

厚生科学研究研究費補助金

社会保障国際協力推進研究事業

包括的社会保障制度に係る国際比較と
国際協力戦略に関する研究

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 川口 雄次

平成13年3月

目 次

I. 総括研究報告

- 包括的社会保障制度に係わる国際比較と国際協力戦略に関する研究1
包括的社会保障システムの開発
川口 雄次

II. 分担研究報告

1. 医療保険制度に係る国際比較と国際協力に関する研究5
西村 周三
2. 疾病予防/健康増進施策に係る国際比較と国際協力に関する研究12
石井 敏弘

III. 研究成果の刊行に関する一覧表19

平成12年度厚生科学研究費補助金
(社会保障国際協力推進研究事業)
総括研究報告書

総括及び社会保障に係る国際協力の戦略に関する研究

主任研究者 川口雄次 WHO健康開発総合研究センター所長

研究要旨

日本と関係の深いアジア・ラテンアメリカの主要国について、人口、経済、保健医療、教育に係わる指標を比較・分析した結果、過去の日本と類似する多くの状況を確認した。一方、単なる国別比較では明らかにならない重大な問題として、国内における都市部と非都市部に大きな格差が存在する国が多いことが示された。また、UNDPの人間開発指数を用いた国際比較と併せて、中進国を対象とした、各国の教育水準、所得格差、医療保障の財源調達メカニズムの差異等と各国の健康水準との関連を検討した結果、情報通信革命の進展により、各国間の情報ギャップが狭まるなか、健康に関する情報の収集能力の差異が、今後の医療保障制度のあり方に大きな影響を及ぼすことが明らかとなった。

分担研究者氏名:

西村 周三 京都大学大学院
経済学研究科
教授
石井 敏弘 国立公衆衛生院
主任研究官

ことが重要となる。3年にわたる本研究の中間年度となる平成12年度は、分析の対象を中進国に定め、各国の国際比較を指標の分析を中心におこない、研究初年度に引き続き各国の現行制度により一層の分析・考察を加えると同時に、日本の社会保障制度の発展の歴史およびその制度の中進国への汎用性を探ることで、最終年度に予定されている国際協力戦略策定への礎石とする。

A. 研究の目的と背景

本研究の目的は、アジアの中進国を中心とする各国の社会保障制度の実状を把握・比較・分析し、日本を含めたアジアの将来的な包括的社会保障制度の構築を目指した国際協力のあり方を提言することである。本研究初年度に明らかとなった「個人の自立」を支援する社会保障制度構築の必要性は、今後の各国における社会保障制度改革の試みにおいても共通する課題であると認識される。医療保険、年金、公衆衛生などを含める社会保障分野全体を視野においた国際協力を効果的に実施するためには、まともな形で現存していないアジアの中進国の社会保障制度の情報・資料を収集・整理し、その検証・比較により導き出された「共生」への具体的な戦略を提言する

B. 研究方法

アジアの中進国の社会保障制度に視点を定めた各分担研究の報告の場として、研究班会議を開催した。中進国の社会保障制度と日本の制度との比較を行い、各国の健康指標および制度の持つ独自性および汎用性を、歴史、経済・政治状況・文化的背景を考慮した上で分析し、国際的な相互補完を実現する包括的社会保障制度の構築を提議した。UNDPのHuman Development Index[人間開発指数]を用いた国際比較を試みると同時に、分担研究として石井が、東アジア・東南アジア地域の主要国について

て、国連人口部、WHO、各国の政府統計部局および保健省による公開資料などから、人口、経済、保健医療に係わる指標を抽出し、比較をおこなった。また西村は、OECD、世界銀行、WHOなどの国際機関の資料を用いて、主に中進国を対象とし、各国の教育水準、所得格差、医療保障の財源調達メカニズムの差異などと各国の健康水準との関連を検討した。

C. 研究結果

石井の分担研究においては、研究地域を東アジア、東南アジアに絞り、その地域における主要8カ国について公衆衛生の動向を分析した。人口等に関する基本統計指標、一国内における都市部と非都市部の格差、一人当たりGDPと0歳平均余命(平均寿命)の関係、更には保健医療の専門家数に関して指標の比較をおこなった結果、分析の対象とした各国は発展段階の相違があるものの、過去の日本と類似する多くの状況が確認された。中国に関する分析において、都市部と非都市部では主要死因が大きく異なることが認められた。日本の死亡統計との比較では、中国都市部は1980年前後、一方で非都市部は1950年前後の日本の状況と類似することが認められた。このような一国内の都市部と非都市部における格差は、インドネシアの乳児死亡率の推移においても顕著であった。

西村の分担研究において、中進国の教育水準、所得格差、医療保障の財源調達メカニズムの差異などと各国の健康水準との関連を検討した結果として、最貧国のみならず中進国に関しても、教育水準の高さが平均寿命などの健康水準と密接な関係にあることが、新たに明らかになった。一方では、対GDPの公的保健医療費支出の全体的な大きさと健康水準には密接な関係があるが、財源調達の方法の差異はほとんど関係がな

