

東南アジア諸国等人口・開発
基礎調査報告書

—— 中華人民共和国 ——

昭和63年 2 月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)

東南アジア諸国等人口・開発 基礎調査報告書

—— 中華人民共和国 ——

昭和63年 2 月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



◀国家計画生育委員会王偉大臣に調査概要説明

左から 黒田俊夫団長
王偉大臣
西川由比子団員
対外連絡処 丁小鳴氏
弁公庁政策研究室副主任 彭志良氏

国家計画生育委員会 調査内容討議・計画生育▶

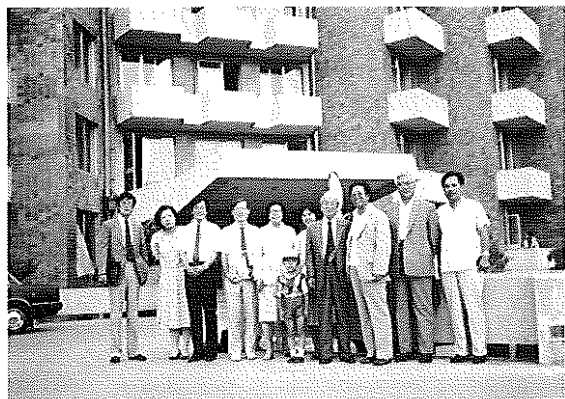
委員会活動内容等ヒヤリング

外事局次官 許慶美氏（右から3人目）
対外連絡処副処長 王湘瑛氏（右から2人目）



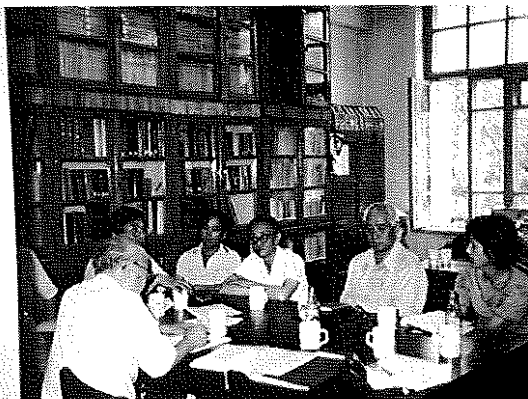
◀吉林省計画生育委員会副主任孫沐寒氏（右から3人目）
副処長陳勝利氏（右端）

吉林省計画生育協会副会長 王平氏（左から5人目）
鷺尾宏明団員（左から4人目）



吉林大学人口研究所、人口関連調査討議▶

吉林大学副校長朱日耀氏（左から2人目）
副校長林法氏（左から3人目）
人口研究所副所長王勝今氏（左から5人目）
副所長劉六德氏（左から4人目）
客員研究員早瀬保子氏（右端）





◀ 吉林市計画生育委員会、計画生育活動、衛生・母子保健
関連情報についてのヒアリング
吉林市計画生育委员会主任 王志良氏（中央左）

▶ 長春市調査概要報告 ▶

吉林省人民政府副秘書長桑逢文氏（左から2人目）
長春市副市長李慧珍氏（右から3人目）
長春市人民政府副秘書長楊天民氏（右から2人目）



◀ 吉林市内（江南郷光明村）家庭訪問
（後方の二階建）
世帯主 鄭志信氏（右から5人目）と
吉林市計画生育委員会スタッフ

▶ 長春市内自由市場にてインタビュー ▶
鷲尾宏明団員



は　じ　め　に

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、昭和62年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を受託し、中華人民共和国で実施したものである。調査及び取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国等における人口問題等に対する対策が十分な成果をあげうるためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産、人口分布と国内移動等の人口動態並びに、家族構成、年齢構造等を含む人口構造の静態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉及び保健医療に与える影響、相互の関係等について、検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向、生活・福祉及び保健医療の現状等について調査分析を行い、アジア諸国の人口と開発問題の解決に寄与することを目的とする」である。

調査に当たり現地では、王偉国家計画生育委員会大臣並びに在中国日本大使館森本優参事官、足利聖治一等書記官に計画全体にわたるご指導・ご協力を、また、吉林省計画生育委員会、長春市人民政府、吉林大学人口研究所、吉林市計画生育委員会に調査中ご同行、ご協力いただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課並びに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施にあたりご指導・ご便宜をいただいた。

ここに深甚なる謝意を表する次第である。

終わりに、この報告書が今後中華人民共和国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

尚、本報告書は本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本国政府の見解や政策を反映するものではないことを付記したい。

昭和63年2月

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 田 中 龍 夫

目 次

はじめに	5
序 章 総 括	9
第2章 中国一般概要	11
1 国土と国民	11
2 経済および経済政策	14
第3章 中国の人口	17
1 人口増加の特色	17
2 死亡率の低下	19
3 出生力の変化	20
4 都市化と都市人口の分布	22
第4章 計画生育プログラム	25
1 歴史的経緯	25
2 1人っ子証の恩恵	26
3 行政ネットワーク	27
4 計画生育プログラムの成果	28
5 国際協力	31
第5章 保健医療の概況	35
1 死亡および保健・医療関連統計	35
2 医療機関・医療スタッフ	38
3 死因・疾病構造	43
4 環境衛生	48

第6章 現地調査報告	51
1 吉林省概要	51
2 長春市および吉林市	71
第7章 国際協力の可能性	87
第8章 調査団メンバーおよび日程	91

序章 総 括

中国における今日の新しい重大な課題の1つは、人口の都市化である。1978年の生産責任制を中心とする新経済体制の実施は、非農業従事者の増大をもたらした。都市と農村の中間にあって物資交流・集散の中心となっている集鎮への転入・移住をみとめた1984年の国務院の通達は、大量の人口移動をもたらした。新しい都市の出現、中小都市人口の増加等は中国の都市人口比率を高めた。1978年の都市人口比率は17.9%にすぎなかったが、1983年には23.5%、1984年には31.9%、1985年には36.6%と急速な発展を示している（本報告書第3章の4参照）。さらにまた注目すべき点は、大都市への無登録人口の大量の流入である。これは、大都市では住宅、工場、ホテルその他土木工事のため大量の労働力人口が必要であるが、大都市では流入規制が厳しいため、農村からの一時的な労働力人口を無登録のまま受け入れている。これもまた都市人口を実質的に増大せしめており、さらに農村人口に都市生活を経験せしめることとなり、都市的意識を浸透させる要因となっている。このような都市化の進展は、都市人口を増大せしめただけでなく、農村人口の中で農業に従事しない人口を増大せしめた。このことは農家世帯の分裂を意味する。従来、農家は、その世帯員のすべてが農耕に従事する集団制下にあった。しかし、今日では農家は、専業農家以外に世帯員の一部が農業以外の仕事に従事する兼業農家が激増すると共に、さらに農業から非農業に転換するものも増加するに至った。これは中国社会における社会変革ともいえるべき重大な変化である。都市においても自己の責任において事業を営むことのできる个体戸がみとめられるに至った。

このような新経済体制は国民の生活水準をいっきょに上昇せしめた。都市での生活構造が近代化されるに至ったばかりでなく、農村においても新しい住宅と生活様式の近代化が進行している。生活水準の著しい向上の中で注目すべきは価値観の変化である。子供に対する価値観、労働観がこのような生活水準の高度化によってどのような影響を受けるかは、中国のこれか

らの経済社会計画にとってきわめて重大な課題となるであろう。

都市と農村の間には、社会的に経済的に著しい格差がみられることは近代化の過程にみられる普遍的な事実である。中国においてはなお農村人口が圧倒的に多い。しかし、農村人口が従来の農業人口以外に非農業人口の増加、また農業人口の生活水準の上昇による近代化によって、都市的性格を増大せしめてきていることに注目すべきである。いいかえれば、農村人口はその比率よりもはるかに高い都市化性格をもった人口となってきた。このことは社会、文化、経済の幾多の面において農村と都市との格差を収縮せしめていることを示唆している。

たとえば、子供に対する価値観は都市においては少子家族性向が強く、“1人っ子”証をもっている者の比率は著しく高い。農村の上述のような都市化傾向は、農村の人口の出生抑制意識を強化する方向に作用するであろう。農村の生活水準の著しい上昇は、子供を生産手段と考えるよりも、子供に対する高い教育水準への期待や、親自身の教養、文化の向上のための期待への自覚によって、少子家族の規範を定着せしめる要因ともなるであろう。それは農村人口の価値観の都市人口パターンへの接近とみなされる。

経済的にみるとたしかに、都市・農村間格差は著しく収縮したし、また生活構造も同じく近代化の方向へと前進した。しかし、私どもが長春市、吉林市の両大都市での政府当局や一般市民との接触によって得た情報からみる限り、社会的側面、とくに公衆衛生的側面においてなお著しい格差がみられた。都市では近代的な病院が拡充され、また社会福祉の面においても充実した行政が実行されている。しかし、他方において、都市の内部には中心部である都市部と農村部（郊区）に区別されているが、たとえば乳児死亡率が都市部で16といった近代化諸国にみられるような低水準を示しているにもかかわらず、同市域内の農村部では2倍以上といった高水準がみられた（本報告書第6章参照）。私どもは、その原因が何であるかについて十分な説明を求める余裕がなかったが、公衆衛生、社会福祉の行政分野において留意すべき点が残されているように思われた。同じ市の行政区域内の都市部と農村部においてこれだけの乳児死亡率格差があるとすれば、純農村地域での乳児死亡率はなお高いようにも推察される。

人口の質の改善を人口政策の重要な一環としてとりあげている中国では、普通死亡率の著しい改善をなしとげている現在、乳児死亡あるいは死因別死亡対策は次の重要な挑戦目標であろう。

中国の現在の人口都市化現象は、たんに都市だけではなく、農村をも含む全社会的な現象として、家族・世帯の形態や価値観の変化を通じて、新しい経済的、社会的インパクトをもたらそうとしている。

第2章 中国一般概要

1 国土と国民

(1) 自然条件

中国の国土面積は960万km²あり、日本の国土の25倍もある。それだけに、人々の生活や経済活動に関係する地形、気候、資源賦存状況は地方によって大きく異なっている。気候的には南の海南島や広東省などの亜熱帯モンスーン気候から、北の黒竜江省、吉林省などの亜寒帯気候にまたがり、華中、華南の広大な湿潤気候地域に対して、ゴビ砂漠、タクラマカン砂漠などの、広大な乾燥気候地域がある。中国の国土の46%は農林牧畜業などへの利用可能地であり、53%は乾燥した不毛の土地である（残り1%は湖水面など）。

地形的には、四川省、雲南省から西はチベット高原となり、ヒマラヤ山地、タリム盆地、天山山地の大自然が展開され、黄河、長江（揚子江）などの大河が端を発している。四川省、雲南省の2,000～4,000m級の高原から東は、華北、華中、華南の大平原部となり、モンスーン気候に順応した農業が営まれている。北京から北の中国東北部は、モンゴル高原の続きである内モンゴル地区と旧満州の広大な東北平原部とからなる。黄河（全長5,464km）、長江（6,300km）の長さにも見られる通り、中国の国土は、日本では容易に想像のできない自然のスケールとなっている。

(2) 国 民

中国の人口は、1985年に10億5千万人に達しており、日本の9倍、人口密度は1km²当たり109人で、日本の3分の1である。総人口の93%は漢民族であり、7%はチワン族、回族、ミャオ族など合計56民族からなる少数民族である。少数民族のうち、人口100万人以上の民族はチワン族、回族、ウイグル族、イ族、ミャオ族、満州族、チベット族、蒙古族、トウチャ族、プイ族、朝鮮族、トン族、ヤオ族、ペー族、ハニ族の15民族で、そのうちチワン族が1,340万人で最大である。少数民族の居住する主要な省、地区は第2表のようになっているが、大多数は内蒙古、新疆、雲南のような辺境地域に分布している。また、これらの少数民族の集中する地方では自治区、自治州、自治県として、少数民族自身による行政的自治権が尊重されている。

第1表 日中主要指標比較表

	(1985年)		
	中 国	日 本	(1) (2)
国 土 面 積 (万km ²)	960	38	25.3倍
総 人 口 (億人)	10.5	1.2	8.8 "
人 口 密 度 (人/km ²)	109	323	0.34 "
年平均人口増加率 (%) (1981~84年)	1.2	0.7	—
1人当たり国民所得	646元 (220ドル)	261万円 (10,954ドル)	0.02 "
産業別就業人口 (%) (注)	100	100	
農 業	69	4	
製 造 業	13	22	
そ の 他	18	74	

(注) 1984年現在

(出所) 中国統計年鑑1986, International Financial Statistics 他。

(3) 言語, 宗教

中国の言語は、最大人口を占める漢民族の言語を中心とする中国語であるが、前述の少数民族ごとにそれぞれの言語を持っている。さらに中国語においても、北京語、広東語、福建

第2表 少数民族の主要分布地区

少数民族名称	分布する主要地区	少数民族名称	分布する主要地区
モンゴル族	内蒙古, 遼寧, 新疆, 吉林, 黒竜江, 青海, 河北, 河南, 甘肅, 雲南	ラフ族	雲南
回族	寧夏, 甘肅, 河南, 新疆, 青海, 雲南, 河北, 山東, 安徽, 遼寧, 北京, 内蒙古, 黒竜江, 天津, 吉林, 陝西	スイ族	貴州, 広西
		トンシャン族	甘肅, 新疆
		ナシ族	雲南, 四川
		チンポー族	雲南
		キルギス族	新疆
		トウ族	青海, 甘肅
		ダフル族	内蒙古, 黒竜江, 新疆
		ムーラオ族	広西
チベット族	チベット, 四川, 青海, 甘肅, 雲南	チャン族	四川
ウイグル族	新疆, 湖南	ブーラン族	雲南
ミャオ族	貴州, 雲南, 湖南, 広西, 四川, 広東, 湖北	サラール族	青海, 甘肅
イ族	四川, 雲南, 貴州, 広西	マオナン族	広西
チワン族	広西, 雲南, 広東, 貴州	コーラオ族	貴州, 広西
ブイ族	貴州	シボ族	新疆, 遼寧, 吉林
朝鮮族	吉林, 黒竜江, 遼寧, 内蒙古	アチャン族	雲南
満州族	遼寧, 黒竜江, 吉林, 河北, 北京, 内蒙古	ブミ族	雲南
		タジク族	新疆
		ヌー族	雲南
		ウズベク族	新疆
トン族	貴州, 湖南, 広西	オロス族	新疆
ヤオ族	広西, 湖南, 雲南, 広東, 貴州	エヴェンキ族	内蒙古, 黒竜江
ベー族	雲南, 湖南	バラウン族	雲南
トウチャ族	湖南, 湖北, 四川, 貴州	ボウナン族	甘肅
ハニ族	雲南	ユーグ族	甘肅
カザフ族	新疆, 甘肅	キン族	広西
タイ族	雲南	タタール族	新疆
リー族	広東	トールン族	雲南
リス族	雲南, 四川	オロチョン族	内蒙古, 黒竜江
ワ族	雲南	ホジェン族	黒竜江
ショオ族	福建, 浙江, 江西, 広東	メンバ族	チベット
高山族	台湾, 福建	ロツバ族	チベット
		ジーノ族	雲南

語というように、地方を異にすることによって、日本の方言以上の隔たりがある。しかし、漢民族を中心として、長い歴史を通して使用されてきたいわゆる漢字は、文字として共通している。中華人民共和国になって以来、中国政府は国民の文盲撲滅・教育普及という大きな政策目標の下に、漢字を簡体字に改め、北京語を中心とした標準語の普及を進めている。ち

なみに、1982年人口センサス結果では、12歳以上人口の文盲および半文盲の率は23.6%あり、社会主義政権下で教育水準の長足の進歩があったとは言え、いまだ改善されなければならない大きな問題が残っている。

宗教的には、中国は多宗教国家であり、仏教、道教、回教、キリスト教を初め、民族的土着宗教も多い。しかし、中華人民共和国成立以来、社会主義思想の下に宗教を害悪視してきた。ところが1982年に成立した現行憲法は、その第36条で、国民の信教の自由を認め、国家機関および社会的団体による信仰および不信仰の強制禁止、宗教の信仰または不信仰の理由による差別扱いの禁止を定めている。約30年間に及ぶ宗教活動規制のため、西域など一部少数民族の宗教を除いて、中国での宗教活動は現在あまり活発ではない。

2 経済および経済政策

中国の経済および経済政策は1978年12月に開催された第11期第3回中国共産党全国代表者会議（中国共産党十一届三中全会）以来、大きく変化し、1980年代には経済活動の新しい発展が見られた。その主な特徴は、①社会主義経済体制を堅持しつつも、②企業活動に若干の自主性を持たせ、③経済特別区などを設定して外資の導入を行ない、④外国技術を積極的に購入して技術改善を進めるものであった。これらによって、中国政府は農業、軽工業および重工業のバランスのとれた発展と経済効率の向上を図り、農工業生産の飛躍的な増加と国民生活の向上を図った。そして、この間、第6次5カ年計画（1981～85年）が実施され、国民総生産は年平均10%の増加率を示し、工業生産12%、農業生産8%の年平均増加率を示すなど、目ざましい経済成長を達成した（第3表参照）。

1986年から始まった第7次5カ年計画（1986～90年）では、その基本目標として、①社会の需給関係の均衡を維持し、中国的社会主義経済体制の基礎を築く、②持続的な経済安定成長を維持する、③国民の生活水準を向上させる、という3本の柱を設定した。第7次5カ年計画は、第6次計画期間中の高度経済成長がエネルギーと素材の供給不足を生じたことや、量的な拡大の裏で品質や経済効率の面での改善が進まなかったことを反省し、成長速度を若干低くおさえる（国民総生産年平均成長率7.5%目標）とともに、量よりも質の面での生産性向上に力点をおいている。また、第7次5カ年計画では経済体制の改革も重点課題とし、次のような制度改革をもちこんでいる。①大・中型企業に対する中央からの「指令」を弱め、「指導」を中心とし、相対的に独立した経済主体に育成する。②物資の統一的配分を減少さ

第3表 第6次5カ年計画実績および第7次5カ年計画目標

項 目	5カ年計画	第6次5カ年計画実績			第7次5カ年計画目標	
		1980年 実 績	1985年 実 績	1981～85年 平均伸び率 (%)	1990年 目 標	1986～90年 平均伸び率 (%)
国 民 収 入 (億元)		3,688	6,765	9.7	9,350	6.7
国民総生産 (G N P) (億元)		4,193	7,780	10.0	11,170	7.5
1人当たり国民収入 (元)		374	646	11.6	840	5.4
工 農 業 総 生 産 額 (億元)		7,195	12,137	11.0	16,770	6.7
農 業 総 生 産 額 (億元)		1,964	2,903	8.1	3,530	4.0
食 糧 生 産 量 (万トン)		32,055	37,898	3.4	42,500 ～45,000	2.3～3.5
工 業 総 生 産 額 (億元)		5,231	9,234	12.0	13,240	7.5
軽 工 業 生 産 額 (億元)		2,460	4,611	13.4	6,610	7.5
重 工 業 生 産 額 (億元)		2,771	4,623	10.8	6,630	7.5
エネルギー生産量 (標準炭万トン)		63,720	83,900	5.7	99,100	3.4
全 社 会 固 定 資 産 投 資 (億元)		n.a.	2,475	17.6	2,970	3.7
財 政 収 入 (億元)		1,085	1,854	11.3	2,567	6.7
財 政 収 支 (億元)		1,213	1,826	8.5	2,567	7.1
輸 出 総 額 (億ドル)		182.7	258	7.1	380	8.1
輸 入 総 額 (億ドル)		195.5	334	11.3	450	6.1
年 末 職 工 人 数 (万人)		10,444	12,270	3.3	14,120	2.8
職 工 賃 金 総 額 (億元)		773	1,355	11.9	1,900	7.0
年 末 人 口 数 (万人)		98,705	104,639	1.2	111,300	1.24

(注) 1. 国民収入、国民総生産は当年価格、工農業総生産額は1980年価格で計算してある。

2. 農業生産の中では農村工業生産額は除外し、それを工業部門へ入れている。

(出所) 「中華人民共和国国民経済和社会発展第7個5年計画1986—1990」, 人民出版社, 1986年5月。

せ、市場メカニズムを拡大することによって、社会主義的商品市場を發展させる。③企業に対する国の管理を直接統制から間接統制に転換し、新たな社会主義的マクロ経済管理制度を確立するなどである。

これらの計画の下に、中国経済は1980年代において急速な経済發展を続けており、北京を

初めとする都市部では建設ラッシュを迎えて、国民の生活水準は確実に向上してきた。たとえば、1人当たり国民所得は1980年に374元であったものが、1985年には646元に向上し、計画通りに行けば1990年には840元へと高まる。また、道路、電力、通信、その他の産業インフラストラクチャの整備も急速に進んできた。しかし、中国には、一部沿海部の都市における人口過密現象と、圧倒的大部分の国土における過疎現象が共在する。この2つの現象に同時的に対処するためには、政府による社会的経済的インフラストラクチャの整備を軸として、基幹産業における「規模の経済」を生かした計画的産業活動を一方の車輪とし、国民の創意を活用した自由で多様な産業活動を他方の車輪として、効率のよい経済政策が実施されなければならない。また、経済が急速に成長するときには、往々にして所得格差や地域格差が拡大するものである。これらの格差の発生が社会問題へ発展する前に、新しい制度的対策が打ち出されなければならない。中国の新しい経済政策が、今後、どう均衡のとれた社会経済発展に導くか注目に値する。

