

中国大病医療保険制度

- 日本の高額療養費制度との比較を兼ねて -

袁 麗 暉

一 はじめに

中国現行の公的医療保険制度は三つ¹⁾ある。一つ目は、1998年から全国で全面的に実施された、「都市部従業員基本医療保険」²⁾と呼ばれる都市部従業員を対象とする医療保険である。二つ目は、2003年から全国的に実施された、「新型農村合作医療保険」と呼ばれる農村部住民を対象とする医療保険である。三つ目は「都市部住民基本医療保険」³⁾と呼ばれ、2007年から全国的に実施され、都市部従業員基本医療保険の被保険者以外の都市部住民（主に老人、児童、学生）を対象としている。

以上の三つの保険制度を合わせたものが基本医療保険制度と呼ばれ、基本养老保险、労災保険⁴⁾、失業保険、生育保険と一緒に中国現行の社会保障システムを構成している。2012年の中国基本医療保険のカバー率が96%に達したため⁵⁾、皆保険⁶⁾を達成したと当時の衛生部⁷⁾長陳竺が述べた。しかし、この三つの医療保険には免責金、給付率、給付上限額を設けているため、被保険者の医療費用の一部しか給付されない。重病等の場合、被保険者の経済的負担が依然として重いものである。

1) 一部地域では公務員を対象とする公費医療がまだ存在しているが、その対象となる人口が次第に縮小しているため、本稿では割愛する

2) 中国語で「城鎮職工基本医療保険」

3) 中国語で「城鎮居民基本医療保険」

4) 中国語で「工傷保険」と呼ぶ

5) 人民網2012.07.28 <http://politics.people.com.cn/n/2012/0728/c1001-18617567.html>

6) 中国語で「全民医保」と呼ぶ

7) 日本の厚生労働省に相当する

以上の問題点に対し、都市部従業者基本医療保険の場合、早くも2002年から「企業補充医療保険」が実施され、基本医療保険が給付され後の自己負担分を軽減することになった。「新型農村合作医療保険」と「都市部住民基本医療保険」の場合、全国的に実施してから暫く自己負担分の軽減仕組みが作られてなかったため、都市部従業者基本医療保険の被保険者と他の二つ基本医療保険の被保険者の間に大きな医療格差が出来ていた。この問題を解決するため、2012年8月30日に中国国家発展改革委員会、衛生部等6部門が「都市農村住民大病保険の展開工作の指導意見」を公布し、全国の一部の省、市で実験的に大病医療保険を実行し始めた。2015年、中国国務院が「国務院が全面的に都市農村住民大病保険の実施に関する意見」を公布し、大病医療保険が全国規模で展開された。

本稿は大病医療保険の定義を明確にしたうえで、その設立背景を詳しく分析し、そして、現行の大病保険の内容を説明し、日本の高額療養費制度との比較を通して、大病保険の給付基準、給付方式、保険者等にある問題点を洗い出し、日本の高額療養費制度を参照し、その解決策を提案する。

二 大病医療保険制度

1 定義

大病医療保険制度とは、都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の被保険者の高額医療費負担を軽減するため、2015年から中国全国で展開された公的医療保険制度の1つである。その保険料は都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の保険料から一定の割合或いは一定の額が当てられ、保険加入者が新たに保険料を支払う必要がない。基本医療保険と同じく、免責額（起付線）、最高還付額（封頂線）があり、2015年の保険の負担率は5割以上⁸⁾となっている。「大病」とは中国語で重い病気という意味であるが、新華社のサイトで2015年7月22日の国務院常務会議の解説文書で以下のように大病保険の「大病」を定義している。「大病」には色んな定義標

8) ここでの五割以上は「合規費用」の5割以上であり、3.3.4で詳しく説明する

準がある。この度（常務会議を指す）高額医療費の発生についての定義標準を明確にした。医療費の自己負担分が一定の額を超えると、世帯に重大打撃を与える医療支出となり、人が病気のために貧困に陥ったり、再び貧困に陥ったりという状況をもたらす病を大病という。悪性新生物は大病であり、普通慢性疾患も大病になりうる、なぜなら、慢性病の一回当たりの治療費用が高くなっても、一年の累積費用が大変高くなっている場合、大病と判定する。」⁹⁾

2 設立背景

本節では、大病医療保険の設立の背景を分析する。大病医療保険がなぜ設立されたのかについて、まず、中国公的医療保険制度の変遷から説明する必要がある。

2.1 80年代からの医療保険制度改革

経済改革にともない、中国政府は80年代から医療保険制度の改革を行った。それまで、表1のとおり、都市部では公務員等を対象とする公費医療制度、企業の従業員を対象とする労働保険医療制度が実行されていて、農村部では農民を対象とする農村合作医療制度が実行されていた。公費医療制度と労働保険医療制度では加入者からの保険料の拠出がなく、すべて財政、企業が負担していた。農村合作医療の場合、農民からの拠出があるが、一人2角で少ない金額であった。

この三つの制度への加入率が高く、労働保険医療制度の加入率は94%¹⁰⁾、70年代の農村合作医療制度の加入率が90%¹¹⁾以上となっており、人々の医療需要はある程度満たされた。しかし、1982年の人民公社が解散され、農村合作医療を担う組織がなくなり、合作医療への加入率が急速に低下し、2002年

9) 新華網「大病に関する7つの質問」 http://news.xinhuanet.com/politics/2015-07/25/c_128055806.htm

