

西南学院大学大学院経済学研究科
学位請求論文

中国における医療保険制度と医療資源利用の効率性に関する研究

Hu Qi

胡 琦

目次

序章	1
第1節 問題意識	
第2節 先行研究	
第3節 本論文の仮説と結論	
第4節 論文の構成	

第I部 制度の変遷からみた医療保険の特徴

第1章 萌芽期—旧医療保険制度の基盤形成	11
第1節 労働保険条列の創設	
第2節 公費医療	
第3節 農村合作医療制度	
第2章 遅滞期—旧医療保険制度の発展	18
第1節 文化大革命の影響	
第2節 80年の改革	
第3章 模索期—試行医療保険の創設	30
第1節 試行の医療保険モデル	
第2節 90年代後半の医療保険の状況	
第4章 転換期—新制度への転換	38
第1節 城鎮職員基本医療保険制度の創作	

第2節	新型農村医療保険の誕生	
第3節	城鎮居民基本医療保険制度	
第4節	中国における医療保険の特徴	
補論1	医薬品に関する制度	48
第1節	『国家基本保険医薬品リスト』	
第2節	薬品流通ルートの種類とその改革	
第3節	薬価決定方式と行政管理	

第Ⅱ部 医療業界の実態

第5章	患者・医師・医療資源から見た医療業界の問題点	63
第1節	患者の視点から	
第2節	医師の視点から	
第3節	医療資源の角度から	
第6章	医療資源の浪費に関する実証分析	80
第1節	分析対象と仮説	
第2節	推定モデル	
第3節	使用データ	
第4節	分析結果	
第5節	結論	
第7章	医薬分業制度の創設とその現状	93
第1節	医薬分業制度創設の背景	
第2節	中国における医薬分業制度の誕生	
第3節	中国における医薬分業の現状	
第4節	医薬分業がもたらした新たな課題	

補論 2 病院内の医薬品の購入方式	112
第 1 節 共同入札購入方式の誕生	
第 2 節 具体的内容	
第 3 節 共同入札購入方式がリベート問題を深刻化させる	
第 4 節 共同入札購入の改革	
第 5 節 共同入札購入医薬品の価格決定	

第Ⅲ部 今後の医療政策

第 8 章 地域医療機関連携	121
第 1 節 コモンズの悲劇から見る医療資源の浪費	
第 2 節 比較優位から考える地域医療機関の機能分化	
第 3 節 病院マッチング	
第 4 節 地域連携モデルと医療保険の改革	
終章	138
第 1 節 医療保険制度の「限局性」	
第 2 節 医療業界の問題点	
第 3 節 地域における医療連携を行う	
第 4 節 今後の課題	
参考文献	145

序 章

第1節 問題意識

新中国は建国から60年余り、目覚ましい経済成長を遂げてきた。1978年の中国共産党第十一期中央委員会第三回全体会議で提出された改革開放政策をきっかけに、中央集権型の計画経済体制を地方分権型市場経済に転換させてきた。市場経済への転換における主要な改革としては、国営企業の経営管理体制¹が崩され、中央に集中された経営管理自主権を企業に与えるようになった。本来の閉鎖的な経営方式を打破し、経営形態の多様化が進展してきた。長期赤字の国営企業は民営化され、あるいは企業の財産を譲渡・賃貸する措置を講じた。

国営企業改革が最も影響したのは国営企業の職員向けの医療保険制度である。計画経済の下で、「ゆりかごから墓場まで」の医療保険制度を実施したが、赤字国営企業の倒産及び企業の損益を自己負担する制度の創作は、財政破綻寸前に陥った医療保険制度の崩壊を加速した。一方で、1982年の憲法改正による「人民公社²の解体」宣言によって、集団経済が解体され、農民に農作の決定権を与えるという家庭請負責任制を導入する農業改革を実行した。人民公社を前提として創作された農村合作制医療制度に対しては壊滅的な打撃を与えた。したがって、医療費の負担が国（あるいは集団）から個人へ転嫁されるようになった。90年代に入り、「看病難、看病貴」（受診が難しい、医療費が高い）という言葉が頻繁にマスコミに登場し始めた。

医療問題を緩和するため、城鎮職員医療保険をはじめとして、新型農村合作医療保険、城鎮居民医療保険制度が次々と導入された。しかしながら、過去十数年間にわたって、「看病

¹ 計画経済の下で、行政の計画委員会が社会全体の需要と供給を予測し、生産計画、流通計画、販売計画、生産手段の配分計画など各業界の計画を作成し、企業は単なる生産・販売単位としてその計画に従い活動を行った。企業自体は企業の所有権と経営自主権を持っていないので、損益状況を考慮していなかった。

² 人民公社は計画経済の下で、農業集団化のための基礎組織である。

難、看病貴」問題は年々深刻さを増しつつある。近年、等級³が高い病院では多くの患者が集中し、既存の病床が患者の需要を満たせないため、入院棟の廊下まで病床を無理に追加している一方で、等級が低い病院では病床の利用率が低いという現象が生じている。先端医療を受けるべきの重症患者が何ヶ月待っても空いている病床がないことで入院できないケースも少なくない。また、十何年前から医療費を抑制するため、医療と医薬品を分離するという対策が提唱されたが、現在に薬剤費の医療費に占める比率が高い。そこで、本論文においてはこういった問題に注目して医療業界における問題点を研究している。その上、医療保険制度の特徴を踏まえ、今後の改善政策を提言している。

第2節 先行研究

医療保険制度が身近な話題であるため、いつでもどこの国でも注目を浴びている。中国の医療保険制度に関する研究は、90年代後半以後、「看病難、看病貴」の社会問題が次第に深刻化するに伴い、盛んになってきた。社会保険学が新たな学科として各大学で設けられただけでなく、大量の教科書や学術誌などが出版された。研究の内容から見ると、社会保険制度の歴史の変遷の紹介、制度の仕組みや問題点の検討、医療費高騰の分析が主流である。

歴史の変遷に関する研究では、『中国医療保障制度改革実用全書』（蔡仁華編、1997）、『中国社会保障発展報告 1997-2001』（陳佳貴編、2001）、『中国社会保障制度の変遷と評価』（鄭成功、2002）などの中国語の研究書がある。これらは政府機関や関連部門の役人によって編著されたものであるため、医療保険制度改革に対する検討より歴史の変遷の紹介に偏っていると考えられる。旧医療保険制度の誕生から新たな城鎮職員医療保険制度が創作されるまで、医療保険制度の改革過程及び制度の仕組みの紹介が中心となっている。その中、『中国社会保障発展報告 1997-2001』と『中国社会保障制度の変遷と評価』では医療保険制度だけでなく、年金制度や雇用保険などの制度に関する研究にまで及ぶ。旧医療保険制度が雇

³ 病院のランキング。中央衛生部は、病院の規模、設備、施設、在勤医師の学歴、負傷者の救命率などを評価指標とし、病院に等級を付けている。

用保険制度と年金制度を合わせて 1 つの条例として創作されたため、現行の城鎮職員基本医療保険制度が成立するまでは、医療保険制度だけを中心とした研究が比較的少ない。一方、『中国医療保障制度改革実用全書』では中国の医療保険制度だけではなく、国際比較の観点から外国で実施された医療保険制度の仕組みも紹介されていた。

歴史的変遷を紹介しながら、制度の仕組みや問題点を検討する先行文献も少なくない。たとえば、陽・坂口(2002)は、旧医療保険制度の仕組みを説明し、存在した問題点を明らかにした上で、現行の城鎮職員基本医療保険制度が生まれた背景、特徴及び問題点に焦点当てた。李(2003)は、経済体制改革と医療保険制度の関連の観点から、90年代までの医療保険制度改革の展開過程を検討した。その上で、この論文では、医療保険改革前の制度は「都市と農村の断層」、「単位保障」、「広いカヴァレッジ」という特徴があり、80年代における市場経済化の推進に伴い、未加入者の増加と格差の更なる拡大、医療機構の「畸形的」な収入構造、医療費の高騰という問題が生じたと指摘した。2007年の城鎮居民基本医療保険の成立に伴い、現行の三大公的医療保険制度の基盤が形成された。その後の研究では、新型農村合作医療保険と城鎮居民基本医療保険に関する分析も含まれている。たとえば、羅(2011)は、農村と城鎮を分けて歴史的変遷を紹介した上で、現行医療保険制度の仕組み及び現状と問題点を探った。そして、上述2つの研究と異なって、国際分析の視点から日本の医療保障制度の現状を踏まえ、日本の医療保障制度における「正」と「負」の経験を分析した。さらに、分析の結果を通じて、総合政策学の視点から全国民向けの中国の医療保障制度改革と再構築の政策提言を行った。この論文では、政府の強力な政策指示、必要な財源の確保及び関連法律の整備は、「全民皆医保」の医療保険制度を確立する重要な要素と指摘した。中国はもちろん、日本においても、中国社会保障制度に関する研究成果が少なくない。たとえば、吉田治郎兵衛著の『中国新医療衛生体制の形成移行期の市場と社会』(東方書店出版、2010)では1980年代から1990年代後半までの中国医療衛生体制の変容を「医療衛生制度」「薬事行政」「製薬産業政策」「公的医療保険制度」の側面から、全面的に論述した。その上、患者、医師・病院、製薬企業、医薬品販売業者、行政の各アクターの行動分析を通じて、「医療費・薬価の高騰」のメカニズムを議論した。

新世紀に入って以来、「看病難、看病貴」という社会問題がますます深刻になっていく。以前の単になる医療保険制度の仕組みや問題点に関する研究に代わって、研究者たちは様々な角度から医療費高騰の原因を分析し始めた。城本(2000)は医療保険制度面だけではなく、薬価政策にも焦点をあて、要因を求めている。病院経営が医薬品流通業界へのリベート依存にあるため、過剰医薬品を投与される現象が起こる。薬価が高騰すると医療費全体の高騰に直結すると断言した。窪田(2008)は、医療保険制度の観点から考察してきた。医療保険適用となる治療や医薬品には厳しい制約があり、基本医療保険の給付金への財政投入はほとんどなく、医療保険は私立医療機関では利用できないから、個人の医療費負担が重くなったと判断した。これに対して、三浦(2009)は医療技術の進歩、外国から最新の検査設備の輸入も医療費用上昇の一つの原因だと指摘している。一方、焦・胡(2012)は、「看病難」問題を主に「大病院で受診・入院することや知名度の高い医師の予約が難しい」と表現しており、その原因が政府からの補助金不足、医療資源の地域格差、先端医療資源の不足、医療需要の増加などだと指摘した。

上記の専門書や学術論文のほかに、医療システムの関連部門は定期的に調査を行い、得た結果を本として発行している。『中国衛生年鑑』は人的資源・社会保障をはじめとして9政府部門⁴に共編され、1983年に創刊して以来毎年刊行しており、主に医療衛生体制改革、重要な会議報告、政策法規、各省・自治区・直轄市衛生発展、医療保険管理などの18方面から中国医療システムの発展状況を明らかにする本である。そして、統計視角から上述の各分野にわたる基本的なデータを広く集録する本は『中国衛生統計年鑑』であり、2003年から毎年発行している。

ところが、上述した先行文献では社会学、政策学の視点から医療保険制度の改革変遷、問題点及び今後改革の動向に関する研究が多いが、経済学の視点から分析するケースはほとんどないである。

⁴ 衛生部、全国愛国衛生運動委員会、工業と情報化部、人事資源・社会保障部、国家商品監督管理局国家漢方薬管理局、国家品質監督検査検疫総局、解放軍総後方勤務部。

第3節 本論文の仮説と結論

上述した先行文献では、医療保険制度の歴史的変遷をたどる研究が多かったが、城镇居民向けの医療保険制度が2007年に設立されたので、城镇居民基本医療保険制度に関する研究も含む先行文献が比較的少ない。そして、医療保険制度の形成過程の分け方が様々である。医療保険制度の改革過程において、「文化大革命」と「改革開放」が重要な契機であるため、本論文はこの2つ政策の実施を転換点として医療保険制度の形成過程を四つの時期に分ける。それは、建国の直後1951年から文化大革命の直前1965年までの萌芽期、文化大革命開始から1980年後半までの遅滞期、1990年代前半から1990年代半ばまでの模索期及び1990年代後半から現在までの転換期ということである。

各時期における医療保険制度の仕組みや改革過程を回顧し、「限局性」という特徴があることを明らかにする。その「限局性」は2つの面で表され、保険自体の限局性と制度実施の地方限局性である。保険自体の限局性というのは、指定医療機関や指定薬局に限り医療保険が適用されることに加え、給付対象の疾病や医薬品も限定されていることである。そして、医療費の給付についても、給付のスタートラインと上限額が設定される。一方、医療保険は全国統一運営管理制度ではなく、仕組みや具体的な内容の規定から運営まで地方政府が組織する。したがって、地域によって、医療保険の給付範囲や給付率(額)などが異なっており、地域間で医療保険を通用できない。医療保険制度の実施においては、地方限局性という特徴を持っている。これは中央—地方政府の「条条塊塊⁵⁾」と「権利下放⁶⁾」という政策の実施に影響された結果と考えられる。

⁵⁾ 「条条」とは中央から省—市—県といったタテ方向に貫いている行政、司法、立法機構及び同機構における部門別の指揮管理系統のことである。それに対して「塊塊」とはある地域の内部において権限が集中する一つの部署から他の部署へのヨコ方向の指揮系統のことを指す。この「条条」すなわち中央からタテ方向に貫く指揮、管理系統を指して「タテの集権」と呼び、また「塊塊」すなわち地域の中での権限の集中という現象を「ヨコの集権」と呼んでいる。

⁶⁾ 計画経済の下で、経済、行政、財政などに対する権限を中央政府に集中し、市場経済への移行に伴い、権限を中央政府から地方政府に移譲することとなった。地方政府は権限を獲得した後、管轄地域の独自の主体としての性格をもち、地方政府主導型体制が形成されていった。

医療保険が「限局性」を持っているからこそ、全国人口の1/6を占める⁷流動人口⁸が病気になった時、医療保険証を持っていても医療費を全額自己負担することとなる⁹。これは医療保険のカバー率が年々上昇しても「看病費」問題がますます深刻になりつつある要因であると筆者は考える。日本のように、各地方の医療保険の関連組織を統一管理し、保険証で全国の医療機関を受診できるように改革すれば、「限局性」を根本的に解決できるが、現実の中国ではなかなか実現できないと考えられる。そこで、本論文は地域を単位として現行の地方政府主導型医療保険の内容を充実させようと提案する。

また、医療費の高騰だけではなく、いつか患者間に「小さな病院の医師の技術が信用できないので、できる限り大きな病院へ受診に行った方がいい」「大きな病院では深夜から列に並んでも診察してもらえないわけではない」という声が上がった。ネットには「患者が病院の病床が空くまで待っているうちに、亡くなった」という悲惨なニュースもあった。統計データにより、基礎医療機関の利用率が低い一方で、先端医療機関に大勢の患者が集中している。その原因は医療資源が効率的に利用されていないことであると考えられる。

医療保険制度の「限局性」と医療資源利用の非効率性問題への対策としては、地域医療連携を通じた解決方法が現実的であると考えられる。これはつまり地域を単位として効率的な医療資源の配分を行うというやり方である。なぜか地域を単位とするかということ、中国における医療保険制度が「地域限局性」という特徴を持っているからである。この特徴は長期間にわたって構成された中国の経済体制、行政体制、財政などに関係があるので、簡単に変えられないものである。また、一見すると医療保険と医療資源間に関連性が低い、中国の医業における両者は密接な関係がある。

⁷ 「2014年国民経済と社会発展統計公報」によれば、2014年年末まで中国全国人口13.6億人、流動人口2.53億人となった。

⁸ 流動人口とは、出稼ぎなどのために戸籍地(出身地)を離れ、経済が比較的発展している都市部などで就職し、生活する人である。

⁹ 中国における城鎮職員医療保険を除き、城鎮居民医療保険や新型農村合作医療保険に加入するため、必ず戸籍所在地で手続きし、病気になった時、指定病院で受診した医療費のみ給付される。

その関係は医療保険制度の1つの仕組みである等級別給付率制度¹⁰から決められる。そこで、等級別給付率制度を通じて、地域における限られた医療資源を効率的に活用することを促進するような医療保険制度があると考えられる。しかしながら、その医療保険制度だけでは医療資源の効率活用が十分足せていない。さらに効率性を高めるために、経済学の比較優位説やマーケットデザインの角度から、地域における各医療機関の医療機能を明確にする上で、医療保険制度の「限局性」というディメリットがメリットに転ずることを通じて、地域全体の医療資源を効率的に活用できるよう地域医療連携を推進することが本論文の特徴である。

第4節 論文の構成

本論文は、序章、8つの章と終章から構成されている。第Ⅰ部(第1章―第4章)は、中国の医療保険制度の形成過程及びその特徴に関する検討である。第Ⅱ部(第5、6、7章)は、患者・医師・医療資源・医薬分業の角度から医療業界の問題点に対する討論である。第Ⅲ部(第8章)は、医療保険制度の「限局性」と医療資源利用の非効率性を緩和するための地域医療連携という対策を論じる。

第1章では、旧医療保険制度の形成過程を回顧し、それぞれの特徴を検討する。旧医療保険制度というのは、当時の工場や鉱山などの労働者向けの労働保険条例、公務員を対象者とした公費医療及び農民向けの農村合作医療である。労働保険は企業が自主運営するため、「企業保障」という性格を持った。農村合作医療は「共同で病気になるリスクを分担する」という発想の下で、農民たちが自主的に創作した。この2つの医療保険と異なり、公費医療は財源から運営まで政府によって組織され、比較的現行の医療保険制度に近い。

第2章では、文化大革命が医療保険にもたらした影響及び80年代の医療保険改革を検討する。文化大革命において労働保険の財源は断たれる一方で、農村合作医療保険は史上最高

¹⁰ 中国における病院等級により、医療保険給付率が異なっており、たとえば、基礎医療機関で受診する医療費の給付率が70%、先端医療機関の場合は50%となる。

に推進された。80年代に入り、市場経済への移行に伴い、労働保険の運営は各企業の自らの裁量で進められ、企業の経営状況が労働保険の適正な運営を決めるようになった。80年代後半に一部分の市、県で社会共済制度と大病医療保険制度という改革対策を推進した。一方、人民公社の解体によって、農村合作制医療制度が崩壊した。この2つの制度と比較すると、公費医療保険の運営が適正に進んでいたが、「医療費の浪費・高騰」問題が日々深刻になる。

第3章では、現行医療保険制度が誕生する前に試行した3つの医療保険制度と90年代の医療保険状況を検討する。90年代に入り、農村と都市間の保険のカバー率に格差があり、低所得者が基本医療にも満足できないなどの問題が生じた。医療保険制度を再編するため、鎮江市、九江市、海南島、深圳等をモデル都市として新たな医療保険制度を試行した。

第4章では、現行の医療保険制度の誕生、仕組みを考察しながら、その特徴を探る。第3章で述べた試行の医療保険制度に基づき、城鎮職員基本医療保険、新型農村合作医療保険、城鎮居民基本医療保険が次々と誕生した。3つの医療保険制度は対象者、給付率、給付対象、運営方式が異なっているが、いずれの制度も「限局性」という特徴を持つ。そして、第1章から第4章までの分析を通じて、中国の医療保険制度の「地方限局性」を取り上げる。

第5章と6章では、医療保険に対する認識と医業の現状を検討する。各統計データやアンケートにより、患者、医師、病院の角度から医療保険に対する実感や医業の現状を考察した。医療保険のカバー率が非常に高くなったが、経済的理由で受診できない患者が多い。一方、90%以上の医師は現在の職場環境に不満があり、特に収入に満足できない。これに対して、基礎医療機関の利用率が低い一方で、先端医療機関に大勢の患者が集中している。これが医療資源利用の非効率性問題であることを示すため、統計データにより実証する。

第7章では、医薬分業制度について検討する。政府からの補助金が低く、診療報酬が低く設定されている状況の下で、医療機関では医薬品販売によりもたらされる潤いが経済的に病院を支える「以薬養医」という現象があった。2000年には医薬分業政策が提案された。それ以来、十数年が経過した。この章では、制度の実施の背景や具体的内容を踏まえ、医薬

分業の現状がどうなっているか及び何の問題点があるかについて探っている。最後に、医薬分業がもたらした新たな課題を整理している。

第 8 章では、中国における医療保険制度の「限局性」と医療資源利用の非効率性を考慮し、地域を中心として医療連携を行うという取り組みを分析してゆく。経済学の比較優位論を用い、地域における医療機関が自らの施設、規模などにより得意治療を明確にした上で、マーケットデザインの角度から、地域の医療の状況に応じて各医療機関の機能分担や専門化を進めることを具体的に解明している。また、医療保険制度の特徴と医療業界の問題点を通じて、地域における各医療機関間で医療連携を行う具体的方策を検討している。

ここで、本博士論文を執筆するにあたって、お世話になった方々に謝辞を述べておきたい。まず、西南学院大学大学院博士後期課程進学以来、御指導いただいた仲澤幸壽先生には、この論文の作成過程のみならず、日本語にも常に懇切丁寧にご指導頂いた。深く感謝申し上げたい。大学院経済学研究科相模裕一先生と江里口拓先生は、大変ご多忙にも関わらず本博士論文の審査委員会審査員になり、そしてたくさんコメントやご助言を頂いた。ここに、深く感謝を申し上げたい。

お名前を挙げることはしないが、日本経済学会報告の際に貴重なコメントを頂いた先生方に深く感謝申し上げたい。

最後に日本に留学するにあたり長い間暖かく激励してくれた両親、ずっと私のそばで応援してくれた夫、そして笑顔で私を励ましてくれた息子に心から感謝したい。

第 I 部 制度の変遷からみた医療保険の特徴

第1章 萌芽期—旧医療保険制度の基盤形成

第1節 労働保険条例の創設

1949年10月1日、毛沢東が天安門の壇上に立ち中華人民共和国の建国を宣言した。こうして半世紀にわたる戦争が終わり、新たな国家建設の途を踏み出すことになった。当時の国民経済が壊滅状態にあり、失業率も20%以上になった。ソ連の経験を参考にし、最初の五か年計画¹¹（1953-1957年国民経済発展第1次5カ年計画）の指導方針と基本任務は、主要な力を重工業の発展に注ぐことが決められた。それで、武漢・包頭・鞍山の鉄鋼コンビナートを中心とした重工業育成を進め、最も早く復旧された事業は工場と鉱業である。戦後という特殊な状況の下で、生産力の低下をはじめとして物質が不足し、技術が後進するなどの問題が生じた。食糧、衣料品等の自給自足を実現し、戦後の難局を切り抜けるため、劣悪な労働条件に加え実質的に賃金もほぼない下で、当時労働者の健康・衛生状態が劣悪を極めた。

これを背景として、労働者の生活を安定させるため、1951年2月23日より、中国初の社会保障である『中華人民共和国労働保険条例（以下「労働保険」と略称する）が施行された。当時の労働保険は医療をはじめとして、病気・出産・障害・死亡・老化に至るまでの企業内福祉としての色彩が強い制度である。そして、工場や鉱山の労働者を対象として保障だけではなく労働者への救済という性格を併せ持つ。

労保法の基本的骨格は日本の健康保険法に対し、重要な相違点は次の6つである。

第1に、保険者は政府（政府管掌健康保険）と健康保険組合の二本建て（並行）ではなく工会¹²主義を採っていた。工会には、全国規模の労働組合連合である中華全国総工会¹³、同業

¹¹ 五か年計画とは、中国の中央政府が中期的な重要建設項目、国民経済発展の方向・目標及び国民経済に関係があることを5年ごとに定める計画である。

¹² 工会は、職員・労働者が自由意志により結成した労働者階級の大量組織である。その代表的な末端組織として、各企業において設立される企業工会があり、中華全国総工会の基層組織となっている（企業工会業務条例（試行）第二条）。

¹³ 中華全国総工会を各地の工会の最高機関とする全国組織であり、各地方工会や産業工会に対する指導機関である。

または類似業種が共同で設けた産業工会、地域内の企業を組合した各地方工会¹⁴、各企業の労働者を会員として組織された各工会基層委員会¹⁵の4つがある。その中、各工会基層委員会は具体的な運営を図り、たとえば労働保険金の納付の監督とか、労働保険の給付の決定とか。他の3大工会は監督業務を担当してきた。各工会基層委員会は保険者として位置づけていた一方で、その会員が被保険者として労働保険に加入していた。こういう複雑な関係は、今後労働保険の医療費の増大を歯止められない原因の一つと考えられる。

第2に、保険料は労使折半ではなく、全額適用事業主が負担していた。事業主負担金額が従業員全員の賃金の3%で賦課し、その金額の70%を労働保険基金として各企業の行政部門または出資方から各工会基層委員会に交付し、残りの30%を労働保険基金として中華総工会の中国人民銀行口座に振り込む。労働保険基金は各医療費、弔慰金、補助金、救済金の支払いに使い、1か月に1回決算し、残額は労働保険調剤金として省、市工会組織または産業工会に納める。労働保険基金が不足する場合は、各産業工会に補助金を申請できる。ちなみに、事業主負担の根拠として、①—③が考えられる。①計画経済の下で、経済の資源配分を市場の価格調整メカニズムに任せるのではなく、政府は物財バランスに基づいて計画的に配分していた。企業の利益は、労働者が共々に創造したから、病気になり損失を生じる場合、お互いに担うこと。②業務上の事由を問わず、労働状況、工場設備その他の事由により健康を損し生じる費用が労働費用(人件費・労務費)の一部として認められること。③労働者の健康保持増進は労働能率を向上させ、社会主義建設上好影響をもたらすこと。

第3に、労働保険に加入するかどうか裁量権が適用事業に与えられた。適用事業が労働保険に加入することは強制されておらずに任意である。なぜならば、保険料は全額事業主負担になっていたから。厳密に言えば、経済的困窮、経営不振または正式に運営していない状況

¹⁴ 中華全国総工会の下部組織として各地方別の工会組織が存在する(工会法第10条第3項、第5項)。各地方別の工会組織としては、行政単位(例えば、省、自治区、直轄市、市、区、県等)に応じた各工会が存在する。たとえば省工会、市工会等。

ちなみに、中国の行政区分は、基本的には省級、地級、県級、郷級という4層の行政区のピラミッド構造から成る。省級の行政単位は省、直轄市、自治区、地級の行政単位は地級市、自治州、地区、県級の行政単位は県、郷級の行政単位は郷、鎮がある。

¹⁵ 代表的な末端組織として、各企業において設立される企業工会があり、中華全国総工会の基層組織となっている(企業工会業務条例(試行)第二条)。

にある企業は、所属の工会基層委員と相談し、当地域の労働行政機関の納得を得た上で、例外的に労働保険の加入を延期することが可能である。

第4に、医療保険の適用範囲が限られ、そして保険給付の範囲・内容において、被用者間に格差がある。当時の医療保険が企業内福祉といった性格特性が強いので、適用される医療機関が限られている。一般的には、企業の所属医療機関¹⁶又は企業と契約を結んだ医療機関のみが適用対象となった。一例だけ挙げれば、企業に就職していた戦争英雄あるいは企業に対する特殊な貢献がある労働模範¹⁷は、他の被保険者より労働保険待遇を享受する優先権が与えられた。業務上の事由によらない傷病についても、入院時の食事代、医療費の全額が企業の行政部門または出資方が負担する。一方、他の被用者については、業務上の事由による傷病は無料で治療を受け、業務外の場合は入院時の食事代、受診交通費、貴重な医薬品の費用等を保険給付範囲から除外される。そして、被用者保険本人と家族の間で異なっていた給付率が設定された。ちなみに、被扶養直系親族の患者は企業に所属する診療所、契約病院で受診すれば、原則として外来の診療費が無料、常用医薬品の費用が5割負担、高価な医薬品や入院時の食事代・交通費等の費用が全額自己負担となっていた。

第5に、全事業の労働者が対象者ではなかった。労保法の施行は新中国を建立した2年後であった。制定当時の適用対象者は、①雇用の従業員や職員が100人以上いる国营、公私合併、私营または合作者経営の工場、鉱工場及びそれに附属する単位、業務管理機関、②鉄道、水上運輸¹⁸、郵便の各企業及び附属単位に限られていた。ただし、1953年にはそれ以外の交通事業の基礎単位や国营建築企業で働いている労働者にも拡大され、100人以上の従業員がいるという制限を廃止した。

第6に、労働保険料の拠出はもとより給付も企業の負担である。労働保険が社会保険とい

¹⁶ 中国における、県級以上の住民の就業の場(私营企業を除き)を工作单位と呼ばれ、「単位」と呼ぶ。単位は就業の場を提供するだけでなく、職員の住宅、福祉サービス、子女の教育などを包括的に整備する社会的単位である。単位では工場を建設する同時に、学校、医療機関、食堂、商店などの社会的施設を揃えていた。本論文で述べた病院は単位に所属する医療機関を指している。

¹⁷ 中国で各分野において、生産や技術開発に顕著な成績を収めた者に労働模範という美称を与える。

¹⁸ 中国では水上運輸が河川輸送、近海運輸、遠洋海運とに分けられた。

うより、組織的な保障といった方が適当と考えられる。上述したとおり、医療保険の財源は主に企業の利益から前月の従業員や職員全員給料の 3%を引出した基金である。実際には、医療保険の給付金も企業の利益から負担していた。労保法制定時、治療期間が 6 か月以内は保険給付の対象となり、6 か月以後の全額治療費が自己負担となったが、1953 年にこの治療期間の制限を廃止した。その後、企業の負担がますます重くなってきた。

要するに、企業が労働保険を実施するかどうかは原則的に任意である。加えて、適用者の決定、給付金額及び一部負担金の設定等も基本的に各工会基層委員会に委ねられ、企業自主運営の要素が非常に大きいのである。企業を小さな社会単位として、人々の生活基盤を支えてきた。

第 2 節 公費医療

労働保険条列制定に引き続き 1952 年に「関与全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業単位の国家機関職員に対する公費医療予防措置の指示」（以下「公費医療」と略称する）が行われた。この時期に公費医療が制定される目的は、公務員の健康を保障することである。公費医療法の基本的骨格は労保法をモデルにしたものであると言ってもよい。ただし、幾つ異なっている点がある。主要な相違点としては、①保険の財源は財政予算であること、②保険者は政府であることの二つが挙げられる。

このうち①については、公費医療の財源としては、財政予算である。各級(省、市、区、県)人民政府はそれに所属する衛生行政機関に医療費の財政予算を委託し、その財政予算を平均的に分配してはいけない。各級衛生行政機関がその財政予算の使用権を持ち、毎年医療費の使用明細を財政予算として財政部門に報告するだけでなく、中央衛生部門にも報告しなければならないのである。医療費の財政予算を二部分に分けられ、30%を外来の医薬品、医療機械、健康検査に使い、残りの 70%を入院の医薬品、医療機械または医療機械の修理代に使う。

②については、公費医療の保険者が公費医療予防実施管理委員会(以下「委員会」と略称

する)である。この委員会は各人民政府の衛生、人事、労働、財政、教育、建築等の部門から一人ずつ選び、設置された。委員会の主な任務は、公費医療の適用者の人数、等級の審査、各級公費医療の各予算の提出と審査、各級公費医療予防費用の支出と管理・運用を監督し指導すること、各級の公私医療予防機関が公費予防事業を展開することを監督し指導すること、各級医療予防機関の拡大・設置を計画すること、各級公費医療の実施に関わる問題を解決することである。既述したとおり委員会が公費医療を運営している。

公費医療は公務員を対象にしているが、公務員の全員ではなく、主たる適用者は、全国各級人民政府、党派、団体の正規人員、全国各級文化、教育、衛生、経済建設事業単位の人員、中央人民政府政務院(国務院の前身)審査した人員、長期に救済給付を受ける革命障害軍人である。ただし、郷(村)に在職する一級の職員がまだ対象となっていない。制定当時の保険給付の対象となった人が非常に少なかった。

第3節 農村合作医療制度

50年代後半に「都市と農村の分割をし、一国内で二つの政策」という措置が実施されてきた。すなわち都市の労働者が活動する地域と農村の労働者が活動する地域に区分し、都市・市民に対する政策と農村・農民に対する政策を区別することである。代表的な例として挙げられるのは、1958年全国人民代表常務委員会により「中華人民共和国戸籍¹⁹登記条列」の発布である。農村戸籍を有している者が農村に住み、農業生産活動に従事し、都市戸籍を有する者が都市に住み、非農業生産活動に従事するというように厳格に分けられた。

こうした前史を経て、農村部での小農経済と都市部での工業化が並存するという二元経済構造が形成された。そして二元経済構造のもとで、医療保険も都市と農村でそれぞれ別に形成されてしまった。上述した労働保険と公費医療保険は、都市で形成された医療保険であ

¹⁹ 戸籍は、国民の氏名、生年月日、親子や夫婦関係などの身分関係が記載される帳簿であり、日本の住民票に相当する。ただし、就職や就学などの原因で他の地域へ異動・転居しても、戸籍がなかなか変えられない。

るが、農村で形成された医療保険は「農村合作医療」（以下「農合」と略称する）である。農合が最初に出現したのは1955年の農業合作化高潮期である。当時、山西省高平県と河南省正陽県では、農民の保健費と生産大隊の補助金による合作医療及びその施体としての連合保健所が設立された。その後、全国の農村で拡大された。上述した二つの医療保険は幾つ異なっている。

第一に、農合は、農民たちが「人民公社」²⁰と合作して運営する制度であった。ちなみに、人民公社は一つの単位とした社会の中でその全ての住民が生産、消費、教育、政治など生活のすべてを行い、得た収入を平均的に分配する。これを前提として、多くの地域で人民公社が「農合」を運営していた。病気した農民はわずかな負担金あるいは無料で人民公社所属の診療所で受診と治療を受けることができる。

第二に、保険の財源が農民からの「保健費」と人民公社が公益金から支出する補助金という二つの部分を構成した。生産隊が農民たちの収入の配分権限を握り、各年の年度末で、家族構成員の人数に応じ、配分される予定の収入から「保健費」を徴収する。その徴収金額は、各生産大隊の実情に応じ決める。これ以外、生産大隊あるいは生産隊は補助金を提供していた。

第三に、「農合」は政府からの指導や補助金の負担が一切なく、農民が自分自身によって組織してきた相互共済制度である。この制度には、資金調達水準だけではなく、受ける医療サービス水準もあまり高くなかったが、当時の生産力が極めて低い農村地域では、農民同士における互助共済の方式として高い評価を受けた。

²⁰ 人民公社とは農村での行政と経済組織が一体された行政機関である。成立当初の人民公社は1公社当たり平均農家数4600戸であり、1958年12月末までにはほぼ全農村に設立された。その後、人民公社は当初の一級所有制から1959年8月の中国共産党8期8中全会で生産大隊を計算単位(採算の基本単位)とする所有制へ、さらに1962年以降は生産隊をもって計算単位とする三級所有制が確立された。すなわち「人民公社—生産大隊—生産隊」という上から下までの行政機関が形成された。

中国の農村では、1949年の解放後、土地改革、互助組、初級合作社、高級合作社(〈合作社〉の項参照)を経て58年に人民公社が誕生した。これは、1957年秋から58年春にかけて農村での大規模な水利建設、土壌改良などの農地基本建設が実施されたが、その際、従来の高級合作社の範囲では労働力、資材等を調達できないために誕生したものである。

「共同で病気になるリスクを分担する」という発想の下で、「農合」を創作した。これはある意味で医療保険の相互扶助の精神と同じと考えられる。だが、この制度が社会主義の平均主義を示し、市場メカニズムから離れたことは、このシステムの崩壊をもたらしていた。

表 1-1 旧医療保険制度仕組みの比較

	労働保険	公費医療	農合
保険者	政府と企業	政府	人民公社
被保険者	本企業の労働模範、本企業に就職した戦争英雄、工場や鉱業工場 ²¹ 、郵便、鉄道、空運、国营建築企業	国各級人民政府、党派、団体の正規人員、全国各級文化、教育、衛生、経済建設事業単位の人員、中央人民政府政務院が(国務院の前身)審査した人員。長期に救済給付を受ける革命障害軍人	農村の戸籍を持っている農民
保険料	当企業の従業員総給料の3%	財政予算	生産大隊(生産隊)の年収入 ²²
財源運営	30%: 労働保険基金が不足する時の補助金 70%: 従業員の医療費、弔慰金、補助金、救済金	30%: 外来の医薬品、医療機械、健康検査 70%: 入院の医薬品、医療機械または医療機械の修理代	地域によって異なった
保険対象	公傷: 治療費、医薬費、入院時の食事代・治療費・交通費の全額 私傷: 入院時の治療費、医薬費の全額 被扶養者: 当企業附属の医療所、病院また特約病院には、普通医薬費の半額	全部無料	生産大隊または生産隊の付属診療所で受診する場合: 受診料無料、薬代自己負担

(出所)筆者作成

²¹ 業務管理機関等の附属機関を含む。

²² 生産隊により異なる

第2章 遅滞期—旧医療保険制度の発展

第1節 文化大革命の影響

1966年、中国は「文化大革命」の政治運動が始まり、十年間の内乱時期に入った。当時の基本的社会背景として、政治においては、イデオロギーを最高度に強調し、共産主義と集団主義は時代の流行となった。これは、社会主義制度の当然の内容と優越性の具体的な表れとみなされた²³。この十年は、中国の医療保険制度の変遷においては重要な時期であった。

第一に、「文化大革命」は労働保険に対する壊滅的な打撃を与えてきた。文化大革命において社会保険は「修正主義²⁴」と批判され、1969年中国の財政部は「国营企業の財務作業における幾つの制度に関する改革意見」を公布した。その内容は、国有企業は一律に労働保険金の受け取りを停止し、これまで労働保険金から受け取った保険費用は企業営業外の支出に変更することを規定していた。ちなみに、労働保険の本質的な特徴は国が責任を負い、企業が引き受け、国が国有企業を介して保障する国家—単位保障制度である。しかし、その制度の創作を機として、労働保険の責任の重心は、都市の国有企業また事業単位に移行してきた²⁵。これは今後各企業が重い経済負担に耐えられなくなり、労働保険の破綻を招く一つの原因であると考えられる。

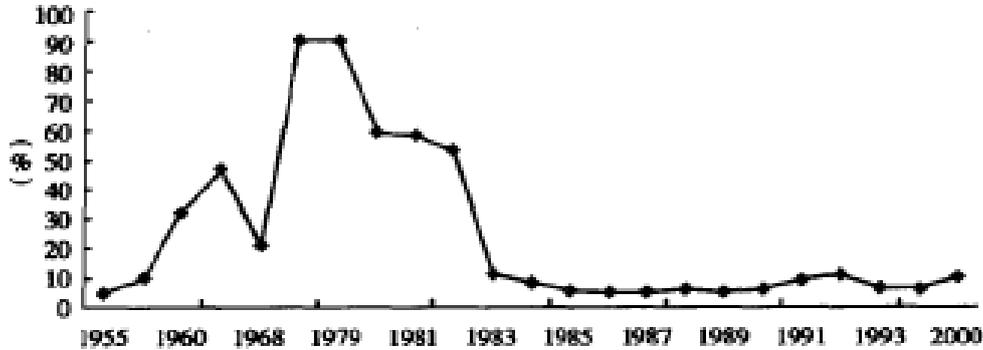
第二に、「文化大革命」の推進により、農村合作医療制度の普及率がピークを迎えた。1950年代後半に一部の農村で実験的に行われ、その後1965年9月に発表された「衛生工作の重点を農村に置くことに関する報告」によって、「農合」に注目を集まってきた。さらに、1968年には湖北省楽園人民公社を視察する際に毛沢東主席が「合作医療は素晴らしい」と絶賛した。

²³ 鄭功成(2002)

²⁴ 修正主義(Revisionism)はマルクス主義運動の分野では、マルクス主義の原則とされるものに対して、重大な「修正」を加える意見や思想などに対して使われている用語である(『オックスフォード英語辞典』)。

²⁵ 鄭功成(2002)

図 2-1 1955 年—2000 年全国農村合作医療のカバー率



(主所)『2003-2004 年中国農村経済形勢分析と予測』、中国社会科学院農村発展研究所、国家統計局農村社会経済調査総隊作成、2004 年。

これをきっかけに、農合が文化大革命期の数多い政治キャンペーンの一つとして急速に全国が広がった²⁶。文化大革命が終了する 1977 年には 9 割超えの農民がこの制度によって最低限の医療サービスを受けていた (図 2-1 参照)。農合のカバー率が過去最高になった。

第三に、「文化大革命」にあたり行われた「上山下郷²⁷」運動は、農村の医師不足という重大な社会問題がある程度で緩和された。当時の農村には、医療環境が悪く、医療資源が非常に不足し、無医村が多く存在していた。そのような厳しい事態に対応するため、農村医療の担い手として「赤脚医師」、「衛生員」、「農村接生員²⁸」を養成していた。1983 年統計年鑑のデータによれば、1978 年末現在の全国専門衛生技術人員数²⁹が 246 万人であったが、当時の「赤脚医師」が 168 万人、「農村衛生員」が 311 万人、「農村接生員」が 74 万人に達した。

²⁶ 王文亮(2001)

²⁷ 「上山下郷」は都市部の青年層が地方の農村で肉体労働を行うことを通じて思想改造をしながら、社会主義国家建設に協力させることを目的とした思想政策として進められた。この政策は、「農民と労働者を同盟させる」という毛沢東思想を強化し、青年を農村体験で思想教育し、都市と農村の格差も解消するという大規模な実験であった。その青年たちを「下郷知青」と呼ばれる。

²⁸ 郷鎮衛生院や村衛生所(室)で働いていた医師を指す。当時の下郷知青(注 15)は医学部の正規課程を受けずに多くの場合は半年から 1 年間の医療技術の研修を受けた後、基礎医療の仕事に就く。ある意味では、日本における戦争中沖縄の医介補に相当する。

農村接生員は昔の産婆に相当する。

²⁹ その中で、漢方医師、西洋医師、西洋漢方結合高級医師、看護師、漢方薬剤師、西洋薬剤師、助産師など含んでいた。

赤脚医師と農村衛生員は医学部の学生のように、正式的に4、5年間の教育を受けないが、研修期間が短縮される等速成技術研修を受けさせた。先端的な医療技術を身につけていないが、当時のほぼ無医療の農村に対するとっても貴重な医療資源であり、農村の基礎医療・保健の発展に貢献したと思っている。

第2節 80年の改革

1978年の第11期中全会で、改革開放路線が採用され、従来のソビエト連邦型の計画経済は否定され、市場指向型の経済に大きく舵を切った。80年代に入って以来、国民の経済構造に深刻な変化が生じ、以前の統一的な国有経済から多元的な経済に転換させた。それに伴って、各医療保険も転換期を迎えてきた。

