

K

F-10
A4S

国
別
医
療
協
力
フ
ァ
ィ
ル

中
国

JICA

R105
907
MEA

LIBRARY



国別医療協力ファイル

中 国

37638*

JICA LIBRARY



1119688181

国際協力事業団

医療協力部



国際協力事業団

27638

目 次

目 次	i
表目次	iv
図目次	vii
略語表	viii
中国全図	x
第1編 国別概況	1
1-1 一般概況	1
1-1-1 自然環境	4
1-1-2 政治	5
1-1-3 経済	7
1-1-4 民族・宗教等	9
1-1-5 女性の状況	10
1-1-6 環境	11
1-1-7 その他	12
1-2 一般行政と国家開発計画	13
1-2-1 中央および地方一般行政組織	13
1-2-2 国家開発計画の概要	17
第1編参考資料	21
第2編 衛生行政	22
2-1 中央衛生行政と保健医療計画	22
2-1-1 中央衛生行政機構	22
2-1-2 中央保健医療計画	24
2-1-3 予算	25
2-2 地方衛生行政と保健医療計画	26
第2編参考資料	27
第3編 保健・医療事情	28
3-1 指標	28
3-2 人口	30
3-3 疾病・死亡	35
3-3-1 総論	35
3-3-2 各論	41
3-3-2-1 予防接種で防ぐことができる子供の感染症	41
3-3-2-2 下痢感染症	43
3-3-2-3 急性呼吸器感染症 (ARI)	44
3-3-2-4 結核・ハンセン病	44

3-3-2-5	コレラ	48
3-3-2-6	ペスト	48
3-3-2-7	肝炎	49
3-3-2-8	エイズ	50
3-3-2-9	性行為感染症	51
3-3-2-10	マラリア	52
3-3-2-11	地方性フッ素中毒	52
3-3-2-12	甲状腺腫	53
3-3-2-13	寄生虫病	54
3-3-2-14	住血吸虫症	55
3-3-2-15	栄養失調	55
3-3-2-16	成人病	58
3-3-2-17	事故による傷害等	60
3-4	保健対策活動	61
3-4-1	予防接種拡充プログラム (EPI)	61
3-4-2	下痢症対策 (CDD)	66
3-4-3	急性呼吸器感染症 (ARI) 対策	69
3-4-4	結核・ハンセン病対策	69
3-4-4-1	結核対策	69
3-4-4-2	ハンセン病対策	70
3-4-5	ペスト対策	71
3-4-6	エイズ対策	71
3-4-7	性行為感染症対策	73
3-4-8	マラリア対策	73
3-4-9	急性住血吸虫症対策	74
3-4-10	フッ素中毒対策	74
3-4-11	ヨウ素欠乏症対策	74
3-4-12	悪性腫瘍対策	75
3-4-13	母子保健・家族計画	77
3-4-13-1	母子保健	77
3-4-13-2	家族計画	77
3-4-14	コンピュータによる地方病 (風土病) 情報管理全国体系の成立	86
3-4-15	衛生検疫制度	87
3-5	医療施設	88
3-5-1	保健医療施設数	88
3-5-2	主な保健医療施設	89
3-6	医療従事者	91
3-6-1	医療従事者の構成	91
3-6-2	医療従事者の養成	93
3-6-3	全国地方医師調査	97

3-7	医薬品・医療器具・衛生材料	99
3-7-1	医薬品	99
3-7-2	医療器具	101
3-7-3	衛生材料	102
3-8	保健医療サービスの利用	103
3-9	保健・医療情報システム	103
3-10	医療保険制度	104
3-11	環境衛生	106
3-11-1	安全な飲料水	106
3-11-2	衛生施設	107
3-11-3	ゴミ処理・廃棄物処理	107
3-11-4	公害	108
3-12	労働衛生	111
3-13	試験研究機関	114
3-14	救急医療システム	115
	第3編参考資料	116
第4編 保健医療協力		117
4-1	協力要請機構	117
4-2	諸外国、国際機関、NGOの協力動向	117
4-2-1	概論	117
4-2-2	各論	120
4-3	わが国の協力状況	122
4-3-1	有償資金協力	123
4-3-2	無償資金協力	123
4-3-3	技術協力	124
	第4編参考資料	126

付属資料

表 目 次

表1-1	財政収支	8
1-2	行政区の種類	16
1-3	10ヶ年計画および8・5計画の主要な計数目標	19
2-1	保健医療分野への開発投資の推移	25
2-2	保健医療事業費の推移	26
3-1	主要保健指標の年次推移	28
3-2	他国との主要保健指標の比較	29
3-3	人口構成	31
3-4	出生率、死亡率、自然増加率	31
3-5	1992年主要疾病構成比	35
3-6	甲・乙・丙種伝染病	36
3-7	1992年甲・乙種伝染病の発病および死亡順位	37
3-8	各調査結果による乳児死亡要因	39
3-9	報告された4種のEPI対象疾患数	42
3-10	6ヶ月以内の乳児の栄養接種の方法	44
3-11	ハンセン病コントロールの経緯	46
3-12	ハンセン病施設と医療従事者の推移	47
3-13	1991年ハンセン病施設病床数および患者数	47
3-14	ハンセン病登録患者数	47
3-15	省別ハンセン病の推移	48
3-16	地域別、都市・地方別6～7歳児の伸長と体重(1985年)	57
3-17	1982年就学前児童の食物摂取	58
3-18	地域別成人病人口10万人対死亡数・死亡率	59
3-19	1992年全国疾病監視系統の事故死亡の 人口10万対報告死亡数、死亡率	60
3-20	計画免疫スケジュール	61
3-21	中国AFP観測状況(1993～1994)	65
3-22	CDD研修の種類・研修対象および重点地域	67
3-23	全国CDD研修推定受講者数	68
3-24	WHOおよびILEP加盟団体による ハンセン病援助動向(1987)	70
3-25	母子保健定期検診の頻度	77
3-26	一人っ子政策の仕組み(主柱:晩婚・晩産・少生・稀・優生)	81
3-27	各地区の計画出産条例による第2子出産規定	82
3-28	少数民族人口の推移	85
3-29	少数民族の人口(1990年)	86

3-30	全国医療施設数の推移	88
3-31	1992年省別保健医療施設・ベッド数	89
3-32	保健医療施設の職務内容	90
3-33	1992年全国医療従事者数	91
3-34	1992年省別医療従事者数	92
3-35	1992年省別人口 1,000人当たり医療技術者数	93
3-36	医科大学ごとの教育目標	95
3-37	高等医学院・中等医薬学校数および在学生数の推移	96
3-38	高等医学院・中等医薬学校卒業生数	96
3-39	地方医師の年齢層	97
3-40	地方医師の最終学歴	97
3-41	医師の専業・兼業の割合	98
3-42	医師の経験年数	98
3-43	地方医師の収入(1989年)	99
3-44	医療費支払い制度	105
3-45	廃棄物処理関連の国および市機関と職掌	108
3-46	監視センターの構成	111
3-47	1991年職種別職業病発生状況	113
4-1	D A C諸国および国際機関の開発援助額の推移	118
4-2	有償資金援助、無償資金・技術援助内訳	119
4-3	セクター別援助流入内訳	119
4-4	わが国の対中国O D A実績	123
4-5	わが国の有償資金協力実績	123
4-6	わが国の無償資金協力実績	124
4-7	1993年度迄に実施済および実施中のプロジェクト方式	125
	技術協力案件	

付表1	1992年全国疾病観測点報告による甲・乙種届出伝染病の 発病数、死亡数、致死率	127
2	1992年全国疾病観測点報告による甲・乙種届出伝染病の 人口10万対発病率、推定発病率、死亡率	128
3	1992年全国疾病観測点報告による都市部の甲・乙種届出 伝染病の発病数、死亡数、致死率	129
4	1992年全国疾病観測点報告による都市部の甲・乙種届出 伝染病の人口10万対発病率、推定発病率、死亡率	130
5	1992年全国疾病観測点報告による農村部の甲・乙種届出 伝染病の発病数、死亡数、致死率	131
6	1992年全国疾病観測点報告による農村部の甲・乙種届出 伝染病の人口10万対発病率、推定発病率、死亡率	132
7	1992年全国疾病観測点報告による人口10万対主要疾病報告 死亡数、死亡率	133
8	全国高等医学学校リスト	134

目 次

図1-1	中国の国家機構の概要	15
2-1	衛生部行政機構	22
2-2	行政段階別医療責任機構	23
3-1	中国の人口推移 (1949~1993年)	30
3-2	人口動態の推移 (1949~1993年)	32
3-3	中国TFRの推移 (1950~1992年)	33
3-4	1992年全国疾病観測点甲・乙種伝染病の発病・死亡構成比	38
3-5	1992年全国疾病観測点における都市部・農村部別疾病別死亡割合	39
3-6	1992年全国疾病観測点における都市部・農村部別死亡場所	40
3-7	ポリオ・ジフテリア罹患率の推移	41
3-8	麻疹・百日咳罹患率の推移	42
3-9	年齢別A・B型肝炎発病率	50
3-10	計画免疫管理および実施系統	62
3-11	エイズ予防体制	72
3-12	人口計画および人口目標管理責任体制	83
3-13	人口抑制のための目標図解	84
3-14	中国医学教育の概要	94
3-15	EPIワクチン分配システム	101
3-16	保健・医療情報の流れ	103
3-17	中国予防医学科学院研究組織図	114

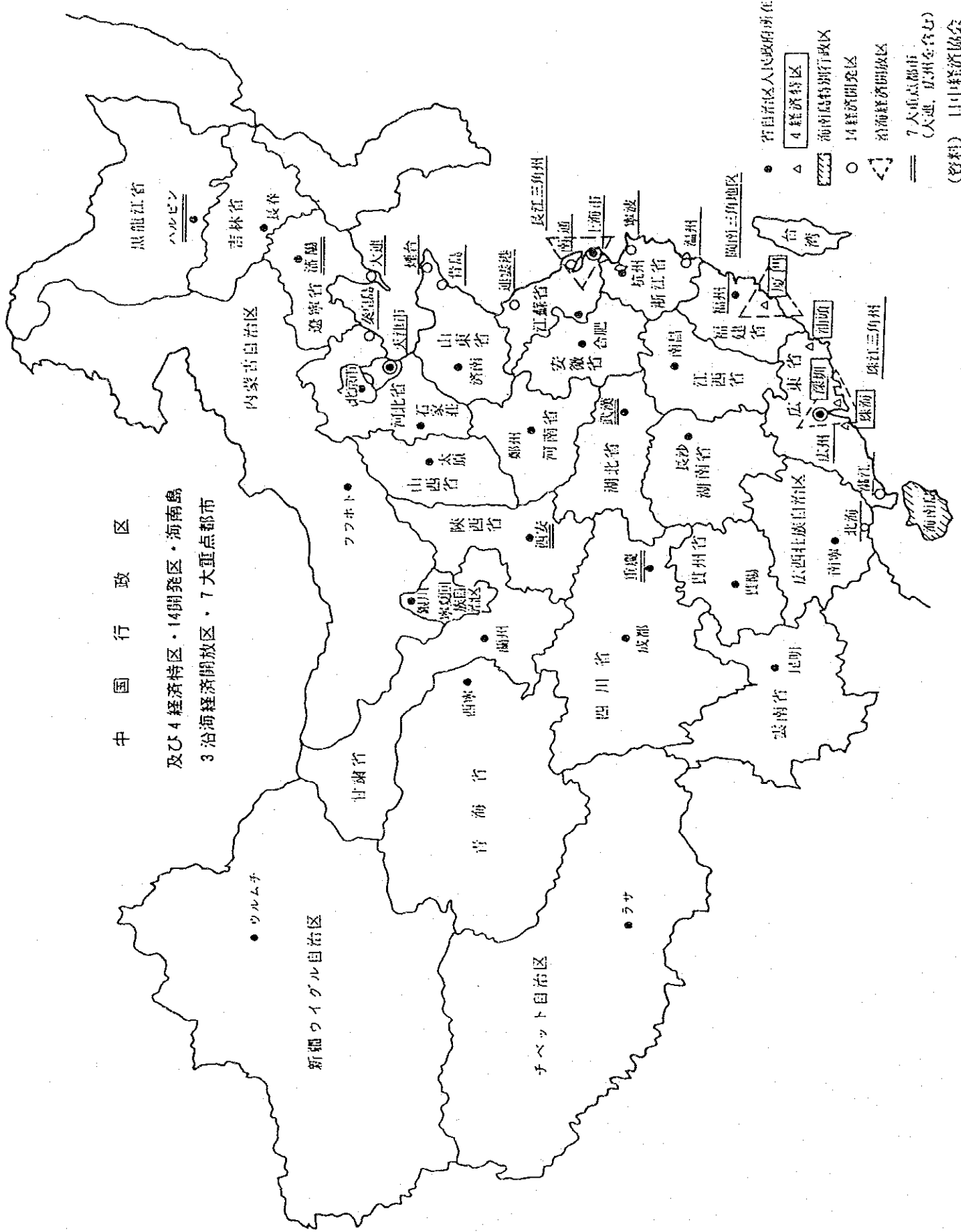
略語表

AIDS	エイズ（後天性免疫不全症候群） Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
BHN	ベーシックヒューマンニーズ Basic Human Needs
CDD	下痢症対策 Control of Diarrhoeal Diseases
CEU	欧州委員会 Commission of the European Union
DAC	（OECD）開発援助委員会 Development Assistance Committee
DPT	3種混合ワクチン（ジフテリア、百日咳、破傷風） Diphtheria/Pertussis/Tetanus
EPI	予防接種拡充プログラム Expanded Programme on Immunization
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immuno-Deficiency Virus
IDA	国際開発協会（第2世銀） International Development Association
IFDA	国際農業開発基金 International Fund for Agricultural Development
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
MCH	母子保健 Maternal and Child Care

NGO	非政府機関 Non-Governmental Organization
ODA	政府開発援助 Official Development Assistance
OECD	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
ORT/ORS	経口補水療法／経口補水塩 Oral Rehydration Therapy / Oral Rehydration Salts
PHC	プライマリーヘルスケア Primary Health Care
STD	性行為感染症 Sexually Transmitted Disease
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Program
UNESCO	ユネスコ（国連教育科学文化機関） United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNHCR	国連難民高等弁務官事務所 United Nations High Commission for Refugees
UNICEF	ユニセフ（国連児童基金） United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発事業団 United States Agency for International Development
WFP	世界食糧計画 World Food Programme
WHO	世界保健機関 World Health Organization

中国行政区划

及び4 経済特区・14 開発区・海南島
3 沿海経済開放区・7 大重点都市



- 自治区人民政府所在地
- △ 4 経済特区
- ▨ 海南島特別行政区
- 14 経済開発区
- ◁ ▷ 沿海経済開放区
- 7 大重点都市 (大連, 長沙, 重慶, 成都, 昆明, 西安, 蘭州)
- (資料) 日中経済協会

第1編 国別概況

1-1 一般概況

中国概況

1 正式国名	(和文) 中華人民共和国 (英文) People's Republic of China
2 独立年月日 旧宗主国	1949年10月1日
3 政 体	人民民主共和制
4 元首の名称	江沢民 国家首席 (1993年12月31日現在)
5 位置・面積	北緯4度～54度 東経135度～74度 9,561 千平方キロメートル*1
6 首 都	ペキン (北京)
7 総 人 口	1,185.2 百万人 (1993年) *2
8 民 族 等	漢民族 (92%) および55の少数民族
9 公 用 語	中国語 (漢語)
10 宗 教	仏教、イスラム教、キリスト教等
11 曆	<日本との時差> -1時間 <祝祭日> (1994年) *3 1月1日 新年 1月10～12日 春節 (旧暦正月) *5月2日 メーデー *10月1、3日 国慶節 (ナショナル・デー) * : 振り替え休日

出所 : 国別協力情報ファイル

*1 : World Development Report 1993, The World Bank

*2 : 1990年人口センサスより推計

*3 : World Holiday and Time Guide 1994

気 候

上段：平均水温 (°C)

下段：降水量 (mm)

	観測地	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
華北東北畑作農業区	北 京	-4.6	-2.0	4.4	13.2	19.9	24.2	25.9	24.4	19.4	12.5	4.0	-2.4
		3.0	7.4	8.7	19.4	33.1	77.9	193	212	57.1	24.1	6.7	2.6
東南水田農業区	武 漢	2.9	4.8	9.9	15.8	21.6	25.5	28.8	28.5	23.2	17.4	11.0	5.1
		29.8	50.9	90.4	148	132	175	181	152	90.7	53.1	63.0	35.2
青蔵高原農業区	ラ サ	-1.7	1.4	4.6	8.1	12.3	16.2	16.1	15.5	13.9	9.0	3.3	-0.7
		0.0	3.4	3.4	4.0	21.6	70.3	138	132	64.5	7.5	1.8	0.0
西北内陸農業区	酒 泉	-9.6	-5.8	1.9	9.4	15.6	20.1	21.8	20.7	15.0	7.4	-1.0	-7.6
		1.7	2.5	2.9	5.3	9.1	10.6	20.5	17.0	10.5	1.7	1.9	1.4

出所：国別協力情報ファイル 国際協力事業団 1994 P3018

教育概況

義務教育	7～16歳の9年間（初等教育および中等教育）*1
就学率	（標準就学年齢人口に対する総就学者の比率） 初等教育：100%（1988～90年）（女児128%）*2 中等教育：48%（1988～90年）（女児41%）*2 高等教育：2%（1988～90年）（女児1%）*2
成人の 非識字率	27%（1990年）（女児38%）*2

出所：国別協力情報ファイル 国際協力事業団 1994 P2038

*1；Statistical Yearbook 1991 UNESCO

*2；Human Development Report 1993 UNDP

経済指標

1 主要経済指標の推移	年	(1989)	(1990)	(1991)
	GDP (百万ドル)	417,830	364,900	369,651
一人当たりGNP (米ドル)	350	370	370	
GDP実質成長率 (%)	3.6	4.8	N.A.	
消費者物価上昇率 (%)	16.3	1.3	N.A.	
失業率 (%)	2.6	2.5	2.3	
貿易 (百万ドル) (1991年)	貿易収支 : 8,743 輸出額 : 58,919 主要相手国 : 香港 (44.8%) 輸入額 : -50,176 主要相手国 : 香港 (25.7%)			
経常収支 (百万ドル)	-4,317	11,997	13,272	
対外債務残高 (百万ドル)	37,043	52,555	60,802	
債務返済比率 (%)	9.8	10.3	12.1	
外貨準備高 (百万ドル)	23,053	34,476	48,165	
2 通貨 (1992年10月末)	通貨単位 : 元 (Yuan : 略号 Y) 1 ドル = 売 5.8013 Y 買 5.7723 Y			
3 会計年度	1月1日～12月31日			

出所 : 国別協力情報ファイル 国際協力事業団 1994 P0008

1-1-1 自然環境

(1) 国土

中国の国土面積は約960万平方キロ（台湾省を含む31省区市面積）で、世界陸地総面積の約7パーセント、アジアの約35パーセントを占めている。国土は経度差が約60°、緯度差が約50°で、東西両端の時間差が約4時間ある。

隣接する国はロシア、モンゴル、ベトナム等12ヶ国にのぼり、国境総延長は約2万2,800キロある。南東は、黄海など3つの海に面し、大陸の海岸線の長さは約1万8,000キロ、領海約420万平方キロが広がっている。

地形は、山地・高原・丘陵・盆地・平原が複雑に入り交じり、山地・高原・丘陵が約7割、盆地・平原が約3割に分かれる。山脈が東-西、東北-西南、西北-東南、南-北の4方向に入り交じり、陸地を網の目状に区切っている。高原は青蔵・内蒙古・黄土・雲貴の4大高原が広がっている。丘陵は山東・江南・浙閩・両広が主な4丘陵で、その他、随所に小丘陵がある。盆地は四川・タリム・ジュンガル・ツァイダムを4大盆地といい、四川盆地以外は新疆自治区と青海省にあり、大きな砂漠を抱えている。平原は、東北・華北・長江中下流域を3大平原といい、その他5ヶ所にややまとまった平原がある。地勢（地面の起伏の趨勢）は、西は海拔4,000メートル以上の山地から東は0メートルの海へ4つの階段をもつ“西高東低”の“4段階伏地勢”になっている。

(2) 気候

世界最大の大陸・海洋に臨んでおり、国土が広く、地形が複雑なため、亜寒帯気候区から熱帯気候区まであり、海洋性から大陸性まで多種多様な気候を備えている。南海諸島は一年中夏で広東、広西、福建、雲南南部は夏が長く冬がない。黒竜江省と内蔵省は冬が長く夏が短い。その他の地域は冬は寒く夏は暑く、比較的四季がはっきりしている。季節風が顕著で、冬季は北から、夏季は南からの風がよく吹く。乾燥・半乾燥地帯が国土の半分以上を占めている。年間降水量は東から西へ、南から北へと移行するにつれて少なくなり、400mm以下の地帯は西北辺境地区で大部分が砂漠・草原地域である。一方南海諸島のよう

に2,000mmを越すところもある。

気温は、北端・黒竜江省の漠河の1月の平均気温が-30℃、最低記録は-52.3℃、西部の新疆自治区のトルファンの7月の平均気温が+33℃、最高+40℃に達する。とくに冬季は朝昼晩の気温日較差が非常に大きく、また夏季は全国的に高温で地域格差は僅かである。

高温と多雨がしばしば同時に訪れ、降水は東南沿海から西北内陸へ行くにつれ減っていく。年間平均降水量は630mmと日本（約1,700mm）の1/3だが、年間総量は6兆立方メートルと日本（約6,750億立方メートル）の約10倍ある。これを人口1人当たりで比較すると、中国は約5,000立方メートル、日本は約6,000立方メートルである。

降水時期は大部分の地域で5～10月に集中し、この時期の降水量は年間の50～80パーセントにのぼる。華北・東北平原は7～8月に集中豪雨が目立つ。梅雨は6月中旬より7月上旬で、この間の降雨量は全降雨量の70パーセントに達する。なお華北・西南地方では、2月中旬から4月上旬にかけて“菜種梅雨”がある。

日照時間は年平均1,000～3,000時間以上で、太陽総放射熱量は年平均80～200kcal/cm²である。

1-1-2 政治

(1) 政体

人民民主共和制（中国共産党の指導する社会主義国）

(2) 立法機関

全国人民代表大会（全人代）一院制

国家の最高権力機関で、各省、直轄市、自治区および人民解放軍選出の2,978名の代表よりなる。常設機関として全国人民代表大会常務委員会がある。任期は5年で、5年に1回代表の選出を行い、5年の任期内に原則的に毎年1回会議が開催される。1954年に第1期全人代第1回会議が建国後初めて開催された。

職権は、1)憲法の改正、2)憲法実施の監督、3)基本法律の制定・改正、4)主席・副主席の選出、5)国家主席の指名に基づく国務院総理の決定、総理の指名に基づく副総理・国務委員・各部部长・各委員会主任・会計検査長・秘書長の決定、6)中央軍事委員会主席の選出、7)最高人民検察院検察長の選出、8)国民経済・社会発展計画と計画執行状態の報告の審査・承認、9)国家予算と予算執行状況の報告の審査・承認、10)全人代常務委の不適当な決定の改正・あるいは破棄、11)省（自治区・直轄市）設置の承認、12)特別行政区の設置とその制度の決定、13)戦争と平和の問題の決定、14)最高国家権力機関としての行使すべきその他の職権、となっている。

(3) 行政機関

国務院（中央人民政府）が全人代の執行機関（中央政府・内閣）である。総理（李鵬）、副総理（姚依林ら3名）、国務委員（李鉄映ら9名）、秘書長の他、下部に41の部、委員会等（日本の省にあたる。外交部等31部、国家計画委員会等8委員会、会計検査署および中国人民銀行）がある。

(4) 近年の政情

1976年の「4人組」失脚、1978年12月の中国共産党第11期3中全会以来、実務派テクノクラートが政治・経済の主要なポストを占め、鄧小平、胡耀邦、趙紫陽の3氏を中心として近代化政策を推進してきた。1979年3月、鄧小平は堅持すべき「4つの基本原則」として、1)社会主義の道、2)人民民主主義独裁、3)党の指導、4)マルクス・レーニン主義・毛沢東思想の4原則を提起した。この4原則は1982年12月に採択された現行憲法の前文にも取り入れられた。

1987年1月、党中央政治局拡大会議で胡耀邦氏が党書記を辞任し、以後趙紫陽首相が総書記代表を兼任してきた。1987年10月25日より第13回党大会が開かれ、趙紫陽氏が総書記に選任された他、鄧小平、陳雲、彭真氏といった長老達や、いわゆる保守派の論客とされた胡喬木、鄧力群氏が中央委員を退き、党指導部の大幅な若返りが実現した。

