

中国におけるプライマリ・ヘルスケアの現状と課題

高 同強* 塩飽 邦憲* 北條 宣政*
アヌーラド・エルデムビレグ* 山根 洋右*

WHOの「2000年までに世界すべての人々に健康をHealth for All (HFA)」という目標を実現するため、中国ではプライマリ・ヘルスケア (PHC) の充実を図っている。Greenら (1991) の提唱するヘルス・プロモーションの診断と評価モデルに基づき、中国、特に遼寧省のPHCについて、①人々のQuality of Lifeに関する社会診断、②保健統計からの疫学診断、③ライフスタイルと健康支援環境の診断、④保健・医療・福祉に関する学習・組織診断、⑤政策診断を検討した。

1978年以降の改革開放政策により、急速な経済発展と個人所得の増加、住宅、食生活と健康状態の改善など、中国人民の生活の質は著しく改善している。しかし、保健指標では日本に比較して、中国の妊産婦死亡率は10.6倍、5歳未満児死亡率は7.8倍と高く、出生率、人口自然増加率、農村の人口割合も顕著に高率であった。また、経済発展に伴って地域格差が拡大し、農村合作医療制度の崩壊、ライフスタイルの変化、環境汚染など新たな健康問題を惹起している。特に、貧困階層7,600万人を含み全人口の70%を占める農村地域では健康悪化の諸要因が集積している。中国におけるHFAの実現には、日本の農村における住民参加の保健医療福祉改革の経験から、①保健医療福祉の総合化、②農業を核とし、保健医療福祉を組み込んだ農村振興、③住民参加と健康学習、④ヘルス・マンパワーの能力強化、⑤環境保全と資源循環の強化が重要と考えられる。

Key words: 中国, プライマリ・ヘルスケア, マンパワー, ヘルスプロモーション

I はじめに

世界保健機構 (WHO) は、「2000年までに世界すべての人々に健康をHealth for All (HFA)」実現のための戦略として、プライマリ・ヘルスケア (PHC) およびヘルスプロモーションを提案し、世界各国でその戦略に基づいた活動が展開されている¹⁻³⁾。

中国では、1949年の新中国建国以来、農村における医療・予防に重点をおいて、三級医療・予防・保健ネットワーク (図1) の形成、合作医療制度 (地方政府、郷村企業、社会団体による保険財政支援、農民自身による健康管理責任と経済的分担の導入) の設立に努力してきた。その結果、農村では風土病や伝染病、特に寄生虫病が著しく減

少し、衛生状況も改善した^{4,5)}。しかし、1980年以降の経済改革は、農村の保健医療に大きな影響を与え、合作医療制度を維持する村が減少し^{6,7)}、疾病罹患率や医療負担が増加している^{8,9)}。

近年、中国における急速な経済発展は、国民の生活水準向上とともに、人口の高齢化、生活習慣病や精神疾患の増加、環境汚染などの新しい健康問題を引き起こし、都市と農村の格差をさらに拡大した¹⁰⁾。WHOのHFA協約国として中国は、2000年までにHFA目標を実現するために、農村における三級医療・予防・保健ネットワークの再編・強化、合作医療制度の改革を図っている。そして、政府の厳しい財政状況や医療・科学技術の急速な発展、国民の健康ニーズの高まりから、これまでのような政府や地方政府による上からの改革ではなく、国民やコミュニティの保健福祉活動への参加を促進することが重要となってきた。

このため、中国における保健・医療の課題を、

* 島根医科大学環境保健医学教室
連絡先: 〒693-8501 島根県出雲市塩冶町 89-1
島根医科大学環境保健医学教室 高 同強

WHOの提唱するPHCとヘルスプロモーションの枠組みから、生活の質、健康状態、ライフスタイルの変化、保健・医療・福祉システムおよび政策について検討した。特に、中国の文化や生産様式に類似する日本の農村におけるPHC活動について、①保健医療福祉の総合化、②農村振興、③住民参加と健康学習、④ヘルス・マンパワー強化、⑤環境保全と資源循環の強化等について比較し、中国におけるPHCの課題解決のための方策を検討した。

