

【調査報告】

## 中国の都市部医療と農村部医療にみる高齢者医療福祉の現状と課題

—— 中国の都市部病院, 農村診療所, 私立と公立の老人ホーム,  
山東省社会科学院への訪問と交流からみえたこと ——

### Medical Welfare for the Elderly in Urban and Rural Medical Care in China

—— Based on visits to and exchanged with an urban hospital, a rural clinic, public  
and private nursing homes, and the Shandong Social Science Institute ——

吉岡 萌, 稲垣 絹代, 佐々木 和由, 魏 廣平

#### 要旨

中国の高齢化率は徐々に高まってきており, 2020年には12.1%, 2050年には27.6%になると推計されている。また, 2016年に廃止された一人っ子政策の推進により, 高齢者を支える働き世代が少なくなっていることから, 多くの高齢者を少ない人数で支えなければならない問題が迫ってきている。さらに, 中国の医療保険制度は住んでいる地域や職業により加入する種類が異なり, 都市部と農村部での医療格差や経済格差が生じている。中国の高齢者ケアの現状と課題を明らかにするために今回, 中国の, 主に山東省の病院, 老人ホーム, 社会科学院を訪問, 交流し, 調査を行った。その結果, 都市部と農村部の医療保険制度の格差, 農村部高齢者のケアを担う人材不足という課題が明らかとなった。また, 中医学を中心とした中国の伝統的医療の存在が, 中国の健康寿命を延伸する可能性を秘めていることが示唆された。山東省社会科学院との交流から, 日本と中国の高齢者医療福祉について情報共有をしていくことで, お互いの強みを発見することができ, 日本で先進的に行われている高齢者ケアと中国の伝統的医療の良い部分をお互いの国の高齢者ケアに生かすことができるという示唆を得ることができた。今回の交流を今後とも継続し, 中国との共同連携を進めていきたい。

キーワード: 中国, 都市部医療, 農村部医療, 高齢者医療福祉, 中国の伝統医療

#### I. はじめに

2017年に発表された国際連合の世界人口予測では, 世界的に平均寿命の伸びと高齢化が進行している状況の中, 高齢化が社会経済にもたらす影響は大きく, 今後, 各国政府は, ヘルスケア・年金・社会保障の拡充に伴う財政・政治的圧力に直面していくことになる予測されている (JIRCAS, 2017)。この報告から, 日本や中国を含むアジアでも同様のことが起こると言える。

中華人民共和国 (以下, 中国) の人口は14億951万7千人 (国際連合, 2017) で, 世界で一番人口が多い。中国では, 急速に都市化が進み, 2020年には都市化率 (都市部に住む人口の割合) が60%を超えるとされる。また, 人口上位5都市 (上海, 北京, 重慶, 広州・広東省, 天

津) の2000年, 2020年の人口を見ると, いずれも20年で2倍程度に増加することが予測されている (経済産業省, 2016)。

中国の保健福祉の水準の指標をみると, 平均寿命は76.1歳, 健康寿命は68.5歳である (経済産業省, 2017)。また, 高齢化率は9.6%で, 2020年には12.1%, 2050年には27.6%になると推計されている (経済産業省, 2017)。日本の65歳以上の高齢者人口は3,459万人で, 高齢化率が27.3%である (内閣府, 2017)。中国の場合, 統計上高齢者を60歳以上と定義しているため, 高齢化率を日本と一律に比較することは難しいが, 中国が現在の日本の高齢化率になるにはあと30年程度必要である。しかし, 中国の総人口は日本の14倍であることから, はるかに多い高齢者を, 人材面, 経済面, 医療面, 制度面などのあ

らゆる面でどのように支えていくかは想像しがたいと言える。

中国の高齢化の背景として、1980年から開始された一人っ子政策が大きく影響している。一人っ子政策は、人口急増を効果的に抑制したことで中国の経済成長を加速させたが、予想を上回る低い出生率（1.18（2010年第6回人口調査））となり、生産年齢人口の減少と高齢化を進行させた（西川, 2016）。そのため、一人っ子政策は、2016年に廃止となった。

また、中国の医療保険制度は住んでいる地域や職業により加入する種類が異なり、その医療保険による格差が問題視されている。現在の中国の医療保険には、「都市従業者基本医療保険」、「都市住民基本医療保険」、「新型農村合作医療保険」の3種類がある。1998年から本格的に医療保険改革を進めた結果、国民皆保険に近づきつつあるが、医療保険の運営主体である地方政府（省政府・直轄市政府・自治区政府）の財政力によって、医療保険の給付範囲や負担率は大きく異なること、農村住民が加入する「新型農村合作医療保険」では、保険の給付対象が重症の治療費に限定され、実質的な自己負担の改善は限定的であることが報告されている（江藤, 2011）。その医療格差を是正しようと、上海市では2016年から「上海市出身者と農村出身者のための新しい基本医療保険制度」（新保険制度）を実施し、統一的な医療保険制度を導入することで、都市出身者と農村出身者の保険制度の一体化を促進する制度を導入している（王・余, 2016）。しかしながら、上海市のような取り組みは一部で、大半は依然として医療格差が存在しているといえる。このことから、都市部と農村部の医療事情について、どのような格差が生じているのか、それに伴い、住民（特に高齢者）の生活にどのような影響が生じているのかを実際に調査をする必要がある。

