

中国農村部の公的医療保険制度の特徴について

A Study on Feature of Public Medical Insurance System in Rural Areas of China

王 文 亮

Wenliang WANG

はじめに

中国では21世紀に入ってから、高度経済成長の持続および国内・国際情勢の大きな変化に伴い、とりわけ胡錦濤政権の登場を機に、国家責任の下で国民すべてに医療保障を提供することは社会政策の基本理念として明らかになりつつある。その気運の高まりを象徴する出来事は新型農村合作医療（農村住民の公的医療保険制度）と都市住民基本医療保険制度（対象は都市部の非就労者）の登場である。これまでの都市労働者基本医療保険制度（対象は都市部の現役労働者）と合わせれば、ほぼすべての国民が公的医療保険にカバーされることになり、したがって、中国ではこの日本の「国民皆保険」に相当する体制が「全民医療保障」と称されている。

この中国版「国民皆保険」体制は3つの大きな制度からなるが、なかでは特に新型農村合作医療は総人口の半分以上を占める農村住民を対象とする制度であるだけに、その実施と行方は「国民皆保険」体制の成敗を大きく左右していると言っても過言ではない。

新型農村合作医療の制度設計、枠組み、試行・運用等について筆者はここ数年現地調査なども含めていろいろな検討と分析を重ねて

きた¹⁾。なにせ同制度の構築は2003年試行開始から数えてすでに9年もの歳月が流れており、農村住民の加入率も96%以上に達したため、いよいよ「総点検」みtainな作業を一度行った上、今後の進路の目指すべき方向性を明らかにしておく必要があるのではないかと思われる。本稿はこのような趣旨で、中国政府が公式に発表した統計データ、『新型農村合作医療簡報』および筆者が現地調査で得た情報等をベースに検証と分析を試みたい。

1. 財源構成の特徴

(1) 先進諸国

国家責任の下で国民に提供される医療保障は、財源調達的方式により基本的に租税方式と社会保険方式という二通りがある。

第二次世界大戦後の先進資本主義国は、1942年にイギリスの社会保険および関連サービスに関する委員会が提出した報告書（通常、「ベバリッジ報告」と呼ばれる）の示された社会保障の青写真に基づき、広範の社会保障制度の確立を通じて国民の健康維持に積極的に介入してきた。

ここでいう社会保障制度は租税方式と社会保険方式とに大別される医療保障制度であり、

国民は疾病にかかった場合に経済的な負担を心配することなく受診できるようにするのがその基本的原理である。後者の社会保険方式は、疾病という不確実な事故に備えて、リスクの分担を集団で社会的に行う仕組みであり、個人ではその損失を負担できない危険について集団で平均化しようとする社会的なシステムである。

そして公的医療保障の提供において現在の先進諸国は租税方式の国と社会保険方式の国とに分かれている。例えば、イギリスの公的医療保障は、1948年に創設された国民保健サービス（NHS）によって、国がすべての住民に対し疾病予防やリハビリを含めた包括的な医療サービスを原則無料で提供している。その下では、人々はあらかじめ登録した一般医でまず診療を受ける。一般医が専門的医療が必要と判断した場合、地域保健当局が契約している病院に紹介する。

NHSはイギリス国民にとって最も評価されてきた公共サービスの一つであるが、高齢化の進行や高齢者の長期入院に対するニーズが増加するなど、社会の変化に伴い矛盾を顕在化している。特に国民の間に不満が高まっているのは、専門医の診療を受けるまでの待ち時間が長いことや地域により納得しがたいほどの医療水準の格差が存在することである。

また、近年は財政難から患者の自己負担が課せられている。医療サービスの供給面でも、次第に市場原理が導入されつつある。財源は国庫負担が76.2%（2006年度）を占め、国民保険の保険料収入から医療への拠出が18.4%を占めている。ただし、保険料の支払いは国民保健サービスの受給要件とはなっていない。一般医の診察は原則として無料であるが、薬剤については処方1回につき6.85ポンドの患者の自己負担がある。

イギリスよりも進んだ福祉国家を構築して

いる北欧諸国（スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、アイスランド、フィンランド）では、世界のトップレベルの福祉サービスが実現されている。社会保障の財源としては、税が大きな部分を占めており、社会保険の占める割合は比較的低い。医療サービスはすべて公営サービスの一環として位置づけられており、医師や看護師等の医療従事者はすべて公務員であり、医療もかつては原則無料で、すべての住民に対して医療が保障されていた。現在は、患者の一部自己負担も導入され、民間の医療施設も登場してきている。

一方、公的医療保障において多くの先進国は租税方式ではなく、社会保険方式を採っている。ヨーロッパ大陸のドイツとフランスや、東アジアの日本などはその典型例である。

ドイツでは医療保険に基づいて医療サービスを提供している。職域に応じて二つの医療保険に分かれている。大多数の住民は一般医療保険の対象となり、農業従事者には別個の医療保険が存在する。一般医療保険の適用者は総人口の86%に相当する。高額所得者は一般制度の強制適用を免除された。財源の大部分は保険料で賄われており、国庫負担はわずかである。すべての医療費が保険給付の対象となるが、患者の一部負担も設定されている。

フランスには基本的にドイツのビスマルクモデルに近く、職域を基礎に社会保障制度が適用されている。また、公的医療保障においてフランスはドイツと同様に、社会保険方式を採用している。財源は主に保険料と目的税によって賄われ、さらに若干の国庫補助が加わる。

日本の公的医療保障は、基本的に社会保険という仕組みによって運営されている。もちろん、それだけではない。ほかには、国及び地方自治体の公費すなわち税によって保障が行われる公費負担医療の制度も存在する。た

たとえば、生活保護制度のなかの医療扶助、原子爆弾被爆者に対する認定疾病医療、戦傷病者に対する療養給付、療養費の支給等、精神障害者に対する措置入院や通院医療、麻薬使用者に対する措置入院、結核患者に対する適正医療や命令入所、身体障害者に対する更生医療、知的障害者に対する援護措置、予防接種の医療費などが制度的に設けられている。これら公費負担医療が医療費全体に占める規模はそれほど大きくない。

一方、日本の医療保険制度は基本的にドイツのビスマルクモデルの流れを汲んでいるが、ヨーロッパ大陸のドイツとフランスと比較しても相当異なるし、先進諸国のなかでも見てもユニークな制度設計になっているといえる。特に財源調達や財源構成の面はもっとも際立つ。

保険は本来その保険に加入する被保険者が拠出する保険料によって賄われるのが基本である。社会保険としての医療保険も当然そうである。しかし、日本の場合、公費すなわち税金が多く補助されている。特に市町村国民健康保険への国庫負担は最大である。

被用者の健康保険と比べ、市町村国民健康保険には低所得者が多く、財政基盤も脆弱である。低所得者の多い市町村国民健康保険特有の制度として、保険料の軽減制度が設けられている。また、財政基盤が脆弱であることに対応して公費による保険料軽減制度等の支援を行っている。具体的には、低所得者の保険料軽減分について、公費で補填することとし、都道府県が4分の3、市町村が4分の1を負担している。低所得者数に応じて、保険料額の一定割合を公費で補填する保険者支援事業も行われており、こちらは、国が2分の1、都道府県が4分の1、市町村が4分の1を負担している。

その補助は市町村国民健康保険だけではな

くて、ほかの健康保険にも及んでいる。協会けんぽ（旧・政府管掌健康保険）の国庫補助は給付費の13%（後期高齢者支援金分については給付費の16.4%、2006年3月末現在）、組合健康保険の国庫補助は定額、国民健康保険の国庫補助は給付費の43%（市町村国民健康保険）と32%~55%（国民健康保険組合）となっている。協会けんぽと国民健康保険にみられるように、極めて手厚い公費による補助が投入されている。

