

日本財団補助金による

1997年度日中医学協力事業助成報告書

— 中国人研究者・医療技術者招聘助成 —

財団法人 日中医学協会

理事長 中 島 章 殿

1998年 3月 11日

I. 招へい責任者 立身政信 (立身)[®]
所属機関 岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座 職名 助教授
所在地 〒020-8505 岩手県盛岡市内丸19-1 電話 019-651-5111
招へい研究者氏名 劉海波
所属機関 中国医科大学予防医学系社会医学教研室
職名 副教授
研究テーマ 日本における農村保健医療福祉の歴史と現状を解明し、中国の農村社会発展の方向も探る研究

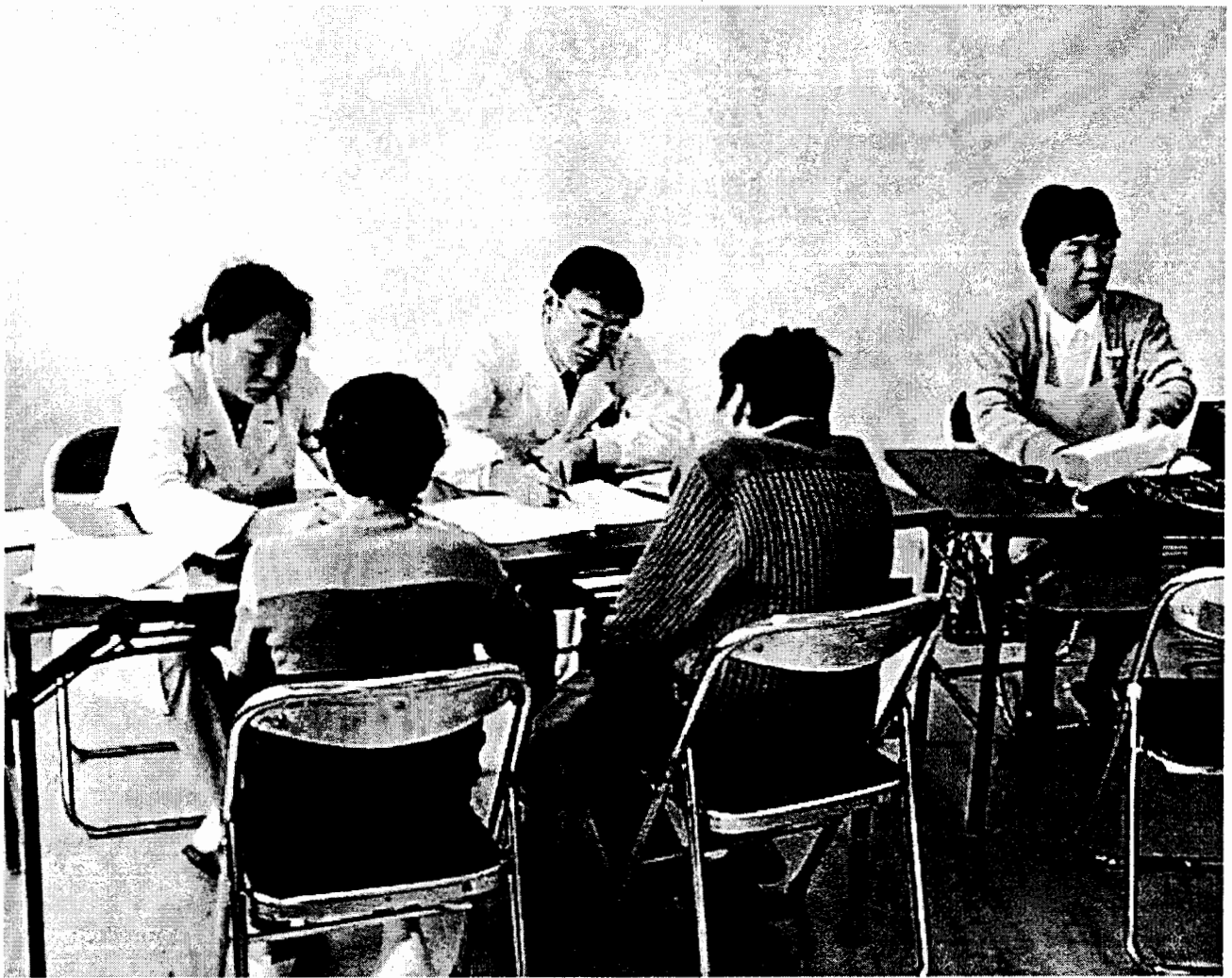
II. 日本滞在日程

1997年

9月23日(火) 来日
10月18日(土) 岩手県川井村(国保川井中央診療所、川井村保健センター)訪問
10月25日(土) 岩手県藤沢町(国保藤沢町民病院、老人保健施設)訪問
10月26日(日) 岩手県雫石町(身体障害者療護施設)訪問
11月5日(水) 岩手県藤沢町にて地域住民の受療状況等アンケート調査
11月6日(木) 同上
以後、資料収集とデータの集計

1998年

2月21日(土) 第9回岩手公衆衛生学会において研究成果を口演
以後、報告書の作成
3月19日(水) 帰国



1997年11月5日(水) 藤沢町 (JA.いわか東藤沢支所) にて、

左端：劉海波，中央：立身政信

日本における農村保健医療福祉の歴史と現状を解析し、中国の農村社会発展の方途を探る研究

日本側研究者代表
立身政信
岩手医科大学助教授

中国側研究者代表
劉海波
中国医科大学助教授

目的

1997年に中国の人口は12億3千6百万人となった。65歳以上人口は全体の6.5%であるが¹⁾、2000年には7%に至ると推計され、高齢化社会に突入する²⁾。この状態は日本の約30年前に相当するが、その頃の日本では既に国民皆保険・皆年金体制が達成(1961年)され、社会保障制度の充実が図られてきた。一方、中国では高齢化社会を迎えるにあたって、このような医療保障制度をはじめ、種々の社会制度が不備な現状にある。そのため市場経済への移行とともに医療制度改革の推進が重要課題となっている。取り敢えずは医療保険制度を作ることから始められているが、偶然ながら、現在日本においてはその制度施行後30年を経て、医療費の国庫負担が膨大なものとなり、保険者も破綻の危機に直面するなど、医療制度の抜本的改革が迫られている。

