

山口大学大学院東アジア研究科
博士論文

中国の新・旧農村合作医療制度の展開と特徴

平成 30 年 3 月

魏 强

中国の新・旧農村合作医療制度の展開と特徴

目次

序論 問題の提起、研究の意義と目的、論文の構成等について	3
第1節 中国の「福祉国家」化の意義	3
第2節 農村合作医療制度を研究対象にする意義	5
第3節 (旧)農村合作医療制度との関連とアプローチの方法	6
第4節 研究目的	7
第5節 本論文の構成	8
第6節 調査地である遼寧省新民県の意義	9
第1章 (旧)農村合作医療制度	10
第1節 (旧)農村合作医療制度に関する関連研究	11
第2節 (旧)農村合作医療制度の前史	17
第3節 人民公社期初期の医療制度	28
第4節 1960年代後半の政治運動下での農村医療の展開	33
第5節 (旧)農村合作医療制度の特性	44
章のまとめ	51
第2章 「はだしの医者」の人物像と歴史的意義	53
第1節 「はだしの医者」制度に関する関連研究	54
第2節 「はだしの医者」の形成過程	57
第3節 「はだしの医者」の選抜と育成	62
第4節 「はだしの医者」の業務実態	70
第5節 「はだしの医者」の地位	76
第6節 農村合作医療制度下の「はだしの医者」：インタビューを中心に	80
章のまとめ	94
第3章 「看病難・看病費」	97
第1節 (旧)農村合作医療制度の解体・医療自由化・「看病難・看病費」に関する先行研究	97
第2節 改革開放と人民公社の解体	105
第3節 「はだしの医者」の“処分”と農村末端医療の行方	107
第4節 (旧)農村合作医療制度の崩壊	120
第5節 病院経営の「歪んだ市場化」	126
第6節 医療供給体制の機能不全と「医療改革の失敗」	141

章のまとめ	149
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	151
第1節 新型農村合作医療制度に関する先行研究	151
第2節 医療保険制度の再建と再編	156
第3節 都市部従業員基本医療保険制度の設立	162
第4節 新型農村合作医療制度	166
第5節 新型農村合作医療制度と医療機関に対する農民の評価	172
第6節 新型農村合作制度の課題	176
第7節 新型農村合作医療制度の管理問題：新民市と瀋陽市との比較を通じて	180
第8節 新型農村合作医療制度の持続可能性	185
章のまとめ	186
終章 結論と今後の課題	188
第1節 結論	188
第2節 今後の課題	191
参考文献	192
付録資料 1	202
付録資料 2	204
謝辞	208

序論 研究の意義と目的、論文の構成等について

第1節 中国の「福祉国家」化の意義

中国は経済的巨体化を背景に国際政治でも発言力を強めており、近年、世界からの注目度が高まっている。そうした中で、2000年代初め、「和諧社会」を打ち出し、「福祉国家」への道をまっすぐに、足を速めて進むようになる。

それには二つの理由があった。第一には21世紀の「福祉国家」である。「福祉国家」は戦後資本主義の黄金時代には、とくに西欧で「生存権」の完全かつ高水準の保障を意味するものとして「善」とされ、経済体制の成功と文明の象徴だとされてきた。とはいえ、1970年代から80年代に欧米資本主義が長期の経済停滞に陥ると、福祉国家をそのまま維持することが難しくなり、再編を強いられる。また、1980年代には「福祉国家」を敵視する新自由主義が台頭して、「福祉国家」は企業家や投資家の活気を奪い、労働者を怠惰にして、競争的資本主義の利点を台無しにする悪者の烙印を押された。同じ頃、東・東南アジア諸国の急速な経済発展が目立つようになり、やがて新興工業国と呼ばれるようになる。経済発展は社会保障制度の整備を要請するが、上述の先進国の動向と先進国並みの所得水準に

¹ エスピン・アンデルセンによると、福祉国家という言葉はかつては「スウェーデン流の〈中道路線〉」を典型として、はっきりとした具体的イメージで捉えることができたが、1970年代以後は「平等主義と雇用との間に。新しい、しかも根本的なトレード・オフが存在する」ようになり、両者の実現を軸にしたスウェーデン・モデルが否定されるに至った後、収斂しない多様な「福祉国家」が発展するようになったという(Esping-Andersen. G.eds.[1996] *Welfare States in Transition*. [埋橋孝文監訳『転換期の福祉国家』早稲田大学出版会、2003]訳 pp.3-4.)。エスピン・アンデルセンは、現在の「福祉国家」を定義するため、「脱商品化 (de-commodification)」と「階層化」を基準・枠組みとして、「自由主義」「保守主義」「社会民主主義」という3つの「福祉レジーム」を提起している(Esping-Andersen. G.[1990] *The Three World of Welfare Capitalism* [岡沢憲英他訳『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房、2001])。これによると、アメリカが「自由主義レジーム」に当てはまるとされる一方で、日本は3つのレジームのいずれにも当てはまらないとされる(同書「日本語版への序文」)。この枠組みでは新興国は概してどのレジームにも当てはまらないとされるように思われる。ただし、「脱商品化」と「階層化」によって中国のような新興国の「福祉国家」も定義可能になる。「脱商品化」とは市場経済に依存しない所得フローを得る権利や機会のことであり、市場への参加を促す圧力からの自由である。この基準に基づけば、「給付が少なく社会的スティグマを伴う」ミーンズ・テスト付き公的扶助は市場への参加を促す圧力を伴うために、「脱商品化」の程度は低いとされる(p.23.)。また「階層化」については、社会保障制度が社会的集団ごとに分立し、それが事実上、垂直的な階層構造を形成している点を指す。これは、福祉国家が様々な階層的格差の上に社会保障制度を構築するだけでなく、社会保障制度そのものが階層的な格差を生み出すという作用を含むという両面に関わる。「階層化」は現実的には不可避であるが、福祉が持つべき普遍主義と対立しがちであり、有力な階層が自己の利害を貫徹した結果でもある(p.25.)。これらの点を考慮して、中国の「福祉国家」を説明する。

なかなか到達しなかったことのため、概して包括的な社会保障整備という意味での「福祉国家」は目標にされることはなかった。

だが、中国は21世紀に「福祉国家」(この言葉自身を使うことはないとしても)を公然とめざす²。それは非常に野心的な試みであると同時に、戦後資本主義の黄金時代の文明の象徴たる「福祉国家」の復権を意味するという21世紀世界の発展への展望に大きくかかわるという意義を持つ。「野心的」であるというのは、中国の購買力平価でみた一人あたりGDPは日本の35%程度で、タイより低いという状況³の中での挑戦だからである。

第二に、上記の経済条件と一四億近い人口を持つ大国であることに加えて、概して格差の大きな国だということがある。まず戸籍制度による都市住民と農民との分断があり、それぞれ制度がかなり違い、人々の考え方もまた異なっていて、都市と農村がまるで別世界であるかのような状況が一般化している。さらに、地域の自然条件の差異だけでなく、まるで歴史を遡る博物館の展示のように、超モダンな世界から、古色蒼然とした世界まで同時に併存し、それぞれが経済的発展段階の違いや富裕度の違いを含意するだけでなく、それぞれの世界の中にも大きな格差がある。

問題の中心は、中国が改革開放後、およそ40年にわたり、概して高い経済成長を続けてきたにもかかわらず、(近年では縮小傾向が見られるとはいえ)格差が拡大してきたという点にある。改革開放の当初、指導者・鄧小平は「先に豊かになれる者たちを富ませ、落伍した者たちを助ける」という先富論を発展の筋道として提示した。しかし、発展の20年を経ても「先に豊かになれる者たちを富ませる」という段階は終わらず、「落伍した者たち」は豊かになる希望を失いかけていた。そして、格差は中国社会を不安定化する主要因としてもはや見過ごすことができない焦点となっていた。

そこで、2000年代初め、「和諧社会」の建設がテーマになる。「和諧社会」の中心的要素が「福祉国家」であることは2000年代後半にならないと判明しないが、それへ向けての中央政府主導の様々な施策が矢継ぎ早に提案され、実施されていく。すなわち、種々の社会保障制度の組み合わせで、中国社会に亀裂と軋轢を生んでいる格差という問題を緩和し、

²中国では1954年の最初の憲法でも「中華人民共和国公民は、老齡、疾病又は労働能力喪失の場合に、国家及び社会から物質的援助を受ける権利を有する」(現行45条)という「物質的援助を受ける権利」が規定されていたが、必ずしも実効を伴わなかったと考えられる。他方、2010年に制定された「社会保険法」では「国は、基本養老保険、基本医療保険、労働災害保険、失業保険、出産保険等の社会保険制度を確立し、公民が高齡、罹患、労働災害、失業、出産等の状況において、法により国および社会から物質的援助を受ける権利を保障する」(2条)と「物質的援助を受ける権利」の保障を確約し、さらに実質的に地方政府が行う、社会保障給付について「社会保険関係を規範化し、公民が社会保険に加入し、社会保険待遇を享受する合法的な権利・利益を保護し、公民に発展の成果を共に享受させる」(1条)ことを立法目的として謳う。同法は「基本養老保険」「基本医療保険」「労働災害保険」「失業保険」「出産保険」の5つの社会保険を統合した網羅的なものであると同時に、政府の費用負担を明記し、さらに財政力に雲泥の差がある地方政府に配慮して財政調整まで言及している。全国民を参加させる普遍的な「国民皆保険」を目指すと共に、これまでしばしば指摘されてきた様々な社会保険制度の制度間格差や制度内格差に対しても、これをある範囲に押さえ込むという方向で地方政府を方向付けようとしている。

³IMF(2017), *World Economic Outlook Database 2017 Oct.*

解消していくという戦略がしめあされたのである。ここで「福祉国家」とは、戦後資本主義の黄金時代の完全なそれ——財政の所得再分配機能による所得平準化を含むものを意味しない。中進国と呼ばれる中国の一人あたり GDP では、かつてのスウェーデンのような完全版の「福祉国家」は難しいし、「平等主義と雇用のトレード・オフ」がある現状ではそもそも追求すべき目標にすらならない。近年、年金加入を促し、かなり無理をしながら年金給付を拡大しているのは、「小康社会」(少し豊かさが実感できる社会)を国民に満遍なく行き渡らせるという狙いを示すように見える。将来も経済成長が続けば、欧州の先進国のような「福祉国家」に発展する展望もある。

こうした中国の試みが大きな意味を持つのは、近年、経済発展によって中進国レベルまで所得水準を高める国が増えており、それらの国々が「福祉国家」を目指すことが現実性を帯びてくるからである。経済発展の水準だけでなく、時間のかかる社会保障制度を創設し定着させる過程の間、政策の一貫性を維持できる政治的安定性が必要だが、指導者のリーダーシップと国民の合意さえあれば、さまざまな特色ある「福祉国家」出現を期待できる。こうして、様々紛争や軋轢が充満し明るい将来が描きにくい世界に希望がもたらせるかもしれない。そうなると、中国は 21 世紀を先導する文明国として、経済力や政治力だけではない敬意をはらわれることになるだろう。

第 2 節 農村合作医療制度を研究対象にする意義

本研究は中国の「福祉国家」の主要素たる社会保障制度の全体を対象とするものではなく、その一要素にすぎない新型農村合作医療制度(新農合)のみを研究対象にする。その理由はたんに紙幅や研究時間の制約によるものではない。新農合はいくつか特異な点を持つ社会保障制度である。

第一に、制度創設・維持が極めて困難だったこと。この制度は中国の中で概して貧しく、また貧しさの程度がかなり多様であるため、農民に拠出を求める社会保障制度の創設・維持が概して難しく、また統一的な、または均質な制度を全国規模で形成することも難しかった。他方、中国では医療費が継続的に膨張しており、農民を経済的に破綻させかねない高額入院費負担を十分に軽減できるだけの給付水準が必要であり、小さな基金では意味がないという厳しい条件もあった。こうした厳しい条件をクリアして制度形成を行うことは、政策当局者にとってある種の試練であったが、知恵と力量を問われる場でもあったわけで、新農合の形成過程は「福祉国家」を創り上げた政策当局者の実力が検証できるプロセスでもあった。こうした点で何が新農合を可能にし、何がこの制度を全国に覆せたか、かつ比較的統一され平準化された制度に創り上げたのかを解明することは、「福祉国家」実現に必要な政策の転換に関わる精査当局者の能力と決断を明らかにすることになる。

第二には新農合は外形と内容が相違する、かなり奇妙な制度だということ。新型農村合作医療制度は見かけ上は任意加盟の協同組合の形態を採っており、概して貧困で財政力が乏しく、さらに地域ごとに際だって経済的格差が大きい県を単位として成立している。

都市部の労働者と公務員に適用される都市部従業者基本医療制度は具体的なスキームの提示があり、「附加制度」で地域ごとの違いは生じうるが、具体的な拠出と受給の仕組みのモデルが明示されていて、「基本医療制度」の範医では大きな相違が生じる余地はない。他方、新農合の場合はそうした具体的なモデルの提示はない。農民一人あたり 10 元負担、政府(中央・地方)の 10~20 元負担で基本調達額が一人あたり 20~30 元というモデルがあるが、一人 30 元では新農合が開始された 2003 年で平均 4,000 元程度の実際の入院医療費を効果的補償することはできないことは明らかだった。加えて、基盤たる県の財政力に相応な様々な新農合が生まれた。

「試行を通じた漸進的推進」という方針は起源となる「新型農村合作医療制度を建設することに関する意見」⁴に既に存在し、中部と西部に限ってだが、中央政府による「専項資金」一人あたり 10 元の移転も明記されている。「専項資金」とは使途が定められて中央政府から地方政府に移転される資金であり、これを通じて地方政府に特定の政策を実施させる手法である。新農合の起点である「国務院通知」は、このように地域ごとの差異を容認するような曖昧で抽象的な内容だったが、実は「専項資金」の移転の増加と範医拡大を通じて、中央政府は新農合への関与を通じて新農合の急激な拡張と外形的な(調達金額)均質化が進むのである。

当初の「国務院意見」が曖昧で雑多な制度を許容するよう見えた新農合だが、「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」という目的はこの文書でもはっきり示されており、その後の筋道は中央政府の主導で進む。つまり、この目的に叶う給付ができるまで制度を拡大しなければならないのであり、経済発展や所得水準の違いに比して、要する(入院)医療費の違いは小さかったから、全国的に均質なシステムを作る必要があることは中央の当局者にははっきりと自覚されており、最初から「漸進的に全国的なスキームを均質化する」という意図があったということである。

しかし、この「漸進的」方法は多くの研究者を迷わせた。外形と内容の相違を理解するということは、新農合を理解するためのポイントである。

第 3 節 (旧)農村合作医療制度との関連とアプローチの方法

第 1 の点はとくに新農合を研究対象とする根拠であり、第 2 と第 3 は新農合の特性および論点として考察すべきポイントを指し示す。とはいえ、とくに第 3 の点をめぐって、研究は迷走しがちである。というのは「新型」農村合作医療制度とわざわざいうのは、(旧)農村合作医療制度があったからである。(旧)農合は確かに農民に医療を供給するための、農民と集団農業生産組織(主に生産大団)の拠出で成立する協同組合だったが、これを医療協同組合と規定することすら疑問とせざるを得ない実態があった。

(旧)農村合作医療制度は、医療保障というより「はだしの医者」を財政的に支えた制度

⁴国務院「国務院辦公庁転發卫生部等部門關於建立新型農村合作医療制度意見的通知」国辦發〔2003〕3 号。

であり、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⁵。それ自体が文化大革命の下、「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農民から拠金を引き出すことができたが、制度設計も制度管理もないため給付の保障もなく、したがって医療制度とは呼べないほど不安定で多様なものであった。しかし、かなり不用意に「新型」が名称を受け継ぎ、さらに協同組合だという類似性から両者の比較という研究方法がしばしば行われてきた。くわえて悪いことに、改革開放以後は農民は公的医療保険がほとんどないなかで、「医療市場化」から派生した医療費高騰に遭遇し、医療環境が悪化したため、(旧)農村合作医療制度は古き良き制度として神聖化される面さえあった。

こうした特性からみれば(旧)農合は制度として考察する意義のある制度ではない。というより、規範化されていない雑多なものの集合であるため、実態がどうだったかを同定することさえできない。しかし、(旧)農合から始める必然性はある。(旧)農合なしには「はだしの医者」の活躍はなく、それは政治運動ではあっても、農村医療・公衆衛生に成果を残し、また貴重な農村末端医療人材を残した。

とはいえ、そうした貴重な農村末端医療人材が改革開放後活用されることはなかった。既にのべたように、改革開放がもたらしたのは医療供給の責任を負うべき政府の責任放棄であり、一方で医療サービス等のコストを下回る価格管理と市場化、すなわち医療機関の営利容認だった。この中で、農村医療は荒廃し、人材も放置される。さらに、コスト割れ価格への規制の下での「歪んだ医療市場化」は歯止めが難しい医療費膨張を生み出しているだけでなく、他方では医療人材の荒廃というより根底的で長期的な問題を生み出し、結果として「看病難・看病貴」という現象を生み出した。

「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」という新農合が必要になったのは、こうした経緯からである。中進国レベルの所得水準の中で、「経済的困窮」に陥るほどの医療費を請求されないリスクがある現状は、結局のところ、中華人民共和国建国以後の全歴史を追跡しなければ、その全体像は明らかにできない。

第4節 研究目的

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、またたんなる社会保険制度の研究ではなく、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三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を以てのみ、その必然性や特質の根拠を明らかにする総合的研究である。すなわち、中国の農村医療、とくに末端医療の特質の起源・根拠を淵源を、その発展過程に即して明らかにし、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ようになるのか解明することを目的とする。

⁵魏強 (2016) 「新・旧型中国農村合作医療制度の比較研究—実態分析を中心として—」
『ICCS 現代中国学ジャーナル』第9巻第2号 p. 39。

新型農村合作医療制度は一面では中国を「福祉国家」に進める前向きのものであったが、その目標である「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」はたんなる医療制度の問題をこえて、国民の生存と社会的安定を確保する上で切実で、共産党と中央政府にとって絶対的な課題だった。こうした意義は新農合を社会保障制度として考察するだけでは明確にすることができない。そこで歴史的継起という縦の糸と医療制度、受け手としての農民の状態、その間を取り結ぶ社会保障制度という横糸の中で明らかにするという総合的なアプローチが必要になる。こうした総合研究はこれまでなかったものである。

第5節 本論文の構成

そこで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。

第一章「(旧)農村合作医療制度」は第二章「「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、第二章の方が、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。第一章では、農業集団化の歴史から説き起こし、(旧)農村合作医療制度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。そうすうことで、既存研究では曖昧だった、様々な点が明確になる。

第二章「「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。

第三章「看病難、看病貴」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、「看病貴」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。

第四章「新型農村合作医療制度」は「看病難・看病貴」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、農民の抛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「専攻資金」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。

第6節 調査地である遼寧省新民県の意義

本論文では遼寧省新民県での調査を「はだしの医者」へのインタビューをはじめとして各章で利用している。

調査地の意味づけは改革開放以前については商品作物等を生産していない(穀作中心の)典型的農村といえそうである。ただし、文化大革命等の政治運動の状況は差異が大きいこと、また(旧)農合についても同様に差異が大きいことは考慮すべきである。他方、「はだしの医者」は毛沢東主導の政治運動なので、郷鎮衛生院を通じて行われた教育研修や評価は全国共通のものと考えて良いだろう。

なお、経済状況の参考として新民市の農村住民1人当たりの可処分所得(2016年)は14,415元で、新民市を含む上級行政単位である瀋陽市のそれは14,385元とほぼ等しい⁶。なお、全国平均の農村住民1人当たり可処分所得は12,363元、遼寧省のそれは12,881元⁷、新民市は全国平均より17%程高い。これは都市人口700万人の瀋陽の近郊農業のため農業所得がやや高くなっていることによると考えられる。なお、地域総生産では一次産業の比率が28%と二次産業(26%)より高くなっており(第一産業就業者は274,280人に対し、二次産業はわずか9,456人にすぎない)、地域経済としては貧困で財政力が乏しいと考えられる。

したがって、貧困地区とは必ずしも言えないかも知れないが、農業中心の農村部であり、農民はけっして豊かとはいえない。また、財政力の弱い県政府という新農合を巡る焦点の考察に適した地域と考えることができる。

⁶瀋陽統計局『瀋陽統計年鑑2017』中国統計出版社。

⁷中国統計局『中国統計年鑑2017』中国統計出版社。

第1章 (旧)農村合作医療制度

本章の問題意識は(旧)農村合作医療制度とは実際には何だったのか、という一点に絞られる。後述の先行研究を踏まえつつ、次章に掲載した2015年の元「はだしの医者」へのインタビューから得た成果を参考にしつつ、(旧)農村合作医療制度が実際にはどのように実施され運営されていたかを考察する。

次章とは自ずと研究対象が重複するが、次章の問題意識が「はだしの医者」を担った人物たちの人格に及ぶ特性の分析であるのに対し、この章では(旧)農村合作医療制度という制度の形成・展開とその要因を分析する。インタビューの証言は、そうした制度研究の隙間を埋めるものであり、本章では主役ではない。

次に見るように多数の先行研究があるが、実際のところ、(旧)農村合作医療制度が人民公社成立から約10年を経過した1960年代末に至って初めて普及したのはなぜか、逆に言えば人民公社成立イコール(旧)農村合作医療制度の成立ではなかったのはなぜかという制度の実態を考察する上で重要と思われる論点に十分に答えているものはない。こうした点に明快に答える。

なお、本章の課題は、(旧)農村合作医療制度の成立時期を明らかにすることにとどまらない。この制度はたんなる医療保険制度ではなく、毛沢東が主導する政治運動の中に出現したものであり、政治運動に含み込まれた医療保障制度なのである。この両者は不可分であり、それがこの制度の特異な性格を形成する。他方で、これを単純に医療保障制度と見することはできない。医療保障制度という面はあり、この側面から特徴や問題点を指摘することにも意義はあるが、それは医療保障制度としては決定的な欠陥を持つ。それは政治運動に含み込まれることで、医療保障制度として受けた歪みである。このような視角が有効なのは、(旧)農村合作医療制度の命脈が事実上、政治運動の側面に握られているという、社会保障制度としてはかなり奇異な特徴を示すことができるからである。

本章の内容について、具体的に言えば、第1節では先行研究とそこにおける(旧)農村合作医療制度の評価について概観する。第2節では、農業集団化と人民公社に至る概括的な前史と医療協同組合の前史を示す。第3節では、人民公社期初期において農村合作医療制度が普及しなかったこととその理由を推定する。第4節では、毛沢東の大衆動員型政治運動として「半農半医」あるいは「はだしの医者」、そして(旧)農村合作医療制度が展開されたということを考察する。第5節では、第4節で提示した政治運動としての(旧)農村合

作医療制度の特性を分析する。

この章の特徴(次章にも続く)は政府や立法といった医療制度としての考察を採らず、建国以後、より正確に言えば1953年以後、間断なく続けられた毛沢東の政治的扇動と大衆動員が焦点である。そうでなければ、(旧)農村合作医療制度は成立しなかった。

第1節 (旧)農村合作医療制度に関する関連研究

まずここでは(旧)農村合作医療制度に関する先行研究およびその中に見られる制度の評価について簡単に触れておく。個々の論点は後々の当該箇所でも再度触れている場合もある。

1. 先行研究

張自寛等(1994)¹は、制度の歴史研究の比較的早期の研究者である。彼らは(旧)農村合作医療制度の出現と発展、そして改変の要素として、①孔子と孟子の思想の「仁」などの中国の伝統的な歴史文化の影響、②農村協同経済の反映、③当時の農民の疾病の予防・治療需要に相応、という三つをあげ、特に協同経済が決定的要因であると考えた。

①は実際の(旧)農村合作医療制度の展開とはあまり関係がないと思われる。こうした伝統思想は、民衆の間に残っていたとはいえ、毛沢東思想とは対立するものだからである。③について言えば、ほとんど公的医療制度のなかった時代に、(旧)農村合作医療制度は農民の医療需要をある程度はみたしたと考えられるが、後述するように(旧)農村合作医療制度が毛沢東指導の政治運動下でなければ実現されなかったことを考えると、「相応」という評価が妥当か疑問が残る。

問題は②である。人民公社や生産大隊における協同が合作医療制度の基礎だとしても、それが合作医療制度を直接生み出したとすれば、人民公社が作られた1958年から時間を置かず cooperation 医療も制度形成されたはずだ。しかし、(旧)農村合作医療制度は1960年代末まで発展しなかった。人民公社と合作医療制度を直結させる理解では、この歴史的なズレを説明できない。この点を含めて、張等の説明は不十分といわざるをえない。

¹張自寛・朱子会・王書城・張朝陽(1994)「关于我国農村合作医療保健制度的回顧性研究」『中国農村衛生事業管理』第6期。

殷国慶・土屋俊幸(2000)²は、発展期（建国から1970年代末まで）、崩壊期（1970年代末から1980年代後半まで）、回復期（1980年代後半から1990年代末まで）の三つの時期について考察し、問題点として、①(旧)農村合作医療制度は生産大隊を単位としたため、合作医療基金が小規模で経済的基盤が弱く、農民に十分な保健医療を提供できなかった、②資金の収集・使用、保障の内容などの面で、合理性に欠けるところがあった、③ 歴史的背景により、政治や行政から影響を受けやすかった、と指摘した。

まず時期区分について言えば、建国から1970年代末までを「発展期」とすることには無理があると思われる。1958年に人民公社ができて、合作医療制度がなかなか成立しない時期が長くあり、後に述べるように毛沢東が主導する大衆政治運動としてしか(旧)農村合作医療制度は発展しなかったから、(旧)農村合作医療制度はむしろ突然、急激に発展したことが特徴である。1980年代後半から1990年代末までを「回復期」とする点も問題であり、2003年に新型農村合作医療制度ができるまで、様々な農村合作医療制度の試行が行われたが、ことごとく失敗しており、「回復」を裏付ける事実はない。

さらに指摘された問題について言えば、①の会計単位の範囲の狭さによる財源の不安定性や財政基盤の地域格差は妥当している面はあるが、だからといって人民公社や県、さらに市・省という単位まで大きくしても、財源が農民の拠出と公益金であれば一人あたりの調達額が増える訳ではない。既に指摘したように、給付される医療水準の低さが問題となる制度を補えるような仕組みを作るのは規模の拡大では難しいだろう。したがって、規模の小ささは地域格差や不安定性の要因ではあっても、(旧)農村合作医療制度の主要な問題だとは言えない。

ただし、生産大隊という単位での制度化には大衆動員による政治運動としての組織の大きさという問題が重なってくる。人民公社を単位にすれば、「はだしの医者」や「合作医療所」での政治的高揚はあり得なかつただろう。財政的には不安定で生産大隊ごとの不公平が大きくなっても、生産大隊を単位に合作医療制度を展開することは大衆政治運動としては意義があったのである。

②の資金の収集・使用等における「非合理性」については、「非合理性」が何を指すのか具体的に不明である。だが、それが非常に安価な「受付料」だけで受診でき、薬も無料もらえるような制度をさすとすれば、費用よりも安い「受付料」で医療が提供されたため、

²殷国慶・土屋俊幸(2000)「中国における農村合作医療制度:その展開過程を中心に」『林業経済研究』第1号。

膨大な需要が発生し、医療資源の濫費が生じたことは確かであろう。さらに、こうした膨大な需要のため、しばしば基金が枯渇して、以後は薬を無料提供できなくなるなど、制度運営にも支障をきたした。こうした基金に関する「非合理性」は(旧)農村合作医療制度の最大の問題だとも言えるが、毛沢東が文化大革命の中で(旧)農村合作医療制度を大衆運動として進めた鍵は、貧農・下層中農でも受診可能な極めて「安価」な制度だったことにあり、この「非合理性」の裏面にあった。つまり、この問題点は大衆政治運動としては最も利点とされていたものなのである。

③の「政治や行政から影響を受けやすかった」という点は言われている通りであり、後述するように、むしろ「(旧)農村合作医療制度」は医療制度と解するよりも、それ自体を文化大革命中の一政治運動とみるべきだとも思われる。

夏杏珍(2003)³はこうした政治運動としての性格をよくとらえている。(旧)農村合作医療制度は農業合作化運動につれて現われ、毛沢東の「六・二六指示」の下で発展し、文化大革命運動により普及、政治運動でその頂点に達した、と論じた。この点は後に詳しく見るが、概ね妥当な見解である。谷加恩(2006)⁴は、政府の強力的推進力、都市の農村に対する手厚い支援、「はだしの医者」の安定した存在、低コストな運営機能、という要因で制度は形成、発展、成功したと論じている。(旧)農村合作医療制度を成立させた要因については妥当な考察であるが、それらを動かした動力として毛沢東の政治運動が示されていない点は残念である。

また、羅小娟(2011)⁵は、(旧)農村合作医療制度の歴史を考察し、制度の特徴について、①農民が自発的に参加し、②共同で医療基金を調達し、③病気リスクを分担し、④互助合作するという四つの点にまとめた。ここで①の「自発的」参加であるが、形式的には「自発的」ではあっても、文化大革命という政治動員が支配する時代に大衆運動として行われたものを「自発的」と捉えるのは妥当ではない。また、「病気リスクを分担」する協同組合のような解釈は、上述の「非合理性」に関する議論が示した制度的欠陥を考えれば妥当とは言えない。(旧)農村合作医療制度がやや理想化されて捉えられている。

³夏杏珍(2003)「農村合作医療制度的歴史考察」『当代中国史研究』第5期。

⁴谷加恩(2006)「人民公社時期農村合作医療事業成功的原因探析」『武漢職業技術学院学报』第1期。

⁵羅小娟(2011)『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社。

赤坂真人(2017)⁶は、中国医療保険制度の歴史的変遷(1949-2017年)を考察し、(旧)農村合作医療制度の起源、運営方式などを論じた。(旧)農村合作医療制度の起源について、人民公社とともに制度が設立されたと論じている。自発的な農村における医療協同組合ならばその起源は建国以前まで遡ることができるだろう。しかし、(旧)農村合作医療制度の特徴は「医社結合」と呼ばれ、農業の協同組織が公益金を支出する点で農業集団化と関連づけた医療協同組合の制度だという点にある⁷。その先駆は連合診療所を土台とした米山郷連合保健所(1955年)だとすべきで⁸、しかも人民公社の成立が全面的な「医社結合」を展開できなかった歴史もある。赤坂の見解はこうした点を無視している。

