

中国医療供給システムの整備について — 社区医療衛生機関を中心に —

袁 麗 暉

YUAN, Lihui

一国の国民の医療のアクセスに深くかかわっているプレイヤーは大別して二つある。一つは保険者などである医療費の支払い者、もう一つは病院など医療サービスの提供者である。国民がよりよい医療アクセスができるためには時代変化に合わせて二つのプレイヤーもその適合性を常に修正しなければならない。

中国の場合、医療皆保険制度を2012年に達成しており、それから経済の発展、国民医療需要の変化に合わせて、医療保険の給付範囲の拡大、給付水準のレベルアップ、被保険者が受診できる地域の拡大など、常に政策の内容を修正し、国民の医療アクセスの向上に貢献してきた。一方、医療供給システムとして、病院などの医療機関の改革も続けられてきた。中国は50年代から、都市部では病院を中心に三級病院、二級病院、一級病院、農村部では県病院、郷・鎮衛生院、村診療所が、医療機能の高さに応じて診療の役割分担を決め、医療資源の合理的且つ効率的な配置を目指していわゆる「三級医療提供体制」を整備してきた。しかし、80年代、90年代からこの三級医療提供体制が十分に機能していない状態にある。患者が大病院（三級病院）に殺到することによって、大病院では「一床難求」（空いている病床がなく、患者がなかなか入院できない）という現象が起きている。又、医療保険の医療機関への償還制度¹⁾等が原因に、患者の自己負担の軽減はなかなかできて

いないことも存在している。さらに、医療保険制度の整備と高齢化の進展にともない、医療需要の増加が明らかになっており、90年代から叫ばれた「看病難・看病貴」依然として大きな社会問題となっている。

この「看病難・看病貴」問題を解決するために、医療従事者の育成、都市部と農村部に存在する医療資源の偏りの是正を引き続き強化しなければならないが、現有の医療資源をいかに効率よく利用するかも大変重要な問題であり、患者の視点に立って現有の医療施設の機能分化による医療提供体制の整備が「一床難求」の状態を改善する一手だと考えられる。その一環として、中国では社区医療衛生機関²⁾の整備は国が主導し、90年代からスタートした。その目的として、医療資源の有効利用、「看病難・看病貴」という実在問題の解決、又、最近になってきて、高齢社会の背景に中国の在宅介護問題の解決についても期待されている。

本稿ではまず第一部において、これまでの中国の医療供給体制の歩みを紹介する。第二部では、社区という概念を明確にしたうえで、1990年代よりスタートした社区医療衛生機関整備の全貌を明らかにし、社区医療衛生機関整備をめぐる社会背景を、医療供給体制、経済社会の変化の角度から説明していく。続く第三部では、社区医療衛生機関の現状を分析し、進行中である社区医療衛生機関の整備の問題点を指摘し、解決策を探る。

1) 中国の医療保険制では、一級病院、二級病院、三級病院の順に患者自己負担の比率が高くなっていく。

2) 後に社区の概念について詳しく説明するが、本論文の社区医療機関の整備については、都市部の社区医療機関を対象とする。

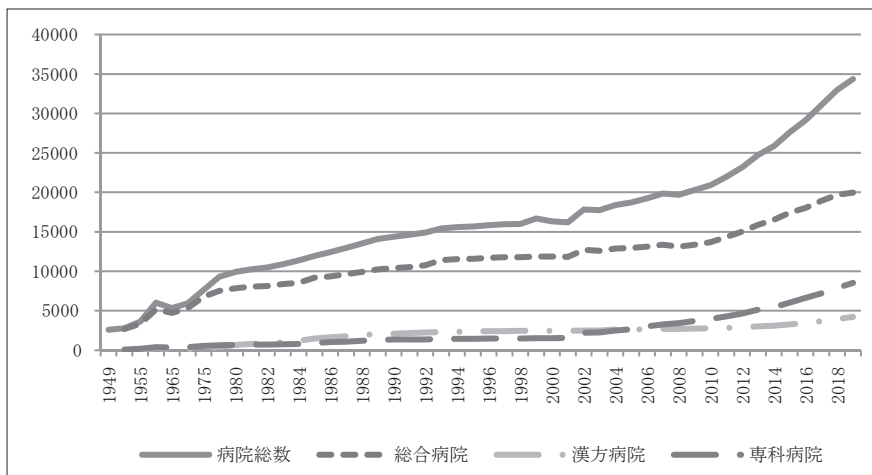
一 中国の医療提供システム

1 中国の病院

中国では、医療サービスを提供する医療機関は主に病院、末端医療機関がある。病院と称する医療機関は20床以上を有することは必要条件である。病院はその機能と業務内容によって、級の高い順に三級、二級、一級病院に分けられている。病院には総合病院、漢方医病院、中西医结合病院³⁾、民族医病院と専科病院⁴⁾がある。ほかに、郷・鎮衛生院、街道衛生院、外来診療所⁵⁾、診療所、衛生所(室)、村衛生室、専科疾病防治院・所・ステーション、職業病防治院、救急センター・ステーション、看護師ステーション、護理院などの末端医療機関がある。

中国建国以来病院は発展し続けてきた。1965年(-11.46%)、2000年(-2.16%)、2001年(-0.76%)、2003年(-0.45%)、2008年(-0.71%)を除いて、1949年から2019まで病院数が増え続けている⁶⁾。2019年、中国の病院総数は34,354で、その内訳は総合病院が19,963か所で全体の58.11%を、漢方病院が4,221か所で全体の12.29%を、専科病院が8,531か所で全体の24.83%をそれぞれ占めている。病院の運営者を見ると、国や各地方政府等が運営する公立病院が全体に占める率が下降傾向を示しており、2015年に民間病院の数が公立病院の数を上回って、2019年の公立病院数が11,930か所で全体の34.73%を占め、民間病院が22,424か所で全体の65.27%を占めている(図2)。

図1 中国病院数の推移 (1949-2019)



出所：「中国衛生健康統計年鑑」各年より著者が作成

3) 漢方医学と西洋医療併用の病院

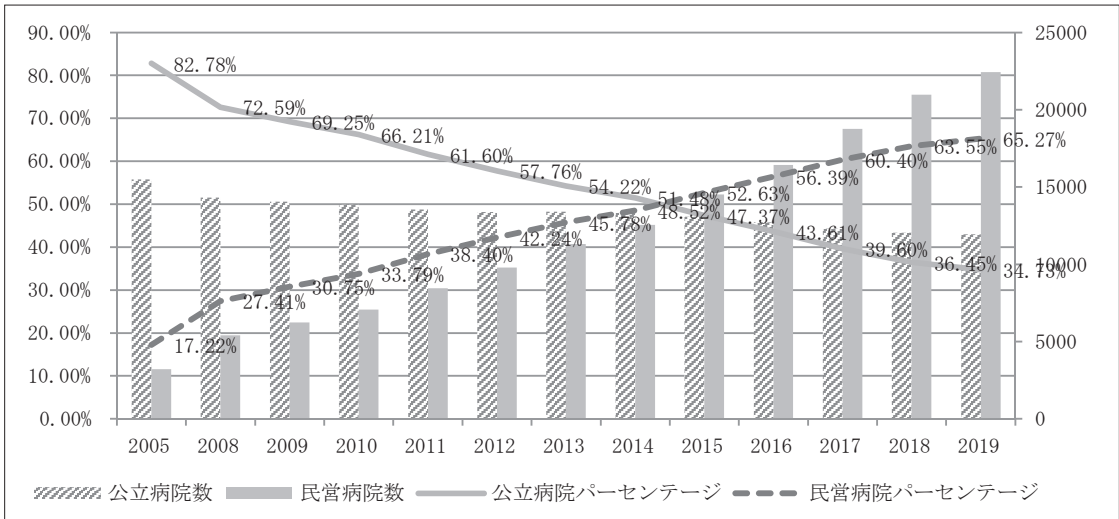
4) 具体的に口腔病院、腫瘍病院、児童病院、精神病院、伝染病病院、心血管病病院、血液病病院、皮膚病病院、整形外科病院、美容病院、リハビリ病院、療養院がある。

