

厚生科学研究費補助金
社会保障国際協力推進研究事業

アジア近隣諸国における医療保障技術協力の評価分析と
モデル指標形成に関する研究

平成 11 年度 総括研究報告書

主任研究者 中 嶋 宏
(国際医療福祉大学国際医療福祉総合研究所 所長)

平成 12 (2000) 年 4 月

目 次

I. 総括研究報告

アジア近隣諸国における医療保障技術協力の評価分析とモデル指標形成に関する研究 - - 1
中嶋 宏

- 付録1 . アジア医療保障の変革Ⅰ 矢野聡
- 付録2 . アジア医療保障の変革Ⅱ 矢野聡
- 付録3 . アジア医療保障の変革Ⅲ 矢野聡
- 付録4 . 中国医療保険改革および保健事情調査（北京）
- 付録5 . 中国、上海保健医療事情調査
- 付録6 . シンガポール保健医療事情調査
- 付録7 - 1. タイ保健医療事情調査（バンコク）
- 付録7 - 2. タイ保健医療事情調査（アユタヤ）
- 付録8 . 収集資料一覧
- 付録9 . アジア社会保障研究会会員名簿

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）

総括研究報告書

アジア近隣諸国における医療保障の技術協力の評価分析とモデル指標形成に関する研究

主任研究者 中 嶋 宏 国際医療福祉総合研究所 所長

研究要旨

本研究は我が国を含め他の先進国や国際機関がアジア近隣諸国に対して行った保健医療及び社会保障協力（Health Service Development）の政策手法を分析するものである。対象は初年度3カ国比較を行った。3カ国ではシンガポール、マレーシア、そしてアメリカの制度技法も取り入れたアジア独自のモデル形成を行っている事実が伺えた。各国とも、経済の影響を強く受けながら2000年度および2001年度にかけて大幅な制度改革の試みを行っていた。なお、政策遂行上の問題点として中国では都市部における労働者保険制度の発足と全国的普及の度合い、経済成長から取り残された農村部の保健医療水準向上の課題等が上がった。シンガポールでは貯蓄型保険の遂行における高齢者と貧困者の取り扱いについて、またタイでは社会保険方式の拡大と公衆衛生の向上とのジレンマが明らかとなった。

矢野 聡・国際医療福祉大学医療福祉学部 医療経営管理学科 教授

六波羅 詩朗・国際医療福祉大学医療福祉学部 医療福祉学科 教授

A. 研究目的

我が国がアジアの社会保障とりわけ医療保障の先進国として、各国の実情と特性を把握すると同時に、今後関係国相互の信頼を深めるのに必要な医療保障技術協力を効果的に行うモデルの把握と指標を構築し、この分野で国内外とも客観的かつ納得のゆく援助協力が行われるための判断基準の一つとして使用できるものを開発する。

B. 研究方法

初年度の研究対象国として(1)中国、(2)タイ、(3)シンガポール、を取り上げ、社

会経済の変動と保健政策及び医療保障システムの特徴について分析することによって、我が国が有する医療保障システムから得られた成果による協力の可能性を示唆する。同時に1990年代からの各国の政策的変化を詳しく見ることによって、アジア地域で新たに採用されている政策モデルを抽出する。これらを詳しく分析するために、保険医療政策の分析的基礎となる指標を開発し、公正な援助や技術協力の指標とする。

（倫理面への配慮）とくに必要はないと思われる。

C. 研究結果

中国では、次の3つの地理的、社会経済的要因（determinant）のアスペクトを考慮すべきであるということが判明した。すなわち①全人口の80%を占める農村部のプライマリ・ケアの推進、②残りの20%を

構成する都市部の労働者向けの社会保険制度実施。③上海等、沿岸部でもとりわけ発展の著しい地区が独自に実施している都市部並びに農村部向けの医療保障制度である。広大な中国の保健医療政策を語る場合、事情が全く相異なるこれら諸地域について、冷静に分析する必要がある。

タイも都市と農村との保険医療政策上のかい離は大きい。農村部の問題点は、医療アクセスが不平等であること、国の医療財源配分が不平等であること、医療問題と貧困問題との渾然一体化等がある。都市の公務員及び労働者には社会保険方式による医療保障制度があるが、医療保険、労働者災害補償保険をあわせても適用率は30%未満と低く、今後どのように拡大していくかが大きな課題となっている。

