

中国農村における基礎医療保障制度について

東 晓（武漢大学政治公共管理学院）
石 田 和 之（徳島大学総合科学部）

1. はじめに

中国政府のデータによると、半数の農民は治療を受ける経済力がないといわれている。中国には約13億の人口があり、農村には9億の人口がある。これは1/3の中国人が治療を受けられないことを意味する。最近の衛生部役員によるデータでは、概ね40%—60%の人は、病気を治療する経済力がないために貧しくなり、あるいは貧しい生活に戻ると推定されている。中国の中西部地区では、病気の治療をする経済力がないために、家で死亡する人数が死亡総人数の60%—80%くらいを占めると推定されている。安徽省の調査では、病のせいで貧しくなる人口は農村貧困人口の50%を占める。多くの農民は経済的理由で精密な検査と診断を行うことが出来ず、亡くなても病因を知らないことがある。肥西県の4つの村の調査では、3年内に死亡した1022人中、病名不明で死亡した人は14.3%を占める。「診断不明」は主要死亡原因の一つになった。死亡人口の12.4%は、発病する間病院で診察を受けたことがなく、ただ家で死を待つことになるのである。また、死亡人口の88%は家で亡くなっている。経済力の低い地区、特に“へき地”地区では、病気になっても診察不能で、入院不能の比率は日に日に大きくなっている。病気が原因で貧しくなり、あるいは貧しい生活に戻る人数も増加している。経済力の低い地区の農村では、伝染病の被害が依然として大きい。エイズを例とし、予防医学専門家の予測では、全国の100万人のエイズ感染者中、約80%が農村にいる。これが中国農村における基本医療保障の現況である。

2000年に企業職員に使われた医療保険金は約600億人民元、行政事業単位

職員医療保険金は同様に約600億人民元、計1168億人民元が使われた。この多額の費用は、全国人口の6%未満である約7000万人の都市住民しか保障しておらず、多数を占める農村人口に社会医療保障はまったくなかった。農村人口の医療費用は自費の状態になっている。

全国住民健康の調査データでは、1993年には27%の都市人口が医療保険に未加入であり、1998年には44%に高まった。農村の状況は依然として厳しく、

“合作医療”体制はほとんど解体された。医療保険に参加する農村人口は、70年代末の85%から激減して10%にも満たなかった。一方、財政的にも支援は低下している。北京・瀋陽などの調査によると、90年代末、市立病院の経費中、約10%が政府分担金からであったが、区立病院にはおよそ5%しかなかった。政府分担金の不足を補うため、病院は利益を追求する傾向にある。今、全国76%以上の人口は医療保険に参加していない。自費の治療代は個人健康支出の約80%を占める。その上、1990年-2000年の間に治療代と薬費は8-10倍に増加した。これが中国改革開放20年後の厳しい現況である。

全国農村人口は中国人口総数の多くを占め、2001年中国総人口13億の中、農村人口は8億である。農村医療は中国における医療衛生の重点であり、農村生産力の確保、農村経済の振興、農村社会の安定と発展に影響する。改革開放以来、農村の経済発展と農民生活水準は高まり、衣食問題が解決し、部分地区の農民生活はますますの経済状態に達している。しかし農村衛生の発展は非常に遅く、農村住民の健康状態は改善されていない。農民は病のせいで貧しくなり、病のせいで貧乏に戻った。この問題は特に重要である。農村における基本的な医療保険はすでに一つの社会問題になっている。西部の農村はもっとも厳しい状況である。今、広大な西部の地区において、土地は依然として多くの農村家庭の日常支出と生活の重要な源泉であり、農村の家庭を経済的に保障している。同時に、農村医療の欠乏、医療費用の大幅上昇が多大な影響を及ぼしている。西部地区では病のせいで貧しくなり、病が理由で貧乏の状況に戻ることが、しばしば見られる。健康保障制度は農村における衛生制度の主体であり、そして合同医療制度は農村健康保障制度の重点である。20世紀の70年代に、世界銀行の専門家が「中国農村にある合同医療制

中国農村における基礎医療保障制度について

度は“最も理想的な健康投資選択である”と賞賛した。それは保険制度と政府財政の二重保障の効果であり、低収入水準下の農村人口の健康状況の改善に決定的な作用を果たした。ただし経済体制改革以来、財政的支援の低下した“都市経済型”市場が優勢になり、中国農村合作医療制度は各地で解体する。1997年以降、全国の合作医療の行政村がかつての90%以上から10%前後まで減少した。今、試験的に行われている新型合作医療でも、一方は発展の継続性を検討すべきとし、他方では、「属領原則（住民の全ては元の登録地が管理する）」に従うので、出稼ぎ労働者の健康保険は満足のいくものになっていない。同時に、合作医療制度自身は集金と監督管理システムが完全でないことと、制度運行基礎等級差の問題があり、現行の衛生的体制と矛盾することがある。根本的に農村住民の健康問題を解決することは難しい。当面、中国社会医療保険構想設立が、都市と農村社会では事情が異なるということで、多くの農村人口と都市の出稼ぎ労働者が対象から除かれた。農村健康保険制度の“空席”と“欠陥”が、農村公衆衛生と基礎的医療水準を下げ、健康の格差とそれに帰因する公平性の議論が求められている。

