することもできた。(図表3－1参照)

図表3－1 富陽県人民公社農村合作医療制度の仕組み



出所：中華人民共和国衛生部「浙江省農村合作医療管理方法(試行案)」1979年、<http://www.51labour.com/lawcenter/lawshow-49029-2.html> をもとに、著者作成。

農村合作医療制度は、医療サービスなどのレベルは低かったが、全国人口の80%を占める農村住民の医療保障を担っており、1976年のピーク時には加入率が90%にまで達した。その結果、農村合作医療制度は、農村部の死亡率の低下¹⁵⁾、平均寿命の伸長¹⁶⁾、そして伝染病発生の低減に大きな役割を果たしており、農村地域に医療施設や医療に関わる人的資源の増大をもたらした¹⁷⁾。

しかし、1970年代末の改革・開放政策によって、農村地域に「個別農家請負生産責任制」が導入されたことから人民公社が解体し、それまでの農村集団生産から家庭単位の生産に変更されることとなった。それとともに、集団経済組織を土台に管理・運営されていた農村合作医療制度も崩壊することになった。農村合作医療制度が崩壊した後に、それに代わ

る経済発展の水準が異なっているため、その制度の管理方式もそれぞれ違っていた。

- 15) 1949年に中国の死亡率は20%であり、農村医療衛生の改善などにより、1995年には中国における死亡率が6.57%までに低下した。
- 16) 制度創立当時に、伝染病、栄養不良などによって中国の平均寿命は35歳であったが、農村合作医療制度の普及によって平均寿命は1982年で67.8歳、1990年で68.6歳にまで伸びた。
- 17) 1949年に全国医療スタッフ人数はわずか54万1000人に過ぎなかったものが、2000年には約450万人にまで増大したのである。『中国統計年鑑——2001年』中国統計出版社、2001年。

るべき医療保障制度が創設されなかったため、大多数の農村住民は医療費の全額を自己負担せざるを得ない状況に追い込まれた。この事態の解決は2002年の新型農村合作医療制度の創設まで待たなければならないのであった。

(2) 復興の失敗と新型農村合作医療制度の創設

農村合作医療制度は、先にもみたように人民公社の解体によって崩壊してしまうことになり、その加入率もさらに急落し、1985年にはわずか5%までに低下してしまった。農村住民に再び医療や予防のサービスを提供するために、1990年以降、中央政府は農村地域の医療保障問題に再び取り組み始めることとなった。1993年11月には「社会主義市場経済体制を確立する若干の問題に関する中共中央の決定」を採択し、農村合作医療制度を発展させ健全なものにすることを明言した¹⁸⁾。それを受けて、農村合作医療制度の回復運動が行政村で行われることになったのである。

その結果、1994年には農村合作医療制度を実施している行政村は全国の13%まで回復し、1997年には農村合作医療制度再建ブームが巻き起こった。そして、1994年から1998年までの4年間には、国務院研究室、衛生部などの中央政府機関はWHOの協力の下で、農村合作医療制度を合理的に発展させるための検証を行うため、7省14県で農村合作医療制度の改革実験の評価研究を行った。その研究によって明らかになったことは、農村部における医療保障制度は、中央政府の財政援助と管理監督メカニズムの整備などが重要となっていることであった。

このような研究結果を得て、中央政府は農村合作医療制度の復興を試みたが、実際に成功したのはわずか一部だけであった。その理由の一つは、改革実験案が多くの地域では農村住民の保険料の支払い能力を考慮し、任意加入の「低保険料・低給付」型での試みがなされたが、実際には農村住民の加入意欲が低いいため、地方政府からの持ち出しが多くなる結果となったからである。しかし、多くの地域では中央政府からの財政援助が得られなかったため、制度の財政は赤字運営となった。もう一つの理由は、農村住民が農村合作医療制度に加入しても、実際に医療サービス等を利用する場合には、依然として高い自己負担が必要になったため、積極的に加入する農村住民が少なかったことである。1998年の「第二次国家衛生サービス調査報告」¹⁹⁾からみても、本来なら外来受診すべき農村住民のうち37%は、経済的困難という理由で受診できず、また入院すべき農村住民のうち65%は入院できなかったという状況が示されている。そのため、農村合作医療制度から保障を受けられる人口は、わずか農村人口の12.5%にすぎず、1993年の調査と比べても加入状況が厳しい状態になっていることがわかる。

このように、農村部における医療保障制度の再構築は、長い間、中央政府によるマクロ的な指導の不足や政策規範の欠如、制度への財政支援の欠如といった状態に置かれていた

18) 楊・坂口 [2006: 211~224]、を参照のこと。

19) 『中国衛生質量管理』(中国国家衛生部)、1999年第1期。中国名は「第二次国家衛生服務調査主要結果的初歩報告」。

ため、1990年代の農村合作医療制度の回復運動は失敗した。しかし、これは中国の総人口の大部分を占める農村住民の健康維持にとって大きな問題であり、一刻も早く新しい制度を創設する必要があった²⁰⁾。

さらに、経済発展とともに、医療費も高騰し続けており、農村地域において疾病の場合にも診察を受けられず、入院すべき場合にも入院できないという事態が起こってしまうこととなった。この状況を打破するため、2002年末に中央政府によって「さらに農村衛生工作を強化する規定」が策定され、2010年までに全国で農村住民を適用対象とし重病の治療を主とする新型農村合作医療制度を創設するという目標が示された。2003年1月には、「新型農村合作医療制度の確立に関する意見」が公表され、2003年5月に全国304個の県（市、区）を試行地区として、新型農村合作医療制度が初めて導入された。また、2003年には中国共産党中央委員会において「農業の低生産性」、「農村の荒廃」、「農民の貧困」という「三農」問題という認識が正式に工作報告に書き込まれた。こうして、「三農」問題の一環となる農村医療問題がさらに注目されるようになった。

2 新型農村合作医療制度の仕組み

以上のように、1990年代に農村合作医療制度の回復運動が失敗した後、農村住民の医療問題を解決するために、2003年に新型農村合作医療制度（新制度）が創設されることになった。ここで、新しく創設された制度の仕組みについての説明し、その特徴をまとめてみよう。

「さらに農村衛生工作を強化する規定」と各地域の「新型農村合作医療制度の実施方法」から、新制度が互助共済制度として定義されており、その目的は「疾病から貧困への転落を防止し、農村住民の健康水準を引き上げるとともに、農村部の経済発展を追求すること」とまとめることができる。新制度の概要を説明すると、対象者は、その県内の農村住民²¹⁾（出稼ぎ労働者も含む）であり、加入者は家庭単位で制度に任意で加入することができる。また、保険契約は年ごとの更新となっている。制度に加入した農村住民家庭には「新型農村合作医療証」が配布され、これは受診する際の給付証明となる。新制度では、重点的に重病・入院に対応し、加入者の入院に必要な薬剤、手術、輸血、通常検査およびベッド代など規定された費用に対して、制度からの給付を受けることができる。外来受診や軽度の病気への対応は地域によって異なっている。