マクロの国民医療費ベースで見ると、国民医療費の財源別負担構造（2007年度）は、公費36.7%（国庫負担24.7%、地方負担12.0%）、保険料49.2%、患者負担14.1%と推計されている。「社会保険方式」といいながら、保険料のシェアは5割足らずに過ぎず、実に医療費総額の3割を超える公費が投入されている。これは同じく社会保険方式をとっているヨーロッパの国々と大きく異なるところである。

(2) 中国

ところで、現在中国の農村地域で進められている公的医療保障制度「新型農村合作医療」は財源調達や財源構成においてどんな性格のものなのか、租税方式なのか、それとも社会保険方式なのか。

結論を先取りにすると、中国の公的医療保障の財源構成は日本に類似する点が見られ、公費投入が大きな割合を占めている。とりわけ都市住民基本医療保険と新型農村合作医療は顕著である。

ここでは都市住民基本医療保険をさておき、主題の新型農村合作医療を中心に検証してみる。

2003年「新型農村合作医療制度の確立に関する意見」の財源調達に関する関連記述を見る限り、新型農村合作医療は社会保険であるといえる。

同「意見」によると、必要な財源は加入者の納めた保険料、村集団と政府の補助によって構成される。具体的には、①1人あたりの保険料は年間10元以上とするが、経済条件のよいところではそれを適切に引き上げてよい。②財政条件のよい地域では、村集団が一定の補助を行わなければならない。具体的な補助基準は県政府が定める。③地方財政による加入者への補助は年間10元以上とする。補助基準と負担比率は省級政府が定める。

以上のように、新型農村合作医療は自主性と互助性を原則とする一方、政府が一定程度の補助を行うと約束した。実際、2003年から、中央財政と地方財政はそれぞれ補助を行っている。

こうして当初の制度設計では、財源は加入者が納める保険料、村集団からの補助および政府の財政拠出など三つの部分からなる。その後、村集団からの補助という部分は安定性が欠けているため、保険料と政府の財政補助から賅われているのが一般的である（表1）。

表1 新型農村合作医療の財源の推移（元）

年	1人あたり 合計	内 訳		
		保険料	中央財政補助	地方財政補助
2003	30	10	10	10
2006	50	10	20	20
2007	50	10	20	20
2008	90	10	40	40
2009	100	20	40	40
2010	150	30	60	60
2011	240	40	100	100
2012	250	50	100	100

出所：筆者作成

中央省庁の衛生部、民政部、財政部が「2011年新型農村合作医療の関連業務をよくすることに関する通知」（2011年4月6日）によれば、2011年から、各級財政が加入者に対する補助は年間120元から年間200元に引き上げる。

そのうち、従来の120元については中央財政が引き続き従来の基準で補助するが、増えた80元については中央財政が西部地域に対してその80%を補助、中部地域に対してその60%を補助、東部地域（北京市、天津市、上海市を含む）に対して一定の割合で補助する。財政難を抱える一部の地域では、地方財政補助の増加分は2年をかけて達成するようにしてもよい。一方、加入者の納付する保険料は、原則的に年間50元に引き上げるが、困難な地域は2年をかけて達成するようにしてもよい。

これで、新型農村合作医療の1人あたりの財源は年間250元にまで増えた。肝心な内訳をみると、財政補助は全体の5分の4、保険料は全体の5分の1という比率になる。つまり、同制度の財源構成はその80%を占めるのが公費負担で、個人が納める保険料はわずか20%に過ぎない。

ここでは江西省の新型農村合作医療の財源調達状況を見てみよう。

同省は2010年12月31日時点で、総額47億4229.29万元もの基金が調達できた。そのうち、中央財政補助は18億8697万元、地方財政補助は18億8700.14万元（うち省級財政17億5644.9万元、市級財政3618.61万元、県級財政9436.63万元）、保険料は9億5744.56万元（うち加入者の保険料は8億8199.06万元、財政が農村医療扶助対象者に肩代りした保険料は6313.68万元）となる²⁾。つまり、財源総額のうち、財政補助は全体の79.58%を占めており、保険料は生活困難者の財政肩代り分を含めても全体のわずか20.19%しかない。これは、中央政府が定めた財源構成の比率にびったり沿っているものである。

前述した先進諸国の公的医療保障で見たように、租税方式の国々とはもかくとして、社会保険方式を採用している国々の中で国庫負担をもっとも多く投入している日本でも、全

体の50%を超えないことに鑑みて、中国の新型農村合作医療は社会保険制度として如何に異質かが十分にわかるだろう。端的に言えば、新型農村合作医療は性格的に租税方式なのか、それとも社会保険方式なのか、少なくとも先進諸国の経験から見てなかなか判断がつかない問題といえる。

最大の疑問は、中国政府はなぜこのような制度設計を行ったのか、その狙いはどこにあったのか、ということになる。

ここにはやはり、制度実施の初期段階において国民の反発をできるだけ和らぎつつ、カバーの地域や加入率などの成果を一気に上げるという思惑が見え隠れする。それは明らかに現政権が採っている短期作戦重視、長期ビジョン軽視という社会政策の共通のやり方である。

もう一つ看過してはならないのは、経済の地域間格差と地域内格差、住民の所得格差が想像を絶するほど大きくなっているといった背景である。そのなかで、保険料中心の制度設計はすでに無理な状況になっている。もし保険料中心の財源構成をとると、どうしても経済の後進地域、同じ地域でも所得水準の低い住民に保険料水準を合わせざるをえない。その結果、財源規模が小さく、給付水準が低くなりがちである。これらの現状を十分に理解できた中央政府は公費負担中心の財源調達を打ち出したのである。一方、住民から保険料の徴収も必要と考えられている。それは住民間の公平感を保ち、医療費の有効な抑制を図ろうとするためであろう。

その意味で、新型農村合作医療は財源構成において租税方式と社会保険方式の混合型を特徴とする公的医療保障制度と見なされてもよいかもしれない。

2. 財政方式の特徴

(1) 家庭口座の導入

医療保険の財政方式に関しても、公的年金と同様、賦課方式か積立方式かなどの議論がある。実際、日本において医療保険は賦課方式を採用しているが、近年、医療保険財政を将来も維持可能とするために医療保険制度に積立方式を導入することを提案する学識経験者がいる。

一方、中国の医療保険制度はむしろ賦課方式と積立方式を組み合わせる財政運営を行っている。賦課方式の部分はいわゆる「社会プール」の形で共同基金を作って運用している。対して、積立方式の部分は「個人口座」（日本では普通「個人勘定」と呼ばれる）を設けて運用している。

新型農村合作医療は制度的に都市労働者基本医療保険と同様、社会プール基金をメインとし、さらに個人口座を設けた。

ところで、なぜ個人口座を設ける必要があるのかという疑問をもつ人は少なくないだろう。根本的な要因は、農村住民は「互助」、「共済」、「共に支え合い」といった社会保険の性格に対してなかなか十分な理解ができていないところにある。平たくいえば、農村住民は社会保険とは何かということすら分かっていないうち、保険加入を勧められた。とりわけ、自分の払った大切なお金（保険料）はいったいどこへ行ってしまうのか知らないという不安が多い。それを解消するために考案されたのが、個人口座である。つまり、農村住民の払った保険料を個人口座に積み立てておけば、本人も安心だ。それは結局、農村住民の加入意欲を高めることにつながるとされる。

