

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

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

目 次

序 章	2
第1節 研究の背景・問題意識と研究目的.....	2
第2節 先行研究とその整理.....	5
1、中国医療制度についての先行研究.....	6
2、中国の医療人的資源及び看護師についての先行研究.....	13
第3節 論文の構成と特徴.....	16
第一章 中国における医療保険制度と医療格差	20
第1節 中国の医療保険制度	20
1、中国の医療保険制度の形成と歴史.....	20
2、中国の医療制度改革現状と供給体制.....	22
3、中国の医療格差現状と医療制度の問題点.....	31
第2節 「ベヴァリッジ理論」－「福祉国家」のあるべき医療保険制度	40
1、『ベヴァリッジ報告』	40
2、「福祉国家」の医療保険制度、医療提供体制.....	44
3、英国の医療改革と医療提供・看護サービス体制.....	46
4、日本の「国民皆保険制度」の誕生.....	51
第二章 中国における看護師問題.....	54
第1節 中国における看護体制	54
1、中国の看護師人数と国際比較.....	54
2、中国の看護サービス体制.....	57
第2節 中国における看護の歴史	59
第3節 看護教育.....	61
第4節 看護師の職務内容、待遇・資格	65
1、看護師の職務内容.....	65
2、中国看護師の資格制度.....	66
3、看護師の待遇と労働実態.....	68
4、看護師関連政策と立法.....	71
第5節 実地調査及びアンケート調査	75
1、大連大学看護学部・職業意識アンケート調査.....	78
2、調査結果分析.....	81
終章 今後の課題－格差のない国民皆医療保険へ	84
参考文献	90

序 章

第1節 研究の背景・問題意識と研究目的

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¹、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。

これらの問題を解決するための医療体制改革は一定の成果があったものの、農村部と都市部を含むさまざまな医療格差、医療へのアクセスの難しさ、医療における人的な資源の不足問題による医療サービスの不足と質の低下など、さまざまな問題が依然として存在している。

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²。また、中国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³。この基準でさえ多くの医療機関が満たしていない⁴。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⁵、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。

¹ 中国社会科学院財経戦略研究院が発表した『中国公共財政建設報告 2007—2012』

² 『中国衛生統計年鑑・2012』、P141

³ 中国衛生部 1978年衛医字(1689)号『關於県及県以上総合性医院組織編制原則(試行)草案』に看護師は衛生人員総人数の50%、病床対看護師比率1:0.4、医師対看護師人数比率は1:2と規定している。

⁴ 2011年中国病床数5.16百万病床に対して、看護師数は1.66百万人であり、比率は0.32である。『中国衛生統計年鑑・2012』

⁵ 同上

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（図表 14）。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、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。

中国は、経済の急速な発展ばかりが目まぐるしく注目されているが、30年以上続いた「一人っ子」政策もかかわって、少子高齢化社会が急速に進んでいる。日本はすでに高度経済成長を遂げた後で超高齢化社会に突入しているが、中国では経済成長の途上で少子高齢化現象、いわゆる「未富先老」という問題に対応しなければならなくなっていることである⁶。これも、世界史上最初の事態といえるだろう。既に65歳以上の人口が1億人を突破したと言われる巨大な老人人口の医療ニーズの拡大に対して⁷、供給側の医療の人的資源、とくに看護師の人的資源不足の問題は深刻である。

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⁸。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⁹。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¹⁰、「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

⁶ 高齢化社会になったにも関わらず、未だ富裕にはなっていない。それに対し、日本等先進国は、「先富後老」といい、経済が発展してから高齢化社会を迎えたことを意味する。中国で使われている「四字成語」。

⁷ 中国国家統計局2013年2月発表によると、2012年末時点、中国65歳以上の人口は1億2,714万人。

⁸ 医療は症状によって1次、2次、3次と分けた場合の第1次医療を指す。具体的には頭痛、腹痛、風邪、下痢など一般的に良く見られる病気の適格に診断と治療である。2次医療は地域の中規模～大規模病院で行われる医療を指す。比較的重篤な病気に対する医療である。3次医療では大学病院や高度専門医療施設で行われる医療であり、比較的に高度先進医療である。WHO「Primary Health Care Now More than Ever」、『2008 Health Report』詳細ご参照。

⁹ 本文第二章第2節の2に参照

¹⁰ 中国衛生部は、国民の医療サービス状況を把握するため1993年から調査を始めた。1998年に第2次調査、2003年第三次調査を行った。2008年に第四次調査である。「衛生部公布第四次国家衛生サービス調査主要結果」2009年2月27日、中国政府HP、www.gov.cn

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、とくに農村部の医療人材の不足問題を厳しく指摘している。

中国看護師の不足問題の実態を把握するため、筆者が大連大学看護学院の低学年学生184名に対して行った実地調査では、これらの大学生は看護師の予備軍であるにもかかわらず、看護師になりたくない割合が学生の半数以上に達しており、また、定年まで看護師として働くつもりのおよそ半分の学生は、わずか約1割に止まっている。職場条件次第で仕事を続けるかどうかを決めるのが一番多く約7割に達している。このことは、問題が将来にわたって持ち越されていく可能性があることを示している。

ベヴァリジの包括性と普遍性の理念のもとにできた英国のNHS (National Health Service) という医療制度は、疾病の予防とプライマリケアを最も重要視する制度である。その制度を規定する法律のNHS法は、医療の機能分化を徹底することを制度設計の柱としている。第1次医療の機能については「一般医医療サービス」¹¹と「地域保健サービス」の連携拠点として「保健センター」の設置を規定している。この1次医療機能の活動現場で「一般医」を支えるのは看護師である。この制度によって疾病の早期発見・早期治療だけでなく、高齢化社会として対応すべき早期退院、訪問看護も要求された医療サービスが推進され、看護師は患者の自宅療養と患者家族を含めて積極的に支援する役割を果たしてきた¹²。

一方、中国は「看病難」という社会問題を意識し、その解決の方法として、2013年11月に開催した「三中全会」報告にも述べているように、「基礎医療衛生機構の総合改革を行い、都市部・農村部の基礎医療衛生サービスの運営機能を健全化する。

(中略)「分級診療モデル」(疾病のレベルに応じて級を分けて診療するモデル)を完成し、コミュニティ医師と住民間とのサービス契約関係を建立する」と第1次医療機能の強化をめざそうとしている¹³。しかし、中国には医療人材不足という状況がある。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

¹¹ 一般医の英語は **General Practitioner**。専門医に対して、一般医と訳す、例えば、山田雄三(1969)。また、一般診療医、かかりつけ医、家庭医とも訳されている。中国語では「全科医師」と称する。

¹² 日本においても、3ヶ月以上長期入院の約半分の49.9%患者は、看護師による在宅サービスがあれば在宅療養が可能であり、病院での負担及び保険の負担が軽減されることが明らかになっている。日本看護協会、「1999年課題変革期における看護管理者の課題に関する調査」、『日本看護協会調査研究報告』No.55,P171-177

¹³ 中国中央政府 HP www.gov.cn

9.6人であり、中国は現状1.5人に対して6倍の差がある。この現実を理解した上で医療供給制度の設計をしなければ、うまく機能しない。ちなみに人口千人当たり看護師は中国の6倍である英国でさえ看護師不足問題を抱えており¹⁴、看護師職能の拡大を検討している（白瀬2007）。

中国は、医療保険制度改革で都市部と農村部でそれぞれ成果をあげ、時代に応じた医療改革の成果の総仕上げとして「国民皆保険制度」を今後の大きな目標として掲げている。しかし、建国以来の都市部と農村部の二重構造に伴う医療格差、医療人的資源の欠乏問題が依然として大きく、これを解決してはじめて全国統一の公正で、平等の、充実した医療保険制度が実現できるようになる。中国は先進国との経済格差は徐々に縮小しているが、社会保障・医療制度の格差はかえって拡大している。日本と比較すれば、医療保険制度の面からみれば、日本は1961年にはすでに「国民皆保険制度」を実施し始めたが、中国は2020年を「皆保険」の実現目標としているので、日本より実質60年遅れることになる。

上述のように中国における医療制度の公平性、医療格差と看護師不足の問題は深刻である。それを根本的に解決するためには、医療体制改革と同時に医療に関する基本理念を樹立しなければならない。その上で「ベヴァリジ理論」が示す基本理念は大きな指針となる。また、それに立脚した英国など「福祉国家」や日本が実施に努めてきた医療供給体制には多くの経験、教訓、示唆がある。

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。

第2節 先行研究とその整理

中国における社会保障と医療保険制度についての研究は比較的新しい分野である。1980年代からの改革開放政策によって市場経済化が進むにつれて、それまでは企業内化されていた社会保障に代わって公的な社会保障制度を創設・整備する課題として認識されてきた。日本における中国社会保障制度の研究では、中国の年金制度改革を中心とした研究が行われており、医療制度についての研究は比較的少ない。中国の医療提供体制と医療サービスに関する研究の中では、その多くは医療保険や病

¹⁴ 志賀晶子, 平岡敬 (2003) 「イギリスにおける看護師不足の現状」『看護学統合研究』4 (2)、P60-63.

院システムに焦点が当てられ、医療人的資源に関する研究は少ない。

日本における中国の社会保障制度に関する研究は、例えば王文亮（2001）『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社、劉曉梅（2002）『中国の改革開放と社会保障』汐文社、大塚正修（2002）『中国社会保障改革の衝撃』勁草書房、劉曉梅（2007）『中国の社会保障改革と日本』ミネルウェア書房、沈 潔・広井 良典（2007）『中国の社会保障改革と日本』ミネルウェア書房など、社会保障制度全般を対象とし、その内容や政策の動向を詳細に紹介し、有益な情報を提供する研究が相次いで刊行された。これらの研究の中でも医療保険制度について比較的多く取り上げられるようになってきている。

1、中国医療制度についての先行研究

中国における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（とく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、中国における医療人的資源の欠乏、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『中国医改—問題・根源・出路』（2007）の中で、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、と四つの領域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、都市部では市・区病院と街診療所の供給体制の確立、農村部で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広げることの重要性を指摘するとともに、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増進に置くべきと主張した。彼は、医療改革の問題点は、医療の商業化、市場化に走りすぎて、医療衛生の公共性が無視されたことにあると指摘している。したがって中国医療制度問題を解決するうえで最も重要なことは医療衛生制

度の基本目標の設定、政府責任の強化にあることを主張した。葛延風(2007)は未来の医療衛生体系の設計について、下記の要件が必要だと述べている。①都市部・農村部の分断などあらゆる制約を打ち破り、国民全員をカバーできる一体化した医療衛生制度の確立。②医療サービスのレベルと範囲を明確にし、それぞれの保障を実施する。すなわち、公共衛生、基本医療サービス、非基本医療を区別し、免疫・伝染病治療等は政府が社会全員に無償でサービスを提供し、基本医療も政府の税制で負担する。③目標体制に適した医療サービス体系を作る。④医薬分業。⑤資金と組織管理体制の確立。⑥新旧制度の移行経路の明確化。⑦体制設計の分析と公平性の確保である。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¹⁵。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。「国民皆保険」実現の基本原則について、①社会主義の堅持、②人を基本とする制度、③政府主導と市場のメカニズムの活用、④公平性と効率の両立、⑤医療資源配置の合理化、⑥伝統医学と現代医学の両立、⑦大局観、⑧監督管理制度の確立、を挙げている。また、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十全に発揮する重要性を強調した。

姚力は2012年に『当代中国医療保障制度史論』で、新中国誕生後の中国医療保障制度の「三足鼎立」(労働保険、公費医療、合作医療)から現在の「三険一助」(城鎮従業員基本医療保険、城鎮住民基本医療保険、新型農村合作医療保険、医療救助制度)に至る歴史的な経緯を考察し¹⁶、建国以来、三つの保険で中国の基本的な医療

¹⁵ この書籍の中で引用されたデータがやや古いのが、1980年農村の医師数は150万人から現在(2007年)の100万人までに減少している。「農村衛生員」の数量は1980年の236万人から2001年の27万人までに激減している。P39。

¹⁶ 医療救助制度とは、公的な医療扶助であり、2003年から実施している。都市部と農村部にそれぞれの制度がある。また、2006年から商業保険も発足している。本文は医療・看護サービスの提供制度に焦点を当てるため、これらの補完的な制度についての具体的な議論を省略する。

問題を解決された、と評価している。歴史に基づき、新しい医療制度の課題について、①医療改革は、公共衛生サービスシステム、医療サービスシステム、医療保障システム、薬品供給システムを協調させて進める。②都市化、人口高齢化、疾病構造の変化への対応。③経済発展に伴う国民の新しい健康に対する新たな需要への対応、の必要を指摘している。

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について、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にはいたっていない。

王虎峰は『中国新医改現実与出路』（2012）で、四つの重要論点を提起した。①「医療改革は、世界規模の現象であり、その国の政治、経済と時代変化に政府が対応していくためにとる行動である」¹⁷。②医療改革は、大きな社会システムを動かすことである。健康教育、体育、環境問題、食品問題等含まれる。③医療改革は、小さいシステムをも動かす。小さいシステムとは衛生医療業界である。公共衛生、医療サービス、薬品の生産と流通と医療保障が含まれる。④医療改革はマクロとミクロの管理システムを及ぶ。そして、「看病費」は政府の出資増によって短期間に問題が解決される可能性があるが、「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、と指摘している。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のである。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わっていなければ、大病院に行くしかない。このように「看病難」の問題を解決するうえで、医療人的資源の持つ特殊性と重要性を指摘する数少ない研究者だといえよう。また、王虎峰は英国の医療制度に関するいくつかの重要な改革にも言及している。①1999年にイングランド以外の住民に平等に医療サービスを楽しむNICE（National Institute for Health and

¹⁷ 王虎峰氏の調査によると、15か国110年間の266回医療改革を行った。平均一か国17.7回医療改革を行い、6.2年間に1回発生している。とくに20世紀70年代以降、その頻度が増している。

Clinical Excellence) というシステムを作った¹⁸。②60年間の努力を重ね、「一般医」制度のシステムを作り上げた。③英国で医療効率を上げるため、常に医療改革を図り、治療を待つ時間の短縮効果が現れた。とくに「一般医」の制度によって80%の医療サービスは、基本医療機構の強化を通じて解決されるようになったことを高く評価している。また、真の医療改革は三つの部分、①国民、②医療機構と医療従事者、③政府によって構成されるのであり、この三つを指導し統括できる理念が必要であると、制度改革の理念の重要性及び政府の役割、医療人的資源の重要性を指摘している

鄭功成は「中国のベヴァリジ報告」とも称される『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ている。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的安定と発展を図る。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険サービスの公平性を達成することにあるとしている。医療改革の現状については「六易六難」とまとめている。①国民全員への普及は易しいが、実質面での公平を保つのは難しい。普及すなわち国民全員をカバーするためには資金源だけが重要な要件となるが、実質面での公平を実現するには、制度のデザイン、投資規模及び資源配置の均衡、医療制度のすべてのプロセスが関係してくる。②制度を作るのは易しいが、制度の統合が難しい。例えば国家が従業員、都市・郷鎮住民、農村住民にそれぞれの制度を作るのはさほど難しくはない。しかし、医療保険制度が守るべき「大数法則」（「できるだけ多くカバーする」）の考え方と互助共済の精神から見れば、制度間の統合の推進が要求される。この制度間の統合は資源の配置と医療供給レベルの調整が必要であり、管理体制にも関連し行政部門間の利害や階層間の利害の調整が必要となる。③加入率を上げるのは易しいが、効率を高めるのは難しい。ここ三年間、政府からの医療改革への資金投入規模は小さくはないが、効率性という面では満足できる水準にはない。④単一プロジェクトの推進は易しいが、多岐に亘るプロジェクトの推進が難しい。医療改革は、医療保険、医療サービス、医療供給など多岐に亘る領域に関連している。とくに医療保険は政府、加入者と医療保険機構が絡み合い、社会保険体系

¹⁸ 英国 (United Kingdom) は England, Scotland, Wales と Northern Ireland の四つの国によって構成されている。イングランド以外とは、Scotland, Wales と Northern Ireland を指す。

の中でも最も複雑なプロジェクトであるので、協調性をもって推進して初めて良い効果が得られる。⑤ハード建設は易しいが、ソフト建設は難しい。公共投資の大幅増強で、医療機構のハード面で施設の改善は進んでいる。しかし、医療人員、とくに「一般医」、看護人員が明らかに不足している。経済発展レベルの高い地域もさることながら、農村部では極めて欠乏しており、早急な改善が望まれる。⑥一般加入者の要求を満足するのは易しいが、特殊なグループの問題解決が難しい。一般加入者は、医療保険によって疾病の治療を行うだけで問題解決できるケースが多い。しかし、特殊疾患・重度疾患患者、慢性病患者、貧困家庭の患者と辺鄙地域住民の疾病治療は難しい。特別な手当と対応できる制度を確立しない限り、全国民医療保険制度がカバーしきれない領域を残す危惧がある、と論じている。

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。

一方、日本における中国医療制度研究では、新医療改革後の研究が始まったばかりである。例えば、三浦有史(2009)は、2003年「第三次中国衛生服務調査報告」に基づき、医療格差の問題点を提起し、その問題を解決するための中国医療制度改革の必要性を提言した。さらに、格差問題では医療の質にも目を向ける必要があると主張し、医療の質について都市部と農村部での人員や設備などの投入量が異なる問題を分析している。中国における医療人的資源については1万人当たりの医療技術スタッフの数は、2007年時点で都市部が64.9人であるのに対して、農村は12.8人に過ぎないなど客観的な数字と根拠を示しながら、医療人的資源は医療の質および医療格差と密接に関連していると指摘し、人的資源の賦存状態によって医療の質に格差が生じるのは必然であるとの見解を示した。

劉波らは「中国における医療格差の多面的考察」(2011)において、中国政府は新医療改革にかかわる『医療衛生体制改革の意見』と『医薬衛生体制改革の中期重点実施案(2008-2011)』の両文献において、これまで「市場化を進めた医療制度改革の失敗」については賛否両論が対立していたが、最終的に「失敗」という判断を認め、医療衛生事業を極めて「公益性」の高い事業であり、「国民皆保険」という基本医療衛生制度を公共財として全国民に提供することを、今後の基本理念に置

くことを宣言した、と分析した。しかし、課題の原点である都市部と農村部との格差はなお存在しており、農村部における基礎医療機構のサービスの向上、自己負担率を国際レベルの30%までに引き下げ、政府の補助金の拡大によって格差を縮小することを主張している。また、格差縮小が頭打ち状況にあると分析し、①中央、地方政府の更なる財源投入、②格差をなくすための補助の調整、③高齢化を見据えた医療保険制度の長期設計を提案している。

王文亮は「全民医療保障への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について」（『週間社会保障』連載文）（2011）などで¹⁹、中国政府は社会からの要請を受けて、都市部・農村部に分立したしている保険制度から、「国民皆保険」体制を構築する政策選択を行った、と述べている²⁰。さらに中国で「国民全員の医療保障」体制の構想が提起された背景、制度構築の内容と仕組み、また、実際はどのように進んでいるかについて検証した。そのような展開の背景として以下の三点を強調している。①国の近代化と市場経済化の急速な進展に伴い、国民の生活が直面するリスクも急速に増大している。医療保険制度の不十分さが国民的社会問題となり、医療への不安が最大のリスクと見られている。②1990年代以降における市場競争原理導入の下で行われた医療制度改革は、「看病難」「看病貴」を招いた。③21世紀に入り、国内外情勢が激しく変化する中で、政権が社会的安定を確保するうえで、国民全員に医療保障を提供することが社会政策上の基本理念として重視されるようになってきている。王文亮はまた、「福祉国家論」への関心が高まって『ベヴァリジ報告書』、エスピン・アンデルセンの『転換期の福祉国家』、『福祉資本主義の三つの世界』、レーミッシュ・ミシュラーの『福祉国家と資本主義』の中国語訳が刊行されるとともに、「福祉国家」に関する研究が中国で盛んになっていることも紹介している。「福祉国家」を想定し、「国民皆保険」を実現していくとしても、その前途には多くの課題があり、①出稼ぎ労働者の医療保障、②強制加入と共に、任意加入が併存する制度設計、③都市部・農村部間、地域間の壁、④法制度の未整備、国や政府の責任が依然として不明確であること、を指摘している²¹。それゆえ、王文亮は「全国国民医療保障」の課題として、①法制化の課題—制度の法的な根拠がしっかりし、その中で政府の

¹⁹ 王文亮（2008）「『全民医療保障』への険しい道—中国版国民皆保険体制の構築について」、『週間社会保障』No.2465-2467、3回連載。

²⁰ 王は、現行の医療制度において保険者範囲、保険料の徴収、給付状況に関するさまざまな問題を指摘した。王は中国が目指しているのは「幻の国民皆保険制度」であるとして、政府はもともと考えもしなかったことであり、「到達するまで相当険しい道になることは間違いない」とやや批判的である。王文亮（2008）『社会政策で読み解く現在中国』ミネルヴァ書房 P206。

²¹ 王文亮（2008）『社会政策で読み解く現在中国』ミネルヴァ書房

責任を明確にするべきである、②加入形態、③戸籍制限の課題—出稼ぎ労働者及びその家族、子女をカバーするため、加入方法を明確にする、④医療給付水準の向上—加入率だけでなく、既存の給付上の格差をなくし、質を向上させる、ことを挙げている。

医療資源については、都市部と農村部の格差や農村部医療制度の給付水準の問題が議論され、管理・運営の問題点が指摘されている。例えば、江藤宗彦(2011)は、中国の新医療改革について、「量」ではなく「質」、あるいは医療システムの構造そのものを変化させる方針を示したと評価し、日本産業界に対する影響という視点から改革の内容を紹介している。とくに、5つの指標(5つのC)に基づき中国医療制度改革の課題を提示した。すなわち、①保険の加入率・給付内容(Coverage)の改善、とくに農村部における給付の対象は重症の治療費に限定され、自己負担率の改善は実質的に限定的である。②医療費抑制(Cost Control)。国家基本薬品制度を導入して医療費の抑制を図るが、医療費は自然に増大していく。③財源負担(Cost Sharing)。医療費の総支出は、日本の個人負担は14%に対して、中国は50%となっており、とくに農村では給付内容が不十分であるため、十分な医療を受ける状態になく、中国各級政府の財政支出の増加の必要性が高い。④連携医療(Coordinated Care)。ここでは「プライマリケア未整備」による「患者の都市部の三級病院(最上級レベル病院)への集中」という弊害は、医療人材育成と患者の意識変化・行動変容などには長い時間がかかるため、解決には相当時間を要することが指摘されている。⑤個人の選択(Choice)。個人の医療選択を妨げる地域格差・所得格差、が挙げられている。江藤はこうした状況をふまえて、日本の医療機関にとっては、中国でのブランチ病院の設立・運営や医療機関支援のビジネスチャンスがあることを示唆している。

李宣(2012)は、吉林省等の省別の調査と地域別の医療制度の比較分析を行い、さらに中国政府の最新調査データを駆使し、新医療改革の問題点を指摘し、その効果の評価を行った。

王崢(2011)は、現地調査に基づき新農村合作医療保険の問題点と限界を見極め、多層的な医療保険体系の構築を検討した。王崢(2012)の『中国農村に於ける包括的医療保障体系の構築』では、2003年の「新農村合作医療制度」と旧制度と比較し、現制度の根本的な問題点と今後の発展方向を検討し、さらに『ベヴァリジ報告』の包括性理論を応用し、中国農村部内の所得格差の拡大問題から中国農村部における医療保障の方向性を検討した。また、現地調査に基づき、中国農村部では公共衛生環境が未熟であり、末端医療機関が未整備で、包括的な保健医療サービスが提供できない状況にある、と指摘している。

日本における中国医療制度研究も量と質の両面から、多様なアプローチで分析が深められてきており、医療制度の改革や確立の上での基本的な理念におよぶ研究も始まっていることを筆者も高く評価するものである。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。

2、中国の医療人的資源及び看護師についての先行研究

次に見る研究は、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。

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。

中国の看護教育については、唐紅梅が「我国護理教育的研究趨勢分析」(2013)において、2003年1月—2011年12月の文献を検索した結果、28,622件あり、2006年以降に看護関連の論文数が急増していること、また2011年だけで6,960件存在すると紹介している。それらの研究は、主に看護人材の育成目標、看護カリキュラムの設置、看護教育の方法と手段、看護教育の改革とその評価に集中している²²。

²² 唐紅梅(2013)「我国護理教育的研究趨勢分析」『上海交通大学学報(医学版)』Vol.33 No.1

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。1980年代に中国で医療人的資源について計画を持っていた省は江蘇省、吉林省だけであり、教育と育成は遅れている。主な問題は、①医療人的資源計画は、地域医療サービスの需要に基づくものではなく、それぞれの行政機関のご都合によって作られており、政府としての統一責任が不明確である。②資源総量の圧倒的不足、しかも質は高くない。③資源配置の合理性が欠けている。治療に偏り、疾病の予防と保健への配置が欠けている。④都市部と農村部の人員分布の大きな不均衡。とくに農村部の医療資源は医療ニーズに応えられず、「看病難」問題を深刻化させている。⑤看護人員の決定的不足。医師・看護師の比率はバランスを欠き、「重医軽護」(医者を重視し、看護を軽蔑する)という風潮がある。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。医療人的資源に関わる研究状況については、下記の課題を示している。①人員の学歴、年齢、職称についての研究が多く、政府の役割およびマクロ的・科学的な人的資源の計画と配置基準についての分析と研究が少ない。②医療人的資源と配置は、全国统一基準が未だにない。医療人員についての計画は各省・地域ばらばらで未熟で初期段階にある。③需給予測についての研究が不足。④都市部と農村部の合理的配置とそのための調整方法は未解決である。劉は、看護師は100万人が不足していると指摘し、立法によって配置の法的な強制力を確立することを提案している。医療人的資源の総量を確保する前提のもとに、都市部・農村部の合理配置モデルを模索し、さらに、そのモデルを遼寧省鞍山市に適用し試算を行っている。この研究は、看護師不足の問題を指摘しただけではなく、具体的な医師と看護師の配置モデルを立てて試算をも行ったもので、全国レベルについても100万人不足と具体的な数字で示したことは、本論文を含む今後の看護師需給モデルや配置基準への研究に大きな刺激を与えるものである。しかし、この研究で示されたモデルは、①基本理念に基づいたあるべき医療制度におけるモデルではなく、地域における医療短期目標に基づく計算モデルである。②将来の目標においても都市部・農村部の格差を黙認している。③特定の地域に限定されたモデル、という限界性もある。