このように、農村住民を対象とした新型農村合作医療制度が設立されることとなったが、管理機構、財源、給付内容などは地域によってそれぞれ異なっているため、多くの農村地域で採用されている仕組み²²⁾を詳細にみてみよう。まず、管理機構、監督機構と担当の医療機構について試みる。県（市）、郷（鎮）には、新型農村合作医療制度の管理委員会が

20) 山岸・東 [2003]、を参照のこと。

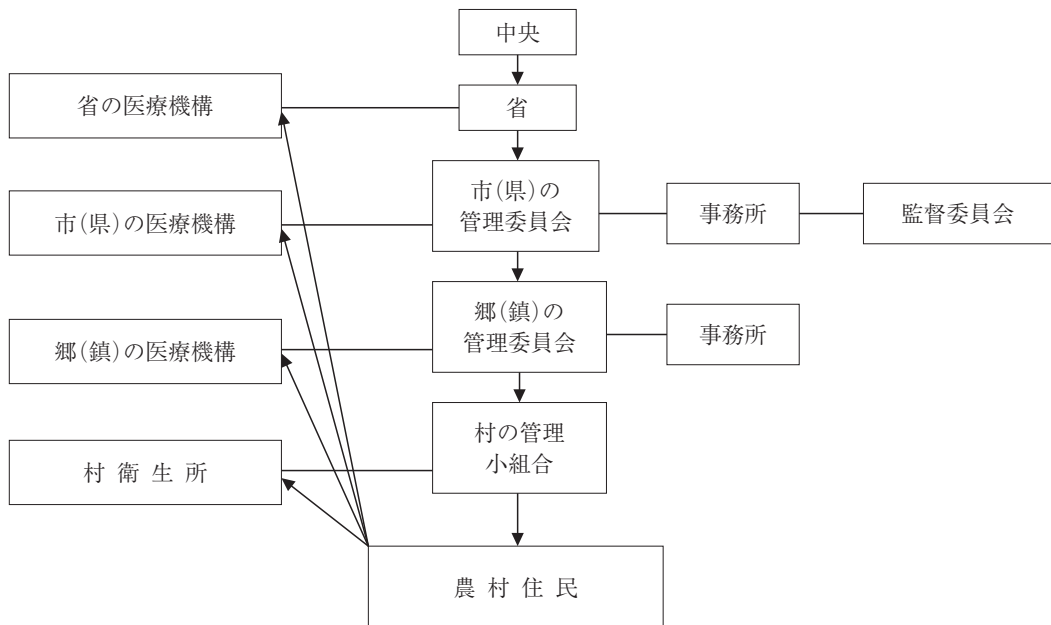
21) 農村住民とは、農村戸籍を所有する者である。

22) 湖北省潜江市、浙江省嵊州市、山西省臨汾市蒲県、四川省成都市、遼寧省瓦房店市の仕組みを参考とする。

設立され、その委員会は財政、衛生、民政などの部門の責任者、委員で構成されている。管理委員会はその運営事務のため、新型農村合作医療管理事務所を設置する。県(市)の管理委員会と管理事務所は制度の実施方法と計画を設定するとともに、医療基金の調達管理と中央・地方政府への報告を担当し、郷(鎮)の管理委員会と管理事務所では新制度の宣伝と加入者の登録が行われている。そして、村に制度の管理小組が設立され、「保健費」(中国語で保険料のこと)を徴収するとともに衛生室のサービス提供や加入者への健康診断サービスの提供を監督している。

同時に、県(市)に新型農村合作医療制度の監督委員会も設立された。それは、財政、衛生、民政などの部門の責任者と農村住民から選出された代表の委員により、新制度の基金の運用管理などに対して監督し、意見を出す機構である。また、新制度は非営利医療機構を指定する。その医療機構に患者の身元確認と制度の宣伝などを義務付け、医療機関で医療サービスや薬剤の目録によって医療費の償還払い²³⁾も実施する。(図表3-2参照)

図表3-2 新型農村合作医療制度の機構設置の概念図



出所：畢力格図等「中国における農村合作医療制度の変容と課題」『開発学研究』日本国際地域開発学会，2005年12月，をもとに著者作成。

次に、新制度の財源についてみてみよう。新制度の趣旨は、「医療共済」を農村に導入し、農村住民個人拠出、中央政府及び地方政府からの財政支援によって資金を集め、農村住民が独力で負担できない医療費用を解決することである。経済発展水準の差を考慮した

23) 償還支払いとは、利用者がまず費用の全額を払い、その後で自己負担分を除いた費用が支払われる方法である。

うえで、中・西部地域と東部沿海地域²⁴⁾の政策が異なり、東部沿海地域より所得水準が低い中・西部に対して中央政府からの財政支援が比較的に多く行われている。

一人当たりの合作医療基金をみてみると、たとえば東部沿海地域では比較的高く平均的に100元程度となっており、その内訳は農村住民の個人拠出（保険料）が40%、残りの60%を地方財政が負担している²⁵⁾。中・西部地域では、制度の実施が始まった2003年の加入者一人当たりの合作医療基金は30元程度であった。そのうち、個人拠出は10元で、中央政府と地方政府がそれぞれ10元を負担している。その後、2006年に保障水準を上げるために中・西部の地域で一人当たりの合作医療基金は50元に引き上げられ、中央政府からの財政援助は一人当たり20元に増えた²⁶⁾。また、農村住民個人拠出、中央政府及び地方政府からの財政援助以外には、集団経済組織、社会団体、個人出資などの援助方式も中央政府から勧められている。

最後に、給付についてみてみよう。給付対象とされた疾病の種目、薬剤品目、検査について費用が一部支給されている。給付は、原則として外来受診よりも入院に関する給付が優先され、給付率も地域の経済発展水準や拠出水準によって異なっている。入院によって発生する薬剤料金（漢方も含まれる）、ベッド代、手術費、検査費、診療費、介護費料金、輸血料金、および入院出産料金についての給付が認められる²⁷⁾。次に、重度の糖尿病や精神病などの慢性病に対しては、外来受診の場合にも部分的に給付されている。また、加入者が地元の医療機構で治療を受けるように、入院に対する給付開始基準額は医療機構によって異なり²⁸⁾、村、郷（鎮）、県（市）、省の順に設定額が高くなっている。また、給付率も病院の規模が大きくなるにつれて低くなっている²⁹⁾。

入院に対する給付方式は、旧制度を受け継ぎ前払い方式と償還払い方式の二種類となっている。前払い方式の場合には、加入者が指定された病院に入院する際に医療機構で保険給付を計算し、自費部分のみを払うことになる。その場合、新型農村合作医療制度の管理機構から定期的に医療機構に保険給付部分を払うことになる。償還払い方式の場合には、加入者が指定された病院に入院する際に「新型農村合作医療証」で受診する。そして、全