1989年4月15日、胡耀邦元総書記の死を契機に学生、知識人を中心とする大規模な「民主化要求」運動が北京で起こり、5月のゴルバチョフ訪中による中ソの和解という歴史的な事件の間にも継続された。この民主化要求運動に対して党中央の理解が「愛国的」と「動

乱」に分かれ、「動乱」とする保守・慎重派は人民解放軍と結んで5月20日、新中国成立以来初めて首都北京に戒厳令を発動した。民主化要求運動と人民解放軍の対峙は、遂に6月3日深夜から4日未明にかけて「天安門広場」に座り込んだ「運動隊」を解放軍が戦車と実弾で掃討するという事態に陥った（6・4事件）。民主化要求運動は、保守・慎重派が押さえ込んだ結果となった。同月末開催された第13期4中全会において、趙紫陽書記は「『動乱』を指示し、党を分裂させた」として全職務を解任され（党籍は保留）、「解放軍による掃討」を命令した責任をとる形で鄧小平党軍事委員会主席が退任し、後任に江沢民総書記が就任した。

1989年末頃から共産党員、特に幹部と大衆の結びつきを強め、経済調整で成果を上げて民生の安定をはかるべきであるとの考え方が強調されるようになり、1990年3月前半の党6期全会では「党と大衆の強化に対する決定」が採択された。続いて3月末から開催された全人代第3回会議では、改革・解放政策の不変を改めて確認し、政治・経済・社会の一層の安定の必要性を強調しつつ、経済建設、民生安定重視が打ち出された。

1991年からは国民経済・社会発展10ヶ年計画および第8次5ヶ年計画が開始され、1992年10月の第14回党大会では鄧小平の唱える「社会主義市場経済」との新しい概念を導入、市場化路線の定着を中心に経済建設最優先の方針の堅持を確認した。

1993年3月に北京で開催された第8期全国人民代表大会第1回会議では、国家首脳人事の決定、前述の第14回党大会が提起した社会主義経済の確立に向け、次の7点を強調した。1) 国有経営企業の転換、2) 生産財、金融、労働力、不動産等の各種市場の育成、3) 価格改革、4) 労働・賃金制度の改革と個人所得税の強化、5) 社会保険制度の整備、6) 計画、投資、財政の改革、7) 金融体制価格、である。

また、同年11月に開催された第14回中央委員会第3回全体会議では、1978年来の社会主義市場経済のあり方の見直し、新体制の実施にむけての今後の方針がまとめられ、貧富の差をなくすために個人所得の徴税整備・年金・失業保険・医療保険など社会福祉の増加も検討された。

(5) 人権

1991年11月、中国初の人権白書である「中国の人権状況」が公表された。内容的には、「人権はなによりも人民の生存権である」として、帝国主義列強の侵略をはねかえし独立を勝ち取った現体制の成果を自賛していること、反革命罪が存在するにもかかわらず中国にはいわゆる政治犯はいないとし、西側諸国による中国の人権抑圧に対する批判を「他国への干渉と強権外交の推進」と批判していること等が中心で、その第一目的は人権問題での西側諸国の批判に反論することであった。

1-1-3 経済

(1) 一般状況

E I Uの1992年の報告によると、中国のGNP実質成長率は1987年以降、11.0、10.8、3.9、5.0、7.0パーセントとほぼ順調に推移している。1991年は当初、経済成長率の目標を1990年並の6.0パーセントを設定していたが、工業生産総額が14パーセント増と好調であったことから7.0パーセントを記録した。また、1991年の農業生産は食料生産が好調であったことから史上第2位の豊作となった。

また、世界銀行によると国内貯蓄率は1986年36パーセント、1987年38パーセント、1988年37パーセント、1989年36パーセントと一定の水準で推移してきたが、1990年には43パーセントと増加し、1991年には39パーセントとなった。

1人当たりGNPは、1991年に370ドルで、1992年の成長率は12.8パーセントと高い数値を示した。1993年の第8期全国人民代表大会において李鵬総理は社会主義市場経済体制の確立を強調するとともに、第8次5ヶ年計画期間中のGNPの年平均伸び率を、当初設定の6パーセントから8～9パーセントに上方修正することを表明した。また、2000年までにGNPを1980年の4倍にする長期目標を、3年繰り上げて1997年に到達することを示した。

中国は国家統制価格制度をとっていたため、1970年代までは事実上インフレはなかった。1980年代に入り、不都合な価格体系を是正するため価格自由化等の価格改革が部分的に実施され、全国小売物価上昇率は農産品等の価格改革案の発表された1988年において、年率20.7パーセント（都市：21.3パーセント、農村：17.1パーセント）、品目別では食料品、中でも肉野菜類が30パーセント以上と急騰した。1989年に入っても、1～6月平均で前年同期比25.5パーセントと依然高い上昇率を見せた。しかし、その後月毎に上昇率が低下し、12月では前年同月比6.4パーセント増となり、全年を通じて16.3パーセント増と上昇率は若干低下した。これは政府の物価監視体制強化や価格が自由化された商品の一部に対する管理制度の導入、預金金利の引き上げ、公債発行等を通じた民間の手持ちの現金の吸収などの措置によるものである。なお1990年のインフレ率は1.3パーセントと当初予想を大きく下まわった。

1992年は国有企業の設備投資等が増加し、これを支えるために通貨供給と銀行融資が増加した。さらには価格の自由化の進展が重なったことからインフレが始まった。このような中で1993年上半期の国内総生産が昨年同期比13.9パーセント伸び、景気が一段と過熱していることが明らかになったため、政府は銀行預金、貸付金利の一斉引き上げなどの金融引き締め政策を本格的に開始した。

(2) 国家財政および金融

中国は企業・財政改革の一環として、企業利潤の上納制を租税納付制に改め、地方政府の徴税権限を拡大した。これは国営企業の自主権の拡大、納税後の利潤の使用決定権限譲渡による活性化を図ったものであるが、結果的には財政収入のペースが減少した。また、農村改革に伴う食糧買上げ価格の上昇、都市住民への補助金増大、価格改革に伴う補填等が財政支出を増大させている。更に、企業の倒産を防ぐための赤字企業への補助なども財

政を圧迫させている。このため、1979年以来、1985年を除き毎年財政赤字が続いている。1988年末、中国政府は今後2～3年間は財政引き締めを継続する方針を決定したが、1990年度の赤字額は1979年に次ぐ巨額なものとなった。さらに1991年は大水害の発生に伴う収入減・支出増により、最終的には年初見込みの123.5億元よりも多い200億元の巨額に達した。この赤字拡大要因としては補助金支出の増加、景気停滞による税金・上納利潤の伸び悩みが挙げられる(表1-1)。

表1-1 財政収支

単位：10億元

	1988	1989	1990	1991	1992	1993
歳入	262.8	294.8	331.3	361.1	418.9	452.2
税金	239.1	272.2	282.2	299.0	329.1	358.9
企業収入*1	-39.5	-53.6	-50.1	-43.5	-44.6	-38.9
借入	27.1	28.3	37.5	46.1	66.7	63.9
歳出	270.0	304.0	345.2	381.4	443.0	472.7
基本建設支出	63.3	62.6	72.6	74.0	79.6	88.5
国防費	21.8	25.1	29.0	33.0	37.8	42.5
文化・保健・教育	48.6	55.3	61.7	70.8	79.0	85.2
行政管理費	23.9	28.5	33.3	37.6	43.1	44.5
価格補給費	31.7	37.3	38.1	37.4	32.2	37.3
債務返済	7.7	7.2	19.0	24.7	43.7	35.0
収支	-7.9	-9.2	-13.9	-20.3	-24.1	-20.5

注：*1；企業収入から企業への政府補助金を差し引いたもの

出所：China Statistical Yearbook, State Statistical Bureau,
Lin Zhongli's Budget Report 1993

1990年、中国は1988年以来の厳しい経済調整によって停滞している経済を回復させるため、それまでの総需要抑制や輸入抑制といった経済調整政策の構えは崩さなかったものの、内実には景気浮揚策へと転換が図られた。経済活動を活性化するため、1990～91年には銀行貸出量の増大、金利の引下げ等の金融緩和措置や、一部製品価格の値下げにより、生産と消費、投資を刺激するなど思い切った金融政策がとられ、その結果、1990年後半から景気回復のきざしが見え始め、1991年は着実な経済成長をとげた。

なお、貯蓄金利は1986年7.2パーセント、1987年8.64パーセント、貸出金利は、1986年7.92パーセント、1987年8.28パーセントとなっている。

マネーサプライは1986～90年まで7億9,574万ドル、9億6,021万ドル、11億3,931万ドル、14億6,819万ドル、18億5,989万ドルと増加しているが、1989年以降その伸びは抑制されており、それと共にインフレが沈静化している。しかし、1992年より価格の自由化の影響で再び引き締め政策に転じ、預金、貸付金利等を引き上げた。このように、過熱と引き締めに繰り返している。

(3) 国際収支

世界銀行の1993年の報告によると、1987年に3億ドルの黒字に転じた経常収支は、1988年に再び約39億ドルの赤字となり、1989年も引き続き43億ドルの赤字であった。しかし、1990、91年は輸出が好調であったため貿易収支が大幅な黒字となり、さらに貿易外収支、移転収支も順調に増加したことから、経常収支は1990年には119.97億ドル、91年はそれをさらに上まわって132.72億ドルの黒字となった。しかし1992年には64.2億ドルに低下した。

外貨準備高は1986年164億1,700万ドル、87年224億5,300万ドル、88年237億5,100万ドル、89年230億5,300万ドルと87年以降230億ドル台で推移していたが、90年には貿易収支の黒字、観光収入の回復などにより大幅に増加し344億7,600万ドルに達した。この増加傾向は1991年も続き、481億6,500万ドルとなっている。輸入カバー率は1987年から順に6.7ヶ月、5.0ヶ月、4.4ヶ月、7.4ヶ月、10.1ヶ月となっている。

(4) 対外債務

同じく世界銀行の1993年の報告によると、中国の対外債務は近年増加を続け、1980年の83億5,800万ドルから91年には608億200万ドルとなっている。これらは全て公的債務である。また、対外債務残高が1989年には447億9,100ドルと減少し、92年には外貨準備高も増加し、債務返済圧力の軽減につながっている。中国はここ数年来、対外債務に対する管理を次第に強化しており、国家外貨管理局の一元的管理体制が確立され、各部門、企業とも対外借入と返済は徐々に軌道に乗りつつある。

1-1-4 民族・宗教等

(1) 民族

中国は多民族国家で、56の民族で構成されている。全人口のうち約92パーセントは漢族で占められている。漢族以外は少数民族と呼ばれ、回族、モンゴル、ウイグル、チベット族等55の民族がある。内蔵、新疆等の少数民族が集居している地域は少数民族自治地区と呼ばれており、国土の63.8パーセントにわたっているが、山岳、丘陵、草原、森林地帯が多く、開発が遅れている。

中央政府は少数民族保護政策を行っている。たとえば「自治区」には「外貨保留率」が50パーセントまで（省・直轄市は25パーセント以下）認められている。「自治州・県」では一部の特需商品には「価格補助金」が与えられ、「少数民族経営の工場」には「原料の割増配給」等の措置をとっている。経済的な保護政策の他に教育・文化の面における保護政策も行っている。中国各地（北京市、甘肅省、四川省、湖北省等）に少数民族の幹部を養成する学校が10校設けられている。

(2) 宗教

宗教は、仏教、道教、回教、ラマ教等の伝統的な宗教の他、19世紀以後伝来したキリスト教等がある。漢族は主に仏教、道教、少数民族は回教、ラマ教を信仰する者が多いといわれる。

中国政府は1954年、憲法第88条において「中華人民共和国公民は、宗教・信仰の自由を有する」と規定した。しかし、1966年から10年間の文化大革命時代に宗教は「四旧」の対象とされ、寺院、教会はほとんど破壊あるいは封鎖され、仏像は砕かれ教典は燃やされ、多くの僧侶や神父は還俗させられた。1982年の新憲法において再び信仰の自由が明確にされ、文化大革命時代に破壊された寺院等の修復事業も進められている。

1-1-5 女性の状況

中華人民共和国設立前は、童養媳（将来息子にめあわせるために買ってくる幼女で家内労働に酷使した一種の女奴隷：売買婚）や賃借妻等がみられた。これらの封建的婚姻制度から女性を解放するため、1949年には女性に投票権が認められ、1950年には「婚姻法」が制定された。

その後、中国は女性の地位向上の為に長い道のりを歩んできた。現在でも、中国における女性の社会的地位は男性と同等にはなっていないが、それでも、この変化は特筆すべき改善といえる。今後とも女性各人の権利の受益を確立するため、継続した弁護と開発行為が必要である。

UNICEFの報告によると、中国における女性の法的権利は非常に強力である。1982年の条項第48条では「国家は男女同一労働、同一支払いの原理を適用し、女性の権利と利益を保護する」としている。また、1988年7月12日に「女子労働者および職員の労働保護に関する法則」と「女子労働者および職員の労働保護に関する準則」が公布された。

男女平等の原則は、結婚と選挙に関するその他の法律にも現れている。婚姻法では、結婚する当事者両者は、「生産、仕事、学業および社会活動への参加の自由を有しており、一方が他方を抑制・妨害することは許されない」と明文化している。全中国女性連盟に属する女性グループは、中国の強大な女性労働力のための労働者保護条例の設立を全中国貿易協会および衛生局に働きかけてきた。1992年、女性の権利と利益を保護するための包括的な条例が全国人民代表大会で採択された。

女性の経済への参加はとても高く、労働力は同等のものである。1990年には15才以上の女性グループ3億9,900万人のうち2億9,400万人が経済活動に参加しており、ほとんど全ての主要産業分野に参加（農業分野47パーセント、産業分野43パーセント、保健・健康分野53パーセント、貿易・サービス分野47パーセント、科学・技術的分野サービス37パーセント、財務分野40パーセント、交通・通信分野19パーセント、教育・文化41パーセント）等、労働力の45パーセントを担っている。いずれにせよ、1990年時点の全女性の52パーセントが労働者からなっており、そのうち12パーセント弱が管理者である。女性管理者の構成が10パーセントを超えた1982年以降の後期における発展は緩慢であった。

農村部の女性は、農業、小規模生産業、郷鎮企業に従事している。経済全体の発展に伴う集団農場の共同生産体制の崩壊により、通常は男性が家長となる形式の中での女性の経済的自立性は減少していると考えられる。女性の社会的地位の問題は、多くの地域において、男の子供が好まれるという固執にも現れている。人口センサスおよびその他の調査では、女兒よりも男児が多く報告されており、特に若い年齢（0～4才児）のグループ（男

児110に対して女児100)、二人目、三人目の子供にその傾向が強く見られる(数値は戸籍登録による)。

なお、1995年9月4～15日に、北京にて第4回世界女性会議が開催され、世界中で女性の地位向上の障害として認識される「重要関心分野」の「行動綱領」を採択する。中華全国婦女聯合会では、世界女性会議の開催に向けて以下の3大事業を行っている。

- 中華女子大学の開校
- 中華全国婦女聯合会本部建物の新設
- 中国婦人活動センターの設立

1-1-6 環境

中国の環境は2つの分野において危機に直面している。第一は自然資源の基盤である。とりわけ早急な解決を必要としている重大問題として北部の水資源の減少、また森林、沿岸湿地帯や野生動物生息地の消失、耕作可能な土地を他の目的で利用するという農地転用や耕地の劣化等が挙げられる。

第二の問題は環境汚染であり、これは更に緊急の対応を要している。中国政府はこの分野での最大の問題は都市の大気汚染と水質汚染、農村部の産業公害と騒音であると考えている。この他の重要な問題としては、農村部の水に含まれる汚染物質、屋内の空気汚染、酸性雨、産業および家庭固形廃棄物の処理、有害廃棄物、自動車の排気ガス、そして温室効果ガス(二酸化炭素)等がある。

中国の石炭は世界の埋蔵量の11パーセントを占め、中国のエネルギーシステムの中核であり、全産業用エネルギーの75パーセントを供給している。これはほとんど工業部門で利用されている。米国や旧ソ連も豊富な石炭の埋蔵量を有しているが、石炭は産業用エネルギーの約25パーセントにすぎない。

長年にわたって中国政府はエネルギー開発は石炭に依存すると言明してきた。この政策は石炭の埋蔵量が十分であるとの推定に基づいていたが、埋蔵量は劇的に減少している。1987年には中国で採掘される石炭埋蔵量は7億3,000万トンと見込まれていたが、新しい調査では1億1,400万トンと推定されている。

石炭の問題点のひとつは環境と人間の健康に対して有害なことである。採鉱による土壌の劣化、酸性の鉱滓や洗炭から発生する廃棄物による地下水や地表水の汚染、酸性雨、深刻な大気汚染等は、全て中国が石炭に依存してきたことによって生じた副産物である。

現在、中国政府はエネルギー開発を国の環境目標と明確にリンクさせており、水力発電、原子力発電、天然ガス、代替エネルギーの開発をする一方で、すでに広く利用している石炭の効率的利用の推進を計画している。

中国農村部では燃焼効率の良い調理用コンロが普及し、全世帯の2/3にあたる1億5,000万の世帯が旧式のコンロより30パーセント燃焼効率のよいコンロを使用している。また、新材の供給を増やすために大規模な植林計画を行うことを継続しようとしている。過去40年にわたって中国で植林された3,800万ヘクタールのうち、ほぼ600万ヘクタールが特に新材用として植林されている。

さらに過去20年間、中国は農村部のバイオガス計画を推進してきた。コンクリート製ダイジェスターを使用して動物や人間の排泄物をスラッジに変え、肥料やメタンの豊富な調理用ガスとして利用されている。1989年には500万ものダイジェスターが稼働していたが、供給原料の不足によりダイジェスターによるバイオガス生産のペースが落ち、多くの場合、バイオガスではなく高品質な肥料を生産するために利用されている。

1-1-7 その他

中国共産党11期3中全会において、農村における経済改革の方向が策定され、「生産請負制」の導入により人民公社の解体が進められた。これは集団主義的農業を廃止し、「包乾到戸」と呼ばれる自主的経営権をもった家族的小農経営を復活させ、農民に生産拡大のためのインセンティブを付与するものであった。

しかし、人口の都市流入を防止する制度でもあった人民公社の解体は、人口の都市集中を促進する契機となり、農村から都市への人口移動が加速されている。とりわけ農村からの出稼ぎ者、個人営業者、行商人など、いわゆる「流動人口」が都市部に押し寄せており、公式報道によると、その数は全国で5,000万人に達するという。

この「流動人口」は都市部で不足する労働者の補完機能を果たし、いまでは中国経済に欠かせない存在となっている。しかし、人口の都市集中化は水道、電力、交通、通信、環境、衛生などの供給・受入能力を低下させ、「流動人口」の都市定着はさらに膨大な都市開発、住宅建設資金を必要とする。「流動人口」の増加による治安の悪化、健康水準の悪化も伝えられており、人口の都市集中は、元来脆弱な都市のインフラ、ユーティリティ問題をさらに困難なものとしている。

一方、農村部では、人民公社の下で農場に勤務していた時には医療保険が利用できていたが、生産請負制への移行に伴い医療保険が無くなり、収入の少ない農民は医療費用の負担が重荷となっている。

1-2 一般行政と国家開発計画

1-2-1 中央および地方一般行政組織

(1) 中央一般行政

中国は中華人民共和国憲法により、「労働者階級の指導する労農同盟を基礎とした、人民民主主義独裁の社会主義国家である」（憲法第1条）と規定されている。

全国人民代表大会は、中国最高の国家権力機関であり、各省、自治区、直轄市、人民解放軍の代表により構成される。任期は5年間で、原則として年1回開かれる。任務は、憲法改正、法律制定、首相・官僚の任命、国家経済計画・予算の承認等である。

中華人民共和国の主席と副主席は全国人民代表大会で選出される。全国人民代表大会の常設機関として全国人民代表大会常務委員会が設置されている。

国務院、つまり中央政府は、最高の国家の行政機関である。国務院は全国人民代表大会（大会の閉会中は全国人民代表大会常務委員会）に対して責任を負うとともに、その活動を報告する。国務院は総理1名、副総理5名、国務委員11名、各部部长・委员会主任45名、審計署審計長（会計検査署会計検査長）、秘書長によって構成される。国務院の毎期の任期は全国人民代表大会と同じである。

国務院会議として国務院常務会議および国務院全体会議があり、総理が召集・主宰する。国務院会議は総理、副総理、国務委員、秘書長によって構成され、国務院の日常指導機関としての役割を担っている。一方、国務委員全体会議は全閣僚で構成され、重要問題の決定を行う。国務院の職権は以下のような内容である。

- 1) 憲法、法律、法令に基づいて行政措置を規定し、決議、命令を発令し、かつこれらの決議や命令の実施状況を審査すること
- 2) 全国人民代表大会とその常務委員会に議案を提出すること
- 3) 各部、各委員会、その他の所属機関の活動を統一的に指導すること
- 4) 国家経済計画と国家予算を編成し、執行すること
- 5) 国家利益を保護し、社会秩序を維持、一般国民の権利を保障すること
- 6) 省、自治区、直轄市、自治州、県、自治県、市の区画設定を承認すること
- 7) 法律の規定に基づいて、行政要員の任免をおこなうこと等

国務院各部の部長、各委員の主任の権限および地位は対等である。委員会の業務は比較的整合性を帯びて、多くの関連部門との連絡を必要とするため、多くの委員を必要とするのに対し、各部の業務は比較的専門性を帯びている。この他、国家の行政活動に含まれるが、各部・委員会で処理できない問題を処理するために直属機関が設置されている。これらの直属機関は担当する業務の性質、規模から部に昇格するほどの条件を備えていない点で部、委員会と区別される。直属機関のうち独立性の弱いものには国務院宗教事務局、国務院参事室などのように国務院の名を冠し、独立性の強いものには国家環境保護局、国家統計局、国家物価局のように国家の名を冠する。

中国共産党は憲法の序文において社会主義国家建設の前衛であり、指導的役割を担うこ

とが書かれており、政府、人民解放軍その他の組織内における党組織を通じて、党の組織指導を実現している。

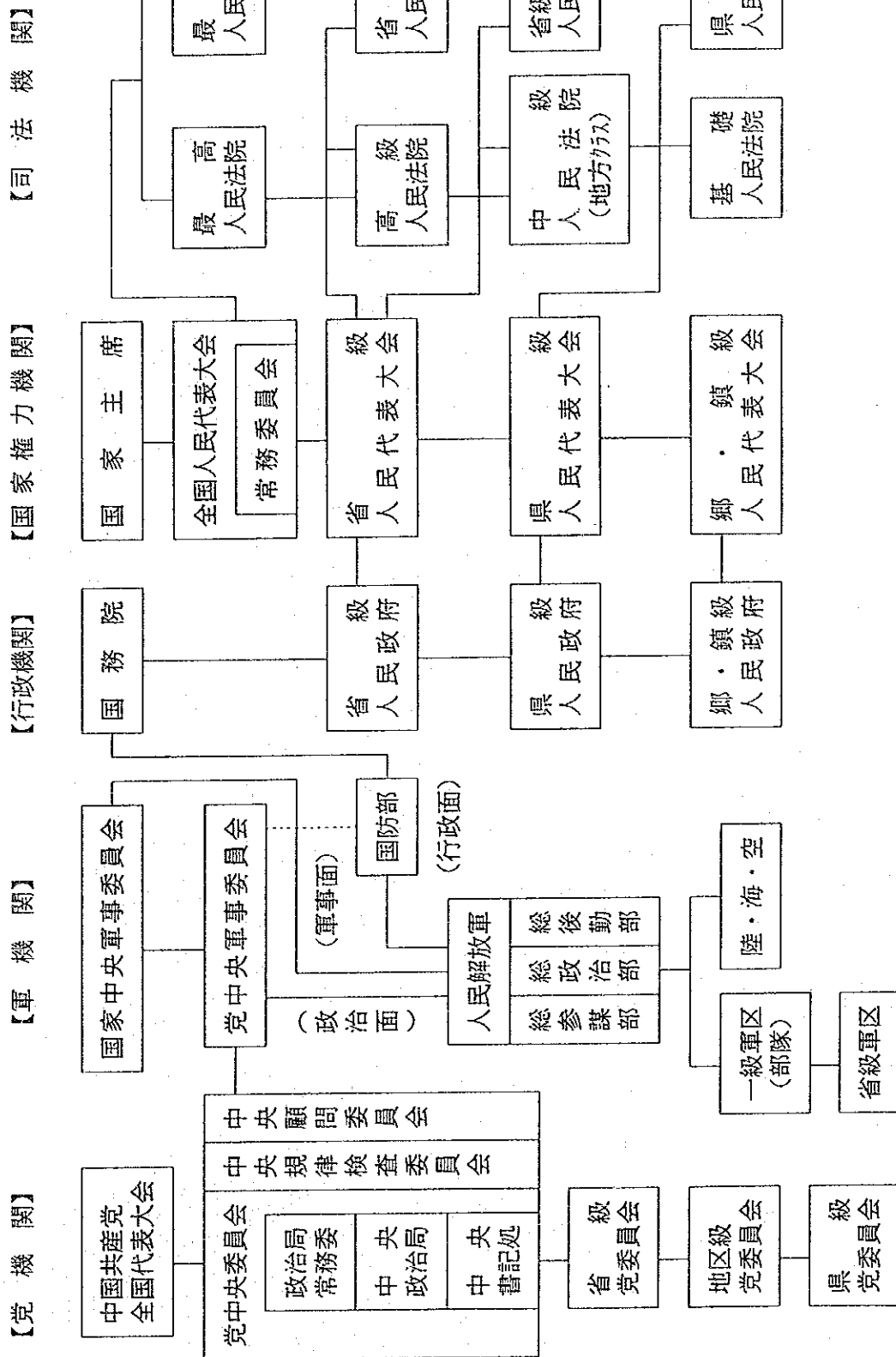
中国共産党の最高指導機関は、中国共産党全国代表大会および中央委員会である。全国代表大会は中央委員会、中央顧問委員会および中央規律検査委員会メンバーを選出する。中央委員会は、全国代表大会の閉会期間中、全国代表大会の決議を実行し、党の全業務を指導し、対外的に中国共産党を代表する。党の全国代表大会は5年に1回開かれる。中央委員会の全体会議において、中央政治局、中央政治局常務委員会、中央書記処のメンバーおよび中央委員会総書記を選挙する。また、党の中央軍事委員会の構成員を決定する。

