

死亡原因調査表」に記入する。上述の医学記録がない死亡者または医学記録はあるものの「住民死亡原因調査表」に完全に記入できない死亡者については、個別訪問調査を進め、家族または事情を知る人から死亡に関連する疾病の情報をヒアリングして記入する。死亡原因登録を実施している地域（B類）では、登録データに死亡原因が明記されているものは、死亡原因調査を行う必要はなく、既存の「医学死亡証明書」を直接使用する。登録データ漏れおよび死亡原因が不明の死亡者は、調査員が個別に死亡原因を調査する。調査指導員は、主要死亡原因の定義及び確定規則に基づき、「住民死亡原因調査表」の「致死の主要疾病診断」情報に従って死亡者の主要死亡原因を判断する。判断過程において疑問が残る場合は、関連の専門家や上級の技術部門に随時照会し、独断で判断してはならない。訪問調査で死亡者の生前の疾病診断及び死亡に関する状況について確かな回答が得られない場合は、調査要員は「死亡原因推断表」を用いて当該事項の調査を進め、それを専門家が主要死亡原因を推断する根拠とする。そして省級の死亡原因調査執行事務部門が専門家チームを集めて「死亡原因推断表」を基に主要死亡原因を判断する。

(ウ) 主要死亡原因コード：訓練を受けた専門要員が主要死亡原因に統一コードを付与する。

イ. 既存の「死亡医学証明書」の品質調査：登録データに死亡原因が明記されているものは、訪問調査を行わない場合も、「死亡医学証明書」全体の5%を抽出し、死亡症例について改めて調査する。照合方法は死亡原因登録を実施していない地域に同じとする。品質が管理指標に達成していない場合は、死亡原因登録を実施していない地域の基準に基づき、全死亡原因について再調査を進める。

ウ. 人口データの収集：人口データとは次を指す。①全人口データ：調査要員が当該地域の公安部門から取得した同地域の2003～2005年の年末時点における年齢別、性別の戸籍データ。当該地域の統計部門から取得した当該調査地域の2000年の第5回国勢調査による年齢別、性別の人口データ。②出生データ：調査要員が出産計画、公安、統計及び衛生の各部門から取得した調査地域の2003～2005年の性別出生数。

エ. 社会経済などの情報の収集：調査要員が、統計、衛生部門から転写した調査地域における2004年及び2005年の社会経済状況、住民の健康状況、医薬品・医療機器や衛生サービスなどに関する情報。

(4) 調査期間と進捗

調査は6段階に分かれる。①調査準備段階（2005年9月～2006年4月）：調査方法を定め、検証とテストを行い、最終方案を確定する。②調査開始と訓練段階（2006年5月～6月）：衛生部が調査開始のキックオフ大会を開催し、省級の作業要員訓練を進める。各省では地域の調査方案を制定し、当該地域調査要員の訓練を始める。③現場調査段階（2006年6～12月）：各調査地域で現場調査を行う。中央調査監督指導チームは20の省（区、市）の40カ所の調査地点で現場調査の指導を行なう。④データ収集と検証段階（2007年1～5月）：全国31の省（区、市）の213カ所の調査地点から調査データと関連情報が報告される。データ検証の教育訓練が行われ、上級機関への報告について統一された方法による検証を進める。⑤データ整理及び分

析段階(2007年6~9月):報告されたデータについて集中的に検証を行い、分析要綱を確定し、初歩の分析を進める。⑥報告取りまとめと編集段階(2007年10月~2008年1月):分析結果に基づき、全体的な調査報告と部分的な報告を記述する。

4.調査の品質管理

今回の調査の品質を確保するため、調査の各段階で厳しい品質管理を行い、調査データから現況が客観的に読み取れるようにした。品質管理は、調査組織のリーダーや各調査要因により、調査企画、現場調査、データ整理と入力、資料のまとめ、統計、分析など各段階で徹底された。

(1) 調査指導と組織管理の強化

調査がスムーズに進むよう、衛生部、科学技術部が共同で指導し、調査指導チームも設立された。日常業務は衛生部が担当し、また技術執行チームと事務局が設立され、調査技術の指導、協調、実行及び関連業務の実施に当たった。調査作業の品質を確保するため、専門家による諮問委員会を設立し、技術に関する問い合わせに対応した。各省(区、市)及び調査地域でも関連組織を設立し、調査のための組織を構築した。

(2) 科学的な設計と方案の論証

第3回全国死亡原因調査は2005年5月に着手され、衛生部が組織した専門家と技術要員からなるチームによって作業計画が進められた。中国では現在都市と農村の経済発展が不均衡で、各地の調査基盤に差異があることを鑑み、衛生部は方案起草と計画段階で専門家を集めて検討を重ね広く意見を求めた。また複数の異なるタイプの地域においてテスト調査を行い、調査方法や技術についての実現可能性を検証し、現場で発生し得る技術的な問題について理解を深めた。2006年2~4月にかけて衛生部は会議を2回開催し、十分に検討を重ねた上で正式な調査実施方案を制定した。

(3) 調査要員の選抜と教育訓練

今回の調査では、調査要員の養成教材と現場作業マニュアルが統一され、調査指導員と調査要員の選抜にも明確な規定が設けられた。養成訓練は全国、省、県の3段階で逐次実施された。全国は省級の調査指導員の訓練、省はサンプルとなる県(市または市街区)の調査指導員と各サンプル県(市または市街区)の調査作業要員の訓練を実施した。衛生部は北京と成都で省級の養成訓練を実施し、全国31省、自治区、直轄市から226人の受講生が参加した。2回の養成訓練で試験の平均点は、北京が92.3点、成都が91.5点だった。全国で訓練に参加し現場の調査作業に従事した要員数は延べ3万3246人に達した。また訓練受講者が広範囲に渡っていることから、全国の調査執行事務局が専門家を派遣して技術サポートも行なった。サンプル調査地域に訓練指導員を派遣して巡回講座を開設した省(区、市)もあった。

(4) 現場調査の品質管理

今回の調査では、現場調査作業員のチーム組織、職責、訪問調査など、現場作業に関する規則が制定され、調査指導員と調査要員の職責、現場作業開始前及び開始後において行なうべき作業が明確にされ、作業の手順と規範も制定された。また現場調査ではこれに基づき調査要員

