

の前年度職員・労働者平均給与水準に相当する。葬儀費用は6ヶ月の前年度職員・労働者平均給与水準に相当する。遺族支給条件に合致する場合、職員・労働者の配偶者は毎月職員・労働者平均給与の40%の遺族補償金を受けられる。職員・労働者が扶養する両親或いは子女などその他親族は一人当たり毎月社会平均給与の30%で、独居老人又は孤児は一人当たり毎月、上記基準の基礎に10%が上乗せされる。以上は享受条件がなくなるまで続けられる。

中国労災保険の改革方向は失業保険の雇い主責任制から社会保険方式を主とした制度的構造への過渡である。

(5) 中国の出産保険

1951年政務院が公布した『労働保険条例』と、1955年の『女子従業員の出産休暇規定に関する通知』は、機関、事業部門女子従業員の出産休暇について規定した。上記二つの文書とも、女子従業員の出産待遇の項目と支払い基準については、女子女子従業員は出産に当り56日間の産休をとる。難産又は双子の場合、産休は14日間延長される。妊娠7ヶ月未満で流産した場合、30日以内の産休が認められる。産休期間の給与と女子従業員の妊娠期間検査料、出産費用は雇用企業が負担する。

1988年国務院が公布した『女子職員・労働者保護規定』は、さらに「女子職員・労働者の妊娠期、出産期、育児期にその基本給を下げるか、又は労働契約を解除してはならない。正常な産休を旧来の56日から90日に延長し、その内産休前の休暇を15日とする。難産の場合は産休を15日間増加し、多胎児出産の場合は、1人増えるごとに、産休を15日間延長する」とした。

1994年、『労働法』の実施に合わせ、労働部は『企業職員・労働者出産保険施行規則』を発布、社会保険方式に基づき企業の出産保険制度を改革、出産保険制度の内容、基準、形式

などを規定した。改革の中心は、出産保険費用に社会的な統一計画案配を実行することであった。出産保険料の引出し比率は現地人民政府が計画内出産人数と出産手当、出産医療費などの費用に基づき、合理的に確定するが、最高でも給与総額の1%を超えてはならない。職員・労働者個人は出産保険料を納入しない。

女子職員・労働者の出産は、法律・法規の規定に従い産休を受ける。産休期間の出産手当は本企業前年度従業員月平均給与に基づいて計算し、出産保険基金が支払う。女子職員・労働者が出産する場合の検査料、助産料、手術料、入院料および薬代は出産保険基金が支払う。規定の範囲と基準を超えた医療サービス料と薬代は個人が負担する。

今後の中国出産保険の主な仕事は、出産保険でカバーできる面を引続き拡大し、社会保険方式によって徐々に雇い主責任方式に代替し、全国出産保険の基本制度を統一することである。同時に出産保険と医療保険制度の政策関連を進め、女子職員・労働者の出産期間における基本的生活と基本的な医療保健の必要をきちんと保障することである。

i. 政府当局に、都市部と農村部をどのように区分しているのかについて問い合わせたが、経済水準の違いを指摘するものと行政区分を指摘するものがあり、統一的な見解は得られなかった。

参考文献：

- The Straits Times □China sees 7% growth this year□ 2000.3
- 中華人民講和国労働会社会保障部 “中華人民講和国労働会社会保障部”
- China Daily Jia Hepeng □Medical care reform on agenda□ 2000.2
- 中国の社会保険 “中国の社会保険” 1998.6
- Albert Keidel(EACCF) □China Macroeconomic Update□
- Hemant Shah, Xiaofeng Hua(EASFS), Rainer Hartel, Wang Jun(EACCF) □China Financial Sector Update□
- Klaus Lorch(EASPS), Chunlin Zhang(EASPS) □China Corporate Sector Update□
- Jill Armstrong(LCSES) □China Social Sector Update□
- www.worldbank.org/pics/sar/1 □China Enterprise Housing and Social Security□
- www.jil.go.jp/kaigaitopic/1999_04/chugokuP01.htm “海外労働トピックス 中国医療保険制度改革のスタート”
- www.jil.go.jp/kaigaitopic/1999_04/chugokuP02.htm “海外労働トピックス 中国 労働関係の新たな変化で問われる労組の役割転換”
- www.maff.go.jp/soshiki/keizai “中国国務院政府機構改革について”
- www.jil.go.jp/kaigaitopic/1999_05/chugokuP02.htm □海外労働トピックス 中国 1999年労働政策の動向 “
- www.jil.go.jp/kaigaitopic/1999_05/chugokuP03.htm □海外労働トピックス 中国 知的経済のブームと技能労働者の育成 “
- APACPH Joint National □Project Making Health Care Work In China□Poor Rural Areas□
- APACPH Joint National Institute of Public Health, Liming Lee, Jiangan Chen(Beijing Medical University) □Project Health System in the People□Republic of China□
- The Asian Population and China Development