いことが明らかとなった。日本に関しては、地域別データを分析した結果、保健支出や医療費と寿命との関係は特に認められなかった。

研究班会議の一環として、UNDPのHuman Development Index〔人間開発指数〕による国際比較を試みた。同指標は、社会発展の度合いにおける国際比較を、経済・教育・健康の側面から可能とし、人間の自己実現の度合い、ひいては幸福度を測ることを目的とした指標として極めて有効であり、以下は世界各国の平均寿命を社会発展の度合い別、地域別に分析した結果である。

先進国：現在平均寿命がもっとも長い日本以下、カナダ・フランス・スウェーデン・スイス・オーストラリア・イタリア・スペインと続く。米国・ドイツなどは上位10位に入らず、逆にポルトガル・メキシコなどが、20位以内である。これらの国の購買力平価で換算した一人あたりの国内生産額を検証の結果、世界の平均寿命を誇る日本の一人あたりのGDPは必ずしも高くなく、逆にスウェーデン・スペイン・英国・アイルランド・メキシコなどは平均寿命順位で隣接する国々と比べて一人あたりのGDPが極めて低い。またスイス・ノルウェー・アメリカ・ルクセンブルグ・韓国等は平均寿命順位で隣接する国々と比較して、一人あたりのGDPが突出していることが明らかとなった。ある程度までの経済発展状況の中では、健康の度合いと経済発展の度合いはかなり強い相関関係があるが、経済発展の度合いが一定のレベルを超えるとその相関関係は弱くなり、むしろ、社会保障システムのあり方が健康水準に大きく係わってくることが示唆された。英国人と米国人はともにアングロサクソンでありながら、一人あたりのGDPは米国の方がはるかに高いが平均寿命は英国が上回る。このように平均寿命と一人あたりのGDPを比較することだけでも、各国のシステムのあり方が大きく反映されることが明白となる。更

に、国内総生産に占める政府最終支出による各国の公的部門と民間部門の比率に関しては、一定レベル以上成熟した社会においては、民間部門の経費は国民の選択とリスク負担によってその用途が決定されるため、公的部門の経費よりもより柔軟に効率的に使われるという観点より、各国の数値を検討した結果、スウェーデン・ノルウェー・デンマークの北欧諸国ならびにフランス・ドイツ・英国といったヨーロッパ諸国の数字がかなり高く、これらの国の健康面でのパフォーマンスとの関連が今後の研究課題として挙げられる。

アジア諸国〔東アジア・東南アジア・南アジア〕：平均寿命がもっとも長いのは日本であるが、以下香港・シンガポール・ブルネイ・スリランカ・韓国・北朝鮮・マレーシアと続く。パキスタン・インド・バングラデッシュなどの南アジア諸国はかなり低い順位に属し、これらの諸国の中で最も順位が低いのはブータン・ラオス・カンボジアである。これらの数値に購買力平価で換算した一人あたりの GDP の数値を重ね合わせて検証をおこなった。平均寿命順位で隣接する国と比べて、一人当たりの GDP が極端に低いのはスリランカ・北朝鮮であり、中国・タジキスタン・ベトナムにもその傾向が見られる。逆に平均寿命順位で隣接する国々と比べて一人当たりの GDP が突出している国はブルネイ・韓国・マレーシアである。同じく朝鮮民族である韓国と北朝鮮は一人当たりの GDP においては2倍以上の開きがあるが、平均寿命の差はほとんどない。一人当たりの GDP において中国のレベル以下の国においては経済発展と健康レベルの間にほぼ一定の相関関係があるが、スリランカのように一人あたりの GDP がかなり低くても極めて長い平均寿命を持つ国のシステムは研究に値する。

ラテンアメリカ諸国：日本とアメリカを加えた平均寿命の順位は日本・コスタリカ・米国・バルバドス・キューバ・チリ・ジャマ

イカの順である。低順位のほうでは低い順にボリビア・グアテマラ・ブラジル・ニカラグア・ペルーと続く。これらの数値に購買力平価で換算した一人あたりの GDP を重ねあわせてみると、平均寿命順位での隣接国と比較して、一人あたりの GDP が突出して低いのは、コスタリカ・キューバ・ジャマイカである。逆に高い国は、チリ・コロンビア・ブラジルである。コスタリカはひとりあたりの GDP に比較して平均寿命のパフォーマンスが極めてよい点で注目し値する。キューバにも同様の傾向が見られることから、社会主義体制との関連が問われる。逆にブラジルは一人あたりの GDP に比べて健康面でのパフォーマンスが芳しくなく、システムに問題があることが示唆され、その説明が今後の研究課題である。更に、以上の数値に教育的側面である各種学校への就学率の数字を重ね合わせてみる。平均寿命順位での隣接国と比較して就学率の数字が突出しているのは、チリ・アルゼンチン・ペルー・ブラジルである。逆に低いのは、キューバ・エルサルバドル・ニカラグア・グアテマラである。チリ・アルゼンチン・ペルー・ブラジル等ラテンアメリカの大国といわれる国々は教育面の数値に対して健康面で数値が劣っており、一方でキューバ・エルサルバドル・ニカラグア・グアテマラ等カリブ中米の小国については、その逆の現象が認められた。

