

# 中国の医薬分業

## — 日本の医薬分業を参考に

袁 麗 暉

### 一 はじめに

猛スピードで近代化を進める中国にとって、“看病貴，看病難”（医療費の高自己負担，受診難）問題は，90年代から政府を始めとして一般住民に至るまで極めて広範囲に跨る喫緊の課題として解決を求められている悩ましい問題である。

“看病貴”現象をもたらす原因は，中国の医療保険制度，医療提供制度並びに医薬制度が内包する問題点から探し出すことができる<sup>1)</sup>。

本稿では，中国における現行の医薬制度に焦点を絞り，公定薬価差の存在，（公定薬価差以外に）製薬企業の医師などへのリベートの存在，医療サービス価格への低い価格付けが原因となって過剰処方一般現象となり，中国の医薬未分業は“看病貴”現象の一要因として分析した。

さらに，“看病貴”問題を解決するだけではなく，製薬産業を発展させ，医師の医療水準を向上させるためにもこれから中国は医薬分業の道を歩まなければならないと謳っている。

医薬分業は何世紀も前から欧米諸国にて行われてきたものであるが，中国のこれからの医薬分業の参考にするのであれば，1974年本格的に行われた日本の医薬分業の経験が適当ではないかと分析し，日本の医薬分業の歴史とその成果の研究を踏まえて，中国の薬漬け医療の解決に医薬分業の必要性をさらに強調する。ただし，日本には明治からの薬剤師制度が存在し，91年人口

1) 中国の医療保険制度，病院などの医療提供体制による“看病貴，看病難”現象の原因分析について，袁2010a,2010bを参照

10万人当たり薬剤師の数はすでに140人<sup>2)</sup>を超えるのに対し、現在の中国には薬剤師の人数が極めて少なく、短期間に完全な医薬分業を実行するに足る薬剤師養成が実現できないというボトルネックが存在する。このことから、当面“看病費”問題を緩和する手段として、医療サービス価格制度の見直し、薬価制度の見直し、医療機関への財政投入の拡大、医学教育での医師としての道徳教育の強化などを提案する。

## 二 “看病費”の一因としての中国の薬価差問題

この節ではまず、薬価差、医薬分業について説明した上、中国の薬価差問題の実態を解明し、漢方の伝統による医薬未分業が“看病費”の一要因と分析する。

### 1 薬価差

医療機関が医薬品を購入する際の実仕入価格は、値引き競争によって、保険による償還価格<sup>3)</sup>を下回る場合が多く、この償還価格と実仕入価格の差は薬価差と呼ばれている。

薬価差の存在は医薬品と医療の産業組織を大きくゆがめると指摘されている(宮澤1992)。

医療機関についていえば、薬価差の存在によって、投薬すればするほど、病院、医師は差額を儲けることになり、経済動機だけで行動する医師がいれば、過度の処方をするであろう。特に制度が医師の技術を評価していないか、あるいは低く評価している場合、医師は薬価差を利用し技術料の低さを埋め合わせをしようとする行動に出る可能性や、技術向上を怠ることさえ心配される。

また、医薬品産業において、薬価差の存在は公平な競争の妨げになる可能

2) 厚生労働省「平成6年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

3) 日本ではこの償還価格は薬価基準によって決められている。

性を残す。すべての病院、医師が経済的な動機だけで行動しているわけではないが、薬価差益を得るような経済的動機を働かす余地はないようにするのがよいのは言うまでもない(稲田1987)。

さらに、同じ薬品にしても、大病院が仕入れ量が多いため、仕入価格が低く、小さい病院より大きい薬価差を得られやすい、この場合、健康保険制度による償還に不公平が生じる。従って薬価差を無くしたほうがよい。

薬価差を無くするには二つの方法が考えられる。まず、保険による償還価格を実際仕入価格に等しくなるよう常に見直すことである<sup>4)</sup>。二つ目は病院が持つ調剤業務を病院の業務から外し、調剤業務を調剤薬局の薬の専門家である薬剤師に任せる、いわゆる医薬分業である。

