

- 8) Peters. D. H. , Yazbeck. A. S. ,
Sharma. R. R. , et. al. , " Better Health
Systems for India' s Poor" , IBRD/WB,
2002.
- 9) 浅野昌彦. インドの保健医療制度, 健康
サービス市場及び業界動向調査調査報
告書. 特定非営利活動法人健康サービス
産業振興機構, 2006.
- 10) Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH), Ministry of
Health and Family Welfare, Government
of India.
<http://www.indianmedicine.nic.in/index.asp>
- 11) 門倉 貴史 : 大図解 インド経済の実力,
日本経済新聞社, 2006. 5
- 12) Family welfare statistics in India -
2006. Ministry of Health and Family
Welfare, Government of India, New
Delhi, 2007.
- 13) National Health Profile - 2006.
Central Bureau of Health Intelligence,
Directorate General of Health
Services. Ministry of Health & Family
Welfare, Government of India, 2007.
- 14) AYUSH Annual Reports 2005-2006.
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH), Ministry of
Health and Family Welfare, Government
of India, 2007.
- 15) AYUSH in India 2005. Planning &
Evaluation Cell, Department of
Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani,
Siddha and Homoeopathy (AYUSH),
Ministry of Health and Family Welfare,
Government of India, 2006.
- 16) An Over View of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy in India. Department of
Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani,
Siddha and Homoeopathy (AYUSH),
Ministry of Health and Family Welfare,
Government of India, 2004.
- 17) A Journey of Research in Unani
Medicine. Central Council for
Research in Unani Medicine,
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH), Ministry of
Health and Family Welfare, Government
of India, 2005.
- 18) The Arya Vaidya Sala, Kottakkal - Our
Progress - A bird' s eye view - 2006.
P. S. V. Natya Sangham, Arya Vaidya
Sala, Kottakkal, Kerala, India.
- 19) The World Health Report 2000 - Health
Systems: Improving Performance - THE
WORK OF WHO. World Health
Organization, 2000.
- 20) Raj Kumar Manchanda, Mukul
Kulashreshtha. Cost Effectiveness
and Efficacy of Homeopathy in Primary
Health Care Units of Government of
Delhi-A study. Paper presented at 60
th International Homeopathic
Congress organized by LIGA at Berlin,
Germany from 4 th May 2005 to 7 th May
2005.

H. 健康危険情報

なし	Director (Ayurveda) Dr. S. K. Sharma
I. 研究発表	
1. 論文発表	Government of India
なし	Ministry of Health & Family Welfare
2. 学会発表	Department of Ayurveda, Yoga &
なし	Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH)
J. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況	Morarjee Desai National Institute of Yoga Director
1. 特許取得	Dr. Ishwar V. Basavaraddi
なし	
2. 実用新案登録	Government of India
なし	Ministry of Health & Family Welfare
3. その他	Department of Ayurveda, Yoga &
なし	Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH)
訪問調査先	CMO I/C, CGHS Ayurvedic Hospital
Government of India	Director
Ministry of Health & Family Welfare	Dr. Jalardan Pandey Vaivya
Director	
Dr. Vinayak M. Prasad	Government of India
	Ministry of Health & Family Welfare
Government of India	Department of Ayurveda, Yoga &
Ministry of Health & Family Welfare	Naturopathy, Unani, Siddha and
Department of Ayurveda, Yoga &	Homoeopathy (AYUSH)
Naturopathy, Unani, Siddha and	Deputy Adviser (Ayurveda)
Homoeopathy (AYUSH)	Dr. Diuesh Katoch
Mr. S. K. Chadha, Mr. Shiv Basant, Ms. Anita Das, Dr. S. Madhavan	Government of India
	Ministry of Health & Family Welfare
Government of India	Department of Ayurveda, Yoga &
Ministry of Health & Family Welfare	Naturopathy, Unani, Siddha and
Department of Ayurveda, Yoga &	Homoeopathy (AYUSH)
Naturopathy, Unani, Siddha and	Four Central Councils at Jawaharlal
Homoeopathy (AYUSH)	Nehru Bhartiya Chikitsya avum Homeopathy

Anusthan Bhawan (JLNBC & HAB)
Central Council for Research in Ayurveda
& Siddha Medicine
Director
Dr. G. S. Lavekar
Dr. M. M. Padhi

Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH)
Four Central Councils at Jawaharlal
Nehru Bhartiya Chikitsya avum Homeopathy
Anusthan Bhawan (JLNBC & HAB)
Central Council for Research in Yoga &
Naturopathy Medicine
Director
Dr. B. T. Chidananaa Murthy

Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH)
National Academy of Ayurveda
Rashtriya Ayurveda Vidyapeeth
Director
Dr. V. V. Prasad

Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH)
Four Central Councils at Jawaharlal

Nehru Bhartiya Chikitsya avum Homeopathy
Anusthan Bhawan (JLNBC & HAB)
Central Council for Research in
Homeopathy Medicine
Director
Dr. Chaturbhujaya Nayak