10) 陳 佳貴「中国社会保障發展報告 1997-2001」

11) 丁 少群「我国新型農村合作医療制度及びその持続可能的發展の研究」

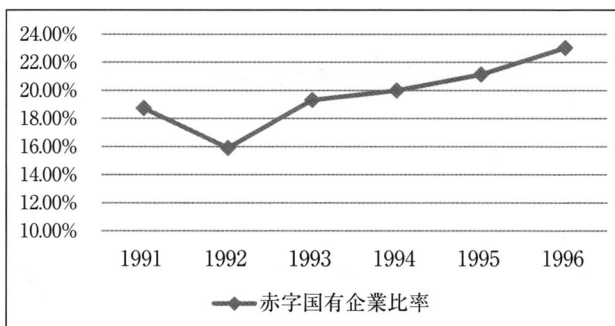
表1 公費医療、労働保険医療、農村合作医療の比較

	財源	運営主体	被保険者	無料医療内容	有料医療内容	実行開始年	関連公文書
公費医療	国の財政予算	政府衛生部門	公務員、大学生、公務員の退職者、2級障害者を持つ復員軍人	治療費、薬費、検査費用、入院費用、手術費用、外地での治療のための交通費、特殊貢獻者の入院時の食費	受付料	1952.06	中国人民政府政務院が全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業団体の国家工作人員に公費医療及び予防の実施指示（1952年公布）
労働保険医療	企業の厚生福利金	企業	企業の従業員及びその直系親族、退職した従業員	本人及び扶養する直系親族の治療費、本人の薬費、検査費用、入院費用、手術費用、特殊貢獻者の入院時の食費	本人が外地での治療のための交通費、入院時の食費、貴重薬品費、本人が扶養する直系金属の薬費の半額、交通費、入院費、入院時の食費等	1951.02	中華人民共和国労働保険条例（1951年公布）
農村合作医療	農民及び生産合作社、医師の共同出資	人民公社	農民	訪問診療、予防保健サービス等		50年代から	

出所：「中国人民政府政務院が全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業団体の国家工作人員に公費医療及び予防の実施指示」、「中華人民共和国労働保険条例（1951年公布）」、「中国社会保障発展報告 1997-2001」を参考し、作者が作成。

の全国の農村合作医療の加入率が12%¹²⁾にまで低下し、また、1978年に中国が市場経済を導入してから、国有企業に企業改革による経営悪化のケースが増え（図1）、医療費の負担ができなくなる企業が続出した。そのほか、労働医療保険は国有セクターに限定されていたため、改革開放に伴う非国有セクターから大量な無保険者が生まれた。

図1 1991-1996年中国赤字国有企業比率の推移



出所：「中国社会保障発展報告 2010」より作成

1993年11月、中国共産党第14次三中全会で「中共中央の社会主義市場経済体制の設立に関する若干問題についての決定」¹³⁾が通過し、この「決定」では「都市部従業員の医療保険料は企業と個人が共同負担」の改革方向を明らかにした。1994年4月、国務院の許可を得て、国家体制改革委員会、財政部、労働部、衛生部が連名で「企業従業員医療制度改革の試験的な実施に関する意見」¹⁴⁾を公布し、九江市と鎮江市で試行を始めた。それから1998年まで50余の都市で医療改革の実施を試みた。1998年12月、中国国務院が「都市部従業員医療保険制度の設立に関する決定」¹⁵⁾を公布し、現行の都市部従業員基本医療保険が全国的に実行し始めた。都市部従業員医療保険制度が設立

12) 丁 少群「我国新型農村合作医療制度及びその持続可能的発展の研究」

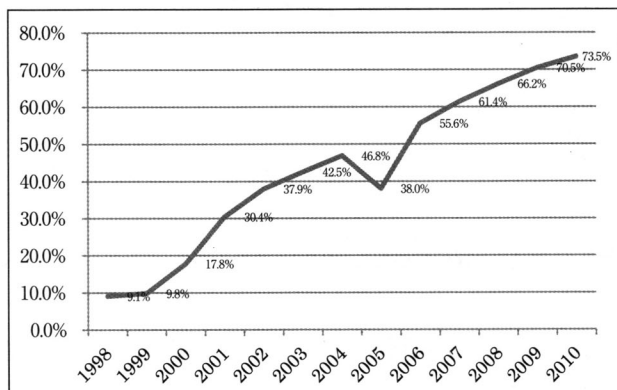
13) 中国語「中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的决定」

14) 中国語 关于职工医疗制度改革试点意见

15) 中国語 关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定

されてから、加入率が年々増加しており、2010年に73.5%に達した(図2)。さらに、多くの地域では企業補充医療保険制度を立ち上げ、企業従業員の高額医療費に対し、一部負担することになっている。ただし、都市部従業員基本医療保険の被保険者が従業員及び定年退職した従業員に限られているため、いままで労働医療保険の被保険者である被扶養者たちが保険を受けられなくなって、その比率は都市部人口数の23%にも達した¹⁶⁾。この問題を解決するために作られた医療保険は都市部住民基本医療保険である。

図2 都市部従業者基本医療保険加入率推移



出所：「2011中国社会保障改革と発展報告」より作成

2007年7月10日、国務院が「都市部住民基本医療保険の試験的实施に関する意見」¹⁷⁾を公布し、住民基本医療保険の実験的実施が始まった。保険は基本的に行政市を単位として運営されて、制度が成立した当初、住民基本医療保険の加入者はその市の戸籍を持つ児童、老人とその他の非従業者だったが、2008年に国務院が「大学生を都市部住民基本医療保険の加入者に加えることに関する指導意見」¹⁸⁾を公布し、大学生も都市部住民基本医療保険に加入することになった。

16) 袁「中国の医療保険制度における医療格差問題」

17) 中国語：关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见

18) 中国語：关于将大学生纳入城镇居民基本医疗保险试点范围的指导意见

都市部では、従業員基本医療保険と住民基本医療保険の設立によって、大部分の都市人口¹⁹⁾が医療保険でカバーされるようになった。

一方、農村部では、旧農村合作医療の解体に伴い、農民の医療保障が厳しい局面に陥った。第2次全国衛生サービスアンケート調査の結果では、1998年、農村住民がある程度医療保障を得た人の比率がわずか12.56%であった²⁰⁾。2002年10月の「中共中央、国务院の農村衛生工作の更なる強化に関する決定」²¹⁾の中で、重病の保障を主要な目的とする新型農村合作医療制度を段階的に構築すると言及し、2003年3月、国务院が「新型農村合作医療制度の設立に関する意見」²²⁾を公布し、新型農村合作医療制度が全国的に普及し始めた。

こうして、三つの基本医療保険制度が設立され、都市部と農村部人口の大部分人口をカバーする医療保障制度が出来上がった。しかし、新たに作られた制度の内容に大きな違いがあり、そこから大きな制度間の格差が生まれた。

2.2 医療改革から生まれた制度間の医療格差

新たに作られた医療保険制度から生じた医療格差は二つのタイプに分けることができる。一つは同一制度における地域間の格差である。もう一つは制度間の格差である。二つ目の制度間の格差は大病医療保険制度と大きく関わっている。