第3章 中国の人口

1 人口増加の特色

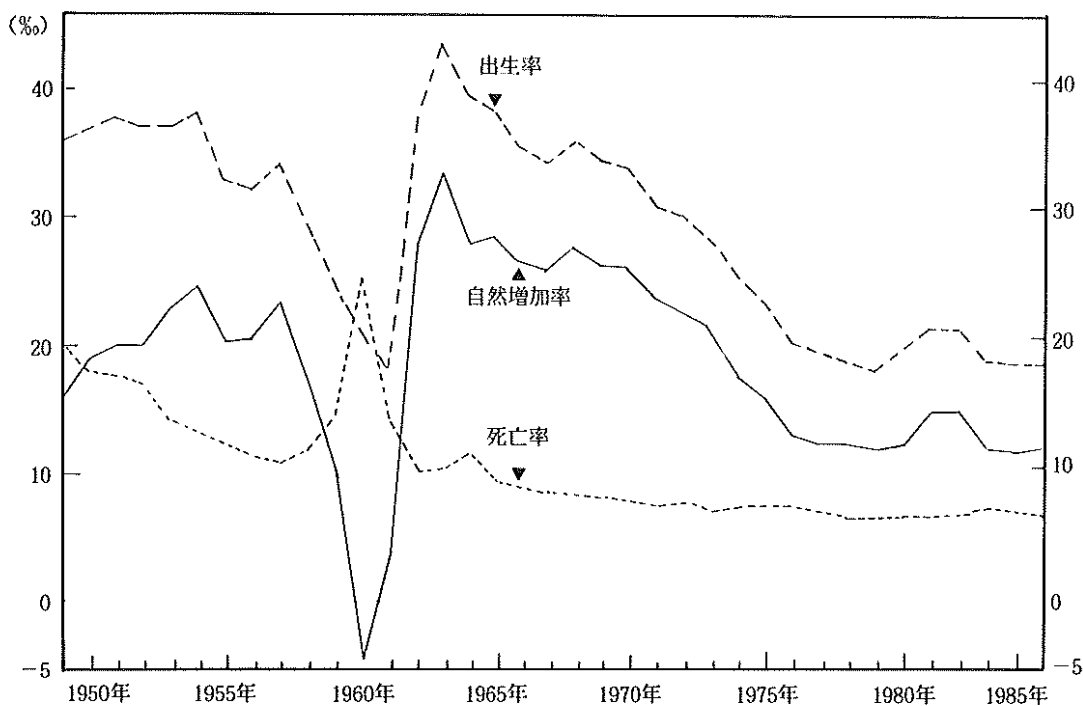
中国国家统计局の発表によると、中国の総人口は1986年に10億6,008万人に達した。これはおおそながらアメリカの人口の約4.5倍、日本の9倍に匹敵する規模であり、中国が世界に冠たる人口大国であることを物語っている。しかしながら中国の人口が著しく増加したのは、解放後のわずか30年余りのことである。

中国の人口は17世紀の中ごろまで5～6,000万人程度を維持していたと推計されており、¹⁾近代に入っても人口の増加はかなり緩慢であった。1912年に人口センサスが実施され、総人口は4億1,964万人と発表されたが、その後解放までの37年間の増加数はわずかに1億2,202万人、年平均増加率は0.78%にすぎず、解放後30年間の年平均増加率2.67%と比べるとはるかに低い数値であった。つまり、解放前の中国人口は、人口転換でいうところの前段階、すなわち変動の大きい高出生率と高死亡率による緩慢な人口増加期とみなすことができる。

解放後に起った急速な人口転換、そしてその過程に付随する人口増加は、2度の激増期とその後の急速な増加率の低下によって特徴づけられる。第1の増加期は新中国の成立から1957年に至る約8年間である。49年に5億4,167万人を記録した人口は、年2%を越える勢いで毎年約1,500万人を加算していった。これは主に死亡率の低下が作用したものであり、この時期はいわば人口転換初期に該当する(表1および図1参照)。

第2の増加期は1962年から73年までの12年間に及び、この間総人口は2億人以上増えて9億人近くとなった。これは大躍進の失敗ならびに大飢饉によって激減した出生率が反騰して

図1 解放後の人口動態の推移(1949～85年)



出所：中国統計年鑑 1986年版より作図

表1 人口動態関連指標の推移

年次	出生率 (‰)	死亡率 (‰)	自然増加率 (‰)	合計特殊 出生率	乳児死亡率 (対1,000)	出生時平均余命 (年)
1950-1955	36.4	14.9	21.6	6.2	195	40.8
1955-1960	28.2	14.8	13.3	5.3	—	—
1960-1965	35.1	11.1	24.0	5.8	121	49.5
1965-1970	34.4	8.2	26.2	5.9	81	59.6
1970-1975	27.2	7.3	19.9	4.5	61	63.2
1975-1980	18.6	6.6	12.0	2.8	41	65.8
1980-1985	19.2	6.7	12.5	2.2	39	67.8

出所：中国統計年鑑1986年版およびUN World Population Prospects, 1984.

ベビーブームを迎えたこと、その後出生率が高水準で維持される反面、死亡率が漸減したことに起因する。2.5%を下らない高い増加率は10年近く続き、人口圧力は経済・社会の発展にとって大きな阻外要因となっていた。

その後70年代を通じて、人口増加率は大幅に低下する。70年に2.6%であった増加率は、計画生育プログラムの導入を反映してわずか7年後には半分の水準となり、現在は1.2%前後に落ち着いている。また出生水準も先進国並みに低下して、中国の人口転換は台湾、韓国と並んでほぼ最終段階を迎えている。²⁾

ところで中国政府が西暦2000年に総人口を12億に抑制しようとしていることはよく知られている。では果たしてこの政策目標は達成可能な数値なのであろうか。Beijing Review³⁾によると、人口を12億人に抑制するためには増加率を0.95%の低水準に抑えなければならないと推計されている。さらにまた、過去の二つの人口激増期に生まれた世代が今世紀末に向けて結婚・出産市場に参入してゆくこと（人口惰性）を考慮すると、中国人口の動向は12億どころか依然として余断を許さないものであることが理解されよう。

2 死亡率の低下

中国の死亡率は解放前に非常に高く、28%前後であったと推計されている。しかし死亡率は40年代半ばより低下を始め、解放時には20%、57年には10.8%へと劇的な低下をたどっていった。経済的混乱と大飢饉にみまわれた59～61年を除いてその後も死亡率は漸減し、70年代前半には7%台に、そして現在も6%台という低水準で安定している。

年齢別死亡率については、あらゆる年齢階級において死亡率の低下が確認されたが、とりわけ2歳以下の乳幼児について著しい。中国衛生部の推計によれば、解放時に200%⁴⁾（対出生1,000人）であった乳児死亡率は85年には40%を下回っている。

これら死亡率の低下は当然ながら平均余命の伸びに反映する。49年に35歳であった平均余命も続く35年間に直線的な伸びを示し、84年には69歳とほぼ倍に達した。この水準は韓国とほぼ等しく、また開発途上国の平均57歳を10歳以上も上回るものである。また中国の1人当たりGNPがまだ310ドルにすぎないという事実は、この画期的な死亡率の低下が経済発展を前提とせずに発生したことを示唆している。

確かに中国がこのような短期間で死亡率低下に成功した要因は、保健衛生分野における政府の積極的な介入によるところが大きい。たとえば、政府は解放直後から環境衛生の改善、

害虫の撲滅、伝染病の予防接種等を政策目標として掲げ、医薬品の増産を行ってきた。また大躍進、文化大革命期の保健政策が、医療サービスを地方レベルに浸透させることに成功した。同時に、全国で140万人（1981）と言われている“はだしの医者”も地方での保健衛生の改善、健康の向上に重要な役割りを果たしてきた。一方では、中国の人々は健康への認識が深く、漢方薬など古来から薬を日常的に服用しており、それが政府の保健医療サービスの拡充にうまく結びついたとする見方もある。⁵⁾しかしながら、中国でまだ農村地域での医療サービスの不均等、農村・都市間、地域間の死亡率格差、予防医学と比べた治癒医学の立ち遅れなど、今後に残されている課題も多い。

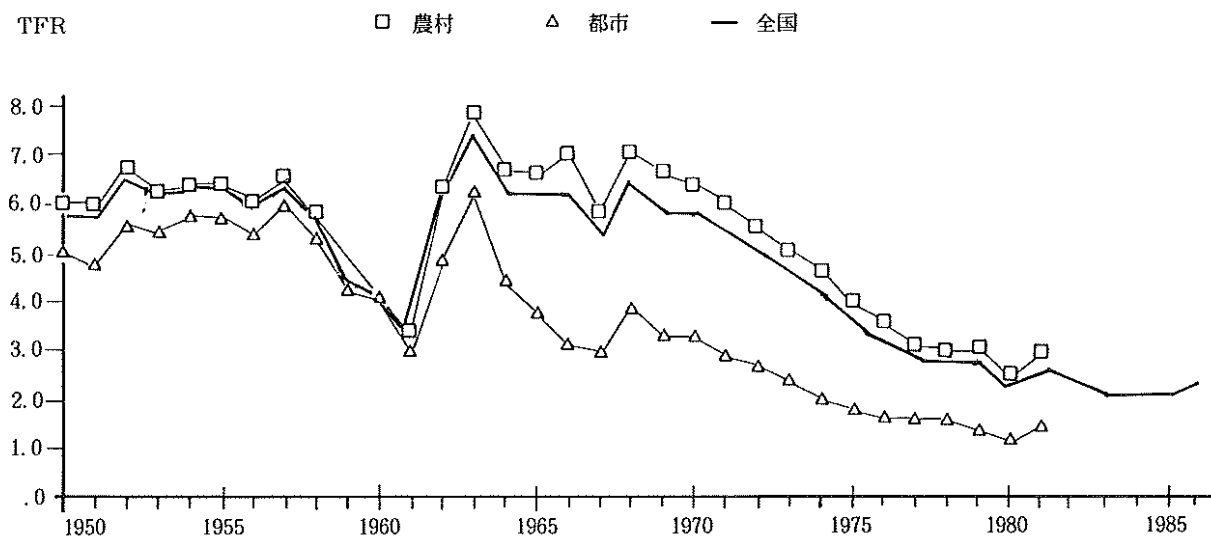
3 出生力の変化

図2には年齢構成の変化を除外した出生力指標である合計特殊出生率の推移を全国、都市、農村別に示した。その変化は、二度にわたる出生率の一時的下落、そして70年代に始まる出生率の急速な低下に特徴づけられる。最初の劇的な低下は、1958年から61年にかけての4年間に見られ、女子1人当たり出生児数は、それまでの約6人から半分の水準へと下落した。くり返すまでもなく、この時期は大躍進および大飢饉によって市民生活が著しく脅かされた時期である。また続く数年間に見られる出生率の反騰は、それまで社会的混乱と貧困に苦しんでいた人々が出生力を回復しようとする動き（catch up phenomenon）であり、とくに農村部において顕著であった。

二度目の出生率の下落は、文化大革命の発動と一致して1967年前後に観察される。⁶⁾エリートがターゲットとなったこの社会的混乱は都市においてより著しく、それを反映するとく、この時期の都市の合計特殊出生率は再び最低の水準に達している。このように、中国の出生力変動は政治・経済上の変動と密接に関わってきたと考えられよう。

さて、出生水準が本格的に長期の低下を示したのは70年代に入ってからのことである。計画生育プログラムの着手と相まって、都市部ではすでに60年代から出生率の低下が始まっていたが、人口の8割を占める農村の出生率の低下は、人口政策が全国レベルで展開されるようになった70年代まで待たねばならなかった。しかしその後の出生水準の低下はめざましく、合計特殊出生率は1970年の5.8から80年には2.2へと激減し、以来今日まで低水準を維持している。これは戦後の10年間で出生率を半減させた日本の経験と並ぶ、驚異的な変化であった。この偉業の背景にあるのは言うまでもなく中国政府の強力な計画生育プログラムである。と

図2 農村・都市別合計特殊出生率の推移



出所：「全国千分の一サンプル調査の分析」（1983年），および国家計画生育委員会配布資料

表2 年齢別出生率の推移

年齢階級(歳)	1970年	1980年	1970-80 変化率(%)
15-19	44.4	11.6	-73.9
20-24	283.2	141.6	-50.0
25-29	312.2	189.6	-39.3
30-34	253.0	64.2	-74.6
35-39	178.2	27.2	-84.7
40-44	82.4	10.8	-86.9
45-49	9.0	2.6	-71.1
T F R	5.8	2.2	

出所：「全国千分の一サンプル調査の分析」（1983年）より集計

くに、「多子多福」といった伝統的観念が強く、教育水準も低い農村部にも計画生育のネットワークを張りめぐらし、あらゆるメディアを駆使して宣伝教育を繰り返した政策努力の成果と言えよう。

計画生育の浸透は、年齢別出生率の変化からも読み取ることができる。表2に示したように出生力はすべての年齢階級において低下しているが、とりわけ15-19歳および30-44歳階級において著しい。つまり、晩婚の奨励によって10代の出産が減少し、また避妊の実行と少産の提唱によって30歳以上の出産が抑制されるようになったということである。このように中国女性の出産パターンは70年代に急速な変貌を遂げ、出産年齢は20歳台に収斂する傾向をたどっている。

ところで1986年、合計特殊出生率は前年の2.0から反騰して2.4を記録した。これは1984年に始まる人口政策の緩和を反映したものと思われるが、今後、出生水準はこのレベルにとどまるのか、それともさらに上昇するのかその動向が注目されるところである。

4 都市化と都市人口の分布

農村から都市への人口移動による人口都市化は、産業の発展にともなう必然的な趨勢である。しかし、厳格な戸籍管理と規制措置によって都市の膨張を阻止してきた中国の都市化は、先進国はもとより開発途上諸国と比べてきわめて緩慢であった。しかし都市人口構成については大都市人口の占める割合が高く、アンバランスな都市人口分布の再編が急がれている。

中国にとって解放後の10年は着実に都市化が進行した時期であった。国民経済回復を目指して打ち立てられた工業化政策は、農村からの人口流入を促して都市人口を急増させていった。1949年に5,765万人であった都市人口は57年には9,949万人に、また都市人口比率は10.6%から15.4%へと伸びている。その後、大躍進による経済建設はさらに農村の労働力を吸収し、1960年には都市人口を13,073万人、人口比率を19.7%にまで押し上げた。しかし経済成長は長続きせず、その後は2千万人以上を農村へ下放させる結果となった。

続く62年から78年まで、中国の都市人口比率は17年間の長きにわたって17~18%を維持することとなる。この間都市人口は6,186万人増えて17,245万人に達したが、そのほとんどは自然増加によるものであった。このように都市化がほとんど進展しなかった理由は、国民経済の停滞と戸籍管理を通じて農村人口の流入を厳格に規制したためである。とくに1958年に発布された「戸口登記条例」は都市大学への就学、国営企業への就職などの特例以外は農村居

住者に都市への転居を認めないという徹底した措置であった。また夫が都市で就業機会を得ても家族が都市に戸籍を移すことは認められず、「別居」は大きな社会問題にもなった。

1978年、党三中全会は土地公有制の原則を変えないまま土地の営農を個人に請け負わせる生産責任制を導入した。この政策は人民公社の解体とともに農村の余剰労働力を顕在化させ、新たな人口都市化を促している。78年に17.9%であった都市人口比率は、81年には20.2%に、また83年には23.5%へと着実な伸びを示し、⁷⁾都市人口も83年には24,126万人に達した。しかしその反面、急速な都市化は、増加する人口に十分な雇用機会を与えられないばかりか、住宅不足、交通渋滞、環境悪化など都市特有の問題を生み出しているのが現状である。

そこで、今後とも増加を続けると予想されている都市人口がどのような分布を示すかが、国家開発上、非常に重要な問題となってくる。なぜならば、すでに中国の都市人口構成はかなりアンバランスであり、上海、北京といった大都市を中心に都市人口を膨張させてきたからである。表3に示したように、数の上ではわずかに13の巨大都市が都市人口の21.8%を占める一方、103ある30万人以下の都市人口を併せても中国全体の都市人口の9.3%を占めるにすぎない。

表3 人口規模による都市の数および都市人口、1985年

人 口 規 模	() 内は%	
	都市の数	都市人口(万人)
200万人以上	13 (4.0)	4,620 (21.8)
100万人以上200万人未満	44 (13.6)	5,484 (25.9)
50万人以上100万人未満	85 (26.2)	6,061 (28.6)
30万人以上50万人未満	78 (24.1)	3,040 (14.4)
10万人以上30万人未満	93 (28.7)	1,929 (9.1)
10万人未満	11 (3.4)	53 (0.3)
計	324 (100)	21,187 (100)

出所：中国統計年鑑、1986

そこで政府は偏在した都市人口の分布をこれ以上進展させないために、次のような指針を打ち出している。⁸⁾それは、大都市（100万人以上）の人口増加を厳しく抑制、中都市（20～100万人）の合理的な発展、そして小都市（20万以下）の活発な育成である。またとくに農村の余剰労働人口を小、中都市および農村に近い“鎮(町)”に移転させ、郷鎮企業に従事させる試みがなされている。

注

- 1) 段紀憲「中国人口の転換と展望」, 転換期のアジア人口, 時潮社, 1986.
- 2) 黒田俊夫「アジア・太平洋地域の人口次元と日本」, IDC フォーラム, 1987.
- 3) Vol. 28, No. 44, November 1985.
- 4) 世銀は, 実際の乳児死亡率はより高い水準であったと推測している。
- 5) China: The Health Sector, The World Bank Country Study, World Bank, 1984.
- 6) Lee-Jay Cho, Population Dynamics and Policy in the People's Republic of China, 1984, P.119.
- 7) その後の都市人口比率は1984年31.9%, 1985年36.6%と発表されているがこの急激な増加は, 行政区画の変更および新しい市・町の設立によるものであって過去の数値との厳密な比較には値しない。ちなみに世界銀行は1985年の中国の都市化率を25%と推計している。
- 8) Zhao Yanqing, China's Urbanization Process, Paper Presented at International Population Seminar, Beijing, June 1987.

第4章 計画生育プログラム

1 歴史的経緯

中国の街角では、いたる所で「計画生育（計画出産）」、「只生一个孩子（子供は一人しか生まない）」といった看板が目にとまる。今日では中国の「一人っ子政策」も愛国運動の事業として広く知られているが、政策史上、政府の人口問題に対する姿勢は決して一貫したものではなかった。

そもそも解放直後の中国では、マルサス主義が否定され、「人口越多越好」つまり人口増加を社会主義社会における繁栄の表れとみなす考え方が圧倒的であった。しかし、1953年のセンサスの結果、年2.0%を上回る人口増加が明らかになると、しだいに無計画な人口増加は経済発展の阻外要因として認識されるようになった。そこで56年、周恩来は「第2次5ヶ年計画に関する提案」の中で初めて母子保護と出産抑制の必要を説く。ところがこの急速な政策理論の転換は政府指導者や学者の間に論争を呼んだだけで、何ら具体的措置には結びつかなかった。それどころか、続く大躍進運動においては、建設労働者の需要が高まり、再び楽観的人口観が風靡した。積極的な人口抑制論を説いた経済学者馬寅初が北京大学学長を解任されたのもこの時期である。

60年代は、計画生育運動の創始期とみなすことができる。中国共産党中央および国務院は「真剣に計画出産を提唱する指示（1962）」を發布して、社会主義社会における限定政策として計画生育を認め、具体的に都市ならびに人口稠密な農村での産児制限を提唱した。64年には国務院に計画出産弁公室が、そして一部の省、市にも相応した機関が設置された。このよ

うな計画生育運動の広がりや相まって都市人口の出生水準が低下をたどり始めたのは、すでに前章で述べたとおりである。しかし、66年に始まる文化大革命によって、計画生育運動はいま一度、中断を余儀なくされてしまうのであった。

今日に至る組織的かつ効果的な計画生育政策は70年代初頭に始まる。1971年、毛沢東は第4次5ヶ年計画の中で「1個不少，2個正好，3個多了」のスローガンを提示し、人口抑制策の全国的展開を決議した。国務院，科学院はじめ関連機関の代表で構成される「計画出産委員会」を設立，計画出産弁公室を「計画出産指導小組弁公室」と改め，行政事務機関を整備したのは73年のことである。また，「晩・稀・少（晩婚，間隔出産，少産）」の思想宣伝が繰り返され，避妊器具・薬品も無料で配布されるようになった。そして農村の出生率はこの段階で初めて低下傾向を示すこととなる。

四人組が失脚し，政権が右傾化すると計画生育運動はいっそう徹底したものとなっていく。その背景には，第1次ベビーブームの人口情性に対する政府の懸念があった。78年には「最好1個，不正2個（1人が最善，多くても2人）」の方針が採択され，また憲法にも計画生育の推進が謳われて，ますます国家事業としての色彩を濃くしていった。中国の人口政策を一躍有名にした「一人っ子政策（一个子女政策）」が採択されたのは翌79年のことである。それは「晩婚，晩産，少産，優生」を基調に，夫婦当たり子供1人を奨励して今世紀末に人口増加率をゼロに抑制しようとする画期的な試みである。

このように中国の出生抑制策は四半世紀にわたってしだいに強化されてきた。注目されるのは84年9月，1人っ子政策に新たな指針が加えられたことである。「開小口，堵大口（小さく開き，大きく塞ぐ）」に象徴されるこの方針は，これまでの例外的措置と併せて16ケースについて，¹⁾第2子の出産を容認（開小口）しようとするものである。これによって，これまで子供1人の夫婦のうち第2子を出産する割合は5%程度であったものが，現在では10～15%まで増加しているという。²⁾しかし，この方針は，一方で計画外の多子出産をより厳しく処罰する（堵大口）ことをねらいとしており，無計画な1人っ子政策の緩和でなく，あくまで計画生育プログラムを完全にするための弾力的な措置であると説明されている。

2 1人っ子証の恩恵

中国の1人っ子奨励策が短期間でめざましい成果を収めることができたのは，政策を受け入れることに係わる社会経済的恩恵ならびに徹底した計画出産事務機構の活動に依るところ

