

『中国農村プライマリヘルスケア発展綱要
(2001-2010年)』送付通知

各省、自治区、直轄市、新疆生産建設兵団、計画単列市衛生局、発展計画委員会、郵政庁局、農林業庁局、環境保護庁局、愛国衛生委員会、中医薬局：

新たな全国農村プライマリヘルスケア事業を展開し、農村住民の健康レベルを高め、農村衛生事業と農村経済社会のバランスある発展を促進するために、ここに『中国農村プライマリヘルスケア発展綱要 (2001-2010年)』を送付するので、現地の状況をふまえて実施されたい。

衛生部
国家発展計画委員会
財政部
農業部
国家環境保護総局
全国愛国衛生委員会
国家中医薬局

2002年4月29日

中国農村プライマリヘルスケア発展綱要 (2001-2010年)

農村初級衛生保健（英文名 Primary Health Care, 英文略称 PHC）とは、農村住民のだれもが享受すべき、農村経済社会の発展に相応の基本衛生保健サービスのことである。農村 PHC の実施はわが国の社会経済発展の全体目標の構成要素であり、各級政府の重要な職責である。努力の結果、わが国の農村は基本的に 1990-2000 年の PHC の段階的目標を達成した。PHC レベルを一層向上させ、新世紀の PHC 事業を展開するために、ここに 2001-2010 年の PHC 発展綱要を制定する。

一、総目標 (Overall Goal)

改革の深化を通じて、農村衛生サービス体系を整え、サービス機能を整備し、各種の医療保障制度を実施し、農民の基本医療（プライマリケア）と予防保健の問題を解決し、被害の大きい伝染病・地方病の抑制に努力し、ひろく農村住民が社会経済発展にふさわしい基本衛生保健サービスを楽しみ、不断に農民の健康レベルと生活の質を向上させる。2010 年までに、妊産婦死亡率、乳児死亡率を 2000 年よりそれぞれ、1/4 と 1/5 減少させ、平均寿命を 2000 年より 1-2 歳増加させる。

二、主要活動

（前略）

（五）健康教育と健康促進を展開し、「全国億万農民健康促進行動」（もとの名は「全国 9 億農民健康教育行動」）を積極的に推進し、農村住民の基本衛生知識普及率と初等中等教育課程における健康教育授業の実施率を向上させ、文化的で健康な生活方式を提唱し、農村住民の健康意識とセルフケア能力の強化をはかり、住民の健康に関連する活動の活発化を促す。

（後略）

三、政府の職責

四、実施戦略（略）

五、保障措置（略）

附：

中国農村プライマリヘルスケア発展綱要（2001-2010）参考指標

	東部地区	中部地区 (%)	西部地区
1、政府計画			
1.1 PHC を政府事業目標と社会 経済発展計画に盛り込む比率	100	100	100
1.2 政府の予防保健支出	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
2、農村医療衛生分野の機構と人 員の整備			
2.1 郷村医療機構カバー率			
2.2 助理医師と医師の郷（鎮）/ 村の医者にそれぞれ占める比率	100/85	100/75	100/60
2.3 郷鎮衛生院、村衛生室におけ る中医薬サービス提供比率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
3、基本医療（プライマリケア） 管理規範化率	95	90	85
4、疾病予防保健サービス			
4.1 主要慢性疾病管理率	50	35	20
4.2 DOTS 戦略人口カバー率	95	95	95
4.3 EPI 接種率	95	90	85
5、衛生監督			
5.1 食品衛生合格率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
5.2 公共施設衛生合格率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
5.3 労働衛生監督合格率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
6、母子保健			
6.1 妊産婦システム管理率	95	90	80
6.2 妊産婦施設分娩率	80	60	50
6.3 7歳以下児童保健カバー率	95	80	60
7、環境衛生			
7.1 （簡易）上水道普及率	75	60	50
7.2 衛生トイレ普及率	65	55	35

8、健康教育			
8.1 基本衛生知識普及率	80	70	60
8.2 初等中等教育課程における健康教育授業実施率	100	90	80
8.3 住民健康関連活動率	70	60	50
9、医療保障			
9.1 各種農民医療保障制度カバー率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
9.1.1 合作医療カバー率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
9.1.2 高額医療費保険カバー率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		
10、住民健康レベル			
10.1 乳児死亡率	2000年のデータより 1/5 下げる		
10.2 妊産婦死亡率	2000年のデータより 1/4 下げる		
10.3 5歳以下児童死亡率	2000年のデータより 1/5 下げる		
10.4 法定伝染病発病率	150/10万人	200/10万人	300/10万
10.5 5歳以下児童中の重度栄養不良罹患率	2000年のデータより 1/4 下げる		
10.6 主要地方病罹患率 (/10万) あるいは地方病罹患率5年減少率	各省が本綱要と関係規定に基づき決定		