樊静は「我国護理人力資源管理存在的問題及对策」(2011)で、病院の看護人的資源の現状を研究し、看護師の欠乏および配置の不合理、職責が明確でない問題に対

して、病院は看護人的資源の管理理念を改善しなければならず、「人材は第一の資源」という理念に基づき、科学的に合理的な看護配置制度と体制を作るべきであると主張している。看護人的資源のインセンティブおよびコントロール体制を確立するために、人員のキャリアプランに基づき、看護人的資源のレベルを分けて人材を育成する環境を作り、あわせて看護人的資源の配置をさらに合理的なものとしていく。病院は、知識集約型のサービス集団であり、医師と看護師は病院の持続的な発展の根本的保障であり、人的資源こそ病院の最優先課題であると強調している。「患者中心」という理念を現実のものとするためには、看護師軽視の風潮を改め、人的資源の拡充の重点を看護師におくべきである。看護師に対しては仕事と育成を結び付けて管理し、在職教育とトレーニングを強化する。看護人員配置の科学的な研究を強化し、育成体制も医師の育成体制同様に確立すべきだと指摘している。

日本における研究では、中国との病院間交流、学会交流を通じて中国の看護制度を紹介する文献が見られる²³。

岸英子らは1999年に中国の中等衛生学校学生300人に対する職業意識調査を実施している。それによれば、看護学生は全体的に高い職業意識を持っていたが、就職直前の3年生の段階で意識の低下を認めている、看護職以外への進路変更を考えている者は功利的な要素にかかわる点数が高かった。この分析結果によれば、中国では多くの看護学生が将来の進路転向を考えており、情緒的意識だけでなく功利的な意識をもっている、と分析されている。

趙傑剛らは「中国における看護教育の現状と看護教員の資質向上についての提言」(2006)で、中国の教育現状と歴史、教育制度、看護教員の現状を分析し、看護教員の資質向上について、①教員養成の教育体制の整備、②看護教員をサポートする環境整備。③看護教員のキャリア教育体制の整備、とくに看護職と看護専門でない教員に対する理論と実践看護知識の両面での向上と強化、という三つの提言を行っている。

遠山日出也は「中華人民共和国の看護労働に関する政策と実態」(2008)で、女性研究という視点から中国の看護労働の歴史的考察を行った。看護師の待遇、看護師

²³ 例えば、平井さよこ(2003)「中国の看護事情を見てみたい1、病院の機能と看護師の役割「看護管理」13(5)、386-391。その続きとして、「中国の医療制度改革と看護師の待遇」、「中国の看護免許制度と継続教育制度」がある。豊島由樹子・仲村秀子(2007)「中国の病院の現状及び看護体制について—第三軍医大学西南病院・新橋病院を訪問して—」、『聖隷クリストファー大学看護学部紀要』No. 15。作田裕美・坂口桃子「日中看護交流から見てきたもの」、『大阪市立大学看護学雑誌』第9巻。丸岡直子・吉田和枝(2013)「The 3rd Korea-China-Japan Nursing Conference に参加して」『石川看護雑誌』Vol. 9, 2012。

教育と看護師不足問題を指摘した上、看護師不足問題の解決について、政府が『看護条例』、『中国看護事業発展計画綱要(2005-2010)』で「看護師編成を看護配置基準に到達させる」と計画しているにもかかわらず、未達成のままであると指摘している。さらに政府の財政面での手当てに言及しつつ、施策の実行性・監督・執行責任を厳しく問うている。看護師の低い待遇と厳しい労働条件の改善について国による具体策が見られないままであり、看護師の意見に耳を貸さず、看護師の自助努力にまかせきりの行為に対して、「民主主義」の抑圧であるとも批判している。

潘娜は「中国の近代史における看護教育の歩み」(2010)で、中国における看護の誕生からの歴史を振り返り、中国の看護と外国との格差を認識したうえで、先進国の経験と成果を分析することの重要性を指摘している。

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。

第3節 論文の構成と特徴

本論文は、序章、第一章、第二章と終章と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する。①中国で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ことは、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不十分で非効率な医療供給・看護サービス体制という場合、「福祉国家」のとの比較で、とくに深刻なのは看護サービス体制の脆弱さである。③現状の医療保障制度水準の低さは医療の質と量ともに関わっているが、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を全社会的に共有されなければならない。

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分析する。都市部・農村部の経済と制度の二元構造及び地域間の格差を中心に検討を加える。ここで、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か、異なった医療保険と医療サービスを受けている問題を再検証する。

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ていく。

また、中国版「国民皆保険制度」の整備及びその構築を目指すため、ベヴァリジの理論を指針として検討を行う。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、プライマリケアはさることながら、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する。

ベヴァリジの理念と理論に基づき創られた英国や日本の「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を検討する。

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、その歴史沿革、教育と医療現場など多方面から考察する。実地調査を中心に、中国の看護師不足にかかわる育成上の諸問題を明らかにする。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・検討を行う。実地調査では、文献調査と結びついて看護学生が看護師の仕事をしたくないとの就業意識を明らかにする。同時に、看護師不足は看護業務を取り巻く様々な社会、医療と政策と関連しており、看護教育と法制度の整備が立ち遅れている状況をも明らかにする。

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と看護人材政策を明確に打ち出す必要があると論じる。

終章では、『ベヴァリジ報告』の基本理念と基本原則・内容を学び、中国の医療供給・看護サービス体制の方向性を検討する。「医療の包括性」を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から捉えることが重要であり、そのため、都市部・農村部住民の医療の対象者としての差別及び医療サービスの内容の格差を無くし、すべての国民が平等・公平にその時代に最高レベルの医療サービスを受けられるような医療制度を設計すると主張する。そのような医療制度をめざすための、医療供給・看護師体制上の問題対策と課題をまとめた上、「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示す試みを行う。

本論文は各章で日本との比較を念頭においていることを特徴としている。その意義は単にデータの参照と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歴史上の示唆を吸収する必要がある。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に対して低い比率で比較的「質の良い」医療を提供してきた²⁴、と世界に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、これからの中国の医療整備に対する参考価値が非常に大きいと考えられる。日本の「国民皆保険制度」は2000年に世界保健機関(WHO)から世界最高の評価を受け、その充実度は経済協力開発機構(OECD)の加盟国中でもトップレベルと言われている。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』に影響されて創立された制度である。国際社会が持つ優れた思想を具現化して、「国民皆保険制度」を有効に創立した実例である。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」の重要な参考に提供されるべきである。また、看護関連の国際比較では、中国の看護人的資源を不足の認識だけではなく、下記の経験を吸収することができる。①多様な方式での医療・看護人的資源の効率的活用、②外国の合理的な教育体制、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。

本文は、マクロ的な視点で医療保険制度を検討する際、人的な資源の現状把握をふまえて分析できるように、医療と教育現場のミクロレベルでの実地調査も実施し、その結果と結び付けて検討を進めている。

²⁴ 2010年に日本における医療費対GDP比率は9.5%で、米国は17.9%、英国は9.6%、ドイツは11.6%である(図表6参照)。

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、全国民に対する医療カバー及び予防と公衆衛生も含むものである。この論点と「福祉国家」との比較を踏まえ、本論文はこの包括性理論の内容をさらに拡大する必要を認めており、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」に含むべきとの解釈を主張する。これは、ベヴァリジの医療包括性理論が中国の医療・看護制度設計に応用される際に、留意されなければならない点である。

Flood and Haugan (2010) が指摘しているように、個別の政策の評価は、それを取り巻くほかの規制や制度設計をも考慮して評価すべきと考えられる。本研究でも、単に一つの看護人的資源や看護制度だけを取り上げるだけではなく、医療保険、社会保障全体を見わたり、その上で、ベヴァリジ理論に基づき検証し、医療制度の進むべき方向を検討する。

第一章 中国における医療保険制度と医療格差

この章では、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分析する。都市部・農村部の経済と制度の二元構造及び地域間格差の格差を中心に検討する。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ていく。

また、中国版「国民皆保険制度」の整備及びその構築を目指すため、ベヴァリジの理論を指針として検討を行う。ベヴァリジの理念と理論に基づき創られた英国や日本の「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を検討する。

第1節 中国の医療保険制度

1、中国の医療保険制度の形成と歴史

医療保険制度は、国民生活の質の向上に大きな役割を果たしており、健康で豊かな社会生活を確保するセーフティネットである。社会にとって医療保障制度の整備により、病気や傷害から健康回復し労働力の持続性を可能にし、社会的生産力が確保されることによって、社会の安定と経済の発展にも寄与する。中国の医療保険制度における、日本との仕組みの違いは、保険の給付内容が全国統一的に実施されていない事である。今日の医療制度の基盤となる改革が始まったのは1980年代の後半である。80年代までの中国の医療制度は低いコストでありながら「公費医療制度」、「労働保険医療制度」、「農村合作医療制度」の三つの制度で一部の国民をカバーするような医療制度であった。

都市部には、公務員、国営事業単位、政府機関の従業員を対象とした「公費医療制度」と企業の従業員を対象とした「労働保険医療制度」からなっていた。これらの制度は国家主導で、福祉性の高い医療保険制度であった。

「公費医療制度」は、中国政府政務院が1952年に公布した「全国各級人民政府、党は、団体及び所属事業単位の国家従業員を対象にする公費医療の指示」に基づいて確立したものである²⁵。政務院のこの指示は公費医療の対象者となるものは、全国各級人民政府、各党派、工場労働者、青年、婦人など団体に所属する人、各種工作

²⁵ 政務院は国務院の前身である。

隊および文化、教育、衛生、経済建設などの事業単位の国家公務員及び戦争で身体の障害を受けた軍人である。（姚力、2012、P49-51）

「労働保険医療制度」は、1951年2月に『中華人民共和国労働保険条例』の発表によって確立された制度で、主に国有企業・都市の一部集団所有制企業の従業員及びその退職者を給付対象として行われた。劳保医療の特徴は社会医療保険であり、対象者は国有企業の従業員と少数の集団企業の従業員である。また、従業員の家族も、5割の給付が行われる制度である。財源は、企業の福利基金および営業外支出からなるが、不足部分は企業利益から繰り入れる。条例の制定後、その適用者は着実に増加し、1951年に保険の対象者は269万人、1952年11月末までに対象者は職員・労働者302万人、1953年に420万人、1956年に1,600万人に達し、当時の国営、公私共営企業、市営企業の総従業員人数の94%に相当するまで拡大してきた²⁶。劳保医療制度は給付水準が比較的高く、医薬費は基本的に全額給付となっていた。「労働保険医療制度」は「保険」という文字がつくが、実際全額企業負担となっており、個人負担なしの企業福利による無料医療制度であった²⁷。制度の運営過程において、企業の過度の負担、医療業務への圧迫、医薬品の浪費等の状況がますます明らかになってきた²⁸。

農村部の医療保険制度は、新中国が1949年に誕生する前後に医療保険皆無の状態であった。新中国が誕生後、一部の農村（例えば1950年に河南省正庄郷団結社）では、自発的に医療費用の共済組合制度を設立した。1956年に中央政府はこの共済組合制度の有効性を認め、農業合作社が農民の公傷、疾病に対応するように義務付けた。農村部の医療制度は、1960年に「農村合作医療制度」という農村住民の互助共済の集団医療保健制度が設立されて正式に始まった。制度の主な内容は、政府の財政支援がなく、人民公社の社員が年間1人1元程度を拠出することにより、治療費の全額または一部を保障される仕組みである。この制度は各レベル政府の支持により参加者の互助共済という原則に基づいて、様々なレベルの医療衛生保健機構の設立を通して、1960年代に全国の農村部で合作医療制度が全面的に展開された（姚力、2012、P64-72）。

²⁶ 嚴忠勤(1987)『当代中国的職工工資福利和社会保險』(当代中国における職員の給与・福利及び社会保険)、中国社会科学出版社

²⁷ 中国改革前の計画経済における保険料の拠出無しの場合には、「保険」として認めるべきかについては、桜井幸男「中国社会保障に関する一考察」『大阪経大論集』第62巻第2号を参照されたい。

²⁸ 舒瑾(2007)「中国における公的医療保険制度の形成と展開—日本との比較的考察—」、山形大学大学院社会文化システム研究科『研究論文集』第9号

都市部の「公費医療保険」と「労働保険医療」は政府管掌の下に法律に基づき実行される社会保険制度であるが、農村部の「合作医療保険」は政府の関与が少なく、農民の自由意志による共済医療保険制度にすぎなかった。医療技術者の給与は人民公社から支給された。農村住民の医療利用について、中度の病気は公社・鎮の病院で、重度の病気は、県・市病院で診察する形になっていた。医療サービスのレベルは低ったものの、全国人口の80%をしめる農民の医療保障を担っており、1976年のピーク時には、加入率は90%にまで達した（王崢、2012、P61-62）。しかし、農村部の医療保険は、任意加入の保険であり、一刻も早く強制加入への制度改革が必要である。ベヴァリジは、任意保険と社会保険の違いについては、「ベヴァリジ報告書」で下記のように記述している。「任意保険との重要な区別を明らかにするため、社会保険として記述されている。危険の度合いに応じて保険料を調整するのが任意保険の本質であって、それはなければ個々人は自分の意志で保険とかけようとしなないであろうけれども、この調整は国の力によって強制されている本質的なものではない」²⁹。

2、中国の医療制度改革現状と供給体制

毛沢東時代の大躍進政策や文化大革命で疲弊した経済を立て直すため、鄧小平指導部は1978年12月に「改革開放」を発表し、市場経済体制への改革が開始された。市場経済への移行に伴い、医療制度も大変革を迫られることになる。医療制度改革は、回復期（1978-1984年）、改革期（1985-1999年）、改革推進期（2000-2009年）、新医療制度改革期（2009-現在）にわける述べる。

回復期（1978-1984年）には、文化大革命の10年間で甚大な被害に遭った医療衛生システムの回復、調整と再構築であり、業務・技術面での人材育成、衛生機関における経済管理の強化などが進められた。

農村の医療制度に最も早く大きな影響を与えたのは人民公社の解体である。1979年には農村人口の90%が人民公社に所属していたが、解体に伴い1985年にはその比率は10%まで急激に減少した。これにより、人民公社のもとで運営されていた農村医療保障が機能しなくなった。農村の医師は利益重視となり無料医療の提供を止め、出来高払いの診療を開始したものの、十分な収入が得られなくなり、農村の診療所及び医師の数が激減した。農村合作医療制度は、崩壊状態となった。

²⁹ W. Beveridge (1942) 『SOCIAL INSURANCE AND ALLIED SERVICES Reported by William Beveridge』（山田雄三 監訳 『ベヴァリッジ報告 社会保険および関連サービス』、至誠堂、1969年）、P15.

都市部の公的医療機関も、計画経済下と大きく異なり、医療機関運営を迫られることになった。市場経済への移行に伴い、政府税収の急激な落ち込みと国有企業の赤字により、公的医療機関への補助金が大幅に削減された。都市部では国営企業による従業員への医療保障が終わり、医療保険に代替されるようになった。政府は強制保険の仕組みを採用していたものの、市場への移行によって出現した民間企業の多くは医療保険料の納付を行わず、医療保険の加入者数は減少していた。また、物品の価格統制の解除により医療原価が上昇する一方で、診療報酬の引き上げがなかなか行われなかったため、病院の財務状況が悪化していった。

医療機関は自らの存続のために、利益追求に走る結果となり、自費での医療サービスの提供、過剰投薬、利益の大きな薬品の投与、正当でない報酬の受領等が横行するようになっていった。このように、経済改革に伴い医療の改革も都市部、農村部においても必然的なものとなった。

改革期（1985-1999年）の経済改革は主に管理体制、運営メカニズム面の問題に注目した。政府の主導方針は「政策は打ち出しても経費は出さない」だった。医療と衛生分野も国有企業改革の影響を受けて市場化が入った。政府は医療機関に対する補助金を大幅に削減したため、各医療機関が市場原理に基づき患者から料金を徴収し、その収入で経済的に自立しようとしている。その結果、医療機関のサービス提供価格を上げられ、個人医療費負担も増えた。これによって医療格差の拡大と種々医療問題を招いた。

中国は、社会福祉としての「公費医療制度」の下で一部の人たちは無料で医療サービスを受けることができ、医療機関もすべて非営利の公立機関であった。その後、財政難に直面した中国政府は、社会福祉としての医療制度から社会保険としての医療保険制度への移行を試み、公立病院への財政支出を次第に削減して独立採算事業体への改革を進めてきた。その根底にあるのは、社会保障・医療保険制度の思想と原理を無視した、市場原理と競争原理強化による効率化の盲目的な追求である。その結果、公立病院であっても企業と同じように非営利性から利益追求団体へと変わってしまった。過度な「市場化」政策の下で医療機関は、正当な医療コストにとどまらず多額な収益も患者の医療費から上げるようになった。収入が低いと医療保険にカバーされていない庶民たちにとって医療費は高すぎた。また、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、末端の医療システムは破たん寸前となった。大病院は混雑し一般庶民は診療を受けられなくなった。

一方、農村部においても、農民からの1人当たり年間出資額は限られており、集団経済による出資も減り、財源不足による保障水準の低下が問題となっている。医

療費の高騰が農村住民の所得増加レベルを遥かに超えたため、農村住民はますます医療サービスを受けられなくなった。たとえある程度豊かになっても一旦病気にかかる家族が出ると、すぐ貧困に陥ってしまう「因病至貧」現象が農村でしばしば見られている³⁰。数多くの農村住民は、その経済収入が基本的な衣食住の生活需要を満足させるだけで精一杯であり、合作医療制度に加入する余裕がない。または農村住民はごく少ない資金しか合作医療制度に投入できないため、疾病リスク防止に効き目がないことが多い。衛生部1998年の調査では³¹、当時本来受診すべき農村住民の37%は経済的な理由で受診できず、入院すべき農民の65%は入院できない。保険の加入者は8.9%しかなかったことがわかった。

1985年に中国政府が最初に公的医療保険制度の改革を実施した。公的医療保険制度としては、公務員を対象とする「公費医療制度」と主に国有企業の就業者を対象とする「労働保険制度」の二つが存在していたが、いずれも被雇用者の自己負担率が極端に低かったため、医療費高騰によって財政負担が増加することとなった。このため政府は1998年に両制度を「都市従業員基本医療保険制度」として一本化し、被雇用者の負担割合を大幅に引き上げた。都市部に保険料を全額企業負担から一部個人負担に切り替えた。個人口座が開設されていて、医療費の支払いが発生した場合、まず個人口座から支払を行われる。個人口座の資金は、被保険者の保険料負担と同額程度を企業が個人口座に入金し医療費の補助とする。個人口座の資金を超えた場合は、差額を個人が支払う。しかし、重篤な病気に罹って医療費が多額になった場合には、企業が負担し地方政府が主管する社会保険基金から支払を受けられる。これに基づき、保険の適用対象の範囲が拡大され、被保険者と雇用側の双方の負担による保険料が社会拠出のプール基金と結合して医療財源となる基本医療保険制度が実施されている。

農村で崩壊寸前の医療保険制度と発生した出来高払い医療、都市部での失業者数の増大、医療費の上昇、給付内容の悪化、地方政府間での財政不均衡等の複合的な要因により格差の拡大、農村部を中心に国民の多くが必要な医療を受けられなくなるとともに、医療にかかる場合には医療費は大きな負担を強いられるようになった。例えば、1995年には医療支出が自己負担に占める割合が47%であったが、2000年には60%まで急激に上昇した。医療費も異常に高くなり、患者の負担が重くなっていった。

³⁰ 病気がかかったことが原因で貧困になる現象

³¹ 中国衛生部「第二次国家衛生服務調査主要結果的初歩報告・1998」

市場原理の医療分野での導入によって医療衛生への政府資金投入が徐々に減少した。公立病院は経営を市場化への転換することに影響され、手術担当医師指名制度、特別看護、VIP 病棟などの新しい現象が現れ、富裕層の医療衛生需要を満たそうとする一方、貧困層は最も基本的な衛生医療サービスさえも受けられない医療格差が広がられた。経済原理でできるだけ低いコストで高い利益を追求するようになり、本来必要な看護師まで削減して患者家族負担の家政婦を使用する等いろいろな弊害が出てきた。病院を主導するのは政府であるべきか、市場であるべきかとの論争が激しくなった。その結果、2003 年までに、都市部 40%の住民、農村部 80%以上の住民には何の医療保障もなかった。

そのような状況を見て、世界保健機関(WHO)は、2000 年に中国の医療システムを、加盟国 191 カ国中 188 位と評価した。中国政府はこの指摘を痛切に受け止めて、これを転機に医療制度改革の推進を本格的に実施し始めた。

改革推進期(2000—2009 年)には、2003 年に SARS が発した事件で再び衛生医療制度は大きな試練を迎える。人々は現行の衛生医療政策について改めて考え、さらなる医療保険体制の改革が求められることになる。同時に診察難と高い治療費を適切に解決する方針が打ち出され、病院の公益性、医療機関のサービス管理に関心が集まる。

2005 年に公立医療機関の公益性の弱体化、行き過ぎた経済利益を追求する傾向が批判され、政府主導を堅持、市場メカニズムを導入すべきという観点が提起され、同年7 月28 日に、国務院発展研究センターは世界保健機構(WHO)と共同で「中国の医療衛生体制改革」を発表し、中国の医療改革は不成功であることを正式に公表した。

失敗した医療改革は、衛生関連資金、設備、人員などの資源配置の不合理、衛生事業への政府資金投入の不足、診察が受けにくい、医療費高騰、医療側と患者側間の関係の悪化などの結果を招いた。また、医療機構が医薬品の販売や最新検査設備の購入などで、利益で病院の運営費用を補充しなければならないゆえ、不必要な医薬品の処方、不必要な検査と治療を実施するケースも現れた。

何(2010)によると、失敗は三つの特徴がある。①医療保険制度の使用者の実質カバー範囲が狭すぎる。都市部の約半分未満。農村部では8割以上が入っていない。中国全体でも、約8億人以上が医療保険制度に加入していなかった状況であった。保障される内容もレベルが低かった。大きな病気をカバーできない。社会保険のリスク回避の基本原則に反する内容であった。したがって、1人の病気治療のため、長年築き上げた家財を全部失うリスクさえもある。②医療の公益性が失われ

た点である。つまり、公的資金の投入が少なすぎる、GDPの比率から見ても低い状況であるのに、その上に医療へ公的な投資からみれば割合が少ない。③個人負担が重い、しかも不安が増加し続けている。

2008年秋の始まった金融危機は、中国政府に内需主導の経済成長モデルへの転換を促し、消費を妨げる重要な要素である医療問題の着手をスタートさせた。

農村部の厳しい状況を打開するため、中央財政は中国西部の加入者に1人当り年間10間を補助し、地方財政も同じく10元あるいはそれ以上の補助金をだすことになった。また、大病の治療を保障し、軽い病気の治療に対しても一定の給付を行うこと、といった過去の制度と違った方針を示した。これは大きな進歩であり、保障の内容は別として、制度加入率は91.54%に達しており、制度としては定着している(王崢、2009)。

2009年に中国政府は「医薬衛生体制改革の意見」と「医薬衛生体制改革の中期重点実施案(2009～2011年)」を公布して新医療制度改革をスタートさせた。新医療制度改革は、医療衛生事業を公益性と位置付け、国民皆保険という基本医療衛生制度を公共財として全国民に提供することを基本理念としている。新医療制度改革は、2009年から2011年に90%の国民をカバーする医療保険制度の基本枠組みを構築し、2020年にすべての国民をカバーする完全な医療保険制度を確立する長期目標を掲げている。新医療改革方案の5つの重点(2009年～2011年)がある。①基本医療保障制度を確立し、「医療費が高い」を解決する。具体的に、3年をめどに、都市労働者基本医療保険、都市住民(都市労働者以外の無職や青少年等)医療保険、新型農村合作医療制度の三大公的医療保険の加入率を90%以上に高める。これによって、今までカバーしなかった失業者や退職者、および混合所有制、非公有制経済組織の就業者、農民工、臨時就業者、大学生の医療保険の問題を解決する。また、保険支払水準を上げるなど医療保険カバーする医療内容をも拡大する。②国家基本薬物制度の構築し、「薬品が高い」を解決する。国が基本薬物リストを作成して認定し、これらの基本薬物の薬価の規制や流通の簡素化により低価格で提供することによって医療の「高すぎる」問題を解決しようとしている。③末端医療衛生サービスシステムの再構築と健全化。構造的な「看病難」を解決するため、農村の衛生院、村の衛生室、都市のコミュニティ衛生サービス機関の建設を急ぎ、基礎医療衛生サービスのネットワークを構築する。そのための基礎医療衛生スタッフの育成に力を入れて基礎医療衛生機関のサービス水準と質を向上させる。とくに、「県級病院」の発展に力を入れ、県級病院を中心に、農村診療の末端へ広げ、郷鎮衛生院を中間役とする体制を築き、基礎医療における設備や人材の投入に力を入れることで、農村の診

療難を着実に緩和する。2,000カ所の県レベル病院と2.9万カ所の郷鎮クリニックセンター等の設立及び200万人前後の医療要員の研修を進めることによって大病院に行かなくても診療を受けられるようにする。④基本公衆衛生サービスの促進、社会の公平を確保。都市公共衛生サービスシステム整備に向け、国は公共衛生サービス項目の範囲を徐々に拡大し、都市住民に疾病抑制・免疫計画・女性と幼児の保健・健康教育など基本公共衛生サービスを提供する。経費も上乘せされ、漢方など中医の効用も利用される。全国統一の住民健康カルテもつくりも検討する。⑤公立病院改革の推進。具体的に、「公正」と「効率」を兼ねた公立病院の改革を推進し、医療施設の民営化、公益医療分野への民間資本の進出、医師の兼業や独立などを奨励することになっている。公立病院改革の大きな目的は「公益性を堅持し、積極性を促す」ことにある。過去の医療改革と異なり、新医療改革の特徴の一つとしては、「医療スタッフの育成」が重点として盛り込まれた点に注目したい。実験点を通じて、農村や末端の医師が大病院で研修を受けられる「医師育成制度」を広める。同時に、「県級病院」の発展に力を入れ、「県病院を中心に、農村医務室を末端に広げ、郷鎮衛生院を中間役とする」体制を築き、基礎医療における設備や人材の投入に力を入れることで、農村の診療難を着実に緩和する。

診療難の原因となっているのは設備と人材不足である。辺鄙な農村と大都市の大病院では医療資源の分布が不均衡となっている。限りある医療資源が大都市や大病院に過度に集中していることから、人々はどんな病気でも名医に診てもらおうと大病院に押しかけるため、小さい病院やコミュニティの診療所には患者が少ない。この問題を解決するため、設備、人材など「ソフトとハードをどちらも備えた」医療資源の強化と適切な配分・再配分が必要になると考える。

2009年の「关于全面开展城镇居民基本医疗保险工作的通知」（「都市住民の基本医療保険活動の全面展開に関する通達」）は、都市住民の基本医療保険の取り組みを全国の都市で展開するよう指示した。この結果、2009年末までに住民基本医療保険制度が全国規模で確立した。保険料は政府と加入者の共同納付とした。まず入院と重大疾病への給付率が規定された。2011年には、外来診療の支払い範囲や保障水準等についても規定した。今まで中国では公費医療制度改革が継続していたが、2012年までに全国の80%に上る24省（直轄市）で公費医療制度が全面的に廃止された³²。同時に、全ての都市住民を対象とする医療保険として基本医療保険制度、住民基本医療保険制度が徐々に構築され、従来の医療保険制度である公費医療制度