## 2 医薬分業

医薬分業(separation of dispensing and prescribing functions: SDP)は、欧米では古くから行われており、その起源は13世紀の神聖ローマ皇帝フリードリッヒ2世から始まったと言われている(河相2008)。日本、韓国、台湾などは1980年代まで、医療未分業であり、「医薬分業後進国」と呼ばれていた(長瀬1989)。医薬分業の定義について、日本薬剤師会の年報「日本薬剤師会の現状 2010-2011」によれば次のように記述されている、すなわち「医薬分業とは、医師の処方と薬剤師の調剤との分離である。具体的には医師と薬剤師とが独立した職能として、それぞれの責任において、独立して行う医療行為であり、かつ薬局の医療機関からの独立ということである。」

医薬分業のメリットとデメリットについて、医師、患者、薬局など違う角度から見ることができ、本稿は患者の立場から、以下のようなメリットとデメリットがあると考ええる。

### (1) 患者にとってのメリット

- a. 薬価差を追求するための医師の過剰処方を防ぐこと。

---

4) この方法は薬価制度を中心とし議論しなければならないため、次のテーマとして論考を加える予定である。

- b. 医師が処方した内容を、薬剤師の再度確認によってミスを防ぐこと。
- c. かかりつけの薬局にて、薬歴、アレルギーなどチェックしやすいこと。
- d. 複数の病院で受診する場合、薬の重複処方や飲み合わせによる不都合を防ぐこと。

#### (2) 患者にとってのデメリット

- a. 二重手間になる
- b. 休日、夜間が心配である
- c. 僻地では近くに薬局がない

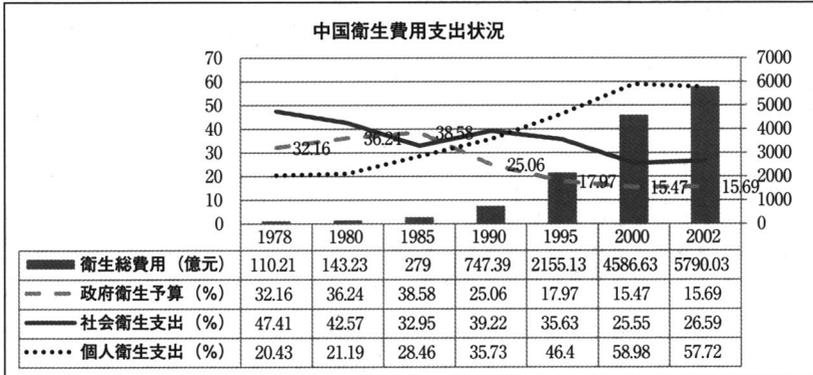
以上の分析から、医薬分業を行う際、僻地、休日、夜間などによる不便を無くす工夫をこらせば、患者にとって医薬分業のメリットは大きく、とても魅力的である。特に、医療技術の進歩による医療費の年々増大が世界中の普遍現象になっている現在、医薬未分業国にとって、医薬分業により過剰処方を無くすことで医療費の減少に繋げられるなら、大変喜ばしいことであろう。実際に、中国は2009年から医薬分業を提唱し、“看病費”を解決しようと模索をしている。

### 3 中国の薬価差の起因と実状

#### (1) 中国の公定薬価差

中国の薬価差は1970年代末からの経済改革の産物である。図1のとおり、1970年代末から中国の衛生総費用は右肩上がり増大し続けている。その中であって、政府の衛生予算は金額では増え続けているものの全体の衛生総費用の急激な増大には対応しておらず、全体に占める政府の衛生予算の比率は右肩下がり下落している。増え続ける政府の医療費を抑制するために、1992年に中国国務院が「關於深化衛生医療体制改革的幾点意見」を公表し、“建設靠国家，吃飯靠自己”（病院の建設は国の責任で、病院の運営資金は病院の自力で）という方針を打ち出した（袁2010c）。さらに、政府は医療費の抑制策として、図2が示しているように、多くの医療サービスに対し診療報酬はコストより低く設定している。これでは、病院が大赤字になるというこ

