

# 博士学位論文

「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」

要旨

胡 琦

## 1. 問題意識

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、中国では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。国営企業は、中央政府から経営管理自主権を取得し、新たな展開に向かった。これに最も影響されたのは職員向けの医療保険制度である。本来の「ゆりかごから墓場まで」の医療保険制度は崩壊してきた。

1982年の憲法改正による「人民公社の解体」宣言によって、農村における集団経済が解体された。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。長期にわたり多くの国民が無保険状態に陥った。

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。だが、十数年を経て、「看病難、看病貴」が社会問題化しつつあると指摘されている。この問題をめぐり、医療保険制度形成過程及び医療資源利用の効率性の面から検討したいと考えた。

## 2. 論文の構成と各章の概要

本論文の内容を大別すると、3つの部分で構成されている。第Ⅰ部においては、医療保険制度の歴史的形成過程に着目し、新中国建国初期の医療保険制度から現行の医療保険制度の変化を辿ると共に、各時期の医療保険の特徴を検討している。第Ⅱ部においては、現行の医療保険制度が実施された後、国民の受診に与えた影響や医療現場の状況、さらには、医療資源の角度から現在の医療業界に存在する問題を検討している。第Ⅲ部においては、第Ⅰ、Ⅱ部の結論を踏まえ、今後の医療政策を提案している。各章の概要

は以下の通りである。

## 序章

### 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2章 遅滞期—旧医療保険制度の発展

#### 第3章 模索期—試行医療保険制度の創設

#### 第4章 転換期—新制度への転換

#### 補論 医薬品の流通と薬価の決定

### 第Ⅱ部 医療業界の実態

#### 第5章 患者・医師・医療資源からみた医療業界の問題点

#### 第6章 医療資源利用の効率性に関する実証分析

#### 第7章 医薬分業制度の創設とその現状

#### 補論 病院内の医薬品の購入方式

### 第Ⅲ部 今後の医療政策

#### 第8章 地域医療連携

## 終章

まず、第1の部分(第1-4章)においては、中国における現行の医療保険制度形成過程を萌芽期、遅滞期、模索期、転換期といった4つの時期に分けて繙いた。第1章では、は、新中国建立の直後から文化大革命の直前まで萌芽期を検討した。この時期には、中国で最初の医療保険制度である労働保険、公費医療及び農村合作医療保険制度の基盤を整備してきた。当時の医療保険は、「公的」医療保険というより、「集団型」医療保険といったほうが適切であった。それは、当時の医療保険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からである。すなわち労働保険が工場や鉱山などの国营企業、農村合作医療保険が生産(大)隊、公費医療が国家機関を中心として各自の出資により立てあげられたものである。それで、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。制度にはまだ不完全で未整備なところがあったが、経済が十分に発展していない段階での当時の中国にとっては、重要な制度と考えられる。

しかし、「文化大革命」の始まりをきっかけにして、医療保険制度が遅滞期に陥った。

第2章では、60年代から80年代にかけて医療保険制度の発展情勢について検討した。文化大革命期間にわたり農村合作医療保険制度は最盛期を迎えた一方で、労働保険は「修正主義」と批判されて壊滅し始めた。1978年の改革開放政策の推進に伴い、国有企業の自主的管理体制の整備が進められ、多くの国有企業の財政が破綻寸前に陥っていた。そのため、企業が従業員の医療を保障できなくなった。一方、「人民公社の解体」宣言によって、農村合作医療制度が壊滅的な打撃を与えられた。このほかにも、公費医療においても医療費の浪費・高騰問題が生じてきた。

こういった背景の下で、90年代に入り、全国各地で新たな医療保険制度が試みられ始めた。第3章では、90年代の初頭から半ばまでの模索期における試行導入した医療保険制度について紹介してきた。その試行医療保険制度の中で、現行の医療保険制度に最も大きな影響を与えたのは、両江、深圳及び海南において実施されたものである。

3つの医療保険モデルに基づき、現行の医療保険制度が次々と誕生してきた。第4章では、90年代後半から現在までの転換期を紹介した。長期にわたり多くの国民が無保険状態に陥っていた背景を踏まえ、城鎮従業員向けの城鎮職員基本医療保険が1998年に、郷鎮の人々向けの新型農村合作医療保険が2003年に、そして城鎮の住民向けの城鎮住民基本医療保険が2007年に登場してきた。

旧医療保険制度の「集団型」といった性格に代わり、現行の医療保険制度は各地方政府が組織している。医療保険制度の概要は中央政府に決定されたが、具体的な詳細や方針が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。そのため、地域間で医療保険が通用しづらくなるあるいは通用できない場合も生じる。これは中国における医療保険制度の1つの特徴「地域限局性」である。

このほかにも、中国における医療保険自体にも「限局性」が存在する。それは医療保険の仕組みにから発生している。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、指定される治療と「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、保険は全国中の医療機関で使えるものではなく、地域内における指定される医療機関のみで適用されることである。

