

平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業
（中国珠海市での日本のリハビリテーションサービス
提供プロジェクト）
報告書

平成 31 年 2 月

中国での日本のリハビリテーションサービス提供
コンソーシアム
（代表団体：医療法人社団大坪会）

平成30年度国際ヘルスケア拠点構築促進事業
(中国珠海市での日本のリハビリテーションサービス提供プロジェクト)

報告書

－ 目 次 －

第1章事業の概要.....	1
1-1. 背景.....	1
1-2. 目的.....	2
1-3. 実施体制.....	2
1-4. 実施内容.....	3
(1) 本年度の実施項目.....	3
(2) 本年度の実施スケジュール.....	4
第2章調査結果と課題.....	5
2-1. 中国におけるリハビリテーション事業の市場性と優位性.....	5
(1) 背景.....	5
(2) 調査目的.....	6
(3) 調査方法.....	6
(4) 調査結果.....	7
(5) 課題.....	15
2-2. リハビリテーション技術、テキストレベルの実態.....	16
(1) 背景.....	16
(2) 調査目的.....	16
(3) 調査方法.....	16
(4) 調査結果.....	16
(5) 課題.....	21
2-3. 中国リハビリ市場における日本製機器の優位性.....	21
(1) 背景.....	21
(2) 調査方法.....	22
(3) 調査結果.....	22
2-4. リハビリを中心とした医療従事者の養成の必要性.....	24
(1) 背景.....	24
(2) 調査方法.....	24
(3) 調査結果.....	24
(4) 課題.....	26

2-5.	他地域での可能性調査	26
(1)	背景	26
(2)	調査目的	26
(3)	調査方法	27
(4)	調査結果	27
(5)	課題	29
2-6.	日本のリハビリテーションサービス提供のあり方（課題と対策）	30
(1)	背景	30
(2)	調査方法	30
(3)	調査結果	30
(4)	課題	39
第3章まとめ		41
3-1.	本事業の成果	41
(1)	協力体制の確認とその経緯	41
(2)	本病院で提供する日本のリハビリテーション	41
(3)	本病院で日本のリハビリテーションを提供する人材育成	44
(4)	今後の展開	44
3-2.	収支計画案	46
(1)	収益構造	46
(2)	5か年収支計画案	46
3-3.	次年度以降の取り組み	48
(1)	広東慈元堂健康産業発展有限公司との継続的な打合せ	48
(2)	人材育成についての検討事項	48
(3)	現地法人設立に向けた手続き	48

第1章 事業の概要

1-1. 背景

中国では高齢化によりリハビリ医療ニーズが増加し、医療拠点の整備が進められているが、国内の医療技術、人材、運営のノウハウ等が不十分であり、日本のリハビリのノウハウが求められている。2015年3月に国务院が発表した「全国医療衛生サービス体制計画の概要（2015-2020）」には、中国で不足する医療分野として、「小児科」、「精神衛生」、「リハビリ医療」、「老人介護」の4分野が挙げられており、その中でもリハビリ医療は喫緊の課題である。中国の60歳以上人口は2011年に1億4,400万人に達し、そのうち7,000万人がリハビリを必要とされ、これらは増加を続けており、2050年には60歳以上人口は4億8,700万人に達するとの予測もある。

一方、日本においても高齢化が進むと共にリハビリ医療や慢性期医療への需要が高まっており、当該分野を中心に積極的な事業拡大を行う有力な事業者が成長してきている。リハビリ医療については高齢化が先行する日本がノウハウを発揮できる分野であり、日本の優位性を最大限に活用し、具体的かつ早期な事業展開が可能なことから中国を選定した。

また、吉林大学珠海学院の親会社である広東慈元堂健康産業発展有限公司が、現在広東省珠海市ヘリハビリテーションセンターや福祉施設を含む附属病院を構想する中で、医療法人社団大坪会東和病院の中村耕三院長へ協力要請があり、当該地域を選定する事により具体的かつ早期な事業展開が可能なことから広東省珠海市を選定した。

中国のリハビリ医療は、公的保険制度、医療技術、人材、運営面等が十分でなく、発展途上の状況にある。政府によるリハビリ医療拠点の整備強化により、リハビリ病床数は全病床数の増加率を上回るペースで増加しているが、人口10万人あたり約7床と、日本の63床と比べ依然少ない。また、リハビリ専門人材についても、質・量ともに不十分な状況にある。

また、病院やリハビリセンター開設には種々の規制や専門人材の確保等の課題が多い。中国においてリハビリテーションセンターを開設する際の法制度、リハビリテーションスタッフの質と量及び資格制度や、教育制度等の課題を早期に正確に捉えておく必要がある。

図表 1 吉林大学珠海学院附属病院（吉大珠海医院）予想図



出所) 広東慈元堂健康産業発展有限公司より提供

1-2. 目的

中国・珠海市において、日本のリハビリテーションを提供する「リハビリセンター」、及びリハビリテーション・介護技術指導を行う「人材研修センター」を立ち上げる事を目指す。また、これらのサービス、人材育成を通して高品質な日本製の装具やリハビリテーション関連機器、日本のリハビリテーション関連書籍・テキストを活用することにより、現地医療関係者や患者への日本製品の販売促進へとつなげていく事を目指す。

1-3. 実施体制

医療法人社団大坪会は、以下の業務を自ら実施すると同時に、組成するコンソーシアムの参加団体及び協力団体に対して以下の業務を委託し、本事業全体を取りまとめる。なお、状況に応じて相互に協力し全体として本事業を進めることとする。

医療法人社団大坪会が組成するコンソーシアムの実施体制は以下のとおりである。

図表 2 実施体制と役割

関係事業者		現地センターの設立準備	現地医療機関の実態調査	報告書作成
コンソーシア	医療法人社団大坪会	◎	◎	◎
	華通ワールド株式会社	○	○	○
	東都医療大学	○	○	○
協力団体	吉林大学珠海学院	○		
	広東慈元堂健康産業発展有限公司	○		

[凡例] ◎：主担当、○：担当

出所) 医療法人大坪会作成

1-4. 実施内容

リハビリセンターを開設するため、広東省・珠海市を中心に中国国内の医療機関等に対して、リハビリサービス提供の状況やリハビリ技術の実態調査を実施した。その結果を基にしつつ、実際に日本のリハビリサービスを提供する準備を実施した。

(1) 本年度の実施項目

ア. 現地センター設立準備

中国側のパートナーである吉林大学珠海学院の親会社である広東慈元堂健康産業発展有限公司が、リハビリセンターを含む吉林大学珠海学院附属病院の建設を計画しており、現地にて現場視察と建築・設計状況の確認、日本側の協力内容の確認、日本のリハビリの提供の可能性について現地関係者と検討を行った。

イ. 中国内の医療機関を対象としたリハビリテーション実態調査

日本のリハビリの提供の在り方を検討するにあたり、現地リハビリ治療師の技術や知識、リハビリに関する治療費や資格制度等を現地医療機関や教育機関の訪問、有識者からのヒアリングを通して調査した。また、文献やインターネット等を利用した調査も行った。

(2)本年度の実施スケジュール

本年度事業の実施スケジュールは、以下のとおりである。

図表 3 今年度調査事業実施スケジュール

実施内容	主担当	H30			H31	
		10月	11月	12月	1月	2月
①現地センターの設立準備	大坪会		→			
②中国内の医療機関を対象としたリハビリテーション実態調査	大坪会		→			
③報告書作成	大坪会				→	

出所) 医療法人大坪会作成

第2章 調査結果と課題

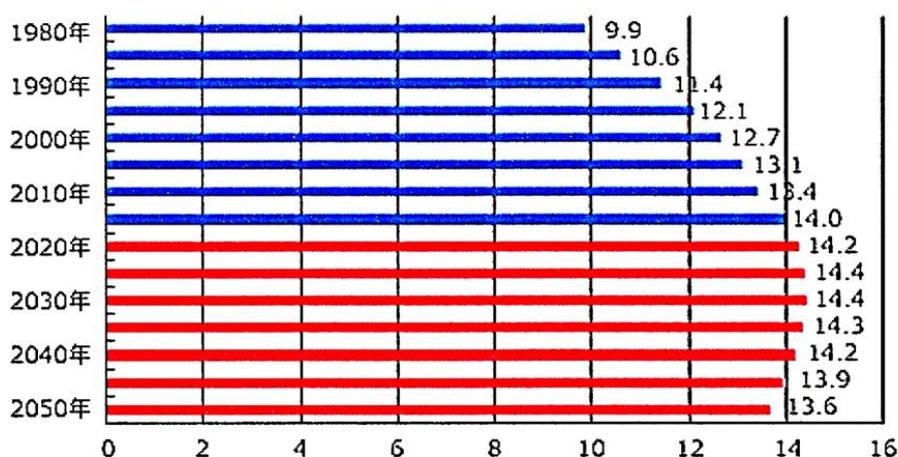
2-1. 中国におけるリハビリテーション事業の市場性と優位性

(1)背景

国際連合「世界人口予測・2017年改訂」によれば、中国の総人口は約14億人（平成29年6月現在）である（図表4）。1973年からの計画出産政策、1979年からの「一人っ子政策」による自然増加率の低下及び衛生環境の改善、医療機関の充実等による平均寿命の上昇により人口構造の変化がみられる。統計データによると、中国の60歳以上の高齢者人口はすでに1億7,759万人に達し、全国の総人口の13.32%を占めている。そのうち、65歳以上の高齢者人口は1億1,889万人で、高齢者扶養比率は11.9%に達する（図表5）。中国における65歳以上の人口は、2010年辺りから急激に増加しており、2050年から2060年に掛けてピークとなり4億5,000万人¹から4億8,700万人²を超えることが予測されている。

さらに労働災害や交通事故の急増により、後遺症を伴う身体障害者は現在8,000万人に上ると推定されている。

図表4 中国の人口推移と将来予測（単位：億人）



出所) United Nations Population Division data.un.org/country/china

¹ 出所) 日本貿易振興機構 中国高齢者産業調査報告書2013年3月

² 出所) 人民日報日本語版2018年7月20日

図表 5 中国における高齢化の推移

年	総人口	人口 (万人)				比率 (%)	
		60歳以上人口	60歳以上人口比率	65歳以上人口	65歳以上人口比率	0～14歳人口	高齢化指数
1953	56,745	4,154	7.32	2,504	4.41	20,584	12.17
1964	69,485	4,225	6.08	2,458	3.54	28,067	8.76
1982	100,817	7,664	7.63	4,928	4.91	33,725	14.61
1990	113,368	9,697	8.58	6,299	5.57	31,300	20.12
2000	124,261	12,998	10.46	8,827	7.1	28,453	31.02
2010	133,281	17,759	13.32	11,889	8.91	22,132	53.71

出所) 中華人民共和国 高齢化問題に関する情報収集・確認調査 最終報告書
を基に医療法人社団大坪会作成

(2)調査目的

中国では高齢化や事故、疾病構造の変化等により、リハビリに対する需要が益々高まって行くことは明らかである。しかし、中国ではリハビリ関連技術者の教育制度や資格制度の整備が遅れ、かつ、病院間の連携や病院の機能分化、保険制度などリハビリ医療サービスの供給システムの整備も十分に整っていない状況であると考えられるため、我が国のリハビリ医療をそのまま導入することは困難と考えられる。そこで、中国国民及び中国政府のリハビリに対する認知・認識、中国の人口動態/高齢者人口動態、疾患別有病率、障害者数の推移、リハビリ提供医療機関などについて情報収集を行い、それらの情報を分析して中国でのリハビリに対するニーズを把握する。

(3)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトの報告書³の確認
- ・中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトに参加して中国人に理学療法教育を行った経験のある有識者からの聞き取り調査
- ・中国において、先行して日本のリハビリの海外展開を行っている、慈泉会相澤病院現地法人の関係者からの聞き取り調査
- ・相澤病院現地法人がリハビリ部門の管理運営を委託されている漢琨病院の視察
- ・吉林大学第一、第三病院及び、吉林大学看護学院リハビリテーション学科の教員、学生からの聞き取り調査

³ 出所) 中国リハビリテーション専門職養成プロジェクト終了時評価調査報告書 国際協力機構 平成18年

(4)調査結果

ア. 中国におけるリハビリテーションの認知度

中国では、伝統的な中医学（按摩、針、灸、漢方薬、気功など）や温泉治療がリハビリ医療として行われていたが、1980年代後半から麻痺、関節疾患、脳血管障害、脳性麻痺、腫瘍、泌尿器疾患、および精神疾患を対象にしたリハビリ施設が急速に増加した。中国初の近代的な総合リハビリ医療施設として「中国リハビリテーション研究センター」が1983年に設立された。同センターは、リハビリの臨床、研究、教育を手掛ける中国障害者連合会の直属機関であり、日本、カナダ、ドイツなどから技術援助を受けて活動している。治療とトレーニングを通じた障害者リハビリのほか、リハビリ技術と医療材料、障害者用品とリハビリ訓練設備の開発と提供、リハビリ人材の養成、障害者事業に関する政策や法規などの研究と提言などを行っている。

2008年の障害者保障法改正にて「国家は障害者がリハビリテーションサービスを享有する権利を保障する」ことが明確に掲げられた（第15条）。法律では、国および社会がリハビリテーション処置をとるとのみ規定していたが、1990年の障害者保障法では、リハビリを障害者の権利であるとするとともに、各級人民政府および関係部門がリハビリサービスの体制を整備するなど必要な措置をとらなければならないと定められている。⁴

中国衛生部の説明によると、2014年時点でのリハビリ専門病院は396施設、リハビリ科の病床数は13.8万にのぼり、リハビリ治療師数は約1.4万人と報告され、広東、上海、南京に比較的多い。全国に1,954施設ある3級病院には必ずリハビリ科を設置することが義務づけられている。しかし、医療の内容や質に関しての詳細は不明である。⁵