D. 考察・結論

UNDP 人間開発指標を用いた比較において、ある程度の段階までは、経済成長と健康状態の改善に強い正の相関関係があることが認められるが、ある段階を過ぎるとその関連は薄れ、むしろ教育水準が健康状態の改善に大きな影響を与えることが窺える。成熟した情報社会においては、公的部門の役割は、国民の教育レベルをあげ、国民が自主的な判断の基で自己の健康の管理をおこなう制度の構築にあると考えられる。同様の

結論が、西村の中進国を対象とした研究においても導き出され、教育水準の高さが平均寿命などの健康水準と密接な関係にあるという結果により、情報通信革命の進展により各国間の情報ギャップが狭まるなかで、健康に関する情報の収集能力の差異が、今後の医療保障制度のありかたに大きな影響を及ぼすことが示唆された。石井の分担研究では、アジアの主要8カ国の指標分析の結果、過去の日本と類似する状況が多く認められ、今後の本研究における国際協力戦略の策定に際して、この点は大いに考慮されるべきであり、日本の過去の経験が各国が今日直面している問題の解決に役立つ可能性が示唆された。一方、経済の急成長期にある各国においては、国内における都市部と非都市部に大きな格差が生じている現状が明らかになったことから、今後の研究分析において、国全体としての観点に加えて、国内の地域格差にも目をむける必要性が認識された。

平成 12 年度厚生科学研究費補助金
(社会保障国際協力推進研究事業)
分担研究報告書

医療保険制度に係る国際比較と国際協力に関する研究

分担研究者 西村周三 京都大学大学院経済学研究科教授

研究要旨:

主に中進国を対象に、各国の教育水準、所得格差、医療保障の財源調達メカニズムの差異などと各国の健康水準との関連を検討した。情報通信革命の進展で、各国間の情報ギャップが狭まるなかで、健康に関する情報の収集能力の差異が、今後の医療保障制度のあり方に大きな影響を及ぼすことが明らかとなった。過去の日本の経験に関する統計分析の結果は、こういった分析の進め方に参考となった。

A. 研究目的

世界の社会・経済システム全般の世界の流れは、たとえば「市場化」に見られるように、大きく一つの方向に収斂するように見えるが、こと社会保障制度に関しては、主要先進国の制度は必ずしも一種類の制度に収斂する兆しは見えない。しかしながら、他方で近年、世界各国の間は、急速な情報通信革命の進展により情報ギャップが埋まりつつあり、医療保障に関する国際協力のあり方に関して、共通した課題があることが明らかとなってきた。それは、国内での教育水準や所得の差が健康水準に大きな影響を与えることである。本研究では、こういった関連について、中進国間の国際比較により検討する。さらに、日本を一つのケーススタディの対象として、地域別分析により、過去20年の推移に関するさまざまなデータの関連を調査する。これは日本の過去の経験が諸外国に参考となる資料を提供すると思われるからである。

B. 研究方法

OECD、世界銀行、WHOなどのさまざまな国際機関の資料を用いて、世界中進国の医療制度の違いを(1)財源調達の方式、(2)医療提供体制のありかた、という観点から比較する。そのさい、これまで

あまり重視されることのなかった各国の教育水準、国内の所得分布の格差などのデータを比較して、上記の制度の違いとの関連を明らかにする。

C. 研究結果

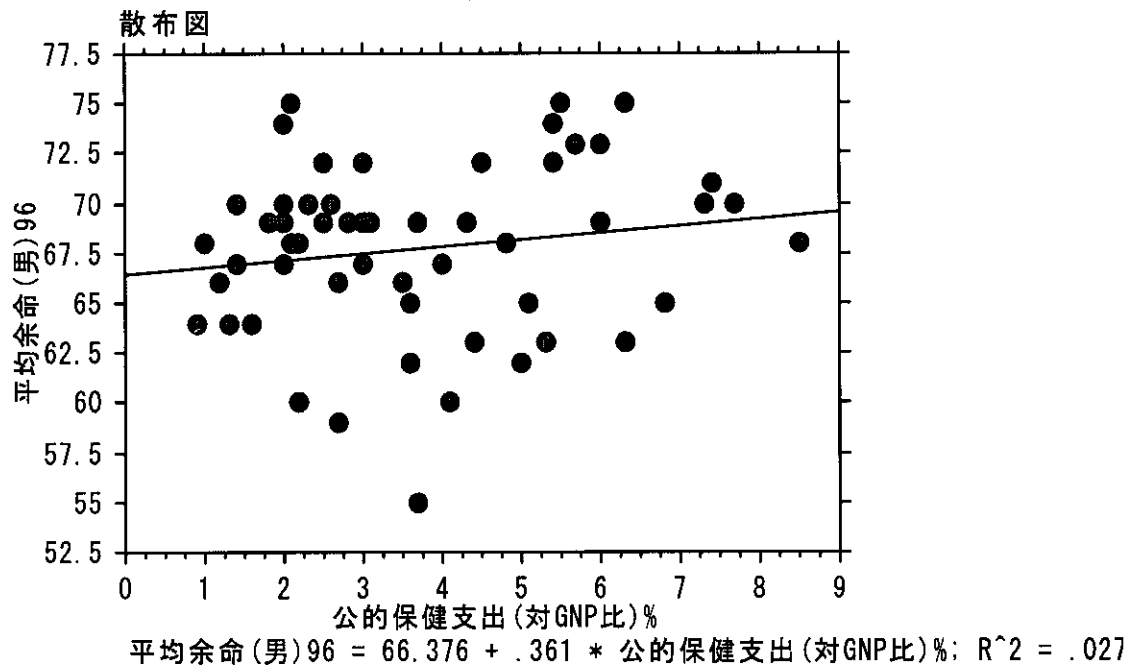
最貧国などに関しては、教育水準の高さが、平均寿命などの健康水準と密接な関係があることが明らかになっていたが、中進国に関しても、この関係が明瞭となった。併せて、対GDPの公的保健医療費支出の全体的な大きさが健康水準と密接な関係があるが、財源調達の方法(公費、保険料)の差異はほとんど関係がないことが明らかとなった。日本に関しては、地域別データによる解析の結果、保健支出や医療費と寿命とはあまり関係がないことが明らかとなった。この点は1970年時点という日本が発展途上にあつた時期に関しても成り立つ。