(口腔医院肿瘤医院、儿童医院、精神病医院、传染病医院、心血管病医院、血液病医院、皮肤病医院、整形外科医院、美容医院、康复医院、疗养院)

5) 中国語は「门诊部」、総合外来診療所、中医外来診療所、中西医外来診療所、民族医外来診療所、専科外来診療所がある。さらに、専科外来診療所は普通専科外来診療所、口腔外来診療所、整形外科外来診療所、医療美容外来診療所、がある。

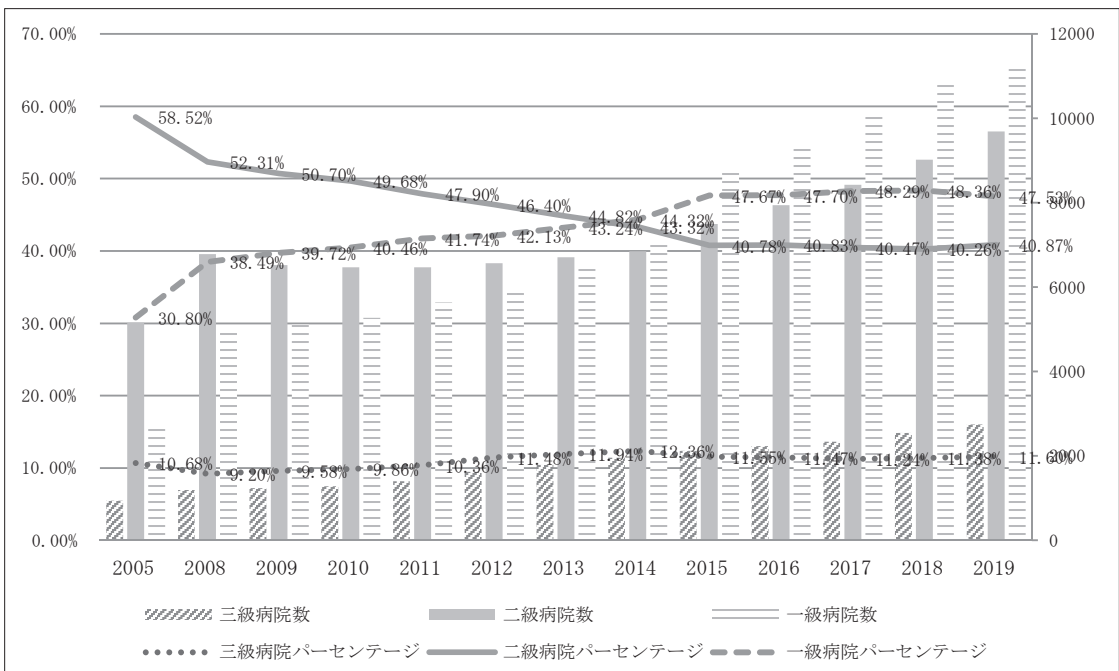
6) 「中国衛生健康統計年鑑」データより計算

図2 中国公立病院・民营病院の推移



出所：「中国卫生健康統計年鑑」各年より著者が作成

図3 中国三級病院，二級病院，一級病院の推移



出所：「中国卫生健康統計年鑑」各年より著者が作成

数量のパーセンテージだけを見ると、三級病院が病院数に占める割合は横ばいになっていて、2019年は病院全体の11.60%を占めている。二級病院は全体に占める割合が緩やかに下降傾向を示

しており、2014年、一級病院数は二級病院数を上回った。2019年二級病院数が病院全体に占める率は40.87%で、一級病院が病院全体に占める率は47.53%である（図3）。

2 中国の三級医療システム

「病院機構基本標準1994」によると、総合病院の一、二、三級病院は表1の基準に満たす必要がある。一、二、三級病院が病床数、設置する診療科、検査部門に差があるだけでなく、医師など医療従事人員の配置にも違いが存在する。ほかの専科病院等について、同じ等級でも総合病院に比べ必要の病床数が少ないことが一般的である。

また、「病院分級管理弁法」では病院の等級ごとに、その任務、機能を定めている。同「弁法」によると、一級病院は末端病院あるいは衛生院であり、一定人口の社区を対象に、予防、保健、リハビリサービスを提供する。二級病院は地域性の病院であり、複数の社区を対象に総合的な医療衛生サービスを提供し、また、一定の教学、科学研究業務を担う。三級病院は複数の地域を跨り、複数の地域にハイレベルの専門性の高い医療衛生サービスを提供し、高等教育・科学研究任務を担う。各級病院の機能を見ると、大きい病気は三級病院、比較的に小さい病気は二級、一級病院で見るとは病院に等級をつける目的の一つと考えられる。これがいわゆる都市部の三級医療システムである。この三級医療システムが機能を発揮すれ

ば、患者を分流でき、有限の医療資源を効率的に運用できる。しかし、現実にはこの三級医療システムは十分に機能を発揮できていない。

現象として患者の大病院への集中がしばしば指摘されている。なぜこの現象が起きたかについて、王(2000)がその原因を計画時代の医療保険制度、財政予算の配分方法に求めた。王によれば、計画経済時代、公費医療、労働保険制度の指定医療機関が大病院、ハイレベルの専科病院に集中してしまい、職員の定員数、病床数を基準とする財政予算の配分は医療資源を都市部大病院に集中させてしまっていて、医療衛生資源の配置の不合理性につながった。その結果、多くの一般的な疾病、多発的な疾病は大病院で診療することになり、重症、難病、科学研究、臨床教育など本来大病院が担うべき業務が大きい影響を受けるほどである。具体的な数字として、王は、1985~1994年の間、三級病院の業務収入の年増加率は33.58%、三級病院に対するインフラ投資や、配分する衛生事業費も社会平均水準を大きく超え、三級病院へのインフラ建設投資年増加率は24.16%、二級病院は14.65%、一級病院はわずか5.36%であった。1994年県・県以上のレベルの病院は全病床数

