

# 米国・日本・中国における医療の新動向

儀我 壮一郎

## 目 次

最先端の生命科学と「三大伝統医学」  
米国の保健・医療の諸矛盾とインド  
日本の医療保障の特徴と医療「構造改革」  
の危険性  
中国の人口構成と医療・医薬品  
2005年の中国管見

## 最先端の生命科学と「三大伝統医学」

世界各国で、遺伝子工学、DNA 鑑定、人工授精、再生医療の進展と、それに関連する新事業分野・バイオビジネスなどの興隆が重視されている。

生命科学の現状と発展の可能性および危険性については、すでに別稿で詳論したとおりである（儀我「『多国籍製薬企業』と生命科学の新局面」『経済』2001年3月号、「生物・化学兵器と『多国籍製薬企業』」『経済』2003年6月号、「製薬会社の手はきれいか？—生物化学兵器の研究開発と使用の歴史的系譜—」『大阪保険医雑誌』2005年8・9月合併号など）。日本の関東軍731部隊（石井機関）、地下鉄サリン事件、米国のフォート・デトリック、枯葉剤、炭素菌事件などを見落としてはならない。

日本学術会議が、創設以来の7部制（文・法・経・理・工・農・医）を廃止し、第一部人文科学、第二部生命科学、第三部物理および工学

の3部門に再編成した最新の動向も、生命科学重視の典型的事例であるが、生命科学と戦争・テロ・犯罪との関係も注目すべきである。

生命科学の進展と同時に、戦争・テロ・「天災」・公害などの原因を含む、住民の死傷・健康破壊・自殺と医療事故の多発、医療訴訟件数の増加などが示すように、各国民の不安・不信・不満を生む要因もまたかつてない状況にある。

その背景として、地球規模さらには宇宙規模の環境破壊・地球温暖化などにもとづく深刻な事態がある。地球温暖化・二酸化炭素の温室効果、海洋からのメタンガス放出などの「悪循環」によって人類を含む全動物が窒息死するのは、現在の傾向が続けば150年後であり、この傾向を阻止する行動が意味をもつのは80年が1つの限界であるとの主張さえ見られる（西沢潤一・上野勲黄『人類は八〇年で滅亡する』東洋経済新報社、2000年）。

また、北極圏の温暖化による海水の塩分濃度の低下を起点とする「暖流エンジン」の停止によって、西欧やアメリカ・カナダ東岸がシベリア化して、世界は極端な食料不足に陥るとする米国地球科学会元会長のウォーレス・ブロッカー氏の説もある。「科学者の認識レベルにおいて、環境問題は環境汚染からさらに進んで、環境破壊という終末段階を視野に入れつつあると見るべきであるが、社会の意識ははたしてこれに対応できているのであろうか」（貫隆夫「環境問題に批判経営学はどう取り組むか」丸

山恵也編著『批判経営学』所収，新日本出版社，2005年，86 - 87ページ）。

地球温暖化防止政策の動向を見よう。

1997年12月，国連・気候変動枠組条約第3回締結国会議（京都会議）で「京都議定書」が採択され，2005年2月16日に発効した。議定書は，先進工業国全体で，2008 - 12年の6つの温室効果ガスの排出量を，1990年比で5.2%削減することを求めている（日本は6%）。削減活動を行う国・地域は，全排出量のうち，1997年31.9%，2010年28.0%，2020年25%を占めると推定され，その削減効果は限定的である。中国の排出量は，2020年全体の23.7%を占めると見られている。しかし，「京都議定書」は，人類がはじめてエネルギー消費の削減に取り組む画期的な国際条約であり，ポスト「京都議定書」の各国の動向が重視されつつある。（上園昌武「京都議定書発効後の地球温暖化防止政策の課題」大阪市立大学『経営研究』56巻1号，2005年5月参照）。

なお，「反温暖化論」ないし懐疑論も存在しているが，その日本における論者・論拠および問題点については，上園昌武「温暖化問題のまきかえし批判」（『日本の科学者』2005年10月号，21ページ以下）を参照していただきたい。ちなみに現在「まきかえし」は，イタイイタイ病，水俣病，ダイオキシン，環境ホルモンなど多方面にわたっている。人類全体が，心身ともに危機を迎えつつあるなかで，多くの人々が西洋医学の限界を感知し，中国医学，インド中心のアーユルヴェーダ医学，イスラム世界のユナーニ医学など「生きている三大伝統医学」（山田慶児氏による）への関心を深めつつあるのは，偶然ではない。大局的に見よう。

榊原英資氏は，21世紀に，「世界経済の中心が再び欧米からアジアにシフトしてきている」として，ドイツ生まれの歴史家A.G.フランク

が，20世紀末から21世紀にかけての歴史の大きな流れを「リオリエント」現象と呼んでいることに注目している（A.G.フランク『リオリエント—アジア時代のグローバル・エコノミー』山下範久訳，藤原書店，2000年）。「19世紀初めまでは，中国とインドを中心とするアジアは世界経済の中心でした。1820年の時点で，中国とインドの人口の合計は当時の世界人口の55.1%，GDPの合計は，世界全体の，実に，44.7%をしめていたのです。現在の時点では，中国とインドの人口の合計は世界の37.5%，購買力平価で調整した両国のGDPは世界の18.1%にすぎませんが，次第に世界は19世紀以前の中国・インドを核としたアジアの時代に戻っていくというのです。……これは我々だけではなく，欧米の人々も含んだ多くの経済人達が持ち始めている現実感覚と一致します。……もしこの歴史の逆転が本当に起こるとすると，……本当に西欧近代が普遍で日本やアジアが特殊なのかという疑問が出てくる……」（榊原英資『為替がわかれば世界がわかる』文春文庫，2005年，10～12ページ）。