図 1



出所：『中国衛生統計年鑑2010』

とで、中国政府が出したののは病院が薬の仕入価格に最大15%をプラスして患者に請求できるという政策である。

この最高15%の加算が中国の公定薬価差である。この15%の加算率があれば、同じ種類の薬品に対し、中国の医師が価格の高い薬の方を選んで処方する、又、必要以上の量の薬を処方することが普通となる（王、于2007）。また、公定薬価差以外にも隠れている薬価差が存在する。

(2) その他薬価差

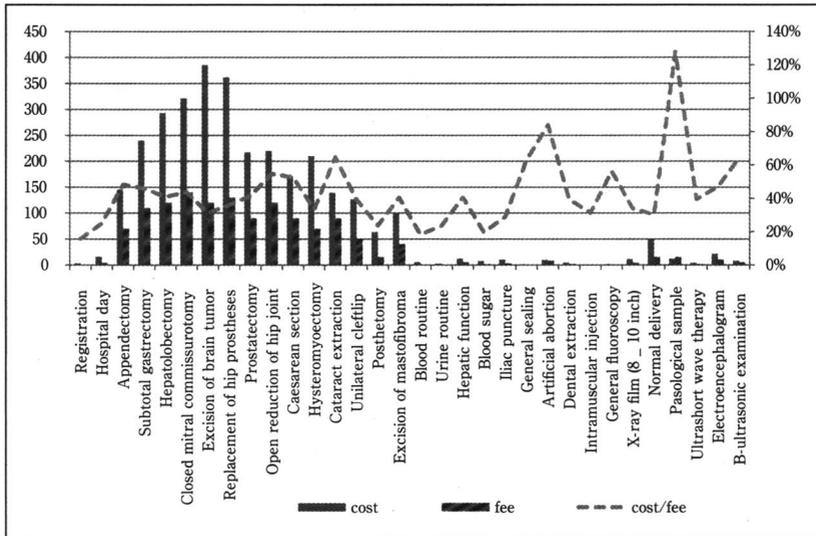
中国病院の薬価差には(1)で述べた公定薬価差以外に、病院卸価格の中で隠された薬価差もある。それは医者へのリベート（薬価の10%~15%）、薬剤科へのリベート（薬価の5~10%）である（宮澤2002）。

結果、図3、図4、図5が示しているように、病院の場合、業務収入に占める薬剤費収入の割合が4割以上占め<sup>5)</sup>、外来医療費では薬剤費が半分を占め、入院医療費では薬剤費が4割を占めている<sup>6)</sup>。中国では薬漬け医療が行われている実態が良くわかる。因みに、治療費に占める薬剤費の割合はアメリカでは10%~11%、ヨーロッパでは15%~25%である（Chen&Schweitzer2008）。

5) この現象は中国で“以薬養医”（薬価差を利用し病院の運営を維持する）と呼ばれている。

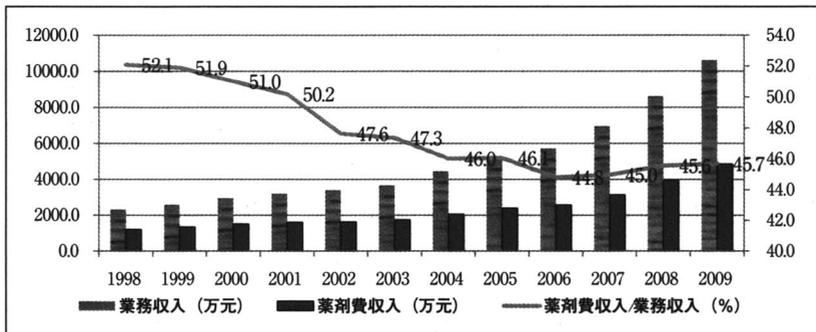
6) この数字はあくまでも中国全国の平均数値である。

Fig. 2 The comparison of average costs of hospital service items with their regulated medical fees in Shandong, China



