

4. プロジェクトの実施体制

(1) 中国残疾人福利基金会

中華人民共和国・全国人民代表大会は、1983年4月、当国の障害者対策を推進する機関として、「中国残疾人福利基金会」を、また、肢体障害者に対するリハビリテーション医療を行う機関として、「中国肢体傷残康復研究中心」(中国肢体障害者リハビリテーション研究センター)を設立することを決議した。

1984年3月、上記基金会は北京市において発足、初代名誉理事長には王震氏(中日友好協会名誉会長)、理事長には崔及夫氏(現在衛生部長)が就任した。

基金会の事業は次のとおり。

- ① 身障者関連法律制定に関する活動
- ② 福祉事業の実施
- ③ 福祉基金の募金
- ④ 福祉に関する啓蒙活動
- ⑤ # 国際活動
- ⑥ 肢体障害者リハビリテーション研究センターの運営

基金の運営財源は、国の内外からの募金収入と国の許可を得て経営する福祉企業からの収益で賄う。

基金会は、中国政府民生部の指導監督下にあり、また、衛生部との間では医療活動面での協力関係にあるが、国家予算により運営されていないこともあって、独立機関としての性格が強い。

現在の職員数は70人、理事長・鄧樸方氏(鄧小平氏の子息)、副理事長・王魯光氏のもとに運営されている。

(2) 中国肢体傷残研究中心(中国肢体障害者リハビリテーション研究センター)

① 組織

1985年7月、日本政府の無償資金協力に係る基本設計調査質問事項に対する回答として中国側は、本センターを運営するための組織・機構を提示し、臨床部、科研部、工務部、及び管理部門の総人員819名を配置することとしていたが、プロジェクト開始のみならずセンター施設完成後の速やかな開院を期待する今次調査団が、この点を再確認したところ中国側は、資料①の機構図を提示し、人員計画の一部を訂正し、総人員660名となることを説明した。

組織・機構計画の対比

単位：人

	1985.7計画	1986.4計画
主任（所長）	1	1
副主任（副所長）	4	4
管理部	212	170
臨床部	484	391
科研部	59	47
工程部	59	47
計	819	660

なお、1986年4月現在のセンターの職員数は149人であり、その内訳は、医師39人、O.T及びP.T9人、X線技師及びエンジニア18人、看護婦30人、他であり、現在教育機関において訓練中のものも、この数に含まれる。

② 財務

(イ) 基本建設費

センターの建設完了までの投資額及び工事関係費用（出資金に相当）は、基本建設費と呼ばれ、基金會在国家予算要求原案を作成し、民生部における審査を経たのち、国家計画委員会に回付され、同委員会において、基本建設支出の中で予算化される。

本センターの建設に支出され、あるいは、今後、支出が見込まれている基本建設費の予算額は以下のとおり。

単位：1,000人民元

	要 求 額	実績又は承認
1985年	7,000	6,000
1986年	18,000	15,000
1987年	20,000	(20,000)
1988年	15,000	(15,000)
合 計		56,000

(注) 1986.4 現在

1人民元 ≒ 57円

(ロ) 事業費

本センターの設立に係る組織、機構、事業、人員は全人代の決議にもとづき、国务院が承認した計画であることから、センターの運営に係る費用は、開院後は中国財政部より事業費と呼ばれる国家予算と、センターの運営収益により賄われることとなつ

ている。

事業費は、センターの開院後、正式に予算化され支給されるものであるが、1988年のセンター開院までの期間の準備費用については、前項基本建設費の中からの振替えとして毎年100万人民元が1986～1988年の3年間にわたり、又、財政部からの事業補助費が3年間で165万人民元支出されることとなっている。

(下表)

開院前の準備費(予算)

単位：1,000人民元

年度	事業補助費	基本建設費の一部振替	計
1986年	450	1,000	1,450
1987年	550	1,000	1,550
1988年	650	1,000	1,650
計	1,650	3,000	4,650

(3) プロジェクト実施に係る諸事項

① 専門家用住居

住宅問題については協議々事録記載内容により中国側は合意したが、口頭により、次のように付け加えた。「原則として、中国滞在の日本人専門家に対し、家具付住居を提供する。ただし、専門家の期間及びセンター建設の進捗状況と照らし、以下の複数の方法の中から、選択することを了解願いたい。」

短期専門家の場合

- a センター建設予定地に仮設する宿泊施設(光熱水等完備)
- b 中日友好病院内リハビリテーション部門
- c 一般ホテル

長期専門家の場合

- a 北京市内に自炊可能な住居(室)を探す
- b センター完成時には、施設内に専門家用住宅を確保する。

② センター開院前の技術協力の実施場所

中国側は、センター開院前の要員の養成に関する日本からの専門家派遣を強く要請している。現在、P.T, O.T, 看護婦等については、中日友好病院付属施設等で現在すでに訓練中であるとのことであるが、リハビリテーション専門医の技術習得は、これから始まる

うとしている。

中国側の考えでは、北京市内の病院を特定し、そこを研修場所として、日本からの専門家と、携行機材（機材リストは資料②参照）による技術指導を実施しようというものであり、センター開院後は当然のこととして、技術指導の場所は同センターに移るが、友好病院のリハビリテーション医療機能（技術と機材）はそのまま維持させ、センターとの連携をとってゆこうとしている。

これに対し、日本側調査団は、日本側がすでに無償資金協力と技術協力により支援している中日友好病院にもリハビリテーション部門が設置されていることから、センター開院前のリハビリテーション専門医に対する技術指導は、同病院を中心に実施することが、色々の面で望ましいとの考えを示した。

本件問題は、中国側の考え方も未だ充分検討されたものではないと見受けられたこと、及び、日本側も、訪中前に予想していなかった課題であり、かつ、日本国内の中日友好病院関係者あるいは、関係機関との協議が必要と判断されたことから、先方との議論の深入りは避けた。

ただし、実施協議の際には、本件問題に結論を出す必要があるので、国内での検討が必要である。

③ プロジェクト実施に係る責任者と、合同委員会中国側構成メンバー

中国側内定者リストは次ページのとおり。協議々事録において、R/D締結前に、構成メンバー（案）を通報することになっているので、日本側でも検討する必要がある。

（佐藤 忠）

中 方 参 加 联 合 委 员 会
名 单

最高负责人：王 鲁 光
(责 任 者)

中国残疾人福利基金会副理事长

实施负责人：缪 鸿 石

中国肢体伤残康复研究中心主任 (センター所長)

成 员：刘 永 剡

国家科委国际科技合作局处长

刘 京

中国残疾人福利基金会国内部主任

张 楠

中国残疾人福利基金会国际部国际联络组组长

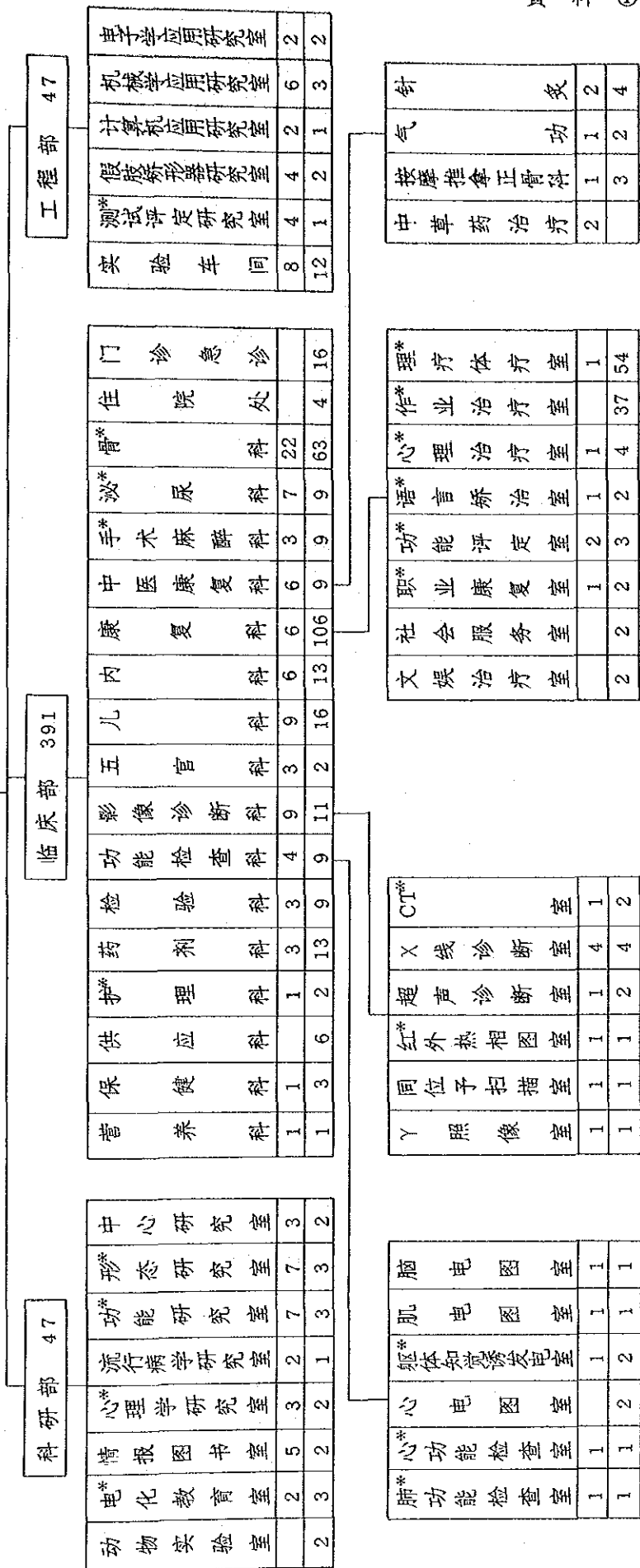
中国肢体伤残康复研究中心行政系统机构设置表(1986.4.4)

主 任	1
副 任	4

注: 1. 阿拉伯字为工作人员数。
 2. 分上下两行时上行为医师
 级以上的技术人员数。下
 行为其他技术人员数。
 *含有清洁员36人, 负
 责全中心的清洁卫生。

行政办公室	9
医 教 处	6
人 保 处	7
工 会	2
总 务 处	130
基建办公室	16

170



附录 ①

中国側要請機材リスト(案)

LIST OF ITEMS FOR THE
CHINA REHABILITATION RESEARCH CENTRE
(INCOMPLETE)

1. Basic equipment for physiotherapy
2. Basic equipment for occupational therapy
3. Basic equipment for speech therapy
4. Basic equipment for stimulation of intelligence
5. Turning beds and mattresses
6. Wheelchairs and mattresses
7. Tilting beds
8. Walkers
9. Canes
10. Urinary catheters
11. Urinals
12. Respirators
13. Electrical stimulators
14. Fast setting material for preparing orthoses
15. Orthoses for scoliosis
16. Elastic bandages
17. Instruments for skull traction (Halo, Gardner-Well tong etc.)
18. Instruments for spinal surgery
19. Instruments for joint replacement
20. Electrical dermatome
21. Protecting sheets covering skin of the operating area.
22. Contrast media for myelography (Amipague, Myodil)

23. Gentamycin beads
24. Muscle relaxants
25. X-ray films
26. Basic audio-visual equipment
27. Teaching and reference materials on rehabilitation and related medical sciences (monographs, periodicals including back issues and audio-visual materials)

Notes:

Details of listed items will be given when catalogues are received and further items may be added. It is hoped that the listed items can be provided in the period of 1986-1988.

中国肢体伤残康复研究中心
部分器材、药品、图书资料列表

1. 体(理)疗基本器材
2. 作业治疗基本器材
3. 语言治疗基本用具
4. 智力开发基本用具
5. 翻身床及床垫
6. 轮椅及座垫
7. 站立床
8. 助行器
9. 拐杖
10. 导尿管
11. 集尿器
12. 人工呼吸器
13. 电刺激器
14. 制作支具用快速塑形材料
15. 矫正脊柱侧弯用支具
16. 弹力绷带
17. 颅骨牵引器(颅圈、Cardner-Well牵引弓等)
18. 脊柱外科器械
19. 关节置换外科器械
20. 电动取皮刀
21. 手术区皮肤保护膜
22. 脊髓造影剂

23. 庆大霉素链
24. 肌肉松弛剂
25. X线胶片
26. 基本视听设备
27. 康复及有关医学科学教材和参考资料(专著、期刊、包括过期期刊、视听资料)

注:

收到样品说明书后将列出各项具体要求,并可能增添内容。希望上述物品能于1986-1988年间提供。

5. 総 括

本プロジェクトは中国における最初の近代的総合的な身体障害者の社会復帰のための医学的リハビリテーションの実施と研究のための貴重なモデルケースとしてのセンターが実際に最高の機能を発揮すること、それにより中国全国の身体障害者のリハビリテーションの水準の向上促進を図る目的を有し、第二次世界大戦の後のリハビリテーションの導入、普及、完成期まで諸段階の経験を有する我が国は、それと同じ立場で進めようとする中国に対し、多くの経験の理論的、技術的移転を行いうるものを有しており、中国側の実情、伝統、心理を十分理解したうえで、言語の障壁を克服するための考慮を払いつつ、中国における身体障害者リハビリテーションの独自の技術体系の確立に協力し、中国全土へのその普及を援助するならば、日本は身体障害者のリハビリテーションの分野で中国にたいし最も清するところ大きな国となりうるであろう。中国の人民の幸福のためにも日中友好のためにもその意義は極めて大きいといえよう。

(津山 直一)