こうして、新型農村合作医療がスタートした当初、農村住民のインセンティブを引き出すために、ほとんどの地域は賦課方式+積立

方式、つまり、社会プール+個人口座を採用した。また、新型農村合作医療は基本的に世帯単位で加入する関係で、個人口座は家庭口座となっている。

要するに、家庭口座とは、世帯ごとに設けている口座で、加入者が払った保険料から一定の割合で積み立てる。加入者の世帯全員がその積立金を指定医療機関で外来診療費の補助として使う。中国では新型農村合作医療を含め、医療保険は個人口座を設けて外来診療費の自己負担を原則としている。

家庭口座に積み立てられるのは、加入者が納めた保険料のすべてか大部分である。地域によって異なる。山西省では、家庭口座の積立金は保険料の60%とする。例えば、保険料は20元なら、その60%相当の12元を家庭口座に積み立てる。積立残高は次年度に繰り越される。ただし、積立金は保険料に充てることができない。世帯員5人が加入した場合、その世帯は年間60元の家庭口座積立金があり、外来診療費の補助として使える。

江西省では、2005年11月1日に通達された「江西省新型農村合作医療給付モデルの指導的意見」によると、加入者の保険料は大病プール基金と家庭口座にそれぞれ積み立てられる。その比率は、20%と80%となる。

このような仕組みなので、農村住民は家庭口座の積立金を自分のカネと考え、「節約」する意識が高い。その結果、家庭口座の積立金はどんどん溜まっていく。

安徽省衛生庁が公表したデータによれば、2007年末時点で、全国各地の家庭口座のうち、75%以上は積立金が溜まっている。使用された金額はわずか積立金残高の19%にすぎず、ほかの81%は溜まっている³⁾。

この状況から、多くの加入者は家庭口座の積立金を外来診療費の補助として有効に使っておらず、結果的に外来受診率を抑制してい

るといえる。

当初、家庭口座を設ける目的は、より多くの住民に加入してもらうためであり、一定の役割を果たした。一方、数年間の運営を経て、家庭口座のマイナス面がますます顕著に現れてきた。①家庭口座には共済の機能がない。②積立金をより多く貯めようとする心理が働き、外来受診率を抑えており、医療資源の有効利用を妨げている。③積立残高が増え続け、基金のリスクが高まり、管理費の増大をもたらした。

(2) 外来診療給付の新設

以上のような背景下で、家庭口座を廃止して外来診療給付を新たに設けるといふ動きが全国各地で広がってきている。

山西省は2008年から段階的に家庭口座を廃止して、外来プール（外来診療費共同基金）を実施することになった。新しい制度の下で、外来診療は一定の割合で給付を受け、給付限度額を設けることになった。

安徽省も2008年に家庭口座を廃止して外来プールを実施した。保険者は基金から20%～30%相当の資金を外来プールの財源にした。09年3月末時点で、77の県・県級市（全省の82.8%相当）は外来プールを実施している。そのうち、35の県・県級市は村衛生室での即時給付を実現した。また、09年第1四半期では外来プールの財源は省全体で5881万元に達し、郷・鎮と村の医療機関での外来診療給付は医療費の平均23%に達した⁴⁾。

安徽省は2008年初頭、寧国市で現場会議を開き同市の経験を紹介した。寧国市は外来プールを実施後、住民から好評を得ている。と同時に、省衛生庁と財政庁は「安徽省新型農村合作医療補償実施案」を公布し、08年から省内で段階的に家庭口座を廃止して外来プールを実施、10年にはすべて外来プールにシフト

することを定めた。

一方、外来プールにも欠陥があると専門家が見ている。外来プールは一般的に県単位で運営するが、実際、すでに外来プールを実施している県・県級市・区はすべて郷・鎮を単位に基金を運営している。基金の規模が小さいため、リスクが高い。また、外来診療給付は1回で10元以下、年間は200元以下としている。このわずかの給付は焼き石に水といった問題は拭えない。

多くの地域と同様、江西省は「大病プール+外来家庭口座」を実施していた。この方法は入院給付が中心である。その結果、住民は重い病気の治療に積極的だが、軽い病気の治療には消極的である。省衛生庁の統計によれば、2003~07年、家庭口座の積立残高は半分以上が溜まっている。また、多くの住民と村医者は家庭口座の積立金で給付する際、手続きを面倒なこととしている。一方、入院率が高く、一部の地域では10%にも達し、全国平均の5%をはるかに上回っている。

対して、「入院プール+外来プール」は軽い病気の治療を促す効果があり、軽い病気を我慢して重い病気になったら入院するといったモラル・ハザードを抑止すると期待されている。

江西省は2008年初頭、中央政府の指令を受けて、永修県など14の県・県級市・区を外来プールの試行地に指定した。永修県では外来プールを実施後、外来診療費の40%は給付され（1回の限度額は10元）、軽い病気の外来受診率は明らかに上がった。外来患者の増加に対しては村医者たちが歓迎している。また、永修県は郷鎮衛生院と村衛生所の1回あたりの外来診療費は40元と35元を超えてはならないと定めている。その狙いは、「大処方」で患者の利益を損なう行為を防ぐためである。現場会議で公表された数字によれば、永修県

の村衛生所の外来診療費は1回あたり24.6元で、以前より18%減った。

一方、永修県の外来プールに対して、外来プール基金は過剰支出に陥る心配がないか、郷鎮衛生院と患者が「利益共同体」の関係になり、基金を不正に使う心配はないか、と専門家は指摘する。

医療機関の「大処方」や医療費の妄りな徴収を防止するため、永修県は1回あたりの外来診療費の上限を決めている。この措置に対して、一部の住民はいい薬、高価の薬の使用を妨げていると捉えている⁵⁾。

江西省では2010年12月7日に公布された「新型農村合作医療制度の強化と発展に関する意見」は、給付について以下のように定めている。

給付は「外来家庭口座給付+入院給付+外来大病（慢性病）給付」または「外来プール+入院給付+外来大病（慢性病）」の方法を実施する。

各市（区を設ける市）は一部の保険者を選んでそこで「入院プール+外来プール」の給付方法を試行する。具体的には、郷鎮衛生院において給付スタートラインを廃止し、外来給付の割合を適宜に引き上げ、外来給付の割合・限度額を入院給付のスタートライン・割合とリンクするようにする。一定の経験を積んだうえ、広めていく。

また、河北省石家荘市では、給付は「入院プール+特殊病気高額外来プール+入院高額医療費給付+外来プール」とする。

すでに外来プールを実施している晋州など13の県・県級市の外来プール基金は加入者1人あたり35円で積み立てる。ほかの深沢、無極、行唐、平山など四つの県の外来プールは11年7月1日から実施し、外来プール基金は加入者1人あたり25円で積み立てる。従来の家庭口座積立金は引き続き個人の所有とする。

外来プール給付は郷鎮と村の医療機関に限定する。給付割合は村の医療機関で35%~40%、郷鎮の医療機関で30%~35%、外来プール給付限度額は60元~100元にする。従来の家庭口座積立金は外来プールや入院給付の自己負担分に充てることのできる⁶⁾。

家庭口座はこうして全国各地で相次いで廃止されていく。もちろん、家庭口座を廃止して外来診療給付を設ければいいというわけではない。監督管理を強化することは、外来プール基金を健全に運営していくことの前提となる。さもなければ、患者の負担を軽減するどころか、それをかえって重くする恐れがある。また、農村住民に対する啓蒙活動を行うことも必要不可欠であろう。

3. 医療給付の特徴

(1) ユニークな制度設計

新型農村合作医療の給付は中国のその他の医療保険制度と同様、①給付スタートライン（医療保険の免責制度）と②給付限度額を設けているほか、③医療機関のランクに応じて異なった給付割合を実施する。これらは中国の諸医療保険制度（都市労働者基本医療保険や都市住民基本医療保険も）に共通した大きな特徴でもある。