このように、政策的には障害者支援、および近代的リハビリに関する必要性についての認識が高まっていることが伺えるが、一方、一般市民のリハビリに対する認知と認識については決して高くない。2004年に中国国内の理学療法士に対して、自身の職業に関する社会的認知度についてどのように感じているかという調査を行ったが、「理学療法士という名前は知られている」は9.8%、「仕事の内容は知られている」は17.1%、「名前・内容も知られている」は8.5%であったのに対し、「どちらも知られていない」は63.4%と、理学療法士の名前および内容の双方について社会的認知度が低い結果となっている。現在では2002年に比べると様子は変わってきていると思われるが、十分に理解されているとは考えられない。⁶

⁴ 出所) 小林昌之編「発展途上国の障害者と法：法的権利の確立の観点から」調査研究報告書アジア経済研究所 2009年

⁵ 出所) 国別障害関連情報 国際協力事業団企画・評価部 平成14年

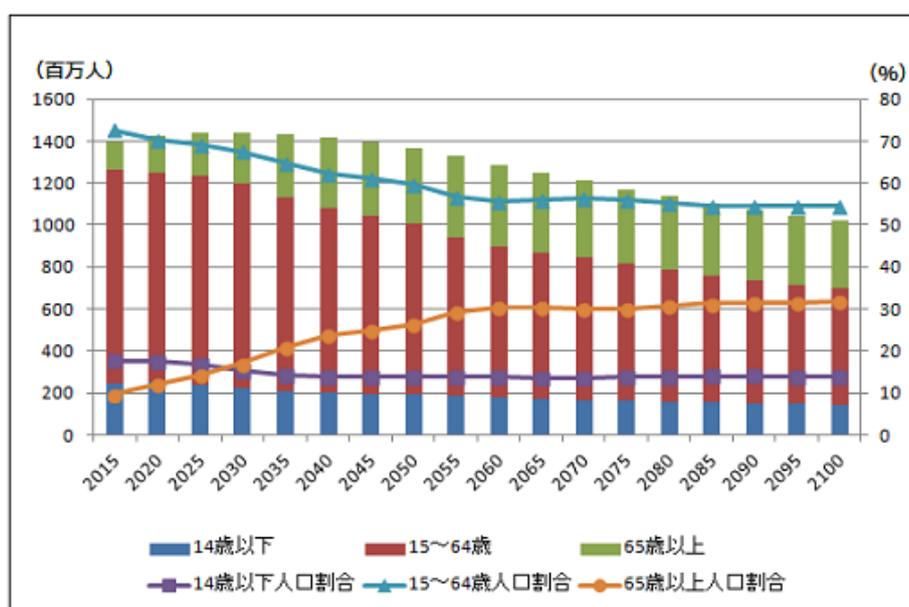
⁶ 出所) 霍明. 中国における理学療法士の実態調査, 理学療法科学19(4): 269-274 2004

一方、今回、吉林大学看護学院リハビリテーション学科を訪問し、学生に志望理由を聴取したところ、「リハビリテーションのニーズが今後中国内で高くなることが予想されるから」、「医学関係に進みたかった」、「自分に向いていると思った」、「スポーツのチームに関わりたい」などの意見が聞かれ、これは日本の高校生の志望理由と同じであり、「リハビリ治療師」が一般的な職業になってきていることがうかがわれた。

イ. 中国の人口動態と65歳以上の高齢者人口

2018年現在の世界人口は約76億人で、そのうち約14億人が中国国民であり、およそ世界人口の5分の1を中国国民が占めていることになる。中国の人口は2025年から2030年にピークを迎え、その後徐々に減少して行くことが予測されている（図表6）。

図表 6 中国の人口予測推移（年齢3区分別）（2015年～2100年）

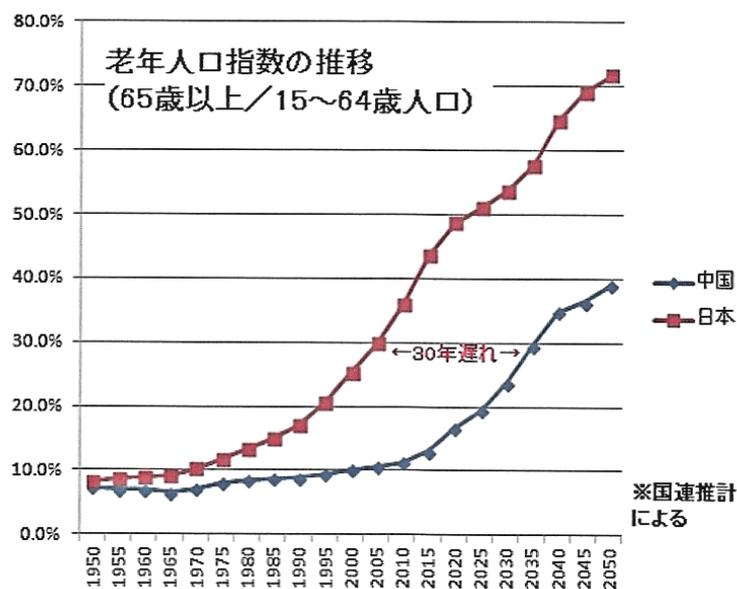


出所) World Population Prospects, the 2017 Revision (www.garbagenews.net/archives/2021496.html)

特に15歳未満の人口は1970年代後半からピークを迎えた後に減少を続け、15～64歳で定義される生産年齢人口も、2015～2020年の間にピークを迎え、その後減少する。一方、65歳以上の高齢者人口は増加を続け、2030年代には0～14歳の人口を上回ることが予想されている。2004年国民経済社会発展統計公報によると、0-15歳：16-59歳：60歳以上の人口は2.39億人：9.15億人：2.12億人であり、65歳以上の高齢者数は1億3,755万人、高齢化率は10.1%である（図表7,8）。中国の高齢化社会の特徴は「高齢者の絶対数が多い」、「高齢者の増加率が高く、高齢化のスピードが急速である」、「各地域によって高齢化の状況が大きく異なり、地域格差が大きい」ことが挙げられる（図表9）。

これら人口推移の予測から、中国においては高齢者人口の増加にともない、加齢に関連する疾患に対するリハビリテーションの需要が益々増加して行くことが考えられる。⁷

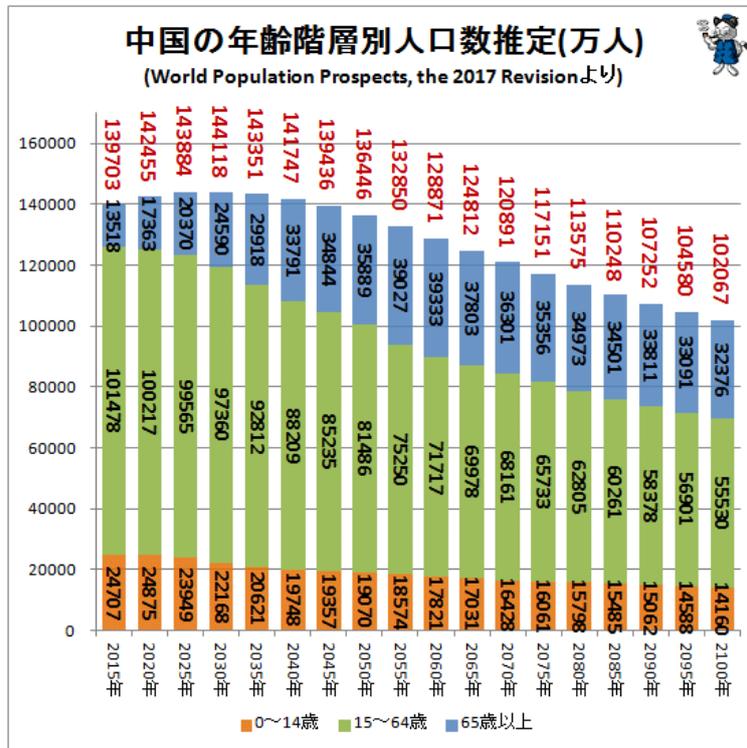
図表 7 中国と日本の高齢化予測



出所) World Population Prospect the2015 Revision (<http://dandoweb.com/backno/20130829.ht>)

⁷ 出所) 中国の社会保障の現状と今後の動向について 月例社会保障研究会 平成 28 年

図表 8 中国の年齢3区分別人口に関する高齢化予測



出所) World Population Prospects, the 2017 Revision (www.garbagenews.net/archives/2021496.html)

図表 9 国別人口高齢化速度比較

	高齢者人口が総人口に占める比率			経過した時間 (年)	
	7%	14%	20%	7~14%	14~20%
	年	年	年		
日本	1970	1994	2006	24	12
韓国	2000	2018	2026	18	8
中国	2000	2025	2034	25	9
フランス	1864	1979	2020	115	41
スウェーデン	1887	1972	2012	85	40
イタリア	1927	1988	2007	61	19
英国	1929	1976	2021	47	45
ドイツ	1932	1972	2012	40	40
米国	1942	2013	2028	71	15

出所) 中国における高齢者福祉 (www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/338.pdf)

ウ. 中国における疾病構造

高齢者人口の増加は、平均余命の上昇とともに慢性疾患の増加を伴っている。慢性疾患患者の増加、医療費の増加、治療の長期化は中国の医療における重要な国民的健康問題となっている。中華人民共和国の国務院新聞辦公室によれば、毎年 2 億 6,000 万人にもものぼる人が慢性疾患と診断されている。年間死亡数のうち 85%が慢性疾患によるもので、最大の死因はがん (27.8%)、心臓病 (21.3%)、脳血管疾患 (20.2%) である (図表 10,11)。

世界保健機関 (World Health Organization; WHO) は、中国において 2006 年から 2015 年の間に心臓病、脳卒中、糖尿病で合わせて 3.91 兆人民元 (5,580 億米ドル) の医療費が発生していると推計している。さらに、医療費支出総額は、2000 年 (545 億米ドル) から 2015 年 (5,946 億米ドル) にかけて 10 倍以上となっていると報告している。

世界銀行が 2011 年 7 月に発表したレポート (Toward a Healthy and Harmonious Life in China: Stemming the Rising Tide of Non-Communicable Diseases) でもがん、糖尿病、循環器病、慢性呼吸器疾患などの慢性疾患は、全死因の 80%以上を占め、疾患別の医療費総額に占める割合は 68.6%に達すると報告されている。また、慢性疾患の増加は今後 10 年間に集中し、10 万人当たりの脳卒中死者数では、中国は日本、米国、フランスの 4~6 倍に達し、今後 20 年間、中国では 40 歳以上の人々の中で、慢性疾患 (循環器病、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、肺癌) 患者数が 2~3 倍に増えると予測している (図表 12,13)。

中国における糖尿病患者数は 1 億 1,400 万人で、全人口の約 11%が糖尿病患者であり、36%近くが発症一步手前の予備軍である。⁸

中国では「予防を第一とする」という原理を堅持しており、都市部、農村部とも予防衛生のネットワークが出来上がっている。疾病予防の重要さの認識を高める取り組みを実施しており、政府の各部局は、公害、労働災害、交通事故、そして自然災害の結果発生する障害から人々を守るための規則と予防対策を行っている。⁹

さらに、最近発表された「中国の住民の栄養 慢性疾患状況報告(2015年)」の統計によると、2012年の中国では 18 歳以上の大人の 25.2%が高血圧で、9.7%が糖尿病であり、2002年と比べると、その割合が上昇の一途をたどっている。40 歳以上では 9.9%が慢性閉塞性肺疾患に罹患している。また、相澤病院の北京事務所関係者によると、糖尿病患者の増加により人口透析患者が急増しているとのことであった。¹⁰

⁸ 出所) 国際糖尿病連合(IDF)の糖尿病アトラス 第8版 2017

⁹ 出所) <https://thebridge.jp/2017/01/mobile-medical-healthcare> 2017

出所) 新華社:jp.xinhuanet.com/2016-08/12/c_135589481.htm 2016

出所) *Toward a Healthy and Harmonious Life in China* 2011

¹⁰ 出所) 人民網日本語版 2016年8月11日

図表 10 中国の疾病構造

新生物

順位	疾病名	割合
1	気管・気管支・肺癌	6.15%
2	肝癌	4.20%
3	胃癌	3.55%
4	食道癌	2.14%
5	結直腸・直腸癌	1.84%
6	膀胱癌	0.76%
7	乳癌	0.73%
8	その他新生物	0.73%
9	白血病	0.69%
10	脳・中枢神経系腫瘍	0.63%
11	前立腺癌	0.40%
12	非ホジキンリンパ腫	0.39%
13	子宮頸癌	0.37%
14	鼻咽頭癌	0.29%
15	膀胱癌	0.27%
16	胆嚢・胆管癌	0.25%
17	期口唇癌および口腔癌	0.23%
18	喉頭癌	0.19%
19	卵巣癌	0.18%
20	腎臓癌	0.17%
21	子宮癌	0.16%
22	非黒色腫皮膚癌	0.14%
23	多発性骨髄腫	0.12%
24	甲状腺癌	0.06%
25	黒色腫皮膚癌	0.06%
26	中皮腫	0.05%
27	その他の咽頭癌	0.05%
28	ホジキンリンパ腫	0.04%
29	精巣腫瘍	0.01%

