



中国医療事情の紹介と新年度に向けての雑感

南区支部 七戸 真

小泉政権下における医療費削減の流れがその後の安倍政権へ引き継がれ、自民党参院選大敗後に福田政権に至って、漸くこの流れが多少変化してきた様子がある。しかしながら、景気停滞及び借金漬けの日本が、今後抱える先行きの問題は大きい。平成19年12月26日の日本経団連評議員会でのあいさつで福田首相は、「日本経済のパイを大きくしなければ分け前が少ない。経済を何とかして今の規模より大きくしていかないと、日本のこれからの社会が維持できない」と述べ、高齢化社会における社会保障費の増加に対応するために経済成長が一段と必要になるとの考えを強調した。また、同年12月27日の財政制度等審議会（財務相の諮問機関）の西室泰三会長は、会合後の記者会見で2008年度の政府予算案について、一定の評価をする一方「制度改正を先延ばしして、一時しのぎ的な施策があちこちに見えるのは極めて心配。」と苦言を呈し、医師への診療報酬引き上げについても「極めて残念」と不快感を示した。

しかしながら、こういう現状から一転して景気が浮揚し税収が激増すれば、あちらこちらの予算増額に風当たりが弱くなり、結果的に医療にも予算が回ってくることは誰もが当然の帰結として考えており、疑いを抱く人は少ない。現に本邦において地方を覗くと、財政の厳しい状況下にある夕張市の医療にみられる予算減とサービス縮小は、諸報道により周知の通りである。逆に、地方でも景気の良いところである愛知県などでは所得制限なしで、平成20年度から小学校入学前までは通院及び入院医療費が無料で、中学3年生までは入院にかかる医療費を無料にすることに決定。経費増加の年間予算23億円を平成19年度の助成額56億円に上積みで見込

んでいる。今後、後期高齢者医療においても「景気の良い地域はどんどん良く、景気の悪い地域はどんどん悪く。」というように地域格差は、広がりをもてることが予測され、北海道後期高齢者医療連合においても北海道の経済状況によりその運営状況が左右されるであろう。

現在、アメリカのサブプライムローン問題の流れで経済状況は世界的に良いとは言えず、これからの日本経済の先行きも全く不透明である。その一方、中国についていえばいまやGDP世界第三位、毎年10パーセント余りの経済成長を続けており、今年8月の北京オリンピック及び2010年上海万博も控え、不景気とは無縁の経済拡大が今後も見込まれている。本邦では1964年に東京五輪、1970年には6千万人を集めた大阪万博が開催されたが、その頃の活気にあふれた日本と今の中国が良く似た状況にあることは周知の事実である。もちろん、上海バブル崩壊は近いとか、中国とはいえサブプライムローン問題から逃れることは出来ず、大不況は避けられないといった見方はあるが私はおそらくそうならないであろうと判断している。経済予測に、大きく触れることが本稿の主旨ではないので省くが、一つ挙げれば土地が全て国有であって、土地担保の概念からみると世界一の金持ち国家であるという意見がある（土地使用者はある意味、借地を利用することになるので）。経済発展が続く中国で今の医療事情はどうなっているのか。本当に「経済規模が拡大し、景気が良くなる過程で単純に医療も良くなっていくのか」ということを考える材料として、少ない資料から中国の医療の現状を提示したい。

去年私が聞いた話だが、知人が中国に仕事の

都合により赴任することとなり、それにあって職場の上司から現地の生活上のアドバイスを受けた。その際に、写真付きのパンフレットをみせられた。その中に赴任地近くの病院内を撮った写真があり、看護婦さんがヘルメットをかぶっている様子が写っていたと言う。知人が「これは何ですか。」と上司に訪ねたら、「ああ、中国の病院では病院のサービスに不満を持っている人が多くて、患者が病院職員に暴力を振るうことがあるから、危険防止のためじゃないの。」といわれたそうである。まさか中国の全病院で看護師が、ナースキャップの代わりにヘルメットをかぶっているわけではないと思うが、聞いた私は驚き、中国の医療に少し関心を持つようになった。