2. 先行研究における(旧)農村合作医療制度の評価について

本制度に対しては文化大革命運動の「極左思想」の産物として消極的な評価をするものと、制度は成功したとして積極的な評価をするものとの二つに大別される。殆どの学者は(旧)農村合作医療制度が農村の医薬不足状況を多少なりとも解決することができたとしている。その点は曾凡富(1995)⁹も認める一方、制度形成が文化大革命運動による「極左思想」に大きく影響されたことを強調し、制度のいろいろな面を批判している。たとえば、地主・富農などは制度に加入できなかった。幹部はよい薬を使ったが、民衆は薬草を飲んだなどの事例を挙げ批判した。曾は、地主・富農・反革命・悪質分子・右派分子を制度加入させなかったのは、「公民は健康権利を享有する」という平等原則に反していたと指摘している。

「紅五類¹⁰」や「黒五類¹¹」など血統による極端な差別は文化大革命固有の問題であり、それが農民の協同組合の趣旨に反するということはできよう。しかし、そうであれば文化大革命中の出来事の大部分が否定的に評価されるというでしかない。これは文革批判であって、農村合作医療の批判とは言えない。さらに、幹部だけ良い薬を使っていたというよ

⁶赤坂真人(2017)「中国医療保険制度の歴史的変遷(1949-2017)」『吉備国際大学研究紀要』第27号。

⁷曹普(2006)「改革開放前中国農村合作医療制度」『中共党史資料』第3期。

⁸同前掲。

⁹曾凡富(1995)「合作医療的回顧及展望」『湖北省衛生職工医学院学報』第2期 p. 1。

¹⁰「紅五類」とは、①労働者出身者、②貧農・下層中農出身者、③革命幹部出身者、④革命軍人出身者、⑤革命烈士遺族出身者である。「黒五類」とは、①地主出身者、②富農出身者、③反革命分子出身者、④悪質分子出身者、⑤右派分子出身者である(西条正[2006]「幹部档案に見る階級闘争の終焉」『現代中国学方法論の構築をめざして[政治篇]』愛知大学国際中国学研究センターp. 79-90)。

¹¹同前掲。

うなことは、ここだけの問題ではなく、中国の歴史には山ほど先例があり、特に平等を重視する共産党統治の時代にはその精神に反するものとして問題視されてきたが、これも(旧)農村合作医療制度の問題ではない。

ただし、(旧)農村合作医療制度がともすれば「農民医療のユートピア」として理想化されて語られてきた歴史から見れば、曾が示す“(旧)農村合作医療制度の現実”は十分に意味がある。(旧)農村合作医療制度は国際的に評価された貧困な農民医療の著しい成功例だという見解が現在でも存在する。こうした評価を全否定する必要はないが、「大躍進」の“成功”が大部分、末端幹部の「虚報」であり、文革期に“自力更生”の成功例とされた“大寨¹²⁾”は実は外部からの巨額の投資によって支えられていた虚構のモデルでしかなかったことは現在ではよく知られている¹³⁾。(旧)農村合作医療制度の“成功”についても、後述のように、そうした人為的な過大評価の側面がある。こうした点で、常識に対する批判という点では曾の指摘には留意すべき点が多い。

さらに曾は「はだしの医者」に対しての報酬が給料の形ではなく、「労働工分¹⁴⁾」で給付されたことを問題にする。「はだしの医者」は農民と同じく「工分」を貰うことで、半農半医であるものが農民と「平等」になり、その仲間となった。毛沢東が望んだように「はだしの医者」は医療従事者としてキャリアの階梯を上がるより、仲間の農民の面倒を見ており、一緒に過ごすことを選んだが、これは結果的に医療技術の向上への関心を希薄にして農村医療の水準を引き上げることに對し、マイナスとなった面もあると推定される。この点に關しては曾の主張は妥当である。

これに對して上でも触れた谷加恩(2006)は、(旧)農村合作医療制度は成功した医療制度であると評価し、人民公社時代の(旧)農村合作医療制度が中国医療史上の偉大な壮挙であ

¹²⁾「大寨」とは、生産大隊の名称である。周恩来による「政府活動報告」(1964年12月)では、「山西省昔陽県大寨大隊や大慶油田の経験を例にとり自力更生や集団化による経済建設を強調している」と述べた(唐木圀和[1982]「中国経済近代化論序説」『三田商学研究』第24巻6号p.62)。

¹³⁾佐野充(1981)「中国における農業生産活動の分析」『日本大学文理学部自然科学研究所研究紀要 地理』第16号。

¹⁴⁾「労働工分」とは、労働点数であり、生産隊經理が年度生産隊の分配可能収入を年度生産隊の総工分(点数)で割って、労働工分単価を算出する。1962年「農村人民公社工作条例(修正草案)」頒布以後、各地統一的に労働工分の形で分配されることになった。農業集団経済組織は生産隊を採算単位とし、生産隊内の農家を基本単位として、食糧、農産物などを労働に応じて決められた労働工分で分配を行った。農家生産請負制以後、労働工分制度は崩壊した(李嶼洪[2013]「人民公社時期農村的“特殊”工分—以河北省侯家營村為簡案」『中国農業大学学报(社会科学版)』第30巻第1期と張江華[2007]「工分制下の労働激励与集体行動的効率」『社会学研究』第5期)。

るとした。さらに新型農村合作医療制度の構築に対して、重要な啓発を与えたと積極的に評価している。上述したが、谷の考察は制度を形成する要因を明確に関連づけているのであるが、その動力としての毛沢東の政治運動を見ていない。裏返して言えば、政治運動なしには形成・展開されなかったのが(旧)農村合作医療制度であり、後に詳しく考察するように、それを外した制度要因だけでは成り立たない。

“成功”という評価そのものが政治的な動員(資金の動員を含む)と関連しているのであり、問題を看過していると思われる。なお、新型農村合作医療制度が形成され定着するまで、「看病難・看病貴」という農民にとって医療から事実上閉め出された時代があり、そうした時代背景の下ではかつてあった農民のための医療保障制度として(旧)農村合作医療制度がともすれば美化・理想化されるバイアスを受ける。谷(2006)の高評価にはこうしたバイアスの作用があるように思われる。

ほとんどの先行研究は(旧)農村合作医療制度の形成・展開・衰退やその役割、それを動かした要因などがある程度明らかにしている。とくに、夏杏珍(2003)は(旧)農村合作医療制度が政治運動との関連で成立していた点を明確にした功績が大きい。また、殷国慶・土屋俊幸(2000)は(旧)農村合作医療制度がもつ基本的な問題点を「非合理性」という抽象的な言葉ではあるが、明確にしていることは確認しておくべきである。

先行研究について、概して言えることは、(旧)農村合作医療制度は毛沢東主導の文化大革命という政治運動の内部に含まれた一要素だったので、政治的立場の違いによる正反対の評価がありうる。他方でこれをたんなる医療保障と見なして分析しようとするものもあるが、なぜ消滅したのかという論点も含めて考えると、一面的と言わざるを得ない。他方、(旧)農村合作医療制度をたんに政治運動と見るのも失当であろう。というのは、この制度と「はだしの医者」は国際機関も認めた保健衛生上の成果を挙げたという事実があり、この点を見捨てることはできないからである。こうした点を踏まえて、本章ではまず政治運動を起源として「半農半医」(後の「はだしの医者」)や(旧)農村合作医療制度が現れる経緯と論理を確認し、その上で医療保障制度としての機能・性能を再評価するという二重の立場で研究を進める。こうした二重の視角による研究はこれまでになされておらず、本章が独自に発展させたものである。

第2節 (旧)農村合作医療制度の前史

この節では建国から(旧)農村合作医療制度の“黄金時代”に至る中国政治の脈絡を確認する。(旧)農村合作医療制度の形成は医療ニーズとは無関係とは言えないものの、政治の文脈で読み解かねばならない特徴があり、この意味で前史の理解なしには解明できないものだった。

1. 建国から人民公社へ—社会主義化・都市農村関係と人民公社の成立

1949年10月1日、毛沢東は「中華人民共和国成立」を宣言するが、これは「新民主主義」と呼ばれ政治協商会議を中心とし、民族資本家と私有財産性を許容する人民民主主義体制の成立を意味するもので、30年程度をかけてゆっくりと社会主義化を目指すと考えられてきたにすぎない。

ところが1950年6月、朝鮮戦争が勃発する。毛沢東は、国連軍に圧倒され中ソ国境まで追い詰められた北朝鮮の金日成の要請で、1950年10月、人民義勇軍を参戦させたが、これにより毛沢東自身は軍事産業としての重工業建設を緊急かつ最大の課題と認識するようになる。実際には朝鮮戦争が停戦状態となる1953年8月の毛自身による「過渡期の総路線¹⁵⁾」の提起により、新民主主義は否定され、軍事力の基礎となる急速な工業化のために急進的な社会主義化に路線転換がなされ、ソ連型社会主義をそのまま導入した「第一次五年計画(1953-1957)」が実施される。

また新民主主義期には国民党勢力が持っていた企業は接収され国有企業化されていたが、まだ多くの民営企業(「民主的諸党派」の資本家の企業)も存在していた。だが、「過渡期の総路線」に伴い1953年頃から急速に公私併営に転換され、ついで1956年、商工業および手工業の社会主義的「改造」が完成し、基本的にすべて国有企業となった¹⁶⁾。

社会保障制度については、工業生産の確保のために都市では、1951年、都市部労働者を

¹⁵⁾「過渡期の総路線」とは、中華人民共和国が成立してから社会主義体制が確立するまでの期間が一つの過渡期であると規定した。この過渡期における共産党の基本任務は、段階的に中国の社会主義工業化を実現すること、段階的に農業、手工業、資本主義的商工業に対する社会主義改造を実現することにあるとした(藤鑑[2016]「中国の計画経済時代における体制改革」『岡山大学経済学会雑誌』岡山大学経済学会第48巻1号p.47)。

¹⁶⁾王渝(2010)「建国期中国における就業政策の転換点:1956年「農業発展綱要草案」の位置づけを中心に」『経済系(関東学院大学経済学会研究論集)』第243集p.39。

対象として、国家が財源を負担する医療保険(労働保険)、養老年金などをひとまとめにして、建国以後初めての社会保障に関する「労働保険条例」が実施された¹⁷。また 1952 年には、国家幹部などの国家予算内で賃金を支払う職員と大学生を対象とする公費医療制度が開始された¹⁸。医療保険については、いずれも本人は無料、家族は半額自己負担が原則だった。とはいえ、新民主主義期の社会保障制度は散発的・試行的であり、全国的な制度化には至らなかった。

しかし急激な社会主義的「改造」は社会保障を含む労使関係に強く影響を及ぼした。上述のように 1956 年までに企業は原則国有化され、さらに労働者に国家の指令に従うことの見返りに終身の生活・身分を保障する「固定工」制度が確立された。これは、労働の場だけでなく、住宅も医療も子弟の教育も保障する「単位制」の確立でもあった。医療保障について言えば、1956 年までに全国都市部労働者総数の 94%が労働医療保険制度に加入した¹⁹。都市部では大多数の人々が「職場単位」でこの制度か公費医療制度に加入し、これにより国家財源による医療保障が提供されるようになる。1978 年時点では、全国都市部就労者人数 9,499 万人のうち 8,885 万人が労働医療保険制度の恩恵を受けていた²⁰。「第一次五カ年計画」の下で進む重化学工業化を支えるものとして、まず労働者の生活を保障する一方農村においては、新民主主義の時代には地主制が否定され、農民は基本的に自作農化するものの、その多数が食糧不足にあえぐという全体的な食糧不足であり、農地改革は食糧不足を解決するものではなかった²¹。

こうした状況から 1950 年代には食料に窮した農民が閩雲に都市に流れ込む「盲流」がしばしば発生しており²²、政府はこうした問題も含めて農業・農民問題に取り組む必要があった、そのうえ、1953 年の「第一次五カ年計画」実施に伴い、新しく建設される工業の労働

¹⁷朱民(2009)「社会保障制度の構築」『現代の中国の格差問題』株式会社同友館 p. 245。

¹⁸馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会 p. 46。

¹⁹嚴忠勤(1987)「当代中国的職工工資福利和社会保險」中国社会科学出版社 p. 307。

²⁰国家統計局社会統計司(1987)『中国社会統計資料(1987)』中国統計出版社 p. 111。

²¹小林弘治(1997)『二〇世紀の農民革命と共産主義運動』勁草書房 p. 58。なお、農産物を政府が独占的かつ強制的に買い上げる「統銷・統購」制度が始まる以前から、一つには政府が自営農としてやっと確保した土地を再び取り上げるのではないかという疑念と、他方には抗日戦から内戦期を経た家畜の減少などによる農業生産力の低下があり、食糧が底を尽く春期には食糧を買い戻す農民が多数に上ったとされる(同 p. 285)。

²²張謙元・柴曉宇等『城鄉二元戶籍制度改革研究』中国社会科学出版社 p. 17。また、中国の都市人口比率は 1949 年 10.64%、1952 年 12.46%、1955 年 13.48%、1957 年 15.39%である(『中国統計年鑑(1999-2016)』による)。「第一次五カ年計画」の開始(1953 年)以前から都市人口比率は高まっていた。

者の労働者の食糧を確保する必要があった。このため、1953年には食料に関する「統一購入・統一販売」制度が制定され²³、食料はすべて強制的に政府に売却すること、都市では食糧の配給制度が実施されることとなった(その後「統一購入・統一販売」制度は農産物を含め、様々な物資に拡大される)。農業は工業化の基礎として管理されることになる。

しかし、農民でさえ食料に窮する中国で生産物の管理だけで問題が解決できないことも確かだった。そこで農業集団化へと進む。ただし、自営農を集団化しても、経営規模の拡大や機械化などのメリットがある訳ではない。しかも、既に自営農となった農民にとって集団化はせっきく獲得した土地というかけがえのない生活手段の略奪であり、集団化はそうでなくとも脆弱な農業を混乱に陥れ、問題を複雑にした²⁴。

中国における農業の集団化はについて、民国期にまで遡ることができるが、新民主主義期についていえば、1953年末までは建国以前からあった互助組を主な形態としていた。互助組とは労働力や役畜、農具を相互利用する協同組合であり、一時的なものが多く、概して強固な組織ではなかった。これらの一部は建国以前からあった原生的・自生的な協同組合であったが、他方で互助組は共産党が対日抗戦期や内線期に農民を一方では軍事動員しつつ、他方では農業生産を継続・維持させるために用いた農業組織化の方法でもあり、レーニンが協同組合を「社会主義に至る道」の一つとしている²⁵。こうした事情から、建国後、共産党は農業を社会主義化する手段としての互助組を土地の協同耕作を含む「初級農業生産合作社」に発展させ、一部ではその拡大を目指したが、それはもはや協同組合という自発的組織としての性格を失っていた。とはいえ、私有財政制と市場経済の枠内という了解は概ねあった。

しかし、「過渡期の総路線」(1953)以後は毛沢東が農業集団化を首唱したため、共産党主導(末端の共産党幹部が「冒進」する形だが)で進められるようになる。ただし、農業集団化は農民の混乱をもたらし、自暴自棄になって作物を焼いたり、家畜を殺したり、都市への「盲流」が生じるなど弊害が多く、さしあたり食糧生産が減少する恐れがあったため、共産党中央は繰り返し「冒進」抑制を指令する。これにはもちろん毛沢東も同意していたのだが、それでも毛沢東は「冒進抑制批判」を繰り返し行い、結果として農業集団化は混

²³前掲、小林(1997)p. 185によると、1953年「第一次五カ年計画」が始動し、都市の工業化が始まったが、農民からの食糧買い付けが予定通り進捗しなかったため、各地で民衆が食糧販売所に殺到する騒動になったという。その結果、食糧統制が必要になった。

²⁴前掲、小林(1997)第3章、参照。

²⁵レーニン(1974)『協同組合論』(国民文庫)大月書店。

乱を引き起こしつつ、既定の路線となる。こうした流れの中で初級合作社は1955 年前半までに全国に普及した。1955 年後半から1956 年までは、農業合作化運動が毛沢東の末端への激励ですさまじい勢いで発展した²⁶。その後、農民に土地や役畜、農機具などを供出して共同労働する恒久的でより規模の大きい集団経営である高級合作社化が急激に進む。

しかし、高級合作社化は多くの農民の抵抗に直面する。多くの高級合作社では集団退社要求や合作社の分裂が起こったほか、1956 年頃は深刻な農民の都市流入(「盲流」)が生じており、農村は危機に瀕していた²⁷。

1958 年に入ると「大躍進」の大衆運動の高まりのなかで高級合作社は、同じく末端幹部の毛沢東への忠誠競争によって行政組織の郷・鎮と一体化され人民公社へと再組織された。合作社の規模拡大は以前から議論されていたが、他方、上述のように高級合作社そのものが大きな問題を抱えており、集団化そのものを見直すべきとの意見もあったが、毛沢東はむしろ合作社を大規模化するべきだとして、折から進められている「大躍進」の興奮の中で事実上の人民公社化を断行するよう、扇動する²⁸。「農村における人民公社設立に関する問題の中共中央の決議²⁹」(1958 年 8 月)以後、わずか数ヶ月で全国農村の人民公社化が完了した。

人民公社は複数の高級合作社を束ねた組織であるが、たんなる農業の協同経営組織の巨大化を超えて、「政社合一³⁰」を基礎として「工、農、商、学、兵」が一体化した共産主義のコミュニズムを目指すものとされた³¹。それは「三化」という「組織の軍事化」「行動の戦闘化」「生活の集団化」を支柱とするが³²、人民公社は農民の全生活を包含する「社会」であり、農民の全生活が公社を通じて軍隊風に管理されることになった。

この制度の下で初めて都市と農村の二元的な「戸籍制度」も実現され、都市に流出していた農民はその原住地に押し戻された。農民が都市に流れ込む「盲流」は発生しなくなっ

²⁶張萍・張琢(2015)「20 世紀以降の中国の農村における社会変動に関する研究(上)」『佛教大学社会学部論集』第 60 号 p. 87-88。

²⁷町田悠子(2002)「「農民苦」の起源—大躍進以前の中国共産党と農村(1955-57 年)」『本郷法政紀要』第 10 期。

²⁸前掲、町田(2002)。

²⁹中共中央「中共中央關於在農村建立人民公社問題的決議」1958 年 8 月 29 日。

³⁰政社合一の意味。人民公社は農村の政権(行政)単位と生産組織を一体化したものと
して、農村の基礎的な政権組織でありながら、基礎的な生産組織でもある(築場保行
[2014]「人民公社経営の解体、生産責任制の必然性と腐敗の萌芽」『政経研究』第 2 号
p. 80)。

³¹前掲、小林(1997) pp. 324-325。

³²前掲、「中共中央關於在農村建立人民公社問題的決議」(1958 年 8 月 29 日)。

たが、それは少なくとも農民の生活を人民公社という囲いで封鎖することで農民が容易に移動できなくなることを意味した。

とはいえ人民公社は設立早々に大きな問題を抱えることになる。

人民公社は基本的に生産大隊を計算単位にして目標として提示された生産物を拠出し、その他、食糧等を自留して、その内から「公積金」(投資資金)と「公益金」(厚生費)を差し引いた残りを「供給制」と「賃金」という形で農民に配分する。食糧は「供給」(無償提供)され、「賃金」は「工分」として積算されるもので労働の貢献に応じて支払われるというシステムである。「供給」制は人民公社の目玉政策の一つであり、「欲求に応じて」いくらでも食べられる公共食堂は“共産主義”を実現したものとされた³³。

たが、「大躍進」による食糧難³⁴で公共食堂はすぐに維持できない状態に陥り、「供給制」で提供されるべき食糧も不足したため、当然ながら改革を迫られた。

さらに、人民公社がそれまで高級合作社(「生産大隊」と改称)が蓄えていた資金や農機具などを接収したり、合作社加入を推進するために設けた加入農民に対する貸付を急遽回収するなどしたため、農民は勤労意欲を失ってサボタージュを引き起こし、農業生産を停滞させた。「大躍進」運動に伴う無理矢理の労働動員を迫られたうえ、厳しい食糧難にも直面させられていた農民には、こうした状況の中で末端幹部を含む官僚に対する深刻な不信と対立感情を持っていた³⁵。

その結果は、人民公社という外形は残すが、計算単位(農産物拠出の責任を負う)を生産隊まで下ろし、集団所有にした農機具等も私有に戻すというもので、事実上、初級合作社の制度に逆戻りすることを意味した³⁶。

しかし、これは単純な逆戻りではない。生産隊は初級合作社とは違って脱退できず、その上に農産物拠出に対する集団責任は残った。他方、義務的な上納量と自留分を上廻る生

³³孫振海(2005)「1959-1961年における中国の人口変動」『明治学院大学国際学部附属研究所研究所年報』8号(涌井秀行[2005]「中国社会変動における村落と家族:大躍進・調整期から文化大革命期における人口激動」明治学院大学国際学部附属研究所年報第8号に所収)。

³⁴前掲、孫振海(2005)。

³⁵前掲、小林(1997) pp. 409-410。

³⁶中共中央(1961)「農村人民公社工作条例(草案)」。既に1960年11月の「人民公社に関する当面の政策問題の緊急指示書(關於農村人民公社当前政策問題的緊急指示信)」(略称「一二条指示」)で「生産隊を基礎とする三級所有制」が確認されていた。なお計算単位を「生産隊」に置くという点が明示されたのは「農村人民公社における計算単位の改変問題に関する中共中央の指示(中共中央關於改変農村人民公社基本核算單位問題的指示)」(1962)においてである。

産量を上げてでも概して上納量の増加にされたため、生産意欲は一向に高まらず、集団責任の無責任制が広まった。他方では実際には農産物の抛出能力がない生産隊もあった。既に述べた農業だけでは自分の食糧さえ賄えない農民がおり、そうした農民は何らかの副業収入がなければ生存できなかった点である。人民公社化は最初こうした私的な副業を原則的に禁止し、その後は奨励に転じ、さらに自留地での私的経済活動を奨励さえするが³⁷、集団経済の下で実行可能な副業には限りがあり、やはり問題は残った。そこで食糧さえ自給できない「欠糧戸」が多数発生するが、これは基本的に生産隊(自然村)内部での自留分の配分で賄われた。さらに生産隊としても、「基本口糧」が不足する「欠糧隊」も出現するが、これは生産大隊から不足分を補填されたようである。しかし、こうした最低限生活に必要な部分を除き、計算は生産隊単位でなされたから、貧困な農村とはいえ、その格差は非常に大きかった³⁸。

こうして共産主義コミュンを目指した人民公社は農民を封じ込める容器の役割とそして政治運動への動員組織の役割は続けたものの、初級合作社レベルの伝統的な自然村(多くが血縁集団による)に戻ってしまい、労働意欲に欠ける農民の停滞した農業経済として骨化してしまった。

1979年10月6日の『人民日報』「農業発展加速の若干問題に関する中共中央の決定(中共中央关于加快農業発展若干問題的決定)」によれば、①1949年に対して1978年では農業生産は1.7倍の増加となった、②1957-1978年の間に人口は3億人、都市人口が4,000万人増加した、③農地面積はこの間むしろ減少した、④そこで人口一人あたりの食糧割当量は1978年は1957年と同じだった、⑤農民一人平均年純収入は70元余り、農民のうち25%は50元以下である、⑥生産大隊の平均「公積金」累積残額は1万元に達していない、⑦単純再生産さえ維持できない地域がある。すなわち、1978年までの中国農業は生産量は増加させたものの、人口増加圧力のため、一人あたり生産物をほとんど増やせない停滞状態にあったことになる。これを中共中央が認め、「改革」政策の必要性を説いたわけである。

上記の70元超という金額は農民の「賃金」部分だったと推定されるが、人民公社の分配方式から推算すれば、純収入とされる70元に「供給」部分の食糧がかなり食い込んでいたため、「賃金」部分からかなりの食糧への支出があったはずだ³⁹。

³⁷中共中央「農村人民公社工作条例(修正草案)」1962年9月27日、第25条。

³⁸前掲、小林(1997)pp483-484。

³⁹「農村人民公社工作条例(草案)」(1961)では報酬は「働かざる者食うべからず」の原則で「工分」に従って配分されるべきだと規定する。しかし、これでは「欠糧戸」等、食糧さえ

『中国統計年鑑(1999)』によれば、1978年⁴⁰の農民1人あたり消費は116.06元、うち食糧が78.59元である。また、貨幣での消費は47.64元⁴¹(消費の41%)で、うち食糧は18.91元であり、食糧以外の貨幣消費は僅か28.73元にすぎない。1976年から79年の間に農村の経済状態は少し改善されたので、この数字は人民公社時代の平均よりやや高いと考えられるが、それでも一人あたり年29円で衣料や日用品を賄うのは大変だっただろう。

この計算があくまで平均であることも、考慮すべきである。現金給付が少ない生産隊は、「供給」部分も少ないと推定できるから、「賃金」部分からの食料費支出もより多くなると推測される。このため、食費を除く現金収入は上記の平均よりさらに小さくなる。食費を除いた現金収入で食を除く、働かない家族分も含めて衣と日用品のすべての要求を賄うことはかなり難しかったと想像できる、人民公社期には「農村人口の相当部分が今なお再生産の維持すらおぼつかない極貧状態におかれていた」⁴²ということで、これは(旧)農村合作医療制度を考察する上でかなり重要な論点になる。

平均「公積金」累積残額は1万元に達していないということは、生産大隊は200-250戸、900-1,100人⁴³程度の人口を持つから、一人あたりの「公積金」は10元程度ということになる。というのは「公積金」と(旧)農村合作医療制度の財源となる「公益金」はいずれも生産大隊レベルで生産物の売却収入から控除されるのもので、「農村人民公社工作条例(修正草案)」(1962)では「公積金」が「生産隊の可処分収入の3-5%」、「公益金」が同「2-3%」と規定されており、「公積金」に関しては災害等の場合は積み立てる必要はないと規定されている。

他方、生産大隊あたり「公積金」1万元足らず(一人あたり約10元)、あるいは「生産隊の可処分収入の3-5%前後」は農業等の生産設備や農機具を維持することだけでも容易ではない数字に思われる。この点は生産隊を管理する幹部の難問だったと思われる。すなわち、

不足する社員が出てくる。そこで「基本口糧」だけは一人あたりで無差別支給することが必要になるが、そうすると「工分」(賃金)で支給できる部分が非常に少なくなる。そこで、「基本口糧」の80%程度を無差別支給し、残り20%程度を残余部分に加えて給料として支給された。なお、「基本口糧」は食費全体ではなく、副食などを除いた場合が多く、この場合は食費は給料の相当部分を占めることになる。他方、集団経済に入らない自留地での食糧供給もあり、これは主に、副食費を下げることになる(前掲、小林[1997]pp.401-405, p.413)。なお、人民公社の配分方式については座間紘一(1980)「中国農村人民公社の労働管理制度」『東亜経済研究』第47巻第(1・2)号を参照。

⁴⁰「改革開放」が同年12月の「第十一期三中全会」で決定されるが、基本的にまだ人民公社が健在だった。

⁴¹前掲、「平均70元超」という数字と開きがあるが、これは労働の担い手平均と働かず「工分」をもらわない者も含む世帯全員に対する平均の違いである。

⁴²前掲、小林[1997]p.503。

⁴³中国統計局『中国統計年鑑(2000)』中国統計出版社。

まず「供給」部分と「賃金」部分を確保し、次いで恐らく「農業税」の支払を優先する。となると、残る「公積金」「公益金」は非常に小さくなる。また、ノルマを超えた生産があったとき、それをこの不安定な「公積金」「公益金」に充てるという誘惑は強かったに違いないが、それが農民のやる気の喪失につながった。

「公益金」は「生産隊可処分所得 2-3%」とされ、上記の例に当てはめれば一人あたり 6 元程度となる。この点は合作医療制度の財源を考える際に考慮すべき点である。

加えて考慮すべきは、人民公社化は中国の多様な農村全体で行われたが、個々の農村(生産隊)の貧富は非常に多様であり、それをまとめた生産大隊レベルでも非常に大きな格差があったということである。他方、「農村人民公社条例(修正草案)」では天災や経済状態が苦しい場合の「公積金」免除は規定しているが、「公益金」には免除規定がない。「公益金」は主に「欠糧戸」などの恤救資金や集団福祉施設の運営経費であり、こうした制度と施設の継続的維持は必須とみなされたからだろう。1979 年 10 月 6 日の『人民日報』「農業発展加速の若干問題に関する中共中央の決定」でも、25%の生産大隊が「純収入 50 元以下」だと述べているが、自分の食糧さえ賄えない「欠糧隊」もあり、「欠糧隊」を持つ生産大隊はまず「欠糧隊」に対する食糧確保が考慮されねばならず、その負担が重ければ「公積金」はおろか「公益金」の確保すら難しかったと思われる。「平均」で見て可能だということは、すべてで可能だということではない。

人民公社は都市部の食糧等を供出した上で、自分たちの生活すべてをほとんど自力で賄う必要があった⁴⁴。しかも、年生産物の 15.5%の農業税と地方政府の農業税附加金(農業税の 15%を超えない)を負担し、さらに場合により追加的に課税された⁴⁵。加えて「五保金」⁴⁶という形で労働能力を失い、身寄りのない村民への公的扶助金も負担させられた。

しかも、集団化により農民の労働への士気は低下しており、全体的な士気の低下は「大鍋飯」と呼ばれる集団的無責任体制をつくりだしていた。人民公社は農業生産を促進するような仕組みを持たないという致命的な問題を抱えて生まれ、この難問をついに解決でき

