

中国の公的医療保険制度

— 制度構造からみる課題と新たな取組み —

片 山 ゆ き

（ニッセイ基礎研究所）
保険研究部 研究員

I はじめに

中国の医療保険制度は、これまで「看病難（医療機関へのかかりにくさ）」、「看病費（医療費の高さ）」が社会問題として取り上げられてきた。この積年の課題に政府が本格的に動いたのは「和諧社会」（調和のとれた社会）を標榜する前政権、胡錦濤・温家宝体制の後期（2006～2011年）である。中国は2009年から2020年まで11年間をかけて医療制度を改革するとし、薬価、医療機関、医療サービス、医療費負担といった面からその改善を目指している。

医療改革ではまず、「医療機関へのかかりにくさ」、「医療費の高さ」の両問題の根源的な原因である「薬価」の高さについて、価格の抑制や供給体制の再構築が優先して取り組まれた。その背景には、薬価の高さは「医療費の高さ」の大きな要因であり、さらに、「医療費の高さ」が「医療機関へのかかりにくさ」の問題を引き起こす要因ともなっているからである。

「医療機関へのかかりにくさ」については、同時に医療機関の増設など医療供給体制における量的拡大も実施され、一定の評価を得ている。一方、「医療費の高さ」については、薬価や診療行為等の単価の調整だ

けでは医療費の軽減に大きく寄与できておらず、医療保険の仕組みや医療給付に遡って、見直しが必要とされている。医療改革の実態としては、医療機関の増設数、医療保険への加入率や新たな制度の導入状況といった数値目標の達成や政治的な枠組みが改革の成果として強調される向きがあり、当の国民は本質的な課題である「医療機関へのかかりにくさ」や「医療費の高さ」の改善を実感できていない状況にある。

本稿では、改革が遅れる「医療費の高さ」に焦点を当て、その要因を医療保険の制度構造、給付の仕組みという視点から検証する。まず、中国の医療保険制度全体の構造的特徴を捉えつつ、先行して制度改革が進む「医療機関へのかかりにくさ」についてその対策の要点と評価を振り返る。次いで、「医療費の高さ」の要因について、具体的には北京市の医療保険制度に基づいて、その制度構造に起因する自己負担の重さや制度間格差およびそれらに対する政府および民間の保険会社の対策を考察する。最後に、今後の課題として、少子高齢化がもたらす医療費へのインパクトを捉えつつ、制度改正において今後取り組むべき課題を提示する。

Ⅱ 中国の公的医療保険制度の特徴と制度改革の評価

1. 中国の公的医療保険制度の特徴

中国の公的医療保険制度は胡錦濤・温家宝体制期に、基本的な枠組みとして「国民皆保険」を2020年までに実現する旨、目標が設定された。中国で都市部の国有企業を対象とした医療保険制度が1951年に実施されたことを考えると、中国はおよそ70年の時間をかけてその枠組みを整えることになる。

また、この「皆保険」の定義は日本のそれとは少し異なる。全ての国民が何らかの医療保険に加入できる体制を構築する点においては日本と同義であるが、中国の場合、公的医療保険という枠組みをとりながら、加入には強制と任意が並存している。公的医療保険制度は、大きく分け

て、都市の就労者を対象とした制度（強制加入）、都市の住民（就労者以外の扶養家族や学生・児童など）を対象とした制度（任意加入）、農村部の住民を対象とした制度（任意加入）の3つに分類されている（注1）。強制

（表1）中国の公的医療保険制度

制度 （導入時期）	都市職工基本医療保険 （1998年）	都市住民基本医療保険 （2007年）	新型農村合作医療保険 （2003年）
主務官庁	人力資源・社会保障部	人力資源・社会保障部	衛生部
加入者	都市の企業就労者・自営業者	都市の非就労者・学生・児童	農村住民
就業	有	無	一
居住	都市	都市	農村
戸籍	都市／農村	都市	農村
加入形態	強制加入	任意加入	任意加入
加入者数 （2012年）	2億6467万人	2億7122万人	8億1200万人
加入率	52.8% （現役の加入者数／就労者人口）	一	98.1% （政府発表）
保険料 負担	使用者：G×8%、 被用者：M×2% （料率は地域で異なる 場合もある）	予め設定された保険料（複数）から選択して納付 （保険料は各地域で異なる）	
財源	医療保険基金（保険料）、個人負担、国庫		
医療給付	現物給付	現物給付	現物給付／償還払い
入院	給付対象（自己負担額及び給付上限額は区域で異なる）		
通院 〔重大疾病 外来〕	給付対象（自己負担額及び給付上限額は区域で異なる）		
通院 〔一般 外来〕	給付対象（自己負担額及び給付上限額は区域で異なる）		
受診可能機関	給付対象となる医療機関を選択・指定する。		

（出典）人力資源・社会保障事業発展統計公報、各制度の関連通達より作成。

注：1）G：従業員の給与総額、M：本人の前年の平均給与。

2）都市職工基本医療保険は強制加入であるが、中小企業を中心に加入ができていないため、加入率は5割程度にとどまっている。

（注1）3つの制度以外に、公務員を対象とした医療保険制度がある。

加入である都市の就労者を対象とした制度の加入者は2012年末時点においておよそ2億6500万人で、加入者総数のうち2割程度にすぎず、中国の公的医療保険制度はそのおよそ8割が任意加入となっている（表1参照）。

また、制度運営については制度モデルを中央政府が提示し、具体的な運営は各区域を管轄する地方政府が担っている。保険への加入は職域（就業の有無）以外に、区域（自身が所属する地域で市・県・区などの行政単位）、さらに戸籍（農村／都市）によって細分化され、給付内容も保険によって異なるという特徴を持っている。

加えて、制度運営は各区域で分立しているため、被保険者は原則的に自身が保険料を納付した区域内において、予め指定した病院^{（注2）}で現物給付の医療サービスを受けることになり、日本の公的医療保険制度の特徴の1つである「フリーアクセス」という概念は基本的に存在しない。

2. 中国の公的医療保険制度が抱える歴史的な課題

次に、中国の医療保険制度において、先行して進む「看病難（医療機関へのかかりにくさ）」の改革について政府の対策の要点とこれまでの改革の評価について確認する。

中国の医療保険制度の改革は2009年以降、主に、医薬品の供給体制の再構築および薬価の抑制、末端医療機関の増設、医療従事者の増員やサービスの向上、医療費負担の軽減を中心に進められている。