今回研究者らが訪れた山東省は、中国全土の行政区分の中で2番目に人口が多い（中华人民共和国国家统计局, 2016）。全中国が2012年に高齢化率7%以上とされる、高齢化社会になったが、山東省は1994年に高齢化社会に突入していることから、中国の中でも高齢化がより早く進んでいくことが予想され、高齢者の医療福祉への対策を早期に講じていく必要がある。

さて、研究者が所属する名桜大学は沖縄県北部に位置し、沖縄県でも過疎化と高齢化が進んでいる地域である。所属する高齢者・在宅看護領域では、少ない資源（人的資源・環境資源）で多くの高齢者を支えるための地域づくりを考え、北部で働く看護・介護職者に対し、学習の場を提供してきた。昨年、研究者らは台湾を訪問し、多方面から現在の台湾の看護・介護事情を知ることができ、特に介護人材育成と確保の示唆が得られた（吉岡・

稲垣, 2016）。同じアジア圏でも地域、制度、文化が異なれば、そこで行われるケアに違いは生じるが、将来的な高齢化を迎え、どのように多くの高齢者を社会で支えていくか、という課題は共通している。

日本において2014年に施行された、健康・医療戦略推進法では、「健康長寿社会の形成に資する新たな産業活動の創出及びその海外における展開の促進その他の活性化により、海外における医療の質の向上にも寄与しつつ、我が国経済の成長に資するものとなることを旨として、行われなければならない」と基本方針にある。このことから、現代社会では世界各国と情報共有しながら進めていく必要がある。

以上のことから、中国の高齢者医療福祉の現状と課題を明らかにするために今回、中国の、主に山東省の病院、老人ホーム、社会科学院を訪問、交流し、調査を行った。本稿では、調査から得た情報や文献から学んだ知識も含めて報告する。

## II. 調査目的

今回の調査では、中国の都市部と農村部の医療事情と高齢者社会福祉の現状と課題を明らかにすることを目的とした。

## III. 方法

2017年8月27日から9日間、研究者らは、山東省の都市部の病院、農村診療所、私立・公立の老人ホームへの訪問、山東省社会科学院との交流を行った。なお、関係機関には今回の調査で得られた情報の公開について同意が得られている。

## IV. 結果

### 1. 中国の私立と公立の老人ホームへの見学

#### 1) 私立の老人ホーム（黄河恩基老年公寓：済南市）への見学

研究者らが訪問した私立の老人ホームは黄河のほとりに位置していた。概観は洋風の建物で（図1）、敷地内には小さな農園や花壇があり、入居者が気軽に散歩できる環境である。現在、入居者は35名で、うち25名が自立、10名が寝たきり高齢者であった。最高齢が101歳で、杖歩行ではあったが、ほとんど自立した生活をしている（図2）。スタッフは10名で、そのうち看護師は1名で、夜間緊急時は対応可能である。一人の入居者の部屋を見学した。部屋は8畳程度の広さで、家具などは自分の慣れ親しんだものを入れることが許可されているため、その

方は部屋にキリスト教の祭壇を置いていた（図3）。このことから、入居者が可能な限り落ち着けるような環境への工夫をしていることがわかった。ひと月の入居費は食事代込みで2,300元（日本円＝39,583円）<sup>1)</sup>である。夫婦の場合は、4,000元（68,840円）である。

## 2) 公立の老人ホームへの見学

公立の老人ホームは現在1区画が開設され、その他の区画は建設中であった（図4）。敷地内は広く、カートで案内していただいた（図5）。開設していた区画は、認知症高齢者や介護の必要な高齢者が入居する場所（介

護区）で、現在100名が入居されている。その建物の上階には病棟があり、介護区で体調が悪くなった時にはそこで治療を受けることができる。寝たきりの高齢者が多く、酸素投与をされている方が多くいた。

今後開設される予定の区画にモデルルームがあり、そこも見学した。内装は1LDKで、ベッドが2つ配置され、きれいなアパートという印象で広いように感じた（図6.7）。その区画は主に自立している高齢者が居住するところで、入居の際には11,621元（20万円）の敷金が必要である。医療費が必要な人は敷金から引かれていくが、医療の必要がなく退居する場合はうち15万円が返却され