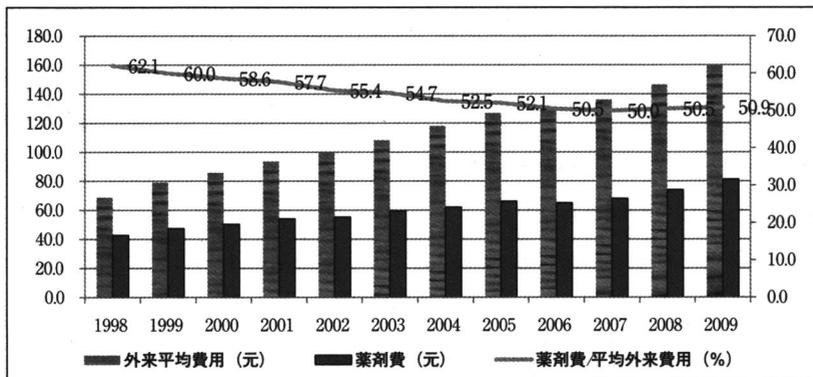
Soure: Liu (1996)

図3 中国卫生部所属総合病院業務収入，薬剤費収入推移図



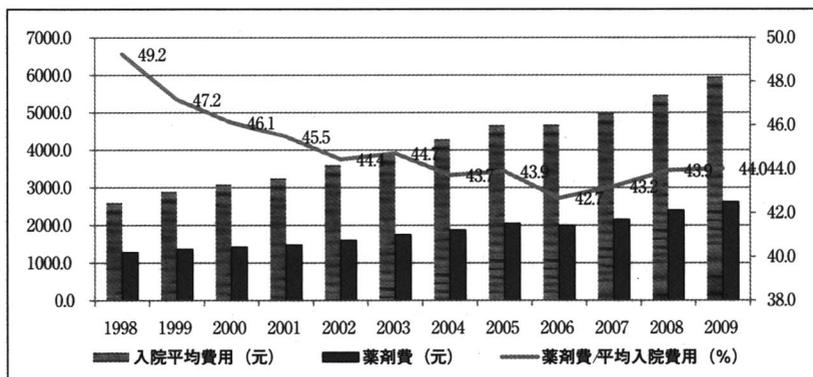
出所：2005中国衛生年鑑（1998年～2001年），2010中国衛生年鑑より整理作成

図4 中国衛生部所属総合病院平均外来医療費，薬剤費推移図



出所：2005中国衛生年鑑（1998年～2001年），2010中国衛生年鑑より整理作成

図5 中国衛生部所属総合病院平均入院医療費，薬剤費推移図



出所：2005中国衛生年鑑（1998年～2001年），2010中国衛生年鑑より整理作成

### (3) 医薬分業の必要性

以上で説明した中国の薬価差の実状から，中国医薬分業の必要性が見えてくる。

a. 中国の病院での過剰処方が行われ，それが“看病費”の一因と言わざるを得ない。薬価差はこの処方のインセンティブになっているため，医薬分業が必要である。

b. 公定薬価差が病院経営を維持する上で必要なものとしても、大病院と小病院間で同じ医薬に対し薬価差が違う可能性があり、保険からの償還による不公平が生じかねない。この点からも医薬分業の必要性が見える。

c. 薬の効能に関わらず、薬価差の大きい薬品が売れるという傾向は製薬業界の発展の妨げになりかねない。医薬産業の発展の視点からも中国の医薬分業を実行しなければならない。

d. 薬価差の存在は医師に技術の向上による所得増のインセンティブを弱める可能性がある。医薬分業は医師の技術向上にもつながるであろう<sup>7)</sup>。

医薬分業は欧米で何世紀も前に確立されて制度であり、医薬分業について常識となっていると言えよう。従って、中国の医薬分業について、鑑を見るとすれば、1974年から本格的に医薬分業を行なった日本を参照すべきである。

### 三 日本の医薬分業

#### 1. 日本の医薬分業の歴史

日本の医薬分業は1871年までさかのぼることが出来る。それまでは中国から仏教とともに伝来した東洋医学であったため未分業であった。1874年（明治7年）、明治政府がドイツ近代医学を採用、「医制」を制定し、第34条と41条<sup>8)</sup>によって完全な医薬分業が定められた（早瀬2003）。しかし、薬舗の不足のため、1884年に医師の薬舗兼営が再び認められた。1951年GHQの勧告を受け、医薬分業法案が国会に提出されたが、すぐには実施されなかった。1974年10月の診療報酬改定により、処方箋料が50点（500円）に引き上げられ、現在の医薬分業の流れに繋がるスタートポイントとなったため、1974年は日本における医薬分業の元年と言われている（早瀬2003）。しかし、1975