24) 中・西部地域とは、中部の湖北、安徽、山西、吉林、黒竜江、河南、湖南、江西中部8省と西部の雲南、チベット、新疆、四川、青海、広西、内モンゴル、甘肅、陝西、甘肅、寧夏、重慶などの地域である。東部沿海地域とは、遼寧省、河北省、山東省、江蘇省、浙江省、福建省、廣東省などの地域である。

25) 豊かな地域では年額が200元にのぼる場合もある。また、財政援助は地域によって異なり、中央政府からの援助が行われる場合もある。さらに、農村住民に家庭単位で保険料を払う義務が課せられている。

26) 政府投入と合作医療基金の額は2009年からさらに増やす予定である。

27) 一部地域によって異なっている。

28) 給付が開始される設定金額までは、医療費はすべて自己負担である。その後、高額医療費に対しての給付の上限額も設定されており、この上限を超えた分も自己負担となる。

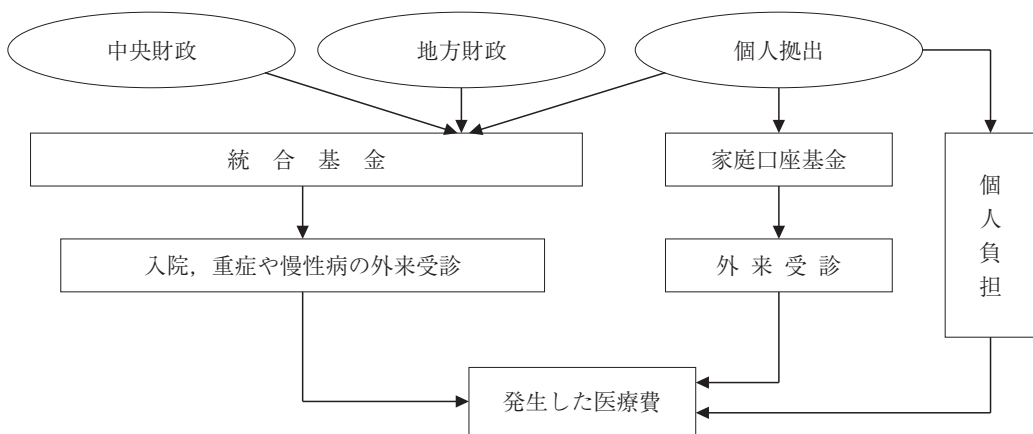
29) 安徽省東至県を例として、201～3000元の医療費に対する保険給付率は、郷・鎮病院で50%、県病院で40%、県以上および県以外の病院で30%になっている。東至県人民政府ホームページ、2007年11月27日検索。（http://www.ahdongzhi.gov.cn/Article/200706/20070622151104_736.html）

額医療費を払うと同時に病院からの「合作医療費用補助申請表」をもらい、それを新型農村合作医療制度の管理機構（当該医療機構の場合もある）に申請，給付を受けることになる。

次に，外来受診の給付方式も地域でそれぞれ異なっており，採用される多くは次の二つの方式である。その一つは，口座方式（図表3－3参照）である。制度の基金は，医療保障の統合基金と家庭口座基金を設けて，個人拠出の一部は家庭口座基金に入り，残りの一部と中央・地方政府財政からの援助は統合基金に入れられる。外来受診の場合には家庭口座基金から支給され，入院の場合には村・鎮，さらに郷に申告した上で統合基金から部分的³⁰⁾に支給される。家庭口座基金の金額は年ごとに決められ，家庭口座基金の金額を超えた医療費は個人負担になり，残高は次年度にまわすことも認められる。口座方式は中・西部の多くの地域で採用され，都市部の基本医療保険制度と共通の特徴を持っている。

外来受診における，もうひとつの給付方式は減免方式である。この方式は東部沿海地域でよく採用されている。患者は外来受診する際に，一定の比率で医療費が減免されることになる。また，地域によって，新制度は外来受診の医療費に対応しない場合もある。

図表3－3 口座方式のイメージ図



出所：著者作成

以上のように，2003年から実施された新型農村合作医療制度の仕組みを説明したが，制度の大きい特徴は，①入院・重病を重視すること，②中央政府や地方政府からの財政援助が比較的多いこと³¹⁾，③東部沿海地域と中・西部内陸地域で区別対応すること，とまとめることができる。

30) 江蘇省泰州市の事例で，郷の病院に入院するケースでは，治療費は1000元以内の場合には50%を支給，1000～2000元の場合には60%を支給，2000元以上の場合には70%が支給される。

31) 2007年9月30日まで制度基金は353.26億元になっており，そのうち中央政府の財政援助は82.05億元，地方政府の財政援助は173.53億元，農村住民個人拠出は94.12億元，その他3.56億元が含まれる。中央人民政府ホームページ（<http://www.gov.cn>），2007年11月12日検索。

3 新型農村合作医療制度の成果

以上、新型農村合作医療制度の沿革と仕組みを紹介してきた。現在、新型農村合作医療制度の実施は比較的順調であり、2004年10月までに全国30の省・自治区・直轄市の333県（市、区）をテスト地域として制度の試行が行われた。333県のテスト地域での農村住民数は9504万人、そのうち実際に制度への加入者は6988万人にまで及び、加入率は72.6%、保険料は累計30.21億元となった³²⁾。さらに普及して、2005年末にはテスト地域が678県（市、区）に達した。このようなテスト地域拡大に伴い、このテスト地域で制度に加入した農村住民は2.36億人中1.79億人となり、加入率は75.7%に増加した。また、これまで同制度からの医療保障給付を受けた農村人口は、延べ1.22億人、支給総額は累計61.75億元になった。

そして、2006年には、全国1451県で新型農村合作医療制度が導入され、加入者は4.1億人に上り、制度導入地域の農村人口の80.66%に占めるようになった。2007年12月には、全国2451県で制度が導入され、全国の県（市、区）の85.63%となっている。制度の加入者は7.26億人に達し、制度導入地域の農村人口の86.2%に上ることになった。さらに実施範囲を全国に広げることになった2008年には、全国2729の県で新型農村合作医療制度が導入され、農村人口が存在する県（市、区）のうち100%に普及することになった。2008年6月現在、制度の加入者は8.15億人に上り、制度の加入率は91.54%に達している³³⁾。（図表3－4参照）。

中国農民人口の8割をカバーしている新型農村合作医療制度は、創設以来大きな成果を上げることになった。その成果の一つとしては、農民にとって医療費の負担が軽減されたことである。制度が導入された僅か5年間で、医療保障給付を受けた農村人口は、延べ11.6億人、支給総額は累計847億元になった。その中、入院で保障給付を受けた農村人口は、延べ8252万人であり、支給額は684億元である。外来で保障給付を受けた農村人口は、延べ9億人であり、制度で健康診断を受けた農村人口は1.7億人になっている³⁴⁾。新型農村合作医療制度の実施により、農村住民が医療費の全額を自己負担せざるをえないという深刻な事態がやっと改善されたことになる。（図表3－5参照）