Ⅶ 協 議 議 事 録

中華人民共和國
肢体障害者リハビリテーション研究センタープロジェクト
事前調査に係る協議議事録

中華人民共和國肢体障害者リハビリテーション研究センタープロジェクト（以下プロジェクトという）に係る中華人民共和國政府よりの技術協力要請に基づき、日本国政府は事前調査の実施を決定し、国際協力事業団は、厚生省国立身体障害者リハビリテーションセンター総長津山直一氏を団長とする調査団を1986年3月31日から4月9日まで中華人民共和國に派遣した。

調査団は、中国側関係機関の協力を得て要請の背景について調査を行うとともに、王魯光 中国残疾人福利基金会副理事長を団長とする中国側代表団と、協力の枠組み及び内容について協議を重ね、意見交換を行った。

この議事録は、これら協議の結果を別紙のとおりとりまとめ、署名により確認するものである。

1986年4月8日

於 北 京

日 本 国
国 際 協 力 事 業 団
事 前 調 査 団 団 長

津山直一

津 山 直 一

中 華 人 民 共 和 国
残 疾 人 福 利 基 金 会
代 表 団 団 長

王魯光

王 魯 光

別 紙

1. 双方は、プロジェクトの枠組及び両国政府のとるべき措置について、概略下記のとおり各々の政府に提案することに合意した。

1-1. プロジェクトの名称

日本語 : 中国肢体障害者リハビリテーション研究センター
プロジェクト
中国語 : 中国肢体傷残康復研究中心項目
英語 : Project on China Rehabilitation Research Center

1-2. プロジェクトの目的

日本国政府の無償資金協力の資機材供与により建設される中国肢体障害者リハビリテーション研究センターが、円滑に運営され、かつ、リハビリテーション従事者に対する教育・研修機能を充分発揮し得るよう、要員の養成を行い、このことにより中国に於ける近代的、総合的なリハビリテーション技術の確立に寄与する。

1-3. プロジェクトの活動

中国肢体障害者リハビリテーション研究センターが、十分にその目的を果たすため、1-5記載の協力分野に関する技術指導を行う。

1-4. プロジェクトの実施場所

北京市に建設される中国肢体障害者リハビリテーション研究センターにおいて実施する。但し、センターの建設が完了するまでの間は、他機関の建物・施設において必要なプロジェクト活動がなされる。

1-5. 協力分野

- (1) リハビリテーション医分野
- (2) 理学療法
- (3) 作業療法
- (4) 言語療法
- (5) リハビリテーション看護
- (6) 義肢・装具・福祉関連機器製作
- (7) リハビリテーション工学
- (8) 臨床・放射線検査
- (9) リハビリテーション研究センターの管理・運営
- (10) その他、双方が合意した分野

1-6. 協力期間

1986年後半より5年間

1-7. 日本側のとるべき措置

(1) 専門家の派遣

1-5記載の分野に関連する専門家を双方で合意される計画に基づき派遣する。

(2) 研修員の受入れ

1-5記載の分野に関連する中国側要員を研修員として各年度5名程度受け入れる。

(3) 機材供与

無償資金協力により供与される機材に含まれないもので、プロジェクトの活動に必要な機材及び教材を、優先順位に従い予算の範囲内で供与する。

1-8. 中国側のとるべき措置

- (1) 自己の負担において下記各項を提供すること
 - a. 土地・建物・付帯施設
 - b. 日本側が供与する機材以外で、プロジェクトの実施に必要な機材の調達
 - c. 中国国内における公務出張にかかわる日本人専門家に対する交通の便宜及び市内交通費
 - d. 日本人専門家及びその家族に対する適当な家具付住居施設

- (2) 下記各項の経費の負担
 - a. 日本側より供与される機材の中国国内における輸送、据付操作及び維持に必要な経費
 - b. プロジェクト実施に必要な消耗品及び全ての運営経費

- (3) 日本側より供与される機材に対し、中華人民共和国において課せられる関税、国内税及びその他の財政課徴金を負担すること

- (4) カウンターパート及び事務職員の配置及び役務の提供
 - a. 日本人専門家の技術指導が容易に行われ得るように、適切な中国側カウンターパートを配置すること。
 - b. 中国側は自己の費用負担によって、プロジェクトの実施に必要なカウンターパート及び事務職員の役務を提供すること

- (5) 日中両国間ですでに合意されているプロジェクト技術協力に関する事柄、及び本プロジェクト実施の過程で双方において合意されるその他の事柄。

1-9. プロジェクトの実施体制

- (1) 合同委員会の設置

双方は、本プロジェクトの促進と円滑な運営を図るため、合同委員会設置の必要性につき確認した。

双方はプロジェクト実施に関する『討議議事録』(Record of Discussion)が署名される前に、合同委員会構成メンバー(案)について相互に通知する。

(2) プロジェクトの実施の為の中国側責任者

中国側は、プロジェクトの準備及びその後の実施のため、次の2人の責任者を早急に内定し日本側に通知することを約した。

- a. 最高責任者 : プロジェクト実施に係る全ての責任を負う中国側代表者。
- b. 実施責任者 : 最高責任者のもとで、プロジェクトの運営に係る全般事項を掌握する者。

2. 日本側は、プロジェクトの円滑な実施のために下記の措置がなされるよう、中国側に要望した。

2-1. センターの建設及び開所

協力期間中に技術移転が遅滞なく行われるため、センターの建設は計画に基づき終了し、開所すること

2-2. 日本人専門家宿舎の確保

プロジェクトの計画に従い派遣される専門家に対し、適当な宿泊施設を確保すること。なお、中国肢体障害者リハビリテーション研究センター完成時には、同センター内に日本人専門家用の宿舎が確保されること。

2-3. 日本人専門家の日常生活に関する援助

専門家及びその家族が食糧その他の生活物資の調達、あるいは医療その他日常生活の必要充足のうえで問題の生ずる場合、その解決のための援助を与えること。

3. 付記

日本側調査団及び中国側代表団は、本協議議事録の内容について各々の政府に提案し、了承が得られた場合は、1986年後半の早い時期に、本プロジェクトの実施協議が行われ、討議議事録 (Record of Discussion) に署名されることが望ましいという点で共通の理解をした。

中 方 参 加 会 议 名 单

- 团 长: 王鲁光 中国残疾人福利基金会副理事长
- 副团长: 刘 京 中国残疾人福利基金会国内部主任
- 团 员: 缪鸿石 中国肢体伤残康复研究中心主任、主治医师
- 金坚敏 国家科委国防科技合作局官员
- 吴弦光 中国肢体伤残康复研究中心副主任
- 王大觉 中国肢体伤残康复研究中心临床部主任、骨科、神经
外科医师
- 周天健 中国肢体伤残康复研究中心科研部主任、骨科教授
- 刘维华 中国残疾人福利基金会国内部康复组组长
- 张 楠 中国残疾人福利基金会国际部国际联络组组长
- 李全珠 中国肢体伤残康复研究中心教育处副处长
- 周延祯 中国肢体伤残康复研究中心办公室副主任
- 翻 译: 孟令国 电子工业部第六研究所工程师
- 吴小芳 主治医师
- 王淑茗 中国肢体伤残康复研究中心图书情报室主任
- 陈佩芳 中国残疾人福利基金会国际部

日本側出席者

事前調査団

団長	津山直一	厚生省国立身体障害者リハビリテーションセンター 総長
団員	二瓶隆一	厚生省国立身体障害者リハビリテーションセンター 診療部長
〃	河野康徳	厚生省社会局更生課専門官
〃	木村哲彦	厚生省国立身体障害者リハビリテーションセンター 第一機能回復訓練部長
〃	江藤文夫	東京大学医学部附属病院リハビリテーション部講師
〃	佐藤 忠	国際協力事業団医療協力部医療協力課課長代理

在中華人民共和国日本国大使館

吉富宣夫 一等書記官

国際協力事業団 北京事務所

八島繼男 所長

桑島京子 担当所員

关于中国肢体伤残康复研究中心项目的前期调查

会 谈 纪 要

一九八六年四月八日

关于中国肢体伤残康复研究中心
项目的前期调查会谈纪要

根据中国政府对中国肢体伤残康复研究中心项目进行技术援助的要求，日本政府决定进行前期调查，国际协力事业团于1986年3月31日至4月9日派遣以厚生省国立肢体伤残康复中心总长津山直一为团长的调查团访问了中国。

在中国有关部门的协助下，调查团对要求的背景进行了调查，并同以中国残疾人福利基金会副理事长王鲁光为团长的中方代表团就援助的范围及内容进行了协商，交换了意见。协商结果见附件。本纪要经双方签字确认。

1986年4月8日

于北京

日 本 国
国际协力事业团
前期调查团团长

津山直一

津山直一

中华人民共和国
残疾人福利基金会
代表团团长

王鲁光

王鲁光

附件：

1、就项目援助范围及两国政府应采取的措施，双方同意将下述内容提交给各自的政府。

1-1 项目名称

日 文： 中国肢体障害者リハビリテーション研究センタープロジェクト

中 文： 中国肢体伤残康复研究中心项目

英 文： Project on China Rehabilitation Research Centre

1-2 项目的目的

为了使由日本政府无偿资金援助提供的器材建设的中国肢体伤残康复研究中心顺利开展，并能充分发挥对从事康复工作的人员进行教育、培训的功能，就要对人员进行培养工作。这对建立中国现代化综合康复技术将起重要作用。

1-3 项目的工作内容

为使中国肢体伤残康复研究中心达到其目的，拟对1-5项所列的援助范围进行技术指导。

1-4 项目的实施地点

于设在北京的中国肢体伤残康复研究中心实施，在“中心”的建设完成之前，有关工作可在其它单位的建筑物和设施内开展。

1-5 援助范围

(1) 康复医疗

- (2) 物理疗法
- (3) 作业疗法
- (4) 语言疗法
- (5) 康复护理
- (6) 假肢、支具及与福利有关的器具的制作
- (7) 康复工程
- (8) 临床、X线检查
- (9) 康复研究中心的管理和经营
- (10) 其它双方同意的内容

1-6 援助期限

自1986年下半年起五年内。

1-7 日方承担的工作

(1) 派遣专家

按双方同意的计划，派遣同1-5所列的内容有关的专家。

(2) 接受进修人员

每年接受五名左右的与1-5所列的内容有关的中方进修人员。

(3) 提供器材

这是指无偿资金援助所提供的器材之外的部分。按轻重缓急的原则，在预算的范围内提供该项目开展工作时所需的器材及教材。

1-8 中方承担的工作

(1) 自费提供下列各项。

A、土地、建筑物及附属设施；

- B、筹措日方提供的器材以外的实施该项目时所需的器材；
- C、日本专家因公在中国国内出差时，应提供交通方便并负担市内交通费；
- D、对于日本专家及其家属，应提供适当的、附有家俱的住房。

(2) 负担下列各项经费

- A、日方提供的器材在中国国内的运输、安装、操作及维修所需的经费；
- B、项目实施时所需的消耗品及所有的事业费。

(3) 负担在中国国内对日方提供的器材所征收的关税、国内税及其它财政方面的税金。

(4) 对等人员和办事员的配备及服务

- A、为便于日本专家进行技术指导，应配备合适的中方对等人员。
- B、中方自费提供项目实施所需要的对等人员及做服务工作的办事员。

(5) 中日两国间业已达成协议的有关项目技术援助的事项及本项目实施过程中双方同意的其它事项。

1—9 项目的实施体制

(1) 联合委员会的设立

为使该项目顺利进行，双方一致同意设联合委员会。

双方应在签署关于项目实施的“会谈纪要” (Record of Discussion) 之前，将联合委员会组成的成员 (草案) 通知对方。

(2) 项目实施的中方负责人

中方同意：为作好项目的准备和以后的实施工作，尽快内定下列二名负责人，并将人选通知日方。

A、最高负责人：能对项目实施负全部责任的中方代表

B、实施负责人：在最高负责人领导下，主管项目实施的全面工作

2、为使项目能够顺利地实施，日方提请中方做好下列工作。

2-1 中心的建设及开业

为使援助期间内技术交接工作不致拖延，中心的建设应按计划竣工，并按计划开业。

2-2 确保日本专家的宿舍

对接项目的计划派遣的专家，应确保适当的住宿设施。此外，在中国肢体伤残康复研究中心建成时，应在该中心内确保日本专家用的宿舍。

2-3 对日本专家日常生活的照料

专家及其家属所用的食粮和其它生活物资的筹措，或医疗及其它日常生活必需品发生问题时，应帮助解决。

3、附记

日方调查团及中方代表团应将本会谈纪要的内容呈报给各自的政府，经批准后，最好能在1986年下半年尽早对本项目的实施进行协商，并签署会谈纪要（ Record of Discussion ）。对此，双方表示赞同。

中方参加会议名单

- 团长：王鲁光 中国残疾人福利基金会副理事长
- 副团长：刘京 中国残疾人福利基金会国内部主任
- 团员：缪鸿石 中国肢体伤残康复研究中心主任、主治医师
- 金坚敏 国家科委国防科技合作局官员
- 吴弦光 中国肢体伤残康复研究中心副主任
- 王大觉 中国肢体伤残康复研究中心临床部主任、骨科、神经外科医师
- 周天健 中国肢体伤残康复研究中心科研部主任、骨科教授
- 刘维华 中国残疾人福利基金会国内部康复组组长
- 张楠 中国残疾人福利基金会国际部国际联络组组长
- 李全珠 中国肢体伤残康复研究中心教育处副处长
- 周延祯 中国肢体伤残康复研究中心办公室副主任
- 翻译：孟令国 电子工业部第六研究所工程师
- 吴小芳 主治医师
- 王淑茗 中国肢体伤残康复研究中心图书情报室主任
- 陈佩芳 中国残疾人福利基金会国际部