⁴⁴すべての人民公社や生産大隊、生産隊が食糧を抛出できた訳ではない。上述のように、自らの食糧さえも生産できない「欠糧隊」もあった。

⁴⁵中華人民共和国主席令「中華人民共和国農業税条例」1958 年 6 月 3 日。

⁴⁶1956 年の「高級農村合作社示範章程」で初めて規定され、開始された労働能力を欠く独居の高齢者、虚弱者、障害者、寡婦など「五保戸」に対して食・衣・燃料・教育・葬祭の 5 つを保障する制度であり、当初は生産大隊が負担したが、「生産隊を基礎にする三級所有制」の下で生産隊が負担せねばなくなる(松久保博章[2001]「五保制度:中国農村における公的扶助制度」『海外社会保障研究』第 134 号 p. 134)。

なかった。この結果が上述したような停滞と閉塞に包まれた普遍的貧困状態であった。人民公社期の中国農村は想像しがたい程の貧困と停滞が支配する世界であり、この点を考慮に入れなければ、(旧)農村合作医療制度の成立がなぜ困難だったかを理解することはできない。加えて、もう一点考慮しておかねばならないのは、「大躍進」以後も農民の政治的動員は続いた。「農村人民公社条例(草案)」では「大躍進」のような農業外の事業への動員を労働力の3%以下に制限しており、そうした大動員はなくなったが、それでも農民は1962年からは「四清運動」、そして1966年からは文化大革命に動員される。

(旧)農村合作医療制度はこうした厳しい経済条件を反映したものであり、さらに後に詳しく見るように、農業集団化や「大躍進」に見られた毛沢東が得意とする末端幹部を通じた大衆政治動員の中で初めて実現されたものである。

2. 農村医療の前身

前項で概略述べた人民公社に至る建国以来の農村医療の展開を述べておく。1949年中華人民共和国は建国前後に農地改革が行われ、1953年までの新民主主義期には、農民は概して自作農となっていた。農村地域の医療制度では、まず、建国後、県以下の医療制度整備が試みられた。

当時、農村では、民国時代から、農村医療機関が少ない上に、機能も弱いため、1950年8月、衛生部は第1期全国衛生会議を開催し、全国の下部組織を発展させかつ健全化する決定を行った⁴⁷。この会議で決定された「衛生工作方針」では、①「面向工農兵」、②「予防為主」、③「団結中西医」という3つの方針が提起された。①は衛生工作を労働者、農民、兵士を対象にするということである。②は資源が足りないので、「予防」を主にするということ。③は「中医学」と「西洋医学」さらに「中医(漢方医)」と「西洋医」との「結合」が提起されているが、「中医」という存在は中国における医療の特徴であり、毛沢東の持論でもあった⁴⁸。この「工作方針」は1952年の第2期全国衛生会議でも受け継がれたが、④「衛生工作群衆運動相結」が加えられた。④は朝鮮戦争期に細菌戦を警戒して展開された「愛国衛生運動」を意識

⁴⁷中華人民共和国国史網「從建国初期的衛生工作看中国共產党執政為民的宗旨體現」
http://www.hpre.org.cn/gsyj/yjjg/zggsyjsxh_1/gsnhlw_1/d11jgsxsxsnhlw/201411/t20141106_300725.html 2017年12月8日。

⁴⁸毛沢東は「中医学を重視し、中医学を学び、中医学を研究し、整理し、それをさらに発展させるのは、われわれ祖国が全人類に貢献する偉大な事業の一つである」と述べている(「任応秋先生誕辰100周年」『中国中医薬報』2015年5月25日)。

したものとされ⁴⁹、「予防」を柱にしながら、大衆運動を展開して啓蒙活動を活発化することが主眼だった。

また 1951 年 4 月、衛生部は「医薬衛生事業の公私関係の調整に関する決定」を公布した。この「決定」は、各地方政府の衛生行政機関が連合医療機関の設立を奨励、指導、扶助すること、開業中の医療機関は連合医院あるいは連合診療所を作り、公立医療機関の助手の役割を果たすという指示を含んだ⁵⁰。同年衛生部の「連合医療機構を組織することに関する実施方法」では、連合医療機構の組織形式は私営連合と公私連合の二つの方法が示されている。この時点では、連合医療機関を作るかどうかは個人意志に任せると規定された⁵¹。すなわち、私営の医療が認められており、集団化の方針は示されておらず、ただ、公立医療機関が行う公共の医療や保健への協力が求められただけである。

3. 山西省米山郷連合保健所の創立

山西省米山郷連合保健所の事例は農民の自発的な合作社運動とされる山西省での農業合作社が医療も含めた「医社結合」を実現するモデル・ケースとして出現し、後の(旧)農村合作医療制度の原型となる。

1953 年、山西省高平県米山郷では民間の薬店 3 店と民間の医者 10 名が「自由意志により」、高平県で初めての連合診療所を創立した。1955 年 5 月 1 日連合診療所を土台として米山郷連合保健所を公式に開所した⁵²。

米山郷のケースでは農業合作社が連合保健所に「公益金」を提供し、社員（合作社で働いている農民）が「保健料」を納付する「医社結合」政策によって集団合作医療制度を設立した。この制度の内容の概要は次のようである⁵³。

- ① 加入脱退自由が原則。年一人当たり少額の現金を保健料として納付すれば、予防保健サービスが無料で提供され、受付費、外来費、往診費とも全額免除される。
- ② 保健所は予防を主にして巡回医療、在宅治療を行い、医者が地域や範囲を分けて所

⁴⁹三橋かおり(2005)「現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成」『医学誌雑誌』第 51 巻第 4 号。

⁵⁰徐傑(1997)「对我国衛生經濟政策的歷史回顧和思考(上)」『中国衛生經濟』第 10 期 p. 7。

⁵¹中央人民政府衛生部(1951)「关于組織連合医療機構實施辦法」『中医雜誌』第 2 期 p. 2。

⁵²曹普(2006)「改革開放前中国農村合作医療制度」『中共党史資料』第 3 期。

⁵³張自寬・朱子会・王書城・張朝陽(1994)「关于我国農村合作医療保健制度的回顧性研究」『中国農村衛生事業管理』第 6 期 p. 5。

属農民の疾病予防と治療の責任を持つ。

- ③ 財源は農業合作社の公益金の15-20%と医療収入(主に薬剤販売利潤)、また農民が納付する保健料であり、農民の保健料は「工分」からの負担が3角、農業合作社からの補助が2角である。
- ④ 労働工分と現金給料を合わせて保健所の医者報酬とする。

この集団医療政策は、疾病の予防を中心に、疾病の治療を無料としたが、薬剤は自己負担とした(合医合防不合薬)。

保険制度であることと「医社結合」が示すように農業合作社が公益金を拠出して運営される制度だったことが特徴である。すなわち、農民の自主的な協同組合運動とは言えず、政治運動として共産党が主導したとされる山西省の農業合作社運動である。連合保健所はその「公益金」を基礎にしており、明らかに政治運動の延長線上にあると考えられる。この点が如実に表れるのが、「工分」という表現であり、それは初級合作社の域を脱し、高級合作社並みの「協同労働」を既に実現している農業合作社を背景としていることを意味している。したがって「公益金」という医療・福祉経費も含みうるレベルでの社会主義化を前提にしていると思われる。

農民は「保健料」は払うが、治療は無料で、公衆衛生機能も持つが、ただし、薬代は自己負担だった。もともと、「公益金」も元を質せば農民の労働成果であり、連合保健所がなければ、農民に分配される報酬はその分増えたはずだから、事実上、農村合作社を構成する農民負担で実現されたものである。

とはいえ、加入脱退が形式的には自由で資金拠出の方法や医師の給与を工分で賄うなど後の中国の(旧)農村合作医療制度の原型となった。この場合の医師は基本的に漢方医だと考えられるが⁵⁴、医者も農民と同じ「工分」をもらおうという点で「社会主義化」したという点が基本的な成果だったとも考えられる。1955年11月、国務院衛生部と山西省人民委員会はこの連合保健所について、農村予防保健の社会主義的組織の土台を築いたと評価しているが⁵⁵、それはたんに農村医療の協同組合化という意味を超えて、「工分」で働く医者を登場させたことが「社会主義的組織の土台」という言葉の含意であろう。貧しい農民も合作医療を通じて、「医者」を取り込み、医療を享受できることが保障された。これが(旧)農村合作医療制度の一つの「ひな形」となる。

⁵⁴前掲、三橋(2005)。

⁵⁵張自寛(1992)「対合作医療早期歴史情况的回顧」『中国衛生経済』第6期 p. 22。

なお、米山郷のケースは農民の自発的な協同組合運動とされる。しかし、実際のところは上述の毛沢東と他の指導部との間の農業集団化をめぐる対立があり、山西省は毛沢東の扇動に応じて、末端幹部が集団化の先頭を走った地域だったから、(旧)農村合作医療制度もこうした形で展開され、それを省人民政府が支持して、毛沢東への忠誠を誓うという形になったと思われる⁵⁶。つまり、(旧)農村合作医療制度は最初から、政治運動絡みで始まったという点は留意すべきである。(旧)農村合作医療制度に至る道は政治運動抜きでは語れない。

第3節 人民公社期初期の医療制度

1. 「農村衛生工作山西省稷山県現場会議に関する報告」と「人民公社衛生工作に関する若干問題の意見」

人民公社は誕生から1年程度で「初級合作社」なみの旧来の村に依拠するものに変質してしまっていた。とはいえ人民公社は農村経済と農民生活を支配する「政社合一」の組織だという点に変わりはなく、農村医療改革も人民公社に依拠して発展が試みられることになる。医療の集団化については、山西省稷山県は翟店公社太陽村が1959年1月から実施していた合作医療制度がモデル・ケースとされた⁵⁷。この場合は、社員は毎年2元の負担、不足分は「公益金」から補助するとされた。1959年12月、衛生部は「農村衛生工作山西省稷山県現場会議に関する報告」(以下「報告」)と「人民公社衛生工作に関する若干問題の意見」(以下「意見」)を中共中央に提出し、1960年2月、中共中央は稷山県のモデル・ケースに倣うよう「報告と意見」で全国に通達した⁵⁸。合作制度は先の米山郷と同じで、農民の医療保健料と公益金の支援や公衆衛生サービスと治療代のみの無料化で、「薬代は自己負担」だった。

「報告と意見」の中で医療人材の養成について触れられている点は留意したい。そこでは漢方医と西洋医との結合及び農業生産にたずさわらない衛生人員と一時的に農業生産を離れて医を業とする衛生人員との結合とが挙げられている。この点について農村部の医療

⁵⁶前掲、小林(1997) pp. 135-144。

⁵⁷岳謙厚・賀蒲燕(2007)「山西省稷山県農村公共衛生事業述評(1949-1984年)-以太陽村(公社)为重点考察対象」『当代中国史研究』第5期 p. 64。

⁵⁸同前掲。

人材不足に対し⁵⁹、「一時的に農業生産を離れて医を業とする衛生人員」とは後の「半農半医」であり、養成すべき人材像として登場する。この発想は後の「はだしの医者」に通じるものであり、後に毛沢東が提唱する源泉は既に1960年には提起されていた。

漢方医術と西洋医術の合作の面では、①漢方医と西洋医は相互に協力し、緊密に学び合う、②漢方薬および草薬（民間薬）の役割を十分に認識する、③特に経験豊かな漢方医は弟子をとることに真剣に努める、などと定めた⁶⁰。

「漢方」の重視は注48で示した通り、毛沢東の中国重視の一環であり、「西洋医と漢方の結合」も指示される方針である。一方では、建国後の時期には西洋医が少なく、とりわけ農村ではそうだったが、他方、漢方医は30万もいて、うち80%が農村在住だったので、現状では農村医療の担い手は漢方医に期待せざるをえない状況があった⁶¹。しかしそればかりではない。「中西団結」が政治方針として求められていた。そこで、建国初期には漢方医に西洋医学の研修を半ば強制的に受けさせるなど行われたが、これは漢方の否定に等しく、不評だった⁶²。そこで大躍進期には西洋医に漢方を短期で研修させ、漢方の正しさを西洋医学の科学的手続き（実験）でしめそうという試みがなされることになるが、この試みも成果を挙げられなかった⁶³。

それでは実態はどうかといえば、「漢方医と西洋医の結合」と言いつつも、人材養成は西洋医については言及がなく、漢方医が弟子をとるという従来の弟子制度を利用するにとどまった。しかも、「一時的に農業生産を離れて医を業とする衛生人員」というような専門家とはいえない、低水準の医療従事者に頼ろうとするものであった。加えて、漢方薬や薬草を利用して、薬剤の不足を補おうとするなど不足する医療資源を何とかまかなおうとする応急措置の色彩が強かったが、本来の医療ではなく、予防を軸にした公衆衛生の知識と啓蒙であれば、こうした人材や薬剤でも間に合った。

さらに、「予防中心」という発想そのものが漢方と合致していると見ることができる⁶⁴。中国農村部の医療はこうしてやや漢方にバイアスが掛かった状態から出発する。

⁵⁹本論文の第2章第2節の1.を参照。

⁶⁰中央文献研究室（1996）「中央関于衛生工作的指示」『建国以来毛沢東文稿（第9冊）』中央文献出版社 pp. 80-83。

⁶¹前掲、三橋（2005）。

⁶²郝曉卿（2009）「中西医結合医学の歴史と現状を顧みて」『福岡県立大学人間社会学部紀要』第17巻第1号。

⁶³同前掲。

⁶⁴前掲、三橋（2005）。

2. 毛沢東「衛生工作に関する指示」と調整政策

1960年3月、毛沢東は自ら「衛生工作に関する指示」（以下、「指示」）を起草した。この「指示」の内容は次のようなものであった。「中央は今年2月2日、衛生部党組の「報告と意見」を承認し、すでにあなた達に転送しているが、われわれの調査によると、同文書は重視されておらず、多数の省、市、自治区の党委員会の第一書記たちは読んでいない。中央は、各省・市・県の党委員会の第一書記がただちに自ら「報告と意見」の末端人民公社への到達に配慮するよう注意を与える⁶⁵。」

毛沢東はわざわざ「指示」を出したにもかかわらず、全国で太陽村のような合作医療制度はゆっくりとしか普及しなかった。大躍進政策の失敗により人民公社が混乱していたことと毛沢東の権威低下が考えられる。以後、長い間、(旧)農村合作医療制度が焦点になることはなく、「政社合一」の人民公社にあっても集团的医療制度は長い間、確立されず、連合診療所という名称であれ、旧来の農村在住の漢方医に依存する状況が続いた。

周寿棋(2002)によれば、全国行政村(生産大隊)が合作医療制度を実施した比率は、1958年、1960年、1962年にそれぞれ10%、32%、46%へと上昇したとされる⁶⁶。上述のようなくつかの問題点を抱えつつも60年代初めまでは、(旧)農村合作医療制度は拡大したようである。

他方で、大躍進によって混乱した経済秩序を回復するため、1961年1月、毛沢東が自己批判して、劉少奇、鄧小平らによる「調整政策」が実施される。農村医療制度についても1962年8月衛生部「農村下層部衛生組織を調整する問題に関する意見(草案)」が出され、従来の連合診療所が再び許可された⁶⁷。生産大隊衛生室が削減され、人民公社衛生院が連合診療所に転換されるなどした。連合診療所は再び農村地域の主な医療機関として存在することになった。

推定によれば、1964年には、全国の生産大隊が集団と農民個人の共同拋出という「相互共済」の形で、(旧)農村合作医療制度を実施した比率は、30%まで低下した⁶⁸。「政社合一」である人民公社にふさわしい集団医療制度は60年代前半には確立できなかった。

これは、(旧)農村合作医療制度の確立を阻む要因の存在を示唆する。すなわち、農民の

⁶⁵前掲、中央文献研究室(1996)。

⁶⁶周寿棋(2002)「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『国際医薬衛生導報』第6期 p. 18。

⁶⁷徐杰(2000)「論農村衛生服務的組織結構」『中国衛生經濟』第10期 p. 20。

⁶⁸曹普(2006)「1949-1989:中国農村合作医療制度的演變与評析」『中共雲南省委党校学报』第5期 p. 44。

貧しさである。合作医療を行うためには、それだけ多くの「公益金」を生産大隊が負担するか、農民の拠出を仰がねばならない。1962年の衛生部「農村下層部衛生組織を調整する問題に関する意見(草案)」も生産大隊の負担軽減を「調整」の理由に挙げている⁶⁹。後述するように、合作医療に対する「公益金」負担を上述した一人あたり6元程度の「公益金」から拠出するのは難しかった。

「公益金」は一般的には集団の社会保障と福祉事業の資金とされたが、さしあたり公社衛生院の運営費を賄わなければならないほか、家族が多く働き手が少ないため、収入が少ない、いわゆる「欠糧戸」の扶助や公傷や労災死への恤救金ともされている⁷⁰。また高級合作社の規定のモデルである「高級農業生産合作社示範章程」(1956)では「公益金」は「2%を超えない」とされていたが、それが「農村人民公社条例(修正草案)」(1962)では「2-3%」と膨らんでおり、「公積金」は経済的に困窮する場合には積まないでよいとされていたが、「公益金」にはそういう例外規定はない。「欠糧戸」や「公傷・労災死」への保障が放棄されるような事態を避けることは優先すべきだということだろうが、そうであれば(旧)農村合作医療制度を新設するためには「公益金」を積み増すか、翟店公社太陽村のように主に農民納付に頼り、「公益金」支出は最小限にとどめる必要がある。

しかし、人民公社下の農民のうち、かなりの部分が窮乏していて、「公益金」を積みます余裕も、(旧)農村合作医療制度の出資金を拠出する能力もないように見える。1962年の50%弱という合作医療組織率も毛沢東の指示があったため、末端幹部が無理をしてでも達成した数字と推測できる。

なお、大隊衛生室や公社衛生院の解体措置を「大躍進」後の経済的混乱に対する一時的対策と見るのは適切ではないだろう。「調整政策」は後の「改革開放」後に打ち出される農業生産の「各戸請負制」まで進んでおり、それは早晩、農業集団化そのものの解体に向かっていた。他方、毛沢東は副業や自留地の経済活動で豊かになる農民を見て「単幹風」(農民が個人経営の流行)と批判しており、「四清運動」を巡って「調整政策」を進めるいわゆる実権派との間で鋭い政治的対立が文化大革命の3年以上も前に先鋭化していた⁷¹。すなわち、「調整政策」を主導した劉少奇や鄧小平は農業集団化を続ける限り、中国農業の発展はないと見

⁶⁹中華人民共和国衛生部「關於調整農村基層衛生組織問題的意見(草案)」1962年8月1日。

⁷⁰中共中央「農村人民公社工作条例(修正草案)」(1962)では「公益金」の使途が明示されている。

⁷¹国分成良(1980)「社会主義教育運動とそれをめぐる党内論争」『アジア研究』第27巻第3号。

切った上で、(旧)農村合作医療制度を成立させるだけの経済的根拠は現状では作れないと思われる。

そこで、「報告と意見」が示した、「一時的に農業生産を離れて医を業とする衛生人員」の育成も具体的方策が示されないまま、農村医療の問題は放置された。

さらに、薬剤の問題がある。漢方では薬剤が治療の主薬だが、薬剤費は合作医療制度の対象外だった。つまり、診療費が無料でも薬剤費の負担がある。それは、上述のように経済的に慢性の窮乏状態にあり、とくに現金収入の極めて少ない人民公社下の農民には重い負担だったと考えられる。つまり、薬代自己負担では、(旧)農村合作医療制度は農民にとってかなり使い勝手の悪い制度だった。それは間接的な「公益金」の負担と負担金払い込みに値する制度であったか、疑問と言わざるをえない。1962年の「調整政策」はこうした合作医療制度の限界をも考慮したものと思われる。

実際には圧倒的な医療人材不足の中で、たまたま存在した漢方医を利用しようとした(旧)農村合作医療制度だったが、少なくとも1960年代前半、最高時には50%近い組織率に至りながらも、確たる戦果は見えてこない。やはり、現金収入が極めて貴重だった時代であって、薬代はせつかくの合作医療の使い勝手を大きく損ねていたと思われる。

小括

こうして人民公社の成立と共に、それに相応しい医療の協同組合として農村合作医療制度の導入が図られるが、それはすべて農民の経済的負担によるものであり、人民公社下にある貧困で現金収入の極めて少ない農民には負担が過大だったと考えられる。

さらに、医療を担当するのが漢方医であることから、医療には漢方薬の使用が欠かせなかったが、農村合作医療制度は薬代の自己負担を求めるものだった。この点で合作医療が診察料を無料あるいは極めて低額に抑えたとしても、その効用は限界があり、この面でも普及しても大きな限界のある制度だったということになる。

それでも合作医療制度は、毛沢東の「衛生工作に関する指示」(1960)で末端幹部を直接激励する形での政治運動により、1962年までは普及が続き、全国生産大隊の46%にまで達するが、これは生産大隊幹部の毛沢東への忠誠競争が引き起こした一種の「冒進」だった。1962年に農村下層部医療に関する「調整政策」が出され、公社衛生院も大隊衛生室も放棄してよいとされると、組織率は30%に低下する。すなわち、30%程度の生産大隊は無理をしないで郷鎮衛生院や大隊衛生室を維持できる経済力があつたのだが、それ以外の70%はそ

うした経済的基盤がなかったと推定できる。

こうして、多くの農民の経済力から見て維持が困難と思われ、また農民にとっても使い勝手が良いとは言えない農村合作医療制度が 1962 を頂点に「政治運動」として展開されたが、それを維持することはやはり困難であり、農村合作医療は 1960 年代前半、後退を強いられた。

第 4 節 1960 年代後半の政治運動下での農村医療の展開

農業の生産性の低さ、農民の経済力不足が漢方医でさえ十分に利用できないという医療の状況を生み出していた。外部からの所得移転が期待できない以上、農村医療の改善は大きな障害にぶつかっていた。だが、問題は意外な方向から展開する。毛沢東の号令によって、農村医療は再度、大衆政治動員の舞台となった。

1. 「六・二六指示」

大躍進政策の失敗を問われ 1959 年に国家主席を追われていた毛沢東は、1960 年の「衛生工作に関する指示」では以前ほど圧倒的な大衆動員ができず、その権威低下は明らかだった。しかし、1962 年には末端幹部の不正を追及する「四清運動」を発動し、さらに腹心の林彪による「毛沢東語録」の刊行など、復権を進めていた。その動きのひとつが農村の医療に関する「六・二六指示」であり、文化大革命の序章でもある。

1965 年 6 月 26 日、毛沢東は、医療に従事者と会談し、「衛生部に伝えてください、衛生部の業務は全国人口の 15% に対して仕事をしている。そのうえ、この 15% の中に、主に旦那さまのために奉仕している。農民大衆は医療を得ず、病院がなく、薬剤もない。衛生部は人民の衛生部じゃなくて、都市衛生部あるいは旦那さま衛生部あるいは都市旦那さま衛生部になっているではないか」と厳しく衛生部を批判し、「医療衛生業務を農村部に重点を置こう」と指示した⁷²。

毛沢東は当時の中国の国家制度の弱点を巧妙に突いて、現政権を批判した。それは、国民の 80% を占める農民は医療から事実上、締め出されているという国家の理念に反した実態を明示し、かつて毛沢東自身が提起した合作医療制度や農村下層部医療制度すら疎かに

⁷²張自寛(2006)「“六・二六指示” 相關歴史情況的回顧与評価」『中国農村衛生事業管理』第 26 卷第 9 期 p. 9。

されているという状況を告発した。文化大革命につながるいわゆる実権派への強い批判を秘めていた⁷³。

「六・二六指示」の特徴の一つは農村が必要としているのは、そこで求める「医者」像である。高度な技術を持つ医者ではなく、小学校を出て3年間程度の研修を受けた低レベルの「医者」であり、養成が容易なので大量に育成し、奇病や難病ではなく、ごく一般的にある病気に対処することだと言い切っている。そして「農民」を忘れない、あるいは「自らも農民である医者」を求めていた。

これに呼応して、衛生部は同年9月3日「衛生工作の重点を農村に転向することに関する報告」を提出した。この報告は、①医療、防疫、教育、科学研究機構が人員と設備をセットにし、都市から農村を援助し、都市の一単位が一つの県あるいはいくつかの県の責任を持って行う、②巡回医療隊、あるいはほかの形の臨時医療機構を組織して農村、特に山地と辺鄙な地域に行くべきであり、力を入れて農村医薬衛生技術者を育成すべきである、③生産大隊と生産隊に対して、農業を離れない医療技術者を優良なレベルに育成すべきである、④都市医薬衛生技術者と医療管理者の三分の一は常に農村に在勤し、農村衛生業務を強固にすると提言している⁷⁴。

この指示は、「六・二六指示」で指摘されていた都市に集中する西洋医学の資源を農村に移転しようというものである。さらに、④に見られるように都市の近代技術者を農村に「下方」すると文化大革命期にしばしば行われた都市・農村間の人材の強制移転の先駆けであった。これによって初めて農民が西欧近代医学に接する機会が与えられた。

都市の医療資源を農村医療に動員するという発想はこの時期の毛沢東の独創ではない。既に1965年1月19日、衛生部は「都市が巡回医療隊を組織して農村に派遣し社会主義教育運動に協力して疾病の予防・治療を行うことに関する報告」で今後、制度として都市部

⁷³農村部の医療制度構築については新民主主義期から、明確な方案があった。これは毛沢東も関与した「关于健全与發展全国基層衛生組織的決定」(1950年)に基づき、「关于組織連合医療機構実施弁法」(1951年)で具体的に示されたものである。その中では、県病院、郷衛生院、村衛生所(室)という三級のモデルが示され、県レベルから整備することと、これに合わせた人材養成も行われていた(鄧鉄涛・程之範主編(2000)『中国医学通史(近代卷)』人民衛生出版社)。留意すべきなのはいわゆる実権派による農村下層部医療制度の「調整政策」は公社衛生院や大隊衛生室の建設・維持の放棄を許しており、農村医療整備の規定の方針が覆されてしまったことである。したがって医療関係者や衛生部の問題というより、「調整政策」での衝突(前述の「四清運動」を巡る対立の先鋭化)を承けて、実権派に狙いを定めた批判である。

⁷⁴中央文献研究室(1998)「中共中央批轉衛生部党委<关于把衛生工作重点放到農村的報告>」『建国以来重要文献選編(第20冊)』中央文献出版社 p. 529。

の医療人員が農村部医療事業に巡回医療の形で支援、特に治療と同時に、農村基層医療人員を育成すべきであり、必ず農村下層部の人民公社および生産大隊に派遣するよう中共中央に報告しており、毛沢東の承認を経て中共中央部が全国に発布していた⁷⁵。

さらに、1965年4月に衛生部・医学教育部門は「農業を行う衛生員、助産婦の訓練の強化と継続に関する意見(关于継続加強農村不脱產生産的衛生員、接生員訓練工作的意見)」を出して、全国41の高等医薬学校に農村医療人材養成の強化を指示していた⁷⁶。なお、ここでも「農業を行う」とされ、事実上の「半農半医」が想定されているが、この点は後に述べる。しかし、こうした衛生部の「指示」だけでは、医療資源の不足で都市の業務だけでも多忙を極める都市医療機関を大動員することはできず、農村下層部医療を担う人材の養成は進まなかった。都市医療資源を大量動員するためには毛沢東の強い叱責が必要だった。

なお「半農半医」という表現であるが、これは「大躍進」期に提唱された、新しい教育方式として1958年、「大躍進」の最中、人民公社と同時に毛沢東によって提唱された「教育大革命」を実現するものとされた。毛沢東は「人民公社が社会の理想を実現するための最良形態」と同時に「教育と生産労働との結合こそがその理想を実現するための教育の唯一の道であるとも考えた」⁷⁷。毛沢東はいわゆる「座学」を軽視しており、都市出身の「師範」は農村生活を理解しておらず、農民に役立つような教育は「師範」による「座学」では獲得できないと考えていた⁷⁸。そうした、毛沢東の信念に基づいて「半農半読」は「半農半医」を生み出したのである。「半農半医」とは「農民が農作業を行いながら衛生学校に通う」といった文字通りの、農と学の両立であり、こうした形の農村医療の担い手養成は量的には限られていたようだが、毛沢東の「六・二六指示」以前から行われていた⁷⁹。

つまり、衛生部「報告」の②③はいずれも「六・二六指示」以前から取り組みがあったものである。しかし①は、毛沢東の強い怒りを承けて、都市医療機関全体を農村医療と医療人材育成に動員するというもので、④もあわせて考えると、都市・農村間の医療資源配分の変更を迫るものであった。

したがって、ここで養成される医療人材は、知識・技術は初歩的でも、農村では希少だっ

⁷⁵衛生部基層衛生与婦幼保健司主編(2001)「关于城市組織巡回医療隊下農村配合社会主义教育運動進行防病治病工作的報告」『農村衛生文件匯編(1951-2000)』p. 618。

⁷⁶前掲、三橋(2005年)p. 580。

⁷⁷袁振国(1998)「中国の重点学校政策に対する歴史的考察」『国際開発研究フォーラム』第9号 p. 196。

⁷⁸前掲、袁振国(1998)p. 192。

⁷⁹前掲、三橋(2005)p. 580。

た西洋医学の知識が見込まれた。実際には西洋医学に必要な医療機器や医薬品は農村では入手困難だったため、主に漢方で治療したが(第2章、参照)、1950年の衛生部「衛生工作方針」がいう「中西医の結合」もまたここにみられる。そして③が示すように、そうした西洋医学の知識を持ちながら、農村を離れない医療技術者の育成を目指すことが明示されている。生産隊・生産大隊のレベルという農村下層部への医療従事者の配置を明示しているだけでなく、「半農半医」として「農業を離れない」ものとされた。これは前述のように、「農民と共にある医者」像があった。

これらの毛沢東の指令の下で発令された措置はただちに実行されたようである。これは毛沢東の政治的な動員力が復活していることを示すが、農村の医療問題は確かに当時の中国の大問題である。とはいえ、都市と農村とを厳格に区別し、両者を遮断する制度は人民公社と戸籍制度(1958)によるもので、これも毛沢東の政治運動の結果だったから、毛沢東を一概に肯定することもできないが。

