

3-4-7 性行為感染症対策

1992年5月に江蘇省呉県で全国性病管理のための研究討論会が開かれ、特に次の3点について意見がまとめられ確認された。まず第一に「中華人民共和国伝染病予防治療法」と「性病予防治療管理方法」に基づいて、病気の届け出制度を強化しようという点が確認された。第二は、報告表、報告カードを統一しようという点であり、第三はそれぞれの地域の性病の状況に対して体系だった分析をしようという点であった。

「性病予防治療管理方法」の実施に合わせて、1992年8月には、「性病の診断基準および治療法案」が通達され、「性病予防治療資料集」「性病予防治療に関する文章・法規選集」が内部発行物として編纂、出版された。また、毎月「性病状況に関する情報」が出版されている。

世界銀行は性病・AIDSに対して3年間の有償資金によるプロジェクトを実施し、性病研究計画を行っているが、その重点は性病・AIDSの監視検査、予防治療のための人員の研修、保健教育の3点に置かれている。このプロジェクトの実施にあたっては、特に次の3つの活動に力が注がれている。第一は具体的な実施計画と年度計画を検討し確定すること、第二はプロジェクトの経費の使用範囲を決め、どんな試薬、設備を用いるかを定めること、第三は性病・AIDSをめぐる保健教育の計画を立ててその実施方法を定めることである。

3-4-8 マラリア対策

1992年6月11日、衛生部によって発布された計画では、「第8次5ヶ年計画」期間の全体目標として次のことが示されている。それは、予防治療で得られた成果を確かなものとするとともに引き続き発病率の低下を図ること、局地的な爆発的流行を防止すること、マラリアの流行範囲を狭め、基本的撲滅地域を広げていくこと、また「第8次5ヶ年計画」期間中に全国のマラリア発病者数を「第7次5ヶ年計画」期間比で30パーセント減らし、1995年には全国のマラリア発病者を10万以下に抑えることである。

さらにマラリア流行地域である各省・自治区・直轄市のそれぞれの状況に合わせて、以下の様な具体的な指標も示された。海南省、雲南省の両省は悪性マラリアの流行情度を抑えるよう努めること、江蘇省、安徽省の両省は悪性マラリアの基本的撲滅が実現できるように努めること、発病率が1/1万以上の県(市)の内1割以上の県で、マラリアの基本的撲滅基準を満たせるようにすること、浙江省は全省でマラリアを基本的に撲滅できるように努めること、その他以前にはマラリアの流行があったが、今はコントロールに成功している省、自治区、直轄市は監視検査を重点的に行い、すでに得られた成果を確かなものとする等である。

全国マラリア予防治療計画では、マラリア流行地域のそれぞれの特徴に合わせ、地域・対象毎にそれぞれ適した予防治療の原則および具体的な技術上の措置、組織上の措置が指示されている。また、現代の予防治療研究は、マラリア予防治療の好機の監視検査方法の研究、主なマラリア伝染媒体のコントロール、診断方法の研究、治療薬物の研究に重きを

置くべきであるという点も明らかにされた。

全国マラリア予防治療計画に合わせて、衛生部は同時に「マラリアの基本的撲滅基準、悪性マラリアの基本的撲滅基準、マラリアの撲滅（試行）基準」を發布し、各予防治療活動の指標を明確に規定した。

3-4-9 急性住血吸虫症対策

衛生部、農業部、水利部および国家教育委員会が共同で「急性住血吸虫症の予防治療活動強化についての通達」を出し、また衛生部は全国住血吸虫症予防治療活動会議を開き、国務院は8つの試験的研究実施対象県を設けた。そして各地で農業、水利工事と結び付いた形で中間媒介消滅運動が行われ、病気の検査治療活動が行われた。その結果、1992年には全国で838万5,000人の患者が見つかり、34万9,000人が治療を受けた。1992年1～10月に2,080人が住血吸虫に急性感染したが、これは91年の同時期に比べ63.9パーセント減少していた。感染状況が比較的ひどかった湖近くの5つの省では、流行が効果的に押さえられ、流行範囲が大幅に狭まって被害が少なくなった。

3-4-10 フッ素中毒対策

地方性フッ素中毒には、石炭の燃焼による汚染を原因とするものと、飲料水を原因とするものに大別される。南方の14省・自治区で流行している石炭燃焼による汚染を原因とするフッ素中毒の予防措置に関する研究では、かまどの改良によってフッ素を減らそうとする試験的活動を始めとする各種研究や、検査・予防体制の強化、効果的な治療薬・治療方法の選定等の活動が行われており、1992年に開催された「全国第4回地方性フッ素中毒学術交流会」において報告されている。

3-4-11 ヨウ素欠乏症対策

衛生部、中国医薬公司、中国塩業公司が共同で、「全国ヨウ素欠乏症の予防治療第8次5ヶ年計画」を提示した。その中で予防治療の効果を高めるため、実際の必要に基づいてヨウ素塩の濃度をこれまでの3万分の1から2万分の1にまで高めることが決定された。新たに加えられたヨウ酸カリウムの加工についても、1993年から流行地域で基準を満たしたヨウ素塩を人々が服用できるよう手配された。また、国連開発計画など3つの国際的組織の共同の援助で中国にヨウ素欠乏症予防治療プロジェクト（IDD）が設立された。

ヨウ素欠乏症の流行地域である広西省では、予防治療のため以下の方法をとっている。

- 1) 自治区の人民政府が地方病予防治療活動の指導班および事務局を設置し、衛生、軽工業（塩業）、商業、供給販売、財政等の各分野を指揮し、ヨウ素塩普及の協力を

制を整えた。

- 2) 流行地域の分布状況に基づいて28ヶ所にヨウ素塩の加工拠点を設け、郷・鎮には供給拠点および監視検査拠点を設けた。これにより流行地域の1,631万人がヨウ素塩を食用することを保証され、全地域で合計4,885トンのヨウ化カリウム、39.5トンのヨウ酸カリウムが用いられた。その他の地域に分散してヨウ素塩の供給を受けられない患者に対しては、ヨウ化カリウム剤、ヨウ化糖剤、ヨウ化油剤等のヨウ化剤による予防治療が行われ、全地域で合わせて5,189万個のヨウ化カリウム剤、35.2万粒のヨウ化油剤が配布された。
- 3) 予防治療活動の任務に必要な技術を持った専業あるいは兼業の予防治療および監視検査技術陣300余名が配置され、この技術陣が20余年間継続的に予防治療、監視検査、活動の評価見直しといった活動を行ってきた。
- 4) 予防治療活動に使われた費用は年平均40余万元で、1965～89年までの間で計1,100余万元が使われた。
- 5) 流行地域の住民に対して広く、予防治療に関する詳細な知識の普及活動を長期的に行った。

3-4-12 悪性腫瘍対策

癌発病者数は全国で年間160万人、癌による死亡者は同じく130万人で、癌による死亡者は死亡者総数の18.63パーセントを占め、ほぼ5人に1人が癌で死亡していることになる。35～54歳までは癌の死亡が長期にわたり各種の死亡原因のトップを占めており、癌は人々の生命と健康を脅かす大きな脅威となっている。

1992年末までに、全国の23の省、自治区、直轄市および9つの特別市に腫瘍予防治療指導班が設置された。各種の腫瘍予防治療機構が150余ヶ所設置され、腫瘍科の医師も7,000人配置されている。また、病院の腫瘍用病床数も1985年の13,447床から1990年には14,537床まで増加し、3級の腫瘍予防治療拠点169ヶ所、腫瘍発病届け出所が64ヶ所設けられ、7,276万人をカバーすることとなった。

1992年に「全国腫瘍予防治療活動を更に強化する件に関する通達」が制定され、予防治療活動の目標として以下の点を打ち出している。

- 1) 一次予防治療活動：

癌予防のための健康教育を広く実施し、1995年までに抗癌健康教育を城の50パーセント、郷の25パーセントにまで広げること。喫煙率を抑制すること。肝臓癌の発病率の高い地域および都市に対して、県、区を単位として新生児のB型肝炎ワクチン接種率を95パーセント以上にまで高めること。
- 2) 二次予防治療活動：

1995年末までに都市および試験的実施対象県で、40歳以上の女性の乳癌自己発見率が40パーセントに、子宮頸癌の検査発見率が80パーセント以上に達するようにすること。癌の早期発見法、診断法を普及させて早期診断率と生存率を高めること。

3) 診療治療とリハビリ

1995年末までに治療後の5年生存率を、もとの基準より5～10パーセント高めること。

そして、主な予防治療措置として以下の5点が示された。

- 1) 乳腺癌の自己発見を普及させること。
- 2) 鼻癌、咽喉癌、肝臓癌、食道癌の早期発見率および生存率を高めること。
- 3) 肝臓癌の発病率の高い地域と都市で、新生児に対するB型肝炎ワクチン接種を実施し、その接種率を95パーセント以上にすること。
- 4) 「中国で頻発する悪性腫瘍の診断治療規範」の遂行に力を入れ、診断治療レベルの向上に努めること。
- 5) 腫瘍専門病院は医療活動を中心としながら予防活動の範囲も広げる。

3-4-13 母子保健・家族計画

3-4-13-1 母子保健

母子保健は、病院（母子保健部）および母子保健センターにより行われている。母子保健センターは、省・市・県レベルにそれぞれ設置されており、省レベルでは母子保健省が、国レベルでは衛生部が担当機関となっている。病院は治療を、母子保健センターは予防を主な業務としているが、実務レベルでは明確な区分けはされていないようである。

母子保健の具体的な活動としては、(1)未婚女性の健康診断（婦人病等）、(2)妊娠が判明した時点での母子健康手帳の発行、(3)妊娠7ヶ月目までの3回の検診、(4)児童の定期検診等が挙げられる。

妊娠7ヶ月目までの3回の検診には母親教室が併設されており、乳幼児の育成に係る注意事項、母乳の重要性等の教育を視聴覚機材等を活用しながら行っている。

出産後は、7歳児まで定期検診が行われる。定期検診の頻度は表3-25のとおり。

表3-25 母子保健定期検診の頻度

生後	検査頻度
0～1歳	4回（3、6、9、12ヶ月目）
～3歳	毎年2回（1.5歳、2歳、2.5歳、3歳）
～7歳	年1回

出所：中国衛生年鑑1993 衛生部 1993 より抜粋

3-4-13-2 家族計画

(1) 人口政策の歴史

1949年の人民共和国設立当初の人口政策は、「人口の多いのは重要な財産である」という人口思想のもとに人口増加政策が進められていた。しかし、1953年7月に実施した人口センサスで、4～5億と見込まれていた人口が、6億193万人（国外の華僑、留学生を含む）と予想より1億人以上多く、また、おりしも農業危機にぶつかった。このため、1954～57年には計画出産を公式に奨励することとなった。

しかし、同時期の異常な自然災害、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取り立て、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3つの悪条件が重なった。このため、この時期は出生よりも死亡が上まわるといった現象が生じた。1982年に実施された人口センサスの結果より推計される1960年前後の大災害期の犠牲者、餓死者数は2,000万人前後と見られており、1960年には自然増加率は-0.45パーセントとなった。

「大躍進」政策による経済拡大政策は、農・工業とも好ましくない結果に終わったが、この時期の中国では、人間はものを食べる口は一つだが働く手は二本だとし、人口増加が

経済発展の原動力であると多子を奨励し、生産力増加の方が人口増加を上まわるものであり、出産を抑制する必要はないという「人手論」、「人口資本説」が風靡しており、また、この時期に出生抑制を訴えることは、人民の飢餓に対する危機感を一層かき立てることとなるとの政治的配慮により、新たな計画出産への転換は1962年まで延期された。出生率がピークとなりかけ、人口問題が相当深刻なものとなった状況のもと、1962年に中央・地方を通じて計画出産指導機構が設けられ、1964年には計画出産弁公室が設置された。しかし、僅か2年で文化大革命の影響を受け、運動は中止される。

1965～1971年までの6年間で、人口増加は約1億人に達したが、これは1840年のアヘン戦争から人民共和国設立までの109年間の人口増加にほぼ等しい数である。

1971年より周恩来首相の提唱で計画出産活動が始動し始め、1973年8月には國務院に「計画出産始動小組」が設立され、「晩婚、晩産、一組の夫婦に子供二人まで」が提唱された。1960年代の活動が大都市のみにとどまったのに比し、1970年代では農村を含む活動となり、全国レベルで出生率が急減していくのに明らかな効果があった。

1978年、中国社会科学院院長であった胡喬木は、「1977年の国民一人当たりの平均食糧は、1955年の水準にしか相当しない。つまり、人口増加の故に20年間の食糧生産は人口の伸びにしか相当しなかった」と指摘し、中国の現代化を早期に進めていくための基盤作りとして人口抑制の必要性を説いた。翌1979年1月に全国計画出産弁公室主任会議が開催され、全中国レベルの一人っ子政策の基本路線が検討された。この会議の直後より「一人っ子証（独生子女証）」が天津市や四川省で試行され始めた。

(2) 一人っ子政策

中国の人口政策は「計画出産」（中国語で「計画生育」）という言葉どおり、国家経済社会発展計画に人口計画を組み入れ、物質的生産の計画と人口計画の二つのバランスをとる、という社会主義国家建設の中核として位置づけられている。

中国の人口政策の支柱は、「晩婚」、「晩産」、「少生」、「稀」、「優生」であり、いわゆる「一人っ子政策」の奨励である。つまり、人口の数量をめぐっては、「晩婚」＝法定婚年齢男22才、女20才より3年以上遅らせて結婚すること、「晩産」＝女子は24才を過ぎてから出産すること、「少生」＝少なく生んで、「稀」＝出産間隔を3～4年あけることである。また、人口の資質をめぐっては、「優生」＝遺伝的障害がなく、次代が徳・知・体のどの面でも成長を遂げ、4分野（農業、工業、国防、科学技術）における近代化に役立つ人材になり、「中華民族」が繁栄するような活動を行い「中華民族」の素質を高めることが必要とされている。

以上のような国策としての人口計画施行を裏づける法令としては、第1に1980年9月制定の「中華人民共和国婚姻法」が、第2に1982年12月の「中華人民共和国憲法」ある。前者の婚姻法は、人口抑制政策、一人っ子政策という大課題を背景に制定された法令である。本来「計画出産法＝人口法」と両方で準備、議論されたが、「計画出産法」はまだ少なからぬ問題を抱え、各方面の意見も一致せず、機が熟していないとして見送られたという経過がある。従って、1980年婚姻法制定のポイントは、人口政策に直接係わりを持つ次の5点に整理される。

- 1) 晩婚・晩産の奨励についての条項：法定婚姻年齢を男女とも各2歳（旧法では数えて、本法では満で数えているので、正確には $2 + \alpha$ 歳）引き上げて、男22歳、女20歳と世界的にも高齢とした。但し、少数民族は弾力的に引き下げて、男20歳、女18歳と補充規定を認めている。
- 2) 「夫婦は双方とも計画出産の義務を負う」ことを、婚姻の自由、一夫一婦、男女平等という基本的支柱と並べて明記した。
- 3) 一人っ子政策推進に伴い必然的に生ずる「婿入りの奨励」、「子女が父母どちらの姓をも自由に称することができる」、「夫婦別姓の権利」、「家庭内における地位や遺産についての男女平等」、「乳児の溺殺その他乳児虐殺行為の禁止」がうたわれた。
- 4) 夫婦間で感情に亀裂を生じ、調停しても効果がない場合には、離婚を認める。これにより、離婚率はその後上昇した。
- 5) 「優生」に関し、「直系血族または4等親以内の傍系血族」、「ハンセン病の治癒していない患者、あるいはその他医学上結婚すべきではないと認められる疾病の患者」の婚姻禁止。

後者では「国家は計画出産を推進して人口の増加を経済社会発展計画に適応させる」、「夫婦は双方共に計画出産の義務を負う」としている。

さらに1組の夫婦に子供1人を提唱する「一人っ子政策」は、1978年12月に以下の経緯で始められた。

天津に住み女兒1人を持つ1女性労働者が、「生産と建設のため、もう男の子を欲しがりません」と宣言。これを伝え聞いた天津医学院の女性教師44名の連名で「一人っ子提議書」が出されたという。1979年1月26日、全国計画出産弁公室主任会議が開催され、ここで初めて全国レベルでの一人っ子政策の基本路線が検討され、いくつかの地域での試行の後1979年8月22日、上海市にて条例の形式を整えた。

1979年に開始された一人っ子政策は、以下の4期を経て今日まで推進されてきた。

第1期（1979～84年）

1979年1月の全国計画出産弁公室主任会議に始まり、80年の「公開書簡」によって国策として本格的に軌道にのせた。当初は第2子の出産条件についての明記がなかったが、81年になると以下の特殊事情の3条件が全国に共通して示された。

- 1) 第1子が非遺伝性の身体障害者で働けない場合
- 2) 再婚で一方に子があり、他方が初婚の場合
- 3) 長年不妊で養子をむかえた後で懐妊した場合

いずれの場合も、該当者は申請し、許可を受けた後、計画的に第2子を生むことができる。いずれにしても第3子は許されない。なお、少数民族に対しては、計画出産は奨励するが、第2子を生む枠は拡大されている。

第2期（1984～85年）

米国レーガン政権が強制中絶・女乳児殺害の手段で人口抑制しているとの見地から中国政府を批判し、国連人口基金への援助停止を決定した。このような国際世論への配慮に加

え、農村では厳しい政策どおりに実施することは困難であり、第2子出産条件拡大・緩和策へと転換した。

具体的には、前述の第2子出産条件に、「農村で女子1人しか出産しておらず、困難があることが確認され、第2子出産を望む」場合が追記され、男子労働力の確保、家の継承や老人扶養という伝統思想がなお残存する農村での第2子出産を認めた。その他、一人っ子同士、帰国定住した華僑、革命に貢献した「烈士」の子女、農村での婿入り、鉱山作業員や漁民などが、若干の地域差をもって各地区計画出産条例に第2子出産を認めることが列挙される。

第3期（1986～87年）

農村では、第1子が女兒で政策どおりの実施に困難がある場合に、4年の出産間隔において第2子出産を許可することが次第に一般化していった。この時期は、農村の出産政策の調整を全国に広げていった、各種条件の「分類」思想による緩和修正期と言える。男子労働力の確保への願望は、家族単位で経営に当たるようになった生産責任体制の導入後、一層強まった。また、家の継承や老後扶養という伝統的子女観からしても、農村の一人っ子政策は抵抗が強く、農民を説得するうえで「第1子が女兒」の条件付きである点が注目される。