シンガポールはイギリスの植民地であったことを受けて、中央積立基金方式（Central Provident Fund）と呼ばれるユニークな社会保障方式を実施している。この制度は、勤労者の報酬の20%と、同率で企業が支払う20%を強制貯蓄させる仕組みで、準国家管理の方式である。内容は①普通口座（住宅取得のための基金、及び退職積立金など）、②メディセーブ（6%相当分がこの会計に移行する。メディセーブは入院、日帰り手術、ホスピス給付等を行う。この他長期慢性疾患のためのメディシールドがある。）国民は自己負担を除けばこの積立基金の範囲内で医療サービスを受ける。③特別口座（定年後の不慮の出費に備えて創設されたが、現在有効に機能していない様である。）

D. 考察

3カ国比較から、これらの諸国においても

っとも重要視されなければならない指標は保健医療の公平性についてである。これには(1)財源に関する公平性と、(2)サービス供給に対する公平性とがある。更に縦軸としてアウトカム、プロセス、構造についてそれぞれ分析できる。ちなみに財源に対してはアウトカムが、供給にたいしてはプロセスの指標が有効と考えられる。公平性が測定される条件として①所得(の再分配)、②教育、③医療支出、④医療資源、⑤居住地域(都市、都市スラム、農村、離島)等があるが、これらは公共政策とも関連する。

次に政府の役割がある。これには①情報を与える、②規制する、③指令を発する、④資金を調達する、⑤サービスを供給する、という項目がある。政府と保健行動の変化に影響を与える要素は①一般的、②民俗的、③専門的、に分類できる。また受療行動における選択は、①促進的、②予防的、③処方的に分類できる。

これらの国では医療提供者、とくに医師及び専門看護婦の役割が重要である。診断処方ガイドライン、研修教育、地域社会参加度、コミュニケーション等が項目となる。

その他予算システム、支払システム等が主要な項目になるが、引き続き次年度の課題となる。

E. 結論

今回行われた研究対象となるアジア諸国では、政策的特性から政府の役割、医療提供者の役割の比重が大きいことが伺われた。さらに、ここ1, 2年で中国を始めタイ、シンガポールで大きな医療改革が打ち出されており、この流れはある共通した傾向を示している。すなわち、中国、タイ、シンガポールに共通するのは、その濃度において差はあるが中央積立基金方式（Central

Provident Fund) の方式を検討し、採用しようとする動きである。これは医療保障、保健医療技術協力における、アジア型とも言える新たな動きであるかもしれない。アジアは人種、宗教、政治経済と異なった動きをしているように見えるが、社会関係、近隣関係における規範等、共通する部分も多い。これらの要素がアジア保健医療の共通項目として注目される可能性がある。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

- (1) 矢野 聡、「アジア医療保障の変革Ⅰ」、『総合社会保障』、第7巻、2000年8月
- (2) 矢野 聡、「アジア医療保障の変革Ⅱ」、『総合社会保障』、第8巻、2000年9月
- (3) 矢野 聡、「アジア医療保障の変革Ⅲ」、『総合社会保障』、第9巻、2000年10月

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況

なし。

アジア医療保障の変革 I

1. はじめに

本稿は、社会保障関係の研究者の間で、現在必ずしも関心が高いとはいえないアジア諸国の社会保障の現状を、とくに医療保障および保健医療の側面から紹介するものである。

保健医療制度の問題と改革については我が国やヨーロッパ（EU 連合）、アメリカのみならず、世界全体が共通して高い関心を示しているといえる。この分野がとりわけ人間と生命のあり方に深く関わっているということからマクロ経済としての優先度も高く、それ故に制度への批判や改革への要求も強くなる。しかし同時にこの分野が政治的、イデオロギー的影響や、社会の歴史や文化と深く関わっているという理由から制度内部の関係は複雑であり、単純な改革の方向を一概に指し示すことはできない。また保健医療制度は、改革の結果や影響を評価しにくい分野としても知られている。さらにこうした評価法を促すような社会科学的分析手法が、確立していないという難点がある。