2. 中国農村の基本的医療保障に現存する問題

健康保険において都市と農村の差が大きい。衛生的経費の利用から見て、1998—2002年の農村一人当たりの衛生的総費用は全国水準の60%であり、都市一人当たりの水準の30%である。さらにそれは下がっていく傾向を見せる。1998—2003年、政府は農村衛生機構への投入資金を財政支出の1.02%から0.69%に下げた。それと同時に、全国と都市の一人当たりの衛生的事業費用はそれぞれ農村の2倍と5倍になった。社会健康保障制度から見ると、都市住民がある程度の健康保険を持ったと同時に、85%前後の農村住民は社会健康保障のない自費医療になった。1991—2000年、農村の衛生費用中、政府投入は12.54%から6.59%に下がり、農民個人支出は80.73%から90.15%に上昇した。同時に、農村住民の収入は一人当たり393%となり、外来診療の費用と入院費用はそれぞれ965%と998%に上昇した。これは農村住民収入

の増幅の2倍以上である。受診に対する個人支出について、農民の負担は都市住民と比べ、明らかに大きい。90年代以降、都市と農村地区では新生児死亡率、乳児死亡率、5歳以下の児童死亡率および妊産婦死亡率などで明らかな差を示した。2001年に、農村地区の上述した指標はそれぞれ都市地区の2.3倍以上になった。都市と農村住民では医療衛生の社会資源、厚生などのサービスに対する支払い能力に明らかな差異が存在している。この差異は都市と農村経済の住民収入間の差異より大きく、総人口の15%を占める都市人口が2/3の医療保障サービス使用しているのに対して、総人口の85%を占める農村人口はただ1/3の医療保障サービスしか使用していない。衛生資源の配分に著しい非効率があるという現状が農村住民の健康に影響し、さらに経済状態の進行を阻害する重要な要素になっている。政府衛生予算の支出は都市と農村の間できわめて偏ったものである。1991-2000年、政府農村衛生予算の支出は、政府衛生総予算支出の15.9%に過ぎず、政府衛生予算の支出の増加額中では農村衛生支出の12.4%に過ぎなかった。2000年に、住民個人医療費用の支出は衛生総医療費支出を60%上回った。農民個人が支払う医療費用は90%に達した。1990-2000年、中国総人口の60%-70%を占める農村人口は、衛生総費用の32%-33%しか使用していない。2000年を例とすると、農民一人当たりの衛生総費用は188.6人民元、都市住民一人当たりの衛生的総費用は710.2人民元、その比率は1/4である。農村衛生事業費用は全国衛生事業費用の32.72%である。

健康保障地区の格差は拡大する傾向がある。今、中国の全国統一的な農村健康制度はまだ完成していない。地域間の経済レベルには大きな差があるため、農村基本医療保健制度もその質も異なる。西部地区の経済発展の水準は低く、西部農村の基本医療保健も普及率が低く、安全で衛生的な飲み水、乳児死亡率、妊産婦死亡率などの公衆衛生指標は明らかに中東部地区と比べて低い。2004年に甘肅省の妊産婦死亡率は79.47/100000と、遙かに全国平均の水準の51/100000を上回った。

中央政府が農村医療保障制度に使っている政策資源投入は不足している。社会政策の実施には、政策資源としての資金などが必要となる。一般的に、

中国農村における基礎医療保障制度について

政策資源とは人力、財力、物資などの援助をいう。そのうち最も重要であるものは資金援助である。現在の農村医療保障政策は資金の投入が少ない。特に中央政府の財政投入が少ない。中央政府は「合作医療を営んで、政府の下で、民間運営、公の助と自発的参加を原則とする。資金は主に個人から、それに団体の支援と政府の支持によるもの」としている。実際には、中央政府による農村医療保障制度の財政支持は極めて不足している。世界中で衛生事業がGDPを占める比率について議論しているが、多くの国は8%を上回っている。OECD諸国この比率は10%前後である。アメリカは1993年以来、この比率が13.1%—14.0%の間であった。衛生的な支出が少なく、社会医療衛生のサービスを満足させることができておらず、全国の人力資本は産出に悪影響を及ぼしている。最近の中国では、医療支出が明らかに少ない。衛生的総費用がGDPに占める比率は近年少し高まってきたが、依然として6%未満の状態であり、しかもゆっくり下降している。同時に、中国の衛生的総費用の支出構造には大きな問題が存在し、都市と農村の衛生投資のバランスが取れていない。最近5年間でも、中国の農村住民の衛生投資量は極めて少ない。最高の年でも人当たり20人民元で、都市の住民よりはるか低い。政府は最近農村の住民に対して、現地政府が毎年10人民元を、国家財政から毎年10人民元を衛生費用として支出している。仮にこの政策を完全に実行しても、政府による一人当たりの衛生支出は、都市と農村の間で差異が依然として大きく存在し、毎年の一人当たりの差額は100人民元を超えている。

