

地及び世界各地に感染を広げた。当初中国政府の初動が不十分であったこともあり、北京市を中心に、主に院内感染により拡大し、2003年の中国における患者は5,327人(うち北京市2,521人)、うち死亡者は349人(うち北京市193人)となった(香港・マカオを除く)。

2004年は散発的な感染にとどまった(2003年12月から2004年5月までに、患者13人、うち死亡者1人が確認)。SARSは、一時的ながらも中国の社会経済等へ大きな混乱や影響を及ぼすとともに、中国の衛生体制の課題を浮き彫りにし、医療衛生分野への財政投入など、中国における資源配分の見直しを喚起することになった。

(2) 行政組織・医療提供体制

a 医療機関の現状

中国の医療機関は基本的には各行政衛生部門が設置していることが多く、機能も分化されている。市場経済への移行に伴い、各医療機関は独立採算経営が原則となっており、各医療機関の経営努力や地域の経済水準によって経営内容や医療水準が異なる。また、医療保険改革により、大都市部での各病院間の競争が激化している。

2004年末の1,000人当たり病床数は2.4床と日本の約6分の1である。医療資源は都市部への集中がみられ、農村部で低水準となっている。都市部の基幹病院では高水準の医療機器を有し、例えば移植治療や生殖治療をはじめ高度医療を相当数実施している病院もある一方で、農村部の衛生院や診療所は機器、薬剤、医師の質ともに低水準となっている。

b 疾病予防等を重視した保健医療体制の整備

一般的に、プライマリケアを中心とする保健医療体制の水準が低く、財政投入も低い状況である。とりわけ農村部でその傾向が強い。医療機関等の整備、医師等の研修訓練、公衆衛生サービスの提供等については、医療機関の医業収入からの自己負担、地方政府の負担に依存し、中央政府の負担割合は低く、都市部と農村部の格差は広がる傾向にある。

農村部では、衛生院(村衛生室)が初期診療や予防接種等を担当している。2002年には「中国農村初級衛生保健発展綱要(2001～2010年)」等が策定され、2010年までに乳児死亡率等を2000年に比して5分の1引き下げること、妊産婦死亡率を同4分の1引き下げること、平均寿命を2000年に比して1～2歳引き上げること等を含めた整備目標を掲げた。

c 予防衛生・公衆衛生機能の強化の必要性

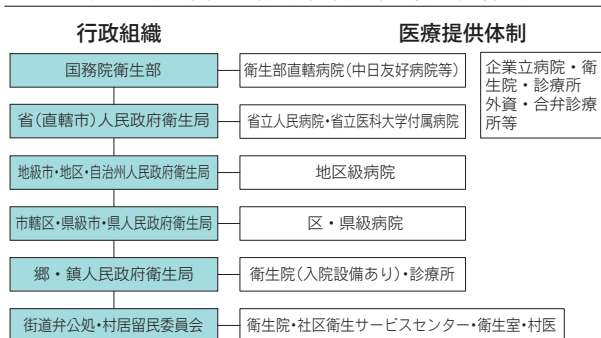
本来、公衆衛生活動の拠点となる、診療活動とは独立した公衆衛生機関の整備が十分ではないこと等から、突発的な感染症等が発生した場合の情勢報告や対策について、公衆衛生ネットワークを通じた迅速な対応が十分にとれない面が指摘されており、伝染病法制の整備をはじめ、体制整備を急いでいる^(注14)。

(3) 医療従事者

中国における医師数(医師)は約191万人、うち「医師」資格者は152万人である(2004年)。この中には、西洋医学の医師だけではなく、中医(漢方医)、中西医结合医も含まれる。

中国の医師は、大学医学部卒業者だけではなく、中学・高校卒業後一定期間の研修・実務を経た後、医師(医師、医士)になった者(主に農村部における診療や病院内における医療補助業務を行う)も多く、医学水準の引上げが必要となっている。

〈図2-6〉 中国の行政組織と医療提供体制



資料出所 中国政府資料

〈表2-88〉中国の衛生事業関係の主なデータ(2003年末)