このような背景から、我が国の保健医療の改革を欧米先進諸国の改革事例を調査することによって方向付けようとする手法が、我が国の研究者の間では優勢であるように見える。また機械的な先進国の調査研究の反動として、経済発展段階の他は我が国の社会伝統、文化に最も近いはずのアジア諸国に対するこの分野に対する調査・分析が遅れている事実がある。実際の先進国アジアの社会保障、とりわけ医療保障制度は、現在大きく転換している。全般に言えばアジア各国とも、医療および医療保障制度の改革に懸命に取り組んでいる。中でも、日本の社会保障のあり方を、アジアを含むグローバルな視点から積極的に見ていこうとする動きもあらわれている。¹しかし、よく知られているように保健医療の分野での改革は、他の社会政策に比べても最も困難な分野である。困難さを共有する忍耐強さと、先進国の経験をもっぱら学部琴によって今日の到達段階を迎えた我が国の技術上の「恩返し」を、アジア諸国との協力・交流によって示す段階に至っていると考えられる。

2. アジア諸国の保健医療システムの概観

アジアの国々における社会経済指標、および保健医療指標を概観すると、およそ4つないしは5つのグループに大別することができる。それぞれの国における特性および、保健医療ニーズを生み出している要素となっている特徴は表1の通りである(Phua, 1999)。

表1. アジア各国の経済水準および特性

先進経済	日本	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢社会 ・高品質の消費
高成長経済	シンガポール 香港 台湾 韓国	<ul style="list-style-type: none"> ・急激な高齢化 ・サービス産業の増大 ・高技術革新 ・新しい保健医療財源確保の制度
後発高成長経済	マレーシア タイ フィリピン インドネシア	<ul style="list-style-type: none"> ・開発へのテイクオフ ・急速な都市化・産業化 ・民間セクターの増大 ・消費者権利の増加
新興巨大経済	中国 インド	<ul style="list-style-type: none"> ・巨大な人口 ・不公平な開発
新解放経済	ヴェトナム カンボジア ラオス ミャンマー	<ul style="list-style-type: none"> ・低開発 ・海外援助への依存 ・緊急な”catch up”の必要性

出典: Kai Hong Phua (1999)

第1のグループは日本、シンガポール、香港、台湾、韓国といった、経済パフォーマンスの高い国々であり、なかでも日本は突出して発展している経済先進国である。その他4カ国は20世紀の終盤になって急激に発展してきた国々である。

第2のグループはマレーシア、タイ、フィリピン、インドネシアといった国々であり、最

近になって発展の始まった国である。第3のグループは、広大な国土と人口規模を誇る中国とインドであり、生活水準の改善が遅々として進まない農村部と、都市部を中心にして経済発展のきざしが見られる地域との格差の問題が次第に大きくなっている。最後のグループとして、ヴェトナム、カンボジア、ラオス、ミャンマーなど社会主義イデオロギーが支配的だが近年開放経済の政策を打ち出した国があり、これらの国では低開発の克服や貧困の緩和が現在の課題となっている。最もこうした分類も、わずか数年で見直しを行わなければならないほど、アジア諸国の変化は著しい。

本稿は、上記のアジア各国のうち第1、第2、第3のグループからそれぞれシンガポール、タイ、中国を対象国として研究を行った。各国の社会・経済指標および保健医療指標については表2.に示した通りである。以下にその詳細について説明を加える。

(1) 社会・経済の状況

1980年から1994年にかけてアジア地域の経済は6.8%の成長をとげた。90年代前半の平均増加率でみると、3カ国ともが年平均5%以上のレベルで上昇しており、特にシンガポールでは6%以上の成長をとげている。しかし現時点での経済指標でみると、一人当たりGNP(1994)は中国530ドル、タイ5,410ドル、シンガポール22,500ドルと大きな差があり、成長傾向は同様でもそのレベルには大きな格差があることが分かる。また、就学率・識字率などの指標をみると、農村人口の多いタイや中国においても教育のレベルが高いことが特徴的である。

表2. アジア3ヶ国基本医療指標(Basic Health Indicator)

1998年

項目/国名	中国	タイ	シンガポール
国土面積	9,597,000	514,000	648
総人口(千人)	1,248,100	6,146	3,866
15歳未満人口(%)			23
65歳以上人口(%)			7