安徽省衛生庁・人事庁文書

安徽省政府文書・衛科〔2001〕8号

＜安徽省衛生技術者繼續教育実施意見＞公布についての通知

各市衛生局・人事局、省直轄医療衛生機構：

省党委、省政府＜「衛生改革と発展に関する中共中央、国务院の決定」を貫徹するための実施意見＞（省政府文書〔1997〕8号）及び、省政府公布＜安徽省専門技術者繼續教育規定＞（省政府文書〔2000〕24号）において、システム改革に尽力し、省医学繼續教育の新モデルを確立し、医学繼續教育事業を全面的に深く健全かつ持続的に発展させるために、そして我が省衛生技術者の総体的レベル向上、よりよく人民の健康に寄与できるよう、＜安徽省衛生技術者繼續教育実施意見＞を公布するので、指示の通り執行すること。現行の＜安徽省繼續医学教育暫定規定＞（省衛生庁、省人事庁衛教〔1994〕120号）及び関係規定はこれを廃止する。

（2001年2月9日）

＜安徽省衛生技術者繼續教育実施意見＞

医学繼續教育管理を強化し、有効な医学繼續教育実施システムを建設し、衛生改革と発展を促進するために、省政府＜省専門技術者繼續教育規定＞（省政府文書〔2000〕24号）及び省衛生庁＜安徽省医学繼續教育モデル改革の意見＞（省衛科〔1999〕71号）の要請に基づき本実施意見を策定した。

一、医学繼續教育の管理体制と実施原則、要求について

（一）医学繼續教育事業は人事行政部門の指導のもと、管理一本化を実施する。全省各級衛生行政部門は医療衛生機構の行政隸属関係と所有制の限界を打破し、有効な手段を採用、管理措置を強化、医学繼續教育の順調な発展を制度面で保証する。

（二）我が省医学繼續教育をあくまでも、段階を分け、自学と在職教育を主とするものとし、試験（レベルを意味する）と衛生技術者雇用管理の結合を原則とする。医療衛生機構の各級衛生技術者は積極的に医学繼續教育を受講し、各医療衛生機構は彼らのために繼續教育参加の必要条件を満たさねばならない。

（三）各級医療衛生機構、医科大学、医学学術団体は、繼續教育事業を重要な任務と位置づけ、自身の人的物的資源とその長所を生かし、本規定に基づき、本機構、本地区及び全省衛生技術者の要求に積極的に答え、多様な方法で繼續教育

研修班、訓練班、先進技術セミナー、新技術・新方法の学習普及応用、学術活動等を行うべきである。

(四)各レベルの衛生技術者の継続教育は毎5年を一周期とし、各周期の学習状況は、そのレベルに対応する継続教育試験の結果を評価根拠とする。対応レベルの省継続教育試験(以下「本試験」)に合格し、継続教育共通科目の学習任務を全うした全ての者は、当周期継続教育に合格したものと見なし、関係部門によってく省専門技術者継続教育証書(以下「本証書」)を発行され、登録される。

(五)衛生技術者の継続教育参加状況は、その技術職務昇級、任用、試験、評価等と関連づけられなければならない。2001年より、全省各レベル各種医療衛生機構の衛生技術者が一級昇級を申請する場合、必ず相当レベルの継続教育試験に合格しなければならない。技術職の任用に際しても、本試験を合格した者でなければならない。

(六)各医療衛生機構における継続教育実施状況、及び本試験合格率などは、本機構管理指導者の業務実績の一つとすべきである。

(七)継続教育を積極的に実施し、また成績優秀な機構・個人は審査を経て表彰される。

二、医学継続教育内容について

(一)我が省継続教育の内容と主要参考書はく安徽省医学継続教育系列叢書(以下「本叢書」)。(但し、県レベル以下の医療衛生機構の衛生技術者はくJICA農村PHC訓練系列教材(以下「JICA教材」)及び附属の学習大綱を主とし、医療衛生科学と技術の最新成果を結びつけ、新理論・新知識・新技術と新方法を進んで取り上げ、先進性・目的性・実用性をもたせ、衛生技術者の創造力開発と創造的思考能力養成を重視するべきである。

(二)〈本叢書〉は24冊で、内容は以下の通りである。

1. 臨床医学9冊(内科学、外科学、産婦人科学、小児科学、耳鼻咽喉・眼科・口腔科学、臨床検査と輸血、画像診断と放射線技術、診断病理学、核医学)※各冊は基本篇・向上篇・進展篇で構成
2. 予防医学6冊(疾病コントロール、公衆衛生、衛生検査、母子保健、流行病学、健康教育)※前4冊は基本篇・向上篇・進展篇で構成、他2冊は共通教材
3. 看護学1冊(臨床看護学)※基本篇・向上篇・進展篇で構成
4. 中医学3冊(中医臨床)※基本篇・向上篇・進展篇で3冊構成
5. 医院薬学4冊(医院薬学基本・向上篇、医院薬学進展篇、医院中薬学基本・向上篇、医院中薬学進展篇、)
6. 共通教材1冊(医学科学研究と論文作成)

