

## 日本の医療制度と中国医療制度の違い

初めに；日本の医師・看護師不足と中国の医師・看護師不足の違い。

私は医療の専門家でないことをまずお断りします。また過去に集めた資料で引用先を失念してしまった箇所もあるので著作権は放棄しておきます。

同じ事を何回説明しても①自分自身が無知でも「努力せず無知への挑戦をしない勇気のない若者」また②「学問の学習の方法が判らない若者」が余りにも多いので、表題の日本人も中国人も書いたことのないことのない課題に、最後の武士道精神を祖母より教えられた私は老骨に鞭を打ち「温故知新＝旧きを訊ね新しきを知る」という心で挑戦することにしました。方法論は；

- ①（語学・技術的な分野を除き）学問的には帰納法的（考古学的に事実の証拠集めをし）方法論でアプローチし、
- ②（制度・仕組みが分からなければ）新聞記者的に精通者にあつて取材し、
- ③ 後は自分なりに纏め再度精通者に読んでもらって確認すれば、

私の人生体験では、（語学・技術的な分野は「聞く・見る・練習」の努力を最低1年我慢するしかない。）殆どの学問が分野関係なく学校に行かなくても体系的に纏めることができます。それで「日本の医療制度と中国医療制度の違い」について素人でも必ず解明できると思いき書くことにしました。

(1) 私なりの人生体験から日本と中国の異なる医学の普及率を定義すると；

日本の医療制度はおおよそ西洋医学 95%と東洋医学 5%で構成されている

と推定される。(私の知人の日本の優秀な医者(昭和23年生まれ阪大医学部に1番で入学し一番で卒業したA君はかつて私に西洋医学80%東洋医学20%が良いと言った。)

逆に中国の医療制度はおおよそ東洋医学95%西洋医学5%で構築されていると推定される。中国では病院が中医医院(中国伝統的東洋医学で手術をしないで治療する。医者は鍼治療の中医と漢方薬での治療する漢方医がある。私見であるが中国人は中医と漢方医を同じに解釈している人が多い。しかし私は厳密に定義すると違うと思います。医師のレベルが違うからです。本当の中医は漢方医よりレベルが高い。西洋医学の優秀な外科の医者並みのレベルがあるからです。漢方医は日本の薬剤師とよく似ていると思いました。私の体験です。)と西医医院(西洋医学で手術をして治療する)がある。大都会では中医医院60%、西医医院40%と推察される。田舎では西医医院は皆無に近い。国民全部が健康保険制度に加入していないので、中国人は病気になった場合大抵薬局に行く。共産党幹部・軍隊・警察等の関係者以外は総合病院では患者数が多く待ち時間が長く現金先払いである。また病気の定期検診・予防検診制度などは極めて少ない。

私の推定根拠は約4年前、私が腰の坐骨神経痛とヘルニアで、日本で手術すると治療に一ヶ月かかると言われたので、しかたなく60歳前から独学で勉強した片言の中国語で、一人で中国に行った。東洋医学のメッカである北京中医医院に3回と河南省の鄭州の人民病院で鍼治療を三ヶ月かけて一回2泊3日

(金・土・日)の治療で腰痛を治すことが出来た。日本の鍼治療は2.5cm以上針を患部に挿入することができないが中国は6cmが可能である。10分もすれば眠くなる。まさしく鍼麻酔である。中医が男性の場合整体までしてくれる。一回が45分~1時間である。中国の鍼治療はまさしく「神奇」である。(余談

だが当初びっくりしました。カーテンがなく私の目の前に中国のお婆さんのお尻が丸見えであった。二度目からは別室で治療を受けました。）

また二人の中国人の手術に立ち会った経験もあります。中国の看護師は血を拭き取らない。家族が拭き取るのである。日本では患者を看護師が世話をしますが中国では家族が看護するのです。

## (2) 私の職業体験と人生体験から日本の医療制度をみると；

私は現在日本での病院の会計・税務の顧問もしています。私は本来経営側の立場の人間であるがこの10年間色々な産業の企業の民事再生（病気になった企業を裁判所の管理下で再生する）の仕事を沢山したので、足掛け4年病院との関わりの中で、病院の運営状況が少し解るようになりました。また足掛け11年中国との交流をしていました。中国語は独学で約6年勉強しました。それで中国から有名病院の主任（部長）がたくさん毎年私を訪ねてきます。西洋医学と日本の病院経営・医療機器にすごく興味を示されます。病院の建て替え・老人福祉対策等…。西洋医学を基本とする日本の医師と東洋医学を中心とする中国の医師の医学の価値観は異なるが、中国でも西洋医学と日本の医療制度に高い関心を示すようになってきた。