に対する作業品質の考査も行なわれた。各調査県（区）にはいずれも作業品質評価チームが設置され、調査過程でサンプリング調査の質に関する検査、調査終了後に再検査も行なわれた。再検査は完成した調査表から無作為に2%を抽出し、再度訪問調査を行い90%以上の符合率が求められた。現場調査期間は各省も専門家チームを設け、地域の調査対象県（区）で現場訪問や巡回による監督、調査作業の技術サポートや情報提供、作業中に浮上した問題の解決などにあたりながら、作業の進捗状況を常時把握した。衛生部の専門家たちも国家監督チームを組織し、監督方案を制定し、4組に分かれて全国20の省、区、市の調査地域40カ所で現場作業の検査と指導にあたった。

(5) データ入力、整理段階の品質管理

「死亡医学調査表」にはいずれも統一コードの付与が要求されている。データ入力の形式を統一し、データ入力の品質を管理するため、衛生部は関連部門を組織して今回の調査要求に合わせて「全国第3回死亡原因サンプリング調査データ収集システム」を開発した。各地ではソフトウェアの仕様に応じ、2回に分けてデータ入力を行なった。

調査データの整理と検証段階においては、「全国第3回死亡原因サンプリング調査フェージング作業総括テレビ電話会議」が開かれ、報告されたデータの問題について随時改善措置が提示された。最終データが報告される前にも、再び「全国第3回死亡原因サンプリング調査検証会議」を開催し、衛生部が制定した統一データ検証方法とソフトウェアを用いて、集中審議を行い、データ検証が徹底された。検証で発見された問題はすぐに各地にフィードバックされ、オリジナルデータから原因究明を進め、修正と状況説明が求められた。最後は全国調査執行事務局が各地からの報告データについて逐次検証と整理を行い、問題が見つかった場合は再び送り返され、最後に最終版のデータベースとして取りまとめて、分析が進められた。

5. 全国サンプル地域の代表性の評価

全国サンプル地域の代表性の評価方法と手順：①全国サンプル地域と異なるタイプの地域に分けて関連の統計指標（1人当たり国内総生産、非農業就業人口の比率、15歳以上の識字率、全人口における0～14歳、15～64歳、65歳以上の比率、死亡率、出生率などの指標の平均値と標準偏差など）を算出する。②サンプル平均値の異常性を検証する。全国サンプル地域の統計指標と全国の総サンプル数、異なるタイプの地域サンプル統計指標とその地域の総サンプル数について、平均値から異常性を検証する。③適合性の検証：全国サンプル地域の指標分布と全国の総合データ分布、異なるタイプ地域のサンプリングとその地域の総合データ分布について適合性の検査を行なう。平均値の検証も、サンプル分布の適合性も、サンプル地域と全国総合、異なるタイプの地域サンプルとその地域の総合の差異には統計学的な問題は見られなかった。

人口年齢構成の適合性の検証：2000年の全国第5回国勢調査のデータから、サンプル地域の年齢構成と総体の年齢構成について適合性を検証する。この検証結果から、抽出したサンプルの全人口及び男女別の年齢構成と全国の総体的な年齢構成との差異に統計学的な問題は見られず、サンプルの人口構成は十分代表性を具えていることがわかった（表1-1）。

性別構成の比較：80歳以上の年齢層を除き、サンプル地域における年齢別人口の比率は全体的に2000年の国勢調査結果に近く、今回の調査における年齢別性別の比率が適正で、中国全国の状態を代表すると言えた（表1-2）。

表1-1 2004～2005年サンプルの年齢構成と2000年国勢調査の年齢構成の適合性の検証

年齢層	男女合計			男性			女性		
	サンプル	全国	$\frac{(S_i - P_i)^2}{P_i}$	サンプル	全国	$\frac{(S_i - P_i)^2}{P_i}$	サンプル	全国	$\frac{(S_i - P_i)^2}{P_i}$
	(S _i)	(P _i)	P _i	(S _i)	(P _i)	P _i	(S _i)	(P _i)	P _i
0歳～	5.25	5.57	0.02	5.48	5.89	0.03	5.00	5.22	0.01
5歳～	6.46	7.28	0.09	6.66	7.57	0.11	6.26	6.98	0.07
10歳～	9.03	10.15	0.12	9.13	10.25	0.12	8.92	10.03	0.12
15歳～	8.30	8.24	0.00	8.30	8.25	0.00	8.30	8.24	0.00
20歳～	7.68	7.50	0.00	7.67	7.40	0.01	7.70	7.60	0.00
25歳～	8.87	9.40	0.03	8.86	9.34	0.02	8.88	9.47	0.04
30歳～	9.78	10.24	0.02	9.77	10.19	0.02	9.80	10.29	0.02
35歳～	8.91	8.80	0.00	8.91	8.77	0.00	8.91	8.82	0.00
40歳～	7.30	6.56	0.08	7.31	6.61	0.07	7.28	6.50	0.09
45歳～	7.14	6.91	0.01	7.14	6.88	0.01	7.15	6.93	0.01
50歳～	5.71	5.11	0.07	5.72	5.14	0.07	5.70	5.09	0.07
55歳～	4.18	3.75	0.05	4.20	3.77	0.05	4.16	3.72	0.05
60歳～	3.50	3.37	0.01	3.52	3.40	0.00	3.48	3.34	0.01
65歳～	2.98	2.81	0.01	2.92	2.75	0.01	3.03	2.87	0.01
70歳～	2.25	2.07	0.02	2.14	1.95	0.02	2.36	2.19	0.01
75歳～	1.44	1.29	0.02	1.29	1.12	0.03	1.60	1.46	0.01
80歳～	0.77	0.64	0.03	0.63	0.50	0.03	0.92	0.80	0.02
85歳～	0.44	0.32	0.05	0.32	0.21	0.06	0.56	0.44	0.03
	X ² =0.62 P>0.05			X ² =0.66 P>0.05			X ² =0.59 P>0.05		

表1-2 2004～2005年サンプル人口と2000年国勢調査の年齢別性別比率（女=100）

年齢層	都市部農村部合計		都市部		農村部	
	今回調査地	2000年国勢	今回調査地	2000年国勢	今回調査地	2000年国勢
	域人口	調査	域人口	調査	域人口	調査
総計	104.71	106.42	102.98	105.79	105.59	106.64
0歳～	114.93	120.15	110.42	115.76	116.8	121.37
5歳～	111.39	115.41	109.95	113.28	111.96	115.94