しかし、2009年から2020年までの改革のほぼ中間にあたる2013年に、政府系の人民ネットが実施した「改革における変化」についての国民の評価（全体）を見ると^{（注3）}、「薬代が値上がりした（31.6%）」、「医療

（注2）都市の就労者を対象とした医療保険（都市職工基本医療保険）では、後述するように、加入者が通常使用する医療機関を予め4ヵ所指定する必要がある。

（注3）「2013年两会調査」には、インターネットを通じて125万人が参加。社会問題等17項目のうち、最も関心のある項目を最多10項目まで選択、

を取り巻く状況は以前よりも悪くなった（16.7%）」、「医療サービスの質が悪くなった（9.3%）」とプラスの評価よりマイナスの評価が目立つ結果となっている。先行して改革が進んだ医療機関や医療従事者の量的な増加についてはマイナスの評価は少なく、一定程度の効果が現れていると考えられるが、価格やサービスの質については引き続き課題が残っている。

また、当該評価では「看病難（医療機関へのかかりにくさ）」の一番の原因として「薬代が高い（81.1%）」ことが挙げられている。現行の医療保険制度では、個人の医療費に占める薬代の割合が大きく、2012年では、1人あたりの通院費の49.2%、入院費では41.0%を占めている。加えて、この薬代は毎年ほぼCPI（消費者物価指数）を上回るスピードで値上がりしている（注4）。

そのような状況を背景に、薬価については改革の手始めとして2009年から価格の抑制に取り組んでおり、基礎的な治療で必要とされる医薬品を対象に「国家基本医薬品リスト（EDL）」を作成し、医薬品の価格を決定している。しかし、中国の医療機関の個々の運営は独立採算制をとっていること（注5）、EDLに収められていない薬剤の使用は医療機関にゆだねられていることから、医療機関は経営上の判断として、公定価格の調整を受けない医薬品へのシフトや過剰処方といった行動をとりがちである。

このような状況から、もう1つの問題である「医療費の高さ」についても改革の効果が現れにくい。1人あたりの平均医療費とその医療費が1人あたりのGDPに占める割合をみると、医療費は直近10年でおおよそ2倍と速いペースで膨らむ一方、経済の高度成長による所

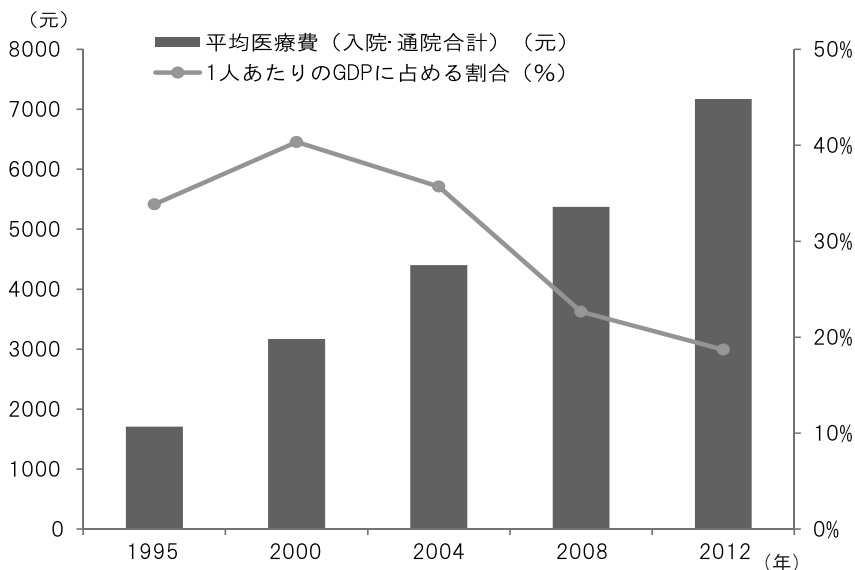
回答。そのうち、医療改革は5番目にランクインした。

（注4）2012年のCPI上昇率は2.6%、薬代は3.3%。

（注5）中国の医療機関のうちおおよそ7割は公立病院であるが、病院における総収入のうち、国からの財政補助はおおよそ8%と少ない。一方、通院、入院に係る医薬品による収入が全体の40%を占めている（2012年）。

得の増加、政府による公費投入の拡大によって、1人あたりのGDPに占める割合は、2000年の4割をピークに減少傾向にある（図1参照）。

（図1）平均医療費と1人あたりのGDPに占める割合の推移



（出典）中国衛生年鑑、中国衛生和計画生育統計年鑑より作成。

しかし、2012年時点でも平均医療費は1人あたりのGDPのおよそ2割を占めており、医療費そのものも前年比5.3%増と同年のCPI（2.6%）を超えるなど、国民が医療費の負担軽減を実感しにくい状況にある。

また、注3で触れた2013年両会調査においては、「医療費の自己負担」についても訊ねているが、およそ9割が「納得できない。さらなる（自己負担の）軽減を期待している」としており、「納得の範囲」とする回答はわずか5%にすぎない。

国は「看病難（「医療機関へのかかりにくさ）」の原因となる医療機関、医療サービスといった点については、国民の評価は厳しいながらもこれ

まで諸政策を打ち出し、その改革を先行して進めている。もっとも「医療機関へのかかりにくさ」の一番の要因である薬代については、政府はこれまでE D Lの作成による薬価の調整を実施しているが、それが結果として、患者が支払う医療費の軽減に大きく寄与できていない状況にある。

一方、「医療費の高さ」の対策については、薬価と同様、医療費の構成要素である医療技術料や診療行為に対する単価の調整だけでは医療費負担の軽減に結びついておらず、患者の医療費負担軽減そのものに働きかけるような医療保険の仕組みや医療給付の見直しといった面からのアプローチは開始されたばかりである。

中国では医療保険制度が各区域で異なるため、以下では北京市の都市部を対象とした制度における医療給付の仕組みを解説し^(注6)、中国における医療保険制度の構造的特徴を把握する。