³²「中国取消公費医療改革接近尾声，24个省分已取消」（『燕趙都市報』、2012年2月7日）

や労保医療制度に取って代わっている。上記の制度のほかに、多角的な医療保障体系も徐々に構築されている。

改革における基本構想は、従来の公費医療と労働保険医療を統一し、国家、雇用単位および個人の三者によって医療費を負担し、徴収した医療保険費のうち一部を社会医療保険統一準備ファンドに入れ大病医療に充て、一部は個人医療口座に入れて一般医療にあてるというものである。また、任意加入の「企業補充医療保険」開設も認めており、保険料は給与総額の4%以内となっている。医療改革は医療保険制度だけでなく、医療衛生機構及び医薬品生産流通体制の三分野にも広げており、合理的な医療費用分担、医薬機構の競争及び薬品流通の市場運営システムを整備し、廉価で質の高い医療サービスを実現することを目的としている。これを受けて、都市部では急速に改革、整備が行われている。北京市や上海市の医療保険制度は強制加入の「基本医療保険」をベースとし、「多額医療医用互助」「公務員医療補助」「補充医療保険」「商業医療保険」「特困人員医療救助」など、様々なタイプの医療保険が揃っている。

2011年現在、「城鎮基本医療保険」の加入人数は5億3,589万人。その中に、「城鎮従業員基本医療保険」は2億6,467万人、「城鎮住民基本医療保険」は2億7,122万人、「城鎮基本医療保険」に加入している農民工は4,996万人を含み。一方、「新型農村合作医療保険」は全国2,577県（市、区）をカバーし、加入率は98.1%となっている³³。

中国の医療供給体制

中国の医療提供体制は³⁴、図表1で示されている。医療資源の概況からみれば1949年中国誕生後全国の衛生医療機関はわずか3,670ヶ所、医療病床は8.46万ベッド、人口千人当り医師は0.67人、看護師は0.06人にすぎなかった。

それは2011年まで、全国衛生医療機関は954,389ヶ所。その中に病院21,979ヶ所（その中、公立病院13,542ヶ所）、基礎医療機関（Grass-roots health care Institution）は918,003ヶ所（その中、郷鎮衛生院37,295ヶ所、社区医療サービスセンター

³³ 中国人力資源和社会保障部「2012年度人力資源和社会保障事業発展公報」

³⁴ 狭い意味の医療政策は、主として医療提供体制に関する政策と医療費保障制度に関する政策からなり、前者は医療施設や医療従事者の養成に関するものである。本論文の趣旨からすれば、主に前者について論ずるものである。印南一路・堀真奈美・古城隆雄(2011)『生命と自由を守る医療政策』、東洋経済新報社に参照されたい。

(Community health center & station) 32,860 ヶ所、村衛生室 662,893 ヶ所³⁵、専門公共衛生機構 11,926 ヶ所。医療病床は 516.0 万ベッド、千人当たりベッド数は 3.80 である。医師は 182 万人、千人当たり 1.8 人で、看護師は 166 万人で千人当たり 1.7 人である³⁶。

図表 1 中国の医療提供体制

行政組織	医療提供体制
国務院衛生部	衛生部直轄病院（中日友好病院等）、中央直属企業所属病院、外資・合弁病院・診療所
省（直轄市）人民政府衛生局	省立人民病院・省立医科大学付属病院、省政府直属企業所属病院
地級市・地区・自治州人民政府衛生局	地区級病院
市轄区・県級市・県人民政府衛生局	市轄区・県級市・県人民政府衛生局区・県級病院
郷・鎮人民政府衛生局	衛生院（入院設備あり）・診療所
街道弁公処・村居留民委員会	衛生院・社区卫生サービスセンター・衛生室・村医

出所：中国衛生部、筆者編集

1990年代以降、中国の医療供給体制において、全国の範囲で医療機関は増加する傾向にある。また病床総数についても、全国は安定的に増加してきた。しかし、1995年の314万床をピークに、1996年には減少に転じた。人口千人当たりの病床数については日本の4分の1弱程度である。病院を含めえた医療機関全体の中で、郷鎮の衛生院の多くは政府運営、非営利性であるが、病院は営利性と企業運営のも少なくない。一方、診療所は営利性と企業運営が多いことは明らかである。つまり、中国において大規模の病院や郷鎮の衛生院は政府運営、小規模の診療所などは企業運営が中心である。中国の医療機関は原則として国営である。総合病院のほか、小児科、耳鼻咽喉科、精神科、歯科などの専門病院もあり、日本のような個人開業の病院は少ない。近年は医療改革が行われ、一部民営の病院も出てきているが、国民は通常は大きい総合病院を利用することが多い。OECD(2010)によると中国の病床当たりの年間

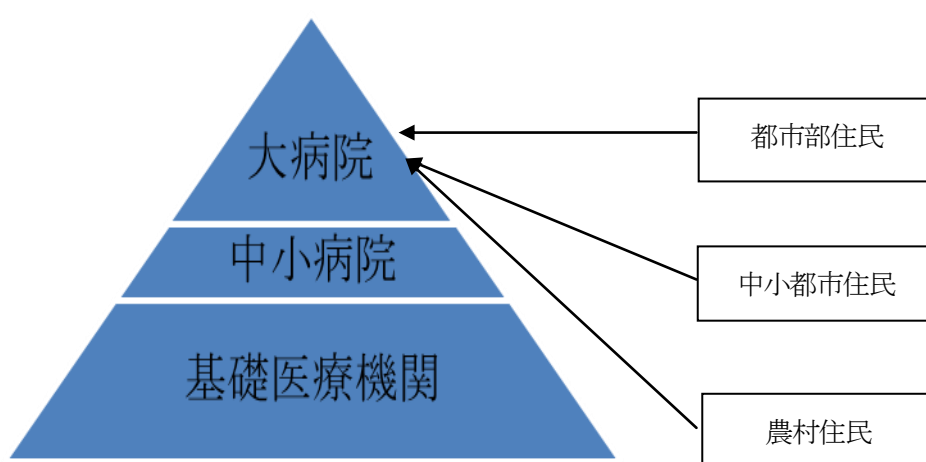
³⁵ 基礎医療機関（Grass-roots health care Institution）は社区医療サービスセンター（community health center & station）、街道衛生院（sub-district health center）、村衛生室（village clinic）、問診部（outpatient department）、診療所（clinic）を含む。

³⁶ 衛生部『中国衛生統計年鑑・2012』

外来診察数は1,048回であり、英国は313回である（江藤2011）。

中国の病院は1 から3 級に分けられ、数字が大きいほど、病院も大きい。更に、各級を甲・乙・丙3 つのランクに細分している。すなわち、全部で9 つのランクである。3 級甲等病院が最高クラスであり、2級、1級と続く。3級甲等の病院は市衛生局や国衛生部直轄で、一定の医療環境基準を満たすものである。2級は市の下の区レベルの病院で、1級は街や居住区レベルの病院となっている。

図表 2 医療機関医療状況のイメージ図



出所：筆者作成

基礎医療衛生機関のハード面の設備整備とソフト面の人材システムの構築は、構造的に「医療のアクセス難」を解決することが大切である。長年、末端医療機関のサービスの質にたいして患者が信頼を失ってしまったため、中国の庶民は病気になった場合は、お金を借りてでも都市部の大病院を受診するとの慣習がある。

大病院への患者集中を抑制する観点から高い等級の病院自己負担比率を高く設定しているものの、現状では一部の病院に依然として患者が集中しており、中国における病診連携や病院間連携はうまく機能していない可能性が高いという。したがって、農村の衛生院、村の衛生室、都市のコミュニティ衛生サービス機関の建設を急ぎ、居住地末端レベルでの基礎医療衛生サービスのネットワークを広げる必要がある。その為、英国の様な全科目診療の医師と基礎医療衛生を担う看護師ほかスタッフ・チームの育成に力を入れ、基礎医療衛生機関のサービス水準と質の向上に努めることが不可欠である。

大病院へ患者集中問題の解決について、後述する英国のNHS（National Health Service）の全科医師、医療機関間の協力ネットワークの構築、そして看護師によるヘルスケアサービスセンターの考え方が見本を示している。1948年に始まった英国のNHSは、包括的なサービスを提供するところに特色があり、全国民をカバーする医療サービスを提供し、また、医療過程の「予防」「治療」「リハビリテーション」の三つの過程をも併せてカバーしている。「ベヴァリジ報告書」は、基本理念の提供のみではなく、それに基づく医療システム自体としても中国の医療制度の参考する価値が大きい。

3、中国の医療格差現状と医療制度の問題点

中国の経済格差と医療格差

中国における経済格差、とくに都市・農村間の所得格差は、悪化している。最近、西南財経大学（四川省成都市）と中央銀行の人民銀行金融研究所が共同で設立した中国家庭金融調査研究所が調査を行った、2010年の中国のジニ係数調査結果は0.61であり³⁷、これを信ずるならば中国の経済格差は世界最高水準のレベルにある。暴動頻発など近年の社会不安の増大はこのような経済格差の深刻さを反映したものと考えられる。中国当局はこのような調査結果を意識してか、2013年1月になって2004年以来公表を停止してきた各年のジニ係数を公表した。それによれば、2010年には0.481、2012年には0.474に達しており、この数値を信用するとしても、図表3からも明らかなように深刻な経済格差の状態に変わりはない（「馬建堂就2012年国民経済運行情況答記者問」『中華人民共和国国家統計局HP』2013年1月18日）。

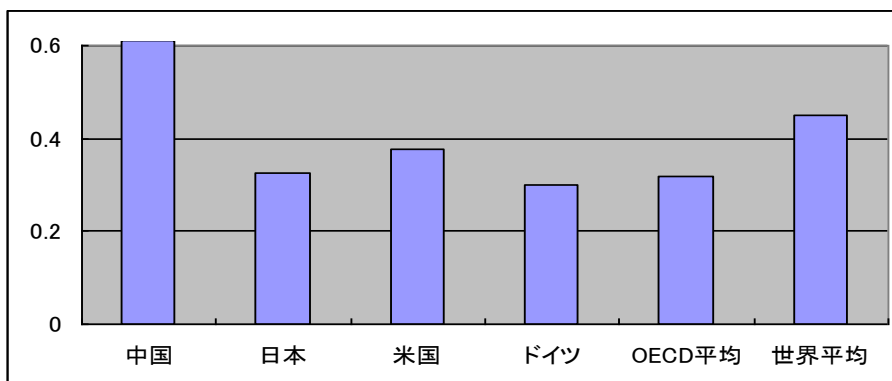
中国での市場経済化による急速な経済発展は、所得分配のバランスを崩すと同時に、都市農村間だけでなく都市内部でも大きな所得格差をもたらしており、この数字は、近年世界銀行が発表したフィリピン等の東南アジア諸国を上回り、アジアの中で最も高い水準にあり、社会主義を掲げながら世界でもかなり不平等度の高い国となっている³⁸。また、北京大学の調査では、中国の都市部の中でも最富裕層（上位5%）と最貧困層（下位5%）の世帯年収の格差は242倍までに拡大していることが分かった³⁹。

³⁷ 「中国家庭収入不平等報告」、西南財経大学・中国家庭金融調査研究中心、2012年12月9日

³⁸ 世界銀行、World Development Indicators 各年度

³⁹ 「日本経済新聞」2013年8月4日朝刊

図表 3 2010 年中国のジニ係数

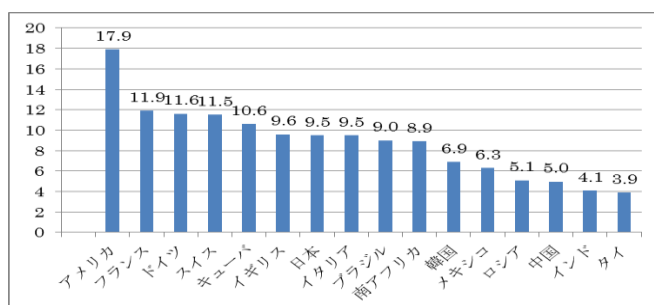


(注) 中国は「中国家庭収入不平等報告」西南财经大学・中国家庭金融調査与研究中心 2012 年 12 月 9 日。他は、経済協力開発機構（OECD）などの資料から作成、日米独 OECD は 2000 年代後半、中国と世界平均は 2010 年。

中国医療と世界との格差

中国における医療ニーズの拡大に対して、医療サービスの供給は、量と質ともにニーズを満たしていない。医療関連の資源や人的資源では日本や世界先進国との間で大きな格差が存在する。

図表 4 2010 年総医療費対 GDP 比



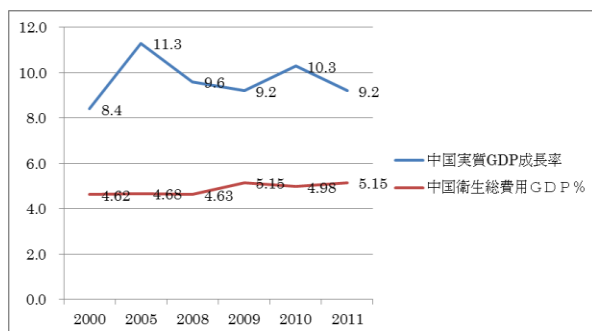
出所：OECD HEALTH DATA 2012、『中国衛生統計年鑑・2012』

中国の総医療費は、ここ 20 年間 30 倍以上を増やしたが、依然として GDP 全体のわずか 5% であり、OECD 国で 16 位の日本の約半分である⁴⁰。これは、ロシアやインド等新興国と同程度の低水準となる。（

⁴⁰ 日本の総医療費の対 GDP 比率は OECD 各国中の 16 位の 9.5% である。一方、平均寿命は世界一であり、米国とは逆に世界一効率的な医療が行われていると一般に見なされている。

図表 4)。因みに、30年前の1984年に日本の高齢化率は約10%であったが、医療費がGDPに占める割合は、5.7%であった⁴¹。

図表 5 中国 GDP 成長率及総医療費の GDP%の推移



出所：『中国統計年鑑・2012』、総務省各年度統計データにもとづき作成。

図表 6で医療資源の国際比較で分かるように、中国の1人当たりの医療費は221米ドルで日本の5%、ロシアの半分以下しかない。

図表 6 中国医療資源の国際比較

	医療費支出 (2010)			人口1,000人当たり (2005~2010)		
	対GDP比率 (%)	公的医療費支出の割合 (%)	1人当たり (米ドル)	医師数	看護師・助産師数	病床数
中国	5.1	53.6	221	1.4	1.4	4.2
日本	9.5	82.5	4,065	2.1	4.1	13.7
タイ	3.9	75.0	179	0.3	1.5	2.1
アメリカ	17.9	53.1	8,362	2.4	9.8	3.0
ブラジル	9.0	47.0	990	1.8	6.4	2.4
イギリス	9.6	83.9	3,503	2.7	10.1	3.3
ドイツ	11.6	77.1	4,668	3.6	11.1	8.2
ロシア	5.1	62.1	525	4.3	8.5	9.7
キューバ	10.6	91.5	607	6.7	9.1	5.9

出所：OECD HEALTH DATA 2012、『中国衛生統計年鑑・2012』にもとづき作成。

また、中国の総医療費の公的な負担率は53.6%と、日本の82.5%、タイの75%と比べてもかなり低くなっており、中国では個人負担が大きくなっており、「看病費(医

⁴¹ 厚生省編 (1985) 『厚生白書—長寿社会に向かって選択する—』

療費が高い」という庶民の不満を裏付けている⁴²。人的な資源面では人口千人当たりの医師、病床は先進国より少なく、看護師の人数は極端に少ない。

2012年度国連の発表によると⁴³、中国の医療・衛生・保健・教育等含むHDI (Human Development Index) は0.699で⁴⁴、世界のランキングで第101位であり、中位国の上位というランクに止まり⁴⁵、貧困との戦いで成果を収めてはいるものの、世界先進国との医療格差が依然として存在しており、また中国の医療保障政策上、公的医療保険の社会的コストを極力抑制することが反映されている。

中国国内に格差問題は医療面においても存在し、またそれが拡大しつつある。さまざまな格差の中に、たとえば、①公務員と企業従業員の医療格差。政府機関等に勤める公務員を対象とする公費医療制度と企業の労働者を対象とする労働医療保険制度は、前者は無料医療保障制度であるばかりでなく、公務員と労働者が利用できる医療サービスの量や質には差があり、労働者よりも公務員とくに幹部の方が、待遇上、優遇されている。②企業間の医療格差。労働保険医療制度は、主に国有企業や一部集団所有制企業の従業員を対象としているため、改革開放後に設立された外資系企業、私営企業、個人経営企業などの非公有制企業の従業員は公的医療保障制度の適用に大きなアンバランスがある。③都市部と農村部の医療格差。農村部の農民を対象とする農村合作医療制度は、最低限の医療サービスを提供しているため、都市部の公務員や労働者を対象とした公費医療制度と労働保険医療制度において提供される医療サービスと比較すると、その水準はかなり低い。唐成の2007年の調査によると、四川省の農家は世帯主の年齢別に農家が感じる不安要素を分析した結果、すべての年齢層は「医療費の支払い」が一位となった。39歳以下と60才以上で「医療費の支払い」を一位と回答したのは全体の50%を超えている⁴⁶。

大きな病院で「高幹病房」（高級幹部病棟）を設けているように、都市部であっても一般人が受けられない医療サービスがある。日本の医療には見られない格差が存在するが、本稿では主に都市部と農村部の医療格差を論じる。

日本と中国の医療における地域格差を比較すれば、確かに日本では地方都市では医療体制が都市部と比較し充実しているとは言えず、特定の診療科目では医師の不

⁴² 医者にかかる費用が高い。前注参照。

⁴³ 国連開発計画 (UNDP) 『人間開発報告書 2013』、同サイト。

⁴⁴ 人間開発指数 (HDI) は、経済開発・経済成長が進めば貧困は自動的に解決されるのというのではなく、貧困の克服のためには、そのための独自の努力が不可欠であるとの結論に達し、1960年代に考えた指数である。医療・衛生・保健、教育、住宅、社会保障、保険などが含まれる。

⁴⁵ 国連開発計画 (UNDP) 『人間開発報告書 2013』、同サイト。

⁴⁶ 唐成 (2011) 「中国経済における内需拡大の課題—消費率の低下要因分析を焦点に—」『桃山学院大学総合研究所紀要』36巻3号、P111-125

足が問題となっているにたいして、中国においては都市と農村の医療保障の水準が著しく異なっている。日本の場合、地方と都市の地域格差は存在しているのは確かであるが、しかしながら、その格差は中国のように農村と都市部での医療制度が根本的にちがうわけではない。日本では医療費の自己負担割合も診療費、検査費用なども都市と地方ではほぼ同じである。

中国では、農業戸籍保有者は都市部と異なる医療保険制度が適用されている。2003年から中央政府は新型農村合作医療制度を試行しているが、2010年末時点で加入者は8.35億人に上り、この新しい医療保障体系によって医療保険のカバー率が95%以上に達した、と発表した⁴⁷。10何億人口である中国の衛生保健の向上に大きな進歩であると評価すべきである。しかし、医療保険とサービスの内容にさまざまな問題が残っている。その一つは、格差の問題である。例えば、保険の自己負担率に差があり、また少額医療は農村の場合は自己負担となるケースが多い。農民工は外地で仕事をすると保険が適用されなくなる。

また、医療保険料の算定は、地域の平均的賃金を参照基準として、収入の格差が保険料に反映されることとなっているため、地域格差による医療格差が大きい。医療資源が集中している大都市への患者の流入が集中するため、低い保険料負担で低い医療保障しか得られない被保険者と都市部で充実した医療保障を受けている被保険者間において、上記のように地域間医療保険給付上での医療格差が生じている。中国政府は医療保険財政の安定を重要視しており、市場原理と保険原理の導入に積極的している傾向がある。医療給付において、現金給付（軽度の疾病、所管の地域以外で診療をうけた場合）を主としている。患者がすべての治療費を一時窓口で支払ってから、居住地域の社会保障局へ公的医療保険給付の申請をしなければならない仕組みとなっており、とくに低所得患者の医療アクセスを困難にしている。また、医療保険給付は、地域の制限を受ける要素が多く存在する。このように、都市部労働者の保険料拠出は社会保険方式となっており、職域における社会連帯を強調している。一方で、都市部住民（子ども、無職者と自営業者を含む）と農村部の農民は定額保険料方式となっており、保険機能を強調しているといえる。このように、社会保険である公的医療保険における連帯と相互扶助原則は、中国において一部の国民にしか適応してないため、制度上に医療格差が生じている。医療保険の給付からみた格差は、給付金額の比率から見れば公務員：都市従業員基礎医療保険：都市住

⁴⁷ 中国国家统计局（2011）、新型農村合作医療現状調査データ

民基礎医療保険：新型農村医療の比12：8：1：1となって大きな格差がある⁴⁸。ちなみに、本日に至って国家公務員の医療保険は1950年から適用された「公費医療制度」のままであり、保険料を支払う必要がない。

2008年の総合病院における入院患者の農村部平均費用は3,238元である(図表7)。一方、2008年農村平均収入は2,579元であり、平均入院費用は農村の場合は、年間純収入の126%に達し、一回入院するとその費用は年間収入を超えている。

医師の診断で入院が必要な場合でも、入院しない主な理由は「経済上の困難」であり、70.3%を占める。退院の36.8%また自らが退院した患者である。その中に、経済上の理由で退院したのは半分以上を示している(都市部52.4%、農村部55.1%、NHSS2008)。

図表7 中国国民全体、外来及び入院一回当たり費用

	一回当たり平均診察費		一回当たり平均入院費	
	都市部	農村部	都市部	農村部
1998	123	46	4,489	1,526
2003	222	93	7,715	2,708
2008	282	112	8,085	3,238
98-03年平均成長率(%)	12.2	14.8	11.4	12.2

出所：衛生部 NHSS 2008.

また、過去二週間病気がかかっても治療をしない未診率は67.8%であり、未受診の中、経済上の理由で受診しなかったのは都市部23.3%、農村部24.9%であると高い水準にある。治療に費用を工面出来ずに、悲嘆にくれる人は少なくない。医療は貧困層だけでなく中間層にとっても手の届きにくい、贅沢品となってしまった。農民は所得が制約となり、必要とする医療を受診出来ない状況に陥っている可能性を無視するわけにはいかない。

医療経費高騰の要因について、五つの要因があるとの分析がある(山本、1997)。
 ①就業者の増大は、「公費医療」、「労働保険医療」受給者を増大させる。
 ②人口の老齢化とともに慢性疾病(疾病死亡原因ーガン21.4%、脳血管疾病20.94%、心臓病15.7%)

⁴⁸ 何文炯(2012)「中国社会保障の発展と展望」、第8回社会保障国際論壇(千葉)

が増加している。③薬品、医療手段の価格が高騰している。④国外先進医療設備が積極的に導入されている。⑤管理水準が市場メカニズムの進展に適合せず、一部の医院では経済収入を一面的に追求し、不必要な検査や不当な費用徴収を行っている。いわゆる過剰診療である。

農村人口の平均寿命は1949年の35歳から2011年の74.83歳まで上昇したが、農村人口の健康予想寿命が都市より低い。衛生部発表の資料によると、都市人口の平均余命は75.2歳、農村部は69.5歳、約6歳の差がある。都市と農村の格差は収入における格差だけではなく、寿命においても格差が表れている（図表 8参照）。

図表 8 2011年中国都市部と農村部医療・衛生比較

項目	都市部	農村部	差	倍率
人口（百万人）	690.8	656.6	34.2	0.95
一人当たり衛生費用（人民元）	2,315.5	666.3	1,649.2	3.5
平均寿命	75.2	69.5	5.7	-
病床数（千人当たり）	6.24	2.80	3.4	2.2
5才以下児童死亡率（%）	7.1	19.1	12.0	2.7
幼児死亡率（%）	5.8	14.7	8.9	2.5
新生児死亡率（%）	4.0	9.4	5.4	2.4

出所：『中国衛生統計提要・2012』にもとづき、作成

中国人口千人当りの医師人数は、都市部と農村部の比率（いずれも農村部を1とした場合）では、2005年の2.0から2011年の2.3と拡大している。看護師の比率でも同様に、2005年の3.2から3.4へと格差が拡大している。中国では、医療人材全体の人数は増加しながらも、医療資源分布格差が拡大している社会となっているのが現状である。日本で発表された研究でも、中国農村部における衛生医療人材が不足している現状が紹介されている⁴⁹。

医療従事者について、市場経済化によって農村にはレベルの低い医師が残ることになったという指摘や農村の衛生院の医療の質は都市レベルの病院より劣るというアンケート調査（韓・羅〔2005〕）など、質の格差を例示する材料は多い。実際、農村には大学で医療を勉強した医師が極端に少ない。農民が大卒の医者に診察され

⁴⁹ 王 峰「中国農村医療保障制度の現状調査—浙江省寧海県の医療保険制度を中心に」『大阪経大論集』第62巻第1号、2011年5月、P146。

る可能性はほとんどない。これは人的な資源による医療の質の格差を明らかに示している。

図表 9 都市部、農村部の人口千人当たり医師、看護師の推移

		2005年	2008年	2009年	2010年	2011年
医師（助手医師含む） Registered Doctor & Assistant Doctor	全国	1.6	1.67	1.75	1.79	1.82
	都市部	2.46	2.68	2.83	2.97	3.03
	農村部	1.26	1.26	1.31	1.32	1.32
	都市農村比率	2.0	2.1	2.2	2.3	2.3
登録看護師 Registered Nurse	全国	1.06	1.27	1.39	1.52	1.66
	都市部	2.10	2.54	2.82	3.09	3.32
	農村部	0.65	0.76	0.81	0.89	0.98
	都市農村比率	3.2	3.3	3.5	3.5	3.4

出所：『中国衛生統計年鑑・2012』にもとづき、筆者が加工作成。

中国の高齢化率と医療の現状からみれば、日本との格差が大きいことわかる。2011年時点で、中国の高齢化率は10%であるが、それとほぼ同じ高齢化率にあった1980年代の日本と比較すれば、男性の寿命差は3.6才で、女性の寿命差は4.9才である。千人当たり医師数は当時の日本を上回ったが、千人当たり病床、看護師数ともに当時日本の約1/3である。さらに2011年同年度の日本と比較すると、男性の寿命差は8.2才で、女性の寿命差は10.4才である。千人当たり医師数日本は中国の1.3倍、千人当たり病床、看護師数はそれぞれ3.5倍と6.3倍である（図表10）。

医療格差が問題に加え、高齢化も医療に大きな影響を与えている。人口の高齢化がもたらす様々な問題は、先進国で注目を集めてきた。まずは、医療費は高齢化の進行により、医療へのニーズが強まり、医療支出がさらに膨張することが予想される⁵⁰。