まず、都市部従業員基本医療保険は外来と入院両方の費用をカバーしており、住民基本保険と新型農村合作医療保険は入院のみしか補償していない。

また、入院保障だけを見ても、都市部従業員基本医療保険、都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険間はいずれ免責金、保険負担率、保険負担最高額²³⁾を設定している。免責金、保険負担率、保険負担最高額につ

19) 農民工等流行人口の医療保険の問題があるが、本稿では割愛する

20) 第2次全国衛生サービスアンケート調査結果報告 p23 1999

21) 中共中央、国务院关于加强农村卫生工作的决定

22) 关于建立新型农村合作医疗制度的意见

23) 中国語で 起付线, 报销比例, 封顶线と呼ぶ。

いて、地域、また病院の等級によって違うが、保険負担率、保険負担最高額について、都市部従業員基本医療保険が住民基本医療保険と新型農村合作医療保険に比べ、高い設定をしている（表2）。

表2 北京市医療保険制度の比較

適用できる公的保険		入院保険免責金	入院給付率	年間入院最高累計給付額
都市部就業者	都市就業者基本医療保険	前年度市就業者平均年収*0.1	85%～	10万円
	企業補充医療保険		入院費用が10万円を超える部分に対しその金額の70%	10万円
都市部住民	都市住民基本医療保険	老人・無職者1300元, 児童650元	老人・無職者6割, 児童7割	老人・無職者15万円, 児童17万円
農村居民	新型農村合作医療保険	1級病院なし, 2, 3級病院あり	5割～	18万円

出所：新型農村合作医療保険：北京市「北京市衛生局關於推進2009年本市新型農村合作医療統籌補償工作的意見」
 都市住民基本医療保険：北京市「北京市人民政府關於印發北京市城鎮住民基本医療保険弁法的通知」京政発〔2010〕38号
 新型農村合作医療保険：「北京市平谷区2010年新型農村合作医療医療統籌補償調整方案」
 農民工医療保険：北京市外地農民工參加基本医療保險暫行弁法」京勞社弁發〔2004〕101号
 北京市「關於調整職工基本医療保險和城鎮居民大病医療保險最高支付限額有關問題的通知」

制度の具体内容で生じた制度間の格差ですが、実際の調査結果でもが明らかになっている。表3は2008年中国衛生サービスアンケート調査（第4次家庭健康アンケート調査）の結果で、各基本医療保険制度加入者が入院時の保険利用状況を示している。この表から簡単に読み取れることは、各基本医療保険間の負担率の格差が大きく、都市部従業員基本医療保険は負担率が新型農村合作医療保険の2倍を超えて、金額は7.7倍にも及んでおり、新型農村合作医療保険の加入者が払う一回あたりの入院費用がその一年の所得の半分を超えている格差状況である。このような格差がさらに入院すべきであるが経済的な理由で入院できない、という過酷な現状をもたらしていた。

表3 2008年基本医療保険制度加入者入院時の保険利用状況

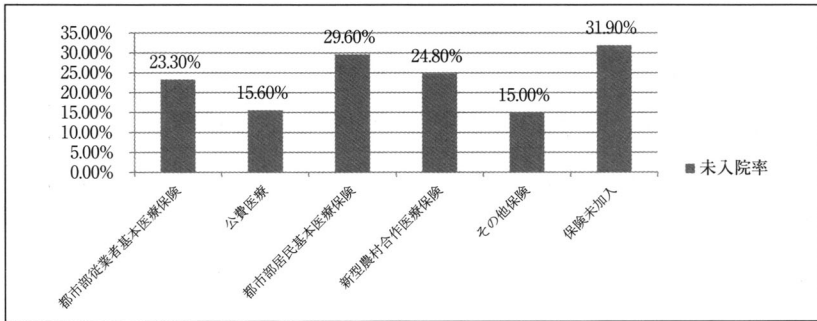
加入している 基本医療保険制度	保険 利用率	医療費の 保険負担率	保険が 支払う額 (元/回)	保険加入者が 支払う金額 (元/回)	自己負担額/ 世帯一人当たり 年所得
都市部従業員基本 医療保険	94.80%	63.20%	6988	4069	31.80%
都市部居民基本医 療保険	79.20%	49.30%	3425	3522	38.20%
新型農村合作医療 保険	80.20%	26.60%	909	2503	56%

出所：「第4次家庭健康アンケート調査」より作成

図3と図4も2008年中国衛生サービスアンケート調査（第4次家庭健康アンケート調査）の結果から作られたものである。図3は入院の必要があると診断されて入院しなかった人の比率であり、その比率がその他の保険、公費医療、都市部従業者基本医療保険、新型農村合作医療保険、都市部住民基本医療保険、保険未加入の順で高くなっている。また、調査が未入院の原因を調べたところ、図4で表示したとおり、7割余りの人は経済的困難が原因だと答えた。

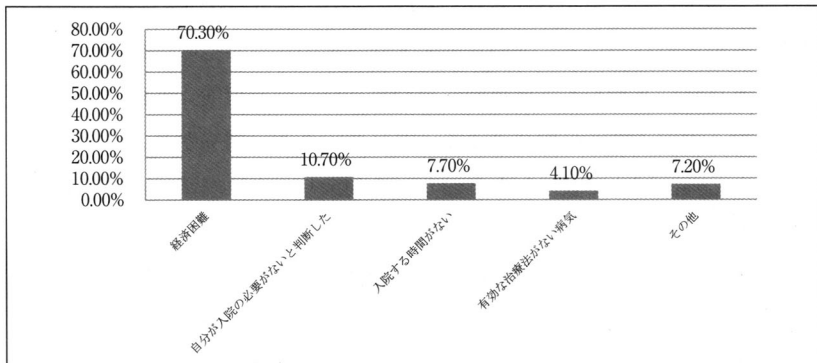
基本保険制度の負担率等に存在する格差は上述した状況の主な原因と言えるが、悪性新生物、成人病の罹患率の上昇、医療技術の進歩等がもたらした医療費の上昇にも原因があると考えられる。

