

VIII 社会保険制度

1 総論

(1) 制度体系

中国における社会保険制度は農民、公務員、企業労働者という職業上の区分により、制度が分かれている。

公務員については、各分野ごとに個別規定が整備されており、それぞれに基づき各種保障がなされているが、企業労働者については、「中国労働保険条例（1951年）」「中国労働法（1994年）」等に基づき各分野の保障がなされている。しかし、現在では、公務員、企業労働者とも各分野で各種制度の試行が進められており、従来制度と新制度が並存としてしている状況にある。

農民については、所得保障、医療保障分野では任意加入を原則とした制度が設けられているが、その他の分野では制度化されていない。

<表Ⅷ-1：各保障制度の従来の制度根拠>

	公務員	企業労働者	農民
老齢保険	公務員に関する 個別規定	労働法 労働保険条例等	農村養老保険
医療保障			農村合作医療
失業保険			なし
労働者災害補償保険			なし
生育保険			なし

社会保険制度は、経済体制改革及び社会経済発展に重要な影響を与えるという観点から、被用者保険（公務員、企業労働者）に関し、社会負担化等の制度改革が進められている。将来的には、社会保険の基本法たる「社会保険法」を整備し、これに関連する「養老保険条例」「医療保険条例」「失業保険条例」「労災保険条例」「社会保険基金管理条例」「社会保険基金監督方法」等の規定を整備することを目指し、現在、統一制度、統一標準、統一管理、統一調整を原則として、様々な制度の試行、機構改革（労働社会保障部等）が進められている。

(2) 被用者社会保険の歴史的沿革と現状

中国の被用者社会保険制度は、従来は、各企業が個別に現役労働者及び退職者の各種保障を行う仕組みとなっており、社会保険と呼びつつもその実態としては企業による労働者福祉制度であり、費用負担面では社会負担化が進んでおらず、また事務管理面では企業がその大部分を負担する形態となっていた。

中国の被用者社会保険制度は、1951年に施行された「労働保険条例」において、給付対象に年金、医療、労働災害、生育、死亡扶助等が規定されたことにその起源を有し、徐々に対象者の拡大、内容の充実が図られてきた。しかしながら、文化大革命時代には、経済文化社会の破壊とともにこうした各種保障制度も崩壊し、単なる個別企業による労働者福祉制度に変換、現行制度の本質といえる「企業の中に社会がある（企業が労働者の生活全てを保障する）」という状況が確立した。

その後、70年代後半に共産党三中全会が開催され、被用者社会保険制度の再構築が指向されたものの、基本的な変化は認められないまま90年代を迎えた。しかしながら、90年代以降、以下のような変化により、企業間、被用者間の不公平感が強まり各種保障制度はその変更を余儀なくされ、費用負担面、事務管理面での改革が進められている。

① 経済体制改革による経済環境の変化（雇用形態の多様化及び労働力の流動性向上）

経済体制改革の深化により外資系企業（三資企業）、私営企業等が急速に増加し、これらに雇用される労働者が急速に増加（表Ⅱ－４参照）するとともに、国有企業では業績不振等により企業内失業者が急速に増加す中で、雇用関係の近代化及び流動化を促進するため、雇用関係の基本法たる「労働法」が1994年に制定された。

しかしながら、社会保険関係の規定整備はこうした動きに遅れている。外資系企業、私営企業等は国有企業に準じて社会保険給付を行うとの規定が個別の企業関連法規に定められているが、その具体的内容は不明確であり、また適用関係を管理する機関の弱体性等もあって、社会保険の適用を受けない者が増大し、社会の不安定要因となっている。

また、国有企業では、企業内失業者に対する賃金支払、社会保険給付が、更に業績を悪化させるという悪循環が生じており、これの根本的な解消策である解雇・転職を促進する観点から、失業保険制度、職業訓練制度等の充実が必要となっている。

② 国有企業等の負担軽減の必要性の増大（近代的企業経営の構築）

国有企業等は、従来、被用者、退職者及びその家族全体の生活（雇用、医療、年金、教育等）全ての保障をすることとされていた歴史的経緯より、非経済分野での負担が、諸外国の企業と比較して非常に重くなっている。従来は、原則として、各種保障制度は企業が全て実施する（本人は保険料等の負担なし）こととされており、費用面、事務管理面双方における社会保障関連負担が、企業経営の不振と相まって、企業にとって過重な負担となっていた。

低生産性等の経済的理由で経営不振に苦しむ国有企業等の改革が、中国の経済体制改革の中心的な課題とされる中で、こうした社会保障面での負担も国有企業等の経営改善の大きな足枷となっていることが強く認識され、各分野で本人保険料導入等の費用負担面での制度改正、社会保険基金創設等による社会保障管理事務の企業からの分離等が進められている。

③ 退職者関連費用負担の平準化（世代間扶養の制度構築）

また、中国の企業定年制は、通常、男性60歳、女性50歳（幹部55歳）であるが、退職者の急増（表Ⅱ－6参照）、平均寿命の伸長等により、これらの者の退職後の生活保障、医療保障は大きな課題となっている。また、生活水準の向上、医療ニーズの高度化等により、保障要求水準は高まっており、ここ数年における幾度かの制度改正にも関わらず、退職者に係る費用総額も、またGDPに占める割合も増大（Ⅳ3 社会保障費参照）しており、今後とも急速に増大すると見込まれている。

こうした退職保障（年金、医療）については、従来、原則として、企業が負担することとされていたが、歴史の古い国有企業等ではその退職者の数が多く、大きな企業負担となっている一方で、歴史の浅い外資系企業等では、退職者に関する負担は生じていないという負担の不均衡が生じている。特に、国有企業等の不振を反映し、企業間の公平等を図る観点からも、退職者関連費用負担の平準化を図ることが必要となっている。

(3) 社会保険制度改革の方向

現在、進められている社会保険制度改革（分野によりその進捗状況は異なるが）について、以下のような共通の方向性・重点がある。

① 未適用者の解消及び保険集団の拡大

都市労働者全体に社会保険適用を拡大し、適切な社会保障を確保するとともに、保険集団の拡大を図り、適切な負担を求めつつ、財源の一元管理を通じて保険財源の安定化を図る。

② 費用負担の公平化

企業負担に偏った社会保険費用の負担を、国家、企業、個人の三者が共同で負担する仕組みへと変更するとともに、今後増大すると予測される退職者関連費用について、社会全体で支える仕組みを確立する。

③ 社会保険管理機構の整備

企業による社会保険管理を解消し、行政管理機構、基金運営機構、社会監督機構からなる新たな社会保険管理機構の整備を行う。これにより、社会保険業務の効率化、簡素化、適正化を進める。

④ 社会保険基金の強化

社会保険基金による統一的な社会保険関係費用の管理を進め保険財源の安定化を図るとともに、社会保険基金による積立金等の運用方法を確立、改善し、保険財源の強化を図る。

⑤ 国有企業等の改善

上記の費用負担面、事務管理面での改革を通じて、国有企業等の社会保険に関する負担を軽減し経営改善に資するとともに、社会保険改革により近代的な雇用環境を整備する。

2 社会保険制度の概要

老齢保険及び医療保障制度については別項で概述するが、その他の失業保険、労災保険、生育保険制度の概要は以下の通りである。

(1) 失業保険

① 適用対象者

中国の現行失業保険制度は1986年に国有企業の一部の労働者に対するものとして整備され、その後1993年に規定された「国有企業労働者失業保険規定」に基づき、国有企業労働者全般に対し適用されることとなった。将来的には都市部労働者全体に適用されることが目指されているが、96年現在で、27省・自治区・直轄市においては、「国有企業労働者失業保険規定」に基づく地方政府の規定により、外資系企業労働者もその対象とされており、参加企業総数は約63万5千企業、被保険総者は、約8千3百万人となっている。

② 給付対象者及び給付標準

失業給付の対象者は、非自発的失業者（破産、リストラ、解散等による失業を含む）であり、就業期間が1年以上で再就職の希望を有する者である。

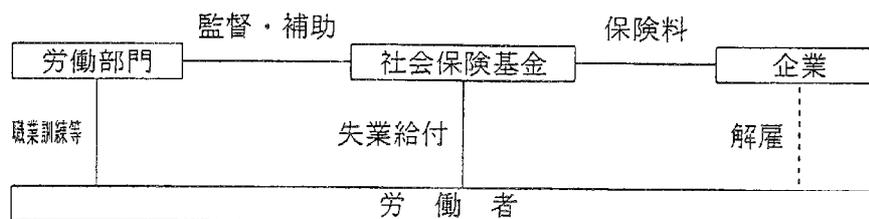
給付標準は、当該地の民政部門が定める最低生活保障水準の120%～150%であり、通常、当該地の最低賃金より低い水準となっている。給付期間は、就業期間が5年以下の者は12ヶ月以内、5年以上の者は24ヶ月以内とされている。また、失業給付受給期間中は、医療、生育及び死亡に関するその他の給付を受給できる。

なお、当該期間中は、職業訓練、職業紹介等のサービスを受けることができ、このための法整備等も急速に進められている。

③ 給付財源

給付財源は、原則として適用企業からの保険料で賄われるが、失業率が急速に高まった場合等には、社会保険基金（失業保険勘定）に対し、政府の補助金を投入することとされている。各企業の保険料は企業の賃金総額の0.6%～1%となっている。

<図Ⅷ-1：失業保険制度の概要>



(2) 労災保険

① 適用対象者

労働中の負傷、死亡及び障害等に関する労災保険については、従来は、各企業が保障費用の全てを負担することとされていたが、現在、社会負担化の試行を行っており、1996年現在、中国全国約1,100カ所の市、県で労災保険制度改革の試行実施中である。

これらの改革が試行されている地域では、適用対象者については、原則として国有企業、集体企業、外資系企業（一部地域は私営企業を含む）における正規職員、契約社員、臨時工等全ての労働者を対象とすることとされている。

② 給付対象者及び給付標準

給付対象者は、労働中に負傷した者及び労働中に死亡した者の遺族であり、主な給付標準は以下の通りである。

ア 医療給付

労働中の負傷治療に伴う、初診料、診療費、薬剤費、入院費、移送費の全額及び入院時の食費の1/3、付添看護費（当該地の平均賃金の30～50%）を給付。

イ 治療中の賃金保障

原則として従前の賃金を保障する。

ウ 障害給付

国が統一して定めた「労働災害及び職業病に関する障害等級認定標準試行（1級～10級）」に基づき、工作労働認定委員会により障害等級を認定し、障害等級に応じ、負傷前1年間の平均賃金の75%～90%の補償金（1年に1回金額改定、賃金上昇率の50%～80%）を毎月支給。

この他、賃金の24ヶ月分を最高額とする障害一時金を支給。

エ 死亡給付

企業平均賃金3ヶ月分又は地域平均賃金5ヶ月分の葬祭費の支給。また、死亡一時金として、地域平均賃金の36ヶ月～48ヶ月分を支給。

③ 給付財源

給付財源は、原則として適用企業からの保険料で賄われ、各企業の保険料は、企業の賃金総額の1%前後となっている。個別企業の具体的な保険料率については、業界毎の保険事由の発生率により異なり、更に同一業界内でも安全管理面の違い等に着眼して40%の幅で保険料率の差異を設けている。