(三)〈JICA教材〉は12冊で、そのうち専門教材10冊は以下の通り。

- 1, 農村適正診療技術8冊(多発病診断と救急、内科・伝染病・癌概説、外科・整形外科、産婦人科・小児科、眼科・耳鼻咽喉科・口腔科・皮膚科、臨床常用薬物と補助診断技術、院内感染コントロールと常用看護技術、中医薬)
- 2, 農村予防実用技術1冊
- 3, 農村母子保健1冊
- 4, 共通教材2冊(農村PHC管理、健康教育)

上述教材は省衛生庁の責任で編纂されるが、具体的には別に通知する。

- (四) 継続教育実施においては、政治思想、職業道德、医学論理学、衛生法学と継続教育共通科目などに関する教育を重視し、全面的な人材のレベルアップに務めなければならない。

三、本試験について

- (一) 受験対象: 全省各レベル各種医療衛生機構の各レベル在職衛生技術者
- (二) 試験内容: <本叢書> <JICA教材> を主な試験内容とし、知識と技術の最新成果を組み合わせ、理論と現場の状況をはっきりと関連づけるものとする。内容は以下の通り。

1, 初級衛生技術者:

(県以下の医療衛生機構で勤務) <JICA教材> の各自専門分野と「多発病診断と救急」

(県以上の医療衛生機構で勤務) <本叢書> の各自専門分野の基本篇を主とし、向上篇を加える。

2, 中級衛生技術者: <本叢書> の各自専門分野の向上篇を主とし、基本篇、進展篇を加える。

3, 副高級衛生技術者: <本叢書> の各自専門分野の進展篇を主とし、基本篇、向上篇を加える。

4, 高級衛生技術者: <本叢書> の各自専門分野の進展篇を主とし、最新成果・発展状況を加える。

共通教材は各レベル各種の試験で一定の割合を占める。県以下の初級衛生技術者は「農村健康教育」を主とし、県以下の中級衛生技術者と県以上の衛生技術者は「医学科学研究と論文作成」「健康教育分冊」を主とし、その内予防医学専門は「流行病学」も加える。専門の特徴に従って試験内容は若干異なる。

(三) 試験方法: 筆記は全省統一問題を使用。地方級市政府所在地にて毎年一回行う。合格者は省衛生庁医学継続教育委員会事務局(以下「委員会事務局」)の押印した、「省医学継続教育試験合格書(以下「本合格書」)」を与えられる。有効期間は3年。

(四) 試験時間: 毎年第2四半期に行い、第1回は2001年7月末前後に行う。

(五)試験実施組織と試験場設置:省衛生庁医学继续教育試験センター(以下「試験センター」)が主催する。各地方級市衛生局は当組織の支部センターを設置し、関係業務を行うこととする。全省に18試験場を設け、その内1ヶ所を省直轄試験区とする。

(六)申し込み方法、時間、場所などは試験センターが別に通知する。

四、继续教育證書制度の実施について

(一)本證書について:全省衛生技術者继续教育證書は省人事庁統一発行の「本證書」を使用し、他の機構が発行したものはこれを認めない。

(二)本證書の発行:委員会事務室は省直轄医療衛生機構衛生技術者用の本證書の発行を、地方級市人事局は本地区の衛生技術者用(衛生行政機構管轄以外の医療衛生機構も含む)の本證書発行を、それぞれ行う。

本證書は番号を付け写真の上に発行事務室が押印、登記造冊を行い、級別に発行し各自が一部を保管する。

(三)證書の登記と検証:本證書登記の内容は本試験結果及び继续教育共通科目の学習状況である。

1. 衛生技術者が本試験を受験した場合、所属機構により本試験登記表(附表参照)を2部記入し、所在地地方級衛生局を通して試験センターにて審査される。

2. 試験センターは受験申し込みの書類に基づき、本試験登記表に試験結果を登記した後、委員会事務室により検印される。検印後、登記表1部が所属機構により本人の個人ファイルに入れられ、委員会事務室に1部が保管される。合格者には委員会事務室検印の本合格証が与えられる。合格者名簿は地方級衛生局と人事局にそれぞれ1部が保管される。