農村医療保障の資金調達は難しく、医療制度のカバー率は依然として低い。1993年と1998年を比較すると、医療費用の個人支払い比例は27.28%から44.18%に増えた。農村では84.11%から87.44%に増えた。今もなお、農村合作医療は農村の医療保障制度の主要な形式である。合作医療の資金は、主に農家、そして町、村及び田舎の企業である。経済的に発展していない農村地区と貧困地区は財政難であり、農村の企業が発達できていないので、医療費用を負担できない農家は逆に合作医療資金の主要財源となる。財政が原因で合作医療に資金を充分に投入できない町や村は少なくない。財政投入の起動基金の欠陥により、医療保障は不安定である。農民の保険加入率は高く

なく、基金規模は非常に小さいので、医療制度カバー率は低い。《決定》は、貧困農村地区に対して、中央と地方は合作医療の参加者1人あたりに10人民元を提供した。ただし一人当たりの資金収集はいったいどのくらいにすべきかは決められなかった。中央政府と地方政府が提供する20人民元を除き、ほかの機構からの投入は確実ではない。合作医療は依然として財務危機に陥っている。1990年以降、多くの地方は2回わたって、合作医療の回復に努めてきた。しかし、再建させる合作医療制度は資金難や管理不足などの問題で、継続できなかった。広大な農村地区の合作医療制度カバー率は依然として低く、現在の合作医療は主に比較的経済が発達している臨海地区に分布している。

農村は3等級衛生サービスネットワーク資源の合理的分業の整合を強めている。経費不足は農村医療衛生体制が抱える唯一の問題ではなかった。もうひとつの問題は経費使用の効率性である。いわゆる有限医療衛生的資源をいかに有効に利用し、多くの農民に提供するかということである。実際、農村地区に3等級医療衛生の機構が重複して設置され、互いに資源の整合性を保つことができなかった。ほとんどの農村地区町村は、各種の医療サービス機構を設立している。町立病院、町中医病院、防疫ステーション、計画生育委員会サービスステーションなど、多くの機構は外来診療あるいは入院診療ができる。ほとんどの村は衛生院（規模の小さな診療所）を設立し、一定数量の医員と医療装置を配備した。多くの機構の人員費（少なくとも一部の人员費）は財政から提供されている。ただし、これらの機構は農民に無料あるいは安いサービスを提供する義務付けがない。逆に市場価格で、“サービスによって費用を徴収”し、農民から医療費を受け取る。そのため、多くの農民は正規の医療サービスを受けにくい。農民は医療サービスへの正常な需要を抑えられ、結局農村医療機構の収入不足を引き起こす。収入不足と経費難は多くの農村衛生機構、特に村衛生院の共通の特徴である。悪循環といえる。

農村基本医療サービスの可得性は低下した。健康保障制度が未熟なため、農村住民の衛生支出が総支出に占める比率はますます高まり、農村住民、特に貧困人口の基本衛生サービスの可得性が低くなかった。1998年に経済的原因

中国農村における基礎医療保障制度について

で診察を受けられない患者は65%以上であり、貧困地区の比率はもっと高いと推測される。同時に、病のため入院し、さらに病が全治せずに早目に退院した患者は貧困農村で80%以上である。近年以来、農村患者が経済的困難を原因として未治療者となる比例は4割近い。“貧しさ”と“病気”は関連し、一部の農民が生活と再生産を維持する基礎を失い、そのうえ政府は貧困を減らす努力をおこたっている。ある調査では、農民は病のために返貧（貧しい生活に戻る）しており、病のために貧しくなる農村の貧困家庭の平均割合は22%であり、一部の県では50%を上回った。疾病はすでに農村が貧しくなる2番目の原因になった。

農村の公衆衛生サービスは大きく不足している。今の財政体制のもとでは、農村公衆衛生制度の運営は地方財政の支持に頼っていて、町と村の2等級財政は農村公衆衛生制度の正常な運営を支持するのが難しい。この背景には、町は資金徴収の主要な責任を衛生機構に転嫁し、難題を実質上制御不能な医薬市場に手渡したことがある。公共支持の欠ける市場化が全国多くの農村、特に貧困地区に、公衆衛生サービスを提供し、ほとんどが市場化された。例えば、2000年政府公衆衛生資金の実際支出は40.48億人民元、公衆衛生機構“有償サービス収入”は20.82億人民元である。今の農村では計画免疫制御の注射率が低く、その他一部の伝染病、地方病、公害病など（例：重金属中毒、沃素欠乏、血吸虫症など）はまだ有効的に制御することが出来ていない。そのうえ、大多数の地区は慢性非伝染病の予防と治療計画が欠乏し、一部の西部農村では基本医療保健サービスの目標が国の基準より下回っている。2004年の甘肅省農村の妊産婦入院分娩率は55.04%で、全国平均の水準79.40%よりかなり低い。

医療費用は上昇するのが速く、医薬市場の管理は乱れ、治療代と薬価の上昇速度は同時期のGDP上昇速度より速い。合作医療基金は主に農民自身で調達し、その水準は高くできない。各病院、診療所の薬品購入、設備工事などについて各自で決めるので、コストが大幅に違い、個人診療所の薬品の値段は公立病院より低く、公立病院の治療費と薬代の農民の個人負担分は個人診療所での全額負担より高いこともしばしばある。合作医療は現実の環境に