II 対象と方法

中国におけるPHCの課題を検討するために、Greenら¹¹⁾の提唱するヘルス・プロモーションの診断と評価モデルに基づき、①人々のQuality of Life (QOL)に関する社会診断、②保健資料からの疫学診断、③ライフスタイルと健康支援環境の診断、④保健・医療・福祉に関する学習・組織診断、⑤政策診断の枠組みから検討した。

中国については、中国衛生部より刊行された保健資料^{12~14)}、遼寧省衛生庁科技教育処におけるマンパワー養成と適正配置に関する資料を収集し、分析した。また、遼寧省における都市と農村の視察および関係者のインタビュー結果を検討した。日本については厚生行政に関する資料^{15,16)}、島根県出雲市、佐田町、湖陵町、石見町などの保健福祉行政スタッフ、医師会役員、住民ボランティアなどにインタビュー調査を行った。

III 結果

1. 中国人民の生活の質 (QOL)

1978年以降の改革開放政策による急速な経済発展により、個人所得(都市:5,160元/年、農村:2,090元/年)の増加、住宅(都市:8.7m²/人、農村22m²/人)や食生活の改善、レクリエーションの豊富化、情報や海外交流などが促進され、QOLは著しく改善している。しかし、1人当りの国民総生産は、日本の1.3%にとどまっている(表1)。

一方、農村地域では、都市との経済格差が拡大し、個人所得268元/年未満¹⁷⁾の貧困層人口7,600万人が経済発展から取り残され、特に西北部農山村地域の経済と社会発展が遅れ、識字不能成人人口、義務教育不就学児、不安全な飲料水利用人口

表1 中日両国の保健指標比較 (1994)

項目	中国	日本
総人口 (百万)	1198.5	125.0
65歳以上人口割合 (%)	6.4	14.1
農村人口割合 (%)	70.0	22.0
出生率 (千人対)	17.7	10.0
死亡率 (千人対)	6.5	7.1
妊産婦死亡率 (10万対)	64.8	6.1
5歳未満児死亡率 (千人対)	33.0	4.2
人口自然増加率 (千人対)	10.6	2.9
平均寿命 (歳)	69.0	81.0
医師数 (千人対)	1.2	1.84
病床数 (千人対)	2.4	15.5
看護婦数 (千人対)	0.9	6.9
医療従事者数 (千人対)	3.6	16.5
国民総生産 (ドル/人)	468.0	36739.0

資料：中国衛生部，1996「中国衛生年鑑」¹²⁾

日本厚生省，1996「国民衛生の動向」¹⁵⁾

が多い。生活水準の低さから、農村から都市への大規模な人口移動が生じている。また、人口増加の著しい都市および生産拡大の続く鉱工業地域においては、環境汚染が深刻な問題になっている。

2. 中国の健康状態

中日両国の保健指標(1994)を比較すると、中国の妊産婦死亡率は日本の10.6倍、5歳未満児死亡率は7.8倍と高かった。中国の農村妊産婦死亡率は都市の2倍、5歳未満児死亡率は3倍と高かった。中国の出生率、人口自然増加率、農村人口割合も日本より顕著に高率であった(表1)。平均寿命は、日本より12歳低く、65歳以上の老年人口割合は6.4%と日本の半分であった。心臓病、高血圧、糖尿病など有病率が著しく増加し、40歳以上の女性の約50%は肥満であり、12~15歳の青少年の3.1%が高血圧であった¹⁸⁾。

脳血管疾患、悪性新生物、肺炎および気管支炎が死亡総数の60%を占め、生活習慣病中心の死因構造を持つ日本とは異なっていた。また、中国では、農村と都市の死因構造に顕著な差が認められた。農村では、肺炎および気管支炎、新生児疾患、肺結核、伝染病などの感染症が大きな比重を占めていた。一方、都市の死因構造は、日本に類似していたが、消化器疾患、内分泌系および免疫疾患、泌尿器系および生殖系疾患、精神疾患や神経疾患が多かった(表2)。

表2 中日両国の死因順位で見た死因別死亡数・死亡率の比較 (人口10万対:1994年)