10 歳～	107.21	108.81	106.47	108.36	107.48	108.91
15 歳～	104.72	106.51	101.05	98.98	106.47	109.65
20 歳～	104.31	103.57	105.4	105.85	103.75	102.56
25 歳～	104.41	104.90	102.41	105.96	105.43	104.48
30 歳～	104.43	105.36	103.50	109.08	104.89	104.05
35 歳～	104.69	105.81	104.27	110.68	104.92	103.96
40 歳～	105.21	108.24	104.26	109.60	105.78	107.67
45 歳～	104.63	105.63	103.14	105.14	105.54	105.82
50 歳～	105.19	107.55	103.16	105.68	106.43	108.21
55 歳～	105.67	107.85	103.19	101.91	107.14	109.97
60 歳～	106.06	108.21	102.09	101.02	108.40	110.94
65 歳～	101.06	101.88	97.48	100.38	103.20	102.43
70 歳～	95.01	94.71	95.71	97.18	94.60	93.87
75 歳～	84.71	82.05	86.70	84.43	83.58	81.29
80 歳～	72.09	67.03	73.47	69.94	71.33	66.13
85 歳～	59.46	50.59	58.12	51.67	60.19	50.24

6.調査データの品質評価

データの品質は、診断根拠の信頼性、データの完全性、コード品質の3方面から評価した。今回の調査が根拠とした死亡者の生前の最高診断機関の分布から、死亡原因の診断の信頼性を判断し、また調査対象の県（市）の死亡率分布に基づき死亡データの完全性を評価し、そして死亡原因コードの正確さの分析からコードの品質を判断した。

(1) 信頼性の評価

ア. 死亡者の生前における最高診断機関の構成：今回の調査において、死亡原因を診断した最高機関は主に県及びそれ以上の医療機関で、全体の66.7%を占めた。そのうち都市部は77.05%、農村部は62.61%。農村部は未受診の比率が都市より高く4.94%で、都市部は3.44%であった（表1-3）。

主要死亡原因からみると、伝染病、慢性病、損傷や中毒を問わず、死亡者の生前における最高診断機関は主に「郷」や「鎮」及びそれ以上の医療機関で、そのうちがんの診断機関は行政区画レベルが高く、「郷」や「鎮」及びそれ以上の医療機関が全体の98.53%に達した。損傷と中毒は診断機関のレベルが低く、「郷」や「鎮」及びそれ以上の医療機関が全体に占める比率は73.86%だった。

表 1-3 2004～2005 年調査地域の死亡者の生前における最高診断機関の構成 (%)

死亡者の生前の最高診断機関	合計		都市部		農村部	
	構成 (%)	累積構成 (%)	構成 (%)	累積構成 (%)	構成 (%)	累積構成 (%)
省級病院	8.49	8.49	18.99	18.99	4.23	4.23
市級病院	17.22	25.71	32.63	51.62	10.98	15.21
県級病院	41.06	66.77	25.43	77.05	47.40	62.61
衛生院	23.57	90.34	14.31	91.36	27.32	89.93
村の衛生室	3.20	93.54	2.31	93.67	3.56	93.49
未受診	4.51	98.05	3.44	97.11	4.94	98.43
個人診療所	0.38	98.43	0.32	97.43	0.40	98.83
不詳	1.57	100.00	2.57	100.00	1.16	100.00

がんによる死亡者が生前に診断を受けた最高機関は、県及び県以上の医療機関が全体の 93.84% を占め、その他の死亡原因による死亡者の比率を大きく上回った。またがんによる死亡者の最高診断機関が省（市）級の病院である比率は 17.31% で、これもほかの死亡原因を大きく上回った。未受診者の比率は損傷と中毒の 19.29% が最高で、次いで周産期の疾患と消化器系統の疾患だった（表 1-4）。

表 1-4 2004～2005 年調査地域の死亡者の主要死亡原因別に見た最高診断機関構成 (%)

疾病種類	死亡原因の最高診断機関							不詳	総計
	省級病院	市級病院	県級病院	鎮や郷の衛生院	村の衛生室	個人診療所	未受診		
伝染病と寄生虫病	7.66	18.46	50.35	15.97	2.82	0.55	3.42	0.76	100
がん	17.31	29.72	46.81	4.69	0.47	0.09	0.45	0.45	100
呼吸器系統疾患	4.19	10.39	38.56	37.60	4.84	0.55	2.94	0.92	100
泌尿器生殖器系統疾患	11.99	23.51	45.11	13.52	2.41	0.54	2.11	0.80	100
脳血管疾患	4.98	13.62	43.65	30.08	4.05	0.37	2.53	0.71	100
内分泌・代謝病	13.31	24.53	43.82	12.92	1.64	0.35	2.46	0.99	100
損傷と中毒	3.29	10.03	29.67	30.87	4.16	0.50	19.29	2.20	100
周産期の疾患	3.97	11.84	44.74	28.28	2.75	0.47	6.96	0.99	100
消化器系統疾患	7.96	16.91	43.18	21.99	3.87	0.63	4.34	1.10	100
心臓病	7.71	14.71	40.41	28.71	3.61	0.40	3.41	1.03	100

以上の分析から、都市部の死亡者の生前における最高診断機関は農村部よりも高く、主要死亡原因別で見るとがんによる死亡者の生前の最高診断機関が、その他の死亡原因を上回っていることがわかる。

イ. 死亡者の生前における最高診断の根拠の構成：死亡者の生前における最高診断の根拠は主に臨床と理化学の組み合わせ、および臨床によるもので、前者が全体の47.34%、後者が34.56%を占めた。死後に死亡原因が推断されたケースは全体の6.44%だった。都市部と農村部は最高診断根拠の構成が基本的に一致しており、都市部では臨床と理化学を組み合わせた診断の比率が比較的高く、農村部では臨床診断の比率が比較的高い。死後推断の比率は農村部が都市部を上回った。

調査地域において主要死亡原因別の最高診断根拠は、主に臨床と理化学の組み合わせで、がん、損傷と中毒を除く他の死亡原因は、臨床と理化学の組み合わせが診断根拠の85%を超えた。損傷と中毒は検死の比率が他の死亡原因よりも高く最高だった(4.86%)。主要死亡原因の多くは、死後の推断及び診断根拠不詳の比率が10%を下回ったが、損傷と中毒だけが、10%を超え、20.13%と高い(表1-5)。

表 1-5 2004～2005 年調査地域の死亡者に関する最高診断の根拠の構成

最高診断根拠	合計		都市部		農村部	
	構成 (%)	累積構成 (%)	構成 (%)	累積構成 (%)	構成 (%)	累積構成 (%)
検死	0.56	0.56	0.56	0.56	0.55	0.55
病理学	7.02	7.58	7.96	8.52	6.65	7.20
手術	1.51	9.09	1.73	10.25	1.43	8.63
臨床+理化学	47.34	56.43	50.16	60.41	46.20	54.83
臨床	34.56	90.99	30.91	91.32	36.04	90.87
死後推断	6.44	97.43	5.06	96.38	7.00	97.87
不詳	2.57	100.00	3.62	100.00	2.14	100.00
総計	100.00		100.00		100.00	