すでに1986年に，宮崎義一氏は，覇権国家の交替という視角から，次のように述べていた。慧眼である。

「この15世紀以来今日に至る世界史は，約百年ごとに現れる覇権国家によって彩られている。そしてその覇権国は，次第に西に移り，ヴェネチアからポルトガル，スペイン，オランダ，イギリスを経てついに大西洋を越えてアメリカに渡り，さらに現在，経済活動の中心は大西洋から太平洋に移動している。まさにB.A.ダムスの経済的覇権西漸説に従っているかのように見える（Brooks Adams, *America's Economic Supremacy*, 1900）」，宮崎義一『世界経済をどう見るか』岩波新書，1986年，166ページ）。

21世紀の現在，米国の一極支配ではなく，多

極化が問題となり、最近ではBRICSと略称されながら、ブラジル、ロシア、インド、中国の台頭が注目されつつある。(ちなみに、Sはスペインのことだと、スペイン国内では取り沙汰されている)

中国とインドが交戦し、中ソ対立が大問題となった第2次大戦後の一時期の歴史を想起すれば、中国とインド、ロシアの相互関係が、上海協力機構(2001年創立)に見られるように親密の度合を強めつつある現状は、世界史の動向を左右する要因として、きわめて重要である。ブッシュ政権のイラク侵略戦争に対する各国の反発にも、共通性がある。武力による安全保障から、外交による平和協力への世界史的な流れが主流となった。

このような新局面において、「三大伝統医学」が再評価されつつある。西洋医学の立場からは、これらの伝統医学は、「代替医療」「補完医療」と位置づけられるのであるが、西洋医学と伝統医学の相互の長所を生かして、「理想的な医学・医療」を追求する中国・キューバなどの立場が、あらためて重視されるのである。

## 米国の保健・医療の諸矛盾とインド

米国の医学・医薬品・医療機器は、世界最高水準にあるといわれる。また、市場規模の側面を見ても米欧型の医療用医薬品において、米国は全世界の50%を占める最大の市場である。

しかし、大多数の米国人の保健・医療の実態は、世界最高水準といえるであろうか。

米国人の過半数の肥満は、しだいに病的水準に達しつつある。低所得者、子供を含めて、化学物質を大量に含む食事内容、ペットボトル飲料などが、大問題である。肥満問題は、米国型食事の流行もあって発展途上国にも及んでいる。

世界保健機構(WHO)は、2005年9月22日、世界で太りすぎは10億人、2015年には15億人になるとの報告書を発表した。

米国人の51%に何らかの痛み(pain)の症状があると報道された(TVのABCニュース)。頭痛、腰痛、等々である。痛みに対応して大量に販売されたメルク社、ファイザー社の鎮痛消炎剤の副作用・薬害問題が広く表面化し、その回収と多数の訴訟によって、世界最大級である両社とも、経営危機に直面しつつある。

米国人の精神神経が正常を失う傾向もいちじるしい。医薬品の売上高上位には、抗うつ剤・抗精神病剤がランクされている。そして、抗うつ剤SSRIなどによる副作用・薬害・自殺などの深刻な状況も明らかとなった。覚醒剤・大麻・麻薬の乱用が、青少年にまで「普及」しつつある。9.11同時多発テロ、炭疽菌レター事件、イラク侵略戦争、ハリケーン「カトリーナ」「リタ」「ウィラ」などによって、米国人の不安・不満・精神的不安定は、増幅しつつある。「愛国者法」などによる思想統制、戦時体制の締めつけも、国民の側の受忍の「臨界点」に達しようとしている。イラク戦争で息子が戦死したシンディ・シーハンさんたちがブッシュ大統領を問いつめ、ブッシュ側は回答困難という新局面にも注目しよう。2005年10月にはチェニー副大統領のリビー首席補佐官の起訴とブッシュ大統領のローブ次席補佐官の起訴の可能性がブッシュ政権を直撃した。

米国人の健康が、心身ともに蝕まれるなかで、医療の供給体制は、ますます医療関連保険会社の営利原則によって左右され、メルク、ファイザーなどの多国籍製薬企業は、ブッシュ政権と密着して独占的高利潤を確保し続けようとするので、矛盾は激化しつつある。GM・フォードなど世界有数の大企業も、従業員の医療・年金・退職金などの「企業内福祉」の面で「行きづ

まり」の実情にある。上位航空会社のデルタなども、類似の困難に対応しきれず、破産に陥った。2005年10月のGM系部品企業デルファイ倒産後も類似の状況である。

米国ないし日・欧の医学・医療界の問題点は、石川好氏の「饒舌な国インド」(『日本経済新聞』2005年9月18日付)からも読みとることができる。石川氏はインドで入院した。

「何より驚いたことは、インド医学の実力であった。日本ではなおりにくいといわれていたわたしの病気がそこで大きく改善したから言うのではなく、インドの病院に欧米の患者が年間数千単位で入院中だと知ったからである。... ..こんな深刻な話を聞いたことがある。『アメリカを困らせるのに、あんなテロをやる必要はない。アメリカの医療界で働いているインド系アメリカ人に帰国命令を出せばアメリカの医療システムはパニックに陥るであろう』その人は誇らしげに語ったのだ」(石川好, 前出)。IT産業とインド・中国との関係も想起される。「.....両国民の実力は今でも高く、1990年代、米国のシリコンバレーは中国とインドの優秀な技術者たちによって支えられた時期がありました。当時アメリカでは『IC』って知ってるかい? インド(INDIA)と中国(CHINA)のことさ」という言い振りが流行ったといえます」(榊原英資『為替がわかれば世界がわかる』前出、196ページ)。