医療保険の免責制度は世界中、一部の国では存在する。それは、医療機関でかかった医療費のうち、定められた金額以下を患者の全

額自己負担とし、それ以上の医療費については定められた割合で給付されるというものである。中国の新型農村合作医療など医療保険制度の中に設けられている給付スタートラインも、医療保険の免責制度といえる。

また、給付限度額とは、年間の医療保険給付に限度額を設けて、それを超えた分はすべて自己負担するという制度である。こうした制度はいずれも医療費の効果的な抑制を狙っていると考えられる。

さらに、給付割合が病院の指定と非指定や病院のランクによって異なるように設定することは、患者の医療機関選好を意図的にコントロールし、地元の末端病院離れと上級病院への一極集中を防ごうとするとともに最大の目的がある。衛生部（中央省庁）農村衛生管理部署の責任者によれば、新型農村合作加入者のうち83.4%の人が県内の医療機関、16.6%の人が県外の医療機関で病気を治療している（「人民日報」2009年6月30日付）。つまり、病院ランク別の給付割合は一定の効果을挙げているということである。

ところで、新型農村合作医療給付のスタートラインと限度額および給付割合をどう設けるべきかについては、全国各地で様々な制度が乱立し、大きな格差が生じている。

表2が江西省新型農村合作医療の給付基準を示している。給付スタートラインがもっとも高いうえ、給付割合がもっとも低い医療機

表2 江西省新型農村合作医療の給付基準

医療機関	給付スタートライン	給付割合（スタートラインを超えた部分）		給付限度額
		2010年	2011年	
郷・鎮指定病院	100元	75%	90%	年間5万元 (農村住民1人あたり年収の6倍以上)
県（県級市、区）指定病院	300元	60%	80%	
県（県級市、区）外指定病院	600元	45%	50%	
県（県級市、区）外非指定病院	800元	35%	35%	

出所：「關於印發調整新型農村合作醫療統籌補償方案指導意見的通知」「江西省2011年新農村統籌補償方案補充規定」より作成

関は県（県級市、区）外非指定病院である。癌、心臓病など大変重い病気は多くの場合、医療水準の低い地元の病院に行くよりも、地域外の大病院で治療を受けざるをえない。しかし、そういった大病院はほとんど指定外医療機関である。さらに、大病院はほぼ百パーセント大都市に建てられているため、交通費、宿泊費、食事代、看護費用などが発生し、農村住民の病気治療には想像以上の経済的負担がかかることになる。

制度的に考えれば、地域外の大病院も指定病院にすれば済むはずだが、実際、さまざまなハードルが横たわっており、それを乗り越えるため意識変革はもちろんのこと、利害関係の調整に相当多くの労力を費やさなければならない。

スタートラインが高ければ高いほど、限度額と給付割合が低ければ低いほど、患者の自己負担が重くなる。逆の場合は、患者の自己負担が軽くなるが、保険財政の逼迫を招きかねない。これはすべての医療保険制度が共通に抱えているジレンマであるともいえる。新型農村合作医療は、財源の調達と比較的低い水準に設定しているため、給付水準も低く抑えるしかない。これは現在全国のどの地域でも見られる一般的な状況である。

江西省の新型農村合作医療基金の運用は今のところ順調に進んでいるようである。2010年の1年間の給付状況を見ると、行われた各種給付は1963.38万回、そのうち、外来給付は1638.97万回（うち家庭口座の補助は811.85万回、外来診療プールの給付は827.12万回）、入院給付は292.15万回、入院正常分娩給付は20.03万回、特殊病気高額外来給付は11.56万回、その他の給付は0.67万回に達した。全体的な受給率は62.43%、外来受給率は52.11%、入院受給率は9.29%であった。また、1回あたり入院費用は2848.79元、実際入院給付割

合は42.67%であった。そして給付限度額関連では、年内累計で5万元の給付を受けたのが175人、3万元以上は1167人、1万元以上は2万6965人、5000元以上は9万5359人にのぼる⁷⁾。

ここからも分かるように、給付限度額は農村住民1人あたり平均年収の6倍以上、5万元までとしているが、実際、限度額まで給付を受けられる者は極めて限られる。江西省において1年間で限度額まで給付を受けられたのはわずか175人に過ぎなかった。

給付スタートラインと給付限度額および段階的給付割合の設定は、財源規模の急速な拡大が不可能であることと直接関係するほか、限られた医療資源の有効利用、モラル・ハザードの防止、医療費増大の抑制といった目標に由来する。

このユニークな医療給付は日本と大きく異なっている。日本では、個人口座はもちろん設けておらず、免責制度もなく、少額の医療費も給付対象とし、さらに国民の自己負担を一定の程度まで軽減するために高額療養費制度を設けている。中国の医療保険はあくまでも大病医療費に対する不完全な給付を柱とする仕組みである。このような仕組みの中で、新型農村合作医療は大きい病気、重い病気の治療に対して経済補償を行う。大きい病気や重い病気はだいたい入院する必要がある。しかし、入院給付率（入院治療給付受給者数÷保険加入者数×100%）は全国平均で6%程度にすぎず、絶対多数を占める外来診療はごく限られた給付しか受けられない。また、かりに入院治療したとしても、給付スタートライン、給付割合、給付限度額などさまざまな制約を受ける。

(2) 二次給付の導入

中国の新型農村合作医療は給付の仕組みに

において、「二次給付」を実施している。それは、基金の運用状況を踏まえて、一定割合の繰越金を残しておくことを前提に、医療費負担の重い患者に対して2回目の給付を行うことである。

いうまでもなく、このような仕組みは日本の医療保険制度に存在しない。日本の場合、医療保険は協会けんぽ、組合健康保険、各種共済、国民健康保険、船員保険のように、制度分立のもとでも、基本的な保険給付は各制度共通であり、給付内容に大きな違いはない。特に、2003年4月から被用者保険の本人の患者一部負担が3割に引き上げられ、給付率は7割で市町村国保と足並みがそろった。一方、患者に対して基金の運用状況によって2回以上の給付を行うことは当然あり得ない。高額療養費制度はもちろんあるけれど、それは基金の運用状況如何とまったく関係ない給付である。

ところで、新型農村合作医療の二次給付に関する基本方針は、2007年9月10日に公布された衛生部・財政部・国家中医薬管理局の「新型農村合作医療プール（共同基金）給付案の健全化に関する指導的意見」のなかで定められている。それは以下のとおりである。

プール基金の当年度の繰越金は15%を超えてはならない。当年度の繰越金または各年度の累積繰越金が比較的多い地域では、次年度の給付案を調整・健全化する前に、県級合作医療管理部門は実際の状況に応じて、基金の利用率を高めるべく二次給付を行うことができる。二次給付の対象は当年度に大病給付を受けた患者全員であって、一部の者に限って二次給付を行ってはならない。また、二次給付を行うにあたって、十分な説明を行い、不必要な横並びを防ぐべきである。

次いで2008年12月4日、衛生部は07年「指導的意見」の趣旨に基づき、「新型農村合作

医療の二次給付を規範化することに関する指導的意見」を各省・自治区・直轄市の衛生庁・局に通達した。そのなかで、二次給付の必要性については、「プール基金を十分に利用し、基金の繰越額を減らし、保険給付の水準を引き上げ、加入者の受益を最大限にするためだ」と強調している。さらに、以下のように二次給付の展開に関する指導的意見を示した。

①二次給付を行う条件と原則。二次給付は、プール基金の繰越金が多すぎることを解消するために、次年度の給付案を調整・健全化する前に採った臨時的な調整措置であって、経常的な給付方法ではない。したがって、年度初めの基金配分に際して予め引き出しておいてはならない。当年度のプール基金の繰越金が当年度プール基金の15%を超えた（リスク基金を含む。以下は同じ）、または各年度の累積繰越金が当年度プール基金の25%を超えた場合に限り、二次給付を行うことができる。

