

アジア諸国の高齢化と保健の実態
調査報告書

——中華人民共和国——

(上海を中心に)

平成12年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



在上海総領事館

左から遠藤正昭団員、市橋康吉総領事、
内藤佳津雄団員、苺部ひとみ団員



上海社会科学院

左から孫常敏人口・発展研究所長、
左学金同科学院副院長、王贊舜上海市
老年医学研究所長



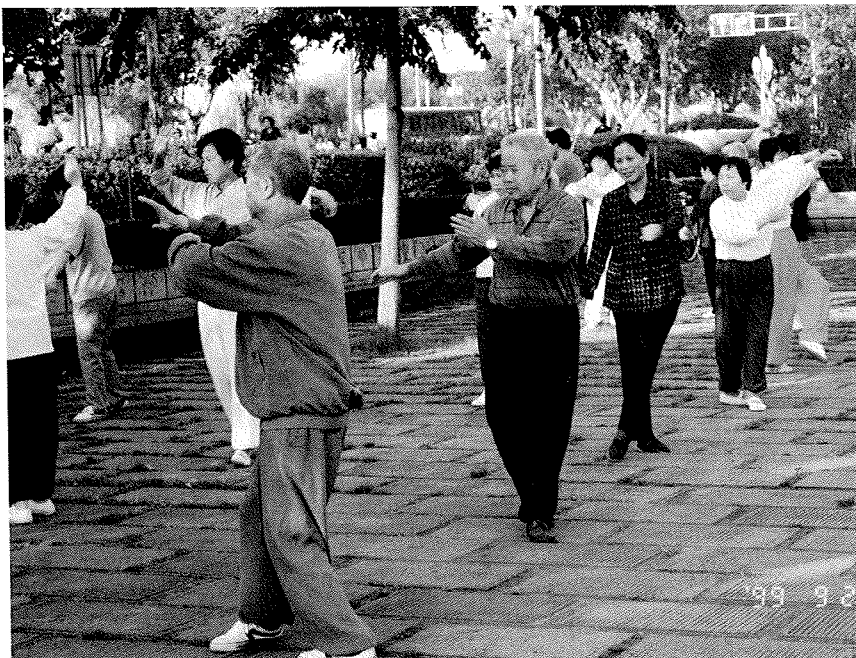
華東師範大学

桂世勛人口研究所長

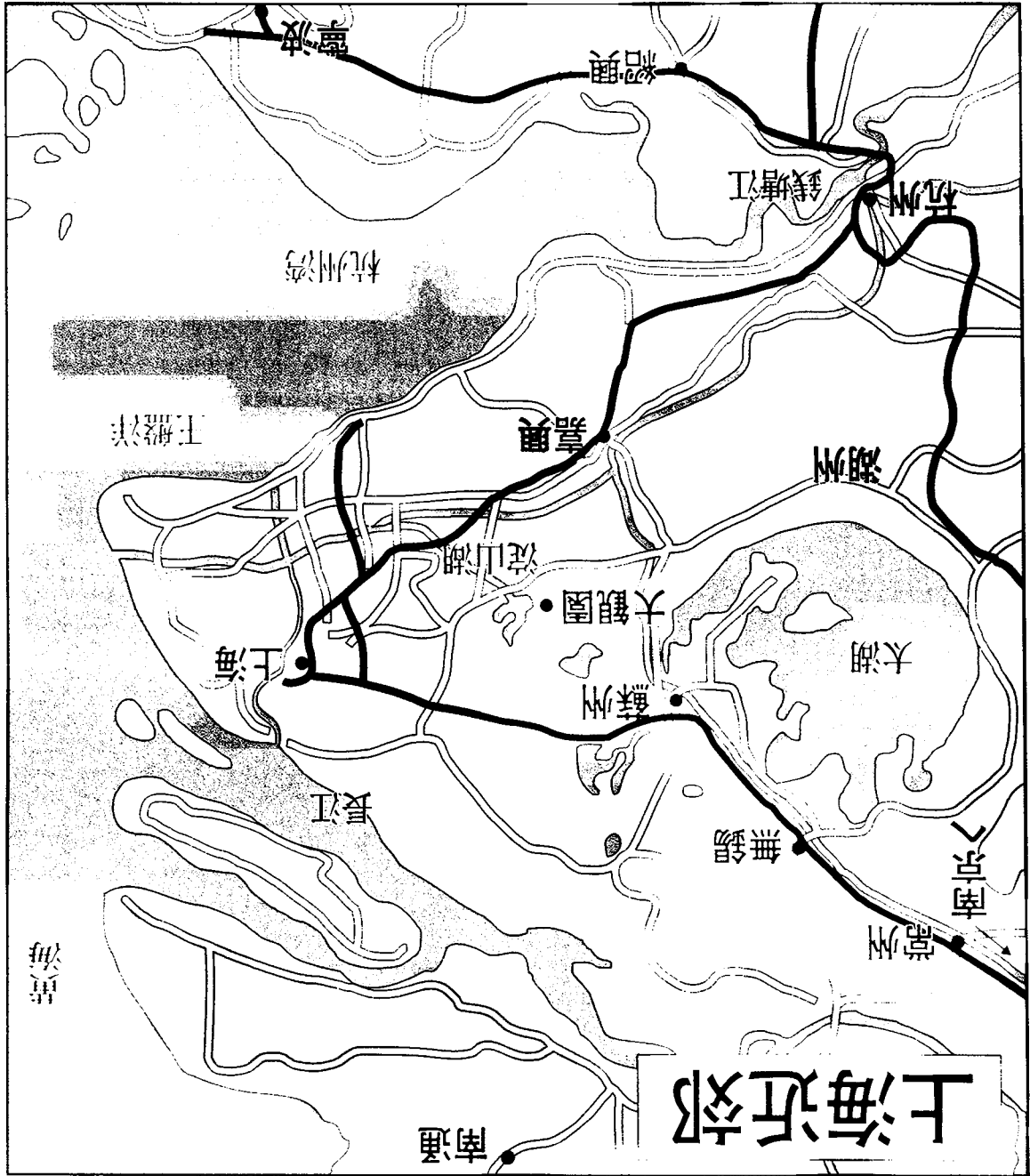


上海老年大学
英語を学ぶ受講生

上海市徐匯区社会福利院



浙江省・杭州市西湖畔
早朝の老人体操



はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成11年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「アジア諸国の高齢化と保健の実態」調査を受託し、中華人民共和国で実施したものを取りまとめたものである。調査及び取りまとめに当っては、本協会内に設置した国内検討委員会（主査 黒田俊夫・日本大学人口研究所名誉所長）が行った。

近年、アジア諸国の人口は急激に高齢化に向かっている。欧米の先進国に比べ、大規模で急速なアジア地域の高齢化は、各国の保健及び社会保障制度に大きな影響を与えている。本調査は、高齢化をめぐる各国の人口、保健・医療、社会保障制度（社会保険を含む）の現状や問題等を詳細に分析し、アジア諸国の人口高齢化とそれに伴う諸問題の解決に寄与することを目的としている。

調査にあたり現地では、在上海日本国総領事館・市橋康吉総領事、上海市老齡委員会・沈振新主任、上海市老齡科学研究センター・馬利中副主任に、計画全体にわたるご指導、ご協力をいただいた。

国内では、厚生省大臣官房国際課及び政策課、外務省中国課関係各位に、格別のご指導、ご便宜をいただいた。ここに深甚なる謝意を表する次第である。

本報告書が今後、中華人民共和国をはじめアジア諸国の高齢化対策プログラムと日本政府の有効な国際協力の貢献に役立てば幸いである。

なお本報告書は、現地政府機関、専門家、民間施設でのインタビューをもとに本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものではないことを付記する。

平成12年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 中山太郎

中華人民共和国 一般概要

1. 一般事情

	全 国	上 海	浙江省
国 土 面 積	960万km ²	6,341km ²	101万800km ²
首 都	北京		
人 種	漢民族（全体の92%及び55の少数民族）		
言 語	漢語（中国語）		
宗 教	仏教、回教、キリスト教など		

2. 人口推計¹⁾

総 人 口	12億4,624万人(96年末)	1,466万人(96年末)	4,446万人(98年末)
人 口 構 造			
0歳～14歳(%)	25.9	16.2	19.3
15歳～64歳(%)	67.2	71.4	71.4
65歳以上(%)	6.9	12.4	9.3
出 生 率	1.69%	0.56%	1.12%
死 亡 率	0.66%	0.7%	0.63%
自 然 増 加 率	1.03%	-0.14%	0.49%
性 比	106	101.6	106.5
平 均 余 命	男女計		
	男68	75.18 ²⁾	69.7 ³⁾
	女72	79.21	74.2

1) : 中国統計年鑑1997年（全国）

2) : 98年

3) : 90年センサス

3. 経済²⁾

G D P	9,700億ドル (7兆9,553億元・98年)	3,360.21億元	4,987.50億元
1人あたりGDP	780ドル（98年）	25,750元	11,247元
経 済 成 長 率	7.8%(98年GDP対前年比)	15.8%(97年対前年比)	7.5%(98年対前年比)
失 業 率	3.1%	2.8%	3.3%

2) 外務省「国名：中華人民共和国」1999.6現在（全国のみ）

4. 政治・行政²⁾

政 体：人民民主共和制
国 家 主 席：江泽民
議 会：全国人民代表大会
2)：前出

5. 教 育³⁾

初等教育 男：124
就学率(%) 女：117
中等教育 男：59
就学率(%) 女：48
15歳以上 男：10
非識字率 女：27
3)：初等教育～非識字率（世界人口白書1998年）

6. 社会福祉

		上 海 ⁴⁾	浙江省
1. 医療施設等			
医院(病院)	67,911院 (98年) (290,3000床)	477院 (67,314床)	3,341院 (98年) (103,579床)
診療所	235,492所	4,604所	3,817所
母子保健所	2,748所	12所	70所
2. 福祉施設等			
社会福利院		17院 (3,294床)	58院 (4,163床)
敬 老 院		333院 (8,361床)	2,005院 (21,242床)
老人活動所		4,540所	
老人マンション		15所 (493人)	
児童福利院		2院 (943人)	6院 (793人)
精神病福利院		3院 (1,429人)	2院 (317人)

4)：上海老齡科学研究センター・1997年

目 次

はじめに	1
一般概要	3
序章 総括・中国50年の飛躍—人口大国の壮大な人口計画—	7
1. はじめに：人口からみた中国とインド	7
2. 中国50年の人口転換—めざましい出生力の低下—	8
3. 出生力転換の類似性—日本と中国—	8
4. 上海人口の特徴	10
むすび：人口増加抑制と経済成長を両立させた上海	10
第1章 中国の保健医療	15
1. 公衆衛生・保健医療サービスの概要	15
2. 疾病構造の変化—生活習慣病の増加と感染症の減少—	16
3. 母子保健対策—一人っ子政策—	16
4. 高齢者対策—上海・杭州—	17
(1) 老年大学	18
(2) 高齢者の退職後の生活	18
(3) 浙江省の高齢化	19
第2章 上海の高齢者社会保障施策	35
1. 基本的な施策の方向性	35
2. 年金制度	37
3. 医療保険制度	39
4. 社会福祉施策	40
5. 事例検討	41
第3章 国際協力の課題	49
1. 高齢者社会保障施策	49
2. 今後の課題と将来的展望	51
第4章 調査団メンバー及び調査日程	55
付 資料 —収集文献リスト—	59

総括 中国50年の飛躍

—人口大国の壮大な人口計画—

1. はじめに：人口からみた中国とインド

第2次大戦後、1960年代から人口問題が経済開発と平行しながら登場してきた。人口の激増といった現象が経済離陸に重大な障害となることが政策担当者の経済開発プログラムの中で数量的に明らかになってきた。このような問題意識を強く感じ始めたのはインド等のアジア諸国であった。

インドは第2次大戦後いち早く人口増加抑制のための家族計画政策をとりあげた。次いで東アジアや東南アジア諸国では家族計画は政府の重要政策として活発な活動を開始している。

ここで特に注目されるのは、世界で最大人口国である中国の人口政策である。解放50年の中国の人口政策は世界史的に見て重大な意義をもっている。第1は家族計画政策の最終の段階ともいえるべき“1人っ子政策”を実行し、成功させていることである。人類の歴史の中でかつて経験されたことのないこの発想は、人口政策分野における可能な実験として重要な意義をもっている。第2に家族計画の全国民への普及が巨大な人口では極めて困難であるにもかかわらず、中国では可能であることを証明している。第3は中国のような人口大国での出生抑制の成功は、世界の人口増加の緩和に貢献するところが大きいということである。

家族計画の先駆者であるインドも人口大国である。出生力は中国に比較するとなお著しく高いが、近年着実な低下傾向をみせている。中国の人口12億7000万、インドの人口10億をあわせると約23億に達する。世界の途上国48億の約半分（47.9%）、アジア人口の63%を占めている。この2大国の人口の動向のアジアあるいは途上国の人口に及ぼす影響は極めて大きい。

中国人口の動向をもっとも先鋭に反映しているのは上海である。戦前から世界の国際都市としての上海は、社会的に経済的に強力な牽引力を発揮している。人口の分野においても1人っ子政策は完全に実行されており、また経済的に高度経済成長を持続し、中国の最先端地域としての役割を果たしている。しかし、他方において出生力の顕著な低下と労働力の流入の抑制は人口高齢化問題をひきおこしつつある。人口と経済の間に介在する新しい課題である。

2. 中国50年の人口転換—めざましい出生力の低下—

建国の1949年以来50年の中国における人口転換の経過をみてみよう。表1と図1にみられる如く、著しい変化の過程を経て出生力は置換水準以下を達成している。死亡率は1960年を中心とする3年次の異常時期を除くと死亡率は一貫して低下傾向を示している。注目すべき変化は出生率である。人口増加率はしたがって出生率の動向によって決定されている。

人口動態率の変化は次の6つの段階に区分することができる。

第1は前近代的高出生率の段階、建国前の高出生率を引継ぎ、1949年から1958年に至る10年間の時期であって普通出生率はほぼ40に近い水準、合計特殊出生率は6人という高水準にあった。

第2は1960年を中心とする前後3年間の異常事態の段階。死亡率の急上昇、出生率の激落により自然増加率が激減した。特に1960年は死亡率が出生率を上回り、自然増加率はマイナスに転じた。

第3は高出生率の段階。1962年から1972年の10年間にわたり高出生率の時代にはいる。一時は40といった高水準の出生率を示し、合計特殊出生率も6人と高かった。

第4は出生率の激落の段階である。1972年から1980年にわたって普通出生率が30の水準から17ないし18へと半分に近い水準に急減していった。

第5は人口モメンタムと呼ばれる段階である。これは第3段階の高出生率の時代に生まれた大きな世代が1980年代に結婚年齢に達したため、比較的高い出生率をもたらした。1981年から1990年に至る10年間であって、普通出生率は、それ以前の20未満の水準から20台を若干上回る水準に上昇している。しかし、合計特殊出生率からみた女性1人あたりの出生数は第4段階の出生減少期よりも低くなっていることに注目する必要がある。いいかえれば、第5段階は結婚件数が著しく増大したために、夫婦あたりの出生数が減少したとしても、人口総数からみた出生数、つまり普通出生率は増大したのである。

第6は1990年代の出生率低下の最終段階である。普通出生率は20以下に、合計特殊出生率は置換水準以下にまで低下し、先進国と同様の近代的出生力を実現している。

3. 出生力転換の類似性—日本と中国—

出生力に著しい影響を与える人口政策あるいは社会経済的、政治的背景が著しく異なっている中国と日本において、出生率の変化過程が著しく類似していることが注目され、いずれも第2次大戦後から現在に至る約半世紀の期間を対象としている。中国は解放の1947年以降、日本は終戦の1945年以降である。

第1の特徴は著しく高い死亡率の時期とそれに続く出生ブームの時期があることである。日本では終戦年をふくむ前後3年（1944～1946）に死亡率の上昇、出生率の低下によって自然増加率の減少がおきている。特に、1945年には死亡率が29.2と著しく高い水準に増大し、その結果自然

増加率はマイナス（6.0‰）に転じている。ほぼ同様な人口動態の変化が中国でも生じている。中国では1960年の死亡率の急上昇によって自然増加率がマイナス（4.57‰）に転換している。

この中国の1960年を中心とする3年次の動態率の異常は日本の1945年を中心とする3年次のそれと極めて類似している（図2に示された人口動態統計参照）。この異常な人口動態の変化はそれぞれに異なった要因によるものではあるが、人口現象としての共通の変化が生じる。それは異常な高死亡率、自然増加率のマイナスの変化に続く出生ブームにみられる。日本ではこの出生ブームはわずか3年ないし4年であったが、中国では1960年代に約10年間続いている。

この出生ブームのあと出生率の下落期が始まる。日本では短期間の出生ブームのあと約10年間の激落過程に入り、若干の安定状況を示す。中国も約10年間の高出生率のあと1970年代の約10年間出生率の激落過程を迎える。