表1 総合病院標準

	病床数	臨床診療科最低基準	検査部門	人員配置
一級	20~99	救急室、内科、外科、産婦人科、予防保健科	薬剤室、検査室、レントゲン室、消毒室	医療従事者0.7人/床 医師3人(少なくとも1名主治医師)、 看護師5人以上 薬剤師、検査技師
二級	100~499	救急室、内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮膚科、麻醉科、伝染科、予防保健科	薬剤室、検査室、レントゲン室、手術室、病理科、血液保管庫、理療科、消毒室、カルテ室	医療従事者0.88人/床 看護師0.4人/床 副主任医師3人以上 各診療科・室に1名以上の主治医師
三級	500~	救急室、内科、外科、産婦人科、小児科、眼科、耳鼻咽喉科、口腔科、皮膚科、麻醉科、伝染科、リハビリ科、予防保健科	薬剤科、検査科、レントゲン室、手術室、病理科、輸血科、核医学科、理療科(リハビリ科との合併は可)、消毒室、カルテ室、栄養部、臨床検査室	医療従事者1.03人/床 看護師0.4人/床 各診療科・室の主任は副主任医師以上である 2人以上の臨床栄養士 技師などが衛生技術者の1%以上

出所:「病院機構基本標準1994」より作成

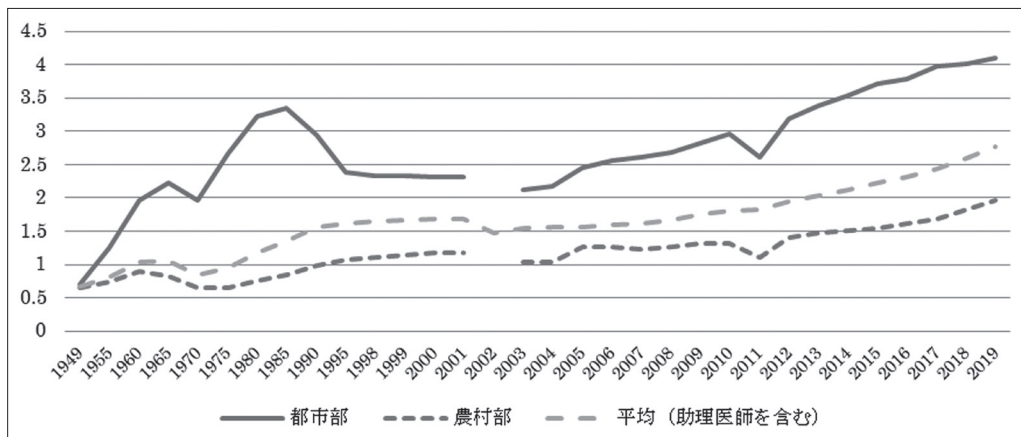
の65.4%を有し、医療衛生人員総人数の53.5%を有していた。1993年都市部の外来患者の62.45%は県級と県級以上の病院で診察を受け、末端医療機関である街道病院で診察を受けた人はわずか6.45%であり、各外来診療所で診療を受けた人は9.12%、病床の利用率は34.5%であると、述べた。患者に対する影響として、大病院のコストは末端病院に比べ大きく、同じ病気なら大病院の医療費は社区病院の数倍になり得ることから患者の医療費の負担増につながった、と王が指摘した。

大病院への傾斜が患者の経済負担を重くし、重病・難病の治療、臨床教育、科学研究など大病院が本来すべき業務の妨げにもなっているという王の指摘には一理がある。ただ、80年代、90年代の国の大病院への傾斜は間違っているとは言い難い。実は長年中国政府の病院への投資が少なく、81年に国務院が公布した「病院赤字問題の解決に関する衛生部報告」によると、毎年全国で入院治療を必要とする5,000万人に対し、病院の受け入れ能力がその半分の2,500万人しかなかった。85

年の衛生部の報告の中でも病床や医師の欠如によって、毎年かなりの人数の入院すべき患者が入院できないとの指摘があった(袁2020)⁷⁾。図4と図5を見ても、80年代、90年代の中国の千人当たり医師・看護師の値は低く、21世紀に入っても、例えば2005年医療衛生従事者の教育歴を見ると、病院勤めの場合でも、大卒以上の医療従事者の比率は22.7%しかなく、農村部の二級医療機関の郷・鎮衛生院の場合、大卒の医療従事者の比率はわずか2.2%であった⁸⁾。このような人力資源の現状や医療情報の非対称性を考えると、患者が大病院に集中することの必然性は想像できないでもない。したがって、80年代、90年代の大病院への傾斜政策は間違いとは言い難く、患者負担増は政府の医師等医療従事者の育成を含む医療システム全体への投資の欠如に原因があり、また当時、公費医療、労働保険医療、農村合作医療の改革が模索され始めた時期でもあり、それも当時の「看病貴(医療費が高い)」の一因であった⁹⁾。