が大きい。ここでは、前者についてさらに具体的に述べてみよう。

中国では、第1子をもうけた後に避妊手術をするか、もしくは第1子が4歳になった後に第2子を作らないと宣言すると「1人っ子証（独生子証）」が授与される。1人っ子証は、まず1979年に四川省で発行されたが、現在では全国省市区の計画生育委員会で発行されており、この証明書と引替えに夫婦はいくつかのきわめて魅力的な優遇措置を享受することができる。恩典の詳細は市、省、時には居住単位によって異なるが、主たる特典としては次のようなものがある。

① ボーナス

給与所得者の夫婦に、1人っ子が14歳になるまで月5元（地域差がある）のボーナスを支給。

② 土地配分の優遇

農民には自由に耕作できる自留地を追加配分。

③ 退職金の増額

④ 住居の優遇

⑤ 社会的サービスの優遇

保育所、託児所、幼稚園等への優先入学および病院利用の優先。無料医療サービスを行っている省（四川省など）もある。

⑥ 就職の優先

1人っ子の就職、入隊の優先。夫婦に非農業職を優先的に与えている地域（広東省農村部など）もある。

しかしながら、1人っ子証を受領した後に2番目の子供が生まれた場合には、これらの恩典をすべて返却しなければならない。そればかりか、3人以上の子供を持つ夫婦に経済的制裁を与えている省市もある。たとえば、北京市では、子供の数の増加に伴って所得が削減されることになっている。また広東省や湖南省などでは第3子以上は医療サービスの対象から外されるなど、きわめて厳しい措置がとられている。

3 行政ネットワーク

国家政策としての計画生育運動と大衆の意志を結びつけたのが、中央から地方、そして職場へと網の目のように張りめぐらされた計画生育行政機構である。この徹底したネットワー

クの下で繰り上げられる宣伝教育が人々の自発的な出生抑制を促していった。

中国の計画生育プログラムを推進する中心的役割りを果たす機関として国務院国家計画生育委員会が設立されたのは1981年3月のことである（図1）。同委員会は弁公庁はじめ5つの局と、その下に11の課を擁しており、その業務は次のようにまとめられる。

- ① 計画生育の方針、政策の策定と実行
- ② 人口政策の長期、中期、年度計画の策定
- ③ 全国の計画生育の調査・研究、ならびに地方への指導
- ④ 関連機関との関係による啓蒙広報
- ⑤ 家族計画に関する科学的研究、および避妊具、薬品の生産、分配
- ⑥ 全国の家族計画予算の管理、執行
- ⑦ 計画生育推進のための組織作り、業務能力と政策レベルの向上
- ⑧ 家族計画・人口問題に関する国際協力

ただし、計画生育委員会は関連省庁の派遣委員から成る総合官庁でもあり、衛生部、民生部、財政部、国家計画委員会、婦人連合会など、事項によって各関連機関と合議・調整が行われている。

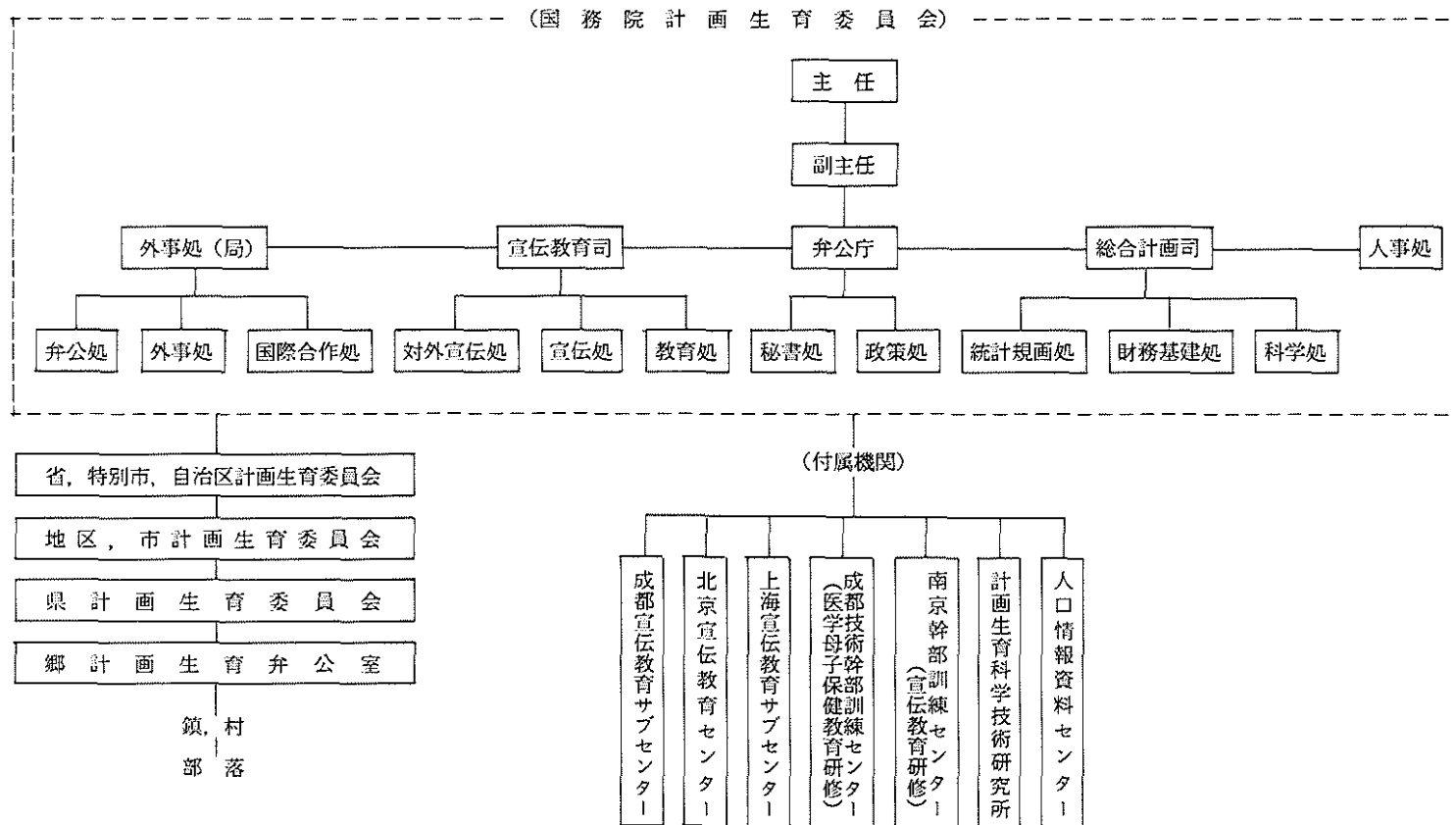
地方の実務機関としては各省、市、自治区ごとに計画生育委員会とその下部機構がある。都市部の場合、職場、学校にも家族計画の指導員がいて避妊薬の配布、計画出産の相談や1人っ子証受領の説明にあたっている。また主婦や退職者に対しては各地区の住民委員会に家族計画の専門員が配置されている。一方、農村部では郷レベルに計画生育公弁室が、村レベルに計画生育指導小組があり指導員が個々の家庭を訪問して計画生育の知識の普及、教授に努めている。これら計画生育の指導員、専門員の活動は、テレビ、ラジオ、ポスター等を用いて行われる宣伝教育とならんで、大衆の計画生育プログラムへの参加を効果的に推進している。

4 計画生育プログラムの成果

中国の経験は、経済的に発展途上でありまた農業人口比率の高い国でも、政府の強力な家族計画運動の推進によって短期間に出生水準を低下させることが可能であることを実証した。ここでは特に家族計画関連統計からその実績をふり返ってみたい。

まず、新生児の出生順位であるが、生まれた子供が第1子である割合は、1970年代初頭

(1987年5月現在)



では20%強にすぎなかった。しかし1978年には30%を過え、「1人っ子政策」が施行されるとその数値は加速的に伸び、1983年には56.4%に達した（表1参照）。これに対して、やはり70年代初頭に6割以上を占めていた第3子以上の割合は、漸減傾向をたどり86年には17.3%と過去最低を記録している。84年以降、第2子の割合はやや増加を見せているものの第3子以上の割合は着実に低下している。この傾向は、すなわち政府の新しい方策「開小口、堵大口」と合致するものである。

ところで晩婚の奨励は、有効な産児制限工作の1つとして70年代初めから計画生育のローガンに加えられている。女子の平均初婚年齢は解放直後からしだいに上昇しており、³⁾「晩・稀・少」キャンペーンの始まった74年には都市で23.4歳、農村では21.0歳と先進国並みの水準に達していた。計画生育プログラムの普及とともに80年代にかけて初婚年齢はさらに少し上昇したが、農村／都市の格差を依然として残したまま、現在は都市で24歳、農村では22歳前後に安定している。ちなみに1980年9月に改正された婚姻法の法定婚姻年齢は、2歳引上げられて女子満20歳、男子満22歳となり、世界一の高齢である。

さらに、避妊実行率については80年代に入ってから上昇が続き、81年の64.4%から86年には72.8%に達している。避妊方法については、過半数を占めていたIUD装着者の割合が減

表1 家族計画関連指標の推移, 1981-1986

	1981	1982	1983	1984	1985	1986
合 計 特 殊 出 生 率	2.6	2.5	2.1	2.0	2.0	2.4
出生児中第1子の割合 (%)	43.6	51.6	56.4	55.5	50.2	51.2
第2子の割合 (%)	26.7	24.2	24.6	25.0	30.0	31.5
第3子以上の割合 (%)	29.7	24.2	19.0	19.5	19.8	17.3
平均初婚年齢 (都市)	24.7	24.9	24.4	24.2		—
(農村)	22.3	22.1	21.8	21.7	22.8*	—
避妊実行率 (%)	64.4	66.0	70.0	79.2	74.0	72.8
避妊方法: I U D	51.2	50.3	41.0	39.9	40.0	40.3
(%) 卵 管 結 さ つ	26.2	26.8	37.4	38.1	36.8	36.2
精 管 結 さ つ	10.1	10.1	12.9	12.6	11.9	11.6
ピ ル	7.5	7.6	5.1	5.3	6.3	6.4
コ ン ド ー ム	2.8	3.0	2.1	2.4	3.2	3.7
そ の 他	2.1	2.3	1.5	1.7	1.8	1.8

* 全国レベル

出所: State Family Planning Commission State Statistical Bureau

少傾向にあり、代わって卵管結さつが増えつつあるが、ピルやコンドームに頼る者は少なく、確実性の高い避妊方法が選ばれているのが特徴的である。

最後に、1人っ子証を受領した夫婦は、82年には全国で1,400万組に達したと言われており、その多くは都市居住者である。妻が再生産年齢にある夫婦すべてのうち、1人っ子証を受領したのは、1986年には15.2%と算出されている。

以上のことから、中国の計画生育運動は成功裡にきわめて迅速に大衆に受け入れられたことが理解されよう。さらに、70年代の出生水準の低下は、晩婚化よりも避妊の普及によるところが大きいと言えそうである。

5 国際協力

中国の人口・家族計画分野への国際協力は、UNFPAはじめ国際機関による援助が中心であったが、近年は二国間援助、そしてNGOsによる国際協力も増えつつある。

(1) 国際機関の協力

① UNFPA (国連人口活動基金)

1979年、中国がUNFPAに加盟し、人口・家族計画分野での協力を要請したのに答えて、同基金は80年6月、第1次援助プログラムとして4年間に5,000万ドルの拠出を決定した。援助プロジェクトには64年以来初めて実施される国勢調査への協力も含まれていたが、いずれのプロジェクトもこれまで中国に紹介されることのなかった新技術、最新設備の導入に重点が置かれていた。

1984年6月、同基金は第2次援助プログラムとして85年からの5年間で再び5,000万ドルの拠出を決定。そのねらいは中国の人口・家族計画プログラムをより総合的に向上させると同時に、人口分野の活動において中国政府の1人立ちを図ることにある。従来のプロジェクトに加えて基本データの収集・分析、人口と開発計画、宣伝教育、プログラム評価等に関するプロジェクトが策定された(表2参照)。

これらのプロジェクトの多くは、実際には国連、FAO、UNESCO、WHO等実施が委託される。と同時に、中国側では対外経済貿易部(省)の調整下、計画生育委員会、衛生部、教育部、国家科学院などの協力によってプロジェクトが進められている。

なお、UNFPAからの中国への支出総額は1985年までに6284.5万ドルと算出されており、

表2 UNFPAによる中国への人口関連援助プログラム

	(1980～1989)*
MCH/FP活動のサービス向上	6
MCH/FP活動の管理機能強化	6
FP関連研究所の機能強化	3
避妊器具、薬品の生産、改良	8
宣伝、教育	14
人口統計に関する研究、研修	9
プログラム策定、評価	5
そ の 他	3
計	54件

* 実施予定のプロジェクトを含む

出所：UNFPA Inventory of Population Projects in
Developing Countries Around the World,
1985/86から集計

これに86～89年度分の予算を計上すると中国への9年間の総拠出額は9504.3万ドル（1986年7月現在）に達するものと予想されている。

② WHO（世界保健機構）

中国に対するWHOの援助は、主として衛生要員の訓練、保健衛生分野における研究の促進、環境衛生、予防医学等の分野であり、中国衛生部との協力体制のもとに実施されている。これまでに上海家族計画研究所、北京医科大学への研究助成をはじめ、IUD、ピルの効力と安全性の研究、避妊器具・薬品の開発研究にも協力を行った。また延べ89人の中国人科学者を研修員として国連諸機関に派遣しており、その拠出額は190万ドルに達している。

(2) 二国間協力

① 国際協力事業団（日本）

中国は日本にとって第1の援助受取国である。人口・家族計画分野では、1982年、国際協力事業団が国家生育委員会との間に初めて5年間の技術協力をとり決めた。主たる協力の内容は、計画生育宣伝網の整備、計画生育に関する統計・評価のレベルアップ、および関連人材の養成である。85年度末までに受け入れた研修員は40人に達し、また総額8億6,903万円の機材供与を行っている。

② IDRC (International Development Research Center, カナダ)

1983年に行われた人口調査のパイロット・スタディに引き続き、新たに6地域で人口・家族計画に関する統計を整備するために、1986-90年に338,200ドルの資金協力を行っている。また、中国における人口と経済の関連について研究を推進するために、北京のInstitute of Information and Control, ならびに香港のChinese University に219,000ドルの研究助成を行った。

なお、二国間援助としては、この他にアメリカ（センサス局）、デンマーク、ノルウェー、イギリス、フィンランドの例があるが、いずれも歴史は浅く、協力の規模も小さい。

(2) NGOs (非政府機関) の協力

① IPPF (国際家族計画連盟)

民間レベルでも計画生育運動を推進するため、1980年に中国計画生育協会(China Family Planning Association) が設立され、同協会は翌年、世界的な家族計画推進団体である I P P F に加盟した。活動の内容は、家族計画の宣伝教育に携わる人材の育成、組織の強化が中心であるが、85年には宣伝教育のための機材供与も行っている。86年には732,000ドル、87年には806,000ドルの予算が計上されている。

また、日本の家族計画国際協力財団(JOICEFP)は、84年からIPPFの拠出金によって、母市保健や寄生虫駆除を家族計画に統合させる独自のプロジェクトを、江蘇省、山東省において実施している。

上記の機関の他には、たとえばPopulation Council は家族計画プログラムの評価を、またPIACT (Program for the International Adaptation of Contraceptive Technology) は避妊器具・薬品の改良、生産拡大といった分野での協力を行っている。さらに米国のロックフェラー財団は、医学・生化学分野の人材養成を行うと同時に、ハーバード大学やハワイ東西センターとの協力で実施される共同研究の助成も行っている。NGOsからの中国への協力は、いずれもまだ規模の小さいものであるが、プロジェクトの数はしだいに増加しており、今後とも様々な機関からの援助協力が予想される。

注

- 1) たとえば、職員労働者および都市住民の1人っ子男子と1人っ子女子が結婚してただ1人の子供を持つ場合、農民夫婦の双方が少数民族であり、かつ1人の子供を持つ場合、再婚夫婦の再婚前の

子供が2人以内である場合などがあげられている。

2) 孫沐寒,「中国計画生育史稿」,北方婦女兒童出版会,1987年

3) 1950年代の平均初婚年齢は都市で20.1歳,農村で18.8歳,1960年代にはそれぞれ22.1歳,19.4歳と推計されている。

第5章 保健医療の概況

中国の保健医療状況を判断する上で十分な資料が得られているわけではない。しかし全国レベルの資料が無くとも、省・市・県レベルのデータからでも、ある程度現状を推測することが可能なため、それらの資料も利用した。

1 死亡および保健・医療関連統計

(1) 粗死亡率^{1,2)}

人口千人に対する死亡率は、1965年に9.50であったが1985年には6.57と、20年間に約30%減少した。都市と農村とでは、都市の方が低い。1960年の死亡率は大飢饉の影響できわめて高い値を示している(表1)。

(2) 乳児死亡率

出生千対で示し、国や地域の保健衛生状態を反映する重要な指標である。解放前は200前後、1954年は138.5ときわめて高い値であったが³⁾、1981年の全国レベルでは34.68³⁾に対し、1982年の北京等20都市の平均は13.0、上海等12省市49県の平均は22.2、1985年吉林省は9.88と地域差が顕著である(表2)⁴⁾。また北京、上海、天津市区での値はさらに低く(表3)、都市化が乳児死亡率低下に貢献している。今後農村地区の改善が望まれる。

表1 死亡率

(人口1,000対)

年 次	全 国	都 市	農 村
1949	20.00	—	—
1955	12.28	9.30	12.60
1960	25.43	13.77	28.58
1962	10.02	8.28	10.32
1965	9.50	5.69	10.06
1971	7.32	5.35	7.57
1975	7.32	5.39	7.59
1980	6.34	5.48	6.47
1985	6.57	5.96	6.66

出所：文献1, 2.

(3) 新生児死亡率

生後4週未満の死亡である。全国レベルの資料は得られてないが、3市区の値によると、1957年頃の値は日本の1959年～1967年頃の値(17.0-9.9)に相当する。1985年の日本が3.4に対して、3市区はまだ2倍ほど高い。都市部でこの値なので、農村地区ではもっと高いことが推測できる(表3)。

表2 乳児死亡率

(出生1,000対)

年 次	市	県
解放前	200前後	
1954	138.5	
1958	50.8	89.1
1975	13.1	32.4
1980	13.0	23.9
1984	13.4	24.4

出所：文献3, 4.

(4) 妊産婦死亡率

妊産婦の保健水準の指標として重要で、出生万対で示す。全国レベルでは、解放前の150が近年5まで下降した³⁾。しかし表3の3市区の1984年の値から見ると、北京と上海は1以下、天津が2.4と少し高い。1984年の日本が1.5、カナダ0.32、ニュージーランド0.58に匹敵する市区もある。出生率の低下、施設内分娩の増加、人工流産の増加(1982年吉林省調査では既婚女子の38.13%に相当⁴⁾)、衛生状態の向上、母子保健対策の向上等が考えられるが、国の人口抑制政策とも関連していると思われる。しかし、農村部の統計が明らかでないため、こ

表3 各市の乳児死亡率、新生児死亡率および妊産婦死亡率の年次推移

年次	北 京 城 区			上 海 市 区			天 津 市 区		
	乳 児 死亡率	新生児 死亡率	妊産婦 死亡率	乳 児 死亡率	新生児 死亡率	妊産婦 死亡率	乳 児 死亡率	新生児 死亡率	妊産婦 死亡率
1952	65.7	35.9	—	37.7	—	18.6	46.8	—	—
1957	35.4	18.1	—	24.9	10.3	—	32.0	13.2	—
1962	21.7	11.3	—	20.7	9.0	1.1	21.1	11.4	—
1975	12.4	7.9	2.8	11.6	7.1	0.8	14.7	7.6	2.6
1980	10.4	7.1	1.3	10.8	6.8	1.1	10.8	7.5	1.3
1984	10.3	6.7	0.3	13.5	8.7	0.6	11.2	6.7	2.4

出所：文献3.

の値が中国全体を代表するとはできない。

(5) PMI(Proportional Mortality Indicator)

総死亡数に占める50歳以上の死亡割合(%)で、死因不明でも年齢階級別死亡数がわかれば計算できるため、発展途上国の衛生状態を判断するのに用いる。全国レベルの資料は無いが10省の年齢階級別死亡数(1981年)⁵⁾が入手できたので、これから計算した。日本は88.0(1984年)で、高齢化を迎えた先進国では90以上の値を示す。北京や上海では80を超えているが、50以下の地区もある(表4)。PMIの高い地区では、成人病死亡率も高いと考えられよう。

表4 10地区のPMI

地 区 名	PMI(%)	地 区 名	PMI(%)
北 京	80.0	河 南	72.3
天 津	79.9	広 東	68.9
遼 寧	73.2	貴 州	45.7
上 海	83.8	甘 粛	60.1
福 建	66.9	寧 夏	43.5

出所：文献5.

(6) 死産率

自然死産と人工死産があり、自然死産のデータはない。人工死産数については1971年～1984年の14年間に101,029,422件あった³⁾。1971年の3,910,110件から年々増加し、1983年の14,371,843件をピークに減少を始め、1984年は8,890,140件となった。人口政策と密接な関係がある。

(7) 平均寿命

1949年の35歳から1970年代までに大幅な伸びを示した。表5に示すように女性では1985年に70歳代に達した⁶⁾。日本の女性が70歳に達したのは1960年であった。またtown(71.40歳), city(70.87歳), rural area(67.17歳)と地域格差も見られるが、2000年には72歳を目標としている。⁴⁾

表5 平均寿命(歳)

年 次	全 国	男 性	女 性
1949	35	—	—
1973—1975	64.90	63.62	66.31
1981	67.88	66.43	69.35
1985	68.92	66.69	70.98

出所：文献6.

