

博士學位論文

内容の要旨

および

審査結果の要旨

第11号・第12号

2013年度

大阪経済大学

本号は学位規則（昭和**28**年**4**月**1**日**文部省令第9**号）第**8**条の規定による公表を目的として平成**26**年**3**月**14**日に本学において博士の学位を授与した者の論文内容の要旨および論文審査の結果の要旨を収録したものである。

学位番号に付した甲は、学位規則第**4**条第**1**項（いわゆる課程博士）によるものである。

大阪経済大学

目 次

学位記番号	学位の種類	フリガナ 氏 名	論 文 題 目	頁
甲 第 11 号	博士 (経済学)	スズダ ヨシヒデ 煤田 徳東	中国の医療制度と看護師問題について	1
甲 第 12 号	博士 (経済学)	キム サンジュン 金 相俊	海外旅行商品開発の経済性に関する研究	8

氏名	煤田 徳東
学位の種類	博士（経済学）
報告番号	甲 第11号
学位授与年月日	平成26年3月14日
学位授与の要件	学位規則（昭和28年4月1日 文部省令第9号） 第4条第1項該当
学位論文題目	中国の医療制度と看護師問題について
審査委員	主査：山本 恒人 教授 副査：櫻井 幸男 教授 副査：森 詩恵 教授 副査：伊藤 大一 准教授

論文内容の要旨

I. 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

（総96頁、図表23件、参考文献；日本語87件、中国語37件、英語21件）

II. 論文の要旨

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。本論文は以下の点に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」や先進国との比較において、とくに深刻なのは看護サービス体制の脆弱さにおいて顕著である。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・農村部の経済と諸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たりするという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て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、プライマリーケアもさることながら、高齢者のケア関連のリハビリ、在宅医療をも医療制度に包括す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。看護学生でありながら「看護師の仕事をしたくない」というような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うえで、「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多様な方式による医療・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解消方法などである。

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として行われている。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ているが、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。中国の高齢化に対応するための看護人数と制度については問題提起に限られている。③本研究は、看護制度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。

今後の研究課題としては、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。平均寿命の中国の現レベルで、さらに高齢化が進んだ日本のレベルで、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。

審査概要および審査結果

I. 最終試験審査の概要

審査委員会では本論文が次のような特徴を持つことを確認した。

1. 問題意識と研究目的の妥当性

中国の医療制度改革は諸改革の中でも最も遅れた領域であり、典型的には改革前の「農村合作医療」が市場化改革後に崩壊的危機に瀕したことが知られている。現在、「都市医療保険制度」と「新農村合作医療保険制度」の急速な制度整備が進み、それぞれのカバー率も拡大している。筆者は、それにも関わらず「医療にアクセスできない」問題、「アクセスできても高すぎる医療費」問題が深刻化し、毎年、社会問題の筆頭に取り上げられるのは、医療における政府責任が確立していないことにあると考え、医療人的資源の圧倒的な不足、とりわけプライマリーケアに重要な看護師の不足問題に焦点を当て、ベヴァリジの包括的医療の確立とそのための政府責任を明確にすることによって、医療人的資源のプライマリーケア段階での拡充の意義を論証するものである。その問題意識と研究目的の設定は妥当なものである。

2. 緻密な先行研究の吸収と応用

先行研究では、医療の貧困や医療格差を解決するためには、医療制度改革を医療保険制度拡充の側面から重視するだけではなく、医療サービスの供給、薬品の生産流通、公衆衛生など広い視野から、効率性と公平性のバランスを考慮するとともに、医療保障における政府責任を明確にすることを重視する主張が広がっていることを導き出している。とくにベヴァリジの包括的医療の理念が積極的に議論され、イギリスにおける公平性追求の **NHS** の経験、プライマリーケアと基礎医療機構を整備することの重要性を強調する議論が強まる中で、政府の政策面にも影響を与えている、という指摘は重要である。さらに筆者は、こうした認識の進展がプライマリーケアを支える「一般医」や「看護師」の不足問題を正面から取り上げ、解決を迫る研究を生み出しつつあることを指摘し、自己の研究視点を確定している。