「日本の医療機関にちょっとした異変が起きている。国内製が主流だった糖尿病薬にインド製を処方する例が増え始めた。.....シン首相も医薬品産業の育成に国を挙げて取り組む方針を打ち出した」(『日本経済新聞』2005年11月15日付)。

顧みれば、1000年前の3大文明は、「東洋」の唐文明、「南洋」のヒンドゥー文明、「西洋」のアラブ・イスラム文明であったことをも再確認すべきところである(梶田昭『医学の歴史』講談社学術文庫、2003年、109ページ)。米国の300年前の状況などと対比すれば、多くの示唆が得られるのである。

### 日本の医療保障の特徴と 医療「構造改革」の危険性

米国と日本の保健・医療の成績を比較すれば、表1のとおり、日本の優位は明々白々である。WHOによれば、日本が健康達成度で第1位である。「このランキングは、住宅や食生活や教育や雇用など社会の全体的な水準を反映している面も多く、かならずしも保健・医療単独の成績ではない。それでも日本の保健・医療が総合的に見て、他の国に遜色ないものだと言えよう。/医療制度を直接に見ている『平等性』という項目では、ほとんど自己負担なしに必要な医療が受けられる北欧諸国が最上位だが、日本も三

表1 日本の保健・医療の成績—GDPに占める医療費の割合 (2000年)

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 (1998年)
日本	1位	3位	18位
ドイツ	14位	20位	3位
アメリカ	15位	32位	1位

出所: WHO, *World Health Report 2000*, OECD *Health Data 2003*.  
『市場化の中の「医療改革」』91ページ

位と健闘している。……この平等性を掘り崩すのが、現在進行中の医療『構造改革』である」（日野秀逸編著『市場化の中の「医療改革」』新日本出版社、2005年9月、90-91ページ）。日本の保健・医療を「米国型」に変換することの危険性は、以上のみを見ても、明示されている。

次に、医療費をめぐる問題点を検討しよう。

日本の医療費の対GDP比は、旧OECD24カ国中18位であり、平均以下である。7カ国について、国民総医療費の対GDP比（%）を見れば、米国13.1、ドイツ10.6、フランス9.3、スウェーデン8.4、イタリア8.2、日本7.6、イギリス7.3の順である（2000年、*OECD Health Data 2003*）。

次に、公的医療費の国民総医療費に占める割合（%）を見れば、スウェーデン83.8、イギリス83.3、日本78.5、ドイツ78.1（1995年）、フランス77.7、イタリア67.3、米国44.8の順であり、米国の立ち遅れはいちじるしい（1998年、*OECD Health Data 2001*）。

公的な医療制度における患者自己負担割合は、イギリス2.4%（1995年）、ドイツ6.0%（1997年）、フランス11.7%（1996年）、日本15.4%（1998年）であり、「差額負担」を除いても、日本の患者自己負担比率は抜群の高率だと言っても過言ではないだろう（西岡幸泰「医療『構造改革』と国民皆保険体制」日野秀逸編著『市場化の中の「医療改革」』所収、前出、35-36ページ）。

西岡氏によれば、日本の医療保障制度は、次の3つの画期的大事件を経て現在にいたっている。

1960年代初頭の「国民皆保険」の達成（本格的「新鋭」重化学工業の構築と展開の時期に合致）。

1980年代初頭の老人保健制度の発足（「高

度経済成長」を支えてきた再生産構造の再編「高度化」期に合致）。

1997年の介護保険法制定（2000年から逐次施行）（80年代の技術革新＝ME マイクロエレクトロニクス 化をテコに築かれた「輸出大国」の崩壊期に重なる）。

「歴史的起点となった『国民皆保険』体制は、日本経済の三層の格差構造（独占の大企業群、中小・下請企業群、都市自営業・零細農業）と対応的に、健保組合・政管健保・市町村国保の三層の編成をもって発足した。しかし、その後の日本経済のドラスティックな構造的変動の影響を受けて、『国民皆保険』体制は基底部分から揺らぎ出す」（同上、38ページ）。

介護保険制度は「高齢者福祉制度のうち施設・在宅ケアだけを切り取って、これを公費（措置）制度から『保険方式』に転換するとともに、介護サービスの提供を『商法上の法人』（いわゆる民間営利企業）に開放したという点で、決定的な意義をもっている」（同上、40ページ）。

現在の小泉内閣の医療「構造改革」とは実は、1997年の橋本内閣の「構造改革」路線を引き継ぎ、スピードアップしようとするものである。医療「構造改革」は、医療保障制度の縮小・再編を図る政策であり、「市場原理至上主義」、ネオ・リベラリズムの思想で「理論武装」している。その特徴を、西岡氏は二つの正面と四つの戦略にまとめている。

「二つの正面」とは何か。

医療サービスの需要側面につき、これにバリアを張り、公的医療保険・公費医療制度が給付する範囲を狭め、中身を削ること。

供給側面につき、国・地方公共団体等が開設・運営する医療機関の整理・統合を進め、それが撤退したあとを「市場化」「営利化」にゆだねること。

「四つの戦略」とは何か。

まず、一般国民サイドに対して、

患者負担増を強め、医療機関へのアクセスを制限すること。

「健康自己責任」のイデオロギーを強め（2002年健保等一部改正法とセットで健康増進法が成立していることに要注意）、保健・医療需要を大衆保健薬や健康食品、「代替医療」にシフトさせ、また民間医療保険へと誘導すること。

次に、医療機関・医療従事者サイドに対して、

医療法・診療報酬制度等の改正を積み上げつつ、医療機関の機能分化、医療・看護労働のダイリューション（希釈化）を進めること。

医療サービスの提供システムに「市場化」「営利化」を導入・拡大すること（「規制改革」による病院業務直営原則の緩和・撤廃、株式会社参入、国公立病院の経営方針の転換、公共部門の労働者の賃金・労働・雇用条件の「民間化」など、また「代替医療サービス・健康食品」提供事業の野放し放任・促進政策など）。