図3 第四次家庭健康アンケート調査 入院が必要で未入院者比率



出所：「第4次家庭健康アンケート調査」より作成

図4 入院が必要で未入院の原因

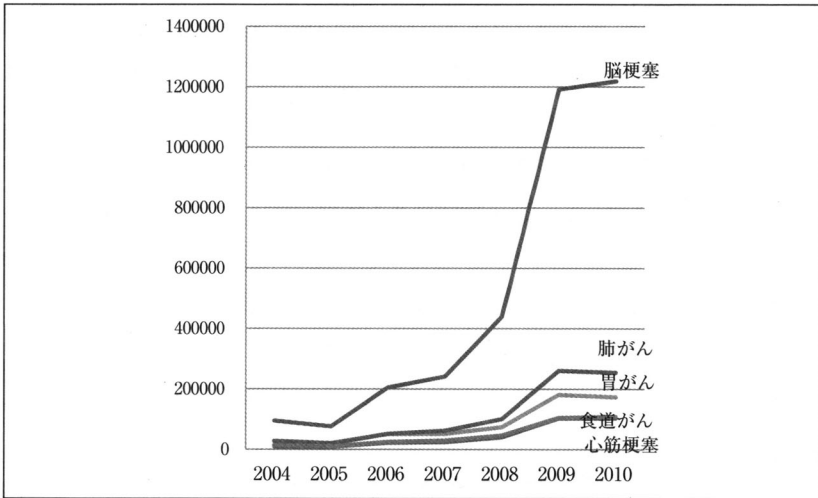


出所：「第4次家庭健康アンケート調査」より作成

2.3 諸原因による医療費の高騰

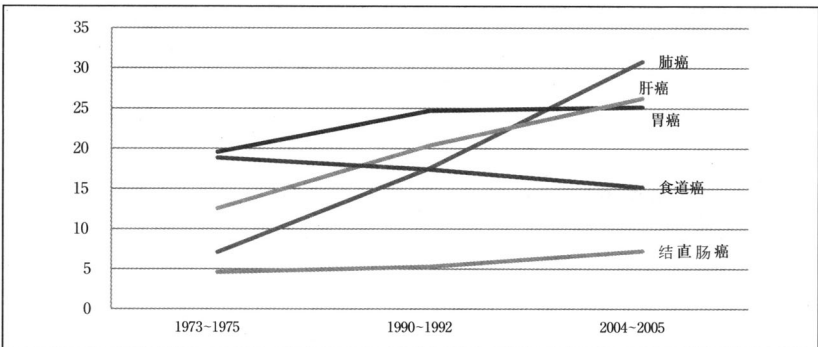
人口の高齢化や経済発展による飲食内容の変化等で、中国人の悪性新生物と成人病の罹患率が高くなる傾向を呈している。図5は2004年から2010年の間に中国主要な成人病と悪性新生物の退院人数の推移であり、右上がり傾向を見てとれる。図6は中国人の悪性腫瘍による死亡率の推移図であり、食道がん以外の悪性腫瘍による死亡率も右上がりとなっている。

図5 2004年-2010年中国主要な成人病、悪性腫瘍の退院人数推移図



出所：2005年-2011年各年「中国衛生統計年鑑」より整理作成

図6 中国悪性腫瘍による死亡率推移図



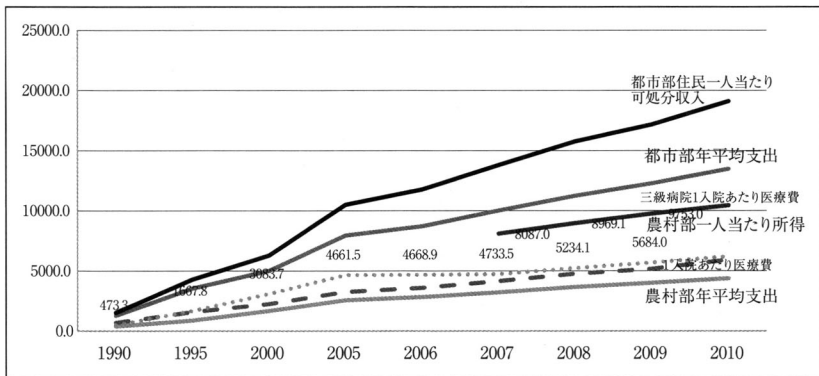
出所：2013中国衛生統計年鑑より作成

また、医療技術の進歩等も医療費高騰の拍車をかけていた。図7は1990年から2010年まで、中国都市部と農村部住民の一人当たり所得、年平均支出、1入院あたり医療費、三級病院1入院あたり医療費の推移図である。この図から1入院あたり医療費が農村部住民の一人当たり所得を超えていて、三

級病院の1入院あたり医療費は農村部住民の年所得の1.7倍にも及ぶことが見てとれる。また、都市部住民基本医療保険の加入者は無収入者がほとんどであるので、彼らがこのような高い医療費に対処するには、医療保険に頼るしかないであろう。三級病院というのは中国の病院等級中一番高い等級であり、重病、難病患者を取り扱う病院である。

以上で述べた状況から、都市部居民基本医療保険と農村部新型合作医療保険の加入者にとって、もっと高い保険の給付率が必要であることが一目瞭然である。都市部居民基本医療保険と農村部新型合作医療保険の加入者がもし重病にかかった時、高額医療費負担で貧困に陥ることを防ごうという目的で全国的に実施されたのが都市部と農村部大病保険制度である。

図7 1990年-2010年中国都市部と農村部住民一人当たり所得、平均支出、1入院当り医療費、三級病院1入院当り医療費(単位:元)



出所: 各年「中国衛生統計年鑑」より整理作成

3 高額医療費対策で生まれた大病保険

これまで述べた内容から都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の被保険者が都市部従業員基本医療保険の被保険者に比べると、保険の給付率(額)が明らかに少なく、医療費高騰の状況の下で、もし重病にかかった場合、高額医療費で貧困に陥る可能性を否めないのである。都市部住民基本

医療保険と新型農村合作医療保険の被保険者の高額医療費問題を解決するため、2012年、中国發展改革委員会等6部門が共同で「都市部と農村部住民大病保険の展開工作に関する指導意見」²⁴⁾を公布し、全国の1468か所で大病保険が試行された。2014年末まで、31の省で大病保険が実施され、統計によると、大病保険が実施された地域の都市部大病患者が基本医療保険以外に大病保険から医療費の11.22%の給付を得られ、農村部大病患者が基本医療保険以外に大病保険から医療費の12%の給付を得られた²⁵⁾。