日方参加会议名单

前期调查团

团长	津山直一	厚生省国立残疾人康复中心总长
团员	二瓶隆一	厚生省国立残疾人康复中心诊疗部长
	河野康徳	厚生省社会局更生课专门官
	木村哲彦	厚生省国立残疾人康复中心第一功能恢复训练部长
	江藤文夫	东京大学医学部附属医院康复部讲师
	佐藤忠	国际协力事业团医疗协力部医疗协力课课长代理

日本驻华使馆

吉富宣夫 一 秘

国际协力事业团北京办事处

八岛继男 所 长

桑岛京子 所 员

資 料

1. 中国政府の保健衛生行政の方針

1983年全国衛生庁局長会議

1983年全国衛生庁局長会議は1月9日から15日まで北京で召集開催され、会議に参加したのは各省、自治区、直轄市衛生庁（局）長と北京にある衛生部直属組織の指導的幹部諸公であった。会議のテーマは党の第12回大会と第2期人民代表大会第5次会議の精神に基づき、如何にして衛生業務の新局面を創造展開してゆくかの問題を討論することであった。今回の会議では衛生部門の改革問題を研究し、衛生事業を発展させる“65”計画を討論し、1983年の業務の割当てを行った。会議が始まった時には王偉次官が業務報告をおこなった。閉会の時は崔月犁部長が会議の総結を行った。

第12回党大会の指し示し引率して行く方向に沿って衛生業務の
新局面を創造展開しよう（摘要）

王偉同志が全国衛生庁局長会議で行った講演

（1983年1月9日）

1. 二年来の衛生業務の回顧

1981年1月の全国衛生庁局長会議から今まで既に2年経った。この2年間に各級衛生部門は真剣に党の第11期第3回中央委員会全体会議以来の路線、方針、政策を執行し、調整、改革、整頓、向上の八字の方針を貫徹し、引き続き“左”の影響を除去し、社会主義精神文明を強化し、衛生業務は新たな進展を見せた。

(1) 衛生体制と制度の改革を開始した。党の第3回中央委員会全体会議の路線の指示引率の下に各級衛生部門は工農業戦線の改革を進めて居る啓発と実践を受け、衛生体制と制度の改革を模索し、幾つかの喜ぶべき萌芽が現われた。多くの地方の人民公社衛生院は色々な形式の管理体制と責任制度を実行した。農村大隊衛生組織には大隊経営も、裸足の医者集団的または個人的請負いや、衛生院の設営点や、更には個人開業等多くの形式があり、或る地方では引き続き合作医療制度を実行している。大小の都市では医者が個人的に開業したり連合医療機構を組織するのを許可しており、薬局に医者が詰めて居ると言う方法を復活させている。現在では都市にも、農村にも国营、集団経営、私営の三種の医療経営形式が併存していると言った局面が現われている。一部の工場、鉱山の従業員病院は過去のただ自己組織の従業員と家族に対してのみサービスを提供すると言った制度上の制限を打破し、同地区の大衆に対して開放されている。幾つかの都市医院は一歩進めて往診と在宅治療を展開している。此れ等の調整と改革は未だやっと始まったばかりではあるが、しかし既にその優越性を顕示し、衛生事業の発展の道を広げ、都市や農村の衛生業務を更に大衆の需要に適合させている。

(2) 衛生機構の管理業務に改善と向上があった。或る地方の予防、医療、保健、教育、科学

研究機構は調整、整頓を通じ指導グループを強化し、健全な規則制度を確立し、それぞれの指導レベルにはそれぞれ異なった程度の向上があり、思想政治工作の強化が見られ、此れ等の組織の面貌は段々と変わって来ている。この間に重点的に“三分の一県”の整頓建設に注力し、300もの県の衛生組織が整頓と建設を経たが、喜ぶべき成績を挙げた。或る衛生機構は各種の形式の責任制を実行しており、多くの医療衛生組織は经济管理を強化し収入の増加と支出の節減を展開し、経済効率を追及し、欠損は減少し、経済的に活発になり、“親方日の丸”の問題に変化が現われ始めた。既に13の省、自治区、直轄市は国务院1981年第25号文書に照らし、二種類の費用徴収方法の試行を進め、7つの省では部分的な費用徴収標準を調整し、費用徴収制度の改革を進め、経験を蓄積した。或る省や市では公費医療制度の改革を進める為の試験拠点を作り始めた。此れ等の改革は多くの衛生関係人員の積極性を発動し、衛生サービスの質の向上と、衛生機構の条件の改善等の面で良い効果を収めている。

- (3) 衛生事業の発展の要求に対応する為、更に進んで衛生立法の作業を強化した。我々は改めて幾つかの管理条例、法規、標準を改修し、制定した。最近、人民代表大会常任委員会は“食品衛生法（試行案）”を公布し、“衛生法”は既に国务院に報告されており、“薬政法”は間もなく最終案を上呈することになっている。関連条例に基づき薬政管理を強化し、薬品の品種を整頓し、広い範囲での臨床治療効果の評価の基礎の上に、治療効果が不明確で毒性副作用の大きな薬品127種を淘汰し、人民が薬を用いるに当たっての安全と有効性に有利であった。
- (4) 衛生事業の戦列の建設が強化された。第3回中央委員会全体会議以来、各地の衛生部門は真剣且つ着実に党のインテリ政策に依拠し、昇級昇進を行い、技術職稱を評定し、出来る限り彼等の仕事と生活の条件を改善した。人材培養の面では、高等・中等医学院・医学校をよく運営する以外に、重点的に在職人員の研修訓練を強化した。此処数年来、全部で80万人以上の在職人員に訓練を与えた。裸足の医者への再教育運動も強化され、1981年末には、11万人以上の裸足の医者が考査にパスし、“農村医師”証書を受け取った。各種医薬衛生学会の復活と設立、学術活動が日増しに活発化することが、各級衛生技術人員の技術水準の向上に対しても重要な作用を果たした。人材の培養を更に促進する為国際間の協力と学術交流を強化する。1978年から1982年前半迄に、前後2,756人を海外研修、専門的視察に派遣し、又専門家会議に出席し、外国の先進的経験を学習させた。わが国は更に第三世界の34の国家に医療隊を派遣し此れ等の国家との友好的協力を強化した。
- (5) この2年間に幾つかの専門家会議を召集開催し、各種の業務の確立を強化し、予防治療業務の質も向上を見、幾つかの疾病の発病率は低下した。1981年には24種の急性伝

染病の総発病人数は1980年に比して9%下がった。1982年前半もまた1981年の同期に比して4%以上低下した。新たに多くの寄生虫病と地方性疾病患者を治癒させた。女性の子宮ヘルニアと尿道漏患者の治療は既に顕著な成績を挙げ、婦人・児童の保健と病気の診察治療業務には新たな進展を見た。毎年、計画出産・避妊手術は2,000万例以上で、手術の質は絶えず向上している。医学科学研究は調整改革を経て、予防治療を直視すると云う面で新たな進展があった。此処数年来、全部で1,400件以上の科学研究の成果が得られた。

- (6) 大衆衛生業務に新たな発展があった。社会主義精神文明の建設のインパクトの下に“五つの追及・四つの美化”運動が広く深く展開されるに従って、各地では大衆を動員し、大衆を動員し、大衆に依拠し、大々的に環境衛生と衛生基本施設の建設を展開し、大衆的衛生活動には非常に大きな発展が有った。特に1982年3月に展開した“全国国民文化的礼儀月間”の活動の中で、中央から地方まで、各級指導者は自ら先頭に立って衛生の為に掃除し、新しい空気を吹き込み、社会の風習機運を転換させるのに、大きな推進作用を果たした。多くの都市では更に数千数万の医務人員を組織して街頭に進出させ、多くの名望ある専門家、教授が率先して参加し大衆に向かって衛生知識の宣伝と科学普及教育を行い、大衆の為に無料診察、身体検査と問題への回答をおこなったが、反響は大きく、広い範囲に影響を与えた。多くの地方では大衆的衛生活動を衛生法の実行及び日常的宣伝教育と結び付け、治療主体と治療対象を結合させ、愛国衛生運動の展開は更に着実さと広範さを加え、精神作興、世界改造の効果を収めた。

2年来、衛生業務が挙げた成績は重視するに価するもので、我々の前進の基礎である。しかし、衛生事業の発展は未だ当面の情勢発展の需要には追い付けず、人民大衆の要求に追い付いていない事は認めなければならない。その原因を追及すれば、①既に永い間衛生に対する投資が低かった。経済発展と衛生発展の比例に調和がとれていない。②衛生部門自体にあって、突出した問題は、我々の思想が未だ解放が不十分でまだ完全に“左”の影響の中から解放され尽くしていないし、未だ各種の古いしがらみの束縛を受けて居て、改革の歩幅が大きくなく、管理業務が追い付かないでいる。衛生業務は乱れを正す作業面で未だ多くの成さねばならない事がある。我々は第12次大会と第5期人民代表大会第5次会議の文献の学習と衛生業務の実践を通じて、更に一步進めて此れ等の問題を解決し、衛生事業を推進し大きく前進しなければならない。

2. 更に一步進めて思想を解放し改革をうまくやろう。

衛生業務は今後数年間は引き続き八字の方針を貫徹することを要しよう。引き続き整頓業務をうまく進めなければならず、改革の精神で整頓し、改革を結合して整頓を進めなければならない。機構改革の過程の中で指導グループをうまく整頓し、各種の衛生機構のなかで各

種の形式の責任制を推進していかなければならない。引き続き薄弱な鎖の輪の建設を調整し強化し、引き続き多くの幹部の業務能力水準を向上させねばならない。当面の問題は情勢の変化にキャッチアップし、必要な改革をうまく把握しなければならないことである。改革の目的は、我々の衛生組織をもっとよく大衆に接近し、大衆に便利なようにし、サービスの質を向上させ予防治療の需要に適應させ、我々の衛生業務をして社会主義現代化建設の中で持つべき作用を発揮させることにある。中央の指導者は最近、今年は二つの輿論を造り出さねばならない事を指摘しているが、一つは改革の輿論であり、一つは知識を重視し、インテリを尊重する輿論である。私は此処では改革の問題について重点的に述べてみたいと思う。

我々は、衛生部門は“左傾”思想の影響を比較的深く受けた部門の一つであり、通弊は“独り善がり”、“親方日の丸”、“一刀両断”、“採算無視”であることをはっきりと認めなければならない。衛生業務の中での“左”の影響に対して絶えず整理を進めて、初めて今まで以上によく誤りを摘発し正常に戻し、真に實際から出発し、改革を進め、歩を重ねるにつれ中国の国情に合った衛生業務の道に出て行くことが可能になる。此れ等の問題に対して、我々は十分な認識と充分な精神的準備を持たなければならない。改革には確かに明確な方向と、断固たる態度が必要であるが、また段階的な進め方も必要である。改革の過程の中で、新しい問題が出て来ようから、常に調査研究し、経験を総括し、措置を取り、段々と完全なものにし、やればやる程よくなるようにせねばならない。

第一に、引き続き全国衛生機構を發展させると同時に、積極的に集団制衛生機構を發展させ、個人開業医を許可し支持すべきである。我が国の憲法は、“国家は医療衛生事業を發展させ、現代医療と我が国の伝統的医療を發展させ、農村集団制経済組織、国家企業事業組織及び地区組織が各種の医療衛生設備を經營することを奨励し支持する。”と規定し、また“法律の規定の範囲内での都市・農村労働者の个体経済は社会主義公有経済の補完である。国家は个体経済の合法的な権利と利益を保護する。”と規定している。我々はきつと社会主義段階の三種類の所有制の併存の必然性と長期性を認識し、“独り善がり”の思想を打破しなければならない。実践は、集団制衛生機構は投資額が少なくて済み、効果の現われが速く、大衆に便利である事を証明している。生産が發展し、人民の生活が改善されるにつれ、大衆の衛生業務に対する要求も絶えず高くなるから、我々は集団制の力を利用し、もっと集団制衛生機構を發展させ、大衆の要求を満足させねばならない。個人開業医認可の政策を真剣に貫徹し、審査批准を受けた医者が自分で開業し、連合診察所を組織し、薬局に相談医として詰めたり、助産婦が助産ステーション（又は家庭産院）を開いたり、看護婦が特別看護業務を始めるのを積極的に支持する等、一切の医療保健技術を持ち、人民の為に尽くしたいと考えている手の空いている衛生人員の力を發揮させ、大衆に服務させるべきである。衛生部門は彼等に対する管理を強化すべきであり、管理を緩めるのも誤りであるが、管理の強化に名

を借りて妨害を進めるのも正しくない。

第二に、集団制衛生機構の管理体制の改革である。集団所有制の衛生機構はすべて独立採算制、損益責任制、労働に対する按分分配、民主的管理の原則で管理すべきである。或る者はまだ国家と集団からの補助を必要としているが、補助費は主として予防業務の補助と衛生事業の発展に用いられるべきで、段々と人件費に当てて食い潰す遣り方を変えて行くべきである。集団制医療衛生機構で、長期にわたってうまく行っていない所は、状況に基づいて調整を進めるべきである。現在或る地方では試験的に此れ等の機構を従業員の経営に請負わせ（又は指導は統一的にして、適当に分割して請負わせる）、割合よい効果を挙げている。集団制衛生機構の管理体制の改革の鍵は、人と財と管理の面で自主的な権利を持つことにある。各級の衛生部門は地方政府の統一的指導の下に、手放して彼等に自主独立で業務を展開させ、自分で自分を管理させるべきである。

第三に、全国民所有制の衛生機構に対しては段々と責任制を推進して行くべきである。或る地方では工農業戦線で実行している責任と権利を互いに結合させた責任制方法に倣って、しっかりと大衆に依拠し、衛生関係組織の特性に適応した責任制の制定を研究している。広西省では公社の衛生院で業務責任制を推進しているが、効果は比較的よいようである。幾つかの組織では経済管理を強化する中で“五つの定額と一つの賞金”を実行しており、又或る組織では更に賃金スライド制を実行しているが、此れ等の方法は医務人員の積極性を引き出し、サービスの質を向上させ、“親方日の丸”の通弊を克服するのに、すべてよい作用を与えた。此れ等の経験は積極的に普及すべきである。