		中 国				日 本					
		都 市		農 村		都 市		農 村			
順位	死 因	死亡率	死亡総数に占める割合 (%)	順位	死 因	死亡率	死亡総数に占める割合 (%)	順位	死 因	死亡率	死亡総数に占める割合 (%)
1	脳血管疾患	129.6	22.1	1	肺炎および 気管支炎	161.1	25.3	1	悪性新生物	196.3	27.8
2	悪性新生物	128.1	21.8	2	悪性新生物	105.5	16.5	2	心疾患	128.5	18.2
3	肺炎および 気管支炎	94.4	16.1	3	脳血管疾患	104.5	16.4	3	脳血管疾患	96.9	13.7
4	心疾患	87.9	15.0	4	不慮の事故 および有害 作用	76.7	12.0	4	肺炎および 気管支炎	72.4	10.3
5	不慮の事故 および有害 作用	39.5	6.7	5	心疾患	66.6	10.4	5	不慮の事故 および有害 作用	29.0	4.1
6	消化器系疾 患	20.6	3.5	6	消化器系疾 患	30.9	4.8	6	精神病的記 載のない老 衰	18.9	2.7
7	内分泌およ び免疫系疾 患	13.1	2.2	7	新生児疾患	985.2	1.8	7	自殺	16.8	2.4
8	泌尿器系お よび生殖系 疾患	8.9	1.5	8	肺結核	11.4	1.8	8	腎炎, ネフ ローセおよ びネフロー ゼ	15.1	2.1
9	精神疾患	7.0	1.2	9	伝染病(肺 結核を除く)	9.2	1.4	9	慢性肝疾患 および肝硬 変	13.2	1.9
10	神経疾患	5.1	0.9	10	泌尿器系お よび生殖系 疾患	8.4	1.3	10	糖尿病	8.8	1.3

資料: 中国衛生部, 1996「中国衛生年鑑」¹²⁾
日本厚生省, 1996「国民衛生の動向」¹³⁾

3. 中国のライフスタイルと健康支援環境

全国12省(市)の食物消費調査では, 1982~1990年の間に穀物と芋類の摂取率は下降し(穀物10.9%, 芋類49.9%), 肉類, 卵類, 牛乳の摂取率はそれぞれ81.1%, 200%, 323%増加していた。特に, 上海, 北京, 天津など大都市では, 総摂取カロリーの約30%を脂肪が占めていた。一人っ子政策が浸透し, 核家族が増加し, 高層共同住宅に住む人々が増加しつつある¹⁹⁾。

一方, 農村においては, 農業が主要産業であり, 機械導入率が低く, 長時間の筋肉労働に従事していた。食品は自家生産が多く, 都市に比べ, 一人当たり摂取エネルギー量(都市: 2,395 kcal, 農村: 2,294 kcal)や動物性食品摂取量(都市: 77.7 g, 農村: 48.3 g)が少なかった。また, WHOの体重標準に比べて, 男児の25.3%と女児の33.4%が低体重であり, 1,500万人が発育遅滞であった。鉄欠乏性貧血, くる病, 甲状腺腫などの栄養不良が農村に高率であった²⁰⁾。

喫煙人口は約3億5,000万人で, 成年男性は約2/3が喫煙していた。最近, 女性と青少年の喫煙率が上昇しており, 1985~92年の間に先進国の成人喫煙率は13%下がったが, 中国では20%の上昇が見られた。年間に喫煙に関連して約50万人の死亡, 271億元の直接・間接経済損失が推定されている。農村における家計支出では, 医療・保健が3%に対し, タバコ・酒の支出は15%にのぼっていた²¹⁾。

経済発展に対して, 環境保全は遅れており, 工場の大気汚染物質, 廃水, 廃棄物などの処理は不十分である。このため, 河川と空気の汚染が, 深刻な問題となっており, 中国で最も肺癌発病率が高く, 重工業の比重が高い遼寧省では, 空気汚染と喫煙が肺癌の主要リスクファクターと報告されている²²⁾。農山村地域の上下水道の整備も遅れており, 3億人以上に安全な飲料水が給水されていない。また, ライフスタイル変容に関連の深い学習環境でも, 未就学児が4,200万人, その内女児

