

中国の医療制度改革

城 本 る み

1. はじめに
2. 医療費の高騰
3. これまでの制度
4. 薬価政策と医療保険改革
5. 今後の課題

1. はじめに

2000年3月5日、第9期全国人民代表大会第3回会議の政府活動報告では、今後さらに社会保障システムの建設に力を入れ、社会の安定維持をはかることが確認された。この報告では社会保険でカバーされる範囲を拡大し、保険料の徴収率を高めること、都市部では養老、失業、医療を重点とする社会保険の強制的な設置と加入を推進することが具体的に盛り込まれている。

市場経済体制への移行に伴い、中国では地域間の経済格差が拡大している。社会保障のありかたそのものにも都市と農村、地域の経済発展度、業種及び職業による大きな差異が存在する。市場経済化はこれまでの計画経済型社会保障システムの弊害と破綻を露呈し、国有企業改革の波が「単位社会」と呼ばれる中国独特の社会システムの改編を迫るものとなっている。また社会保障システムの改革が進まなければ、大幅な赤字を抱える国有企業改革は進まず、社会全体の経済成長に及ぼす影響がより深刻なものとなる。社会保障制度改革の成否が今後の経済発展の鍵を握るといっても過言ではない。

市場経済に対応する新しい社会保障システムの構築を模索する中国において、医療の領域は養老、失業など他領域に比べると改革が遅れている。しかし今後人口の高齢化が進むにつれ、医療をめぐる問題は中国の社会保障体制改革における大きな柱となり、改革の成否はいま以上に重要性を増してゆく。一般に医療保障を考える場合、医療サービスの供給主体である医療機関や医師をはじめとする医療技術者の養成、またそれらを取りまくシステム全体の考察も必要であるが、今回は医療サービスを受給する側の負担の問題に視点をおいて改革の行方を考えてみたい。そこで本稿では、まず医療費の高騰に対する中国の取り組みを、特に医療保険制度と薬価政策に焦点をあて、その現状と課題について考えることを目的とする。しかし中国においては都市と農村では問題の所在そのものが異なるため、本稿での言及は都市部に限定されたものであることをあらかじめことわっておく。

2. 医療費の高騰

2-1. 医療費負担

1996年に中国の7都市で実施されたアンケート調査¹⁾によれば、都市労働者の最大の関心事は医療制度改革であることが明らかになった。関心事の第2位は住宅制度改革で、これに物価、老後保障、賃金の順で続く。97年に国家統計局が行なったサンプル調査²⁾では、それを裏付けるように都市住民の消費構造に変化がみられた。すなわち92年からの5年間で衣食や日用品の全消費に占める割合が低下したのに比べ、教育・文化・娯楽・住居・交通・通信・医療などの支出が著しく増大していることが明らかになった。

それを反映するように、中国社会科学院が99年に63都市で実施したアンケート調査³⁾によれば、都市住民の貯蓄の主な理由は表1のようになっており、病気に罹患した際の受診費用のためとするのが第2位(51.4%)、半数以上の回答となっている。また同調査における今後5年の家庭における消費の項目順位予測でも「医療保健」は食費、教育費について第3位(78.8%)に位置している。今後ますます医療保健にかかわる出費が増えるだろうことを住民自身が予測しているのである。

筆者はこれまで都市部知識層を対象に家族問題に関する調査を行ってきた⁴⁾。今回の調査で知識層の被調査者たちが貯蓄目的として挙げたのは「住宅購入」「子女教育」「医療費」である。彼らのように公務員の身分をもち社会保障に恵まれた階層においても医療費が大きな支出項目としてあげられるのはなぜだろう。

表1 1999年 中国都市住民の貯蓄の主な理由(3項目選択) (N=2578)

順位	貯蓄理由	%	順位	貯蓄理由	%
1	子女の教育	64.1	6	将来の投資準備	18.9
2	病気受療	51.4	7	貯蓄がないから	18.3
3	将来の養老費用	46.2	8	利息があり、安全	15.7
4	住宅購入	37.1	9	その他	14.5
5	現在特に大きな支出がない	23.6	10	高価な商品を買うため	10.1

資料出所：『2000年：中国社会形勢分析与予測』

表2 総合病院規模別外来入院医療費(1996) 単位：元

	衛生省 直轄病院	省・自治区 直轄病院	直轄市区 省轄市病院	省轄市区 地轄市病院	県病院
1 外来診療平均医療費	98.4	80.8	59.2	45.8	32.6
薬品費	65.2	51.8	36.6	27.2	19.3
1 入院診療平均医療費	5,773.8	4,716.9	2,897.3	1,708.9	1,182.4
薬品費	3,022.1	2,391.9	1,385.8	842.9	618.2
検査治療費	1,337.4	1,223.1	815.4	460.1	299.1
1 日平均入院診療費	307.1	244	183.9	154.7	119.6

統計範囲：県以上の総合病院3982箇所。

注：検査治療費に手術費を含む。

資料出所：『中国年鑑1998』

まず医療費負担がどのくらい増えているのかであるが、表2は96年度の病院の規模別外来・入院医療費、表3は総合病院の外来・入院医療費である。これを見ると90年代に入ってから数年で診療費や入院費が5倍以上の伸びを示していることがわかる。

また具体例として今回インタビュー調査を行なった大学教師A氏(45歳・女性)の事例を考えてみたい。A氏は97年末、長く患った両足の外反母趾が悪化したため大学の医療機関へ行き、外科的治療が必要との診断をうけた。大学の医療機関には手術担当可能なスタッフがいないため、A氏は知人を通じて、外科手術の執刀医となる整形外科医と麻酔担当医、第一助手となる看護婦を各1名、外部の病院から招聘した。詳細は別稿に譲るが、A氏が外部から招いた医療スタッフに対して最終的に支払った謝礼は外科医に300元、麻酔医に200元、看護婦に100元⁵⁾である。また手術後、A氏の家族がこれらの人々と大学の医療機関の関係者⁶⁾らを招いて宴会を開いた。結果的にA氏側で負担した金額は診療・検査・入院時のさまざまな費用や医療スタッフへの謝礼・贈り物を含めると2000元にのぼる出費となった。

どこまでを医療費と考えるかは別にして、公費医療の恩恵を受けられる大学教師であっても、このような外科手術を受ける場合、実質的には当時の給与2ヶ月分に相当する支出となる。A氏の場合、大学の医療機関が外部からのスタッフ招聘を比較的短期間で許可し、また入院にかかる費用などは公費医療の適用を受けることができたため、ケースとしては順調な部類に属する。初診時から外部医療機関にかかった場合はすべての費用が全額自己負担となるため、出費はこの数倍以上かかる。また外部から招いた医師らも知人を通じての依頼であり、これらの人々との関係がうまくいったため謝礼も通常より安くすんだという。

中国では地域による医療水準格差も大きく、それを補うはずの医療保険制度も地域差が大きい。水準の高い医療を受けるためには勤務先付設の医療機関では間に合わず、地域内に受療可能な外部医療機関があればよいが、受療のため他地へ行かなければならない場合も少なくない。長春のように医科大学をもつ中規模都市であっても、高度な医療を必要とする場合は北京に出かける。その周辺農村やさらに経済水準の低い地域では、十分な医療どころか最低限の医療サービスさえ受けられない所もある。「経済的に余裕があるか否かが、恵まれた医療サービスを受けることができるかどうかの鍵を握る」というA氏の言葉は、現在の中国における医療実態の一側面を語るものといえよう。