心血管疾患

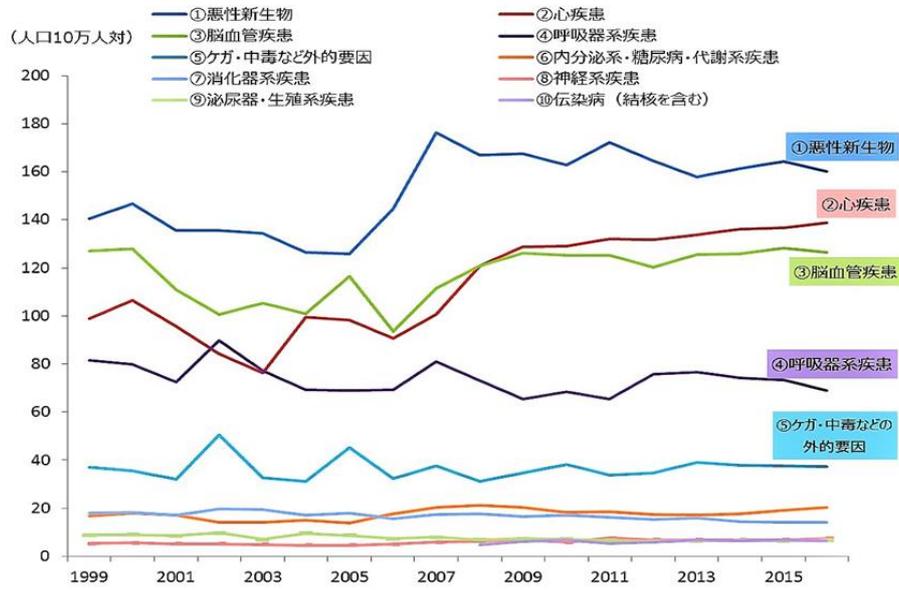
順位	疾病名	割合
1	脳血管疾患	20.10%
2	虚血性心疾患	15.50%
3	高血圧性心疾患	2.66%
4	リウマチ性心疾患	0.77%
5	その他の心血管疾患	0.74%
6	心房細動・心房粗動	0.32%
7	心筋症・心筋炎	0.30%
8	大動脈瘤	0.14%
9	心内膜炎	0.07%
10	抹消血管疾患	0.02%

糖尿病、泌尿生殖器、血液、及び内分泌疾患

順位	疾病名	割合
1	慢性腎臓病	1.17%
2	糖尿病	1.50%
3	泌尿器病・男性不妊	0.16%
4	内分泌・代謝性・血液疾患、免疫異常症	0.16%
5	異常ヘモグロビン症・溶血性貧血	0.10%
6	急性糸球体腎炎	0.07%
7	婦人科疾患	0.01%

出所) 新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査報告書 中国2017 を基に大坪会作成

図表 11 中国における死因別疾患別（2016年現在）

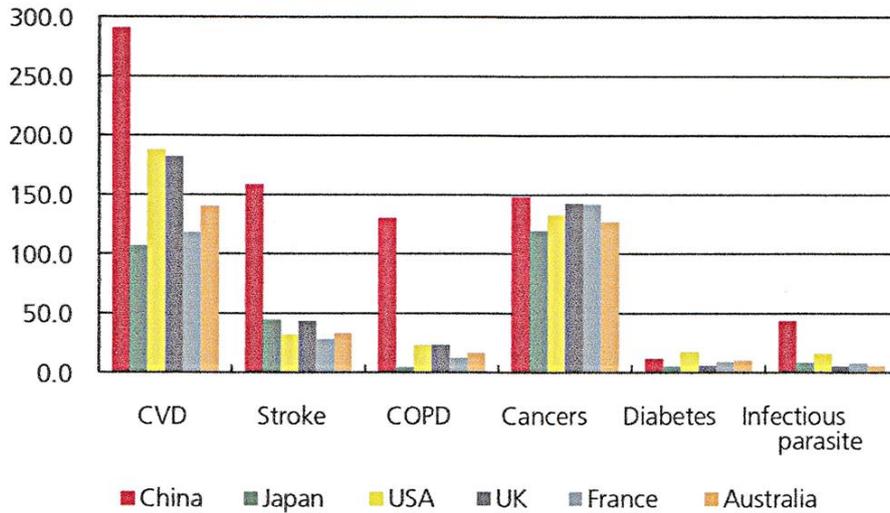


(注) ケガ・中毒などの外的要因には、交通事故、不慮の事故、自殺等を含む。

(出所) 中国衛生・計画生育統計年鑑、国家衛生・計画生育委員会、国家統計局のデータより作成

出所) <https://www.huffingtonpost.jp/nissei-kisokenkyujyo/china>

図表 12 国別の非感染性疾患の死亡者数（人）の比較（対10万人）



出所) *Toward a Healthy and Harmonious Life in China*

図表 13 中国における非感染性疾患患者数の予測（人）

非感染性疾患患者数	2010年	2020年	2030年
Myocardial infarction	8,101,001	16,081,550	22,630,244
Stroke	8,235,812	21,356,978	31,773,456
COPDs	25,658,483	42,527,240	55,174,104
Lung cancer	1,412,492	4,621,900	7,391,326
Diabetes mellitus	36,156,177	52,118,810	64,288,828
Total	79,563,965	136,706,478	181,257,958

出所) *Toward a Healthy and Harmonious Life in China* を改変

エ. 中国の障害者数

2007年現在、中国国内の身体障害者人口は8,296万人と全人口の6.3%を占め、家族に障害者がいる家庭は7,000万戸以上となった。なかでも四肢に障害を持つ者は2,412万人で、障害者全体の27.7%を占めている（図表14）。

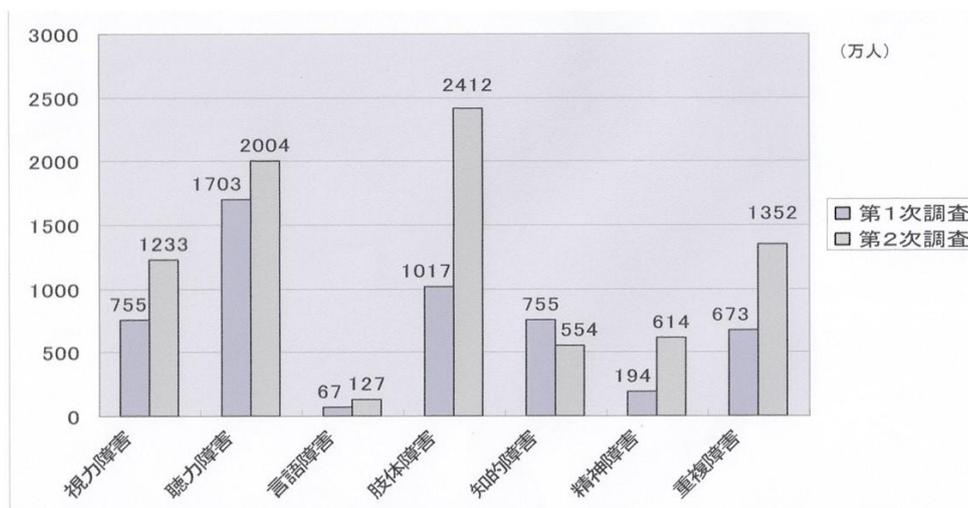
2011年4月1日付け *Record China* は、中国では人口の高齢化と変性疾患の発病率増加によるリハビリテーションへの需要が増加していること、リハビリテーションサービスを提供できる医療機関は中国国内には非常に少ないことを伝えた。中国衛生部医政司総合所によると、中国には現在3,288カ所の総合病院にリハビリテーション科があるが、この数は国内の総合病院の総数の24.6%にすぎず、リハビリテーション病棟があるのは、そのさらに約半分だと報告されている。さらに、リハビリ専門病院は全国で396施設しかなく、内科や呼吸器科などの専門病院全体の9.1%にとどまっている。リハビリテーションを必要とする患者のためのベッド数は全国で13.8万床、リハビリテーション医療に従事する医師、治療士、看護師などの専門技術者は3万9,833人である。¹¹

¹¹ 出所) *中国法令情報の調査. - 中国の障害者法制の研究を例として* 2015
出所) *Record China*

図表 14 中国の障害者数の推移

1987年第一次全国残疾人抽样调查と2007年第二次全国残疾人抽样调查の比較

1987年第一次調査5164万人(4.9%) 2006年第二次調査8296万人(6.36%)



出所) 中国法令情報の調査。－中国の障害者法制の研究を例として

(5)課題

中国における人口の高齢化は、加齢により引き起こされる各種の疾患の増加をもたらし、また、社会の工業化は様々な慢性疾患、生活習慣病増加の温床となる。したがって、我が国がかつてそうだったように、現在の中国は日本を後追いするような状況で社会は変革している。1966年(昭和41年)に日本の理学療法士は誕生したが、当時は、理学療法士はおろか、リハビリテーションという言葉さえも理解されない時代であった。1972年(昭和47年)に厚生労働省(旧厚生省)から日本理学療法士協会に社団法人の認可があり、1979年(昭和54年)に短期大学における理学療法士教育が始まるころからようやく、リハビリテーションや理学療法士に対する理解や社会的ニーズが高まって来たように思われる。現在の中国の状況は約50年前の日本と同様であり、リハビリテーションの社会的認知度はまだ低く、リハビリテーション医療の環境もまだ整っていない。広い国土、地域差が大きいとされる中国においては、すべての地域で質的・量的に均一なリハビリテーション医療サービスが提供されるには、かなりの時間がかかることが予想される。

2-2. リハビリテーション技術、テキストレベルの実態

(1)背景

現在、中国では高齢者人口の増加に伴い、高齢者医療および介護に対する問題が深刻化しており、中国政府もその対策に力を入れ、積極的な高齢化施策等を打ち出している。しかし、リハビリの必要な多くの患者が、急性期から回復期、そして維持期へとシームレスな形で、質的にも量的にも十分なリハビリ医療サービスを受けることができていない現状にある。

(2)調査目的

我が国をはじめ、世界理学療法連盟 (World Confederation for Physical Therapy; WCPT) に加盟する多くの国々では、リハビリテーション医療に従事する専門職である理学療法士 (Physical Therapist; PT) ・作業療法士 (Occupational Therapist; OT) ・言語聴覚士 (Speech Therapist; ST) は、それぞれが独立した教育を受け、国家資格として確立している。日本でこれらの国家資格を取得するためには、3年制以上の専門学校や短期大学、あるいは4年制の専門教育機関において一定の知識や技術を学んだ後、国家試験に合格する必要がある。一方、中国においては、リハビリテーション医療に従事する専門職の資格制度や教育制度については不明な点があるため調査を行った。

(3)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトの報告書の確認
- ・同プロジェクトに参加した経験のある有識者からの聞き取り調査
- ・慈泉会相澤病院現地法人の関係者からの聞き取り調査
- ・漢琨病院の視察
- ・吉林大学第一、第三病院及び、吉林大学看護学部リハビリテーション学科の教員、学生からの聞き取り調査

(4)調査結果

ア. 中国の病院制度

総合病院は規模により1～3級に区分され、さらに甲～丙に分類されている。各級の規模は、3級は500床以上、2級は100～499床、1級は20～99床である。これらの病院は全て我が国でいう公立病院である。「中国衛生統計年鑑2015」によると、3級病院は全国で1,954施設、2級病院は6,850施設、1級病院は7,009施設ある。なお、3級病院には必ずリハビリテーション科を設置することが義務づけられている。さらに、中国衛生統計年鑑よれば、2014年時点でリハビリテーションの専門病院は396施設、リハビリテーション科

の病床数は13.8万にのぼり、これは全病床数の2.1%を占め、ほとんどの地級都市（省と県の間にある行政区分）で整備されている。

2014年現在、医師数は（見習いも含む）289.3万人（千人当たり医師数：1,456人、日本は2,297人）で、このうち医師資格者は237.5万人（中医¹²も含む）である。また、看護師数300.2万人（千人当たり看護師数は1,500人、日本は約11,500人）である。

なお、中国では、医師国家試験を受験するためには医学部を卒業する必要があるが、農村部では医師不足のため、中学・高校卒業後に一定の実務研修ののち医師となるもの、所謂「はだしの医者：赤脚医生」（厳密には医療補助をおこなうとされている）も存在している。¹³

イ. リハビリテーション専門職の資格制度について

中国において、医療に関係する国家資格制度があるのは医師と看護師、薬剤師のみであり、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった国家資格は存在しない。中国における医療職は「医師」、「看護師」、「技師」に分類されており、リハビリテーションに従事する専門職は「リハビリ治療師」と称され、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった区別はなく、「技師」の資格（衛生専門技術資格合格者）を有したものが所謂理学療法、作業療法、言語療法を行っている。医師、看護師の資格を有する者が転職し、リハビリ治療師として働いていることが多いといわれる。

リハビリテーション医師は、臨床医師、あるいは中医医師の免許を保有している必要があり、職業医師法（1999年施行）のリハ医師国家試験を受け、合格するとリハビリテーション医師としてのライセンスが認められる。一般的に医科大学のリハビリテーション医師課程（5年制）を卒業、または医師から転職するケースが多い。

衛生専門技術資格の職業資格証明制度は、労働就業制度の一部であり、特殊な国家試験制度である。労働者は、国の制定した職業技能基準に基づき、政府の認可を得た検定機関によって技能水準および職業資格が評価され、相応する国家職業資格証書を取得できる。¹⁴

中国リハビリテーション研究センターの関係者への聞き取りでは、理学療法士、作業療法士などの国家資格制度の必要性は認めながらも、広大な国土、多民族、沿岸部と辺境地域の格差などの要因で、統一された国家資格の創設は困難であり、各省の許認可に委ねているのが現状である。

¹² 中医とは中国伝統医学である中医学を实践する医師。中国には3種類の医師が存在しており、それは西洋医学の医師、西洋医学と中医学を併用する医師、中医学専門の医師である。

¹³ 出所) 新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査 報告書 経済産業省 2017

出所) 世界・人口1千人あたりの看護師・助産師数ランキング 2015

¹⁴ 参考資料) 諸外国における能力評価制度 労働政策研究・研修機構 2012

ただし、後述のように、吉林大学第三病院の理学療法士の説明によると、「リハビリ治療士」から「リハビリ治療師」に昇格する際に全国统一試験を受験し合格する必要がある、また、昇進の際にも審査され、日本を含む欧米諸国の資格制度とは異なるが、厳密に「質」の担保は図られているようであった。

ウ. 専門職の教育制度・機関

中国リハビリテーション研究センターは、中国障害者福祉基金会（障害者連合会の前身）と日本国政府の協力のもと、リハビリテーション分野の臨床、研究、教育を担う総合機関として開設された。同センターは、中国全国の現職者に対し、リハビリテーション従事者の人材養成を行う専門的な研修を積極的に実施してきた。しかし、中国のリハビリテーション事業の需要を満たすには、教育の質・量ともに不十分である。このような背景のもと、1997年に同センターおよび中国障害者連合会が、中国リハビリテーション研究センターリハビリテーション学院の設立を主な目的とした「リハビリテーション専門職養成プロジェクト」の実施を日本国政府に対して要請した。それに対し、日本国政府は2001年11月から5年間の協力を開始した。同年には、世界理学療法連盟に見合った4年制の教育カリキュラムを作成し、2002年には首都医科大学において理学療法、作業療法の4年制教育が開始された。