2015年7月、國務院弁公庁が「都市部と農村部住民大病保険の全面的な実施に関する意見」(以下「意見」と称す)を公布し、2015年末まで、大病保険が全国の都市部住民基本保険と新型農村合作医療保険の被保険者のすべてをカバーすると決め、大病保険の全面的な実施を推し進めた。

3.1 大病保険の具体的内容

「意見」から大病保険の具体的内容は以下のとおりになっている。

3.1.1 保険加入者と被保険者

大病保険の保険加入者は地方政府であり、被保険者は都市部居民基本医療保険と新型農村合作医療保険の加入者である。

3.1.2 大病保険の保障範囲と保険の給付率

大病保険の被保険者が大病を患って、高額医療費を支出した場合、高額医療費から基本医療保険の給付額を除いて、残った金額の内、規定にあった部分は大病保険の保障範囲である。規定の合う費用について、「意見」では「合規医療費」と呼ばれ、合理的な医療費用と定義され、具体的な内容について、地方政府に委ねる形となっている。

ここでの高額医療費の判断基準について、「意見」では、都市住民の場合、

24) 中国語：关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见

25) 新華網「15年底前大病年保險覆盖所有城乡居民基本医保参保人-国务院常务会议解读」

住民の一年間の「合規医療費」の合計が当地統計部門が公布した前年度の当地住民年一人当たり可処分所得を超えるかどうか、農村部住民の場合、当地統計部門が公布した前年度の当地農民の平均年収を超えるかどうか、を判断基準とし、具体的な内容も地方政府に委ねている。大病保険の給付率について、「意見」では実際の給付率が50%以上としている。

以上の「合規医療費」、高額医療費の判断基準、保険給付率について、中国国家衛生計画生育委員会の記者会見で以下のような具体例が提示された。

「合規医療費」について、例えば、治療費として10万元かかった場合、基本医療保険が5万元を支給し、残りは5万元である。しかし、この5万元が大病保険の給付対象ではなく、この5万円以内に大病保険規定に満たした部分が大病保険の給付対象となる可能性がある。なぜなら、例えば、この5万円の内、規定に満たした部分が4万元であり、もし4万元が当地の当地住民年一人可処分所得を超えるなら（農村部住民の場合、当地統計部門が公布した前年度の当地農民の平均年収を超える）、その50%が給付されることになる。

3.1.3 保険加入者、被保険者、保険者、保険料の拠出

都市部住民基本医療保険、新型農村合作医療保険と違って、大病医療保険の加入者と被保険者が違う。大病保険の加入者が地方政府であり、被保険者は都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の加入者（被保険者でもある）である。

保険者について、地方政府が入札を通じて民間の保険会社に大病保険の運営を委託する形をとっているため、大病保険の保険者は民間保険会社である。また、大病保険の保険料は都市部住民基本医療保険基金と新型農村合作医療保険基本から一定比例で拠出される（前年度の剰余金がある場合、その剰余金を拠出金に充てる）。

三 日本高額療養費制度との比較

日本は世界最高水準の平均寿命と高い医療水準を保っており、国際的に高い評価を受けている。原因の一つとして、日本の公的医療保険制度があげられることが多い。その公的医療保険制度の中に、高額医療費に対して、高額療養費制度がある。これから、中国の大病保険制度と日本の高額療養費制度を比較し、大病保険の改善すべき点を探る。

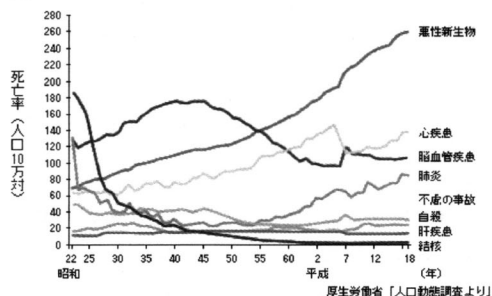
1 高額療養費制度と大病保険の設立背景

日本の高額療養費制度は昭和48年の健保法改正の際に導入されたもので、この制度により、年齢や所得に応じた暦月の医薬費の個人負担限度額が設定され、またいくつかの条件を満たすことにより、さらに負担を軽減する仕組みも設けられている。

高額療養費制度が設立された背景には、日本が昭和36年に国民皆保険を実現し、昭和40年代の高度成長期に保険給付等の拡充段階に入って、国民健康保険等における7割給付の実現があった。

図8が示しているように、その時期には、悪性新生物、生活習慣病による死亡率の上昇が特徴的である。

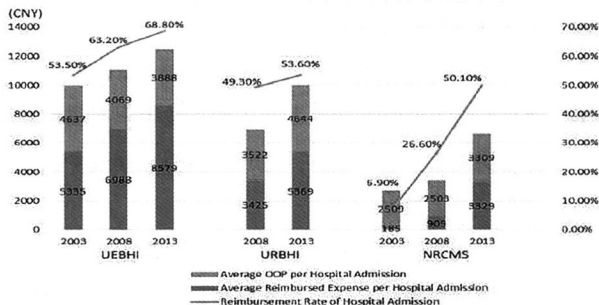
図8



出所：日本成人病予防協会サイト http://www.japa.org/seikatsusyuuokannbyou/gan/gan_gaiyou.html

一方、中国では、1980年代からの公的医療保険制度の改革が2012年で皆保険を達成し、人口の9割が公的医療保険制度でカバーされるようになった。21世紀に入り、中国经济の高速成長、悪性新生物、心血管疾患の罹患率の増加等の背景下で、三つの医療保険の給付率が大幅に拡充されてきた（図9）。従って、中国の大病保険の設立背景は日本の高額療養制度の設立背景に大変相似していると言えよう。

図9 中国基本医療保険の給付率推移



出所：the Paulson Institute「中国で更なる公平且つ高効率の医療保険を發展させる」

2 制度内容の比較

まずは保険の加入者、被保険者、保険者について、日本の高額療養費制度では、公的医療保険にある1つの仕組みにすぎないため、公的医療保険の加入者がそのまま高額療養費制度を利用することになり、加入手続きがない。中国の大病医療保険は政府が保険加入者になり、都市部居民基本医療保険と新型農村合作医療保険の加入者（被保険者）が被保険者となり、民間の保険会社が保険者になっている。

