

★最新

CHINA メディカル・レポート vol.1

「看病難・看病貴」が社会問題化 激動する中国の医療事情

先月までの韓国の病院視察レポートに引き続き、昨年11月22日から24日にかけて視察した中国の医療事情を報告する。今月号では泰達国際心血管病医院の傅浙文氏による解説を基に、「近年急速に変化している中国の医療事情」について紹介。来月号では、首都北京で中核的な役割を担っている中日友好病院と北京協和医科大学付属医院の2病院の視察を報告する。

株式会社 MM オフィス
チーフコンサルタント 藤井 将志

「看病難・看病貴」問題

病院に行くこと自体が難しく
診療費も支払えない

中国の医療制度や病院を取り巻く環境について、天津にある泰達国際心血管病医院の事業発展部部长である傅浙文氏にお話をうかがった。

傅氏は中国で医師資格を取得し、臨床を経た後、オーストラリアでMHA (Master of Health Administration : 病院経営学修士) を取得し、帰国後、同院の設立時から事業発展部部长として関わっている経歴を持つ。

現在の中国における医療のなかで、2007年ごろから社会問題となっているのが「看病難・看病貴」問題と呼ばれているものだ。これは病院へ行くこと自体が難しく(看病難)、病院にたどり着けたとしても診療にかかる費用が高すぎて十分

な医療が受けられない(看病貴)という問題だ。中国の社会保障制度はまだすべての国民に十分に行き届いておらず、資金力のない人

は病院にかかれぬ状況である。中国政府はこの問題を重要視しており、2009年には新たな医療改革が始動した。

中国の3つの医療保険制度

国民9割以上が参加する
医療保険制度の構築が目標

現在の中国における社会保障制度は地域や職業により3つに分かれている(表1)。1つが「都市従業者基本医療保険制度」であり、都市部の従業者を対象とした医療保険制度だ。

この保険制度は、沿岸部を中心と

■表1 中国の医療保険制度

1. 都市従業者基本医療保険制度

- 都市部の企業従事者及びその退職者が対象
- 高齢者や子供、失業者へも対象範囲が拡大

2. 公務員医療補助制度

- 公務員、国営企業の従事者が対象

3. 農村合作医療保険制度

- 70年代の改革開放以降、農村医療が崩壊
- 2003年に新たな保険制度を構築
- 加入率、保険適用範囲の拡大が課題

する都市部の急速な発展に伴い加入者が増加している。これまで高齢者や子ども、失業者が保険に入れなかったことが問題となっていたが、最近、対象者が拡大され、それらの人々も加入が可能となった。このような制度変更の結果、都市部の住民のほとんどは医療保険に入れるようになった。

2つ目の保険制度は公務員向けの「公務員医療補助制度」である。この保険制度は以前から給付内容が手厚く、とくに問題とはなっていない。しかし、一度公務員を退職してしまうと、他の保険が整備されていない

ため、無保険になってしまうことが問題であった。

3つ目の「農村合作医療保険制度」は非常に大きな改革といえる。1970年代の農村部の医療は、医師は病院に所属するのではなく、中国政府の機関である人民公社に雇用されていた。このため、給料は政府から支払われ、その医師にかかるのは無料であり、現在のような「看病難、看病費」問題は起こらなかった。

しかし、1970年代以降の改革開放により、医療分野においても市場原理が導入された。その結果、農村部ではこれまでほぼ無料で受けられた医療体制が崩壊、医師の偏在も起こり、医療が行き届かなくなった。「農村合作医療保険制度」は、この農村部における医療崩壊を立て直すために始まった。

以上のように、現在中国では3つの保険制度があり、すべての国民が何らかの医療保険に加入する土壌は整っている。しかし、実際にはまだ全国民が強制的に加入しているわけではない。2009年から始まった医療改革では、「3年以内に国民の90%以上が参加する医療保険制度を構築すること」を目標に掲げている。