このほか、がんによる死亡者の約30%が病理学的方法、4.10%が手術による診断であり、病理学と手術の比率が他の主要死亡原因を大きく上回った。また死後推断と不詳の比率は他を大きく下回っていることから、がんによる死亡者の死亡原因診断は他の死亡原因に比べて信頼性が高いことがわかる(表1-6)。

表 1-6 2004～2005 年調査地域の死亡者の主要死亡原因別最高診断根拠構成 (%)

疾病種類	死亡原因の最高診断機関							総計
	検死	病理学	手術	臨床+ 理化学	臨床	死後推 断	不詳	
伝染病と寄生虫病	0.07	2.45	0.53	61.26	27.42	6.63	1.65	100
がん	0.04	27.3	4.10	53.71	12.74	1.19	0.91	100
呼吸器系統疾患	0.04	0.64	0.14	49.03	42.8	5.53	1.82	100
泌尿器生殖器系統 疾患	0.05	1.72	0.97	64.46	26.69	4.45	1.66	100
脳血管疾患	0.05	0.60	0.62	49.22	43.17	4.81	1.53	100
内分泌・代謝病	0.05	0.96	0.32	66.25	26.02	4.10	2.30	100
損傷と中毒	4.86	0.43	1.91	22.74	46.22	20.13	3.70	100
周産期の疾患	0.31	0.25	0.36	27.73	59.69	9.31	2.35	100
消化器系統疾患	0.09	2.27	2.72	52.38	32.81	7.47	2.26	100
心臓病	0.11	0.68	0.31	48.86	41.31	6.65	2.09	100

(2) 完全性の評価

調査地域全体で死亡率（人口 10 万人当たり）が 550 人以上の比率は 84.83%である。400 人以下は 3 ヲ所ですれも都市部であり、全体の 1.42%にとどまった。反対に粗死亡率は高く、同死亡率が 800 人を上回った地点は 3 ヲ所と全体の 1.42%を占め、そのうち都市部が 1 ヲ所、農村部が 2 ヲ所である。国勢調査結果によると、中国における現在の平均死亡率（人口 10 万人当たり）が約 600 人であることから、今回の調査地域における死亡原因データは基本的に完全性を備えており、報告漏れは比較的少なかったと判断できる。

表 1-7 2004～2005 年調査地域の死亡率分布

死亡率（人 口 10 万人 当たり）	調査地域合計		都市部		農村部	
	サンプル点 数	構成 (%)	サンプル点 数	構成 (%)	サンプル点 数	構成 (%)
<350～	1*	0.47	0	1.41	0	0.00
350～	2	0.95	2	2.82	0	0.00
400～	4	1.90	4	5.63	0	0.00
450～	8	3.79	5	7.04	3	2.14
500～	17	8.06	6	8.45	11	7.86
550～	44	20.85	16	22.54	28	20.00
600～	87	41.23	26	36.62	61	43.57

650～	25	11.85	5	7.04	20	14.29
700～	15	7.11	3	4.23	12	8.57
750～	5	2.37	2	2.82	3	2.14
800～	2	0.95	0	0.00	2	1.43
850+	1	0.47	1	1.41	0	0.00
合計	211	100.00	71	100.00	140	100.00

*広東省深圳市

(3) 死亡原因コード品質評価

ア. 死亡原因コードの正確率：国際疾病分類第10版（ICD-10）のコード規則に基づき、基本ルールが誤用されているもの、症状または反応だけみられたもの、傷害で外部原因がないもの、または意図不明のもの、心血管疾患で診断が欠けているもの、がんで部位が指定されていないもの、その他呼吸衰弱、腎臓衰弱、肝臓衰弱などの誤認は、死亡原因コードの間違いと見なし、この点から今回の調査における死亡データの死亡原因コードの品質が判断された。世界保健機関の関連規定に基づき、死亡原因コードの誤差が20%を超えるものは、死亡原因コード品質に問題があり死亡原因分析に影響を及ぼすとみなされる。今回の調査では、死亡原因コードは専門家チームが検証して判定を行ない、コード分析の結果、調査地域全体での誤差は3.06%であった。つまり今回の調査における死亡原因コードの正確度は96%以上であったことを示す。誤差が20%を上回った調査地域は2カ所だけで、全体的には今回の調査対象県（区）のコード品質は高かったといえる。

イ. 症状と反応（診断不明）の比率：症状や反応が表れただけで、死亡原因の明らかな定義が見つからなかったものは診断不明とされる。診断不明（分析定義はコードの頭文字が「R」のもの）の比率は1.7%だった。調査地域全体で、診断不明の比率が10%以上であったのは4県（市）だけで、その他の調査地域では診断不明の比率は10%以下であった。

7.統計分類

(1) 死亡原因の分類

今回の調査では、国際疾病分類第10版（ICD-10）を用いて主要死亡原因のコードを付与した。分析の必要に応じてICD-10主要死亡原因コードに基づき、その他の死亡原因についても分類した。死亡原因順位の分析では、衛生部の住民疾病傷害死亡原因の統計年報で規定されている分類ルールを採用して、死亡原因類別は合計20種類となった。同時に死亡原因の疾病については、国際機関が採用している①伝染病、母子の疾病及び食事性疾病、②慢性の非伝染性疾病（慢性病と略称）、③損傷と中毒の3つに大別した。

(2) 自然地域の分類

東、中、西部地域の分類方法は国家統計局の標準に基づいた。東部地域は北京市、天津市、

河北省、遼寧省、上海市、江蘇省、浙江省、福建省、山東省、広東省、海南省、中部地域は黒龍江省、吉林省、山西省、安徽省、江西省、河南省、湖北省、湖南省、そして西部地域は内モンゴル自治区、広西チワン族自治区、重慶市、四川省、貴州省、雲南省、チベット自治区、陝西省、甘肅省、青海省、寧夏回族自治区、新疆ウイグル自治区である。

(3) 分析を行なった地域

サンプル地域 160 カ所のうち、海南省海口市美蘭区と山西省朔州市朔城区の 2 カ所についてはデータ品質に問題があり、専門家の指摘により最終的な統計分析には加えなかった。そのため全国サンプル地域の分析に用いた県（市）は 158 カ所で、そのうち都市部が 61 カ所、農村部が 97 カ所である。がん死亡症例多発地域の分析に用いた県（市）は 39 カ所及びマスコミで注目された 13 県（市）である。