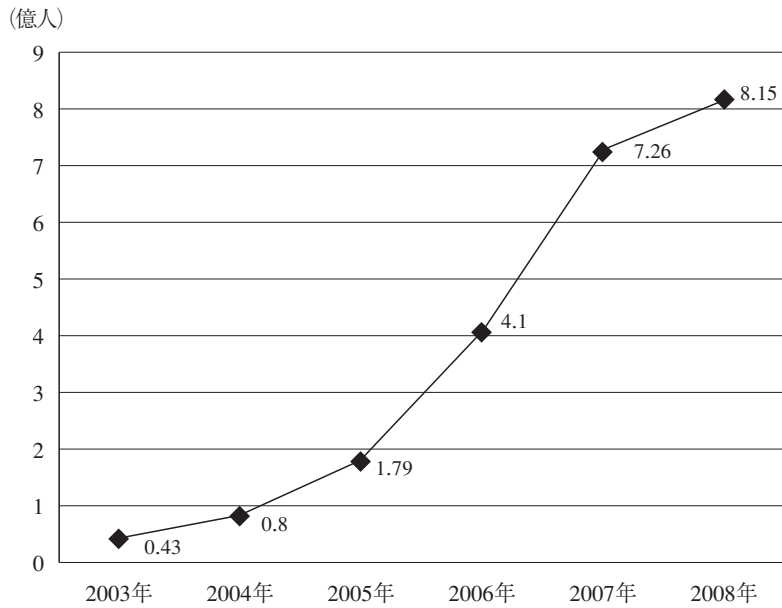
そして、新型農村合作医療制度のもう一つの成果は、医療資源を農村部に誘導されたことである。新型農村合作医療制度により、診察を受ける際にその医療機関の所属（村・郷・県）によって、給付率が異なっているため、農村住民が地元で医療サービスを受けるようになってきた。それとともに、農村地域における医療サービスへの需要が増え、市場の作用で医療資源が不足している農村地域に医療に関わる物的資源や人的資源が集まってくるようになった。実際にみても、全国の村レベルでの医師数は2003年の79万1956人から2007年の88万2218人に上り、5年間で全国の村レベルでの医師数は9万人以上増えてきた。また、全国の村レベルでの衛生室数も、2003年の51万4920室から2007年の61万3855室

32) 中華人民共和国衛生部 HP「政策信息」(<http://www.moh.gov.cn/2.htm>)、2005年6月検索。

33) 『人民日報』2008年10月21日、02版。

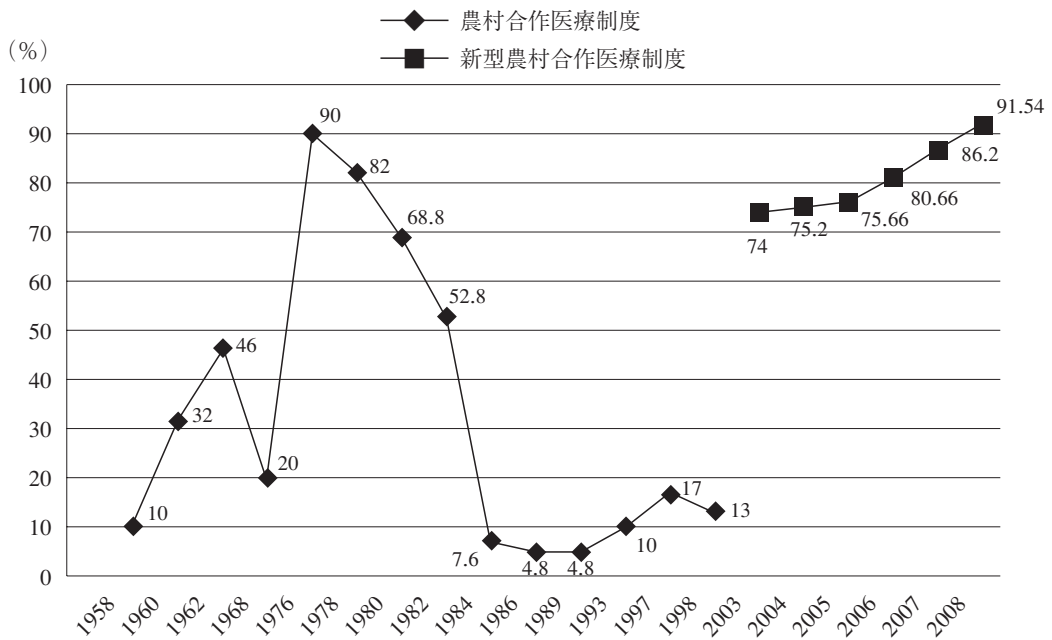
34) 同上

図表 3-4 新型農村合作医療制度の加入農民数



出所：『2008年中国衛生統計年鑑』により，著者作成。

図表 3-5 農村医療保険制度の加入率



出所：李華著『中国農村合作医療制度研究』経済科学出版社，2007年にもとづき，著者作成。

に増加した³⁵⁾。それとともに、政府の農村医療衛生に対する投資も年々増加している状況である。

Ⅳ 「旧」「新」制度の比較検討と新型農村合作医療制度の問題点

1 「旧」「新」農村合作医療制度の比較検討

それでは、新型農村合作医療制度（以下、新制度）の概要をふまえたうえで、まず1950年代に創設された農村合作医療制度（以下、旧制度）との比較検討を行おう。この比較検討を通じて、それぞれの相違点を明確にし、これまでも解決されなかった課題、また旧制度から新制度へ変更することによって引き起こされた課題などを中心にまとめたい。これは、今後の農村部における医療保障の方向性を考えるうえで非常に重要である。

まず、新制度は旧制度と同様に任意加入方式を採用するが、旧制度の問題点を克服するために幾つかの改善が施されている。第一に、新制度の財源が、集団経済組織と農村住民個人からの拠出金だけではなく、中央政府からの財政援助も行われているという点である。旧制度では、中央政府からの「0元支援」で実質的には財源支援が行われなかったが、新制度では特に中西部地域への重点的な支援が従来に比べて一歩前進している。第二に、新制度は農村住民からの自発的な制度設立過程（「下から上へ」）を経て作られたのではなく、中央政府から試行を始めた「上から下へ」の制度だということである。1950年代に農村住民が自発的に設立した制度を土台にしている旧制度に対して、新制度は農村住民の医療問題を解決するために中央政府が積極的に作り出した制度といえる。第三に、旧制度ではその仕組みや内容は集団経済組織で設定するものであったのに対して、新制度は中央政府からの統一的な指導が目標とされており、その枠組みは統一されたものとなっている。中央政府はこの制度に対して統一的な指導を行うために、「国务院新型農村合作医療部級連席制度」によって、中央政府各部（官庁）の横断的な組織が設立され、各地方もこれに対応するように地方政府部門の横断的な組織を作った。第四に、旧制度での「合医不合薬」³⁶⁾に対して、新制度は「合医合薬」という方法を取り、医療費と薬代の両方とも保障し、農村住民の医療におけるリスクの分散を行っている。第五に、新制度は財源の限界性についてある程度まで克服した点である。旧制度において、村（1950～70年代の生産大隊）ごとに保健費を拠出し、郷（1950～70年代の人民公社）村内部で基金を管理・運営していたのに対して、新制度では県レベルで管理・運営されている。中国の9億人の農村住民は2500の県に所属しているから、一つの県に平均36万人程度の農村住民が存在していることになる。つまり、県単位で基金を管理・運営をすることにより、保険としてのリスク分散機能を高めることにしたのである。