が2,900万人と推定されている²³⁾(表3)。

4. 保健・医療・福祉システム

1) 保健・医療・福祉行政

中国衛生部は医療行政の最高機関であり、福祉は民生部が管理している。国は省を、省は市、県、郷、村地域の順に下位行政機関を階層的に管理しており、日本に比較して上級行政機関による拘束性が強い(図1)。近年、中国でも地方分権が産業振興などの部門で徐々に進められているが、日本に比較して法制、財政、人事面での中央集権の傾向が強い。農村における PHC 活動は、主に農村三級医療・予防・保健ネットワーク(県、郷、村における医療・予防・保健機関)が担っている。また、近年、医療機関の民間経営が認められたが、ほとんどの機関を国・省・市・県などの衛生行政機関が管理している。

2) 医療保険制度

中国では、国家公務員、国営企業職員、大学生には公費医療制度、労働者には労保医療制度、農民には合作医療制度があり、被保険者の負担率が異なっている。さらに、同じ医療保険制度であっても、地域あるいは企業経済の状況によって、本人負担率は異なる(表4)。1980年代以降、都市の医療保険制度が改革され、個人の医療費負担が導入された。また、国民皆医療保険制度が一部の地域で試行されている。農村の経済近代化は、合作医療制度に大きな影響を及ぼし、農民からの保険金と郷政府からの補助金によって運営する合作医療制度を維持している村は40%に減少した。多くの農民は無保険者となり、疾病罹患率の上昇が認められている。このため、農村の医療保険制度の再建が課題となっている⁷⁾。

3) ヘルス・マンパワー

中国のヘルスマンパワーを表5に示した。人口千人当り医療関係者数は、中国3.6人(赤脚医生と呼ばれ、短期間の医学教育、臨床訓練を受け、農村の村衛生室に働く郷村医者を含まず)と、日本の16.5人の約1/4となっている。人口千人当たりの中国医師数1.2は、日本の約1/2、看護婦数0.9は1/7であった。農村でのPHCを担っている郷村医者と衛生員132万人は、独学あるいは短期訓練により、医療活動に従事してきた。医療技術が急速に進歩しているため、ヘルスマンパワーの増員と共に、郷村医者と衛生員に代表される

表3 中国のライフスタイルと健康支援環境(1992)

喫煙人口	3億2000万人
1日1人あたりカロリー供給量	2,328 kcal
安全な飲料水利用不可能人口*	3億1000万人
義務教育不就学児*	4200万人
識字不能成人人口	1億8000万人
農村での貧困レベル以下人口*	7600万人
1人当たりエネルギーの消費量	583 kg
1人当たり新聞用紙消費量	0.7 kg
二酸化炭排出量の構成比(世界%)	11.2
失業率(%)	2.3
政府総支出に対する教育の割合(%)	12.2

資料：中国衛生部，1994「中国衛生年鑑」¹²⁾

日本総務庁，1996「世界の統計」

* UNDP, Human Development Report 1991²³⁾

表4 中国の医療保障制度の現況(1994)

類別	対象	本人負担率(%)*
公費医療	国家公務員，事業単位人員，在学大学生	10-20
労保医療	国営あるいは集体企業職員	20-50
合作医療	農民，郷鎮企業職員	30-50
医療保険	部分職員，農民(試行)	10-30

資料：中国衛生部，「中国における農村医療保険制度の研究」^{7,12)}

* 本人負担率は地域によって異なっている

PHC現場で働くマンパワーの生涯学習強化が大きな課題となっている。

5. 健康政策

中国政府は、1986年にWHOとのHFA協約に加入し、1990年には健康関連の衛生部を含む5部の連名で「中国農村において21世紀にすべての人々が健康を享受する計画」を発表した。この計画では、WHOにおけるPHCの基本条件を参考に、中国農村の現状と条件に基づいて「中国農村にHFA目標を達成する指標」および評価指標を作成した。評価点数は110点満点で、85点以上が合格、70点未満が不合格である¹³⁾。