2. 「半農半医」の養成

「六・二六指示」が農村医療に及ぼした効果は都市の西洋医が農村でも医療行為を行うようになったことと、都市の医療機関による「半農半医」(後の「はだしの医者」)の養成である。その養成がどのように行われたかは、次章に示した元「はだしの医者」へのインタビューから確認することができる。

次章(第3節2)によれば、「半農半医」として選ばれ養成を受けた者はいずれも「貧農」出身であること、もう一つは「中卒」であることである。毛沢東は「小学校を出て3年間程度の研修」と述べているが、やはり「小学校卒」では医療の専門教育は難しかったのだろう。恐らく中学卒は教育を受けるための必要条件だった。

なお、もう一つの「貧農」出身という点はたんなる医療人材の養成ではなく、文化大革命に通じる政治運動下での人材養成だったことを示す。この出自は「農民と共にある医者」たるべき人材が決して「農民を見下す」ことなく、農民に奉仕する精神を維持させるという運動の精神が示されている。

他方、「3年」とされた研修期間は証言によれば基本2年であり、農村の拠点に都市の医療機関が人材を派遣し、「半農半医」を育成するという方式は衛生部1965年9月3日「報告」にあるとおりで、遼寧省新民県の場合は当初は「大連医療隊」が派遣されていたとされている(第2章第3節3.1)。

半農半医だったB氏の証言によれば、1965年の10月2年間人民公社内で医療訓練を受けたとのことで9月の指示は即座に実施されたことがわかる。こうして中国の農村は村の単位で低レベルながらも西洋医学の知識も持つ医療従事者を持てるようになった。2年間という短い期間ながら、「半農半医」は「漢方・内科・外科・産婦人科・小児科・防疫・保健学など全科に渡る」教育を受けていた(第2章第3節3.1)。

他方で「六・二六指示」は医療関係者を驚愕させた。実際には事実と違う指摘もあり⁸⁰、確かに1958年以後は一部都市医療機関が「半農半読」方式で末端医療従事者の養成に参加していた。とはいえ、医療関係者は痛いところを突かれた。都市では労働者と公務員の医療制度が整備されるとともに、西洋医の養成も進み、医療状況は改善されつつあった。他方、農村には近代的な医療は全く及んでいなかった。

都市の医療従事者も、1958年以後、診療報酬が繰り返し引き下げられるなど病院の経営状態が良くなかったため⁸¹、けっして恵まれた境遇にあるとはいえ、また都市でさえ医療スタッフは不足していた。

なお、「六・二六指示」は文化大革命に伴う農村医療革命運動の端緒と考えられる。この指導方針は、農民医療保健衛生業務を重要な政治任務として行え、という動員の指示である。またこれは当時、限りある医療資源をどのように分配するかという方向を明確にした。

「六・二六指示」で初歩的とはいえ西洋医学の専門知識を持った医療人材(半農半医)が農村に配置されるようになった。しかし、これだけでは農村医療を大きく動かすことはできなかった。せつかく「六・二六指示」直後に2年間の医学教育を受けた「半農半医」は、次章で詳しく述べるように、その後、生産大隊に「大隊衛生室」を一人で作り、幹部並みの「工分」で働いたとされるが、後の「はだしの医者」のような活躍はすぐにはできなかった。

というより、そもそも1962年の農村基層医療の「調整」で大隊衛生室や公社衛生院の放棄を許容したのは、生産隊、生産大隊にそうした施設を賄えるだけの「公益金」調達力がないうという事実認識があったからである。しかしこんどは、毛沢東の指示で「大隊衛生室」を作らざるを得なかったという点で生産大隊を管理する幹部は困難を抱えたこともあったであろう。

⁸⁰張自寛(2006)「“六・二六指示” 相関歴史情况的回顧与評価」『中国農村衛生事業管理』第26巻第9期 p.9-10。

⁸¹中国國務院「國務院批轉衛生部關於解決醫院賠本問題的報告的通知」1981年2月27日。

ここで本当に「大隊衛生室」が機能できる状態にあったか否かすら怪しくなる。というのは、1960年代初、公社衛生院と大隊衛生室は農村合作医療制度を基礎にして成立していた。つまり、「公益金」プラス、農民の出資で成立していた。しかし、「六・二六指示」以後の展開では、「衛生室」設置が合作医療制度と連動していない。もし、合作医療など公社や大隊とは別勘定の組織なしで、あるいは農民の追加負担なしで「衛生室」が運営可能なほど経費が安いのであれば、わざわざ「調整」する意義もなかった。逆に合作医療制度という財政基盤なしの「衛生室」は「半農半医」が居るにしても、それを満足に運営する予算もなかったのではないかと考えられる。

都市の医療資源を無理矢理に動員して育て、貴重な「工分」を幹部並みに貰っていた「半農半医」が活躍できなかったのは、恐らく薬剤費の問題からだろう。西洋医学の知識を持つ「半農半医」も、主に漢方で診療したという証言があるが(第2章第6節3.3)、極端な薬品不足があり、手に入る漢方薬で何とか医療を成り立たせていた。しかし、漢方薬も当時の農民の現金収入から見れば、けっして安価ではなかった。既に述べたが、診療費がいくら安くても、漢方薬を買わなければならないという点が貧困でかつ現金収入の極端に少ない農民にはボトルネックとなり、「半農半医」の利用も限られたものになったと考えられる。

3. 薬代の無料化

漢方中心であってもなお薬代が焦点になるということは、(旧)農村合作医療制度の1960年代末からの爆発的普及の中から読み取ることができる。

農村医療革命運動は、1966年に始まる「文化大革命」と共に進む。1968年12月5日には、毛沢東の指示の下『人民日報』の第1面のトップ記事として、「貧農・下層中農に大歓迎される合作医療制度の調査報告」(以下「調査報告」)が掲載され、湖北省長陽県楽園公社において合作医療制度を実施した方法と経過を紹介した。その内容は次の通りである：人民公社の社員一人当たりの納付金を年1元と確定し、生産隊は加入人数に対して公益金から一人当たり1角(10分の1元)を援助する。社員が診察を受ける場合、一回につき受付費として5分(100分の5元)のみ支払い、薬剤も無料である⁸²。この負担方式は先の翟店公社太陽村のものに近く、農民の直接負担に重点を置き、「公益金」支出は抑えている。

⁸²宜昌地区革命委員会・長陽県革命委員会・長陽県人民武装部調査組「深受貧下中農歡迎的合作医療制度」『人民日報』1968年12月5日。

毛沢東はこの「調査報告」に対して「合作医療はよい」という評価を与え、この制度を広めるよう指示した。「調査報告」の医療制度を模範として、農村人民公社に適する(旧)農村合作医療制度が全国統一的に、文化大革命のひとつの大衆運動として大々的に広められる。

毛沢東の指示は直接に末端党組織に伝達され、政治動員の形で(旧)農村合作医療制度が急速に推進されることになる。この合作医療制度の最も大きな利点は、薬代が無料で、貧しい農民が疾病にかかった場合、僅かな受付費を除いて負担がなく、農民への医療サービスが基本的に保障されるようになったことである。

なお、この記事の中でも明らかなように、直接医療に関する問題だけでなく毛沢東思想の顕揚が問題の一つの核心とされていた。たとえば、薬剤を無料とすることが、薬剤の無駄遣いを引き起こすのではという懸念に対しては、記事には、自分のことでなく、他人のことを配慮し、軽い病気の場合は診療や投薬を受けずに医療費を節約して、より重症の患者の医療を支えて欲しいなどという農民精神の自覚が賞賛と共に記載されている。

さらに、重要なのは工分で「はだしの医者」(この時期から「半農半医」はこう呼ばれる)が働いていることであり、小学校3年だけの基礎教育と1年の医学に関する研修で「はだしの医者」として働く事例が実名入りで掲載されている(ただしこれは例外だと思われる。医学の専門教育は小学校3年間だけの学力ではこなすことが難しい)。「はだしの医者」は農民と同じ待遇で働くが、有り難い医者だということで、ここでも毛沢東の水平主義(平等主義)が顕現している。

また、公衆衛生の重視が明確にされている点も興味深い。つまり、利己のために働く医者は病気の予防に関心を持たない。しかし、社会全体、この場合は生産隊・生産大隊という集団の立場から言えば、病気は予防できた方がよいことは明らかである。病気が減れば、治療に要する医療費も減り、また労働力の損失も減らせる。こうした、社会的立場からの公衆衛生への啓蒙も同じく思想上の問題として取り上げられており、最終的には農民が医者をして「教育」することで問題の解決が探られる。

このように、(旧)農村合作医療制度は医療というより、医療従事者と農民双方の思想教育を含み、毛沢東思想を広めることと一体不可分に進められた点が特徴である。

制度的な焦点は薬代を無料としたことである。これまでの合作医療制度ではいずれも薬代は自己負担とされており、漢方医中心の医療では、漢方薬なしでは医療は成立せず、非常に安価だったとしても負担となり、農民の医療機会を奪ってきたといえる。この合作医

療制度で薬代が無料になったことで農民は非常に廉価に治療を受けることになった。これは、受けられる医療の中身や安いとはいえ「受付費」を取っている点を除けば、公共食堂の医療版であり、「各人が欲求に応じて”医療サービスを受けられるという、医療の「共産主義」モデルでもあった。

なぜ薬代を無料にできたかということの一つの説明は「三土上馬、四自創業（三土四自と略称する）」だった。文化大革命期には、自力更生が主要なスローガンだったが「三土四自」は自力更生の医療版だった。「三土上馬」とは、「土医（はだしの医者）」、「土薬（草薬）」、「土方（民間処方）」を用いて制度を行うことである。「四自創業」は、「自種薬（自ら薬草を植える）」、「自採薬（自ら薬草を摘み取る）」、「自製薬（自ら薬を製造する）」、「自用薬（自らの薬を使う）」という方法で医療事業を行うことである。「はだしの医者」や草薬、民間処方医療は医療資源が不足する中国農村でこれら資源の代用とされて頼られてきたものである。さらに、四自創業は医療に受ける自力更生をそのまま表現したものである。

1969年12期『紅旗』雑誌は山西省武郷県焼高角大隊が実施した合作医療所及び「はだしの医者」の楊銀喜を先進的な業績として発表した。焼高角大隊は72戸があり、1969年2月合作医療制度を行った。楊銀喜は毛沢東「自力更生で革命を起こす」の指示で1970年より、楊銀喜の率先のもと、大隊社員が荒れた傾斜地でトウジン、オウバク、トチュウなど40種類薬草を植えていた。当年、全大隊は合作医療のため、20ムー（1ムーは6.667アール）、収穫した薬草は1300斤（1斤=500グラム）あまりであった。また、楊銀喜は、医療衛生をし、「自種薬（自ら薬草を植える）」、「自採薬（自ら薬草を摘み）」をやるだけでなく、「自製薬（自ら薬を製造する）」、「自用薬（自らの薬を使う）」を行い、「民間薬剤加工製薬工場」を作った。丸薬、粉薬、膏薬など50種類、抗菌消炎注射液、解熱注射液などの注射液35種類を製造した⁸³。もし、これらによって薬が自力で作られ、無料に近い医療が実現されたとすれば、奇跡といわねばならない。

とはいえ、ここには「大躍進」で問題になった農民の農外労働への動員がある。「大躍進」では最初は水路建設、次いで土法製鉄のために農民が大量動員され、農業が放棄されざるを得なかった。そこで、「農村人民公社工作条例(草案)」(1961)では農外への労働動員を総労働時間の「100分の3を超えないもの」に抑制するよう定めた。上記の楊銀喜の例は、農外労働とは言えないかも知れないが、直接、食糧生産や割り当てられている農産物の生

⁸³「自力更生的道路越走越広闊—山西武郷県焼高角大隊關於合作医療的調查報告」(1969)『紅旗』第12期 p. 48。

産から労働を引き上げ、本来と違う目的に動員している。「民間薬剤加工製薬工場」が農外収入を生むとすれば問題は変わってくるが、医薬品の「自力更生」だけにこれを行っているのならば、これは「大躍進」を思い起こさせる問題を含むように思われる。

筆者のインタビューによれば、自ら薬草を植えたりして、注射薬まで実作している「はだしの医者」もいたが(第2章第4節2)、もっとも貴重な薬は月に20本配給されるペニシリンであり、さらに薬屋にしばしば高額の薬を買いに行ったとの証言や漢方薬でさえ材料を買わざるをえなかったとの証言もある。自作の漢方薬材料を薬屋に売って薬代にしたという証言もあるが(同上)、薬草を栽培するための労力をすべて「はだしの医者」が提供している訳でもないだろう。やはり、(旧)農村合作医療制度が毛沢東の指示による政治運動として行われているので、生産大隊ではそれなりの労働力を薬草栽培に割いたということであり、別の作物の栽培を減らしているということも十分に考えられる。

ということは、ある程度の漢方薬を中心にした薬の「自力更生」は可能だとしても、そこに労働投入が必要で、かつそれが毛沢東が首唱する政治運動であるため、生産大隊の幹部はその本来の経済活動を犠牲にしてもそうした労働配分の変更を行った可能性がある。そして、どう見ても薬全体の「自力更生」は無理であり「六・二六指示」で西洋医学の知識を持つ「はだしの医者」が登場し、その十分な活躍を可能にするためには、薬剤のみならず、医療機器、医療材料などの費用を必要としたと思われる。しかし、相対的に高価で入手困難な西洋の手法が実現困難だったために、「はだしの医者」も、結局、漢方に頼ることになった。

「はだしの医者」の特徴は都市からの医療資源の移転により、農村でも低レベルながら、西洋医学の技術を持つ医療従事者が養成され、農民も西洋の医療サービスを受けられるようになったことである。そうであれば、薬を漢方薬に頼ることは西洋医学の恩恵という点では大きな損失と考えられる。

「はだしの医者」そのものは、工分だけで医療サービスを提供したとしても薬剤費などの費用は、たとえ漢方を利用して膨大になっただろう。それにもかかわらず、僅かな受付費だけでほぼ無制限の「薬代無料」の医療を農村に供給し続けられるはずはない。

なお、次のような証言がある。「合作医療所の運営は欠損とか金儲けとかとはまったく関係ないのです。合作医療所の運営資金、すなわち合作医療調達金(基金)は主に生産大隊、生産隊の公益金です。大隊にお金があれば、合作医療所は運営することができます。診療することも、薬を出すこともできます。大隊にお金がなくなれば、合作医療所は存在する

ことは可能ですが、診療しても、医療所に薬がないので、処方箋を出し、患者に自分で薬を買ってもらいます。あるいはほかの医療機関で、自費で診察を受けてもらうことになり
ます。」

ここに示されているのは、薬代がやはり最大の支出項目だったということである。なお、注目すべきは、ここでの問題が文化大革命の下で毛沢東への忠誠を問う形で進められていたことである。そのため、末端幹部にとって農村合作医療制度を何とか作り、維持する必要があった。しかし、薬代無料を実現できるような余裕のある生産大隊ばかりではない。そして、長陽県楽園公社のモデル・ケースも直接の農民負担を拡大する形で財政を支えており、「公益金」支出は限定的である。このモデル提示は生産大隊幹部が農民に「毛沢東の指示」があるという決定的な力を与え、農村合作医療制度への加入・拠金を強要するのに役立っただろう。

「文化大革命」中の異様な雰囲気の中で、農村合作医療制度は少なくとも形の上では大多数の生産大隊に作られた。しかし、それは農民の一人1元という僅かな、しかし極端に現金収入の少ない農民にはかなり重い負担によって成立した。形式的には農村合作医療制度は加入自由の協同組合であり、農民の拠出額は1元でなければならないわけではない。これは生産大隊それぞれの経済事情で決められればよい。なぜなら、「大隊にお金⁸⁴がなくなれば……医療所に薬がないので、処方箋を出」すだけとなる。どの時点で「お金がなくなる」のかは集まった基金次第だが、一定の保障を果たす義務もない。

(旧)農村合作医療制度は普及したのは文化大革命時期の1960年代末からであり、毛沢東を頂点とした政治運動の熱狂の中で実現された。1970年代後半には農村人口の85%がカバーされたとはいえ⁸⁵、それは通常、社会保障制度が持つ一定の給付の保障という内容を持たず、不足の経済の中で基金(主に農民拠出金)と「自力更生」「三土四自」で自製した薬が切れると保障の主要部分もなくなるという制度設計を欠いた“制度”であった。これに拠出した農民は、「保険」に入って病気に対する医療費リスクをある程度は軽減できるとしても、恐らく医療費の最大部分である「薬代」については、不確実な保障しか受けられない。

(旧)農村合作医療制度は制度を成り立たせる財政的なモデルも拠金の根拠も持っていない。富裕な生産大隊では県病院での治療まで給付があった(旧)農村合作医療制度もあつ

⁸⁴インタビューでは「公益金」と表現されているが、その中心は農民の拠出金である。

⁸⁵World Bank(1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington D.C.: World Bank, p.111.

たというが⁸⁶、農村にはたいてい存在した公社衛生院での治療についてすら明確な関連づけはなかった。要するに(旧)農村合作医療制度という公的(協同組式的)医療保障制度があるように見えるが、「はだしの医者」と薬代無料だけが共通項であり、しかも薬代無料はいつでも撤回されうる不確かな給付だった。

これは的ある意味では「大躍進」や「大寨に学ぶ」などのような「虚報」や虚偽⁸⁷に通じる、美談としての「農民に奉仕するはだしの医者」の物語であり、虚構を含む点に注意しなければならない。その背景には毛沢東思想への忠誠を疑われないよう、農村合作医療制度の維持に努め、漢方薬の栽培に配慮したりする末端幹部があった。実際に「薬代無料」の財源がどのように負担されたか、またどの程度維持できたかは、生産大隊の経済状況等によって、様々な場合がありえただろう。言えることは、ほとんど無料(僅かな受付料さえ取らなかったという証言もある。第2章第6節3.1)なので、医療への需要は非常に大きくなったと考えられること、そしてそうなればいくら漢方薬が安くとも、遠からず大隊の基金は底を尽き、無料の薬は出せなくなることである。こうして、早い者勝ちで無料の薬を奪い合うことは、本当に薬を必要とする病人から薬を奪うことにもなりかねない。医療資源の浪費と資源配分の大きな歪みがある。

⁸⁶FengXueShan et al.(1995)

⁸⁷大寨は山西省の貧しい山村だが、合作社の時代から人民公社期にかけて自然改造に取り組み見事な柵田や灌漑施設などを「自力更生」で作あげた。この点に由来して、成功した人民公社の模範例とされ、毛沢東が首唱した「大寨に学ぶ」という運動は1964年から1978年まで、つまり毛沢東の死後も続いた。ただし、「大寨」については、後日、かなりの誇張と虚偽を含んでいたことが判明する。大寨の指導者、陳永貴の誇大な報告という意味での「虚報」や、さらに「自力更生」といいつつ実際には多大な外部からの支援を受けていた。さらに、「大寨に学ぶ」運動から生まれた全国の「大寨県」では様々な誇大報告がなされていたことも分かっている(小林[1997]pp. 542-544)。既に述べたように、人民公社に至る生産の合作化による農業集団化には致命的な欠陥があったが、毛沢東はそれを認めようとはせず、人民公社は中国農民を貧困から救い出す農村共産主義の「ユートピア」であるとの主張を曲げなかった。そのために、必要とされたのが人民公社の「成功例」であるが、実際、人民公社は成功していないのであり、「成功例」は創作されたもので、必ず誇張や虚偽が含まれている。さらに、毛沢東の時代はほぼ一貫して、大衆扇動型の政治運動が行われており、毛沢東への忠誠を示すために、末端幹部は大寨の陳永貴のような「誇大報告」を行う誘惑が常に存在したということである(築場保行[2014]「人民公社の解体、生産責任制の必然性と腐敗の萌芽」『政経研究』第51巻第2号)。「大躍進」運動の過程で末端幹部の虚報があったことは広く認知されているが、末端幹部の「虚報」は毛沢東時代を通じて発生しうる問題であり、さらに政治宣伝では誇張や虚偽が当然ありうるという点は理解しておくべきであろう。

小括

こうして「はだしの医者」養成と(旧)農村合作医療制度の形成を見てきたが、いずれも毛沢東の政治運動として行われたという点が鍵になる。一方には人民公社における農民の一般的貧困状態があり、他方ではそうした農民さえ政治動員し、農村合作医療制度という運動に巻き込んだうえ、「薬代無料」という制度への(直接拠金であれ、「公益金」を通じた間接的なものであれ)財源を負担させた。しかし、それでできた「薬代無料」の医療制度は保障が不確定であり、参加者の利益が明確でないため不安定性を抱えていた。この点から浮かび上がる(旧)農村合作医療制度の最大の特徴は(公的)医療保障制度とはどうてい呼べないほど、脆弱で内容が定かでない医療給付制度だったことである。

第5節 (旧)農村合作医療制度の特性

次に(旧)農村合作医療制度の特性を考察する。

1. 大衆政治運動としての(旧)農村合作医療制度

まず、(旧)農村合作医療制度はたんなる制度ではない。その発展は文化大革命という環境の中での大衆政治運動で動員されたエネルギーに依拠するものである。

葉敏(2013)によれば、政治運動とは民衆を動員する強大なエネルギーであり、国家はそのエネルギーを利用することにより社会的変化を作るのである。この政治運動の特徴は、①最高指導者(毛沢東)を動員の主体とする、②幹部と大衆を動員の対象とする、③全国を動員の範囲とする、④イデオロギーの強制を主とする推進方式で行うことにある⁸⁸。

ここで重要なのは毛沢東が建国前後を通じて、大衆動員型の政治運動に長けていたことである。長征は言うに及ばず、建国前も危機の時には大衆を鼓舞し、その力を適切な時に結集して危機を克服してきた。建国後も、長い抗日戦と内線で疲弊した中国が朝鮮戦争に参戦した時は「抗美援朝」運動で国をまとめ上げ、国連軍を38度戦まで押し戻した後には「アメリカに勝った」指導者としてほとんど神格化されるまでになった。「大躍進」では失敗したものの、その後も「神」的な動員力を誇った。

大衆運動は目標を設定し、運動組織を設立し、運動の運営構造を構築し、積極分子の動

⁸⁸葉敏(2013)「從政治運動到運動式治理-改革前后的動員政治及其理論解讀」『華中科技大学学報』第27卷第2期 p. 76。

員に始まり一般的な幹部、大衆を最終的に大量動員する。大衆運動は幹部・大衆を一体化して動員し、中央権力機構の核心が開始を告げ、各管理級を上から下まで貫いて社会のあらゆる階層の人々を全て動員し、最終的に徹底して社会を貫き通して動員の効果を実現してゆく⁸⁹。

毛沢東の大衆動員の特長は、末端の党員を「積極分子」として最初に決起させ、運動の先頭に立てる点にある。すなわち、共産党の指揮・命令系統とは関係なく、まず末端党員の行動があり、それを後から党組織が是認して正当性を与えるという形である。「六・二六指示」での医療関係者の動員や(旧)農村合作医療制度も同じである。そして、後者の背景となった文化大革命もまた党内の実権派を打倒するという大衆への呼びかけから始まった。

(旧)農村合作医療制度は大衆動員型の政治運動として実現された。後述する調査地域の(旧)農村合作医療制度には、衛生業務の指導原則の一つとして「大衆運動と衛生工作を結合する」というものがあり⁹⁰、最高指導者の政治動員が合作医療を大々的に促進した。毛沢東の1965年の「医療衛生業務を農村部に重点を置こう」という「六・二六指示」、および1968年の「合作医療好」(合作医療がよい)という指示は、合作医療制度は最高の大衆動員型政治運動だった。

筆者は、毛沢東の指示の下、(旧)農村合作医療制度を実現するため各級幹部、農民が全国の農村の隅々まで動員されたと考える。毛沢東の指示で周辺の誰かが動き出せば、それに従わないという選択肢はない。否応なく、幹部も医療関係者もそれに‘自発的’に参加しなければならない。さらに、面倒なことに、毛沢東思想をしっかりと学んで自発的に実践しなければならない。

最高指導者が政治運動を通じて政治動員を行うことでこの制度は文化大革命運動期に急速に形成され、発展した。つまり、疾病予防を主にして農民全体を網羅する相互共済の形で医薬不足の問題を解決するという目標を設定し、各級合作医療管理委員会を設けて人民公社衛生院・衛生室管理・運営制度を作り、「はだしの医者」などの積極分子及び幹部、農民を一体化して動員し、(旧)農村合作医療制度に参加させて、農村医療衛生革命を実現したのである。

1975年末、全国農村にいた「はだしの医者」の数は150万人に達した。都市部に勤める医者と解放軍医務人員が農村で巡回診療した回数は110万あまりで、10万人以上の都市部

⁸⁹同前掲。

⁹⁰鐘雪生(2008)『中国農村伝統合作医療制度研究』(博士論文)中共中央党校 p. 24。

に勤めた医者が農村に下放された⁹¹。1976年6月15-23日、上海川沙県江鎮公社に全国「はだしの医者」工作会議を開催、会議後7月21日衛生部は中共中央、国務院に報告し、合作医療制度が実施されている地域は強固にして、まだ実施されていない農村や国境地域、少数民族地域、山岳地域、旧時の革命根拠地、牧場地域、漁業地域などにおいて、計画的に地域の状況に適した合作医療を行うべきであると打ち出したが⁹²、同年9月には毛沢東が死去し、文化大革命も終了する。1976年には全国農民の90%が農村医療合作制度に加入していた⁹³。1977年末では全国平均で農村人口約500人あたり1人「はだしの医者」が配属され、基本的に生産大隊あたり1-3人「はだしの医者」がいたことになる⁹⁴。こうして、農村も僅かながら西洋医学の恩恵に浴するようになり、技術レベルが低いとはいえ、末端医療を担う大量の医療人材を得た。さらに、一種の政治運動として「薬代無料」化が進められたため、合作医療制度は異様な盛り上りの時期を迎えた。

2. (旧)農村合作医療制度の特質

こうした政治動員が1968年末以後の(旧)農村合作医療制度を特徴づける。

まず第1は、「はだしの医者」は農民(幹部)と同じ「工分」しか受け取らず、「農を離れない」医者、つまり医療技術の専門家というより農民だった。「はだしの医者」は農民と共にあり、農民と「平等」でありたいという毛沢東思想で武装していたから、高い報酬を求めようとはしなかった。経済的利益よりも、政治的価値が重視されたのは大きな運動の中にあっただからである。こうして、「はだしの医者」は安価な医者として合作医療制度を展開する基礎になった。

第2は、薬剤費の問題である。医者の報酬は医者の気持ち次第だが、既に指摘したように薬剤は製造費用がかかるので、それを費用より安く提供するためには何らかの補助金が必要である。それが、例示されている通り、個人負担年1元と公益金一人あたり1角で永続的に実現できた訳ではなかった。薬代無料は基金が尽きるところまでで、あとは以前と同じく、薬屋から薬を買わねばならない。薬代の保障は不安定で、この保険の加入者(農民)

⁹¹衛生部基層衛生与婦幼保健司編(2001)「衛生部關於全国赤脚医生工作會議的報告」『農村衛生文件匯編(1951-2000)』p.420。

⁹²夏杏珍(2003)「農村合作医療制度的歴史考察」『当代中国史研究』第5期p.112。

⁹³林閻綱(2002)「中国農村合作医療制度的公共政策分析」『江海学刊』第3期p.92。

⁹⁴曹普(2006)「1949-1989:中国農村合作医療制度的演變与評析」『中共雲南省委党校学報』第7卷第5期p.43。

は保険に加入しても、なお薬代のリスクから逃れられない。「三土四自」や「薬の節約」という話も出てくるが、次章で見ると通り、薬の「自力更生」には限界があり、「薬の節約」を道徳的に説いても、病気になれば医者に行くし、薬は使う。そう簡単に節約できるとは思えない。したがって、「薬剤無料」の共産主義社会のユートピアは期限付きであり、基金が尽きると看板は降ろすしかない。どこまで「策剤無料」が意味を持ったかは不明であるが、生産大隊が様々な経済条件にあったことを考えると、すぐ薬が品切れになる生産大隊と相当期間は「薬剤無料」が維持できた生産大隊があると思われ、一定ではないと推察できる。

こうして実現された(旧)農村合作医療制度は一方では高い評価を受けている。中国嬰兒死亡率は建国前(1949年前)の200‰から1981年の34.7‰に低下した。平均寿命は建国前の35歳から1981年には67.9歳に達した⁹⁵。これは当該時期、世界で一人当たりの寿命上昇率が一番速い例のひとつであった。それは中国全人口の80%を占める農民の健康改善によるものと考えられる⁹⁶。こうした点は高く評価されてよい。

とはいえ、これは薬代無料とどこまで関連するかは定かではない。もともと、中国の農村医療は公衆衛生や衛生知識の普及・啓蒙、様々な疾病予防などが主眼であり、診療や治療は必ずしも主要な目標ではなかった。「はだしの医者」も本来、最も期待される任務はこうした保健衛生にあったと考えてよく、そうした役割を果たすためには3年程度とされる修学期間は適切とも言える。

実際に成果とされる乳幼児死亡率減少も、後述するように衛生知識の普及・啓蒙による部分が多い。公衆衛生の初期段階は正しい知識の普及・啓蒙だけでも相当な成果が挙げられる場合がある。この面では「はだしの医者」が政治運動だったことはプラスに作用している。前述の「愛国衛生運動」のような、大衆動員型の衛生啓蒙運動が、「はだしの医者」を通じて、中国全人口の80%を占める農民を生産大隊という生活レベルで動かしたのである。動員される農民は大変だっただろうが、その学習効果ははっきり現れている。逆説的な言い方になるが、「薬代無料」の農村合作医療制度は「看板」に過ぎず、実態はこうした公衆衛生の啓蒙運動だったということもでき、それを支えたのは毛沢東の政治動員の力と農民の財政負担でなり立つ生産大隊衛生室、そしてそこにいる「はだしの医者」だったともいえる。