第四に、医療機構の医療費徴収制度の改革である。2種類の費用徴収問題について、国务院は既に衛生部と財政部の報告を批准し、両部は合同で通達を出したので、各地は真剣に貫徹執行してほしい。テストケースのない所では、すべて今年中に拠点を立てて試験的に進めるべきであり、既にテストケースのある所ではその成果を普及すべきである。多くの地方では裸足の医者 of 現行の労務代価標準がすべて低過ぎ、調整しなければ裸足の医者 of 戦列の安定性と底辺衛生業務に影響が出て来ると報告しているが、各地区はすべてその地区の実際の状況から出発して、この問題の解決を研究すべきである。

衛生事業の発展を加速する為に、われわれは国家の“独り善がり”のやり方を改め、各方面の積極性を発動し、多種多様な途を取り、共同で衛生事業を建設しなければならない。国家投資が大幅に増加出来ない状況下では、地方でもっと多くの投資を集め、集団と人民大衆の力に依拠して集団制衛生機構を発展させ、工業、交通企業及び其の他の部門の投資で衛生事業を経営するのを奨励し支持すべきである。或る省は“三点”法を提案しているが、これは国家投資一点、地方の資金獲得一点、医療衛生機構が自力で準備するのが一点であるが、これもよい経験なので支持すべきである。

第五に、衛生立法の強化である。衛生立法は衛生事業建設の重要な一側面で、我々は党中央委員会と國務院の衛生業務に関しての方針と任務、此れ等の任務の完遂に取るべき措置と制度及び関係方面との関係等々、すべて法規の形式で固定して、衛生業務の管理を段々と社会主義法制の軌道に載せなければならない。

3. 衛生業務の重点

1983年から、我々は業務の中で重点をがっちりと把握しなければならないが、主として底辺の建設の把握し、薄弱な鎖の輪を強化し、人材の培養を加速し、健全な制度を確立し、衛生サービスの質の向上させることである。

第一に、都市・農村の底辺衛生業務の建設の強化である。都市・農村の底辺衛生機構は衛生業務の基礎であり、此れ等の機構をうまく建設して、初めて広汎な大衆の予防、医療、保険の問題が着実なものになる。

1983年には“三分の一県”の第2陣、400の県の整頓と建設が始まる。これは都市・農村底辺衛生業務を強化する重要な措置であるので、真剣に第1陣の県の建設の経験を総結し、第2陣の県の建設をもっとうまくやり、本当に県のレベルの衛生機構を全県の技術指導センターと人員訓練基地になるように建設すべきである。県毎に重点的に3から5箇所の中心となる衛生院を建設し、人員、設備、建物の“三つ揃い”の経験を普及すべきである。

農村連合生産請負い責任制が各地で広汎に実行されるにつれ、生産大隊衛生機構の形式は多様化した。社員大衆と幹部はこれに対し満足している。大衆が協同組合医療を経営することを望むなら、引き続き運営し続けるべきである。色々な形式で衛生事業を経営するのは単一の形式でやるのに比べて一つの進歩であり、肯定と支持を与えるべきである。衛生指導機関は主観的願望によっていずれかの医療運営形式を強制的命令で推進したり、制止したりすべきでなく、調査研究を経て、実際から出発し、人民に有利であるかどうかから出発して、統配合を行うべきである。生産大隊がどの様な方法を取ろうとも、国家と社員大隊はすべて指導を強化し、常に経験を総結し、また必要な補助と援助を与え、生産大隊の衛生機構を強固なものとし完全なものにしなければならない。

現在、各地の都市人口は顕著に増加し、逆に医療拠点は大幅に減少しており、多くの中等度の都市では只市と区の二つのレベルの医院があるだけで、底辺の衛生機構を欠いている。都市の底辺衛生機構の建設の強化は、当面の緊急の任務の一つになっている。我々は、ここ数年間に、およそ底辺衛生機構のない大、中規模の都市では、すべて各々の実際の情況に基づいて、一定額の資金を集中し、各地区の衛生機構を何回かに分けて建設することを提案する。都市の医院は皆初診、急診の条件を改善し、初診部門を拡大し、急診救急業務を強化しなければならない。レベル毎の医療分業制度を改善し、レベル毎の技術指導関係を確立しなければならない。各レベルの都市の医院、特に底辺衛生機構はすべて段々と往診と在宅医療

の制度を確立し、我々の都市衛生業務をもつと大衆の需要を満足出来るようにすべきである。

都市の農村に対する技術サービス業務を強化せねばならぬ。都市と農村の差異は長期に存在するので、都市の農村に対する技術援助と技術サービスも又長期なものである。この業務を立派にやることは都市の衛生機構の他人任せに出来ない光栄な任務であり、例えば都市と農村のタイアップ、契約締結、定期的招待、短期の交代制による農村への駐在等、多くの形式を取って、技術援助と技術サービス業務を広汎に展開しなければならない。

第二に、予防一番の方針を真剣に貫徹し、衛生防疫、母子保健業務を強化せねばならない。衛生防疫と母子衛生の強化は極めて重要で、疫病の予防と減少、全民族の身体素質の向上との関係は極めて大である。同時に、計画出産の実行には、母子衛生業務を十分把握しておらず、計画出産の技術サービス業務を強化していなければ、大衆から浮き上がり、人口管理計画の順調な実現は保証出来なくなる。

衛生防疫と母子衛生の戦列と機構を計画的に充実させ健全なものにしなければならない。各地では多くの方法で高、中、初級の衛生防疫及び母子衛生の担当人員を培養すればよい。同時に予防治療の戦列の訓練もうまく把握し、着実に業務技術水準を向上させよ。予防と保健の科学研究業務は実際から出発し、予防と治療及び婦人・児童の健康に影響のある鍵となる問題に向かって、攻勢をとり、絶えず予防、保健業務の質の向上に努めねばならぬ。各省、自治区、直轄市はすべて独自の都市・農村予防及び母子保健業務の拠点（実験区）を設け、長期にわたって効果を観察し評価し、経験を総結し、その時、その時の業務を指導すべきである。業務上の必要から、國務院の批准をうけて、現在既に全国予防医学センターの建設準備を始めた。一部の建物が少なく、技術設備が不足し、業務の展開に影響を受けている防疫、母子保健機構は、計画的に建設をしなければならない。段々と衛生防疫と母子保健業務の業務経費を増やして行かねばならない。或る地方では予防接種に対して現在“国家は無料でワクチンを供給し、或る程度の接種労務費を徴収する。”方法を試験的にとっているので、注意して経験を総結しなければならない。吉林省延辺自治州結核病予防治療業務はポスト責任制をとり、肺葉別請負いの方法を実行しており、各地の母子衛生部門にはその外に幾つかの請負い責任制と評価制の方法を実行するところが現われ、効果はすべて良く、此れ等の経験は各地で普及することができる。各レベルの医院も必要な力を充実させ強化し、積極的に地域の予防、保健業務を立派にやらなければならない。

防疫と母子衛生業務を展開し、色々な地区の色々な要求に対応せよ。当面の衛生防疫業務は各種疾病の予防治療業務をする以外に重点的に防疫と衛生の監視をうまく計画し、各種疾病の発病率を低下させなければならない。母子衛生業務は農村では引き続き新しい分娩法を普及し、科学的育児知識を普及させねばならないし、都市では、産後の保健と小児保健の系統的管理を展開しなければならない。都市と農村ではすべて優生優育をゆきわたらせねばな

らない。婦人や児童に重大な危害を与えている日常的な疾病を予防し治療する事に大いに力を払うべきである。胡耀邦同志は最近計画出産を実行するには、一に政治的動員に依拠し、二に法律に依拠し、三に技術措置に依拠すると、指摘している。計画出産業務は我々衛生部門が必ず真剣に遣り遂げなければならない任務である。我々は計画出産部門との団結協力を強化し、共同して計画出産事業を遂行しなければならない。計画出産技術サービス業務は重点を避妊知識の宣伝、着実な避妊措置と避妊手術の質の向上の上に置くべきである。条件のある地方では、県の医院は計画出産科を開設し、中心の衛生院と人民公社の衛生院は計画出産技術チームを組織し、段々と一隊の固定的な計画出産技術の戦列を造り出し、計画出産業務を展開するに当たっての需要に適應すべきである。

我々は更に一步進んで大衆的衛生運動を広く深く展開し、社会主義精神文明建設の重要な内容として把握しなければならない。各地の経験は、大衆的衛生運動を展開するには、大衆の中に入って大衆を動かし、大衆の愛国主義意識を高め、大衆に祖国を熱愛するとの榮譽感と祖国を建設するという責任感を持たせ、大衆知恵と力に依拠し、人々が手を動かして衛生を講じる様にしなければならないことを、証明している。“人民の都市（農村）は人民が建設し、人民の都市（のうそん）は人民が管理する。”というのが正確な指導理念であり、経験の総括であり、各地で普及すべきことである。愛国的衛生運動の中では、引き続き“根本的にも、対症的にも治療するが、抜本的治療が主である。”方針を貫徹し、衛生基本施設の建設を強化し、愛国衛生運動を新たな水準に迄引き上げなければならない。

衛生宣伝機構と戦列の建設を強化し、絶えず宣伝手段を改善し、広大な都市・農村、特に農村で積極的に衛生宣伝教育を展開し、迷信を打破し、病気の予防・治療の知識を普及させ、広汎な大衆が衛生を求め、清潔を愛する自覚性を高めなければならない。

第三に、更に一步進んで漢方医と近代医の結合業務を強化する。漢方医と近代医の結合業務も短期目標なので有力な措置を講じてこの鎖の輪を強化しなければならない。

漢方医は発展させるべきであり、近代医との結合は発展させるべきであることは、確定的で疑いもないことである。更に一步進めて漢方医と近代医の結合業務を強化し発展させる為に、1982年に我々は相前後して衡陽会議と石家莊会議を召集開催し、一連の措置を検討、確定したので、各地で真剣に貫徹執行されることを希望する。此の中で特に強調することは、今後数年内に、それ相応に一部の人力、物力、財力と指導精力を集中し、この方面の建設を強化しなければならない。衛生部の経費、基本建設費用は規定に照らして、決まった比率で漢方医を発展させる事業に使用されるべきである。同時に又規定の比率に応じて、急ぎ漢方医の為のベッドを増やさなければならない。“六五”期間に、漢方医の為の基本建設予算は重点的に漢方医学校の付属医院に用いて、教学の需要を保証しなければならない。中、小規模の都市及び県で、漢方医院を建設する条件のあるところでは“六五”期間内に建設するべ

きて、殊に既に“三分之一”県建設リストに入っているところは、そうすべきである。医院を経営する条件の無い県では、先ず漢方医外来部門を開設するか又は医院の漢方医科を強化してもよいし、民族医の居る地区では、民族医医院又は外来部を開設してもよい。漢方医医院の建設は現地の状況に合わせればよく、新たに建設してもよいし、改造してもよいし、国営にしてもよいし、集団制経営にしてもよい。各省、自治区、直轄市は1980年の漢方医と近代医の結合業務会議の要求に応じて、至急1、2箇所の基礎の比較的良好な総合病院を漢方・近代結合の基地として確定すべきである。国务院の批准を受けて建設する中日友好医院は漢方、近代医結合、医教結合の医院として運営される事になろう。

特に漢方医の個々の専門科の建設には注意しなければならず、最近、衛生部、教育部は共同で“針灸教育を強化し、針灸の人材を育成することに関しての意見”と云う通達を出したので、各地でこの問題を重視し、真剣に且つ着実に貫徹することを望む。

各級の衛生部門は努めて漢方医と近代医の結合業務を議事日程に載せ、注意深く調査研究し、業務上に存在する問題を適切に解決し、先進的経験を普及し、漢方医と近代医の結合業務の不断の発展を促進せねばならない。

第四に、人材の育成を強化することである。新しい局面を開発する為には、人材の育成を加速させなければならず、これは切迫した、長期的任務である。各省が必要とする衛生技術人員は原則的に自主的に育成すべきで、衛生部は只専門人員の過不足を調整するだけである。人材の育成は二本立てでやる必要があり、ひとつは高、中等医学教育であり、もう一つは在職教育である。高、中等医学院・校は引き続きよく調整と整頓業務を進め、智力投資を増加し、学校経営条件の改善に努力し、教学の質を向上させなければならない。在職教育は業務をやっている間に独学で新しい才能を獲得することを提唱し、各種の形式の研修グループを組織し、衛生技術人員、指導幹部や財務幹部を育成し、現在の衛生人員の戦列の中の80万の未だ専門訓練を受けていない者に対して計画的に専門訓練を与え、彼等をして業務に耐えられる様にすべきである。各地は自前の訓練基地を開設し、時間外教育は段々と規範化、制度化しなければならない。

医学教育を改革し、定期的な募集を拡大し、漢方医の弟子を持つ事を回復させ、職業中学を開設し、独学で才能を伸ばすことを奨励すべきである。又医学教育をしてもっとよく農村に顔を向け、底辺に顔を向けさせねばならない。農村と少数民族地区の人材欠乏の問題を解決しなければならず、育成の目標は適応性があり、専門分野の割合に広い全科医師と奇才に置くべきである。少数民族地区の医学院・校に対しては、彼等が民族教師の戦列を育成するのを大いに援助し、出来るだけ早く成長させなければならない。