都市部と農村部の医療格差

保険料・給付内容とも100倍程度の差

しかし、医療保険制度が整ったとしても、保険によりサービスを提供する医療機関が十分になれば医療

は受けられない。これが「看病難」の問題だ。とくに、農村部には医療が行き渡っておらず、都市部との医療格差が非常に大きい。

さらに、「農村合作医療保険制度」と「都市従業者基本医療保険制度」では、保障内容の差がかなりある。農村保険でカバーされる医療は非常に範囲が狭く、自己負担の割合も高いことが「看病費」の問題。そもそも農村部では保険料を払えない生活水準の住民もおり、保険者にも十分な保障が行える体力がない。農村部と都市部を比較すると、保険料、給付内容とも100倍程度の差が出ており、これも国内の医療における不公平感につながっている。

では、都市部では問題なく医療が提供されているのであろうか。都市

部では農村部とは逆に病院が急激に増え過剰提供の状態、地域単位での効率的な医療供給体制とはなっていない。日本でも1985年に病床規制が行われるまでは自由に病院が開設できた。その結果、各地域の中心部にだけ同じような機能を持つ病院が乱立するという偏在につながった。同様のことが中国の都市部で起こっている。そこで、中国政府は市町村（コミュニティ）で計画的に医療衛生を発展させようとしている。

医療費増加が予測される中国

大病院志向、過剰医療も医療費増加の一因に

一方、日本における大病院志向と同じ問題が中国でも起こっている。たとえば、北京で病院にかかろうと

中日友好病院の外来診療の予定表。医師のランクにより診察料が変わる。

する場合、誰もが一番良い病院に行こうと考え、結果として大病院に患者が集中してしまう。本来、大病院でなくてもすむような患者もすべて大病院に集まってしまい、病院という医療リソースが有効に活用できていない。

また、増大する医療費をどう賄っていくかも、中国の医療が抱える問題だ。中国ではGDPに対する国民医療費はまだ5%程度であり、日本の1970年代前半と同じ水準にある。しかし、1979年に始まった「一人っ子政策」の影響もあり、今後は急速な高齢化が予測される。それに伴い、増加する医療費をどうコントロールしていくかが非常に重要な課題となる。

さらに、都市部での過剰医療も、

医療費増加を招く原因となっている。中国では医療行為に応じて収入が増える、いわゆる出来高の支払制度を採用しており、このことが過剰医療につながっている。たとえば、心血管ステント等では国内製のステントよりも外国製のステントのほうが高価でその分収入も増える。そのため、医師が外国製に誘導する傾向がみられる。

中国政府はこのような状況を解消するため、地方政府単位で材料の価格を統一する施策を実施した。しかし、その結果、統一したほうが価格は高くなるという皮肉な現象が起こった。これは入札方式による弊害の結果であると推測される。今後、どのように価格を低下させていくかが大きな課題となっている。

中国版包括支払い制度の導入

中国版DPC「臨床経路」を一部の主要疾患に導入

支払い方式に関しては、出来高払いによる医療費の増加を抑制させるため、中国においてもクリティカルパスを運用させ、病気の種類によって費用を支払う制度「臨床経路」(日本におけるDPC制度のようなもの)の導入が進んでいる。現在、日本の厚労省に相当する衛生省でどのように疾病を分類するのか研究が始まっており、心疾患やがんなど一部の主要な疾患においては、すでに各病院で疾病ごとの支払い制度が適応されている。

このようなクリティカルパスの活用による疾病、医療費のコントロールは、病院の管理者にとっては医療の質が可視化され、政府にとっても医療衛生の質を管理しやすくなる。各医療機関にとって、制度変更への対応が求められることになる。

中国の医師数は人口1,000人あたり1.69人(中医、中西医结合医も含まれる)と、韓国と同じ水準にある(表2)。しかし、母数となる人口が多いため、医師の絶対数では約210万人に上る。ちなみに、日本の医師数は28.6万人(2008年)、米国は63.3万人(2003年)で、このことから中国の医師数が非常に多いことがわかる。この医師の質を管理することも中国政府の課題の1つ。専門医制度を進めており、医師免許取得後も

The image shows two side-by-side price lists for special medical services (特需医疗部医疗收费价目表). Each list has columns for '項目名称' (Item Name), '计费单位' (Billing Unit), '收费标准(元)' (Standard Rate in Yuan), and '收费说明' (Billing Notes). The lists include various services such as consultations, examinations, and treatments with their respective costs and units.