②二次給付の対象と実施時間。対象は当年度に大病給付を受けた患者であるが、入院給付を受けた患者を中心とする。プール基金の繰越金が比較的多い地域では当年度に大病給付を受けた患者に対して二次給付を行うことができる。プール基金の繰越金が比較的小さい地域では当年度に大病給付を受け自己負担が一定の額を超えた患者に対して二次給付を行うことができる。原則的にある特定のグループに対する二次給付を行うのは望ましくない。二次給付は当年度内に終了すべきで、遅くとも次年度1月末までに終了しなければならない。

要するに、二次給付は、基金の収支バランスを配慮し、その繰越額を合理的に抑え、限られた財源を患者の医療給付に有効に活用するための一時的な措置だということである。だから、各地は基金の繰越金に関する規定を

厳格に実施しなければならない。このように、措置の行き過ぎや悪用に釘を刺したと見られる指示はその後に通達された中央省庁の公文書のなかでもたびたび登場した。

(3) 二次給付の背景

さて、二次給付を実施するにはどんな背景があるのだろうか。

これは一言でいえば、医療給付への抑制が行き過ぎて基金の繰越が膨れ上がる一方で、患者が受けられる給付の水準は低く抑えられているということである。

医療費の使用状況を示すものとしては、プール基金使用率（支出額÷収入額×100%）や入院給付割合（給付額÷入院費用総額×100%）などを挙げるができる。

①プール基金使用率を見ると、2008年12月31日現在、全国平均の85.61%に対して、江西省平均は86.22%である。これはつまり、プール基金の14.39%（全国平均）や13.78%（江西省平均）相当分は余っていて次年度に繰り越されることである。もちろん、使用率には大きい地域格差があることも見逃してはならない。江西省の中で最上位3地域は南昌市青山湖区103.29%、安義県99.81%、吉安市吉州区99.43%であり、最下位3地域は星子県67.69%、尋烏県72.08%、贛州市章貢区73.68%である。安義県と吉安市吉州区はほぼ使い果たしており、100%を超えた南昌市青山湖区は赤字である。赤字となった地域では前年度以前の繰越金を使うか、場合によって財政からの追加補助が行われることになる。国が定めたいわゆる指定プール基金使用率は85%~95%だが、江西省の場合、指定使用率範囲内の地域は49県・県級市・区、95%を超えた地域は8県・県級市・区、85%未満の地域は39県・県級市・区である⁸⁾。特に、星子県、尋烏県、カン州市章貢区といった地域は

明らかに給付が必要以上に抑制されており、繰越金は多すぎるといえる。

②入院給付割合において、2008年12月31日現在、江西省平均は41.27%で、全国平均の38.09%と中部平均の40.57%を上回っている。

一方、同じ省でも地域格差がかなり大きい。最上位5地域は于都県55.84%、吉安市吉州区54.77%、都昌県53.29%、湖口県52.49%、崇義県51.61%であるのに対して、最下位の5地域は黎川県34.24%、鄱陽県34.33%、安義県34.52%、余江県34.68%、景德鎮市昌江区35.76%である。また、入院給付割合が35%未満の地域は9県・県級市・区（全体の9.38%）、入院給付割合が45%を超えた地域は19県・県級市・区（全体の19.79%）である⁹⁾。

一方、農村住民の医療費負担は依然として重すぎるという現状を踏まえて、政府は医療費の抑制に重点を置きつつ、プール基金使用率の向上を目指して、年度の繰越金総額を15%以内に抑えるよう求めている。その効果は特に2009年度に入って明らかに現れた。江西省の場合、プール基金使用率は08年の86.22%から97.54%へと一気に11ポイント以上も上昇した。そのうち、百パーセントを超過した県・県級市・区は34で全体96の35.4%、区を設けている11市中3市に達した。最も高いのが、崇義県116.50%、大余県114.94%、樂平市114.59%である。しかし、使用率80%台に留まる県・県級市・区も複数あり、尋烏県は74.14%と最も低い¹⁰⁾。

二次給付の実施は、こうしたプール基金使用率へのコントロールと轍を同じくすることと考えられる。

(4) 二次給付の実施

以下は、一部の地域の実施状況である。

江西省政府は2010年12月7日に公布した関

連公文書のなかで、基金の繰越額が多すぎる地域は二次給付を実施しなければならないと強調した。省内の遂川県においては二次給付実施案によると、2010年、入院医療費の自己負担が3000元を超えた分に対して二次給付を行い、その割合は25%となる。推計では対象者は7000人以上にのぼり、給付総額は約1076万元に達する。二次給付によってプール基金の使用率は95%以上に達するとされる¹¹⁾。

また、同省内の宜豊県は2010年1月1日から12月31日までの入院患者に対して二次給付を行った。統計では、合わせて1万3255人が二次給付を受け、給付金総額は297.2万元に達した¹²⁾。

江西省吉水縣盤谷鎮下居村の李さんは癩癩に煩わされて20年あまり、2010年5月、病気が再発して県外の病院に入院して8万1400元もの医療費がかかった。医療費負担は貧しい李さんの家庭生活に追い打ちをかけた。新型農村合作医療から3万2320元の給付を受けた。また、2011年、二次給付で1万7680元を受け取った。これで給付総額は合わせると給付限度額5万元に達した¹³⁾。

なお、二次給付の割合は地域によって異なる。

江西省永新県では、県級指定医療機関および県外医療機関に入院した患者は、医療給付額の15%の割合で二次給付を受けるが、ガン患者は30%の割合で給付を受ける¹⁴⁾。

山東省煙台市福山区では、二次給付の対象は2009年1月1日～12月31日の間で入院し入院給付を受けた患者。二次給付の基準は、給付対象の医療費は1万元以下なら5%、1万1元～3万元なら10%、3万1元以上なら15%の割合で給付する¹⁵⁾。

雲南省文山州政府は、基金繰越金を10%～15%以内にコントロールするため、資金使用率が70%未満の県は二次給付を通じて年末資

金の使用率が80%～85%に達するようにしなければならないと定めている。硯山県は08年1～10月の使用率がわずか52.66%（年末には68%に達する見通し）に止まっているため、二次給付案を制定した。それによると、指定病院の入院給付額の30%で二次給付を行う。例えば、張さんは某郷鎮衛生院で入院し、退院時に500元の給付を受けた。そうすると、500元の30%で計算した結果、張さんは150元の二次給付を受けることになる。

安徽省阜陽市潁東区は2010年初頭に二次給付案を制定した。二次給付の割合は25%～30%である。同年8月、王さんはガン治療のため複数回にわたって入院し、8万元あまりの医療費がかかった。一方、新型農村合作医療からは3.2万元の給付を受けた。2011年8月、管理センターの職員が王さんの家まで2.9万元の二次給付を届けた。現在まで、同区では合わせて1759人が二次給付を受けた。資金総額は1203.93万元にのぼる¹⁶⁾。

山東省青島市城陽区衛生局の責任者が青島市衛生局長座談会で以下のような取り組みを紹介した。

2011年、当区政府は700万元を投入して住民大病補助制度を設けて、医療費負担の重い住民に対して補助を行っている。それまでに、当区は毎年、新型農村合作医療プール基金から10%相当の資金を二次給付に回し、入院給付の限度額を超えた分に対して二次給付を行っていたが、二次給付の割合は限度額超過分の50%未満であった。一方、新制度では、入院給付後の自己負担額が2万元を超えた分は、区内指定病院なら給付対象の医療費は最高90%の割合で二次給付を行い、給付対象外の医療費は最高70%の割合で二次給付を行う。区内二級指定病院を経て市級指定病院に転院した場合、その給付対象の医療費は最高80%の割合で二次給付を行い、給付対象外の医療費