医学科学研究業務は趙紫陽首相が全国科学技術奨励大会で行った講演の精神を真剣に貫徹すべきであり、予防治療に正面から取組み、応用研究を主とすることを堅持し、協力体制を

組織し、集中攻撃をかけ、より早く、より多く成果を挙げる様にしなければならぬ。薬品行政業務は1982年の薬品行政業務会議の精神を真剣に執行すべきである。設備の更新と海外連絡業務は、それぞれ専門会議を召集開催して研究するので此処ではこれ以上述べない。

4. 社会主義精神文明建設を強化しよう

高度の物質文明を建設すると同時に、高度の社会主義精神文明の建設に努力することは、社会主義現代化を実現するための重要な保証の一つであり、それぞれの戦線の共同の任務である。衛生戦線は社会主義精神文明建設の重要な部門であり、我々は必ず社会主義精神文明建設を自己の日常業務としなければならない。

衛生人員の共産主義思想教育を強化し、衛生人員の科学技術の水準を向上させ、衛生人員がベージュン同志の共産主義思想に学び、蔣筑英、羅健夫、張華及び召小利等の同志の輝かしい事績に学び、共産主義の信念を固め、医事道徳を向上させ、志を立て中華を振興するとの革命精神を発揚し、益々多くの衛生人員が理想を持ち、文化的で、規律を守る人となり、人民の健康水準を向上させるためにより大きな貢献をするように、真剣に組織しなければならない。此処2年来の実験経験に基づけば、日常の思想政治工作を強化するを要し、先進工作者の選出活動を広汎に展開し、大いに先進的な人々を表彰し、先進的思想と先進的事績を宣伝するを要し、昇進昇級、物質的待遇等の面で先進を奨励する政策を実行しなければならない。これによって、衛生部門系列に先進という栄光を争う雰囲気を作り出され、勤勉に向上に努力する気風が確立される。

社会主義精神文明建設の鍵は各レベルの指導者がこれを重視し、具体的な問題から着手し、現場を知ることにある。衛生部門の各級の指導者は皆この業務を真剣に取り上げなければならない。隠したり、乱れていたり、差がついていたりするのを改めることを、社会の気風を切り変える大事業として把握し、短期間内に顕著な好転が見られる様に努めなければならない。同時に、更に広汎な医務人員を動員して“五つの追及、四つの美化”、“三つの熱愛”運動に積極的に参加し、業務守則を制定させ、それに相応する制度を確立し、文化的に医療を行はしめなければならない。各級衛生部門と衛生機構は皆衛生を重んずる模範、衛生宣伝教育を進めるに当たっての模範とならなければならない。広汎な衛生人員の実践を通じて、人民大衆の共産主義意識を向上させ、衛生科学技術知識を向上させ、文化的であることを重んずる気風を大衆の自覚的行動に変えることが出来る。

此処1年来、衛生部の党組織は《健康報》に対する指導を強化し、その宣伝に於けるスポークスマンとしての作用、指導性及び大衆性のすべてにわたり増強する所があった。我々は各級の衛生部門が皆この思想障地を十分に利用し、宣伝により党の第12回大会の精神と衛生業務の方針政策を貫徹し、経験を交換し、衛生業務の新しい成就を紹介し、衛生改革を推進し、衛生戦線の広汎な従業員が社会主義精神文明建設の中で更に大きな成績をあげるのを

鼓舞することを、希望します。

当面、各級衛生部門はすべて第12回党大会と第5期人民代表大会第5次会議の諸決定の諸決定の学習を進め、その諸決定の精神の実質を深く理解し、20年戦略目標の実現と新局面の開発に対する信念と決心を高めることを要する。

5. 各種の衛生人員の積極性を十分に引き出そう

毛沢東同志は既に1944年に、大衆を動員し自ら立ち上がって自分達の貧困、不衛生の習慣と闘争させる為には、広汎な統一戦線が必要で、人口が希薄で、交通が不便、元々文化水準が極めて低い地方では、この種の統一戦線は十分に広汎である必要があると、指摘している。1959年には、彼は又“新旧、漢方医、近代医の各部分の医療衛生人員を団結させ、強固な統一戦線を組織し、偉大な人民衛生業務を展開する為に奮闘しよう”と提案している。毛沢東同志の指示の精神は我々の前に置かれた衛生業務に完全に適用出来るものである。現在、我が国の衛生業務の戦列は解放初期に比べて非常に拡大されている。国有及び集団制衛生機構で仕事をしている漢方医、近代医、漢方近代結合医とその他の人員で全部で395人いて、農村で底辺業務に携わっている裸足の医者135万人、衛生員、助産員220万人；チベット、蒙古、ウイグル、タイ等の少数民族の医者約7,000人；東南、西南の各省、自治区には大量の薬草医が散在している。；全国の都市、農村で医薬品関係には一芸に秀でた人も少なくない。この膨大な戦列の一隊が、毎日広汎な人民大衆の為に予防と治療に服務しているのであり、我々は此れ等の人員の社会主義的積極性を十分に発揮させなければならない。

我々は党のインテリ政策、特に重点的に中年のインテリに対する政策を真剣に実現させなければならない。現在、少なからざる組織に未だ異なった程度ではあるけれど知識を重視せず、インテリを差別する現象が存在しているが、この様な状況は改善されなければならない。各級衛生部門は一度インテリ政策の実施状況を子細に検討し、列記し、一項一項実施し、困難があれば指導部に報告し、なんとかして解決しなければならない。今直ぐ解決出来ない問題は、はっきり説明してやらねばならない。我々は必ずインテリに関心を持ち愛護し、大胆に起用し、手放して用いなければならない。広汎な従業員に教育をし、インテリの社会主義建設の中での地位と作用を十分に認識させ、インテリに依拠し、インテリを尊重し、互いに協力しあつて業務を遂行させなければならない。特に条件の劣った県又は公社で働く衛生人員は、彼等の仕事や生活の困難は比較的多く、我々は特に彼等に関心を持ち、出来るだけ彼等の困難をうまく解決してやり、彼等が安心して農村や辺境地区で仕事ができるようにすべきである。当然ではあるが、インテリに就いて云えば、学習に努力すべきであり、絶えず自己を向上させるべきである。

我が国の少数民族の内、チベット、蒙古、ウイグル、タイ族には民族医があり、人数は多

くはないが、しかし皆各々の特徴があり、大衆の愛好と歓迎を受けている。民族医学は我が祖国の医学の重要な組成部分であり、兄弟民族の健康の保護に重要な作用を果たしている。我々は兄弟民族が民族医を継承し発揚させるのを積極的に支持すべきである。各兄弟民族地区で衛生事業を発展させるには、民族医を発展させることを大きく取り上げるべきで、民族医衛生機構を発展させ、民族医学校を経営し、民族医の人材を育成すべきである。現在、或る省、自治区では既にこの問題を重視してゐるが、或る省、自治区では未だ重視が不足しているから、我々はこの様な状況が早く変わることを希望する。

各地に散在している薬草医や一芸に秀でた人員に就いては、彼等は人民大衆の中に身を置き、手近かなところで医療を施し、大衆にとって便利な為、広汎な大衆に歓迎されている。特に彼等の中には少なからざる人が独特の特技を持っていて、幾つかの日常的な病気や難病とも思えない症状の治療に独特の治療効果を挙げている。彼等が掌握している医薬の知識と技術はすべて我が国医薬遺産の重要な部分である。我々はこの部分の医薬人員を重視すべきで、適当な政策と措置を取って彼等の技術と経験を継承しなければならない。彼等が弟子をとることを許可し、家伝とすることを許可し、学習班を組織して、彼等から技術を伝授して貰うこともできよう。要するに、我々は肩書きにこだわらずに人材を起用すべきである。凡て人民に必要であり、人民に有利であり、大衆の為に役立つものなら、我々はすべて排斥と否定の態度を取ってはならず、彼等を信頼し、彼等を起用して、人民に尽くさせるべきである。当然のことながら、人民に害をなすあの街のベテン師共には、取締りを加えるべきである。各種衛生人員の中の何人かの年老いた専門家に対しては我々は彼等を尊重し愛護し、彼等に助手を付け、彼等の多過ぎる社会活動を軽減し、彼等の得意とするところが伝達普及される様にすべきである。

各種衛生人員の積極性を十分に発揮させる為には、更に各種衛生人員間の団結を大いに増強し、相互の学習を提唱し、相互に理解し合い、一分理解が深まれば、団結も一分だけ増強され、他人の長所をとって自分の短所を補い、長所を伸ばし、短所を押さえる様にしなければならない。過度にあら捜しをすべきではなく、意識的にも無意識的にも言行上団結を損なう様なことがあってはならない。団結して、初めて我々は人民健康を保護する為に更に大きな貢献ができるのである。

我々は更に積極的に条件を創出し、漢方医学院で段々と比較医学教育研究機構を開設し、漢方医、近代医、漢方・近代結合医、民族医、薬草医、一芸に秀でた者、及びアラブ医、インド医等、外國の伝統医学を各方面から比較研究を進め、それぞれの長所を取り、祖国の医薬学のより速い発展を促進すべきである。

6. 指導を強化し改善しよう

新局面を創出開発する為には、党の第12回大会の精神に則り、更に一步進めて各級衛生

部門の指導を強化し又改善しなければならない。

簡単精兵で縮小した機構の中では、革命化、青年化、知識化、専門化の原則に則り、行政管理業務能力のある青年幹部を選抜し各指導グループを充実せねばならない。各地の経験はすべて或る組織でこの様な人が担当しなければ、その組織は新局面を創出展開することは出来ないことを物語っている。遼寧省黒山県委員会はよく分かった人を選んで指導グループに入れ、1年で老いぼれた難物の遅れたキャップを降りだし、全省衛生部門系列の先進的組織になった。現在、我々の衛生部門系列の幾つかの組織の指導グループには年齢が高過ぎたり、人数が多過ぎたり、専門技術人員が少な過ぎたりする問題が存在しているが、党中央委員会の精神に則って、調整を進めなければならない。鄧小平同志は1982年7月この問題に就いて非常に重大な意見を述べられたが、彼は“或る組織の改革が効果があったか、どうか、改革がうまくいったか、どうかを評価するには、只どんな規則制度を決めたか見るだけでなく、もっと重要なことは其処で選んだ人が良いかどうかをみることだ。”といている。我々が本物の人物を起用して、始めて我々の衛生事業に新しい側面が現われて来るのである。調整の期間中に断固として、“5種類の間人”に指導グループに入り込ませてはならない。

調査研究を強化すべきである。我々は正に新しい歴史の時期に遭遇しているが、多くの新しい問題は我々が解決しなければならず、多くの新しい経験が我々によって総結されなければならない。衛生業務の新局面を創出展開しようとするれば、正確な政策決定の意見を提出したら、深く調査研究し、大量の信頼するに足る材料を把握しなければならない。我々衛生戦線の少なからざる指導者は注意して調査研究しており、業務は比較的主動的である。しかし、調査研究もせず、只大きな話だけして、優柔不断で、又は実際の状況を顧みず主観的に大衆に棒をはめるだけで、業務を停滞させると云う現象も亦存在している。衛生部門の各級指導者は皆常々底辺まで入り込み、生の材料を手に入れ、子細に観察し深く考察し、新しい問題を研究し、新しい問題を解決し、中央委員会の精神と實際を結合させねばならない。第3回中央委員会全体会議以来の経験は、我々が中央委員会の指導理念と政策を正しく大衆にはっきりと説明し、しっかりと大衆に依拠し深く入り込んで調査研究しさえすれば、古い棒を打破し、実際に合致した素案を産み出し、党の路線、方針、政策を実現化出来ることを証明している。

衛生統計及び情報資料業務は、衛生業務調査研究の重要な組成部分である。この面の業務をうまくやって、始めて我々は“もっと具体的に鉄の様な事実で我々の現在の多くの問題に解答する”ことができる。各級衛生部門は今から皆一定の専門家を配備してこの業務を強化し、業務に習熟していない者には訓練をし、更に段々と業務手段と業務方法を改善し、統計と情報資料を正確且つタイムリーなものにしなければならない。

同志の皆さん、衛生業務の新局面を創出展開すると云うことは光栄ではあるが困難な任務であり、我々は党の第12回大会の精神の指示と引率の下で、団結を強化し、精神を奮い起

たせ、着実に当面の業務をよく処理し、今後1年以内に新たな貢献をして、衛生事業を早く前進させましょう。

2. 前進しつつある中国のリハビリ医学事業

1984年1月3日、衛生部の崔月犁部長は全国衛生庁(局)長会議で“我が国の現代リハビリ医学は最近2年間で発展を始め、各級衛生部門は凡てこの業務を重視し支持し、これをして更に発展出来る様にすべきである。”と指摘した。崔部長の講演は我が国のリハビリ医学の成就を概括すると共に、各級衛生部門に対して要求を提起した。此処に我が国のリハビリ医学の進展状況に就き、幾つかの資料を提供し、研究に供するので、参考にして欲しい。

1. 積極的にリハビリ医学人材を育成すること

人材こそは事業実施の本である。リハビリ医学を発展させるには人材の育成を重視しなければならない。我が国の医学院、医学校の課程の中には針灸、按摩、マッサージ、気功、物理療法、作業療法等の幾つかの内容が配合されている。(各院、各校により時間数は不同である。)しかし、此れ等の課程とリハビリ医学との結合は未だ極めて少ない。当面は、主として2つのルートで、リハビリ医学人材を育成している。