3. 看護師不足の統計的実態とその原因の究明

詳細にわたるデータ収集を通じて、中国における看護師の配置の貧困が浮き彫りにされている（図表 12～15）。最も端的に示される数値は、**2011** 年、中国の総医師数 **250** 万人に対し看護師総数は **220** 万人で看護師は医師より少ない（**1 : 0.964** で世界平均は **1 : 3.679**）。看護師の政府配置基準は **1978** 年制定のもので **1 : 2** である。さらにこの政府基準は **1** 病床当たりの看護師数を **0.4** 人と決めているが、トップレベル **696** 病院でも **0.38** 人と未達成という（**2007** 年）。農村では当然ながら約 **9** 割の診療所でこの基準を満たしていない。看護師一人あたりの患者数が多くなるほど患者死亡率が上昇することは実証されており（**Aiken** の研究、図表 13）、中国の実態は深刻であり、大都市・中都市の住民ばかりか農村住民も大病院へと殺到する医療アクセス難と患者の過大な経済的負担を生み出すことになる。**35** 年前に制定された看護師配置基準が人口の増加や医療需要の拡大にも関わらず、改定されていないばかりか、その数値さえ現在もなお未達

成である。看護師の不足は文革期 **10** 年にわたる看護師教育の中断の影響も大きい、看護師の過酷な労働条件と低い賃金待遇に加え、看護師という職業に対する伝統的な蔑視感が相乗したものと見える。筆者による看護師養成機関（大卒に相当）での学生に対するアンケート調査では、定年まで看護師を続けるという学生は **1** 割、**7** 割の学生が職場の条件次第で決め、残る **2** 割は看護師職に就かないと答えている。

4. 中国における政府責任のもとでの包括的医療保障の確立と医療人的資源の確保の指摘

筆者は医療における「全住民対象の税を中心的財源とする医療保障」（公助）方式、「社会保険」（共助）方式、「市場」（自助）方式を比較検討しつつ、ベヴァリジによる政府責任と税中心の財源によって全国民を対象とし、疾病治療と疾病予防、リハビリと職業訓練を含む「包括的医療・保健サービス」を提供する構想に強く共感している。その上で、基礎医療機構の確立とそれによるプライマリーケアを高齢化社会に対応する「在宅医療」など介護ケアにまで延長し、最大の問題点「医療へのアクセシビリティ」を解決するという視点を固めている。中国における **1** 級～**3** 級からなる病院類別を前提に、農村部を含むプライマリーケアを考慮する時、英国の経験などからホーム・ドクター（一般医、総合医）と看護師の果たす役割は極めて重要なものとなる。

5. 医療需要と包括的医療の確立とを念頭に置いた看護師必要数の推計

筆者は、現行看護師数 **220** 万人、**78** 年制定基準での必要数 **500** 万人（医師・看護師比率 **1 : 2**）に対し、第 **12** 次五ヵ年計画に対応する中国衛生部による **2015** 年目標 **286** 万人という設定には批判的であり、政府基準や目標数値にこだわらず、日本とイギリスの現行の人口千人あたり看護師数を「福祉国家型」モデルとにおいて、中国の看護師必要人数を **1200** 万人と割り出している（図表 **23**）。その理由は、仮に **286** 万人体制が実現したとしても、農村部も含むプライマリーケアと基礎医療機構を整備して国民に平等な医療を提供することや、疾病予防に関わる保健衛生を拡充し、さらに高齢化社会の到来に備えた介護ケアをも想定した場合、とても対応できないからである。その意味では、看護師育成の面でも高等教育偏重ではなく、中等専門学校（高校・短大レベル看護学校）教育や男性看護師・専門看護師養成など多層的な教育システムの方策が必要となる、と指摘している。中国における医療制度確立の上でもつ医療人的資源拡充の重要性を論証し、その必要規模の独自推計を行ったことは重要な貢献というに値する。

6. 今後の研究課題

筆者は、中国政府が力点を置いている「国民皆保険」の実現という政策を前提にして、医療人的資源（とくに看護師）の実施可能な拡充政策の確立のためには、以上の検討に止まらず、「疾病治療」、「予防」、「健康増進」、「在宅看護と介護」の関係性と連携に対

する考察、とくに人的資源拡充に関する経費と財源の考察など残された研究課題の大きさについて言及している。それ自体は妥当である。しかし、意見交換と審査の過程では、筆者が一度中国政府の政策構想とは距離を置いて、中国において包括的医療を実現するにはどのような医療サービス方式が合理的で実現可能性があるか、国民の現実の医療需要に応えることになるかを検討する余地があり、そのことによってさらに大きな研究成果を導き出す可能性があることが指摘された。

Ⅱ. 口頭試験の結果と学力の確認

本論文の内容および関連する科目について、2014年2月14日11時～12時40分にわたって口頭試験を実施し、それらに関する日本語・中国語・英語文献におよぶ学識と研究能力を有することを確認した。

Ⅲ. 結論

本審査委員会は、提出された煤田徳東氏の博士（課程）学位請求論文が、博士（課程）学位を授与されるに値するものであり、かつ、最終試験を通して論文提出者がその専門分野における十分な学識と研究者として自立した能力を有することを確認し、博士（経済学）学位を授与するに相応しいと判断した。