この「二つの正面・四つの戦略」を凝縮し、その本質を統括するキーワードは「国民皆保険の形骸化と収奪機構への転化」だと見たい（西岡幸泰，前出，41 - 43ページ）。

2005年10月19日、厚生労働省は「医療制度構造改革試案」を発表した。財界などの「GDPに連動した医療費の総額管理」という医療費抑制政策が基調であり、患者・高齢者・国民の負担増、後期高齢者医療制度、保険免責制度の新設その他、国民に新たな痛みを強要する内容である。現在、各界で多面的に論争中であり、詳細は他の機会にゆずるが、批判的検討のためには、上述の西岡氏の「二つの正面、四つの戦略」の視点が必須であることを銘記したい。

日野秀逸氏によれば、政府・財界が強行しつつある医療保険政策は、第1に「皆保険＝皆医療」というセットを分離するものである。

第2の問題は「国の公的責任の後退・放棄」である。「自己責任」の原則化による社会保障の責任の患者・国民への転嫁と、国保、政管健保、組合管掌健保のいずれも地域保険にする方向である。

第3の問題点は「社会保障に対する企業責任の回避」である。

第4の問題点は「医療保険の収奪機構化」である。総保険料が上がり、給付水準が低下するので、国民の多くは私的保険への加入など再収奪にさらされる（日野秀逸編著，前出，108 - 109ページ）。

## 中国の人口構成と医療・医薬品

まず、「1人っ子政策」による少子高齢化傾向のなかでの年齢別人口構成を見れば、総数13億人、0～14歳2億9000万人（23%）、15～64歳8億9000万人（70%）、65歳以上8800万人（7%）である。都市部の人口は36%、農村部64%であり、学歴別には、大卒35.3%、高卒10.89%、中卒33.19%、小卒34.89%である（1999年）。

2000年に、従来の「公費医療制度」を廃止した新保険制度が成立し、都市勤務者の92%が医療保険に加入した。老人向けには、法定介護保険（強制加入）、任意加入互助制度（非営利）、商業型保険の3種がある。

多くの医療費は健康保険から支払われ、病院の医師は過剰な治療をし、費用を高く取る傾向がある。日本の場合も診療報酬における「出来高払い制」によって同様の問題点があるとされている。

中国の都市部の10大死因は、表2のとおりであり、日本の死因と共通する特徴が目立つ。

日本の10大死因は、悪性新生物（ガン）（死因総数に占める割合29.6%）、心疾患

表2 中国都市部における10大死因および死亡率

順位	死因	死亡率(1/10万)	死亡総数に占める割合
1	悪性新生物(ガン)	140.47	23.89%
2	脳血管疾患	127.18	21.63%
3	心疾患	98.82	16.82%
4	呼吸器疾患	81.63	13.89%
5	外傷・中毒	36.95	6.28%
6	消化器疾患	17.86	3.04%
7	内分泌栄養代謝・免疫疾患	16.87	2.87%
8	泌尿器・生殖器疾患	8.87	1.51%
9	精神疾患	6.67	1.13%
10	神経疾患	5.28	0.90%
10大死因の合計			91.96%

統計の範囲：北京等35都市の全市，または一部区を含む  
中国・衛生部資料の1999年統計より  
(出所)『中国医療市場への進出ガイド』16ページ。

(15.4%)，脳血管疾患(14.2%)，肺炎(9.6%)，不慮の事故(4.1%)，自殺(3.2%)，老衰(2.3%)，腎不全(1.8%)，肝疾患(1.7%)，慢性閉塞性肺疾患(1.3%)であり，この10大死因が，死亡総数の83.2%を占める(1999年)。が中国と異なる特徴であるが，については，中国のと比較検討する必要がある。

2000年の中国製薬工業の総生産は2370億元で，前年比20%の増加であるが，国有および国有株式会社の成長率は5%，私有株式会社の成長率は110%となっている。

1999年の西洋薬，漢方薬メーカーを含む製薬企業数は6391社，うち合資企業数は1800社である。卸企業は1万6519社，薬局は約8万である。青木初夫アステラス製薬会長はいう。

「中国，インドは日本のパートナーであるとともに競争相手でもある。アジア各国は医療を国の中核産業に育成していく動きが強い。例えば移植の分野では中国は症例数で米国に次ぐ世界第二位にある。……」。また，金子恭規スカイラインベンチャーズ代表はいう。「私の実体験

から言えば，米国のファンドなどがシンガポールを經由し，中国の製薬会社に投資している。かつて私が米アムジェンにいた時の中国人研究者たちは，米国で学んだことを中国で実践しようといった企業家精神にあふれていた。中国は今，人を含めダイナミズムのある動きをしている」(『日本経済新聞』2005年10月26日付)。

2000年度の中国における医薬品の売上高順位は，抗感染剤(総販売額の35.7%)，消化器疾患薬(13.75%)，心血管系薬(12.18%)，抗腫瘍・免疫系薬(7.41%)，神経系薬(5.91%)，血液・造血系薬(3.99%)，筋肉・骨系薬(2.47%)，呼吸器系薬(2.42%)，皮膚用薬(1.13%)，生殖泌尿系薬(0.74%)，であり，その他の薬物が14%となっている。

で総売上高の約50%を占めるが，それぞれの10大企業は表3～表6のとおりである。

からまでを見れば，日本の武田，三共，キリンビール，東レ，旭化成を含む外資系企業の比重が目される。

中国最大級の三九企業集団(本社深圳，1987

**表3 抗感染剤薬**

(販売総額2,879億円：医薬品総販売額の35.79%)