Ⅲ 北京市の制度からみる公的医療保険制度の構造的特徴

1. 都市の就労者を対象とした制度（「都市職工基本医療保険制度」）

まず、都市部の医療保険制度の中核をなす、就労者を対象とした制度について確認する（表1参照）。

この医療保険制度は国有企業における労働保険に端を発しており、本人の就労の有無により保険加入が決まる。よって、この医療保険制度の対象者は、国有企業、民間企業の従業員（本人）に加えて、自営業者も対象となっている^(注7)。また、日本のような被保険者に扶養され

（注6）農村部の制度については、主務官庁が都市部を対象とする医療保険制度と異なる点、運営主体が区域によって区、県と行政のさらに末端組織となり、制度内容もさらに細分化される点から、ここでは都市部を対象とした制度の概説を行う。

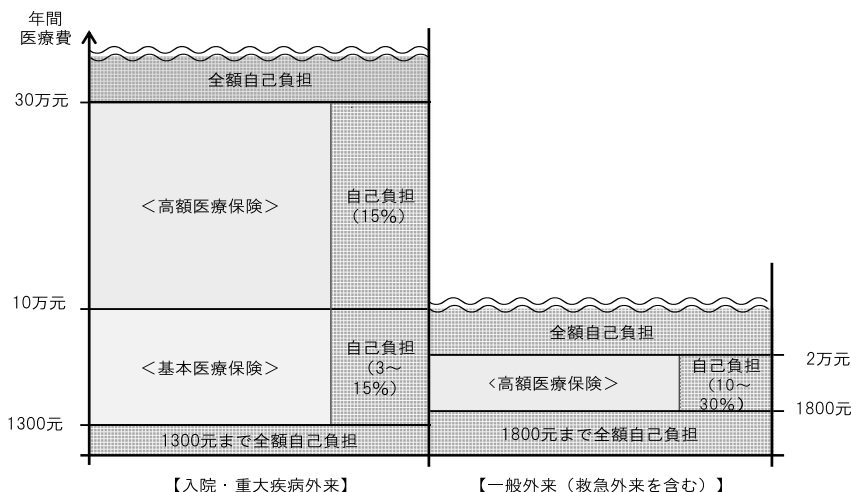
（注7）自営業者の保険料は、前年の在職職員平均給与に基づいて算出される。例えば、北京市の場合、前年の在職職員の平均給与の70%に、保険料率7%を掛けたものが保険料となる。

ている家族への保険給付はなく、扶養家族はそれぞれが都市の非就労者を対象とする医療保険に加入することになる。

2011年の社会保険法の施行により、農村出身（農村戸籍）で都市部の企業に勤務している者も対象となり、医療保険加入に際しての戸籍の条件は緩和される方向にある。

給付については、入院、通院（重大疾病外来・一般外来）を対象としている。本制度では、一定額までの基礎的な医療給付を行う「基本医療保険」（1階部分）に加えて、一定額を上回る医療費について給付を

（図2）都市職工基本医療保険における給付モデル（北京市の在職者の場合）



（出典）北京市基本医療保険規定他より作成。

注：1）網掛部分が自己負担内容。

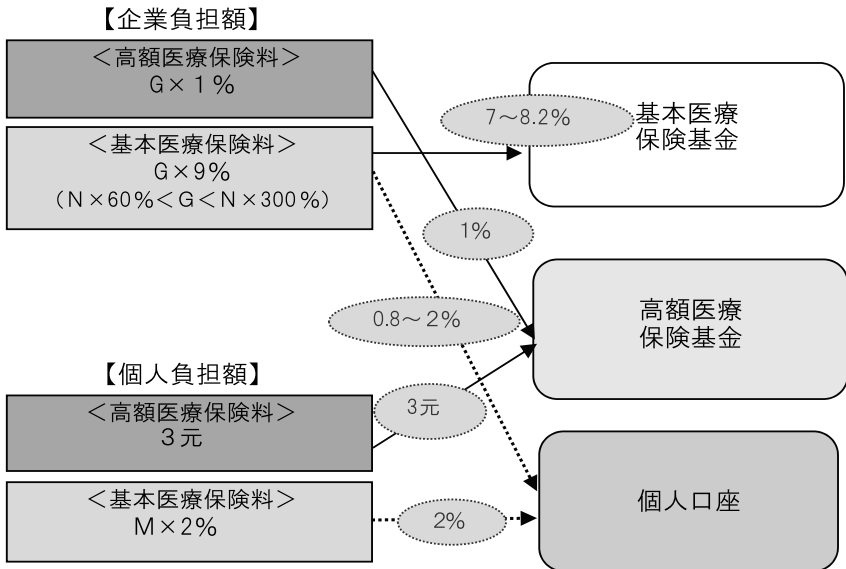
2）北京市の場合、通院については高額医療保険基金から給付される。

行う「高額医療保険」（2階部分）による給付が受けられる（図2参照）。

ただし、高額医療保険でも一定割合の自己負担が求められるとともに、日本の高額療養費制度とは異なり、給付対象となる医療費には限度額が設けられている。

保険料は労使折半ではなく、企業の負担が重い設定となっている。本制度のモデルとしては、企業（使用者）は全ての従業員の給与総額の8%、個人（被用者）は本人の前年の平均給与の2%を負担する。北京市の場合は企業負担が10%（9%は基本医療保険料、1%は高額医療保険料）、個人は基本医療保険料の2%に加えて、高額医療保険料として月額3元を負担している。保険料は「基本医療保険基金」、「高額医療保険基金」、「個人口座」に積み立てられる。企業が拠出した基本医療保険料のうち、従業員の年齢に応じた一定割合^{（注8）}と個人が拠出した保

（図3）保険料負担（北京市）



（出典）図2と同じ。

注：1）G：従業員の給与総額、M：本人の前年の平均給与、N：北京市の在職職員平均給与。

2）それぞれの基金は北京市全体で1つにまとめられており、日本のように企業が母体となって健康保険組合を設立、運営しているわけではない。

（注8）北京市の場合、企業が拠出した基本医療保険料について、在職者で35歳未満は0.8%、35歳以上45歳未満は1%、45歳以上は2%を企業が

険料（2%）は医療専用の「個人口座」に積み立てられ、企業が拠出した残りの基本医療保険料は「基本医療保険基金」に、高額医療保険料の1%は個人負担の3元とともに「高額医療保険基金」に積み立てられる（図3参照）。