中央政治局とその常務委員会は、中央委員会全体会議の閉会中に、中央委員会の職権を行使する。中央書記処は中央政治局および常務委員会の指導の下に党中央の日常業務を処理する。中央委員会総書記は、中央政治局会議と中央政治局常務委員会会議を召集し、中央書記処の活動を主宰する。中央顧問委員会は中央委員会の政治面における助手であり、参謀である。中央規律検査委員会は党の規約およびその他重要な規律を維持し、中央委員会の行う党風整頓に助力する役割を持っている。

中国の司法体系は、公安機関、国家安全機関、人民法院および司法行政機関によって構成されている。刑事事件についての捜査、拘置、予審は、公安機関が責任を負い、スパイ・特務事件については国家安全機関が責任を負い、逮捕の批准、公訴の提起および公訴の支持は人民検察院が責任を負い、事件の判決は人民法院が責任を負い、判決が出された犯人に対する対応は司法行政機関が責任を負うこととなっている。

中国全体の国家機構の概要を図1-1に示す。

図1-1 中国の国家機構の概要



出所：平成2年度 環境庁委託業務 開発途上国環境保全計画策定支援調査（中国）（財）日本環境衛生センター 1991

(2) 地方一般行政

中国の行政区画は、大きく都市部と農村部に分かれる。

都市部では「市」が1級行政区画の「特別市＝直轄市＝省級市」（北京・天津・上海の3市）、2級行政区の「省轄市＝地級市」、3級行政区の「地轄市＝県級市」の3段階があり、都市的要素を多く抱えている地域が「市」である。市の中には農村地域も含まれている。都市の単位自治体は、一部の県級市ではそれ自体が単位自治体の場合もあるが、多くは「区」行政区である。「区」は、行政補助機関の「街道委員会」「居民委員会」が末端行政を補佐している。

「市」以外の1級行政区は「省」と「自治区」で、全体的に農村的要素の多い所である。「自治区（州・県）」は、特定の少数民族の集居が多い。「省」・「自治区」の下に地級＝2級行政区の「地区」・「自治州」等がある。「地区」・「自治州」の下に県級＝3級行政区の「県」・「自治県」等がある。「県」・「自治県」等は、単位自治体の「鎮」と「郷」で構成される。鎮は農村部にあつて、比較的経済社会的集積の多い所で、統計の一部（例えば「都市人口」等）では「城鎮（都市・町）」として「都市」に加えられる場合もある。行政単位ではないが、郷の下には数個の農村集落ごとに「村民委員会」が設けられている。さらにその下に「自然村」があり、これが農村の末端行政補助機関である（表1-2）。

表1-2 行政区の種類

省級（1級）	
省	
自治区	—— 少数民族大集居地域
市（特別市・直轄市）	
地級（2級）	
市（地級市・省轄市）	
地級単位	
地区	
自治州	—— 少数民族中集居地域
盟	—— 内蒙古自治区のみ
県級（3級）	
市（県級市・地轄市）	
県級単位	
県	
自治県	—— 少数民族小集居地域
旗	┌—— 内蒙古自治区のみ
自治旗	└
特区	┌—— 特殊国営農場
工農区	
林区	
郷鎮級（単位自治体）	
区	
鎮	
郷	—— かつての農民人民公社
行政区ではない	—— 村民委員会（生産大隊） ・自然村（生産隊）

出所：現代中国データブック 平田幹郎 1990 P15

1-2-2 国家開発計画の概要

(1) 目標と戦略

1) 国家経済社会発展10ヶ年計画並びに第8次5ヶ年計画（以下8・5計画と記す）の基本目標

1991年の第7期全人代第4回会議で採択された「中華人民共和国国民経済社会発展10ヶ年計画と第8次5ヶ年計画の要綱」によれば、2000年までの中国発展の青写真とそれを実現するための目標がそれぞれ以下のように定められている。

a) 計画の青写真

- ① 国家の経済を增強し、世界に占める国民総生産額の順位を高め、主要農工業の生産を增強する。
- ② 産業構造を改善し、生産部門をより完全なものに整備し、地域的な経済配置を合理化する。また、科学技術とその管理水準を大幅に向上させ、一部業種の主要な生産技術を世界の先進レベル若しくはそれに近い水準に到達させ、一群のハイテク産業を形成する。
- ③ 人民全体の科学・文化の素質と思想・道徳の素質を高め、国防現代化建設の新たな水準を達成する。
- ④ 人民生活を衣食にこと欠かない状態（温飽）からまずまずの状態（小康）に引き上げ、人民の健康状態、栄養状態、平均寿命、読み書き能力等の生活の質の指標を中進国水準またはそれ以上に到達させる。
- ⑤ 社会主義の新たな経済体制を初歩的に確立し、社会主義制度をさらに完全なものとする。
- ⑥ 社会秩序を安定させ、社会の気風をより健全なものとする。

b) 10ヶ年計画（1991～2000年）の目標

- ① GNP（不変価格表示）を今世紀末までに1980年の4倍にする。具体的には2000年までにGNPを1990年価格表示で3兆1,000億元とし、1991～2000年の経済成長率を年平均6パーセントとする。農工業総生産額は年平均6.1パーセント増とし、うち農業総生産額は年平均3.5パーセント増、工業総生産額は年平均6.8パーセントとする。
- ② 人民生活を衣食にこと欠かない状態（温飽）からまずまずの状態（小康）に引き上げる。生活資材の充実、消費構造の合理化、住宅条件の改善、文化生活の充実、健康水準の向上、社会サービス施設の完備を図る。
- ③ 教育事業の発展、科学・技術進歩を促進し、经济管理を改善、経済の構造調整重点建設の強化等により、21世紀初頭に中国の経済・社会が持続的に発展するための物質面、技術面の基礎を築く。
- ④ 公有制を基礎とし、社会主義の計画的商品経済の発展に適應する。計画経済と市場調節とを結びつけた経済体制および運行メカニズムを初歩的に確立する。

- ⑤ 社会主義精神文明の建設を新たな水準に引き上げ社会主義の民主と法秩序のさらなる健全化を図る。

2) 主要な任務

a) 2000年までの主要な任務

10ヶ年計画では、2000年までの主要任務として以下の7項目を挙げている。

- ① 国民経済の段階的な現代化の要請と個人の消費構造の変化に合わせて、産業構造を積極的に調整する。その重点は、農業・基幹産業・基盤施設の強化、加工工業の再編・改造・向上、電子工業の発展、建築業と第3次産業の発展等におかれる。
- ② 統一的計画、合理的分業、優位性の相互補完、調和的発展、利益の全般的配慮、共に豊かになる原則に基づいて、地域的経済構造と生産力配置の改善に努力する。
- ③ 科学技術と教育事業の発展を重要な戦略的地位におき、中国の経済成長を、主に科学技術の進歩と労働者の資質の向上に依拠する軌道に乗せる。
- ④ 経済建設を進めると同時に、人民の生活水準を向上させ、さまざまな社会事業を発展させて経済と社会の調和的発展を促進する。
- ⑤ 経済体制改革を推進し、社会主義制度を完備、発展させる。
- ⑥ 対外開放の基本国策を堅持し、対外的な経済・技術交流と協力を一層拡大する。
- ⑦ 「一国二制度」の原則を堅持し、祖国統一の大事業を推進する。

3) 10ヶ年計画における8・5計画、9・5計画の位置づけ

10ヶ年計画および8・5計画の策定期間は、経済の引き締め政策がとられているなか、6・4事件が発生し、「整備・整頓」が進められるという苦難の時期に当たっていた。これを反映して、10ヶ年計画では高成長が指向されるよりもむしろ、持続的安定成長を目指すアプローチがとられている。そして、8・5計画期には、当初2年間は経済調整が続行されることを前提に、総量抑制、構造調整、効率向上、改革の完備と深化に重点をおき、経済の好循環促進に努め、9・5計画期の発展のための基礎固めを行うものとされている。一方、続く9・5計画期は、経済構造の最適化、生産力配置の改善、経済体質の向上、基本的経済関係の調整等の面で顕著な成果を上げ、2000年までの目標達成に向けて追い込みをかける時期と位置づけられている。

(2) 具体的内容

1) 主要な計数目標

10ヶ年計画および8・5計画の主要な計数目標を表1-3以下に記す。

表1-3 10ヶ年計画および8・5計画の主要な計数目標

	1990年 実績	1995年 目標	2000年 目標	91~95平均 伸び率 (%)	96~2000平均 伸び率 (%)
G N P (億元)	17,400	23,350	31,100	6.0	6.1
国民収入 (億元)	14,300	18,250	-	5.0	-
農業総生産 (億元)	7,382	8,780	10,413	3.5	3.5
工業総生産 (億元)	23,851	32,700	46,049	6.5	7.1
食糧 (億ト)	4.35	4.5	5.0	0.7	2.1
砂糖 (万ト)	520	670	-	5.2	-
石炭 (億ト)	10.9	12.3	14.0	2.4	2.6
原油 (億ト)	1.38	1.45	-	1.0	-
発電量 (億kWh)	6,150	8,100	11,000	5.7	6.3
粗鋼 (万ト)	6,580	7,200	8,000	1.8	2.1
化学肥料 (万ト)	9,000	10,000	12,000	2.1	3.7
エチレン (万ト)	150	230	300	8.9	5.5
綿糸 (万ト)	450	485	557	2.0	2.8
化学繊維 (万ト)	155	200	260	5.3	5.4
鉄道貨物輸送量 (億ト)	14.6	16.5	19.0	2.5	2.9
第3次産業比率 (対GNP比)	1/4	-	1/3	-	-
人口 (万人)	114,333	121,600	129,456	1991~2000年平均1.25	

出所：中華人民共和国の経済社会の現状 (財)国際協力推進協会 1991 P59

注：1990年実績は計画策定時の暫定値であり「中国統計年鑑1991」のデータとは差異が認められる。

10ヶ年計画は、2000年までにGNP 4倍増の目標を達成するために、年率6パーセントの成長率(8・5計画期、9・5計画期とも年率6パーセント)という目標が掲げられている。1人当たりGNP(ドル表示)については、為替変動により低水準に終わるリスクを勘案して、目標指標が示されなかったが、計画立案段階では2000年の1人当たりGNPを800~1,000ドルとする案があった。

10ヶ年計画は、産業構造の調整の面で、農業、基礎鉱工業、インフラ建設、加工工業の改組・改造、電子工業の優先的発展、建設業および第3次産業の発展等を重点項目に掲げている。

農業では特に食糧および綿花が重視され、2000年には食糧生産5億トン、綿花生産525万トンを達成する計画である。基礎鉱工業では、2000年には石炭14億トン、発電量1兆1,000億キロワット/時、粗鋼8,000万トン、エチレン300万トン、化学肥料1兆2,000万トンの生産を見込んでいる。また、機械工業および軽工業については、2000年までに主要製

品の約40パーセントを国際水準に到達させるか、それに近づけることが目指されている。さらにGNPに占める第3次産業の割合を1/3に高める（1990年実績27.2パーセント）ものとされている。

この他、社会発展の面では、10年間の人口の年平均増加率を1.25パーセント以内に抑えることが示された。なお、1992年3月の中国全国計画出産工作会議では、8・5計画期の人口計画として、年平均自然増加率を1.423パーセント以内に抑え、1995年の人口を12億2,700万人以内にするという目標が掲げられ、実情に合わせて人口抑制目標が緩和されている。

2) 8・5計画期の経済改革

8・5計画期（1991～1995年）に推進すべき経済改革の内容として、『要綱』は以下の項目を掲げている。

- a) 国有・集団所有を主体として、一定の範囲内で自営業・私営企業を発展させる。
- b) 国営企業改革では、請負経営責任制を堅持し、他方で税の導入と利潤上納との分離、株式制の実験を実施する。
- c) 消費財市場、生産財市場を拡充すると同時に、資本、技術、情報、不動産、労働の市場育成を図る。
- d) 物価安定に留意しつつ、積極的かつ穏当に価格改革を推進する。特に、生産財価格の引き上げ、穀物買い上げ価格の逆ザヤ解消、加工業製品・耐久消費財価格の自由化に重点をおく。
- e) 中央財政の比重を高める。一部地域で「分税制」導入の実験を行う。財政の経常収支の赤字を解消し、建設用の国債は外債、内債で賄う。
- f) 中央銀行の役割を強化し、金融市場を育成する。
- g) 住宅の商品化を促進し、社会保障制度を改革する。
- h) 計画業務の重点を行政的命方式から全社会・経済活動の予測・構想・指導・コントロールの方面へ移行し、産業政策や地域間バランス等を計画管理の中心とする。
- i) 計画、財政、銀行の合理的分業で体制を築きマクロ・コントロールを強化する。計画法、予算法、銀行法、投資法、会社法、価格法、公正取引法、労働法、賃金法、会計検査法を制定すると同時に、政治改革を積極的に推進する。

第1編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル 中国」 国際協力事業団 1994
- ・(財)国際協力推進協会 「中華人民共和国の経済社会の現状」 (財)国際協力推進協会
- ・(財)日本環境衛生センター 「開発途上国環境保全計画策定支援調査(中国)」
(財)日本環境衛生センター 1991
- ・世界資源研究所 「世界の資源と環境1994-95」 世界資源研究所 1994
- ・平田幹郎 「現代中国データブック」 古今書院 1990
- ・UNICEF, AN ANALYSIS OF THE SITUATION OF CHILDREN AND WOMEN IN CHINA
UNICEF, 1992

第2編 衛生行政

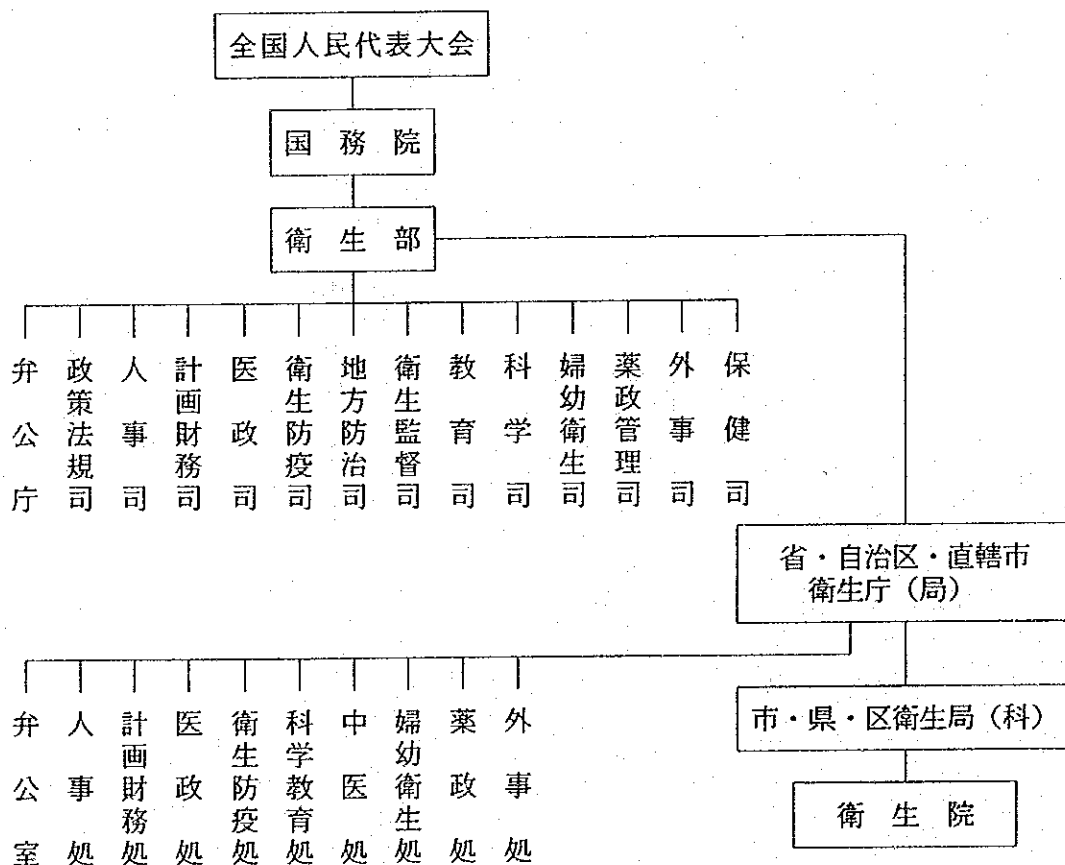
2-1 中央衛生行政と保健医療計画

2-1-1 中央衛生行政機構

中国の保健衛生行政は、全国人民代表大会、国務院の下にある衛生部がその中心的機能を持っている。衛生部は現在14の局、庁等を持ち、中央での保健医療行政を実施している（図2-1）。

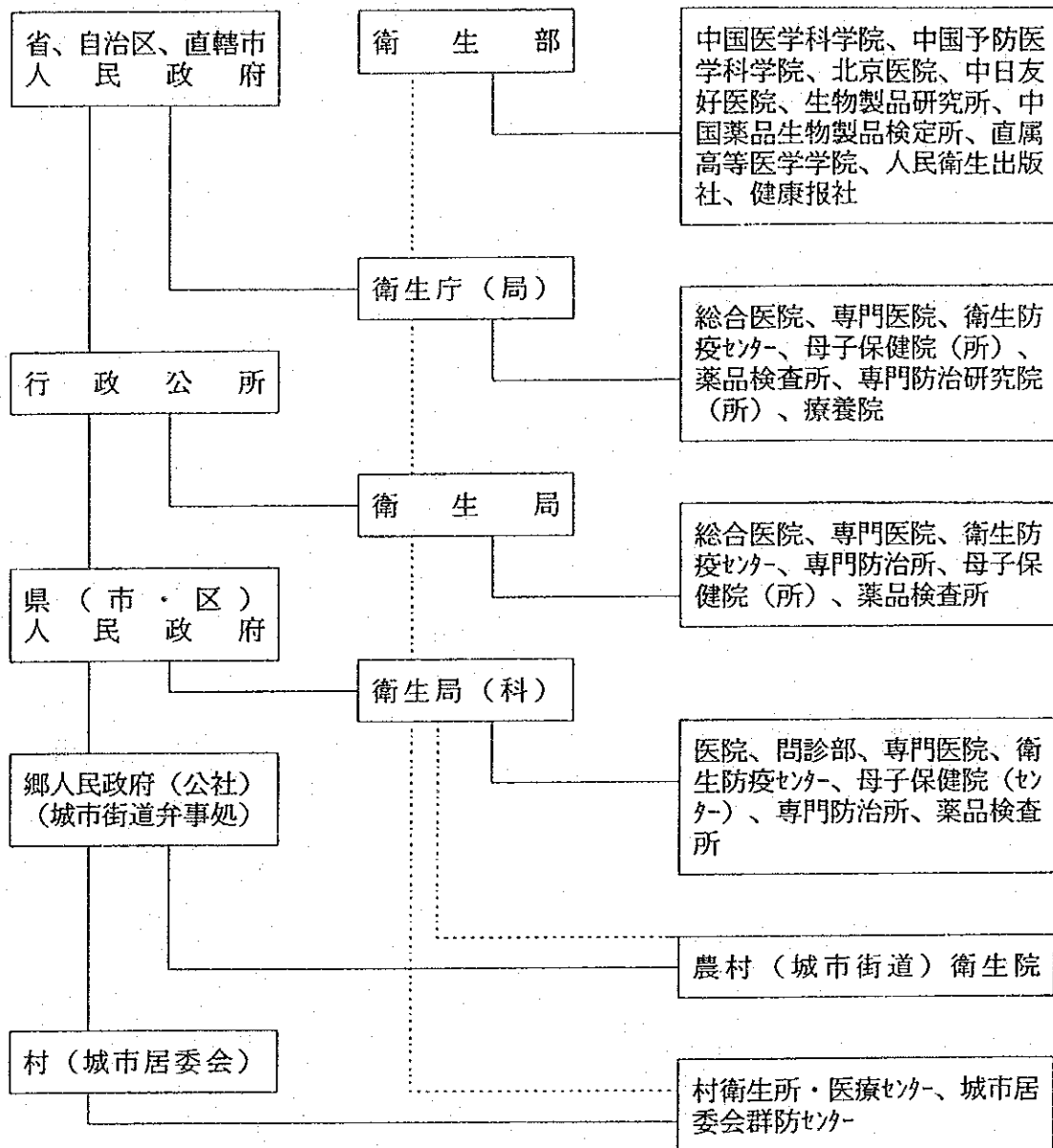
地方は省・自治区・直轄市レベルに衛生庁（局）が置かれ、さらに下位の行政単位である市・県・区レベルにも衛生局（科）が置かれ、各レベルで保健医療行政を実施している。また農村部には衛生院がおかれ、農村部の保健・医療行政を実施している（図2-2）。

図2-1 衛生部行政機構



出所：中日医学教育センター附属病院医療機材整備計画基本設計調査報告書
国際協力事業団 1992 P5

図2-2 行政段階別医療責任機構



出所：中華人民共和国ベチューン医科大学日中聯誼病院機材整備計画事前報告書
国際協力事業団 1990

2-1-2 中央保健医療計画

第8次5ヶ年計画（1991～95）における、保健医療分野の重点計画は以下のとおり。

(1) 保健・医療・衛生計画

- 1) 予防を中心に、科学技術の進歩により、全社会を動員し、漢方医学と西洋医学を共に重視し、国民の健康に奉仕する方針を貫き、活動の重点を農村に置く。
- 2) 1995年までに、全国の50パーセントの県において、「2000年に全国民が初級の保健医療衛生を享受する」という計画目標の最低水準を達成する。
- 3) 全国で病床45万ベット、そのうち農村（県を含む）で25万ベット増設する。
- 4) 専門医療衛生人員を50万人増やし、そのうち漢方医学は35万人増やす。

(2) 人口計画

- 1) 人口を抑制し、今後10年間の年平均自然増加率を1.25パーセント以下に抑える。
- 2) 厳格に人口抑制を行い、重点を農村に置く。

(3) 医薬品の計画

- 1) 主にペニシリン系、セファロスポリン系の新抗生物質を発展させ、治療効果の高い抗ガン剤、抗ウィルス新薬、バイオ製品を発展させる。
- 2) 賈あるいは劣悪薬品の生産と販売を取り締まる。
- 3) 薬品の市場流通に対する審査・認可制度を強化、整備する。

なお、今後の課題としては、以下の点が挙げられる。

(1) 医療体制の整備

病院等の医療施設の整備が進められてきたが、依然として全体的に不十分である。特に人口の大半を占める農村部においては、県・郷・村の医療ネットワークの構築がめざされているが、未だに低い水準に留まっており、その改善が急務とされている。また、国民が安心して医療サービスを受けることができるような医療費用負担システムの確立も必要である。

(2) 保健予防体制の整備

農村部においては、感染症が未だ多く発生しており、これらの防止のため防疫センター等を通じた計画的なワクチンの投与、サーベイランスの実施、検査体制の確立等が必要である。他方、都市部においては、疾病構造が先進国型になりつつあり、健康教育、健康相談等の成人病予防対策面を強化していく必要がある。