日本では30年前病院総数は約13,000でベッド総数は約180万床で内精神科の病床が約30万床でした。現在は、病院総数は約9700でベッド数は約120万床になっている。日本の病院は大別して治療機関は①窓口診療箇所 ②一般病棟（手術後早期退院）③療養病棟（長期入院）に区別される。窓口診療箇所は平

均一人の診察 5000 円、一般病棟は 1 床 1 日 3 万円～4 万円で療養病棟は 1 日 2 万円である。日本では医療保険制度が確立しているので、地域の人口に応じてベッド総数が定められており、病院が簡単にベッド数を増やすことが出来ない。それで最近病院は院外に病院の療養型ベッドより 10 万円安い介護保険制度に依存した 1 ベッド 1 ケ月 50 万円の老健（介護老人保健施設）・特養（介護老人福祉施設）等の施設を設け患者の囲い込みを日本国政府の支援のもとに作っている。違いは老健には医者がいることである。特養には医者がない。その他介護保険の適用で；（病院は医療保険・介護施設は介護保険で運営されている。在宅患者を介護施設への入所者は約 10 万人です）

グループホーム；（病気や障害などで生活に困難を抱えた人達が、専門スタッフ等の援

助を受けながら、小人数、一般の住宅で生活する社会的介護の形態のことである。そこでは、地域社会に溶け込むように生活することが理想とされる。集団生活型介護という言い方もある。

大阪市でのグループホームの入所者は約 3000 人で待機者は 1 万人を超えている。一年 16～18 箇所増設、9 人×2 階建て＝18 人、人部屋 7 m<sup>2</sup>、1 ベッド約 38 万円の収入（本人 12 万円＋介護保険 26 万円である。）

ケアハウス；（60 才以上の自立した人、食事・入浴付きの老人マンション）

デイ케어；（家庭で生活しながら、日中は施設に通って入浴やリハビリ、レクリエー

ションなどのサービスのほか、栄養バランスのとれた食事をする。デイサービスとの違いは理学療法士による身体機能訓練、言語聴覚士による言葉の訓練や飲み込みの訓練を受けることができることです。また、送迎サービスある）。

高専賃；（高齢者専用賃貸住宅）等がある。

**(3) 私が日本の医療業界に精通している人の数人の話をまとめると；**

日本の医師不足・看護師不足と中国の医師不足・看護師不足は全然内容が違  
う。日本の医師不足は田中角栄内閣以後約 30 年間医科大学の新設を日本国が  
認めなかった為の医師の供給不足である。日本の医学部は 6 年生で一学年 60  
人～100 人で、医師国家試験合格者数は 1, 000 人以下の年も多く最近でやっ  
と年約 7000 人である。日本の医科大学は「国公立 47 大学、私立 28 大学」合計  
75 である。私立大学の場合卒業までの授業料・寄付金・学校債権合計 7000 万  
円～8000 万円かかる。日本の医師会が独占権益を守るためそうしているのだ  
ある。日本の勤務医師の年収は最低 1500 万円～2000 万円が開業医・病院の理  
事長クラスは年収 1 億円を超える医師もいる。

**(4) 私の知人の中国の医療制度に精通している中国人の弁護士によると；**

中国の病院はベッド数が日本の 1/6 であると聞く。最近私の方に中国から病  
院の建て替えにつき、日本の病院の設計した設計士の紹介依頼がよくある。ま  
た中国における医師数(医生)は年間約 200 万人で、この中には、西洋医学の医  
師だけではなく、中医(漢方医)、中西医結合医も含まれる。中国の医師は、大  
学医学部卒業者だけではなく、高校卒、中卒後一定期間の研修・実務を経た後、  
医師(医師、医士)になっているようだ。過去は実務経験だけで医師免許があった  
ようだ。

中国の医学大学は 5 年生で西洋医師・中医は病院に勤務せず製薬会社に行く。  
原因は給料もよいからです。中国の医師は大半が公務員で給料が安い。

## (5) 日本の病院の売上（収入）を推定するには；

日本で病院の収入を推定するには、外来患者は1日一人5000円×営業日数。  
(例えば一日100人であれば、 $100 \times 5000 \text{円} \times 20 \text{日} = 1000 \text{万円}$ )。外来患者数の目標はベッド数×3倍である。私見であるが医療行為に従事する専門家の配置は常勤医師1人に対し看護師10人(正看護師7人准看護師3人)の比率が多い。病院の年間収入を見る場合、常勤医師8人非常勤医師35人であれば； $8 + 35/3 = \text{約} 20 \text{人} \times 1 \text{億円} = \text{約} 20 \text{億円} \times 1.25 = \text{目標売上} 25 \text{億円}$ と推定できる。0.25は給食・薬等の売上が含まれます。