図1. 私立老人ホームの概観



図4. 公立老人ホームの外観模型



図2. 朝食後の入居者の様子



図5. 専用カートが必要な程広い



図3. 入居者の部屋



図6. 高齢者アパートの一室（モデルルーム）

る。ひと月の入居費は2,000元(34,420円)である。入居の条件として、60歳以上で健康診査を受ける必要がある。5年入居をしなければならないという条件もある。

介護区には、入居者が利用できるリハビリ器具が整備されていた(図8)。少し話は変わるが、研究者らが研修期間中の宿泊先の町の公園に、住民が自由に利用できる運動器具が整備されていた(図9)。朝の時間に、この運動器具を利用した住民も見かけた。日本でも、施設内にリハビリ器具が設置されていることは珍しくはないが、公園に必ず運動器具が設置されていることは、中国ならではの取り組みだと考える。



図7. 高齢者アパートの一室(モデルルーム)



図8. 入居者が利用できるリハビリ器具



図9. ある公園の運動器具

## 2. 農村の郷村医との交流

### (山東省 萊蕪市 萊城区 前卞荘村診療所)

中国では郷村医制度がある。中国の郷村医の起源は、1949年の中華人民共和国誕生以降も、農村基層部における医療の実践を行った「はだしの医者(赤脚医者)」と称される半農半医であった。彼らは正規の医学教育ではなく、一定期間の技術訓練により取得した衛生知識・技能を以て村医として活動していた。現在では、そうした「はだしの医者」は再訓練を経て資格試験に合格し、正規の資格証書を授与され郷村医と称され、村の衛生室(診療所)で開業することが許可されるという過程を経る(三橋, 2004)。このような歴史のもと、中国の農村地域では郷村医が農民の保健衛生を担ってきた。

研究者らが訪れた、前卞荘村診療所のA医師はこの村に私費で診療所を建て、約20年周辺農村の唯一の診療所として農村医療に携わってきた(図10, 11)。周辺の村も含めて、539名の患者を一人の医師が診ている。60歳以上が90名、80歳以上が11名、最高齢が95歳であるそうだ。高血圧、糖尿病、認知症などの慢性疾患が多い。周辺の村を含めて現在450名の住民が暮らしているが、村民の20%は都市部で生活している。独居高齢者は70歳以上に多い。訪問したときには、3名の患者が点滴治療を受けていた(図12)。



図10. 前卞荘村診療所



図11. 診療所がある村

A医師は1992年に医師資格を得て、1996年に初級医師の試験に合格、その後全科の試験にも合格し、全科の対応をしている。自宅付きの診療所のため、24時間体制で、いつ患者が飛び込んでくるかわからない。一日で少ないときで10数名、多いときで30名の患者が来院する。治療としては、西洋医学と中医学の両方を行っているため、診療所にはその設備や治療薬も配備されていた（図13、14）。点滴や注射の物品、血糖測定器などでは、1回使用の医療材料が使用され、物品や治療は都市部の医療とそれほど変わらない印象を受けた。この診療所では、訪問診療を行う場合もあり、現在3か月に1回、診療所に来られない患者を診察する。

診療所を利用する患者は診療所に名前と住所が登録される。また、患者情報のデータをもとに、公衆衛生関連の報告書をまとめることで原稿料がもらえるそうだ。

A医師にいくつかインタビューした。医師になったきっかけは子ども時代の医師への評判が良かったこと、妻の



図14. 点滴作成台



図12. 点滴治療を受けている患者たち



図13. 診療室

父親が前任者であり、その人は免許がなかったが、その後継となった。この話から、A医師の義父は「はだしの医者」であったことがわかる。そして、現在の農村医療の課題は医師の技術不足と人材、生涯学習ができない制度上の問題があるという。診療所に一人しかいない中で、なかなか村を離れることができないという実態が報告された。また、日々の診療で困っていることは救急対応という。緊急時、大抵は救急車を呼んで対応するが、救急車が来られない場合は、医師自ら大きな病院に運ぶこともある。診療所にはレントゲンなどの詳しい検査をする設備がないため、診療所でできる範囲の診察を元に緊急性を判断しなければならない。他に頼ることができない診療所の医師の診断に大きな責任があると感じた。

