

学位論文要旨

学位論文題目 中国の新・旧農村合作医療制度の展開と特徴

申請者氏名 魏 强

本研究は新型農村合作医療制度をそれに流れ込む歴史的背景(継続と転換・断絶)の中から究明する試みである。また中国の農村医療制度をたんなる社会保険制度としてではなく、医療供給体制(医療制度)と農民、そしてそれを媒介する社会保障制度という3項の関連性から明らかにするという広い視野での分析によって、その必然性や特質の根拠を明らかにする総合的研究だという特質を持つ。

本論文は、具体的に言えば、中国の農村医療、とくに末端医療の特質の起源・根拠、沿革とその発展過程を追跡することで、それがなぜ「看病難・看病貴」と「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」という新型農村合作医療制度の目的が必須のものとして要求されるかを解明することを目的とする。

(旧)農村合作医療制度は、実現可能な限りでだけ、低レベル医療を供給する「制度」だった。ただし、それは公的医療保障制度として成立したものではない。文化大革命の下、「はだしの医者」の精力政治運動的医療活動の結びついでのみ成立し、毛沢東主導の政治運動の中でのみ貧しい農民から拠金を引き出すことができたが、政府財政投入も制度設計もないため給付の保障もなく、したがって公的医療制度とは呼べないほど不安定で雑多なものであった。

その崩壊はその来歴を証明する。毛沢東主導の政治運動が終わり、幹部が農民に合作医療への拠金を強制する必要も説得根拠もなくなったため、農民が「脱退」を選び崩壊した。

他方、改革解放後「はだしの医者」は試験を経て「郷村医者」と改称され、1985年以後は基本的に私営の医師となる。郷鎮衛生院も営利化され基本的に「請負」に出される。農民はカネさえ払えば西洋医学の恩恵を享受できる時代を迎えるが、それは農民にとって、入院加療を必要とする病気になれば経済的な破綻に貧するという医療リスクの極めて高い時代の到来を意味した。すなわち、「医療の市場化」によって過剰薬剤投与や過剰検査、さらに不要な施術など医療費膨張が生じた。その中で、実態はどうであれ、かつてあった農村合作医療制度が理想化されるような雰囲気も生じた。

また、「医療の市場化」は医療の価格統制システムの下で生じたため、おおきな「歪み」を伴っていた。すなわち、医療費の加速的膨張にもかかわらず、それが医療機関の利益につながらず、むしろ医療人材に「医は仁術」という医師の倫理を放棄させ、営利に強制的に荷担させて、医療人材を荒廃させた。加えて、医療人材の極端な階層構造のため上位の限られた人材以外では仕事に見合った収入が得られず、このため人材確保の困難が構造化するが、さらに医療人材確保の失敗が累積的な人材不足を生んで、技術の階層化をより強化する。その結果、都市の大病院への患者集中という現象が生じた。こうして、2000年代初に「看病難・看病貴」が重大な社会問題となり、「農民が疾病から貧困に転落する」という深刻な

問題を生じる。これに対処する方法が探られたが、所得の低い農民の経済力では解決不可能であることが次第に判明する、その後、政府が直接資金を拠出する画期的な新農合が提起され、全国で実施される。それは、中央政府による、あるいは中央政府の強い指示による財政資金の直接投入という、いわば古典的手法によるものだったが、農民あるいは農村の拠出によっては入院加療に限っても医療費を保険原理では賄えないことを確認したものであり、それは医療保障制度に限られたものではなく、年金等々も含めた社会保障制度全体を直接財政で支える戦後西欧資本主義型の、しかし「スウェーデン型」のような積極的な生存権保障ではない形での福祉国家を追究することになる。新農合は、中国が福祉国家に向かう大きな一歩だった。

本論文は歴史的な流れに沿って横糸である三者の関係が展開されるという形で構成される。

第1章「(旧)農村合作医療制度」は第2章「「はだしの医者」の人物像と歴史的意義」と補完的な関係にある。主体は「はだしの医者」なので、第2章の方が、中心とも言えるが、まず、(旧)農合の素性をはっきりさせておくことが必要だと考えた。第1章は、(旧)農合という社会保障制度を扱うが、社会保障制度としてではなく、毛沢東に指導された政治運動として考察される。(旧)農合は社会保障制度として考察できる程に定型的な制度ではないし、生産大隊という組織の単位も過小で制度管理が元々困難だったが、なぜそのような制度が出現したのかは政治運動としてしか説明できないからである。ここでは農業集団化の歴史から説き起こし、(旧)農合が人民公社に遅れて、1960年代末にならないと成立しないという点を焦点にしてその成立を説明する。この章の(旧)農合の成立過程である政治運動と医療制度としての(旧)農合を切り分けて考察する。そうすることで、既存研究では曖昧だった、様々な点が明確になる。「はだしの医者」が活躍を始める時期や(旧)農合が医療供給制度としてはいかに大きな問題を抱えていたかである。