医療費は一定額までは患者が医療費の全額を支払うことになるが、一定額に達すると、保険給付が開始され、患者は一定割合を負担することで治療を受けることができる。入院、通院（重大疾病外来・一般外来）の給付については、日本と異なり、医療費の多寡、病院の規模やランクによって自己負担割合が細かく設定されている。

例えば、北京市では入院費（年間）は1300元（在職者対象）までは全額自己負担であるが、1300元を超えた場合、10万元までは病院のランク、入院費の多寡に応じて3～15%の自己負担となっている。基本医療保険基金から給付されるこの1300元～10万元までの入院費については、費用が増える毎に自己負担割合が軽減される仕組みとなっている。一方、高額医療保険基金から給付される10～30万元までの入院費については一律15%が自己負担となっており、30万元を超える入院費は全額自己負担となる（表2参照）。

北京市では通院治療の中で「重大疾病外来」とし、悪性腫瘍の放射線治療・化学療法、人工透析治療等5つの疾病や治療^{（注9）}を指定している。医療費の負担が重いこれらの治療費は一般外来を対象とした自己負担割合ではなく、より軽減が図られている入院給付のものが適用される。

通院（一般外来）で治療を受けた場合は、まず、年間1800元（在職者対象）までは全額自己負担となる。通院の薬代等、少額な自己負担額

個人口座に拠出する。定年退職者で70歳未満は毎月100元、70歳以上は毎月110元を企業が個人口座に拠出する。

（注9）北京市では悪性腫瘍の放射線治療・化学療法、人工透析治療以外に、血友病、再生不良貧血、腎臓・肝臓または心臓移植後の拒絶反応の投薬治療を対象としている。

は個人口座の残高を取り崩して医療費に充当することができ、個人口座の残高がなくなった場合は、本人が残りの医療費全額を支払うこと

（表2）入院・重大疾病外来の病院ランク・医療費用別の自己負担割合

受診病院	入院・重大疾病外来の医療費	基本医療保険基金		高額医療保険基金	
		在職者	定年退職者	在職者	定年退職者
		自己負担（％）	自己負担（％）	自己負担（％）	自己負担（％）
3級病院	1,300円未満	100%	100%	—	—
	1,300円超～30,000円	15%	9%	—	—
	30,000円超～40,000円	10%	6%	—	—
	40,000円超～100,000円	5%	3%	—	—
	100,000円超～300,000円	—	—	15%	10%
	300,000円超	全額自己負担			
2級病院	1,300円未満	100%	100%	—	—
	1,300円超～30,000円	13%	7.8%	—	—
	30,000円超～40,000円	8%	4.8%	—	—
	40,000円超～100,000円	3%	1.8%	—	—
	100,000円超～300,000円	—	—	15%	10%
	300,000円超	全額自己負担			
1級病院	1,300円未満	100%	100%	—	—
	1,300円超～30,000円	10%	6%	—	—
	30,000円超～40,000円	5%	3%	—	—
	40,000円超～100,000円	3%	1.8%	—	—
	100,000円超～300,000円	—	—	15%	10%
	300,000円超	全額自己負担			

（出典）北京市基本医療保険規定、北京市政府ウェブサイトより作成。

注：病院のランクは3級病院が最も高く、次いで2級、1級、社区卫生サービスセンターの順となっている。各病院は病床数、専門科等によってランク分けされている。3級病院は病床500以上で25の専門科を持つ大規模な病院で日本の大学病院に相当する。

になる。また、1800元以上2万元までの医療費については3割が自己負担となるが、それ以上医療費がかかった場合は、全額自己負担となる（表3参照）。

（表3）通院（一般外来）における病院ランク・医療費用別の自己負担割合

受診病院	通院医療費	高額医療保険基金	
		在職者	定年退職者
		自己負担（％）	自己負担（％）
指定病院	1,300元未満	100％	100％
	1,300元超～1,800元	100％	15％（70歳まで） 10％（70歳以上）
	1,800元超～20,000元	30％	15％（70歳まで） 10％（70歳以上）
	20,000元超～	全額個人負担	
社区卫生サービスセンター	1,300元未満	100％	100％
	1,300元超～1,800元	100％	10％（70歳まで） 10％（70歳以上）
	1,800元超～20,000元	10％	10％（70歳まで） 10％（70歳以上）
	20,000元超～	全額個人負担	

（出典）表2と同じ。

また、保険加入者は、通常使用する病院を予め4カ所指定する必要がある。指定する医療機関は居住地域、勤務地域を中心に選択するよう薦められている。北京市の場合、市内の病院419カ所、地域に設置された小規模医療機関の社区卫生サービスセンター188カ所から4カ所を指定するが、そのうち1カ所は社区卫生サービスセンターまたは1級

病院を選択する必要がある。また、4カ所指定した医療機関以外にA類病院（大学病院を中心とした規模の大きい病院19カ所）、漢方専門の病院（30カ所）、小児等を対象とした専門病院（78カ所）については指定をなくとも利用が可能で、給付の対象となる。しかし、それ以外の病院で受診した場合は給付の対象とならない仕組みとなっている。さらに、北京市以外の地域で受診をした場合は、全額自己負担となるなど、日本の医療保険制度の特徴である「フリーアクセス」は存在しない。

以上が都市部の就労者を対象とした医療保険制度の概要である。制度の構造をみると、利用者の安易な受診を回避するため、入院、通院とも一定額までは全額自己負担としている。それを超えれば保険給付の対象となるが、日本のように対象額に限度が設けられていない高額療養費制度があるわけではない。

被保険者にとっては、通院1800元、入院1300元の自己負担額の合計は平均月給のおよそ6割にあたり、まず、保険給付を受けるまでの自己負担が重いといえよう。さらに給付を受けることとなった場合、これに医療費や医療機関のランク別にかかる自己負担分が加わり、その負担合計は被保険者にさらに重くのしかかることになる。2012年の北京市の平均入院費^(注10)をみると、1万7402元となっており、これは同年の平均月給の3.3カ月分にあたる。