第4期（1988年以降）

全国的に各地区レベルの「計画出産条例」を制定・改定していった確定整備期である。最近の国家育成計画委員会の公式見解として、「今ベビーブームのピークにあるため、計画出産政策の安定性を保つためにも、少なくとも今世紀末まで現政策は変わらない」と述べている（1980年前半には「21世紀初めまで」としていた）。

一人っ子政策の仕組みを表3-26に記す。

表3-26 一人っ子政策の仕組み（主柱：晩婚・晩産・少生・稀・優生）

法律・条例名	規制内容
憲法（82年12月）	<ul style="list-style-type: none"> ・国家は計画出産を推進して人口増加を経済社会発展計画に適応させる ・計画出産の義務 ・扶養の義務と婚姻の自由
婚姻法（80年9月）	<ul style="list-style-type: none"> ・計画出産の義務 ・結婚年齢制限（男22才、女20才以上） ・婿入りの奨励、子の姓の自由 ・夫婦別姓、離婚、優生
各地区の計画出産条例 〔92年4月までにチベットを除く29地区で設定済み〕	<ul style="list-style-type: none"> ・結婚年齢の上乗せ（都市：男27才、女25才） （農村：男25才、女23才） ・1夫婦子供1人の宣言をして、一人っ子証を受領 （第2子は特定条件を満たす夫婦のみ許され、 出産間隔4年を経て、許可が必要） ・超過出産、計画外出産に対する経済制裁と処罰 ・人口目標管理責任制の実施
賞罰制度	
一人っ子宣言実施の夫婦 優遇策（7優先）	非実施の夫婦（計画外出産） 罰則
<ul style="list-style-type: none"> ・奨励金の支給 ・託児所への優先入所、保育費補助 ・学校への優先入学、学費補助 ・医療費支給 ・就職の優先 ・住宅の優遇配分、農村では宅地 ・退休金（年金）の加算と割増 	<ul style="list-style-type: none"> ・超過出産費（多子女費とも）の徴収 ・夫婦双方賃金カット ・社会養育費（託児費・学費）の徴収 ・医療費と出産入院費自弁 ・昇給昇進停止

出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P63

国家育成計画委員会は、「全国的な法規を制定する際には、各地の異なる人口状況、異なる民族構成を考慮する必要があり、各地の経済・文化の発展は異なり、計画出産活動も一様ではなく、一つの法規で異なる地区の実際状況を配慮するのは非常に困難である」、との見地より、全国的な計画出産法はしばらく公布せず、地方法規を実施するとの方針に切り換えた。各地区の計画出産条例による第2子出産規定は、表3-27のとおりである。

表3-27 各地区の計画出産条例による第2子出産規定

対象	出 産 規 定	実施地区
都 市	国家幹部、職員労働者、都市住民は1夫婦当たり子供1人、以下の場合は第2子を許可 1)第1子が非遺伝性の身体障害者で働けない場合 2)夫婦双方がともに一人っ子 3)結婚後5年以上不妊で、養子をもらってからの妊娠 4)夫婦双方が帰国し定住している華僑	全国各地区ほぼ共通
農 村	I 第2子は所定条件により、厳格に許可 第2子の割合を10パーセント以内に抑える	北京、天津、上海、 四川、江蘇
	II 第1子が女兒の場合、出産間隔は4～5年 母親が28才以上	河北、内モンゴ、山西 遼寧、吉林、黒龍江 浙江、安徽、福建、 江西、山東、河南、 湖北、湖南、広西、 貴州、陝西、甘肅
	III 第1子が男女を問わず、第2子の出産を許可	寧夏、雲南、青海、 広東、海南
少 数 民 族	I 転入した少数民族に対し、転入前の居住地から第2子出産許可を得ており、すでに妊娠している	北京、天津、上海
	II 都市と農村を問わず、夫婦双方が少数民族	河北、山西、内モンゴ、 吉林、黒龍江、安徽、 福建、山東、広西、 雲南、貴州、陝西
	III 都市と農村を問わず、夫婦双方のどちらかが少数民族	寧夏、青海
	IV 夫婦双方が少数民族で、どちらかが農民、または夫婦のどちらかが少数民族で双方が農民	遼寧、湖南

出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P69

なお、イスラム系民族の多い新疆ウイグル自治区では、産児制限や中絶は宗教上受け入れがたい状況にある。1992年7月より「新疆ウイグル自治区計画出産弁法」が施行され、「都市 2.5人、農村 3.2人」をスローガンとして「人口5万人以下の少数民族はプラス1人、つまり都市部で2子、農村3子、特別辺境地区4子」政策を明記している。また、チベット自治区では、1986年に「計画出産暫定規定」で「1234政策」（漢族1子、少数民族は都市で2子、農村で3子、辺境牧畜地で4子）が示されたが、1987年の民族紛争以降、計画出産活動の対象外とされている。

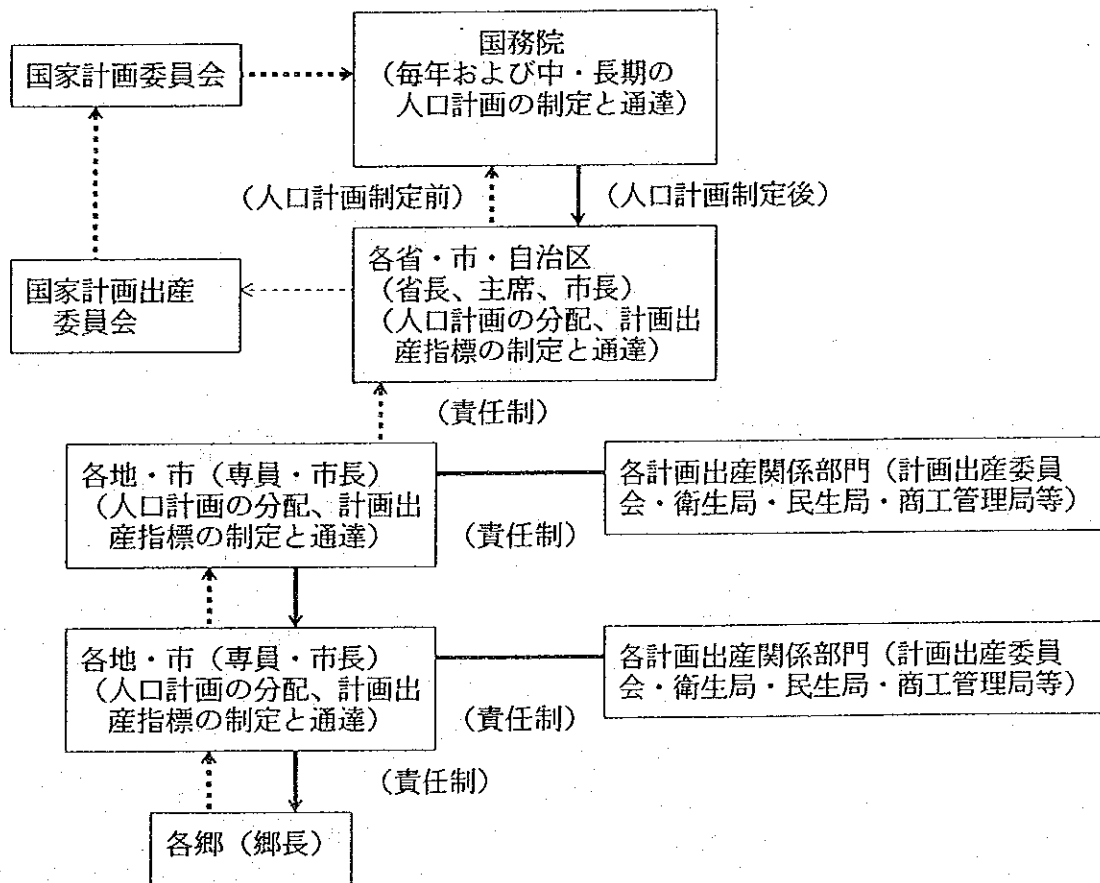
(3) 出産管理ネットワーク

中国の人口政策は、「計画生育」という言葉どおり、国家経済社会発展計画に人口計画を組み入れ、物質的生産の計画と人口計画の二つのバランスをとる、という社会主義の中核として位置づけられている。

国務院直属の最高行政機関に、いわば人口省にあたる国家計画生育委員会が1981年3月に設置され、地域末端までの統一的行政管理のネットワーク化ができあがっている。中央から郷、村に至るまで全国計画育成責任者は総計16万人に達している。

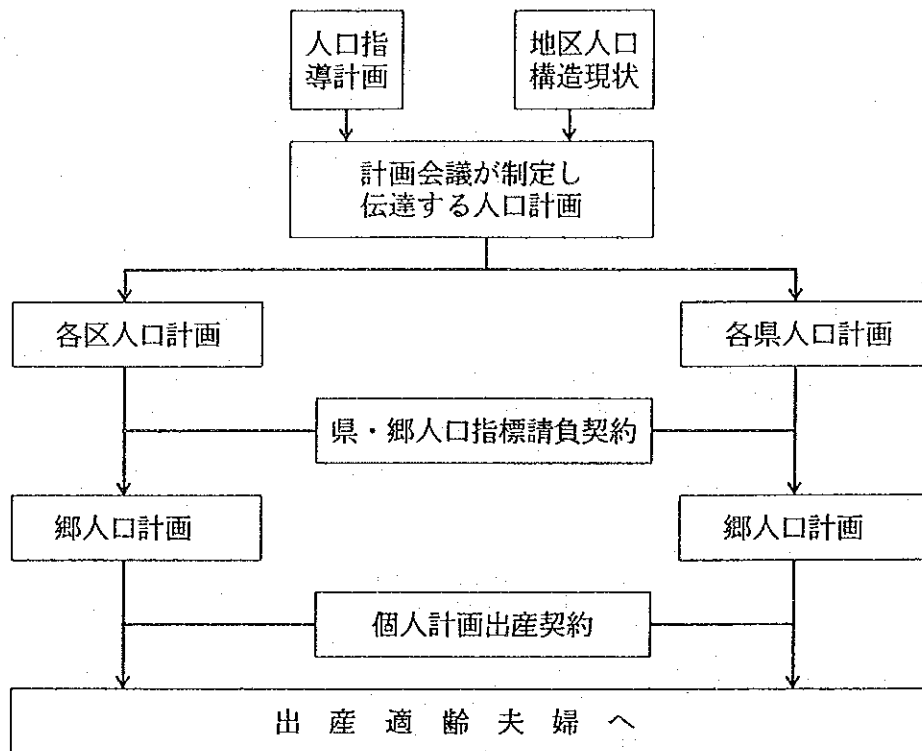
第8次国家開発5ヶ年計画においては、「今後10年の人口平均自然増加率を1.25パーセント以内と定め、計画出産を行い、人口目標管理責任制を全面的に推進する」旨が記されている。ここでいう人口目標管理責任制とは、各レベルの委員会と政府は、人口計画をその地区の経済社会計画の中に組み入れて責任をとることをいう。つまり、第一に国家の長期目標を中期および年度まで、また国家目標を地域末端まで分解し、状況に応じて調整する(図3-12)。第二に、個々の夫婦のレベルの人口管理では不十分で、各レベルの党政府の指導者が人口計画達成の主要責任者となるべきである(図3-13)との二重の管理体制をとっている。

図3-12 人口計画および人口目標管理責任体制



出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P75

図3-13 人口抑制のための目標図解



出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P75

(3) 少数民族人口

中国に暮らす55の少数民族の人口は、比率で見ると全国の8.04パーセントにすぎないが、国境地帯の9割が少数民族の居留地であること、国境地帯は資源・エネルギーの宝庫であること、漢民族の膨大な過剰人口を吸収する潜在的な可能性を有していること等から、中国の国家統一にとって重要な意味をもっている。

国家は統合をより強化しようとし、他方、少数民族側は民族の自治・自主権を要求することとなり、両者は基本的に衝突する。過去には、内蒙古、新疆、チベット等で開発の失敗や民族の自治権をめぐる多くの紛争が生じてきた。カザフ族、蒙古族等の民族が国境を越えて分断されていることなど、民族問題が国家の紛争に連動することも多い。民族は政情によって、国境沿いを自由に移動することも多く、その数を正確に把握することは困難である。中華人民共和国に統合された当初、35民族 3,600万人余が識別されていたが、その後は表3-28のような経過をたどる。

表3-28 少数民族人口の推移

	識別 民族数	人口 (万人)	全人口に 占める割合	期間 (年)	年平均 増加率
1949	35	3,600 余			
1953	41	3,532	6.06%		
1964	53	3,992	5.78	53-64	1.14%
1978	54	5,580	5.80	64-78	2.32
1982	55	6,724	6.70	78-82	5.49
1990	55	9,120	8.04	82-90	3.87

注：1949～1990年の年平均増加率は2.58%、漢族は1.87%

出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P85

少数民族問題は、1950年代後半の左傾化とその修正、1962～77年の文化大革命における民族固有の問題の否定等、紆余曲折を経て、1978年以降の少数民族政策の回復により、その人口も急増の途をたどるように転換した。

少数民族の居住状況は、「大雑居」かつ「小集居交錯住居」といわれるように広大な国土の64.3パーセント（5つの自治区と民族自治地方行政区画）に散在しており、最大はチワン族の1,549万人から最小のロツパ族の2,312人まで多様である。人口100万人以上の少数民族は1982年の15から90年には18に増大し、その人口総数は6,014万人から8,541万人へ増加している（表3-29）。

表3-29 少数民族の人口 (1990年)

民族名	主な居住区 (%)	人口 (人)
チワン (壮)	広西 (91.4)	15,489,630
回	寧夏 (17.7)、甘肅 (12.7)	8,602,978
ウイグル (維吾爾)	新疆 (99.7)	7,214,431
イ (彝)	雲南 (61.7)、四川 (27.1)	6,572,173
ミャオ (苗)	貴州 (49.8)、湖南 (21.0)	7,398,035
満	遼寧 (50.4)、河北 (17.6)	9,821,180
チベット (蔵)	チベット (45.6)、四川 (23.7)	4,593,330
モンゴル (蒙古)	内モンゴ (70.2)、遼寧 (12.2)	4,806,849
トウチャ (土家)	湖南 (31.5)、湖北 (31.0)	4,806,849
ブイ (布依)	貴州 (97.4)	2,545,059
朝鮮	吉林 (61.5)、黒龍江 (23.6)	1,920,597
トン (侗)	貴州 (55.7)、湖南 (30.0)	2,514,014
ヤオ (瑶)	広西 (62.1)、湖南 (21.5)	2,134,013
ペー (白)	雲南 (84.0)	1,594,827
ハニ (哈尼)	雲南 (99.5)	1,253,952
カザフ (哈薩克)	新疆 (91.6)	1,111,718
タイ (傣)	雲南 (99.9)	1,025,128
リー (黎)	海南 (91.8)	1,110,900
リス (標標)	雲南 (96.9)	574,856
シェ (畚)	福建 (54.9)、浙江 (27.4)	630,378
ラフ (拉祜)	雲南 (99.2)	411,476
ワ (佯)	雲南 (98.8)	351,974
スイ (水)	貴州 (93.2)	345,993
トンシャン (東郷)	甘肅 (83.3)、新疆 (15.1)	373,872
ナシ (納西)	雲南 (95.6)	278,009
トウ (土)	青海 (85.0)、甘肅 (11.1)	191,624
キルギス (柯爾克孜)	新疆 (98.8)	141,549
チャン (羌)	四川 (99.0)	198,252
ダフル (達斡爾)	内モンゴ (58.8)、黒龍江 (34.9)	121,357

出所：中国 人口超大国のゆくえ 若林敬子 1994 P86

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

衛生部は1992年5月に、全国地方病関係機関のためのコンピュータ応用についての技術相談所を設置した。ここはコンピュータによる地方病情報管理全国体系についての技術的相談を担当し、各省、市でのコンピュータの開発応用や、今後のコンピュータによる遠距離通信の展開などのために情報、技術的サービスを提供することとなる。衛生部はまた、これに合わせて中国地方病情報を法案の決定に役立てるための機構を作り上げた。この機構は、ペスト、ブルセラ病、住血吸虫病、ヨウ素欠乏症、克山病、骨関節肥大症、地方性フッ素中毒、地方性砒素中毒の8つの地方病について、それぞれ別々に流行分析データバンク、予防治療についてのデータバンク、流行監視検査データバンク、組織機関データバンク、施設建築物データバンク、科学的研究開発についてのデータバンク、教育宣伝についてのデータバンクの7つのデータバンクを持っている。この機構はまた、状況の総合、

公文書の管理、流行の予告と警告、予防治療、科学研究、質の保持、機構の組織化、人材の養成、設備や車両の管理、経費の分配、宣伝教育、国際交流等の方面での機能も備えている。この機構は、国、省（市）、県の3段階のレベルの地方病予防治療活動に対して、広角的、全面的なコントロール、管理を行うネットワークであり、地方病機構の各種の情報、データを分析、利用することができるため、将来の活動について予測を立てたり、予防治療対策を作り上げたり、予防治療活動を指導したりするのに役立つ。

3-4-15 衛生検疫制度

検疫総局の下に7つの検疫局および海上出入国処、空港処、陸上出入国処、食品検査処が設けられており、この他上海海上出入国センター、深匏陸上出入国センター、北京空港センター、広州食品検査センターが設置されている。北京、上海、広州、深匏の衛生検疫局にはエイズ判定実験室が設けられている。また、検疫総局と7つの検疫局はコンピュータネットワークで結ばれており、検疫データの送信、統計、分析処理ができるようになっている。

検疫総局はまた、二連ペスト抑制センター、拱北コレラ抑制センター、海口黄熱病抑制センター、北京エイズ抑制センター、大連病原媒体抑制センターの5つの研修センターも有している。センターは人材育成とともに科学研究を行い成果を上げることもその任務としている。

1992年には、空港検疫局は60万人以上の出入国者および国境で食品・飲料水を扱う者に対して検査を行った結果、33,510件のさまざまな疾病が発見された。そのうちH I V感染者は115件、性病599件、マラリア68件、肺結核160件、癩病4件、赤痢11件、腸チフス3件、皮膚病335件、インフルエンザ148件であった。115件のH I V感染者は、中国国籍の者が99名、華僑および香港・マカオ・台湾籍の中国系の者が6人、外国籍の者が10名であった。