国際協力事業団の国別障害関連情報によると、中国には2002年時点で、理学療法士(PT)、作業療法士(OT)を専門に養成する学校は、首都医科大学リハビリテーション医学院（北京）、中山医科大学（広東）の2校しか存在しなかったが、現在では199もの大学でリハビリ治療師が養成されている。ただし、養成の過程や年数は一定ではなく、首都医科大学リハビリテーション医学院のリハビリテーション専科は3年制で、理学療法士と作業療法士を分けずに育成し、卒後は就職先の医療施設の需要に応じて理学療法士または作業療法士、言語療法士として勤務する。南京医科大学などでも、理学療法士や作業療法士としてではなく、リハビリテーション技師として育成している。この状況は現在においても大きな変化がなく、吉林大学の教員、学生からの聴取では、「理学療法士」、「作業療法士」という形式で教育を行う大学もあるが、制度的な分類としては「リハビリ治療士」である。また、能力の等級として「リハビリ治療士」、「リハビリ治療師」の分類があり、全国统一試験により認定されている。さらに、職位も経験年数、実績、研修会参加などにより昇任するシステムが構築されており、この点においては我が国より進んでいる。

中国にはリハビリ治療師の卒後教育として、我が国で言うところの各協会（理学、作業、言語）の生涯学習プログラムの講習会にあたる、「リハビリ治療師正規化教育プログラム」があり、スキルアップや上級資格取得には定められたポイントを取得しなければならないという規定がある。また日本で言う認定理学療法士、専門理学療法士に相当する制度もあり、大卒、専門学校卒で違いはあるものの、下から「士」、「師：初級・中級」、「副主任（高

級)、「主任」という資格が定められ、経験年数と試験結果、論文などの実績により審査される(図表 15)。

現在の学校制度は3年制の専門学校、3年制の短期大学、4年制の大学が一般的であるが、大学院へ進学したのち臨床に出る学生も存在する。「リハビリ治療師」の受験資格を得るまでの期間は、専門学校卒の場合には7年、大学卒の場合は2年である。大学院卒の場合も2年であるが、初級・中級の期間が短縮されるなど、学歴と職能の資格、承認が一体となったシステムである。

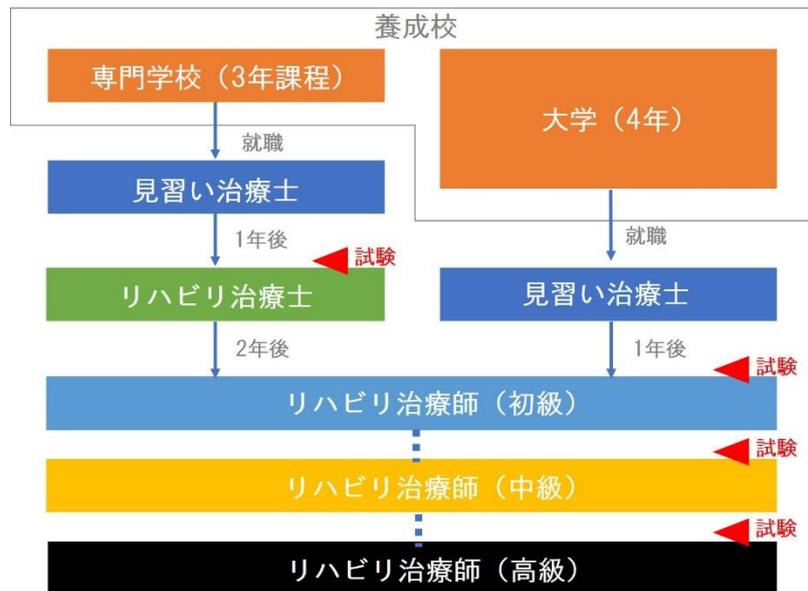
このほかの関連職種であるリハビリテーション医師は、医科大学のリハビリテーション医師課程(5年制)を卒業、または医師から転職するケースが多い。大学卒業後は職業医師法(1999年施行)により国家試験を受験する必要があり、合格するとリハビリテーション医師としてのライセンスが認められる。¹⁵

2019年現在のリハビリ治療師数は約2万人(日本のOT/PT/STの場合、計約88万人)である。人口10万人当たりの理学療法士数は日本の79.1名に対し中国では3名である(図表 16)。専門学校もあるが、他職種(中医や看護師)が業務を兼任することもある。中国障害者連合会によると、リハビリテーション医師は全国で1万2,000~1万8,000人、理学療法士5万8,000~31万7,000人、作業療法士1万7,000~9万人、言語療法士1万~5万5,000人が必要とされているが、これら専門家の需要を満たすにはほど遠い状態にある。リハビリテーション専門職と家庭を基盤に地域のリハビリテーションを進めるケースワーカーの養成は急務であり、重要な課題である。¹⁶

¹⁵ 参考資料) 国別障害関連情報 国際協力事業団 平成14

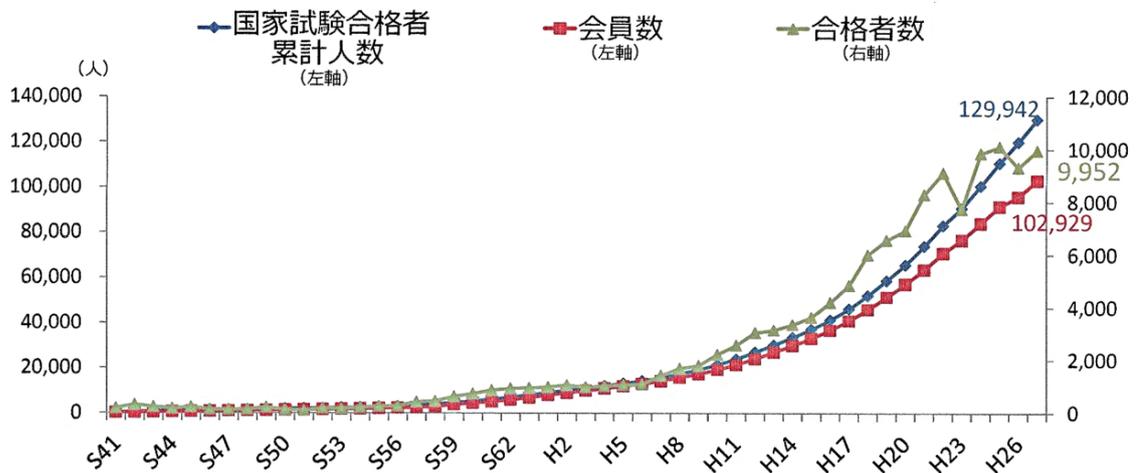
¹⁶ 出所) 中国の社会保障の現状と今後の動向について 月例社会保障研究会 平成28年

図表 15 リハビリ治療士のキャリア制度



出所) 漢瑛病院の資料を基に大坪会作成

図表 16 我が国における理学療法士の推移



出所) 平成 2016 年日本理学療法士協会調べ

エ. 教育機器、機材

リハビリテーション専門職養成プロジェクトの結果、理学療法士・作業療法士教育のための出版教科書 19 冊、視聴覚教材 27 件（「運動学触診方法」、「リハビリ療法評価学」、「人間発達学」、「運動療法技術学」、「臨床運動療法学」など）の教材が整備された。このほか教学大綱 22 課目、実習指導 7 課目、卒業実習大綱 1 冊、実習ノート 2 冊など、マニュアル

類も作成され、理学療法士、作業療法士4年制教育課程において必要とされる教材および教育機器は一通り揃っているようであるが、これらが他の教育機関で使用されているかどうかについては不明である。

オ. リハビリテーションの技術

中国リハビリテーション研究センター、吉林大学第一・第三病院において中国で実際に行われている理学療法を見学したところ、治療の中心はいわゆる機能訓練であり、リハビリ療法師が提供しているアプローチは、訓練室のマット上で（寝たまま）行う筋力訓練や関節可動域訓練が多いように感じた。歩行練習や日常生活の練習は家族や付き添いが行い、リハビリ治療師の職務ではないように思われた。また、病棟内で歩行練習や日常生活の練習が行われる様子は見られなかった。さらに、日本ではほとんど見られなくなった超短波治療器や、赤外線などの光線療法による物理療法が盛んに行われていた。リハビリ治療師の技術については、麻痺筋に対し神経筋再教育法を適応する治療者が多いように感じた。リハビリテーションはチーム医療の典型であるが、リハビリ治療師が医師や看護師と情報交換することは皆無のようで、相澤病院現地法人関係者によれば医師のカルテや看護記録の閲覧も行われていないということであった。中国のリハビリ治療師には科学的知見に基づいた知識や技術がまだまだ不足していること、また、科学的根拠に基づいた系統的なリハビリプログラムを提供できていないことが確認された。

(5)課題

我が国では1993年に理学療法士の大学教育が開始されたが、理学療法士の養成が始まってから現在まで26年の年月を要した。中国においては2002年の養成開始より大学教育が開始されていることから、教育制度に関しては我が国より後進的であるといえる。しかし、資格取得後の自己研鑽が昇給、昇任の基準となるという制度は、我が国も学ぶ必要がある。一方、教育の内容・カリキュラムなどは我が国と同様であるが、質においては個人差、地域差が大きいことが課題である。また、各治療者の持つ医療技術についても、いわゆる科学的根拠に基づいた治療法、治療機器を選択しているようには見えず、チーム医療も行われていないようであり、形式的なリハビリテーションは実施されているが、実際のところリハビリテーションとは言えない状況である。

2-3. 中国リハビリ市場における日本製機器の優位性

(1)背景

リハビリテーションを実施する際、理学療法においても作業療法においても様々な医療機器を使用しながら治療を行っている。例えば、呼吸循環器系であればトレッドミル、自転車エルゴメーターは必須であり、評価器具としてはテレメーター心電図、スパイロメーターも必須の機器である。また、整形外科疾患では中周波治療器や温熱療法の機器、最近

では超音波診断器が理学療法の治療に応用されるなど、様々な機器を使用している。また、下肢装具や杖、歩行器などの歩行補助具、車いすなども必要となる。

(2)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトに参加した経験のある有識者、オージー技研株式会社の海外営業部担当者からの聞き取り調査
- ・中国リハビリテーション研究センター、吉林大学第一、第三病院の視察
- ・慈泉会相澤病院現地法人の関係者からの聞き取り
- ・漢琨病院の視察

(3)調査結果

ア. 日本製品へのイメージ

珠海医院関係者の話では、広州の人たちは日本製に対しとても良いイメージを持っており、日本製というだけで効果が得られると信じている人が多いとの事だった。例えば、広州エリアは今でも漢方薬の使用率が高い地域であるが、中国製の漢方薬より日本製の漢方薬の方が信頼でき、効果が得られる事から購入する人が多いという。一般的にも日本製品は技術が高く、性能や品質も良く、見た目がコンパクトで、コストパフォーマンスが高いとみなされており、中国での日本製品への信頼は比較的高い。日本の家電、デジタル製品、自動車、化粧品は中国で高い市場シェアと知名度を有しており、全体的に日本製に対する抵抗感は少ないと感じた。また、医療現場での日本製リハビリ機器について、オージー技研海外営業部の担当者へヒアリングを行ったところ、医療現場での日本製品は、品質は良いが多少高いというイメージを持っている人が多いとの事だった。

イ. 日本製品を含む輸入製品及び中国製品の使用状況

中国の医療機器市場は右肩上がりの成長市場であり、2017年には214億米ドルであったが、輸入依存率が高く70%以上を輸入に頼っている状態である。しかし、中国政府は2009年以降、国産医療機器優遇政策を推し進めており、特に2014年には「医療機器管理監督条例」の改訂などを進めたことから、今後、国産医療機器市場が拡大する可能性もある。また、2016年に発表された「リハビリ補助器具の発展加速に関する若干意見」でも主要任務に効率的な市場供給の拡大が謳われており、「中国製造」ブランドの構築、企業の育成、展示会等のプラットフォーム活用、品質管理の強化等が推し進められている。

オージー技研海外営業部担当者へのヒアリングでは、現在は欧州製、特にドイツやフィンランド製が多く取り入れられているとのことであったが、北京の漢琨病院で使用していた製品は中国製が多く、最近では国内製品も多く使われるようになったとの事だった(図表17)。一方、中国リハビリテーション研究センターを視察した際、前述した病院の設営経

緯もあり、日本製のリハビリテーション機器が使用されていることが確認でき、実際に日本の医療機器メーカーも数社、中国での販売を実施している（図表 18）が、有識者からの聞き取りによると、中国で新製品を発売した直後に中国企業から類似品が発売されるなど、製品のコピーに対する懸念から、販売を躊躇することも多いようだ。

図表 17 漢琨病院で使用している中国製ベッド



出所) 医療法人大坪会撮影

図表 18 中国リハビリ研究センターで使用されていた日本製の練習用階段



出所) 医療法人大坪会撮影

ウ. 医療機器に対する規制

中国の医療機器監督官庁としては、国家食品薬品監督局（China Food and Drug Administration; CFDA）が国家レベルで規制・監督業務を担当し、省・市レベルにある地方の食品薬品監督局（Food and Drug Administration; FDA）が各地の規制・監督業務を担当している。中国では医療機器は 2000 年に公布・施行された「医療機器監督管理条例」の下、その他設けられた各種の法令などにより規制されている。医療機器は、製品のリスクの程度に応じて、第 1～3 類の 3 つのクラスに分けて管理されている。日本企業が中国市場に医

療機器を出荷する際は、事前に登録手続きが必要になる。第1類製品（最もリスクの低い医療機器）は届出だけで済むが、第2類製品（第1分類と第3分類の中間のリスクとなる医療機器）及び第3類製品（最もリスクの高い医療機器（体内植込型機器や生命の維持に関わる機器））の場合は、中国政府が指定する現地検査機関でのサンプル試験後、書類審査が行われる。輸入製品は第1～3類いずれの場合もCFDAに申請が必要である。申請からサンプル試験を経て、最終的に登録が完了するまで1年以上要しているようである。