高齢者への対応について、中国の伝統習慣があり、ほとんどの認知症高齢者が自宅で家族の介護を受けている。しかし、中国の認知症の看護と先進国の看護と比較して、中国の家庭、地域、社会からなるサービスシステムが完備されていない。

⁵⁰ 高齢者は有病率が高い上、慢性疾患が多く治療に要する期間も長い。日本の医療費の年齢階級別にみると、65歳以上は20.7兆で全体の55.4%となっている。人口一人当たり年間医療費をみると、65歳未満は16.9万円に対して65歳以上は70.3万円となっている。厚生労働省「国民医療費」（平成22年度）

家族介護者への指導が不十分などの問題を指摘されている⁵¹。さらに、認知症の高齢者はQOLを高めるには病気悪化の予防から症状の進展を遅延するまで家庭、地域、社会からの一貫性のある、連続的な医療看護を受けることが望ましいにもかかわらず、中国の医療・看護は医療制度及び看護人的資源の欠乏問題があり、病気の治療を中心としている。一時的に認知症が完治できたとは言い難い高齢化の特有の医療問題に直面している時に、予防から治療まで一貫した医療・看護を提供することが困難な状況にある⁵²。

図表 10 高齢化率同じ10%前後時の日中医療比較

	中国 (2011年)	日本(1984年)			日本(2011年)		
		数値	差異	倍率	数値	差異	倍率
平均寿命 男性	71.3才	74.95	3.6	-	79.5	8.2	-
平均寿命 女性	75.9才	80.75	4.9	-	86.3	10.4	-
高齢化率	10%	9.9%	0.1%	-	23.0%	13.0%	-
医療費対GDP比率	5.1%	5.7%	0.6%	1.1	9.5%	4.4%	1.9
病床数(人口千人当たり)	3.81床	12.3	8.49	3.2	13.4	9.6	3.5
医師(人口千人当たり)	1.8人	1.4	-0.4	0.78	2.4	0.6	1.3
看護師(人口千人当たり)	1.7人	5.0	3.3	2.9	10.8	9.1	6.3

出所：中国衛生部「中国衛生統計年鑑」2012年版、厚生省昭和60年版、「厚生白書—長寿社会に向かった選択する」、平成24年版「厚生労働白書—社会保障を考える」、「厚生統計要覧(平成24年)データにもとづき計算し作成。

『社会保障緑皮書・2012』に現行医療制度には⁵³、二つの指摘があった。①社会医療保険の待遇は社会集団間の差別が大きい。某地域の「都市部従業員基本医療保険」、「新型農村合作医療保険」の保険カバー診療目録から見れば、農村新型合作医療でカバーできないサービス項目、治療項目、治療でない項目、検査設備及び医療材料などの項目は7,811項目にものぼり、一方、「都市部従業員基本医療保険」には、給付しないのはわずか1,127項目である。薬品給付の目録に3,146種類があるが、

⁵¹ 王湘(2006)「老年性痴呆患者護理模式的国内外比較及其啓示」、『解放軍護理雜誌』23(1)、44-46

⁵² 張平平・正木 治恵(2007)「中国における認知症高齢者看護の現状と課題」『千葉大学看護学部紀要』第29号

⁵³ 王延中(2012)『中国社会保障発展報告2012・社会保障と再分配』、社会科学文献出版社、P097-127

しかし、「新型農村合作医療保険」で保険カバーするのは、わずか651種類である。給付の比率からみれば、「新型農村合作医療保険」は実際40%であるに対して、「都市部従業員基本医療保険」の給付率は、70%–80%である。②資金拠出の格差が大きい。農村部の2010の一人当たり医療保険拠出金は、126.24元に対して、都市部は1,331.61元であり、10倍の開きである。

以上のように、中国医療制度に突出した公平性の問題点として、医療格差の面から考察した。医療人的な資源の欠乏・看護師不足問題は第二章にて討議したい。

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

1、『ベヴァリジ報告』

1942年、英国でベヴァリジ(W・H・Beveridge)の社会保障構想(Social Insurance and Allied Services:ベヴァリジ報告(Beveridge Report))が公表され、医療や教育などを社会的共通資本とし、すべての国民が享受できるような制度を作るという提案がされた。報告は社会保障制度を3つの柱、①保険料を強制的に徴収し、保険料を支払った者のみが社会保障を受けられるとする社会保険(医療保険がこれに該当する)、②保険料の徴収がない国家扶助(扶助を受けた者の裁量で使うことのできる現金支給が原則)、③加入が自由な任意保険、の組み合わせで構築するべきとしている。

『ベヴァリジ報告』の背景と当時英国の変革の必要性と医療状況については、「まえがきと要約」に「英国においては、すでに、世界の他の国々の追随をゆるさない規模まで発展していることを示している。ただ1つの点では、それはきわめて重要な点だが、すなわち医療サービスが、権利として提供される診療の範囲においても、またその対象となる人々の範囲においても、限られている点では、英国の現状は他の国々に比べていちじるしく遅れている」と述べている⁵⁴(William Beveridge, 1942, P5)。

そして、1946年に、ベヴァリジの包括的保健サービスの構想が実現され、イギリスの国民保健サービス制度NHSがスタートした。この制度はすばらしい制度であり、すべて税金で運営され、国民のすべてが無料で医療を受けることができるという制度であった(伊藤、2007)。

⁵⁴ 当時医療保険制度における医療サービスは英国により実質的にもっと広い範囲で実施している国は具体的に、デンマーク、フランス、ドイツ、ハンガリー、ルーマニア、ノールウェー、ニュージーランド、ソ連とあげられている。William Beveridge, 1942, Appendix F, P292 参照。

ベヴァリジは、世の中には巨大な五悪（Five Giant Devils）即ち、欠乏、疾病、無智、陋隘、無為がある。これを取り除く一連の政策が必要であると提起し、つまり欠乏に対して所得保障制度、疾病に対して包括的医療保健制度、無智に対して教育制度、陋隘に対して住宅政策、無為に対しては完全雇用政策を作る。これらの5つの政策を含んで纏めたものが社会政策（Social Policy）である。社会保障の範囲は、失業、疾病、災害による無収入、退職や扶養の喪失、出生、死亡および結婚の支出に伴う支出、その所得を保障すると述べられている。社会保障の役割に関しては、国は最低生活（National Minimum）を保障するが、それ以上は自助努力に委ねられ、これを機能させる為には次の三つの前提条件が必要である。即ち家族手当（児童手当）、包括的保健医療サービス、完全雇用制度の三つの制度である（William Beveridge, 1942, P119-120）。

『ベヴァリジ報告』は社会保障の思想と体系の原点とされ、英国と多くの先進国における社会保障の指針となった。その特徴は、「ゆりかごから墓場まで」（From the cradle to grave）のすべてのライフステージにわたる包括的な社会保障計画を提示したところにある。第2次世界大戦後の英国の社会保障制度の設計ばかりでなく、広く欧米諸国の福祉国家の考えの基礎となっている。職域や地域を問わない全国民による均一の保険料拠出と均一の給付という社会保険を社会保障の主要手段として、国民扶助と任意保険をその補助的手段とする旨を提唱した。

報告は三つの原則を主張している。①既存の保険制度と扶助制度を根本的に改革すべきである。②社会保険の組織が社会進歩のための「包括的な政策」の一部分である。社会保険による所得保障によって窮乏は克服することができる。しかし、窮乏は社会の再建を阻む五つの巨人の一つに過ぎない。他に疾病、無知、不潔、怠惰という四つの巨人があり、これらを克服するには、保健・医療、教育、住宅・環境、労働・完全雇用などを含む総合的な社会保障制度が必要である。③国民の自発的な行動を阻害しない範囲で、国家は最低生活（National Minimum）を保障すべきであるとする原則である（William Beveridge, 1941, P6-7）。

報告の中に、社会保障は三つの方法で実施されることになる。①基本的なニーズに対応する社会保険、②特別のケースに対応するのが国民扶助、③さらに付加的なものとして任意保険がある。そして、社会保険計画は6つの基本原則を具体にしたものである。①均一額の最低生活費給付、②均一額の保険料の拠出、③行政責任の統一、④適正な給付額、⑤包括性、⑥被保険の分類である（William Beveridge, 1942, P120）。

「社会保険は、窮乏を解決し、所得を保障するための中核的な制度である。被保険者は保険料の納付を強制されるが、高齢や病気の際には権利として給付を受けることができる。保険料の拠出額と給付額は均一とされる。国民扶助は、病気や失業のため十分に保険料拠出ができなかった者に、国庫負担で所得の保障を行う制度である。以上の二つの制度で、国民の最低限度の生活に必要な所得は保障されるはずであるが、それ以上の生活保障を望む者は任意保険の制度を利用することができる（岩崎他、2005、P12-13）。

『ベヴァリジ報告』に医療に関連する記述は、第I部の医療改革、第IV部の医療財政、第VI部三つの前提に含まれている。医療改革は、23項目にもものぼる改革の5番目として、全国民を対象とする包括的な医療サービス(Comprehensive medical service)を創設すると明記されている(William Beveridge、1942、P48)。

報告には「医療の特殊性」が強調されている。多様なニーズに対して、社会保障では社会保険、公的な扶助及び私的な保険で対応することになるが、医療については、保険料支払いに関係なく、国（政府）が無条件に支援し、すべての医療と労働不能を網羅する、包括な保健およびリハビリテーション・サービスを提供するとしている。その実施及び管理の責任を明確にするため、政府内機能も明確にしている。①社会保険、国民扶助及び任意保険を含む社会保障計画全体の管理は、社会保障省である。②医療の管理は保健局である。③包括的な保健及びリハビリテーション・サービスの運営が保健局・国民兵役省である。医療の一部として保健サービスは社会保険所管の省によってではなく、国民の保健に対して、また治療と同時に予防的な措置の責任を負う部局によって運営されるべきであるであろうことが明確に示されたのである(William Beveridge、1942、P158-163)。

医療財源について、医療を現金給付の管理から分離し、全国民を対象とする「包括的な医療サービス」を創設することが提案されたのである。英国の国民であれば自己負担の増加や資力調査がなく、誰でも給付を受ける資格がある。財源としては、二つがある。①医療費の大部分は、国税や地方税といった一般租税から支払われる。決して社会保障基金から支払われるのではない。②病院維持のため、社会保障基金から保健局への交付金として保険料を移すべきだとされて、保健及びリハビリテーション・サービスの費用の財源は、国税・地方税並びに社会保障基金となる。医療財源について、詳細が論述されていないが、関係専門家や病院、施設を持っている公共団体・民間団体と協議しながら考察すべきだ、という意見である。

医療の包括性という点には、『ベヴァリジ報告』では、疾病の治療だけではなく、疾病の予防と治療後のリハビリテーションと職業訓練も含まれると強調している。

報告書の中に、英国医師会の「医療計画委員会」の中間報告書を引用し、医療の目的について、下記のように定義している。①健康増進、疾病予防、及び病気治療の達成をめざす医療サービスの体系を整えること。②各人に対し、「一般医であろうと専門医であろうと、また在宅治療であろうと入院治療であろうと、必要とする医療サービスを利用するようにすること」(William Beveridge、1942、P159)。その在宅医療についての考え方は、今現在の超高齢化社会に適しており、日本等先進国に実施されている医療サービスとなっている。

その後、この理念に基づいて英国NHS(National Health Service)が創設された。NHSは、租税を財源として、無料で保健医療サービスをすべての国民に提供する制度である。その特徴は、プライマリケアとしての一次医療と二次医療、三次医療の機能を明確に分けている。各機能の医療供給は公的な機関によるものは主である。そして、各医療へのアクセスは日本のようにフリーアクセスとなっていないことが挙げられる。

プライマリ・ケアと一次医療を強化するのは、国土の大きい中国の医療にとって重要である。したがって、全診療科目をカバーできる「一般医」の育成、そしてこの医療機関の協力ネットワークの構築、看護師によるヘルスケアサービスセンターの構築などの医療供給システムの考え方が中国の医療制度にも参考価値が高いと考えられる。さらに、この制度を作った当時、産業革命の時期に当たり工業化が進むことにより、農民が都市への集中が進んでいた。貧富の格差が出来て両極に分化され、都市部に貧困者も急増した。社会保障を強化するため、医療保険と失業保険からなる国民保険法の制定など一連の社会改良の施策を実施していた。現在、中国においても同じ現象が生じている。改革開放してから工業化が進み、農村から都会への移住が急速に進んで、都市部と農村部の経済格差が拡大しきっているため、最低生活の保護政策を必要としている。それは農村部の低収入の貧困層のみならず、都市部にも存在する状況である。このような社会背景で『ベヴァリジ報告』の社会保障の理論、原則及び内容は中国の社会保障機能を果たし、社会を安定するための社会保障と医療保障の構築に非常に参考となる。

ベヴァリジの医療責任は国と政府にある基本理念も、中国看護サービスの構築にとっても重要である。なぜなら、医療看護サービスとほかのサービスと比較して独自の特徴があり、単純に市場の需給関係に従いにくいものである。これも中国政府が医療を市場に任せて看護師不足問題が長年解決できなかった原因の一つである。看護師は医療提供者としての特徴は4つにまとめることができる。①サービスの提供者の医師、看護師と消費者(患者)の間に、診断や治療、保健に関する知識・

情報の格差がある。これは「情報の非対称性」という特徴である。②医療サービスの需要は、いつ発生するか、いつ意識されるか予測しにくい。「需要発生の予測困難性」。③サービスの生産物が不確実なことである。例えばがん手術が成功しても、後の寿命にはどう影響されるか、医療の提供側も患者側も判断が難しい。④医療の供給者は、最低限の質を保証する目的から、免許制度によって制限されていることである。いわゆる独占性がある（長田、2003）。

中国の専門家の分析によると、衛生資源の不足は、市場による衛生人員資源の配置方式が働かない。市場と政府は医療人的資源の育成は周期が長く、費用も高いので、市場に頼んでニーズを対応できないと分析している。政府の医療人的資源の配置は、政府の指令性計画と行政手法を主としている。マクロ的、全体な調整である。しかし、このような方式は、医療人力資源の浪費につながり、結論は、政府のやり方の問題である⁵⁵。

2、「福祉国家」の医療保険制度、医療提供体制

世界初となる公的医療保険制度は、1880年代にドイツで制定された社会保険立法がその起源となる。1883年にドイツ議会で「労働者の医療保険に関する法律」を可決し、公的医療保険を制度化するための疾病保険法が成立した。法定給付には、医療費を現物給付する療養の給付や、休業による所得喪失を補う傷病手当金などがあり、出産手当金や死亡手当金は付加給付として支給される仕組みになっていた。ビスマルク型医療保険は労働者を対象とする職域保険であり、低賃金労働者への福利厚生としての意味合いが強い。保険料は、労働者三分の二、使用者三分の一という負担割合で徴収された。

社会保障制度の仕組みのなかでの医療保障制度の形態は国や地域、民族、歴史、文化の違いが色濃く反映されている。そのため、国際的にみれば制度の幅が大きく異なり、統一したモデルがない。医療保障制度が世界各国に普及するのは20世紀後半以降であるが、全世界に普及した方式は、医療保障財源を社会保険の方式で行うビスマルク方式と、租税を財源とする国民保健サービス方式（ベヴァリジ方式）の2つ基本パターン、と市場に任せるモデルがあり、またそのミックスでの四つに分類することができる。世界各国はこの提唱に沿って、制度の創設・拡大を行ってきた。ビスマルク方式は医療機関へのアクセスの容易さ、受容する医療サービスの公平さ、そして政府による医療計画や費用抑制策が比較的容易にできる点、等が特徴

⁵⁵ 中国衛生部専門家組（2010） 『中国衛生人力発展研究報告』

である。一方ベヴァリジ方式は普遍的な制度、予算による医療費コントロールが可能である点が大きな特徴といえる。例えば、①ベヴァリジ方式（国営医療モデル）、すなわち税金を財源とし、医療サービスの提供者は公的機関が中心とした国は、英国、カナダ、スウェーデンなどの例がある。②ビスマルク方式（社会保険モデル）社会保険を財源とし、医療サービスの提供者には公的機関と民間機関が混在する。例としては日本、ドイツ、フランス、オランダなどがある。③市場モデル、すなわち民間保険を財源とし、医療サービスも民間機関が中心に提供する国はアメリカがある。

図表 11 「福祉国家」のタイプ分類

タイプ	特徴	例	基本となる原理
普遍主義モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大きな社会保障給付（とくに社会サービスの比重大） ・ 全住民対象 ・ 財源は税中心 	北欧、イギリス（現在市場型モデルへ接近）	「公助」（公共性）
社会保険モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 拠出に応じた給付（とくに年金・現金給付の比重大） 	ドイツ、フランスなど	「共助」（相互扶助、共同体）
市場モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・ 拠出に応じた給付 ・ 政府が最小限介入 	アメリカ	「自助」

出所：広井（2003）

アメリカは、他の先進諸国とは大きく異なり、市場モデルをとっている。国民の医療保障は、公的な医療制度よりも民間保険が中心に行っている。公的医療制度は、高齢者向けのメディケア、低所得者と障害者向けのメディケイドと呼ばれるものだけで、その対象者は人口の約27%と限られている。一般的な現役世代は自己負担で民間医療保険に加入する必要があるが、民間保険に加入せず無保険の状態になっている人数が人口の約14%、4千万人以上いるといわれている。保険に加入していない人が病気にかかり、医療が必要となった場合には多額の負担がかかる。

医療制度を含む社会保障改革という課題は、経済の構造的成長や高齢化、財源問題という共通の状況を抱える先進諸国に共通点である。とくにアメリカ及び欧州においては、社会保障政策或いは「福祉国家」のあり方をめぐる政策が国内政治を

左右する論題である。これからの社会保障政策或いは福祉国家の新たな方向について、「福祉国家」を理念として実施可能でかつ「持続可能な福祉国家」という新しい社会モデルの可能性について考えられる（広井、2003）。

「福祉国家」モデルは世界各国の医療保障制度に大きな影響を与えている。第二次世界大戦後の各国は、福祉政策を重視し、社会福祉を全国民に与え、資本主義の豊かさと優越さを社会主義国に誇示するようになる。そのような国家は、「福祉国家」と呼ばれており、代表的な国は、北欧のスウェーデンや英国などである。

「福祉国家」の理念は1942年の『ベヴァリジ報告』で提唱され、その後世界に伝わり、広く引用されるようになった。欧州を中心にアメリカを含め数多くの先進国が、「福祉国家」になろうとした。戦後の日本も70年代より欧米など先進国を見習い、社会保障制度を整備し充実させ、「福祉国家」に近づいた。

欧米諸国の〔福祉国家〕の社会保障のモデルについて、大きく「普遍主義モデル」（公助）、「社会保険モデル」（共助）、「市場型モデル」（自助）に分けられる（広井、2003）。

中国は国全体としての医療制度の選択は、社会保険の本質論の観点が必要である。日本、英国やドイツのような社会保険中心の医療保険制度を構築していくべきかどうか、政府の政策判断が求められる。一方、中国の社会制度と国情に適合した制度も要求される。

3、英国の医療改革と医療提供・看護サービス体制

1940年当時、社会福祉分野で世界をリードしていた英国の『ベヴァリジ報告』だった。「ゆりかごから墓場まで」という言葉に象徴される、戦後英国の手厚い社会保障政策の理論的支柱となった報告書である。失業問題に精通した経済学者であるウィリアム・ベヴァリジが、小委員会の委員長として、国が担うべきと提言した社会保障の柱は、「児童手当の給付」、「包括的な医療保健サービス」、「完全雇用」の3点を提唱した。医療制度については、理念的な提示にとどまったものの、そこで示唆された全国民に対して拠出条件なしで給付を行う、包括的な保健サービス享受できる医療システム概念である⁵⁶。1948年にこの理念に基づき発足したのNHSであり、その後英国の医療制度の変遷が興味深いものである。

⁵⁶ House of Common, Parliamentary Debates, Fifth Series, Volume 372, Sixth Volume of Session 1940-1941, HMSO, 1941, P45.

日本や「福祉国家」を目指して追随した「皆保険制度」のお手本とした英国は、戦後復興期を過ぎた頃から長い間経済的な低迷時代に入る。世に言う、「英国病」と呼ばれる状況になった。

「英国病」と医療制度改革は深い関係がある。その本質は、国営の長期化によって形成した硬直した官僚主義である。英国経済は、石炭、鉄鋼、鉄道、運輸、電力、ガスといった基幹産業の国有化による保護政策の影響で、1960年代から長く停滞状況となり、オイルショックの影響も加わって、不況となり失業者が急増した。そこにストライキが続発し、医師や看護師までそれにならったため、病院は機能不全にすら陥ってしまった⁵⁷。

1979年に政権に就いた保守党サッチャーは、国有企業の民営化や財政削減によって英国病の脱出を図り、NHSもまた改革対象となっている。国営という基本枠は維持されたものの、財政分野での医療費抑制政策とともに、NHS内の病院や診療所に独立採算制を採用し、市場化と競争原理を導入した。英国の病院は、それまでのNHS直営から、NHSトラストという独立行政法人による運営に移行したのである。この辺りは1990年中国における医療の効率化を求め、医療を市場原理に任せ、医療機関も収益向上のため、国民の医療アクセスが難しくなり、医療格差の形成と医療資源の欠乏状態に落ちた経緯と流れにも酷似している。サッチャー医療改革と中国の2000年医療の市場化は、国・政府の国民の医療に対する責任を放棄するため、ベヴァリジの基本理念に反している。その結果、二つの改革は時期の差があるが、失敗に終わった。

NHSの設立の時の保健相であるAnaline Beavenは1952年に『In Place of fear』（恐怖に代えて）という著書の中に「イギリスの医療国営が果たした巨大な貢献こそ、文明社会の装備への総決算である。それはいまや我が国民生活を織りなしている材料の一部である。いかなる政党もこれを破壊して生きながらえることができない。……医療国営を滅ぼそうとするいかなる政府もイギリスの支持を得る見込みはないという私の主張を裏書きするものだ。人道主義優先の偉大な思想は共鳴者をもっており、その中から無料医療がかちほこって現れ出るにちがいない」と予言している⁵⁸。

サッチャーの医療改革については、行き過ぎた医療費抑制策が医療従事者の士気を低下させ、優秀な医師らの海外流出を招いた。次に政権を担った労働党ブレア政

⁵⁷ John Butler 著、中西範幸訳(1994)『イギリスの医療改革—患者・政策・政治』、勁草書房

⁵⁸ John Butler (1992) 『PATIENTS, POLITICS AND POLITICS Before and After Working for patients』(中西 範幸訳 『イギリスの医療改革 患者・政策・政治』、勁草書房 1994年)

府では、逆に医療費拡大が行われる結果となっている。英国の医療を語る際に、よく言われるのが、診療や入院を待たされている患者の「待機者リスト (Waiting list)」の存在である。ブレア改革前の 1998 年の入院待機者は 130 万人であったのに対し、2005 年には 82 万人にまで減ったとされる。

日本には皆保険制度が保障したフリーアクセスに慣れてしまっていて、いつでも望んだ病院にかかることができるのは当然とみなしている。しかし、医療が国の強い管理のもとにある社会では、患者の医療機関へのアクセスは通常、制限される。英国では、国民は GP(一般医) に登録し、病気になれば、まずその GP の診察を受ける。そして、GP が必要と判断した後に、ようやく公立病院へと紹介される。待機者リストは、このようなシステムの中で発生したものである。

英国医療の再建はまだ道半ばであり、現在の保守党キャメロン政権も引き続き改革に取り組んでいるものの、一度荒廃した医療を復活させることは容易ではない。ベヴァリジ報告が掲げた高邁な理想を実践し、皆保険の先導者であった英国の現状は、最初から最後まで我々に見本を見せている。

英国NHSという医療供給体制

NHSの概要は下記のようにまとめることができる。

- ① 「一般医」 GP(General Practitioner)と呼ばれるHome Doctorを決め初期診療を受ける。主治医は一般開業医だが、歯科を除く全科目をカバー
- ② Home Doctorの紹介で病院へ。
- ③ 病院は治療する機関だから、速やかに退院してその後は、Healthcare Nureseと呼ばれる地域看護師の訪問看護サービスを受けるシステム。

その特徴は、プライマリケアとしての第一次医療と二次医療、三次医療の機能を明確に分けている。各機能の医療供給は公的な機関によるものは主である。そして、各医療へのアクセスは日本のようにフリーアクセスとなっていないことが挙げられる。

「NHS 憲章」では、7 つの原則に基づき、NHS に期待される役割、責務を明記するとともに、NHS サービスに関する患者と医療従事者双方の法的な権利と責任、義務を明記したものである。①NHSは差別なく全ての人に包括的なサービスを提供すること、②NHSのサービスへのアクセスは臨床ニーズによるもので、支払能力によるものでないこと、③NHS は高いスタンダードの優良と専門家意識をめざすこと、④NHS サービスは、患者と家族、介護者の選好やニーズに答えるべきであること、⑤NHS は所属組織の境界を越えて、患者、地域コミュニティやより多くの人々の利

益のために他の組織とパートナーシップのもとで動くこと、⑥NHS は納税者から得た資金に対しベストバリューを提供し、有限資源を有効で構成で持続可能な利用をするよう専念すること、⑦NHS は国民、コミュニティ、患者に対して提供するサービスに対して説明責任を果すことがあげられている（堀、2011）。

国民に包括的なサービスを提供するためにNHSには、第一次医療から第二、第三次医療を「一般医GPサービス」、「病院サービス」、「地域保健サービス」と三つの方法で医療サービスを提供する。「GPサービス」には、GPによるサービス以外に、歯科医サービス、眼科医サービス、眼鏡士によるサービス、薬剤士によるサービスなどが含まれている。これらのサービスは「執行委員会」によって統括されている。

「病院サービス」は、保健省の「地区病院局」の下に置く 380の「病院運営委員会」が管轄する国有病院によって提供される。「地域保健サービス」は、地方自治体の「保健医務官」が管理の下に、母子保健や助産、在宅看護、訪問指導、健康教育、予防摂取、救急車サービス等を提供する。

プライマリケア担い手の「一般医」GPは担当地域の住民があらかじめGP登録をすることが必要である。そして、医療サービスを受ける場合、登録してあるGP にて予約し、まずはそのGP の診察を受ける。GP が診察して、二次医療、三次医療が必要かどうかを判断する。必要な場合には、紹介状を発行する。GP は地域内の一次医療、予防・保健活動の提供役割を担う他、二次・三次医療へのゲートキーパー（門番）としての役割も果たしている。なお、GP には、2012年3月12日現在、3,615病院となっている。最近、患者の選択や利便性の向上を図るため、地域内でGP を選択することができるようになっている（堀、2009）。

サービスの内容の特徴としては、同一制度で保健医療に関連する多様なサービスを提供し、疾病の治療だけでなく、予防および健康の維持増進やリハビリテーションも含まれる「包括的な医療サービス」であると言える。