第2章「「はだしの医者」の人物像と歴史的意義」は元「はだしの医者」へのインタビューも含めて、「はだしの医者」の実態に迫る。メインストリームは政治運動だが、一方ではそれまでの農村には存在しえなかった西洋医学の知識を持つ医療従事者であって、その交点に献身的な農民への奉仕があった。

第3章「看病難、看病費」は1980年代から2000年初に至る時期の中国医療の要点を財政悪化の背景にした医療への地方政府の責任放棄に起因するものとして、まず農村末端医療の事実上の放棄を示す。次に、コスト以下への価格抑止により経営が赤字を構造化された病院に対して財政に窮した地方政府が赤字補填をやめ、経営を請負制として営利化を許容する。その結果、「歪んだ市場化」が生じ、容易に抑止できない医療費膨張が起こり、「看病費」に至る。このことはさらに、医者倫理問題を引き起こし、元々処遇がかなり悪かった医療従事者には人材が集まらなくなる。こうした医療機関と医療従事者への不信は一方では特定の都市医療機関への患者集中を招き、「看病難」を引き起こすとともに、適切な医療人材を見いだすことが難しい構造的な人材不足をますます加速する。

第4章「新型農村合作医療制度」は「看病難・看病費」の中で農民の医療保障が求められながら、制度の試行が難航することをまず考察する。それは結局のところ、「疾病から経済的

困窮に陥る農民を救う」ことができるような制度は農民の所得水準を考えれば、農民の拠金だけでは成立させられないということである。そこで、2003 年の新農合では中央政府の「専項資金」移転が明記された。ここで、大きな歴史的切断がある。こうして漸く先富論の後半、「落伍した者たちを助ける」段階が到来した。そして「専項資金」による地方政府のコントロールは奏功し、次第に全国的に均質な制度が現れるとともに、新農合は規模と給付範囲を拡大して制度を充実させつある。とはいえ、医療費膨張に歯止めが掛かっておらず、また年金への財政資金の大量投入により、財政に占める社会保障経費は急増している。まだ国民負担を増やす余地はあるが、少子高齢化と成長率鈍化の中で「福祉国家」が予定通り整備され、維持され続けるかは不透明といわざるを得ない。