原因は複雑であるが、患者の大病院集中は三級

図4 中国千人当たり医師数の推移



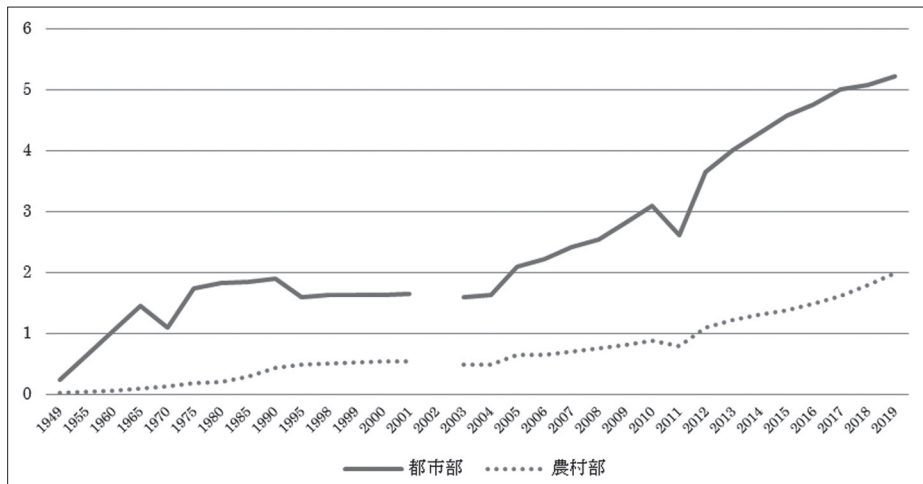
出所：「中国衛生健康統計年鑑」各年より作成

7) 詳しい内容について拙著「中国の病院改革」(山口経済学雑誌)2020.03を参照

8) 「中国衛生統計年鑑」2006, p.569

9) 関連する内容は拙著「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)2010.07を参照

図5 中国千人当たり看護師数の推移



出所：「中国卫生健康統計年鑑」各年より作成

医療システム機能の発揮の妨げになっているのは事実であり、中国政府も90年代末から都市部の末端医療機構の充実策を打ち出し始めた。

二 社区と社区医療衛生機関の整備

1 社区

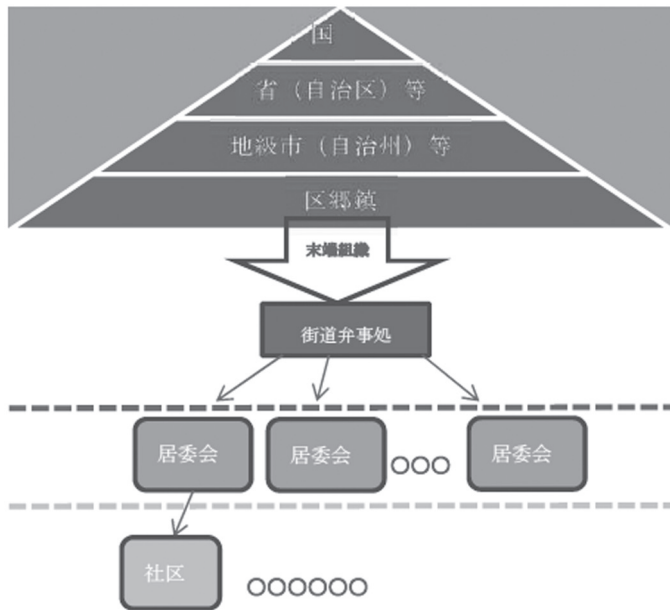
社区とは英語の「コミュニティ」の訳語として1933年燕京大学の一部の学生が当時アメリカシカゴ学派のロバート・E・パークの著作を翻訳する際に使った。その意味について、費孝通氏は2000年の論文の中で以下のとおり記述した。「[社区]の意味は、地域を範囲とし、地縁を基礎とし、人々が作り上げた相互協力のグループである。地縁グループの基本は隣近所であり、隣近所とは近くに住んでいて、お互いに協力しあうグループである。隣近所は農村部では「村」や「郷」に、都市部では「胡同、弄堂」に発展した。」その後、

1939年、費孝通氏は中国東部のある村落を実地調査し、社会学の論文『江村経済』を著した。その著作の中で彼は、中国農民の消費、生産、分配、交易の実態を描写し、この村落の経済体系と特定の地理的環境や社会構造との関係を説明しようとした。この本の中で、この村落に「社区」という名称を使った¹⁰⁾。80年代外国のコミュニティを研究する社会学の研究論文が開始して、「社区」という概念が少しずつ浸透し始めた。中国政府民政部の定義によれば、「社区」とは、1) 一定の地域に住む人々によって構成され、2) 改革を通じて規模を調整した居民委員会の管轄区、のこととされています。その背景には、従来の職場「単位(ダンウェイ)」を基盤とした都市住民管理や社会保障サービスが立ち行かなくなったためとされている¹¹⁾。一般的に社区の面積は1平方キロメートル未満が多く、居住人口は数千人である。社区と中国行政機関の関係は図のとおりである。

10) 「人民中国」2002年10月号

11) <https://www.jica.go.jp/project/china/015/news/20190531.html>

図6 中国の社区と各級行政の関係図



出所：著者作成

社区に対する整備は90年代末から始まっており、その背景には、①1998年からの国有大中型企業の三年脱貧計画による国有大中型企業の経営体制の改革と生産品の調整が新しい局面に向かい、一次レイオフの従業員人数が増え続けており、これらの人員の帰属関係は社区に移ってしまい、社区における就労、社会安定等の問題が突出するようになった。②計画経済体制の下では、企業の従業者とその直系親族の住宅、医療保険、老後等社会生活のあらゆる面ではすべて企業に依存しており、日常の諸問題は所属する企業等に連絡すると解決してもらえて、社区との連絡が大変薄かった。しかし、改革開放によって企業が上記した機能を社会（社区）に移管することになったと、費孝通が述べた。2000.11.19「中国国务院民生部の全国で都市の社区建設を推進する意見」が公表され、2001.3.15 第9期全国人民代表大会第4次会议で通過した第10次5か年計画（2001-2005）の第19章第4節「社区建設を推進することは新時期

の我国の経済と社会発展の重要内容である」と述べた。

1997年に公布された「中共中央、国务院の衛生改革と発展に関する決定」（以下は「97年決定」と称す）の中に、「都市衛生サービスシステムを改革し、社区卫生サービスを積極的に発展させ、合理的な機能を持たせ、住民にとって便利な衛生サービスネットワークを徐々に形成する」と述べた。

2 社区医療衛生機関の整備

社区医療衛生機関の整備は中国医療改革と同時に始まったと言ってもよい。97年から現在まで、社区医療衛生機関の整備を三段階に分けることにする。

（1）社区医療衛生機関整備の初動期

社区医療衛生機関整備の初動期は1997年から2005年までと考えられる。

この時期の中国の経済社会は改革開放の真最中

であり、98年、国営企業の改革が加速され、都市部における旧の医療保険制度が新しい経済社会に適応できなくなり、12月、中国国務院が「都市部従業者基本医療保険制度の設立に関する決定」¹²⁾を公布した。2002年、中央、国務院が「農村衛生工作の更なる強化に関する決定」¹³⁾を公布し、農村部の医療保険制度の再構築が本格的にスタートした。こういう社会背景の中、中国都市部社区卫生機関の整備が開始された。

97年決定を受け、1997年山東省の済南市で中国衛生部は全国社区卫生サービス工作会議を開催し、1999年中国衛生部等中央政府機関が連名で「都市部社区卫生サービスの発展に関する若干の意見」を公布し、都市部社区卫生サービスを発展の目的として、都市部における医療衛生資源の配置・利用の不合理、医療費増加の加速、現有医療サービス特に末端衛生サービスの社会発展がもたらす医療衛生需要との間に生じたずれを無くし、さらに新たに設立した都市部従業者基本医療保険制度に合わせるため、としている。社区卫生サービスシステムの構成について、社区卫生サービスセンター、社区卫生サービスステーションを主体とし、その他の医療機関はその補充であると定めた。

翌年の12月、衛生部は「都市部社区卫生サービス機関の設置原則等三つの公文書の伝達通知」を公布し、都市部社区卫生サービス機構設置原則、都市部社区卫生サービスセンター設置指導標準、都市部社区卫生サービスステーション設置指導標準を公布した。

2001年、衛生部は「都市部社区卫生サービス基本工作内容（試行）」¹⁴⁾を公布し、社区卫生サービス業務の大項目を定めた。

2005年の社区卫生サービス機関（センターとステーション）数は17,128になり、2002年の8,211より倍増した¹⁵⁾。ただ、社区医療衛生機関の整備は患者の大病院集中の改善にすぐ繋がらなかった。「中国衛生統計年鑑2006」によると、2005年病院が診療した患者の繰り延べ人数は14.71億で、年診療総繰り延べ患者数に占める率は60.14%、社区卫生サービスセンターで診療した患者の繰り延べ人数が0.81億で、全体に占める率は3.31%である。ほかの都市部末端医療機関の衛生院、外来診療所の診察患者数は0.24億人、0.44億人で、患者総人数に占める率は0.981%、1.80%である¹⁶⁾。

（2）社区医療衛生機関整備の展開期

2006年、都市部社区卫生サービスのさらなる整備のために、一連の公文書が公布された。この一連の公文書をより処にして、2019年までに各地で社区医療衛生機関の整備が本格的に展開された。この期間中に、2007年、国務院が「都市部住民基本医療保険の試行に関する指導意見」¹⁷⁾を公布し、都市部従業者基本医療保険の保障範囲外の都市部住民を対象とする医療保険の設立をスタートさせた。2009年、中央、国務院が「医薬衛生体制改革の深化に関する意見」¹⁸⁾を公布し、行政と政府事業体の分離、管理と運営の分離、医療と医薬品の分離、営利と非営利の分離、都市部と農村部すべての住民をカバーする基本医療衛生制度の建設を目指した。