次いで注目されることは、出生率の低下傾向のあと再び出生率の回復傾向がみられることである。日本では1960年代中頃から1970年代中頃にかけての約10年間に普通出生率は18～19の水準に若干の上昇傾向をみせる。中国においても1980年代の約10年間普通出生率は20を若干超えた水準を示す。この両国にみられた出生率の回復傾向は、20数年前にみられた高出生率時代に生れた大きな世代集団が結婚期に達したことによるものである。“人口モメンタム”とも呼ばれ、また最近では“人口ボーナス”といわれている人口現象である。

日本・中国出生力転換の理論的意義

日本の出生力が戦後において西欧的人口転換にみられなかった異常な速度で低下したこと、ならびに経済的近代化に先立って、あるいは経済成長とほぼ平行して出生力低下が実現した点において、新しい人口転換パターンを立証した。この日本の経験はさらに広大な人口をもちながら近代的経済発展以前の中国において画期的な出生力低下を実現した。

日本の出生力は1947年の34が10年後の1957年に17に低下した。中国でも1969年の34、が10年後の1979年に17と半減した。この日中の出生力転換は西欧文化圏とは異なった出生力転換、いいかえれば人口転換パターンが可能であることを実証したものであり、途上国の人口・経済の近代化を支援する転換路線となった。

出生率が10年間に半減するといった速度は当時としては予想しえない速度であったが、日本、中国の2ヶ国で実現されたことは特に注目に値する。しかし、ここで留意すべき点はこの急速な出生率の低下は不可避的に人口の高齢化をもたらすことである。

65歳以上人口割合は今日なお6.1%（1995）と低いと2020年には16.5%、2050年には22.6%と予測されている（国連）。65歳以上の高齢者1人に対する生産年齢人口の割合をみると日本では1999年の4人が2050年には2人と半減する。中国では1999年ではまだ65歳以上高齢者1人に対する生産年齢人口は10人と多いが、2050年には3人になる（国連）。高齢化の速度が中国ではいかに早いかを察することができよう。

4. 上海人口の特徴

人口1000万を超える巨大都市はメガロポリスとも呼ばれる。上海メガロポリスの新しい特徴は人口増加の要因が世界のメガロポリスと異っていることである。多くの大都市の重大な問題は地方、農村からの流入人口に基因している。しかも未婚の若い男女人口が主流を占めているため流入後の結婚や出生は都市の人口増加を強化する。上海のばあい、国の政策によって流入は厳しく制限されており、また他方において計画生育は確実に実行され出生率は著しい低水準にとどまっている。以上のことは中国政府の大都市抑制政策によるものである。

最近における上海市の出生率を全国水準と比較してみると表2の如くである。

全国の出生率水準がすでに先進国なみにまで低下しているのに対し、上海市はさらに低い水準に達している。1991年以後は全国水準の出生率は20以下となり、上海市は10を割って、なお低下傾向を継続していることが注目される。1994年は全国が18を割り、上海は6以下となり、全国の3分の1にまで低下している。

上海の出生率は全国水準の60%前後であったが最近では更に低下を続け40%前後まで低下している。年齢構成の差異を考慮に入れる必要があるとしても、上海市の6前後の出生率は著しく低い水準にあることが分る。死亡率の水準も著しく低水準にあるものの、出生率の低下傾向が著しいため、自然増加率の低下傾向も加速化し、1993年以降マイナスに転じている（前出, Sun Changmin 論文, p. 129 表2資料）。

巨大都市上海の工業化、特に浦東地区の開発はめざましい。そのことは大量の労働力を必要とする。しかし政府の基本方針は大都市の人口増加は経済的、社会的観点から強く規制されている。他方において巨大な開発は大規模な労働力を必要とし、農村地区からの流入が重要な要因となる。農村地域では1978年の農家の請負制と機械化によって失業者、潜在失業者が生じている。このことは経済的には需給調和の過程として望ましいが、供給労働力があまりにも巨大である中国ではかなりの労働力が流動化することとなる。Floating Population と呼ばれている。上海市においても、旺盛な経済活動を背景としてこのような流動人口が激増している。1984年には75万人であったのが、1988年には125万人、1993年には281万人と激増している（前出, Sun Changmin 論文, p135）。

むすび：人口増加抑制と経済成長を両立させた上海

人口1000万を越える上海市の巨大都市は、ヨーロッパでは小さくない一国の規模をもっている。合計特殊出生率は1.42で北京・天津よりも低い（第4回全国人口調査1990）。先進国の中でもっとも低いグループの水準である。しかも、この巨大都市への流入人口は厳しく制限されている。出生と転入が抑制された場合、人口の増加率はマイナスあるいはそれに近い水準となる。他方において上海が巨大な経済開発地域として中国経済の牽引力となっている。

人口増加抑制を基調とした高度経済成長の成功例としての上海メガロポリスは大都市経営の歴史的大実験である。人口高齢化をもっとも加速化する人口条件をもった上海のこれからの戦略は国際的に重大な関心の対象となるであろう。

表1 1949~1994年中国人口動態變動狀況

年次	総人口 (万)	出生率 (‰)	死亡率 (‰)	自然増加率 (‰)	合計特殊 出生率
1949	54,167	36.00	20.00	16.00	6.14
1950	55,196	37.00	18.00	19.00	5.81
1951	56,300	37.80	17.80	20.00	5.70
1952	57,482	37.00	17.00	20.00	6.47
1953	58,796	37.00	14.00	23.00	6.05
1954	60,266	37.97	13.18	24.79	6.28
1955	61,456	32.60	12.28	20.32	6.26
1956	62,828	31.90	11.40	20.50	5.85
1957	64,563	34.03	10.80	23.23	6.41
1958	65,994	29.22	11.98	17.24	5.68
1959	67,207	24.78	14.59	10.19	4.30
1960	65,207	20.86	25.43	-4.57	4.02
1961	65,859	18.02	14.24	3.78	3.29
1962	67,295	37.01	10.02	26.99	6.02
1963	69,172	43.37	10.04	33.33	7.50
1964	70,499	39.14	11.50	27.64	6.18
1965	72,538	37.88	9.50	28.38	6.08
1966	74,542	35.05	8.83	26.22	6.26
1967	76,368	33.96	8.43	25.53	5.31
1968	78,534	35.59	8.21	27.38	6.45
1969	80,671	34.11	8.03	26.08	5.72
1970	82,992	33.43	7.60	25.83	5.81
1971	85,229	30.65	7.32	23.33	5.44
1972	87,177	29.77	7.61	22.16	4.98
1973	89,211	27.93	7.04	20.89	4.54
1974	90,859	24.82	7.34	17.48	4.17
1975	92,420	23.01	7.32	15.69	3.57
1976	93,717	19.91	7.25	12.66	3.24
1977	94,974	18.93	6.87	12.06	2.84
1978	96,259	18.25	6.25	12.00	2.72
1979	97,542	17.82	6.21	11.61	2.75
1980	98,705	18.21	6.34	11.87	2.24
1981	100,072	20.91	6.30	14.55	2.63
1982	101,654	22.28	6.60	15.68	2.87
1983	103,008	20.19	6.90	13.29	2.42
1984	104,357	19.90	6.82	13.08	2.35
1985	105,851	21.04	6.78	14.26	2.20
1986	107,507	22.43	6.86	15.57	2.42
1987	109,300	23.33	6.72	16.61	2.59
1988	111,026	22.37	6.64	15.73	2.31
1989	112,704	21.58	6.54	15.04	2.25
1990	114,333	21.06	6.57	14.39	2.17
1991	115,823	19.68	6.70	12.98	2.01
1992	117,171	18.24	6.64	11.60	1.86
1993	118,517	18.09	6.64	11.45	1.85
1994	119,850	17.70	6.49	11.21	1.84

資料：中国計画生育全書、中国人口出版社1997

表2 上海市と全国の出生率比較

年次	上海市(A)	全国(B)	(A)÷(B)
1985	12.7	21.0	41.0
1986	14.5	22.4	64.7
1987	15.3	23.3	65.7
1988	13.2	22.4	58.9
1989	12.5	21.6	57.9
1990	10.2	21.1	48.3
1991	7.8	19.7	39.6
1992	7.3	18.2	40.1
1993	6.5	18.1	35.9
1994	5.9	17.7	46.5

資料：上海は、Sun Changmin, Shanghai Population in Transition, Symposium on Demography of China, China Population Association, October, 1997, Beijing, P129

全国は表1による。

表3 上海80年以來転出入移動状況
(1980年～1997年)

年次	転入数(万人)	転出数(万人)	純移動数(万人)
1980	12.90	5.29	7.61
1981	10.67	5.89	4.77
1982	8.49	5.34	3.16
1983	11.52	8.06	3.46
1984	10.16	7.75	2.40
1985	11.14	5.88	5.26
1986	12.67	6.29	6.38
1987	12.87	6.17	6.70
1988	12.16	6.98	5.17
1989	12.93	8.99	3.94
1990	12.18	10.72	1.45
1991	8.68	6.58	2.10
1992	9.24	6.40	2.84
1993	12.23	5.64	6.59
1994	13.20	5.42	7.78
1995	13.12	6.47	6.65
1996	13.01	6.41	6.60
1997	11.47	5.72	5.75
1982～87	37.59	8.20	29.39
1985～90	67.06	13.26	53.81
1990～95	72.65	12.19	60.46

資料：華東師範大学 王桂新教授提供

(「上海人口と持続可能な発展の研究」1999年8月)

図1 建国以来の中国の人口動態

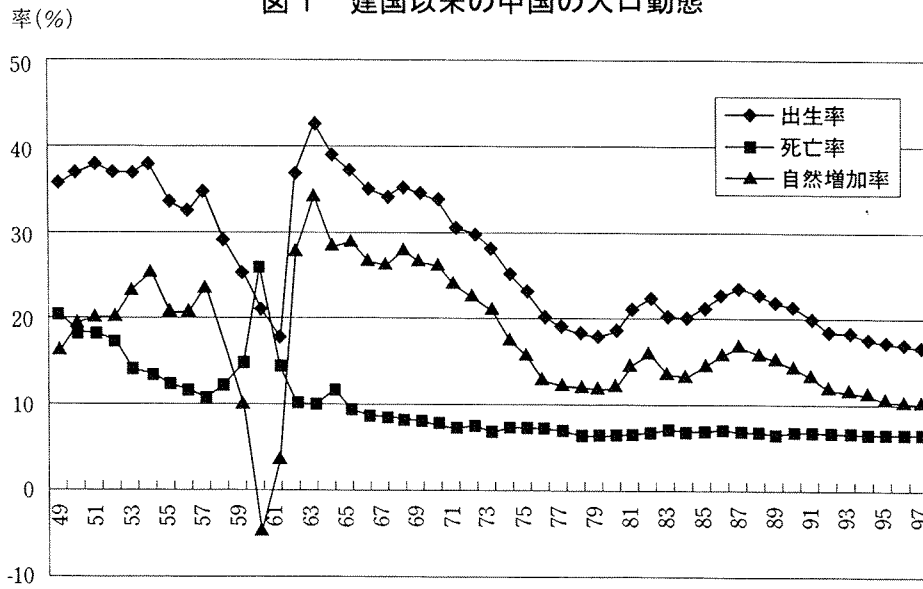
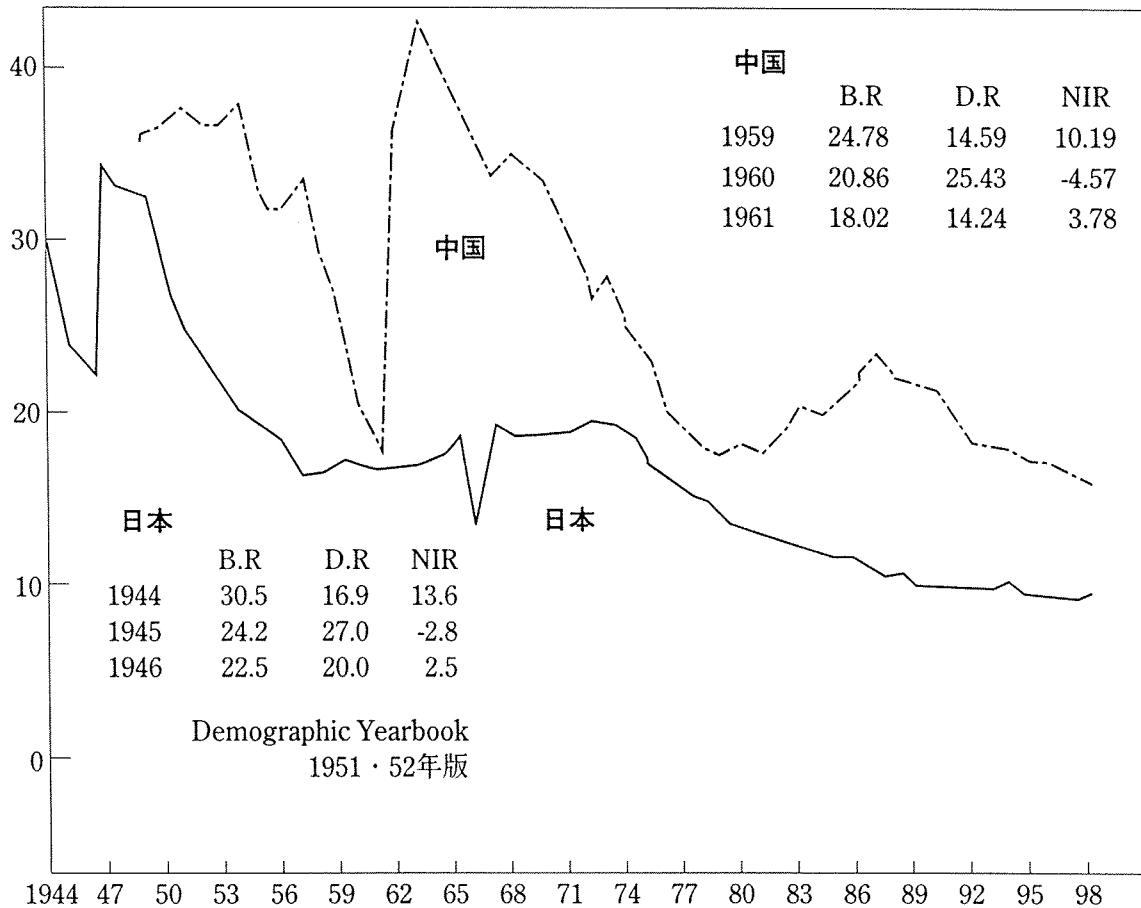


図2 日本、中国の出生力転換（日本＝1945-1998、中国＝1949-1997）



第1章 中国の保健医療

前出の項にて既に述べられてきているが、在上海日本国総領事館領事諏訪一幸氏によると、1998年の中華人民共和国(以下中国)の総人口は、約12億5000万人で、我が国の約10倍である¹⁾。うち60歳以上の人口は約1.2億人(人口比9.7%)であるが、西暦2000年には1.3億人となり、人口比で10%を超え、2040年には4億人を上回ると推計され、高齢化はピークに達すると考えられている¹⁾。今回の調査の対象となった上海は中国第一の都市であり、東京都とほぼ同じ人口、即ち中国全体の約1割の人口が密集している。

このような現状の下、本項では保健医療に焦点をあてて述べることとする。

1. 公衆衛生・保健医療サービスの概要

中国において公衆衛生行政を担当する機関は、在上海日本国総領事館領事兼医務官の古閑仁比斗志先生の説明では、最高行政機関である中央政府、即ち國務院に設置されている衛生部であるという¹⁾。また、保健医療のサービス機関としては、中国医学科学院、中国予防医学科学院があり、医療を行う現場としては、衛生部直轄病院、衛生部直轄医科大学付属病院があるという¹⁾。

さて、地方の公衆衛生行政および保健医療サービス機関についてであるが、まず、行政区分の理解が必要である。つまり、日本の都道府県に相当する一級行政区が23省、5自治区および4直轄市ある。また、香港は高度な自治権を所有する特別行政区である。省の下には二級行政区の地区があり、次いでその下に三級行政区の県、さらにその下には末端行政組織である郷・鎮があり、最後に行政単位ではないが数個の村がある¹⁾。公衆衛生の行政機関として、省には省市衛生庁があり、地区には衛生局が、県には縣市衛生局がある。保健医療のサービスを提供する機関としては、上記のそれぞれに衛生防疫センター、母子保健院(所)、専門疾病防治所が設置されており、また、医療機関としては、省立人民病院、省立医科大学付属病院、地区級病院および県級病院が設置されている¹⁾。末端の郷・鎮には、行政機関としては郷・鎮人民政府があり、保健医療サービス機関としては衛生院が設置されている¹⁾。村についてであるが、住民の自治組織である、村

民(居民)委員会が組織され、保健医療サービス機関として衛生室が設置されている¹⁾。

以上のように、保健医療サービスの提供と医療の供給に占める公的機関の割合は高く、病院の設置数で約5割、病床数で約7割である。病院および衛生院の人口千人あたりの病床数は2.4床であり、平均入院日数は、県級以上の病院で13.8日である¹⁾。

表1には、中国の病院数、病床数等を、表2および表3には上海のそれを示した。中国の各地域と上海を対比し、表に示された上海における病院数や病床数と、同市の人口密度および上述の高齢化とを併せ考えた時、現在の上海の抱える保健医療の厳しさが窺われるところである。