Government of India
Ministry of Health & Family Welfare
Department of Ayurveda, Yoga &
Naturopathy, Unani, Siddha and
Homoeopathy (AYUSH)
Four Central Councils at Jawaharlal
Nehru Bhartiya Chikitsya avum Homeopathy
Anusthan Bhawan (JLNBC & HAB)
Central Council for Research in Unani
Medicine
Director
Dr. M. Khalid. Siddiqui
Assistant Director
Dr. Raakhee Mehra

Global Health Private Limited
Medicity Gurgaon
Chairman
Dr. Naresh Trehan

Global Health Private Limited
Medicity Gurgaon
Consultant (Holistic Medicine)
Dr. G. Geetha Krishnan

Global Health Private Limited
Medicity Gurgaon
General Manager
Dr. Sandeep Sawhney

情報収集協力者

在日インド総領事館

総領事

Om Prakash

在日インド総領事館

南波亘子

グジャラート・アーユルヴェーダ大学

元大学院学長

H. S. Sharma 博士

大阪アーユルヴェーダ研究所

所長

稲村晃江 博士

表1. インドの主な経済指標

1. 主要産業	農業、工業、鉱業、IT産業
2. GDP	8,260億ドル(2006年度:インド政府資料)
3. 一人当たりGNI	736.5ドル(2006年度:インド政府資料)
4. GDP成長率	9.4%(2006年度:インド政府資料)
5. 物価上昇率	7.8%(消費者物価指数)、5.4%(卸売物価指数) (2006年度:インド政府資料)
6. 外貨準備高	2,513億ドル(2007年10月:インド政府資料)
7. 債務返済比率(DSR)	4.8%(2006年度:インド政府資料) (注) DSR(Debt Service Ratio): 年間の対外債務返済総額の輸出額に占める割合
8. 総貿易額(2006年度)	輸出:1246.3(単位:億ドル)(インド政府資料) 輸入:1813.7
9. 主要貿易品目	輸出:工業品、繊維・繊維製品、宝石、化学関連製品、石油製品 輸入:原油・石油製品、電子機器、電気機械、金、宝石類
10. 主要貿易相手国 (地域) (2006年4~10月 の累計)	輸出:米国、UAE、中国、シンガポール、英国、香港、 (日本は第10位) 輸入:中国、サウジアラビア、米国、スイス、UAE、ナイジェリア、 (日本は第15位)
11. 通貨	ルピー
12. 為替レート (2006年度平均)	1ルピー=約2.58円 1米ドル=約45.3ルピー

(出典:外務省各国情報)

表 2. インドの伝統医学に関する養成機関・学生数 (2007 年)

SUMMARY OF ADMISSION CAPACITY AND MANAGEMENT STATUS OF POST GRADUATE AYUSH COLLEGES AS ON 1.4.2005

Name of the System	Government		Others		Total	
	No. of Colleges	Admission Capacity	No. of Colleges	Admission Capacity	No. of Colleges	Admission Capacity
Ayurveda	30	508	27	397	57	905
Unani	4	56	4	17	8	73
Siddha	3	110	-	-	3	110
Homoeopathy	5	108	26	932	31	1040
Total	42	782	57	1346	99	2128

(出典 : AYUSH in India 2005. Planning & Evaluation Cell, Department of Ayurveda, Yoga & Naturopathy, Unani, Siddha and Homoeopathy (AYUSH), Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2006.)

表 3. インドの伝統医学の医療機関・病床・資格・養成機関・学生・企業数 (2007 年)

Statistics of AYUSH as on 1.4.2007

Name of the System	Hospitals	Beds	Dispensaries	Registered Practitioners	UG Colleges		PG Colleges		Pharmacies
					No	Capacity	No	Capacity	
Ayurveda	2398	42963	13914	453661	240	11225	62	991	7621
Siddha	281	2401	464	6381	7	350	3	110	325
Unani	268	4489	1010	46558	39	1750	7	67	321
Homoeopathy	230	10851	5836	217850	183	13425	33	1084	628
Naturopathy	18	722	56	888	10	385	-	-	-
Yoga	8	135	71	-	-	-	-	-	-
Total	3203	61561	21351	725338	479	27135	105	2252	8895

(出典 : AYUSH URL 統計データ)

表 4. インドの伝統医学の医療機関・病床・資格・養成機関・学生・企業数 (2007 年)

SUMMARY OF INFRASTRUCTURE FACILITIES UNDER AYURVEDA, YOGA & NATUROPATHY,
UNANI, SIDDHA AND HOMOEOPATHY (AYUSH) as on 1.4.2007

The system wise AYUSH infrastructure available in the Country is as following:

Facilities	Ayurveda	Unani	Siddha	Yoga	Naturo pathy	Homoeo pathy	Amchi	Total
Hospitals	2398	268	281	8	18	230	1	3204
Beds	42963	4489	2401	135	722	10851	22	61583
Dispensaries	13914	1010	464	71	56	5836	86	21437
Regd. Practioners	453661	46558	6381		888	217850		725338
(i) Institutionally Qualified	324242	23982	2926		839	154240		506229
(ii) Non Institutionally Qualified	129419	22576	3455		49	63610		219109
(i) AYUSH Colleges (UG & PG)	242	40	8		10	185		485
(ii) Admission Capacity (UG & PG)	12216	1817	460		385	14509		29387
(i) Colleges (UG)	240	39	7		10	183		479
(iii) Admission Capacity (UG)	11225	1750	350		385	13425		27135
(i) Colleges (PG)	62	7	3			33		105
(ii) Admission Capacity (PG)	991	67	110			1084		2252
Exclusive PG Colleges	2	1	1			2		6
Admission Capacity (Exclusive PG)	40	28	30			99		197
Manufacturing Units	7621	321	325			628		8895

Note :- Total Figures of hospitals and beds and dispensaries includes one Hospital with 22 Beds and 86 Dispensaries of Amchi system respectively.

(出典 : AYUSH URL 統計データ)

表5. インドの伝統医学に関する研究機関

List of Approved Ayurveda, Siddha & Unani Drug Testing Laboratories Under Rule -160
A to J of the Drugs and Cosmetics Rule 1945

NAME OF THE LABORATORY	Telephone & Fax
1. M/S Varun Herbals Pvt. Ltd., 5-8-293/A, Mahesh Nagar, Chirag Ali Lane, Hyderabad.	040-23202731 Fax: 040-23202731
2. M/S Sipra Labs Pvt. Ltd., 407, Nilgiri, Adiya Enclave, Ameetpet, Hyderabad - 500 038.	040- 23734720/23746873 Fax: 040-23746871
3. Captain Srinivasa Murti Drug Research Institute for Ayurveda (CCRAS), Arumbakkam, Chennai - 600 106.	26214823 Fax: 26214809
4. M/s Sowparnika Herbal Extracts & Pharmaceuticals Pvt. Ltd., No.31-A/2A, North Phase, SIDCO Industrial Estate, Chennai - 600 098.	26252590 Fax: 26521607
5. Regional Research Laboratory (CSIR), Canal Road, Jammu Tawi, Jammu - 180 001.	0191-2544382, 2547493 Fax: 0191-2543829, 2547850
6. ARBRO Pharmaceuticals Ltd., 4/9, Kirti Nagar Industrial Area, New Delhi - 110 015	011-255457188, 25457923 Fax: 91-11-25463784
7. Shriram Institute for Industrial Research, 14 & 15 Sathyamangala Industrial Area, Whitefield Road, Bangalore - 560 048.	
8. Bangalore Test House, 65/20th Main Morenhalli, Vijayanagar, Bangalore.	
9. FRLHT, 74/2 Jarakabande Kaval, Post Attur Via Yelahanka, Bangalore - 560 064.	080-333 6909, 3434465 Fax: 080-333 4167
10. M.S. Ramaiah Drugs and Allied Products Testing Laboratories, M.S. Ramaiah Nagar,	

M. S. R. I. T (POST), Bangalore - 560 054.	
11. Ozone Pharmaceuticals Ltd., (Analytical Lab) MIE, Bahadurgarh, Dist. Jajjhar, Haryana - 124 507.	01276-267792, 227137 01276-268037
12. M/S Standard Analytical & Research Laboratories, 358/4, Laxmibai Nagar, Industrial Estate, Kilamaidan, Indore, M.P - 452 004.	0731-2412818 Fax: 0731-2410204
13. M/S Anusandhan Analytical & Biochemical Research Laboratory Pvt. Ltd., Indore, 435, M.G. Road, Shiv Vilas Place, Rajwada, Indore, M.P - 452 004.	0731-2534167, 5054924
14. M/S Choksi Laboratories Ltd., 6/3, Manoramganj, Indore, M.P - 452 001.	+91 731 2490592, 2493592/93, 5070019 Fax: +91 731 2490593
15. M/S Quality Control Laboratory, Plot No. 17, Malviya Nagar, Bhopal, M.P - 462 003.	(0755) 2573935, 5222448
16. J.R.D. Tata Foundation for Research in Ayurveda and Yoga Sciences, Arogyadham (Deendayal Research Institute) Chitrakoot, Satna, M.P - 485 331.	07670-265632, 265609, 265353 Fax: 07670-265477, 265623, 265510
17. Shriram Institute for Industrial Research, University Road, Delhi.	
18. M/s Sitharam Ayurved Pharmacy Ltd., Nedumpuzha, Thrissur, Kerala.	
19. Vaidya Rathnam, Aushadhshala, Ollur, Thrissur.	
20. Arya Vaidyashala Kotakkal, Malapuram.	

21. M/s Natural Remedies Pvt. Ltd., Bangalore.	
22. Drug Testing Laboratory, Niper, Mohali, Chanidgarh.	
23. M/s Standard Analytical Laboratory Pvt. Ltd. 69, Functional Industrial estate, Patparganj, De;lhi-92.	
24. Shilpacham Manufacturers of Ayurvedic Pharmaceutical Products, 47-D estate Fort, Laxmibai Nagar, Indore-452006.	
25. Laboratories Service Division, Sargam Metals Pvt. Ltd. Chennai.	
26. M/s Amol Pharmacuetical Pvt. Ltd., Sanganer Jaipur, Rajasthan.	