他方、医療制度として(旧)農村合作医療制度を考察すると、その問題点が明らかになる。

第一は、この制度は社会保障制度としての意味を持っているかどうかさえ、疑わざるを

⁹⁵中華人民共和国衛生部(2012)『中国衛生統計年鑑』中国協和医科大学出版社。

⁹⁶陳佳貴(2001)『中国社会保障發展報告(1997-2001)』社会科学文献出版社 p. 275。

えないこと。医療協同組合であり、医療保険であれば加入者に対する一定の内容保障が必要になる。この制度では全体として保障されるものが定かではない。低廉な「受付料」だけの診療は保障されている。農民にとってはよりカネがかかる薬代の方が重要だったと思われるが、「薬剤無料」という保障は財源が続く限りでのことで、保険原理が無効になっている。

そもそも、(旧)農村合作医療制度が保険原理によって運営されたかさえ怪しい。生産大隊(人口千人～数千人)という過小な単位で、とくに保険を管理する技能のない基層の指導者に運営を委ねた基金が効率的に運営されるとは考えがたく、結局は「はだしの医者」とその基地である「合作医療所(大隊衛生室)」の活動資金に充てられたと考えられる。そして、共産主義の“欲求に従って”制限なしに薬剤を供給するというユートピアの原理が社会保障機能を損ねていた。しかも、どこまでを給付範囲とするのかさえ、明確なルールがなく、社会保障制度としては重大な問題があり、あるいは社会保障制度とは呼ぶべきではない特徴があった。

第二は、「はだしの医者」の医療サービス(診療や治療)である。「はだしの医者」は西洋医学の知識があるとはいえ、基本「3年」という短期間の教育しか受けていない。実際はもっと短い養成期間の者も多い。しかも小学校卒程度の基礎教育しかない場合もある。また、出身や思想性で選抜されているため、適切な人材でない場合もある。こうして、同じ「はだしの医者」でも、その知識や技量様々となり、とくに狭義の医療活動(診療・治療)では限界がある。とはいえ、よく見られる疾病については経験による技量獲得も含めてある程度の対処は可能であろう。したがって、いわゆる「プライマリー・ケア」についてのある程度の能力は平均的に認められる(詳しくは次章)。既に述べたように、3年程度の教育でも公衆衛生や母子衛生ではある程度の成果が期待できるほか、ある程度の「プライマリー・ケア」の能力も持ちうる。だが、本格的な医療はまず無理であるし、短期間の教育では医療の高度化の中で能力を伸ばす余地も小さい。こうした「はだしの医者」の技量不足は「改革開放」後に問題となった。

もっとも、短期間の教育も、継続的な教育・研修で適時補充すればレベルアップは可能である。しかし、この点についても、毛沢東の政治運動として「はだしの医者」が都市医療機関を動員する形で一気に大量育成された点が影響する。

衛生部の農村医療政策の中で農村の末端医療を担う人材の育成は進められつつあった。上述のように、1965年4月の衛生部・医学教育部門の「農業を行う衛生員、助産婦の訓練の

強化と継続に関する意見(関于継続加強農村不脱産生産的衛生員、接生員訓練工作的意見)」では、「はだしの医者」のような「半農半医」の養成を全国の高等医薬教育機関に指示していた。ただし、対象は41校のみ。育成できる人数は中国人口の80%を占める農村人口から見れば微々たるものだった。

これに対して、毛沢東の「六・二六指示」は都市の医療機関全体に対する指令であり、そこで生み出された「はだしの医者」は桁違いに多い。しかし、この育成には限界があることも確かである。つまり、都市医療機関も遊んでいる医療資源を持っている訳ではないので、何かに使われている資源の一部を農村医療人材育成に転用したのである。こうした動員は長くは続けられないはずである。

毛沢東の都市医療機関動員で最大時150万人とされる「はだしの医者」が急造された。これによって、今までは医療機関がなかった多くの生産大隊(行政村)に衛生室が作られ、「はだしの医者」が配置された。しかし、上述のように、衛生室という看板はあっても、恐らく生産大隊は「はだしの医者」の医療活動の経費までは負担できなかつただろう。だから、「はだしの医者」の活躍は農村合作医療制度の確立を待たねばならない。そして、こうした無計画な「はだしの医者」の急造は、大量の人材をどのようにレベルアップしていくかをまったく考慮せずに行われた。次章で見るように、「はだしの医者」はある程度は研修等を受けているが、決定的にレベルアップできるような機会は与えられていない。

「はだしの医者」は農村末端医療ニーズにまず質は問わず、量的対応するものだったが、その「急造」が将来のレベルアップを見込んだものではなく、かつレベルアップが効果的・経済的とも考えられないような存在だったため、低レベル医療の固定化につながり、質の向上という難問を残すことになったといえる。こうして文革期、政治的には英雄扱いだった「はだしの医者」は、後述するように、改革開放以後は一転して、厄介者扱いされることになる。

一方では、大衆運動が盛んな時期には農民仲間でもある「はだしの医者」や無料の薬を有り難いものと感謝した農民も、運動の熱が冷めれば本物の医者診療を望むようになった⁹⁷。次章で見るように、「はだしの医者」は大衆運動を背景にした、農民の歓喜が続く間だけ英雄でもあり得ただけであった。

(旧)農村合作医療制度は世界銀行(IBRD)や世界保健機関(WHO)が途上国の医療衛生制度

⁹⁷FengXueShan et al.(1995) *Cooperative medical schemes in contemporary rural China*, Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 8,p.1113.

として非常に高く評価している⁹⁸。確かに、農村に初歩的ではあるが西洋医学の専門知識を持つ利用人材を大量に養成することに成功したという点では画期的である。ただし、その養成は毛沢東への政治的忠誠を問う形で都市の医療機関から無理矢理医療資源を農村に振り向けさせたものであり、長期的に持続可能な方法ではない。さらに、農村では医療機材や医薬品不足から、せつかく西洋医学を学んだ「はだしの医者」も結局、漢方を頼らざるをえなかった。さらに、漢方でさえ、「薬代無料」は制度の維持を困難にした。「農民のために奉仕するはだしの医者」の美談には裏があると考えるべきである。もし、この点を見ないとしても、「薬代無料」は医療資源の枯渇を運命づけ、医療資源の無駄と不平等な配分に直結する。社会保障制度としては致命的な欠陥を持つ。

なお、もう一つ(旧)農村合作医療制度は「大隊衛生室」と「はだしの医者」とのみ結びついた医療保険だという点に特徴がある。中国の農村医療は「三級医療制度」という形で、県病院、郷鎮衛生院、大隊衛生室という連携で成り立つシステムであり、「県病院から整備する」との方針で整備が進み、人民公社が設立されて以後は「公益金」を財源にした公社衛生院も整備されつつあった。「はだしの医者」も公社衛生院の管理下にあったが、(旧)農村合作制度では大隊衛生室(合作医療所)以外へのアクセスは何ら保障されていない⁹⁹。「薬代無料」は「はだしの医者」を活躍させる条件だったと思われるが、合作医療制度はいわば「はだしの医者」専用の制度であり、「三級医療制度」との整合・連携がない。つまり、「プライマリ・ケア」だけの保障を目指すという特異な制度といえることができる。国際機関の高い評価はこうした多面的な問題を割り引いて再検討されるべきであろう。

既存研究の多くが、「はだしの医者」の保健衛生機能における成果を評価する。本稿もこの点に異論はない。しかし、冷めた眼で社会保障制度として(旧)農村合作医療制度を検討すると、社会保障制度としては到底支持できない問題——「薬代無料」が維持困難である点で加入者のリスクを低減できていない点や医療保障制度として給付範囲・内容を定めない点——を抱えている。また「はだしの医者」は短期間で無計画に大量養成された。このため、平均的には簡単な「プライマリ・ケア」には対応できるが、「医師」つまり、狭い意味での医

⁹⁸世界銀行(IBRD)と世界衛生組織(WHO)は世界医療衛生史上の奇跡と賞賛し、「発展途上国が衛生経費問題を解決することができた唯一の模範事例である」と述べた(徐小青[2002]『中国農村公共服務』中国発展出版社 p.147)。

⁹⁹前掲、三橋(2005) p.585。なお、(旧)農村合作医療制度は多様であり、公社衛生院での医療費を免除するものや支払った医療費を後から補償するものもあった(FengXueShan et al. (1995), pp.1111-1112)。

療の中心的担い手として見た場合、質のばらつきが大きく、さらに質の向上が困難だという問題を抱えている(この点は次章でさらに詳しく検討する)。既存研究では概して「はだしの医者」の公衆衛生における多大な貢献と狭い意味の医療従事者としての能力不足、そしてレベルアップの困難という問題の切り分けができていない。さらに、(旧)農村合作医療制度が政治運動であったために持った致命的な問題——「欲求に従って受け取る」という共産主義のユートピア——社会保障制度としてのそれを根底的に損ねているという点も見ることができていない。

「改革開放」後は、残念ながら「はだしの医者」は社会的に有益な役割を果たすことができなくなった。それは別の言葉で言えば、農村の末端医療は有効な担い手を失ったということであり、「改革開放」後はむしろ農村末端医療はより困難な状態に置かれる。それは、さらに後述する「看病難・看病貴」の問題の一部をなす。

章のまとめ

本章では、毛沢東が領導する中国の政治的側面を主軸に、さらに農村・農民の「普遍的貧困」とでも言える状態を背景にして、互助組、初級合作社、高級合作社、そして人民公社の成立に至る歴史をふまえ、その中から政治運動として「はだしの医者」と(旧)農村合作医療制度が出現するプロセスを追跡した。こうしてほんの数年の間に 150 万人もの「はだしの医者」が生まれ、さらに毛沢東の「合作医療は良い」という一声で、内容は定かでない農村合作医療制度が急激に広まった。農村末端医療の担い手としての「はだしの医者」はとくに公衆衛生の面では大きな成果を残し、また医療とは無縁だった農村(生産大隊:行政村)に初歩的な「プライマリー・ケア」を提供した。しかし、「はだしの医者」を支える(旧)農村合作医療制度は政治運動によって大きな歪みを受けており、社会保障制度としては大きな欠陥を孕んでおり、さらに農村の貧困という状況にも限界を画されていた。そして、「はだしの医者」も政治運動という出自ゆえに、技量・能力のばらつきとレベルアップ困難という問題を抱えている。

結論として、(旧)農村合作医療制度は政治運動の中に含まれた医療保障制度という二面性を持つ。これら二面性をそれぞれ正当に分析し、評価しなければ、その正しい理解に至らない。本章は一方では建国から文化大革命まで政治史の延長上に(旧)農村合作医療制度の形成を捉えようとし(この点は次章で「はだしの医者」との関連でより詳しく考察されるが)、他方では社会保障制度という視点からの再評価を加えている。

先行研究には両者の視角があるが、政治史的な考察では文化大革命への賛否というより政治的な分岐に基づいて評価ないし批判されてきており、他方、社会保障制度としてはまったく平板に「農民の自発的医療協同組合」と見るものまである。

本書は文革への賛否という視点に立たず、しかし中国政治において否定できない毛沢東の思考法と末端幹部に直接働きかける大衆運動の手法の威力に焦点を絞りつつ、(旧)農村合作医療制度に流れ込む政治の流れを示したが、こうした視野に立つ先行研究は管見の限りない。

また、(旧)農村合作医療制度が確立されたモデルを持つものではないため、その実相にまで考察が及んでいない研究もあるが、本研究では次章で示す元「はだしの医者」の証言を元に、実相をある程度明らかにすることができたと考える。とくに、「薬代無料」という問題を巡って、医療保障制度としての根本的な問題を摘出したと考えるが、この点についても先行研究では明確になっていない。

第2章 「はだしの医者」の人物像と歴史的意義¹

この章では筆者が2015年に行った元「はだしの医者」へのインタビュー調査に基づいて、「はだしの医者」とはどのような人たちであったかの実像に迫る。これはほんの一例にすぎず、「はだしの医者」全体の人物像を正確に示しているとは言えないが、前章で示したとおり、毛沢東の政治運動の中で動員された「はだしの医者」本人による貴重な証言であり、政治運動としての「はだしの医者」、(旧)農村合作医療制度、合作診療所という運動の舞台装置と役者の特徴がはっきりと示されていると考える。その基本的成果は既に第1章に記載してあるが、人民公社成立、文化大革命、改革開放と大きな変動を経験してきた元「はだしの医者」たちの人物像を示すことを通じて、(旧)農村合作医療制度の特徴と内容を再確認・再評価したい。

本章では前章で示した、建国から改革開放までの中国農村医療の目標、「労働者や農民の予防を主とする」²を参照基準にする。具体的に言えば、農村医療の課題を第一に公衆衛生、第二に農村における医療人材不足の改善、さしあたり具体的には農村末端の「プライマリー・ケア」人材の配置と捉え、1970頃からクローズアップされる「はだしの医者」の活躍がこうした課題の達成とどう関連していたかを明らかにする。

インタビュー調査について。筆者は2015年8月31日から10月1日にかけて新民県A、B、C村の衛生室を訪問し、それぞれの村衛生室経営者兼郷村医者(元合作医療所所長兼「はだしの医者」)であるA村のA氏(男性、71歳)、B村のB氏(男性、71歳)、C村のC氏(男性、75歳)に面接調査と座談会を行った。これを通じて、当時の「はだしの医者」のさまざまな特質を明らかにすることができた。

本章の構成について説明する。まず第1節「はだしの医者」についての関連研究」では既存研究の概要を示すとともに、そこに描かれる人物像の特徴づけを示し、研究の起点にする。第2節では、1960年代末、農村合作医療制度が政治運動として実施されるまでの調査地域での農村医療の展開過程を考察し、文化大革命の中で農合作医療制度が展開される時期との対比、雰囲気の違いを示す。第3節では、「はだしの医者」の選抜と育成を紹介する。第4節では、「はだしの医者」の業務実態を考察する。第5節では、「はだしの医者」の管

¹本章は、下記の論文に基づき、大幅に加筆・修正したものである。魏強(2016)「赤脚医者制度に関する一考察—現地調査の分析を中心に—」『ICCS 現代中国学ジャーナル』第9巻第2号 pp. 25-34。

²本論文、第1章第2節2.を参照。

理および待遇を考察する。第6節では、政治運動としての農村合作医療制度の展開と其中で活躍する「はだしの医者」の実態と実感とを明らかにする。

第1節 「はだしの医者」制度に関する関連研究

周寿祺(1981)³はまだ「はだしの医者」が存在していた1980年代初め、その待遇問題、育成問題及び管理問題などに意見及び解決方法を提議した。待遇問題では生産大隊から「工分」に加えて、技量評価に応じて技術手当を付加するとの提案がなされている。「はだしの医者」の技術は一般にさほど高いとは言えない中で技量向上が求められていたことへの対応策である。育成問題に関しては精神衛生と食品栄養に関する知識が不足しているとの指摘であり、これらは「はだしの医者」育成訓練に欠けていて、しかも必要とされている要素だとされる。最後に管理問題であるが、これまでは農村合作医療制度の基本単位である生産大隊に任せられていた「はだしの医者」の管理を県に「衛生工作者協会」を設けてその下で管理すべきとする⁴。「はだしの医者」は生産大隊という組織の大きさが大衆運動に適していたため、生産大隊が専権的に管理していたが、後述の証言に見られるように末端指導者が地縁血縁で選任するなど政治運動固有の問題もあった。これが「はだしの医者」の知識や技量を損ねているという指摘であり、その限りでは妥当である。周の研究は初期のもので、農村合作医療制度の存続を前提とした上で、政治運動であったことから生じた知識・技能の不足の解消を目指し、またさらなる技量向上を図ろうとするものであった。

張開寧等(2002)⁵は、山西・山東・雲南省などの地域で現地調査を実施した。当時の「はだしの医者」、彼等の親戚、当時の幹部、農民にインタビューの形で口述史を集めて、人文学の視点から、「はだしの医者」の今昔、苦楽、歴史と現状を考察しており、中国農村医療衛生歴史を見ることができる。この点は筆者の調査とも重なるが、「はだしの医者」は全生活を農民のための奉仕に捧げており、他方で金銭や損得はまったく問題にされなかったとする。さらに、非常に厳しい状況にもかかわらず、「はだしの医者」はそうした生活にたいへん満足しており、充実感に満ちていたという。ただし、後述のような政治運動の側面に

³周寿祺(1981)「対赤脚医生的名称、待遇和培訓的幾点意見」『中国農村医学』第1期。

⁴「はだしの医者」は現実的には生産大隊の管理下にあったことは事実であるが、人民公社衛生院が指導機関としてあり、政治運動も指導した(後述)。

⁵張開寧・温益群・梁萃(2002)『従赤脚医生到鄉村医生』雲南人民出版社。

については明確には述べられていない。

温益群(2005)⁶は社会文化視点から「はだしの医者」の出現及び存在意義を考察する。この考察によれば、「はだしの医者」が活躍できたのは、第一に「三土四自」と呼ばれた医薬品の自給の仕組みがあり、第二には大都市からの医療隊による支援があったとする。後者については、前章で指摘したように農村医療人材の育成に対する都市医療機関の直接的な支援の意義は妥当であろう。しかし、医薬品の自給については本章の証言でも明らかになるが、かなり限定的なものだったと考えられる。そもそも、漢方薬だから、簡単に自給できるということはなく、この点に「はだしの医者」の意義を見いだすことも難しいと思われる。

三橋かおり(2005)⁷は中国農村医療政策史と末端医療人材養成に対する当時の中国に固有な考え方から「はだしの医者」を論じている。本稿と直接関連する視点であるが、文化大革命という背景を十分に考慮していないため、「はだしの医者」の特異性を捉えられていないことが残念である。

孫冬悦等(2011)⁸は北京市でアンケート調査、インタビュー調査による「はだしの医者」の管理制度、育成方式の経験が現在の農村医療人材の管理に参考となるとした。かつて行われた都市の医療機関の医療資源を農村に強制的に動員し、医療活動と医療人材に充てた育成方式が好結果をもたらした。さらに、生産大隊つまり行政村を単位とした合作診療所の管理方式も良いと評価する。この調査は2000年代に(旧)農村合作医療制度の適否を問う点に特徴があるが、「看病難・看病貴」という時代を反映して旧制度に利点があったかのような結果になっている。しかし、医療を取り巻く状況は全く変化しており、合作診療所を復活させるのはそれだけでは無意味というしかない。また、都市医療機関の農村支援も強制的な政治動員によるもので長期に渡って持続可能ではなく、生産大隊の医療管理も規模が過小で、かつ専門家でない者に医療の管理を委ねる点で妥当とは言えない。こうした点から、「はだしの医者」の伝説と“良き思い出”を呼び起こしているだけでは現在妥当な政策提起にはならないと思われる。

⁶温益群(2005)「赤脚医生產生和存在的社会文化因素」『民族社会学研究』第2期。

⁷三橋かおり(2005)「現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成」『医学誌雑誌』第51巻第4号。

⁸孫冬悦等(2011)「赤脚医生時期的管理制度对当前農村衛生人才管理的啓示」『中国全科医学』第7期。

劉勇攀(2011)⁹は、政治視点から、「はだしの医者」の存在と出現を分析し、政府が強力に推進させ、毛沢東の指示の影響によるものであると結論した。劉の「毛沢東の指示」を要点とする把握は本論文の考え方と一致する。ただし、政府の関与は指摘されてはいるが、どのように「強力に推進」したのかは判然としない。加えて、(旧)農村合作医療制度が生産大隊を単位とし、ほとんど生産大隊で完結する制度だった点も説明できない。なお、張揚等(2011)¹⁰、劉勇攀(2011)も「はだしの医者」制度の形成、発展、繁栄を毛沢東の権威に基づくものだと指摘している。

陶海燕(2007)¹¹は、患者との関係に関連づけて「はだしの医者」制度の形成過程を紹介する。生産大隊幹部、農民が「はだしの医者」を監督し、「はだしの医者」の収入は、薬の売り上げとはつながりを持たず、「労働点数」によるもので、「はだしの医者」と農民患者との関係の調和がとれていたと結論した。この議論が逆転しているように思われるのは、診療行為に対しては料金が規制されているため、医薬や検査でかさ上げして高額医療費を請求する2000年代の「看病貴」問題を「薬の売り上げとはつながりを持たない」「はだしの医者」が優れていたとする現状への批判だからである。実際の「はだしの医者」そのものの考察に基づくものではなく、「生産大隊幹部、農民が「はだしの医者」を監督」といういわば理念の形でしか捉えられていない。患者が医者「監督」できない現状への不満の表明ではあるが、実際には、専門知識のない患者が医師や医療機関を「監督」することは極めて難しいが、その理想を「はだしの医者」に求めるのは懐古趣味の域を出ないように思われる。

他方、良好な医者と患者との関係は政治力によるものであるとも強調するが¹²、政治力ということが毛沢東の政治運動を指すのであれば、それが医者と患者の関係にどう作用したのかを示すべきだ。上述の「はだしの医者」の農民による「監督」が「政治力」だというのであれば、確かに「政治」運動の中で「毛沢東思想への敬意と忠誠」が「はだしの医者」と農民の関係に影響を与えたとは言えよう。しかし、それは「政治」運動という状況に規定された特殊な関係であって、農民の「政治力」を高めたわけではなかった。そうでなければ、なぜ毛沢東の死去による文化大革命の終了で「はだしの医者」運動が終わってしまうのか、説明がつかない。農民による「はだしの医者」の「監督」といわれるが、往々にして政治運動は過

⁹劉勇攀(2011)『才智』「赤脚医生存在和産生的政治因素分析—以河南為例」題4期。

¹⁰張揚・朱慧敏(2011)「毛沢東与赤脚医生」『党史博採』第6期。

¹¹陶海燕(2007)『社区医学雑誌』「論赤脚医生时期的医患关系」第5卷第1期。

¹²同前掲。

度に美化されて宣伝されるという点を忘れてはならないだろう。

個別の論点については、先行研究から学ぶところが多いものの、概して(旧)農村合作医療制度や「はだしの医者」を一面、あるいは断片としてしか考察していないように思われる。すなわち、それはたんなる農村医療制度と見なされたり、「はだしの医者」という農民に心身ともに捧げて奉仕した医療従事者の物語であったり、また毛沢東が指導する政治運動であったり、といったようにである。

これらに対する本研究の特徴は「二重の視点」に基づく研究方法にある。前章で明らかにしたことは、(旧)農村合作医療制度と「はだしの医者」はまず毛沢東主導の大衆動員型政治運動であり、その中に(旧)農村医療制度が包含されているようなシステムだということである。だから、本章ではまず政治運動の表向きの主役としての「はだしの医者」を分析する側面と、医療提供者としての「はだしの医者」とその医療サービスを評価するという二重の視点に立った分析を行う。こうした研究方法を未だ先例のないものであり、これによってはじめて「はだしの医者」、そしてその活動の基礎となる(旧)農村合作医療制度の意義・意味が明らかになる。

第2節 「はだしの医者」の形成過程

1. 不足する医療人材と漢方依存

1958年中国全土に人民公社が設立され農業集団化と農民生活の「政社一致」が実現されても、政治的なスローガンとは裏腹に農民の勤労意欲の欠如や「大鍋飯」と呼ばれた相対的な無責任体制のため、農業における労働生産性は上昇せず、したがって農民は経済成長というよりも、停滞と貧困状態の永続の中に置かれた。農村では医者も薬も非常に不足していたが、経済状況の改善が望めないため医療の改善もめどが立たなかった。

農村医療の問題が複雑なのは、人民公社の基本的な「自給自足」体制の下では、在来の漢方医以外に頼るものがない状況に変わりがなかったことである。

本章の現地調査地である遼寧省新民県でも、1950年に人民衛生院を設立し、農村に分散している医務人員を組織して58の村聯合診療所を設けた。そこに配置されたのが漢方医268名に対し西洋医7名であり¹³、在来の漢方医に依存していたことがわかる。これは1950

¹³遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志(第1版)』瀋陽出版社 pp. 615-616。

年8月の「第1期全国衛生会議」を承けたものであり、その方針の一つ「団結中西医」に従ったものである。また1952年、新民県は医療衛生行政機関としての衛生課を設立するが、当時は村聯合診療所が91個所に、医務人員も378人に増加した。とはいえ、これは当時の人口47万8456人の0.07%に当たり¹⁴。つまり、人口1000人あたり1名に満たない医務人員しかいなかった。

さらに、絶対的な医療サービスの供給不足に加えて、在来の漢方医を「医務人員」に衣替えしただけという側面もあり、とうてい十分な医療を提供できる状態ではなかった。また、当時の末端医療を担う人材には人民解放軍の衛生兵学校（「工農紅軍衛生学校」）の短期養成を受けた者が多数含まれていたが、「その文化レベルは低く、医学知識が甚だしく不足していた」¹⁵。

医療人材の質的向上（特に西洋医学の知識・技術の普及）と量的増大が課題だったが、これも手詰まり状態だった。新民県では医務人員の技術向上をめざし、1955年より医学知識の不足を補充するという方針の下、県内から授業可能な医者を選んで県で統一的に組織し、医務人員に医学を学ばせた¹⁶。その後、彼らは村に戻って学んだ医学を他の医者に伝授したとされるものの、西洋医がほとんど居ない状態では技術向上も期待できる状況ではなかった。

また1956年より医療人員不足問題を解決するために、全県で中卒レベルの青年男女72名を募集し、5年間の弟子入りの形で漢方医学を学ばせた。5年が終了すると統一的な試験を行い、合格者に「出徒証明書」（徒弟が一人前の医者になる証明書）を発行し、県内の各医療機関に配属した。その後、彼らは全県で医療事業の柱となったとされるが¹⁷、彼らの少なくとも一部は農業合作社の保健室を担う「保健員」になった¹⁸。ただし、保健室は（旧）農村合作医療制度なしには十分に機能しなかっただろうから、後述のように私営の「連合診療所」のような形態を採るものが多かったと思われる。

「保健員」は「半農半医」の先駆けであるが、近代的な学校教育ができる施設すらなかったこと、新しい人材もやはり漢方に限られたことなど人材の質に問題があったほか、人口50万の県に対し年間72名という数は少なすぎる。医療人材養成に努力しているとはいえ、養

¹⁴同前掲。

¹⁵前掲、三橋(2005) p. 584.

¹⁶前掲、遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)。

¹⁷前掲、遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992) p. 617.