(3) 医療従事者の育成

保健医療マンパワーの中心は医師であり、その育成が必要であるが、これに併せて看護婦、リハビリ専門職種等についても育成に努める必要がある。特に農村部において、一定

水準以上のマンパワーの育成の必要度が高い。また、人材養成に当たっては、今後の外国での医学の進歩を随時吸収し、中国に導入できる人材の養成が必要である。

2-1-3 予算

衛生部の予算は、病院等の医療施設の建設等に充てられる開発予算と、医療施設および保健衛生事業の運営・推進に当てられる保健医療事業費に分けられる。

開発予算の推移を以下に記す。1991年の保健医療分野への開発投資額は26億1,900万元で、国家総開発投資額2,115億8,000万元の1.24パーセントに相当する（表2-1）。

表2-1 保健医療分野への開発投資の推移

単位：億元

	保健医療分野 への開発投資	国家 開発投資	国家開発投資 に占める割合
第1次5ヶ年計画	6.48	588.47	1.10
第2次5ヶ年計画	4.85	1,206.09	0.40
調整期	2.67	421.89	0.63
第3次5ヶ年計画	3.29	976.03	0.34
第4次5ヶ年計画	9.00	1,763.95	0.51
第5次5ヶ年計画	18.29	2,342.17	0.78
1978年	3.21	500.99	0.64
1980年	5.78	558.89	1.03
第6次5ヶ年計画	52.62	3,410.09	1.54
1985年	18.10	1,074.37	1.68
第7次5ヶ年計画			
1986年	18.03	1,176.11	1.53
1989年	18.06	1,551.74	1.16
1990年	20.32	1,703.81	1.19
第8次5ヶ年計画			
1991年	26.19	2,115.80	1.24

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1994 P430

また、1991年の保健医療事業費は86億4,000万元で、国家総財政支出3,813億6,000万元の2.27パーセントに相当する（表2-2）。

表2-2 保健医療事業費の推移

単位：億元

	保健医療分野 への事業費	国家 財政支出	国家財政支出 に占める割合
第1次5ヶ年計画	14.55	1,345.68	1.08
第2次5ヶ年計画	23.34	2,288.67	1.02
調整期	18.84	1,204.98	1.56
第3次5ヶ年計画	44.50	2,518.60	1.77
第4次5ヶ年計画	65.62	3,919.60	1.67
第5次5ヶ年計画	113.64	5,247.35	2.17
1978年	22.42	1,111.00	2.02
1980年	30.16	1,212.73	2.49
第6次5ヶ年計画	215.35	6,952.00	3.10
1985年	54.82	1,844.80	2.97
第7次5ヶ年計画	354.06	13,978.30	2.53
1986年	64.28	2,330.80	2.76
1989年	74.40	3,040.20	2.45
1990年	79.47	3,452.20	2.30
第8次5ヶ年計画			
1991年	86.40	3,813.60	2.27

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1994 P429

1980年代の最も重要な政策決定は経済改革の断行に伴い、行政サービスの費用回収を国家財政の基本としたことである。保健・医療分野から、費用回収率がより高い他の部門に予算が配分されている傾向が見られる。保健・医療分野でも医療サービスの費用回収を財政の基本とし、中国衛生部や地方の医療行政機関も医療サービスの効率性を上げる方向に政策転換をしてきている。この政策転換により、公共の利益をもたらす基本的な予防プログラムから、個人の利益を優先する収益性の良い治療サービスに重点が置かれ始めている。

2-2 地方衛生行政と保健医療計画

「2-1-1 中央衛生行政機構」に記したとおり、地方行政は省・自治区・直轄市レベルに衛生庁（局）が、市・県・区レベルには衛生局（科）がおかれ、各レベルで保健医療行政を実施している。

衛生部は全国的な目標を設定した保健医療開発計画を策定するが、これは指導的な内容に留まっている。全国レベルの開発計画の他に、各省、市、県レベルでそれぞれ保健医療開発計画を策定しており、これらは全国レベルに比べてより具体的な目標を持った計画となっている。省レベルの計画目標は、省の経済発展状況により異なっており、経済が比較的発展している沿岸部の省・直轄市等では目標値も高く設定されている。

第 2 編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別援助研究会報告書」 国際協力事業団 1991
- ・国際協力事業団 「国別協力情報ファイル 中国」 国際協力事業団 1994
- ・国際協力事業団 「中日医学教育センター附属病院医療機材整備計画基本設計調査報告書」 国際協力事業団 1992
- ・国際協力事業団 「ベチューン医科大学日中聯誼病院機材整備計画 事前調査報告書」 国際協力事業団 1990
- ・(財)日本環境衛生センター 「平成 2 年度開発途上国環境保全計画策定支援調査(中国)」 (財)日本環境衛生センター 1991
- ・中国衛生部 中国衛生年鑑1993年 衛生部 1994

第3編 保健・医療事情

中国は世界第1位の人口大国であり、現在、「一人っ子政策」による人口計画を実施している。しかし、子供を労働力と考える農村部では2人以上の子供を出産する家庭も多く、これらの子供は戸籍に登録されない違法な子供（黒孩子）となる。中国では、児童の予防接種等を戸籍に基づき計画・実施しているため、黒孩子是予防接種を受けられず、保険の対象にもならない等、種々の問題を有している。また、乳児死亡率等の保健指標も、これら黒孩子を除いた数値となっているため、現状とは異なる数値となっている可能性が高い。

3-1 指標

中国では1960年代初旬に乳児死亡率のピークを記録したものの、これを除けば1950年の出生1,000人に対して200以上の乳児死亡率が1982年には46と、1950～80年代初旬にかけて乳児死亡率は大幅に減少している。このような大幅な減少は、途上国ではあまり例を見ないものである。1982年と1990年の人口センサスでは、中国全土の乳児死亡率は35以下と報告されているが、UNICEFでは、これは実際の数値よりかなり小さく見積もられていると報告している。1982年センサスの値の修正値、公表されている出生率、その他の推計では、乳児死亡率は35～50以上と報告されており、その多くが40～50の範囲にある。これらの推計値より、1980年代の乳児死亡率の減少はゆるやかなものと考えられるが、政府の発表と一致するものではない。新生児の死亡は乳児死亡率の中で高い割合を占めており、50～75パーセントと報告されている（表3-1）。

表3-1 主要保健指標の年次推移

	1960	1990	1991	1992	1993
粗出生率（1000対）	37	21	21	21	21
粗死亡率（1000対）	19	7	7	7	7
乳児死亡率（出生1000対）	140	30	22	35	35
5歳未満児死亡率（出生1000対）	209	42	27	43	43
合計特殊出生率（人）	5.7	2.4	2.3	2.2	2.2
0歳平均余命（年）	47	70	70	71	71
1970年成人の識字率 男/女（%）		84/62			

出所：世界子供白書 UNICEF 1992～1995

中国は低所得国に分類されるが、他国との主要保健指標の比較（表3-2）によると、出生1,000人当たりの乳児死亡率、5歳未満児死亡率は高位中所得国と高所得国の間に位置している。また一人っ子政策に代表される計画出産の成果により、合計特殊出生率も1970年の5.8から1992年には2.0まで減少している。乳児死亡率は、1970年の69から1992年には31に減少しており、国民の健康状況の大幅な改善がうかがえる。

表3-2 他国との主要保健指標の比較

(1/2)

	出生1000人 当たりの 乳児死亡率		1992年出生1000人 当たりの 5歳未満児死亡率		1988年出 生1000人 当たり 妊産婦 死亡率	合計特殊出生率		
	1970	1992	女	男		1970	1992	2000
中国	69	31	32	43	115	5.8	2.0	1.9
カハ以南の77カ	142 w	99 w	160 w	179 w	..	6.5	6.1	5.6
東77・太平洋	84 w	39 w	43 w	55 w	..	5.7	2.3	2.2
南77	138 w	85 w	111 w	122 w	..	6.0	4.0	3.3
ヨーロッパ・中央77	..	30 w	34 w	41 w	..	2.5	2.2	2.1
中東・北77カ	139 w	58 w	72 w	84 w	..	6.8	4.9	4.2
アフリカ・アジア	85 w	44 w	52 w	61 w	..	5.2	3.0	2.5
低所得国	114 w	73 w	102 w	114 w	..	6.0	3.4	3.1
中所得国	..	43 w	51 w	61 w	..	4.6	3.0	2.7
下位中所得国	..	45 w	54 w	64 w	..	4.5	3.1	2.9
上位中所得国	70 w	40 w	46 w	55 w	..	4.8	2.9	2.5
高所得国	20 w	7 w	8 w	11 w	..	2.4	1.7	1.8

表3-2 他国との主要保健指標の比較

(2/2)

	人口の年平均増加率			人口1000人 当たりの 粗出生率		人口1000人 当たりの 粗死亡率	
	1979-80	1980-92	1992-2000	1970	1992	1970	1992
中国	1.8	1.4	1.0	33	19	8	8
カハ以南の77カ	2.8 w	3.0 w	2.8 w	47 w	44 w	20 w	15 w
東77・太平洋	1.9 w	1.6 w	1.2 w	35 w	21 w	9 w	8 w
南77	2.4 w	2.2 w	1.9 w	42 w	31 w	18 w	10 w
ヨーロッパ・中央77	4.3 w	1.0 w	0.5 w	22 w	16 w	10 w	10 w
中東・北77カ	2.8 w	3.1 w	2.5 w	45 w	34 w	16 w	8 w
アフリカ・アジア	2.4 w	2.0 w	1.6 w	36 w	26 w	10 w	7 w
低所得国	2.2 w	2.0 w	1.7 w	39 w	28 w	14 w	10 w
中所得国	3.1 w	1.8 w	1.5 w	35 w	24 w	11 w	8 w
下位中所得国	3.5 w	1.8 w	1.4 w	36 w	24 w	12 w	9 w
上位中所得国	2.5 w	1.8 w	1.5 w	33 w	24 w	10 w	7 w
高所得国	0.8 w	0.7 w	0.5 w	18 w	13 w	10 w	9 w

出所：World Development Report 1994 The World Bank 1994 P214

注：w；加重平均

低所得国；1992年1人当たりGNPが\$675未満

下位中所得国；1992年1人当たりGNPが\$676～2,695

上位中所得国；1992年1人当たりGNPが\$2,696～8,355

高所得国；1992年1人当たりGNPが\$8,356以上

これらの数値は、地域によって大きな差が見られる。北京のような都市部の乳児死亡率は20以下であるが、チベットや新疆では100以上と推定される。一般に死亡率は遠隔地、山岳地帯、経済の未発達な地域で高く、これらの地域は少数民族の生活地域である傾向が見られる。

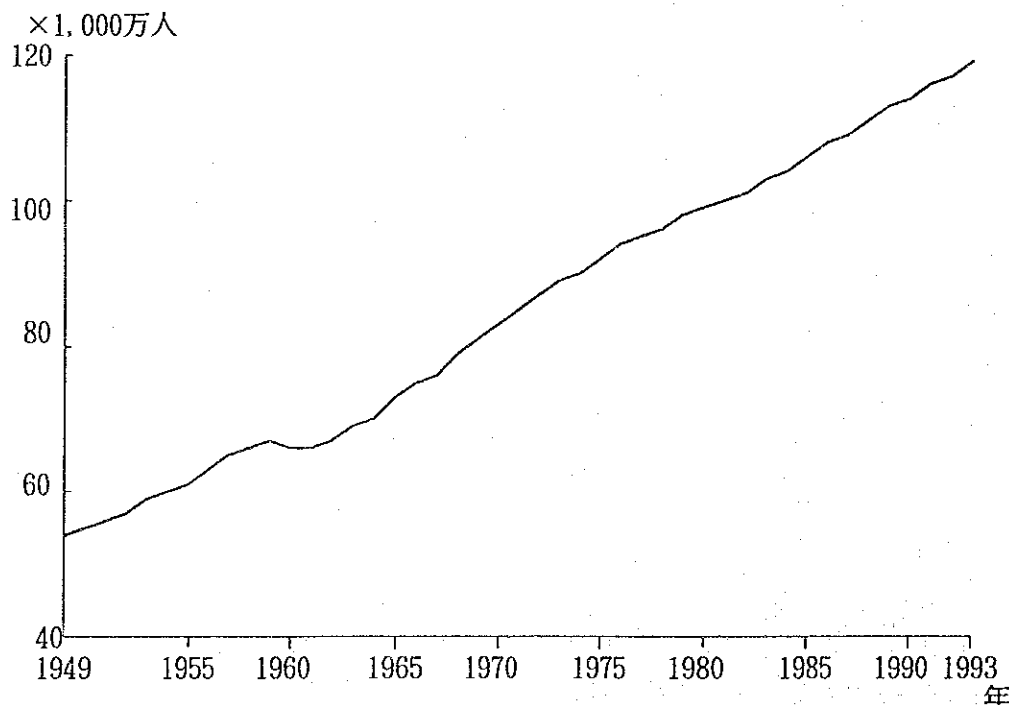
3-2 人口

(1) 人口推移

中華人民共和国設立前の旧中国では、1840年のアヘン戦争時から1949年までの109年間、4億1,000万人から5億4,167万人へと1億3,000万人、年平均0.26パーセントの人口増加率にすぎなかった。内戦や自然災害も多く、多産多死の「人口転換」前の段階であり、人口は停滞し続けた。

その後、社会は安定し、死亡率は低下しながら出生率はなお上昇した。多産少死の段階に移行し、人口の急増が始まった。1949年の5億4,167万人は僅か38年後の1987年に10億9,300万人へと倍増し、1993年末の11億8,517万人は1949年の2.2倍と、年平均1,500万人近い増加が続いた(図3-1、表3-3、表3-4)。

図3-1 中国の人口推移(1949~1993年)



出所: National Report of the People's Republic of China on Population and Development National Preparatory Committee for the International Conference on Population and Development 1994 P65 より編集

表3-3 人口構成

単位：万人

年	総人口	性 別				地 域 別			
		男 性		女 性		都 市 部		農 村 部	
		人口	(%)	人口	(%)	人口	(%)	人口	(%)
1952	57,482	29,833	51.90	27,649	48.10	7,163	12.46	50,319	87.54
1957	64,653	33,469	51.77	31,184	48.23	9,949	15.39	54,704	84.61
1962	67,295	34,517	51.29	32,778	48.71	11,659	17.33	55,636	82.67
1965	72,538	37,128	51.18	35,410	48.82	13,045	17.98	59,493	82.02
1970	82,992	42,686	51.43	40,306	48.57	14,424	17.38	68,568	82.62
1975	92,420	47,564	51.47	44,865	48.53	16,030	17.34	76,390	82.66
1978	96,259	49,567	51.49	46,692	48.51	17,245	17.92	79,014	82.08
1980	98,705	50,785	51.45	47,920	48.55	19,140	19.39	79,565	80.61
1983	103,008	53,152	51.60	49,856	48.40	22,274	21.62	80,734	78.38
1984	104,357	53,848	51.60	50,509	48.40	24,017	23.01	80,340	76.99
1985	105,851	54,725	51.70	51,126	48.30	25,094	23.71	80,757	76.29
1986	107,507	55,581	51.70	51,926	48.30	26,366	24.52	81,141	75.48
1987	109,300	56,290	51.50	53,010	48.50	27,674	25.32	81,626	74.68
1988	111,026	57,201	51.52	53,825	48.48	28,661	25.81	82,365	74.19
1989	112,704	58,099	51.55	54,605	48.45	29,540	26.21	83,164	73.79
1990	114,333	58,904	51.52	55,429	48.48	30,191	26.41	84,142	73.59
1991	115,823	59,466	51.34	56,357	48.66	30,543	26.37	85,280	73.63
1992	117,171	59,811	51.05	57,360	48.95	32,372	27.63	84,799	72.37
1993	118,517	60,472	51.02	58,045	48.98	33,351	28.14	85,166	71.86

注：1982年以降の数値は第4次人口センサス（1990年）からの推定値
 出所：中国統計年鑑1994 国家統計局 1994 P59

表3-4 出生率、死亡率、自然増加率

単位：%

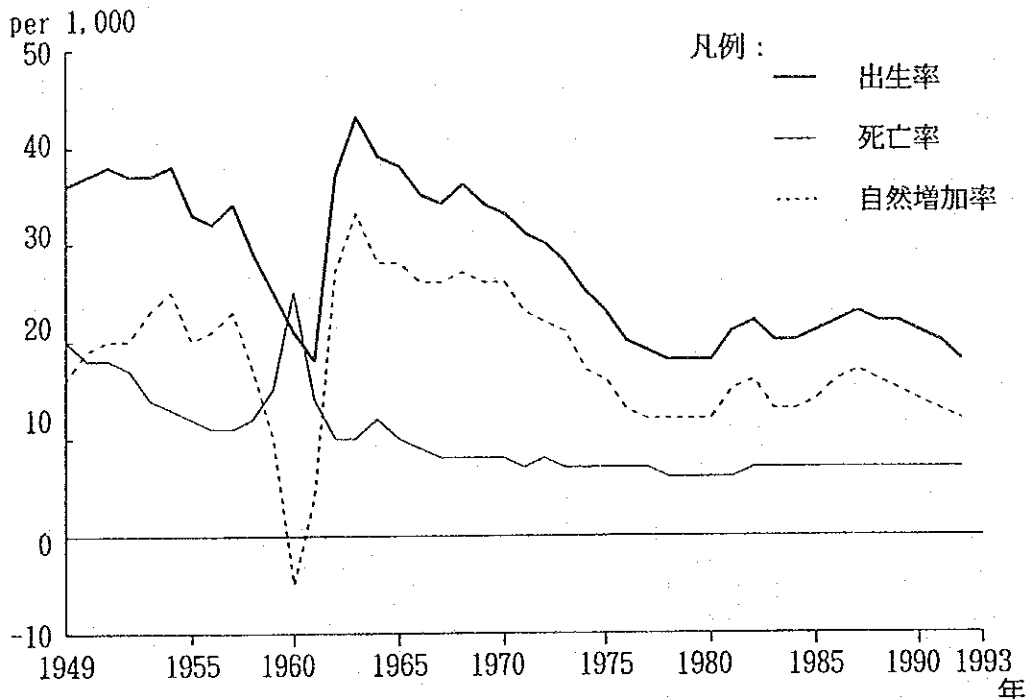
年	全 国			市			県		
	出生率	死亡率	自然増加率	出生率	死亡率	自然増加率	出生率	死亡率	自然増加率
1952	37.00	17.00	20.00						
1957	34.03	10.80	23.23	44.48	8.47	36.01	32.81	11.07	21.74
1962	37.01	10.02	26.99	35.46	8.28	27.18	37.27	10.32	26.95
1965	37.88	9.50	28.38	26.59	5.69	20.90	39.53	10.06	29.47
1970	33.43	7.60	25.83						
1975	23.01	7.32	15.69	14.71	5.39	9.32	24.17	7.59	16.58
1978	18.25	6.25	12.00	13.56	5.12	8.44	18.91	6.42	12.49
1980	18.21	6.34	11.87	14.17	5.48	8.69	18.82	6.47	12.35
1983	20.19	6.90	13.29						
1984	19.90	6.82	13.08						
1985	21.04	6.78	14.26						
1986	22.43	6.86	15.57						
1987	23.33	6.72	16.61						
1988	22.37	6.64	15.73						
1989	21.58	6.54	15.04	16.73	5.78	10.95	23.27	6.81	16.46
1990	21.06	6.67	14.39	16.14	5.71	10.43	22.80	7.01	15.79
1991	19.68	6.70	12.98	15.49	5.50	9.99	21.17	7.13	14.04
1992	18.24	6.64	11.60	15.47	5.77	9.70	19.09	6.91	12.18
1993	18.09	6.64	11.45	15.37	5.99	9.38	19.06	6.89	12.17

出所：中国統計年鑑1994 国家統計局 1994 P59

(2) 人口動態の推移

中国の人口動態の推移は、出生率の変動過程より大きく4段階に分類される(図3-2)。

図3-2 人口動態の推移 (1949~1993年)



出所：National Report of the People's Republic of China on Population and Development National Preparatory Committee for the International Conference on Population and Development 1994 P67

- 1) 第1期：1949～57年の人口増加期を指す。前半の1952年までは出生率の急上昇と死亡率の急低下により自然増加率も2パーセント前後の高い水準にあった。また、1950年に制定された「婚姻法」を徹底させる運動が展開され、それまでは身分階層的にも結婚できなかった層をも含む結婚ブームが起こり、その後の出生率の急増を加速した。
 この時期における社会経済政策は旧ソビエトの影響を受け、子供に対する特別手当を支給、不妊手術や人工妊娠中絶の禁止など、出生を奨励するものであった。
 1953～1957年、とりわけ1955年から出生率の低下が始まるが、死亡率の低下が著しいため自然増加率はかえって上昇し、2パーセントを越す高水準となった。
- 2) 第2期：1958～61年の「大災害期」を指す。この時期は異常な自然災害、1958年から始まった積極的に経済を拡大しようとする「大躍進」運動の政策的失敗、誤った生産報告に起因する過剰な食糧のとりたて、旧ソビエトの全面撤退に対する債務返済のための無理な農産物輸送、という悪循環により 2,000

万人が異常死している。1960年には死亡率が出生率を上回る「絶対減」により自然増加率が-0.45パーセントとなった。

- 3) 第3期：1963～71年の人口増加期を指す。一般に出生率は、何かの原因で急低下すると、その直後に反動や揺り返しがあるといわれているが、1963年の出生率4.34パーセントはまさにそれによる。

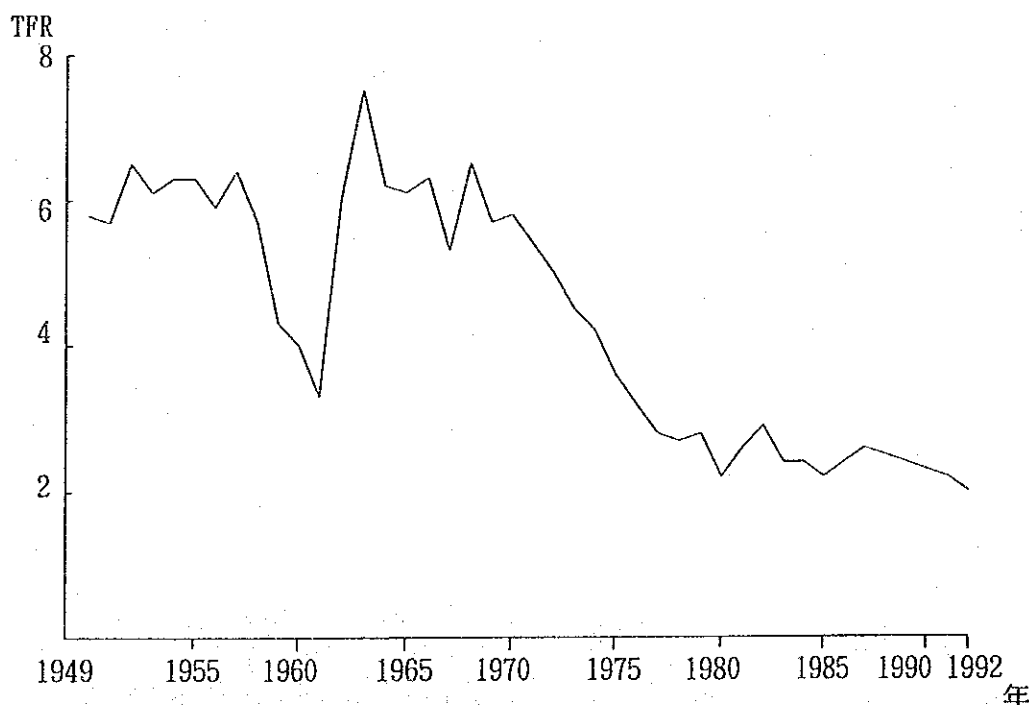
自然増加率は3パーセントの高率を続け、1970年には年間2,321万人という史上最高の純増を示す。この時期に出生した集団により、1980年代後半以降の第3次ベビーブームが生じ、一人っ子政策をやむなく継続せざるをえなくなっている。

- 4) 第4期：1971年以降を指す（政策としては1979年以後を別段階とするが、人口動態としては同一時期と見なされる）。1969年に3.41パーセントと高かった出生率は、1979年に1.78パーセントと10年間に半減した。また、1970年の2,321万人の純増が、1980年には1,163万人へ半減した。

(3) 合計特殊出生率の推移

1940年代に5.44だった合計特殊出生率は、1950年代には5.87、1960年代には5.68（1963年は7.50とピーク）、1970年代4.01と推移している。合計特殊出生率はこの後も順調に低下しつづけ、1992年には2.00と、ついに人口置き換え水準である2.1を下回った(図3-3)。

図3-3 中国TFRの推移 (1950～1992年)



出所：National Report of the People's Republic of China on Population and Development National Preparatory Committee for the International Conference on Population and Development 1994 P68 より編集

