

2013年度

博士学位論文

中国の医療制度と看護師問題について

Medical System and Nurse Shortage Problem in China

(概 要)

指導教員

山本 恒人 先生

大阪経済大学大学院

経済学研究科経済学専攻

煤田 徳東

論文の構成

序 章

第1節 研究の背景・問題意識と研究目的

第2節 先行研究とその整理

第3節 論文の構成と特徴

第一章 中国における医療保険制度と医療格差

第1節 中国の医療保険制度

第2節 「ベヴァリジ理論」－「福祉国家」のあるべき医療保険制度

第二章 中国における看護師問題

第1節 中国における看護体制

第2節 中国における看護の歴史

第3節 看護教育

第4節 看護師の職務内容、待遇・資格

第5節 実地調査及びアンケート調査

終章 今後の課題－格差のない国民皆医療保険へ

参考文献

近年、中国経済が高度成長を遂げる一方で、さまざまな社会問題が生じている。とくに医療の問題が顕著であり、世論調査などでも社会問題のトップランキングにあげられている。最近の発表によると、中国の9つの公共サービスに対する満足度ランキングでは、医療保健が6年連続で最下位となっている。医療保健サービスは公共サービスの中でもっとも弱い領域だと言える。なかでも医療人材の不足とサービスの質の低下が、病院、とくに中・小型病院、農村部の郷鎮診療所・衛生院、コミュニティ医療サービスセンターに集中している。もともと不足していた医療人材は収益のよい大病院に集中し、大病院は混雑し一般庶民は診療を受けにくい。また、需要の高い大病院では過剰な診療、検査などで医療費の高騰がもたらされている。医療保健上の「看病難」・「看病貴」（診療を受けにくく、医療代は高すぎる）などの問題は、今日中国の大きな社会問題として注目されている。

中国では医療衛生への財政投資と医療人的資源（医師、看護師、薬剤師、医療技師など）が全般的に不足がちの中で、とくに看護人材不足は突出しており、世界的に見ても中国のように看護師数が医師数より少ない国はまれである。中国衛生部「2012年中国衛生統計概要」によると、2005—2010年の人口千人当り看護師数はインドと並んで世界最低レベルである。また、中国人口千人当りの病床数は4.2という数値から推定すると、病院の一床あたり看護師は0.3人である。1978年に中国で制定された規準では看護師配置基準は一床あたり0.4人であ

る。この基準でさえ多くの医療機関が満たしていない。欧米諸国では一床あたりの看護師の人数は2人から3人であることを考えると、6-10倍増やさなければ同様の医療・看護サービスが受けられないことになる。また、同じ規定に、医師と看護師の比率は1:2との基準があるが、30余年間を経た今も、全国平均1:1にも達していない状況である。皮肉なことに、世界中で一番人口が多い国でありながら、看護に関わる人的資源が極めて不足しているのである。

日本でも、高齢化と医療の進歩とともに看護師への量と質両面でのニーズが高まり、医療現場の深刻な問題として指摘されて久しく、現在 EPA (Economic Partnership Agreement) によるインドネシア、フィリピン、ベトナムから看護師・介護士の導入を実施している。しかし、中国では現在、人口千人当たりの看護師は日本の六分の一である。中国のトータル医療資源が世界レベルから見て乏しい上に、とりわけ看護師不足が広範囲に医療格差をもたらす重要なファクターとなっているのである。

WHOは医療アクセス問題を解決するために、プライマリケアの第1次医療が推奨されるべき手段であるとしている。中国衛生部も2008年基礎医療機関 (Grass-roots Healthcare Institution) の強化を図っている。しかし、中国は人材不足の問題がある。英国の医療制度と一般医を支える看護師は、2010年時点で人口千人当たり9.6人であり、中国は現状1.5人であり、6倍の差である。ちなみに人口千人当たり看護師が中国の6倍である英国ですら看護師不足問題を抱えており、看護師職能の拡大を検討している。

医療現場においても、中国衛生部も2008年基礎医療機関 (Grass-roots Healthcare Institution) の強化を図っている。しかし、NHSS2008 (「Analysis Report of National Health Services Survey in China,2008」、中国衛生サービス調査) の結果分析において、「中国の基礎医療機関の進展は明らかであるが、近年、突出している問題は人材と医療サービスの質の問題である。調査で分かったのは、郷鎮衛生院の医療従事者のうち、中専 (高校レベルの専門学校) 及びそれ以下の学歴しかない人員比率は63%を占めている。村の衛生組織の場合は、この比率は90%となり、医者のおよそ三分の一は学歴をもたない。人材がいないか、いても長くは勤めない。農村で人材を育てていく有効な方法は未だに見つかっていない。このような人材の構造とサービスの現状では、ますます高まっていく医療ニーズを満たすのは非常に困難である」と、特に農村部の医療人材の不足問題を厳しく指摘している。