(出典 : AYUSH URL 統計データ)

表6. インドの伝統医学に関する公的情報提供機関とそのURL (一部 URL 無し)

Organisation	Website
AYUSH	www.indianmedicine.nic.in/index.asp
National Medicinal Plants Board (NMPB)	www.nmpb.nic.in
Pharmacopoeia Laboratory of Indian Medicine (PLIM)	-
Homoeopathic Pharmacopoeia Laboratory (HPL)	www.hplism.org
Central Council of Indian Medicine	www.ccimindia.org
Central Council of Homoeopathy	www.cchindia.com
Central Council for Research in Ayurveda & Siddha (CCRAS)	www.ccras.nic.in
Central Council for Research in Unani Medicine (CCRUM)	-
Central Council for Research in Homoeopathy (CCRH)	www.ccrhindia.org
Central Council for Research in Yoga & Naturopathy (CCRYN)	www.ccryn.org
National Institute of Ayurveda (NIA)	www.nia.nic.in
National Institute Of Unani Medicine (NIUM)	www.niumbangalore.co.nr www.nium.in
National Institute of Homoeopathy (NIH)	www.nih.nic.in
National Institute of Naturopathy (NIN)	www.punenin.org
Rashtiya Ayuerved Vidhya Peeth (RAV)	www.ravdelhi.nic.in
Morajee Deseai National Institute of Yoga (MDNIY)	www.yogamdny.com www.mdny.nic.in
Indian Medicines Pharmaceuticals Corporation Ltd. (IMPCL)	www.impclmohan.com

(出典：AYUSH URL 統計データ)

II. 分担報告書 3.

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究

分担報告書

中国（中華人民共和国）における統合医療の現状調査研究

分担研究者 広井 良典（千葉大学法経学部 教授）

研究協力者 小野 直哉（同志社大学感情ストレス健康研究センター）

研究協力者 王 財源（関西医療大学鍼灸学部）

研究協力者 後藤 修司（東京衛生専門学校）

研究協力者 兵頭 明（東京衛生専門学校）

研究協力者 安井 廣迪（日本TCM研究所）

研究要旨

目的：中国における統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲の把握、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を把握し、中国における統合医療や相補・代替医療の現状を検討すること。方法：中国における統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療関連機関への訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。結果：中国の医療体系は西洋医学と中医学の二本立ての体制で、正規の医師として、西洋医師と中醫師が存在し、更に西洋医学と中医学を学んだ中西医結合医師もいる。中医学は西洋医学と同様に5年間の大学教育と研修医制度をとっている。また、日本の保健機能食品制度と同様の制度があり、中国政府が機能性食品の認証や管理を積極的に行っており、健康食品産業が盛んであり、他の相補・代替医療も多く中国民に利用されている。考察：中国では、日本では見られない、伝統医学を取り入れた正規の医療システムが、西洋医学と共存している。西洋医学と中医学を併用した統合医療モデルも中西医結合医師として臨床を行っており、医療サービスの提供と共に、大学や研究機関における中医薬由来の製薬や健康食品の研究開発等、産業の創出を試みており、学術及び産業界のみならず、国策としての動向が伺える。結論：中国における統合医療や相補・代替医療は、医療及び産業において、日本以上に活用されており、特に中医学は、中国民の福祉と経済発展のための中国独自の資源として、医療資源及び知財産資源の両面から活用されている。

A. 研究目的

中国における統合医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）の概念や種類、範囲の把握、及び中国における統合

医療や相補・代替医療（特に伝統医学及び健康食品等）に関する保険上の位置付け（公的保険、私的保険の償還の現状等）、現行及び今後の規制（制度上、正規の医療システ

ムに含まれるか否か等)に関する状況を把握し、中国における統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)の現状を検討すること。

B. 研究方法

中国における統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)の概念や種類、範囲に関連する既存データや文献等の情報、及び統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)に関する保険上の位置付け(公的保険、私的保険の償還の現状等)、現行及び今後の規制(制度上、正規の医療システムに含まれるか否か等)に関する状況を、インターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)関連機関への質問項目を用いての訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。

(倫理面への配慮)

人を対象としていない文献調査のため倫理面での配慮は特にない。

C. 研究結果

1. 中国の社会状況

人口構成(年齢、民族)

中国の人口は1960年の6.67億人から2003年には12.884億人に増加した。このうち、1963年から1974年までの人口増加率は持続的に2%を超えていたが、1998年以降、増加率は1%以内に減少した。その要因は、1970年代末期に実施された1人子政策で、80年代以降の人口増加率を減少させる役割を果たしてきた。中国には56民族があり、2000年の国勢調査によると、漢民