E. 結論

日本の経験は、単純な統計分析による結果に関する限り、中進国の保健費用の財源政策にあまり参考にならない可能性がある。日本の場合、教育水準の違いがあまり健康指標と相関を持たないからである。しかしながら、この要因を詳細に分析すると、過去の日本の所得分配の平等度

が、現在の中進国と大きな違いがあることがわかり、この要因を考慮すれば、さまざまな示唆的なことが明らかになる。

資料編1: 国際比較



資料編2: 日本

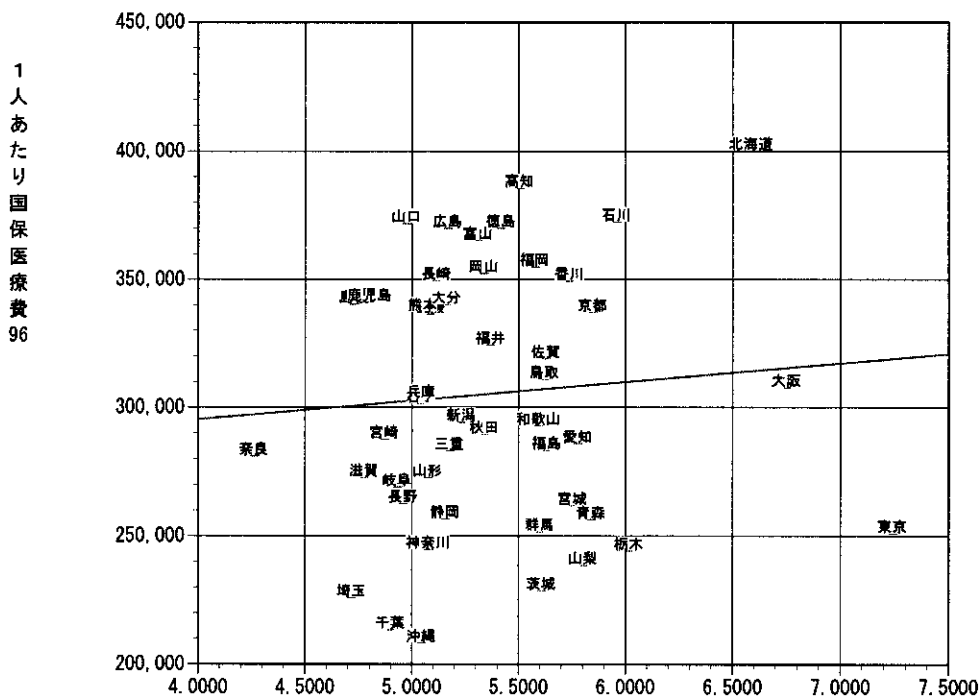
日本に関しては、幸い、社会・経済的諸変数および健康水準に関する、過去30年間にわたる豊富な都道府県別がある。その多くは5年ごとのデータであるので、1965年から95年までの5年ごとのデータによって、次のような分析結果が得られた。

分析結果の概要

- (1) 医療費支出(1人あたり)は、0歳時点の平均寿命とはあまり明確な関係が得られないが、65歳時点の平均寿命は、1人あたり老人医療費と正の相関を持つ。
- (2) 都道府県別に見た1人あたり県民所得は、平均寿命の伸びに大きく貢献した。
- (3) 1人あたりタバコ消費税額は、平均寿命と負の相関を持つ。(図参照)
- (4) 衛生費支出は、寿命の伸びと正の相関を持つ。
- (5) 教育水準の差異は、65年時点では寿命と正の相関を持っていたが、次第にその影響は薄れ、95年時点では、全く相関がない。
- (6) 過去20年間、高い医療費を支出する都道府県は高い医療費を支出し続け、低い医療費を支出する都道府県は低い医療費を支出し続けている。「高い医

療費を支出しても、それが寿命の伸びに寄与する」といった関係は見られない。ただし例外は、65歳時点での寿命の伸びとの関連である。これには、高い医療費支出、特に入院医療費支出が関連している。ただし、この項は過去20年に関するものであり、よりさかのぼれば、必ずしも医療費と寿命に関係がないとはいえないかも知れない