12) 《关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》

13) 《关于进一步加强农村卫生工作的决定》

14) 《城市社区卫生服务基本工作内容（试行）》

15) 「中国衛生健康統計年鑑」2018, p.3

16) 比率は著者の計算によるものである。

17) 《关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》

18) 《关于深化医药卫生体制改革的意见》

2006年6月29日に中国衛生部と国家中薬管理局が「都市部社区卫生サービス機関管理弁法（試行）」¹⁹⁾を公布し、都市部社区卫生サービス機関について、「都市部に位置し、区（市、県）級政府衛生行政部門での登記を経て、「医療機構執業許可証」を取得した社区卫生サービスセンターと社区卫生サービスステーションを指す、と定義した。同「弁法」では、社区卫生サービスセンターが登録する診療科は予防保健科、全科医療科、民族医科、リハビリ科、医学検査科、医学影像科、条件があれば、口腔科、ターミナルケア科がある、と規定した。サービスセンターとサービスステーションの病床について、社区卫生サービスセンターは原則的に入院病床を設置しない。現有病床は介護とリハビリ用の病床に転換するか、撤廃するかになる。社区卫生サービスステーションには入院病床を設けない、と規定した。

続いて、2006年8月18日、国務院が「都市部社区卫生サービスの発展に関する指導意見」²⁰⁾を公布し、中に、都市部衛生事業の発展において、優れた資源が病院に過度に集中しているため社区卫生サービス資源が不足し、サービス能力が低下し、住民の基本的な衛生サービス需要を満たせない」と述べ、これは住民の“看病難、看病貴”の主な原因の一つであると指摘した。さらなる都市部医療衛生体制改革の実施、都市部衛生資源構成の合理化の実現、社区卫生サービスの発展、住民の基本衛生サービス需要を満たすために、以下の基本原則を定めた。

基本原則

- ・社区卫生サービスの公益性を堅持し、医療衛生サービスの公平、効率、アクセスビリティを重視する。

- ・政府が主導し、社会の参加を推し進め、多チャンネルによる社会衛生サービスの発展を求める。
- ・区域衛生計画を実施し、現存衛生資源の調整を軸に、新建と改造をその補充手段とし、社區の衛生サービスネットワークの健全化を実現する。
- ・公衆衛生と基本医療、西洋医学と民族医学の結合、治療と予防の結合の重視を堅持する。
- ・地方が主導し、地方の状況に合う措置を取り、模索とイノベーションをし、積極的に推進する。

同年8月23日、都市部社区卫生医療サービス機関の設置とその人員体制について中央編成弁公室、衛生部、財政部、民生部が2006年8月に連名で「都市部社区卫生サービス機関の設置と人員体制の指導意見」²¹⁾を公布した。この指導意見では、都市部社区卫生医療サービス機関の設置と人員体制は、政府の事業単位改革と医療衛生体制改革の方向に適合し、地域医療衛生長期計画の要求を満たす必要があり、現有医療資源の調整を基礎とし、重複建設を避けるべきと記述している。この指導意見の具体的内容は以下のとおりである。

- ① 政府が運営する社区医療衛生機関は公益性を持つ財政補助事業である。社区卫生機関は社区卫生サービスセンターと社区卫生サービスステーションより構成し、条件を満たす地域は両者の一体化管理もできる。設置範囲として街道住民弁事処の管轄範囲あるいは住民3万人～10万人を対象とする。需要があれば若干の社区卫生サービスステーションも設置できる。新たに設置された社区に対し、街道弁事処管轄範囲内

19) 关于印发《城市社区卫生服务机构管理办法（试行）》的通知 卫妇社发 2006 239号

20) 《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》国发2006 10号

21) 《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》中央编办发 2006 96号

の社区サービスセンターの近くに社区衛生サービスステーションを増設する。

- ② 政府が運営する社区衛生サービスの中心は主に現存の一級病院，一部の二級病院と国营企業，事業体が運営する医療機関からのモデルチェンジあるいは改造により設置し，総合病院による設立と運営もできる。街道弁事処管轄区域内の一級病院と街道衛生院が社区衛生サービスセンターへ直接の改造ができ，人員が比較的に多い，規模が比較的に大きい二級病院について，指導意見に基づいて，人員を選抜し病院内で社区衛生サービスセンターを設置することができ，センターの人事，業務，財務の単独管理を行う。社会团体が運営する衛生医療機関は条件を満たせば社区衛生サービスセンターに認定されることができ，社区における衛生サービスの提供ができる。また，街道弁事処の管轄区域に上述した医療機関が存在しない場合政府がよく計画し社区衛生サービスセンターを建設するか，医療衛生機関による社区衛生サービスセンターの設置と運営を誘致する必要がある。
- ③ 社区衛生サービスステーションの運営について，サービスセンター，総合病院，専科病院などができる。
- ④ 社区衛生機関のサービス対象は社区の住民であり，予防などの公衆衛生サービスと一般的な疾病，多発する疾病の診療が主な業務内容で，命にかかる重病あるいは難病について総合病院あるいは専科病院への紹介が必要である。
- ⑤ 社区衛生機関のサービス内容として社区における予防，保健，医療，リハビリ，健康

教育である。

- ⑥ 政府が設立運営する社区衛生サービスセンターの人員体制について，原則的に1万人の住民に対し2～3名の全科医師，1名公衆衛生医師を配置し，看護師は全科医師と1対1の比率で配置し，その他の職員は社区衛生サービスセンターの職員総数の5%以下とする。ある社区衛生サービスセンターの具体的な人員配置はセンターの職務内容，サービス対象人口数，サービス半径によって確定される。サービス人口数が5万人以上の社区衛生サービスセンターの人員体制はある程度緩和されうる。

以上の三つの公文書から都市部社区衛生機関の定義，設置するための行政手続き，その業務内容，人員の配置基準，サービス対象の範囲などを明確に定めた。

同じ2006年，中国衛生部は「公立病院の社区衛生サービス業務への支援に関する意見の通知」²²⁾を公布した。衛生部は，持続可能な病院による社区衛生サービスへの支援体制の構築，社区衛生サービス機関の医療サービス能力と管理能力の向上を目的とし，都市部公立病院（以下は病院と称す）などに対し，以下の措置を求めた。

- ① 病院は社区衛生サービス機能の需要に応じ，社区衛生サービス工作支援業務年度計画を立て，関連業務経験を持つ衛生専門人員を定期あるいは不定期に社区衛生サービス機関に派遣し，診療あるいは立会診察業務を行う。また，社区衛生サービス機構の医療衛生従事者，管理者の病院での研修などを受け入れる。
- ② 病院の定年退職医療衛生従事者の社区衛生サービス機関での勤務を奨励し，その定年

22) 《关于印发公立医院支援社区卫生服务工作意见的通知》卫医发 2006 244号

退職に対する待遇を維持する。

- ③ 各地級市の衛生行政部門が社区卫生サービス機関への業務指導、技術支援と人材育成ができる総合病院、民族医病院を指定する。
- ④ 地域の実情にあう病院と社区卫生サービス機関の協力関係、有効な転院調整情報チャンネルの樹立を模索する。病院は社区卫生サービス機構からの紹介患者に対し便宜を提供すると同時に、社区で治療、リハビリできる病院患者を適時に社区に紹介する。
- ⑤ 地方政府は具体的な措置を制定し、社区卫生サービス工作に対しよく支援した病院に対し表彰を行い、費用を補助する。