2-4. リハビリを中心とした医療従事者の養成の必要性

(1)背景

2002年に開始された中国の理学療法士・作業療法士の制度は、統一された教育制度やそれぞれの職種単独の資格制度もない。また、実際の治療現場においても、大学卒業者、専門学校卒業者、他の医療資格者が研修を受け転職した者などがリハビリ療法士として従事しており、混沌としている。このような状況の中、大坪会が「日本式リハビリテーション」を中国（珠海市）に導入するには、制度的に日本側がリハビリサービス（医療行為）を直接提供することができないため、現地のリハビリ療法士を教育・指導する必要がある。

(2)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・インターネットによる中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトの概要調査
- ・同プロジェクトに参加した経験のある有識者からの聞き取り調査
- ・慈泉会相澤病院現地法人の関係者からの聞き取り調査
- ・漢琨病院の視察
- ・吉林大学第一、第三病院及び、吉林大学看護学部リハビリテーション学科の教員、学生からの聞き取り調査

(3)調査結果

中国では理学療法士および作業療法士養成校が徐々に増加しているが、教育課程は3年～5年と養成校によりまちまちである。教育プログラムについても各養成校でバラツキがあり、画一的なプログラムが整備されていない状況である。修士課程の教育が行われているのは全国で25校、博士課程は5校で教育が行われている。

教育のカリキュラムについては、吉林大学においてはほぼ日本と同様な学習内容である。2年生から3年生にかけて理学療法の専門科目、4年時に40週の臨床実習が配置されており、実践的（技術的）な教育が行われているようであった。また、吉林大学の病院では、自分の興味のある分野についての研究などを行っている学生もいることから、学生の意欲は高いと考えられる（図表19）。

具体的なカリキュラムとしては、英語、生物学、解剖学、生化学、生理学、組織学と発生学、免疫学、薬理学、病理学、病態生理学、診断、コンピュータサイエンス、医学統計、文献検索、内科、手術、産婦人科、小児科、表面解剖学、リハビリテーション医学、リハビリテーション評価、リハビリテーション工学、理学療法、作業療法、言語療法、リハビリテーション看護、リハビリテーション心理学、小児リハビリテーション、整形外科リハビリテーション、医学的リハビリテーション、神経学的リハビリテーション、地域社会リハビリテーション、伝統的リハビリテーションなどがある。

吉林大学の教員によると、北京や長春などの都市部の病院では、研究のできる人材が必要とされることから、学生時代から研究についてしっかりと学ぶ必要があるとのことであった。また、漢琨病院においては、確保する人材の最低条件は大学卒であることを明言している。

卒業後教育に関しては、吉林大学第三病院の理学療法士によると、病院で必要と認められた研修会や学会への参加は認められている。前述したように「リハビリ治療士」から「リハビリ治療師」への全国統一試験に際しては、研修会の参加が必須であるため、自己研鑽は重要とのことである。

中国における「リハビリ治療師」養成に関わる教員資格は、4年制大学であれば教員は全員修士号以上の学歴をもつ必要があるという規程があるため、我が国と同様、修士以上の学位を有し、論文などにより審査されるということである。

卒業後の進路としては、中国インターネットサイト高考升学網によれば、主に総合病院リハビリテーション医学部、リハビリ作業を行うリハビリテーションセンター（リハビリテーション病院）、特別養護老人ホーム、保健センター、スポーツ病院またはスポーツチーム診療所、地域保健サービス機関等への就職、或いは大学院での研究を続けている者もいるとの記載がある。給与に関しては、十分聴取することができなかったが、大学卒の「リハビリ治療士」で月額ほぼ8,000元、日本円で13万円程度、「リハビリ治療師」で10,000元、16万円程度とのことである。¹⁷

卒業後の研修について相澤病院現地法人関係者からは、中国側の訪日研修はあまり意味がないとの意見を聴取した。その理由は2-6で詳しく述べるが、実際に我々が日本で行っている様々なリハビリテーションや理学療法が、中国においては概念的にも臨床的にも一般的でないことがあげられる。したがって、訪日して日本のリハビリテーションを見学しても中国側には理解されず、日本のやり方をそのまま中国に導入することは困難であるとのことであった。漢琨病院においては、スタッフ向けの研修のシステムとして、毎月数回の学習会を開催し、新しい考え方や技術などをその時々に応じて実施しているようであり、内容も脳血管障害や糖尿病といった臨床医学、患者評価、運動学などがこれまで開催されて

17 参考資料) 高考升学網 <http://m.creditsailing.com/article/724333.htm>

手机搜狐网 http://m.sohu.com/a/208115599_466530

いるようであった。したがって、大坪会の展開としては、現地における研修システムを構築し、関連する病院や近隣地域に勤務する医療者も含む、日本式リハビリテーションの伝達が現実的と考えられる。

図表 19 吉林大学看護学院リハビリ学科の教員と学生



出所) 医療法人大坪会撮影

(4)課題

教育に関しては地域差や個人差はあるにしても、大学教育が行われ、カリキュラムも整備されているようであるが、リハビリテーションの考え方などで中国独自のものがあり、日本のリハビリテーションをそのまま導入することはできない。中国の考え方や技術に合わせたカスタマイズが必要である。

2-5. 他地域での可能性調査

(1)背景

経済の発展とともに生活水準の向上、都市化が急速に進み、80年代後半から都市部と農村部の格差が拡大している。今後、中国国内においてリハビリテーション事業を展開するにあたり、地域による違いを把握する必要がある。

(2)調査目的

今回の主目的は、珠海市における吉大珠海医院のリハビリテーションセンター設立を通して中国内での事業展開を検討することであるが、その他の地域においても同様な事業展開が可能か模索するため、他地域での医療の実情を調査する。

(3)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・中国のインターネット普及状況や経済状況などの調査：中国インターネット情報センター（China Internet Network Information Center;CNNIC）、経済産業省平成 30 年版通商白書等
- ・有識者からの聞き取り調査

(4)調査結果

ア. リハビリの認知度

2-1 でも述べたように、中国では政策的には障害者支援、および近代的リハビリテーションに関する必要性についての認識が高まっていることが伺えるが、一方、一般市民のリハビリテーションに対する認知と認識については決して高くない。現在の中国の状況は約 50 年前の日本と同様であり、リハビリテーションの社会的認知度はまだ低く、リハビリテーション医療の環境もまだ整っていない。

有識者からの聞き取りによると、近年は政策的にリハビリを重視している事もあり、インターネットやテレビ等の情報媒体を通じて一般市民にも少しずつリハビリが認知され始めている。特に都市部においては急速なインターネットの普及により情報を得る機会が多いが、一方で農村部においてはいまだにインターネットの普及率も低く、情報が行き届かない分、リハビリが認知される機会は少ない。

中国ネットワークインフォメーションセンター（China Internet Network Information Center; CINIC）の発表によると、2017 年 6 月時点で中国でのインターネット普及率は 54.3%で、世界平均を 4.6 ポイント上回っている。しかし、ユーザーの構造に目を向けると、その割合は都市部が 73.3%を占め、農村部におけるインターネットユーザーの割合は 26.7%に留まっており、都市部と農村部のインターネット普及率の格差は大きい状況である（図表 20）。

図表 20 都市部と農村部のインターネット普及割合



出所) CNNIC:2017 年の中国におけるインターネット開発に関する第 40 回統計報告

<http://www.199it.com/archives/619772.html>

イ. 経済格差

有識者からの聞き取り調査の中で「農村部の患者は親戚中から借金をしてリハビリを受けに来ることがある」、「都市部と農村部の保険の違いにより農村部の患者は還付金がない」等、リハビリはまだまだ富裕層のもの、都市部のものという指摘があった。

中国国家统计局によると、2017 年のジニ係数¹⁸は 0.4670 ポイントで、16 年より 0.0002 ポイント上昇し、08 年から低下傾向だったが、再び上昇に転じたと発表した。ここ数年中国のジニ係数は表面的には低下しているが、先進諸国と比べると依然として高い水準にあり、都市・農村間および地域間格差は徐々に縮小しているものの、中国全土の所得格差は大きい。

都市部と農村部の所得格差については、一人当たり GDP (2017 年) で見て、都市部が約 3 万 6 千元 (1 元=16 円) なのに対して、農村部が約 1 万 4 千元と約 2.7 倍の開きがある。中国は国土が広く、地域によって気候や資源などの自然条件、人口規模、産業発展の程度等が異なり、平均で見ることが難しいが、沿岸大都市を中心に多くの人口が高い生活水準を享受している一方で、依然として農村地域においては所得が低い状態である。中国では

¹⁸ このジニ係数は国民 (世帯) 間の所得格差を表す。0 から 1 の間の値を取り、1 に近づくほど格差が大きい事を意味する。各国の経験に基づけばジニ係数が 0.3 以下ならば所得格差が非常に小さく、0.4 より大きい場合所得格差が比較的大きいとみられる

「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。

2014年2月に中国国家統計局が発表した平均所得は1万8,311元、中国の農村住民の年間平均純収入は8,896元、都市住民の年間平均可処分所得は2万6,955元である。それに対して、2007年の総合病院における入院患者の平均費用は4,974円で、医療は貧困層だけでなく中間層にとっても高負担となる。

医療格差を引き起こすもう一つの理由が、公的医療保険制度にある。中国では日本と異なり、国民健康保険が一本化されておらず、①1998年に導入された都市従業員基本医療保険制度、②2003年に導入された新型農村合作医療制度、③2007年に導入された都市住民基本医療保険制度（非就業者）の3つの保険制度がある。以下に概略を示す。

① 都市従業員基本医療保険制度（強制加入）

都市部の企業勤務者と退職者を対象にした医療保険で、都市労働者の4割以上、および都市部退職者の8割以上が本保険によってカバーされている。

② 新型農村合作医療制度（任意加入）

地方政府によって運営される、農村の住民を対象にした医療保険である。この保険の給付は重症の治療費のみに限定され、農村の医療支出の30%を賄っているにすぎず、農村の医療費の大半は住民が負担している。

③ 都市住民基本医療保険制度（任意加入）

市政府によって管轄され、都市部に居住する子供、学生、高齢者及び移民を対象にした医療保険である。

3つの医療保険制度の導入によって急速に加入率は上昇してきているため、患者の自己負担は少しずつ低下してきているが、依然として医療保険の給付対象や給付率は十分ではない。また、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）の財源力によって、医療保険の給付額や負担率は大きく異なり、特に農村では保険の給付対象が重傷の治療費に限定されているため、実質的な自己負担の改善は限定的である。2007年の農村住民の自己負担の年収に占める割合は78%にのぼり、保険適用下であっても、賄えるのは農村人口の5%未満である。このように都市部と農村部の公的医療保険の違いもあり、農村部の医療保険では自己負担が多く、そもそも任意であるため加入していない患者もいる。

（5）課題

本事業を都市部以外の地域で展開するには、まずはリハビリテーションセンターでの事業を通じて積極的な情報提供を行い、農村部の一般市民へのリハビリの認知度を高めることが必要である。そして、経済成長を遂げた地域の中でも都市・農村間、省や自治区など地域間で発展に格差が生じており、さらに医療に対する都市部と農村部の考え方の違い、病人や老人に対する中国独自の考え方など、経済的に恵まれた地域である珠海以外の地域

で事業を展開する場合には、経済や生産性、人間性、生命観などにわたる十分なマーケティングが重要である。

2-6. 日本のリハビリテーションサービス提供のあり方(課題と対策)

(1)背景

中国では高齢化の進展や障害者の増加に伴い、近年リハビリテーション医療の需要が拡大している。「第12次5カ年計画」においても、リハビリ医療の充実は重点課題とされるが、中国のリハビリ医療は医療技術、人材、運営面等が十分でなく、日本を含めた外資の事業機会があると考えられる。

(2)調査方法

以下の方法で調査を実施した。

- ・中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトに参加した経験のある有識者からの聞き取り調査
- ・慈泉会相澤病院現地法人の関係者からの聞き取り調査
- ・漢琨病院の視察
- ・吉林大学第一、第三病院及び、吉林大学看護学部リハビリテーション学科の教員、学生からの聞き取り調査

(3)調査結果

ア. 中国におけるリハビリ需要の拡大

1-1 で述べたように、リハビリ需要の拡大が見込まれる中、リハビリ医療の強化は急務となっている。

1983年以降、中国政府はこれまで制度整備と公費投入により、リハビリ病院の整備を推進してきた。1989年に発表された公文書では、すべての一般病院における4つの主なりハビリ(医療ケア、予防、健康促進、リハビリ)について規定された。1994年に「医療機構設置標準」で3級総合病院へのリハビリ医学科の設置義務、リハビリ専門病院の施設基準等を明定し、2011年にはリハビリ医学科の設置義務を2級総合病院にも拡大した。2012年には「リハビリ病院基本標準」を新たに施行し、リハビリ専門病院の要件を定めて設立を強化するとともに、「第12次5カ年計画」におけるリハビリ医療強化に向けた指導通知を公表し、総合病院リハビリ医学科とリハビリ専門病院の整備促進と機能強化、小規模な総合病院のリハビリ専門病院への機能転換を推奨し、施設・設備の整備に向けた多額の公費の投入を行っている(図表21)。

吉林大学の第一病院では、2020年の政府プロジェクトとしてリハビリテーション・介護施設を、第三病院でも2020年に600床規模の病院を建設予定で、その70%をリハビリテーション専用にするとのことである。