外来の待合室に掲示されている診療行為ごとの料金表。

■表2 国別医師数比較

国名	人口千人当たりの医師数(人)	
	2000	2004
中国	1.6	1.6
インド		0.6
インドネシア	0.2	0.1
日本	1.9	2.1
韓国	1.3	1.6
マレーシア	0.7	
モンゴル		2.6
フィリピン	0.6	1.2
タイ	0.4	
オーストラリア	2.5	2.5
ニュージーランド	2.2	2.2

症例経験を重ね、上位の資格を取得していくことが求められている。

中国でも進む公立病院改革

**医療改革のなかで
公立病院の民営化を模索**

中国の病院はほとんどが公立病院であり民間病院は5%程度しかないが、病院へのアクセスを確保するために現在新しい病院がどんどん作られている。その結果、「看病難」問題は徐々に改善していくと考えられる。一方、公的病院の非効率性は課題で、多くの公立病院が多額の負債を抱えており、財務上は倒産状態の病院も数多くある。医療改革の一環でこれらの病院を民営化するなど、公立病院の経営改革を進めている。

たとえば、泰達国際心血管病医院は公立病院であるが、現在民営化に関する調査を開始している。民営化の一番の課題は、病院の土地は国が保有しており民営化する場合、与えられている土地をすべて買入れ

る必要があることだ。この負担に耐えられる私立病院は限られてくる。

現在の中国においては歯科、美容、婦人科など、比較的軽装備で収益化しやすい診療分野で民営化される傾向にある。小規模なクリニックが中心で、富裕層向けの医療機関が大半。しかし、これでは医療提供体制の効率化の根本的な問題解

決にはならない。

中国では医師の技術レベルに応じた診療費の差はあまり大きくない。しかし実際は良い医師に診てもらう場合は、医療費とは別に謝礼を渡す習慣が残っている。支払われる謝礼や有力な人脈がいるかによっても、受けられる医療や医療を受けるまでの時間に差がある。このことも「看病難・看病費」が社会問題になる要因の1つであろう。

一足飛びの医療制度構築

**先進国の過去と現在に同時に直面
「一足飛びの発展」の可能性も**

最新の中国医療事情をみてきたが、多くの問題で日本が経験してきた、もしくは現在直面している問題を中国も抱えていることがわかる。無保険者の問題や医療資源が不足する地域への医療提供体制の充実など、日本ではある程度解決した問題もある。その一方、包括支払い制度の導入による医療費のコントロール

や、公立病院の改革は現在の日本でも似たような課題を抱えている。

中国をはじめとする現在の途上国の発展は、先進国が歩んできた発展とは違い「一足飛びの発展」をするケースが多々ある。自転車の普及の前にバイクが普及したり、固定電話の使用者数よりも携帯電話の使用者数が増えたりする。また、産業構造でも、インドでみられるように第1次産業、第2次産業の順を経ずして、コールセンターなどグローバル企業のバックオフィス業務といった第3次産業が発展する例もある。

医療を取り巻く課題についても同様のことがいえる。先進国が過去に経験している課題に直面しながら、同時に現在先進国が抱えている課題にも取り組んでいる。つまり、過去の課題は先人の経験を元によりスムーズに解決し、現在の課題は先進国と同レベルで解決に取り組んでいる状況であろう。時間とともに課題が解決していくと「一足飛び」で医療提供体制が整っていくことが予想される。

藤井将志(ふじい まさし)

2006年早稲田大学政経学部卒業。同年、大手医療経営コンサルティング会社に入社、大学病院と公的病院のコンサルティングを主に行う。現在、株式会社MMオフィスのチーフ・コンサルタントとして病院経営支援活動を中心に活動。専門は病院経営改善の実行支援。医療コミュニケーション研究所主宰、NPO法人病院経営支援機構でもコンサルタントとして活躍中。