陸上では、H I V感染者の多くを占める雲南省国境地帯の現況を把握し、エイズ抑制活動を強化するために、雲南省国境地域で出入国者に対しH I V感染調査を1回実施した。検査は146人に対して実施され、その結果37人がH I V感染者であることが判明した。

3-5 医療施設

3-5-1 保健医療施設数

中国の医療施設の総数は、1949年の建国時には全国で3,670ヶ所あり、そのうち病院数は2,600ヶ所、ベッド数8万5,000床、医療従事者数約54万人であった。その後44年間で医療施設は急増し、1993年には医療施設総数19万3,586ヶ所（1949年比増加倍数52.7）、うち病院は6万784ヶ所（1949年比増加倍数23.4）、ベッド数は約310万床（1949年比増加倍数36.5）、医療従事者約520万人（1949年比増加倍数9.6）となった（表3-30）。病院以外にも衛生予防所、母子保健所等が急速に整備されており、全国的な保健医療サービスのネットワークが形成されている。

表3-30 全国医療施設数の推移

	1949	1975	1990	1991	1992	1993
<u>医療施設数（ヶ所）</u>						
合計	3,670	151,733	208,734	209,036	204,787	193,586
病院	2,600	62,425	62,454	63,101	61,352	60,784
県以上病院	2,600	7,757	13,489	13,638	13,917	14,713
療養院・所	30	297	650	642	639	600
診療所	769	80,739	129,332	128,665	125,873	115,161
専門予防診療所	11	683	1,781	1,818	1,845	1,872
衛生予防センター	147	2,912	3,618	3,652	3,673	3,609
母子保健所	9	2,025	2,820	2,854	2,841	2,791
薬品検査所	1	310	1,892	1,927	1,953	1,976
医学科学研究機関	3	141	337	335	339	436
その他の機関	247	2,201	5,850	6,042	6,272	6,357
<u>ベッド数（万床）</u>						
合計	8.5	176.4	292.5	299.2	304.9	309.9
病院	8.0	159.8	262.4	268.9	274.4	279.5
療養院・所	0.4	3.7	12.3	12.5	12.5	11.9
<u>医療従事者数（万人）</u>						
合計	54.1	259.4	490.6	502.5	514.0	521.5
医師	36.3	87.8	176.3	178.0	180.8	183.2

出所：中国統計年鑑1994 国家統計局 1994 P641

省別に保健医療施設整備状況を比較すると、保健医療施設数の最も多い省は四川省（2万333ヶ所）で、次いで江蘇省（1万2,277ヶ所）、山東省（1万865ヶ所）の順となって

いる。但し、人口1,000人当たりのベッド数をみると、最も多いのは北京(5.71)で、次いで上海(4.98)、遼寧(4.51)となっており、1人当たりGDPの高い豊かな省で保健医療施設も充実している傾向がみられる(表3-31)。

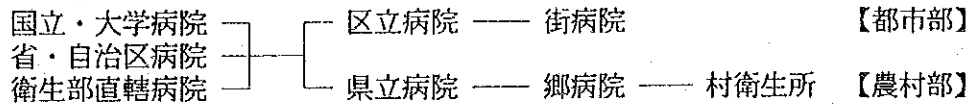
表3-31 1992年省別保健医療施設・ベッド数

	保健医療施設数(ヶ所)		ベッド数(床)		1人当たり GDP (元)
	合計	病院	合計	1000人当たり	
合計	204,787	61,352	3,049,381	2.38	-
北京	4,868	535	63,230	5.71	6,805
天津	3,287	301	38,137	4.08	4,696
河北	10,715	3,640	151,887	2.12	1,843
山西	5,933	2,518	107,689	3.42	1,744
内蒙古	5,253	1,928	64,446	2.79	1,712
遼寧	7,922	2,016	201,701	4.51	3,254
吉林	4,189	1,344	94,856	3.46	2,071
黒龍江	8,853	1,694	127,164	3.28	2,433
上海	7,363	454	70,736	4.98	8,652
江蘇	12,277	2,493	170,249	2.23	2,858
浙江	8,861	3,463	101,721	2.16	2,850
安徽	7,035	3,049	114,501	1.76	1,253
福建	4,914	1,218	70,554	2.05	2,264
江西	5,620	2,321	93,291	2.18	1,439
山東	10,865	2,924	186,998	1.99	2,307
河南	8,375	2,857	189,095	1.93	1,377
湖北	10,590	2,115	166,164	2.44	1,827
湖南	10,579	4,229	150,044	2.20	1,487
広東	8,989	1,943	135,527	1.93	3,575
広西	5,839	1,516	79,477	1.69	1,318
海南	2,517	438	22,397	3.24	2,126
四川	20,333	8,349	250,741	2.04	1,356
貴州	4,734	1,626	57,767	1.59	1,009
雲南	6,765	1,950	90,981	2.15	1,334
西藏	1,223	491	5,857	2.47	1,486
陝西	6,404	2,604	92,940	2.55	1,458
甘粛	4,192	1,561	52,412	2.15	1,314
青海	1,187	510	16,828	3.56	1,821
寧夏	1,120	156	11,609	2.31	1,635
新疆	3,985	1,109	70,382	4.11	2,458

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1994 および
中国統計年間1994年 国家統計局 1994 より編集

3-5-2 主な保健医療施設

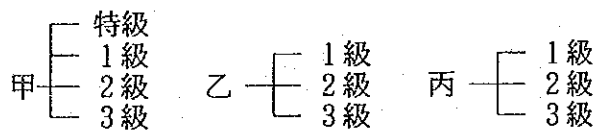
中国の保健医療事業は、国-省(自治区・直轄市)-市・県-郷・鎮-街・村の医療ネットワークが組まれている。中国の保健医療施設は、病院、療養院・所、診療所に大別される。病院は、行政区分毎に整備されており、省・自治区病院は、医科大学病院と同等レベルの設備・技術を持った病院として位置づけられている。



また、病院は施設規模、人数により、3等10級に区分される。最も高い等級である甲等特級には、北京の協和病院が指定されているだけである。

甲：技術レベルが高い
乙： ↓
丙： " 低い

1級：ベッド数 100床以下、所在する県・区の間が対象
2級： " 100～500、近郊・区外の間も含む
3級： " 500以上、市・省全体を対象
特級：特別に優れた病院



通常、病人は自分の所属する村の衛生所もしくは郷病院で治療を受ける。患者の症状が重症で、その病院で対応しきれない場合は、上位の病院を紹介するシステムとなっている。このリファラルシステムは、省内で完結しており、省外の病院を紹介するケースは殆ど無い。患者が個人の意思で病院を選択することもできるが、リファラルシステムに沿わず最初から上位の病院に通院するような場合には医療保険の対象とはならない。

治療院・所は、養老院内にある医療機関を示し、診療所は比較的大きな企業・工場の管理する企業労働者とその家族を対象とした医療機関を意味する。診療所は病院でいうと村衛生所レベルの規模のことが多い。

各保健医療施設の職務内容は表3-32のとおり。

表3-32 保健医療施設の職務内容

保健医療施設	職務内容
病院	入院機能、医師の診療
療養院・所	入院機能、医師の診療
診療所	医師による外来診療
専科防治所	伝染病、地方病、寄生虫、特定疾患の予防と治療を実施 医師による専門外来診療
衛生予防センター	日本の保健所に相当 衛生員による予防業務
母子保健所	婦女子、児童の疾患予防を実施 医師による専門保健指導
薬品検査所	医薬品の検査業務
医学科学研究機関	専門分野の研究機関

出所：現地聴取結果

3-6 医療従事者

3-6-1 医療従事者の構成

1992年における中国の医療従事者総数は約514万人であり、その内医師をはじめとする医療技術者は約407万人と79.3パーセントを占めている(表3-33)。医療技術者は、上級・中級・初級医療技術者に大別され、上級および中級医療技術者には、医師(士)、看護婦、薬剤師、検査技師等が含まれている。医師と医士(医師の助手)は、学歴の差によるものであるが、中国では医師の免許制度を撤廃しており、経験と知識・技術が備われば試験によって医士や看護婦から医師への道も開けている。従って、中国では医師と他の医療従事者との間に隔絶した差がなく、正確な数や質を比較することは困難である。

医師および医士は、漢方医学を主とする漢方医師(士)と西洋医学を主とする西洋医師(士)、そして漢方医学と西洋医学を結合した漢方・西洋統合医師(士)に分けられる。

表3-33 1992年全国医療従事者数

業務・資格名	人数	医療従事者 中の割合(%)	医療技術者 中の割合(%)
医療従事者総数	5,140,246	100.0
医療技術者	4,073,986	79.3	100.0
上級医療技術者			
漢方医師	243,502	4.7	6.0
西洋医師	1,078,956	21.0	26.5
漢方・西洋統合医師	5,417	0.1	0.1
上級看護婦	459,748	8.9	11.3
薬剤師	167,075	3.3	4.1
上級検査技師	85,061	1.7	2.1
中級医療技術者			
漢方医士	89,744	1.7	2.2
西洋医士	360,209	7.0	8.8
看護婦(士)	579,926	11.3	14.2
助産婦(士)	60,044	1.2	1.5
薬剤士	165,432	3.2	4.1
検査技士	73,047	1.4	1.8
初級医療技術者	541,386	10.5	13.3
管理事務員	417,670	8.1	-
その他の従事者	549,413	10.7	-

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1993 P398

表3-34、3-35に、省別の医療従事者数および人口1,000人対の医療従事者数を記す。人口10万対では北京(5.08)が最も多く、次いで上海(4.56)、天津(3.66)の順になっており、人口10万対の病院ベッド数とほぼ同様の地域傾向が見られる。

表3-34 1992年省別医療従事者数

単位：人

医療従事者	医療技術者			
	合計	医師* ¹	看護師* ²	
合計	5,140,246	4,073,986	1,808,194	1,327,875
北京	164,213	115,825	53,254	44,591
天津	90,312	69,815	32,320	28,931
河北	232,484	189,450	89,682	68,576
山西	160,367	131,180	60,685	46,681
内蒙古	126,859	100,365	47,137	31,076
遼寧	310,301	233,159	91,287	69,362
吉林	167,846	127,686	51,505	37,301
黒龍江	237,985	182,368	74,481	55,357
上海	159,264	118,232	58,795	44,643
江蘇	293,947	228,910	104,345	77,675
浙江	170,913	138,230	60,982	41,394
安徽	174,279	142,349	60,046	44,490
福建	108,859	90,730	37,623	25,256
江西	147,375	118,708	52,304	39,261
山東	316,223	247,183	105,837	85,317
河南	289,558	239,097	101,373	76,071
湖北	282,361	221,455	90,230	67,526
湖南	222,995	182,872	82,302	63,491
広東	257,043	205,110	86,353	59,662
広西	141,557	113,007	52,238	37,116
海南	37,681	30,387	11,311	7,276
四川	395,575	319,477	157,569	107,330
貴州	105,756	87,927	38,537	24,563
雲南	131,775	105,622	53,471	36,437
西蔵	10,063	8,030	4,597	3,084
陝西	151,219	123,285	59,722	41,808
甘粛	92,473	76,254	34,998	24,480
青海	25,278	20,239	9,489	6,399
寧夏	25,799	20,724	9,872	7,528
新疆	109,886	86,310	35,849	25,193

注：*1；漢方医師、西洋医師、漢方・西洋総合医師、漢方医士、西洋医士、漢方・西洋総合医士

*2；上級看護婦および看護婦

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1993 P409

表3-35 1992年省別人口1,000人当たり医療技術者数

単位：人/1,000人

	医 生* ¹	医 師	看護婦* ²
合 計	1.57	1.15	0.90
北 京	5.08	4.25	3.51
天 津	3.66	3.28	2.27
河 北	1.44	1.10	0.64
山 西	2.08	1.60	1.02
内 蒙 古	2.16	1.43	1.06
遼 寧	2.31	1.75	1.99
吉 林	2.08	1.51	1.53
黒 龍 江	2.11	1.57	1.46
上 海	4.56	3.46	2.63
江 蘇	1.54	1.15	0.85
浙 江	1.42	0.97	0.70
安 徽	1.03	0.76	0.57
福 建	1.23	0.82	0.77
江 西	1.37	1.03	0.84
山 東	1.23	1.23	0.76
河 南	1.15	1.15	0.58
湖 北	1.64	1.64	1.13
湖 南	1.33	1.33	0.72
広 東	1.34	1.34	0.82
広 西	1.20	1.20	0.76
海 南	1.68	1.68	1.10
四 川	1.44	1.44	0.61
貴 州	1.17	1.17	0.57
雲 南	1.42	1.42	0.71
西 蔵	2.04	2.04	0.77
陝 西	1.79	1.79	0.86
甘 肅	1.53	1.53	0.73
青 海	2.14	2.14	1.19
寧 夏	2.05	2.05	1.14
新 疆	2.31	2.31	1.58

注：*1；漢方医師、西洋医師、漢方・西洋総合医師、漢方医士、西洋医士、漢方・西洋総合医士

*2；上級看護婦および看護婦

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1993 P410

3-6-2 医療従事者の養成

中国では義務教育の期間は日本と同様、小学校6年間、中学校3年間の9年間である。高等教育は、高等学校3年間で、その後入学試験を経て大学に進む。

地方の医療サービスの主力となる農村医の養成訓練期間は数ヶ月から1年間で、所在地の県あるいは郷の病院で訓練を受ける。学生は主に農村中学校を卒業したものである。

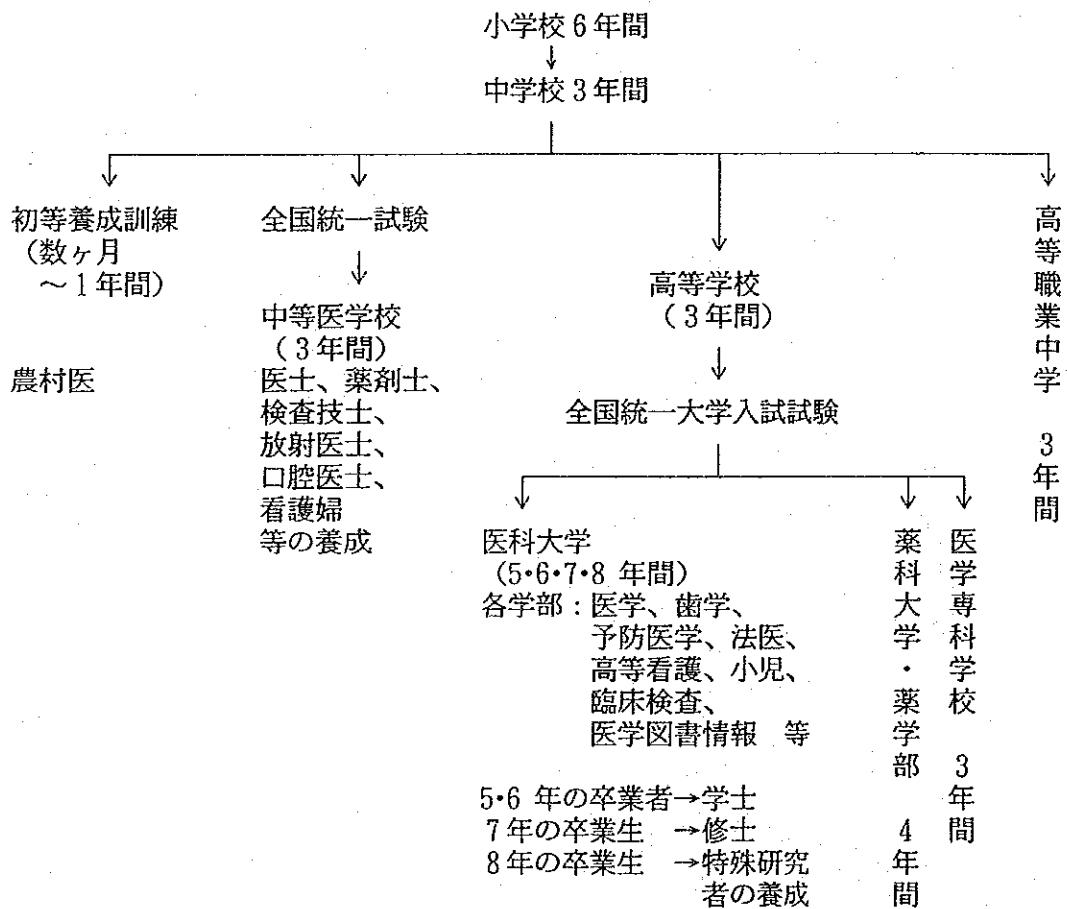
人民公社時代には、農村部の医療・衛生所では「裸足の医者（赤脚医生）」と呼ばれて

いた村医者および衛生員が診療、防疫、MCH、家族計画や公衆衛生の指導を行っていた。人民公社解体後は、「裸足の医者」の呼び名は無くなり、彼らは正規の医療教育機関の訓練を受けて医者および衛生員として登録することとなった。これらの農村医は、病院の医師と同格に患者を診断し、治療し、中国の農村の医療衛生事業にとって不可欠な力となっている。

都市や郷、県の各医療衛生部門に務める医士、薬剤士、検査技士、放射医士、口腔医士、看護婦を含む中等の医療関係者は、中等医薬学校で養成される。学習期間は3年間で、卒業後は都市、郷、県の医療衛生部門の主な医療を担当するか、または専門家の下で医療に従事している。

高等医学院(校)は、5、6、7、8年間の教育制度があり、高等医科大学の卒業生は学士と称することができる。この他、3年間の教育期間の医学専科学校もある(図3-14)。

図3-14 中国医学教育の概要



出所：現地聴取結果

中国の医科大学は、国家教育委員会と衛生部により監理・指導されている。医科大学は国立大（衛生部、鉄道医学院、炭硯医学院、軍医大学等）と地方政府（省・市・自治区等）に援助されている地方大に大別される。それぞれの教育目標は表3-36のとおり。

表3-36 医科大学ごとの教育目標

分類	卒業生の配置	教育目標
国立	全国	教育者と大学、研究所の臨床家
地方		
旧設校	大中都市	実地臨床家
新設校	小さな町・郷	基礎的医療

出所：現地聴取結果

中国で大学に入学しようとするものは、高等学校の卒業証書を所持しなければならない。全国统一の入学試験に合格していることが条件であり、医科大学の受験科目は理・工科系大学と同じ（数学、物理、化学、国語、政治、外国語、生物等）である。合格率はおよそ20～40パーセントである。中国の大学では、授業料は免除されており、成績優秀な学生に対しては奨学金も支給される。