一般に、医療保障制度の不備は医療市場の活力を失なわせるが、現在の中国における農村医療市場はその典型的な状態にある。本研究は、中国における医療保険制度の策定と日本における医療保険制度の改革という気運を背景にして、中日両国の某鎮・町における医療環境及び住民の医療ニーズを比較分析することによって、今後の中国における医療保険制度の充実や保健医療福祉を一体化した総合的サービスを推進するための資料を得ることを目的とした。

方法と資料

1. 中日両国の官報等により、両国の医療供給状況等を比較検討した。
2. 医療環境、規模、地理的条件、国内における経済レベルなどが近似した地域として、中国遼寧省の某鎮と日本の岩手県某町を選択した。両地区の産業や人口は表4、中核病院の概要は表5に示す通りであり、両地区の病院利用状況や医療環境等については表6～9に示す通りである。
3. 両地区の主婦を対象にアンケート調査を行った。中国では鎮内の5地区に家庭訪問して調査票を配布し、無効回答を除いて100人の回答を得た。日本では健康診断受診者80人に調査票を配布し、後日対面して回収した。回収数は75人であった。調査時期は1997年9月～11月で、回答者の平均年齢は、中国は52歳、日本は60歳であった。

別に、両鎮・町の病院から、1995年の医療データを提供してもらった。

結果

1. 中日両国の医療供給状況と国民医療費

官報等によって中日両国の医療状況を比較した。医療供給状況を表1に示した³⁾⁴⁾。1995年現在人口十万人対の医師数は中国が162人、日本が176人(医療施設従事医師数)で大きな差はないが、人口十万人対看護婦数は中国がわずかに95人、日本が743人と大きな差がある。人口十万人対病床数は中国が239床であるのに対し、日本は1,543床で中国の6.5倍であり、病床利用率は中国が78.6%で日本が83.6%である。平均在院日数は中国が16.2日で日本が33.7日であり、日本の平均在院日数が中国の約2倍となっている。