図表 21 中国のリハビリテーション医療政策

時期	施策の内容
1980年代後半	西洋医学に基づく近代リハビリテーション導入
1983年	中国初の近代的総合リハビリ医療施設として「中国リハビリテーション研究センター」を北京に設立 日本、カナダ、ドイツ等が技術支援を実施
1991年	『障害者保障法』 リハビリを含む、障がい者対策の全般にわたる基本的事項・対策指針を制定(2008年改正)
1994年	『医療機構設置標準』『リハビリ病院基本基準』 三級総合病院へのリハビリ医学科の設置義務、リハビリ専門病院の基準等を明定
2002年	『障害者リハビリテーション事業の更なる強化に関する意見』 「2015年までに障がい者は誰でも必要なリハビリを享受できる」
2011年	障害者事業『第12次5カ年計画』(2011年～2015年) 社会保障充実・リハビリの実施等の方向性を定め、リハビリサービスを受ける障がい者を1300万人以上とする等の数値目標を掲げる(参考:5年毎に制定。第11次計画実績1,038万人)
	『総合病院リハビリ医学科建設と管理指針』『総合病院リハビリ医学科基本標準(試行)』 総合病院におけるリハビリ医学科の設置義務を二級総合病院に拡大
2012年	『リハビリ病院基本標準(2012年版)』(1994年「医療機構設置標準」の改訂版) リハビリ専門病院の設立強化のため、三級・二級リハビリ専門病院の施設基準を制定

出所) 中国のリハビリテーション医療における日本の医療事業者の事業機会

イ. 中国におけるリハビリ医療の現状

中国のリハビリ医療は公的保険制度、医療技術、人材、運営面等が十分ではなく、全体として発展途上の状況にある。中国では、2010年よりリハビリ医療について公的医療保険への組み入れが開始されたが、適用範囲や価格は各地方政府の財政状況により異なる上、公的介護保険制度は未整備であるなど、公的保険による支援は十分とはいえない状況にある。リハビリ医療の提供場所は、総合病院のリハビリ医学科、リハビリ専門病院、及び都市部の社区卫生サービスセンター、農村部の衛生院等の基層医療衛生機関等である。教育は急速に発展している一方、資格制度は理学療法士、作業療法士、言語聴覚士といった明確な資格分けは行われておらず、就職してから仕事の内容が決まるという制度も未だ続いている。また、看護師や技師等がリハビリ治療師として勤務しているところも存在しているのが現状である。さらに、リハビリ医療の運営ノウハウが不足しており、急性期医療からリハビリ医療への連携体制はほぼ機能しておらず、リハビリ実施時期の遅れが後遺障害の増加につながっているとの指摘もある。

我々の現地調査および、中国リハビリテーション専門職養成プロジェクトに参加した経験のある有識者からの聞き取りなどの結果を総合すると、現在の中国におけるリハビリテーション医療、理学療法士(リハビリ治療師)のレベルは、日本の昭和40～50年代の状況とほぼ同程度だと考えられる。当時、日本の理学療法士数は1,000～2,800人程度であり、リハビリテーションの施設は都市部には少なく、主にいわゆる温泉地に所在しており、入院にも数か月の待機期間を要する状況にあった。例えば、脳卒中では、急性期病院からいくつかの医療施設を経由して、発症から6か月程度経過したのち、リハビリテーションの

専門施設に入院し、そこでさらに6か月から1年程度入院を継続するというものであった。中国では逆に、地方から都市部の医療施設に集中しているところが我が国との違いである。北京の中国リハビリテーション研究所センターでリハビリテーションを行っている患者は、発症後数か月経ってから同センターへ入院し、治療を受けているとのことであった。また、対象となる疾患も脳血管障害（脳卒中）が中心で、切断、脊髄損傷などの身体障害が主であることも昭和40～50年代の日本と同様である。

一方で、吉林大学第一病院では、集中治療室（ICU）からリハビリテーションが開始され、脳血管障害は発症後48時間以内に開始される。また整形外科の手術直後、急性心筋梗塞などのリハビリテーションが行われるなど、明らかな地域差、病院の能力等に差があることが明らかになった。

我が国のリハビリテーションは、発症後早期から理学療法、作業療法などが開始され、対象疾患は、脳血管障害や外傷などは当然として、神経難病、心疾患、呼吸器疾患、代謝疾患、血液疾患、がんなど多岐にわたっている。さらに、安静状態による廃用症候群（病気などにより長期間、過度な安静・不動によって生じる障害。筋萎縮・筋力低下などの運動機能障害や臓器の障害、褥瘡などが含まれる）を予防することが重要視されている。脳卒中患者を例にすると、その殆どが発症翌日にはリハビリテーションが開始され、高齢者に多い大腿骨頸部骨折においても、術後1日目からリハビリテーションが開始されるなど、ベッドサイドで開始したリハビリテーションは、慢性期から維持期にわたるシームレスな医療である。しかし、中国においては、疾病やケガによる機能障害に対する治療がリハビリテーションの中心であるように思われ、医療施設退院後のいわゆる慢性期、維持期のリハビリテーションに関しては整備されていないよう感じられた。また、リハビリテーションのとらえ方も大きく異なり、中国のリハビリテーションは狭い機能回復を指すのであって、発症から社会参加までの過程を指すものでないことが明らかになった。したがって、日本のように点滴チューブをつけながらの急性期リハは危険であり、麻痺のある脚での歩行練習も危険であるとの認識である。相澤病院北京事務所の関係者によれば、同じ疾患で考えれば、中国のリハビリテーションを受けている患者は日本の1/10であり、圧倒的に若い人が多いということであった。さらに、中国語のリハビリテーション「康复（復の右側）」とは健康をとり戻すという意味であって、いわゆる社会復帰・社会活動への参加を意味する言葉ではない。したがって、麻痺がある、動かない、筋力が弱いなどの「治療を受ける」ことがリハビリテーションであって（機能回復）、歩行の練習をする、補装具をつけて歩行をする、買い物をするなどの行為・行動に関わる治療（社会に出る準備）はリハビリテーションという認識ではないことが明らかになった。吉林大学第一・第三病院においても、治療ベッドや治療マット、起立斜面台などはよく見かけたが、平行棒や歩行器というものが少なかったのはまさにこのことを示している。また、物理療法などの器具に対する依存度が高いのも特徴である（図表22）。

さらに、高齢者に対するリハビリテーションは、日本と全く異なっていることが明らかになった。すなわち中国においては、例えば脳卒中になった高齢者は病院に入院することなく退院し、家で家族あるいは家政婦が介護するのが一般的であり、「高齢者のリハビリテーション」という概念が中国にはなく、リハビリテーションはもっぱら若い世代への治療と考えられている。吉林大学の医師やリハビリ治療師に対し、「高齢者の転倒」について講義したが、障害の有無にかかわらず高齢者に対してリハビリテーション、理学療法を行うという発想はなく、日本との違いを痛感させられた（図表 23,24）。

そもそもリハビリテーションは、古典的には機能障害から社会参加に至る過程すべてを網羅する医療体系である。すなわち、疾病や外傷により引き起こされた機能障害をいかに社会生活で問題とならないようにするか、障害を有した個人がいかに社会に適応していくか、現在持つ能力を阻害する要因が明確に存在する場合、いかにそれを予防するかなどがリハビリテーションの重要な目的である。したがって、健康な老人であつても加齢による障害をいかに予防し、健康年齢をいかに延長させるか、介護老人施設などで障害の有無に係わらず、老人がいかに健康に過ごすかなども、リハビリテーションや理学療法の目的となる。

このようなことを考慮すると、日本のリハビリテーションと中国のリハビリテーションには、リハビリテーションのあり方・考え方において大きな隔たりがあることが明らかである。したがって、日本式のリハビリテーションを導入するに際しては、この考え方に違いがあることを念頭に置き、中国の仕様にカスタマイズしたリハビリテーションを準備する必要がある。

中国においては、2002年から首都医科大学において理学療法、作業療法の4年制教育が開始され、約17年が経過した。現在199の大学に増加したが、現在の中国におけるリハビリテーションは、総じて昭和40～50年代の日本のリハビリテーション医療の黎明期と同様の状況にあると考えられることから、今後の発展の過程は日本と同じような経過をたどるのではないかと考えられる。しかし、統一された教育課程の内容と方法が実施可能か、国内全土にわたり同等の医療サービスが提供できるかなどの課題が残る。一方、日本や欧米から良いシステム、良い技術を取り入れる貪欲さを兼ね備えていることから、変化のスピードに拍車がかかることは十分予想される。

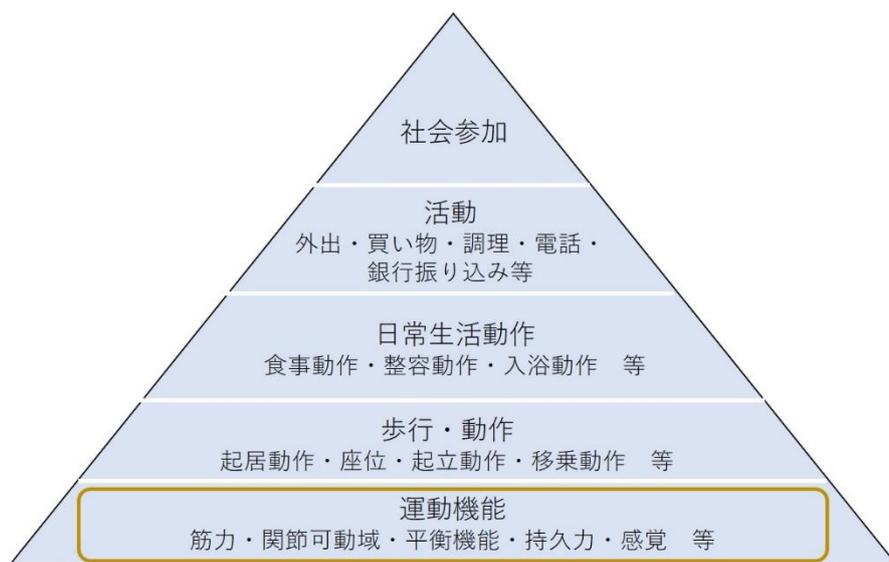
中国においては、リハビリテーションの診療報酬体系についても日本と大きな開きがある。日本でリハビリテーションを提供する場合、そのほとんどが保険診療で賄われるが、中国では保険医療、自由診療の併用となる。そのため、リハビリテーションの診療報酬自体が病院によって若干相違がみられている。

日本の診療報酬では、大きく疾患別リハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料）、摂食機能療法料、難病患者リハビリテーション料、障害児（者）リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料

で分類されている。また、疾患別リハビリテーション料は、施設基準の差異（人員、設備等）によりさらに細分化され、診療報酬上の差異が設けられている。その多くは、単位制で提供され1単位が20分である。提供する職種によつての報酬上の相違はない。物理療法、マッサージのみの提供については処置として取り扱われており、包括的に35点の診療報酬となる。

中国においては、物理療法が大変重要視されており、使用する物理療法機器、提供する部位、時間によつて細かく分類されている。また、日本では、疾患、障害で分類されるのに対し、提供する手技、内容によつて分類が行われている。提供されるリハビリテーションは、日本と同じく単位制であったが、病院により相違があり、言語聴覚系のリハビリテーションは15分～30分が1単位、運動療法は20分～45分を1単位として提供していた。吉林大学第一病院によると、1回のリハビリテーションの提供によりかかる平均費用は、日常生活自立度の高い患者で500元、自立度の低い患者で800元程度とのことであった。日本円に換算（1元≒17円）するとそれぞれ8,500円、13,600円となり、やや高めの設定と感じられた。

図表 22 一般的なリハビリテーションの過程



□ で囲まれた範囲が中国におけるリハビリテーション（康复）

出所）漢琨病院の資料を基に大坪会作成

図表 23 吉林大学第一病院における理学療法



出所) 医療法人大坪会撮影

図表 24 吉林大学第一病院の医師・リハビリ治療師に対し老人の転倒について講義を行った様子



出所) 医療法人大坪会撮影

ウ. 中国におけるリハビリテーションの発展の可能性

2016年、国務院は「健康中国2030計画概要」を発表した。健康中国2030は、「協力・共有、全国民の健康」を基本方針とし、医療保健、食品安全、レジャー・スポーツ、医療保険、養老、環境保護といった幅広い分野に渡っている。さらに、健康関連の重点産業として、旧来の①医療機関を中心とする医療産業、②薬品、医療機器、医療消耗品を中心とする医薬産業、③「緑色食品」、サプリメントを中心とする健康食品産業、④健康診断、健康コンサルティング、リハビリを中心とする健康管理サービス業、⑤養老産業の5産業に加え、⑥健康分野におけるビッグデータの活用、⑦スポーツ産業の発展と国民健康水準向上をあげている。¹⁹

健康中国2030の目標の一つとして、生活習慣病の予防戦略を実施することがあげられている。この施策は生活習慣病総合予防モデルエリア建設を通して、がん、脳卒中、冠動脈性心疾患などをもたらす生活習慣病の早期発見・治療介入を推進することなどであるが、我が国のリハビリテーション、理学療法が現在取り組んでいる、障害の有無に係わらず、加齢による様々な障害（介護予防、ロコモティブシンドローム、広くフレイルなど）の予防、学童からアスリートに及ぶ障害予防など、予防医学までその範囲としている点と合致しており、この分野での日本の役割は大きいと考えられる。

ただし、中国の伝統的な高齢者医療の考え方として、病気の高齢者は家で診る、リハビリテーションなどの医療は不必要であるという考えが根強いことから、高齢者をターゲットとする場合は医療と切り離す必要があるように思われる。具体的には、日本では脳卒中やさまざまな整形外科疾患等に対して、年齢に関わらず専門的な医療が提供されている。当然リハビリテーションにおいても、患者個人々の状況や環境に応じたリハビリテーション（理学療法、作業療法等）が行われている。しかしながら、中国においてはこのような高齢者を対象とする考え方がないことから、「高齢者医療」に関しては、当面医療としてではなく、他の側面から考える必要があるだろう。

中国では一人っ子政策の弊害として、一人っ子が両親二人、老祖父母四人という老親を扶養しなければならない「四二一総合症」が、さらには若い夫婦がそれぞれの両親、老祖父母四人を介護しなければならないという現実が目の前にあり、高齢者介護は日本以上の大きな問題だと考えられる。当然のことながら、自宅での介護が困難であれば、いわゆる老人施設に入所することになる。したがって、出来るだけ介護度を低く抑え、少ない労働力で介護するためには、我が国で行っている「介護予防」、「転倒予防」、「ロコモ対策」などを中心とした高齢者に対する予防的リハビリテーションは、中国においても今後必要なものと考えられ、これらをいわゆる老人施設で行うか、病院で行うかは別としても、近い将来必ずや必要となる分野となる。