出生率（人口千対）	16	10.6(1996)	13
幼児死亡率（人口千対）	4.2(1997)		5
周産期死亡率（人口千対）	6.4(1997)		1
平均余命（平均）	69		77
平均余命（男）		74.99(1997)	75
平均余命（女）		69.97(1997)	79
専門病院数	13,212	53	23
専門病院数(公)		53	10
専門病院数(民間)			13
病床数	2,169,870	132,405	11,389
病床数（急性期）			7,561
病床数（療養）	101,800		3,838
病床数（急性期・公的）		102,460	5,983
病床数（療養・公的）			3,294
病床数（急性期・民間）		29,945	1,568
病床数（療養・民間）			544
医師数	1,513,975	16,569	5,148
医師数（公的）		13,325	2,416
医師数（民間）		3,244	2,489
医師数（人口当たり）	1対824	1対3,649	1対750
看護婦・保健婦	1,218,836	56,366	15,568
看護婦・保健婦（公的）		50,423	8,681
看護婦・保健婦（民間）		5,943	3,627
看護婦・保健婦（休止）			3,060
看護婦・保健婦（人口当たり）	1対1,024	1対1,073（1997）	1対248
薬剤師	365,045	5,941	998
薬剤師数（公的）		4,640	204
薬剤師数（民間）		1,301	610
薬剤師数（非活動）			184
薬剤師数（人口当たり）	1対3,419	1対10,178（1997）	1対3,873
入院患者数			369,524
入院患者数（公的病院）			283,953
入院患者数（民間病院）			85,571
外来患者数（公的病院）			518,814
外来患者数（公的病院専門医）			2,424,180
外来患者数（家庭医診療所）			2,933,348

幼児予防接種（％）・結核			98
ジフテリア			96
小児マヒ			96
2歳児予防接種・麻疹、ムンプス			95

各国官庁資料より著者作成

(2) 人口の規模と変化

表2は3カ国の基礎的なデータの最近の数値を比較したものである。人口に関しては、中国のような13億人近くの大国から、シンガポールのような約380万人の小国まで大きな差がある。出生率、死亡率、合計特殊出生率などはほぼ類似の値を示しており、従って人口増加率も各国1%強という点で共通している。中国では若干増加のペースが落ちており、1998年には初めて1%を切り0.95%を記録した。2025年の人口予測値では中国が15.7億人、シンガポールが400万人、タイが8200万人とされている。

3カ国の人口構造をみると大きな違いがあり、シンガポールは国全体が都市であるのに対して、中国、タイは農村人口が大半を占めている。1990年からの都市人口増加率を比較するとタイが2.4%であるのに対して中国は4.3%と、都市化の勢いが急速である。また、いくつかの都市圏を有する中国と異なり、タイにおける都市化は首都バンコクへの集中が特徴的であり、都市人口の中で69%、全人口の中で13%が都市に集中している。

さらに重要な要因は人口の高齢化である。保健医療水準の全般的な向上につれて、平均寿命、乳児死亡率や幼児死亡率、感染症死亡率等の結果が現れ、それが急激な人口構造の変化につながっている。また、シンガポール、中国が少子化政策を政策的に推進したこともあって、高齢化社会（一般に65歳以上人口が総人口比で7%以上と言われる）を目前に控えている状況にある。農村部では高齢人口の家族の吸収が残っているが、発達した都市部では介護・福祉施設の本格的な整備を行わなければならない状態に至っている。タイの状態はまだ人口構成でいえば若い国とすることができる。しかし2025年の予測値では、9.7%に増加する見通しで、タイも高齢社会に突入するとされている。またバンコクのスラム居住者の人口規模

や、農村部との人口移動の状況が十分に把握されておらず、都市政策は流動的な要素が多い。同予測値は中国では 11.7%、シンガポールでは 18.2%とされており、高齢化による社会保障、医療保障への大きな負担が予測される。

(3) 保健、医療水準

1960 年以降、3 カ国を含め、アジア各国の健康指標は大幅に改善されている。1960 年と 1994 年のデータを比較すると、例えば出生時平均余命においては中国で 58.1%、タイで 32.7%、シンガポールでは 15.4%増加している。また 5 歳児未満死亡率に関しては、中国で 79.4%、タイで 78.1%、シンガポールで 85.0%減少している。

