

審査結果の要旨

論文提出者氏名 吉田治郎兵衛

吉田治郎兵衛氏の提出した「中国の新医療衛生体制の形成——移行期の市場と社会——」と題する学位請求論文は、中国が社会主義計画経済から市場経済に移行し、グローバル化の波を受けるなか、医療保険制度、社会衛生福祉をどう変化させ、新たな制度を模索したかについて、おもに 80 年代からの 20 年を詳細に追跡した、(900 枚以上にのぼる)長大な論文である。(なお本論文の指導に際しては、審査委員でもある本学名誉教授高橋満、現帝京大学教授、ならびに本学社会科学研究所田嶋俊雄教授の指導協力があつたことを付記する)。

周知のとおり、中国は 1979 年以降「改革・開放」路線を取り、計画経済から転換した。さらに 92 年以降は、全面的な市場経済を展開して、新自由主義的とも言える急激な経済改革を推し進め、現在に至っている。その過程では、文革終結以前の悪平等を敵視し、自由競争や自己採算性を重視するあまり、基本的な公共サービスがおざなりにされる局面を産み出した。本論文は、公共サービスのなかでも、人命にかかわる医療保険、薬事行政などを中心に焦点をあて、この経済的変革期に現れた歪みとその修整の歩みを、時系列的かつ分野別に整理叙述したものである。以下論文の内容を概括する。

80 年代の「改革・開放」初期の変革においては、それまで公益性を強調し、経済効率を無視、たとえば「診療報酬基準」をコスト以下に設定していた状況などを徐々に変えて、病院運営についていわゆる「請負責任制」を導入、企業に付属していた病院を一般に開放し、部分的に民営病院や個人開業医を許可した。しかし全面的な改定には至らず、一部の先端的医療サービスの診療報酬を上げるに留まったが、一方では、医療事業を「第三次産業」と捉える認識が広まっていった。このため 90 年代になって、開発途上国の上位と位置づけられる総医療費を GDP の 5%にする目標が唱えられ、これはなんとか 2000 年に実現したものの、総医療衛生費のうち政府予算支出の占める割合は、低下していった。逆に個人支出は増大しつづけ、1990 年には総支出の 35%だったのが、2000 年には 59%にまで上昇した。これらは薬事行政の混乱による薬価の高騰と従来からの医療保険制度の機能不全という事態によるものであった。

病院経営において、診療報酬が据え置かれれば、利益を確保できるのは、薬剤収入 (60%以上)であった。薬価の高騰は本論文第 2 章に詳説されるが、病院経営の請負責任制とともに、医薬品の独占的生産、統一価格は崩壊し、生産、販売においても、規制が緩和された。当初は競争が市場に好影響を与え、薬品の低価格化が期待されたが、市場自由化が進むと、生産側は出荷価格に利益を過剰に載せ、医薬品販売員は病院に出入りして、リベートを渡し、その分を卸値に上乗せした。さらに農村の医療従業者の無知につけ込み、低効果や効果のない物質を高く売りつける現象も生じた。薬を求める患者と薬で運営したい病院と高く売りたい生産・販売側の思惑の悪循環から、薬価は物価の上昇を遙かに超えて高騰し、従来の医療保険制度を崩壊させかねない状況に至った。

計画経済時期、医療保険制度はおもに都市の労働者医療保険、公費医療保険、農村の合作医療制度の三種であった。企業が運営するのが労働者医療保険であったが、これは民営化のなかで、慢性的赤字に陥った国営企業の場合、とたんに破綻し、そこの労働者は医療

費を自己負担せざるをえなくなった。公費医療保険は、公務員、建国功労者など特権的なもので、サプリメントなども無料化され、この予算支出だけは、他の医療保険への国家補助が減るなか増加していた。農村の合作医療制度は、文革中に毛沢東によって提唱されて、全国に広まったが、計画経済的存在として批判が高まって、財政的基盤を失い、経営難に陥り、富裕の農民は都市に医療を求め、貧しい農民は医療のよりどころを失った。

こうした状況のなかで、90年代後半から、やっと医療の公共サービスの側面が再認識され、漸進的ではあるが、制度が改革された。その軸となるのは、一つは国家薬品监督管理局を設立して、衛生省から薬事行政を分離、医薬品の監督行政が分権化されたこと。病院が共同で医薬品を集団入札する制度を作ったこと。これらによって製造から処方購入にいたる薬価の相互監視が可能となり、既述の悪循環の一部は緩和された。それにともない、病院の診療報酬も大幅に見直され、過度な医薬品の処方規制されるようになった。もう一つは、医療保険制度の再構築である。まずは「大病共済制度」であり、これは加入していれば、一定額以上の高額医療を必要とする場合、医療費の85%から90%を保証するので、個人保険料が平均月収の1%程度と低額であるためかなり普及した。つぎは「労働者基礎医療保険」で、労働者の個人負担と雇用企業の負担によってなり、前者と後者の半額は個人口座に納入され、残額は公益的な「統一計画基金」として、個人が口座でまかなえなくなった医療費を、限度を設けて保証する。これを官庁の公務員も含め、都市の主要な企業労働者には義務加入とし、農村部の郷鎮企業などでは地方政府の指示に従うこととした。現実的には以上ふたつの医療保険制度は補完し合う関係にあり、一定程度効果をあげていると本論文は分析する。最後に農村では、農民からも負担金を取ることが困難ななか、合作医療制度を再構築する試みが続けられている。

以上が本論文のおもな叙述だが、先行研究では、本論文が扱った一部を論じているにすぎず、現代中国における医療衛生に関する通時的、包括的な叙述として、初めてのものがあり、それだけでも独創性は認められよう。もとより一方、審査の過程においては、本論文の欠点もいくつか指摘された。第一に、時系列的叙述に追われて、分析的議論に欠ける憾みがあり、しかも叙述には繰り返しが多いこと。資料を表面的に紹介する部分もあり、その時々中国政府の立場をそのまま受け入れてしまう傾向があること。第二に都市にやや偏重し、農村の医療問題に十分に触れられていないこと。第三に、医療保険の効果変化については、21世紀において、検証されるべき点もあるはずだが、叙述が2000年で終了していることなどである。これらはもっともな批判であるが、つぎの点では、単に包括的叙述というだけでなく、本論文の拡がりとして評価しうると認識される。まずは、急速な市場自由化に対応して社会公益的部門がどのような危機にさらされ、それをどのようにして克服するかという、中国を越えた現代的なグローバリズムの課題を提示していること。逆に医薬品をめぐるリベートや価格の上乗せといった現象、新しい保険制度における「個人口座」という発想など、中国社会独特の現象や対応が描かれており、単に医療衛生に留まらない、地域文化研究の射程をももっていること。これらは本論文において、いまだ十分な議論としては発揮されていないものの、重要な成果として指摘すべきであろう。確かに上記のいくつかの欠点はあるものの、審査委員会としては、これらは本論文の独創的貢献を否定するものではなく、博士論文として必要な水準に達していると判断した。したがって、本審査委員会は博士（学術）の学位を授与するにふさわしいものと認定する。