適合できていない。

制度の効果としては、国の医療保障制度の目標は最小の資源で、最大の人口に医療保障を提供し、最良の健康投資効果を發揮させ、すべての人に医療資源を公平に与えることである。国際保健機構（WHO）は2000年の191国家医療保障制度の調査において、一人当たり医療費支出、総体健康水準、衛生費用使用の公平性の3項目の指標を分析した。中国の総体健康水準は61位、制度公平性は下位から4番となる144位であった。改革における医療保険制度は都市の在職した人をカバーしただけで、職員の家族と定年者は含まれていない。特に多くの農村住民が制度から排除された。農村住民は公費医療、労災保険医療と合作医療を利用できる比率が大幅に減り、87%の農民はいかなる医療保障制度も利用できていなかった。この制度は公平性を欠いており、保障制度として望ましいとは言えない。

農村基本医療サービスの保障を見ると、80年代以来、人口高齢化を受けて、人口流動性は増加し、労働者保護は手薄になり、一部地区の生活環境が悪化した。合作医療保障制度の解体などの影響を受け、農村住民への基本的医療サービスの提供は不足し、貧困層の健康状況が悪化し、疾病と貧困の悪循環が現れた。

衛生サービス資源は著しく増えると同時に、医療サービスの効率は年々低下し、1990年と1998年を比べると、診療回数は1683回から1178回に、入院ベッド利用数は767回から506回に、全国ベッド使用率は80%から60%に減少した。病院サービスが悪いということは、当然、患者の満足度は低い。中国消費者協会の統計によると、医療事故はすでに消費者の主な苦情の一つになっている。

農村衛生サービス制度の効率性が低い。改革前の衛生サービス制度はほとんど麻痺し、その一方で、現行の“医療重視、予防軽視”的衛生サービス制度は遅れている。同時に、農村衛生サービス財政資金の供給と農民の需要はかみ合わない。政府の衛生資金はほとんど県郷2等級の衛生機構に流れている。しかし、農村地区の外来診療サービスは60%近くが村の診察室あるいは個人診療所で提供され、県郷衛生機構の利用率は低いうえに、低下傾向であ

中国農村における基礎医療保障制度について

る。同時に衛生機構は重複、人員、装置の浪費で有効な衛生資源の活用ができておらず、全国70%の郷鎮病院はほとんど赤字である。

農民は近視眼的かもしれないが、これは、文化といえるかもしれない。農民自身、近視眼的な認識のため、問題がただ目前の利益としか見えておらず、一部の若年層や健康状態の比較的に良い人は合作医療に参加したがらない。一部の経済状況の比較的によい家庭では合作医療の保障水準が低いため、参加したがらない。ただ年輩の人や健康状況が比較的良くない人、経済的に比較的貧しい人だけが、合作医療の積極的な参加者なのである。

社会経済の発展は、農村衛生情態と医療保障制度に影響を及ぼす。市場経済体制の成立と経済の国際化は、農民が臨む市場リスクを増やす。現代社会は開放的であり、疾病の外部性は伝統的社会より一層強い。農村人口の高年齢化は、治療と看護に圧力をかけている。

3. 中国農村基本医療事業の輝かしい過去

中華人民共和国成立後、中国共産党と政府の努力の下で、農村の衛生事業は大きく発展し、世界中が認めた成果を上げた。1950年代から、町・郷・村の3等級の医療保健予防ネットワークが設立され、今までに広大な農村をカバーしてきた。「2002年全国衛生事業発展情況統計公報」によると、2001年末までで、全国に町レベルの総合病院数が2018箇所、中医院1226箇所、予防免疫ステーション1663箇所、婦人と子供保健センター1393箇所、郷レベル衛生院48090箇所になった。郷レベル衛生院は1,000人の農業人口に対し、ベッド数0.81、医師1.28人、89.7%の行政村に医療室を設け、一つの村には平均1.82人の農村医と衛生員がいて、1,000人の農業人口に対して農村医と衛生員が1.41人いる。「予防が重要」という考え方の指導下で、衛生防疫により地方病を制御し、衛生環境整理を主要な内容とする農村予防保健制度を設立した。2001年、1歳児のBCG、脊髄の灰質炎、麻疹ワクチン免疫接種率は98%（表1）になった。さらに2002年からB型肝炎ワクチン接種を計画した。地方病と寄生虫病予防治療にも効果的である。近年、中国沃素食塩の供

給と沃素食塩栄養状況が改善され、2001年の沃素食塩カバー率は95%，住民沃素食塩食用率は89%になった。児童甲状腺腫率は5.8%に減少し、38%の飲水型地方フ素中毒村は水質改善を行ない、石炭汚染型地方フ素と砒素病地区の174万戸の家庭は釜の改造を行った。これは発病地区の総家数の25%を占める。80%以上の大骨節病は国家標準を満たした。容態は徐々に改善し、78%の克山病地区では新規発病が減った。状況は歴史上最低水準までに下がった。農村の環境衛生も同様にとても大きな変化があった。2001年末まで、全国で改善された飲用水を8.6億人が利用し、これは農村人口の91%を占めている。農村住民の水道水普及率は55%になり、農村の衛生的な便所普及率は1997年の29.6%から2001年の46.1%に上昇し、ふん便無害化処理率は1997年の25.4%から2001年49.5%に上昇した。2000年末、全国95%の農業の町（市、区、旗）が農村の初級衛生保健段階性目標を実現し、中国政府は国際社会に承諾したことを履行した。広大な農民の健康水準は著しく上昇し、1949年から2001年まで、全国農村の乳児死亡率は20%から3.38%に下がり、農村の妊産婦死亡率は1.5%から0.06%に下がった（表2）。伝染病発病率は20%を下回る0.19%に、農村人口の平均寿命は1949年の35歳から2000年の69.55歳まで上昇した。