¹⁹ 出所) BTMU (China) 経済週報 第324期 2016

『高齢者社会福祉施設基本規範』によれば、中国における高齢者福祉施設は下記に分類できる(図表 25)。

- ・「老年社会福利院」：国からの出資により、三無老人（労働能力無し、生活収入源無し、法定扶養者無し、あるいは法定扶養者がいてもその者に扶養能力無し）、自理老人（日常生活を自立して行うことができる）、介助老人（日常生活において軽度から中度の介助が必要で、多くの場合は手すりや杖、車いす、昇降機を必要とする）、介護老人（生活全般にわたって常時全面的な介護が必要）が無事に晩年を送ることができるよう設置、管理されている高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。
- ・「養老院又は老人院」：自理老人の受け入れ専門又は自理老人、介助老人、介護老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。
- ・「老年公寓」：高齢者がまとまって居住するための、高齢者の身体能力、心理状態の特徴に符合したマンション式高齢者住宅。飲食設備完備、清潔な空間、文化娯楽設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。
- ・「護老院」：介助老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。
- ・「護養院」：介護老人が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。
- ・「敬老院」：農村郷（鎮）、村に設置された“三無”老人、“五保”老人（食事、衣服、住居、医療、葬儀に援助が必要）の生活の面倒をみるとともに、高齢者が無事に晩年を送ることができるよう設置された高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかの設備を有する。
- ・「託老所」：短期で高齢者を預けるサービスを行う社区高齢者福祉サービス施設。日常生活を送ることができ、文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等いくつかのサービス設備を有する。日托（デイサービス）、全托（宿泊）、臨時托（タイムサービス）に分かれる。
- ・「老年人服务中心（高齢者サービスセンター）」：高齢者のために各種総合的な社区サービスを提供する場所。文化娯楽設備、リハビリ訓練設備、医療保健設備等のいくつか、又はある1つのサービスを有し、サービスを各家庭に届ける。
- ・「老年護理医院（高齢者介護病院）」：『高齢者社会福祉施設基本規範』に定義はないが、最近では、一般的に「老年護理医院」と呼ばれる施設もできている。これは日本における老人福祉施設や特別養護老人ホームに近い機能を有し、医療、介護、生活上のケアを

含めるシステムのサービス機能を持つ高齢者介護病院で、家庭内で介護を受けられない高齢者が治療を受け、最期を看取ってもらえる施設である。

このような様々な施設で高齢者の介護が実践されるわけで、我が国の介護老人保健施設と同様の役割を担っていると考えられる。ただし、これらの施設にリハビリ訓練設備を有しているということだが、そこにリハビリ治療師が配置されている例は少ないと考えられる。さらに、高齢者に対する「予防的リハビリテーション」の概念があるわけではないので、質と内容に関しては不明である。なお、これら高齢者介護職員（中国語名：養老護理員）には初級、中級、高級、技師の国家職業基準が定められており、研修によりステップアップする制度が構築されている。学力は中卒程度ということである。²⁰

さらに、相澤病院北京事務所の関係者によれば、中国では保険医療と自由診療の二本立てであるが、日本で理学療法士が保険診療できない分野、例えば糖尿病の運動療法、メタボリックシンドロームへの運動療法は、中国では高いニーズがあり、自由診療でのこれら疾患への治療参加は有望ではないかということであった。さらに、中国では質の高い医療はいわゆる富裕層がターゲットになり、若い富裕層を狙った美容や健康への運動といったものも有望ではないかとの意見を得た。

これらの中国におけるリハビリテーション、および高齢化の現状を考慮しながら珠海市における我々の事業を考えると、日本の医療介護のシステムや概念をそのまま導入することは甚だ困難である。日本式リハビリテーションとは何かについて定説はないが、相澤病院現地法人関係者は「チーム医療」、「365日の医療提供」を挙げた。吉林大学のように集中治療室からリハビリテーションが開始される一方で、日本では全く使用されなくなった物理療器具が重宝されるなど、中国のリハビリテーションは質と内容において混とんとしている状態で、また、治療師個人個人の能力に関しても差が大きく、医療レベルが施設、地域、個人によって異なることが特徴である。リハビリテーションはチーム医療を最も具現する医療形態だが、中国においては他の医療者が何をやっているのか、例えば病室での容態を看護師から情報を得るということすら行われていないということである。急性期のリハビリテーション医療は、他職種と密な連携により安全性を確保しながら進行するため、当然チーム医療の概念がなければ急性期医療は成り立たない(図表 26)。

現在、日本のリハビリ施設（回復期）では 365 日の医療提供が推奨されている。例えば、脳卒中であれば、急性期の不安定な時期を脱した後、回復期で積極的なリハビリテーションが開始される。脳の回復過程を考えると、発症から 3 か月が脳の神経可塑性が起りやすく、6 か月で機能回復がプラトーに達するため、この時期における中断のない集中的な治療の有無が予後を決定する一つの目安となる。²¹したがってこの期間にリハビリテーションを十分に実施できないと、機能回復の機会を逸することとなる。漢現病院においては、新

²⁰ 出所) 中国における高齢者福祉 Clair Report No. 338 (June 23, 2009)

出所) 新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査 報告書 経済産業省 2017

²¹ 出所) 潮見泰三編 神経障害療法学第1版 羊土社 2018

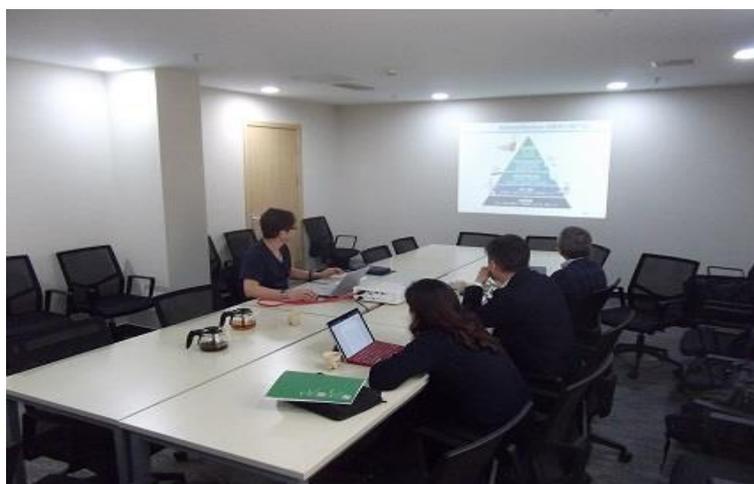
しい病院のため 365 日の医療提供は可能なようであるが、すでに稼働している病院での導入は難しそうである。

図表 25 中国における高齢者の身体状況分類

分類	定義	日本の介護度
自理老人 (自立型)	日常生活で身の回りのことを完全に自分自身で行うことができる	自立
介助老人 (世話型)	日常生活を行うために、手すり、杖、車いす。昇降機等の設備を必要とする高齢者	容支援
介助老人 (介護型)	日常生活を行うために、人からの介護を必要とする高齢者	容介護

出所) 中国における高齢者福祉 Clair Report No. 338 (June 23, 2009)

図表 26 北京漢琨病院において相澤病院北京事務所の関係者へのヒアリング



出所) 医療法人大坪会撮影

(4)課題

リハビリテーション医学とは、機能障害から社会参加に至る過程すべてを網羅する医療体系であり、単に身体機能の障害を治療するにとどまらず、障害を持つ個人がいかに社会に適応し、社会に参加するかが重要な課題となる。一方、現在中国で行われているリハビリテーションは、中医と呼ばれる中国伝統治療を併用しながらの運動機能回復のための治療・訓練を意味し、歩行を含む日常生活動作や買い物などは治療範囲に入らない(リハビリではない)ところに特徴がある。したがって、患者はベッドに横たわり治療者が手足に

触れる、あるいは起立台に固定され起立する、物理療法器具を使用して患部を温める、筋に電気刺激を加えるなどがリハビリテーションであり、補装具を使用し歩行を行うなどはリハビリテーションではないという認識が一般的である。さらに、老人医療については、リハビリテーションはおろか、他疾患の治療においても高齢者は入院治療の対象にならないのが一般的である。したがって、このような中国のリハビリテーションや老人に対する考え方を十分に尊重しながら、日本のリハビリテーションを導入しなければならない。

第3章 まとめ

3-1. 本事業の成果

(1) 協力体制の確認とその経緯

大坪会は、2018年12月に中国広東省珠海市の病院建築現場及び吉林大学珠海学院を視察した。そこで、広東慈元堂健康産業発展有限公司及び珠海学院の関係者に、新病院の規模や我々に対する要望事項などを確認し、関連病院や大学における教育の可否などについて意見交換を行った。

先方が我々に期待することは、①本病院への日本のリハビリテーションの導入に伴う全体プランへのアドバイス、②日本のリハビリテーションサービスを提供できる人材の育成の2点であった。

(2) 本病院で提供する日本のリハビリテーション

ア. 吉林大学珠海学院附属病院(吉大珠海医院)

現在、広東慈元堂健康産業発展有限公司が病院建設を予定している建設地は、マカオまで高速道路で繋がっている。また2018年10月には香港とマカオをつなぐ「港珠澳大橋」が開通したことにより、香港、マカオ、広州、空港、新幹線の駅に40分~1時間程度でアクセスできる位置にある。

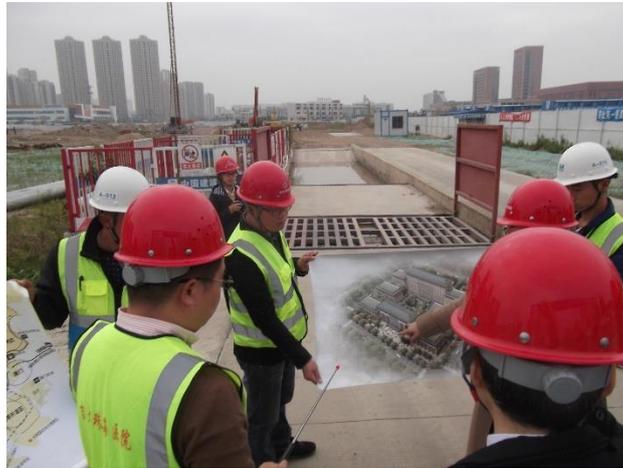
病院への投資総額は10.8億人民元。敷地面積61,640.6㎡、地上部分15.5万㎡、地下4万㎡で、将来的には全部で7棟の建物が建つ予定である。1期目工事では、そのうち5棟を建設し、中央棟を囲むように健診センター棟、産婦人科棟、漢方医学棟、リハビリセンター棟の4つの棟が繋がる。2018年5月に着工し(図表27)、2年間で完成を目指しており、2019年10月には建物の外側部分が完了、その後内側部分が完成予定である。

我々がプランニングを要請されたリハビリセンター以外では、健診センター棟を別の医療機関に協力要請しているとのことだった。

日本で病院を建設する際は、一般的に診療科はもちろん部屋の配置や動線など詳細まで詰めた上で着工する。しかし、中国では、まず外側を作り、その後中身について考えていくのが一般的なようである。広東慈元堂健康産業発展有限公司が現在進めている別プロジェクト「汕頭病院建設」でも、同様の手法が用いられていた。

広東慈元堂健康産業発展有限公司でも、医療スタッフがまだ揃っておらず、中心となる医療スタッフの雇用も後になるため、今回我々が提案したリハビリセンター内の配置図に関して、医療的な意見を踏まえたディスカッションは出来なかった(図表28)。

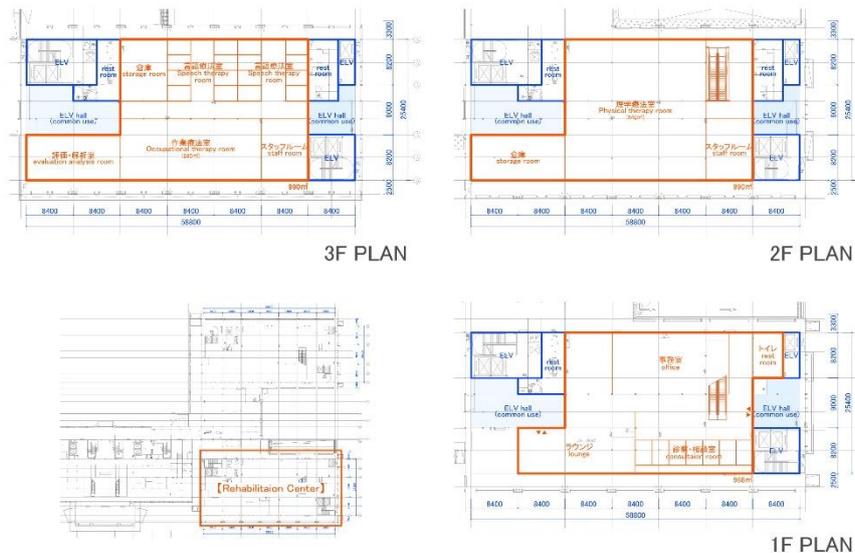
図表 27 吉大珠海医院建設現場での説明



出所) 医療法人大坪会撮影

図表 28 吉大珠海医院へ提案した配置図

【Rehabilitaion Center】



出所) 医療法人大坪会作成

イ. 吉大珠海医院で提供するリハビリテーション

本調査を通じて、中国におけるリハビリテーション、リハビリ治療師の技術レベルは日本の40年前とほぼ同様で、決して高いものではないことが分かった。また、エビデンスに基づく治療法、治療機器の選択は行われていない。しかし、新しいものを取り入れる熱意は高く、スピードも速いことから、日本側の適切な協力により施設単位での変革は可能である。また、中国ではリハビリテーションの概念が日本と異なることが明らかになった。