第I部の最後では、補論として医薬品について研究した。主に医薬品の流通ルート、

病院内の薬局での医薬品の購入及び薬価決定方式と行政管理といった3つの内容を明らかにした。

第Ⅱ部(第5-7章)では、新医療保険制度が導入された後、医療業界の実態について検討した。まず、第5章では、国民の視点から医療保険制度の導入が受診に与えた影響を確認し、医療現場の医師の視点から医療環境の状況を探り、また医療資源の角度から医療業界において存在している問題点を考察した。明らかになったことは、第1に、医療保険のカバー率が大幅に上昇してきたが、経済的理由で受診しづらい人々が多く、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り、生活習慣病罹患率が高くなるということである。第2に、医療現場における90%以上の医師は現在の職場環境に不満があり、主な理由は「自分の収入が仕事量に応じていない」「ストレスが高い」ということである。また、医師と患者間の信頼関係の崩壊も明らかにした。第3に、医療資源が地域間において偏在している問題があるということである。それは、医師と看護師が地方と首都圏間または内陸地域と沿海部間において偏在していること、学歴の高い医師が都市と農村間において偏在していることとの2つの面に表れるということである。第4に、農村においては基礎医療機関の数は減少しているが、都市においては「逆ピラミッド型」受診という現象が現れ、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くなることである。これが生じる1つの原因は、患者の医師に対する信頼感が脆弱になり、医療技術や医療機関の施設が医療機関を選択する際の指標となることと考えられる。

第6章では、上記の「逆ピラミッド型」問題に着目し、1989年から2012年までの各等級病院についての統計データに基づき、現在の医療資源に浪費問題が存在していることを検証した。具体的には、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が医師1人当たりの1日取扱患者数に影響を与えるかどうか検証した。推定結果から、1989-2012年の期間にわたり病院の等級が患者の受診行動に影響することが確認された。そして、操作変数法(IV)の結果から、病院の等級は財政補助金・科研費と医師1人当たりの年業務収入によって患者の受診行動に影響を与えることが分かった。このことは、患者の受診行動に影響する要因は病院に揃っている医療設備や在勤医師の技術であることを示唆している。これにより医療資源利用の非効率性問題が生じる傾向が見られる。

第7章では、医療業界と密接な関係にある医薬分業制度について検討した。90年代初期、医療機関では請負経営方式を推進してきた。政府からの補助金が低い状況の下で、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に対して、医療機関では「以薬養医」という現象があった。すなわち、医薬品販売によりもたらす潤いが経済的に病院を支える。また、医療費が高騰したのと共に、医療費に占める薬剤費の比率が50%–60%に達した。こういった背景の下で、2000年中国における医薬分業制度が誕生した。日本の医薬分業と異なり、経済的に医業と薬業を分離することを強調した。医師と薬剤師それぞれに分担すべき職能を明確にしていない。制度が導入されて以来、十数年が経過したが、患者1人当たりの薬剤費の医療費に占める比率が50%となり、そして薬剤収入の総合病院の総収入に占める比率が40%超となっている。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っと低いと思われ、勤務環境に対する不満の声が次々と上がっていく。その不満を減らそうとするため、医薬品メーカーからもらうリベートにより自分の収入を補うようになった。こうして患者の医療費が高騰する。これも患者と医師間の信頼関係が崩壊した一つの原因であると考えられる。

第II部の補論では、医薬分業制度に関係がある病院内の医薬品の購入方式を考察した。その購入方式は、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方式である。

第IIIの部分(第8章)では、第I、II部で得た結論を踏まえ、今後の医療政策としてどのようなものが可能となっているのかについて検討した。まず、コモنزの悲劇、比較優位論、マーケットデザインといった3つの経済学理論から分析した。分析結果は、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体制を整えること、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こと、そして地域医療資源の活用のために医療機関の間でネットワークを構築することである。これを実現させる対策としては、医師同士間の協力関係と患者医師間の信頼関係を構築しつつ、地域における医療連携を推進することと考えられる。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。

### 3. 結論

本論文では以下の結論を明らかにした。第Ⅰ部では、中国における医療保険制度形成過程の回顧を通して、現行の医療保険制度が「限局性」といった特徴を持っていると結論づけた。この「限局性」は、医療保険制度自体の「限局性」と制度実施の「地域限局性」といった2つの面で表れる。

第Ⅱ部では、経済理由で受診を受けづらい国民が少なくないことに加えて、医療現場の医師が現在の勤務環境に不満があり、医師と患者間の信頼関係が崩壊したこと、そして以前の統計データを検証した後、医療資源の利用における非効率性問題が存在していることを明らかにした。また、医薬分業がうまく推進できない最も大きな理由は、医療関係者が抵抗していることである。無理に医薬分業を推進しても、医師が自分の収入を増やすため、患者との間の情報非対称により、医療の需要を誘発する恐れがある。その結果、リベート代を医薬品のコストに加え、過剰医療が発生し、医療費の高騰が生じることとなる。

第Ⅲ部では、第Ⅰ、Ⅱ部で得た結論を踏まえ、地域医療連携を推進するという対策が中国の医療業界の実情に応じるものであることを明らかにした。本論文では医療保険制度の特徴と医療業界の問題点を結び付けて検討したが、十分な検討を行うことができなかった問題も残されている。たとえば「留守児童・老人」の医療をはじめとする僻地医療問題がどうやって根本的に解決するか、今後の医薬分業がどう地域医療連携モデルと繋がるかについては今後の研究において明らかにしていきたい。