表3 総合病院医療費の推移

単位：元

	1990	1992	1993	1994	1995	1996
1 外来診療平均医療費	10.9	17.2	23.3	29.6	39.9	52.5
薬品費	7.4	11.6	15.2	19.0	25.6	32.3
1 入院診療平均医療費	473.3	737.9	1,021.0	1,273.0	1,668.0	2,189.6
薬品費	260.6	398.6	534.2	669.2	880.3	1,091.2
検査治療費	104.1	161.7	246.9	311.2	424.8	582.7
1 日平均入院診療費	33.6	49.9	72.2	94.6	125.6	171.1

注：検査治療費に手術費を含む。

資料出所：『中国年鑑1998』

2-2. 医療費高騰の背景

1) 経済状況及び疾病構造の変化

医療費の高騰は様々な原因が考えられるが、まず社会経済体制の変化があげられよう。中国ではこの20年、改革・開放政策によって経済水準が向上し、インフレも急激に進んだ。経済発展にともない人々の医療や健康への関心も高まり、海外からの高額な先端医療機器や医薬品輸入に対する規制も緩和され、それらの使用による診療・検査費用も増加した。

また78年から実施している人口抑制政策（一人っ子政策）の副産物として、中国では特に都市部で人口の高齢化が進行している。経済水準とともに生活レベルも向上し、疾病構造にも先進国型の慢性疾患への移行をみることができている。都市部では死因の上位を、悪性疾患・脳血管疾患・心疾患などのいわゆる成人病が占め、精神病も90年代に入ってから常には10位以内にはいつている⁷⁾。

こうした経済状況や疾病構造の変化が医療費の高騰につながるというのはわかりやすいが、しかし実際には、それだけの理由でここまでの高騰にはつながらない。中国には医療費高騰の背後に特殊な医療事情が存在しているのである。

2) 医薬品売買と医療業界

世界的にみて中国の医療費支出は低い部類に属している⁸⁾。中国の医療機関の収入源は主に国の補助金、診療報酬及び医薬品販売の利潤という3つの部分から成っている。しかし病院経営にまわされる国家予算は少なく、国の補助金は通常、病院収入の10%前後に過ぎない。診療報酬も大型の医療機器設備を使った診療以外は計画経済体制下で採られていた低い価格がそのまま流用され、病院の診療報酬収入は低く抑えられてきた。そのため医薬品販売による利潤が実質的に病院を養うという現象がおこることになる。

病院は患者に医薬品代を請求する際、仕入価格に15%の利益を上乗せして請求する。国の規定ではこの15%という数字は上乗せ率の上限であり、これを超える価格を設定することはできない。したがって医薬品の仕入価格が定価より安ければ、その差額が病院の直接収入となる。医薬品が高額であるほど利益率があがるため、収入を増やすために、病院はより高価な医薬品を使用する。

また現行の医療体制では、医師による処方箋1枚が患者の購入する医薬品の種類や量、その金額、購入先さらにはメーカーまでも決定してしまう⁹⁾。公費で医療費を負担する体制では、消費者には選択権も与えられず、医薬品消費限度額もないに等しい状態となる。そのため、病院や医師は医薬品メーカーにとっては販売戦略のターゲットとなり、医薬品メーカーと医療機関の癒着が発生する。医薬品納入には表面化しない裏価格が存在し、実際の納入価格は帳簿上の値段よりはるかに安くなる。差額は表面上は「割引」、裏では取引に関わるリベートとなる。販売者側はほかにも販売促進費、広告費、研究費、臨床費など多様な名目で医薬品の仕入担当者に金品を貢ぐだけでなく、定期・不定期に病院にも「献金」を行ない接待攻勢も欠かさない。病院に対するリベート額と医薬品販売会社の売り上げは正比例し、仕入担当者とセールスマンとの親密度も売り上げを左右する。

医薬品セールスマンには現場の医師に自分が販売する薬を患者に処方してもらうという意味で使われる「臨床をやる」という業界用語があり、医師へのリベートは業界関係者によると通常は薬価の1割前後¹⁰⁾だという。海外の医薬品メーカーや外資合併企業は、病院関係者や医師に対し、小遣いつきの「海外視察」接待を行ない、国内メーカーはそれに対抗するためリベートで勝負すること

になる。結果的に上乘せされたりレポート分だけ医薬品の帳簿上の納入価格が高騰する一方、製造コストはぎりぎりの線まで引き下げられる¹¹⁾。また病院収入を上げるためには、高い検査費用をとることができる高価な先端医療機器を使った検査も行なわれる。現在、病院の総医療費の20～30%は検査費用で占められている¹²⁾が、こうした高価な医療機器の納入にあたっては、やはりレポート合戦が繰り返され、納入された機器によって利益をあげるために、必要のない検査が繰り返し行なわれる現象が蔓延することになる。

3) 薬価高騰

前述したように中国では医薬品の納入価格が病院の経営状態に及ぼす影響が大きく、薬価が高騰すると医療費全体の高騰に直結する。薬価の上昇により医薬品生産や流通企業の収益は下がり、国家計画委員会のデータによれば、この数年来製薬会社の利潤は毎年1%ペースで下降し、99年の利潤は業績がよい外資合弁企業に集中している。

1992年、国家物価局は合計571種類の製品価格を自由化し、22種の価格について省・市・自治区の物価部門に管理権限が委譲された。中国政府は薬価の自由化も実施したが、それに伴ない製薬会社数は全国で6000社に激増、うち外資合弁企業は1500社あまりにのぼった。結果的に医薬品の種類と生産量が急増、また大量の輸入医薬品もはいるようになったため、医薬市場は深刻な供給過剰状態に陥った。一般に供給過剰の場合、価格競争が進み値崩れをおこすのが普通であるが、薬価は供給過剰状態になってからも下ならず、医薬品小売価格は98年まで2桁上昇を持続、医療費の全国平均支出は毎年25%以上の増加率となった。

中国の医薬品価格は国有企業・民間企業の場合、医薬管理局の認可を得て物価局に申請し決定される。外資系企業の場合は医薬管理局の認可を必要としないため、自由に価格を設定し物価局に申請することが可能である。外資企業の医薬品は高品質で信頼度が高いと評価されており、その分高価でもある。前述したように高価な医薬品の購入が病院経営に有利であるとの理由から、低価格におさえられている国有・民間企業の医薬品は売り上げが伸びず、外資企業の医薬品が売り上げを伸ばしている。

4) 医療保険制度

中華人民共和国成立後の医療保険制度は、50年代初頭にソ連の制度をモデルとして作られたものである。中国のこれまでの制度の特徴は、社会主義型計画経済体制下において、農村の互助精神を基本とする合作医療をのぞき、都市部においては基本的に国や企業が経費を負担する医療保障が基本であり、個人の費用負担が皆無に等しかったことにある¹³⁾。その弊害が近年の医療費高騰を招く一因ともなっている。

医療費が国と企業によって負担される体制では、患者と医療機関に経費節減・節約という意識が生まれず、中国式の「大鍋飯」すなわち国や企業の財源を食い潰す現象が発生する。具体的には患者側には処方箋を出しても薬をとりに来ない、あるいは勝手に捨ててしまう、その企業の勤務者だけが受給できる医療待遇を親族全員で使うなどの現象、医療機関側には収益をあげるために不要な検査や薬の処方をするという現象が蔓延している。患者と医療機関双方による膨大な医療資源の浪費が医療費の高騰を招いているのである。

またこれら保険制度がつけられた当初にくらべ、医療保険が適用される人員数も格段に増加し

た。95年末には全国の都市労働者保険医療（以下、労保医療と略）受給者は1.14億人、全国都市労働者の3/4を占め、その家族を含めると2億人近くが保険対象となり、同年の労保医療費は466.2億元、一人あたりの平均支出は233元であった。78年の個人平均医療費は36.1元、80年44.3元、85年65.1元、90年187.6元というように毎年上昇し、この20年で10倍以上に膨張している。公務員を対象とする公費医療も同じように79、85、92年の個人医療費平均はそれぞれ26.3元、72.6元、220元である。78年全国の労働者医療費用総額は27億元であったものが、97年には774億元、28倍にまで膨れ上がり¹⁴⁾、年平均19%の増加率となった。