学位論文審査の概要と結果

報告番号	東アジア博 甲 第 117 号	氏 名	魏 強
論文題目	中国の新・旧農村合作医療制度の展開と特徴		
<p>(論文審査概要)</p> <p>本論文は序論と4つの章、終章で構成されている。</p> <p>序論では、まず福祉国家に向かう近年の中国における、新型農村合作医療制度の意義と位置が示される。すなわち、医療の「歪んだ市場化」の下で急膨張する(入院)医療費に対し、「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」という課題を担うこの医療保険は概して所得水準が低く、かつ非常に多様な経済状態にある農民を対象にするという点に大きな困難を抱えているが、その困難自体が都市民と農民との経済的二極化・格差を背景にしており、「和諧社会」によって解決されるべき中国の社会的不安定要因であるということで、たんなる社会保障制度のパーツではなく、福祉国家の実現という課題の焦点であることが示される。そして、上述の「二極化・格差」は近年生じたものではなく、建国以来の中国社会の構成と変動に起因するとし、そうした長い射程と「医療供給体制(医療制度)と農民、そしてそれを媒介する社会保障制度という3項の関連性を明らかにするという広い視野での分析という方法」によってのみ、解明できるという。このため、本論文は文化大革命期の「(旧)農村合作医療制度」と「はだしの医者」、そして改革開放以後の医療市場化・「看病難・看病貴」を経て、「新型農村合作医療制度」が分析されるという本論文の構成の意義が説明される。</p> <p>第1章「(旧)農村合作医療制度」はたんなる合作医療制度の考察ではなく、中華人民共和国建国(1949年)以後、新民主主義から1950年代後半の急速な農業集団化、人民公社化、そして1960年代半ばからの文化大革命という農村の歴史的変動に沿った形で展開される。ここで強調されるのが、政治運動の視角と社会保障制度の視角という二重の視角という方法であり、(旧)農村合作医療制度は「はだしの医者」とともに、基本的に毛沢東が主導する政治運動が本質であって、その結果として(不定形ながら)農村医療制度が形成され、その成果が絶賛されもしたが、しかし、中国農民の貧困と停滞という経済的困難を政治運動で乗り越えたものであってだけでなく、小規模なため格差が大きく財政基盤が弱い生産大隊を基礎にし、さらに医療保険制度として適切な管理も期待できず、かつ当事者は医療保険を運用するという自覚もなかったため、不確実な医療給付しか期待できないという政治運動であることに由来する歪みがあり、医療保障制度と呼んでよいかさえ疑問とすべき実態があった。従来の研究では、政治運動であることと社会保障制度であることの2つの試点のこうした関連を適切に考察できていなかった。</p> <p>第2章「「はだしの医者」の人物像と歴史的意義」は第1章を補完する研究であり、元「はだしの医者」へのインタビューを中心に、「はだしの医者」の実像に迫る。「はだしの医者」は1965年、毛沢東が「六・二六指示」で、中国の医療制度が都市に偏重しており、農村が見捨てられているという医療関係者への手厳しい非難とともに、農村医療の担い手養成のため都市の医療機関の農村への動員運動を通して育成される。農村部では貴重な西洋医学の素養がある医療人材だが、育成機関が短く、また貧農など出身が重視されたり、政治的コネが利用されたりしたため、適切な人材選択がなされているとは限らないという背景がその能力を不確実にし、また能力向上の妨げになっていたとされる。さらに、重要なのは「はだしの医者」の意識と行動である。漢方薬などの自製に努力し、農民に献身的に奉仕するという姿はあるが、それは医療従事者としてというより、「毛沢東思想」の実践として、毛沢東への帰依を示すことに意義がある行為だったからである。つまり、「はだしの医者」は第1に(旧)農村合作医療制度に基づく「合作医療所」という政治運動の担い手であり、医療技術を向上させるとか、合作医療を公平に運営するとかは眼中になかった。そして、政治運動の中で得た熱い政治的報奨を現在でも誇らしく語る。これは第1章でみた(旧)農村合作医療制度の本質に対する本研究の主張を裏付けるものである。</p> <p>第3章「看病難・看病貴」は改革開放以後の中国の医療制度の流れを追っている。まず、(旧)農村合作医療制度の解体について、既存研究が人民公社の解体に直結させて説明する点を批判し、毛沢東が主導する政治運動が終わり、幹部に合作医療を維持する必要がなくなったことと共に、農民が拠金に値し</p>			

ないものとして合作医療から脱退したという点を明らかにする。(旧)農村合作医療制度は人民公社期には、多くの場合、農民に過大な負担を強いており、それに相応の医療給付がないということである。他方、「はだしの医者」は玉石混濁であったため、試験を課して合格者だけを郷村医として認定したが、一部豊かな郷鎮を除いて郷鎮の財政難から農村末端医療は荒廃し、郷村医は私営の開業医とされる。農村基礎衛生・医療機関の再整備は2009年の「医療制度総合改革」を待たねばならない。

そして、1980年代半ば、中国は「医療市場化」へと舵を切る。しかし、これは相応の医療の自由化を伴わねばならないが、一方では医療報酬の細密な規制による人為的低価格を維持しつつ、それによる赤字で苦しむ病院に経営努力による黒字化を求めるといった根本的に矛盾した政策であり、結果として「歪んだ市場化」をもたらし、薬料や検査漬け、不必要な医療行為の蔓延や不正請求など多くの問題とともに、歯止めなき医療費膨張をもたらす。「看病貴」である。重要なことは、こうした医療費の急膨張にもかかわらず、病院経営があまり黒字化していないことである。病院は赤字を避けるために、営利的にならざるをえず、また医師などの営利的行為にインセンティブを与える必要もあるが、それでも大多数の病院は儲かっているとは言えない。こうした余り儲からない病院は医療人材に十分な報酬を払うこともできない。他方、医師などが営利的であることが疑われる状況では、「医師の職業倫理」は信じられず、しかし膨大な医師誘発需要を引き起こすため、患者とのトラブルが絶えない。待遇が悪い上、社会的にも非倫理的とされる医療は人気がなく、医者は最も成績の良い学生が志望する職業ではない。こうして、医療全体が人手不足であるが、下位の層に行く程、人材不足が厳しく、このため適切な医療サービスが期待できない。そこで、患者は本当に医療が必要な場合は少なくとも医療人材の能力を信頼できる大病院に集中する。こうして「看病難」が生じるが、「看病難」をこうした医療人材の構造的不足として明らかにしたのは本論文の成果の一つである。こうした問題に対して、これまで様々な政策が採られており、国家基本薬剤制度など一部実効のあるものもあるが、問題は構造的なものであるため、改善は難しいと言わざるを得ない。