第2章 全国サンプル地域の死亡率と死亡原因

1. 全国サンプル地域人口の死亡状況

(1) サンプル地域人口

全国サンプル地域の中で、実際に分析の対象となった県(市)は158カ所だった。そのうち、都市部が61カ所(東部都市25カ所、中部都市21カ所、西部都市15カ所)、農村部が97カ所(東部農村27カ所、中部農村28カ所、西部農村42カ所)だった。全国サンプル地域における2004年の人口は7117万3205人、2005年は7148万7277人で、合計1億4266万0482人だった(表2-1)。

表2-1 2004～2005年のサンプル地域の平均人口

		2004年	2005年	両年合計
都市部農村部合計	男女合計	71173205	71487277	142660482
	男	36417151	36553090	72970241
	女	34756054	34934187	69690241
都市部	男女合計	23896609	24003197	47899806
	男	12128118	12172866	24300984
	女	11768491	11830331	23598822
農村部	男女合計	47276596	47484080	94760676
	男	24289033	24380224	48669257
	女	22987563	23103856	46091419

(2) サンプル地域の人口死亡分布

ア. 死亡人数：サンプル地域の2004～2005年の死亡者数は86万8484人で、そのうち男性50万2434人、女性36万6050人だった。男性が57.85%、女性が42.15%を占めた。都市部は28万7422人で、そのうち男性が16万4786人、女性が12万2636人だった。農村部は58万1062人で、そのうち男性が33万7648人、女性が24万3414人だった(表2-2)。

表2-2 2004～2005年のサンプル地域の死亡者数

性別	都市部	都市部				農村部			
	農村部 合計	合計	東部	中部	西部	合計	東部	中部	西部
男女合計	868484	287422	131936	88733	66753	581062	199585	210673	170804
男	502434	164786	73716	51302	39768	337648	113045	123691	100912
女	366050	122636	58220	37431	26985	243414	86540	86982	69892

イ、死亡者の性別・年齢別の構成：全国サンプル地域の死亡者で、0～4歳は全体の2.41%、5～14歳は0.77%、15～44歳は9.47%、45～64歳は22.59%、65歳以上は64.76%を占めた。異なるタイプの地域で死亡者の年齢構成をみると、都市部と農村部における傾向が同様であることが分かる。45～50歳を除き、都市部の70歳前の構成比率が農村部よりも小さく、その後は逆になることが分かる（表2-3）。

性別に死亡者の年齢構成をみると、都市部も農村部も、75歳以上の構成比率は、年齢層が上がるとう女性は増加するが、男性は減少しており、85歳の構成比率は75歳の半分となっている。

表2-3 2004～2005年のサンプル地域の死亡者年齢構成（%）

年齢層 (歳)	都市部農村部合計			都市部			農村部		
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	合計	男性	女性
合計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
0～	1.83	1.70	2.01	1.21	1.16	1.27	2.14	1.97	2.38
1～	0.58	0.58	0.59	0.33	0.33	0.33	0.71	0.70	0.72
5～	0.36	0.41	0.30	0.25	0.28	0.20	0.42	0.47	0.35
10～	0.41	0.46	0.34	0.30	0.34	0.25	0.47	0.53	0.38
15～	0.72	0.85	0.55	0.49	0.57	0.38	0.84	0.99	0.63
20～	0.85	1.00	0.66	0.61	0.72	0.48	0.97	1.13	0.74
25～	1.04	1.21	0.80	0.83	0.96	0.65	1.14	1.33	0.87
30～	1.66	1.93	1.29	1.41	1.66	1.08	1.78	2.06	1.40
35～	2.37	2.76	1.84	2.04	2.38	1.58	2.53	2.94	1.96
40～	2.83	3.30	2.17	2.81	3.31	2.13	2.84	3.30	2.20
45～	3.81	4.45	2.94	3.86	4.60	2.88	3.79	4.37	2.97
50～	5.30	5.92	4.43	5.07	5.76	4.14	5.41	6.00	4.58
55～	6.04	6.75	5.07	5.38	6.09	4.42	6.37	7.07	5.39
60～	7.44	8.20	6.40	6.84	7.47	6.00	7.74	8.57	6.60
65～	10.67	11.39	9.69	10.70	11.29	9.90	10.66	11.43	9.58
70～	14.32	14.89	13.54	15.01	15.68	14.10	13.98	14.50	13.26
75～	14.74	14.24	15.44	15.75	15.40	16.22	14.25	13.67	15.04
80～	13.28	11.61	15.58	14.10	12.51	16.23	12.88	11.16	15.26
85～	11.73	8.35	16.38	13.02	9.50	17.76	11.10	7.79	15.68

ウ. 死亡地点の分布：全国サンプル地域から、死亡地点の構成は病院の病室が 16.08%、救急治療室が 3.41%であることがわかる。全国の死亡者のうち病院内で死亡する比率は 20%未満で、家庭での死亡は 72.09%、病院への搬送途中は 2.10%である。

表 2-4 2004～2005 年のサンプル地域における死亡者の死亡地点分布 (%)

死亡地点	都市部	都市部				農村部			
	農村部 合計	合計	東部	中部	西部	合計	東部	中部	西部
合計	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
病院病室	16.08	30.56	27.68	37.74	26.69	8.91	6.22	11.81	8.49
救急治療室	3.41	4.89	5.33	4.31	4.78	2.67	2.20	3.68	1.98
家庭	72.09	56.40	59.47	50.61	58.02	79.85	85.03	74.41	80.53
病院への搬送中	2.10	2.13	1.72	2.31	2.70	2.09	1.65	2.65	1.93
外地	1.87	1.36	1.49	1.24	1.27	2.12	1.79	1.90	2.78
家庭の病室	1.39	0.78	0.88	0.53	0.94	1.69	1.13	2.82	0.96
老人施設	0.30	0.48	0.53	0.39	0.52	0.20	0.19	0.29	0.11
その他	0.87	0.73	0.51	0.76	1.14	0.94	0.55	0.73	1.66
不明	1.89	2.67	2.39	2.11	3.94	1.53	1.24	1.71	1.56

農村部では、家庭での死亡の比率が都市部を上回り、病院の病室及び救急治療室での死亡の比率が都市部を下回った。また都市部も農村部も、病院の病室及び救急治療室での死亡の比率については、中部地域が東部と西部よりも高かった。家庭の比率が最も高かったのは東部地域だった (表 2-4)。