通常、日本のリハビリは障害を持つ人の社会参加を促すための医療と解される。しかし、中国のリハビリは機能回復に主眼が置かれており、日常生活に関わる歩行練習や階段昇降等は家族や介護者の仕事である。社会復帰という概念すら存在しない。さらに高齢者に対する考え方も日本と異なり、介護予防や転倒予防の概念がないため、それらは当然ながらリハビリの対象とならないことが明らかになった。中国では病気の高齢者は家族が家で面倒をみるべきであって、病院での治療の対象とはならないという考え方が根強い。したがって、日本の高齢者医療の考え方を中国にそのまま導入できないことが分かった。

これらのことを総合的に勘案すると、本事業で提供するリハビリは、富裕層向けの医療的サービスと、従来の医療の2つに分けて検討する必要がある。特に、高齢者については、医療というよりむしろ、健康な老人を対象とした介護予防（メディカルフィットネスなど）や、広く健康をターゲットにしたものが考えられる。また、中国ではメタボリックシンドロームなどの生活習慣病の増加が社会問題になっている。運動、食事（いわゆる薬膳）、薬（漢方薬）を一体化した医療・保健サービスを利用者の提供により、香港、マカオ等の富裕層の多い地域や広東省周辺地域の富裕層の珠海への流入も期待される。

また、日本では、休日を含めた365日リハビリテーションを提供できる体制をとる病院も少なくない。中国では、春節等の行事を重要視することもあり、1週間程度の大型連休を当然とする考えがあるが、1週間という期間はリハビリテーションを提供するうえでは機能回復を大幅に遅らせ、高齢者の廃用症候群を招きかねない。

介護や寝たきりを予防するいわゆる介護予防という考え方や、高齢者が健康な生活を維持するために必要な運動習慣や食習慣の改善は、個人の医療費の抑制に直接関係する事から、今後、中国においても高齢者の保健・医療は重要な課題と考えられる。したがって、本事業は、メディカルフィットネスの要素を持ったリハビリテーションや、365日リハビリテーションを提供できる日本の体制を目標にしたいと考えた。

ウ. 日本のリハビリテーション提供に関する課題

吉大珠海医院で日本のリハビリテーションを提供するうえでの課題は、大きく2つ考えられる。

1つ目は、リハビリテーションスタッフの人員確保である。現状では前述したように人口10万人当たりのリハビリ治療師数は3名であり、日本の79.1名と比較すると著しく少ない。しかし、365日リハビリテーションを提供するには、患者とリハビリテーションスタッフの割合が概ね1:1となる必要がある。リハビリテーションセンターの正式な病床数はまだ決まっていないが、リハビリテーションスタッフの確保が今後重要になると考えられる。

2つ目は、医療従事者、患者ともにリハビリテーションに対する意識の違いがあることである。疾患において機能回復には限界があり、残存機能を活かすことは非常に重要である。そのためにはチームアプローチや日常生活活動訓練等が必要だが、中国ではそれを受け入れる土壌がない。この点においては高齢化が進む中国では医療従事者、患者ともに早急な

意識改革が必要である。また、急性期の機能回復には、連続したリハビリテーションの提供が必須となるため、365日提供することの重要性を十分に理解する必要がある。

以上のことから、人材育成可能な環境づくりが急務となる。

(3)本病院で日本のリハビリテーションを提供する人材育成

広東慈元堂健康産業発展有限公司が、大坪会に期待することのもう一つは人材の育成であった。

本調査から、中国においては理学療法士、作業療法士というようなりハビリテーション専門職の明確な区分けはなく、「リハビリ治療師」とひとくくりにされていることが明確になった。さらに国家資格ではないが、職業資格証明制度により全国統一試験によって資格が付与されており、昇任や給与は「リハビリ治療師正規化教育プログラム」の受講、論文などにより厳密に管理されていることが明らかになった。全国199か所にリハビリ治療師を養成する大学があり、修士課程を有する大学の数は25、博士課程を有する大学の数は5であることが明らかになった。また大学の授業科目では日本と大きな差はないようであった。吉林大学看護学院の学生の志望動機は、スポーツ分野に進みたい、これから重要な職業になる、親が薦めてくれた等、日本の受験生の志望動機と差がなく、またインターネットの受験情報にも記載されていることから、リハビリ治療師の社会的認知度は高まっているように感じられた。一方、大学に進学する学生の経済状況などを考えると、少なくとも吉林大学に進む学生はいわゆる富裕層に属すると考えられ、社会的階層や地域により認知度は異なることが予想される（中国の受験サイトによると、リハビリ治療師輩出トップ校は南京医科大学。吉林大学は13位である）。吉大珠海医院におけるリハビリ治療師を含む医療スタッフの研修については、訪日研修よりも現地での研修のほうが効果的であるとの指摘を受けた。教育担当者あるいは指導的立場につく職員については、訪日しての医学教育や接遇などの指導は重要と考えられるが、リハビリテーションに対する考え方が違う状況で、個々の治療者を日本で研修させる意義は薄いと考えられる。したがって、珠海にリハビリ治療師を対象とする研修施設を設立し、近隣地域のリハビリ治療師のために日本から指導者が出向き研修するといった形が望ましいと考えられるという事が分かった。

上記を踏まえ、大坪会が現地にて、中国国内ですでにリハビリに従事しているリハビリ治療師への日本のリハビリテーションの研修を実施し、日本の理学療法を学んだ人材を育成することとした。

(4)今後の展開

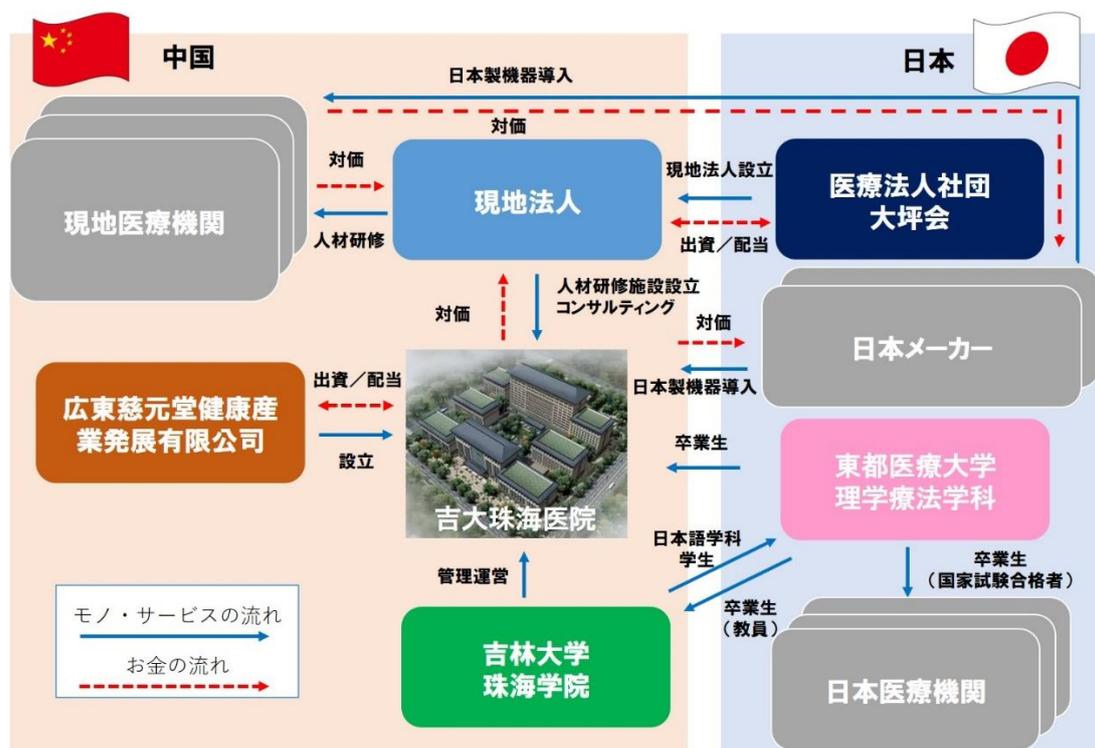
今回、広東慈元堂健康産業発展有限公司から要請された、日本のリハビリテーションの導入と人材育成及び研修施設の設立、またその横展開を中国で行うにあたっては、現地法人の設立が望ましいと考え、日本貿易振興機構（Japan External Trade Organization; J

ETRO) 北京事務所を訪問し、中国における会社設立等について説明を受けた。その内容は以下のとおりである。

- ・基本的に法人の営業所となる区や市に申請を行う。今回であれば珠海市への申請となる。
- ・設立する法人の事業内容が人材育成の場合、ネガティブリストに入り許認可制となるため許可が下りづらいが、人材育成の「コンサルティング」とすることでネガティブリストに入らず、届出のみで設立が可能である。
- ・法人設立に要する期間はおよそ3か月～6か月程度である。
- ・全体の大まかな流れは、工商局での設立登記、商務委員会への届出、印鑑の届出、口座の開設、国地税における書類の認定、社会保険センターでの登記、住宅積立金センターでの登記となる。
- ・投資総額との資本金比率はあるが、コンサルティングという事であれば、よほど高額な投資を行わない限りネガティブリストに該当しない。
- ・一部業種によっては外資の独資は認められないが、コンサルティング会社であれば外資独資でも問題はない。現在はサービスに対する経常取引の対価の日本への送金等も、請求書や契約書等の資料を揃え、エビデンスと整合性がとれていれば問題はない。

大坪会としては、来年度以降吉大珠海医院の一角に人材研修センターの設置、及び人材育成を含むコンサルティング事業を行う現地法人設立を目指す予定である（図表 29）。

図表 29 現地法人及び人材育成のスキーム



出所) 医療法人大坪会作成

3-2. 収支計画案

(1) 収益構造

本事業における主な収入として、以下の3つのサービスの対価を想定した。

- ・ 病院へのコンサルティング料収入
- ・ 人材研修料収入
- ・ 研修施設で開催する講習会参加費収入

病院へのコンサルティング料収入は、日本のリハビリテーションサービスの導入に伴う包括的な指導・提案、また、病院開設後は管理・運営のノウハウ提供を行うサービスへの対価である。開院前の準備段階では350,000円/月、開院後は500,000円/月を想定した。

人材研修料収入は、現地研修施設へ医療スタッフを受け入れ、日本のリハビリテーションについての教育指導研修を行うサービスへの対価である。5日間の研修プログラムを研修生に実施する。まずは吉大珠海医院のスタッフへの教育指導を主とするが、4期目以降は近隣地域で既にリハビリ治療師として従事している医療スタッフも受け入れる事を想定している。5日間のプログラムで350,000円/人、3期目に24名、4期目には30名、5期目には48名を想定した。

研修施設で開催する講習会料収入は、現地医療機関職員や医療スタッフへ新しい考え方や技術などを学べる講習会を開催するサービスへの対価である。日本のリハビリテーションを伝達する人材研修とは違い、その時々に応じてより専門的なリハビリテーション及び医学的知識を提供する。講習会参加費8,500円/名、1回20名の参加、年間6回を想定した。

(2) 5か年収支計画案

本事業の5年間の収支計画を以下に示す(図表30)。病院の開設が3期目となるため、本事業の本格稼働も3期目以降となる。4期目には単年黒字化、5期目に累積でも黒字化が見込める。

本格稼働後はリハビリ職員1名、事務兼通訳職員1名が常駐するが、1期目と2期目は年3~6回の出張ベースで事業活動を行う。

図表 30 5か年収支シミュレーション

		1期	2期	3期	4期	5期
収 入	コンサル費	4,200	4,200	6,000	6,000	6,000
	研修費	0	0	8,400	10,500	16,800
	講習会費	0	0	1,020	1,530	1,530
	収入合計	4,200	4,200	15,420	18,030	24,330
支 出	人件費（含福利厚生費）	1,200	4,500	11,000	11,000	11,000
	旅費交通費	750	1,500	1,200	1,200	1,200
	事務所賃料	300	1,200	1,200	1,200	1,200
	水道光熱費	38	150	150	150	150
	通信費	200	300	200	200	200
	事務・消耗品費	100	200	200	200	200
	広告宣伝費	0	1,000	1,000	1,000	1,000
	会場費	0	0	300	300	300
	その他経費	300	300	300	300	300
	支出合計	2,888	9,150	15,550	15,550	15,550
当期利益	1,313	-4,950	-130	2,480	8,780	
法人税（25%）	328	0	0	620	2,195	
純利益	984	-4,950	-130	1,860	6,585	
累積額	984	-3,966	-4,096	-2,236	4,349	

単位：千円

出所) 医療法人大坪会作成

3-3. 次年度以降の取り組み

(1) 広東慈元堂健康産業発展有限公司との継続的な打合せ

来年度以降は、日本のリハビリテーション導入、及びリハビリ研修施設の設立に向けて、内装の設計、導入機器の検討、医療人材の採用などについて継続的な打合せを行う。

(2) 人材育成についての検討事項

東都医療大学では吉林大学珠海学院の日本語学科の学生の受け入れを決定したが、調査の結果、中国は秋入学であることや日本語能力の証明が必要であることなどが判明し、課題抽出はできたものの、具体的解決策の検討には至っていない。これらの課題解決に向けて、来年度以降も吉林大学珠海学院とは引き続き打合せが必要である。また、人材研修施設のプログラムについても、より効果的に日本のリハビリを伝達できるよう、さらに検討をする必要がある。

(3) 現地法人設立に向けた手続き

現地法人設立に向けては、来年度以降さらに詳細な調査が必要であり、出資金額や人員等もより詳細に検討していく必要があると考えている。また、現地法人設立に詳しい専門家等も交え、着実な設立手続きを行っていく。

図表 31 次年度以降の事業計画（案）

	2019	2020	2021	2022	2023
吉大珠海医院			開設		
外側建築	→				
内側建築	協議・策定 →	→			
人員採用	協議・策定 →	→			
機器導入	協議・策定 →	→			
医療法人社団大坪会		法人設立	研修施設運用開始		
現地法人設立準備	詳細の策定・手続き →				
コンサルティング		開設と人材育成に関するコンサル	管理運営にかかるコンサル	→	→
人材研修センター		立ち上げ準備	→	→	→
その他					
横展開			広報活動・情報提供	→	→

出所) 医療法人大坪会作成