(8) その他の保健関係統計

1984年のデータでは⁴⁾、都市化率23.5%, 文盲率31.9%, 人口密度108人/㎢, 平均世帯人員4.41人, また人口性比106.9(1985年末)²⁾等の報告がある。

2 医療機関・医療スタッフ

(1) 保健・医療施設

① 医療施設および職員

1949年以降衛生機関数(医院, 療養医院・所, 衛生検疫所等)は、着実に増加の一途をた

どっている。同時に職員数もそれに応じて増加している。表6には、1985年の機関種類別の機関数、ベッド数、職員数を示した。また表7は、職員の分類をし、1984年と1985年の実数と対前年比を示した。看護師、助産士、の減少がみられるが、他は増加傾向を示す²⁾。一方、1986年末までの病院数は230万（対前年比3.2%増）、医療専門家351万人（対前年比2.9%増）、このうち医師は144万人（同1.9%増）、看護婦68.1万人（同6.9%増）とあり⁷⁾、表7と多少食い違いがみられる。また、結核の施設や職員について表8に示した⁸⁾。しかしいずれにしても、近年、施設の拡大と整備、医師の増員、はだしの医者への再教育と再配置が推し進められている¹⁾。

② 医学教育施設

はだしの医者は、現在養成訓練を受けて専門認定試験に合格し、郷村医者となる者が多く、1982年に40万人となった。農村医療は郷村医者によって維持されているという⁹⁾。中国の高等医学教育機関は134校あり、その内訳は表9に示す⁹⁾。

③ 社会福祉施設

1984年、農村で集団から保護を受けている障害者・老人・児童は271万人いる。農村部の養老施設は約2.1万、収容人員24.1万人、都市部の社会施設は約1,200、収容障害者・老人・児童は約7万人、貧困家庭の農家助成は約243万戸になっている⁴⁾。

(2) 利用状況

表10、11に医療機関の利用状況を示した²⁾。また1985年5月～11月に自治区10省28万人の農村住民調査では、2か月間の平均診療者は、延べ1,000人当たり97人、診療回数は年1人当たり2.6回、通院は年間1,000人当たり延べ32人、通院日数は年1人当たり延べ0.5人という結果が得られた。さらに、訪問医療制度による在宅看護による家庭ベッド利用状況は、1984年に49万台あり、診療延べ人数は739万人、ベッド1台当たりの平均使用日数は44.2日であった²⁾。

表6 衛生機関、ベッド、人員数

(1985年)

機 関 類 別	機関数 (ヶ所)	ベッド数 (万台)	人員合計 (万人)	衛生技術	その他の	管理人員	一般職員
				人 員	技術人員		
総 計	200,866	248.7	431.3	341.1	4.6	35.9	49.7
1. 医 院 合 計	59,614	222.9	299.9	236.3	0.8	24.9	37.9
(1) 県・県以上の医院小計	11,497	148.7	205.3	154.6	0.7	17.6	32.4
総合医院	8,748	111.5	156.0	118.8	0.5	12.8	23.9
中国医医院	1,414	10.2	15.0	11.9	—	1.4	1.7
医学院・校付属医院	173	8.1	14.3	10.3	0.1	1.3	2.7
伝染病院	134	2.3	2.6	1.7	—	0.3	0.6
精神病院	348	6.8	5.2	3.4	—	0.6	1.2
結核病院	117	2.8	2.7	1.7	—	0.3	0.6
婦女・児童専門保健所	272	2.4	4.1	3.1	—	0.4	0.6
児童医医院	26	0.6	1.2	0.9	—	0.1	0.2
ハンセン氏病院	53	1.3	0.3	0.2	—	—	0.1
職業病院	36	0.4	0.4	0.3	—	0.1	0.1
癌医医院	26	0.6	1.0	0.6	—	0.1	0.2
その他の特定病医院	150	1.7	2.5	1.7	0.1	0.2	0.5
(2) 農村衛生センター	47,387	72.1	90.6	78.4	0.1	6.9	5.2
(3) その他の医院	730	2.1	4.0	3.3	—	0.4	0.3
そのうち：中国伝統医医院	41	0.1	0.1	0.1	—	—	—
2. 療 養 院 ・ 所	640	10.6	5.1	2.5	0.1	0.8	1.6
3. 外 来 診 察 部 ・ 所	126,604	8.8	63.3	58.5	0.1	2.4	2.2
4. 特定病予防治療所・ステーション	1,566	3.0	4.7	3.5	0.2	0.6	0.6
そのうち：結核病予防治療所	533	0.2	1.3	1.0	—	0.2	0.2
職業病予防治療所	99	0.2	0.5	0.4	—	0.1	0.1
5. 衛生防疫ステーション	3,410	0.1	14.5	11.4	0.2	1.5	1.4
6. 婦女・児童専門保健所	2,724	1.0	4.7	3.9	—	0.5	0.2
7. 薬 品 検 査 所 ・ 室	1,420	0	1.6	1.1	—	0.2	0.2
8. 医 学 科 学 研 究 機 構	323	0.4	3.3	2.0	0.4	0.4	0.6
9. その他の衛生機構	4,565	1.9	22.6	10.3	3.0	4.6	5.0
10. 個 人 開 業	—	—	11.6	11.6	—	—	—

出所：文献2.

表7 衛生機関の各種人員数

単位：万人

人 員 分 類	1985年	1984年	1985年／1984年
1. 全 国 総 計	431.3	421.4	102.3
衛 生 技 術 員	341.1	334.4	102.0
そ の 他 の 技 術 員	4.6	4.3	107.0
管 理 人 員	35.9	34.1	105.3
一 般 職 員	49.7	48.6	102.3
2. 衛 生 技 術 人 員 分 類	341.1	334.4	102.0
中 国 医 術 の 医 師	12.0	11.7	102.6
西 洋 医 術 の 医 師	60.2	59.7	100.8
中国・西洋結合医術の高級医師	0.2	0.2	100.0
看 護 師	6.8	7.0	97.1
漢 方 薬 剤 師	1.4	1.4	100.0
西 洋 式 薬 剤 師	3.3	3.3	100.0
検 疫 師	2.4	2.4	100.0
そ の 他 の 技 師	2.1	2.2	95.5
中 国 医 術 の 医 士	15.0	14.9	100.7
西 洋 医 術 の 医 士	47.3	45.8	103.3
看 護 士	56.9	54.6	104.2
助 産 士	7.6	7.7	98.7
漢 方 薬 剤 師 士	5.5	5.3	103.8
西 洋 式 薬 剤 士	9.0	8.8	102.3
検 疫 士	7.5	7.1	105.6
そ の 他 の 技 士	5.8	6.0	96.7
その他の中国医術の医師・士	6.6	5.8	113.8
看 護 員	25.9	25.8	100.4
漢 方 薬 剤 員	8.2	8.1	101.2
西 洋 式 薬 剤 員	9.1	9.0	101.1
検 疫 員	4.7	4.6	102.2
その他の初級衛生技術員	43.6	43.0	101.4
3. 人口千人ごとの平均衛生技術人員	3.26	3.24	100.6
そ の う ち ： 医 師 ・ 士	1.36	1.34	101.5

出所：文献2.

表8 全国結核病院数、ベッド数、職員数の状況

	1949年	1957年	1960年	1975年	1979年	1980年	1981年	1982年
結核病院数	13	48	75	97	111	108	110	112
結防所(站)数	5	68	131	90	289	322	376	398
病床(張)数	600	9,874	22,835	25,408	27,308	26,402	27,474	27,220
衛技人員数	数十名	2,700	6,000	13,216	19,730	20,419	22,966	23,648

出所：文献8.

表9 中国医科大学の分類

分 類	数
医 科 大 学	74
漢 方 医 科 大 学	28
総 合 大 学 医 学 部	9
薬 科 大 学	4
医 学 専 科 学 校	19
計	134

(注) 漢方医科大学以外はすべて西洋医学による。(1985年現在)

出所：文献9.

表10 医院診療延べ人数および入院人数

(1985年)

医 院 類 別	診療延べ人数(延べ万人)		入院人数 (万人)	百診察ごとの入院人数(人)	
	総 計	外来・急診		総 計	外来・急診
総 計	233,140	225,226	4,331	1.82	1.92
県および県以上の医院合計	122,519	113,730	2,539	2.07	2.23
衛 生 部 門	72,140	70,072	1,862	2.58	2.66
工業およびその他の部門	43,132	36,551	611	1.42	1.67
集 団 所 有 制	7,247	7,107	66	0.91	0.93
農 村 衛 生 セ ン タ ー	110,034	106,049	1,771	1.61	1.67
そ の 他 の 医 院	5,587	5,447	21	0.38	0.39

(注) 本表は全国12.7万の外来診察部・所(各種外来診察機構)および77.8万の農村衛生所(保健センター)における診療延べ人数を含まない。

出所：文献2.

表11 県および県以外の医院ベッド使用状況

年 度	医 院 類 別	ベット回転数 回 (回)	ベット使用数 日 (日)	ベット使用率 (%)	退院患者の 平均入院日数 (日)
1975	合 計	20.1	304.8	83.5	14.4
	衛 生 部 門	20.9	310.1	85.0	14.1
	工業およびその他の部門	15.5	276.6	75.8	16.6
1980	合 計	20.7	302.0	82.5	14.0
	衛 生 部 門	22.1	313.6	85.7	13.7
	工業およびその他の部門	15.6	258.8	70.7	15.6
1984	合 計	18.9	303.1	82.8	15.3
	衛 生 部 門	20.7	321.2	87.8	14.9
	工業およびその他の部門	14.6	253.1	69.2	16.3
	集 団 所 有 制	13.4	302.3	82.6	20.9
1985	合 計	18.1	302.0	82.7	15.8
	衛 生 部 門	19.8	320.9	87.9	15.4
	工業およびその他の部門	14.2	253.6	69.5	16.5
	集 団 所 有 制	13.9	297.5	81.5	19.4

出所：文献 2.

3 死因・疾病構造

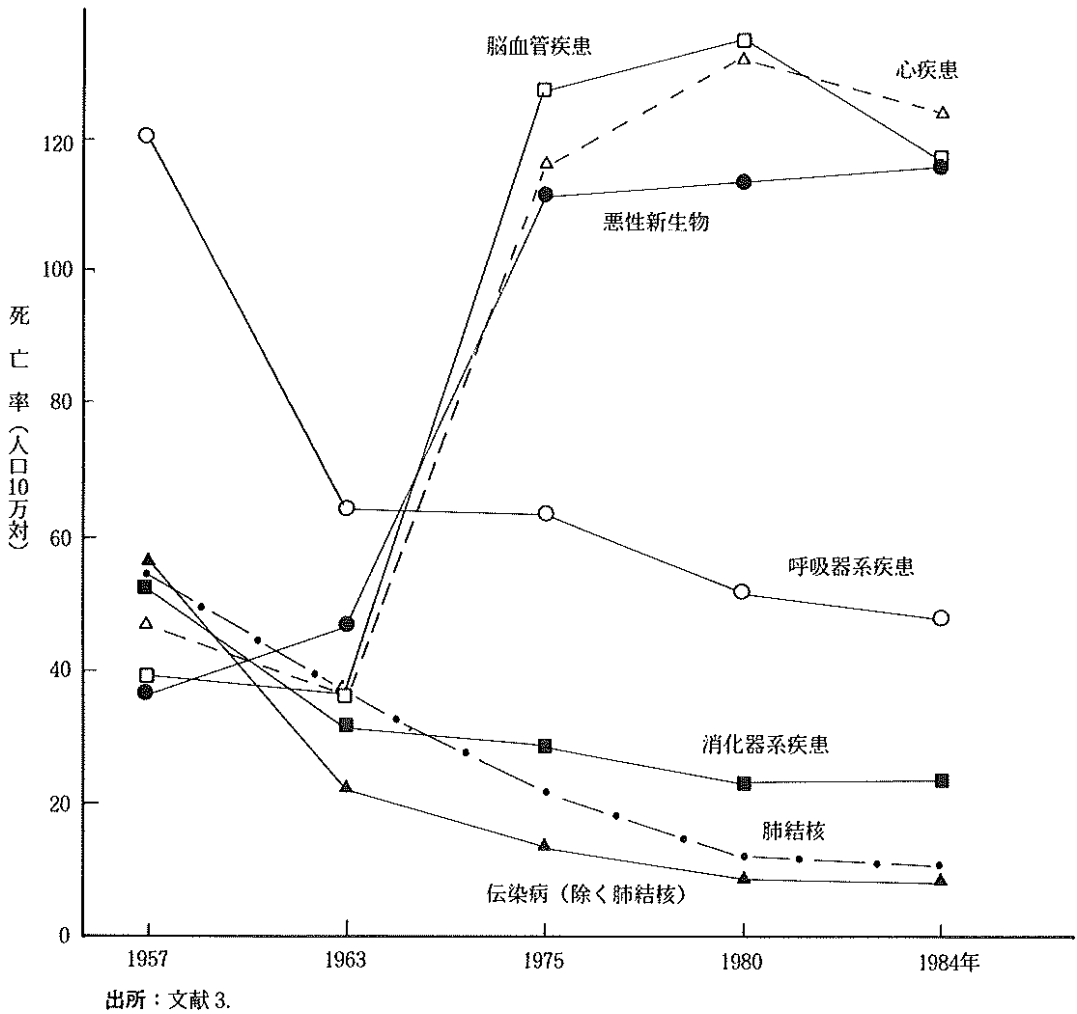
(1) 死因の動向

死因統計がどのような過程を経て集計されているかわからないが、市および県レベルの十大死因の年次推移が得られている^{1, 2)}。

① 十大死因について

1975年～1984年までの13～28市県の七大死因の経年変化³⁾を図1に、1984年の市と県の十大死因³⁾を表12に示した。呼吸器系疾患、消化器系疾患等記載方法に若干不明なところがあるが、感染症が減少し、成人病の類が増加していることが明らかである。また心疾患、呼吸器、

図1 都市における主要7大死因の年次推移



消化器、肺結核、中毒、伝染病は、県の方に高い傾向が見られる。さらに、市と県の性別十大死因（表13）²⁾をみると、順位に若干違いが見られるが、成人病が上位を占め、市での女性の肺結核が低く、県では肺結核、伝染病、新生児の多いのが目につく。

② 伝染病および非伝染性疾患の動向

表14に全国の伝染病の発生率および死亡の動向を示した³⁾。まだ環境衛生の改善によって

表12 市と県の十大死因

市の十大死因	市		県		日 本 (1985年)
	死 亡 率 (10万対)	総死亡に 占める割合	死 亡 率 (10万対)	総死亡に 占める割合	
1 心 疾 患	124.64	22.65	168.75	24.57	117.3
2 脳 血 管 疾 患	116.27	21.13	104.83	15.31	112.2
3 悪 性 新 生 物	116.18	21.11	102.96	15.03	156.1
4 呼 吸 器 系 疾 患	48.36	8.79	83.31	12.16	—
5 消 化 器 系 疾 患	23.76	4.32	38.62	5.64	—
6 外 傷	19.36	3.52	22.07	3.22	—
7 肺 結 核	10.17	1.85	28.51	4.16	3.7
8 中 毒	10.17	1.85	29.29	4.28	—
9 泌 尿 器 系 疾 患	9.48	1.72	—	—	—
10 伝染病(除肺結核)	8.14	1.48	16.26	2.37	—

(1984年：市是北京等28の全市又は部分市、県は上海等70県と部分公社)

(注) 市を基準としたため、県の順位は異なる。

出所：文献3.

表13 市と県の性別十大死因

順位	市 の 十 大 死 因		県 の 十 大 死 因	
	男 性	女 性	男 性	女 性
1	悪 性 新 生 物	心 疾 患	心 疾 患	心 疾 患
2	心 疾 患	脳 血 管 疾 患	悪 性 新 生 物	脳 血 管 疾 患
3	脳 血 管 疾 患	悪 性 新 生 物	脳 血 管 疾 患	悪 性 新 生 物
4	呼 吸 器 系 疾 患	呼 吸 器 系 疾 患	呼 吸 器 系 疾 患	呼 吸 器 系 疾 患
5	外 傷	消 化 器 系 疾 患	消 化 器 系 疾 患	消 化 器 系 疾 患
6	消 化 器 系 疾 患	外 傷	外 傷	中 毒
7	肺 結 核	中 毒	肺 結 核	肺 結 核
8	伝染病(除く肺結核)	泌 尿 器 系 疾 患	中 毒	外 傷
9	中 毒	内 分 泌 疾 患	伝染病(除く肺結核)	伝染病(除く肺結核)
10	泌 尿 器 系 疾 患	肺 結 核	新 生 児 疾 患	新 生 児 疾 患

(1985年：市は36都市、県は72県の統計)

出所：文献2.

表14 全国伝染病発病率および死亡状況

(1984年)

病 名	発 病 率 (10万対)	死 亡 率 (10万対)	致 命 率 (%)
総 計	1,034.35	1.98	0.19
ペ ス ト	—	—	—
パ ラ コ レ ラ	0.16	0.00	0.60
ジ フ テ リ ア	0.33	0.04	10.88
流 行 性 脳 脊 髄 膜 炎	11.64	0.58	4.95
百 日 咳	20.96	0.03	0.15
猩 紅 熱	5.73	0.00	0.08
麻 疹	60.14	0.28	0.47
イ ン フ ル エ ン ザ	380.21	0.02	0.01
赤 痢	374.96	0.21	0.05
腸チフス, パラチフス	9.70	0.02	0.25
ウィルス性肝炎	67.55	0.20	0.29
急性灰白髄炎	0.16	0.00	3.08
脳 炎	2.55	0.23	9.01
マ ラ リ ア	87.70	0.00	0.00
カラアザール	0.01	0.00	2.65
ロシア春夏脳炎	0.02	0.00	5.80
つつが虫病	0.12	0.00	0.17
出 血 熱	8.82	0.28	3.22
レプトスピラ症	3.60	0.07	2.01

出所：文献3.

予防の可能な伝染病が多々見られる。これ以外にいくつかの疾病について報告がある。⁸⁾

1) 地方病として克山病 (Keshan病), カシンベック病 (約176万人), 地方性甲状腺腫 (約1,390万人) 等がある。

2) 寄生虫疾患としては, 住血吸虫症, フィラリア症, マラリア等が大きな問題である。フィラリア症は現在141.9万人, 1985年11月までに全国864のフィラリア流行県のうち, 660県 (76.4%) で消滅した。マラリアは, 1983年の調査で566.7万人の血液検査にて原虫陽性者は6,597人 (陽性率1.16%) であった。また発熱病人1,031.5万人の血液検査で2.51%の原虫

陽性率を見た。

3) カラアザル病は1952年約53万人が1980年には0となった。

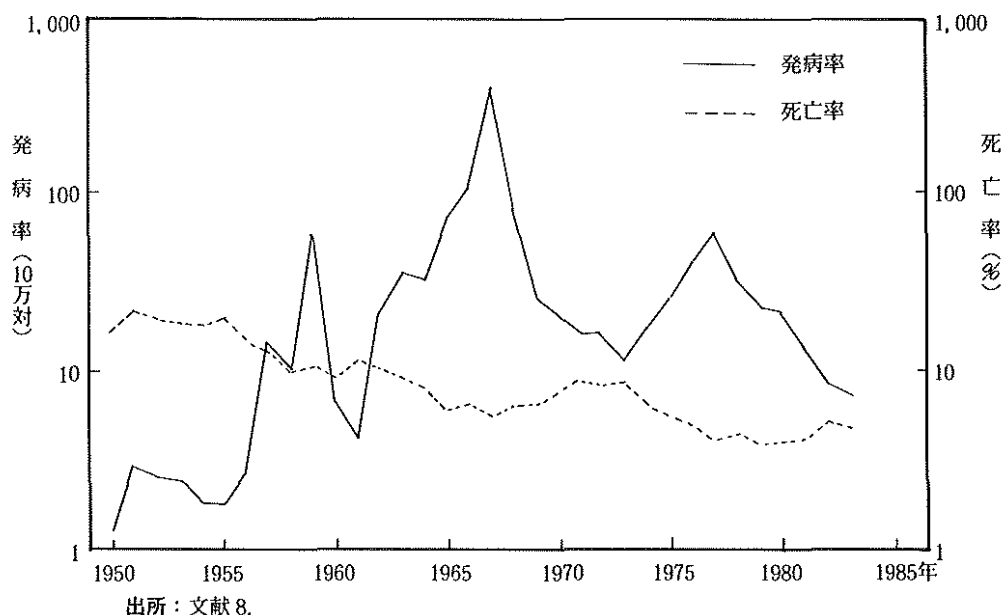
4) 天然痘は1961年に27例の発生以後、新たな発生は無い。

5) 流行性脳脊髄膜炎の発症率は、この30年間に3峰性の流行があり、現在下降しつつあるが、死亡率の顕著な改善が見られない(図2)。

6) 結核は慢性疾患として先進国といえども多くの死亡者を経験してきた。しかし中国では改善しつつあるが、地域格差が大きい。

7) ライ病は、解放初期に約50万人いたが徐々に減少し、2000年までに消滅させる予定であるという。

図2 1950～1983年全国流行性脳脊髄膜炎発病率および死亡率



以上疾病構造を見たが、1985年ではウィルス性肝炎、ジフテリア、百日咳等15種の急性伝染病の罹患率が1983年より20%減少し²⁾、1986年には前年より40%も減少した⁷⁾。予防接種を300万人以上が受けた効果であるという⁷⁾。今後、感染症は減少に向かい、成人病のような慢性退行性疾患による死亡率の増加が、とくに都市で問題となるであろう。原因究明の疫学調査と、予防対策が今後の課題である。

4 環境衛生

資料としては十分得られていない。

(1) 上 水

1981年の水道給水は221都市で、普及率は85.2%、1日給水量は3,257万トン⁸⁾。一方、1985年の都市での給水管の長さは6,735km、年間給水量は128億トン（生活用水51.9億トンを含む）。水道水使用人口は9,424.3万人、1人当たりの平均使用量は151.0ℓ/日となっている²⁾。

(2) 住宅環境

都市住民の住宅環境は、年々改善されている。1978年と1985年の1人当たり平均居住面積を比較すると、都市では4.2から6.7㎡に、農村では8.1から14.7㎡になっている²⁾。

(3) 農村衛生事業

農村末端衛生組織の建設と管理については、次のような状況にある²⁾。

1) 村が集団で行っているもの、および郷村医が請け負っているもの	50.93%
2) 郷村医（衛生員）が連合で行っているもの	10.8%
3) 個人で行っているもの	31.5%
4) 衛生院が設置したもの	3.39%
5) その他	4.11%

全国の農村の87%前後の行政村が衛生機構をもつ。また全国の40%の郷村衛生員が、郷村医の証明証を獲得している²⁾。

文 献

- 1 中国統計年鑑1986
- 2 中国百科年鑑1986
- 3 中国衛生年鑑1985
- 4 中華人民共和國人口家族計画第二次基礎調査報告書15～39頁、国際協力事業団医療協力部、昭和61年3月

- 5 中国1982年人口普查10%抽詳資料：国家統計局人口統計司，国务院人口普查办公室編446—465頁，中国統計出版社
- 6 Futher increase in life expectancy of China's population, China Population News Letter 3(4), 22, 1986.
- 7 Hospital beds numbered 2,300,000, China Population News Letter 4 (2), 14, 1987
- 8 当代中国的衛生事業（上），中国社会科学出版社，北京，1986.
- 9 路振富：中日医学教育の比較，日本医事新報，3270号，46—49頁，1986.