1965年に、集団経済を利用した農村初級医療衛生保健ネットワークを形成した。1965—1979年に農村衛生事業は大きく発展をし、1969年以降、合作医療は発展段階に入る。1978年には、全国には“はだしの医者（農業しながら医業をする）”が4,777,469人居て、衛生員1,666,107人がいる。1975年に、全国医療衛生機構のベッド数は159.82になった。1949年前の国民党時代、中

表1 1歳児ワクチン接種注射率（%）

	1990年	1995年	2000年	2001年	2002年
BCG	96.0	92.0	97.8	97.6	98.0
DPT	95.0	92.0	97.9	98.3	98.2
OPV	96.0	94.0	98.0	98.3	98.4
MV	95.0	93.0	97.4	97.7	97.9

（出所）衛生部『2003年中国衛生統計提要』

中国農村における基礎医療保障制度について

表2 妊産婦及び児童死亡率

	合 計		都 市		農 村	
	2000年	2001年	2000年	2001年	2000年	2001年
妊産婦死亡率(1/10万)	53.0	50.2	29.3	33.1	69.6	61.9
新生児死亡率(‰)	22.8	21.4	9.5	10.6	25.8	23.9
乳児死亡率(‰)	32.2	30.0	11.8	13.6	37.0	33.8
5歳以下児童死亡率(‰)	39.7	35.9	13.8	16.3	45.7	40.4

国人民の健康水準は全世界の最も低いランクに属したが、70年代末には、中国はすでに最も全面的医療保障制度を有する国の一になつた。

4. 中国農村基本医療システムの進歩の再考

80年代に，“家庭連産請負責任制”は中国農村に全面的に広がり、1985年に農村合作医療のカバー率は急に5%まで下がった。80年代末、全国で“合作医療は主に上海と蘇南地区にしか残れない”という現状にあったが、90年代初期に転機があった。当時の総理、李鵬氏は中国政府を代表して国際保健機構（WHO）に対し、2000年までに中国に全面的に農村初級衛生保健を実施する確約を行つた。この確約を守るために、政府は農村の合作医療制度を回復しようとしている。したがつて、農村合作医療体系は復活するかに思われた。しかし、この回復が始まってまもなく、農業部は農民負担を軽減するためとして、目標を達成する運動を中止した。合作医療を含め資金収集が強行的に停止されることになった。結果的に農村合作医療の復活は再び“希望”になった。しかも経済が発達している浙江省でさえ1993年の農村合作医療カバー率は18%までしか上昇しなかつた。1997年1月に、中共中央、国務院は『衛生改革と発展に関する決定』を発布し、各地に“積極的に穏やかに合作医療制度を成育し改善する”ことを要求した。合作医療制度は再び“高潮”を形成した。しかし、過程は賑やかだったにもかかわらず、結果的にはそうでもなかつた。1997年末、合作医療のカバー率は全国行政村の17%しかなく、農村住民による合作医療の参加率は9.6%しかない。衛生部が1998年に行つ

た“第2回国家衛生サービスにおける調査”は、同様に全国農村住民中のある程度医療保障を受ける人口が12.56%しかなく、そのうち合作医療比率は6.5%であった（表3）。

1997年以後、農民の負担を軽減し、農民収入を増やすことが農村の“第一”になる。1990年代に入って、このような“市場化改革”の中、農民はさらに非理化された。

1997から2001年において、全国農民衛生総支出はおよそ全国衛生総費用の16%である（表5）。

20%を占める都市の人口は80%の医療資源と施設を占用し、80%を占める農村人口は20%の医療資源と施設を利用する。農民は再び“発展中の落とし穴”に陥った。都市と農村の差は都市と農村住民収入水準の差に現れ、都市と農村住民の“生命の価格”にも現れる。そのうえ、この都市と農村の格差は拡大することを続けた。表6で示すように、1995年の都市住民一人当たりの医療費用は農村の住民一人当たりの医療費用の2.6倍になっている。2001年にはそれが3.6倍になった。

2000年6月に、国際保健機構（WHO）は、世界中191構成国の国家衛生系

表3 1998年城乡居民医疗保障方式 (%)
Medical Secure System in 1998 (%)

医疗保障方式	合计 Total	城市 Urban	农村 Rural
公費医疗 Government	4.9	16.0	1.2
劳保医疗 Labor Insurance	6.2	22.9	0.5
半劳保医疗 Partial Labor Insurance	1.6	5.8	0.2
医疗保险 Medical Insurance	1.9	3.3	1.4
统筹医疗 Socialized Fund	0.4	1.4	0.0
合作医疗 Cooperative Insurance	5.6	2.7	6.6
自费医疗 Self Payment	76.4	44.1	87.3
其它 Others	3.0	3.7	2.8