加えて、北京市の医療制度は、病院のランクが1級から3級と上昇する毎に個人負担が重くなる仕組みとなっている。これは、都市部の大規模病院やランクが上位の病院への患者の集中を回避するための策であるが、その背景には、より良い医療技術、医療サービスを受けるには、それに見合った対価を支払うべきという考え方がある。中国では患者が受ける診療内容、医療関連機材、受診する医師に至るまで、病院のランクや技術レベルに基づいてその価格を細かく設定し、公表

（注10）平均入院費にはベット代、治療薬費、手術費、検査費が含まれる。

している。被保険者は受診する前に、自身の所得に応じた医療サービスを選択することができる反面、罹った病気の十分な治療や一定レベル以上の医療サービスを求める場合は、予め相応の金銭的な準備をする必要がある。

2. 都市の非就労者を対象とした制度（「都市住民基本医療保険制度」）

次に、都市の非就労者を対象とした制度の概要を確認する（表1 参照）。都市の非就労者を対象とした医療保険は、胡錦濤・温家宝体制後期（2006～2011年）の2007年に導入された比較的新しい制度である。都市部の就労者を対象とした制度が中国建国直後の1951年に導入（現行の制度への移行は1998年）されて半世紀余り、中国が皆保険を目指す上で最後に導入された制度でもある。

北京市の都市の非就労者の制度の対象者は、北京市の戸籍をもち、都市職工基本医療保険に加入していない高齢者（男性60歳以上、女性50歳以上）、非就労者（男性16歳以上60歳未満、女性は16歳以上50歳未満）、学生・児童（未就学児童も含む）としている（表4 参照）。

保険料をみると、年齢によって一律の保険料が設定されている。高齢者や学生・児童の保険料は相対的に少なく、生産年齢人口にあたる16歳から60歳（女性50歳）までは保険料が割高となっている。保険料は都市・農村住民を対象とした基金に集められ（就労者を対象とした基本医療保険基金とは分離されている）、給付にあてられる。就労者を対象とした制度では所得に応じて保険料を課しているため、所得の格差を是正する再分配機能の役割を一定程度果たしている。しかし、非就労者の制度については、年齢（学生・児童を除く）に基づいて一律の保険料を課しており、必ずしも同様の再分配機能を果たしていない構造となっている。

給付については、就労者を対象とした制度と同様、入院、通院（重大疾病外来・一般外来）を対象としている。受診機関は被保険者が予め

3カ所の病院と1カ所の社区卫生サービスセンターを指定し、その医療機関で受診することになる。さらに、通院（一般外来）については病院ではなく、まず、規模や設備が簡易な社区卫生サービスセンターで受診するよう求められており、規模の大きい医療機関での受診には当該センターの紹介が必要となる。これらの医療機関では基本的に上掲の「国家基本医薬品リスト（EDL）」に記載された価格が抑制された

（表4）北京市都市住民社会医療保険制度の給付内容

対象者	保険料	入院	通院（重大疾病外来）	通院（一般外来）
		入院費用	悪性腫瘍の放射線治療・化学療法、人工透析、腎臓・肝臓移植後の投薬治療、血友病、再生不良性貧血の通院治療	一般的な通院治療
		年間医療費と自己負担割合	年間医療費と自己負担割合	年間医療費と自己負担割合
北京市 都市戸籍の 高齢者 （男性60歳以上、 女性50歳以上）	300元 ／年額	1,300元までは 全額自己負担		650元までは 全額自己負担
		1,300元超～15万元までは40%負担		
北京市 都市戸籍 の非就労者 （男性16歳以上60歳未満、 女性16歳上50歳未満で学生を除く）	600元 ／年額 （身体障害者は 300元／年額）	15万元超は 全額自己負担		650元超～2,000元 までは50%負担
学生・児童 （未就学生を含む）	100元 ／年額	650元までは 全額自己負担		2,000元超は 全額自己負担
		650元超～17万元 までは30%割負担		
		17万元超は 全額自己負担		

（出典）北京市城鎮居民基本医療保険弁法、北京市城鎮居民基本医療保険弁法実施細則より作成。

注：この制度では病院のランク、医療費別の自己負担の設定はない。

医薬品による治療が行われ、薬価や診療価格が低く抑えられており、治療効果および価格も高い医薬品や診療内容等の給付には制限がある。この制度において、非就労者（学生・児童を除く）は入院費と重大疾病外来の治療費は1300元までが全額自己負担で、1300元から年間15万元までが給付の対象となっている、通院（一般外来）の医療費は650元までは全額自己負担で、650元から年間2000元までが給付の対象となっている。

北京保険学会の調査によると、北京市では回答者のおよそ半数にあたる50.8%が重大疾病等の治療に必要な費用は20万元以上と回答している^(注11)。就労者の制度では入院・重大疾病の医療費は30万元までが給付の対象となり、さらに、自己負担も3～5%と低く負担が軽減されているのに対して、非就労者の場合は医療費が15万元までと少なく、自己負担も40%となるなど給付内容に大きな格差がある。

以上が北京市の非就労者を対象とした制度の概要である。

北京市において、非就労者と就労者の制度間では、受診が可能な医療機関や医薬品、診療行為の範囲に大きな格差がある上、受診した場合の自己負担割合についても制度間格差が発生している。つまり、北京市内の同一の医療機関において、同一の疾病で同一の診療行為を受けたとしても両制度の被保険者の最終的な自己負担額は異なる。

具体例で見れば、急性盲腸炎で2級病院に入院し、その入院費を2012年の同疾患での平均入院費である5080元とした場合、都市の非就労者の場合の自己負担額は2812元となり、入院費に対する自己負担率は55.4%^(注12)となる。一方、就労者の場合、自己負担額は1791.4円で、入院費に対する自己負担率はおよそ35.3%となり、就労収入のない非就労者より負担額も負担割合も低くなる。これに加えて、公的医療保

(注11) 北京保険学会、北京娛樂信報、搜狐ネットが実施した同市の民間保険加入トレンド調査。有効回答数は1576件。

(注12) 都市の非就労者の場合、入院費5080元のうち、まず1300元が全額自己負担となる。残りの3780元のうち40%（1512元）が自己負担額となり、最終的な自己負担額は1300元と1512元を合計した2812元となる。

険では、就労者の保険については医療費が最高30万元までが給付対象であるのに対して、都市の非就労者は15万元と低く設定されており、手術を伴う長期の入院や重大疾病の通院が必要となった場合、所得の低い非就労者により多くの負担が発生する構造となっている。