3. 衛生技術者は本試験合格後、所属機構に本合格証を提示し、所属機構が初期審査したのち、本證書の上に登記を行い、定期的に地方級市人事局(省直轄医療衛生機構は委員会事務室)に報告・検証を受ける。

(四)本證書の管理:本證書は本試験結果を表す証拠書類となる。本證書は本人が保管し内容を書き直したものは無効とする。本證書の損壊、紛失については直ちに発行部門に再発行を申請する(證書番号は変更しない)。所属機構が保存する個人の本試験登記表に添えて、相当部門において再度登記・検証を行われる。

BC:衛生部、人事部

CC:各県(市)衛生局、人事局、省直轄関係部門

安徽省衛生庁事務室 2001年2月12日印刷発行 発行部数500部

表 8 : 全国都市農村住民一人あたり保健医療支出状況

	1990年	1992年	1994年	1996年	1998年
市鎮住民					
一人あたり可処分所得 (元)	1387.27	1826.07	3179.15	4838.90	5425.05
増加率 (%)		18.25	36.06	12.98	5.13
一人あたり消費支出 (元)	1278.89	1671.73	2851.34	3919.47	4331.61
増加率 (%)		13.04	25.97	9.74	3.37
一人あたり医療保健支出 (元)	25.67	41.51	82.89	143.28	205.16
増加率 (%)		29.31	45.70	30.12	14.18
対可処分所得比 (%)	1.85	2.27	2.61	2.96	3.78
対消費支出比 (%)	2.01	2.48	2.91	3.66	4.74
郷村住民					
一人あたり可処分所得 (元)	686.31	783.99	1220.98	1926.07	2161.98
増加率 (%)		10.64	32.48	22.08	3.44
一人あたり消費支出 (元)	584.63	659.01	1016.81	1572.08	1590.33
増加率 (%)		6.33	32.11	19.97	-1.66
一人あたり医療保健支出 (元)	19.02	24.14	32.07	58.26	68.13
増加率 (%)		8.06	18.03	37.15	9.10
対可処分所得比 (%)	2.77	3.08	2.63	3.02	3.15
対消費支出比 (%)	3.25	3.66	3.15	3.71	4.28
市鎮／郷村					
一人あたり可処分所得	2.02	2.33	2.60	2.51	2.51
一人あたり消費支出	2.19	2.54	2.80	2.49	2.72
一人あたり医療保健支出	1.35	1.72	2.58	2.46	3.01

出典：歴年の『中国統計提要』から整理

中国衛生改革の戦略

健康への投資と健康貧困の解消

胡鞍鋼 孟慶国

2001年7月31日『中国経済研究報告』

安徽情報ネット <http://www.in.ah.cn/>より

国民の健康と社会の基本的公衆衛生サービスの改善度は最重要の人類発展評価指標であり、国家の公衆衛生政策の有効性を評価する唯一の基準である。良好な国民健康状態と公衆衛生サービスは発展の目的であると同時に、労働生産性向上・経済成長加速・社会発展促進・社会の公平の実現のための必要条件でもある。国民の健康に投資する衛生改革発展戦略を成功裏に実施することは、世界的に見てきわめて少ない公衆衛生支出で、十数億の中国国民がより健康な体を享受し、生産性を高め、寿命を延ばし、より幸福になることである。

80年代末、衛生部は世紀末までにすべての人がヘルスケアを享受するという計画目標を制定した。すなわち、2000年までに、全国民が基本的ヘルスケアサービスを受けられるようにし、全体としてまずまずのレベルの生活に対応する健康レベルを達成し、すべての人がPHCを享受する。この改革目標の確定はわが国政府の世界保健機構（WHO）の世界的衛生戦略に対する積極的な回答であるばかりでなく、衛生発展は社会経済発展戦略目標に適応しなければならないという考慮による。現在われわれはすでに新世紀の門をくぐったが、振り返ってこの経済発展と密接に関連する衛生発展目標は実現したであろうか？

一、経済成長と衛生発展目標

中華人民共和国建国以降、中国は低収入条件のもとで速やかに第一次衛生革命を完了した。すなわち、重点を伝染病の予防・抑制・消滅など基本的公衆衛生サービスにおき、基礎医薬品と基礎医療サービスを普及させ、公衆衛生条件を顕著に改善させた。多くの基礎衛生と健康指標は顕著に、経済発展水準を越えて改善した。このような政策のもとで、国民は高額の医療費を払わずとも健康を獲得することができ、国民とりわけ貧困層の健康レベルは著しく改善した。たとえば、乳児死亡率は1950年200‰が1980年には35‰に、平均寿命は35歳から66歳に、物的生活品質指標（PQLI）は22.8ポイントから75.4ポイントに