中国の各医科大学の教育時間、教育計画、講義の予定等のカリキュラム編成は衛生部で統一しているが、ある程度は各大学が変更してもよいことになっている。1981年、衛生部の指導下に、高等医科大学の使用する医学の教科書編集委員会が設置された。その委員会で、西洋医学教科書32種、漢方医学教科書19種、専業に用いる教科書のうち小児科学3種、口腔科学8種、衛生学9種の教科書が新たに制定された。

5年制医科大学では、統一された一環教育が実施されている。最初の4年間は、26課程（約400時間）であり、教養基礎科目は外国語、体育、物理、化学、生物学等の合計1,062時間、医学の基礎科目（解剖、組織学、生理学、生化学、細菌学、薬理学、病理学等）は合計1,612時間で、両者の比率は1:1.5となっている。

中国の高等医学教育制度によれば、医学生は臨床科目の授業を受けると同時に、それと結びついた臨床実習も行わなければならないとされている。最後の1年間は、内科、外科、産婦人科、小児科、伝染病科を主とするローテーションによる臨床実習にあてられ、期間は48週である。

現在、中国では医師国家試験はないが、国家で統一された卒業試験があり、合格者は学士と称することができる。卒業生は各自の希望と国家の需要に応じて、県（区）以上の医療、衛生、保健、研究部門に勤めることができる。1年間の住院医（インターン制）の後、内科、外科、産婦人科、小児科に勤める医師は、一般の診療のほかにも各専門領域の診療に従事できる。このようにして彼らは生涯を通して政府に雇われた医師となる。

5～6年制の大学卒業生は臨床で5年以上医療を担当すれば、その業績によって主治医（教育病院の講師）に昇格することができる。主治医・講師が副主任医師もしくは副教授に昇格するためには更に5～8年が必要である。主任医師もしくは教授になるためには、専門分野に対する十分な資格と広い知識、研究における独創的業績が必要である。この昇進の手続きは、衛生部によって任命された同じ専門分野の教授グループにより行われる。

医学生は卒業後、基礎医学部に属する各教室の助教となることができ、更に5年して考核（考察）に合格すれば講師となることができる。

なお、1978年以来、中国では教育制度のなかに研究生制度が設けられてきた。基礎医学系学科では研究生として主に医科大学の卒業生を受け入れている。一方、臨床系学科では、

大学卒業後2～3年の臨床経験を持つ者のみ受け入れている。全国の医科大学のうち12の大学は衛生部から直接指導を受けており、毎年各大学とも200～500人を研究生として受け入れている。教育年限は修士（碩士）が3年、博士が4年である。卒業生は高等医学大学、科学研究部門、大病院で働く教師、研究者の資格が得られ、あるものは臨床医となる。

中国の医科大学の在職助教、医師は各種短期の研究活動に参加して、試験に合格したものは昇進することができる。県（区）以上の病院に勤める医師は、通常、卒業後2～3年で医科大学とその付属病院で1年間の研修をする。1984年までに全国の医療衛生関係者の研修機構として、衛生部はその指導の下に定期的に養成センターを開設し、省または市は研修学院を開設している。

表3-37、3-38に高等医学院・中等医薬学校数および在學生数と高等医学院・中等医薬学校卒業生数を記す。また、附表8（134～139ページ）に高等医学学校のリストを添付する。

表3-37 高等医学院・中等医薬学校数および在學生数の推移

	1949	1965	1975	1980	1985	1990	1992
高等医学院数	22	92	88	109	116	122	121
在學生数	15,234	82,861	86,336	139,569	157,388	201,789	214,285
内：中医学院数	...	21	17	22	24	31	30
在學生数	...	10,155	13,538	25,282	28,450	34,048	32,883
中等医薬学校数	...	298	480	555	515	563	551
在學生数	15,387	88,972	139,113	224,695	220,963	308,394	311,040

注：在學生数は総合大学の医学部在學生等も含む
出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1993 P428

表3-38 高等医学院・中等医薬学校卒業生数

	高等医学院	中等医薬学校
1949	1,314	3,803
1950～1952	6,393	31,263
1953～1957	25,918	96,042
1958～1962	60,135	169,545
1963～1965	72,882	69,513
1966～1970	78,246	100,956
1971～1975	44,167	126,437
1976～1980	116,612	256,473
1981～1985	152,054	329,218
1986～1990	179,431	392,637
1991	44,300	103,500
1992	45,664	93,883

出所：中国衛生年鑑1993年 衛生部 1993 P428

3-6-3 全国地方医師調査

1990年、衛生部は全国の地方医師の約12パーセントに相当する9万300人の医師と251訓練機関を対象に調査を行った。その結果は以下のとおりである。

(1) 年齢組成

医師の年齢は、40～49歳が最も多く（38パーセント）、次いで30～39歳（33パーセント）であり、全体の71パーセントの医師が30～50歳の年齢層に属する。40歳以上の医師が52.5パーセントを占めているが、これらの医師は1970年代に「裸足の医者」であった医師と思われる。また医師の性別は男性が圧倒的に多く78パーセントを占めていた（表3-39）。

表3-39 地方医師の年齢層

年齢層	人数	%
<20	805	0.9
20～	12,364	13.7
30～	29,735	32.9
40～	34,003	37.7
50～	10,797	12.0
60～	2,555	2.8
合計	90,259	100.0

出所：Year Book of Public Health,
Minister of Public Health, 1993 P184

(2) 学歴

調査対象の73パーセントは最終学歴が初等中学校またはそれ以下であった。1982年における「裸足の医者」の就学年数が男性で平均9年、女性で8年であったことから、過去10年間に医師の就学年数に大きな変化は見られなかったこととなる。30歳以下の年齢層では中等医薬学校を卒業する率が増加している（表3-40）。

表3-40 地方医師の最終学歴

最終学歴	人数	%
未就学	146	0.2
小学校	13,923	15.4
初等中学校	52,035	57.6
高等中学校	20,142	22.3
中等医薬学校	3,575	4.0
高等医学院	460	0.5
合計	90,218	100.0

出所：Year Book of Public Health,
Minister of Public Health, 1993 P185

(3) 専業・兼業および経験年数

調査対象のうち専業医師は僅かに18.6パーセントであり、他の医師は、医療業務の他に農作業に携わっていた。40パーセントの医師が医療と農作業にはほぼ等しい時間を割り当てており、35パーセントの医師は医療業務に重点を置いている。調査対象のうち64パーセントの医師が15年以上の経験を有しており、1970年代の「裸足の医者」出身である。また、「裸足の医者」以外にも、18パーセントの医師が10年以上の経験を有している（表3-41・42）。

表3-41 医師の専業・兼業の割合

専業・兼業	%
専業	18.6
医療に重点をおいた兼業	34.9
他業務と半々の兼業	39.7
その他	6.8
合計	100.0

出所：Year Book of Public Health,
Minister of Public Health, 1993 P185

表3-42 医師の経験年数

経験年数	%
0～4	6.4
5～9	11.5
10～14	17.9
15～19	22.0
20～	42.2
合計	100.0

出所：Year Book of Public Health, Minister of
Public Health, 1993 P185

(4) 講習・セミナー

調査対象回答者のうち、56パーセントの医師が1年若しくは1年未満の訓練を受けており、2年以上の訓練を受けている医師は僅か20パーセントであった。回答者の1/3は3回以上の訓練を受けており、1/3は2回の訓練を、残り1/3は1回の訓練を受けており、上記の訓練期間は全訓練の合計期間である。短期間訓練の期間は、講習場所によって異なっている。回答者の2/3は県病院等の病院機関で訓練を受けており、医学学校で訓練を受けた地方医師は僅か1/3であった。但し、30歳以下のグループでは、その71パーセントが医学学校で訓練を受けている。

(5) 収入

地方医師の全収入のうち医療業務からの収入は平均で62パーセントを占めており、残り38パーセントは農業をはじめとする医療以外の活動から得ている。1990年の地方医師の収入は約1,500元（300米ドル）で、地方の1人当たりGNPとほぼ等しい額となっている。医療業務からの収入は、その大部分（77パーセント）が、薬品の販売等の医療サービスとなっている（表3-43）。

表3-43 地方医師の収入（1989年）

収入源	金額（元）	%
医療業務	946.85	62.1
医療サービス	731.47	
予防活動	56.08	
防疫活動	68.23	
その他の医療活動	91.07	
農業その他	577.46	37.9
合計	1,524.31	100.0

出所：Year Book of Public Health, Minister of Public Health, 1993 P186

3-7 医薬品・医療器具・衛生材料

3-7-1 医薬品

1949年以来、それまで殆ど空白の状態にあった医薬品工業の分野に関して、中央人民政府指導の下に生産の増加が図られた。化学薬品類は1952年には100トン足らずの生産量であったが、1975年には約3万トンに増加した。生産されている薬品量の多い品目を挙げると、抗生物質、スルファミン、解熱薬品、ビタミン類、地方病薬品、抗結核薬品、経口避妊薬等がある。1976年以降は抗癌剤、心血管、感冒、気管支炎等に対する薬品、診断用造影剤やその他の常用薬品の生産も開始された。

ポリオをはじめとする生ワクチンは全国6ヶ所（上海、武漢、北京、長春、成都、蘭州）にある生物製品研究所で製造されている。

(1) 生産額・量

1992年の統計では医薬工業企業は2,700余ヶ所で、うち大・中規模企業は356ヶ所、固定資産簿価197億元、工業総生産額推計630億元、工業利潤・納税額50億元、商業販売額370億元、商業利潤・納税額30億元、輸出による外貨獲得額15億米ドル等を示している。

化学製薬工業は化学原料薬1,300余種、26万トンが生産可能であり、原料薬の生産量は米国に次いで世界第2位である。製剤工業の発展も迅速で、50数種の剤型、3,500余種の製剤の生産が可能である。

漢方薬では生薬の栽培面積は500万ムー（300万ha）、集荷量85万トンに達している。政

府は、全国44ヶ所の飲片（漢方薬を利用しやすいよう小片に加工したもの）工場の技術改造を行い、飲片の生産量は3.5億キログラムに達し、国内製剤率は90パーセント以上を保持した。漢方薬製剤工場は技術革新により、その生産額を52億元と1978年に比べて5倍余も増加させ、輸出による外貨獲得は年間3億米ドルに達した。

(2) 医薬品の種類

中国の医薬品は、「医薬品」と「保健薬品」に分類され、どちらも承認制となっている。医薬品は病院に限らず、町の薬局でも購入可能であり、更に保険が適用となる。また、注射剤の購入も可能であり、注射するときには来院するシステムになっている。

医薬品は認可の際に薬理・副作用・臨床実験が必要とされ、承認番号に「准」が入る。一方、保健薬品はそれらを必要とせず、承認番号に「健」が入る。

(3) 承認申請

医薬品、保健薬品の申請は、省以上の行政機関を通じて行われ、承認についても地方承認の形態が存在する。

申請区分は、漢方生薬の新原料は4類まで、製剤は5類、西洋薬は5類、生物製剤は4類に分類されており、それぞれ要求される資料が異なる。また、輸入薬品の申請区分も存在するが、他の区分に比べ資料が簡素化されている。

申請は、まず臨床段階で省および衛生部それぞれに段階的に審査され、次に生産前段階でそれぞれ診査されるという2段階方式をとっている。但し地方承認品目については、生産段階で初めて衛生部に手数料を納めるシステムとなっている。

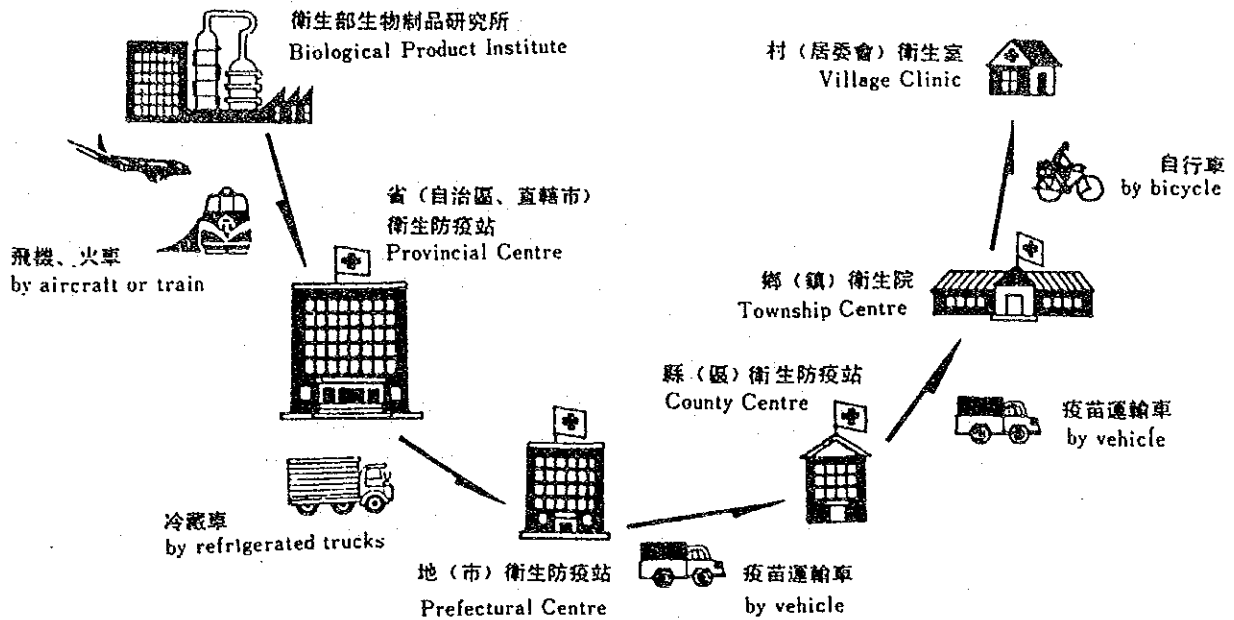
(4) EPIワクチン供給・分配システム

中国では、全国にワクチン製造施設7ヶ所および国家ワクチン品質管理機構1ヶ所が設置されている。国際援助および中国政府の努力によるワクチン製造施設への新技術の導入、機材更新を通じて、EPIワクチンの品質は向上している。これらのワクチンのいくつかは、WHOの基準に合格し、または基準値に近い値となっている。

中国におけるワクチンの年間供給量は、BCG114.2百万ドース、DTP181百万ドース、ポリオ153.7百万ドース、麻疹123百万ドースである。現在では中国はEPIに係るワクチンは全て自給している。

EPIワクチンの分配に必要なコールドチェーンは、国際協力を得て確立されている。EPIワクチンの分配システムは以下のとおり（図3-15）。

図3-15 EPIワクチン分配システム



出所：中国計画免疫 衛生部衛生防疫司

(4) 医薬品流通システム

中国政府は医薬品の商業流通の簡素化を進め、一元買い取り、独占販売、段階をおっての供給、価格統一といった硬直したシステムを改革し、全国的な統一市場を形成した。現在は中央レベルの医薬品購入・供給ステーション6ヶ所と省レベルの医薬品(医療機械)公司35ヶ所の他に、2,400ヶ所余りの医薬品(生薬)公司与7万余りの末端の小売りと卸店が設立され、全国にネットワークが張りめぐらされ、競争原理が導入され独占経営と官営企業の悪弊を改変した。

3-7-2 医療器具

中国では以下に示すように、一般の医療業務に必要な基礎的製品は概ね自国で生産されている。生産品の種類は2,500品目、規格は9,400種を数え、製品はあらゆる医療機械類に及んでいる。

- | | | |
|----------|-----------|------------|
| 手術用機械 | 放射線各種撮影装置 | 循環器診断用機器類 |
| 理学療法用機器類 | 各種診断用器材類 | 医療用化学検査機器類 |
| 漢方製作用機器類 | 消毒滅菌用機器類 | 入院用各種器材類 |
| 動物実験用機器類 | 各種医療用材料類 | 医療用救急車 |

医療機器の生産は、国家医薬管理総局の管轄下にある中国医療機械工業公司によって統轄されている。品質管理の検査基準はIOS (International Organization for Stand-

rdization)やIEC(International Electrotechnical Commission)の基準に沿って国家標準総局により制定された「中華人民共和国国家基準」により規定されている。

医療施設で現在使用している医療機械の中国製品と輸入品との割合は約2:1となっている。同国で製造している医療機器類は、中規模クラス(100~300床)の病院の需要には対応しているが、大都市の高度医療を目的とする大病院等の需要には、品質の点で充分とは言えない。

たとえば、一般的な診断用機器である心電図、脳波計、筋電計、心音計、超音波診断装置等の中国製品については、輸入製品に比較してマイコン制御による自動コントロール、増幅増感度、データ記録装置等が製品に内蔵されておらず、自動解析や解析精度、電位分布の画像表示、操作性、検出データの再現性等の点で劣っている。また、周辺機器とのインターフェイスや多目的に使用可能なオプションパーツ類も開発の余地を残している。放射線機ではコバルト60治療装置は固定式、回転式とも生産しているが、線源は輸入に頼っている。

3-7-3 衛生材料

衛生材料の販売は、国家医薬局の会社がとり行っている。

また、県以上の病院では、蒸留水、生理食塩水、グルコース等は院内で製造する設備を有している。

注射器等は使い捨てタイプの物が輸入されはじめているが、農村部では依然としてガラス製注射器を煮沸消毒して使用している場所が多い。香港の雑誌「動向」1993年11月号によると、中国には現在、2種類の使い捨てタイプの注射器の偽物が出回っているとある。ひとつは使い捨ての注射器を回収・洗浄しなおし、もう一度医療機関へ新品として販売するケース、他の一つは、農民が手作業で作った粗悪品で、消毒もしていないケースである。こうした偽ブランドの注射器の供給は年間5千万本にのぼるといふ。

3-8 保健医療サービスの利用

中国の保健医療サービスは、基本的には全て政府の管理下に置かれており、都市部および農村部にそれぞれ医療ネットワークが組まれている（3-5-2）。地域住民はそれぞれの生活する地域を担当する医療機関にて必要に応じて診察・治療を受け、必要に応じて上位の医療機関で診断・治療を受けるシステムとなっている。

これらの医療ネットワークとは別に、各企業が衛生室を設置している場合がある。この衛生室は規模からいうと村衛生所程度のレベルであり、応急手当てができる程度の施設内容である。

近年、個人開業医が増えており、1993年では中国全土で16.1万人の個人開業医が登録されている。本調査では詳細な内訳は得られなかったが、個人開業医は農村部に多いとのことである。基本的には病院に勤務する医者が定年後、個人医として開業するケースが多いとのことで、開業資金に多くを必要としない漢方医師（中医）が多い。