族は総人口の91.59%を占め、少数民族は僅か8.41%であった。55の少数民族のうち、壮民族の人口が一番多く、1,600万人である。また、少数民族は西南、西北、東北地方に集中している。

人口構成においては、女性の方が男性より少なく、女性の総人口に占める比率は平均で48.5%である。人口増加率の減少に伴い、先進国と同様人口高齢化という社会問題が出現しつつある。0-14歳人口の比率は1960年の38.9%から2003年には23.65%に減少する一方、15-64歳人口の比率は56.1%から69.1%に増加した。2001年に、65歳以上人口の総人口に占める比率はすでに7%台を突破して高齢化社会に入り、2003年には7.3%となった。さらに、今後、人口高齢化が早いスピードで進展していくことが予測されている。また、1960年の都市部の人口は総人口の16%に過ぎなかったが、経済の発展に伴い、徐々に増加し、1981年に20%を超え、1994年に30%を超え、2003年には38.7%となった。農民工(出稼ぎ者)を中心とする流動人口を含めれば、都市部の人口はさらに多くなることが推測される。

宗教

宗教については、宗教信教自由の政策の下で、仏教を主として、イスラム教、キリスト教および道教などが存在しており、信者は1億人を超えている。

政治体制・行政制度

中国は1949年10月1日に建国され、人民代表大会制度を根本的な政治制度とする社会主義国家であり、全国人民代表大会

が国家の最高権力機関で、地方人民代表大会は地方の最高権力機関で、委員はいずれも任期 5 年である。国家機関では、全国人民代表大会、国家主席、國務院、中央軍事委員会、人民法院および人民検察院からなっている。国家の行政機関、審判機関および検察機関が全国人民代表大会で定められている。

経済（産業、所得）

国内総生産(GDP)の成長率は、1991 年以降、持続的に 7%以上を維持している。2004 年の GDP は 136,515 億元で、成長率は 9.5%であった。このうち、第一次産業の成長率は 6.3%、第二次産業 11.1%、第三次産業 8.3%であった。同年の固定資産投資においては、都市部の投資は 58,620 億元で、27.6%増加し、農村部の投資は 11,452 億元で、17.4%増加した。また、都市部の固定資産投資ⁱⁱⁱにおいては、第一次、二次、三次産業はそれぞれ 20.3%、38.3%、21.6%増加しており、うち石炭は 60.8%、石油と天然ガス 17.9%、交通運輸と郵政 20.2%、教育 21.8%、医療保健は 23.8%増加した。私的投資の増加率は公的投資より多く、47.9%であり、全体の投資に占める比率は 8.6%から 9.9%に上昇した。さらに、中部、西部における投資の増加率は東部より高かった。

また、2004 年の国民の収入と支出は、都市部、農村部とも増加していた。都市部における 1 人当たり純収入は 9,422 元で、前年より実質 7.7%増加し、1 人当たり消費支出は 7,182 元で、実質 6.8%増加した。支出のうち、食料品の増加率は 12.1%で、教育文化 10.3%、交通と通信 17%、保健医

療 11%であった。農村部における農民 1 人当たり純収入は 2,936 元で、実質 6.8%増加しており、農民 1 人当たり消費支出は 2,185 元で、実質 7.3%増加した。支出のうち、食料品の増加率は 16.5%で、教育文化 5.1%、交通と通信 18.5%、保健医療 12.8%であった。

国民の健康状態

保健・医療に関する統計

- 主な保健指標（単位、データ発表年）
- 0 歳平均余命（年、2004）男 70、女 74
- 健康寿命（HALE）（年、2002）男 63、女 65
- 15-60 歳死亡率（人口千対、2004）男 158、女 99
- 5 歳以下死亡率（出生千対、2004）31
- 乳児死亡率（出生千対、2004）26
- 新生児死亡率（出生千対、2000）21
- 妊産婦死亡率（出生十萬対、2000）56
- 年齢調整死亡率／がん（人口十萬対、2002）291
- 年齢調整死亡率／循環器疾患（人口十萬対、2002）148
- 年齢調整死亡率／事故（人口十萬対、2002）79

（出典：World Health Organization 2006）

人口の出生率は 1952 年の 37.0‰から 2003 年の 12.41‰に、死亡率は 1952 年の 17.0‰から 2003 年の 6.40‰に減少した。また、出生時平均余命(Life expectancy at birth)は 1960 年には 36.3 歳であったが、2003 年には 70.8 歳に大幅に増加した。

2003 年の第三回国家医療サービス調査によると、被調査者の 2 週間罹患率(Two-week

Morbidity Rate)は143.0%(都市部153.2%、農村部139.5%)であったが、これによって、季節の影響を調整した年間の患者数を推計すると50.8億人となり、1993年より7.1億人増加したことが推算される。罹った疾患を多い順に見ると、都市部では、高血圧、急性上気道感染症、急性鼻炎咽頭炎、急性慢性胃腸炎、脳血管疾患、糖尿病であり、農村部では、急性上気道感染症、急性鼻炎咽頭炎、急性胃腸炎、高血圧、インフルエンザ、関節リウマチであった。一方、慢性病の罹患率は151.1%(都市部239.6%、農村部120.5%)であり、これによって推計した年間の慢性病患者数は1.6億人であり、10人当たり1.3人が慢性期疾患に罹ったことが推測される。