順位	メーカー	製品名	年商販売額 (億円)
1	上海羅氏製薬(有)	羅氏芬	75.5
2	三九グループ新薬業(有)	凱帝龍	41.0
3	浙江杭州默沙東製薬(有)	泰能	40.0
4	上海施貴宝製薬(有)	孢拉啶	39.5
5	ドイツ安万特医薬会社	凱福隆	38.0
6	イギリス葛蘭素威康製薬	西力欣	37.0
7	香港連邦製薬(有)	阿莫仙	34.0
8	安徽威爾曼製薬(有)	頭孢胺嗪	32.0
9	北京双鶴製薬	左旋酸素沸素沙星	28.0
10	上海第三製薬	頭孢三嗪	27.5

**表4 消化系薬**

(販売総額1,106億円：医薬品総販売額の13.75%)

順位	メーカー	製品名	年商販売額 (億円)
1	北京バイヤー-医薬保健品(有)	拌糖平	38.0
2	阿欺特拉捷利康大薬	洛賽克	35.0
3	阿欺特拉捷利康大薬(無錫)	洛賽克	33.0
4	西安楊森製薬(有)	嗎丁啉	30.0
5	米国ホワイトハウス製薬	鏢爾来奇D	28.0
6	天津施維雅製薬	達美康	25.0
7	天津史克製薬	泰胃美	22.5
8	江蘇省連雲港東風製薬	甘利欣	21.5
9	ドイツ安万特医薬	易善力	20.0
10	米国砒維	樂力	18.5

(出所) 表3から表6まで、表2と同じ。24-25ページ。

**表5 心血管系薬**

(販売総額980億円：医薬品総販売額の12.18%)

順位	メーカー	製品名	年商販売額 (億円)
1	大連輝瑞製薬(有)	絡活喜片	41.0
2	山東魯南製薬	欣康片	33.0
3	阿斯特拉捷利康大薬	波依定	31.5
4	北京諾華製薬(有)	洛汀新	29.0
5	四川成都地奥製薬	地奥心血康	20.0
6	西安楊森製薬(有)	西比靈	18.5
7	上海施貴宝製薬(有)	開博通	16.5
8	浙江杭州默沙東製薬(有)	舒降之	16.0
9	天津天士力聯合製薬会社	復方丹參滴丸	16.0
10	江蘇南京金陵製薬	脉洛寧	15.7

**表6 抗腫瘍・免疫系薬**

(販売総額596億円：医薬品総販売額の7.41%)

順位	メーカー	製品名	年商販売額 (億円)
1	スイス諾華会社	新山地明	27.0
2	浙江康萊特製薬業(有)	康萊特	25.7
3	日本キリンビール(株)	惠爾血	24.0
4	上海羅氏製薬(有)	驍悉	22.5
5	スウェーデン法瑪西亜普強	法瑪新	22.0
6	深圳科興生物	精制人	16.0
7	深圳萬樂製薬(有)	吡喃阿霉素	13.5
8	杭州中美華東製薬	環胞素シロップ	12.0
9	米国賽生薬品会社	日達仙	11.5
10	浙江杭州九源基因工程会社	吉粒芬	10.0

年創立)の場合のように、中国製薬企業の外国(三九の日本現地法人は(株)日本本草坊医薬)への資本輸出の動きも見落としてはならない。

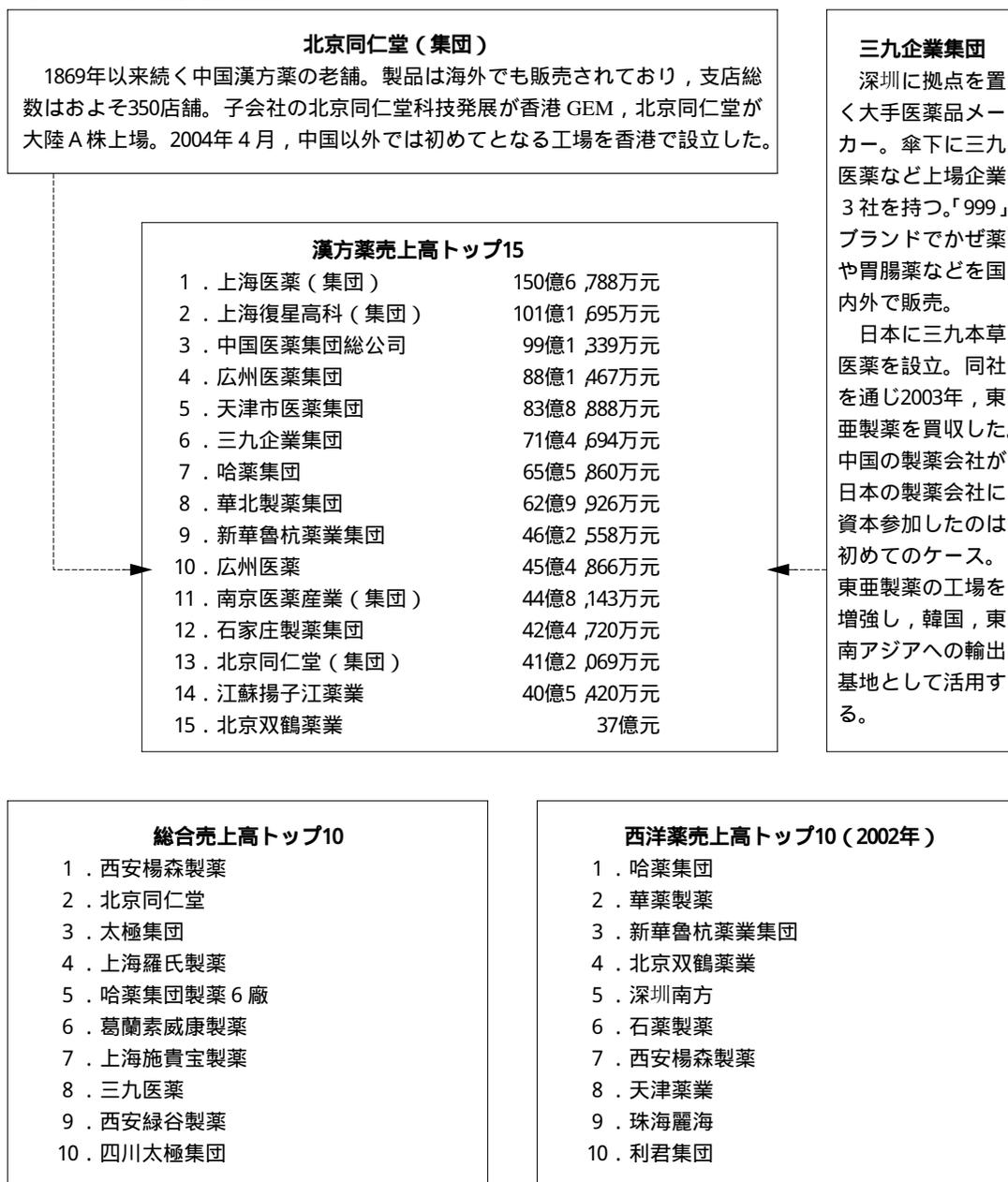
以上は、主として2000年前後の状況であるが、偽物薬品の流通や、日本でも問題となったダイエット薬品ないし健康食品の副作用・薬害など、中国の医薬品業界で、不祥事が多発した。政府は早急に対応し、製薬企業の約半分が淘汰されるという激変が生じた。