改善した。他の同程度の収入レベルの途上国と比較すると、中国の衛生健康指標は顕著に高レベルであった。衛生発展水準は経済発展水準より高く、つまり中国国民の実際の PQLI は一人当たり平均 GDP のレベルより高かったのである。日本の著名な経済学者小林実はこの現象に注目し、中国人の一人あたり平均収入は高くないが、中国人は実際には見かけよりも高い生活レベルにあると述べている。

改革開放 20 年を経て、中国は経済テイクオフの段階に入り、世界的に見て経済成長がもっとも急速な国の一つとなった。不変価格計算で 1980-1999 年の間に中国の GDP は 589% に拡大し、一人当たり GDP も 461% に拡大した。おそらく今年末にはそれぞれ 634% と 490% に達するであろう。すなわち、GDP 成長率を 4 倍にするという経済成長目標は、前倒しで達成されたのである。経済成長の結果国民の収入は大幅に増加し、貧困人口は減少し、生活水準は向上した。しかし、同時期の人々の健康レベルの改善幅は大きくない。基本的公衆衛生サービスの実際のアウトプットは発展目標に達していない。たとえば、同時期、乳児死亡率はわずか 20% の減少、平均寿命はわずか 5% の向上、千人あたりの医者と千人あたりの病床数はそれぞれ 50% と 22% の向上にとどまった(表 1 参照)。

最近 WHO は初めてメンバーである世界 191 カ国の衛生システム・効果について評価を行なった。中国は 144 位で後ろの方であった。これは国内国外の大きな反響を呼んだ。WHO は 5 つの指標を使って各国の衛生システムの効果についてモニタリングと評価を行なった。1、国民の全体的健康レベル。2、その社会のヘルスケア資源分配の不公平の程度。3、サービス対象の衛生システムに対する評価レベル(患者の満足度とシステムのインパクトを含む)。4、社会集団ごとの衛生システムに対する評価(各種の経済状況集団ごとの衛生システム評価)。5、衛生システムの財政負担の国民(費用支出者)負担分布状況。中国は最後の第 5 項目は 180 位で、世界の衛生公共資源の分配がもっとも不公平で、バランスを欠く国の一つとなった。

つまり、GDP 4 倍目標は前倒しで実現できたのに、衛生の発展と基本的公衆衛生サービスの目標は達成できなかったのである。言い換えれば、中国は未だ「すべての人がプライマリーヘルスケアを享受する」ことができていないのである。このことは、経済成長は必ずしも自動的にヘルスケアなどの人類発展目標を実現させるものではないことを説明している。また、中国の経済成長と衛生の発展の間のバランスの欠如を物語っている。経済成長と衛生健康の間に発展格差があるだけでなく、地区間・社会集団間・都市と農村の間にひろく健康

格差と享受できる基本的公衆衛生サービスレベルの格差が存在しているのである。それは主に次の何点かにあらわれている。

第一、1億人近い人々が医療サービスを受けていない。3千万貧困人口は時機にかなった医療サービスを受けられない。全国20%近くの農村県ではまだ「2000年すべての人がプライマリーヘルスケアを享受する」という計画目標の合格あるいは基本的合格という基準に達していない。(以下略)

第二、1億人あまりの人が清潔な水をのめない。4億人あまりの農村人口はまだ(簡易)上水道を使えない。農村地区のし尿無害化処理率はわずか28.5%である。(以下略)

第三、妊産婦死亡率と婦女子発病率の目標は実現できていない。西南・西北9省の妊産婦平均死亡率は10万人あたり177.96人に達する。これは全国平均レベル56.2/10万人の2.8倍であり、目標値の47.4/10万人よりはるかに高い。これらの地区の妊産婦死亡率の状況はアフリカ諸国と同レベルである。(以下略)

第四、全国で、8%近くの乳幼児が予防接種を受けていない。その中でも貧困農村地区の比率は13%である。新生児破傷風を1/1000以下にまで低下させるという目標は未だに達成されていない。(以下略)

第五、予防保険事業が遅れており、中西部の多くの地区で疾病発症率は高いままである。平均寿命はまだ短い。(以下略)

第六、各級衛生事業費と衛生総費用は計画目標にもWHO最低標準にも達していない。衛生医療事業の補助は必要などころにつかない状況と過剰な補助とが同時に存在する。(以下略)

上記の事項からわかる通り、経済は長足の発展を遂げたのに、衛生事業は経済成長に見合った発展をしていない。すべての人が基本的医療サービスを受けるといった既定の改革目標は実現していない。人々の健康レベルはまだ厳しい現実に直面している。

二、なぜ 2000 年 PHC 発展目標は実現できなかったのか

第一、一人当たり衛生支出が GDP 相応のレベルよりはるかに低く、基本的医療衛生事業の発展を制約した。(以下略)

