Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2026-07-15

中国が抱える高齢化と医療の問題 ー維持可能な医療保険制度の構築に向けて

張, 帆

(Degree)
博士（法学）

(Date of Degree)
2023-03-25

(Date of Publication)
2025-03-25

(Resource Type)
doctoral thesis

(Report Number)
甲第8549号

(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/0100482297

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。

博 士 学 位 論 文

論 文 題 目

中国が抱える高齢化と医療の問題−維持可能な医療保険制度の構築に向けて

神戸大学大学院法学研究科

専攻:法学政治学専攻

指導教員:関根　由紀

学籍番号:160J058J

氏名:張　帆

提出年月日:2023年1月10日

要旨

中国はこの数十年の間の経済の高度成長に伴い、国民の生活水準は大きく改善された。そして医療技術の進歩により平均寿命は延び、人口の高齢化が進行している。また、1970 年代から導入された「計画生育政策」（いわゆる「一人っ子政策」）の影響により出生率は低下し、核家族が増えて少子高齢化も同時並行的に進んでおり、高齢者の生活保障のための制度整備が喫緊の課題となっている。

70 年代後半～90 年代初頭の「改革開放政策」は、「先富論」の下で一部の人と地区が先に豊かになり、他の地区の発展を支援し、次第に共同で豊かになるためにまずは国家資源、技術、医療施設や人材などを経済発展に有利な東部沿岸部に集中させた。その結果、沿岸部の都市化は進み、都市住民の所得も上昇し、経済は飛躍的な発展を遂げた一方で中西部内陸部の農村部の経済発展は相対的に遅れ、地域間及び都市・農村間の経済的格差が拡大した。こうして、都市部は経済発展による少子高齢化が進み、反対に農村部は若い労働力が出稼ぎによって流出して過疎化し、違った形態での高齢化が進んだ。

このような状況を背景に、高齢期の生活や、これを支える社会保障の現状に対し国民の不安が高まっており、特に医療・介護に関する今後の在り方の検討が、中国政府にとっても非常に重要な政策課題として捉えられるようになった。

日本は中国よりも 30 年以上早期に高齢化社会となり、今日では高齢化率 28.8%と世界で最も進行し、社会保障の面で深刻な課題に直面する一方で、日本が高齢先進国として高い医療保障の水準を達成していることをも表している。日本では高齢者医療制度の実施の検討を早期に開始し、国民医療費の公平負担、医療保険財政の健全化、医療と介護の連携など様々な問題点を検討し、様々な改革を行なってきた。日本と中国の間には、文化的な相似性が高い面もある一方で経済や社会の構造で大きく異なる点もあるが、このような日本の高齢化への対策や経験の中には、中国にとって大きな参考的価値を持つ示唆も多く含まれる。

本論文は以下の構成により、中国の医療制度が、経済成長と共に発展し高齢化が進む今日に至るまで直面し、対応してきた課題を紹介し、分析を加えた上で、今後近い将来において予想される課題、それらの検討において留意すべき点について分析する。分析にあたっては日本の医療制度、特に高齢者医療および介護支援に関わる制度の発展の特徴から中国にとって特に重要な示唆が含まれる部分に着目し政策的提案を行っている。

まず第一章で、中国の医療制度の創設の背景、経緯から今日に至る改革内容を含め、中国における現行医療保険制度の今日的課題と解決の道筋について検討した。中国の医療保険制度は、経済体制の改革により計画経済体制期間の医療保険制度（1951 年～1978 年）、社会主義市場経済体制期間の医療保険制度（1978 年～）の二つの段階的な発展に分けて紹介し、総合的な評価を行なった。

続いて、第二章では、超高齢化社会の先駆者としての日本における高齢者医療制度の設立の経緯と発展、制度改正、特に老人保健制度から後期高齢者医療制度に至る経緯を検討し、併せて介護保険制度の創設と医療との連携について検討した。近い将来に中国が直面する高齢化社会における医療保障のあり方、財政負担や財源確保、介護体制の充足の課題に照らし、これらを分析、検討した。

第三章では、今後の中国の全土において国民が安心して暮らせるような高齢化社会を目指すべく医療制度の改善に向けた改革について、第一章、第二章の分析に基づき検討をし、更に中国の特色に着目して政策的提言を行う。具体的には、都市と農村部の一元化型の医療保険制度の構築、長期安定型の財政運営、疾病予防、医療と介護の連携、包括ケアシステムの構築を推奨する。特に日本の経験から得られる示唆として、医療、予防、介護の連携に関する包括ケア制度の在り方を重要視しており、中国での導入可能性について模索する。この他、医療・介護保険の財政運営に関して、所得に応じた応能負担の導入、公費負担のさらなる投入、各保険者間および地域間の財政調整、課税の累進性の強化なども有効な政策として導入、あるいは強化を提案する。中国で既に実施されている予防と医療の一体化、介護事業の推進についてはそれを評価し、日本でも同様な取組が実施されていることから経験値としての有効性を指摘している。

最終章では、結論として中国が抱える大きな課題としての医療格差の縮小、法の整備、費用負担の公平性、保険給付の充実、医療費の自己負担の軽減、応能負担による所得再分配や富の再分配など、今日的課題を整理し、日本で実施された高齢者医療制度の展開や検討の経験から得られる示唆を再確認した上で、中国の経済社会構造、高齢化の特徴、経済的格差、人口規模や高齢者の収入状況などの特徴を十分に考慮した際に望ましい医療保障の姿として、介護と福祉の増進、中国全土に及ぶ公平、適切、且つ良質な医療、保健・介護サービスの提供と、それを実現する包括的医療制度の構築を目指した提言を行い、今後も更に他国、他制度も含めた、より総合的な観点から研究を進めたいとの希望を表明することで締めくくった。

中国が抱える高齢化と医療の問題–維持可能な医療保険制度の構築に向けて

目次

序章 4

Ⅰ． 背景 4
Ⅱ． 本論文の目的 8

第一章　中国版「国民皆保険」の「虚」と「実」～医療格差の実態から 12

Ⅰ． 中国版「国民皆保険」の原点～計画経済体制期間の医療保険制度 15
Ⅰ.1. 背景 15
Ⅰ.2. 近代中国社会保障制度の先駆～「都市職員労働保険制度」 16
Ⅰ.3. 国家による無料医療～「公費医療保険制度」 18
Ⅰ.4. 「二元化社会」と共に誕生した農村部の「共済医療」 19
Ⅰ.5. 農村部に関する医療制度 21
Ⅰ.6. 小結 23
Ⅱ． 経済格差の拡大がもたらす課題とその克服～社会主義市場経済体制期間の医療保険制度から 24
Ⅱ.1. 背景 24
Ⅱ.2. 医療保険制度における改革の先駆者～「両江モデル」 28
Ⅱ.3. 新しい医療保険～都市部被用者医療保険の誕生 29
Ⅱ.4. 農村部における新しい医療改革～「新農村合作医療制度」 36
Ⅱ.5. 「都市部住民基本医療保険制度」の創設～中国版「国民皆保険」に向けた取り組み 41
Ⅱ.6. 民間医療保険の導入～「湛江モデル」の誕生 46
Ⅱ.7. 公私医療の合作～「大病保険」の導入 49
Ⅱ.8. さらなる進化～「都市・農村住民基本医療保険」の統一 53
Ⅲ． 中国における高齢化社会が抱える医療保険の課題～格差の存在が医療制度に

及ぼす影響 58
Ⅲ.1. 中国における高齢化の特徴 58
Ⅲ.2. 地方分権による地方政策の多様化 66
Ⅲ.3. 高齢者医療の公平性と財源の確保 67
Ⅲ.4. 小結 70

第二章 超高齢化社会への道～先駆者日本の医療制度の分析 71

Ⅰ. 日本における国民皆保険の整備 72
Ⅰ.1. 1930 年代の農村の医療事情から国保法制定まで 72
Ⅰ.2. 中国への示唆：公平性、負担軽減、加入方式 74
Ⅱ. 高齢者医療制度の改革 80
Ⅱ.1. 老人福祉法改正 81
Ⅱ.2. 問題点 82
Ⅲ. 包括医療の導入～老人保健制度の開始（1983 年） 83
Ⅲ.1 老人保健制度の概要 83
Ⅲ.2. 予防の観点から 86
Ⅳ. 医療と介護の連携～介護保険制度の創設 90
Ⅳ.1. 背景 91
Ⅳ.2. 介護保険制度の概要と特徴 93
Ⅳ.3. 小結 100
Ⅴ. 現行の高齢者医療制度～独立した「後期高齢者医療制度」の誕生 102
Ⅴ.1. 2000 年代初頭の医療制度改革（概要と分析） 102
Ⅴ.2. 後期高齢者医療制度の創設 105
Ⅴ.3. 後期高齢者医療制度の概要 107
Ⅵ. 今後の課題～全世代対応型の社会保障制度の構築へ 116
Ⅶ. 小結 124

第三章 中国における高齢社会の未来の姿～維持可能な医療保険制度の構築へ 124

Ⅰ. 一元化型の医療保険制度の構築 126
Ⅱ. 財源の長期的な確保 129
Ⅱ.1. 所得に応じた応能負担の投入 130

Ⅱ.2.　公費負担のさらなる増加と各保険者間の財政調整 132
Ⅱ.3.　中国の特色の活用 134
Ⅲ.　医療と予防の一体化 137
Ⅲ.1.　新たな医療改革の始まり～「健康中国計画」の実施 137
Ⅲ.2.　さらなる目標～「健康中国 2030」へ 139
Ⅲ.3.　「健康中国」の行方～医療と予防の一体化へ 143
Ⅳ.　医療と介護の連携 146
Ⅳ.1.　中国における介護保険制度の現状 147
Ⅳ.2.　実験中の「介護保険制度」について 151

結語 155

参考文献 156

中国が抱える高齢化と医療の問題−維持可能な医療保険制度の構築に向けて

序章

Ⅰ． 背景

現在中国における公的医療保険制度は、戸籍の違い（都市戸籍、農村戸籍）と就業の形態によって、都市部におけるすべての都市戸籍を有する被用者及び公務員等が対象となる「都市部被用者医療保険制度」（農村部戸籍の被用者や自営業者であっても、各省・自治区・直轄市の地方政府の判断により、都市部被用者医療保険に加入することが可能である）と、それ以外の高齢者、子供、農民など非被用者が加入できる「都市・農村住民基本医療保険」の二本立て構造を基礎として構築されている。

中国国家統計局の『中国統計年鑑 2021』のデータにより、2020 年までに、全国で都市部被用者医療保険の加入者は約 3.45 億人、都市・農村住民基本医療保険の加入者は約 10.17 億人であった。すなわち、両制度合わせて、全国で約 13.61 億人が公的医療保険に加入していることとなり、加入率は約 96%となっている[1]。このような加入率の高さの観点から、医療の面で中国版「国民皆保険」の実現に向けての初歩的な構造が少なくとも構築できており、公的医療保険制度の整備が実際に進められていることが見てとれる。

しかし、この中国版「国民皆保険」には未だ「低水準、広範囲」（いわゆる対

[1] 国家统计局『中国统计年鉴 2021』中国统计出版社（2021 年）

象者範囲が広いが、医療給付の水準が低いである）という特徴があり、保険対象の範囲に関しては、確かに「国民皆保険」に近づいてはいるが、保険給付の水準や必要な医療サービスへのアクセスなど実質的な保障の整備に関してはまだまだ先は遥か遠く必要水準に達していないと言わざるを得ない。また、「都市部被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険」に関しても、保険料や給付内容などに関する医療の公平性、財源の確保、高額な医療費の限度額、医療費負担の軽減などの課題が依然として多数、残されている。その中でも、特に都市部と農村部の間の経済的格差、各地域間の経済的格差が医療の公平性に及ぼす影響に関する指摘もなされている[2]。

現在の状況の背景には、中国で医療保険を発展させる段階で、既存の社会保険をできるだけ維持しつつ、これの対象外の者を含める新たな保険制度を設けることによって国民皆保険体制を迅速に構築しようと試みた事情が存在するが、その結果として、安定的かつ高い収入の「低リスク集団」（都市部被用者）と、不安定かつ低所得の「高リスク集団」（農民、非被用者など）がそれぞれ別々の社会保険に加入する仕組みとなり、両者の保障水準に大きな格差が生じたとも指摘される[3]。この格差の問題の根底にはやはり、中国の経済発展と共に進められた都市化に伴い、都市部の医療制度を維持することが、農村部の医療制度の整備よりも優先された背景があろう。

特に中国では「改革開放政策」以来、一部の人と地域が先に豊かになることを奨励し、その後に他の人と地区の発展を支援、促進し、次第に共同的に豊かになることを前提にまずは国家資源、技術、医療施設や人材などを経済発展に有利な東部沿岸部に集中させた結果として、東部沿岸部の都市化が進み、都市部住民の所得は上昇して当該地域の経済は飛躍的な発展を遂げた一方、中西部内陸部及び農村部の経済発展は相対的に遅れをとり、地域間、及び都市部と農村部間の経済的格差が拡大した。医師や医療設備などの医療資源もまた、都市部に集中し、都市部の医療保障が大きく発展したこととは対照的に、農村部ではこれが後回しにされてしまい、医療整備が現在でも低水準のままであり、医療へのアクセスの面でも明確な格差が残されてしまった。

---

[2] 李蓮花『「市場」から「政府」へ－中国における「全民医療保障」政策の成果と課題－』「海外社会保障研究 Winter2014No.189」国立社会保障・人口問題研究所(2014 年)44 頁～56 頁

[3] 澤田ゆかり「社会保障制度の新たな課題－国民皆保険体制に内在する格差への対応－」大西康雄編『習近平政権の中国: 「調和」の次に来るもの 』情勢分析レポート No.20 アジア経済研究所（2013 年）137 頁～161 頁

これに対して、中国の現行医療制度は、いずれも貧困層の医療アクセスを促すものではなく、自己負担分が払えない貧困層は医療制度に加入してもそれを利用することが出来ないため、同制度は貧困層から富裕層への所得移転を引き起こしており、逆に医療を通じて貧困層から富裕層への所得の再分配がなされているという指摘がある[4]。

また、「現在の中国の医療保険制度は『すべての国民が加入する』皆保険を目指している反面、公平性を犠牲にしている側面もあると言わざるをえない。とくに所得の高い人が高い保険料を支払う余力があり、その結果高所得者は都市や農村を問わず、より高い医療サービス給付を受け取るという不公平を生み出す」、という中国の現行公的医療保険制度の公平性に関する指摘がなされている[5]。筆者は、この指摘は保険制度の公平性の問題というよりは、むしろ医療へのアクセスの平等の観点からの問題、つまり医療体制における格差の問題と理解するが、公的医療保険制度全体で見た時に格差があってはならないという「広い意味での公平性」の観点からの指摘と理解することもできる。

高齢化の加速は世界中で各国が直面する共通の課題であり、中国も急速に高齢化が進んでいる。「改革開放政策」に伴い、この数十年の間に中国における社会と経済の高度成長に伴い、国民の生活水準は大きく改善された。まずは医療技術の進歩により、平均寿命は延び、高齢者の数は増え続けている。また 1970 年代から導入された「計画生育政策」（いわゆる「一人っ子政策」（1979）、およびそれに続く「二人っ子政策」（2015）、「三人目まで認める政策」（2021））の影響もあって、出生率は低下し、核家族が増え、少子化も同時並行的に進んでいる。また、多くの農村部の若年労働者はより良い収入を得るため、農村部から都市部へ移動し、その結果、高齢者と子供だけが農村に残され、高齢者が青年層、壮年層に代わって農業だけではなく、家事や子どもたちの世話などもすることとなり、過疎化も深刻な状況となっている。

中国国家統計局が 2021 年 5 月 11 日に公布した「第七回全国人口普査公報」により、2020 年 11 月 1 日時点では、中国の 60 歳以上の人口は 2 億 6,402 万人となり、総人口の 18.7%を占めた。そのうち、65 歳以上の人口は 1 億 9,064 万

[4] 三浦有史「中国の医療格差と医療制度改革要旨－経済成長の持続性を問う－」環太平洋ビジネス情報 Vol.9No.33（2009 年）32 頁～33 頁

[5] 塔林図雅「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担」『生命保険論集』第 182 号（2013 年）146 頁

人、総人口の 13.5%に達した[6]。また中国の場合、人口の基数が多いために、高齢化が急速に進むのみならず、高齢者人口の規模も非常に大きい。国家高齢化対応戦略研究センータの予測では、中国の高齢化は 2024 年に 20%を超え、2039 年までに 30%に達し、そして 2053 年には 34.9%まで増え、60 歳以上の高齢者の数は 4.87 億人に達するとの推計がなされている[7]。

現在、高齢者の医療保険制度は現役世代と同様の仕組みであり、戸籍と就業の形態および保険料の納付年限などの要件に基づいて、対象となる医療保険（「都市部被用者医療保険」または「都市部・農村部基本住民医療保険」）が定められている。「都市部被用者医療保険」は年金の考え方を採用し、一定年齢まで保険料を負担した後は、その後の保険料負担をなくす仕組みを採っている。具体的には、中国の法定定年退職年齢は、男性が 60 歳、女性が 55 歳であり、被用者医療保険に加入していた者は、定年退職者後、一定の加入歴（この要件は地方により異なるが 20 年～30 年とかなり長期の加入歴が要件となる）がある場合、定年後は保険料負担なく、継続して当該医療保険による給付を受けることができる。一方、「都市部・農村部基本住民医療保険制度」に加入している場合には、年齢や医療保険料の加入歴による保険料免除の考え方は採用されておらず、高齢になってからも引き続き保険料を負担し続けなければならないこととなっているところにも、格差の要因が存在する。

高齢化の進行を背景に、このような高齢者に対する社会保障の現状に対して、特に被用者以外の国民の間で受診の際の費用負担に関する不安が解消されておらず、老後生活に関する大きな不安材料となっている。

すなわち、今後中国において高齢化が更に進展した時に現在の医療制度のままでは、十分な医療保障のない高齢者が大量に生まれることとなり、公的医療保障の面からも不公平な状況が維持ないし拡大するのみならず、国民全体の医療費に対する長期的な財源の確保が困難になるなど、現在先進諸国が直面しているのと同様の問題を抱えることとなるのは明らかであり、これらの問題に現段階から取り組み、必要な改革を行うことにより、将来に向けて高齢者も含め中国の全土において人々が安心して暮らせるための医療制度の構築を目指すことが、もはや急務となっている。

---

[6] 国家统计局「第七次全国人口普查公报（第五号）—人口年龄构成情况」（2021 年）

[7] 国家应对人口老龄化战略研究总课题组『国家应对人口老龄化战略研究总报告』华龄出版社（2014 年）190 頁～193 頁

Ⅱ． 本論文の目的

中国においては、近年、人口高齢化が急速に進展しているが、高齢者の医療の確保に関する研究は未だ量的にも質的にも不足している。また先行研究には、その対象を、医療費の財源調達の方法や財政調整、高齢者の医療保険制度の設立の適否といった一つの論点に絞って論じる傾向が見られ、例えば医療と介護の連携や、生活習慣病の予防保健も含めたより広い観点からの医療の提供体制や、日本で行われているような、広く生活支援も含めた総合的な支援体制の検討や、租税等の公費負担と保険料の負担割合や、地域間財政調整、全世代的な費用負担の公平性を総合的かつ複眼的な観点から議論する視点がなお不足していると思われる。

例えば、都市部被用者保険は、その設置された各種医療給付基準は人々の経済的負担のみを考慮して設計されたものであり、各年齢層の医療需要の違いを考慮しておらず、特に高齢者に特殊な配慮を与えていないという指摘がある[8]。

また、高齢者の医療保険制度の設立について、国の財政難、高齢者層の規模や高齢者の経済力などの財政的な課題、または低所得高齢者の基本的な医療サービスを優先的に保障するということを考慮した上で、日本の「後期高齢者医療制度」のような公費が主な財源となる高齢者医療保険制度の設立が困難であるため、中国で高齢者医療保険制度を創設する際に、貧困高齢者の保険料を免除し、年金及び農業収入を有する高齢者からの保険料拠出金と公費負担を財源とする独立型の高齢者医療制度を構築するという提案[9]や、公費負担、現役世代の支援金及び高齢者の保険料という三者負担の形式を採用している独立方式の後期高齢者医療制度は、高齢者の医療問題を緩和することができ、中国における農村部と都市部の間の医療格差も是正できると考えられ、中国でも日本の後期高齢者医療制度のような医療保険制度を構築することが必要であるという意見もある[10]。

他方で、中国は、日本の後期高齢者医療制度が行う医療保険制度間の財政調整

---

[8] 黄海霞「对建立老年人医疗保险制度的设想」卫生经济研究（2005 年）22 頁～23 頁

[9] 徐林卉『医療保障政策の日中比較分析—中国農村部医療保障の健全化に向けて—』晃洋書房（2008 年）155 頁～161 頁

[10] 李宣「中国における高齢者医療制度の創設可能性：日本の高齢者医療制度の立法過程にみる再分配の視点」横浜法学会編（2013 年）横浜法学第 22 巻第 2 号 87 頁～125 頁

や高齢者医療費の現役世代と高齢者の公平負担の推進などを参考にし、各級地方政府（省・市・県など）の財政負担や補助金義務を法制化すること、または高齢者の保険料負担基準と保険給付水準を統一することを前提として、各医療保険制度間の合理的な財政調整方式を追求することによって、すべての高齢者が、病気にかかった時に必要な医療保険の給付を受けられることを確保すべきであるという主張も見られる[11]。

なお、これらの先行研究はいずれも、今後、急激に増加する高齢者の医療を、負担を抑えつつ公平に確保してゆくという観点から、日本における高齢者医療制度の構築の過程を参考としつつ、重要な指摘を行うものである。筆者も、中国における都市部と農村部間の医療格差を最大の問題点として捉え、これの解消を念頭にしつつ今後の高齢者医療問題の解消に向けての政策的課題を検討することが本論文の出発点となっていた。しかしながら、医療保険の財政的負担を担うのは、当然ながら、高齢者医療も含め、現役世代を中心とした国民連帯の仕組みを用いた全国民であることを徐々に認識するに至り、高齢化が進んだ社会において必要となる医療体制は、高齢者のみならず全世代を対象に公平性、医療費負担の軽減、長期的な財源の確保と維持可能な制度の構築を目指すべくものであるとの考えに至った。

本論文では、今後の中国において、高齢者だけではなく、子供、現役世代も広く含めて、安心して暮らせるような高齢化社会を目指すべく医療制度の改善に向けて、新たな財源の確保、介護との連携、予防医療の促進、地域行政における福祉の増進など、様々な観点から検討をした上で幾つかの政策的提言を行う。

人口の高齢化は、当然ながら日本のみならず先進諸国が総じて直面する今日的課題であり、世界において各国が自国の状況に応じて様々な政策的対応を採っている。従って筆者は、将来的には日本に留まらず、他の先進国での高齢者医療の問題についても研究を行いたいと考えている。とりわけ日本に先立ち介護保険制度を設立したドイツや、地域間での財政調整の仕組みについてはフランスについては今後、研究をしたいと考えている。

ただし日本は先進国の中で最も高齢化が進んでおり、後期高齢者医療制度などからも見られるように特に高齢化社会を念頭にした医療制度の検討が先進的であり、また高齢者の進展が急激であった点からも、同様に急速な高齢化に直面

---

[11] 李文静「高齢化背景下老年人医疗保险之立法因应—日本老年人医疗保险立法之考察」『比較法研究』中国政法大学比较法学研究院（2013 年）第 3 号 94 頁～103 頁

する中国にとって最も多くの示唆が含まれている。且つ日本の医療制度は、今日世界的にも高く評価される制度が維持運営され、国民福祉の向上と社会の安定に貢献してきた。その医療制度は、国民の生活と社会の安定にとって最も基本的で生命に直結する基盤として大きな役割を果たしており、国際的にも高い評価を受けている[12]。広井（1999）は、「後発国家における社会保障制度設計のあり方」という観点から、欧米先進諸国の経験にはない独特の意味を有するものとなっており、これまで国際的に指摘されてきた「日本の医療のパフォーマンスのよさ（低い医療費と高い健康指標）」を東アジアの国に対して、その肯定面・否定面いずれをも含めて、その基礎にある「経済発展と社会保障」という面にとって、示唆に富む参考例として位置づけられると主張した[13]。なお、日本はどういう形で高齢化の進化を経験し、そして高齢者医療問題を解決していくのかということは、今後同様の課題に直面せざるを得ない中国に対して成功例、もしくは「反面教師」である失敗例として重要な知恵の一つであり、参考になると思われる。

戦後日本の医療政策は、「量とアクセス」重視の医療政策、つまり「質は二の次でよいから、国民の誰もが安い値段で一定の医療サービスを受けられること」を目標にしてきた「途上国型の医療政策」であり、その基本的な制度的手段が国民皆保険という医療システムであった[14]。この医療政策は、中国の現行医療制度の現状、特に保障能力は限定的であり、保障水準はあくまで「基本的」なものである「都市・農村住民基本医療保険制度」と似ており、現段階の中国版「国民皆保険」の特徴と近い。

また、職域保険と地域保険という医療保険制度の仕組み、急速な高齢化、家族構造の変化や伝統的な文化などに関しても、両国の状況は似ており、日本における医療制度の構築および高齢化対策と経験などは中国にとって大きな参考的価値を持つと考えられるため、日本の医療保険制度の構築の背景や現行制度の問題点及び今後の改善動向などの経験から、中国における持続可能な医療保険制度の構築にどのような示唆が与えられるのかを探る先行研究がよく見られる。

日本は戦後の経済発展の段階で急速に人口が高齢化し、1980 年代以後の社会保障制度改革は、この高齢化の問題、特に年金や医療制度、介護に関わる制度の改革や整備に関わるものが中心的であったように見受けられる。特に急激な高

---

[12] 吉原健二、和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社（1999 年）526 頁

[13] 広井良典『日本の社会保障』岩波新書（1999 年）36 頁～37 頁

[14] 広井・前掲注 13）71 頁～72 頁

齢化が進むとともに、人口構造の変化、いわゆる後期高齢者人口の増加により、医療に加えて介護が必要な高齢者も増加し、医療と介護の連携の問題も生じている。

このような高齢化の結果として医療問題が大きな課題となっているが、医療保障は戦後の経済発展に伴い着実に整備、改善された。高齢化の加速にも 1990 年代から対策が講じられ、退職者医療制度、高齢者医療制度、介護保険の整備を実施してきている。

現在、日本の高齢者医療に伴う最大の問題は財源の確保であるが、これを解決するために、高齢期の医療の特性に合わせ、様々な検討が行われきた。なかでも 1983 年、老人保健制度から、高齢期の医療の特性に基づき、高齢者の医療をより効率的に、かつ高水準に提供する方法を模索してきた。

日本では高齢化社会となると同時に高齢者医療制度の実施の検討を開始し、高齢者医療費の公平負担、高齢者医療保険財政の確保、医療と介護の連携性など様々な問題点を検討した結果、老人保健制度、退職者医療制度、介護保険制度、後期高齢者医療制度などの医療改革が行われてきた。また、少子高齢化の進展によって、後期高齢者支援金の急増が見込まれている中で、現役世代の負担の上昇を抑制し、世代間及び世代内の公平な負担や給付の伸びを適正化するなどを考慮しつつ、全ての世代が公平に支え合う「全世代対応型の社会保障制度」を構築する総合的な改革も行っている。

本論文では、日本が第二次世界大戦以後から行ってきた医療保障政策の進展を、特に超高齢化社会と言われる今日に至るまでの高齢化に対応した改正を中心として、それに基づいて日本の特徴を描き出し、日本と中国の相違点も念頭に置きつつ、日本が採用している政策や制度設計からどのような側面が今後の中国において参考となり得るかを探って、適切な対応策を検討することで、新たな政策や制度の設計を可能とすることを図る。

もちろん、日本と中国では、医療制度の構造、提供される給付やサービス水準などの充実度の差があり、また、高齢化の進行速度や程度、中国の特徴である社会構造、戸籍制度、人口規模や高齢者の収入状況などに違いもある。そのため、日本の制度を参考に中国での制度を提案する際に、法制度及び政策を直接的に継受するためではなく、その制度の内容を可能な限り正確に理解した上で、上述の違いことに留意しつつ、中国の高齢化社会と医療のあり方の特徴を把握し、今後中国の高齢化社会における医療制度の改善に向けて、必要な部分を掴むこと

ができる一助となることを願っている。一方、これらの問題は医療に留まらず、高齢期の雇用、所得保障等とも併せて総合的に検討する必要があるが、本論文では、年金の側面にも少し触れているものの、主として今後の中国が向かう高齢化社会において重要な課題を抱える医療保険制度の構築に焦点を絞って検討する。

第一章 中国版「国民皆保険」の「虚」と「実」～医療格差の実態から

建国後の「新中国」（中華人民共和国：1949 年～）の経済体制と法制度の制定は、旧ソ連の経験を参考にしたが、1960 年代以降は中国独自の法制度と理論を追求するよう転換した。そして社会環境と社会構成の変化や経済体制の改革などにより、中国における法制度の建設は、大きく①計画経済体制期間の法制度（1951 年～1978 年）、②体制移行期、いわゆる社会主義市場経済体制期間の法制度（1978 年～）の二つの段階に分けることができる。それに対して、中国の医療保険制度にも、経済体制の改革により、計画経済体制期間の医療保険制度（1951 年～1978 年）、と社会主義市場経済体制期間の医療保険制度（1978 年～）の二つの段階的な発展がある。

計画経済体制期間の医療保険制度は、1951 年～1978 年頃に実施され、主として、①1951 年に国有企業[15]が運営し、企業の労働者、その家族（被扶養者）及び退職者が対象となる「都市職員労働保険制度」、②1952 年に国が運営し、政府機関・事業部門における職員や在宅休養の 2 級乙等以上の革命障害軍人及び被扶養者等が対象となる「公費医療制度」、③1956 年からは「人民公社」[16]が運営し、農民が対象となる「農村合作医療制度」の三制度で構成されていた。

その後、社会主義市場経済体制期間の医療保険制度と呼ばれる医療制度に移行し、①1998 年に国が運営し、都市部におけるすべての都市戸籍を有する被用者及び公務員等が対象となり、元の「都市職員労働保険制度」と「公費医療制度」

---

[15] 中国における国有企業は営利を目的とする経済組織として存在すると共に、共産党が指導する政治組織でもある。

[16] 「人民公社」では、中国政府において農村に組織された農村生産合作社を基礎として、「一郷一社」を基本単位として成立した行政と農業生産等を含めた独立した末端農村行政組織である。改革開放以降、経済体制の移行により 1982 年に廃止された。

を統一する新たな「都市部被用者医療保険制度」、②2007 年に創設され、各地方政府の社会保険管理機関が運営し、都市部被用者医療保険制度の対象とならない都市戸籍を有する一般住民が加入する「都市部住民基本医療保険制度」、③2006 年に創設された農村合作医療管理委員会が運営する、農民を対象とする「新農村合作医療制度」の三制度に整理され、その後、2016 年に農村部と都市部に分かれていた基本住民医療を 1 つの制度に統合して創設された「都市・農村住民基本医療保険」に見直された。この結果、現在中国の医療体制は従来の「都市部被用者医療保険制度」、「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療制度」の三本立てから「都市部被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険」の二本立てに変わった。

しかし、建国後の新中国（1949 年～）では、戸籍制度[17]が存在するほか、都市と農村との二元的な管理が行われてきていた。都市住民は「非農業戸籍」（以下「都市戸籍」）、農村住民は「農業戸籍」（以下「農村戸籍」）が与えられ、都市と農村の間では社会構成が大きく異なり、今日に至っても、まだ経済的格差が存在する。「都市戸籍」と「農村戸籍」の間には、所得のみならず社会保障での格差も存在する。このため、都市部と農村部のいわゆる「二元化社会」が存在すると言われる。

この「二元化社会」の問題は様々であるが、最も指摘される経済的格差に加えて、本来的にはこれらを解消すべきである医療や年金など社会保障制度内にも、この格差が存在しており、結果的に都市部と農村部の間の格差が社会保障によってむしろ拡大している可能性が新たな問題として指摘できる。

今日の中国では戸籍の問題に関する社会保障の格差の問題の解消に向けた取組も多く見られるが、それでもなお、この「二元化社会」における収入の格差は解消されておらず、社会保障制度における保険料負担等に関しても、制度間での公平性の問題が存在している。

すなわち、現行の医療制度から見ると、「都市部被用者医療制度」と「都市部・農村部住民基本保険制度」の間、いわゆる被用者保険と非被用者保険の間に、保険料や給付内容などの格差が存在しているほか、「都市・農村住民基本医療保険

[17] 1951 年 7 月 16 日、公安部は「都市戸籍管理暫定条例」を公布し、「戸籍制度」が確立された。中国の戸籍制度は都市と農村との二元的な管理制度である。都市住民が持つ戸籍は「都市戸籍」、農村住民が持つ戸籍は「農村戸籍」または「農業戸籍」と呼ばれる。農村部から都市部への移動は制限されており、農村戸籍を有する人は自給自足を原則とされており、国から提供される社会保障は都市戸籍を有する人より少ないため、都市と農村の間に大きな格差が存在する。

制度」の社会医療基金により給付できる上限も「都市部被用者医療制度」より低く設定されている。すなわち、所得が相対的に低い農村部の高齢者、無職者や農村住民などの自己負担が収入の安定している被用者よりも実際に高くなっている。

また、現在の中国の公的医療保険制度の下では、強制加入と任意加入の制度が混在している。具体的には「都市部被用者医療制度」の被保険者(公務員を含む)のみが強制加入の対象となっており、都市部の一般住民と農村部の一般住民が対象となる「都市・農村住民基本医療保険制度」がまだ任意加入であるため、加入せずに無保険となっている者が多数存在する。

表 1：中国の現行医療制度の現状（2019 年）

都市部被用者医療保険			都市・農村住民基本医療保険
加入人数(万人)	現役世代	24224.4	102482.7
	定年退職者	8700.4	
基本収入(億元)	15845.5		8575.5
基本支出(億元)	12663.2		8191.0

出所：中国国家統計局『中国統計年鑑 2020』により筆者作成

表 1 からわかるように、「都市・農村住民基本医療保険制度」の被保険者の数は「都市部被用者医療制度」の被保険者の約三倍、10 億人を超え、総人口の約 7 割である。しかし、これら被保険者の中には、平均収入が少ないか、或いは経済的な負担能力が弱い者が相当多いにもかかわらず、自ら保険料の全額を負担しなければならない制度となっており、未加入となる可能性を高めている。

その根底にはやはり、上で説明したように、都市化を進めるため、都市部の医療制度を維持することが優先された背景がある。そのため、医師や医療設備などの医療資源も都市部に集中し、都市部の医療保障は大きく発展したこととは対照的に医療保険が整備された都市部と比べると医師や医療設備がまだまだ少ない農村部では、医療サービスが現在でも低水準のままであり、都市部と農村部には医療の提供においても差が残っている。

このような、国民間で大きな不公平が存在するような状況が生み出され、また維持されていることの背景には、現在の中国の公的医療保険制度の構築の過程で、「国民皆保険」を実現するために、「社会保障の公平性を犠牲にしている」[18]ことがあると言え、これについては後でより詳細に分析する。この問題を扱う前提として、まずは中国の医療制度について、その創設および今日に至る改革を簡単に紹介しよう。

Ⅰ． 中国版「国民皆保険」の原点～計画経済体制期間の医療保険制度

前述のとおり、中国における計画経済体制期間の医療保険制度は、1951 年～1978 年頃に実施され、主として、①1951 年に国有企業[19]が運営し、企業の労働者、その家族（被扶養者）及び退職者が対象となる「都市職員労働保険制度」、②1952 年に国が運営し、政府機関・事業部門における職員や在宅休養の 2 級乙等以上の革命障害軍人及び被扶養者等が対象となる「公費医療制度」、③1956 年からは「人民公社」が運営し、農民が対象となる「農村合作医療制度」の三制度で構成されていた。

Ⅰ.1. 背景[20]

新中国（中華人民共和国：1949 年～）が成立する以前、中国は長年の戦乱の結果、経済の成長率が低く、国民の健康、生活、社会経済の状況において深刻な影響をもたらしていた。経済の衰えに伴い、当時の政府は国民の健康のために明確な社会医療保険制度を創設する余裕がなかった。

国民の健康生活を改善するため、第二次国内革命戦争の時期の 1931 年、中国共産党は「中華ソビエト共和国臨時政府」を樹立し、「中華ソビエト共和国労働法」を制定した。この「中華ソビエト共和国労働法」は、労働者が病気になった場合及び労働能力を喪失した場合に社会手当金を給付することを定めていた。

---

[18] 塔林・前掲注 5）146 頁

[19] 中国における国有企業は営利を目的とする経済組織として存在すると共に、共産党が指導する政治組織でもある。

[20] この部分は胡宏偉『城鎮居民基本医療保険与国民健康：政策評估与机制分析』人民出版社（2016 年）66 頁～を主として参考にしている。

このような制度はそれまで存在しなかったため、「中華ソビエト共和国労働法」の制定は、労働者から大きな反応を持って迎えられ、また、当時の革命戦争にも大きな影響を与えた。

国共戦争が終わる直前の 1948 年には、東北解放区[21]において新しく「東方公営企業戦時暫行労働条例」[22]が公布され、当該区域内における企業の職員に社会保険を提供することと、労働法を創設することを決定し、これらは後に制定される労働保険関連の条例の基礎となり、労働者のための保険の重要な第一歩となる。

1949 年、国共戦争の勝者となった中国共産党が国民党政権から引き継いだのは、農業人口が全人口の 92%を占め、かつ長年の戦争によって経済破綻に傾いた極貧国であった[23]。新体制が成立した初期には、国の経済状況は景気低迷が続き、物質的資源の欠乏、自然環境の破壊など、国の経済状況に多くの問題が存在していた。また、国の公共衛生制度が不充分であったため、伝染病が蔓延し、国民の命と健康に対する深刻な脅威となっていた。さらに、医療衛生の分野においても、医療従事者が不足し、医薬品や衛生材料も行き渡っておらず、医療施設の老朽化なども原因となって、当時の国民の平均寿命は約 35 歳、乳児死亡率は 250‰と、深刻な状況であった。

このような状況を改善するために、1950 年代から新たな医療保障制度を創設するための検討が開始され、1951 年 2 月 26 日、政務院[24]は「中華人民共和国労働保険条例」を公布した。これにより 1951 年 3 月 1 日に「条例」の一部が改正され、都市部に限ってではあるが、初の社会保障制度である「都市職員労働保険制度」が創設された。

Ⅰ.2.　近代中国社会保障制度の先駆～「都市職員労働保険制度」[25]

---

[21] 「東北開放区」とは、国共内戦終結当時に中国東北部（現在の遼寧省、吉林省、黒竜江省を含む地域）に存在していた行政区域である。

[22] 中国における「条例」とは、国務院が憲法や法令に基づき定められた行政法規のことである。

[23] 田多英範『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版会（2004 年）71 頁

[24] 現国務院の前身、中華共和人民国の最高国家行政機関である。

[25] この部分は田多・前掲注 23)、赤坂真人「中国医療保険制度の歴史的変遷―1949～2017―」吉備国際大学研究紀要（人文・社会科学系）第 27 号、1－12（2017 年)、周文君「中国における医療保険制度の変遷－重層的な医療保障システムのあり方－」川崎医療福祉学会誌 Vol.27No.1（2017 年）を主として参考にしている。

「都市職員労働保険制度」の被保険者は、都市部における 100 人以上を雇用する国有企業、一部集団所有制企業[26]（郷鎮企業[27]など）、民間企業等を含めの大手企業の被用者とその被扶養者及び定年退職者であった。

保険の財源は原則として保険料から賄われており、天引きによって企業が被用者賃金総額の 3%を保険料として負担した。不足分に関しては、企業利益から拠出されることとなった。中華全国労働総工会（労働組合連合）は医療保険の財源管理の最高指導機関となり、各地方政府の労働行政部が当該地域の医療保険の財源を監督する役であった。

保険の対象である被保険者は、指定された医療機関[28]で入院や外来などの治療を受けた場合、保険対象外の薬剤費、入院食事代、通院交通費以外の全て医療費用（被扶養者の場合は半額）を保険により保障された。

表 2：「都市職員労働保険制度」の概要

被保険者	100 人以上を雇用する国有企業（強制加入）、私営（個人）企業（任意加入）、一部集団所有制企業の被用者（任意加入）等、その被扶養者及び定年退職者
保険者	中華全国労働総工会（労働組合連合）
保険料	被用者の賃金総額の 3%
給付	被保険者の医療費用[29]は無料、被扶養者の場合は半額
財源	保険料、企業利益、国庫負担

出所：「都市職員労働保険制度」を基に筆者作成

一方で、1951 年から行われた社会主義における所有制改革により、1956 年まで都市部ではすべての民営企業（外資系企業も含め）が姿を消し、国内は単なる「国有化」組織（国営企業、政府機関、公的団体、など）となった。その結果として、私的所有制度が廃止され、土地と資本はすべて国有化とされ、経営計画ま

[26] 集団所有制企業は、生産手段などの所有権が労働者に属する独立採算性の企業である。郷鎮企業はこの中に含められる。

[27] 郷鎮企業は、郷、鎮など（日本の都道府県に該当する）地方自治体、いわゆる農村部が所有する企業のことである。

[28] 指定医療機関は公立病院である。民間病院は指定医療機関の対象外である。

[29] 保険対象外の薬剤費、入院食事代、通院交通費以外の全て医療費用である。

でも国が決定することとなり、国がほとんどの権限を持つこととなった。

その所有制改革に伴って、「都市職員労働保険制度」の被保険者はさらに拡大し、都市部のほとんどの企業の被用者に広がっていった。また、国有企業の責任者は国であったため、「都市職員労働保険制度」の保険者は実際に国となった。被保険者の医療費や医療保険の財源などはほとんど国が負担することとなったため、無料の医療保険制度となったとも言えるだろう。

こうして確かに「都市職員労働保険制度」の対象者は、一部の国民だけに限定されていたが、内戦後の都市部における労働者及び被扶養者の健康状態と医療状況の改善に向けて大きな貢献をもたらした。

Ⅰ.3. 国家による無料医療～「公費医療保険制度」[30]

一方、政権奪取以後、大量の（元共産党員の）軍人が各級政府の管理職に就くことになり、医療保障が軍人医療[31]から独立した。この者達の医療保障を確保するため、1952 年 6 月、政務院は「全国各地方政府・党派・団体及びその所属部門の国家機関職員に公費医療予防措置を実施することに関する決定」を発表し、それに基づき同年 8 月に「国家機関職員公費医療予防実施方法」いわゆる「国家公務員公費医療保険制度」を公布した。

「国家公務員公費医療保険制度」は、共産党員、国家公務員、軍人などに対する国家保障の一つとして設定され、その財源と保険料は全て国庫と各地方の財政により負担されていた。被保険者とその被扶養者が指定された医療機関で入院や外来などの治療を受けた場合、保険対象外の薬剤費、入院食事代、通院交通費以外の全て医療費用は無料となっていた。

表 3：「国家公務員公費医療保険制度」の概要

被保険者	郷・村以上[32]の各地方政府機関の職員と教育・医療・文化等分野の

[30] この部分は田多・前掲注 23）72 頁～、馬欣欣『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会（2015 年）46 頁～、羅小絹『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社（2011 年）20 頁～を主として参考している。

[31] 元戦時下の軍人無料医療に求めることができる。国家による無料医療を特徴とする公費医療制度の原型にも言われる。

[32] 中国の地方行政区域は、より広域なものから、省級（省、直轄市、特別行政区、自治区)、地級（地

	事業体の職員（いわゆる「幹部」）、及び在宅休養の 2 級乙等以上の革命障害軍人であった。その後正規大学の大学生も含まれるようになった。（強制加入）
保険者	国
保険料	無し
給付	保険対象外の薬剤費、入院食事代、通院交通費以外の全て医療費用（入院・外来）は無料
財源	公費（国庫、各地方財政）

出所：筆者作成

このように「都市職員労働保険制度」と「国家公務員公費医療制度」の導入は、当時、一部の国民医療状況の改善、死亡率を抑えることや平均寿命を上昇させることに貢献し、重要な意味を持っていた。

しかし、「無料医療」の実施により、従来医療保険の財源の重要な役割となるべきであった保険料と医療費（患者負担）からの収入はほとんどなかった。そして所有制改革による労働保険制度と公費医療制度の加入人数の増加による医療費の増加と医療サービスの過剰供給等をもたらし、その結果として、政府と企業の財政の圧迫を招いた。

また、この医療保障の範囲は狭く、被保険者は都市部の国有企業の被用者と国家公務員のみに限定されていたことから、依然として農村部の一般住民はそれらの保険の対象外であり、後述のように、医療へのアクセスすら保障されない状況であった。

Ⅰ.4. 「二元化社会」と共に誕生した農村部の「共済医療」[33]

区、地級市、自治州）県級（県、県級市、自治県）、郷級（郷、鎮、街道）という 4 層のピラミッドに構成される。村は郷級レベルの下である。

[33] 「都市職員労働保険制度」と「公費医療制度」の問題点、医療保険の構築に影響を与えた新中国の経済体制の発展、「二元化社会」や都市部と農村部の経済的格差などについては、以下の文献を主に参照した。馬・前掲注 30）31 頁～42 頁、西村幸次郎『現代中国法（補正版）』成文堂（2004 年）〔西島和彦〕212 頁～229 頁、田中信行『入門中国法（第 2 版）』弘文堂（2019 年）1 頁～4 頁、高見澤磨ほか『現代中国法入門（第 7 版）』有斐閣（2016 年）28 頁～41 頁、方鵬騫・張宵艷『中国基本医療保険制度：評価与展望』華中科技大学出版社（2015 年）44 頁（筆者和訳）。

1950 年代以降、新中国は当時旧ソ連の社会主義体制に大きな影響を受け、旧ソ連の重工業優先発展政策を参考に、1953 年に第一次五カ年計画が実施され、「計画経済」[34]が始まった。計画経済に基づいて、都市部は重工業と経済発展の役割を担った。国は、社会主義公有制を基礎として、経済の発展に影響を与えるすべての資源（大企業も含め）を国の所有物とする仕組みを採った。

一方、農村部は都市部の発展を順調に進めるためのサポートをする役割に位置づけられていた。農村部の住民は土地改革により、土地を手に入れ、農業生産を行って、都市部への食料提供と自給自足の生活が原則とされていた。いわゆる都市部の経済発展が優先されたため、農村部の人々の利益が犠牲になる形となった。

発展が後回しにされてしまった農村部の住民は、よりよい生活を求めて、都市部への出稼ぎ労働者となり、大規模な人口移動という社会現象が起きた。この大規模な人口移動により、都市部では、職場、食料、生活用品の提供が次第に不足し始め、国家と各都市に対する負担が過重となるとともに、農村部では若い労働力の大量流出が原因となって、農業生産が大きく減少する深刻な結果をもたらした。

この社会現象を抑制するため、1951 年 7 月 16 日、公安部は「都市戸籍管理暫定条例」を公布し、つづいて 1958 年 1 月 9 日、全国人民代表大会常務委員会[35]により、新中国となって初の戸籍制度「中華人民共和国戸籍登録条例」が発令され、国民に関する常住、仮住、出生、死亡、転出、転入、変更などの 7 つの人口登録制度を含む、比較的完備された戸籍管理制度が確立された。

この「戸籍制度」は都市と農村との二元的な管理制度となっており、都市住民は「都市戸籍」（正式には「非農業戸籍」）、農村住民は「農村戸籍」（正式には「農業戸籍」）が与えられた。

この条例[36]は、農業生産人口を確保するため、農村部と都市部の間の人口の移動及び移住を厳格に制限した。結果として、この「戸籍制度」は都市部と農村部

---

[34] 資本主義の市場経済と異なって、国が決めた計画に基づいて生産と分配などを行う社会主義の経済体制である。

[35] 全国人民代表大会乗務委員会は、「全国人民代表大会常務委員会」と略称し、中華人民共和国最高国家権力機関である全国人民代表大会の常設機関であり、全国人民代表大会とともに国家の立法権を行使する。