「政府は全国6000社以上とされる医薬品メーカーへの管理強化を決定。国家食品薬品監督管理局(SFDA)は、医薬品メーカーに対しGMP(医薬品および医薬部外品の製造管理、品質基

準)、GSP(医薬品の供給と品質管理に関する基準)の取得を義務づけ、2004年6月30日までに取得していないメーカーについては、生産を禁止するという厳しい対応を取った。同日までに認証取得した企業はおよそ3000社で、半分が脱落したことになる。GMP認証に加え、7月からは抗生物質販売にも処方せんを義務づけている。

医薬品産業の売上高は03年、2962億元となり前年比19.2%増加した。このうち医薬品の製造額は2751億元を占めている。04年1~5月の売上高は重点国有企業23社で11.4%増の448億2000万元だが、1~4月の伸び幅に比べ7.6ポ

図1 中国の主要製薬企業



（出所）エヌ・エヌ・エー『図解 中国・台湾・香港の主要企業と業界地図』186ページ。

イント下回っている。原材料価格の上昇と薬価引き下げのダブルパンチで、利益は14.3%減の20億元となった。（エヌ・エヌ・エー編『図解中国・台湾・香港の主要企業と業界地図』エヌ・エヌ・エー，2004年10月，184ページ）。

外資系企業の動向と、中国企業相互の提携と中国企業の対外進出については、次のように要約されている。ただしここでは、香港企業と台湾企業の中国企業への投資などについては省略した（図1参照）。

「西安楊森（外国側投資比率52%）、天津中美史克（同55%）などすでに大手13社が外資を受け入れているが、小売りの開放などにより今後、さらなる市場競争が進む事だろう。国内資本同士の間も増え、広州薬業集団、上海雷允上薬業、重慶太極集団の3社は04年6月、医薬品販売で協力していくことを確認した。医薬品製造・販売を手がける3社傘下の販売店は400店舗に上り、各店舗で3社の医薬品が相乗り販売される。

国際的な漢方薬ブームも、医薬品業界にとって大きなチャンス。漢方薬の本場と思われる中国だが、中国産漢方薬のシェアはわずか。トップは日本だという。中国産の漢方薬は保健品または食品、食品添加物として輸出されることが多く、また、欧米諸国向けは法律が立ちほだかり、輸出が難しい状況となっている。医薬品全体としてみた場合も、03年の輸出額は30億米ドルで国際市場でのシェアは極めて小さい。

こうした中、三九集団は欧米市場での漢方薬普及を目指し、海外で漢方薬を処方する診療所を展開。すでに50カ所に達したという。大きな漢方市場である日本にも注目し、03年に東亜製薬を買収している」（同上、184 - 185ページ）。

## 2005年の中国管見

中国では、2008年夏の北京オリンピック、2009年の建国60周年、2010年の上海万国博覧会と、国際的に注目される行事が相次ぎ、都市の再開発が急速かつ広範に進行中である。

沿海部と内陸部の格差、都市と農村の格差、都市と農村内部で貧富の格差、少数民族問題、環境問題などはすでに各方面で論議されているが、私は都市再開発について関心を持ち、2005年3月に北京を訪問した。また、中国の医療に対する理解を深めるために、2005年8月に訪中

した。戦後60年の節目に当たる年の2回の訪中である。

さらに、11月3日から6日まで、短期間であるが、専修大学社会科学研究所の上海における経済動向などの調査へ参加した。第3回の訪中である。

訪問先は、JETRO 上海センター、みずほコーポレート銀行上海支店などであり、2010年の万国博開催と関連する上海市内の諸変化の視察も行った。

2005年の第1回の訪中は、3月14日から18日までの北京訪問であり、中国社会科学院の都市発展・環境研究センターと専修大学社会科学研究所との共催による「中国社会研究シンポジウムと」への参加が主目的であった。シンポジウムは大成功であり、また2008年夏の北京オリンピック開催を背景とする都市再開発の加速化の実態を視察することもできた。1928（昭和3）年に、張作霖爆殺事件の直前まで、北京の日本人小学校に在学した経験がある私にとって、7年前との比較は、感無量であった。詳細は、小稿「2005年3月の北京と1928年春の北京」（『専修大学社会科学研究所月報』505・506合併号、2005年7月）を参照していただきたい。