2. 疾病構造の変化-生活習慣病の増加と感染症の減少-

保健医療の動向に及ぼす、高齢化社会の影響の一つに疾病構造の変化が挙げられる。在日本総領事館経済領事樽川流氏および中国華東師範大学人口研究所の桂世勛教授、王桂新教授によると、上海における人口の高齢化は、他国の大都市の場合と異なっているという²⁾。つまり、出生率の低下、平均寿命の伸長および人口流入の抑制の3要因によってもたらされたものという²⁾。1997年の合計特殊出生率は0.97という低水準であり、医療衛生技術の向上とも相俟って、同年の上海の平均寿命は77.2年（男性75.2、女性79.2年）と、本邦の平均寿命に急迫しているという²⁾。要因の一つである人口流入の抑制については、特に都市部について強力であるため、中国最大の都市である上海では、他の都市よりも高齢化が先行したのだという²⁾。

以上のような現状に、産業構造の高度化²⁾ならびに私的経済の増大²⁾が加わり、疾病構造も大きく変化した。表4には、中国都市部の10大死因を、表5には同農村部の10大死因を示した。また、表6および図1には上海の10大死因を提示した。表および図からも明らかのように、中国の全体像と対比した時、上海の傾向は我が国と類似してきており³⁾、人口の高齢化の影響が認められる。即ち、生活習慣病の増加と感染症の減少が、現在の上海の特徴といえよう。

3. 母子保健対策-一人っ子政策-

先述してきたように、中国の人口は約12.5億（1998年）で世界最大である。我が国の10倍あり、世界の人口を約60億とすれば、4.8人に一人が中国人という計算になる³⁾。上海市計画生育委员会主任の周劍萍博士によると、上海では既に1950年代末から計画出産が提唱されてきており、1970年代から厳しい一人っ子政策が導入され、計画出産政策は中国で最も先進的に推進されてきているという。中国の人口増加問題に対応する政策の一つとして、いわゆる一人っ子政策が導入されてから約20年が経過し、多大な効果の一方で、近年各種の諸問題が顕在化してきたという。まず、前者については、少子化に伴う国および家庭の養育費負担が軽減化されたことである^{2,4,5,6)}。具

体的には、この軽減分は1997年の国内総生産(GDP)に匹敵する7兆4千億元(約93兆円)に相当するという⁴⁾。次いで、後者についてであるが、都市部と農村部とでは問題点は異なっているという。代表的な2点を挙げると、まず始めに農村部では、農家の労働力不足が深刻化してきている点であり、次いで都市部では高齢化が進む一方なので、将来1人の孫に4人の祖父母、両親を加えると計6人がのしかかってくるという点であるという。

また、一人っ子政策との関連で、晩婚・晩産の奨励や避妊教育も広く展開しているという。たとえば、少数民族に対しては、保護政策がとられており、基本的には一人っ子政策は適用されていないという⁵⁾。さらに、計画生育委員会としては、人口の抑制という立場からのみでなく、農村部における生活水準の向上、母子保健の増進、婦人の地位向上などとも併せて政策を推進し、啓蒙活動を展開しているという。

さて、今の状態が維持され、このまま推移すると、21世紀半ばまでで人口は約16億になると推計され、そこから徐々に減少してゆくと考えられているという^{1,2,5,6)}。

表7には、上海の平均寿命と婚姻状況の年次推移を、表8には計画生育状況の年次推移を、また、表9には計画生育状況における区および県の対比成績を提示した。上海の合計出生率はほぼ0.96で、東京の1.1よりも低い水準であり、我が国より先に少子化時代に突入していることが明示されている。

4. 高齢者対策-上海・杭州-

先述してきたように、中国における60歳以上の人口は1.2億人(人口比9.7%)であり、2000年には1.3億人に達し、人口比で10%を超える。高齢化のピークを迎える2040年には4億人以上になると推計されている¹⁾。

さて、「高齢化水準」²⁾とは、65歳以上の高齢者の総人口に占める割合をいうが、中国華東師範大学人口研究所王桂新教授によると、上海における高齢化水準は、1964年には3.61%であったが、1982年には7.60%を示し、1990年には9.38%、1995年には11.43%であるという。王教授の調査・推計によると、現在の人口動態がそのまま推移すると、2020年には、戸籍人口では0～14歳の年少人口の割合が1996年の15.06%から3.41%減少するのに比して高齢者の割合は26.75%にまで増加するという²⁾。

以上のような社会背景の下、中国では、1996年に高齢者福祉の基本法ともいえる老年人權益保障法が制定された¹⁾。中国華東師範大学人口研究所桂世勛教授、上海老年大学副学長桂榮安先生および上海師範大学学長楊徳広先生によると、本法律では、老人に対する家庭扶養の義務が明確化され、社会保障、高齢者教育、人材育成、文化生活、施設整備および社会参加等に関する基本的事項が策定されているという。施策の第一に、高齢者福祉サービスについてであるが、主として地域住民によって自治・自助・互助の精神に基づいて運営される、社区と呼ばれる組織によつ

て、施設設備の他に、保健医療サービスや社会教育活動が実施されているという。第二に、高齢者施設についてであるが、福利院および敬老院等の入所施設が全国で4.2万箇所あり、入所者は78.5万人であるという。第三に、老年大学および老年学校が全国に約5,000箇所設立・整備されているという。

(1)老年大学

上記の施策の一つである、上海老年大学を訪問し、書道、英語およびピアノの授業を見学させて頂いた。設備は上海師範大学の既存の教室を用いており、授業は、同大学の現職の教授陣が担当しておられた。上海老年大学副学長の桂榮安先生は、同大学が老人に及ぼすプラスの影響として、以下の3点を強調された。まず、若者と同じ校舎で勉強することにより、心身共に若返り、明るくなること。次に、若者の側も、老年者に対する偏見が是正され、相互理解が生まれること。さらに、かつて勉強したくてもできなかった学問を、大学の施設内で、現職の教授陣から学べることから、将来への希望や夢が一層広がること。

表10には、上海市の老年教育に関する施設を提示した。行政の末端組織まで、老年大学構想が浸透していることが、数字からも明らかである。

他方、浙江省杭州市では、徐愛光浙江省馬寅初人口福利基金会常務副会長より、同省の高齢化の現状とその対策について説明を受け、同市の早朝体操を見学した。老人たちは、西湖を臨む公園にて、早朝5時頃より7時頃まで、個人あるいは集団にて、各自思い思いの運動を日課としていたとのことであった。徐愛光先生は、かつて日本を訪問された際の経験を基にして、杭州に老人ホームを建設する構想を持たれており、着実に実行に移したい、とのことであった。同省については、(3)にて詳細を述べたい。

(2)高齢者の退職後の生活

退職後の高齢者の生活は、年金制度、高齢者医療保健、社会福祉施策等に深く関与していることから、詳細は次項に譲りたい。

一方、上海社会科学院副院長の左学金博士、上海老齡委員会弁公室主任の殷志剛先生および上海老齡科学研究センター副所長の朱即明先生によると、上海では、産業構造が高度化したこと、私的経済が増大したこと、人口抑制政策による家庭経済負担の軽減化等によって、高齢者の退職後は、中国の他の都市に比して経済的には比較的ゆとりがあるというが、退職前の職種、地域等により様々な格差があるとのことであった。

図2には、上海市の高齢者の文化的水準を提示した。上段が60歳以上、下段が65歳以上の高齢者について図解されている。また、図3には、上海市の高齢者の産業構成を示したが、都市部と郊外との差異が明らかである。郷・県部では農業等が圧倒的な割合であり、都市部では工業、国

営企業等が上位を占めている。さらに、図4には、上海市の高齢者の職業構成を提示した。図3と同様に、都市部と郷・県部との違いが明示されており、都市部の高齢者は、上海の産業と深く関わっていることが示唆される。

(3)浙江省の高齢化

徐愛光浙江省馬寅初人口福利基金会常務副会長に対する取材等により、同省における高齢化の特徴として、次の点が明らかとなった。

(a) 高齢化の速度が欧米諸国よりも早く、日本に接近していること。

例えば、65歳以上の人口が7%から14%に達するまでに要した年数について、同省と諸外国とを対比してみると、フランスでは115年、スウェーデン85年、イギリス45年、アメリカ70年、日本24年および同省28年である。

(b) 人口高齢化の程度が高く、全国でもトップ水準であること。

1990年の人口センサスによると、60歳以上の人口割合が10%以上の地域は、1位上海(14.7%)、2位浙江省(10.38%)、3位江蘇省(10.24%)である。

(c) 高齢化水準において、都市部と農村部間で格差が存在すること。

1982年、都市部に居住する高齢者は26.4%で、農村部では73.6%であった。1995年には都市部で33.3%、農村部6.6%と変遷した。同省では市、県、鎮の順で高齢者が居住している。

(d) 高齢者の高齢化が進行していること。

1953年の同省における80歳以上の高齢者は、6.99万人であった。1982年には、30.53万人に増加し、1990年には39.53万人となった。つまり、1990～1998年間で15.8万人が増加したこととなる。

(e) 高齢化の速度が、社会経済的発展水準を上回っていること。

全国的規模で厳しく展開されてきている人口抑制政策により、出生率は急速に低下した。このことが同省の経済発展に与える影響は多大であり、社会保障制度や福祉事業の整備は、人口高齢化の速度に対応しきれていないのが現状である。1970年に、日本の65歳以上の人口が全人口の7%に達した際の、国民一人当たりの国民総生産高は4,981ドルであった。他方、同省において、同様に65歳以上の人口が7%に達した際の国民一人当たりの国民総生産高は434ドルであった。

以上の背景を踏まえて、浙江省では、高齢者対策として以下を推進している。

(a) 老齡工作機構を設立し、老齡事業發展計画を制定する。

(b) 中華人民共和国老年人權保障法を実施、高齢者の合法的な権利を保護する。

(c) 敬老院、高齢者マンション、託老所、高齢者活動センター、老年大学(学校)等の高齢者福祉事業を興し、コミュニティによる高齢者福祉を展開する。

(d) 高齢者優遇政策。

(e)高齢者問題の調査・研究、国内・外並びに省級の重要研究項目を受諾し、省委員会を省
政府が制定する高齢者対策事業に対して科学的支援活動を行う。

(f)企業職員の養老保険制度の改革。

(g)農村社会における養老保険事業の展開。

(h)老年病院、老年病専科の開設および地域保健医療サービスの展開。

さらに、来る21世紀の高齢化社会に対応すべく、次の対策を講じ、かつ推進する予定である。

(a)西暦2010年までの労働力資源の豊富な時期を十分に活用し、経済を発展せしめ、高齢者
福祉政策の基礎固めを施行する。即ち、高齢化が頂点に達した際の人口圧力を緩和する
ためである。

(b)高齢化社会政策体系を構築するための研究を推奨し、高齢者事業を国民経済と社会発展
計画に盛り込む。政府の高齢者対策事業を充実させるとの目的からである。

(c)社会保障を主とする養老・医療保障機構を勘案し、老後の養老・医療保障を完備させる。

(d)家庭内介護を主とする老人介護方式を完成・定着せしめ、住民から積極的に支持・利用
されるような地域医療サービスを展開する。

(e)健康教育、保健および疾病の予防事業を幅広く展開し、高齢化における健康を保持・増
進せしめる。

(f)高齢者の日常生活における、精神的かつ文化的側面に配慮する。

(g)高齢者の関わる産業を発展させるため、産業構造を調整する。このことにより、高齢者
の需要が満足されるように考慮する。

(h)高齢者の年齢定義の見直しと、労働力年齢の上限の見直し。

(i)計画生育計画の調整。

引用文献

- 1) 厚生省：アジア・オセアニア諸国の社会保障制度。厚生省(監), 厚生白書(11), ぎょうせい, 東京, 1999, pp323-326
- 2) 王 桂新：上海- その人口と発展。統計(50)2:1-10, 1999
- 3) 国民衛生の動向(1999)：厚生統計協会(編), 厚生統計協会, 東京, 1999, pp420-421
- 4) 読売新聞: 1999.9.29
- 5) 国分良成：中華人民共和国, 筑摩書房, 東京, 1999, pp91-93
- 6) TIME: China's amazing half-century. September 27, 1999
- 7) 総務庁：国際高齢者年への取組。総務庁(編), 高齢社会白書(11), 大蔵省印刷局, 東京, 1999, pp23-27
- 8) 国民衛生の動向(1999)：厚生統計協会(編), 厚生統計協会, 東京, 1999, pp32-33
- 9) TIME: Getting the lead out. July 27, 1998

表1 中国各地区の病院・病床・医療従事者数（1997年）

地 区	機関合計		ベッド数合計		従事者合計	
		病院・ 衛生院	(万床)	病院・ 衛生院	(万人)	衛生技術 職員
全 国	315033	67911	313.5	290.3	551.6	439.8
北 京	6577	673	6.8	6.6	16.7	11.9
天 津	3571	483	4.1	3.9	9.1	7.1
河 北	20077	4511	16.6	14.5	26.3	21.3
山 西	8596	2630	11.1	10.5	17.9	15.0
内 蒙 古	7571	1991	6.5	6.2	13.4	10.7
遼 寧	11806	2174	19.9	17.9	31.0	23.6
吉 林	5539	1439	9.5	8.8	17.5	13.5
黒 龍 江	7676	1999	12.1	11.5	23.2	17.8
上 海	5898	474	7.0	6.8	14.9	10.9
江 蘇	13386	2620	17.0	15.9	32.4	25.5
浙 江	19229	3403	10.8	10.2	19.1	15.3
安 徽	7911	3203	12.3	11.4	18.7	15.2
福 建	10059	1306	8.9	8.1	11.4	9.5
江 西	8056	2310	9.0	8.2	14.9	12.0
山 東	14627	3151	20.7	19.4	36.6	29.4
江 南	11733	3001	18.9	17.6	32.2	26.2
湖 北	11562	2078	14.5	13.1	30.2	23.9
湖 南	15591	3348	14.4	13.4	24.9	20.5
広 東	16195	2350	15.5	14.4	30.5	24.6
広 西	13851	1758	8.8	8.3	15.4	12.3
海 南	2595	485	2.2	2.1	4.1	3.3
重 慶	9816	2553	6.6	5.8	10.9	8.8
四 川	31392	7688	19.1	17.1	30.8	25.1
貴 州	8955	1870	5.8	5.4	10.2	8.4
雲 南	11454	2127	9.4	8.6	14.6	11.8
西 藏	1324	895	0.6	0.6	1.1	0.9
陝 西	10856	3218	9.5	9.0	16.1	13.0
甘 肅	8962	1861	5.7	5.4	9.9	8.2
青 海	1903	592	1.7	1.7	2.6	2.1
寧 夏	1651	375	1.3	1.2	2.7	2.2
新 疆	6614	1345	7.2	6.7	12.3	9.8

資料：中国統計年鑑, 1998

表2 上海の保健医療施設数（1978-1997）

単位：所

年次	合計	病院	療養院・所	問診部・所	専科防治所	衛生防疫所	婦幼保健所(母子)	医学科研機関(医療科学研究機関)	高・中等医薬院校
1978	4823	388	53	4195	52	31	21	11	37
1979	5627	394	61	4971	50	32	22	26	35
1980	6067	399	62	5397	49	35	21	15	36
1981	6337	403	70	5651	45	34	21	17	36
1982	6445	408	70	5756	44	34	22	16	35
1983	6451	415	67	5761	44	34	22	16	35
1984	6318	420	63	5626	42	35	23	16	35
1985	7245	405	50	6567	45	32	22	16	37
1986	7306	419	47	6610	47	32	22	17	38
1987	7330	431	55	6611	46	32	22	17	38
1988	7471	444	46	6738	42	32	24	17	39
1989	7550	460	41	6810	43	33	23	17	35
1990	7690	462	40	6947	41	33	23	17	33
1991	7554	463	37	6817	41	33	23	17	34
1992	7363	454	31	6644	40	33	23	17	32
1993	6077	486	18	5377	34	35	13	18	33
1994	5606	497	13	4909	32	33	12	17	32
1995	5286	485	13	4604	32	33	12	17	29
1996	5200	477	4	4537	29	33	12	17	29
1997	5028	474	4	4367	30	33	12	17	28