医療費用の増加速度は同期の財政増加速度を上回り、関係部門の調査によると総医療費における合理的に説明可能な費用（経費）は20～30%に過ぎないともいわれる¹⁵⁾。医療費用の急激な膨張原因は医薬品価格の上昇によるもの、医療技術水準の向上による費用の増加、平均余命の伸長にともなう高齢者医療費の増加などの要因以外に、こうした個人負担のない医療制度のもたらす弊害も一因となっている。

3. これまでの制度

次に医療費高騰の一因ともなっているこれまでの医療保障内容を検討する。

3-1. 医療保障の内容

これまでの中国の医療保障について概略を紹介する。

国家財政による全民保健

国家衛生機関が直接組織し、実施する医療サービス制度。児童の免疫、地方病予防、伝染病予防や愛国衛生運動の展開などに重点をおいた疾病予防活動など。なかでも免疫については国家財政により衛生省が児童免疫計画をたて、都市や農村の基層医療保健機関によって具体的に実施。地方病や伝染病の予防は国家財政により衛生工作員を配置するなどによって実施されてきた。49年以降、地方病（吸血虫病等）の根絶や伝染病等の抑制や国民の体質向上に力を入れた。

都市の公費医療制度

国家機関、党派、人民団体及び教育機関、体育関係者などの事業単位職員に対し実施されてきた無料医療と疾病予防を主要内容とする制度。国務院は52年6月に「全国各級人民政府、党派、団体及びその事業単位に所属する国家機関職員の公費医療予防措置実施に関する指示」、同年9月にはさらに「各級人民政府職員の病気機関の待遇に関する暫定法」を公布し、都市の公務員に対する公費医療制度の基礎を築いた。公費医療制度の受給対象者は各級政府機関及び全民所有制事業単位の職員と退職者、また二等乙級以上の革命に参加した傷痍軍人、国家に正式に批准設置された高等学校の在校生、及び公費医療を受給できる単位に常駐する人民武装幹部、中国で働く外国籍の専門家及びその家族である。また公費医療によって負担される範囲は指定医療単位で診療した医薬費、救急診療費、特定疾病のリハビリ療養費、計画出産手術費用などである。公費医療にかかる経費は国家財政によってまかなわれ¹⁶⁾、各級衛生行政部門の公費医療管理委員会の下に設置されている公費医療オフィスが管理している。60年代後期には公費医療を受給する人員が増加し毎年のように支出が増大したことに加え、管理に遺漏があり、国家衛生行政部門は統制を迫

られ、65年以降相次いで行政法を頒布¹⁷⁾した。

都市企業労働者の労働保険医療制度

企業を責任主体とする企業労働者とその家族に対する無料医療を提供する制度。これは51年に頒布された「中華人民共和国労働保険条例」に基づき、鉄道、郵政、運輸及び百人以上を雇用する国営鉱工業企業労働者とその家族に無料もしくは半額の医療保険を実行する制度であったが、のちに実施範囲が国有企業、集団所有制企業及び中外合資企業に拡大され、保障内容は公費医療と遜色ないレベルとなった。経費はすべて当該企業の負担である。このように被保険者に無料で医療が提供される点は公費医療と似ているが、公費医療が政府財源によってまかなわれるのに比べ、労保医療は企業が独自に実施するため、その経費は企業のコストと利潤の差額で決定される。そのため企業によって保障レベルに差異が生じ、一般に国有の全民所有制企業、大集団所有制企業、小集団所有制企業という企業の規模順に保障レベルは下がることになる。労保医療制度の対象には企業労働者だけでなくその家族も含むため、保障を享受する人員はおよそ2億人あまり、公費医療の受益者5000万人を大幅に超え、労保医療は中国のこれまでの医療体系において重要な位置を占めてきた。

農村合作医療制度

農民を対象に社隊¹⁸⁾集団を単位として集団と個人から資金を集め、その村の居住者には無料もしくは低料金で基本的な医療サービスを保障する医療制度で、抗日戦争期の旧解放区で民衆が互助合作運動をしていた時期に、自発かつ互助を原則に資金を集めて建てた保健所を原点としている。50年代、農村互助合作運動が展開されるとともに合作医療制度も各地で始まり、56年全人代第1期第3回会議を通過した「高級農業生産合作社模範憲章」でこの制度の推進をうたった。この中には社隊を基本単位及び責任母体とし、直接農村の合作医療制度を組織すること、当該地域住民に無料もしくは低料金の医療衛生サービスを提供することが規定されている。主に医療スポット（医務室）や薬局をおき、農村医を配置、集団と個人によって経費をまかなう。この制度の実施は農民の受療難と病気軽視の問題を解決するとして農民に歓迎され60年代、70年代に発展、76年には全国の90%の農民が合作医療に参加したといわれる。しかし農村で生産請負制度が実施されるようになると合作医療形態は自然に消滅していく。89年の合作医療は全国の行政村の4.8%にすぎなくなり、農民は自費で医療を受けるとするのが主となってしまった。90年代後半から各農村では地域の現状に合わせて農村合作医療の改革と模索を続けている。

3-2. 各制度の抱える問題点

それではこうした医療制度にはどのような問題が指摘されているだろうか。中国の社会保障制度に関する文献からは、大きく以下の4点ほどに問題が集約できる。

各部門が閉鎖的に独立しており、医療資源が異なる階層間で不平等に配置されており、少数者が過度な消費、無効な消費や浪費を行ない、大多数の者が消費する手段や能力もない状態が並存している。広大な農村及び貧困地区の衛生資源は少なく、民衆の基本的医療に対する要求さえ満たすことができていない。96年全国の68.7%の病床と62%の医務人員は区県級以上の大中規模医院に集中している。全国の1000人当たりの平均は医師が1.23人、大都市では一般的に4人、省都で

は全省平均値の6.8倍¹⁹⁾である。

都市の幹部や労働者の医療費は国家財政と企業負担のみでまかなわれており、負担の重圧に耐えきれなくなっている。前述したように患者と医療機関双方の費用負担認識の欠如による浪費や被保険者数の増加によって医療費は高騰している。長期にわたって医療費の増加速度が同期の財政増加を上回る状況が続いており、合理的な経費の調達と医療費財源の確保が難しくなっている。また医薬品が病院を養うという体制そのものに欠陥があるため、各医療機関では競って高価な輸入医療機器を使用するようになっている。医療機関同士でCT利用率を競うなど、医療の本質とは無関係なところでの競争が激化し、不要な検査や医薬品の使用が蔓延している。

単位経営の医療が弊害の根源となっている。これまで各企業・事業単位は費用節約、セルフサービスを合言葉にした指導のもと、企業内で独自に医院や衛生機関を経営し、「小企業、大社会」という形態をとってきた。しかしこれらは計画経済の副産物であり、現在の市場経済体制にはそぐわないものとなっている。これまでの制度は医療費の計画配分に欠け、企業間の医療費負担にも差があり、高齢者が多い、あるいは経営状態がよくない企業では基本的な医療保障も受けられない状況にあるなど企業間格差も増大している。単位経営の医療では医療人員や設備についても労働力が流動する都市と農村間、業種・職種間、新・旧企業間、公費医療と労保医療間において制度や待遇に差異²⁰⁾が存在する。

医療保障によるカバーが少なく、管理とサービスの社会化レベルが低い。これまでの制度では行政機関、全民所有制、集団所有制企業の一部の労働者のみを対象としており、その他の企業で働く労働者は都市に居住していても医療保険の適用外とされてきた。そのため市場経済化の推進にともなう非国有企業の増加という現状に対応しきれず、医療費が高騰しているにもかかわらず、医療保障を受けられない者が増加している。また医療費の支出と管理を基本的に単位が請け負っているため、管理とサービスの社会化が進まず管理体制の不備も多く、さまざまな弊害が生じている。