### 3. 都市部の医療施設への見学・看護師との交流（山東省中医薬大学付属病院入院部保健楼）

病院の中の一つの病棟を案内してもらった。そこは主に内科（38床）で2床のみ神経科であった。看護師は14名で、1ベッドにつき0.4人の看護師が配置されている。現在27人が入院中である。平均年齢が70歳以上、最高齢は95歳であった。92歳の脳梗塞患者はケアとして足つぼマッサージ、リハビリ、体操を受けていた。他の患者では、耳つぼ治療を受けていたり、経絡を刺激し血液循環を促していた。日本にはない治療として漢方の点滴があった。また足湯ではなく、蒸気で足を温める看護ケアも行っていた。食事には薬膳料理があり、患者は一般の料理か薬膳料理を選べる。薬枕として季節ごとの中药香包（お香）を枕に置いていて、研究者らが訪問したときは夏用の「虫よけ」の香包をいただいた。

昼食時に、見学した病棟の看護師6名と交流をした。そこで聞いたことは、日勤は8時に出勤し、18時まで勤務で、11時半から14時半までが昼食休憩であるということ、看護師として海外へ働きに出る人はいるかの質問に対し、中国では海外からスカウトが来るそうで、特にヨーロッパで看護師の人材不足があるということ、看護師の

階級としては、スタッフ、副主任、主任があるということだった。

看護師との昼食会に、現在看護学を学ぶ学士課程の4年次学生も同席していた。彼女は中医学に関心があり、それを専門的に学ぶコースを選択したそうだ。医師の教育課程では、西洋医学中心と中医学中心のコースが選択できるが、看護師養成課程でも同形態のカリキュラムが用意されていることから、中国では中医学の専門性を重視していることが分かった。

#### 4. 中国の医療保険制度と課題

ここで、中国の医療保険制度について資料をもとにわかったことをまとめる。

中国政府は、2020年までに国民皆保険を目指し、1998年以降医療保険制度を改正してきた。中国の公的医療保険は3種類ある(表1)。都市部の戸籍を持つ住民は、就業の別で「都市従業者基本医療保険」と「都市住民基本医療保険」に分かれ、農村部住民は「新型農村合作医療保険」に加入している。各地域は公的医療保険制度の実務的な運営の中で、都市部と農村部は医療保険を別々に実施しており、互いに干渉しておらず、管理部門では、都市部は人的資源社会保障部、農村部は衛生部と分かれている(独立行政法人労働政策研究・研修機構, 2013)。現在の医療保険の課題は、農村の戸籍を持つものが都市部に移住した場合のように、身分があいまいなものをいかにして医療保険制度に取り入れるかということである(独立行政法人労働政策研究・研修機構, 2013)。

#### 5. 山東省および中国の高齢者医療福祉に関する座談会(山東省社会科学院研究者との交流)

今回の研修旅行の目的の一つは山東省の研究者との交流である。社会科学院は主に人口問題を扱っている研究所であり、今回2名の博士の研究者と中国と日本(沖縄

を含む)の高齢者の現状と問題について情報交換を行った(図15)。山東省社会科学院から、山東省の高齢化の現状、特徴、介護サービス機関の発展状況や人材養成についての概要を紹介してもらった。以下にその内容を記す。

##### 1) 統計からみる、山東省の保健衛生

山東省には、2016年末現在、9,921万人(男性5,049万人、女性4,872万人)が生活している。都市部と農村部で分けると、都市部が4,865万人、農村部が5,056万人、全体で3,236万世帯あり、一世帯あたり平均3.07人が生活している(山東省統計局, 2017)。

死亡率は0.7%(0.705%)で、死亡原因はがん、心臓病、脳血管疾患、呼吸器疾患である。男性はがん、脳血管疾患、心臓病、呼吸器疾患の順に、女性は心臓病、がん、脳血管疾患、呼吸器疾患の順の死因である。農村では、がん、脳血管疾患、心臓病、呼吸器疾患の順に多く、男性では、がん、脳血管疾患、心臓病、呼吸器疾患の順に、女性では、心臓病、脳血管疾患、がん、呼吸器疾患の順に多い。

2016年末の山東省老齡弁公室により、山東省の60歳以上の高齢者人口は2,057万人に達し、全人口の20.68%を占めて中国一の高齢化率になったことが



図15. 山東省社会科学院研究者との交流

表1. 中国における公的医療保険制度

名称	都市部		農村部
	都市従業者基本医療保険	都市住民基本医療保険	新型農村合作医療保険
対象者	都市戸籍の従業者	非従業 (都市従業者基本医療保険を除く)	農村戸籍者 (世帯単位)
導入時期	1998年	2007年	2003年
加入形態	強制	任意	任意
加入状況 (2012年)	2.65億人	2.72億人	8.32億人(2011年)