英国の看護サービス体制

国民に包括的なサービスを提供するためにNHSには、第一次機能については「GPサービス」と「地域保健サービス」の連携拠点として「保健センター」の設置を規定している。注目すべきなのは、この第一次機能の活動に現場で携わる看護職の存在が非常に重要である。看護職名としては「保健師」と「地区看護師」がある。「保健師」はかつて19世紀半ばから母子保健を中心に地域の公衆衛生向上に中心的な役割を果たしてきたが、NHS成立後は乳幼児から高齢者まであらゆる年齢層に健康教

育や退院後サービスを担当してきた。一方、「地区看護師」は自宅療養を支援する在宅看護の担い手である。疾病の早期発見、早期治療、早期退院が政策的に推進される中で、自宅療養と患者家族を含めて積極的に支援する役割を果たしてきた。

すなわち、NHSはその名の通り「保健サービス (Health Service)」であって、病院や「一般医」が担当するのは「医療サービス (Medical Service)」であり、人の人生のプロセスの一部に過ぎない。

1990年第に「コミュニティサービス法案」が成立し、医療衛生サービスの中心は疾病の予防、健康促進と健康教育に移行し、看護師は健康促進と健康教育の最適な人材である。同時にPN(Practice Nurse)の数量は、1977年の700名から1995人の2万名に伸びた。さらに1997年のNHSの変革の際に、「疾病サービス」を「健康サービス」に変換し、看護師は「患者を中心とした」治療の中で核心的な地位を確立した。プライマリ治療チームの中に、医師、コミュニティ看護師、精神科看護師によって組織した。この政策は看護師によるコミュニティへのサービスと管理を行い、全科医者は医療サービスの唯一な提供者でない、あるいはファーストチョイスではないことを意味する⁵⁹。

看護師はプライマリケアと慢性疾患に対して業務仕事の量がますます増えており、全科医者を取って代る意見さえもある⁶⁰。

英国 NHS の医療供給面でとくに注目すべきのは、地方自治体が提供する地域保健サービスの存在である。地域保健サービスは、疾病予防活動や在宅ケアサービスを提供する。疾病予防のための「保健」と、治療のための「医療」を結びつけた医療保障制度である。「保健」とは、公衆衛生で培われた疫学的見地に基づいて、疾病予防および健康増進をする活動である。それに対して、「医療」とは、疾病に対して事後的に行われる治療を主とした活動を指している。NHS では、地方自治体の提供する保健と医療機関による治療を結び付けることによって、疾病予防からリハビリテーションまでの切れ目のないケア提供を実現できたのである。ほかの国では、医療保障制度の枠組みの外に置かれるのが一般的であり、国・政府など公的部門が直接に給付を行う NHS のような保健サービス方式でなければ、公衆衛生に基づく広範なサービスを医療保障制度に内在させることが難しいのである (堀、2009)。

地域保健サービスの中に、在宅看護は高齢化社会へ向けたNHS全体にとって将来的に最も重要な部門となりうると考えられる。なぜなら在宅看護に従事する地区看

⁵⁹ 洪燕(2012)「英国護理体制和文化对我国護理工作的啓示」『全科護理』第10卷第7期(総第257期)

⁶⁰ Sibbald B.Laurant MG,Reeves D,(2007)「高級看護師在英国初級護理中的角色」『国際護理学雑誌』26(4):442-444

護師（District Nurse）は、病人やけが人の世話をするだけでなく、健康問題に関する身近な助言者であり、教育者であると見なされていたからである⁶¹。実際、その養成課程に①病院看護の手法を在宅に応用する、②家族に対して社会サービスの助言をする、③健康づくり、疾病予防を推進するプログラムが組み込まれている。

上記で分かるように、英国の看護サービス体制はNHSの一次医療の徹底、母子保健や在宅看護などの地域保健サービスを含むあらゆる保健医療サービスを無料で提供することになったことと、ベヴァリジに基づく医療保障制度の包括性と普遍性の理念に切り離すことができない。

英国の医療の中で、看護師の役割は大きく変わってきた。医者助手から競争力のあるスペシャリストに変身した。新しい職務にチャレンジを続けている。内容は、患者の検査、診断、診療科の変更の判断、病院の入院と退院の判断、カルテの管理、処方箋えお出す、救急を施す、簡単な手術及び外来の診察が含まれている。

4、日本の「国民皆保険制度」の誕生

ベヴァリジ報告は、日本の社会保障制度、医療保険制度に大きな影響を与えている。現在の国民皆保険・皆年金実現以前の社会保障制度の萌芽期に、ベヴァリジ報告書に主張された社会保障制度の主要手段として社会保険を位置づけ、「福祉国家」の考えの基礎となった。さらに、日本国憲法の制定により社会保障に対する国の責務が規定され⁶²、社会保障制度審議会も1950年の「社会保障制度に関する勧告」において社会保険を中核に社会保障制度を構築すべきとした。その中に、『ベヴァリジ報告』を踏まえ「国家が（中略）国民の自主的責任の観念を害することがあってはならない。その意味においては、社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない」と、社会保険による社会保障の制度を提唱した。現在では、社会保障給付費の約9割を社会保険制度による給付が占め、社会保険制度は社会保障制度の中核となって現在に至っている⁶³。

日本の皆保険制度の導入前に、現在の中国と同じく保険的適外者が多く存在し、医療格差も存在していた。医療保険制度の未適用者が1956（昭和31）年3月末の時点

⁶¹ 白瀬由美香（2007）「イギリスにおける地域保健サービスの形成—NHS 成立の一側面」、『大原社会問題研究所雑誌』 No.586・587

⁶² 日本国憲法第25条に「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と明記している。

⁶³ 労働厚生省編『平成23年版 厚生労働白書』「第2章 時代のニーズに対応した社会保障制度の発展を振り返る」、P40。

で約2,871万人、総人口の約32%存在し、大企業労働者と零細企業労働者、国民健康保険を設立している市町村とそれ以外の市町村住民間の「二重構造」が問題視された。

1961年に、国民皆保険という非常に高い理想を持った制度が導入された。国民健康保険、職域保険を合わせると99%が、この保険でカバーされている。そしてどんな所にも、あるいはどんなに貧しくても、そのときの最高の医療を受けることができるという制度がスタートした。病院の施設も、検査器具も薬品も充分とはいえないが、医師、看護師を中心として、国民皆保険制度の下ですばらしい医療を国民すべてに提供するということができた。国民皆保険制度は日本で制度というより「社会的理念」としてとらえられている。また、純粹に医療としての機能だけにとどまらず、その社会そのものが有する理念を表すという側面もある。「国民皆保険制度のもとでの医療制度は、単に人々の健康を回復させる役割だけでなく、制度を通じて個人を社会に包摂するという機能も果たしている。つまり国民皆保険制度とは、いかなる個人も医療を受ける機会から放り出さない、という社会的に合意された意志の表明に他ならない」⁶⁴。日本は、国際社会が持つ優れた思想を具現化して、国民皆保険制度を有効に創立した実例を世の中に提供された。現在、日本の医療制度は、WHOで世界一と高い評価を受けている。

以上日本と英国の医療保険制度の検討は、中国への医療保険制度に下記の経験を示している。①医療制度の発展はその時代に応じた段階性がある。英国も日本も医療制度を設立した当時、ほとんどが生活貧困者、障害者などの医療救助のための制度である。その後、医療保障制度になった。さらに、全国民に疾病の治療と予防、医療費用の給付制度になり、多種多様な医療ニーズに満たすように変えて行っている。②政府も市場もそれぞれが機能を発揮している。英国も日本も政府の介入エイドにより違ったかたちの医療保険制度を形成したが、その構成からみれば政府が提供する公共医療保険制度と私的な医療保障制度の混合物であり、多層的な医療保障制度の体系である。③医療保障制度は常に改革し改善しなければならない。医療費の上昇、医療サービスの低下、カバー率の変動は、次のもっと良くなる医療制度改革へ原動力となって常に改革し続けている。また、中国に参考になるのは、これら

⁶⁴ 富澤達弥：「ベヴァリッジ報告」から日本の国民皆保険制度へ—社会的共通資本としての医療を制度化する。宇沢弘文・鴨下重彦編『社会的共通資本としての医療』、東京大学出版会、P77-105、2010

の国の医療保険制度は、基本的に国家の立法による制度の運営である。改革も法律に基づき行われている点である。

日本モデルは中国に対する示唆を以下のようにまとめることができる。

- ① 日本の完備した法律体系と社会保障制度があり、これに対して中国はこれまで法整備が遅れているため、立法による社会保障制度の強化が必要である。
- ② 日本は国家主導型の制度となっており、財政と税優遇制度を設けている。中国も国家・政府の財政投資や税制の責任を果たし、都市部と農村部の格差をなくして全国民をカバーする制度が重要である。
- ③ 日本の高度成長期の経済発展に従い、公的投資と公的サービスを増加した。とくに農村部での医療提供機関の設置、各種インフラの整備、医療人的資源の専門スタッフの養成に力を入れた経験が重要である。
- ④ 日本の社会保障制度の整備は医療から始まり、それから年金、最終的に全国民皆保険へと発展した。その後も、改革を繰り返して絶えず制度の改善や保障水準の向上へ努力していると挙げることができる⁶⁵。

⁶⁵ 陳金霞（2005）「中国農村部の社会保障制度の整備—医療制度を中心に」『社会文化科学研究』第12号

第二章 中国における看護師問題

この章では、中国の看護制度、歴史沿革など中国医療人的資源とその体制を考察する。実地調査を中心に、中国の看護師不足にかかわる育成上の諸問題を明らかにする。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・検討を行い、看護教育、医療の場で行われてきた実際の医療と看護業務状況に基づき考察する。実地調査では、文献調査と結びついて現場の看護学生が看護師の仕事をしたくないとの就業意識を明らかにする。同時に、看護師不足は看護業務を取り巻く様々な社会、医療と政策との関連しており、教育と法制度が立ち遅れている状況をも明らかにする。

看護師の不足問題を解決するため、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、ベヴァリジの理念に基づき国・政府として目指すべき医療保健制度の中に、あるべき看護人材政策を明確に打ち出す必要があると論じる。

第1節 中国における看護体制

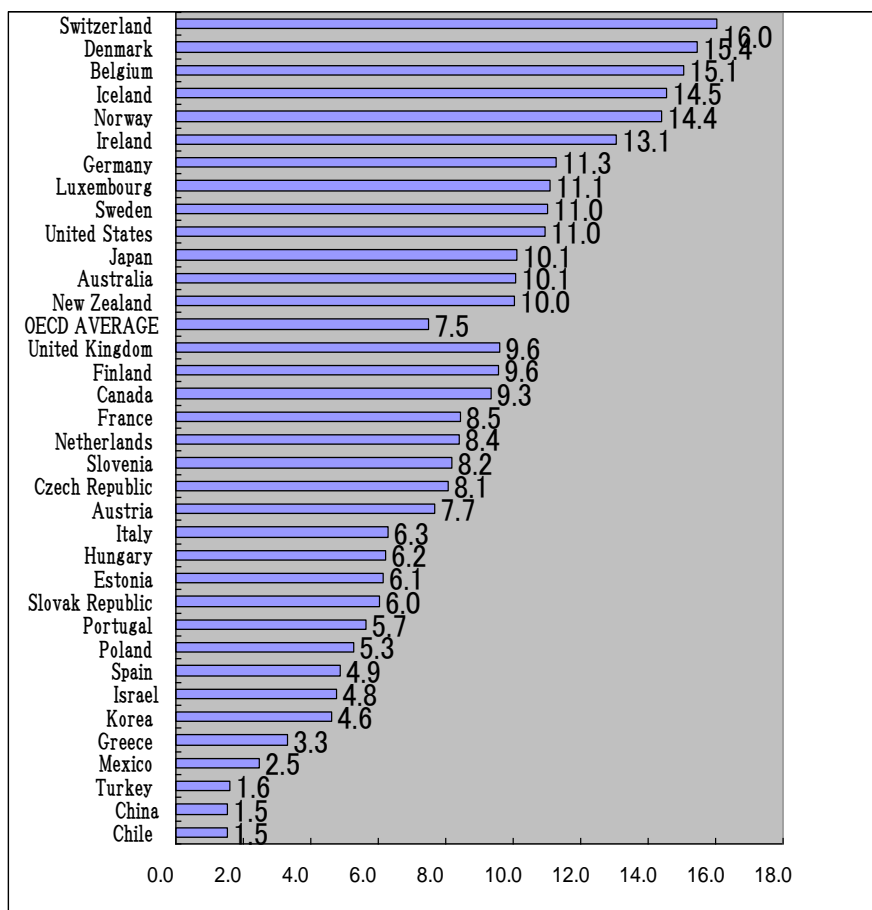
1、中国の看護師人数と国際比較

2011年に中国での統計では中国の看護師人数2.2百万人であり、医師（助理含む）人数の2.5百万人より少ない（図表 9）。また、2010年千人当りの看護師数1.5人は、日本の6分の1⁶⁶となっており、OECD平均の千人当り7.5人の1/5であり、順位はOECDで一番少ないチリと並んで最下位となっている（図表 12）。

⁶⁶ 厚生労働省「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」によると、日本の2011年の常勤看護師の必要数は、病院で89万9800人、診療所で、23万2000人、介護保険などの施設などで15万3300人、合計140万4300人が必要である。しかし退職者が14万4600人いるとみられ、新卒看護師や再就職で12万人程度増えるものの、必要数には5万6,000人足りない134万8300人になるという。また2015年の看護職員需給見通しは150万900人、供給見通しは148万6000人としている。政府は看護師不足問題を解決するため、2008年にインドネシア、ベトナム、フィリピンとEPAを締結し、翌年外国看護師の導入を実施している。しかし、国家試験の合格率が低いとの結果であり、問題解決に繋がらない。

また、看護師不足が起こっている理由には離職率の高さなども挙げられていることと、国家資格を持ちながら看護師の仕事をしていない看護師は50万人がおり、政府と医療機関が待遇

図表 12 2010 年中国と OECD 国千人当り看護師数の比較



出所：OECD Health Data 2012、『中国衛生統計提要・2012年』により算出、作成。

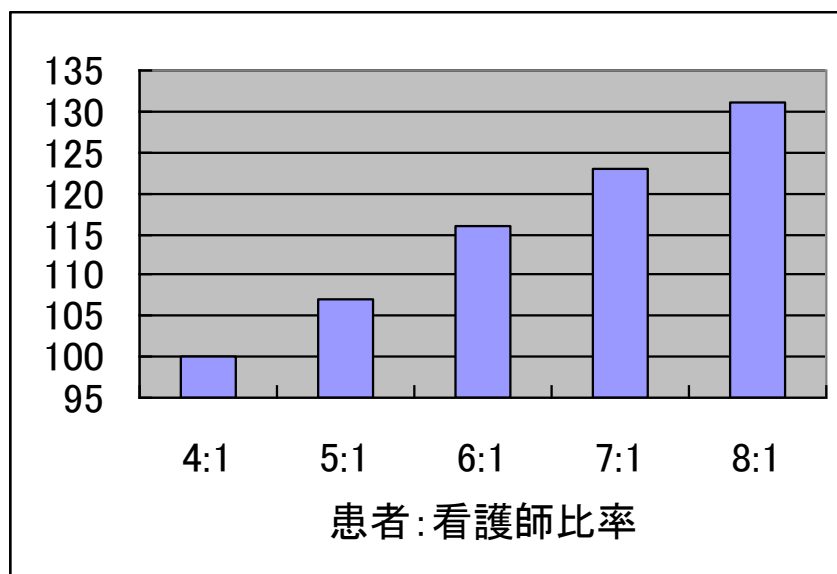
人口千人当り看護師人数が中国の6倍の日本⁶⁷においても、看護師不足の問題を抱

改善や保育所の設立など生活問題の解決、研修の実施など職場復帰の環境改善に努めているが、明らかな効果が見られていない。

⁶⁷ 中国の病床数と看護師数の比率は1：0.4の基準に対して、日本の場合では、7人の患者に対して1人の看護師を配置すべきという制度である。しかし、「7対1」基準と日本労働関係法令順守を前提とする看護師の配置について差異がある。日本における一般病棟入院基本料の届け出を行う病棟全体の1日平均入院患者数は350人である。「7対1」の基準では、50人看護師の配置となる。一方、必要な月延べ勤務時間数は、50人 x 8時間 x 3勤務帯 x 31日=37,200時間である。労働関係法令の順守を前提とした病棟配置看護職員の1ヶ月の勤務時間数（概算値）を「130時間」と見込む、その場合には、看護職員配置数は、37,200/130=286.18(287人)となり、約「7対1」基準の5.7倍である。

えている。日本の病院現場では、1人の入院患者に対して1.0人の職員（医師、看護師、その他専門職含む）が配置されている。しかし病院の治療と看護は当然24時間体制であることからすれば、1人当たり8時間勤務とすれば3人が必要である。したがって、米国は6.0人、英国は3.5人、ドイツとフランスは2.5人とされているのである。

図表 13 患者死亡率（患者：看護師比率—常時 4:1 を 100 とする）



出所：Aiken et al, 「Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction」 JAMA, 2002

看護配置基準については、世界的に統一な基準がないが、いうまでもなく、看護人員配置と看護サービスは医療の質を反映するものである。また、看護師が不足すれば患者の死亡率が上昇し、看護の水準が悪化することが、Aiken らの実証分析で示されている。Aiken らの実証分析によると、看護師1人あたりの患者数が増えればなるほど、患者の死亡率が増加し、また、看護師の中で仕事に対する極度の精神的疲労や不満を感じ、看護の質が低下させる。1人の看護師の担当患者が4人から5人に増えた場合、一般的な手術で30日以内の患者死亡率が7%上昇し、8人に増やした場合は31%の死亡率増加になっている。看護師の配置が不足すると、医療現場では患者の生命と安全が守られないことになる。中国は、欧米諸国は病床と看護師

の比率が1対2から1対3と高く、それと比較すると、充実した看護サービスが患者に提供されているとは考えにくい。

医師と看護師の比率基準について、中国では、1:2と設定しているが、現在においても全国平均ではこの基準に満たしていない。中国の2011年の比率と世界各地域の平均を比較しても低い水準にあり、看護師が極めて不足していることが分かる。

図表 14 1998年世界各地域平均医師と看護師の比率と中国2011年比較

地域	医師と看護師比率
南米	1:0.925
アジア	1:2.019
欧州	1:2.473
パシフィック	1:3.636
アフリカ	1:3.457
北米	1:3.679
世界	1:3.679
中国(2011年)	1:0.964

出所：『中国衛生統計年鑑・2012』及び中国衛生部2004年「關於我国護理人力資源狀況和加強護理緊缺人材培養培訓工作的建議」（我が国における看護人力資源の状況及び極めて不足する看護人材の育成に関する提案）に参照して作成。

2、中国の看護サービス体制

病院の看護体制現状

中国看護師全体が不足しており、病院全体として、1978年設定の基準の病床看護師比率1:0.4を下回っている。2007年の衛生部による696施設の3級総合病院における調査結果では、病床看護師人数の比率は1:0.38であった。最近の調査においても同じく、看護師不足して配置基準にまだ達しない結果を示している⁶⁸。そのため、2005年衛生部が制定した『病院管理評価指針』などでは、看護師配置基準に関し、一般病棟の病床数と看護師人数の比率は1:0.4に上げるように再び強調してい

⁶⁸ 郭艶紅ら(2013)「二級医院護理人力資源現状調査与分析」で中国各省の2級30病院に対して調査し、病床看護師比率は1:0.32であり、配置不足を指摘した。『中国護理管理』Vol.13, No.3

る。

1978年の規定は病床看護師比率1:0.4と医師看護師比率1:2は、何十年も変更なく、医学の進歩を考慮していなく、ベッドの使用率や回転率によって人的資源の浪費と不足が共存している。中国の各級の病院の医師看護師比率状況は、省級病院1:1.09、市級1:1.23、三級医院平均1:1.11、区級医院1:0.94、街道衛生所1:0.69であると各級の医師看護比率はすべて基準に満たしていない。一方、1:0.4はすでに医学の発展には反していることも指摘されている⁶⁹。

基礎医療機関での看護状況

中国の「看病難」を解決するため、基礎医療機関の強化政策を打ち出されている。そのための医療人的資源の政策として、2006年6月30日人事部、衛生部、教育部、財政部、国家中医薬管理局が『關於加強城市社区卫生人材隊伍建設的指導意見』（都市部コミュニティ衛生人材の育成を強化する指導意見）を發表し、コミュニティ人材育成、「一般医」、看護師等就任する制度を發表した。

しかし、都市部において基礎医療機関の看護師の不足状況が深刻である。地域コミュニティの看護師調査では、本科大卒の看護師は、6.6%を占めて、看護師資格を持たない「看護師」は10.3%、41%は職業訓練のトレーニングを受けたことがない。看護師の資格は業務を行う最低条件であるにも関わらず、10%以上にものぼる人は資格を持たずに看護師の仕事をしている⁷⁰。

一方、農村部の基礎医療機関の状況がさらに深刻である。2011年に郷鎮衛生院125ヶ所の379看護職員に対する看護人員数量、学歴、職稱、待遇の調査によると、看護師の配置は病床対看護師比率の1:0.4に満たさない診療施設は88.66%を占めている。看護師の資格を持たない者は31.40%を占める。看護を学んだ者は78.63%、臨床を学んだのは5.30%、6.07%は看護や医学と関係の無い、あるいは学歴のない者である。職稱からみれば、主管護師は4.22%、資格を持たない「看護師」は31.40%である。管理者の94名の看護長の学歴は大卒3名、全体のわずか3.19%、短大卒26名27.66%、高卒相当55名58.51%。学歴を持たないものは10名で10.64%を占める。看護師の給与は、正式雇用看護師の平均月収は1,182.93円で、契約看護師の平均月収は880.95円で、臨時看護師は、わずか707.88円である。いずれも河北省2008年医

⁶⁹ 屈新雲(2010)「我が国護理人力資源管理現状及發展」、『全科護理』第8卷第2期

⁷⁰ 張凱・李春玉(2013)「対吉林省社区護理人力資源現状の調査」『中華現代護理雜誌』Vol.19、No.16

療衛生人員の平均月収の2,002.33元の収入と大幅低い状況である。福利待遇は二級、三級病院の看護師より低く、かつ臨時看護師は契約看護師、正式看護師より低い⁷¹。

図表 15 2011年 中国医療機構分類別供給体制と看護師体制

医療機関分類	機関数	病床数	医師数	看護師数	病床看護師比率	医師看護師比率
公立病院	13,539	3,243,658	1,157,164	1,460,956	1:0.45	1:1.3
民営病院	8,440	461,460	149,671	166,805	1:0.36	1:1.1
基礎医療機構	918,003	1,233,721	959,965	492,554	1:0.40	1:0.5
専門公共衛生機構	11,926	178,132	185,542	115,233	1:0.65	1:0.6
その他	2,481	42,918	13,752	8,472	1:0.20	1:0.6
合計	954,389	5,159,889	2,466,094	2,244,020	1:0.43	1:0.9

出所：衛生部『2012年中国衛生統計年鑑・2012』

第2節 中国における看護の歴史

中国における看護（中国語では「護理」という用語）の歴史は、日本や他のアジアの国とその特徴を共有している。看護制度の導入は、1880年代に欧米諸国による東洋諸国に対するキリスト教使節団を通してもたらされた。最初の看護教育は1887年上海婦孺医院にできた看護訓練校から始まった。その後看護師養成学校は1888年にアメリカ人E.Johnson女史により福州市に創設された。校長と教師はほとんど外国人であり、テキストも西洋の教育で使用されたものをそのまま採用していた。（霍然、1995）

1909年には「中国護士会」が設立され、1917年には北京・南京に相次いで大学レベルの高等看護学校が設立された。大学教育も比較的早い時期の1920年、北京協和医科大学看護学部が設立され、5年間の看護学士プログラムを提供した。1934年に看護教育が正式に国家の教育条例に含まれるようになった。1937年日中戦争勃発によって、看護教育は中断された⁷²。

この時の看護教育は、三つの方法で構成されている。①師弟式のトレーニング。②病院による職業訓練学校。③政府主導の学校教育（余劍珍、2013）。

⁷¹ 趙岩岩（2011）「河北省中心衛生院護理人力資源調查分析」『河北医科大学』

⁷² 曾熙媛（1996）「変革期にある中国の看護の発展」『第4回中日護理交流学会論文集』中華護理学会

新中国誕生時の1949年の看護師は約3.3万人、助産婦（助産士）数は1.4万人で、医師は8.7万人であったが、その後人口増加に伴い看護職及び医師共に増加したが、人口の多い中国の看護職数は先進諸国に比べて極端に少ない状況はずっと続いていた。

1950年代初期、看護教育は9年間の公共教育後3年間の看護教育プログラムとして行われる中等教育として再編された。この中等教育としての看護教育は、プログラムに1年間をプラスする修正を加えて（9+4年）、現在も看護教育の主流として残っている。1950年に第一回全国衛生会議では、学制2年の看護教育の中級専門教育が定められ、学士と準学士の教育プログラムは閉鎖された。一方、中等専門学校は急速に普及し、1955年までの5年間で20ヶ所を超えた。

1950年代中期に入って、医療のニーズは日増しに発展しているのに、看護師の人数が少ないため、病院の看護師は仕事の量が多すぎる問題があった。それによって看護事故が増加し、医療の質も低下した問題があった。そのため、衛生部は看護師を招集して座談会を開いた。この座談会には北京の各病院の看護師の代表が招かれて意見を述べた。また、衛生部は中華看護師学会とも協力して、看護師問題を研究するための専門グループを設置した。この座談会にはさまざまなメディアも招かれ、この後、各紙が看護師問題を取り上げ、看護師のさまざまな訴えも掲載した。その後、衛生部は「看護師工作の改善に関する指示」を出した。この指示は、まず、①看護の仕事を重視し、看護師を合理的に使用して、看護師の雑務が多すぎて技術的な仕事ができない状況を改めるために、簡単な看護業務や雑務は衛生員（看護アシスタント）にさせるように指示した。②看護師教育の改善と研修教育を強化し、在職者研修を行い、高等看護教育も必要である考えが芽生えた。③看護師の昇進、待遇、生活福利の問題に関して、待遇改善を指摘した。

1966年以降の文化大革命の10年間では、看護師教育は不必要であるとされ、多くの看護専門学校が閉鎖された⁷³（文化大革命中に教育と学校が中断したため、看護師の高い年齢層は正規教育を受けておらず、現在、看護師育成教育や看護現場の指導者となるべき層の断層現象が深刻となっている）。

文化大革命期の農村医療を担ったのは、最盛期500万人規模にのぼる「赤脚医者」（「裸足の医者」）である。西条正（2010）論文によると、「裸足の医者」を「医者」と称するが、学歴は低く、職務範囲も日本の「駐在保健婦」に共通点が多い。この「裸足の医者」は1960年代に現れ、3ヶ月－1年間の研修を受けて、初期医療に従事