なぜ患者が大病院に集中してしまうかについて、末端医療機関の医療従事者の欠如はその一因であると第一部で著者が指摘した。この欠如とは数量のものではなく、医療従事者の技術レベルの低下を意味している。2006年11月2日の「中国医薬報」の記事では、99.1%の社区住民の医療衛生需要は社区で提供される基本的な医療サービスで満たすことができる。2006年、中国全国95%以上の地級市と86%の市管轄区が社区医療衛生サービスを提供していて、全国の社区卫生サービスセンターが3,400あまり、社区卫生サービスステーションが1.2万か所あり、それでも、90%の患者が大病院での診療を求めている、その原因は住民が社区の医療サービス技術に対する不信感であることを指摘した。2007年の「中国衛生統計年鑑」によれば、全国の医師（助理医師を含む）は1,994,854人で、社区卫生サービスセンターに勤務する医師（助理医師を含む）は25,335人で、社区卫生サービスステーションに勤務する医師（助理医師を含む）は28,635人で、全体の1.27%、1.44%

に過ぎない。社区卫生サービスに対する信頼を高めるため、ハイレベルの医療従事者の充実は欠かせないものと言えよう。

2006年6月30日、中国衛生部と国家中医薬管理局が連名で「公立病院の社区卫生サービス工作への支援意見の通知」²³⁾を公布した。文書の中で、公立病院が行政機関の要求に従い、社区卫生サービス工作を支援する方案と長期体制を作り、社区卫生サービス機関への業務指導、技術支援、人材育成を担うと述べた。

2007年3月、衛生部が「社区卫生人員業務研修ガイドラインに関する通知」²⁴⁾を公布した。ガイドラインは社区で医療業務に従事する全科医師、中堅全科医師、看護師の研修内容を定めた。

「通知」によれば、研修に参加する全科医師は社区卫生機関に勤務する臨床医師であり、500～600時間の集中研修を受ける。その中、理論学習は240時間、実習260時間（社区での実習は60時間以上）、条件を有する地域では100時間の選択学習時間を設けることができる。研修内容として、全科医学基礎、全科医療、社区予防、社区保健とリハビリなどがある。修了認定試験は理論部分と実技部分からなり、合格すると「全科医師研修合格証書」が授与される。

研修に参加する中堅全科医師は社区医療衛生機関に勤務する且つ短大以上の学歴、主治医師以上の職位を持つあるいは5年以上の勤務経歴を持つ必要がある。研修時間は10ヶ月であり、具体的に、理論研修が1ヶ月、病院でのすべての診療科の実習8ヶ月、社区での実習1ヶ月がある。

研修に参加する看護師は社区医療衛生機関に勤める看護師である。理論研修の120時間と実習の120時間の研修を通じて、社区卫生サービス概論、

23) 《关于印发公立醫院支援社区卫生服务工作意見的通知》卫医发 2006 244号

24) 《卫生部办公厅关于印发社区卫生人員岗位培训大纲的通知》卫办科教发2007 48号

社区看護概論, 社区健康教育と健康促進, 社区高齢者・婦人乳幼児・児童の保健, 社区における慢性非伝染病患者の看護とリハビリ, 社区における一般的な伝染病と突発公衆衛生事件の対応, 社区の精神衛生と精神障害者の看護, 社区救急, ターミナルケア, 一般看護技能などについて勉強する。

2006年の一連の公文書の公布から, 各地での社区医療衛生機関の建設がさらい加速し, 社区医療衛生機関数は2006年の22,656か所より2017年の34,652か所に増加し, 年間社区医療衛生機関で診療を受けた患者数が2007年の2.26億人から2017年の7.67億人に増加した。この間, 各種医療保険制度の整備も完成し, 皆保険が達成することや, 平均寿命の伸びなどを原因に病院での年間診療患者数も伸び続けているが, 年間病院での診療患者数対年間社区医療衛生機関での診療患者数は2007年の7.25倍から2017年の4.48倍に下降してきた。社区医療衛生機関が中国医療提供システムにおける重要性を増してきたと言えよう²⁵⁾。

(3) 社区病院の建設2019～

2019年3月15日中国国家衛生健康委員会が「社区病院建設の試行工作に関する通知」²⁶⁾を公布し, 河北省をはじめ20の省(自治区)では社区病院の建設を試行すると決めた。いままで社区医療サービスセンターでは入院病床を設置しないことは原則になっていたが, 一次医療の医療サービス能力, 一次医療衛生機関の影響力と社会的地位の向上を目的に社区病院²⁷⁾建設に踏み込んだ。これは社区医療衛生機関整備についての方針転換と考えても良い。

建設対象について, 地元政府の支持を条件に,

比較的に高いサービス能力を持ち, サービス対象人口が多く, そして実際に使用されている病床数は30床以上であり, 病床使用率は75%以上で, 業務用建築面積が3,000平方メートル以上の社区衛生サービスセンターが試行機関にノミネートできる。

また, 建設内容として, 臨床診療科の増設や設備の配置, 医学検査室, 影像科, 心電図室, 条件があれば胃カメラ検査の増設が求められる。影像診断は第三者機関や二次以上医療機関に提供してもらう。病床設置について, サービス対象人口千人当たり1.0～1.5床を配置し, 主に高齢者, リハビリ, 介護, ターミナルケアのための病床であるが, 条件がある機関に対し, 内科, 外科, 産婦人科, 小児科の設置が奨励される。

この方針転換の背景について, 中国国家衛生健康委員会基層衛生健康司副巡視員劉利群はこう説明した, まず, 2006年衛生部が公布した「都市部社区衛生サービス機関管理弁法」において, 都市部衛生資源の状況を考慮して, 一部新しく建設された社区衛生サービスセンターに対して, 原則的に病床を設けないと要求した。また同公文書の中で社区衛生サービスセンターの臨床診療科は全科医療科を主体とし, 同時に漢方, リハビリ, 予防保健科を設立する必要があると述べていて, ほかの臨床診療科については求めていなかった。結果として, 社区医療サービスセンターに改造される前に保有した外科, 産婦人科, 入院機能などが弱体化し, 2017年末病床を持つ社区医療サービスセンターがセンター全体の60%程度になっていた。また, 一部の都市では現有の一級, 二級病院が社区衛生サービスセンターに転身し, 今医療サービ

25) このパラグラフのデータは「中国衛生統計年鑑」各年のデータを引用したもの。

26) 《国家卫生健康委办公厅关于开展社区医院建设试点工作的通知》国卫办基层函2019 210号

27) 病院を称するために, 20床以上の病床を必要がある。

ス機関として三級病院と社区卫生サービスセンターしかなくなって、三級病院で治療を受けた患者の一部の下層の医療機関での入院治療の需要に答えられなくなっている。又、住民の医療健康需要も多元化し、末端医療機関に対し、臨床専科サービス、入院、診療設備の配置、医学検査等の需要が出てきた。

1990年代末期からの社区医療サービス機関の整備は、一定程度住民の医療アクセス向上をもたらした。これから高齢社会がもたらす医療・介護の需要を満たす役割を十分に期待できる。が、現時点では、いくつかの問題点が存在している。次の部では、社区医療衛生機関整備の目的と照らし合わせて、その問題点を指摘し、解決策を探り、これからの社区医療衛生機関の整備を展望する。