- (7) 「賭け事が好ましいものでない」と評価する人々の多い都道府県では、寿命が長いことが見て取れる。「リスク態度」といったものが寿命に関連している可能性がある。

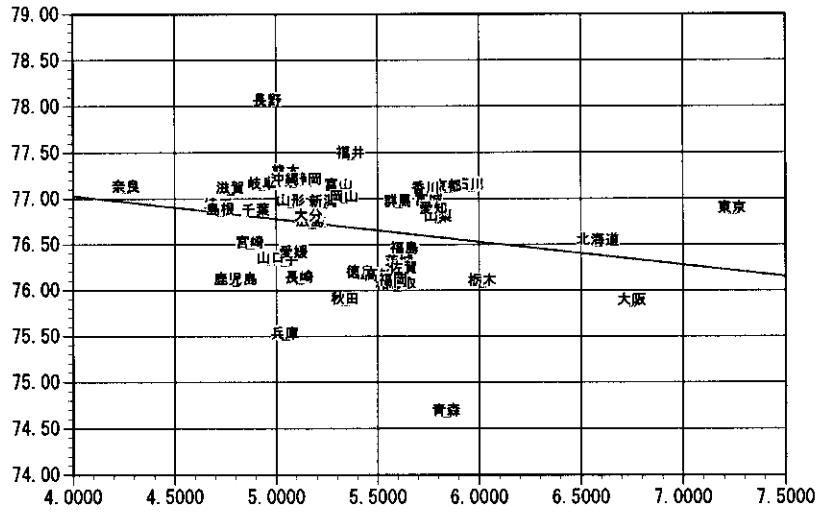


$$f(x) = 7.271232E+3 * x + 2.658908E+5$$

$$R1^2 = 6.391570E-3, R0^2 = 6.391570E-3$$

1人あたりタバコ消費税額 (96)

平均余命 (95)



1人あたりタバコ消費税額 (95)

$$f(x) = -2.503130E-1 * x + 7.802225E+1$$

$$R1^2 = 5.519733E-2, R0^2 = 5.519733E-2$$

医療保険制度に係わる国際比較と
国際協力に関する研究

西村周三
京都大学経済学研究科

医療費と寿命

- 医療費支出（1人あたり）は、0歳時点の平均寿命とはあまり明確な関係が得られないが、65歳時点の平均寿命は、1人あたり老人医療費と正の相関を持つ。

寿命と所得

- 都道府県別に見た1人あたり県民所得は、平均寿命の伸びに大きく貢献した。

タバコ消費と寿命

- 1人あたりタバコ消費税額は、平均寿命と負の相関を持つ。

衛生費支出と寿命

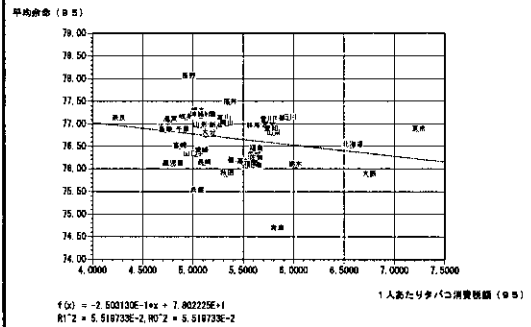
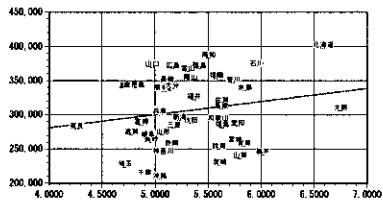
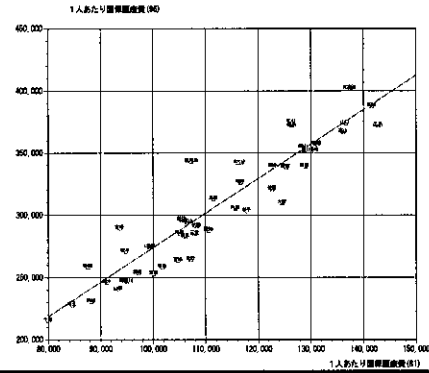
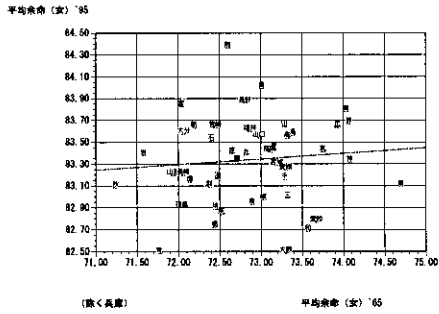
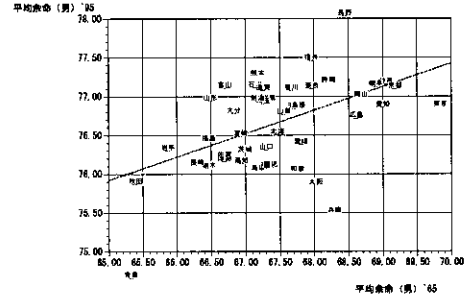
- 衛生費支出は、寿命の伸びと正の相関を持つ。