現在の指標をみると、平均余命においてはシンガポールが他の 2 国より 7 年以上長くなっている。乳児死亡率、5 歳児未満死亡率においても、シンガポールのみが先進工業国レベルであり他の 2 国に大きく差をつけている。妊娠・出産などのリプロダクティブヘルス関連の指標に関してもシンガポール、中国、タイの順位となっているが、避妊の普及率においては、国家レベルの人口政策の歴史がある中国において最も高くなっている。乳児・妊産婦の予防接種率に関してはいずれの国でも高い。タイでは HIV 感染者、AIDS 患者の増加が深刻な健康問題となっており、特に貧困との関連が指摘されている。

次に保健医療供給体制をみると、人口あたりの医師数・看護婦数・病床数いずれにおいてもシンガポールが最も多く、逆にタイにおける供給量が少ないことがわかる。医療サービス全般へのアクセスはおおむね高いが、妊産婦ケアになると、タイおよび中国の農村部ではまだ十分でないといえる。

保健医療の財政面に関しては、保健医療支出の GDP における割合は、シンガポールにおける公的支出の割合が若干少ないことを除けば 3 カ国ともほぼ同様の値を示している。しかし一人あたりの医療支出を比較すると、シンガポールは中国の 9 倍、タイの 3 倍以上と大きな差がある。

以上を概観すると、アジア地域における大幅な健康水準改善の理由として、経済成長、教

育、医療技術の発展、保健医療部門への公共支出の効果などがあげられる(Peabody 1999)。更に特にアジアでは実際の保健医療政策を実施する政府の役割の重要性も指摘されている。この理由として、(1) 医療によく言われる様々な市場の失敗を予防したりあるいは是正する役割、(2) 貧困層や社会的弱者を守るための公平性(equity)を保つための介入の必要性、が挙げられる。歴史的に官僚制度が強いアジア地域では、保健医療政策の決定、保健医療システムの運営に関して特に保健担当省の役割が大きい。また、タイ、中国などでは地域共同体を主体にした草の根レベルでのプライマリーヘルスケア(Primary Health Care)の歴史があるが、政府による計画、支援体制に支えられている面が大きいといえる。

またそれぞれの国で、特に財源面を中心とした保健医療セクターの改革(Health Sector Reform)が政府主導で推進されており、中国においては年金、医療など本格的な社会保険制度の整備への取り組みが始まっており、都市部からの試験的な運用が行われている。しかし農村部への社会保障については課題が山積していると指摘されている。タイにおいても、様々な医療保障制度が併用されている現状から、制度の統合化と国民皆保険の達成に向けての試みがパイロットプログラムとして開始されている。シンガポールにおいては保健医療サービスの段階や種類に応じて強制貯蓄に加え保険、税金による混合財源の制度が確立されているが、近年さらに患者負担やマネジドケアの導入が始められている。次回以降はこれらの国々の医療保障改革について、個別に分析していく。

i .国際的な位置づけから社会保障の動向を歴史的、価値的視点を包含して説明しようとする試みは、広井良典氏の分析枠組みの中に現れている。氏はその著書「日本の社会保障(1999)」で、社会保障のがドメスティックではもはやあり得ない傾向と、高齢化が先進国に特有の現象ではないことを指摘し、「社会保障を巡る議論が、このように従来からは想像できないような大きな広がりを持つことになるのがこれからの時代で」と述べている(はじめに、より引用)。著書の内容は残念ながら比較対象が欧米先進国のみ偏っているが、氏は最近アジアの制度について精力的に資料収集を行っているようである。

参考文献：

- Asian Population and Development Association (APDA). 1998. *Social Development and Human Development in Asia*.
- Hayashi K, Ohara K, eds. 1997. Health Care System in Asian-Pacific Region. APACPH Joint Project. National Institute of Public Health.
- Peabody JW, et al. 1999. *Policy and Health: Implications for Development in Asia*. RAND Studies in Policy Analysis. Cambridge University Press.
- Phua, KH. 1999. Health Transition and Health Sector Reform: Perspectives from East Asia. In: *Proceedings Report, International Symposium on Health Transition and Health Sector Reform in Asia*. 27-28 June, 1997, Tokyo, Japan. Department of Health Care Policy, National Institute of Health Services Management, pp. 41-50.
- UNDP. 1998. *Human Development Report 1998*.
- World Bank. 1999. *World Development Indicators 1999*.