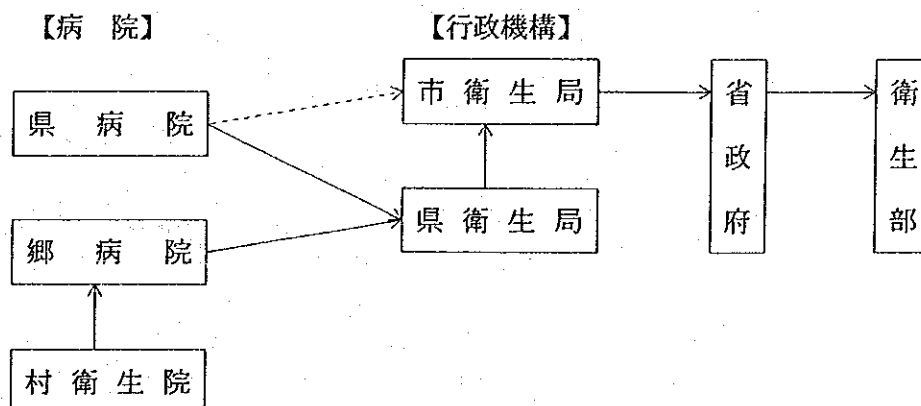
3-9 保健・医療情報システム

衛生部衛生防疫司、中国予防医学科学院および多くの衛生防疫センターが主体となり、1992年時点で全国に145ヶ所の病院に疾病観測点を設けている。疾病観測点は、毎月衛生部に報告を行っており、殆どの省の疾病観測点は人口、出生・死亡、甲乙丙種伝染病35種の年度報告を行っている。

疾病観測点となった病院はコンピュータネットワークにより結ばれ、それぞれのデータは中国医学科学院に集計される。

その他の病院においても、それぞれの病院の所管となる衛生局への毎月の報告が義務づけられている。また、一部の県病院では、県衛生局への報告の他に、より詳細なデータの市衛生局への報告を義務づけられている所もある（図3-16）。

図3-16 保健・医療情報の流れ



出所：現地聴取結果

これら集積された情報および公安機構からの人口情報、人口センサス、妊産婦登録簿による出生資料等に基づき、「中国疾病観測年報」が編集・出版されている。

また、衛生部は5歳以下の幼児の死亡の現状、変化の動向、死亡原因、地域差を客観的、全面的、そして正確に把握するための監視拠点を設けた。この監視拠点は、全国30の省・自治区・直轄市を、その位置、経済発展の状況、乳幼児死亡率の高低から3地域（沿岸地域、内陸地域、辺境地域）に区分し、更にその地域の中から81の市・県を選択したものである。これらの監視拠点は、約855万人を対象としている。

監視の主要内容は、①乳幼児の出生数と5歳以下の幼児数、②5歳以下の幼児の死亡数と死亡要因、③5歳以下の幼児の死亡時期、地点、分布、④5歳以下の幼児に対する衛生関係のサービスの基本状況等である。

3-10 医療保険制度

(1) 医療保険

国家は、医療保険制度に基づき労働者および職員に対して傷害の場合の医療保障を行っている。これは、企業単位の労働保険制度に加入している者または公務員（非営利事業団体の職員を含む）に対して無料の医療給付を提供するものである。医療費は登録量および栄養補給剤の費用を除いて、全て企業および国家が負担する。労働者および職員の直接的な被扶養者も傷害の場合に医療給付が受けられる。

医療保険制度による公的な医療給付と、企業単位の労働保険制度に基づく医療給付とは、拠出財源と管理の仕組みの点で異なる。医療保険制度においては、あらゆる行政レベルの保険部門に管理委員会が設置され、これに属する公共医療保護事務所とともに、医療保険制度を運営している。企業は、支払い賃金総額の一定比率に応じて財源を拠出し、労働保険制度に基づく医療給付と、「労働者および職員のための医療保険制度」を管理している。

人民公社解体後、農民は医療保険の対象外となっているが、合作医療制度を導入している地域では、医療費は郷あるいは村民委員会が全額負担することとなっている。

表3-44に医療費支払い制度の概要を記す。

表3-44 医療費支払い制度

制度	対象	医療費負担者
・公費医療制度	国家幹部	診療、入院費含む全額給付
・労働保健区 医療制度	工場および鉱山 労働者本人 および家族	本人に対しては国家が全額負担 家族のうち無収入者は国家が全額負担
・合作医療制度	農村住民	個人から年間1～2元を積み立て医療基金とし、本人の衛生所での診療は初診料以外は無料か割引
・自己負担制度	農村住民、 国家幹部の家族 で未就学児童	自己負担

注：入院中の食事は自己負担
出所：現地聴取結果

(2) 新しい医療保険の試み

中央政府により、1987年から強制的な加入が定められている児童を対象とした免疫保険は、7種の伝染病に対する保険である。ワクチンを投与したにも拘わらず、当該伝染病に罹った場合に保険金が支払われるシステムとなっている。

また、遼寧省衛生庁での情報によると、2つの区において人民保険会社が農民（成人）を対象とした医療保険を試験的に導入したが、赤字となり1年間で中止したとのことである。保険の内容は、年間15元の保険料に対し、1,000元を上限とした医療保険がおりるものであった。

今回の現地調査中、遼寧省および山東省の農村部で医療保険に関する質問を行った。その結果、調査対象となった農村部は比較的裕福な地区だったにも拘わらず、合作医療制度が稼働している地区は少なかった。地方政府の意向としては、合作医療制度を導入していきたいが、農民への保険加入の強制はできないこと、保険制度が未確立の状態にあり、うまく稼働しないこと等の理由により思うような進展が得られていないとのことであった。

(3) 労災保険

政府は労災保険制度に基づき、労働災害による傷病を受けた者に対して医療給付並びに補償金および各種手当の給付を行っている。これは、このような災害後の医療給付および労働不能の期間中の生活保障を含んでいる。罹災者は指名された病院で無料の医療給付が受けられる他、当該療養期間中、通常の賃金が保障される。労働災害の結果として完全に、または部分的に労働不能となった者は補償金を受け取る資格を有する。

(4) 疾病休暇給付、出産休暇給付および遺族給付

企業および国家が提供する疾病休暇給付および出産休暇給付は、労働者の標準賃金と勤続期間に応じて計算された疾病救済資金から支払われる。労働者が6ヶ月未満の連続休暇

を取る場合には、企業が標準賃金の所定の比率で疾病救済賃金を支払うのとは別に、勤続期間に応じて計算された標準賃金の一定割合を疾病休暇給付として労働者に支払うこととなっている。女性の労働者および職員の出産休暇給付は、それらの者の属する労働単位が支払うが、産前、出産時および産後の費用を含んでいる。彼女らは90日間の有給出産休暇の資格を有するが、難産や多胎妊娠の場合には延長することができる。

労働者および職員の死亡に伴う遺族に対する給付は、国家または企業により提供され、それには葬祭給付と遺族年金が含まれる。葬祭給付は、企業内の全労働者の平均賃金月額2～3ヶ月相当額である。勤務内の死亡の場合、遺族年金は給付期間が切れるまで、死亡者の直接的な被扶養者に対して毎月支払われる。勤務中ではなく病気または他の理由による死亡の場合には、一時金が死亡者の遺族に支払われる。

3-11 環境衛生

近年の中国の改革は、農村の改革に始まって、次に都市の改革に移行した。中国の新たな都市問題は機能面（ソフト面）と施設面（ハード面）の2つの面から検討されている。

1986年11月に北京で開催された全国都市建設工作会議において、当時の李鵬副首相は都市建設と経済開発の関連性において次の点を強調した。経済開発、都市建設および環境建設は協調して進められなくてはならない。当面の急務は都市の生産活動および生活の為の都市のインフラ整備をすることである。なかでも最優先問題は、給水および排水（下水）の問題であり、次いで道路、交通の整備、都市ガス、集中暖房の問題である。さらに都市環境の改善という面から、都市環境の4大問題といわれる大気汚染、水質汚染、騒音、ゴミ問題がある。

特に北京、天津を中心とした北方の諸都市は、生産、生活を含めて用水緊迫の問題が深刻であり、中国自身もそのために、個々に比較的大型の利水事業を展開してきた。主たるものだけでも「引欒濟津」（欒河の水を天津に引き込む）、「引黄濟青」（黄河の水を青島に引き込む）等があるが、最終的には「南水北調」と称する長江の水を北へ導入する事業が計画されている。

3-11-1 安全な飲料水

建設省のデータによると、1990年時点には都市部人口の89パーセントに水道が普及しており、92年には94パーセントにまで改善されている。一方、水資源省のデータによると、地方部では1992年の末までに3,360万に及ぶ種々のタイプの水供給プロジェクト（分水システム14万3,000、井戸46万、天水貯水槽180万、ハンドポンプ3,110万、水道システム8万）が実施されている。これらのプロジェクトは、農村部で飲料水の欠乏に苦しむ人々の63パーセントに相当する1億5,100万人の飲料水問題を解決した。1990年末には全国民の76パーセントが、水平距離1,000メートル以内、もしくは垂直距離100メートル以内で水道、ハンドポンプ式井戸、開口式井戸等の「改善された水供給」の利用が可能となった。但し、

「改善された水供給」は、安全な水の供給を意味するものではない。安全な水の供給に関するデータはないが、その普及率は「改善された水供給」の普及率よりはるかに低い。水不足の状況は、地域により異なっており、特に北部および北西部の乾燥地域で顕著である。

国家アクションプログラム（NPA）では、安全な水の供給および環境衛生改善のゴールを世界サミットのゴールと同様「2000年までに全ての人に安全な水と環境衛生を」としている。NPAでは2000年までに水不足の地域の95パーセントに安全な水の供給を、衛生環境面では地域を特定することなく、衛生改善の普及率の上昇をうたっている。NPAの目標は漠然としたものであるが、これは農村部での安全な水の普及率が約30パーセント、衛生的し尿処理の普及率は10パーセントであることが原因となっている。水資源省の計画では、2000年までに水不足の地域の貧困層のうち8,800万人だけを供給目標においている。また、衛生環境面では、「2000年までに全ての人に保健医療を」の目標のもとに、地域の経済状況により35～80パーセントの衛生施設を改善することとしている。

3-11-2 衛生施設

都市部人口の57パーセントが水洗便所を、約1/3が掘込み便所を使用しており、3パーセントが便所を有していない。廃棄物処理に関して多大な努力がなされたが、多くの都市の環境衛生状況と河川・湖の汚染状況が示しているように、より一層の改善が必要とされている。農村部の有効な衛生データは、1992年の児童調査で初めて調査された。当該調査によると、村落居住者の89パーセントは穴を掘っただけの単純な掘込み便所を使用しており、それらは豚小屋、養殖池に直結している。殆どの場合、これらの便所は衛生的ではない。これらの現状は省によって異なっており、広東省の農村部では水洗便所の普及率が16パーセントであるが、通常、殆どの省では農村部で水洗便所を見ることはない。

農村部の便所は非衛生的で、衛生的なものは10パーセント程度、地域によっては皆無というケースも見られる。農業用肥料としての下肥の非衛生的な使用は蠕虫をはじめとする寄生虫の感染原因となっている。多くの地域で児童への回虫の寄生率は70～90パーセントと高い。幼児の下痢症の高い罹患率は、衛生施設・水の欠落と大きく関連している。

3-11-3 ゴミ処理・廃棄物処理

中国では生活系廃棄物は、市の環境衛生局の責任で収集、輸送、処理が行われている。一方、産業廃棄物については排出企業の責任で処理することとなっており、監督は環境保護局が行っている（表3-45）。

表3-45 廃棄物処理関連の国および市機関と職掌

国家機関	市機関	相等業務
国家環境保護局	環境保護局 (付属機関) 環境保護科学研究所	三廃(廃水・廃棄物・廃気) の規制・管理
城市建設管理局	環境衛生局 (付属機関) 環境衛生科学研究所	清掃、ゴミ、し尿浄化槽汚泥 の収集処理・処分
	市政局 排水管理局	下水道
国家物資総局	物資局 废品回収公司	資源回収

出所：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

中国では、資源再生リサイクル活動が1958年から活発に行われている。資源再生の目的は日本と異なっている。日本では有価物の回収に加えて、廃棄物の量の削減が重要な目的となっているが、中国では資源再生は経済的な便益並びに資源保全が目的となっている。「勤勉と国のための保全」という目標のもとに物質回収のいくつかの方法が1950年以来行われてきた。リサイクルの方法を以下に記す。

- 1) 住民がリサイクルショップに売る
- 2) ディーラーが有価物を各戸から集める
- 3) 废品回収業者による回収を行う
- 4) リサイクルショップが有価物を集める

リサイクル活動は一般市民にも利益をもたらすため歓迎されている。このリサイクルシステムは30年以上も続いており、2,700のリサイクル会社、10万以上のリサイクルショップと多数の作業員、ディーラーが携わっている。

3-11-4 公害

(1) 大気汚染

中国は石炭を主要なエネルギー源として利用しているが、そのために大気汚染が起こり、ひいては人体の健康を害するという代価を支払っている。たとえば北京や瀋陽のような北部の大都市では大気汚染は、低高度の大気の逆転層による弱い大気の拡散のため一層悪化している。こうした地域の都心では総浮遊粒子状物質(TSP)とSO₂濃度の世界最高記録を示した所もある。

石炭が総浮遊粒子状物質の唯一の発生源ではなく、多くは黄土高原の砂漠から風に吹か

れてくる塵や都心の舗装されていない道路の塵である。北京では大気中のTSPの40～60パーセントは自然の塵による浮遊粒子状物質であり、人間が発生させた浮遊粒子状物質より多い。

北部ではSO₂が中国内陸部の砂漠で発生するアルカリ性の浮遊粒子状物質によって中和されるので酸性雨は正常レベルに保たれている。他方、中国南部では酸性雨の問題が大きくなりつつあり、特に四川省、広西省、湖南省、江西省、広東省など広範囲で問題になっている。これらの地域のいくつかの都市では年間レベルとしてpH4～4.5を記録しているが、これは酸性雨が最もひどい北米やヨーロッパに匹敵する。

過去15年にわたる急速な経済発展に伴う大気汚染により、中国では人間の健康に大きな影響が生じている。慢性閉塞性肺疾患(COPD)は細かい粒子状物質、SO₂、たばこの煙等にさらされることと関係しているが、1988年の中国の死亡原因の26パーセントを占めている。中国ではCOPDによる死亡率は10万人当たり162.6であるが、これは米国の値より約5倍高い。調理や暖房に低品質の石炭を利用しているために屋内で排出物にさらされることも健康には大きなリスクとなっており、それに伴う呼吸器疾患や発作の発生率を高めている。

全体として中国の都市部では年間の大気汚染に関連した疾患に要する費用はおよそ50億元と考えられる。この推計には、食糧となる作物に対して汚染によって発生した被害のような間接的なコストは含まれていない。大気汚染による年間被害総額は、約150億元にのぼると推定されている。

(2) 水質汚染

中国の河川の多くは汚染されており、都市部ではそれが最も深刻である。都市部の河川水の約80パーセントがアンモニア性窒素、揮発性フェノールおよび酸素を消費する有機物質によりある程度汚染されている。

1992年の中国の全排水量は367億トンであり(郷鎮企業からの排水は含まれていない)、前年より9パーセント増えている。この増加は非産業部門によるものであった。産業排水(234億トン、総排水量の64パーセント)は、1991年から92年にかけて実質およそ1パーセント減少している。毎年、政府が公表している数値から、産業排水による水質汚染物質のレベルが大きく変動していることが分かる。1992年では、重金属17パーセント、ヒ素22パーセント、シアン23パーセント、揮発性フェノール18パーセント、石油系汚染物質5パーセント減少していることが判明した。

1992年には、産業排水の68.6パーセントと都市排水の18.5パーセントには何らかの処理が施された。だが、残りの排水は未処理のまま河川、湖、海へ流れ込み、汚染を悪化させ中国の海洋資源と国民の健康を蝕んでいる。揚子江の4種の主要魚種の稚魚生産量は、1970年代の水準の5パーセントに減少してしまった。また、1989年には汚水により汚染された魚介類のため、上海ではA型肝炎が流行し30万人に影響を及ぼした。

都市の飲料水は一般的に質がよくないが、水を煮沸することが普及したので、飲料水の汚染による病気の発生率は低下している。しかし、煮沸では毒物を排除できないため、依然として問題は残っている。

中国では水質汚染を防止・減少させるため、一連の政策手段をとっている。水質汚染物

質の排出に関する国家基準が設定されており、230の都市部(大・中規模の都市の約60パーセント)で排水許可制度が導入され、主要な汚染源の監視が行われている。

(3) 農村部の公害

郷鎮企業(人民・行政府が出資・運営する国営企業以外の非農業企業)は近年急速に発展しており、1980年代には年間30パーセントの成長率を示している。1984~88年にかけて企業数は480万から770万に増加し、生産高はほぼ4倍、全工業生産高に占める割合は28パーセントに達した。しかし、これら郷鎮企業の設備は旧式の技術に頼っており、効率的に設計されたり、建設されたりしていない。維持管理は基準を下回っており、公害防止装置は無いか、あっても非効率なものである。

郷鎮企業は分散しているうえに、小規模であることと、指導監督に当たっているのが農業省と国家環境保護庁とに分かれていることにより、郷鎮企業を規制することは難しい。1989年の調査では、排水基準に合格しているのは郷鎮企業の14.8パーセントにすぎなかった。

郷鎮企業の主要産業は軽工業なので、生産高が28パーセントに達しているのに比べて、公害を出している比率は低い。たとえば、郷鎮企業の環境に対する影響についての第1回目の調査では、1991年の総排出量は約18億トンで全工業排出量の約7パーセント、SO₂排出量は222万トンで、全体の約12パーセントであると推定されている。

郷鎮企業の出す公害の大部分はごく一部の産業によるものである。レンガ、タイル産業は全郷鎮企業の出している煤煙の約2/3を排出し、陶器産業は全SO₂排出量の約3/4を排出、紙パルプ産業は廃水の44パーセントを排出している。