アジア医療保障の改革Ⅲ

～ 中国の医療保障の現状（２）～

（１）上海医療保障の概観

全国の趨勢と全く異なった道を歩んでいるのが中国沿岸部、とりわけ香港と上海である。香港は周知のように異なる国家形態とシステムを有していたので、中国の医療保障を特徴づける典型例とは必ずしもいえない。したがってここでは上海医療保障を例に挙げて、その特徴を分析してみよう。

マクロ経済からみると、最近の上海の経済成長率は年平均17%、上海地区居住者の平均GDPは年3000ドルにおよび、めざましい発達を示している。

表1 1993年から1998年までの上海名目GDP成長率と実質GDP成長率

年	名目GDP年成長率（%）	実質GDP年成長率
1993	36	14.9
1994	30	14.3
1995	25	14.1
1996	17	13.0
1997	17	12.7
1998	10	10.1

出典：上海市医療保険情報センター編纂、「医療保険研究」1999年代13期（通算第29期）
1999年7月22日

北京にある中国中央政府も上海市が市内の独自の衛生部を設け、上海独自の保健医療政策の遂行を行うことを認めている。上海は中心市街とその周辺に広がる農村地区から構成されているが、1200万人あまりの人口を抱え、広大な農村地区を有しているにもかかわらず、

医療サービスは他の地区に比べて格段に進んでいる。医療基礎指標でも平均寿命が女79.02歳、男75.06歳（全国平均では69歳）とすすんでおり、4637カ所の医療施設を擁し、病床数は7.02万床、うち病院が473施設ある。このように上海ではあらゆる指標が全国平均を上回っている。政府も、上海や香港など、一部の地域については全国的な縛りから解放し、自由な権限を認めている。これらの地区が、将来の医療および医療保障において、中国全土の水準を牽引してくれる、との期待があるからである。

上海市は全国に先行して企業による労働者入院料保険を1996年5月から実施している。農村地区は「合作医療」と呼ばれる上海独自の保健医療システムである。最も身近なプライマリ・ケアは衛生センターが担いその上に町の病院、市の病院という形になっていて、本人は指定された医療機関を選び、衛生センターがゲートキーピングをして病院医療サービスが行われる仕組みである。費用は市と地域、地区から出され診療時には所得階層を考慮したコペイメントの制度がある。農村部のほとんどの人口がこの合作医療に加入している。こうしてみると、地域医療のなかでも受診の制限方法および給付の制限の方法については、医療行政政策が主導になっており、イギリス・北欧が多システムないし、アメリカのHMO制度の影響がみられる。

（2）上海大都市医療保険の現状

都市部の保険制度は原則企業全員参加で、2万9854企業中、医療保険の参加率は98.29%であるといわれる（1998年12月末現在）。うち国営企業と外国投資企業は99%以上の参加率であるが民営企業は80%台、個人業者は40%台の参加率である。上海市に従事する医療保険被保険者のカバー率は99.55%であるといわれる。上海の医療保険は公務員、教員の保険と企業従業員の保険とに分かれている。前者は全部公費で、後者は保険料の拠出で行われている。保険料は入院保険と外来保険とに分かれる。