資料：上海統計年鑑, 1998

注：1996年から保健サービスを伴わない療養院は問診部・所に含む。

表3 上海の病床数・医療従事者数（1978-1997）

年次	衛生機関 職員(万人)						ベッド数 (万床)			
	衛生技術 職員	衛生技術				病院	療養院・所	その他の 衛生機関		
		中 医	西洋 医師	西洋 医士	看護師・ 看護師					
1978	11.91	8.50	0.61	1.36	1.39	2.23	5.47	4.68	0.30	0.49
1979	12.60	8.88	0.58	1.63	1.38	2.12	5.56	4.78	0.34	0.44
1980	13.19	9.41	0.64	1.76	1.53	2.24	5.80	4.94	0.42	0.44
1981	13.49	9.57	0.68	1.79	1.90	2.22	5.84	4.99	0.47	0.38
1982	13.88	9.88	0.68	1.93	2.11	2.29	5.43	5.11	0.46	0.36
1983	14.09	10.09	0.70	2.05	2.12	2.35	6.00	5.20	0.45	0.35
1984	14.35	10.24	0.70	2.11	2.04	2.44	6.16	5.34	0.47	0.35
1985	14.36	10.42	0.68	2.15	2.02	2.51	6.02	5.32	0.30	0.40
1986	14.74	10.71	0.70	2.21	2.00	2.66	6.22	5.47	0.30	0.45
1987	15.15	11.00	0.69	2.35	2.01	2.81	6.38	5.60	0.37	0.41
1988	15.49	11.46	0.69	3.19	1.52	3.00	6.29	5.89	0.38	0.52
1989	15.68	11.65	0.68	3.62	1.43	3.15	6.87	6.04	0.31	0.52
1990	15.85	11.84	0.67	3.68	1.47	3.27	6.96	6.21	0.32	0.43
1991	15.97	11.92	0.67	3.84	1.37	3.38	7.01	6.31	0.31	0.39
1992	15.93	11.82	0.67	3.86	1.34	3.39	7.07	6.42	0.28	0.37
1993	15.67	11.53	0.64	3.91	1.19	3.37	7.12	6.75	0.19	0.18
1994	15.33	11.20	0.62	3.92	0.98	3.35	7.20	6.81	0.17	0.22
1995	15.15	11.06	0.61	3.89	0.87	3.40	7.10	6.69	0.16	0.25
1996	15.04	10.95	0.58	3.85	0.79	3.45	7.00	6.73	0.05	0.22
1997	15.02	10.89	0.57	3.81	0.74	3.48	7.00	6.78	0.02	0.20

資料：上海統計年鑑, 1998

- 注：1. 1985年から衛生機関人員数・ベッド数に、市外にある後方基地は含まれていない。
 2. その他の衛生機関には、問診部、専科防治所、衛生防疫所、婦幼保健所、医学科研機関等を含む。

表4 中国都市部の10大死因構成（1997年）

順位	疾病別死亡原因（死因）	総死亡数に占める%
	上位第10位までの合計	91.76
1	悪性新生物	22.71
2	脳血管疾患	22.63
3	心疾患	16.77
4	呼吸器系の疾患	14.09
5	損傷（傷病）と中毒	6.18
6	消化器系の疾患	3.10
7	内分泌、栄養、代謝疾患 及び免疫機構の障害	2.66
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.49
9	精神病	1.16
10	神経系の疾患	0.97
	男性死因上位第10位までの合計	92.62
1	悪性新生物	25.45
2	脳血管疾患	22.33
3	心疾患	15.45
4	呼吸器系の疾患	13.53
5	損傷（傷病）と中毒	7.05
6	消化器系の疾患	3.41
7	内分泌、栄養、代謝疾患 及び免疫機構の障害	1.99
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.42
9	精神病	1.00
10	伝染病（肺結核を除く）	0.99
	女性死因上位第10位までの合計	90.68
1	脳血管疾患	23.00
2	悪性新生物	19.31
3	心疾患	18.41
4	呼吸器系の疾患	14.78
5	損傷（傷病）と中毒	5.09
6	内分泌、栄養、代謝疾患 及び免疫機構の障害	3.48
7	消化器系の疾患	2.72
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.58
9	精神病	1.37
10	神経系の疾患	0.94

資料：中国統計年鑑，1998

注：この統計は、北京等を含む35都市における全市或いは一部の市区からなる。

表5 中国農村部の10大死因構成（1997年）

順位	疾病別死亡原因（死因）	総死亡数に占める%
	上位第10位までの合計	91.47
1	呼吸器系の疾患	23.38
2	脳血管疾患	17.82
3	悪性新生物	17.12
4	損傷（傷病）と中毒	11.67
5	心疾患	11.48
6	消化器系の疾患	4.39
7	新生児病	1.46
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.41
9	肺結核	1.39
10	伝染病（肺結核を除く）	1.35
	男性死因上位第10位までの合計	92.71
1	呼吸器系の疾患	22.15
2	悪性新生物	19.44
3	脳血管疾患	17.41
4	損傷（傷病）と中毒	12.63
5	心疾患	10.42
6	消化器系の疾患	4.73
7	肺結核	1.61
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.48
9	伝染病（肺結核を除く）	1.43
10	新生児病	1.41
	女性死因上位第10位までの合計	89.92
1	呼吸器系の疾患	24.91
2	脳血管疾患	18.32
3	悪性新生物	14.26
4	心疾患	12.80
5	損傷（傷病）と中毒	10.48
6	消化器系の疾患	3.79
7	新生児病	1.51
8	泌尿器、生殖器系の疾患	1.33
9	内分泌、栄養、代謝疾患 及び免疫機構の障害	1.27
10	伝染病（肺結核を除く）	1.25

資料：中国統計年鑑，1998

注：この統計は北京等を含む79県からなる。

表6 上海の10大死因構成 (1997年)

順位	全 市		市 区		県	
	死亡原因 (死因)	死亡総数に 占める%	死亡原因 (死因)	死亡総数に 占める%	死亡原因 (死因)	死亡総数に 占める%
1.	循環器系の疾患	33.82	循環器系の疾患	36.39	循環器系の疾患	25.91
2.	腫瘍	25.90	腫瘍	26.87	呼吸器系の疾患	25.84
3.	呼吸器系の疾患	16.52	呼吸器系の疾患	13.48	腫瘍	22.89
4.	損傷(傷病)・中毒	6.55	損傷(傷病)・中毒	5.92	損傷(傷病)・中毒	8.49
5.	消化器系の疾患	2.78	内分泌、代謝、免疫障害	2.78	消化器系の疾患	3.40
6.	内分泌、代謝、免疫障害	2.41	消化器系の疾患	2.58	伝染病及び寄生虫症	3.11
7.	精神病	2.33	精神病	2.51	精神病	1.76
8.	伝染病及び寄生虫症	2.17	伝染病及び寄生虫症	1.87	泌尿器、生殖器系の疾患	1.56
9.	泌尿器、生殖器系の疾患	1.21	泌尿器、生殖器系の疾患	1.10	内分泌、代謝、免疫障害	1.28
10.	神経系の疾患	0.75	神経系の疾患	0.82	神経系の疾患	0.53

資料：上海統計年鑑, 1998

表7 平均寿命と婚姻状況推移 (上海統計年鑑, 1998)

指 標	1978	1980	1990	1996	1997
平均寿命(歳)	73.35	73.33	75.46	76.11	77.20
男	70.69	71.25	73.16	74.07	75.18
女	74.78	75.36	77.74	78.21	79.21
結婚登記許可(件)数(万件)	8.97	16.82	10.77	8.96	8.84
市区	4.11	10.10	6.19	6.56	6.82
県	4.86	6.72	4.58	2.40	2.02
初婚(万人)		33.07	19.49	14.98	15.12
再婚(万人)		0.57	2.04	2.31	2.57
離婚(万人)			3.27	4.93	5.46

資料：上海統計年鑑, 1998

表8 計画生育基本状況(1978-1997)

単位：万人

年次	出生数	計画出産の 下での 出産数	計画 出産率 (%)	出生年齢 による 既婚女子数	一人っ子証 取得数	一人っ子証 取得率(%)	避妊実行数	避妊実行率
全市	1978	11.60	9.77	84.3	146.93		127.01	86.4
	1979	13.05	11.43	87.6	154.30		133.40	86.5
	1980	13.00	11.88	91.4	162.30	36.67	143.05	88.1
	1981	18.11	16.79	92.7	180.42	54.79	152.22	84.4
	1982	20.75	19.19	92.5	191.89	77.03	164.31	85.6
	1983	17.80	19.26	97.0	197.98	94.87	173.56	87.7
	1984	16.28	16.12	99.1	206.83	109.73	184.74	89.3
	1985	15.43	15.33	99.4	219.61	118.56	189.54	86.3
	1986	17.24	17.09	99.1	230.81	132.93	198.87	86.2
	1987	19.03	18.88	99.2	242.77	147.03	212.48	87.5
1988	16.53	16.43	99.4	251.52	158.93	223.74	89.0	
1989	15.91	15.81	99.4	261.73	171.13	235.97	90.2	
1990	13.12	13.06	99.6	268.05	181.94	245.59	91.6	
1991	10.08	10.05	99.7	270.95	188.10	69.4	249.70	92.2
1992	9.37	9.35	99.8	274.42	192.63	70.2	252.96	92.2
1993	8.40	8.38	99.8	274.44	195.51	71.2	253.45	92.4
1994	7.63	7.62	99.8	272.90	196.23	71.9	252.90	92.7
1995	7.11	7.09	99.7	270.35	193.09	71.4	250.49	92.7
1996	6.79	6.76	99.6	267.81	182.78	68.3	247.42	92.4
1997	6.42	6.39	99.6	266.64	162.87	61.1	245.67	92.1
市区	1978	3.99	3.61	90.5	68.81		62.77	91.2
	1979	4.48	4.35	97.0	70.65		63.91	90.5
	1980	5.19	5.12	98.6	74.31	22.79	66.32	89.2
	1981	7.50	7.42	99.0	81.67	31.74	69.45	85.0
	1982	10.20	10.08	98.8	88.92	42.41	74.40	83.7
	1983	10.63	10.60	99.7	93.74	51.55	79.83	84.7
	1984	10.40	10.38	99.9	100.11	61.68	87.00	86.9
	1985	9.86	9.84	99.8	113.87	70.74	94.34	82.8
	1986	10.20	10.17	99.7	120.43	79.11	100.01	83.0
	1987	11.10	11.06	99.7	127.53	87.60	107.75	84.6
1988	9.79	9.76	99.7	132.38	94.30	114.29	86.3	
1989	9.80	9.76	99.6	146.70	107.35	129.43	88.2	
1990	7.74	7.71	99.6	150.59	113.86	135.79	90.2	
1991	5.35	5.33	99.7	151.96	116.83	76.9	137.94	90.8
1992	4.89	4.88	99.8	155.33	119.52	77.0	140.81	90.7
1993	5.37	5.36	99.7	191.72	145.12	75.7	175.48	91.5
1994	4.87	4.86	99.8	191.72	145.24	75.8	176.10	91.7
1995	4.54	4.52	99.6	189.57	142.33	75.1	174.25	91.9
1996	4.39	4.37	99.6	187.67	135.00	71.9	171.81	91.6
1997	4.56	4.53	99.5	200.34	127.04	63.4	183.17	91.4
県	1978	7.61	6.06	81.0	78.12		64.24	82.2
	1979	8.57	7.09	82.7	83.65		69.40	83.1
	1980	7.81	6.76	86.7	87.99	13.88	76.73	87.2
	1981	10.61	9.37	88.3	98.76	23.05	82.77	83.3
	1982	10.55	9.11	86.4	102.97	34.62	89.91	87.3
	1983	7.17	6.66	92.9	104.23	43.32	94.18	90.4
	1984	5.88	5.74	97.7	106.72	48.05	97.73	91.6
	1985	5.57	5.19	98.6	105.77	47.82	95.20	90.0
	1986	7.04	6.92	98.3	110.38	53.82	98.86	89.6
	1987	7.93	7.82	98.6	115.23	59.43	104.73	90.9
1988	6.74	6.67	99.0	119.14	64.63	109.45	91.9	
1989	6.12	6.06	99.0	115.03	63.78	106.54	92.6	
1990	5.27	5.34	99.5	117.46	68.08	109.80	93.5	
1991	4.73	4.72	99.7	118.99	71.27	59.9	111.76	93.9
1992	4.48	4.47	99.9	119.09	73.11	61.4	112.15	94.2
1993	3.02	3.02	99.9	82.72	50.39	60.9	77.97	94.3
1994	2.76	2.76	99.8	81.18	50.99	62.8	76.80	94.6
1995	2.57	2.57	99.8	80.78	50.77	62.8	76.23	94.4
1996	2.40	2.39	99.6	80.14	47.78	59.6	75.61	94.4
1997	1.86	1.86	99.7	66.30	35.83	54.0	62.50	94.3

資料：上海統計年鑑, 1998

表9 各区、県別計画生育基本状況(1997年)

単位：万人

地区	出生数	出生年齢 による 既婚女子数	一人っ子証 取得数	避妊実行数	計画 出産率 (%)	一人っ子証 取得率(%)	避妊実行率
全市	6.42	266.64	162.87	245.67	99.59	61.1	92.1
市区	4.56	200.34	127.04	183.17	99.52	63.4	91.4
黄浦区	0.10	4.61	3.16	4.08	98.85	68.5	88.4
南市区	0.24	8.43	6.49	7.53	99.12	77.0	89.2
盧湾区	0.14	6.85	4.54	5.98	99.01	66.2	87.3
徐匯区	0.34	13.70	9.07	12.49	99.53	66.2	91.2
長寧区	0.25	12.12	8.24	10.86	99.55	68.0	89.6
静安区	0.14	6.78	4.73	5.84	99.01	69.7	86.2
普陀区	0.32	16.44	10.94	14.96	99.21	66.5	91.0
閘北区	0.25	13.35	8.90	12.00	99.68	66.7	89.9
虹口区	0.31	16.18	10.80	14.64	99.58	66.7	90.5
楊浦区	0.44	18.79	12.85	17.10	99.54	68.4	91.0
浦泉新区	0.73	32.32	19.16	30.10	99.66	59.3	93.1
閔行区	0.29	11.46	6.52	10.79	99.86	56.9	94.2
嘉定区	0.29	11.07	5.46	10.37	99.97	49.3	93.7
宝山区	0.34	15.43	9.09	14.41	99.48	58.9	93.4
金山区	0.38	12.81	7.09	12.02	99.58	55.4	93.9
県	1.86	66.30	35.83	62.50	99.74	54.0	94.3
南羅県	0.49	16.31	10.69	15.43	99.80	65.5	94.6
奉賢県	0.34	11.81	5.60	11.20	99.77	47.4	94.8
松江県	0.32	11.46	5.68	10.71	99.75	49.6	93.5
青浦県	0.30	10.56	5.41	9.86	99.90	51.2	93.3
崇明県	0.41	16.16	8.45	15.30	99.51	52.3	94.7

資料：上海統計年鑑, 1998

表10 上海市老年教育（1996年）

1996年下半年市レベル老年大学（下半期、市級（レベル）老年大学）

学校名称	校数(所)	クラス数総数に占める割合(%)		生徒数(人)総数に占める割合(%)	
上海市老干部大学	1	18.8	31	18.8	1138
上海老年大学	1	28.7	47	27.5	1666
上海老齡大学	1	36.0	59	34.9	2114
上海市退職者工大学	1	16.5	27	18.8	1133
合 計	4	100 %	164	100 %	6051

1996年（下半期、区、県レベル老年学校及び市レベル老年大学分校）

学校名称	校数(所)	クラス数総数に占める割合(%)		生徒数(人)総数に占める割合(%)	
区老干部大学	10	21.6	109	26.1	4354
局老干部大学	9	8.9	45	5.9	990
企業老干部大学	4	11.9	60	9.9	1644
部隊老干部大学	3	4.4	22	3.0	493
上海老年大学分校	13	38.1	192	38.4	6406
区老年大学	4	12.7	64	12.0	1994
区老年学校	3	2.4	12	4.7	787
合 計	46	100 %	504	100 %	16668

1996年下半年期、街道、鎮老年学校

学校名称	校数(所)	クラス数	生徒数(人)
街道、鎮老年学校	201	815	39342

1996年下半年期居民委員会、村民委員会の老年学校分校

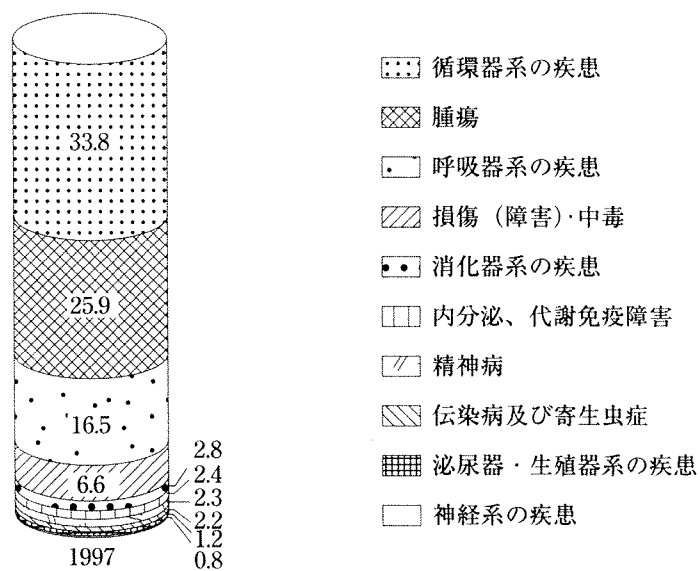
学校名称	校数(所)	学習時間	生徒数(人)総数に占める割合(%)	
居民委員会、村民委員会	1584	毎週あるいは隔週で出席	46.2	35772
		毎週一課目出席	63.8	41673
合 計	1584		100 %	77445