制度の財源について、日本の高額療養費制度の財源は公的医療保険の財源そのものであり、加入者の保険料と公費で賄っていて、同じ勘定である。中国の大病医療保険の財源は都市部住民基本医療保険と新型農村合作医療保険の基金の剰余金から、剰余金がない場合、基金から一定の比例で保険料を拠

出し、別勘定になっている。高額療養費制度の場合、医療保険財政への影響が考えられるが、中国の大病保険の場合、医療保険財政にあまり影響を与えないと考えられる。しかし、この制度を利用する被保険者にとって保障が限られたものとなるであろう。

医療費の給付（負担）について、高額療養費制度は年齢と所得で被保険者が負担する医療費を決めている。表4のとおり、高額療養費制度では70歳を境目に、70歳以下は所得によって5段階、70歳以上は所得によって3段階に分け、被保険者の1か月の負担の上限を決めている。

表4-1 高額療養費制度自己負担表（70歳以下，H27.1～）

所得区分	ひと月当りの自己負担限度額（円）
年収約1160万円～ 健保：標準報酬83万円以上 国保：年間所得901万円超	252,600 + (医療費-842,000) × 1% (多数回該当：140,100)
年収約770～約1160万円 健保：標準報酬53万円～79万円 国保：年間所得600万～901万円	167,400 + (医療費-558,000) × 1% (多数回該当：93,000)
年収約370～約770万円 健保：標準報酬28万円～50万円 国保：年間所得210万～600万円	80,100 + (医療費-267,000) × 1% (多数回該当：44,400)
～年収約370万円 健保：標準報酬26万円以下 国保：年間所得210万円以下	57,600 (多数回該当：44,400)
住民税非課税者	35,400 (多数回該当：24,600)

出所：厚生労働省保険局ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000075123.pdf>

表4-2 高額療養費制度自己負担表 (70歳以上)

所得区分		外来 (個人ごと)	1か月の負担の上限額
現役並み所得者 (月収28万円以上などの窓口負担3割の方)		44,400円	80,100円+ (総医療費-267,000円) ×1%
一般		12,000円	44,400円
低所得者 (住民税 非課税の方)	Ⅱ (Ⅰ以外の方)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (年金収入のみの方の場合、 年金受給額80万円以下など、 総所得金額がゼロの方)		15,000円

(注) 同一の医療機関等における自己負担(院外処方代を含みます。)では上限額を超えないときでも、同じ月の複数の医療機関等における自己負担を合算することができます。この合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となります。

出所：厚生労働省保険局ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000075123.pdf>

また、高額療養費制度では、「世代合算」と「多数回該当」という被保険者の負担を更に軽減する仕組みを持っている。「世代合算」とは、一人の一回分の窓口負担では、高額療養費の支給対象とはならなくても、複数の受診や同じ世帯にいる他の方(同じ医療保険に加入している方に限る)の受診について、窓口でそれぞれ支払った自己負担額を1か月(暦月)単位で合算することができ、その合算額が一定額を超えた時は、高額療養費制度を適用できる²⁶⁾。「多数回該当」とは、直近の12か月間に、既に3回以上高額療養費の支給を受けている場合(多数回該当の場合)、その月の負担の上限額がさらに引き下がる。70歳以上の方の場合、現役並み所得者の対数回該当の負担上限額が44,400円であり²⁷⁾、70歳以下の方の場合、表4-1で表示されたとおりである。

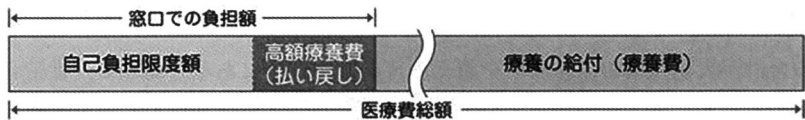
一方、中国の大病保険制度では、被保険者が負担する医療費の上限を決めるのではなく、基本医療保険と同じ、一定の給付率で被保険者に医療費を償還する形を取っている。一定の給付率の決定基準とは、被保険者の年齢、所

26) 厚生労働省保険局ホームページ

27) 「一般」、「低所得者」は多数回該当の適用はない

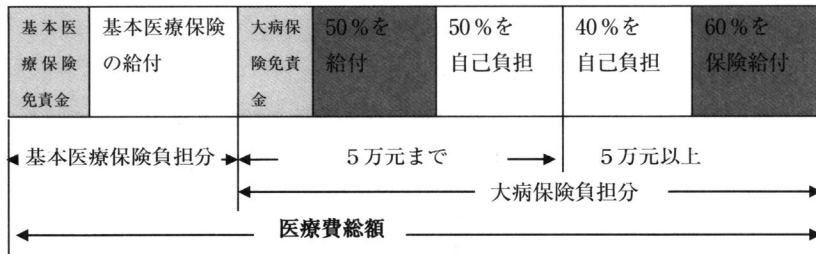
得ではなく、被保険者が支払った医療費の金額である。例えば、「北京市城郷居民大病保険試行弁法」の場合、患者がまず基本医療保険で一定の給付率で医療費を償還され、残った自己負担分の一年合計金額がもし大病保険の免責金を超えるなら、大病保険の償還対象となる。免責金額を超え、且つ5万元以下の医療費に対し、大病保険から50%が償還され、5万元を超える部分に対し、大病保険から60%が償還される。図10と図11を見て分かるように、高額療養費制度の場合、被保険者が支払う医療費に限度があるが、大病保険の場合、医療費の負担が軽減される効果があるが、医療費が増えれば増えるほど被保険者の負担が重くなる。また、注目すべき点として、大病保険は年間医療費の合計を対象としていて、高額療養費の暦月単位と違う。さらに、高額療養費制度にある「世代合算」、「多数回該当」という仕組みがない。

図10 日本高額療養費制度イメージ図



出所：全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat310/sb3030>

図11 中国大病保険制度イメージ図



出所：著者作成

以上の比較から、日本の高額療養費制度と中国の大病保険制度は設置された時の社会の経済的背景や制度の目的に相似点を持っているにも関わらず、その保険者、給付条件、給付内容等について、大きな違いがあることが分かった。以下の節にて、その相違点から中国大病保険制度の主な問題点を探り、改善策を提示していく。