表2には国民医療費と国民所得の比較を示した⁵⁾⁶⁾。国民医療費の推移を見ると、1980年～1994年の平均で中国は年間約20%、日本は年間約6%夫々増加しており、中国は日本の3倍以上の増加率を示している。ところが、中国における国民所得はこれと並行して伸びており、国民医療費の国民所得に占める割合でみると、1980年は中国2.9%、日本6.0%で1994年は中国3.8%、日本6.9%と両国とも同じ0.9%の伸びに過ぎない。現在の中国の状況は1960年代前半の日本の状況に酷似している。

表 3 には 1994 年における両国の財源別国民医療費を示したが⁵⁾⁷⁾、中国では税金が約 58% (公務員などの医療費を含む) で患者自己負担が約 42% であり、日本では税金が約 31%、保険料が約 57%、患者自己負担が約 12% である。中国の患者自己負担は日本の約 3.3 倍である。

2. 選択した両国対象地区の医療環境

調査対象とした中国遼寧省の某鎮と日本の岩手県某町の面積、地理的条件、国内における経済レベル及び産業、人口を表 4 に示した。面積、地理的特徴、主要産業等は大略同様であるが、人口は中国の方が約 2 倍多く、そのうち 65 歳以上の人口割合は中国が 6.5%、日本が 25.3% で日本が約 4 倍となっている。

中核病院の概要を表 5 に示した。中国の某鎮病院と日本の某町民病院は夫々 40 床と 54 床の病床を有し、医師数は夫々郷村医師 15 人を含む 25 名と非常勤 2 人を含む 7 名であるが、郷村医師は 10 ケ所の衛生所に常勤しているので、病院の医師数には大差ない。但し、対象人口は夫々 24,600 人と 11,287 人で 2 倍以上の差がある。更に、医師の内訳をみると、中国では医科大学を卒業した者は皆無であり、看護婦数が中国で 7 人、日本で 25 人と非常に大きな差が認められる。

表 6 に示すように、年間外来患者数は日本が 48,343 人、中国が 11,740 人であるが、中国では 10 ケ所の衛生所を受診する一日あたり約 100 人の患者を含んでいるので、病院への一日外来者数は中国の鎮病院ではわずか 40 人である。年間入院総数は中国が 536 人、日本が 15,639 人と大きな差があり、病床利用率も夫々 18% と 82%、平均在院日数も夫々 1.8 日と 18.9 日で大きな差が見られる。また、医療費収入中薬代の占める割合は夫々 64% と 28% であり、中国で非常に高くなっている。

表 7 に示すように、日本の町民病院では国や町の補助金があり、受診者は皆何らかの医療保険を利用できるが、中国の鎮病院では国庫補助が 15% のみで、公務員などは 3% の公費負担を受けられるものの、農民は全額自己負担である。また、表 8 に示すように、日本の町民病院では在宅医療や老人保健施設などの諸施設との連携が積極的に図られているが、中国の鎮病院ではこの様なことは全く行われていない。

表 9 に示すように中国の鎮病院においては老人保健施設のような中間施設は無く、日本の養護老人ホームに近い敬老院などに医師が訪問することはない。健康相談、健康診断、往診、在宅医療なども余り行われていない。看護婦も病院での看護を行うのみである。日本において病院、保健所、老人保健施設、老人ホーム、保健センター、役場などで保健婦が行っている家庭訪問、健康教育、健康相談、健康診断などに近い仕事は、中国においては郷村医師が行っており、疾病予防活動として、予防接種、衛生活動、計画出産、衛生知識の普及、さらに、簡単な治療、投薬、注射等の医療行為も行っている。

3. アンケート調査結果 (表 10)