日本と中国における中国の医療保険制度についての先行研究は、新しい医療制度改革以降、医療格差、「看病難」、「看病貴」などさまざまな医療問題を解決するため、問題分析及び各国の医療制度の研究は活発となった。これらの研究は、農村新医療合作制度の現状と今後の進むべき方向、さらに「国民皆保

険制度」の今後進むべき方向性を強く意識しており、選択的モデルとして「福祉国家」を中心に先進国のさまざまな経験を比較、検討している。その中から、中国の医療格差と農村部の医療現状を認識したうえで、『ベヴァリジ報告』と英国NHSについての示唆を評価し、中国での医療供給体制改革には「基礎医療機構」の強化（特に農村部における診療所、村衛生院、コミュニティ医療センター）の必要性を明らかにした研究も生まれている。医療人的資源に関する研究では、それが医療体制における重要な資源と認識されようになり、中国におけるその欠乏、とくに農村部での深刻な欠乏によって、医療機関、医療サービスに歪みをもたらされていることも指摘されている。

例えば、葛延風は2007年に『中国医改一問題・根源・出路』で、医療改革を①医療保障制度改革、②医療サービス体制改革、③薬品生産流通体制改革、④衛生監督管理の改善、と四つの部分に分けて中国の医療改革を分析した。医療サービス体系については、都市部で市・区病院と街診療所の供給体制及び農村部には県病院がリードし、郷鎮衛生院、村衛生室を強化することによって医療アクセスを増やし、その基本的な理念は利益ではなく、公共衛生と民衆の健康向上に置くべきと主張した。

医療人的資源については、総量が不足している、現状の医療技術レベルが低い問題、基礎医療機構での医療人的資源が減少している問題を提起した。しかし、目標体制に適した医療サービス体制における人的資源については、「一般医」の育成と配置の合理化という提案に留まっている。

李琼は『中国全民医療保障実現路径研究』（2009）で、医療の公平性と効率性の目標の検討及びドイツ、英国、米国とインドの医療制度の経験を分析し、中国の「国民医療皆保険」の筋道を検討した。農村部の基本医療サービスネットワークの確立は、制度確立の「重点の中の重点」と述べ、基礎医療機構の医療サービスの強化を強調した。張艶梅は『医療保健公正研究』（2010）で、医療制度の評価を医療のレベル、公衆健康のレベル、医療保健を享受する権利の三つから、医療制度の核心は「公正」と「共有」であると主張し、中国の医療制度の公平性の問題を解決するため、市場と政府の機能を発揮する重要性を強調した。何文炯は『中国社会保障発展報告2012』（2012）において、現在の社会保険制度は、①医療の需給レベルの格差、②保険徴収水準の格差など制度設計の問題と欠陥を指摘した。社会保障制度の体系を改善し、医療サービスのレベルを上げて医療アクセスの向上を図らなければならない。とくに農民は都会に出て診療を受けるコストが高いため、農村に於ける基礎医療のサービス能力を高めるため、基礎医療機関の強化が緊急の課題であると論じた。しかし、医療サービスのレベルアップ及び医療アクセスを向上するための、人的な資源の視点からの考察と分析がなかった。王虎峰は『中国新医改現実与出路』（2012）で、「看

病難」は医療資源に関連しており、資金も必要であるが、資金だけでは問題解決できないと論じた。医療格差が存在しており、医療人的資源の総量が制限されることによって、医療サービスの提供能力が低下し、「看病難」の問題が発生すると分析した。基礎医療機構の資源配置が合理的に配分されないまま、医療サービス人員が不足すれば、このような現象が起りやすくなると論じている。とくに農村の場合には、医療給付がある程度保障されても、周りに必要な医療サービスを受ける条件を備えなければ、大病院に行くしかない。「看病難」の問題を解決するうえで、医療人的資源の特殊性と重要性を語っている。鄭功成は「中国のベヴァリジ報告」と称される『中国社会保障改革及発展戦略（総論）』（2011年3月）において、中国の未来40年間の社会保障改革と発展戦略の目標を明記し、社会保険の3段階理論の目標を掲げた。それによると、第一段階（2008 - 2012年）は全国民をカバーする「社会扶助」、「医療保険」と「養老保険」によって基本保障制度のフレームワークを構築する。第二段階（2013 - 2020年）には、社会保障体制の全面安定と発展を図る。第三段階（2021 - 21世紀中葉）にすべての国民の社会保険をカバーできるシステムを仕上げる。この社会保険の3段階理論の基本目標は、社会保険は国民全員をカバーしかつ社会保障サービスの公平性を保つことにあるとしている。