女子初婚年齢は、1949年に18.57歳（都市部19.16歳、農村部18.44歳）であったのが、1970年代からの晩婚政策により79年には23.12歳（都市部25.40歳、農村部22.64歳）と30年間に4.55歳も高年齢となった。ところが、1980年の「婚姻法」の法廷最低年齢は各地区の計画出産条例で提唱された年齢よりも低いためその後若干低下し、1988年には22.18歳（都市部24.04歳、農村部21.60歳）となっている。

こうして、中国は早婚、多産、狭間隔の「密育型出産」パターンから、晩婚、少産、広間隔の「稀育型出産」パターンへ転換していった。

3-3 疾病・死亡

3-3-1 総論

(1) 主要疾病

1980年と1992年の主要疾病を比較すると、都市部では上位1位2位の消化器系疾患と呼吸器系疾患の順位が逆転しており、その割合も低下している。一方、泌尿器系、脳血管疾患、悪性腫瘍等の占める割合が上昇している。この傾向は、都市部における疾患傾向が欧米諸国および日本の疾患傾向に類似してきたことを示している。

地方の病院においては1980年に3位であった伝染病・寄生虫は1991年にはその割合がかなりの減少を見せている。これとは反対に外傷・中毒、脳血管疾患、悪性腫瘍等の割合が上昇している。この傾向から地方においても基礎的衛生状況が改善されつつあることがうかがえる(表3-5)。

表3-5 1992年主要疾病構成比

単位：%

92 順位	都市部			地方部		
	病名	1980	1992	病名	1980	1992
1	消化器系疾患	18.42	17.29	消化器系疾患	21.06	19.94
2	呼吸器系疾患	19.16	17.27	呼吸器系疾患	18.93	18.98
3	外傷・中毒	9.22	12.41	外傷・中毒	9.91	15.84
4	妊産婦疾患	7.00	7.70	伝染病・寄生虫病	14.34	8.87
5	泌尿器系疾患	3.71	6.31	妊産婦疾患	6.26	8.14
6	伝染病・寄生虫病	8.83*	6.30	泌尿器系疾患	3.83	5.35
7	心臓疾患	3.80	4.70	心臓疾患	3.11	3.62
8	悪性腫瘍	3.43	4.39	脳血管系疾患	-	2.40
9	脳血管系疾患	-	3.10	悪性腫瘍	-	1.96
10	良性腫瘍	3.16	2.89	良性腫瘍	-	1.64

注：*；肺結核を除く伝染病

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1994 より編集

(2) 伝染病の類別管理

中国では、伝染病をその伝播形式、伝播速度、流行強度および人の健康に与える害の程度の違いに基づき、国際的な分類基準を参考に、35種の伝染病に類別し、管理を行っている。35種の伝染病はそれぞれ甲・乙・丙の3種に類別されるが、これは以下の点に依拠して定められたものである。

- 1) 「国際衛生条例」の統一規格による。WHOにより、ペスト、コレラ、黄熱病の3種の伝染病は国際検疫伝染病とされ、発見された場合は直ちにWHOに通報しなければならないこととなっている。中国には黄熱病はないため、コレラとペストのみを甲種伝染病と定める。

- 2) それぞれの伝染病の感染性の強弱、感染経路の難易、伝播速度の遅速、罹りやすい人の範囲の大小等の要素に基づいての科学的分析結果より以下の定義づけをした。
- 甲種伝染病：感染性が強く、感染が簡単に起こり、また伝播速度も速くどんな人にも感染しやすい劇性伝染病のグループ
- 乙種伝染病：甲種伝染病と比べて、その感染性の強さ、感染の容易さ、速度、感染し易い人の範囲の点で程度の下がる伝染病のグループ（国際的には一般的に監視伝染病とされている）
- 丙種伝染病：その発生と流行が予想される範囲に基づき、疾病の監視地域を定め、実験室で監視検査をして管理する伝染病グループ
- 3) それぞれのグループの伝染病に対応した予防、抑制措置に合わせて、科学的分類に基づいた類別検査、類別監督管理を行わなければならない。たとえば、甲種伝染病は発生したら直ちにその流行状況を衛生部に報告し、また国务院の衛生行政部門に報告しなければならない。同時にまた、患者と病原菌を持った者への管理・治療や感染しやすい人々の保護など、強制的な措置を採る必要がある。乙種伝染病に対しては、エイズ患者と肺炭疽患者には比較的厳しい管理を行うが、一般にその流行状況の報告、隔離、治療および処理の面では甲種伝染病と異なる。丙種伝染病に対しては、一定の監視区域で一定の基準に基づいて管理が行われる。

伝染病の種類は以下のとおりである（表3-6）。

表3-6 甲・乙・丙種伝染病

甲種伝染病	ペスト、コレラ
乙種伝染病	ウィルス性肝炎、細菌性・アメーバ性赤痢、腸チフス・パラチフス、エイズ、淋病、梅毒、ポリオ、麻疹、百日咳、ジフテリア、流行性脳脊髄膜炎、猩紅熱、流行性出血熱、狂犬病、レプトスピラ病、ブルセラ病、炭疽、発疹チフス、日本脳炎、黒熱病*1、マラリヤ、デング熱
丙種伝染病	肺結核、住血吸虫、フィラリア病、包虫病、ハンセン病、流行性耳下腺炎、インフルエンザ、急性出血性結膜炎、風疹、新生児破傷風、コレラ・赤痢・腸チフス・パラチフス以外の下痢感染症

注：*1；内蔵リーシュマニア症

出所：中華人民共和国伝染病防治法 衛生部

1992年では全国の疾病観測点からは、甲・乙24種の伝染病のうち18種が報告されている。甲種ではコレラが報告されているが、ペストの報告は無かった。乙種では17種が報告されているが、エイズ、ジフテリア、ブルセラ病、黒熱病、デング熱の報告はなかった。報告された甲・乙種伝染病は計3万8,727件、死亡83件、総致死率0.21パーセント、総報告発病率432.07/10万、総推定発病率649.05/10万、総致死率0.93/10万であった。地区別に報告された発病と死亡の状況をみると、都市部の疾病観測点からの甲・乙種伝染病の報告例は計10,005件、死亡6件、致死率0.06パーセント、報告発病率481.97/10万、推定発病率594.88/10万、死亡率0.29/10万であった。

一方、農村部の疾病観測点からの報告は計2万8,722件、死亡77件、致死率0.27パーセン

ト、報告発病率417.03/10万、推定発病率671.98/10万、致死率1.12/10万であった。

農村医院の治療水準、伝染病報告管理および住民の受診意識は、都市のそれに比べて相対的に劣り、このため農村での伝染病致死率および致死率（/10万）はそれぞれ都市部の4.5倍、3.9倍と高いが、報告される発病率は都市よりも低い。住民に対する報告漏れ調査に基づき修正した結果によると、農村の推定発病率は明らかに都市を上回る。さらに受診に至らなかったケースを考えると、農村部における実際の発病水準は都市部の約1.4倍となる（付表1～6、127～132ページ参照）。

尚、本調査が実施された1994年には、11月時点までに中国全土でペストは7件（青海省1件、西藏6件）報告されていたが、患者はいずれもカワウソ獺を職業としており、獲物の皮剥ぎ時に感染したものと考えられていた。

1992年、甲・乙種伝染病の発病および死亡順位を表3-7に記す。

表3-7 1992年甲・乙種伝染病の発病および死亡順位

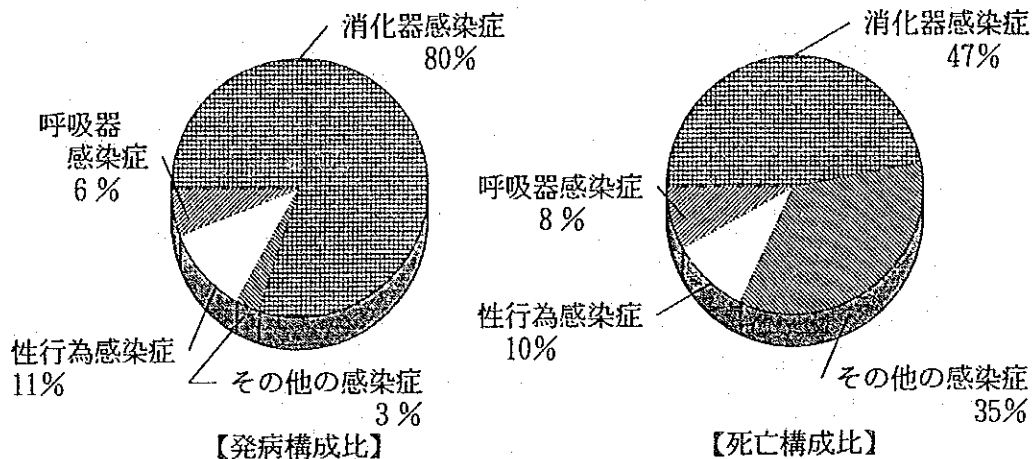
順位	全国疫病情報 報告発病率	疾病観測点 報告発病率	疫病観測点 報告死亡率	疫病観測点 報告致死率
1	ウイルス性肝炎	赤痢	赤痢	狂犬病
2	赤痢	ウイルス性肝炎	ウイルス性肝炎	脳脊髄膜炎
3	麻疹	麻疹	ハンセン病	日本脳炎
4	腸チフス	淋病	出血熱	ハンセン病
5	淋病	腸チフス	狂犬病・日本脳炎	炭疽
6	マラリア	出血熱	脳脊髄膜炎	出血熱
7	出血熱	猩紅熱	麻疹	麻疹
8	猩紅熱	マラリア	腸チフス・炭疽	疫痢
9	日本脳炎	ハンセン病		ウイルス性肝炎
10	ハンセン病	日本脳炎		腸チフス

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994 P69

上位6位までの発病順位は、1991年の順位と同じである。赤痢と肝炎はそれぞれ1位と2位、猩紅熱は1991年の10位から、1992年には7位に上昇した。赤痢と肝炎は発病が多いため、死亡も相応してかなり多く、それぞれ死亡順位の1位と2位に位置している。

甲・乙種伝染病を、消化器感染症、呼吸器感染症、性行為感染症、その他の感染および媒介動物による感染症に分類し、図3-4にその構成を示す。

図3-4 1992年全国疾病観測点甲・乙種伝染病の発病・死亡構成比



出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994 P69

消化器感染症には、コレラ、ウィルス性肝炎（B型肝炎を除く）、赤痢、腸チフスおよびパラチフス、ポリオが含まれる。報告された件数は計3万850件で、発病総数の80パーセント、死亡総数の47パーセントを占める。肝炎と赤痢は、それぞれ消化器感染症の40パーセントと57パーセントを占める。これらは伝染病発病の総体水準を直接左右し、中国国民の健康に著しい危害を与える最も主要な疾患である。

呼吸器感染症には、麻疹、百日咳、ジフテリア、流行性脳脊髄膜炎と猩紅熱が含まれ、報告された件数は計2,418件、発病総数の6.2パーセントを占め、死亡7件、死亡総数の8パーセントである。この種の疾病は主に幼児と学齢期の児童に危害を及ぼす。

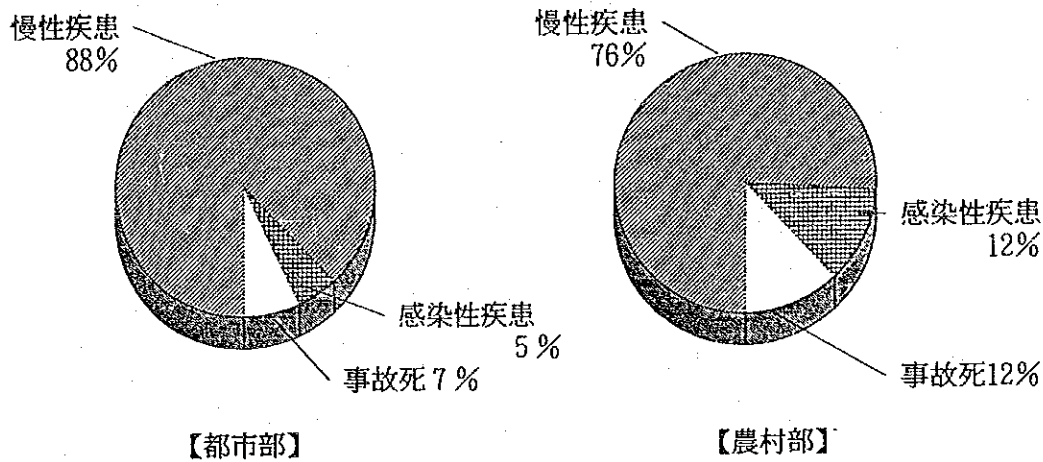
性行為感染症には、B型肝炎、エイズ、淋病および梅毒が含まれ、報告された件数は計4,188件、発病総数の30パーセント近くが淋病で占められ、最近数年来、淋病の発病順位は一貫して3～4位にある。その他に主要なものとしては、B型肝炎が挙げられる。

その他の感染症（媒介動物による感染症を含む）には、ペスト、出血熱、狂犬病、ハンセン病、ブルセラ病、炭疽病、発疹チフス、日本脳炎、黒熱病、マラリア、デング熱が含まれ、報告された件数1,271で発病総数の3.3パーセントを占め、死亡29件、死亡総数の35パーセントを占めている。この類の疾病の致死率は高く、一部特定地域の住民の健康を脅かす重要な疾病である。

(3) 主要死因

1992年の感染性疾患および新生児・産科疾病の死亡率は55.29/10万、慢性病は403.13/10万、事故死亡は57.45/10万であった（図3-5）。

図3-5 1992年全国疾病観測点における都市部・農村部別疾病別死亡割合



出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994 P47

都市部・農村部別の主要疾病の死因順位を付表7（129ページ）に記す。
 ここ数年来の報告値では、全国で見ると心疾患、呼吸器疾患、悪性腫瘍が死因の上位3位となっており、次いで事故が4位となっている。都市部における死因も過去2年間変わらず、心疾患が1位、悪性腫瘍が2位、呼吸器疾患が3位となっている。農村部では、呼吸器疾患が死亡要因の1位に上がり、心疾患が2位に下がった他は例年と変化はなく、3位は悪性腫瘍であった。

男性・女性別に死因を見た場合も、死亡の順位は基本的に変化はない。

また、乳児の主要死因としては、地方では依然として肺炎が高い割合を示している（表3-8）。

表3-8 各調査結果による乳児死亡要因 単位：／出生1,000人

	遠隔の 300 郷 (1989)	選択した 地方域の郷 (1982~85)	上 海 (1980)
肺炎	17	10	3
早産	10	5	4
分娩時外傷、 窒息、冷傷	12	6	3
新生児破傷風	6	NA	NA
先天異常	5	4	6
外傷	4	3	1
下痢	6	2	NA
その他	8	3	2
合 計	68	33	19

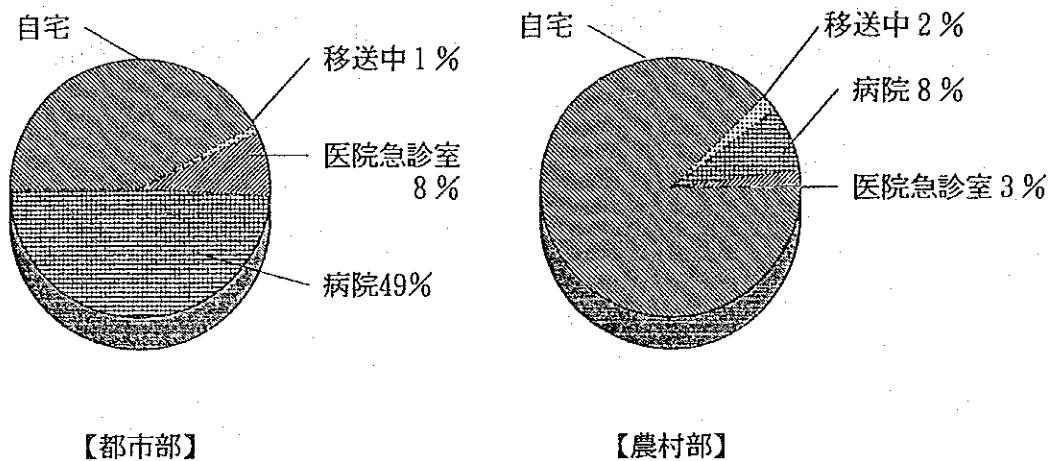
出所：An Analysis of the Situation of Children and Women in China
 UNICEF 1992 P6

なお、中国における妊産婦死亡率は出生10万対95と改善されてきているが、依然として地域格差が大きく、UNICEFによれば上海では先進国並の死亡率であるのに対して貴州、西藏、青海等では出生10万対400~700以上と非常に高い。中国では毎年2万人の女性が妊娠に起因する疾病で死亡している。

(4) 死亡場所

都市部および農村部の病人の死亡場所を図3-6に記す。

図3-6 1992年全国疾病観測点における都市部・農村部別死亡場所（自宅・施設別）



出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994 P43

都市部では病院での死亡（49パーセント）と自宅での死亡（42パーセント）がほぼ同率であるのに対し、農村部では自宅での死亡例が圧倒的に多い（86パーセント）。これは、中国農村部では病人の多くは死亡前に病院から自宅に帰って死ぬ習慣があるからである。

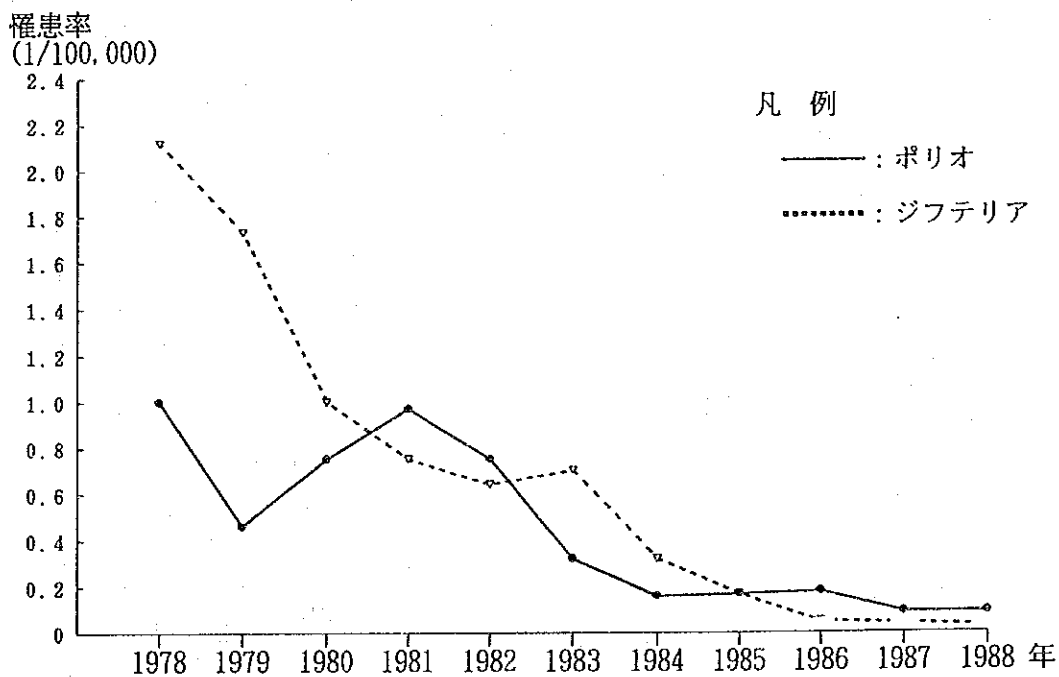
3-3-2 各論

3-3-2-1 予防接種で防ぐことができる子供の感染症

建国以前の中国（1938～49年）の保健環境は非常に貧しく、予防接種プログラムはほとんど存在しないも同然の状況であった。そのため、天然痘、ペスト、コレラは猛威を振るい、年間1万～10万人以上の死者を出していた。ジフテリア、麻疹、百日咳、ポリオの感染者は1千万人を越えており児童の主要な死亡原因となっていた。乳児死亡率は200人／出生1000対で平均余命は35歳であった。

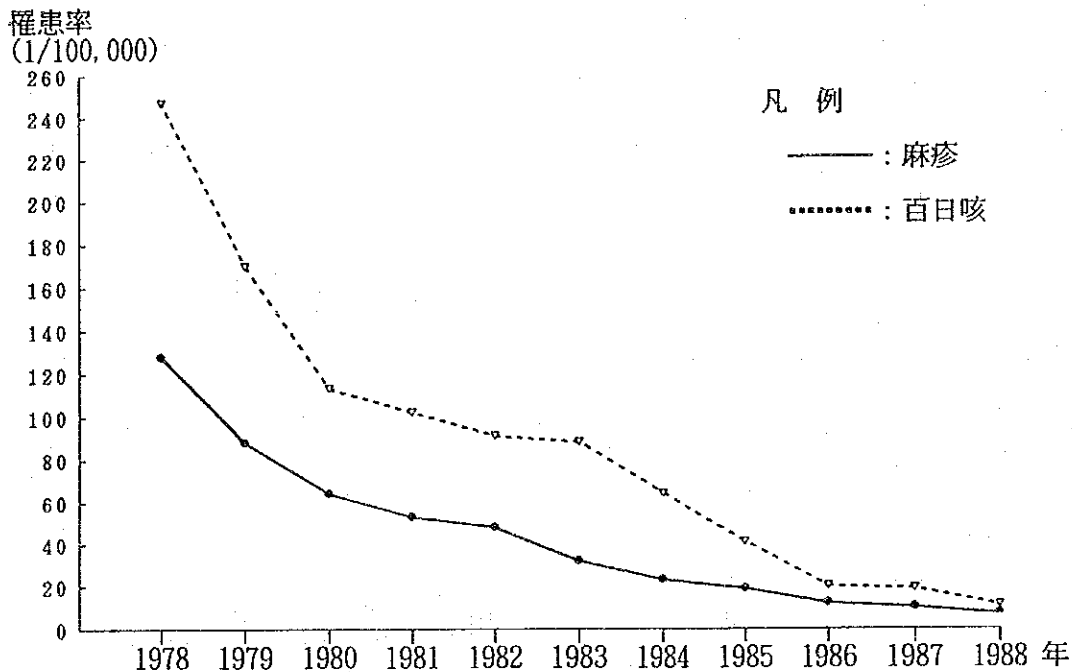
建国以降、中国政府は児童の保健衛生および流行病の予防を重視した。政府は「予防第一」の姿勢を取り、国民の健康を脅かす急性伝染病の予防・管理に努めてきた。図3-7、3-8に近年におけるポリオ、ジフテリア、麻疹、百日咳の罹患率を示す。

図3-7 ポリオ・ジフテリア罹患率の推移



出所：中国計画免疫 衛生部衛生防疫司

図3-8 麻疹・百日咳罹患率の推移



出所：中国計画免疫 衛生部衛生防疫司

UNICEFによると、中国は1988年よりEPIプログラムを推進し、殆ど全ての県で最低85パーセントの乳児に6種の疾病に対する接種が実施された。その結果、1990年の麻疹、百日咳、ジフテリアの発病者は1978年の発病者の2～4パーセントに留まった。1989～90年にかけて山東省・江蘇省・安徽省・河南省・河北省の5省を中心にポリオの大発生があったが、1991年には減少している。衛生部および国連機関の調査結果によると、罹患者の大多数は、接種が不完全であったか、戸籍に登録されていないため接種が受けられない児童達であった(表3-9)。

表3-9 報告された4種のEPI対象疾患数

単位：千人

	ピーク時		1978	1985	1990
	年	報告数			
ポリオ	1964	43.2	10.4	1.5	5.1
ジフテリア	1960	152.1	20.0	1.4	0.4
百日咳	1973	2,203.3	1,202.9	147.3	19.2
麻疹	1959	9,444.7	2,372.8	418.2	85.0

出所：An Analysis of the Situation of Children and Women in China, UNICEF
1992 P8

(1) ポリオ

1992年のポリオの流行状況の概要および特徴を以下に記す。

- 1) 全国で1,191件のポリオが発生し、32人が死亡した。1991年に比べると、発病数は38パーセント、死亡数は47パーセント減少していた。北部の一部の省、自治区、直轄市では流行状況が顕著に改善されており、一定期間内に「ポリオゼロ地域」となる見込みもある。
- 2) 流行の波および範囲には拡大が見られた。発病者が出た県・区は全国で合わせて348ヶ所で、1991年に比べて10ヶ所減少した。発病者は江西、広東、広西、山西の4省・自治区に集中しており、この地域で670件、全国の総発病数の56パーセントを占める患者が出た。
- 3) 0～1歳児のグループの発病率がやや上昇した。注意を引くのは0歳のグループの発病例のうち発病年齢が6ヶ月未満の者が1/3を占めることである。これは近年において初めて現れた現象である。
- 4) 流行の季節性は既に顕著ではなくなった。ここ2年ほど各地で予防接種強化活動が繰り返されており、1992年5月以降も発病は徐々に減り、季節による流行のピークは現れていない。