独立行政法人労働政策研究・研修機構(2013)、医療保険制度、都市と農村を統合へ—政府、経済体制改革の重点として指摘<国別労働レポート>より引用

報告された。80歳以上は全人口の2.4%である。2020年には山東省の60歳以上の高齢者人口は2,208万人(22.3%)になると予想されている。

2015年中国人口調査(第4回全中国高齢者生活状況調査)では、山東省の高齢者では男性より女性の方が多く(男性46.2%<女性53.8%)、低年齢老人(60~69歳)人口は56.9%、中年齢老人(70~79歳)人口は28.7%、高齢老人(80歳以上)人口は14.4%で、60~69歳の高齢者が多いことが特徴である。

家族が都市部に出ている高齢夫婦や独居高齢者の世帯(これを空巣家庭という)は全高齢者世帯の56%である。高齢者世帯のうち、70%は夫婦世帯、24.3%は単身世帯である。農村では単身世帯が多い。高齢者の居住地域別でみると、大都市24.4%、地方都市17.9%、農村57.7%と、6割近くの高齢者は農村にいる。また、高齢者の学歴は平均4.5年で、40.34%は学校教育を受けていない。高齢者一人当たり平均2.9人の子供がいる。2016年末現在、山東省では、89.6万人が貧困人口で、そのうち高齢者は48.2万人(53.8%)である。これらのことから、高齢者のみの世帯は農村では生活が厳しいことがわかる。

高齢者のうち、慢性病に罹っているものが68%、寝たきり・半寝たきりは400万人(19.4%)である。高齢者の28.5%は自宅で生活するために訪問看護サービスを希望し、高齢者の32.9%はリハビリサービスを希望している。高齢者の90%は家庭での療養を希望し、高齢者の3~4%は施設入所を希望している。

## 2) 山東省の高齢者施設の状況と介護体制対策

山東省には、現在、高齢者施設が3,300か所(67万床)で、1,000人の高齢者に対し34床の割合である。「医养一体(医療と介護が受けられる、日本でいう療養型病床または介護老人保健施設)型施設は約1,200か所ある。

2015年末の在宅サービスの状況では、日託施設(日本でいう通所介護:デイサービス)2,579機構、養老院5,745機構ある。

中国には社会福祉法人のような、官と民の間がないようだ。現在、中国にある高齢者福祉施設は、所有形態からみると、大きく公的施設と民間施設の二種類に分けられる。設立主体と運営主体による分類は、「公設公営」、「公設民営」、「民設民営」の三種類がある。公設施設においては、地方政府が運営する福祉型「公設公営」の施設と営利団体や個人が運営する市場型「公設民営」に分けられている。民設施設においては営利団体や個人が設立し、運営する市場型「民設民営」施設がある。そのほかに、民設施設の発展を促進するためには、一部の地方政府は「民営公助」の方法をとり、

一部の資金を団体や個人などの社会の力による民営施設の運営への奨励、支援、補助に用いる(郭, 2011)。

高齢者の生活の問題として、農村と低収入高齢者と共に寝たきり高齢者と認知症高齢者に対する、地域での有効なサービスがないことがある。民政部(日本の厚労省に当たる中央省庁)は2017年には介護施設を6万床増やすと提言した。特に寝たきり高齢者の看護に着手し、「医养一体」施設のベッドを優先的に発展させ、地域単位の家庭養老に支援対策を取り、省全体の養老サービスへのレベルアップを図ることを表明している。

また、山東省の高齢者の平均毎月収入は1,268元、平均毎月支出は2,148元であることから、高齢者の経済状況は余裕がないことも消費を制限している。

## 3) 山東省の看護・介護人材について

看護師の有資格者が3万人おり、うち就業しているものが1万2千人である。看護学校が7校あるが、スタッフの人数不足が課題と報告されていた。実際に病院や老人病院を訪問したときも、家族が患者のそばについて、看護を行っていた。家族による看護が一般的であり、看護師や介護士といった専門的スタッフの少なさを実感した。

このように、山東省社会科学院との情報交換から、日本と中国で共通していたものは、アジアに根付く敬老思想であり、高齢者を家族で介護したいができないジレンマであった。中国は一人っ子政策をすすめてきたが、それにより人口構造がいびつになっている。少ない若者で多くの高齢を支えなければならない時代に来ていて、日本の介護保険制度を参考にしていきたいと言われていた。社会科学院からの具体的な要望として、①中国と日本の高齢者の健康寿命に影響する要因、②日本の介護保険制度の経験を参考に、中国医学と介護の合体した制度づくりの発展、③在宅療養をする高齢者の介護施設を地域で構築していくシステムの3点についての情報共有であった。また、交流した研究者らは沖縄の長寿研究についても関心をもっており、情報共有したいと申し出があった。今後は相互に訪問し交流を深め、共通するテーマでの学術シンポジウムを企画することについての意思を確認した。