鄭功成（2011）及び王虎峰（2012）は、ともに、長期的な視点に立ち、医療改革理念を重要視している。鄭は中国医療制度のあるべき姿として、その理念の指針を『ベヴァリジ報告』においており、王は医療制度の方向性として、具体的に英国のNHSと基礎医療制度を高く評価した上で、「看病難」と人的な資源の欠乏との間の密接な関係を解析し、その問題解決するためには医療人的資源の強化が必要不可欠と指摘している。両者の上記論点はともに本論文作成の理論的な基礎となる重要な参考研究である。

しかしながら、筆者の視点からいえば、以下のようないくつかの研究上の限界性を指摘せざるを得ない。

- ① 医療体制を構成する人的資源について、それが不足しているとの問題指摘と強化すべきという指摘はあるが、医療の包括性、それを担保する政府の責任との関連において医療人的資源の不足を検証し、拡充の方途を探る研究には至っていない。
- ② 医療の包括性について論じる場合でも、農村を含む国民全体へのカバー率を重視し、医療におけるプライマリケアの重要性を指摘してはいるが、リハビリ、在宅医療など高齢化社会への対応まで視野に入れた人的資源拡充の緊急性は十分認識されているとはいえない。
- ③ 人的資源及びその体制についての研究に限っても、その範囲は主に医師の育成や待遇、仕事の環境、農村部医師の状況などに限られており、看護師の圧

倒的な不足やそれが医療制度の改革や確立の上に大きな障害要因となっていることについての認識は深められてはいないように思われる。

中国の医療人的資源及び看護師についての先行研究は、中国の医療における看護師の重要性を示し、教育、歴史、労働環境、看護政策について直接考察し、中国における看護師不足問題、その問題の解決と看護師体制強化について積極的な政策提案を行っている数少ない研究成果である。例えば任小红・朱海利「国内護理人力资源現状分析」(2007)では、中国看護師の深刻な不足、配置上の不合理な現象を指摘し、看護人的資源不足が医療と看護の発展のボトルネックになっており、科学的な手法での研究の必要性と、問題の早急解決を提言している。劉莹は『城郷医護人員資源優化配置標準』(2011)の中で、「医護人員」(医師と看護師)は、極めて貴重な資源であると述べた上、国民は平等に医療の恩恵を享受する権利を持つが、しかし医療人的資源の欠乏及び配分の問題によって医療の公平性と効率低下がもたらされている、と指摘している。多くの病院では、未だに1978年の病床数対看護師比率の1:0.4を基準にしているばかりか、多くの病院はその基準以下で運営されており、患者の看護需要を満たすことができないと指摘し、看護師問題に関しては100万人が不足していると述べ、立法による配置の法的な強制性による問題解決策を提案した。

以上のように、看護人的資源を直接対象とする研究は、看護師の圧倒的不足という問題、看護人的資源の配置上の不合理、人的資源育成の偏り、政府の看護師配備基準の未達成、政府の看護配備基準それ自体の問題性、それらの背景にある看護師軽視の風潮などの現状が、新しい医療制度構築のボトルネックともなっていることを多様な領域から明らかにするものであり、貴重である。しかしながら、中国と日本における研究状況には下記のような課題が残されている。

- ① 現地調査を含む先行研究では、医療機関レベルでの分析と対策の検討が多く、その問題意識も多くの場合個別の地域、個別の医療機関の域を出ないものである。
- ② 看護師の配置に関する需給試算や分析は、疾病治療中心に行われるものが多く、ベヴァリジの包括性を構成する保健、予防、プライマリケア、とくに高齢者のケアを含む看護人的資源の分析に至っているとは言い難い。
- ③ 看護体制と必要人員の試算時の基準も1978年政府基準の延長線を出るものではなく、また多くの場合個別の現場的視点に止まっている。
- ④ 明確な理念に基づいて「国民皆保険」を実現していく上で必要な看護体制構築の視点に立った研究は見られない。

- ⑤ 中国の看護師についての日本における研究・調査は少なく、あってもデータは古く、今後の日中間の医療面での連携協力を展望すれば、本格的な比較研究や系統的調査と分析が望まれる。

本論文の目的は、文献研究、現地調査と国際比較を通じて、中国の医療制度・看護制度改革の現状と問題点を掘り下げて検討することにある。その検討の基本的視点をベヴァリジ理論におき、医療制度と看護制度の到達点と問題点を客観的な基準に照らして検証し、医療制度と看護体制改革の方向性について揺るぎない視点を確立することに寄与したいと、考えるものである。