教育水準と寿命

- 教育水準の差異は、65年時点では寿命と正の相関を持っていたが、次第にその影響は薄れ、95年時点では、全く相関がない。

医療費と寿命

- 過去20年間、高い医療費を支出する都道府県は高い医療費を支出し続け、低い医療費を支出する都道府県は低い医療費を支出し続けている。「高い医療費を支出しても、それが寿命の伸びに寄与する」といった関係は見られない。ただし例外は、65歳時点での寿命の伸びとの関連である。これには、高い医療費支出、特に入院医療費支出が関連している。ただし、この項は過去20年に関するものであり、よりさかのばれば、必ずしも医療費と寿命に関係がないとはいえないかも知れない



平成12年度 厚生科学研究費補助金
(社会保障国際協力推進研究事業)
分担研究報告書

疾病予防／健康増進施策に係る国際比較と国際協力に関する研究

分担研究者 石井 敏弘 国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部主任研究官

研究要旨

日本と関係の深い東アジア、東南アジア地域の主要国について、人口、経済、保健医療に係わる指標を比較したところ、過去の日本と類似する多くの状況が確認された。一方、単なる国別比較では明らかにならない重大な問題として、国内における都市部と非都市部の大きな格差がある国が多いことが示された。

A. 研究の目的と背景

わが国の保健・医療は、政策・施策の形成ばかりでなく、国際間の比較についても、常に欧米先進国のみを意識して論じられてきた。1990年代に入って発展途上国に至るまで国民動態統計が整備された今日でも、基本的な姿勢は変わっていない。

しかし、今日、後天性免疫不全症候群(AIDS)や多剤耐性菌の出現により、新興・再興感染症の脅威が増していること、域内の人的・物的交流が増加していることなどから、公衆衛生の政策・施策を国際的な視点で策定する必要が生じている。また、発展途上国においては、経済発展と相前後して進む人口の高齢化と感染症の脅威という2つの問題(double burden)に悩まされており、この解決は危急の課題になっている。わが国は政府開発援助(ODA)の最大の援助国であり、また世界保健機関(WHO)に対する拠出金においては合衆国に次いで第2位の分担率となっている。国家財政の逼迫を背景に、近年は援助の効率化が論じられるようになり、各国の公衆衛生状況の把握とその改善に係わる課題は、重要性が高くなっている。

また、一部のアジア被援助国においては経済発展が急速に進んでおり、情報技術(IT)

産業など、いくつかの分野では日本を先行する要素もある。しかも気候、民族、生活様式などには共通する部分もあり、これらの国の状況を把握することは、わが国の中長期的な健康政策を考える上で有益であると思われる。

本年度は日本と関係の深い東アジア、東南アジア地域の主要国について、人口、経済、保健医療に係わる指標を収集し、国際比較を試みた。

B. 研究方法

東アジア地域と東南アジア地域における公衆衛生の動向を分析した。わが国との関係が比較的強い極東地域と東南アジア諸国連合(ASEAN)諸国の主要国である、中華人民共和国(中国)、大韓民国(韓国)、フィリピン、マレーシア、ベトナム、インドネシア、シンガポール、タイを対象として、国際連合人口部(UNPOP)、WHO、各国の政府統計部局および保健省による公表資料などから、人口、経済、公衆衛生に係わる指標を抽出し、比較した。

C. 研究結果

1. 人口等に関する基本統計指標

各国の基本統計指標を表1に示した。

人口が多い順に、中国、インドネシア、日本と続き、この3国の人口は1億を超える。

合計特殊出生率が2.0以下であるのは、少ない順に日本、韓国、シンガポール、中国であり、これが2.2を超えるのは、多い順にフィリピン、マレーシア、インドネシア、ベトナムであった。

平均寿命(0歳平均余命)は、日本だけが80歳を超えており、シンガポール、韓国、マレーシアの3国が70歳代であった。その他の国においても、全ての国で60歳を超えていた。

60歳以上人口の割合は、2000年には日本を除く全ての国で11%以下であるが、2025年には約20%あるいはそれ以上に増加することが予測されていた。これは近年の日本の状況に近い。

2001年の都市人口割合は、100%から22%までの広い範囲に及んでいる。何れの国においても、2025年まで増加が予測されていた。

1人あたり国内総生産(GDP)は、最大が日本の23,257、最少がベトナムの1,689で、13.8倍の格差があった。

2. 一国内における都会部と非都市部の格差

国内における都市部と非都市部の格差も大きい。表2に示すように、中国都市部と非都市部では主要死因が大きく異なる。都市部では悪性新生物、虚血性脳疾患、心疾患が上位を占めるのに対して、非都市部では呼吸器疾患が最も多く、虚血性脳疾患、悪性新生物がこれに続く。非都市部では、死因の10位以内に新生児死亡と感染症が入っている。

これをわが国の死亡統計と比較してみると、(疾病分類の相違があることに留意しなければならぬが)都市部は1980年前後の状況と似ているのに対し、非都市部は1950年前後の状況に近い。複数の時代にわたってわ