## 5. 中医病院・推拿科への訪問(徐州市立中医病院)

推拿(スイナ, tuina)とは、中国の手技療法、中国版あん摩マッサージのことで、「推」は軽擦法、「拿」は筋肉を把握して行う技法(揉捏法を含む)を意味する。推拿は、古来は厳密に「推」と「拿」の二法しか用いら

れなかったが、現在では、いろいろな技法、他国の技法なども含み、広く「手技療法」の意味で用いられる言葉である（宋・殿山・形井・諸，2008）。そして中国では、推拿は医師免許で行う医療行為として認められていて、推拿に従事する専門医は、5年以上の専門医学教育を受け、鍼灸医や漢方医と同様に中医師の資格を持っている。中国の病院では小児科、婦人科、内科、外科などと同様に診療科目に推拿科がある。推拿の基本手技26種類、応用手技500種類余りを中心に、漢方薬や西洋薬の投与、注射、手術、ハリなどと併用、あわせてレントゲンなどの画像検査や血液・尿・糞便の検査、生化学検査などを診断手段として用いる形が、推拿医師の基本的な診療スタンスである（李・大形，2016）。

話を伺った、B医師の治療範囲は、脊椎疾患（頸椎、腰椎）、肩こり、五十肩、内科、婦人科、小児、便秘、から咳、飲み込みにくい、小児、腸の発育不良でしぼりにくい、不眠症であった。小児への推拿治療を行っていることがB医師の強みだそう。推拿治療の中でも専門性はあるそうである。1回の治療費として、首では42元、下の方は39元である。1日10数名から20名程度の患者が来院する。フランスやドイツから推拿治療を学びに研修生も来るそう。同じように日本からの研修生も学びに来るようで、交流があるとのことだった（図16，17）。



図16. 推拿治療室

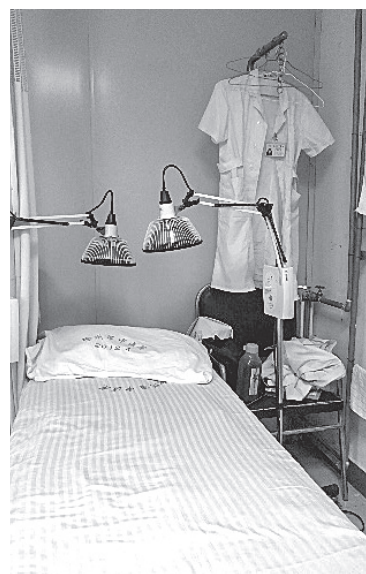


図17. 推拿治療用ベッド

## V. 考察

### 1. 都市部医療と農村医療の格差と高齢者福祉

現在の中国では、一人っ子政策による人口構造の変化に加え、経済発展の影響から都市への人口が増え、核家族化がすすんだことで、特に農村部では少ない若者もしくは、高齢者自身で多くの高齢者を支えなくてはならないことが、今回の調査から明らかとなった。加えて、中国の人口は日本の約14倍であり、高齢者の人口も日本と比較できないくらい多い。その多くの高齢者をどう支えるかは、中国ならではの課題と言える。

中国政府は国民皆保険に向けて、1998年以降医療保険の改正を進め、現在中国国民の約9割が加入できている。しかしながら、都市部と農村部では医療保険の種類が異なり、農村住民を対象とした新型農村合作医療保険では、保険が適応される薬剤の種類が少なかったりすることなど、都市部住民の医療保険とは格差が生じている。このことにより、適切な治療を選択できない農村住民が存在すると考えられ、農村で生活する高齢者の医療の質を確保できない、貧しい農村高齢者が多く輩出されるという問題が出ているといえる。社会経済格差が世界中で問題視されている中、中国の特に農村部の高齢者問題を考えることは非常に意義のあることだと考える。

今回の調査で、私立と公立の老人ホームに訪問することができた。私立と比較し、公立の施設の方がハード面の設備は整っていたように感じた。今回の調査に同行した中国人ガイドも、私立よりも公立の方がよりお金がかけられる傾向にあると言っていた。しかしながら、私立



の老人ホームの方をみると、敷地内に農園や花壇があること、部屋に私物を置くことができること、入居している高齢者が生き生きとしていたことから、公立と比較してお金がかけていないため、ケアが悪いとは言えないと感じた。私立あるいは公立の老人ホームに入居するには、政府から支援を受ける「三無老人」（法定扶養義務者がいない、労働能力がない、所得がない老人）でない限り、多少の自己負担金は必要である。将来多くの高齢者を支援していかなければならない状況では、高齢者自身の負担は必然であるといえる。