2-2-1 労働医療保険の改革

第1章で述べたとおり、医療保険の責任の重心は事業主である。ちなみに、組織形態上、伝統的な国有企業は閉鎖的な組織であった。各企業はそれぞれ上級機関の命令を伝達されたが、各企業・単位は自らの裁量権で運営しており、誰からも非難されることはなかった。医療保険に対する対策もその例外ではなく、各企業・単位は当該企業・単位の従業員だけに責任を負い、その集団に所属する医療機関が遊休状態であっても他の企業に開放しない。経営状態が良い企業では、従業員向けの病院を設立するまたは当地域の病院を指定病院として契約するが、逆に経営状況が悪い企業では従業員の医療費が支給できなく、従業員が治療するため、貯金を使い尽くすケースも多いのである。

制度の閉鎖的な実施過程において、医療費を支給する企業と支給しない企業間の医療費に大きな格差があった。医療費を支給する企業の従業員に対しては、いくら医療費をかけたとしても国有単位すなわち国家の支出となり、モラルハザードを引き起こしやすくなる(例えば、1993年上海の従業員の医療費用が給料総額の16%を占めた。全市の重複検査費・投薬の割合

は総医療費 40 億円の 25%、つまりおよそ 10 億元と推計された³⁰⁾。その反面、医療費を支給しない企業の従業員に対しては、医療費の全額が自己負担になるので、費用節約する意識を強く持っている。以下の表 2-1 は都市部における医療保険制度別の受診率の比較を表現するものである。労働保険を享受できる人が、医療費を自己負担する人より医療需要が高いことが分かった。

その一つの原因は、労働保険が企業・単位で運営していたため、適用範囲等を明確に規制する法律あるいは制度がないことである。享受する職員は医療費を節約する意識を持っていなく、モラルハザードを引き起こしやすくなる。代表的な例を挙げれば、「一人が適用対象になれば、家族全員が医療保険を享受する」というやり方が適用国有企業・単位に広がっていた。

その結果、国営単位の医療費の年平均増加率は、1978 年から 1989 年までの 12 年間で、驚くほどのスピードで成長してきた。当時の年平均経済成長率は 9.7%であったが、国有企業・単位従業員の医療費の増加率は 19%に至った³¹⁾。80 年代に入ってから、計画経済体制から市場経済体制へ転換するに伴い、大多数の国有企業は自由な市場競争の下で、経営状況が悪化しつつあり、窮地に陥ってきた。これに医療費の高騰を加えると、労働医療保険制度の

表 2-1 都市部における医療保険制度別の受診率の比較

医療制度	二週間受診率 (%)	年入院率 (%)
公費医療	15.74	6.18
労働保険	15.47	5.67
自費医療	11.89	3.10

(出所) 「1986 年中国都市部医療サービス調査」

(注) 二週間受診率 = 二週間に調査対象者が受診した総回数 ÷ 調査対象者数 (無作為に調査する) × 100%

³⁰⁾ 蔡仁華 (1997) 277 頁。

³¹⁾ 人力資源と社会保障部編 (1998) 第 10 期、19 頁。

自体が内包していた欠陥が露呈してきた。医療保険に対し、この当時国務院から出された意見等は数多くあるが、たとえば、「1989年経済体制改革要点」（1989年3月発表）では、医療保険改革について方策が提言された。これは大別すれば2つある。

第1は、定年退職員・離職休養人員（以下退職員・離職員と略称する）向けの医療費の社会共済制度である。1989年以前、この政策が極めて少数の市・県で試行されていた。たとえば、山東省即墨市、遼寧省西市等。医療サービスを保証していく同時に、浪費を防止することを今後の医療保険改革の基本に据えるという考え方の下に、いくつかの改善方策が展開された。

「一人が保険に加入し、家族全員を享受する」という現象に対しては、健康档案制度、「1カード1冊」制度を打ち出した。「1カード」は医療の受診記録カードであり、表面に医療費の使用状況を記載し、「一冊」は医療制度の内容を説明する手帳であった。そして、定期的に退職員・離職員に健康診断を受けらせ、診断結果を健康档案に記録するという政策が設けられた。

過去のデータによると、無駄な医療費が職員総医療費の20%-30%を占めていた³²。この原因は制度の不備である。医療費を節約するため、制度の健全化への取り組みは賞罰制度を実行する。医療費を節約した者に対する奨励金を支給し、滋養栄養剤等を濫用した者に対しては、補償しないどころか罰金を課す。そして、この政策は国家、企業、個人の3者で負担するという原則に従う。退職者には、一定の基準を超えた部分が自己負担となっていた。制度に対する政策だけではなく、山東省即墨市には、退職員の自己管理する意識が上がることに工夫した。これは労働医療保険改革の内容を巡りパンフレートを制作し、一人に一冊を配り、制度の意義や内容を理解させることである。

退職員の受診の便宜を図り、医療支出を節約するため、責任があり医術が比較的の高い退職医師を組織し、外来診療部（医務室と呼ばれる）を設ける。退職員がその診療部で受診する場合は、ただ医療保険手帳を持っていくだけで、手続きをしなくても受診できる。そして、労働保険の適用範囲であれば、初診料、処方箋料等を支払う必要がなく、ただ診療記録を記

³² 陳佳貴(2001)79頁。

載するだけにした。

社会共済制度を設けてから、医療費の重担が企業だけではなく、個人や国家も担えるようになった。そして、医療費がある程度で節約してきた。たとえば、即墨市には1988年の第4四半期にこの方策を実施してから、第1四半期、第2四半期、第3四半期と比較すると、全市退職員の一人当たりの平均医療費は19.44元から12.48元に下降した。

ところが、この制度の適用対象が定年退職員や離職員に限られ、その人々がほとんど高齢者または持病がある者であった。したがって、高額医療費が徴収した保険料で負担できない場合もあった。

第2は、大病医療保険制度である。この制度は最初に実行されたのは、1987年に北京市東城区蔬菜公司であった。「1989年経済体制改革要点」の発表を機として、丹東市、四平市、黄石市、株洲市を試験地として試行された。

上述した通り、労働保険を享受できなく、全部の貯金を使い尽くし貧困に陥った職員が構いた。これは「因病致貧」と呼ばれた。社会全体の力でそういう人たちを貧困から救済し、医療費の浪費を防止することはこの制度の目的である。そして、「互助互惠、基礎医療を保証し、浪費を防止し、保険の収入により支出を決め、余裕を持つ」という原則に従う。

この制度には退職員・離職員向けの医療費の社会共済制度より適用対象が広がり、退職員・離職員だけではなく、在職者にも適用している。以前の労働保険と比較すると、適用される事業所が増え、国有企業、中央・省・市に所属する国有企業を除き、集団企業、株式会社、都市と町の私営企業及び集団企業、外資系企業も適用された。給付対象の範囲が縮小され、大病の治療期間と回復期間の医療費に限られる。地方により、大病に対する定義が異なっているが、一般的には慢性肺心症、白血病、慢性腎臓衰弱、脳出血、頭蓋内圧亢進、脊椎椎内腫瘍、各腫瘍、大面積火傷、心臓機能不全を含んでいる。

企業は前年度に実際支払った賃金総額の11%を企業福祉費用として引出し、そのうちの3%の金額を大病医療保険共済金として当地域の社会保険機関に納付し、5%の金額を個人口座³³

³³ 個人口座は、「個人の医療保険の口座」の略称で、銀行口座と同じものである。事業主が保険料の一部分を従業員の個人口座に振り込むことが可能であるが、個人はその金額を引き出す

に預金して管理し、残りの 3%を企業の医療保険調剤金として運営する。在職職員が大病になる場合は、個人口座から治療期間の医療費を支給し、足りない部分が医療保険調剤金から負担する。大病を治した後、回復期における基礎医療にかかる費用が大病医療保険共済金から支給する。その給付スタートラインが地方により異なっていたが、一般的には 300 元となっていた。300 元を超えた部分は、社会保険機関の大病共済部門から適用企業に給付する。

大病医療保険制度は退職員・離職員医療保険制度より遅く実施されたが、職員の医療費の減少や浪費の防止に効果があった。たとえば、四川省の大邑県には 1990 年この制度を実施し始めたが、在職職員の一ヶ月・一人当たりの平均医療費は、1989 年の 14.56 元から 7.87 元に下降した。実際には、医療費をコントロールする有効な対策を施していた。それは、①適用企業は医療保険の指定医療機関と契約を結ぶ。契約の内容は基礎医療サービスの範囲、項目、費用、診療報酬及び医療費の節約に対する奨励等である。②労働部、衛生部、工会等の部門が「職員医療保険の基礎医薬品目録³⁴」を制作し、医療保険の給付範囲を見直した。③社会医療保険の外来部を設定し、在職職員や退職員・離職員の便宜を図り、良好な医療サービスを提供していた。

当時の大病医療保険制度は社会全体の医療保険制度とは言えなく、ただ同地域の一部の企業が提携して創作した局部医療保険制度であったと考えられる。給付対象が限られ、企業の負担を減少する一方で、個人の負担が重くなってきた。そして、給付スタートラインがあり、ある程度で企業や個人の負担を軽減していたが、根本的に解決するまで未だ長い道がある。ただし、この制度は今後の医療保険の創作に対する大きな意義がある。

2-2-2 公費医療

労働医療保険は企業と国家が共同で運営すると言われたが、実際には企業が裁量権を持ち、農村合作医療保険は農民たちが自分自身によって組織してきた相互共済制度である。一

ことができず病院や薬局のみで消費できる。

³⁴ 医療保険の給付対象となる医薬品を記載するリストである。詳しいことは本論文の補論 1 第 4 節を参照。

方、公費医療保険は前二者と異なり、最初から政府が運営していき、財源も中央財政予算や地方財政予算である。性質から言えば、公費医療は中国において実現した初めての社会保険と言える。

公費医療を実施し始めた 1952 年から 1987 年まで、国家財政支出の伸びは約 13 倍であったに対し、公費医療費が 66 倍近く伸びた。ここで注目されたのは、1980 年度から 1986 年度間の全国公費医療費の支出は 6.69 億元から 18.8 億元に 2.8 倍増加し、年平均成長率が 18.9% となったことである³⁵。その原因は色々があり、表の理由として挙げられたのは、カバーの対象者の拡大であった。たとえば、以前カバーされていなかった大学(国家が正式に認可して設置した)の在籍者、科学研究所(公費医療を享受している)で就職した修士卒業者等も対象者となった。こうした事情を背景に、公費医療に加入した人が実施した当時の 400 万人ほどから、1986 年年末の 2300 万まで、6 倍近く拡大してきた。

公費医療費が高騰する真の理由は、医療費の浪費を防止できなかったことである。表 2-3 に描かれた通り、医療に対する需要については、最も高いのは公費医療保険であった。そして、公費医療を享受できる人の一人当たりの平均医療費が全国の一入当たりの平均衛生事業費より 2・3 倍近く差がある(表 2-3 参照)。それまでは公費医療の不足の部分は病院への借金や地方財政支出により調整が図られてきたが、そのような手法が許される状況ではなくなった。とりわけ「小病大養³⁶」というモラルハザード問題が最重要課題となり、公費医療制度の改革が至上命題として掲げられた。「公費医療給付制度管理をさらに一步強化することに関する通知」([1984 年] 衛計字第 85 号)の発表により、公費医療における高給付に終止符が打たれた。各地方には現地の実情に応じる公費医療の改革対策を推進していく。

第 1 は、公費医療経費の一部分あるいは全額を対象単位に請負せる方法である。地方政府が今年度の公費医療に対する財政支出を定額として各公費医療の対象事業に請負させた。この方策により、地方の財政負担が軽減にした一方で、企業に対して効果が著しくなかった。

³⁵ 蔡仁華(1997)159 頁。

³⁶ 本来ならばすぐ治る病気であるが、長期間入院して休養するというような医療費を浪費する行為である。

表 2-3 80年代公費医療費対象者の1人当たりの平均医療費と
全国の1人当たりの平均衛生事業費(元)

年度	公費医療の1人当たりの医療費	全国の1人当たりの平均衛生事業費
1980	42.35	14.5
1983	57.48	20.1
1984	62.27	23.2
1985	71.23	26.4
1986	81.99	29.4
1987	93.62	34.7

(出所)「2011年中国衛生統計年鑑」図 4-1-1、『中国医療保障制度改革実用全書』174 頁

なぜならば、一部の企業にはこの経費で他の項目に対する財政支出の不足を埋め合わせた。たとえば、僻地中小学校には、この経費により校舎の建設を補ってきた。

第2は、公費医療経費の一部分あるいは全額を指定医療機関に請負わせる方法である。当地域の病院に専用の公費医療診療部を開設し、定額の一年度の公費医療経費を請負させた。一年に一度決算し、余った部分は病院の建設、設備の購入に使い、足りない部分は医療機関10%、企業90%で負担する。この方策の推進に伴い、公費医療費の抑制効果を明らかになってきた。たとえば、吉林省は、1975年に全国で最も早くこの方策を実施し始め、驚くほどのスピードで公費医療費赤字の状況を打破した。一人当たりの平均公費医療費は1974年36.5であったが、1975年から6年連続で30元前後を維持しつつあり、1986年に全国平均レベルを下回り、58.89となった。公費医療費の抑制効果が一目瞭然であるので、この方策が全国中に広がってきた。

第3は、「外来医薬費手当、少量個人負担」という対策であった。外来医薬費手当は、公費医療の対象者に対する外来医薬費への手当である。その金額は地方により異なり、毎月の給料日に支給する。ちなみに、具体的な手法は2つある。①外来に行く場合は、発生した医薬費の一定割合(地方により異なり、一般的には20%)が自己負担となる。自己負担の金額は

毎月の外来医薬費手当から差し引き、余った部分は給料と一緒に支給し、超えた部分は自己負担となる。たとえば、1ヶ月の外来医薬費手当が10000円、今月の外来医薬費が5000円、自己負担の比率が20%、そうすると、今月の給料日に9000円の外来医薬費手当をもらえる。

②給料日に外来医薬費手当をもらい、外来医薬費が発生する場合は、自己負担の部分を現物給付で支払う。ただし、どちらの手法によっても、重病・急病・慢性病の場合は、自己負担の医薬費が一定限度額を超えれば、その超えた額について給付できる。

公費医療費の浪費の是正と国家行政人員への基礎医療の保証を図るため、「関与全国各級人民政府、党派、団体及び所属事業単位の国家機関職員に対する公費医療予防措置の指示」とそれまで発表した策定に基づき法律化された。1989年8月9日衛生省と財政省は「公費医療給付制度管理弁法」を発令した。具体的には、①適用対象者の範囲を規定すること、②給付対象範囲を明確に規定し、自己負担範囲を拡大すること、③公費医療かの管理、④公費医療管理機関と職責、⑤公費医療経費の予算を適切に管理すること、⑥公費医療の監督と検査、⑦公費医療に対する考査と奨励のこと、とされた。これらはいずれも意義を有する改正であるが、ここでは、①④⑥について述べる。

第1に、以前の公費医療給付範囲に基づき、個人負担の範囲が拡大された。上述した通り、吉林省を始めとして、全国中「公費医療経費の一部あるいは全額を指定医療機関に請負わせる」という方法が広がられていく。この方策は公費医療費の抑制に効果があるが、給付範囲は指定医療機関での受診に限られる。指定医療機関からの紹介状あるいは公費医療機関の承認がない下で、勝手に受診したり、療養・リハビリしたりした医療費も給付対象外となる。外国へ訪問・視察・研修・学術講演しに行った期間に発生した医療費も給付対象にならない。また、各種整形、矯正、ボディビルに関する手術、治療、薬品及び道具等にかかる費用が対象外となる。

第2に、公費医療給付制度管理委員会を設置し、その業務と職責を明確に規定した。各地方政府は、政府の責任者、医療衛生、財政、党組織、人事、医薬、工会等の部門の責任者から組織する公費医療給付制度管理委員会を設置し、衛生部門を中心として、各級政府の公費医療給付制度事業を統一し指導し、そして、事務機関を設け、相応の専門管理人員を配置す

る。公費医療管理機関の職責は、国家の公費医療給付制度に関する政策、規定を厳格に実行し、具体的な実施方法を作成し、当該地区の公費医療事業計画、予測、組織の調整、統計調査研究等を行い、管理することである。また、同級の公費医療を享受している対象組織や人員の範囲と資格の審査を厳格に実行し、政策の宣伝や教育を行う。

公費医療を行う各医療機関は、専門的な管理機関を設置すべきである。その職責は、公費医療制度の規定を厳格に執行し、公費医療に関する各具体的な管理事業を組織し、当該病院の公費医療の実行を監督・検査し、当該病院に請負させた公費医療経費についての執行情報を定期的に病院向けの公費医療管理部門に報告することである。

医療機関だけではなく公費医療の対象企業も、公費医療管理機関を設置すべきである。企業に請負させた公費医療経費の支出情報や公費医療の享受者人数を定期的に同級公費医療管理部門に報告する。

第3に、医療費の濫用・浪費を防止するため、監督・審査が欠くべからざる作業である。第1章で述べた通り、この職責を担っていたのは公費医療管理委員会である。具体的な内容としては、公費医療経費の支出情報、公費医療の対象者に対する給付情報、処方した医薬品の範囲、診療報酬基準の三つが重要である。

2-2-3 農村合作医療制度

1982年の憲法改正による「人民公社の解体」宣言によって、集団経済が解体され、農民に農作の決定権を与えるという家庭請負責任制を導入する農業改革を実行した。こうして、人民公社を前提として作成された農村合作制医療制度に対しては壊滅的な打撃を与えた。農村合作医療のカバー率は、1979年ごろの90%超えから1989年の4.8%まで急激に下降した。人民公社の解体はもちろん、文化大革命の終了や農村における医療の仕組みの変更も農村合作医療の崩壊が起こる根本的な原因である。農合は文化大革命期の数多くの政治キャンペーンの一つとして急速に広がり、その時期にカバー率が史上最高となった。したがって、農合は文化大革命の作物であるという説があった。文化大革命が「重大な歴史的誤り」と批判されるに伴い、農合も「余計なこと」と認められていた。元々の人民公社からの財源

が断たれたことに加え、農合が苦しい運営状況に陥ってきた。

また、1976年に文化大革命が終了したとたん、「上山下郷」運動も幕を下し、参加した下郷知青は次々と都市部に戻ってきた。その中の一部分の人々は文化大革命期間に「赤脚医師」という役を担っていた。こうした事情を背景に、1979年から1982年まで、農村においての「赤脚医師」は78.4%も下降した。特に、1981年から1982年までの間、「赤脚医師」の数は1396452人から340088人まで、75.6%減少した。おそらくこの結果は本来医療従事者不足の農村に対して大きな衝撃を与えるだろう。

農民の積極性を引き出すため、「大鍋飯³⁷」という旧農村経済体制を打破し、生産責任制を実施した。生産責任制は、家庭を単位として、政府に一定の農作物を収めることを除いて、剰余の部分を販売することにより、家庭の収入を増加させた。こうした前史を経て、個人経営の診療所が次々と開設された。統計データ³⁸によれば、1983年から1989年まで個人経営の診療所が130%増加した。そして農村においての医療機関総数に占める個人診療所の割合は、1983年に25.4%から、1989年に48.3%とほぼ2倍に上昇した。その反面、郷鎮衛生院は7年間の増加率が36.4%であったが、農村においての医療機関総数に占める比率が3%ほどに低迷していた。他の医療機関は、村あるいは大衆団体病院、郷村医師と衛生員提携の病院であった。どれでも上昇したり下降したりすることがあったが、変化幅が少ない。これにより、80年代に農村の医療機関は主に個人経営の診療所を中心として発展を遂げた。

人民公社の解体と農村経済体制の変化を除き、財政予算からの補助金が少ないことも一つの原因と考えられる。統計データによれば、政府から全国衛生部門への財政予算に占める農村合作医療の割合は、1980年の0.9%から1989年の0.4%まで減少してきた。そして、農村の基礎医療機関の衛生院への財政予算の割合も、24.5%から17.8%まで下降した。

以上のことから、80年代に入り、旧医療保険制度における財源不足や医療費の浪費などの問題点が浮き彫りになってきた。また、労働保険と農合の崩壊により、より多くの国民が無保険状態に陥っていた。これについての対応は喫緊の課題となった。

³⁷ 「大鍋飯」：仕事ぶりや能力に関係がなく、すべての人の待遇が一律である。

³⁸ 「中国衛生統計資料まとめ1978-1990」表17を参考にした。

第3章 模索期—試行医療保険の創設

80年代後半、各地方で様々な改革を試行してみたが、十分な成果を上げることができず、1990年代以降、より抜本的な改革が求められることとなった。1992年5月に公布した「国務院事務庁関与職員医療保険改革を推進する通知」では、「特色がある医療保険改革を行った単位(企業)を組織し交流し、それを基づいて新たな職員医療保険制度の改革方策を作成する」と強調した。

これを前提として、1993年10月に「関与職員医療保険制度改革試点意見の通知」(以下「通知」と略称する)を公布した。その中心的な内容は、①社会主義市場経済体制に適應する従業員医療保険制度を確立し、すべての都市部の従業員に基本医療保障を享受させること、すなわち以前分立した労働保険と公費医療保険を1つに統合し、全社会の職員をカバーする医療保険制度を創作すること、②医療保険制度の財源は、国家、所属単位(企業または組織)、労働者が共同で負担すること、③社会プール基金と個人口座を結合させ、医療保険を運営すること、である。ちなみに、従業員本人が納めた医療保険料と雇用者(企業)が納めた保険料の一部分は「個人口座」に積み立てられ、病気になるとき³⁹、この口座より医療費を支給する。雇用者の納付した保険料の残りは、「社会プール基金」に積み立てられる。

第1節 試行の医療保険モデル

1995年国務院は鎮江市、九江市の二つの市(以下「両江」と略称する)、海南島、深圳等をモデル都市として試行事業を開始することを決定した。いずれのモデルでも、その「通知」に基づき講じられたが、その着眼点は異なり、両江モデルは職員の基本医療に、海南島モデルは大病の保障に、深圳モデルは対象者の拡大に着目していた。以下、やや煩瑣になるが、対象者、保険財源、給付の3つの面から試行の医療保険モデルの仕組みを述べておく。

³⁹ 外来だけ使える地方もあるし、入院だけ使える地方もある。各地方の医療保険規定により異なっている。

第1は、医療保険の対象者である。都市と鎮の従業員全員が良い医療を享受できるための観点から三つのモデルが設けられてきた。具体的には、都市と鎮の従業員は中央部署、省所属の国家行政・事業単位、国有企業、軍隊所属企業、都市・鎮の団体企業、「三資」（香港系、台湾系、外系）企業での国家幹部、正社員、労働合同性社員（契約社員）、臨時工（アルバイト、パート）、中国籍社員（以下「従業員」と略称する）及び退（離）職員（國務院国発（1978）104号文例により申請した退職員込み）、二等乙級以上の傷痍軍人（農村にいる人も含まれる）こととされた。ここで呼ばれた従業員は都市の職員と言ってもよい。実際に実行する際には、農村に開設した団体企業等が込まれていない。そして失業者、出稼ぎ労働者、自営業者及び個人経済組織の従業員等上述した職域の網から漏れる者が存在する。90年代以降、改革開放政策の推進につれて、こうした人の群れを拡大してきた。このため、深圳モデルは失業者や出稼ぎ労働者向けの社会プール基金を設けるにより「入院医療保険」を達成した。海南モデルは自営業者及び個人経済組織の従業員も医療保険の適用対象とされた。旧医療保険制度と比較すると、試行の医療保険の適用対象者が大分拡大してきた。

第2は、医療保険の財源である。医療保険料は日本の健康保険と異なり労使折半ではなく雇用者（企業）の負担割合がやや高く、従業員が僅かの一部分を納付することとなっている。また、従業員本人の賃金または企業の従業員全員の賃金総額を賦課ベースとすることである。両江モデルは労働者の個人負担率は、本人の賃金の1%を最低とし、企業の納付した保険料率を前年度に実際支払った従業員全員の賃金総額の10%とする。海南モデルは従業員本人の賃金の11%であり、そのうち雇用者（企業）10%、従業員1%を納める。深圳モデルは深圳市の戸籍を持つ在職職員の保険料は雇用者（企業）が従業員本人の賃金の7%、従業員2%とされた。

従業員の納付した部分は毎月の賃金から引出し、企業の納付すべき部分は職員の福祉費から支出する。一方、政府の行政・事業単位、差額予算補助の全人民所有制の病院は、組織の財政から、差額予算補助・独立経営の事業単位は、労働者の医療費として準備している資金から支出する。特別な例としては、企業が倒産した場合は、倒産財産の中から労働者の当該年度の保険料と退職労働者の以後10年間の保険料を一括納入すべきとされた。

賃金を賦課ベースとするほか決算した保険料の金額も重要な指標である。海南モデル、深圳モデルは、決算した保険料が所在地の市・県・自治県の前年度従業員の平均月収の60%を下回った場合、雇用者または企業が足りない部分を納める。その反面、平均月収の300%を超えた場合、超えた部分は保険料を納めない。

退(離)職者の医療保険料については、両江モデルは前年度の実際に給付した年金総額の10%、海南モデルは退職して一か月目より納付しないようになり、深圳モデルは年金の12%を財政、元企業(雇用者)あるいは年金保険共済基金により納付し、他方、退(離)職者の本人は納付しない。

改革開放政策を推進して以来、深圳市、海南省が経済特別区として発展し、小都市や農村から大勢の若者を集め、自営業を営んだり、外系企業で働いたりする「下海」というブームを巻き起こした。こうした一連のものとしては、自営業者、暫住戸籍を持つ職員、失業者の医療保険問題である。このため、海南モデルは、自営業者の医療保険料は、本人月収の11%、雇用された労働者の場合は、雇用者が10%、本人1%を納付する。一方、深圳モデルには、深圳暫住証⁴⁰を持っている出稼ぎ者と失業救済金を受給している失業者の医療保険料は、それぞれに雇用者(企業)、失業保険機関により本市の前年度従業員の平均月収の2%で賦課される。

第3は、保険料の運営である。納付した医療保険料は、「社会プール基金」と「個人口座」に分けて繰り入れる。一般的には、従業員本人が納付した保険料の全額と雇用者(企業)の納付した保険料の一定割合を「個人口座」に、それ以外の部分を「社会プール基金」に記帳する。

「個人口座」に繰り入れた企業の納付した医療保険料の割合は、従業員の年齢によって規定された。両江モデルの場合は、九江市では、45歳以下6.5%(個人納付の1%と企業納付の5.5%)、45歳以上5%(個人納付の1%と企業納付の4%)となった。鎮江市では、それぞれに7%(個人納付の1%と企業納付の6%)と5%(個人納付の1%と企業負担の4%)となっていた。海

⁴⁰ 地元から他の地域へ異動する場合、異動先の警察庁に異動届を出し、暫住証を申請しなければならない。

南モデルの場合は、40歳以下4%、41—50歳5%、51歳以上6%であり、深圳モデルの場合は、45歳以上4.2%、44歳以下3.5%であった。個人口座の本金と利子は労働者が所有し、今年度に使い切れない部分は繰越ができる。転職した時、個人口座の残高が移動・継続できる。ただし、現金として引き出すことができない。

一方、退(離)職員、二等乙級革命傷痕軍人、失業者の「個人口座」についてはばらつきがある。海南モデルは、退(離)職員の年金の8%を記帳し、従業員が失業しているうちに、失業保険機関が補助した医療保険料を個人口座に記入する。一方、深圳モデルは、離職員、二等乙級革命傷痕軍人及び深圳市暫住戸籍を持っている出稼ぎ職員に対して個人口座を設定しない。

第4は、医療保険の給付範囲である。上述したとおり、三つのモデルの着眼点が異なり、両江モデルは基本医療を中心として行い、海南モデルは入院あるいは緊急治療病気に載せている病気に注目し、一方で、深圳モデルは出稼ぎ労働者と失業者向けの「入院医療保険」、深圳市の戸籍を持っている従業員と退職者向けの「総合医療保険」、そして離職者と傷痕軍人向けの「特殊医療」を試行していた。したがって、それぞれの給付範囲に大きな相違がある。

- ① 両江モデル：従業員の個人口座と本人の写真付の医療社会保険手帳を作成し、個人口座を医療保険機関に管理し、年末に一回決算し審査する。対象者が病気になったときは、保険手帳を持ち指定病院で受診できる。毎回の医療費は指定病院が保険手帳に3枚複写で記帳され、一部は医療保険管理機関へ送られる。医療費については、入院や外来を問わず、最初に個人口座から支出し、使い切った後残りの部分は自己負担することである。自己負担の医療費は本人の年収の5%を超えた場合、金額の限度に応じる「社会プール基金」から納付する。本人の年収の5%から5000元までの部分は個人負担率15%、5000元から10000元までの部分は個人負担率9%、10000元を超えた部分は個人負担率2%となっていた。ただし、国家の認定した特殊な病気、計画出産のための手術、後遺症、行政事業単位の労災の医療費は社会プール基金より全額支出した。2等級乙級以上の革命参

加傷痍軍人、離職休養幹部の医療費のうち個人口座を使い切った後に残りの部分は社会プール基金より全額を支払う。

② 海南モデル：入院または病気リストに載っている緊急救命の病気であり、そして給付スタートラインを超えた時、医療保険の対象になり、医療費の大部分は社会プール基金より支給し、一部分は個人で負担する。ちなみに、給付スタートラインは、在職職員の場合は前年度平均月収の2か月の分、退職員の場合は1か月の分であった。給付スタートラインから10か月の社会平均月収までは、個人負担は15%、社会プール基金は85%であり、10か月の社会平均月収から20か月の社会平均月収までは、個人負担は9%、社会プール基金は91%であった。退職員の場合は在職員の自己負担の半額となる。

③ 深圳モデル：対象者によって参加した医療保険が異なり、給付率にばらつきがある。たとえば、出稼ぎ労働者と失業者は入院する時医療費の90%を社会プール基金より支給し、残りの10%を自己負担する。しかしながら、外来の時、全額を自己負担する（失業者は、個人口座に残高があれば、それで支払える）。深圳市の戸籍を持っている従業員と退職者は入院する時、在職員は基本医療費の90%を社会プールより、10%を現金で自己負担し、退職員は95%の医療費が給付され、5%を自己負担する。外来の時、どちらも個人口座より支給する。個人口座を使いきれた後の医療費は、本市の前年度の従業員平均収入の10%以内の部分自己負担し、10%を超えた部分は、受診病院の等級によって、給付率を決定する。三級⁴¹病院は65%、二級病院は70%、一級及び以下の病院は75%であった。

⁴¹ 中国では、病院規模、医療技術、医療設備、管理水準、医療品質の5つの方面から病院を等級付ける。等級の高さの順番で3級、2級、1級病院となっている。

表 3-1 試行の医療保険モデルの比較

		両江モデル		海南モデル		深圳モデル		
対象者		幹部、社員、軍人		両江モデルの対象者＋自営業者		両江モデルの対象者＋深圳暫住戸籍を持っている出稼ぎ労働者 ＋失業者		
		在職員	退職者	在職員 ⁴²	退職者	在職員	退職者	失業者 出稼ぎ労働者
財源	本人	$W_p * 1\% \sim$	0	$W_p * 1\%$		$W_p * 2\%$	0	0
	企業	$W_s * 10\%$	$P_s * 10\%$	$W_s * 10\%$ 自営業： $W_p * 11\%$		$W_s * 7\%$	$P_p * 12\%^{43}$	$W * 2\%^{44}$
保険料	個人口座	～45歳： $W_p * 5\%$ 45歳～： $W_p * 6.5\%$	$P_p * 5.5\%$	～40歳： $W_p * 5\%$ 41～50： $W_p * 6\%$ 51歳～： $W_p * 7\%$	$P_p * 8\%$	～44歳： $W_p * 5.5\%$ 45歳～： $W_p * 6.2\%$		
	基金	個人の保険口座に入れた金額を抜いた保険料					医療保険料の全額	
給付範囲	口座を使い切った時、 残りの医療費用		入院・病気リストに載っている緊急救命病気		在職員の自己負担率の1/2	外来：個人口座より支払い、 足りない部分→ ～ $W_p * 10\%$ ：自己負担 $W_p * 10\% \sim$ ：三級病院 65%、二級病院 70%、 一級病院及び以下の病院 75%		外来： 適用しない 入院： 個人 10% 基金 90%
	$W_p * 5\% \sim 5000$ 元： 自己 15% 基金 85% 5000～10000 元： 自己 9% 基金 91% 10000 元～： 自己 2% 基金 98%	在職員の自己負担率の1/2	$W_s / 12 * 2 \sim W_s / 12 * 10$ ： 個人 15%、基金 85% $W_s / 12 * 10 \sim W_s / 12 * 20$ ： 個人 9%、基金 91% $W_s / 12 * 20 \sim$ ： 個人 5%、基金 95%	入院： 自己 10% 基金 90%		在職員の自己負担率の1/2		
(注) W_p ：従業員本人の前年度収入額。 W_s ：従業員全員の前年度賃金の総額。 W ：本市の前年度従業員の平均月収。 P_s ：前年度企業が給付した年金の総額。 P_p ：本人の年金。医療保険総基金を「基金」と略称する。								

⁴² 個人経済組織の従業員込み。

⁴³ 財政、元企業あるいは年金保険共済基金が支払う。

⁴⁴ 失業保険機関あるいは雇用者が支払う。

第2節 90年代後半の医療保険の状況

試行の医療保険を経て、国民の医療サービスへの需要変化や衛生医療サービスの需要供給に影響を与えるかどうか探るため、衛生部は、全国の95個の県、475個の郷鎮(町)、950個の村を対象とし、「国家衛生サービス研究—1998年第二次国家衛生サービス調査分析報告」というアンケートを行った。その結果から、90年代後半の中国における医療保険に関する問題を明らかになった。重要な点を以下の4つだけ述べる。

第1に、医療保険全体のカバー率が低いことに加え、農村と都市間格差がある。都市部における医療保険は労働保険と公費医療からなっていたが、農村部における主な医療保険は農村合作医療保険であった。文化大革命をきっかけとして、農村部の医療保険のカバー率が都市部とほぼ同じレベルを維持していた。しかしながら、人民公社の解体により農村合作医療保険が崩壊するにつれて、都市部と農村部間での医療保険カバー率の格差が拡大してきた。今回の調査データによれば、1998年の推計公費医療保険、労働保険、半労働保険⁴⁵、農村合作医療保険、他の医療保険⁴⁶のカバー率は、それぞれ4.95%、6.22%、1.62%、6.5%、1.88%であったが、いずれの医療保険も持っていない人々は76.4%、そのうち都市部44.13%農村87.44%となっており、特に、経済未発達の農村は、各種の医療保険のカバー率を合わせても5%に達していなかった。すなわち、農村部の一つの医療保険も持っていない人々の割合は都市部のほぼ2倍になった。

第2に、入院治療を受けるべき人は、経済的困窮を理由として受診できない問題も存在した。2週間看病未受診⁴⁷の人の中で、自己医療(たとえば薬局へ薬を買いに行く)措置を取った人は、都市部87.5%、農村65.12%を占め、どんな措置も行っていなかった人の割合は、都市部12.5%、農村34.88%であった。さらに、自己で退院を要求してきた人は、退院した患者に占める割合が、農村部45.01%、都市部36.47%となった。このデータから見ると、都市部の人の医療に対する需要は農村部の人より高いことが分かった。要因としては、都市部における医療資源の集中により受診が便利になることや高度医療機械の揃えにより治療効果が上がったことが挙げられるが、実際にはそれだけではない。最も大きなのは経済的理由である。農村部における入院した患者には、86.79%が自己負担していた。こ

⁴⁵ 労働保険を持っている労働者の扶養者向けの医療保険

⁴⁶ 主に商業医療保険を指している。日本の民間医療保険に相当する。

⁴⁷ 病気になったと感じている時、二週間以内に病院へ受診に行かなかった。

これは、低収入の農民たちに対し壊滅的な打撃を与えた。そして、年収が低くなければ低いほど、世帯年収に占める医薬費の比率が高くなる。一年には家族全員が健康であれば問題がないが、何か体調が不良でちょっと病院に行くと、家計が圧迫される恐れがある。

第 3 に、都市の基層医療機関の利用率が低く、指定病院が医療資源の無駄をもたらした。今回の調査には、「常に受診に行った医療機関はどこか」については、農村部における最も多いのは「衛生室」と「郷鎮衛生院⁴⁸」83.62%であり、一方、都市部の最も多いのは「市級病院」32.30%、次いで「衛生室」18.05%、「省級病院」13.55%であった。農村部の基層医療機関の利用率が都市部より高くなった。都市部における高度医療機器を備え、優秀な医療人材を集める市・省級の病院が多く、フリーアクセス理念の下で、より良い病院を選択することは当たり前のことである。ところが、最も多い理由は「家に近い」であり、そしてここで留意すべきことは、二番目の理由「指定病院」である。これは都市部の医療保険の仕組みに関係があると考えられる。公費医療のみならず労働保険の給付も、企業(単位)の所属病院または指定病院に限られた。それ以外の病院での受診は給付対象外となった。ちなみに、医療保険の管理や決算のため、指定病院は大体当地方の総合病院であり、その結果、都市部の基層医療機関の利用率が低くなる一方で、医療資源が無駄に使われる弊害が生じた。

第 4 に、農村合作医療保険に参加する願望や医療保険料の希望金額にばらつきがあった。農村の自費医療住民を対象とし、農村合作医療保険への願望と保険料の希望金額をめぐり調査した。この結果は、「農村合作医療保険に参加したい」51.12%、「参加したくない」44.26%、「どうでもいい」4.26%となった。そして、経済力が乏しければ乏しいほど、参加したくない割合が高くなってきた。参加したい人々には、「外来しか給付しない」と思っている人が 23.97%、「入院だけ」と考えている人が 20.7%、「両方が対象となってほしい」が 55.31%となった。さらに、参加したい人の医療保険料の金額は、一世帯当たり毎年 79.8 元であり、即ち一人当たり一年に 20 元ほどである。この金額は、一世帯当たり一年間の医療衛生医薬費支出の 15.5%を占める。農村の住民が医療保険に加入する意識が薄く、医療保険を通じ高額な医療費を解決しようとする意欲を持っていないと考えられる。

⁴⁸ 衛生室と郷鎮衛生院は農村部で開設された基礎医療機関である。市級病院と省級病院については本論文の第 6 章第 1 節を参照。

第4章 転換期—新制度への転換

公費医療費用の浪費の歯止めがかからない一方で、多くの国民が無保険の状態に陥っていた。こういった背景の下で、公費医療と労働保険を統合し、都市部の労働者全員をカバーする医療保険が導入された。その上、農民向けの初めての公的医療保険制度も誕生した。

第1節 城鎮職員基本医療保険制度の創作

1998年江沢民・朱鎔基を中心とした新政権が誕生し、朱鎔基総理は重点的に推進する「五項目改革」を提唱した。その中の一つは医療制度の改革である。1998年12月、全国従業員医療保険制度改革業務会議の開催による「城鎮⁴⁹職員基本医療保険制度の創作に関する国务院の規定」を公布した。この規定の内容に着目すると、城鎮職員基本医療保険制度(以下「城鎮職員医保」と略称する)は1990年代半ばに両江、海南島、深圳などの代表都市で試みられた医療保険モデルの延長線上にある。

第一は、城鎮職員医保の基本理念である。基本医療保険の水準が社会主義初期段階の生産力に適應すること、都市部全部の雇用者(企業)及び従業員は基本医療保険に加入し、所在地の管理に従うこと、保険料を雇用者(企業)と従業者の双方が分担すること、医療保険基金は「社会プール基金」と「個人口座」の結合を実施することである。

第二は、城鎮職員医保の適用対象と保険料である。都市部の全部の企業(国有企業、団体企業、外系投資企業、私営企業等)、機関、事業単位、社会団体、民営非企業単位及び職員が基本医療保険に参加しなければならない。郷鎮企業及び職員、都市と郷鎮の个体経済組織の経営者及びその従業員が参加するかどうか各省・自治区・直轄市の人民政府によって決定する。城鎮職員医保は原則的に地級以上の行政区(地、市、州、盟)を単位として基金が設けられるが、県(市)を単位としても構わない。ただし、北京、天津、上海の三つの直轄市は原則的に全市を単位とし実行する。加入した全部の雇用者(企業)及び従業員は、所在地の基本医療保険の管理原則に従い、政策を同一に執行し、医療保険料を統一的に捻り出し運営・管理する。ただし、鉄道、電力、海洋運輸等地域に跨り、生産の流通性が高い企業及びその従業員は、集中度の高い地域の基本医療保険に加入する。

⁴⁹ 県級及び県級以上の所を「城鎮」、郷級及び郷級以下の所を「郷鎮」と総称する。詳細は注13を参照。

保険料は雇用者(企業)と職員が共同で納付し、雇用者(企業)の納付率在职員の総賃金の概ね6%前後、職員の納付率は本人の賃金の2%までに維持する。しかしながら、経済の発展に伴い、雇用者と職員の納付率はある程度調整できる。失業した元国有企業の従業員の保険料は、再就職支援センターに当地域前年度の職員の平均賃金の60%で納付される。

第三は、保険料の運営については、「社会プール基金」と「個人口座」を設け、従業員本人の納付の保険料と雇用者(企業)の納付の保険料の30%前後を「個人口座」に繰り入れ、残りの部分を「社会プール」に記入することである。具体的な割合は、地域ごとに「個人口座」の給付範囲と職員の就職年限等の要素により規定する。また、「収入により支出を定め、収支のバランスを維持する」という原則に従うため、「社会プール」により給付するスタートラインと上限金額が設けられている。スタートラインは当地域職員の平均年収の10%、最高限度は当地域の職員の平均年収の4倍前後となる。毎年、各地域の労働保障行政部門は具体的な数字を公布する。スタートライン以下の医療費を「個人口座」により負担し、最高限度を超えた医療費を商業医療保険⁵⁰等によって解決する。すなわちスタートラインから最高限度までの医療費のみが給付される。医療費の給付比率も地域によって異なる。

また、地域ごとに労働保障行政部門は指定医療機関や指定薬局と医療サービス協議契約を締結する。被保険者が病気になった際に、その指定医療機関で受診した医療費や指定薬局で購入した医薬剤費のみが給付される。さらに、指定医療機関の等級により、医療費の給付比率に差異がある。たとえば、広東省広州市では、一級病院90%、二級病院85%、三級病院80%となる。

ところで、以前の労働保険が公費医療保険と一本化された後、現行の城鎮職員保険へ転換した。公費医療保険を享受した被保険者の医療消費レベルが一気に降下しないように、企業が賃金の4%以内の金額で企業補充医療保険を設ける。その金額が職員の福祉費から引出し、不足する場合は、同級財政部門の同意を得た上でコストから除く。その意味では、これは公費医療保険から城鎮職員保険へ転換するための補助政策であった。甘い政策を打ち出すと元に戻すことがいかに困難かという意味で、公費医療制度は「苦い」教訓でもある。今日に至るまでも公費医療と城鎮職員医保を一本化される課題が残されている。

⁵⁰ 商業医療保険は、民間医療保険であり、3つの公的医療保険に対して、補足的な役割を機能している。個人が購入できるが、企業を単位として団体で購入するケースも多い。