第二、政府の基本ヘルスケア投資が不足し、また必要な投資が欠けていた。そのため、衛生機構が基本衛生医療サービスを提供するための資金が欠乏し、サービス能力・条件と品質が著しい低下を招いた。

中国は世界的に国内投資率のもっとも高い国の一つで、40%以上に達する。1999 年 GDP 中の固定資本形成総額は 3 兆人民元にも達する。しかし、中国では GDP に占める衛生支出はわずか 4%前後である。これは WHO の定める少なくとも GDP の 5%という最低基準より低い。政府の毎年の衛生事業費は比較的大きな幅で増加してきたが、衛生事業費の財政支出に占める比率は年々低下している。表 5 に示すように、1990 年の衛生事業費の財政総支出に占める比率は 2.79%であったのが、1997 年には 2.45%に低下している。「すべての人がヘルスケアを享受する」計画目標の 8%にはるかに及ばない。総体的に公衆衛生と予防接種計画を軽視してきたので、予算欠乏現象は深刻で、PHC サービスのカバー範囲の縮小と品質の低下を招いている。その結果、多くの低所得地区で深刻な健康問題に直面している。

第三、公衆衛生資源と基本医療サービスに顕著な都市と農村の間の格差がある。都市では衛生資源とサービスが過剰であり、農村でははなはだしく不足している。その結果都市と農村の間の健康格差が生じている。

わが国の衛生資源の 60%が都市に集中し、そのうち 3 分の 2 が大病院に集中している。一部の先端医療設備の数量はすでに先進国のレベルに達し、あるいはそれを上回るものもある。しかし、農村の末端衛生サービスと資源不足は深刻である。わが国の都市と農村の人口比は 3 対 7 であるが、公衆衛生資源は逆に 6 対 4 で、都市が 6 割以上の衛生資源を享受している。1998 年の全国都市の千人あたり病床数は 3.52 であったが、千人あたり農業人口衛生院病床数はわずか 0.81 であった。世銀報告 (1997) によると、1993 年の中国の都市一人あたり衛生支出は農村一人あたり支出の 4 倍であった。

医療保障制度は都市と農村の間に深刻な不公平が存在する。各種保健医療カバー率は年では 50%以上であるが、農村では 1978 年の 85%から 10%に低下した。つまり、90% (約 7 億人) の農民が医療費の全額を自分で支払わなければ

ならないのである（表6参照）。彼らは医療保険がないために、軽い病気も悪化させ、病気でも治療せず、病によって貧困に陥る（統計によると、25%の家庭が医療費を支払うためにやむを得ず家産を売り払ったり借金をしたりしている）。わが国の公費医療と、労働保険医療は総人口の15%をカバーするに過ぎないのに医療支出の3分の2を占めている。衛生部のモニタリング資料によると、農村の新生児死亡率・乳児死亡率・5歳以下の幼児死亡率はいずれも大きく都市のレベルを上回っている。農村妊産婦死亡率も都市レベルよりはるかに高い（表7参照）。これはすべて農村合作医療の麻痺と、それに代わる医療保障制度がないことが原因となっている。都市と農村の保健医療支出の比率にも大きな格差が存在する。1990年都市住民が保健医療に用いた費用は農村住民の1.35倍、1998年にはこの数字が3倍にまで拡大している（表8参照）。

第四、公衆衛生資源と基本医療衛生サービスは低発達地域に及んでおらず、アウトプット効果に顕著な地域格差がある。（以下略）

第五、供給メカニズムが不合理で、競争が欠乏している。その結果医療と薬品の価格上昇が早すぎ、住民が基本ヘルスケアサービスを受けるのに重い負担となっている。（以下略）

三、すべての国民の健康に投資する衛生改革の五大原則

（以下項目のみ）

- 第一、「人を基本とする」原則
- 第二、「公平優先、効率も考慮」原則
- 第三、「基本公衆衛生サービスの均等化」原則
- 第四、「低所得人口優先受益」原則
- 第五、「供給者間競争」原則

四、国民の健康に投資する衛生改革の戦略

衛生政策は実質的には公共政策の一つである。一部の人口（患者）に及ぶだけでなく、12.5億の全人口（健康状況）に及ぶ政策である。

有限な資源という条件のもとで、公共政策の方向と政府の役割は何か？ われわれは、新たな発展戦略を確立しなければならないと考える。その趣旨は人類の発展を促進し、人類の安全を保障することである。衛生分野についていえば、