第6章 現地調査報告

1 吉林省概要

(1) 吉林省の社会経済的背景

① 風 土

吉林省は、中国東北地方の中央部に位置し、東経122°～131°、北緯41°～46°に位置し、緯度的には日本の北海道とほぼ同じところにある。省面積は18.7万km²で日本全体の約半分の広さである。吉林省は、東南部に長白山山脈をいただき、朝鮮民主主義人民共和国と国境を接し、南部に遼寧省、西部に内蒙古自治区、北部に黒竜江省と接している。地形的には、雄大な長白山系から北および北西にかけて、緩やかに低くなる広大な丘陵地および平原が連なっている。したがって、吉林省内の主要河川のすべては、北方に向けて流れている。気候は、亜寒帯大陸性気候であり、年平均気温が4℃～5℃と低く、冬(10月～4月)が長く、春(5月)、秋(9月)が短い(夏は6月～8月)。降雨量は、長春市で年間600mmと少なく、降霜日は年間160日も有る。このため冬期に緑色野菜が不足する。

天然資源は豊富で、石炭、石油、ニッケル、金、銅、その他の鉱物など、全国屈指の産地となっており、牧畜(羊、牛、馬)、農業(大豆、高粱、トウモロコシ、甜菜、亜麻など)も盛んである。

総人口は2,298万人、人口密度は123人/km²となっている。総人口のうち農村人口は45%で、都市人口(城鎮人口)は55%を占める。民族的には漢民族が92%を占め、少数民族は8%で

ある。少数民族のうち朝鮮族が110万人で少数民族中の60%を占め、次いで満州族52万人、28%、回族11万人、6%、蒙古族9万人、5%、その他のシボ族、チワン族、ミャオ族などとなっている。朝鮮族は延辺地区にもっとも多く、吉林および通化地区に多い。満州族は吉林、四平および通化地区に多く、長春市および四平市に広がる。回族は長春、吉林、四平、通化および白城地区に比較的均等に分布している。蒙古族はその90%が白城地区に集中している。

表1 気候条件比較表

(1951～80平年値)

項目 月	平均気温(℃)			降 水 量 (mm)		
	北 京 市	長 春 市	東 京 都	北 京 市	長 春 市	東 京 都
1月	-4.6	-16.4	4.7	3.0	3.5	54
2月	-2.2	-12.7	5.4	7.4	4.6	63
3月	4.5	-3.5	8.4	8.6	9.1	102
4月	13.1	6.7	13.9	19.4	21.9	128
5月	19.8	15.0	18.4	33.1	42.3	148
6月	24.0	20.1	21.5	77.8	90.7	181
7月	25.8	23.0	25.2	192.5	183.5	125
8月	24.4	21.3	26.7	212.3	127.5	137
9月	19.4	15.0	22.9	57.0	61.4	193
10月	12.4	6.8	17.3	24.0	33.5	181
11月	4.1	-3.8	12.3	6.6	11.5	93
12月	-2.7	-12.8	7.4	2.6	4.4	56
全年	11.5	4.9	15.3	644.2	593.8	1,460

出所：中国統計年鑑1986、日本統計年鑑1984

② 産業構造

吉林省の産業構造を社会総生産額で見ると表2のようになる。これを見ると、各産業部門の過去10年間の構成割合は基本的にあまり変化はなく、わずかに工業および運輸通信業がシェアを小さくし、建設業および商業がわずかに増加している。また、工業が産業構造の60%近くを占めていることは、吉林省が工業を主とした省であることを特徴づける。一方、商業が6%に達しないシェアであることは、通常の資本主義経済国には見られない構造である。産業構造に占める商業のシェアがこのように低いことは、中国社会主義経済体制の下では、商業部門を代替する何らかの機能が、他の産業部門（たとえば、農業、工業の企業単位内に

表2 吉林省の社会総生産額

(単位: 億元)

年次	総生産額	農 業	工 業	建 築 業	運輸通信業	商 業
1975	158.8(100.0)	37.4(23.6)	97.1(61.1)	9.7(6.1)	6.9(4.3)	7.7(4.8)
1978	180.1(100.0)	40.3(22.4)	109.6(60.9)	13.2(7.3)	8.2(4.6)	8.8(4.9)
1980	219.9(100.0)	51.9(23.6)	130.3(59.3)	17.1(7.8)	11.4(5.2)	9.2(4.2)
1983	298.1(100.0)	82.6(27.7)	167.5(56.2)	22.0(7.4)	10.4(3.5)	15.6(5.2)
1985	422.2(100.0)	98.9(23.4)	243.8(57.8)	40.3(9.5)	14.4(3.4)	24.9(5.9)

(注) 当年価格にもとづく

カッコは構成比(%)

出所: 吉林省統計局『吉林統計年鑑1986』

おける物資販売や配給など)の中に存在するのではないと思われる。また、名目賃金は低くても、現物給付、無償に近い物資やサービスの給付などが多くなると、実質賃金は高いにもかかわらず表面に出ず、価額にカウントされない経済活動が産業構造上見落とされることも考えられる。したがって、中国(吉林省)の統計に見られる社会総生産額から見た産業構造は、日本などの国内総生産から見た産業構造と比較することは適当ではない。しかし、中国の統計に基づいて指摘できるもう1つの吉林省の特徴は、社会総生産額の成長は、1980年以降めざましいものがあるにもかかわらず、産業別シェアの変動はきわめて停滞的であることである。高度経済成長期に通常見られる、経済発展のリーディング産業が統計上見当たらず、どの産業部門も均等に発展しているかのようであり、生産性の違いによる産業構造の転換の動きが読みとれない。

③ 就業構造

吉林省の1984年における総就業人口は863万人で、そのうち農業部門が403万人、工業部門が224万人、その他が236万人となっている。したがって、構成比はそれぞれ46.7%、25.9%、27.4%となる。就業人口から見る産業別構成は、1978年以降、農業部門は1978年の53%から1984年の47%に低下し、逆にその他の部門が22%から27%に増加した。工業部門はこの間約26%で一定している。また、就業人口の約50%は国営部門に就業しており、社会主義経済体制の特徴の1つを表している(表3参照)。

表3 吉林省の就業構造

(単位: 万人)

年次	総 数					
		工 業	農 業	そ の 他	国営部門	そ の 他
1975	594.4(100.0)				256.8(43.2)	337.6(56.8)
1978	645.4(100.0)	163.7(25.4)	341.7(52.9)	140.0(21.7)	324.9(50.3)	320.5(49.7)
1980	715.4(100.0)	187.4(26.2)	361.8(50.6)	166.2(23.2)	373.9(52.3)	341.5(47.7)
1983	847.5(100.0)	218.2(25.7)	410.7(48.5)	218.6(25.8)	421.9(49.8)	425.6(50.2)
1984	862.5(100.0)	223.6(25.9)	403.0(46.7)	235.9(27.4)	431.3(50.0)	431.2(50.0)

(注) カッコは構成比

出所: 吉林省統計局『吉林統計年鑑1984』1985.8

(2) 行政機構と政策実施のプロセス

① 行政機構

中国の現在の行政機構は1982年憲法に基づいたものであり、省以下の行政機構を吉林省の例で見ると次のようになる。まず地方自治体としての吉林省人民代表大会と吉林省人民政府が日本の県に相当するものとして存在し、その下に、やはり地方自治体としての市、自治州および地区があり、それぞれ人民代表大会と人民政府を持つ。自治州および地区は、吉林省の場合、主として少数民族の集中的な居住地域である。これらの市、自治州、地区の下に、地方自治体である区、県、および市があり、このうち、市は名称は前の市と同じであるが、1級下の市である。この市の違いを明確にするため、省の下は省轄市といわれ、自地州および地区の下は市を県級市という。省轄市は大都市、県級市は小都市と見ることができる。省轄市には固有の都市部を意味する区があり、前述したように自治権を持ち、人民代表大会と人民政府を持つ。また、省轄市は、区と同格の都市域ではない、農村部を意味する県という地方自治体を管理する。吉林省の省轄市のうち、長春市(省都)と吉林市は、都市域の区と一緒に、農村部を持っており、これは行政的名称は区となっているが、一般的に郊区と称される。以上の地方自治体は、立法機関として、少なくとも年に1回開催される人民代表大会と、それが選出した常設の人民代表大会常務委員会とが存在し、行政機関として、人民代表大会が選出した省長、市長、区長、県長等人民政府組織が存在し、さらに司法機関として、やはり人民代表大会が選出した人民法院院長が存在する(人民検察院院長も人民代表大会が選出する機関となっている)。このうち、省、省轄市、自治州、地区の人民代表大会議員は下級自治体の人民代表大会によって選出され、任期は5年である。区、県、県級市の人民代

表大会議員は、住民の直接選挙によって選出され、任期は3年である。また、それぞれの人民政府の長を初めとする組織人員の任期は、人民代表大会議員の任期と同一である。

区および県以下の行政機構は、区を除いて、鎮および郷という地方自治体がある。このうち、鎮は日本の自治体の町に相当し、郷は日本の自治体の村に相当する。これらの鎮および郷は、住民の直接選挙による人民代表大会と、人民代表大会が選出した人民政府（鎮長、郷長）を持ち、いずれの任期も3年である。県内の人口は、一般にすべて農村人口とされてきた。しかし、最近、県内の鎮の人口が都市人口とみなされるようになったと思われる。この結果、中国の最近の人口統計では都市人口が1984年を境に飛躍的に増加しており、計数上の整合性がなくなっている。

区および郷鎮以上の行政機構は1982年憲法の定める地方行政組織であり、自治権を有するが、それ以下は、上記自治体の末端行政組織の一部と見ることができる。たとえば、区の中にはところどころに街道弁事処があり、日本の区役所の出張所の役割を果たしており、区内の地域ごとに居民委員会が組織され、さらにその下に居民小組があつて、日本の自治会や隣組に類似した組織となっている。また、郷の中には自然村、開拓村などがあり、村内にはいくつかの村民小組が組織されている。

以上の行政機構を、吉林省について図にまとめたものが図1である。ただし、区、県、市、鎮、郷の数などは、人口増加、都市施設の発達状況によって変更されることがある。

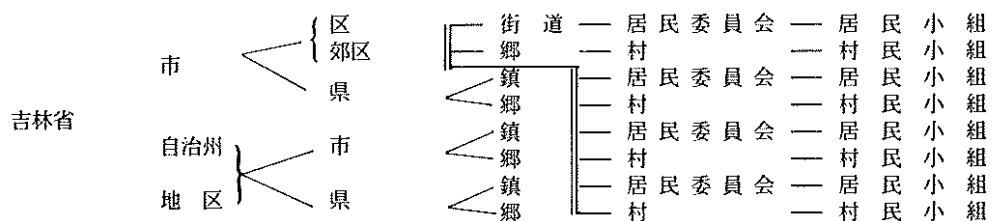
② 政策実施のプロセス

吉林省における厚生行政の実施プロセスを、現在、中国でもっとも重要な政策課題の1つとなっている家族計画（「計画生育」）政策を中心として調査を行なった。この点を中心に検討してみよう。

<家族計画政策の実施組織>

中国の家族計画政策の実施組織体系は図2のようになり、吉林省においても省級以下の各組織が活動を行なっている。このうち、家族計画政策の第一義的な責任組織は、「計画生育委員会」の組織系統であり、中央—省—市—県—鎮または郷の各段階の行政組織において「計画生育委員会」が置かれている。この組織系統の中には、国営企業等大企業の中にも行政組織に準じた「計画生育委員会」が置かれている。また、住民自治組織である村、町などにも「計画生育」担当者が置かれている。吉林省「計画生育委員会」には、その他薬具所、計画生育研究所、育成センター、宣伝センターが置かれている。さらに、市以

(1985年2月末現在)

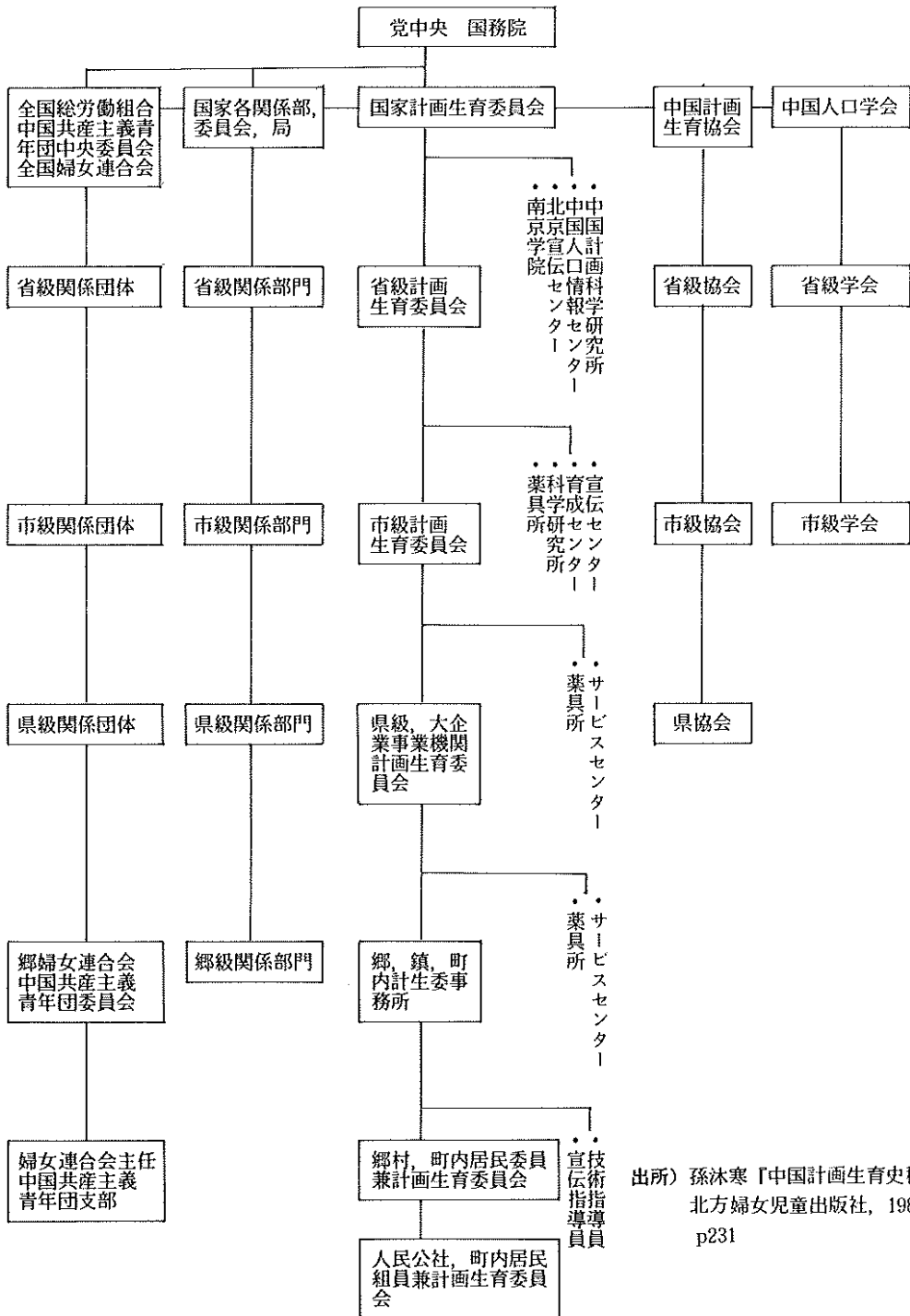


地 方 自 治 体

末 端 組 織

吉林省	渾江市	渾江市区 撫松県 靖宇県 長白朝鮮族自治県			
	梅河口市	梅河口市区 輝南県 柳河県			
	公主嶺市	公主嶺市区 伊通県			
	延辺朝鮮族自治州	延吉市（州都） 図們市 敦化市 竜井県 汪清県 琿春県 和竜県 安図県			
	白城地区	白城市（地区都） 鎮賚県 大安県 扶余県 乾安県 長嶺県 通榆県 洮安県 前ゴルロス蒙古族自治県			
合 計	8 市, 1 州, 1 地区	23区 35県 4 市	281鎮652郷	10, 162村	

図2 家族計画政策の実施組織体系図



出所) 孫沐寒『中国計画生育史稿』
北方婦女兒童出版社, 1987年,
p231

下の各段階には葉具所およびサービス・センターが置かれ、末端住民にきめ細かな家族計画の普及が計られるようになっている。

中国の家族計画政策は、たんに「計画生育委員会」の行政業務ということに留まらず、それ以外の多様な組織が政策実施に携わっている。それらは、まず、国務院の行政組織および省、市、県等地方自治体の医療、保健、衛生を主とする関連部局である。次いで、中国共産党、中国共産主義青年団、全国総労働組合、全国婦女連合会など、党組織、団体、労働組合などの組織が、それぞれ行政組織の各級に対応して「計画生育」担当組織を置いている。さらに、中国計画生育協会が中央、省、市、県に置かれて教育・広報活動を行なっている。その他、各大学や中国人口学会等学術機関でも、家族計画は重要な研究課題の1つとして位置づけられている。

このような多面的な家族計画政策の実施体制がとられている中で、住民への政策的アプローチは具体的に次のようになる。①省、市、県、鎮、郷の各地方自治体（人民政府）の「計画生育委員会」および関連行政部局からの住民へのアプローチ、②中国共産党を中心とする労働組合、団体等の地域末端組織からの住民へのアプローチ、③各職場単位での上記①および②による従業員、労働者へのアプローチがなされる。とくに、国営企業や集団企業においては、企業経営組織と労働者組織との一体的な「計画生育」政策への取組みがなされている。

<「1人子政策」の補強>

中国政府は、1981年から今世紀末までに農工業生産額の4倍増を目標とし、同時に、今世紀末の総人口を12億にとどめたいとしている。そのための人口政策として、「1人子政策」の実施を強化してきた。「1人子政策」は、これに関する経済的、社会的インセンティブまたはデイス・インセンティブによって補強されており、それらの補強措置は、全国的に一般化された枠組と、各省の独自の措置と、国営企業や集団企業の経営能力にまかされる措置とがある。吉林省における「1人子政策」の補強措置は現在次のようになっている。まず、農民に対しては、①「1人子」の認定を受けた農家に対する、毎月5～6元の現金による補助金支給、②土地割当の優先権、③果樹の植林増の承認、④農産物の自由販売枠の増加、⑤肥料割当の増加、⑥家族人員の農村行政機関への優先雇用、⑦その他集団企業等が定める手当などがある。次いで都市住民に対しては、①家賃補助、②産休の1カ月追加、③年間、1カ月分の給与相当額的生活補助金支給、④6カ月間の子供の学業手当支給、⑤幼稚園、上級学校への優先入学、⑥国家機関、企業への優先雇用、⑦その他企業、機関等が定める手当などとなっている。これらのインセンティブに対して、「1人子政策」を守らなかった住民に

対するディス・インセンティブは、①所得の5～10%の罰金を現金で徴収する、②農民では、生産物の追加的供出、③既得土地割当の削減、④地域によって、一定額の社会的負担金の徴収、などが実施されている。¹⁾これらの吉林省における「1人子政策」の補強措置は、省、市、県など地方自治体からの直接的な行政措置と、国営企業および集団企業などにおける企業内措置とがあるが、後者の措置が先順位で実施される。この点、日本など資本主義諸国と違って、社会主義国中国では、企業に一定の独自性を認めるとしても、勤務先企業と行政機関との一体的な政策実施がなされている。

<個体戸への新しい対応>

1980年代に入ってから新しい経済政策と新憲法の制定に伴って、最近、「個体戸」と称される自由経営者が急増している。現在は個人または数人の共同経営による小規模のものが多く、中にはかなりの被雇用者をかかえる企業体的なものも有る。これらの個体戸は、従来の勤務先組織や行政組織では把握しきれない住民層の出現をもたらしている。すなわち、企業組織や団体組織から独立し、住民自治組織の活動範囲を越えた営業活動をし、地方自治体が直接的に管理しなければならない住民層の増加となっている。とくに、「1人子政策」のインセンティブ、ディス・インセンティブは個体戸に対しては実質的な措置が及ばない部分や、経済的に効果がない措置になったりする部分が多いため、地方自治体の個体戸に対する新しい行政対応が必要となっている。このため、吉林省内においては、医療、学校など公的機関・制度の利用に際して、しだいに受益者負担の政策が強められている。すなわち、個体戸の市民は、国営企業や集団企業など勤務先での政策と一体になった福利厚生サービスを受けることができないため、医療、教育、住宅、年金など、基本的生活を支える多くの分野で全額自己負担したり、自分で準備しなければならなくなっている。このような個体戸の増加は、一方で経済活動の発展を伴うが、他方で「計画生育政策」の徹底ができない部分を拡大する危険性も伴う。