第四は、医療サービスの機能を強化することである。労働保障部は衛生部と財政部などの部門を提携し、基本医療サービスの範囲、標準⁵¹及び医薬費の決算方法を制定し、国家基本医療保険の医薬品リスト、診療項目、医療サービス設備標準及び管理方法を作成する。労働保障部、衛生部、財政部等の部門は指定医療機関と指定薬局の資格審査の標準を創作する。社会保険機関は「漢方と西洋医を結合し、基層、専科、総合医療機関に気を配り、職員の便宜を図る」という原則に従う上で、競争原理を導入し、若干の医療機関と薬局を指定する。職員は指定医療機関で受診や医薬品を購入するあるいは処方箋を持参して薬局で医薬品を購入することができる。医療機関の配置を合理的に調整し、医療資源の効率的活用を図り、積極的に社区卫生サービスを発展し、社区卫生サービスも基本医療保険の給付に組み込まれる。国家薬品监督管理局及び関係の部門は薬局で薬品を購入するトラブルに関する事項を制定する。

医療と薬品を別に決算し、管理する制度を建立し、医療サービス業と薬品流通業において競争原理を導入し、医薬品費用を合理的に抑制する。医療機関と薬局の内部統制を強化し、コストを降下する。医療サービス価格をきちんと整え、医療と薬品を分別決算・管理することにより、医療総収入に占める薬剤収入の割合を降下させた上で、診療報酬を上昇させる。

第2節 新型農村合作医療保険の誕生

90年代に入ってから、農村は相変わらず衛生状態が劣悪を極め、医療資源不足の状態にあった。病気により困窮な状況に陥ったり、命にかかる病気になっても経済原因により治療できなくなったりするケースが多かった。2002年「中共中央・国务院農村衛生の強化を推進する通知」が公布され、新型農村合作医療制度の創作が至上命題として掲げられた。2003年1月衛生部、財政部、農業部は「新型農村合作医療制度の創作に関する通知」（以下「新農合」と略称する）を打ち出し、現行の農村医療制度が登場した。この制度は本来の性質から運営まで以前の農合と異なっていた。主要な相違点としては、①本質の転換②保険者—運営者③保険基金の財源構成④保険の給付が挙げられた。

⁵¹ 日本の医療保険制度というと、点数と言われる。

第1は、農民自主組織から政府組織・指導・支持方式へ転換し、農村の医療保険の本質が変わった。旧農合は農民たちが自主的に組織し運営してきた医療保険であったが、新農合は中央政府が全国的に組織し地方政府が組み立てた医療保険である。言い換えれば、中央政府は新農合の運営が健全に行われるよう必要な指導をし、各省、地級政府は、新農合の運営が健全に行われるよう新型農村合作医療制度の管理体制を整える。旧農合は生産(大)隊を単位として行い、強制加入させられるというよりは、自然に所属の生産(大)隊の医療保険に加入したと言った方が適当と思われる。一方、新農合は県(市)または郷(鎮)を単位として実施し、加入は任意である。一言だけ述べれば、新農合は民間の自主自営の医療保険から公的な地方性の医療保険へ転換した上で、任意加入するようになった。

第2は、新農合の保険者が各県級政府である。旧農合の保険者は各生産(大)隊であったが、新農合の保険者は各県級政府である。各省級人民政府は衛生、農業、財政、民政、会計、扶貧等部門を組み合わせ、農村合作医療協調グループを成立する。各県級人民政府は関係の部門と新農合参加者の代表者と提携し農村合作医療管理委員会を設立し、保険の組織、協調、管理及び指導に関する仕事を担う。そして農村合作医療管理委員会の下に「経弁機構」を設立し、新農合の保険料の徴収、医療費の給付等具体的な運営を行う。「経弁機構」は、定期的に上層機関たる農村合作医療管理委員会に新農合の基金収支状況を報告するだけでなく、参加した農民たちも基金収支の状況を明瞭に分かるよう、定期的に社会公衆に基金収支の情報を公開する。一方、農村合作医療管理委員会は定期的に農村合作医療監督委員会に医療基金の収支や管理状況の検査をうける。各実施部門の機能からみると、旧農合より新農合制度の透明度を上げた。

第3は、保険基金の財源内訳である。給付の医療費は農村合作医療基金(以下「基金」と略称する)から引出し、基金の主たる財源は、農民の納付の保険料、郷村団体経済組織からの扶持資金、地方政府と中央政府からの補助金(2003年まで中西部地方だけ配った)で構成される。実額でみると、①参加の農民は家庭を単位として毎年一人最低10元(経済力のある地域は納付金を上げる)を納付すること、②経済的に余裕のある郷村団体経済組織はある程度新農合を支持すべき、納付基準は県級政府により規定されること、③地方政府は毎年参加人数によって地方財政から一人当たり最低10元の補助金(経済が発展している東部地方では金額を増加する)を支出し、中央政府は毎年省級財政から一人当たり10元の補助金(2003年以後、中西部以外の地域も対象とする)を歳出することとなった。納付した保険料や補助金は基金の専用口座に繰り入れられ、農村合作医療管理委員会または

「経弁機構」に管理される。基金は「収入により支出を定め、収支が均衡し、公開、公平、公正」という原則に従い管理され、別の用途に使うことを禁じている。

第4は、新農合は高額な医療費と入院の医療費が給付対象となった。各省・直轄市は農村合作医療保険の給付対象についての基本薬物目録を制作し、各県(市)は当地の実情により、給付の範囲、給付金額(率)を科学的に規定する。年度内に1回も新農合基金を使っていない農民に対し、健康診断検査を受けさせる。その健康診断検査の項目や方式を各県(市)に明確にさせ、新農合基金の赤字または過剰の残高を防止する。経済力がある地方では、リスクに対する抵抗力を高め、農民の利益にも気を配られるよう、高額(入院)医療費用と小額(外来)医療費用と分けて補助する方式を実施しても構わない。

第3節 城鎮居民基本医療保険制度

城鎮職員医保と新農合を創作するとともに、多くの人々が恵みを受ける一方で、両制度から排除された人々が多く存在する。たとえば、都市部の住民、就学前の幼児などである。こういう人々向けの医療保障が新たな焦点となった。

2007年7月に「国务院城鎮居民基本医療保険の試行に関する指導意見」が制定・公布され、その中で「2007年に経済力のある省の2、3都市で試み、2008年から試行地の範囲を拡大し、2009年に試行の都市の比率が80%に至り、2010年に全国中推進し、都市部の非就職者の全員をカバーする」ということを目標にした。

城鎮居民基本医療保険制度(以下「城鎮居民医保」と略称する)の適用対象者は、両制度から排除された都市部の高校、中学校、小学校、専門学校の学生、就学前の幼児及び他の非就職者である。以上の対象者の加入は任意であり強制されておらず、都市部の戸籍を持っていない人が加入することが原則としてできない。

城鎮居民医保の骨格(例えば給付対象、医療保険の指定病院や薬局の管理等)は職員医保と新農合をモデルにしたものであると見てよい。たとえば、①新農合のように、医療保険基金の財源は個人の納付の保険料、中央と地方政府の補助金であること、②給付対象は職員医保の給付対象と相似していることである。ただし、③給付方式の着目点が両制度と異なっている。

そのうち①については、家庭を単位として保険料を納付し、各地方政府は現地の経済発展の段階及び未成年者と成年者等の異集団の基本医療需要を考えた上で、住民の生活水準

に応じて保険料の金額を決定する。一方、中央政府と地方政府は別に住民へ補助金を支払う。その具体的な内容としては、政府は毎年一人当たり最低 40 元を補助し、そのうち中央政府は 2007 年から中西部の参加者に対して毎年一人当たり 20 元の補助金を支給すること、低保対象あるいは重度障害者の学生や幼児に対し、政府は原則としてさらに毎年一人当たり最低 10 元を補助し、そのうち中央政府は中西部の人に一人当たり 5 元の補助金を給付すること、他の低保対象、労働力喪失の重度障害者、低収入家庭の 60 歳以上の老人等貧乏な住民に対し、さらに毎年一人当たり最低 60 元の補助金を支給し、そのうち中央政府は中西部の人に一人当たり 30 元を補助することである。中央政府から東部の人への補助金は農村合作医療の基準に基づき、給付する。財政補助の具体的な提案は財政部、労働保障、民政等部門で決定し、補助金は各級の財政予算から支出される。

②の給付範囲については、職員医保では入院費と外来の医療費が対象となっており、城鎮居民医保には外来の医療費が対象外となされた点が大きな特徴である。(ただし、経済力のある地方では、大病ではない病気の外来の医療費も対象となることは存在した)。なお、城鎮居民医保の創作に当たっては、城鎮職員医保に適用する「職員基本医療保険リスト」の甲類医薬品を城鎮居民医保に適用する医薬品リストに納め、そして妊婦、産婦、幼児の受診の便宜を図るという理由から、幼児用の薬の品目や剤形を適宜に増やし、条件に合う産婦人科病院、婦幼保健院、子供病院及び社区卫生サービス機関も城鎮居民医保の指定病院に含められた。

③の医療費の給付方式は②と関連する。「合理的に医療資源の利用の管理機制を探り、住民が十分に社区卫生サービス機関、基層医療機関で提供した医療サービスや漢方薬サービスを利用することを導く。」という旨の指摘が再三にわたってなされた。社区医療サービス機関等の基層医療機関の利用に着目することが城鎮居民医保の特徴である。これについての対応は、社区医療サービス機関等の基層医療機関で受診した医療費の給付率が他の指定病院より高くなることである。そして、指定医療機関も保険の管理に積極的に参加し医療サービスのコストを抑制する意欲を高めるため、医療サービスの価格⁵²や医療費の給付方法は、各級の医療保険「経弁機関」が指定医療機関と相談した上で、決定される。その上、病気の種類あるいは医療費の総額により給付金額を決算する等の給付方式を探る。

⁵² 日本の医療保険で言えば、診療報酬点数と呼ばれる。

第4節 中国における医療保険の特徴

以上、新中国建立から今日にいたるまで中国の医療保険制度が辿ってきた歴史を大別すれば、2つ時代があり、旧医療保険制度時代と新医療保険時代となった。それぞれの時代特徴があるが、時代転換により中国医療保険制度は以下の二つの変化を起こした。

第1に、集団型医療保険から公的医療保険へ転換する。旧医療保険制度には、公費医療は政府に組織される医療保険であったが、労働保険は組織（企業）を単位とし企業内福祉的性格が強い医療保険であった。そして、農合は農民たちが病気リスクを分担するため自発的に創作した相互共済制度であった。いずれでも、集団を中心として組織された医療保険である。そして各「団体」は、当団体に所属する人だけ医療保障を提供し、医療資源に余裕があっても団体以外の人々と共有しないということである。たとえば、労働保険の場合は、企業の経営状況により、当企業の従業員や退職員に医療保険を提供するかどうか、どの程度で給付することを決定した。農合の場合は、一年間の生産(大)隊の人民公社の運営状況により、それに所属した家庭の家族全員へ医療サービスの範囲を設定した。一方、新医療保険制度は全国ネットワークがあるわけではなく、多くの場合地区級市ごとに運営されており、省レベルで管理を統一しているのは少数である。新型農村合作医療保険制度は農村の人々向けの初めての公的な医療保険制度として登場した。

第2に、医療保険制度は「三元」構造から「二元」構造へ転換していく。1958年に「戸籍登記条列」が導入されて以来、中国社会が都市—農村の二元化構造になっている。すなわち都市部の労働者が活動する地域と農村の労働者が活動する地域が区分されている。そして、新中国の成立に貢献した軍人・幹部に対する優遇措置が講じられていた。こういう背景として、医療保険において、都市部に対する農村部、指導者に対する労働者、「三元」構造を形成した。すなわち、公費医療、労働保険及び農合三段階の医療保険制度の構造を構成した。歴史の進展に伴い、制度自体にいろいろな問題があり、新たな医療保険制度が誕生した。その上、元の公費医療と労働保険が一本化された。医療保険制度は「三元」構造から都市部の医療保険と農村の医療保険の「二元」構造へ転換していく。

医療保険の歴史的形成過程を考察した後、現在、中国における医療保険制度は「限局性」という特徴を持っていることを明らかにした。その「限局性」は、制度自体に現れる限局性と制度実施の「地域限局性」である。具体的には以下の三つの面に現れている。

第1に、医療サービスへのフリーアクセスが尊重された一方で、医療保険適用の医療機関や薬局が限られた。フリーアクセスとは、患者に医療機関の選択権を保障するという意義だけでなく、医療機関に対し患者から選択されるよう医療サービスや質を向上させるインセンティブを付与するという意味合いもある。中国における医療サービスへのフリーアクセス制度自体から見ると、「いつでも、どこでも、誰でも」という理念を持っているが、医療保険制度の仕組みから見ると、医療保険の適用に対し医療機関や薬局が限定されている。また、フリーアクセスの理念の下で、医療機関は患者の評判が悪ければ淘汰されるから、医療供給者に患者サービスの向上を促すという大きなメリットがある。すなわち、医療事業は公益性を持っている一方で、自由競争市場で行っている事業である。しかしながら、被保険者が個別に医療機関や薬局を指定し、指定病院や指定薬局に限り医療保険が適用できることは、ある程度医療市場における自由競争が制限された。

第2に、医療保険の適用範囲が限られている。指定医療機関や指定薬局に限り医療保険が適用できる加え、給付対象の疾病や医薬品も限定されている。給付対象の医薬品については、「医療保険基本医薬品目録」に載せられた医薬品が給付対象となる。「医療保険基本医薬品目録」は中央政府に制作され、地方政府はそれに基づき修正する。一般的に言えば、入院の医療費が給付対象となっており、外来の医療費が給付対象外となっている。ただし、慢性疾患や大病の外来の医療費が例外として給付対象となっている。近年、外来の医療費が給付対象になるか否かは焦点を当て、北京をはじめ大都市における新たな改革を導入したが、まだ全国中に拡大していない。また、3つの医療制度は給付範囲と給付金額において大きな格差があった。

第3に、医療保険制度の概要は中央政府に決定されたが、具体的な詳細や方策は地方政府により立てられる。先進国では中央政府が全国一律の給付水準と保険料率を決定するという点で「統一型」という特質を持つ公的医療保険ですら、地域分断的な「地域型」で運営される点が中国の特徴である。中国における「地域型」(地域分断的)分権システムを理解する場合、国土が広い多様であるという説明がなされることが多いが、この問題は中央—地方政府の「条条塊塊」関係及び「権利下放」という政策の実施にまで遡って考察しなければならない。換言すれば、中央政府は医療保険の仕組みの範囲を設定しており、地方政府はその範囲以内に具体的な内容を決定した。たとえば、中央政府は医療保険料の上限額と下限額、給付対象の医薬品や病気の種類等を設定しており、地方政府は当地の消費水準に応じて納付金を決定し、地方病も医療保険の給付対象とならせる。これに対し、地域

によっては、同医療保険制度ですら、給付対象となった病気、医療保険料及び給付率(額)等に格差がある。その中、最も注目される話題は外来が給付対象となるか否かことである。現在、中小都市においてはまだその改革を推進していないが、北京や上海等の大都市においては試行し始めた。

新たな医療保険制度が導入された後、中国における医療業界の実態がどうなっているか、そして何が問題点であるかについては第Ⅱ部で論じる。

小括

第1部では、中国の医療保険制度の歴史を繙くに当たり、①萌芽期、②遅滞期、③模索期、④転換期の4つの時期からその淵源を辿る方法を採用した。結論としては、4つの時期に医療保険制度の注目点が異なっていることである。

- ① 萌芽期は、おおむね新中国建立の直後の1951年から文化大革命の開始の1966年までである。この時期には、公費医療と労働保険制度の基盤の整備と量的拡充を図っていた。性質から見ると、両制度が異なっており、公費医療は「公的」な医療保険、労働保険は企業福祉型で「集団型」な医療保険であった。それなのに、両制度の仕組みには大きな共通点があり、それはほぼ無料で医療を提供していたことである。一方、前両医療保険の規模や仕組みと比較すると、農村の人々向けの医療保険すなわち農合医療制度の方が未整備となっていた。この制度は、農民たちが共同で病気になるリスクを分担するため、自発的に創作した医療保険であった。
- ② 遅滞期は、概ね文化大革命期間であった。1966年、中国は「文化大革命」の政治運動が始まり、十年間の内乱時期に入った。この時期には、労働保険に対する壊滅的な打撃を与えた。なぜなら、社会保険は「修正主義」と批判され、労働保険金が一律に停止されたからである。一方、「文化大革命」の推進により、農合の普及率がピークを迎えた。その契機は、1968年に湖北庄楽園人民公社を視察する際に毛沢東が「合作医療は素晴らしい」と絶賛したことである。さらに、「文化大革命」の「上山下郷」運動により、農村の医師不足問題がある程度緩和された。
- ③ 模索期は「文化大革命」の終了から90年代の半ばまでである。80年代に入って以来、改革開放政策を推進するとともに、国有企業の管理体制の整備を進めたため、多くの国有企業が崩壊寸前の状態に陥った。その結果、企業が経済的に医療保険を

提供できなくなった。さらに、「文化大革命」の終了につれて、農合のカバー率は以前の90%前後から5%に急減し、農村合作医療制度が壊滅的な打撃を与えられた。その反面、公費医療の費用が高騰しつつあった。こういう背景の下で、旧医療保険制度は崩壊し、新たな医療保険制度を模索する必要性が生じた。90年代に入り、全国の各地に医療保険制度の改革を推進した。その中で、今後の医療保険制度に大きな影響を与えたのは、両江モデル、深圳モデル及び海南モデルの三つの医療保険改革モデルである。

- ④ 転換期は90年代の半ばから現在まで、以前の旧医療保険制度から新たな医療保険制度へ転換する時期である。模索期に登場した三つの医療保険改革モデルに基づき、1998年都市部の従業員向けの「城鎮職員基本医療保険」、2003年に農村部の人々向けの「新型農村合作医療保険」、2007年に都市部の住民向けの「城鎮居民基本医療保険」を創作した。こうして、医療保険において新たな扉が開かれた。

中国における医療保険の歴史的形成過程から見ると、医療保険制度は集団をお中心として組織された「集団型」から政府が組織する公的医療保険制度への大きな転換を遂げた。また、現行の医療保険制度の仕組みから見ると、「限局性」という特徴を持っている。この「限局性」は2つの面で現され、1つは制度自体の限局性、もう1つは制度の実施に現れる「地域限局性」である。次の補論では、医療保険制度と密接な関係にある医薬品に関する制度に着目する。

補論1 医薬品に関する制度

第1節 『国家基本保険医薬品リスト』

医療保険制度を検討する際には、『国家基本医療保険医薬品リスト』（以下『医薬品リスト』と称する）という言葉は何回も提言した。『医薬品リスト』は医療保険の給付範囲や給付率（額）に密接な関係があるので、本節ではそれについて述べておく。

1-1-1 『国家都市部従業員基本保険医薬品リスト』の誕生

1998年に城鎮職員保険が制定された。2000年に、労働と社会保障部、国家発展計画委員会、国家経済貿易委員会、財政部、国家薬品监督管理局、国家中医薬管理局の7部門は保険給付の対象となる医薬品のリストを作成した。リスト作成の主たる目的は都市部従業員基本保険適用の対象となる医薬品の供給を保証し、合理的に薬剤費を抑制することである。

『薬品リスト』に収録される医薬品は、臨床に適用し、安全性・有効性・便利性を確保し、適切な価格、供給を保証できるものである。これだけではなく、以下の条件の一つに当てはまり、①『中華人民共和国薬典』に収録された医薬品、②国家医薬品监督管理局が公布した基準に合格する医薬品、③国家医薬品监督管理局が正式に輸入を許可した医薬品である。一方、以下の医薬品が保険適用の対象にならない①滋養強壮を目的とした漢方、②医薬品の原料となった動物・動物の内臓・干し果物の一部、③生薬や漢方で漬けた酒類、④各種類の果物製剤、粉末・顆粒状の飲み薬⑤血液製剤、蛋白質性医薬品⑥労働保障部規定の基本医療保険基金で支払えない他の薬品。

『薬品リスト』には薬品の原材料により、西洋薬、中成薬（民族薬を含む）、生薬という三つに分類される。西洋薬と中成薬は基本医療保険基金適用の対象となり、販売名称を一般的名称でつけると同時に、成分量も表示する。一方、生薬は基本医療保険基金適用の対象外となり、販売名称を薬典名で表示する。さらに、『国家基本薬物目録』に基づいて、西洋薬と中成薬は甲類リスト、乙類リストの二部分に分けられた。臨床治療に不可欠で、使用範囲が広く、治療効果が良く、同類の医薬品と比べて価格が安い医薬品を甲類リストに収録する。乙類リストには、治療効果が良く、同類の甲類リストに載せた医薬品に比べて価格が少し高い医薬品を収録されている。医師は通常は甲類リストの医薬品を処方す

るが臨床治療において必要だと判断すれば、乙類リストから選択することができる。

リストは原則的に二年に一回改訂・増補することが規定された。それに基づいて各省、自治区、直轄市が改訂することが規定された。国家労働保障部をはじめとして、国家発展計画委員会、国家経済貿易委員会、財政部、国家薬品监督管理局、国家中医薬管理局の7部門から審査グループを構成する。審査グループは、国家基本保険医薬品制度の制定及び実施過程における政策的問題に関する調整及び解決、リストの選定及び調整に関わる原則、範囲、手続等の確定、審査を行う。この原則に従って、衛生部が臨床医学、薬学、薬品経済学、医療保険及び衛生管理分野等の専門家を組織し、選定対象の医薬品について技術的評価を行い、選定意見を付したリスト原案に対して、評価審査班は投票による審査の上で、リスト初稿を作成する。リスト初稿について関係部門の意見を聴取し修正を加えた審査用リストを、評価審査班は最終審査のために審査グループに送付する。審査を通過すると、『国家基本保険医薬品リスト』として公表する。上述したように、『医薬品リスト』は甲類リストと乙類リストに分けられた。甲類リストは国家計画委員会、国家医薬品监督管理局に限られ制作でき、乙類リストは各省、自治区、直轄市の地方自治体が現地の経済水準や医療需要や習慣により、国家が分布したリストに基づいて増補することが可能である。ただし、増減品目数の総和が国家规定の乙類リストの総品目数の15%を超えてはいけない。ただし、医薬品の検査については、国家の労働保障行政が行った後、各地方の労働保障行政がリストを改訂・増補しているうちに重複して行い、様々な理由によりメーカー、末端企業に審査費用等様々な名目の費用を徴収してはいけない。決定したリストは各地の労働保障行政部から国家の労働保障行政部に報告し保管する。

都市部従業員基本保険の基金補助給付は、リストの種類によって差異があるが、つぎの3つから成る。①甲類リストに載せた医薬品は当地の基本保険が規定した基本給付率で給付する。②乙類リストに載せた医薬品は、被用者が一定比率⁵³で費用を負担した後、残った部分が基本保険給付率で給付する。③基本保険適用の対象となった生薬は基本保険給付率で給付する一方で、対象外となった部分は被用者が自分で負担する。すなわち、患者が自己負担の総医療費（S）は①、②、③を総合したものである。その中、①は甲類リストに載せた医薬品の費用（S₁）に基本保険給付率（P₁）をかけるもの、②は二部分があり、一部分は乙類リストに載せた医薬品の費用（S₂）に一定比例（P₂）をかけるもの、もう一

⁵³ 一定比率は地方によって、差異がある。一般的には10%ですが、20%となった地域もある。

部分は S_2 から第一部分を引いた後、基本保険給付率をかけたもの、③は基本保険対象内の医薬品の費用 (S_3) に基本保険給付率をかけたものである。総医薬費の算定式は、細かい要素を捨象すれば

$$S = S_1 * P_1 + S_2 * P_2 + (S_2 - S_2 * P_2) * P_1 + S_3 * P_1$$

で計算される。

1-1-2 『国家基本医療保険医薬品目リスト』の拡充

都市部従業員基本医療保険制度の実施から遅れること5年の2003年の新型農村合作医療保険制度が制定された。それからの4年後、都市部住民医療保険制度も創設された。こうした中国における基本医療保険制度の基本構造を確立した。基本医療保険のカバー率を向上し、新たな医薬品を発売されるにつれて、臨床医薬品の需要を拡大することとなる。医療費の高騰を抑制し、医薬品の需要を満足するため、『医薬品リスト』に対する改革を2004年と2009年に行い、以前の『薬品リスト』と比べて随分変化したことである。重要な点は3つある。

第一は、医薬品品目の変化である。2000年当時は、西洋薬は725類、中成薬は415類であった。しかし、二次の改革した後、2009年の『薬品リスト』には、西洋薬は1140類（その中、甲類349類、乙類791類）、中成薬は987類（甲類154類、乙類833類）、民族薬は45類であった。2000年と比べてみると、西洋薬が57%を増加し一方で、中成薬は130%を増加したことが分かる。

第二は、医師の薬剤処方に関する管理を強化することである。具体的には、西洋薬を処方する場合は西洋医学の治療原則に、漢方薬を処方する場合は漢方医学の治療原則に従うことである。そして、最小分類に同種類の医薬品を重複して処方してはいけない。要するに、西洋医が中成薬を処方し、漢方医が西洋薬を処方する等の不合理的な処方、重複処方、医薬品の濫用が禁止である。医師が「先甲類後乙類⁵⁴、先飲み薬後注射薬⁵⁵」という原則に従い、医薬品を調剤する時、同種類同剤形で中低価格の医薬品を処方することを奨励することとなった。

⁵⁴ 先甲類後乙類：乙類医薬品より甲類医薬品の方が優先し処方される。

⁵⁵ 先飲み薬後注射：注射薬より飲み薬の方が優先し処方される。

第三は、医療保険の対象となる医薬品の分類・給付の管理を改善することである。①『薬品リスト』に載せた同種類同剤形の医薬品に対して、最高の給付限度を設定する。②乙類に載せた補助治療剤に対し、適当に自己負担の一定割合を上がり、これで乙類医薬品の給付率に格差をつける。③『薬品リスト』に載せたセルフメディケーションに使用する医薬品に対し、原則的には、入院する場合は基本医療保険基金から、外来の場合は個人口座から給付する。④成分は『薬品リスト』に載せている薬品であるが、まだ載せていない複合医薬品に対し、価格が成分薬の価格の総額を超えない場合は、乙類医薬品として給付することとなる。地方政府が具体的な規定を制作する。

第2節 薬品流通ルートの種類とその改革

文化大革命後中国の医薬品産業は、文化大革命の混乱による薬学の知識水準が低かったことや、稚拙な製造設備の中で、生産は急速に回復した。商務部の医薬品流通業の統計データによれば、2012年全国薬品流通業⁵⁶販売総額は11174億元⁵⁷（約18兆6233億円⁵⁸）、2000年の1627億元⁵⁹比で6倍弱の成長を遂げている。そして、販売総額に占める医薬品の販売額比率が70.5%であった。次に中成薬⁶⁰は16.8%、生薬は4.5%、医療機械は3.4%、化学試薬は1.2%、ガラス器具は0.1%、その他は2.4%であった。これから見ると、現在の中国の薬品流通業において医薬品は最も必要な一部となっていることが分かる。

1-2-1 薬品流通ルートの種類

医薬品はその用途区によって、OTC医薬品（over the counter、通称「一般用医薬品」あるいは「大衆薬」）と処方薬（通称「医療用医薬品」）とに分けられている。その中、OTC医薬品が甲類と乙類に分けられている。消費者が区別しやすいため、メーカーが医薬品容器包装の目立つ部分にOTCという標識を示さなければならない。そして、分類により、標識の色が違い、甲類が赤背景で白文字のマーク、乙類が緑背景で白文字のマークを表示することと決めた。これだけではなく、二種類の医薬品の販売場所も違い、乙類の医薬品販

⁵⁶ 薬品流通業には医薬品、中成薬、生薬、医療機械、化学試薬、ガラス器具等の七種類を含んでいる。

⁵⁷ 「2012年薬品流通業運行統計分析報告」(2013)

⁵⁸ 2012年5月16日の外国為替レートにより、100円=6元

⁵⁹ 「2004年中国医薬年鑑」2005年

⁶⁰ 中成薬：生薬を煎じ、品質の安定下錠剤、丸剤、液剤等の剤型にした薬品。

売を医療機関、薬局及び「薬品経営企業許可証」を取得したホテルやスーパー等の商業企業で行うことは認められるが、甲類の販売は医療機関と薬局に限られている。この区分は、1999年の国家薬品监督管理局の通知「非処方薬専有標識管理規定」と「処方薬と非処方薬流通管理暫行規定」に基づいて明確化されたものである。この通知は、医薬品の安全性・有効性・利便性・適時性を確保し、薬品流通管理の強化を背景としていた。

用途区分の明確化は、「OTC 医薬品市場」と「処方薬市場」という形で医薬品市場に二重構造を作り出すはずであるが、実際は、医薬分業が進んでいない現状では二つの市場を明確に分離していないと考えられる。ただし、2000年の「医療機関の医薬品共同入札購入試行事業の若干規定」の制度が契機となって、処方薬の流通ルートは、少しずつ変更していく。詳しくは第2節で検討する。一方、OTC 医薬品流通におけるその実質的な担い手は、メーカー、卸売企業、医療機関、薬局、他の末端の五者であるが、流通経路の種類により、プレイヤー全員が参加するわけではいかない。次に流通経路の五種類をみてみよう。

第一は、メーカー—大型卸売企業—医療機関—患者モデルである。この経路には、医薬品メーカーはある一定の地域内（例えば省級や地級の行政単位）の大型卸売企業から一社を選び、当地域の総代理商として省級総代理商または地方級代理商（以下総代理と称する）と呼ばれる。まず、メーカーが各地域の総代理に医薬品を配送する。次に、総代理商が地元の卸売企業の資源（例えば、地元の卸売企業に対する優遇政策、ネットワーキング等）優位性を有効に利用し、流通経路における販売促進・配送に関わる一切の業務を遂行する。このモデルはメーカーが本業である新薬開発に専念でき、トラブルが発生する時速やかに対応できるという特徴があるため、典型的なルートとして多くメーカーに採用され、特に輸入薬品や新興企業のジェネリック医薬品を発売する時に適用される。しかし、メーカーが卸売企業に依存しすぎ、もし経済的な面だけを重視する卸売企業を選択すれば、市場シェアに影響を及ぼす恐れがある。

第二は、メーカー—大型卸売企業—薬局—患者モデルである。第一モデルと違って、卸売企業は薬局を通じて最終需要者である患者の手元に渡る。ちなみに、薬局がチェーンドラッグストア⁶¹、スーパードラッグストア及び単体薬局と分けられる。近年、医薬品流通業の活発に伴い、薬局の数も高騰に増えていく。統計データによれば、2011年末まで全国医薬卸売企業が1.39万社、薬品小売店舗数が42.38万社であった。そして、薬品小売

⁶¹ 医薬と薬業を完全に分離していない現状では、チェーンドラッグストアと調剤薬局チェーンを分けていない。

業には、チェーンドラッグストアが 14.67 万家、単体薬局が 27.71 万家であった⁶²。チェーンドラッグストアの数が小売業の総店舗数の 34.6%を占める一方で、単体薬局ことが分かった。そして、「2011 年—2015 年全国薬品流通業発展計画綱要」（以下には「綱要」と略称する）によれば、チェーン企業上位 100 社の販売額が小売業の総販売額の 39%を占めている。こうしたチェーンドラッグストアと単体薬局の間に顧客を奪う競争が展開し始めた。チェーン企業発展が小売業の中心として注目されている。

第三は、メーカー—大型卸売企業—二、三次卸売企業—他の末端—患者モデルである。その中で、他の末端はスーパーストア、コンビニ、ホテル、社区診療所⁶³、中小医療機関、農村部の郷鎮衛生院⁶⁴等を含んでいる。前述したように、乙類医薬品は医療機関と薬局の以外に、ホテルやコンビニなどにも販売することが許可される。このモデルは、大型卸売企業が二、三次卸売企業を利用し他の末端へ医薬品を配送した後、患者に提供するものである。すなわち、省級代理商、市級代理商、県級代理商⁶⁵を順番に経て、患者に医薬品を提供するモデルである。

しばしば卸売企業と他の末端を結ぶ中間階段に位置する二、三次卸売企業の役割について懐疑的な見方があるが、商品に対して消費者の求めているものは、様々であり、三者が役割分担することで流通にかかわるコストを効率的に低く抑えることが可能となる場合もある。そして、都市部と遠く離れる村の郷鎮衛生院や県内のスーパーストア等の末端は、都市部と離れ、薬品の需要量が少なく、物流コストや供給スピードについて考えれば、省級代理商や市（地）級代理商を経ることは高効率であろう。

第四は、メーカー—病院、薬局、他の末端—患者に流れるモデルである。流通における仲介業者は、単に物の流れを仲介するだけではなく、様々な情報を提供し、適切なサービスを付加するという流通機能を担うべきである。このモデルには、ただ一つの仲介業者が存在しているから、病院、薬局及び他の末端が仲介業者としてこの機能を担うのは当然である。メーカーと仲介業者間の情報交換が不可欠だと考えられているため、地元の大型病院や薬局等の末端と特約店契約を結んだり、自ら販売店舗を設立したりする等のケース

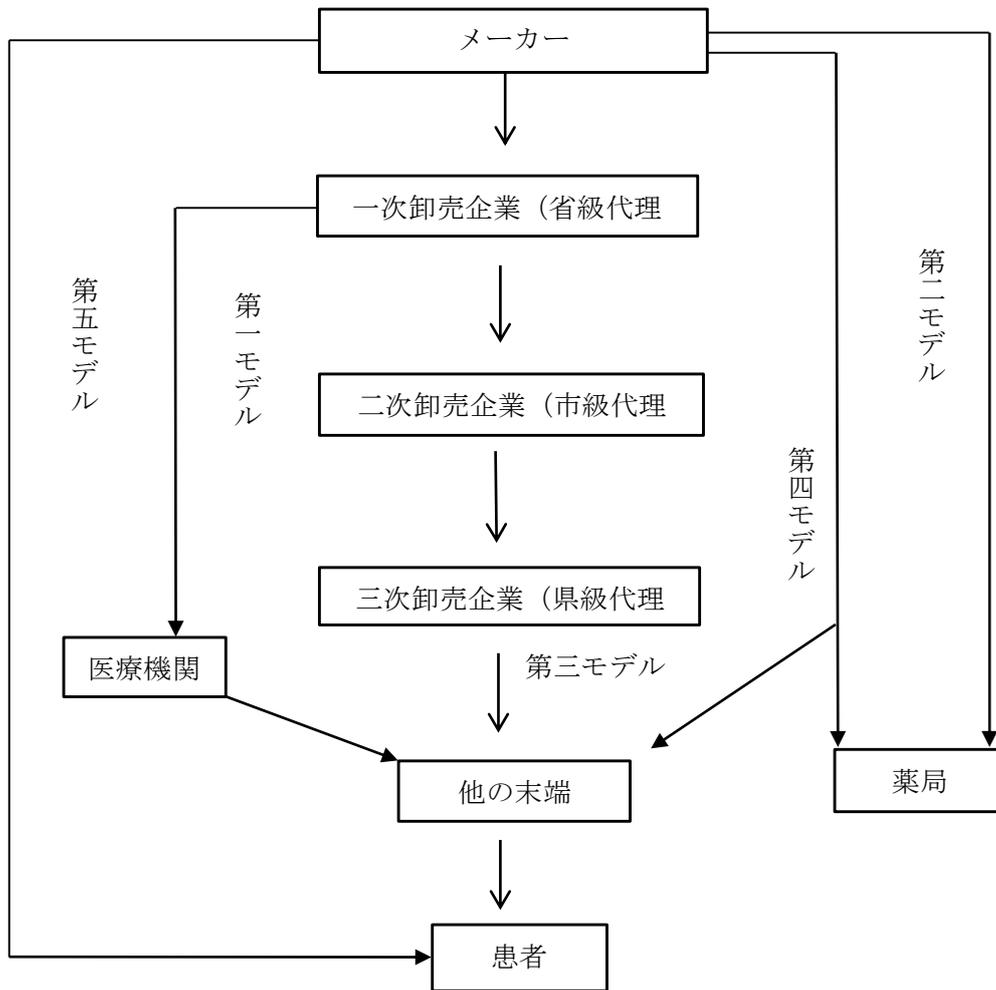
⁶² 「2012 年薬品流通業運行統計分析報告」2013 年

⁶³ 社区診療所は都市部で設定された基礎的な医療機関である。

⁶⁴ 郷鎮衛生院は農村部で設定された基礎的な医療機関である。

⁶⁵ 医薬品卸売企業は、行政区のピラミッド構造から、省級代理商（一級代理商）、地級代理商（二級代理商）、県級代理商（三級代理商）などに分けられている。

補図 1-1 OTC 医薬品流通モデル



(出所) 筆者作成

がある。

第五には、メーカー—患者モデルである。このモデルは特殊なルートとしてメーカーが郵送方式を利用し、患者の手元に直接置いていく経路である。

2-2-3 医薬品流通についての改革

2011年5月、中国商務省は医薬品の流通改革をめぐり、「2011年—2015年全国薬品流通業発展規則綱要」を公表した。

具体的な目標は、2015年までに年間売上高1000億元（約1兆3000億円）を超える全国規模の大型医薬商業グループを1~3社、売上高100億元を超える地域横断型の薬品流

通企業を 20 社程度形成することである。業界再編により医薬品卸企業の上位 100 社が全売上高の 85%以上を、チェーンドラッグストアの上位 100 社が 60%以上のシェアを占め、チェーンドラッグストアの店舗数が全部の小売店舗数の 2/3 に上ることである。

「綱要」は、①医療費を抑制し、少子高齢化社会を迎えるにあたって、「医薬分業、営利と非営利分離」という改革方針を決定すること、②社会大型卸や販売企業の育成、外資系企業の参入を推進し、流通の近代化を図り、地方都市や農村部にも良質の医薬品を低価格で浸透させること、③統合業務パッケージ（ERP： Enterprise Resource Planning）や供給連鎖管理等の先進的な管理方法により、薬品流通監督管理を厳格化し、薬品会社内の物流部門を分離独立させ、小部門を合弁し、規模化を図り、地域内の在庫管理、配送を受け持つ第三方物流（3PL）を推進し、管理薬剤師の厳重な品質管理、GPS 搭載の医薬品専用車両及び医薬品配送専属ドライバーによる安全・確実な輸送を提供すること等を内容とするものである。このうち特に強調されたのは②であるが、ここでは 2 点述べるにとどめる。

第一に、薬品の物流ネットワークを建設する。現状では薬品企業による内部物流が主流である。元々中国の医薬産業がすべて国有企業（地方政府が管理する国有企業を含む）であり、ひとつの薬品企業が周辺 3 省程度をカバーする仕組みになっており、物流はこの薬品企業が担当する仕組みになっていた。しかし、外資系企業の進出や、国有企業の再編、異業種の参入等により、薬品流通業が活発していく。一方で、薬品調達物流ネットワークが遅滞していて、物流の効率が低く、流通コストが高く、地域の格差が大きいという現状がある。そうした少なからず大型薬品企業の物流部門を分離独立させ、近隣地域の独立下物流企業と合弁し、定温保管庫を備えた全国性あるいは地域性の物流センターを設立・運営すると考えられている。また、電波による個体識別（RFID：Radio Frequency Identification）や全地球測位システム（GPS：Global Positioning System）等のネットワーク技術を利用し、倉庫および在庫管理、運輸管理が一体的関係を築く調達物流ネットワークを構築する。さらに、農村や辺鄙な地域において薬品の供給の安全性や便利性を高めるため、調達物流ネットワークを社区や郷鎮まで構成すると提案された。

第二に、薬品流通業界の集約化を推進する。市場規模が拡大するに伴い、中小小売企業は増大していく消費者要求に対応するための品揃え、流通ルートの確保に苦勞するようになり、チェーン店との激しい競争に晒されている。そのような状況の中で台頭してきたのは大型薬品流通企業が中型薬品流通企業を吸収合弁・資本提携することである。これを通

じて、業界の集約化と規模化を推進し、グローバルな競争力をつけると考えている。そして中小小売企業の在庫負担を減らす役割を果たすとともに、小売業が同質化競争から脱し、専門性を高める。伝統的な卸売システムから近代的サプライチェーンへの転換を推進しつつある。サプライチェーンの上流部（生産企業や卸売企業）と下流部（病院、薬局、他の末端）を一体化したり、有機的なネットワークを構成したりする。すなわちメーカー、卸売企業、小売業および医院、薬局をネットワーク化することである。

一方、薬品老舗に対して、伝統上の競争優位が維持する同時に、ブランド効果を発揮し、特色あるサービスを作り、核心競争力を強めるという経営戦略を実行することが提案される。各層の需要を満足するため、専門化かつ特色ある中小薬品流通企業が専門化するのを支持することである。

第3節 薬価決定方式と行政管理

1-3-1 剤形により価格差異

同じ生産条件のもとで、同じ成分でも剤形、規格、パッケージにより、薬価が異なっている。その薬価は一単位の有効成分の価格によって決定することである。したがって、同じ成分、同じ規格でも薬価が異なる場合もある。これだけではなく、GMP⁶⁶を取得するかどうか、特許権があるかどうかも薬価算定の基準の一つである。補表 1-1 にあるように、GMP 医薬品と非 GMP 医薬品、特許権が消滅した先発医薬品と GMP 後発医薬品の間には差額率⁶⁷が決められている。

補表 1-1 剤形により種類間の差額率

種類 \ 剤形	注射剤	注射剤以外の剤形
GMP 医薬品と非 GMP 医薬品	<40%	<30%
特許権が消滅した先発医薬品と GMP 後発医薬品	<35%	<30%

(出所)「薬品政府定価方法」により筆者作成

⁶⁶ GMP : Good Manufacturing Practice の略。アメリカ食品医薬品局が、1938 年に連邦食品・医薬品・化粧品法に基づいて定めた医薬品等の製造品質管理基準

⁶⁷ 差額率：日本語でマージンとよく言われる。

1-3-2 医薬品の小売価格

中国では医薬品の価格は原則として「順加定価」により決定されることになっておる。メーカーが物価管理部門に申請する工場出荷価格あるいは FOB を根拠とし、それに一定の利益率を加えたものが工場出荷価格、輸入医薬品の CIP⁶⁸になる。それに基づいて、各流通段階でかかる経費と利益が上乘せされ、医薬品の卸売価格と小売価格を算定するものである。

(1) 国産医薬品

国産医薬品の小売価格が工場出荷価格と流通差額とで構成されている。その算式は次のように表される。

$$\text{小売価格} = \text{工場出荷価格（税込）} \times (1 + \text{流通差額率})$$

その中、

$$\text{工場出荷価格} = (\text{製造コスト} + \text{期間費用}) \div (1 - \text{販売利潤率}) \times (1 + \text{付加価値税})$$