3 大病保険制度の問題点

大病保険制度と高額療養費制度の比較を通じて、大病保険はいくつの問題点を抱えていることが見えてきた。

3.1 個人を対象とする制度

まず、大病保険は個人を対象とする制度であり、高額療養費制度にある世帯合算という仕組みを作っておらず、そのため、一世帯の内複数の人が大病を患い、しかも個人としてだれも大病保険の給付標準に達していないが、その合計が大病保険の給付標準を超える可能性が十分にある。従って、世帯合算がないと、世帯中複数の人が大病を患う場合、その世帯にとって医療費の負担が軽減されず、貧困に陥る可能性を否めない。従って、これから高額療養費制度を参考し、「世帯合算」に相当する仕組みを加える必要があると考えられる。

3.2 給付

大病保険では、被保険者の年間医療費額が保険の給付基準となっている。大病保険の被保険者が老人、児童、学生で、低収入者と無収入者がほとんどであるため²⁸⁾、高額療養費制度のように所得で給付基準を設定しなくてもよいと考えられる。

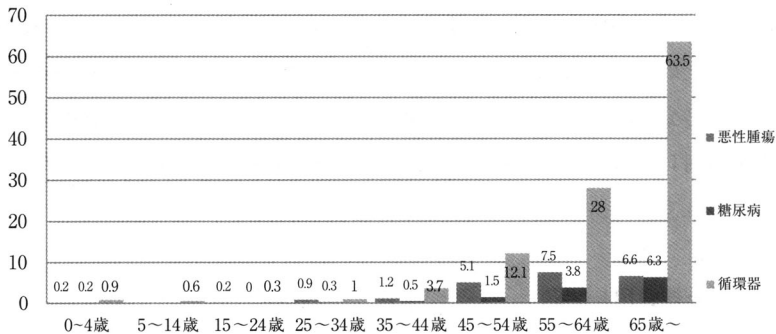
しかし、大病保険では年齢を反映する給付基準も設定しておらず、ここに

28) 企業を定年退職した老人は都市部従業員基本医療保険の被保険者となっているため、大病保険の被保険者が今まで無職、或いは就業状態不安定者が多いと考えられる。

問題点があると考えられる。周知のとおり、年齢増加に伴い、生活習慣病、悪性新生物の罹患率が高くなる傾向がある。実際に、2008年中国衛生サービス調査の結果からも、こういう結果が出ている。図12はその調査結果から作られた図であり、糖尿病、循環器疾患（脳梗塞、心臓病等）による入院率について、65歳以上の数字が他の年齢層よりはるかに高いとなっている。悪性新生物による入院率について、65歳以上の数字が55～64歳に次いで2番目の高さである。

日本では、高額療養費制度が成立した昭和48年は老人医療費の無料化（自治体レベルでは昭和35年から）を実現した年でもある。その後、老人医療費の急増や高齢者の国保の運営が厳しい状況にさらされ始めていたことから、昭和58年に老人保健法が制定され、患者負担が導入された。その後、保険財政の厳しさで余儀なく定率負担も導入されたが、高額療養費制度では、老人の負担額が低く抑えられている。以上のことから、大病制度の中でも年齢による給付基準を設ける必要があると考える。

図12 2008年中国衛生サービス調査による年齢別疾患別入院率（%）



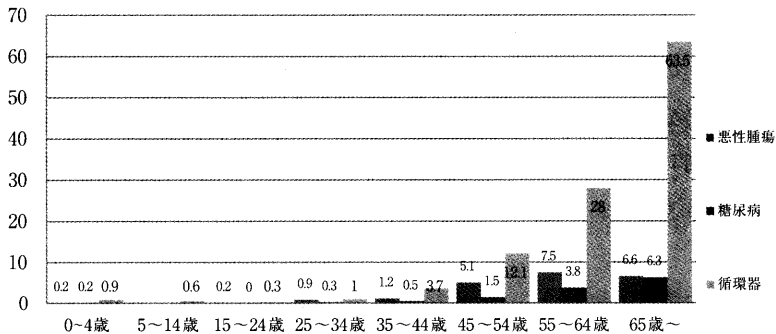
出所：2008中国衛生サービス調査により著者作成

大病保険の給付に関して、もう一つの問題点がある。それは年単位で給付するという点である。日本の高額療養費制度は暦月で計算するため、例え

問題点があると考えられる。周知のとおり、年齢増加に伴い、生活習慣病、悪性新生物の罹患率が高くなる傾向がある。実際に、2008年中国衛生サービス調査の結果からも、こういう結果が出ている。図12はその調査結果から作られた図であり、糖尿病、循環器疾患（脳梗塞、心臓病等）による入院率について、65歳以上の数字が他の年齢層よりはるかに高いとなっている。悪性新生物による入院率について、65歳以上の数字が55～64歳に次いで2番目の高さである。

日本では、高額療養費制度が成立した昭和48年は老人医療費の無料化（自治体レベルでは昭和35年から）を実現した年でもある。その後、老人医療費の急増や高齢者の国保の運営が厳しい状況にさらされ始めていたことから、昭和58年に老人保健法が制定され、患者負担が導入された。その後、保険財政の厳しさで余儀なく定率負担も導入されたが、高額療養費制度では、老人の負担額が低く抑えられている。以上のことから、大病制度の中でも年齢による給付基準を設ける必要があると考える。

図12 2008年中国衛生サービス調査による年齢別疾患別入院率（%）



出所：2008中国衛生サービス調査により著者作成

大病保険の給付に関して、もう一つの問題点がある。それは年単位で給付するという点である。日本の高額療養費制度は暦月で計算するため、例え

ば、暦月の医療費が高額療養費制度の適用条件を満たさないが、年間額から見れば、高額医療費制度の適用者に比べると高い医療費を支払ったというケースが出てくる。大病保険は一年の総医療費で判断するため、以上の高額療養費制度に存在する欠点がないが、翌年にならないと保険から医療費の償還ができないため、高額の医療費は患者の大変な経済負担になることは間違いない。ということで、大病保険は日本の暦月医療費を償還することにし、且つ年間総医療費も考慮するという形が望ましい。