4. 薬価政策と医療保険改革

ここまで見てきたように、中国では医療費が高騰し、またこれまでの医療制度そのものが医療費の高騰原因ともなっているため、市場経済体制に対応できる医療制度のありかたを模索し、現在新しい医療制度改革に取り組み始めている。本節では薬価政策と保険制度に焦点をあてて、その取り組みの内容を紹介し、今後の課題を探っていく。

4-1. 薬価政策

医療費高騰への庶民の強い不満に対し、薬価引き下げや販売に関する不正追及は、国と地方政府の重要な課題となっている。94年に腐敗追求の具体策として、政府は医薬品販売におけるリベートを肅正した。これによりリベートは減ったが、対抗策としてさまざまな割引が考案され、結局薬価におけるバブル現象は続き、94年から96年にかけて医薬品の小売価格は20%以上の高騰をみせた。

96年8月、国务院の承認により国家計画委員会は「医薬品価格の管理に関する暫定条例」を実施、薬価に対する全面的な見直し及び改革への取り組みをはじめた。条例には消費量が多く製造が独占

的な一部の医薬品に対し、国による価格決定の実施やメーカー、卸及び小売業者間の価格差に対する制限の設置などが含まれている。一方、最も敏感な納入時の割引問題については、実際には多様な事情があることを考慮して完全な禁止を見送り、かわりに割引率を医薬品納入価格の5%以内に抑制するという制限を設けた。2年後の98年には、医薬品小売価格の上昇率がそれまでの年10%以上から2.8%まで下落し、価格を国に管理されている90種類の医薬品は平均10%値下がりした。

医療制度改革の深化に伴い、99年は全国各地で薬価を大きく引き下げた。同年4月には国家計画委員会が国に価格を管理されている22種類、計170品目の医薬品価格を平均10%値下げし、個別医薬品の値下がり幅は30%に達した。6月にはさらに114品目の輸入医薬を5%値下げし、8月には一部の生物化学系医薬品の価格を下げた。こうして99年1月から11月までの間、医薬品の小売価格の上昇幅は1.1%に縮小した。また7月6日には国家計画委員会が再び「医薬品の不当に高い価格に対する政策に関する通達」を出し、同時に各自治体もさまざまな措置を実施した²¹⁾。

こうした政策によって薬価はある程度コントロールされるようになったが、依然として多くの医薬品製造コストと小売価格の差はひらいたままである。メーカーや流通業者が得る利潤はすでにかなり低く抑えられており、これ以上の値下げは経営コストが相対的に高い国営企業に深刻な打撃を与えることになる。また国が流通段階における医薬品価格の上乗せ率の上限を20%と規定しても、卸の3段階方式を踏襲しているため、この上乗せ上限そのものがすでに他の商品より高率になっている。そこで行政関連部門はこの上乗せ率引き下げの構想を検討していたが、国有流通企業の平均利潤が0.3%に留まっている現状から、この措置を断念した。実際に流通企業において20%の差額の少なくとも半分は病院の販売促進費などに注ぎ込まれている。

前述したように、薬価におけるバブル現象の根本的な原因は病院経営の医薬品流通業界へのリベート依存にある。しかしリベートを制限すると各種割引が考案され、割引を制限すると協賛費という新たな名目が使われたり、あるいはこれまでの取引を裏取引に変えてしまう等の現象がおこる。各種規定や条例で病院に対する締め付けを強めても問題解決には繋がらないのである。

96年以降、中国は医薬品販売における収入への医療機関の依存度を軽減するため、大型医療機器設備を使用したものを除く診療報酬基準を高めた。3年間で医療機関の一般診療における収入増は60億元あまりに達したが、薬価引き下げには明瞭な影響はみられなかった。これは市場経済化のなかで病院もまた利益追求に走り、政策に対する協力姿勢に欠けることが原因と考えられる。

また衛生省は医療機関での医薬品使用を管理するため、保険によって支払われる医薬品を収載した「公費医療用医薬品リスト」を作成している。目的は高価な外資系企業製品が国内製薬企業よりも売り上げをのばしているため、採用にあたっての格差是正と国内企業の保護である。外資系企業の医薬品をリスト収載からはずせば、結果的に販売は制約される。しかし実際には制約を加えれば闇ルートができてしまう。国内医薬品企業への挺入れとして、国家医薬管理局は開発・製造・販売力のある企業50社を選定し、国策企業として資金援助を行ない、技術革新と国際競争力の強化をはかっている。国際生薬市場では原料の80%を中国産が占めていることから、今後は生薬原料の輸出だけでなく、自国での中医薬製剤の開発にも力を注ぐことを目指しており、国内医薬品企業の体質を強化することによって薬価をコントロールする狙いもあるものと考えられる。

医療関係者によると、薬価の適正化と医薬品販売における不正をなくすには、医療機関の診療と

医薬品販売が一体化している現体制を改革し、両者を分離することにより医薬品販売と医療従事者の利益を切り離すことが第一であるという²²⁾。各病院の薬剤部をまず独立採算・独立納税方式に改め、医療保険制度では国が認可した独立薬局と同格扱いにする。これらの措置と同時に医療機関の診察報酬を適度に上げ、医師の労働に見合う報酬を保証する事も必要である。社会全体の医薬費負担を軽減した後、はじめて医療保険制度の改革に全力で取り組むことができるからである。

4-2. 保険改革の流れ

改革・開放後の20年間の医療制度改革について、国家体制改革委員会（以下、国体委と略）はその改革の歩みを大まかに三段階に分けている。88年に国务院の批准後、衛生省が指揮をとり関連部門の参加を得て、国家医療制度改革検討グループが成立、改革案についての検討をはじめ、数都市で労働者医療保険制度改革に着手することを決定してからの第一段階（1988～93年）、共産党第14期3中全会における「社会主義市場経済体制建設における若干の問題に関する決定」の中で、国务院が江蘇省鎮江市と江西省九江市を医療制度改革の実験地とすることを批准し、実施に移されていく第二段階（1994～95年）そして鎮江、九江両市の試行に基づき、国务院が医療保障制度改革を全国に拡大することを決定してからの第三段階（1996年以降）である。

中国では84年には衛生省と財政省が「公費医療管理強化に関する通達」を發布し、この後一部地域の公費医療単位で外来診療費に定額負担制を採り入れ、外来受診や入院時に個人が一定割合で自己負担する方法²³⁾を採用し始めている。国家労働人事局と中華全国総工会も同年全国に北京市の「労働保険制度改革の試験的实施に関する通知」を送付し、部分的に企業労働者の大病医療費用の「社会統籌」²⁴⁾をはじめた。80年代中期から90年代はじめにかけての都市部医療保険制度改革の主眼点は、労働者個人が医療費の部分負担をする方法で個人の意識を高め、医療費用の高騰抑制を狙うことにおかれていた。

そうした流れを受け、単位間の医療費負担の不公平感緩和を目的として、80年代末から90年代初頭にかけては医療保険経費の社会統籌という方法が積極的に推進しはじめた。88年には衛生省、財政省ほか8部門から選出されたメンバーによって国家医療制度改革検討グループが結成され、検討グループは「労働者医療保険制度改革草案」を作成、国家・企業・個人の三方から資金徴収することを改革の柱として、より社会化された保険制度への改革を提案した。89年に国务院は遼寧省丹東、吉林省四平、湖北省黄石、湖南省株州の4都市を選んで公費医療改革の試験地点とし、深圳及び海南では社会保障制度の総合的改革が実験的に行われることになった。