別の計算ではベッド数に1000万円×1.25でも同じ答えがでます。

\*以上の数値は私の10数件の病院の決算書の分析数値と事務長経験者・現役の院長の話です。

## (6) 日本・中国の医師・看護師制度の本質的に異なる概要；

中国の医者は公務員が主体で年収は安い。中国の医師不足は西洋医学を学んだ医師が少ないということでもあり、中医も含め優秀な人材は給料の高い製薬会社に務めるから医師不足なのである。(日本でも弘前大学・愛媛大学等地方大学の医学部出身者が数は少ないが中国人医師がいます。台湾出身者の医者もいます。)

また日本の看護師不足は年間看護師国家資格を取得する人は約43,000人(中国は約130万人)で地位も高く初任給が年収400万円以上でも；

\*—1 日本の看護学校・大学等は約730校で、生徒総数は1学年43,000

人である。生徒数一学年 30 人～100 人で学校経営は殆ど赤字である。赤字は病院・医師会が補給している。看護学校設置基準がそうなのである。看護師の供給制限されている。(中国での看護学校・大学は数百人～6000 人規模)。日本の看護師会が日本医師会と同じく独占権益を守るためそうしているのである。

- \*—2 高齢化社会の中で看護・介護の重要が増している、一日 8 時間労働であるが、お産での育児休暇が二年間保証されていること。
- \*—3 看護基準例えば一人で二人の患者を看ると一人で三人の患者を看るのでは前者が看護料が高い。看護師が多いほど病院の収入が増す。
- \*—4 国立・公立病院の看護師が高齢になっても、資格更新制度がなく働かなくても給料が上がる。若い看護師が先輩の看護師に虐められる。
- \*—5 中国では定期検診制度がなく中国の富裕層が日本に検診にきても中国語が話せる医療通訳者が不足している等・・・である。

中国は公立の看護学校を増加させて看護師を社会に供給しようとしている。しかも農村部の郷・鎮(町・村)経営の看護学校では。農村の成績が中位の学生を対象として授業料を無料にしても不足しているのである。原因はいくら卒業させて資格をとっても、二年毎の更新手続きがあり、病院の建物も旧く職場環境が悪く、その上 12 時間労働で給料が年間 60 万円以下 (田舎では 12 万円程度) が大半で地位も低く尊敬されないから辞めるので不足しているのである。所謂

3K 仕事内容が「きつい」・「汚い」・「危険」で（医者は患者からの心付けがあるが）中国の看護師は給料が安く心付けもなく患者からも尊敬されないから辞めるのである。

私見であるが中国の医療制度特に医療保険制度は医師・看護師の待遇は日本に比べ 30 年～40 年遅れていると思う。

以下歴史的な観点から入り「日本の医療制度と中国医療制度の違い」を分析してみる。

## I、「医学」の言葉はいつから使用されたか？（←平凡社百科事典による）

医学という言葉は、中国では明の政権が安定する 15 世紀頃から、よく用いられるようになり、1613 年「東医宝鑑」という書物がある。

仏教圏において、「医」の象徴として薬師如来が知られていることから判るように、「医」は元々漢方等の「薬」を扱っていた者によって行われていた。古代中国においては、「医」は主に道教の道士や仏教の法師等によって営まれ、宗教と密接に繋がっている。弘法大師も真言密教を中国から持地帰った。高野山に本殿を構えたのは高野山の土が引きつけの病に効いたからである。伝統的中国医学は、単に「医」または「医方」と呼ばれており、勘と経験に頼る部分が非常に大きかったが、明時代になると、鍼灸だけでなく、漢方薬においても、中国の根本的な理論である陰陽五行思想や経



絡理論など、理で固めるようになり、理論的・学問的な色彩が強くなった。それを強調するために、あえて「医学」という言葉が用いられるようになったようである。

また、「医学(醫學)」という言葉は、「哲学(哲學)」「民主主義」「社会(社會)」などと同じように、明治時代に英語・ドイツ語・フランス語などの「英: *midicine*」や「独: *medizin*」などを訳出する時に作られた造語(新漢語)のひとつ、とする説もある。日本の西洋医学は江戸時代中期にオランダの宣教師蘭学として入ってきた。中国ではイタリアの宣教師が清朝の第4代皇帝の康熙帝の時にもたらされた。