⁷³ 西条正（2010）「中国の『裸足の医者』と日本の駐在保健婦について」新潟産業大学人文学部紀要 2010年3月第21号

していた。中国での1964年の衛生事業費の総額は9億3千万元であり、その27%にあたる2億6千万元が5億人を対象とする農村医療に使われた、一人当たり0.5元の状況であった。「裸足の医者」が登場したことで、医療技術のレベル問題を除けば、農村や貧困地域の医療人材資源を短期間で数量的な面で強化することとなり、農村では無医療に近かった状態が改善されたという⁷⁴。

文革後、看護教育が復活し、中等看護教育体制が再建されるようになった。1979年、中国衛生部は「看護教育工作の強化に関する意見」を出して看護学校の復活や在職訓練の強化を指示し、「3-5年以内に医者と看護師の比率を1対2の水準に到達させる」という目標を掲げた。さらに社会と医療技術の進歩にともない、大学卒レベルの看護人材への期待が高まっている。

1980年に大学教育の専科準学士プログラムができた。そして1983年には看護大専（護理短大）、看護大学が再建された。1986年には、衛生部は看護工作会議を開催し、「長期間にわたって、看護学の科学性と重要性に対する認識が不足していた」ことなどに対する反省が表明された。また、看護関連の政策と立法を推進するように指示した⁷⁵。

第3節 看護教育

中国の看護教育体系は、①中等看護専門学校教育、②高等教育と③成人看護教育という三つの領域に分類することができる。①中等看護専門学校は、中学校卒業以上を入学条件とする3学年制教育制度である。②高等教育は短大と本科教育からなり、高等学校卒業以上が入学条件である。短大あるいは本科の入学は全国高校専科・本科成績ラインにより決まる。③成人看護教育は、1987年に始まり、在職看護師を対象に通信教育と在職教育の2種類の教育制度からなっている。在職の看護師は在職教育を受けるチャンスを得難いため、多くの中等看護専門学校を卒業した看護師及び高等教育専科を卒業した看護師は、成人看護教育の独学形式で準学士または学士の大学課程を学び、学歴を強化している、

1992年には大学院レベルの看護教育制度が施行され、看護教育体制が順次整備され、看護人的資源も改善されてきた。修士課程は、1992年から始まり2000年以降学生数が増えてきている。博士課程は2004年から開始され、上海第二軍医大学と中国協和医科大学の2箇所だけに開設されている。以来、看護教育は、従来の単なる中

⁷⁴ 山本恒人 (2010) 「毛沢東体制：その存立基盤と内包する社会衝突的リスク」比較経済研究第47巻第1号

⁷⁵ 『人民日報』 「我国護士隊伍逾一百四十万人」、2007年5月11日

等教育レベルの体制から専門学校、大専、大学本科（学士）、修士、博士という高等教育を含むさまざまなレベルの看護教育体制として構築されてきた。これにより看護職全体の資質を高めるための基礎が定められた。

国から認定された学校（大学・短大・専門学校）の卒業者は、全て看護師として認定される。中国衛生部及び中華護理学会は長期間にわたり看護師の免許制度について検討してきた。1980年までは高級看護師の制度がなかったため時系列統計がないが、高等教育を受けた看護師は約1.7万人から、1995年には63.4万人に増加した。看護高等教育が加速していることが分かる。1998年には31の準学士プログラムと18の学士プログラムがあったのに対し、2000年には準学士プログラムが99、学士課程が42まで増加し、さらに7つの機関が看護修士のための大学院プログラムを提供している。2005年に看護短大・大学プログラムを学校は250校で、その中、学士課程は179ヶ所、修士プログラムは45ヶ所である⁷⁶。一方2005年日本の看護系大学は126校である。人口が中国は10倍であることを考えると、看護大学教育が不足していることが分かる。将来的に、中国における看護師は、正規大学教育の強化と継続的なキャリアの開発プログラムに重きを置き、準学士と学士で構成される見通しである。中国では現在、省の首都にあるすべての国立医学校で、学士の看護プログラムと準学士看護プログラムを提供している。それらの一般的なプログラムに加えて、在職教育が準学士と学士に対して実施されており、一部の大学は在職の社会人看護師に大学院教育を提供しており、学校教育及び医療現場の看護師管理職の多くは、これによって教育レベルを引き上げている。在職者が高等教育機関に出願するための必要な条件は勤続年数、評価、外国語、入学試験である。それ故、看護教育の高等化の志向は始まったばかりだといえるが、社会と医療の進歩に要求され急速に拡充してきている。

しかし、看護教育は社会的ニーズに十分応えているとは言い難い。現在の中等看護専門学校のプログラムでは不十分との意見もあり、3年のプログラムに1年間の教育を追加すること、また学校入学条件を中学卒から高校卒に引き上げることも提案されている。看護師の高等教育における規模は拡大されているが、教育機関のレベル別にみた比率はバランスが良いとはいえない。また、本科の教育発展は速いが、教育の質は疑問視されている。修士教育の面でも、教育全体の規模と質ともに、さまざまな問題がある。看護師の教育体系については、準学士と学士の教育を全面的

⁷⁶ 中国護理教育發展狀況 <http://www.cgvip.com>

に発展させ、修士養成制度の促進と博士養成制度の探索という方向で改革が必要とされている。

中国の看護教育は主に専門教育であり、大学教育は約30年間中断されてきた。現在60～70歳代の看護職は大卒者もみられるが、退職年齢に達しており、40～50歳代の指導者層の中に高学歴者が少ない。看護職を取り巻く環境が変化し、高度な知識と技術を有する有能な看護師が求められているが、中国では高等教育が再開されて年数が浅く、看護教育者の不足が深刻である。専門学校の教師は専門学校卒業者が多く、大学教師も大学卒業者だけでなく、看護の実務経験が長い者が担当することが多かった。何虹ら（2002）「浙江省6校医科大学看護学部教師現状調査と分析」では大学看護学部教師の中に看護職は35%、その中の32%大卒以上である。10年以上教育経験を持つ教師は44%であり、その中に看護職は27%しかない（何虹ら、2002）。

看護職でない教師（医学の教師、医師など）が看護教育を担当し、また看護職であっても大卒学歴を持たない大学教師の存在は看護教育の質に影響を与える⁷⁷。

教育方法や内容は、現代看護の発展とニーズに応じられない面があり、専門学校ではやや理論不足で、大学教育では理論と実践が遊離していると指摘されている。医学面が多く、看護技術の向上や看護専門の内容が少ないため、疾病中心に理解されており、患者を全人的に捉えた患者中心の看護が十分に浸透しているとは言い難い、と認識されている。

2005～2010年衛生部中国衛生事業発展概要においては、中国における看護教育の領域について問題が明確にされ、それに応じてマクロ的な対策方針が定められている。2010年までに教育体制の調整を促進することになる。さまざまなレベルの看護教育機関の入学定員の割合は、専門学校は50%、短大は30%、本科以上は20%に達することが目標とされている。また、看護教育内容については、看護専門の特徴を活かし、看護基礎の課程の中に社会看護学、倫理看護学、人間関係とコミュニケーション、看護美学、看護マナーなど人文的内容のカリキュラム編成の比重を増加させることと、専門知識のなかに看護の仕事と密接な関係をもつ公衆衛生学の知識、リハビリテーション、高齢者保健と看護、精神看護などの内容を設置することを、指定している。さらに、看護師の能力の養成には、問題に対する分析能力、解決能力及びコミュニケーション能力、またチームグループの一員として他者との協調能力を重視するよう強調している。

⁷⁷ 趙傑剛・羽山由美子・青山ヒフミ（2006）「中国における看護教育の現状と看護教員の資質向上についての提言」、『大阪府立大学看護学部紀要』12巻1号

こういったマクロ的な対策方針に基づいて、各レベルの看護教育機関に対して、各教育目標に応じたカリキュラム編成構造や、教育方法、教員の養成、病院・地域との連携などそれぞれの領域における解決が迫られている。看護臨床スペシャリストの養成という課題を解決しなければ、看護そのものの質を向上させることはできないと同時に、看護が科学的な専門職として認められないであろう。

中国の高齢化の進行にともない、人口構造の変化や社会経済的变化、国民の健康及び看護ニーズも変化している。今後、高齢化が進むとともに要介護高齢者及び認知症、また生活様式の変化にともなって生活習慣病（成人病）や環境破壊による呼吸器疾患やストレス増加による精神疾患が増加するものと予測される。「尊老・敬老」の精神に富む中国ではあるが、看護師教育についても、高齢者に対応できる教育プログラムの強化も考えなければならない段階にきている。

看護教育が中国で文化大革命中に中断したため、看護教育専門の教育者の不足現象があり⁷⁸、社会的ニーズに対応した看護教育の充実を図るため、まずは、優秀な教育者の育成が必要と考える。その上、看護大学・看護専門学校の増設、看護学生の養成数の拡大、看護教育カリキュラム改革も必要である。看護教育者人材確保は看護を発展させていくためには最も大切である。資質の高い看護教員と看護管理者の育成、臨床における優秀な人材の再教育が必要である。病院現場で実践的な指導者の役目を果たす高い専門性をもった看護師と、リーダーとなる看護師を育てる教育職・研究職看護師の養成が急務である。

医療の発展、医療環境の変化によって看護に対する期待も高くなっている。看護職が社会から専門職として認められ、職業としての発展を遂げていくためには、看護職一人ひとりが継続的にレベルアップを図ることのできる在職継続教育が必要である。看護師の在職キャリア訓練教育については、1997年に衛生部は『継続護理教育暫定規定』（看護師在職訓練に関する暫定規定）を発表した。成人教育の対象、時間、内容と形式を規定した。しかし、このに対する評価のシステムがないため、現状と成果の評価は不明である⁷⁹。この領域は英国の医療機構と看護教育機構の連合で地域及び全国での統一試験基準を設け、正式な訓練を受けてからも、成人教育の質を保つシステムが参考にすることができる。

専門職としての社会的貢献を制度的に高めていけるような枠組み作りが必要であると考える。看護職の発展と国民の健康増進に対するよりよい社会貢献のために、看護教育の強化は不可欠であり、したがって、中国の看護現状を鑑みて主に先端医

⁷⁸ 第二章に「中国看護師教育」内容参照

⁷⁹ 張凱・李春玉(2013)の調査では、41%の現場看護師はまったく在職訓練を受けたことがない。P52。

療に専門看護、一般看護、介護に近い看護の三つの多層的な教育が必要と考える。具体的に、①国立看護専門大学の創設。そこで世界先端医療に必要な看護人材の育成、国際交流、高いレベルの教員育成、研究を行うだけでなく、専門看護師の認定プログラム、国の看護教育と政策の研究も行う。②医療機関の看護育成学校の設立。現在の大学、短大、看護学校教育を強化しながら、医療機関が教育を行う機能を持たせることによって、看護師の量と質を高める。③看護助手と介護教育機関の創設。看護師の数量が急に伸びない現実があり、高齢化社会のニーズに対応するため、その補助人員として普及教育で一般知識と技術を身につければ、だれでも努力すれば資格をとれる制度も併せて作る。看護師の意義と重要性が今後さらに増していくと考えられる。しかし、中国の現状として、給与待遇及び社会的地位を改善しなければ、看護師の志望者を増やすのは難しいと思われる。看護事故の増大と看護の質が低下し、そうした看護の質の低さの第一の原因は、看護師が極めて不足して、良い人材が集まらないことにあると考えられる。

第4節 看護師の職務内容、待遇・資格

1、看護師の職務内容

看護の創立者であるナイチンゲールは、看護の定義について「看護となに？」その答えは「看護業務の本質はほとんどの部分はわからないもので、さらなる分析が必要である」⁸⁰。

中国の「護理（看護）」定義について、2004年に中華護理学会によって作られた。「看護は、人文、社会と自然科学の知識を総合的に応用し、個人、家庭及びコミュニティをサービスの対象とする。彼らの健康状況とニーズを察知し評価し、人の生命の全過程のプロセスにケアの提供によって、苦痛を軽減し、QOLを高め、回復と健康促進を目的とする」⁸¹。この中に、看護は人の健康に対するサービス提供であり、その対象は「人」であること。また、看護の任務は健康促進、疾病予防、回復補助と苦痛の軽減であることを示されている。

定義が国によって異なり、学者によっても異なって自然科学のように世界における法則の普遍化がなく、常に社会と医療の進歩によって「ケア」という行為を中心に進化している（小林ら、2009）。中国の医療機関の「病氣治療」にも看護師が不足している中、世界の先進国には、看護師の役割拡大し、高度診療看護（APN、

⁸⁰ Nightingale F (1992) Notes on Nursing, Commemorative Edition, Philadelphia: J.B Lippincott

⁸¹ 黄人健、王紅麗、劉蘇君 (2005) 「護理定義研究」『中華護理雜誌』7(40):541

Advanced Practice Nursing) をする動きがある。例えば、OECDは、日本を含む先進12カ国における看護師の役割と業務の高度化の現状および課題を比較検討したワーキングペーパーを2010年7月に公表している⁸²。高度診療看護APN導入の理由としては、白瀬(2010)によると、導入によって①医師不足を背景とする医療サービスへのアクセスの改善、②医療サービスの質の改善、③コスト抑制、④看護職の魅力の増進、が挙げられている。また、APN導入の評価に関しては①医療サービスへのアクセスの改善に寄与、②(適切な教育訓練の実施を前提条件として)医師と同等の質のサービスの提供が可能、③患者満足度は医師と比べて高い、④費用への影響については、まだ十分な研究の蓄積がない(医師代替的か補完的かによって異なる)、といったことが明らかになっている。医療の高度化、医療ニーズの多様化は中国を含む各国共通の医療政策上の基本的課題の一つであり、中国の看護政策の策定時、人数の拡大とともに、質を高める際の参考価値が高いと考える。

2、中国看護師の資格制度

中国では1979年から看護職の昇進制度が設置され、看護職の資格がのように5階級に分けられている(図表16)。また、1985年に技術的職務(職称)に応じた賃金制度が施行され、たとえば看護師(護士)と医士とは基本賃金や職務賃金は同額とされた。さらに看護師に対しては一般の勤続手当とは別に、看護師としての勤続手当を支給する規定も定められた。

「護士」とは、看護分野の基礎理論を理解でき、看護関連の基礎技能を持つ者で、中等専門学校を卒業後1年間研修した者を指す。「護師」とは、独自に看護業務を行う技能を持ち、専門学校卒業後5年以上の臨床経験と単位取得後、看護師試験を受けて合格した者を指す。または、短大卒業後1年間の研修を行い、2年以上の臨床経験のある者、大学卒業後1年間の研修を行い、修士課程終了または修士の学位取得者となっている。「主管護師」とは豊富な看護臨床経験を持っており、国内と外国の看護技術を身につけ、学士終了後4年以上の臨床経験を持つもの者、修士の学位取得後2年以上の臨床経験者及び博士の学位取得者である。大学における講師資格に相当する。「副主任護師」とは看護技術と理論知識を有し、管理能力も要求される。高いレベルの論文を作成及び他の看護師の研究指導ができ、大卒以上の学歴及び管理業務を5年以上経験した者、または博士の学位取得後、管理業務を2年以上行う経験を持つ者である。大学の場合には、助教授に相当する資格である。

⁸² Marie-Laure Delamaire, Gaetan Lafortune (2010), Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries, OECD Health Working Papers No.54, OECD, Paris.

図表 16 中国看護師の資格

資格取得要件	資格名称	大学相当資格名称	ランキング
1 経験年数	護士	-	初級職称
	護師	-	同上
2 学歴	主管護師	大学講師	中級職称
3 試験合格	副主任護師	大学助教授	高級職称
	主任護師	大学教授	同上

出所：後記訪問先の資料等に基づき、筆者作成

1993年には「看護師登録管理弁法」が公表された。これにより、中国看護昇進制度は「護士」→「護師」→「主管護師」→「副主任護師」→「主任護師」という順に上がっていく。学歴、経験年数そして国家或いは地方の衛生管轄省庁による各昇進試験を合格すれば昇進することができる。学歴条件を満たさない場合には、社会人向けの成人高等教育を受けて学歴を取得する道がある。また、所属病院の行政管理ルートで病棟護士長（病棟看護長）、科総護士長（診療科看護長）や護理部主任（看護部長）に昇進することができる。護理部主任という行政管理職には、普通副主任護師が必要とされる。主任護師は、看護師資格の最高レベルである。看護理論、国内外の情報と経験を把握でき、高いレベルの論文を執筆し、学術研究や看護技術のリーダーとして研究者を指導できる者である。副主任護師5年以上の経験者となって、大学教授に相当する職種である。しかし、多くの看護師は一日中、事務的な仕事に時間をつぶされて、継続して教育を受けたり、研究したりする機会が少なく、昇級に対するハードルはほかの職種と比べてきわめて高い。

中国政府は看護人材の確保のために、看護師の資格を明確にし、五つの面で看護師の社会地位と待遇の改善を図った。①看護師の職名を明示、②昇給制度を設定、③永年勤続者に「荣誉書」ならびに「荣誉章」を授与、④「看護の日」の設定、⑤看護職への復職を促進⁸³。しかし、看護師は、40歳ではまだ中級の下の初級に過ぎないのは現状である。

中国専門看護制度については、2005年に制定された政策「中国護理事業発展計画綱要2005年-2010年」提起され、制度としても形成されつつある。現在、五つの看護領域(ICU、救急、手術室、臓器移植、ガン看護)において専門看護師の養成を全国で

⁸³ 袁曉麗(1994)「中国の看護の現状と課題」『週間社会保障』、No. 1778、法研

展開しているが、日本の13分野より少ない⁸⁴。所属病院より推薦された勤務年数5年以上でかつ大専（短大）卒学歴以上の看護師であり、理論学習は150時間、臨床実習は3カ月間の訓練を受けるのは基本とされている。なお、全国的に統一された専門看護師教育課程がまだなく、養成機関によって異なる。日本の認定看護師教育制度は1995年に始まり、多くの分野で認定看護師が育成されており、認定看護師は現場で活躍して大きな成果を収めている。中国は専門看護師の教育を始めたところであり、限られた少数の分野で専門看護師を養成している段階である。これから中国では、各分野で専門看護師を養成し看護の質をレベルアップしていく必要がある⁸⁵。看護師は、歴史的な原因もあり、多くは学歴なども異なるため、これだけでは差別だとは断定できないかもしれないが、職称の昇進のためには雑誌に研究論文を書く必要がある。看護師は多忙で論文を書く時間がないうえ、医者のように臨床試験をする権限も実験室も資金もないのが現状である。また、多くの看護師は一日中、事務的な仕事に時間をつぶされて、継続して教育を受ける機会が少ないため、昇級に対するハードルが高い。

また、中国における看護に対する認識はまだ不十分のため、一般から専門業務へ、専門業務から専門家へという職業の階梯がないため、主管護師など中級の職称に評されて以後は、一部の看護師しか病院の管理ポストにつけない。その多くは、看護の仕事でない看護サポート業務（日用品の受領、食事の配布、帳簿付けなどの雑用）に回される。すなわち、専門性を評価しうる昇進制度が不十分で、経験を積んだ看護師が適切に処遇されず、貴重な看護人材とその能力が活用されていない状況である。

3、看護師の待遇と労働実態

改革開放後、国が看護を重視するようになってきているが、看護師の社会的地位や待遇、労働条件はあまり改善されていない。とくに看護師の賃金は、社会全体からみても比較的到低い。看護師の仕事は夜勤があり、人の命にかかわる仕事だけに責任が重い、その責任と業務の重さに見合った報酬を得ていない。また、大卒の看

⁸⁴ 1993年に、日本看護協会が専門看護師の認定制度委員会を立ち上げ、ICU看護、糖尿病看護感染管理、ガン患者看護、コミュニティ看護、精神科看護、高齢者看護等13領域において専門看護師の育成を行った。

⁸⁵ 陳秀琴・小西敏・丸口ミサエ・濱本洋子(2008)「中国におけるがん性疼痛専門看護師育成に関する一考察」『国立看護大学校研究紀要』第7巻 第1号

護師は現場で看護知識と技術を発揮できず、看護学校卒の看護師とまったく同じで区別がなく、人材の無駄使い現象もある⁸⁶。

看護師の賃金は、西安市における調査では、正規の看護師の場合、月収は平均1202元であった（2006年）。ハルビン市の多くの三級甲等病院では看護師は、毎月の賃金は1000元前後であり、浙江・広東などの経済が発達した省では、資格のある看護師の賃金は2000元以上に達していたという（2007年）。2006年の陝西省、黒龍江省、浙江省、広東省の各省の都市の単位の就労人員の平均月収は、それぞれ1,387元、1,325元、2,298元、2,200元である。看護師の平均賃金は、社会全体の平均賃金をやや下回ることになる（日出谷、2008）。

一日中、単純な作業だけである。大学で学んだ看護専門知識を発揮するのは難しく、関連する課題の科学研究をするのはさらに難しいという状況である。さらに、看護職を軽蔑する社会の伝統的観念が強く残存している。中国では、市場経済化によって転職が自由になったために、看護師を育成しても、労働条件が劣悪であるために看護師が流失することが深刻な問題になっている。そのため看護師の離職現象が出て離職率も高い。2007年、中国衛生部による696施設の3級総合病院を対象にした調査によると、看護師総数の30.2%を占める契約型看護師（非正規雇用）の平均離職率は18.9%であった⁸⁷。

転職の理由は、看護師の待遇が低く、専門性が無視されて、仕事の苦勞が多すぎる、収入が低くて、社会的地位が低いなどが挙げられている。看護師の離職は、病院の運営と看護の質に各影響を与えるだけではなく、教育と医療資源の浪費であり、在職の看護師の仕事の負担増によってさらに離職率を高くなり、看護師が不足の重要な原因の一つとなっている⁸⁸。

男性看護師の育成も課題である。男性看護師が少ない現象は、1949年中国建国直後の初期看護師制度に遡ることができる。近年、全国の多くの中等衛生学校と医学類の本科・専科の大学や学院が男性の看護人材を募集・養成しはじめた。しかし、その養成の速度と規模は、まだ社会全体のニーズに合致していない。また、一般の病院では、手術室・急患室・泌尿器科・整形外科・神経内科などが男性看護師を求めている。2005年現在の男性看護師の比率は全体の1.6%にすぎない⁸⁹。男性看護師が少ない理由として挙げられているのは、①中国文化の伝統的な観念によるもの、

⁸⁶ 大連中山病院看護師に対する筆者による聞き取り調査。

⁸⁷ 中国護理学会(2008)：「制定護士条例的背景」（看護師条例を設定する背景）

⁸⁸ 曹穎(1999)「浅談護理人員の流失」『中華護理雜誌』34(9)：565-566

⁸⁹ 王桂環「男護士、並未因稀少而珍貴」『中国青年報』2009年2月19日。

看護は女性の仕事だという考えである。②地位が低いという通念が支配し、男性としては人の世話をする、人に仕えることや医者命令に従う仕事は受け入れにくいこと。③賃金の低さなどである。要するに、看護師の地位・待遇の低さと性別役割意識が絡まりあっているのである。

近年、看護師の高学歴化や市場経済化の進行にともない、看護師の状況は変化した。けれども、社会地位、労働時間、昇進の難しさ、患者の態度とそれに対する対応、専門性の軽視など看護師の処遇や看護師不足の状況、看護労働とジェンダーとの関係については、依然として課題として残っている。

大卒の看護師は現場で、看護学校卒の看護師とまったく同じ区別なく、使われている現象もみられる。その背景には、看護師に対する社会の伝統的観念が強く残存していることが考えられるが、そもそも看護師が圧倒的に不足しているために高学歴の看護師も事務的な仕事に拘束される。市場経済化によって転職が自由になったために、いくら看護師を育成しても、労働条件が劣悪であるために看護師が流失することが深刻な問題になっている。そのため「医者と看護人員の比率を1対2の水準に到達させる」という1978年の目標は、まったく達成されておらず、逆に2005年には1対0.7に低下してさえいる。転職の理由は、看護師の専門性が無視されて、仕事の苦勞が多すぎる、収入が低すぎるし、危険が大きくて心理的負担が多いわりには、社会的地位が低いなどが挙げられている。これらは、看護師不足の重要な要因となっている。

看護師の待遇や労働条件が悪く、将来の展望も持たなくて自分の仕事に身が入らず、教育・学習の条件も貧弱である。いままでの中国では医療や看護の人数が少なく、質の低下が深刻である。中国は4千年の長い歴史があり、人の世話をすることが軽視されるという封建的思想の影響が残っている国である。中国の看護師が極めて少ない現象を解消するために、中国看護師の地位と待遇、仕事を改善する必要がある。多くの看護師は、仕事の量が多くて責任が多すぎ重すぎるのに、待遇は低すぎるという現状が今も昔も変わらないと語る。また、長年看護教育を受けたうえに豊富な経験もある看護師が、年齢が高いために適切に配置されず、年を取ると供給室か外来診察部に回されて、異動の際に降格や賃下げをされ、看護人材を活用できていないことも懸念されている。

労働時間などの労働条件も劣悪である。看護師の人数がすくないため、休日出勤や時間外勤務、病気なのに仕事せざるをえないという現象がたくさん医療機関にみられる。妊娠した看護師を軽い仕事に回さないとか、託児所や授乳室が不足しているという問題もある。

一部の医療衛生機構は、看護師は病院にあまり大きな経済的効果をもたらさないと考えているため、看護師の強化と看護業務の発展を病院の全体的な計画の中に組み込んでいない。病室の看護師が少ないために、患者が必要な看護サービスを受けることができず、基本的な看護業務が水準に達していない。病院は、利益をだすため、費用を払って看護師を雇わない代わりに、患者に金を払わせてヘルパー（中国語：護工）を雇わせるので、患者の生活の世話のニーズは満たせても、医療面では、とくに重体の患者に対する看護については、充分できていない。とくにヘルパーが一部の治療的性格をもった看護業務をすることは、看護師がおこなうべき患者の病状の変化を観察する職務を形ばかりのものにするので、医療の安全に多大の隠れた災禍をもたらしている。

看護師の権利や処遇改善に関する規定は、他の項目に比べて看板だけにとどまっている。看護師不足の解消に関しても、財政的な裏付けが乏しいなど、施策の実効性になお不十分さや不安がある状況である。

中国衛生部は看護師等人材確保のために、①看護師の職掌を明示、②昇給制度を設定、③永年勤続者に「荣誉証書」ならびに「荣誉章」を授与、④「看護の日」の設定、⑤看護職への復職の促進を計ってきたが、国民の看護ニーズの需要に対応することは容易ではない。

中国の看護学生が、看護師という職業を選ぶ理由には、収入や経済的な理由以外に、看護に対する社会的評価、本人または家族の入院や見舞い、死との遭遇等の経験から生命や看護に対するイメージが形成されたことも影響を与えている。看護学校に進学した学生自身で入院経験を持つ者は24.3%で、95%の学生が近親者の入院経験・見舞い経験有りと回答し、近親者の死に遭遇した者が95%に及んでいた。しかし、入学後の看護学生の職業意識には安定と功利など経済的側面の意識が強まる。これは、学校での授業の進行に伴い、専門教育の内容（講義・演習・実習等）の理解が深まり、現実の看護業務が見えてくるからだと思われる。功利や能力向上の機会がなければ職種転向となっている。中国で市場経済の導入により、看護学生は看護師への就職意欲が弱まったことを示している⁹⁰。

4、看護師関連政策と立法

政府の看護政策については、2012年国際看護師協会（ICN）は「アクセス可能な公的保健医療サービス」を発表した。公的資金で運営される重要で、誰もが利用可

⁹⁰ 岸 英子、孫 莉、小笠原サキ子「看護学生の職業意識の日中比較」『第5回中日看護学術学会集録』中華護理学会、1998.