[36] 中国における「条例」とは、日本の地方自治体の条例とは違い、国務院が憲法や法令に基づき定める行政法規のことである。

の間に高い壁を構築し、図らずとも都市部と農村部を分離する「二元化社会」を生み出すこととなり、都市部と農村部の間の経済的格差を固定化させ、更に拡大させることとなったと言えるだろう。そして、都市部と農村部の経済的格差から医療保険への影響にも与えていた。

Ⅰ.5. 農村部に関する医療制度[37]

新中国成立後、農業相互合作化[38]の発展と農業集団化に伴い、農村地域の疾病の治療と予防を目的として、農村部の医療制度の導入が開始された。

導入にあたっては、まず 1955 年に、一部の農村で合作医療制度が実験的に実施され、農村生産合作社は、医療費用の共済互助制度[39]を設立し、農民に対する疾病の治療と予防に対応する責任があるとされた。

1956 年には、全国人民大会第一回三次会議で、「高級農業生産合作社示範章程」が公布され、農村生産合作者の規定により合作社は保健医療所を設置した。

1959 年 11 月には、「合作医療制度」という農村住民の互助共済に基づく集団医療保険制度が設立され、全国的に拡張した。

表 4：「農村合作医療制度」の概要

被保険者	人民公社に参加する農村住民（任意加入）
保険者	人民公社（村）
保険料	1 中国元（年間共済金）
給付	治療費の全額または一部を保障される
財源	保険料、人民公社（村）からの拠出金

出所：筆者作成

[37] この部分は、以下の文献を参考にして、筆者の私見を加えて、執筆した。陳金霞「中国農村部の社会保障制度の整備―医療制度を中心に」『千葉大学社会文化科学研究』千葉大学大学院社会文化科学研究科（2006 年）86 頁、赤坂・前掲注 25）3～4 頁、方・前掲注 33）7 頁～。

[38] 「合作社」は日本の協同組合に当たる中国の組織である。すなわち「農村生産合作社」は、日本の協同組合に当たる中国の農民が連合して組織した経済組織である。

[39] 当時の「農村生産合作社」の農民たちが、社内で自分たちお互い共済、共同負担で疾病のリスクを守るという制度である。

農村合作医療制度は、農村住民がある程度の「保健費」（保険料）を予め拠出することにより、治療費の全額または一部を保障されるというものであった。

しかし、医療従事者不足のため、ある程度の医療専門的な知識を持つ「裸足の医者」（「赤脚医生」）[40]を採用し、医療給付に対して、村の衛生所は農村住民に簡易な治療、計画生育や出産など低水準の医療サービスしか提供できなかった。それら医療従事者の給付は、人民公社が負担していた。

当時、都市部の都市職員労働保険制度と、国家公務員公費医療保険制度とは違い、農村部合作医療制度の財源は、農村住民からの拠出金と人民公社からの補助金のみで構成され、個人と団体が共同負担で行う状況であり、中央政府は財政支援も行政指導も行っていなかった。

財源の運営と管理は、人民公社の農村合作医療管理委員会が統一的に管理しており、委員会の会員は、郷や村の行政幹部、農民代表及び医師により構成されていた。

すなわち、農村合作医療制度は農村住民の自由加入を原則とし、住民と集団組織が互助共済、共同負担で行うものであり、公的社会保障とはいえなかった。

上述のように「都市労働者保険制度」と「公費医療制度」の導入が、当時の都市部における労働者の医療状況を改善し、平均寿命を上昇させ、国の経済発展や社会と生活の安定等に対しても重要な意味を持っていたことと比較すると、この農村での医療制度はまだまだその役割、機能、及び効果が小さくここにも都市と農村の間に大きな格差が存在した。

とはいえ、農村合作医療制度は、農村地域における集団と個人の共同拠出によって農村住民に低水準ではあるものの、医療保険サービスを提供する相互共済制度であり、合作医療も単に中国農村社会保障体系の重要な制度としてまた中国医療保障制度の中で一定の役割を果たしたとして評価できる。1976 年までには、中国全国の 90%の農村住民が合作医療制度に加入しており、農村部における医療状況の改善と農民の平均寿命を伸ばすことに貢献した。

しかし、やはり農村部合作医療制度に関する医療費の増大と、保険者側の財政の圧迫や個人間の、そして都市部住民との医療費負担の不公平等の問題が起き

---

[40] 「赤脚医生」いわゆる「裸足の医者」は、最小限の基本的な医学知識及救急医療の訓練を受けた農民、つまり半医半農の保健要員である。当時一部の者は簡単な診療と救急の研修を受けただけで、「赤脚医者」になった。「赤脚医生」は普段農業に従事するが、病人が出た場合、薬や注射などの処置を行う。これらの「赤脚医生」は正式な医師免許こそ持っていないが、農民の急患を診療し処置することにおいてそれなりの役割を果たしたと評価される。

はじめていた。

Ⅰ.6.　小結

前述のとおり、都市と農村の間では、「戸籍制度」によって経済構造や、その後の行政による生活保障などの社会体制に大きな影響が及ぼされた。都市部では、多くの企業が国有化されることにより、「都市職員労働保険制度」の対象は大きく拡大された。

つまり都市部の労働者は、「都市職員労働保険制度」と「国家公務員公費医療制度」の創設による公的社会保障を受けることが定められていた。一方で、農村部の人たちは「土地改革法」[41]により、土地を手に入れ、生活は自給自足を原則とされており、社会保障制度の給付対象から外れていた。互助、共済である農村合作医療制度の下では、村の衛生所での農村住民に対する簡易な治療、計画生育や出産など低水準の医療サービスしか提供できていなかったため、大きな病気は鎮、県、市などの病院で治療検査を受ける形になっていた[42]。

都市部の医療保障制度の発展と比較すると、人口が多く[43]経済条件が貧困な農村部住民の基本的な医療サービスの保障は、遅れをとっていた。こうして、農民と工人、農村部と都市部の格差が広がり、農村部の医療保険システムは十分な保障を提供するものとは言えない低水準であった[44]。

都市部と農村部の間でこのような不公平な状況が生み出され、また維持されていたことの背景には、中国の公的医療保険制度の構築の過程で、公費医療制度が全て国庫を財源としていたにもかかわらずごく一部の国民に限定されていたことがあったが、このことは一般的に恐らく認識されておらず、中国では当時、特に指摘されていなかった。

---

[41] 土地改革法によって、農村部の土地は農民の私有物とされ、そして農業の生産を上昇させるため、個人農業から集団農業への移行が行われた。1953 年から 1955 年まで僅か 2 年間で、ほぼ全国農業の集団化を実現した。

[42] 方・前掲 33）12 頁～13 頁

[43] 中国国家統計局のデータによると、1950 年代から 1980 年代まで、農村部戸籍を持つ人口は中国総人口の 8 割以上であった。

[44] 胡・前掲 20）77 頁（筆者和訳）。

その後、1951 年から計画経済により始められた社会主義経済体制の建設は、1966 年から 1976 年までの「文化大革命」の影響で、10 年続いた政治上の混乱を経験し、この間、経済と文化だけではなく、社会保障事業にも深刻な破壊がもたらされ、公的保険の機能が完全に停止してしまった。

この「文化大革命」の終幕は、1978 年 12 月に開催された、中国共産党第十一期中央委員会第三回全体会議で決定された「改革開放政策」によって迎えられた。「改革開放政策」は、中国国内の経済体制を改革し、従来の計画経済体制から、社会主義市場経済体制へ移行し、新たな時代の開幕と同時に、従来の都市部と農村部の医療制度に対しても新たな改革をもたらした。

Ⅱ． 経済格差の拡大がもたらす課題とその克服～社会主義市場経済体制期間の医療保険制度から

Ⅱ.1. 背景[45]

1978 年以降、「改革開放政策」に伴い、中国経済体制は計画経済体制から社会主義市場経済体制に変更され、国家資源、技術、政策や人材などは経済発展に有利な東部沿岸部に集中的に投入されため、東部沿岸部の所得は上昇し、飛躍的に都市化が進化した。

その結果として、中西部内陸地域の農村部から東部沿岸都市部へ多くの出稼ぎ農民労働者が移動し、1950 年代の大規模な人口移動が再び「社会現象」として現れた。経済発展と都市化の進展によって、農村部から都市部への人口移動は再び増加し、前述のように、戸籍制度により法律上は厳しい制限の対象となっていた農村部から都市部への移動を、実際には管理、制御することはできていなかった。

他方で、都市部の労働力需要もあって、実際上、制限の必要性もそれほど高くなかった可能性もある。そして、改革開放政策により 1980 年代以来、東部沿岸部地域は市場経済の改革に基づき、経済発展が進む一方で、中西部内陸部地域は

---

[45] 社会主義市場経済体制期間の医療保険制度の背景、「改革開放政策」に影響を与えた新中国の経済体制の発展、「戸籍制度」や「医療保険制度」の改革などについては、以下の文献を主に参照した。胡・前掲注 20）70 頁、馬・前掲注 30）31 頁～42 頁、西村・前掲注 33）212 頁～229 頁、田中・前掲注 33）1 頁～4 頁、高見・前掲注 33）28 頁～41 頁。

国からの支援が不足したため、今日に至っても、まだなお経済発展が遅れている。すなわち、計画経済期に生まれた都市部と農村部間、または各地域間の経済格差は、改革開放政策によってむしろ拡大したといえる。

このような都市部の経済発展による、労働力需要の増加に応えるために、国務院は、1984 年 10 月に「農民が集鎮[46]に転入する問題に関する通知」、続いて 1985 年 7 月には「都市部の暫住人口[47]の管理に関する暫定規定」をそれぞれ公布した。これらの文書は、従来の戸籍制度の改革を始めるものであり、上述のように、従来の戸籍制度は農村部と都市部間の人口の移動・移住を制限するものであったが、実際にはこのような移動は盛んに行われており、制限は事実上、機能をしていなかったところ、これらの文書は実情に合わせて、都市部と農村部間の人口移動の厳しい管理を徐々に緩めるものとなった。

また、国務院は、1997 年 6 月に「小都市[48]戸籍管理制度の改革実験方法と農村戸籍管理制度を整備するために関する通知」を公布し、この中には、「すでに小都市に就職し、居住し、かつ当該都市の一定の条件を満たした農民（出稼ぎ労働者も含め）は、当該小都市での都市戸籍を手にいれることができる」と規定された。続いて 1998 年 8 月には「現在戸籍管理の問題点に関する意見」が公布され、これにより、一般的に都市で投資し、実業を興し、不動産を購入するなど合法的で安定した職業或いは生活収入があり、都市に合法的且つ安定的にすでに一定の年限、居住している公民及びそれに従って共同居住する直系親族は、現地政府の関連規定に符合することを条件に、この都市の戸籍を手に入れることを許可される。更に、従来子供は母親の戸籍を継ぐこととなっていたが、両親どちらの戸籍を継ぐのかを自由に選択できるようになった。こうして、これらの文書によって、都市部と農村部間の人口移動の制限はさらに緩められた[49]。

しかし、これらの文書では「一定の条件」及び「現地政府の関連規定」に関する内容は明確に規定されていない。すなわちこれらの条件は、各都市の現地政府

---

[46] 「集鎮」とは、原則として、都市戸籍の住民を主とするが都市よりも規模が小さい町、いわゆる農村と都市の中間に位置する集落のことを指す。

[47] 「暫住」とは、戸籍上の常住地を離れて暫定的な居住地に住むことであり、農村部からの出稼ぎ労働者はこの「暫住人口」に含まれる。

[48] 「小都市」とは、常住人口は 50 万人以下である都市を指す。

[49] 1997 年の「国务院批转公安部小城镇户籍管理制度改革试点方案和关于完善农村户籍管理制度意见的通知」と 1998 年の「国务院批转公安部关于解决当前户口管理工作中几个突出问题意见的通知」により参照。

が自らの判断で決定することとなるため、各地域によって標準が異なっている。実際に、北京、上海など特大都[50]市に関しては、これらの条件は厳しく、戸籍を取得するのは非常に困難なままである。そして、安定的な収入と住宅を持つ者のみに適用され、固定的な住宅がない、収入が不安定及び低収入の出稼ぎ農民労働者は適用対象とならない。つまり、多くの出稼ぎ農民労働者には、働く先の都市戸籍を取得できない不公平な状況が続いていた。

こうして、建国後の新中国（1949 年～）では、「戸籍制度」が存在したほか、都市と農村との二元的な管理が行われていた。法律上、農民は都市部への移動・移住が制限され、事実上、当時の 1954 年憲法の「移転の自由に関する規定」を破棄し、憲法に基づいて定められた国民の権利が奪われてしまっていた[51]。

また、中華人民共和国憲法 33 条「法の下の平等」と 45 条「老後、疾病及び障害により、社会保障の権利」[52]を併せて見ても、このような戸籍制度の運用には憲法違反の疑いを抱かざるを得ない。

今まで「二元化社会」の下で、都市化が進むことによって、都市部と農村部の間の経済格差が拡大するとともに、「都市戸籍」と「農村戸籍」の間の所得と社会保障等の差別も生じていた。医療問題の視点から見ると、農村部は医療施設が不足しており、医療水準も低いため、将来的には、中国の医療における改革を進めるとともに、戸籍制度の改革および農村戸籍の廃止を検討するべきであると考えられ、もとより、この二元的社会構造は、経済的格差と社会保障の差別を拡大した根源であったと言えるだろう。

2000 年代以後、東部沿岸の都市部地域では、多くの出稼ぎ労働者に対する差別への不満から、大規模な抗議活動が行われた。中央政府は、社会の公平と平等の促進、出稼ぎ労働者からの不満、「二元化社会」という構造から生じた差別問題を解消するため、戸籍制度のさらなる見直しを図ることとなった。

---

[50] 「特大都市」とは、常住人口は 500 万人以上である都市を指す。

[51] 1954 年 9 月 20 日に公布された「中華人民共和国憲法」（以下は 54 年憲法と略す）第 90 条で、「中華人民共和国の公民は居住と移転の自由がある」とされた。しかし、75 年憲法（1975 年 1 月 17 日）から、54 年憲法の第 90 条が廃止された。現行憲法の 82 年憲法（1982 年 12 月 4 日）では、国民の移転の自由に関する条項は実際に存在していない。

[52] 中華人民共和国憲法第 33 条で、「すべて中華人民共和国国籍を持つ人はすべて中華人民共和国公民である。中華人民共和国公民は法律の前で一律に平等である。国家は人権を尊重し保障する。」とされた。第 45 条で「中華人民共和国公民は、年老いたり、病気や労働能力を失ったりした場合、国家や社会から物質的援助を得る権利がある。国は公民がこれらの権利を享受するために必要な社会保険、社会救済、医療衛生事業を整備する。」とされた。

まず、2001 年 3 月 30 日、国務院は「小都市の戸籍管理制度の推進に関する意見」を公布し、小都市に関する戸籍制度の改革を全面的に推進し、また、東部沿岸部地域の発展が先行して実現したことから生まれた格差を減少させ、共同で豊かになることを目指して、東部沿岸部地域から中西内陸部地域への支援を促進する「西部大開発計画」が次に開始した。

さらに、2014 年 7 月 30 日、「戸籍制度改革のさらなる推進についての意見」が公布され、戸籍の差別を廃止することが明確となった。その改革によって、農業戸籍と都市戸籍の区分が原則として廃止され、すべての戸籍を統一することが目標として定められた。その後、各地方政府が戸籍制度の改革を行った。中央政府から常住人口が 500 万人以下の都市では、2019 年までに、農村からの転入制限を廃止することを目標に掲げ、実施している。すなわり、北京、上海など特大都市には、なお戸籍制度による制限が残ることとなったが、小中規模の都市戸籍はある程度開放されつつある[53]。

確かに戸籍制度改革の検討には年月を要し、一朝一夕で解決できる問題ではない。特に北京、上海などの特大都市に対して、戸籍による格差がすでに根付いてしまっているため、目的を実現することには相当の困難が伴うだろう。しかし近年、都市化の進展や戸籍改革などの結果として、農村戸籍から都市戸籍へ変更した人が増加していることが明らかになった。中国国家統計局のデータによれば、2019 年の農村戸籍を持つ人の数は総人口の約 4 割（5.5 億人）であるが、建国当時（1950 年代）の 9 割と比較すると、その割合は確かに大きく減少している。将来的には、いつか大都市も含め、農村戸籍と都市戸籍という区分そのもの、或いは少なくともそれに基づく格差が完全に廃止されることを期待したい。

一方、医療制度については、社会主義市場経済体制への移行に伴い、民営企業、外資企業、出稼ぎ労働者の増加や国有企業の民営化の進展など、社会情勢が変化したことにより、従来の計画経済体制期間の医療保険制度からの改革が必要となった。医療改革の中心的な課題は、医療費を抑制し、医療制度の最大の問題点であった、人的対象の範囲を改善することであった。

しかし、実際には、移行期の少なくとも 10 年間、改革は行われず、むしろ都市部の医療保険を維持するために、医療資源はやはり都市部に集中し、医療条件が最も低い農村部は依然として困難な状況に置かれることとなった。結果的に、1990 年代になってようやく改革に着手され、労働保険制度（上記Ⅰ.2）と公費

[53] 2014 年 7 月 30 日に国務院が公布した『关于进一步推进户籍制度改革的意见』により参照。

医療制度（上記Ⅰ.3）の見直しが始まった。

こうして、中国の医療保険制度は、計画経済体制期間の医療保険から社会主義市場経済体制期間の医療保険と呼ばれる制度へと移行し、①1998 年に国が運営し、都市部におけるすべての都市戸籍を有する被用者及び公務員等が対象となる元の「都市職員労働保険制度」と「公費医療制度」を統一して創設された新たな「都市部被用者医療保険制度」、②2006 年に創設され、農村合作医療管理委員会が運営する、農民を対象とする「新農村合作医療制度」、③2007 年に創設され、各地方政府の社会保険管理機関が運営し、都市部被用者医療保険制度の対象とならない都市戸籍を有する一般住民が加入する「都市部住民基本医療保険制度」の三制度に整理され、その後、2016 年に農村部と都市部に分かれていた基本住民医療（上記②と③）を 1 つの制度に統合して創設された「都市・農村住民基本医療保険」に見直され、「都市部被用者医療保険」と「都市・農村住民基本医療保険」を基本とする二本建ての構成となった。以下では、この社会主義市場経済体制に移行後の医療制度の改革、発展について詳述、分析する。

Ⅱ.2. 医療保険制度における改革の先駆者～「両江モデル」[54]

まず、当時の医療制度の問題の一つであった、人的対象の拡大を目的として、1992 年頃から広東省、深圳市など幾つかの都市で実験的に都市部医療保険改革のための試みが開始された。その後、これらの実験に基づき、1993 年に国務院は、国家経済体制改革委員会、労働部、財政部、衛生部が共同で制定した「都市部職員医療制度改革のモデルに関する意見」を公布した。この「意見」は、都市部のすべての労働者を対象とし、「基本医療保険基金」と「個人の医療保険口座」を組み合わせる新しい医療保険制度を提案した。そして、1994 年から、幾つかの都市を先行実験都市として、この新しい制度を導入した。その中で、江蘇省鎮江市と江西省九江市が行ったものが、「両江モデル」として注目された。

従来の「都市職員労働保険制度」と比較すると、この「両江モデル」の対象者は、国有企業と大手企業の被用者だけに限定されるのではなく、都市部すべての被用者に拡大された。但し、対象者は都市戸籍を有する者に限れており、被用者の被扶養者も保険対象外となる。確かに対象者はまだ戸籍制度により制限されているが、公的医療保険の人的対象を拡大した視点から見ると、医療改革の重要

[54] この部分は田多・前掲注 23）87 頁～88 頁を主として参照している。

な一歩だったと考えられている。

「両江モデル」のもう一つの注目すべき点は、医療費の負担に関する部分である。まず、以前の都市部職員を対象とした保険では使用者のみが保険料を負担していたが、ここでは使用者と被用者で分担し、それぞれ使用者が被用者の前年度平均賃金総額の 10%、被用者本人が 1%を支払うこととなった。

そして、「基本医療保険基金」と「個人の医療保険口座」を設立し、使用者は納付した保険料から、60%を「基本医療保険基金」に拠出し、残りの 40%は、被用者本人が負担する保険料と併せて、個人別の「個人保険医療口座」に積み立てる。実際に医療費が発生した時には、①まず個人医療保険口座から一定額を上限として支払い、②上限を超えた部分を患者の自己負担となり、③そして自己負担の額が一定の水準（地域平均賃金年額の 5%）を超えると、「基本医療保険基金」と被用者個人が共同負担（給付の上限なし)、という仕組みである。こうして公的医療保険の財源を自立できるとともに、被用者から拠出した保険料の一部を自分の口座に戻って、自分で管理でき、実際支払う保険料と患者負担が減少したことが実感できると考えられる。

なお、医療費の負担は、従来の「無料医療」（ほぼ国と企業負担）から変わって、①個人医療口座負担、②自己負担、③基本医療基金と自己負担の共同負担の 3 段階に分け、医療財政への圧迫を減少できる。一方、定年退職者に関して、保険料の支払いが免除され、医療費の負担も、①個人医療口座負担と②基本医療基金と自己負担の共同負担の二段階の仕組みとなり、現役世代より優遇されている。

こうして公的医療保険の人的対象の拡大、「基本医療保険基金」と「個人の医療保険口座」の創設による自己負担の軽減、医療財政の構成を改善するなどにより、この「両江モデル」の実験は成功と評価され、1996 年に国務院は、「都市部職員医療制度改革のモデルの拡大に関する意見」を公布し、実験都市を 57 都市に増やした。

Ⅱ.3.　新しい医療保険～都市部被用者医療保険の誕生[55]

[55] 都市部被用者医療保険の概要、特徴及び課題については、以下の文献を参照した。李・前掲注 2）44 頁～、三浦・前掲注 4）5 頁～、田多・前掲注 23）89 頁～103 頁、馬・前掲注 30）65 頁～、羅・前掲注 30）41 頁～、片山ゆき『中国の公的医療保険制度について（2018）－老いる中国、14 億人の医療保険制

1998 年 12 月、国務院は「都市部被用者医療保障制度の成立に関する国務院の決定」を公布し、全国で「都市部被用者医療制度」(「都市職員医療制度」) を実施することが決められた。国家公務員公費医療制度に関する部分は保留し、新しい「都市部被用者医療制度」に吸収されることとなった。

表 5：都市部被用者医療保険の概要

被保険者	①都市戸籍を有する国有企業、外資系企業、公務員など、②定年退職者、③農村部の被用者や自営業者などは任意加入（各地方政府の判断）、④被扶養者は対象外
保険者	直轄市、市
保険料	企業側：被保険者賃金総額の 6%
	被保険者：前年度本人平均賃金の 2%
給付	外来、入院（「個人医療保険口座」と「基本医療保険基金」から）
財源	国庫補助、保険料

出所：筆者作成

この都市部被用者医療保険は、「両江モデル」を基本として改善されたものである。以下はその内容と特徴について検討する。

まずは人的対象の範囲に関して、対象者が国有企業と大手企業に限定されていた旧制度に対して、都市部被用者医療保険は都市部すべての被用者に拡大した。「両江モデル」と同様に、対象者は原則として都市戸籍を有する者に限られており、また、被保険者の被扶養者は対象外であるが、農村部戸籍の被用者や自営業者であっても、各地方政府（省・自治区・直轄市）の判断により、都市部被用者医療保険に加入することが可能となった[56]。当時の戸籍制度の下で、都市戸籍と農村戸籍の被用者の間には差別が存在し続けたが、それでも国有企業と民間企業の差別がなくなり、農村戸籍の被用者の任意加入が一部地域で可能となったことなどにより、公的医療保険の人的対象が拡大したことは医療改革及び

度はどうなっているのか。』ニッセイ基礎研究所基礎研（2018 年 1 月 15 日）、中国衛生部『病院等級管理標準』（1989 年 11 月 29 日）、北京市衛生部インフォメーションセンター『2018 年北京市衛生健康事業発展統計公報』（2019 年 10 月 30 日）、北京市人民政府『北京市基本医療保険規定』（2005 年 6 月 6 日）

[56] 馬・前掲注 30）65 頁

都市部と農村部の被用者間の格差の減少についても重要な意味があると考えられる。

更にその後、2014 年の「戸籍制度改革のさらなる推進についての意見」により、戸籍の差別を廃止することが明確となり、すべての戸籍を統一することが目標として揚げられた。近年、都市化の進展や戸籍改革などの結果として、農村戸籍から都市戸籍へ変更した人が実際に増加しているが、各地域の経済発展や財政状況などにより戸籍の統一のための改革も遅れる地域があると予想でき、現在農村戸籍を持つ人の割合は未だ総人口の約 4 割にのぼる。なお、都市戸籍の被用者は強制加入である一方、農村戸籍を持ちながら都市部で働く被用者がまだ大勢いる中で、都市部被用者医療保険の加入条件は変わらず、相変わらず各地方政府と企業自身の判断に任ねられているため、一部の地域に限り任意加入ができる状況は変わっていなく、つまり、農村戸籍と都市戸籍という区分そのもの、或いは少なくともそれに基づく格差が医療保険への影響としてなお存在している。

次に「無料医療」の実施による医療費の膨大化が企業と国の財政を圧迫したことに対して、従来の医療保険の財政の構成を検討し、新制度の財源は、原則として保険料で賄われるが、一部の国庫補助もある。従来の企業および国庫負担から、企業、個人と国の三者負担へと変わった。保険料は使用者と被用者で分担し、各地域の経済状況により若干の差はあるものの、平均して、それぞれ使用者が被用者の前年度平均賃金総額の 6%、被用者個人が 2%を負担することとなる。なお、「両江モデル」の中で、企業側の負担を減少するため、企業側が負担する割合を 10%から 6%に引き下げるとともに、被用者側の保険料の拠出は 1%から 2%に引き上げた。

また「基本医療保険基金」と「個人の医療保険口座」の仕組みが採用されが、「基本医療保険基金」の財源を強化するため、「両江モデル」と違い、使用者は納付した保険料から 70%を「基本医療保険基金」に拠出し、残りの 30%は、被用者個人が負担する保険料と併せて、個人の「個人保険医療口座」に積み立てる仕組みとなっている。(なお、「両江モデル」は使用者が納付した保険料の 60%を「基本医療保険基金」に拠出し、残りの 40%は、被用者本人が負担する保険料と併せて、個人別の「個人保険医療口座」に積み立てる仕組みである)。

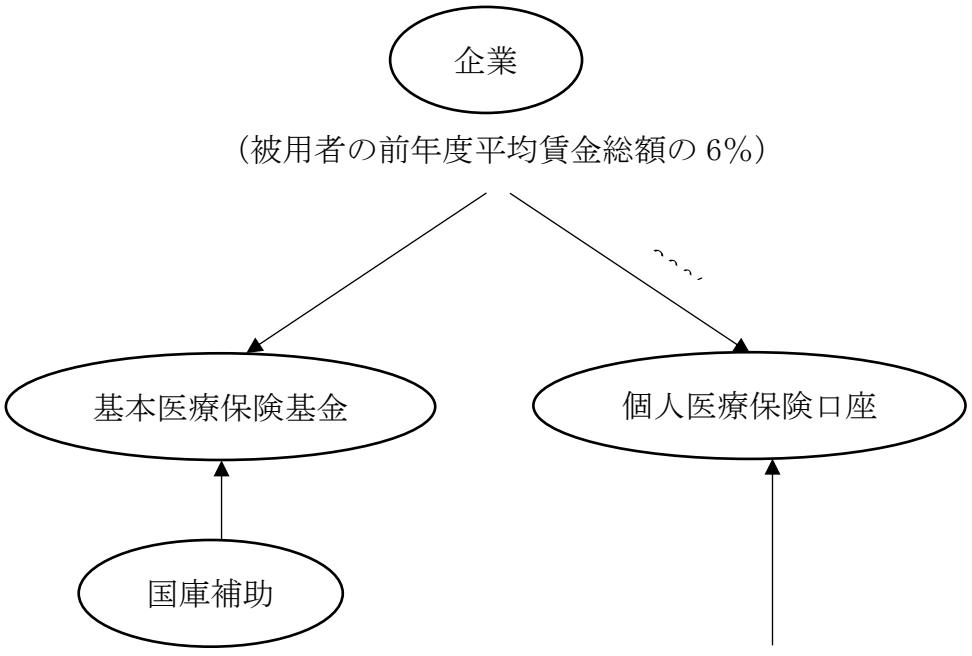
こうして改革後の都市部被用者医療保険の保険財源は、保険料、患者負担と公費となり、その中で保険料と患者負担の役割が以前より強化されたことにより、

医療保険の財源の安定に寄与するほか、それまで優偶され、負担のなかった都市部被用者に対し、相応の負担を課すことにより、農村住民との均衡の観点からも一歩先進となり、重要な意味を持っている。

しかし、「個人医療保険口座」を設立し、積立金で外来給付を賄うことは斬新な改革であるが、この部分が「基本医療保険基金」いわゆる公的医療保険の財源に入っていない状況である。つまり、もともと公的医療保険の財源に入るべきである保険料の 3 割が個人の積立金へ流出してしまっていて、財源の長期的な調達と確保における一つの課題だと考えられる。

一方、保険料率から見ると、使用者側が負担する割合が大きく定められて（企業側が被保険者賃金総額の 6%を支払い、被保険者が前年度本人平均賃金の 2%）、長期的に企業側の財政に大きな負担となることが予想できる。またその保険料、患者負担と公費の三つの中の公費の責任と財源比率は明確されず、あくまでも国有企業の被用者と国家公務員のほんの一部に限られている。つまり、都市部被用者医療保険の保険財源が長期的に確保できるために、企業、個人と国の三者負担の割合と責任を明確し、公費負担を占める財源比率の引き上げが必要だと考えられる。

図 1：都市部被用者医療保険の保険財源



（前年度平均賃金総額の 2%）

出所：筆者作成

他方、医療費の負担に関しては、個人医療口座、基本医療基金と患者本人から、それぞれ診察の種類、および限度額に応じて負担することとなっている。実際に医療費が発生した時には、一定の限度額（各地域の平均年間賃金の 10%程度）までが、まず、個人医療口座から支払われ、これを超えた分は、基本医療基金から支払われる。ただし、これらそれぞれに限度額或いは自己負担割合が定められており、患者本人は、限度額を超えた分、或いは定められた割合を支払う。

これらについては、文献により情報が異なって、公的な文書に詳細な説明がなく、筆者の感想として、これらの相当の部分は、被保険者にとってなお不透明な部分が多く残されていると感じている。また、地方政府の裁量、各病院の裁量も広く、中国の公的医療保険は、現段階において、まだ医療費の設定や、費用負担のあり方について、検討段階であり、例えば日本の診療報酬制度のように、詳細且つ網羅的に診療価格を設定している事実は、確認できなかった。

以下では、調べられる範囲で、患者本人の医療費負担が、一般的な所得水準から見て、重いのか、軽いのか、すなわち保険としての機能がどの程度を果たせているのか、検討を試みているが、述べたのように情報が不足しているため、この検討は残念ながらあくまでも憶測の域に留まっている。今後、研究を進める中で、これらをより正確なものとしていきたいと考えている。

上で紹介した「両江モデル」と違い、都市部被用者医療保険では、「基本医療基金」からの最高支出額は年間平均賃金の 4 倍という給付上限が設定され、これを超える場合には、私的保険あるいは患者の自己負担とされる。定年退職者には、「両江モデル」にならって、保険料の支払いが免除され、医療費の負担も現役世代より優遇されている。

「基本医療保険基金」からの具体的な給付割合は受診病院の等級及び医療費の額によって定められており、等級が高い病院を受診する場合は低い病院を受診する場合と比べて自己負担割合が高く設定されている。これは等級が高い病院

への患者の集中によって、病院へのアクセスが難しくなることを避けるためであり、風邪や熱などの病気に関する簡単な診療は、可能な限り低い等級の病院を利用するような仕組みとも言える。

現在の中国の病院の等級は、よりレベルが高いものから、三級特等、三級甲等、三級乙等、三級丙等、二級甲等、二級乙等、二級丙等、一級甲等、一級乙等、一級丙等の十級と構成されている。三級病院は、病床数が 501 床以上であり、広域的地方団体と基礎的地方団体、そして全国的に医療と健康サービスを提供する省及び市レベルの大規模の病院であり、医療教育と科学研究能力も備えた総合的な医療センターである。二級病院は、病床数が 101 床から 500 床までであり、いくつかの基礎的地方公共団体に医療サービスを提供できる県レベルの地域病院であり、地域医療予防の技術センターでもある。一級病院は、病床数が 100 床以下であり、基本的な医療、予防やリハビリテーションなど基本的な医療サービスを一つの基礎的地方公共団体に直接提供する小規模の病院であり、プライマリヘルスケアの医療機関とも言える。こうして、級については主として病床数が基準となるが、病院の等級は、申請に基づき、審査委員会が「病院等級管理標準」に従って、病院の規模、医者の技術、病院の運営や財源などを総合的に審査し、決定する[57]。

以下では、2018 年当時の北京市の医療保険を一例として、医療費の負担の仕組みについて説明する[58]。北京市の場合、医療保険の給付において、被用者は北京市の社会保険部に指定された医療機関で外来診療費が発生した場合、まず、「個人医療保険口座」から支払いが行われ、年額で 1,800 元[59]（約 31,000 円）までは全て「個人医療保険口座」が負担する。この限度額を超えた場合には、その超過した部分の 50%は基本医療保険基金から支払われ、残りの 50%が自己負担となる。ただし、基本医療保険基金から負担できる額にも上限があり、これは年額 2 万元(約 341,900 円)である。この額も超過した部分は全て自己負担となる。

「高齢者」（中国では 60 歳以上の者を高齢者として扱っている）に関しては、69 歳までの退職者で、一定の年数（各地域により異なる）以上の保険料拠出が

---

[57] 中国衛生部『病院等級管理標準』（1989 年 11 月 29 日）により参照

[58] 北京市における医療保険制度の内容は、前掲注 55）により参照し、筆者の私見を加えて執筆した。

[59] 1 元は約 17 円である。1,800 元は日本円で換算すると約 31,000 円である。2018 年、北京市における市民の平均年収は、当時 39,843 元、つまり約 686,434 円であった。

ある場合、初年度には 1,300 元（約 22,000 円）、次年度からは 650 元（約 11,000）までを「個人医療保険口座」から負担し、超過した部分の 70%を基本医療保険基金が負担し、患者本人の負担は 30%となる。70 歳以上の退職者の場合には基本医療保険基金が 80%を負担し、患者本人の負担は 20%に縮小する。

基本医療保険基金から負担される限度額（上述 2 万元）については、高齢者について特に言及はなく、「全ての人」に適用されることとなっており、恐らく高齢者についても同額が適用される。高齢者の医療費が一般的に 70 歳以後特に増えることが想定されることから、これは今後、人口の高齢化が更に進行した時に、保障が不十分となる可能性を示唆する。

一方、入院給付は現役世代か引退した高齢者かを問わず、初めて入院する被保険者に対して、一回目の入院で 1,300 元（約 22,000 円）まで個人口座を用いて支払い、これを超えた場合に、「基本医療保険基金」と患者本人で分担して負担することとなる。この際のそれぞれの負担割合は、病院の等級、診察の内容によって異なる。病院の等級により、自己負担の割合が違い、より等級が高い病院の方の患者の自己負担が高く設定されている。2 回目以降の入院の際の個人口座での限度額は 650 元（約 11,100 円）と定められている。

「基本医療保険基金」から負担できる上限（最高支出額）は各入院費用の累計で年間 10 万元（約 1,779,000 円）であり、それを超えた部分は完全に自己負担、または「企業補助保険」（民間保険）や「大病補助保険」（準公的保険）などの保険に加入している場合にのみ、これらの保険で支払うことができる。これらはいずれも任意加入である。

こうして都市被用者医療保険では、被用者本人の所得に応じて保険料を拠出しているため、所得の再分配の役割は一定程度果たしている。また、各診療行為と薬剤の価格を決定する仕組みとして、国家発展改革委員会と、衛生計画生育部門による取組みがあり、これにより、少なくとも基本的な診察、薬剤、検査などについては、価格を低く設定し、また患者本人の自己負担割合も低く抑える動きがあるため、保険機能を強化しようとする、国家的な制度作りがされていることは、一応確認できる。

しかし、中国における診療報酬制度には、保険による費用負担との関係性の面において、不明確な部分が多く、また上述のように、地方政府、病院の裁量で定めることができる価格の存在も確認していることから、どこまでが国によって強制的に定められ、どこからが病院、医師の裁量で定めることができるか、そし

て、その価格設定と保険の財政運営の関係性について、分析することができない状況である。そうである以上、現在においては、国が様々な努力をしていることまでは確認できるか、これらがどの程度の効果を生み出しているのか、そしてどこに今後の制度構築における課題、解決の方向性があるのか、の判断が非常にム難しい。

そこで、筆者としては、まず正確な情報発信を公的機関が行い、それに基づいて研究者が分析するという、まずは情報開示の段階において改善が望まれるという点を強く指摘しておきたい。

このことを前提に、一応の分析、判断をすれば、都市部被用者医療制度の保険給付にかかる医療費は、「基本医療保険基金」、「個人医療保険口座」、患者自己負担と私的保険から賄う仕組みとされ、国と企業の財政の安定において重要な意味を持っている。

Ⅱ.4.　農村部における新しい医療改革～「新農村合作医療制度」[60]

Ⅱ.4.1　背景

農村部では、1960 年代の「文化大革命」の影響で、10 年間の経済発展途上の困難な時期を経て、農村住民は経済的に困窮し、保険料を支払う能力がなくなり、任意加入でありながら低水準の医療サービスしか保障できない農村合作医療制度に加入する人数は急速に減少した。

改革開放政策による経済体制の移行に伴って、農村合作医療制度の責任者である「人民公社」[61]が解体され、この結果、農村合作医療制度は事実上解散状態となり、農村における医療保険の未加入者は更に増加した。1990 年までに、農村合作医療制度の被保険者は農村住民の 6.1%まで減少し、1970 年代の 92.9%

---

[60] 農村部における改革と課題については、以下の文献を主に参照した。胡・前掲注 20）68 頁～、田多・前掲注 23）79 頁～81 頁、赤坂・前掲注 25）7 頁～8 頁、周・前掲注 25）6 頁～7 頁、馬・前掲注 30）31 頁～42 頁、方・前掲注 33）45 頁～46 頁、張挙国『城郷医療保障制度統籌発展研究』中国社会科学出版社（2016 年）41 頁～62 頁、沈潔・澤田ゆかり『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるか』ミネルヴァ書房（2016 年）81 頁～83 頁。

[61] 「人民公社」では、中国政府において農村に組織された農村生産合作社を基礎として、「一郷一社」を基本単位として成立した行政と農業生産等を含めた独立した末端農村行政組織である。改革開放以降、経済体制の移行により 1982 年に廃止された。

と比較し大幅に縮小してしまった。医療保険の運営主体が失われた農村部では、実際に医療保険の機能が無くなるとともに、医療施設と医療従業者が不足しており、村の衛生所は簡易な治療、計画生育や出産など低水準の医療サービスしか提供できなかったため、約 9 割以上の農村住民は都市部の医療機関を利用することとなり、その結果として、医療費用は完全に自己負担となってしまっていた。

また、1980 年代から改革開放政策の影響により、国は都市化を維持するため医療資源を都市部に集中させ、都市部と農村部において提供される医療サービスの格差や、非効率な医療資源配分などの問題によって、都市と農村間の医療格差がさらに拡大し、多くの農村住民が必要な医療を受けられなくなり、収入が少ない農村住民が「看病難、看病貴（診療を受けることが難しく、医療費が高いこと）」という状況にあることが大きな社会問題となり、医療への不満と不安が徐々に高まっていった。

1990 年代以後は、いわゆる「三農問題」[62]に伴い、中央政府は農村住民の低収入を考慮し、低保険料と低給付の医療制度の提供を検討したが、これは実際にはあまり進展しなかった。その原因として、中央政府からの財源支援がなかったため、地方政府による独自の運営が赤字となっていたことが考えられる。

2002 年 10 月、国務院は「農村衛生工作を強める決定」を公布し、全国の農村部で、農村住民が任意加入の形で加入できる「新型」合作医療制度いわゆる新しい医療制度を設立することが決定された。

その後、2003 年 1 月 23 日、国務院は衛生部、財政部、農業部から提案された「新型農村合作医療制度の設立に関する意見」に同意し、各省からいくつかの県及び市を先行地域として、これを実験することとなった。その実験実施の結果に基づき、2006 年政府は「新農村合作医療制度をより早く推進することに関する通知」を公布し、2010 年までに、全国すべての農村住民を対象とする新しい合作医療制度を設立することを決定した。

Ⅱ.4.2　新農村合作医療制度の特徴について

従来の農村合作医療制度と比較した上で、新農村合作医療制度の特徴は一般

[62] 三農とは農村、農業、農民を指す。三農問題とは、中国における「三農」が抱える諸問題のことを言い、経済格差や流動人口等を包括した中国が抱える社会問題である。

的に以下のようである。

まずは運営と財源の仕組について、新農村合作医療制度の財政運営の責任主体を、従来の村（「人民公社」）から県または市に変更し、医療保険の財政調達能力の上昇に関して、一定程度の成果をあげた。また、中央政府及び地方政府から毎年一定の財政支援を導入することにより、農村部の医療保険の財政運営の安定に対しては重要な改良をもたらした。

改革後の新農村合作医療制度の運営については、基本的に県または市は運営主体として、所属する省から運営方針を受け、当該地域の財政状況、所得水準と人口構成などに合わせて、保険料の設定と徴収、医療基金の管理と運営などを担うこととなる。

従来の農村部合作医療制度の財源は、農村住民からの拠出金と人民公社からの補助金のみで構成され、中央政府は財政支援を行っていなかったため、財政が不足しており、保険給付の実施も非常に困難であった。なお新農村合作医療制度では、「農村合作医療基金」を設立し、その財源は農村住民が負担する保険料に、中央政府と地方政府による公費で賄われることとなった。

2003 年制度創設当時では、農村住民個人の保険料は年間 10 元（約 180 円）、公費負担の額（原則として中央政府：地方政府＝1：1）が年間 20 元（約 360 円）と定められたが、それ以降、改革開放政策によって農村部にも経済発展が進んでおり、個人収入が上がっているとともに、保険料率と公費補助金額も徐々に引き上げられ、各農村地域の所得水準と財政収入など、それぞれの状況に対して、個人が負担する保険料あるいは中央政府と地方政府からの補助金額も異なっている。2014 年では、中国における農村部一般住民の平均年収は、当時約 1 万元、つまり日本円で約 18 万円であった。個人が支払う保険料は年間 90 元（約 1,600 円）まで引き上げられ、中央政府と地方政府からの補助金額も年間 20 元から年間 320 元（約 5,700 円）まで増え、そのうち中央政府が負担する金額は 120 元（約 2,100 円）であり、残りの 200 元（約 3,500 円）は地方政府が負担することとなり、いわゆる従来の折半に変わって、地方政府が負担する割合はより多くなることと改定された。

とはいえ、各農村地域の所得水準と財政収入などに影響され、地方政府の裁量によって各地域または各農村部の間に新農村合作医療に補助する財源の差異が生じており、制度の管理及びその運営状況も様々なものである。

また、地方政府財源に関する具体的な調達政策が存在しなかったため、県、市、

省間の連携、それぞれの役割分担に対する不明確な部分があるとともに、運営主体である県は、その財政能力と調達可能な範囲が限られており、社会保障による所得の再分配の役割がほとんど果たされていなかったとも言える。

そこで、筆者としては、省が新農村合作医療制度の財政運営の責任主体として、当該省内の市、県とともに、農村部の医療保険の運営を担うべきだと主張したい。省単位では、県単位より広い範囲の財政調整、所得再分配の機能、安定的な財政管理や効率的な事業運営の確保などの新農村合作医療制度運営に重要な役割を果たすことができると考えられる。省内統一的な運営方針に基づき、市、県が担う事務の役割を明確化、効率化と標準化を推進することができ、今まで統一的に制度化しにくかった農村部の医療制度を明確化することが可能になるのではないか、と考えている。日本において 2003 年以後の方針で、市町村国民健康保険の保険者の広域化が決定させられたことからもわかるように、より広域化、統一化することにより、保険財政を安定されることも、重要な側面と考える。

次に、新制度の下では、以前の農村合作医療制度より、保険給付の範囲が広がり、自己負担の割合も低く設定された。重病や入院にかかる高額な医療費、診療や手術などに関する費用は、収入が少ない農村住民に対して、相当な経済的負担であったため、新農村合作医療制度は高額な医療費によって家庭が貧困に陥らないように、保険の中心的な内容を重病や入院などの医療費の給付と設定した。

外来による診療は、入院や手術を伴わないため、比較的費用も少ないであろうとして、原則として患者本人の自己負担となり、入院医療費の負担に関しては、農村合作医療基金と患者本人から、それぞれ診察の種類、および限度額に応じて負担することとなっていた。

入院の際には、患者本人の支払う自己負担割合が、都市部被用者医療保険と同様に、病院の等級、診療内容によって、定められているようであり、また農村合作医療基金からの支払いにも限度額があり、それを超えた分は自己負担となっており、患者が自ら負担する医療費が高額となる危険性は完全に排除されていなかった。

しかし、やはり都市部被用者医療保険と同様に、医療費の正確な負担割合について、文献により情報が異なり、公的な文書により制度に関する詳細な説明や正確な情報提供は見つけることができず、各限度額、あるいは自己負担の割合について、地方政府の裁量、及び各病院の裁量により各地域で異なっており、統一的な運営がなされていないことから、実際の運用と管理には、相当な困難を伴った

ことも想定できるが、全体像の把握が難しい。

また当初、原則として重病や入院などの高額な医療費のみが農村合作医療基金から支払われていたが、その後、一部地域では一般外来が発生した医療費も、同医療基金から支払われることも認められ、しかしそれは一部地域に限定されていた。筆者の感想として、同制度の問題として、都市部被用者医療保険と同様に、あるいはそれ以上に被保険者にとってなお不透明な部分が多い制度であり、新農村合作医療を十分に理解できない農村住民と農村合作医療基金の管理と運営が不十分な地域が存在し、農村住民の不安を解消させる制度としての信頼を十分に獲得できていないと感じている。

加えて、改革開放政策により拡大された都市部と農村部間の経済的な格差が医療の公平性に及ぼす「看病難、看病貴（診療を受けることが難しく、医療費が高いこと）」の課題が実際にまだ重くのしかかっている。

直近の状況として、中国国家統計局の『中国統計年鑑 2021』のデータにより、2020 年、都市戸籍を持つ都市部住民の一人当たりの平均年収は約 43,800 元、日本円に換算すると約 779,400 円であるが、それに対して農村戸籍を持つ農村部住民の一人当たりの平均年収は約 17,100 元、約 304,300 円であり、都市部の半分にも及ばない。中国にとって経済と社会の発展はまだ成長過程にあると言えるが、都市化が進んでいる一方、所得が低い農村部も多く残されており、都市部と農村部間の経済的な格差の縮小は遅い。

また、「新農村合作医療制度」が対象としているのは中国の大部分を占める農村であったため、都市部より個人の経済的能力が比較的弱く、医療制度の整備が遅れており、これまで長期に渡って既存の公的医療保障制度の対象外とされた農村戸籍を持つ農村部の一般住民であり、低い自己負担能力、財源不足という根本的な問題が存在し、未だに基本な低水準の医療保障しか提供できない。