1996年下半年期上海市放送老年大学

登録形式	校数(所)	テレビを見る生徒数(人)総数に占める割合(%)	
登 録	2323	38.6	71723
未登録		61.4	114311
合 計	2323	100 %	186034

資料：上海市老年人口地図集，1997

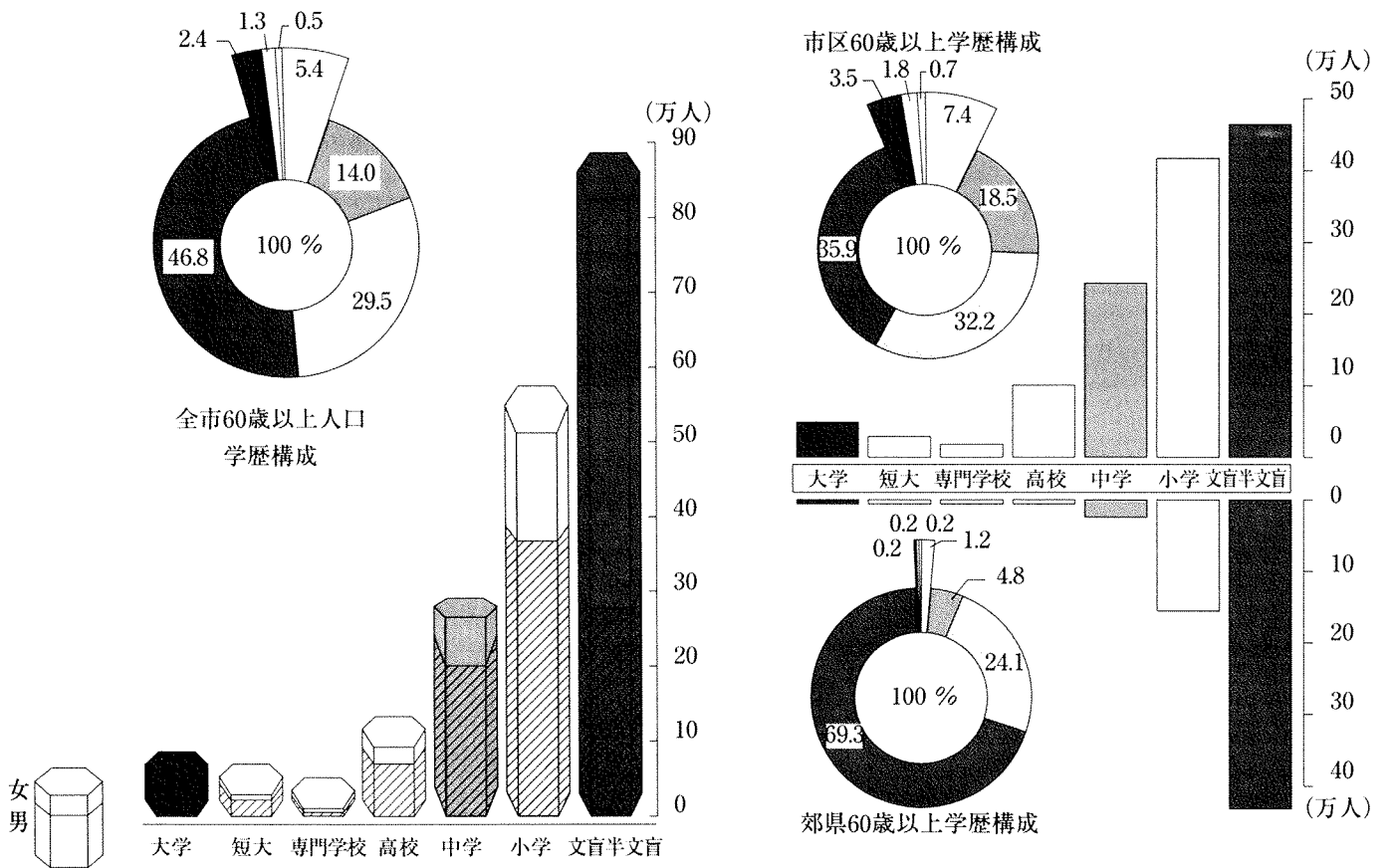
図1.上海の10大死因構成 (1997年)



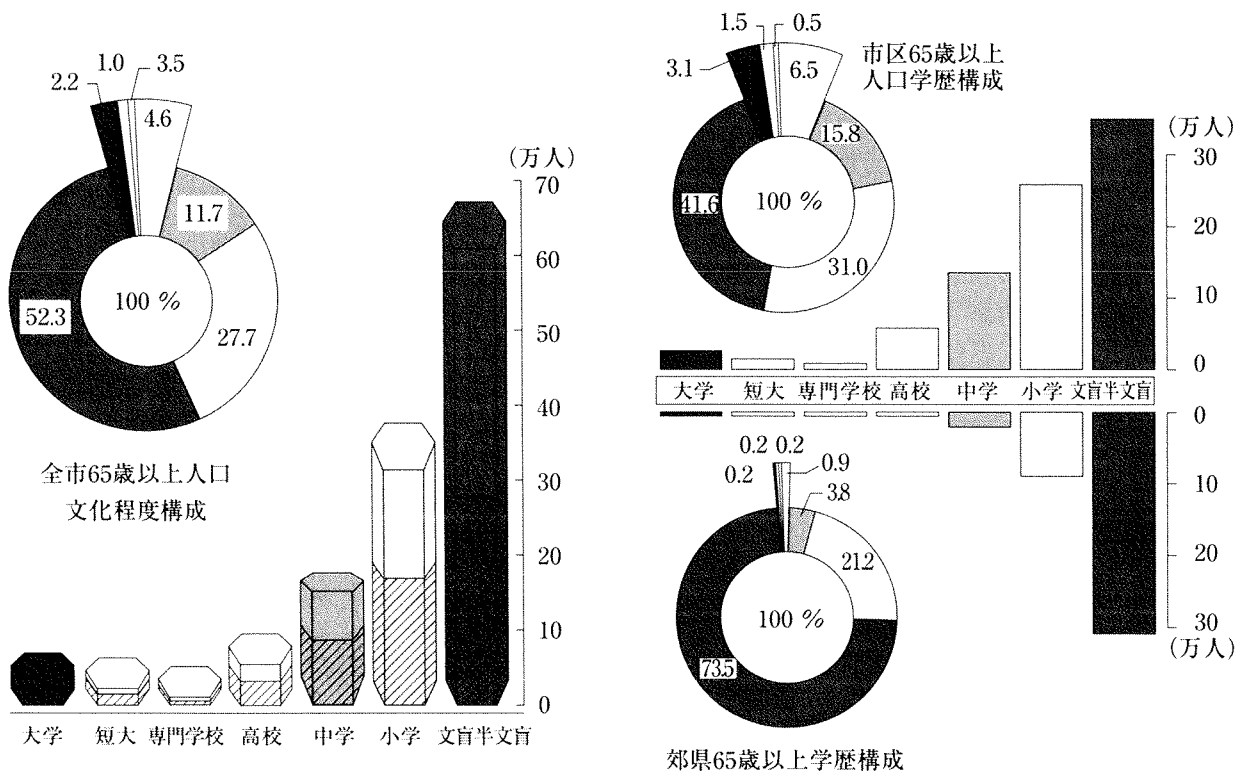
資料：上海統計年鑑，1998

図2.上海市の高齢者の文化的水準（1990年）

1990年センサス・上海市の高齢者における性別学歴（60歳以上）（学歴）



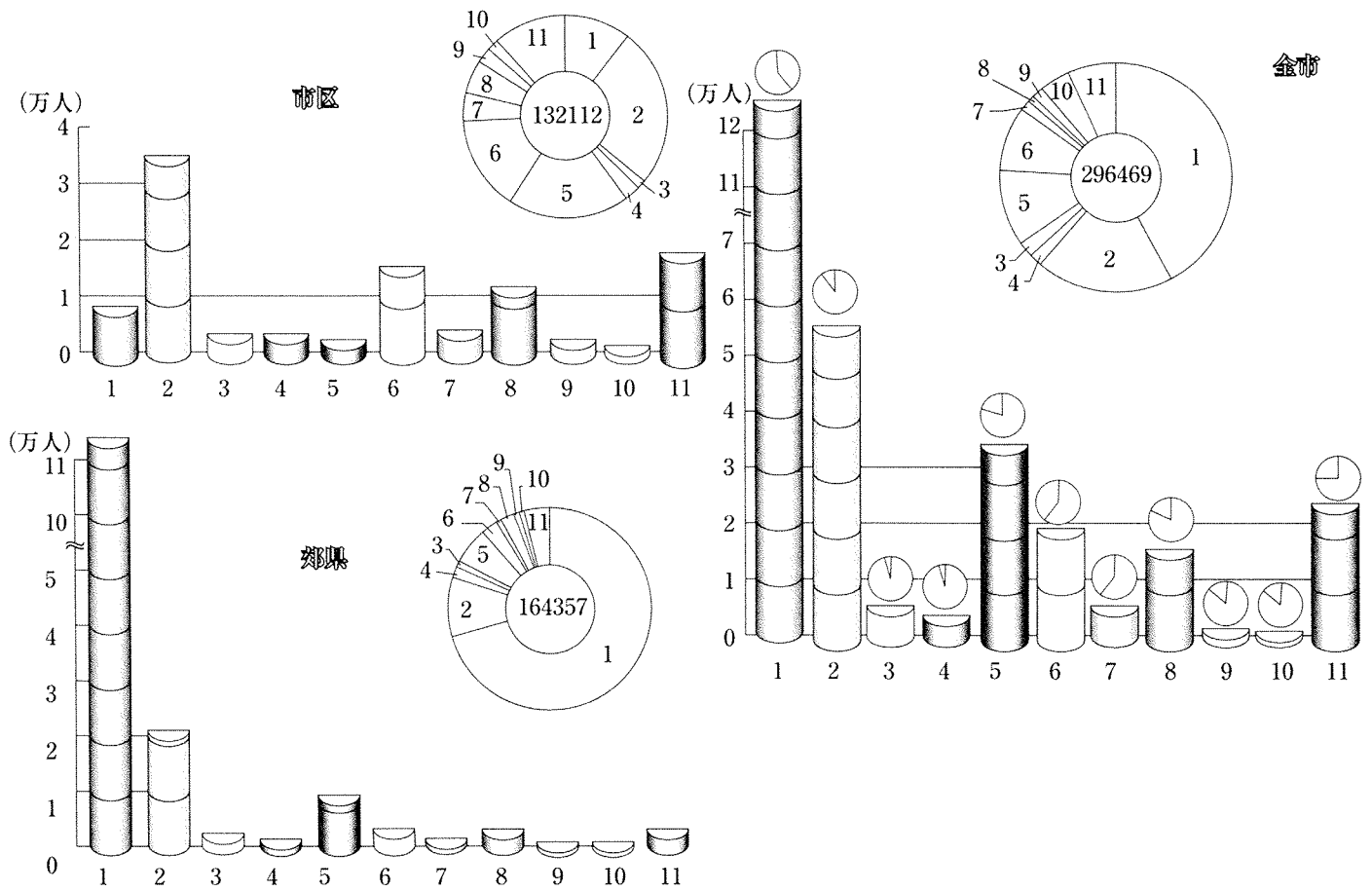
1990年センサス・上海市の高齢者における性別学歴（65歳以上）（学歴）



資料：上海市老年人口地図集,1997

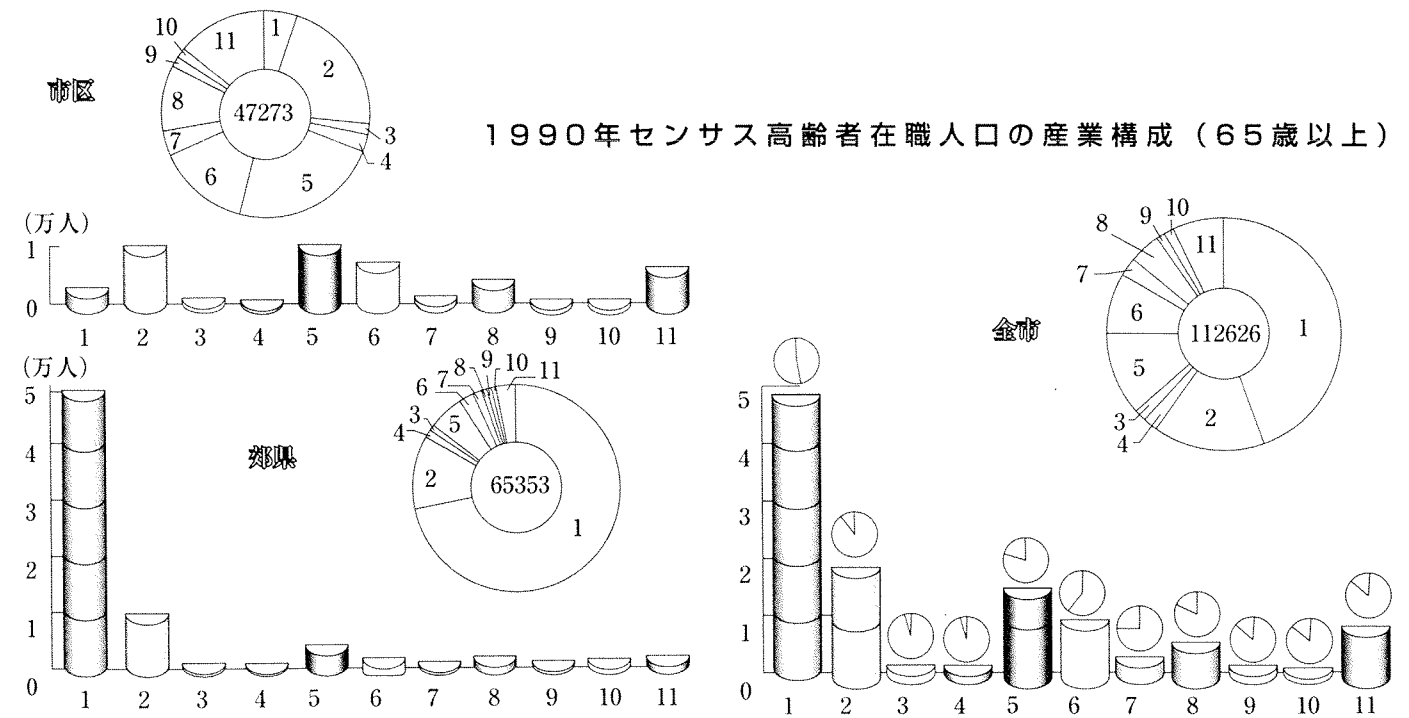
図3.上海市の高齢者の産業構成 (1990年)

1990年センサス高齢者在職人口の産業構成 (60歳以上)



1 農林漁業	5 商業、飲食業、 倉庫業	9 科学技術、 総合技術 サービス業	
2 工業	6 不動産、公共事業、 居民サービス業、 諸問サービス業	10 金融、保険業	
3 建築業	7 衛生、体育、 社会福祉業	11 国家機関、 党政、 機関と法人	
4 運輸・通信業	8 教育、文化、 マスコミ業	その他の産業は少数のため割愛	

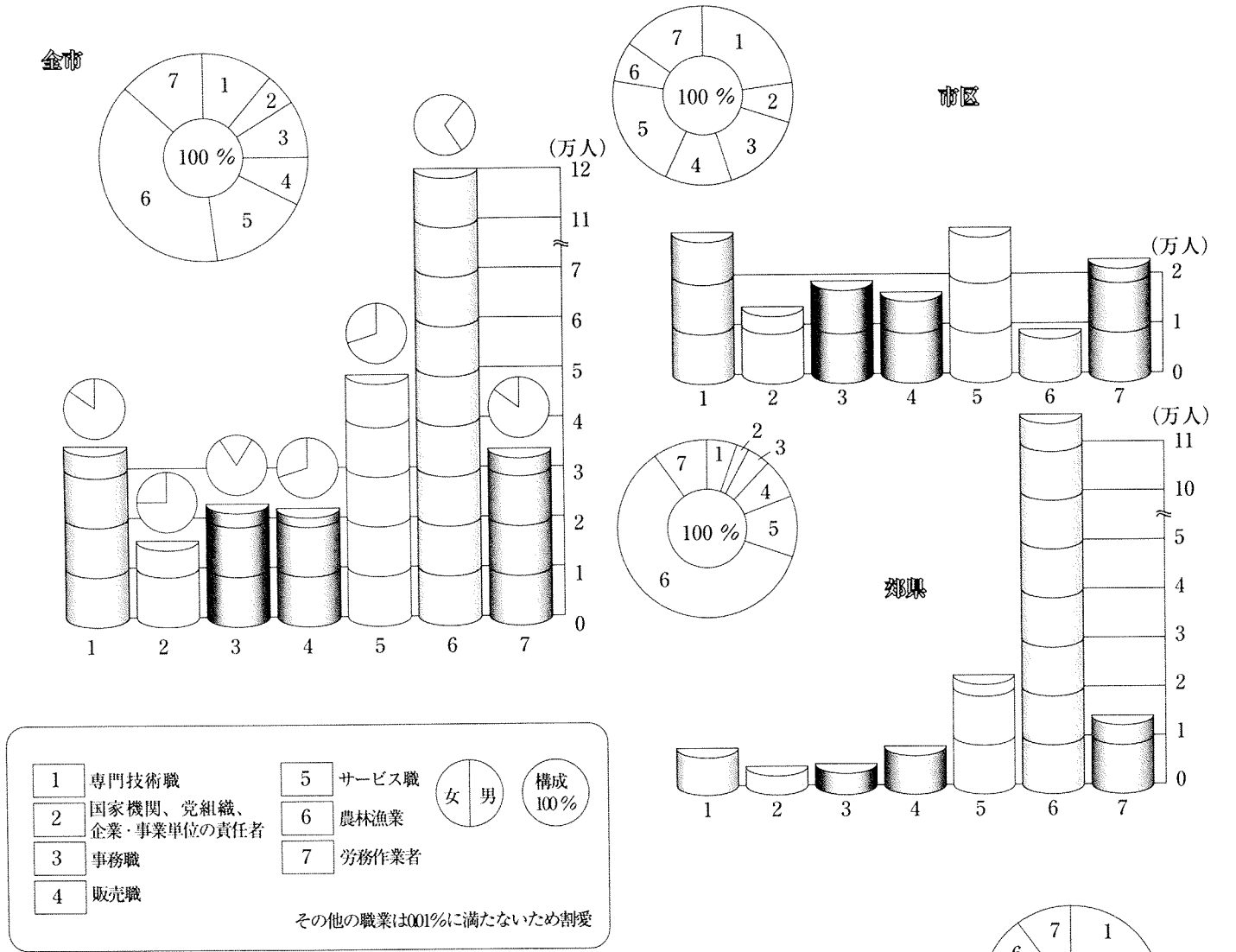
1990年センサス高齢者在職人口の産業構成 (65歳以上)