中国ではここ数年「看病難」「看病貴」という言葉が注目されている。これは、医療を受けるのが大変であるという意味合いである。それは、整った病院も少なく、医療費が高いという2点が大きい。大病院は患者であふれ、名の通った医者にかかるためには、少なからぬ金銭を払ってダブ屋のような者を通して口を利いてもらうこともあるらしい。去年のNHKスペシャル激流中国で、病人が家族から一人出れば生活費や教育費を著しく圧迫するため、200mHgを越える高血圧の中年女性が、家族が治療を受けるよう涙ながらに勧めているにも拘らず、家の事情を考慮して治療を拒否している痛々しい姿が流れたのを視た方も多いと思う。

2006年の上海市の年間平均可処分所得は、一人あたり約9,000～10,000元（1元＝約15円）であるが、地方の農民や都市へ出稼ぎに来たいわゆる農民工などはこれよりも相当低くなる。上海では、一人が一回の診察毎に支払う平均医療費は500元前後に及ぶという。平成19年4月2日の日経新聞で、広東省広州市内の病院に3週間ほど思い貧血で入院した68歳女性について一回一千元の輸血代や検査代、入院費用などで治療費が3万元に達し、「もうお金がない。退院するしかない。」との話が紹介されている。また、去年日本でも問題になった患者遺棄事件においても、ネット上で中国の事例がいくつか

報告されている。もっとも、日本の場合はいわゆるモンスターペイシエントの側面があったが、中国の事例はどうであろうか。以下一部を挙げる。

2003年11月、最低気温が0度近いある日の早朝に、上半身裸で濡れたズボンを穿いた男性が上半身に布がかけられただけの状態、病院スタッフに捨てられていた。病院側は、交通事故に遭った身元不明の男性を捨てて、あとは救急車で別の病院に運んでもらおうと目論んでいたらしく、約1万円の治療費が未払いのまま、男性は凍死した。また、2006年5月、脳挫傷で入院していた当時53歳の男性は、医療費を2万元滞納し、病院側は男性に支払能力がないと判断、家族も男性を引き取ろうとしなかったことから病院側は「仕方がなかったので」、「男性の住所であろうと判断される場所」の道端に、裸に白いシーツをかけられた姿で遺棄した。他の例では、病院ではなく父親が20万円の治療費を請求されて払うことが出来ず、白血病の娘を病院に捨てていった事例などがみられる。

救急車の到着時間は、日本の平均6.4分に対し上海市内は平均12分（日経新聞、平成20年1月7日）であるが、他のネット上の記事を見ると日本人旅行者がバスの中で具合が悪くなり救急車を呼んでくれるよう周囲に頼んだところ、それ以上に迅速対応が難しかったような内容であった。2007年7月29日に発生した駐中国韓国公使である黄正一公使（52）の急死事件も波紋を呼んだ事件として記憶に新しい。これは、公使がサンドイッチを食べ腹痛を訴えたため、7月29日に北京市内の病院でリングルや抗生剤の点滴を投与されたところ20分後に死亡したとされる事件である。公使の心臓病説や医療ミス説などがささやかれたが、韓国側では対応を現地大使館レベルから「政府レベル」に格上げし、外交通商省内に作業チームを設置し、劉少賓・駐韓中国大使代理に徹底調査と公正で科学的な報告を求めた。

中国の医療保険制度は、建国初期には、都市部と農村を分離した制度であった。都市部では党幹部、公務員、大学生が対象者である「公費

医療」があり、経費は各都市の財政部から提供された。しかし、利用者負担が無いため医療費は上昇し過ぎる結果を招いた。1978年に全国の公務員など従業員の医療費支出は38億円で、1995年には654億元に達し、年平均上昇率は19.4%という高さであった。もう一つは「労働保険医療」で、これの特徴は社会医療保険であり、対象者は国有企業の従業員と少数の集団企業の従業員である。経費は、企業の収入総額の一定比率を拠出する福利金であった。対象範囲は限られており、利用できない労働者もいた。

一方、農林部では1940年頃から「合作医療制度」が始まった。性質は地域医療保険であり、全国に拡大し1976年までには全国の85%生産大隊（現在は行政村）が合作医療制度を設立した。経費は主に集団の公益金で、農民が一部を負担した。この制度は農民の健康の向上に対して、積極的な作用を発揮し、世界から注目された。しかし、請負生産責任制度や人民公社の廃止など経済体制の改革や衛生事業の発展に伴い、問題点が露呈し、1980年の初期にはほぼ解体され、殆どの農民が無保険医療になってしまった。