まず世界全体の医学を概観すると、世界各国には様々な医学があり、例えば、中国伝統医学、イスラム医学、西洋医学 等々がある。

## II、西洋医学と東洋医学の違い

	西洋医学	東洋医学
A;医療対象の捉え方の違い	病気(疾患)を対象	患者(病人)を対象
B;身体の構成の捉え方の違い	身体は様々な「部品=臓器・組織」が集合した一種の「精密機械」(心と身体は別)	人間は自然界の一部で、身体も様々な臓器や組織が密接に関連した「小宇宙」(心と身体は同一)
C;病気の捉え方の違い	身体を構成する「部品」の一つが「故障=異常・変調」し「部品の故障=病変部」が直接発見されるか、検査データにはっきり異常を示したものを「病気」とする。	病気は全身の体内バランス(自然治癒力、免疫力)が崩れ、異常を起こしていると考え。体内バランスの乱れがあれば治療する。
D;診断や治療方法の捉え方の違い	診断や治療は「病気=病名」によって方法が決定。切る、視る、触れる、叩く、聴くが基本。	診断や治療は全身状態(患者の訴えなど)や身体の機能的な異常によって決定。望(見る)、聞(聞く)、問(問う)が基本。
E;治るといふことの捉え方の違い	元の状態に戻すことが治療の目的。	病前より健康になる(共存させる)ことが目的。

F;治療方法の違い	化学薬品、薬物、手術療法、物理療法	漢方薬(天然薬物)、鍼灸、あんま、気功など
G;薬の捉え方の違い	<ul style="list-style-type: none"> <li>・確実に強力な作用を持つ薬が「良い薬」</li> <li>・即効的な特効薬が理想的。</li> <li>・病気の原因を治す「成分(単一成分)」を追求。</li> <li>・作用が強力なら、副作用や毒性が強くても評価する。</li> <li>・作用の仕方は身体の特定の所に限定される。</li> <li>・健康な人に使用しても一定の作用を示す。</li> <li>・生薬中(天然物)の有効成分を抽出、又は類似物質を化学合成する。</li> <li>・単一成分。</li> <li>・化学合成されているので、常に同じ作用が得られる。</li> <li>・薬効が強く、即効性がある。</li> <li>・副作用がある。</li> <li>・服用を中止すると症状が悪化することがある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・作用が弱くても、副作用がない薬が「良い薬」。</li> <li>・即効的な効果より、長期間飲むことで体力を強化できることが理想的。</li> <li>・自然治癒力を強化し、体内バランスを正常化する「処方」を追求。</li> <li>・作用する箇所は身体が多岐にわたる、全身に作用する。</li> <li>・身体のバランスが乱れた時によく作用する。</li> <li>・生薬中(天然物)に含まれる多くの成分だけ使用、化学合成はしない。</li> <li>・複合成分。</li> <li>・作用、効果も多彩で多方面にわたる。</li> <li>・効き方が緩やかで、効果が出るのに時間がかかる。</li> <li>・副作用がない。</li> <li>・服用を中止しても悪化することがない。</li> </ul>
H;身体の器官の捉え方	<ul style="list-style-type: none"> <li>: ホルモン系、循環系</li> <li>: 神経系</li> <li>: 免疫系</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>: 血</li> <li>: 気</li> <li>: 水</li> </ul>

インターネット検索結果、近藤文人氏の文面を参照して私に対比表にしてみました。

### Ⅲ、日本の医療制度と中国医療制度の違い

日本	中国
日本の医療制度は全国民が原則加入する公的医療保険制度(以下、医療保険制度)が基本となっており、年齢や所得に関係なく、原則として全ての医療(治療や薬等)を保険給付として受けられる仕組みとなっている。“全国民が原則加入”する「国民皆保	中国では「看病難、看病貴」(診療を受けるのが難しく、受けられても医療費が高い)が社会問題化している。高い医療費は、貧困世帯はもちろん、貧困を脱した世帯においても、生活水準を大きく低下させる原因となっている。背景には、過剰診療による医療費の