期間費用：期間費用が管理費用、販売費用、財務費用という三部分を含む。国家財務会計制度の規定により、国家価格管理部門が製造コストと期間費用を審査する。

販売利潤率：各種類の医薬品の改良程度により、最高販売利潤率を実施する。

流通差額率：正常な経営の状況では、医薬品小売企業と卸売企業の費用・利潤により確定する。

その中、流通差額率は「高薬価低流通差額率、低薬価高流通差額率」⁶⁹という原則に従い、国産医薬品の小売価格を規定する重要な項目が幾つがある（補表 1-2 参照）。また、販売費用率と販売利潤率の上限ラインと流通差額率については、国家計画委員オフィスが設定する（補表 1-3 参照）。

⁶⁸ CIP : Carriage and Insurance Paid To の略。指定された場所（積み地のコンテナ・ヤード等）で商品を運送人に渡すまでのリスクと海上運賃、保険料を売主が負担し、荷揚げ地からのコストとリスクは買主が負担すること。

⁶⁹ 薬価が高ければ高いほど、流通差額率が低くなり、薬価が低くなれば低いほど、流通差額率が高くなるという意味である。

補表1-2 国産医薬品最高販売費用率と最高販売利潤率 (%)

	一類新薬	二類新薬	三類新薬	四類新薬	五類新薬	普通薬品
最高販売費用率	30	20	18	15	12	10
最高販売利潤率	45	25	18	15	12	10

(出所)「関与印発薬品政府定価方法の通知」(2000)より筆者作成

補表1-3 医薬品の最高流通差額率 (%) と差額 (元)

工場出荷価格(税込み)	最高流通差額率(額)
0-5.00	50%
5.01-6.25	2.50元
6.26-10.00	40%
10.01-12.50	4.00元
12.51-50.00	32%
50.00-57.14	16.00元
57.14-100.00	28%
100.01-112.00	28.00元
112.01-500.00	25%
500.01以上	15%+50.00元

(出所)補表1-2に同じ

(2) 輸入医薬品

輸入医薬品の小売価格は FOB と流通差額とで構成されている。その算式は次のように表される。

$$\text{CIP(税込)} = \text{FOB} \times (1 + \text{関税率}) \times (1 + \text{付加価値税率}) + \text{港費}$$

港費 (port charges) : 船舶が入港及び出港する際に発生する諸費用で、その主なものは次の通りである。トン税 (tonnage due)、通関手数料、検疫にかかる費用、医薬品検査に

かかる費用、輸送費用、倉庫保管にかかる費用等。

(3) 病院製剤

病院製剤の薬価決定は「低利潤」という原則に従う。その小売価格は製造コストに 5% を超えない利潤率に掛けた金額である。

$$\text{小売価格} = \text{製造コスト} \times [1 + \text{利潤率} (<5\%)]$$

(4) 漢方飲片

漢方飲片の工場出荷価格と卸売価格が同じであり、その式が以下の通り、

$$\text{税込工場出荷価格(税込卸売価格)} = [\text{原薬実際の仕入れ価格} / (1 - \text{損失率}) + \text{補助金額} + \text{各費用}] \times (1 + \text{利潤率}) \times (1 + \text{付加価値税率})$$

その中、現在の市場価格を超えないことを前提として、当メーカーの具体的な状況により、損失率と各費用を決定することである。ただし、利潤率が 5% となる。漢方飲片の小売価格が上述した医薬品のように税込工場出荷価格と流通差額という二部分で成る。

$$\text{小売価格} = \text{税込工場出荷価格} \times (1 + \text{流通差額率})$$

1-3-3 薬価決定の監督管理

国家の規定により、工場出荷価格と差額率を基づいて、販売価格を決定する。理論上は、この方式で薬価を抑制することができるが、現実には医薬品をメーカーから医薬品販売企業や小売へ流通する各段階でいろいろな不正が存在した。まず、一部のメーカーは企業利益を最大限にするため、実質の生産コストを回収するだけではなく、できる限り不正に水増しした生産コストも工場出荷価格を付けた。なぜならば、卸売企業がメーカーに圧力をかけ、公表している「工場出荷価格」よりはるかに低い割引価格で仕入れるからである。不当な価格決定方式により生じる高額な利益は、メーカーから医薬品販売企業への流通において、高額なりべートや大幅な割引の資金源となった。各種の税金や取引費用等を除いた後、医薬品販売企業はメーカーから得た規定外の利益をもって病院や市販薬局へ割引価格で販売した。すなわち薬価差益である。病院や市販薬局に対して、高い品質の医薬品を販売する企業より、この割引をできるかぎり多く得る仕入先を選択する現象があった。そ

の結果、メーカーにとって、医薬品の品質よりも医薬品の生産コストの方が注目を集めるようになる。

薬価を決定する時、まずメーカーが国家計画委員会⁷⁰物価管理局と地方政府の物価管理部門に「工場出荷価格」を申請する必要がある。この二つの部門は薬価決定過程において、最も重要な管理部門であるといっても過言ではない。医薬品のコストが正確に審査できるか否か、品質の高さにより正当な価格を設定できるか否かは二つの物価管理局で決めるべきである。二つの物価管理部門は社会全般の商品に対する物価管理をしているが、特定の商品まで深い知識を身につけるわけにはいかない。特に医薬品に対する専門性の高い知識と最新の知識が足りないため、的確な薬価を決定するのは無理ではないだろうか。その時、中国最大の医薬品卸売企業は物価管理部門に代わって、医薬品の価格を設定した。企業は業界人として医薬の価格決定に参加し、自己利益を守ることを前提として、薬価を水増しすることはありうるのである。

医薬品の監督管理を強化し、品質を保証し、医薬品の安全性と薬効を保証するため、1984年「医薬品管理法」が立法された。「医薬品管理法」には、メーカー、医薬品の販売企業、医療機関は、必ず生産、販売、調剤に適した薬学専門技術人員、生産・検査設備、貯蔵施設などの必要条件を備えることを義務付けた。医薬品の生産、販売、調剤する前、所轄の省・自治区・直轄市の衛生行政機関に「医薬品生産企業許可証」、「医薬品販売企業許可証」、「製剤許可証」をそれぞれ申請し、交付後、定期的に更新の手続きをするよう義務づけられた。

ところで、「医薬品管理法」には不十分なところがあり、法律の執行に十分な権限が与えられておらず、各地方政府や各部門の地方保護主義に対して、薬事行政機関の機能が十分に発揮できなかった。営業許可証、生産企業許可証の貸し出しや転売といった違法行為が頻発した。設備が悪く、生産技術水準が低く、医薬品の品質が国家规定の水準に達しない企業は、偽造した検査結果を根拠に、地方の行政部門に生産許可書を発行してもらい、生産を続けてきた。一部分の中小企業は品質管理や設備投資にかかるコストを抑制した上で、国有の大型メーカーの医薬品より非常に低価格で販売されることとなった。そして生産された賸、低品質、有害な医薬品を医療従事者の医療・医薬品に対する知識が低い農村で販売していた。たとえば県以下の衛生院、村の衛生所、個人経営の診療所などの生活水

⁷⁰ 1998年「国家発展と改革委員会」という名前を改めた。

準の低いところで流通していた。

技術・品質管理体制だけではなく、「医薬品管理法」により医薬品監督管理についても規定し、県級以上の医療衛生行政部門は医薬品に対する監督行政上の職権を委任した。当時の医薬品監督管理体制は「条塊分割⁷¹」（全国を何領域に分けて管理する）の二重管理構造になっていた。これは先進国によく見られるような中央政府から地方政府への垂直的な管理体制とは相違する。中央所轄区と地方所轄区は別々に自らの監督管理体制を形成した。中央の中央集権的所轄と地方の地方主義的所轄の間に闘争が生じるだけではなく、中央と地方、地方と地方、部門と部門の間の有機的な関係も分断された。

各省・地方などが自分の権益確保を主張する下で、国家医薬管理局が単独で厳しい行政指導を全国的に展開するのは困難であった。医療衛生部門と物価管理部門間で、業務の分担や協力がうまくいっていない。また、監督管理機関の重複、職責不明確、責任転嫁、不適当な人員配置などの問題が生じていた。特に、医薬品監督管理部門の法の執行権限が弱くなり、地方のボスに対して無力であった。その結果、賈、低品質、有害な医薬品の生産や販売が相変わらず医薬品市場に横行し、医薬品の薬価が高騰しつつある。

以上見てきたことをまとめると、薬価算定方式が順加作価であったため、薬価はメーカーから卸、卸から医療機関等の末端については自由な競争を通じて決められ、生産コストと小売価格の最高流通差額(率)が公定された。それ故、卸はメーカーからの仕切り価格、医療機関等の末端は卸業からの納入価格をできるだけ低くすることで薬価差益を稼ぐという動機を持つことにある。一方、メーカーとしては、最大利潤を持ちたいという誘因を強く持つことになり、工場出荷価格が実際より高く設定されている。そして、「低価格高流通差額(率)、高価格低流通差額(率)」という設定方式は、低額な薬品がわざと高額に決定されると考えられる。現在、一部分の地方には、流通差額(率)に統一する改革を推進しているが、上海等の省にはまだこの決定方式を実施している。全く同じ医薬品なのに、地域間で薬価の格差が激しくなる。地方により、小売価格はもちろん、医療機関へ出荷する医薬品の落札価格が随分異なっている。この結果、薬価が高額に設定される地方には、良い薬品を集中する一方で、流通差額(率)が低く設定される地方には、薬品が不足すると考えられる。

⁷¹ 「条」とは中央政府からの直接的な指示。たとえば、中央政府の物価部門は地方の物価部門に新たな規定を指示する。「塊」とは一定の地域的広がり支配する地方政府は、その領域で行う行政管理。

第Ⅱ部 医療業界の実態

第 I 部では中国における医療保険制度の形成過程を辿りながら、各時期における医療保険制度の仕組みや改革について見てきた。そして、現行医療保険制度の「限局性」という特徴を明確にした。第 2 部では、医療業界に焦点をあて、政府が行ったアンケート結果を基に、実際にどのような問題点が存在しているのか、あるいはどのような実態になっているのかに着目して検証する。

第 5 章 患者・医師・医療資源から見た医療業界の問題点

本章では、医療サービスの需要者である国民の視点から医療保険制度の影響を、医療サービスの供給者である医師の視点から医療現場を、そして医療資源の角度から医療業界の問題点を探ってみたい。

第 1 節 患者の視点から

5-1-1 受診困難と基礎医療機関への不信感

紆余曲折を経て 2007 年に医療保険制度の基本構造が立ち上げられた。2008 年末まで全国には、城鎮基本医療保険に加入した人が 31822 万人に昇り、その中、城鎮職員医保は 19996 万人、城鎮居民医保は 11826 万人、前年度比それぞれ 1976 万人と 7535 万人増加した。そして、全年度城鎮基本医療保険基金の財政状況では、総収入は 3040 億元、支出は 2084 億元、収支に前年度の累積黒字を積上げた金額は 3432 億元、加入者の個人口座累積収支の総額は 1142 億元となっている。一方、出稼ぎの農民工の 4266 万人は医療保険に加入され、前年度より 1135 万人上昇した⁷²。城鎮医療保険の加入者の増加に対しては、新型農村合作医療保険の加入者は前年度の 7.26 億人から 8.15 億人に上昇してきた上に、2729 市(区)もこの制度を導入した。新型農村合作医療保険の加入率が前年度より 5.27 ポイント上昇し、91.53%になった。基金支出が 662.31 億元に至り、給付回数が 5.85 億回、前年比 1.32 億回もアップした⁷³。上述した各種数字を計算すれば、全国民を公的医療保険に加入するという目標の達成に向け順調に進捗しているのは間違いないのである。

では医療費の個人負担が軽減しただろうか。「2008 年第四回家庭健康顧問調査」(以下

⁷² 「2008 年度人力資源と社会保障事業発展統計公報」(2009)

⁷³ 「2009 年中国衛生統計年鑑」(2009)

「調査」と略称する)⁷⁴の統計データにより検討してみる。その中、「医療費が給付されるか」という設問がある、これに対する被調査者の回答を見ると、外来の場合では、「個人口座で支払う」41.1%、「一部分だけ給付される」27.9%、「全部給付される」4%、「全部自己負担」26.3%となっており、入院の場合では「医療保険から給付される」94.8%、そして給付率が63.2%であり、2003年比概ね10ポイントアップした。しかし、この結果から「医療費の問題が解決した」と考えるべきではない。なぜなら、「不満に思っている者」にその理由を尋ねた回答(複数回答あり)を見ると、「費用高い」(外来14.6%、入院23.2%)が他の理由を引き離しているからである。また、入院を必要と診断された人に入院を諦めた人が23.9%を占め、その最も多い理由は「経済問題」であった。このほかにも、「まだ完治していないうちに、自分で退院した」と回答した者に、その理由を尋ねた結果(複数回答あり)を見ると、「経済問題」「費用高い」も上位を占めている。

表5-1は「病気に気づいた時、最初にどのような医療機関にかかったか」についての回答の内訳である。地域の経済水準の高さにより、都市を大、中、小、農村を一類、二類、三類、四類に分けて考察した。その結果、基礎医療機関(開業診療所、衛生室、外来部、衛生院、社区センター)の利用については、大都市36.5%、中都市46.8%、小都市66.2%、一類農村74.3%、二類農村83.4%、三類農村85.6%である。すなわち経済力があればあるほど基礎医療機関の利用者が少なくなっている。ただし、四類農村における基礎医療機関の利用率が75.2%で、二・三類農村より低くなっている。四類農村における生活が苦しくて医療費を支払う余裕がないことに加え、医療機関の普及が十分でなく受診が不便である(表5-3参照)。日常生活に大きな影響を与える病状でなければ、そのまま放置しておくケースが多い。病状悪化により受診に行かなければならない時、簡易な医療設備を備える基礎医療機関は対応できなくなったので、県市区レベル以上の病院に受診に行くほかない。だから、農村において四類農村の県市区病院の利用率が最も高くなっている。

一方、都市部における基礎医療機関の利用率がかなり低い一方で、等級に付けられている県市区病院、地市病院、省病院の利用率が高い。これは県市区レベル以上の病院が大都市、中都市に集中していることと関与している。だが、基礎医療機関の医療技術が信用されていないことが最も大きな原因であると考えられる。

⁷⁴ 衛生部に組織され、医療改革の推進を調査するための研究である。1993年から五年ごとに、全国中から一部分の世帯(2008年の場合は94県・470郷鎮・940行政村の5400世帯)を抽出し、医療のサービスに関するアンケート調査を行っている。2014年の最新のデータがまだ公表されていないので、本論文では2008年のデータを用いた。

表 5-1 病気に気づいた時最初に行った医療機関

医療機関		経済水準			農村			
		都市	大	中	小	一類	二類	三類
基礎医療機関	開業診療所	2.8	11.8	27.4	11.5	20.2	20.3	12.2
	衛生室、外来部	8.2	9.3	20.6	36.7	43.7	41.2	26.2
	衛生院・社区医療センター	25.5	26.7	18.2	26.1	19.5	24.1	36.8
	合計	36.5%	46.8%	66.2%	74.3%	83.4%	85.6%	75.2%
県市区病院		28.2	22.3	18	21.4	13.8	11.8	21.6
地市病院		15.9	20.7	10.9	2.3	1.2	1.2	0.8
省病院		18.3	7.8	3	0.6	0.8	0.6	1.4
他の病院		1.2	1.2	1.8	1.3	0.7	0.9	1.1

(出所)「2013年中国衛生統計年鑑」の5-14により筆者作成。

「こういった医療機関を選んだ理由」については、最も多いのが「近いから」56%、次に「高い技術を持っているから」16%、「信頼できる先生がいるから」9%となっている。患者の側から見ると、便利、医療技術、安心感というのは、医療機関を選択する指標である。

以上のことから見ると、医療保険制度が導入されて以来、医療保険のカバー率が急速に上昇してきたが、受診が経済的理由に強く左右されていることがまだ顕著である。また、都市における基礎医療機関の利用率が低いことも明らかになった。その理由は、多くの県市区レベル以上の病院が都市に集中しており、フリーアクセス制度の下で自由に医療機関を選択できる一方で、レベルがより低い基礎医療機関を信用していないからである。

5-1-2 生活習慣病の傾向と定期健康診断の軽視

医療技術の進歩、あるいは社会医療制度の改善などを背景として、中国で主要な死因は、それまでの結核病をはじめとする感染症から、生活習慣に起因する悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患に移行してきた。調査によれば、調査地域において居民慢性疾患罹患率は20%(都市28.3%、農村17.1%)、2003年の15.1%(都市24%、農村12.1%)より5ポイントアップしてきた。そして35歳以上の慢性疾患罹患率が急激に増加していく(25-

34歳の5.13%から35-44歳の12.17%まで)。これは生活習慣病に顕著に現れており、たとえば、35歳以上の高血圧病罹患率は84.8%(都市69.5%、農村1.05倍)、35歳以上の糖尿病罹患率が69.4%(都市54.2%、農村1.24倍)も上昇した。さらに、主とし生活習慣に起因する高血圧病、糖尿病、虚血性心臓病及び脳血管疾患は慢性疾患総数の41.6%(都市55.8%、農村33.1%)を占めている。大ざっぱに言うと、都市の高生活習慣病罹患率に対しては、農村では慢性疾患の生活習慣病の占める比率が比較的に低かったが、生活習慣病罹患率の増長率が驚くほど早い。なお、呼吸疾患がまだ死因のトップ3に入っていないが、軽視できない疾病であり、三大疾患に次いで第4位を占めており、しかも悪性腫瘍の中でも肺がんの死亡率が上位を占めている。PM2.5が引き起こす大気汚染が問題にされるにつれて、呼吸疾患罹患率が大幅に上昇する見込みである。

1996年に日本厚生労働省の公衆衛生審議会は、すでに生活習慣病を「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣が、その発症・進行に関与する疾患群」と定義した。一般の人々の関心は、どちらの大学病院が史上初難手術を成功したとか、あそこの病院の癌治療成功率が高いとか、そういった話題性の高い高度医療に集中し、マスコミ報道もそれらにとらわれがちであり、政府関連研究予算配分もこの関心に左右される嫌いがある。しかしながら、健康増進のポイントは日常生活にあり、それは先端医療への追求ではなく、生活過程における自覚行動、慢性疾患が一般の人々を含む社会生活全般にかかわる問題であることを意識することである。これも社会医療費の負荷を軽減する最も有効な方法である。

ところが、中国では健康診断受診率が低く、2008年35歳以上の健康診断受診率が18.8%(都市31.7%、農村13.4%)であり、年齢代別から見ると、最も高いのは65歳以上であり、調査者の学歴、収入別見ると、大学及び大学以上は最も高く、62.3%(都市63.2%、農村43.6%)、次いで短期大学52.5%(都市54%、農村41.9%)、収入最高グループが一番高く、30.6%(都市53.1%、農村22.1%)であった。一言でまとめると、年齢・学歴・収入が高ければ高いほど、受診率が高くなっている。高学歴高収入から行政機関で勤務する公務員、大手企業の会社員を思い浮かべ、こうして35歳以上健康診断受診率に事業主が組織した定期健康診断を占める比率が高いと推測すれば、自発的健康診断を受ける率は僅かではないだろうか。

ちなみに、「医療ツーリズム、医療観光」といった言葉は近年広まってきており、観光客を対象とし人間ドックやPET(陽電子放射断層撮影)等の健康精密検診と訪日旅行を組

み合わせた旅行ツアーである。たとえば、2009 年秋から岡山のシモデンツーリストといった旅行業者が独自に中国人富裕層をターゲットとした「人間ドックと観光を組み合わせたツアー」の本格的な販売を始めた。その内容は、岡山空港から入国後、1～2 日間かけて脳ドック、PET 検診などを受けた後、希望に応じて岡山や京都、東京などを観光するといった 4 泊 5 日～6 泊 7 日程度のツアーである。参加費用は参加者本人負担で、1 人当たり 50～70 万円程度となっていた。なお、日本政策投資銀行によれば、来日する医療ツーリストは、2020 年時点で年間 42.5 万人程度、観光を含む市場規模は約 5、507 億円、経済波及効果は約 2、823 億円と予想され、その中、中国からの観光客が 31.2 万人、総数の 70% 超えを占める見込みである。その高額が経済的に妥当かどうかはここで議論しないが、国内医療機関は、富裕層がわざわざ国境を越え先進医療を受けることに対する反省を迫る。定期健康診断を受診するという強い意識を持っていないことではなく、長時間待ち、病院内の診療科間をたらいまわしにされ、さらに医療機関に対する不信感を抱くことで、より快適な医療サービスを求める意識は高まっていく。良質かつ適切な保健医療が効率的に提供できる体制を整備すべきでないではないだろうか。

定期健康診断受診率を除き、喫煙率や飲酒率も生活習慣病の危険因子としてよく議論される。2008 年の調査では、15 歳以上居民の喫煙率では、農村が都市より高く（都市 22.5%、農村 26%）、年齢代別で最も高いのは 45～54 歳（都市 30.6%、農村 32.1%）、次いで 35～44 歳（都市 27.7%、農村 30%）、55～64 歳（都市 24.1%、農村 31.1%）であった。一方、15 歳以上居民の飲酒率についても、農村は都市より高いどころか、地域が貧しければ貧しいほど 1 人一回の平均飲酒量が高くなっており、年齢代別で見ると、喫煙率と同じように 45～54 歳（都市 19.2%、農村 24.3%）、次いで 55～64 歳（都市 18.1%、農村 23.9%）35～44 歳（都市 13.1%、農村 20%）であった。いずれにせよ、農村が都市より高く、年齢代別で 45～54 歳は最も高く、次いで 35～44 歳か 55～64 歳になっており、すなわち 35 歳以上になると、喫煙率も飲酒率も高まっていく。これは「なぜ 35 歳以上の高血圧病や糖尿病などの生活習慣病の罹患率が急激に上昇するのか」を説明できる。

以上のことにより、健康管理に対する意識が薄く、特に、経済がまだ発展していない農村におけるこの問題が著しい表現されている。一方で、国民が医療機関に対する信頼感が足りず、経済的余裕があれば、高額な医療費を負担してもより良質な医療サービスを受けようとするという意識像が浮かび上がってくる。

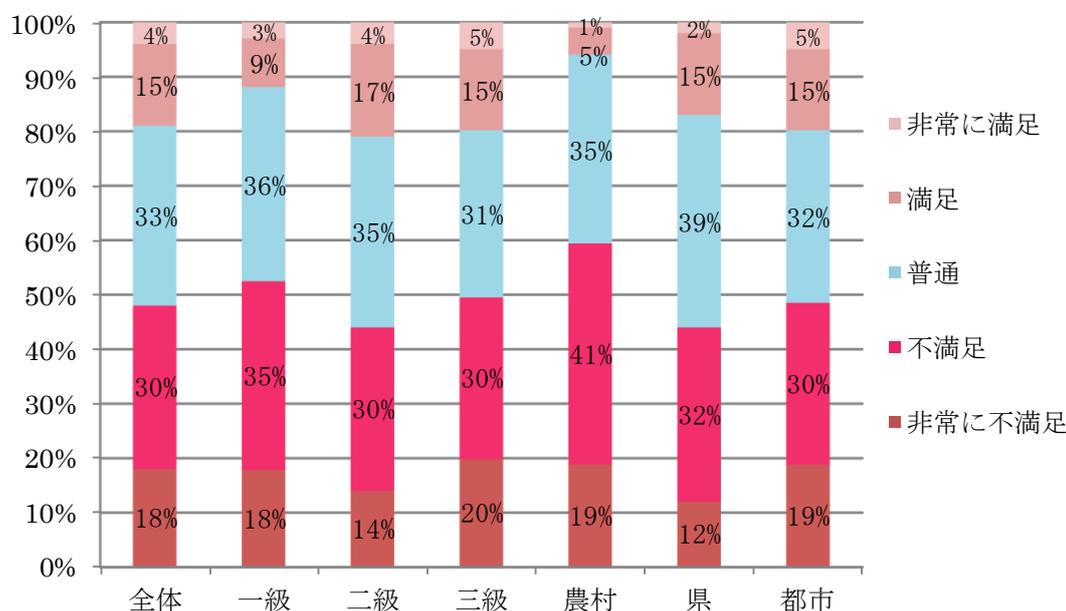
第2節 医師の視点から

良質な医療サービスを受けるため、供給者である医師の協力が重要である。では医師は医療現場の状況に対してどう認識しているか。以下、2011年中国医師協会は「第四回医師勤務状況調査研究報告⁷⁵⁾」をテーマとして行ったアンケートの結果を通じて探ってみよう。このアンケートは自己の勤務環境を調査するため、北京、河北、山西、吉林、浙江、山東、河南、広東、海南、雲南、甘肅などの幾つかの都市の医師たちを対象とし、地域、性別、病院の等級別に行われた。

5-2-1 勤務環境への不満

図5-1は、アンケートの結果に基づき、医師が勤務環境への満足度を表すものである。

図5-1 医師執務環境への満足度



(出所)中国医師協会編(2011)、表5より筆者作成

⁷⁵⁾ 中国医師協会ウェブサイト：<http://www.cmda.net/gongzuodongtai/zhinengbumen/2011-08-08/9778.html> アクセス日：2015年7月12日。

今回のアンケートは5683部を配布し、3704部を回収し、回収率は65.18%である。アンケートの回収、実施しやすいため、大都市を中心として実施した。参加した医師の中に、都市部は84.48%、県は11.33%、農村は4.19%になった。そして、三級病院は71.13%、二級病院は23.45%、一級病院は5.42%となった。男性は47.73%、女性は52.27%となった。

全体から見ると、「普通」と答えた人が最も多く 33%、次いで「満足していない」30%、「非常に満足していない」18%、「満足している」15%及び「非常に満足している」4%となっている。

病院の等級から見ると、「満足していない」プラス「非常に満足していない」との回答の割合については、最も高いのが一級病院で 53%であり、次いで三級病院 50%、二級病院 44%であった。ちなみに、日本では患者や地元住民の評判により医療機関の良し悪しを判断するが、中国では、より良い医療サービスを提供することを促進するため、病院規模、医療技術、医療設備、管理水準、医療品質の 5 つの方面から病院を等級付ける。等級の高さの順番で 3 級、2 級、1 級病院となっている。

また、農村都市別勤務環境に対する満足度に関しては、農村の 60%と都市の 49%で 11%の差があり、県が最も低い 44%となっている。これから見ると、総合病院をはじめとする都市病院と比較すると、農村郷鎮衛生院の勤務環境が悪く、農村と都市の医師の勤務環境に大きな格差がることが見て取れる。

その背景としては、2 つがあると考えられる。①保険適用や行列待ちの時間を考えずに、中国における処方箋がなくてもどこでも受診できるフリーアクセスが尊重される。医療供給者に患者サービスの向上を促す一方で、大病院・総合病院に大混雑を招き、基礎医療機関の利用が低迷している。2011 年の統計データによれば、2010 年の病床利用率については、総合病院 87.5%、病院 86.7%となる一方で、社区医療サービスセンター 54.5%、郷鎮衛生院 59%となっている。「いつでも、どこでも、だれでも」というフリーアクセスの理念の下で、軽症であっても大病院直接受診すると考えられている。②医療報酬が統一設定されることではなく、病院等級、地域経済などにより決定される。そして、病院の経営状況が直接に医師の報酬に影響する。都市病院、総合病院に医師が集中している一方で、農村の基礎医療機関に医者が不足している。

5-2-2 収入が仕事に依っていない

医者といえば「高給取り」の代名詞のように見られている。日本の厚生労働省が行った「18 回医療経済実態調査」の結果によれば、開業医が多い診療所（医療法人経営）の院長の 10 年度の平均年収は 2755 万円、国家公務員の平均給与年額(475.2 万円)の 5.78 倍となっている。一方、中国における医師の平均年収は、普通の勤労者の平均年収より 1.19 倍であり、弁護士等のハイレベル職従事者の所得より格段に低いレベルとなっている。ア

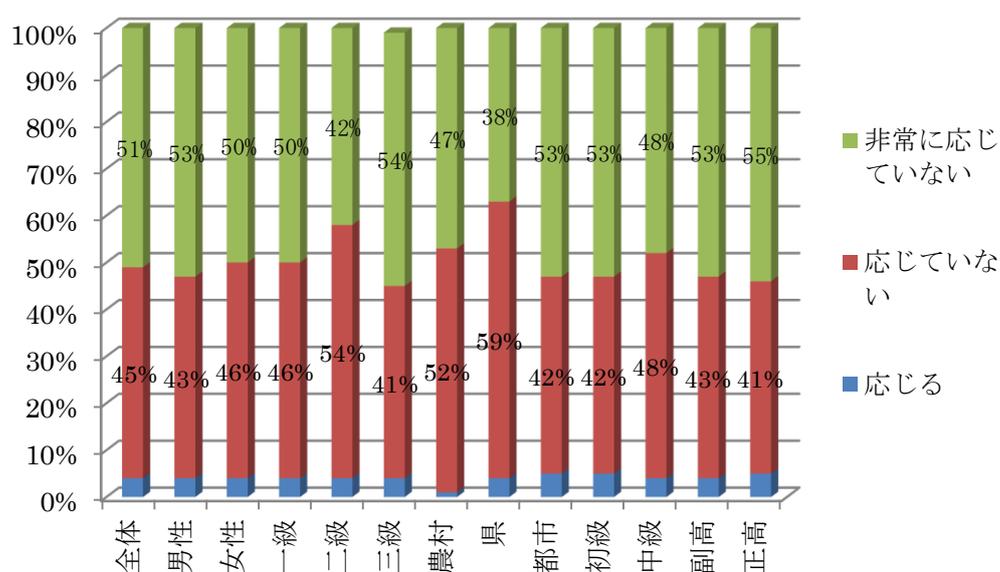
アンケートには、「収入は仕事に足りているか」という質問があったが、「足りていない」と「非常に足りていない」を合わせて何と96%を占めた(図5-2参照)。医師が自分の収入に非常に満足していないことを表している。そして、地域別で見ると、最も高かったのは農村で99%となった。これは後述する診療報酬基準が医療コストより低く設定され、医師が得るべき潜在技術料が隠せられることと関与していると考えられる。

5-2-3 ストレスが高い原因

「医師はストレスが高い職業である」をよく耳にする。今回のアンケートには、その原因を巡り調査した。その結果は、「医療紛争」、「仕事量が多い」、「患者からの期待値が高い」の3つが主要な原因であると分かった。全体から見ると、3つの選択肢⁷⁶はいずれも70%ほどとなった(図5-3参照)。

地域別では、「患者からの期待値の高さ」との回答が最も多かったのは県81%、次いで農村75%となった。また、「仕事量が多い」については、病院等級別では、等級が高ければ高いほど「仕事の多さ」との回答の割合が高くなる傾向が見られた。地域別では、都市部の医師が最も「仕事量多い」と感じる。

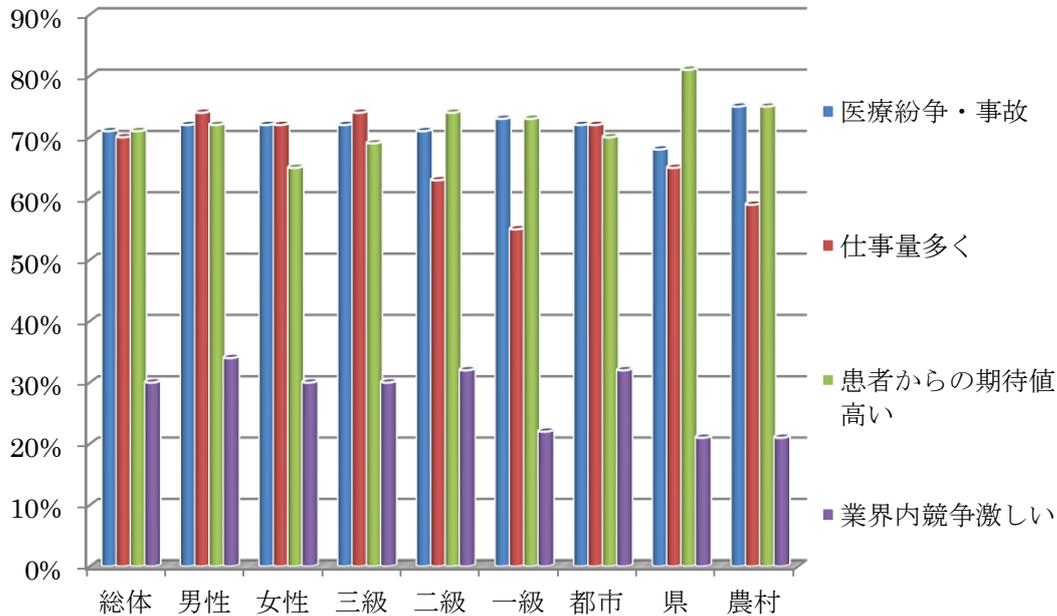
図5-2 収入が仕事に足りているか



(出所)中国医師協会編(2011)、表9より筆者作成

⁷⁶ この問題は複数回答可の問題である。

図5-3 ストレスが高い原因



出所：中国医師協会編(2011)、表8より筆者作成。

これは、次の節で述べる大病院では多くの患者が集中していることと関係があると思われる。フリーアクセスに理念の下で、気軽に大病院に行き、そのため総合病院・大病院の病床の利用率が高く、仕事量が多くなる。

一方、「業界内競争が激しい」との回答の割合が予想外の結果を招き、僅か 30%であった。これは中国における医療の業界内競争が激しくないという意味ではない。実際には、医師資格を持つ人だけではなく、医学部から卒業した学生も毎年増加している。そして、千人当たり医師数の上昇率が低いであったが、毎年上昇していく⁷⁷。これは業界内競争がますます激しくなることを表現する。なぜ「医療紛争、仕事量が多い、患者からの期待値が高い」が「業界内競争の激しさ」よりストレスを高く感じさせるかという点、業界内競争の激しさは自分の努力を通じて和らげるが、社会からの無理解や患者からの非難が自分の力の範囲以内でできないからである。

5-2-4 医療紛争

近年、中国における「看病難、看病貴」という社会問題がますます深刻化していくこと

⁷⁷ 2002年—2010年の統計データにより、計算した結果。

に加え、医師—患者の関係がますます厳しくなる。対立する医療紛争が平和的解決できない時、患者の感情が激しくなり、医療関係者に暴力を振るう事件があった。たとえば、2011年中国国内で大きな反響を引き起こした事件は、北京市の名門・同仁病院医師が患者にメッタ刺され、重傷を負ったことである。犯人は逮捕されたが、同病院では多くの医者がストライキを行い、安全な医療環境を求めた。2006年犯人は同病院で早期の咽頭ガンと診断され、その後、多額の謝礼金をつぎ込んで同病院の名医に治療を託した。最初医師は彼に簡単な顕微鏡手術でガン細胞を完全切除できると説明していたが、結局手術は成功しなかった。手術後、症状が急激に悪化して声を発せなくなった。犯人は手術ミスによってガン細胞が拡散したと主張し、刃物で担当の医師を17回刺すという痛ましい悲劇が生まれた。

なぜこのような暴力事件が起こるかという点、「社会からの偏見」が最も多く55.66%次いで「メディアからの負の影響」53.75%であった。医療紛争や医療関係の事件がマスコミで頻繁に取り上げられるにつれて、医師が医薬メーカーから賄賂を受け取るとか患者に多額の謝礼金を強要するとかの汚職事件も明らかにされた。その結果、医療紛争や医療関係の事件を起こるたびに、患者が被害者として同情される一方で、医師が加害者として世間から非難されている。繰り返しになるが、医師は患者の信頼、信用を完全に失い、名誉を保てなくなった。

医師は世間から排斥され、勤務しているうちに、人身安全が保障されず、人格が患者や世間に尊重されないことが現実になってしまう。しかしながら、医師・患者間の信頼関係がない原因についての調査では、83%の医療関係者は「不備な医療体制⁷⁸」と考えられている。不備な医療制度の下で、患者が医療制度に対する不満を医師へ転化することにより、解消しようとするという主張もある。

医療紛争はあくまでも患者と医師の信頼関係が崩壊したことであると考えられる。この問題に本腰を入れて取り組むためには、多面的に問題を捉える必要がある。たとえば、第7章で述べるリベート賄賂事件がその原因の一つである。診療報酬が低く設定され、自分の収入に不満している医師たちは医薬品メーカーからもらったリベートにより収入の不足部分を補った。それで、医薬品を過剰投与され、患者の医療費を高騰するようになってきた。これは患者が医療機関や医師に対する不信感を煽るものである。

⁷⁸ 医療体制は病院管理体制、政府からの補償体制、医療保障制度、法律法規等の面に及んでいる。

第3節 医療資源の角度から

以上、医療サービスの需要と供給の視点から医療業界の問題点を議論してきた。この節では医療資源の角度から医療業界の現況を探ってみたい。

5-3-1 看護師不足と医師の偏在

1977年「文化大革命」が幕を閉じ、中断されていた全国统一の大学入学試験は11年ぶりの復活をきっかけとし、国民の生死にかかわる学科として医学部の入学定員数⁷⁹は増加した。1975年から2011年の36年間にかけて、入学した学生は191000人から7509238人に年成長率2.71%で増加していた。その一つの原因は人口構造の変化であるが、年平均人口増加率(1.27%)の2倍以上となっていたのは、医学部の人気度と医師数の増加が反映している。しかしながら、これは医療現場とりわけ病院勤務医の実感と合致しない、上述したとおり、「現在の執業環境に不満である」と回答した人は50%超であり、その大きな理由の一つは仕事量が多いことである。医師数が増加したのに、仕事量は増えてきた。具体的に数字を挙げれば総合病院勤務医の一日当たり一人負担の受診人数については、外来は2000年の4.8から2011年の7.2に、入院は2000年の1.4から2011年の2.5に増加していた。医療技術や医療設備の進歩などを考慮しない粗い計算をすると、概ね2倍に上昇してきた。

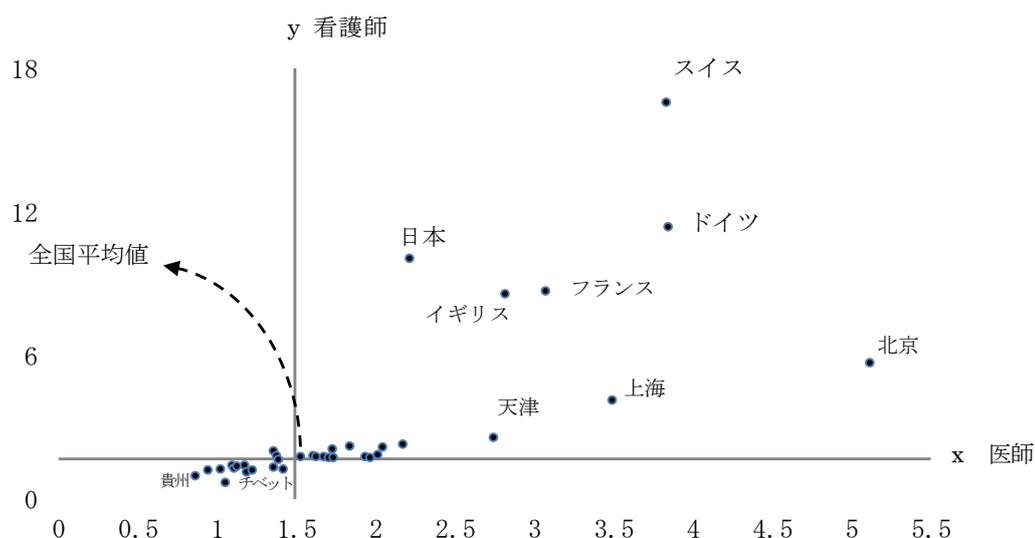
それでは、中国で医師不足の実態がどうなっているのでしょうか。多く国々のように中国も人口偏在問題を抱えており、医師の地域偏在はその問題の縮図である。地方と首都圏、内陸地域と沿海部の景況格差を背景に、よりよい仕事を求める医師の動きが、医師の地域偏在を生じている。図5-4には縦軸に人口千人当たり看護師数、横軸に人口千人当たり医師数、縦軸と横軸の交点に中国全国平均値(1.49、1.66)をとった散布図が示されている。国際で比較すれば、千人当たり医師数では、スイス(3.83、16.6)、ドイツ(3.84、11.37)、フランス(3.07、8.71)、イギリス(2.81、8.57)、日本(2.21、10.04)であったが、中国では全国平均値(1.49、1.66)が先進国を遥かに下回っている一方で、北京、上海、天津が先進国よりも高い水準を維持している。また、人口千人当たり看護師数は、全体的に低いレベルで停滞している。なお、省別の人口千人当たり医師数と看護師数をみると、最高の北

⁷⁹ 医学専門学校を含んでいない。

京(5.11)と最低貴州(0.84)で大きな乖離があり、首都圏都市や沿海部都市では全国平均を上回っている省が多いが、貴州、チベットをはじめとする内陸部都市は平均より低くなっている。一言でまとめると、医療関係者の一人当たり仕事量などを考慮せずに先進国と比べ、中国では医師・看護師が不足している上に、医師の地域偏在が生じている。

図5-4に示したことから見ると、都市部では、千人当たり医師数はスイスなどの福祉国家のレベルには至っていないが、基本医療需要に対応できる医師がいる。一方、農村では、千人当たり医師数が1人も至っておらず、医師不足が非常に深刻な状態ともいえる。たとえ正規の医師免許を持たずに村衛生室に従事している郷村医師や衛生員が数え込まれても、2011年に農村人口千人当たり郷村医師・衛生員(免許取得医師を含む)は1.27であり、そして、郷村医師・衛生員の学歴別構成割合では、最も少ないのは専門学校卒業以上の者5.3%、最も多いのは専門高校卒業生75.59%、残りの29.11%は就職前の検定試験の合格者であった(表5-2参照)。すなわち、その郷村医師・衛生員では、正規の医療教育を受けていた人が僅かである。さらに、2005年から2011年にかけて、千人当たり郷村医師・衛生員が増減を繰り返しながら、概ね1.2前後で推移してきた。

図5-4 2011年地域別千人当たり医師数看護師数と先進国の比較



(出所)「2012年中国衛生統計年鑑」により作成

表 5-2 都市と農村医師分布の格差

都 市	人口千人当たり医師数	2.78	
	人口千人当たり看護師数	3.29	
農 村	人口千人当たり医師数	0.96	
	人口千人当たり看護師数	0.98	
	農村人口千人当たり郷村医師・衛生員	1.27	
	学歴別村衛生室の 郷村医師の構成割合	専門学校卒業以上	5.30
		専門高校卒業者	75.59
就職検定合格者		29.11	

(出所) 図 5-4 に同じ

なお、医師不足については、診療科別総合診療科⁸⁰、小児科が象徴としてよく議論される。中国では総合診療科があまりなじみのない名称であり、80年代後半に導入され始めたが、また発達しておらず、2012年末まで人口万人当たり家庭医数の全国平均値は0.81、総資格医師数に占める比率は4.5%、総受診患者数に占める家庭全科患者の割合(外来・救急13.05%、退院6.24%)から考えると、家庭医不足が深刻な状態であり、そしてこの状態がよりひどくなる傾向がある。なぜならば、地域による家庭医数に偏りがあるからである。2012年人口万人当たり家庭医数では、東部は1.19、その中、上海(2.24)を中心とする周辺都市(たとえば、江蘇1.90、浙江2.24)では多く家庭医が集中している。そして、中部や西部は0.5台であったが、北京(3.93)が抜群の数字で全国一になっている。もし家庭医が主に地域の診療所や社区病院などの基礎医療機関で勤務するという理由で数が低迷しているというなら、主要な診療科である小児科は医師不足にならないはずである。しかしながら、小児科専門病院の勤務医の一日当たり一人負担の外来受診人数(15.1)は専門病院の平均値(6.2)だけではなく、総合病院(7.3)よりも二倍以上高くなっている。小児科は他の診療科より深刻な医師不足問題に直面している。