1980年以降から、中国は医療保険制度についていくつかの改革をした。第一の段階は1992年度までの改革目標として医療費の上昇を抑えることであった。内容は利用者の費用分担と病院における医療費の抑制である。第二の段階は1998年に12月14日に「国務院から市、鎮の公務員に対する基本医療制度を建てる決定」を公布したことである。改革の内容は①医療保険基金は企業主と個人が負担する。企業は総収入額の10%、個人は総収入額の1%を負担する。②社会総括基金と個人の口座を作成する。企業が負担する10%のうち半分は社会総括基金に、他の半分と個人の1%は個人の口座に振り込む。③利用者は利用時、まず個人の口座から支払い、残額が無くなれば現金で払う。この現金払いが年収の5%を越えれば社会総括基金から支払う。ただ、この場合は個人も一部分の医療費を負担する。負担比率は医療費の増加に従って下降する。医療費の個人年額5千元未満では、個

人が10~20%の負担が生じる。5千元~1万元では個人が8~18%の負担で、1万元を越えれば個人が2~5%を負担する。

この改革により、鎮江市では約95%を越える企業、個人が医療保険基金に参加し、この改革の満足度は71.3%に達したとの資料がある。医療費の増加を抑え、病院サービスの質が向上したようである。

さらに、2007年7月23日、温家宝首相は「都市住民基本医療保険の推進に関する国務院の指導的意見」を発表し、1998年に始まった「都市労働者基本医療保険」の範囲を拡大して、都市住民をカバーする保険制度の確立を目指すことを明らかにし、医療改革を大幅に推進することが期待されている。中国各地で試行が始まり、中央政府の計画では、2010年までに今回の都市住民医療保険のカバー率を100%、新型農村合作医療は2008年までに全農民をカバーすることを目標にしている。中国の医療改革は、「都市労働者医療保険」「新型農村合作医療」「都市住民基本医療保険」の三つによって完成を目指すようである。ただ、出稼ぎ農民の扱いは地域によって異なり、この三つの保険のどれかに該当するとされるか、いずれにも該当しない無保険者とされている。今回の試行については、地方に任せる方向で検討されているという。

長い用語が錯綜している上、中国医療制度の流れを今一つはっきりさせられない文章になったことは御容赦いただきたい。まとめると、まだまだ改善過程にはあるが新興国らしい発展が医療にも見られるとあって良いと思われる。しかし、出稼ぎ農民など弱者にとって満足のいく医療の提供についての道のりは長く思われ、貧富や地方格差については本邦と変わることは無い。最近のネット情報では、WHOによると、全世界の2割を越す人口を有する中国で、政府が保健衛生に投入する金額は世界全体の僅か2%である。中国の保健衛生に関する公平性は、世界で188位と下から4番目の位置にある。2004年の統計では医師数は152万967人、看護師は130万7814人であり、看護師より医師が多く、看護師不足などというレベルではない。

つまり予算規模も、人材も全く不足していることは明らかである。

また最近のある資料によると「重要なのは、医療機関を市場経済体制に組み込むこと。そうすることで、人的資源の有効活用が出来るのです。」と語る労働社会保障部の担当者もいることから、映画「シッコ」にみられたアメリカ医療の市場経済の浸透による失敗を繰り返さないかどうかの懸念も残る。現に中国最大の生命保険会社「中国人寿保険」(市場シェアの約4～5割を占める)の株価は2004年1月から現在までの約4年間で7～8倍になった。ネットでその値動きの月足チャート(株価の動きをあらわす棒グラフ状のもの)を見ると驚嘆すべき右肩上がりであることが分かる。つまり、中国の医療ビジネスに相当の利潤が期待できるので、今後アメリカのように本格的な医療保険会社が乱立することに加えて、アメリカのテネット社(米国第二位の病院チェーン)のように2000年10月から2年ほどで株価が倍になるような医療関連型企業が出てくる可能性がある。これらの企業団体が一度既得権益を握ると後の結果はいわずもがなである。こうした国内状況下で、中国の貯蓄率はGDP比6割に及ぶ高率であり、国民は公的制度の先行きに安堵を覚えず自己防衛に励んでいる様子である。実際、中国国民の医療支出は消費支出の第3位を占めるほどの高負担である。