人類の健康を促進し、人類の健康安全を保障し、健康格差を縮め、健康貧困を解消することである。効果的な公共政策と政府機能の位置付けは公平を促進し、効率を高め、発展を促進することである。衛生事業上の表現としては、国民の健康に投資するという趣旨の基本的公衆衛生サービス政策を制定実施し、有限な衛生資源を十分に活用し、基本的公衆衛生サービスの遅れた地区と低収入グループにもサービスが行きわたるようにすることである。そして、貧富の格差から生じる健康格差と基本公衆衛生サービスレベルの格差を縮小し、全国民の健康レベルを向上させることである。具体的には以下の内容が含まれる。

第一、公衆衛生サービスの趣旨は国民の健康への投資である（以下略）

第二、衛生支出の投入方向を変革し、効果的に衛生資源を配分し、基本公共衛生サービスのカバー面を拡張する

衛生支出の投入は都市と大病院から農村と末端衛生組織に方向転換し、重点的に郷・村両レベルの衛生機構を強化する。資源の投入を大多数の人の基本的衛生問題の解決と健康増進、疾病予防の活動にむける。とりわけ、公衆衛生サービスの重点を全国総人口の70%を占める農村人口におく。・・われわれの現在の問題は収入の多い人ほど補助が多いということである。（以下略）

第三、貧富の格差から生じる健康格差を減少させ、基本公衆衛生サービスの均等化を図る（以下略）

第四、「低レベル・広カバー・高効率」の方針を堅持する（以下略）

第五、社会と個人の多元的な医療衛生投資ルートを作る（以下略）

五、国民の健康に投資する衛生事業において、政府は公共製品と公共サービスを提供しなければならない（以下略）

表 1：中国経済の成長と衛生健康発展指標比較

	1980年	1999年	増加率(%)
GDP (億元、1980年価格) a	4517.8	26624.0	589.3
一人当り GDP (億元、1980年価格) a	460.0	2122.0	461.3
乳児死亡率 (%) b	39.0(1980/84)	31.4(1996)	80.5
平均寿命 (歳) b	67.8(1980/84)	70.8(1996)	104.4
千人あたり医者数	1.17	1.67	142.7
千人あたり病床数	2.01	2.39	118.9

出典：a『中国統計摘要』（2000年）、b国連人口データバンク

表 2：少数民族地区および全国農村衛生組織状況比較

衛生組織	1983年		1990年		1998年	
	全国	少数民族地区	全国	少数民族地区	全国	少数民族地区
医療減免実施村比率 (%)	6.07	2.59	11.03	9.44	21.16	19.02
無医村比率 (%)	13.79	24.42	13.02	23.77	10.49	18.15
百村あたり医療機関数 (個)	107	97	94	81	100	93
百村あたり農村医者と衛生員数 (人)	164	149	178	148	181	170

出典：『全国衛生統計資料』1998年 P57-59、1990年 P51-52、1983年 P31-32 のデータに基づき計算

表3：各地区主要衛生指標比較

地区	千人あたり 医院・衛生 院病床 数(個、 1998)	千人あ たり医 者人数 (人、 1998)	平均寿 命(歳、 1990)	農村水 質改善 受益比 率(％、 1998)	農村(簡 易)上水 道普及 人口比 率(％)	農村ト イレ改 善戸数 比率(％)	し尿無 害化理 比率 (％)	農民一 人当り 保健医 療支出 (元、 1998)
北京	6.10	4.72	73.6	99.8	97.8	71.3	37.4	171.0
天津	4.30	3.46	72.7	100.0	84.0	11.5	60.0	107.2
河北	2.21	1.59	71.8	94.2	68.2	24.7	28.2	64.5
山西	3.33	2.30	69.6	87.2	71.1	19.8	32.1	47.4
内モンゴ	2.71	2.27	66.9	81.9	28.9	23.7	21.0	73.9
遼寧	4.31	2.41	70.8	96.9	41.7	18.7	43.1	72.7
吉林	3.33	2.26	68.4	94.5	31.5	32.2	29.6	66.7
黒龍江	3.21	2.09	68.2	94.9	44.4	38.2	17.1	76.0
上海	5.23	3.85	75.2	100.0	99.8	85.3	85.3	169.9
江蘇	2.28	1.67	72.2	91.4	68.0	17.9	10.4	99.5
浙江	2.33	1.58	72.4	96.4	79.0	50.5	26.0	157.9
安徽	1.86	1.10	69.8	94.2	32.9	28.9	32.7	52.1
福建	2.51	1.29	70.2	96.9	66.8	44.9	43.3	65.5
江西	2.05	1.29	66.7	97.4	33.9	41.4	15.9	55.2
山東	2.21	1.50	71.2	97.9	52.9	54.9	47.2	101.1
河南	1.92	1.14	70.2	96.9	46.1	45.5	33.9	50.1
湖北	2.21	1.72	67.5	90.0	50.1	49.2	16.8	57.9
湖南	2.07	1.44	67.3	93.8	40.0	31.3	15.4	61.9
広東	2.07	1.48	73.0	96.9	67.5	55.8	56.6	101.1
広西	1.76	1.30	69.2	87.4	44.9	37.0	30.3	48.1
海南	2.82	1.72	72.2	98.4	44.2	32.0	8.6	35.7
四川	2.05	1.53	67.1	88.0	35.3	20.3	17.3	53.2
貴州	1.54	1.25	65.1	62.1	37.7	5.8	0.9	26.7
雲南	2.18	1.48	63.9	71.7	47.2	30.0	37.0	53.1
チベット	2.57	2.07	59.8	18.5	11.9	NA	NA	13.4
陝西	2.60	1.80	68.4	84.4	50.1	32.3	34.7	64.9
甘肅	2.23	1.54	67.6	62.7	28.9	24.4	31.2	43.4
青海	3.49	2.07	61.8	62.2	49.6	10.3	8.1	57.0
寧夏	2.43	1.96	68.3	90.4	32.0	18.1	18.1	79.4
新疆	3.84	2.49	65.0	80.2	74.2	23.6	13.0	99.7
全国	2.40	1.65	70.5	90.6	50.4	35.0	28.5	68.1