なお、各企業の保険料は社会保険基金（労災保険勘定）に納付され、保険料総額の10%程度が将来の準備金として積立てられることとされている。

(3) 生育保険

① 適用対象者

出産を保険事由とする生育保険については、従来は、各企業が保障費用の全てを負担することとされていたが、現在、「企業職工生育保険試行方法（1994年）」に基づき、地方の規定により社会負担化の試行を行っている。1996年現在、中国全国約800カ所の市、県において試行実施中であり、1千5百万人の労働者が対象となっている。

これらの試行されている地域では、適用対象者については、原則として国有企業、集体企業、外資系企業（一部地域は私営企業を含む）における正規職員、契約社員、臨時工等全ての労働者を対象とすることとされている。

② 給付対象者及び給付標準

給付対象者は出産する女性労働者であり、主な給付標準は以下の通りである。なお、この制度は日本の健康保険制度の出産育児一時金、出産手当金等に相当する制度である。

ア 医療給付

出産に伴う、検査費、出産費、手術費（難産の場合）、入院費及び薬剤費について給付。基準を超える額については、自己負担とする。

また、出産後の出産に伴う疾病に関する費用についても給付対象とする。

イ 出産手当金

出産に伴う休暇（原則90日）期間中の所得保障として、1年前の当該企業の平均賃金の60%を出産手当金として給付。給付期間は3ヶ月～6ヶ月。

③ 給付財源

給付財源は、原則として適用企業からの保険料で賄われ、各企業の保険料は、企業の賃金総額の0.6%が標準（1%を超えない範囲内で地域差を認める）となっている。なお、各企業の保険料は地域の社会保険基金（生育保険勘定）に納付され、一括管理されることとされている。

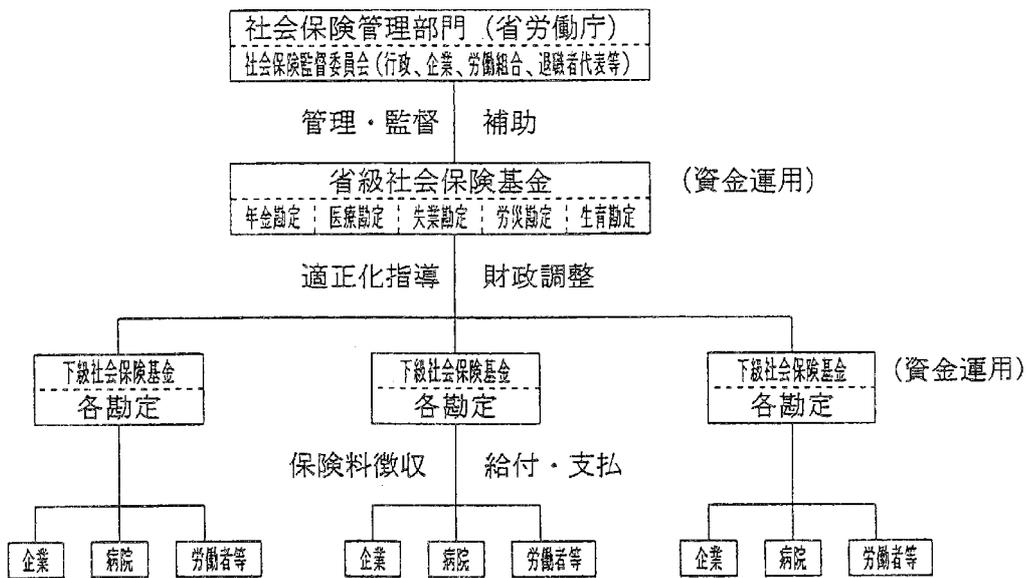
3 社会保険基金

社会保険基金は、「労働法」に法的根拠を持つ社会保険の運営主体であり、日本の社会保険で言えば、保険者に相当するものである。当該社会保険基金は、従来、企業が実施してきた社会保険事務を企業から切り離し、事務負担の軽減を図る手法として制度化されたものである。

社会保険基金は、法令に基づき設置が認められるとされているが、現時点では当該法令は未整備であり、現在は地域の規定に基づき各地域独自で指定を行っている。具体的には、地方政府管轄機関、地方政府管理企業、株式会社等様々な場合がある。当該基金は、通常、省級、地区級（又は県級）の2段階のレベルに設置されており、地区級（県級）は保険料徴収、給付等の実務を担当し、省級社会保険基金は財政調整、給付適正化等を担当するとの役割分担がなされている。

また社会保険基金は、老齢保険、医療保険、失業保険、労災保険、生育保険の業務を統一して行うこととされており（現在は制度改革が進む老齢保険、失業保険分野が中心）それぞれ別の勘定が設けられている。会計処理については、制度改革が進んでいる老齢保険等については、中央政府が会計基準等を示し、一律的運用を図ることとされている。

<図Ⅷ-2：社会保険基金の概要>



現在、社会保険基金に関する課題として以下のような点が検討されている。

- ア 設立手続等の整備
設立手続等に関し規定の整備を図り、社会保険基金の法的位置づけの明確化を図る。
- イ 財務管理方法の標準化
各勘定の財務管理方法を明確にするとともに、基金全体の共通経費に関する会計処理方法の近代化を図る。
- ウ 保険料徴収機構の整備
社会保険基金の保険料徴収業務を円滑に進めるための、各種規定の整備（滞納処分等）、徴収機構の整備を行う。
- エ 審査能力の向上
各種保険分野での審査能力向上を図り、給付の適正化を促進する。
- オ 資金運用能力の向上
高額な資金が長期にわたって積み立てられる老齢保険等の資金運用に関し、運用の適正化、運用能力の向上を図る。

IX 老齡保險制度

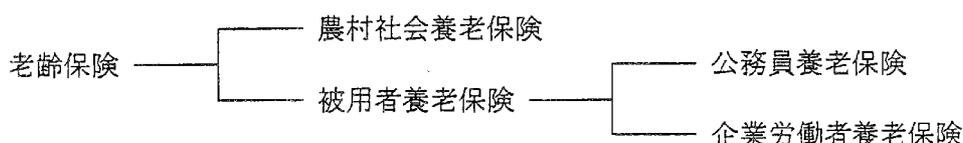
1 総論

(1) 制度体系

中国の老齡保險（年金）制度は、基本的に農村住民を対象とする農村社会養老保險（民政部所管）、都市部被用者を対象とする養老保險制度に区分される。

このうち、都市部被用者の制度については、その対象者により、公務員を対象とする養老保險（人事部所管）、企業労働者を対象とする養老保險（労働部所管）に区分される。なお、労働社会保障部の創設に伴い、これらの老齡保險制度は、全て当該部の所管になるとされており、制度改革が促進されると予測される。

<図IX-1：老齡保險制度の体系>



(2) 各制度の沿革

各制度の沿革は以下の通りである。

① 農村社会養老保險

「農村人民公社工作条例修正草案（1962年）」において、農村部において社会保険制度及び社会福祉制度創設の原則が示されたが、脆弱な経済基盤等のためその整備は進まず、社会救済制度としての「五保」が普及するにとどまった。

1980年代に入ると農村部の社会保険制度整備の試行が小規模ながら開始されたが、80年代半ばにおいても、全国で80万人程度の者が養老保險制度に加入している状況にすぎなかった。

こうした状況を踏まえ、1987年に民政部より「農村基層社会保障制度探索建立に関する報告」が通知、1992年には「県級農村社会養老保險基本方案（試行）」が公布され、現在、これに基づき全国で試行が進められている。

② 公務員養老保險

公務員に対する老齡給付は、「关于国家機關工作人員退休处理暫行方法（1955年）」により始まり、その給付水準は退職時賃金の50%～80%とされていた。

しかし当該給付内容は、「労働保險条例」に基づき老齡給付を受けていた企業労働者との待遇に格差があったため、1958年に「国务院关于工人、職員退休处理的暫行規定」が公布、公務員と企業労働者が同一の待遇を受けることとされ、給付水準については退職時賃金の50%～70%に改正された。

当該規定は20年間にわたり執行されたが、当該期間中に革命戦士等の老幹部の処遇が問題となり、1978年に「关于安置老弱病殘干部的暫行方法」及び「关于工人退休、退職的暫行方法」が同時に公布された。両規定の内容は、基本的に同一であり、勤務期間等に応じ本人標準報酬の60%～80%の支給を受けることとされた。

企業労働者に関する養老保險改革を踏まえ、1992年に「機關、事業單位に関する養老保險制度改革関連通知（人事部）」が出されたが、ごく一部の地域を除き、公務員に関しては、一部改正はあるものの、現在においても78年規定が基本的に適用されている。

③ 企業労働者養老保険

企業労働者に対する老齢給付は、「労働保険条例（1951年）」により始まり、その給付水準は、退職時賃金の35%～60%とされていたが、国有企業の業績が好調であったため、1953年に、給付水準は50%～70%へと引き上げられた。

その後、「国务院关于工人、職員退休处理的暂行规定（1958年）」により公務員と企業労働者の待遇が基本的に同一とされて以降、数次の改正はあったものの、公務員と企業労働者は、1980年代までは同一の処遇を受けていた。

しかしながら、1991年に「国务院关于企业职工养老保险制度改革的决定」が示され、企業労働者について独自の制度改革がはじまり、「国务院关于深化企业职工养老保险制度改革的通知（1995年）」を経て、「企业职工基本养老保险制度确立に関する国务院决定（1997年）」に基づき、試行の段階から全国统一制度の普及段階に入っている。

(3) 中国の老齢保険制度の特徴

老齢保険制度の内容は、当該国の経済制度及び住民の経済状況等に大きな影響を受けるものであるが、中国における老齢保険制度は以下のような特徴がある。

なお、このような状況を踏まえて、農村部、都市部双方で老齢保険制度の制度改革が進められており、今後の推移が注目される。

① 中国では都市住民と農村住民との制度格差が大きい。

中国では、都市部住民と農村部住民の所得格差が大きく（表Ⅱ-9、10、11参照）、96年では、都市部住民と農村部住民の収入格差は平均で約3倍、上海の労働者平均賃金（都市住民）と甘肅省の農村住民平均収入を比較すると約10倍の違いがある。これらを一つの制度で管理することは、年金を通じて都市部から農村部に大幅な所得移転が起こることになり、社会的同意が得ることは困難であるため、都市部と農村部では必然的に老齢保険制度が分立している。都市部住民である被用者に対しては被用者老齢保険（公務員、企業労働者）、農村部住民である農業者に対しては農村社会養老保険と、それぞれの収入状況、生活水準に応じた老齢保険制度の枠組みが用意されている。

しかし、当然のことながら、農村地域における、政府財政状況、住民収入状況等は厳しい状況にあるため、農村社会養老保険については、その普及率は低く、また内容も不十分なものとならざるを得ない環境下に置かれている。

こうした農村部における老後所得保障問題の根本的な解決のためには、地域の経済振興、住民の収入向上、地方政府の財政力の強化、そして税制等の整備による所得分配機能の強化等、養老保険制度外の要因の解決が必要不可欠である。

② 中国では老齢保険制度がカバーする対象者の比率が低い。

上記のように制度的な枠組みは用意されているものの、実際には、農村社会養老保険、被用者老齢保険制度双方ともそのカバー率は低い状況にある。

農村社会養老保険については、80年代以降試行が始まり、90年代に入って以降普及したものの、現時点では、その普及率は未だ7%程度にとどまっており、特に貧困地域の住民については、社会救済的な制度以外に老後所得保障制度は整備されておらず、貧困脱却の基盤整備が必要不可欠である。