Ⅳ 「大病医療保険」の導入による保険給付の拡充

中国は医療保険制度の改革とともに、中期計画として2010年から2015年の衛生事業計画の目標の1つに、入院費の自己負担の軽減に関する目標値を掲げている。各地域が定める入院費の自己負担割合の軽減や給付限度額の引き上げ、さらには「大病医療保険」の導入によって、入院費の自己負担を全国平均で25%程度まで引き下げることを目標としている^(注13)。

この「大病医療保険」は制度面からの新たなアプローチとして、2013年より各区域で実験的に新たな制度が導入されている。前述のとおり、就労者と非就労者の医療給付の内容を比較すると、非就労者のカバー範囲や給付限度額が低く抑えられており、実質的には所得が相対的に低い非就労者が実額の上でもより多くの負担を支払う構造となっている。また、医療費が毎年上昇する中で、非就労者において重大疾病の治療や入院が長引いた場合等の高額な医療費に対する公的な補完制度は、これまで整備が追いついていない状態にあった。

大病医療保険は、カバー範囲や給付限度額が低く抑えられている非就労者と農村住民を対象としており、基本医療保険など公的医療保険の給付範囲内で支払った入院や重大疾病治療など高額な自己負担額を軽減するために導入された制度である。

(注13)「国务院の衛生事業発展に関する第12次5ヵ年計画」で国务院は2015年までの5年間で達成すべき目標を掲げている。制度関連では、上記以外に給付限度額の引き上げ、省内における区域外診療に対する給付の実現、高額な医療費部分についての民間保険会社との連携、民間の介護保険、特殊疾病保険の開発・奨励を挙げている。

北京市の都市の非就労者を対象とした大病医療保険については、2014年1月1日から新たな制度が導入されている。医療給付として、北京市では公的医療保険の給付対象範囲内で支払った自己負担額（年間）のうち、都市住民の場合は、前年の都市住民平均可処分所得^(注14)を超える部分について、5万元以内は5割が償還され、5万元を超える部分については4割が償還される仕組みとなっている。2013年の北京市住民の可処分所得がおよそ4万元であることから、4万元までの自己負担は被保険者本人が全額支払う必要があるが、それ以上の高額な医療費（保険給付範囲内の診療）については、償還の対象となる。北京市は、この大病医療保険の導入によって、都市の非就労者の制度における医療費の給付上限額が実質的に撤廃されることになり、所得が相対的に少ない都市の非就労者層や低所得者層の自己負担の軽減、医療アクセスの改善が期待されるとしている。

大病医療保険については、2013年末時点で全国23省の120都市で実験的な導入がされている。国務院は2014年にこの実験的な導入を全国に広げるとし、6月までに全ての省がそれぞれの制度モデルを決定するよう求めている。

この大病医療保険制度の特徴は「保険者」とその「財源」にある。制度運営にあたって、地方政府は制度内容の設計に携わるものの、事務手続きや給付といった運営は地方政府と契約をした民間の保険会社が行う。また、制度の財源は、保険料として被保険者から新たに徴収されたものではなく、また、地方政府による公費の追加投入もなく、基本的には非就労者と農村住民を対象とした医療保険の保険料を積み立てた基金から別途拠出される。

国は大病医療保険の全国的な普及によって、公的医療保険における被保険者の自己負担を軽減し、「医療費の高さ」の改善を目指している。

（注14）2013年の北京市住民の可処分所得は4万0321元（約6万9千円）。

しかし、大病医療保険は民間保険会社を保険者とする保険でありながら、公的医療保険制度の範疇にも属するという特性から諸課題も見えてくる。

まず、大病医療保険は公的医療保険でもあるため、保険会社は加入対象者の既往症や健康状態にかかわらず、全ての保険契約を引き受ける必要がある。さらに、給付においてはその限度額を設定していない点からも、通常の民間の医療保険商品よりも支払いリスクが高まる傾向にあるといえよう。保険会社がリスクに見合った保険料が得られるかという点については、地方政府が基金からの拠出額を抑えようとする傾向にある点に留意が必要である。提携先の保険会社は入札によって決定されるが、大病医療保険が公的医療保険の補完としての役割や、政治的な枠組みとしての性格を帯びていること、さらに上掲のような支払いリスクを勘案すると、提携先の保険会社は財政面で体力がある大手国有生保に集中する傾向がある。今後の制度の持続性や保障内容の維持を考慮すると、リスクに見合った新たな保険料の徴収や地方政府の財源確保、さらには保険料等の財源に見合った給付の見直しが必要となる^(注15)。

また、大病医療保険は自己負担の軽減を直接行うことができる一方、医療費そのものの高騰を招きかねない面を併せ持っている点にも留意すべきである。このように、細部について今後検討すべき課題はあるものの、大病医療保険の本格的な導入は、歴史的な課題とされる「看

(注15) 国有生保最大手の中国人寿が2013年の大病医療保険の経営状況について、一部を発表している。それによると、同社は、76の地域の保険の引き受けをしているが、保険料収入（基金転用分）25.14億元に対して、最終的な損失が2.47億元発生したとしている。政府は当該保険については利益を見込まず、保険会社にも損失を負わせないことを目標としているが、保険料の決定権が政治的に立場の強い地方政府側にあり、保険の引き受けは入札によって決定される。制度運営に必要な保険料は最も少なくても1人あたり40元（約640円）とされているが、実質的には20～25元（約320～400円）での引き受けが最も多いとされている。

病難（医療機関へのかかりにくさ）」の問題に加えて、「医療費の高さ」の改善に向けた医療保険制度改革の1つの帰着とも言えよう。

V 都市部の少子高齢化の進展と制度改革へのインパクト

医療保険制度改革には、医療費の高騰、制度的構造以外に、目下、新たな問題が加わっている。それが急速に進む少子高齢化である。

1. 高齢者の受診状況

中国は1970年代後半からいわゆる一人っ子政策を実施し、出生率を厳しく抑制する策をとった結果、少子高齢化が急速に進行した。2001年時点で総人口に占める65歳以上の高齢者の割合が7%を超える高齢化社会となっており、今後、14%を超える高齢社会は2026年に到来すると予測されている。欧米諸国が50～100年の時間をかけて到達したのに対して、13億の人口を抱える中国は日本とほぼ同じ25年というスピードで高齢社会に到達することになる。