第1回訪中直後の4月に、中国各地で反日デモが行われた。4月3日深圳、9日北京、16日上海のデモをはじめ、広州、杭州、珠海、天津、瀋陽などの各地で、デモが続発した。

今回のデモでは、マスコミよりミニコミつまりインターネットあるいは携帯電話の役割が目立った。たとえば、「日本の国連安保常任理事国入り反対署名」を三大ポータルサイトがキャンペーンし、4300万人が署名したといわれる。携帯電話も、デモへの参加の呼びかけで、重要な役割を果たした（詳細は魯諍「中国の『反日デモ』とメディア」『日中関係』日本日中関係学会ニューズレター 31号、13ページ以下参

照)。

反日デモによって、日本人の訪中が一部でためらわれているなかで、私は、久保医療文化研究所主催の訪中団に参加し第2回目の訪中となった。日程は、8月18日(木)から25日(木)までの7泊8日で、次の各地を訪問した。四川省成都、雲南省昆明とシーサンパンナ(西双版纳)、北京、河北省安国市。

8月の「中国医薬を訪ねる旅」は、当初団長川瀬清東京薬科大学名誉教授、副団長は沖山明彦鉄砲州診療所長・新日本医師協会事務局長、児島脩北里大学非常勤講師の両氏、顧問儀我壮一郎などで22名参加の予定であったが出発直前に20名になるなど、若干の変更があった。

医師、薬剤師、看護師、薬学研究者、製薬企業幹部、税理士、元教師、元地方公務員、現職の大学教授、主婦など、多彩なメンバーで、相互の交流もきわめて活発であった。「過密日程」を消化したあとで、さらに、夜間に研究会を開いて報告・討論するなど、なみなみならぬ研究熱心の団であった。

訪問先のうちシーサンパンナと安国市は、これまで日本人の参観が少なかったところであり、今後、日中交流を深化するための拠点となることを期待したい。(2005年9月29日放映のテレビ東京の番組で、風間トオルが、秘境「シャングリラ」(ジェームズ・ヒルトン『失われた地平線』)のモデルとされる雲南省の山岳地帯のニナ村を苦労を重ねて訪ねる状況を見て、その思いを深くした)。

ここで、訪問先の各省について略述する。

四川省：人口8564万人、省都成都市、都市住民平均年収4723元、農村住民平均年収1681元、1000人当たりのベット数2.3床・医師数3.4人、平均寿命69.7歳。

雲南省：人口4158万人、省都昆明市、都市住民平均年収4927元、農村住民平均年収1375元、

1000人当たりのベット数1.5床・医師数1.4人、平均寿命64.55歳。

河北省：人口6628万人、省都石家庄市、都市住民平均年収4982元、農村住民平均年収2286元、1000人当たりベット数2.5床・医師数3.5人、平均寿命71.7歳。

前節も含めて、中国の医療・医薬関連の2002年までの資料は、主として西村一郎『中国医薬市場への進出ガイド』(ぱる出版、2002年5月)に依拠し簡略化している。

団の主要な目的は、各地の薬草栽培の現場、生薬の生産・加工と販売市場の実態、自然保護区の実態などの視察と、成都中医薬大学との学術交流、同大学附属病院の視察、製薬企業(河北安国薬業集团有限公司)訪問と懇談であった。武侯祠・青羊宮(成都)、石林(雲南省)の観光なども魅力的であった。

大小順不同で、印象の一端を書きとどめたい。

第1、4月の反日デモの後にかかわらず、各地で歓迎を受けた。雲南省博物館では、抗日戦争勝利60周年記念の大規模な展示が行われていたが、同時に、日中両国の書道の成果が展示され友好の側面が見られた。抗日戦争の展示を見学したさいにも、違和感なく受け入れられた。日本人がほとんど訪問しない安国市の漢方薬市場で、日本人とわかって、笑って迎え、赤ちゃんを抱く母親とならんで記念撮影した場合なども多かった。安国の製薬企業では、「歓迎」の横断幕さえ掲げられたほどである。

第2、中国は、中国医学と西洋医学それぞれの長所を生かして、理想的な医学・医術を目指していることが、ますます明らかとなった(キューバも同じ基本姿勢である)。成都中医薬大学と安国の製薬企業での、きわめて率直な意見交流のなかで、はげまされる想いで痛感した次第である。また、中医薬大学の優秀な女性の教授が、完璧な日本語を話されることにも圧倒さ

れた。

第3, シーサンバナの自然保護区でも, 昆明の「花博」(1999年)の跡地を利用した「世界園芸博覧会」などでも, 管理が行きとどいていて, 清潔感があふれていた。一部の地域で, トイレ問題の解決が不十分であったが, 2008年の北京オリンピック, 2010年の上海万国博覧会などの日程のなかで, 改善されることと期待している。

第4, 安国市の製薬企業で, それぞれの製品の成分についての完全な情報公開を希望するが, ……という要望に対しては, 「できるだけ公開するが, やはり, 独自の商品として, 外箱や効能書に書けない部分もある」という答えがかえってきた。また, ある商品について, 「中国国内に一級品を残し, 日本・韓国など外国には二級品を輸出するようにしている」との率直な意見をきくこともできた。一般的に一級品の多くを輸出にまわし, 国内には二級品以下が多いという例が少なくないので, 印象的であった。中国製の健康食品によって, 日本国内で副作用・薬害の被害者が出たことも前提としての議論であったと記憶している。いずれにせよ, きわめて率直かつ友好的な質疑応答であった。