<現場経験の政策へのフィード・バック>

中国の「1人子政策」は1978年から始まり、1980年代に入って一般化する。1980年の婚姻法改正、1982年の憲法改正によって「計画生育」が国民の法的義務と定められたと同時に、1980年の共産党中央委員会の党員に対する「1人子政策」の指導指示書²⁾によって政策の具体化が進められた。しかし、「1人子政策」の画一的な実施は実現性もなく、政治的にも好ましくないため、例外措置が設けられた。例外措置は最初4項目有り、①子供に身体障害が

有る場合、②養子があった場合、③再婚の一方に子供が1人あった場合、④夫婦とも少数民族である場合、については2人目の子を持つことが認められていた。その後、「1人子政策」の実施過程における色々な経験や末端での多様な意見を反映して、例外措置の増加が行なわれ、各省にも若干の自主判断が認められるようになった。吉林省における「1人子政策」の例外事項は、現在、次のようになっている。

1. 遺伝病以外の身体障害がある子の場合
2. 養子の場合
3. 夫婦とも1人子である場合
4. 帰国華僑の場合
5. 再婚の一方が子供2人の場合（1982年には、子供1人の場合）
6. 2世代以上1人子である場合
7. 夫婦の一方が1人子である場合
8. 夫婦の一方が身体障害者である場合
9. 二等乙級の障害者である場合
10. 兄弟のうち1人のみ出産可能の場合
11. 少数民族の場合（双方少数民族であることから、1984年から片方少数民族であることになった）

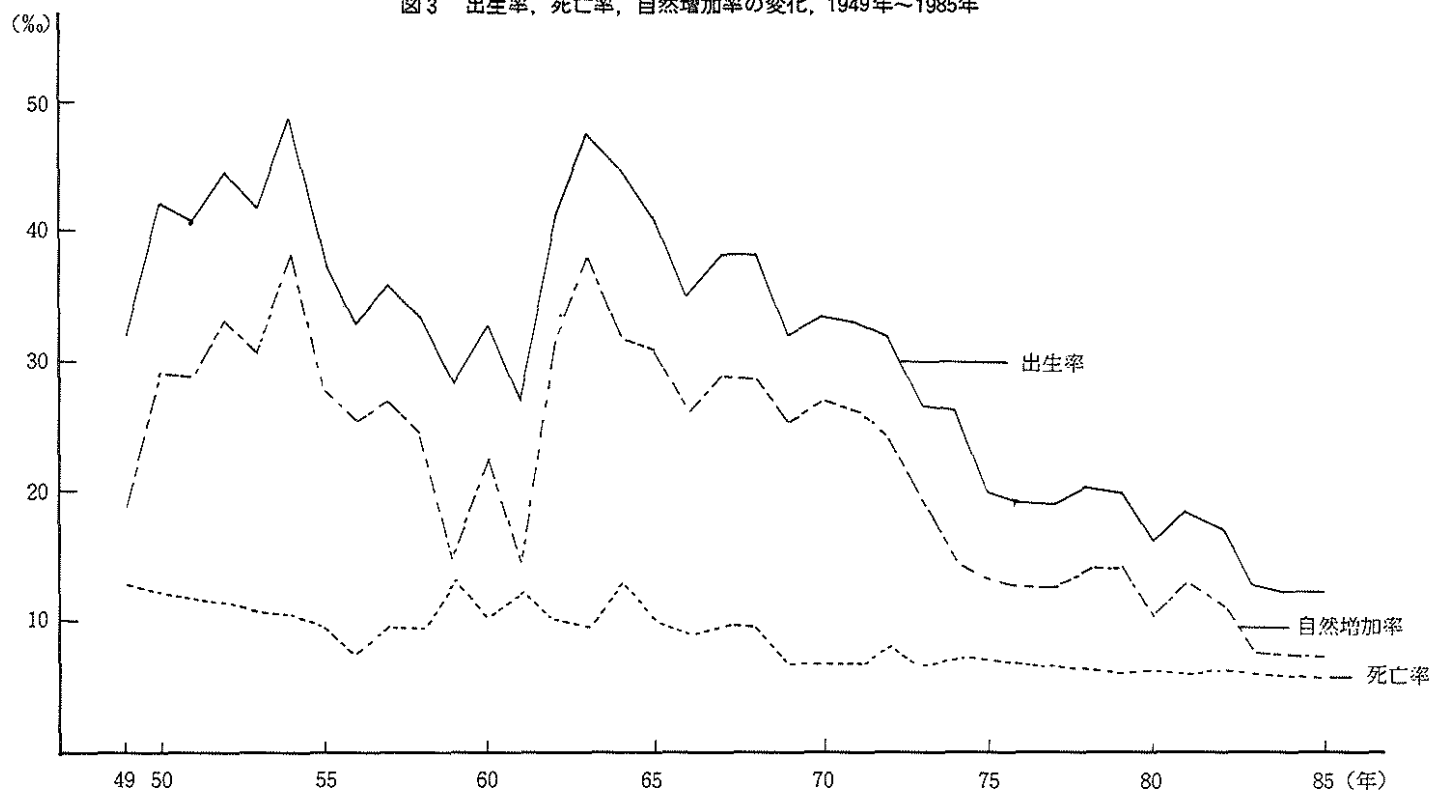
これらの2人目の子を出産することができる例外事項は、吉林省では1984年から実施されており、³⁾省内における行政上の様々な経験といくつかの出産調査を政策に反映させたものとなっている。

(3) 人口および計画生育の実情

① 人口動態の変化

吉林省における1949年以降の出生率、死亡率、自然増加率の変化は、図3に示す通りである。吉林省における出生率の変化をみると出生率は、1962年以降72年にかけてピークがあり、ベビーブームが観察される。80年代以降の出生率動向については、後に述べるが、ベビーブーム世代が再生産年齢期を迎えたこと、計画生育政策の緩和等の影響で、この期間において、出生率の小さなピークが観察される。吉林省においてとくに注目すべき点は、死亡率の水準が全国レベルと比較して、早い時期に低下し始めていることである。死亡率が低水準であるため、自然増加率のトレンドは、出生率のトレンドを反映している。この低い死亡率は、また、出生率低下に影響を与えていると考えられる。

図3 出生率、死亡率、自然増加率の変化、1949年～1985年



資料：吉林省統計局、『吉林社会経済統計年鑑1986』，1986年，長春

② 出生力の動向

吉林省における年齢別出生率の変化をみると、出生率は、特定年齢階級に集中している。表4、表5は、1967年、1972年、1977年、1982年の4時点における吉林省の都市部と農村部の年齢別出生率を示したものである。表で明らかな通り、合計出生率も低下傾向にあると同時に、出生率のピークとなる年齢も集中する傾向にある。とくに都市部においてこの傾向は顕著であり、20歳から35歳に集中している。これに対して、農村部では出生率のピークとなる期間は、都市部よりも長く、とくに若年層の出生率は都市のそれより高い。しかしながら、農村部においても、出産年齢は繰り下がる傾向にある。表5に示した通り、1967年以降の年齢別出生率の変化をみると、出生率は特定年齢への集中傾向がみられ、とくに40歳以降の出生率低下は顕著である。

表4 年齢別出生率の変化, 吉林省都市部

年次 \ 年齢	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	合計 出生率
1967	0.010	0.151	0.224	0.139	0.054	0.081	0.023	3.412
1972	0.008	0.134	0.288	0.182	0.063	0.013	—	3.435
1977	—	0.075	0.258	0.080	0.027	0.007	—	2.235
1982	—	0.153	0.210	0.013	—	—	—	1.879

出所: Ansley J. Cole and Chen Sheng Li, *Basic data on fertility in the provinces of China, 1940-82*, East-West Population Institute, Honolulu, 1987

表5 年齢別出生率の変化, 吉林省農村部

年次 \ 年齢	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	合計 出生率
1967	0.061	0.337	0.352	0.260	0.228	0.118	0.019	6.874
1972	0.041	0.306	0.372	0.213	0.190	0.090	0.009	6.109
1977	0.013	0.163	0.156	0.060	0.052	0.009	0.007	2.299
1982	0.011	0.197	0.147	0.026	0.013	0.006	—	2.000

出所: Ansley J. Cole and Chen Sheng Li, *Basic data on fertility in the provinces of China, 1940-82*, East-West Population Institute, Honolulu, 1987

図4は、吉林省と日本における1982年の年齢別出生率を比較したものである。同年における日本の合計特殊出生率は、1.74であり、吉林省の都市水準より低い。日本の場合、出生率のピークは、25～30歳階級にある。年齢別の出生率の曲線は、日本と吉林省都市部は類似しているが、25～30歳階級のピークが吉林省より低く、30～35歳年齢階級の出生率が高いことを考えると、日本の方が晩産化が進んでいると考えられる。

表6は、既往子供数と生存子供数を示したものである。表で明らかのように30～34歳の子供数は2人から3人、35～40歳については3人から4人、40～44歳では4人から5人、また、同年齢階級における女子1人当たりの平均死亡子供数は0.42人となっている。45歳以上では子供数は5人以上となっている。35歳以上のコーホートは、「独生子女政策」以前に結婚した世代であり、その平均子供数は20歳代の女子の子供数より多くなっていると思われる。

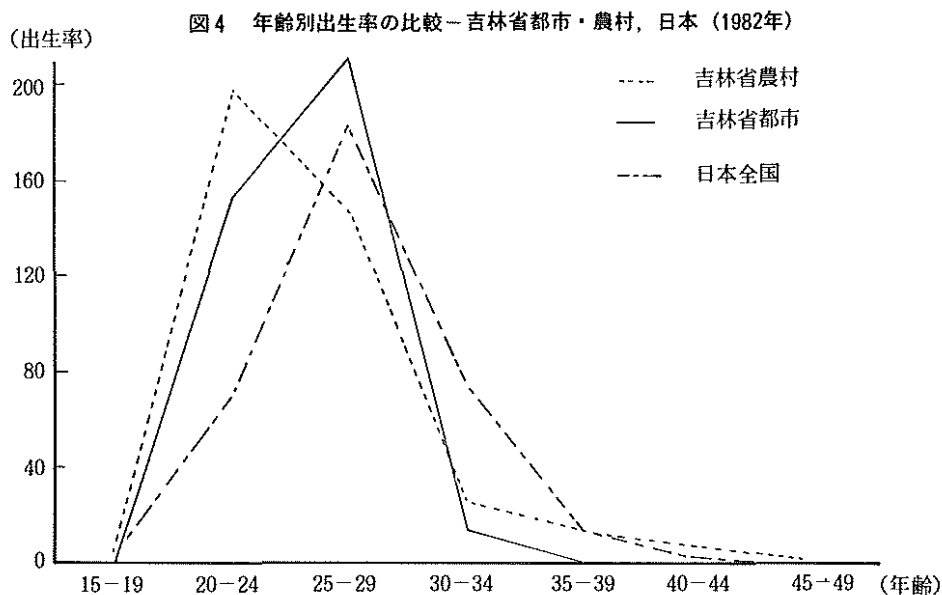
③ 80年代以降の出生力傾向と計画生育

吉林省では、1979年以来「夫婦一組に子供1人」という計画生育政策を提唱してきている。したがって、ここでは、1980年以降の出生力の動向を計画生育政策との関連において述べることとする。

1980年代は70年代と比較し、いくつかの政策転換がみられる。その1つは結婚年齢に関連するものであり、70年代の初婚年齢は行政措置により男子25歳、女子23歳であったが、80年代に制定された新婚姻法では、行政制限がなくなり男子22歳、女子20歳となったことである。したがって、1980年まで晩婚化がすすんでいたが、現在の初婚年齢は低下傾向にある。

1979年以来「独生子女」政策が提唱されてきたことは、すでに述べた通りであるが、第2子の出産に関しては、状況に応じて緩和される傾向にある。1981年には、①子供が先天性の病気である場合、②子供がなく養子縁組をした後に子供が産まれた場合、③再婚の夫婦で、夫、妻ともに1人ずつ子供がいる場合、④少数民族の場合、の4条件のうち1つの条件を満たせば、2人目の出産が許可されることとなった。さらに、1983年には、第2子出産条件は、10項目に拡大され、10条件のうちの1条件を満たせば、第2子の出産が許可されることとなった。以上の結婚年齢に関する行政措置、および計画生育は、どのように出生率に反映しているのだろうか。表7に示したのは、1980年以降の普通出生率および合計出生率である。すでに図2に示した通り、吉林省のベビーブーム（1962年～72年）世代は、1980年以降、再生産年齢期間に入り、1986年以降出生率は上昇の傾向にある。

表8は、出生順位別に出生率をみたものであるが、ここで注目すべきなのは、1984年以降、第2子の出生力が上昇傾向にあることである。吉林省計画生育委員会・陳勝利副処長の予測



資料) 中国: Ansley J. Cole and Chen Sheng Li, *Basic data on fertility in the provinces of China, 1940-82*, East-West Population Institute, Honolulu, 1987

日本: 厚生省人口問題研究所, 『都道府県別人口の出生力に関する主要指標昭和45年～60年』, 昭和62年。

表6 女子年齢別既往出生児数および生存子供数, 1982年

年齢階級	平均既往出生児数	平均生存子供数	平均死亡数
15-19	0.01	0.01	0.00
20-24	0.40	0.38	0.02
25-29	1.50	1.43	0.07
30-34	2.66	2.51	0.15
35-39	3.68	3.41	0.27
40-44	4.62	4.20	0.42
45-49	5.57	4.92	0.65
50-54	6.24	5.27	0.97
55-59	6.23	4.94	1.29
60-64	5.93	4.41	1.52
計	2.48	2.19	0.29

資料: 吉林省人口普查办公室, 『吉林省第三次人口普查資料 滙編』, 1984年1月, 長春, p. 361

表7 吉林省出生率

(1980-1986)

年次	普通出生率(‰)	合計出生率
1980	17.54	1.96
1981	17.59	1.85
1982	18.31	1.91
1983	16.21	1.69
1984	15.06	1.59
1985	16.79	1.65
1986	18.79	

資料：吉林省計画生育委員会，副処長，
統計師，陳勝利氏からの聴取

表8 出生順位別出生率

年次	第1子	第2子	第3子以上
1980	1.02	0.57	0.37
1981	1.13	0.45	0.27
1982	1.30	0.41	0.22
1983	1.21	0.34	0.14
1984	1.68	0.40	0.11
1985	1.06	0.44	0.15
1986	1.17	0.52	0.11

資料：表4に同じ

では、今後、第2子の合計出生率は上昇傾向にあるが、第3子は、現状維持であろうとのことである。70年代のパーティ別の出生率と比較し、80年代以降は、出生が第1子に集中している傾向が見られ、1人っ子政策は守られるようになってきていると思われる。

1986年の出生数は、第1子の出生数が29万人、第2子が10.8万人、第3子が2.2万人である。このうち計画外出産は、早婚による20歳以下の出産である2万人、第2子のうち許可条件にない出産である6万人、第3子の2.2万人の合計10.2万人である。計画以外の出産の理由は、避妊の失敗、中絶の遅れ等によるものであり、第3子の希望は少ない。

(4) 保健衛生事情とその問題点

① 吉林省母子保健実施の過程

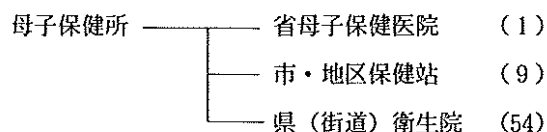
吉林省の母子保健の業務は1978年に開始され、さらに1982年に整備され、全国水準と比較すると中以上の水準である。母子保健に関する活動を追うと、婦人については、1950年代に新しい方法による分娩が普及された。1960年代には、婦人病検査が行われるようになった。1970年代には、計画生育技術指導が開始され、同時に死亡率を改善するため乳幼児検診が普及された。1980年代は、優生優育のための管理体制が強化され、妊産婦の系統管理、周産期保健にその重点がおかれた。

現在(1986年)の妊産婦検診の実行率は、都市部で85%、農村部で40~50%である。吉林省衛生局、張桂枝婦幼衛生処長は、妊産婦検診の実行率が100%とならない理由として、都市部では、①移動人口に対する検診が行なわれていない、②街道衛生院がないため検診が行な

われていない、③系統管理をする医者が不在であるため検診が行なわれていない等を挙げている。これらのうち、これからさらに多くなると思われる都市流入人口に対する対策、また末端保健機構の整備が今後の課題となるであろう。農村部の実行比率は、都市部よりさらに低く、医療サービスの状況は必ずしもよいとはいえない。この低い実行率の理由としては、近年の経済変動のため末端行政組織がくずれつつあり、郷鎮衛生院がなくなりつつあることがあげられる。経済変動は、今後、いっそうすすむものと考えられ、経済変動に応じた行政の対応は都市部とともに今後の課題となるであろう。

② 吉林省母子保健機構

妊産婦検診の実行の問題において母子保健機構システムにふれたが、吉林省における医療機関は次のように示すことができる。



上記の医療機関の諸活動を予防接種を事例としてみてみよう。予防接種のシステムは、都市と農村で異なるため、それぞれに分けて説明することにする。

都市においては、衛生防疫站到自動車と薬が常備されている。街道衛生院には、予防接種薬が常備され、予防接種対象者は、カードにより管理され、各家庭に通知される。街道衛生院がないときは、総合病院の予防保健科を通じ近隣の住民に通知される。

農村の場合、県衛生防疫站で、県レベル以下の予防接種を担当しており、自動車による巡回サービスが行われている。村の防保組、郷村医生が予防接種等の実施を各家庭に通知し、郷村の医者がカードに記入し管理をするシステムになっている。

③ 医療機関およびスタッフの現状

以上に示した保健サービスに従事する医療機関およびスタッフの現状は、表9に示す通りである。表には都市・農村別の病院数、ベッド数を示した。農村部の病院数については、減少傾向がみられるが、これは、1980年と1985年間に実施された行政区画の変更によるものである。

行政区画の変更があったため、都市・農村間の2時点比較は、不可能であるが、省全体の变化は表10に示す通りである。表10で明らかなように、1医院当たりの管轄する人口は減少する傾向にあり、医療従事者、機関とともに医療サービスは、向上する傾向にある。

表9 吉林省医療関連統計, 1980年, 1985年

年次	医院数		ベッド数(床)		医 生 (人)	看護人 (人)	衛 生 機 関 数				
	都市	農 村	都 市	農 村			医 院	療養院 療養所	専 科 防治所 防治站	衛 生 防疫站	婦 幼 保健站
1980年	256	1,003	31,441	29,241	34,544	16,113	1,259	30	60	81	71
1985年	419	900	35,466	35,284	39,819	20,867	1,319	33	58	89	83

出所：吉林省統計局, 『吉林社会経済統計年鑑 1986年』, 1986年, 長春

表10 1医院, 1衛生機関, 1ベッド, 1医生, 1看護人当たり人口

(人)

年次	医院数	衛生機関数	ベッド数	医 生	看 護 人
1980年	17,559	196	364	640	1,372
1985年	17,422	164	325	577	1,101

資料：吉林省統計局, 『吉林社会経済統計年鑑 1986年』, 1986年, 長春

行政区画変更以前に関しても、都市の方が医療についてのアクセスは、良いようである。これは、都市と農村における死亡率の水準にも反映している。図5は、都市と農村における年齢別死亡率を示したものであるが、各年齢階級において都市の死亡率が低い。とくに0～4歳の年齢階級および70歳以上において、農村における死亡率は都市より高く、医療の質の差がここに反映しているものと考えられる。