⁸⁰ 中国で「全科医療科」と呼ばれるが、紛らわしいことにならないようここで総合診療科としている。全科医は主に地域の基礎診療所、衛生所(室)に勤務しており、高齢者医療や予防接種、疾患の予防のための地域普及などの役割を持っており、医学部を卒業後も一定の訓練、研修を受け資格を取得しなければならない。

5-3-2 農村における基礎医療機関の減少

ところで、医師にとってスピードは重要なものであり、特に救急・救命の時、一分一秒も大事であり、住民に対して身近な医療機関は万が一の時の心強い味方である。中国の国土が広いので、村ごとに病院を設定することは、医療資源や医療コストなどを考慮すると、実現可能性が低いと断言できる。こういう背景の下で、基礎医療機関が十分に整備されること、特に交通条件、自然的、経済的条件に恵まれていない僻地における医療の確保を図ることは欠かない対策の一つである。しかしながら、農村の基礎医療機関である郷鎮衛生院の数は、2005年の40907個から2012年37097まで年々と減少していく⁸¹。

その理由は2つある。①郷鎮衛生院の資金繰りがうまくいかず(たとえば、2012年全国郷鎮衛生院の平均収入は444.5万元、その中、医療収入252.2万元、財政補助収入174万元、上級補助収入6.5万元、一方、平均支出は426.5万元であり、補助金等外部からの財政支援に頼らないとぎりぎりの経営も維持できなくなる)厳しい経営状況に陥って、他の医療機関に吸収合併される。②郷鎮村の合併に伴い、隣り合う二つあるいは複数の郷鎮衛生院が合体し新たな医療施設を作る。いずれにせよ、地域の医療過疎化を加速させ、最後に「無医療村」さえも出てくる。補助金等外部からの財政支援に頼らないとぎりぎりの経営も維持できなくなる)厳しい経営状況に陥っていき、他の医療機関に吸収合併される。そして、貧しければ貧しいほど、こういう状況が出やすくなる(表5-3参照)。

家と一番近い医療機関の距離について、都市では2キロ以内に住んでいる住民が90%以上を占めているが、一・二・三類農村では70%前後、四類農村では僅か50%ほどであった。さらに、2003年と比較すると、医療機関に近いところで住んでいる都市住民が増加している一方で、医療機関から遠く離れる農村住民が増加している。特に、四類農村で医療機関と5キロ及び以上に住んでいる住民の比率は、4.9%アップした。すなわち都市の「医療過密」に対しては、貧困な農村は厳しい「医療疎密」問題に直面している。

⁸¹ 『2013年統計年鑑』。

表 5-3 家と医療機関の最短距離

距離	都市			農村			
	大	中	小	一類	二類	三類	四類
1 キロ未満	86.3	84.8	73.7	67.6	69	57.7	37.9
	87.5	87.2	75.3	58.8	64.9	58.8	37.4
1 キロ	9.1	9.7	12.6	19.3	17.2	18.7	17
	7.4	8	14.8	19.8	18.8	16.9	14.6
2 キロ	2.5	3.1	7.3	7.6	7	11.2	12
	3.5	3.2	6.2	12.6	8.6	10	9.5
3 キロ	0.9	1.3	5.3	3.2	2.5	5.1	7.7
	1	0.8	2.2	4.7	3.2	5.2	9.7
4 キロ	0.6	0.6	0.8	0.6	1.3	3.2	7.4
	0.3	0.5	0.7	1.8	1.3	3.3	5.8
5 キロ及び	0.6	0.4	0.3	1.6	3	4	18
以上	0.3	0.3	0.8	2.3	3.2	5.9	22.9

(出所) 図 5-4 に同じ

(注) 2003 年のデータ 2008 年のデータ

5-3-3 「逆ピラミッド型」受診がもたらす医療資源の浪費

中国における医療保険適用の指定医療機関の話をしばらく棚上げにすれば、患者が自分の好みで医療機関を選択できる。これは、医療機関関係の提言やシンポジウムでよく強調される「フリーアクセス」である。フリーアクセス制度の下で、人々は医療資源を平等かつ公平に利用する権利をもっており、自分の病気の性質を考慮し、個人の好みによる医療機関を選択することができる。もっとも制度自体は患者の選択権利を尊重するもとの創作された制度である。しかしながら、実施する際には医療資源浪費などの歪みを生んでいる。基礎医療機関に不信感を持っているため、病気の症状を問わず、ただ漠然と先端医療施設の整った大病院で受診すると安心し、多少の時間をいとわず、経験豊富な名医に見てもらおうというような風潮が生まれる。

図5-5 病院等級別病床利用率と病院

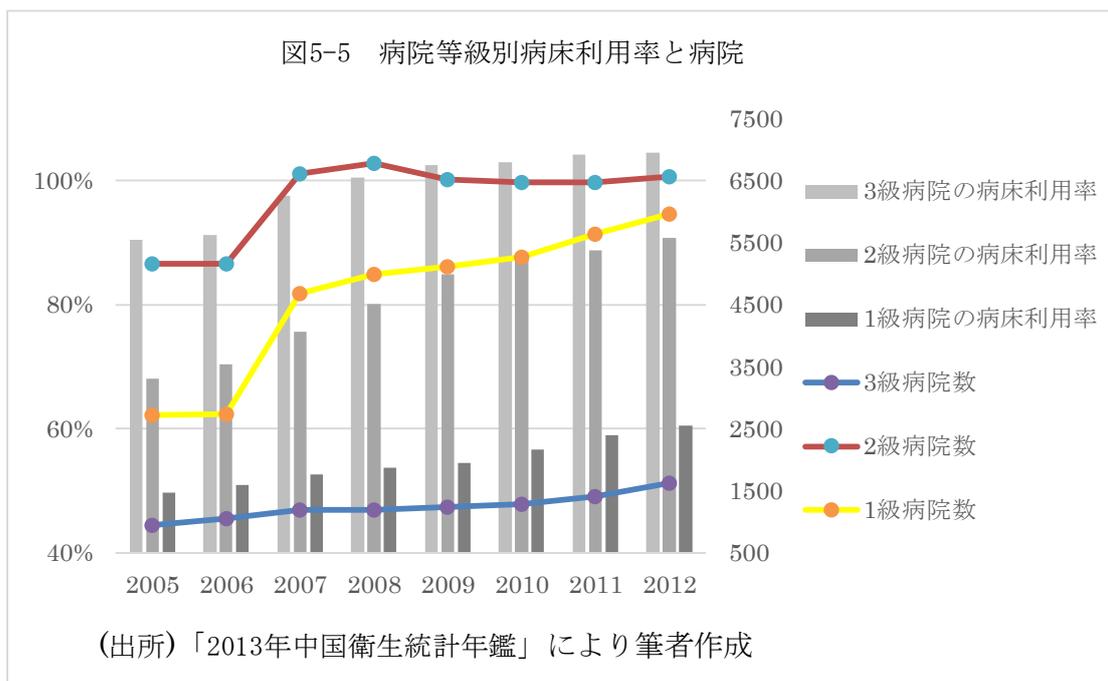


図 5-5 は病院等級別の病床利用率、平均在院日数⁸²及び病院数を表すものである。病院数については、3 級病院がほぼ変化していない一方で、1・2 級病院が 2006 年に急速に上昇した。それ以降、2 級病院が 6500 前後の高レベルを維持しており、1 級病院が徐々に上昇している。これは、中央政府が主張した「各地方の基礎医療の強化を図る」と関係している。だが、この政策は期待通りの実効性が得られるわけではない。図 5-5 で示しているとおおり、すなわち病院等級が高ければ高いほど、病床利用率や平均在院日数が高くなっている。高等級病院では、高度な医療施設設備が揃っており、先進的な医療技術を身につけた医療人材を集めるにつれて患者に信頼されるため、利用率が高くなることは自然なことである。しかしながら、2008 年以後、3 級病院の病床利用率が 100%を超えて年々上昇していく。病床の供給が患者の需要を満たせず、必要がある場合、臨時病床を追加しようがない。その反面、1 級病院の病床利用率が年々上昇するが、60%を下回っている。先端医療が過剰需要、基礎医療が過剰供給の状態であるという「逆ピラミッド型」受診問題が生じている。

「逆ピラミッド型」受診がもう一つ表している点は、民間病院数が病院全体に占める割合が高まっているが、病床利用率が公立病院より押えられていることである。

⁸² 病床利用率=実稼働病床数/総病床数*100%
 平均在院日数=退院者の病床利用の日数/退院者数

図5-6 公立・民間別病院の病床利用率と病院数

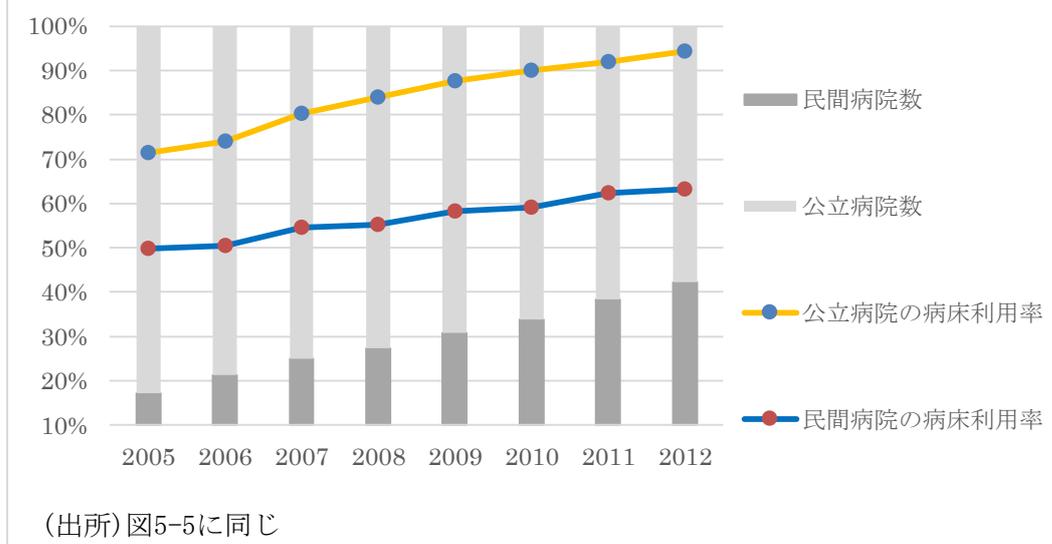


図5-6は、2005年から2012年まで公立病院と民間病院の割合と病床の利用率の推移を掲げたものである。公立病院の全病院数に占めるシェアが低下し続ける一方で、民間病院の全病院数に占めるシェアは上昇してきており、2005年には全病院数の17.22%であったが、2012年には42.24%へと上昇している。しかしながら、民間病院の割合が2倍強拡大したにもかかわらず、民間病院・公立病院間に、病床利用率や平均在院日数に激しい格差があることが見て取れる。病床利用率には、民間病院は50%から60%へ徐々に上がっている一方で、公立病院は70%から90%へ急速に上昇してきた。

こうした特徴が生まれたのは、改革開放政策の実施以来、計画経済から市場経済へ転換してきたという沿革的な理由によるところが大きい。民間病院の構成割合も無視できない要因である。2012年のデータによれば、民間病院では、61.24%の病院はまだ等級が認定されておらず、残りは1級病院(32.25%)が最も多く、次いで2級病院(5.8%)、3級病(0.67%)となっている。すなわち民間医療機関では、基礎医療を中心とするクリニックや診療所で集中しており、高度先端医療レベルに到達した病院がわずかにある。なお、民間病院での治療が公的医療保険の適用対象外となっている。これも民間病院の病床利用率が低くなる原因の一つであると考えられる。

いずれにせよ、先端医療資源の浪費が生じているかもしれないことを示唆している。次章は病院等級が患者に与える影響についての実証分析であるが、これを通じて医療資源利用の効率性に問題があることを明らかにする。

第6章 医療資源の浪費に関する実証分析

前章で提示したような先端医療の浪費問題は、単にフリーアクセスによるメリット、デメリットに止まらず、医療資源利用の非効率性問題という新たな課題をはらんでいる。本章では、病院等級が患者受診行動に影響を与えていたのか否かに焦点を当てて実証分析を行う。

第1節 分析対象と仮説

6-1-1 分析対象

前章で述べたとおり、日本の「大、中、小病院」と異なり、中国における病院には上から順に3、2、1級の等級(ランキング)が付けられる。級別で分けられた病院には、総合病院を除き、専門病院なども含まれる。専門病院は治療できる病気が限られているため、患者受診行動に影響を与える可能性があることが考えられるので、本章においては、病院の所属行政区により分けられるV級の公立総合病院を対象者として分析する。それは衛生部所属病院、省所属病院、省轄市所属病院、地轄市所属病院、県所属病院である(以下で順番にV級、IV級、III級、II級、I級と省略する)。

公立総合病院のみ分析対象とする理由は、2つある。①00年代までに病院の開業が活発化していなかったため、私立病院を含む総合病院に関するデータの調査が難しい。②すべての私立病院が医療保険の適用対象となっているわけではない。医療保険の適用となっているかどうかは患者受診行動に与える影響を排除するためである。

また、中国における行政区がピラミッド構造からなるため、所属する病院もそういう特徴付けられていると思われる。すなわち所属行政区の単位が大きければ大きいほど病院等級が高くなる。その根拠は、第一に、中国においては診療報酬が低く抑えられているので、病院が大型の医療設備を購入する際には、医療収入から出した一部分を除き、財政補助金が購入費の大部分を補充している(本論文第7章参照)。換言すれば、所属行政単位が大きければ大きいほど病院が取得した財政補助金や科研費は高くなる。第二に、中国の大学が国立大学を主として地级以上の行政区に管轄されており、同行政区に所属する病院が自然に大学病院となる。日本の大学病院と同様で、患者を救助すると共に、医学の発展および

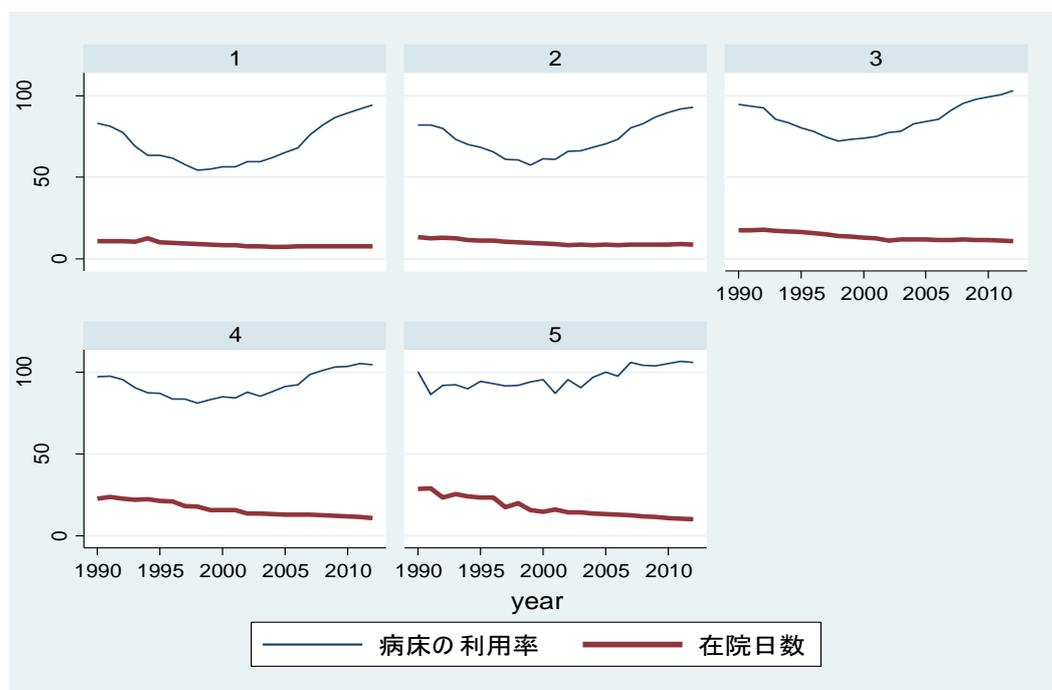
医療人の育成の任務を担っている。それゆえ、高等級の病院には最先端設備や施設などの物的医療資源で優れているものがある上に、優秀な医師が集中している。

6-1-2 仮説

図 6-1 では、各等級総合病院の在院日数と病床の利用率を表している。まず在院日数については、病院等級に関わらず下落しているが、病院等級が高ければ高いほど下落幅が大きくなる。これは、上述した病院の等級が高いほど物的・人的資源が優れており、医療技術の発展を促進させることに関係があると考えられる。一方、病床の利用率については、1999 年までに下降していたが、それ以降に上昇している。これは 1998 年から現行の医療保険制度が相次いで導入されることに関係していると予想される。ただし、IV・V 級病院は一貫して高い水準で推移していた。さらに、病床の利用率が 100% を超えた場合もある。これは病院では既存病床でさえ患者の需要を満たせないことが示唆される。

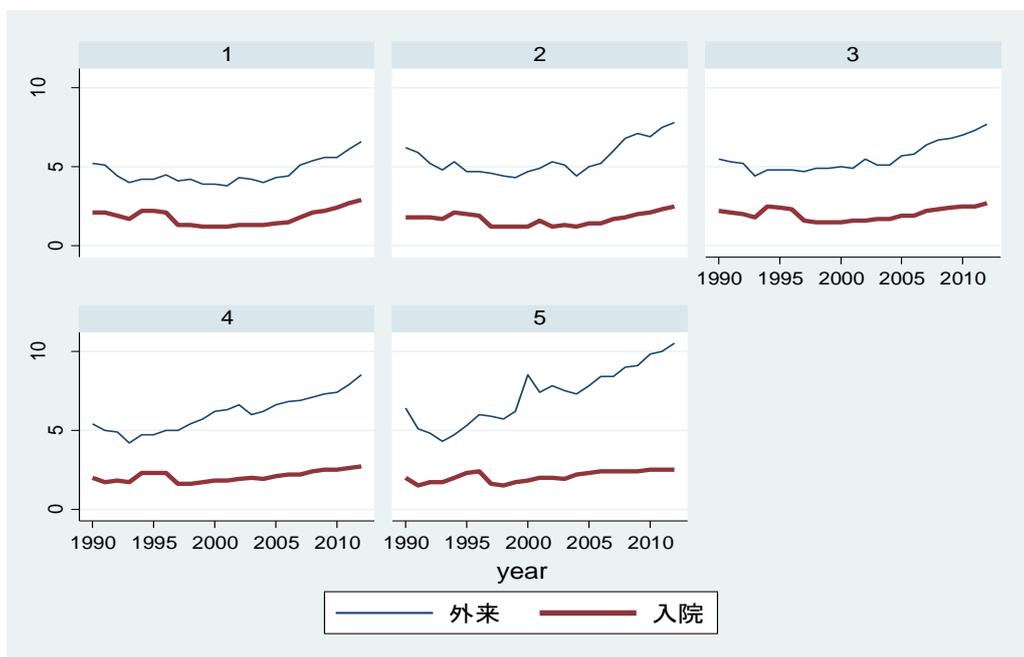
図 6-2 は外来・入院別の医師 1 人当たり 1 日取扱患者数を描いたものである。全体から見ると、入院の場合は、V 級病院の間に大きな変化はないのであるが、外来の場合は、病院等級が高いほど取扱患者数が年々と上昇していく。

図 6-1 病床の利用率と在院日数



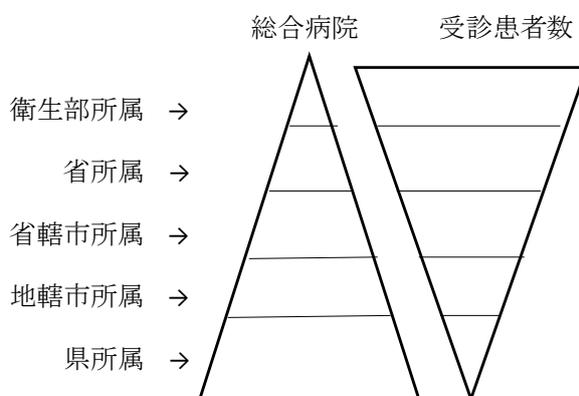
(注) 1、2、3、4、5 は I 級、II 級、III 級、IV 級、V 級病院を指している。

図 6-2 外来入院別医師 1 人当たり取扱患者数



以上の分析を通じて、行政区により分けられた総合病院においても、病院等級が高ければ高いほど多くの患者を集めていることが明らかになった。等級別の病院数と受診患者数の構造はそれぞれにピラミッド形と逆ピラミッド形になる（図 6-3 参照）。前章で述べた「逆ピラミッド型」受診問題が表れている。そこで、総合病院においては、病院等級が患者受診に大きな影響を与えることを仮説とし、医療資源の浪費問題を解明するため、以下の節ではモデルを仮定し実証してみる。

図 6-3 五級総合病院と患者受診行動の構造



(出所)筆者作成

第2節 推定モデル

被説明変数としての患者受診行動が抽象的な概念でデジタル化しにくいので、医師 1 人当たりの 1 日取扱患者数をその代理変数として使用する。そこで、上述した仮説に基づき、以下の線形モデルを仮定する。

$$dai = \alpha + \beta level_i + \sum_{j=1}^n \delta_j x_j + \varepsilon \quad (1)$$

ここで、被説明変数は dai である。 α は定数項、 β 、 δ_j はパラメータ、 ε は誤差項、 $level_i$ は病院等級である。本章の注目点は $level_i$ の係数 β であり、病院等級と患者の受診行動指標との関係を表す。 x_j は患者受診の行動に関係がある j 種類の属性情報を表すベクトルである。

また、中国における医療保険給付率は入院が外来より高いので、外来治療と入院にかかる自己負担額が大きな違いがある。自己負担を軽減させる場合、外来治療を入院で代替する可能性があることを考えると、入院と外来を分けて検討していく。ここで、外来の場合、被説明変数が daiiv、入院の場合、被説明変数が daiin を用いる。

患者受診行動に影響を与える外因は、病院等級のほか、医療保険制度、城镇居民 1 人当たりの年収と考えられる。すなわち(1)の $\sum_{j=1}^n \delta_j x_j$ を特定化し、外来受診関数を推定する。

$$dai = \alpha + \beta level_i + \delta_1 lni + \delta_2 t_{1999} + \delta_3 t_{2008} + \varepsilon \quad (2)$$

このうち、医療保険制度に関しては、城镇居民における医療保険制度を導入するにつれて、患者自己負担が少なくなり、受診行動に影響を与えることが予想される。この医療保険制度が 2 つあり、1 つが 1998 年に導入された「城镇居民職員工保」であり、もう 1 つが 2007 年に導入された「城镇居民居民医保」である。ここで制度導入の効果を推定するため、1999 年ダミー変数 (t_{1999}) と 2008 年ダミー変数 (t_{2008}) を導入する。それぞれについて制度導入前に 0 をとり、導入後に 1 をとることとする。

また、住民の 1 人当たりの年収 (lni) に関しては、年収が低い場合、医療費に十分なコストを支払う余裕がなく、その結果病院の等級に対する配慮が相対的に薄いものになりやすく、一方で、収入が高くなると、医療の品質が高い高等級病院を選択すると考えられ

るため、ここで、年収入と患者受診行動に正の相関があることが仮説として想定される。ただし、上述した公立五級総合病院は県以上の行政区に設置されている。郷鎮に住んでいる居民に対しては、Ⅴ級の病院はもちろん、Ⅲ級以上の総合病院に受診に行くこともたやすいものではない。また、経済的理由により、病気の症状がかなり重くなったのであれば、Ⅲ級以上の総合病院に受診に行かないと判断される。従って、本章には城鎮に住んでいる居民の年収入のみ分析対象とする。

第3節 使用データ

上述した仮説を検証するため、本章では、90年から12年にかけての五級総合病院別のデータを用いる。具体的には、90年から02年にかけての「中国衛生年鑑」(9部門⁸³編)と03年から12年にかけての「中国衛生統計年鑑」(中国衛生統計情報中心編、2003-2013)に掲載されていた医療にかかるデータ、および89年から12年における「中国統計年鑑」(中国統計局編、1989-2013)からの年次城鎮居民⁸⁴1人当たりの所得を用いた。近年、日本における受診行動に関する先行研究では個票データを用いるが、中国における各総合病院の個票データは一般公開されておらず、調査の概況である結果の分布しか把握することができない。

「中国衛生統計年鑑」は医療保険、医療サービス、医療資源などの面から中国の衛生事業の発展状況や住民の健康状況などの分野にわたる基本的な統計データを、網羅的かつ体系的に収録したものである。公表されている医療資源についてのデータには、五級別の医師1人当たりの1日取扱の外来患者数と入院患者数、医師1人当たりの年医務収入、五級別の病院あたりの平均の年財政補助金と科研費などが記録されている。なお、「中国衛生統計年鑑」は2003年の創刊なので、2002年以前のデータは「中国衛生年鑑」、「中国衛生事業発展状況年報・公報」及び「中国衛生統計概要」から抽出している。

⁸³ 衛生部、全国愛国衛生運動委員会、工業と情報化部、人事資源・社会保障部、国家商品監督管理局国家漢方薬管理局、国家品質監督検査検疫総局、解放軍総後方勤務部。

⁸⁴ 県級及び県級以上の行政区で住んでいる住民を城鎮居民、県級の下位の行政区で住んでいる住民を郷鎮居民と呼ばれる。

病院に関する変数以外のコントロール変数である城鎮人口1人当たりの年収は、「中国統計年鑑」から取得した。また、医師1人当たりの年医務収入、五級別の1つ病院あたりの年財政補助金、科研費及び1人当たりの年収の単位が他の変数の単位よりずいぶん大きくなり、誤差を減少するため、実証する際には、対数変換した上で用いる。表6-1は使用する変数の記述統計量を示すものである。

表 6-1 使用した変数の記述統計

	サンプル数	平均数	標準偏差	最小値	最大値
外来患者数	115	5.807826	1.449812	3.8	10.5
入院患者数	115	1.926087	.4259328	1.2	2.9
年	115	2001	6.662279	1990	2012
等級	115	3	1.420403	1	5
城鎮居民1人当たりの年収 入(元)	115	9757.87	7296.439	1516.2	26959
医師1人当たりの医療収入 (万元)	115	1672.998	3476.928	39.9	22848
財政収入+研究課題経費 (万元)	115	52.8087	54.364	3.7	272
在院日数	115	13.25565	4.893465	7.5	29.1

第4節 分析結果

6-4-1 最小二乗法(OLS)による検定

上述した(1)式に従って、患者受診行動の代理変数である医師1人当たりの1日取扱う患者数を被説明とした受診関数を最小二乗法で分析した。式の β_{level_i} に関しては、V級病院ダミー(5. level)からI級病院ダミー(1. level)の五種類ダミー変数を導入することとした。推定結果は表6-2のとおりである。その際、残差の不均一分散すなわち等級ごと

の攪乱項のまとまりを防ぐため、頑健性のある標準誤差 (robust standard error; ロバスト標準誤差) の推定を行った。

まず、外来の場合、(1)のコントロール変数は、医療保険導入のダミー変数と城鎮住民1人当たりの年収変数である。(2)は(1)のコントロール変数に各等級ダミー変数を加えている。いずれのモデルにおいても城鎮居民1人当たりの年収は有意ではない。2つの医療保険制度導入のダミーは共に正の係数で有意となっている。(2)では、1級病院ダミー以外の病院等級ダミー変数も正の係数で有意である。そして(1)と(2)の自由調整済み決定係数を比較すると、(2)が大幅に上昇しているから、病院等級が患者の受診行動に与える影響が患者受診行動の関数を推定する際には重要な要素であることが示唆される。

次に、入院する場合、推定の結果は表6-2の右の(3)(4)のとおりに示している。結果は外来と同様であり、1人当たりの年収変数が有意ではなく、2つの医療保険制度導入のダミー変数が有意となっている。ただし、城鎮職員医療保険導入のダミー変数の係数が負と示される。これは、入院の場合、病院の等級が低ければ低いほど医療費の給付率が高くなることと関係があると考えられる。すなわち、Ⅲ級病院よりⅡ、Ⅰ級病院で受診した方が医療費の給付率が高くなる。医療費の個人負担を減少することを考慮すると、給付率が高い低等級病院を選択する。これも次の病院等級ダミー変数を推定する際には実証された。

Ⅱ級病院ダミーとⅠ級病院ダミーの推定が有意でなくなっている一方で、Ⅲ級以上の病院ダミーが正の係数で有意となった。一方、入院の場合、在院日数も重要な要因であり、患者の一人当たりの在院日数が長ければ長いほど医師1人当たりの取扱患者数が多くなると考えられるが、有意ではないという結果が出た。

以上の結果から見ると、外来・入院を問わず病院等級のダミー変数が有意となった。だが、係数の推定値に関しては、外来と入院が異なっており、外来の場合、各病院等級ダミーの係数は正で、入院の場合、Ⅱ級病院の係数は負でと負の相関がある。いずれにせよ、病院等級が高くなるほど変数の係数が高くなる。Ⅱ、Ⅰ級総合病院と比較すると、Ⅴ、Ⅳ、Ⅲ級病院では、等級が患者受診行動に与える影響はより大きくなると考えられる。推定値が上述した変数より高くなり、特にⅣ級病院(4. level)とⅤ級病院(5. level)の推定値と他の変数との格差が激しい。従って、病院等級が高いほど患者受診行動に与えている影響が大きくなることは断言できる。

表 6-2 病院等級が患者受診行動に与える影響：OLS

	外来		入院	
	(1)	(2)	(3)	(4)
城鎮職員医療保険制度 導入のダミー変数 t_{1999}	0.591 [1.78]*	0.591 [2.75]***	-0.2578377 [-2.38]**	-0.358961 [-3.37]**
城鎮居民医療保険制度 導入のダミー変数 t_{2008}	1.6179 [4.14]***	1.6179 [6.88]***	0.5718105 [5.55]***	0.6202699 [6.33]***
城鎮居民1人当たりの年 収入 $\ln i$	0.1794 [0.71]	0.1794 [0.84]	.0309147 [4.11]	0.994995 [1.16]
I級病院ダミー 1. level		.		.
II級病院ダミー 2. level		0.8565 [4.28]***		-0.116153 [-1.34]
III級病院ダミー 3. level		0.9217 [5.44]***		0.2752971 [2.50]**
IV級病院ダミー 4. level		1.4217 [8.09]***		0.3587868 [2.61]**
V級病院ダミー 5. level		2.5565 [9.77]***		0.3736772 [2.53]**
在院日数				-.0119447 [-0.83]
常数 Constant	3.5036 [1.71]*	2.3523 [1.30]	0.4051251 [-0.57]	1.106154 [1.40]
R-squared	0.4412	0.7783	0.4989	0.5722
Adj-R-squared	0.4261	0.7638	0.4807	0.5399
N	115	115	115	115

* $p < 0.1$ 、 ** $p < 0.05$ 、 *** $p < 0.01$

括弧内の数字は、クラスター内の相関に対して頑健な標準誤差。

ここで問題が生ずるのが、患者受診行動に関わる情報は完全に把握されず、把握されない情報はすべて誤差項に入り、病院等級と相関する可能性があるという点である。すなわち、病院等級が高く、最先端設備や評判の良い先生だからこそ患者受診行動に影響を与えるか、もともと多く患者が受診に行ったから病院の業務収入が多くて最先端の設備が購入できるし、優秀な医師が集中するのかを識別することが難しい。このため、操作変数を導入するという手段を用いることが考えられる。次節ではこれについて検討する。

6-4-2 操作変数法(IV)による検定

病院等級の内生性を解決するためには、上述した患者受診行動推定式((1)式)の誤差項 ε_i とは相関しない適切な操作変数を見つけ出すことが必要となる。本章は、病院等級に影響を及ぼしうる操作変数としては、病院が保有している最先端設備や在勤医師の医療技術のレベルを採用する。このうち、保有の最先端設備や施設を表現する指標は、財政補助金と科研費⁸⁵である。在勤医師の医療技術のレベルをデジタル化するとすれば、最もよい指標が医師一人当たりの年業務収入⁸⁶である。そして、調査病院の等級が各病院における個々の財政補助金・科研費($\ln exin$)と医師1人当たりの年業務収入($\ln exp$)に依存している推定式が以下の通りである。

$$\text{level}_i = \gamma_0 + \gamma_1 \ln exin + \gamma_2 \ln exp + \mu_i \quad (3)$$

ここでの level_i は OLS 法において用いた各等級病院のダミー変数ではなく、連続変数である。すなわち、V級病院からI級病院まで順番に5、4、3、2、1としてデジタル化する。 γ_1 と γ_2 は推定されるパラメータである。式(1)(3)に基づき、病院等級が患者受診行動に与える影響を推定する。表6-3は、財政補助金・科研費と医師一人当たりの年業務収入を操作変数とした第1段階と2s1sの推定結果を示している。まず、第1段階の推定結果については、外来入院に関わらず決定係数が90%を超えており、操作変数法第1段階の推定式の説明力を示唆している。 $\ln exin$ については、外来と入院では有意に正であった。

⁸⁵ 「中国衛生統計年鑑」により、財政補助金と科研費は病院における大型先端医療設備の購入、補修、研究課題のためかかる金額である。

⁸⁶ 中国における医師の職階により診療報酬が異なっており、業界で有名な先生の往診料が普通の往診料の何十倍となった場合もあるから。

表 6-3 操作変数法(IV)による推定結果

	外来		入院	
	第一段階	2s1s	第一段階	2s1s
lnexin	.5909183 [6.40]***		.3573558 [5.55]***	
lnexp	1.373174 [7.87]***		1.349065 [11.98]***	
level		.6212314 [12.09]***		.1346298 [3.62]***
t ₁₉₉₉	-.2534126 [-2.59]**	.5910178 [2.71]***	.0225111 [0.28]	-.3588275 [-2.56]***
t ₂₀₀₈	-.1313209 [-0.97]	1.617921 [6.58]***	-.1328785 [-1.51]	.6202056 [6.32]***
lni	-2.050452 [-13.04]***	.1793503 [0.82]	-1.558974 [-12.95]***	.0996595 [1.05]
stay			.0945363 [10.05]***	-.0118878 [-0.80]
Constant	12.96466 [10.04]***	1.639943 [0.88]	8.720396 [9.24]***	.8783427 [1.07]
R-squared	0.9515	0.7479	0.9759	0.5157
F(5, 109)	476.14		755.02	
Prob>F	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
N	115	115	115	115

* p<0.1、 ** p<0.05、 *** p<0.01 括弧内の数字は、クラスター内の相関に対して頑健な標準誤差。

換言すれば、病院の財政補助金・科研費が高いほど揃える先端設備や器材が多くなるにつれて、受診に行く患者は多くなることである。lnexp については、外来入院の両方では有意に正で、この結果は、医師の医療技術が患者受診の行動に与える影響が反映している。他方、城鎮居民医療保険の導入ダミーについては、外来・入院両方では有意ではない結果が出た。また、城鎮職員医療保険制度の導入ダミーについては、外来については有意で、入院で異なる結果を得た。城鎮居民 1 人当たりの年収は外来入院両方では有意で正という推定結果が出た。

次に、2s1s によって病院等級が患者受診行動に与える影響について推定結果である。分析で用いた変数が第 1 段階と同じ変数で、外来・入院区分別に推定させた。結果、外来と入院については level がともに有意に正で、この結果は、病院等級が高いほど患者受診行動に影響を与えることを示唆している。また、城鎮職員医療保険制度の導入ダミーについては、外来で t_{1999} が有意に正、入院では有意に負であった。城鎮居民医療保険の導入ダミーについては、外来と入院のいずれでも有意で正という結果であった。入院について、患者の 1 人当たりの在院日数が長いほど、医師 1 人当たり取扱患者数が少なくなると予想されるが、在院日数が入院では有意ではないという結果であった。

以上の結果から、患者受診行動は医療設備・器材や在勤医師の医療技術に左右され、または病院等級が患者受診行動に影響を与える傾向にあることが分かる。しかしながら、操作変数法(IV)の分析でよく起こりがちな多重共線性などについて若干の不安は残るため、次節では二段階 GMM による推定を行った。

6-4-3 2 段階 Gmm による検定

この節では、2 段階 GMM 法による推定を行う。分析における用いた説明変数や推定式は、IV 法と同じである。表 6-4 では、2 段階 Gmm 法による推定結果を示している。表 6-3 の推定結果と比較すると、推定パラメータは全く同じであることが分かった。これは適度識別を示唆している。また、IV 法や 2 段階 Gmm の推定結果の有効性を確認するため、操作変数の適切さと内生変数 level の内生性を検証する必要がある。

適切な操作変数は、(1)式の誤差項 ε と無相関、内生変数 level と関係があるという条件を満たす。すなわち

$$\text{Cov}(\ln \text{exin or } \ln \text{exp}, \varepsilon) = 0 \quad \text{Cov}(\ln \text{exin or } \ln \text{exp}, \text{level}) \neq 0$$

である。

表 6-4 2 段階 GMM 推定

被説明変数 説明変数	外来 Daivi			入院 Daiin		
	係数推定値	Z-統計量	P> Z	係数推定値	Z-統計量	P> Z
level	.6212314	12.68	0.000	.1346298	3.43	0.00
t ₁₉₉₉	.5910178	2.34	0.019	-.3588275	-3.31	0.001
t ₂₀₀₈	1.617921	6.68	0.000	.6202056	6.20	0.000
lni	.1793503	0.95	0.343	.0996595	1.15	0.252
stay				-.0118878	-0.82	0.410
_cons	1.639943	1.07	0.284	.8783427	1.13	0.260
モデルの Test statistics			外来	入院		
F(4, 110)			86.5	26.09		
Prob > F			0.0000	0.0000		
Centered R2			0.7479	0.5157		
UncentereR2			0.9853	0.9776		

操作変数の検定

Anderson canon. corr.	Chisq(2)=109.43	Chi-sq(2)=104.72
N*CCEV LM statistic	P-val=0.0000	P-val=0.0000
Cragg-Donald N*CDEV Wald statistic	Chisq(2)=2257.45 P-val=0.0000	Chi-sq(2)=1171.14 P-val=0.0000
Andreson and Rubin	F(2, 109)= 93.51 P-val=0.0000	F(2, 109)=13.19 P-val=0.0000
Stock-Wright LM S statistic	Chi-sq(2)=72.65 P-val=0.0000	Chi-sq(2)=22.57 P-val=0.0000

ここで、Anderson Canonical Correlation 尤度比検定で操作変数の有意性を推定した。
その結果は、財政補助金・科研費(lnexin)と医師一人当たりの年業務収入(lnexp)が有意

であることを示唆している。Cragg and Donald 検定により操作変数の弱相関問題が棄却されている。Andreson and Rubin 検定、Stock and Wright 検定で内生変数が有意ではないという帰無仮説は棄却されており、level は確かに内生変数であることが確認されている。つまり、(1) (3)式における IV や 2 段階 Gmm の有効性が上記の推定については検証されたことになる。

以上の IV と 2 段階 Gmm の推定結果、病院等級と患者受診行動には正相関があること、さらに、病院の先端医療設備・器材や医師の医療技術は病院等級を通じて患者受診行動に影響していることがわかった。

第 5 節 結論

本章では、先端医療資源利用の効率性に着目し、病院等級が患者受診行動に影響していることを実証した。実証する際に、患者受診行動の代理変数として医師 1 人当たりの 1 日取扱患者数を使用した。また、入院の医療費が医療保険の適用対象となっている一方で、外来の医療費がまだ適用対象となっていない場合があるから、外来治療を入院で代替する可能性があることを考えて、入院と外来を分けて検討した。

まず、最小二乗法 (OLS) 法による各等級病院のダミー変数と患者受診行動の関係を検証した。その結果は、病院等級が高いほど患者受診行動に与える影響が大きくなることである。次に、患者受診行動が病院の医療収入を増長させることに伴い、病院の等級に影響する可能性があるので、病院等級の内生性の問題を検討した。本章は、財政補助金・科研費 (lnexin) と医師 1 人当たりの年業務収入 (lnexp) を操作変数として用いた。操作変数法 (IV) により推定した結果は、年収入変数が有意ではなく、2 つの医療保険制度の導入と病院等級が患者受診行動への影響が認められる。ただし、城鎮職員医療保険の係数に関しては、外来の場合は正で、入院の場合は負となった。最後に、2 段階の Gmm によって検証した。その結果は IV の結果とほぼ同様である。さらに、lnexin と lnexp が level 内生変数の操作変数として適切であることを検証した。IV と 2 段階 Gmm の結果は、病院等級が患者受診行動に大きな影響を与えていること、影響の原因は最先端医療設備や在勤医師の技術であることを示唆している。フリーアクセス制度の下で、病院等級が患者受診行動に大きな影響を与え、患者の過度集中問題が発生する傾向がある。

第7章 医薬分業制度の創設とその現状

第5章で国民にとって受診が経済的理由に左右され、医療現場の医師は自分の収入が仕事に応じていないなどの理由で勤務環境に不満があると述べた。これらは中国において実施している医薬分業制度と切っても切れない関係にあると考えられる。この章では医薬分業制度について検討する。

第1節 医薬分業制度創設の背景

7-1-1 医療機関の経営方式の変更

1989年国務院の承認により衛生部、財政部、人事部、国家物価局、国家税務署は「医療衛生産業の拡大に関する意見」を実施した。条例には、積極的に「請負経営」を推進し、診療報酬基準を調整、有償の予防、保健などのサービスを行い、「以副補主」（事業をもって医療衛生事業を助け、副業をもって本業を助け）と「以工助医」（地方政府が医療衛生事業に経済的な援助は少ないから、医療機関が現地の企業と事業単位と連携し、社会に向かって様々な医療サービスを提供すること）などが含まれている。

医療機関と地域の組織・企業の提携、大学などの教育機関附属病院と地域の医療機関による共同経営、企業附属病院間の共同経営を奨励するようにした。「以工助医」をきっかけとして、多くの郷鎮医療機関が地方の企業・組織との連携を通じて、建設資金不足の問題を解決し上で、最新の医療施設を購入し、規模を拡大するようにした。そして医療に恵まれていなかった郷鎮には、郷鎮企業の援助の下で、病院を建て始めた。

第三産業を急速に発展させる決定を全面的に実施するとともに、医療衛生事業も第三次産業の一つとして一層早く改善することを決定した⁸⁷。そこで、医療機関で様々な請負制度を推進し始めた。医療機関に医療衛生行政部門と請負制度に基づいた契約を結ばせる一方で、人事・経営・財務管理の方面で十分な自主権を有するようにした。国家は病院財政