能、かつ、公平な必須保健医療サービスを住民に提供する国営の保健医療システムの開発のため、公的資金で運営されるアクセス可能な保健医療サービスに関する政府方針によって、こうしたサービスに必要な複雑な要件を満たす看護教育のレベルが、引き下げられることのないよう、保障する努力をすることを支持する。それは、看護師がより優れたケアのアウトカムをもたらすというエビデンスによるものである⁹¹。公的なサービスによる医療供給と看護師はその供給で重要な役割を果たしていることを表明した (Aiken、2003)。

中国で看護師が重視されてこなかったのは、立法の立ち遅れという面にも反映されている。看護師に関する法制は以前に比べれば整備されたとはいえ、不十分といわざるを得ない。例えば、中国政府が発表する看護関連の条例や規則は多数存在するが、国会に相当する全国人民代表大会で承認された法律はまだない。医師に関しては、中国の「執業医師法」が1999年に施行された⁹²。その際、「登録看護師法」も提案されたが、いまだに法制化されていない。看護師の基本的な合法的権益が法律によって保証されるのは、まだ今後の課題となっている。一方、日本では1973年に看護師出身の石本茂が看護の諸問題を取り組むため、自民党の衆・参議員157名を集め、「看護技術対策議員連盟」を作った。この連盟は1992年に看護職員の養成確保と質の向上や処遇の改善のために作った「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」の制定や、2001年に「看護婦・看護師」の男女で異なった名称を「看護師」に統一するなど大きな役割を果たしている⁹³。

1993年中国政府が制定した「看護師登録管理弁法」は⁹⁴、看護師の全体的な資質の向上、さらに医療の質の保証のうえで重要な制度である。ここでは、看護師の教育と管理、看護師の権利保障や待遇改善も主張している。しかし、看護師の権利については、「看護師の権利は法律によって保護を受ける。看護師の労働は全社会に尊重される」(第4条)と規定されているだけである。具体的にどう保護され、どう尊重されるかは、具体的規定がないままである。男性看護師に関する規定がないことも問題点の一つである。

⁹¹ ICN(2012)「Publicly Funded Accessible Health Services」

⁹² 「執業医師」とは、医師の資格がある条件で、現場訓練や継続教育を受けて実際診療、診察できる資格。筆者。

⁹³ 見藤隆子ら(2007)『看護職者のための政策過程入門—制度を変えると看護が変わる!』、日本看護協会出版会

⁹⁴ 弁法とは、中国語で方法との意味であり、法律でない。

図表 17 中国看護関連政策一覧

1979	『衛生技術人員職称及び昇格条例（試行）』	
1979	『關於護理工作的意見』	病院での看護配置基準 病床看護師比率 1 : 0.4 医師看護師比率 1 : 2 を設定
1981	『「衛生技術人員職称及び昇格条例（試行）」 中』に「主管護士」職称を追加の通知』	
1982	『全国医院工作条例』	第9条に看護関連内容
1982	『医院工作人員の職責』	看護の職責を明確化
1993	『中華人民共和國護士管理法』	
1997	『關於進一步加強護理工作的通知』（さら に看護の仕事強化する通知）	
1997	『繼續護理学教育試行弁法』（看護在職訓 練教育の試行方法）	
2006	『中国護理事業發展規画綱要(2005-2010)』	2007年までに3級病院病床看護 師比率 1 : 0.4 を達成。2010 まで に 85%の2級病院で基準達成
2008	『護士条例』	看護師の資格、権利と義務、医療 機関の関連職責を明記
2012	『中国護理事業發展規画綱要(2011-2015)』	2015年目標看護師人数 286 万人、 医師看護師比率 1:1-1:1.2

出所：中国政府発表により作成

2006年に中国衛生部は『中国護理事業發展規画綱要(2005-2010)』を発表した。主な内容は、①『看護条例』に基づき、看護師の合法的權益を確保し、衛生部門と医療機関は看護師の労働、待遇、管理の責任を明確にする。②3級病院は2007年に、2級病院の85%は2010年に病床看護師比率1 : 0.4の基準を達成という目標を設定。③教育強化し、2010年に看護養成学校の学生割合を「中専看護学校(高校相当) 50%、短大30%、大卒20%」にするなどである。

図表 18 2015 年中国看護師育成に関する主な目標

	目 標	2015 年
看護師の育成	看護師総人数	286 万人
	千人当たり看護師数	2.07
	医師看護師比率	1:1-1:1.2
	三級総合病院、一部三級専門病院	
	病床と全病院看護師比率	1:0.8
	病床と病棟看護師比率	1:0.6
	二級総合病院、一部二級専門病院	
	病床と全病院看護師比率	1:0.6
	病床と病棟看護師比率	1:0.4
	基礎医療機関看護師人数	30 万人
	コミュニティ医療サービス機構医師 看護師比率	1:1-1:1.5
	短大以上学歴の比率	≥60%
	三級病院	≥80%
	二級病院	≥50%
専門看護師の育成	国家級重症監督訓練基地	10 ヶ所

出所：衛生部『中国護理事業発展規画綱要(2011-2015)』

2008年1月23日、中国国務院の常務会議で「看護師条例」が採択され、同年5月から施行された。しかし、これも全人代（国会）が制定したものではなく、国務院が制定したものである。この条例が制定された背景には、中国の看護師が抱えている深刻な状況がある。その目的の第一に「看護師の合法的權益を十分に保障する」ことが挙げられている。また、看護師の配置基準については、国務院の衛生主管部門が規定した配備基準病床と看護師の比率が1対0.4を下回ってはならない、と改めて記載している。

衛生部は2012年1月6日に『中国護理事業発展規画綱要(2011-2015)』を発表した。2015年に看護師人数目標を286人、人口千人看護師数は2.07人、医師看護師比率は1:1—1:1.2とする。これによって、全国100%の三級病院、二級病院の看護師配置は国の規定基準に達し、現在医師数と看護師数の逆転現象の問題を解決すると発表

した。また、現場看護師の安定的な確保を図るため、病院の看護業務量に基づき病院看護師の配置基準の実施、都市部のコミュニティ医療サービス機構及び農村郷鎮衛生院の看護資源の増強、現場看護師の待遇、収入及び職場環境の改善、といった内容を提示した。専門看護師については、2015年2万5千人の育成を目標としている。

上記からみれば、中国政府は1978年に設定した看護基準について、現在、中国医療機関中で最もレベルの高い三級、二級病院においても看護基準に満たしていない機関も存在することを認識していることを示されている。

第5節 実地調査及びアンケート調査

筆者は、2005年から2009年12月までに中国の医療機関及び看護学校、看護大学を訪問し、看護師、看護大学教師、学生などに対するインタビューをおこなった。大連での実地調査によって得られた、看護教育者及び管理者の不足と高齢化、及び看護師の社会地位の低さの実態を明らかにしておきたい。

大連大学は1949年4月に設立された。現在25学院、45専門科目があり、学生15000余人、留学生、成人教育学院学生5000余人を擁している。傘下には附属中山医院、附属新華医院と衛生学校二校を置いている。

大連大学医学院看護学部(2010年7月より、大連大学看護学院に名称変更)は1952年に設立された。中国においてもっとも早く高等看護教育を実施した大学のひとつで、大連地域で一番早く看護師育成を始めた学校でもある。4年制の大卒高等看護師を育成し、大連市内の大卒看護師の約80%は当該学部の卒業生であると言う⁹⁵。

この看護学部は、国内の他の大学看護学部と比べて先端的な実習プログラムを有している。模擬看護病棟は看護師の技能を高めるための教室となっている。また、校外では、大連大学附属中山医院、新華医院、大連市第二人民医院、大連市第五人民医院、大連市中心医院、大連市友誼医院、大連市産婦医院、大連市儿童医院、解放軍210医院、中国医科大学附属第一医院、北京協和医院、北京世紀壇医院、上海第十人民医院等三級甲等医院と提携し、看護臨床教育の基地を設け、そこでの実習を通じて看護教育の質を高め、スキルアップを図っている。

看護学部の教師は、看護専門教師、臨床兼任教師、基礎医学教師の3部分によって構成される。その中、看護専門教師14人、臨床兼任教師56人。教授11人、副教

⁹⁵ 看護教師が不足しているため、看護専門でない教師の比率が高すぎるものがしばしば指摘されている。浙江省における6校の医科大学看護学部の調査によると、教師の中に看護職は35%である。そのうち大卒は32%である(許紅、陳妙妍「浙江省6校医科大学看護学部教師現状調査と分析」『中国高等医学教育』2002.4.24。

授 19 人、講師 21 人、看護修士学位 12 人。修士課程履修中 6 人。年齢層は中・青年教師が主体である。

看護学部長のW氏は、58 歳（当時）で元々高等教育を受ける機会がなかったが、自己研鑽で北京協和大学の通信制により大学卒業資格を得た。さらに、同大学の研究科で修士課程を修了、修士号を獲得した。現在は学部責任者として、研究と教学の両輪で看護学部を引っ張っている。ナンバーツーと紹介されたのは、30 代のZ博士であり、北京中医薬大学卒業後、修士号、博士号（中医学）を取得した。このトップ層の構成は高等看護師教育の中断による中国看護師教育者の断層現象を象徴している。

学生の構成では、農村出身や比較的貧しい家庭出身の学生たちが看護大学に入学する傾向が見られる。中国では伝統観念が残っており、人の体に触れたり、オムツを替えたりすることを軽蔑し、そのような業務を不可欠とする看護師の社会地位まで軽んじられているため、家庭の経済環境のよい学生は看護学校や看護大学を敬遠する傾向がある。また、せっかく入学した学生も看護職を選ばず、看護師と比べて待遇がよく、自己実現の可能性の大きなほかの職を選んでしまう。多くの優秀な学生に看護職を選んでもらうためには、看護師の社会地位の向上と待遇の改善がカギとなると言えるであろう。

大連大学では同大学の外国語教育の強みを生かして、看護学部に国際コースを設けている。英語が中心となっているが、日本語の教育もあり、将来英語圏や日本で看護師として働くことも視野に入れているようにしている⁹⁶。

医療機関の看護状況を把握するため、1907 年に設立された大連大学付属中山病院（別名瀋陽鉄道局大連病院）を訪れた。病棟面積は 7 万平方メートルを超えて中国政府から三級甲等病院⁹⁷に認定されている。

中国の都市部大型病院の共通点でもあるが、大連市の医療提供体制における最大の問題は診察の混雑問題である。市民が病院や医者を選択することによって、容易に診察を受ける機会が拡大したが、しかし、これによって医療資源の不足と無駄を生じさせる原因ともなっている。患者は一般に、病気になったときには、できるだけ信用のある大病院へ行ったり、名医に診察してもらったり、という慣習があ

⁹⁶ 日本の看護師国家試験の合格率は、日本人で 9 割に対して、中国人 70—80%、インドネシア人 10% 前後と、漢字圏の中国学生は有利である。日本の NPO が中国看護大学生の育成に力を入れている。『朝日新聞』2013 年 5 月 25 日朝刊。

⁹⁷ 中国の病院分類は、1 から 3 級に分けられ、数字が大きいほど、病院も大きい。3 級は最高で、その後、2 級、1 級と続く。更に、各級を高い順に甲・乙・丙の 3 ランクに細分している。すなわち、全部で 9 つランクである。大連大学付属中山病院は 3 級甲等病院であるため、最高レベルとなる。

ある。そのため近年では、市内の大病院では賑やかだが、小病院は閑古鳥が鳴くほど静かな状態となっている。大連医科大学第一付属病院と大連市中心病院という二大病院だけで全市に三分の一の患者が集まっているという。しかし、大病院の外来患者の75%以上はたいした病気ではない、風邪に過ぎない患者も大病院へ診察を受けに行くので、医療費を増大させるばかりではなく、大病院で本当の機能である高度医療にも影響されている。

これを解決するため、当該病院は予約制を導入している。患者たちとのコミュニケーションを増やし、更に不定期に市民（患者）との会話の場を設けている。

大連大学付属中山医院看護部主管看護師、看護部主任のR氏によると、看護部で競争原理を導入したことが、医療従事者の意識の変化をもたらしたと言う。医師、看護師などは医療の質を向上する意識が高まり、危機感をもつようになり、作業に対する責任感が強まった。また、医療保険制度の実施にともなって、医療保険管理部門の監督評価や、清算支給制度が導入されたことによって、医療従事者の費用意識や病院運営に参画する意識が強化された。中山医院は大連医科大学、大連大学医学院の教学病院であるという有利な条件を利用し、常に技術レベルを高め、国内外の最新状況を把握している。国内の有名な病院との技術交流と協力を強め、専門的な人材に医学教育を継続していく良好な環境を提供している。例えば、病院にある教室、閲覧室などを増やし、常に国内外の専門的な雑誌及び書籍を備え、医療従事者が新しい科学技術を導入したり、推進したりすることを奨励し、国内外から新規技術や人材を導入し、病院の全体的な医療技術のレベルを高めることに努めている。また、病院は大連大学、大連医学大学、遵義医学院などと提携して修士コースを含む教育を行っている。

この病院は病床数 1,200 床（分院を含む）、職員 1,400 人、衛生技師 1,126 人（看護師 520 人含む）を擁している。病床と看護師の比率は 1 : 0.43 で国の規定に達している。

520名の看護師では女性が514名と98.8%を占める。男性看護師6名で、主に夜間の急診、手術室に配置されている。うち、大卒約20%、博士2名、修士4名と大卒の比率が以前より改善されたものの依然として低い水準である。主任のR氏は、59歳（当時）で省の看護師協会副会長を務めている。やはり高等教育が中断された時に看護師になったため、中専（短大）卒業である。就職後に大学の通信教育を受けて大学卒業資格を得た。病院は看護師の継続教育、研修を充実させ、待遇もほかの病院より良いという。看護師の離職現象がみられる中で、この病院の看護師の離職

はほとんどない、と語っている。看護師の初任給は、修士1,276元、大卒1,176元、専科卒業1,076元である(2011年)。ボーナスは業績及び評価によって異なる。

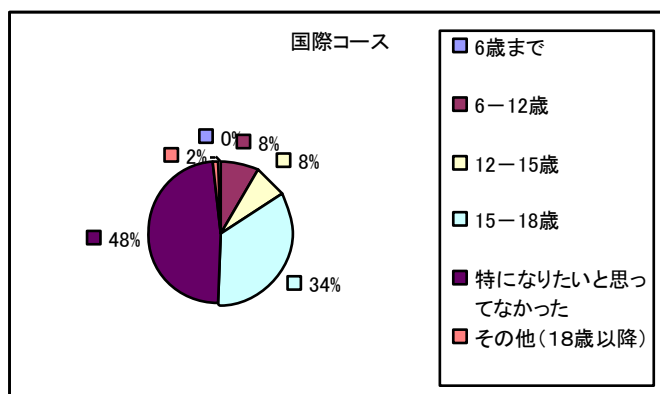
1、大連大学看護学部・職業意識アンケート調査

中国看護師の現状と不足の実態と原因を分析するため、看護学生の看護師に関する職業意識、看護師をめざす看護学生の志望動機、教育環境と教育内容への満足度、看護師という職業の社会地位や国際化に対する認識などについて、2011年10月に調査を実施した。調査は、大連大学看護学部の低学年（1回生および2回生）国際看護コース及び一般看護コースの学生144名にアンケートを配布し、有効回答数は合計144名である。男女比135：9、年齢18－21才。このうち、国際看護コースは計61名、うち3名が男性である。一般コースは83名、男性は6名。10項目の質問について4－6個の回答選択肢を設けた。調査方法は、無記名アンケート回答形式であり、年齢、性、出身地（都市か農村か）などの属性を記入してもらった。

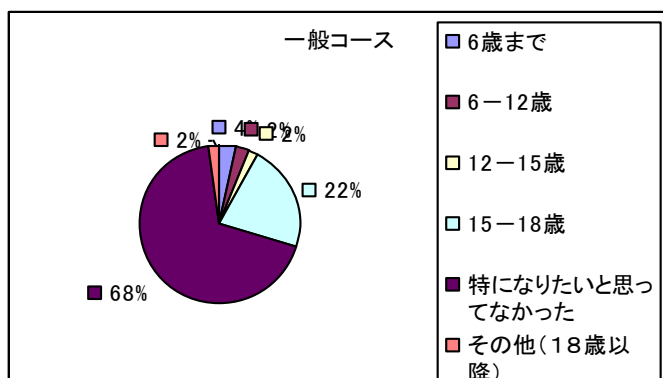
調査結果は、下記の通りである。

質問1は、看護師になろうとした意識・意欲を調べるもので、何歳までに看護師になりたいと思ったかを聞いた。

図表 19



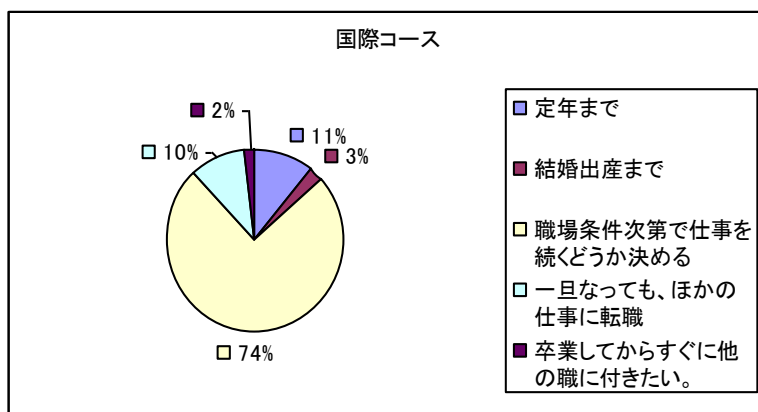
図表 20



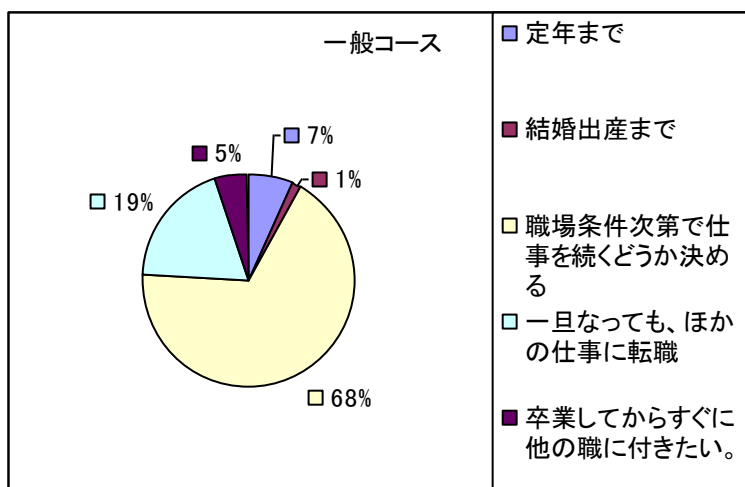
これに対して15-18歳が一番多く、国際コースは34%、一般コース22%である。とくに看護師になりたいはなかったという割合は、国際コースの学生は48%、一般コースは67%に達している（図表 19 参照）。これらの学生は、看護学部に入ったにも関わらず、国際コースでは約半分、一般コースでは約7割ちかくが「とくに（看護師に）なりたいてと思ってなかった」としている。

質問2は、いつまで看護師として仕事を続けるつもりなのかという質問である。図表 21 と図表 22 で示すように、定年まで働くつもり学生の割合は、約1割である（国際コース11%、一般コース7%）。

図表 21



図表 22



職場条件次第で仕事を続けるかどうかを決めるのが一番多く約7割で、国際コースは74%、一般コースは68%である。結婚出産までは、国際コース3%、一般コースは1%である。一旦なっても、ほかの仕事に転職は、国際コース10%、一般コースは19%である。また、卒業してからすぐに他の職に付きたい学生は、国際コース2%、一般コースは5%である。

質問3は、看護学科へ出願希望順を調べた。国際コースの中では、第一希望の学生が56%、第二希望が16%、第3希望は5%であり、入学を希望していない学生が20%も占めている。

一方、一般コースの中では、第一希望の学生が57%であり、国際コースとほぼ同じである。第二希望は11%、第3希望は11%で、第4希望は1%である。「入学を希望していない」学生は20%である。

質問4は、学生の看護学科への教育、生活等への満足度について、調べた結果、非常に満足は、国際コース3%、一般コースは2%とわずかであり、満足は、約4割である(国際コース44%、一般コース41%)。どちらでもないのは、国際コース41%、一般コース37%。

質問5は、看護教育における外国語教育の重要性について、国際コース84%、一般コースは85%と両方ともは8割以上が「非常に重要」、「重要」と回答している。

質問6は、将来海外や日本で看護師として働きたいと思うかどうかについての質問である。国際コースでは半数以上は積極的に外国で看護師として働きたい、としている。「非常に意欲がある」回答は31%、「意欲ある」は36%。一般コースは、「非

常に意欲がある」のは11%、「意欲がある」のは25%。この質問に対しては、国際コースと一般コースでは差が見られる。

質問7は、中国での看護師の社会地位について尋ねたところ、国際コースは63%、一般コース61%と6割の学生の回答は地位が「低い」あるいは「非常に低い」と認識している。「高い」と「非常に高い」との回答はわずかであり、国際コースは3%、一般コースは1%にとどまっている。「どちらでもない」は3割(国際コースは34%、一般コースは38%)である。

質問8に日本や外国の看護師の地位について質問である。学生の中に国際コースは58%、一般コースの47%が、「高い」、「非常に高い」と認識している。「低い」、「非常に低い」は国際コース10%、一般コース22%で、「どちらでもない」は国際コース30%、一般コース31%。

質問9は、日本や外国の看護師の専門性と技術について尋ねた。専門性が「高い」、「非常に高い」と回答したのは、国際コース63%。一般コースは46%と認識の差があるものの、半数前後は外国看護師の技術性を高く評価している。

質問10は学生の出身地について、尋ねた。出身地からみれば、大連市出身が一番多く約4割をしめる。都市区域出身が約6割、農村区域出身が4割である。家と遠く離れず、就学する傾向が見られる。

2、調査結果分析

筆者の調査で得た回答肢から平均像を見ると、中国の看護学生は、看護師になりたがらないか、条件次第で看護師の仕事が続けるかどうかを判断すると、考えていることが分かった。これは、中国の看護師の社会地位の低さ、待遇の低さに関連している。看護学生として大学看護学部に入學しても、看護師になりたがらないという調査結果は、中国の看護師育成と人数の確保が深刻な困難に直面していることを明らかにしている。

中国看護学生に関する調査は、岸英子らが1999年に中国南京市の中等衛生学校で看護学を学んでいる女子学生300人に対する職業意識について行った調査がある。この調査は、当時中国の一般的な看護学生の職業意識を理解するためにおこなったものである。対象は、中国南京市の中等衛生学校で看護女子学生300人(3年制学校で各学年100人)である。調査結果としては、①看護学生は全体的に高い職業意識を持っていたが、3年生で低下を認めた、②看護学校入学の早期決定者は、高い職業意識を持っていた、③看護職以外の進路変更を考えている者は功利的な得点が高かった。この分析結果によれば、中国では多くの看護学生が将来の進路転向を考え

ており、情緒的意識だけでなく功利的な意識をもっている。筆者の本調査と比較すると、4年制大学生としての本調査はさらに看護師への就業意欲が低いことが示されている。これは10年以上の時間の差による状況の変化以外に、大学生としての進路の選択肢が広がっているのに対して、当時、中等看護学校の学生が卒業後あまり多様な選択肢を持ちえなかったことによる差異と考えられる。

本調査から、大連大学看護学院の看護学生であるにもかかわらず、看護師になりたくない学生の割合は、半数以上にものぼり、また、定年まで働くつもり学生は、わずかに約1割（国際コース11%、一般コース7%）に止まっている。職場条件次第で仕事を続けるかどうかを決めるのが一番多く約7割で、残りの2割は、一旦看護師になっても、ほかの仕事に転職するか、または卒業してからすぐに他の職に付きたい学生である。職場条件は、看護師として続けるかどうかのもっとも重要な要素であることがわかる。

中国における看護師の社会地位について6割の学生は地位が「低い」、あるいは「非常に低い」と認識している。「高い」と「非常に高い」との回答は、国際コースは3%、一般コースは1%にとどまっている。ヒアリング調査では、「中国においては看護師の社会地位が低い」と指摘を受けたが、アンケート調査結果においてもそれが検証された。

日本や外国の看護師の専門性と技術については、専門性が「高い」と「非常に高い」と、約半数が外国看護師の技術性を高く評価している。看護は専門性のある職業であるとの認識はあるものの、中国での看護技術のレベルをそれほど評価しているわけではないことが分かる。中国の看護学生は日中間の看護技術に大きな差があることを認め、中国における専門性の欠乏も、看護学生が職業を選択するバリアのひとつとして示されている。

看護師不足は、先進国を始め世界規模の問題でもあり、看護師の社会地位、待遇、過労による精神的なストレスなど、日本も中国もさまざまな理由はある、同じ原因に由来するものも多くある⁹⁸。一方、中国の独特な理由がある。例えば、①中国の医療政策から見れば医者重視し、看護は軽視されている。②中国の伝統観念として、人の体に触れ面倒を看ることや、糞尿を処理することが、一段低い仕事と見なされる傾向を否定できない。とくに一人子政策は、「小皇帝」式教育でさらに看護労働を軽視する傾向がある。看護も介護も中国語では「護理」が同じ言葉を使われており、

⁹⁸ 「看護職員の労働実態調査」（日本自治労連本部・自治体病院闘争委員会、2011）によると、日本では看護師の労働条件による離職が多く、80.5%がやめたいと思っている。最大の原因は「人員不足」による「休暇が取得できない」、「夜勤がづらい」といった医療現場の労働条件問題である。

言葉の段階から医療行為に関係する看護と、単に面等をみる介護との区別もあいまいであり、看護師としての知識と専門技術の独自性が認められていない。③中国は漢方の国でもある。漢方は医者を中心とするシステムであり、医者が自ら患者の脈を診たり、処方箋を出して薬まで調合する一連の診療活動を一人で担当するケースが多い。すなわち現代の医師、鍼灸師、薬剤師、看護師の機能をすべて兼ねもっている。また、漢方は内科疾病の治療を中心とした医療であるので、入院がほとんどない。家族の看病を必要とするが、看護師の必要性が少ない。④中国の看護教育は主に専門学校教育であり、大学教育は30年間中断されてきた。現在60～70歳代の看護職は大卒者もみられるが、退職年齢に達しており、40～50歳代の指導者層の中に高学歴者が少ない。文化大革命の10年間で、すべての学校看護教育が中断されて、学校や医療現場で指導者の立場になるべく年齢の看護師たちは正式な教育を受けていなかった。