上述のように、「旧」農村合作医療保険制度は、農村住民の自由加入を原則とする住民と集団組織の互助共済であり、公的社会保障とは評価できないものであった。計画経済体制下の「旧」農村合作医療制度より、新農村合作医療制度では農村住民の医療費の自己負担は減少し、農村部における医療保障の整備に変化をもたらす重要な一歩と評価できるが、都市部と比較すると、提供された医療サービスは、低水準であり、外来治療が原則として患者負担であるのに加えて、入院を伴う医療についても、場合によりたとえ農村合作医療基金から一部の医療費を負担されても、本人の自己負担も相当程度となるリスクがいまだに存在

する。入院の場合でも、患者の自己負担は、一定額までは、完全な自己負担であり、それを超えた後に、農村合作医療基本基金による一部負担が発生するものの、本人はその分の自己負担分も支払わなければならい。且つ、医療基金負担分にも限度額があり、それを超えたら、再度超えた分が完全な自己負担となるため、医療費が高額になれば、相当な負担総額となる。

この意味では、日本における高額療養費制度とは逆の発想であり、大病を患った際の保障としては、なお全く不十分であった。この問題に対処するため、後述の「住民大病保険」Ⅱ.7.が後に創設されたが、この段階では、大病に対する保障はまだ不十分なものであった。

Ⅱ.5.　「都市部住民基本医療保険制度」の創設～中国版「国民皆保険」に向けた取り組み

Ⅱ.5.1.　背景

2006 年の中国共産党の第 16 回中央委員会第 6 次会議では、政府は「すべての国民に基本的な医療保険を提供する」ことが最優先の課題であると表明し、2020 年までに、「国民皆保険」の実施に向けた取り組みを推進することを目標として掲げた。翌年の 2007 年、「都市部住民基本医療保険」が創設され、都市部に住む都市戸籍を有する一般住民、すなわち被用者保険の被保険者ではない者が対象となる初の公的医療保険ができた。

ここで一旦、整理をすると、農村戸籍を有する者は、農村部に住んでいる場合、前述の新農村合作医療制度の対象となり、都市部に住んでいる場合には、被用者ではない場合に戸籍を有する地方の新農村合作医療制度に加入でき、被用者の場合は「都市部被用者医療保険」に任意加入するか、やはり戸籍を有する地方の新農村合作医療制度に加入するか選択できたため、一応、すべての農村戸籍所有者について、加入できる公的な医療保険制度が整備されていた。一方で都市戸籍を有する者は、被用者であれば、居住地が農村部であっても都市部であっても、都市部被用者保険に加入することができたが、被用者ではない一般住民については、この時点で、加入できる公的医療保険が存在していなかった。

1950 年代の計画経済体制の下では、当時被用者の被扶養者も被用者と同様に「都市職員労働保険制度」の対象者となったが、1998 年から実施された「都市

部被用者医療保険制度」の下では、医療保険の対象者は被用者だけに絞られ、被扶養者は保険対象外とされた。恐らく、これは政府と企業の財政負担を抑えるための対策だったと考えられる。

2007 年の都市住民基本医療保険制度は、このことに対処するためにできた制度であり、すべての、農村戸籍者、都市戸籍者が加入できる公的医療保険が整備されたという点で、ある意味において「国民皆保険」となったと言える。ただし、説明したように、多くの部分が任意加入であったり、保障が不十分であったりするほか、運営の面の不透明さなどから、真の意味での、国民全員が強制加入である、日本の「国民皆保険」とは様相が大きく異なる。

Ⅱ.5.2. 新設された都市住民基本医療制度の内容について

新たに新設された都市住民基本医療保険の運営主体は市であり、その対象者は、都市部被用者医療保険に含まれなかった都市部戸籍を有する非労働者、失業者、高齢者など一般住民、及び被用者の被扶養者（家族）である。自営業者は、各地方政府の判断により、都市部被用者医療保険、都市部住民基本医療保険のどちらかに加入できることとなった。

都市住民基本医療保険は日本の公的医療保険と異なり、任意加入であるという問題（すなわち逆選択等の危険性）はあるが、実際に多くの住民がこれに加入した。中国国家統計局の『中国統計年鑑 2011』のデータにより、2010 年までに、都市住民基本医療保険の加入者は約 1,95 億人であった。その他、都市部被用者医療保険の加入者は約 2,37 億人、新型農村合作医療保険の加入者は約 8,36 億人であった。すなわち、他の制度と合わせて、全国で約 12,68 億人が公的医療保険に加入していることとなり、加入率は約 95％となっていた。2020 年時点では、この数字は 13,6 億人、すなわち、全国民の約 96％であり、国民の多くが加入していることがうかがえる。このことは、国民の多くがこうして、公的医療保険に医療費に関する不安を抱いている中で、保険料が安価な公的医療保険ができたことで、積極的に加入する行動をとったことを表わしており、上で述べたように、保障の面での課題は残っているものの、国民が公的な医療保険の整備を長年にわたって待ち侘びていたこともうかがえる。

都市住民基本医療保険制度の重要な特徴として、「都市住民基本医療基金」を設立し、その財源を保険料に加えて、地方政府と中央政府からの補助金で賄って

いることがある。この基本医療基金が、入院、手術など高額になりやすい診療について、主たる保障を行うこととなる。

保険料の算定は、各市によって異なっている。天津市の例から見ると、原則として、一般住民の保険料が年額 330 元（約 5,600 円）、70 歳以上の者は 120 元（約 2,000 円）、児童（18 歳以下）及び学生は年額 60 元（約 1,070 円）となっている。この個人が負担する保険料に加えて、公費から、一般住民一人当たり年額 230 元(約 3,900 円)、70 歳以上の者一人当たり 440 元（約 7,850 円)、児童（18 歳以下）及び学生一人当たり 40 元（約 700 円）が加算され、これらが基本医療基金の財源となっている。一般的な平均年収からすると、これは比較的負担しやすく、高い加入率もこれを示している[63]。

新農村合作医療制度と同様に、都市住民基本医療保険制度の最大の目的は、重病や入院など高額な医療費が発生した時、家庭が貧困に陥らないことであった。そのため、保険の中心内容は重病や入院などの医療費給付であり、給付内容、自己負担の割合などについても、新農村合作医療制度と似た仕組みとなった。

すなわち、本制度の下で、重病や入院など高額な医療費が医療保険で給付され、患者本人の自己負担は以前の無保険の時よりは減少したが、医療基金負担分の限度額が設定されたことによって、医療費が高額になれば、自己負担の総額も相当高くなる。この点も新農村合作医療制度と似ている。

このように「都市住民基本医療保険制度」の設立により、都市部については、戸籍や被用者であることが要件とならずに国民が対象となる中国版「国民皆保険」実現への初歩を構築することが目指された。

Ⅱ.5.3.　中国版「国民皆保険」の課題

今後高齢化の進展により、この中国版「国民皆保険」の中で、特に、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の財政的維持の面に関して、大きな不安が感じられる。

上述のように、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の保険料は安価だが、保障内容も低水準のため、現段階の財政運営は安定している。

もう一つ重要な点は、中国は高齢化社会に入ったが、本格的な高齢化はまだ進

---

[63] 天津市人民政府「天津市都市及び農村医療保険規定に関する通知」（2009 年 4 月 17 日）（http://www.tj.gov.cn/zwgk/wjgz/szfwj/200906/t20090610_98011.htm、2019 年 6 月 12 日最終閲覧）

んでいないことである。

しかし中国は「計画生育政策」（いわゆる「一人っ子政策」）の影響で、急速なスピードで高齢化が進んでいる。中国国家統計局のデータによると、2020 年の中国における 65 歳以上の高齢者数は約 2 億人で、高齢化率は 13,5%だった。人口の基数が多いために、高齢者人口も既に非常に大きな規模となっており、「高齢化大国」とも言える。その高齢化率は、既に高齢化が進んでいる各先進国、特に日本（2020 年の高齢化率は約 28,8%だった）と比べると、現段階の中国では、高齢化による医療の問題はまだ深刻な状況ではないように見える。

しかし、今後中国では、人口構造の高齢化や医学の進歩とともに、高齢者医療費あるいは公的医療保障関係費は必然的に増加していくことが予想され、現状の安価な保険料のままでは、被保険者数が 10 億人以上である「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の財源の確保の問題は必ず現れるだろう。すなわち、両制度の財政運営を安定させるための対策を迅速に検討すべきである。

筆者は、「都市住民基本医療保険制度」及び「新農村合作医療制度」について、今後、より安定的な「国民皆保険制度」を目指すにあたっては、以下のような対策が必要だと考える。

まずは、保険料拠出を増やす必要がある。現段階では、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」に平均収入が少ない農民、高齢者などが多く加入しているため、その保険料は低く設定されている（中でも特に「新農村合作医療制度」の対象者は、平均年収は都市部の半分にも及ばないが、人口の半分以上を占めている農民である）。しかし、今後経済発展の進歩や年金制度の整備によって、国民の所得が増えることが予想できる。

中国では、2009 年の農村部一般住民を対象とする「新型農村社会年金（養老）保険」、2011 年の都市部一般住民（非労働者）を対象とする「都市住民年金（養老）保険」の 2 つの住民基礎年金が創設された。国は、2012 年末までに、すべての国民が公的年金に加入できることを目指した。さらにその後、2014 年 2 月に公布された「統一した都市・農村住民基本年金制度を創設することに関する国務院の意見」により、農村部と都市部に分かれていた住民年金を 2020 年までに 1 つの制度に統合することが目標としてあげられた[64]。すなわち、今後公的年金制度の進展、または成熟することが期待できるだろう。

---

[64] 労働政策研究・研修機構「公的年金の統合に向けた取り組み（中国：2014 年 4 月）」

筆者は、これによって、今後都市及び農村一般住民の老後の所得保障が強化され、医療費に対する負担能力が上昇していくことが見込まれ、「都市住民基本医療保険制度」及び「新農村合作医療制度」の被保険者に対して、保険料の自己負担を増加することが可能だと考える。

しかし、年金制度の改善によって高齢者所得が増える一方で、低年金、低所得高齢者も存在し、高齢者間でも負担能力が一律に改善するものとは言えず、都市部と農村部の間、または各地域の間で、経済と社会保障の格差が縮小されない限り、高齢者間での収入差が依然存在し続ける。

このため、低所得高齢者に対する保険料負担に配慮しつつ、高齢者にその経済的な能力に応じて、中国においても日本の高齢者医療制度におけるような高齢者の「応能」負担を導入すべきだと考えられる。

次に、社会連帯の考えから、各保険者間の財政調整が必要だと考える。上述のように、平均収入が少ない農民、高齢者などが多く加入しているため、「都市住民基本医療保険」と「新農村合作医療制度」の財政基盤が脆弱なものであり、今後、高齢化の進展に伴う高齢者人口の増加によって、財政的に極めて困難な局面が待っていることが予想できる。

ところで、このような状況は日本に相似していると考える。日本の市町村国民健康保険は、もともと高齢者や低収入者などが多く加入したため、財政の基盤が不安定な状況であり、保険料収納率も低下しており、高齢化の進展によって、国民健康保険の財政がさらに悪化し、事態が深刻な方向に進んでしまった。その問題を解決するため、日本の老人保健法は、高齢者医療費の公平な負担という観点から、高齢者を対象として、医療保険者の各保険者が老人医療拠出金を拠出することにより、共同で負担することとされていた。いわゆる、高齢者の加入が少なく、財政基盤が相対的に安定している健康保険から、高齢者の加入が多く、財政基盤が弱い市町村国民健康保険へとの財源の移動が行われたため、その結果、国民健康保険の財政悪化、または財源不足の問題を改善した[65]。

筆者はこのような貴重な経験は、中国にも重要な参考的価値があり、今後高齢

（http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2014-4/china-02.html、2020 年 1 月 15 日最終閲覧）

[65] この部分は、以下の文献を参考した上、筆者の私見を加えて執筆した。加藤智章・菊池馨実『社会保障法第 6 版』有斐閣アルマ（2015 年）192 頁～、西村健一郎『社会保障法入門第 2 版』有斐閣（2014 年）64 頁～、本沢巳代子・新田秀樹『トピック社会保障法〔2017 第 11 版〕』不磨書房（2017 年）20 頁～、伊藤周平『後期高齢者医療制度—高齢者からはじまる社会保障の崩壊』平凡社新書（2008 年）37 頁～により参照。

化の進展によって、「都市住民基本医療保険制度」または「新農村合作医療制度」の財政の長期的な充実を図るため、財政基盤と運営状況が相対的に安定している「都市部被用者医療保険」から、高齢者の多く加入する制度への支援金拠出を導入することが重要な手段の一つだと考える。

次に、財政運営の責任主体を改正する必要があると考える。現在の「都市住民基本医療保険」と「新農村合作医療制度」については、被保険者は市、または県単位のうち要件を満する者という比較的小範囲とされるため、それぞれの財政基盤が脆弱であり、財源調達の範囲も狭く限られており、財政運営が安定的とはいえない。

これらについて、筆者は「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の保険者を省単位で再編することが望ましいと考える。省が財政運営の責任主体として、当該省内の市、県とともに、医療保険の運営を担うことによって、より広い範囲の財政調整、所得再分配の機能、健全な事業運営の確保などの重要な役割を果たすことができると考えられる。省内統一的な運営方針に基づき、市、県が担う事務の役割を明確化、効率化と標準化を推進することができ、今まで統一的に制度化しにくかった農村部の医療制度を明確化することが可能になるのではないか、と考えている。日本において 2018 年の国民健康保険法等の改正法が実施された以降は、都道府県と市町村が国民健康保険の保険者を共同で担当しているため、従来の市町村および特別区が国民健康保険の保険者を担当した時より広域化、統一化された運営ができており、財政基盤も以前より安定している。

「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」については、この例にならって、省は市、県とともに、共同で制度の運営を担当し、保険者の役割を果たすことが、今後より安定的な中国版「国民皆保険」を構築するための一つ大切な対策だと考える。

Ⅱ.6.　民間医療保険の導入～「湛江モデル」の誕生[66]

上述のように、「都市住民基本医療保険」では、保険料拠出が安価に抑えられ

[66] この部分について、塔林・前掲注 5）159 頁～、「湛江模式的启示：探索社会医疗保险和商业健康保险的合作伙伴关系」中国经济政策体制改革研究会公共政策研究中心长策智库（2010 年）3 頁～5 頁（筆者和訳）を主に参照した

ていたため、医療保障が低水準であり、基本医療基金の限度額も低く設定され、その結果として、患者負担がかなり高額となる場合があった。この問題に対応するため、国は、医療費に関する公的負担及び自己負担を同時に軽減する一つの手段として、高額医療保険の管理を民間の保険会社に委託することを検討した。

1950 年代、いわゆる計画経済体制期間から、中国の医療制度は、公的医療保険を中心であり、医療費はほぼ国と企業が負担されたため、私的保険の発展が遅れており、さらに「文化大革命」の影響で、1966 年から 1976 年の 10 年間の間で、公的保険を含めて国内の医療保険機能が完全に停止された。その後、1980 年代の改革開放によって、「文化大革命」による停止された民間保険事業が再開された。特に、1998 年の「都市部被用者医療保険制度」の実施により、患者自己負担が引き上げられ、基本医療基金の限度額も設定されており、重病による高額な医療費の自己負担が公的医療保険だけで対応できなくなったため、民間保険に対する需要が増きた。各民間保険会社はその商機を逃せず、積極に対応し、多くの保険商品を開発し、大病保険がその一つであった。

こうして、国は民間保険の経験と知識の活用に期待し、公的保険との共同運営の可能性を探究するため、幾つかの都市を実験都市として実験が行なわれた。その中で、2009 年、広東省湛江市が行ったものが「湛江モデル」として注目された。

湛江市では、「都市住民基本医療保険」が始まって以来、都市部の一般住民の医療費の自己負担が一定程度減少したが、基本医療基金の限度額（1,5 万元、約 27 万円）が低く設定されたことによって、患者本人が直面しなければならない現実は、高額な医療費の自己負担、すなわち数万元の薬代、十数万あるいは数十万元の手術費用を支払うことであった[67]。

この問題を解決するため、2009 年 1 月、湛江市政府は、「大衆が一銭も多く出さないまま、より大きな保障を受ける」という視点から、「都市住民基本医療保険」の基本医療保険基金から一定の割合(財源の 15%)を民間保険会社の中国人民健康保険株式会社に出資し、いわゆる再保険の形で、民間保険会社の「重大疾病保険」を購入することとした。「重大疾病保険」の財源管理と運営は中国人民健康保険株式会社に任せられ、患者の医療費は、「都市住民基本医療保険」の基本医療保険基金の限度額を超えた場合、その超えた分が「重大疾病保険」いわゆる民間保険会社負担とされた。

---

[67] 前掲注 66

ただし、これは全額を負担してくれるのではなく、患者本人も一部の自己負担分を支払う必要があり、また、「重大疾病保険」にも限度額（8 万元～10 万元、約 142 万円～178 万円）があり、それを超えた分は再度自己負担となっており、医療費が高額となるリスクをまだ完全に回避することができなかった。

しかし、これによって、本来なら、基本医療基金は限度額があったため、それを超えたら完全な自己負担となっていたが、この再保険によって、患者本人は保険料を別途拠出しなくても、私的保険の活用によって、高額医療費の自己負担を軽減することができた。この制度は「湛江モデル」と呼ばれ、全国各地域から注目され、大きな話題となった。

ところで、実際 2009 年では、湛江市社会保険局（「都市住民基本医療保険」基本医療基金の運営者である）は中国人民健康保険株式会社に 1732 万元を支払ったが、当時病院からの情報提供が不足しており、保険料の算定が正確ではなかったため、保険会社の実際の医療費給付額は 2910 万元であり、実情では 1178 万元の損失となったにもかかわらず、この制度は社会医療保険管理部門が公的医療保険の財源の一部を民間保険会社に振り替え、保険会社が契約により約束した医療費を支払った後の残額が保険会社の利益収入となる仕組みが、この結果として、本来被保険者の給付水準の向上に利用されるべき公的医療の財源が、会社の利益として流失することとなるとも指摘された[68]。

このように、公的な保険料財源が民間保険会社の利益に流れるという指摘とは反対に、実際には、すくなくとも湛江モデル導入の年においては相当程度の損失となったにもかかわらず、民間保険（上述の中国人民健康保険株式会社）が湛江市との契約を継続し、実際に湛江モデルが成功例となったのは、筆者が推測するところ、この損失が、関係の継続による医療データの取得・蓄積により徐々に縮小され、最終的には利益、あるいは少なくとも財政的な均衡に至ったであろうということが推察できることに加えて、これは中国に特有の事象かもしれないが、地方政府との連携そのものが、民間会社にとってある種の「信頼の証」として、会社の将来にとって、何らかの形で有利に働くことの見込みが会社側にもあったからではないかと考えている。

他方、政府と民間保険会社の合作により民間保険市場の競争規律が撹乱させられる可能性もあり、政府の監督力が十分機能できるかどうかにも不安があり、また、湛江市は「改革開放政策」によって最初に対外的に開放された都市の一つ

[68] 前掲注 66

であり、経済発展と都市化も進んでいるため、この「湛江モデル」は実際に経済発展が遅れ、財政状況も厳しい中部と西部などの地域で導入することが可能なのか、という疑問もあった[69]。

これらの意見を含めつつ、中央政府は「湛江モデル」を基本として、全国範囲で公的医療保障制度と民間医療保険の合作の実験を拡張することを決定した。

Ⅱ.7. 公私医療の合作～「大病保険」の導入

2012 年 8 月 24 日、国務院の衛生部、財政部や民政部などは「都市部と農村部の一般住民に関する大病保険の指導意見」を公布し、新しい「住民大病保険医療保険制度」いわゆる「都市住民大病保険制度」と「農村住民大病保険制度」を設立することと定めた。国は明記していないが、これは前述の「湛江モデル」の仕組みにとてもよく似ており、この成功を参考に構想されたものであることは、ほぼ間違えないだろう。

「住民大病保険制度」は、地方政府が「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療制度」のそれぞれの基本医療基金から一定額を拠出し、競争入札の募集方式で民間保険会社を購入し、「都市住民大病保険医療基金」と「農村住民大病保険医療基金」を別々に設立して、保険会社が第三者としてこれらの具体的な財政運営を担当する制度である。「都市住民大病保険」と「農村住民大病保険」の対象者は、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」のそれぞれの被保険者であり、保険料は別途徴収されない。

このそれぞれの大病保険の導入により、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の被保険者は重病や特定疾病などによる医療費が高額となった場合、各住民大病保険から高額医療費に関する給付を受けることができることとなった。

こうして患者の医療費は、「都市住民基本医療保険」あるいは「新農村合作医療」の基本医療基金の限度額を超えた場合、その超えた分がそれぞれの「住民大病保険」の「大病医療基金」による高額医療費が一部を負担し、患者本人も一部の自己負担分を支払うこととなった。この具体的な割合分担は各地域によって異なるが、大病保険による最低負担率は 50%に定められ、少なくとも半割分は患者の負担が軽減される。「大病医療基金」の限度額を超えた分も再度患者の自

[69] 塔林・前掲注 5）160 頁

己負担となるが、この額を超えるケースはあまりない。

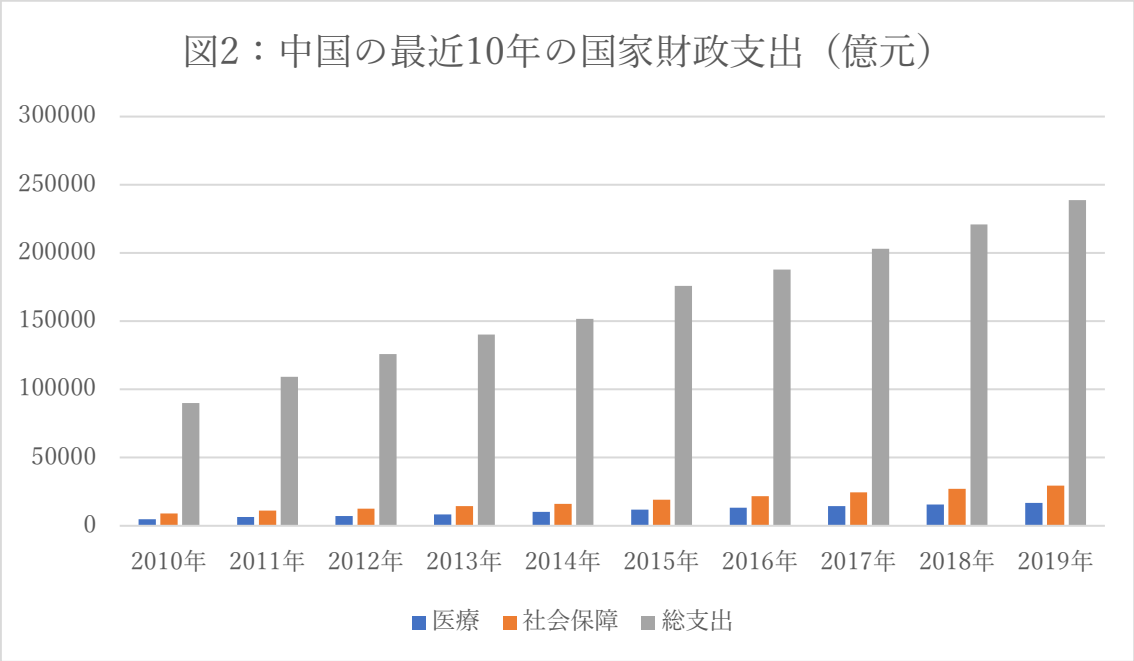
このように「住民大病保険医療制度」は、公的医療保険制度に民間保険を導入することにより、保険料を別途徴収せずに、被保険者の高額な医療費に関する給付を充実させることで患者の自己負担の軽減を実現できる制度であり、中国独自の制度的工夫を用いて、徐々に給付の拡大が目指されていることは評価されるべきである。

とはいえ、基本医療保険と同様に、この大病保険にも限度額が設けられているため、経済的負担能力が比較的弱い被保険者として、仮に最低限度である 50%が負担されたとしても、二次精算後の自己負担は依然として相当高額であり、従来の医療費が高額となる危険性が完全に回避できているとは言えない。

理想的には、長期入院、長期的な治療や高度な医療等が必要となった場合に、それに伴う医療費の自己負担が高額となることを完全に防止するような、医療費の自己負担を一定額未満に抑えることのできる公的医療保険の整備が望ましい。特に高齢化の進展に伴い、高齢者医療の特性およびその疾病の特徴からして、高齢者は若い世代より、心臓病や高血圧など成人病が多く、慢性化もしやすく、機能障害を伴うリスクも高いため、また中国においては、生活習慣病予防もまだ発展途上であって、医療費が高額になることも予想できる。

そのため、充実した高額医療費制度の検討が必要であるが、その課題の一つが医療保障に関する費用負担の問題、具体的には公費負担の割合が少な過ぎる点だと考える。

中国において、社会保障に関する費用負担、国庫負担、財源調達などについては、公表されている行政の公式文書が限られており、それらに関する多くの資料は国家内部資料として未公開の状態となっている。そのうえ、中国国家統計局、衛生局などが公開している『中国統計年鑑』、『中国衛生統計年鑑』などは、そもそも情報がそれぞれに違いが見られる場合もよくあり、これらに基づく中国の医療と社会保障に関する筆者の分析は、残念ながら多くの部分を推測で補わざるを得ないため、今後研究を進めるためには、政府からより正確な情報公開が必要となる。



出所：中国国家統計局と中国衛生局のデータにより筆者作成

上の図 2 からわかるように、中国の直近 10 年の中央財政と地方財政を含む、国家財政の総支出の推移の中で、社会保障に関する財政支出は、最低生活保障、社会福祉などを含め、2010 年の 9130.6 億元から、2019 年の 24611.7 億元まで 2 倍以上に増え、また、医療衛生に関する財政支出は 2010 年の 4804.2 億元から 2019 年の 16665.3 億元まで 3.5 倍以上、増加したものの、国家財政総支出に占める割合から見ると、社会保障が占める割合は 2010 年の 10.2%から 2019 年の 12.3%と、わずか 2.1%しか増えておらず、医療衛生に関しては、2010 年の 5.3%から 2019 年の 7%まで、1.7%しか増加してない。

一方、日本の財務省のデータにより、2019 年度の日本の一般会計歳出の中で、社会保障が占める割合は 33.6%、割合として中国の約 3 倍である[70]。日本の高齢化率が 28.8%であり、世界で最も進行していることはこの高い公費負担割合の要因となっていることも事実だが、それだけではなく日本は社会保険方式により医療費の保障を行っているが、国民健康保険の給付費の半分が公費で賄われているなど、税金の投入割合が非常に高い。これは各国の医療制度と比較し、日本の医療制度としては、一つ大きな特徴である。これによって、国民は医療が必

[70] 財務省「これからの日本のために財政を考える」（2019 年 10）
（http://chugoku.mof.go.jp/content/000244634.pdf、2020 年 1 月 16 日最終閲覧）

要な時、過大な費用負担がなく、安心して治療を受けることができる。すなわち、日本のような世界的にも高く評価される公的医療保険制度を維持するため、公費負担割合の上昇は、絶対条件であると考える。

ところで、公的医療保障の内容が現時点において充実していないことは、国も認識していることは明らかだが、国土が広く、人口が多く、地域間で経済的な格差が残る中国において、一朝一夕で解決できる問題ではない。今後中国では、高度の治療を要するような病気の治療に関して、医療設備の提供はもちろんのこと、新たな財源の確保も必要であり、このような保険を整備するにあたっては、被保険者間の公平性の観点からも、検討を要する。このため、経過的な制度として、民間保険を利用した公私合作の医療保険モデルとして上述の大病保険を一部の地域で導入し、実施している。

したがって、この方式は、かならずしも長期的、恒久的なものとして位置づけられていないようにも見えるが、特に中国国内での評価は現状では相応に高く、将来性が期待できるモデルとされている。

前述のように、短期的には、保険会社側の損失が、病院から医療データの取得・蓄積により徐々に縮小され、最終的には利益、あるいは少なくとも財政的な均衡に至った可能性だと推察できる。また、地方政府との連携そのものが、民間会社にとって政府あるいは国からの「信頼の証」であり、国民からの信頼や政府との関係の継続など会社の将来のため、有利なの投資だとも考えられる。

しかし、私的保険の観点から、保険会社は収益の維持、いわゆる営利を獲得することが目的である。収支相等の原則から考えると、長期的に財政的な均衡に至らない場合、保険会社側にも損失を耐える限界があり、いくら中国に特有の事象と言われても、損失を避けるため、住民大病保険から離脱し、政府との合作を断念せざる得ない。

また、保険会社側が損失せず、営利した場合には、政府が公的医療保険の財源の一部を民間保険会社に振り替え、保険会社が必要な保険給付金を支払った後の残額が完全に保険会社の利益収入に流れ込むこととなる。すなわち、本来被保険者の給付水準の向上に利用されるべきである貴重な公的医療の財源が、保険会社の利益へ流失し、財源の不足に難航を示している公的医療保険にとって、大きな損失ではないかと考える。

これらを含めて、筆者は、政府には、住民大病保険に関する民間保険との合作は、単なる一方的に民間保険会社に制度の運営を任せることではなく、運営経験

と知識の交流も重要であり、将来的に運営権を民間保険会社から回収し、自ら運営と管理できる安定、且つ効率的な住民大病保険を国民に提供できるように向けて、検討すべきであると考えている。

また、この民間保険を活かした制度は、今後中国がさらに高齢化していくと、保険料負担が必然的に上昇していくことが予想され、このまま維持していくのは困難になると考えており、このため、以上で紹介した「住民大病保険」に代表される公私合作の大病保険はあくまでも、日本の高額療養費制度のように、公的医療保険の保障範囲が高額な治療を含め、ある程度保障内容が拡大されて、より充実したものへと発展するまでの中間的な段階であるべきものと捉まえており、公的に運営される医療保険の保障内容の充実は、引き続き中国政府が取り込むべき重要な課題であると考えている。

なお、日本においても民間の医療保険が、公的医療保険を補う重要な役割を果たしている側面がある。これは、公的医療保険が対象としない、最先端の医療（いわゆる「評価療養」）や、入院の際の個室利用や歯科治療における高級資材の利用（いわゆる「選定療養」）を保障内容とするものであり、いずれも国による一定の審査を通過した療養について、公的医療保険と民間保険を併用できる例外的な制度である「保険外併用療養費制度」であるが、本項目で説明した合作制度とは大きく異なる。

Ⅱ.8.　さらなる進化～「都市・農村住民基本医療保険」の統一[71]

2016 年、国務院は社会の公平と正義の促進、都市・農村住民が基本住民医療保険を平等に受けることができるよう、社会福祉の増進、都市部と農村部の経済格差を緩和することを目的として掲げ、「統一した都市･農村住民基本医療制度を創設することに関する国務院の意見」を公布した。

国務院は 2020 年までに、農村部と都市部に分かれていた二つの基本住民医療制度（新農村合作医療制度と都市住民基本医療制度）を 1 つに統合し、都市戸籍と農村戸籍に関係なく、都市被用者基本医療保険の加入者以外のすべての者が加入できる「都市･農村住民基本医療保険」を設立することを目標として掲げた。

そもそも「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療制度」両制度の

[71] この部分は、以下の文献を参考した上、筆者の私見を加えて執筆した。馬・前掲注 30）91 頁～94 頁、張・前掲注 60）71 頁～。

性質、その中心的な目的は同じであり、制度の枠組みも類似しており、対象者の特徴、保険料の拠出や資金調達といった要素も似通っていたため、統合することが合理的でもあり、二つの制度を個別に運用する必要性は乏しかった。

この「意見」により、今まで中国における公的医療保険制度は、戸籍の違い（都市戸籍、農村戸籍）と就業の形態によって、「都市部被用者医療保険制度」、「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の三つに分類されていたところ、この「意見」と、その目的の実現は、この従来の三本立てから、「都市部被用者医療保険」と「都市・農村住民基本医療保険」の二本立てとなり、1950 年代以来存在していた、都市と農村で二元化された社会の壁をなくす可能性を示す新たな要素となった。

具体的には、中央政府が両制度の統一に関する基本的な方針を制定し、それに基づき、各省の政府が運営主体、対象者の範囲、保険給付など、制度内容に関る実質的な実行方法を、当該省内の実情、すなわち人口構成、経済状況等に沿って定めることとなった[72]。

現時点における「都市・農村住民基本医療保険」の実現状況に関するまとまった情報や資料は公開されていないため、全国における達成状況の全体像は把握できていないが、地方政府のホームページ等の情報から、既に実施されている地域も多いことが伺える。また、この制度の運営主体となる行政の単位は、上記国務院の意見において明確に示されていないため、多くの場合は市が運営主体となっているようだが、地域により、省（市よりも大きな行政区域）がこれを担っている場合もあり、統一的ではない。そのため、各地域により、統合後の制度内容も異なっている。しかし、広東省東莞市と四川省成都市の両都市が行った改革が、統合の成功例として話題になり、いわゆる「東莞モデル」、「成都モデル」として、多くの地域が参照するものとなっている。

まずは、広東省東莞市において行われた、「都市部被用者医療保険制度」、「都市住民基本医療保険制度」、「新型農村合作医療制度」の三つの医療制度を統合した「東莞モデル」について以下で簡単に紹介する。

2008 年 7 月、東莞市は上記三つの公的医療保険制度を一つに統合し、「東莞市基本医療保険制度」を設立した。「都市部被用者医療保険」と比べると、収入が少ない高齢者と農民が多く加入する「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療制度」において、財源確保や給付内容などに関する格差が存在した

[72] 馬・前掲注 30）91 頁

が、東莞市政府は被用者保険と住民保険を合併させることにより、より財政的安定性の高い保険（被用者保険）と、比較的脆弱な保険（住民保険）の財政を平準化することができ、更に公費を投入することで、農村地域における医療の供給体制の強化を図ったようである[73]。

統一後の基本医療保険制度については、保険料負担等について完全な情報ではないが、『城郷医療保障制度統籌発展研究』において、以下のような概要が掲載されている。すなわち、統一保険は、市が運営主体となり、基本医療基金の管理、保険料の徴収や財政の運営と管理などを行うこととなった。この医療保険の対象者は、東莞市の戸籍を有するすべての者とされ、この中には、東莞市の管理区域内、すなわち都市部と農村部が含まれるため、都市戸籍所有者と農村戸籍所有者が同制度に加入することとなった。財源は保険料と公費負担により構成され、保険料額は前年度の被用者の平均賃金を元に算定される、定額保険料となっている。しかし、この保険料を支払う際には、全額を被保険者が負担するのではなく、被用者であれば使用者、非被用者であれば公費による保険料の補助が定められている。保険給付も統一され、戸籍や職域などに関係なく、すべての市民に対して、同じ医療サービスが提供される仕組みとなっている。

こうしてこの「東莞モデル」は、従来の戸籍制度による都市部と農村部の間だけではなく、労働者と非労働者間の医療格差も解消することを明示的に目指すものとなっており、また実際に、市民に公平な医療制度を提供することに一定の成果を挙げているとして、注目されている。このような統一方法は、地方政府の財政状況、市民の平均収入、都市部と農村部の医療資源の分配や人口の構造などに大きく影響されている。東莞市は、改革開放の先行都市でもあり、経済発展と都市化も他の地域より進んでいるため、このような統一的な運用の実現を比較的容易に行うことができたのではと筆者は考えている。すなわち、「東莞モデル」は実際には中国の全土、特に経済発展が遅れ、財政状況も厳しい中部と西部などの地域で導入することは相当困難であろう。しかし、東莞市と同様に経済発展が進み、都市部と農村部の格差が既にある程度縮小されている、東部沿海部の地域においては、実現可能性があると考える。また、筆者は、今後の中国に対して、経済発展の進展に伴い、国民所得の上昇が予想できるため、将来的には「東莞モデル」のような戸籍や職域など関係なく、すべての国民に平等、適切な医療を提供できる公的医療保険制度を構築することが、社会主義だからこそ実現できる

[73] 張・前掲注 60）71 頁～74 頁

中国版の「国民皆保険制度」ではないかと考えている。

次に、中西部地域の中心都市である四川省成都市を代表する「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療保険制度」を統合した、一般的な「都市・農村合作医療制度」について、以下で紹介する。

上述のように、1978 年の改革開放以来、国家資源、技術、政策や人材などは経済発展に有利な東部沿岸部に集中的に投入された結果、東部沿岸部の平均所得は上昇し、年金、医療などの社会保障に関する改革も進み、都市化が飛躍的に発展したが、それに対し、逆に中西部地区に対する資源配分が不足し、当該地区の経済発展は停滞してしまい、社会保障制度に影響が出ただけでなく、医師や医療設備などの医療サービスの提供も低水準のままであった。

こうした経済発展の遅れを解消するべく、中西内陸部地域を開発し、東海沿海部地域との間の格差を縮小するため、中国政府は「西部大開発」[74]の実施を決め、2000 年 1 月、国務院は「国務院西部地域開発指導グループ」を設立し、様々な事業を行った結果、当該地域の経済力は大幅に強化された[75]。

成都市は、中国中西部地域を代表する中心都市だが、改革開放政策に恵まれなかったため、経済発展は上で紹介した東莞市よりも遅れていた。

しかし、それでも 2003 年から 2007 年までに、都市被用者基本医療保険、都市住民基本医療保険、新農村合作医療保険、出稼ぎ労働者保険などを含めて 7 個の医療保険制度を設けることにより、すべての市民が対象となる公的医療制度を整備しており、公的医療保険制度の整備に積極的に取り組んでいた。

それに加え、国務院による意見が出る 2016 年よりもかなり以前である、2009 年 1 月、成都市政府は早々に「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療保険制度」の二つを統合し、「都市・農村合作医療制度」を設立した。

---

[74] 「西部大開発」の対象地域は、中西内陸部の 12 省(自治区・直轄市)が含まれている。これらの地域は、国土面積の約 71%(686 万 km2)、総人口の約 29%(3 億 5800 万人)、GDP の約 18%(1 兆 4600 億元)を占めている(1998 年の統計値により)。また、経済発展が相対的に遅れている他の省も含め、中央政府は西部大開発に係る一部政策の対象地域を 19 の省(自治区・直轄市)まで拡大させた。その中、最初に決めた 12 の省(自治区・直轄市)を新たに重点区域と位置づけた。

[75] 中国国家統計局のデータにより、この「西部大開発」政策の実施によって、2009 年までに、国は累計で新規 70 件の重点プロジェクトを着工し、投資総規模は約 1 兆元である。中央政府は累計財政的建設資金 5500 億元、財政移転支払い 7500 億元、長期建設国債資金 3100 億元を投入した。そして国家投入は社会投入を促進し、西部地域の経済の急速な発展を促進した。2000 から 2004 年まで、西部地域の GDP は年平均 10.2%増加し、東部沿海地域との格差がある程度減少した。2004 年の西部地域の地方財政収入は 1999 年に比べて約 2 倍近く増加し、地域の経済力は明らかに向上した。

統一後の「都市・農村合作医療制度」の運営主体は市であり、その対象者は、都市被用者基本医療保険の加入者以外のすべての成都市民、すなわち被用者以外の都市戸籍所有者および農村戸籍所有者を含んでいる。財源については、保険料のほか、公費が投入されることとなった。

保険料については、児童（18 歳以下）及び学生は年額 120 元（約 2,000 円）、それ以外の者は高齢者も含め、年額 100 元（約 1,780 円）、年額 200 元（約 3,560 円）、年額 300 元（約 5,350 円）の三つの水準が設定されており、市民は経済能力により、三つの中から任意の一つを選べるよう設定された。政府はその一部を補助し、被保険者が残額を負担することとなっていた。医療費の給付率と基本医療基金の限度額は、選択した保険料の水準により異なっており、高水準の保険料を選択すれば、高水準の医療費の給付率と基本医療基金の限度額が受けることとなっていた。統一後の「都市・農村合作医療制度」は、従来の「都市住民基本医療保険制度」と「新農村合作医療制度」の保険者を市単位で再編することにより、財政運営を統一化し、保険単位を広域化することによる安定化の効果を発揮した。また、保険料について、三つの選択肢を設定することにより、所得が少ない市民も、比較的高所得の市民も加入でき、保障の水準を選択できるという、公的保険では珍しい仕組みとなっていた。この制度の加入率は高く、市民がこれらを好意的に受け止めたことを示している。

この「成都モデル」と言われる「都市・農村合作医療制度」は、単に住民を対象とする二制度を統合したということ以外の特色は見られず、上述の三水準の中から選択できるという点以外には、財政の安定化、被保険者の統一的な扱いという面では進歩的であるが、革新的ではないにも関わらず、「成都モデル」として他の地域が参考にしている背景には、恐らく、上述のとおり、成都市が、公的医療保険の整備、および本統一を、全国に先駆けて積極的に行い、それなりの成果を挙げているからであろう。こうして、中西部内陸部地域だけではなく、東部沿海部地域も含めて、全国で多くの地域において同様の形式で統合が行われたようである。こうして、経済発展や所得の格差といった、多くの困難を乗り越え、現時点で多くの地域において「都市・農村住民基本医療保険」が実施され、今後も継続的にこれが行われることは、長らく問題となっていた戸籍に基づく不公平の解消に向けた、大変重要な改革となっている。

なお、筆者の印象として、現在の中国における地域間の多様性、経済発展度合いの相違、都市部と農村部間の格差などが残っている中で、全国で統一された医

療保険の実現は必ずしも必要条件ではないと思うに至っており（本論文の執筆を開始した頃には、全国で統一的な制度こそ、市民間での公平性を達成するための必要条件と考えていた)、ただし、せめて地域単位で、当該地域内においては戸籍に基づく制度上の区別が撤廃されることは重要であると考えており、当面は地域の発展に合わせて医療保障を充実させて行くにあたって、公平性、安定性、効率性に配慮することこそが重要と考えている。

Ⅲ.　中国における高齢化社会が抱える医療保険の課題～格差の存在が医療制度に及ぼす影響

上述のように、現在の中国では、「都市部被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険」の二本立てに基づき、「大病保険」などを加えて中国版「国民皆保険」は着実に実現する方向へと向かい、中国の公的医療保険制度の改革が新たな段階に進んでいると言える。

しかし、現段階の「都市・農村住民基本医療保険制度」の保険料は安価であり、保障内容も低水準のため、「都市部被用者医療保険制度」との間の給付格差がいまだに存在している。被保険者数が 10 億人以上であり、平均収入が少ない農民、高齢者などが多く加入している「都市・農村住民基本医療保険」に対して、財源の確保が今日的課題の一つである。

今後中国では、人口構造の高齢化や医学の進歩とともに、公的医療保障サービス及びその関係費は必然的に増加していくことが予想される。現制度のままでは、財源の確保の問題は必ず現れ、安定的な財政運営にも極めて困難な局面が待っていることが予想できる。すなわち、安定的な財政調整、健全な事業運営、充実な保険給付や医療費負担の軽減などの今日的課題を迅速に検討すべきであり、これらの課題に踏まえて、将来的にすべての国民に安心させ、公平、適切、且つ高質な医療の提供と長期的に維持できる「国民皆保険制度」を構築することが、これから先も年月を要する重要な課題であると考える。

Ⅲ.1.　中国における高齢化の特徴

特に高齢化の加速は世界中で各国が直面する共通の課題であり、中国も急速に高齢化が進んでいる。中国は「改革開放政策」に伴い、この数十年の間に中国

における社会と経済の高度成長に伴い、国民の生活水準は大きく改善された。まずは医療技術の進歩により、平均寿命は延び、高齢者の数は増え続けている。また 1970 年代から導入された「計画生育政策」(いわゆる「一人っ子政策」(1979)、およびそれに続く「二人っ子政策」(2015)、「三人目まで認める政策」(2021))の影響もあって、出生率は低下し、核家族が増え、少子化も同時並行的に進んでいる。また、多くの農村部の若年労働者はより良い収入を得るため、農村部から都市部へ移動し、その結果、高齢者と子供だけが農村に残され、高齢者が青年層、壮年層に代わって農業だけではなく、家事や子どもたちの世話などもすることとなり、過疎化も深刻な状況となっている。その特徴ついては、主に以下のようである。

Ⅲ.1.1.　急速な高齢化

「改革開放政策」[76]以来、この数十年の間に、中国における社会と経済の高度成長に伴い、国民の生活水準は大きく改善された。そして、医療技術の進歩により、平均寿命は延び、高齢者の数は増え続け、確実に人口の高齢化が進行している。2010 年の「全国第六回人口調査」によれば、中国の平均寿命は 74.83 歳となっており、2000 年の 71.40 歳から 3.43 歳延伸していた。そのうち、男性については 72.38 歳で、2000 年より 2.75 歳延び、女性については 77.37 歳で、2000 年より 4.04 歳延びていた。2019 年末には、中国衛生部[77]の情報[78]により、中国の平均寿命は 77.3 歳まで延びており、急速に寿命が延びている。

1970 年代から導入された「計画生育政策」(いわゆる「一人っ子政策」)[79]の影響により、出生率は低下し、同政策は 2016 年に廃止されたものの、少子高齢化も同時並行的に進んでおり、「4、2、1」[80]の核家族構成が増え、従来の家族構造

---

[76] 「改革開放政策」は中華人民共和国の鄧小平の指導体制の下で、1978 年 12 月に開催された中国共産党第十一期中央委員会第三回全体会議で提出した中国国内体制の改革および対外開放政策のことである。

[77] 中国の衛生部は、中国国務院に属する役所で日本の厚生労働省に相当する政府機関である。

[78] 2020 年 10 月 28 日、中国第 13 次五カ年計画における衛生健康事業の改革と発展に関する記者会見の中で、国家衛生健康委員会の于学軍副主任は、「2015 年から 2019 年末まで、中国人の平均寿命は 76.3 歳から 77.3 歳に延びた。4 年間で 1 歳のペースで延びた。」と発表した。(https://www.xinhuanet.com、2021 年 3 月 1 日最終閲覧)

[79] 1970 年代から人口を削減するため導入された人口政策である。「一人っ子政策」は 2016 年に廃止された。

[80] 中国においては、現在、「４・２・１」現象と呼ばれる状況があり、すなわち、一人の子供に対して、2

は大きく変化している。結果として 2001 年に高齢化率は 7%まで上昇し、中国も初めて「高齢化社会」となった。

表 6：中国における人口の比率

単位：万人・%

年	総人口（万人）	0〜14 歳までの人口比率（%）	15〜64 歳までの人口比率（%）	65 歳以上の人口比率（%）
1953	58260	36.3	59.3	4.4
1964	69458	40.7	55.8	3.6
1982	100818	33.6	61.5	4.9
1990	113368	27.7	66.7	5.6
2000	126583	22.9	70.2	7.0
2010	133972	16.6	74.5	8.9

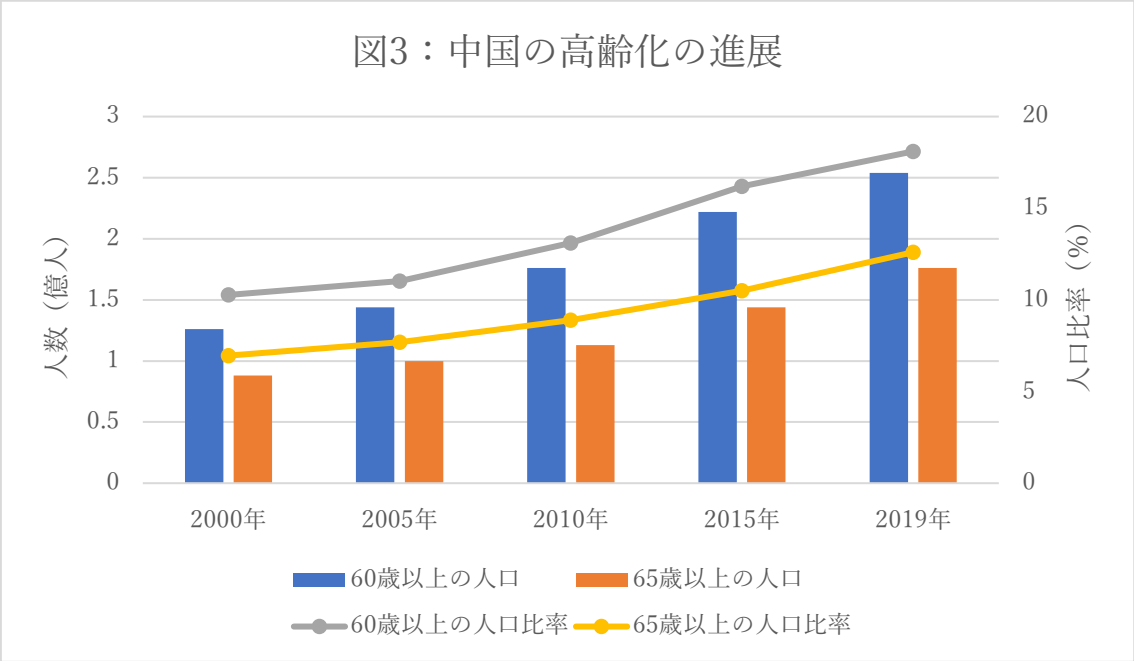
出所：中華人民共和国国家統計局国務院第一回から六回までの人口調査のデータ資料により筆者作成