- 1) 受診する医療機関の選択は、両国とも約 60% が「近い所」と答えたが、次いで、中国は 27% が「高度医療を受けられる所」、日本は 24% が「親切に診てくれる所」と答えていた。
- 2) 身近な医療機関を選択する理由は、両国とも約 80% 以上が「近いから」と答えていたが、次いで、日本では「信頼感があるから」(10%)、「親切だから」(5%) が選ばれ、中国では「本当はもっと大きな病院に行きたいが交通費が掛かるから」(6%) が選ばれていた。
- 3) 地元医療機関以外の医療機関を選ぶ場合は、日本では 84% が「医者から紹介してもらった所」と答えたが、中国ではこれが 38% にすぎず、30% が「可能な限り高度な医療をしてくれる所」、32% が「その他(知っている人がいる所等)」をあげていた。
- 4) どの様な治療を希望するかとの質問には、両国とも 95% 以上が「病状に応じた治療」を選び、選択肢としてあげた「高度な機械を使ったり薬をたくさん出す治療」を選んだ人は殆どいなかった。
- 5) 病気に掛かった時に最も気になる事は、日本では 75% が「治るか治らないか」であり、次いで 13% が「医療費の支払い」であるのに対し、中国では前者が 64% で後者が 29% となっていた。
- 6) 「病院で薬を出来るだけたくさんもらったほうがいい」という質問に賛成する人は両国とも 10% 未満であった。

考察

中日両国における最近の国民医療費と国民所得の動向を比較すると、中国においては日本に比較して国民所得の割合に、医療費が少ないことがわかる。患者の自己負担額が多いことから見ても、医療保険制度が不十分であることがその最大の要因と考えられる。医療供給の面でも 1995 年現在の人口十萬対医師数は大差ないが、人口十萬対看護婦数は日本が中国の約 7.8 倍、人口十萬対病床数は日本が中国の約 6.5 倍となっている。

本研究の対象地区では、人口対医師数は大差ないが、人口対病床数では約 3 倍、病床利用率では約 4.5

倍、平均在院日数では約 10 倍、日本が中国より多く、逆に医療費収入中薬代の占める割合では約 2.3 倍中国が日本より多い。住民アンケートによると、「病院で薬を出るだけたくさんもらったほうがいい」という質問に賛成する人は両国とも 10%未満であり、中国の鎮病院における治療内容が住民のニーズに合致していないことを示しているとも考えられる。

中国の医療保険制度は国家公務員や労働者など少数の人が公費医療或は労働医療保険を受けているのみで、農民は 95%以上が自費である。ただし、最近の中国における医療制度改革として医療保険制度の創設に関わる事項があり、農民と都市の自営業者に対する「合作医療」即ち協同医療を主とする医療保険が開始されようとしている。この制度では、被保険者はその域内に住所を有する者であり、実施主体は農村においては郷鎮政府である。この形は日本の国民健康保険と似ている。現在、モデル地区が設定されて推進されているが、本研究の中国側対象地区は未だそのような制度の無い多くの農村の一つである。すなわち、対象とした鎮病院の受診者中、公務員などは 3%の公費負担を受けられるものの、農民などは全額自己負担である。一方、日本は国民皆保険であり、本研究における日本側対象地区では、町民病院の受診者は皆何らかの医療保険を利用することができる。

地域中核病院の地域医療総合サービスとしては、中国においては前述の「合作医療」において、保健・医療・リハビリ・母子保健・老人保健・家族計画などを一体化しようとしている。しかし、本研究の対象地区では、そうしたサービスは全く行われていない。さらに、国庫補助は 15%のみであり、医科大学を卒業した医師は皆無である。一方、日本側対象地区の町民病院では医療計画によって設定された二次医療圏内での在宅医療を含めた病病・病診連携や老人保健施設等の諸施設との連携が積極的に図られている。また、国や町の補助金が中国に比較して多く、医師はすべて大学医学部を卒業した者である。

地域住民に対するアンケート結果からみると、最初に受診しようとする医療機関は、中日両国とも「近い所」が最も多いが、中国では「高度医療を受けられる所」がそれに続いて多く、約 30%に及んでいる。ただし、中国の農村医療機関の現状からみて、この「高度医療」が日本におけるそれと同じ程度のものではない事を考慮する必要がある。受診した際の医療費を心配する人は両国とも多少見られたが、中国では受診先を決定する際に交通費を考慮して近い医療機関を選ぶ人がいることや、疾病に罹患して最も気にかかることに医療費の支払いを挙げる人が 30%に及ぶことなどから、中国の方が受診行動に経済的要因が強く影響しているようである。