政府が考える社会保障整備の優先順位は、生活保護、医療、年金の順となっており、介護保険制度を含む高齢者対策については4番目に位置付けられている。中国は経済の高度成長、所得の急速な増大による医療技術の進展や生活環境の向上によって平均寿命が飛躍的に延びており、急速な少子高齢化は、介護保険もさることながら医療、年金といったその他の社会保障へも大きく波及している。

以下では、5年に1回実施される医療サービスに関する全国調査「中国衛生服務調査」^(注16) から、高齢者の受診状況を把握する。

年齢別の受診状況を見ると、何らかの疾病に罹患している者は45～54歳が21.4%と急速に増加しており、65歳以上となると、全体の58.1%と6割にも達する。(表5参照)。

(注16) 直近の調査結果は2008年のものである。

（表5）都市部における年齢別の受診状況

	罹患率	最近2週間以内の 受診率	入院率	未入院率
0～4歳	14.7%	19.1%	3.3%	15.4%
5～14歳	6.4%	6.8%	1.2%	11.3%
15～24歳	5.1%	3.2%	2.0%	11.1%
25～34歳	6.3%	4.5%	5.6%	8.1%
35～44歳	10.2%	7.0%	3.3%	29.8%
45～54歳	21.4%	10.9%	5.2%	38.3%
55～64歳	35.5%	18.4%	9.7%	29.9%
65歳以上	58.1%	30.3%	19.4%	23.8%

（出典）中国卫生部『2008中国衛生服務調査研究』より抜粋して作成。

- 注：1）罹患率：調査時点で何らかの疾病に罹患している対象者数／調査全対象者数。
 2）最近2週間以内の受診率：（調査時点で）最近2週間以内に受診した者／調査全対象者数。
 3）入院率：調査時点で入院している対象者数／最近2週間以内に受診した者。
 4）未入院率：本来ならば入院すべき状況の対象者数／最近2週間以内に受診した者。

また、65歳以上の高齢者のうちおよそ3割が調査前2週間以内に何らかの理由で医療機関を受診しており、そのうちおよそ2割が入院するなど、65歳未満の現役層と比較しその割合は群を抜いて高い状態にある。

また、同調査によれば、これら都市部の高齢者のおよそ65%が定年退職者として就労者を対象とした保険制度（都市職工基本医療保険）に加入している。少子高齢化が進む中で、受診頻度の高い都市部の高齢者の増加は必至となっており、医療保険の中でもとくに就労者を対象とした保険制度へ大きなインパクトを与える可能性が高い。

2. 高齢者に対する医療保険制度改革の必要性

都市の就労者を対象とした医療保険制度は、国有企業の労働保険に端を発している。現行制度は、1980年代に各地域で整備が進んだが、

当時は一人っ子政策等に見られるように、爆発的に増加した人口をどのように抑制するかに苦慮していた時期である。加えて、医療保険制度の整備や制度の再構築にあたっては、国有企業改革に伴う資金不足の問題解決が優先されたため、結果として制度における少子高齢化への準備は大幅に遅れをとった。現行の都市の就労者を対象とした医療保険制度においても、高齢者対策は進んでおらず、従前の国有企業時代の制度構造をそのまま引き継いだ運営がされている。

直面する少子高齢化において、都市の就労者を対象とした医療保険制度に対して重大な影響を及ぼす可能性のある要素としては、一定期間保険料を納付した場合^(注17) または定年退職時にそれまでの不足分の保険料を一括納付した場合、定年退職後も引き続き当該制度の医療給付を受けることができる点がある^(注18)。しかも、対象となる定年退職者の保険料については企業負担のみで本人の負担がなく、企業負担分の保険料についても定年退職者の個人口座に積み立てられる仕組みとなっている。医療保険基金へは保険料の拠出がない上、定年退職者は入院、通院の自己負担割合が現役層より軽減されている状態にあり(表2、表3、注8参照)^(注19)、少子高齢化が進展すれば、定年退職者の給付に係る医療保険基金への負担はさらに重くなる。

全国的に当該制度の高齢者数(定年退職者数)は急速に増加しており、高齢者1人を支える現役層は制度改正時の1998年には3.7人であったが、直近の2012年には3.0人^(注20)にまで縮小している。この間、政府

(注17) 北京市の場合は、男性は保険料を25年以上、女性は20年以上納付した場合、引き続き当該医療保険制度の医療給付を受けることができる。

(注18) 当該制度に引き続き加入が難しい場合は、都市の非就労者を対象とした制度に加入する。

(注19) 北京市の定年退職者の場合、自己負担が重い入院の医療給付については、自己負担が現役層の6割程度に軽減されている。

(注20) 現役層の被保険者数は1億9861万人、定年退職者の被保険者数は6624万人である。

は自営業者や都市間の移動を頻繁に行う出稼労働者の加入も認め、加入者の増加を図ったが、高齢者の増加のスピードが現役層の被保険者の増加を上回る状態で推移している。

医療保険制度が各区域で分立しているため、各区域の少子高齢化の進展度合いの差は負担構造の差に直結する。産業集積地で生産年齢人口の構成比が高い広東省では高齢者1人を全国で最も多い8.3人の現役層で支えている。一方、少子高齢化の進んだ黒龍江省では高齢者1人を全国で最も少ない1.8人の現役層で支えており、区域による負担格差の大きさが政府による制度への挺入れのスピードを鈍らせる要因ともなっている。

日本では、75歳到達前でも退職時点で国民健康保険へ移行し、75歳到達後は財源構成の異なる後期高齢者医療保険制度等に移行するシステムとなっている。一方、中国では、高齢者について制度の上での移行システムは存在せず、引き続き当該制度に加入し続ける結果、その財源は企業と現役層が積み立てた医療保険基金が負担することになる。

急速な高齢化にともなう高齢者医療の制度整備は始まったばかりであるが、先述のような状況を改善するために、新たな試みの1つとして、長期医療・長期療養に着目した制度が青島市で実験的に導入されている。また、この制度は介護保険の実験的な取組みとしても注目されている。次節ではこの取組みを紹介する。