中国政府は、郷鎮企業における環境保護の推進を優先事項のひとつとしている。たとえば1991年にはそうした企業のうち、ほぼ1,700社が公害のために閉鎖または操業一時停止となったり、他の工場と合併させられたり、製品や立地場所を変更することとなった。同年、郷鎮企業のほとんど半分が環境アセスメント制度の対象となり、汚染物質排出賦課金として約1億7,000万元が徴収された。だが、農村部では郷鎮企業への対応をそれほど厳しくしないようにとの地元の要請が強いため、多くの地域では、郷鎮企業は実際の公害に対する賦課金のうち約30パーセント分しか支払っていないのが現状である。

(4) 環境モニタリング機構

中国の環境モニタリング機構は、1983年に城鎮建設環境保護部により公布された「全国環境監測管理條例」に基づき全国的に組織されている。環境監測センターは、全国に2,172ヶ所設置されており、以下のように1級から4級に等級分けされている。

1級：中国環境監測綜合センター

2級：省、自治区、直轄市に設置されている監測センター

3級：市に設置された監測センター

4級：県、旗、県政市および大都市の区に設置されている監測センター

これらの監測センターの規模、内容については、それぞれの設置状況により次のように規定されている。

全国の環境監測センターに働く人員は32,944人(1992年)と報告されている。これらの

センター以外にも、水環境、海洋部署等にも観測センターがある。

監視ネットワークは、国家級、省級、市級の3レベルに分けて設立している。また、大河の水系、海洋、農業別に国家級の2級に属する監視ネットワークを設置している(表3-46)。

表3-46 監視センターの構成

監視センター 級別	建設規模適用範囲および情報	監視工作用 房面積 (m ²)	人数 (人)
1級センター	中国環境監視総合センター		
2級センター	辺境地区および工業の弱い省、自治区	2,000~3,000	50~ 80
	人口集中、工業の盛んな省、自治区	2,500~5,000	80~ 120
	直轄市監視中心センター	5,000~6,000	180~ 250
3級センター	人口 200万人以上都市監視センター	4,000~5,000	120~ 150
	人口 100万~ 200万都市監視センター	3,000~4,000	80~ 130
	人口 50万~ 100万都市監視センター	2,000~3,000	40~ 80
	人口 50万人以下都市監視センター	1,000~2,000	30~ 60
4級センター	県、旗、県級市、大城市的区	400~ 800	10~ 20

出典：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

3-12 労働衛生

職業病には、中毒、塵肺症、職業性感染症、皮膚病、眼病、耳鼻咽喉頭系疾患、腫瘍、外傷等が含まれている。

多くの工場で1950年代に塵・ガスの蓄積等の問題について注意が払われ始め、総合調査が行なわれ、職業病の治療に関しての注目に値する結果が得られた。1960年代には多くの工場が公害防止手法の強化を行い、定期的な総合調査を行った。1970年代には全国で毎年もしくは1年おきに塵肺症や職業中毒のシンポジウムが開かれ、職業病の予防と治療、調査を推進した。

現在、中国では職業病に関する最新情報が伝播していると共に、職業病や職場での危険にさらされている労働者にある種の健康食を配給する等の具体的な予防、治療方法等も広く知られている。危険な作業環境におかれる者は、定期的な健康診断を受けることが義務付けられ、職業病に罹っていた場合には、2ヶ月以内に他の職に配置換えとなる。30年前に塵肺症の罹患率が高かったいくつかの工場では、適切な問題管理により、1950年代には16.24年間作業に従事すると発病したものが、現在では24.72年間にまで延びている。また、塵肺症に罹ったことのある労働者の平均余命は44.8年から61.43年にまで延びた。この他、鉛やベンゼン、水銀中毒等の発生率も減少した。

ほとんどの省と工業都市が、職業病のための特別な科学研究機関を設立した。また、多くの省や市、大病院や医科大学が治療法や予防のための教育、科学的研究を集約した職業病部門を設置した。

労働者への安全教育は、事故の回避と彼らの健康の保障のための重要な手段である。安全教育は全レベルの責任者に対して行われる。労働者は「安全第一・予防第一」の原則を

教えられ、労働者保護規定の理解や労働安全に対する法的感覚の強化を目的として教育される。

1980年代初頭に、中国は、全ての省・自治区・市および主要工業都市に労働者教育センターを設立した。また、いくつかの企業では、雇用者の安全技術および健康に関する知識を改善し、訓練活動を組織化するために、独自の労働者教育ステーションを設置した。このステーションで、新入労働者や特殊な機械のオペレータ、幹部および他の部署へ移転した労働者の全てが安全教育を受けている。その教育・訓練方法は多岐にわたっており、これらのステーションは、より良い職場環境と安全習慣を発展させるための活動センターとなった。

1992年の職種別の職業病罹患状況を表3-47に記す。

表3-47 1991年職種別職業病罹患状況

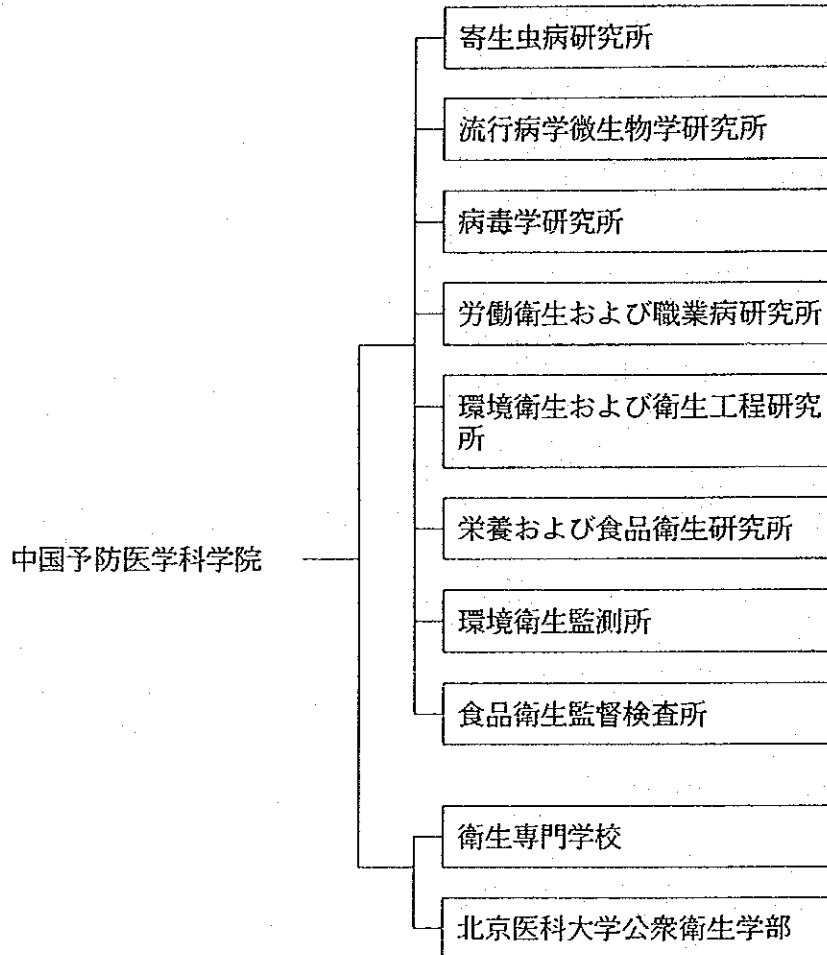
	合計		新 型 塵肺症	急 性 中 毒		慢 性 中 毒	職 業 性 眼 病	職 業 性 耳 鼻 咽 頭 疾 病	物 理 因 子 疾 病	職 業 性 伝 染 病	職 業 性 皮 膚 病	そ の 他 職 業 病
	発 生 数	%		発 生 数	死 者							
石炭	6,850	32.08	6,595	112	20	91	35	13	1	0	1	2
石油	51	0.24	17	8	3	20	0	2	0	0	4	0
電力	274	1.28	208	5	2	38	2	16	0	0	3	2
核工業	25	0.12	14	6	0	0	3	1	0	0	0	1
冶金	2,648	12.40	1,729	259	31	461	7	85	13	0	89	5
有色金属	1,026	4.80	567	66	6	325	1	46	5	1	8	7
機械	1,561	7.31	729	106	2	331	21	218	22	2	59	10
電子	83	0.39	22	2	0	33	11	2	0	0	4	9
兵器	43	0.20	19	5	1	6	1	12	0	0	0	0
船舶	46	0.22	27	4	0	3	3	1	0	0	7	1
化学	1,530	7.17	295	477	30	258	297	61	2	0	63	77
医薬	195	0.91	24	22	1	24	35	9	14	34	13	20
鉄道	326	1.53	263	16	0	21	3	14	3	3	3	0
交通	297	1.39	205	26	4	48	2	3	1	0	10	2
民間航空	1	0.00	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
建材	1,372	6.43	1,177	23	5	15	7	142	1	0	6	1
建設	155	0.73	74	35	7	22	5	14	2	0	2	1
地質・鉱物	152	0.71	129	14	4	5	0	4	0	0	0	0
水利	97	0.45	82	0	0	5	1	9	0	0	0	0
農業	774	3.62	76	671	5	7	0	5	0	15	0	0
林業	61	0.29	23	30	0	3	0	0	4	0	1	0
軽工業	1,182	5.54	663	70	6	274	11	33	4	17	78	32
繊維	211	0.99	31	15	1	32	1	72	5	12	22	21
航空・航空宇宙	29	0.14	9	2	0	8	0	1	0	4	2	3
商業	139	0.65	35	71	0	14	1	2	1	12	3	0
郵便／通信	9	0.04	2	0	0	4	1	2	0	0	0	0
公安	70	0.33	65	1	0	1	0	0	0	0	0	0
石油化学工業	54	0.25	12	21	0	4	6	7	0	0	1	3
郷鎮企業	1,156	5.41	481	246	44	270	18	12	3	25	42	59
その他	936	4.38	658	46	7	66	10	20	13	87	17	19
合 計	21,353	100.00	14,294	2,359	179	2,390	482	806	94	212	438	278

出所：中国衛生年鑑1993 衛生部 1993 P63

3-13 試験研究機関

保健医療分野における試験研究機関としては、中国予防医学科学院が挙げられる。中国予防医学科学院は、衛生部が国務院に申請し1983年12月に設立された予防医学を専門とする機関であり、以下の8研究所を有している（図3-17）。

図3-17 中国予防医学科学院研究組織図



出所：現地聴取結果

中国予防医学科学院の主な役割は以下のとおり。

- 1) 予防医学の基礎および応用研究と当該分野での全国規模の調査
- 2) 省・自治区・直轄市レベルの衛生機関への技術協力および人材育成の協力
- 3) 衛生防疫の監督および監測
- 4) 衛生法規の策定および基準値の設定
- 5) 予防医学の情報・資料収集

3-14 救急医療システム

救急医療システムとしては、省・自治区・直轄市レベルに救急センターが設置されており、この下に市・県レベルの病院が位置している。救急センターには救急指揮部が置かれており、指揮部の指示によりセンターが活動している。各クラスの病院には急診室が設けられており、急患はここで対応できるようになっている。

県クラスの病院の急診室は24時間体制をとっており、要請に応じて救急車が出動する体制となっているが、農村部では連絡体制が未整備なため、他の交通機関を用いて運ばれてくる急患も多いとのことである。

中国赤十字会は1904年に設立され、19年には国際赤十字連盟に加入している。1992年時点で全国の99パーセントの市（地）および86パーセントの県（市）に組織を置いており、全会員数1,770万人、組織数13万を数える。

第3編 参考資料一覧

- ・国際協力事業団 「国別援助研究会報告」 国際協力事業団 1991
- ・(財)笹川記念保健協力財団 「ハンセン病のない21世紀を目指して」 1994年
(財)笹川記念保健協力財団
- ・深田祐介 「奇病大陸アジアの恐怖」 文芸春秋 1995年3月
- ・路振富 「中日医学教育の比較」 日本医事新報別刷第3270号 昭和61年12月
- ・若林敬子 『中国 人口超大国のゆくえ』 岩波新書 1994
- ・Hou Ruili, State Employees' Medical Care System, New Star Publishers
- ・THE STATE FAMILY PLANNING COMMISSION OF CHINA, NATIONAL REPORT OF THE PEOPLE'S
REPUBLIC OF CHINA ON POPULATION AND DEVELOPMENT,
THE STATE FAMILY PLANNING COMMISSION OF CHINA, 1994
- ・UNICEF, AN ANALYSIS OF THE SITUATION, UNICEF, 1992
- ・UNICEF, STRATEGY PAPER AND OVERVIEW OF THE STRATEGY MEETING,
UNICEF, 1992
- ・中国衛生部 『1992年中国疾病観測年報』 中国衛生部衛生防疫司 1992
- ・中国衛生部 「中華人民共和国伝染病防治法」 中国衛生部衛生防疫司 1992年
- ・中国衛生部 『中国衛生年鑑1993年』 中国衛生部 1993
- ・中国衛生部 「中国艾滋病予防与控制」 中国衛生部
- ・中国衛生部衛生防疫司 「中華人民共和国腹濁病控制規則1992-1995」
中国衛生部衛生防疫司 1992
- ・中国衛生部衛生防疫司 「中国計画免疫」 中国衛生部衛生防疫司
- ・中国統計出版社 『中国統計年鑑1994』 中国統計出版社 1994

第4編 保健医療協力

4-1 協力要請機構

中国における援助要請のための国内手続きは以下のとおり。

- 1) 技術協力（青年海外協力隊を含む）
 担当官庁：国家科学技術委員会（国際科技合作司日本処）
 承認手続：国際科学技術合作局、新技術局等で検討後、国家科学技術委員会主任もしくは副主任が承認する。
 但し、重要プロジェクトについては國務院の承認が必要。
- 2) 上記以外の経済協力（無償資金協力および有償資金協力）
 担当官庁：対外貿易経済合作部（国際連絡司）
 承認手続：超大型プロジェクト；国家計画委員会と國務院
 大中型プロジェクト；国家計画委員会
 小型プロジェクト；担当官庁のみ
- 3) 科学技術交流、民活、シルバーボランティア等
 担当官庁：国家科学技術委員会
 承認手続：1)に準ずる。

医療案件の要請は、基本的には衛生部を通じて担当官庁に上げられる。しかし、地方政府機関より中央政府機関を通さず直接担当官庁へ要請が上がる場合もある。この場合には衛生セクター内での案件調整は行われず、担当官庁において調整がなされることとなる。

4-2 諸外国、国際機関、NGOの協力動向

4-2-1 概論

中国の外資導入策の推移は、建国から現在に至るまで以下の3つの時期に分けられる。

- 1) 建国（1949年）以来60年代初期までの旧ソビエト、東欧諸国から資金・技術を受け入れた時期
- 2) 1960年代中頃から77、78年までの自力更生のスローガンを掲げて海外からの資金・技術の受入れを拒否した時期、すなわち文化大革命の時期
- 3) 1978年以降（いわゆる文革は77年に終了）現在までの近代化達成のために特に西側諸国からの外資導入に積極的な時期

第11期三中全会（1978年12月）において、対外経済開放政策が打ち出され、翌1979年7月の第5期全国人民代表大会第10回会議で外資受入れ策が決定され、外務管理委員会が発

足した時に始まる。これ以降、政府開発援助（ODA）は順調に増加の一途を辿ってきている。

表4-1、4-2、4-3にDAC（OECD開発援助委員会）諸国および国際機関の中国に対する2国間および多国間の開発援助額の推移およびその内訳を記す。

表4-1 DAC諸国および国際機関の開発援助額の推移

単位：百万ドル

	1989	1990	1991	1992
DAC加盟国				
オーストラリア	24.6	31.5	40.3	38.3
オーストリア	50.2	102.8	97.2	23.0
ベルギー	1.3	4.5	2.3	18.1
カナダ	37.4	67.7	40.0	62.4
デンマーク	11.0	11.0	6.8	14.8
フィンランド	3.6	16.1	12.7	12.8
フランス	179.9	88.0	138.5	153.4
ドイツ	111.9	228.9	107.1	192.8
イタリア	118.8	45.3	54.9	201.6
日本	832.2	723.0	585.3	1,050.8
オランダ	40.2	17.0	7.0	3.7
ニュージーランド	0.4	1.1	0.2	0.8
ノルウェー	6.3	5.8	10.6	15.7
スペイン	2.5	95.4	84.6	191.8
スウェーデン	42.5	31.9	9.6	31.0
スイス	7.9	8.4	19.8	7.7
イギリス	26.8	33.3	35.7	58.7
小計	1,497.4	1,511.7	1,252.5	2,077.2
国際機関				
AsDB	3.6	1.8	13.8	13.8
CEC	41.2	51.5	26.8	31.3
IDA	505.0	505.0	610.0	789.9
IFAD	6.7	17.5	13.7	13.7
IMF	-79.3	-84.0	-42.4	-
UNDP	30.6	48.5	49.9	44.9
UNTA	5.5	6.6	4.7	4.0
UNICEF	16.7	14.6	16.1	21.8
WFP	23.9	8.7	21.6	28.1
UNHCR	4.1	4.1	7.6	4.1
その他	18.9	11.8	18.8	15.7
アラブ諸国	2.3	-5.2	5.8	20.0
ODA受取純額	2,076.6	2,092.5	1,998.7	3,064.6

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries
1989/1992 OECD 1994 P90

表4-2 有償資金援助、無償資金・技術援助内訳

単位：百万ドル

	1989	1990	1991	1992
有償資金援助				
日本	668.1	521.7	391.2	791.2
その他の二国間	415.0	496.4	378.0	667.7
多国間	432.4	438.5	581.3	803.6
小計	1,517.8	1,451.3	1,356.2	2,281.9
無償資金・技術援助				
日本	164.1	201.3	194.1	259.5
その他の二国間	250.2	292.4	289.2	358.8
多国間	144.6	147.6	159.3	163.8
小計	558.9	641.2	642.5	782.7
ODA合計	2,076.6	2,092.5	1,998.7	3,064.6

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries
1989/1992 OECD 1994 P90

表4-3 セクター別援助流入内訳

単位：%

	1988	1989	1990	1991
教育	0	3	3	3
保健	2	1	2	0
その他社会インフラ	6	3	9	4
上水・下水設備	4	6	2	3
エネルギー	7	1	14	18
テレ・コミュニケーション	1	2	7	6
交通・運輸	25	4	27	31
農業	7	41	14	5
工業	15	9	1	0
製造業	15	10	9	21
貿易・金融・観光	12	1	4	0
マルチセクター援助	0	0	2	1
プログラム	-	-	-	0
債務再建	-	-	-	-
食糧援助	-	-	-	-
緊急援助	0	0	0	0
その他	7	19	5	7
合計	100	100	100	100