中国側の対象鎮病院は、医師数や病床数等が日本と比較して大差ないものの、外来・入院患者数が非常に少ない。この要因としては、これまで述べた理由から、医療機関側の設備や技術といった医療提供能力が低いことと医療の受けて側の利用能力が主に経済的理由から低いことが考えられる。

これらを解決する手段として中国で模索されている医療保険制度について考察したい。

日本の医療保険は、1922 年に貧しい労働者の対策として開始された。国民健康保険は、農民や自営業者を対象にして、1938 年にその法が公布され、1948 年に市町村公営の原則を確立し、1961 年には国民皆保険の達成をみた⁹⁾。その後、医療施設数、医師数、薬局数などが急激に増加して、患者の受診率も増加し、国民医療費が著しく増加してきた。1980 年代には医療保険制度の抜本的改革や景気拡大の中で医療費の国民所得に対する伸びは逡減したものの、1990 年代に入ると、バブル時代前後の過剰投資の影響や人件費・物件費の高騰などにより医療機関の経営内容が悪化し、これに対する診療報酬の改定や国民所得の低成長により医療費は国民所得を上回って増加してきた。医療保険制度運営のあり方が改めて問われる厳しい状況となっている¹⁰⁾。しかし、このような医療保険システムの発展が、日本における医療の普及に大きく貢献してきた事実は何人も認めざるを得ない¹¹⁾。それは、昔も今も国民の健康を守り、生活水準の向上に寄与して世界最長寿国を支える柱である。

中国側の本調査対象地区において公費医療を受けている人口は 3%にすぎない。中国における農村住民の医療サービス利用率についての調査(1987 年)によると、人口 100 人対年間入院者数は、公費・労働保険の受給者が 5.4 人、自費医療受診者が 2.7 人、同じく一人平均入院日数は、前者が 0.52 日、後者が 0.24 日、入院の必要があるにもかかわらず入院をしなかった人は前者が 3%、後者が 21%である¹⁰⁾。中国の農村地域では、本対象地区のような保険制度の不備な地域が約 90%と圧倒的に多いのが実情である。中国の農村は医療保険制度の不備により、住民は合理的で納得のいく医療を受け難くなっている。そのため、住民は身近な病院への信頼感を失っていることが対象地区住民のアンケート結果から伺われる。

医療保険制度を確立するためには各種の前提条件が必要である。医療の供給側である医療機関の適正配置、医師を含むマンパワーの確保と資質の向上、さらには診療報酬支払方法の適正化などである。中国における医療供給の現状には、都市・農村間の不均衡、過剰と不足の共存があり、数量的充実だけではなく、医療資源の資質の向上と効率的利用を促進することが大きな課題である。現有のマンパワーである郷村医師がその資質を向上させ、日本の保健婦のようなプライマリヘルスケアの役割を担うものとして、地元

土着して、軽症の患者を診ることによって不必要な高度医療の受診を抑制することができる。

また、今後医療保険制度が開始された場合、患者から求められる医師をはじめとした医療スタッフの資質として、患者の受診行動へのアドバイザーとしての能力が重要となつてこよう。いわゆる病診連携とインフォームドコンセントに基づいた医療が不可欠の条件であり、証拠に基づいた医療 (Evidence - Based Health Care) や地域における医療マネジメント面を含めた医療経済効率の向上の要求はこれまで以上に益々強くなると思われる¹¹⁾。これは、今後、限られた資源で効率のよい医療サービスの提供を行うための前提条件でもあり、日本においても検討を深める必要のあることと思われる。

結論

高齢化社会を目前にして、医療制度改革の推進が重要課題となっている中国の農村において、医療保険制度の充実や保健医療福祉を一体化した総合的サービスを推進するための資料を得ることを目的に、中日両国の医療環境及び地域住民の医療ニーズを比較分析した。

中国においては日本に比較して国民所得に占める医療費の割合が少ない。患者の自己負担額が多いことから見ても、医療保険制度が不十分であることがその最大の要因と考えられる。一方、日本の医療保険制度は医療サービスの過剰提供を誘発して医療費を高騰させたとも考えられる。高度経済成長下にある中国ではこのことを警戒する必要があるものの、医療保険制度の整備は焦眉の急である。