(2) 破傷風

破傷風は、中国の殆どの地域において一般的な病気ではなくなっている。1987年の全国調査では、死亡率は1.4～4人/新生児1,000人であり、都市部における罹患者は、殆どが戸籍を持たない住人であった。破傷風は産婆の教育により解決できると考えられてきたが、多くの地域においては破傷風予防ワクチンが必要とされている。

3-3-2-2 下痢感染症

衛生部が江蘇、黒龍江、山東、福建省で行った調査結果によると、江蘇、黒龍江の両省の5歳以下の児童の下痢の年間発病率はそれぞれ1.72～2.09回/人/年と1.58回/人/年であった。この調査で同時に分かったことは、現在児童の下痢症の予防と治療においては、依然として抗生物質と抗下痢剤の濫用が非常に一般的であり、経口補水塩（ORS）の使用には何年か前に比べれば改善が見られるものの、未だに一種の補助的手段にすぎないということであった。つまり、依然として多くの臨床医や下痢症の家庭での看護者に対して研修と教育を行う必要があるということである。

衛生部はWHOの協力を受けて、1989～91年に山東省、福建省、雲南省、甘粛省、北京および湖南省において、延べ22回に渡り都市部と農村部の下痢性疾患と受診動向の戸別調査を実施した。調査方法はWHOの推薦する統一方案を採用し、5歳以下の児童の看護人に対して調査を行った（1991年には中国下痢性疾患治療実態に基づき、治療薬に関する調査を追加した）。調査の結果、5歳以下の児童の下痢性疾患平均発病率は0.86～3.9回/人/年で6省（市）の平均水準は2.5（農村部2.9回/人/年）、下痢期間に継続して母乳

を与えた率90.3パーセント、継続して食物を与えた率65.7パーセント、飲料の使用率の増加28.6パーセント、ORS使用率3.3パーセント、静脈輸液率2.0パーセント、薬物の使用率59.8パーセント、抗生物質使用率22.6～56.6パーセントであった。

21省（市）における下痢症予防・治療の現状戸別調査の結果より、6ヶ月以内の乳児の栄養接種の方法を表3-10に記す。

表3-10 6ヶ月以内の乳児の栄養接種の方法

給与方式	調査人数	構成比率 (%)
母 乳	950	76.18
混 合	243	19.49
人 工	54	4.33
合 計	1,247	100.00

注：「母乳」は母乳を主とするもので必ずしも母乳のみを表していない。
出所：中華人民共和国腹瀉病控制規則 衛生部衛生防疫司 1992 P6

3-3-2-3 急性呼吸器感染症（ARI）

上述の下痢感染症と同じく、ARIも児童にとって大きな問題のひとつである。0～4歳児の主要死因は肺炎とその他の肺部感染性疾病で、この年齢グループの死亡率の30パーセントを占めている。

中級レベルの経済状況にある27県を対象としたARI基礎調査では、乳児死亡率は出生1,000対40で、最も高かったのは93であった。また、5歳未満児死亡率は出生1,000対50であった。児童の死亡原因の1位は肺炎で23.9パーセントを占めており、死亡者の64パーセントは自宅か病院へ向かう途中で死んでいる。

3-3-2-4 結核・ハンセン病

(1) 結核

世界銀行の報告によると、中国では毎年36万人以上が結核で死亡しており、その殆どが貧困な小自作農であると推測されている。結核は初期のうちに感染者を治療し、伝染を防ぐことで予防できる。適切に運営されたプログラムでは患者の80～90パーセントが治療され、不適切なプログラムでは30パーセントかそれ以下しか治療されない。そして引き続き多数の感染・死亡、新たな伝染を引き起こす。

中国では1960～1970年代に、実際上は無料の、期間の長い（12～18ヶ月）標準抗生物質治療法により、結核対策は大きく進歩した。しかし、1980年代初以降、約半数の地方における感染率は、改良された短期間（6～8ヶ月）治療法の採用にもかかわらず、停滞するかまたは増加した。この傾向の多くは保健財政政策の変化、とりわけ保健施設に関して実

際上全てのサービスを患者に負担させるべきだという政府の決定に原因がある。1981年に始まった保健機関は薬やサービスの販売で運営コストの多くを得なければならなかった。基本給は依然として公共予算から資金手当されたが、保健施設従事者のボーナス、住宅供給、退職金はサービス供給機関による収入の一部に依存していた。経営者の投資予算は料金からの収入にリンクされた。予防接種等の少数の公衆衛生サービスの一部は助成されていたが、結核の診断や治療は、薬のコストが1人の治療につき30~80ドルもかかるのに助成されなかった。

結核患者に支払いを負担させることは予想外の結果を招いた。医者や医療機関が保険による払戻しを期待し、治療中に過度の診断検査を行い、最も重度の症状に使われるはずの高コストの抗生物質を投薬した。コストを負担できない多くの低所得の患者は治療を受けられなかったり、早い時期に治療を断念した。患者が治療を終え、治癒することを保証するインセンティブは何もない。保険制度の記録は、治療を完了した人々の高い治癒率を示したので、政府は事態の悪化には殆ど気づかなかった。この不十分にしか機能しなかったプログラムの保険制度に対する直接コスト増はゼロであったが、経済への間接コスト（患者と家族の負担）は莫大なものであった。

この様に結核患者に支払いを負担させた結果、100~150万の結核患者が1980年代に増えたと推計されている。数千万にのぼる新たな感染が引き起こされ、多くの場合、人生の後半で病気の犠牲となった。薬物耐性菌の増加も加速された。適切な政策があれば、中国でその10年間に死亡した300万人以上の多くは回復したはずである。

結核の治療代金を負担させることから生じる問題を認識した中国は、治療への助成および治療の供給者に対して適切なインセンティブを与える大がかりな国営の結核抑制努力を始めた。この政策の初期の結果として、治癒した症例数は大幅に増加した。

衛生部は1986年から26の省・自治区・直轄市の85の観測点で結核に対する監視検査活動を行っている。1991年の監視検査機関への活動性肺結核患者の届け出率および陽性の届け出率はそれぞれ50.3/10万と10.4/10万で、全国の平均届け出率をそれぞれ5.5パーセントおよび25.6パーセント上回っていた。また活動性肺結核患者および陽性の新たな届け出率はそれぞれ41.4/10万と12.6/10万で、それぞれ全国の平均を23.2パーセント、40パーセント上回っていた。監視検査機関内の結核罹患率の年平均下降率は6パーセントで、全国の3回の流行病調査による年下降率3パーセントの2倍となっている。この下降率から推算すると、10年で罹患率は50パーセント下がることとなる。なお、0~14歳までの児童の結核性脳膜炎の発病率は0.8/10万、結核の死亡率は5.6/10万であった。また決められたとおりに治療を受けた患者の比率および痰の中の菌が陰性に変わった率は既に90パーセント以上に達している。

(2) ハンセン病

中国は昔からハンセン病の蔓延地として世界から注目され、特に東シナ海、南シナ海沿岸地域および長江周辺地域に多発していた。

中国におけるハンセン病のコントロールの経緯は表3-11のとおりである。

表3-11 ハンセン病コントロールの経緯

年代	事項
1948	全国に約40ヶ所にハンセン病の施設（2,391床）があり、外国のミッションの活動によって患者の保護と隔離収容が行われていた。
1955	ハンセン病の予防と治療・コントロールは政府の責任において実施されることとなり、北京に中国医学科学院皮膚病研究所が設立され、全国のハンセン病対策の計画が立案され、蔓延地の省と皮膚病研究所において対策が実施されることとなった。
1957	第1回全中国ハンセン病会議が山東省済南市で開催され、排菌患者の入所、隔離勧奨、ダブソン治療基準（5～10年の治療期間）、観察基準（治療後5年）が定められた。
1981	第2回全中国ハンセン病会議が広東省広州市で開催され、中国のハンセン病患者が20万人に減少したことが報告され、今世紀末までに最小限に減少させることが決議された。
1985	中国政府衛生部は第7次5ヶ年計画（1986～1991年）を立案し、中国ハンセン病コントロール研究センター、中国ハンセン病協会、中国ハンセン病財団が設立された。
1987	第3回全中国ハンセン病会議が雲南省昆明市で開催され、以下の議決を行った。 ①ダブソン単一療法をMDT（Multi Drug Treatment）に切り換える。 ②ハンセン病対策を、隔離制度から在宅療法中心の外来治療制度に転換する。 ③ハンセン病医療を地域の一般保健医療制度の中に組み入れる。 ④集団検診・住民検査による患者発見方式を中止し、一般皮膚科診療所の日常的診療や住民の自発的受診に転換する。 ⑤患者に対する変形・障害予防の指導を重視する。
1990	浙江省杭州市で開かれた第4回全中国ハンセン病会議において1991～95年の5ヶ年計画が立案された。

出所：ハンセン病のない21世紀をめざして（財）笹川記念保健協力財団 より抜粋

全中国のハンセン病政策は、中央政府衛生部伝染病局慢性病課が中国ハンセン病コントロール・研究センターと協力して実施する。その立案にあたり、実務は各省・市の衛生局が担当、実施する。ハンセン病に係る施設と医療従事者の推移を表3-12に記す。

表3-12 ハンセン病施設と医療従事者の推移

	1981	1985	1987	1990
皮膚病診療所	850	1,144	1,076	
			〔 省 20 県 156 鎮 900 〕	
医療従事者	9,000	10,000	11,000	11,690
			〔 医 師 2,500 保健員 5,500 事務官 3,000 〕	

出所：ハンセン病のない21世紀をめざして
 (財)笹川記念保健協力財団 1994 P26

1991年現在の変型度の強い身体障害者のための療養所等の施設の病床状況および患者状況は表3-13のとおりで、病床は変型矯正手術、リハビリテーションおよび自活療養に使われている。

表3-13 1991年ハンセン病施設病床数および患者数

療養所	44ヶ所 (11,640床)
外来診療所	38ヶ所 (3,833床)
自活村	489ヶ所
累積患者数	530,000人
治癒患者数	400,000人
登録患者数	23,000人
新発生患者 (過去5年間平均)	4,000人/年間
再発生患者 (ダブソン単一療法治療者)	500人/年間

出所：ハンセン病のない21世紀をめざして
 (財)笹川記念保健協力財団 1994 P26

また、登録患者数の推移は表3-14のとおりである。

表3-14 ハンセン病登録患者数

1950	500,000 人
1981	200,000
1985	100,000
1987	70,000
1989	40,000
1990	30,000
1991	23,000

出所：ハンセン病のない21世紀をめざして
 (財)笹川記念保健協力財団 1994 P27

1987年に実施された調査結果では、新発生患者数は3,755人（MB型68.3パーセント、小児比1.8パーセント）、再発患者（ダブソン単一治療）は433人（MB型84.3パーセント、PB型15.7パーセント）であった。同調査結果による、ハンセン病患者の分布状況は以下のとおり（表3-15）。

- 1) 東シナ海、南シナ海沿岸の各省、長江沿岸の各省に約4万7,000人の患者が分布する。
- 2) 広東、雲南、四川、福建、江西、浙江、山東各省に患者が多い。
- 3) ハンセン病蔓延地状況とMDT実施前・後の有病率の推移を以下に記す。MDTが各省に普及した1985年以降、有病率が低下した省は著しく増えている。

表3-15 省別ハンセン病の推移

有病率 (対人口 1,000比)	1950		1984		1987		1989	
	省数	(%)	省数	(%)	省数	(%)	省数	(%)
> 1.0	4	13.8	1	3.3	0		0	
1.0 ~ 0.1	11	37.9	4	13.3	3	10.3	3	10.3
0.1 ~ 0.05	4	13.8	6	20.0	4	13.8	1	3.3
0.05 ~ 0.01	1	3.5	8	30.0	12	41.4	11	36.7
0.01 >	9	31.0	10	33.3	10	34.5	15	50.0

注：1982年；MDTを試験的に開始、1985年；MDTを各省に普及
出所：ハンセン病のない21世紀をめざして、(財)笹川記念保健協力財団 1994 P26

3-3-2-5 コレラ

1992年のコレラの発病は429例で、1991年に比べ103.32パーセント増加し、2名が死亡している。沿岸部の解放地区では流動人口が急激に増加しており、更に一部の新開発地域では大規模な建設プロジェクトが大量に行われているのに対し、衛生上の措置はそれに追いついていない。こうしたことがコレラの流行状況の悪化の主な原因となっている。

3-3-2-6 ペスト

雲南省は、中国の中でもペストが歴史的に流行した地域で、建国後では1950～55年にかけて2,950人が発病し、633人が死亡している。この時は1956年には大規模な予防治療活動が行われ人間の間でのペストの発生が抑えられ、57年には鼠の間でのペストの発生も抑えられた。

その26年後の1982年に雲南省西部の中国ミャンマー国境地域で再び鼠の間にペストが爆発的に大流行し、1986年にはこの地域で1人目の患者が出た。その後、流行範囲は徐々に拡大し、絶え間なく患者が出ている。1992年までで4つの地域、州の6県で123人のペス

ト患者が出て、2名が死亡、6つの地域、州の16県で鼠の間のペストの流行が見つかり、また雲南東部を含む18県で動物からペスト免疫陽性を表す物質が検出された。雲南省での今回のペスト流行に見られる特徴は以下のとおり。

- 1) 流行地域は雲南省西部から西南部、南部へ向かって広がっている。
- 2) 流行は雲南の家鼠のペストの自然発生状況が活発になった結果で、必ずしも全てがある地方から地方へと広がっていったものではない。
- 3) 県の中心地や、人口が密集した郷や鎮の居住地域にペストが入っており、多くの人々に大変な脅威を与えている。
- 4) 流行地域の自然環境は複雑で、多くが少数民族の地域であり、また、ミャンマー、ラオス、ベトナムといった流行地域とも地続きになっているため、予防治療活動が行いにくい。動物のペストの発生は、なお活発化していると予想されており、今後流行地域は更に拡大して雲南東部や省の中心地域内へと発展しそうな勢いである。

3-3-2-7 肝炎

1992年の報告件数は1万5,311件、死亡20件、報告発病率170.83/10万、推定発病率232.80/10万、報告死亡率0.22/10万で、未分化型（非A非B型および未検査の肝疾患）が発病総数の40パーセントを占めている。その他の主要なものA・B型肝炎で両者の比率はおおよそ2:1、A型肝炎の報告発病率65.83/10万、B型肝炎の報告発病率33.45/10万であった。未分化の病例が40パーセントもあるので、A・B型肝炎の実際の発病率は、更に高いことは確実である。

A型肝炎の発病には一定の季節変動が見られ、春になると発病率は上昇しはじめ、5月にピークに達する。夏に入ると比較的低い水準で推移し、秋になると再び上昇、10月に2度目にピークを迎え、冬に入ると終息する。一方、B型肝炎では明瞭な季節変動は見られず、発病率は年間を通じて相対的に安定している。

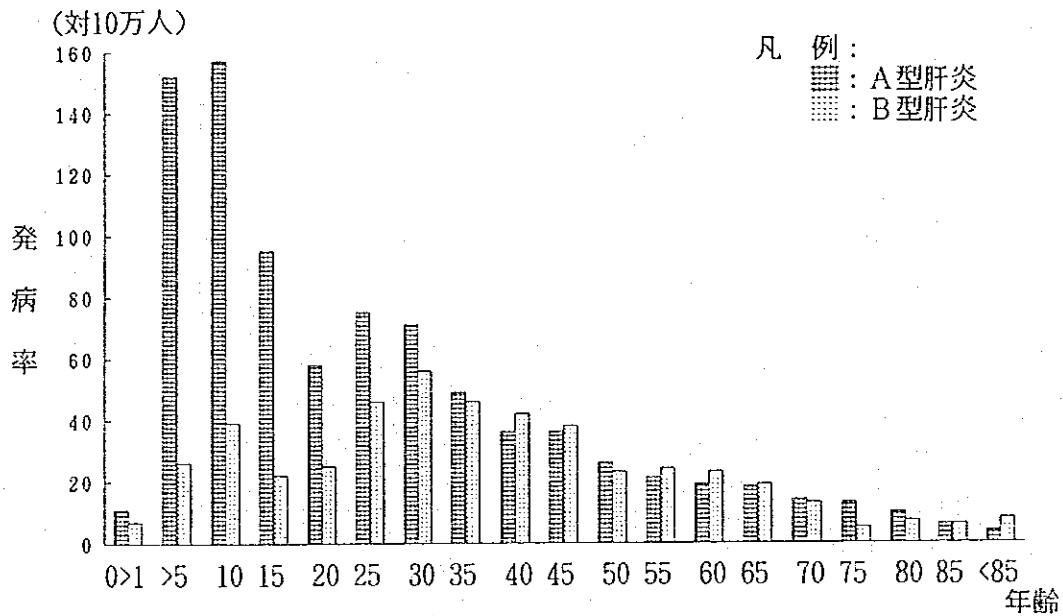
地理的分布をみると、A型肝炎の多発地点は安徽、河南両省に集中する傾向が見られる。その他は華北、華東、西北地域に分散して分布する。発病率が全国水準以上の疾病観測点の2/3は農村に位置していた。

一方、B型肝炎では、全国水準以上の発病率をもつ疾病観測点のうち3/5が都市部に集中している。B型肝炎はA型肝炎より広く分布しており、浙江、河南、甘粛、新疆省に比較的集中している。B型肝炎では、都市部の発病率は農村部の約1.8倍も高い。これは、都市部では医原性の感染機会が農村より高いことと関係あるものと思われる。同時に、農村では型を分けて診断する割合が低く、このため農村のB型肝炎の発病率が低めに現れることも考慮すべきである。全国の大行政区域でみると、中国には2つの肝炎多発地域がある。ひとつは西北地域、他のひとつは東部沿岸地域である。

A・B型肝炎の発病率を年齢層別に見ると、A型肝炎の危険度の高い層は児童と青少年である。特に1~10歳の年齢層の発病率は高い（151.62~156.87/10万）。この年齢層の大多数はA型肝炎の感染を経ておらず、体内抵抗力がないため、一旦感染すると容易に発

症する。B型肝炎の年齢層別の発病差異はA型肝炎ほど明瞭でないが、それでも2つの危険度の高いグループを見ることができる。ひとつは5～10歳児の層で（発病率 39.28/10万）、もうひとつは20～40歳の成年層（発病率42.34～56.25/10万）である。この層の発病は、仕事や学習、社会生産への影響が大きく、また25～30歳層では大多数の女性の懐妊期、哺乳期にあたるため、この時期の発病は次世代の健康にも影響を与える。従って、20～40歳層のB型肝炎の発病率の抑制は、極めて重要な問題である（図3-9）。

図3-9 年齢別A・B型肝炎発病率



出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 P287 より編集

いずれにせよ、ウィルス性肝炎は中国において普遍的な疾病であり、国民の健康に脅威を与える主要な伝染病である。

3-3-2-8 エイズ

中国では、1985年6月に第1号のエイズ患者が発見されて以来、1994年7月までに合計1,435件のHIV感染者が報告されている（うち外国人と海外在住の中国人261件、中国人1,174件）。その内、エイズ患者は40件であった（21人は既に死亡）。これらの感染者と患者は、雲南、広東、北京、上海、福建、浙江、四川等の22省（市）に分布しており、その内の79パーセント以上の感染者が雲南省であった。

エイズの流行に関する特徴を以下に記す。

- 1) 感染の主要地は辺境、沿岸域および大都市である。大都市の感染者は主に性行為に

よる感染者で、沿岸域では短期出国者、内陸地域では海外出稼ぎ就労者、西南辺境地域では静脈注射を常用する麻薬中毒者が主な感染者となっている。

- 2) 青壮年は感染の主要対象である。感染者の80パーセント以上が20～49歳である。
- 3) 感染者層は広く、労働者、農民、商人、学生、兵士、幹部等が含まれている。その内、農民の人数は70パーセント以上を占めている。
- 4) 性行為感染は徐々に主要伝播ルートとなっている。現在までに報告されている感染者は主に西南辺境地区の静脈注射を用いる麻薬中毒者であるが、その増加スピードは穏やかである。一方、性行為感染によるエイズ感染者の比率は逐年上昇し、1991年5.6パーセント、1992年13.8パーセント、1993年15.7パーセントにのぼった。雲南省を除いては、他の省（市）の感染者は殆ど性行為感染によるものである。

中国では、現在から果敢な予防と抑制措置を講じないとエイズ予防・抑制の好機を失ってしまい、2000年までに中程度の流行状況で推計すれば、中国のHIV感染者は10万人前後、エイズ患者は2万人前後に達すると予測される。

3-3-2-9 性行為感染症

1992年の前半に新たに発生した性病は79,345件で、1991年の同時期（66,308件）に比べて18.8パーセント増加した。その増加のスピードは、1991年の同時期と比較して16.9パーセントも高かった。うち、雲南、上海、江西、安徽、広東、江蘇、浙江、遼寧、海南、四川、天津、広西、福建、山東、吉林等の15の省・市で流行の状況が悪化した。悪化の程度が最も大きかったのは安徽省（90.6パーセント）で、海南省（67.2パーセント）、四川省（40.9パーセント）がそれに続いた。一方、河北、陝西、湖南、黒龍江、青海、山西、北京、河南、湖北等の9つの省・市では発生が減少した。そのうち減少の幅が最も大きかったのが陝西省（53.7パーセント）で、それに黒龍江省（17.2パーセント）、青海省（17.2パーセント）が続いた。1992年の性病の発生は淋病が一番多く、それに尖圭コンジロームが次ぐ形であった。全体に占める比率では、淋病、軟性下疳の比率が1991年の同時期より低くなり、尖圭コンジローム、非淋菌性尿道炎の比率が上昇し、近年来の流行と同じ傾向を示した。

淋病の1992年の疾病観測点からの報告発病率は13.17/10万、都市部の報告発病率31.31/10万、農村部7.7/10万であり、農村部の発病率は30パーセント近くも上昇している。報告は相対的に東北、華北、西南、華南地域の一部の都市部の観測点と僅かな農村の観測点に集中している。

淋病報告の男女比率は1.67:1.00で、年齢的には20～45歳の年齢層が危険集団である。20歳から淋病の発病は急激に上昇し、25歳でピークに達する。以後30～45歳層で発病率は逡減するが、しかし依然として高い水準にあり、50歳以後に発病水準が低くなる。

3-3-2-10 マラリア

1992年のマラリア発病者は7万3,955人、1年の発病率は6.391/10万であった。1991年比で発病者数は2万7,681人減り、発病率は28パーセント下がった。しかし、一部の地域ではその流行状況に揺れが見られる。たとえば、広西自治区では以前マラリアの流行の激しかった地域で予防措置を緩めたため、発病率が1991年より48.6パーセント高くなった。また湖南省では、外から入ってきたケースが増加したために発病率は20.5パーセント上昇した。さらに海南、雲南、広東、貴州、福建等の省でもまた、一部地域（市、県）に再び流行状況が悪化するという状況が見られ、マラリアの爆発的な流行地域も現れた。その他の各省、自治区、直轄市では、流行状況は安定して良い方向に向かっている。

一方、悪性マラリア（熱帯熱マラリア）は、いまだに効果的に抑制されていない。海南、雲南の両省と広西自治区の55県では悪性マラリアの流行が起こり、10の省の111県（市）では外から悪性マラリアが入った。1年間で合計で9,355件の悪性マラリア患者と原虫保有者が見つかり、悪性マラリアの分布範囲と件数は1991年とほぼ同水準であった。海南、雲南両省の悪性マラリア原虫は、何種類もの常用抗マラリア薬に耐性を持つようになり、その耐性は徐々に強くなっている。それゆえ、早期に発見して適当な治療を行わないと、簡単に死亡してしまうことにもなるため注意が必要である。

市場経済の発展に伴い人口の流動が急激になったことで、一部の地域でマラリアが再び増加したり、拡散する、点状に爆発的流行が起こるなどの現象が見られ、それがマラリアの流行のあまりなかった地域にとって予防成果を保っていく上での大きな脅威となっている。完全なものではないが、海南、雲南、広東3省の統計によると、外から入ってきた流動人口に1万5,700人もマラリア患者が発生している。その多くが流行状況の統計には含まれていないため、流行状況には大きな統計漏れがあることになる。この様な流行状況の統計漏れが一部ある事を考慮しても、統計では全国のマラリアの発病者数は1970年代初めの2000余万人からここ数年は10万人前後に激的に減っていることから、予防治療活動が成果を納めているといえる。