中国では、高齢者は家でみるべきであるという敬老思想が根強く残っており、山東省の高齢者では約9割は家で療養したいとの希望があることから、日本と比較して在宅で高齢者を看護介護する必要性は高いと言える。近年、中国では、コミュニティと呼ばれる住民サービスを推進している。中国政府の定義では、コミュニティとは、一定の地域範囲内に集まり、居住している人々から構成される社会生活共同体とし、都市の中の一つ小さなコミュニティのことである。このコミュニティで行われる住民サービス（高齢者福祉サービス、訪問看護サービス、幼児青少年サービス、障がい者サービスなどの対象者へのサービスの他に、娯楽や家事や雑事の手伝いのサービスも含む）は無償または低額で行われる（包，2010）。このような在宅生活を基本としたサービスが今後、都市部および農村部に広まることで、在宅生活を営む高齢者は経済的な負担が少なく、ケアが受けられる環境になることが期待される。しかしながら、この支援を誰が行うのか、また必要な財源はどこから確保されるのか、という人材と財源の課題はあり、今後考えていく必要がある。

## 2. 中国の医療と看護

### —健康寿命を延伸する方策としての中医学—

山東省社会科学院との交流では、健康寿命の概念にとっても関心を持たれ、具体的な要望の中にも日本と中国での健康寿命に影響する要因について知りたいとあった。健康寿命は健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことであり、平均寿命と健康寿命の差を縮小することで、医療費や介護費に削減につながるとされ、現在の日本の課題とされている。平成25年度の厚生労働省の報告では、平均寿命と健康寿命の差は男性では約9年、女性は約12年とされ、平成22年の結果から健康寿命は延伸していた（厚生労働省，2014）。

健康寿命の延伸には、生活習慣病の対策、ロコモティブシンドロームへの対策や認知症予防などが必要であるが、中国で鍵となるのは中医学ではないかと考える。今回の研修で、病院で西洋医学と中医学を併用して治療が行われていたこと、看護にも中医学を専門的に学ぶこと

のできるカリキュラムがあり、病院で中医学を用いたケアを行っていることを知り得た。また、宿泊先の町の公園で運動器具が整備されており、朝早くから住民が集まり、太極拳や体操などを行っている様子から、中国では朝の時間を大切に、住民個々が疾病予防のための運動習慣の重要性を認識しているものと推察された。

中国では、中華人民共和国建国時から、資源不足が大きく影響し、中央政府が予防医療を推進していた。それは中医学における養生と疾病予防の対処に対する考え方が新中国の衛生行政にも取り入れられた結果（三橋，2005）とされている。このことから、自発的に疾病に取り組むべきであるという考えが公衆に浸透していることが言える。半世紀前から疾病予防に取り組んできた歴史を中国の強みとして捉え、長年積み重ねてきた中医学を中心とした伝統的医療を健康寿命の延伸のための方策として取り組む可能性について示唆された。今回の研修では、中医学や中国の伝統医療については一部しか知り得なかったため、今後は中医学などの中国の伝統的医療について学習や地域で昔から行われている健康づくり、地域とのつながりなどの中国ならではの魅力を発見していくことが今後の高齢者ケアに向けて重要であると考えられる。

### 3. 中国と日本との高齢者ケアについての連携

今回、山東省社会科学院との交流から、日本がこれまで行ってきた高齢者医療福祉対策の知見が他国にも応用できる可能性が示唆された。特に日本が先駆的に行っている、健康寿命の延伸への取り組みや介護保険サービス、地域包括ケアシステムに向けた地域づくりは、高齢化がこれから急速に進むと予測される国々のモデルとなるといえる。また、交流した研究者らは沖縄の長寿研究について関心をもっており、沖縄のことについても情報共有したいとあった。沖縄と中国の関係は琉球王国の時代からあり、中国から多くの影響を受け、沖縄の文化や風習が形成されてきた。そのようなつながりを持つ沖縄と中国でともに高齢者ケアについて考えることは、沖縄の長寿研究を生かすことができるだけでなく、それぞれの国で文化を生かした高齢者ケアを形成する一助になるのではないかと考える。

今回中国での高齢者医療福祉制度の状況を知り、文化や制度、政策の違いを発見し、中医学などの日本にはない医療・看護の魅力を感じることができた。そして、改めて日本の良さにも気づくことができた。このことから、他国との情報交換や連携を行うことで自国の取り組みを客観的に評価すること、自国と他国の強みを発見することが相互交流の上では重要であると考えられる。今回の研修では、中国の特に山東省を中心とした現状について調査したが、まだ一部分だと感じているため、今後の交流を

通してより連携を強めていきたい。

## VI. 終わりに

今回の中国、主に山東省での調査から、中国では都市部と農村部での格差が生じていること、一人っ子政策による高齢者を支える世代の減少による今後の高齢者ケアへの不安が明らかとなった。中国と日本では、経済システムや制度、人口など異なる部分もあるが、連携・協働することでお互いの良い部分を参考にして、高齢者ケアについて考えることの必要性、高齢者ケアをグローバルに考えていくことの重要性を学ぶことができた。今回、山東省社会科学院からの要望である3つの視点について考えるとともに、今回研修に訪ねた各施設、機関とは相互交流を続けていきたい。