<p>険」は昭和 36 年に確立し、現在に至っている。生活保護者でも医療が受けられる。看護に関して日本は看護師による完全看護が原則。</p>	<p>高騰と行き過ぎた市場化による個人負担の増加がある。中国は家族による家族看護が原則。</p>
<p>2008 年 4 月からは長寿医療制度(後期高齢者医療制度)がスタートし、満 75 歳以上の高齢者は同制度の対象になる。また、医療保険制度は“原則として全ての医療を保険給付として”受けられる「保険診療の原則」の下で運営されている。医療保険制度は、国民健康保険と被用者保険に大別される。日本は私立病院が多い。</p>	<p>中国の医療格差は所得格差だけではなく、制度によって引き起こされている側面がある。そのひとつが地方分権化である。交付金は財政能力の格差を是正するという明確な目的のもとで配分されていないため、地方分権化によって沿海内陸の医療格差は増幅されてきた。また、省以下の地方政府については責任と財源が明確に区分されていないため、農村医療は窮乏化する傾向にある。 中国は国・公立病院の他に軍・警察関係者の病院があり私立病院は皆無である。</p>
<p>日本の公的医療制度は、一般のサラリーマンは、被用者保険のうち、大企業なら組合健保(健康保険組合)、中小企業ならば政管健保(政府管掌健康保険組合)に加入している。その他公務員・学校教職員は共済に、また、自営業者や無職の場合は市町村国保に加入している。</p>	<p>医療格差を招来するもう一つの制度が公的医療保険制度である。中国では、都市戸籍を有する就業者向けに都市従業員基本医療保険制度、農民戸籍者向けに新型農村合作医療制度が設けられているが、医療費還付の下限となる基準額、上限となる最高給付限度額、還付率が異なる。後者の保障は前者よりかなり薄く、公的医療保険制度は都市農村間の医療格差を広げる作用がある。</p>
<p>被保険者の就業状況や年齢によって加入する制度は異なるが、これは主に財源構成の違いによるものである。いずれの制度でも、費用の一部を負担すること(一般 3 割、高齢者 1 割)で、医療機関において治療・薬等を受けられ、保険給付の内容に差異はない。もともと、医療がより身近に、また、必要になってくる高齢期には、医療保険制度そのもののあり方が、自らの生活面、家計面、健康面に及ぼす影響はより大きくなるといえる。</p>	<p>公的医療保険制度は都市内や農村内の医療格差拡大を助長する働きもある。都市では農民工が都市従業員基本医療保険制度から排除されていること、農村では自己負担分が払えない貧困層は新型農村合作医療制度に加入しても同制度を利用することが出来ないことから、公的医療保険制度を通じて貧困しかも、その偏向は周辺アジア諸国と比べても際立っている。</p>

#### IV 日本の医師制度と中国医師制度の違い

日本	中国
<p>日本の「医師」は国家資格であり、「医師国家試験」に合格して医籍登録を完了したものに厚生労働大</p>	<p>中国の医師は殆ど公務員で漢方医と中医がある。漢方医は、脈診・腹診・舌診など伝統中国医学(東</p>

<p>臣より免許が与えられる。医師法に「診療に従事しようとする医師は、2年以上、医学を履修する課程を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。」と明記された。</p>	<p>洋医学)の手法で診察し、証(西洋医学で言うところの病名(診断名)に相当するものである)を建て、生薬で構成された漢方薬を処方して治療をする医師のことである。</p>
<p>臨床研修を終わっていない医師は、医業を続けることはできるが、病院・診療所の長となることができない。この間の「医師」を一般に研修医とも呼ぶこともある(資格名ではなく通称名)。ただし、基礎研究医や産業医、社会医学者、法医学者などはこの義務はない。しかし、これらの分野でも認定医取得条件や求人に2年間の臨床研修を義務づけている場合もある。また、「医師」には「一人医療法人」という制度があり、「医師」一人でも医療法人が設立できる。「死体検案書」作成は、医師の独占業務である。</p>	<p>漢方医は中国医学の治療家という意味では、中国における中医と同じであるが、中国では、中医が薬術と鍼灸を併用して行っているのに対し、日本では二つが分業になっている。そして中国では、日本人が思うほど医者には敬ってもらえていませんし、給料も良くはない。医者への心付けが多い。中国での医師を志す人口は年々減っている。特に五年生の西洋医学学科と中医学科だ。5年生の中医学科の人たちは、卒業後薬品会社に就職を決める方が本当に多い。給料は初任給で月額5000元以上。どちらを選ぶかは明白だ。</p>
<p>2010年4月現在医師免許に更新制度はなく、通常は生涯にわたって有効である。医療過誤、犯罪等による資格停止・剥奪は厚生労働省医道審議会により決定される。</p> <p>日本の医師免許は診療科ごとに交付されるものではなく、医師は法律上すべての診療科における診療行為を行うことができる、とされている。</p>	<p>中国では漢方医・中医は手術を行うことが出来ない。</p> <p>参照;環太平洋戦略研究センター主任研究員 三浦有史の文献</p>