（出所）衛生部衛生統計情報センター『第2回国家衛生サービスにおける調査分析報告』1999年6月30日配布。

中国農村における基礎医療保障制度について

表4 1995—2000年中国衛生支出
(単位: 億人民元)

項目	年度	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年
衛 生 総 費 用	2257.8	2857.2	3384.9	3776.5	4178.6	4764.0	
政府予算衛生支出	383.1	461.0	522.1	587.2	640.9	709.5	
社会衛生支出	739.7	844.4	937.7	1006.0	1064.6	1167.7	
個人衛生支出	1135.0	1551.8	1925.1	2183.3	2473.1	2886.7	
政府予算衛生支出が衛生総費用に占める比率(%)	17.0	16.1	15.4	15.5	15.3	14.9	
個人衛生支出が衛生総費用に占める比率(%)	50.3	54.3	56.9	57.8	59.2	60.6	

(出所)『中国統計年鑑』(2002年) 中国統計出版社2002年版 p784をもとに加筆を行った

表5 中国農民の衛生支出 (1997—2001年)

項目	年度	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
衛 生 総 費 用 (億人民元)	3384.9	3376.5	4178.6	4764.0	5150.3	
農 民 衛 生 総 支 出 (億人民元)	555.56	598.70	615.28	809.35	827.45	
農民衛生総支出が衛生総費用を占める比率(%)	16.41	15.85	14.72	17.37	16.06	

(出所)『中国統計年鑑』1998—2002年各巻をもとに加筆を行った

統の業績を評価し、これらの国家の衛生績効を順位付けた。驚くべき結果として、中国は“財務負担の公平性”において、ネパール、ベトナムに続く188位であり、後ろから数えて第4位として、ブラジル、ビルマ、シェラレオネなどと一緒に最後に名を並べている。衛生系統“財務負担”において最も不公平な国家になった。都市と農村の“生命価格格差”政策はその最も主要な原因である。

表6 衛生支出の都市と農村との差

項目	年	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001
衛生事業費 (億人民元)		79.5	163.3	209.2	225.1	235.6	272.2	313.5
衛生事業費が財政支出を占める比率(%)		2.30	2.39	2.27	2.08	1.79	1.71	1.66
都市住民一人当たり医療費(人民元)		25.7	110.1	179.7	205.2	245.6	318.1	343.3
農村住民一人当たり医療費(人民元)		—	42.5	62.5	68.1	70.0	87.6	96.6
都市住民一人当たり医療費と農村住民一人当たり医療費の倍率		—	2.6	2.9	3.7	3.5	3.6	3.6

(注) 衛生的事業費は漢方医学事業費、衛生科研費と医学教育費を含まない

(出所) 『中国統計年鑑』をもとに加筆を行った

表7 農村住民入院必要であり、入院しなかった比率および原因

単位：%

一九九八年 全国衛生 サービス 調査	未受診の 原因 調査地区	二週間罹患 未受診率	自己判断で 入院の必要 がない	入院する 時間がない	経済の原因	病院のサー ビスよくな いため入院 したくない	ペットの 確保が困難	その他の 原因
	全国合計	38.45	20.16	5.26	62.71	0.41	0.35	11.10
	農村合計	33.16	19.93	5.61	63.69	0.44	0.13	10.21
	一類農村	32.48	18.10	6.33	63.80	0.68	0.00	11.09
	二類農村	32.15	28.02	6.73	54.12	0.41	0.27	10.44
	三類農村	34.58	15.48	4.86	70.26	0.30	0.15	8.95
	四類農村	32.43	15.20	4.19	69.38	0.44	0.00	10.79
	1985年農村調査	23.7	25.9	0	55.9	5.9	8.1	4.2

(出所) 1998年のデータは『第2回国家衛生サービスにおける調査分析報告』衛生部衛生統計センター1999年6月30日配布。1985年のデータは王延中「國家が農村医療衛生保障における作用を試論する」『戦略と管理』2001年第3期

5. 中国農村基本的医療保障体系の分析

上記の農村基本的医療保障に対し、衛生経済学の3つの方法を用いて、農村衛生管理の経済分析を行う。

5. 1 衛生総費用の按分法

衛生総費用の按分法は、衛生費用必要総額を、各部分の費用の経済的用途で按分にする。都市と農村衛生総費用をそれぞれ算出する方法で、農村衛生総費用を直接費用と間接費用の二つに分ける。直接費用は農村住民の個人的な衛生支出、郷鎮企業職員医療衛生費、農村合作医療経費、郷の統一集金、村集団の提留基金であり、農村計画生育と農村医者補助などの費用を含む。間接費用は衛生費（医事業費）、医学科研費、薬品監督管理費、予算内の基本建設投資、衛生行政管理費、計画生育事業費などの政府公衆衛生費用、および衛生的予算外の基本建設支出、個人開業医の開業投資などの社会衛生費用である。この費用は都市と農村人口の比率で按分される。都市と農村間接衛生費用と農村衛生的総費用を算出し、農村直接衛生費用と農村住民の按分間接衛生費用になる（表8）。

農業人口比率が高いために、人口によって単純に公衆衛生費用を配分すると、農村衛生総費用が大きく算出される恐れがある。衛生費用収集総額において、住民の現金支出は60%より多く、社会衛生支出は24%を占め、政府公