3-3-2-11 地方性フッ素中毒

地方性フッ素中毒は、飲料水を原因とするタイプと石炭の燃焼を原因とするタイプの2つに大別される。飲料水によるフッ素中毒症流行地域の17の検査対象県の871ヶ所の水源改善施設でフッ素含有量を調査したところ、フッ素含有量が1.0mg/ℓ以下だったのは60.2パーセントのみで、40パーセント近い水源改善施設はフッ素含有量が不合格のレベルであった。また、石炭燃焼を原因とするフッ素中毒症の流行地域の9つの対象県で369ヶ所のかまどを調査した結果、合格率は51.3パーセントであった。

流行状況についての調査の結果、大部分の対象県で8～12歳の斑状歯の発病率は、飲料水を原因とするタイプ、石炭の燃焼を原因とするタイプとも、年齢が低くなればなるほど発病率が下がるという傾向が見られた。そのうち、河北省の固安では、もともと飲料水のフッ素濃度は3～5mg/ℓで、状況の悪い地域であったが、水源改善を行って10年後には

8～12歳の児童の斑状歯罹患率は既に40.2パーセント（中程度の流行地域のレベル）にまで下がった。また8歳の年齢グループの場合は12.3パーセント以下に下がって、既に非流行地域の基準に達している。臨床症状、体の特徴、X線の検査結果から、一部の検査対象地点のように流行状況が悪くても、例えば固安のように水源の改善によって10年後には臨床的症状や体の特徴においてその陽性率は15.9パーセントまで下がり、X線検査でもフッ素骨症の罹患率が2.5パーセントまで下がっていることが明らかとなった。

3-3-2-12 甲状腺腫

広西省で流行している甲状腺腫は、環境的にヨウ素が欠乏していることによる地方性の甲状腺腫であり、その罹患率は25.38パーセント、患者数は330万である。流行の特徴は以下のとおり。

- 1) 流行地域が広く、罹患率が3パーセント以上の流行県（市）は65（市・県の総数の74.7パーセント）、郷（鎮）は658（郷、鎮の総数の55.2パーセント）で、流行地域の人口は1,800万人（地域全体の総人口の42パーセント）になる。
- 2) 流行の度合いは、地勢が高くなり水に含まれるヨウ素の量が少なくなるに従って濃くなる。

流行の度合いの高い地域は、海拔1,000m以上にある広西省西部、北部の百色、河池、桂林3地域の43県・市の高原地帯に分布しており、水に含まれるヨウ素量は $2.24 \mu\text{g} / \ell$ 、平均罹患率は31.5パーセント、そのうち鳳山、東欄、恭城、天峨、南丹、全州の6県の罹患率は63.3～82.3パーセントとなっている。

中程度の流行地域は海拔500～800mの広西省中部の南寧と柳州の2地域の8県・市の丘陵地帯に分布しており、水に含まれるヨウ素量は $3.36 \mu\text{g} / \ell$ 、平均罹患率は14.8パーセントである。軽度の流行地域は海拔300m以下にある広西省東部および東南部の梧州、玉林、欽州地域の14県・市の丘陵地帯に分布しており、水に含まれるヨウ素量は $4.79 \mu\text{g} / \ell$ 、平均罹患率は6.4パーセントである。

沿海の平野部には水に含まれるヨウ素量は $9.83 \mu\text{g} / \ell$ で平均罹患率は0.7パーセントに留まり、非流行地域と考えられる。

1965年より、ヨウ素を添加した食塩を主として使用し、その他のヨウ素剤を補助的に使った予防治療措置が採られるようになった。この20余年の努力を経て、ここ数年流行地域に対して何回かに分けて実施された予防措置の効果を計るための調査で以下のことが明らかになった。それは、1989年までに流行地域の65県・市の県単位の罹患率が既に2.9パーセントにまで下がり、いずれも衛生部が定めた地方性甲状腺腫の基本的抑制の基準を満たしていること、また、1990～92年までに実施された更なる調査の結果、広西省ではヨウ素欠乏症の基本的な抑制が達成されたことが明らかになった。

3-3-2-13 寄生虫病

中国で初めての全国的な人体寄生虫病についての調査は、1986年10月に開始され、6年を経て1992年に終了した。この調査は、30の省、自治区、直轄市と726の県、2,848の拠点(村)を対象とし、合計147万7,742人に対して実施された。その結果、検出された寄生虫病感染者は88万2,060人で標準感染率は62.63パーセントであった。1種類の寄生虫病に対する感染率は34.25パーセント、2種類以上の寄生虫に対する感染率は18.79パーセントであった。また、海南、江西、四川、福建、浙江等の地域の寄生虫感染率は80パーセントを越えていた。

当該調査では、全国で合計59種の人体寄生虫が検出された。そのうち原虫が19種、寄生線虫が40種(吸虫17種、線虫14種、条虫8種、棘頭虫1種)であった。今回検出された種類の内6種は人体への感染が初めて報告されたものであった。過去に検出されていて今回は調査項目に入れられなかったマラリア原虫、リーシュマニア原虫、住血吸虫、糸条虫を入れると、中国には62種の人体寄生虫がいることとなる。

当該調査の結果、中国では赤痢菌アメーバ、ランブル鞭毛虫、大腸バランチジウム、肝吸虫、肥大吸虫、肺吸虫、条虫、矮小条虫、囊虫、包虫、回虫、鈎虫、蟯虫、旋毛虫の被害が比較的大きく、広範にわたって検出されることが明らかとなった。一部の主要な種類の寄生虫感染率を以下に記す。

- 1) 赤痢菌アメーバ：全国の平均感染率は0.95パーセントで、西藏の感染率が8.124パーセントで最も高かった。
- 2) ランブル鞭毛虫：全国の平均感染率は2.521パーセントで、30省のいずれにも分布している。感染率が最も高かったのは新疆の9.262パーセントであった。
- 3) 大腸バランチジウム：全国の平均感染率は0.036パーセントで、河北、山西、遼寧、北京、江蘇、浙江、安徽、福建、江西、山東、河南、湖北、湖南、広東、広西、四川、雲南、西藏、甘肅、青海、寧夏、新疆の22省に分布し、広東省での感染率が0.284パーセントで最も高かった。
- 4) 肝吸虫：全国の平均感染率は0.365パーセントで、北京、河北、山西、遼寧、江蘇、浙江、安徽、福建、江西、山東、河南、湖北、湖南、広東、広西、四川、雲南、西藏、甘肅、青海、寧夏、新疆の22省に分布し、広東省での感染者が1.824パーセントで最も高かった。
- 5) 肥大吸虫：全国の平均感染率は0.169パーセントで遼寧、上海、江蘇、浙江、安徽、福建、江西、山東、河南、湖北、湖南、広東、広西、海南、四川、貴州、甘肅の17省に分布し、湖北省での感染率が1.88パーセントで最も高かった。
- 6) 条虫：全国の平均感染率は0.112パーセントで、北京、上海等の地域を除いて広範に分布が見られた。
- 7) 矮小条虫：全国の平均感染率は0.045パーセントで、新疆での感染率が2.201パーセントと最も高かった。
- 8) 縮小条虫：全国の平均感染率は0.013パーセントで、河北、遼寧、上海、江蘇、浙江、福建、江西、河南、湖北、湖南、広東、広西、海南、四川、貴州、雲南、西藏、

陝西、寧夏、新疆の20省に分布し、そのうち西藏での感染率が0.116パーセントで最も高かった。

- 9) 回虫：中国で最も感染率が高く、かつ分布が最も広範にわたっている寄生虫で、全国平均感染率は46.999パーセントであった。そのうち感染率が最も高かったのは貴州省の71.115パーセントであった。
- 10) 鞭虫：平均感染率は19.32パーセントで分布は全国にまたがり、海南省が66.696パーセントで最も高かった。
- 11) 鉤虫：全国平均感染率は18.796パーセントで、青海、黒龍江、吉林、北京を除いたすべての省で鉤虫の感染者が見つかった。感染率が最も高かったのは海南省で、その感染率は60.90パーセントだった。年齢別で感染率が一番高いのは5～15歳のグループで、その感染率は平均70パーセント以上であった。80歳以上の老人と5歳以下の幼児の感染率もいずれの50パーセント以上であった。また、農民、漁民、学生が寄生虫の感染率の最も高いグループであった。

寄生虫の感染は家庭と密接な関係があり、腸内寄生虫は家庭での飲食、生活様式、仕事上の習慣と密接に関係している。寄生虫の感染と流行はまた、その土地の経済的状況および人々の平均所得とも大きな関連性を持っている。

3-3-2-14 住血吸虫症

1992年の1～10月に全国で計838.5万人に対して住血吸虫の検査が行われ、34万9,000人に治療が行われた。化学療法は272万人に施された。また、60万頭の耕作用の牛が調査され、4.2万頭の病牛に治療が施された。化学療法は15万5,000頭に施された。また、中間宿主貝の検査は45.8億平方メートルで実施され、6.2億平方メートルの中間宿主貝退治が行われた。措置が施された結果、一部の省では比較的大きな水害が起こったにも拘わらず、急性住血吸虫症の爆発的な流行は起こらなかった。1992年1～10月に発生した急性感染は2,080例で、1991年の同時期の5,786例に比べると63.9パーセント減少した。

1992年には、湖南省の武陵、望城、安徽省の祁門、休寧、徽州、浙江省の徳清、寧海、海塩等の8県（区）が検査の結果、住血吸虫症の撲滅基準を満たしていることが証明された。1992年までの段階で、全国で380の流行県（市、区）のうち158県が住血吸虫症の撲滅基準を既に満たし、101県が住血吸虫症の基本的撲滅基準を満たしている。一方、いまだ流行が抑制されていない県（市、区）は121ある。

3-3-2-15 栄養失調

1987年の全国調査では、平均して約9パーセントの新生児が体重2,500グラム以下であった。この値は先進国（6パーセント）と発展途上国（12パーセント）の中間に位置している。栄養問題をはじめ、十代の妊娠、女性の喫煙等の問題を改善することにより、出産時

の体重の改善に資するであろう。地域別の資料は限られているが、青海（11パーセント）の例のように低い出産時の体重は貧困地域で大きな問題となっている。

乳児および児童の成長に関しては、1975年と1985年に全国調査が行われている。1975年には9つの大都市およびその周辺県を、1985年の調査では同じ9つの大都市の他に10省より18市と57県を選択し20万人の児童のサンプルを採っている。

1975年と1985年の調査結果を比較すると、都市および都市周辺部の児童の平均体重は10年間で約3パーセント増加している。これは5歳児で約0.4キログラムの体重増加となる。身長では2回の調査の間に1～2パーセントの増加（5歳児で1～2センチメートル）の増加が見られた。

1975年と1985年の調査において地域別に見ると、都市部と都市周辺部の児童の体重・身長に同様の差異が見られた。都市部の5歳児は都市周辺部の5歳児に比べて、体重で1キログラム、身長で3センチメートル（1975年の5歳女児の場合には身長で4センチメートル）大きかった。1985年の調査において18の代表的な都市と地方の県を比較した場合、5歳児の身長、体重の差は約1.1キログラムおよび5センチメートルであった。1985年の地方部の児童の身長、体重は、1975年の都市周辺部の児童の値とほぼ同じであった。これは、過去10年間に地方部においても成長の改善が見られたことを間接的に表している。性別で見ると男児の方が成長が良いが、その差は地方、都市周辺、都市部間に見られる差ほどではない。

1985年の調査結果を地域別に見ると、14省の都市、地方部は地理的および省の供給する主食の種類により分類される。一般に、北部および発展した中央の省の児童は、南部および貧困な省の児童より成長が良い。更に、米食を主とする地域の児童は、小麦を主食とする地域の児童より短期間に、より活発に成長する。また、全ての省において地方部と都市部の児童の成長の差が現れており、この差は殆どの省の間で見られる差より大きい（表3-16）。

表3-16 地域別、都市・地方別6～7歳児の身長と体重(1985年)

地域	体 重 (kg)		身 長 (cm)		主 食
	都市部	地方部	都市部	地方部	
北 部					
吉 林	19.9	18.8	116.0	112.0	小麦
遼 寧	19.4	18.6	115.4	112.7	小麦
山 西	19.4	18.1	115.8	110.7	小麦+雑穀
河 北	19.6	18.5	115.7	112.3	小麦+雑穀
北西部					
甘 肅	18.4	17.8	114.4	111.2	小麦
新 疆	19.3	18.6	114.8	111.8	小麦
中 部					
江 蘇	20.3	18.3	117.1	111.6	米
四 川	19.1	17.2	114.5	107.6	米+小麦
河 南	18.9	18.1	113.8	110.6	米+小麦
湖 北	18.4	17.9	113.8	110.1	米
南中部					
江 西	18.8	17.2	114.3	108.1	米
湖 南	18.4	17.0	114.0	108.7	米
貴 州	17.8	16.9	112.0	106.2	米+トウモロコシ
南 部					
広 西	18.2	16.7	113.7	107.5	米
平 均					
小麦食地域	19.3	18.4	115.4	111.8	
米食地域	18.7	17.4	114.2	108.8	

出所: Children and Women of China UNICEF 1989 P55

省間の比較については、1986～87年に7省の14調査地点(農村部)で1万人の児童を調査した資料がある。当該調査結果と1975年の都市周辺域での年齢別の身長・体重の比較では、入学前児童について大きな差異があり、少なくとも中度の栄養失調と見られる(標準偏差より2低い)。身長面で見ると、成長障害は湖北省で0.5パーセント、貴州省で27パーセント見られた。同様に、体重面で見た場合には、それぞれの省での成長障害は1パーセントおよび11パーセントであった。栄養失調の割合が最も高いのは少数民族自治区で、江蘇および貴州も比較的高い値を示しており、特に成長障害が顕著であった。栄養失調の比率は、調査地域の1人当たり年間収入($r = -0.6$, $p < .05$)および文盲率($r = 0.8$, $p < .01$)に相関関係が見られた。

1982年の全国調査では、人口の各種区分による食物摂取の推定を行っている。当該調査における就学前の児童(2～6歳)の食物摂取状況を中国が規定する食物摂取推奨量と比較すると、この年齢層では主にカルシウム、ビタミンA(カロチン)、リボフラビンが欠乏している。また、タンパク質とビタミンCの摂取量は推奨量の90パーセント以下であった。これと対照的に、FAOの基準値を用いた場合、ビタミンA(カロチン)は十分と思われるが、タンパク質の問題よりカロリー面での問題が大きい(表3-17)。

表3-17 1982年就学前児童の食物摂取

	摂取量	中国の食物摂取推 奨量から見た割合(%)	FAOの食物摂取推 奨量から見た割合(%)
エネルギー	1,292 kcal	90	80
タンパク質	35 g	78	195
カルシウム	318 mg	42	65
鉄分	15 mg	162	150
ビタミンA	402 IU (120 μ g)	23	95
カロチン	0.9mg (150 RE)	28	
ビタミンB ₁	1.1mg	122	180
リボフラビン	0.4mg	49	45
ニコチン酸	8 mg	92	75
ビタミンC	34 mg	85	170

出所：Children and Women of China UNICEF 1989 P56

3-3-2-16 成人病

3-3-1 でも述べたように、中国の近年の主要疾患は悪性腫瘍、脳血管疾患等が多く見られ、その疾患傾向が欧米諸国や日本の疾患傾向に類似してきている。1992年の都市部・農村部の成人病による死亡数、死亡率を表3-18に記す。

表3-18 地域別成人病人口10万人対死亡数・死亡率

	合 計		都 市		農 村	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
腫瘍（良性・未分類を含む）	8,363	83.74	2,370	104.63	5,993	77.61
脳血管疾患	8,458	84.69	2,207	97.44	6,251	80.95
高血圧	2,024	20.27	384	16.95	1,640	21.24
間欠性心臓疾患	2,287	22.90	733	32.36	1,544	20.12
慢性肺性心	5,183	51.90	457	20.18	4,726	61.20
動脈硬化	292	2.92	129	5.70	163	2.11
糖尿病	382	3.82	219	9.67	163	2.11
	男 性		都市男性		農村男性	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
腫瘍（良性・未分類を含む）	5,359	105.09	1,501	129.37	3,858	97.94
脳血管疾患	4,668	91.54	1,220	105.15	3,448	87.53
高血圧	1,101	21.59	183	15.77	918	23.31
間欠性心臓疾患	1,253	24.57	413	35.60	840	21.32
慢性肺性心	2,644	51.85	244	21.03	2,400	60.93
動脈硬化	141	2.77	63	5.43	78	1.98
糖尿病	178	3.49	94	8.10	84	2.13
	女 性		都市女性		農村女性	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
腫瘍（良性・未分類を含む）	3,001	61.40	869	78.66	2,132	56.35
脳血管疾患	3,785	77.44	987	89.34	2,798	73.96
高血圧	923	18.88	201	18.19	722	19.08
間欠性心臓疾患	1,034	21.15	320	28.96	714	18.87
慢性肺性心	2,539	51.94	213	19.28	2,326	61.48
動脈硬化	151	3.09	66	5.97	85	2.25
糖尿病	204	4.17	125	11.31	79	2.09

出所：1992年中国疾病監測年報 衛生部衛生防疫司 1992 より抜粋

1990、1991年に比べると、心臓血管系の疾患の死亡率は上昇傾向にある。特に脳血管疾患死亡率は、都市農村を問わず、男女とも上昇傾向を示しており、都市男性において顕著であった。また、高血圧および慢性肺性心は農村部に多く見られた。

心臓血管系の疾患は死因の1位であるが、脳欠陥疾患と慢性肺性心が心血管疾患による死亡数の過半数を占めている。また、悪性腫瘍は呼吸道疾患に次いで第3位であり、1991年同様、悪性腫瘍死亡例中、上位3位の死因はそれぞれ胃癌、肝癌、気管支・肺癌であった。都市部では気管支・肺癌が依然として死因第1位で、農村では胃癌が第1位であった。

3-3-2-17 事故による傷害等

1992年に疾病観測点より報告された事故死亡数は、計5,738件である(表3-19)。

表3-19 1992年全国疾病監視系統の事故死亡の人口10万対報告死亡数、死亡率

	合 計		都 市		農 村	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
交通事故	960	9.61	180	7.95	780	10.10
中毒事故	357	3.57	50	2.21	307	3.98
墜落事故	402	4.03	71	3.13	331	4.29
失火・火事	112	1.12	8	0.35	104	1.35
水 死	667	6.68	37	1.63	630	8.16
医療上の薬物事故	22	0.22	10	0.44	12	0.16
自殺・自傷	1,528	15.30	103	4.55	1,425	18.45
他殺・傷害	158	1.58	47	2.08	111	1.44
	男 性		都市男性		農村男性	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
交通事故	716	14.04	139	11.98	577	14.65
中毒事故	202	3.96	30	2.59	172	4.37
墜落事故	255	5.00	45	3.88	210	5.33
失火・火事	74	1.45	7	0.60	67	1.70
水 死	409	8.02	25	2.15	384	9.75
医療上の薬物事故	11	0.22	4	0.34	7	0.18
自殺・自傷	677	13.28	57	4.91	620	15.74
他殺・傷害	104	2.04	28	2.41	76	1.93
	女 性		都市女性		農村女性	
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率
交通事故	244	4.99	41	3.71	203	5.37
中毒事故	155	3.17	20	1.81	135	3.57
墜落事故	146	2.99	26	2.35	120	3.17
失火・火事	38	0.78	1	0.09	37	0.98
水 死	258	5.28	12	1.09	246	6.50
医療上の薬物事故	11	0.23	6	0.54	5	0.13
自殺・自傷	849	17.37	46	4.16	803	21.23
他殺・傷害	53	1.08	19	1.72	34	0.90

出所：1992年中国疾病監視年報 衛生部衛生防疫司 1992 P53

農村部での交通事故による死亡率は10.30/10万で、都市部の1.5倍である。また、農村部での交通事故による死亡は、毎年10パーセントずつの増減速度で上昇している。交通事故死亡の約82パーセントが60歳以下のグループであり、主に15～34歳と35～59歳の男性グループに集中している。

また、自殺・自傷では、15～16/10万の水準を維持している。農村女性グループでの自殺・自傷死亡率が比較的高く、1992年は21.23/10万で上昇の傾向を示している。

3-4 保健対策活動

3-4-1 予防接種拡充プログラム（EPI）

(1) EPIの策定

1985年、中国政府は児童の予防接種の達成すべきゴールとして2段階（1988年までに全ての省の85パーセントの児童に予防接種を、1990年までに全ての県の85パーセントの児童に予防接種を）のゴールを発表した。EPIは強化され、國務院の承諾を受け「全国計画免疫協調小組」が設立され、4月25日が全国児童予防接種宣言の日とされた。衛生部、中華全国婦女聯合会、對外經濟貿易部、国家教育委員会、廣播電影電視部により「児童計画免疫強化の通達」が共同通達された。衛生部は、「第2回全国計画免疫工作会議」および「少数民族および遠隔地における計画免疫工作セミナー」を開催した。EPIの進捗およびWHOの勧告により「児童計画免疫スケジュール」を改訂し（表3-20）、また「少数民族および遠隔地の計画免疫工作強化に係る勧告」および「1988年までに全ての省の85パーセントの児童への予防接種を達成するための実行計画」を発表した。海外援助によるコールドチェーンの拡大により、予防接種活動は漸次拡張していった。妊産婦に対する破傷風の予防接種対策が推進され、予防接種の接種率の評価方法、EPIの管理基準が確立され、「計画免疫技術管理規定」が発表される等、順次改善されていった。これらにより、中国のEPIは前例のない飛躍を遂げた。

表3-20 計画免疫スケジュール

新生児	BCG第1回
2ヶ月	ポリオ第1回
3ヶ月	DPT第1回、ポリオ第2回
4ヶ月	DPT第2回、ポリオ第3回
5ヶ月	DPT第3回
8ヶ月	麻疹第1回
12ヶ月	日本脳炎第1回
1.5～2.0才	DPT第4回
2.0～2.5才	日本脳炎第2回
4才	ポリオ第4回
6才	日本脳炎第3回
7才	BCG第2回、麻疹第2回
10才	日本脳炎第4回
12才	BCG第3回（農村部のみ）

出所：中国計画免疫および山東省衛生防疫センター資料より編集

1988年、衛生部は「1988～1995年ポリオ根絶国家計画」を公布した。この計画は、国内のポリオを根絶するために2段階の目標（1992年迄にポリオの罹患率を0.01/10万以下にし、1995年までにポリオ野生株による患者発生の完全抑制）を設定している。

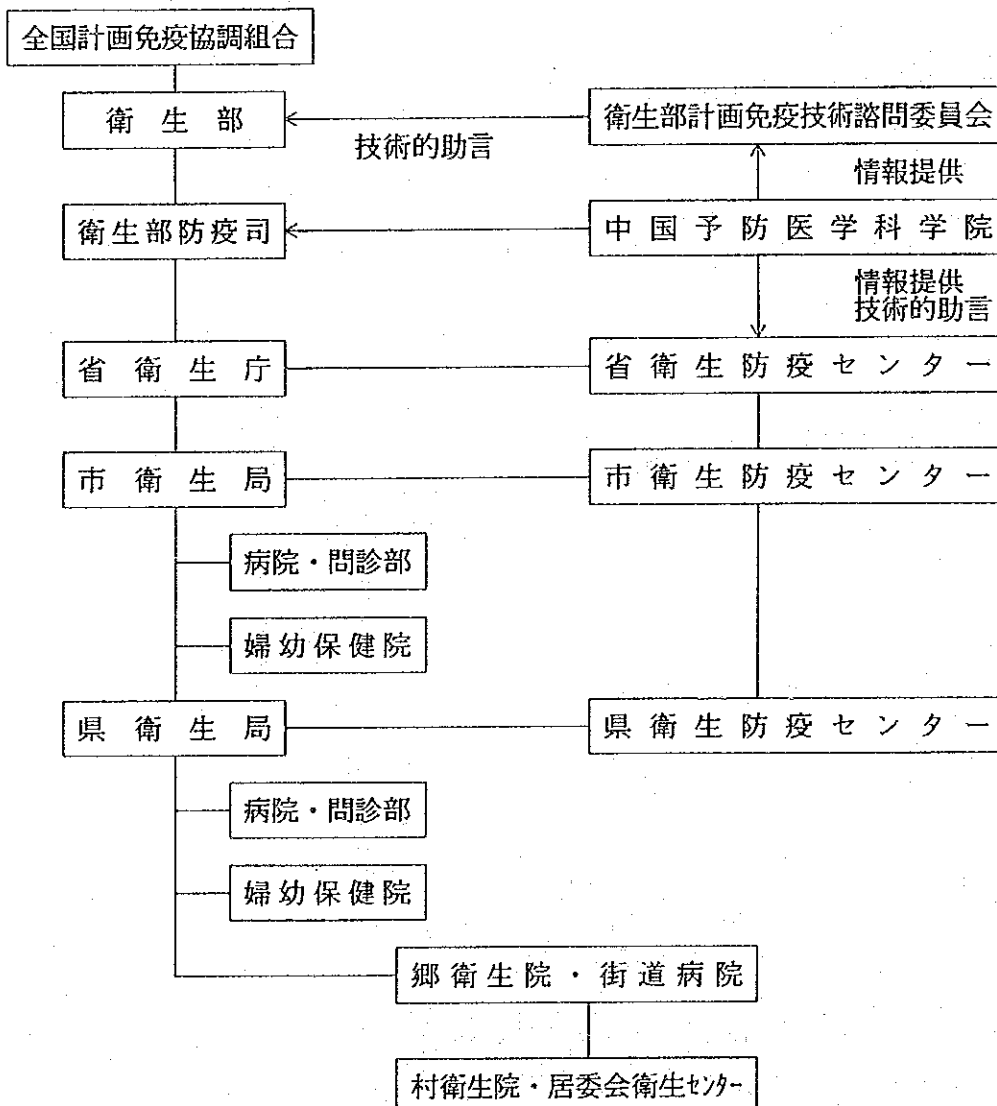
1989年5月、衛生部、UNICEF、WHOが共同で全国EPI調査を行った。その結果、中国は1988年までに全ての省の85パーセントの児童に予防接種を、という目標を達成しており、なおかつ、多くの県で1990年迄の目標である県の85パーセントの児童に予防接