2. 全国サンプル地域の死亡率

(1) サンプル地域総死亡率

全国サンプル地域の粗死亡率は人口 10 万人当たり 608.78 人 (男性 688.55 人、女性 525.25 人) だった。そのうち、都市部の粗死亡率は 600.05 人 (男性 678.10 人、女性 519.67 人)、農村部の粗死亡率は 613.19 人 (男性 693.76 人、女性 528.11 人) だった。1982 年の第 3 回国勢調査の年齢構成に基づき、上述の粗死亡率について年齢の標準化を行なった (以下同様)。全国サンプル地域の標準化死亡比は人口 10 万人当たり 398.49 人 (男性 488.14 人、女性 311.88 人) で、そのうち都市部の標準化死亡比は 355.51 人 (男性 436.47 人、女性 278.76 人)、農村部の標準化死亡比は 421.57 人 (男性 515.79 人、女性 329.68 人) だった。標準化死亡比から見ると、農村部の死亡率は都市部より 18.58% 高く、男性の死亡率は女性よりも 56.52% 高い (表 2-5)。

(2) 地域タイプ別の死亡率の差異

地域タイプ別にみると、都市部、農村部を問わず、人口の粗死亡率は東部から中部、西部へ順に低くなっている。つまり東部が最高で、次に中部、西部が最低となっている。この地域別の差異は、性別でみると女性のほうが顕著である。標準化死亡比を見ると粗死亡率と正反対で、都市部と農村部を問わず、東部が最低で中部がその次に低く、西部が最高となる。西部地域の都市部の標準化死亡比は東部地域の都市部よりも25.24%高い。西部地域の農村部の標準化死亡比は東部地域の農村部よりも14.97%高い。

表 2-5 2004～2005 年のサンプル地域の死亡率と標準化死亡比 (1/10 万)

指標と類別	都市部	都市部				農村部			
	農村部 合計	合計	東部	中部	西部	合計	東部	中部	西部
粗死亡率									
男女合計	608.78	600.05	627.06	585.39	570.48	613.19	633.28	608.47	596.77
男	688.55	678.10	694.45	664.09	667.16	693.76	704.74	693.71	681.92
女	525.25	519.67	558.44	503.58	470.08	528.11	559.21	517.97	505.62
標準化死亡比									
男女合計	398.49	355.51	317.00	386.73	397.00	421.57	386.13	437.49	443.93
男	488.14	436.47	391.33	473.48	483.64	515.79	476.22	540.38	535.02
女	311.88	278.76	247.97	305.12	310.77	329.68	299.98	338.13	352.49

(3) 性別・年齢層別の死亡率の差異

表 2-6 はサンプル地域における性別・年齢層別の死亡率を示したものである。男女とも、年齢に伴う変化の傾向は同様の V 型で、新生児の時期は死亡率が高く、その後低下し、10～14 歳で最低、それからは年齢を重ねるごとに死亡率が上昇している (表 2-6)。

表 2-6 2004～2005 年のサンプル地域の性別・年齢別死亡率 (1/10 万)

年齢層 (歳)	男女合計	男性	女性
合計	608.78	688.55	525.25
0～	1132.83	1143.80	1120.34
1～	83.28	89.37	76.27
5～	34.02	42.13	24.99
10～	27.68	35.02	19.80
15～	52.96	70.51	34.59
20～	67.56	89.48	44.69
25～	71.18	94.23	47.11
30～	103.36	135.95	69.33

35～	161.96	213.26	108.25
40～	235.84	310.90	156.87
45～	324.79	428.79	215.97
50～	564.50	712.66	408.64
55～	879.35	1106.43	639.38
60～	1294.46	1603.90	966.26
65～	2183.25	2681.19	1680.02
70～	3873.51	4781.84	3010.52
75～	6233.50	7593.55	5081.38
80～	10496.00	12666.98	8931.05
85～	16233.86	17920.74	15230.78

(4) サンプル地域の死亡率の変化の傾向

今回の調査結果を第2回全国死亡原因調査（1990～1992年）と比較すると、粗死亡率は人口10万人当たり603.33人から608.78人に上昇したものの、顕著な差異は認められなかった。ただ標準化死亡比は、死亡率が1990年代初期の521.65人から398.49人へと23.61%低下している。

3. 全国サンプル地域の死亡原因の分類及びその構成

(1) 三大死亡原因及びその変化の傾向

世界保健機関や世界銀行が発展段階の異なる国家の住民死亡原因について比較分析を進める際、死亡原因を3つに大別することが多い。それは、①伝染病、食事性疾病及び母子の疾病、②慢性の非伝染性疾病、③損傷と中毒、である。表2-7は、中国の第2回と第3回全国死亡原因調査の結果を、この3つに分けて死亡原因別の死亡率と構成を示したものである。2004～2005年の全国サンプル地域における慢性非伝染病による死亡率は人口10万人当たり502.51人で、総死者数の82.54%を占めた。損傷と中毒は61.51人で、全体の10.10%、伝染病、食事性疾病及び母子の疾病は33.05人で、全体の5.43%だった。

1990～1992年の調査結果と比べると、伝染病、食事性疾病及び母子の疾病による死亡率は人口10万人当たり49.49人から33.05人へと大幅に減少し、総死者数に占める比率も8.20%から5.43%に減少している。一方、慢性非伝染病による死亡率は人口10万人当たり461.44人から502.51人に上昇し、総死者数に占める比率は76.48%から82.54%に上昇した。損傷と中毒による死亡率は1990～1992年の66.16人から61.51人と僅かに減少し、総死者数に占める比率は大きな差はない。

表 2-7 中国住民の三大疾病死亡率と構成及びその変化

疾病分類	1990～1992 年			2004～2005 年		
	死亡率 (1/10 万)	標準化死亡 比 (1/10 万)	構成比 (%)	死亡率 (1/10 万)	標準化死亡 比 (1/10 万)	構成比 (%)
伝染病、母子の疾病及 び食事性疾病	49.49	47.13	8.20	33.05	30.77	5.43
慢性の非伝染性疾病	461.44	392.50	76.48	502.51	311.26	82.54
損傷と中毒	66.16	61.44	10.97	61.51	49.48	10.10
診断不明	26.24	20.59	4.35	11.70	6.98	1.92
合計	603.33	521.65	100.00	608.78	398.49	100.00

1982 年の国勢調査の年齢構成に基づいて調整した数値で比べてみると、中国の慢性非伝染病の標準化死亡比は減少傾向にあり、慢性疾患の増加は高齢化と直接関係していることが分かる。伝染病、食事性疾病及び母子の疾病、損傷と中毒の標準化死亡比の減少幅は粗死亡率の減少幅よりも大きかった。