2004 衛生統計年鑑によると、2003 年における都市部住民の死亡の疾病別順位では、1位は悪性腫瘍(21.98%、疾病による死亡の総数に占める比率、以下同じ)、2位脳血管疾患(18.15%)、3位呼吸器系疾患(16.73%)、4位心臓病(16.43%)、5位外傷と中毒(7.65%)であり、農村部では、1位は悪性腫瘍(20.98%)、2位呼吸器系疾患(19.31%)、3位脳血管疾患(18.21%)、4位心臓病(13.48%)、5位外傷と中毒(9.05%)であった。1990年から2003年までの間における上位5位の疾病別死因には大きな変化はなかったが、2003年以前の農村部の統計では、呼吸器系疾患が1位であったが、2003年の統計では、都市部と同じように悪性腫瘍が1位になった。

2. 保健医療システム

1970年代末期に実施された改革開放

政策が医療体制を含む社会の各分野に大きな影響を及ぼしているため、保健医療システムを分析する場合には、時間軸を「改革開放」の前および後に分ける必要があり、また、社会、経済には二次元の構造があるため、地域を都市部と農村部に分ける必要があると考えられる。

医療提供体制

医療機関を詳しく分類すると総合病院、中医病院、東洋と西洋医学との結合の病院、民族医学病院、専門病院、伝染病病院、美容病院、療養院、リハビリ病院、診療所、郷(鎮、街道)衛生院、村衛生室、婦人児童保健院(所)、救急センター、専門疾病予防治療院(所、站)、臨床検査センター、看護院(站)に分けられ、国家レベルの医療機関は中央政府の衛生省(日本の元の厚生省にあたる機関)に、地方(省、市、県)レベルの医療機関は地方政府の衛生省に指導・監督されている。中央政府の衛生省は国民の健康水準の向上を宗旨として、保健・医療政策の策定、公衆衛生の管理、医療機関の指導などを行っている。地方政府の衛生省は、中央政府の指導の下で、管轄地域内の医療機関の指導・監督を行っている。衛生省は医療機関だけでなく、公衆衛生システムの一部である疾病予防コントロールセンター(centers for diseases control and prevention)と衛生監督所も指導している。一方、薬品に関する政策は「食品薬品监督管理局」という政府機関によって策定されており、医療保険に関する政策および公的医療保険の医療費給付については、「労働保障省」という政府機関(日本の元の労働省にあたる機関)が担当している。

改革開放前の計画経済時時代の医療機関は、2種類に大別される。1つは各レベルの政府に所属する総合病院、専門病院および防疫機関などの医療・保健機関であり、政府がこれらの機関の所有権を持っており、国家の基準に従って、職員の人事、賃金および福祉、さらに医療サービスの内容および診療報酬を決めていた。もう1つは企業、政府関係機関および農村部の集団組織に所属する診療所、衛生所および医務室などの基層の医療機関である。これらの医療機関は公的また集団所有であり、職員の賃金は所属する企業、政府関係機関および農村の集団組織から支給されていた。また、医療サービスおよび診療報酬については、所属する部門にだけでなく、政府にも監督されていた。

1949年時は全国の医療機関数は3,670ヶ所で、主に大都市と沿海地域にあった。農村部には、医療技術レベルが低い開業医以外に、専門医療機関はほとんどなかったと言える。また、公衆衛生および医学研究所などの機関は空白であった。当時の医療従事者は50.5万人、病床数8.5万床、千人当たり医師0.67人、病床0.15床であった。

改革開放前の1978年には、病院と衛生院が64,400ヶ所に達し、専門の医療従事者は246.4万人で、病床数は204.2万床、千人当たり医師1.07人、病床1.93床であった。また、千人当たり病床数から見れば、1949年に都市部は農村部の12.6倍であったが、1980年には3.17倍に縮小してきた。都市部では、市、区の病院および街道の診療所から3レベルの医療システムが構築され、農村部では、県の病院、郷(鎮)衛生

院および村の衛生室から予防、保健、医療の機能を有する3レベルのネットが整備された。

改革開放が実施されて以来、中国に、私的医療機関が存在せず、公的医療機関のみが存在する状態に変化が生じてきた。1980年に開業医が認められて以来、都市部および農村部の開業医が急速に増加して、1985年に、開業医数は11.7万人に達した。90年代中期以前は、私立医療機関は大概中小診療所であったが、90年代中期以後には、医療技術レベルが高い大規模な私立医療機関が出現してきた。2003年現在、全国の総合病院は12,599ヶ所のうち、公的(国有、公有および集団所有)総合病院は10,567ヶ所で、総数の90.6%を占めており、私立総合病院は669ヶ所で、5.3%を占めているに過ぎない。これに対して、診療所の総数は139,804ヶ所であり、うち、公的診療所は僅か9,865ヶ所で、総数の7.1%を占めるに過ぎないのに対し、私立診療所は127,070ヶ所で、90.0%を占めている。すなわち、総合病院は、公的総合病院を主体とし、診療所は、私立診療所を主体としていることが明らかになった。一方、医療分野への民間資金の参入に伴って、2003年には、医療機関29.1万ヶ所、専門の医療従事者430万人、病床316.4万床となり、改革初期の1978年と比べて、それぞれ71.6%、74.8%、55.0%増加した。また、千人当たり医師数は1.48人、病床数は2.34床で、1978年と比べて、それぞれ37%、21.2%増加した。