以上のように、新制度では旧制度の問題点を克服する方向でその仕組みが工夫されてい

35) 『2008年中国衛生統計年鑑』中華人民共和国衛生部、2008年9月。

36) 「合医不合薬」とは、農村合作医療制度に加入している農村住民とその家族に対して、診療費、処置・手術費、予防接種費などの医療・予防サービスは制度からその費用が給付されるが、薬剤の購入については自己負担となる方法である。

る。新制度は現在、試行段階から全国普及段階³⁷⁾に入ったところであるため、その評価を十分に行うことは難しい。しかし、今後の新制度の発展のために、この普及段階においても中間的な評価を行う必要があるといえよう。そこで、旧制度と比較しながら、新制度の課題についてまとめてみたい。

第一に、保障内容の範囲が狭い。旧制度は村の衛生所を拠点として、疾病の治療だけではなく、予防や公衆衛生までも含めた「全方位医療サービス」、つまり包括的な医療サービスを提供していた。それに対して、新制度は重病や入院による貧困問題を解決するために、医療サービスと医療保障の重点を「健康」ではなく重病の治療におき、被保険者が疾病したときの事後的な経済的補償として位置付けられている。そのため、旧制度の特徴であった外来受診や予防サービスの医療費については、新制度では常に入院より低い給付率で対応している。また、予防サービスや外来受診で発生する医療費が新制度から除外された農村地域もある。

第二に、地域ごとの医療保障水準の設定により、裕福な農村地域ほど高水準の医療保障サービスが提供されているため、今後農村地域間の医療格差が拡大していく恐れがある。旧制度では設立された当初から、全国均一的な保障水準でスタートし、経済発展の地域間格差による影響はそれほど大きくなかった。それに対して、新制度では地域ごとに医療保障水準を設定することになっており、裕福な地域では高水準の医療保障サービスが提供できるのに対して、貧困地域においては医療保障サービスの水準が保証できない。さらに、制度の誘導作用によって、医療に関わる人的資源・物的資源が変化していくため、今後農村地域間の医療格差が拡大する可能性が大きい。

2 包括的保障内容の必要性

まず、一点目の問題点について、包括的保障内容の必要性を検討してみたい。比較対象とされる旧制度が提供しているサービスの内容を詳しくみると、疾病治療だけではなく、子どもの予防接種、女性の産前産後の保健、計画出産、風土病の治療、飲食衛生などの管理といった予防医療も含まれている。また、必要な場合には農村住民に向けて在宅ケアサービスも行っていた。つまり、旧制度では、外来受診はもちろん予防サービスなどを含めた医療全般のサービスを提供していた。

しかし、前節で指摘されたように、新型農村合作医療制度では、疾病の治療による貧困問題を解決するために、入院治療・重病治療のみが重視され、予防などを含めた包括的な医療サービスを提供することが軽視された。一部の地域では予防はもちろん、外来受診の場合も医療保障制度を対応させていない状況もある。新制度では、病気になった人の治療費を支給する医療費のリスク分散の役割を重視しているが、健康な人が疾病しないよう、あるいは健康づくりのための予防と健康増進をその制度の対象から外している。その意味

37) 2007年9月5日、中国中央政府衛生部部長の発言により、それから新型農村合作医療制度は全面的な普及段階に入った。

では、農村部の医療保障制度として予防サービス・保健までを視野にいれ保障範囲を設定していた旧制度と比べ新制度は後退したという。

現実には、農村住民の平均所得水準が低いため、病気になった際に外来の個人負担及び低レベル支給を考慮し、受診を避けようとする事例が多い。全文でふれた「第二次国家衛生サービス調査報告」に続き、2003年に「第三次国家衛生サービス調査」が行われた。その結果によると、本来なら外来受診すべき農村住民のうち70%は、経済的困難という理由で受診できなかったということが事実である³⁸⁾。それによって受診が遅れてしまい、病気が悪化する可能性が考えられる。農業従業者の所得が現金ではない場合もあり、農業所得の季節性も存在するため、外来受診で発生した医療費は農村住民の大きな負担になる可能性が否定できない。そして、医療機関が不足している農村地域では、交通の不便や交通費の個人負担によって、農村住民は医療機関の受診に対して、常に遠慮しているであろう。そこで、今後の農村部における医療保障制度は、重病・入院だけではなく、「包括性」という視点に基づいた枠組みを形成することが必要となるであろう。

包括的な医療保障制度であれば、予防や公衆衛生などのサービスも含まれているため、疾病に陥る前からサービスの提供が行われる。そのため、加入者は健康状態を維持することによって、疾病による医療支出も未然に防ぐことができる。また、疾病の場合にも経済的理由で受診が遅れ、病気が悪化することを回避できる。疾病による医療支出が低減すれば、重病や入院による貧困化問題も解決可能となる。

以上、農村部における医療保障制度においては治療を中心とする内容に止まらず、包括的な医療保障制度として整備することが求められているのである。そのため、経済水準の向上とともに、すべての農村住民が平等・公平に包括的な保健医療サービスを受けられるような農村医療システムを構築することが今後の課題となるであろう。現実には、国の経済力や生活水準などの原因によって最適な医療サービスを提供するうえでの障害はなお大きいとはいえ、医療保障制度の発展の方向として包括的な医療サービスを提供することが追求されるべきである。

3 地域格差の是正

それでは、二点目の問題点について、新型農村合作医療制度によって地域格差を拡大させる可能性を検討してみよう。

第3章で述べたように、新型農村合作医療制度では、経済発展水準の差を考慮したうえで、中・西部地域と東部沿海地域の政策が異なっている。経済発展水準の高い東部沿海地域では2008年に農村住民の個人拠出（保険料）が約40元であり、一人当たりの合作医療基金（各級財政負担及び個人拠出の合計）が平均的100元程度になっている。それに対して、経済発展水準の低い中・西部地域では、個人拠出が10元に止まっており、中央政府からの財政支援があるにもかかわらず、一人当たりの合作医療基金が平均50元しかない。当然、

