

# 中国農村の医療制度

小林 熙直

この春の S A R S ( 新型肺炎 ) の流行は、中国の農村医療制度にも大きな影響を与えた。農村から都市への出稼ぎ労働者は、二〇〇二年には、九、四〇〇万人を数えたが、今年は一定期間都市への流入が規制されたし、また農村に引上げざるを得ない人々もあつた。

農民の懐具合はその分だけ悪化したことになり、S A R S の流行は一方では行政サイドの保健衛生に対する意識を高め、農村の医療制度改革を後押しすることになったとも言われる。中国農村の医療制度はどのように変わりつつあるのか、以下に簡単に紹介してみたい。

## 合作医療制度の崩壊と再建

中国の医療を代表するのは、県 ( 大病院 ) 人民公社 ( 衛生院 ) 生産大隊 ( 衛生室 ) から形成されるいわゆる「三級衛生保健網」であつた。農民の出資を基礎とするこの農村合作 ( 協力 ) 医療制度は、一九五九年一月の農村工作会議で正式に認められ、その後、一九六五年ごろまでには農村の医療制度として定着した。

公社の衛生院を中心とした合作医療制度は、文革期には各地の衛生室に所属する「赤脚医生」( 裸足の医者 ) などの活躍が喧伝されたが、内容は資金不足 ( 運営資金は農民の出資金と一部は生産大隊の出資金 ) と医療サービスの不公平性から制度そのものに崩壊の危機が内在していたのである。

河南省の貧しい農村では、ほとんどの生産大隊において農民の年間出資額は「最大一元、最少タマゴ一個」という状況が続いたし、医療サービスにおいては公社、大隊の幹部やその家族が優先され、「大衆が金を納め、幹部が薬を飲む」という状態が一九八三年頃まで続いたという。

農村の行政組織は、一九七八年以降における経済改革の過程で、八三年には公社、生産大隊、生産隊から郷・鎮、村民委員会、村小組へと戻された。農業経営は生産隊を基層とした集団経営方式から農家別の経営請負方式へと転換している。集団営農の枠から解放された農民に出資を求めるのが困難となる一方、郷村の財政収入不足もあり、合作医療制度は八〇年代中頃ま

ではほとんど壊滅状況となつてしまつたのである。従来九〇%以上の村で実施されていたこの制度も、一九八五年の普及率は五%程度に急落している。代つて、個人で経営難に陥つた衛生院や衛生室の経営を請負う者も出てくるなど、農村の医療制度には低レベルでの多様化がみられた。

一九九三年一月の党第一四期三中全会は、中国が「社会主義市場経済」への体制転換を明確にした大会であつたが、農村の社会保障制度については、個人積立型の養老保険の実行と合作医療制度の発展が目標として掲げられている。同会議以降、合作医療制度が再び見直されることとなつた。一九九七年一月には「合作医療の発展と改善」に関する通達が出され、農村合作医療制度の再建が本格化することになつたのである。

しかし、翌九八年に至つても一定水準の医療サービスが受けられる農民は農村人口の一二・六%と低く、合作医療はそのうちの六・五%をカバーしているに過ぎなかつた。その最大の要因は、制度への加入が強制的ではなく、かつ基金も主に農民の出資に依存していたことである。また、中央、省、県などからの財政補助がなかつたうえ、実質的な経営者である郷村の財政が逼迫していたことも一因であつた。

その後農村の合作医療制度は次第に再建されるが、九九年に「基本医療制度」が確立された都市に比較し、農村のそれは落差が大きい。二〇〇二年に入つても合作医療への加入率は三〇%強に過ぎない。農民は高度な医療サービスを

享受できないうえ、高い薬代に悩まされたり、重病人がでると医療費負担は年収の数倍に達するのが現状である。因みに農村における貧困水準への転落あるいは逆戻り要因の四〇％は高額な医療負担にあるといわれる。