中国国家統計局のデータにより、2014 年には 60 歳以上の高齢者人口[81]は 2 億 1200 万人となり、総人口の 15.5%を占めていた。そのうち、65 歳以上の高齢者人口は 1 億 3700 万人で、総人口の 10.1%を占め、結果的に中国は高齢者人口が 2 億を超える世界唯一の国となり、世界一の高齢者人口を有する国となった。

また、中国国家統計局が 2020 年 2 月に発表した最新人口統計データによると、2019 年末時点に中国大陸部の総人口は 14 億 5 万人となり、2018 年末より 467 万人増加した。そのうち、60 歳以上の人口は 2 億 5388 万人で総人口の 18.1%、65 歳以上の人口は 1 億 7603 万人で、総人口の 12.6%に達している。

人の親、4 人の祖父母がおり、これ自体が高齢化社会の構造そのものを体現している。

[81] 今日では一般的に「高齢者」を 65 歳以上の者とする統計が多いが、中国においては 60 歳以上の者を「高齢者」と見るデータが多く存在する。このため、本論文においては、中国の高齢者問題への対応を扱う場合においてはとりわけ「高齢者」を 60 歳からの者と見て紹介・議論することとする。ただし上述のように中国における人口の高齢化は急速に進んでおり、平均寿命も伸びていることからすると、中国においても近い将来、高齢者を「65 歳以上の者」と定義することが予想され、現段階においても問題の本質に大きな影響はないと考えている。



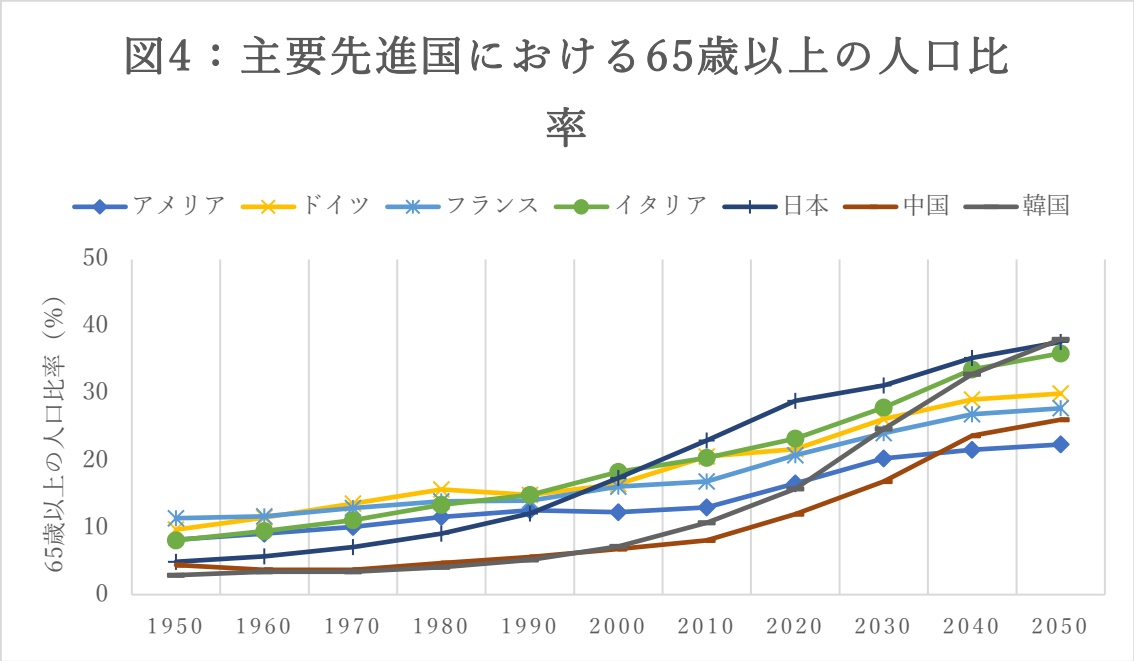
出所：中華人民共和国国家統計局のデータ資料により筆者作成

つまり、2014 年から 2019 年のわずか 5 年の間に、高齢者人口（60 歳以上）は 2 億 1200 万人から 2 億 5388 万人に増加し、総人口の 15.5%から 18.1%に上昇した。

今後、2035 年までには高齢者人口は 4 億 1800 万人に増加し、総人口の 29%を占め、2050 年までには、この数は 4 億 8000 万人となることが予想されている[82]。

現在、多くの先進国と比べれば、中国の高齢化率が 7%に達するまでの期間は長かった。しかし、7%から 14%になるまでの期間は約 24 年と予測され、日本と同様にこのスピードはドイツとイギリスより 20 年、イタリアより 30 年短く、アメリカやカナダより 40 年早く、フランスより 90 年も早いこととなり、すなわち、かなり急激な対応を要することとなることが既に予測できている（図 4 と表 7 参照）。

[82] 「2017-2022 年中国养老行业现状分析及投资战略研究报告」智妍咨询集团（2016 年）39 頁（筆者和訳）。



出所：総務省統計局「世界の統計 2020」16 頁～18 頁により筆者作成

表 7：主要国における高齢化率が 7%から 14%になるまでの期間

	7%になった年	14%になった年	7%から 14%になるまでの期間
アメリカ	1942 年	2014 年	72 年
カナダ	1945 年	2010 年	65 年
イギリス	1929 年	1975 年	46 年
ドイツ	1932 年	1972 年	40 年
フランス	1864 年	1979 年	115 年
イタリア	1927 年	1988 年	61 年
日本	1970 年	1994 年	24 年
中国	2001 年	2025 年	24 年

出所：日本国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」（2018 年）により作成

こうして中国は短期間のうちに、急速なスピードで高齢化が進むのみならず、人口の基数が多いために、高齢者人口も非常に大きな規模となるため、対策も急を要する。

Ⅲ.1.2.　都市部と農村部の経済的格差

改革開放初期、中国は市場の活力を刺激し、生産効率を高め、計画経済を市場経済に転換するため、「先富論」を基本理念と定めた。「先富論」とは、鄧小平が唱えた「我々の政策は一部の人、一部の地区を先に豊かにし、落伍した地区を促進し、援助することであり、先進地区が落伍地区を援助することは義務である。」という改革開放の基本原則を示す、中国の経済改革を支える原則的な理論とも言われている。

その改革開放の政策に伴い、一部の人と地区が先に豊かになることを奨励し、その後、他の人と地区の発展を支援、促進し、次第に共同で豊かになるため、まずは国家資源、技術、医療施設や人材などは経済発展に有利な東部沿岸部に集中された。その結果、東部沿岸部の所得は上昇し、都市化も進み、経済は飛躍的な発展を遂げることができた。

つまり、都市部は経済発展と医療技術の進歩により、都市住民の平均寿命は延び、高齢者の数は増え続け、確実に人口の高齢化が進行している。例えば、上海市、山東省、江蘇省など東部沿岸部は経済が順調に発展したため、高齢化もかなり進んでいる。そんな中、上海市は 1979 年、他の都市と地域より先に高齢化社会に入った。

一方、農村部の青年と壮年、いわゆる若者労働者たちはより良い収入を得るため、農村部から都市部へ移動し、出稼ぎ労働者が増えた[83]。高齢者と子供が農村に残され、高齢者は青年と壮年の代わりに農業の生産だけではなく、家事や子どもたちの世話などもすることとなった[84]。その結果、農村部は都市部とは違った理由で高齢化が進み、ここでも深刻な高齢化問題が発生している。例えば、四川省、安徽省、湖南省などは大量の出稼ぎ労働者が流出したため、高齢化が深刻な問題となっている[85]。

つまり、各地域間で人口の移動、経済発展の状況、生活水準、社会保障の整備などの違いによって、高齢化の様相も異なるが、総じて中国全度において高齢化

---

[83] 郭莉莉「日中の少子高齢化と福祉レジーム–育児支援と高齢者扶養・介護」北海道大学出版会（2017 年）166 頁

[84] 陳曇「中国における高齢化の状況と就業問題」労働政策研究・研修機構（2017 年）6 頁

[85] 前掲注 84

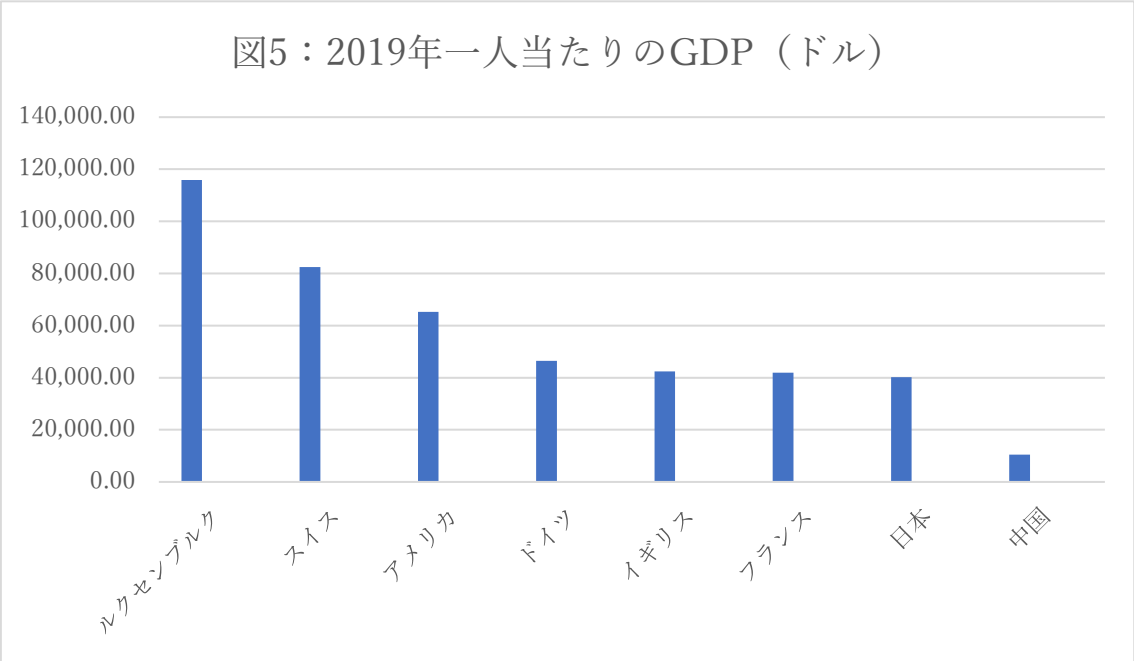
が進む状況となっている。

Ⅲ.1.3.　「未富先老」の現状

中国では「改革開放政策」以来、経済が急速に発展し、国民一人当たりの GDP は確実に上昇してきている。

2000 年、中国が初めて高齢化社会を迎えたときの 1 人当たりの平均 GDP は約 1,000 ドルにも達していなかったが、2019 年、中国では一人当たりの GDP は 70,892 元（約 10,535 ドル）となっており、初めて 1 万ドルを超え、世界 67 位となった。

とはいえ、スイス、アメリカや日本等、現在の世界において最も高所得といわれる先進国との間には、まだ大きな差が存在する。図 5 から見ると、国民一人あたりの所得は、まだわずかスイスの十分の一、アメリカの六分の一、日本の四分の一であり、経済発展はしているものの、国民 1 人当たりの所得は未だ主要先進国と比較すると、かなり低い水準である。言い換えれば、中国にとって経済と社会の発展はまだ成長過程にあるともいえ、都市化も進んでいるが、所得が低い農村部が多く残されており、地域間に大きな格差が存在するほか、国民所得の上昇と再分配が大きな課題となっている。



出所：「IMF-World Economic Outlook Databases2020」（http://www.imf.org、2020 年 12 月 1 日最終閲覧）により筆者作成

通常、人口の高齢化は、経済発展の一つの結果として起きるものと理解されているが、このように現在の中国では、各地域の間に経済的格差が存在している中で、高齢化が急速に進んできている。加えて、社会保障制度についても、その整備は進められてきてはいるものの、全体としてまだ多くの部分が未整備であると言わざるを得ない。特に、高齢者に対する社会保障や、介護サービスについては、大きく不足している。これは、多くの先進国と異なり、いわゆる「未富先老」、つまり、経済的に豊かになる前に高齢化が急速に進んだことを意味している。

Ⅲ.1.4.　「独居老人」と「要介護老人」の増加

人口の高齢化現象に伴う、独居老人、および介護が必要となる高齢者の増加はどこの国においても共通する現象であるが、中国でも同様のことが起きている。その背景には「一人っ子政策」による影響で、「4、2、1」の核家族、出稼ぎ労働者の増加などに伴い、夫婦のみ、あるいは一人暮らしの高齢者が増えていることが挙げられる。中国ではこうした高齢者は「空巣老人」[86]、または「独居老人」と呼ばれている。

こうした、中国における独居老人の発生原因について、沈潔（2009 年）は、まず一つ目として、そもそも世代間の価値観の違いから、これまでのような三世代の同居が難しくなっていること、二つ目として、特に都市部においては年金制度が整備されたことによって高齢者に自立できる経済力が付き、なるべく自立して子どもに負担をかけたくない意識が芽生えたこと、三つ目として、農村部においては、子どもが都市部に出稼ぎに出るようになったことによって親が農村部に残ってしまったこと、そして最後に四つ目、老親の扶養拒否問題が増加していることの 4 つを挙げている[87]。

---

[86] 「空巣老人」は①子供がいない高齢者のこと、②子供と離れて、一人または夫婦のみで生活する高齢者を指す。「一人っ子政策」の影響もあり、世代間の価値観の違い、仕事もしくは生活を維持するため、子供が都会に出稼ぎにでたことが要因とっている。

[87] 沈潔「宇佐見耕一『新興諸国における高齢者の生活システム』調査研究報告書」アジア経済研究所（2009 年）第 2 章 2 頁。

2015 年の中国全国高齢者委員会の報告書によれば、「現在中国では、独居高齢者率[88]は半数に超え、大、中都市部の独居高齢者率はすでに 70%に達し」ていた。そのうち、農村部の独居高齢者の人口は約 4000 万人で、農村部の高齢者総人口の 37%を占めている。つまり、農村部では出稼ぎ労働者の退出によって、都市部よりさらに深刻な状態となっている。

また、高齢化が進むことにより、「失能老人」[89]の数も増えている。中国民政部の全国老齢労働委員会が発表した「2010 年度中国高齢者事業発展統計公報」によると、2010 年末までの中国における「失能老人」の人口は約 3300 万人であり，60 歳以上の高齢者人口の 19.0%を占めている。また、2016 年 10 月 9 日に発表された「第四回中国都市と農村の高齢者生活状況のサンプリング調査成果」では、2015 年年末まで、中国における「失能老人」と「完全失能老人」の人口が 4063 万人まで増加していた。

なお、このような高齢化の進行を背景に、高齢者に対する医療や介護等に関する保険制度の今後の体制の在り方の検討が非常に重要となっている。特に、中国における高齢者医療施策の方向性について模索する必要があり、現行医療保障制度の実施状況などを踏まえ、改善を重ねていくことが重要な課題となっている。

Ⅲ.2. 地方分権による地方政策の多様化

また、中国における地方分権の現状による立法の未整備も課題の一つと考えられる。中国では、1986 年から、国務院が各省レベルの行政単位[90]に、憲法、法律、及び行政法規に違反しないかぎりで、各地域の実情に基づき、地方法規の制

---

[88] 独居高齢者は一人暮らしの高齢者及び夫婦のみで生活する高齢者のことを指す。つまり、独居高齢者率は全高齢者のうち、一人暮らしの高齢者及び夫婦のみで生活する高齢者の数である。

[89]「失能老人」とは、日常生活動作（ADL）が自立できない高齢者のことを指している。中国では、「起居動作・移乗・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」の 6 項目中少なくとも 1 項目が自分で行えない状態になった高齢者を「失能老人」と言う。そして、6 項目の全て自立できない高齢者を「完全失能老人」と意味する。

[90] 中国の地方行政区域は、より広域なものから、省級（省、直轄市、特別行政区、自治区）、地級（地区、地級市、自治州）県級（県、県級市、自治県）、郷級（郷、鎮、街道）という 4 層の行政単位に構成される。省レベルは一番上の行政単位である。

定権を認めた[91]。地方法規が改革の先駆者として、成功した経験が全国の各地域に広がり、国務院に認められ、全国的法規になる事例も多くあるため、実際に地方政府が医療保障改革を主導することとも言える。このような各地方政府がさまざまな先行改革を実験し、その改革がうまくいった場合、中央政府がその結果と経験を承認し、後から全国に拡張する漸進的な改革方法が、中国における社会保障改革の一つの特徴だと考える[92]。

この政策には議論と課題がある一方、地域間の多様性と柔軟性を活用でき、医療保障改革にとって重要な手段だと考えられ、各地方政府が多くの実験体を作ることができ、各地域によりさまざまな医療保険制度が実施され、医療改革が徐々に進んでおり、正に地方分権の結果とも言える。

この地方分権により、中央政府いわゆる国務院が定めた基本の「決定」や「方針」に基づき、各地方政府が各地域の財政状況や人口の構成などの各地域の実情に合わせて、医療保険に関する財源の調整、保険料率の算定、各医療機関の等級によって給付の上限や患者自己負担の割合など保険給付の内容も含めて細かく規定されている[93]。すなわち、医療保障において中央政府による一元的な管理はされておらず、全国統一の規定がなく、中央政府が決める大きな方針の輪郭の中で、各地方政府が大きな裁量権を有し、制度の設立と運営を行っている。

そのために、各地域の間、及び各保険制度の間、いわゆる各保険の保険者の間の財政調整に関する規定がいまだに制度化されず、財源の調達に相当な困難を伴っている。

また、このような漸進的な改革方法を採用したため、全国統一的な法律がなかなか制定できないという結果も招いている。都市部と農村部に関する医療保険制度の枠組みが規定されているが、具体的な内容は、中央政府による意見や地方政府の条例などに委任されている。その結果として、各法条の内容は国務院の「決定」のままであり、なお統一的、総合的視点が不足していると言わざるを得ない。

Ⅲ.3.　高齢者医療の公平性と財源の確保

---

[91] 高見・前掲注 33）108 頁～109 頁

[92] 沈・前掲注 60）92 頁

[93] 沈・前掲注 60）89 頁。

そして、もう一つの課題は高齢者医療の公平性と財源の確保だと考える。現在、高齢者の医療保険制度は現役世代と同様の仕組みであり、戸籍と就業の形態および保険料の納付年限などの要件に基づいて、対象となる医療保険（「都市部被用者医療保険」または「都市部・農村部基本住民医療保険」）が定められている。「都市部被用者医療保険」は年金の考え方を採用し、一定年齢まで保険料を負担した後は、その後の保険料負担をなくす仕組みを採っている。具体的には、中国の法定定年退職年齢は、男性が 60 歳、女性が 55 歳であり、被用者医療保険に加入していた者は、定年退職者後、一定の加入歴（この要件は地方により異なるが 20 年～30 年とかなり長期の加入歴が要件となる）がある場合、定年後は保険料負担なく、継続して当該医療保険による給付を受けることができる。一方、「都市部・農村部基本住民医療保険制度」に加入している場合には、年齢や医療保険料の加入歴による保険料免除の考え方は採用されておらず、高齢になってからも引き続き保険料を負担し続けなければならないこととなっているところにも、格差の要因が存在する。

つまり、高齢者に対して、保険料を支払う余力がある所得の高い者は、平均収入が少ない或いは経済的な負担能力が弱い者より良い医療サービス給付を受け取ることができるという大きな不公平の問題が存在している。

一方、その定年退職年齢は日本をはじめ、一般的な先進国の定年年齢より低いものである。中国の国民の平均寿命は 1950 年代の約 40 歳から、2020 年現在、女性の平均寿命が 79.4 歳、男性の平均寿命が 73.6 歳まで上昇した。一方、法定定年退職年齢は 1950 年代から現在まで、約 70 年経っても調整されたことは一度もない。高齢化の進展にもかかわらず、定年退職年齢が低いままであれば、年金や医療など社会保険の財政の確保に大きな影響を及ぼすことは、容易に予想できる。

このような状況に基づき、社会保障部や医療保障局など関連部門と専門家が「退職者の保険料納付・保険加入政策の研究と実行」を主張した。一般的にも、定年退職者の医療保険料支払いが適切であるかどうかについては意見の相違が比較的大きい。そこで多くの専門家は、中国の人口高齢化が進むにつれて、定年を延長して労働力総量の減少速度を緩和すべきであると提案している。

例えば、中山大学嶺南学院の金融学部彭浩然教授は、他国と比べて中国の退職年齢は明らかに低く、人力資源・社会保障部（省）の資料によると、近年、米国やドイツ、日本などが法定の退職年齢を段階的に 65 歳、ひいては更に高くまで

引き上げたことを指摘している[94]。

この他にも、以下のような意見が挙げられる。人力資源·社会保障部社会保障研究所の何平所長は、国外の高齢化国家の多くは外部メカニズムを利用して労働者が退職年齢を自覚的に延長するように誘導する方式で高齢化に対応していると述べて、中国で 2016 年から定年延長政策を実施し、2 年ごとに 1 歳定年を延長し、2016 年から 2045 年までに男女問わず定年は 65 歳とすることを提案している[95]。中国社会科学院数量経済と技術経済研究所分析室の李軍主任も定年を適時に引き上げることを提案している。李軍は、この目的として成長を促進することではなく、労働力総量の減少速度を緩和し、労働力コストの向上への期待を弱めることとする。しかし、退職時期は非常に重要であり、意思決定には慎重さが必要だとも指摘している[96]。

2015 年 12 月 2 日、中国社会科学院人口と労働経済研究所及び社会科学文献出版社が共催した「人口と労働緑書：中国人口と労働問題報告 No. 16」発表会が北京で開催された。この報告書は、中国には現在多くの低年齢退職者が存在し、その潜在的能力を開発することが今後の政策の主な方向であるとしている。中国の退職年齢規定は数十年前から変わっておらず、低すぎるとして、合併軌道の先行、漸進実施と弾性メカニズムの原則に従って、徐々に退職年齢を遅延させることを提案していた[97]。

報告によると、まず、年金制度の統合を実現し、退職年齢を 2 種類に分類している。従業員養老保険受給年齢[98]と住民養老保険受給年齢[99]である。従業員養老保険の退職年齢改革法案に対して、報告は二段階に分けて提案した。第一段階では、2017 年に年金制度の統合を完成する際、女性幹部と女性労働者の身分区別を廃止し、従業員養老保険の女性定年年齢を 55 歳に統一的に規定する。そして第二段階では，2018 年から女性定年が 3 年ごとに 1 歳遅れ，男性退職年齢が 6

---

94 人民網日本語版「中国でも定年年齢の引き上げへその理由は？いつから？」（2020 年 12 月 17 日）（http://www.j.people.com.cn、2020 年 1 月 17 日最終閲覧）により参照

95 中国经济網「社科院报告建议 2018 年开始延迟退休 」中国经济网（2015 年 12 月 2 日）（筆者和訳）（http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201512/02/t20151202-722495.shtml、2020 年 1 月 17 日最終閲覧）により参照

96 前掲注 95

97 蔡昉・張車伟『人口与劳动绿皮书：中国人口与劳动问题报告 No.16』社会科学文献出版社（2015 年）

98 定年退職年齢と一致し、男性が 60 歳、女性が 50 歳（公務員および機関幹部の場合は 55 歳）である。

99 男女とも 60 歳である。

年ごとに 1 歳遅れ，2045 年に同時に 65 歳になる[100]。

2016 年に公布した「第 13 次 5 カ年計画」(「国民経済と社会の発展の第十三次五か年計画綱要の制定に関して」）では、社会保障部や医療保障局など関連部門と専門家が「退職者の保険料納付・保険加入政策」が提案されたが、改革が進まず、定年退職者に関する内容は当時のままであった[101]。

しかし、中国国家統計局『中国統計年鑑 2020』のデータにより、2019 年まで「都市部被用者医療制度」の被保険者の人数は約 3,3 億人であり、そのうち、退職者の人数は約三分の一に近づき、8,700 万人となっており、少子高齢化の進展と高齢者医療費の増大に伴い、高齢者医療費拠出金も増大し、現役世代への保険財政を圧迫することが予想できるため、定年退職年齢及び退職者医療保険に関する改革を早めに検討しなければならない。

そして、2020 年 10 月 26 日～29 日に開催された中国共産党第 19 期中央委員会第 5 回総会（五中全会）では、今後の中国の経済社会発展の方向性を定める「第 14 次 5 カ年計画（2021～2025 年)」と「2035 年までの長期目標」に関する提案が採択された。二つの提案の中で、「法定の定年退職年齢の延長を漸進的に実施する」ことが明確に示された。

こうした定年退職年齢の引き上げは、今後の年金や医療など社会保険の財政を確保するための重要な改革であると同時に、使用者、国民の意識改革という課題の克服も要する。

Ⅲ.4.　小結

上述の状況を踏まえて、現在の医療保障の水準のまま高齢化が進むと、十分な医療保障のない高齢者の数が増え、特に被用者以外の国民の間で受診の際の費用負担に関する不安が解消されない状況が続く。このことは既に今日においても中国の国民の中で老後の生活に関する大きな不安材料となっており、高齢者に対する医療保障の不十分な現状の中で、更に高まっていくことが予想できる。特に中国では、「一人っ子政策」の影響で、いわゆる「4、2、1 家族」[102]が多くな

---

[100] 前掲注 97

[101] 李常印「高齢化社会と就業政策：高齢化社会と高齢者社会保障の問題」労働政策研究・研修機構(JILPT)（2017 年）

[102] 中国においては、現在、「４・２・１」現象と呼ばれる状況があり、すなわち、一人の子供に対して、2 人の親、4 人の祖父母がおり、これ自体が高齢化社会の構造そのものを体現している。

っており、高齢者の生活保障が既に現役世代にとってかなり重い負担となっている上、少子高齢化に伴って増加し続ける高齢者、特に一人暮らしの「空巣老人」に対して、高齢者の医療保障の整備はもはや急を要する事態となっていることを示している。現況では、公的医療保険の制度面からも不公平な状況が維持ないし拡大されており、また国民医療費に関しては長期的な財源の確保が困難になるなど現在先進諸国が直面しているのと同様の問題を近い将来、抱えることとなるのは明らかである。これらの問題に現段階から取り組み、必要な改革を行うことにより、将来に向けて高齢者も含め中国の全土において人々が安心して暮らせるための医療制度の構築を目指すことが、もはや急務となっている。特に高齢化の進行に伴う大きな社会問題が発生する前に、早急に医療制度の改善を検討するべきである。もちろん、これからの中国の高齢者と、高齢者を支える家族の安定した生活の保障のために取られるべき社会保障施策を検討するにあたっては、医療保障に限らず年金、介護、所得保障等を含めて、総合的に議論しなければならないが、本論文ではあえて、介護については言及するが、主として医療の特有観点に焦点を絞って論じている。今後の研究においては、より総合的な観点を取り入れることを課題としたい。

日本は、中国に先立ち、戦後の経済再生の中で急速な人口高齢化を経験し、それに伴う非常に大きな課題に直面する中、戦後の経済発展に伴い社会保障の整備に取り組んできた。社会保障のあり方について定期的に検討し、医療保障に関しては 1990 年代に「高齢化社会」となって本格的に取り組み、医療保険に関しては退職者医療制度、介護保険の整備、高齢者医療制度の創設等、対策を実施してきた。日本を含め高齢化する各先進国が抱える共通の、そして最大の問題は国民医療費の抑制と財源の確保である。日本では、高齢者医療の特性に合わせ、疾病予防に重点を置く総合的な事業としての老人保健制度（1983 年）に始まり、高齢者の医療を効率的に、且つ高水準に提供する方法を模索するとともに、医療の供給と医療保険の両面からの制度的展開を実施してきた。これら施策は、事情が異なっても今後中国にとって参考となる多くの検討材料を含み、以下第二章でこれらを、中国の事情と随時照らしながら検討する。

第二章　超高齢化社会への道～先駆者日本の医療制度の分

析

1995 年の社会保障制度に関する勧告「社会保障体制の再構築(勧告)-安心して暮らせる 21 世紀の社会をめざして-」では、21 世紀に向けた社会保障の課題として、「総合性」を挙げ、各社会保障制度間あるいは社会保障制度と関連する制度が連携しながら総合的に対応することが必要であると述べられていた。

厚生労働省と総務庁統計局の調査によると、公的年金の成熟化に伴い、高齢者の所得水準、経済状況は上昇し、高齢者の費用負担能力が向上し、現役世代と遜色ないものになってきているとのことであった[103]。

当然ながら、負担能力の低い高齢者も依然として存在するため、社会保険においては高齢者間での経済的な格差を考慮しつつ、低所得高齢者に対する費用負担に配慮しなければならない。高齢社会においては、医療保険について、高齢者の経済的な能力の向上に応じて、これまで以上に高齢者にも患者一部負担や保険料負担において「応能負担」を導入する必要がある。新たな後期高齢者医療制度創設は、これを行うために必要な改革として導入された。

以下では、日本において後期高齢者医療制度が導入された経緯、実施に関する基本的な事項を紹介した上で、中国の今後の高齢者医療の実施において参考となる部分について検討する。

Ⅰ． 日本における国民皆保険の整備[104]

Ⅰ.1. 1930 年代の農村の医療事情から国保法制定まで

日本では、第一次世界大戦後の労働運動の影響で、いわゆるブルーカラーを対象として、悪化した労使関係の改善と労働者の保護を目的として、1922 年に日本で最初の医療保険制度が「健康保険法」によって設立された。しかし、この「健康保険法」の対象者は都市の労働者に限定され、農村の農民は対象外であった。

同時期に、日本は 1929 年の世界恐慌の影響を受け、1930 年代前半から、生糸

---

[103] 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局『医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～』ぎょうせい（2001 年）108 頁

[104] この部分は、吉原・前掲注 2）65 頁～、西村・前掲注 65）5 頁～を参照し、筆者の私見をくわえながら執筆した。

や米など農産物の価格が急落し、農村では農業所得で生計することが難しくなっていた。そのうえ、東北の冷害、西日本の干害、関西の風水害など自然災害が発生したとともに、都市から数百万の失業者が農村に戻り、農村の貧困状態がさらに深刻化していた。当時農村では、税金が払えず、土地と家を差し押えられ、食料がなかったため、栗や稗などの木の葉を食べて生き延びる者が大勢いた。

一方、医師や医療機関は従来都市に集中され、農村では医師や診療所もなく、基本的な治療さえ受けることもできない状況であった。さらに、交通事情などにより、当時都市への往診料は収入が少ない農民に対してはかなり高い費用であったため、病気にかかっても治療を受けないことが普通であった。こうして生活状況と健康状態が悪化し、死亡率も高かった農村の医療実情はかなり深刻な状況であった。

1930 年代後半には、農林省が行った農村経済更生運動（1932 年）や、農村救済のための時局匡救事業（1932 年から 1934 年まで、国と地方合わせた約 8 億円の支援金を時局匡救事業費として、各地で公共土木事業が行われた景気回復の対策である）などの救済対策の実施により、ようやく農村は恐慌から脱出し、そんな中 1938 年に制定された「国民健康保険法」は、農村の貧困を救済し、農民の医療費の負担を軽減するための重要な医療対策となった。

その後、1941 年に健康保険法が改正され、職員健康保険法と統合された。また国民健康保険法も、国民健康保険組合は任意設立・任意加入から強制設立・強制加入に制度改正された。

このような、社会保障の発展の芽となるいくつかの法制度は、第二次世界大戦前及び戦時においても存在していたが、社会保障が大きく発達したのは、実際上、第二次世界大戦後である。第二次世界大戦後の日本においても、戦争の被害で、生活のあらゆるところで極めて大きく激しい変化が生じた。

すなわち、1947 年に施行された日本国憲法第 25 条により、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という「生存権」が規定され、この憲法第 25 条は、戦後の日本は福祉国家を建設することが目標であると宣言した。

また、1950 年の「社会保障制度に関する勧告」では、社会保障制度を次のように規定している。

「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業多子その他

困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである。」

「このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する綜合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない。(中略)他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない。」

1950 年代後半には、経済の高度成長を背景として、1958 年に国民健康保険法が全面的に改正された。続いて、1961 年から全市町村において国民健康保険事業が実施された。健康保険、共済組合など被用者保険の被保険者・被扶養者にならない者に対して国民健康保険法が強制的に適用されることとなり、国民皆保険が日本の医療保障の基本的な特徴として実現された。

このような医療費の地域格差の改善、保険基盤の強化、診療報酬の合理化、薬価基準の引き下げなどによって、農民の医療費の負担を軽減できた日本の多くの医療対策は、中国における都市部と農村部の医療格差の課題と中国版「国民皆保険制度」の改善に向けた、重要な参考価値があると考えられる。

Ⅰ.2.　中国への示唆：公平性、負担軽減、加入方式

公平性について。1930 年代の日本の農村の医療の実情は現在の中国の農村部の医療実情と似たような状況だと考えられる。しかし、当時の日本政府は、農村経済更生運動や時局匡救事業など救済対策によって、農業を復活させ、農村に診療所など診療施設を設立し、医師不足な地域を中心に医療資源の移動や医療事業の支援を行った。その結果として、農村は深刻な状況から脱し、農民の健康状態も改善された。

一方、中国も農村部の医療状況を改善するため、国と地方から積極的に多くの救済支援と医療対策を行ったが、社会保障の公平性が未だに解決できず、その効果が見込めないという批判の声も多く聞こえる。

その根本的な原因が、都市部と農村部に対する不公平な位置付けだと考える。

上述のように、日本国憲法はその第 25 条 1 項で、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と明記し、同条 2 項では「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」、社会保障における国の責任を規定している。ここの「最低限度」とは、最低限度の生活のみを保障することではなく、国民一人一人が、健康で文化的な生活をできることを意味しており、それを保障するため、国は国民に積極的な配慮を行わなければならないことを意味している。

一方、中国では、1982 年憲法[105]、いわゆる中華人民共和国憲法の 33 条で「中国国民は法律の前に一律に平等であり、国は、国民人権を尊重し、保障する」と規定し、国民の「法の下の平等」、及び国の責任を明記している。しかし、中国の国民は実質上、「戸籍制度」により都市住民と農村住民に区別され、「都市戸籍」と「農村戸籍」の間には格差が発生することとなり、この「戸籍制度」の運用には、まず、憲法違反の疑いを抱かざるを得ない。

「戸籍制度」の設立により、1950 年代から、中国の都市部と農村部の間には高い壁が構築され、このことが、図らずとも都市部と農村部を分離する「二元化社会」を生み出すこととなった。

さらに 1978 年の「改革開放政策」によって、都市化を進めるため、都市部の医療制度を維持することが優先され、医師や医療機関など大量の医療資源が都市部に集中し、都市部の医療保障は大きく発展した一方、それとは対照的に農村部では、医療改革が行われた後も、都市部との格差が依然として続いている。

すなわち、日本と違い、農村部は都市部の発展を進めるためのサポートをする役割に位置づけられ、都市部の経済発展が優先されたため、農村部の人々の利益が犠牲になる形となり、都市部と農村部の間の経済的格差を固定化させ、更に拡大させたことが今日まで深い痕跡を残している。このような差別的な位置づけが存在している限り、医療改革が行われたとしても、農村部への質量的に十分な医療資源の移行は実現し得ないと考えており、本当の意味での社会の公平と平

---

[105] 中華人民共和国憲法は、1954 年に開催された全国人民代表大会第 1 回大会で制定され、その後、1975 年、1978 年の 2 回に続く改正された。この 1954 年、1975 年、1978 年の 3 つの憲法は、計画経済体制期間と「文化大革命」以降に制定された憲法である。そして、改革開放期間いわゆる社会主義経済体制期間から、第 4 部の現行憲法である 1982 年憲法が制定され、その後、1988 年、1993 年、1999 年、2004 年の 5 回にわたって改正を受けている。計画経済体制期間からの中国憲法（1954 年、1975 年、1978 年憲法）は、旧ソ連の憲法を参考に制定された社会主義型憲法であったため、「人権」という概念を否定して、「公民の基本的権利」と規定された。2004 年の憲法改正にとって、はじめて「人権」を明記した。

等が実現することは困難であると考える。

そもそも、「改革開放政策」の中心である「先富論」は、一部の地域のみが豊かになることを目指すだけではなく、先に豊かになった地域からまだ豊かになっていない地域に援助をする義務を示すものであり、先に豊かになった地域が豊かになっていない地域を助け、最終的に共に豊かになることを目指すのが「共富論」の目標であるべきである。しかし、「先富」から「共富」への調整はうまく行われておらず、豊かな地区はますます豊かになり、貧しい地区はますます貧乏になった。このことによって、経済格差の問題はさらに拡大し、社会安定にも大きな影響が及ぼされたことと指摘されている。

2014 年、国務院は「戸籍制度改革のさらなる推進についての意見」を公布し、戸籍の差別を廃止することを明確に宣言した。現時点でも農村戸籍を持つ人の数が総人口の約 4 割を占める中、これから先もこの目的を実現することには相当の困難が伴うことが推定できるが、将来農村戸籍と都市戸籍という区分そのもの、或いは少なくともそれに基づく差別が完全に廃止されることを期待しながら、状況を注意深く見守りたいと考えている。

そのためには、今後、都市部と農村部に対する不公平な位置付けそのものをなくすことが前提となり、農村部の疲弊を改善し、農民にかかる医療費の負担を少しでも軽減するため、国と各地域からの財政支援の強化、及び増加、そして質・量、供に高度な医療資源の投入を行い、公平且つ合理的な医療保険制度の整備が重要、且つ優先的に取り組まれるべき政策課題となっている。

負担軽減について。上述のように、現在中国では、中国版「国民皆保険制度」の構築の推進に向けて、真剣に対策に取り組んでいるが、多くの課題が依然として残されている。その中で、医療施設の整備と医療費の自己負担の軽減が重要な課題である。

1950 年代の中国では、長年にわたって戦火を浴び続けていたため、物質的資源が欠乏しており、経済不況が続いていた。医療衛生に関しては全国的に医療従事者及び医薬品や医療施設が不足していた。しかも、医療資源の多くが都市部に集中していたため、農村部との間で大きな格差が生まれていた。その中で、医療従事者の約 9 割が都市部に集中しており、農村部には、わずか 1 割しかいなかった。当時の多くの村では、医療従事者と診療所がなかったため、伝染病が蔓延し、乳児死亡率が高まっており、農民の命と健康に対する深刻な脅

威となっていた。このような状況は、当時全国総人口の 9 割を占めていた農村部に対して、とても深刻な状況であった。

これらの状況について、1965 年 6 月 26 日、毛沢東は当時の医療資源に関する都市的偏在を強く批判し、農村部の医療の実情を改善するため、今後の医療衛生の重心を農村部に移すべきだと指摘した。この指摘により、当時中国における医療衛生政策は急速に変化し、同年 9 月、中央政府は「医療衛生事業の重点を農村部に移すことに関する報告」を公布し、農村部に「裸足の医者」（中国では「赤脚医生」という名をつけていた）を積極的に採用することと示した。

この「裸足の医者」は、最低限の医療知識を持ち、簡単な、基本的な治療が提供でき、救急医療の訓練を受けた者を想定した言葉である。普段は農民と同様に農業に従事し、人民公社から手当を受けるが、病人が出た場合に、薬や注射などの処置を行うこととなった。これらの「裸足の医者」は、医療専門学校で短期間に簡単な診療と救急の研修を受けただけで、正式な医師免許こそ持っていないが、農民の急患を診療し処置することにおいて、感染病の防止や乳児死亡率の抑制などそれなりの役割を果たし、農村部の医療問題を一定程度に改善したと評価された。

1980 年代以後、国が医療従事者に関する資格の管理を強化しはじめたことに伴い、「裸足の医者」の数は徐々に減少し、2004 年、国務院は「農村医療従事管理条例」を公布し、「裸足の医者」に正式な医師免許を要求することと規定した。この条例により、1960 年代から 40 年近く農村部の医療衛生を支えてきた「裸足の医者」の使命が終わり、その歴史は幕を下ろした。

しかし上述のように、改革開放後、医療資源はさらに都市部に集中されていたため、都市と農村間の医療格差は拡大していた。農村部の衛生所や診療所など医療施設は基本的な治療しか提供できず、より高度な治療が必要となった場合、患者は都市部の病院に行かなければならなかった。それはいわば、1930 年代の日本の農村と同じ状況であり、交通事情などにより、農村から都市への往診料が平均年収の少ない農民たちに対して相当な費用であったため、病気にかかっても都市部に行けずに、多くの農村住民が必要な医療を受けられなくなり、医療制度への不満と不安が徐々に高まっていった。

そのため、2009 年 4 月に国務院は「医薬衛生体制の深刻な改革に関する意見」（「新医療改革」とも呼ばれる）を公布し、2009 年から 2011 年にかけて、3 年間

で 8,500 億元（約 12 兆円）を投入し、中国における基本医療保障制度の整備、基盤医療体制の改善、公共衛生サービスの均等化、基本医薬品リストの検討、公立病院の改革などを目標として揚げた。

中国国家統計局のデータによると、2013 年までに、都市部と農村部合わせて診療所や衛生院など基盤医療機関の数は都市部と農村部合わせて 92 万であり、2010 年より約 1 万、2005 年から 8 万あまり施設数が増加した。このような基盤医療機関への財政支援を強化した結果として、診療所や衛生院などの数が増え、利用率も上がっており、医療機関へのアクセスの難しさの問題も一定程度緩和された。

ところで、「新医療改革」後、零点調査グループが行った調査によれば、2013 年 10 月時点では 95.6%の人が「現在の医療費が高い」と考えており、そのうち 46.6%が「非常に高い」と回答していた。さらに、4 年前の新医療改革開始前と比較して、「医療費が安い」と回答した者はわずか 3.5%であり 87.4%の人が「4 年前より高い」と回答し、約 2 割近くの人が「現在の医療費用は自分の負担能力を超えており、払えない」と回答した[106]。

こうして、政府からの高額な財政投入が行ったにもかかわらず、国民が負担の軽減を体感できないため、医療改革の焦点、あるいは効率化を検討すべきであると考える。

現在中国では、診療報酬制度の整備と公立病院の改革が遅れているため、新しい医療器械と新薬剤の投入によって、患者に対する無駄な「薬漬け」と「検査漬け」が提供され、過剰診療または自由診療が氾濫してしまい、医療費を引き下げるどころか、かえってますます引き上げていることが指摘されている。

また、確かに、「新医療改革」は、農村部における診療所や衛生院などの基盤医療施設の数を増やすことによって、農村住民の医療機関へのアクセスが難しい状態を一定程度に緩和した。しかし、これらの施設は基本的な治療しか提供できず、より高度な治療が必要となった場合、医療資源は依然として都市部に集中しているため、患者は都市部の病院に行かなければならない。

前述のように、政府は、等級が高い病院への患者の集中によって、病院へのアクセスが難しくなることを避けるために、風邪や軽い病気に関する簡単な診療は、可能な限り低い等級の病院を利用するよう、各保険の基本医療保険基金から

---

106 「中国启动医改 4 年，9 成民众表示“看病更贵了”」（2013 年）（http://news.sohu.com、2019 年 10 月 15 日最終閲覧）

の具体的な給付割合は受診病院の等級及び医療費の額によって定めており、等級が高い病院を受診する場合自己負担割合を高く設定している。また、保険給付について、基本医療基金及び住民大病保険の負担分に限度額が設定されており、それを超えたら、超えた分が再び完全な自己負担となる仕組みとなっている。

これらの現状を含め、現段階の中国における公的医療保険制度の下では、国民、特に平均年収が少ない農民にとって、個人の自己負担が依然として相当な高額となっている。

すべての国民に、その必要に応じて適切な医療保険を提供できるための今後の「国民皆保険」の改革方向については、農村部への医療資源の増加と、医療施設の整備を行うと同時に、保険給付や、基本医療基金及び住民大病の限度額の引き上げなど保険内容の充実と国民の医療費負担を軽減するための検討もすべきであると考える。

筆者は、今日の中国における医療制度の状況から、日本の 1930 年代後半からの医療政策の中で、最も多くの示唆が含まれる重要なものとして国民健康保険法の制定だと考える。国民健康保険法は、その時代の貧困な農民たちの医療費の負担を少しでも軽減するために作られた制度であり、当時の都市と農村格差の拡大を抑える面で大きな効果を発揮した。当初は任意加入だったが、その後、強制加入に改正されており、また、医療費の自己負担は当初 5 割だったが、その後 7 割が保険給付と改正され、自己負担は 3 割となった。その後、高額な医療費に対応するため、高額療養費制度も設立され、さらに 1980 年代からは、医療費の増大を抑制するため、診療報酬の合理化や薬価基準の引き下げなどを含め、医療費の適切化が実現され、国民の医療費負担を確実に軽減することによって、国民の生活の質の向上と社会の安定公平な社会保障の実現の重要な一歩となった。

このように、すべての国民に対して、医療が必要な時、過大な費用負担がなく、安心して治療を受けることができる医療制度を構築するために行った政策は、今後の中国の医療改革にとって、有用な考察の材料を提供してくれる。

加入方式について。一方、日本の「国民皆保険制度」と違い、現在の中国版「国民皆保険制度」は、強制加入と任意加入の制度が混在し、共存する仕組みとなっている。「都市部被用者医療制度」の被保険者(公務員を含む)が強制加入の対象であるが、都市部の一般住民と農村部の一般住民が対象となる「都市・農村住民基本医療保険制度」が、未だに任意加入であるため、加入せずに無保険となって

いる者が多数存在することが想像でき、本当の意味の国民皆保険制度と言えない。

そもそも社会保険制度はリスクを分散するための制度として、当事者の意思で任意加入の制度にすると、病気の発生率が高くなってから保険に加入者、あるいはそのリスクが高い者、保険料の負担が少ない低所得者だけが加入する「逆選択」の可能性が高まっており、保険料の確保が困難となり、保険のリスク分散機能が弱くなり、危険性を回避できなくなる。このような所得再分配機能や逆選択の防止のため、強制加入が社会保険の基本的な特徴の一つであり、重要な存在としているのである。

中国国家統計局『中国統計年鑑 2021』のデータにより、「都市・農村住民基本医療保険制度」の被保険者の数は「都市部被用者医療制度」の被保険者の約三倍、10 億人を超えて、約総人口の 7 割である。

その中で、「都市・農村住民基本医療」が対象としているのは、中国の大部分を占める平均収入が少ない或いは経済的な負担能力が弱い者であったため、低い自己負担能力、と医療保険の財源不足という根本的な問題が存在し、未だに基本的な低水準の医療保障しか提供できない。また、その中には、平均収入が少ないか、或いは経済的な負担能力が弱い者が相当多いにもかかわらず、自ら保険料を支払わなければならない制度となっており、未加入となる可能性がより高まっている。さらに、今後高齢化の進展によって、保険料負担が必然的に上昇することが予想され、任意加入である「都市・農村住民基本医療」の被保険者たち、特に農村部の一般住民に対して、個人の収入状況や家庭の事情などにより、公的保険から再び離脱する可能性が十分あると考えられる。