項目	内容
医師数(医生数)	186万7,957人(対前年比1.3%増。なお2002年は対前年比12.2%減)人口千人当たり1.48人
医療機関病床数	314万4,170床(人口千人当たり2.43床)
医療関係機関数	29万1,323か所(村衛生室を除く)のうち、病院1万7,764か所、衛生院4万5,204か所、診療所等20万4,468か所、社区卫生サービスセンター1万101か所、疾病予防コントロールセンター(防疫センター)3,584か所、母子保健センター3,033か所
人口1人当たり診療回数	約1.7回/年
人口1万人当たり入院者数	483人
平均入院日数	9.0日
平均病床利用率	58.7%
1人当たり衛生関係総費用(2002年)	442.6元
1回当たり平均外来費用及び1人当たり入院費用	外来108.2元(対前年比8.6%増)、入院3910.7元(対前年比8.7%増)。ただし、衛生部直轄病院や省級病院等の大病院の方が地域の中小病院よりも費用は相当高い(例えば、衛生部直轄病院の1人当たり入院費用は県級病院のそれに比して約6.44倍)
医療費における平均薬剤比率	外来54.7%(前年に比して0.7ポイント減少)、入院44.7%(前年に比して0.3ポイント上昇)

4 公的扶助制度

(1) 都市住民最低生活保障制度

生活困難者に給付を行う最低生活保障制度が、1993年頃より一部地域で導入が進められ、1997年以降、全国的に整備が進められている。また、各地の最低生活保障制度をできる限り統一的に運営するため、1999年に「都市住民最低生活保障条例」が公布され、全市及び全県にて実施されることになった。基本的に各地方政府の財政予算でまかない、中央及び省政府からも資金が投入されている(2004年の財政投入資金173億元)。2004年末の受給者は2,205万人で、2000年の5.6倍に達しているが、最近では、全国をカバーするようになり、伸びは頭打ちになっている。

対象者：収入(各家庭成員1人当たり平均収入。現金収入及び現物収入を含む)が最低生活保障基準未満の都市住民である。最低生活保障基準は各地の生活状況や財政状況等を勘案して、各地方政府が定めることとされているが、概ね各地平均賃金の20~30%で、2004年の全国平均は月152元である。

管理運営：各市及び県(受給対象者の居住地かつ戸籍所在地政府が実施)が行っている。

給付内容：地方政府の認定の際、所有家財など資産状況も調査される。認定されると、最低生活保障基

準から収入額を控除した額が給付される。2004年の実際の支給額は1か月当たり全国平均65元である。また、給付額に特別な必要経費等は勘案されず、仮に医療や高等教育等の支出を要したとしても給付額には反映されない。

(2) 農村最低生活保障制度等

1994年頃から農村部でも最低生活保障制度が徐々に導入され、2004年時点で、8省市で実施されており、受給者は、約500万人(前年比約100万人増)、財政支出は17億元である。また、最低生活保障制度が未整備な地域に対しては、近年、給付水準が比較的低いものの、特別困窮生活援助制度を推進している。受給者は約700万人である(2004年末)。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策一般

中国における社会福祉施策は、主に「三無者」(法定扶養者がいない又は扶養能力のある法定扶養者がおらず、労働能力がなく、生活能力がない者)などの生活困窮者、災害被災者、退役軍人・傷痍軍人等への支援を中心に実施されてきた。一方、一般住民に対する高齢期や傷病時の支援については、市場経済への移行に伴い、国有企業等の福利厚生による対応から一般社会による対応が必要とされている。特に、高齢化の進展等に伴い、高齢者の生活支援が課題となっており、地域社会における福祉サービスの提供が重視されている。

福祉サービスの財源は、政府の財政投入とともに、社会各界からの寄付、「福祉宝くじ」の売上収入(2004年226億元)等である。また、「三無者」等の生活困窮者は別にして、福祉サービスは基本的には受益者負担が原則となっており、政府の施策は、地域(社区)におけるサービス供給者の整備・支援等に重点が置かれている。しかしながら、その整備水準は地域格差が大きい。

(2) 高齢者保健福祉施策

a 高齢者の現状

2004年末の中国における65歳以上高齢者は9,857万人、人口比率は7.6%となっている(前年比0.1ポイント増)。今後も、高齢化の急速な進行が予想されている。