(1) 医学院、医学校にリハビリ医学教育研究室を開設し、リハビリ医学専修課程又は講座を設置する。1982年6月、広州中山医学院は先ず物理療法及びリハビリ医学教育研究室を設置し、75%の学生がこの部門の課程を専修し、武漢医学院も1984年3月に、リハビリ医学教育研究室を設立し、その年の後半から、学生に対しリハビリ医学課程を講義し、又河北省従業員医学院等幾つかの院、校も1984年からリハビリ医学の講義を始めた。中山医学院は1983年と1984年に相前後してリハビリ医師専修班を開催し、学生は一部の省、市から来た医務技術の中堅幹部であった。以上此れ等は、全国に現有の118箇所の高等医学院(医学部)と526箇所の中等医薬学校から云えば、未だ少数である。衛生部科学教育司は1984年8月末に、全国の高等医学院、校に対し出状し、各高等医学院、校にリハビリ課程を増設するように提案した。この回状は、現代医学は予防、医療、リハビリの3つの面があり、医学生はリハビリ医学に対してある程度の理解を持つべきである。従って、高等医学院、校でリハビリ医学課程を増設する必要があり、時間数は40時限を超えないものとする。必修課程とするか、選択課程とするか、又は講座とするかは、各院、校が具体的な条件によって決定出来る、と述べている。この回状はリハビリ医学人材育成に対して積極的な作用を果たし、我が国リハビリ医学の発展を推進に有利で、医務人員の資質の向上にも助けになるものである。或る医学院、校では既に行動を開始している。例えば、武漢医学院は来年春から必修課程で、医療系は40時限、衛生系は32時限とする。当然、各院、校の条件は様々で、一律に強制することは出来ない。

(2) さらにリハビリ医学の人材育成は中央の衛生部から地方の衛生行政部門、医学院、医学校、科学研究所、医療機構(医院、療養院)までが担当しており、規模、内容、学習期限の色々な

テーマ別講習班，研究班を組織し，その内容は理学療法，医療体育，針灸，按摩，マッサージ等多様であり，このように比較的普遍的な形式である。この種の形式を取って学習を運営しているのは，外に民生部門，中華全国総工会（労働組合）等がある。1983年10月，衛生部はWHOと共同して，初めて河北省医院でリハビリ医学講習班を開催したが，参加者は各省，自治区，市と中華全国総工会が選んで派遣した医療技術中堅幹部で，その中の10名は義肢工場の技術人員であった。この班は比較的系統的にリハビリ医学の基礎知識（漢方医学を含む）を講義するだけでなく，又WHOから派遣された教授や，医師が，重点的に心血管病のリハビリと社会復帰業務に就いて講義した。今後も，テーマを決めて，色々なリハビリの基本知識を講義する講習班を組織する必要がある。

上記2つのルートは，段々と医学院，医学校の正規の教育と短期講習を互いに結合させたリハビリ医学教育を形成して行く。この2種類のルートは，リハビリ医学人材の育成にとって，すべて極めて重要である。しかしながらこの2つのルートだけに注意を払って，その他の方面を等閑視してはならない。必ずや，我が国の当面のリハビリ医療機構に在職している業務技術人員の水準も急ぎ向上させねばならず，彼等の中の多くの方はリハビリ医学知識が欠如しており，医療理論と医療方法も基本的には未だ数年前の水準に止まっており，リハビリ医療効果の向上に影響を与えていると云う事を，認めなければならない。リハビリ医学とは1つの科学であり，自然と生まれ出る事は出来ない。従って，現有の医療人員に対する再教育は急いで行わなければならない。その方式は，通信教育，日常業務の中での伝授，補助，師弟契約等々状況に合わせて多様であり得る。人によって異なり，その能力によって教え方が違ってよい。在職学習と生産を離脱しての学習を結合させることである。どの様な形式をとって教育，訓練しようと，先ず業務技術と管理業務の中堅幹部の育成と向上に注意しなければならない。教育者自身が先ず教育を受けるべきであり，彼等を訓練すれば，何人かを動かすことが出来る。リハビリ人材の育成も“全員訓練”を実施すればよく，高級リハビリ医療人員の育成に注意すべきであるのみでなく，中級人員の育成も重視すべきである。例えば，理学療法士，看護婦等である。實際上，リハビリ医療業務の中で常に病人に接近するのは看護婦，理学療法士，作業療法士である。絶えず彼等の素質を向上させて，始めてリハビリ医療計画は実施でき，リハビリ医療効果の向上は保証されるのである。同時に，リハビリ医学エンジニアリング，心理医療，言語矯正等の各種の専門の人材に対しては，関連部門が早急に準備し，統一的に準備配置して，リハビリ医学の発展の要求に適応することがもつと必要である。崔月犁同志は今年3月に中国身体障害者福祉基金会創立大会で，“当面の最も大事な問題は積極的に人材を育成する事で……”と講演し，正にこの様な戦略的意義のある業務について我々に十分に重視せよと提案したが，我々は急ぎかつ着実に，学術団体としての

角度から、然るべき貢献をしなければならない。

2. リハビリ医学の特徴に従って、リハビリ医療機構を運営する

我が国には早くからリハビリの機構の雛形はあった。より完全になった現代化リハビリ医療システムを設立する為に、1982年に衛生部は“若干の療養院と総合病院を選択し、リハビリセンターとリハビリ部を試みに運営することを研究する”との計画を提案した。目的はテストケースを通じて、経験を積むことにあるのだが、しかし決して凡ての療養院が皆リハビリ機構に変更されるべきだと云うのでもなく、又決して凡ての療養院と総合病院が皆リハビリ機構を運営する条件を備えていると云うのでもない。衛生部の計画に基づけば、当面広東の従化、北京の小湯山の2箇所の鈹泉療養院が現有の基礎の上に、新たな条件を整備し、リハビリセンターとするもので、遼寧の湯崗子理学療法医院も理学療法リハビリセンターを運営可能であるし、総合病院の中では、河北省医院が本院の機能と結合して、老人病を主要なサービス対象とするリハビリセンターを設立した。

最近2年間で、リハビリ医療運営の形式も内容もすべて新しい進展があった。形勢は十分に喜ばしいものだ。上海、北京、広州、長春、武漢、無錫等の地の市区と農村は、すべて既に中型、小型を主としたリハビリ医療機構を運営したか、正にしつつある。これ等の機構は管理体制上は、民政部門が運営しているものも、衛生部門が運営しているものもある。大衆出資によるものも、又現地の県、村政府が運営しているものもある。幾つかの組織が連合しているものも、都市の総合病院と現地の、或は農村の衛生院が合同で運営しているものもある。更には、上海交通大学も“身体障害者リハビリセンターを運営し、義肢研究・試作基地と実験病室を開設した。最近、同校は又上海長寧区と連合でリハビリセンターを運営している。此れ等の機構のリハビリ医療対象は肢体切断、又は肢体廃疾を主とするものもあれば、老人病、心血管病、或は脳血管病を主とするものもあり、更には言語、聴力を訓練するリハビリ専門機構等々がある。以上の各種の形式と異なった内容のリハビリ機構の設立は、非常に数多くの、リハビリ的性格を有する在宅医療等と相俟って、色々なルートで出資運営されるものや、多くの規格、多くのレベルからなるリハビリ医療構造を形成し、社会各方面の積極性を発揮させる要素ともなり、又各種の異なった病状の要求に対しても便利である。此れ等リハビリ機構は、実践の中から或る程度の経験を蓄積し、且つ独自の特徴をもつ様になっている。

例えば：

- (1) 都市、農村の結合、総合病院と底辺医療機構の結合。上海郊外と江蘇省無錫県、沙州県のリハビリ機構は上海科学協会と第一人民医院、第二医院の医師と教師の支援の下に設立されたもので、彼等の間では各々得意があり、互いに役に立つ関係にある。都市又は農村の衛生院を基地として、リハビリ機構を設置すれば、底辺衛生機構の潜在能力を

發揮出来るし、又底辺医療人員の業務技術水準の向上にも有利であり、都市の総合病院にとっても、ベッド不足の矛盾を緩和出来、又身体障害者も医者にかかる場所を得ることが出来る。

(2) 医学とエンジニアリングの結合。その中で突出的なのは例えば上海交通大学リハビリエンジニアリング研究室と第一人民医院、長寧区遵義地区医院が協力し、各々の能力を發揮し上肢不自由者に合わせて義肢を作り、リハビリ医療と科学研究を進め、治療効果も向上しているし、リハビリエンジニアリングの発展にも有利である。

(3) 漢方医と近代医の結合。リハビリ医療の中では比較的普遍的に漢方、西洋両療法と漢方医、近代医結合の方法が運用されていて、現代の医療体育、理学療法施設があり、又針灸、按摩、マッサージ等の伝統医学科室もあり、時には伝統武術に秀でた専門家を招聘し、武術の中の幾つかの方法を用いて、上、下肢の機能を鍛練している。これは簡単で、行い易く、また一定の治療効果もあるので、患者の歓迎を受けている。

事物の発展には凡て一つの普及から向上への過程があるが、我が国のリハビリ医療事業は大いに普及させなければならないし、又段々と向上させる必要もある。現有のリハビリ機構はやっと始まった許りで、人員組織、医療設備等の面でも皆比較的薄弱で、その当面の水準から云えば、未だやっとリハビリ医療の初歩の形式で、現有の基礎の上に強固にし、充実させ、向上させなければならぬ。同時に幾つかの問題も研究に価する。

(1) リハビリ機構の建設はリハビリ対象の特殊な要求に合致しなければならない。

現在、少なからざる地方でリハビリ医療機構の建物を新築したり、拡張したりしているが、経験と資料に限りがあるので、元々の設計は一般的に皆総合病院を手本としていて、リハビリ業務の特殊な要求についての考慮は少ししかされていない。簡単な例だが、例えばリハビリ対象は多くは車椅子を必要とし、この為に、病室、外来等の建物は、皆スロープを付け、廊下、出入り口は皆広めにしなければならないが、これは只身体障害者の日常生活に便利な為だけでなく、一旦災害（火災等）が発生した際に、避難に便利な為でもある。“国際リハビリ協会”（Rehabilitation International）が「リハビリ施設の幾つかの最低基準」を提案している。これは設計の時に考慮しなければならないが、建ち上がってからでは、改造は困難である。

(2) リハビリ医療機構の管理はリハビリ医学の特徴に適応しなければならない。

リハビリ医療機構管理の原則の1つは、身体障害者を医療人員の指導の下に、可能な範囲で出来るだけ活動させると云う事である。活動は機能回復の助けになるので、後日の独立生活で社会に復帰し新しい条件を創造することもできる。

だから、運動（活動）はリハビリ医学の基礎であり、又リハビリ医療の1つの指導理念でもある。上記の目的を実現する為に、リハビリ機構の中の医療人員、殊に看護婦は、

出来るだけ身体障害者の生活を活発にさせ、身体障害者の心理上、身体上の自立能力を
発展させ、“社会復帰”の準備をするように努力しなければならぬ。リハビリ病室は単なる
病室とするだけで、身体障害者を一日中ベッドの上に寝かせていてはならない。だから、
病棟の中には、活動室（医療体育訓練室の外に）、食堂等の施設があって、身体障害者
の活動を組織出来ることが望ましい。我々がソカゴのリハビリ医学研究所を参観した時
は、同所の責任者によれば、彼等は病室の中には電話は設けず（彼の地では電話を付け
る事が極めて普遍的であるにも拘わらず）、同時に病状の異なる患者を1つの病室に配
置し、彼等が互いに助け合えるようにしているが、此れ等の措置も皆身体障害者が出来
るだけ多く動くようにする為である。

- (3) リハビリセンターとサナトリウム、総合病院の間では積極的に協力し合い、相互に補
完すべきである。

リハビリセンターの収容加療対象の選定は重要な問題である。リハビリ医療に適した
患者を選定すべきで、リハビリ治療では効を奏し難い者に対しては、サナトリウムに転
入させるか又は其の他の措置（例えば在宅療養等）をとり、リハビリセンターを養老院
やサナトリウムにすることを避けなければならない。

リハビリセンターと総合病院の関係に関しては、当面幾つかの国家では、条件さえあ
れば総合病院にリハビリ部（センター）を設け、二者の間を密接に結合させようとの傾
向にあり、こうすれば、人々に才能を発揮させられるし、又投資を節約出来、医療設備
の重複購入を避けることが出来、治療効果の向上にも有利である。現在、我が国のリハ
ビリ機構は多くの部門がそれぞれ設置しているので、更に統一的に配置する必要があり、
リハビリセンターにはレベル比較的高い総合病院の後ろ楯を持たせる必要がある。

リハビリ医療機構を建設する場所は、交通便利な所を選び、患者に診察を受け社会に
接するのに便利ならしめる必要がある。身体障害者は出来るだけ近くで医療を受けられ、
家族との連絡にも便利で、又患者は定期的に帰宅出来るべきであり、此れ等はすべて患
者の心理的負担を軽減し、“社会に復帰する”為の準備をするためである。

3. リハビリ医学を宣伝し、リハビリ知識を普及させる。

身体障害者の問題は多くの家庭を巻き込み、1つの社会問題である。当面、人口の老齡
化と疾病構造の変化により、リハビリ業務は益々人々の関心と注意を惹いている。近年来、
中央と地方の新聞雑誌は陸続としてリハビリ医学の進展状況を報道し、殊に「健康報」、
「医院管理」、「中華理学療法雑誌」、「医学と哲学」、「大衆哲学」等の新聞雑誌は不
断にリハビリ医学関連の文章とニュースを掲載し、我が国リハビリ医学事業の発展を支持
し推進して呉れている。これは歓迎に値するものである。