## V、日本の看護師制度と中国看護師制度の違い

<p>日本において看護師は、法的には「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦(褥婦(じよくふ)/出産後の女性)に対する療養上の世話、又は診療の補助を行うことを業とする者」と保健師助産師看護師法に定められている。</p> <p>日本は免許更新制度がなく一生資格がある。</p>	<p>1994年4月1日施行された看護師管理方法では、主に看護師免許資格認定制度が施行され、国家免許試験が年一回行われている。看護師は就職資格を取得するために、試験合格証が必要である。看護師就職資格取得後、就職登録の許可があたえられ、就職登録は二年ごとに行われている。登録をしない看護師は、看護職の従事が禁止されている。試験申し込みは、漢方看護と西洋看護の二種類に分けられている。試験の科目は、基礎看護学、内科看護学、外科看護学、産婦人科看護学、小児科看護学の五つの領域である。専門学校、専科卒の学生であれば、</p>
---	---

	<p>免許試験に合格すれば看護師就職資格を取得することができる。</p>
<p>また日本には<b>准看護師</b>の免許があり、法・制度的にみた看護師との違いとしては、准看護師は知事免許であり国家免許ではないこと、看護業務を医師、歯科医師または看護師の指示を受けて行なう(保助看法第6条)ことがあるが、それ以外の職務内容等については特に看護師との違いや規制は設けられていない。そのため准看護師が看護師とほぼ同様に看護業務を行っていながら、給与等に違いが生じているという実態が知られている。</p> <p><b>医師、歯科医師、看護師・准看護師</b>以外の者が看護を行うことが禁止(業務独占)されており、同法第42条の3では「看護師」や紛らわしい名称を用いることが禁止されている。また同法第42条の2では「正当な理由がなく、その業務上知り得た人の秘密を漏らしてはならない。」と守秘義務が課せられている。</p>	<p>中国の看護教育体系は、中等看護専門学校教育、普通高等教育と成人看護教育という三つの領域からなる。</p> <p>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年学制教育制度である。普通高等教育は、専科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。専科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。成人看護教育は、1987年に始まり、在職看護師を対象に独学教育と在職教育の2種類の教育制度からなっている。就職した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。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ヶ所だけで開設されている。</p>
<p>看護師の養成教育(看護教育)は、これまでは看護専門学校で中心的に行われてきたが、近年は医療の高度化や看護職の地位の向上などを背景に4年制の看護学部や医学部保健学科が増えてきており、2011年4月現在で看護師養成教育機関の定員の41.3%は4年制大学での教育を受けており、今後はさらに大学を卒業した看護師が増えるものと考えられる。</p> <p>現在大学予備校の約10%が看護大学・看護学校を受験している。競争率も5倍～6倍になってきている。</p>	<p>中国における看護師高等教育の規模は、増加の一途を辿っている。2001年には、中等看護専門学校が388ヶ所、高等教育専科(準学士)の開設大学が192ヶ所、本科(学士)の開設大学が91ヶ所、修士課程の開設大学10ヶ所であったが2003年には、高等教育専科が199ヶ所、本科が132ヶ所、修士が13ヶ所に達した2)。同時に、免許を得た看護師の人数も年々増えている(約130万人)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に発展させ、中等看護専門学校の規模を適当な数に削減させると同時に、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方針が定められている。</p>
<p>看護教育を受けた後、看護師国家試験に合格し</p>	<p>看護教育に関する法的規定は、看護師管理方法、</p>