7) もちろん、医療サービスへの正しい価格設定を前提にしなければならない。

8) 医制

第34条 「調薬ハ薬舗主、薬舗主手代及ヒ薬舗見習ニ非サレハ之許サス」

第41条 「医師タル者ハ自ラ薬ヲヒサクコトヲ禁ス。医師ハ処方書ヲ病家ニ付与シ相当ノ診料ヲ受クヘシ」

年頃日本の医薬分業率はわずか1%（小坂1997）と言われ、80年代になって、急速に動き始めた。その背景に皆保険の達成による医薬品使用量の急増と医療費の高騰があった。さらに厚生省は1998年、日本の薬価差益が年に一兆三千億あると明らかにし、健保赤字問題、薬害問題もあって医薬分業がさらに進んだ。

## 2. 日本医薬分業の成果

日本の医薬分業は1974年に本格的スタートしてから、徐々に成果が現れた。処方箋受け取り率は1980年代の10%前後から2007年6月には55.0%になり、僻地に薬局がないため、実質的には処方箋受け取り率は75%~80%と考えられ、日本医薬分業が着実に浸透していると言える（河相2008）。医療費の薬剤率を見れば、1994年に薬剤率は29.5%から27.2%に減少し、1995年には28.0%に一時上昇したものの、その後は1996年に25.9%、1997年に24.9%、1998年に21.6%、1999年に20.8%と順調に低下し、2000年には20.1%と1993年のフランス並みに低くなった（早瀬2003）。

## 3. 日本医薬分業の問題点

日本の医薬分業は一定の成果を挙げたものの、問題点も幾つが存在する。

まず、面分業の問題である。面分業とはどの医療機関にかかろうとも、患者が住まいの近くの薬局でもらうことである。常に同じ薬局に処方箋を持っていくことによって、薬剤アレルギーや重複投与、相互作用のチェックができる。これを日本薬剤師会は「かかりつけ薬局」として推奨している。しかし、かかりつけ薬局を持つ患者の割合は、日本製薬工業協会の調査で約3割、香川県の調査では17%（ともに08年）にとどまるというデータがある（野村2011）。

第二には薬剤師の問題である。薬剤師の資質の向上は医薬分業の充実に求められている。この問題の解決には臨床薬学教育の充実が必要だと言われている。

#### 四 中国の医薬分業の展望

2007年中共第17回大会の胡錦濤報告の中で、医薬分業について言及があり、2009年国務院が「關於深化医薬衛生体制改革の意見」を公布し、そこで再び医薬分業が言及され、その後公布された「医薬衛生体制改革近期重点实施方案（2009-2011）」にも公立病院改革の一環として言及された。しかし、日本の経験から、中国の医薬分業は幾つの難題を乗り越えなければならない。

##### 1. 中国医薬分業の問題点：薬剤師人材の不足問題

中国には日本の薬剤師制度に相当する執業薬師<sup>9)</sup>制度がある。この制度は1994年に中国国務院人事部および元国家医薬管理局、国家中医薬管理局に作られ、1999年に国務院及び国家薬品监督管理局<sup>10)</sup>に改定されたものである。執業薬師制度によると、執業薬師は全国統一試験に合格し、「執業薬師資格証書」を持ち且つ各省、自治区、直轄市の薬品监督管理局で登録した者でなければならない。SFDAによると2010年2月末まで、中国の薬剤師人数は174,509人であり、人口10万人当たり薬剤師数は13.07<sup>11)</sup>人である。2008年日本の人口10万人当たり薬剤師数は209.7<sup>12)</sup>であることを考えると、中国の薬剤師が大変不足していることがわかる。従って、医薬分業の道を避けられないものであるが、薬剤師が不足しているためその養成が必要があり、短期間での実現は難しいと考えられる。