1) 政府の公的責任強化

中国衛生部は、中国におけるPHCの目標と計画を立案し、各級行政機関に独立したPHC事務室を設置し、全国統一行動を始めた。農村におけるPHC強化に重点をおき、一定期間ごとの評価

表5 中国の医療従業者数と構成割合 (1994)

	実数	構成割合 (%)
総数	5,307,009	100.0
医師	1,425,375	26.9
歯科医師	(医師数に含まれる)	
薬剤師	341,877	6.4
検査技師	165,050	3.1
看護婦	1,093,544	20.6
助産婦	50,721	1.1
中・初級勤務者	1,152,650	21.7
その他の技術員	116,921	2.2
その他の者	522,787	9.9
事務職員	438,084	8.3
総数	1,323,701	100.0
郷村医者	933,386	70.5
衛生員	390,315	29.5

資料：中国衛生部，1996「中国衛生年鑑」¹²⁾
 中初級勤務者：医士，検査技士，薬剤士など中等衛生学校に卒業した医療関係者である。
 事務職員：衛生管理人員を含む。
 郷村医者および衛生員：農村の村衛生室の医療関係者である。

と見直しを計画に盛り込んだ。目標として，2000年には5歳未満児死亡率を1990年の1/3，妊婦死亡率を1/2に減少させ，平均寿命を2歳延長させ，農村飲用水の衛生基準合格率を85%に，衛生的な便所の普及率を80%に，千人当り医師数を1.3人に，衛生予算額/GNPを4.5~5%に高めることを掲げている。

2) ヘルス・サービスとスタッフ能力の強化

① 三級医療・予防・保健ネットワーク，合作医療制度，郷村医者の養成は，中国における農村医療保健システムの柱であり，重要な役割を果たしている。三級医療・予防・保健ネットワークは，農村外来患者の96%，入院患者の89%をカバーしている。県，郷，村における三級医療・予防・保健ネットワークを強化するため，中央政府は1991~92年に23.6億元の予算を投入し，施設，設備，人員の充実をはかっている。

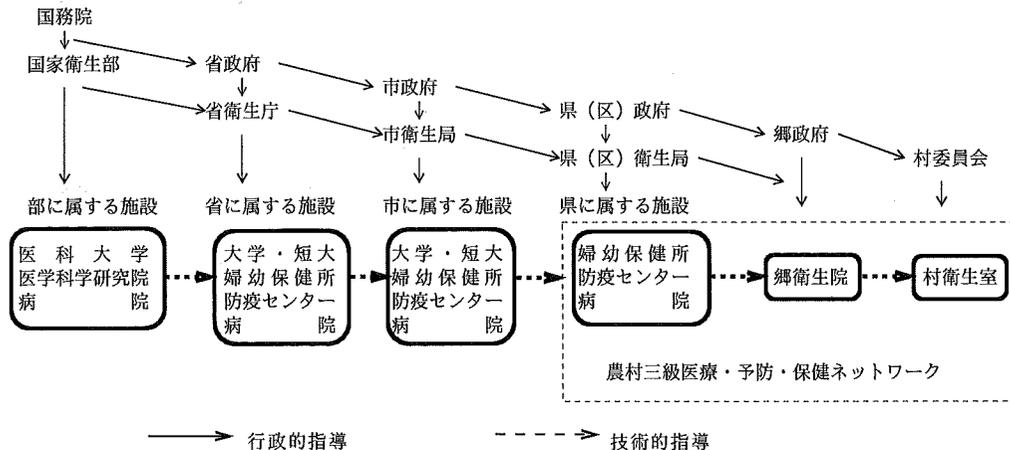
② スタッフの能力強化のため，全国に継続教育研修システムとして，成人職工医学院41，市成人中等衛生学校174，県衛生学校1,047を設立し，1981~1990年に全国260万人の再教育を行った。2000年までに，農村における村級保健・医療スタッフのレベルを中等衛生学校（中学卒業生を対象とした3~4年制の教育システム）卒レベルまで強化することに重点をおき，生涯教育を推進している。

③ 医療システムの人事，賃金制度を改革し，競争制度を導入し，医療サービスの質，研究水準の向上をはかっている。同時に，民間団体または個人の資金投入による病院，医院，診療所の増設を推進している。