¹⁸前掲、三橋(2005)。

成が軌道に乗ったとはいえない。医学教育は時間と資金がかかり、学校の設立・運営は難しく、とくに数多くの専門知識・技術を持つ医療人材を要するために、当時の状況では弟子制度という旧来の養成体制に頼らざるをえなかったのだろう。医療制度の充実を図ったが、量的にも不十分、技術的にも医療はまだ近代化されていなかった。

この時期の新民県の農村医療機関である聯合診療所については証言がある。新民県 A 村現在村衛生室を運営している郷村医者で元合作医療所所長兼「はだしの医者」A 氏は次のように話した：(A-1)「50 年代、私の村には聯合診療所、衛生室などの医療機関はありませんでした。村民は病気になった時、ほとんど村以外の聯合診療所で治療しました。聯合診療所というのは、何人かの個人医師が自由意志により、自ら資金を出し自ら医療設備、薬を提供し、金額に換算して、利益を配分する合作社のような医療衛生機関でした。」

A 氏の証言から分かるように、上述のようにして養成された漢方医を中心とする連合診療所が唯一の農村医療機関だったが、そうした低い医療水準の機関でさえ、どの村にもあった訳ではない。医療サービスが絶対的に不足していた時代であることがわかる。

くわえて連合診療所が「個人医師が自由意志により、自ら資金を出し自ら医療設備、薬を提供」して作られた機関にすぎず、集団経済の形は採っていても内容は私営だったことがわかる。

既に述べたように、集団経済に相応の合作診療所を設立する運動もあったが、順調には進まず、人民公社の中でも医療は放置された状態が長く続く。

2. 政治運動による都市医療資源の動員

前章で述べたように、こうした行き詰まりを打破したのは、毛沢東による農村医療に関する政治運動であり、それが都市の医療資源を農村医療に動員したからである。1965 年 6 月 26 日、毛沢東は「医療衛生業務を農村部に重点を置こう」と呼びかける「六・二六指示」を出した。前章で述べた通り、都市医療資源を農村医療に活用するという発想は毛沢東の独創ではないものの、当時、西洋医学でしっかりと構築されていた都市医療は農村とは好対照だった。計画経済の中で都市住民の労働医療保険制度や公費医療制度に資源が優遇配分された結果、都心の医療制度はかなり整備されていた。こうした都市医療資源を農村も利用できれば、農村医療を大いに改善することが見込まれた。

ただし、都市でも医療資源が余っていた訳ではない。労働医療保険などの医療費は都市住民の福利のために低く抑えられ、さらに引き下げも行われたから、医療機関の経営は苦

しく地方政府の支援に頼っており、都市の医療人材の待遇も良いとはいえない状況にあった。だから、都市医療機関も農村医療を支援できる余裕はなかった。

しかし、毛沢東は都市の住民だけを対象にする都市医療機関として糾弾した。まだ文化大革命が始まる前だったが、この「糾弾」には都市医療機関の関係者は震え上がっただろう。そして、否応なく農村診療のための医療隊に参加させられ、さらに農村医療人員の養成に狩り出され、また農村に移住(下放)される場合さえあった。こうした「毛沢東の政治力」が無理矢理、都市医療資源を農村に向かわせることになった。

こうして、のちに「はだしの医者」と呼ばれる「半農半医」の大量育成が始まる。都市の医療機関は各々に特定の農村地域を割り当てられ、そこから動員された医療専門家が実際に農村に出向いて医療や医療人材養成を行った。その結果として、一つは決定的に不足していた利用人材が量的に確保できるようになった。さらにもう一つは、初歩的とはいえ西洋医学の知識・技能を持つ医療人材が農村に、とくに生産大隊(行政村)レベルに常時配置されることになった。

こうした「半農半医」は極めて特徴的な医療人材養成システムであるが、その起源に「半農半読」がある。毛沢東は「大躍進」の最中、人民公社設立と同時期に「教育大革命」を目指していたが、それが「半農半医」の背景となる。毛は座学の意義を疑っており、生産労働と教育の結合こそが、中国に必要な教育だと考えていた¹⁹。このために提起されたのが、「半工半読」「半農半読」の学校であり、夜間や早朝に授業を行う、1日おきに登校する隔日制や半日制、さらに僻地には教師が赴く巡回学校があった²⁰。この指示に従い、農村では農業に従事しながら学ぶ農業中学校が最盛時の1960年には22,600校(生徒数230万人)も作られたが、しかし「半農半読」の農業中学校は実際には農作業が多く、教育機関としての実効が乏しかったため、調整政策とともに、1962年には3,715校(生徒数26万人)まで縮小された²¹。

加えてもう一つ「全民教育」を挙げる必要がある。中国が1957年から掲げた「全民教育」は、「民衆自らが資金を出して校舎を建築し、設備を整え、教師を雇い、子どもを通わせる

¹⁹袁振国(1998)「中国の重点学校政策に対する歴史的研究」『国際開発研究フォーラム』第9号。

²⁰稲井富赴代(2011)「中国の貧困農村における義務教育についての一考察—安塞県樓坪郷での聞き取り調査をもとに—」『高松大学研究紀要』第(55・56)号。

²¹前掲、袁振国(1998)p. 199。

」²²というものである。農業中学校は農民自身、具体的に言えば生産大隊が建設し、管理した²³。これも政治運動で、教育版「自力更生」であり、余裕があるとは思えない農民の労働と資金を農業中学校に動員させたわけである。

「半農半医」は「半農半読」の医療版と見ることもでき、毛沢東は明らかにそう考えていた²⁴。だが、後述するようにいくつかの重要な相違点がある。それまでの衛生人員の養成、とくに西洋医学に関するものは都市で行われ、農民も離農しなければそうした教育を受けることができなかった。「六・二六指示」は都市の西洋医療機関の資源を農村に動員し、そこで教育を行った。こうして都市の医療機関が動員される。本章の調査地に関していえば、1965年10月末までに瀋陽市は第一、二病院、母子保健院、医学専科学校など7医療機関431人医務人員で医療巡回医療隊を組織し、24農村人民公社に派遣して、36,000人あまりを治療、437人を手術し、5400人の健康診断を実施した²⁵。「六・二六指示」からわずか4ヶ月余りの期間にである。

また「半農半医」の医療育成訓練も実施された。瀋陽医学専科医療隊は380人あまりを育成し第七病院医療隊は西豊州政府と共同経営することで、釣魚公社での半農半医学校を創設した²⁶。同年大連巡回医療隊が新民県にきて、二つの半農半医医療グループを設立し、一村一人医療訓練育成を行っていた。60年代末期中国人民解放軍病院駐新民県梁山地区医療隊、瀋陽衛生学校は「はだしの医者」グループの形で新民県貧困層のために医療人材を育成訓練した²⁷。現地調査の際、筆者が聞き取り調査をしたA氏、B氏は当時大連巡回医療隊の半農半医医療グループで育成訓練を修了して自分の生産大隊に戻って「はだしの医者」になったと言う。

なお、注目すべき点は「半農半医」が養成され、生産大隊の衛生室に配置されただけでは物語は始まらないことである。1968年9月、毛沢東は「赤脚医者の成長からみる医学教育革命の方向-上海市の調査報告²⁸」に対して、「赤脚医生就是好（「はだしの医者」はよい

²²前掲、稲井富赴代(2011)p. 49。

²³前掲、袁振国(1998)。

²⁴前掲、三橋(2005)。

²⁵瀋陽市農村巡回医療隊総隊部(1965年11月16日)「巡回医療隊在農村」瀋陽市档案館蔵(档案号45-2-26)。

²⁶同前掲。

²⁷新民県中心人民衛生院革命委員会(1970年6月8日)「新民県全面実現合作医療工作的総結」新民市档案館蔵(档案号45-2-6)。

²⁸紅旗雑誌編輯部「従赤脚医者の成長看医学教育革命的方向-上海市的調査報告」『人民日報』1968年9月14日(『紅旗』1968年9月第3期からの転載)。

)²⁹⁾と評価した。これが農村で農業をしながら医を業とする半農半医が「はだしの医者」と呼ばれるようになるきっかけである。加えて、「薬代無料」を打ち出した1968年12月5日の『人民日報』「貧農・下層中農に大歓迎される合作医療制度の調査報告」(以下「調査報告」)に対し、毛沢東が「合作医療はよい」という評価を与えたことである。いかに農民のために奉仕する気概にあふれた「はだしの医者」が居ても、後述するように西洋医学でなく、漢方で治療したとしても、当時の貧しい農民にとってはやはり薬代が医療を受ける大きな障害だった。そして、「薬代無料」化とともに、生産大隊単位の農村合作医療制度は巨大な大衆運動となり、「はだしの医者」と合作診療所はそうした運動の焦点となる。こうした当時の状況について、逐一、証言で検証する。

小括

建国後の中国農村部には非常に僅かな医療資源しかなく、しかもその質は悪かった。後に「はだしの医者」と呼ばれる「半農半医」は毛沢東の「六・二六指示」により、都市の医療資源を農村に強制的に振り向けさせることで、一挙に大量に育成された。その育成方式は毛沢東が首唱する「半農半読」に近いものに見えるが、いわば農村の自力更生で学校を建設し管理するというような方式は医療の問題の解決につながらず、このため実際には農村外部の都市医療資源を利用し、また「全日制」の教育で行われざるをえなかった。

第3節 「はだしの医者」の選抜と育成

「はだしの医者」は(旧)農村合作医療制度の急激な普及とともにその頂点を迎える。両者は表裏の関係にある。そこでまず、調査地、遼寧省新民県での(旧)農村合作医療制度の展開に至る農村医療制度の流れを見る。

1. 調査地(遼寧省新民県)の概況

調査地である新民県は遼寧省の中部に位置し、瀋陽市の管轄する県級市であり、面積は3,318平方キロメートルである。全県郷鎮が24、村が335ある。2016年末の人口は70万

²⁹⁾張揚・朱慧敏(2011)「毛沢東与赤脚医生」『党史博採』第6期 p.13。

6000 人である³⁰。新民県は、農業を中心とする県であったことから、人民公社期の中国の農村における政治、経済、医療、福祉などの社会構造の一つの典型を示すと考えられる。それゆえ、新民県での「はだしの医者」の実態を調査・研究すれば、中国の「はだしの医者」の特質一端を解明できると考えられる。



図4 遼寧省瀋陽市新民県行政区画

出所：遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志(第1版)』瀋陽出版社

2. 「はだしの医者」選抜

1958年人民公社制度が確立した後、生産大隊(村相当)の衛生室で診察を受けるようになった。なお、衛生室も全ての生産大隊に置かれたわけではなかった。生産大隊の経済状況などに関係があり、設置されなかった大隊もあった。医療サービスの面で県内平等とは言えず、かつ不足しており、農民医療費は労災以外は全て自己負担であった。

「はだしの医者」は文化大革命運動と共に発展し、運動の終結と共に衰微した。文化大革命時代には階級出身が非常に重視された。いかなる職務の選抜条件も階級出身が第一条件であり、「貧農・下層中農が医療権力を握る」点が強調されていた。

以下、インタビュー調査から選抜の状況を示す。

「なぜあなたが選ばれて医療育成訓練を受けることができたのか」という質問に、B氏は次のように答えた：(B-1)「ある夜、私はサツマイモ畑に行く途中で医者育成訓練の情報を知り、すぐ大隊隊長に願い出ると、それが許可され、その後、村民代表大会で批准されて

³⁰新民市政府「新民簡介」

<http://www.xinmin.gov.cn/system/2013/11/07/010086455.shtml>、2017年8月16日。

医者訓練グループで学ぶことになりました。実は、私の兄は当時生産隊隊長で、その後、生産大隊書記になって、20年ぐらい勤めました。今は私の息子が大隊書記(筆者:村委員会書記)です。当時生産隊大隊長はわれわれと同じ生産隊にいました。そういうこともあり、中卒、貧農出身でもあったため、医療育成訓練を受けることができました。農業労働を離れて一日中勉強しました。二年間働かなくても工分をもらいました。村のみんなのために育成訓練に行くからです。」

B氏は中卒かつ貧農だから選ばれたという。ただし、B氏の兄は生産隊末端幹部で政治的な推薦があった。

A村のA氏の選抜理由も中卒、貧農だからだという。「六・二六指示」の後、65年10月から67年10月まで二年間医学教育を受けた。医学教育は、県の農業中学校で行われたとのことだが、都市から医師などのスタッフが農村に出向いて教育を行ったと考えられる。

C村C氏も中卒、貧農出身だが、A、B両氏とは若干経歴が異なる。C氏は50年代末年より瀋陽市建築材料会社に勤め、初め工場従業員であったが、1961年頃会社付属工場の衛生室で医療の育成を受けて衛生員となった。1962年頃会社が崩壊し、新民県の実家に戻って、農民になり、村で農民に鍼灸、注射などで治療した。これは上述の「生産隊衛生員」相当の位置づけだと思われる。

1970年農村合作医療制度がC村でも実施されることになり、「はだしの医者」が募集された。村で医療知識を持つ人はC氏しかいなかった。村の幹部は自分の親戚を推薦していたが、生産大隊の党員が全員でC氏を推薦したため、「はだしの医者」となることができた。C氏は新民県母子病院で一年医療訓練を受け、一年臨床実習した。カルテの書き方、点滴・注射の仕方を会得した。小児科を学び、中等専門教科書で薬学などを学んだが詳しいところまでは到達しなかった。小児肺炎、気管支炎の治療が得意である。

以上三人の出自を分析すれば、いくつかのことがわかる。

まず、第1に、いずれも中卒で、ある程度の読み書き能力があったこと。西洋医学の教育を受けるためには当然のことながら、読み書き能力が必要である。

第2には、政治的身分である。毛沢東の時代の中国では、出身により個人の資質が決まるとされ、地主など「黒四類」に対して貧農など「紅五類」が優れているとされ、選抜の条件だったことがわかる。この政治的選抜という点は場合によれば、的確な能力のない者を「半農半医」の研修に送り出した可能性がある。西洋医学の知識・知識が学べるまたとない機会であるが、選抜によって後に「半農半医」の技量に大きな格差が生じる原因となったと考え

られる³¹。さらに、「半農半医」養成には統一したカリキュラムや教授法が存在せず、中国でしばしば行われるモデル・ケースの提示もなかった。そのため、それまでの学歴、育成期間や教育内容・教育法、育成後の研修等の実施状況も多様だった。政府は建国後一環して農村医療を漢方医に頼るという方針を持っていて、ここには登場しないが「はだしの医者」運動の中でも、漢方医の子孫や弟子が活用された、という点も技量格差の原因である。

ここに登場した3人は改革開放後に一定の技量を求めて実施された「試験」に合格した人たちであるため、選抜過程などは問題に入っていないが、技量の差異という問題は「はだしの医者」の留意すべき論点の一つである。

3. 「はだしの医者」育成

3.1 農村医療教育の実態

農村での後の「はだしの医者」育成について B 氏は以下のように証言している。(B-2)

「私がどのようにして半農半医になったかといえば、1965年大連医療隊が「一村につき一名医療訓練をする」という医療任務を持って、わが新民県に来たのです。全県に二つの医療グループを育成訓練していました。その時私は、医療訓練を受ける条件である中卒、貧農出身でしたので、1965年10月から1967年10月まで二年間医療グループで育成訓練を受けました。訓練場所は公社の中の農業中学校でした。私は第一グループで学びました。訓練科目は、漢方・内科・外科・産婦人科・小児科・防疫・保健学など全科に渡っていました。修了証明書はありませんが、代わりに二年間の訓練を受けて自分の生産大隊に帰って医業をするよう紹介状をもらいました。この紹介状を持って大隊に戻り医者になっています。1967年10月育成訓練を修了してB生産大隊に戻り、衛生室を作りました。当時、私らに対する呼び名は「半農半医」といいましたが、後に「はだしの医者」と呼ばれるようになりました。労働工分などの待遇は、大隊書記、大隊長が3600工分あまりですが、私は3500工分ぐらいもらえました。ほぼ大隊幹部と同じです。」

①大連から医療隊が新民県に来た。その任務は一村につき一名を医療訓練するということなので、約400名が訓練を受けたと考えられる。相当大規模な訓練だったことがわかる。

②訓練科目は、「漢方・内科・外科・産婦人科・小児科・防疫・保健学など全科に渡っていました」と述べているが、漢方もあるが、西洋医学中心で、全般的な医療知識を身につけさせるものだった。

³¹前掲、三橋(2005) p. 585。

③訓練期間である二年間は働かずに勉強して「工分」ももらった。相当大規模な教育訓練を農村で展開したので、大連の医療隊は多くの人員を2年にわたって新民県に動員していたことになる。

既に述べたが、「半農半医」は1950年代末からの「半農半読」という教育法を受け継ぐものだったが、①「大連医療隊」という外部資源に頼っており「全民教育」の自力更生方式ではなかった。さらに、③にあるとおりの「半農半読」は行われず、農村で教育を行っているにもかかわらず、学生は専ら教育を受けることに専念した³²。もっとも、すべての場合に「半農半読」が行われなかったと推定するのは拙速かも知れないが、漢方医にせよ、解放軍の衛生兵学校の出身者にせよ、医療知識の不足が問題になっていた訳で、ある程度の知識量を教授する必要があった。もし、「半農半読」でこれを行えば養成期間が長くなるだけで、一気に大量の医療人材を養成するという課題からみれば、養成期間が伸びることの方が問題だっただろう。短期にある程度の知識・技術を持った大量の医療従事者を養成するとすれば、全日制の学校の方が明らかに好ましい。

こうして、「半農半医」は毛沢東が好む「半農半読」ではない「全日制」方式で育成された点、さらにそれが都市の医療機関という農村外の資源によるという点で、いわゆる「教育大革命」とは異質だったことになる。

3.2 思想教育と医療技術研修

「はだしの医者」は生産大隊と「合作医療所」または「大隊衛生室」という閉じた空間だけで活躍したように見られるが、それを統括し指導した「公社衛生院」の存在を背景にしていた。

「合作医療所」の時代、つまり、(旧)農村合作医療制度が政治運動として展開され、最も「はだしの医者」が活躍した時代の「公社衛生院」は記録によれば、以下のものであった。

「はだしの医者」は政治思想と医療技術の育成訓練を受けたという。政治思想の育成について新民県の公社衛生院が月例会のほかに、年一回集中的集団育成制度を実施していた。例会では「はだしの医者」はまず、政治思想を報告し、また、医療業務を報告し、最後に医療技術を勉強した。また、衛生院は医務人員を生産大隊に派遣し、「はだしの医者」に政治思想を指導教育した。「はだしの医者」の政治思想を高めるために、政治運動に参加させ、「はだしの医者」の組織を作り、代表を党員学習グループに参加させた。また、中央重

³²C氏は新民県母子病院で研修を受けており、公社を離れているが、C氏は以前からある程度の医療知識を持つ「衛生員」だったため、特別な研修方法が採られたと考えられる。

要公文書を勉強し、定期的に政治路線分析会を行った³³。

医療技術の育成については、次の三つの方法で行われた。①例会と集団研修グループでの医療技術授業。内科、外科、産婦人科、小児科、予防医療、②生産大隊合作医療所へ公社衛生院の医者を派遣、「はだしの医者」の公社衛生院へでの研修、③中堅「はだしの医者」を選んで医学学校で専門医学を勉強させる³⁴。

「はだしの医者」の政治思想が問われたのは、第一には医学を学び専門家になっても農民から離反しないことが最も重要で、そうでなければ農村末端医療を任せることはできなかったためである。しかし、第二には「はだしの医者」は全生活を農民と農村医療に捧げるヒーロー(この点は後述)だからこそ、「薬代無料」の(旧)農村合作医療制度を政治運動として動かす主役になれたのである。「はだしの医者」この農民への献身という政治運動の核心部分を支え、維持し続けたのは「公社衛生院」の政治指導である。

「公社衛生院」が農村末端医療の中心だということを考えると、まず第一には「公衆衛生」や「予防医療」について「はだしの医者」に的確な指示を出すと同時に、こうした分野の知識・技量の向上を図る必要があっただろう。しかし、文化大革命はそれを許さなかった。衛生院は「「はだしの医者」に政治思想を指導教育し、「「はだしの医者」の政治思想を高めるために、政治運動に参加させ」、「「はだしの医者」の組織を作り……中央重要公文書を勉強し、定期的に政治路線分析会を行った」とされるが、これらは「公社衛生院」の本来の業務ではない。もちろん、衛生院が果たすべき本来の業務を行っていたということはあるにせよ、衛生院の第一の任務は、政治運動としての(旧)農村合作医療制度と「はだしの医者」への動員を維持すること、具体的に言えば個々の「はだしの医者」を全身全霊で農民に奉仕する毛沢東思想の体現者にしておくことだったと思われる。

ただし、医療技術の研修も行われていたことは事実である。「はだしの医者」は最初の養成期間が短い。毛沢東の「六・二六指示」では「3年程度」とされた養成期間は新民県の実例では2年にすぎない。知識や技量が経験とともに高まると期待しても、医療に関してはそう簡単にはいかない。そこで中国では、「在職教育」³⁵あるいは「継続教育」が必要だと理解されていた。「公社衛生院」がまず担わねばならないのは、こうした「在職教育」だった。

そして、「衛生院」は確かに「在職教育」を行っているようである。上記では3つの方法が

³³新民県東方紅公社衛生院(1973年8月29日)「我們是怎样鞏固和發展合作医療的」瀋陽市档案館蔵(档案号45-1-720)。

³⁴同前掲。

³⁵三橋(2005)p. 584。

示されている。まず、①が最も一般的な方法で毎月の例会で行われていたという。ただし、おそらく長時間に渡るものではなく、様々なレベルの「はだしの医者」にどの程度役立ったかははっきりしない、②は「はだしの医者」が個々に受けられる研修の機会であり、レベルに従った研修や指導が受けられただろう。だが、問題は「公社衛生院」にも高いレベルのスタッフは居なかったと考えられる点である。そこで③であり、集中的に技能を高めることができる機会であるが、その機会がさほど多くはなかったと思われる。

こうして、「公社衛生院」は「はだしの医者」の「継続教育」を行っていたことは事実であるが、それが「はだしの医者」の技量向上にどれだけ役立ったかは不明と言わざるを得ない。衛生院の仕事としても政治運動が優先される中で、「はだしの医者」がどれだけ技量向上に関心を持てたかということすら疑問である。「はだしの医者」から見て、「農民から離反しない」という政治信条の方が優先されたとすれば、技量向上が視野に入っていたかどうか怪しいと言わざるを得ない。概して「はだしの医者」の技量問題は文化大革命の間は問題にされることはなく、その後、顕在化することになる。

以下はA氏・B氏・C氏の座談会を整理したものである。

政治思想育成については、当時不定期的に政治思想勉強会を開いた。公社の衛生院書記の主催で、毛沢東著書を勉強した。毛沢東思想理論を学び、「昔の苦しみを思い、今日の幸せをかみしめる（憶苦思甜）」という活動をした。最近の自分の政治思想も報告し、中央政策などを勉強し理解した、という。公社衛生院の仕事の中心が政治教育だったことがわかる。

医療技術育成について、B氏は、1970年瀋陽衛生学校で半年研修を受け、さらに1972年新民県師範学校で解放軍病院の医者によって半年育成訓練を受けた。3人の中では最も多く研修を受けており、これによりかなり技量は向上したと思われる。他方、A氏も公社衛生院で研修を受けた経験があるというが、それだけであり、「在職教育」が徹底していたとは言えないように思われる。ほぼ同じ条件で「はだしの医者」になったA氏とB氏だが、継続教育には大きな違いがある。B氏の兄弟が末端幹部だったことが影響した可能性があるが、断定しがたい。とはいえ、最も効果が期待できる外部の医療機関での研修がかなり不平等に配分されていたのは、やはり政治運動の時代だからなのだろうか。

小括

本節では「はだしの医者」(当初は「半農半医」と呼ばれた)の選抜方法と育成方法そして継

続教育を考察した。まず、人材について言えば、やはり小学校卒では難しいと考えられたのだろうか、いずれも中卒だった。これは、初歩的とはいえ医学教育を行うためには、中卒程度という基礎学力が必要条件だったと言えるだろう。

他方、選抜はかなり政治的だった。これは「半農半医」が医療技術者となっても「農民を離れない」という点が重視されたということであろうが、それだけではなく幹部との血縁関係などが選抜に関与した可能性がある。そして、そのことがせつかく養成された「半農半医」のレベルを多様にした恐れもある。

なお、「半農半医」の養成は、①都市の医療機関の農村への動員で一挙に大量養成がなされたもので、その背景には毛沢東の政治動員があった、②原則「公社」内で養成されたが、「半農半読」方式(農業で労働しつつ、学校に通うという生産労働と教育の結合)ではなく、全日制の教育で行われた。こうして農村は一挙に大量の初歩的ではあるが西洋医学の知識を持つ医療技術者を得たが、その活躍は(旧)農村合作医療制度の成立を待たねばならない。

なお、「はだしの医者」を管理したのが「公社衛生院」であり、公衆衛生を中心として農村末端医療を担う機関だったはずだ。しかし、1970年代前半にはその第一の仕事が「はだしの医者」の「農民を離れない」医者としての政治教育であり、養成期間の短い「はだしの医者」にとって重要だった「継続教育」による医療知識・技術の向上は必ずしも優先されなかった。

結果として、「農民を離れない」という政治性ばかりが問題にされ、「はだしの医者」の技量のばらつきという問題は文革期には顕在化しなかったが、後には大きな問題になる。

こうして初歩的とはいえ、西洋医学の知識を持つ末端医療の担い手たる「はだしの医者」が中国農村に突然、大量に出現することになった。その医療活動は、前節で見た財政基盤の問題に加えて、毛沢東が主導する政治運動の中で実現されたことによる医療制度として歪みがあり、とくに短期間の養成と「継続教育」の不確実性が技量のばらつきという問題を残すことになる。

先行研究でも「はだしの医者」ないし「半農半医」が政治運動の中で形成されたという指摘は多数あったが、そのことと農村末端医療の機能や任務、さらにそのために求められる技量などとの関連を明確にするものはなかった³⁶。具体的に言えば、予防医療を中心にして、

³⁶周寿祺(1981)は政治的選抜や縁故による選抜が「はだしの医者」の技量を低下させたという指摘しているが、それ以上の言及はない。

「公衆衛生」や「プライマリー・ケア」という機能をどこまで果たしうるかという点が問題になるが、さしあたり、「はだしの医者」の養成と技能向上システムは特定の医療に対する専門性の水準を確保するものではなく、政治性などの夾雑物で歪んだため、かなり多様な人材が含まれることになったという点は指摘しておく。

第4節 「はだしの医者」の業務実態

1. 「半農」ということ

「はだしの医者」の仕事は農村合作医療所で医療診察するだけではなかった。当時『人民日報』では「はだしの医者は貧農・下部中農に大歓迎される、力強い生命力を現わしている。なぜならばそれは集団労働を離れない、集団分配を離れない、大衆を離れないからである³⁷」とされている。「はだしの医者」は集団農業労働をやっていたとされるが、後述するように薬草の栽培や薬品の自家製造は彼らの仕事であり、それを大規模にやろうとすれば彼らだけでは労働力が足りなかったため、他の農民の労働力も動員していたはずである³⁸。

「はだしの医者」が普通の農民と同じように農作業を行ったとは考えにくいものの、集団経済の中にそれなりの位置を占めていたとは言えそうである。「集団分配を離れない」とは「工分」だけで働くということであるが、後の証言に出てくるように、幹部並みの待遇が与えられており、比較的若い「はだしの医者」とすれば不満のないものだったろう。「大衆を離れない」とは、心理的に彼(女)らが大衆から乖離しないということと理解できる。

既に指摘した政治思想の問題は上述のような「はだしの医者」の日常的業務のあり方と結びついて、大衆運動につながる。

三人の「はだしの医者」と筆者の座談会によって明らかになった調査地域の「はだしの医者」の業務実態は「朝8時出勤、午後5時退勤」などの出勤制度は無く、いわば年中無休で医療業務原則は、「送医送薬、随叫随到」ということであつた。「送医送薬」とは、農家、現地(畑)に赴いて診療し、処方箋を出すということである。「随叫随到」とは、一日24時間、年中無休で昼であろうと夜であろうと呼ばれるとすぐに農家でも畑でも行かなければならない。また、外来患者についても合作医療所に居れば、いつであろうとも診療し

³⁷ 韋生「赤脚医生必須参加集体生産労働」『人民日報』1975年9月16日。

³⁸ 本論文、第1章第四節3を参照。

なければならなかった。軽度の患者は合作医療所あるいは「はだしの医者」の家で診療し、年輩の患者、重病人などは往診していた。「はだしの医者」は貧農・下層中農に奉仕しなければならず、後述するように合作医療制度が大衆運動として展開されている間は、こうした農民の期待に絶えず応えてゆく必要があった。

後述するように、保健衛生政策上、期待される役割と主要な成果は、後述する公衆衛生の領域にある。他方「診療」業務などは、日常的に多発する疾病や負傷などには対応できても、「プライマリー・ケア」³⁹は決して低レベルの医療従事者にこなせる業務ではない。「はだしの医者」は西洋医学の初歩的知識を持ってはいたが、医薬品や医療器具の制約があり、主に漢方でしか治療できなかつたこともあり、実際にどの程度の「医療」を提供できたかは定かではないものの、「医師」として見れば甚だ低いレベルだったと思われる⁴⁰。「医師」未満の技量しかなく、医療の手段も限られる中で、「医師」であることを優先されたのは、「薬代無料」の(旧)農村合作医療制度による熱狂的な運動に関わるからである。もっとも、「公衆衛生」などの面でも、後述する「愛国衛生運動」のように、「はだしの医者」をリーダーにした大衆運動として展開され、成果を挙げたのだが。

2. 「三土上馬、四自創業」業務

「はだしの医者」にとっては、医薬品の調達は致命的な問題であり、薬剤不足を自力で補うものとして「三土四自」という形で医薬品を賄うものとされた⁴¹。基本的に生物科学製品や化学薬品である西洋医薬を自作することは難しいが、漢方薬ならば自作可能だという発想があり、「医薬の中西結合」と結びついた。漢方薬の自力更生であり、こうした状況では「はだしの医者」は基本的に漢方で治療することになる。

そこで、合作医療所には薬草園が設けられ、生産隊に薬草畑があり、農家の庭にも薬草

³⁹「プライマリー・ケア」は1996年の米国国立科学アカデミーの定義によれば「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族及び地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」とされている(日本プライマリー・ケア連合学会HPより、<http://www.primary-care.or.jp/public/>)2017年12月26日。見られるように、「患者の抱える問題の大部分に対処でき」「総合性」を要求されるもので、決して低レベルの医療サービスではない。

⁴⁰中国では医療従事者を「初級」「中級」「上級」と分け、文化大革命当時ではそれぞれ中卒、高卒、大卒に対応した。「はだしの医者」は学歴としては「初級」またはそれ以下であるが、「中級」の「医士」並みの技量を持つ者もいたとされる(前掲、三橋[2005]p. 585)。

⁴¹遼寧省衛生志編纂委員会編(1996)『遼寧省衛生志』遼寧古籍出版社 p. 89。

苗圃がある。「三土四自」は当時の農村合作医療所にとって不可欠な事業とされ、「はだしの医者」は診療し労働するほか、こうした薬草の生産にも努める必要があった⁴²。

新民県東方紅公社東昇大隊に関する記録がある⁴³。1975年まで20ムー（1ムーは6.667アール）あまりに薬草を植え、丸薬、粉薬、膏薬など80種類の薬を作ることができた。作った漢方薬は大隊合作医療所が扱う薬量の80%以上を占めた。同所には二人「はだしの医者」がいたとされるが、20ムーは2人で世話をするには広すぎる。「はだしの医者」も農作業しただろうが、生産大隊から相当の応援の労働力が必要だっただろう。それだけの土地を薬草栽培に充てれば、本来の食糧生産に使える土地や労働力の制約にもなった。薬草を自家栽培することは薬代の節約にはなるが、労働力や土地を農業集団経営から奪っているわけで、タダで得られたというわけでもない点には留意されたい。

他方、薬草採集に往復40里あまり（注：1キロメートル＝2里）野山を歩くこともあった。薬草を植える場合、種を撒き、灌水するために、昼休みもとらず、二人で天秤棒を担いで年間延べ30-40回1里を、春の初めと夏の盛りには10回以上往復したともいう⁴⁴。これらは「医者」としては奇行な行為ではあるが、それは農民に献身する「はだしの医者」、あるいは毛沢東思想を実践する「はだしの医者」の義務と理解されていた。

製薬する場合、民間処方などを収集し、できた薬は自らの体で人体実験をした。失敗すると何日も体調を崩したとされる。これも医者が体調を崩してしまえば、医療行為ができなくなる。

前章で述べた通り医薬品を自製する「三土四自」は、その成果が誇張されている面があり、とくに「記録」として残っているような「価値」のある報告はその可能性が高い。第1章第4節(3)で述べたように、毛沢東に忠誠を示したい幹部には常に「虚報」の誘惑があり、文化大革命の状況下では、嘘が発覚する可能性が少ない場合は「虚報」は常態化していたと考えられる。他方、漢方薬といえども、薬剤はそれなりに高価であり、どこでも何種類でも作れる訳ではない。上記に80%を自給とあるが、そうした記録が残っていること自体が、80%が異例に高い数値だったということであろう。また、薬草等の栽培でも他の農業生産などに使える土地や労働力がそこで使われていることは考慮すべきであり、自製した場合に