（1）入院保険

入院保険の保険料は直近報酬の4.5%である。外来は本人が2%、企業が5.5%、合計

7. 5%で、保険適用の範囲は入院、外来、および退職者外来保険である。病院は保険の基準で1級病院、2級病院、そして3級病院の3つに分かれる。

1級病院は主にプライマリ・ケアを担当する。ここでは病状1ケース当たり1500元までのディダクティブルがある。2級病院は第2次医療を専門に行う病院で、ディダクティブルの金額は2000元である。ディダクティブルとは、一定額までは医療サービスを自己負担する仕組みであるが、一定の額を超えると、医療保険からの給付率が85%（自己負担15%）となる。保険給付の財源は企業と被保険者の折半負担によって行われる。そして3級病院は首都病院とも言い、第3次の高度医療を担う病院で、ディダクティブルの金額は2500元である。入院にかかる室料等については通常は保険から92%給付され、企業が8%以下（退職者は4%）契約病院に支払う

(2) 特別外来治療保険および救急外来保険

これは1997年5月から実施された制度で、対象は一般被用者、あらゆる企業の一般退職者および名誉退職者である。一般外来の他に特別外来（外来救急検査、化学療法、高額療養、じん透析、アレルギー等）が給付対象である。自己負担率は入院よりもやや高く5%から10%である。また薬剤一部負担金は企業が10%支払う（退職者は5%）。

保険料は前月の給料の2%で、給付の対象は救急治療室の入院、腫瘍の摘出にかかるデイ・サージェリー、重症の腎臓病患者に対する腎透析、在宅医療の医療サービス、等である。一方外来医療と在宅療養（Home Care）は、全体の30%が患者と企業で支払い、残りの70%を保険基金が支払う。上海市における退職者の医療保険は1998年から正式に実施されたが、企業拠出の保険料が退職以前の直近報酬3%である。外来の給付は在宅療養費が保険基金から70%、残りの30%を企業と個人とでコペイメントする。退職者のための入院および一般外来は、保険基金から50%、残りの50%を企業と個人とでコペイメントする（本人の実際の自己負担額は5～15%程度）。これは配偶者にも同様に給付される。

(3) 上海市チョウネイ区医療保険事務所の事例

具体例として市内の医療保険事務所（我が国の社旗保険事務所に当たる）を尋ねた。この事務所は上海市の西方に位置し、空港に近い場所である。所轄面積は3000平方キロ。3000の医療機関が存在し、26の病院がある。全住民62万中36万人が医療保険に加入している。事務所で働くスタッフの総数は10名。仕事の内容はコンピュータネットワークで医療機関を含む各機関とつながっている。事務の内容は保険証の発行および診療内容の審査支払である。また医療資金を調達。被保険者サービスの拡大、適用の拡大。迅速な払い込み・事務員の養成登録、発効。診療報酬明細書の発行、企業と病院の矛盾の解決、病院の不合理な費用の返還などである。

(1) 医療内容の審査、指導監督。

病院には合理的な医療費を使用させるために指導指示を行っている。中国の特徴は医療費を管理するサイドが医療サービスに介入しても良いことになっている。病院の部屋が高いかどうか。病院の中に専属の職員がいて内容審査も行っている。費用コントロール2点費用管理といいこちらが認めない場合は、費用が高ければ払わないこともあり得る。監査人を常に用意して検査現場で行っている。もしすでに支払ったものでも不合理であれば返還させる。検査と監督で費用を抑える。

(2) 医療保険の決算処理。

診療報酬明細書（我が国のレセプトに当たる）は、生産管理センターを通じ、医療機関から区医療保険情報センターを経て市センターへの期間、1週間で送られる。ここでは徹底したコンピュータ処理が行われている。請求する側の医療機関は2週間でお金をもらう。保険支払いの側ではあらかじめ預託金を1ヶ月分ぐらい渡してあり、これによって迅速な処理が可能になる。途中の審査については、市医療保険局が管理し、審査オーケーということであれば事務所に連絡する。

(4) 医療保険財源上の問題点

最近の動向としては、企業数が急速に増加し、2000年現在その数は40000を超えているといわれる。そのため企業の違いを超えた統一的な医療保険（上海医療保険基金）を創設した。これによって、上海のほとんどの被用者およびその家族（1190万人）はカバーされるとみられる。しかしここ数年の急激な受診者数および医療費の増加にもかかわらず、労働者の実質賃金の成長は徐々に低下してきている（表2）。同時に退職者向けの医療保険支出が今後急激に増加することが予想され、医療保険の収支バランスに大きな不安を抱かせているのである。たとえば、中国の全国平均では4人の在職現役労働者が1人の退職労働者の医療費を負担していることになるが、上海では2人の在職現役労働者で1人の退職労働者の医療費を負担している。このことから、上海市が見積もる経済成長を今後も順調に続けていくにしても、医療保険財源のバランスきわめて不安定になることが見積もられ、費用抑制のための施策が必要とされている。