## 注

- 1) 1元=17.21円で換算している(2017年11月7日の換算レート)。以下の本文で出てくる中国元に関しては、このレートで換算する。

## 引用文献

- 中华人民共和国国家统计局 (2016) : 中国统计年鉴2016, <http://www.stats.gov.cn/tjsj/ndsj/2016/indexch.htm> 【閲覧日: 2017年11月21日】
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構 (2013) : 医療保険制度、都市と農村を統合へ ―政府、経済体制改革の重点として指摘, [http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013\\_7/china\\_04.html](http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_7/china_04.html) 【閲覧日: 2017年11月13日】
- 江藤宗彦 (2011) : 成長する中国の医療市場と医療改革の現状, 研究レポートNo.369, April, 富士通総研(FRI) 経済研究所.
- 郭芳 (2011) : 中国農村地域における高齢者福祉施設に関する一考察―山東省J市の事例を通して―, 評論・社会科学 97, 59-79.
- 包敏 (2010) : 社区服務における高齢者サービスの現状と課題―上海市浦東新区を事例に, 広島国際大学医療福祉学科紀要 (6), 25-36.
- JASCAS (国立研究開発法人 国際農林水産業研究センター) : 国際連合「世界人口予測・2017年改訂版 [United Nations (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision.]」概要, [https://www.jircas.go.jp/ja/program/program\\_d/blog/20170626](https://www.jircas.go.jp/ja/program/program_d/blog/20170626) 【閲覧日: 2017年11月7日】
- 経済産業省 (2017) : 平成28年度医療技術・サービス

- 拠点化促進事業, 医療国際展開カンントリーレポート新興国等のヘルスケア市場環境に関する基本情報 中国編, [http://www.meti.go.jp/policy/mono\\_info\\_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport\\_China.pdf](http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/countryreport_China.pdf) 【閲覧日: 2017年11月13日】
- 厚生労働省 (2014) : 健康日本21 (第二次) 各目標項目の進捗状況について  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10601000-Daijinkanboukouseikagakuka-Kouseikagakuka/sinntyoku.pdf> 【閲覧日: 2017年11月24日】
- 三橋かほり (2004) : 中国における村医の養成と医学教育 : はだしの医者への再訓練, 日本医史学雑誌 50(1), 100-101.
- 三橋かほり (2005) : 現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成 : はだしの医者への形成と「再生」, 日本医史学雑誌 51 (4), 569-592.
- 内閣府 (2017) : 平成29年度版高齢者社会白書 (全体版), [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf) 【閲覧日: 2017年11月7日】
- 西川昌登 (2016) : 中国の社会保障の現状と今後の動向について―年金, 医療, 高齢者介護を中心に―, [http://www.mcw-forum.or.jp/image\\_report/DL/20160208-1.pdf#search=%27%E8%BE%B2%E6%9D%91+%E5%8C%BB%E5%B8%AB+%E8%B3%87%E6%A0%BC+%E4%B8%AD%E5%9B%BD%27](http://www.mcw-forum.or.jp/image_report/DL/20160208-1.pdf#search=%27%E8%BE%B2%E6%9D%91+%E5%8C%BB%E5%B8%AB+%E8%B3%87%E6%A0%BC+%E4%B8%AD%E5%9B%BD%27) 【閲覧日: 2017年11月24日】
- 王継偉, 余金明 (2016) : 中国における初の住民医療皆保険制度の実施, ハフントンポスト日本版[http://www.huffingtonpost.jp/wang-jiwei/shanghai-new-insurance-system\\_b\\_9241070.html](http://www.huffingtonpost.jp/wang-jiwei/shanghai-new-insurance-system_b_9241070.html) 【閲覧日: 2017年11月23日】
- 李強, 大形徹 (2016) : 中国按摩推拿医学の歴史 その一, 人文学論集. 34, 93-133.
- 山東省統計局, 国家統計局山東調査総隊編 (2017) : 山東省統計年鑑, 中国統計出版社.
- 宋宇, 殿山希, 形井秀一, 諸黎璋 (2008) : 中国における針灸・推拿の現状, 国立大学法人筑波技術大学テクノロジーレポート, 15, 177-180.
- 吉岡萌, 稲垣絹代 (2017) : 台湾における看護・介護の実際と課題-台北・花蓮・桃園の病院, 大学, 高齢者施設, 介護サービス事業所への訪問を通して-, 聖泉看護学研究, 6, 83-90.