は最高60%の割合で二次給付を行う。区内二級以上指定病院を経ずにして区外指定病院に転院した場合、その給付対象の医療費は最高60%の割合で二次給付を行い、給付対象外の医療費は最高50%の割合で二次給付を行う¹⁷⁾。

重慶市彭水苗族土家族自治県政府は2009年1月4日に二次給付実施案を公布した。それによると、給付対象の入院医療費に対して二次給付を行うが、割合は以下のように病院の等級による。

- ①郷鎮衛生院（一級病院）の場合、給付対象の入院医療費総額の25%で二次給付を行う。
- ②県級病院（二級病院）の場合、給付対象の入院医療費総額の35%で二次給付を行う。
- ③市級病院（三級病院）の場合、給付対象の入院医療費総額の40%で二次給付を行う。
- ④悪性腫瘍、腎臓病の患者で、1年間に複数回にわたって放射性治療、化学療法、透析といった治療を受けて発生した医療費は、病院等級によって二次給付の金額を算定する。

以上に述べたように、中国の新型農村合作医療も医療費の抑制と給付水準の向上という矛盾を抱えている。このようなジレンマを解消するために考案されたのが、二次給付である。現在のところ、この仕組みは患者負担の軽減において一定の機能を果たしているようである。もちろん、線引きに伴う患者間の公平を如何にして保つのかという大きな課題も一方にある。

4. 医療費適正化

(1) 日本と中国の違い

洋の東西を問わず、医療サービス水準の向上および患者負担の軽減は常に公的医療保障

に課されている最大の課題であるといえる。しかし反面、これら課題達成の過程には、医療費適正化も強く求められている。

そもそも医療費適正化はなぜ必要なのか。まず、国際比較するため、日本の医療制度から入っていこう。

日本の医療制度は三つの特徴を持つとされる。①「国民皆保険」体制の確立によりすべての国民が公的な医療保険制度に加入し、保険料納付の見返りとして医療サービスを受けられる。しかもその自己負担はそれほど重いものではない。②患者が医療サービスを必要とする際、「フリーアクセス」を認められ、医療機関を自由に選べる。③「出来高払い」方式の診療報酬体系をとっており、医療機関が医療行為をすればするほど収入が増えるような仕組みになっている。近年、高齢者の入院を対象とする「定額（包括）払い」方式も導入されてはいるものの、「出来高払い」方式は依然として主流である。

これらの特徴は日本の医療保障の高い水準を表していることは確かだが、決していいことばかりではない。医療費の自己負担軽減が患者の「モラル・ハザード」を防げず、医療資源の効率的な配分を妨げていることは否めない。「モラル・ハザード」とは、保険という制度が存在する場合、保険がない場合に比べて、さほど医療が必要ではない状況であっても診療を受けがちになる、という行為である。かつて老人医療費無料化の実施に伴って生じた「病院の老人サロン化」や「社会的入院」の一般化はその顕著な例である。

また、フリーアクセスは風邪や軽傷でも大病院へ駆け込む傾向に陥りやすく、医療機関は役割を分担しにくい。さらに、出来高払い方式の診療報酬体系は、さまざまな治療を試みる急性期医療に適しているが、医療費の高騰を招きがちで、科学的・効率的な治療を阻

む一因でもある。

一方、中国の医療制度は基本的に日本の医療制度と異なる構造を持つが、共通点が多くないわけではない。中国では「国民皆保険」体制の実現はまだ途中であり、とりわけ「任意加入」を主流とする点では果たして日本と同様に実質的な「国民皆保険」を達成できるかという疑問が残ったままである。少なくとも、現在の中国では国民全員が公的な医療保険に加入して比較的軽い自己負担で病氣治療を受けられる状況にない。また、医療機関の選択において中国の国民は医療制度上、多大な制約を受けており、日本のような「フリーアクセス」とは程遠い。しかし、診療報酬体系においては中国も「出来高払い」方式をとっており、医療機関は過剰診療、「薬漬け」、「検査漬け」などを通じて自己利益の最大化に走っている。

結論を先取りすると、医療費の増大、とりわけ医療費の非効率的な使用を生じさせる要因を見ると、中国と日本とは似たようなものもあれば、異なる部分も大きいということである。

中国の中央省庁の一つである国家会計監査署は「会計監査法」に基づいて2010年5～6月に遼寧、黒龍江、江蘇、安徽、福建、河南、湖北、湖南、四川など9つの省の45の県・県級市・区において09年1月～10年5月間の新型農村合作医療基金の徴収、管理、使用および関連政策の執行状況に対して会計監査を行った。と同時に、指定病院（郷・鎮の衛生院）97カ所と9つの省の情報ネットワークを調査した。会計監査・調査の結果は2011年2月16日にウェブサイト「中国政府網」で公表された。

国家会計監査署武漢市事務所社会保障処の劉忠文副処長の説明によれば、会計監査のなかで過剰検査を行っている郷・鎮の衛生院が

数多く存在することが分かった。「患者の実情を無視して、設備の許す限り検査を行うような衛生院はよくある。三つの郷・鎮に対する打ち抜き検査をしたところ、その衛生院はすべてこのような状況にあることが判明した」という。こうした過剰検査や過剰投薬が横行するため、給付水準が引き上げられてきたにもかかわらず、患者の自己負担はかえって重くなっている¹⁸⁾。

中国では、こうした医療機関の不正行為（過剰診療、過剰投薬、過剰検査など）は患者の自己負担を重くするだけでなく、基金支出の増大および医療費の非効率な使用を招く最大の要因となっている。

一方、現在の体制では、医療機関に対する監督の権限は新型農村合作医療管理局に委ねられている。筆者の現地調査でも明らかになったように、管理局による医療機関への監督は大変難しいようである。全体的に見れば、医薬品の価格に対する政府のコントロールはまだ十分ではない。医薬品の価格差（仕入れ価格と販売価格との差）は大きすぎるため、同様の効果があるにもかかわらず、安い薬ではなくて、利潤の高い薬を選びたがるというのが現在医療機関に存在する普遍的な現象である。このようなことは必然的に、保険基金に多大な負担をかけている。

上述したように、医療給付水準の向上と医療費増大の抑制は常に医療保障制度が内包する最大のジレンマであり、その矛盾の解決は各国の政府に課される大きな課題であり続けている。医療も限りある希少な資源を配分することによって生み出される社会サービスである以上、その効率性が求められることは当然であるといえる。

(2) 適正化の基準

医療費増大の抑制は医療費適正化とも言わ

れ、医療費の効率的な使用を通じて、無駄や過剰受診等の非効率性を排除し、その水準を社会経済的にみて適正なものとするのである。

日本では、医療費は「適正」であるかどうかについて、その判断基準としては、マクロ的な医療費（国民医療費等）のマクロ的な経済水準（国民所得、GDP等）に対する相対的な関係がとられることが多い。また、医療費適正化には、保険給付の内容・範囲の見直し、診療報酬改定等により、医療費の伸びを直接的に抑制する短期的な方策と、医療そのものを効率化し、医療費の伸び率を徐々に下げていく中長期的な方策があるとされる。

こうした医療費適正化は日本のみならず、先進諸国に共通の政策課題となっている。医療費の適正水準はどうであろうかは、各国の社会経済状況や国民の価値観等に依るところが大きいが、国際的に見ると、医療費総額管理制、給付範囲の縮小、患者負担の増大、診療報酬の見直し、予防医療や疾病管理の推進等が重要な施策として実施されている。