92年、国务院は医療制度改革指導ワーキンググループをつくり、國務委員の李鉄映をリーダーとして国体委、労働省、衛生省、財政省等から責任者たちが参加した。93年11月には「中国共産党中央社会主義市場経済体制設立の若干の問題に関する決定」のなかで「都市労働者の養老及び医療保険は単位と個人が共同で負担し、社会統籌と個人口座の結合を原則とすること」を明確に述べた。この原則に基づき、94年には国务院が江蘇省鎮江、江西省九江の両市を総合的改革の試験地域とすることを決定、95年の試験的实施を通して96年4月には国务院が鎮江で全国労働者医療保障制度改革の試験地域拡大会議を行ない、96年末には57都市で医療保険の社会的統籌と個人口座を結合させる試みを行なうよう指示した。

しかしそうした試みは経済格差と同様、各地で進展の度合いが異なり、すでに新しい手法(両江・深圳・海南方式など) をとりいれ、地域や業種により独自の医療社会保険を実施しているところもあるが、実際には多くの地域と単位では赤字を抱えたまま旧態の方法によっている。

4-3. 改革試験地域の取り組み

次に改革の実験地に選ばれた地域における改革内容についてみていく。

[“両江”方式]

94年4月に国体委及び他省庁合同で「労働者医療制度改革の試みに関する意見」が出され、同年11月に「江蘇省鎮江市、江西省九江市の労働者医療保障制度改革の試験地域案回答に関する通達」が国務院から発布された。これにもとづき鎮江と九江両市では95年から労保・公費医療の総合改革がはじめられた。その主な内容は(1)実施範囲：都市の機関、団体、事業単位など公費医療の対象者と国有企業及び都市企業の幹部及び労働者(2)資金調達方式：社会統籌と個人口座。医療保険基金は単位と労働者の共同納付方式をとり、単位は労働者賃金総額の10%を保険料として納め、個人は年収総額の1%を納付。単位と労働者の納める保険費用は個人口座と社会統籌とに分け、労働者と単位の納付額の一定比率(平均は労働者年収総額の5%)を個人口座に記帳、単位納付額から労働者口座記帳分を差し引いた余剰を社会統籌基金とする。個人口座の残高繰越しや継承も可能。(3)労働者の医療保険給付とその基準：労働者は受療時にまず個人の医療口座から支払い、口座超過分は一定比率(労働者年収の5%相当額)を現金で自己負担。それを超える医療費用は社会統籌基金から支払うことができるが、同時に一定割合の自己負担が必要である²⁵⁾。このほか“両江”方式には特殊な規定があり、国が認定する特殊な病気に罹った場合や、計画出産手術の実施やその後遺症がある労働者は、規定医療費用の全額を社会統籌基金が負担する。また老紅軍²⁶⁾、二等乙級以上の革命傷痍軍人など特殊配慮を要する社会成員に対しては、医療費を全額基金でまかなう。(4)医療費の制約：労働者個人に対する医療費負担の制約を行うため「労働者医療保険証」を発行し、本人が受療する際のみ使用するよう制限する。基本医療保険で負担する薬剤リストを制定し、リスト外については費用を個人負担とする。MRIやCTなど高級機器を使用する特殊な検査項目については、指定医院²⁷⁾の「労働者医療保険管理グループ」の批准を経て、費用の20%を個人が負担する。(5)医療社会保険の組織管理：両市は医療社会保険管理機構を設立し、医療保険基金の集金、運営と管理を行ない、保険基金の決算、指定医院と処方外配点の資格確認と検査監督及び日常業務全般について責任を負う。

[深圳方式]

92年5月「深圳市社会保険暫行規定」「深圳市社会保険暫行規定医療保険実施細則」を市が発布し、社会保険局と医療保険局を設立、全市を対象とする公費・労保医療制度の一体化にむけて取り組み始めた。96年に侮框市政府は「深圳市基本医療保険暫行規定」を頒布、地域の特色を生かした改革案を基本的にまとめた。その主な内容は(1)保険参加対象を市のあらゆる企業、国家機関事業単位、社会团体及びその所属単位の在職労働者、退職者と失業保険受給期間中の失業者とする(2)保険を三段階に分けて実施する。入院医療保険：主に外地から出稼ぎに来ている労働者と市の失業者を対象にしたもので、経費は雇用単位と失業保険機構が前年度の労働者月平均給与の2%を納

め、個人納付はなく、基金はすべて社会統籌でまかない個人口座はつくらない。外来受診費用は自己負担とし、入院治療は基金から90%、個人が10%を支払う方式をとる。総合医療保険：対象は深圳市戸籍を有する労働者と退職者であり、経費は雇用単位が従業員賃金総額の7%、労働者が月給の2%を納付する。納付額に基本給与の最低・最高限度額を定め、退職者の納付は免除される。徴収された費用は個人口座と社会統籌部分に分けられ、個人口座には個人納付分と単位納付額²⁸⁾の50~60%を含み、余剰は社会統籌基金とされる。個人口座基金は個人の所有に帰し、繰越と継承が可能である。個人口座は受療に関する費用の支払に使われ、口座超過分は前年度の全市平均給与の10%を個人負担、その後受療機関の公費負担基準にしたがう。入院基本医療費用は社会統籌基金から90%を支払い、個人は10%負担する(退職者は基金95%、個人5%)。特殊医療保険：これは退職(離休)者²⁹⁾と二等乙級以上の革命傷痍軍人を対象にしたもので個人納付はない。受療の自費払いはなく、納付ルートと医療待遇はもとの政策のまま執行される。

[海南方式]

95年7月海南省人大常委会では「海南省経済特区都市従業員医療保険条例」と「実施細則」を頒布した。主な内容は次の通りである。(1)対象者：全省都市従業員(現役軍人、外国籍・香港・マカオ籍を除く)(2)医療保険費徴収法：単位が1ヶ月分の医療保険費をまとめて先払いした後、単位が労働者賃金総額の10%、個人が給与の1%を納付、個人経営者は本人の月収入の11%を納付、離退休者は納付を免じる。集めた資金は社会統籌医療口座と個人医療口座に分け、相互に独立運用する。個人口座は本人の納付額と単位の納付金額の中で年齢等級による給与水準の4~6%を分割繰入する。退休者個人口座は単位が先払いした1ヶ月分の医療保険費を除いては、養老金の8%を記入、離休人員は個人口座を設けず財政負担を行なう。また個人口座は繰越・継承が可能である。統籌口座は単位の個人口座額と関連の管理費用を除いた余剰。(3)医療費用の支払：海南省は統籌基金が費用を負担する病気としない病気の二つのリストを作成している。統籌基金が負担する病種についてはすべて、従業員と退休人員が前年の当地平均給与(2ヶ月と1ヶ月分に分けられている)を払って基金に加入し、1回の医療費の支払が自己負担基準を超えた場合は、統籌基金支払と相應の分担比率による個人負担となる。統籌基金口座が負担しない病種の場合及び外来診療費は個人医療口座からの支払となり、基準をこえても自己負担となる。(4)医療費用の清算：個人の医療口座は統一ICカードで決算を行なう。統籌口座支払の費用は社会保険機構と医療機構の間で決算し、労働者個人の負担部分は本人が直接医療機関と決算する。

[その他の地域]

“ 両江 ”、深圳、海南以外にも、青島、塘沽などでは医療保険基金を個人口座金と単位調整金と社会統籌金の3部で構成、社会統籌金以外は単位が管理し、社会保険機構が統籌金を管理する方式を採用している。労働者及び退職者の医療費用はまず個人口座で支払い、口座資金使用後は直接単位の調整金から支払う(個人は10~20%を負担)。限度額(3000元)超過分については社会統籌金から等級により逡減して負担(90~80%)し、残りを単位調整金と個人負担とする。