これらによって、もちろん、日本の医療対策を参考とした場合、中国の膨大な人口規模等に配慮しつつ、検討するべきであることは注意しておく必要があり、日本の医療計画のような制度は導入できないが、筆者は、「逆選択」を防止し、公的社会保険のリスク分散機能を長期的に安定させるため、一刻も早く「都市・農村住民基本医療」の加入設定を任意加入から強制加入に改正すべきだと考えている。

Ⅱ． 高齢者医療制度の改革[107]

[107] この部分は、以下の文献を参考し、執筆した。吉原・前掲注 12）227 頁～、伊藤・前掲書 65）67 頁

Ⅱ.1.　老人福祉法改正

日本では、1961 年の国民皆保険の実現以来、地方自治体単独事業による高齢者の患者負担の免除または減免対策が実施された。そして、1973 年に老人福祉法が制定され、公費を財源として、70 歳以上の高齢者を対象とした患者負担の無料化、いわゆる「高齢者医療の無料化」が実施された。

しかし、患者負担の無料化が実施されて以来、高齢者の受診率の著しい伸びなどにより、高齢者の医療費は急増し、国保と被用者保険の間の高齢者の加入率の格差により、両制度間の高齢者の医療費の負担に著しい不均衡が生じることとなった。

日本は第二次世界大戦が終わった後、経済及び医療技術の発展や社会安定などに伴って、国民の生活水準と平均寿命は急速に改善し、高齢者の数も増加した。1970 年国勢調査の結果、日本の高齢化率は 7.1%となり、高齢化社会に入った。その後、平均寿命が伸びた一方、出生率が低下し、少子高齢化は急速に進み、高齢者の人口も増え続けた。1994 年に、日本の高齢化率は 14%を超え、高齢社会を迎え、日本の高齢化率はわずか 24 年で 7%から 14%に上昇した。日本における高齢化のスピードは世界の平均水準の倍となり、他の先進国より高齢化が速く進んでしまう結果となった。

そのような高齢化の急速な進展に伴い、高齢者の医療問題も増加したため、昭和 40 年代（1965 年）には、年金制度が未成熟の中、大部分の高齢者は低額の福祉年金の受給者であり、国民健康保険の被保険者、または被用者保険の被扶養者として、医療保険給付を受け取っていたことから、患者はかかった医療費の 3 割（被扶養者）または 5 割（国保）の高額な一部負担を支払っていた。

このような高齢化の加速に伴う高齢者医療費負担の問題、いわゆるこれからの高齢化社会で高齢者が必要な医療を確保するため、医療を受ける際の経済的負担の軽減を実現するため、当時の医療制度に対する改革を行う必要があったと考えられ、1973 年には、老人福祉改正法が、医療保険における 70 歳以上の高齢者の自己負担金を老人福祉の税財源から全額負担する制度を導入したことをきっかけに、高齢者のみを対象とする無償化の医療保障制度いわゆる「老人医療無料化制度」が設定された。

これらについては、高齢となり医療の必要性が増大する年代に、現役時代と比

～、前掲書 103）32 頁～、西村健一郎『社会保障法』有斐閣（2003 年）212 頁～、

較して大きな一部負担金を必要とする国民健康保険に加入しなければならない高齢者にとって、医療費負担を減少する大きな副因となり、当時の老人医療にとって、重要な意味を持っていた。しかし、同時に、高齢者医療の抱える問題点が明らかになった。

Ⅱ.2. 問題点

「老人医療無料化制度」の問題点は、一般的には以下のように挙げられる。

まずは、高齢者医療費の無償化は、急速に進む高齢化社会に対応できなかったため、高齢者にかかる医療費が急増し、社会保障における国の財政の安定化に対して、大きな影響を与えた。確かに医療保険における一部負担金は高齢者の所得保障を圧迫していたためこれを軽減するものではあったが、その逆に、予期せぬ効果として、高齢者の医療需要を過度に増大させることとなり、国民医療費支出増大という事態をもたらしたのである。その結果として、国、都道府県、市町村がそれぞれ負担した社会保障財政を急激に膨張させることとなった。

また、医療保険各制度間、特に健康保険と国民健康保険との間で高齢者の加入率の格差により、老人医療に対する医療負担に、著しい不均衡が存在した。その大きな原因のひとつは、健康保険に加入していた者は、退職してから多くが国民健康保険に加入することであった。今後高齢化の進展に伴って、高齢者医療費が増大し、高齢者の多くが加入する国民健康保険の財政には大きな影響を与えることが予想できる。

そして、当時福祉施設や在宅サービスなどは大幅に不足していたため、本来なら高齢者福祉の分野で対応すべき高齢者の介護が、病院が替わりに入院を引き受けたことによって、いわゆる「社会的入院」が増大、社会問題化した。

これについて、当時では、高齢者に対する生活習慣病の予防、介護・リハビリテーションなど機能回復訓練の充実などに加えた包括的な保健サービスを提供できる制度がなかったという問題点が指摘された。

なお、高齢者医療の特性およびその疾病の特徴からして、心臓病や高血圧などの生活習慣病が多く、慢性化もしやすく、機能障害を伴うリスクも高いため、現役時代と同じく、一般の医療だけではなく、包括的医療の必要性が明らかになった。

上述の問題点を解決するため、「老人医療無料化制度」の抜本的な見直しが必

要であるとされ、疾病の予防から医療、機能回復訓練までを含んだ包括的な老人保健事業を推進するとともに、高齢者の医療費負担の不均衡を見直し、高齢者の医療費支出の適正化策が必要であるとして、これに応える形で 1982 年に老人保健法が制定され、1983 年、老人保健制度が創設されるに至った。

Ⅲ. 包括医療の導入～老人保健制度の開始（1983 年）[108]

Ⅲ.1 老人保健制度の概要

老人保健法は、「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ること」を目的として制定された（1982 年制定、老人保健法第一条)。

老人保健法に基づいて実施された保健事業は、大きく「医療等」の保健事業と「医療等以外」の保健事業の 2 種類に分けられる。

Ⅲ.1.1. 「医療等」の保健事業について

当時「医療等」の給付対象は、各医療保険制度（健康保険や国民健康保険）の加入者のうち、当該市町村の区域内に居住地を有する 70 歳以上の老人及び 65 歳以上 70 歳未満の一定の障害状態にある者であったが、その後、2002 年から段階的に引き上げられ、2006 年により 75 歳以上の者と定めた。

その財源は、老人医療費の公平な負担という観点に基づいて、老人医療費の 3 割（国 2 割・都道府県 0.5 割・市町村 0.5 割）を公費で負担し、残り 7 割を各医療保険の保険者が老人医療拠出金を拠出することにより、共同で負担することとされていた。一方、各医療保険の保険者に対する老人医療の拠出金の負担を軽減するため、2002 年の法改正により、各医療保険の保険者の負担割合を 7 割から 5 割に引き下げるとともに、公費の負担割合を 3 割から 5 割に引き上げることとなった。

老人医療費拠出金は、どの保険者も老人加入率が全国平均並であるとして算定することにより、各保険者の負担がならされ、老人医療費を全国民が公平に負

[108] 前掲注 103）88 頁～143 頁

担する仕組みとなっている。その拠出金は、社会保険診療報酬支払基金が各保険者から徴収し、医療給付の実施主体である市町村に交付している。市町村の給付に要する費用は、全ての老人医療費拠出金と公費によって賄われ、市町村には赤字が生じない仕組みとなっている。

また、医療費の自己負担について、老人医療費の急増により、政府は、「老人医療無料化制度」の財政負担の問題を意識し始め、老人保健制度の対象である高齢者にも、一部負担を要求した。原則として、老人保健制度の対象である高齢者は、かかった医療費の 1 割を負担するが、2006 年から所得水準が現役並みである者については、自己負担の割合を 3 割と定めた。

ところで、上述のように、健康保険の加入者は、退職後に市町村国民健康保険へ加入することから、老人保健制度の対象となるまでの間は、国民健康保険から医療給付を受けることとなっており、国民健康保険に負担が集中することによって、財政の悪化や安定な運営への支障などの問題があった。

これに対して、1984 年に、市町村国民健康保険の中に退職者のための「退職者医療制度」が設けられた。

退職者医療制度の対象者は、75 歳未満の者で、原則として国民健康保険の被保険者のうち、被保険者期間が 20 年以上ある者（退職被保険者）及びその被扶養者である。保険給付の給付率、種類や範囲などは従来加入した健康保険と同様であり、その財源は、退職被保険者の支払う保険料と被用者保険からの拠出金で賄われる。

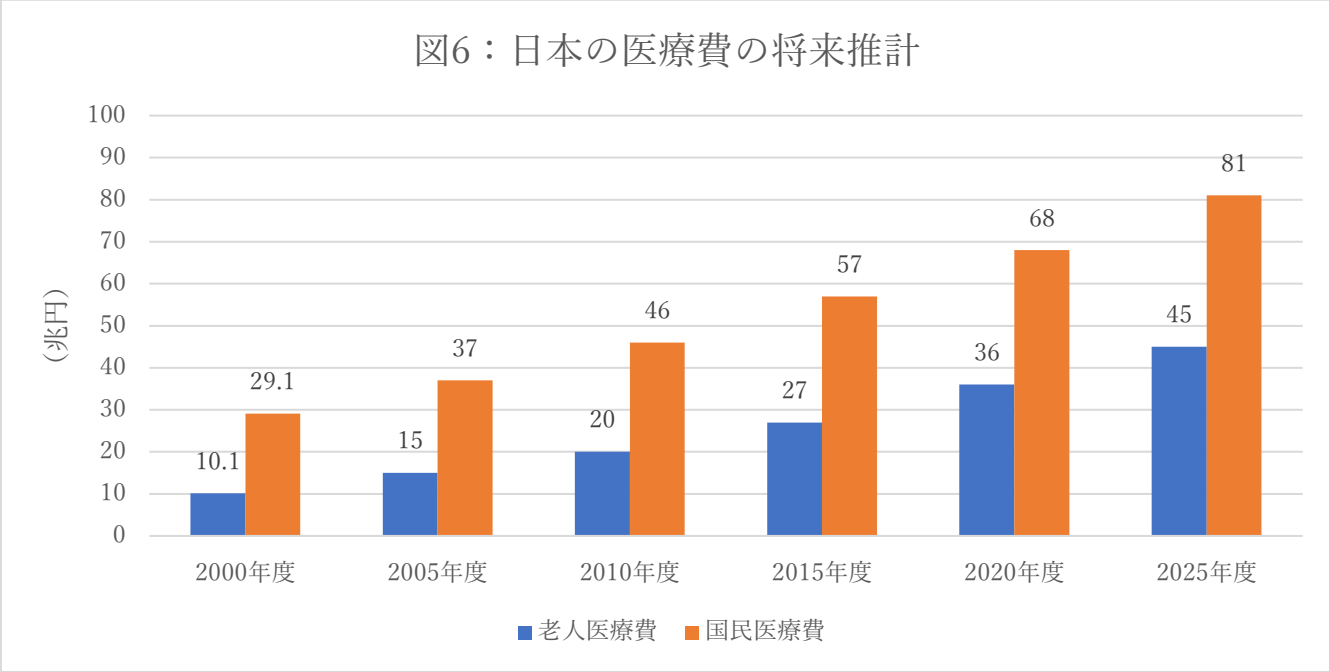
また、従来の診療報酬制度は、高齢者の心身、疾病などの特性に踏まえてなかった、必要以上の検査、投薬や入院医療などが行われたことが指摘された。これらに加えて、そして高齢者にかかる医療費を抑えるため、従来の診療報酬制度により低い点数が適用され、独自な「老人診療制度」が設立された。

これらの対策によって、老人保健制度は、高齢化の進展に伴う老人医療費の増加に対して、老人医療費拠出金制度の導入により、健康保険と市町村国民健康保険との間での老人医療に対する医療費負担の不均衡を見直し、市町村国民健康保険の財政状況の安定に対して、重要な意味が持っている。

しかし、急速に進む高齢化や経済の低成長と人口構造の変化等の影響で、老人医療費の急増に対して、制度的な対応が不十分であり、老人保健制度にも多くの問題が現れ、その中でも一番大きな問題は、医療保険財政の悪化であった。

少子高齢化の進展に伴い、高齢者の数が増え続け、老人医療費は毎年 7～9%

程度増加していた。また、厚生労働省のデータによると、国民医療費における老人医療費の占める割合も年々増加を続け、2000 年で 34.7%となっており、2025 年では 56%に達することが見込まれていた。



出所：厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局「医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～」（2001 年）11 頁図 010 により筆者作成

そして、健康保険の保険者から拠出金が増大し、健康保険の保険財政が圧迫され、財政の運営が安定できず、赤字に陥った健康保険組合が増えた。

バブル経済の崩壊により保険料収入の伸びが低迷している中で、老人医療費の増大に伴い、老人医療費拠出金も増大し、1983 年での 2.3 兆円から 1998 年での 6.8 兆円へと、約 3 倍に増加した。特に、被用者保険分だけ見ると、1.1 兆円から 4.3 兆円と約 4 倍になり、財政に大きな負担が掛かってしまった[109]。

市町村国民健康保険は、もともと高齢者や低収入者などが多く加入したため、財政の基盤が安定とはいえない。保険料収納率が低下し、国民健康保険の財政がさらに悪化し、事態が深刻な方向に進んでしまった。

また、この制度については、各保険者間の財政調整、または最終的な給付と費用負担の割合の不明確さが指摘された。

[109] 前掲注 103）88～89 頁

医療給付の責任者は市町村であるが、その財源は、各保険者からの拠出金によって賄われ、給付と財政の運営の責任がそれぞれ分離しており、各保険者は、増大する老人医療費を直接コントロールできないため、大きな不満が生じた。

さらに、公的年金の成熟化等による高齢者の負担能力の上昇に伴い、現役世代と高齢者の負担の不均衡を失し、世代間の公平負担を実施することも一つの大きな課題となった。

Ⅲ.1.2.　「医療等以外」の保健事業

老人保健法に基づいて実施された保健事業は、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療（医療費の支給を含む)、機能訓練、訪問指導など、老後の健康の保持の為に必要な事業として政令で定める事業である（老人保健法12条)。

「医療等以外」の保健事業は、老人保健法に基づいて、実施主体である市町村が、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者のうち、職域等で老人保健事業に相当する保健サービスを受けることができない者を対象として行っている。その目的は、心臓病、糖尿病やがん等の生活習慣病の予防、早期発見・治療を図るとともに、高齢者が介護を要する状態に陥ることを予防し、壮年期からの健康づくりを推進することである。

つまり、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を含め、総合的な包括医療を実施することにより、健康な老人づくりを目指すため、政府は、壮年期及び中年期の健康維持は高齢期の健康に重大な影響を及ぼすと考えたため、保健制度の対象者は高齢者だけではなく、当該市町村の区域内に居住地を有する40歳以上の者のうち、職域等で老人保健事業に相当する保健サービスを受けることができない者も含むに至った。

このような保健と医療を一体的に推進する政策は、予防の観点から、1978年から実施された「第1次国民健康づくり対策」とお互いに呼応し、国民の健康寿命の延伸と健康増進を推進するとともに、生活習慣の改善により生活習慣病を予防し、医療費の急増を抑えることもでき、重要な医療対策だと考えられる。

Ⅲ.2.　予防の観点から

Ⅲ.2.1.　老人保健制度による医療と保健の一体化

上で述べたように、老人保健法第 1 条で、「この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする。」と明記された。

老人保健法に基づいて実施された保健事業は、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療（医療費の支給を含む)、機能訓練、訪問指導など、老後の健康の保持の為に必要な事業として政令で定める事業である（老人保健法 12 条)。これらの保健事業は大きく「医療等」の保健事業と「医療等以外」の保健事業の二種類に分けられたが、この中で、特に「医療等以外」の保健事業は、当時では斬新の改革とも言える。

この「医療等以外」の保健事業は、肥満症、高血圧、心臓病、糖尿病やがん等の生活習慣病の予防、早期発見・治療を図るとともに、高齢者が介護を要する状態に陥ることを予防し、壮年期からの健康づくりが目的となった。いわゆる、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を含め、総合的な包括医療を実施することにより、健康な老人づくりを目指すため、政府は、壮年期及び中年期の健康維持は高齢期の健康に重大な影響を及ぼすと考えたため、保健制度の対象者は高齢者だけではなく、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の者のうち、職域等で老人保健事業に相当する保健サービスを受けることができない者も含むに至った[110]。

このような保健と医療を一体的に推進する政策は、当時の日本の高齢者医療改革として、老人保健制度により医療と予防保健が連携した仕組みを導入したことが重要な意味を持っていた。また、高齢化の進展により、高齢者の医療問題に関して、単に医療費の増加を避けることはできないため、予防の観点から、国民の健康寿命の延伸と健康増進を推進することには、医療費の抑制について重要な意味がある。

Ⅲ.2.2　国民健康づくり対策の開始

日本では、第二次世界大戦後、経済発展、生活環境の改善や医学の進歩によっ

---

[110] 前掲注 103）36 頁

て、感染症が激減し、国民の生活水準と平均寿命は急速に伸びた。しかし国民の健康状況がよくなった一方、がんや循環器疾患などの生活習慣病が増えることにより、国民医療費が年々増加し、また、高齢化が進むことにより、高齢者の医療や介護などによる負担が極めて大きくなっている。そして、要介護者における介護が必要となった主な原因についても、生活習慣病が大いに関係していることが明らかであった。

こうした高齢化の進展により医療や介護にかかる負担が増えることが早い段階で予想され、食生活や運動など、生活習慣の改善により生活習慣病を予防し、国民の健康づくりを推進することが必要と認識された。

こうして、1978 年（昭和 53 年）から、「第 1 次国民健康づくり対策」が展開された。これによって、健康づくりは国民一人一人が「自分の健康は自分で守る」という自覚を持つことが基本とされ、行政はこれを支援するため、国民の多様な健康ニーズに対応しつつ、地域に密着した保健サービスを提供する体制を整備していく必要があった。これらの観点から、国は「一次予防」[111]の推進と、健康づくりの 3 要素（栄養、運動、休養）の健康増進事業を推進するため、①生涯を通じる健康づくりの推進、②健康づくりの基盤整備、③健康づくりの普及啓発、の三点を柱として取組を推進した[112]。

1988 年（昭和 63 年）から実施された「第 2 次国民健康づくり対策『アクティブ 80 ヘルスプラン』」においては、これまでの施策を拡充するとともに、運動習慣の普及に重点を置き、健康づくりの 3 要素（栄養・運動・休養）の全方面で均衡のとれた健康的な生活習慣の確立が目指された[113]。

2000 年（平成 12 年）からは、「第 3 次国民健康づくり対策『21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本　21）』」を実施し、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現することが目的として主張された。また、生活習慣病及びその原因となる生活習慣等の国民の保健医療対策上重要となる課題に対して、「一次予防」を重視し、国民の保健医療水準の指標となる具体的目標の設定及び評価に基づく健康増進事業の推進などが提案された[114]。

---

111 「一次予防」は、病気になる前の健康者に対して、病気の原因と思われるものの除去や忌避に努め、健康の増進を図って病気の発生を防ぐなどの予防措置をとることである。

112 厚生労働省「健康づくり対策」63 頁（https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010220.pdf、2019 年 12 月 10 日最終閲覧）

113 前掲注 112

114 前掲注 112

そして、出生率の低下に伴って高齢化が急速に進展し、2010 年には日本の高齢化率が 23.1%となり、超高齢社会に突入した。さらなる高齢化社会における高齢化と健康の課題に対し、政府は 2013 年（平成 25 年）から 2022 年（令和 4 年）まで、新たな「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動『健康日本 21(第二次)』」を推進することを決定した。

「健康日本 21(第 2 次)」の目標は、全ての国民が共に支え合い、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会、いわゆる健康で幸せに暮らせる社会を目指すことであり、このため、①健康寿命の延伸（中心課題）と健康格差の縮小、②主要な生活習慣病の発症予防と重症化予防、③社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上、④健康を支え、守るための社会環境の整備、⑤栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善、の 5 つの提案が基本的な方向として定められた[115]。

こうした、1982 年に制定された老人保健法、1978 年の「第 1 次国民健康づくり対策」から 2013 年の「二十一世紀における第二次国民健康づくり運動『健康日本 21(第二次)』」までの 35 年間で、四回の国民健康づくり対策の実施により、生活習慣病の予防、国民の健康増進の推進、医療費の増大に伴う、財政の確保も含めて、予防と健康の観点を重視しつつ、健康寿命の延長などの高齢者に関わる医療・健康の課題の解決を図ってきた。

このような少子高齢化や疾病構造の変化が進む中、生活習慣及び社会環境の改善を通じて、国民の健康増進を総合的に推進し、子供から高齢者まで全年齢層の国民に対する持続可能な社会保障制度の提供を目指すことこそが、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現するための重要な対策であると考えられる。

日本では、高齢者医療制度改革を検討する際、高齢者の心身の特性、高齢者に特有の健康問題（複数の疾病の併合、生活習慣病、慢性化、介護機能訓練の必要性等）を考慮し、高齢者医療は、疾病の予防から医療、介護、機能回復訓練に至る保健サービスという連帯性を目的とする改革を行なってきた。

高齢化の進展に伴う単純な医療費の抑制によって、医療費の増加問題を避けることはできず、このような改革の視点は、長期的な健やかな社会の実現に欠かすことはできない。老人医療費の特性から見れば、高齢者の受診率を適正化する

---

[115] 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会「健康日本 21(第 2 次)の推進に関する参考資料」(2012 年)

ことにより、増え続ける老人医療費に適切に対処することが求められている。

その一つの要素として、高齢者医療の特性およびその疾病の特徴を考慮した包括的医療の提供が必要である。高齢者には、生活習慣病の増加に伴い、複数の疾病を併せ有することが多くなったため、心臓病、糖尿病やがん等の予防が中心となる健康づくり対策が重要となる。

なぜなら、若年層より、高齢者の場合、組織機能が低下しているため、薬の副作用も生じやすく、慢性化疾病も多く、長期間の療養が必要となる。このため、現役世代と同じような一般の医療だけではなく、医療の包括化を促進し、医療と保健事業の連携を重視し、生活指導を中心に心身の機能訓練を維持、回復させることが大切なことであり、心臓病、糖尿病やがん等の予防が中心となる健康づくり対策が重要である。

一方、中国でも、後述の 2007 年「健康中国計画」第三章のⅡ.1.が提案され、その後 2015 年、医療保障の重点を「治療」から「予防」へ移行し、特に高齢者の健康促進及び疾病予防の強化を重視した。日本におけるこれらの対策と経験は、中国より 30 年ほど早く、特に医療と保健を一体的に推進する医療制度、保健制度の体系は、今後中国における「健康中国計画」の推進においても大いに参考になるだろう。

Ⅳ. 医療と介護の連携～介護保険制度の創設

医療と介護の連携は、高齢者医療の特性及び機能訓練の必要性から見て、必要であることは早い段階から認識されていた。

一方、上述のように、老人医療費の増大から見た場合、診断と治療のために医療機関に入院した患者（介護を必要とする高齢者）が、治療が終わっても自宅に介護の態勢が整っていない、入るべき介護施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設等）がない等の在宅サービスの不足等の事情によって入院を余儀なくされ、いわゆる「社会的入院」（介護を主として必要とする患者の一般病棟への長期的入院）が老人医療費を押し上げる大きな要因の一つと考えられていた。こうした高齢者介護と老人医療又は老人福祉に関する従来の制度の問題点を解決するため、2000 年 4 月から、介護保険制度が創設された。以下介護保険制度について簡単に説明する。

Ⅳ. 1.　背景[116]

日本では、少子高齢化の進展により、1990 年代中後期に高齢化問題が深刻化し、要介護高齢者が日々増加し、介護期間の長期化をもたらし、介護ニーズも増大した。そして核家族化の進展に伴い、従来要介護高齢者を支えてきた家族の構成状況も変化し、家族規模の縮小や夫婦のみまたは一人暮らしの高齢者の増加などによって、家族の介護機能が低下した。また、在宅介護能力の衰弱に伴い、持続的な不況に加え、家族のみで高齢者の世話をすることが多くなることが、家族にとって経済的だけではなく、精神的、身体的にも大きな負担となった。

一方、前述のように、1980 年代、当時福祉サービスの必要な基盤整備が不足しており、社会福祉サービス能力やレベルが限られているとともに、高齢者に在宅で適切な介護状況を提供することは困難になっていた。こうして本来なら福祉の分野で対応すべき高齢者の介護が、入るべき介護施設が需要に対応できなかったため、「社会的入院」（介護を主として必要とする患者の一般病院への長期的入院）の問題が発生し、高齢者医療費が膨大化し、単純な増税と医療保険の保険料の引き上げだけで維持することができなくなり、従来の老人福祉制度と老人医療制度による対応にも限界が訪れてきていた[117]。

このような厳しい状況を踏まえ、高齢者の介護の問題を一部の限られた低所得世帯などの問題としてとらえず、すべての国民で高齢者の介護の問題を支える社会保険の仕組みが必要と考えられた。そして、1997 年 12 月 17 日に介護保険法が公布され、介護を社会福祉と医療から独立させ、社会保険に再構成し、新たな効率的かつ公平な制度として介護保険制度が導入され、2000 年 4 月 1 日から実施された[118]。

表 8：介護保険制度創設の経緯

年代	高齢化率	主な改革と政策
1960 年代（老人福祉政策の始まり）	5.7%	訪問介護（ホームヘルプサービス）事業の創設（1962 年）

[116] 西村健一郎ほか『社会保険の考え方―法的理解と実務の論点』ミネルヴァ書房（2018 年）92 頁～95 頁、厚生労働省『厚生労働白書「地域とともに支えるこれからの社会保障」平成 17 年版』（2005 年）44 頁～45 頁（https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/、2019 年 9 月 20 日最終閲覧）により参照

[117] 西村・前掲注 116）92 頁～94 頁

[118] 本沢・前掲注 65）29 頁

		老人福祉法制定（特別養護老人ホーム創設、 訪問介護法制化）（1963年）
1970年代（老人医療費の増大）	7.1%	老人医療費無料化（1973年） 短期入所生活介護（ショートステイ）事業の創設（1978年） 日帰り介護（デイサービス）事業の創設（1979年）
1980年代（社会的入院や寝たきり老人の社会的問題化等）	9.1%	老人保健法の制定（老人医療費の一定額負担の導入等）（1982年） 老人保健法改正（老人保健施設の創設）（1987年） ゴールドプラン（高齢者保健福祉推進十か年戦略）の策定（施設緊急整備と在宅福祉の推進）（1989年）
1990年代（ゴールドプランの推進、介護保険制度の導入準備）	12.0%	福祉8法改正（福祉サービスの市町村への一元化、老人保健福祉計画）（1990年） 老人保健法改正（老人訪問看護制度創設）（1992年） 厚生省に高齢者介護対策本部を設置（介護保険制度の検討）、新ゴールドプラン策定（整備目標を上方修正）（1994年） 介護保険制度創設に関する連立与党3党（自社さ）政策合意（1996年） 介護保険法の公布（1997年）
2000年代（介護保険制度の実施）	17.3%	介護保険法の施行（2000年）

出所：厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割（平成30年度）」8頁により作成

介護保険制度創設の際、医療と介護の調整についても議論が行われた。厚生省（当時）の審議機関である「老人保健福祉審議会」では、医療・介護保険の一体型と、医療保険から独立する独立型の両方に関する検討が行われた。

介護と医療のリスクの近似性に鑑み、保険者・被保険者などを医療保険と一致させ、当時の老人保健制度と似たような仕組みとなる医療・介護保険の一体型も当時提案されていた。しかし、当時の老人保健制度については、拠出金の負担の問題や、財政と給付の責任主体が分離していることから生じる、財政管理の責任に対する議論があったため、医療・介護保険の一体型の保険に関する提案は拒否された[119]。

その代わりに、ドイツの「医療保険制度活用型」医療保険を参考として、なお医療保険者である疾病金庫が介護保険の保険者である介護金庫を兼ねる社会保保険方式の介護保険制度の仕組みを採用することとなった[120]。こうして両提案それぞれのメリットとデメリットが検討された結果、医療保険と別体系とする独立型・地域保険型の介護保険制度が採用された。

Ⅳ.2.　介護保険制度の概要と特徴[121]

介護保険法第１条で、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、 国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」と述べられている。すなわち、この介護保険法では、自立支援や在宅介護などを重視し、要介護者の能力に応じて、可能な限り自立した生活ができるようになることを目指している。

---

[119] 西村・前掲注 116）94 頁～95 頁

[120] 西村・前掲注 116）95 頁

[121] この介護保険制度の概要と特徴の部分については、以下の文献を主に参照した。本沢・前掲注 65）27 頁～50 頁、西村・前掲注 116）107 頁～124 頁、厚生労働省老健局「公的介護保険制度の現状と今後の役割（平成 30 年度）」（2018 年）13 頁（https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf、2019 年 9 月 2 日最終閲覧）

Ⅳ.2.1.　保険者と被保険者

介護保険法第 3 条[122]より、介護保険の保険者は、市町村及び特別区である。介護保険事業の運営が健全に行われるため、国及び都道府県（介護保険法第 5 条）、医療保険者（介護保険法第 6 条）、年金保険者（介護保険法第 134 条）からの財政支援や事務実施などに関する協力が必要とされている。いわゆる市町村および特別区が介護保険の保険者として、運営や財政管理などを担当し、市町村ごとに保険に関する給付と負担を行うこととなっている。

当時介護保険制度を創設する際に、保険者の行政単位について、市町村単位の保険ではリスクを分散する人口規模が十分ではないと議論されたが、介護・保健・福祉を総合的に推進するため、結果としてもっとも住民に近い存在である市町村が保険者として設定された[123]。しかし、今後高齢化のさらなる進展に伴い、財源の確保やリスク分散の面、またより広い範囲の財政調整や健全な事業運営の確保、介護・保健・福祉のさらなる一体化かつ総合的な推進を実現すきるため、国民健康保険と同様に、保険者を都道府県単位に再編することが必要となると考えている。実際、現在においても、都道府県や国が制度運営の財政的、技術的なサポートを行っている。

介護保険の被保険者は、介護保険法第 9 条により、市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の者を第 1 号被保険者、そして市町村の区域内に住所を有する 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者第 2 号被保険者、の二つに区分けされており、被保険者は実際に介護保険の保険給付を受ける受給権者の資格について、要介護状態（介護保険法 7 条 1 項）、要支援状態（介護保険法 7 条 2 項）、介護保険法施行令 2 条に規定されている特定疾病により異る。

日本の介護保険制度では、40 歳以上から財政負担に参加し、ただし給付の受給は基本的に 65 歳以上であり、要介護（あるいは要支援）の認定を受けた者に限定される。一方、介護保険制度の創設の際、ドイツのようにすべての国民を介護保険の対象者とする（障害者の介護も同保険で担う）意見もあったが、まずは

---

[122] 介護保険法第 3 条で、「市町村及び特別区は、この法律の定めるところにより、介護保険を行うものとする。市町村及び特別区は、介護保険に関する収入及び支出について、政令で定めるところにより、特別会計を設けなければならない。」と制定された。

[123] 西村・前掲注 116）98 頁

高齢化による介護問題に対応するため、原則として高齢者に限定する制度とされた[124]。

Ⅳ.2.2.　財源と保険料

財源について、介護保険給付に必要な費用のうち、50%が公費により賄われる。この50%のうち、国の負担割合は給付費総額の25%、都道府県と市町村がそれぞれ12.5%ずつ負担することとなっている[125]。

保険料について、第 1 号被保険者の保険料の金額は、政令で定める基準に従い、条例で定めるところにより、算定された保険料率により市町村ごとに決められる。市町村は、第1号保険者から保険料を徴収しなければならないのみで、ただし、第2号被保険者からは保険料を徴収しない[126]。

保険料の徴収方法について、第1号被保険者の老齢年金の年額が18万以上の場合、当該年金からの天引きの方式による特別徴収を行い。18 万未満の場合、普通徴収の方法で市町村が被保険者から徴収することとなる。いわゆる応能負担の視点から、所得段階別の定額保険料を設定することにより、高所得者の負担は所得に応じて算定し、反対に低所得者への負担を軽減している。

第 2 号被保険者の保険料は、加入している医療保険者（国民健康保険や健康保険など）が、それぞれの保険者ごとの算定方法によりに保険料額を定め、医療保険の保険料と共に徴収する。

介護保険制度は高齢者の介護ニーズに対応するために創設された制度であり、給付の対象者は高齢者に限定されている。このため、財政負担への参加は、自ら高齢期が近づき、また親の介護なども視野に入る40歳以上から、第2号被保険者として行うという制度趣旨は合理的であり、国民からの納得も得やすく、若い世代に過度な負担を課さないという観点からも、よく理解できる。筆者の私見では、しかし今後の高齢化の進展次第では、若年障害者を給付対象に含めることも念頭に、介護保険に関する対象者の範囲を拡大し、より若い世代も含めて、制度の対象とする方が、介護保険のリスクの分散や、財政調整、および長期的財源の

---

[124] 西村・前掲注116）101頁～102頁

[125] 介護保険法第121条（国の負担）、第123条（都道府県の負担等）、第124条(市町村の一般会計における負担)、西村・前掲注116）118頁、により参照

[126] 介護保険法第129条（保険料）により参照

確保の面から有効であり、共存共生の社会連帯の観点からも、被保険者範囲の再編に関する検討が今後の重要な課題の一つではないかと考えている。実際に、障害者福祉の対象であった障害者は65歳以上に達した際に介護保険に移行する仕組みとなっており、障害者福祉と介護保険制度の連携、一本化の議論は既に重要な政策的課題となっている。

表9：介護保険の被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象者	市町村の区域内に住所を有する 65 歳以上の者（介護保険法9条1項）	市町村の区域内に住所を有する40歳以上65歳未満の医療保険加入者（介護保険法9条2項）
受給権者	要介護者（寝たきり、認知症等で介護が必要な者）（介護保険法7条3項1号） 要支援者（日常生活に支援が必要な者）（介護保険法7条4項1号）	初老期認知症、脳血管疾患等の老化に起因する疾病による要介護と要支援の者（介護保険法7条3項2号、7条4項2号）
保険料負担	所得段階別定額保険料（低所得者の負担軽減）	健保：標準報酬及び標準賞与×介護保険料（事業主負担あり） 国保：所得割、均等割等に按分（国庫負担あり）
賦課・徴収方法	年金額は一定額（年額18万円）以上の場合は老齢年金から天引、それ以外は市町村から普通徴収	医療保険者が医療保険料として徴収し、納付金として一括して納付

出所：厚生労働省『厚生労働白書「地域とともに支えるこれからの社会保障」平成17年版』46頁

Ⅳ.2.3.　保険給付

医療保険と違い、介護保険の被保険者いわゆる介護給付の申請者は、給付を受給する前に市町村からの要介護認定・要支援認定を受けなければならない。要介護認定・要支援認定の基準は、全国一律の基準に基づき、客観的に判定する。市町村が、介護認定審査会の審査判定結果（いわゆ一次判定[127]及び二次判定[128]の結果）に基づき、当該申請者の要介護認定と要支援認定を行うこととなる。また、介護保険法により、介護保険制度は利用者本人の意思で利用する介護サービスを選択できることが基本となっている。つまり、自分の需要、要介護状態、自分や家族の希望、家族状況などに適応したサービスを提供するという総合的・計画的観点から、介護サービス計画を作成することが望ましいとされている。

介護保険の保険給付は、①被保険者の要介護状態に関する「介護給付」、②被保険者の要支援状態に関する「予防給付」、③要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資する保険給付として条例で定める「市町村特別給付」の三種類がある[129]。

「介護給付」の種類は、居宅介護サービス費、特例居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費、特例地域密着型介護サービス費、居宅介護福祉用具購入費、居宅介護住宅改修費、居宅介護サービス計画費、特例居宅介護サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費、特例特定入所者介護サービス費の 14 種類がある[130]。これほど多くの種類の中で、中心となるのは居宅介護サービス費と施設介護サービス費である。

居宅介護サービス費は、要介護被保険者のうち居宅要介護被保険者が指定居宅サービス事業者から指定居宅サービスを受けたとき、居宅要介護被保険者として、市町村から指定居宅サービスに要した費用として支給される。その内容は、訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護などがある[131]。

介護保険法では、施設サービスの分類によって、指定介護老人福祉施設（特別

---

[127] 市町村の調査員による直接的な心身の状況調査、主治医の意見書。

[128] 保健・医療・福祉の学識経験者などにより構成される市町村などの介護認定審査会。

[129] 介護保険法第 18 条（保険給付の種類）により参照

[130] 介護保険法第 40 条（介護給付の種類）により参照

[131] 介護保険法第 41 条（居宅介護サービス費の支給）により参照

養護老人ホーム)、介護老人保健施設（老人保健施設)、介護医療院の三つが定められている。施設介護サービス費は、要介護被保険者が介護施設において施設サービスを受けたときに、市町村から要介護被保険者に指定施設サービス等に要した費用について支給される費用である[132]。

利用者の費用負担について、要介護者は、原則として介護サービス費用の 1 割分（一定以上所得者は 2 割又は 3 割)と施設サービスを利用した場合の食費及び居住費を負担し、残りの介護サービス費の 9 割分(一定以上所得者は 8 割又は 7 割)が保険給付となっている。ただし、要介護度に応じた区分支給限度基準額、いわゆる限度額が設定されており、この限度額を超えたサービス費用は、利用者の全額自己負担となる[133]。介護保険で支給される以上の給付を受けたい時には、自ら費用を負担することとなる

高齢化社会の進展に伴う日本の公的介護および医療の財源の確保の課題に関して、公費負担の限界を考慮する上で、民間企業の活用、すなわち保険外併用療養費制度や、中国のような公的保険と私的保険の合作制度が財源を確保するための一つの方法だと考えられる。特に今後テクノロジーや AI 技術などの進化に伴い、AI 介護システムや介護ロボットなど高度な介護サービスの投入が期待される中で、公費や保険料での負担には自ずと限界があり、医療と同様に高度な支援を望む者には、民間保険の活用が有効であろう。現在においても、高所得者向けの介護付高齢者住宅市場は発展が早く、中所得者向けの市場も発展しつつある。今後、これらの需要が増す中で、公費や公的保険での支援は費用確保の面から困難だと考えるが、民間保険を活用しつつ、国（厚生労働省）が一定の質的管理を行う（選定療養、評価療養のような）制度は考えられるだろう。

Ⅳ.2.4.　今後の期待～地域ケアシステムの構築

---

[132] また、介護保険法第 48 条（施設介護サービス費の支給）により、施設介護サービス費の額は、施設サービスの種類ごとに、要介護状態区分、当該施設サービスの種類に係る指定施設サービス等を行う介護保険施設の所在する地域等を勘案して算定される当該指定施設サービス等に要する平均的な費用(食事の提供に要する費用、居住に要する費用その他の日常生活に要する費用として厚生労働省令で定める費用を除く)の額を勘案して厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額(その額が現に当該指定施設サービス等に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定施設サービス等に要した費用の額とする)の 9 割に相当する額とする。

[133] 西村・前掲注 116）121 頁

介護保険制度そのものの改善とともに、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進し、持続可能な社会保障制度を目指すため、介護保険法は以下のような改正を行なってきた。

2005 年の介護保険制度改革の基本的な視点は「明るく活力のある超高齢社会の構築」、「制度の持続可能性」、「社会保障の総合化」である。主な内容は①予防重視型システムへの転換（介護予防の重視）、②施設給付の見直し（居住費用と食費の見直し、低所得者に対する配慮）、③新たなサービス体系の確立（地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設など）、④サービスの質の確保と向上（介護サービス情報の公表、ケアマネジメントの見直し）、⑤負担の在り方と制度運営の見直し（第 1 号被保険者保険料の見直し、保険者機能の強化）である[134]。

そして 2011 年の法改正は、高齢者が地域で自立した生活を営めるため、高齢者への地域支援事業、いわゆる医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供できる「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを推進することが目標として掲げられた。

地域包括ケアを実現するためには、次の 5 つの視点での取組みが包括的、継続的に行われることが必須であると指摘された。具体的には、①医療との連携強化（24 時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化など）、②介護サービスの充実強化（特養などの介護拠点の緊急整備、24 時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化）、③予防の推進（できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進）、④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など、⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備（定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ）である。

2014 年の改正法では、地域包括ケアシステムの構築のために、地域包括ケアシステムの構築に向けた介護サービスの充実（在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、介護保険給付の重点化・効率化など）が目指された[135]。すなわち、高齢者に生活上の安全・

---

[134] 厚生労働省老健局「介護制度改革関連法案の概要」（https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8f.html、2019 年 10 月 12 日最終閲覧）

[135] 本沢・前掲注 65）38 頁

安心・健康を確保することを目指して、地域の特徴に応じて、地域コミュニティを活性化することによって、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるような地域共生社会の構築の推進を進めている[136]。

高齢化社会が進むことにより、今後、ますます要介護者が増え、介護保険の財源確保、介護施設の充実、介護現場の労働力の確保など介護保険制度に関しては多くの課題が残されている。地域包括ケアシステムの構築を推進するために、介護サービスの質の向上、介護サービス基盤整備などだけではなく、地域コミュニティの活性化や、医療と介護の連携の強化などを含め、総合的な改正を続けることが今後の課題である。

介護保険制度の創設は、従来の老人福祉と老人医療でそれぞれに行われていた高齢者介護の部分を再編成し、医療保険制度と介護保険制度の役割分担を明確化することによって、従来の家族介護、あるいは医療と福祉の負担を軽減することを目的として行われた。また、療養型病床群の一部や、老人保健施設、訪問看護等、従来の医療保険制度の対象となっていたサービスの一部が、介護保険制度の対象に移行したことと、「社会的入院」の問題の解消により、入院医療費増大に起因する問題の一部が改善に向かうこととなった。

中国では、人口の高齢化現象に伴う独居老人、および介護が必要となる高齢者の増加といった、同様の問題が起きている。その背景には中国の経済発展に加えて、「一人っ子政策」による影響で、「4、2、1」の核家族、出稼ぎ労働者の増加などに伴って、夫婦のみ、あるいは一人暮らしの高齢者が増えていることが挙げられる。つまり中国においては「一人っ子政策」によって、親の介護に対する子の負担は増しており、また子のいない高齢者も必然的に増える現象が近い将来、到来することが明らかである。このような深刻な状況に伴って、介護保険制度がまだ未整備である中国（後述の第三章のⅢ）にとって、日本の公的介護保険制度には重要な参考的価値があると考える。

Ⅳ.3.　小結

以上のように、確かに老人保健制度は、急速に進む高齢化による老人医療費の急増に対して、制度的な対応がまだ不十分であり、財政調整と世代間の公平負担

[136] 西村・前掲注 116）124 頁

などについてもまだ改善するところがあると指摘されたが、しかし独自の「老人診療制度」の制定や、市町村国民健康保険の財政基盤を安定させるための各保険者間の財政調整、また、高齢者医療の特性を重視しており、生活習慣病の予防、介護機能訓練のいわゆる医療と保健の連携などの政策が、当時の日本の高齢者医療改革にとっては重要な意味を持っていた。

ところで、これらの対策について筆者は中国における医療の公平性の問題、または、今後高齢化の進展に伴う高齢者医療の課題の改善に対して重要な参考価値があると考える。

現在中国の「国民皆保険制度」は「都市部被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険制度」の二本立てにより構成され、その中で「都市・農村住民基本医療保険」の対象者が経済的な負担能力が低い都市部の非労働者、農民、高齢者などであったため、都市部被用者が対象となる「都市部被用者医療保険」により財政基盤が脆弱であり、財源不足の根本的な問題が給付や費用負担などに直接に影響を与え、医療の公平性の問題がなかなか改善できない状況である。

「都市・農村住民基本医療保険」の財源は、保険料のほか、地方政府と中央政府（国庫負担及び国庫補助）の公費負担により構成される。被保険者の経済的な負担能力が低いため、保険料率も低く設定されている。例えば都市戸籍を有する都市部の一般住民が支払う保険料は、原則として一人年額 330 元（約 5,600 円）と定められており、高齢者、低所得者、または農村戸籍を有する農民が支払う保険料はそれより少ないものである。地方政府と中央政府からの補助金があるが、それも低水準なものであり十分な財政支援とはいえない。その結果として、「都市・農村住民基本医療保険」の給付機能が低下しており、未だに基本な低水準の医療保障しか提供できていない。

今後、高齢化の進展に伴う高齢者人口の増加によって、保険料からの拠出が減少し、もともと財政基盤が脆弱である「都市・農村住民基本医療保険」に対しては、財政の安定化が限界に迫っており、現在の医療保障の水準のまま、十分な医療保障のない高齢者の数が増え、極めて困難な局面が待っていることが予想できる。

なお、筆者は「都市・農村住民基本医療保険」の財政の長期的な充実を図るため、中央政府からの財政支援の増加、あるいは公費負担の割合の拡大だけではなく、「都市部被用者医療保険」から高齢者ための拠出支援金、いわゆる「都市部被用者医療保険」と「都市・農村住民基本医療保険」の間の財政調整の必要性も

その重要な手段の一つとして検討すべきではないかと考えている。

また、老人保健制度は、単に医療と保健の分野にとどまらず、高齢者医療の特性を重視し、給付の適正化と合理性を求め、健康管理と生活指導などを加えた生活習慣病の予防と、リハビリテーションや介護機能訓練など介護サービスを導入する包括的な医療保健制度であった。

このような老人保健制度は、医療だけではなく、予防の視点や介護と医療の連携などを含めて、今後中国における医療制度の改革方向性にも大きな影響を与えることが考えられる。これらについての詳細の検討と分析は、第三章のⅡとⅢのところで詳述する。

Ⅴ． 現行の高齢者医療制度～独立した「後期高齢者医療制度」の誕生[137]

Ⅴ.1. 2000 年代初頭の医療制度改革（概要と分析）[138]

老人保健制度には、上述のとおり、①少子高齢化の進展に伴う高齢者医療費の急増、②拠出金の増大や保険料収納率の低下などにより被用者保険と国民健康保険の医療保険財政の状況の悪化、③拠出金の増大による現役世代の負担増、④高齢者と現役世代の費用負担関係の不明確、⑤各保険者間の費用負担・財政運営の責任が明確ではない、などの幾つかの問題が残されており、政府においてこれらに対応するためには新たな高齢者医療制度の創設が必要となるとの認識の下、高齢者医療制度の見直しの検討が進められ、様々な提案が各方面から提示されていた。主な提案は①独立保険方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構成調整方式、④一本化方式の四つに大きく分かれた。これらの問題や提案等を検討した結果として、2002 年及び 2006 年の医療制度の改革が行われた。以下ではその概要について簡単に紹介する[139]。

まず 2002 年の改革においては、老人医療の費用負担の世代間の公平性の問題

---

[137] この部分は前掲注 65 の文献を参考し、筆者の私見を加えて、執筆した。

[138] 西村・前掲注 65）31 頁、伊藤・前掲注 65）91 頁～、西村・前掲注 107）217～218 頁、島崎謙治「医療政策を問いなおす－国民皆保険の将来」筑摩書房（2019 年）56 頁～61 頁を参照し、若干の私見も加えている。

[139] 島崎謙治「高齢化社会と医療政策」岩村正彦編著『高齢化社会と法』有斐閣（2008 年）146 頁～151 頁

への対応策として、①高齢者にも経済的能力に応じた適正な負担を求めることとする（具体的には、月額定額上限制を改め、高齢者の定率１割負担の徹底を図り、現役世代並みの収入がある者、あるいは年金などで年収 630 万円以上の高齢者夫婦世帯は「高所得者」として自己負担を２割とした)、②老人保健制度の対象年齢を 70 歳から 75 歳に引き上げ、財源について高齢者医療費に係る公費負担割合を 3 割から 5 割に引き上げることを 5 年間で段階的に行う（同時に各保険者が拠出すべき老人保健拠出金の範囲を小さくすることで現役世代の負担を軽減する)、③保険財源の収支改善策として、政管健保の保険料を引き上げ、診療報酬を見直す（2.7%下げる）改定する、以上の措置がとられた。