一方、都市住民についても老齢保険制度未加入者の比率が高い。企業労働者養老保険制度改革が始まるまでは、当該養老保険は、国有企業従事者については強制適用であったが、集体企業、外資系企業等については、一定規模以上のものについて、国有企業に準じて適用されることとされていたため、実際の加入率は低い数値にとどまっていた。制度改革後においても、これらの企業は30%～50%程度の加入率（表IX-2参照）にとどまっている。また、この他、改革開放政策の推進により急速に増加した、私営企業等では当該制度の加入者の比率は非常に低くなっている。

96年現在で、企業労働者養老保険に加入している者は、約8千8百万人となっているものの、都市部企業労働者全体からみた加入率は約7割に過ぎない状況にある。

現在進められている制度改革を成功させるためには、適用対象者の拡大等による保険基盤の強化が必要不可欠であり、今後の推移が注目される。

2 農村社会養老保険

(1) 農村社会養老保険の現状

農村部における高齢者の生活保障は、従来、経済的理由、住民意識及び制度的未整備等を理由に家族扶養が原則とされていた。しかし、こうした農村部においても以下のような状況の変化等があり、80年代より農村部高齢者の所得保障について社会保険化の取り組みが進められている。

ア 高齢化の進展

生活水準の向上、保健医療水準の向上等により死亡率が低下したこと等により、急速に高齢化が進んでいる。また2010年前後から高齢化が急速に進むことが予測される中で、現在からの準備が必要となっている。

イ 高出生率の維持

家族扶養を原則とする農村では、将来のため多くの子供を産みたいという住民意識が強いが、これを解消し出生率を低下させるという人口政策の観点から、高齢期の所得保障制度を確立する必要性が高まった。

ウ 生活水準の向上

農村部においても生産請負方式の導入、郷鎮企業の設立等により、地域によっては経済的な豊かな農村住民も増え生活水準の向上が図られている。こうした地域は、経済的負担能力も高く、老齢保険制度導入の基礎的条件が整ってきた。

エ 地域間格差解消政策の推進

都市部と農村部では経済的格差等が大きいため、農村部の経済振興等が中央政府の重要課題とされており、この政策の一環として農村部の所得保障制度の創設が推進された。

現在全国で進められている試行制度は、92年に示された「県級農村社会養老保険基本方案（試行）」に基づき、各県級政府が規定を定め個別に実施している。96年現在、吉林省を除く30省・自治区・直轄市で実施され、加入者総数等は急速に増加しているが、地域ごとの普及状況には大きな差異がある。

96年現在、加入者総数は約6千6百万人（対前年比28%増）に達しており、保険料等総額は約41億元（対前年比20%増）、加入者1人当平均では、年額62元（月額5元）程度の水準となっている。給付総額は1億8千万元であるが、制度発足後間もないため、受給者総数32万人、受給者1人当平均では年額約580元（月額50元）程度の低い水準にとどまっている。また、96年末の基金積立額は全国合計で約100億元となっている。

<表IX-1：農村社会養老保険制度の状況>

(万人、万元)

	加入者総数	加入率	受給者総数	保険料総額	平均保険料額	給付総額	平均給付額	基金積立総額
1993	3,037		10	66,367	22元	2,857	291元	147,900
1994	3,477		17	167,464	48元	4,790	278元	270,000
1995	5,143	5.7%	27	367,436	71元	9,889	368元	595,000
1996	6,594	7.3%	32	408,080	62元	18,197	578元	995,000

(中国民政統計年鑑より)

(2) 制度の仕組み

① 組織等

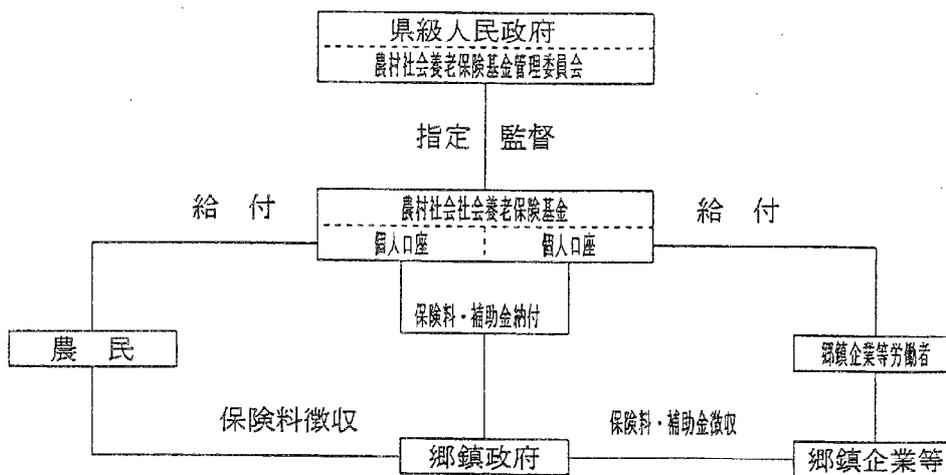
農村社会養老保険は、県（県級市）単位に実施されており、県級人民政府の民政、財政、税務、計画部門、郷鎮企業等の各部門から構成される農村社会養老保険基金管理委員会が農村社会養老保険基金管理について指導、監督業務に当たっている。

また、農村社会養老保険に関する実務は、県級人民政府民政部門に属する農村社会養老保険管理处、及び郷鎮政府の農村社会養老保険管理所により分掌されている。

当該農村社会養老保険は任意加入・貯蓄型の老齢保険制度であり、本人が支払った保険料等は全て農村社会養老保険基金の個人ごとの口座に積み立てられ、将来の給付も当該口座より支払われることとなる。

農村社会養老保険基金は、県（県級市）ごとに設けられるが、通常、民政部門が指定する地域内の銀行に設けられている。当該基金の管理、運用については、銀行が政府の示す規定に従い実施することとされている。

<図IX-2：農村社会養老保険の仕組み>



② 適用対象者

農村社会養老保険制度の対象者は、原則として、当該制度を実施する県（県級市）内に農村戸籍を有する農民、郷鎮企業労働者、商人、教師等であって、20歳～60歳未満の者を対象とされている。しかし、任意加入の保険制度であることに鑑み、規定を定めれば、都市戸籍を有する者であっても、長期滞在者、郷鎮企業技術職員等については、その対象とすることができるものとされている。

③ 保険料等

給付財源については、加入者の保険料及び郷鎮政府、郷鎮企業からの個別補助金により賄われるとされており、原則として給付財源の50%以上は加入者の保険料財源によるものとされている。加入者保険料については、月払方式と一時払方式の双方が認められている。

加入者保険料は地域ごとに異なるが、標準として示されているのは、毎月支払の場合は、2元から20元まで2元刻みで10段階、一時払の場合には200元から2000元まで200元刻みで10段階であり、この範囲内で各保険集団ごとに、具体的保険料額を定めることとされている。これらの保険料及び郷鎮企業の個別補助金は郷鎮政府が徴収し、郷鎮政府の補助金と併せて、個人ごとに農村社会養老保険基金の個人口座に積立てられることとなっている。

④ 支給要件及び給付内容

保険加入者が保険集団ごとに規定された年齢（原則60歳）に達した際に、農村社会養老保険基金の個人口座より年金の支給を受けることができることとされており、96年における受給者総数は約32万人となっている。

年金の支給期間は原則として10年間とされているが、これは通常60歳で年金の支給を受けると、10年間で平均寿命の70歳に達するという考え方に基づくものである。

給付内容については、保険料額、加入期間（保険料納付期間）に応じ、「農村社会養老保険交費、領取計算表（1992年）」「農村社会養老保険養老金計算方法（1994年）」等に従い給付額が決定される。給付方法としては、一部現金を除き、原則として国債により給付（銀行で換金）することとされている。

給付額の詳細な標準例は、以下の通りである。

ア	毎月6元の保険料納付、納付期間40年、60歳より支給開始	月額210元
イ	毎月10元の保険料納付、納付期間35年、55歳より支給開始	月額205元
ウ	一時払保険料1000元、加入期間35年、55歳より支給開始	月額146元
エ	一時払保険料2000元、加入期間40年、60歳より支給開始	月額489元

(3) 今後の改革の方向

① 制度普及

この農村社会養老保険は1991年より試行されているが、96年現在、加入者総数は約6千6百万人に達しているものの、対象人口総数と比較するとカバー率は7%程度にとどまっている。

地域別に見ると、経済的に豊かな沿海部に位置する山東、上海、江蘇、浙江等において制度普及が進んでいる（普及率10%以上、山東、上海は25%以上）が、貧困地域である貴州、青海、甘肅、新疆、西藏、寧夏等についてはその普及は著しく遅れており（加入率2%以下）、沿海部、内陸部の格差解消は農村社会養老保険においても大きな課題となっている。

このような経済状況が悪い地域における農村社会養老保険の普及率を向上させるためには、当該地域の経済振興等と並行して行うことが必要と考えられる。

② 制度内容の充実、改善

農村社会養老保険の平均給付額は年額約580元であり、農村部の貧困線（90年価格で年額500元）を下回る額に留まっている。このような状況では、任意加入制度を維持する限り、加入意欲が削がれる可能性が非常に高い。また企業労働者等の年金水準と比較すると、本人保険料額ではそれほど違いがないにも関わらず、給付水準は1/5以下であり、非常に大きな給付格差がある。

制度が発足したばかりで、制度が未成熟であるという要因もあるが、都市部住民と農村部住民の老後における所得面で一定の均衡を図るという観点からは、農村社会養老保険に対し大幅な政府負担を行う等の改正を行い、給付水準を引き上げることが必要と考えられる。また逆に、こうした給付水準の引上げ、企業労働者等との給付水準の均衡を図られなければ、制度の普及は困難と考えられる。

さらに、未加入者の老後保障を確立するために、早期の全国的制度化、強制加入の実現が必要であり、また将来的に、戸籍の自由化、移動の自由化等が更に進めば、企業労働者養老保険との制度間調整等が必要になると考えられる。

3 公務員養老保険

公務員養老保険制度については、1992年の「关于機関、事業単位養老保険制度改革関連問題」に基づき、試行を進めている一部地方（山東、福建等）を除き、現在においても、基本的に1978年に公布・施行された「关于安置老弱病残幹部的暫行方法」及び「关于工人退休、退職的暫行方法」等の従来制度により処遇されている。

企業労働者と比較して、その改革の速度は緩やかであり、労働社会保障部創設もこうした公務員分野の改革を促進するためにも実施すると言われている。

(1) 従来制度の仕組み

① 組織及び適用対象者

公務員養老保険制度については、現在、人事制度の一環として人事部が所管しており、実務面での管理、運営は、各国家機関、各地方政府、各事業単位の人事部門が実施することとされている。なお、労働社会保障部の創設により、今後、どのような管理、運営組織となるか不明であるが、遠くない将来に、企業労働者等の管理、運営組織と統合（社会保険基金等）され、一元管理されることになると考えられる。

公務員養老保険制度の適用対象者は、原則として、政府機関及び政府が人件費等について負担をしている事業単位の従事者及びその退職者であり、公費医療（X3公費医療参照）の対象者と基本的に同一である。その総数は正確に把握できないが、1996年における政府機関、事業単位従業員総数は3千7百万人（公費医療対象者3千万人）となっている。