表2 1995年から1998年までの上海GDP総額成長速度と労働者平均賃金成長速度の比較

年	GDP成長速度 (%)	労働者平均賃金成長速度 (%)
1995	25	25
1996	18	15
1997	16	7
1998	10	4

出典：表1に同じ

こうした背景を受けて、上海市も医療保険財源の調達方法について今までのようなコインシュランスの他に実質経済成長に見合った方式の採用を考える等の独自の財源拡大政策を考えている。また同様に、医療費抑制策を本格的に検討している。たとえば都市部に偏在している医療機関の集中化によるサービスコストの上昇を是正し、資源配分が平等に行き渡るようにする。つぎに一部の医療機関にみられる利潤追求の行き過ぎ、具体的には料金請求の違

いの是正、治療、投薬の違反行為を監視するため、病院の監査制度の実施による入院患者実態を把握すること、過剰な薬剤供給を抑制すること、転職者および中途退職者対策等である。しかし同時に、病院に対して過度の抑制を早急に行えば、世界水準の医療を要求する国際都市上海の場で、決算基準および定額基準が低すぎると医師の正統な医療行為が制約されたり、高度で先端的な医療の発展が制約されたり、設備の更新が遅れ、老朽化を招きやすいなど、リスクもまた大きい。さらに問題なのは、医療行政、とくに財源の伴う施策では、上海の制度は現場の意見が吸収されやすい仕組みにはなっていないという点が指摘できる。したがって財政優先の医療行政が行われかねず、この場面での医療供給サイドの意見が尊重される動機付けが必要になっている。

(5) 入院日数の問題点

病院医療の問題のなかでも、とりわけ入院医療は大きな問題である。上海市の医療保険情報センターがまとめた調査によると、入院期間の長さが全体としての入院費用を押し上げる原因ともなっており、入院サービス低下やばらつきの問題も起こしている。ちなみに中国の場合、食事は自己負担、現金給付はない。上海市が行った1996年から98年12月までの医療保険被保険者の病院退院患者の調査結果は次の通りである。

(1) 入院医療保険退院患者の平均入院日数は33.89日と、入院日数はかなり長い。1997年、上海市県および県以上退院患者の平均入院日数は22.2日と、全国の延べ入院日数13.8日よりはるかに高く、同期の北京、天津両直轄市の平均入院日数よりそれぞれ1.3日と5.9日高かった。1997年上海市入院医療保険退院患者平均入院日数は35.45日で、明らかに上海市県および県以上病院、全国およびその他直轄市退院患者の平均入院日数よりも高く、このことから、医療保険退院患者の平均入院日数が長すぎ留という事実が明らかになった。

(2) 退院患者の平均入院日数は年の増加とともに短縮するが、医療保険によるデダクティブルや特定医療の制限の実践は、入院日数に対して一定の規制作用を発揮するものの、その

作用はかなり小さいことを物語っている。

(3) 各級各類病院の入院日数も異なっており、各類病院中精神病院と看護院（療養型病床——訳者註）の入院日数が最長で、各級病院中では一級病院の入院日数がかなり長かった。

(4) 年齢、職場の性質、在職退職情況の違いによる患者の入院時間にも差がある。

(5) 病種の違いによる入院時間の差はかなり大きく、したがって入院時間はできるだけ病種を分けて比較しなければならない。

(6) 慢性気管支炎継発感染だけの入院時間の影響要素に対する分析から次のことが分かった。入院時間は年別、月別、病院クラス別、患者の年齢、在職退職情況と影響する。さらに入院時間と入院総費用の関係を分析すると、入院日数が一日増えるごとに、入院総費用の平均は 123.36 元増えることが分かった。このことは、入院日数の短縮が医療総費用を下げ、サービス効率を向上させる重要なルートであることを物語っている。