④ 乳児死亡率と出産場所

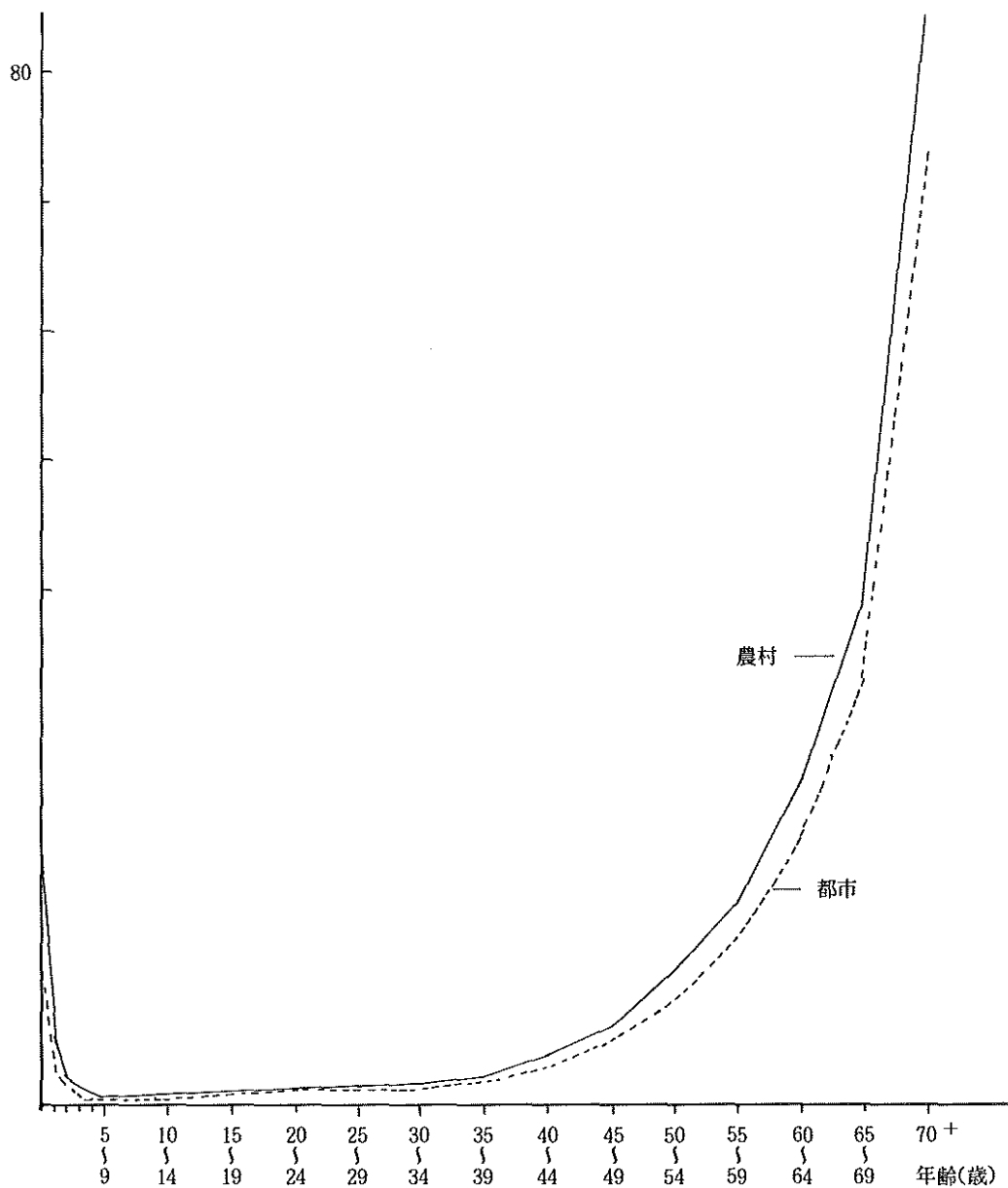
すでに、図5に示した通り、年齢別死亡率をみると、とくに乳幼児死亡率（0～4歳階級）については、都市・農村格差が大きい。死亡については、届出制がとられているが、届出の信頼性については、以下の諸点に問題がある。

- 1) 届出の処理能力が低い
- 2) 保健婦、助産婦の水準が低い
- 3) 農村において母子保健に対する責任が低い
- 4) 届出に対する信頼性が低い
- 5) 地理的条件が悪く助産婦もいない所がある

以上の理由により、届出による乳児死亡率の算出がむずかしいため、モデル地区のサンプル

死亡率(%)

図5 都市・農村の年齢別死亡率(1981)



資料：吉林省人口普查办公室，『吉林省第三次人口普查資料匯編』，1984年1月，長春

ル調査結果により乳児死亡率が推計されている。これらの推計結果によれば、都市部の乳児死亡率は出生1,000に対して14.3、農村部は、さらに高く37.4となっている。乳児死亡率に影響を与える要因として、出産時の医療の問題が挙げられるが、病院における出産率は、都市部において90%であるのに対し、農村部はわずか30%にすぎない。農村部の場合、郷村医生が出産の補助をするが、危険率の高い場合は病院に紹介するシステムがとられている。

⑤ 児童保健の現状と問題点

「独生子女」政策が普及しつつある現在、子供が確実に、健康に成長するという医療・環境づくりは緊急の課題であると考えられる。とくに乳幼児については、系統的管理（生後42日から7歳まで）が実施され、次のような行政サービスが行われている。

1) カードの作成

2) 年齢別検診

0～1歳 年4回

1～2歳 年2回

3～7歳 年1回

3) 児童の主な疾病と多発性の疾病の予防

4) 防疫部門との協力

5) 託児所の衛生係と協力した保健指導

以上のうち2)については、とくに乳児死亡の70%を占める新生児死亡の改善に力が入れている。検診実行率は85%である。託児所、幼稚園に通っている子供の検診率は、100%であるが、自宅に居る乳幼児の受診率は25%にすぎない。3)の乳幼児の疾病の予防についてであるが、乳幼児に多い主な疾病は、くる病、栄養不良、貧血、肺炎、下痢、眼疾患である。ビタミン不足による疾病が多いのがその特徴であるが、栄養指導等食生活に関する指導体制はまだなく、この分野での広報活動およびサービスの充実が急がれる。4)の防疫部門との協力については、とくに予防接種の実施において計画免疫を実施していくことが望まれる。5)の託児所については、すでに託児所、幼稚園に通っている子供の予防接種率等の状況が良いことから、託児所との協力は乳幼児保健において効果的であると考えられる。

⑥ 母子保健実施における今後の課題

母子保健については、2000年までには、すべての人が母子保健を享受できる方向で進められており、草の根レベルでの医療水準向上に努めている。政策の重点は、予防に置かれてお

り、他の機関、婦人連合会、計画生育活動、広報活動の連携強化が進められている。

2 長春市および吉林市

(1) 社会経済的背景

長春市と吉林市は吉林省における2大都市であり、1985年の「県」等農村人口を除く都市人口は、それぞれ187万人と114万人である（吉林社会経済統計年鑑1986年版による）。長春市は吉林省の省都であるとともに自動車産業、電気・電子産業、機械産業の全国有数の都市でもある。これに対して、吉林市は300年の歴史を持つ都市で化学産業、電気産業において全国有数の都市である。長春市は、第2次世界大戦時に、日本軍占領時代の「新京」として都市計画された都市で、その当時に建設された建物があちこちに残されており、かつ現在も利用されている。両市の社会資本および生活水準のいくつかの指標を比較してみると表11のようになる。これを見ると、賃金水準は若干吉林市の方が高くなっており、全国有数の化学工業という資本集約的産業の比重が高いことと、朝鮮人参、鹿茸など高級な地方特産品を産していることなどが影響しているものと思われる。これに対して、インフラストラクチュア部門の都市ガス、電話、下水道、舗装道路などの普及率は長春市の方が吉林市よりも進んでいる。緑地面積と1人当たり居住面積においても長春市の方が優れている。また、両都市の特徴は市街地図からもうかがえ（図6,7参照）、長春市が平原部に建設された計画的都市であるのに対して、吉林市は盆地状の自然条件を利用して発展した都市となっている。

このような両都市の概略を考慮しながら、次に、長春市と吉林市において事情聴取を行なった家庭を例にとって「計画生育」政策を中心とした厚生行政の現状と課題について検討してみよう。

(2) 「計画生育」政策の成果事例

① 長春市訪問家庭のケース

長春市で訪問した家庭は、夫婦に男の子1人の3人家族で、1人子証明を受けている。夫は37歳で長春市出身、現在、地質測量関係の印刷センターに勤務する国家公務員である。妻は33歳で長春市郊外の農安県生まれで、父の転勤により3歳の時長春市に移住してきた。元国営企業の縫製女工であるが、2年前から自分で衣服の製作販売を自宅で行っており、い

表11 生活水準比較表

(1985年)

	長 春 市	吉 林 市
上 水 道 普 及 率(%)	68.2	71.3
1人当たり水道水使用量(トン)	42.2	44.6
生 活 用 ガ ス 普 及 率(%)	34.4	38.0
1戸当たり都市ガス使用量(㎡)	464	—
1戸当たりプロパンガス使用量(ℓ)	135	58
都 市 ガ ス 普 及 率(%)	21.0	—
百人当たり電話普及率(台)	2.8	2.1
1万人当たり下水道普及率(km)	4.0	1.9
1万人当たり舗装道路(㎡)	3.2	2.5
都 市 緑 地 面 積 率(%)	13.1	2.2
1人当たり居住面積(㎡)	5.0	4.6
年 平 均 賃 金(元)		
全 民 所 有 制 職 工	1,224	1,242
城 鎮 集 体 所 有 制 職 工	1,000	1,013
都 市 人 口(万人)	187	114

わゆる个体戸の認定を受けて営業を行なっている。夫婦の教育程度は、夫がプロレタリア文革前の中学卒で、その後、軍に入って技術を修得し、現在、職場の技術幹部(エンジニア)の地位にある。妻は高等学校卒業である。

結婚は夫27歳、妻23歳の時で10年前、子供は9歳、小学校2年生である。出産は長春市人民病院で行ない、その後、妻と子供の病気の時は同病院に通院している(同病院は居住区と同一区内にある)。夫の勤務先の病院は小さくて設備も十分でなく、本人の利用はできるが家族の診療は受けられない。ただし、子供の予防接種は父の勤務先の保育所で行なっていた。

現在の住宅は、長春市住宅管理委員会の所有で、1979年に改築されたレンガ造り2階建長屋の1階に住み、この場所は夫が以前から住んでいた所である。住宅の広さは全部で35㎡、うち居室2間(20㎡)で、他は台所、洗面浴室、屋内便所である。暖房は台所で湯をわかすスチーム方式で、自分で設置した。

所得は、夫と妻の収入があり、夫は月額130元であるのに対して、妻は月額600元前後の収入がある。両者を合計すると、月額約750元くらいになり、中国では高額所得になる。支出は

月額約250元であるため毎月約500元の貯金ができる。妻の収入が高いのは、日本や上海、北京のファッションを主とした衣服が中心であるため、客から好評を得ているからである。1人で个体戸の経営をするようになったのは1986年からで、その時から急に高額所得になった。

家族計画、「1人子政策」、避妊知識などは妻の前の職場や夫の職場、いろいろな形での宣伝教育、各種政府刊行物などから得た。子供は1でよいと思っており、貯蓄は子供の上級教育や自分が働けなくなったとき、および老後の生活資金などのために備える計画である。夫には国家の年金があるが、2人分の生活費としては十分ではない。老後は子供に頼りたくないと思っており、子供には人生の自由な選択をさせてやりたい。夫側の両親は、父がすでに死去しており、母は75歳で兄の次男宅（長男は死去）に同居している。妻側の両親はまだ両方とも働いており、未婚の弟と同居している。双方の親に対して時々小遣いをあげている。

以上のように、長春市の訪問家庭における家族計画および「1人子政策」の受けとめ方は、きわめてモデル家庭的である。すなわち、結婚年齢は晩婚奨励の枠内であり、1人子でよいとの意見を持っており、老後を子供に頼ることは予定していない。さらに、子供の幼児期が過ぎたところから、妻は自分の才能を活かしたファッション洋服店を開業し、所得が予想以上に向上した。この夫婦のライフ設計は、晩婚 → 1人子の育児 → 子供の就学 → 妻の社会的活躍 → 生活向上 → 子供の高等教育 → 老後への貯蓄 → 子供の自立 → 老後の安定生活という図式になっており、現在、設計通りの人生を歩んでいる。そして、このライフ設計の中で「1人子政策」が理解されている。もちろん所得が高いとしても、住宅面積は3人世帯で35㎡であり、居室も2間しかない。したがって、十分な文化生活ができるということではないが、テレビ、洗濯機などの家電製品や家具などの耐久消費財は所狭しと置かれている。冷蔵庫はほしいが、置く場所がなくて買うことができない。また、子供がもっと大きくなったときは家の狭さが問題になる。

② 吉林市訪問家庭のケース

吉林市で訪問した家庭は、市内農村部の、夫婦に女の子1の3人家族である。夫婦とも吉林市の現在の地域（郊区）出身で、いわゆる農民の範囲に入る。しかし、現在の職業は、この地域の集団企業の一員で、夫は集団企業のリーダーの1人で商店経営を担当しており、妻は集団企業内の保育所所長として働いている。この集団企業は養鶏、食品加工、機械工業、商店など全部で9企業から構成されている。夫婦とも1955年生まれの同年齢（32歳）で、両者とも高等学校卒業の、いわゆる幼なじみの同級生である。

27歳の時に結婚し、現在5歳の女の子が1人（1982年生まれ）いる。結婚が遅かったのは、

夫が18歳で軍隊に入り、25歳で除隊して帰郷したためであり、政府の「計画生育」指導にも従ったものである。出産は、郊区郷の病院（母子保健院）で出産した。子供の予防接種は村内衛生処（保健所）で行ない、衛生処には専門医と宣伝員がいて母子保健の色々な知識を教えてくれる。集団企業内には付属病院はなく、家族の病気の時は市立病院へ通院する。もっとも近い市立病院は自転車で5分の所にあり、とても便利である。産前・産後の検診は郷内病院（母子保健院）が近くなので、一般的にはそこで行なうが、最近、母子衛生センターが近くにできたので、そこでも受診することができるようになった。

住宅は、1984年に2軒連がりの住宅を兄弟で新築した。レンガ造り、2階建、総面積240㎡（したがって1戸分は120㎡）、専用の浴室、台所があり上水道がきている。便所は外に有る。居室は6間あり、現在2階の3間は使用しておらず、子供が成人して結婚したら住ませようと考えている。また、住宅近辺も都市化が進んできており、場合によっては賃貸して収入を得ることも考えている。

所得は、2人合計で1986年に約5,000元の年収があった。集団企業からは毎月の月給と、企業の年間業績に応じた年末一時金の形で賃金が支払われる。貯蓄は現在ほとんど無い。その理由は、住宅建設のために1984年に兄弟で28,000元を借金し、その返済に最大限あててきたからである。借金は親族、友人から行ない、金融機関の利用はしなかった。集団企業では個人貸付は行っていない。1986年末に借金の最終返済を完了し、今年からやっと貯金ができるようになった。耐久消費財はテレビを1985年に購入し、今年洗濯機を購入した（寒冷地であるため冷蔵庫よりも洗濯機の方が必要度が高いものと思われる）。ミシンは以前から持っているが、最近はお買物が便利なのでほとんど使用しない。以前の家は貧しく、男5人女1人の6人兄弟で大変であった。夫はその第2子であった。

「1人子政策」、避妊知識などは、グループ学習、地域宣伝員、本、テレビなどによって得ている。子供は2人欲しいと思っているが、現在の1人で満足している。子供には資質の高い人間に育ってほしく、能力しだいで大学にも行かせたい。これからの貯金は、子供の教育費と生活向上、そして老後の備えである。この地域では、老後は男65歳、女60歳で1人1カ月35元の年金が支給され、夫婦で1カ月70元となり、いちおう生活できる。夫の母は5番目の未婚の弟と一緒に住んでおり、妻の父母は同一村内でまだ働いている。

以上のように、吉林市で訪問した家庭は、吉林市内農村部（郊区郷）の集団企業（以前は人民公社）従業員で、晩婚・1人子政策を励行しているモデル的家庭である。その日常活動においても優秀であるため「流動紅旗」の表彰を受けている。最近の政府の新しい経済政策の下に、集団企業における企業努力が、給与制度に加えて年末一時金支給として従業員に還

元され、労働インセンティブとなっている。若い夫婦の労働意欲と新しい家庭を築く努力が現在の集団企業制度の中で成果をあげており、その一環として「1人子政策」の理解が得られている。居住面積は120㎡とさきわめて広い住宅であるため、住宅事情からくる子供の生み控えを考える必要はない。このため、希望子供数は2人と答えているが、それ以上に、彼らは生活の向上、子供の将来、老後の安定生活を考慮した確実な生活設計を持っており、そのような計画的な生活の仕方がこの若夫婦の考え方を支配している。

③ 「1人子政策」の課題

長春市と吉林市に見られた「1人子政策」のモデルケースは、いずれも、それぞれの職場における中堅幹部職員（国家公務員の技術幹部と集団企業のリーダー）であり、また、最近急速に所得が向上し、それに伴って生活水準が目に見えて向上している家庭であった。さらに、両ケースとも比較的教育程度が高く（高校卒）、日常生活や将来の生活についてきわめて堅実かつ明確な生活設計を持ち、計画的な家庭運営を行なっていることにおいて共通性が見られた。少ない事例ではあるが、これらの共通点は、今後の「1人子政策」の成否を考える上で、次のようないくつかの重要な課題を示唆している。

課題1 モデルケースの家庭が、いずれも中堅幹部職員であるということは、医療、福祉に限った場合でも、国家または集団企業からの保障が厚いということである。そして、両家庭とも大都市の住民で、都市の様々な公共施設が容易に利用できる。したがって、家族の健康について手厚い保障体制が両者を支えている環境にある。このような、子供を含めた家族の生命と健康の保障体制を、中国全土に確立していくことが「1人子政策」を成功させる1つの条件である。それには、人口が集中している都市部の効率的な医療保健組織と、人口が散在している広大な農村部の迅速な医療保健組織の確立が課題となる。その際、所属企業に関係なく、全国民が平等に医療保健サービスを受けられるようにならなければならない。そのための医療保健機関の効率的な全国ネットワークが確立されなければならない（たとえば、拠点都市における高度医療、中間都市における充実した医療、末端町村〈鎮・郷〉における機動的な医療保健の各機関が整備されるとともに、これらの機関を全国的にネットワーク化する）。

課題2 長春市と吉林市のいずれの家庭も、最近急速に生活水準が向上し、子供を大切に考える考え方とともに、親自身の人生を大切にする考え方が強まっている。すなわち、貧困が当然の社会ではなく、努力すれば所得が向上し、自分の豊かな人生を築くことができるという考え方である。この考え方が定着すれば、それだけ人間1人1人の価値が高まり、1人1

人の生命と健康を保護する、より確かな医療保健サービスが求められることになる。このため、医療保健技術の近代化が重要な課題となり、このことが新しい考え方とともに「1人子政策」を成功に導く1つの条件となる。

課題3 訪問したいずれの家庭も教育程度が比較的高く、計画的な生活設計を持っていた。このことは「1人子政策」を親の自由意思によって選択する余地とともに、その考え方を定着させる重要な条件である。自分の将来人生をある程度予測・計画し、その中で子供の数や祖父母の世話を位置づけ、自分達の生きがいを実現していくこと。厚生行政としては、そのような積極的な意味を持つ家族計画と、具体的な目標イメージをはっきりと国民に提示していくことが必要である。人口増加を抑制しなければならないがための家族計画政策から、豊かな人間生活を実現するための家族計画政策への視点の転換が、現在の「1人子政策」の成否のもう1つの課題である。

(3) 人口および計画生育の実情

① 長春市

1) 人口およびその構成

1984年における長春市の人口は584.23万人であり、そのうち都市人口は、30.97%にあたる180.92万人である。長春市全域の人口密度は309人/㎢であるが、都市部における人口密度はさらに高く、1,621人/㎢である。⁴⁾

長春市計画生育委員会からの聴取によれば、1986年の長春市の老年人口比率は4.27%、年少人口比率は33.46%、中位数年齢は、22.6歳であり、年齢構成は若年傾向を示している。出生時平均余命は、男子69.27歳、女子70.14歳であり、女子において高い。

2) 都市部における人口流入と問題点

吉林省の中心である長春市では、都市部への人口流入が経済政策との関連で大きな問題となっている。先に農村部の経済変動についてふれたが、これに伴い、農村から都市への人口移動がすすんでいる。現在都市流入人口は年間約2万人と推定されている。季節移動に関しては、冬季の人口移動は少なく夏季において多い。流入人口は、①観光業、②農村からの建設労働者（長期・短期）、③小売業、④都市での就業者等であり、このうち農村からの建設労働者は、農閑期に都市と契約して移動する計画的移動である。

農村からの移動者については、基本的にはその管轄が人口流出地の人民政府となるので、都市には戸籍がない。そのため、流入人口の把握・管理が十分にできず、様々な問題を呈している。都市流入人口についての問題の1つは住宅と食糧の供給である。住宅については不

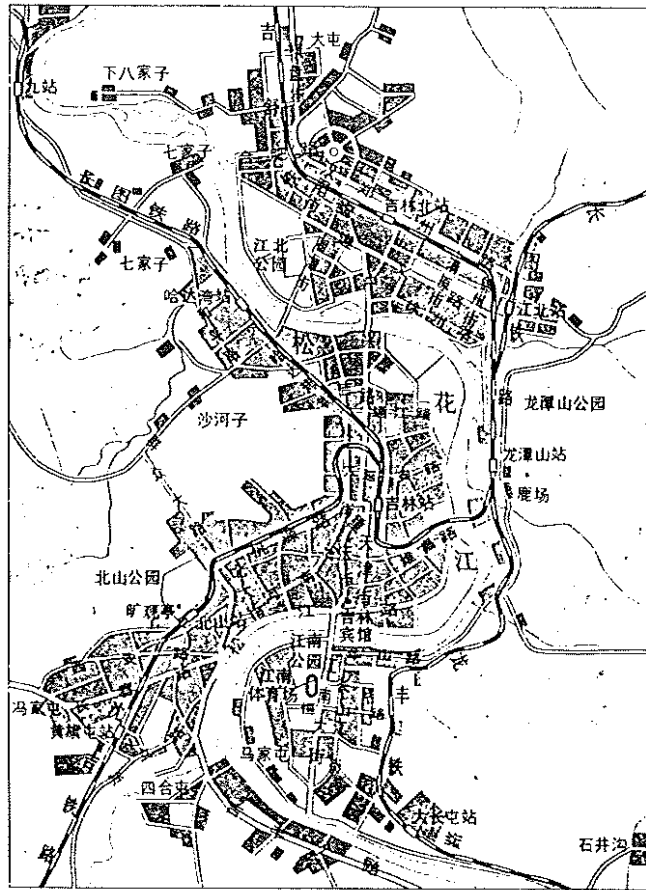


図7 吉林市街図

足しており、長春市郊外ではさらにガス等の燃料不足も深刻である。また、移動人口の計画生育をどのように行うかも今後の課題である。

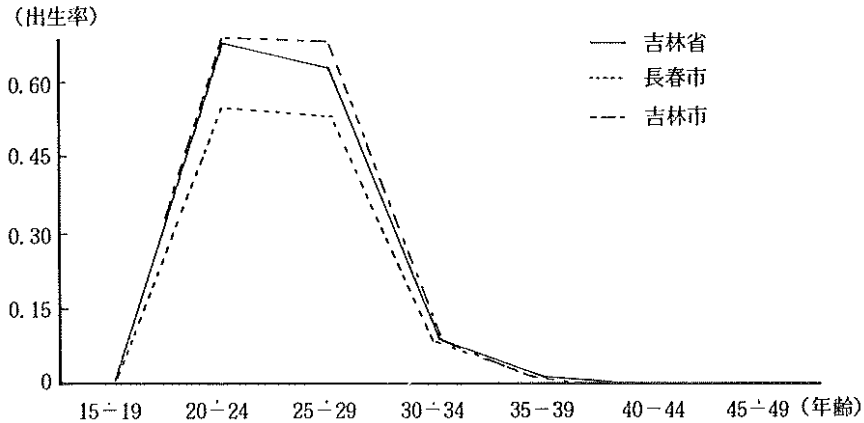
3) 長春市の出生力水準

長春市の出生力は、吉林省および後に述べる吉林市全域と比較すると低水準である。図8に示したのは、年齢別出生率についての吉林省、長春市、吉林市の比較である。長春市の出生力が各年齢層において低いことが明らかなである。

4) 計画生育の実情

長春市の計画生育発展段階をみると、1979年までは、『晩稀少』すなわち、夫婦1組につ

図8 年齢別出生率の比較, 1983年



出所：高雅南，「吉林省1983年婚姻，生育状況」，『人口統計論文集，人口学刊増刊』，1986年8月30日，p88，p90.