⁴²魏強（2016）「赤脚医者制度に関する一考察—現地調査の分析を中心に—」『ICCS 現代中国学ジャーナル』第9巻第2号 p. 30。

⁴³新民県東方紅公社東昇大隊合作医療站（1975年9月23日）「堅持走中西医結合道路、大辦中草藥」瀋陽市档案館蔵（档案号45-1-623）。

⁴⁴同前掲。

もそれなりの費用がかかっており、けっしてタダではない。

「三土四自」に関してインタビューでは次のような証言が得られている。

C氏は次のようにいう：(C-2)「合作医療所の側に薬草園があって主にハトムギを植えました。わが大隊の土地の土壌条件は薬草を植えることに不適當であったかもしれないので、ハトムギしか植えませんでした。薬を製造するとき、主に県医薬会社で飲片、すなわち煎じ薬を作る原料の薬草（薬種を細かく切ってせんじられるようにした薬）を買ってきて注射薬を作りました。私は、自製薬が得意です。全県でも有名でした。たとえば風邪などを治療する注射剤を製造することについては、解熱できる葛根と止痛薬をアルコールで7日間溶解して不純物を濾過します。また、アルコールは注射できないので、蒸留という形でアルコールを揮発させて残ったものが薬になります。瀋陽市に行って空きビンを買って消毒して薬を空きビンに入れて密閉します。まず自分の体に注射して問題がなかったら、患者に使いました。」

C氏が言うように、薬草といえどもどこでも育つ訳ではなく、結局、「ハトムギ」しか育てられなかった。他方、原料の薬草は購入するとしても、風邪薬の注射薬まで自作していた。原材料から注射薬を作る作業は大量生産した方が確実にコストは下がり、安全性も高いはずである。そうした大量生産を担う工場は当時の中国にはなかったか、あるいはあっても品不足で入手困難だったか、とても高かったということになる。逆説的であるが、「はだしの医者」が自作した薬は安全とは言えないだけでなく、一番安いということもあり得ない。それが「安い」とすれば、政治運動によって「はだしの医者」から過大な労働を動員し、それに対価を払わないことで見かけ上、「安い自作薬」を演出しているに過ぎないと言えよう。

さらにB氏は次のようにいう：(B-4)「わが生産大隊の前に薬草畑があって赤花、甘草などを植えていました。それを干して、一部医薬会社に売り、そのお金で薬を購入しました。私は薬草を利用して丸剤、散剤を作りました。」

このように薬草を売るという方法で薬を得ることができたというのは興味深いことである。人民公社では副業禁止（緩和されてはいたが）ということもあって、商品作物を自家消費以上に栽培することさえ難しかった。この点で薬草を売るとは、「三土四自」からやや外れるとはいえ、不足する薬品を入手する手段としては容認されたのであろう。

当時、農村合作医療制度は外部援助もなく、薬品が不足していたため、自ら薬草を植え、自ら薬を製造するという自力更生しか行えなかったが、「三土四自」はそれほど容易ではな

かった。したがって、やはり薬不足は外部から購入する他に道がなかったと言えそうである(薬の購入については、後述)。漢方薬ならば「三土四自」何でも作れたというのは一種の神話であろう。

とはいえ、政治運動として「三土四自」は十分に意味があった。政治運動として展開された農村合作医療制度は全国にわたり、最大 150 万人もの「はだしの医者」を動員し⁴⁵、自力更生と貧農・下層中農への奉仕に献身した。その内容は上述のような「勉強刻苦」の物語であふれている。その努力や熱意は人を感動させるものがある。そして、その物語は全国の農民の身近で展開されていた。加えて、「薬代無料」の“夢のような”医療が享受できたのである。

3. 公衆衛生と愛国衛生運動

「はだしの医者」は衛生知識の指導、重大疾病の予防、農民常用の薬を購入、計画出産指導、農村の「除四害」(害虫などの駆除)等の公衆衛生運動の責任も負っていた。というよりも、中国の農村医療政策の予防中心の考え方でいえば、こうした公衆衛生や予防医療の機能に対する役割の方が本来重要だったはずだ。

愛国衛生運動も「はだしの医者」の公衆衛生に関する仕事内容のひとつとして行われていた。

1956年1月23日中共中央政治局の「1956年到1967年全国農業発展綱要(修正草案)」の第27条、第28は1956年より12年内全国範囲に鼠、蠅、蚊、雀(後、イナゴに変わる)を駆除する「除四害」運動および住血吸虫病、鉤虫病、フィラリア病、マラリア病を消滅するという愛国衛生運動を絶えず行い人々に衛生に注意し、家々は清潔を保つようにするというよい習慣を身につけさせることを強調した⁴⁶。1958年新民県では「除四害、講衛生(四害を駆除し、衛生に注意する)」を主題としての大衆的愛国衛生運動を行っていた⁴⁷。同県は恒例として毎年年の初め、春の初め、夏の盛りなどの時期に愛国衛生運動を実施した⁴⁸。これが文化大革命の時期まで続いていた。

⁴⁵衛生部基層衛生与婦幼保健司編(2001)「衛生部關於全国赤脚医生工作會議的報告」『農村衛生文件匯編(1951-2000)』p. 420。

⁴⁶中共中央政治局「1956年到1967年全国農業発展綱要(修正草案)」『人民日報』1956年1月26日。

⁴⁷遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志』沈陽出版社第1版p. 629。

⁴⁸新民県人民衛生防治服務站革命委員会(1969年12月4日)「新民県衛生工作會議總結」新民市档案館蔵(档案号45-2-6)。

「はだしの医者」は村民を指導し、自らも参加する。C氏の生産大隊は新民県の愛国衛生運動の典型として全県幹部が度々見学に来た。新民県での愛国衛生運動の主な内容は、「三晒二改」、「除四害」、道路掃除などである。「三晒二改」の「三晒」とは、服を干す、布団を干す、日光浴をするということで「二改」とは井戸、便所を改善することである。井戸は、きれいな水を飲めるように深く掘り下げ、縁を地面より高くして汚水が流れ込まないようにし、蓋を作った。蓋をすることによって冬凍結せず、夏ハエなども入らなくなった。「冬天不凍、夏天不蠅」といった。便所については 排便排尿する時、まわりに飛び散らないようにするため、排泄坑を小さくして深く掘り下げ「小口深坑、拉屎不蹦」といった。「除四害」（鼠、蠅、蚊、イナゴ）を駆除するため村民を指導し、薬剤を置いた。また村の道路を掃除することもあった。「三晒二改」、「除四害」などの衛生運動によって個人や村の環境の衛生に注意し村民の病気予防をしたのである。

農村愛国衛生運動は農業生産を促進するために、農業生産集団の健康、特に人民公社社員の健康を守るため、疾病予防、防疫を目的とした公衆衛生活動であった。その成果は着実に挙がり、前章で述べた通り「はだしの医者」が途上国における農村医療の希な成功例とされる重要な要因だったといえる。この面は政治運動というより、公衆衛生に関する基礎知識の普及がいかに重要かを示す事例とも言えるが、やはり「はだしの医者」の熱意と努力なしにはあり得なかった成果であり、その背後には「農民を離れず」「農民に奉仕せよ」と命じる毛沢東がいた。

小括

「はだしの医者」の業務を見てきたが、文字通り「八面六臂」の大活躍である。いつでも診療し、どこへでも往診にでかける「医者」を演じ続けたが、冷静に見れば、実際に「医師」としてどの程度の技量があったかは不明であり、概してこの面で大きな成果は期待できなかっただろう。

この医療は医薬品不足という壁にぶつかるが、これを「三土四自」で乗り切ろうとする。薬の自力更生であり、「はだしの医者」はこれによって基本的に漢方で診療することになる。そして、ここでどれだけ薬が自給できるかが、どこまで「薬代無料」を実施できるかを決めるとも言える。

「はだしの医者」の大多数が多かれ少なかれ「三土四自」を試みたと推定できる。上述の「公社衛生院」での例会で「政治報告」を求められることを考えると、必須のことだった。とは

いえ、大規模に薬草栽培を行おうとすれば、生産大隊から土地と労働力を拠出せねばならず、これは生産大隊にとっては負担にほかならなかった。さらに、注射薬の自作など安全性に問題があるだけでなく、経済的とも効率的とも言えないものだった。ここでも「はだしの医者」の献身は空回りしているように見える。

そして、実際には漢方薬でも自作できないものが多数あり、売った薬草の代金ですべて買い揃えるというのも容易ではなかつたろう。実際は漢方薬でも自作は難しく、やはり売薬に頼らざるを得なかつた。

要するに、「診療活動」も「三土四自」も以前の状況との比較では決して過小評価すべきではないが、「はだしの医者」の献身的な奮闘ぶりとは裏腹に、成果の余り期待できない、あるいは大きくないものだった。

だが、恐らく「はだしの医者」本人はそうした成果や結果を問題にはしていなかつたろう。すなわち、喧伝される「はだしの医者」の超人的な活躍を模範にして、ひたすら「農民に奉仕する」。その精神・意思と行動が、まさに毛沢東が指し示す「はだしの医者」の像だったために、それに専念し没入したのではないか。

なお、「愛国衛生運動」など公衆衛生に関しては大きな成果があった。公衆衛生に関する活動はそれほど多くの基礎知識を必要とせず、また定型的な活動(井戸に雨水が入らないよう、縁を高くするなどちょっとした知恵で可能なこと)で処理できるものが多く、「はだしの医者」が十分活躍できる領域だった。また、公衆衛生も政治運動の一環として大衆を動員できたため、知識の普及・啓蒙が効果的に行えた。

第5節 「はだしの医者」の地位

1. 「はだしの医者」の管理

「はだしの医者」の人事管理の特徴は生産大隊がほぼその全権を握っていたことである。生産大隊は行政村にあたり、基本的に顔見知りの世界であり、大衆運動で人を一挙に動員できる単位である。そして、後述するように、「農民に奉仕するはだしの医者」「薬代無料」を実現できるかどうかは大隊幹部の決断に掛かっており、それが実現できなければ直ちに大隊幹部の責任となるという仕組みである。

生産大隊は合作医療所に勤める「はだしの医者」の人事任免、人事異動などを行ったとされる。生産大隊は「はだしの医者」の生産労働状況、日常勤務態度、政治姿勢などを総

合的評定したとされる。特に農民大衆の医療サービスに対する評価が非常に重視され、彼らが満足したかどうかが一番重要であったという。まさに農民に献身する模範を目指して勉強刻苦する「はだしの医者」は注目を集めていたが、他方、「はだしの医者」をちゃんと働かせられたかどうかが大隊幹部に対する評価となる構造もあった。

筆者は2015年9月23日と26日、新民県C村とB村で農村合作医療制度に関する組織管理などの実態についてC氏とB氏にインタビューした。

B氏の話を下に整理して述べる。農村合作医療所を含めて大隊の医療衛生業務の管理機関は文教衛生管理委員会だった⁴⁹。文教衛生管理委員会の構成員は、生産大隊幹部（大隊書記、大隊長、大隊經理）、生産隊幹部代表、貧農・下層中農代表、合作医療所の医者および婦人代表などの各方面の人々で、全部で約十人ぐらいであった。しかし、実質的には医療の業務は「はだしの医者」が決め、生産大隊幹部と「はだしの医者」で主な意思決定を行っていたという。

ここで見るべき点は合作医療制度と農業集団生産組織（この場合、生産大隊）との関係である。山西省米山郷連合保健所（1955年以來）、農村合作医療は農業集団生産組織とは別個の、加入・脱退が自由な組織だったはずである。ところが、ここでは農業集団生産組織である生産大隊の文教衛生委員会を「含めて」管理したとされる。

こうした組織の形式と実態のずれが持つ意味は小さくない。即ち、既に「大隊衛生室」があり、そこに「半農半医」もいたが、それを「はだしの医者」「合作医療所」による「薬代無料」の「農民医療の共産主義ユートピア」運動に転換させたのは、（旧）農村合作医療制度における農民の拠出であり、この制度は一般にいう医療協同組合として組織されたものではなく、かかるユートピア運動とその担い手たる「はだしの医者」への献金だったように見える。

このように新民県でもほぼ生産大隊で閉じる「はだしの医者」の制度があったが、生産大隊は「はだしの医者」運動を展開する基盤であり、顔見知りの農民を直接動員できるサイズだったからである。

なお、文教衛生管理委員会も形骸化しており、実質的には、「はだしの医者」が農村最下部の医療専門家として合作医療所の日常の運営を管理した。また、「はだしの医者」の任免権は生産大隊幹部が握り、合作医療所の経費支出には生産大隊經理（大隊幹部）の許可が必要であった。人民公社や公社衛生院の監査などもあったが、大隊というレベルで完結し、

⁴⁹新民県中心人民衛生院革命委員会（1970年6月8日）「新民県全面實現合作医療工作的總結」新民市档案館蔵（档案号45-2-6）。

「はだしの医者」と大隊幹部の意思決定で万事が決まった。このことが示すのは、「合作医療所」や「はだしの医者」と大隊幹部との連携、悪く言えば癒着である。「薬代無料」の合作医療所は毛沢東の指示で展開されたもので、これにどれくらい注力したかは幹部の評価を決めるものだった。だから、(後述するが)幹部並みの待遇を与え、はだしの医者」のリーダーシップも認めていた。そうしないと、毛沢東への忠誠さえ疑われかねなかったからである。だから、大隊幹部は「はだしの医者」の任命権はもっていても、「はだしの医者」や合作医療所を適切に監督することはできなかつただろう。加えて、「文教衛生管理委員会」が形骸化していたほか、権力を持つとされる「生産大隊社員代表大会」⁵⁰もほとんど機能していた形跡はなく、大隊長や大隊書記がかなり大きな裁量権を持っていたようである。したがって、大隊レベルで閉じた「はだしの医者」、「合作医療所」、(旧)農村合作医療制度はこの限りでは適切な監督・管理を保障されていない。

なお、留意しておかねばならないのは、公社衛生院との関係である。「はだしの医者」の政治教育と医務指導・育成訓練などは人民公社の衛生院が行ったとされる。医療に関わる専門的領域だけでなく、政治的指導も公社衛生院の仕事だった。「はだしの医者」は上述のように、ほぼ生産大隊で完結する範囲で財政的基礎と活動範囲、活動内容を規定されており、(旧)農村合作医療制度という一種の大衆運動の中心にいたが、その政治的コントロールは生産大隊ではなく、郷鎮衛生院が握っていた。大衆運動にどのような方針を与えるかや「はだしの医者」がどう活動すべきかは、彼ら/彼女ら自身に任せておける事柄ではなく、これに関しては上からの指示と「はだしの医者」からの報告が不可欠だった。その結び目になったのが公社衛生院である。

なお、ここで「政治的」コントロールという言葉を用いたが、医療技術の習得にせよ、公衆衛生にせよ(愛国衛生運動のように)、文化大革命期にあつてはすべてが毛沢東思想に直結する政治運動の色彩を帯びていたということである。このことは純粹の医療や公衆衛生という側面からの評価に代わって、定性的な、あるいは参加人数で図るような定量的ではあるが表面的な政治運動報告が重視されることになり、衛生院からの管理を一面的で曖昧なものにした。

農村合作医療制度に加入方式は家庭を単位とし、大隊全員が加入したとの証言もある。文化大革命の中で最盛期には、毛沢東に主導された大衆動員はすべての農民に及んだ。他

⁵⁰中共中央「農村人民公社工作条例(修正草案)」1962年9月27日。

方、制度に加入する条件は人民公社によって違っていたともいう。たとえば瀋陽市東陵区李相人民公社は、「四類人、つまり地主・富農・反革命・坏分子（悪質分子）」以外の農民が加入できると規定した⁵¹。これも、文革下での運動の特徴を示す。

とはいえ、(旧)農村合作医療制度が生産大隊という非常に小さな単位を基礎に成立するが、「合作医療所」を介して、この制度とちょうど背中合わせの形で「はだしの医者」が存在した。「薬代無料」の(旧)農村合作医療制度はその拠出金だけでも、農民には重い負担となったと推定できるが、それは生産大隊長が決断し、農民を説得しさえすれば可能だったとも言える。「はだしの医者」は「合作医療所」の管理権を実質的に握り、そこで使える合作医療制度の基金を利用できた。ここから、「はだしの医者」の大活躍が始まる。

2. 「はだしの医者」の待遇

文化大革命運動時代、思想的自覚が重視され、「精神を重んじ、物質は二の次（軽物質、重精神）⁵²」が全政治運動の趣旨であった。農村医療従事者は勤務時間、勤務内容に関わらず、低報酬で農民に奉仕した。「はだしの医者」の待遇には明確な規定はなかった。遼寧省では「はだしの医者」の報酬は一般的に農民と同じ「工分制（労働点数）」であったとされるが、処遇は大隊幹部によって決められ、ちゃんと農民に奉仕する「はだしの医者」は幹部の高評価にもつながるので、それなりの処遇がなされて当然だった。そのほか各地の経済状況によって毎月現金3-5元が渡されたとされるが⁵³、調査地域のA氏、B氏、C氏の場合、基本的に「労働工分」の形でのみ報酬を受け取り、現金補助はほとんどなかったと述べている。大隊書記、大隊長が3500-3600工分だったが、「はだしの医者」は3300-3500工分くらいで、ほぼ大隊幹部と同じくらいであった。調査地域における盧屯人民公社は経済状態が良くなかったが、一番早く合作医療制度を開始した。同公社が模範とされ「合作医療衛生革命の最も重要な問題は人であり、思想であり、お金でもなく、物質でもない⁵⁴」と宣伝された。新民県では前述のように「はだしの医者」を重視し、生産大隊の文教衛生管

⁵¹李相公社衛生革命領導小組（1975年3月17日）「東陵区李湘人民公社社隊聯弁合作医療制度（試行）」瀋陽市档案館蔵（档案号45-1-684）。

⁵²「軽物質、重精神」とは、精神を重んじ、金銭物質などは二の次とする意。文化大革命運動時代は皆、この考え方にしたがって種々の事業を行っていた。

⁵³遼寧省衛生志編纂委員会編（1996）『遼寧省衛生志』遼寧古籍出版社 p. 88。

⁵⁴新民県中心人民衛生院革命委員会（1970年6月8）「新民県全面実現合作医療工作的總結」新民市档案館蔵（档案号45-2-6）。

理委員会に参加させるよう指示していたが⁵⁵、行政組織上も幹部待遇が原則とされた。「はだしの医者」は政治的地位だけでなく、農民に対する奉仕者としての名誉があり、生産大隊だけでなく公社でも尊敬されるべき人物だった。要するに「はだしの医者」は経済面では優遇されなくても普通の農民では及ばない政治的・社会的エリートだった。

小括

「はだしの医者」は生産大隊を基盤に活躍した。彼らは、一方では「公社衛生院」の政治的・思想的指導を受け、報告の義務を負ったが、その活動基盤である生産大隊では、「合作医療所」に関して大隊長や大隊書記に匹敵する発言力を持ち、それなりの政治的・社会的エリートで、給与面でも大隊幹部並みに優遇された。これは、大隊幹部といえども、主導する(旧)農村合作医療制度と「はだしの医者」を活躍させることは毛沢東に対する忠誠の証として絶対に必要なことだったからである。

他方、「はだしの医者」を実質的に管理したのは公社衛生院だが、その管理は政治的な色彩が強く、一面的であったが、それにより「はだしの医者」の政治性と士気が維持された。

第6節 農村合作医療制度下の「はだしの医者」：インタビューを中心に

1. 遼寧省の農村合作医療制度の実施状況

新民県だけのデータはないが、新民県が属する遼寧省に関する農村合作医療制度の展開を示す資料はある。農村合作医療制度は人民公社の成立直後から提唱されていたが、前章で述べたとおり、遼寧省でもすぐには広がらなかったと推定される。しかし60年代末より、生産大隊を単位にして、毛沢東の主導の下、大衆運動として急速に拡大する。

1968年12月5日、『人民日報』が「湖北省長陽県楽園公社合作医療の調査報告」を發表すると、遼寧省衛生庁は全省の農村で合作医療制度を全面的に導入した。1969年初め、各人民公社では生産大隊で合作医療所の試行が始まった。合作医療制度の基金調達は一般的に生産大隊、生産隊、社員の三方面で行っていた。ひとつの合作医療所当たりの医務人員は2-3人である。「はだしの医者」は基本的に一般的文化知識を持ち、医療の育成訓練の経験がある者であるか、あるいは元生産大隊衛生室、または聯合診療所に勤めていた医者で

⁵⁵新民県人民衛生防治服務站革命委員会(1969年12月4日)「新民県衛生工作會議總結」新民市档案館蔵(档案号45-2-6)。

ある⁵⁶。つまり、第1に「六・二六指示」以後、2年程度の教育訓練を受けた農村出身者である半農半医か、第2に以前から活用されてきた農村在住の漢方医か、あるいは第3に「一般的文化知識人」として都市から下放された青年かである。

下表6-1に示すように、1971年までに全省で12,939の生産大隊が合作医療制度を実施しており、これは大隊総数の84.8%を占める。「はだしの医者」は大隊合作医療所当たり2.5人である。1976年になると全省合作医療制度に加入した生産大隊の比率は98.9%に達し、最大比率となった。しかし文化大革命終結後、1977年、1978年、1979年がそれぞれ96.1%、88.8%、70.9%と低下し、1983年には10.1%までになった。全省農村経済体制改革が進むにつれ、1985年人民公社制度が全面的に改変され、富裕な生産大隊以外、いわゆる「合作医療所」と呼ばれる大隊衛生室は相次いで撤廃され、大部分の合作医療所は私的衛生室になっていった⁵⁷。

なお、注目すべきなのは1972-73年には合作医療制度を実施する生産大隊の比率が一時的に低下していることである。これは恐らく、前章で述べたように、毛沢東が主導する政治運動として農村合作医療制度が急激に拡大したものの、合作医療が農民にかなりの拠出を求めたことと、基金が尽きるまでという条件付きの「薬代無料」という不安定は保障が問題になったためと考えられる。とはいえ、1974年には実施数が再度上昇するが、これは後述の証言からも明らかのように、毛沢東が主導する政治運動としての「はだしの医者」を活躍させる基礎として「薬代無料」の(旧)農村合作医療制度の創設は末端幹部にとっての至上命題となっていたためである。そこで、負担を軽減し、医療保障としての機能を満足に持たないような制度であっても、末端の幹部には推進する必要があったと思われる。

なお、1971年と1983年の「はだしの医者」の数は約32,000人で同数であり、これが「六・二六指示」以後、短期教育で育成された半農半医と在住の漢方医の数である。1976年の49,000のうち、この32,000を除く、17,000は下放された都市青年だったと推定できる。

「生産隊衛生員」は1950年代半ばからある「衛生員」であり、インタビューに登場するC氏も元「衛生員」であった。ごく初歩的な知識しか持たず、その技量向上が課題であり、それは「半農半医」養成のきっかけにもなったが、生産隊(自然村)に在住する医療人員である。ほぼ一貫して減少しており、こうした人材の役割を「はだしの医者」が代替していっ

⁵⁶遼寧省衛生志編纂委員会(1996)『遼寧省衛生志』遼寧古籍出版社 p. 88。

⁵⁷同前掲。

たことがわかる。

年	合作医療制度を実施する生産大隊数	全省生産大隊を占める比率(%)	生産大隊「はだしの医者」数	生産隊衛生員数	農村助産員数
1971	12939	84.8	32284	81742	
1972	10504	65.4	33449	67535	
1973	8798	59	30960	58634	13643
1974	13158	87.8	33467	58333	12972
1975	14627	97.2	41571	70075	14314
1976	15181	98.9	49357	72401	16758
1977	14945	96.1	45704	64089	14103
1978	13529	88.8	39270	53804	13988
1979	11116	70.9	36023	43768	15038
1980	12599	79.7	33473	30455	13705
1981	13894	87.2	34527	29602	14007
1982	11752	72.9	34039	21251	13047
1983	1632	10.1	32164	9907	11927

表 6-1 遼寧省合作医療実施状況（1971-1983 年）

出所：遼寧省衛生志編纂委員会（1996 年）『遼寧省衛生志』遼寧古籍出版

2. 新民県での農村合作医療制度の実施状況

1968 年 12 月「湖北省長陽県楽園公社の調査報告」に対し、毛沢東は農村合作医療制度がよいと評論したことで、薬代を無料とする新しい形の農村合作医療制度が政治運動として展開される。新民県でも 1969 年 11 月、県衛生工作会議を開催し、新民県の農村合作医療制度拡大の方針が確認された。内容は、合作医療制度は保健・予防が主であるとし、自力更生を原則とした。さらに貧農・下層中農の医療負担を軽減して「一無医、二無薬」の状況を解決するために、幅広く薬草を採集し、漢方薬を使用することとした⁵⁸。

基本的には農村の医療不足に対処すると同時に、「貧農・下層中農の医療負担を軽減する」

⁵⁸新民県中心人民衛生院革命委員会（1970 年 6 月 8 日）「新民県全面実現合作医療工作的総結」新民市档案館蔵（档案号 45-2-6）。

として安価な受付料と薬代を無料とする合作医療制度が展開されることになる。

1969 年末、中国人民解放軍病院の医療隊の育成と協力の下で、新民県の盧屯人民公社、梁山人民公社は最も早く合作医療制度を実施した⁵⁹。軍の医療隊(病院)の「育成と協力の下」ということは、軍から人材や資材の面で援助を受けることで、非常に廉価な医療サービスが提供されたと思われる。

続いて、新民県の曙光人民公社、興隆人民公社、太陽昇人民公社が全面的に合作医療制度を導入したとされるが、これらに対し外部からどのような援助があったかは不明であるが、いずれも(旧)農村合作医療制度の基本単位である生産大隊ではなく、その上級の人民公社全体が一挙に合作医療を導入するという形だった。証言の中にも「盧屯人民公社は……一番早く合作医療制度を開始した」とされており、大隊長の意味というよりも、公社あるいは公社衛生院が指示して創設されたように見える。しかし、同じ公社でも生産大隊ごとに経済状態は千差万別だったので、合作医療への拠出方式も違っていたと考えられる。

他方、1970 年 5 月中旬に同県では中国人民解放軍病院の医療隊と瀋陽衛生学校の援助の下で、121 人からなる「六・二六毛沢東思想宣伝隊」が組織され、二期「毛沢東思想講習会」を開催するために、各生産大隊に赴き「六・二六毛沢東指示」を宣伝したとされる⁶⁰。「宣伝」とされているが、「医療隊」なので、医療活動や医療人材の養成にも当然寄与したと考えられるが、文化大革命の下では、あらゆるものが政治動員でなされ、毛沢東思想とむすびつけられねばならず、したがって政治化されていた。農村合作医療制度も、「六・二六指示」以後の「半農半医」育成運動と同じく都市の医療資源を農村に投入することで、農民が夢にも思わなかった高度な医療に接する機会を与え、制度を立ち上げる際に農村合作医療制度の「有り難み」を宣伝する効果があった。もっとも都市からの支援は継続することが難しかったため、あとは「はだしの医者」にほとんどすべてが任されることになったのだが。

同年 6 月 3 日までに、新民県の 27 の人民公社、363 の生産大隊は全て合作医療所を設立し、訓練育成した「はだしの医者」784 人、衛生員 1711 人を配置した。表 6-1 に示す通り、遼寧省全体で 1971 年の農村合作医療制度を持つ生産大隊の比率は約 85%に達したのはこうした都市からの政治動員があったためと考えられる。こうして当時、「毛沢東医療衛生革命路線が勝利し、貧農・下層中農は医療衛生権力を握るようになった」と宣言された⁶¹。

⁵⁹同前掲。

⁶⁰前掲、新民県中心人民衛生院革命委員会（1970 年 6 月 8 日）。

⁶¹新民県中心人民衛生院革命委員会（1970 年 6 月 8 日）「新民県全面実現合作医療工作的総結」新民市档案館蔵（档案号 45-2-6）。

3. 「はだしの医者」から見た「(旧) 農村合作医療制度」運動

A氏の属する生産大隊およびC氏の属する生産大隊は、1970年初期、それぞれ大隊合作医療所を設立し、合作医療制度が始まった。

3.1 農民に奉仕する運動と医療制度としての非合理性

「はだしの医者」からみれば、この政治運動への参加はたいへん誇らしいことであり、政治的興奮も満足感もあった。B氏(B-2)によれば1967年に大隊衛生室が設立された。大隊医療福祉機関であるために医療費は安かったが、全て自己負担であった。1969年末、(旧)農村合作医療制度実施後、衛生室は合作医療所と呼ばれるようになり、受付費以外の医療費は殆ど免除されるようになった。大隊衛生室と「はだしの医者」は(旧)農村合作医療制度という政治運動の中心に躍り出た。

A氏は次のように述べている：(A-2)「大隊合作医療所では、合作医療制度に加入した社員は受付費として5分しか支払いませんでした。薬代と治療費は全て免除されました。医者の方により薬を出しますが、農民が指定して薬を求める場合、医療所があれば出します。長年薬を飲む慢性病患者に対しては、その薬が医療所にあるなら出しますが、なければ薬の処方を書き、漢方薬局で自己負担で買ってもらいました。当時、最もいい西洋薬はペニシリンでした。一般的に、重病の患者に対してペニシリンを使いました。」

C氏は次のように話した：(C-1)「われわれの合作医療所にはけんかによる負傷は自費という規定がありません。どんな原因で負傷したかなど一切問わず、軽傷の場合、簡単な手当てをして、診療できるなら診療します。また労働災害に対しては、医薬費は言うまでもなく、往診費用も含めて生産隊が責任を持つことになります。」

またA氏も次のように述べた：(A-3)「受付費だけで、それ以外の医薬費などは免除します。もし、鍼灸、按摩などのように薬を使わない場合は、受付費も取りません。また、殴り合って少々の怪我をした場合なども、合作医療サービスで治療です。みんな同じ生産隊ですから、そうしなければ人情味がないでしょう。」

証言(A-2)では「受付費」のみ自己負担というように言われているが、(C-1)やA-3では「受付費」さえ取らないという実態が示される。その理由は仲間であり、「人情味」の問題とされる(A-3)。また、自己負担が原則のけんかでさえ、ただで治療したとのことである。すなわち、「はだしの医者」は農民からの医療費徴収に熱心ではなかった。