医療保険制度

中国の医療保険制度は、改革開放前は都

市部の公費医療制度と劳保医療制度、農村部の合作医療制度からなっていた。都市部では、公費医療制度と劳保医療制度がともに1950年代に成立し、都市部の被用者を対象として現物給付を原則とする制度であった。両者の違いは、公費医療制度は主に政府機関と政府関係機関の被用者およびその退職者、2等乙級以上の傷痕軍人、大学生を対象とし、保険者は中央および地方政府で、財源は全額国家予算であった。患者負担は小額の初診料に限定され、実質無料化と言える。一方、劳保医療制度は国営企業と一部集団所有制企業の被用者およびその退職者を対象として、各企業を単位とする種々多様な保険者が存在し、財源は全額企業拠出で被用者のための福利厚生基金としての性格を有していた。医療費は、被保険者本人には小額の初診料を除き全額が給付され、扶養家族には約5割の給付が行われていた。計画経済時代に成立した公費医療制度と劳保医療制度(以下、旧医療保険制度という)は、都市部人口の約70%をカバーしており、都市部被用者の健康維持と社会経済の発展に重要な役割を果たしてきた。しかしながら、改革開放以降、社会主義市場経済に移行してから、医療費の急激な増加によって旧医療保険制度の維持は困難になった。また、都市部に急激に増加していた非公的企業の被用者は旧医療保険制度ではカバーされていなかった。

これらの問題を受けて、1980年代以降、都市部の医療保険制度に関する改革が模索され始めた。1990年代初期と中期の改革試行の成果を踏まえて、1998年に、「都市部被用者基本医療保険制度の整備に関する國務院決定」が策定され、医療保険制度の抜

本改革が始まった。1998年以降、中央政府の政策に従って、全国各地で医療保険制度改革が行われた。

新医療保険制度は地域を単位として都市部の全被用者を対象とし、保険料は労使負担とする社会医療保険徴収基金と個人医療貯蓄口座とを結びつけた制度である。個人は前年度の平均給与月額約2%を個人医療貯蓄口座に積み立て、事業主は従業員の前年度平均給与月額約6%を社会医療保険徴収基金に納付する。そのうち、事業主が納付した保険料の約30%は個人医療貯蓄口座に組み入れられる。そのほか、外来医療費の全額および入院医療費のうち一定額(これを「医療保険適用最低額」という)以下は個人医療貯蓄口座から支出し、医療保険適用最低額を超え給付最高限度額までの入院医療費は一部負担金を除き、社会医療保険徴収基金から給付される。中央政府は医療保険適用最低額を平均年収の約10%、給付最高限度額を地域被用者の平均年収の約4倍とすることを原則として定めているが、地方政府は中央の規準を尊重しながら、地域の実情に応じて保険料率や医療保険適用最低額、給付最高限度額、社会医療保険徴収基金と個人医療貯蓄口座の給付範囲などを定めることができる(図表2-2-23)。しかし、新医療保険制度は、制度上は強制加入となっているが、非加入に対する罰則規定がないため、保険料を払わない企業もあり、現在、全ての被用者が加入するには至っていない。2003年の第三回国家医療サービス調査によると、2003年10月現在で都市部の新医療保険制度の加入率は30.4%に過ぎなかった。

農村部には、1949年から1960年代中期

までの間に、医療保障制度は存在しておらず、農民の医療費は全て自費負担であった。しかし、政府および集団組織が農村部の医療機関に一定の財政を補助し、また、診療報酬を低い水準にコントロールしていたため、医療保障制度が整備されていないにもかかわらず、農民は裸足医師を主とする医療従事者が提供する医療サービスにアクセスすることができていた。1960年代初期から、合作医療制度が発足し、1975年には農村部の84.6%、1970年代末期には90%ほどをカバーしていた。合作医療制度の財源は、農民の納付した保険料、集団組織の補助および医療機関の収入からなっていた。

しかし、改革開放が実施されて以来、人民公社のような集団組織の解体に伴い、合作医療のカバー率が急激に減少した。1985年の調査によると、カバー率は70年代末期の90%から一挙に5%にまで減少した。また、1998年の調査によると、何らかの医療保険に加入している農民は12.68%に過ぎなかった。言い換えれば、約87.32%の農民(7.5億人)の医療費が全て自費負担になっていた。この現状を踏まえて、2003年に、新型農村合作医療制度が発足した。当該制度は、農民が任意に加入することができ、財源は個人の保険料、集団組織および政府の財政補助からなり、重病を保障するものである。農民は1人当たり毎年少なくとも10元の保険料を納付し、地方政府が新型合作医療制度に加入する農民1人当たり少なくとも10元を補助し、また中央政府は中部と西部地域の加入者には10元を補助することになっている。