このことから上海市は以下の 3 点について改善案を提案している、

(1) 各病院の平均入院日数の削減は必要なことであるばかりでなく、実行可能でもある。平均入院日数は入院総費用と密接に関係しており、したがって医療の質とサービス効率を向上させると同時に、医療総費用を低下させなければならず、入院日数の短縮が重要ルートの一つである。上海市入院医療保険退院患者の平均入院日数は全国、その他直轄市および上海市全体の平均入院日数よりはるかに高く、入院医療保険入院患者の入院日数を上海市の平均水準に規制するか或いはさらにその他直轄市の平均水準に規制するかのどちらかの施策を採る必要がある。

(2) 疾病別の種類に分けて入院日数を分析する。病種の違いによる入院日数の差はかなり大きいので、各病院の入院日数に評価を加えるとき、病種或いは診療科に分けて評価するのが最もよく、それによって異なる病種の入院日数がかなり長い事例を取り上げ、原因の所在および診療科によって入院日数を規制する方法と措置をさらに深く検討する。

(3) 各臨床科の平均入院日数基準を制定する。病種による入院時間分析の基礎に立ち、各臨床科分布の違いに従い、各科室平均入院日数基準を制定し、さらに病院各科室ごとの情況

に対して各病院の平均入院日数基準を制定、各病院の平均入院日数を監督しチェックを加え、入院日数が著しく基準を超えている病院に対しての管理を強化する（DRG化の提案）。

（6）まとめ

以上から上記の点に関わる問題点が再び浮かび上がる。すなわち、（1）保険サイドの専門家は、医療財源のバランスを考える余り、臨床現場の要望等について考慮をすることが少なく、あらゆる意味で先進国医療と競争しようとする現場の医療提供者を失望させかねないこと。（2）患者調査等の医療統計処理が、疾病分類別に精緻に行われているとは言い難いこと、等である。もう一つは退職者医療制度の問題点である。上海の退職者総数は現在約200万人を数える（上海市衛生局、2000）が、すでに年間400万件以上の受診実績を示しており、費用抑制の面から大きな問題点になっている。これに対処するため、①退職者医療向けの統一料金制度の確立、②薬剤処方抑制、③病院入院の監査制度、等を設けている。

参考文献：

- ・上海市医療保険局 “上海職工医療制度改革論文集”
- ・上海市衛星防疫センター “上海児童予防接種証”
- ・静安区曹家渡地段医院 “讓社区居民人人享受衛生保健 社区卫生服務信息手帳”
- ・静安区衛生局 “静安区社区卫生服務指南 保健サービスの手引き”
- ・上海市医療保険局 “上海市城鎮企業職工医療保険文献資料編”
- ・上海市児童保健所 “上海市児童保健手帳”
- ・上海市医療保険信息中心 “医療保険研究”
- ・上海市 “上海市静安区老年人健康手帳”
- ・上海市 “静安区曹家渡街道家庭健康保険合同手帳”
- ・上海市 “個人 ADL 記録”
- ・Albert Keidel (EACCF) “China Macroeconomic Update”
- ・Hemant Shah, Xiaofeng Hua (EASFS), Rainer Hartel, Wang Jun (EACCF) “China Financial Sector Update”
- ・Klaus Lorch (EASPS) Chunlin Zhang (EASES) “China Corporate Sector Update”
- ・Jill Armstrong (LCSES) “China Social Sector Update”

- Shanghai Medical Insurance Bureau “Medical Insurance System Reform in Shanghai (Brief Introduction)”
- Shanghai Medical Insurance Bureau “Tentative Programme Schedule of Dr.h.Nakajima, Director-General Emeritus, on his Visit to Beijing and Shanghai 27 Feb - 5 Mar. 2000”
- Shanghai Medical Insurance Bureau “Wellcome to Shanghai / The Social Medical Insurance, the Health System,”

付録 4

中国医療保険改革および保健事情調査（北京）

日時：2000年2月27日

場所：北京市「四川飯店」

先方：依田 泰（中国大使館1等書記官：厚生省アタッシェ）

当方：中嶋、矢野 聡

会談概要：中国の医療保障事情について

従来の中国医療保障は、農村部では保健センターを新たに設置すること、都市部では国营企業が福利厚生施策の一環として実施していた企業医療保険制度を、1998年12月に突然新しい方式に変更することにした。