三 これからの社区医療衛生機関整備

今までの社区医療衛生機関の整備の目的は、医療の視点から大きく3つに分かれている。一つは患者の分流による医療資源の有効利用、二つは患者医療費負担の軽減、三つは患者の医療へのアクセスビリティの向上である。これらの目的はある程度達成されたが、問題点も存在している。

1 医療資源の有効利用問題

社区医療衛生機関の整備の一つの目的は医療資源の有効利用である、いわゆる都市部の三級病院、二級病院、一級病院とその他の末端医療機関が構成する三級医療ネットワークの機能の発揮である。重病の診療は三級病院で、そしてより軽い病気は二級病院、一級病院で診療することができれば、医療資源の有効利用ができると考えられている。しかし、80年代、90年代は患者が大病院

の集中してしまい、三級医療ネットワークの機能は発揮できなかった。では、社区医療衛生機関の整備を経て、医療資源の有効利用ができたか、年間病院での診療患者数対年間社区医療衛生機関での診療患者数は2007年の7.25倍から2017年の4.48倍に下降してきた、というデータを見れば一定の成果を得たと考えられる。患者を分流できるように、2006年の「国务院の都市部社区卫生サービスの発展に関する意見」では、分級診療と双方向診療制度²⁸⁾を求めている。

(1) 双方向診療制度は患者の病状によって患者を大型病院と小型病院間、総合病院と専科病院間の相互紹介システムである。1997「中共中央・国务院の衛生改革と発展に関する決定」にて社区医療サービスを都市部従業者基本医療保険制度の中に入れ、双方向患者紹介制度を設立すると打ち出した。2006年国务院の「都市部社区卫生サービスの発展に関する指導意見」にて、社区卫生サービス機関と大・中型病院間の多様な連携と協力を実施し、分級医療と患者の双方向紹介制度を設立し、社区での一次診断を模索する。2008年の新医療改革案に再び「社区での一次診断、分級医療、患者を双方向紹介」を徐々に実現することを求めた。

しかし、現有の医療機関運営制度では、この双方向診療制度はなかなかうまくいっていない。例えば大病院と小病院間の患者の相互紹介、李等(2011)は病院が医療収入を増やすために、両者とも患者を獲得したく、現在明確な基準がなく監督体制の不在によって、大病院と小病院はともに患者を自分のところに留めることを選択する、と指摘した。さらに、李等は大病院から小病院へ紹介しても、患者の流失が起ると指摘した。大病院から小病院へ転院する患者の一部は小病院に対

28) 双向转诊 two-way referral

して不信感を持ち、結果、小病院への入院を諦めるあるいは途中で退院してしまう。

(2) もう一つは分級診療²⁹⁾の問題である。分級診療とは、重病は大病院、軽病は小病院という考え方である。2015年9月11日国务院弁公庁が「分級診療制度建設の推進に関する指導意見」³⁰⁾を公布し、2017年までの到達目標を定めた。

この分級診療実現のために、現行の都市部従業員基本医療保険、住民基本医療保険は大病院への集中を軽減するために、大病院で診療を受ける際、医療保険制度の免責金を高く、給付比率低く、最高給付金額を低くしている。例えば朱2015によると、広東省东莞市は医療保険を利用して、末端医療機関にての一次診療を推し進めた。保険規定では、保険が指定した社区卫生サービスセンターで診療を受けた場合、保険が医療費の70%を給付する、社区卫生サービスセンターの紹介で二級などの病院での診療について保険は医療費の50%を負担する。紹介なし直接病院で受診した場合、医療費は全部自費になる。しかし、制度の予

期効果は達成できなかった。2013年东莞市の病院での診療率は全国平均と広東省平均を上回る結果となった。

分級診療について、張は2018年山西省のある三級甲病院の支援対象である10か所の県域医療グループの527名医療従事者と578名の患者に対してアンケート調査を行った。その結果、医療従事者の8割以上が分級診療制度を知っていて、内容を「了解」しているのは79.70%、分級診療制度を賛成している人は80.27%、患者とその家族は末端医療機関で診療を受けたくない原因として、43.07%の人が末端医療機関のサービスレベルが低い、また64.90%の人はサービス内容が限られていると認識している。分級診療を阻害する原因として、43.26%の人は医療保険政策、42.88%の人が情報化管理、42.13%の人が分級診療システムはいまだに出来上がっていないと認識した。末端医療機関のサービス力を向上させる措置として、62.62%の人が人材の育成と認識した。患者の場合、分級診療制度を知っている人は57.79%、

表2 2017年までの分級診療試行工作到達目標

1	末端医療衛生機関建設の標準満たす率95%以上、末端医療衛生機関繰り延べ診療人数/総診療人数65%以上
2	試行地域において、人口30万人以上の県は二級甲総合病院1か所、二級甲中医院1か所以上を有し、県域内での受診率は90%程度に達し、重病の治療は県内で完結できる。
3	万人の都市部常住住民毎に全科医師が2名以上、郷鎮衛生院毎に全科医師1名以上、都市部全科医師の契約サービス量は30%以上
4	住民罹病する際第一次診療の選択率70%以上
5	試行地域での隔地医療サービスのカバー率50%以上
6	現有医療衛生情報システムを整合し、分級診療情報システムを整え、すべての二、三級病院および80%以上の郷鎮衛生院と社区卫生サービスセンターをカバーする
7	二、三級病院から末端医療衛生機関、慢性期医療機関への患者紹介の年増加率10%以上
8	すべての社区卫生サービスセンター、郷鎮衛生院および二、三級病院の間に安定的な技術扶助と役割分担関係を築く。
9	都市部試行地域では、高血圧症、糖尿病患者の規範化診療と管理率40%以上
10	漢方サービスを提供する社区卫生サービスセンター、郷鎮衛生院、社区卫生サービスステーション、村衛生室の同類機関に占める率は100%、100%、85%、70%に達する、末端医療衛生機関における漢方医診療量の同類機関の診療量に占める率30%以上

出所：「分級診療制度建設の推進に関する指導意見」を参考し作成

29) 分級診療 hierarchical medical system

30) 《国办关于推进分級诊疗制度建设的指导意见》

受診の際重要視する項目は医療技術のレベルが最も高く、54.15%、費用は25.43%、医療機関の環境は12.28%、居住地までの距離は8.13%であった。末端医療機関で受診したくない理由は、最新医療設備の欠如は41.52%、技術が限られているのは69.38%、薬品の完備されていないのは33.04%、という結果を得た。

医療資源の有効利用のために、分級診療、双方向診療制度を徹底的に執行し、中国の都市部では社区医療衛生機関など末端医療機関へ患者を誘導し患者を分流することが大変重要である。しかし、現実には、分級診療や双方向診療制度の徹底的な執行が達成できていない。医療保険の免責金、給付率、最高給付額等経済的なインセンティブを利用して広東省東莞市のように失敗する可能性を否定できない。