が国が経験してきた問題が、他国では1つの時代に生じている。

表3に示したインドネシアの乳児死亡率の推移においても、都市部と非都市部では同様に大きな格差が見られる。1967年から1995年までの28年間に乳児死亡率の改善状況を見ると、ジャカルタ地区では129から26.1と約5分の1近くになっているのに対して、カリマンタン・バラトでは144から70.3、カリマンタン・セラタンでは165から70.7と、5~6割程度の減少になっていた。

3. 1人あたり国内総生産(GDP)と0歳平均余命(平均寿命)の関係

1人あたりGDPと平均寿命の関係を図に示した。全世界的に観ると、今回取り上げた国々では、1人あたりGDPの格差が大きいのに対して、平均寿命の格差は比較的小さかった。

平均寿命が短い国はサハラ以南アフリカ諸国に多く、これらの国々では貧困とヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染症の猛威に曝されている。

4. 保健医療の専門家数

人口10万対の医師数、看護婦数、歯科医師数を表4に示した。医師、看護婦、歯科医師とも、日本が群を抜いて多い。

D. 考察

今回取り上げたアジアの国々は、発展段階の相違があるものの、過去の日本と類似する状況が少なくない。こうしたことは公衆衛生以外の分野でも報告されており、この意味ではわが国の過去の経験が問題の解決に役立つ可能性が示唆される。

他国の多くは経済の急成長期にあり、一部の都市においてはわが国より先行する基盤整備も行われている。しかし、国民1人あたりの経済力が相応には高くないことから、こうした繁栄は他方で大きな国内格差を生み

出していると考え。こうした国内格差は、国別平均データの格差にも匹敵するほど大きいことが少なくないことから、単なる国別比較に止まらない分析が必要である。

E. 結論

国全体として観点に加えて、国内の地域格差にも目を向ける必要性は大きい。

付録

分担研究者 石井敏弘 (国立公衆衛生院 公衆衛生行政学部 主任研究者)
研究協力者 中沢真也 (日経BP 介護情報センター 次長)