最近の新しい現象としては、「医療従事者と患者との関係」において「医療紛争(医闹)」(医療事故だと称し、病院や医療関係者を告発・攻撃する行為)が増大している。医療関係者の中には、自分の安全を確保するため、ヘルメットを被って病院を出入りしている病院もある。筆者のヒヤリング調査では、医療現場で患者と接触が多い看護師の被害がとくに多く、看護師が殴られるケースもしばしばあることがわかった。

終章 今後の課題—格差のない国民皆医療保険へ

以上、中国の医療の現状をまとめると、医療衛生サービス供給量は相対的に不足しており、配分も不均衡であるため、医療格差、とくに都市部・農村部の医療保障水準の格差は大きく、医療衛生事業の発展水準と国民の生活の質・健康に対する需要とを比べると、なお大きな開きが存在する。このような問題を解決するため、中国政府は、「第12次五カ年計画」で次のような4つの政策を打ち出している。

①医療保障制度を強化し、カバー範囲の拡大と医療水準の向上を図る。②末端医療施設を強化し、全面的に発展させる。③公立病院の改革、パイロット・プロジェクトの全面推進。④公衆衛生事業のハードウェア強化とサービスの強化。

中国医療の課題を考える場合、計画が示すような施策の実現はもちろん必要である。しかし、社会問題化している「看病難」＝医療へのアクセス難も医療格差の拡大についても、そもそも医療資源や人材が圧倒的に不足しているという状況の下で、医療資源や人材が都市部の大学や病院施設に集中し、逆に貧困地域や農村地域で十分な医療が行える施設や医療人材が不足していることによって引き起こされているのである。先ず、農村部、貧困地域で医療施設の充実、医師や看護師の配置、基礎治療を行えるように整備することが先決である。そのポイントとなるのが人材面、とくに深刻な看護師不足問題の解決なのである。

中国の深刻な看護師不足の主な原因は4つある、と考えられる。①医療供給・看護サービスに対する国の認識不足と政策上の問題である。ベヴァリジの包括性の基本理念に立って、全国民をカバーし、平等な医療サービスを提供するという原点に立って、国・政府の責任を果たし、しっかりした医療・看護人材政策を立てなければならない。②教育、人材育成の方向性に問題があり、看護師志望者が少ない。学生たちが学校を受験するときや志望を決める際には、看護師は将来の見込みがない職業だと思って、この専攻を受験したがない。専門看護や看護の高次元医療技術とプライマリケアの看護育成方法については、英国・日本のように重層的に育成して行くように考えるべきであろう。③待遇、社会的地位の問題。中国は男女雇用機会均等の国であり、同等の教育を受ければ給与面でも同等であることから、女性にとって魅力的な職業は看護職だけには限られない。看護業務は厳しい側面のみ捉えられており、看護師に対する社会的認識度が低い。④現在、看護業務の拡大、看護二一ズ増加、病院規模の拡大・病床数増加、新技術への適応など、大きな変革期にあるにも関わらず、医療機関における看護師体制が対応できていないことから、職業的将来性が示されていない。看護師の離職は、病院の運営と看護の質に悪影響

を与えるだけでなく、教育と衛生資源の浪費でもあるが、在職看護師の業務負担の過酷化によって離職率が高くなり、看護全体人数の拡大に悪影響を与えている。

従って、看護師の量と質の向上を図るためには、まず国の政策、医療制度をめざすべきものを明確にしなければならない。その基本的な指針はベヴァリジの理念が提供している。国民全員をカバーする平等な医療制度を構築するには、安定的で継続的にサービスを供給することができる人的な資源、人材の確保が不可欠となる。

ベヴァリジの理念に基づいて、中国の国民皆保険制度を実現するには、まず①政府の責任を明確にすること。財源や政策は国民全員をカバーできるような設計が必要である。中国の看護の歴史から見ると、人材の育成は長い時間と莫大な費用がかかり、市場調整及び社会と企業に任せている限り、良質共備わった育成は不可能である。中国の看護師の配置問題は、40年たっても問題解決できなかった。その一因は政府の予算削減によって、医療が過少供給傾向におかれたことにある。②医療供給体制、とくに農村部の充実による格差の是正とプライマリ・第一次医療機能の強化が必要である。そのような体制に適応した人的資源、看護人材という視点からみれば、人口千人当たりの看護師数を日本・英国レベルの人数に引き上げるとして、現在の200万人体制をその6倍、総人数1,200万人体制とすることが必要となる(図表23)。

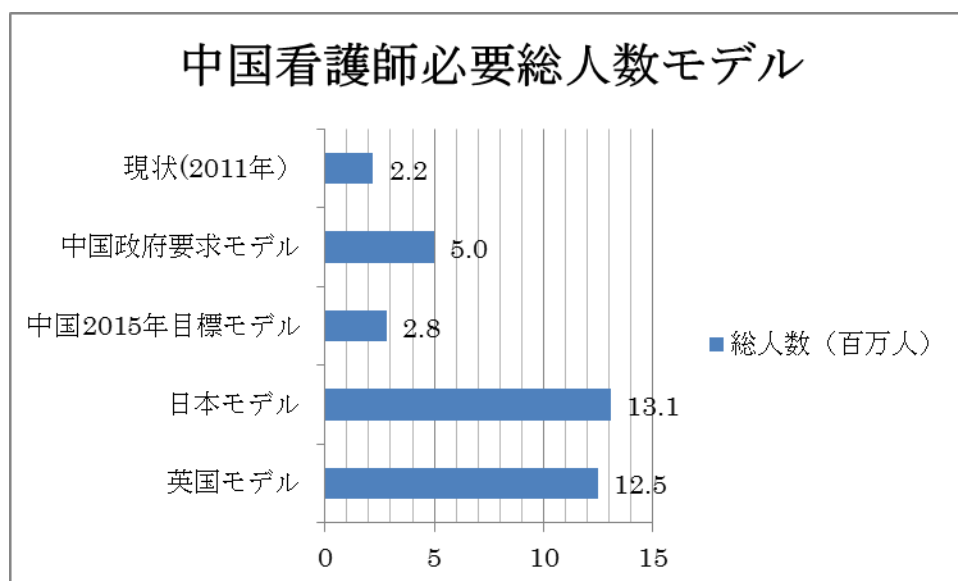
看護師不足の理論分析においても、国民に平等な医療サービス提供という基本理念とビジョンをしっかりと見据えていなければ、看護師は簡単には増えない。現実問題として、中国の看護配置基準は、40年前に設定されたにもかかわらず未だに達成できず、医療と社会の進歩に追いついていないのは、医療に関する基本理念が欠如しているためであると考えられる。配置基準の再設定、そしてその設定にもとづいて医療機関の運営を確保できるように、先進国の医療機関評価方法の導入と法的な整備が必要である。

ベヴァリジの理念に基づき創られた英国NHSの医療制度には、看護師の配置基準がない。しかし、すべての国民に平等に基本医療を受ける制度を作るという理念の下で、患者を中心にした医療サービスを提供していく長期間の実践を通じて、結果的には人口千人当たり看護師数は中国の6倍にも達している。「国民皆保険」を実施している日本でも、人口千人当たりの看護師人数は、中国の約6倍である(図表23)。これは偶然なのか、それとも国民全員をカバーするのに、必要不可欠な看護師人数なのか、今後の研究課題となる。

中国の医療問題の解決し、「国民皆保険」及び平等な医療サービスの提供を実現

するためには、医療人材、とくに看護師の確保は医療の質を維持するのに重要かつ緊急な課題である。人材を育成しながら医療全体のレベルを上げるため、国・政府の主導が必要であり、医療を市場経済に任せきりにせず思い切った政策策定と財政資金の投下が必要である。

図表 23 国民皆保険に必要な看護師総人数モデル



出所：中国政府発表、OECD資料に基づき、筆者作成

注1：政府要求モデル：1978年衛生部の規定によると医師看護師比率は1：2である。2011年に中国の医師数は2.5百万人である。この基準で看護師数は、 $2.5 \times 2 = 5.0$ 百万人である。

注2：中国2015年目標モデル：衛生部『中国護理事業発展規画綱要(2011-2015年)』によると、2015年に看護師の数を286万人までに増やすとの計画。

注3：日本モデル：日本人口千人当たり看護師数10.1である。これを基準とすれば、中国人口は13億人であるので、必要な看護師総数は、 $10.1 / 1000 \times 1300$ 百万人=13.1百万人となる。

注4：英国モデル：英国は人口千人当たり看護師数9.6である。これを基準とすれば、中国人口は13億人であるので、必要な看護師総数は、 $9.6 / 1000 \times 1300$ 百万人=12.5百万人となる。

ベヴァリジの理論の包括性からみれば、中国の看護教育の方向は、看護師育成の高校教育に相当する「中専」を廃止し、高等教育に走る方向にあるが、これは必ずしも正解とは言えない。もちろん専門看護師など先端医療にも必要であるが、しかし、全国民をカバーする医療保険制度、と国民の一人一人の人生の全過程をカバーする医療サービスの提供体制を実現するため、かなりの看護師の人数が必要である。現在の中国の看護師の供給現状からみれば、人数的にもプライマリ医療、高齢化社

会への対応が不可能である。そのため、看護教育の方向性としては、看護教育の縮小ではなく、看護師のレベル構造を分析し、中専、男性看護師、専門看護師育成を含め、すべてのニーズに対応できる多層的教育体制が必要である。

看護師不足の直接の原因は歴史的な要素や看護教育の中断などが挙げられるが、劣悪な労働条件や従属的な職務内容、看護師の低い報酬、将来の展望も持てないことから仕事に身が入らず、在職教育・研修の条件も貧弱など多面的な要因がある。中国の特異な伝統的観念にもとづく看護軽視も無視できない。中国看護師の地位と待遇の改善とともに、封建的な女性差別思想を克服し、看護を高く評価する社会文化を培うことも重要である。

看護を発展させていくためには、看護指導者の教育が最も大切で、資質の高い看護教員と看護管理者を育成し、臨床における優秀な人材を確保するための再教育が必要である。一方、看護師教育制度の見直しも必要である。大量育成して農村部の医療供給体制強化をめざす一般普及型の教育、と先端医療に適合的な看護師の大学レベルの教育と組み合わせ、多層的な教育システムが必要と考えられる。この面においては、現在、中国の看護師の一般学歴は中学卒業者が多く、世界の水準が高校卒以上の高学歴であることからみて見直す必要がある。

看護師の量的な不足はやがて質の低下につながるのである。人員の不足によって過重労働が常態化し、看護師の心身の疲労をもたらす。さらに看護師の疲労と夜勤は、医療事故や看護師の健康問題にもつながり、そもそも、教育以前に若い人が憧れる職業にはなっていないことが問題である。そして、せっかく看護専門学校に入っても看護師になりたくないことも問題である。そのため、待遇を改善しながら、教育機関のみに頼らない大量育成方法を考えるべきである。学校教育を担当できる高度な知識と技術を有する有能な看護師の育成を急がなければならない。この点について、日本の准看護師システム、医療法人や医療団体が設立した教育機関による看護師育成の方法、そして看護師と区別された介護士の資格制度を参考にすべきである。

社会地位の向上、労働条件と給与の改善を挙げることも重要であるが、立法による看護師の権利の保障、社会的に人々の健康を守る看護師という職業を尊重する風土、文化の形成も必要である。中国政府は12次五か年計画のうち「医療・衛生分野の五か年計画」及び衛生部『中国護理事業発展規画綱要(2011-2015年)』に2015年に看護師の数量を286万人まで増やすことを計画しているが、看護師を増員できたとして、安心して仕事ができるような労働環境整備の具体策が見えてこないし、「国

民皆保険」のもとでの平等な医療体制・看護サービスを提供するという明確なビジョンがないから、このような低い目標設定につながる、と考えられる。

看護師不足問題が中国医療保険制度のボトルネックとなっていることは、中国政府が国民健康問題を真剣に取り込んでいるかどうかの試金石ともなる問題である。看護師現状の2.2百万体制、目標の2.8百万人態勢、そして「福祉国家」モデルの12百万体制の間に大きな開きがあり、この落差を埋めないままで行くとすれば不完全な、名前だけの「国民皆保険制度」になってしまう可能性すらある。

今後、高齢化社会が進み、ますます医療サービスの内容と質が問われることになる。習近平体制は社会安定と経済成長のため、「民生の保障・改善」を強調しているが、医療や所得再分配を通じて公平性を高めることなしに、社会の安定性を高めることは出来ない。そのために、看護師を含めた医療人材を育成し、問題視されていた高額医療費や、地域医療の格差を縮小していかなければならない。

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、ベヴァレッ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りうると確信するものである。

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。

参考文献

日本語文献

国土交通省 <http://www.mlit.go.jp/>

外務省 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/>

財務省 <http://www.mof.go.jp/>

総務省統計局 <http://www.stat.go.jp/index.htm>

観光庁 <http://www.mlit.go.jp/kankocho/>

日本銀行 <http://www.boj.or.jp/>

経済産業省 <http://www.meti.go.jp/>

厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/>

日本活性化のための経済連携を推進する国民会議 <http://www.keizairenkei.jp>

国立社会保障・人口問題研究所

http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Mokuji/1_Japan/J_List_14.asp?chap=0

『日本経済新聞』

『朝日新聞』

W. Beveridge (1942) 『SOCIAL INSURANCE AND ALLIED SERVICES Reported by William Beveridge』(山田雄三 監訳 『ベヴァリジ報告 社会保険および関連サービス』、至誠堂、1969年)

関志雄 (2009年) 『チャイナ・アズ・ナンバーワン』 東洋経済新報社

山本恒人 (1997) 「中国経済圏における社会経済の発展と日本政府・企業の果たす役割」 第九章「中国の社会保険制度改革の現状と問題点」

山本恒人 (2000) 『現代中国の労働経済』、創土社

山本恒人 (2010) 「毛沢東体制：その存立基盤と内包する社会衝突的リスク」 『比較経済研究』 第47巻第1号

世界銀行 (2004) 『世界開発報告 2004 貧困層向けにサービスを機能させる』 シュプリンガー・フェアークラーク東京

世界銀行 (2006) 『世界開発報告2006 経済開発と成長における公平性の役割』 一灯舎

川村匡由 (2003) 『高齢者福祉論』 初版、ミネルヴァ書房

厚生省 (1985) 『厚生白書—長寿社会に向かって選択する—昭和60年版』

厚生労働省 (2004) 『労働経済白書16年版—雇用の質の充実を通じた豊かな生活の実現に向けた課題—』 初版、厚生労働省

- 厚生労働省大臣官房統計情報編 (2004) 『平成 14 年介護サービス施設、事業所調査』 初版、財団法人統計協会
- 遠藤 聡 (2008) 「東南アジアの海外労働者問題と外国人労働者問題—フィリピン・ベトナム・シンガポールの事例」 国立国会図書館調査及び立法考査局総合調査報告書『人口減少社会の外国人問題』
- 黒羽義典 (2005) 「FTA 合意で加速する介護人材交流—フィリピン人ヘルパー講座に通ってみた」 『月刊シニアビジネスマーケット』 7 月号
- 駒井 洋 (2006) 「第3 章 研修生・技能実習生—ベトナム人を事例として」 『グローバル化時代の日本型多文化共生社会』、明石書店
- 総務省統計局編 (2008) 『世界の統計 2008』、総務省
- 健康保険組合連合会編(2012年) 『図表で見る医療保障・平成24年度版』、ぎょうせい
- 井口泰(1997) 『国際的な人の移動と労働市場—経済のグローバル化の影響』、日本労働研究機構
- 田近栄治・尾形裕也(2009) 『次世代型医療制度改革』、ミネルウェア書房
- 佐野哲 (1997) 『ワーカーの国際還流』、日本労働研究機構
- 佐野哲 (2002) 「外国人研修・技能実習制度の構造と機能」 駒井洋編著『国際化のなかの移民政策の課題』、明石書店
- 国土交通省観光庁(2010) 『観光白書 平成22年度版』 日経印刷
- 依光正哲 (2003) 「日本からの出稼ぎ移民」 依光正哲編『国際化する日本の労働市場』、東洋経済新報社
- 日本商工会議所(2003) 「少子高齢化、経済グローバル化時代における外国人労働者受け入れのあり方について」 [提言]
- 王文亮 (2010) 『現代中国社会保障事典』、集広舎
- 長田浩(2003) 『医療・看護の経済学』、勁草書房
- 伊藤周平 (2007) 『権利・市場・社会保障』 青木書店
- 岩崎・池本・稲沢 (2005) 『資料で読み解く社会福祉』 有斐閣
- 総務省統計局編 (2012) 『世界の統計 2012』、総務省
- 王崢 (2009) 「中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に—」 『大阪大論集』 60巻第一号
- 王崢 (2011) 「中国農村部における多層的医療保障体系の構築」 『大阪経大論集』 第62巻第2号
- 王崢 (2012) 「中国農村部における多層的医療保障体系の構築」、日本僑報社
- 王文亮 (2010) 『現代中国社会保障事典』、集広舎

- 于洋・何立新（2013）『中国の社会保障制度の現状と動向・2013年版』独立行政法人科学技術振興機構
- 小林富美恵等（2009）『現代看護の探究者たち一人と思想一』、日本看護協会出版社
- 岸英子他（1999）「中国の看護学生の職業意識」、『長崎大学医療技術短期大学部紀要』
- 趙秋利（2010）「中国における大学院教育の現状と大学院進学による看護職者のキャリア発達」、『看護教育学研究』
- 富澤美幸（1997）「本学看護学生の看護に関する意識調査と社会への関心度」、『足立短期大学研究紀要 第17巻』
- 曾熙媛（1996）「変革期にある中国の看護の発展」『第4回中日護理交流学会論文集』中華護理学会
- 袁曉麗（1994）「中国の看護の現状と課題」『週間社会保障』、No. 1778
- 芦鴻雁ら（2010）「中国における地域看護師の小集団健康教育に必要な知識・技術への精通度と学習ニーズ」、『広島大学保健学ジャーナル』 Vol. 9(1):15-22
- 李宣（2012）「中国医療と農村の光と影—各種調査結果からみる新医療制度改革の現状と課題」『横浜国際社会科学研究所』 第16巻6号
- 沈 潔・広井 良典（2007）『中国の社会保障改革と日本』、ミネルヴァ書房
- 沈傑（2007）『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』、ミネルヴァ書房
- 広井良典（1999）『日本の社会保障』岩波新書
- 広井良典・駒村康平編（2003）『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 広井良典（2004）「中国の社会保障とアジア福祉ネットワーク」『週刊東洋経済』
- 劉曉梅（2007）『中国の社会保障改革と日本』、ミネルヴァ書房
- 陳金霞（2006）「中国農村部の社会保障制度の整備—医療制度を中心に」『社会文化科学研究』 第12号
- 何清漣（2010）『新唐人スペシャル「透視中国」』、「絶えない重荷」社会保障編
- 劉波・劉曉梅・久保英也（2011）「中国における医療格差の多面的考察」『生命保険論集』 第176号
- 田多英範（2004）『現代中国の社会保障制度』、流通経済大学出版会
- 于洋（2007）「中国における格差問題と社会保障改革」、成城大学『成城文芸』2007年1月
- 白瀬由美香（2007）「イギリスにおける地域保健サービスの形成—NHS成立の側面」『大原社会問題研究所雑誌』 No.586・587
- 三浦有史（2009）「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続性を問う」環太平洋ビジネス情報

劉波・劉曉梅・久保英也 (2011) 「中国における医療格差の多面的考察」 『生命保険論集』
第176号

江藤宗彦 (2011) 「成長する中国の医療市場と医療改革の現状」 富士通総研 経済研究所

李為民 (2003) 「地域格差から見た中国の医療改革」 東京大学社会科学研究所

舒瑾 (2008) 「中国医療保険制度の特質と限界—市場経済化後、日中比較—」

楊開宇・坂口正之 「中国の基本医療保険制度の展開と地域格差の実態—上海市と青島市を
例に」 2005年4月

上泉和子ら (1998) 「中国の看護体制の現状と課題」 『日中医学』 Vol.13, No. 2

岸英子 (1999) 「変革期の中国の看護の現状と課題」 『長崎大学医療技術短期大学部紀要』
Vol. 12, P127-133

袁曉麗 (1994) 「中国の看護の現状と課題」、『週間社会保障』、No. 1778, P6263, 法研

真野俊樹 (2003) 『看護がかわれば医療は変わる』、はる書房

遠山日出也 (2008) 「中華人民共和国の看護労働に関する政策と実態」、『立命館文学』 608号

潘娜 (2010) 「中国の近代史における看護教育の歩み」、『山梨看護雑誌』 Vol.9 No.1

渡辺満 (2005) 『イギリス医療と社会サービス制度の研究』、溪水社

堀真奈美 (2010) 「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」 『健保連海外医療保障』
No. 82

堀 真奈美 (2011) 「保健医療分野におけるVFM とアカウンタビリティの確保に関する研究—
イギリスのNHS・ソーシャルケア改革を事例として」、『平成22年度海外行政実態調査
報告書』

梶田孝道 (1994) 「外国人労働者と日本」 NHKブックス

行天良雄 (1990) 「看護婦が足りない」 岩波ブックレット

見藤隆子ら (2007) 『看護職者のための政策過程入門—制度を変えると看護が変わる!』、日
本看護協会出版会

桑原靖夫 (2001) 「グローバル時代の外国人労働者」 東洋経済新報社

小井土彰宏 (2003) 「移民政策の国際比較」 明石書店

小井土有治 (1992) 「外国人労働者 政策と課題」 税務経理協会

2. 中国語

《中国衛生年鑑》編集委員会編『中国衛生年鑑』各年版、人民衛生出版社

中華人民共和国国家統計局 『中国統計年鑑』各年版、中国統計出版社

中華人民共和国衛生部 『中国衛生統計年鑑』各年版、協和医科大学出版社

韓俊・羅丹 (2005) 「中国農村医療衛生状況報告」 国務院發展研究中心

衛生部（2005）「衛生部關於印發《中国護理事業發展規劃綱要（2005-2010年）》的通知」
『中華人民共和國衛生部公報』2005年8期。

中華人民共和國衛生部令（第31号）「中華人民共和國護士管理辦法」

張怡民主編（1999）主編『中国衛生五十年歷程』、中国古籍出版社

郭岩（2009）『衛生事業管理』、北京大学医学出版社

吳惠玲主編（2006）『老人福利法規彙編』、五南圖書出版公司

戴章洲·吳生華（2009）『老人福利』、心理出版社

台湾内政部（2008）『96年度老人福利機構評鑑報告』

顧杏元（1998）「我国農村醫療保健制度研究」、『衛生經濟研究』、NO. 7

国家体改委研究所編（1998）『中国社会保障制度建設20年』中州古籍出版社

中国社会科学院（2013）『社会青書2013』

霍然（1995）「漫長の求索—写在中華護理事業の扉頁—」、『当代護士』6：7-8.

中国衛生部「中国護理事業發展計畫綱要（2011-2015年）」

徐海霞（2010）「我国新医改的戰略選擇与全民医保相关措施探討」上海応用技術学院

吳伝儉（2012）『公平と卓越—英国卡梅倫政府医改之路』、科学出版社

韓莉（2011）『我国醫療衛生資源配置研究』、中国社会科学出版社

李琼（2009）『中国全民醫療保障實現路径研究』、人民出版社

何文炯（2012）『中国社会保障發展報告(2012)』社会科学文献出版社

余劍珍（2013）『高職護理教育模式研究』、科学出版社

姚力（2012）『当代中国醫療保障制度史論』、中国社会科学出版社

于保榮（2009）『医改之路：國際經驗与支付方式』、山東大学出版社

張艷梅（2010）『醫療保健公正研究』、吉林大学出版社

王虎峰（2012）『中国新医改現實と出路』、人民出版社

世界銀行（1994）『中国：衛生模式轉變中的長遠問題与对策』中国財政經濟出版社

閻坤（2000）『中国養老保障制度研究』中国社会科学出版社。

楊良初（2003）『中国社会保障制度分析』經濟科学出版社。

顧美儀（1996）『中国の看護の現状と展望』北京

樊靜（2011）「我国護理人力資源管理存在的問題及对策」、『全科護理』Vol.9(12)

彭愛芝（2012）「我国護理人力資源配置現狀及研究進展」、『当代護士』、1(12)：11-12.

『人民日報』

『中国青年報』

中国人口与發展研究中心 <http://www.cpirc.org.cn/>

中華人民共和國労働・社会保障部 <http://www.molss.cn>

中国国务院 2009 「国务院常务会议审议并通过医药卫生体制改革意见」)

http://www.gov.cn/jdhd/2009-01/21/content_1211859.htm

3. 英語

World Health Organization, The World Health Report 2000-2012

World Health Organization , World Health Statistics 2003-2012

United Nations, World Population Prospects,2008

World Bank (2005)“China’s health Sector-Why reform is Needed”, Rural health in China: Briefing Note Series23.

World Bank (2005), Assessing Government health Expenditure in China Final Draft

World Bank (2008) 2008 World Development Indicators.

William Beveridge(1942),Social Insurance and Allied services Reported by Sir William Beveridge, Published by his Majesty’s stationery Office.

Brown, P., de Brauw, A. and Du, Y.,(2007), The New Cooperative Medical System: Does it help Farmers

Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D& Silber J(2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA, 290, 1617-1623.

Health Shock Maintain Living Standards?, Colby College 2. Brown, P., de Brauw, A. and Du, Y.,(2008), Understanding Variation in the Design of China’s New Cooperative Medical System, Colby College

Cappgemini and Merrill Lynch (2008), Asia-Pacific Wealth Report

Dib, H., Pan, H. and Zhong, H (2008),“ Evaluation of the New Rural Cooperative Medical System in China : is it working or not?”, International Journal for Equity inHealth. July 2008

Wang, Hong-zen (2007). “Hidden spaces of resistance of the subordinated: Case studies from Vietnamese female migrant partners in Taiwan.” IMR 41-3: 702–727.

Gao, Qin (2006), Social Benefit in Urban China, Research Paper No.2006/117, World Institute for Development Economic Research, United Nations University

Hewitt Associates (2006), Health Care in China, Hewitt Global Report

IBM(2006), Healthcare in China Toward greater access,efficiency and quality

Mathers,C et al.(2000), Estimates of DALE for 191 countries: methods and results, Global Programme on Evidence for Health Policy Working Paper No. 16, World Health Organization (<http://www.who.int/healthinfo/paper16.pdf>)

OECD (2005), Governance in China

O'Donnell, O et al.(2005), Who pays for Health Care in Asia ?, EQUITAP Project: Working Paper #1,
ERUITAP("Equity in Asia-Pacific Health Systems")

WHO <http://www.who.int/en/>

OECD <http://www.oecd.org/home/>