アジア医療保障の変革Ⅱ

～ 中国の医療保障の現状（1）～

1. はじめに

中国は広大な面積と膨大な人口を擁する大国である。開放政策が行われる以前の中国は、都市、農村を問わず、比較的同一の「発展途上国型」保健医療形態を示していたが、急激な経済の変化につれて様相が一変しつつある。前号でも述べたように、全体としてみれば保健医療水準はかなりの向上を示しているが、発展段階にはばらつきがあり、これによる地域間格差が大きな問題になっている。こうした政策上の乖離に、政策立案者たちも苦勞しているようで、2000年になってようやく3つの大きな施策を同時に行う具体案が提示された。これを理解し、中国の基礎医療指標（Basic Health Indicator）を分析する際には、次の3つの地理的、経済要因（determinant）、および社会的要因のアスペクトを考慮するべきである。また、以下のように農村地区、都市部、そして沿岸部のような特別地区の3つに分けて考えるべきである。（沿岸部についてはⅢで報告する。）

2. 農村部における医療および医療保障

広大な国土のうち人口の8割近くを占める農村部ⁱ、とくに西部のロシアや周辺諸国と国境を接する地域は中国全体の平均に比べて疾病率が高く、医療施設が少ない。中国政府にとって、保健医療の中心的に取り組む課題は、現在もなおこの農村地区である。都市部や沿岸部に比べて圧倒的に健康水準の低いこれらの地区の住民にとって、医療資源の絶対的不足は大きな不満の材料である。したがって、中国保健部（厚生省に当たる）の大臣、次官を含むヒヤリングによっても、中国政府としての政策的努力目標は、農村部の保健医療水準の向上とその他の地域の格差縮小である（保健部、2000）。1980年代までの中国農村部は、

裸足の医者（準医師）等によるプライマリヘルスケアを中心とし、個人に負担をかけない政府財源投入型の方式を実施していた。

しかし農村部は90年代から劇的な変化を見せ始めた。保健医療に加えて環境の変化が生じ、国家施策として保健部(Ministry of Health)のみで行われてきた保健医療行政施策は、3つの行政区分（中央政府、省政府および県政府）がそれぞれ予算化する仕組みになった。連動して無料で行われていた薬剤、診療費は定額による一部負担方式、すなわちコペイメント(co-payment)方式が採用され、患者の自己負担も実施された。なお、予防接種は無料のままである。コペイメントは低所得者に対する配慮があり、診療の際、彼らは無料であるという施策は今後も継続していくとのことであった。中国西部への保健水準の向上策については、中央政府は2000年に行われた全国人民代表者会議（全人代）で1億元の基金を作り、病院の改善（都市部の過剰気味の病院を農村部に移転する方法）、医師数の増加政策（研修制度による準医師の登録医への向上策）、保健衛生水準の改善、という方策の実施を決定した。農村地域の政策の主眼は地域保健センターの創出である。地域保健センターは1997年から行われ、政府が強力に後押ししている。地域保健センターは①栄養の改善、②疾病予防、③家族計画、④リハビリテーション、⑤各機関の連携、の6つの機能を有しているといわれているが、高齢者のケアや福祉の一部もこのセンターで行われる。

3. 都市部における医療および医療保障

都市部の労働者のために、1998年から新しい社会保険制度が発足した。それに連動して保健部から独立して労働・社会保障部（Ministry of Labour and Social Security）が立ち上がった。これは年金、医療、失業、労災、労働安全の5つを取り扱い、今般の医療保険制度を所轄している。医療保険でいえばもともと中国は1950年から2つの労働保険制度を創出していた。1つは政府保険で全額政府が負担するもの、もう1つは企業保険で、入院、診療、薬剤投与を含め、労働者本人は全額企業が負担、労働者の無就労直系親族は半額を負担