しかし、これらの改革により、各保険者が負担する老人保健制度の拠出金の中で、現役世代が負担している部分と、高齢者が負担している部分は区分されておらず、結局のところ現役世代と高齢世代の費用負担関係は不明確のままであったため、抜本的な制度の改革を行うべきとの論議があり、その旨が法律の附則に規定された。これを踏まえ、2003 年 3 月に「医療制度改革の基本方針」 が閣議決定され、診療報酬体系については、改定および見直しを図ることとされ、新たに高齢者のみを対象とした、高齢者医療制度の創設及び医療保険者の再編・統合については、2008 年に向けて実現を図ることとされた。

また、2005 年 6 月に閣議決定された「骨太の方針 2005」の「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し、達成のための必要な措置を講ずる」、について、2005 年 12 月 1 日、政府・与党医療改革協議会は「医療制度改革大綱」（以下では「大綱」という）を公布した。以下でこの「大綱」の内容について、簡単に紹介する[140]。

「安心・信頼かつ良質な医療」を確保するため、①地域医療の連携体制の構築医療計画制度の見直し（急性期から回復期を経て、在宅医療に至るまで、患者が一貫した治療方針のもとに切れ目ない医療を受けることができるよう)、②地域ごとの医師の偏在による医師不足問題への対応、③患者に対する情報提供を推進するため、都道府県による医療機関に関する情報提供の創設、④医療安全の確保、⑤医療法人制度改革、等基本的な考え方に基づき、医療制度の構造改革を推進することが示された。

また、医療給付費の伸びを抑制するため、医療費適正化計画や、公的保険給付

---

[140] 政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」（2005 年 12 月 1 日）
https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf（2022 年 8 月 12 日最終閲覧）

の内容・範囲の見直しなど医療費適正化の総合的な政策を推進することが示された。具体的には、糖尿病等の患者・予備群の減少や平均在院日数の短縮などの中長期の医療費適正化対策、高齢者の患者負担の見直し、食費・居住費の負担の見直し、高額療養費の自己負担限度額の引上げ、現金給付の見直しなどのような対策が実施されることとなった。

さらに、現役世代と高齢世代の費用負担関係の不明確を是正するため、75 歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、保険者の再編・統合を含めて、2008 年度に独立した医療制度を創設することが目指された。

そして 2005 年末から 2006 年はじめにかけて、「大綱」の方針に基づき、一連の改革のための法案の作成および改正が進められ、2006 年 6 月 14 日、参議院本会議で、「健康保険法等の一部を改正する法律（平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号)」及び「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（平成 18 年 6 月 21 日法律第 84 号)」が成立し、6 月 21 日に公布された（以下両者を総称し「医療制度改革に関する法改正」という）[141]。この 2006 年の改革では、医療費適切化対策や医療保険制度の見直し、いわゆる新たな高齢者医療制度の創設、医療保険者の再編・統合など広範囲な政策を打ち出し、その中で、最も重要なものは新たな後期高齢者医療制度の創設だったと考えられる。

一方、2006 年改革の中心ともみられた医療費適正化の総合的な推進において、具体的には、①生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定、②保険給付の内容・範囲の見直し（現役並みの所得がある高齢者の患者負担を 2 割から 3 割に引き上げ、70 歳から 74 歳までの高齢者の患者負担を 1 割から 2 割に引き上げ、療養病床の高齢者の食費・居住費の見直しなど)、③介護療養型医療施設の廃止が挙げられた。

そのうち、①生活習慣病対策や長期入院の是正など中長期的な医療費適正化のための医療費適正化計画の策定において、国及び都道府県等が協力し、糖尿病等の患者・予備群の減少、平均在院日数の短縮などの対策を通じて、医療費適正化の推進を実現することを図った。また、生活習慣病の予防事業を推進するため、国保・被用者保険の医療保険者に対し、40 歳以上の被保険者・被扶養者を

---

[141] 厚生労働省「健康保険法等の一部を改正する法律について」医療制度改革関連法（平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号）https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/hoken83a.pdf（2022 年 8 月 10 日最終閲覧）

対象とするメタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満候群）に着目した健診及び保健指導の事業実施を義務づけた。なお、この医療費適正化に関する対策は総合的な政策であり、医療計画だけではなく、介護保険事業支援計画および健康増進計画との整合かつ連携を推進することが目的であり、また医療費の過大な伸びを抑制することが 2006 年医療改革の政策的な目標としても反映されていた。

Ⅴ.2. 後期高齢者医療制度の創設[142]

2006 年に行われた「医療制度改革に関する法改正」では更に、老人保健法の一部を改正し、「高齢者の医療の確保に関する法律」に改め、後期高齢者（75 歳以上の高齢者）の心身の特性や生活実態などを踏まえて、従来の老人保健制度と退職者医療制度を改めて、65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者と、75 歳以上の後期高齢者それぞれを対象とする、新たな仕組みとして独立型の医療制度が創設されることとなった。この独立した後期高齢者医療制度は、2008 年 4 月 1 日から施行された。

「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 1 条により、この新たな法律の目的は「国民の高齢期における適切な医療の確保を図るため、医療費の適正化を推進するための計画の作成及び保険者による健康診査等の実施に関する措置を講ずるとともに、高齢者の医療について、国民の共同連帯の理念等に基づき、前期高齢者に係る保険者間の費用負担の調整、後期高齢者に対する適切な医療の給付等を行うために必要な制度を設け、もつて国民保健の向上及び高齢者の福祉の増進を図ること」とされた。この「高齢者の医療の確保に関する法律」の根拠法は、「老人保健法」の改正であったため、後期高齢者医療制度も老人保健制度を基礎として、進展した独立型の制度となっている。

65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者は現在の医療保険に加入したままで、各医療制度の保険者により、医療給付や保健事業などを従来どおり受けることになり、財政調整だけを行う。すなわち、その特徴は、独立型の医療制度ではなく、各制度間の医療費の不均衡を是正するため、導入された新しい財政調整の制度的仕組みである。

財政調整については、これまでの医療保険制度の枠内で、65 歳以上 75 歳未満

---

[142] 伊藤・前掲注 65）36 頁～57 頁、西村・前掲注 107）217 頁～、島崎・前掲注 138）217 頁～223 頁を参照し、若干の私見も加えている。

の前期高齢者の加入偏在問題による各保険者の間での不均衡な負担を調整するため、「高齢者の医療の確保に関する法律」第 32 条 1 項で、各保険者に対して、社会保険診療報酬支払基金から、「前期高齢者納付金」を交付することが規定された。各保険者がその加入者数に応じて、負担する費用を調整することとなり、患者負担分については、65 歳から 69 歳の者は 3 割、70 歳から 74 歳の者は 2 割であるが、現役並みの所得を有する者の場合は 3 割とされた。

そして、75 歳以上の高齢者（いわゆる後期高齢者）を対象とする部分では、その心身の特性や生活実態などを踏まえて、国保と被用者保険から分離・区分した独立型の「後期高齢者医療保険制度」を創設することが決められたが、その狙いは、高齢者と現役世代の負担割合を明確にし、世代間の公平負担いわゆる全国民の連帯で支えるとともに、高齢者にも応能負担に応じて保険料負担を求め、原則として同じ都道府県で同じ所得であれば同じ保険料とすることで高齢者の保険料負担の公平化を図ることが目標であった。

しかし、後期高齢者医療制度は新しい高齢者医療制度であり、制度に関する説明が不足したため、実施されてから、高齢者が十分に理解できず、その結果、高齢者に対する「線引き」への不満、いわゆる 75 歳到達でそれまでの保険制度から分離・区分されたことによる差別感や高齢者の自己負担および保険料の増大などが、世間から強い批判を受けた。

こうして、2009 年、この後期高齢者医療制度を廃止することを公約にして、民主党政権が発足したため、一旦は、後期高齢者医療制度を廃止して、廃止後の新たな制度を検討することとなったが、2012 年 12 月に、政権に復帰した自民党の安倍政権は、2013 年 8 月に開催された社会保障制度改革国民会議で、「現在ではこの制度は十分定着しており、現行制度を基本としながら、実施状況などを踏まえ、必要な改善を行うことが適当」として、制度存続の方向を示したため、後期高齢者医療制度は廃止されず、現在に至っている。

なお、後期高齢者医療制度には、診療報酬の改正や終末期の医療・ケアなどを含めてさまざまな問題が指摘されているが、筆者はその中から制度の構成に直接関係する被保険者、保険者、財政など中国の制度改革に示唆を与える問題のいくつかに絞り、以下でこの後期高齢者医療制度の内容に加えて、それらの問題について検討する。

Ⅴ.3.　後期高齢者医療制度の概要[143]

Ⅴ.3.1.　保険者

まずは保険者について、上述のように従来の老人保健制度の下では運営主体は市町村であったが、その財源は、各保険者からの拠出金によって賄われていたため、給付と財政の運営の責任がそれぞれ分離しており、各保険者は、増大する老人医療費を直接コントロールできていなかった。すなわち、保険者が保険料の決定を担う国民健康保険および健康保険と違い、老人保健制度の財政運営の責任は不明確であった。

この問題を解決するため、「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 48 条[144]に基づき、新たな後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村及び特別区が加入する後期高齢者医療広域連合（以下、「広域連合」という）とされた。当時、都道府県と市町村の間いずれも、財政の負担増や運営の困難などを考慮した上で、管理者となることに最後まで難色を示したため、折衷の産物として、都道府県の区域ごとにその区域内のすべての市町村及び特別区が参加する広域連合があたることとなる、という経緯があった。広域連合は保険料の決定など制度の運営を行うが、保険料の徴収、医療給付申請受付けや被保険者資格管理などに関する事務の実施主体が市町村となった。

一方、「広域連合は独自の財源を持たないので、国民健康保険料のように、一般財源を投入して、保険料の引き上げを抑えることも容易にはできない。保険料の決定や財政運営において、被保険者の意見が十分反映されない非民主的な制度運営や無責任体制となってしまう可能性が高い」[145]、という意見も出されたが、広域連合が財政運営の責任主体とされ、従来の老人保健制度に関する財政運営の責任主体の不明確性の問題は一応解消された。また、市町村ではなく都道府県単位とされたことで、後期高齢者医療制度の運営及び管理がより広域化するこ

---

[143] 前掲注 138、永野仁美「日本の医療制度～高齢期の医療保障における課題」岩村正彦ほか『社会保障制度～国際比較でみる年金・医療・介護』東京大学出版社（2022 年）133 頁～150 頁、を参照し、若干の私見も加えている。

[144] 「高齢者の医療の確保に関する法律」第四十八条(広域連合の設立)市町村は、後期高齢者医療の事務(保険料の徴収の事務及び被保険者の便益の増進に寄与するものとして政令で定める事務を除く)を処理するため、都道府県の区域ごとに当該区域内のすべての市町村が加入する広域連合を設けるものとする。

[145] 伊藤・前掲注 65）141 頁~142 頁

とにより、より安定的な財政運営が可能となったことにも、重要な意味がある。その後、2018 年 4 月より、都道府県が財政運営の責任主体となるなど国民健康保険における改革が行われた。この面から見ると、後期高齢者医療制度において、広域連合が運営主体となっていることは、国民健康保険の保険者を市町村から都道府県単位に再編するための伏線または実験とも言えるだろう。

そして、この保険者の広域化、いわゆる市町村ではなく都道府県が保険者とされたことは、中国の現行都市・農村住民基本医療保険制度の改善に向けた、重要な参考価値があると考えられる。前述のように（上記の第一章Ⅱ.8)、現在中国では、被用者以外の高齢者、子供や農民など非被用者は都市・農村住民基本医療保険に加入している。この制度の運営主体となる行政の単位は、原則として市がなっているが、各地域の所得水準と財政収入などに影響され、地方政府の裁量によって医療保険の財源の差異が生じており、制度の管理及びその運営状況も様々なものである。また、現段階では、県、市、省間の連携、それぞれの役割分担に対する不明確な部分があるとともに、運営主体である市は、その財政能力と調達可能な範囲が限られており、財政運営の安定性が今後の課題となっている。

そこで、筆者としては、市町村国民健康保険の保険者の広域化のように、省単位（日本の都道府県同等レベルの行政単位）が都市・農村住民基本医療保険の財政運営の責任主体として、当該省内の省内統一的な運営方針を定め、市・県とともに、基本医療保険の運営を担うべきだと考えている。省単位では、市単位より広い範囲の財政調整、所得再分配の機能、安定的な財政管理や効率的な事業運営の確保などの制度運営に重要な役割を果たすことができると考えられる。このことは、日本において後期高齢者医療制度の保険者および市町村国民健康保険の保険者の広域化が決定させられたことからもわかるように、より広域化することにより、安定的な財政運営や効率的な事業運営を確保できることも、「成功例」として、今後の中国の都市・農村住民基本医療保険の改革に対しても重要な参考価値があると考える。

Ⅴ.3.2.　被保険者

次に被保険者については、広域連合の区域内に住所を有する 75 歳以上の者とされる。また、広域連合から一定程度の障害の状態にあると認定された 65 歳以上 75 歳未満の前期高齢者も被保険者と認められている。ただし、生活保護法に

よる保護を受けている世帯に属する者などは被保険者にならない（「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 51 条）[146]。従来の老人保健制度と違い、被保険者資格は 75 歳になった時点で取得し（「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 52 条[147]）、75 歳以上の高齢者はそれまで加入していた医療保険（主に市町村国保）から脱退し、新たに「後期高齢者医療制度」の被保険者となり（「高齢者の医療の確保に関する法律」の第 50 条[148]）、強制加入させられている。

しかし、こういう 75 歳以上の高齢者のみが対象とされる後期高齢者医療制度は、今まで世界のどこにも存在せず、特に高齢者は典型的に生活習慣病を含めた複数の疾病を併せ有することが多くなるため、疾病のリスクが高い 75 歳以上の高齢者のみを対象とする独立型の後期高齢者医療保険制度を新たに創設することについては、リスク分散という医療保険の原理から成り立たないという指摘が出されたほか、制度の対象となる高齢者からは「後期高齢者」という言葉による「線引き」や「年齢による区別」に対する強い批判が発せられた[149]。

それまでも、老人無料医療から老人保健制度まで、65 歳以上の者を対象に「老人」という言葉が使われてきていたが、新制度では、「前期高齢者」と「後期高齢者」という明確な区分を導入することによって、とりわけ 75 歳以上の者を、医療制度の運営において特殊な者として扱うことが強調される形となった。実

---

146 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 51 条、前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者としない。①生活保護法による保護を受けている世帯(その保護を停止されている世帯を除く)に属する者②前号に掲げるもののほか、後期高齢者医療の適用除外とすべき特別の理由がある者は厚生労働省令で定めるもの。

147 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 52 条、後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者は、次の各号のいずれかに該当するに至った日又は前条各号のいずれにも該当しなくなった日から、その資格を取得する。①当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する者（第 50 条第 2 号の認定を受けた者を除く。）が 75 歳に達したとき。②75 歳以上の者が当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有するに至つたとき。③当該後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する 65 歳以上 75 歳未満の者が、第 50 条第 2 号の認定を受けたとき。

148 高齢者の医療の確保に関する法律」第 50 条（被保険者）次の各号のいずれかに該当する者は、後期高齢者医療広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者とする。①後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する 75 歳以上の者、②後期高齢者医療広域連合の区域内に住所を有する 65 歳以上 75 歳未満の者であって、厚生労働省令で定めるところにより、政令で定める程度の障害の状態にある旨の当該後期高齢者医療広域連合の認定を受けたもの。

149 飛田英子「後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性―負担能力の持続可能性を中心に―」『JRI レビュー』（2018 年）Vol.4、No.55、37 頁～57 頁、吉岡成子「後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向」『立法と調査』参議院（2009 年）No.288、76 頁～91 頁、小松秀和「高齢者医療制度の行方―後期高齢者医療制度を超えて―」香川大学経済論叢、第 82 巻第 3 号（2009 年）161 頁～184 頁を参照

際には、1998 年の『厚生白書（平成 10 年版)』において、「後期高齢期」という言葉が既に使われており、行政関係者の間ではこの頃から高齢者のことを前期と後期に区別されていたことがわかる[150]。しかし「後期高齢者」という言葉を用いたことが、75 歳以上の者に対して、いわば人生の末期に向かっていることや、或いは今までになかった差別感を感じさせ、結果的に高齢者から激しい反感と批判をこの制度が受ける要因となった[151]。一方、このような批判は一見、制度の本質に直接的に関係なく、感情的な批判とも評価し得るが、言葉で人を区別する際には対象者に対する差別的意味を含んでいるかどうかという観点からにも十分に注意する必要がある[152]。制度名や年齢による区別だけではなく、本制度には、保険料や患者負担など、高齢者の負担の増加などを含め、独立型の制度としたことに様々な批判や問題点の指摘がなされた。これらについては、後述の 4.3「財源・保険料負担」において検討を加えることとする。

とはいえ、そもそも後期高齢者医療制度では、75 歳に年齢が到達するとそれまでの保険制度から脱退し新たに加入することが想定された独立型の制度であり、その対象者が他の年齢層から分離・区分されることは不可避的な課題であった[153]。なぜ 75 歳以上の高齢者を対象とするか、その理由については、提案者である医師会は、「75 歳以上では、脳血管疾患が悪性新生物を上回るようになるなど、疾病構造が変化し、平均在院日数が 100 日を超える。生活習慣病の受診率について、入院受療率は 75 歳以上から急激に高まり、外来受療率は 75～79 歳がピークとなる」[154]などの理由をあげていた。すなわち、75 歳以上は疾病が発症するリスクが急速に高まり、かつ疾病が長期化しやすい年齢層であるとの統計に基づく提案であった。直近の統計でも、このような年齢別医療費負担の状況は確認できる。財務省が 2022 年 4 月 13 日に公開した資料では、2022 年 3 月の段階で、約 1,890 万人が後期高齢者医療制度に加入しており、2019 年度の年齢階級別一人当たりの年間医療費については、65 歳未満の者について平均で 19.2 万円であるのに対し、65 歳から 74 歳までの前期高齢者は平均 56.7 万円、65 歳未満の約 3 倍である。一方、75 歳以上の後期高齢者の一人当たりの年間医療費は平均 93.1 万円で、前期高齢者の約 1.6 倍、65 歳以下の約 5 倍となっており、前

---

150 伊藤・前掲注 65）95 頁

151 吉岡・前掲注 149）84 頁

152 小松・前掲注 149）164 頁

153 島崎・前掲注 138）222 頁

154 日本医師会「『高齢者のための医療制度』の提案」厚生労働省（2008 年） 6 頁

期高齢者となった段階で医療費が大幅に増加し、更に後期高齢者となってこれが加速することが数字によって明確に示されている[155]。

また、第 2 回高齢者医療制度に関する検討会において、75 歳以上の高齢者については、生活習慣病を中心に入院が増加するなどの特性があり、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、病気だけではなく心身全体をみたサービスを提供する必要がある一方で、65 歳から 74 歳までの高齢者については、男性で 4 割、女性で 2 割の方が就業していることから、国民皆保険を長期的に維持するため、国民連帯の観点から制度を支える側に回ってもらう必要があるが述べられた。また、医療の財源が圧迫される状況が続いており、その限られた財源の中で、必要性の高いところに公費を重点的に投入する観点から、対象者を重点化する必要がある[156]、という理由も述べられていた。

すなわち、「少子高齢化が急速に進む中で、高齢者の医療費の負担を世代間でどのように分担するかという問題に直面から向き合わざるをえない」[157]という認識の下で、財政責任いわゆる後期高齢者と前期高齢者および現役世代の負担関係を明確にし、世代間の公平負担および全国民の連帯で高齢者医療制度を支えることが、「年齢で区別する」独立型後期高齢者医療制度の狙いである。

なお、筆者は、後期高齢者医療制度の創設は、高齢者にかかる医療費の明確化、高齢者医療の特性およびその疾病の特徴に合わせた医療制度の整備、また限られた財源の中で、必要性の高いところに公費を重点的に投入することなどの目的からは、有効な政策であると考え、今後同様の問題を直面せざるを得ない中国にとって重要な参考要素となると考える。

一方、10 年以上という期間をかけて、慎重に検討をされた本制度については、上述のように国民、特に直接制度の対象となる後期高齢者に「他の年齢層から切り離される」阻害感や、不安、怒りを抱かせる結果となってしまったこと、一部の被保険者については保険料や患者負担の負担が増加したことによりこのような不安感を増大させてしまったことも、中国において今後の政策を検討する上で大いに参考となる要素である。すなわち、本来的に社会保障制度は国民に安心

---

[155] 財務省「社会保障（参考資料）」(2022 年 4 月 13 日)、https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20220413/03.pdf、(2022 年 9 月 12 日最終閲覧)

[156] 厚生労働省保険局「高齢者医療制度について」第 2 回高齢者医療制度に関する検討会（2008 年 10 月 7 日）

[157] 島崎・前掲注 138）222 頁

をもたらすべきものでもあり、特に新制度の導入にあたっては、それが今後どのように人々の生活や制度の長期的な維持運営に関わるものであるかを、わかりやすく説明し、納得を得ることの重要さを再確認させられた。当然ながら新制度に対する批判や反論は導入に伴うものであり、これらにも真摯に対応する必要があるが、導入時の制度の「イメージ」、「メッセージ」といった公共の広報の重要性を認識させる面でも大きな示唆を得た。

Ⅴ.3.3.　財源・保険料負担について

医療保険の財源の約半分が公費で賄われること、いわゆる税金の投入割合が非常に高いことは、日本の公的医療保険制度の特徴の一つであるが、後期高齢者医療制度でもそれが該当する。制度の議論にあたっては、厚生労働省及び総務庁統計局の「平成 10 年国民生活基準調査」、1994 年の「全国消費実態調査」や「家計調査」等のデータにより、公的年金の成熟化等による高齢者の所得水準が上昇し、高齢者の所得面、資産・貯蓄面や消費面など経済状況は、当時、現役世代と遜色ないものになってきていることと推察された[158]。そしていわゆる世代間の公平負担を実施するためには、高齢者にも保険料を負担してもらう必要があるが、主に年金のみによって生活する高齢者の保険料拠出能力は限られており、高齢者の保険料だけでは安定した財源の確保が困難であるため、後期高齢者医療制度では現役世代からの財政支援が求められ、現役世代が加入する医療保険の保険者が後期高齢者支援金を納付する義務を負うこととなった[159]。結果として、後期高齢者医療制度の財源は、約 5 割が公費（国が約 4 割、都道府県と市町村が約 1 割ずつ）で賄われ、残りは現役世代からの後期高齢者支援金約 4 割と被保険者自身が支払う保険料約 1 割[160]とされ、高齢者と現役世代の負担の明確化、または世代間の公平負担が図られている。

後期高齢者医療制度創設当初では、後期高齢者支援金の負担額が各医療保険

---

158 前掲注 103）112 頁～113 頁

159 「高齢者の医療の確保に関する法律」第百十八条(後期高齢者支援金等の徴収及び納付義務)支払基金は、第百三十九条（支払基金の業務）第一項第二号に掲げる業務に要する費用に充てるため、年度ごとに、保険者から、後期高齢者支援金及び後期高齢者関係事務費拠出金を徴収する。保険者は、後期高齢者支援金等を納付する義務を負う。

160 後期高齢者の保険料割合は固定されているわけではなく、75 歳未満の人口の減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げられ、これに見合う形で支援金の割合は引き下げられる。

の加入者割に応じて決められていたが、被用者保険者間の財政力の違いがあり、加入者数に応じた負担では、財政力が弱い保険者の負担が相対的に重くなるため、特に財政力の弱い保険者が納得できる制度の構築に向かって、負担能力に応じた費用負担とする観点から、被用者保険が負担する後期高齢者支援金について、加入者の収入いわゆる応能負担を考慮し、段階的に総報酬割を導入していき、2017 年以降が全面的に実施されている[161]。そして、医療費適正化に応じて、医療費を抑制するため、予防保健及び健康の促進、健康診査の受診率の低下を改善することにあたって、後期高齢者支援金の額は、後期高齢者支援金の加算・減算制度によって、各保険者の特定健康診査・保健指導等の実施率および目標の達成状況などに応じて調整されることとなっている[162]。

後期高齢者医療制度の保険料は、世帯単位ではなく、個人単位で被保険者一人ずつ賄う形となっており、財政責任者である広域連合が条例により保険料率を定め（「高齢者の医療の確保に関する法律」第 104 条[163]）、市町村がこれに基づい

---

161 「高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成 22 年 12 月)」では、「今後更に少子高齢化が進展する中で、財政力の弱い保険者の負担が過重なものとならないよう、負担能力に応じた公平で納得のいく支え合いの仕組みにすべきであり、被用者保険者間の按分方法を全て総報酬割とする」、と議論され、被用者保険者間の按分について、3 分の 1 を総報酬割、3 分の 2 を加入者割とする負担方法を導入した。そして、『社会保障・税一体改革大綱(平成 24 年 2 月 17 日閣議決定)』について、高齢者医療の支援金を各被用者保険者の総報酬に応じた負担とする措置について検討することを示した。その後、同年の 11 月 16 日の「第 58 回社会保障審議会医療保険部会」の中で、支援金に「全面総報酬割」を導入する議論がなされ、総報酬割部分を平成 27 年度に 2 分の 1、平成 28 年度に 3 分の 2 に引き上げ、平成 29 年度から全面総報酬割を実施することに至った。(厚生労働省ホームページ、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/koukikourei/index.html、2022 年 12 月 12 日最終閲覧)、により参照

162 この後期高齢者支援金の加算・減算制度は、2018 年度以降、特定健診・保健指導の実施状況だけでなく、がん検診や事業主との連携などの取組を評価し、特定健診・保健指導や予防・健康づくり等に取り組む保険者に対するインセンティブをより重視する仕組みに見直した。特定健診・保健指導の実施率が一定割合に満たない場合に加算対象となる。その加算率は段階的に引上げ、2018 年度は最大 2%、2019 年度は最大 4%、そして 2020 年度以降は最大 10%となる。支援金の減算について、特定健診・保健指導の実施率に加え、特定保健指導の対象者割合の減少幅、がん検診・歯科健診、事業主との連携等の複数の指標で総合的に評価することとなる。その他、後発品の使用割合、糖尿病等の重症化予防等、健診の結果の分かりやすい情報提供、対象者への受診勧奨、事業主との連携(受動喫煙防止、就業時間中の配慮等)、予防・健康づくりの個人へのインセンティブの取組等も含まれている。厚生労働省保険局「後期高齢者支援金の加算・減算制度の見直しについて(健保組合・共済組合の保険者インセンティブ関係)」(2017 年 10 月 18 日第 30 回保険者による健診・保健指導等に関する検討会資料)

163 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 104 条（保険料）市町村は、後期高齢者医療に要する費用に充てるため、保険料を徴収しなければならない。保険料は、後期高齢者医療広域連合が被保険者に対し、後期高齢者医療広域連合の全区域にわたって均一の保険料率であることその他の政令で定める基準に従い

て、特別徴収（年金から天引き）、普通徴収のいずれかにより徴収し、広域連合に納付することとなった[164]。保険料の算定にあたり、広域連合は、所得割と被保険者均等割の合計で算定する。

加えて、高所得高齢者が増えている一方で、低年金、低所得高齢者も存在し、所得割による応能負担要素を考慮しても、高齢者間の負担能力が一律に改善したものとは言えないため、保険料負担については、低所得者に配慮し、激変緩和措置として様々な保険料の軽減が設定された。具体的には、被用者保険の被扶養者であった者に対して、制度加入から 2 年間まで均等割を 5 割軽減することもできるなど新たに保険料を負担することとなった際の保険料軽減措置が設けられた。同じ世帯の被保険者のすべてと世帯主の前年の総所得金額等を合計した額が一定の基準以下となる場合、均等割額の 7 割〜2 割が軽減される。さらに、低所得者に配慮した保険料軽減特例として、世帯所得に応じて均等割部分の 7 割軽減を受ける者について、世帯所得に応じて 9 割・8.5 割軽減を軽減する措置や、所得割部分について一定所得以下の場合に 5 割を軽減する措置、被用者保険の被扶養者だった者について、期間を定めず均等割部分を 9 割に軽減し、所得割も賦課しない措置もとられていた[165]。

このような財政構造から永野[166]は、後期高齢者医療制度は「保険料負担能力が低い一方で、有病リスクの高い後期高齢者にかかる医療費の財源を確保するために特別に用意された制度」であると評価している。筆者もまた、被保険者である後期高齢者が自ら負担する保険料の部分が財源の 1 割に留まり、公費に加えて現役世代からの支援金によって財源の 9 割が賄われることに加え、上述のような様々な負担軽減措置が採られていることから、後期高齢者医療制度は、国民連帯、世代間連帯により、日本の高齢者の医療費の確保のために丁寧に考えられ

後期高齢者医療広域連合の条例で定めるところにより算定された保険料率によって算定された保険料額によって課する。

164 直近の状況として、厚生労働省保険局第 154 回社会保障審議会医療保険部会で公表された基礎資料（令和 4 年 9 月 29 日）において、2022 年・2023 年度の被保険者一人当たり平均保険料額は、全国平均で月額 6,472 円となる見込みであり、制度創設当時の 2008 年度の 5,332 円より 1,140 円を増加したことが数字によって明確にしてされている。

165 厚生労働省ホームページに参照（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/koukikourei/index.html、2022 年 12 月 12 日最終閲覧）

166 永野・前掲注 143）44 頁〜145 頁、厚生労働省『保険料軽減特例の見直しについて（見直し概要）（令和三年度)』（2021 年）により参照

た制度であると印象を強めた。

一方、年金から保険料を天引きすることは、年金だけで生活を維持する高齢者にとって以前より重い負担となり、特に低年金の高齢者にとってその影響は大きいため、制度導入時、高齢者から激しい批判と反感を招いた。また、高齢者およびその被扶養者の保険料負担を増加することによって、「高齢者にとって過酷な負担」[167]という批判も招いていた。伊藤（2008）は、後期高齢者の保険料が低所得に関係なくすべての後期高齢者から徴収する仕組みのため、軽減特例が受けられるとしても、全額免除がなく、低所得者の高齢者に過酷な負担になっていると指摘した。更に「全く収入がない高齢者や無年金の高齢者に保険料を課し、徴収することは、ほぼ確実に、その高齢者の最低生活費から保険料を取り立てることを意味する。それは保険料徴収により高齢者の『健康で文化的な最低限度の生活を営む権利』（憲法二五条一項）を侵害することになり、つまり憲法違反の可能性がある。」と批判した[168]。

こうして前述の「線引き」や「年齢による区別」などの批判を基に、2009 年、この後期高齢者医療制度を廃止することを公約にして、民主党政権が発足したため、翌 2010 年、高齢者医療制度改革会議が開催され、後期高齢者医療制度を廃止することとし、廃止後の新たな制度を検討することとなった。そして、2012 年 6 月、自由民主党、公明党、民主党で確認書が合意され、それに基づき、三党の提案で社会保障制度改革推進法案が国会に提出され、同年 8 月に「社会保障制度改革推進法」が設立された。「社会保障制度改革推進法」において、「今後の高齢者医療制度については、状況等を踏まえ、必要に応じて、社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」となったが、2012 年 12 月に、政権に復帰した自民党の安倍政権は、2013 年 8 月に開催された社会保障制度改革国民会議で、後期高齢者医療保険制度は現在では十分に定着しており、現行制度を基本としながら、実施状況などを踏まえて必要な改善を行うことが適当とされ、制度存続の方向を示した。このため、後期高齢者医療制度が廃止されず、給付と

---

[167] 例えば、被用者は 75 歳以上であるが、被扶養者は 65 歳以上 75 歳未満の場合について、被用者だけは後期高齢者医療制度の被保険者となり、被扶養者は強制的に国民健康保険に加入され、保険料も今までと違って、別々に支払わなければならない。また、被用者の被扶養者であり、今まで保険料を負担する必要のなかった者が 75 歳になって、保険料を支払う必要がある。このような状況によって、後期高齢者医療制度の実施は、被扶養者に関する保険料負担および患者一部負担分が以前より引き上げられたため、低収入の家庭に対して、大きな経済的負担となる可能性がある。

[168] 伊藤・前掲注 65）115 頁～116 頁

負担の両面で高齢者と現役世代の間の世代間の公平負担を確保し、従来の主として高齢者を給付の対象とする社会保障から、全世代を対象とする全世代型の社会保障への転換を目指すことを示した。

上述のように、後期高齢者医療制度上、後期高齢者の医療費に関する給付の費用は、現役世代による支援金と、公費による負担と合わせて9割とされており、被保険者の保険料で賄われる分は、わずか1割となっているにも関わらず、被保険者の保険料負担が相当に高くなっていることから考察すると、以下のような結論となる。

まず、医療保険の本来の目的である、安心して医療を受けられるということに鑑みると、医療への必要性が高まる高齢期において、保険料や自己負担が大幅に軽減されてしかるべきであるところ、本制度は一見してこの目的に反するような実情となっている。しかし逆に言えば、現役世代による支援を最大限に確保するような制度設計をしても尚、これだけ高齢者本人からも負担をして貰わなければ、国民全体にかかる負担が大きくなり過ぎてしまい、公的医療保険そのものが維持できなくなってしまうからこそ、このような制度になっていると想定することもできる。すなわち、75 歳以上の者が必要とする医療が、それ以前の世代と比較してどれだけ大きいものであるかを物語っているとの見方ができ、本制度の説明を行う際、また高齢者の負担に対し理解を求める際に厚生労働省がこのような趣旨での説明を行なっているようにも見える。また、保険料を年金から天引きすることによって、高い徴収率を保つことができ、高齢者の負担の可視化や、現役世代と高齢者の間の費用・負担関係の明確化など改革の成果もあげられる。

これらのことから、本論文において得られる示唆としては、人口の高齢化、とりわけ75歳以上の後期高齢者数の増加がもたらす国民医療費の増加は非常に大きいものであり、中国が今後、急速に高齢化するにあたって、この問題への対処は一日も早く取り組むべきものであり、それらは、まず健康寿命の延長による医療費の抑制、次には高齢者本人にも負担を課すことが将来、避けて通れない道である、という点だと筆者は感じている。

VI.　今後の課題～全世代対応型の社会保障制度の構築へ

上述のように、日本では高齢者医療費が増大する現状の中で、特に高齢者の医

療費を賄うための医療保険制度改正が順次実施されてきたが、少子化の進展と厳しい財政状況が続く中で、高齢者と現役世代との間の世代間の公平負担を考慮しつつ、国民皆保険体制を長期的に維持していくことが医療財政上の政策課題となっている。もちろん、本課題は、医療財政のみならず高齢化に伴う社会保障財政全体に関わる問題でもあり、更に言えば社会保障財政に留まらず税制や、雇用、住居、社会福祉といった多数の政策課題と併せた広い視野での検討が必要である。本論文は上述のとおり専ら医療制度を対象に検討をするものであるが、後述の社会保障制度改革国民会議で示されるように、人口高齢化に伴う高齢者の保護の必要性と併せて、全世代に公平な社会保障を視野に入れる必要性を認識し、また今後の研究課題として、他の政策との連携も可能な限り念頭におくよう、心がけている。

2013 年 8 月に開催された社会保障制度改革国民会議では、今後の社会保障制度の改革に向けて、高齢者を給付の対象とする社会保障から、全世代を対象とする全世代型の社会保障へ転換する必要があり、それを目指すために、制度の持続可能性と世代間の負担の公平が今後の課題であることが既に示されていた。この社会保障制度改革国民会議における審議の結果等を踏まえ、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革を推進することを目的とする「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（いわゆる「プログラム法」、2012 年 12 月）や、持続可能な医療保険制度を構築するための措置を講ずるものである「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」（いわゆる「医療保険制度改革法」、2015 年 5 月）などが成立し、その後の一連の制度改正、例えば 2017 年以降の後期高齢者の保険料軽減特例の見直し、2019 年 8 月以降の 70 歳以上の者の高額療養費の上限額の段階的な見直しの決定[169]や、直近では、2020 年 12 月 15 日に公表された「全世代型社会保障改革の方針」において、75 歳以上の一定以上の所得がある後期高齢

[169] 高額療養費の上限額は、年齢や所得に応じて定められており、いくつかの条件を満たすことにより、負担を軽減するしくみが設けられているが、日本政府からは全ての国民を安心して医療を受けられる社会を維持するために、世代間公平により負担能力に応じた応能負担の要素を考慮した上で、制度の見直しを行うことに至った。その結果として、2019 年 8 月以降、69 歳以下の者の上限額は変わらず、一部の 70 歳以上の者（年収は現役並み及び年収 156 万～約 370 万円の者）の高額療養費の上限額が引き上げられ、患者の自己負担を増大する改正がなされた。（厚生労働省ホームページ、https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/juuyou/kougakuiryou/index.html、2022 年 12 月 8 日最終閲覧）

者の窓口負担の引上など、所得に応じた高齢者負担の引上げが実施されている。以下では直近の改革である保険料軽減特例の見直し、および窓口負担の引き上げについて、簡単に整理する。

まず、後期高齢者の保険料軽減特例については、2008 年の後期高齢者医療制度の実施以来、低所得者に配慮するための激変緩和措置として実施されてきたものであるが、2017 年 4 月以後、段階的に見直しを行うこととなった。しかし「保険料軽減特例が廃止されると、生活が厳しい低所得高齢者の保険料負担が増加することになり、高額療養費、高額介護サービス費、入院時の光熱水費などの負担増が併せて、高齢者の生活がさらに苦しくなる」[170]という理由で、当時多くの自治体（市、広域連合など）から反対され、制度の見直しの実行中止及び維持・継続が求められた。これに対し厚生労働省は、この軽減特例が被用者保険の被扶養者であった者に関しては所得水準にかかわらず対象となることや、9 割・8.5 割軽減は、国民健康保険の保険税減額制度の最大 7 割を上回ることなど不公平をもたらし、今後全ての国民が安心して医療を受けられる社会及び今まで実施してきた国民皆保険制度を維持するためには、高齢者と現役世代の間での世代間の公平だけではなく、高齢者間での世代内の公平も考慮した上で、負担能力に応じる応能負担を用いる必要があるという観点から、後期高齢者医療の保険料軽減特例の見直しを実施することを決定した[171]。

---

[170] 「後期高齢者医療制度保険料特例軽減見直しの中止を求める意見書提出に関する陳情」神奈川県社会保障推進協議会（2017 年）、(http://kanagawa-shahokyou.jp/app/files/uploads/2017/03/a75fc312c20acad70c4044b31c6df214.pdf、2022 年 12 月 10 日最終閲覧）

[171] 2015 年 1 月 13 日に公表された「医療保険制度改革骨子」（平成 27 年 1 月 13 日社会保障制度改革推進本部決定）においては、後期高齢者の保険料軽減特例は実施してから 7 年が経過する中で、被用者保険の被扶養者であった者は所得水準にかかわらず軽減特例の対象となることや、9 割・8.5 割軽減は、国民健康保険の保険税減額制度の最大 7 割より上回ることなど不公平をもたらした。そのため、制度の見直しが必要となり、「段階的に縮小する」、「低所得者に対する介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて実施することにより低所得者に配慮しつつ、平成 29 年度から原則的に本則に戻す」、「負担増となる者については、きめ細かな激変緩和措置を講ずる」など具体的な内容については、検討に向かうことと示した。それを踏まえて、2016 年 9 月の第 97 回社会保障審議会医療保険部会では、後期高齢者の保険料軽減特例の見直しについては、①現行の加入者については激変緩和措置を設けつつ、原則的に本則に戻していくべきではないか。その際、新規加入者についてはどのように考えるか。②均等割を本則の軽減に戻していく場合、低所得者の生活に配慮しながらいかなる激変緩和措置を設けるか。また、所得割についてはどのように考えるか。③元被扶養者について、均等割を本則に戻していく場合、いかなる激変緩和措置を設けるか。所得割についてどのように考えるか。等の論点について、議論を行った。その後、同年 12 月 22 日開催された社会保障改革推進本部において、「今後の社会保障の充実・安定化等につ

私見では、後期高齢者の保険料軽減特例の改正は、自治体や世論からの反対の声に関わらず、被保険者の経済的負担が増えることも予測した上で、敢えて実施に至ったものであり、今後更に少子高齢化が進展する中で、全ての国民が安心して適切な医療を受けられる国民皆保険制度を維持するためには、世代間及び世代内の公平負担を考慮しながら、全世帯が支え合う制度を構築していく観点から、高齢者が自ら負担する保険料を引き上げることとなっても、それは避けて通れない道であり、高齢者に関しても段階的に、年齢に関わらず負担能力に応じて応能負担としていく、日本政府の決意を込めて下された決断であるように思う。

次に窓口負担の引き上げについては、以下のような背景で実施された。少子高齢化の進展により 2022 年度以降、団塊の世代が 75 歳以上の高齢者となり始める中、後期高齢者支援金の急増が見込まれている中で、現役世代の負担の上昇を抑制し、全ての世代が安心でき、且つ公平に支える社会保障制度を構築していくためには、世代間及び世代内の公平な負担や給付の伸びの適正化が重要な課題である。このような状況を踏まえ、医療保険制度における給付と負担の見直しを実施するとともに、予防・健康づくりの強化等を通じて、子ども・子育て支援の拡充も含めて、全ての世代が公平に支え合う「全世代対応型の社会保障制度」を構築することを目的として、2020 年 12 月 15 日に閣議決定され、2021 年の通常国会において、「全世代対応型の社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」（令和 3 年法律第 66 号）が成立した[172]。この改正によって、2022 年 10 月 1 日から、現役並み所得者を除き、75 歳以上一定以上の所得がある者は、医療費の窓口負担割合が 1 割から 2 割に変更される[173]。

いて」が決定された。その中で、所得割の軽減特例及び元被扶養者に対する軽減特例について、2017 年 4 月から、所得割の軽減特例を 2 割軽減、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を 7 割軽減とする。2018 年 4 月から、所得割の軽減特例を廃止し、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を 5 割軽減とする。そして、2019 年 4 月から、元被扶養者に対する均等割の軽減特例を廃止する。といった通り段階的に見直しを行うことと示した。直近の『保険料軽減特例の見直しについて（見直し概要）（令和三年度)』においては、均等割は、令和元年度から介護保険料軽減の拡充や年金生活者支援給付金の支給とあわせて見直しを行い、令和 3 年度に本則(7 割軽減)とした。元被扶養者の所得割は賦課開始時期を引き続き検討する。元被扶養者の均等割は、平成 29 年度に 7 割軽減、平成 30 年度に 5 割軽減、令和元年度に本則(軽減なし)とした。(厚生労働省ホームページ、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/koukikourei/index.html、2022 年 12 月 12 日最終閲覧)、より参照

[172] 厚生労働省ホームページ、https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21482.html、(2022 年 12 月 10 日最終閲覧）により参照

[173] この 2 割負担の所得基準については、単身世帯の場合、課税所得が 28 万円以上かつ年金収入とその他

この窓口負担引上げについては、以下の意見がよく見られる。例えば小塩隆士[174]は、「所得が高い高齢者を対象にした窓口負担の引き上げは、やむを得ないと考える。少子高齢化の下で『国民皆保険』の仕組みを維持するためには、制度を支える現役層の体力が落ちており、現役層が高齢者の医療費を負担するという仕組みは見直すしかないからだ。その場合、制度の区切りに『年齢』を用いるのではなく、医療費を負担できる能力がどこまであるのかという『応能能力』に切り替えるのが、合理的な方向だ。」小塩は、高齢者ほど病気にかかりやすいので、窓口負担が高まれば、負担増によって受診が抑制され、病気が進行するというリスクも否定できないが、そうした理由だけで窓口負担の引き上げを全面否定するのは無理であるから、所得に応じて限定的にではあるが、高齢者の負担の増加をする方向での改革は現実的且つ合理的であるとして、改革の方向性に賛成の意見を述べている。

また、西沢和彦[175]も高齢者の窓口負担の引き上げ案を肯定的に受け止めており、支持する理由として「1 つは、日本では、75 歳以上の高齢者の医療費の大部分を、就労期から退職までの働いている現役層が負担しており、それが大きな重荷になっていることだ。もう 1 つは、窓口負担の引き上げにより、現役層と高齢者の間で生じている負担の差が一部でも是正されることだ。これは世代間の公平の観点からも望ましい。」と述べている。他方、政府に望む点として受診の抑制のリスクを考慮し、窓口での負担のみならず、税や健康保険料の引き上げも合わせて検討すべきだとしている。

反対に近藤克則[176]は、医療費の窓口負担の引き上げが受診の抑制につながること、特に低所得層に病気がちの人や受診が多いことを懸念する一方で、負担増で増える総収入は期待するほど多くないため、保険や税で負担するほうが、窓口負担よりも一人当たりの負担額が小さくなるという長所があることに加えて、支

の合計所得金額が 200 万円以上の者であり、複数世帯の場合は、320 万円以上となる。その対象者は約 370 万人であり、被保険者全体(約 1,815 万人)に占める割合はや 20%となる。また、窓口負担割合が 2 割となる者に対しては配慮措置が設定されている。この配慮措置については、長期頻回受診患者等への配慮措置として、2 割負担への変更により影響が大きい外来患者について、施行後 3 年間、一ヶ月分の 1 割負担の場合と比べた負担増を、最大でも 3,000 円に収まるような措置を導入している。(厚生労働省厚生労働省ホームページ、https://www.mhlw.go.jp/content/000937919.pdf、2022 年 12 月 10 日最終閲覧)

[174] 川本茉莉「後期高齢者医療をめぐる熟慮・熟議型調査」NIRA ワーキングペーパー（2022 年）2 巻 4 頁

[175] 前掲注 174

[176] 前掲注 174）3 頁

払う余力のある人が多く負担するため、健康および社会的格差の是正につながることが期待でき、すくなくとも、選択肢を国民に示すべきであるとして、本改正に懐疑的な意見を述べている。

また、永野仁美[177]は、「確かに負担能力に応じた自己負担のあり方は、社会保障財政が緊迫する中で避けられない面があり、また、年齢に応じた自己負担よりもむしろ合理性があるとも考えられる。しかし、すでに保険料について所得に応じた負担がなされていることや、高齢期には医療サービスの利用が増大すること、さらには、自己負担の上昇は患者の受診行動に影響を及ぼすことなどを踏まえると、今後、これをどこまで広げるのかに関しては慎重な検討が求められる」という慎重な意見を述べている。

これらの意見は一貫して、受診の抑制に対する懸念を示す一方で、無駄な受診の抑制、世代間及び世代内の公平負担の是正の観点から窓口負担の引上げそのものには、慎重ではあるものの概ね賛成するものｒであり、筆者もそれらに賛同する。私見では、今後少子高齢化が更に進むことが予想される限り、高齢者の健康寿命の延長も考慮し、高齢者自らの財政面での役割を考え、現役世代や将来世代に過重な負担がかからないよう、制度面で各自が努力することの必要性を認識するに至っている。高齢者自らが負担する保険料や一部自己負担などを段階的に引き上げることは、なお高齢者の現状を考えると慎重に行うべきであると同時に、今後の長期的な制度維持のために避けて通れない道であると考えるに至っており、中国における制度の発展においてもこの点は重要な示唆を含むものである。

日本の高齢化は依然として急速に進んでおり、高齢者の医療費の増加など引き続き医療制度の維持運営上の課題を投げかけている。国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成 24 年 1 月推計）」では、出生中位（死亡中位）推計をもとに見ると、日本国の総人口は 2030 年の 1 億 1662 万人を経て、2048 年には 1 億人を割って 9913 万人となり、2060 年には 8674 万人になるものと見込まれた。このうち、生産年齢人口（15～64 歳の人口。もっとも今日においては、64 歳を過ぎても就業を続ける、いわゆる「生産的な人々」は増加しており「生産年齢人口」の定義そのものを見直す必要があるかもしれないが…）は 2010 年の 63.8%から減少を続け、2017 年には 60%台を割った後（実際の統計では 2017 年の生産年齢人口は総人口の 60.0%となっていた）、2060 年には 50.9%