<p>た看護師は、病院などの医療機関に勤務することが多く、こうした実地のキャリアと継続的な卒後教育を経て、認定看護師、専門看護師といった専門分野に関する認定を受け看護の提供を行う場合や、保健師、助産師など関連資格を取得する場合、看護管理者や訪問看護師、看護教員、看護研究者など職務内容や場を変更する場合といった様々な様相で看護に関わってゆくことが多い。</p>	<p>教育法に基づいた教員資格条例,および高等教育法である。</p> <p>一方,本科以上を卒業の学生は,卒業1年後に,直接に看護師就職資格を取得することができる。もう一つの法的規定は,1995年に公布された教育法に基づいた教員資格条例である。これは,教員資格の分類,試験,認定などについて具体的に規定するものである。看護大学の教員として,大学の教員資格を得ることが必要である。つまり,教員資格認定試験に合格しなければならない。さらに,1999年1月1日に施行された高等教育法がある。ここでは,大学の教員と学生の権利と義務が規定されている。看護大学はこれらの法律に従わなければならない。</p>
<p>日本の看護師教育は約30年前に確立されている。日本の病院は医師が支えているのではなく看護師が支えている。優秀な看護師は医者以上に医療知識を持っている。</p>	<p>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,中専(専門学校)は50%,専科(準学士)は30%,本科(学士)以上は20%に達することが目標とされている。</p>
<p>日本の看護師はチーム医療である。看護師は私立の病院を退職しても、すぐ別の私立の病院に勤務できる。「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のではないかと考える。看護研究は、国家あるいは患者・地域住民のニーズに応えなければ、その意義が問われる。さらに、国家からの看護領域組織と各看護学会、機関などからなる研究課題、研究方向、研究経費、研究情報の連携などの問題の解決に関する研究システムを樹立しなければ、看護の発展は望めない。」というこの中国が抱える課題を解決するには、欧米のモデルを取り入れるだけでなく、教材や教科書も中国の文化にあったものが必要である。また情報システムの導入や分析能力を高めることで国際的交流が可能になることも期待される。</p> <p>東北福祉大学はもともと仙台に居を構えた伊</p>	<p>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関係が密接である公衆衛生学の知識、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ことを強調している。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、各教育目標に応じる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いて解決が迫られている。</p>

達藩の藩校が大学になった。中国政府より依頼を受け西洋医学を理解ができる中国人看護師養成大学でもあり日本における道元を開祖とする禅宗の曹洞宗が東北福祉大学を経営している。	
--	--

## 終わりに;日本の外国人留学生・留学希望者に告ぐ

日本型経営は一部のベンチャー企業を除き伝統的メーカーは終身雇用を前提としており、そのような有名企業に就職すれば社内結婚率70%である。しかし一般の外国人留学生には就職は厳しいと思います。

最近日本はデフレ経済の不景気なので、2年前から看護学校・看護大学の受験生がかなり増え入学競争率は5倍～6倍になっている。偏差値も以前は偏差値48～52であったが現在偏差値最高65で最低55以上になっている。(医学部は最高が偏差値73で最低が偏差値58である。偏差値60は受験生の上位20%である)。国立・公立・有名私大の文学部なみになっている。就職は100%である。日本の女性医師は約17%で偏差値60を超える看護師には医師免許を与えてもおかしくないと思う。看護師資格をもった人が医師国家試験の受験機会を与えるべきと思う。

浄水市場が世界で100兆円と言われるが日本の医療市場は一年40兆円の市場である。1945年以降日本は海外から原料を輸入し工業製品作りそれを輸出することで繁栄してきた。それを支えたのは、

\*1 日本人の武士道精神をもった日本人の忍耐力と

\*2 家庭配電110V(海外は220V)の電圧の減圧率1%の電力供給で加工され

た部品等で造られたので品質のばらつきが極めて少ない。

\*3 金型技術による自動化(中国では機械1台に人一人の配置で8工程で一つの部品を作っているが日本では金型技術で8工程を1台の機械で、しかもパート従業員1人が8台の機械を管理してコストダウンして収益を上げている企業もある)であると思う。

武士道精神をもった日本人が老人になったのである。老人福祉と年金を受給する権利を当然あり、日本の老人達は金持ちなのである。(中国の老人はお金がない)老人の金持ちが増加しているのである。それで医療市場は日本で最大の成長市場なのである。成長の内容は①病院の建て替え、②医療機器の入れ替え、③新薬の投与、④環境対策をしたゴミの収集、⑤節電型保温ベッド⑥節電型LEDの投入、⑦給食等約15の業種が関与している。

従って医療市場は日本の電力・自動車市場より大きい。しかも医療市場は人材不足で看護学校に入学すれば病院が青田買い(病院側からの就職予約)で一年間授業料約150万円の貸与制度まである(但し3年勤務条件)。とりわけ「医療通訳」などは希少価値の人財である。

看護学校に入学すると言うことは自動的に病院に就職でき、しかも資格は一生あるということである。何故なら看護学校の入学試験は筆記試験50%面接試験50%で企業の就職試験と同じです。何故なら看護大学なら100%看護学校なら95%以上の日本の看護師国家資格を取得できるからです。しかし看護学校の筆記試験の国語の出題問題に日本の古文があることを知って私は正直驚きました。



### 第100回看護師国家試験合格状況

	出願者数(人)	受験者数(人)	合格者数(人)	合格率(%)
全 体	54,756	54,138	49,688	91.8
新 卒 者	49,000	48,509	46,785	96.4