するというものであった。しかし経済・社会の変動および制度に内在する問題点が露呈した。問題点は①開放政策に伴う国営企業の業績不振で公費・労働保険が深刻な財政難を引き起こした。②本人や家族は無料かわずかの費用で医療にかかることができるので、コスト意識が薄く、医療費制約メカニズムに欠けている。③企業は医療費のプール機関を持っていない。④人口規模や適用に制約がある、ということであった。そこで政府は1993年から全国40カ所でパイロット調査を行い、医療財源として社会基金（Social Fund）と個人貯蓄（Personal account）を組み合わせた医療保険制度を提唱し、1999年から全国的に行う予定であったが、2000年からの実施となった。新しい制度のポイントは次の通り。①国有企業、集団企業、外資系企業、市営企業などの各企業および国家機関、事業部門、社会団体民間非営利部門の職員、労働者はすべて加入しなければならない（強制加入）。決定は各省（区、市）の人民政府が行う。②地区クラスの行政区域を医療保険の基本単位とする。保険料は企業が各職員の報酬月額6%、労働者本人は2%を支払う。③社会基金と個人口座をもうけ、本人保険料は全額を、また企業拠出部分の30%を個人口座に繰り入れる。残りの部分は社会基金に繰り入れる仕組みとなっている。④社会基金と個人口座との支払の範囲を別々にして、個人口座の基金は外来診察料や少額の医療費用に充て、社会基金は主に入院および高額の医療費の支払いに充てる。社会基金の支払いは、本人の給与の10%から始まり（これ以下は個人口座の支払）、最高4倍までのキャップ制度となっている。支払は統一的な社会基金が行う。各地区、医療機関、個人の差等が考慮されることになっている。⑤薬価基準、診療基準は定点調査の後に労働社会保障省の認可によって決定する。⑥退職者医療は、保険料徴収を行わずに個人口座残額と自己負担の組み合わせによって行う。国家公務員に対しては医療費の免除を行う。特定の業種で、給与総額の4%を超えない範囲で企業補充医療保険を立ち上げる計画がある（労働・社会保障部、2000）。

なお細部にわたる構造は、以下の通りである。

（1）医療保険制度の基本構造

新しい医療保険制度確立のために従うべき基本原則は、水準を低くする、カバーを広げる、

双方が負担する、統一計画と口座を結合するということである。「水準を低くする」とはすなわち基本医療保険の水準を中国の目下の生産力発展レベルと相適応させ、資金調達レベルを財政と企業の実際の受容能力に基づいて確定するということ。「カバーを広げる」とは、基本医療保険制度が城鎮のすべての雇用部門と職員・労働者をカバーすることを指す。「双方が負担する」とは、従来の職員・労働者の医療費を国と企業が負担していたという状況を改め、基本医療保健費用は部門と個人が共同で合理的に負担することを実行するもの。「統一計画と口座を結合する」とは、医療保険統一計画案配基金と個人口座を別々に確立し、統一計画案配基金は主に高額の医療費に向け、個人口座は主に低額の医療費に向けるというものである。

新しい制度の政策ポイントは次のとおり。

- ① 都市各類型企業(国有企業、集団企業、外資系企業、私営企業など)、国家機関、事業部門、社会団体、民間非営利部門とその職員・労働者はすべて基本医療保険に加入しなければならない。農村企業およびその職員・労働者、都市個人経済組織のオーナーおよびその従業員が基本医療保険に加入するかどうかは、各省(区、市)人民政府が決定する。
- ② 基本医療保険は原則的に地区クラス以上の行政区を統一計画案配部門とする。少数の地区クラス行政区内については、県(市)の経済発展レベルと医療消費水準の差がかなりあるので、県(市)レベルで統一計画案配してもよい。中央、省属部門は属地の管理原則に従い、所在統一計画案配地区の基本医療保険に加入する。
- ③ 基本医療保険料は雇用部門と職員・労働者がいっしょに納める。雇用部門の納入比率は職員・労働者の給与総額の約6%で、職員・労働者個人の納入比率は一般に当人給与の2%である。
- ④ 基本医療保険統一計画案配基金と個人口座を確立し、個人納入の全額を個人口座に、部門収入の約30%を個人口座にそれぞれ組み入れ、剰余部分で統一計画案配基金を打ち立てる。
- ⑤ 統一計画案配基金と個人口座の支払い範囲を別々にし、個人口座は主に当人の外