② 給付財源

給付財源については、全て政府機関、事業単位が負担し、個人の保険料負担はない。費用負担面から見れば、当該制度は、従前の日本の恩給制度に相当するものである。

③ 支給要件及び給付内容

老齢給付は、公務員等が以下のような要件に該当し、人事部門に退職等を正式に認められた場合に給付されることとなる。

- ア 勤続年数10年以上で、男子60歳（国家機関部長級65歳）、女子50歳（処長級55歳、司長級60歳、部長級65歳）の定年に達した場合。
- イ 身体に有害な業務に従事する者については、勤続年数10年以上で、男子55歳、女子45歳に達した場合。
- ウ 労働能力を完全に喪失したと医師により認定された者については、勤続年数10年以上で、男子55歳、女子45歳に達した場合。
- エ 業務上の傷病により、労働能力を完全に喪失したと医師に認定された者。

また、給付内容については、原則として以下のような内容となっているが、現在、実効給付率は78%程度となっている。

ア 高齢、障害による労働能力完全喪失者、革命戦争参加者	本人標準報酬の80%
イ 勤務年数20年以上の者、建国後革命工作参加者	本人標準報酬の75%
ウ 勤続年数15年～20年の者	本人標準報酬の70%
エ 勤続年数10年～15年の者	本人標準報酬の60%
オ 業務上負傷により労働能力完全喪失者	要介護者 本人標準報酬の90%
	不要介護者 本人標準報酬の80%

(2) 試行制度の仕組み

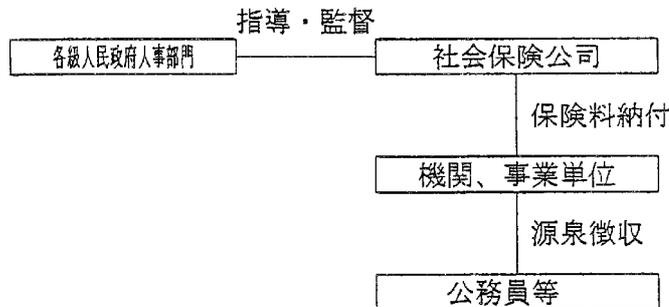
福建省において、1994年より、「福建省機関事業単位工作人員退休養老保険暫行規定」に基づき、試行されている公務員等の養老保険制度の概要は以下の通りである。

① 組織等

省内各級政府（省、地区級、県級）人事部門が公務員養老保険制度の管理監督し、また各級政府ごとに政府管理社会保険公司を設置し、当該養老保険の実務を実施することとされている。

適用対象者のうち、幹部・正規職員、招聘幹部・契約職員、臨時職員については、基本養老保険を設けるほか、当該所属機関の経済能力等に応じ補充養老保険（日本の企業年金と同様の位置づけ）を設けることとされており、その他の者については個人積立型養老保険を設けることとされている。

<図Ⅸ-3：福建省公務員養老保険の仕組み>



② 適用対象者

福建省試行制度の適用対象者は以下の者とされている。

- ア 省内各級政府人事部門が賃金等を負担している政府機関、事業単位の従業員
- イ 国有企業以外の企業又は政府人事部門が賃金等を負担していない政府系事業単位等において政府幹部の身分を有する者

③ 保険料等

給付財源は、機関、単位の保険料及び本人保険料により構成される。機関、単位の保険料は、賃金総額の一定割合（25%を超えない範囲）とし、具体的には当該地の経済状況等を踏まえ各級政府が決定する。本人保険料は本人賃金の2%とし、源泉徴収される。

当該保険料は、機関、単位から社会保険会社に納付され、当該会社により一括管理、運用される。なお、社会保険会社は、事務費として保険料総額の2%を保険財源より支払われることとなっている。

④ 支給要件及び給付内容

基本養老保険については、規定に基づき人事部門が加入者の退職等を認めた場合に支給されることとなっている。

基本養老保険給付内容については、当該職員の身分により異なっている。

ア 幹部・正規職員

退休費、退休補助費、生活補助費、副食品価格補助、糧油価格補助、死亡葬祭費

イ 招聘幹部・契約職員

養老金、政府規定に基づく各種補助、医療補助、死亡葬祭費

ウ 臨時職員

養老金

エ 条件に合致しない退職の場合

退職一時金（本人標準報酬10ヶ月～24ヶ月分）

(3) 今後の改革の方向

① 本人保険料制度の導入及び給付内容の見直し

公務員養老保険は、企業労働者養老保険の改革速度と比較して、改革の速度が緩やかであり、日本の旧恩給制度と同様に、公務員に対する国家からの恩恵的色彩の強い制度となっている。本人保険料制度導入も一部地域を除き全く実施されておらず、また、給付内容についても福建省試行制度でみられるように、副食費補助、糧油費補助等の従前の非近代的な賃金制度の影響を強く残している。

これは、中国の公務員制度の近代化が遅れていること、国有企業等のように経済競争のために経費削減が強く要求されることがないこと等に起因するものと考えられるが、慢性的赤字の政府予算の改善、公務員制度の近代化、企業労働者との負担と給付の公平等を図る観点から、当面、本人保険料制度の導入及び給付内容の見直しを行うことが必要と考えられる。

② 企業労働者養老保険との制度間調整等

今後、経済環境の変化、政府機関・国有企業の改革等に伴い、雇用の流動化が促進されると考えられるが、これを円滑に進めるため、公務員養老保険と企業労働者養老保険の制度間調整（加入期間の通算、財政調整等）を実施していくことが必要と考えられる。

また、公務員養老保険制度内でも保険集団は各地方政府ごとになっているため、財政基盤の弱い小規模な保険集団が多くなっている。高齢化が急速に進展すると考えられる中、こうした小規模集団は更に財政的に苦しくなると考えられるため、地方財政改革等と並行して保険集団間の財政調整、保険集団の大規模化等を進める必要がある。

4 企業労働者養老保険

(1) 企業労働者養老保険の現状

企業労働者の退職者に関する所得保障は、1951年の「労働保険条例」制定以降、現在まで継続して実施されてきたが、その間、社会経済の変化により、様々な改正が行われてきている。1952年には約2万人規模であった退職者総数が、1990年には約2300万人に増加し、96年現在で約3200万人、今世紀末には約3500万人に増加すると予測されており、こうした退職者が急増している状況、及び国有企業の経営不振等を背景に、現在、企業労働者養老保険の制度改革が進められている。

当該改革は、「国务院关于深化企业职工养老保险制度改革的通知（1995年）」に示す実施標準に基づき、全国各地で実施しているが、保険集団を業界単位とするものと地域単位とするものに分かれている。96年では、業界単位のもの11業界、地域単位のもの、大多数は県級単位であるが、一部地域では地区級単位、省級単位のものもあり、省級ものは13省になっている。今世紀末までに、全国的に省級の保険集団とすることが目指されている。

労働部からのヒアリングでは、96年では、加入者総数8千8百万人、保険料総額約1170億元、支給総額1030億元、保険料徴収率90%程度、社会保険基金養老保険勘定の基金累積残高は530億元という状況にあり、企業労働者養老保険が普及している状況が伺われる。

統計時点の違い等により不正確な点はあると考えられるが、統計が公表されている中央部門（国有企業）を除く各企業種別ごとの概況みると、96年において、国有企業（中央部門を除く）、集体企業、外資系企業等における新制度加入者総数は約7千4百万人、加入率約8割となっている。

企業別でみると、国有企業（中央管理を除く）が加入者数、加入率とも最も高く、加入者数約5千7百万人、加入率ほぼ100%となっている。中央管理国有企業の状況を単純に推測すると、加入者数約1千4百万人、加入率70%程度となるが、中央管理国有企業には公務員養老保険の対象となるものも多数あると考えられ、その状況の把握は現状では難しい。

集体企業、外資系企業等については加入率が低く、特に集体企業では退職者数が多く、企業労働者養老保険制度運営上の問題点の一つとなっている。また、統計上数値はないが、私営企業については加入者が非常に少なく、加入率の向上等が課題となっている。

負担比率を比較すると、外資系企業を含む其他企業により、国有企業、集体企業の退職者の負担を軽減する構造となっていることが理解できる。

<表IX-2：企業種別養老保険の加入状況 96年> (万人)

	合計	国有企業(地方管理)	集体企業	其他企業	(うち外資系企業)
労働者総数	9,342	5,498	2,884	960	275
養老保険参加労働者総数	7,363	5,656	1,450	257	172
加入率(参加数/労働者総数)	79%	100%	50%	27%	63%
養老保険参加退職者総数	1,975	1,475	467	34	12
負担比率(労働者/退職者)	3.7	3.8	3.1	7.6	14.3

(中国労働統計年鑑97より)

96年における、国有企業（中央部門を除く）、集体企業、外資系企業等関連の保険料総額は約815億元、一人平均では約1100元（本人分、企業分込、月額100元程度）、保険料徴収率は約9割、保険料負担率（対平均賃金比率）は約2割となっている。保険料徴収機構の未整備、国有企業等の経営不振等を反映し、徴収率が低いことが特徴的である。

給付総額は約707億元、一人平均では約3600元（月額300元）、平均支給額は対平均賃金の約6割であり、将来の積立として保険料総額の約1割が使用されている。

費用面で企業別にみると、国有企業は全体平均とほぼ同様の状況にあるが、保険料負担率が全体平均と比較して低いことが特徴的である。また、国有企業以外では、現状においては、其他企業が集体企業を支えている構造にあることが理解できる。

<表IX-3：企業種別養老保険の財政状況 96年> (億元)

	合計	国有企業(地方管理)	集体企業	其他企業	(うち外資系企業)
保険料徴収総額	815	635	126	55	35
徴収率	91%	91%	86%	98%	94%
1人当保険料額(年額)	1,110元	1,120元	870元	2,120元	2,030元
1人当平均賃金	5,930元	6,269元	4,255元	8,261元	9,383元
保険料/平均賃金	19%	18%	20%	26%	22%
養老金支払総額	707	554	137	16	6
1人当支払額(年額)	3,580元	3,760元	2,930元	4,690元	4,840元
支払額/平均賃金	60%	60%	69%	57%	52%
支払総額/徴収総額比率	0.87	0.87	1.09	0.29	0.16

(中国労働統計年鑑97より)

(2) 制度の仕組み

① 組織等

企業労働者養老保険制度は、基本養老保険、補充養老保険（日本の企業年金と同様）個人積立型養老保険の三種類に区分される。基本養老保険については、強制加入制度となっており、加入者別の強制貯蓄型個人口座と社会保険方式を組み合わせた方式が採用されている。

その管理運営は、各地方の労働部門及び社会保険基金で実施（図VIII-2等参照）されており、社会保険基金養老保険勘定については、「企業職工養老保険基金管理規定（1993年）」に基づき、その資金管理、運用管理が行われることとなっている。

② 適用対象者

企業労働者養老保険の強制適用対象者は、原則として国有企業労働者であるが、以下の者についても、各地域の規定に定めることにより対象とすることができるものとされている。なお、当該規定では、公務員、事業単位従事者及び農村住民（郷鎮企業含む）の養老保険は、人事部及び民政部における別制度で実施することとされている。

- ア 都市部集体企業労働者
- イ 外資系企業労働者（中国人）
- ウ 都市部私営企業労働者
- エ 個人労働者

③ 保険料等

基本養老保険の給付財源は、本人保険料及び企業保険料で構成されている。

保険料は、保険集団ごとに規定を定めて定めることとなっているため異なっているが、標準と示されているのは以下の通りである。

ア 本人保険料

○国有企業、集体企業、外資系企業従事者

本人保険料は、前年度の賃金等の総収入（総収入が当該地の平均賃金の300%以上である場合には300%、当該地の平均賃金の60%以下である場合には60%として計算）の4%相当額とされている。なお、98年以降2年に1度保険料率を1%ずつ引き上げ、将来的に8%程度にする予定。