では、中国の場合、医療費の適正水準をどう判断するのか。これまでの医療制度設計や国の医療政策を総合的に見れば、適正の判断基準はマクロ的な経済水準（国民所得、GDP等）に対する相対的な関係から引き出すというよりも、むしろ医療財源の規模や保険基金の運用状況に「相応しい」かどうかというところに重点を置くのである。つまり、中国の医療費適正化はほとんど国民の医療費自己負担の国民の経済所得に占める割合を無視する形で進められてきている。

給付スタートライン（免責制度）と給付限度額および医療機関ランク別の給付割合を特徴とする中国の医療保険は日本のそれと大きく異なっている。新型農村合作医療でも、個人口座（または家庭口座）を設けて、外来診

療費の自己負担を原則としていた。入院や重い病気の治療でも、医療費のすべてを給付対象にするのではなく、一定額を自己負担分として差し引いてから給付を行う。さらに給付の限度額を設けて、それを超えた額はすべて自己負担となる。このような仕組みの中で、患者は高い給付スタートライン、低い給付割合、少ない限度額などさまざまな制約を受ける。その結果、病気または病気治療で貧困に転落したり、貧困に舞い戻ったりすることはなかなか防げない。

2009年に入り、中央政府は新型農村合作医療の機能を高め、農村住民の医療費負担を確実に軽減させるために、年間の給付限度額を年収の6倍まで引き上げるとした。しかし、農村住民の1人あたり純収入は年間5000円で計算しても、その6倍は3万元にすぎず、貧困防止の点においてはまだまだ不十分といわざるをえない。

もう一つは、入院給付割合を引き上げるため、基本薬品（国の定めた薬品リスト）制度を全面的に推進することである。

江西省萍鄉市湘東区の規定によれば、区と郷・鎮の指定病院は基本薬品を全面的に使用することになった。郷・鎮の衛生院では基本薬品の「差額率ゼロ」を実施し、基本薬品の使用割合および金額割合を全体の70%に達するようにする。と同時に、国家基本薬品目録内の薬品給付割合を10%~15%引き上げた。その結果、郷・鎮の衛生院、区の医療機関の実質的給付割合が大幅に上昇し、患者の自己負担をより一層軽減しているという¹⁹⁾。

ところで、いわゆる基本薬品の「差額率ゼロ」とは、郷・鎮の衛生院のような住民の身近な医療機関において、基本薬品の使用について薬品の仕入れ価格で患者に投与する。病院の利益として上乗せの部分は政府が補助する。従来なら、薬品は製薬会社から卸業者を

經由して医療機関まで、価格はどんどん上乗せされるような仕組みである。最終的に医療機関は仕入れ価格に15%を上乗せすることが国から認められている。「差額率ゼロ」は、この15%相当の薬価を患者に負担させることを止めることである。

(3) 適正化の取り組み

中国政府は近年、新型農村合作医療の医療給付の制度改革を進め、医療費の非合理的な増加を抑制することに乗り出した。2011年4月6日、衛生部、民政部、財政部が「2011年新型農村合作医療の関連業務をよくすることに関する通知」を通達した。同「通知」は医療費の抑制に関して以下の措置を講じるよう地方政府に求めている。

①外来診療費の抑制において、外来診療費プールを実施すると同時に、外来診療費定額給付制度を実施する。外来診療費プール基金の給付は原則として郷・鎮と村の医療機関に限定する。

②入院医療費の抑制において、疾病の種類によって医療給付を行うという制度を積極的に進め、その試行地域を拡大する。と同時に、努めて対象とする疾病の種類を増やし、カバーする範囲を広げていく。それ以外の疾病に関しては、治療の項目と入院日数の混合型給付を模索する。条件の整っている地域では、混合型給付をベースに入院医療費総額コントロールの制度を設け、基金予算の時点で指定医療機関に対して給付総額コントロールの制度を実施することを模索する。

③医療機関は医療給付の制度改革に協力し、内部管理体制を健全化し、セルフコントロールのメカニズムを確立しなければならない。各級の衛生行政部門、とりわけ県級の衛生行政部門は指定医療機関（特に郷・鎮の衛生院および民営医療機関）への監督と管理を強化

しなければならない。

続いては江西省を中心に医療費適正化をめぐる各地の取り組みを見てみる。

そのなかで特に目立った動きは入院患者数を制限することである。医療費適正化の背後にはモラル・ハザードの蔓延がある。それは医療機関だけでなく、患者が直接関わるようなケースも多発している。

筆者が2009年夏にG県Y鎮衛生院の院長に対して行ったインタビューによれば、新型農村合作医療では入院給付を中心とし、給付割合が比較的高いため、患者は軽い病気でも入院したがらる。入院する必要がないと言ったら、医師と喧嘩するような者もいる。また、コネで入院する患者も相当いる。当衛生院は病床を60ベッド持っているが、入院患者は多い場合100人を超える。衛生院は仕方なく病床を増設して対応せざるをえない。

江西省芦溪県の新型農村合作医療管理局は以下四つの措置を講じて県内指定病院における診療行為の規範化を図り、入院患者数の異常な増加を制限しようとする。

①郷・鎮の指定病院において給付スタートラインを撤廃し、低額医療費の給付割合を引き下げる。ここで入院する患者は、給付対象の医療費は300元以下なら30%、301元以上なら90%の割合で給付を受ける。

②各郷・鎮の加入者数および県と郷・鎮の指定病院における各年度の入院給付患者数の占める割合を基数とし、2011年度の各指定病院の入院患者数を確定する。

③管理局は各指定病院と即時給付協定を結び、各指定病院に対して入院患者数および1回あたり入院費用への厳格な制限を求め、超過した分の費用は指定病院の自己負担とする。

④指定病院審査細則を厳格に執行する。

2011年5月10日時点で、県内指定病院の入院患者は9673人、入院給付率は4.02%となり、

前年同期比でそれぞれ902人と0.54ポイント減少したという²⁰⁾。

江西省星子県の2010年度入院率（加入者数に占める入院者数の割合）は11.12%に達し、平均を大幅に上回った。この厳しい状況を受けて、県新型農村合作医療管理センターは以下のような抑制策に乗り出した。

①医療機関に対する監督管理を厳格にし、審査の強化を行う。郷・鎮の衛生院、民営医療機関のレセプトとカルテに対して100%で審査し、県級医療機関のレセプトに対して50%で打ち抜き検査をする。指定病院への検査により一層力を入れ、回数を増やし、県内の指定病院に対して月に1回の打ち抜き検査、四半期に1回の全面検査を実施する。不正行為が発覚したら、書面の警告、公表、医療給付金の減額、指定病院資格の一時停止、指病院資格の取り消しといった処罰を与える。

②医療給付の制度改革の試行を展開し、医療機関への管理を促進する。県と郷・鎮においてそれぞれ1カ所の指定病院を選んで、そこで給付総額コントロール、事前分割給付などの試験的实施を行う。

③情報化を進め、監督と審査を即時実施するための基盤を整備する²¹⁾。

江西省萍鄉市湘東区は、地域外医療機関での治療を抑制するために、区外病院入院・転院記録制度を実施している。関連の規定によれば、患者は区外の医療機関で治療を受ける際、区の新型農村合作医療取扱機関で転院の手続きを行わなければならない。所定の手続きを済ませておかなかったら、医療給付を減らす。その割合は原則として給付金の10%相当とする。その狙いは、軽い病気でも上級の医療機関で治療を受け、高額の治療給付を支払わせる行為を抑制するためである²²⁾。