医療保険制度の確立には、医療機関の適正配置、マンパワーの確保と資質の向上、診療報酬支払方法の適正化などの前提条件が必要である。都市・農村間の不均衡が目立つ中国においては、数量的充実だけではなく、医療資源の資質の向上と効率的利用を促進することが大きな課題である。そのためには、医療機関の機能連携や地域医療支援事業を制度化する必要がある。

謝辞

終始助言と指導を戴いた岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座の角田文男教授をはじめスタッフの皆様、ご協力を戴いた調査対象地区の町民病院職員と鎮病院職員および両地区住民の皆様に深く感謝いたします。

本研究の一部は第9回岩手公衆衛生学会にて口演発表した。

本研究は、財団法人日中医学協会の1997年度日中医学協力事業の助成を得て行った。

参考文献

- 1)中国情報報 1998年1月7日,1998.
- 2)徐栄凱,曹栄桂 主編:中共中央、國務院における衛生改革及び発展に関する決定 学習補導材料,28,人民衛生出版社,北京,1997.
- 3)衛生部編:1994年版中国衛生年鑑,367,人民衛生出版社,北京,1996.
- 4)厚生統計協会:厚生の指標(臨時増刊 国民衛生の動向),44(9),192-209,1997.
- 5)徐栄凱,曹栄桂 主編:中共中央、國務院における衛生改革及び発展に関する決定 学習補導材料,35,人民衛生出版社,北京,1997.
- 6)厚生省編:平成7年版厚生白書,114,財団法人厚生問題研究会,東京,1995.
- 7)厚生統計協会:厚生の指標(臨時増刊 国民衛生の動向),44(9),247,1997.
- 8)厚生統計協会:厚生の指標(臨時増刊 国民衛生の動向),44(9),235-246,1997.
- 9)若月俊一:農村医学,467-468,勁草書房,東京,1971.
- 10)顧杏元,周寿祺,羅益勤:中国農村医療保健制度研究,16,上海科学技術出版社,上海,1991.
- 11)近藤正英:イギリスの医療改革その変遷と最新情報, JAMIC JOURNAL,18(2)40-43,1998.

表1 医療供給及び利用比較

	中 国	日 本
人口十万対医師数	162 人	176 人
人口十万対看護婦数	95 人	743 人
人口十万対病床数	239 床	1,543 床
病床利用率	78.6%	83.6%
平均在院日数	16.2 日	33.7 日

中国衛生部編：1994年版中国衛生年鑑,367,人民衛生出版社,北京,1996.
 厚生統計協会：厚生の指標（臨時増刊 国民衛生の動向）,44(9),192-209,1997.

表2 国民医療費と国民所得比較

年 度	中 国		日 本	
	国民医療費の国民所得に占める割合	国民医療費の増加率	国民医療費の国民所得に占める割合	国民医療費の増加率
1961~1966 (平均)			3.2%	22%
1980	2.9%		6.0%	
1994	3.8%		6.9%	
1980~1994 (平均)		20%		6%

徐栄凱,曹栄桂 主編：中共中央、国務院における衛生改革及び発展に関する決定 学習補導材料,35,人民衛生出版社,北京,1997.
 厚生省編：平成7年版厚生白書,114,財団法人厚生問題研究会,東京,1995.

表3 財源別国民医療費比較（1994年）

	中 国	日 本
国庫	20.6%	23.9%
地方	37.4%	7.4%
保険料	上段2項に含む	56.9%
患者自己負担	42.0%	11.8%

徐栄凱,曹栄桂 主編：中共中央、国務院における衛生改革及び発展に関する決定 学習補導材料,35,人民衛生出版社,北京,1997.
 厚生統計協会：厚生の指標（臨時増刊 国民衛生の動向）,44(9),247,1997.