⁸⁷ 1992年9月23日、施行された衛弁発第34号の「医療衛生改革を深化させることに関するいくつかの意見」による（ウェブサイト http://china.findlaw.cn/fagui/p_1/108721.html 2012年8月2日アクセス）

我が国の医療衛生事業は、公益的福利事業であり、国家と地方は、医療衛生事業に対する投資を年々増加させ、医療衛生事業における財政投資の増加速度を国家財政の増加速度より高くしなければならない。中央と地方二医療衛生事業の特定財源を確保し、保健衛生、防疫事業への調整・管理能力を強化する。

に対し大規模な修理と大型設備の購入以外に運営補助費として定額補助金を給付し、医療機関が独自にこの補助金を使用する裁量権を持つ。さらに、独立採算、損益自己負担制の財務管理、労働に応じた報酬の分配すなわち出来高払いを認めた。余裕がある医療衛生事業単位には、契約以外の副業務⁸⁸を自主に有料で実施することも許可した。副業務で得た収入に必要な医療コストと医療設備の減価償却費を引き差した金額は、医療機関が自主的に使用する。

医療関係者は、本業の仕事をきちんとやるという前提の下、他の医療機関での兼職とアルバイト、技術顧問、技術サービス、人材の教育、医療技術の知識により民衆へのサービスを認めた。また、衛生省は、審査条件に応じた、時間に余裕がある医療従事者や退職した医療従事者には開業⁸⁹することも許可・奨励された。開業医は許可を取得した後、薬局も併設できるとした。したがって、従来国営である医療機関の一部が株式会社の形態に変更されると同時に、営利目的の私立病院が存在することも認めされた。

いずれにせよ、本来の閉鎖的な国有経営方式を打破し、経営形態を多様化するとした。これを機として、医療衛生事業が計画経済体制下の「大鍋飯」（不公平の平均分配）⁹⁰から市場経済体制の請負制度へ転換した。

7-1-2 市場経済下の医療費の高騰

1990年代改革開放政策⁹¹が推し進められ、経済成長は一気に加速した。これに伴い、人々の健康への関心も高まり、先進的な医療技術の需要も増え、そのため海外からの高額な先端医療機器も次々と納入された。その結果、社会全体の医療費の年平均伸び率は20%であるのに対し、経済成長率は年平均9.7%となっている（表7-1参照）。

⁸⁸ 副業務には、最新技術・設備で行うサービス、経験や高い技術を持つ専門家による問診、待ち時間の短い特約診療、各種設備や条件の良い高級病室、サービスの良い特殊看護、往診、整形、美容、矯正、中医の知識を生かした薬膳、在宅患者に対する各種看護サービスが含まれた。

⁸⁹ 具体とえば、各種診療所・クリニック、産婦人専門科、特別療養院、保健医療に対する顧問処などである。

⁹⁰ 言い換えると、企業は経営状況を問わず、国家から資金をもらい、従業員に給料を配る。労働者は労働量を問わず、企業から同等の賃金を得る

⁹¹ 改革開放政策により深圳、広州など沿海部の四地区を経済特区に指定し、外資に法人税等の恩典を与え、低賃金労働力を利用する外資を誘致した。先進国の資本だけではなく、その先進技術も導入された。その中先端的な医療技術を含んでいる。

表 7-1 90年代の医療費の増加率と経済成長率の比較

年	全国総医療費(億元)	総医療費の伸び率 (%)	経済成長率 (%)
1990	747. 39	21. 4	3. 8
1991	893. 49	19. 5	9. 2
1992	1096. 86	22. 7	14. 2
1993	1377. 78	25. 6	13. 5
1994	1761. 24	27. 8	12. 6
1995	2155. 13	22. 3	10. 5
1996	2709. 42	25. 7	9. 6
1997	3196. 71	17. 9	8. 8
1998	3678. 72	15	7. 8
1999	4047. 5	10	7. 1

(出所)『中国衛生年鑑 2010 年』より筆者作成。

基本的な原因としては、医療サービスの需要の増大や先端医療技術の登場により医療費が増加することが挙げられるが、理由はそれだけではない、財政投入の不足も主要な要因である。これは大別すれば2つである。

第一に、政府からの財政投入が不足である。ちなみに、医療機関の主要な収入源は財政補助金と業務収入という二つの部分から構築されることになる。その中、財政補助金が各級の政府から医療機関への補助金である。地方政府は財政予算を抑制するため、「有政策無財政投入」⁹²という対策を立て、政府予算に占める医療衛生事業費⁹³は非常に少なく抑えられる。財政投入についてみると、1990年から2000年まで、概ね2.97%前後で安定的に推移していた。しかし、1993年に比率は急激に切り下がった。そして、1994年に一度

⁹² 「有政策無財政投入」とは中央と地方政府から医療衛生事業への財政投入が少なく、その代わりに、医療衛生機関は様々な優遇政策を享受することができる。

⁹³ 医療衛生事業費とは各級政府が医療機関に対する支出した財政補助金である。政府予算医療衛生事業費の衛生基礎建設投資金を含んでいない。

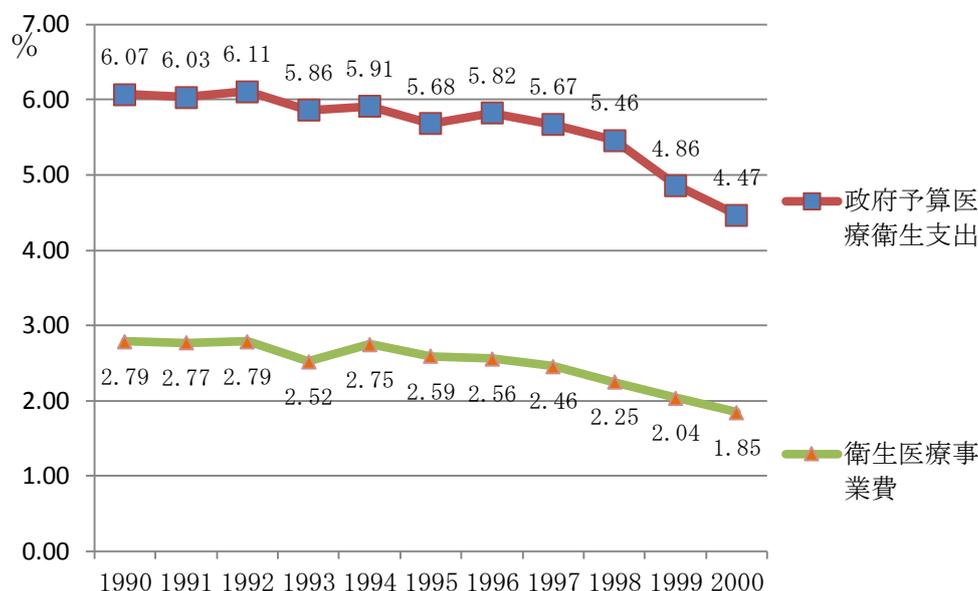
衛生基礎建設投資：公立非営利医療機関、予防中心及び婦幼保健など事業機関、衛生監督機関の建物の建て増し、限度額以上の大中型の医療設備の購入など。

回復し、その後、1990年代後半にわたり低下傾向が続く。さらに、2000年に比率が2%を割り込んだ（図7-1参照）。

政府から医療機関への医療衛生事業費だけではなく、医療衛生事業全体に対する財政予算も低い。90年代には、政府予算医療衛生支出の総財政支出に占める比率の傾向が政府予算に占める医療衛生事業費の比率の傾向と同じである。1992年には最も高く6.11%になったが、1993年には6%を割り込み、1999年には5%を下回り、2000年には10年間で最も低く4.47%に低下した（図7-1参照）。

この結果、財政補助金の全国総医療衛生費用に占める比率は、1990年の25.1%から2000年の15.5%になり、この十年間で、10%ほど下降していた。その反面、個人負担医療支出の総医療衛生費に占める比率は、1990年の35.7%から2000年には59%となり、10年間で20%超えを上昇した（図7-2参照）。全社会の医療衛生費の負担において、政府予算医療衛生支出や社会医療支出の影響力が低下し続け、個人負担の医療費支出の上昇部分はこの下降部分を補填しつつある。

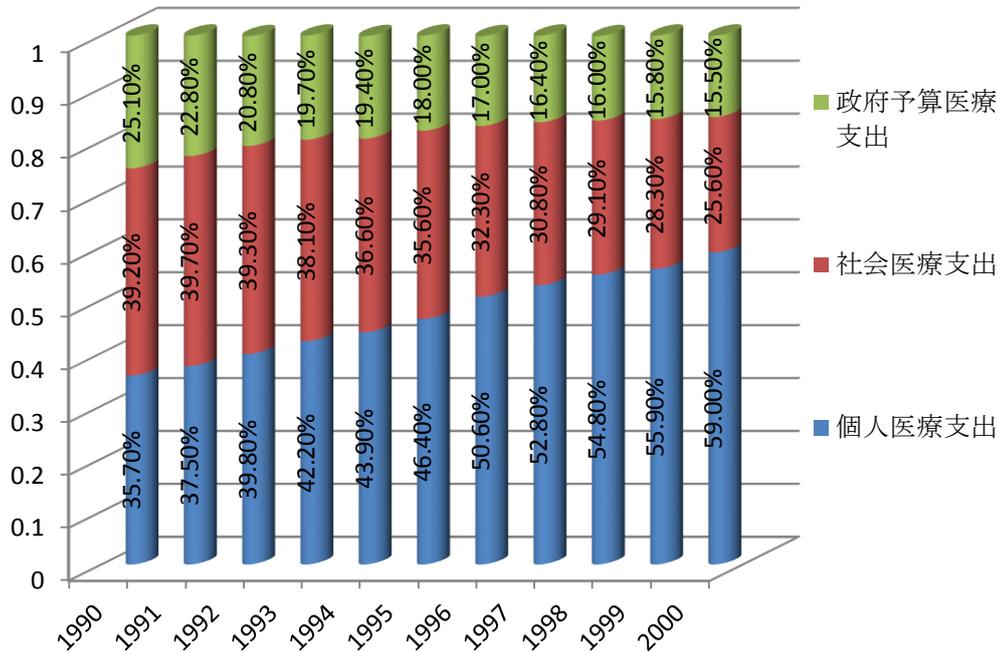
図7-1 財政予算に占める比率



(出所) 表7-1に同じ

(注) 政府予算医療支出：各級政府は医療衛生サービス、医療保障補助、衛生医療保障行政管理、人口と計画生育の事務性支出などにかかる費用。

図7-2 社会総医療衛生費用の内訳



(出所) 表7-1に同じ

(注)1) 社会医療衛生支出：政府予算外の社会各界の医療衛生事業に対する支出。医療保険支出、商業健康保険費、社会からの寄贈・援助、行政事業性の徴収の収入などを含んでいる。

2) 個人医療支出：医療サービスを受けるため、自分で負担した金額。

第二は、収入不足が過剰診療問題をもたらした。政府からの補助金が低い状況の下で、医療機関に対しては、高価な医療設備の納入、病院規模の拡張、そして医師の先端医療技術の教育にかかる費用等が大きな負担である。医療条件を改善するため、財政補助金以外の最も主要な収入源すなわち業務収入により、巨大な建設資金を補わないわけにはいかない。一例だけ挙げれば、診療報酬を引き上げることである。以前、山間地や貧困地域などの低所得層の農民患者の多い地域の負担能力を考慮して、医療報酬基準を全国統一に設定された。しかし、改革開放政策を推進するにつれて、沿海部地域と西部地域の生活水準の格差が大きくなり、それぞれの医療サービス需要が異なった。収入を増加し、ついでに生活が豊かになった患者の需要を満足させるため、医療機関は高額な医薬品を処方し、高額な検査を受けさせ、差額ベッドを導入したりした。そして、医療機関の等級ごとに医療報酬基準に段階的な差額を設け、等級が高ければ高いほど医療報酬基準が高く設定される。逆に言えば、地域間の医療格差という問題が残されている。

それなのに、診療報酬基準により、巨大な医療建設費用を補填することが望めない。なぜならば、基本的な医療に対する医療報酬がコストを下回水準に設定されていることから。それで、医療機関は医薬品販売により病院の収入を増加させることが考えている。医薬品販売によりもたらされる潤いが経済的に病院を支えるすなわち「以薬養医」という現象がもっと発展してきた。収益向上に対する強いインセンティブは、過剰処方とリベート事件に拍車をかける。これも医師のモラル崩壊に発展していき、以後の患者—医師関係が厳しくなる原因と考えられる。

1990年代に、一人患者当たりの医療費に占める薬剤費の比率は、外来60%台、入院50%前後に達した(表7-2参照)。いずれにせよ、少しずつ下降していたが、低下のスピードは緩やかであった。当時の先進国のデータと比較すると、中国の医療費に占める薬剤費が飛び抜けて高いことが分かる(図7-3参照)。1995年にアメリカが11.3%、イギリスが16.4%、ドイツが17.1%、フランスが19.9%になった。日本は、欧米に比べて高いとされるが、30%であった。政府に代わり、医療機関は自分で経済的な負担を担っているよりは、患者がこの重い負債を負っている方がましである。

表7-2 衛生部門総合病院の一人患者当たりの平均医療費と薬剤費

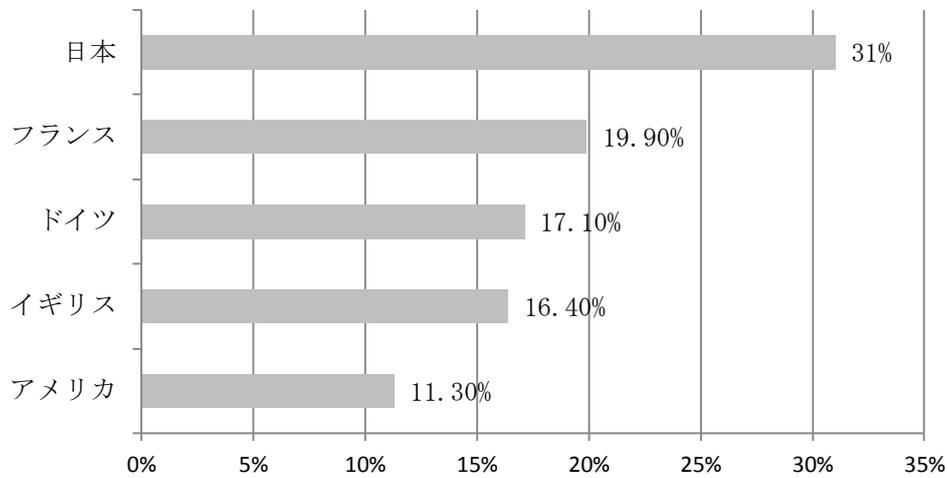
年	外来			入院		
	医療費 (元)	薬剤費 (元)	薬剤費の医療費 に占める比率	医療費 (元)	薬剤費 (元)	薬剤費の医療費 に占める比率
1990	10.9	7.4	67.89%	473.3	260.6	55.06%
1995	39.9	25.6	64.16%	1668	880.3	52.78%
1998	68.8	42.7	62.06%	2596.8	1278.8	49.25%
1999	79	47.7	60.38%	2891.1	1363.6	47.17%

(出所) 衛生部統計情報中心(2000)より筆者作成

(注) 平均医療費=1病院当たりの外来の医療収入(入院の医療収入)/外来の受診人数(入院した患者数)

平均薬剤費=1病院当たりの外来の薬剤収入(入院の薬剤収入)/外来の受診人数(入院した患者数)

図7-3 1995年各国薬剤費の医療費に占める比率



(出所) 中医協海外調査資料(1995)

第2節 中国における医薬分業制度の誕生

7-2-1 医薬分業の起源

医薬分業の起源は、1240年神聖ローマ帝国(現在のドイツ)兼シチリア王であるフリードリッヒ二世が制定した法律を施行したことにさかのぼる。当時の法律が5か条からなる。①医師が薬室を持つことを禁じる、また薬剤師との共同経営を禁じる、②医師の委員会が薬局を監視する。③薬局の数を制限する。④薬品調整の基準を定める、⑤薬価計算法を制定する⁹⁴。一言とせば、医師と薬剤師がお互いに職務上の利害関係を持つことを禁じたうえで、異なる二つの専門職種が二重に投薬を監視することである。医薬分業が定着した後、フランスをはじめヨーロッパ各国やアメリカでは大きな影響を受けた。

7-2-2 日本における医薬分業の定義

日本薬剤師会は「医薬分業とは、地域において、医師の処方箋に基づき、薬の専門家である薬剤師が処方内容を確認した上で、適正に管理されて品質が保証された医薬品を用い、正確に調製した薬剤を適切な指導を加えて患者に交付することによって、医師と薬剤

⁹⁴ 中村(1992)

師が専門的な機能で協力し合い、よりよい医療を患者に提供することを言う」としている。また、福島は「医薬分業とは、医療において、医師が患者の診断、治療を行い、必要な薬剤については、医師が処方箋を作成し、薬剤師がその処方箋に基づき調剤や薬歴管理、服薬指導を行い、それぞれの専門的な職能を発揮して、国民医療の質的向上を図ろうとする、社会的な要求の帰結として用意されたしくみである」⁹⁵としている。

7-2-3 中国における医薬分業

前節で述べたとおり、1990年代改革開放政策が推進するにつれて、医療機関は他の国営企業のように、本来の公営経営方式から請負経営式に変換した。そして、財政不足や先端医療開発に伴い、社会全体の医療費が高騰し、特に個人負担の医療費が急激に上昇してきた。「看病難、看病費」という社会問題が深刻化した。そこで、中央政府は「看病難、看病費」の一因は「以薬養医」・請負制度を悪用し、乱処方乱増価という現象があることと批判した。医療費を抑制する根本的な対策は、経済的に、医療と薬業を分離することであると発言した。2000年に、衛生省と財政省は「病院の薬品収入を別に管理する暫定弁法を印刷発令することに関する通知」を発令し、そこで医薬分業が初めて中国における試みとして実施された。

中国の医薬分業制度は、各国の医薬分業と異なっている。主要な相違点としては、①実施する対象が全体の医療機関ではなく、ある範囲の医療機関が対象になること、②経済上に薬業と医業を分離することを強調したが、医師と薬剤師の職能について、明確に分けていないことの2つが挙げられる。

このうち①については、日本などの先進国では私営国営を問わず、規模を問わず、全体の医療機関が対象として実施している。それに対し、中国では県及び県以上の公立の非営利的病院を実施対象にしたが、農村の衛生院、民間の非営利的病院、医薬品の監督部門に指定された日常薬品と救急医薬品だけを販売している地域衛生サービス組織⁹⁶、診療所及び医薬品収入の病院業務収入に占める比率が30%以下の病院はまだ医療分業の対象になっておらない。

⁹⁵ 早瀬幸俊(2003)

⁹⁶ 地域衛生サービス組織とはある一定の地域に住んでいる住民に向けた診療所である。その中の医療設備が古い、診察の待ち時間が短く、24日受診可能である。だが、よくかかる病気(例:風邪等)だけ受診できる。

②の医業と薬業の分離については、日本では医療サービスを提供する医療機関と薬品を提供する薬局が別々の事業単体として経営している。これだけではなく、職能上にも明確に分け、医師が医療サービスを提供し処方箋を出し、薬剤師が処方箋をチェックした上で、医薬品のことを患者に指導することである⁹⁷。すなわち、収支において関係がないですが、職能においてお互いに監督することである。これに対し、中国の場合には、病院と薬局が同一団体の別の部門として経営・管理するという観念が強い。それは裏から言えば、病院からの干渉排除であり、原則として院内の薬局の収入が病院の総収入に占める比率は高い。医薬分業制度の核心は医業収支と薬剤収支を分離して決算することである。各項目の業務に関する収入と支出を医業収入に、医薬品の処方・販売に関する収入と支出を薬剤収入に決算することである。

医薬分業の施行の目的は、医療機関の支出を厳格に抑制し、費用を合理的な仕分け、医業コストに関する監督や検査を強化することである。ここで、医薬分業を実施するプロセスは次の3つにまとめられる。

第一に、医療機関の薬品収入から医薬品購入費用を差し引いた金額、すなわち医薬品収支結余⁹⁸を医療衛生行政部門の財政社会保障基金口座に入金する。具体的に言えば、医療衛生行政部門は、病院が報告した会計報告書に基づき、病院の機能及び処方の特徴により分類し、平均医薬品収支結余率を決定する。これを基づいて、あるいは直接的に各病院の医薬品販売利益により納付金額を計算する。計算式は以下：

平均医薬品収支結余率＝当地全部の病院の薬品収支結余 / 当地全部の病院の医薬品収入

納付金額＝当病院の医薬品収入×平均医薬品収支結余率

⁹⁷ 1949年9月マッカーサー元帥の招待で、アメリカ薬剤師協会の使節団が来日し、医薬分業の実施を勧告した。勧告書は冒頭には、「法律上、教育上及びその他の手段により、医薬分業の早期実現のために、可能なあらゆる努力がなされるべきであること。医師の仕事は診断、処方箋の発行及び医薬品緊急投与に限定されるべきこと。開業薬剤師の仕事は、最も優秀な医薬品を確保し、適法に貯蔵し、医師の処方箋により調剤投与することにあるべきこと」と書かれていた。1955年6月「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律」法案として成立した。これがいわゆる医薬分業法と言われたものである。医薬分業法には、医師に処方箋の発行を義務づけているという条項が明確に盛り込まれた。

⁹⁸ 医薬品収支結余＝病院が患者から得た医薬品の販売収入及び医薬品のリベート－医薬品購入コスト及びその他の費用

第二に、各病院の税額を四半期ごとに納付する。その後、医療衛生行政部門は各病院の会計報告と関係資料に基づいて病院の実情を審査する。審査の主要な内容は、病院薬剤収入の医療収入に占める比率、外来患者一人当たりの平均費用、入院患者一人当たりの平均費用などである。

第三に、審査の結果に基づいて、医療衛生行政部門は収集した医薬品収支結余を各病院に比例に還付する。その還付金額は主に①病院の医療コストを補助すること、②病院の発展建設に用いるが、③需要に基づき地域の医療衛生サービスや予防保健事業に用いてもよい。3つの分類により、還付金額が異なっている。

前述した①については、2つの計算方法がある。1つは、各種類の病院の平均医療収支損失率により、医療収入還付比率を計算する。もう1つは、各種類の病院の業務量により、単位業務量還付定額を計算する。いずれにせよ、まず医療コスト補助金を計算する。それは各種病院の医療収入と退職従業員⁹⁹への財政補助金を加えた後、医療コストを差し引いた金額である。式が以下の通り：

$$\text{医療コスト補助金} = \text{全部病院の医療収入} + \text{退職従業員経費} - \text{医療支出}$$

平均医療収支損失率により、

$$\text{医療収入還付比率} = \text{医療コスト補助金} / \text{医療総収入}$$

$$\text{当病院の還付金} = \text{当病院の医療収入} \times \text{医療収入還付比率} \times \text{当病院の修正係数}$$

病院の業務量により、

$$\text{単位業務量還付定額} = \text{医療コスト補助金} / \text{病院業務量}$$

$$\text{当病院の還付定額} = \text{当病院の業務量} \times \text{医療コスト補助金} \times \text{当病院の修正係数}$$

②に用いる資金は、地域医療衛生計画の要求に照らし、地域内の各種類、各等級の病院の特徴、学科発展及び技術水準などの要素を十分考慮した上で、財政補助金と併せて計画

⁹⁹ 離退職人員とは1949年以前に革命に参加した一定以上の地位のある者が地位はそのままで引退する人員と定年になる退職した人である

的に利用する。③に用いる資金は、医薬品収支結余から医療コスト補助金を差し引いた金額の 10%弱である。そして②③に用いる資金は実際の支出により、一回あるいは何回で分けて還付する。

衛生、財政部門は病院の建設への返還金額を支配する時、病院の上級衛生管理部門の意見を聞くべきである。同時に、審査結果と資金支配の状況を病院の上級衛生管理部門に知らせる。ただし、還付する時、中医病院、民族病院、一部分の専門病院の特徴を考慮し、優遇する。具体的な方法は地域ごとに決定する。

それなのに、例外がある。衛生省、工鉱業及びその他の部門の病院、部隊病院、武警警察病院において、一般市民に向け開放された診療科の医薬品収支結余は、直属する財務部門と当該地区の医療衛生行政機関の指導の下で、管理される。具体的管理方式は省級の医療衛生部門、財政部門が当該地区の医療衛生計画の原則に従い、関係部門と協議した後、確定する。

衛生省、国家中医薬管理局、国家教育部¹⁰⁰に直属し、北京にある病院の医薬品収支結余は、直属する財務部門に代わり管理する。北京市以外にある病院は当該地域の衛生、財政部門に委託し、当該地区の病院と同じ審査を受け、資金管理がなされる。医療機関が政府に納付した医薬品販売益は各級地方の規定に照らし、社区医療衛生サービスと予防保健事業以外に用いた部分は全額病院に返還される。

財務管理については、病院は医薬品収支結余を納付する時、繰越利益剰余金勘定の借方と銀行預金勘定の貸方に記入する。還付金を得る時、用途により別々に記入する。医療コスト補助金の場合は、銀行預金勘定の借方と繰越利益剰余金勘定の貸方に計上し、病院の発展建設に用いる場合は銀行預金勘定の借方と専用基金勘定の貸方に記入する。

第3節 中国における医薬分業の現状

以上のことから見ると、医薬分業の定義において、日本は経済上だけではなく、職能上も医師と薬剤師を明確に分担してそれぞれの能力を十分発揮することを定めた一方で、中国は経済上医師と薬剤師を明確に分離することを提案した。では、中国で医薬分業制度が実施されて以来 10 年が経過した現在、医薬分業の現状はどうなっているか探ってみる。

¹⁰⁰ 日本の文部科学省に相当する。

7-3-1 経済上の薬剤と医療の関係

医薬分業は経済的に医療と薬剤を分離することを前提として提唱され、今まで12年間も経過したが、医療現場には薬剤と医療の分離はどうなっているか。ちなみに、日本では医薬分業率¹⁰¹は医薬分業の進捗を評価する指標として有用であるが、中国ではこれについての総合指標がまだ利用されていない。ここで、医薬分業率に代わって、患者一人当たりの薬剤費の医療費に占める比率と薬剤収入の病院総収入に占める比率を評価指標として使うと考えられる。

表7-3は、2000年から2011年までの患者一人当たりの医療費と薬剤費を見たものである。外来も入院もどちらも医療費と薬剤費が増長しつつある。薬剤費の医療費に占める比

表 7-3 患者一人当たりの医療費と薬剤費

年	外来			入院		
	医療費	薬剤費	薬剤費の比率	医療費	薬剤費	薬剤費の比率
2000	85.8	50.2	58.6%	3084.7	1422	46.1%
2001	93.6	54	57.7%	3245.5	1476.7	45.5%
2002	99.6	55.2	55.42%	3597.7	1598.4	44.42%
2003	108.2	59.2	54.71%	3910.7	1748.3	44.71%
2004	118	62	52.54%	4284.8	1872.9	43.71%
2005	126.9	66	52.01%	4661.5	2045.6	43.88%
2006	128.7	65	50.51%	4668.9	1992	42.67%
2007	136.1	68	49.96%	4973.8	2148.9	43.20%
2008	146.5	74	50.51%	5463.8	2400.4	43.93%
2009	159.5	81.2	50.91%	5951.8	2619.8	44.02%
2010	173.8	88.1	50.69%	6525.6	2834.4	43.44%
2011	179.8	91	50.6%	6632.2	2772.3	41.8%

(出所)「2001年我が国衛生事業発展統計報告」、『中国衛生統計年鑑2011年』より筆者作成

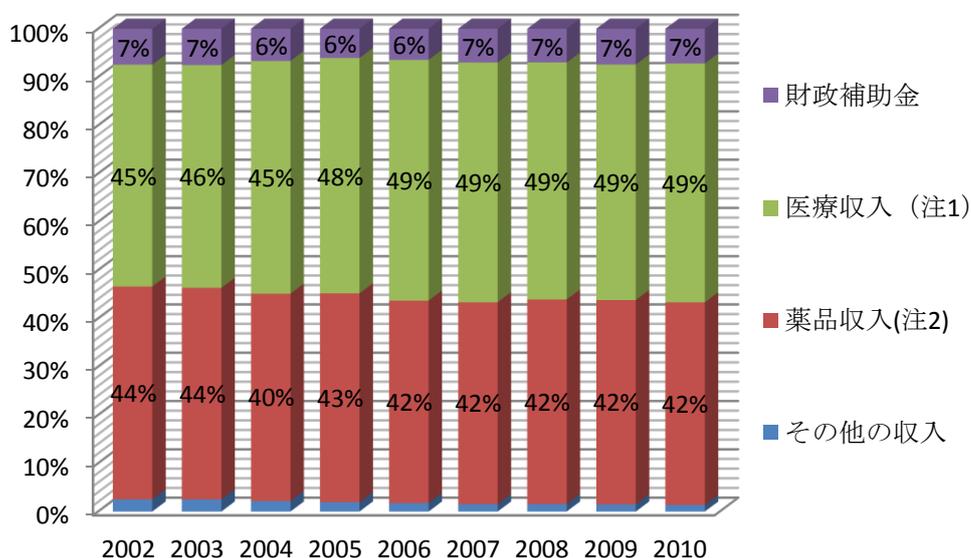
¹⁰¹ 医薬分業率=実処方箋枚数/総処方回数

総処方回数=院内投薬+院外処方箋=外来診療回数*投薬率*70%

率については、増長したり下降したりしていたが、変動幅が少なく、特に入院の場合は年平均0.78%程度となっている。外来の薬剤費比率は、2007年の49.9%を除き、全部が50%台となっている一方で、入院の場合は、43%前後で移動していた。1990年代と比べてみると、外来の薬剤費比率は60%台から50%台となり、10%–15%ほど減少し、入院の場合は90年代の50%台から43%前後に推移し、10%ほど減少していた。他の国で利用している総合指標が異なり、医薬分業率から比較できないが、先進国に最も遅く医薬分業を推進し始めた日本の1995年の薬剤費の医療費に占める比率と比べると、一目瞭然である。

図7-4は2002年から2010年まで、衛生部門総合病院の収入の構造変化を表すものである。構造図の形状は本ほとんど変わっていない。ここで留意すべきことは、薬剤収入の総収入に占める比率である。2002年と2003年には同じレベルであり、44%となっている。2004年には一気に4ポイントを下降し、40%となったが、2005年に再度43%に復活し多。その後、2006年から2010年までずっと42%を維持している。これに対し、2002年から2005年までの医療収入の総医療費に占める比率の変化は小さい。さらに、2006年から2010年の四年間に変化はなかったのである。

図7-4 衛生部門総合病院における収入の内訳



(出所) 表7-1に同じ。

(注) 1) 医療収入は医療機関が医療行為を行うことにより得る利益である。日本には医薬収益と呼ばれる。

2) 薬品収入は西洋薬収入と漢方薬収入と区別される。

つまり、医薬分業制度施行直後から、薬剤収入が病院の第二収入源として重要な位置を占めている。これは中国における医薬分業がまだ本格的に実施されていないというふうま
く進んでいないことを露呈している。政府が補助すべき財政を抑制し、病院が薬剤収入で
補填したことはもちろんだが、診療報酬基準が医療コストより低く設定され、医師が得る
べき潜在技術料が隠せられることも原因の一つであると考えられる。

7-3-2 医薬分業の問題点

中国の医薬分業はまだ成熟しているとは言えず、様々な問題点を抱えており、医薬分業
を社会制度として揺るぎないものにするにはこれらの問題の解決が大変重要である。

(1) 医師誘発需要により医療費が高騰しつつある

2000年から2010年まで、中国の国民総医療費は4586.63億元から19921.35億元と十
年間で4.3倍ほどに増加し¹⁰²、国民医療費の高騰が非常に深刻な社会問題となっている。
政府は経済的に医療と薬剤を分離すれば、医療費の高騰を根本的に解決できると考えてい
る。しかし、日本の医薬分業の経験から見ると、医薬分業の一つのデメリットは患者の負
担金額が多くなったということである。それで、中国における医薬分業により医療費の高
騰が緩和できるかについては、医師誘発需要仮説（Physician Induced Demand
Hypothesis:以下PID）という議論により探してみる。

PIDとは、医師が情報の非対称性を利用し、より濃密な医療サービスを患者に受療させ
るように影響力を行使するという仮説である。一般的には、医薬品の最終消費者としての
患者は医薬品が自由に選択できず、医師からもらった処方箋の通りに購入するほかない。
医者は多くの知識と情報を持っているが、患者は高度で専門的な医学に関する見識は皆無
に等しい。その結果、患者は医師に比べて不利な立場となり、医師が言うことを素直に聞
こうとしない。そして医者の方で薬が適切であるか患者自身は自力で判断できない。
これは情報の非対称性である。

情報の非対称性に起因する問題はモラルハザード（moral hazard）、日本語で言えば道
徳的危険である。情報の非対称性が存在する状況の下で、医療資源の配分が非効率になり、
医療費が増大する可能性がある。西村（1980）によると、一地域当たりの医師数が増えたと
すると医師間の競争が激しくなり、医師の所得の減少が起きる。しかし、医師はその所得

¹⁰² 『中国衛生統計年鑑 2010』（2011）

の減少を阻止するため、患者により密度の濃い診療を行うことが起こす。したがって、医師数の増加は医療費を増加させることになる。これが医師誘発需要による医療費の増加である。Feldstein も同様に人口当たりの医師数と医療報酬の間に正の相関を認め、医師数が多い地域ほど医療サービス供給量が多いことを報告した¹⁰³。この二つ研究の共通点は収入の減少につれて、医師誘発需要による医療費を増加するというものである。

では、中国における医薬分業を推進するにつれて、医療費がどうなるだろうか。ここで、上述した医師誘発需要曲線により説明してみる。その理由は、①中国では医療報酬の支払い方式に出来高払い制を採用している。②中国における医療機関のレセプトを審査する公式的な行政機関があるが¹⁰⁴、行政管理が不足している。③医薬分業を推進するに伴い、医療機関の所得の4割ほどが減少するすなわち医師の収入源が4割を減少していく。第5章で述べた通りに、96%の医師が「得た収入が自分の仕事に応じていない」と思っているが、今度の医薬分業により、収入が4割を縮小することが納得できないであろう。

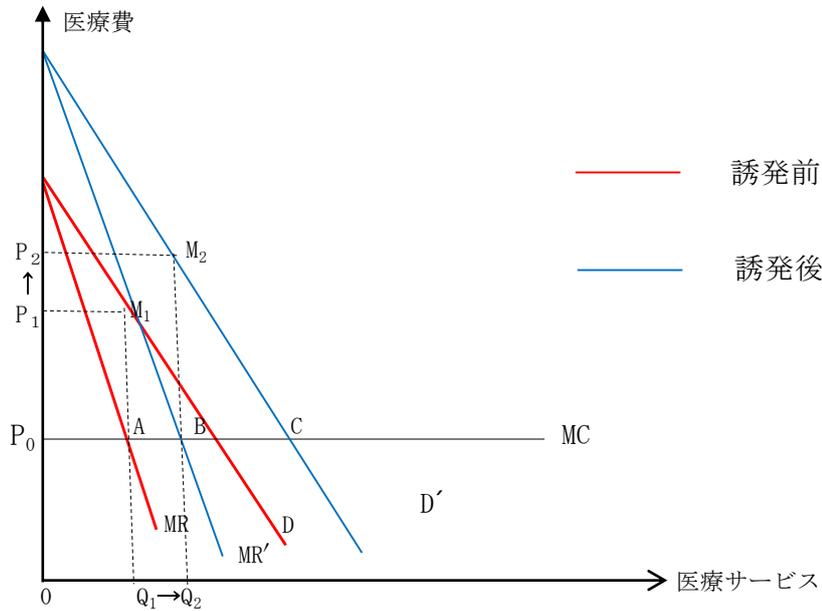
図7-5に患者の医療サービス需要曲線、医師の限界収入曲線と医療サービスの限界費用曲線を書き込み、誘発前後医師が利潤を最大にしている状況が描かれているものである。まず、誘発前医師の利潤を最大にする医療の供給量は曲線MRと曲線MCの交点Aに対応する Q_1 である。その時医療機関は医療サービスを P_1 の価格で売る。医療市場の均衡は M_1 点で成立する。また、医療サービスの限界費用が医療量に関係なく一定であるから、医師の最大独占利潤は長方形 $P_1M_1AP_0$ の面積で示される。したがって、医療費が長方形 $P_1M_1Q_1O$ の面積で表される。

医薬分業を実施するに伴い、医師収入が4割を減少する。所得の減少を阻止するため、医師はなんらかの裁量的な力を発揮し、患者の需要曲線を右上の D' にシフトさせ、それで限界収入曲線も右上にシフトして限界収入曲線 MR' になる。そのシフトで曲線 MR' と曲線MCはB点で接し、新しい医療均衡点は M_2 となった。その時医療サービスの価格は P_1 から P_2 に上がり、患者の医療サービスの需要量が Q_1 から Q_2 に増加することとなる。こうして、医師の独占利潤が長方形 $P_2M_2BP_0$ の面積で、医療費が長方形 $P_2M_2Q_2O$ の面積で示される状態になる。

¹⁰³ 大日康史(2003)

¹⁰⁴ 処方箋を監督する機関は県以上の地方の衛生行政部門である。

図7-5 医師誘発需要仮説



誘発前と比較すると、 $P_1 < P_2$ 、 $Q_1 < Q_2$ である。すなわち、

長方形 $P_2M_2BP_0$ の面積 $>$ 長方形 $P_1M_1AP_0$ の面積

長方形 $P_2M_2Q_2O$ の面積 $>$ 長方形 $P_1M_1Q_1O$ の面積

となる。

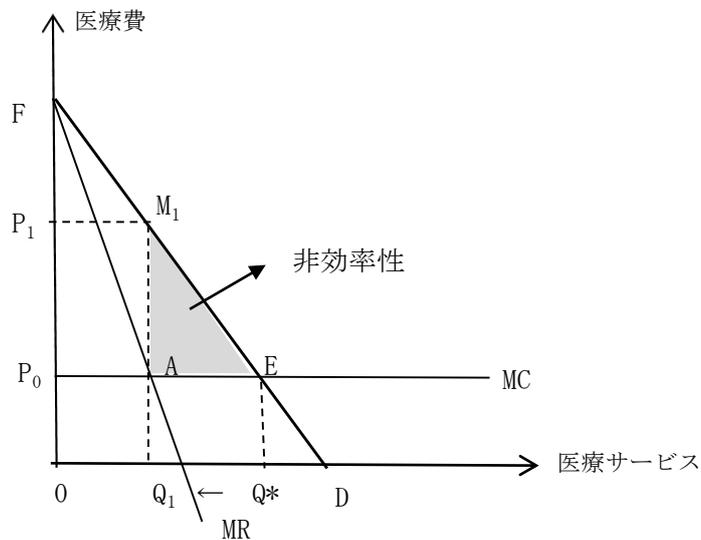
上述したとおり、医薬分業を推進するのに伴って、医師は医療サービスの需要を誘発することでより多くの独占利潤が得られ、それで医療費が高騰することを明らかにした。

「薬漬け」により収入を増加することはできなくなるが、「検査漬け」などを通じて自己利益の最大化に走る傾向がある。たとえ軽度の疾病でも重症と偽り、必要ではない医療、検査などを受けさせる恐れがある。

(2) 医師の不満が医療の非効率性をもたらす

独占の下では、費用節約の動機がなくなりがちであり、即ち非効率性という問題がある。図7-5の誘発前需要曲線と限界収入曲線、限界費用曲線をコピーした図7-6を用

図7-6 医療の非効率性



い、医師の利潤が最大になる生産量に対応した生産者余剰、消費者余剰、非効率性を図示する。

完全競争市場では、消費者余剰は三角形 FP_0E 、生産者余剰は 0 で表されるのであった。ところが、独占市場では生産が Q^* から Q_1 へ減少し、価格は P_0 から P_1 へ上昇するので、消費者余剰は三角形 FP_1M_1 の表す領域に縮小してしまう。したがって、長方形 $P_1M_1A P_0$ 及び三角形 M_1AE の部分が消費者余剰から失われてしまうことになる。つまり、患者はより高い医療費で、より少ない医療サービスを購入しなければならないので、そのことによる経済的損失が消費者余剰の縮小の意味するところである。このうち、長方形 $P_1M_1A P_0$ は新たに生産者余剰となったことが分かる。ところが、三角形 M_1AE の領域については、どこにも転嫁されることはない。これは独占の死荷重(デッドウェイト・ロス (deadweight loss)) という。死荷重は競争市場と比較したときの独占の社会的コストすなわち経済的非効率性を表している。

一般的に、完全競争的な市場には、消費者は各供給者を比べて良品か欠陥品か安いか高いかがはっきり判断できる。しかし、独占市場の特徴がある医療市場では、患者と医師の間に情報の非対称性が存在するため、医師が有能か無能か、医療サービスが良いか悪いかじきに判断できないだろう。こうして、医療市場には、非効率性を発生すると思われる。医療技術が下手な医師が居座れば、患者がかかった費用と時間が全く無駄になることはも

もちろん、場合によっては医療ミスで一命を落とすケースもよく耳にする。

中国では診療報酬が低いため、医師の医療技術については、診療報酬上にほとんど評価されていない、いくら腕のいい医師でも収入が高くなることはない。もちろん腕がいいことが評判になって各地からの患者は集まるかもしれないが、一日で診ることができる患者の数には限界がある。さらに、医業が特別な職業として労働量が多ければ多いほど、生命にかかわる医療事故が起きやすくなる。さらに、第5章で述べたように、自分の執務環境に不満している医師が48%超え、得た収入に不満している医師が96%超えた。医師の職業が特別であるが、他の人と同じように、子供の教育費負担とか住宅ローンの返済とか家庭の経済的問題に直面しなければならない。医薬分業を推進し続けると、医師の収入が前より少なくなることが当然なことであるが、高リスク低収入の仕事に対し、医師の労働生産性が低くなり、医師の職業を諦めて別の職業に転職する可能性もある。医療資源が無駄になることは、患者にとっても全社会にとっても損失であると思われる。

第4節 医薬分業がもたらした新たな課題

第2節で述べたように、中国における医薬分業は他の先進国と異なり経済上だけに実施し始めた。ある程度から見ると、薬剤収入が病院の収入から外れ、病院の建設や設備の購入などに投資し、本格的な医薬分業がずれていると考えられる。リベート事件の発生を防止するため、職能上の分離も必要であろう。以下、3つの課題を指摘しておく。