3. 長期医療・介護保険制度の実験的な導入

青島市で実験的に導入されている長期医療・介護保険制度は、給付対象を長期間にわたる医療や療養、さらに簡易な介護（身体介助は含まない）に絞り、その給付を受ける被保険者を医療保険から切り離す制度である。この制度は、長期医療・療養、簡易な介護が必要であれば、高齢者以外も給付範囲としている点に特徴がある。

給付を受けるには、まず、市指定の医師による10分野30項目の日常

生活能力に関する調査項目にもとづく評価や、市指定の医療機関による長期的な療養を必要とする疾患の診断を受けていることが、要件となっている。給付は指定された医療機関、介護施設で受けることになる。

被保険者にとって、この制度の最大の利点は、認定を受けて長期療養で医療機関を利用する場合、個人負担が1割に軽減され、病院のランク毎に設定される定額負担が免除されるなど、青島市の都市の就労者や住民を対象とした他の医療保険制度よりも自己負担が抑えられている点にある。

ただし、大病医療保険と同様に、この制度も医療保険基金をその財源としていることから、給付範囲や内容は公的医療保険の範疇にとどまっている（ただし給付は別途設置した「介護保険基金」から拠出）。通常、社会保険制度は給付と負担の関係から制度独自の財源を確保するのが原則であるが、この制度は、財源のすべてを公的医療保険の財源である医療保険基金から転用し、被保険者からの保険料の徴収はしていない。日本の介護保険制度の財源は、被保険者本人が1割を負担し、残りの9割のうち50%は公費、残りの50%を保険料でまかなっている。一方、中国は現段階（試行）で、自己負担1割、残りの9割を公的医療保険の保険料でまかなっている。制度の持続性を考えると、医療保険財源との適切な区分を行い、介護保険の運営に係る公費を投入することで、給付と負担の仕組みを構築していくことが今後の課題となる。

Ⅵ おわりに

中国の医療保険制度における「医療費の高さ」には、制度が持つ構造的な問題の他、制度運営を持続していく上での財源を「誰」が、「どう」負担するかという最大の課題がある。

国民総医療費における、政府（公費）、医療保険、個人負担の3者による負担構成を見ると、個人負担は2001年の60%以降減少しており、2012年時点では34.4%まで縮小している。一方、政府（公費）負担は

2000年の15.5%以降、公費の投入を増やしており、2012年では30.0%まで増加、国や地方政府の公費投入が増えているのは事実である。

しかし、医療費が増え続ける中で、制度運営を維持してく上の財源を「誰」が「どう」負担していくかについては、国としても決断しかねているようだ。現状としては、企業は社会保険料の負担が既に重く、これ以上の負担増は難しい状況にある^(注21)。政府が加入者の増加を狙って出稼労働者や外国人への加入拡大をはかるも、安定した原資の確保には至っていない。現行においては、最終的に制度を運営する地方政府の財源によるところが大きい。が、地方政府では、医療保険の自己負担割合の軽減、給付限度額の引き上げ等の見直しに係る財源の確保や、医療以外の年金、生活保護等、近年、社会保障関連の公費投入が大幅に増加している。このような状況の中で、地方政府が大病医療保険や長期医療・介護保険の実験的な導入に係るさらなる財源を負担することは難しく、公的医療保険の積立金である医療保険基金にその財源を求めた点は否めない。

しかし、公的医療保険の積立金は本来、公的医療保険の給付に充てられるべき原資であり、今後も急速に進む少子高齢化や給付の増加を勘案すると、その転用を続けることは困難であろう。

加えて、大病医療保険に見られるような入院などの高額な医療費の自己負担の軽減に対して、民間保険会社の活用も見受けられるが、地方政府が制度設計や保険料の決定など自己の守備範囲を保持したまま、保険会社に医療保険の債務を負担させ続けることに限界があることは言うまでもない。

国務院が発表した「衛生事業発展に関する第12次5ヵ年計画」において、国は2015年までに衛生費（総額）の拠出をGDP比で5.5%、2020年までに7%まで引き上げるとしているが（2010年時点では5.1%）、

（注21）企業負担割合の合計は、5つの社会保険に住宅積立金を加えると給与の4割を超える（例：北京市の場合は企業負担が44.0%）。

諸外国における負担割合や国内の少子高齢化のスピードを勘案すると、その負担は低い水準に止まっている。今後、少子高齢化が加速度的に進むことを鑑みると、その財源については抜本的な見直しが求められるであろう。国民の多くが「医療費の高さ」の改善を実感できていない上、地方政府や民間を通じた財源の確保にも限度がある状況においては、中央政府財源（国庫）からの直接的な公費の投入を今後大幅に拡大する必要があると考えられる。

【主要参考文献】

- ・ 衛生部『中国衛生統計年鑑2012』協和医科大学出版社、2012年。
- ・ 科学技術振興機構中国総合研究センター『中国の社会保障制度の現状と動向（2013年版）』科学技術振興機構、2013年。
- ・ 久保英也『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』ミネルヴァ書房、2014年。
- ・ 国家衛生和計画生育委員会『中国衛生和計画生育統計年鑑2013』、2013年。
- ・ 国家統計局・人力資源和社会保障部『中国労働統計年鑑2013』、2013年。
- ・ 人力資源和社会保障部『2012年度人力資源和社会保障事業発展統計公報』、2013年。
- ・ 銭軍程・陳育徳・孟軍「中国老年人口疾病經濟負担變化趨勢与応対策略」『*Chinese Journal of Health Policy*』、2012年 vol.5。
- ・ 中国衛生部統計信息中心『2008 中国衛生服務調査研究』、2009年。
- ・ 中国衛生部統計信息中心『第四次国家衛生服務調査分析結果目録』、2009年。
- ・ 中国社会科学院人口与労働經濟研究所『中国人口統計年鑑2012年』、2012年。
- ・ 北京市統計局『北京市統計年鑑2012』、2012年。
- ・ 三浦有史「中国の医療格差と医療制度改革―經濟成長の持続性を問う―」『環太平洋ビジネス情報』、Vol.9 No.33、2009年 4 月。
- ・ 労働政策研究・研修機構『データブック国際労働比較2013』、2013年。
- ・ 青島市人力資源和社会保障局ホームページ。

- ・北京市人力資源和社会保障局ホームページ。