38) 中国網, 2005年2月5日アクセス。http://www.china.com.cn/chinese/zhuanti/qkjc/779318.htm

給付率も地域の経済発展水準や拠出水準によって異なっている。

ここでは、具体的に三つの地域を例にとって、その拠出と給付水準の現状をみてみよう。まず、東部沿海地域の例として浙江省示嵊州市の新制度を説明しよう。2008年の嵊州市一人当たりの合作医療基金は100元、そのうち中央政府からの財政援助が2元、浙江省政府の財政援助が10元、市政府からの財政援助が48元、合計60元の援助があり、個人拠出は40元となる。村単位で保険料が徴収され、郷の行政機構を通して市の合作医療制度の統合基金に保険料が集められる。基金の調達管理は市の新型農村合作医療制度委員会とその行政機構で行われる。入院や慢性病外来受診の医療費については、図表4-1のような水準で加入者に給付されている。給付の上限は5万元とする。そして、一般外来受診の場合には減免方式が採用され、郷(鎮)の医療機構では医療費の25%が免除される。

図表4-1 浙江省嵊州市新型農村合作医療制度の給付水準

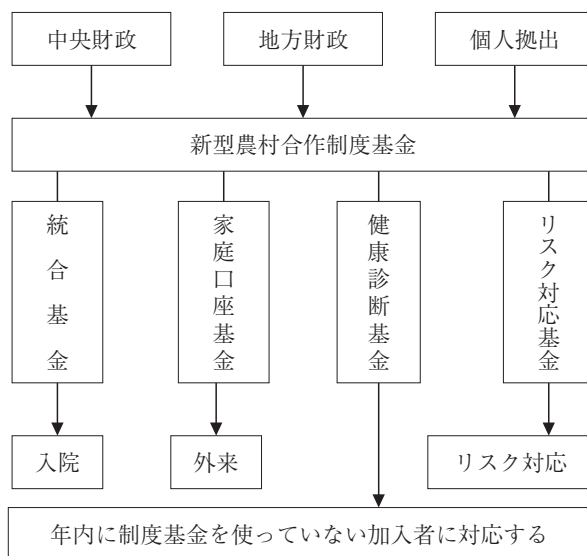
医療機構	給付開始基準額 (元)	給付比率		一般外来受診
		1万元以内	1万元以上	
郷(鎮)内	300	50%	60%	25%免除
市(県)内	500	40%	50%	なし
他の市(県)	800	40%	50%	なし

出所：嵊州市人民政府合作医療(弁)公室『嵊州市新型農村合作医療制度実施方法』2008年 <http://xnc.2jnm.cn/2dxx/xwl6/view.jsp?zdid=23941&lmid=6&id=102965>, をもとに著者作成³⁹⁾。

次に中部地域の事例として山西省臨汾市蒲県における制度の拠出と給付水準をみてみよう。蒲県新型農村合作医療制度において、加入者一人当たりの合作医療基金は50元であり、そのうちに農村住民個人拠出が10元、中央政府からの財政援助が一人当たり20元、省からの財政援助が10元、市からの財政援助が5元、県からの財政援助が5元という構成である。制度基金は重病向けの統合基金、外来受診向け家庭口座基金、健康診断サービス基金とリスク基金からなっている(図表4-2参照)。合作医療基金の20%が家庭口座基金(一人当たり10元)に、72%が統合基金に、5%が健康診断サービス基金に、3%がリスク基金に振り込まれている。重病・入院、そして慢性病の外来については、図表4-3のような給付基準によって償還方式で給付される。給付開始基準額未満の場合は個人負担となっており、最高給付ラインの3万元を超える場合には個人負担や別の高額保険で対応することになる。一般外来受診の場合には、医療費は家庭口座基金から引かれることになり、家庭口座総額(10元)を超える分については個人負担とされる。年内に統合基金を使わない加

39) 低所得者、五保者(五保制度を対応される者)、障害者に対しては給付開始基準額の設定はなく、別の基準で適用するが、医療機構は指定される医療機構に限定する。五保制度は1956年から実施され、農村地域の身寄りがなく、労働力がない、収入がない高齢者、障害者と孤児に対して、衣食住のほか、医療と葬式も提供する制度である。つまり、保衣、保食、保住、保医、保葬、中国語の略称は五保になる。

図表4-2 山西省臨汾市蒲県新型農村合作医療制度のイメージ図



出所：著者作成

図表4-3 山西省臨汾市蒲県新型農村合作医療制度の給付水準

医療機構	給付開始 基準額(元)	給付比率			外来受診
		51～1000元 (50%)	1001～3000元 (55%)	3000元以上 (60%)	
郷(鎮)内	50				家庭口座 (上限10元)
市(県)内	300	301～3000元 (40%)	3001～10000元 (45%)	1001元以上 (50%)	
他の市(県)	1000	1001～5000元 (25%)	5001～20000元 (30%)	2001元以上 (35%)	

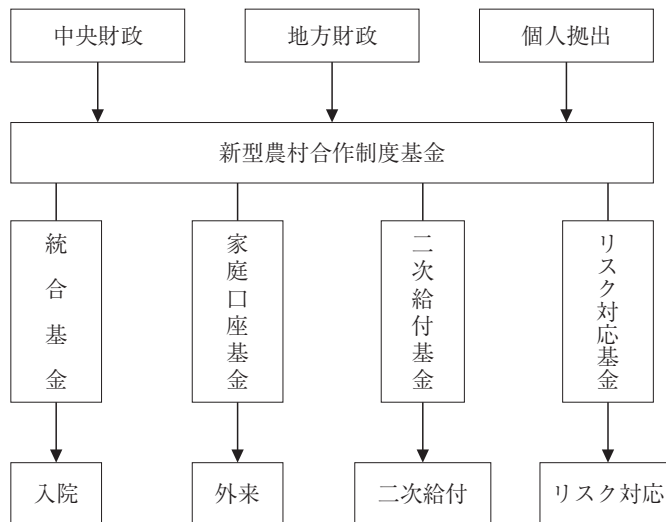
出所：蒲県新型合作医療管理委員会「蒲県新型農村合作医療制度実施方法（試行）」<http://www.Linten.360.com/index.php?doc-view-1006> 2007年，をもとに著者作成。

入者に対しては，無料の健康診断サービスが提供される。

そして，西部地域の事例として，青海省西寧市大通県における制度の拠出と給付水準を紹介する。大通県新型農村合作医療制度において，加入者一人当たりの合作医療基金は50.3元であり，そのうち農村住民個人拠出が10元，中央政府からの財政援助が一人当たり20元，省からの財政援助が20.3元，市からの財政援助が2元，県からの財政援助が2元という構成である。制度基金は重病向けの統合基金，外来受診向けの家庭口座基金，二次給付向けの二次補助基金とリスク基金からなっている（図表4-4参照）。合作医療基金のうちに10元が家庭口座基金に，39.5元が統合基金に，0.9元がリスク基金に振り込まれて

いる。そして、基金の収支均等の原則を守るために、年末に基金年度残額によって入院に対する二次給付が行われる。二次給付の基金が合作医療基金のうち3.9元を占めている。重病・入院、または慢性病の外来については、図表4－5のような給付基準によって償還方式で給付される。給付開始基準額未満の場合は個人負担となっており、最高給付ラインの2.5万元を超える場合には個人負担や別の高額保険で対応することになる。一般外来受診の場合には、医療費は家庭口座基金から引かれることになり、家庭口座総額（10元）を超える分については個人負担とされる。