いて子供を2人とする政策がとられていた。1980年から1984年においては、『独生子女政策』がとられ、『晩婚晩育小生後育』が提唱された。1984年以降現在に至るまでの間，生育政策は再調整され，一定の条件下において2人目を産んでもよい政策がとられている。今後，西暦2000年までの政策としては，出生率の安定化がその課題となっている。

現在までの出生率の動向を追ってみると，第5次5カ年計画（1976～1980）時における人口増加率は10.92%，普通出生率は17.41‰である。第6次5カ年計画（1981～1985）時の人口増加率は9.5‰，普通出生率11.46‰であった。第7次5カ年計画に入ってから出生率は，1985年の普通出生率は10.86‰であったが，1986年は，60年代初頭のベビーブームの影響，86年の開小口政策により第2子比率が高まったことにより，普通出生率は11.97‰へと上昇している。

現在行われている避妊方法は，IUDがもっとも多く49万，次いで不妊手術が34万，ピル・コンドーム等で11万となっている。もっとも多く普及しているIUDについては，その副作用に関して吉林省計画生育研究所⁵⁾において調査が行われている。

長春市計画生育委員会では，生育政策実施上の今後の課題として，宣伝教育，とくに衛生知識の普及，避妊知識普及をあげている。また，今後の人口動向については，2つの生産，すなわち物の生産と人口生産のバランスを保つことが挙げられている。

② 吉林市

1) 人口およびその構成

吉林市計画生育委員会の発表によれば、1986年の吉林市人口は、396.5万人である。内都市人口は110万であり、全市人口の29.6%にあたる。

年少人口比率は32.4%であり、そのうち0～6歳年齢階級人口比率は13.2%、7～14歳年齢階級の人口比率は19.2%である。老年人口比率は、长春市より若干高く6.2%、中位数年齢は22.6歳であり、长春市と同様、年齢構成は若年傾向にある。出生時平均余命は64.49歳であり长春市と比較すると短い。平均世帯員数は都市部3.82人、農村部4.32人であり、都市部において小家族化が進んでいる。

2) 人口動態

吉林市における出生率、死亡率、自然増加率は、表12に示す通りである。1985年における出生率は、吉林省、长春市と同様に60年代のベビー・ブームを反映し、上昇している。出生順位別の出生比率は、1984年以降の開小口政策の影響をうけ、1985年に上昇している。

第6次5カ年計画（1981～85年）における自然増加人口は27.8万人であった。これに対して、社会増加は、延吉市への企業移転等により5.25万人の流出超過となっている。

表12 吉林市における出生率、死亡率、自然増加率

(1981～1986年)

年次	普通 出生率 (‰)	普通 死亡率 (‰)	自 然 増加率 (‰)	合 計 出生率	出生順位別出生比率(%)		
					第1子	第2子	第3子
1981	15.51	6.27	9.24	1.63	70.66	18.75	10.59
1982	17.72	6.17	11.55	1.86	72.39	21.04	6.57
1983	14.70	5.57	9.13	1.45	75.28	18.86	5.86
1984	12.22	5.71	6.51	1.24	78.78	18.49	2.73
1985	14.31	5.62	8.69	1.41	76.50	19.61	3.89
1986	17.11	5.98	11.13	1.59	77.79	18.87	3.34

出所：1987年調査時において吉林市計画生育委員会からの聴取

3) 計画生育の実情

吉林市における計画生育率の推移は、表13に示す通りであり、計画生育率は、80%に近い比率を示している。

現在、吉林市における第2子の出産条件は、都市部では、①非遺伝病以外の身体障害者、②結婚後5年を経過しても子供がいない者で県レベル以上の病院で不妊であるという証明書

をもらい、養子縁組をした後出産した場合、
③夫、妻ともに1人っ子的場合、④夫、妻ともに外国居住者、⑤再婚した女子で子供がない場合、の5条件である。農村部の場合、上記の①～⑤に加え、祖父、父、現在ともに子供が女子の場合に第2子出産が許可されている。

計画生育の職務は、国家の指導と大衆の意志の尊重をしながら行なわれ、無料の避妊薬配布および不妊手術、優生優育の指導、映画、ビデオ、出版物を通しての宣伝教育がその中

心である。避妊措置の方法に関しては自由選択で行われている。1987年6月現在、避妊実行人口は、64.1万人、うち不妊手術は37.3%、IUDは53.7%、ピル・コンドームは9.0%であり、避妊普及率は87.5%である。避妊失敗の場合はその補助手段として人工妊娠中絶が行われており、その数は出生1に対し0.43（1986年）である。現在、子供が1人の世帯は27.3万世帯⁶⁾であり、そのうち21万世帯が『1人っ子証』を持っている。今後の課題として、吉林市計画生育委員会では、村民小組レベルにいたるまでの計画生育の人材ネットワークの整備を挙げている。

④ 保健衛生事情とその問題点

1) 長春市

長春市における医療施設および人員に関するデータは表14に示す通りである。表14で明かなように、全市よりも市区において医療に対するアクセスは良いようである。1衛生機関当りの管轄する人口に関していえば、全市の管轄人口は、都市のその2倍以上にあたる。人口密度を考慮しても都市のほうが地理的にも利用しやすい状況にあると思われる。

都市部の保健サービスは街道衛生員（母子保健医）によって行われ、そこで作成された母子保健手帳により定期的に家庭訪問が行われている。村では、村の医師により周産期保健手帳が作成され、9回の定期的検診が行われている。

妊産婦検診は、まず妊婦が臨月の時カードをもって指定された病院へ行き、助産婦はカードに所見を記入する。退院後、12日目、28日目、42～56日目の3回にわたり家庭訪問が行われ、産婦の回復状況をチェックするとともに授乳等の育児指導が行われる。

表13 吉林市における計画生育率の推移
(1981～1986年)

年 次	計画生育率(%)
1981	72.05
1982	73.13
1983	73.08
1984	77.52
1985	79.51
1986	79.83

出所：1987年調査時において吉林市計画生育委員会からの聴取

表14 1 医療機関, 1 病床, 1 医療技術員当たり人口, 1984年
(人)

医療関連指標	全 市	市 区
1 衛生機関当たり人口	6,448	2,766
1 医 院 当 たり 人 口	25,074	21,538
1 問 診 部 当 たり 人 口	9,786	3,479
1 ベッド数当たり人口	378	179
1 衛生技術員当たり人口	155	64
1 医 生 当 たり 人 口	207	88

資料：『中国城市統計年鑑 1985年』

新生児の検診は、1歳までは年3回、1歳～2歳は年2回、3歳～7歳は年1回それぞれ行われる。検診内容は、くる病、栄養不良、下痢、肺炎、身体測定、栄養指導等である。

ほとんどの女子が職業に従事しているため、女子労働者の保健も重要な課題である。女子労働者に対しては、①妊娠から7カ月間就業時間が30分短縮され、②分娩後は午前・午後各1時間が授乳のための時間として認められ、③年一回の婦人病検診が行われる等の措置がとられている。

2) 吉林市

吉林市における医療施設および人員に関するデータは表15に示す通りである。表15で明らかなように、長春市と同様に、市区において医療に対するアクセスは良いようである。長春市と比較すると、医療保健に関する水準は吉林市の方が若干高く、都市・農村間の地域格差は少ない。

表15 1 医療機関, 1 病床, 1 医療技術員当たり人口, 1984年
(人)

医療関連指標	全 市	市 区
1 衛生機関当たり人口	4,821	2,341
1 医 院 当 たり 人 口	18,869	20,256
1 問 診 部 当 たり 人 口	7,371	2,955
1 ベッド数当たり人口	287	189
1 衛生技術員当たり人口	148	76
1 医 生 当 たり 人 口	193	99

資料：『中国城市統計年鑑 1985年』

吉林市の病院は総合病院が4、専門病院のうち産院の病床数は721、児童病院の病床数は366である。吉林市の入院分娩率は、100%である。吉林市の市区の乳児死亡率は、出生1,000に対し15.2、新生児死亡率は13.7、周産期死亡率は14.7である。これに対し吉林市農村部の乳児死亡率は高く27である。乳児死亡の要因は、先天的なものと後天的なものに分類され、早期新生児死亡に関しては先天的なものが多い。これに対し、生存期間が長くなると、感染症または事故による死亡が増加するがその防止は比較的容易である。そのため、後期の乳児死亡については、乳幼児検診による死亡率改善が行われている。検診は、0～1歳の間は年4回、1～3歳の間に年2回、3～6歳の間は年1回行われている。乳幼児の予防接種（三種混合）率は95%以上であり、現在のところ麻疹患者はいなく、子供の伝染病はほぼない。

母子保健に関する政策上の重点は以下の各点におかれている。

- ①母子保健、母子衛生分野における優生優育
- ②行政的、技術的質の向上
- ③組織の整備、特に母子保健ネット・ワークの整備
- ④周産期（妊娠28週以降、分娩後7日間以内）保健の充実

以上のうち④については、とくに妊娠後期の検診が重視され、吉林市の総合病院で検診が行われ、病院で出産する場合は、助産婦と小児科医が立ち合うことになっている。

吉林市の児童医療の実例として今回訪問した総合児童病院を紹介しよう。

児童病院の歴史は新しく1986年12月28日に外来治療が開始された。人口の質向上のため、①人口規模のコントロール、②子供の健康管理、③児童の病気治療・予防を行うことを目的として設立された。現在対象とされているのは吉林市15歳以下人口30万人であり、その保健および予防が行われている。将来は、小児科を中心とする医療研究、教育の普及も行われる予定である。診療科目は、内科、耳鼻咽喉科、漢方の各科目に加え救急センターが敷設されている。外来患者は1日平均600～700人、病床数103床、医師数は52名、職員数は120名であるが不足気味であり現在募集中である。吉林市は、寒冷な気候のため肺炎等呼吸器系疾患が多い。また、化学工場等が多いため公害の問題も憂慮されており、予防医学・保健分野での予防対策が急がれている。すでに述べたように予防接種率が高いので麻疹、小児まひの予防はすすんでいる。また、母子保健政策の効果により伝染病は少ない。児童病院の診療科目のうち、とくに注目すべきなのは児童保健科が設置されていることであり、予防接種、0～3歳児の検診⁷⁾、母子保健ネットワークを通しての育児指導が行われ、栄養過多になりがちな1人っ子家庭の指導も行われている。児童病院の財源は全額吉林市人民政府負担によるものであるが、患者の費用負担は有料であり、勤務先に領収書を提出することにより、半額補

助を受けられる。一般的な子供の医療費負担については労働保護法により医療費の半額補助を受けられる。また1人っ子については、『1人っ子証』所持者（60～80％）についてはとくに優先的に治療を受けられる等の恩典がある。

（注）

- 1) 以上、吉林省計画生育委員会からのヒアリングによる。
- 2) 中共中央関幹控制我国人口増長問題致全体共産黨員共青团員の公開信、1980年9月25日
- 3) 吉林省政府〔84〕111号及び〔85〕19号文件
- 4) 国家統計局、『中国城市統計年鑑 1985年』、北京、1985年
- 5) 吉林省計画生育研究所は、1963年に国家計画生育委員会と吉林省政府によって発足され、現在は、臨床と研究部門にわかれ、50人のスタッフを擁する。IUDについての対比研究は、第6次5カ年計画のプロジェクトとして行われ、コッパーTが副作用、避妊効果を含め最も望ましいとの結果を得ている。
- 6) 27.3万世帯のうち都市部が45.1％、農村部が54.9％である。吉林市の都市人口比率が29.6％であることから、都市において子供が1人の世帯の占める比率が高いことが明らかである。
- 7) 3歳児以上は託児所入所前に児童病院で検査する。

图9 全省人口分布



第7章 国際協力の可能性

今回の吉林省長春市および吉林市の都市を対象とした人口と開発についての日中共同調査ならびに今までに行なってきた日中共同研究を通じて、国際協力の方向、ありかたについて若干の所見を述べておこう。

第1点は、人口の分野における研究は、中国のきわめて新しい領域に属するものであり、かつ中国自体の人口問題の基本的重要性の観点から、人口研究に対しては先進諸国あるいは国連をふくむ国際機関の協力援助について最大の期待と関心を示している。国内においても重点大学をふくむ20を超える大学に人口研究所を設置し、各地の社会科学院にも人口研究所を併置し、教育担当者ならびに将来の研究者の外国への留学、外国からの専門家の招聘による研究やセミナー等、その活動には眼をみはるものがある。日本に対する期待もきわめて大きい。アメリカと比較するとその対応にはあまりにも見劣りするのが現状である。アメリカへの人口研究の留学生、中国人専門家の招聘による共同研究等その規模はきわめて大きい。人口研究のための日本の大学への留学生は今日までなお数人にすぎないのに対し、アメリカは短期をふくめると何百人の規模である。

文化的類似性、長い歴史的交流関係、一衣帯水の地理的条件、そして日本の科学・技術の高度の発展は、人口の分野の協力・援助についても中国側の期待を大きくしている。しかし、人口の研究、教育あるいは共同調査といった分野における日本側の協力は、きわめて消極的である。日本の人口分野における経験や研究水準を基礎として、中国側の要請に対する協力を拡大強化していくことが必要である。

第2点は、アジア人口・開発協会の新しい国際協力方式である。

アジア人口・開発協会が日本政府の委託を受けて行なってきたいくつかの人口分野におけるアジア諸国との研究協力、とくに中国とのそれは、その金額自体は小さいものとしても、前

例のない新しい協力方式を作り出すことができた。調査研究の事前における相手国の専門家との密接な討議、調査の実施、分析における共同作業等は、相手国の信頼を高めることに貢献した。

最後に、以上のような現状と経験にもとづいて、とくに中国を対象として人口の分野における望ましい国際協力の内容の若干を示しておこう。

1. 都市と農村における死亡率格差に着目して、農村部における保健・医療のいくつかのモデルセンターを設置し、死亡率改善の方策の実験的研究を行なう。センター設置の直接費用は日本側が負担し、また運営は日中共同の研究グループで行なう。まず、吉林省内で実施し、その成果を逐次各省に普及させる。

2. 死亡統計整備のための協力。普通死亡率はすでに低水準に改善されているが、なお高い乳児死亡率あるいは成人病死亡率の増大傾向にかんがみて、死亡統計整備に対する日中共同研究を行なう。

3. 乳児死亡率の地域格差がなお大きいことから、とくに乳児死亡改善のための対策についての共同研究を行なう。乳児死亡率の改善は、人口の質的向上あるいは「1人っ子政策」推進の観点からも、とくに重要な戦略的意義をもっていることに着目しなければならない。

4. 家族の変動に関する研究。中国における新経済体制の導入は、家族の構造に大きな変化をもたらしつつある。とくに、農村では今までの専業農家ばかりの社会から兼業農家や非農家の発生による新しい社会への転換が急速に進んでおり、家族形態の多様化が予想される。中国人口の高齢化は着実に進行しており、老人扶養の問題は、家族形態の変化あるいは家族意識の変化にともなって重要な課題となるであろう。農家世帯が専業と兼業に分裂した現象は、戦後日本の経済発展の過程にもみられたものであり、日本の経験との関連において共同研究することはとくに有意義であると思われる。

5. 都市人口と転入人口に関する研究。今日、中国の都市にみられる新しい課題は、都市における住宅、ホテル、工場等の建設産業の発展による必要労働力の不足である。とくに、人口100万人以上の大都市では人口過密による弊害を防止するため厳しい転入制限措置がとられている。そのため、必要労働力は農村から非登録人口として動員されている。いわば非合

法的転入である。上海市などでは100万とか200万といった大きさの未登録転入人口となっているといわれている。長春市や吉林市で私どものこの問題提起に対して、現状ではまだそれほど重大な問題とはなっていないが、これから検討を要する問題として、市当局は問題に対する関心を示していた。

都市人口規模による都市階層構造とこれからの開発のありかたは、中国が現在当面している重大課題である。その中で都市人口の社会的増加（転入と転出の差）は、経済的、社会的開発計画の重要な変数である。

以上において、中国との共同調査研究の経験を通じて若干の今後の課題についてふれてみた。中国側の日本の人口と経済についての研究や日本の高度な技術の発展についての認識もしだいに高まってきており、それだけに中国側の要請も切実である。しかし、日本の現実や経験についての認識はなお不十分である。このような観点から、人口と開発との分野について、中国側の専門家を可能な限り多く日本に招聘し、専門家との交流や現状認識を高める努力を大幅に増大することがとくに重要である。

第8章 調査団メンバーおよび日程

国内検討委員会（現地調査団メンバーを含む）

黒田 俊夫	日本大学人口研究所名誉所長	（現地調査団長）
鷺尾 宏明	アジア経済研究所経済協力調査室研究主任	（現地調査団員）
清水 英佑	東京慈恵会医科大学公衆衛生学教室教授	
小野 敬子	日本大学人口研究所研究生	
広瀬 次雄	財団法人アジア人口・開発協会事務局長	
遠藤 正昭	財団法人アジア人口・開発協会業務課長	
西川 由比子	財団法人アジア人口・開発協会研究員	（現地調査団員）

調査協力者

日本大使館

参事官

一等書記官

森本 優

足利聖治

国家計画生育委員会

大臣	王 偉
外事局次官	許 慶 美
弁公庁政策研究室副主任	彭 志 良
外事局对外連絡処副処長	王 湘 瑛
外事局对外連絡処	丁 小 鳴

吉林省計画生育委員会

副主任	孫 沐 寒
副処長，統計師	陳 勝 利

吉林省計画生育協會

副会長	王 平
-----	-----

吉林省衛生局

婦幼衛生処長	張 桂 枝
--------	-------

長春市人民政府

副市長	李 慧 珍
副秘書長	楊 天 民
外事局処長	曾 慶 祥
衛生局副局長	趙 炳 礼
衛生局婦幼科長	秦 淑 媛
計画生育委員会副主任	李 超 春
計画生育委員会計財科長	劉 亜 明
計画生育委員会副科級科員	馬 力
計画生育委員会副科級科員	遲 学 敏

吉林省計画生育研究所

副所長	周 連 福
-----	-------

生化室主任	董 甲 有
生物製品室主任	馬 洪 良

吉林大学

副校長	朱 日 耀
副校長	林 漢
人口研究所副所長	王 勝 今
人口研究所副所長	劉 六 德
人口研究所講師	曲 海 波
人口研究所講師	洪 英 芳
人口研究所客員研究員(アジア經濟研究所統計部主任)	早 瀬 保 子

吉林市計画生育委員会

主任	王 志 良
副主任	張 蘊 萍
科長	龐 鳳 琴
巡視員	趙 映 麗

吉林市衛生局

科長，計画生育技術協会秘書長	梁 玉 蘭
----------------	-------

吉林市兒童病院

兒童病院長	楊 正 全
弁公室主任	孫 永 波

調 査 日 程

期間：昭和62年7月16日～7月29日

月 日	調 査 概 要
7月16日（木）	成田 → 北京（JL781 10：00－14：15）
7月17日（金）	日本大使館表敬。 国家計画生育委員会・調査概要協議。 王偉大臣主催歓迎宴。
7月18日（土）	北京 → 長春（飛行機） 吉林省計画生育委員会・調査概要協議。
7月19日（日）	長春市内巡検。 長春市内自由市場見学，インタビュー。
7月20日（月）	吉林省動態関連統計，生育委員会活動状況について吉林省計画生育委員会副処長より講義。
7月21日（火）	吉林省の『人口，疾病，母子保健』関連情報について吉林省衛生局婦幼衛生処長より講義。 長春市行政機構，人口，計画生育，衛生に関して長春市人民政府スタッフによる概況説明。 長春市内居民家庭訪問（インタビュー）。
7月22日（水）	吉林省計画生育研究所視察。 吉林大学人口研究所人口関連調査に関するヒヤリングおよび討議。
7月23日（木）	長春市 → 吉林市移動。 吉林市計画生育委員会による吉林市行政機構，人口，計画生育，衛生に関

月 日	調 査 概 要
	するヒヤリング。 吉林市内居民家庭訪問（インタビュー）。
7月24日（金）	吉林市児童病院視察。
7月25日（土）	吉林市 → 長春市移動 吉林省計画生育委員会最終協議。
7月26日（日）	長春 → 北京（飛行機）
7月27日（月）	日本大使館報告。 国家計画生育委員会，最終協議・報告。
7月28日（火）	資料収集。
7月29日（水）	北京 → 成田（CA917 9：55－13：55）