第5, 昆明博物館の抗日戦争勝利記念の展示のなかで, 中国の国歌「義勇軍行進曲」の作曲者聶耳(じょうじ・ニェアル1912 - 1935年)の写真と略歴などが大きく掲げられていたことは, 強く印象に残っている。聶耳は雲南省の出身で, 日本の藤沢で死去した。そのため, 昆明市と藤沢市は現在「友好都市」となっている。ところで, 「義勇軍行進曲」の作詞者田漢も, 作曲者聶耳も, それぞれ留日の経験をもつが, ともに抗日運動に参加し, 中華民族の団結と抗日運動を鼓舞する立場に立ったのである。

たとえば, 2008年の北京オリンピックで, 中国の選手が優勝するたびに「義勇軍行進曲」が

演奏されるであろう。日本人は, その度について深く理解することが必要である。小泉首相の靖国神社参拝問題, 侵略戦争を美化する一部の教科書問題, 日の丸・君が代の強制問題などから「改憲」問題にいたる日本国内の暗流の「歴史的系譜」を再認識し, 徹底的に批判すべき戦後60年の日本の現状である。

第6, 安国市は, 薬を中核として発展を続けている。安国には1000年以上前に創建された「安国薬王廟」があり, 薬王邨彤を祭っている。この廟は, 安国の薬業発展の淵源であり, 信仰と薬業が相互に促進しあって有名な「薬都安国」の繁栄をもたらした。宋の時代の, 薬王廟の祭祀の行事から薬材市場が生まれ, 明末, 清初には隆盛になり, 「天下第一」の榮譽を得るにいたった。

安国市は, 北京, 天津と河北省の省都石家荘を結ぶ三角地帯に立地している。北緯38度, 東経115度, 全市の面積は486平方キロメートル, 土地は肥沃で, 薬材の栽培に適している。

漢の高祖劉邦が「安邦定国」の意味で安国の名称を用い(紀元前201年), 漢の武帝が「安国県」を置いたのは, 紀元前117年とされている(『漢書』による)。現在にいたるまでに, 安国, 義豊, 立節, 蒲陰, 祁州, 祁県などの名称が用いられてきた。

現在, 安国市の人口は約40万人, 全国最大の漢方薬の薬材集散地である東方薬城は15平方キロメートル, 祁州工業地帯は2平方キロメートルを占めている。政府の科学技術部と協力して最新バイオ技術による無公害の新品種の薬材培養の模範基地を建設した。

毎年全市で10万畝以上の面積で, 漢方薬の薬材を栽培している。

安国には, 全国最大の中国薬材専門市場「東方薬城」があり, とくに, 中国のW T O(世界貿易機関)加入にともなって, 中国薬業の「産

業化、現代化、国際化」に邁進しつつある。西漢が安国県を置いたのは西暦前であるから、安国は、2000年以上の歴史を経ている。古都が「薬都」となって、最新の国際・国内情勢に対応しつつあるのである。

1958年、毛沢東が安国県を視察したとき、県長に「安国薬王廟」には誰が祀られているかと質問したが、県長は答えられなかった。他の指導的幹部たちも、「華陀」、「張仲景」などと誤った名前を挙げた。

博学の毛沢東は、ユーモアのある言いかたで、県長に話した。「県長は人を管理しても、神は管理しないのですね。祁州（安国）の薬王の名は、邳彤で、東漢の時代の一人の『大将』で、『劉秀二十八宿将』のうちの一人ですよ。薬王はすぐれた武将でもあり、文武両道、医薬にも秀でていたのである。邳彤は西暦前45年に生まれ、東漢の光武帝初元四年（西暦30年）に安国で葬られ、今日にいたるまで、丁重に祭られてきた。死後1000年を経た宋の時代に、薬王は、全国の薬界の「官神」「皇封薬王」とされた。とくに明末から、薬の市場が、薬王の祭祀の行事とともに、発展して現在にいたるのである。

薬王廟には、中国の十大名医（扁鵲、華陀、張仲景その他）も祀られているが、ここでは省略する。薬王廟についての初めての本格的研究成果として、冠建斌・朱永発・趙平均編著『薬界経地 唯一皇封 安国薬王廟』（香港銀河出版社、2002年1月）があるので、詳細は、同書を参照していただきたい。

第7、安国の漢方薬市場を見学したが、予想以上に充実していた。植物を中心に、動物・鉱物まで展示即売され、美しいサフランがら芍薬・鹿耳、さらには蝉の脱け殻にいたるまで、まさに多種多様であった。帰国直後に偶然、次の記事が目に入った。蝉の脱け殻が「インターネットで五百グラムの袋詰めが七千円前後で売ら

れていた。『蝉退』という名のれっきとした漢方薬だ。本格的な種類は中国の安徽省からの輸入品で、湿疹や蕁麻疹の治療薬に配合される...」（『日本経済新聞』「春秋」欄2005年9月1日付）。

薬膳についても、風土と医学、道教と医学の関係などについても、書きたいことは多いが、結論として、本稿の内容を繰返すこととする。

シーサンバナについては、児島脩副団長の「手つかずの自然が観察出来た素晴らしい西双版纳」（『薬用植物研究』2003年1号）を参照していただきたい。

#### 参考文献

- 梶田昭『医学の歴史』講談社学術文庫、2003年
- 小川鼎三『医学の歴史』中公新書、1964年
- 山田慶児『中国医学の起源』岩波書店、1999年
- 同『中国医学はいかにつくられたか』岩波新書、1999年
- 儀我社一郎『薬の支配者』新日本出版社、2000年
- 同「製薬会社の手はきれいか」『大阪保険医雑誌』2005年8・9月合併号