3.3 保険者の問題

保険制度の保険者は被保険者の資格確認、保険適用業務、保険料の徴収、保険給付等の任務を担うものであり、制度が適切かつ効率的に運営されるうえで、その成果を左右する要の位置にある。日本の社会保険の場合、政府や公法上の法人が保険者として諸業務を遂行している²⁹⁾。日本の保険者には医療費の分析や、市町村・医療関係者との連携、健診・保険指導の評価及び分析等の業務を担当しており、社会保険制度の持続的可能な発展について、これらの機能が日本だけではなく、中国の社会保険制度の保険者にも有してほしい。しかし、中国大病保険の場合、保険者が民間保険会社であり、一営利会社に以上の機能を発揮してもらうことは困難である。また、大病保険を基本保険から分離されたこと自体は不効率なことであり、日本の高額療養費制度の位置付けのように、大病保険を基本医療保険の枠組みにある1つの仕組みにすべきである。

3.4 「合規費用」問題

中国では混合医療が一般的であるため、公的医療保険制度にはしばしば「合規費用」という言葉が見られる。中国国家審計署³⁰⁾が公表した2011年全国社会保障資金監査結果によると、2011年新型農村合作医療保険と都市部住

29) 田中耕太郎「社会保険のしくみと改革課題」

30) 日本の会計監査院に相当する

民基本医療保険の実際給付率が49.20%と44.87%である。この結果で計算すると、大病患者が大病保険から医療費の50%以上還付されるので、医療費総額が約25%を還付されるはずである。しかし、第2章で「2014年末まで、31の省で大病保険が実施され、統計によると、大病保険が実施された地域の都市部大病患者が基本医療保険以外に大病保険から医療費の11.22%の給付を得られ、農村部大病患者が基本医療保険以外に大病保険から医療費の12%の給付を得られた」という説明があった。この25%と11.22%、12%の差の根源は「合規費用」である。

大病保険は高額医療費対策として制定された背景があり、その目的を果たすために、できるだけ「合規費用」の範囲を拡大する必要があるであろう。

四 終わりに

大病保険の中国全国での実行によって、医療格差を縮小し、患者の医療費負担を更に軽減する目標に大きな一歩を踏み出したといえよう。しかし、日本の高額療養費制度と比較して、中国の大病保険に「世帯合算」という仕組みが存在しないこと、給付の条件に年齢という要素を考えていないこと、年単位で給付する方式、保険者が民間保険会社である点、「合規費用」の問題など、問題点が山積している。本稿は先進国の内でも完成度の高い公的医療保険制度を持つ日本の高額療養制度を参考し、大病保険の改善策を提案したが、これからも中国の経済と社会発展に注目するとともに、大病保険制度発展の行方に注目していきたい。

参考文献

- 1 田中耕太郎「社会保険のしくみと改革課題」, NHK出版, 2016
- 2 国弁発 [2015] 57号「国务院弁公厅関于全面实施城郷居民大病保険の意見」, 2015.07.28
- 3 「2011中国社会保障改革与発展報告」武汉大学社会保障研究中心, 人民出版社, 2011
- 4 发改社会 [2012] 2605号「关于开展城郷居民大病保險工作的指導意見」
- 5 陳佳貴「中国社会保障発展報告 1997-2001」
- 6 丁少群「我国新型農村合作医療制度及びその持続可能的発展の研究」
- 7 「中共中央关于建立社会主义市场经济体制若干问题的決定」, 2003.10.14
- 8 「关于职工医療制度改革試点意見」, 体改分 [1994] 51号
- 9 「关于建立城鎮职工基本医療保險制度的決定」, 国发 [1998] 44号
- 10 「关于开展城鎮居民基本医療保險試点的指導意見」, 国发 [2007] 20号
- 11 「关于将大学生纳入城鎮居民基本医療保險試点范围的指導意見」, 国办发 [2008] 119号
- 12 「第2次全国衛生サービスアンケート調査結果報告」中国衛生部, p 23, 1999
- 13 「中共中央, 国务院关于进一步加强农村衛生工作的決定」中发 [2002] 13号
- 14 「关于建立新型农村合作医療制度的意見」, 衛生部等, 2002
- 15 「关于开展城郷居民大病保險工作的指導意見」, 发改社会 [2012] 2605号
- 16 袁麗暉「中国の医療保險制度における医療格差問題」
- 17 「中国社会保障発展報告 2010」, 陳佳貴等, 2010
- 18 北京市「北京市衛生局関于推進2009年本市新型農村合作医療統籌補償工作的意見」
- 19 北京市「北京市人民政府関于印發北京市城鎮住民基本医療保險弁法的通知」京政發 [2010] 38号
- 20 「北京市平谷区2010年新型農村合作医療医療統籌補償調整方案」
- 21 「北京市外地農民工参加基本医療保險暫行弁法」京劳社弁發 [2004] 101号
- 22 「関于調整職工基本医療保險和城鎮居民大病医療保險最高支付限額有關問題的通知」
- 23 「2008年中国衛生サービスアンケート調査—第4次家庭健康アンケート調査」
- 24 「中国衛生統計年鑑」各年
- 25 the Paulson Institute「中国で更なる公平且つ高効率の医療保險を發展させる」

サイド

- 1 新華網 「15年底前大病年保險覆盖所有城乡居民基本医保参保人—国务院常务会议解读
<http://politics.people.com.cn/n/2012/0728/c1001-18617567.html>
- 2 人民網2012.07.28 <http://politics.people.com.cn/n/2012/0728/c1001-18617567.html>
- 3 「关于全面实施城乡居民大病保险的意见 解读媒体通气会实录 2015.10.27
中華人民共和國農業部 ホームページ
- 4 新華網 「大病に関する7つの質問」
http://news.xinhuanet.com/politics/2015-07/25/c_128055806.htm
- 5 日本成人病予防協会サイド
http://www.japa.org/seikatsusyuuukannbyou/gan/gan_gaiyou.html
- 6 厚生労働省保険局ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000075123.pdf>
- 7 厚生労働省保険局ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000075123.pdf>
- 8 全国健康保険協会 <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat310/sb3030>