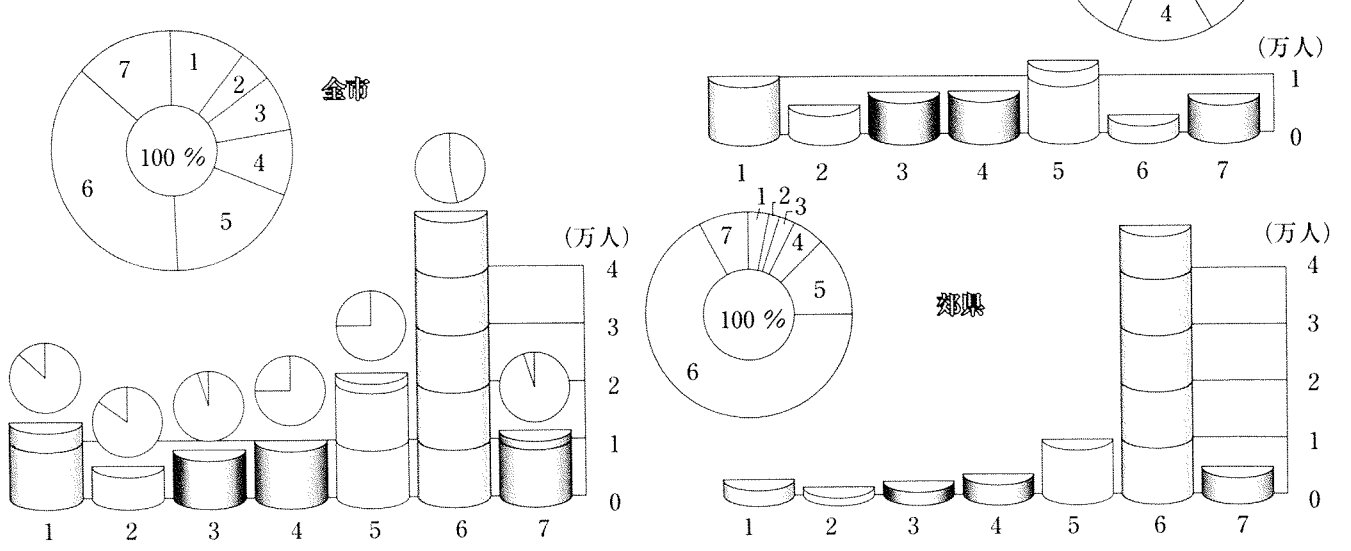
資料：上海市老年人口地図集,1997

図4.上海市の高齢者の職業構成（1990年）

1990年センサス高齢者の職業構成（60歳以上）



1990年センサス高齢者の職業構成（65歳以上）



資料：上海市老年人口地図集,1997

第2章 上海の高齢者社会保障施策

1. 基本的な施策の方向性

上海市老齡委員会の殷志剛弁公室主任から上海市における高齢者施策の全体像について説明を受けた。ここでは、その内容とその際に資料として提供を受けた「中華人民共和国老年人權益保障法」について報告する。

1) 中国における高齢者施策の基本的方針

中国における高齢者に対する社会的施策の基本方針は「中華人民共和国老年人權益保障法（1996年8月29日）」（以後、「保障法」と略す）として定められている。保障法は、総則、家庭扶養、社会保障、社会発展への参与、法律責任、附則の6章、全50条で構成されており、社会的に高齢者の権利を守り、高齢者向けの事業を推進していく方向性が示されている。^{*1}

総則において、その基本方針が述べられており、60歳以上をもって高齢者とすること（第2条）、国家と社会は高齢者の社会保障制度を整備し、高齢者の生活や健康、社会発展への参与の条件を改善すること（第3条）、高齢者に対する差別、侮辱、虐待を禁止すること（第4条）、各人民政府は高齢者事業を国民経済と社会発展計画において取り組むこと（第5条）、高齢者に対する尊敬と扶養についての教育を広く行うこと（第7条）、などが明文化されている。

中国における高齢者施策の基本的方針は5つの「老有」としての保障法の第3条において社会的に実現すべき内容として示されている。5老有とは「老有所養」（扶養）、「老有所医」（医療）、「老有所為」（社会参加）、「老有所学」（学習）、「老有所楽」（娯楽）の5つであり、この5分野についてそれぞれの施策が展開されている。

扶養については、経済的援助、生活の世話、精神的慰めが含まれるが（第11条）、基本的には家族による扶養を中心としている（第10条）。しかし、労働能力がないため収入がなく、扶養者

*1 保障法の内容については、李（1999）における日本語訳を参照させていただいた。

がないまたは扶養者の扶養能力がない場合には、都市部では当地の人民政府による救済を受けることができ（第23条）、農村部では農村集団組織が食・衣・住・医・葬儀の5つの保障（五保）を行うこととされている。また、国家は養老保険制度（年金制度）を制定し、高齢者の基本的な生活を保障すること（第20条）としており、経済発展、生活水準の向上、給与水準の向上にあわせて増額すること（第21条）も示されている。また、各地域における人民政府による老人福利事業への投資および老人福利施設の設置（第33条）も進められている。

医療については、高齢者の疾病の治療と予防に関する保障があたり、国家は医療保険制度の整備による高齢者の基本的医療の保障を行うこと（第25条）、医療機関は高齢者医療に便宜を図り、とくに70歳以上の高齢者には優先的に医療を提供すること（第27条）、国家が老年医学の研究と人材育成を行い、老年疾患の予防、治療、研究の向上をはかること（第28条）が示されている。

社会参加については、国家と社会は高齢者の知識、技能、経験を重視し、専門的な技能を發揮させること（第40条）、社会的需要および高齢者の意思と能力を尊重して、①青少年・児童に対する伝統教育、②文化や科学技術の伝授、③相談、④科学技術の開発・応用、⑤経営や生産活動、⑥社会公益事業、⑦社会治安の保護、民間紛争の解決協力、⑧その他の社会活動への参加（第41条）が示されている。また、高齢者が労働に参加した場合には収入は法により保護される（第42条）。

学習については、高齢者は継続して教育を受ける権利を有すること（第31条）、国家は各種老人学校の設立を奨励すること（第31条）が定められており、前章で述べられているように老人大学等の積極的取り組みが行われている。

娯楽については、国家や社会は高齢者向けの文化、体育、娯楽活動によって精神的文化的な生活の向上を図ること（第32条）、高齢者に対する観光、見学、公共交通機関の利用についての優遇と援助（第36条）などが示されている。

2) 上海における高齢者社会保障施策の課題

上海は中国の中でも急速に高齢者が同時に進行している地域である。1996年において65歳以上の人口比率は12.4%であり、全国的な比率（6.9%）に比べ著しく高い。さらに今後も老年人口比率はかなり急速に上昇していくことが見込まれている。また、すでにヨーロッパ諸国と同程度にまで平均余命が伸長していることによって（男性75.2歳、女性79.2歳、1997年）、高齢者の中での高齢化が生じることによって、後期高齢者の割合が増えていくという現象も起きており、人口高齢化の現象面は我が国と非常に類似した様相を示している。したがって、医療や介護の問題を含め、日本と類似の高齢者問題を抱えているわけであるが、経済的には急速に発達しているもののまだ開発途中であり、経済開発の程度と高齢化状態の不一致は日本やヨーロッパとは異なる問題点であると考えられる。

また、都市型の労働形態が進み、企業による雇用者の増加によって、高齢者層では定年退職者

の占める割合が非常に高くおり、年金制度による生活保障や定年者の医療保険制度の整備が大きな課題となっていることも特徴である。

前述のように、中国の高齢者施策の基本方針は家族扶養となっているが、上海では世帯員数も減少しており（平均世帯員数2.9人、1995年）、高齢者の一人暮らしも増加しているのが特徴である。このような家族機能の低下は家族扶養の原則を様々な面で困難にしており、今後の上海の高齢者施策上の重要な課題であると考えられる。

2. 年金制度

華東師範大学人口研究所の桂世勛所長から上海の企業退職者の年金制度改革について詳細な説明を受けた。ここでは、その内容を中心として報告する。

1) 企業労働者の年金改革の背景

上海では企業の定年退職者が多く「老有所養」の面で年金制度に負うところが大きい。しかし、在職従業員と定年退職者の比率は1995年では2.6 : 1（全国4.8 : 1）であったのが、1998年には1.94 : 1となっている²⁾。急激な高齢化に伴い、今後年金支給額はますます巨額な負担になるため、その改革は重点施策としてあげられている。

1950年代には国有企業、公務員等に対する年金制度がすでに行われていたが、急速な高齢化や経済的発展による企業の多様化によって、定年退職者が増えた上海の事情には対応したものにはなっていなかった。その問題点は、①費用は国と企業が支払うべきものであり、個人負担は小さいなかったこと、②企業ごとに管理しており、負担額の収集と交付が同時的であったため、定年退職者の多い古い企業とまだ定年退職者の少ない新しい企業の負担格差が生じたこと、③同一企業における経験年数によって年金受給権が発生することによって労働力の企業間移動を阻害したこと、④平均寿命に比べ、定年年齢が早く、年金受給期間が伸長したこと、⑤インフレーションへの構造的未対応であったこと等があげられる。このような課題に対応するために、1980年代後半から企業退職者向けの年金制度の改革が着手された。

2) 企業退職者向け年金制度の改革

上海市の年金制度改革は1984年から1991年に行われた年金基金の設立と1991年以降の多階層構造の年金制度の構築の大きく2期に分けることができる。

第1期には、年金基金を設立し、企業が賃金相当分の一定割合によって負担した費用を基金において一括管理することによって、起業年度による企業間の格差を是正した。

1991年は、国が年金改革を決定し、いよいよ本格的な年金制度改革に取り組み始めた年といえ

る。改革の方針としては基本年金だけではなく多階層型の年金制度を目指し、国、企業に加え、従業員にも負担を求める「年金保険方式」の導入の方向性が示された。これを受け、上海では1993年に養老保険の改革案が上海市人大会議を通過し、1994年より新制度がスタートすることとなった。新年金制度は、一律に支給される基礎年金（前年の全在職者月平均賃金の一定率分）に補充年金、貯蓄年金を加える3層構造とし、国、企業に加え個人にも負担を求めるものである。個人に負担を求めることによって、自助的な精神を促進し、年金保険としての性格、すなわち保険料の納付期間や納付額に応じた年金給付を行うという基本的考え方を明らかにしたものと考えられる。また、費用負担額は長期計画に基づいて設定され、将来の高齢化の上昇に備えておくことによって世代間負担の調整も図られることとなった。

年金保険に加入した各従業員は「個人口座」を持ち、個人が納付した保険料はすべてこの個人口座に関する「口座手帳」に記入される。企業の負担分は前年度の従業者賃金総額の22.5%となっており（制度当初は25%）、一部は個人口座に記入され、残りは年金基金に納められる。個人口座に記入されるのは個人負担と企業負担をあわせて前年度の賃金の16%分となっており、国有企業等では円滑に新制度に移行するために個人負担分は当初は3%と低く設定され、残り13%を企業負担として制度はスタートした。個人負担分は2年ごとに1%ずつ上げてやがて8%とする経過措置が設けられており、1999年にはすでに6%になっている。この個人口座に記入された累計金額が定年後の年金の基準となるため、個人と企業の負担比率等が異なる企業間を異動しても同様に評価することが可能である。このような方法で年金制度改革の対象は政府機関、国有企業から民間企業、外資企業、個人経営など多様な企業について広げられていった。さらに1997年には、国は企業退職者の年金制度の統一を図ることとし、上海市でも、改革が進められ、それまでの物価による年金支給額のスライド制を改め、1998年からは前年の在職者賃金の増額の40~60%にあたる額をもって年金支給額の増額分とした。また、年金の支給を企業から行っていたのを統一し、企業は徴収した年金保険料を「社会保険機構」に納め、機構が各定年退職者に年金を支給する「年金の社会化」を図りつつある。このように、多様な企業の性格に合わせて円滑に制度改革を導入し、やがて、負担、給付水準、基金管理、運用について統一された1つの制度としていく方向性であるが、企業の負担をどの程度にしていくかということは今後の経済的発展にも関係しており、大きな課題である。

3) 農村部の養老保険改革

農村部では高齢者の生活保障については家庭扶養を中心とし、政府の社会保障事業として補完する形で行ってきたが、高齢化や核家族化の波は農村部にも波及してきていることから、農村における「老有所養」についても検討すべき課題となった。上海では1996年に年金保険方式の新制度を導入しており、年金基金を設立し18歳以上の労働収入がある者は前年の平均収入の5%分を個人負担の保険料として納め、政府や企業は前年の給与総額の15%分を負担することにより、年

金給付を可能にしている²⁾³⁾。

3. 医療保険制度

上海社会科学院の左學金副所長から、上海における医療保険改革について詳細な説明を受けた。ここではその内容を中心に報告する。

1) 高齢者医療保険制度改革の背景

上海では高齢者人口の急増に加え、高齢者のなかの高齢化が疾病患者数の増加を引き起こし、それによって医療費全体の増大を招いた。1995年までは、政府機関・事業部門等の職員と定年退職者等を対象とした国費による「公費医療」と国有企業、集団企業等の従業員と定年退職者等を対象とした企業の負担による「老保医療」の2つの医療保険制度によって、外来、入院、予防の各医療サービスについて行われていた¹⁾。両者とも従業員の自己負担はなく（老保医療については扶養する直系親族の医療費も50%負担）、病院側、患者側の双方において医療費が増大することについて何らの支障もなかったことも医療費高騰の原因の1つであると考えられる。医療費の急激な増大は年金制度と同様に企業の負担格差を生み、負担に耐えられない企業が出るという問題が発生した²⁾。

2) 上海市の企業従業員医療保険制度改革

上海市の医療保険改革は1996年から始まり、まず企業従業員の入院医療費について改革が行われた。医療保険基金を設立し、各企業は従業員の賃金全体の4.5%を基金に納め、従業員や定年退職者が入院したときには医療機関のランクに応じて基準となる金額が入院医療費として支払われる。基準額は市立病院2500元、区立・県立病院2000元、地域の病院1500元となっており、これを越えた金額については85%分は基金から支払われるが、残り15%分は企業と個人の負担となる。個人負担分は、従業者が8%、定年退職者が4%となっており、それほど高率ではないが、入院医療費が大きくなれば、自己負担も増える仕組みが導入されることによって、患者側による医療費の抑制効果が図られている。公務員等の公費医療についても自己負担が設けられ、入院では従業員が8%、定年退職者が4%、外来では従業員が10%、定年退職者が5%が自己負担として設定された。

続いて1997年には企業従業員の外来救急医療保険の施行が行われた。各企業は賃金総額の1%を基金に納入し、外来診療費の70%を基金から支払う。30%分については企業と個人が負担し、従業員で10%、定年退職者で5%を自己負担する。

今後の課題は2本立てとなっている公費医療と老保医療を1本化することであるが、1999年内

には新しい医療保険制度が確立することになっている²⁾。

3) 農村部における医療保険制度改革

農村部における相互救済的な医療保険である「合作医療」によって、医療費の相互負担を行い個人負担の軽減を図っていたが、1980年代になって、資金不足に陥り解体するものもでてきた。そのため、農村においても医療保険改革が必要となっているが、各農村の現状に即した他種類、多レベルの医療保険制度の整備が進められているところである²⁾。