結論として、経済隆盛の過程においても弱者が手厚い医療の恩恵を公的に受けることは、至難の業であることが言えると思う。日本の医療の場合は、アメリカのように市場経済が浸透するには至っていないが、先進国の中では公共事業に多大な国家予算を振り分けてきたために、間接的に医療福祉関連予算削減の被害を社会的弱者が今後も受けつづけることが予測される。ちなみに、中国事情に明るい某著名投資家によれば「中国は北京オリンピックと上海万博の後に、大型公共事業がめじろ押しになる。」と予想しているので、今後中国も同じ轍を踏む可能性がある。

2006年のノーベル経済学賞を受賞した米コロ

ンビア大学教授のエドムンド・フェルプ氏の受賞理由をネットで検索すると「財政出動や金融緩和で受容を喚起すれば失業を減らせるとしていた、かつてのマクロ経済理論の限界を指摘し、経済政策に強い影響を与えたことが評価された。」というものである。さらに解説すれば「王立科学アカデミーによると、60年代までは、インフレと失業は反比例した関係にあって、インフレにつながる財政出動や金融緩和の手法で失業が減らせるとされていた。このため、経済政策でインフレ抑制と失業減少のどちらをとるかが大きな課題となっていたが、フェルプ氏は個人や企業の行動から雇用の動きを分析し、長期的には失業とインフレとは関係が無いことを示した。これによって財政出動による雇用拡大策の限界を指摘。企業の求める人材と労働者の能力を適合させる構造改革の必要性を見通し、現代の経済政策の礎を築いた。」というものである。

確かに、日本では新しい経済学の知識が豊富な竹中平蔵氏が、構造改革を行っていたときこそ少し景気が持ち直した。だが、中学生が歴史で習う1930年代アメリカのニューディール政策の成功から概念が進歩していないような、建設族及び道路族の議員の巻き返しにあって構造改革は停滞し、再び景気は下降気味である。先進国の中でも日本の対GDP公共事業費は(参考文献、医療立国論に掲載のOECDデータ)、米(2.5%)、英(1.75%)、仏(3.2%)、独(1.4%)と比べて断トツの3.5～4%である。100年に一度の洪水や、恣意的なアセスメントによる工業用水や飲料水を想定したダムや地方起爆剤を理由にした道路や作り等が未だ止まず、道路特定財源の一般財源化も進行がみられない。

ただ、小泉政権下では構造改革と共に聖域なき予算削減が行われ、医療までもがその対象になったことは、大いなる間違いであった。その一つが、老人や障がい者を療養病床から追い出すことであったが、福祉や医療事情が悪くなると、稼働者が家庭内介護に労力を費やすことによるマイナス経済効果が出て、国内経済にむし

ろ悪い影響がでることは当事者の声から容易に想像できたはずである。高齢化社会において求められる仕事は、大型土木工事ではなく主に介護や福祉であり、そこで働く人材である。もちろん、療養病床もそこで重要な役割を果たしてきた。これらが充実すれば、国民も心から国の豊かさを実感できることは明らかである。しかるに、我が国ではその従事者への報酬はあまりに安く抑えられている。対策として、フィリピンなどアジアから看護師等の労働者を呼び込むだけで済む問題ではないであろう。

この流れは、どこに責任を求めればよいのであろうか。療養病床向けに病院改築をしたところ厚生労働省の療養病床再編のあおりを受けて、赤字で運営の目処がたらず空床のまま施設を放置せざる得なかったある病院長の嘆きが、去年あるテレビ番組で報道されていた。「我々は、20年を想定して資本投入したが方針がすぐ変わる医療行政の被害に遭ってしまった。」と語っていたものである。こういう話を聞くと、去年の新聞報道で舛添厚労相は「二十年、三十年先を見据えた、日本の医療の長期ビジョンをつくるため研究会を設置したい。」と語ったのも当然の流れといえる。事実、厚労省は、平成20年1月7日に省内で、「安心と希望の医療確保ビジョン会議」の初会合を開いた。これは医師確保、病院再編、在宅医療の推進、混合診療といった医療を巡る諸課題に対応するため、10～20年後を見据えた長期的ビジョンを策定するために設置されたものである。会議の名称は立派だが、結果的に医療関係予算の削減に協賛するような答申がなされないかどうかは、今後注視していく必要がある。