表8 中国農村衛生費用

単位：億人民元

	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
農村衛生費用按分総額	1800.59	1913.7	2010.53	2328.16	2520.79
1. 直接費用	1311.31	1363.93	1482.63	1653.3	1718.72
農村集団経済衛生支出	131.07	132.58	149.74	161.7	168.47
農村住民個人現金衛生支出	1180.24	1231.35	1332.89	1491.6	1550.25
2. 間接費用	489.28	549.77	527.9	674.86	802.07

衆衛生費用は16%を占める。84%近くの衛生総費用は基本的に都市と農村の衛生費用である。16%の公衆衛生費用は人口で按分することで農村衛生費用のかたよりは小さくなると考えられる。

次で、按分法の欠点を補い、住民家庭集金負担を推計する。

5. 2 住民家庭集金負担の推計

住民家庭集金負担推計法は衛生集金の視点から、住民調査による農村住民家庭収支データに基づき、農村衛生総費を推計する方法である。農民家庭の衛生に対する貢献の程度がわかる。農民家庭の衛生的支出は4項目で構成される。(1)直接的現金支払い。農民家庭が衛生サービスを利用する場合に、個人の収入から医療衛生費を支払う。(2)社会保障衛生支出。国家政策規定に基づき、会社と個人が一定の比例で払い込みをする社会医療保険料である。(3)商業的な健康保険支出。任意で加入する各商業健康保険で納める保険料である。(4)政府税収で賄う衛生的支出。主に住民が納付した直接税と間接税である。直接税は個人所得税、農業税とその他の税金などである。間接税は農民が商品を買う時に、国家に納める付加価値税や消費税などの税金である。各税は国家財政収入になり、国が財政支出方式によって一部の税金を衛生分野に交付し、衛生的事業費、漢方医学事業費などの政府公共費用に変わる。農村住民収支推計は農村住民個人現金衛生的支出、社会保障の衛生的支出と政府予算の公衆衛生支出を含み、社会の他の衛生的費用を算入し、農村衛生費用総額になる(表9)。

1998年に、中国農村の衛生費用総額は172,728億人民元になり、2002年には228,988億人民元になっている。資金構成から見ると、政府の衛生支出は17%を占め、農村住民の個人的な現金支出は67%，農村医療保険基金は6%を占める。他の社会衛生支出は9%を占め、農村衛生的総費用は一人当たり18,974人民元から25,358人民元に上昇している。都市と農村を比較すると、都市一人当たり衛生費用は全国平均水準の2倍以上であり、農村は全国水準の60%で、都市の30%に過ぎない。

中国農村における基礎医療保障制度について

表9 農村衛生費用総額

単位：%，億人民元

項目	年度	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
農村衛生費用集金総額(億人民元)		1727.28	1813.05	1916.82	2180.05	2289.88
1. 政府衛生集金(億人民元)	320.84	337.12	361.01	389.3	390.7	
比率 (%)	18.57	18.59	18.83	17.86	17.06	
2. 農村住民個人現金衛生支出(億人民元)	1180.24	1231.35	1332.89	1491.6	1550.25	
比率 (%)	68.33	67.92	69.54	68.42	67.70	
3. 農村医療衛生集金(億人民元)	98.23	101.51	120.67	132.04	140.97	
比率 (%)	5.69	5.60	6.30	6.06	6.16	
4. 社会ほか衛生支出(億人民元)	127.97	143.07	102.25	167.11	207.96	
比率 (%)	7.41	7.89	5.33	7.67	9.08	
農村一人当たり衛生費用(人民元)	189.74	198.89	209.66	238.97	253.58	
都市一人当たり衛生費用(人民元)	640.55	715.21	827.87	857.15	971.75	
全国一人当たり衛生費用(人民元)	294.86	321.78	361.88	393.8	442.55	
都市：全国	2.17	2.22	2.29	2.18	2.20	
農村：全国	0.64	0.62	0.58	0.61	0.57	

5. 3 住民衛生サービス利用の推計

ここでは住民の受益するレベルから農村住民が受ける政府の衛生助成金に基づき、農村社会衛生的資金と農村住民的な現金支払いを入れ、衛生費用を一括推算し、農村衛生的資金が利用程度を反映する（表10）。

衛生サービス利用という視点からは、1998-2002年の間に、農村衛生費用は171,987億人民元から242,554億人民元に上昇し、農村一人当たりの衛生的総費用は18,893人民元から26,861人民元になり、7,968人民元上昇した。これは、都市と全国の平均値より低い。全国一人当たりの衛生的総費用は14,769人民元に上昇し、都市の一人当たりの衛生的総費用は28,995人民元上昇した。

政府の衛生的資金投入を推計では、2つの方法を使用し、政府資金投入と

表10 中国農村衛生費用受益総額

単位：億人民元

項目	年度	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
農村衛生費受益総額		1719.87	1823.41	1914.49	2240.15	2425.55
1. 政府の農村住民衛生経費		228.95	248.70	272.49	326.14	354.40
2. 農村の社会衛生投入		310.68	343.36	309.11	422.41	520.90
農村集団衛生支出		131.07	132.58	149.74	161.79	168.48
農村以外の社会衛生支出		179.61	210.78	159.37	260.62	352.42
3. 農村住民個人現金支出		1180.24	1231.35	1332.89	1491.60	1550.25