4. 社会福祉施策

ここでは、上海市老齡委員会の殷志剛弁公室主任による上海市における高齢者施策に関する説明、上海市老齡科学研究センターの朱即明副所長による上海における高齢者施策研究および先進的取り組みの説明、上海市徐匯区老齡委員会の徐琳副主任からの徐匯区における高齢者サービスの取り組みの説明をもとに報告する。

1) 家庭扶養と社会扶養

中国では家庭扶養を中心とする基本的方針が保障法にも明記されているが、家庭扶養を受けることができない①子女がない、②無収入、③無職の高齢者（三無老人と呼ばれる）については社会扶養の対象となり、衣・食・住・医療・葬儀の5つの保障（五保）が与えられることとされている。しかし、核家族化によって家庭扶養力の低下が生じており、金銭的に面倒をみることができても生活上の面倒をみるできないという場合が増えていることから、福祉施設等の充実が必要とされている。また、高齢者の増加、とくに後期高齢者の増加は必然的に要介護者の増加を招くが、基本的には家庭扶養による介護を前提としている。しかし、家庭扶養力の低下によって、今後非常に大きな問題であるという事態は聞き取り調査を行った専門家の共通認識であり、今後の大きな課題と考えられる。

2) 施設福祉施策

上海における高齢者の入所型施設は、社会福利院と敬老院に分けられる。1999年版の上海経済年鑑によれば1998年の時点で、社会福利院20か所（4209床）、敬老院371か所（15994床）となっており、かなりの急ペースで増床が図られているが（前年度からは約3000床の増加）、それでも不足状態であり、施設整備が急がれている。

社会福利院は市立または区・県立で、日本でいえば養護老人ホームに相当する施設であり、か

つては3無老人に入所は限定されており、入所費用も全額政府による負担であった。しかし、現在では一部自己負担が導入され、誰でも入居可能となっており、日本における軽費老人ホームの機能もあわせて持つことによって子供がいるあるいは年金が十分にあるが自宅での生活が困難な高齢者の生活施設としての機能を果たすようになってきている。さらに、事例検討で報告するように入所介護機能も一部担っているものと考えられ、この点では日本の特別養護老人ホームの機能もあわせて持った機能複合型の老人ホームとなっている。敬老院は地域（街道、郷鎮）に設置され、小規模なものである（1施設あたり床数の単純平均が約43床、社会福利院は約210床）。

3) 在宅福祉施策

上海では、街道を単位とした社区サービスセンターの整備に力を入れている。高齢者だけでなく地域住民を対象とした多様な地域サービスを行う福祉センターであるが、とくに支援を必要とする高齢者、障害者、貧困者などに向けたサービス提供機能を担っている。高齢者向けには、例えば配食や身の回りの世話などを行うサービスを行っているが、基本的にボランティア活動によって支えられている。しかし、家族による扶養機能の低下による在宅介護機能の低下は問題として浮上してきているようであり、それに対する社会的な対応は今後の大きな高齢者施策上の課題と考えられている。しかし、経済的成長と高齢化が不一致であるという事情によって、介護施策によって財政的な負担を大きく増やすことができないという問題点が根底にあるように窺える。

上海市老齡科学研究センターの朱即明副所長からは、1つの方策として、まだ試験段階ではあるが、元気な高齢者がボランティア活動として介護を提供し、その時間数を貯蓄しておき、自分が要介護になったときに使うことができるといった「生活介護互助会」といった活動を行いつつあるということを事例として伺うことができたが、上海の在宅介護対策については、マンパワーの確保、組織の編成、資金の調整のいずれの面でも今後の課題であることは間違いない。

5. 事例検討

1) 社会福利院について

上海市内の区立の社会福利院に、実際に訪問し、施設を見学するとともに運営やサービスについての説明を受けた。ここではその内容を報告する。

調査対象施設 上海市徐匯区社会福利院

施設概要 敷地面積：3920平方メートル、建物面積：4220平方メートル

7階建て 合計170床

1階：食堂等

2階：寝たきり高齢者向け介護用ベッド（22名入所中）

3～5階：4人部屋

6～7階：2人部屋

各階に活動室、男女別風呂が設置

建築にあたっては、1300万円の費用のうち、500万元を政府が支出し、残りは台湾や香港等の上海出身者からの寄付によって賄ったということである。

入所要件は60歳以上で感染症や精神症状がないことが条件となっており、所得や子供の有無は問わない。基本的には自宅での生活が困難であれば、誰でも入所できるようになっているということである。4人部屋と2人部屋は費用の自己負担額が異なり、それぞれ500元、1100元となっている。4人部屋の負担額は年金で十分支払が可能な額になっており、各入所希望者の支払い能力に応じて部屋のタイプが選択される。

調査日現在の入所人数は165名（最高97歳、最年少62歳、平均82歳）であり、入所待機者は80名ということであった。ここでは地域の在宅高齢者に対する配食、入浴介護、血圧測定等のサービスを実施しているが、待機者には優先してサービス提供を行っているということであった。スタッフは44名おり、民政局において一定のトレーニングを受けているということである。また、要介護者も入所していることから、看護婦による24時間看護体制が引かれており、医務室には5名の医師が登録されている。

入所者に対しては、食事の提供等の日常生活の世話の他に、個人的に提供されるリハビリテーションの他に、健康づくり、生きがいづくりに対する取り組みに熱心であり、集団的な趣味活動を通じたアクティビティの提供として、書道、編み物、歌、保健学習などが行われているということであり、地域における生きがいや健康づくりの活動と同様に施設内においてもこうした取り組みは重視されていた。

上海の市街部は土地不足であり、比較的狭い土地に7階建ての中層建築をしてあるため、1階あたりの入所者数は20数名程度と少ない。そのため、結果として各階は少人数ユニット化した環境となっていた。また、元気な高齢者から要介護の高齢者まで1つの施設に広く分布していることから、施設内での元気高齢者による要介護高齢者への支援といった様子も窺えた。

②高齢者福祉施策と要介護・痴呆性高齢者向け施策の現状

前述のように上海では高齢者に対する介護対策はまだ総合的に着手されていないのが現状のようである。基本的には家庭扶養を中心とすることが基本方針であり、家庭における家族介護を中心として期待していることは明らかであるが、上海では家族の扶養機能の低下に伴い、施設・在宅の両面における介護サービスの整備が課題となっている。しかし、高齢者入所施設については整備が急がれているものの、急激な高齢化の速度に追いつかず不足しているのが現状である。在宅高齢者に対する社区サービスセンターの活動にしても、今回の調査の中で、徐匯区老齡委員会の徐副主任から区レベルの福祉的取り組みについて話をうかがった範囲でも組織的取り組みは健康づくり、生きがい活動が中心であり、介護サービスについては全地域において組織的には行っ

ているという状況ではない様子であった。上海でも、今後、要介護高齢者向けの介護に関する何らかの施策が必要になっていくことは、人口高齢化の状況や世帯構成の傾向をみてもほぼ確実である。何人かの専門家も介護問題について指摘していたが、今後の大きな課題であるといえよう。

上海における高齢者福祉施策の中心は、健康高齢者について健康でいきいきした生活を保つという点に力点が置かれ、自助的な健康・生きがいづくりを推進してきたものと考えられるが、この点ではその成果を高く評価できる。日本では介護保険制度の導入によって高齢者が要介護に陥らないための「介護予防」についての施策展開が大きな課題となっている。高齢者の自助的行動や健康・生きがい活動の促進といった生活の全般的な質の維持向上に対する社会全体の姿勢や社会的支援のあり方について、上海の取り組みには学ぶべき点が多いと考えられる。

引用・参考文献

- 1) 李秀英 中国における社会福祉施策の展開状況に関する研究 財団法人アジア女性交流・研究フォーラム、北九州、1999.
- 2) 朱即明・馬利中 上海の医療・年金改革 エージング1999春号、44-49、1999.
- 3) 社団法人エイジング総合研究センター 都市の少子高齢化と高齢化社会対策シリーズ1 上海市／シンガポール、東京、1998.

表1 中国における退職者・離職者数の推移

単位：万人

年次	合計	国 有 単 位	城鎮集体 単 位	その他 単 位
1978	314	284	30	
1980	816	638	178	
1985	1637	1165	467	5
1986	1805	1303	496	6
1987	1968	1424	538	6
1988	2120	1544	568	8
1989	2201	1629	562	10
1990	2301	1742	566	11
1991	2433	1833	588	12
1992	2598	1972	609	17
1993	2780	2143	596	41
1994	2929	2249	619	60
1995	3094	2401	621	72
1996	3212	2515	616	81
1997	3351	2638	622	92

資料：中国統計年鑑（1998）

表2 中国における退職者、離職者向け社会保険費用の推移

年次	費用総額 (億元)	国 有 単 位	城鎮集体 単 位	その他 単 位	1人当り (元)	国 有 単 位	城鎮集体 単 位	その他 単 位
1978	17.3	16.3	1.0		551	574	333	
1980	50.4	43.4	7.0		714	781	465	
1985	149.8	119.2	30.2	0.4	961	1070	687	888
1986	194.7	161.6	32.5	0.6	1131	1310	675	1090
1987	238.4	200.5	37.1	0.8	1263	1470	718	1333
1988	320.6	256.4	62.5	1.7	1571	1731	1173	2429
1989	382.6	309.7	71.1	1.8	1773	1955	1258	2000
1990	472.4	382.4	87.8	2.2	2099	2281	1557	2095
1991	562.0	459.7	99.4	2.9	2342	2529	1723	2417
1992	695.2	572.8	118.1	4.3	2764	3010	1974	2857
1993	913.7	752.8	144.9	16.0	3399	3661	2405	5517
1994	1218.9	1022.0	169.6	27.3	4269	4654	2789	5353
1995	1541.8	1296.2	208.1	37.5	5120	5575	3356	5682
1996	1817.8	1537.9	230.8	49.1	5765	6257	3729	6377
1997	2068.3	1758.2	252.3	57.8	6303	6826	4076	6682

注 1985年及以前各年次、退休人員費用総額の内医療費用分の統計

資料：中国統計年鑑（1998）

表3 上海市の農村部の五保老人数の推移
(人)

年度	居宅	敬老院	合計
1990	771	2999	3770
1991	980	2946	3926
1992	712	2963	3675
1993	570	2912	3482
1994	848	2956	3804
1995	1089	2884	3973
1996	1305	2846	4151

資料：上海市老人人口地図集（1997）

表4 上海市の社会福利院の数、床数の推移
(1980—1997)

年次	社会福利院		
	社会福利院数	ベッド数合計	年末入所人数(人)
1980	9	1555	1337
1981	9	1621	1312
1982	9	1525	1495
1983	10	1644	1491
1984	10	1948	1635
1985	10	1727	1630
1986	10	1697	1648
1987	10	1991	1770
1988	13	2189	1790
1989	14	2418	2012
1990	15	2679	2019
1991	14	2687	2138
1992	14	2776	2431
1993	14	2874	2554
1994	15	2931	2648
1995	15	3006	2722
1996	17	3294	2866
1997	21	4012	3441

資料：中国統計年鑑（1998）

表5 上海市各地域の社会福利院の状況（1997）

（1997）

福利院名称	職員数 (人)	医療 従事者数	ベッド数	年末入所 数(人)
社会福利院(21)	1433	208	4012	3441
市級	648	95	1498	1286
徐匯区	90	7	163	157
黄浦区	23	2	120	118
南市区	117	11	433	400
長寧区	80	9	220	102
虹口区	64	6	200	196
普陀区	91	12	204	199
閘北区	33	3	200	187
楊浦区	76	12	254	254
宝山区	45	5	150	147
閔行区	84	34	298	297
石化地区	20	3	50	42
奉賢県	43	8	202	55
南匯県	19	1	20	1

資料：上海統計年鑑（1998）

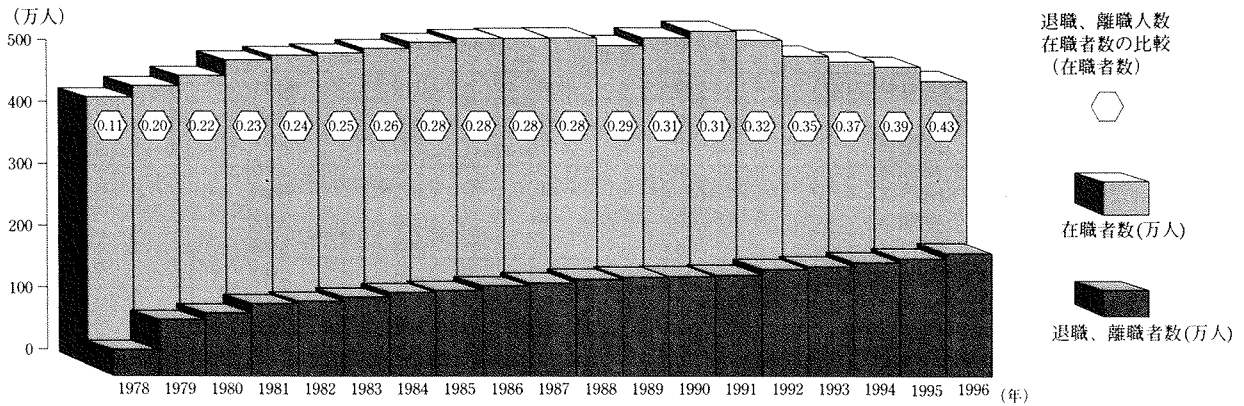
表6 上海市における敬老院の推移（1980—1997）

（1980—1997）

年次	都 市			農 村		
	敬老院	入所者数(人)	収集金額 (万元)	敬老院	入所者数(人)	収集金額 (万元)
1980				42	630	16.0
1981				53	762	23.1
1982				58	1022	29.1
1983	4	42	0.7	90	1402	55.2
1984	14	139	3.0	135	2328	93.5
1985	38	301	9.5	161	2737	337.0
1986	70	552	39.2	179	2894	228.8
1987	94	884	60.4	183	3378	260.8
1988	108	1058	61.9	185	3696	408.3
1989	168	1444	83.6	181	3685	438.5
1990	150	1495	106.5	182	3536	431.6
1991	162	1842	132.8	179	3921	515.7
1992	142	2119	158.8	178	3916	522.5
1993	214	3602	535.9	117	2763	585.3
1994	266	5228	781.1	67	1610	380.3
1995	295	6613	819.2	35	792	342.2
1996	325	8112	906.9	8	249	71.0
1997	315	9036	1189.1	8	259	89.2

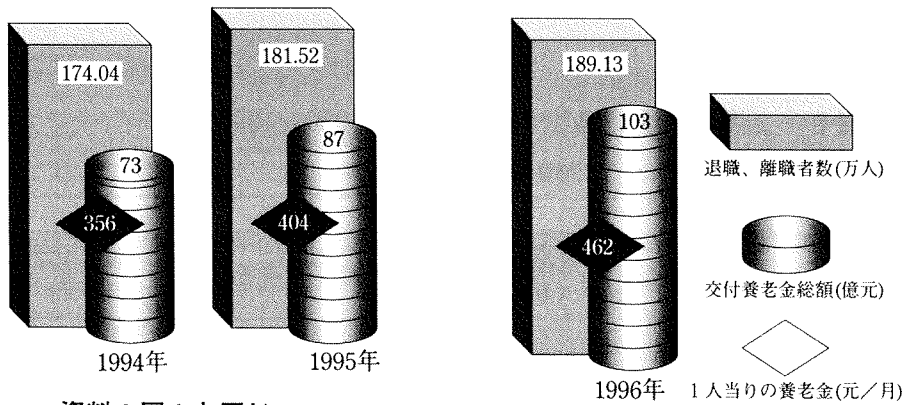
資料：中国統計年鑑（1998）

図1. (1979~1996年) 上海の退職者・離職人数と在職者数の比較



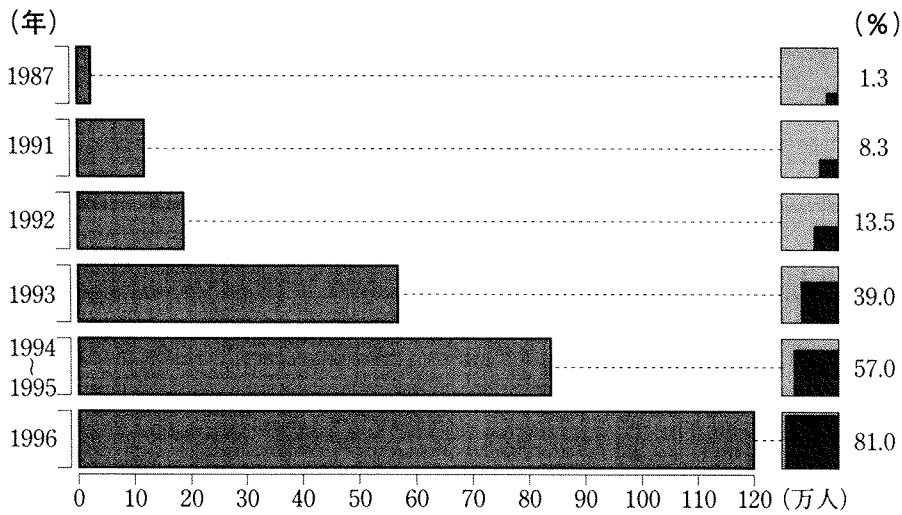
資料：上海老年人口地図集

図2. 上海市都市部養老保険の状況



資料：図1と同じ

図3. 上海市農村養老保険加入者



資料：図1と同じ

第3章 国際協力の課題

1. 高齢者社会保障施策

日本を含めたアジア各国の高齢者施策は、高齢化の現状と将来見込みの程度、経済的状況や都市化の程度、緊急に取り組むべき社会的課題等によって、施策の方向性や様々な施策中の高齢者施策の優先順位等が異なる。このような状況の中で各国の高齢者施策の立案に資するような国際協力を行っていくためには、まず国際協力の意義について相互の理解が必要なのはいうまでもない。