(2) 疾病死亡率上位 10 位及び順位

ア. 全国サンプル地域の死亡原因上位 10 位及び順位：表 2-8 はサンプル地域における上位 10 位の死亡原因、死亡率及びその構成状況を示したものである。中国の死亡原因トップは脳血管疾患（人口 10 万人当たり 136.64 人）で、2 位はがん（同 135.88 人）であるが、両者の死亡率は僅差である。総死者数に占める比率は、脳血管疾患が 22.45%、がんが 22.32%で、中国では現在、総死者数のうち 45%が脳血管疾患またはがんが死亡原因となっている。死亡原因の 3 位は呼吸器系統疾患で人口 10 万人当たり死亡率は 96.28 人で総死者数の 15.81%、4 位は心臓病で死亡率は 90.23 人、14.82%、5 位は損傷と中毒で、死亡率は 61.51 人、10.10%を占めた。この上位 5 位で総死者数の約 85%を占めている。6 位から 10 位は消化器系統の疾患、伝染病、内分泌・栄養・代謝系疾患、泌尿器系統の疾患、周産期疾患の順で、上位 10 位で総死者数の 95%を占めている。

表 2-8 2004～2005 年のサンプル地域の死亡原因順位、死亡率（人口 10 万人当たり）及び構成比 (%)

順位	男女合計			男性			女性		
	疾病	死亡率	構成比	疾病	死亡率	構成比	疾病	死亡率	構成比
	合計	608.78	100.00	合計	688.55	100.00	合計	525.25	100.00
1	脳血管疾患	136.64	22.45	がん	170.17	24.71	脳血管疾患	124.15	23.64
2	がん	135.88	22.32	脳血管疾患	148.57	21.58	がん	99.97	19.03
3	呼吸器系統の	96.28	15.81	呼吸器系統の	101.67	14.77	呼吸器系統の疾	90.63	17.25

疾患	疾患	疾患	疾患	疾患	疾患	疾患	疾患	疾患
4 心臓病	90.23	14.82	心臓病	91.32	13.26	心臓病	89.10	16.96
5 損傷と中毒	61.51	10.10	損傷と中毒	81.76	11.87	損傷と中毒	40.31	7.67
6 消化器系統の疾患	16.78	2.76	消化器系統の疾患	20.54	2.98	消化器系統の疾患	12.85	2.45
7 伝染病	13.29	2.18	伝染病	17.05	2.48	内分泌・栄養・代謝系疾患	12.20	2.32
8 内分泌・栄養・代謝系疾患	10.77	1.77	泌尿器系統の疾患	9.82	1.43	伝染病	9.36	1.78
9 泌尿器系統の疾患	8.75	1.44	内分泌・栄養・代謝系疾患	9.42	1.37	泌尿器系統の疾患	7.64	1.45
10 周産期疾患	549.22*	0.89	周産期疾患	555.19*	0.83	周産期疾患	542.42*	0.97
上位 10 位合計		94.54	上位 10 位合計		95.28	上位 10 位合計		93.52

注：分母は出生人口 10 万人当たり。以下同じ。

死亡原因上位 10 位の性別による差異を分析すると、中国では男女の死亡原因がほぼ同じで、主な違いは上位 2 位の順番で、男性の死亡原因トップはがんで脳血管疾患が 2 位であるのに対し、女性は脳血管疾患がトップで 2 位ががんであることである。上位 10 位の死亡原因の死亡率は、内分泌・栄養・代謝系疾患を除いて、男性の死亡率が女性よりも高く、特にがん（70% 高い）、損傷と中毒（103% 高い）が顕著である（表 2-8）。

第 2 回調査と比べると、次のことが分かる。①今回の調査では、脳血管疾患と呼吸器系統疾患の順位が入れ替わった。脳血管疾患は第 2 回の時の 3 位から今回はトップとなった。呼吸器系統疾患は 1 位から 3 位へと後退した。総死亡者数に対する比率は、脳血管疾患が 16.89% から 22.45% に増加し、呼吸器系統疾患が 22.79% から 15.81% に減少した。②今回の調査で、がんの死亡率の上昇が明らかになった（人口 10 万人当たり 108.26 人から 135.88 人に上昇）。総死亡者数に占める比率は、前回の 17.94% から 22.32% に上昇し、死亡原因トップと僅差である。③心臓病の死亡率及びその構成比率が上昇し、前回調査の 5 位から今回は 4 位になった。一方で損傷と中毒は死亡率、総死亡者数に占める比率のいずれも低下し、順位は 4 位から 5 位に後退した。④今回の調査では、内分泌・栄養・代謝系疾患が上位 10 位入りした（8 位、総死亡者数の 1.77%）。これは糖尿病の死亡率上昇と関係がある。先天性異常は上位 10 位以下となった。⑤消化器系統の疾患、伝染病、周産期疾患の死亡率及び構成比が低下した。泌尿器系統の疾患には目立った変化はなかった（表 2-9）。

表 2-9 中国の第 2 回と第 3 回調査の死亡原因上位 10 位、死亡率 (1/10 万) 及び構成比 (%)

順 位	1990～1992 年			2004～2005 年				
	疾病	死亡率	標準化死亡比	構成比	疾病	死亡率	標準化死亡比	構成比
	合計	603.33	521.65	100.00	合計	608.78	398.49	100.00
1	呼吸器系統の 疾患	137.52	115.47	22.79	脳血管疾患	136.64	81.19	22.45
2	がん	108.26	94.22	17.94	がん	135.88	91.24	22.32
3	脳血管疾患	101.93	84.54	16.89	呼吸器系統の 疾患	96.28	56.27	15.81
4	損傷と中毒	66.16	61.44	10.97	心臓病	90.23	52.20	14.82
5	心臓病	52.70	43.84	8.73	損傷と中毒	61.51	49.48	10.10
6	消化器系統の 疾患	30.37	26.50	5.03	消化器系統の 疾患	16.78	11.14	2.76
7	伝染病	28.98	26.14	4.80	伝染病	13.29	10.06	2.18
8	周産期疾患		19.13	3.04	内分泌・栄養・ 代謝系疾患	10.77	6.97	1.77
9	泌尿器系統の 疾患	9.04	7.80	1.50	泌尿器系統の 疾患	8.75	5.78	1.44
10	先天性異常	5.99	6.34	0.99	周産期疾患	549.22	0.00	0.89
	上位 10 位合計			92.71	上位 10 位合計			94.54