出所：Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries
1989/1992 OECD 1994 P90

4-2-2 各論

(1) WHO

WHOの中国援助は、保健・医療分野の人的資源開発、医療システムの改善とマネジメントの向上に重点が置かれている。WHOの対中国援助規模は、通常予算によるものが1994/95年で880万ドルで、これに特別予算が140万ドルが加えられ、全額で1,020万ドル、計35プロジェクトの援助を行っている。1996/97年には28プロジェクトの援助を予定している。援助対象は殆ど全ての医療分野をカバーする内容となっており、協力の方法は大半が技術協力の形式を採っている。

中国に対するWHOの今後の援助方針は、以下の傾向が見られる。

- 1) プロジェクト数を減少させる
- 2) 情報管理システムを含む人材開発、医療管理に係る資金調達および運営、PHC等の優先順位の高い分野への援助の集中化
- 3) 特定分野への将来的な援助の集中化

1994/95年のWHOの予算計画は、第8次5ヶ年計画や国家経済社会発展10ヶ年計画に記されているいくつかの主要分野での活動が増やされている。これらの主要分野は以下のとおり。

- 1) 医療管理分野に係る資金調達
- 2) PHC
- 3) 非伝染性疾病の予防と管理
- 4) 特定の伝染性および地方性疾病の予防と管理
- 5) 環境衛生および労働衛生
- 6) 伝統医療

また、WHOではエイズ分野にも特別予算を含め100万ドルの予算を割り当てており、2名のエイズ専門家が常勤体制をとっている。

(2) UNICEF

UNICEFは、1994/95年の対中国の援助プログラムとして、以下の分野での活動を計画している。

- 1) 健康および栄養
- 2) 基礎教育
- 3) 家族・女性・子供と開発
- 4) 幼年期の疾病および特別な課題（戸籍の無い子供等）
- 5) 水供給および衛生
- 6) 貧困地域における社会開発プログラム
- 7) 社会統計

医療分野では、UNICEFは1986年よりコールドチェーン関連資材整備を、1991年よりポリオワクチン(OPV)の供与等を実施している他、WHOと協力してワクチン投与に関する各種セミナー、トレーニング、コールドチェーンの維持管理に関する技術講習会、組織づくり等の活動を進めている。OPVについては1991~92年の冬に2,300万ドース、1992~93年には2,150万ドースを供与している。OPVの使用目的は補充免疫に限られており、1995年のポリオ根絶のための目的指向的、時間限定的な援助である。

今後の援助については、急性呼吸器感染症、下痢性疾患、新生児破傷風等の減少を通じた乳児死亡率の減少、EPIの強化等が挙げられている。

(3) UNFPA

UNFPA(国連人口基金)の第1次中国援助プログラムは1980~84年までの5年間で、プログラムの内容は中国の人口・計画育成計画の殆ど全てに関連している。UNFPAからは5,000万ドルを拠出し、中国側は1億4,321万ドルを予算計上した。プログラムは1982年7月の国勢調査の実施、人口学の研修・研究、計画育成サービスの研究・実施、専門要員の養成・訓練、生殖・避妊の研究、避妊器具・薬品の研究・開発および人口や計画育成の宣伝教育等の21項目のプロジェクトから成る。

第2次援助プログラムは1985~89年で援助額は第1次と同じく5,000万ドルであった。その内容は母子保健と家族計画、家族計画に対する情報・宣伝・教育(IEC)、人口動態、人口政策の機能化と政策に関する調査等に重点が置かれている。

(4) 世界銀行

世界銀行の対中国援助は1981年に開始され、コミットメントベースの総額で73億7,000万ドル余りであるが、その内医療分野に2億9,200万ドルで全体の3.9パーセントを、更に上下水道分野には2億2,500万ドルで全体の3.1パーセントを供与した。具体的には地域医療や教育、医薬品の開発、地方の水道や上海の下水道等のプロジェクトを実施した。近年においては、1992年に複数の省で実施される結核・住血吸虫症予防のための国家プログラムの支援(総額1億2,960万ドル)、1994年に保健・医療従事者の研修(再研修を含む)と労働条件の改善を通じた農村部の保健・医療従事者サービスの質の改善(総額1億1,000万ドル)等の援助を行っている。

4-3 わが国の協力状況

わが国は、中国との間の安定した友好協力関係の維持・発展が、アジアひいては世界の平和と安定につながるとの認識に立ち、1972年の国交正常化以来、政治、経済、文化等各分野での関係発展に努めてきた。経済協力については、1979年の大平総理大臣（当時）訪中の際、中国の近代化努力に対してわが国としてできる限りの協力をすることを表明して以来、積極的に協力を促進してきており、中国はわが国援助の最重要国の一つに位置付けられている。

1989年の「6・4事件」の後、わが国の対中協力案件の多くは事実上一時中断の状況におかれたが、中国側が一定の努力を行い、わが国以外の西側諸国との関係修復も進んだことに鑑み、90年11月には第3次円借款（1990年度第1回分）の供与を決定し、91年8月の海部総理大臣（当時）による訪中においては、中国の改革・開放政策に基づく近代化努力に対してできる限りの協力を行うとの方針が不変であることを確認した。

わが国の対中国援助方針としての重要分野は以下のとおりである。

- 1) 経済インフラ（中国の経済発展のボトルネックとなっている運輸・交通、通信、電力等の経済インフラの整備を支援）
- 2) 農業（農産物の安定的供給を確保するための一層の農業生産性の向上）
- 3) 環境（わが国の経験と技術を生かしつつ、環境分野への支援を重視するとともに、プロジェクト実施の際に環境に配慮）
- 4) 保健医療（地方部を中心とした保健医療分野援助を実施）
- 5) 人造り（基礎教育を含む教育の充実、中堅技術者・管理者の養成等に資する人造りへの協力を重視）

中国に対する経済協力は、有償資金協力、無償資金協力および技術協力のいずれの形態においても極めて順調に進展してきた。1987年以降92年まで（1991年を除き）、中国はわが国の二国間ODAの第2位の受入国であったが、1993年は最大の受入国となった（支出純額ベース）。また、中国にとってわが国がDAC諸国中最大の援助国である（1992年実績/シェアは50.6パーセント）。

わが国の中国に対するODA実績を表4-4に記す。

表4-4 わが国の対中国ODA実績

単位：百万ドル

	贈 与			政府貸付		合 計
	無償資金協力	技術協力	小 計	支出総額	支出純額	
1989	58.01(7)	106.10(13)	164.11(20)	669.23	668.07(80)	832.18(100)
1990	37.82(5)	163.49(23)	201.31(28)	538.47	521.71(72)	723.02(100)
1991	56.61(10)	137.48(23)	194.09(33)	423.67	391.21(67)	585.29(100)
1992	72.05(7)	187.48(18)	259.53(25)	871.27	791.23(75)	1,050.76(100)
1993	54.43(4)	245.06(18)	299.49(22)	1,189.06	1,051.19(78)	1,350.67(100)
累計	494.96(6)	1,187.34(15)	1,682.31(22)	6,383.33	6,114.12(78)	7,796.41(100)

注：（）内はODA合計に占める各形態の割合

出所：我が国の政府開発援助（下）1994（財）国際協力推進協会 P101

4-3-1 有償資金協力

1993年までの有償資金協力の累計は1兆3,991億2,000万円である。有償資金協力では保健医療分野の援助は行われていないが、衛生分野の案件として、以下の援助が実施されている（表4-5）。

表4-5 わが国の有償資金協力実績

	プロジェクト名	予算
1989	北京市上水道整備計画	48.66億円
	4都市上水道整備計画	45.30億円
1990	3都市（天津、合肥、鞍山）上水道整備計画	88.66億円
1991	3都市（厦門、重慶、昆明）上水道整備計画	104.03億円
1993	青島開発計画（上水道・下水道）	25.13億円

出所：我が国の政府開発援助（下）1994（財）国際協力推進協会 P102

4-3-2 無償資金協力

無償資金協力においては、医療をはじめ環境、人造り、農業を中心に協力を実施しており、1980年度以降「中日友好病院建設計画」（160億円）、「日中友好環境保全センター」（102.56億円）等を実施してきた（表4-6）。

表4-6 わが国の無償資金協力実績

プロジェクト名	予算
1989 上海市第6人民病院機材整備計画	16.08億円
1990 長春市浄水場旧施設改良計画(1/2期)	9.81億円
ベチューン医科大学機材整備計画	26.00億円
日中友好環境保全センター設立計画(D/D)	2.43億円
国際和平婦幼保健院機材整備計画	4.52億円
北京第2福祉院機材整備計画	0.05億円
1991 長春市浄水場旧施設改良計画(2/2期)	9.03億円
日中友好環境保全センター設立計画(国債1/4)	3.02億円
1992 日中友好環境保全センター設立計画(国債2/4)	19.14億円
中国医学教育センター附属病院医療機材整備計画	5.83億円
1993 日中友好環境保全センター設立計画(国債3/4)	42.21億円
ポリオ撲滅計画(1/3期)	2.37億円

出所：我が国の政府開発援助(下)1994 (財)国際協力推進協会 P102

わが国が中国で実施した最初のプロジェクトが「中日友好病院建設計画」であり、中国の伝統医学と近代医学の結合により、中国医学の近代化をはかることを目的に、モデル病院として中日友好病院を設立したものである。わが国は無償資金協力により施設建設および機材に170億400万円を供与した。また、プロジェクト方式技術協力は1981年11月から92年10月まで実施され、のべ85名の専門家派遣、200名余りの研修員受入れを実施し、わが国でも最大規模の医療協力となっている。同病院は北京市の中でも近代的な施設・機材の整ったモデル病院として北京周辺のみならず中国全国の利用者に対し、医療サービスを提供している。

4-3-3 技術協力

1993年度までに実施済および実施中のプロジェクト方式技術協力案件は、表4-7のとおりである。

表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技術協力案件

プロジェクト名	協力期間
中日友好病院	81.11 ~ 92.10
家族計画	82.11 ~ 87.11
中日医学教育センター	89.11 ~ 94.11
ポリオ対策プロジェクト	91.12 ~ 96.12
日中友好環境保全センター	92.9 ~ 95.8
天心医薬品検査技術	93.11 ~ 98.11

出所：我が国の政府開発援助（下）1994（財）国際協力推進協会 P108

わが国の人口・家族計画分野への援助は、UNFPAを通じた中国専門家の受け入れから始まり、1982年から5ヶ年間で「中国家族計画技術協力プロジェクト」が実施された。同プロジェクトの内容は家族計画の宣伝教育網の整備と統計・評価および人材養成のレベル向上を目的としたものであった。これまでに11億3,200万円の機材が供与された他、37名の専門家が派遣された。

第4編 参考資料一覧

- ・(財)国際協力推進協会 『我が国の政府開発援助(下)』 (財)国際協力推進協会 1994

- ・OECD, Geographical Distribution of Financial Flows to Developing Countries,
OECD, 1993

- ・UNICEF, MASTER PLAN OF OPERATIONS, UNICEF, 1993

- ・UNICEF, OVERVIEW OF THE STRATEGY MEETING, UNICEF, 1994

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 (%)

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率
甲・乙合計	38,727	83	0.21	22,946	64	0.28	15,781	19	0.12
ペスト	0	0		0	0		0	0	
コレラ	1	0	0.00	0	0		1	0	0.00
肝炎	15,311	20	0.13	9,703	17	0.18	5,608	3	0.05
A型	5,900	4	0.07	3,641	3	0.08	2,259	1	0.04
B型	2,998	8	0.27	2,000	6	0.30	998	2	0.20
非A非B	364	1	0.27	232	1	0.43	132	0	0.00
未検査・不明	6,049	7	0.12	3,830	7	0.18	2,219	0	0.00
赤痢	17,598	26	0.15	9,761	20	0.21	7,837	6	0.08
細菌性	17,564	26	0.15	9,739	20	0.21	7,825	6	0.08
アメーバ性	34	0	0.00	22	0	0.00	12	0	0.00
腸チフス	935	1	0.11	482	0	0.00	453	1	0.00
エイズ	0	0		0	0		0	0	
淋病	1,180	0	0.00	738	0	0.00	442	0	0.00
梅毒	10	0	0.00	8	0	0.00	2	0	0.00
原発性	10	0	0.00	8	0	0.00	2	0	0.00
継発性	0	0		0	0		0	0	
先天性	0	0		0	0		0	0	
ポリオ	3	0	0.00	0	0	0.00	3	0	0.00
麻疹	1,843	3	0.16	1,058	2	0.19	785	1	0.13
百日咳	86	0	0.00	52	0	0.00	34	0	0.00
ジフテリア	0	0		0	0		0	0	
脳脊髄膜炎	31	4	12.90	23	2	8.70	8	2	25.00
猩紅熱	458	0	0.00	258	0	0.00	200	0	0.00
出血熱	598	7	1.17	399	5	1.25	199	2	1.01
狂犬病	6	6	100.00	5	5	100.00	1	1	100.00
レプトスピラ病	227	9	3.96	149	7	4.70	78	2	2.56
ブルセラ病	0	0		0	0		0	0	
炭疽	39	1	2.56	33	1	3.03	6	0	0.00
発疹チフス	16	0	0.00	14	0	0.00	2	0	0.00
日本脳炎	101	6	5.94	65	5	7.69	36	1	2.78
黒熱病	0	0		0	0		0	0	
マラリヤ	284	0	0.00	198	0	0.00	86	0	0.00
三日熱	173	0	0.00	111	0	0.00	62	0	0.00
悪性	3	0	0.00	3	0	0.00	0	0	
未分化(不明)	108	0	0.00	84	0	0.00	24	0	0.00
デング熱	0	0		0	0		0	0	

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P63

付表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

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率
甲・乙合計	432.07	649.05	0.93	501.37	753.15	1.40	359.77	540.44	0.02
ペスト	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
コレラ	0.01		0.00	0.00		0.00	0.02		0.00
肝炎	170.83	232.80	0.22	212.02	288.93	0.37	127.85	174.23	0.00
A型	65.83		0.04	79.56		0.07	51.50		0.00
B型	33.45		0.09	43.70		0.13	22.75		0.00
非A非B	4.06		0.01	5.07		0.02	3.01		0.00
未検査・不明	67.49		0.08	83.69		0.15	50.59		0.00
赤痢	196.34	318.32	0.29	213.28	345.78	0.44	178.66	289.66	0.01
細菌性	195.96		0.29	212.80		0.44	178.39		0.01
アメーバ性	0.38		0.00	0.48		0.00	0.27		0.00
腸チフス	10.43	15.46	0.01	10.53	15.79	0.00	10.33	15.49	0.00
エイズ	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
淋病	13.17		0.00	16.13		0.00	10.08		0.00
梅毒	0.11		0.00	0.17		0.00	0.05		0.00
原発性	0.11		0.00	0.17		0.00	0.05		0.00
継発性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
先天性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
ポリオ	0.03		0.00	0.00		0.00	0.07		0.00
麻疹	20.56	29.35	0.03	23.12	33.00	0.04	17.90	25.55	0.00
百日咳	0.96		0.00	1.14		0.00	0.78		0.00
ジフテリア	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
脳脊髄膜炎	0.35		0.04	0.50		0.04	0.18		0.00
猩紅熱	5.11	5.79	0.00	5.64	6.39	0.00	4.56	5.17	0.00
出血熱	6.67	7.11	0.08	8.72	9.30	0.11	4.54	4.84	0.00
狂犬病	0.07		0.07	0.11		0.11	0.02		0.02
レプトスピラ病	2.53	3.51	0.10	3.26	4.53	0.15	1.78	2.47	0.00
ブルセラ病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
炭疽	0.44		0.01	0.72		0.02	0.14		0.00
発疹チフス	0.18		0.00	0.31		0.00	0.05		0.00
日本脳炎	1.13		0.07	1.42		0.11	0.82		0.00
黒熱病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
マラリヤ	3.16		0.00	4.34		0.00	1.91		0.00
三日熱	1.93		0.00	2.43		0.00	1.41		0.00
悪性	0.03		0.00	0.07		0.00	0.00		0.00
未分化(不明)	1.20		0.00	1.84		0.00	0.55		0.00
デング熱	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P64

付表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

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率
甲・乙合計	10,005	5	0.06	5,864	4	0.07	4,141	2	0.05
ペスト	0	0		0	0		0	0	
コレラ	1	0	0.00	0	0		1	0	
肝炎	4,213	4	0.09	2,659	3	0.12	1,554	1	0.06
A型	1,436	0	0.00	870	0	0.00	566	0	0.00
B型	1,070	3	0.28	711	2	0.28	359	1	0.28
非A非B	18	0	0.00	12	0	0.00	6	0	0.00
未検査・不明	1,689	1	0.06	1,066	1	0.09	623	0	0.00
赤痢	4,427	0	0.00	2,372	0	0.00	2,055	0	0.00
細菌性	4,423	0	0.00	2,368	0	0.00	2,055	0	0.00
アメーバ性	4	0	0.00	4	0	0.00	0	0	
腸チフス	141	0	0.00	73	0	0.00	68	0	0.00
エイズ	0	0		0	0		0	0	
淋病	650	0	0.00	434	0	0.00	216	0	0.00
梅毒	4	0	0.00	3	0	0.00	1	0	0.00
原発性	4	0	0.00	3	0	0.00	1	0	0.00
続発性	0	0		0	0		0	0	
先天性	0	0		0	0		0	0	
ポリオ	0	0		0	0		0	0	
麻疹	211	0	0.00	116	0	0.00	95	0	0.00
百日咳	15	0	0.00	6	0	0.00	9	0	0.00
ジフテリア	0	0		0	0		0	0	
脳脊髄膜炎	5	1	20.00	2	0		3	1	33.33
猩紅熱	314	0	0.00	181	0	0.00	133	0	0.00
出血熱	1	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00
狂犬病	1	1	100.00	1	1	100.00	0	0	
レプトスピラ病	2	0	0.00	2	0	0.00	0	0	
ブルセラ病	0	0		0	0		0	0	
炭疽	0	0		0	0		0	0	
発疹チフス	10	0	0.00	9	0	0.00	1	0	0.00
日本脳炎	1	0	0.00	1	0	0.00	0	0	
黒熱病	0	0		0	0		0	0	
マラリヤ	9	0	0.00	5	0	0.00	4	0	0.00
三日熱	7	0	0.00	4	0	0.00	3	0	0.00
悪性	0	0		0	0		0	0	
未分化(不明)	2	0	0.00	1	0	0.00	1	0	0.00
デング熱	0	0		0	0		0	0	