リハビリは、その全体像においていえば、身体的復帰、心理復帰、職業復帰、を含み、リハビリ

医学はその基礎である；リハビリ医学そのものに就いていけば、単に幾つかの臨床診断科を総合するだけで成立するものでなく、その目標、理論的基礎は一般の医療とも異なった点がある。だから、全面的な理解をすることによって、正確にこの新たな分野としての医学を応用することにより、人民に服務し、4つの現代化に貢献する必要がある。その次にリハビリ医学と理学療法、作業療養は互いに連携があり又区別もあるが、その間には共に発展し、互いに補完し合う必要がある。或る人は“理学療法の前途がリハビリだ。”と理解しており、又或る人は“作業療養即リハビリ”と云っているが、これは一種の誤解である。同時に、リハビリ医学を宣伝する時には、予防第一の方針も堅持される必要がある。原発性身体障害の多くは、本来は避けられる可能のあるものであり、若し社会と個人が積極的な措置を取り、又優生教育を推進し、薬物の濫用を避ける等々していったら、先天性知力障害或は身体欠損等の原発性身体障害は発生率は著しく減少出来るし、若し精神衛生に注意し、保健体育を推進し、労働安全を強化し、意外な事故を防止する等すれば、後天性身体障害も減少出来るし、可能なら発生とその拡大を避けられる。この為には、大々的にリハビリ医学を宣伝し、リハビリ知識を普及しなければならず、殊に多種多様な形式を取って、リハビリ知識を大衆に与え、大衆をして自ら立ち上がり疾病と戦い、傷病とその結果としての障害のもたらす困難を克服させるべきである。この面では多くの為すべきことがある。

最近1、2年、リハビリ医学の出版業務も日増しに活発化している。我が国独自で編集した「リハビリ医学」が既に出版され、米国ラスク教授の「リハビリ医学」も既に翻訳された。現在翻訳にかかって居るものは米国のクルーセン教授の編集した「物理医学とリハビリ医学」、日本リハビリ医学会の編集した「リハビリ白書」(リハビリの現状と課題)等がある。我が国のリハビリ医学事業を発展させるには、当然国内に立脚し、我が国の実際の状況から出発すべきであり、殊に伝統医学の作用を十分に發揮し、リハビリ医学を豊富にする為光彩を添えるべきである。又一方、リハビリと関連のある学科に就いて、我々には未だ少なからざる空白点を有し、国外の先進的学技術と管理方法を吸収し鑑とすることも、又十分必要であることも認めるべきである。

今年、武漢医学院リハビリ医学情報センターは「国外医学—物理医学とリハビリ医学」と「リハビリ医学通信」を出版し、広州中山医学院も「リハビリ通信」を出版した。幾つかの地方では今やリハビリ医学雑誌を出版しようとの気運が高まりつつあり、我々はそれ等が一日も早く世に出され、学术交流と、情報の交換に役立つことを希望する。

思想は往々にして実際よりも遅れるものである。以上述べた状況は、決して生気勃勃たる我が国のリハビリ医学事業の全てを概括出来るものではない。十億の人口を有する我々のこの発展中の社会主義国家で、中国の特色を備えたりハビリ医学事業を創成するには、実践の中で模索し、新たに創造しなければならない。我々は党の第12回大会で確定され

た総任務，総目標と第12期第3回中央委員会全体会議の精神の指示指導の下に，一致団結し，鋭意革新し，奮発して前進しようではないか。

3. 中国のリハビリテーション医学の現状

崔 月 犁 衛生部部長 談 話

我が国の身体障害者の保健衛生事業及びリハビリ医学の進展概況を知る為に本紙記者が最近衛生部を訪れた。崔月犁部長と衛生部の同志の皆さんは熱心に記者の出した質問に答えてくれたが、ここに崔部長の談話の要旨を下記の如く紹介する：

記者質問：我が国の身体障害者の保健衛生，リハビリ医療事業の地位と現状はどうなっていますか。

崔部長回答：ここ数年来，この事業の発展は極めて良好な趨勢です。殊に党の第11期第3回中央委員会全体会議以来，発展は一層速くなりました。先ず思想認識上より重視されるようになりました。モデル調査の推定によれば，我が国の失明者，聾者，啞者，肢体不自由者は約2,000万前後居り，且つ増加の傾向にある。此の事は疑いもなく社会に膨大な負担をもたらし，患者とその家族にも極めて大きな苦痛と憂慮をもたらしています。従って，身体障害者の保健衛生とリハビリ医療業務は，急ぎ解決せねばならない社会的現実問題でありかつ社会主義制度下において，国家の科学技術水準と社会主義精神文明の程度を測る尺度でもあります。保健衛生とリハビリ医療を通じて，身体障害者が消極的悲観的情緒を克服するのを助け，一人一人が社会に対してそれなりの作用を果たす機会を与え，有意義な生活を回復し，彼等の個人的幸福が家庭と社会の中に融合出来れば，その意義は十分に重要な意義をもつものである。

最近数年来，我が国の身体障害者の保健衛生事業とリハビリ医療の状況には3つの顕著な特長があります：

1つは都市と農村の結合です。例えば上海地区では科学協会医学エンジニアリング学会の援助の下に，上海市の技術的に優れた面を県や農村のヘルス・ステーションにリハビリ医療を移転させ，それらの設備を改造し，中型，小型の医院の条件と設備を活用し，10箇所のリハビリセンターを設立し，これにより身体障害者のリハビリ医療状況は更にぐんと改善された。川沙県リハビリセンターでは，小児麻痺の後遺症の奇形に対し人工関節を置換し，また機能性電流刺激コントローラー（F. E. S.）を応用して肢体切断患者を治療したが，臨床応用の136例で良好な結果を得て，治療により15分以上立って居られる者が72%を占め，一番長い者は一時間に達して，しかも支え棒の中で自力で歩行が出来た。彼等は全国から4,000通余の来信を受け，また多くの来訪者の訪問を受けている。実践を通じて，上海地区で各自の業務部署に分散している多くの科学技術の専門の人材（整形外科，義肢研究，作業療法，理学療法，祖国の医学面では漢方薬，針灸，按摩，気功）をして段々とりハビリ専門体系を組成させる趨勢にあるのは，よい発端である。

2つ目は，漢方医と近代医の結合である。例えば上海宝山県羅店リハビリセンターでは，全国12の省，市から来た18例の肢体障害患者に対して4ヶ月余りの漢方医と近代医が協

力して治療し、40%以上の患者に顕著な好転が見られた。江蘇省無錫市郊外の揚名医院の障害者リハビリセンターは42名の肢体切断患者を収容治療し、“三感”（嘔吐感、排泄感、褥瘡）のコントロールに一連の経験を得た。四川医学院の肢体切断グループでは漢方医と近代医の結合の方法でリハビリ医療を進め喜ぶべき成績を上げている。山東省済南の身体障害者リハビリ医療業務もなかなかよくやっている。

3つ目は、リハビリ医療とエンジニアリングの結合である。例えば北京積水潭医院や上海第一人民医院等の組織では皆現地の義肢工場と協力し、テーマ別外来を開き、義肢装置製造業務に更に合理性、科学性を与えた。上海第一人民医院は更に長寧区地段医院及び上海交通大学リハビリエンジニアリング研究室と相結合し、各々がその得意とするところを発揮して、上肢障害者を主体にリハビリ理学療法、作業療法、機能測定及び義肢の取付け、科学研究等を進めている。上海交通大学リハビリエンジニアリング研究室と同校の衛生学部は共同でリハビリセンター治療室を開設し、起立訓練ベッド、電気温熱、パラフィン浴、超音波、低周波およびマイクロウェーブ等リハビリ医療機械、自動制御痛感測定器等を設け、開設してから1年前後の間に6,000人以上の患者を受け入れ治療効果は顕著である。湖北省同濟医院接骨科は地元の義肢工場と常々臨床と義肢取付け問題を相談し、又同工場の設計する整形機器に指導を与えている。

記者質問：我が国のリハビリ医学にはどんな進展が見られますか？

崔部長回答：1982年に衛生部は“若干の療養院と総合病院を選定し、リハビリセンターとリハビリ医学部の運営を試みることを提案したが、これは完全な近代的なリハビリ医学体系を設立する為に踏み出した第1歩である。我々は積極的にリハビリ医学知識の伝播と人材育成業務を進めることとし、1983年には中国リハビリ医学研究会（下部に教育、漢方・近代医結合、エンジニアリングの3つの専門委員会を設置）の設立を決定し、全国で4個所のテストケースとしてのリハビリセンターを設立した。その年に、国務院は中国肢体障害リハビリ研究センターの設立を決定しました。我々は“リハビリ業務を重視し、支持し、積極的に諸条件を創造し簡便でやり易い有効なリハビリ療法を普及させ、模索に務め、中国式のリハビリ医学を創造すること”を要求する。1984年1月、再び全国衛生庁（局）長会議において“各級衛生部門が更に1歩進めてリハビリ業務を重視し、支持し、可能性を有する医学院、医学校においては選択課程を開設し、積極的に専門の人材を育成し在職幹部の訓練をうまくやり、リハビリ事業の発展を本部門の計画に組入れ、現地の事情に合わせて多種多様な、そして色々なルートからの出資によってリハビリ事業を運営し、各省、市の衛生庁（局）はこの業務を議題に載せなければならぬ”と強調した。

広州中山医科大学が先ず物理医学・リハビリ医学教育研究室を開設し、第1回リハビリ医師専修コースを実施した。1983年10月には衛生部はWHOと共同で全国リハビリ医学講習

コースを開催した。1984年8月には、衛生部は全国の高等医学院、同医学校に通達を発し、リハビリ課程を増設することを提案した。ハルビン医科大学と広州中山医科大学では70%から75%の学生がこの課程を選択している。

出版方面では、昨年我が国で初めて「リハビリ医学」が世に出され、同じく米国の有名なリハビリ医学専門家・ラスクの著書「リハビリ医学」が翻訳出版された。中国リハビリ医学研究会は現在「中国伝統リハビリ医学」を編纂中であり、又「リハビリ医学エンジニアリング」の教科書を編纂中で、今年中にリハビリ医学エンジニアリング定期刊行物を出版しようと務めている。武漢市の同済医科大学は「国外医学・物理医学とリハビリ医学分冊」を編集出版した。

今年10月、衛生部は同済医科大学に委託して下肢切断、脚をテーマとしたリハビリ医学講習コースを実施して貰い、ユーゴスラビアの専門家を招聘し、講義して貰った。最近2年来、「人民日報」、「光明日報」及び多くの衛生専門新聞雑誌が陸続とリハビリ医学に関する知識と進展状況を掲載している。

以上述べたことを括めれば、我が国のリハビリ医学事業は、宣伝教育の面でも、組織機構の設立及び人材の育成の面でも、みな比較的大きな成績を挙げ、僅か数年の間に我が国のリハビリ医学事業を大いに前進させた。

記者質問：身体障害者の保健衛生とリハビリ医療事業には、当面どんな問題が存在していますか？今後の見通しはどうですか？

崔部長回答：全国的に見れば、身体障害者リハビリ事業の発展は未だ甚だしくアンバランスで、相当部分の身体障害者療養院には未だ固有の療養概念に執られていて、リハビリ効果も余り高くないので、今後現代のリハビリ医学概念で整頓し、向上させなければならない。我が国の衛生業務の中の予防、医療、リハビリの三大系統の内、リハビリは未だ創設段階にあり、薄弱な鎖の輪である。今後我々は未だ以下の様な幾つかの面で努力しなければならない：

1. 予防第1の指導理念を堅持しなければならぬ。：出来るだけ障害を発生させないことが基本で、既に発生してしまった障害は一次障害を二次障害にしてはならず、軽い障害から重い障害を醸成してはならない。診察から治療に至る全過程で、すべて予防第一の思想を貫徹し、如何にして患者に生活能力を回復させ、社会に復帰させるかを考慮しなければならない。
2. 漢方医と近代医の結合の原則を堅持しなければならない。：我が国の現代リハビリ医学が動き出したのは遅かったが、しかし我が国にはリハビリ治療の豊富な経験があり、これは最大の利点で有り、だから祖国の医学のこの貴重な遺産を継承、且つ発揚し、漢方医と近代医の結合の道を進まねばならない。

3. 底辺を主とするリハビリ医学思想を堅持しなければならない。：リハビリセンター，総合病院リハビリ科，下級人民公社リハビリ等多くの形式を合せて運営すると同時に，下級人民公社のリハビリを重点とし，大いにリハビリ的性格を持った在宅治療を薦め，多数の人の為にリハビリ医療の機会を創造すべきである。
4. 引き続きリハビリ医療とエンジニアリングの結合の方法を堅持すべきである。例えば肢体切断に当たっては，義肢取付け傷面のことを考慮すべきである。：聾者のリハビリ訓練には，補聴器，電子鼓膜等を配置すべきである。
5. 長期計画と短期の配置を結合させる方法を堅持し人材の育成を重視しなければならず，全国で計画的に幾つかのうまく行っている中級看護学校又は衛生学校を選び3年制の専門多能のリハビリ治療看護婦班を増設し，現職の理学療法科医師，理学療法，体育療法等の技士に対しては，専門学習班等の形式を通じて再教育を行ない，リハビリに転向させなければならない。出来るだけ早く既に編集の終わった「看護婦リハビリハンドブック」を出版し，医学院，校の本科生に対してはリハビリ医療課程を開設し，新卒2，3年のレジデンス医師には接骨科，神経科，内科等につき習得させるなどして現代リハビリ医師を育成することが正規のルートである。

4. GENERAL INFORMATION OF CHINA

PRESENT STATUS OF
REHABILITATION SERVICES FOR THE DISABLED

1986

- China Welfare Fund for the Handicapped
- China Rehabilitation Research Center

4. General Information of China - Present Status of Rehabilitation Services for the Disabled

a. Demographic Information

There is no accurate statistics of the number of disabled persons yet available in China. A sampling survey is under planning and an estimated number is expected from its findings. The Leading Group of Sampling Survey of Disabled Persons was set up in February, 1985 after the approval of the State Council. Nine governmental administrations and non-governmental organizations including State Statistics Bureau, Ministry of Civil Affairs, Ministry of Health, Ministry of Education, Ministry of Public Security, Ministry of Finance, Leading Group of Population Census, China Welfare Fund for the Handicapped and Association of the Blind and Deaf-Mute are involved in the Group. The survey is to be completed in two years.