区 分	学校数	新 卒				既 卒			
		出願者数	受験者数	合格者数	合格率	出願者数	受験者数	合格者数	合格率
3年課程	705	34,853	34,614	33,819	97.7%	2,157	2,114	1,364	64.5%
大学	157	12,376	12,342	12,128	98.3%	321	309	234	75.7%
短期大学	50	1,875	1,863	1,759	94.4%	278	274	154	56.2%
養成所	498	20,602	20,409	19,932	97.7%	1,558	1,531	976	63.7%
2年課程	319	11,345	11,112	10,296	92.7%	2,815	2,743	1,368	49.9%
短期大学	1	—	—	—	—	15	15	4	26.7%
養成所	256	6,736	6,699	6,478	96.7%	1,185	1,147	555	48.4%
高等学校専攻科	39	317	315	278	88.3%	272	250	79	30.4%
通信制	23	4,292	4,098	3,540	86.4%	1,343	1,321	730	55.3%
高校・高校専攻科 5年一貫教育	68	2,722	2,703	2,599	96.2%	370	359	142	39.5%
EPA ※	—	—	—	—	—	399	398	16	4.0%
その他 (中略)	—	80	80	71	88.8%	15	15	13	86.7%
計	1,092	49,000	48,509	46,785	96.4%	5,756	5,629	2,903	51.6%

※EPA内訳	インドネシア				フィリピン			
	出願者数	受験者数	合格者数	合格率	出願者数	受験者数	合格者数	合格率
2005年入国	91	91	13	14.3%	—	—	—	—
2009年入国	159	159	2	1.3%	74	73	1	1.4%
2010年入国	35	35	0	0.0%	40	40	0	0.0%

上記表は厚生労働省の医政局看護課の資料です。何故日本国政府はインドネシア・フィリピン・ベトナム・タイの看護師に門戸を開き、現実には中国人の看護師合格者をしてしているのに、役所の関係部署の誰に聞いても中国人の看護師合格数を知らないとの答えであった。医政局看護課に確認したところ、区分のその他が中国なのです。

中国に門戸を開かなかったのはインドネシア・フィリピン・ベトナム・タイの看護師は日本語が話せても漢字が書けない事を知っていたからです。中国に行き新聞をみる

と、シンガポールは積極的に中国人の看護師希望者を集めています。

日本看護師協会が積極的に門戸を開かないからです。医師会以上に政治的な圧力団体であることが分かりました。しかし時代の要求に頑迷な封建主義体質の日本看護師協会も社会の要求を受け止める時期が来たように思います。

日本に憧れ一生懸命中国で日本語を習得し日本語検定1級合格しても、日本の一流大学の有名学部を卒業していなければ一流企業に就職は難しい。

その点看護学校は日本語検定2級程度で入学が出来ます。入学後3年間で日本語検定1級を取得し、よき日本人の友人を作り、謙虚にすることで同僚とのチームワークの一員になれば日本で幸せに生きていけると私は確信します。薬剤師・看護師が日本の一般企業に転職は出来るが、一般企業に勤めた人が薬剤師・看護師になることは難しい。

最後に、西洋医学と東洋医学の違いを私は哲学の観点から判断すると、西洋医学は演繹法でドイツ語の「Sollen（未来はかくあるべきとの推論から実験して理論を構築する）」＝英語の Shud、東洋医学は帰納法でドイツ語の「Sein(過去の事実の徹底的検証から理論をつくる)」＝英語の「Is」であると思った。宗教と宗教が融合することを「習合」という。(例えば中国土着の道教に(西暦68年に洛陽の白馬時にインドの僧二人がもたらした)仏教とが融合すること)。現在において東洋医学と西洋医学の「習合」の時代が来ていると思った。

話は飛ぶが日本の税についてふれると、医療は医療保険(健康保険)介護は

介護保険で賄われているが、政府予算が不足で消費税現行 5%（中国 17%）徴収額約 10 兆円を 8%ないし 10%に引き上げる議論がされている。日本の場合生活保護者は医療と介護は全額無料である。私は不公平感を感じます。

日本人と中国人の価値観の違いについては、<http://south.jp/天真爛漫日本語1.htm> を参照してください。

機会があれば「日本と中国の文化の違い」（具体的には日本の女性の下着と漢民族の女性の下着は色が違う）、「日本仏教と中国仏教の違い」、「漢民族にも12の漢民族がある」、「中国内モンゴルには53のモンゴル族」がいる、「中国の書道の書体は42」、「日本人男性が中国少数民族の女性と結婚するには?」、「日本の税務署と中国の税務署の違い」、「日本の豚まん与中国の豚まんの違い」等等を書いてみたいと思う。

2011/7/11 文責;南淵弘昭