イ、死亡原因上位 10 位の順位の都市部と農村部の差異：表 2-10 は都市部と農村部の死亡原因上位 10 位の順位、死亡率及びその構成である。都市部における死亡原因上位 5 位は、がん、脳血管疾患、心臓病、呼吸器系統疾患、損傷と中毒の順となっている。農村部の死亡原因上位 5 位は都市部と同じであるが順位が異なる。トップは脳血管疾患で、次いでがん、呼吸器系統疾患、心臓病、損傷と中毒の順となっている。都市部ではがん（人口 10 万人当たり 150.18 人）と心臓病（同 101.45 人）が農村部（がんが 128.65 人、心臓病が 84.56 人）を上回っている。脳血管疾患は都市部が 132.35 人で農村部と 138.81 人とほとんど差がない。呼吸器系統疾患は都市部が 79.56 人で農村部の 104.73 人より低い。また損傷と中毒も都市部が 48.66 人で農村部の 68.01 人より低い。

都市部と農村部の 6 位から 10 位は、差異が比較的目立つ。都市部の内分泌・栄養・代謝系疾患の死亡率は 15.65 人で農村部の 8.31 人より高い。消化器系統疾患、伝染病及び泌尿器系統の疾患は、都市部は農村部より低い。特に伝染病は、都市部が 8.72 人であるのに対して農村部は 15.60 人と差が顕著である。

4.中国の死亡原因と国際比較

世界保健機関の統計によると、21世紀初頭における世界人口の死亡率は人口10万人当たり916人だった。そのうち伝染病、母子の疾病及び食事性疾病による死亡率が294人で、死亡率全体の32.13%を占めた。慢性の非伝染性疾病（慢性病）による死亡率は人口10万人当たり539人で全体の58.81%、損傷と中毒による死亡率は83人で全体の9.06%だった。世界人口の死亡状況と比べると、中国の慢性病の死亡率は世界平均に近く、損傷と中毒による死亡率は世界平均をやや下回り、伝染病、母子の疾病及び食事性疾病による死亡率は世界平均を大きく下回っている。（表2-11）。死亡原因構成をみると、中国の慢性病の占める比率は世界平均を大きく上回っている。

表 2-10 2004～2005年のサンプル地域の死亡原因順位、死亡率（1/10万）及び構成比（%）

順位	都市部農村部合計			都市部			農村部		
	疾病	死亡率	構成比	疾病	死亡率	構成比	疾病	死亡率	構成比
	合計	608.78	100.00	合計	600.05	100.00	合計	613.19	100.00
1	脳血管疾患	136.64	22.45	がん	150.18	25.03	脳血管疾患	138.81	22.64
2	がん	135.88	22.32	脳血管疾患	132.35	22.06	がん	128.65	20.98
3	呼吸器系統の疾患	96.28	15.81	心臓病	101.45	16.91	呼吸器系統の疾患	104.73	17.08
4	心臓病	90.23	14.82	呼吸器系統の疾患	79.56	13.26	心臓病	84.56	13.79
5	損傷と中毒	61.51	10.10	損傷と中毒	48.66	8.11	損傷と中毒	68.01	11.09
6	消化器系統の疾患	16.78	2.76	内分泌・栄養・代謝系疾患	15.65	2.61	消化器系統の疾患	17.75	2.90
7	伝染病	13.29	2.18	消化器系統の疾患	14.86	2.48	伝染病	15.60	2.54
8	内分泌・栄養・代謝系疾患	10.77	1.77	伝染病	8.72	1.45	泌尿器系統の疾患	8.97	1.46
9	泌尿器系統の疾患	8.75	1.44	泌尿器系統の疾患	8.33	1.39	内分泌・栄養・代謝系疾患	8.31	1.36
10	周産期疾患	549.22	0.89	神経系統の疾患	4.75	0.79	周産期疾患	599.89	1.03
	上位10位合計		94.54	上位10位合計		94.09	上位10位合計		94.87

表 2-11 第 3 回全国死亡原因調査結果と世界及び主要国との三大疾病死亡率と構成の比較

	死亡率（人口 10 万人当たり）				構成（％）		
	合計	伝染病・母 子の疾病・ 食事性疾病	慢性の非 伝染性疾 病	損傷 中毒	伝染病・母 子の疾病・ 食事性疾病	慢性の非 伝染性疾 病	損傷 中毒
世界全体	916.1	294.4	538.8	83.0	32.13	58.81	9.06
中国	661.5	41.2	544.4	62.0	6.23	82.30	9.37
米国	543.5	36.2	460.4	46.8	6.65	84.73	8.62
日本	364.3	38.2	286.7	39.4	10.48	78.71	10.81
英国	516.8	57.1	434.1	25.6	11.05	84.00	4.95
フランス	442.9	26.8	367.7	48.4	6.05	83.02	10.93
オースト ラリア	417.0	19.6	362.2	35.2	4.71	86.86	8.43
インド	1291.5	425.1	749.8	116.7	32.91	58.05	9.04
タイ	856.4	223.9	558.8	73.6	26.15	65.25	8.60

注：死亡率は 2000 年の世界人口で標準化したもの。

先進国と比較すると中国の死亡率は高く、とりわけ慢性病、損傷と中毒が目立つ。慢性病について分析すると、中国は脳血管疾患による死亡率が表内の各国の中で最も高く、欧米各国の 4～5 倍、アジアでは日本の 3.5 倍に達している。中国のがん死亡率は米国、英国、フランスに近く、日本、オーストラリア、インド、タイより高い。呼吸器系統の疾患は各国より高く、心臓病の死亡率はインドより低くて、米国や英国に近く、日本、フランス、オーストラリア、タイを明らかに上回っている（表 2-12）。

表 2-12 中国と主要国の一般的な死亡原因の死亡率（1/10 万）

国名	合計	脳血 管疾 患	がん	呼吸 器系 統の 疾患	心臓 病	損傷 中毒	消化 器系 統の 疾患	内分 泌・栄 養・代 謝系 疾患	泌尿 器系 統の 疾患	周産 期疾 患	伝染 病と 寄生 虫病
中国	661.5	149.4	139.5	110.3	100.1	62.0	17.9	11.5	9.1		14.2
米国	543.5	31.9	134.4	38.6	123.5	46.8	20.6	24.7	12.1	7.3	16.0
日本	364.3	45.0	119.2	16.0	38.2	39.4	15.1	7.5	7.7	0.5	8.2
英国	516.8	43.7	142.7	34.4	106.0	25.6	25.8	9.3	6.7	5.7	5.1
フランス	442.9	28.2	141.6	19.3	46.9	48.4	23.6	15.9	6.4	3.9	7.4
オースト ラリア	417.0	33.4	126.9	24.3	84.8	35.2	13.5	15.4	8.0	5.0	6.0