第1は、医師と薬剤師の連携である。医薬分業前の日本のように、中国で医師が自分の診断に基づき、薬を自由に患者に手渡す。医薬分業後、薬剤師が処方をチェックした後、薬を手渡すようになる。そうした医師と薬剤師は日頃から意思の疎通を図ることが第一義的な仕事となる。医師が診察する時、患者が服用している薬の情報を得るため、電話で薬剤師に質問と言っても、時間がかかるし、そもそもお互いに異なるに組織に属するようになるから、戸惑いがあると予測される。さらに、これから医療技術が発展するにつれて、新たな医薬品がどんどん開発されるだろう。医薬品をジェネリックに変更した情報等は、薬局からファクスや電子メールで送っても、迷惑メールとして処分され、病院の書類の山に埋まれる可能性が高い。一方、薬剤師側においては、今まで医師とかかわりを持つ経験がない、手探り状態で始め、医師へのフィードバックが困難なことになるだろう。そして多くの病院、医師から持ってくる処方箋に対して、各々の医師と連携を取るべきなのではない

だろうか。中国の地理から考えれば、仕事量が相当な大きいと考えられる。

第2は、薬剤師不足という問題がある。「2010年中国衛生統計年鑑」によれば、2000年以来、薬剤師が減少しつつある。2006年人口1千人当たりの薬剤師数を見ると、先進国の中で最も高いのは日本1.36、次いでフランス1.16、カナダ0.81、アメリカ0.8、そして我々と同じ東アジアのベトナムは0.08となる。中国はタイ(0.25)とほぼ同じ水準で0.26、中国の人口動態と近似するインドは0.6となった¹⁰⁵。中国の人口1千人当たりの薬剤師数は日本などの先進国よりは低いものの、東アジアの他の発展途上国と比較すると、相対的に低い水準ではないことがわかる。しかしながら、中国医薬品市場は金額基準では2008年から2009年にかけて世界5位程度(世界医薬品市場シェアの約2.7%)の規模であった。人口当たりの薬剤師の需給が変化すると見込まれる。先進国型の医薬品市場へ近くなる一方で、発展途上国レベルの薬剤師がいる。このように独特な事情が医師と薬剤の連携の障害になると考えられる。

第3は、薬局の管理問題である。現在、中国における薬局は病院の一部として運営しているすなわち院内薬局である。院外薬局や大型チェーン薬局は長い間、一般用薬品や化粧品、衛生用品などを販売し、処方箋調剤の経験がほとんどないと言える。医業と薬業の分離により、薬局では調剤業務に対応し、薬を管理する管理薬剤師は医薬品の入庫、出庫、保管、管理のすべて責任を持ってやらなければならない。今まで、薬局では処方箋無しでも薬局で自由に抗生物質などの処方薬を購入することが可能であるが、これから劇薬、毒薬、向精神薬、麻薬、覚せい剤なども扱えるようになるので、法的に管理方法が厳しく定めなければならない。万が一、麻薬を紛失する防止案や医薬品の有効期限切れになる対策を事前に検討することも大事と考えられる。医薬品の欠品に関しては、患者の薬物治療のタイミングを逃してしまわないように、ある程度の備蓄量を確保すべきである。しかしその反面、後発医薬品が開発されるに伴い、医薬品の適正な在庫管理が新たな問題になる。

¹⁰⁵ 「World health statistics 2010」

補論 2 病院内の医薬品の購入方式

第 I 部の補論では市場で販売医薬品の流通について検討したが、この節では病院内薬局の医薬品の購入方式について論じておく。ちなみに、中国における医薬分業政策が実施されたが、病院や医師が医薬分業に足して強力に反対していることから、医薬分業の施策がまだ推進されていないことである。従って、病院における薬剤部門が設定されている。

第1節 共同入札購入方式の誕生

第 7 章で述べた「医療衛生産業の拡大に関する意見」を実施して以来、一貫して「以薬養医」を続け、20 年が過ぎた。低診療報酬と財政補助不足の下で、医薬品収入の占める比率の高かった病院に対し、医薬分業を実施することが致命的なショックを与え、病院や医療従事者が強く抵抗し、医薬分業はなかなか推進していなかった。そこで提案された補助政策は、2000 年衛生省、国家計画委員会、国家経済貿易委員会、国家薬品监督管理局、国家中医薬管理局が発令した「医療機関の医薬品共同入札購入試行事業の若干の規定」（以下「制定」と称する）であった。この「規定」の目的は公開、公平、公正の原則を守りながら競争制度を導入し、不当に高価な医薬品を値下げ、低品質な医薬品の流入を防止し、患者の不合理な薬品代を軽減することにあつた。

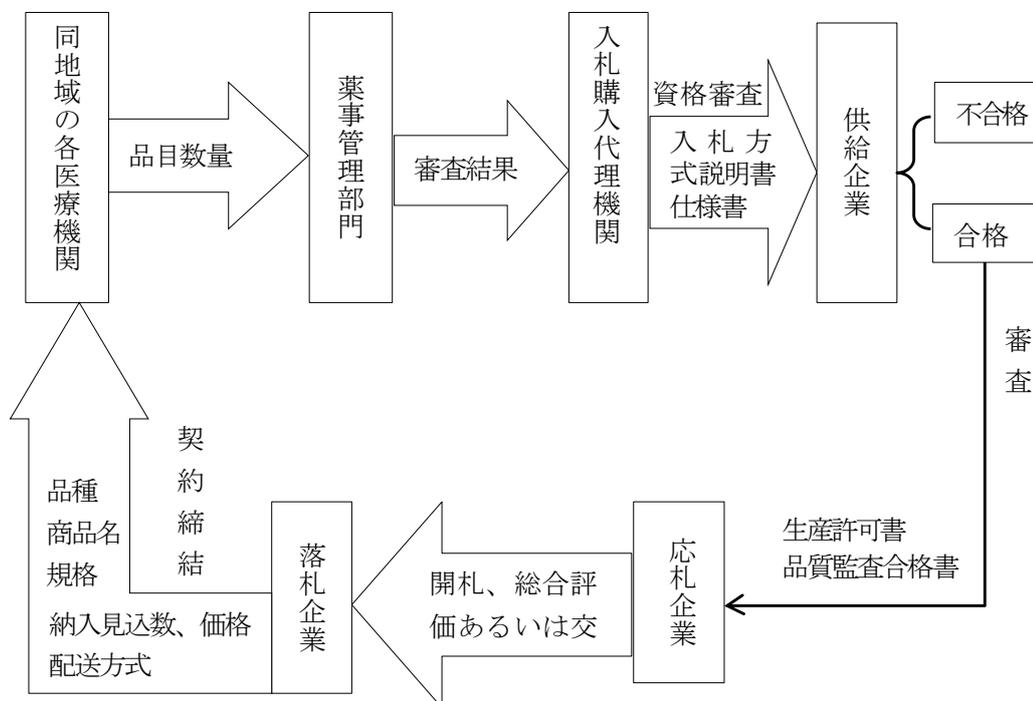
第2節 具体的内容

「規定」には、地域ごとに、試行事業を通じて入札、応札、開票、評価、落札及び落札医薬品の配送などの順序で医薬品入札共同購入を行うことが規定された（補図 2-2 参照）。具体的に言うと、以下の通りである。

第 1 に、医療機関は、患者の医療費負担を軽減する原則を堅持しながら、臨床需要に基づいて医薬品目及び購入予定数量を決定し、医療機関の薬事管理部門に審査した後、医薬品入札購入代理機関¹⁰⁶に交代する。

¹⁰⁶ 医薬品入札購入代理機関とは、同地域の幾つの医療機関を提携した入札購入機関または専門的な代理機関である。

補図 2-2 旧医薬品入札共同購入の流れ



第2に、医薬品入札購入代理機関は国家の規定により、以下の医薬品共同入札購入を行う。

- ① 同地域の各医療機関の購入計画を全部まとめる。
- ② 法律に基づき専門家委員会を組織し、各医療機関が提出した購入予定医薬品の品種や規格を審査し、共同購入医薬品の品種、規格、納入見込数を確認し、そして医療機関にフィードバックする。
- ③ 入札購入方式を確定し、入札説明書及び仕様書を作成する。
- ④ 供給企業の信用、性能により応札資格を確認し、そして資格を取った応札企業の生産許可書、品質監査合格証明書を審査する。
- ⑤ 開票、④に述べたことによって応札企業を総合評価あるいは交渉する。そして落札した企業と落札医薬品の品種、商品名、規格、納入見込数、価格、配送方式及びその他の約定を確定する。

- ⑥ 落札あるいは交渉成功した後、落札の結果により医療機関は直接に落札企業と契約を締結する。
- ⑦ 落札した医薬品の配送を監督する。

第3節 共同入札購入方式がリベート問題を深刻化させる

理論的視点から見ると、医薬品入札共同購入方式は市場メカニズムによる、有害、賈、低品質薬品の流通を抑制し、薬価を引き下げ、患者の負担を軽減する利点があると考えられる。しかし、実際に実施するとなると、購入価と薬価の乖離、開発メーカー製品購入の抑制、低価格品の優遇、あるいは落札決定過程の不透明性などの問題が生じた。その中、最も深刻な問題はリベートなどの汚職行為であった。なぜならば、医薬品共同購入の監督管理を着実に整備していなかったから。

入札・購入を担当していた機関すなわち医薬品入札購入代理機関の大部分は、同じ地域のいくつかの医療機関が提携した組織である。したがって、医療機関は医薬品の購入に対する大きな自由裁量権を与えられ、医薬品の仕入れ計画の策定、各種医薬品の臨床での利用状況、医薬品の発注、在庫管理などの業務を自主に行っていた。市場経済が活発化するにつれて、医薬品メーカーが増加し、医薬品の選択範囲も拡大した。入札担当機関は品質と価格のバランスを重視するとみられており、一般的に一品目につき2、3社の落札候補に落札され、医療機関は落札候補リストから購入薬剤を選定する。落札企業に対して非落札企業の数が非常に多い。前に述べたように、医薬品総販売量の大部分は医療機関の薬局で販売していたから、メーカー、医薬品販売企業に対して企業の営業利益が上昇するか否かは、医療機関の落札候補になることにより決まると思われる。その結果、医薬品販売企業の営業担当者たちは自分の製品を落札するため、入札購入担当の関係者に高額のリベートを支払うという現象が生じた。一部の入札担当者は病院の利益あるいは自己の利益のため、不正な商取引をし、医薬品選択において、質と価格よりリベートの高さを重視するようになった。そのためリベートを用いない優れた医薬品が市場での競争力を徐々に失い、リベートを大量に使用した不良医薬品が市場で優位な地位を占める現象が生じた。

医薬品企業の営業担当者に対して営業利益を上昇させる第一歩は、医薬品が落札されることである。医薬品が病院に仕入れられた後、患者に処方するかどうかは、医薬品の販売

において最も重要な一環である。営業担当者たちは直接臨床医師と連絡を取り、処方依頼し、処方量に比例してリベートを払う賄賂行為が起きた。そのリベートの比率は企業、医薬品の種類によって違い、一般的に 20%前後¹⁰⁷であったが、30%あるいはそれ以上のものもあったと言われた。低収入高リスクの職業に対し不満を持っている医師は、医薬品の品質を考えずにリベートが高い医薬品を選択するようになる。さらに、金銭インセンティブの下で、職業道徳を破壊し、医薬品の過剰投与や重複投与するようになる。

リベートは医薬品の正常な商取引を歪め、企業間の競争が不平等となり、社会的、経済的秩序を乱させた。その結果、患者の医療費を徐々に高騰し、医療衛生体制に対する国民的不満の声が次々と上がってくる。これに対し、中央政府は「反腐败、厳打賄賂」（腐敗に反対し、賄賂に打撃を与える）などの標語を出し、「リベート事件が通報されれば、摘発された組織や個人のリベートは没収するだけでなく、刑事罰として逮捕する」ということを法律で規定された。それなのに、悪質な贈収賄事件が次々と起きた。

第 4 節 共同入札購入の改革

医療改革を推進するため、2009 年 3 月、国務院が「中共中央国務院の医薬衛生体制改革の深化に関する意見¹⁰⁸」と、「医薬衛生体制改革の当面の重点実施方案¹⁰⁹ (2009-2011)」

(以下「実施方案」と省略する)を漸く公布した。それには基本医療保障制度の構築、国家基本薬品制度の基礎の確立、末端医療衛生機構の整備、基本公衆衛生サービスの均一化、公立病院の医療改革試行の推進という 5 項目を含んでいる。医薬分業の推進の第一歩は、医療衛生行政と薬業行政を分離することだと判断された。公立病院の医療体制改革については、医薬品購入の管理者と実務者を分離することが核心として強調された。

2010 年 11 月 19 日、国務院は「基層医療機関の後発医薬品の共同購入行為の規範化に関する指導意見」（国発 2010 年第 56 号）を各省・自治区・直轄市の人民政府、国務院の関係部門へ発令した。

¹⁰⁷ 筆者の故郷における病院を調べた数字である。地域により数字が違う可能性がある。

¹⁰⁸ 【中国政府網】 ウェブサイト

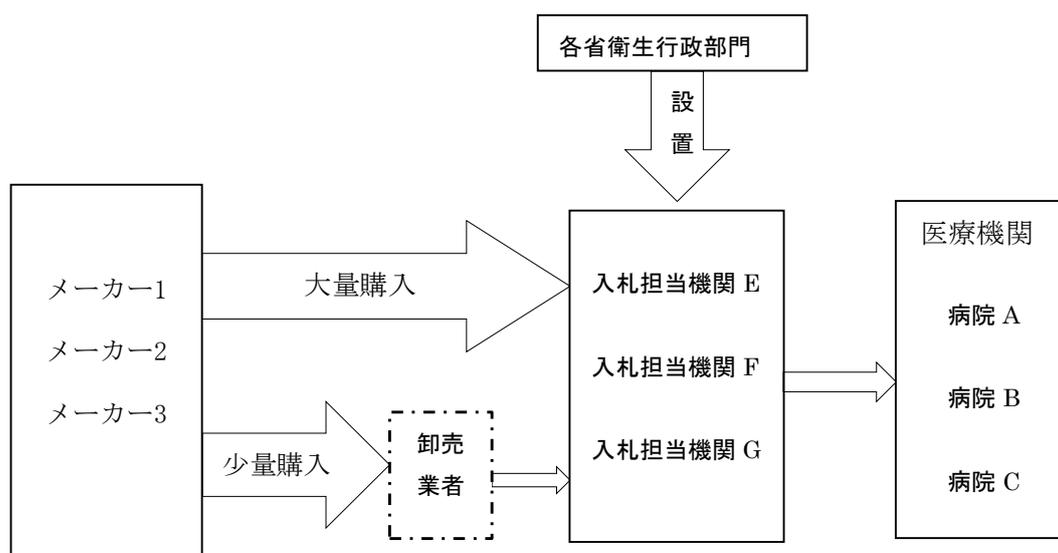
http://www.gov.cn/gongbao/content/2009/content_1284372.htm、2012 年 3 月 7 日アクセス

¹⁰⁹ 【中国政府網】 ウェブサイト

http://www.gov.cn/gongbao/content/2009/content_1284376.htm、2012 年 3 月 7 日アクセス

改革前、医薬品の臨床需要品目、購入予定数量及び共同入札の計画が医療機関に提案されていた。入札担当機関は同じ地域のいくつかの病院を提携し組織された機関である。入札担当機関は一、二次卸売販売者どころか、三次卸販売者から医薬品を購入していた。改革後、各省の衛生行政部門が入札担当機関を設置し、インターネットにより入札の情報を公表する省を単位として各医療機関を提携し、共同購入するようになる。そして、薬剤の量により購入ルートが変わり、大量の場合は直接にメーカーと協議し、少量の場合は卸売企業から購入するようになる(補図 2-3 参照)。こうして、入札の情報公開と透明度をアップさせ、共同購入における不正防止にある程度で役に立つと考えられる。そして、医薬品はメーカーから患者への流通経路が短くなり、取引費用が大幅に節約され、医薬品の価格を下降するようになる。

補図 2-3 新共同入札購入制度における医薬品の流れ



(出所) 筆者作成

第 5 節 共同入札購入医薬品の価格決定

では、落札医薬品の小売価格は、どう決定するのであろうか。これは、入札担当機関¹¹⁰

¹¹⁰ 医療機関内の薬局の医薬品を購入する際に、入札を担当する機関は同じ地域のいくつかの医療機関が提携した組織または第三者の仲介代理機関である。

が落札価格を基づいて、以下の算式により入札医薬品の最高小売価格を算定する。算定した薬価が当地の省級価格主管部門に監査された後、発布する。各医療機関が実際の購入価格をこれより安く調整することが可能である。

$$\text{最高小売価格} = \text{落札価格} \times (1 + \text{規定の流通差額率})$$

近年、「ずっと医療改革しているのに、なぜ薬価が高くなっていくか」という不満の声が上がりつつある。留意すべき点は次の2つである。

第一は、流通差額率が各地方の実情により、当地の価格主管部門が決定することである。流通差額率に統一する地方がある。たとえば、湖南省が15%、広東省が20%である。一方、落札単価により決定する地方も多くある。たとえば、江蘇省、上海市等。したがって、全く同じ医薬品でも、販売地により価格において大きな格差がある。以下の補表2-1には、上海と江蘇省を例として、比較した。

補表2-1 江蘇省と上海市の流通差額率の比較

江蘇省		上海市	
落札単価 (元)	流通差額率 (%)	落札単価 (元)	流通差額(率)
10元以下	38	5元以下	50%
10.01-50	30	5.01-6.25	2.50元
50.01-100	25	6.26-10.00	40%
100.01-500	22	10.01-12.50	4.00元
500元以上	18	12.51-50.00	32%
		50.01-57.14	16.00元
		57.15-100.00	28%
		100.01-112.00	28.00元
		112.01-500.00	25%
		500.01-1000.00	15%+50.00元
		1000.00元以上	15%

(出所)「上海市医療機関薬品集中入札購入価格管理方法」、「江蘇省医療機関薬品集中入札購入管理実施方法」により、筆者が作成した。

れから見ると、落札単価によって、流通差額率に地域間格差が存在する。もし他の外部要素を考えず、医薬品が地域間における同じ価格で落札されると仮定すると、落札単価が低ければ低いほど、流通差額率に地域間格差が高くなる。すなわち最高小売価格に地域間格差が高くなる。こうして値段が安い医薬品を流通差額率が低い地域に流通させないことが問題になる恐れがある。なぜならば、最大利潤を取得するからである。流通差額率がまた、集中入札購入の医薬品も「高薬価低流通差額率、低薬価高流通差額率」という原則に従う。

第二に、医療機関が入札仲介機関に委託する場合、落札企業が入札仲介機関に落札総額に比例する仲介手数料を支払うことである。上述したように、医療機関が入札仲介機関に委託し、医薬品の入札を行う場合がある。入札仲介機関が医療機関の代理人として、医薬品品種、品目の確認から落札した医薬品の配送まで主な役割を担う。ちなみに、医療機関と落札企業が契約を締結した後、入札仲介機関が落札企業に仲介手数料を徴収する。仲介手数料は 1 つの企業の一品種の契約金額に仲介手数料率に掛けるものである。一応国家発展改革委員会は最高仲介手数料率を決定するが、各地方は当地の実情によりそれを超えないように、調整する。最高仲介手数料率は流通差額率と同じように二つの算定方式がある。1 つは最高仲介手数料率に統一する。たとえば、江蘇省には 0.27% である。もう 1 つは 1 つの企業の一落札品種の契約金額により仲介手数料を算定することである。手数料は契約金額に一定の比率をかけるものである。一年に四季に分けて支払うことが決められている。以下の補表 2-2 には、国家規定の最高仲介手数料率と広東省の比較を表せ、広東省の方が低いことが分かる。

補表 2-2 最高仲介手数料率の比較

1 企業 1 落札品種の 契約金額	最高仲介手数料率		
	中央政府規定	広東省	広東省インターネット入札
100 万元以下	0.5%	0.4%	0.2%
100-500 万元	0.3%	0.24%	0.12%
500-1000 万元	0.2%	0.16%	0.08%
1000 万元以上	0.1%	0.08%	0.04%

(出所) 発改価格(2004)2122号と粵価(2009)285号により筆者作成

以下広東省を例として手数料の計算方法を説明してみる。

例：A企業が落札した医薬品の一品種の契約総金額は2000万元であり、四季に分けて仲介手数料を支払う。第一季は400万元、第二季は600万元、第三季は500万元、第四季は500万元であり、仲介手数料は：

第一季：100万元×0.2%+(400-100)万元×0.12%=5700元

第二季は第一季の契約金額を加えて1000万元になり、仲介手数料：

100万元×0.2%+(500-100)万元×0.12%+(1000-500)万元×0.08%-5700=5100元

第三季は前二季の契約金額と加えて1500万元になり、仲介手数料：

100万元×0.2%+(500-100)万元×0.12%+(1000-500)万元×0.08%+(1500-1000)万元×0.04%-5700-5100=2000元

第四季は前三季の契約金額と加えて2000万元になり、仲介手数料：

100万元×0.2%+(500-100)万元×0.12%+(1000-500)万元×0.08%+(1500-1000)万元×0.04%+(2000-1500)万元×0.4%-5700-5100-2000=2000元

上の例から見ると、2000万元の医薬品を契約すると、14800元の仲介手数料を支払うことが分かる。仲介手数料は契約金額に対して僅かな金額であり、医薬品の単価に入れても薬価をそこまで高まらせないと考えられる。しかし、仲介手数料を決算しているうちに、監督システムに不備があるため、不正な手段で高騰させる事件が発生した。そして、近年薬価が高騰しすぎるという不満の声が上がるに伴い、各省には従来の紙での入札に代わりインターネットを利用した電子的な入札方式が次々と実施される。これだけではなく、仲介手数料の徴収制度を廃止する省があった(たとえば、湖南省など)。

第Ⅲ部 今後の医療政策

第8章 地域医療機関連携

これまでの章では医療保険制度が「地域限局性」かつ「適用範囲の限局性」という特徴を持っていることを明らかにしてきた。また、導入された新たな医療保険制度がどのように国民の受診に影響を与えるのかということについて、医療サービスの供給者である医師の視点から医療現場の状況についての分析を行った。そして、病院等級の患者受診行動への影響を実証し、医療資源利用の非効率性問題を明確にした。

医療保険制度の導入は患者自己負担の軽減をもたらし、「看病難、看病貴」問題を緩和しているが、第5章で見たとおり、経済的理由で入院できなくなっている人が多く存在する。また医療費により完治していないうちに退院したケースも散見され、医療費の壁は依然として厚い。もっとも、医療費への考慮に加え、「限局性」の一環である病院等級による保険給付率の違いによって先端医療の利用を抑制しているが、医師と患者の間の情報の非対称性があること、金銭的インセンティブによって医師—患者関係が悪くなることなどの事情があるため、先端医療を追い求める意欲が目立つ。

本章では以上見てきた問題に対する経済学理論を概観した後に、今後の改革方向について方策を提案する。

第1節 コモンズの悲劇から見る医療資源の浪費

8-1-1 コモンズの悲劇とは

資源といえば、生物学、環境応用学、経済学などの学科で応用され、特に環境問題に関する研究には頻繁に取り上げられている「コモンズの悲劇」理論を思い浮かべる。これは生態学者ギャレット・ハーディンが1968年『サイエンス』誌に発表した論文「The Tragedy of the Commons」に提唱された。

コモンズの悲劇とは、多数者が利用できる共有資源が乱獲されることによって資源の枯渇を招いてしまうということである。牧草地を例とすれば、コモンズである牧草地に複数の農民が牛を放牧しており、自分自身の利益の最大化を求め、牛を無尽蔵に増やし続ける。結果として資源である牧草地は荒れ果て、牛が死んでしまい、すべての農民が損害を被ることになる。これはコモンズの悲劇である。

なぜコモンズの悲劇が起こるか。自身の所有地で放牧すれば、牛が牧草を食べ尽くさな

いよう数を調整するが、共有地では、自身が牛を増やさないと他の農民が牛を増やしてしまい、自身の取り分が減ってしまうという利己的な動機に基づき、組織全員で協力するよりは自身の利益を得るため行動しがちである。その結果、コモンズ悲劇が発生した。経済学では、共有資源が自由にアクセスできるため、モラル問題により「ただ乗り」行動が起こりやすくなるという議論が多い。

環境学をはじめとする社会科学の研究においては、コモンズの悲劇の解決方法については、「政府管理」と「私有化」の二つの議論が主流であった。「政府管理」では、中央集権的な国家権力が共有資源の保全管理を行うという方法である。上述の牧草地の場合は、入場料を設定し、一頭の牛がたとえば一回に100円の入場料を支払う。自動車税みたいに飼っている牛の数に応じて税金を適切に設定するなどがある。これに対して、「私有化」では、共有資源の利用を民営化して、資源の配分を市場に委ねるという方法である。しかしながら、二つの解決方法がいずれも十分に機能していなかったことは、環境破壊の進行によって明らかとなった。

ゲーム理論や情報経済学などの新たな経済理論の発展に伴い、コモンズの悲劇の第三解決方法が誕生した。2009年、ノーベル経済賞の受賞者インディアナ大学のエリノア・オストロム(Elinor Ostrom)教授は、実証研究及びゲーム理論などの理論研究を通じて、共有資源の保全管理のために有効な方法が、共有資源に利害関係をもつ当事者が自主的に適切なルールを取り決めて保全管理をするというセルフガバナンス(自主統治)の可能性を示し、「コモンズの統治」と呼ばれる。

オストロム教授は世界各国の数千の共有資源の事例データを丹念に調査した。たとえば、15世紀から続くスペインバレンシア地方の灌漑システムである。農民たちは川の水をうまく共有するため、自分たちでルールを決めていた。その時々運河の水位によって量を決め、上流の農地から順番に水門を開けて引き込む。無断で水を使う者が出ないように係りを決め、お互いに監視する。もしルールを破ると、罰金が科せられ、罰金は僅かであったが、ルール破りは恥ずべき行為であると考えから、違反者はほとんどいなかった。また、3年に1回ルールを見直す集会を開き、公平に水が分配されるよう、各メンバーの意見を出し合い調整した。また、学位論文では、米国ロサンゼルス地区における地下水補給計画の改善に1つの自主組織のケーススタディを行い、この組織に自主管理がなければ、ロサンゼルス地下水の大半は淡水から塩水になってしまうリスクがあった。そのため、海岸で淡水を注入する自主管理組織が考案された。こういった実証研究を通じて、

長期的持続型共有資源の自主管理が有効的な方法と証明してきた。

理論研究では、ゲーム理論の新たな応用領域である繰り返しゲーム理論を用いて説明される。繰り返しゲームの理論による自主管理における協力行動に重要な役割を果たすのは、協力から離脱したプレイヤーに対して他のプレイヤーが実施する処罰行動である¹¹¹。協調行動に違背した場合の取り決めがなければ、構成メンバーは協調行動をとらず、自己の利益を優先するインセンティブを与え、ただ乗りが起きる。制裁や罰金といった拘束力をもった契約が構成員の間に締結されれば、一時的な利益より長期持続的な利益を追求するため、全員で協力し共有資源を適切に保全管理することは可能となる。

そもそも、コモンズの統治はどのようなメリットがあるのか。モニタリングコストが低減することや環境変化に対する柔軟性があることがよく提示される。モニタリングコストというのはコモンズを監視するため、政府などが依頼人を派遣することにかかるコストである。コモンズ統治では、コモンズの利用者同士がお互いに監視するためモニタリングコストを削減した。また、政府の役人などの第三者と比べると、牧草地現場で行動している農民の方が、実情を把握し、その場に応じる適切な対策を講じやすい。

8-1-2 医療のコモンズの悲劇

医療資源は牧草地と同じで、年齢、性別を問わず、人々に平等に共有されている。ただし、牧草地は我々人類が自然から受けている恵みであるが、医療資源は多大な時間や金銭により創造される資源である。それなのに、医療資源は決して無尽蔵ではなく、限られている資源であり、無理に搾り取ると、枯渇する恐れがある。当然ながら、コモンズの悲劇問題は自然資源に固有のものではなく、医業にもよくコモンズ悲劇を発生させる。

フリーアクセス制度の下で、人々は医療資源を平等かつ公平に利用する権利をもっており、自分の病気の性質を考慮し、個人の好みによる医療機関を選択することができる。この制度自体は患者の選択権利を尊重するもとで創作された制度であるが、現実には医療資源浪費などの歪みを生んでいる。たとえば、医療機関の情報が患者に十分に公開されていないことにより、ただ漠然と先端医療施設の整った大病院で受診すると安心するというような風潮が生まれ、多少の時間もとわず、普通の風邪でも経験豊富な名医に見てもらおう。こうした有名の大病院に大勢の患者が押しかけ、大量な仕事をうまくこなせない一方で、

¹¹¹ 岡田章(2009)

基礎医療機関の利用率が低い。すなわち第5章で述べた「逆ピラミッド型」受診である。

では、「逆ピラミッド型」受診のもとで、何か起こるだろうか。大病院の勤務医は長時間過密労働で医療ミスリスクが高く、大病院に行く必要がある重症患者は早速に受診できなくなり治療を遅らせるなどのトラブルが起きる。さらに、大学病院の特定の教授の診療をしてもらえるよう、つてを求めて医師に謝礼を払うという話もしばしば聞かれたところである。ミクロ経済の視点から見ると、供給量が限られているが、需要量が増えると消費の価格が高くつけられることは当たり前の話になる。筆者は、謝礼を受けることが倫理的に正しいか判断したいのではなく、ここで強調したいことは、謝礼を受けた名医と謝礼を送る患者と何かのコンネクションがあることである。コンネクションの存在により、そうした謝礼の支払える人とそうでない人との間に格差が生まれることになる。良質な医療サービスを公平かつ平等に享受できるという建前が崩れてしまうのである。

医師の利益といえば、出来高払制度の下で精密検査費は医師の収入に直接影響を与える。本来問診や簡単な検査を通じても病名を診断できるが、医師は自己利益のため、患者との間の情報の非対称性を利用し、できる限り患者に先端医療設備や検査機器などの物的資源を消費させる。すなわち過剰医療問題である。これにより、医療費の無駄が生じ、医療保険財政を圧迫することになる。これだけではなく、1台の先端医療機器は何万人何十万人の患者の検査を行えるが、1日受けられる検査が限られている。機器の無駄使いで検査を受ける必要がある患者はなかなか検査を受けられない待ち状態になる。1日も早期に病気を発見すれば、治療の成功率が高くなる重病の患者に対しては、これは致命的な打撃にはかならない。

いずれにせよ、自分の利益を最大にするため、共有の医療資源が乱獲され、みんなの健康を支える医療制度や医療財政に損害を与える。これは医療のコモンズの悲劇である。医療のコモンズの悲劇はどう解決するだろうか。オストロム教授の主張によれば、コモンズの悲劇の最も有効的な解決方法は、規定や懲罰制度により、組織の構成員が自己の利益を追求するインセンティブを抑え、協力し共同で管理できるようになることである。一方、牧草地のコモンズと異なり、医療のコモンズでは、患者同士はもちろん、医師同士や医師と患者の間にも利益の衝突が起り、そして、異なる立場に立っている患者と医師の間にはすでに大きなギャップがある。ここで考えるのは、地域連携モデルである。このモデルでは運営と監督の2つの部分に分けられる。運営の部分は医師同士の利益の衝突を解決するため、地域全体の医師をコミュニケーションネットワークでつなげ、共同管理する

地域医療機関機能分化・連携であり。監督の部分は医師と患者間のギャップを縮めるため、医師、医療保険部門と住民三者で組織される医保監督管理部門である。モデルの仕組みについては第5節で詳しく説明するが、ここで入念に検討したいのは、運営部分の地域医療機関の機能分化と連携である。

第2節 比較優位から考える地域医療機関の機能分化

地域医療機関の機能分化を説明する前に、国際貿易において常識になった経済用語である比較優位を提言する。比較優位 (comparative advantage) はイギリスの経済学者デヴィッド・リカードが提唱した概念である。デヴィッド・リカード氏はアダム・スミスの『国富論』に影響を受け、自国の得意な財の生産に特化し、自国も貿易相手国もお互いさらに多くの利益を生むという理論を唱えた。一般的には比較優位論と呼ばれ、比較生産費説ともいう。

比較優位論では、各国は外国に比べて比較優位性を持つ国内で割安に生産できる財を輸出し、逆に他国に比べて国内で割高につく財を輸入し、それで、双方ともより多い利益を得ることになる。では、地域医療機関の機能分化は比較優位論と何か関係があるか。答えは肯定である。比較優位論により、各医療機関は優位性を持っている治療を見つけ、位置づけやすくなる。以下では例で説明する。

A 病院と B 病院がそれぞれ医者 100 人、リハビリと外科の患者を収容しているとする (表 8-1 参照)。まずリハビリの治療について、A 病院は医者 50 人で一日診る患者が 400 人、一方 B 病院は、同じ医者 50 人で受診の患者数は 350 人、両病院の受診のリハビリ患者数は合計 750 人である。次に外科では、A 病院が医者 50 人で一日手術施行患者数が 150 人、B 病院は一日手術施行患者数が 50 人、両病院は合計 200 人である。受診患者数から見ると、A 病院はリハビリにも外科にも B 病院より絶対的に工作効率がよいことは一目瞭然である。これは絶対優位と呼ばれる。しかしながら、相対的に見ると、リハビリでは A 病院が 400、B 病院が 350、B 病院が A 病院の 9 割に近づく一方で、外科では A 病院が 150、B 病院が 50、B 病院が A 病院の 4 割弱である。B 病院は A 病院に対して、外科よりリハビリ科の方が優位であるということがわかる。

そこで、A 病院と B 病院を機能分化してそれぞれ得意治療分野に専念し、それ以外の治療は相手の病院に頼み、治療が完成することを考えると、A 病院は 100 人の医者のうち、

表 8-1 機能分化前後の比較

	機能分化前		機能分化後	
	外科	リハビリ科	外科	リハビリ科
A 病院	150	400	320	80
B 病院	50	350	0	700
合計	200	750	320	780

リスクが高い外科に 90 人、リハビリに 10 人注ぎ込み、こうした A 病院では一日受診患者数は外科 320、リハビリ 80 となっている。一方、B 病院は相対的に優位なりハビリの治療に特化し、医者 100 人全部をリハビリの治療に注ぎ込み、一日受診患者数は 700。A 病院と B 病院の 1 日受診患者の合計はリハビリ 780、外科 320 となり、機能分化する前よりリハビリも外科も一日受診患者数が増加した。

いずれにせよ、A 病院の 1 日受診患者数が絶対的に多いため、自分で治療を賄えばいいじゃないかと思うが、実際には B 病院の相対的な優位性を持つ治療に頼ると、A 病院もより多くの利益を得ることができる。たとえば、A 病院の外科医師が足りないので、リハビリ科から 1 人の医師を移動する。今度、リハビリ科の医師が足りなくなり、他の方法がない下で、B 病院の得意なりハビリ科から 1 人医師を採用する。そうすると、リハビリ科の受診患者が元の 8 人から 7 人に減少する一方で、外科の受診患者が 3 人増加する。言い換えれば、A 病院は B 病院と連携すれば、リハビリ科の患者は前の自給自足の状態と比べて 1 人減少したが、外科患者が 3 人増加する。A 病院が外科、B 病院がリハビリの役割を分担しつつ連携し、両病院ともより大きな利益を得ると断言できる。

比較優位論を地域全体の医療機関まで応用すれば、地域医療機関の機能分化体制を構築することはあえて難事ではない。ステップ 1、医療機関の機能を数値化することである。近年、病院で行われている医療の質を客観的に評価するため、クオリティー・インディケーター (Quality Indicator) という指標が導入された。その中、直接的に医療の質を示す指標が含まれている。たとえば肺炎入院患者の平均在院日数、糖尿病患者の血糖コントロール率、急性心筋梗塞における退院特アスピリン処方率など。病院内の各分野における指標を設定することを通じて、医療の質を数値で可視化する。ステップ 2、ステップ 1 で設定した数値のもとで、例のように、比較優位論により各医療機関の相対的優位性のある治療を決定することである。ただし、例の B 病院が得意リハビリ分野だけを手入れる一方

で、相対的な劣位性を持つ外科の治療を中止することになる。もちろん、筆者は劣位性のある治療が続けるのは無理だとか、不要だと主張しているわけではない、強調したいのは優位性を持つ治療に大部分の精力を傾き、相対的な劣位性を持つ診療科が相対的に低いレベルの治療を担当することである。地域医療機関機能分化の実質は効率的に医療資源を利用するため、各医療機関の比較的な得意分野をもとに、分業を実施することである。

第3節 病院マッチング

地域医療機関機能の分化を通じて、それぞれの特色の治療に専念できるようになる。そもそも医療機関同士をどうやって組み替え編成することを考えておく。すでに分化された医療機関を無意識で組み合わせると、数多くセットが編成できるが、どちらの病院とどちらの病院を連携すれば、相性がよくなるか、医療資源を有効活用できるかなどの問題は地域医療機関を連携する時考えるべきである。これを経済的な問題として位置づければ、マーケットデザイン理論を用いて解明することが可能である。

マーケットデザインはどういったものなのであろうか。大阪大学教授の安田洋祐氏は『日本の難題をかたづけよう』の本では、「マーケットデザインとは、経済学、特にゲーム理論やメカニズムデザイン理論などで得られた最新の知見を活かして現実の経済制度の修正や設計を行う新しい研究分野である」と定義している。マーケットデザインは伝統的な経済学の理論にのっとり、実践的な応用を通じて、いち早く市場の失敗を取り組んでより効率的な制度を設計していく理論である。今までの事例は多分野にわたっており、たとえば、臨床研修医制度に導入される「研修医マッチング」、ニュージーランドで行われた「周波数帯オークション」、韓国の延世大学病院における2組のドナーを交換した腎移植手術の成功をきっかけとし、臓器移植分野に活用している「腎臓交換マッチング」、そして日本では現行の学校選択制度にも影響を及ぼしている。しかしながら、一口にマーケットデザインと言っても、どう組み合わせの方式を策定するかで結果は大きく異なっており、実際の状況に基づき方式の採用を決定する。上で挙げた事例であれば、「腎臓交換マッチング」がTTCアルゴリズム、研修医マッチング¹¹²や学校選択マッチングが受け入れ保留方式、周波数帯がオークション方式はよく提案されている。

¹¹² 日本の臨床研修医マッチング制度は受け入れ保留方式に基づいて修正した方案により設計された。この詳細については、<https://www.jrmp.jp/>を参考のこと。

いずれにしても、「全能の神」でなく、メリットとデメリットがある。慶応義塾大学準教授の坂井氏は著書『マーケットデザイン』で、平易な例を扱いながらいくつかのアルゴリズム方式の本質に迫っており、それぞれの特徴を考察している。TTCアルゴリズムは仕組みが単純で理解しやすく、耐戦略性・パレート効率性・個人合理性を満たす強コア配分を圧倒的なスピードで見つけるアルゴリズムである。しかしながら、TTCアルゴリズムはすべての組み合わせに使えるわけではなく、人と住宅、人と腎臓のように、人と物を組み合わせる際には強力に働くのであるが、人と人の組み合わせを扱うのには向いていない。そこで紹介したのは受け入れ保留方式である。このアルゴリズムは安定マッチングを短時間で見付けるというメリットがある一方で、TTCアルゴリズムの耐戦略性に対して片側耐戦略性を満たす。すなわち選択者の選好を正直に表明できる。これに対して、マサチューセッツ州ボストン市の学校選択マッチングで行われた「早い者勝ち」的なボストン方式は、人気校に出願することが極めてハイリスクがあるため、虚偽の選好を申告し、運任せのゲームを生み出す。では両側にとって耐戦略性、パレート効率性、個人合理性を満たし、かつ安定性が優れているマッチング方式があるだろうか。答えは否定であり、そこまでの完璧な方式が存在しているわけではない。よって、最適な方式というのは、「何を注目するか、何が優れたいか」を考慮した上で、妥協点を探り、現実の状況に比較的に馴染んでいる方式である。

では、根本的な問いなのであるが、医療機関と医療機関を組み合わせるマッチング問題を定式化すれば、何のアルゴリズムが優れるか。この論文では、筆者は受け入れ保留方式と主張している。なぜかという、この方式を活用している「研修医マッチング」の実例は医療機関マッチング(ここで医療機関と医療機関の組み合わせのことを医療機関マッチングと言う)の話と共通点があるからである。それは、「相手が1つだけでない」という点である。受け入れ保留方式は一体何であろうか、以下で研修医マッチングを例としてその仕組みを紹介する。

研修医を1から5、病院を甲と乙で表し、研修医達はそれぞれの選好により病院を順位別に並べ(表8-2参照)、たとえば研修医1にとって病院乙より病院甲のほうを好み、無職になることより病院乙に行くことを選択する。ちなみに、ここでのゼロは、「行くより無職の方がよい」、「採用より定員がない方がよい」を示すものとする。したがって、研修医3にとって、病院乙に行くより無職の方がよい。病院乙にとって、研修医2を採用するくらいなら定員が足りないほうを選択する。

表 8-2 研修医の選好

研修医 (基礎医療機関)	病院(先端医療機関)への順位		
	1 位	2 位	3 位
1	甲	乙	0
2	乙	甲	0
3	甲	乙	0
4	乙	0	甲
5	甲	0	乙

表 8-3 病院の選好

病院 (先端医療機関)	研修(基礎医療機関)への順位					
	1 位	2 位	3 位	4 位	5 位	6 位
甲「脳卒中」	2	1	4	5	0	3
乙「糖尿病」	1	4	5	3	0	2

注：「」の中に専門分野を表示する。

一方、両病院とも定員数が2名で、病院は研修医の履歴書により研修医の実力を判断した上で、採用の優先順位を並べている(表8-3参照)。病院甲にとって最も理想な研修医が2番であり、次に研修医1、4、5である。それぞれの選好を納得した後、受け入れ保留方式により研修医と病院の組み合わせを配分する。プロセスが2ステップに分けられる。

- ①. 各研修医は一番好きな病院に履歴書を送り応募する。研修医1、3、5が病院甲に、研修医2、4が病院乙に応募する。そして、病院甲、乙は応募した研修医の中から優先順位の最も高い研修医を仮採用する。残念ながら、病院甲が一番期待していた研修医2の履歴書が届いていない。一応研修医1、5も求める人材なので仮採用する。一方で、応募に来た研修医3が求めているので落した。同じ方法で選択して、病院乙は研修医4の仮採用、研修医2の不採用を決めた。すなわち、第一回目選抜の後、仮組み合わせが「病院甲→研修医1、5、病院乙→研修医4」となった。
- ②. で落ちた研修医は、これまで応募していない病院の中で一番気になるのに履歴書を送り、病院は今回応募に来た研修医と、仮採用中の研修医がいる場合はその人を比較し、

より気になる研修医を採用する。二回目では、研修医 2 が病院甲、研修医 3 が病院乙に応募する。これで、①で仮採用した研修医 1、5 を合わせると、病院甲に応募した研修医が 3 人となり、定員数を超えた。3 人の採用優先順番を比較すると、研修医 5 の順位が最も低いため、①であげた仮採用を取り消し、研修医 2 を採用する。一方、病院乙に応募したのは研修医 3 だけで、①で採用した研修医 4 と合わせると、ちょうど定員数になり、研修医 3 を採用する。なお、研修医 5 にとって病院乙に応募すれば、採用されることが可能であるが、そこに行くより無職の方がよいと思っているので、アンマッチになる。これで研修医と病院の配分が終了した。最後の結果は、研修医 1、2→病院甲、研修医 3、4→病院乙、研修医 5 は無職となった。