○私営企業従事者、個人労働者

当該地の前年度平均賃金の20%相当額とされている。なお、当該保険料率の高さも、私営企業従事者等の加入率が低い原因の一つとなっている。

イ 企業保険料

○国有企業、集体企業、外資系企業

企業保険料は、賃金総額の一定比率とされており、地域の高齢化の状況、経営状況等により具体的に定められるが、原則として、賃金総額の20%を超えてはならないこととされている。

また、これらの保険料は、以下のように管理されることとなる。

ア 個人養老保険口座分

（本人負担の保険料全額＋企業負担保険料の一部）が加入者ごとの個人養老保険口座に積み立てられる。なお、積立額の上限は11%程度とされており、将来的に本人保険料率が引き上げられれば、企業負担率は低下させる（3%まで）こととされている。

イ 基金分

個人口座に積み立てられる分を除き、企業保険料は基金に組み入れられ一括管理されることとされている。なお、将来的に本人保険料率が引き上げられれば、自動的に基金投入分が増加することとなる。

④ 支給要件及び給付内容

原則として、保険料支払期間（加入期間）が満15年以上を超える者（制度改革試行以前の加入者については10年間以上）であって、男性は60歳、女性は50～55歳になり、退職手続を終了した者が基本養老保険の支給を受けることができるとされている。身体に有害な労働を行う者等、特殊労働者については、これらの年齢より1～5年前に支給を受けることができ、また、高級専門職員は5年支給開始年齢を遅らせることができる。

また、加入期間が15年（10年）に満たない者は、一時金が支給されることとされている。

基本養老保険による毎月の給付内容は、原則として基礎養老金及び個人口座養老金の合計額とされているが、現在のところ、おおむね当該地の平均賃金月額額の60%に相当する内容となっている。それぞれの算定方法は以下の通りである。

ア 基礎養老金

基礎養老金＝当該地の平均賃金月額額の20%

イ 個人口座養老金

原則：農村社会養老保険と同様に60歳で支給開始。平均年齢である70歳で支給が終了することを想定以下のように算定

$$\text{個人口座養老金} = \text{個人養老保険口座累積額} / 120 \text{ (10年分)}$$

制度改革前支給開始者：

従来制度（公務員養老保険と同様）による算定額を基礎に調整した額

制度改革前加入者：

$$\text{個人口座養老金} = \text{個人養老保険口座累積額} \times \text{調整係数} / 120 \text{ (10年分)}$$

なお、既受給者については、従来制度（公務員養老保険と同様）による算定額と新制度による算定額を選択をすることとされているが、通常、新制度を採用していると言われている。また、物価変動にかかわらず退職者の基本生活を保障するため、1995年の改正により、既受給者（新制度加入者、旧制度加入者双方とも）について、毎年7月1日に前年の労働者賃金上昇率の40～60%相当の引上率で給付額（新制度では個人口座養老金分）を引き上げることとする制度改革（賃金スライド）が行われている。

⑤ 補充養老保険、個人積立型養老保険

基本養老保険は、日本の基礎年金に相当するものであり、最低限の生活保障を目的とするものである。また現在、中国では、生活水準の向上が進んでいる一方で、養老保険制度改革直後のため、当面個人口座養老金の給付水準が低水準で推移することを踏まえると、基本養老保険のみでは、十分な生活を送ることは困難と考えられる。

従って、これを補完するものとして、補充養老保険、個人積立型養老保険の併用が政府により推進されている。補充養老保険は日本の企業年金に相当するものであり、個人積立型養老保険は日本の民間養老保険に相当するものであるが、96年現在、補充養老保険は1万2千社が実施し、個人積立型養老保険は約220万人が加入しているとされている。

(3) 今後の改革の方向

① 制度普及

企業労働者養老保険制度は、97年より、試行の段階を終え全国統一実施が始まったところであるが、集体企業、外資系企業、私営企業等については、その適用率が低く、十分に社会保険化が進んでいないため、その適用率の向上を図る必要がある。また、中央管理国有企業についても、公務員養老保険制度との調整を図りつつ、制度整備、及び適用率の向上を図ることが必要である。

② 徴収機構等の整備、財源強化

保険料の徴収率は現在90%程度の低い水準にとどまっているが、これは企業の経営不振の他、徴収機構の未整備も大きな要因であり、今後、保険料徴収等の機構整備を早急に進める必要がある。

また、保険料納付総額より給付費用の方が多企業加入者総数は、全体の3割を占めており、今後急速に高齢化が進むことを考えると、現在の企業労働者養老保険の財政基盤は非常に脆弱な状況にあると考えられる。これらの企業は通常経営状況の悪い企業であり、これらの他の企業のみで支えることは、結果として経済全体の停滞要因となると考えられるため、少なくとも個人保険料が8%程度に引き上げられるまでの間は、政府からの一定の補助を行う等の、養老保険の財源強化、企業負担の軽減を図っていくことが必要と考えられる。

③ 給付内容の改善

基本養老保険は、現在、その給付額は平均月額約250元～300元となっているが、おおむね各地域の最低賃金に相当する額となっている。当該給付だけでは、就労期間中の生活水準を維持できないため、補充養老保険、個人積立型養老保険の整備が進められているが、これらは経営状況の良い企業、経済条件の良いごく限られた労働者だけが実施することが可能となるものであり、全体的な普及は期待できない。こうした状況を改善し、老後保障を確立するために、基本養老保険の給付水準を段階的に引き上げていくことが必要と考えられる。

X 医療保障制度

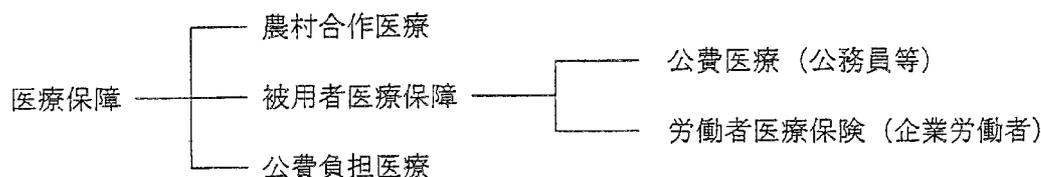
1 総論

(1) 制度体系

中国における医療保障制度は、農村住民を対象とする農村合作医療（衛生部所管）、都市部被用者を対象とする被用者医療保障、特定疾病治療（結核等）、貧困地域（西藏等）保護医療等を目的とする公費負担医療（衛生部所管）に区分される。

このうち、被用者医療保障については、その対象者により区分され、公務員等は公費医療（衛生部所管）、企業労働者は労働者医療保険（労働部所管）の対象となる。なお、労働社会保障部の創設に伴い、これら被用者医療保障制度は、財政問題を除き、全て当該部の所管になるとされており、制度改革が促進されると考えられる。

<図X-1：医療保障制度の体系>



(2) 各制度の沿革

各制度の沿革等は以下の通りである。

① 農村合作医療

農村合作医療は、1940年代に革命根拠地で設立された衛生合作社での経験を基に、1950年代半ばに、郷鎮企業等が中心となって発足した互助組織にその原型を有する。その後、「農村人民公社工作条例修正草案（1962年）」において、農村部において社会保険制度及び社会福祉制度創設の原則が示された後、急速に普及し、1970年代初頭には普及率は90%を超えた。

しかし、70年代から始まった農村経済体制改革による人民公社の解体とともに、その維持が困難となり普及率が大きく低下したため、衛生部、農業部等が共同で「農村合作医療章程（79年）」を公布し、これに基づき、農村合作医療の再建の取り組みが開始された。現在は、「2000年に農村住民全てが衛生保健を享受する計画」に基づき、農村合作医療の普及率の向上（今世紀末に50%）の取り組みが進められている。

② 公費医療

公務員に対する医療保障制度は、「全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業体の国家職員の公費医療・予防実施に関する指示（1952年国務院決定）」により始まった。1953年には約1億元だった給付費が、1980年代半ばより急速に公費医療給付額が増加（1991年には約51億元）したことを背景に、80年代後半より公費医療制度改革の取り組みが始まった。1989年には、「公費医療管理方法」が施行され、給付対象者及び給付要件の整理、給付範囲の見直し（薬剤等）、管理体制の整備等が実施された。

なお、療養期間中の所得保障については、「关于各級人民政府工作人員病假期間待遇的暫行規定（1954年）」により始まり、現在は、「国家機關工作人員病假期間生活待遇的規定（1981年）」に基づき、賃金の一定割合が保障されている。

③ 労働者医療保険

国有企業労働者に対する医療保障制度及び療養中の所得保障は、「労働保険条例（1951）」により始まり、1953年に一部改正（「労働保険条例実施細則」）されて以降、1956年頃には適用率が94%程度となり、80年代後半まで基本的な変更はなかった。国有企業以外の企業形態のものに従事する者等については、各個別法規により国有企業に準じて処遇されるものとされていたが、強制適用でなかったこと、管理部門の弱体性等より適用率が低く大きな問題となっていた。

このような状況に加え、80年代後半より急速に医療費が増加したこと、改革開放政策の推進により経営状態の悪い国有企業等が増加したこと等を踏まえ、公費医療制度に続き、90年代に入ってから本格的な労働者医療保険の改革が始まった。

労働部が公布した、「关于職工大病医療費用社会統籌的意見（1992年）」に基づき全国で大病医療保障制度の試行が始まり、続いて93年に公布された「关于職工医療保険制度改革試点的意見」に基づき個人医療口座制度の試行が開始され、現在でもその試行が継続しており、従来制度と新制度が並存する状況となっている。

(3) 中国の医療保障制度の特徴

医療保障制度の内容は、当該国の経済制度、住民の経済状況及び保険医療供給体制等に大きな影響を受けるものであるが、中国における医療保障制度は以下のような特徴がある。

なお、このような状況を踏まえて、農村合作医療、被用者医療保障制度双方で制度構築、制度改革が進められており、今後の推移が注目される。

① 中国では都市住民と農村住民との制度格差が大きい。

中国では、制度創設の歴史的背景以外に、以下のような状況から、都市部と農村部では必然的に医療保障制度が分立している。都市部住民である被用者に対しては被用者医療保障（公費医療、労働者医療保険）、農村部住民である農業者に対しては農村合作医療と、それぞれの収入状況、保健医療水準等に応じた医療保障制度の枠組みが用意されている。

ア 所得格差が大きい

都市部住民と農村部住民の所得格差が大きく（表Ⅱ-9、10、11参照）、96年では、都市部住民と農村部住民の収入格差は平均で約3倍、上海の労働者平均賃金（都市住民）と甘肅省の農村住民平均収入を比較すると約10倍の違いがある。

これらを一つの制度で管理することは、医療費を通じて都市部から農村部に大幅な所得移転が起こることになり、社会的同意が得ることは困難である。

イ 医療供給体制の格差が大きい

都市部と農村部の保健医療供給体制についても、その格差は大きく（表Ⅴ-26、27、28参照）、人口当たりの病床数、医師数、看護婦数で見ると市部と県域で約2倍前後格差があり、また省別では上位と下位では3倍から6倍の格差があり、同様の保健医療サービスを受けられる体制も整備されていない。こうした状況下で、都市部と農村部において同一の制度で管理することは、給付面で大きな格差が生じ、社会的同意を得ることは困難である。