これは今までの方式、すなわち農村部でのプライマリ・ケアから一歩進めた施策を行うとともに、都市の国营企業を通して徴収していた保険料を、国营、民営を問わず従業員を通じて徴収することになった。その背景には農村と都市の医療水準の乖離と、全国各地に見られる国营企業の破綻の危機を救おうとの政府の考えがある。

しかし、中国内各省（地方）の利害はそれぞれ分かれており、統一的に実施されているわけでもないらしい。

中国の方針としては全都市労働者の7割をカバーしたい。しかし農村部の保険医療政策はそのままなので、問題も多い。

日時：2000年2月28日

場所：中国衛生部（保健省）

先方：リュウ・ケリン公衆衛生・医療部門副総経理。

ニエ・チュンレイ基本保健副司長

リュウ・シロン衛生部顧問

当方：中嶋、矢野 聡

会談概要：中国の保健衛生状態について

問：中国の社会保障は、なぜ都市と農村を分けたのか。

答：中国は今から20年前に全土で本格的な改革を行った。しかし保健医療水準は経済の発展と密に関連している。とくに都市と農村の格差は著しい。農村部は遅れているが、農村部の人口は、全人口の80%を占めている。

そこで1998年、国家としては保健医療を最も効果的かつ効率的に進めるために都市部の医療を先に進めようとした。アウトカムの重視である。

1998年、労働社会保障部は、都市部向けの医療保険を創設した。保険自体は広く、薄くが目的で制限的であるが他の給付も行っている。

都市部の薬剤検査の費用が急増。財源の問題が発生した。そこで医療保険問題を分離して別々に管理する事になった。保健省と労働社会保障省とに医療の問題は分かれたが、両者は密接に話し合っている。

財源は主に財務省から振り分けられる。国家評議会の決定が振り分けの大きな力になっている。

都市労働者はおよそ3億人。この都市部労働者を一つの制度として取り扱う。

形態は現物給付出来高払い。サラリーの2%が強制徴収される。民間企業は6%、国有企業は2%払う。民間企業労働者の場合、残りの8%を国が負担する。

疾病時の医療機関へのアクセスは自由ではない。住民は3から5の病院を選択できる。地域の中核病院、うち一つは地域病院でなければならない。そしてポリクリニックである。これは貧弱で、医者個人差が激しいといわれている。ある意味でのHMO。病院の管理は保険部が優勢である。サービス内容は労働社会保障部。薬剤は薬剤製造部が供給も管理している。

民間の病院。日本も出資している「good family hospital」（空港の近く）がある。

問：都市と農村はどう分けているのか。

答：GDPで分ける。県(county level)のGDP。これは信憑性に乏しい。農村部は人口が

大きく、疾病率が高く、医療施設は少ない。農村部では公衆衛生、とくに予防が大事と考えている。50年前に確立。農村部の医師のいくつかは医士（準医師）である。

中国の医療施設は3つの種類ある。①都市病院②都市保健ステーション③農村保健ステーション。

第1次医療政策を中心に保健政策を展開してから農村部は1990年代から劇的に変化している。環境全体への取り組みが行われ、今もこれが続いている。この変化をふまえて、それまで所轄が保健省1本だけだったのが、財務省その他の省庁が総合的に関与するようになった。保健医療の財政は、3つからなっている。1つは政府、2つ目は地域、3つ目は個人である。3つの行政区分（中央政府、省、および県）は3つの予算を持っている。農村部の医療施設は中央政府からの予算によって、医療に使われる薬剤はコペイメントつまりアウト・オブ・ポケットによってまかなわれている。自己負担率の確定は、それぞれの地方によって異なるため、比率の特定は難しい。省のレベルで決める。

病院の医療サービスは無料だが、入院時の食事代はカバーしない。

公衆衛生施策は、1985年以前は無料であった。85年以降、ワクチンは無料だが診察料は少額であるが取られる。各世帯は都市、地域病院と契約している。

農村部の医師は基本料は給料で生活しているが、その他は自己負担による診察料で生活している。予防接種料は地域の予算から送られている。

一人っ子政策について

都市は1人、農村は2人、少数民族は3人の子供を持つことが認められている。出産手当は基本的にコペイメントだが、低所得者向けの優遇措置がある。中国全地区12地区のうち北西部、南西部の地域向けに1億元の基金を作り、この地区の保健衛生の向上を目指している。この施策は3つの目的がある。1つは病院の改善、2つ目は医師の増加政策、3つ目が保健衛生水準の改善である。主に医療提供のみで、予防接種はない。