[177] 永野・前掲注 143）145 頁

となると予測されており、高齢人口（65 歳以上の人口）は、2010 年の 2948 万人から、団塊の世代及び第二次ベビーブーム世代が高齢人口に入った後の 2042 年に 3878 万人とピークを迎え、その後は一貫して減少に転じ、2060 年には 3464 万人となると予想された。このため、総務省の発表による推計では、人口の高齢化率（高齢人口の総人口に対する割合）は 2010 年の 23.0%から、2013 年には 25.1%で 4 人に 1 人を上回り、そのまま推移したならば、2060 年までに 39.9%、すなわち 2.5 人に 1 人が 65 歳以上となるとされた[178]。

国連は 65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合（高齢化率）が 7%を超えた社会は「高齢化社会」、14%を超えた社会は「高齢社会」、21%を超えた社会は「超高齢社会」と定義されているところ、日本はすでに「超高齢社会」と呼ばれる領域に達している。このように、引き続き生産年齢人口の減少と少子高齢化が急速に進展し続けた場合、日本にとって、将来の高齢者医療保険財政には、更に大きな重圧がかかってくることとなる。そのため、所得再分配機能の強化、消費税や累進課税などの改善、医療提供の適切化や、私的保険及び民間資本の活用などの様々な施策が挙げられている。筆者は、上述の保険料軽減特例の見直しや、保険料窓口負担の増加など一連の政策からも見られるように、少子化の進展により、現在の支え手である現役世代の数が更に減少することが考えられるのと同時に、高齢者の所得水準の進展次第では、低所得高齢者は別として将来的には高齢者の自己負担が一律に 3 割に引き上げられ、さらに現役世代の健康保険および国民健康保険の窓口負担も 3 割から更に引上げられる可能性があるではないかと考える。ただしこれら窓口負担の引上げに伴い、高額療養費制度による自己負担額の上限の見直しも併せて行われるであろう。

すなわち今後、全世代対応型の社会保障制度を実施運営してゆくにあたり、高齢者自ら負担する保険料及び自己負担の水準、支え手である現役世帯の状況に合わせた負担、公費の役割分担の三者のバランスをどうのように設定していくか更に検討することが求められている。世代間の公平な負担の視点から、永野[179]は、全世代が公平に支える社会保障を維持するためには、年齢のみを基準に被保険者を分別することが現実に合わなくなってきており、その代わりに、負担能力に応じて負担する仕組みへ改正していく必要があると指摘する。石田[180]は、健康

---

178 総務省「平成 24 年版情報通信白書」(2012 年)

179 永野・前掲注 143）145 頁

180 石田道彦「医療保険制度の過去を顧みて、現在を問い、未来を望む　医療保険と医療提供体制」日本

寿命が伸び、後期高齢者の中にも就労者が増加していることを含め、現行の後期高齢者医療制度の存続の正当化は難しいということが考えられ、負担の公平性、財源調達や持続可能性の確保などの観点から、現行制度以外の「二本立て制度体系を維持し、都道府県単位で全世代のリスク構造調整を行い」[181]、「公費負担は低所得者の保険料負担の軽減に重点的に用いる構想」[182]、「都道府県を基本単位として地域保険に統合・一本化する構想」[183]などのいくつかの選択肢を提示する。

筆者は、後期高齢者医療制度の利点としては、高齢者の心身の特性や特有の健康問題（複数の疾病の併合、生活習慣病、慢性化、介護機能訓練の必要性等）を考慮し、高齢者と現役世代の間の高齢者医療費に関する負担関係を明確にさせ、世代間の公平負担および全国民の連帯を強調した制度であることが認められるが、他方で問題点として、高齢者にかかる医療費を現役層が負担するという部分が大きく存在しているため、現役世代、特に若年層に対する高い依存性を維持することから、世代間の利害関係や対立などの側面が今後更に深刻化し、大きな問題に繋がる可能性があると考える。

すなわち、高齢者を他の世代から分離する独立型制度の構造は、世代間の負担の差を明確化させることにより、確かに高齢者にかかる医療費割合を国民に認識させるという効果があるものの、現役世代が自世代の保険料だけではなく、高齢世代にかかる相当程度の負担を担う形となっている構造が強調されることによる、高齢世代に対する反感が生み出され、状況によっては増幅される恐れも含むものであり、世代間の対立を悪化させ、日本政府が想定する全世代対応型の社会保障制度の構築や、国民連帯の意識形成への逆効果につながるのではないか、という懸念を筆者は抱かせられた。この問題は前述の通り、当然、医療制度のみの再編によって解決できるものではなく、社会保障全体、そして雇用政策、経済政策等総合的に取り組むべき問題であろう。実際、既に高齢化に対応し、また社会全体のあり方に対応した様々な改革が日本において行われているが、全世代対応型の制度構築に向けたこれら一連の改革は、今後の中国における制度の構築および改正にとっていずれも大いに参考となる示唆を含むものである。

社会保障法学会編『医療保険の未来/研究者のキャリア/労働保険の再構築』法律文化社（2022 年）66 頁～67 頁により参照

[181] 西田和弘「高齢者医療制度」日本社会保障法学会編『新・講座社会保障法　第 1 巻　これからの医療と年金』法律文化社（2012 年）152 頁

[182] 石田・前掲注 180）216 頁

[183] 菊池馨実『社会保障法則の将来構想』有斐閣（2010 年）146 頁～151 頁

Ⅶ.　小結

したがって、上述のような日本の高齢者医療制度の沿革から見ると、高齢者医療制度改革を行う際、世代間の公平負担または制度間の公平負担が重要な課題であった。特に「後期高齢者医療制度」では、再分配の視点から、現役世代と高齢者世代の間、または健康保険と国民健康保険の間の財政調整を行うことによって、独立した新たな高齢者医療制度を創設するとともに、医療費負担の不均衡も改善できるようになった。確かに、高齢者の自己負担の増加や財源の確保などに関する課題が依存として残しているが、筆者は、これまで日本における高齢者医療の改革内容から中国の高齢者医療制度の改善にとって、多くの示唆が得られると考えられる。

特に、筆者は、日本における高齢者医療改革の政策の中で、特に財政の安定運営に関する財源確保、予防及び介護の観点から医療との連携する包括的医療の構築、二つの観点から、中国における高齢者医療に関する公平性、及び財源確保の今日的課題などの検討を続くとともに、高齢者に特有の健康問題（複数の疾病の併合、生活習慣病、慢性化、介護機能訓練の必要性等）よる包括的医療保健の提供といった今後的課題と同時に取り組むには、日本のような医療だけではなく、予防と介護連携する効率性が高い包括的医療制度の検討が望ましい。また、日本政府が目指す国民皆保険制度の持続可能性及びそれを維持するために求められている世代間・世代内の公平負担を考慮する「全世代対応型の社会保障制度」の構築とう理念から、少子高齢化が進展する中で、年齢だけで区別するではなく、応能負担要素を考慮しつつ、国民連帯により全ての国民がお互いに支えていく医療保険制度を構築することを図ることからも中国の社会保障制度の構築にとって重要な参考価値があると考える。この際、上述したような日本の制度に関する検討は中国における制度改正に際して参考になるが、しかし、日本の制度を参考とした制度を中国で創設する場合、中国の地理的な特徴、人口規模等に配慮しつつ、検討するべきであることは注意しておく必要があり、以下の第三章では、これらについて検討する。

第三章　中国における高齢社会の未来の姿～維持可能な医

療保険制度の構築へ

第一章で叙述したように、現在の中国では、高齢化の進行を背景に、急速な高齢化、過疎化、「未富先老」（いわゆる経済的に豊かになる前に高齢化が進んでいることを意味している）、独居老人および要介護老人の増加など特徴が見られる。しかし、このような背景の下で、中国における高齢者に対する医療の公平性や財源の確保などの問題点が依然として残っており、特に農村部の予防保健及び介護保険がいまだに未整備の状況である。

そのために、医療、予防、介護の連携性に関する包括的医療制度の今後の体制の在り方の検討が非常に重要となっており、特に、人口の基数が多い中国には、高齢者人口も非常に大きな規模となるため、今後中国における高齢者医療施策の方向性について模索する必要があり、現行医療保障制度の実施状況などを踏まえ、迅速な改善を重れていくことが重要な課題となっている。

ところで、上述の通り、日本も戦後の経済発展の段階で世界でも驚くほど急速に人口が高齢化し、結果として医療問題が大きな課題となっているが、国民健康保険制度の実施による「国民皆保険」の実現により、医療保障は着実に整備、改善された。現在日本の高齢者医療に伴う最大の問題は財源の確保であるが、これを解決するために、高齢期の医療の特性に合わせ、様々な検討が行われきた。なかでも 1983 年の老人保健制度から、2008 年の後期高齢者医療制度まで、高齢期の医療の特性に基づき、高齢者の医療をより効率的に、かつ高水準に提供する方法を模索してきた。また、急激な高齢化が進むとともに、医療に加えて介護が必要な高齢者が増加し、医療と介護の連携の問題を解決するため、介護保険制度を設立し、介護サービスの整備も実に進んでいる。

すなわち、日本では高齢化社会となると同時に高齢者医療制度の実施の検討を開始し、高齢者医療費の公平負担、高齢者医療保険財政の確保、医療と介護の連携性など様々な問題点を検討した結果、老人保健制度、介護保険制度、後期高齢者医療制度などの医療改革が行われてきた。さらに、少子高齢化の進展によって、現役世代からの後期高齢者支援金の急増が見込まれている中で、現役世代の負担の上昇を抑制し、世代間及び世代内の公平な負担や給付の伸びを適正化するなどを考慮しつつ、全ての世代が公平に支え合う「全世代対応型の社会保障制度」を構築する総合的な改革も行っている。これらは今後、中国が高齢者医療制

度の整備を進めるにあたって、明確な示唆を数多く提供することが考えられる。

もちろん、日本の制度を参考に中国での制度を提案する時には、医療制度の構造、提供される給付やサービス水準などの充実度の差を含めて、中国の社会構造、高齢化の特徴、経済的格差、人口規模や高齢者の収入状況なども十分に考慮しつつ、検討するべきである。今後の中国において、高齢者だけではなく、子供、現役世代も広く含めて、安心して暮らせるような高齢化社会を目指すべく医療制度の改善に向けて、新たな財源の確保、介護との連携、予防医療の促進、地域行政における福祉の増進など、様々な観点から検討をした上で下記の政策的提言を行う。また、これらの問題はもちろん医療に留まらず、高齢期の雇用、所得保障等とも併せて総合的に検討する必要があり、そのこと自体が、日本の状況から学ぶ重要な示唆となっているが、第三章では、年金の側面にも少し触れているものの、として医療に特有の問題に焦点を当って、Ⅰ「一体化型の医療保険制度の構築」、Ⅱ「財源の長期的な確保」、Ⅲ「医療と予防の一体化」、Ⅳ「介護保険の行き先」の四つの面から中国における高齢社会の将来的に維持可能な医療のあり方について検討する。

Ⅰ． 一元化型の医療保険制度の構築

上述のように、現在の中国版「国民皆保険」には未だ「低水準、広範囲」（いわゆる対象者範囲が広いが、医療給付の水準が低い）という特徴があり、保険対象の範囲に関しては確かに「国民皆保険」に近づいてはいるが、保険給付の水準や必要な医療サービスへのアクセスなど実質的な保障の整備に関してはまだまだ先は遠く、必要水準に達していないと言わざるを得ない。また「都市部被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険制度」に関しても、保険料や給付内容などに関して公平性、財源の確保、高額医療を含めた医療費の自己負担の軽減などの課題が依然として多数残されている。

今後、中国の高齢化が進んだ社会において必要となる医療政策は、現行の都市・農村間、また各地域間の医療格差の課題への継続的な取組みと、高齢者に限らず全世代を対象に公平性を確保し、医療費の負担軽減、長期的な財源の確保と維持可能な制度の構築を目指すものとなる。この実現のためにはまず、現行制度の医療格差を縮小してゆくことが前提となり、このための仕組みの構築を確立することが最優先課題となる。筆者は、上述の「東莞モデル」のように「都市部

被用者医療保険制度」と「都市・農村住民基本医療保険制度」の二制度を統一し、都市部と農村部の全ての住民を対象とする「一元化型の医療保険制度」のような仕組みが、最大の課題となっている医療格差の縮小に近づくための最も効果的な取組みであり、今後の中国にとって最も望ましく、現段階で参照すべき医療体制であると考えるに至っており、以下でこれを詳述する。

第一章.Ⅱ.7.（「さらなる進化～『都市・農村住民基本医療保険』の統一」）で述べたように、2008 年 7 月から、広東省東莞市では従来三つの公的医療保険制度を一つに統合し、「東莞市基本医療保険制度」を設立した。

従来、「都市部被用者医療保険」と比べると、収入が少ない高齢者と農民が多く加入する「都市住民基本医療保険制度」と「新型農村合作医療制度」において、財政状況や給付内容などに関する格差が存在したが、東莞市政府はこの二つの制度を合併させることにより、統一後の「東莞市基本医療保険制度」いわゆる「東莞モデル」は、市が運営主体となり、基本医療基金の管理、保険料の徴収や財政の運営と管理などを行うこととなっており、このことにより財政的安定性の高い保険（被用者保険）と、比較的脆弱な保険（住民保険）の財政を平準化することができ、更に公費を投入することで、農村地域における医療の供給体制の強化及び医療格差の縮小が実現できた。

この医療保険の対象者は、東莞市の戸籍を有するすべての者とされ、この中には、東莞市の管理区域内、すなわち都市部と農村部が含まれるため、都市戸籍所有者と農村戸籍所有者が同制度に加入することとなった。財源は保険料と公費負担により構成され、保険料額は前年度の被用者の平均賃金を元に算定される、定額保険料となっている。しかし、この保険料を支払う際には、全額を被保険者が負担するのではなく、被用者であれば使用者、非被用者であれば公費による保険料の補助が定められている。また、保険給付も統一され、戸籍や職域などに関係なく、すべての市民に対して、同じ医療サービスが提供される仕組みとなっているため、従来の戸籍制度による都市部と農村部の間だけではなく、労働者と非労働者間の医療格差も解消することを明示的に目指すものとなっており、市民に公平且つ適切な医療サービスを提供することに一定の成果を挙げている。更に、このように統一された一元化型の医療保険制度は、日本の独立型制度のような高齢者を全世帯から分離した構造よりも、世代間関係の悪化、それに至る国民連帯への逆効果の可能性を防ぐことができ、国民連帯の効果を最大限に発揮できるものとも評価できる。

こうした「東莞モデル」から見た一体化型の医療保険制度の可能性について、筆者は従来都市と農村の間や各制度間の医療格差の縮小を可能にし、高齢者のみならず全世代を対象に公平且つ適切な医療サービスの提供や医療費負担の軽減などの観点から、今後の高齢化が進んだ中国の社会において必要となる医療体制の改善に向けての重要な参考価値があると評価できるものと捉えている。また、張仲芳ほか[184]の研究により、「東莞モデル」は一元化を実施した後、10年以上にわたり、安定した制度運営を実現しており、基本医療保険の被保険者数が大幅に増加し、基礎医療保険給付の水準が継続的に向上し、「受診困難、看診高価」という問題も効果的に緩和され、医療保険基金が安定的に運営されていることなどの効果が見られる一方で、その制度に関する成功運用の条件として、経済発展の状況、当該地方政府の財政力、都市部の労働者と農村部の住民の所得格差が比較的小さいこと、戸籍農業人口が少ない、戸籍人口の都市化率が速いことなどの好条件が寄与していることも指摘されており、筆者も十分に注意すべき側面として賛同する。

前述（「さらなる進化～『都市・農村住民基本医療保険』の統一」第一章Ⅱ.7.）のとおり筆者は、一元化された医療保険制度としての「東莞モデル」は、当該地方の財政状況、市民の平均収入、都市部と農村部の医療資源の分配や人口の構造などの好条件に大きく影響されるため、直ちに中国全土で導入することは相当困難であり、特に経済発展が遅れ、財政状況も厳しい中部と西部などの地域での導入には時間と、他のより豊かな地域からの財政支援も必要となると考えるが、東部沿海部の地域においては、既に東莞市と同様に経済発展が進み、都市部と農村部の格差が既にある程度縮小されているため、比較的早期に実現可能性があると考えている。

また、今後の中国では経済発展の進展に伴い、国民所得の上昇が予想できるため、将来的には戸籍や職域などに関係なくすべての国民に平等、適切な医療を提供できる（「東莞モデル」のような）「一元化型の医療保険制度」を構築することこそが、社会主義だから実現できる中国版の「国民皆保険制度」の本来であるべき特徴ではないかと筆者は考えている。一方、高齢化が進んだ社会においても、高齢者のみならず全世代を対象に公平性、医療費負担の軽減、長期的な財源の確保と維持可能な医療制度を構築することが重要であり、中国の中で特に経

[184] 張仲芳ほか「推进基本医疗保险制度整合: 基于东莞“三保合一”经验的政策设计」江西财经大学学报（2020年）第6期总第132期69頁～72頁

済発展が遅れ、財政状況が未だ厳しい中部と西部の地域などでは、一元化型の医療制度を導入するための財源を確保するためには、なお、応能負担の導入、公費負担の増加や、地域間も含めた富の再分配など多くの課題が残されている。これらについて、以下のⅡ.「財源の長期的な確保」で検討する。

Ⅱ. 財源の長期的な確保

中国の現行医療保険制度では、日本のような独立型の高齢者医療制度が存在しない。また、日本と違って、「都市部被用者医療制度」の被保険者に対して、高齢期になっても、現在加入している「都市部被用者医療制度」から離脱され、「都市部・農村部基本住民医療保険制度」に加入する必要がない。

2010 年 10 月 28 日、第十一回全国人民代表大会常務委員会の第十七回会議で、「中華人民共和国社会保険法」が制定され、2011 年 7 月 1 日、中国の社会保険分野における初めての法律が実施された。

この際、退職者[185]の医療保障に対し、「社会保険法」の第 27 条により、「被用者基本医療保険に加入した被保険者は法定退職年齢になる際、国が規定する累計納付年数に達した場合、退職後は基本医療保険料を納付せずに、国の規定に基づいて基本医療保険を受ける」とされ、これまで、単に他の制度の対象となっていた退職者に関し、初めて明文の規定が置かれた[186]。ただし、この 27 条では、「国が規定する累計納付年数」に関する明確な年数が明記していないため、その結果として、医療保険料の累積納付年数が 15 年から 25 年まで、全国各地域ことにより異なっている。

すなわち、「高齢者」（中国では 60 歳以上の者を高齢者として扱っている）に関しては、一定の年数（各地域により異なる）以上の保険料拠出がある場合、これらの者は退職後の高齢期に保険料を支払わなくても引き続き医療保険給付を受けることができることを意味する。

こうしてこの退職者医療制度は、退職・引退することによる所得が減少された高齢者、特に年金だけで老後生活を維持する低所得高齢者に対して、保険料

---

[185] 現在、中国の定年退職年齢は男性が 60 歳、女性が 50 歳（公務員および機関幹部の場合は 55 歳）である。

[186] 日本振興機構（ジェトロ）北京事務所海外調査部中国北アジア課「中国の社会保険の概要とその最新動向」（2012 年）6 頁

の自己負担を軽減する重要な意味を持つことと評価できる。

しかし、この規定は、「都市部被用者医療制度」の被保険者のみを対象としている。いわゆる、「都市部・農村部基本住民医療保険制度」の被保険者は高齢者にもかかわらず、保険料を支払わなければならない。すなわち、高所得者層に対する所得再分配の機能が果たせず、高齢者に対して、保険料を支払う余力がある所得の高い者は、所得が少ない或いは経済的な負担能力が弱い者より良い医療サービス給付を受け取ることができるという大きな不公平の問題が存在している。

また、この退職者医療制度は「都市部被用者医療制度」について、財源の確保の面にも大きな影響を与えることが考える。保険料は医療保険の財源にとって重要な存在であったため、今後少子高齢化の進展により、現制度のままでは、被用者保険の財源の長期的な確保が極めて困難な局面が待っていることが予想できる。中国国家統計局『中国統計年鑑 2020』のデータにより、2019 年まで、「都市部被用者医療制度」の被保険者の総人数は約 3,3 億人であり、その中で、退職者は約 8,700 万人、いわゆる被保険者の総人数の約 2,6 割を占めていることがわかる。今後、この割合は少子高齢化の進展により、さらに増えることが推定でき、財政を安定化するため、退職者医療保険に関する改革を早めに検討しすべきであると考える。

Ⅱ.1.　所得に応じた応能負担の投入

これらの分析に加えて、筆者は、まずはこの退職者医療保険の財源の構成について、退職者への保険料徴収、いわゆる所得に応じる応能負担を投入すべきだと考えている。

確かに、現時点では、この退職者医療制度は、退職後の高齢者における保険料の自己負担を軽減する重要な意味を持つことと評価できるが、今後経済発展の進歩や年金制度の整備によって、国民の所得が増えることが予想できており、財源を長期的に確保するため、高齢者の保険料拠出も増やす必要がある。

ここで中国における公的年金の実状について、簡単に紹介する。

中国の公的年金保険制（「養老保険制度」とも言われる）は、1951 年 2 月 26 日に政務院が公布した「中華人民共和国労働保険条例」を起点として、数十年の歳月を経験し、以下の 4 つの段階に概括することができる。

第一段階、1951 年から 1965 年までは公的年金制度の創立段階である。この段階は政務院が公布した「中華人民共和国労働保険条例」を基準として、全国統一の年金保険制度の構築に着手し、徐々に正規化と制度化に向かっている[187]。

第二段階、1966 から 1976 年までは中国の年金保険制度の深刻な破壊段階である。文化大革命の影響により、当時中国社会保険事業は全国社会経済文化と同様に深刻な破壊を受けた。労働保険の機能は停止し、公的関連負担はすべて各企業が自弁し、社会保険は民間保険となり、正常な定年制度も中断した[188]。

そして第三段階、1977 年から 1992 年までは年金保険制度の回復と調整段階である。文化大革命が終わった後、労働保険の機能、正常な定年制度が回復された。さらに、社会保険の再建を開始し、年金保険に対する年金受給額の計算方法を調整し、一部の地区で新たな年金保険制度を実行した。

第四段階、1993 年から現在までは年金保険制度の革新的な改革が実施されている段階である。この段階は主に中国の国情に適応し、中国における公的年金制度の創設を目的として、様々な検討を行った。

1995 年、国務院は「企業での被用者に対する養老保険制度を改革する決定」を公布し、中国の特色といえる個人口座(積立方式)と社会基金(賦課方式)の二本立ての「養老保険モデル」を創立した。この新たな仕組みは、年金計算方法を変え、基本年金の増加メカニズムを構築し、基本年金の社会化支給を実施し、最終的に中国の多段階養老保険システムを基本的に完成した。

そして、被用者年金以外には、2009 年の農村部一般住民を対象とする「新型農村社会年金（養老）保険」、2011 年の都市部一般住民（非労働者）を対象とする「都市住民年金（養老）保険」の 2 つの住民基礎年金が創設された。国は、2012 年末までに、すべての国民が公的年金に加入できることを目指した。さらにその後、2014 年 2 月に公布された「統一した都市･農村住民基本年金制度を創設することに関する国務院の意見」により、農村部と都市部に分かれていた住民年金を 2020 年までに 1 つの制度に統合することが目標としてあげられた[189]。

187　当時の従業員年金制度では、従業員の個人負担が免除され、企業が従業員賃金総額の 3%を保険料として全額負担する。その企業側が負担する保険料の 70%は当該企業が管理し、残る 30%を中華全国総工会に集中して労働保険総基金の拠出金とする。

188　当時社会保険を管理していた中華全国総工会が廃止され、全国により各級の工会組織も解散されたため、社会保険に関する保険料の徴収、管理、運営などが停止することとなった。

189 前掲注 64

また、出稼ぎ労働者や人口の移動等の影響で、2014 年 2 月に公布された「統一した都市･農村住民基本年金制度を創設することに関する国務院の意見」により、農村部と都市部に分かれていた住民年金を 2020 年までに 1 つの制度に統合することが目標としてあげられた[190]。

さらに、1955 年から実施された公務員年金制度では、保険料は個人負担がなく、全額税金負担となった。また、給付額も他の公的年金制度より存分手厚いなど問題があったため、公務員年金制度の改革が求められた。そのため、2015 年 1 月 14 日、国務院は「国家公務員の公的年金制度に関する改革」（「关于机关事业单位工作人员养老保险制度改革的决定」）を公布し、保険料や給付などを見直し、都市従業員基本養老保険制度と同様の仕組みとする新たな公務員年金制度が創設された。

一方、公的年金を補完するため、2004 年中国労働と社会保障部は「企業年金試行のやり方」（「企业年金试行办法」）を公布し、企業年金の創設を決めた。そして、経済の発展と急速な少子高齢化に対応するため、2018 年 2 月 1 日に新たな「企業年金のやり方」（「企业年金办法」）が施行された。

つまり、現在中国の公的年金制度は、職業や戸籍が異なることにより、大きく公務員、都市部被用者、都市・農村一般住民に対する三つの公的年金制度に分類される。特に、公務員と都市部被用者は、公的年金制度の成熟化と企業年金の活用に伴い、老後収入がさらに強化された。すなわち、今後公的年金制度の進展、または成熟することが期待でき、高齢者にも医療費に対して、負担能力が上昇していくことが見込まれる。

しかし、年金制度の改善によって高所得高齢者が増える一方で、低年金、低所得高齢者も存在し、高齢者間でも負担能力が一律に改善したものとは言えない。そのため、低所得高齢者に対する医療費負担に配慮をしつつ、高齢者にも保険料負担において、その経済的な能力に応じて、「応能」負担を導入することが一刻も早く検討すべきではないかと考えられる。

Ⅱ.2. 公費負担のさらなる増加と各保険者間の財政調整

日本の「旧」老人保健制度及び「新」後期高齢者医療制度の財源の構造から見ると、日本政府は高齢者に対して、充実、公平、且つ適切な医療サービスの提供

[190] 前掲注 64

を前提として、財政運営を安定化するために、保険の給付費の半分が公費で賄われており、いわゆる財源に税金の投入が非常に高い割合を占めていることが一つの特徴として見られる。

また、公費以外では、「旧」老人保健制度の健康保険制度からの拠出金（財源の 5 割)、「新」後期高齢者医療制度の後期高齢者支援金（財源の 4 割)、いわゆる各保険者間に行われいる財政調整が、財源を確保するためのもう一つの特徴だと考える。

そして、「新」後期高齢者医療制度は「旧」老人保健制度に対して、公的年金の成熟化等による高齢者の負担能力の上昇に伴い、世代間の公平負担を是正するため、後期高齢者医療に対する保険料の徴収を行うこととなった。

この三つの特徴によって、現行後期高齢者医療制度の財政運営を安定させ、高齢者に安心かつ高質・適切な医療サービスが提供できる医療制度の土台とも言えるだろう。もちろん、日本の高齢化は依然として急速に進んでおり、高齢者の医療費の増加に対し、財源の確保も今後に引き続き日本の医療制度改革の主要な課題であるが、このような取り組みが中国における高齢者医療制度の改善、いわゆる財源の確保にとって、大きな参考価値と考える。

まずは公費負担割合を上昇する必要がある。前述のように、中国では近年社会保障に関する財政支出が増えているが、国家財政総支出の占める割合から見ると、わずか十分の一しかなかった。これに対して、日本における社会保障に関する財政支出は中国の約 3 倍である。今後少子高齢化の進展により高齢者にかかる医療費の急増が想定でき、高齢化医療における財政の安定化に対して、公費投入の上昇は、欠けてはいけない条件だと考える。

また、各保険者間に財政調整を行うことが必要となる。上述のように、「都市部・農村部基本住民医療保険制度」の被保険者は農民や高齢者、児童など所得が相対的に少ないものであり、しかもその数は約 10 億人以上である。「都市部・農村部基本住民医療保険制度」には、保険料が安価とされたため、財政基盤の脆弱性、保障の不足面などの課題は残っているものの、今後、高齢化の進展に伴う財政の安定性と保障の充実性、且つ公平性の面について、より財政的安定性の高い保険（被用者保険）と、比較的脆弱な保険（住民保険）への財政調整の必要性があると考えている。

Ⅱ.3.　中国の特色の活用

保険料の応能負担的要素を強めることや、公費負担の割合を増やすという財源の獲得方法は、前述のとおり、中国と同様に急速に高齢化が進んだ日本の制度を相当程度、参考にした提案となっている。一方で、中国の経済発展や経済構造、人口動体や高齢化の様相は、当然ながら、日本と同一のものではなく、多くの独自性を持っている。まず中国の国土の広さもあって、各地域の地理的・文化的・社会経済学的多様性は日本と比較にならないほど大きいものであり、このため、紹介してきたように多くの制度が、中央政府による統一的な運営ではなく、地方政府に、その地域の状況に合わせた運営を行うよう任せられている（上記、第一章 III など)。このことは、制度の統一性や、制度運営の透明性、法整備が遅いこと、研究者による分析に不可欠な統計情報等のデータの収集の面で困難な部分も含むが、他方で地域間格差がまだ相当大きい中国の現状においては、地域間の多様性を柔軟に活用しつつ医療保障改革が行える重要な手段だとも考えられている。

今後、すべての中国国民が一定水準以上の医療保障を受けることができるよう財源を確保するためには、中央政府の役割を、上述のような、中央政府いわゆる国務院が基本的な「決定」や「方針」を定め、各地方政府がその地域の財政状況や人口の構成など実情に合わせて実施する、各地方政府に大きな裁量を許しつつ、ある特定の地方において成功した例（「両江モデル」や「堪江モデル」）を他地域にも推奨するといったものから、更に各地方政府による制度整備や効率的な運用を支援する役目を強化させることが望ましいと考えている。

具体的には、前述のような「先富論」を実質的なものとするべきである。そもそも「先富論」は、一部の地域のみが先に豊かになることを目指すだけではなく、先に豊かになった地域がその後に豊かになっていない地域を助け、最終的にすべての地域が共に豊かになる「共富論」の前段階であり、このことを目指すのが目標であるべきである。しかし、経済発展が優先された中国に対して、「先富」から「共富」への政策的な調整はうまく行われておらず、豊かな地区はますます豊かになり、貧しい地区はますます貧しくなり、富裕層と貧困層が二極化し、貧富の差が拡大している。こうして「先富」から「共富」へ転換するため、経済発展が進み、制度実験が成功している地域と、これらが遅れており、停滞が見られる地域との間で、的確な財政調整を行う、地域間の富の再分配の役割が強化され

るべきである。

また、前述の成功例の推奨にあたっては、より徹底したデータ収集・公開により、各地域がこれらを整備し、実施するにあたってより高い経験値やノウハウの共有がなされることを後押しする役割が求められる。長期的には、前述のとおり全国においてある程度までに統一された制度となることは、戸籍制度の緩和・廃止に伴って人口の移動もより自由且つ活発に行われることと合わせて、より国民の安心につながることから、なお目指すべき目標であると考えるが、それまでの間には、この二点、すなわち地域間の財政調整、および地域における成功例の確実な情報共有を行うことが必要である。

一方、沈潔（2016 年）は、「社会保障改革において、地域間の格差、各制度における給付水準の格差、都市と農村における発展段階の格差等は、常に存在する。その格差を容認し、一定の段階にその格差と共存せざるを得ないことは、不可避であり、そのような視点からの考察が必要である。」という格差と共存する視点を主張した[191]。

確かに、上述のような格差に関する諸問題には、一朝一夕で解消できることではなく、また、中国における地方分権の実情によって、各地方政府に大きな裁量権があるため、各地域間の財政調整を用いて、地域間の格差を短期的に縮小させることが困難だと考えるには無理もない。

しかし、筆者は、所得差による社会保障制度の格差を解消することが国として本来の役目とも言え、最終的にすべての地域が共に豊かになることが中国共産党、あるいは中国における社会主義の本来及び最大の目的であるため、将来的には貧富の格差の改善、さらに「先富」から「共富」の実現が期待できるとも考えており、これらを含め、社会保障における改革の進展を検討すべきと考えている。

他方、「先富論」により現れた超富裕層あるいは大財閥について、所得の再分配や社会保障への支援に関するさらなる検討が必要だと考える。

中国政府は所得の分類について、1 人当たりの可処分所得を基準に、低い順から高い順に並べ、全国人口を 5 等分し、最低 20%の収入階層を低所得層とし、最高 20%の収入階層を高所得層と定めている。中国国家統計局が発表した 2021 年のデータにより、2020 年の、この分類による低所得層の平均年収は約 7869 元（約 141,270 円）であった一方、同分類の最高所得層の平均年収は約 80,294 元

[191] 沈・前掲注 60）16 頁～17 頁

（約 1,442,640 円）であり、その間の差は約 10 倍だった。また、都市部と農村部のデータ情報を見ると、都市部では、同低所得層の平均年収は約 15,597（約 280,230 円）高所得層の平均年収は約 96062 元（約 1,725,943 円）であった。それに対する農村部では、低所得層の平均年収は約元 4682（約 84,121 円）、高所得層の平均年収は約元 38520（約 692,088 円）であった。すなわち、農村部の低所得層の平均年収は全国の低所得層の平均年収より低く、都市部の最高所得層の 20 分の 1 でしかなく、富裕層と貧困層間の二極化がかなり深刻な状況となったいる。

さらに、都市部の高所得層の中でも、一部の人が「先富論」の政策に恵まれ、所得が急速に増え、常識を覆すほど桁違いの富を有する一部の超富裕層の者、それらの者の富をさらに拡大させる事業主体としての大財閥も現れた。特に改革開放以後、政府は一部の人々や地域が先に裕福になることを認める緩やかな経済政策を取り込んできたため、このような超富裕層もしくは財閥となるものの、中国の富の多くの部分がこれら一部の超富裕層に集中している。

なお、今後中国における貧富の差の拡大を防止または減少させるため、超富裕層にからの確実な再分配を目指すべき、課税の累進性の改善、税と社会保障の所得再分配機能の強化など政策の検討、それに加えて低所得層への支援を促進することが、「先富」から「共富」を実現する重要な手段だと考えられる。

現時点の情報により、国もより平等に富を再分配するために、新たな動きを開始した。2021 年 8 月 17 日、中国中央財経委員会第十次会議では、習近平国家主席は、「わが国は断固として二極化を防止し、共同富裕を促進し、社会の調和安定を実現しなければならない。同時に、中国の発展不均衡が不十分な問題は依然として突出しており、都市と農村の地域発展と収入分配の格差が比較的に大きいことをはっきりと認識しなければならない。新たな科学技術革命と産業変革は経済発展を力強く推進し、雇用と収入分配にも深刻な影響をもたらし、いくつかのマイナス影響を含み、有効な対応と解決方案が必要である。共同富裕は社会主義の本質的な要求であり、中国式現代化の重要な特徴である。我々の言う共同富裕は全人民が共に豊かであることであり、人民大衆の物質生活と精神生活がともに豊かであることであり、少数の人の豊かさでもなく、画一的な平均主義でもない。」と発言した[192]。

---

[192] 新華社「习近平主持召开中央财经委员会第十次会议」http://www.gov.cn/xinwen/2021-08/17/content_5631780.htm（2021 年 8 月 21 日最終閲覧）

その発言に基づき、中央財経委員会は、「共通の裕福は全体人民の裕福である、人民大衆の物質生活と精神生活はすべて裕福である、少数者の裕福ではない、整って一を画する平均主義でもなく、段階的に共同裕福を促進しなければならない。」と宣言し、「高所得の規範と調節を強化し、法によって合法的な所得を保護し、過多な高所得を合理的に調節し、高所得者と企業がより多く社会に恩返しをするよう奨励する必要がある」という方針を示した。

現段階において、「過多な高所得」に対する定義や、具体的な政策がまだ公布されていないが、このような国の決意を国民に強く伝えてきていると感じており、今後の中国の中心的な改革が、所得の再分配における「共同富裕」を実現することを明確に掲げていることに、筆者は期待している。ところでこの実現には、提案しているような改革、すなわち課税の累進性を高め、地域間の財政調整、情報の収集と公開が前提となり、これらに関する検討を進めることが必要となる。

Ⅲ.　医療と予防の一体化

上述のように、高齢化の進展に伴う医療費の増加について、中国における既存の医療制度より効率的な医療の提供が求められ、現行医療制度を見直す必要があり、新たな高齢者医療制度に関する改革が迫られている。また、単純な医療費の抑制によって、医療費の増加問題を回避することはできないため、中国政府は、社会保障制度の改革や社会保険システムの改善、福祉社会の実現などをさらに進めるための様々な改革を行っている。その中で、最も重要な改革の一つは「健康中国」である。この改革により、既存の医療制度を引き続き改善するとともに、医療改革の重点を「治療」から「予防」へと移行させ、持続可能な健康管理システムを構築することがこれから先の課題と示されている。以下は「健康中国」の概要と特徴について紹介し、検討する。

Ⅲ.1.　新たな医療改革の始まり～「健康中国計画」の実施[193]

[193] この部分は、以下の文献を参照している。静岡県立大学グローバル地域センター中国社会保障制度研究会「中国社会保障制度研究報告書」29 頁～42 頁（2019 年 5 月 31 日）（https://www.global-center.jp/media/20190627-113931-598.pdf、2019 年 12 月 5 日最終閲覧）

2007 年、当時の胡錦濤国家主席は、「小康社会」[194]を全面的に実現すること目標として掲げた。その目標に伴って、衛生部が主導し、多くの専門家が協力して、全国民の医療衛生と健康問題を改善するための「健康中国 2020 計画」の検討を行った。そして、長年の研究と検討の結果、2012 年 8 月 17 日、中国衛生部は「『健康中国 2020』の戦略研究報告」（以下「健康中国 2020」という）を公布した。

本報告により、「健康中国 2020」は、医療衛生事業の全面改革を推進するため、「重点的な健康問題への対応」、「重大疾病への対応」、「健康障害要素への対応」と「医療レベルの向上」を含め、四つの分野について具体的目標と計画を立て、それらの目標と計画を達成するため、管理体制、必要な法律制度と医療保障制度の整備や医療人材の育成強化などに関するさまざまな検討が行われた[195]。

「健康中国 2020」では、今後の医療衛生事業における改革の方向性を示すとともに、国民の健康管理に関わる健康事業発展計画、医薬品と食品の安全管理、医療施設に関する投資問題などに関わる改革を行うこととした。それらの内容を実現するため、政府からさまざまな政策が発表され、新たな発展計画と目標も追加された。例えば、この費用として 2012 年から毎年平均 500 億元、2020 年までの 8 年間で 4 千億元を投入することが決定され、具体的目標と計画の実行が強化された。また、その後の 2013 年 10 月 14 日には、国務院は「健康サービス産業発展の促進に関する意見」を公布し、2020 年までに全年齢層の国民を対象とする医療、保健、介護などを含む産業の総規模の目標を 8 兆元（約 108 兆円）以上とする健康サービス産業システムを構築することを目標として掲げた[196]。

その後、2015 年 10 月、中国共産党第 18 期五中全会で、中央政治局[197]の中央委員会による「第 13 次五ヵ年計画[198]の策定に関する中共中央の提案」が公布された。その提案中で、政府は改めて健康が国民の最も基礎的な需要であること

---

194 「小康社会」は改革開放の初期、鄧小平が主張した中国の現代化を実現する目標である。「衣食に困らず、経済的に比較的余裕のある生活」あるいは「いくらかゆとりのある家庭」を指す。現段階では「全面的な小康社会」を建設することが新たな目標とされる。

195 前掲注 193）31 頁

196 前掲注 195

197 中国共産党中央政治局は、中国共産党を指導し、政策を討議、決定する機関である。

198 五カ年計画は、5 年の期間で達成すべき目標とその目標を達成するための手法について定めた計画のことである。中国は 1953 年に最初の五カ年計画が始められ、現在も実施されている。

と、国民の健康の増進を中心に据えることを強調し、「健康中国」の構築計画と目標を改めて提起した[199]。

また、高齢者の健康促進及び疾病予防の強化を重視したため、2017 年 2 月 28 日、国務院が「“十三五”（いわゆる第 13 次五ヵ年計画）国家高齢者事業発展及び養老体系の構築計画」を公布した。

この「計画」により、高齢者への健康教育が重視されており、健康な高齢化の理念と医療・保健知識を高齢者個人及び家族へ宣伝し、普及させることを促進し、高齢者自身の保健意識を高めることが目指されている。そのうち、高齢者の健康促進と疾病予防の強化に対しては、高齢者の健康的な生活方式および健康運動に対する指導を強化し、高齢者の健康水準を引き上げることが重要な課題であることが示された。そのため、基層医療衛生機関[200]は管轄区域内の 65 歳以上の全ての高齢者に対して、健康ファイルを作成し、心臓病、脳血管疾患、糖尿病、悪性腫瘍、呼吸器系疾患及び口腔疾患など、高齢者が慢性化しやすい疾患についての総合的な健康指導を強化し、高齢疾患の早期発見、早期診断と早期治療を促進するそのほか、高齢者が合理的に医薬品を使用するように指導を行うことなど多くの政策を打ち出した[201]。すなわち、既存医療保障を見直し、高齢者医療・保健に関する新たな全面改革が始まっており、中国における医療衛生事業の重心は、初めて「治療」から「予防」へ大きく移行するようになった。このような動きは、紹介したように日本でも導入されたものであり、医療費の抑制のみならず、社会保障そのものの目的に沿う重要な動きであり、観迎するものである。

Ⅲ. 2.　さらなる目標～「健康中国 2030」へ[202]

---

[199] 新華社「中華人民共和国国民経済・社会発展第 13 次 5 カ年計画綱要」（2016 年 3 月 17 日）（http://www.gov.cn/xinwen/2016-03/17/content_5054992.htm、2019 年 9 月 20 日最終閲覧）

[200] 中国では、医療衛生機関は大きく病院、基層医療衛生機関、専業公共衛生機関の 3 つに分かれる。その中で、基層医療衛生機関は、郷鎮の衛生院や村の衛生室など基本な医療サービスを提供する機関である。

[201] 国務院「国務院の“十三五”国家高齢者事業発展および養老体系の構築計画の印刷配布に関する通知」（2017 年 2 月 28 日）

[202] この「健康中国 2030」の概要と特徴について、以下の文献を参考した上、筆者の私見を加えて、作成した。前掲注 193)、新華社「中共中央政治局召开会议审议“健康中国 2030”规划纲要」（2016 年 8 月 26 日）（http://www.gov.cn/xinwen/2016-08/26/content_5102636.htm、2019 年 9 月 15 日最終閲覧)、新華社「中共中央国務院『健康中国 2030 計画概要』」（2016 年 10 月 25 日）

2016 年 8 月 26 日に開催された中国共産党中央政治局の会議の中で、中央委員会はこれまでの医療・保健政策を基礎として、高齢化の進展や、各地域の間、都市部と農村部の間の経済格差の問題などを踏まえた上で、今後医療・保健制度の整備と改善を進めるとともに、持続可能な社会保障制度の構築を推進するために、「健康中国 2030 計画概要」に関する審議を行った。そして同年 10 月 25 日、国務院は「健康中国 2030 計画概要」（以下「健康中国 2030」という）を公布した。その後、2017 年 10 月 18 日、中国共産党第十九回全国人民代表大会では、習近平国家主席が「国民の健康は民族の繁栄と国家の富強の重要な象徴であるため、国民の健康政策を改善し、全国民に全方位の健康サービスを提供することが目標である。」と主張し、「健康中国」は国家戦略として位置付けられた[203]。

「健康中国 2030」が示した方針により、国は、2016 年から 2030 年まで、この 15 年間、「協力、共有、全民の健康」（共に建設し、共に共有し、全国民が健康となること）を基本方針として、医療保健、食品安全、レジャー・スポーツ、医療保険、養老、環境保護など幅広い分野から、医療制度の整備と国民健康の改善を推進することが目標として掲げられた。その概要は、具体的には以下の八つの部分で構成されている[204]。

第一に、全体的な戦略（基本方針、戦略の中心と目標）。

第二に、健康的な生活を普及すること（健康教育の強化、自律的な健康行動の作り、全国民の健康増進）

第三に、健康サービスを改善すること（全国民が対象となる公共衛生サービスの強化、高品質と効率的な医療サービスの提供、中国伝統医学の活用、対象別健康サービスの強化）。

第四に、健康保障を整備すること（医療保障システムと医薬品供給保障システムの整備）。

第五に、健康な環境を構築すること（衛生促進の深化、健康に影響する環境問題への解決強化、食品と医薬品の安全保障、公共安全システムの改善）。

第六に、健康産業を発展させる（医療機関の多様化、新たな健康サービス産業

（http://www.gov.cn/xinwen/2016-10/25/content_5124174.htm、2019 年 12 月 5 日最終閲覧）、

[203] 新華社「习近平：决胜全面建成小康社会、夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利—在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告」（http://www.gov.cn/zhuanti/2017-10/27/content_5234876.htm、2019 年 9 月 12 日最終閲覧）

[204] 前掲注 193

の発展、フィットネス・レジャー・スポーツ産業の発展、医薬産業発展の促進)。

第七に、健康と医療の仕組み構築(制度改革の深化、医療人材の育成強化、健康イノベーションの推進、医療情報化サービス・システムの構築、医療健康に関する法律の整備の強化、国際交流と国際協力の強化)。

第八に、組織的実施の強化(組織指導の強化、良好な社会環境の整備、監督管理体制の強化)。

その中で、第一部分の全体的な戦略について、健康優先、改革創新、科学発展、公平公正の四つの原則を明記し、国民の健康増進と平均寿命の上昇への推進、健康保健制度の取り込みや、健康保健サービスと健康産業の拡大などが主な目標として掲げた。

そして、第二部分から第七部分まで、国民の健康状態を改善するため、国民特に高齢者と小中学生を中心として健康教育と健康指導の強化、食事や運動を加えた健康的な生活習慣の育成などを含めて、総合的な国民健康づくり計画を取り込む目標が示されている。

事業の具体例として、全国民の健康意識を向上させるため、各県レベルで、健康イベントが開催されている。また、国民栄養計画を制定し、国民に対する栄養知識の普及や健康的な飲食習慣が推進されている。国民健康増進に必要な運動を推進する計画が策定され、運動に関する知識を普及することや、運動増進のためのイノベーションプラットフォームを設立し、科学的な運動を指導することなど計画が挙げられる。

すなわち、予防と保健を中心として、国民に対する健康教育の強化に加え、食事、運動、生活習慣と運動習慣の形成または改善など総合的な健康保健、いわゆる健康づくりに取り組む計画によって、医療サービスの重点を治療から予防へ移行することが明らかにされた。

こうして国民の健康意識向上と健康増進のため、運動、教育、生活様式など非医療手段と連携し、国民の日常生活に関わる幅広い健康分野から、予防保健および健康づくりの取り組みが重視されることが、「健康中国 2030」の政策の中で最も重要な政策と言えるだろう。

医療に対しては、主に以下の方針が示されている。まずは、既存の医療制度を引き続き改善することである。将来持続可能な医療保険制度を実現するために、医薬品供給保障システムの整備、公立病院における管理・運営システムの効率化や医療サービスの質の向上などの改革を続け、2030 年までには、「国民皆保険」

を整備することを目指し、基本的な公的医療保障を主体として、都市部と農村部住民の基本医療保険制度の統一化を推進するとともに、高質かつ効率的な医療保険制度の構築を推進することが示された。

特に高齢者の健康促進を目指すため、医療機関と高齢者施設の連帯、高齢者施設に向けた医療サービスの提供の実現に向けて、保健セクターの充実、健康に関する制度体系の見直しと改善、政策や法律の整備なども重視されている。公共サービス・システムの整備や健康保障システムの改善などを含む、健康保健サービス品質と水準の更なる向上が求められ、2030 年まで、心臓病、糖尿病、高血圧やがん等の生活習慣病の予防、早期発見、治療を含む、全国民が対象となる健康保健管理システムを実現することが目標と掲げられた。