また上海では全市の企業従業員に対し「入院医療保険」を、北京、成都、煙台などでは「大病保険」を実施している。いずれも個人口座を設ける方向で進められている。

4-4. 問題点

各地で試行された改革案は、社会統籌と個人口座を結合させる形での医療保険制度建設をめざしたもので、いくつかの点で成果はあった。大まかにまとめると、(1)まず広範な労働者の基本医療を保障し、特に経営難の企業労働者と教師の基本的な医療について保証することができるようになった。鎮江市では経営難の企業労働者と小中学校教師の医療費延滞が蔓延していたが、改革後は困窮家庭でも基本的な部分では解決された。(2)次に各種改革案によって医療費の急速な上昇に一定程度の抑制はきかせることができた。各改革案ではすべて個人口座を開設し、労働者は診療を受けるにあたってまず個人口座から支払い、その後一定比率にしたがって自己負担することになるため、医療供給側に対し相応の制約を加える。このため各改革案実施地域では平均的に医療費用を抑える効果が現れた。(3)また医療機構改革も促進した。医療保険改革が成功するか否かは大部分が医療機構改革にかかっている。医療機構が改革に積極的に関わり医療サービスの質や費用決算、基本診療、医薬品用途など各分野で有効な管理を行なうことが医療制度改革の成功の鍵を握る。(4)新しい社会保険制度の基礎が確立された。医療保険の社会化と一体化、経費財源の多元化、社会統籌と個人口座が結合した合理的費用分担や医療保険の管理等が全国で統一された新型の医療社会保険制度を成立させる基本原則となった。

しかし残された課題も多い。

- 1) 保険のカバー範囲が依然として限られている。もともと公費・労保医療の対象であったものについての改革は進んでも、非公有部門への拡大が難しいため統籌基金が大幅に赤字となり、それが進行すると個人口座が大量に貸越となって空転、統籌基金の収支がつりあわなくなる。大連市は改革をはじめて2年になるが、目下単位と労働者の保険参加率は30%にとどまっており、企業部分の個人口座はすでに統籌基金のオーバーローン状態である。
- 2) これらの改革は医療と医薬体制の根本的な問題について触れていない。医療社会保険は「医・患・保・薬」の4つの部分が連動しているが、医療費用の上昇を抑制するには、患者の自己負担比率を増加させて認識を高めるだけでなく、やはり根本的には医薬業界がカギを握っている。医療消費はある特殊な消費であり、その需給関係は一般市場の需給関係とは異なって需要側と供給側の地位が対等ではない。市場経済体制下において医療機関は経済効率を求める単位であり、各医療機関には独自の追求利益がある。それは往々にして医療保険改革の目的である医療費用上昇の抑制とは相反するものとなる。そのため医療消費における腐敗や不正が依然横行³⁰⁾している。
- 3) 社会統籌と個人口座をどのように結合させるかについて具体的に2つの問題が残る。1つは医療保険基金を“収入で支出をまかなう”方法で運営していくと、個人口座の資金剰余は必然的に基金の供給を減らし赤字をまねく。すなわち統籌基金の個人口座に対する貸し付けオーバーという問題がでてくる。また労働者の個人口座は医療費用の支出を抑えるだけでなく、多様な抜け道によって基金を食い潰す可能性は高い。個人口座と社会統籌の効果的な結合方法がまだみつかっていない。
- 4) 労働者の家族についての保障。これまでの制度では労働者の家族も労保医療の恩恵を受けられた。これらの改革内容では家族の医療費用は以前同様単位が責任を負うことになっており、いまだに「単位が社会を形成する」状況から脱しきれていない。これが保険への企業参加が積極的に

進まない遠因でもある。企業の業績が参加を左右するばかりでなく、このほか保険費の徴収や管理面などでも解決すべき問題は山積している。

- 5) そして何より大きな課題は、一部の経済発展地域には適用できても、膨大な赤字財政を抱える地域にはこれらの改革案はそのまま適用できないということである。99年上半期時点で改革試験地域は36都市にまで拡大されているが、多くの都市企業の参加率は10~20%にとどまっている。

4-5. 新しい動き

こうした流れを受けて、98年11月26~27日、北京で全国都市労働者医療保険制度改革会議が行われた。会議後国務院は「都市労働者の基本医療保険制度建設に関する決定(以下「決定」と略)を發布し、各地域に労働者の基本的な医療保険制度を成立させ、99年から開始し年末に完成させるよう通達した。

「決定」は改革の任務と原則、カバー範囲と徴収方法、基本医療保険統籌基金と個人口座の設立、保険基金管理と監督機構、医療サービス管理強化、関係人員の医療待遇の改善、組織指導の強化など7つの分野から成っており、改革目的は単位と労働者の共同徴収メカニズムをつくり保険基金を集めることによって、都市労働者の基本的な医療を保障し、医療費の膨張を抑制することである。内容をまとめると以下ようになる。

- 1) 低水準：基本医療保険の保障レベルは中国の生産力に見合ったものでなければならないので、過去の福祉型公費・労保医療制度から社会化を進め、広範な労働者の基本的医療需要を満たす保険体制へと改革する。すなわちこれまでの制度を統一管理し、全国規模の医療保険とする。
- 2) 広範囲：都市で労働者を雇用しているすべての単位、すなわち企業(国有・集体・外商投資・私営企業)、機関、事業単位、社会団体、民営非企業単位とその従業員はすべて基本医療保険に参加しなければならない。
- 3) 属地管理：基本医療保険は原則的に地級³¹⁾以上の行政区(地、市、州、盟を含む)を統籌単位とする³²⁾。すべての単位とその従業員は当該地域管理の原則に基づき統籌地区の基本医療保険に参加する。統一政策を実行し基金の統一統籌、使用、管理を行なう。
- 4) 双方負担：単位納付率は労働者賃金総額の6%前後、労働者納付率は本人給与収入の2%とする。基本医療保険基金は統籌基金と個人口座から成り、個人口座は個人の徴収費用以外に単位納付額の30%、すなわち労働者給与総額の1.8%程度も個人口座に入れられ、単位納付の70%、すなわち労働者給与総額の4.2%が統籌基金にあてられる。基金と口座の各自の支出範囲を定め、別個に計算される。
- 5) 医療機構改革：“一分、二定、三目録”。「一分」はすなわち医薬を分けて計算し個別管理とする。これによって「薬で医師を養う」という中国の医療機構の利益メカニズムにおける問題の解決をはかる。96年の県級以上医院の業務収入における薬品収入は55.5%であり、小医院の場合はさらにこれが高い。「二定」は基本医療保険で定点医療機関と定点薬局管理を実施し、合理的な医療費用の算出方法を制定する。労働者は若干の定点医療機関を選択して診療、薬剤処方を受けることができ、処方箋をもって定点薬局で薬を購入することを可能にする。「三目録」は医療保険の薬品リスト、診療項目、医療サービス施設水準を制定し相応の管理方法を制定することである。

6) 特殊人員の医療待遇：離休者、老紅軍、二等乙級以上の革命傷痍軍人の医療保険待遇は変えない。全国には現在離休者、老紅軍が180万人あまり、傷痍軍人は27万人存在する。国家は彼らの健康を保障し、彼らの医療費用実費をすべて負担する。困難が生じた場合は同級の人民政府によって解決をはかる。また退休者の医療待遇については、退休者個人は基本医療保険に参加するが個人納付は免除される。また公務員に対しては統一基本医療保険政策を執行する。公務員は基本医療保険に参加し、さらに補充医療保険に参加する³³⁾。近年増加しているレイオフ労働者は、再就職サービスセンターが当該地域労働者の平均給与の60%を基準に資金を調達し、相応の医療保険待遇を受けることができるようにする。