しかし、当然のことながら、農村地域における、政府財政状況、住民収入状況等は厳しい状況にあるため、農村合作医療については、その普及率は低く、また内容も不十分なものとならざるを得ない環境下に置かれている。こうした状況を一部補完するため、貧困地域での低所得者向け公費負担医療制度が設けられているが、財源等の問題より最低限の給付内容となっている。

こうした農村部における医療保障問題の根本的な解決のためには、地域の経済振興、住民の収入向上、地方政府の財政力の強化、そして税制等の整備による所得分配機能の強化等、医療保障制度外の要因の解決が必要不可欠である。

② 中国では医療保障制度がカバーする対象者の比率が低い。

上記のように制度的な枠組みは用意されているものの、実際には、農村合作医療、被用者医療保障制度双方ともそのカバー率は低い状況にある。

農村合作医療については、70年代初期には、人民公社を中心に整備され90%台まで普及したが、人民公社解体後は、経済的支柱を失った農村衛生院が激減し、農村医療もこれに並行してほぼ壊滅同様の状況となり、農村の保健医療水準は著しく低下した。衛生部では、こうした状況を踏まえ、80年代後半より農村合作医療の再構築を進めているが、その普及率は未だ10%程度にとどまっており、農村人口のうち約7億人は医療保障制度に加入せず、全額自費による医療を受けざるを得ない状況にある。その主たる原因は、農村部の貧困であり、現在、貧困対策と併せた、医療保健環境整備、医療保障制度整備が重要な課題となっているが、その早急な解決は、現段階では非常に難しいと考えられる。

一方、都市住民についても医療保障制度未加入者の比率が高まっている。被用者医療保障制度は、国有企業従事者については強制適用されるが、集体企業、外資系企業等については、一定規模以上のものについて、国有企業に準じて適用されることとされている。しかし、集体企業、外資系企業等に対する適用は強制適用ではないため、当該企業の経営状況、医療保障制度管理部門の弱体性等の要因により、未適用の労働者が増えていることに加え、改革開放政策の推進により医療保障制度の対象とならない小規模な個人企業等が増大しており、都市部での医療保障制度未加入者の数が急速に増加しつつある。

正確な統計は公表されていないが、現在、被用者医療保障制度に加入している者は、おおむね1億5千万人程度と言われており、都市部就業者総数の約7割を占めるにとどまっている。

今後とも、強制適用とならない私営企業従事者等の増加（II 1 雇用・失業状況参照）等が予測される中で、制度改正がなければ、都市住民の医療保障制度加入率は更に減少し、都市部住民相互間で給付面、費用負担面（特に高齢者関係）での不均衡が拡大すると考えられる。

③ 被用者医療保障制度管理体制等の未整備

中国における被用者医療保障制度管理は、基本的には中央が原則を定め、それに基づき地方・企業がその実情に応じ具体的な方法を定めることが、伝統的な手法となっている。

従って、最近進められている医療保障制度改革においても、例えば社会保障基金の運営主体（及びその上部機関）が地域ごとに異なる（運営主体 社会保障事業局、社会保障公司、医療保険株式会社等、上部機関 労働部門、財政部門等）、給付内容、費用負担も地域、企業ごとに取扱が異なる等の状況にあり、統一的な運用からはほど遠い状況となっている。このような状況が、被用者医療保障制度運営の混乱（加入企業の把握、指導不足、保険料徴収率の低下等）の原因の一つと考えられており、こうした管理運営体制を強化する必要性も、労働社会保障部の創設の理由の一つとなっている。

また、中国における医療費は急速に増大しているが、被用者医療保障制度としてその医療費を抑制するための制度の整備が遅れている。

具体的には、

- ア 医療費用は全て企業負担（労働者負担なし）だったため、患者（労働者）側に対する受診抑制の効果が全くなかった。
 - イ 診療報酬の審査は医療費の支払いを受ける医療機関（ほとんど公立）が実施する制度となっているため、医療機関への独立採算性の導入等と併せて、医療機関の乱診乱療の傾向が強まった。
 - ウ 診療報酬単価設定においても、技術料が低く設定されているため、高額薬剤の使用により収入を上げようとする医療機関が多く、また医薬品の価格管理、流通管理が不十分であったため、リベート等の横行による医薬品の濫用傾向が強い。
- 等の問題点があったため、一部負担金制度の導入、医薬品価格管理・流通管理の強化等の面で改革が進められているが、医療費増加圧力（被用者の負担能力の向上、医療ニーズの高度化、高齢化の進展等）が強く、十分な抑制効果をあげるまでには至っていない。

2 農村合作医療制度

(1) 農村合作医療制度の現状

農村部における医療保障制度は、「農村合作医療章程（試行草案 79年）」に基づき、80年代以降その普及、改革が進められているが、当該制度は、郷又は鎮を単位とし、農民の任意加入・脱退を原則とし、給付内容もその地域の実情に応じて定める弾力的なものとなっている。

90年代に入ってから、農村合作医療の普及は、「2000年に農村住民全てが衛生保健を享受する計画」により、以下の三大課題の一つとして位置づけられ、衛生部を中心に様々な施策が展開されている。

ア 農村三層衛生保健網整備

八五期間中に農村衛生院整備に対し政府・農民個人負担合計で約25億元投資

イ 農村医師の水準向上

50%程度が中等衛生学校卒業程度の水準

ウ 農村合作医療の普及

今世紀末までに普及率50%

このような努力により、85年では5%程度の普及率であったものが10%程度までようやく回復してきている。

しかしながら、経済的問題の大きい貧困地域では農村合作医療普及は全く目途がたっておらず（貴州省では普及率0%と言われている）、また関係調査によれば、こうした貧困地区では有病者の約7割が診療を受けられず、入院治療必要者の約9割が未入院との結果が出されている。こうした貧困地域での農村合作医療の普及は重要な課題となっているが、地域経済の不振等より、その実現は非常に難しい状況にある。

(2) 制度の仕組み

① 運営方式

農村合作医療の運営方式については、各地域の実情（経済状況、財政力等）に応じて、様々な形式ものが実施されており、定型的なものはない。現在、各地域で実施されている主な方式を示すと以下の通りである。いずれも被保険者は任意加入が前提となっている。

ア 村が運営管理する方式（村办村管）

保険者は村、被保険者は村住民。支給要件、給付内容等は村が定め、財源管理も村が実施する方式。現在、最も普及している方式であるが、保険集団も小さく、財政基盤も通常脆弱であり、また医療費適正化のシステムも脆弱であることから、これらの問題点を解消するため以下のような三方式の導入が進められている。

イ 村が運営し郷が管理する方式（村办郷管）

保険者は郷（保険集団の拡大）、被保険者は郷内の各村住民。支給要件、給付内容等は郷が各村と協議して定め、財源管理は郷（農村衛生院、郷合作医療管理委員会）が実施する。なお、決算は各村ごとに実施。

各村は、保健指導等を通じて医療費の適正化を実施し、当該年の支給総額が予算額を超過した場合には、超過分を各村が負担（医療費適正化システムの導入）する。

ウ 村と郷が共同運営管理する方式（郷村聯管）

保険者は郷、被保険者は郷内の各村住民。支給要件、給付内容等は郷が定め、財源管理も郷が一括して実施する。決算についても、郷が各村ごとに実施し、当該年の最終的な支給率について各村と協議（医療費適正化システムの導入）する。通常、郷政府が合作医療基金に一定の財政的補助（財政基盤の強化）を行っている。

エ 郷が運営管理する方式（郷办郷管）

保険者は郷、被保険者は郷内の住民。支給要件、給付内容等の決定、財政管理、決算全体を郷が実施する。通常、郷政府が合作医療基金に一定の財政的補助を行っている。最も財政的に安定すると考えられる方式である。

② 医療給付機関

農村合作医療の給付機関は、村級の村衛生室、郷鎮級の農村衛生院がその中心であり、県級の県病院等での治療等が給付対象となる場合は、保険の財政的理由より少ない。

したがって、農村合作医療制度の普及は、村衛生室、農村衛生院の整備状況等と密接に関連することとなるが、現在では、医療供給ポイントを有する村は約9割に達し、農村衛生院も約5万カ所に達し、おおむね全郷鎮に衛生院が整備された状況（V5 農村部における保健医療供給体制 参照）となっており、農村合作医療普及のための基礎的条件の一つは満たされつつある。

③ 保険料等

農村合作医療の医療費財源については、全額公益金又は村企業、郷鎮企業負担とする場合、農民が保険料として全て負担する場合、農民が支払う保険料と公益金・企業負担を組み合わせた三方式があるが、最後の方式が一般的である。

これの平均的な例を見ると、農民は年収の1%~2%を年間保険料として負担、郷鎮企業労働者は年間賃金の1%~2%を、当該企業はその同額を年間保険料として負担し、合作医療基金を設置している。また、当該基金に対し、郷・鎮は全体経費の10%~20%を公益金として負担する例が多い。

④ 給付内容

給付内容については、財政状況等の理由により、地域により多種多様なものがある。主な方式としては以下のものがあるが、各地でのヒアリング結果からは、いずれの方式でも、合作医療基金が支払う対象機関ごとの支給総額比率は定まっており、最も多い方式は、村衛生室での外来診療費として約40%~50%、郷鎮以上の医療機関（農村衛生院等）の入院医療費として約50%~60%が使用するものであった。

ア 診察料又は薬剤費いずれかを全額自己負担とする方式

イ 医療費（診察料、薬剤費込）の一部を自己負担とする方式

ウ 疾病の重要度に応じ自己負担を変える方式（軽微な疾病は全額自己負担、重症は保険給付対象等）

エ 医療給付請負方式（地域の医療機関等と保険者が総額請負契約を行う方式）

(3) 農村合作医療の今後の課題

① 普及率の引上げ

農村合作医療制度を実施している村は、85年では5%程度であったが、現在では10%強まで増加している。2000年までに、普及率を50%までに引上げることを政府の目標としているが、農村経済が停滞している現状では、実現不可能な状況となっている。現在、貧困地域の扶貧対策と並行して、農村保健医療水準の向上（施設整備、人材育成、農村合作医療普及等）を進めているが、農村部での経済問題の解決ができなければ、農村合作医療普及拡大は望めない。

② 給付内容の充実

既に制度が整備されている地域では給付内容の充実が重要な課題となっている。財政力の豊かな農村では、既に農村合作医療ではなく郷鎮企業を中心に労働者医療保険等を実施し、加入者本人に対し医療費全額の4割~7割の給付を行う所も出てきているが、一般の農村合作医療では最低限の医療を保障するのみであり、都市部住民と比較すると相対的にその差は拡大している。

今後、長期的には、農村経済の振興、所得再分配機能の強化、保険医療供給体制の整備等と併せて、農村部での医療保障水準の向上を図り、農村部と都市部の格差解消を図ることが必要となっている。

3 公費医療制度

(1) 公費医療制度の現状

公費医療制度は、「全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業体の国家職員の公費医療・予防実施に関する指示（1952年）」に基づき実施されているが、その内容は、「公費医療管理方法（1989年）」により一部改正され現行制度の基本となっている。

当該公費医療制度は、全国約1千万人の政府機関職員、約2千7百万人の事業単位職員（このうちの一部が対象）の基本的医療を保障するものであり、96年現在、公費医療制度対象者は3040万人となっている。

1996年における公費医療制度医療費総額は164億元、うち退職者関係で36億元となっており、被用者医療保障制度全体（表IV-12参照）の2割強、医療費総額（表IV-4、5参照）の1割弱を占めている（表X-2参照）。