また、医療産業に関する民間資本の参入も推進されている。その理由として、医療サービスの中心を治療から予防へ移行する中で、健康増進と健康意識向上に向けた健康サービスへの需要が増え、スポーツ設備、健康器具、健康食品など健康と保健に関連する多くの産業が連帯し、スポーツ・健康関連産業の市場も拡大する傾向にあることが挙げられる。

そこで、政府は医療に関する公的支出を抑制するため、医療について民間資本の参入を推進することとした。公的医療機関と民間医療機関の平等化を推進すること、民間保険会社を国民医療保険の経営管理に参入させることや、私的医療保険に関する課税優遇が制定されたことなど、医療制度にも、公的医療保険を中心として、私的保険に補充される医療保険システムを構築することが目標とされる。

すなわち、民間資本の参入により、国と、各地方政府の厳しい財政状況を補填できる同時に、経済の活性化及び経済成長の効果も期待できる。また、民間の資金、経営能力、技術的能力などを活用することにより、国や各地方公共団体の事業コストの削減、より高質な公共サービスの提供を目指すことができるではないかという観点も考えられる。

今後高齢化の進展に伴い、生活習慣病患者の増加が予想され、医療や介護にかかる負担が増えることも予想できる。しかし、上述のように単なる医療費の抑制政策によって医療費の増加を回避することは困難であり、なお国民の健康づくりを推進することによって、生活習慣病を予防することが非常に重要となる。こうして「健康中国」の実施により、従来の医療サービスの重心が医療から予防へ移行し、健康保健制度体系を見直し、保健センターの増築、健康保障システムの

改善、健康サービス品質と水準の向上などによって、今後国民に対する健康サービスの提供が充実することは、長期的に持続可能な医療保健制度を構築し、中国における医療改革が新たな段階に進んでいることを示している。

Ⅲ.3.　「健康中国」の行方～医療と予防の一体化へ

「健康中国」の内容から、医療サービスの中心が治療から予防へ移行していることがうかがえるが、保健事業に関する具体的な体系と法規、または医療との連携には、まだ多くの課題が残されており、これらを引き続き検討する必要がある。すなわち、単なる医療と保健をそれぞれ整備し、「治療」から「予防」へと移行することだけではなく、「治療」から「医療と予防の一体化」の検討、いわゆる医療と保健の連携、包括的医療制度の構築が今後目指すべき目標であると筆者は考えている。

筆者は、日本の先行例を参考に、医療と保健を一体化する経験が今後「健康中国」の実現に向けて検討できると考えている。前述のように、日本の老人保健制度の下では、老人保健法 12 条に基づいて、健康手帳の交付、健康教育、健康相談、健康診査、医療（医療費の支給を含む）、機能訓練、訪問指導など、老後の健康の保持の為に必要な医療・保健事業として政令で詳細に定められた。

そのうち、実施された「医療等以外」の保健事業は、心臓病、糖尿病やがん等の生活習慣病の予防、早期発見・治療を図るとともに、高齢者が介護を要する状態に陥ることを予防し、壮年期からの健康づくりが目的となった。日本の厚生労働省は、老人保健制度の対象者は高齢者だけではなく、当該市町村の区域内に居住地を有する 40 歳以上の者のうち、職域等で老人保健事業に相当する保健サービスを受けることができない者も含むとし、疾病の予防、治療、機能訓練などの保健事業を含め、総合的な包括医療、いわゆる医療と保健を一体化する医療制度を取り込んだ。

中国においても、これから高齢化社会が進むことにより、中高齢者の特性による疾病、心臓病、糖尿病やがんなど生活習慣病の予防を含め、健康な高齢者づくりを目指し、医療、保健、リハビリなどを含む包括的な医療保健制度を構築することを迅速に検討しなければならない。

医療と予防を一体化する医療保健制度を検討する際には、中国における国民の健康状況を踏まえて、筆者は「医療等以外」の予防保健事業の対象者は、高齢

者に限定さずに、少年期と壮年期も含め、全年齢層を対象として検討すべきであると考えている。以下でその理由について、説明する。

中国では、経済発展と都市化の推進により、国民の日常生活にも影響がでている。生活環境の改善や医学の進歩によって、国民の生活水準と健康状況が改善し、中国の子どもは数十年前と比べて栄養不良率が下がった一方で、子供の過体重率と肥満率が著しく増加している。

「中国一般の住民栄養と慢性病状況報告（2015）」によると、2005 年から 10 年間に国民の食生活が大きく変化した。タンパク質や脂肪などの摂取量が増加した一方、野菜や果物などの摂取量が減少し、カルシウム、鉄、ビタミン A、D などの栄養素摂取が不足する状況となった。2015 年では 18 歳及び 18 歳以上の住民の糖尿病の罹患率は 9.7%、高血圧の罹患率は 25.2%高血圧であった[205]。

2017 年 5 月 11 日、北京大学公衆衛生学院、中国栄養学会などが共同で作成した「中国児童肥満報告」が発表された。これによると、中国の児童肥満率は絶えず上昇しており、現在主要な大都市の 0 歳から 7 歳までの児童の肥満率は約 4.3%、7 歳以上の学齢児童の肥満率は約 7.3%である。0 歳から 7 歳の肥満児童の推定値は 476 万であり、7 歳以上の学齢児童の過体重、肥満は 3496 万人に達し、合わせて 4000 万人近くにのぼる。効果的な介入措置が取られなければ、このデータはまだ上昇し続ける可能性がある[206]。

このような糖質、脂肪の過剰摂取や栄養バランスの不足により、肥満病、高血圧や糖尿病など様々な生活習慣病が若年化する傾向があることが、子供の健康問題に関わる大きな課題となっており、これらが高齢化した際に問題となる。

国家体育総局科学健身・健康促進研究センターの張漓副主任は子供の過体重と肥満について、「現在、子どもの肥満の主な原因はカロリーの摂取過多、体を動かす活動の不足にある。こうした単純な肥満に対しては、科学的な運動に加えて合理的な飲食制限を重視すべきだ」、「学校、保護者、生徒に対して包括的な科学普及教育を行い、過体重や肥満の害を認識させ、子どもの予防意識を高めることだ。子どもは定期的に身体測定を受けるべきだ。速やかに介入できるよう、身長や体重など発育指標を測定し、過体重や肥満の問題が生じていないか早め

---

[205] 中華人民共和国国家衛生と計画生育委員会「中国一般の住民栄養と慢性病状況報告（2015）」（2015 年 6 月 30 日）（http://www.gov.cn/xinwen/2015-06/30/content_2887030.htm、2020 年 3 月 16 日最終閲覧）

[206] 馬冠生ほか「中国児童肥満報告」北京大学公衆衛生学院（2017 年 5 月）8 頁

に見つけ、科学的に判断するべきだ」と指摘した[207]。

また、中国疾病予防抑制センター栄養と健康研究所の丁鋼強所長によると、過体重や肥満は子どもの心理、行動、認知、知力に悪影響を及ぼし、子どもの高血圧、高血糖、高脂血症を招き、さらに子ども期の過体重や肥満が長く続いた場合、成人後に高血圧、糖尿病などの慢性疾患を患うリスクが高まる[208]。

このような状況を改善するため、2019 年 7 月 15 日、国務院は「工業化、都市化、人口高齢化の進展に伴って、国民に心臓、脳、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病などの慢性非感染性疾患による死亡者数は総死亡者数の 88%、医療負担は医療総負担の 70%以上を占めている。住民の健康知識の認識率はやや低く、喫煙、過剰な飲酒、運動不足、不合理な食事などの不健康な生活方法は比較的に普遍的であり、それによる疾病問題は日々突出している。」と指摘し、生活習慣改善や健康に関する知識の普及などに取り組みが重点政策として位置付けられている[209]。

ところが、「中国の一般住民栄養と慢性病状況報告（2020）」により、中国の成人住民の過体重肥満率は 50%を超え、6 歳から 17 歳までの児童青少年の過体重肥満率は 20%に近く、6 歳以下の児童は 10%に達した。都市と農村の各年齢の住民の過体重肥満率は引き続き上昇し、18 歳及び 18 歳以上の住民の過体重率と肥満率は 34.3%と 16.4%となっている。さらに、6 歳から 17 歳までの児童の過体重率と肥満率は 11.1%と 7.9%であり、6 歳以下の児童の超過率と肥満率は 6.8%と 3.6%であった[210]。

つまり、都市部と農村部の各年齢層の住民の過体重肥満率は引き続き上昇している。高血圧、糖尿病やがんなどの罹患率も 2015 年と比べてある程度上昇した。また、子供の過体重率と肥満率は過去より著しく高まって、その率には男子が女子を上回り、都市部が農村部を上回るという特徴がある。

したがって、上述のように、大勢の子供が壮年期、または高齢期になると高血圧、糖尿病などの慢性疾患を患うリスクが高まって、悪い健康状態が続くことが予想できる。このような厳しい現状を踏まえ、子供から高齢者まで全年齢層の国民の健康状態を確保するため、すべての国民の健康意識向上と健康増進を推進

---

[207] 前掲注 205

[208] 前掲注 205

[209] 国務院「健康中国の実施行動に関する意見」（2019 年 7 月 15 日）

[210] 国務院報道弁公室「中国の一般住民栄養と慢性病状況報告（2020）」（2020 年 12 月 24 日）（http://www.gov.cn/xinwen/2020-12/24/content_5572983.htm、2020 年 12 月 28 日最終閲覧）

しなければならない。また、健康意識向上と健康教育だけではなく、疾病の予防、治療、機能訓練等の総合的な保健事業の提供も不可欠となるため、「医療等」の保健事業と「医療等以外」の保健事業を含め、医療と保健を一体化する新たな包括的医療保健制度を構築することが重要だと考えている。

経済発展や、医療技術の発展に伴い、生活環境や健康状態、栄養状態が改善する一方で、「現代病」と言われる肥満や糖尿病も増加している。このような現象は日本を一例として各先進国でも観察されたが、周知のように米国では後者のほうが深刻化している。この要因として、日本が予防医療を重点的に実施したことにより「現代病」を防止することに成功していると推測することができるのではと筆者は考えており、中国でも、上述のような「予防医療」政策をさらに効果的にする手段として、幼少期からこれを実施することを提案したい。

Ⅳ. 医療と介護の連携[211]

前述のように、中国では急速な高齢化に伴い、介護が必要となる高齢者が増えている。また、中国の経済発展に加えて、「一人っ子政策」による影響で、「4、2、1」の核家族、出稼ぎ労働者の増加などに伴って、夫婦のみ、あるいは一人暮らしの独居高齢者が増えている。中国では昔から老親の世話をすることが子の責任であるという伝統的な文化があり、そのため、近年、公的医療・年金制度や生活保護などの基本的な社会保障制度の整備が優先され、公的介護保険制度はその整備に向けて、各地域において実験的に実施されているが、まだ統一的、安定的な制度となっていない。

「一人っ子政策」の実施に伴う家族構成の変化によって、親の介護に対する子の経済的や精神的な負担は増しており、また子のいない高齢者も必然的に増える現象が近い将来、到来することは明らかであり、これまで家族が中心となって行うことが当然とされてきた家族介護にも限界が訪れている。このことが社会の安定にも影響する深刻な課題となっている。このような状況を踏まえ、2000 年以後、国は高齢者に対する在宅介護サービスの提供や、老人ホームの充実などを含めて、老人介護（中国では「養老」とも表現されるが、これはより広い意味で用いられることも多い）の問題について、検討を始めていた。とはいえ、2000 年

[211] この部分は、張帆「中国における高齢者介護の今日的課題と解決の道筋」六甲台論集. 法学政治学篇（2022 年）69(1)17 頁～30 頁、の内容を引用し作成した。

代初頭、中国では介護の必要性は認識されていたものの、その需要はまだそれほど大きくなっておらず、まずは、地域住民の福祉を中心的に行っていた社区を主たる提供者とする介護事業の展開が図られた。しかし、これは財源の確保の側面からも安定的ではなく、あくまでも経過的な政策でしかなく、中長期的には介護保険制度の整備が必要となることも、恐らく既に認識されていた。幾つかの地域では、社区の事業に加えて医療保険の拡大などを通じて独自の介護保険を導入し、2016 年には、中央政府が初めて全国的に公的介護保険制度の構築を目指すことを公式に宣言するに至った[212]。2022 年末現在、本宣言から 6 年ほどが経過し、青島モデルを始めとして、各地域で介護保険の実験が行われた。以下では、中国における介護給付に関する制度の現状、特徴や今後の課題などについて、説明し、検討する。

Ⅳ.1.　中国における介護保険制度の現状

中国の人口高齢化の進展に伴い、従来の家族介護機能のみでの対応は難しくなり、高齢者の介護は既に重大な社会問題になりつつあった。現在の中国においてもまだ介護サービスの提供体制は大きく不足しており、品質も高くなく、日々増加する介護サービスの需要を満たすことができていない。2006 年、国務院は「高齢者介護事業の発展に関する意見」を公布し、「在宅サービスを基礎とし、これらの提供主体として社区を中心とし、施設サービスを補完的に整備する介護支援事業を構築し、完備していく」という方針を打ち出した（この頃、中国において介護のことを「養老」と表現し、その後、「介護」も用いられるようになったが、本論文においては統一的に「介護」を用いることとする）。これは、近代中国における介護支援事業に関する初めての公式文書である。その後、2008 年 1 月に全国老齢工作委員会、労働と社会保障庁、国家発展委員会など政府 10 部門が「在宅介護サービスの全面的推進に関する意見」を公布し、高齢者への支援、リハビリの提供など社区サービスの充実と、在宅介護サービスの推進の重要性を明確に示した[213]。

---

[212] 中国人力資源社会保障部「長期介護保険制度の試行地域の展開に関する指導意見」（2016 年 7 月 8 日）

[213] 中華人民共和国全国老齢工作委員会弁公室ほか「在宅介護サービスの全面的推進に関する意見」（2008 年 2 月 25 日）

この「社区」という言葉は、「コミュニティ」を意味する中国語であり、中国都市部の最小の行政区分であるが、日本の地方自治体と違い、住民が自ら管理し、地域内の資源の整備や、住民の生活支援を行う自治組織であり、その活動は日本の自治会と似ている。「社区」は、中国において、住民に身近な生活支援主体として、重要な福祉的役割を果たしてきた。住民が管理をしているという意味での特殊性もあり、以下でその成り立ちと発展について、少し詳しく説明する。

「社区」の「居民委員会」は、都市部の基層行政機関である「街道弁事処」の指導を受け、日本の区役所のように、当該管理範囲内の住民に市の政策や指導方針を確実に伝えなければならない。

中国における「社区」の構築に関する検討は、1950 年代から始まり、現在でも続けられている。当時中国では、計画経済体制の実行により、都市部の国有企業の従業員および政府機関の公務員に対する老後の生活を支援するため、「社区」いわゆるコミュニティ単位でのシステム構築が重視された[214]。1954 年に「都市住民委員会組織条例」と「街道事務所組織条例」が登場し、中国が都市部末端行政組織を主とし、都市部住民の管理体制を構築することを示した。こうして国は「社区」という行政組織を通じて、都市部の住民への一定の社会サービスの提供、都市部全体の人口管理と統合などを管理することができ、当時の戦争後の政権を強固にする目的も含めて、社会安定と住民生活の保障にとって重要な意味があった。

一方、1980 年代から、改革開放の実施によって、経済発展と都市化の進展に伴う農村部から都市部への人口移動が増え、従来の「社区」体制による人口の管理、制御が実際に困難となったため、「社区」に関する全面的な改善が必要となった。

これらの状況を踏まえて、2000 年 11 月 9 日、国務院が公布した「民政部による都市社区構築の全国推進に関する意見」は、初めて中央行政文書の形で「社区」の構築に関する具体的な意見と課題を指摘した。この「意見」の中で、「社区」という概念を「一定の地域の範囲に集まった人々が結成する社会生活共同体のことである」と明記した。また、「社区」体制改革を行う必要を示し、社区サービスの提供が住民の生活支援に対応する重要な役割と位置づけられた[215]。

さらに、2011 年 12 月 20 日、国務院は「社区サービスシステムの構築計画」

---

[214] 沈・前掲注 60）202 頁

[215] 中華人民共和国民政部「民政部が都市社区構築の全国推進に関する意見」（2000 年 11 月）

を公布し、「社区総合サービス施設と老人ホームなど介護施設サービスの協力を実現し、全社区の住民向けの労働就業、社会保険、社会サービス、医療衛生、計画出産、文化・体育教育、法律援助などの総合的サービスプロジェクトを展開し、低所得層、未成年者、高齢者、障害者などに関するサービス需要を確実に保障する。」という「社区ケアシステム」を積極的に推進することを目標として掲げた[216]。

このような方針に基づき、現在中国における介護支援は、都市部を中心として、「社区ケアシステム」として実施されている。この「社区ケアシステム」は、社区委員会が管理し、「社区」を中心とし、高齢者のデイケア、訪問看護、高齢者活動、住民サービスなど、訪問サービスとデイサービスを主要な形式として行う。主な内容は養老・敬老・托老福祉施設の運営、法律援助の展開などである。

政府は、高齢者に対する介護事業に関する市場、いわゆる商業価値や、経済発展にも寄与し得る大きな潜在価値があるという面に着目し、高齢者介護サービスを提供する事業団体の参入を推進することとした。このため、政府から土地や建物の無償貸与、運営費補助金や施設、設備の一部補助金を提供し、その結果、在宅・施設サービスの具体的な運営が民間企業自らか行うことが一般例としてよく見られるようになった[217]。

2015 年 11 月 20 日、国務院は「医療衛生及び介護サービスの結合推進に関する指導意見」を公布し、在宅介護または老人ホームなど介護施設で介護を受ける高齢者に対して、医療サービスの展開を促進することを目指す、いわゆる医療と介護の連携ケアシステム（以下「医養結合」という）の構築を目指した[218]。

2020 年までに、全国範囲で「医養結合」の体制と政策法規体系の確立、医療及び介護サービスの資源共有と提携ネットワークの形成、基礎医療衛生機関による在宅高齢者向け訪問サービス能力の向上、すべての医療機関への高齢者専用受付と診療窓口など優先サービスの提供、すべての福祉・介護施設に対する入居高齢者向けの医療衛生サービスの提供などの実現が目標とされた。すなわち、中国における介護サービスでは、介護が必要な高齢者は、自己負担による民間介護サービス、「社区サービス」、医療保険を利用し長期に入院することの三つの選

---

[216] 国務院「社区サービスシステムの構築計画」（2011 年 12 月 20 日）

[217] 国際協力機構(JICA)「中華人民共和国高齢化問題に関する情報収集·確認調査最終報告書」（2014 年 6 月）106 頁

[218] 前掲注 214

択肢があることがわかる。

この「医養結合」政策の実現のため、さらに 2016 年 6 月 27 日に、中国人力資源社会保障部は「長期介護保険制度の試行地域の展開に関する指導意見」を公布した。この「意見」により、公的介護保険制度を全国的に整備することを長期目標として、各地域において実験実施を行うための指針が示された。介護保険制度の内容について、原則として都市部被用者基本医療保険制度の加入者をこの対象に指定し、その範囲は各地域の状況に応じて拡大していくことと定められた。財源は被用者基本医療保険制度とともに運用するものとし、その医療保険基金の残高を介護保険の基金に振り替えるなどして調達することとなった。そして、介護保険の給付水準は基本支出額の約 70%とする基準が示されているが、具体的には提供された介護サービスの具体的な内容とともに、各地域の状況を踏まえて設定するものとされていた。

このように、都市部のみが公的な介護支援事業の対象となり、農村部が「後回し」となっているように見受けられることの説明として、筆者は、以下のように推測している。

まずは、これまでの医療制度において見られたように、まずは財源資源や、管理体制がより充実している都市部において制度を実験させ、成功例を農村部に適用するこれまでの慣例に基づいているのかもしれない。次に、農村部においては、まだ伝統的な家族介護の考えが残っており、外部者による介護給付の需要が都市部と比較して低いこと、などである。とはいえ、前述のように、出稼ぎにより農村部では若い労働力が不足していることからすると、農村部での介護事業、介護保険の整備も今後なるべき迅速に進められるべきである。このことも含め、以下で詳しく述べる。

2016 年の「意見」に基づき、15 個の都市[219]が先行実験都市として、介護保険制度の導入を実現することを決め、初めて全国で公的介護保険制度の確立を検討することとなった。以下では、この 15 個の先行都市が行っている各モデルの制度運営、被保険者、財源構成の特徴について、簡単に紹介する。

[219] この 15 個の都市は、河北省承徳市、吉林省長春市、黒竜江省チチハル市、上海市、江蘇省南通市、蘇州市、浙江省寧波市、安徽省安慶市、江西省上饒市、山東省青島市、湖北省荊門市、広東省広州市、重慶市、四川省成都市、新疆生産建設兵団石河子市である。

Ⅳ.2.　実験中の「介護保険制度」について[220]

まず制度の運営について、片山（2018 年）は「民間保険会社に業務を委託している地域が多い」と述べている[221]。15 の実験都市の中で、吉林省長春市と上海市以外の 13 都市は介護保険の運営を民間保険会社に委託することとした。この中で、青島市は、2015 年に民間保険会社（中国人寿保険会社青島支社及び中国人民健康保険株式会社青島支社）との共同運営を契約し、介護保険の財政管理、要介護認定、提供するサービスの内容の策定など具体的な業務の運営を民間保険会社に委託することとした[222]。

現段階では、恐らく地方政府は管理人材、技術や知識などが不足しており、地方政府のみで給付内容の設定や、財政運営などが困難だと考えられる。そこで民間保険会社の技術や専門知識などを利用することにより、短期間で介護保険制度を準備することができたことは評価できる。前述の第一章のⅡ.7.（「公私医療の合作～『大病保険』の導入」）で紹介した「大病保険」と同様に、民間保険の損失や、公的保険の財源の保険会社の利益への流失などの視点から見ると、医療保険の延長とも言える、このような介護保険はかならずしも長期的、恒久的なものとして位置づけられていないようにも見える。各地域の地方政府は運営経験、技術や知識などを蓄積した後に、将来的に財政の運営権を民間保険会社から回収し、自ら運営と管理できる安定的、且つ効率的な介護保険制度を国民に提供できるよう引き続き検討すべきであろう。

次に被保険者について、15 の実験都市はいずれも「都市部被用者基本医療保険」に加入する者を介護保険の対象者と定めているが、そのうち「都市・農村住民基本医療保険」の加入者も対象になっているのは、6 都市（青島市、南通市、荊門市、上海市、石河子市及び蘇州市）のみである。残りの 7 都市の中で、長春市は、介護保険制度の被保険者は都市戸籍を有する住民に限定している。広州

---

[220] 以下の 15 個の先行都市の各モデルに関する説明部分は、以下の文献を参考し、筆者による分析を加えて執筆した。前掲注 215、石田路子「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」城西国際大学紀要（2013 年）21（4）、片山ゆき「老いる中国、介護保険制度はどれくらい普及したのか(2018）－15 のパイロット地域の導入状況は?」ニッセイ基礎研究所（2018 年 8 月）、張建「中国における介護保険制度の試行現状と課題」岡山大学経済学会雑誌 第 49 券第 3 号（2018 年 3 月）109 頁～120 頁、北京師範大学中国公益研究院「全国介護サービス月次分析」北京師範大学中国公益研究院介護研究センター（2019 年 6 月）

[221] 片山・前掲注 220

[222] 張・前掲注 220）114 頁

市、重慶市、成都市など都市（上饒市、安慶市、成都市、重慶市、寧波市、承徳市、チチハル市及び広州市）では、介護保険制度の対象者を「都市部被用者基本医療保険」の被保険者のみと定めている[223]。

このように介護保険の被保険者を、都市戸籍を有する住民あるいは「都市部被用者基本医療保険」の被保険者に限定していることについて、筆者は以下の二つが原因を可能性としてと考える。

まず一つ目の理由は、現状で農村部の介護支援事業そのものが不足していることである。前述の通り、都市部では、「社区ケアシステム」の構築を 2006 年以来推進しており、社区を中心として、高齢者のデイケア、訪問看護、高齢者活動、住民サービスなど、訪問サービスとデイサービスを主要な形式とする在宅介護サービスや、老人ホームなど介護施設の整備もに進められた。こうして「社区ケアシステム」の構築が優先されたが、農村部への介護支援はまだ遅れており、介護施設や看護人材なども不足し、介護基盤は都市部よりも相当脆弱なものである。現段階では、農村部、特に経済発展が遅れている中西内陸部地域（上饒市、安慶市など）において、介護支援事業の整備に相当な困難が伴っている。

しかし、今後、少子高齢化や過疎化の進展に伴い、農村部では、介護が必要な高齢者の数は急激に増加することが予想できるため、農村部における介護支援事業の推進、および介護保険制度の構築は迅速に検討されるべき課題である。そこで、前述の日本における「地域共生社会」の構築、及び中国都市部の「社区ケアシステム」の経験を生し、地域の住民が主体となり、行政と協力し合いながら高齢者も含め、全年齢層が助け合いながら共生する社会の構築を目指すべきだと考える。都市部の「社区ケアシステム」のように、中央および各地政府からの支援により地域内の農村住民はお互いに生活を支援し合い、共生農村社会を構築する。また、高齢者介護サービスを提供する事業団体の参入を推進し、地域資源を最大限に活用し、農村部における介護状況を改善する重要な手段となると考えている。

二つ目の理由について、筆者は、実験中の介護保険の財源は医療保険の財源から賄われるため、財源の調達と確保の面から見て、強制加入である「都市部被用者基本医療保険」の財源は任意加入であり、財政基盤も脆弱である「都市・農村住民基本医療保険」より遥か安定しており、短期での整備が可能であったことで

---

[223] 北京師範大学・前掲注 220）

ある。経済発展が進み、都市部と農村部の格差が既にある程度縮小されている東部沿海部の地域（上海市、青島市、南通市など）においては、当該管轄にある「都市部被用者医療保険」の被保険者と「都市・農村住民基本医療保険」の被保険者を介護保険の対象とすることができた。一方、経済発展が遅れており、財政状況も厳しい中西内陸部地域、上饒市、安慶市などの市政府においては、恐らく公的医療保険の運営と財源の安定を優先すべきと考慮の上、介護保険の対象者は都市戸籍を有する住民に限定したのではないかと考える。

介護保険の財源について、多くの実験都市は、公的医療保険の財源、利用者の自己負担及び公費によって賄うこととなっている。その中で、2012 年 7 月から青島市は全国に先立って「長期医療看護保険制度」（「介護保険制度」）を実施した。こうして全国に先駆けて介護保険制度を実施した一例として、「青島モデル」は注目され、他地域においても参考とされたため、以下で「青島モデル」の被保険者範囲と財源構成について簡単に紹介する[224]。

青島市では、青島市の管轄にある「都市部被用者医療保険」の被保険者と「都市・農村住民基本医療保険」のすべての被保険者が、介護保険の対象者となっている。ただし、医療保険制度のような戸籍の違い（都市戸籍、農村戸籍）や就業の形態によって「都市部被用者医療保険」および「都市・農村住民基本医療保険」での区別をせず、すべての被保険者が同一の介護保険に加入することとなっている。その財源は、被用者基本医療保険基金から年間保険料総額の 20%、「都市部被用者医療保険」の被保険者の「個人口座」から平均月額の 0.5%、「都市・農村住民基本医療保険」の年間保険料総額の 10%と、青島市政府からの一部公費負担で構成されている。

こうして、すべての公的医療保険の財源から介護保険の財源を賄うことにより、より財政的安定性の高い医療保険（「都市部被用者医療保険」）と、比較的脆弱な保険（「都市・農村住民基本医療保険」）の財政を平準化することができ、

---

[224] 給付手続・種類・内容について、介護給付の申請者は、青島市の指定医療機関は「日常生活機能評価(ADL)」及び医師の診断結果に基づき、要介護認定を受けなければならない。要介護の資格が認定された申請者は、指定医療機関の専門看護サービス、定期巡回介護サービス、在宅介護サービスと施設介護サービスから、本人の意思で利用する介護サービスを選択できる。給付率について、「都市部被用者医療保険」の被保険者が介護サービス費用の 1 割分を自己負担する。そして、「都市・農村住民基本医療保険」の「第 1 類」被保険者（支払う保険料による）、児童、大学生が介護サービス費用の自己負担が 2 割、「都市・農村住民基本医療保険」の「第 2 類」被保険者が介護サービス費用の自己負担が 3 割となっている。張・前掲注 220）により参照

更に公費を投入することで、青島市内すべての管轄地域における介護の供給体制の強化を図ったようである。

ところで、青島市は改革開放の先行都市でもあり、経済発展と都市化は進んでいるため、このような統一的な運用の実現を比較的容易に行うことができたのではとも筆者は考えている。確かに、この「青島モデル」は実際には中国のすべての地域、特に経済発展が遅れ、財政状況も厳しい中部と西部などの地域で導入することは相当困難であろう。しかし、青島市と同様に経済発展が進み、都市部と農村部の格差が既にある程度縮小されている、東部沿海部の地域においては、十分に実現の可能性があると考える。

また、前述の第三章のⅡ.3.「中国の特色の活用」で述べたように、今後の中国の中心的な改革として、所得の再分配における「共同富裕」を実現することが明確に掲げられている。筆者は、経済発展が進み、制度実験が成功している地域と、これらが遅れており、停滞が見られる地域との間で、的確な財政調整を行う地域間の富の再分配が実現されることが期待している。今後の中国では、経済発展の進展に伴い、国民所得の上昇、地域間、または都市部と農村部間の格差のさらなる縮小が望ましく、将来的には「青島モデル」のような、戸籍や職域などに関係なく、すべての国民に十分な介護サービスを提供できることが、社会主義だからこそ実現できる、効率的かつ公平な公的介護保険制度ではないかと考えている。

一方、説明したように介護保険の財源は、ほとんど医療保険財源からの拠出金であり、保険料による自己負担分が少ないことが、特に低所得高齢者に対して、保険料の自己負担を軽減する重要な意味を持つことと評価できる。しかし、今後介護保険の財源を長期的に維持するためには、保険料の設定を常に検討し、見直していく必要があると考えている。これについて、筆者は、日本の介護保険制度のように、応能負担の導入が参考になると考えている。いわゆる個人の介護保険の保険料の徴収は、応能負担の視点から、所得段階別の保険料を設定することにより、高所得者の負担は所得に応じてより高額に算定し、反対に低所得者への負担を軽減する仕組みの導入を検討すべきである。

他方、介護保険の被保険者の範囲については、すべての実験都市は地域内の全年齢層を対象と定め、公的医療保険の全ての被保険者が介護保険の対象者となっている。こうして高齢者だけではなく、若年障害者も給付対象に含めることにより、介護保険の対象者の範囲を拡大し、より若い世代も含めて制度の対象とす

る介護保険制度は、介護保険のリスクの分散や、財源調達、および長期的財源の確保の面では有効であり、障害者福祉と介護保険制度の連携という観点からも重要な一歩だと評価したい。

現在中国における介護事業の整備は、特に都市部では、「社区ケアシステム」、「医養結合」、及び「介護保険制度」の構築によって、徐々に進められている。一方農村部では、介護基盤がまだ不足し、介護支援事業の整備が遅れている。財源の確保や介護基盤の整備を加えて、今後の近い将来、すべての国民に十分な介護サービスを提供ができる介護保険制度を目指すことも、今後超高齢社会となる中国における重要な課題だと考えている。

結語

今後中国では、人口の高齢化や医学の進歩とともに、公的医療保障サービス、及びその関係費は必然的に増加していく視点から、現制度のままでは財源の確保の問題は必ず深刻化し、安定的な財政運営に極めて困難な局面が訪れることが予想できる。高齢者には所得の少なさ、健康状態の悪化等の問題が存在し、現役世代よりも医療保障の提供の必要性が高くなる。また、高齢者医療の特性およびその疾病の特徴からして、現役世代と同じような一般の医療だけで対応できるわけではない。つまり、高齢者のための特別な医療制度の制定を考えなければならない。特に高齢化の進行に伴う大きな社会問題が発生する前に、早めに高齢者医療制度を検討するべきである。

日本は中国よりも早期に高齢化社会となり、高齢者医療制度が整備されている。日本においても深刻な高齢者医療の問題が存在したが、そこで日本政府は高齢者医療費の公平負担、高齢者医療保険財政の確保、医療と介護の連携性など様々な問題点を検討し、老人保健制度、退職者医療制度、介護保険制度、後期高齢者医療制度などの創設といった医療改革を進め、問題に取り組み成果を挙げている。これら日本の経験は今後、中国が高齢者医療に関する制度の整備を進めるにあたって、明確な示唆を数多く提供する。

もちろん、これらの問題は医療に留まらず、高齢者の雇用、所得保障などとも併せて総合的に検討しなければならない。そのこと自体が、日本の状況から学べる重要な示唆となっており、今後は診療報酬の改正、終末期医療、中国の公立病

院の改正などの内容を含めて、更に他国の制度、所得保障も含めた綜合的な観点から研究を進めたいと考えているが、本論文では、医療に特有の問題に焦点を当て、高齢化が進んだ社会において必要となる高齢者のみならず全世代を対象に公平性、医療費負担の軽減を目指す維持可能な医療制度、財源の長期的な確保、医療と予防の一体化、介護保険の整備の側面から包括的な医療保制度を構築することが、今後の体制の在り方であるとして、まずは検討した。

上述したように、法制度の整備、安定的な財政調整、健全な事業運営、医療の公平性、充実した保険給付、医療費負担の軽減、地域間の財源調達、応能負担による所得再分配など現制度の不足点を見直しつつ、日本における高齢者医療保険制度の進化や検討の経験から得られる示唆から、中国の社会構造、高齢化の特徴、経済的格差、人口規模や高齢者の収入状況なども十分に考慮し、介護と福祉の増進を図るため、将来的にすべての国民幅広く捉え、安心、公平、適切、且つ良質な医療、且つ十分な保健・介護サービスの提供と、それを長期的に維持できる包括的医療制度の構築を目指す一助となることを筆者は希望する。

参考文献

日本語参考文献

赤坂真人 「中国医療保険制度の歴史的変遷−1949～2017−」吉備国際大学研究紀要（人文・社会科学系）第 27 号（2017）

伊藤周平 『後期高齢者医療制度−高齢者からはじまる社会保障の崩壊』平凡社新書（2008）

岩村正彦 編著 『高齢化社会と法』有斐閣（2008）

岩村正彦 「高齢者医療制度改革の方向性」厚生労働省高齢者医療制度改革会議〔岩村正彦発言〕（2010）

石田路子 「中国における高齢者介護サービスの現状と課題」城西国際大学紀要 21（4）（2013）

石田道彦 「医療保険制度の過去を顧みて、現在を問い、未来を望む 医療保険と医療提供体制」日本社会保障法学会編『医療保険の未来/研究者のキャリア/

労働保険の再構築』法律文化社（2022）
池端幸彦 「介護医療院の創設と慢性期病院の経営課題」日本福祉大学福祉社会開発研究所 『日本福祉大学社会福祉論集』第 138 号（2018）
江藤宗彦「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」富士通総研 No. 369(2011)
加藤智章・菊池馨実 『社会保障法第 6 版』有斐閣アルマ（2015）
片山ゆき 「中国の高齢者医療対策～上海市の社区における医療保険制度～」ニッセイ基礎研究所 No. 11-029（2012）
郭莉莉 「日中の少子高齢化と福祉レジーム-育児支援と高齢者扶養・介護」北海道大学出版会（2017）
片山ゆき 「中国の公的医療保険制度について（2018）－老いる中国、14 億人の医療保険制度はどうなっているのか。」ニッセイ基礎研究所基礎研（2018）
片山ゆき 「老いる中国、介護保険制度はどれくらい普及したのか（2018）-15 のパイロット地域の導入状況は?」ニッセイ基礎研究所(2018)
川本茉莉 「後期高齢者医療をめぐる熟慮・熟議型調査」NIRA ワーキングペーパー（2022）
神奈川県社会保障推進協議会 「後期高齢者医療制度保険料特例軽減見直しの中止を求める意見書提出に関する陳情」（2017）（http://kanagawa-shahokyou.jp/app/files/uploads/2017/03/a75fc312c20acad70c4044b31c6df214.pdf）
菊池馨実 『社会保障法則の将来構想』有斐閣（2010）
小松秀和 「高齢者医療制度の行方-後期高齢者医療制度を超えて-」香川大学経済論叢第 82 巻第 3 号（2009）
厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局 『医療制度改革の課題と視点～解説・資料編～』ぎょうせい（2001）
厚生労働省 『厚生労働白書「地域とともに支えるこれからの社会保障」平成 17 年版』(2005)（https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/05/）
厚生労働省老健局 「介護制度改革関連法案の概要」(2005)
（https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/s0209-8f.html）
厚生労働省 「健康づくり対策」(2010)
（https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/10-2/kousei-data/PDF/22010220.pdf）
厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会次期国民健康づくり運動プラン策定

専門委員会 「健康日本 21(第 2 次)の推進に関する参考資料」(2012)
国際協力機構(JICA) 『中華人民共和国高齢化問題に関する情報収集·確認調査最終報告書』国際協力機構中国社会科学院社会学研究所 (2014)
厚生労働省老健局 「公的介護保険制度の現状と今後の役割 (平成 30 年度)」(2018) (https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf)
蔡菲 「中国の医養結合(医療・介護連携)の政策と実務」国家衛生健康委員会高齢者健康局 (2018)
財務省 「これからの日本のために財政を考える」(2019) (http://chugoku.mof.go.jp/content/000244634.pdf)
沈潔 「宇佐見耕一『新興諸国における高齢者の生活システム』調査研究報告書」アジア経済研究所 (2009)
清水由賀 「改正『高齢者権益保障法』と中国の高齢者政策-『頻繁に親元に帰れ』条項に着目して-」社学研論集 Vol.23 (2014)
沈潔・澤田ゆかり 『ポスト改革期の中国社会保障はどうなるか』ミネルヴァ書房 (2016)
静岡県立大学グローバル地域センター 『中国社会保障制度研究報告書』中国社会保障制度研究会 (2019) (https://www.global-center.jp/media/20190627-113931-598.pdf)
人民網日本語版 「中国でも定年年齢の引き上げへその理由は？いつから？」(2020) (http://www.j.people.com.cn)
周文君 「中国における医療保険制度の変遷-重層的な医療保障システムのあり方-」川崎医療福祉学会誌 Vol.27No.1 (2017)
徐林卉 『医療保障政策の日中比較分析-中国農村部医療保障の健全化に向けて-』晃洋書房 (2008)
澤田ゆかり 「社会保障制度の新たな課題-国民皆保険体制に内在する格差への対応-」大西康雄 編 『習近平政権の中国:「調和」の次に来るもの』情勢分析レポート No.20 アジア経済研究所 (2013)
政府・与党医療改革協議会 「医療制度改革大綱」(2005)
(https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/taikou.pdf
)(https://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/hoken83a.

pdf)
財務省 「社会保障（参考資料)」(2022)
(https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20220413/03.pdf)
総務省 「平成 24 年版情報通信白書」(2012)
総務省統計局 「高齢者人口」(2016)
(http://www.stat.go.jp/data/topics/topi971.htm)
厚生労働省 「健康保険法等の一部を改正する法律について」医療制度改革関連法（平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号）(2006)
厚生労働省保険局 「高齢者医療制度について」(第 2 回高齢者医療制度に関する検討会）(2008)
厚生労働省「高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(平成 22 年 12 月)」(2009)
厚生労働省『社会保障･税一体改革大綱(平成 24 年 2 月 17 日閣議決定)』(2011)
厚生労働省 「第 58 回社会保障審議会医療保険部会」(2011)
厚生労働省「医療保険制度改革骨子」(平成 27 年 1 月 13 日社会保障制度改革推進本部決定）厚生労働省ホームページ (2015)
(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/koukikourei/index.html)
厚生労働省 『保険料軽減特例の見直しについて（見直し概要）(令和三年度)』(2021)
厚生労働省『厚生労働省保険局第 154 回社会保障審議会医療保険部会基礎資料』(2022)
田多英範 『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版会 (2004)
田中信行 『入門中国法（第 2 版)』弘文堂 (2019)
高見澤磨ほか 『現代中国法入門（第 7 版)』有斐閣 (2016)
陳金霞 「中国農村部の社会保障制度の整備−医療制度を中心に」千葉大学社会文化科学研究第 12 券 (2006)
陳曇 「中国における高齢化の状況と就業問題」労働政策研究・研修機構 (2017)
張建 「中国における介護保険制度の試行現状と課題」岡山大学経済学会雑誌第 49 券第 3 号 (2018)
張帆 「中国における高齢者介護の今日的課題と解決の道筋」六甲台論集. 法学政治学篇 69(1) (2022)

塔林図雅 「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担」『生命保険論集』第 182 号（2013）
飛田英子 「後期高齢者医療制度の抜本改革の方向性―負担能力の持続可能性を中心に―」『JRI レビュー』（2018）
永野仁美 「日本の医療制度～高齢期の医療保障における課題」岩村正彦ほか『社会保障障制度～国際比較でみる年金・医療・介護』東京大学出版社（2022）
中田範夫・高星 「中国の病院におけるコスト・マネジメント-実態調査を中心として-」山口経済学雑誌第 55 券第 1 号（2006）
内閣府 「高齢化の状況」（2018）
広井良典 『日本の社会保障』岩波新書（1999）
西村健一郎 『社会保障法』有斐閣（2003）
西村健一郎 『社会保障法入門第 2 版』有斐閣（2014）
西村健一郎ほか 『社会保険の考え方-法的理解と実務の論点』ミネルヴァ書房（2018）
西村幸次郎 『現代中国法（補正版)』成文堂（2004）
西田和弘 「高齢者医療制度」日本社会保障法学会 編『新・講座社会保障法 第 1 巻 これからの医療と年金』法律文化社（2012）
日本医師会 「『高齢者のための医療制度』の提案」厚生労働省（2008）
日本振興機構（ジェトロ）北京事務所海外調査部中国北アジア課 「中国の社会保険の概要とその最新動向」（2012）
本沢巳代子・新田秀樹 『トピック社会保障法〔2017 第 11 版〕』不磨書房（2017）
松井直之 「中華人民共和国における『公民の基本的権利』の保障」横浜国際社会科学研究第 12 巻第 2 号(2007)
三浦有史 「中国の医療格差と医療制度改革要旨-経済成長の持続性を問う-」環太平洋ビジネス情報 RIM2009Vol.9No.33（2009）
吉岡成子 「後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向」『立法と調査』参議院（2009）
李宣 「中国における高齢者医療制度の創設可能性：日本の高齢者医療制度の立法過程にみる再分配の視点」横浜法学会編横浜法学第 22 巻第 2 号（2013）
李蓮花 『「市場」から「政府」へ-中国における「全民医療保障」政策の成果と課題-』海外社会保障研究 Winter2014No.189（2014）
李常印 「高齢化社会と就業政策：高齢化社会と高齢者社会保障の問題」労働政

策研究・研修機構(JILPT) (2017)
梁卓慧 「中国都市部における「社区養老」方式の現状と展望 : 浙江省紹興市の事例を中心として」人間社会環境研究第 35 号 (2018)
羅小絹 『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社 (2011)
労働政策研究・研修機構 「公的年金の統合に向けた取り組み」(2014)
(https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2014_4/china_02.html)
吉原健二・和田勝 『日本医療保険制度史』東洋経済新報社 (1999)
馬欣欣 『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会 (2015)

中国語参考文献

北京市卫生健康委员会 「2018 年北京市卫生健康发展事业统计公报」(2019)
北京师范大学中国公益研究院 「全国养老服务业走势月次分析」北京师范大学中国公益研究院养老研究中心 (2019)
北京市人民政府 「北京市基本医疗保险规定」(2005)
(http://www.law-lib.com/cpd/law_detail.asp?id=92573)
蔡昉・張車伟 『人口与劳动绿皮书：中国人口与劳动问题报告 No.16』社会科学文献出版社 (2015)
方鹏骞・張宵艳『中国基本医疗保险制度:评价与展望』华中科技大学出版社(2015)
胡宏伟 『城镇居民基本医疗保险与国民健康：政策评估与机制分析』人民出版社 (2016)
国务院「国务院批转公安部小城镇户籍管理制度改革试点方案和关于完善农村户籍管理制度意见的通知」(1997) (https://www.gov.cn/zhengce/content/2016-09/22/content_5110816.htm?from=timeline&isappinstalled=0)
国务院 「国务院批转公安部关于解决当前户口管理工作中几个突出问题意见的通知」(1998)
(http://www.beijing.gov.cn/zhengce/zhengcefagui/qtwj/201410/t20141025_776669.html)
国务院 「关于进一步推进户籍制度改革的意见」(2014)
(https://www.gov.cn/govweb/gongbao/content/2014/content_2729568.htm)
国务院 「“十三五”国家老龄事业发展和养老体系建设规划」(2017)
(http://www.gov.cn/xinwen/2017-03/06/content_5174100.htm)

国务院 「国务院关于实施健康中国行动的意见」(2019)
(https://www.gov.cn/zhengce/content/2019-07/15/content_5409492.htm)
国务院办公厅 「社区服务体系建设规划 (2011-2015 年)」(2011)
(https://www.mca.gov.cn/article/gk/jd/jczqhsqjs/201112/20111215248415.shtml)
国务院报道办公室 「中国居民营养与慢性病状况报告 (2020)」(2020)
(http://www.gov.cn/xinwen/2020-12/24/content_5572983.htm)
黄海霞 「对建立老年人医疗保险制度的设想」卫生经济研究 (2005)
零点调查集团 「中国启动医改 4 年, 9 成民众表示“看病更贵了”」(2013)
(http://news.sohu.com)
李文静 「高龄化背景下老年人医疗保险之立法因应-日本老年人医疗保险立法之考察」『比較法研究』中国政法大学比较法学研究院第 3 号 (2013)
馬冠生等 「中国儿童肥胖报告」北京大学公众卫生学院 (2017)
卫生部 「2008 中国卫生服务调查研究第四次家庭健康询问调查分析报告」卫生部统计信息中心 (2009)
新华社 「习近平：决胜全面建成小康社会、夺取新时代中国特色社会主义伟大胜利-在中国共产党第十九次全国代表大会上的报告」(2017)
(http://www.gov.cn/zhuanti/2017-10/27/content_5234876.htm)
新华社 「习近平主持召开中央财经委员会第十次会议」(2021)
(http://www.gov.cn/xinwen/2021-08/17/content_5631780.htm)
中国卫生部 「医院等级管理标准」(1989)
中华人民共和国民政部 「关于在全国推进城市社区建设的意见」(2000)
中华人民共和国全国老龄工作委員会办公室等 「关于全面推进居家养老服务的意见」(2008)
中国经济政策体制改革研究会公共政策研究中心长策智库 「湛江模式的启示：探索社会医疗保险和商业健康保险的合作伙伴关系」(2010)
中华人民共和国国家卫生和计划生育委員会 「中国居民营养和慢性病状况报告(2015)」(2015) (http://www.gov.cn/xinwen/2015-06/30/content_2887030.htm)
中国经济网 「社科院报告建议 2018 年开始延迟退休 」中国经济网 (2015)
(http://www.ce.cn/xwzx/gnsz/gdxw/201512/02/t20151202-722495.shtml)
中国人力资源社会保障部 「关于开展长期护理保险试点的指导意见」(2016)

（http://www.mohrss.gov.cn/SYrlzyhshbzb/shehuibaozhang/gzdt/201607/t20160708_243152.html）
智妍咨询集团「2017-2022 年中国养老行业现状分析及投资战略研究报告」(2016)
張举国 『城乡医療保障制度统筹発展研究』中国社会科学出版社（2016）
張仲芳等「推进基本医疗保险制度整合：基于东莞“三保合一”经验的政策设计」江西财经大学学报第 6 期总第 132 期（2020）