江西省于都県の新型農村合作医療管理センターは指定病院の検査漬けと薬漬け、患者自

己負担の過大などに対して、以下のような医療費抑制措置を講じている。

①指定病院において1回あたりの入院費用、1日あたりの薬代の最高限度額をコントロールする。ここ3年間の各級指定病院における新型農村合作医療の1回あたりの入院費用、1日あたりの薬代を基数とし、指定病院の1回あたりの入院費用と1日あたりの薬代の最高限度額を査定しておく。それに基づいて、郷・鎮の衛生院および県級病院の1回あたりの入院費用の最高限度額をそれぞれ790元、1100元、3030元とし、1日あたりの薬代の最高限度額をそれぞれ80元、72元、150元とする。

②疾病の種類によって医療費をコントロールする。よくある病気や多発病気を選び、それぞれの臨床治療に基づき、さらに投薬管理を踏まえて、医療費の最高限度額を設ける。統計によると、最高限度額を設けられた疾病の医療費は10%~35%減った。

③抗生物質、補助薬品、検査などいわゆる「三つの乱用」を厳しく禁止する。衛生部策定の「抗菌薬臨床応用指導原則」、「医療機関の監督管理と医療費抑制の関連規定」、「25種疾病の臨床経路」に基づき、指定病院に対して薬品の安全性、有効性、妥当性を遵守することを求める。

④継続入院、特殊検査（治療）、特殊材料の使用、意外傷害の入院治療に関する審査制度を設ける。指定病院での1カ月以上の入院は、継続入院の審査を受けなければならない。1回の検査（治療）で300元以上相当の特殊材料を使用する場合、県新型農村合作医療管理センターの審査を受けなければならない。審査を受けなかった費用は指定病院が負担する。

⑤入院患者の訪問制度を設ける。入院患者への訪問を通じて、指定病院の医療サービス

の質を把握し、指定病院への監督管理を強化する。

⑥入院患者の1日費用明細書制度を設ける。指定病院は毎日入院患者の医療費を1日費用明細書に記入し、患者に署名させなければならない。この制度を遵守せず、嘘のレセプトで基金を騙し取る行為に対して厳罰を与える。

⑦監督検査を強化し、「于都県新型農村合作医療取扱機関、指定病院監督管理検査案」を策定する²³⁾。

最後に、広州市南沙区の取り組みを紹介しておこう。同区の新型農村合作医療は順調に進んでいる。「その秘訣は医療費の増加を有効に抑えていることだ」と同区衛生局の彭興平局長が話す。周辺各区の1人あたり入院費用はすでに9000円を突破しており、広州市の1人あたり入院費用はすでに1万6000円に達しているが、南沙区は3100円にとどまっている。

彭局長の説明によれば、同区はまず医師による重複投薬、みだりな投薬を抑える。長期にわたって患者に高額な薬を処方したり、高価な輸入薬を投じたがる医師の名前を公表し、患者からの監督を喚起する。次に、私服調査、患者の処方箋の打ち抜き調査などを通じて、医師の診療行為をチェックする。不正行為が見つかったら、病院に対して厳しい処罰を下す。かかった費用を患者に返還させるのみならず、100%の賠償金を支払わせる。三つに、医療資源の浪費を根絶する。深夜の打ち抜き検査によって、架空の入院患者がいないか、必要がないのに入院する患者がいないかなどを調べる²⁴⁾。

医療資源の浪費、医療費の非効率的な使用と非合理的な増大はさまざまな要因によって引き起こされていることは、以上のように中国の新型農村合作医療の現状からもよく分かる。そのなかで特に患者と医療機関のモラル・

ハザードは問題の深刻さにいっそう拍車をかけている。

こうしたモラル・ハザードを抑制するために、中央と地方の政府はいろいろな手段を講じてきたが、効果はどのくらいあるのか、今後科学的な検証を避けて通れない。一方、医療費適正化は患者の必要な受診（国民の医療アクセス）を阻害していることになっていないか等を見極めながら制度の改善を図っていく必要がある。特に国民所得に占める医療費の自己負担といった視点を十分に踏まえて、医療費の適正水準を考えなければならないだろう。

おわりに

「国民皆保険」体制の大きな一翼を担う新型農村合作医療は今のところ中央政府の当初予定通りに着々と制度の試行・実施を展開しており、医療給付を受けられる農村患者もますます多くなっているのが現状である。もちろん、課題も依然として抱えているが、最大のものは何といても制度の持続可能性および給付水準の向上といえる。

農村地域において社会保障制度の挫折と崩壊という苦い経験はかつて何度もあった。毛沢東時代の農村合作医療は興隆と衰亡の道を辿っていたし、1990年代に試みた農村社会養老保険（公的年金）制度も短期間で崩れ去った。その命脈を決定づけたのが、いずれも当時の執政理念と制度設計そのものであった。新型農村合作医療は現政権の強力な推進を得てはじめてここまで進んだということができるならば、その持続可能性および給付水準の向上は次期政権の執政理念如何に大きくかかっていると考えられる。

いうまでもなく、新型農村合作医療の持続的発展を左右する要素は他にもある。例えば、経済格差の縮小および貧困の解消である。新

型農村合作医療は農村人口の貧困脱却とも切っても切れない関係にあるのである。

また、社会保障制度の充実は所得再分配等の機能を通じて国民生活の安定と向上に寄与すると期待されているが、所得格差の拡大や貧困層の増大は社会保障（特に社会保険）制度を根底から覆すことになりかねない。このいわゆる「逆機能」は今の日本をはじめとする先進諸国ですでに広く起きている。一方の中国でも、所得格差の急拡大および膨大な貧困層の存在が「国民皆保険」体制の構築にとってますます乗り越え難いハードルとなっている。その意味で、新型農村合作医療の持続的発展を農村部の貧困脱却とワンセットで取り扱わなければならないといえる。それがまさに次期政権に課せられた重要課題の一つである。

【注】

- 1) ①『『全民医療保障』への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について（上・中・下）』『週刊社会保障』No.2465, 2466, 2467 2008年1月21日, 28日, 2月4日。②「中国の農村部における公的医療保険制度の展開に関する考察」『金城学院大学論集』第6巻第2号 2010年3月。③「中国『新型農村合作医療制度』の実施効果と課題」『賃金と社会保障』No.1515 2010年6月。
- 2) 7) 13) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第3期。
- 3) 「新農合“家庭帳戶”將退出舞台 補償模式待規範」『医業経済報』2009年2月5日付。
- 4) 「安徽八成地区实行新農合門診統籌家門口報銷」, ウェブサイト中安在線2009年6月3日付。
- 5) 「新農合“家庭帳戶”將退出舞台 補償模式待規範」『医業経済報』2009年2月5日付。
- 6) 「石家莊市2011年新型農村合作医療プール給付案骨子（改定）」2011年6月23日公布。
- 8) 9) 「江西省新型農村合作医療簡報」2009年第4期。
- 10) 「江西省新型農村合作医療簡報」2009年第11期。
- 11) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第2期。
- 12) 14) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第1期。
- 15) 煙台市福山区「關於实施新農合2009年二次補償方案的通知」2009年12月18日。
- 16) 「阜陽新農合二次補償款發放」。ウェブサイト合肥在線2011年8月31日付。
- 17) 「青島城陽区新農合二次補償比例提高」『健康報』2011年2月24日付。
- 18) 「新農合, 農民得了多少实惠?—来自安徽, 湖北部分県市的調查」『人民日報』2010年6月7日付。
- 19) 22) 23) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第7期。
- 20) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第6期。
- 21) 「江西省新型農村合作医療簡報」2011年第4期。
- 24) 「南沙居民自願改投“新農合”」『羊城晚報』2010年1月27日付。

〔付記〕本稿は、平成20～24年度文部科学省科学研究費補助金「中国の農村地域公的医療保険制度に関する基礎的研究」（基盤研究（B）, 課題番号20402050）による研究成果の一部である。