3) 伝染病，風土病の減少

安全な飲用水の供給と便所改造などの環境衛生を改善し，計画的な予防接種を強化している。1985~1994年に全国の農村の飲用水道整備を行い，農村人口総数の85%に供給するに至った。農

図1 中国における医療施設と管理体制 (1997年現在)



村総人口の40%は上水道、45%は簡易水道を利用している。児童に対する予防接種率は85%で、BCG、百日咳、麻疹、ポリオの接種率は96%に達した(1991)。

4) 医療保険制度の改革

都市では、全額公費負担の医療保険制度から国家、企業、個人の相互負担への改革が実施されている²⁴⁾。農村でも、合作医療制度の改革、医療保険の合理的な経営への転換を図っている。

Ⅳ 考 察

ヘルスプロモーションの診断と評価のフレームワークから¹¹⁾中国のPHCの現状と課題を明らかにした。近年、中国人民の生活の質は経済発展により向上し、健康状態も次第に改善されてきた。中国ではPHC活動の重点を農村におき、アルマ・アタ宣言で述べられた安全な食品・飲料水の供給、母子保健対策、主要伝染病・風土病のコントロール、成人病の予防と治療、基本薬物の配置、保健環境の改善および健康教育の施行など基本条件の達成を目標としている。これまでのPHC活動により、児童の予防接種率、安全な飲料水普及率、医師の養成、主要伝染病、風土病のコントロールなどの指標がWHOのHFA目標に近づいた²⁵⁾。

しかし、社会経済発展の地域格差、農村経済の行き詰まりによる合作医療制度の崩壊、鉱工業地域での環境汚染、ライフスタイルの変化など新たな健康問題を惹起している。本研究では、ヘルスプロモーションの評価枠組みから、貧困階層7,600万人を含め全人口の70%が居住する農村地域が都市に比べて、生活の質、健康状態、ライフスタイルと健康支援環境、保健・医療・福祉システムなどの面で大きく立ち遅れていることを明らかにした。Liuら(1995)⁶⁾およびYangら(1991)¹⁰⁾も、農村での健康リスクが高まっていると報告している。これらの健康問題に対処するための農村でのPHC活動の強化においては、中国国家財政支出の拡大、地域格差の解消、保健・医療・福祉システムの改革、ヘルスマンパワーの強化、自然環境の保全、一人っ子政策による人口高齢化の進展などが考慮されねばならない^{26,27)}。そこで、人口高齢化、過疎化が急速に進む島根県の中山間地域での保健・医療・福祉の改革の現状

から、①保健医療福祉の総合化、②農業を核とし、保健医療福祉を組み込んだ農村振興、③住民参加と健康学習、④ヘルス・マンパワーの能力強化、⑤環境保全と資源循環の強化について中国のPHCの課題を検討した。

1) 保健医療福祉の総合化

日本では、急速な高齢化に対応して、保健医療福祉を総合化したケア・マネジメントの確立が急がれている。この実現のために、介護保険制度の創設、地域保健法などの政策、市町村保健福祉センターなどの拠点整備、保健医療福祉サービスのマンパワーの拡充や研修が取り組まれている²⁸⁾。中国でも、来るべき高齢化社会に備えて、農村3級医療・予防・保健ネットワークに、福祉を加え、医療・保健を管理する衛生部と福祉を管理する民政部の統合が必要であろう。また、全国民をカバーする医療保険制度の改革、特に、農村医療保険制度の整備および中国の国情に合わせる介護保険制度の創設することが重要と考えられる。

2) 健康な農村づくり

日本の農村振興は、農林水産省を中心に、厚生省、文部省、建設省など多くの省庁がそれぞれの政策展開を行い、市町村レベルでも各部課が個別の事業展開を図っている。近年、中山間地域においては、急速な過疎化、少子化、高齢化の中で、農業を核とし、保健医療福祉を組み込んだ農村振興が取り組まれつつある。典型的な山村である島根県佐田町は、住民のニーズ志向性問題解決型の活動を強化しながら、保健、医療、福祉、教育、農業、文化の連携を重視し、ヘルシータウンをめざしている²⁹⁾。中国政府でも、過疎地と小規模農山村に対する保健医療支援を強め、保健福祉予算や過疎地振興予算を増加し、人材養成や確保も強化することが重要と考えられ、日本の経験をふまえて、農業を核とし、保健医療福祉を組み込んだ農村振興政策が確立される必要であろう。また、都市から農村への支援および地域の連携により、地域格差の解消が不可欠と考えられる。