高齢者施策についてはヨーロッパ諸国では早くから高齢化社会に突入し、長期にわたる緩やかな高齢化の進行の中で、各国における施策を試行し確立してきている。日本ではこれまでは主としてヨーロッパ諸国の動向を参考にしてきたわけであるが、まもなく多くのヨーロッパ諸国の高齢化率を抜いてしまうほどの急速な人口高齢化が特徴であり、これからも進行していく。今後は日本の状況にあわせた独自の施策を立案していかなければならない状況になっているわけであるが、年金、医療保険、介護保険といった全体の構造を調整しなければならない課題が山積みである。

今回調査を行った上海では、さらに急速に人口高齢化と都市化が進行していることにより、日本に比べてもさらに急速に高齢者施策の改革を進行させる必要性に迫られている。とくに都市部の定年退職者が急増しており、それに対する施策を優先課題として段階的に改革的な施策を進行させており、いまのところ概ね成功しているという評価である。また従来から行われている健康な高齢者に対する健康づくりや生きがい・教育活動についても、さらに社会的な支援を充実させている。このことが多くの高齢者のQOL（生活の質）を高めていると同時に疾病や要介護状態に対する予防を自的に行うという考え方を定着させ、高い施策効果を生み出していると考えられる。一方で経済的に急成長を遂げているもの日本やヨーロッパ諸国に比べればまだ中途段階にあり、高齢化の程度と合致していないということが問題として指摘されていた。したがって、介護施策等の新たな施策について、巨額な公費を投入するのが難しいという問題を抱えており、家族扶養と自助的努力を最大限活かす方向づけをしているように見受けられる。しかし、今後このまま高齢化と都市化が進んでいけば、高齢者介護を家族扶養だけに頼ることは困難になるものと

考えられ、要介護者に対する支援が今後の大きな政策的課題になるものと考えられる。

日本では、早くから年金制度と医療保険制度を全国民を対象とした施策として展開してきた。国民皆保険として展開してきた両制度については、運用面でも十分な経験を積み、制度的にも十分に成熟している点で、これから制度を整備する諸外国でのモデルとなり得る可能性を充分持っている施策である。しかし、一方で、予測を上回る少子化傾向によって高齢化の進行見込みが速くなっていることや社会・経済的状況の変化等によって、早くに創設された制度が現状や将来見込みにあわなくなってきたり、構造的な改革が必要な状況になっている。この点では新たに高齢化問題に取り組む国々で、これまでの諸外国の状況や最新の将来的見込みを考慮して、新しく策定される施策は大いに参考にすべき点がある。

高齢者保険福祉施策についても、日本では介護施策に非常に力を入れてきた経緯があり、2000年4月から介護保険制度が施行されるに至っている。介護保険制度の内容も日本独自のものを多く含んでおり、制度の成否としては今後の評価を待たねばならないが、制度構築の過程について、介護問題の解決策の1つのモデルとなり得るものである。しかし、一方で要介護状態とならないための「介護予防」施策が新たにクローズアップされるなど、健康な高齢者の生きがい・健康づくりや地域における互助的活動に対する社会的支援が大きな課題となっている。この点では、上海での健康高齢者の健康や生きがいがいづくりの支援対策は非常に参考にすべき示唆を含んでいる。

このように両者の様々な状況の違いによって、施策の重点や方向性の違いがあるわけであるが、それ故に互いに応用して取り入れることが可能な部分をそれぞれ持っていることは明らかである。これはどこの国についても同様のことが言えるわけであるが、どちらかが先進的であるとか、互いの社会的事情にあわないから最初から参考にならないと決めつけてしまうのではなく、互いの現在の状況の違いと施策の内容を分析し、将来的な見込みも含めて適用可能な部分を探っていくことが有益である。

そのためには、第1に高齢化の現状・将来見込みや社会的状況などの施策内容の背景を理解しあうことが必要であることはいままでもない。一方が先進的であり、一方的に参考にすべきというような考え方は無益であり、相互に学ぶ姿勢がなければ国際交流の意義は半減してしまう。また、それぞれの状況の違いを考慮せずに全面的に施策の内容をそのまま適用しようとしても現実的に不可能であれば全く無意味である。背景的な状況を相互に理解した上で、適用可能な考え方や内容を探っていくことが必要である。

それにはそれぞれの国の状況と施策の情報交換を綿密に継続的に行うことが必要であると考えられる。例えばアジア各国の状況をとってみても、地理的に近い国ではあるものの高齢者施策の実情についての細部にわたる情報が十分に得られているとは言えない。しかし、実際に応用するために有益な政策的検討を行うためには、制度の大枠や概況の情報だけでなく、実際にどのような運用され、どのような問題点が発生し、どのような解決策が図られるかというような細部にわたる情報交換が必要である。また高齢者施策に関しては、現在どこの国でも展開が非常に早く、変化の速度が大きいことから継続的な情報交換がどうしても不可欠であると考えられる。

このような国際交流の結果、2国間あるいは多国間にわたって共通化した高齢者社会保障の理念や施策のモデルが構築できることを期待したい。背景となる現状や考え方の違いはあるものの、高齢社会を迎える諸国において高齢者のQOLを向上させていく必要性は共通であり、それぞれの施策を構築する上で、共通の理念や基本的施策の方向性を研究して確立していくことは非常に有効であると考えられる。今回の調査結果もこのような検討の一助となれば幸いである。

2. 今後の課題と将来的展望

現在、全世界で人口の高齢化が進んでいることに着目して、平成4年(1992年)の国連総会において、1999年を国際高齢者年(International Year of Older Persons)とする決議が採択された⁷⁾。国際高齢者年とは、平成3年(1991年)の国連総会で採択された高齢者のための国連原則を促進し、政策や実際の計画・活動において具体化することを目的としている⁷⁾。この国連原則では、高齢者の自立、参加、ケア、自己実現および尊厳の5項目が掲げられており、各国の高齢社会対策に関する計画等に組み入れることが奨励されている⁷⁾。今回、現地調査のために訪問した上海で、我々は、上記の5項目を行政レベルに導入し、高齢者対策を推進・展開している現場を体験することができた。本報告書の最後に、調査を進めながら、浮き彫りとなった課題を(1)に、次いで(2)には将来的展望を記したい。

(1)格差の存在

中国において、都市化は急速に進んでいるが、農村には依然として人口の約四分の三が居住している^{5,6)}。農村の貧困人口(年収300元、4,500円以下)は、1978年には2億5000万人いたが、1998年には4,200万人に減少したという^{5,6)}。個別の農家が生産を請け負う形に家族経営化されて、市場経済と多角経営が大幅に導入され、農業生産が飛躍的に拡大したためという^{5,6)}。上海社会科学学院の左博士によると、農村にも収入の格差はあり、揚子江流域などは豊かな地帯であるが、比較的貧しい地域の農民が、近隣の都市部に出稼ぎとして働きにでる場合が多く、こうした流動的な人口が、現在の上海が抱える課題の一つであるという。高齢化が進行するため、都市自体の成長が停滞し、出稼ぎ労働力を必要としなくなってきたという厳しい現実も、この背景に存在するという。農村の余剰労働力対策に関して、課題は多いと考えられる。

一方、中国農村部の保健医療供給体制は、都市部に対比して整備が遅れており、村衛生室等が整備されているのは、村全体の約9割に止まっているという^{1,6)}。保健医療サービスの内容も、最低限の水準を確保する程度であるため、農村部の保健医療水準の向上は、当面の大きな課題であるという^{1,6)}。医療従事者は、医師(中等医学教育修了者の医士を含む)が198.5万人で、人口千人当たり1.65人となっている¹⁾。農村部では中等医学校で1~2年の医学教育を受けた郷村医師が97万人いるという¹⁾。医師はいままで国家資格制度が整備されていなかったが、1998年に医師法

が制定され、1999年より国家試験が実施されることになっている。他方、看護婦については、119.8万人で、人口千人当たり0.99人となっている¹⁾。上海市計画生育委員会主任の周劍萍博士によると、このような農村部や、上記の上海市周辺の流動的人口に対する、保健医療活動の徹底は重点的課題であり、避妊の指導や、母子保健の推進などを積極的に展開しているとのことであったが、海外の母子保健先進国との協力体制を導入すると、推進活動はさらに末端まで、深く浸透するであろうと考えられる。

さて、農村のみならず、都市部でも経済格差は存在している。国有企業は、かつて中国経済の中核であったが、1995年の工業センサスでは、33.8%の国有企業が赤字とされたという^{5,6)}。このような状況の下、1997年には朱鎔基首相が3年以内に苦境から脱して「現代的企業制」を確立するとの決意を訴えている^{5,6)}。この時点の失業者は約570万人で、失業率は3.1%であるというが、上述の出稼ぎ者が含まれていないため、実際の数字はさらに上昇していると考えられる^{5,6)}。再就職問題や失業保険問題も、上海などの都市部では今後の重要な課題であるといえよう。人口の抑制政策の一方で、毎年約1,000万人の人口増があるため^{1,6)}、新たな産業の開拓は早急の課題であろう。即ち、海外との経済交流を図り、積極的な投資を受け入れることも必要であろう。

(2)将来に向けて- エネルギー・環境問題-

世界保健機構、つまりWHOでは、「健康」の定義として、心身ともに「良い」状態であるとしている。また、1978年以来「2000年までにすべての人々に健康を」という目標を掲げている⁸⁾。先述してきたように、世界的な高齢化社会にあって、加齢と共に「健康」を保持・増進してゆくことは至難である。

さて、我々人類は、生きてゆくためには地球の資源を利用せざるを得ない。資源を利用すると、その対局には必ず環境汚染という問題が生じる。

中国は、1970年代には石油の産出国であったが、その後生産が停滞し、1993年からは石油の純輸入国となった^{5,6)}。従って、現在でもエネルギーの約75%を石炭に頼っている状態という^{5,6)}。石炭以外のエネルギーは、石油約17%、水力発電6%、天然ガス2%であるというが、その結果、以下の問題が生じている。まず、電力供給の慢性的不足であり、経済成長の急速な、例えば上海のような都市部では特に著明であるという。つまり、今後のエネルギー供給を原子力に移行する場合には、安全性への十分な対策が必須である。

次いで、環境問題であるが、石炭に依存した状態であることから、特に冬場の大気汚染が顕著であるという^{5,6,8)}。排気ガスによる大気汚染の他に、砂漠化した大地に酸性雨が降ると、農作物への影響は多大であり、住民の健康障害が懸念される。また、水の汚染と河川の枯渇も深刻であり、黄河が上流での工場取水や流域の早魃化によって、海に到達しないという、渇水状態に陥ることがしばしばあるという。従って、中国の環境への取り組みは非常に熱心で、環境保護法、水質汚染防止法、大気汚染防止法などが整備されているという。しかし、上述してきたように、人

口問題が常に背景にあるため、開発重視であることに変わりはない。開発と環境問題は、表裏一体であり、良い環境なくして「健康」は確保できないといえよう。周辺諸国との協調、協力により、環境問題を一つずつ解決してゆくこともまた、今後の重要課題の一つといえよう。

以上、「アジア諸国の高齢化と保健の実態調査」の一環として、中国・上海を訪問し、現地の方々の協力を得て調査を展開することができた。人口増加問題・高齢化に対応しながら、巨大な国を運営してゆくことは至難であるといわざるを得ない。中国の、多様性に富む実情に接し、今後の、多方面にわたる国際的交流の必要性を実感した。本調査が、将来的に有益であることを祈念したい。

引用文献

- 1)厚生省：アジア・オセアニア諸国の社会保障制度．厚生省(監),厚生白書(11), ぎょうせい, 東京, 1999, pp323-326
- 2)王 桂新：上海- その人口と発展．統計(50)2:1-10, 1999
- 3)国民衛生の動向(1999)：厚生統計協会(編),厚生統計協会, 東京, 1999, pp420-421
- 4)読売新聞:1999.9.29
- 5)国分良成：中華人民共和国, 筑摩書房, 東京, 1999, pp91-93
- 6)TIME: China's amazing half-sentury. September 27, 1999
- 7)総務庁：国際高齢者年への取組．総務庁(編), 高齢社会白書(11), 大蔵省印刷局, 東京, 1999, pp23-27
- 8)国民衛生の動向(1999)：厚生統計協会(編),厚生統計協会, 東京, 1999, pp32-33
- 9)TIME: Getting the lead out. July 27, 1998

第4章 調査団メンバー及び日程

1. 調査メンバー

国内検討委員会

黒田俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
清水英佑	東京慈恵会医科大学環境保健医学講座主任教授
萩原康生	日本社会事業大学社会事業研究所教授
荻部ひとみ	北里大学医学部衛生学講師（現地調査団員）
内藤佳津雄	日本社会事業大学社会事業研究所専任講師（現地調査団員）
広瀬次雄	財アジア人口・開発協会常務理事・事務局長
遠藤正昭	財アジア人口・開発協会業務推進委員（現地調査団員）
楠本修	財アジア人口・開発協会主任研究員
星合千春	財アジア人口・開発協会国際課長
加藤祐子	財アジア人口・開発協会国際課課長補佐

2. 調査協力者（中国調査：1999年9月19日～25日）

中国・上海日本国総領事館

市橋康吉	総領事
古閑比斗志	領事・医務官
樽川流	経済領事
諏訪一幸	領事

Shanghai City Xuhui District Committee on Aging

Mr.Xu Ling Deputy Director (徐 琳 上海市徐匯區老齡委員會 副主任)

Zhejiang Ma Yinchu Welfare Foundation for Population

Ms.Xu Ai-Guang Standing Vice President
(徐 愛光 浙江省馬寅初人口福利基金會常務副會長)

Zhejiang Provincial Family Planning Commission

Mr.Xu Ba Da Director General (徐 八達 浙江省計畫生育委員會 主任)

Mr.Yan Zhang Fa Vice Director (嚴 掌法 同會 副主任)

調査日程

調査日程：1999年9月19日（日）～9月25日（土）

日 付	調 査 概 要
9月19日（日）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 10:10成田発 12:30上海着（JL791） ・ 現地コーディネーター馬利中上海市老齡科学研究センター副主任と調査概要について協議。
9月20日（月）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在上海日本国総領事館訪問。市橋康吉総領事を表敬訪問。樽川流経済領事より上海の経済発展の説明を受ける。諏訪一幸領事より中国への日本の国際協力について説明を受ける。 ・ 上海老齡科学研究センター訪問。殷志剛上海市老齡委員会弁公室主任より上海の人口高齡化とその対策の説明を受ける。朱即明上海老齡科学研究センター副主任より上海市の高齡者の生活についての説明を受ける。
9月21日（火）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上海市社会科学院訪問。左学金副院長より上海の都市化と社会保障の説明を受ける。王贊舜上海市老年医学研究所所長より高齡者の医療について説明を受ける。 ・ 上海市計画生育委員会訪問。周劍萍常務副主任より上海の計画生育と母子保健について説明を受ける。
9月22日（水）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 華東師範大学人口研究所訪問。桂世勛所長より老人福祉について説明を受ける。 ・ 上海老年大学訪問。桂榮安副学長より老年大学の概要の説明を受ける。楊徳広上海師範大学学長より老年大学の設立と運営について説明を受ける。老年大学の授業を見学。 ・ 上海市徐匯区社会福利院訪問。陸美玲院長より同院の運営及び活動について説明を受け、施設を見学。
9月23日（木）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上海市から浙江省杭州市に移動。 ・ 徐愛光浙江省馬寅初人口福利基金会常務副会長より浙江省の人口と高齡化対策の説明を受ける。
9月24日（金）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 杭州市から上海市に移動。 ・ 内藤佳津雄団員帰国。14:15上海発18:00成田着（JL792） ・ 浦東経済開発区見学。
9月25日（土）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資料収集 ・ 荻部ひとみ団員、遠藤正昭団員帰国。14:15上海発18:00成田着（JL792）

収集文献リスト

1. 「上海経済年鑑」 1999年、上海社会科学院
2. 「上海市老年人口地図集」 1997年、上海科学技術出版社
3. 「上海統計年鑑-98-」 1999年、上海統計出版社
4. 「中国統計年鑑-1998-」 1999年、中国統計出版社
5. 「上海市老年保障体系及其運行机制研究」 1998年、上海科学技術文献出版社
6. 「1995年全国1%人口抽样調查資料—上海分冊—」 1997年、上海市人口抽样調查办公室編
7. 「上海人口与計画生育年鑑」 1999年、上海科学技術文献出版社