これから分級診療、双方向診療制度を徹底的に執行するために、3つのことを強化しなければならない。まず、患者の社区医療衛生機関に対する信頼度を高めなければならない。張の2018年の調査結果から患者の69.38%が末端医療機関の技術レベルが限られていることを理由に受診したくない、54.15%の患者は受診の際重要視するのは医療技術レベルである。このアンケートの結果から、経済的なインセンティブに比べ、社区医療衛生機関など末端医療機関の技術向上がはるかに患者分流のためになり、末端医療機関にハイレベルの医療人材を充てる必要がある。二つ目は現存する医療機関の運営方法を改めなければならない。李等（2011）が指摘したとおり、患者数=収入という考え方の下では、患者の大病院と小病院の間の転院・転診が難しくなる。これから医療サービスに対する価格の付け方の改めや、保険者あるい

は第三者機関によるレセプトのチェックが大事になってくる。三つ目は医療制度についての知識普及である。分級診療、双方向診療とはなにか、その徹底的な執行は住民、患者にとってどういうメリットがあるのか、一般人が理解しやすいような知識の普及が大変大事になってくる。

2 医療費負担の軽減と医療アクセスの向上

医療費負担の軽減について、現存の先行研究はあまりない。ほかの側面から見てみたい。熊等（2020）ある地域分級診療制度について研究した。この市域では医療联合体^{31）}という形式をとっていて、医療联合体の中で、分級診療を実施している。熊などの調査から分級診療制度を実行しているこの地域の住民は初診の医療機関を選択する際、一番重要視をしているのは距離の要因で、調査者数の19.88%を占めている。二番目は医療技術で、調査者数の17.39%を占めていて、第三は医療費で調査者数の14.91%である。ほかの要因として重要視高い順に、医療従事者の態度、保険償還率、医療機関の規模、特色のある診療科、と続き、それぞれ、13.66%、12.63%、11.39%、10.14%である。2012年中国が医療皆保険を達成して以来、医療保険のカバー範囲の拡大、給付比率の増加が続いており、医療費の負担は住民が診療先を選択時に一番考える要因でなくなっていることは事実である。これは医療費の負担を考えなくてもよいではない、中国の医療保険は「基本」医療保険と呼ばれ、保険でカバーする治療内容に限りがある、全体の観点からも医療費の中の無駄を削り、医療保険の保障内容をできる限り拡大していくことは言うまでもない。

医療アクセスの向上について、属している社区

31) 医療联合体はある区域にある医療資源を整合し、一般的にその区域の三級病院、二級病院、社区医療、村医療より構成される。医療联合体の設立によって联合体内の各級病院の役割分担が強化され、分級医療、双方向診療制度の徹底的な執行に一役を担う。

の中で診療を受けられることは医療アクセスの向上であり、分科診療の徹底執行も大病院に余裕でき、重病患者の治療などに専念できる。

四 結びに変えて

本論文は医療の角度から中国における社区医療衛生機関の整備を議論した。しかし、社区医療衛生機関の機能は住民に対する医療サービスの提供に限らず、ほかにも予防と保健、健康教育、これから介護も担う。中国国家標準GB/T20647.4-2006によると社区医療衛生機関が担当する健康教育には、一般の慢性非伝染病院に関する健康教育、伝染病に関する健康教育、家庭救急と看護を含める家庭健康教育がある。予防について、妊婦、乳幼児、高齢者の予防、家庭での予防、社区範囲内の予防がある。ほかには計画免疫、精神衛生、児童保健、高齢者保健、職業病保健があります。これらの機能は社区住民の健康向上につながるだけではなく、一次予防の徹底により疾病の罹患率が下がり、医療費の軽減にも役に立つ。さらに、社区の医療衛生機関は住民のリハビリを担っており、これから中国で普及していく介護医療保険が居宅介護を提唱しており、社区の医療衛生機関の活躍が期待される。

従って、社区医療衛生機関の発展を考える際に、医療の役割だけではなく、社区医療衛生機関が担う公衆衛生、介護についても含めて、すべての機能をうまく発揮するために、いかに社区医療衛生機関を建設するかを考えなければならない。そのため、人口学を用いる高齢社会に対する精度の高い予測、レセプトを用いる年齢階層ごとの医療費の分析や、各種疾患の罹患率等の予測が欠かせないであろう。

参考文献

日本語

- 1 袁麗暉 中国の病院改革「山口経済学雑誌」2020.03
- 2 袁麗暉 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」2010.07

中国語論文、新聞記事

- 1 王鴻勇 城市卫生服务体系的问题_弊端与改革策略《中国卫生经济》2000年第5期 pp.27-28
- 2 龚幼龙 建设社区卫生服务体系的框架构思《中国全科医学》2002年12月第5卷第12期 pp.937-938
- 3 庞国明 转型社区医疗服务_二级医院如何在体系重构中突围《中国医药报》2006年11月2日 第B06版
- 4 九三学社北京市委员会 构建城乡医疗二级服务体系《光明日报》2007年/5月/17日/第010版
- 5 余海蓉 两级医疗体系效能未体现《深圳特区报》2010年/4月/14日/第A05版
- 6 郭清 构建二级医疗是医疗卫生服务体系发展趋势《中国社区医师》2010年1月1日 第22版
- 7 李荣文 从双向转诊看三级医疗服务体系的建立《医院院长论坛》2011年9月 pp.35-37
- 8 雷光和, 陈小娥 双向转诊在分级医疗服务体系重构中的作用研究《中国卫生事业管理》2012年第12期 pp.897-899
- 9 朱恒鹏 医保如何助力建立分级诊疗体系《中国医疗保险》2015.6 pp.9-11
- 10 张璐 三级医院分级诊疗策略研究《循证护理》2018年10月第4卷第10期(总第24期) pp.916-919
- 11 朱恒鹏 建立分级诊疗体系如何可能《中国党政干部论坛》2018.10 pp.25-29
- 12 赵茜, 陈华东, 伍佳, 廖晓阳 我国基层医疗体系的发展与展望《中华全科医学》2020年3月第18卷第3期
- 13 费孝通 当前城市社区建设—一些思考2008.08《群言》pp.13-15
- 14 社区医院：切实提升基层医疗服务能力《中国卫生》

2019年第5期 pp.32-35

- 15 熊之潔, 张炜, 杜小青 分级诊疗制度下“医联体”模式实施现状及效果研究《中国卫生事业管理》2020年4月第37卷第4期(总第382期)

中国政府公文書

- 1 《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》国发2006 10号
- 2 《关于印发城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见的通知》中央编办发 2006 96号
- 3 《关于印发公立医院支援社区卫生服务工作意见的通知》卫医发 2006 244号
- 4 《关于印发城市社区为卫生服务机构管理办法(试行)的通知》卫妇社发 2006 239号
- 5 《卫生部办公厅关于印发社区卫生人员岗位培训大纲的通知》卫办科教发 2007 48号
- 6 《国家卫生健康委办公厅关于开展社区医院建设试点工作的通知》国卫办基层函 2019 210号
- 7 《国务院办公厅关于转发民政部关于在全国推进城市社区建设的意见的通知》中办发〔2000〕23号 2000年11月19日
- 8 《中共中央, 国务院关于卫生改革与发展的决定》1997.01.15
- 9 《关于印发关于发展城市社区卫生服务的若干意见的通知 卫基妇发》1999 第326号
- 10 《卫生部关于印发城市社区卫生服务机构设置原则等三个文件的通知》2000.12.29
- 11 《国办关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》国办发〔2015〕70号