3) 住民参加と健康学習

日本では、健康教育や福祉教育が学校や地域で推進され、生涯学習が住民の一生を通じての権利として考えられている。学校や地域では、テレビ、ビデオ、新聞などマスメディアを活用し、情報化社会の利点を生かした健康づくりや地域社会

づくりがなされている。また、ストレス対策、いきがい対策など精神的な問題、生活環境問題などに対する多様な健康・環境教育活動が展開されている。こうした教育学習活動が、住民の能動性を高め、政策立案やその実行への住民参加をすすめている³⁰⁾。

中国でも、アルマ・アタ宣言やオタワ宣言に唱われているように、健康学習を強化し、住民参加の推進が課題と考えられる。そして、日本の経験を学び、健康教育機関や地域では、テレビ、ビデオ、新聞などマスメディアを活用し、さまざまな健康問題に対する多様な健康教育と住民参加の活動を展開することが重要と考えられる。

4) ヘルス・マンパワーの能力強化

日本の医学系大学では、カナダやアメリカでの学習者主体の問題解決型教育の採用がなされている。また、現場での保健医療福祉問題を検討する現場スタッフや学者による自主的研修会やセミナーが多く開催されている³¹⁾。これまで、中国の教育では、知識伝授型教育が採用され、学習者主体の問題解決型教育は少なかった。技術革新の速さと再教育すべきヘルス・マンパワー数を考慮すれば、コミュニティや保健医療福祉施設での、学習者主体の問題解決型教育を拡大することが課題であり、特に農村での技術革新に対応したマンパワー育成が急がれる。

5) 環境保全と資源循環の重視

日本は、1970年代に産業による環境汚染を、排出物の除去と共に工程そのものを改良することによって「公害」を克服した。また、都市化や消費行動の変化による家庭からの廃棄物増加を、ゴミ減量化、分別収集と再資源化、産業廃棄物処理や河川の浄化などのリスク・マネージメントを推進し、資源循環型都市づくりを行っている。

中国では、都市や鉱工業地域での環境汚染が深刻化している。日本の経験から学び、「公害」の克服、資源循環型都市づくりに重点的に取り組むことが重要である。

中日両国はそれぞれの特徴に基づいて、PHCの目標、方法、計画を設定し、成果を上げている。中国は、国土が広く、経済、文化、社会慣習などに格差があるため、省レベルでのPHC計画の立案が重要になっている。中国でのPHC発展には、地域格差の解消、伝染病の予防、環境保健

の強化などを推進するとともに、医療保険制度の改革、保健、医療、福祉体制の整備および法律の完備を重視しなければならない。今後、医療・保健・福祉・環境保全などで中日両国の交流、先進国と開発途上国の相互協力支援、新たなパートナーシップ (New Partnership for Health for All) を推進することは、中日両国のPHC発展にとって実り多いものと考えられる。

(受付 '98. 4.20)
(採用 '99. 2.15)