98年末で医療保険に参加している企業労働者は1509.7万人、退休者は368.98万人である。社会保障省の目標は99年6月末までに各省の改革案を練り上げ、少なくとも20%の統籌地区で実施することであった。99年7月には、関連政府部門が共同作成した医療保険制度改革に関する6つの公文書が出され、基本医療保険に関する基本的内容が確定された。現在吉林、浙江、チベット、青海の4省が改革の総合計画を当該地政府に申請中であることを除き、他省市の計画もすでに提出されている。北京、天津、上海の改革実施法案は制定中、また全国340の地級以上の統籌地区において、24地区ではすでに正式に実施法案が運用されており、111地区で省政府の批准待機中である。現在全国の21省・市・自治区において省レベルの医療保険行政機構が統一され、206の地・市で医療保険行政管理部門と経営機構が統一されている状況である。

5. 今後の課題

本稿では中国の医療をめぐる諸問題を考える初歩的作業として、現在進められている都市の医療制度改革をとりあげた。紙数の制約もあり農村合作医療への新しい取り組みは割愛したが、全体的に中国政府の改革の焦点はいまのところ都市の保険制度改革におかれており、広範な農村の医療保障問題を今後どのように解決していくかという具体的なヴィジョンは見えてこない。

社会全体の医薬費負担の軽減が改革の鍵を握るものの、医薬費軽減のためには医薬品業界と医療機関の癒着をどのようにたちきるかがポイントとなるため、根本的な構造改革を行わなければ解決は難しい。医療サービスと薬価は医療保険費の基礎となるものである。ここまで薬価と保険制度改革をみてきたが、現在のところ中国の医療保障制度改革は医療保険費の集金体制とその給付制度に限られており、根本的な医療機構と医薬体制改革には踏みこんでならず、経済政策に対応可能な調整ができているとはいいがたい。

99年は全国各地の都市労働者基本医療保険制度実施の鍵を握る年であった。この制度を評価するには、制度実施によって医療効率が向上するか否か、医療費用が有効に統制されるか否か、病者が医療サービスの質に対して満足するか否か、人々の体質改善と向上が得られるか否かなど多様な側面から見ていく必要がある。一般に医療保険制度に対する正確な評価を下すには少なくとも実施から5年の時間経過が必要とされるが、それまでの間に再び改革の方向が変わる可能性も予想できる。

この制度改革の行方を占う興味深い資料がある。前述の都市住民の意識調査における「現在、国が行なっているさまざまな改革が今後自分にとって有益であるか、それとも不利益を生じさせると

表4 各改革における自身の利益得失状況判断

単位：%

改革項目	1999年		1998年	
	有益	不利益	有益	不利益
社会養老改革	55.4	15.3	60.5	11.6
住宅改革	40.3	25.1	42.6	23.4
教育科学技術体制改革	40.2	7.7	40.8	5.0
政治体制改革	35.3	5.8	41.3	4.1
医療改革	34.3	39.4	34.6	39.1
労働就業改革	26.5	27.8	33.7	18.9
機構人事改革	26.2	12.0	29.6	9.4
国有企業改革	24.1	24.3	33.2	13.5
金融機構改革	22.1	17.0	29.1	9.0
調査標本	2,475人		2,278人	

資料出所：『2000年：中国社会形勢分析与予測』

思うか」という項目である。注目すべき点は医療改革について、98年・99年ともに、有益だと答えた者の割合が5位、不利益だと考える者が両年とも4割近くを占め、第1位であることである（表4）。これまでの旧体制による弊害は人々の意識の奥深くまで浸透しており、社会保障全般に対する個人の認識をどのように変革するかが、実は改革における最大かつ困難な課題であろうと思われる。自己負担の導入によって意識改革がどこまで進むのが、医療サービスが単位社会を離れ本当の意味で社会化できるかどうかを左右するであろう。

また今後は中国でも急速に高齢化が進行するにもかかわらず、新しい改革案でも退職者は基本的に無料で医療が提供されることになっている。養老年金制度改革でも高齢者の人口圧力が企業財政を圧迫していることを考えると、いずれ退職者の医療費自己負担も考慮せざるを得なくなるだろう。さらに制度改革と同時に医療水準全体のひきあげに政府がどのくらい尽力できるかも今後の焦点となるはずである。

筆者はこれまで中国の都市家族を中心とする研究を進めており、中国の医療分野については今回がはじめての取り組みである。そのため基本的知識に欠けるところが多く、本稿も紹介の域を出ていない。具体事例による考察や分析は今後の課題である。

中国の医療をめぐる問題は多様である。医療従事者の養成過程やそのあり方も日本とは異なる点が多く、社会比較の課題として興味深い。また昨今日本でも表面化している医療過誤もかなり深刻であり、医療訴訟も増加傾向にある。人口抑制政策との絡みで人工授精関連の問題も多く、死刑囚からの臓器提供なども話題となるなど、中国の医療は研究テーマに事欠かない分野である。しかし日本ではこの分野に関しては医学方面からのアプローチをのぞき研究があまり進んでいない。今後の研究が待たれるところである。

註

- 1) 記事掲載は『北京経済報』96年10月14日、国家統計局・労働省・全国总工会・民政省・衛生省・中国人民銀行で構成する「中国勤労者生活進歩調査活動組織委員会」が中央テレビ局と共同で北京・大連・瀋陽・ハルビン・成都・九江・貴陽の7都市1200名の都市労働者を対象に行なった調査。『北京週報』97年3月号及び97年12月29日『人民日報』海外版にも関連記事。
- 2) 北京98年4月9日発新華社(中国通信)
- 3) 中国社会科学院「中国社会発展中長期予測」調査班が、99年7～8月に全国63都市2599名の16歳以上の都市住民に対して行った調査。調査結果は『2000年：中国社会形勢分析と予測』(社会科学文献出版社)にまとめられている。
- 4) 調査対象地域は中国東北部の吉林省長春市、調査対象は大学専門課程卒(中国語で「大專」)以上の学歴を有する者である。
- 5) 一般に看護婦への謝礼はこれより安く50～80元が相場らしいが、同一人物への2度目の依頼であったことからこの金額になったという。
- 6) 外部からの招聘を許可したA氏所属単位の担当者や医師の紹介者及び入院中の看護スタッフ。
- 7) それに対し広範な農村部では死因の第1位は呼吸器系疾患である(『中国年鑑1998』)。呼吸器疾患・肺結核・伝染病といった細菌感染が主な原因と見られる死因が上位を占めていること、また入院疾患をみると農村では損傷と中毒、伝染病と寄生虫病によるものが都市部より多いことから、農村の疾病構造は依然開發途上国型であるといえよう。また例えば悪性腫瘍による入院や死亡率が都市は農村に比べて高い割合になっているが、実際に都市部の悪性腫瘍発生率が高いかどうかは、農村の医療水準の低さを反映して発見診断されていないのかなども含めて検討する必要がある。前述したように本稿では都市部の医療制度改革を中心に述べるため詳細は別稿に譲るが、都市と農村においては医療・医学における根本的な問題の所在が異なることを再度指摘しておかねばならない。
- 8) 99年の国連統計では90～97年のGDPに占める保健衛生費は3.8%で世界平均の4.5%を下回っている。ちなみに日本は7.3%、アメリカは14.1%である。
- 9) これ以降の薬価に関する言及の多くは2000年1月11日付『経済日報』の特集記事から引用している。
- 10) この数字にはその病院の院長や薬剤師に対する「心づけ」は含まれていない。
- 11) 「菌必治」という抗生物質では製造コスト6～7元のもので、納入価格20元、患者引渡し価格23元にまで高騰し、医薬品によってはさらに差額が大きくなる。それら差額はすべて病院と病院関係者の手に渡る仕組みになっている。
- 12) 公費医療管理センターの統計によると、96年の公費医療費支出において外来診療の77%、入院費用の63%を薬品費が占め、検査費は外来診療の19%、入院費用の24%を占めている。
- 13) その意味で中国のこれまでの医療保険は国家型医療保険であったといえる。
- 14) 企業によっては業績悪化により費用負担不能なところもあるため、実質的な医療費総額はもっと大きい可能性もある。
- 15) 『中国社会保険』98年第2期号の「世界級難題的中国解」と題する報告。
- 16) 55年9月に機関事業単位職員の子の医療問題について、衛生部と國務院人事局は「国家機関職員の子の医療問題に関する規定」を出し、医療費を集める方法について解決した。64年5月には衛生部と財政部が「公費医療を受給する国家公務員が外地で医療を受ける交通費についての報告」を定め、外地において診療を受ける場合の交通費(宿泊と途上の食費補助は含まない)は出張旅費規定に照らして本人所属単位の出張費として支払うことを批准した。