健康政策および保健計画

中国の健康政策と保健計画の歴史を振り返れば、主に農村地域を中心として展開してきた。

建国以来、農村部の人口が総人口の80%以上を占めていたにもかかわらず、その医療提供体制の不備、医療保障の欠如および医療従事者の不足から、農民は安心、安全な医療サービスを受けることができていなかった。このため、1965年に、「保健医療の重点を農村地域に置く保健を重視する」という毛沢東の指示が打ち出された。この指示の下で、農村部の医療機関の改善、合作医療制度の普及、都市部の医師の支援活動などによって、農民の健康水準は建国初期と比べて大幅に向上した。しかし、改革開放が実施されて30年が経過しても、なお都市部と農村部との医療・保健には依然として格差が存在しており、農民の健康水準の向上は相変わらず国家の課題である。

1990年代に、「中国農村部におけるプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)発展計画(1990-2000年)」が策定された。この計画は大部分の目標が実現されたが、さらに、農民の健康水準を向上するため、2002年に、「中国農村部におけるプライマリー・ヘルス・ケア(PHC)発展計画(2001-2010年)」が打ち出された。この計画は、農村部の医療提供体制の充実、医療保障制度の整備によって、伝染病と地方病の発症率を減少させ、基本的な医療サービスを提供し、農民の健康水準と生活水準の向上を宗旨とするものである。具体的な目標は、政府の支援、医療機関と医療従事者の充実など10分野に分けられ、また、地域によって東部、中部および西部それぞれに目標が設定された(図表2-2-24)。

計画の内容は、以下の8分野に分けられている。①伝染病、地方病、寄生虫病、職業病および他の重病をコントロールし、精神病、生活習慣病の予防と管理を強化する；②医療機関の治療レベルの向上によって、農民に安全、安心な医療サービスを提供する；③妊産婦と児童保健の強化、入院分娩率の増加によって、妊産婦と新生児の死亡率を減少させる；④水道水と衛生トイレの普及によって、農民の生活環境を改善させる；⑤健康教育と健康増進の実施によって、基本的な健康知識を普及させる；⑥公衆衛生、薬品および健康に関する製品の監督の強化によって、公衆衛生、食品衛生および労働衛生を改善させる；⑦漢方薬の長所を生かし、農村部の東洋医療サービスのレベルを向上させる；⑧合作医療制度の整備によって、農民のための医療保障制度の充実を目指す。この計画を実現するために、衛生省、財政省、農業省等の関連する政府機関が役割を分担している。

また、「中国農村部におけるプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)発展計画(1990-2000年)年」の実施に伴って、1994年に、「全国9億農民の健康教育計画」が発足した。この計画は以前の医療・保健における支援ではなく、健康知識を普及することによって、農民の健康水準の向上を図るものである。2000年の調査によると、15歳以上の農民のうち、飲料用水、環境衛生および疾病予防に関する知識をもっている者は36%に過ぎなかった。この実情を踏まえて、「全国9億農民の健康教育計画(2001-2005年)」が打ち出された。政府の指導および政府各部門の協力の下で、基本的な健康知識を普及し、

農民の健康的な生活方式を形成することによって、農民の健康水準と生活の質を向上し、さらに、農村の経済発展を促進することを主目標としている。

「全国9億農民の健康教育計画(2001-2005年)」は2005年に終了したが、全国に健康教育を推進するために、2005年に、「全国健康教育と健康増進計画(2005-2010年)」が打ち出された。この計画は農村部だけでなく、都市部も含めて、健康教育と健康増進システムの構築と従事者の能力向上を図り、地域での多種多様な活動を通じて、健康知識を普及し、国民の健康意識と自己保健意識を強化することによって、健康水準を向上することを主目標としている。

2002年に、農村地域の医療従事者の医療技術を向上させ、医療機関を発展させるために、農村の医療を巡りもう1つの健康政策が打ち出された。これは、都市部が農村部を支援し、東部が西部を支援し、経済力が強い地域が弱い地域を支援するとの方針を示したもので、これによって、市および市レベル以上の公的医療機関1カ所が同地域にある1カ所の県レベルの公的医療機関または郷衛生院を支援するようになった。さらに、市レベル以上の公的医療機関の医師は主治医師または副教授レベルの医師に昇進する前に、必ず県レベル以下の公的医療機関に一年間勤務しなければならない。この政策の下で、2005年に、3年計画の「1万人医師が農村の医療機関を支援するプロジェクト」が発足した。このプロジェクトは、農村の医療機関の医療技術および医療サービスの提供力を向上することによって、農民に比較的高水準の医療サービスを提