文 献

- 1) WHO. Alma-Ata 1978, Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
- 2) WHO. From Alma-Ata to the year 2000. Geneva: WHO, 1986.
- 3) WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: WHO, 1986.
- 4) Robert BT. Primary health care in the People's Republic of China. Postgraduate Medicine 1981; 70: 69-76.
- 5) Yang PL, Lawson JS. Health care for a thousands million. World Health Forum. 1991; 12: 151-155.
- 6) Liu Y et al. Transformation of China's rural health care financing. Social Science & Medicine 1995; 41: 1085-1093.
- 7) 中国衛生部政策及び管理研究専門委員会. 中国における農村医療保健制度の研究. 上海科学技術出版社. 上海 1991; 7-25.
- 8) World Bank. China. Issues and options in health financing. Report No. 15278 CHA, Washinton, DC.: World Bank, 1996.
- 9) Richard T. Health Care in China highly inequitable. BMJ 1997; 315: 835.
- 10) Yang PL, Lawson JS. Health policy reform in the People's Republic of China. International Journal of Health Services 1991; 21: 481-491.
- 11) Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning. 2nd ed., Mayfield, Mountain View, 1991; 188-214.
- 12) 中国衛生部. 中国衛生統計年鑑. 北京 1996.
- 13) 黄永昌. 中国衛生国情. 上海科学技術出版社. 上海 1994; 229-238.
- 14) 陳憲松. 衛生新地平線論壇. 中国医薬科技出版社. 北京 1995; 5-35.
- 15) 厚生統計協会. 国民衛生の動向 1996.
- 16) 厚生省. 厚生白書 1995; 103-110.
- 17) 世界銀行. 90年代の扶貧戦略. 中国財政経済出版社. 北京 1993.

- 18) Chen JD. An eastern perspective on nutrition and performance. *Nutrition Review* 1996; 11: S176-S181.
- 19) Zheng W. Risk factors for oral and pharyngeal cancer in Shanghai with emphasis on diet. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 1992; 1: 441-448.
- 20) Ji CY. The multivariate canonical discriminant analysis between physical growth and nutrition status of children and youth. *Chinese Journal of Preventive Medicine*. 1992; 26: 144-147.
- 21) Jin SG. An evaluation on smoking-induced health costs in China. *Biomedical and Environmental Sciences* 1995; 8: 342-349.
- 22) Xu ZY. Lifestyle, environment pollution and lung cancer in cities of Liaoning in northeastern China. *Lung Cancer* 1996; 14 (Suppl. 1): S149-S160.
- 23) UNDP. Human Development Report 1991. Oxford University Press, Oxford: 1991.
- 24) Bloom G, Xingyuan GU. Health sector reform: Lessons from China. *Social Science and Medicine* 1997; 45: 351-360.
- 25) Zhang KL et al. Health care delivery system and major health issues in China. *Medical Journal of Australia* 1996; 165: 638-640.
- 26) Nutbeam D, Wise M. Planning for Health for All: International experience in setting health goals and targets. *Health Promotion International* 1996; 11: 219-226.
- 27) Robert SF et al. Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion. *Health Promotion International* 1996; 11: 227-236.
- 28) 山根洋右, 他. 島根県における高齢者ヘルスケアの課題. *島根医学* 1994; 14: 186-201.
- 29) 山根洋右. 農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究. *日本農村医学雑誌* 1995; 44: 625-634.
- 30) 塩飽邦憲, 他. 出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究. *日本公衛誌* 1997; 44: 464-473.
- 31) WHO. The Declaration of Tokyo. *Western Pacific Reports and Studies No. 2*. Manila: WHO, 1986; 16-20.

PRIMARY HEALTH CARE IN CHINA: PROBLEMS AND CHALLENGES

Tongqiang GAO*, Kuninori SHIWAKU*, Nobumasa HOJO*
Anuurad ERDEMBILEG*, Yosuke YAMANE*

Key words: China, Primary health care, Manpower, Health promotion, Evaluation

The World Health Organization (WHO) put forward a global strategy goal of "Health for All by year 2000" and pointed out the task of achieving this based on the primary health care (PHC) during the Alma-Ata Conference in 1978. The government of China have endorsed the WHO agreement and performed much work toward it. However, the gap between urban areas and rural areas is widening. The accomplishment of the goal of "Health for All by the year 2000" is still a critical task in China.

In this study, main health problems, government policies and measures on the framework of quality of life, health status, lifestyle and health-supporting environment, medical, health and welfare system and health policies in PHC of China were diagnosed and evaluated according to the "diagnosis and evaluation for health promotion" by Green and Kreuter (1991). Japanese experiences in a combined medical, health and welfare system, elderly care, environmental protection and health education are very helpful to strengthen PHC in China. A new partnership for "Health for All" between Japan and China to achieve the goal of "Health for All by the year 2000" is imperative.

* Department of Environmental Medicine, Shimane Medical University