第4章「国民皆保険下での新型農村合作医療制度とその行方」では「看病難・看病貴」、具体的に言えば「疾病から経済的困難に陥る農民」の続出をうけて、1993年から農村医療保険の再建の試行が始まる。入院費は農民の平均年収を超えるまで高騰し、貧困な農民は病気で身体的に破滅するか、入院費で経済的に破綻するかという窮地に追い込まれていた。とはいえ、様々な試行は、有力な郷鎮企業を持つような豊かな地域を除けば、ことごとく挫折する。農民、あるいは農村の政府だけの拠出では高騰する入院医療費を賄えない。そこで、2003年に「新型農村合作医療制度」が提起される。形式上は(旧)農村合作医療制度と同じく任意加入の協同組合であり、県という農村の基層政府を単位にして創設される。とはいえ、形式と内実は大いに異なる。中央政府が拠金を約束しており、しかも漸増する規模での拠金である。当初は政府20元、農民10元という僅かな調達額だったが、中央政府の拠金の増加につれて、地方政府と農民負担も増加され、さらに基準調達額も中央政府や省政府による県への財政支援を通じて平準化され、全国的に高額な入院医療費による農民の困窮を十分に支えられるようになっていく。2003年の新型農村合作制度は中国中央政府の農民に対する姿勢の大転換を示すものと捉えられている。すなわち、農民へ直接財政支援を行うという姿勢への転換である。それは、建国以来、都市と農村との分断で特徴づけられてきた中国社会の二極化・格差がもはや容認できないものであり、それを「和諧社会」へと転換することが最重要の課題だということを確認したものだと言える。こうして、中国は21世紀の福祉国家を目指すことになった。そのため社会保障関係経費は急増している。現在問題になっているのは積み立て不足の年金への財政支出増加であるが、医療費についても膨張に歯止めが掛かった訳ではなく、また高齢化に直面し、そうでなくとも医療費は急増することになる。こうした点に懸念があるものの、21世紀の福祉国家の試みは、巨大な中国の事業だという点も含めて、様々な新興工業国の貴重な先例になりうる。

「終章」では全体を顧みて本研究の意義が再説されており、長い歴史の射程での「医療供給体制(医療制度)」「農民」「社会保障制度」の3項による広い視野での考察によって、従来の部分的な研究ではみえてこなかった論点が明らかになったことが示される。最後に今後の課題として「医療人材の構造的不足」が非常に大きな問題であること、また他の新興国、とくにアジアの諸国との対照研究の可能性に言及されている。

本論文の評価について

1. 創造性

(旧)農村合作医療制度と「はだしの医者」、医療の市場化、新型農村合作医療制度のいずれについても、既存研究はあるものの、(旧)農村合作医療制度と「はだしの医者」については政治運動と社会保障制度と

いう2つの視角による分析によって独自の特性を解明できている。また、医療市場化については医療費膨張のメカニズムを明らかにし、さらにそれが医療人材の構造的不足を引き起こしている点も解明できている。新型農村合作医療制度については、たんなる公的医療保険ではなく、都市・農村の二極化・格差構造を解消して「和諧社会」に向かうための政府の姿勢転換としての「福祉国家」化の中に位置づけられている点は評価できる。以上の点から、長い歴史の射程での「医療供給体制(医療制度)」「農民」「社会保障制度」の3項による広い視野での考察が活用されていることが確認でき、独創性の点においては(全体として)優れている。

2. 論理性

前半の2章と後半の2章では考察の方法が異なる。すなわち、前半の2章については政治運動という視角からの考察が軸になっており、後半2章は医療制度や社会保障制度という制度の議論が中心である。この考察軸の変更は意識的に行われており、結論への論理性を毀損するものではなく、逆に長い歴史の射程での「医療供給体制(医療制度)」「農民」「社会保障制度」の3項による広い視野での考察の適用方法であり、むしろ成果だと評価できる。したがって、論理性の点においては(全体として)達成できている。

3. 厳格性

先行研究については各章の冒頭にまとめられ、十分渉猟され、記述に活かされている。こうした点から、厳格性においては(全体として)達成できている。

以上、総合的に判断し、審査委員は全員で本論文を学位申請論文として合と判定する。

論文審査結果

合・否

審査委員

(氏名) 植村高久

(氏名) 塚田玄人

(氏名) 浜島清史

(氏名) _____

(氏名) _____