##### 2. 医療への財政投入問題

既に二の部分で説明したように、中国の薬価差には公定薬価差とその他の薬価差がある。

---

9) 英文：licensed pharmacist

10) 現在廃止されている、その業務は現在の国家食品薬品监督管理局（SFDA: State Food and Drug Administration）に移行。

11) 総人口数は「中国統計年鑑2010」による。

12) <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001060599>による。

公定薬価差は政府の医療機関への財政投入の不足，医療サービスに対する価格規制が原因である。従って，医療機関への財政投入を増やさない限り，医薬分業しても，患者への負担が違う形で残る可能性が大きく，“看病費”の解決に至らない。

### 3. その他の薬価差問題

公定薬価差以外に，その他の薬価差として指摘されている医者へのリベート（薬価の10%～15%）と薬剤科へのリベート（薬価の5～10%）は卸価格に隠されている薬価差と言われ，医薬分業によって無くすべきものである。しかし，中国の医薬分業を達成する道のりは長い道なりと考えられ，医薬分業を完全に実現するまでは，医学教育での医師としての道德教育の強化や，病院，医療従事者へのモニタリングの強化等が目下“看病費”問題を緩和する手段であると考えられる。

## 五 結びにかえて

社会の高齢化，医療技術の進歩は医療費の高騰に繋ぐ原因である。皆保険へ向かい，社会の高齢化の問題に直面している中国は患者の利益となる医薬分業を進めるべきである。しかし，医薬分業を1974年から実施してきた日本においても，地域間分業率の格差，面分業の不十分さ，薬剤師の資質問題等多くの問題点が存在する。これから医療分業を進める中国にとっては先行する日本の経験と問題点から良く学び，その成果を施策に反映して行くことが必要と考える。今後の中国の医薬分業の行方をその視点から注視していきたい。

### 参考文献

厚生労働省「平成6年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

中国衛生部「中国衛生統計年鑑2010」

中国衛生部「中国衛生統計年鑑2005」

宮澤 健一「高齢化産業社会の構図」有斐閣 1992 130～131頁

稲田 献一「医療の経済学的分析」日本評論社 1987 31～35頁

河相 俊之「医薬分業の経済分析」『彦根論叢』No.372 2008 141～150頁

長瀬 一郎「講座 21世紀へ向けての医学と医療」第7巻 日本評論社 1989, 117～152頁

樋口 善郎「医薬分業と薬事行政」『京都大学文学部哲学研究室紀要』No.8,2005, 109～123頁

XINGZHU LIU, YUANLI LIU AND NINGSHAN CHEN *The Chinese experience of hospital price regulation, HEALTH POLICY AND PLANNING*; 2000 15 (2): pp.157-163

王鐘, 于常齐「医薬価格体制中存在の問題と対策」『価格理論与实践』No.11, 2007, 21～22頁

Yingyao, Chen & Stuart O. Schweitzer, *Issues in Drug Pricing, Reimbursement, and Access in China with References to Other Asia-Pacific Region*, Value in Health, Vol.11-1, 2008 pp.124~129

日本薬剤師会「Annual Report of JPA 日本薬剤師会の現状 2010-2011」 25頁

早瀬 幸俊「医薬分業の問題点」『薬学雑誌』123, 2003 121～132頁

宮澤 清治「中国の薬価政策について」『PHARM STAGE』Vol.2, No.3, 2002 7～13頁

小坂 富美子『医薬分業の時代 増補版』勁草書房 1997 49頁

野村 和博「経済誘導ばかり先行する医薬分業」日経メディカル オンライン 2011.01.14  
[http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t122/201101/518116\\_2.html](http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t122/201101/518116_2.html) 2011.05.04  
アクセス

中国国務院「国務院關於印发医薬衛生体制改革近期重点实施方案(2009-2011)的通知」  
国発 [2009] 12号 2009

中共中央・国務院「關於深化医薬衛生体制改革的医意見」中発 [2009] 6号 2009.03

袁麗暉 a「中国の医療保険制度における医療格差問題」『山口経済学雑誌』59(1・2) 83-106頁 2010-07

袁麗暉 b「中国医療提供システムの展開とその課題について」『山口経済学雑誌』59(3) 233-255頁 2010-09

袁麗暉 c「中国人を対象とする日本のインバウンド・メディカル・ツーリズムの展望」『山口経済学雑誌』59(4) 403-418頁 2010-11