表4 中日両国対象地区の概況

	中国 某鎮	日本 某町
面積	140 平方キロ	123 平方キロ
地理特徴	70%が山林で、比較的寒冷、降水量が少ない	60%が山林で、比較的温暖、降水量が少ない
主要産業	玉蜀黍が主体の農業、製造業	畜産が主体の農業、製造業
人口	24,600 人	11,287 人
65歳以上人口割合	6.5%	25.3%

表5 対象地区の医療供給比較

	中国 (某鎮病院)	日本 (某町民病院)
医療施設数 (病院) (診療所)	鎮立 (国営) 1 村衛生所 10 か所	町立 (国保直営) 1 なし
対象人口	24,600 人	11,287 人
病床数	40 床	54 床
スタッフ数	45 人	36 人
医師数 (医科大学卒業)	25 (郷村医者 15 人を含む) 0%	7 (非常勤 2 人を含む) 100%
看護婦数	7 人	25 人

表6 対象地区の医療機関利用比較

	中国 (某鎮病院)	日本 (某町民病院)
年間外来総数	11,740 人	48,343 人
一日あたり外来	140 人 (衛生所約 100 人を含む)	165 人
年間入院総数	536 人	15,639 人
病床使用率	18%	82%
平均在院日数	1.8 日	18.9 日
医療費中薬代割合	64%	28%

表7 対象地区における医療機関の財源および医療制度比較

	中国（某鎮病院）	日本（某町民病院）
医療保健制度	自費（公費3%）	国民皆保険
財源	国の補助金や患者自費負担の医療費	国や自治体補助金 保険料、患者個人負担
国から補助金	15%	45%
地方自治体補助金	なし	ある

表8 対象地区における医療機関の機能及び他の医療機関との連携

	中国（某鎮病院）	日本（某町民病院）
病院の機能	疾病治療、予防活動 計画出産技術の指導	疾病治療、健康相談、健康診断、 在宅医療（全例退院患者と連絡）、家庭訪問、 特別養護老人ホームや精神薄弱者と 連携
他の医療機関との連携	管内村衛生所の業務を監督 予防活動、計画出産技術などについて 県病院から指導を受ける	医科大学と医師充足、技術、教育など、 の面で協力 病病連携：県立病院 病診連携：他町の診療所

表9 対象地区における保健医療のマンパワー役割比較

	中国（某鎮病院）	日本（某町民病院）
医師	疾病治療、予防活動や計画出産 技術などの指導	病院、老人保健施設、特別養護ホーム、 患者自宅等で疾病治療 健康相談、健康診断、予防接種
郷村医師 （衛生所）	疾病の予防を主として、予防接種、 衛生活動、計画出産、衛生知識的 普及。簡単な治療、投薬、注射等 の医動行動	なし
保健婦 （保健センター）	なし	病院、保健所、老人保健施設、老人ホ ーム、保健センター、役場などで家庭 訪問、健康教育、健康相談、健康診断、
看護婦	病院での看護	病院、老人保健施設、特別養護ホーム での看護、在宅訪問看護

表 10 対象地区の住民に対する医療機関利用に関するアンケート調査結果

	中 国	日 本
貴方が病気になったとき、まず受診する医療機関はどれですか		
① 近い所	63%	57%
② 高度医療が受けられる所	27%	16%
③ 親切に診てくれる所	6%	24%
④ その他	4%	3%
貴方が病気になったとき、まず受診する医療機関は鎮（町民）病院ですか		
① はい	85%	77%
「はい」と答えた人はなぜですか	(N=74)	(N=58)
① 近いから	87%	83%
② 親切だから	0%	5%
③ 信頼感があるから	0%	10%
④ 本当はもっと大きな病院に行きたいが交通費が掛かるから	6%	0%
⑤ その他	7%	2%
もしもっと専門的な治療を受ける必要があったら、どのような医療機関を選びますか		
① 医者から紹介してもらった所	38%	84%
② 可能な限り高度な医療をしてくれる所	30%	15%
③ その他	32% (知人がいる所等)	1%
貴方はどのような治療をして欲しいですか		
① 病状に応じた治療	95%	98%
② 高度な機械を使ったり薬をたくさん出す治療	2%	1%
③ その他	3%	1%
貴方は病気になったら、一番心配することはなんですか		
① 治るか治らないか	64%	75%
② 医療費の支払い	29%	13%
③ 仕事への影響	6%	8%
④ その他	1%	4%
貴方は病院で薬をできるだけたくさんもらったほうがいいですか		
① はい	6%	9%
② いいえ	94%	90%
③ その他	0%	1%