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P65

付表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

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率
甲・乙合計	481.97	594.88	0.29	552.55	681.99	0.38	408.14	503.75	0.03
ペスト	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
コレラ	0.05		0.00	0.00		0.00	0.10		0.00
肝炎	203.22	250.64	0.19	250.56	309.03	0.28	153.16	188.90	0.01
A型	69.18		0.00	81.98		0.00	55.79		0.00
B型	51.54		0.14	67.00		0.19	35.38		0.01
非A非B	0.87		0.00	1.13		0.00	0.59		0.00
未検査・不明	81.36		0.05	100.45		0.09	61.40		0.00
赤痢	213.26	263.67	0.00	223.51	276.35	0.00	202.54	250.42	0.00
細菌性	213.07		0.00	223.13		0.00	202.54		0.00
アメーバ性	0.19		0.00	0.38		0.00	0.00		0.00
腸チフス	6.79		0.00	6.88		0.00	6.70		0.00
エイズ	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
淋病	31.31	40.25	0.00	40.89	52.57	0.00	21.29	27.37	0.00
梅毒	0.19		0.00	0.28		0.00	0.10		0.00
原発性	0.19		0.00	0.28		0.00	0.10		0.00
継発性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
先天性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
ポリオ	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
麻疹	10.16	12.50	0.00	10.93	13.45	0.00	9.36	11.52	0.00
百日咳	0.72		0.00	0.57		0.00	0.89		0.00
ジフテリア	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
脳脊髄膜炎	0.24		0.05	0.19		0.00	0.30		0.00
猩紅熱	15.13		0.00	17.06		0.00	13.11		0.00
出血熱	0.05	0.10	0.00	0.00		0.00	0.10	0.20	0.00
狂犬病	0.05		0.05	0.09		0.09	0.00		0.00
レプトスピラ病	0.10		0.00	0.19		0.00	0.00		0.00
ブルセラ病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
炭疽	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
発疹チフス	0.48		0.00	0.85		0.00	0.10		0.00
日本脳炎	0.05		0.00	0.09		0.00	0.00		0.00
黒熱病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
マラリヤ	0.44		0.00	0.47		0.00	0.40		0.00
三日熱	0.34		0.00	0.38		0.00	0.30		0.00
悪性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
未分化(不明)	0.10		0.00	0.09		0.00	0.10		0.00
デング熱	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P66

付表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

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率	発病数	死亡数	致死率
甲・乙合計	28,722	77	0.27	17,082	60	0.35	11,640	17	0.15
ペスト	0	0		0	0		0	0	
コレラ	0	0		0	0		0	0	
肝炎	11,098	16	0.14	7,044	14	0.20	4,054	2	0.05
A型	4,464	4	0.09	2,771	3	0.11	1,693	1	0.06
B型	1,928	5	0.26	1,289	4	0.31	639	1	0.16
非A非B	346	1	0.29	220	1	0.45	126	0	0.00
未検査・不明	4,360	6	0.14	2,764	6	0.22	1,596	0	0.00
赤痢	13,171	26	0.20	7,389	20	0.27	5,782	6	0.10
細菌性	13,141	26	0.20	7,371	20	0.27	5,770	6	0.10
アメーバ性	30	0	0.00	18	0	0.00	12	0	0.00
腸チフス	794	1	0.13	409	0	0.00	385	1	0.00
エイズ	0	0		0	0		0	0	
淋病	530	0	0.00	304	0	0.00	226	0	0.00
梅毒	6	0	0.00	5	0	0.00	1	0	0.00
原発性	6	0	0.00	5	0	0.00	1	0	0.00
継発性	0	0		0	0		0	0	
先天性	0	0		0	0		0	0	
ポリオ	3	0	0.00	0	0		3	0	0.00
麻疹	1,632	3	0.18	942	2	0.21	690	1	0.14
百日咳	71	0	0.00	46	0	0.00	25	0	0.00
ジフテリア	0	0		0	0		0	0	
脳脊髄膜炎	26	3	11.54	21	2	9.52	5	1	20.00
猩紅熱	144	0	0.00	77	0	0.00	67	0	0.00
出血熱	597	7	1.17	399	5	1.25	198	2	1.01
狂犬病	5	5	100.00	4	4	100.00	1	1	100.00
レプトスピラ病	225	9	4.00	147	7	4.76	78	2	2.56
ブルセラ病	0	0		0	0		0	0	
炭疽	39	1	2.56	33	1	3.03	6	0	0.00
発疹チフス	6	0	0.00	5	0	0.00	1	0	0.00
日本脳炎	100	6	6.00	64	5	7.81	36	1	2.78
黒熱病	0	0		0	0		0	0	
マラリヤ	275	0	0.00	193	0	0.00	82	0	0.00
三日熱	166	0	0.00	107	0	0.00	59	0	0.00
悪性	3	0	0.00	3	0	0.00	0	0	
未分化(不明)	106	0	0.00	83	0	0.00	23	0	0.00
デング熱	0	0		0	0		0	0	

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P67

付表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

	総 計			男 性			女 性		
	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率	発病数	推 定 発病数	死亡率
甲・乙合計	417.03	671.98	1.12	485.92	782.98	1.71	345.21	556.25	0.03
ペスト	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
コレラ	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
肝炎	161.14	232.22	0.23	200.37	288.75	0.40	120.23	173.27	0.00
A型	64.82		0.06	78.82		0.09	50.21		0.00
B型	27.99		0.07	36.67		0.11	18.95		0.00
非A非B	5.02		0.01	6.26		0.03	3.74		0.00
未検査・不明	63.31		0.09	78.62		0.17	47.33		0.00
赤痢	191.24	336.33	0.38	210.19	369.66	0.57	171.48	301.58	0.01
細菌性	190.80		0.38	209.68		0.57	171.12		0.01
アメーバ性	0.44		0.00	0.51		0.00	0.36		0.00
腸チフス	11.53	17.29	0.01	11.63	17.44	0.00	11.42	17.13	0.00
エイズ	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
淋病	7.70		0.00	8.56		0.00	6.70		0.00
梅毒	0.09		0.00	0.14		0.00	0.03		0.00
原発性	0.09		0.00	0.14		0.00	0.03		0.00
継発性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
先天性	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
ポリオ	0.04		0.00	0.00		0.00	0.09		0.00
麻疹	23.70	34.41	0.04	26.80	38.91	0.06	20.46	29.71	0.00
百日咳	1.03		0.00	1.31		0.00	0.74		0.00
ジフテリア	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
脳脊髄膜炎	0.38		0.04	0.60		0.06	0.15		0.00
猩紅熱	2.09	2.93	0.00	2.19	3.07	0.00	1.99	2.79	0.00
出血熱	8.67		0.10	11.35		0.14	5.87		0.00
狂犬病	0.07		0.07	0.11		0.11	0.03		0.00
レプトスピラ病	3.27	4.54	0.13	4.18	5.81	0.20	2.31	3.21	0.00
ブルセラ病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
炭疽	0.57		0.01	0.94		0.03	0.18		0.00
発疹チフス	0.09		0.00	0.14		0.00	0.03		0.00
日本脳炎	1.45		0.09	1.82		0.14	1.07		0.00
黒熱病	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00
マラリヤ	3.99		0.00	5.49		0.00	2.43		0.00
三日熱	2.41		0.00	3.04		0.00	1.75		0.00
悪性	0.04		0.00	0.09		0.00	0.00		0.00
未分化(不明)	1.54		0.00	2.36		0.00	0.68		0.00
デング熱	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994年 P68

付表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

	合計			都市部			農村部		
	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位
感染性疾患	2,007	20.10	5	223	9.85	6	1,784	23.10	5
腫瘍	8,363	83.74	3	2,370	104.63	2	5,993	77.61	3
心疾患	15,205	152.24	1	3,799	167.72	1	11,406	147.70	2
呼吸管疾患	13,878	138.96	2	1,766	77.97	3	12,112	156.85	1
消化管疾患	2,313	23.16	6	415	18.32	5	1,898	24.58	6
泌尿・生殖系疾患	801	8.02	8	186	8.21	7	615	7.96	8
周産期疾患	1,016	10.17	7	111	4.90	8	905	11.72	7
事故	5,738	57.45	4	780	34.44	4	4,958	64.20	4

	合計			都市部			農村部		
	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位
感染性疾患	1,185	23.24	6	143	12.33	6	1,042	26.45	6
腫瘍	5,359	105.09	3	1,501	129.37	2	3,858	97.94	3
心疾患	8,174	160.30	1	2,046	176.34	1	6,128	155.57	2
呼吸管疾患	7,288	142.92	2	984	84.81	3	6,304	160.04	1
消化管疾患	1,431	28.06	5	252	21.72	5	1,179	29.93	5
泌尿・生殖系疾患	482	9.45	8	109	9.39	7	373	9.47	8
周産期疾患	549	10.77	7	64	5.52	8	485	12.31	7
事故	3,508	68.79	4	526	45.34	4	2,982	75.70	4

	合計			都市部			農村部		
	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位	死亡数	死亡率	順位
感染性疾患	822	16.82	5	80	7.24	6	742	19.61	5
腫瘍	3,001	61.40	3	869	78.66	2	2,132	56.35	3
心疾患	7,025	143.72	1	1,753	158.67	1	5,272	139.35	2
呼吸管疾患	6,584	134.70	2	782	70.78	3	5,802	153.36	1
消化管疾患	881	18.02	6	163	14.75	5	718	18.98	6
泌尿・生殖系疾患	319	6.58	8	77	6.97	7	242	6.40	8
周産期疾患	466	9.53	7	47	4.25	8	419	11.08	7
事故	2,224	45.50	4	254	22.99	4	1,970	52.07	4

出所：1992年中国疾病観測年報 衛生部衛生防疫司 1994 P46

付表 8 全国高等医学学校リスト

(1/6)

学校名	所在地	専門学科
安徽省		
安徽中医学院	合肥市	中医学、中药学、針灸及び推拿、薬学、
安徽医科大学	合肥市	医学、口腔、衛生、衛生管理
蚌埠医学院	蚌埠市	医学、医学検査、护理、
芜南医学院	芜湖市	医学
華東煤炭医学専門学校	淮南市	
北京市		
北京中医学院	北京市	中医、中药、針灸及び推拿、护理
北京医科大学	北京市	医学、基礎医学、口腔、衛生、薬学、薬科、 化学、护理、実験技術
首都医学院	北京市	医学、一般科学、口腔
中国協和医科大学	北京市	医学、护理、実験技術
北京総合大学中医学院		
北京針灸学院		
北京医学専門学校		
福建省		
福建中医学院	福州市	中医学、中药学、針灸及び推拿、中医骨筋
福建医学院	福州市	医学、口腔、衛生、医学検査
甘肅省		
甘肅中医学院	蘭州市	中医学、中药学、針灸
蘭州医学院	蘭州市	医学、口腔、衛生、薬学
西北民族学院医学系	蘭州市	医学
広東省		
広東医薬学院	広州市	医学、薬学、衛生
広州中医学院	広州市	中医学、中药学、針灸
広州医学院	広州市	医学、放射学
汕斗大学医学院	汕斗市	医学
海南大学医学部	海口市	医学
湛江医学院	湛江市	医学、実験技術
中山医科大学	広州市	医学、口腔、法医学、放射学、麻酔学、衛生 护理、医学栄養

付表 8 全国高等医学学校リスト

(2/6)

学校名	所在地	専門学科
広西壮族自治区		
広西中医学院	南寧市	中医学、中薬学、針灸
広西医学院	南寧市	医学、口腔、衛生
広西右江民族医学院	百色県	医学
桂林医学院	桂林市	医学
貴州省		
貴陽中医学院	貴陽市	中医学、中薬学、中医骨筋、針灸
貴陽医学院	貴陽市	医学、口腔、衛生
遵义医学院	遵义市	医学、口腔
黔南医学專科学院	都均市	
河北省		
承德医学院	承德市	医学、中医学、护理
河北中医学院	石家庄市	中医学
河北医学院	石家庄市	医学、口腔、薬学、衛生
華北煤炭医学院	唐山市	医学
張家口医学院	張家口市	医学、中医学、医学試験
石家庄医学專科学校	石家庄市	
黒龍江省		
哈尔滨医科大学	哈尔滨市	医学、口腔、衛生、生物医学工程
黒龍江中医学院	哈尔滨市	中医学、中薬学、中医骨筋、針灸
佳木斯医学院	佳木斯市	医学、口腔、薬学、制薬
牡丹江医学院	牡丹江市	医学、放射学、麻酔学
齊齊哈尔医学院	齊齊哈尔市	医学、婦幼衛生、神經・精神病学
河南省		
河南中医学院	郑州市	中医学、中薬学、針灸
河南医科大学	郑州市	医学、口腔、凡科学、衛生
開封医学專科学院	開封市	医学、薬学
洛陽医学專科学校	洛陽市	医学、法医学
新郷医学院	汲 県	医学、凡科学
張仲景園医学院	南陽市	中医

付表8 全国高等医学学校リスト

(3/6)

学校名	所在地	専門学科
湖北省		
恩施医学专科学校	恩施市	医学、中医学
湖北中医学院	武汉市	中医学、中药学、针灸
湖北医学院	武汉市	医学、口腔、凡科学、計画育成管理
湖北药检专科学校	武汉市	药学、医学検査、衛生検査
同济医科大学	武汉市	医学、凡科学、法医学、衛生、環境医学、 药学、婦幼衛生、放射学
武汉冶金医学专科学校	武汉市	医学、衛生
宜昌医学专科学校	宜昌市	医学、中医学、婦幼衛生、放射学
湖南省		
衡陽医学院	衡陽市	医学、五官科
湖南中医学院	長沙市	中医学、中药学、针灸
湖南医科大学	長沙市	医学、衛生、医学検査
内蒙古自治区		
包斗医学院	包斗市	医学、衛生
内蒙古医学院	呼和浩特市	医学、药学、中医学、蒙医
内蒙古蒙医学院	通遼市	医学、蒙医
江蘇省		
南京中医学院	南京市	中医学、中药学、针灸推拿
南京医学院	南京市	医学、口腔、凡科学、护理、衛生
中国药科大学	南京市	药学、化学制药、药理、生物制药、中药学
南京铁道医学院	南京市	医学、衛生
南通医学院	南通市	医学、航海医学
蘇州医学院	蘇州市	医学、放射医学
徐州医学院	徐州市	医学
揚州医学院	揚州市	医学、婦産科学、中医学
鎮江医学院	鎮江市	医学、医学検査
南京大学医学院	南京市	医学

附表8 全国高等医学学校リスト

(4/6)

学校名	所在地	専門学科
江西省		
赣南医学专科学校	赣州市	医学、婦女保健
江西中医学院	南昌市	中医学、中薬学、薬学
江西医学院	南昌市	医学、口腔、凡科学、衛生
九江医学专科学校		
宜春医学专科学校		
吉林省		
白求恩医科大学	長春市	医学、口腔、凡科学、放射医学、衛生、環境 医学、栄養及び食品検査
長春中医学院	長春市	中医学、中薬学、針灸
吉林医学院	吉林市	医学、医学検査
延边医学院	延吉市	医学、薬学
遼寧省		
中国医科大学	沈陽市	医学、口腔、凡科学、法医、衛生、護理
大連医学院	大連市	医学、口腔、衛生
錦州医学院	錦州市	医学
遼寧中医学院	沈陽市	中医学、中薬学、針灸、中医骨筋
沈陽医学院	沈陽市	医学、衛生
沈陽薬学院	沈陽市	薬学、制薬、微生物制薬、中薬学、基礎薬学
寧夏回族自治区		
寧夏医学院	銀川市	医学、衛生、中医学実験技術
青海省		
青海医学院	西寧市	医学、中医学

付表8 全国高等医学学校リスト

(5/6)

学校名	所在地	専門学科
山東省		
濱州医学院	濱州市	医学
昌濰医学院	濰坊市	医学
荷済医学専科学校	荷済市	医学
済寧医学院	済寧市	医学、衛生
青島医学院	青島市	医学、凡科学、医学検査、放射学
山東中医学院	済南市	中医、中薬、針灸
山東医科大学	済南市	医学、口腔、衛生、薬学、护理
泰山医学院	泰安市	医学、放射学
临沂医学専科学校	临沂市	医学
上海市		
上海中医学院	上海市	中医、中薬、針灸推拿
上海医科大学	上海市	医学、基礎薬学、医学工程、法医、医学検査 衛生、薬理、薬化、护理、衛生管理、薬学、 太学、口腔
上海鉄道医学院	上海市	太学、口腔
上海第二医学大学	上海市	医学、口腔、凡科学、医学検査、医学工程
上海泰資医学専科学校	泰資市	
上海医療機器専科学校	上海市	
山西省		
大同医学専科学校	大同市	医学、中医学
山西医学院	太原市	医学、凡科学、法医、衛生、口腔、薬学
長治医学院	長治市	医学、护理、婦産科学
山西中医学院	太原市	
汾陽高級护理学校	临汾市	
陝西省		
陝西中医学院	咸陽市	中医学、中薬学、針灸
西安医科大学	西安市	医学、口腔、薬学、衛生、法医
延安医学院	延安市	医学

付表 8 全国高等医学学校リスト

(6/6)

学校名	所在地	専門学科
四川省		
成都中医学院	成都市	中医学、中药学、针灸
重庆医科大学	重庆市	医学、凡科学、医学検査、計画育成管理
泸州医学院	泸州市	医学、中医学
川北医学院	南充市	医学、放射学
華西医科大学	成都市	医学、口腔、法医、衛生、衛生検査、栄養 衛生、薬学、薬物化学、実験技術
天津市		
天津中医学院	天津市	中医学、中药学、针灸、中医骨筋、中医外科
天津医学院	天津市	医学、口腔、护理、衛生
天津第二医学院	天津市	医学、必射学、医学検査、薬学
西省		
西藏民族学院医学系	陝西咸陽市	医学
新疆维吾尔自治区		
石河子医学院	石河子市	医学、薬学
新疆医学院	烏魯木齊市	医学、基礎医学、衛生、薬学、鼠疫防治
新疆中医学院	烏魯木齊市	
雲南省		
大理医学院	大理市	医学
昆明医学院	昆明市	医学、口腔、衛生、法医
雲南中医学院	昆明市	中医学、中药学、针灸推拿
浙江省		
温州医学院	温州市	医学、凡科学
浙江中医学院	杭州市	中医学、针灸
浙江医科大学	杭州市	医学、口腔、薬学、医学栄養、医学工程