トヨタやキヤノンなど一流企業といえど、市場拡大を予測して製造設備に過大投資をしたものの、在庫の山を生み設備停止の失敗に終われば、それは市場の見通しを誤った企業トップ経営陣の責任と言えよう。しかし、病院は企業と違って、自由な自己裁量によるビジネスで利益を得ているわけではなく、保険点数配分など行政の営業方針と医師法に従わされている。そして報酬は、保険料や税金という国民の負託を受

けた強制徴収金を、病院経営者が拝領する形で成立しているのである。気まぐれで予想不能な市場の動きと違って、行政は高い保険点数という撒き餌で、病院経営者を意のままに誘導し、その結果医療従事者や患者がどこへ向かったのかの統計資料も全部知りうる立場にいる。それでありながら、突然「療養病床は、医療必要度の高い患者に利用を限定します。老人保健施設に変えなさい。看護基準も引き上げます。」などとハシゴをはずされて病院が倒産しても、なんら政府から直接謝罪や弁済が行われるわけではない。つまり、受益者から費用を強制徴収しておきながら責任を取らないトップが、医師という半公務員のごとき労働者に責任転嫁をしているのが日本の医療である。

こうしたニオイが出てくることを見通してか、1950年代から60年代にかけての武見太郎会長の時代は、保険医総辞退などのストライキ戦術にでたこともあった。それに対して、国もそれなりに点数引き上げなどの理解と譲歩を示してきたことで、人事院勧告のごとき効果がでて、医療者も過激な実力行使に至らず収まってきた経緯がある。当時の武見日医で医療政策の基本路線は以下の四点にまとめることができた。①地域医療の促進、②制限診療の撤廃、③医師の主体性の尊重、④診療報酬の引き上げである。これらは、40年以上の時を経てもなんら退色せず、現在の問題をそのまま具現化している。そして、これからも何らかの戦術で現在の日医が戦術を生み出さなければ、事態が好転しないのも同じである。ただ、戦術としては、保険医総辞退はさすがに難しいし、逆に懐柔策としての組織票集めや政治献金なども最近の結果や世情をみると肯定できるものではない。

そこで、一つの案として行政訴訟などはどうであろうか。医療行政の方針に沿って懸命に努力してきた病院の倒産などに対して、政府や厚労省が無責任な態度を取り続けてきたことを裁判所はどう判断するのか誠に興味深い。法の判断の裏づけ無くしては、官僚の「在任期間中の事なかれ主義」を越えて継続する責任体質は生まれないのではないかと。ただ、医療とは関係な

いが「ドミニカ共和国移住問題」など、明らかにひどい失策と思われるものでさえ、国に責任を認めさせ何らかの保証を得ることは多大な時間を要し「労多くして、益少なし。」との厳しい現実がある。

もう一つは、医療に予算をつけるよう与党に要求するばかりではなく、予算の付き過ぎている公共工事などに医師会が反対圧力をかけることである。もちろん、積極的にやると軋轢を生みすぎるため、あくまでスタンスを取るだけのレベルで構わないと思う。考えてみれば、野党は自らの政策実現のための財源に話が及ぶと、「防衛費を削減せよ」とか「大企業や金持ち優遇の税制をやめろ」などと叫んできたし、家庭においても家計が苦しくなると「亭主の小遣いを削れ」という圧力が女房よりかかる。新聞の世論調査でダムはいうに及ばず、北海道新幹線

なども推進と反対でほぼ半数に割れていることから、あながち私利私欲のために医師会が地元発展の阻害をしているという話にはならないはずである。与党も、うるさい団体には譲歩案を出して、懐柔しようと言う気になるものではないだろうか。

以上、中国医療事情から浅知恵の私見まで述べたが、諸先生の参考になるところあらば幸いである。

本文中、関連ネットホームページ及び、テレビや新聞報道、石川看護雑誌Vol. 2、2005「中国の医療保険制度と養老保険制度の紹介」、岩波新書 結城康博著「医療の値段」、日刊工業新聞社 大村昭人著「医療立国論」などを参考等させていただきました。深謝いたします。

(ときわ病院)