また、給付総額の経年変化でみると、91年では51億元だったのが、96年では3倍以上に増加、退職者分については、93年の9億元が3年間で4倍に急速に増加している。一人平均医療費については、91年と比較すると、96年では全体で3倍、退職者2倍となっており、物価上昇を上回る伸び（当該期間中の物価上昇は91年基準で96年1.92）を見せている。これらが、患者負担導入、総額請負制の試行、個別地域での労働者医療保険制度改革試行への参加等の最近の改革の背景となっている。

<表X-1：公費医療制度の状況> (億元、万人、元)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
給付総額	50.5	50.4	95.4	101.4	131.3	164.3
退職者	-	-	9.1	14.6	24.0	35.7
公費医療対象者数	-	2,401	2,916	2,745	2,878	3,040
退職者	-	-	182	216	302	372
一人平均医療費	181	337	327	406	456	540
退職者	468	468	499	676	794	959

(衛生部資料)

(2) 制度の仕組み

① 組織等

公費医療の運営は、「公費医療管理方法（1989年）」に基づき、公費医療管理委員会（衛生部門、財政部門、組織・人事部門、医薬部門、労働組合等の各代表で組織）の指導の下、各級人民政府衛生部門が主として業務を担当することとされている。これらの組織は以下のような業務を担当することとされている。

- ア 公費医療制度に関する政策、規定の整備及び実施管理
- イ 公費医療制度に関する統計、将来予測
- ウ 当該公費医療の対象となる機関、人員の認定
- エ 当該公費医療の予算・決算、資金管理
- オ 下部組織の公費医療制度の検査、指導
- カ 公費医療制度に関する宣伝、教育

② 適用対象者

公費医療制度の対象となる者についても、「公費医療管理方法」に規定されており、基本的に国家が直接その賃金、又は生活費を負担する者が対象とされている。具体的には以下の通りである。

- ア 各級国家機関職員、党派職員、国家予算で賃金を支払うこととされている人民団体の職員等（独立採算又は経費差額補助を受ける各級各種学会、協会、研究会、基金会等の職員及び臨時工、季節職員は対象外）
- イ 各級文化・教育・科学・衛生・体育・経済建設等の事業主体であって、国家予算で賃金を支払うこととされている事業主体の職員（独立採算又は経費差額補助を受ける事業主体の職員及び臨時工、季節職員は対象外）
- ウ 国家予算で賃金を支払うこととされている税務部門又は工商部門職員
- エ 中華全国総工会、各級地方工会、産業工会において全額工会が負担する事業に従事する職員（財務上、独立採算又は経費差額補助を受ける事業に従事している職員及び臨時工、季節職員は対象外）
- オ 公費医療対象機関において、長期間疾病により休職している者等であって、認定を受けた者
- カ 公費医療対象機関の離退職者及び軍での従業経歴を有する軍籍のない離退職者
- キ 長期間軍関係福祉を受けている者であって、在郷2等乙級以上の革命傷痍軍人及び軍人療養院等に入所している傷痍軍人
- ク 公費医療対象外機関で従事した職員であって国務院の退職規定に合致する者のうち、民政部門の退休金の給付を受けている者
- ケ 国家が正式に設置を認めた高等学校において、その計画に基づき教育を受けている本科学学生、専科学学生、研修生（自費、幹部専修科学生を除く）及び疾病により休学した学生のうち認定を受けた学生（1年以内）
- コ 公費医療対象機関の招聘した研修生
- サ 中央及び国務院が公費医療の対象者として定めた者

③ 医療給付内容

公費医療の給付は、原則として公費医療部門が指定するごく少数の医療機関（指定医療機関）において受けることとなっている。ただし、救急その他の理由で指定医療機関での医療給付が困難な場合には、認定を受け給付を受けることができる（日本の療養費払いに相当）こととされている。

具体的対象となる主な費用等は以下のようなものであるが、初診料、往診料、入院時に係る食費及び付添看護費については、公費医療の給付対象費用とはなっておらず、原則自己負担とされている。また、公費医療の給付対象となる薬品についても、「公費医療用薬精算範囲」に基づき、その種類が約500種類強に限定されており、これ以外の薬品については、原則自己負担とされている。

- ア 公費医療支給対象者が、指定医療機関で受けた医療に係る費用（病床費、検査費、薬剤費、治療費、手術費等）。
- イ 救急その他で指定医療機関で医療を受けられない場合に、近くの医療機関で医療を受けた場合の費用。
- ウ 公務による外出、休暇中の親族訪問の期間中に、当該地の医療機関で医療を受けた場合の費用。
- エ 手術又は重篤による入院の回復期に、短期間のリハビリ等を行う場合、指定医療機関の意見に基づき、所属機関の同意及び公費医療主管部門の許可を得た範囲内の医療費（薬剤費含む）。手術及び重篤以外の理由による疾病に関しリハビリ等を行う場合には、指定医療機関の意見に基づき、所属機関の同意及び公費医療主管部門の許可を得た範囲内の薬剤費のみ。

オ 指定医療機関において必要な薬品の給付を受けられず、外部で購入しなければならない場合、指定医療機関が証明する薬剤の費用。

カ 計画生育手術に係る医療費。

キ 病態の必要性から、指定医療機関が証明し取付を行った輸入口臓器（ペースメーカー等）に関する費用。ただし、国産品の最高価格を上限とする。

ク 病態の必要性から臓器移植を行った場合に、公費医療、所属機関及び個人が共同負担するという原則に従い協議した結果、公費医療が負担すべきこととされた費用。

ケ 重篤な患者の救急医療の必要上使用した、血液製品等の費用

公費医療の給付率については、従前は100%給付であったが、医療費総額増大等を踏まえ患者一部負担の導入が進められ、97年には中央国家機関職員についても全て実施された。ただし、その一部負担率は各公費医療の経営状況により異なっているが、おおむね外来については10%~20%、入院については5%以下の範囲内となっている。

また、公費医療の総額請負制を実施している地域では、当該額を上回る額の一部について自己負担となるが、おおむね予算額超過分の20%~40%相当が上限となっている。

④ 休業保障

療養期間中の所得保障については、「国家機関工作人員病假期間生活待遇的規定（1981年）」に基づき、賃金の一定割合が保障されているが、その概要は以下の通りである。

ア 療養開始後2ヶ月以内の休業期間中	休職前賃金の100%
イ 療養開始後3ヶ月~6ヶ月の休業期間中	
10年以上の就業期間である者	休職前賃金の100%
10年未満の就業期間である者	休職前賃金の90%
ウ 療養開始後6ヶ月を超える休業期間中	
10年以上の就業期間である者	休職前賃金の80%
10年未満の就業期間である者	休職前賃金の70%

⑤ 給付財源

給付財源については、政府が全額負担することとされており、現在、対象者より保険料等を徴収していない。

(3) 今後の改革の方向

労働社会保障部の創設に伴い、公費医療制度と労働者医療保険制度は同一部局内で管理されることになり、将来的に統一的な取扱を行うことが目標とされている。一部地方では、既に公務員と企業労働者を同一の医療保険制度内で処遇することも試行されており、これら制度の動向を踏まえて検討されることになると思われる。

今後、公費医療制度に関し、改革の検討課題となるのは以下の点であると考えられる。

ア 公務員及び退職者からの保険料徴収。

イ 一部負担金の負担率の均衡

ウ 現在、試行されている各種労働者医療保険制度との均衡を図った制度設計。

エ 給付内容の整理及び診療報酬、薬価等の合理化（労働者医療保険と同様）

オ 医療費の審査・支払制度の整備（労働者医療保険と同様）

4 労働者医療保険

(1) 労働者医療保険の現状

労働者医療保険制度は、企業の従業員に対する医療保障制度であるが、従来は「労働保険条例」等に基づき実施されていた。しかし、国有企業の経営の悪化、医療費の増大等の要因により、90年代以降、労働者医療保険制度改革（社会負担化の試行）が進められており、現在は、労働者医療保険条例等に基づく従来制度と労働部等の指示に基づき各地方が定めた規定により実施されている新制度（試行）が並存する状況となっている。

従来の制度の適用対象者は、80年代半ばでは約8千万人であったが、90年代初めで約1億3千万人強まで増加した。しかし、現在、国有企業の経営不振、各種新制度の試行等により、現在まで、ほぼ減少傾向になっていると推計されている。

新制度については、大病医療保障制度については全国で約1千5百万人がその対象とされており、個人医療口座制度については現在全国58の都市で試行が実施されている。

労働者医療保険制度において、従来制度、新制度双方の医療費総額は、1996年現在で、労働者関係で約333億元、退職者関係で約230億元、合計で約560億元となっており、被用者医療保障制度全体（表IV-12参照）の約8割、医療費総額（表IV-4、5参照）の約1/4を占めている。

経年変化をみると、91年と比較して96年では、約2倍の医療費となっており、国有企業等の経営不振等と並んで、医療費の増大は医療保険制度改革の重要な要因となっている。

<表X-2：被用者保険医療費の状況 1996年> (億元)

	医療費総額 (推計)	被用者保険医療費総額	うち労働者医療保険		うち公費医療	
			労働者	退職者	公務員等	退職者
金額	2,028	722	333	230	123	36
比率	100%	36%	16%	11%	6%	2%
		100%	46%	32%	17%	5%

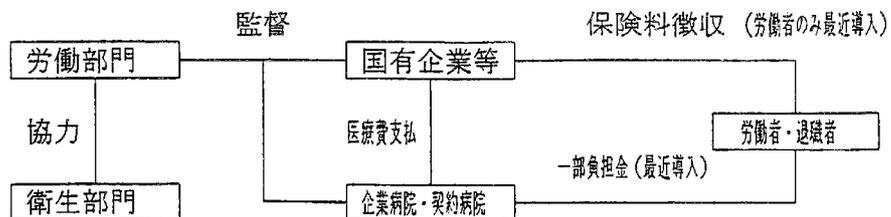
(中国労働統計年等より)

(2) 従来制度の仕組み

① 組織等

従来制度については、当初、他の分野（年金等）と併せて、労働者福祉の一環として各企業の工会（労働組合）がその運営管理を行っていたが、現在では、各級労働部門の監督下で企業行政部門が実施している。現在の従来制度は、当該国有企業等ごとに、労働者及び退職者の保険集団を設け、医療保障を行うこととされている。

<図X-2：労働者医療保険制度（従来制度）の仕組み>



医療給付は、企業病院で行われるのが通常であったが、国有企業の経営改善、医療供給システムの近代化等の観点から、病院を企業から切り離す政策が推進されている。

なお、医療費の支払については、労働者・退職者が企業病院等で医療を受けた場合に、国有企業等が企業病院等に対し直接医療費の支払いを行う仕組みとなっている。

② 適用対象者

従来制度たる労働保険条例が直接適用される事業所等は、基本的に国有企業であり、具体的には以下の通りである。

- ・職員数100名以上の国営、私営及び公私共同経営の工場及び付属機関等
- ・鉄道、航空、郵便等の各企業及び付属機関
- ・工業、鉱業及び交通事業の基本建設機関
- ・国営建設企業

なお、国有企業以外の以下の企業に就業する者等は、当該記載の規定に基づき国有企業従事者に準じて医療保障を行うこととされているが、国有企業と比較すると、その実際の適用率は低く、新制度試行の要因の一つとなっている。