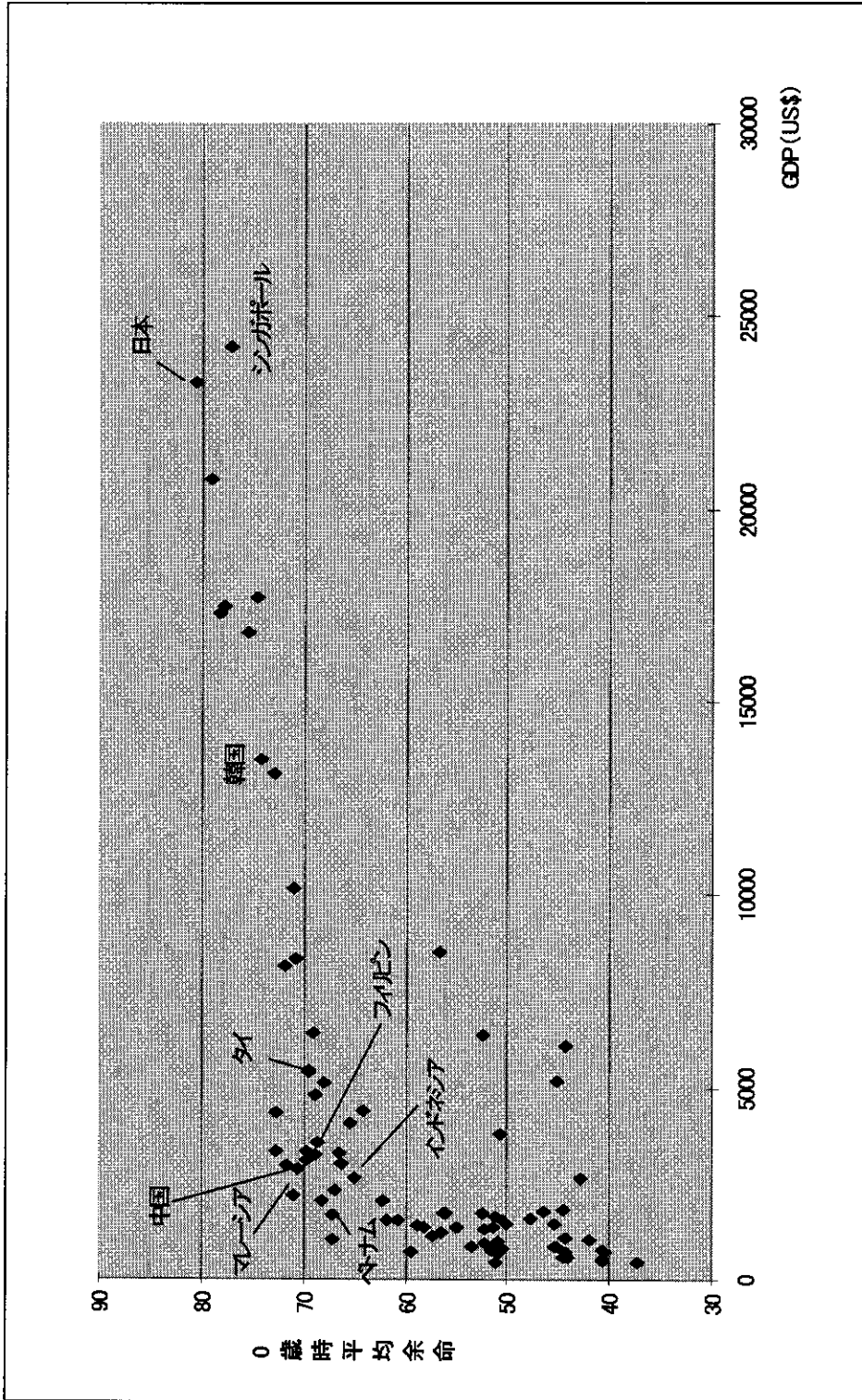


図 平均寿命と1人あたり国内総生産(GDP)との関係

Source: Population, Environment and Development 2001, World Population Prospects The 2000 Revision
(United Nations Population Division)

表1 各国の基本統計指標

	日本	中国	韓国	フィリピン	マレーシア	ベトナム	インドネシア	シンガポール	タイ
人口 (千人, UN, 2001)	127,335	1,284,972	47,069	77,131	22,633	79,175	214,840	4,108	63,584
人口増加率 (% , UN, 2000-2005)	0.1	0.7	0.7	1.9	1.7	1.3	1.2	1.7	1.7
合計特殊出生率 (UN, 1995-2000)	1.41	1.80	1.51	3.64	3.26	2.50	2.60	1.60	2.10
平均寿命 (UN, 1995-2000)	80.5	69.8	74.3	68.6	71.9	67.2	65.1	77.1	69.6
乳児死亡率 (UN, 1995-2000 per 1000)	3.5	41.4	7.9	34.4	11.6	40.1	48.4	4.9	25.4
60歳以上人口の割合 (UN, 2000)	23.2	10.1	11.0	5.5	6.6	7.5	7.6	10.6	8.1
60歳以上人口の割合 (UN, 2050)	42.3	29.9	33.2	19.5	20.8	23.5	22.3	35.0	27.1
都市人口の割合 (ESCAP, 2001)	79	33	82	59	58	24	42	100	22
都市人口の割合 (ESCAP, 2025)	84	47	90	72	71	30	61	100	36
1人あたり国内総生産 (US\$, 世銀, 2001)	23,257	3,105	13,478	3,555	2,310	1,689	2,651	24,210	5,456

表2 死因順位の比較

中国都市部の主な死因 (1998)

疾患名	死亡率 (人口10万対)
1 悪性新生物	139.0
2 虚血性脳疾患	137.7
3 心疾患	106.6
4 呼吸器疾患	86.8
5 外傷・毒物	38.8
6 消化器疾患	18.7
7 内分泌・代謝・免疫系疾患	17.2
8 泌尿器疾患	9.3
9 精神疾患	7.0
10 神経疾患	5.8

WHO, 2000

中国非都市部の主な死因 (1998)

疾患名	死亡率 (人口10万対)
1 呼吸器疾患	142.1
2 虚血性脳疾患	113.1
3 悪性新生物	105.6
4 心疾患	80.1
5 外傷・毒物	69.2
6 消化器疾患	24.8
7 泌尿器疾患	9.2
8 肺結核	8.5
9 新生児死亡 *	1,172.3
10 感染症(肺結核を除く)	6.5

WHO, 2000

* 出生10万対

日本の主な死因 (1998)

疾患名	死亡率 (人口10万対)
1 悪性新生物	226.7
2 心疾患	114.3
3 脳血管疾患	110.0
4 肺炎	63.8
5 不慮の事故	31.1
6 自殺	25.4
7 老衰	17.1
8 腎不全	13.3
9 肝疾患	12.9
10 糖尿病	10.0

厚生省, 2000

日本の主な死因 (1950)

疾患名	死亡率 (人口10万対)
1 全結核	146.4
2 脳血管疾患	127.1
3 肺炎および気管支炎	93.2
4 胃腸炎	82.4
5 悪性新生物	77.4
6 老衰	70.2
7 心疾患	64.2
8 新生児固有の疾患	62.2
9 不慮の事故	39.5
10 腎炎およびネフローゼ	32.4

厚生省, 2000

表3 インドネシアの都市部と地方における乳児死亡率の推移

地域名	人口密度 (/sq km)	乳児死亡率(出生1000対)	
		1967年 ^{1*}	1995年 ^{2*}
DKI Jakarta	13,786	129	26.1
DI Yogyakarta	920	102	23.4
Kalimantan Barat	25	144	70.3
Kalimantan Selatan	77	165	70.7
Sulawesi Selatan	104	161	63.0

*1 1971 Indonesian Population Census

*2 1997 Indonesian Demographic and Health Survey

表4 国別にみた保健医療専門家数(人口10万対)

	日本	中国	韓国	フィリピン	マレーシア	ベトナム	インドネシア	シンガポール	タイ
医師	193.2	161.7	136.1	123	65.8	48	16	162.7	24
看護婦	744.9	98.6	291.2	418	113.3	56	50	492.1	87
歯科医師	68.6	-	33.4	52	8.6	-	-	28.9	-

WHO, 1998