来又は小額の医療費支払いに当て、統一計画案配基金は主に入院又は高額の医療支払いに当てる。統一計画案配基金の支払いについては起付基準（現地職員・労働者年平均給与の約10%に基づいて確定する）と最高支払い限度額（現地職員・労働者年平均給与の約4倍に基づいて確定する）が規定されている。起付基準以下の医療費は個人と個人口座から支払われる。起付基準以上、最高支払い限度額以下の医療費は主に統一計画基金案配から支払われ、個人も一定比率を負担する。具体的な負担比率は各地区でそれぞれ確定し、病院、個人によって、その自払い比率には差がある。最高支払い限度額以上の医療費は商業保険などのルートを通じて解決する。

- ⑥ 基本医療保険薬品目録、診療項目および医療サービス施設基準の制定を通じて、医療保険基金の薬品、診療項目と医療サービス施設範囲およびその給付基準を規定する。基本医療保険サービスを提供する病院と薬店に対し定点管理を行い、労働保障行政部門は定点医療機関と定点薬店資格を認定、社会保険機関が保険参加者の選択に従って、定点医療機関と定点薬店を確定する。
- ⑦ 退職者個人は医療保険料を納入せず、同時に個人口座の計入金額と個人自費医療費の比率面で、然るべく面倒を見る。国家公務員に対しては医療補助を実行する。特定の業種で、給与総額の4%を超えない企業補充医療保険を打ち立てる。

（4）中国の労災保険

中国の企業は1950年代初めには労災保険制度を打ち立てており、労働の過程で発生した事故障害および職業病の職員・労働者に収入保障と慰労金を提供した。1996年、労働部(Ministry of Labor)は『労働法』の関係規定に従い、『企業職工労災保険試行規則』を公布、社会保険方式に基づき従来の企業労災保険制度に対して改革を始め、目下中国全土ではすでに3781万の企業職員・労働者がこの改革に参加している。したがって現行の中国企業労災保険制度は一種の社会保険方式と雇い主責任方式を並行した構造のものである。この二つの労災管理方式に共通した政策ポイントは以下の通り。

- ① 労災と職業病の認定範囲。中国労働と社会保障部は統一して労災の認定範囲と関係政策を制定、同時に中国衛生部と共同で職業病認定範囲と政策を制定し、公布実施した。社会保険取扱い機関と労災保険未加入の企業は政策の規定に従って執行する。
- ② 労災と職業病障害鑑定制度。労災と職業病職員・労働者の障害程度等級評定作業には、労働鑑定委員会が具体的に責任を負う。各レベルの労働鑑定委員会は、労働、衛生など行政部門と労働組合の代表によって構成される。1996年、国は『職工労災と職業病障害等級鑑定』基準を公布、労災と職業病による障害程度を10等級に分けた。その内1級から4級は労働能力の全面喪失。5級から6級は労働能力の大半喪失。7級から10級は労働能力の部分喪失である。
- ③ 待遇支払い項目
- ・ 労災医療：職員・労働者が労災である又は職業病に罹っていると確認された場合、労災保険加入のその医療費用の全額は、社会保険取扱い機関が負担し、労災保険に未加入の場合は、企業が負担する。
 - ・ 労災手当：職員・労働者に労災が発生するか職業病に罹って、治療のため休職している期間、職員・労働者本人が傷害を負う前12ヶ月内の平均給与収入の基準に基づき、労災手当を享受し、企業が支払う。
 - ・ 身体障害補償：職員・労働者に労災が発生するか職業病に罹った後、傷害状況が安定してから障害の程度を鑑定し、障害程度の等級に応じて、相応の障害補償金を享受する。月ごとに障害補償金を支給することを含め、基準は1-4級が本人給与の90%、85%、80%、75%、5-6級が70%で、同時に障害の等級に応じ、給料分24-6ヶ月の一回性障害補助金が支給される。
 - ・ 労災死亡と遺族待遇：職員・労働者が労災又は職業病で死亡した後、その遺族は労災死亡補助などの遺族待遇を受けられる。一回性の労災死亡補助、葬儀補助、親族扶養慰労金が含まれる。労災死亡補助金は当該省（市）48ヶ月から60ヶ月