### 新型医療制度の導入

農民の経費負担を前提とした旧来型の合作医療においても、重病人に対する高額医療補助が試行（安徽省宣州市など）されてきたが、重病人が続出すると基金不足が生じるため、加入を敬遠する人が増加し、加入率が伸び悩むという現象がみられた。このような悪循環に対応するために基本医療のみでなく高額医療にも対応できるように工夫されたのが新型医療制度である。

二〇〇三年一月、農村での高額医療共済制度の確立を目的とした「新型農村合作医療制度」に関する通達が出された。この制度への加入は従来の合作医療制度と同じく、基本的には農民の自由意志であるが、出資基準、基金管理などの方法においては大きく異なる。従来の制度との重要な相違点は次の二点である。

(1) 出資主体が農民と鄉村政府のみでなく多角的である。農民は年一人一〇元以上の資金の納付を原則とするが、所得水準の高い地域では標準を適度に引き上げることができる。鄉村の出資（補助）額は県政府が決定する。例えば山東省臨邑県では農民の出資金は年一人一〇元であるが、省、市、県、鄉村政府それぞれ加入者一人当り五元、二元、四元、二元を補助することになっているし、経済力の

ある鄉村では鄉村政府が農民の一〇元を代りに負担することも認められている。二〇〇三年八月末における同県の新型農村合作医療への加入率は八八・一％（八三万人）と高かった。

(2) 資金調達・管理の単位が鄉村から県に引上げられた。合作医療制度は従来鄉村政府が運営の中心であったが、新制度ではそれが県レベルに引上げられたうえ、省や地区人民政府の衛生、財政、農業、民政部门などが共同で農村合作医療小組（指導グループ）を組織することになっている。また県にはこれら関連部門の出先機関と農民代表が組織する農村合作医療管理委員会が設けられることとなった。旧制度では、組織の必要とする管理費、人件費などの諸経費はすべてが基金から支出されてきたが、今後それらは省、県、郷鎮レベルの財政負担となる。

新制度の狙いの一つは、高額医療負担によって農民が貧困層へと転落していくことを防止することであるが、そのために実施されるのが「報銷」（清算）制度である。高額医療の場合、医療費に占じた比率での補助金が基金から支給されるシステムとなっているのである。この「報銷」制度は、一部の農村では旧制度においても実施されてきたが、鄉村レベルでの財政では負担しきれず、大都市近郊や農村企業の発展している経済力のある鄉村を除いては、逆に合作医療制度の普及を遅らせる要因ともなっていた。

新制度ではまた、農家負担に関しても一律一〇元ではなく所得水準に応じて年間の納付額を三元、五元、七元などとし、その差額を省財政で補填するなどの試みもみられる。山東省ではそのために省の予算に二〇〇三年一、五〇〇万元、二〇〇四年五、五〇〇万元、二〇〇五年九、五〇〇万元を計上するなど新制度の普及に努めているが、農民の反応は必ずしも良好ではない。農民は新制度での納付額の引上げに脅迫観念を持つと同時に、重病人が続出した場合、基金が不足し自分には「報銷」されないことを懸念しているのである。

### 残された課題

農村の新型合作医療制度は二〇〇三年から各省が二、三県を選んで実験を重ね、二〇一〇年までに全国的な規模で普及させることが目標とされるが、それまでに克服すべき課題は多い。

最大の問題は運用資金である。運営資金は農民、鄉村政府、県・省政府など多方面から集められることになったが、基本部分は鄉村の負担である。二〇〇一年から本格化した税费改革（農民の負担する税金と経費を軽減する改革）では、鄉村が農民から徴収する経費（福利厚生、公共投資、教育、管理などの必要経費）を廃止し、農民負担を農業税に一本化した。したが、その分乏しい鄉村財政が更に逼迫することとなった。各鄉村では人員整理、学校の統廃合による経費の節減や増収が模索されているが、一部の農村ではすでに明末清初の思想家である黄宗羲の定義（税制改革の後には必ず雑税が多く派生する）が現実のものとなりつつある。鄉村政府による新たな口実（小学生に経費を分担させるなど）での税费の徴