ア 集体（所有制）企業

：关于城镇集体所有制經濟若干政策問題的暫行規定（1983年）

イ 中外合資經營企業

：中外合資經營企業労働管理規定（1980年）

ウ 外商投資企業

：关于外商投資企業用人自主權和職工工資、保險福利費用的規定（1986年）

エ 中外合作經營企業

：中外合作經營企業法（1988年）

オ 私企業及び個人企業

：私營企業労働管理暫行規定（1989年）

カ 国有企業に就業する正規職員以外の者

：全民所有制企業招用農民合同制工人的規定（1991年）

全民所有制企業臨時工管理暫行規定（1989年）

③ 給付内容

従来制度による給付内容は以下の通りである。

ア 医療給付

医療給付は、企業病院又は契約病院を受けることが原則とされており、給付対象となる費用については、基本的に公費医療と同様である。

給付率については、従来は100%給付であったが、医療費総額増大等を踏まえ患者一部負担の導入が進められ、原則として全ての国有企業等で一部負担制が導入されている。

患者一部負担比率は各企業の経営状況により異なっているが、おおむね外来については10%～30%、入院については5%～20%の範囲内（年間本人賃金総額の5%を上限）となっている。

イ 家族医療給付

労働者家族（通常は夫婦共稼ぎであるので、子供が対象）についても、医療給付の対象となる。給付率は5割である。

ウ 休業保障

療養による休業期間中については、休業後6ヶ月間は、労働者の就業期間に応じ、本人標準報酬の60%~100%を、当該期間経過後は、本人標準報酬の40%~60%を休業保障として支払うこととされている。

④ 給付財源

医療給付財源については従来は全て企業負担であり、賃金総額の11%が医療費に使用することとされていたが、医療費財源の不足により、これに加えて3%の副食費等を更に医療費に使用して良い旨(計14%)の財政部の指示(1992年)が出されている。

しかし、こうした医療費財源確保の措置にも関わらず、歴史が古く退職者が多い国有企業では医療費負担が重く財源不足が常態であり、また国有企業の中には賃金支払遅延、支払停止等の状況にあるものも多く、十分な医療保障を受けられない者が多数生じている。こうした中で、医療制度改革の一環として賃金の1%程度を本人保険料として徴収する企業も増加してきている。

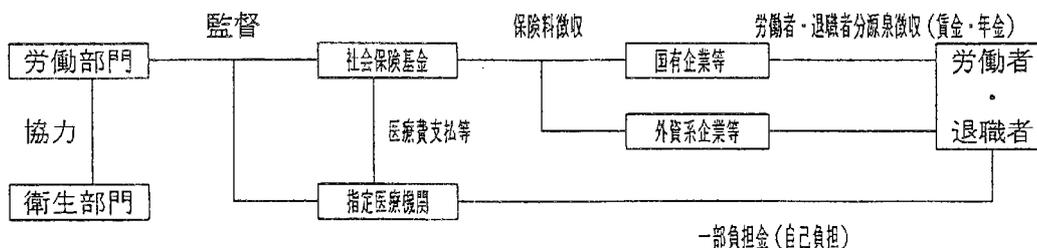
(3) 新制度の仕組み

① 組織等

新制度では、一定地域内(地区、県等)に所在地を有する国有企業、外資系企業等の労働者及び退職者を保険集団とし、保険集団の拡大(リスク分散)を図るとともに、社会保険基金(Ⅷ3社会保険基金参照)を医療保険事業の運営主体とする仕組みが導入されつつある。

各企業は、医療保障制度に関し、労働者・退職者から源泉徴収した保険料と企業負担分の保険料を併せて社会保険基金に支払えば、基本的に医療保障関連事務(特別の労働者医療保障を実施しなければ)を行う必要はないこととなっている。

<図X-3:労働者医療保険制度(新制度)の仕組み>



② 適用対象者

試行中の各種新制度は、制度毎の差異があり、また各地方の実情に応じて規定を定めて実施することとされているため統一的な取扱とはなっていないが、基本的に以下のような者を適用対象とすることとされている。

- ・原則として全ての国有企業、集体企業に従事する者及び当該企業の退職者
- ・条件の整った地域では、私営企業、外資系企業等に従事する者(中国人)及び当該企業の退職者(中国人)

③ 大病医療保障制度

大病医療保障制度は、「試行職工大病医療費用社会負担に関する労働部通知（1992年）」に基づき、各地方政府が規定を定め実施している試行制度の一つである。

当該制度は、労働者及び退職者を保険集団とし、医学的に見て長期な治療と多額の医療費を必要とする疾病を保険事由とする医療保険制度である。通常、疾病ごとに統一的な治療方法、調剤方法、給付額等が定められている。なお、本保障制度の対象とならない疾病については、従来制度により、企業が直接給付（7割～9割給付）することとなっている。

当該試行制度は、96年末で加入者が約1千5百万人に達しており、各種試行制度の中で最も成功しているものであるが、この方式は、大病の範囲をどのように定めるか、給付率をどのように定めるか、保険料負担以外にどのような企業負担を求めるべきか等の問題が残されており、今後の評価が待たれる。なお、当該制度に関する北京市の規定を参考までに示すと、おおむね以下のような内容となっている。

ア 適用対象者

北京市内に所在する市、区、県所属の企業に従事する者及び当該企業の退職者

イ 保険料

企業が、以下の額を社会保険基金に保険料として納付する。

○企業負担分

外商投資企業：前年度全市労働者平均賃金の6%×在職職員数

上記以外の企業：前年度全市労働者平均賃金の2.5%×在職職員数（中国人）
（当該企業の前年度平均賃金が、前年度全市労働者平均賃金を10%以上下回る場合は、前年度全市平均賃金の90%を基礎に計算）

○本人負担分

労働者、退職者とも前年度全市労働者平均賃金の1%（賃金、年金より源泉徴収）

ウ 対象疾病

業務外の疾病であって、1回の入院費用額又は1ヶ月の医療費合計額が、二千元を上回る疾病を当該保障制度の対象とする。ただし、自殺、交通事故、許可を受けない指定医療機関外での受診（救急を除く）等については給付対象外。

なお、患者は、原則として、市労働局が指定した医療機関で、医療保険カードを提示して受診しなければならない。

エ 保険給付率

医療費総額 2千元～5千元	90%給付	} 残余は企業と本人が負担。 企業負担は残余额の7割以上。 (従来制度の最低給付率と同一)
5千元～1万元	85%給付	
1万元～3万元	80%給付	
3万元～5万元	85%給付	
5万元～	90%給付	

カ 社会保険基金

区、県の社会保険基金が大病医療費保障制度の基金運営を担当するとともに、保険料総額の10%を市社会保険管理中心に対し、財政調整基金の財源として支払わなければならない。

④ 個人医療口座制度

個人医療口座制度は、「職工医療保険制度改革試点に関する意見（1993年）」等に基づき、1997年現在、全国58カ所の市で試行されている新制度である。

当該制度は、労働者（地域によっては公務員も含む）及び退職者を保険集団とし、疾病全般を保険事由とする、基本的医療保障を目的とする医療保障制度であり、強制貯蓄型個人医療口座と社会保険方式を組み合わせた仕組みとなっている。

当該制度の基本的骨格を示すと以下の通りであり、これにより、個人の保険加入意識の向上と医療費節減の効果が生まれると期待されている。しかしながら、事務管理面でみると、この方式は、少額の個人口座を多数管理する必要があり、管理上困難であることから、實際上普及することは困難ではないかと考えられる。

ア 適用対象者

一定地域内に所在地を有する全ての企業に従事する者及び当該企業の退職者

イ 保険料

企業が、以下の額を保険料として社会保険基金に納付（従来制度の企業負担医療保険財源（＝賃金総額の11%）に相当）する。

○企業負担分：賃金総額の10%相当額

○個人負担分：労働者本人賃金額の1%相当額（源泉徴収）

このうち、個人負担分と企業負担分の半額との合計額（計6%）を社会保険基金の個人医療口座に積立て、残りの企業負担分（5%）を社会保険基金医療保険勘定において全体管理する。

ウ 保険給付の方式

労働者が医療を受けた際には、まず個人医療口座より、年収の5%を上限に医療費の支払を行う。それを超えた分については社会保険基金医療保険勘定より支払が行われるが、超過した医療費の金額の多寡に応じて、更に個人は一定の負担を行うこととなる。

超過医療費総額	～5千円の部分	保険給付率80%～90%
	5千元～1万円の部分	保険給付率90%～92%
	1万円～の部分	保険給付率98%

（1万5千円の超過医療費の場合は、合計で保険給付率は89.3%～93.3%となる。）

⑤ 退職者医療保障制度

退職者医療保障制度は、一定地域内の退職者に関し、当該地域内の企業が共同して医療給付事業を行う方式である。

退職者は、指定医療機関においてのみ医療給付を受けることができ、そこでは治療方法、調剤方法、給付額等が統一されており、患者は医療を受けた際に医療費の一部を病院等に支払わなければならない。社会保険基金は、企業からの保険料（総賃金の一定額）を原資に、保険給付を行うものとされている。

この方式を単独で試行している地域は少なく、大病医療保障制度の一環として実施されている場合が多い。

(4) 今後の改革の方向

① 統一制度の構築及び制度普及

労働者医療保険制度は、従来制度と新制度が並存しており、過渡期とはいえ非常に複雑な制度となっている。また、新制度で最も普及している大病医療保障制度についても、加入者は約1千5百万人で企業労働者全体の約10%程度に過ぎない。

このような状況をみると、医療保障制度改革は、まだ端緒についたばかりの状況にあり、経済改革の速度に比べて非常に遅れていると評価できる。国有企業の改革等を促進するために、養老保険のように統一制度の構築及びその普及のための模索が続けられている。

この際、各企業間の給付と負担の公平化を図り、医療保障制度の経済中立性を確立するために、経営不振の企業等に関しては一定の財政的負担を行い、企業間の負担の公平化を図る方向を検討すべきと考えられる。

② 保健医療機関の統一管理及び医療サービスの質の向上

従来、衛生系統、労働系統と分離して管理監督されていた保健医療機関について、「医療機関条例（1994）」等に基づき、衛生部門と労働部門の共同による管理監督（指定医療機関制度等）、社会資源の有効利用、医療サービスの質の向上、職員の技術水準の向上等のための施策が進められており、患者負担等に見合った医療供給体制の整備が進められている。

③ 診療報酬及び薬剤使用の適正化

過剰診療、過剰検査、過剰投薬等を抑制するため、現在、疾病ごとの治療標準を整備しており、これと並行して診療報酬の定額払制度の導入も検討されているが、今後、国家計画委員会等の計画部門で定めている診療報酬については、医療費の増大を抑制しつつ、医療の質を向上させるため、よりきめ細やかな診療報酬制度を設けていくことが必要と考えられる。

また、高額薬剤の使用排除、過剰投薬の抑制等を行い、医療費の半数を占める薬剤費の適正化を図るために、公費医療では既に整備されている給付対象薬剤リストと同様なものを、労働者医療保険においても作成作業を進めているとともに、薬剤の価格制度の改正、薬剤流通の適正化、技術料重視の診療報酬制度の確立等が徐々にではあるが進められており、今後の推移が注目される。

④ 医療保険事務の合理化、簡素化

医療保険事務の合理化等のため、医療機関に対する写真付医療保険証の提示制度の創設（不正診療の排除等）、医療保険ICカード導入の試行（個人医療保険口座からの医療費支払の迅速化等）等が進められている。なお、今後、診療報酬の審査システムの整備が重要な課題になると考えられる。