Disabled persons with the following impairments are to be surveyed:

- i. Intellectual impairments
- ii. Aural impairments
- iii. Ocular impairments
- iv. Other impairments causing physical disabilities (skeletal, disfiguring, generalized, sensory, and other impairments)

According to International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps published by the World Health Organization (WHO) in 1980, impairments should have also included:

- i. Other psychological impairments
- ii. Language impairments
- iii. Visceral impairments

WHO have agreed that 10% of the total population are disabled persons. According to this percentage, the number of disabled persons in China should be around 100 millions. As disabled persons with other psychological impairments, language impairments and visceral impairments are not included in the survey, the percentage is expected to be lower than 10%.

The Japanese statistics showed that there were 2 million disabled persons in a population of --- millions. The criteria for the Japanese statistics need clarification. According to U.S. statistics, there are about 40 million disabled persons in the country.

b. Legislations and Public Administration

The Constitution of the People's Republic of China stipulates: "The state and society ensure the livelihood of disabled members of the armed forces." And "The state and society help make arrangements for the work, livelihood, and education of the blind, deaf-mute and other handicapped citizens." Various specific laws are to be made. "Law of Public Buildings" and "Law of Employment of Disabled Persons" are in the stage of their preparation. The organ responsible for the making of laws is the Legal Affairs Committee of the People's Congress.

The government has issued a number of documents which have similar function of law. They are:

- i. Regulations Regarding Special Care to Disabled Servicemen, and to Family Members of Revolutionary Martyrs and Servicemen
- ii. Regulations Regarding Injuries Due to Work and Labor Protection
- iii. Circular on Better Arrangement of Work for the Blind, Deaf-Mute and Other Disabled Youth in Urban Area
- iv. Circular on Taxation and Exempt from It for the Social Welfare Production Units Sponsored by the Ministry of Civil Affairs
- v. Circular on Wider Admission of Disabled Youth to the Universities and Better Assignment to Work after Their Graduation
- vi. Circular on the Reduction of Import and Export Duty and Exempt for Goods and Article for Disabled Individuals and Disabled Person's Organizations
- vii. Circular on Exempt from Business Tax for Disabled Private Owners of the Businesses.

Public administrations closely related to the service for disabled persons are: State Planning Committee, Committee of Urban and Rural Construction, Ministry of Civil Affairs, Ministry of Health, Ministry of Labor and Personnel, Ministry of Communications, Ministry of Finance, Custom House, and their subordinate administrations.

c. Medical Rehabilitation

Medical rehabilitation was for a long time restricted to sanatorium care (particularly that of veterans) and limb fitting only in China. Only recently has the medical rehabilitation developed rapidly and have the following progresses been made.

i. There has been a rapid increase in the number and variety of rehabilitation institutions. No statistics are available concerning the increase throughout the country. As far as Beijing is concerned, more than — rehabilitation institutions were newly established in 1984-1985. The number of beds totals 1969. Hemiplegia, paraplegia, quadriplegia (tetraplegia), arthritis, cardiovascular diseases, cerebral palsy, tumors, urinary diseases, and mental disorders are the conditions covered in these institutions.

The tendency of increase will continue and quite a number of new institutions are being planned and constructed. More and more scientific and up-to-date approaches are introduced. The construction of the first modern rehabilitation center China Rehabilitation Research Center which is guided by the China Welfare Fund for the Handicapped is under way intensively in Beijing. The Center is expected to be completed in 1988.

The above mentioned change in Beijing could to certain extent represent the also rapid progress throughout the country.

ii. The education of rehabilitation medicine has been placed on the agenda only very recently. Rehabilitation is included in the curriculum only in three medical schools. A number of lectures and courses on rehabilitation medicine were given in various places in the past three years. No schools are yet available where physiotherapy and occupational therapy can be taught.

iii. The exchange of information is developing. The China Research Society of Rehabilitation Medicine was established in 1984, and the

first nationwide conference was organized in the same year. Achievements in researches on prosthetics have been reported on the meetings on medical engineering. The Association of Rehabilitation of China Fund for the Handicapped (China Association of Rehabilitation) was set up in 1986. It focuses its attention on orthopedic conditions and injuries. Specialists of rehabilitation medicine and rehabilitation engineering from other parts of the world have visited China and given lectures and exchanged information. Many professionals have been sent abroad to pay a short visit to get some general information on, to study and to exchange information on rehabilitation, while some have had long-term study. The national periodical Medicine Abroad - Physical Medicine and Rehabilitation has been published and distributed to introduce rehabilitation medicine abroad. Also have been published periodicals "China Rehabilitation" have been published periodicals "China Rehabilitation" and "China Rehabilitation Medicine". The first monograph Rehabilitation Medicine has been off press. The volume on rehabilitation medicine of Chinese Medical Encyclopedia is in the process of editing.

iv. The understanding of rehabilitation medicine is deepening and widening. The narrow concepts of "the third phases of medical care", "physical medicine", "sanatorium care" and "late care" have been changing gradually. The new concept of total care has received wider acceptance.

d. Education of Disabled Persons

Quite a few disabled persons did not have the opportunity to go to school, particularly to universities, as the health standards were high for the entrance. The "Circular on Wider Admission of Disabled Youth to the Universities and Better Assignment to Work After Their Graduation" issued jointly by the Ministry of Education, Ministry of Health, Ministry of Civil Affairs, and the State Planning Committee in 1985 stipulates that disabled persons who are independent and whose disabilities do not hamper the study of their chosen specialties and their work after graduation are allowed to take the entrance examination to the universities.

The ordinary primary and secondary schools have been open to disabled youth and children who are independent since the founding of the People's Republic of China.

There are about 500 schools of special education, of which more than 300 are schools for the blind, deaf and mute. Most schools for the blind, deaf and mute have only primary education, while a few of them junior secondary education (prefessional and non-professional). All provinces and autonomous regions except Xizang and important cities have these special schools. Education for mentally retarded children has been developing. There are more than 160 special classes and schools taking 3,257 mentally retarded children for education.

The Ministry of Education has decided to further develop special education. As a result, a new special department of medicine has been open to disabled persons at Bingzhou Medical School, Shandong Province in 1985. It provides a 5-year education of university level and has enrolled 56 disabled persons. Besides, a professional school for the disabled was set up at Shijiazhuang City by the Youth Association of Hebei Province in 1985. The school provides senior secondary education and more than 100 students are at school.

e. Vocational Rehabilitation

Disabled persons go to work after medical rehabilitation without prevocational assessment and training. Their ability is assessed by experience. In fact, these disabled persons are assessed and trained at work. This method has the disadvantage of lacking accuracy and scientific approaches. Nevertheless, it is simple, easy and cheap. Experience has shown that assessment by experience is usually correct in saying "yes" to decide the ability to work. However, it may go wrong in saying "no" because those who are in between "yes" and "no" are often refused to work as a result of underestimating their ability. In fact, many of them do have the ability to work.

No statistics are available concerning the number of disabled persons who have returned to work in rural area. In urban area, some disabled persons are lacking motivation to work because they are sufficiently paid to lead an average life without working. Among them are disabled servicemen and victims of injuries due to work. If they are excluded from the statistics, then more than half of the remaining disabled persons with working ability go or return to work. Conditions causing their disabilities are basically blindness, deafness-muteness, poliomyelitis and others.

There are three types of working place to provide jobs for disabled persons in urban area according to their sponsorship, namely; government-supported, community-supported, and jointly supported production units. As postulated by the "Circular on Taxation and Exempt from it for the Social Welfare Production Units Sponsored by the Ministry of Civil Affairs", income tax is not paid if disabled persons constitute more than 35% of the total of workers. In some provinces and cities, income tax is reduced proportionally according to the percentage of disabled persons among workers. The Circular also applies to similar production units not run by the Ministry of Civil Affairs. So far, more than 14,000 units of this kind are available throughout the country. In recent years, three new types of production units are emerging to provide jobs for the disabled. They are:

- i. production units sponsored by government enterprises only to provide jobs for offsprings of the staff,
- ii. cooperative production units in villages and small towns,
- iii. private production units owned by disabled persons.

It is the custom to call all above-mentioned units Social Welfare Production Units or Factories in China. There is no law which compulses every factory to take a small percentage of disabled persons and most of them have to work at social welfare production units.

The International Labor Office (ILO) distinguishes four types of production units (workshops) for disabled persons:

- i. workshop for preparation for competitive work,
- ii. sheltered workshop for long-term work,
- iii. workshop for homework,
- iv. production workshop, which is competitive in the market.

The social welfare production units in China belong to the latter three.

ILO distinguishes four types of work for the disabled:

- i. prime manufacture from raw material,
- ii. subcontracting (packing and assembly),
- iii. salvaging and reconditioning,
- iv. serving (typing, mailing, etc.).

The same applies to the work for the disabled in China.

f. Income Security

Those workers of government administrations or enterprises who become disabled due to work are paid full wages without working if they have doctor's certificates indicating that they are not able to return to their original types of work and there are no other types of work suitable for them. Those who become disabled because of diseases or injuries not related to work also receive full wages for half a year without working, after which they are paid 60% of their original wages if they remain off work.

Generally speaking, cooperative workers are not paid if they are off whatever the reasons except diseases or injuries due to work. There is, however, no unified rules or regulations for all cooperatives.

Disabled persons at work enjoy equal pay for equal work with non-disabled persons. They are paid according to the quantity and quality of their work.

Unemployed disabled persons are mainly supported by their families. They receive subsidies or reliefs from the government or society if their families have difficulties in supporting them.

g. Welfare Services

(Community Services and Institutional Services)

In rural area, those elderly, disabled, and orphans and other children who have lost working ability tremendously or completely or left unsupported are grouped or scattered and supported by the community, which is supplemented by governmental reliefs. They enjoy "Five Guarantees", i.e., they are guaranteed food, clothing, housing, medical care and burial expenses so that they may lead an average life. In addition, orphans are guaranteed education. These people amount more than 2.9 millions. There is no statistics how many of them are really disabled. For group supporting, there are 20,871 old folks homes, where more than 240,000 elderly live.

In urban area, the above-mentioned people are mainly gathered in social welfare institutions sponsored by governmental administrations of civil affairs. There are three types of such institutions; social welfare houses, children's homes, and homes for mentally disturbed. They total more than 920, where more than 70,000 people are supported.

h. Physical Environment

Taking action to improve the physical environment of disabled persons is only a very recent event. Special document was issued by the municipal government of Shenzhen City, Guangdong Province in July, 1985, which stipulates that public places should be of easy access for disabled persons. Some trial projects aiming at improveing the physical environment are under way in Beijing. In general, however, there are no accomodations specially designed for disabled persons sofar. Special law on the architectural designing of public buildings is still in the stage of its preparation, and public places are lacking special facilities, installations and equipment such as slope, special sanitary equipment, guide signals for the blind etc., which would have made access easy for the disabled.

Public transport is usually crowded and is therefore not suitable for the disabled, most of which with more than moderate difficulty in locomotion rely on hand-rolling or electric tricycles specially designed for them for long distance transportation.

i. Professional Training

Modern rehabilitation services have only a very short history in China. Very few professionals have a real command of the knowledge and skills of modern rehabilitation. A number of professionals who have been more or less involved in some aspects of rehabilitation do not have a comprehensive and correct understanding of rehabilitation. In view of this, there is a pressing need of training professionals, who should include:

- ° Administrators
- ° Medical professionals
 - Rehabilitation physicians
 - Physicians and surgeons of various specialties with special knowledge and skills in rehabilitation
 - Rehabilitation nurses
 - Physiotherapists
 - Occupational therapists
 - Speech therapists
 - Recreation therapists
 - Vocational counsellors
 - Psychologists
- ° Social workers
- ° Specialists of rehabilitation engineering

Lack of a comprehensive system of rehabilitation services has made training professionals difficult in China. At the present period, most basic professionals have to be trained in developed countries.

organized. Following are those lines along which it works:

- i. appealing to the society for caring for disabled persons and fighting for the making of various laws and stipulations by those administrations concerned;
- ii. sponsoring services for disabled persons;
- iii. raising funds and organizing and supervising their use;
- iv. studying and finding reassures of prevention of disabilities and publicizing them.

k. Issues and Problems

All disabled persons have their livelihood ensured at various levels under the support and care of the government since the founding of the People's Republic of China. Most disabled children except sever cases have the opportunities to have primary education, while most disabled teenagers junior secondary education, professional and non-professional. Universities are becoming more and more open to disabled persons. In urban area, the overwhelming majority of disabled persons except disabled servicement and victims of injuries due to work want to go or return to work, and more than half of them have the opportunity to get a job.

Despite the progress made in the rehabilitation services, there are a number of problems yet to be solved.

- i. Legislation is far from perfect and specific laws are to be made.
- ii. An organ of power and authority is yet to be established to coordinate various aspects of the service.
- iii. A nationwide long-term program is to be worked out.
- iv. There is a tremendous need for various professionals who are yet to be trained.
- v. Integration of rehabilitation medicine into whole medical care is yet to be strengthened, though there is already some interest and care shown by the general medical profession to the rehabilitation medicine.
- vi. Greater importance should be attached to the community-based rehabilitation.
- vii. Lacking financial resources.
- viii. Integration of disabled persons into various aspects of the life of the community, such as: daily living, education, recreation, employment, marriage etc., is to be strengthened.
- ix. Physical environment is yet to be improved.

JICA