図表4－4 青海省西寧市大通県新型農村合作医療制度のイメージ図



出所：著者作成

図表4－5 青海省西寧市大通県新型農村合作医療制度の給付水準

医療機構	給付開始基準額(元)	給付比率	外来受診
村の衛生室	なし	70%	家庭口座 (上限10元)
郷(鎮)レベル	なし	60%	
県レベル	なし	50%	
市レベル	200	40%	
省レベル	300	30%	

出所：大通県人民政府「大通県新型農村合作医療実施細則（試行）」2007年 <http://www.datong.gov.cn/E-ReadNews.asp?NewsLD=194>，をもとに著者作成。

三つの地域における個人拠出額や給付水準等を水平的に比較してみると、新型農村合作医療制度自体の格差の存在が明らかである。図4－6のように、東部沿海地域の事例・浙江省嵊州市の拠出と給付水準は、中部地域の事例・山西省臨汾市、西部地域の事例・青海

省西寧市の水準の倍位になっている。さらに、外来受診について、嵯州市では一部免除方式を採用し、給付上限が設定されていない。

図表4－6 給付水準の比較

医療機関の 所属地域	個人拠出 (元)	合作医療基金 (元)	給付上限 (元)	外来給付 (一人当たり)
浙江省嵯州市	40	100	50000	25%免除(県レベル)
山西省臨汾市 (蒲県)	10	50	30000	10元を上限
青海省西寧市 (大通県)	10	54.3	25000	10元を上限

出所：著者作成

以上のように、新型農村合作医療制度では、経済発展水準や所得水準によって拠出と給付の差が生まれている。経済発展水準の高い東部沿海地域では、地方財政からの支援も個人の拠出も多いため、保険制度の給付水準が高く、必要とされる医療サービスの提供は可能である。一方、経済発展水準の低い中西部地域では、地方財政からの援助と個人の拠出が比較的少ないため、中央財政からの比較的大きな援助があるにもかかわらず、保険制度の給付水準が低レベルに止まっており、提供されている医療サービスも限られている。さらに、裕福な地域では、給付水準が高いため医療サービスへの需要が拡大する可能性が大きい。そして、市場の作用によって需要にこたえるために医療に関わる人的資源・物的資源が増加していく。それに対して、貧困地域では、給付水準の原因で医療サービスに対するニーズが限られており、医療に関わる人的・物適資源が増加しにくい。このように、新型農村合作医療制度の保障水準の設計では、患者への医療サービス提供は農村地域間に格差が存在している。今後も医療資源の影響で、医療の格差が拡大する恐れがあるといっても過言ではないであろう。以上の理由で、今後、制度上での地域格差の是正が必要となる。

V 中国農村部における医療保障の方向性——むすびにかえて

中国農村部における医療保障制度を充実発展させるためには、包括的な医療サービスを提供することが不可欠である。また、すべての農村住民が平等・公平に保健医療サービスを受けられるように、税による所得再分配機能を通して、制度設計の違いがもたらす地域格差を是正しなければならない。そこで新型農村合作医療制度の充実と徴税方式の重要性について、三つの側面から検討しておきたい。

第一に、経済発展の好調期をチャンスと捉え、医療保障制度を充実すべきである。事実、第二次世界大戦後から1970年代までの西ヨーロッパと日本では経済発展の高成長率⁴⁰⁾を維持し、その基礎の上で医療を含む社会保障制度の充実を図ってきた。イギリスでは、1960

年代に限られた財源の中で資源をいかに効率的に分配するかという視点から、医療サービス供給の統合化・計画化が模索され始め、病院を近代化し地域的偏在を是正することを目指した病院計画（1962）が試みられた。またドイツでは、1970年の疾病保険改正、1972年の農業疾病保険、そして1975年の学生疾病保険の新設により、医療保険の加入者の範囲が順次拡大されるとともに、疾病の早期発見と予防が重視されるようになった。戦後の日本では、被用者保険と地域保険との併存による医療皆保険が実現できたため、被保険者は被用者とその家族から自営業者・農業就業者まで拡大され、医療の機会不平等が是正された。一方、1970年代から90年代にかけて経済高度成長を実現した韓国では、1989年に全国民医療保険制度が実施され、診察、薬剤、入院、予防またはリハビリまでを取り込んだ制度内容が充実された⁴¹⁾。

中国はこの20数年連続して高い経済成長を維持しており、特に2003年から2007年まで五年連続 GDP の成長は10%を超え⁴²⁾、世界四位の GDP（総額）大国となっている。経済の高度成長にともなう財政収入増加、そして国有企業の非流通株式の売却計画も進んでいるため、これらの資金を原資として医療のセフティーネットを早急に整えることは十分に可能である。経済の高度成長期を過ぎれば、医療などの保障制度を整備していこうとしても財源の制約要因が増えるため、制度内容の充実や格差是正を図る上での困難度は増していくであろう。

第二に、調和のとれた社会を実現するためには、格差の是正と農村部医療保障制度の充実が不可欠である。近年、中国都市と農村間の格差、そして「農業の低生産性」、「農村の荒廃」、「農民の貧困」という「三農」問題が目立つようになっており、これらの問題を解決するため、毎年年頭に最重要課題として提起される「中央1号文件」に2004年から2008年まで5年連続で、農村問題が取り上げてきた。前者四つの「1号文件」はそれぞれ「三農」問題解決の中心的課題として、農民収入の増加と農業生産力の向上を掲げてきたが、2008年の「1号文件」では、農村医療衛生事業を含む農村のインフラ建設を中心に掲げている。また、2007年10月に開催された共産党の17回大会でも、「都市と農村の統一的発展と共産主義新農村建設」が党活動の重要目標として挙げられている。これらの文件と政策から見れば、医療衛生を含む農村のインフラ建設と都市との経済格差の縮小が優先課題として方向付けられたといえるであろう。これらの目標の実現にあっては、新型農村合作医療制度の充実が深く関わっており、その制度上に存在する地域格差の是正も追求されなければならない。

最後に、新型農村合作医療制度の充実と格差の是正にあたっては、旧制度の長所の継承

40) 1950年代から1973年オイルショックまでに一人当たり GDP の年平均成長率は、イギリス2.44%、ドイツ5.02%、フランス4.05%、日本8.05%であり、いずれもその国の経済成長率が高いレベルであった。

41) 足立正樹『各国の社会保障』第2章、第4章、第5章、第8章、第9章を参考にした。

42) 中国 GDP の成長率は2003年10.0%、2004年10.1%、2005年10.4%、2006年11.0%、2007年11.4%となる。

が望まれる。旧制度は疾病の治療だけではなく、予防や公衆衛生までも含めた包括的な医療サービスが提供されていたのに対して、新型農村合作医療制度は重点を重病の治療におき、外来受診や予防サービスの医療費については、入院より低い給付率でしか対応していない。また、予防サービスや外来受診で発生する医療費が新制度にあっては除外されるケースもある。そして、旧制度が実施されていた当時は、地域格差は今ほど大きくはなく、制度上でも格差の拡大要因が存在してはいなかった。それに対して、新型農村合作医療制度では地域によって拠出・給付水準の差が設けられている。こうした面では、新型農村合作医療制度は旧制度より後退していると、言えるかもしれない。したがって、新型農村合作医療制度の発展を展望する場合には、制度内容を包括医療に沿って充実することと地域間格差の是正が重視されなければならない。