種を、という目標を既に達成していた。これと同じ時期、EPI対象疾患による罹患率、致死率は劇的に減少していた。1988年のポリオの罹患率は0.06/10万（667件）、ジフテリアは0.02/10万（266件）、百日咳2.95/10万（31,590件）、麻疹8.42/10万（90,319件）であった。1978年と比較するとポリオの罹患率は94.36パーセント減少しており、ジフテリアは98.67パーセント、百日咳97.37パーセント、麻疹96.19パーセント減少していた。また、上記EPI対象の4疾患の死亡数は1978年の12,478件から1988年の481件と96.2パーセント減少していた。1988年の感染症報告統計によると、全国2,826の県・郷のうち、93.6パーセントに当たる2,641県・郷でポリオが報告されていなかった。

(2) 組織体制

中国の計画免疫の監理体制を図3-10に記す。

図3-10 計画免疫管理および実施系統



出所：中国計画免疫 衛生部衛生防疫司

全国計画免疫協調組合は、衛生部、国家教育委員会、中華全国婦女聯合会、国家民族事務委員会、対外経済貿易部、廣播電影電視部、全国障害者職合会、国家宗教事務管理局、共青團中央委員会等の9つの部署の上級職員により形成されている。当該組合は、社会動員の調整と組織化を担当している。衛生部もまた、国家EPIの形成、監理およびその評価に責任を持っている。

EPI専門家から成る衛生部計画免疫技術諮問委員会は、衛生部の下で技術的な助言を与えている。中国予防医学科学院は、省衛生貿易センターに技術的指導を行う責任を担っている。全レベルの衛生庁・局は、それぞれの担当区域におけるEPIの組織化および指導に責任を持っている。全レベルの衛生貿易センターは、技術的助言とガイダンス、専門的訓練、ワクチンの供給、コールドチェーンの管理および活動調査等の責任を負っている。都市部では、予防接種業務はそれぞれのレベルのあらゆるタイプの医療機関からの予防保健員により供される。一方、農村部では予防接種業務は郷衛生院の予防保健員または村衛生所の村医者によって供される。

(3) EPIサービスの種類

EPIサービスは、都市部、大きな農村部、遠隔地・過疎地と、対象地域別にその内容が異なっている。

都市部および一部農村部では、EPIサービスは各種病院または医療機関からの衛生員によって定期的（毎日・毎週・毎月）に供される。これらのEPIサービスは全人口の44パーセントをカバーしている。

大きな農村部では、郷衛生院または村衛生室からの衛生員によって2ヶ月毎または3ヶ月毎に集中して児童に接種を行う。この形式のEPIサービスは全人口の53パーセントをカバーしている。

遠隔地および過疎地に住む、全人口の約3パーセントにあたる国民は、交通面での問題のため、年に2～3回行われる巡回接種を受けている。

(4) EPIに係る問題点

中国におけるEPIは近年特筆すべき進捗をみせているが、衛生部は1990年までに全ての県の85パーセントの児童に予防接種を行い、95年までにポリオ野生株による患者発生の完全抑制、という計画目標の達成は困難であるとの見解を示している。阻害要因のひとつは、各地域におけるEPIサービスの不均一性である。特に社会経済開発面、論理面、文化的背景が大きく異なる遠隔地においてこの傾向が強く見られる。また、全てのレベルの政府機関に関しても、解決されるべき問題が残っており、問題解決のため特別の注意を払わねばならないとしている。

(5) 全国ポリオ根絶一斉投与

中国では、「1990年までに全ての県の85パーセントの児童に予防接種を行い、1995年までにポリオ野生株による患者発生の完全抑制をする」という目標を達成するため、全国30の省、自治区、直轄市において、4歳以下の全ての児童に対して、その接種歴の有無を問わず、2回のポリオワクチンの一斉投与を行っている。1994/95年には、12月5・6日お

よび1月5・6日に8,500万人の児童を対象にワクチンの一斉投与が行われた。

(6) EPIに係る国際協力

1982年よりUNICEFの協力により、広西、福建、湖北、四川、雲南および自治区において約8,000万人を対象とするコールドチェーンプロジェクトが実施された。当該プロジェクトは1985年には14省・自治区の1億8,000万人を対象に、1986年には全30省・自治区・直轄市を対象とするまでに拡張された。1988年末までに、UNICEFは冷蔵庫、冷凍庫、ワクチン運搬車等の輸送機材、ワクチン保管庫および教育機材の供与を行い、コールドチェーンは2,600県の10億3,000万人を対象とするに至った。

WHOは、技術指導、人材育成、選択された地域へのコールドチェーン資機材の供与を行っている。

1989～90年にポリオが流行したため（約5,000件）、ポリオ根絶に係る技術援助が日本に要請された。国際協力事業団は1990年に長期専門家を派遣するとともに1991年11月からは山東省を対象としてプロジェクト方式技術協力を開始し、1992年11月からはその対象地域を山東省周辺4省（江蘇、安徽、河南、河北）に拡大している。

表3-21に1993～94年における中国の急性弛緩性麻痺（AFP）観測状況を記す。

表3-21 中国AFP観測状況(1993~1994)

	非ポリオAFP 報告率 1993年 15歳未満人口 10万人対	非ポリオAFP 報告率 1994年10月時点 15歳未満人口 10万人対	AFP報告数 1994年10月時点 (人)	15歳以下人口 1990年人口センサス (×10万人)
山東	1.01	1.64	372	222
河北	0.55	1.59	286	175
河南	0.71	1.58	411	252
寧夏	0.64	1.41	23	16
江蘇	0.77	1.09	180	162
北京	1.08	0.99	22	22
広西	0.49	0.79	141	141
安徽	0.58	0.73	121	160
遼寧	0.56	0.70	65	93
海南	0.51	0.65	17	22
広東	0.21	0.53	101	189
新疆	0.30	0.51	31	50
貴州	0.13	0.51	61	106
山西	0.43	0.49	39	80
上海	0.49	0.49	12	25
湖南	0.09	0.46	83	170
浙江	0.30	0.45	45	95
天津	0.30	0.40	8	20
福建	0.33	0.40	48	96
吉林	0.09	0.39	26	66
青海	1.23	0.36	5	14
雲南	0.14	0.33	41	117
甘肅	0.11	0.29	21	65
陝西	0.20	0.29	29	94
湖北	0.10	0.24	44	156
黒龍江	0.22	0.23	21	93
四川	0.05	0.22	66	246
内蒙古	0.20	0.20	16	60
江西	0.23	0.17	22	122
西藏	0.77	0.00	0	8
中国	0.40	0.71	2357	3135

出所：中国衛生部資料 JICAポリオ対策プロジェクトチーム 1994

3-4-2 下痢症対策（CDD）

(1) CDDの推移

中国では、1985年に「1985～89年下痢性疾患制圧計画」を制定、実施しており、90年にはWHOと協力して「中華人民共和国下痢性疾患制圧計画（1990～94年）」を制定し、これを用いて全国の下痢性疾患予防事業を指導した。これらの事業により、下痢に起因する報告死亡数は大きく減少しているが、発病率は依然として高い状況にある。中国政府は、下痢性疾患制圧事業をより一層強化するため、前記計画の基礎の上に、「国家1992～95年下痢性疾患制圧計画」を制定した。

(2) 行政組織

下痢性疾患の予防治療事業は、衛生部と各レベルの政府衛生行政部門が責任機関となる。専門家によって組織される全国下痢性疾患予防・治療技術指導委員会と中国予防医学科学院は国家の下痢性疾患予防・治療技術の諮問・指導機関で、衛生防疫司と協力し、全国下痢性疾患予防・治療業務に対して技術指導を行う。国家下痢性疾患制圧計画弁公室は、国家の下痢性疾患制圧計画の改訂の責を負い、衛生部衛生防疫司と協力し、国家と計画省の計画に関係する活動の調整、教材の翻訳と編集、国家および省レベルの研修に対する技術指導、学術交流・科学研究活動の指導と調整等を行っている。

各レベルの政府衛生行政部門は、計画の制定と実施の責を負う。各レベルの衛生防疫ステーションは、専門の科・室の設置、専門人員による下痢性疾患の予防・治療業務、予防・治療の実施、監督・技術指導や人員の研修等を実施している。

(3) CDD政策

中国は、下痢性疾患予防・治療事業において「予防を主とする」方針を堅持し、「1985～89年下痢性疾患制圧計画」では都市部では下痢性疾患の発病率と致死率の抑制を、農村部では流行規模の抑制と致死率の低下、辺境地区では下痢性疾患の発症の監視の強化と暴発的流行の抑制の実現を提起している。この目標を達成するため、国家は「標本兼治、治本為主、不可偏廢（末梢と根本のどちらも治し、根本を治すのを主とし偏ってはならない）」を堅持する方針を定めている。

政府は下痢性疾患の予防策として、以下の措置を重点項目に挙げている。

- 1) 4ヶ月以内の乳児の純母乳給与率の向上
- 2) 個人の衛生習慣の改善、特に食前と用便後の手洗い
- 3) 児童の糞便の正しい処理
- 4) 充足した清潔な水の使用
- 5) 糞便の無害化処理
- 6) 安全で衛生的な方法で家庭食品の調理、特に合理的、衛生的な補助食品の添加
- 7) 食品の生産、輸送と販売の過程での衛生管理と監督の強化

また、政府はCDDの一環として衛生宣伝教育を行い、大衆の下痢性疾患の危険性に対

する認識を高め、下痢性疾患予防と治療の知識を普及し、社会各界を動員し予防・治療事業に参画させ、大衆の自己保健管理能力を高めるよう努力している。

衛生教育の主な内容を以下に記す。

- 1) 下痢性疾患の危害、特に児童の成長発育に及ぼす影響
- 2) 良好な衛生習慣、特に食前、用便後の手洗い
- 3) 食糧品・飲料の衛生を保証、特に児童の補充食において
- 4) 十分な衛生用水の使用と簡単で実用的な飲料水の衛生保持方法の普及
- 5) 母乳の奨励、重点は4ヶ月以内の乳児への純母乳給与の普及
- 6) 下痢性疾患の患者への継続食物給与と液体補充の意義と方法、当該地で推薦する家庭補液食品
- 7) 抗生物質乱用の危害
- 8) 診療を必要とする患者の症状と状態

政府は、CDD関係者のプロジェクト推進能力の向上を目的とした人員研修を行っている。研修の重点は、簡単で実用的な下痢性疾患の予防措置の普及と正確な対処方法の推薦である。また、政府は郷村の医者が下痢性疾患制圧知識を自習するのを推奨し、学習資料の提供を行っている。

研修の類型と対象および重点地域は表3-22のとおり。

表3-22 CDD研修の類型・研修対象および重点地域

研修類型	研修対象	重点地域
管理技能研修	衛生行政部門の下痢性疾患プロジェクト 管理人、衛生防疫ステーションと母子 保健院下痢性疾患制圧事業失業者	省、市（地） レベル
監督技能研修	衛生防疫ステーションと各レベルの母子 保健院下痢性疾患予防・治療にあたる ヘルスワーカー	県（区）郷 レベル
対処実技研修	下痢性疾患患者の治療と看護にあたる ヘルスワーカー	各レベル

出所：中華人民共和国腹瀉病控制規則 衛生部衛生防疫司 1992 P10

また、全国の推定研修受講者は表3-23のとおり。

表3-23 全国CDD研修推定受講者数

	機関数	各機関の研修 受講予定者数	研修受講 予定者合格数
管理人員			
省レベル衛生庁(局)	30	2	60
省レベル衛生防疫ステーション	30	4	120
地区(市)レベル衛生局	548	2	1,096
地区(市)レベル衛生防疫 ステーション	548	3	1,644
省・地区(市)母子保健院	310	2	620
小計	1,466		3,540
監督人員			
省レベル衛生防疫ステーション	30	6	180
地区(市)レベル防疫ステーション	548	4	2,192
省・地区(市)レベル母子保健院	310	2	620
県レベル衛生防疫ステーション	1,944	3	5,832
県レベル母子保健ステーション(所)	2,793	2	5,586
郷衛生院	47,529	2	95,058
臨床医務人員			
県および県以上の医院	12,795	2	25,590
郷衛生院	47,529	2	95,058
県衛生室	806,731	1	806,497
小計	866,731		927,135

出所：中華人民共和国腹瀉病控制規則 衛生部衛生防疫司 1992 P10

(4) 1992～95年計画目標

全体目標：計画期間中に下痢性疾患の発病率を20パーセント引き下げる

区分目標：

計画の制定と評価

- 1) 50パーセントの省で当該省の実際に適合した下痢性疾患制圧計画を制定する
- 2) 延べ10の省で下痢性疾患発病率と治療状況の戸別調査を行う
- 3) 延べ6の省で下痢性疾患予防・治療プロジェクトの総合評価を行う
- 4) 延べ4の省で衛生機構調査を行う

予防

- 1) 4ヶ月以内の乳児の純母乳給与率を60パーセントに到達させる
- 2) 1歳以下の乳幼児へ合理的に補助食物を添加する率を30パーセントに到達させる
(補助食物補給の月齢、補助食物の種類と衛生的な調整を含む)
- 3) 85パーセントの農村人口の飲料水条件を改善する

- 4) 40パーセントの人口に下痢性疾患予防の方法を周知させる

病例の処理

- 1) 50パーセントの下痢性疾患患者にORSの給与か継続して食物を給与する
- 2) 80パーセントの母親に下痢性疾患の家庭治療の三原則を周知させる
- 3) ORSの入手率を80パーセントに到達させる
- 4) 80パーセントの医療機関で正確な下痢性疾患対処療法ができるようにする

人員の研修

- 1) 50パーセントの管理人員が国家の実施する研修を受ける
- 2) 50パーセントの監督人員が国家の推薦する研修を受ける
- 3) 50パーセントの県で2名以上の医師または／および看護婦（士）が国家の推薦する下痢性疾患対処実技研修を受ける

3-4-3 急性呼吸器感染症（ARI : Acute Respiratory Infection）対策

1989年時点でのUNICEFの報告によると、急性呼吸器感染症、および肺炎に関するケース別管理基準は、PHCレベルで開発中である。CDDと同様、風邪等の上気道感染症から肺炎等の下部呼吸器感染症まで全タイプのARIにて抗生物質の使用が見られた。このような状況で、現在のARI対象地域における適切な対策の効率的な実施の為には、抗生物質の管理方法、抗生物質の種類、治療方法等のより適切な選択が必要である。

3-4-4 結核・ハンセン病対策

3-4-4-1 結核対策

衛生部は1986年から北京、河北、内蔵、山西、遼寧、吉林、黒龍江、上海、江蘇、浙江、安徽、福建、江西、山東、広東、河南、湖北、湖南、四川、貴州、雲南、陝西、甘肅、寧夏、新疆、天津の26省・自治区・直轄市の85の監視検査地点で結核に対する監視検査活動を行ってきた。それによって3,700万余名がカバーされることになり、全国結核監視検査網形成の第1歩がなされた。北京市結核・胸部腫瘍研究所内に設けられた衛生部結核抑制センターが、全国の結核監視検査活動の管理を行っている。

結核の監視検査とは、結核の流行状況に関わる各種資料および結核の流行や抑制に影響を与える各種要素を全面的・体系的・継続的に収集し、それを分析・利用することによって結核の防止治療活動を改善して結核の抑制・撲滅を迅速に進めようとするものである。結核の監視検査には、流行病学的監視検査と予防治療のための監視検査がある。流行病学的監視検査では、主に結核の一部の流行指標に対する検査測定を通して、人々の間での結核の感染・分布・蔓延状況を分析する。一方、結核予防治療のための監視検査は、主に患者発見のための検査、治療管理のための検査、BCG接種のための監視検査等がある。統計によると、結核罹患率は年々下降の傾向にあることにより全国の結核監視検査の活動は

活発に行われ、軌道にのったといえよう。

3-4-4-2 ハンセン病対策

中国における複合治療(MDT)の実施は2期に分けられる。第1期は1982~86年で、パイロット研究期間として江蘇、広東、山東、雲南、四川の各省および上海市の一部地域で実施され、その結果WHO方式のMDTの有効性が認められた。

1985年、衛生部はMDTをハンセン病のコントロールに導入することを決定した。しかしMDTの普及は限られた財源では実施が難しく、特に薬品調達に苦慮したが、国際援助による薬品供給を受け、漸次その普及に努めた。

1987年時点における国際救らい団体連合(I L E P)加盟の諸団体からの援助状況は表3-24のとおりである。

表3-24 WHOおよびI L E P加盟団体によるハンセン病援助動向(1987)

団体名	協力対象省	患者数	
		MDT実施中	MDT終了
WHO (1988年まで)	雲南 23/ 129県 貴州 16/ 86県 四川 20/ 212県	7,749	1,749
笹川記念保健 協力財団	江蘇、浙江、安徽 山東、湖北、湖南 江西、海南	10,459	5,505
ベルギー・ ダミアン財団(DF)	広西チワン族自治区 チベット自治区、福建	4,406	946
イタリア・ラウル・ フォレロー財団(AL)	広東 雲南 106/ 129県*	2,977	1,395
オランダ 救ライ協会(NSL)	北部12省 四川 192/ 212県*	6,399	2,510
アメリカ 救ライ協会(NSL)	貴州 70/ 86県*		
合 計		31,990	12,105

出所：ハンセン病のない21世紀をめざして (財)笹川記念保健協力財団 1994 P28

注：* 1989年以降

3-4-5 ペスト対策

雲南、西藏、青海、新疆、広東、広西等のペストの被害の多いところで予防治療活動座談会が開かれ、雲南ではペスト予防治療技術対策研究会が開かれた。そこで重点地域でのペスト予防治療活動についての意見が出され、各地での監視検査、目標管理体制の設立、予防治療のための鼠と蚤の撲滅措置の強化を通じて、鼠および人間社会でのペストの抑制等が行われた。

1992年には雲南、西藏、青海の3省(区)の6県で10回ペストが発生し、35名が発病、5名が死亡した。しかし、即時に、徹底的に流行地域での措置を取ったため、それ以上の拡散を防止することができた。

3-4-6 エイズ対策

中国のエイズ伝播に対する予防とコントロールの目標は、各層の政府組織の指導の下で、各部門と各種団体の機能を十分に発揮し、全社会参加の予防システムをできるだけ速く設立し、エイズ伝播の主要なルートを切断することである。また、2000年までに都市部および農村部の人々にエイズ予防に関する知識を普及させ、自己保護の能力を強め、エイズウィルスの感染率を引き続き低水準に保持し、改革開放と近代化建設へのエイズの影響を防止することができるよう努力していくことである(図3-11)。

1986年、エイズは届け出伝染病に指定され、発見されたエイズの症例は速やかに国家衛生行政部門に報告しなければならなくなった。これにはHIV感染者も対象となっている。現在、全国殆んど全ての省にエイズモニタリングセンターが設置され、監視が行われている。また、衛生部は「全国HIV検査管理規範」およびエイズの診断標準を制定し、全国に300以上のHIV血液検査室が設立され、エイズ関係の直属部門と一部の省・市では、12ヶ所の確認実験室が設置されている。

中国のエイズ感染経路は、性行為感染と麻薬静脈注射の2つに大別される。性行為感染に対する対策としては、1991年9月4日、全国人民代表大会が「売春厳禁に関する決定」を公布している。これは売春関係者の取締りを目的としており、摘発された売春婦は収容教育所に送られ、法律・道徳教育を受けさせられる。1994年時点で全国に145ヶ所の収容教育所が設置され、必要とされる臨床診断・治療設備および診断試薬が配備されている。これにより、性病患者は即時、正確な診断と治療を受けることができる。また、一部の地域では、コンドームの使用普及による予防措置を試験的に実施している。中国予防医学科学院の説明では、都市部のホテル等の室内にコンドームを常設する案も出ているが、売春の奨励に結びつく可能性もあるため実施には至っていないとのことである。

一方、麻薬に関しては、1990年1月に国家麻薬乱用取締り委員会が設立され、同年12月には全国人民代表大会が「麻薬乱用取締りに関する決定」を可決している。中国政府は麻薬乱用取締りを実施する際、販売禁止、乱用禁止、生産禁止という「三禁」を同時に行うことによって、麻薬乱用取締り活動の強化を行っている。

中国は人口大国であり、診断試薬等の需要も大きいため、国産のHIV診断試薬の開発

が急がれている。また、漢方薬によるエイズ治療薬の開発研究も行われている。

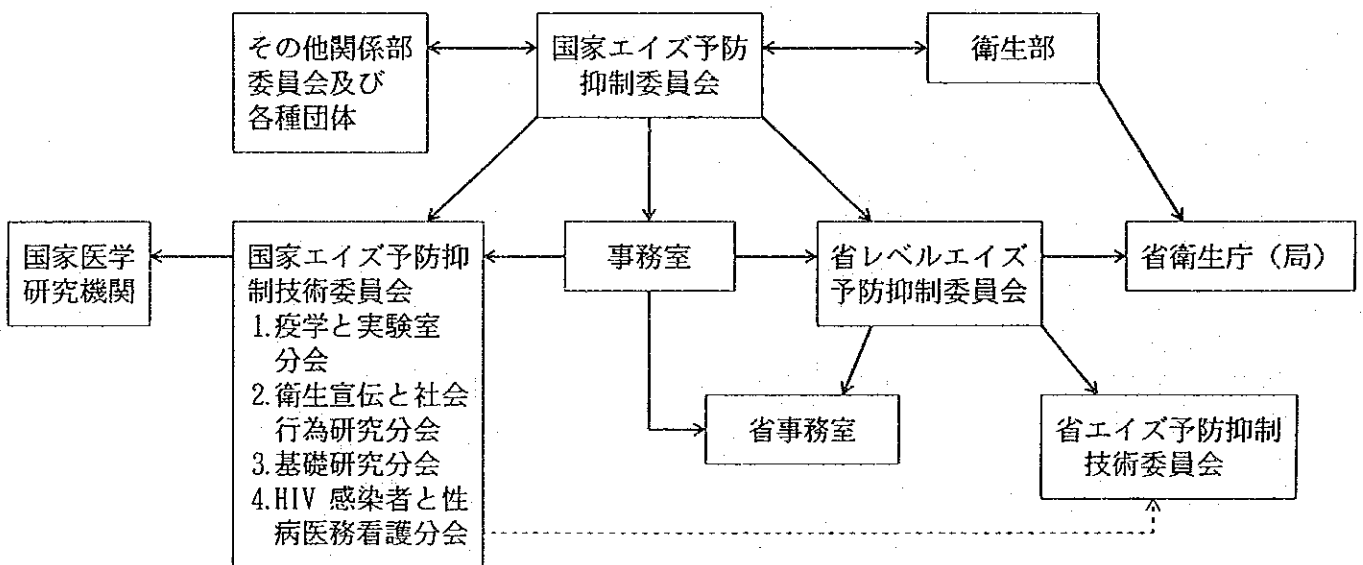
基本政策：

予防を主とする：予防への種々有効な方法と措置を取って初めてこの疾病の感染と流行を防止することができる。

宣伝教育を主とする：エイズの伝播方式は、主に性行為感染、麻薬静脈注射である。これらの不良行為を変えさせるために、ハイリスク者に焦点をあてて長期的に宣伝教育を行わなければならない。宣伝や教育を通じて一般大衆にエイズ予防の科学的知識を理解させることで、自己保護能力を強化させることができる。

日常の予防を主とする：現在中国はエイズ流行の初期にある。その伝播を抑制し、最終的にこの疾病を消滅するためには、長期間、始終一貫した予防活動が必要である。

図3-11 エイズ予防体制



出所：中国艾滋病予防与控制