出典：衛生部『1988 中国衛生統計提要』、UNDP『中国：人類発展報告』、国務院発展研究センター・中国企業評価協会・国家統計局『西部大開発指南：統計情專纂』2000年、中国社会出版社

表4：「2000年すべての人が衛生保健を教授する」最低限基準（略＝事前調査報告書資料参照）

表5：中国における衛生経費およびその支出構造

	1990年	1995年	1996年	1997年
衛生総費用（億元）	743.0	2257.8	2853.5	3377.5
対GNP比（%）	4.01	3.86	4.20	4.52
政府衛生支出（%）	25.0	17.0	16.1	16.5
社会衛生支出（%）	37.9	32.7	29.5	27.5
住民衛生支出（%）	37.1	50.3	54.4	57.0
一人当り衛生費用（元）	65.6	190.6	253.1	273.2
衛生事業費（億元）	86.1	176.9	202.1	226.0
対財政総支出比（%）	2.79	2.59	-	2.45
公費医療経費（億元）	44.3	112.3	136.0	159.8

出典：『中国衛生年鑑』、『衛生事業経費決算資料』、『1990-1996年全国衛生総費用測算結果』衛生部弁公室1999年2月

表6：1998年における医療保険制度の構造（単位：%）

	都市 農村 合計	都市				農村				
		合計	大都 市	中都 市	小都 市	合計	一類	二類	三類	四類
公費医療	4.95	16.01	21.71	16.40	9.18	1.16	1.07	0.76	1.98	0.26
労働保健医療	6.22	22.91	30.61	28.38	9.44	0.51	1.40	0.54	0.15	0.03
半労働保健医療	1.62	5.78	8.46	6.17	2.40	0.20	0.64	0.10	0.07	0.05
医療保健	1.88	3.27	0.76	8.05	2.05	1.41	2.39	1.63	1.16	0.12
統一計画医療	0.39	1.42	2.79	1.09	0.13	0.05	0.15	0.03	0.01	0.00
合作医療	5.54	2.74	0.10	0.09	8.04	6.50	22.21	3.24	1.62	1.83
自費医療	76.40	44.13	34.30	38.75	59.98	87.44	71.79	93.17	94.77	81.49
その他の形式	2.98	3.73	1.28	1.07	8.80	2.73	0.34	0.52	0.23	16.22

出典：衛生部『1998中国衛生統計提要』1999年

表 7：農村新生児、乳児、5 歳以下児童、妊産婦死亡率

	1991 年	1992 年	1993 年	1994 年	1995 年	1997 年
新生児死亡率 (‰)						
全国	50.2	46.7	43.6	39.9	36.4	33.1
都市	33.1	32.5	31.2	28.5	27.3	NA
農村	61.0	57.4	53.1	49.6	44.5	43.3
乳児死亡率 (‰)						
全国	17.3	18.4	15.9	15.5	14.2	13.1
都市	12.5	13.9	12.9	12.2	10.6	NA
農村	20.9	20.7	18.3	18.0	16.4	15.5
5 歳以下幼児死亡率 (‰)						
全国	58.0	53.2	50.0	45.6	41.6	37.7
都市	37.9	36.8	35.4	32.3	31.1	NA
農村	71.1	65.6	61.1	56.9	51.1	48.5
妊産婦死亡率 (1/10 万)						
全国	80.0	76.5	67.3	64.8	61.9	63.6
都市	46.3	42.7	38.5	44.1	39.2	38.3
農村	100.0	97.9	85.1	77.5	76.0	80.4

出典：衛生部『1998 中国衛生統計提要』1999 年