問：老人の保健医療政策について

答：老人の保健医療サービスは主に3年前にできた地域医療センターで行っているが、政

府は強力に後押ししている。このセンターは6つの機能を持っている。

- 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
- ⑥ 社会保護

3つの基本的な政策。

- ・地域の3つのレベルをあげる。
- ・保健医療についての技術レベルをあげる。
- ・都市と農村部のギャップを埋める。

このため、医療価格の抑制を行うと同時に都市に偏在している病院の数を農村に移す、等の施策を実施したい。

以前は労働保健に重点が置かれ、政府と労働者（国営会社）で都市部の医療を100%給付できた。この期間でも農村部は給付を受けられなかった。

シンガポールの政策に、中国は重大な関心を持ってきた。サラリーの30%まで保健方式で貯蓄するプロビデントファンド方式。中国国内の政策変化になれるように留意しながら、基本的にはこの方式を進めていく。

要約すれば、中国の保健政策はコペイメントと保険の結合とすることができる。

以前はこの政策が供給側一つで決められていたが、今は需要・供給両者によって決められる。

政府の医療・保険政策は1999年は都市部を重点的に行ったが2000年は中国西部の農村部について重点的に行う。

日時：2000年2月28日

中国伝統医学（北京グループ）との会食

時間：18時から20時30分

先方：国家中医薬管理局副局長リ・ジェンジ、国家中医薬管理局国際合作司司長・シェン・
ジシャン、中医研究院鍼灸研究所所長助理ヤ・ミン、ほか2名

当方：中嶋、矢野 聡

会談概要：WT0の加盟によって伝統医学が輸出のチャンスとなる。とくにアメリカの需要が多いようだ。脈診は4つの判断の一つで、総合的な判断が必要。しかし、技術がソフトウェアとしてまとめられないという欠点がある。

日時：2000年2月29日

場所：労働・社会保障部訪問（日本大使館1等書記官、依田氏同行）

時間：9時30分から11時30分

先方：労働和社会保障部国際交流局長リ・ドンリン、医療保険部長リュウ・ウェンハイ、
国際交流部長チャン・クオリ

会談概要：

新しい労働者のための保険が98年3月から発足した。

この部（省）は社会保障に関する5つの分野（年金、医療、失業、労災、労働安全）を取り扱っている。全部で245人のスタッフがいる。20%は国家評議会
主な政策、労働安全、最低賃金。このほかに、社会保障研究所を始め、いくつかの研究所を持っている。

ところで、中国の労働保険は1950年代に成立。2種類ある。1つは政府保険でこれは100%政府が負担。もう1つは企業保険で企業が負担。問題がでてきた。

- ①国営企業の業績不振で政府保険は財政難に陥った。
- ②企業保険は家族や給付に関してコントロールできない。
- ③企業にとって医療保険のプール機関を持っていない。

④人口規模や適用に制限がある。

とくに問題になったのが農村と都市の格差の問題。およそ7億の国民のうち、2億が都市、5億が農村。1980年代に改革を行った。改革のための基本理念は連帯と個人利害である。1993年から社会基金と個人プールによる社会保険方式を採用している。40地区でパイロット調査を行った。この結果にもとづいて今回の改革が行われた。この際の4原則は以下の通りである。

1. 適切な保険料のレベルを見計らう。
2. 都市労働者の全部をカバー
3. コペイメント 企業が6%、従業員が2%の保険料を払う。国家が同等の8%を払う。標準を超えれば別個の保険料を設定する。高ければ4倍とる。
4. 民間企業に関しては補足保険を徴収。

個人保険料は貯蓄をすることができて、病気の時にそれを支出する。基金は社会保険事務所のような者が管理する。

3つのピラー

1. 強制保険 企業および企業の従業員
2. 補足保険 私企業
3. 個人保険 高齢者、都市貧困層、医療保護のようなもの

日時：2000年2月29日

場所：中国大使館訪問

時間：14：00から

先方：谷野作太郎・大使と会見

日時：2000年2月29日

場所：笹川基金同友会事務所訪問

時間：16：00から