本論文は、序章、第一章、第二章、終章、以上四つの部分から構成されている。

序章では、研究の背景、先行研究と研究目的を述べている。本論文は以下の点をとくに着目している。①中国では社会発展と高齢化にともなう医療サービス需要の大幅な増大という状況があるにもかかわらず、医療格差と「看病難」すなわち医療アクセス問題が深刻化している。それには医療・看護人的資源の供給不足が重要要因となっている。②不十分で非効率的な医療供給・看護サービス体制という場合、「福祉国家」との比較において、とくに深刻なのは看護サービス体制の脆弱さのいて顕著である。③現状の医療保障制度水準の低さは医療の質と量共に関わっているが、国民全員が受けられる平等な医療制度およびそれに見合った看護制度を構築するためには、根本的な理念、本論文ではベヴァリジの基本理念が全社会的に共有されなければならないことが強調されている。

第一章では、中国の医療と医療保険制度の変遷過程に沿って、各発展段階の特徴を明らかにしている。都市部・農村部の経済と制度の二元構造および地域間の格差を中心に検討している。ここでは、医療格差が広い範囲で存在し、同じ国民であっても、医療保険にカバーされない国民がいたり、カバーされてはいても、それぞれ異なった医療保険と医療サービスを受けている問題が改めて検証されている。

中国医療保険制度の主な問題点を『ベヴァリジ報告』の理念と理論に照らし合わせ、制度が抱える問題点を明確にし、医療人的資源及び看護師体制の視角から掘り下げることが試みられている。また、中国版「国民皆保険制度」の整備およびその構築に対して、ベヴァリジの理論を指針として検討している。中国は超高齢化社会に向かっており、医療の包括性についてはベヴァリジの包括性理論に示された保健、予防、プライマリ・ケアもさることながら、高齢者のケア関連のリハビリ、在宅医療を医療制度に含むべきと主張している。

ベヴァリジの理念と理論に基づき創られた英国の「税方式医療制度」や日本の「国民皆保険制度」の経緯を紹介し、その医療供給体制・看護サービス体制を中心に中国との比較を行って、中国医療保険制度の方向性が検討されている。

第二章では、中国の医療人的資源と現在の体制について、中国の看護制度、その沿革、看護師育成教育と医療現場など多方面から考察している。看護師の人口千人当たり人数に着目し、医療制度との関連において国際比較・検討を行っている。看護学生が「看護師の仕事をしたくない」というよう就業意識が実地調査によって明らかにされ、文献調査でも確認されている。同時に、看護師不足は看護業務を取り巻く様々な社会意識、医療現場の実態や医療政策と関連しており、法制度および政策の整備が立ち遅れている状況が明らかにされている。

看護師を育成するため、国立看護大学の創設と医療機関による教育機能の強化を含む多層的看護教育体制を提案し、さらに、医療機関、教育機関の改革だけではなく、地域の壁を越えてベヴァリジの理念に基づき、国家・政府として目指すべき医療保障制度を設計し、その理念と制度の中において、あるべき人的な資源および看護人材政策が明確にされる必要を論じている。

終章では、『ベヴァリジ報告』の基本理念と基本原則・内容をサーベイし、中国の医療供給・看護サービス体制の方向性が検討される。「医療の包括性」については対象者範囲の包括性と医療保障内容の包括性の二つの視点が重要であり、中国の都市部・農村部住民の医療対象としての差別および医療サービス内容の格差を無くし、すべての国民が平等・公平にその時代に即応した医療サービスを受けられる医療制度の設計の重要性が説かれている。そのような視点に立って、医療制度の一環をなす医療供給・看護師体制上の問題点と課題とをまとめ、たとえば、「福祉国家」の看護体制と比較し、あるべき医療看護体制のモデルを提示することが試みられている。

本論文は、各章で日本との比較を念頭においている。その意義は単にデータ面での分かり易さを追求するだけではない。医療制度の構築は各国の経験と教訓が吸収される必要がある。日本はすでに国民皆保険制度を実施している。先進国と比較すればGDPに比べて低いコストで比較的「質の良い」医療を提供してきたことが国際的にも高く評価されている。日本の医療制度は早くから整備されており、近年高齢社会対策の医療・介護制度の改革が進められているため、今後の中国の医療整備のうえで参考となる領域が多い。日本の「国民皆保険制度」は2000年に世界保健機関(WHO)から世界トップレベルの評価を受け、その充実度は経済協力開発機構(OECD)の加盟国中でも顕著である。この制度は社会保障の思想と体系の原点というべき『ベヴァリジ報告』の影響を強く受けたも