要するに、経済水準の向上とともに、すべての農村住民が平等・公平に包括的な医療サービスを受けられるよう農村医療システムを構築することが今後の大目標となる。新型農村合作医療制度を維持する方向性を前提とすれば、まず中・西部地域における予防や公衆衛生に対する中央および地方政府の財政援助を増やすことにより、農村地域間の医療格差を抑えることが一つの解決策である。予防や公衆衛生のコストは治療より低く、地域の経済力や生活水準からの影響が治療のコストほど大きくないため、中・西部へ財源援助の増加によって、予防や公衆衛生の面で全国統一的な制度を作るのは可能である。このように、中・西部地域の予防や公衆衛生事業への中央および地方政府からの負担の増大によって、農村地域間の経済格差を縮小させることが重要といえよう。

参 考 文 献

日本語文献

足立正樹『各国の社会保障』法律文化社、2003年10月。

王文亮「『全民医療保障』への険しい道——中国版全民皆保険体制の構築について(中)」『週刊社会保障』法研、2008年1月。

小塩隆士『社会保障の経済学』日本評論社、2005年2月第3版。

小塩隆士『人口減少時代の社会保障改革』日本経済新聞社、2005年9月。

河原昌一郎「中国の土地請負経営権の法的内容と適用法理」『農林水産政策研究』2005年第10号。

徐林卉「中国農村部における医療保障問題」『立命館国際地域研究』立命館大学国際地域研究所、2004年3月。

沈潔『中華圏の高齢者福祉と介護——中国・香港・台湾』ミネルヴァ書房、2007年6月。

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」『千葉大学社会文化科学研究』千葉大学大学院社会文化科学研究科、2006年3月。

塚本隆敏「中国の農村における医療保障制度の現状」『中京企業研究』中京大学企業研究所、2003年12月。

塚本隆敏「中国における農村合作医療の現状」『中京企業研究』中京大学企業研究所、2004年12月。

中嶋誠一『中国長期経済統計』日本貿易振興会、2002年。

広井良典・沈潔『中国の社会保障改革と日本』ミネルヴァ書房，2007年3月。
 畢力格図等「中国における農村合作医療制度の変容と課題——内モンゴル自治区における新型農村合作医療制度を中心として」『開発学研究』日本国際地域開発学会，2005年12月。
 楊開宇・坂口正之「都市部と農村部の二重構造の下における中国農村部の医療保障制度の変容」『生活経済学研究』生活経済学会，2006年3月。
 渡辺克博「中国農村部における高齢者社会保障」『清和法学研究』清和大学法学会，2003年12月。

中国語文献

鄧大松・張国斌「新型農村合作医療制度探索中的思考——河南省新郷市獲嘉と封丘に基づいた調査」『学習と実践』，2007年2月。
 鄧大松・楊紅燕「新型農村合作医療筹资与保障水平分析」『中国社会保障体系：改革と調和のとれた発展』2007年11月。
 潜江市新型合作医療管理弁公室『湖北省潜江市新型農村合作医療制度実施方法（試行）』<http://www.hbgj.gov.cn/data/2007/0615/aytide-313p.htm>。
 賈清萍「新農村建設における新型農村合作医療制度の選択肢」『江漢論壇』，2007年4月。
 李華「試析新型農村合作医療制度的公平性」『中国社会保障体系：改革と調和のとれた発展』2007年11月。
 劉兆芳「青島市新型農村合作医療制度の現状分析と策略探究」『城郷建設』，2007年2月。
 成都市新型合作医療管理弁公室『四川省成都市新型農村合作医療制度実施方法』，2007年
<http://www.chenghua.gov.cn/Detail.php?id=1946>。
 中華人民共和國衛生部『農村合作医療章程』（試行）<http://www.51labour.com/lawcenter/lawshow-4909-2.html>
 蒲県新型農村合作医療管理中心『山西省臨汾市蒲県新型農村合作医療制度実施方法（試行）』，
<http://www.Linten360.com/index.php?doc-view-1006> 2007年。
 孫淑雲・錢文亮「新型農村合作医療制度の分析と展望」『山西大学学報』，2007年9月。
 孫群・孫金成「新型農村合作医療制度実施中のいくつかの問題」『医学と哲学』，2007年5月。
 王枝茂「新型農村合作医療制度模式選択——山西省を例とする実証分析」『中国流通経済』，2007年2月。
 王枝茂「山西省新型農村合作医療制度の持続性についての分析」『経済問題』，2007年1月。
 曾卓・李良軍「商業健康保険の定義及分類研究」『保険研究』，2003年4月。
 趙慧珠「新型農村合作医療制度の問題と解決策」『中央党校学報』，2007年8月。
 張自寛「関与我国農村合作医療保険制度の回顧性研究」『中国農村衛生事業管理』，1994年，第14期。
 嵯州市新型合作医療管理弁公室『浙江省嵯州市新型農村合作医療制度実施方法』，2008年
<http://xnc.zjnm.cn/zdxx/xw16/view.jsp?zdid=23941&lmid=6&id=102965>。
 臨安市新型合作医療管理委員会『浙江省臨安市2008年新型農村合作医療実施方法』，2008年
<http://www.Lawsj.gov.cn/wwwrwt/hzyl/show.asp?docid=626>。
 『中国統計年鑑——2001年』中国統計出版社，2001年。
 『中国統計摘要』国家統計局，2002年。
 『中国農業年鑑』中国農業出版社，2007年。

『中国農村統計年鑑』中国統計出版社，2007年。

『中国経済年鑑』中国经济年鑑社，2007年。

『中国衛生統計年鑑』中華人民共和国衛生部，2008年9月。

『中国人口年鑑』中国社会科学院人口及び労働経済研究所，2006年。

英 語 文 献

Adam Wagstaff, Magnus Lindelow, Gao Jun, Xu Ling and Qian Juncheng, “Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China’s New Cooperative Medical Scheme” *IMPACT EVALUATION SERIES* NO. 12

Philip H. Brown, Alan de Brauw, Caroline Theoharides, “Health-seeking Behavior and Hospital Choice in China’s New Cooperative Medical System”, *Social Science Research Network*. July, 25 2008.

Yuanli Liu, “Development of the rural health insurance system in China”, *Health Policy and Planning*. May 2004; 19, 3; ABI/INFORM Global; pg. 159

Philip H. Brown, Alan de Brauw, Caroline Theoharides, “Health-seeking Behavior and Hospital Choice in China’s New Cooperative Medical System”, *Social Science Research Network*. July, 25 2008.