表11 中国農村衛生総費用推計結果

単位：億人民元

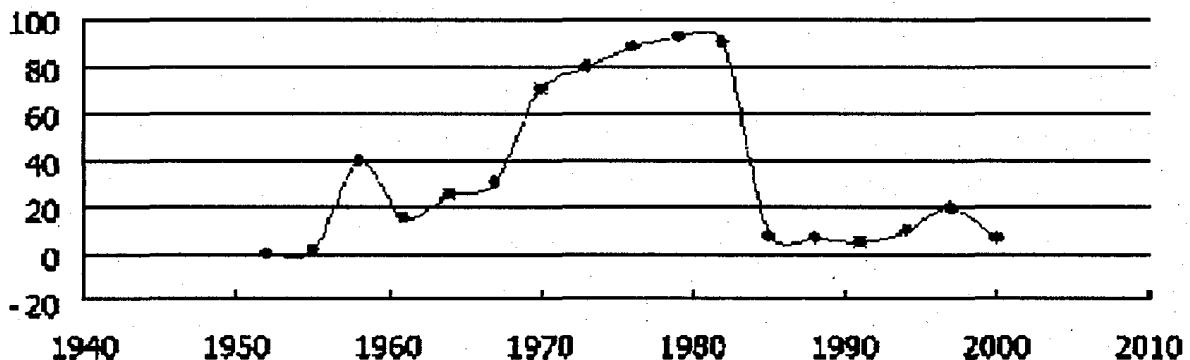
項目	年度	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年
農村衛生費用按分総額		1800.59	1913.7	2010.53	2328.16	2520.79
農村衛生費用集金総額		1727.28	1813.05	1916.82	2180.05	2289.88
農村衛生費用機構流れ総額		1579.38	1675.56	1705.79	2032.47	2202.31
農村衛生費用住民受益総額		1719.87	1823.41	1914.49	2240.15	2425.55

住民受益という2つの視点から政府の農村衛生的補助金を分析した。ここでは、同様に、政府農村衛生機構を用いて推計する。農村の社会衛生的資金投入、農村住民の個人現金支払い、農村の衛生的総費用を推計した（表11）。

上記の推計結果は、異なる視点で農村の衛生的総費用を評価したものである。各々の結果に差があるが、しかし、基本的に同じ傾向を示している（表11）。一人当たりで見ると、4つの推算結果は一致し、農村の一人当たりの衛生的総費用は全国水準の60%，都市一人当たりの30%しかない。これは1998-2002の医療衛生費用の推計結果を参考にしている。農村の衛生的資源の全体的水準は全国より低く、農村個人の医療費用負担比率は高く、政府財政の投入は少な過ぎると考えられる。各級政府は農村衛生事業を重視すべきであり、資金投入を増やし、農村の医療保健集金メカニズムを改善し、農村の衛生事業の発展、特に基礎医療保障を促進し、農民の健康水準の向上を図るべ

中国農村における基礎医療保障制度について
きである。

図1 農村合作医療発展傾向図



(出所) 王延中「國家が農村医療衛生保障における作用を試論する」『戦略と管理』
2001年第3期。

6. おわりに

6. 1 都市と農村に等しく医療保健制度を設立すべきである

中国農村の基本的医療保障制度の分析からは、都市と農村の格差を解消できる医療保障体系を設立すべきであると考えられる。新たな農村医療保障制度は市場経済体制と適合すべきであり、農村経済の発展に適応し、農民の実際の願望と要求に応えなければならない。農村に医療保険制度を設ける時，“制度は先行し、徐々に推進し、政府が支持する”という原則に従うべきである。政府は農村医療保険の実施法と管理法及び細則を制定すべきである。ただ、各農村地区の医療保障制度を“同じパターン”にする必要はない。現地の経済発展に基づき、地域の実情にふさわしい農村医療保険制度を設立し、農村住民の健康への要求を満足させるべきである。

6. 2 現段階の中国の発展状況に基づき、序々に改善させる

未発展農村地区においては、特に貧困地区では、合作医療保険制度を推進し改善すべきである。先進農村地区や中等先進農村地区においては、重病医療保険制度必要である。そして、保険基金を科学的に管理して、重病医療保険制度を保障しなければならない。

公営民管による制度改革を行うことで、農村衛生的事業の公益性と農民基本医療への要求を満足することができる。

さらに、公営民管は農村の衛生的資源を保護でき、国有・集団資産の流失を防止できる。

新型合作医療の融資体制を改革は、現代農業建設を促進させる。

さらに、農民の基本医療への要求を満たすべきである。農民が伝染病・地方病のせいで、生活が貧しくなり、あるいは貧しい生活に戻るという問題を解決することが合作医療制度成功の鍵である。そのためには、新型合作医療は新たな政策を打ち出す必要がある。

参考文献

衛生部『2003年中国衛星統計提要』

衛生部『第2回国家衛生サービスにおける調査分析報告』(1999)

『中国統計年鑑』(各年版)

王延中「國家が農村医療衛生保障における作用を討論する」『戦略と管理』(2001)