のである。国際社会における優れた医療思想を具現化して、「国民皆保険制度」を有効に創設した実例である。その理念、理論と実践は中国が目指している「国民皆保険制度」に重要な示唆を与えている。また、看護関連の国際比較では、中国の看護人的資源について量的不足という認識に止まらず、下記の経験を吸収することができる。①多様な方式で医療・看護人的資源の効率的活用、②合理的な教育体制、③一般医・看護師のキャリア教育、④卒業後の継続教育、⑤農村人的資源不足の補給方法などである。

本論文は、マクロ的な視点で医療保険制度を検討し、人的資源の現状把握と分析を行っているほか、医療と教育現場での実地調査も行い、ミクロレベルでの実態を織り込んで検討を進めている。現代医療においては、看護師の役割や看護業務に関する様々な活動は、医療供給と質の向上に強く影響する。『ベヴァリジ報告』の「医療保障内容の包括性」原則は、全国民をカバーすることや疾病治療に加えて疾病予防と公衆衛生を含めることを強調している。この論点と「福祉国家」の現実との比較を踏まえて、本論文はこの包括性理論の内容をさらに拡大し、現在の超高齢化社会に対応する早期退院・在宅医療サービス（「リハビリ看護・訪問看護」に関連する）をも「医療の包括性」に含むべきと主張している。これは、ベヴァリジの医療包括性理論が中国の医療・看護制度設計上への応用される際の、新しい解釈として重要である。

本論文は上記四つの章を通して、中国の医療人的資源の現状、とくに看護師不足問題および看護師育成の歴史や教育上の現状を文献研究や調査とその分析によって明らかにした。人口千人当たりの看護師数が日本や英国の六分の一である事実を踏まえ、ベヴァリジの理念を念頭に置いて、その不足のさまざまな原因を分析したうえで、拡充のための提案を行った。中国における看護師の圧倒的な不足は、医療制度の改革や確立の上で大きな障害要因となっていることについて考察した。医療制度との関連において看護師問題を国際比較しつつ分析したことによって、医療制度に関わる根本理念（国家責任）が確立しているかどうかは諸問題の解明の鍵となっていることを明らかにすることができた。この意味で、ベヴァリジ報告の検討の重要性を筆者は改めて認識することができたのである。さらに看護師の需給試算や分析も中国政府が設定した基準や目標にはとらわれず、ベヴァリジの理念に基づいて「国民皆保険」を実現していく上に必要な看護体制構築のモデルを示す試みを行った。これは、中国における医療制度研究の新しい視点を提示することであり、筆者の独自の寄与となる。

なお、本研究の限界としては、①ベヴァリジの基本方針にて、中国医療制度及び供給体制・看護師人的状況を考察したが、看護師の新しい配置基準の設定

の具体性とその根拠が明示されていない。また、そのような看護制度を実現するのに、財源と費用の試算ができていない。②とくに高齢化社会領域、介護と看護の関係について、「疾病治療」「予防」「健康促進」「在宅看護」「介護」の包括的なサービス提供の提案と多層な看護師育成のコンセプトの提案に限られている。中国の高齢化人口が進み、高齢化に対応するための看護人数と制度について問題提起に限られている。③本研究は、看護師に関する初歩的な研究である。ミクロ的に実際の配置と職能は、医療機関、病院及び診療科別の状況によって異なる。

今後の研究課題の展望は、①「国民皆保険」を睨んだ実施可能な中国看護政策を形成するには、全国で統一した看護人的資源のデータベースを作り、全国の病院における看護人的資源の現状を把握し、将来の看護人的資源の配置の客観的根拠を提供する必要がある。看護教育資源の現状、看護人的資源の供給と需要を財源と費用を含めて総合的に分析し、政府の衛生部門、教育部門に政策の策定の根拠とする。②高齢化社会領域、介護と看護の関係について、「疾病治療」「予防」「健康促進」「在宅看護」「介護」の包括的なサービス提供の提案と多層な看護師育成のコンセプトを具体化し、特に、高齢化に対応するための看護人数と制度、その制度に伴う財政シミュレーションについて研究を深める。平均寿命の現在のレベルで、さらに日本レベルで、看護の需要がどれだけ増大するか、客観的な数値を試算する必要がある。③ミクロ的な中国看護師の人数モデルに関しては、医療機関、病院及び診療科毎の状況を分析したうえで、実際の配置と職能の個別モデルが示されなければならない。

以上