- 17) 頒布目的は公費医療の規範化、制度化であり、医療サービス及びサービス効率の向上であった。頒布されたのは65年10月には「公費医療の改善問題に関する通知」、74年1月には「衛生事業計画財務における若干の問題に関する意見」と「公費医療受給職員の自費薬品範囲試行の連合通知」、79年10月には「公費医療、労働保険医療自費薬品範囲の受給検査に関する規定」などである。また81年10月には江蘇省に対し「強壯剤、栄養剤、飲料等保健類薬品の公費医療不負担に関する通知」が転送されている。
- 18) 人民公社と生産大隊。
- 19) こうした点から都市の医療機関の多くは、医療水準を問わず供給過剰状態だといわれている。
- 20) これらのなかで差異が最も大きいのは都市と農村間である。
- 21) これらの措置により以下のような成果を得た。
- (1) 99年1～10月までの間、黒龍江省は医薬品の販売における違法収入2134万元を検挙、うち230万元を地方財政に組み入れ、212万元を患者に返還、陝西省は違法収入1131万元を検挙した。
 - (2) 青島市衛生部門は99年9月に率先して公開入札制度を実施。医薬品納入において受給者双方が毎週1回の商談会を開き、価格を公開するとしている。結果入札価格は平均4%下がった。遼寧省は11月に省に属する17の医療機関に対し医薬品の共同納入管理を始めた。
 - (3) 海南省は省が管理する100品種の医薬品価格を全面的に引き下げ、値下げ幅の平均は15%、最大幅は60.94%に達する。この措置で市民は年間8000万元の医薬費節約ができると予測している。
 - (4) 杭州市衛生部門は、市立病院では医薬品売買で得た収入を職員の福利に組み込む事ができないと規定。異常な消費量や販売に係る違法行為が見つければ、該当する医薬品の使用停止措置をとることにした。結果99年4月以来、すでに20種類の医薬品使用が停止されている。
- 22) 具体的には衛生部門が一括管理し専門家が経営する医療機関とは従属関係のない独立した薬局や薬店を設立し、医薬品の品質を保証した上で患者に購入の選択権を与えること等が考えられる。このようにすれば競争原理の導入により医薬品の小売価格が制限されるからである。
- 23) この負担割合は地域によって異なるがその多くは医療費用の10～20%である。
- 24) 公的な社会基金をつくるための費用徴収のこと。「統籌」の原義は全面的計画配分である。以下そのまま原語を使用する。
- 25) 九江市の個人負担比率は、医療費が個人年収額の5%を超え5000元までの場合は15%負担、5000～10000元の場合9%、10000元以上の場合2%である。鎮江市の場合は同じ費用区分でそれぞれ10%、8%、2%となっている。遞減原則に基づき、発生した費用が大きいほど個人負担は少なくなる方式である。
- 26) 紅軍は1928～37年までの中国工農紅軍の略。これに参加した元兵士をさす。
- 27) 医療保険指定医院は衛生主管部門と医療保険機構によって前年度の公費と労保医療の個人受診費用の平均、入院日数の平均、一日当たりの入院費用の平均をもとに合理的な支払額の基準を算出し管理する。
- 28) 2%の管理費と4%のリスク預金をのぞいた金額。
- 29) 中国の退職は「離休」と「退休」の2種類に分けられる。「離休」は80年及び82年に国务院から出された老幹部を対象とする養老制度で、一般には49年以前に革命活動に参加した者をさす。
- 30) 既述したように医療供給側が利益追及のために患者に対して不要な各種検査を行ない、実態以上のオーバーな診断を下す現象、また患者側では家族の1人が病気と称して家族全員が薬を得たり、家族全員が協力して1枚のカードあるいは個人口座を利用して故意に赤字とする現象などが蔓延している。
- 31) 中国の地方行政区画は2層または4層で、地方政府もそれに応じ2級ないし4級から構成されている。現在ほとんどの省は4級からなる管理体制を導入、省 地級市(自治州) 県(自治県) 県級市 郷、鎮という体制である。
- 32) この項目は養老保険の実施に基づく教訓を踏まえ、指導層によってかなり強調された。中央所属、あるいは

省レベルの単位が地方の社会統籌に参加しないと、その地域の互助機能が弱くなるからである。また鉄道・電力・遠洋運輸等、地域を跨ぎ流動性の高い業種については、特殊な方式をとることが認められている。

33) 国家公務員の福利待遇は、一般労働者より高い。これは国際的な慣例であるが、これは現在養老、医療、住宅等の方面にわたっている。

参考文献

- 陳立・李虹編，1995，『社会保障…市場経済的の穩定器』中共中央党校
- 費梅平編，1999，『社会保障概論』華東理工大学出版社
- 郭崇德主編，1991，『社会保障学概論』北京大学出版社
- 国家経済体制改革委員会編，1995，『社会保障体制改革』改革出版社
- 国家統計局編，1998，『中国物価及都市住民家庭収支調査統計年鑑1998』中国統計出版社
- 国家統計局等編，1999，『中国労働統計年鑑1999』中国統計出版社
- 胡樂亭主編，1995，『社会保障概論』中国財政經濟出版社
- 労働省・社会保障省人事教育部編，1999，『社会保障業務講座』中国労働社会保障出版社
- 労働省人事局・社会保健管理局編，1996，『社会保険基金管理』中国労働出版社
- 李珍，1998，『社会保障制度与經濟發展』武漢大学出版社
- 劉学民主編，1998，『医療保険291問』人民法院出版社
- 馬蘭瑞，1997，『中国社会保障制度重構』經濟科学出版社
- 三菱総合研究所編，1999，『中国情報ハンドブック1999年版』蒼蒼社
- 潘銳軍，1995，『社会主義市場經濟中的分配制度与社会保障制度』青島出版社
- 汝信・陸学芸・単天倫主編，2000，『2000年中国社会形勢分析与予測』社会科学文献出版社
- 宋曉梧・張中俊・鄭定鈺，1998，『中国社会保障制度建設20年』中州古籍出版社
- 中国研究所編，『中国年鑑』91～98年 評論社（94年までは大修館書店発行）
- 衛興華主編，1992，『中国社会保障制度研究』中国人民大学出版社
- 徐文虎・曹恒春等編，1993，『中国社会保障制度改革』復旦大学出版社
- （財）アジア太平洋センター編，1999～2000，『中国動向』No.33/40/41
- 張彦・陳紅霞編，1999，『社会保障概論』南京大学出版社
- 鄭功成，1994，『中国社会保障論』湖北人民出版社
- 朱慶芳主編，1993，『社会保障指標体系』中国社会科学出版社
- 朱勇・潘屹，1995，『社会福利的变奏』中共中央党校出版社
- 中国国情研究会編，1998，『中国国情報告1998』中国統計出版社