この状況を医療機関マッチングに見立てれば、どちらが「病院」側かどちらが「研修医」側になるか。筆者は、大学病院などの先端医療機関が「病院」側、基礎医療機関を「研修医」の側にすることを提案する。その理由は、2つの視点から考えるべきである。

第一は、片側耐戦略性である。片側耐戦略性を満たす下で、一方にとって正直な選好を申告するのが最適になるが、もう一方がそうなるわけではない。たとえば上述の例で、研修医 3、4 に対しては、自分の選好のとおり病院乙に入ったが、病院乙にとっては、最適な選択肢が「1、4」であるが、研修医 1 が病院甲に採用され、そして研修医 5 に「行きたくない」の理由で断われた後、「4、3」を選択するよりほかはない。これはただ受け入れられる結果である。結論で述べておくと、一方が譲歩する同時に、もう一方の満足度をできる限り向上することである。これをさらに冒頭に述べた医療機関マッチングの話に応用すると、先端医療機関側が妥協する上に、基礎医療機関の満足度を高める。そもそも地域医療機関連携の真の趣旨とはどういうことなのであろうか。それは先端医療機関が持っている過剰の仕事を基礎医療機関に分譲するあるいはより基礎的な医療サービスを引き渡すことにより、両種の医療機関間の仕事量のバランスを取るプロセスと考えられる。そのため、先端医療機関より基礎医療機関の方が優先的に考慮されるべきである。

第二は、時間効率性である。上述した例の研修医マッチングでは、研修医 5 人、病院が 2 つ、受け入れ保留方式を使うとして、安定マッチングを求めるための必要なステップ数は病院の数である。ということは、病院側から働きかければ、アルゴリズムが終了するまで、必要なステップ数は 5 となる。両方法を比較すると、病院側より研修医側が働きかけた方がごく短時間に結果を求められる。すなわち数が少ない側から能動的に行動した方が、時間の効率性が向上する。周知のように地域において何十個何百個の基礎医療機関が

あるかもしれないが、大学病院などの先端医療機関が僅かである。そのため、医療機関マッチングでは、先端医療機関が「病院」側、基礎医療機関が「医師」側になる。

各プレイヤーの位置を決めた後、次にそれぞれの「選好」を決める。研修医達は自分の好みや病院の知名度などにより自己の「選好」を決め、病院は研修医の成績などを採用の標準とすることが可能である。医療機関マッチングでは、両方は何を判断標準として自己の「選好」を決めるか。ここでちょっと比較優位論の話に戻り、第2節では、各医療機関の機能を数値化し、比較的に優位性を持っている治療を見つけると述べた。基礎医療機関であれ先端医療機関であれ、分化されたそれぞれの機能により「選好」を決めると考えられる。たとえば、脳卒中専門分野の病院は、リハビリ科に比較的に優位性を持っている病院を選択する。

なお、組み合わせについては、研修医マッチングと同じで、表8-2、8-3を用い説明していく。病院甲、乙は先端医療技術のある総合病院であり、それぞれの専門分野が脳卒中と糖尿病、いずれも連携の病院上限数が2である。一方、病院1から5までは基礎病院、規模が病院甲、乙よりずいぶん小さくなり、いずれにも内科とリハビリ科に優位性を持っており、病院4は内科に、病院5はリハビリ科に優位性を持っている。これに基づき、それぞれは連携したい病院の順位を並べる(表8-3参照)。0は「連携するよりしない方がよい」ということである。研修医マッチングのように編成した結果は、病院甲の脳卒中分野が病院1、2のリハビリ科、病院乙の糖尿病分野が病院3、4と連携する。病院5がアンマッチした。これは地域医療機関連携である。

第4節 地域連携モデルと医療保険の改革

地域医療機関の機能分化・連携を踏まえた上で、中国医療業界の実態と医療保険制度の「限局性」という特徴を考え、地域連携モデル(図8-1参照)に基づき、今後の医療保険制度の改革を検討してみたい。

このモデルは、患者と医師、医師同士の信頼関係に基づき、地域医療資源の配分や適切な利用に努めることを目的として作られたネットワークである。外側の実線の輪は地域全体の医療機関をITネットワークで連携し、患者情報をオンラインで共有し、紹介・逆紹介をスムーズに行うシステムである。地域の中核病院であるV・IV級病院はレベルの低い病院より医療設備にも技術の高さにも一歩先んずるので、難易度の高いあるいは急性期

の治療を担当する。一方、Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ級病院かつ専門病院は中程度の難易度あるいは回復期の治療、住民の日常生活に深くかかわりのある基礎医療機関は、難易度の低いあるいは維持期の治療を分担する。1つの事例を挙げれば、胃潰瘍は潰瘍の深さによりⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、穿孔の重症度に分類される。そして治療の段階は活動期、治療期、癒痕期に分けられる。地域医療機関モデルに基づき、Ⅰ度の患者を基礎医療機関、Ⅱ・Ⅲ度の患者をⅢ・Ⅱ級病院、Ⅳ・穿孔度の患者をⅤ・Ⅳ級病院で受診し、急性期を過ぎた患者をⅤ・Ⅳ級病院からⅢ・Ⅱ級病院に、回復期を過ぎた患者をⅠ級病院に転院する。このように症状の難易度や治療の進行度により、レベルの高い病院からレベルの低い病院へ転院する。各医療機関は過去実績や地域医療実情により比較的な優位性を持つ治療を決める上に、分野に応じる他の病院と連携する。

地域連携モデルのもう1つの部分は医保監督管理部(輪の真ん中の核)である。その主な業務は、医療保険病院の指定や取消し、各医療機関の主な機能や最新治療情報の収集、住民の要望に応じた適切な医療情報の提供である。また、医療のコモンスの悲劇を防ぐため、地域住民、医療関係者は自主管理の一員として地域連携モデルの管理に参加すべきである。医保監督管理部のもとで、地域医療連携の規程を創作する同時に、通報ダイヤルを設置する。住民はもちろん、医師や医療機関も通報ダイヤルを通じて規程に違反した医療機関を通報できる。違反の医療機関に対して、罰金あるいは医療保険の指定病院資格の取り消しに処する。上で地域連携モデルの仕組みを説明したが、実際運営するとき、何かの取り組みを図るべきなのであろう。

8-4-1 信頼関係の構築

医療機関連携のネットワークを形成する際に、緩やかなつながりは医師と患者である。医師同士や医師・患者間の交流や信頼関係は、モデル全体が順調に推進できるかどうかを決める。これに関しては、以下で2つの長期的な戦略を提案する。

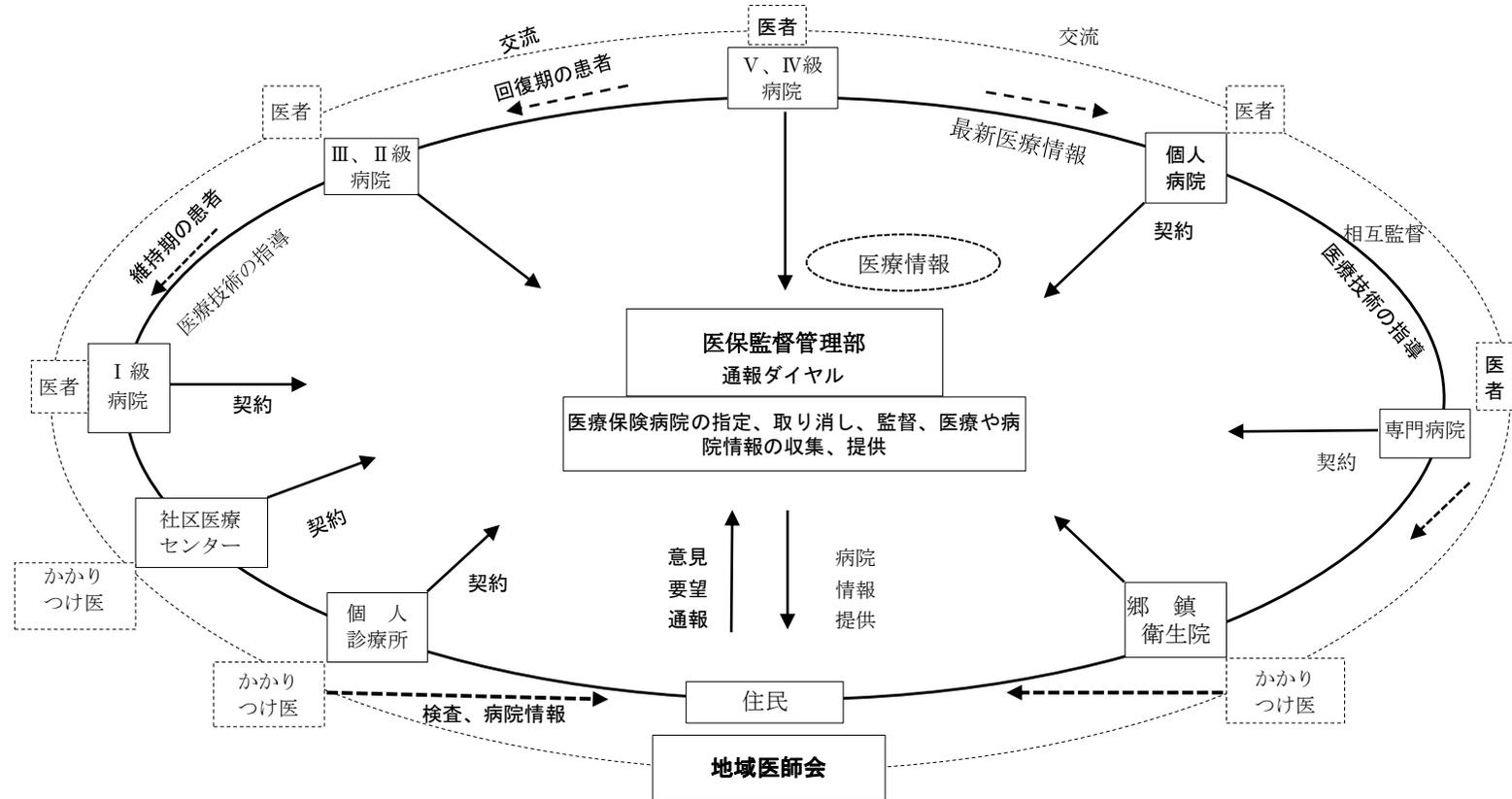
第1は、基礎医療機関の従事者の教育をレベルアップすることである。農村の衛生院に従事する郷村医師や衛生員の学歴は、ほとんど医学の専門高校卒業や専門学校卒業である(表5-2参照)。たとえ都市部でも、医師資格を持たずに医師として基礎医療機関に従事するケースも少なくない。そもそも郷村医師や衛生員などは取得した資格がいわゆる「助手医師資格」であり、「医師資格」を持つ医師の指導せず、医師として独り立ちができないことである。学歴や資格が医師の腕の良し悪しを判断する唯一の指標ではないが、医療情

報が完全に公開されていないもとでは、できる限り学歴の高い医師に診てもらいたいという患者の気持ちも納得できる。このような環境では、「基礎医療機関の医療技術があまり信用できない」というイメージを根本的に改善できない。

基礎医療機関が信用されていない現実に対応するため、医師資格を持たずの従事者を主要な対象として定期的セミナーや研修を開催することと、基礎病院と連携する病院の医師と基礎医療機関の医師が多対多の医療技術の指導を行うことを提案する。地域連携の主導者が医師なので、順調に推進することに不可欠なものは医師同士の日頃から良好なコミュニケーションである。自分の能力を超えた疾患の場合は、直接に連携の専門医と相談するうえで、患者を紹介する。なお、積極的に連携活動に参加するよう、基礎医療機関の従事者に対しては定期的に実践的技術を評価し、その結果が給与の奨励金に係り、連携する病院の医師に対しては、指導活動に参加することが職階評定における業績として認められるなどの取り組みを図る。

第2は、かかりつけ医の制度を導入することである。「長時間の行列、何分間の問診」という文句はよく耳にする。問診時間は病名や診療方針を決定する時間ではなく、医師と患者がコミュニケーションする時間として捉えるべきである。しかし、医療現場では「00検査の結果から診ると、00病気と判断しました。今後の治療ですが、(省略)、今日の診療は済みましたので、何番受付までお越してください」の「速断即決」式がよく見られる。説明しても理解できるわけではないし、後ろに並んでいる患者も大勢なので、詳しい説明ができるわけではないという反論があろう。一方患者の側からみると、今後の治療方針より「何でこの病気になるか、この病気は一体何の病気なのか」の方がもっと知りたいのだが、気ぜわしい雰囲気の中で質問したくとも躊躇してしまう。信頼の形成に相応の時間と労力がかかる。こうした行為は医師と患者の信頼関係を損ない、一旦医療事故があったら暴力事件を起こしやすい。しかしながら、周りにかかりつけ医がいれば、このような厳しい医師—患者関係を緩和することが可能である。かかりつけ医は普段に耳を傾けて患者の気持ちに寄り添い、丁寧に病状を説明すれば、きっといつか患者との間の壁を乗り越え、信頼関係の橋を架けるだろう。体調が悪かったときに、大学病院の長時間の待ちより日ごろから顔なじみの医師の方が相談に乗りやすくなる。大した病気ではなければ、精密な検査を受けずに早速に解決でき、検査が必要な場合は、適切な病院や検査の情報を提供し、必要でない検査を省略する。基礎医療機関の資源を有効的に利用する一方で、無駄な医療費を控除することが可能である。

図 8-1 今後中国における医療資源の配分と地域連携の構図



8-4-2 医療保険の適用対象と給付率の拡大

地域連携モデルがどんなに効率よく設計しでも、住民の協力なしでは台無しである。ここで考えられるのは、医療保険の適用範囲の拡大を通じて、住民に参加インセンティブを与える。なぜならば、中国の医療保険を運営するにあたり、医療費の給付範囲が限られ、医療保険基金の累積黒字が驚くほど高い一方で、医療費の負担が高いという実感が湧いているからである。

まず、民営病院が医療保険の適用範囲内になることである。市場経済の発展に伴い、2012年まで民営病院対全国病院数の比率が42.24%にも達した¹¹³。そして、数が上昇しつつある。患者データの収集や患者に適切な情報を提供するため、軽視できない医療資源である。ところが、民営病院は、公立病院のように運営戦略や管理などが衛生部門に統一企画されることはない。病院同士の連携は、緊密は言うまでもなく多少さえない。そのため、「小規模、多数、不整合」という特徴がある。そして、多くの民営病院に等級がつけられていないので、患者に信頼されていない。これに対して、各民営診療所や病院が、医療保険の適用対象になるという取り組みにより、地域住民に民営医療機関を利用するインセンティブを与える。そして、地域の医保監督管理部と契約を結び、公立病院との連携に参加することを通じて、患者からの信頼度がアップする。なお、経営者やスタッフは地域医師会を通じて、民営診療所同士や公立病院の医師との交流を強化することも可能である。

次に、慢性病の外来を医療保険給付対象として、定期健康検査への取り組みを図ることである。第5章で慢性病の罹患率が高いが、経済的理由により定期健康診断受診率が低いと述べた。合併症を予防して高額医療費を発生しないよう、慢性疾患は長期的な治療を継続する必要である。入院が保険対象、外来が対象外となる制度のもとで、初期や維持期の治療が軽視されがちである。慢性疾患の場合は、地域連携モデルにおいて分化される病院間の給付率を等級に応じて拡大させることを提案する。上述した胃潰瘍の例であれば、Ⅰ・Ⅱ・Ⅲの重症度又は治療期、癒痕期の治療については、病院のランキングが低ければ低いほど保険給付率が高く設定される。また、住民が積極的に定期健康検査を受けることも高額医療費の発生を防止する1つの対策と考えられる。そのため、以下の3つの取り組みを図るべきである。①生活習慣病の35歳以上の罹患率が急増したことに対しては、25歳以

¹¹³ 「2013年中国衛生統計年鑑」

上の住民保険の加入者を対象とし、年 1 回に医療保険の総基金口座から一定の補助金を住民の個人口座に交付する。この補助金は定期健康検査だけに利用でき、使用期限が一年間となる。②一定の基準以下の低所得者の場合には定期健康診断料金の一部が軽減される。③日常の医療の担い手としてのかかりつけ医や住宅地の広報掲示板にも、普段から定期健康診断の重要性を宣伝する。

最後に、2 億 6261 万人の出稼ぎ労働者及びその子供が医療保険に加入するよう、対策を講じるべきである。数年前も農民工向けの医療保険が導入されたが、実施が順調に進んでいない。それは、監督のプロセスが不透明で責任の所在が曖昧な場合が多く、労働者自身の意識が希薄からである。このため、労働者の権利を保護する部門は、農民工の医療保険加入の状況を把握し、医療保険に加入しない企業に対して強い姿勢で監督する必要があるだろう。一方で、地域連携モデルの医保監督管理部は医療保険や病院に関する情報を適時に農民工に提供し、医療保険加入の意識を高めることを工夫すべきである。

8-4-3 僻地における医療連携

第 5 章の検討を通じて、北京をはじめとする大都市では大勢の医師が集まっている一方で、僻地の貴州やチベットではなかなか人材を集められないといった点のあることが理解できた。その結果、多くの国々が直面している僻地医療問題が生じた。これを根本的に解決する方法はまだないが、先進国では各種の対策を進めている。

日本では、僻地の診療所と大きな病院と連携し、医師がいないときには、代替りの医師を派遣したり、専門医による巡回診療したり、緊急時にはドクターがヘリで出動するなどの緩和策が行われている。現実問題としてこの政策が中国に導入されることは難しい。経済、地理などの条件で専門医が常に来るわけではない。だが、日本と異なっており、中国では医師に準ずる衛生員がいるという特殊な事情があり、衛生員らは医師資格証を持っていないが、ある程度の医療知識を把握している。

これは僻地における医療資源の不足を一時的に緩和するために活用できる「資源」の一つと考えられる。だが、医療水準により医療事故が起きないように、衛生員への技術上の指導や連携を行うべきである。そのため、地域医療連携モデルに基づき、僻地の衛生院と連携病院の専門医間のコミュニケーションを強化する方策を講じる。衛生員はかかりつけ医

として地域住民の健康管理や病気の早期発見、または緊急時、直ちに連携病院の専門医に連絡するという役割を担う。

医師の不足に加えて、僻地の衛生院数も減少しており、経済のレベルが低ければ低いほど受診がますます不便になっていく(表 5-3 参照)。本来なら衛生院では医療設備を揃えていないため、救急・救命処置を行うことができない。加え、衛生院と総合病院の間に何十キロの距離があるケースも少なくない。ところが実際には日本のようにドクターがへりて出動することは経済的に不可能である。治療の時間を無駄にしないよう、近くの衛生院の間に救急救命専用通路を開設する必要がある。リレー競走のように各衛生院がそれぞれ一定距離を受け持って患者を目的の病院まで搬送することは現実である。

また、若者が都市へ出稼ぎに行くにつれて、農村に残した「留守児童」「留守老人¹¹⁴」が年々と増えていく。「留守児童・老人」に対する医療が問題となりうる。そのため、僻地の郷鎮衛生院と連携する上級病院の家庭医や看護師は、定期的に僻地の家庭を訪問し、老人や児童に診療や検査を実施することも、僻地医療を緩和する今後対策の1つである。ちなみに、この数年間に医療費用を節約するため、一部の都市では家庭病床という新たな制度を試し始めた。家庭病床に対する医療保険の給付率が一般の病床より高く、患者の負担が以前より軽減したので、維持期に入る患者やその家族の好評を博している。しかしながら、子供と離れて暮らす「留守老人」や子供のない「空巢老人¹¹⁵」に対しては、家庭病床がいい制度であるわけではないだろう。このような人々が病気になる時、面倒を誰が見えるのかはごく近い将来に喫緊の課題となる。

¹¹⁴ 日本語の「留守」には、出かけていて家にいない意味と、留守居の意味とがあるが、中国語の「留守」は後者の意味で使われている。「留守児童」とは両親とも都市へ出稼ぎに行っているため、祖父母や親戚の元に預けられている農民の子供である。これに対する言葉は「留守老人」である。

¹¹⁵ 子供も配偶者もいなく、独りきり暮らしている高齢者である。独居老人。

終章

本論文では、中国における「ゆりかごから墓場まで」の医療保険制度の創設から「全民皆」医療保険制度への展開過程を遡った上で、医療保険制度の特徴について分析を行い、また、こうした社会保障政策の変化が医療業界にどのような影響を与えたのか、医療業界において何の問題点があるかを国民・医師・医療資源・医薬分業の4つの角度から検討してきた。最後に、検討の結果に基づき、今後の改革の方向を提案した。終章では、本論文を通して明らかになったことと、今後の課題について指摘する。

第1節 医療保険制度の「限局性」

新中国建国の直後に、「ゆりかごから墓場まで」の医療保険制度が創設され、「全民皆」医療保険制度へと転換される過程において、医療保険制度には「限局性」という特徴が目立った。

1. 制度自体に現れた「限局性」

1951年に労働保険は医療保険から年金に至るまでの社会保障制度として創設された。当時の適用対象においては、工場や鉱山の労働者を中心としており、非常に限定されていた。1953年以降、適用単位と対象となる労働者の範囲を拡大してきた。しかしながら、労働保険の財源は主に単位の売り上げにより運営されているため、社会保険というより企業内福祉といった方が適当である。要するに、労働保険の待遇を享受していた労働者が限られている。また、保険が使える医療機関は、事業主が指定したものに限られた。

労働保険と比較すると、農村労働者向けの農村合作医療の適用範囲がより限られた。農村合作医療は生産(大)隊を単位として農民が自分自身によって組織してきた相互共済制度である。そのため、適用対象者は当該生産(大)隊の労働者であり、保険の財源は主に農民の納付の「保健費」と当該人民公社の収入の一部である。そして、生産(大)隊の付属診療所以外の医療機関においては、保険が利用できない。

上述の医療保険のほか、国家機関職員向けの公費医療も導入された。適用医療機関の範

囲においては、労働保険と農村合作医療より広がったが、適用対象者は国家機関職員の一部である。さらに、80年代に入り、医療費の浪費の問題点が浮き彫りになるにつれて、保険給付範囲を縮めることになった。

いずれにせよ、労働者を対象者として創作され、労働者以外の国民は依然として無保険状態に置かれていた。第2章第2節で述べたように、文化大革命や改革開放政策の推進をきっかけとし、労働保険と農村合作医療が崩壊寸前の状態に陥った。加えて、公費医療における医療費の浪費問題が深刻になってきた。こうして無保険状態に陥った国民がさらに増加してきた。

こういった背景の下で、国民全員が医療を受けられることを目指す新たな医療保険制度が実施された。従来の医療保険制度における限定的にしか認めていなかった労働者に対して、主婦や児童などまでカバーされることになり、対象者を大きく拡大してきた。一方、保険が適用される範囲はまだ限られている。これは3つの面に現れる。第1は、医療費の給付が下上限度の設定に加え、病気の種類や受診医療機関ごとに異なることである。第2は、各医療保険制度の規程によって設定される治療と「保険医薬品リスト」に記載される医薬品だけが適用対象となることである。第3は、保険は全部の医療機関で使えるものではなく、各医療保険の運営機関が指定する医療機関のみで適用されることである。

以上のことから、旧医療保険制度であれ、現行の医療保険であれ、適用対象や給付範囲などが限られていた。これによって制度自体の「限局性」が生じた。

2. 地域に限られて適用する医療保険

制度自体に現れる「限局性」のほかにも、旧医療保険は公的医療保険というより、「集团的」といった性格が目立つ。それは、旧医療保険制度が集団を単位として組織され、適用対象者が集団内のメンバーのみであり、そして保険料の納付から保険の運営に至るまでを集団自体が行っていたことである。

これに対しては、現行の医療保険は、旧医療保険制度の仕組みを打破し、「集団型」医療保険から公的医療保険へ転換してきた。言い換えれば、地域を単位としての医療保険制度を立ち上げ、保険の運営を各地方政府管理のもとで図るようになった。こうした地域により保険料や医療費の給付率(額)等の医療保険の仕組みが異なっており、さらに医療保険

が適用される医療機関は、地域の医療保険管理機関が利用を認めた医療機関に限られる。これは医療保険のもう1つの特徴「地域限局性」である。これが生じる原因は1978年の「権利下放」政策の実施であると考えられる。

第2節 医療業界の問題点

第1章から第4章まで旧医療保険制度から現行医療保険制度への展開過程かつその特徴を述べた。医療業界におけるどんな問題点があるか第5、6、7章で明らかにした。その結論を4つの層に分けて概括する。

1. より良質な医療サービスを追い求める国民

第5章第1節で述べたように、2008年末まで、医療保険のカバー率が大幅に上昇してきた。全国民を公的医療保険に加入させるという目標の達成に向け順調に進捗しているのは間違いないのである。しかし、これは「看病難」問題を緩和するわけではない。第四回家庭健康顧問調査によれば、医療費が高いという理由で不満がある人が多い。加えて、経済的理由でまだ完治していないうちに退院したケースも少なくなかったのである。一方、地域の経済力があればあるほど、基礎医療機関の利用率が低くなるという新たな問題が浮上してきた。患者の側から見ると、受診の便利さ、医療技術及び医師に対する信頼感は、医療機関を選択する際の主な指標である。

また、中国で主要な死因は、感染症から生活習慣に起因する悪性腫瘍、心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患に移行してきた。調査を通じて、都市より農村における生活習慣病罹患率が比較的に低かったが、生活習慣病罹患率の増長率が驚くほど早いことが分かった。その1つの原因は、農村の喫煙率や飲酒率が都市部より高いためである。それなのに、中国における健康診断受診率は低く、そして年齢、学歴、収入が低くなればなるほど自発的健康診断を受ける人が少なくなる。その反面、人間ドックやPET等の健康精密検診を受けるため、海外に旅行に行く富裕層が増加しつつある。

以上のことから、受診が経済的理由に左右されているが、経済力を無視できれば、より良質な医療サービスを受けようとするを明らかにされた。

2. 勤務環境に不満がある医師

心地良い医療環境を抜きにしては、良質な医療の提供は話にならないであろう。だが、「第四回医師勤務状況調査研究報告」によれば、医療現場における90%以上の医師は現在の勤務環境に不満がある。その理由には、「自分の収入が仕事に応じていない」「ストレスが高い」という認識が目立つ。そしてストレスが高い主な原因は「医療紛争」「仕事量の多さ」「患者の期待値の高さ」である。本論文では、その中の「医療紛争」と「仕事量の多さ」に着目した。近年、医療紛争で患者が医療関係者に暴力を振るう一連の重大事件が起こった。これにより医師と患者の信頼関係が崩壊した。医師は世間に尊重されていないことも現実になってしまう。一方、仕事量に関しては、病院等級が高ければ高いほど多くなる。これは後述の医療資源利用の非効率性に関係があると考えられる。

3. 医療資源の地域格差と利用の非効率性

上記の国民と医師の認識に続いて、医療資源について着目してきた。

1975年以來、医学部入学者数が年成長率2.71%で増加し、年平均人口増加率の2倍以上となった。それなのに、僻地における医師が不足しており、地方と首都圏、内陸地域と沿海部の間で医師の地域偏在問題が存在する。人口千人当たりの医師数については、北京、上海、天津などの都市においては先進国のレベルあるいはそれ以上に達する一方で、貴州、チベットなどの僻地においては全国平均値にも至っていない。そして、都市・農村間で医師数や看護師数の格差が激しい。農村における殆どの医療関係者が大学医学部あるいは医科大学で提供される教育課程を受けていない。そのため、医療技術において問題点があり得る。実際には、農村における医師・看護師が不足している問題だけではなく、基礎医療機関が減少するという問題にも直面している。その理由は、郷鎮衛生院の資金繰りがうまくいかないこと、郷鎮村の合併に伴い複数の郷鎮衛生院が合体したことである。

農村に対して、都市は豊富な医療資源に恵まれているが、必ずしも問題点がないわけではない。上述したとおり、医師・患者間の信頼関係が崩壊してきた。この背景に、医師患者間の情報の非対称性が加えて、「逆ピラミッド型」受診を引き起こした。すなわち等級の高い病院では患者が混雑している一方で、等級の低い病院の利用率が低い。

病院等級が患者の受診行動に影響するため、「逆ピラミッド型」受診が生じる。これは

医療資源の非効率性であると考えられる。第6章では、医師1人当たりの1日取扱患者数を患者受診行動の代理変数とし、各等級病院のダミー変数との関係について実証した。

まず、最小二乗法(OLS)法による各等級病院のダミー変数と患者受診行動の関係を検証した。その結果は、病院等級が高いほど患者受診行動に与える影響が大きくなることである。

次に、患者受診行動が病院の医療収入を増長させることに伴い、病院の等級に影響する可能性があるため、病院等級の内生性の問題を検討した。本論文では、財政補助金・科研費(lnexin)と医師1人当たりの年業務収入(Lndexp)を操作変数として用いた。操作変数法(IV)により推定した結果は、年収入変数が有意ではなく、2つの医療保険制度の導入と病院等級の患者受診行動への影響が認められる。ただし、1998年に実施された城鎮職員医療保険の係数に関しては、外来の場合は正で、入院の場合は負となった。

最後に、2段階のGmmによって検証した。その結果はIVの結果とほぼ同様である。さらに、lnexinとLndexpがlevel内生変数の操作変数として適切であることを検証した。

IVと2段階Gmmの結果は、病院等級が患者受診行動に大きな影響を与えていること、影響の原因は最先端医療設備や在勤医師の技術であることを示唆している。フリーアクセス制度の下で、病院等級が患者受診行動に大きな影響を与え、患者の過度集中問題が発生する傾向がある。

4. 医療関係者の抵抗により医薬分業がうまく推進していない

第7章の分析を通じて、中国における医薬分業をまだ本格的に実施されていないと言わざるを得ない。中国の医薬分業をめぐる問題が山積みになっている。その中で、最も大きなのは医療関係者が抵抗していることである。医療機関への財政補助金がわずかであり、医療技術の高さを表す診療報酬が低く設定されている。医師にとっては自分の価値を認められなく、得た収入が本来得るべき収入よりずいぶん低いと思われ、勤務環境や医療制度に対する不満の声が次々と上がり、こうして医薬品メーカーからリベートをもらうことにより、その不満を減らそうとする現象があった。さらに、自分の収入を増やすため、患者との間の情報不对称により、医療の需要を誘発することもあった。その結果、リベート代を医薬品のコストに加え、過剰医療を提供し、医療費の高騰が生じることとなっていった

のである。

第3節 地域における医療連携を行う

本論文の結論のポイントは、コモンズの悲劇、比較優位論、マーケットデザインといった3つの経済学理論に基づく分析である。さらに、前述した結論を踏まえた上で、今後の医療政策を提案した。それは地域における各医療機関を連携させ、地域医療資源の活用のためのネットワークを構築することである。本論文の意義はここにある。

第8章の分析のとおり、医療資源利用の非効率性は医療のコモンズの悲劇である。すなわちフリーアクセス制度の下で、自分の需要を満たすため、先端医療資源が乱獲され、これで共有の医療財政や医療資源に損害を与えることである。そのため、コモンズの悲劇を解決するための共同管理を参考にした上で、医師、医療保険関係部門及び住民が共同で医療資源を管理する地域医療連携モデルを提案する。地域医療連携モデルとは、地域の医療機関がそれぞれの特性を活かした治療を行うため、医師同士間の協力関係と患者医師間の信頼関係に基づき構築されるネットワークである。

具体的には、以下の取り組みを進める。

- ① かかりつけ医といった方策を通じて医師と患者間の信頼関係を取り戻す。
- ② 医師同士間で定期的交流を図り、これで基礎医療機関の医療技術を高める。
- ③ 地域医療機関医療保険の適用範囲の拡大により住民が地域医療連携に参加するインセンティブを誘発する。
- ④ 僻地の医療連携のため、家庭医や看護師を増加し、衛生院間で救急救命専用通路を開設する。

以上が本論文で主張した点である。

第4節 今後の課題

最後に本論文では十分な検討を行うことできなかった問題を今後の課題として提示していきたい。

地域医療連携モデルは、城鎮の医療保険制度を中心として実施する医療システムである。城鎮と郷鎮の医療保険制度の二元構造という背景の下で、郷鎮の医療保険制度がどうやって地域医療連携モデルと繋がるかが、農民工をはじめとする流動人口向けの医療保険の問題には喫緊の課題である。また本論文では、家族と離れて暮らす「留守児童・老人」の医療問題に対しては、定期的家庭訪問といった対策を指摘してきたが、これは緩和対策として一時的に実施されるもので、根本的に解決策ではない。「留守児童・老人」の医療をはじめとする僻地医療は非常に幅の広い分野にまたがる問題である。このほかにも、医薬品に関する諸制度が機能不全に陥っているため、医薬品の流通において実際の価値より高く薬価設定する問題や、診療報酬が低く設定されたことにより起こった医師の収賄行為などの問題も緊急に解決すべき課題である。医薬分業を順調に推進しようとするなら、こういった問題を根本的に解決するほかない。今後の研究においてこういった問題については明らかにしていきたい。

参考文献

中国語参考文献

- 蔡仁華(1997)『中国医療保障制度改革実用全書』中国人事出版社
- 陳佳貴(2001)『中国社会保障発展報告 1997-2001』社会科学文献出版社
- 馮学山他(1994)「中国農村保健医療制度の実践と展望」『衛生経済研究』66(5)
- 江蘇省衛生庁(2006)「江蘇省医療機関薬品集中入札購入管理実施方法」
- 焦雅輝・胡たん栄(2012)「看病難現状及び影響因素浅析」『中国医療保険』第3期
- 上海市物価局・衛生局(2006)「上海市医療機関薬品集中入札購入価格管理方法」
- 殷国慶他(1999)「中国における農村合作医療制度—その展開過程を中心に」
- 中国労働部(1951)「中華人民共和国労働保険条例」
- 中国衛生部(1952)「関与全国各級人民政府・党派・団体及び所属事業単位の国家機関職員に対する公費医療予防措置の指示」
- 中国衛生部党委(1965)「衛生工作の重点を農村に置くことに関する報告」
- 中国衛生部・財政部(1989)「公費医療管理弁法」
- 中国衛生部、財政部、人事部、国家物価局、国家税務署(1989)「医療衛生産業の拡大に関する意見」
- 中国衛生部(1992)「医療衛生改革を深化させることに関するいくつかの意見」
- 中国国務院(1992)「国務院事務庁関与職員医療保険改革を推進する通知」
- 中国国務院(1993)「関与職員医療保険制度改革試点意見の通知」
- 中国国務院(1998)「城鎮職員基本医療保険制度の創作に関する国務院の規定」
- 衛生部統計信息中心(1999)「1998年中国衛生サービス調査研究—第二次家庭健康調査分析報告」
- 中国国家計画委員会・国家経済貿易委員会・国家薬品監督管理局・国家中医薬管理局(2000)「医療機関の医薬品共同入札購入試行事業の若干の規定」
- 中国国家発展計画委員(2000)「薬品政府定価方法」
- 中国国家発展計画委員(2000)「関与印発薬品政府定価方法の通知」
- 中国衛生部・財政部(2000)「病院の薬品収入を別に管理する暫定弁法を印刷発令すること

に関する通知」

鄭功成(2002)『中国社会保障制度の変遷と発展』中国人民大学出版社

中国衛生部、財政部、農業部(2003)「新型農村合作医療制度の創作に関する通知」

中国衛生部統計信息中心(2004)「2003年中国衛生サービス調査研究—第二次家庭健康調査分析報告」

中国社会科学院農村發展研究所(2004)『2003-2004年中国農村經濟形勢分析と予測』、国家統計局農村社会經濟調査総隊

中国医薬統計協会(2005)『2004年中国医薬年鑑』

中国国務院(2007)「国務院城鎮居民基本医療保険の試行に関する指導意見」

中国国務院(2009)「中共中央国務院の医薬衛生体制改革の深化に関する意見」

中国国務院(2009)「医薬衛生体制改革の当面の重点実施方案(2009-2011)」

衛生部統計信息中心(2009)「2008年中国衛生サービス調査研究—第四次家庭健康調査分析報告」

中国国務院(2010)「基層医療機関の後発医薬品の共同購入行為の規範化に関する指導意見」

中国商務省(2011)「2011年—2015年全国薬品流通業發展規則綱要」

中国衛生統計情報中心『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社、各年度版

中国衛生部衛生統計情報センター編『中国衛生事業發展統計報告』各年度版

『中国衛生年鑑』人民衛生出版社、各年度版

中国統計局『中国統計年鑑』各年度版

中華人民共和国人力資源と社会保障部「人力資源と社会保障事業發展統計公報」各年度版—「1986年中国都市部医療サービス調査」

—(1991)『中国衛生統計資料まとめ1978-1990』中国衛生統計雜誌社

—(1995)「九江市職員医療社会保険暫施行規程」『中国社会保障』第2期

—(1997)『中国社会保障年鑑』

—(1998)『中国社会保障』第10期

—「集中入札購入医薬品の価格及び手数料の管理に関する規定」发改價格(2004)2122号

—「医薬品の購入と手数料に関する規定」粵價(2009)285号

—(2013)「2012年医薬品流通業運行統計分析報告」

—(2015) 「2014年国民経済と社会発展統計公報」

日本語参考文献

- 安達太郎(1998)「日本の医師誘発需要」『経済学論議』第50巻第3号
- 内村弘子(2008)「中国動きだし多保健医療制度改革」『医療と社会』第18巻第1号
- 三浦有吏(2009)「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続を問う」王文亮(2001)『中国の社会保障』日本僑報社
- 松浦寿幸(2010)『stataによるデータ分析入門—経済分析の基礎からパネル・データ分析まで—』東京図書株式会社出版
- 翁曉松(2001)「中国の国務院決定に基づく基本医療保険制度改革」『経営研究』第52巻第1号
- 岡田章(2009)「エリノア・オストロム教授のノーベル経済学賞受賞の意義」
- 梶谷懐(2011)『現代中国の財政金融システムグローバル化と中央—地方関係の経済学』名古屋大学出版社
- 笠木映里(2012)「医療・年金の運営方式—社会保険方式と税方式」『これからの医療と年金』法律文化社
- 加藤智章(2012)「公的医療保険と診療報酬政策」日本社会保障法学会編『これからの医療と年金』法律文化社
- 窪田道夫(2008)「中国の基本医療保険制度に見る再分配機能の限界」
- 健康局・医薬食品局・労働基準局安全衛生部・保険局(2014)「健康づくり推進本部 ワーキングチーム3のこれまでの検討状況まとめ」
- 小坂富美子(1997)『医薬分業の時代』勁草書房
- 厚生労働省(2002)「健康増進法」
- 厚生労働省(2010)「健康日本21(第二次)」『厚生労働省白書』
- 厚生労働省「平成23年受療行動調査—結果の概要」『平成23年版厚生労働白書』。
- 胡琦(2014)「中国における医薬分業の問題点：日本の経験を参考に」西南学院大学大学院

出版『経済学研究論集』第1号

胡琦(2015)「中国における医療保険制度の歴史形成と限局性」西南学院大学大学院出版『経済学研究論集』第2号

胡琦(2015)「中国における医療保険制度の地域連携」西南学院大学大学院『経済学研究論集』第2号

胡琦(2015)「中国における病院等級が患者受診行動に与える影響の分析」西南学院大学大学院『西南学院大学大学院研究論集』N01

坂井豊貴(2013)『マーケットデザイン—最先端の実用的経済学』筑摩書房

城本るみ(2000)「中国の医療制度改革」『人文社会論叢』社会科学篇

島崎謙治(2011)『日本の医療制度と政策』東京大学出版社

柴田洋二郎(2012)「公的医療保険の財政」日本社会保障法学会編『これからの医療と年金』法律文化社

専修大学社会学科研究省編(2006)『中国社会の現状』専修大学出版局

世界の厚生労働(2010)「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向(中国)」第3章

総務省(2012)「シームレスな地域連携医療の実現」

大日康史(2003)『経済健康学』東洋経済新報社

中医協(2007)「地域連携クリティカルパスとは」診-3-2

中医協(2011)「DPC制度の概要と基本的考え方」

塚元隆敏(2006)『中国の国有企業改革と労働・医療保障』大月書店

筒井淳也他(2011)『stataで計量経済学入門』ミネルヴァ書房出版

南部陽太郎(1990)「医薬分業」公益社団法人日本薬学会、ファルマシア 26(2)

中村健(1992)『保険調剤論—わが国の投薬動向と医薬分業』薬時日報社

日本厚生労働(2010)「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向」

野地徹・湯進(2010)「中国製薬産業の現状と展望」Mizuho Industry Focus、第84巻巻頭1枚

野口晴子(2010)「医療資源の偏在が受診行動範囲、診療日数、医療費に与える影響について—国民健康保険レセプトデータに基づく実証的検証」国立社会保障・人口問題研究所『季刊社会保障研究』Vo1.46 No3

- 早瀬幸俊(2003)「医薬分業の問題点」『薬学雑誌』第123巻第3号
- 保険局(2012)「全国厚生労働関係部局長会議(厚生分科会)資料」
- 泉田信行(2004)「入院医療サービス利用に関する分析」国立社会保障・人口問題研究所『季刊社会保障研究』Vol.40 No3、P214-222。
- 安田洋祐(2009)「マーケットデザインが経済を変える」
- 安田洋介等(2012)『日本の難題をかたづけよう』光文社新書
- 陽開宇・坂口正之(2006)「中国における医療制度改革とその影響」『生活経済学研究』22・23
- 吉田あつし(2009)『日本の医療のなにかが問題か』エヌティティ出版社
- 吉田治郎兵衛(2010)『中国新医療衛生体制の形成』東方書店出版社
- 羅小娟(2011)『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社
- 李連花(2003)「中国の医療保険制度改革」『アジア経済』44(4)、2-19
- (1995)「中医協海外調査資料」
- (2011)「社会保険医療協議会法」

英語参考文献

- Hea John(1997)「Instrument Relevance in Multivariate Linear Models:A Simple Measure」、*Review of Economics and Statistics*、79(2)、P348-352.
- Hausman Jerry Stock、James H and Yogo、Motohiro(2005)「Asymptotic Properties of the Hahn-Hausman Test for Weak-Instruments」、*Economics Letters*、89、P333-42.
- Stock、James H. and Wright Jonathan H. (2000)「GMM with Weak Identification」*Econometrica*、68(5)、P1055-96.
- WHO(2009)「World Health Statistics 2009— Health systems」
- (2011)「OECD HEALTH DATA」
- 「World health statistics 2010」

Web Site 情報参考文献

<http://finance.people.com.cn/GB/16917084.html>

<http://irc.iyobank.co.jp/topics/n-report/1102.htm>

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S25/S25H0047.html>

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000032996.html>

<https://www.jrmp.jp/>

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/koukiko
urei/index.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/koukiko
urei/index.html)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/shinsa/syakai/index.html>