さらにA氏は次のようにも言う：(A-4)「合作医療所の運営は欠損とか金儲けとかとはま

まったく関係ないのです。合作医療所の運営資金、すなわち合作医療調達金（基金）は主に生産大隊、生産隊の公益金です。大隊にお金があれば、合作医療所は運営することができます。診療することも、薬を出すこともできます。大隊にお金がなくなれば、合作医療所は存在することは可能ですが、診療しても、医療所に薬がないので、処方箋を出し、患者に自分で薬を買ってもらいます。あるいはほかの医療機関で、自費で診察を受けてもらうこととなります。」

「金儲け」と「関係ない」のは農民への奉仕の精神としては妥当であるとしても、「欠損」と「関係ない」ということは農村合作医療制度が財政を伴う制度である点から見て大きな問題があることを示す。実態としてほとんど無料の医療供給に対し、（それがどんな水準の医療であれ）患者たる農民は過大な（無制限に近い）需要を発動する。他方、財源である合作基金は乏しく、西洋薬は品不足で到底手に入らないだけでなく、漢方薬を自製すること（「三土四自」）も容易ではなかったため、薬は乏しい基金の限りでしか提供できなかった。こうした、医療の需給関係の下では、どんなに安価に自作できる薬でも底を尽く。

そうして「大隊にお金がなくなれば……、処方箋を出し患者に自分で薬を買ってもらおう」というやり方は医療サービスの適切な配分とは言えない。ほとんど無料の医療に資源が無駄遣いされ、そのせいで後に来る本当に医療を必要とする者に医療が供給されないことになる。

前章でも指摘したが、こうした(旧)農村合作医療制度は医療に関する保険機能を果たしていない。すなわち、拠出金を出して、「薬代無料」が続く限りは一種の保険として機能するが、基金が尽きて「薬代無料」が終われば、拠出金は無駄になり、薬代は全額自己負担となる。薬代が医療費で大きな比率を占めるこの状況では、「薬代無料」という保障は決定的である。したがって、この制度はそもそも医療保障という保険機能を十分には持たないという欠陥がある。

農村合作医療制度・「はだしの医者」・合作診療所は「貧農・下層中農に奉仕するはだしの医者」という美しい政治的感情に共鳴した政治運動であり、「欲求に応じて受け取る」という共産主義のユートピアの悪趣味な模倣であって、医療保障制度としてみた場合には大きな欠陥がある。

3.2 農民なのか医者なのか

インタビューを通じて明らかになったことは、「はだしの医者」はたんに「貧農・下層中農」への奉仕を義務的に負っていただけでなく、自分もまた農民であるという「同志」の

意識を持って農民に接しており、さらに「合作医療所」を巡っては主役でさえあった。なお舞台が「合作医療所」であっても、医療がテーマだった訳ではない。「はだしの医者」は、農民にどこまでも奉仕すること、そうした精神・意思と行為が自分たちを政治運動の主役にしていること、という考え方に従った毛沢東思想の忠実な追従者であり、医療はその手段に過ぎなかった。したがって、医療知識や技術があっても彼らは医者ではなく農民だったし、農民であり続けることで毛沢東の政治運動に参加し、そこで賞賛されることを望んだ。

インタビューによれば、公社衛生院は不定期的に「はだしの医者」を訓練し、技術評定をしたとされるが、同時に政治思想の評価でもあったようだ。とくに政治教育の成績は重要視されたし、それによって「はだしの医者」はモチベーションを得た。医療業務業績がよい「はだしの医者」は表彰された。褒賞は一般的に手帳や鏡などである。それらは、「はだしの医者」を励ました。B氏によれば、「私は、公社衛生院の表彰大会で鏡をいただきました」と述べ、C氏は「私は、合作医療に貢献したため、公社衛生院から手帳を褒美にもらいました」と話した。

このように政治的に褒賞するという形で農村最下部の合作医療制度の医療実施者（主に「はだしの医者」）を鼓舞した。「はだしの医者」達は、物質的に利益を求めて合作医療業務に精励したのではなく、政治上の褒賞を求めた。政治上の褒賞とは政治的地位の上昇や政治権力の獲得ではなく、毛沢東思想に忠実であること、そしてそれは粉骨砕身の農民への奉仕に対する賞賛であり、衛生院はまさにこの点を褒賞した。

こう見ると、「はだしの医者」を政治運動として動かす上での公社衛生院の重要性が理解できる。衛生院は「はだしの医者」を政治教育し、こうした褒賞を与えたが、それは「はだしの医者」を通じて、大衆を動員するひとつの形式だったといえる。つまり、毛沢東の最高指示による動員政治は、公社衛生院を介して「はだしの医者」と「合作医療所」での政治動員を行うことで実現された。「はだしの医者」の仕事はハードであり、ハードでなければ毛沢東思想の実現にはならなかった。逆にいえば、仕事のハードさは政治的動員なしにはあり得なかったものでもあった。

この点は（旧）農村合作医療制度が生産大隊という行政村程度を単位として実施された点とも関係してくる。社会保障制度として見れば、行政村単位では過小すぎて、外部からの支援が偶然的な都市の医療機関からの支援しかないことを考慮すれば制度として成り立ちにくい。中国の事情をふまえれば、生産大隊ごとに完結した合作医療制度を作ると地域的な格差が大きすぎて均質な制度は創設不可能となる。それでも生産大隊が合作医療制度

の単位だったのは、生産大隊は全員参加の大衆運動を行えるサイズだったからである。こうして、農村合作医療制度は「はだしの医者」・合作診療所を舞台にした政治運動として展開された。

こうした流れは文化大革命期の毛沢東思想への心服に直結する。新民県は全面的に合作医療制度を実施するため、都市の医療機関などを中心にした「六・二六毛沢東思想宣伝隊」、「毛沢東思想講習会」を最初に組織していた。こうして都市・農村を通じた政治動員が大規模に進行し、その中で新民県における合作医療制度は実施されていった。要するに、毛沢東の強大な力による政治動員で合作医療制度は形成され、推進され、発展し、壮大な規模のものとなったのである。

このように見えてくると、農村合作医療制度という農民運動の主役としての「はだしの医者」の像が浮かび上がってくる。そうであればこそ農民への奉仕を第一義的な義務と考え、自己犠牲と途方もない労苦を引き受けることができた。

しかしこのことは、「はだしの医者」を農民の側に引き寄せ、「医者」としての意識を希薄にさせた。「医者」とすれば、初歩的な医療知識・技量しかないという点にこそ、自ら問題を感じて技量向上を志向する道があった。しかし、毛沢東は「小学校卒3年の教育で十分」という。たしかに、技量は不足しても農民に奉仕し、何より大衆運動の輪の中心に居るという充実感・自己肯定感があったし、たいていの「はだしの医者」はそこで満足した。逆説的な言い方であるが、「はだしの医者」には様々な医療知識・技術を持つ者が含まれるが、平均的にみて自立して医療行為を十分に行える水準とは言いがたいように思われる。しかし、「合作診療所」運動期(文革期)にはそうした「はだしの医者」の技量への不安や不満は聞かれない。医療サービスの対象たる農民は、農民を仲間だと「人情味」を感じ、真剣に奉仕してくれる「はだしの医者」に不満を述べることはできなかったのではないか。医療行為は生命が関わってくるから、文革期にも「はだしの医者」の技量を巡る問題があったのかも知れないが、それらは「合作診療所」運動の大波にすべて流されてしまった。とはいえ、医療技術者ではなく、農民にアイデンティティを置く「はだしの医者」は自らの医療技術の未熟さ、低さを自覚して、向上を図るような努力はしなかった。そこで、実際には様々な不都合をもたらしたであろう「はだしの医者」の間における医療知識・技術の差異という問題は、その最盛時を通じて露見することはなかった。後述するように、この点は現在に至る農村医療人材の質の低さに直結している。

3.3 農村合作医療所の医務人員構成と設備

医療制度として見ると合作診療所は医療水準のある程度の前進を示していた。合作医療の人員は毛沢東の「六・二六指示」によれば、「3年」程度の比較的短期間の教育訓練で足りるとされ、実際の「はだしの医者」は基本的に2年の教育訓練しか受けていなかった(その後に研修等を受けているが)。重要なことは、「六・二六指示」以後、都市の医療資源が農村医療人材の養成に動員されるようになったため、「はだしの医者」は、教育期間は短くとも、近代医学の一定の知識を持っていたことであり(証言 B-2 参照)、これは中国の農村医療にとって画期的なことだった。

さらに、合作医療制度における合作診療所は生産大隊レベルの医療供給をかなり向上させた。

B 氏によれば、:(B-3)「はじめ、合作医療制度実施前の生産大隊衛生室時代、私一人だけで漢方医、西洋医を兼ね、全ての医務を管理していました。合作医療制度が実施された後、大隊衛生室が大隊合作医療所に改められ、私は合作医療所の所長になりました。1973年前後E氏(男性、20代)が合作医療所に入所し、衛生員として漢方医を担当していました。E氏は小卒ですが、父は漢方医でしたので、漢方医学を学んだことがあるのです。7年後、E氏はやめました。1975年前後F氏(女性、20代)も入所し、助産員を担当していました。F氏は中卒、瀋陽軍区病院で助産技術の育成訓練を受けた経験があり、今もずっと郷村医として勤めています。1000人以上の大隊には合作医療所に3人の医務人員を配置するというのが遼寧省衛生庁の方針であったので、合作医療制度が実施されていた期間、医務人員は基本的に合計3人でした。」

B 大隊合作医療所は元の B 大隊衛生室を基礎として設立されたものである。B 合作医療所の医務人員は、「はだしの医者」1名、衛生員1名、及び助産員1名の合計3人である。3名とも多少医療技術を身につけていた(そのうち、「はだしの医者」の医療レベルが一番高かった)。大隊衛生室が合作医療所になって人員が整備され、多少とも継続的な医療が提供できる体制が整備されたことがわかる。

A氏は次のように話した:(A-5)「70年に合作医療制度が開始され、わが衛生室は合作医療所になりました。当時の合作医療所はわが衛生室と構造がほとんど同じで、大隊の部屋一間を三つに仕切って、診療室、薬室、処置室を作りました。医療設備はほとんどありませんが、診察ベッド、聴診器、血圧器、蒸し鍋、無菌箱、鍼灸箱などがありました。風邪薬は、抗ウイルスの板藍根、解熱の葛根湯、外用薬はゲンチアナ・バイオレットなどでした。

よくある病気は気管炎、気管支炎、百日咳、風邪、肺炎、下痢などです。漢方医は表情・舌苔などを診て、咳・呼吸の音を聞き、体臭や口臭を嗅いで、病状や病歴を尋ね、脈を診るという「望、聞、聴、切（四診）⁶²」で診察しました。」

当時の合作医療所が安普請であり、医療設備はほとんどなく、主に薬草を利用して漢方医学で治療を行っていた。「はだしの医者」は西欧医学の知識があったが、薬が極度に不足していたからである。レントゲンなどの設備もなく、医療レベルなお低かったが、普段かかりやすいような病気の治療はできたとは言えそうである。

すなわち、まだ極めて低い水準だったが、農村にも医療が届くという所まではきたと言えそうである。

3.4 「はだしの医者」の公衆衛生への貢献

他方、合作診療所は公衆衛生に大きな貢献を行った。既に指摘した愛国衛生運動だけでなく、母子保健や計画出産に関する貢献は大きい。

かつての旧助産法⁶³での出産は産婦と胎児の死亡率が高かった。C氏は次のように述べた：(C-3)「わたしの知る限り、(旧助産法で)三人の産婦が死亡しています。旧助産法は、土砂・コウリャンレバー法といいます。みんなで知恵を絞って土砂・コウリャンレバー法で実施しました。常に寝莫産と土の「オンドル」⁶⁴が摩擦されて薄く積み上げた土砂になっていましたが、産婦はその土砂の上に横になって出産します。また、コウリャンレバーを折って、よく切れたレバー面を使って臍帯を切りました。血が滲んだ土砂はほうきで掃いて片付けました。なぜかという、当時みんな非常に貧しく、訓練された医者、消毒薬などほとんどありません。その土砂は年中高温でほとんど無菌状態となっていました。消毒していない鉄で臍帯を切るのは感染する可能性が高すぎる。他方、コウリャンレバーは破

⁶²「望、聞、聴、切（四診）」とは、漢方医学の病気診断法である。「望」は患者の表情・舌苔などを診る。「聞」は患者の咳・呼吸の音を聞き、体臭や口臭を嗅ぐ。「聴」は病状や病歴を尋ねる。「切」は患者の脈を調べる（華国凡・金観涛[1979]「中医：科学史上的一箇奇跡」『自然弁証法通訊』第2期 p. 22）。

⁶³旧助産法と新助産法の根本的な区別は消毒である。旧助産法は、民間のいろいろな方法を利用して、助産道具は消毒せずに行う。新助産法は消毒用の薬を使用し、助産道具も消毒して助産する（2015年9月23日、調査地域の元合作医療所長で現在郷村医者であるC氏の談話による）。

⁶⁴「オンドル」とは、中国東北地区の農村で用いられている床暖房である。床を石や煉瓦で造り、その上に土を塗って床下の一端を焚き口とし、燃やした熱気は床下を流れ床の他端から煙突に抜けるようにする。熱気によって部屋を暖める。床の上に竹や草で編んだ寝莫産を敷いている。寝る場合、その上に布団を敷いて寝る（調査地域の実態による）。

傷風菌がほとんどないため使用しました。合作医療制度が実施されて後、助産員が育成訓練されて新助産法が普及し、ほとんどそれに従って行うようになりました。消毒した産布を産婦の体の下に敷いて助産し、消毒した鉗（分娩かんし）を使って臍帯を切ります。それによって、産婦と胎児の死亡率は大幅に低下しました。」

上述の土砂・コウリャンレバー法はかなり原始的であり、器具や布などを煮沸消毒することはさほど難しいわけではない。それは要するに衛生知識の問題で、知識さえ普及させられれば、問題は解決する。しかし、そうした簡単な知識でさえ、当時の中国農村には普及していなかった。初歩的でも近代医学を学んだ「はだしの医者」や助産員がいればたるところに問題は解決されたわけであるが、これで産婦や嬰兒の死亡率は激減した。

さらに、人口増加に悩んでいた中国にとって「はだしの医者」は人口抑制政策の末端の担い手でもあった。

また、A氏は次のように話した：(A-6)「大隊内に誰が出産予定日か、誰が妊娠しているかという情報を集めて、公社衛生院、県計画出産委員会に報告し、監督します。また、出産の知識を指導します。」

1971年7月、国務院の「計画出産業務の着実な実施に関する報告」では晩婚と少子を奨励した⁶⁵。人口抑制政策が打ち出され、1973年国務院が計画出産指導グループを設立し、各地でも相次いで計画出産機関を設け、全国的に計画出産活動を行うことになった。「はだしの医者」はこれを担い、母子保健だけでなく、人口抑制政策の為、計画出産、避妊に関する医療に力を入れていた。

公衆衛生や計画出産に関しても政治運動として展開され、大衆を動員することで大きな効果が挙げたと見ることもできる。しかし、そういう政治運動があったにせよ、「はだしの医者」の献身的努力の貢献が大きいに思われる。こうした貢献も政治運動によるものであるが、政治運動の内容が医療で献身的な医療従事者を活性化できたという側面では、農村医療全体にプラスの影響があったことはむしろ当然であろう。

4. 「はだしの医者」と農村合作医療制度基金

4.1 医薬品調達について

他方で恐らく農村合作医療制度で最もカネがかかったと思われる医薬品の購入について、

⁶⁵彭雲主編（1997）「關於做好計劃生育工作的報告（〔71〕国發文 51 号 1971 年 7 月 8 日）」『中国計劃生育全書』中国人口出版社 p. 64。

元「はだしの医者」は次のように言う。

A氏：(A-7)「処方用紙は統一的に県文化用品会社で購入しました。医薬用品管理の検査及び帳簿の監査の場合、処方箋と帳簿を照合します。一年に少なくとも一回の照合が行われました。」

聞き取りによれば、処方箋は「はだしの医者」が適切な業務をおこなったかどうかの証拠として重要な資料であった。処方箋は少なくとも一年間保管され、生産大隊経理が処方箋と支出領収書の照合によって資金使用の公正性と適切性を検査したとされる。公社衛生院も医療業務の過誤の有無の判断については処方箋を利用したようだ。しかし、処方箋と帳簿の照合だけでは、本来の医療機関の監査にはならない。こうした監査は、上述の大隊幹部と「はだしの医者」によるかなり自由度の高い合作医療所の運営の妨げにはならなかっただろう。また、処方箋による薬品の需要量の多少により、地方病、よくある病気、流行病などを監視する役割もあったという。こういう、疫学的な調査は本来、公社衛生院が負っていた任務だと思われるが、文化大革命の下でも、こうした業務が粛々と続けられていたことが分かる。

わかる通り、主たる管理は生産大隊で行われていた。

C氏：(C-4)「薬の購入と管理については、私が薬の名称、数量、値段について大隊経理に申請して、お金をもらって県国営医薬会社で購入し、記帳しました。薬草は自分の生産隊で植えるのですが、種類がそろわないので一部医薬会社に行って購入しました。また、大隊で植える薬草は一部県国営医薬会社に売り、そのお金で県国営医薬会社で必要な薬を買いました。当時ペニシリンは配給でした。私は、配給医療簿を持って医薬会社で月に20本配給をもらいます。また、その日に薬を買いたい時、大隊経理に申し出てお金をもらい、購入してきてお釣りは返します。経理は薬の種類、金額を帳簿につけ、私は押印しました。」

抗生物質などの不足は示されているが、薬代が足りないというような切迫感はない。大隊経理も鷹揚に薬代を「はだしの医者」に渡しているように見えるのは、「はだしの医者」が当時の政治運動のキーパーソンだったからであろう。「はだしの医者」は当時の農村合作医療制度という劇場の主役であり、その働きによって大隊幹部の評価も違ったに相違なく、「はだしの医者」は大事に扱う必要があった。

4.2. 農村合作医療制度基金の構造

農村合作医療制度の基金は個人と生産大隊(および生産隊)の二者または三者負担が原則であり、農民の低収入を反映して調達金額は小さかった。新民県では原則として生産大隊

が年一人当たり 1 元を公益金から調達し、大隊社員は年一人当たり 1 元納付するという大隊と社員の二者、あるいは大隊、生産隊および社員の三者による資金調達で行っていたとされる⁶⁶。しかし、実態はやや異なる。たとえば、新民県梁山公社西二台子大隊は 336 戸、1209 人からなり、1970 年から合作医療制度を実施してきた。最初は個人、生産隊、生産大隊からそれぞれ年一人当たり 5 角という三者調達方式であったが、1975 年になると、個人 3 角、生産隊 2 角という二者調達になった⁶⁷。

ここで不思議なのは、調達額が下がっていること、さらに個人と生産(小)隊のみの負担とされている点である。重要なことは、「薬代無料」は毛沢東が農村合作医療制度を「貧農・下層中農に良い」とした肝心な点であり、「薬代無料」を維持することは末端幹部には義務だったと思われる。だが、「大隊にお金がなくなれば……、処方箋を出し、患者に自分で薬を買ってもらおう」というやり方は許された。すなわち、基金がなくなれば「薬代無料」は終了してもよいのである。

他方で基金の構成から考えると、まず最初の「新民県」のモデルでは、一人あたり「公益金」から 1 元、自己負担 1 元となっているが、公益金の負担が大きすぎるし、さらに自己負担もかなり重い。梁山公社西二台子大隊で実施されたのは、生産大隊 5 角、生産隊 5 角、自己負担 5 角だったが、それでも生産隊や生産大隊の負担が重いと思われる。それが生産隊 2 角、個人 3 角に引き下げられたのは、負担が重かったからで、そうでなければ制度が崩壊したかも知れない。こうすると、基金は小さくなり、「薬代無料」の期間も短くなる。したがって、(旧)農村合作医療制度の医療保険としての効用も形骸化するが、負担に耐えられなければ致し方ないということであろう。

(旧)農村合作医療制度は「薬代無料」を看板にして、最盛時全国の 90%程度を生産大隊に普及したものの、実態はかなり限定的な「薬代無料」だった可能性がある。一部の富裕な生産大隊では長期間にわたって「薬代無料」が継続できただろうが、生産大隊は富裕度が千差万別であり、「欠糧隊」のような状態のものもある。したがって、典型的な状況を示すことが不可能だが、基金を満身に調達できず、「薬代無料」が続けられない生産大隊もあったはずだ。

2015 年 9 月 20 日のインタビューで、A 氏は次のように述べた：(A-8)「わが合作医療所

⁶⁶新民県中心人民衛生院革命委員会(1970 年 1 月 14 日)「關於実行合作医療工作中若干問題的函復〔新(7D)衛革字第 8 号〕」新民市档案館蔵(档案号 45-2-6)。

⁶⁷新民県衛生革命委員会(1975 年 6 月 2 日)「新民県梁山公社西二台子大隊合作医療情况」瀋陽市档案館蔵(档案号 45-1-623)。

は生産大隊を範囲とし、生産大隊、生産隊、農民個人の3者から資金を調達しました。調達金については、大隊と生産隊が公益金から引き出し、農民が年一人当たり約8角を出しますが、ほとんど年末配分から天引きされて納付されます。他の大隊は農民が現金という形で納付することもあります。調達金は全て大隊経理が預かりました。」

合作医療制度についての資金の調達、管理、使用は生産大隊の指導によった。原資は個人の納付金、そして生産隊と生産大隊の公益金からなっていた。これは農民個人と農業集団の共同拠出の原則を具体的に表している。また、農民個人は基本的に直接にお金を支払うのではなく、生産隊が先に合作医療費を立て替え、後に農家年末配分から天引きした。合作医療資金は大隊経理が帳簿に記入して保管し、生産大隊が統一的に管理したとされる。

言えることは加入・脱退が自由な合作医療制度のはずだが、個人の負担金は「天引き」されており、事実上、強制加入だったということ。しかし、合作医療のために、さらに「公益金」などを積み増すということは難しかったかも知れない。そうした負担増は、どういう形であれ基本的に農民に支払われる「賃金」を減らす。この現金収入は貧しい農民の1年間の生活を支えるべきものであり、これを勝手に減額するようなことに対しては農民の不満があり、抵抗があったと考えられるからである。

こうして、(旧)農村合作医療制度は不完全な、しかし不完全でも外形は留められる制度として残存したが、それは制度が本来持つはずの機能を継続して実現していたということの意味しない。

さらに、大隊のレベルでの資金管理にも問題があった。大隊というサイズは、「はだしの医者」を養え、なおかつ農民全体に顔見知りになれることで、全体を政治運動に動員できるという点から決まっていた。他方、資金調達の母体としては規模が小さく、また既に述べたように、富裕度は極端に違っていた。もっと大きな単位の方が、財政は安定させることができた。大隊というサイズは政治運動としての「はだしの医者」にはちょうど良いが、医療保障制度としてみれば、(旧)農村合作医療制度に不必要なばらつきを持ち込み、制度の安定性・持続性を弱めた。また、資金の管理機能も弱く、具体的な運営のモデルさえない。インタビューからも分かる通り、大隊長や大隊書記と「はだしの医者」だけでその用途を決めることができたようだ。したがって、非常に多様な形で、言い換えれば無原則に管理されたとも言える。

小括

「薬代無料」の(旧)農村合作医療制度が作られた 1960 年代末以後(文革終了まで)の時期は「はだしの医者」が農村医療を担い、主役に躍り出た。「はだしの医者」が何者かと言えば、まず自らは農民であると考え、毛沢東思想に心服し、それが指し示すどんな艱難辛苦も厭わず、農民に全身全霊で奉仕するという模範像に近づこうとしていた初級医療従事者である。

「はだしの医者」は、実際には漢方を主に治療したとはいえ、西洋医学の初歩的な知識を持ち、こうした医療従事者が生産大隊(行政村)のレベルまで一挙に配置されたこと、さらにその医療従事者は毛沢東思想で武装していて、艱難辛苦を厭わず農民に献身的に奉仕したから、農村の末端医療に大きな変化を与え、基本的には医療供給体制が、非常に低水準だとはいえ整備された。とくに、公衆衛生についてはそうである。

とはいえ、医療保障制度として見た場合、前章で指摘したように、(旧)農村合作医療制度には大きな欠陥——基金が尽きれば「薬代無料」という看板を降ろさねばならないという問題があった。

ところが「はだしの医者」自身は、「合作医療所の運営は欠損とか金儲けとかとはまったく関係ない」と述べている。場合により、薬代が無料だったり、患者負担だったりすることは問題にしていけないのである。すなわち、「はだしの医者」とは極限すれば、毛沢東が示す理想像に向かって思想性を高めてゆく求道者であり、農民に対する全身全霊での奉仕の思想と実践を追求することが使命なのである。そういう彼らから見れば、「薬代無料」が「欲求に応じて受け取る」共産主義のユートピアの「入り口」だとする文化大革命期の捉え方は当然で、その裏側にある不都合が問題として見えていないわけである⁶⁸。

このように、農民であり、かつ毛沢東思想の求道者が、たまたま医療技術者でもあり、このように捉えなければ「はだしの医者」の本質は見えてこない。

章のまとめ

「はだしの医者」は医療資源が絶対的に不足していた 1960 年代の中国農村に対し、さし

⁶⁸文化大革命では都市労働者の医療保険である「労働保険」すら「修正主義」と批判され、労働保険の保険料徴収を止めるよう指示された。あらゆる物事が「革命的」か「反革命的」かというレッテルを貼られ、それが人々の思考を支配したのが文化大革命だった(胡琦 [2015]「中国医療保険制度の歴史的形成過程と局限性」『西南学院大学大学院経済学研究論集』 p. 2、p. 10 参照)。

あたり公衆衛生や初歩的なプライマリー・ケアを担うという狙い、短期間で養成した初歩的人材である。こうした人材養成は「半農半医」の時期以前からあった。しかし、特徴的なのは、それまで農村では得がたかった西洋医学の知識・技能(初歩に過ぎないが)を持つ人材であること、一挙に150万人も養成され、これにより行政村(生産大隊)レベルまで公衆衛生と初歩的プライマリー・ケアが担える人材を配置できるようになったことである。

そして、その背景にあったのが、毛沢東の「六・二六指示」(1965年)による都市医療機関の農村への政治動員であった。政治動員でなければ、こうした人材を一挙に養成するような、望外の事態は起こらなかっただろう。

とはいえ、毛沢東の「指示」は魔法の杖ではないので、こうした動員を長く続けることは不可能だったし、毛沢東自身が養成した農村末端医療従事者(半農半医)をどう使うかという点まで展望していたようには見えない。実際、どのような場所であれ、大隊衛生室に配置された「半農半医」たちには財政の裏付けがなく、期待された輝かしい活動は難しかった。

転機は「薬代無料」を掲げた(旧)農村合作医療制度を毛沢東が「貧農・下層中農に好い」と評したとき(1968年)に訪れる。これにより、合作医療を創設することは末端幹部の毛沢東への忠誠の証となり、各人民公社はこぞって(旧)農村合作医療制度を創設する。ただし、人民公社の経済状況一般と生産大隊ごとの経済力の格差が大きかったことを考慮すれば、農民に一人あたり年1元を拠出させることは難しかっただろう。それでも、合作医療が進んだのは毛沢東が主導する政治運動だったからである。

そして、「大隊衛生室」は「合作医療所」と改称され、「はだしの医者」が大活躍するが、これには「公社衛生院」による政治教育・指導と大隊幹部の支援があった。重要なのは、こうした状況下で「はだしの医者」は毛沢東思想に心服し、それに沿って禁欲的に困難な実践を行う求道者になったのである。彼らは、まず農民であり、次に毛沢東思想の求道者だった。そういう人物がたまたま医療従事者だったということになる。もっとも、農民への全身全霊による奉仕を説く毛沢東思想は、「はだしの医者」に医療に関連した超人的な貢献を引き出した限りでは問題にならない。

とはいえ、医療従事者としてのアイデンティティの欠如は、理想の「はだしの医者」を追求するという点において、患者の存在すら忘れさせることになる。とくに、限りがある「薬剤無料」をどう配分するかなどはかなり大きな問題であるはずだが、彼らにはそうした問題は見えていない。もちろん、文化大革命が終わった後(「はだしの医者」という名称も廃止されるが)には自分は医療従事者だと自覚しなければならなくなるが、それまでの間、彼

らは「医者」としてすべきこと——さしあたり医療技術のレベルアップといった課題がまったく見えないで過ごす。

こうして、毛沢東の政治運動によって、たまたま農村に(初歩的だが)西洋医学の基礎知識・技能を持つ大量の末端医療従事者を生み出すという幸運がありながら、皮肉なことに彼らが「はだしの医者」として大活躍している間に、同じく毛沢東の政治運動によって医療技術者としての発展の道が閉ざされてしまったのである。もっとも、この点は改革開放以後の農村医療の放置という問題もあるが、いずれにせよ。元「はだしの医者」は気づいたときには、医療人材としては十分な資質を持たない者とされ、いわば厄介者扱いされていた(後述)。

本章は「二重の視点」によって分析を行ってきたが、先行研究で明確にしえなかった主要な論点は、「はだしの医者」の本質が毛沢東思想の求道者だったことであろう。少なくとも当事者たちにとっては熱狂的だった「はだしの医者」運動の渦中で、医療よりも毛沢東思想への心服とそれに沿った禁欲的かつ超人的な献身が求められた。それは外面的な要求であったが、合作医療所という劇場の主役は「はだしの医者」なのであり、本物の毛沢東信奉者になるほかなかったということであろう。

そして、重要なのはこうした毛沢東への全面的信奉が「はだしの医者」の医療活動に様々な影響を与えていることである。具体的に言えば、(旧)農村合作医療制度では基金が底をつくと、「薬代無料」という看板が降ろされるのであり、これは医療を受ける側も提供する側もかなり不都合な事態だと思われるが、かれらはそうは思っていない。こうした政治運動に由来する歪みが、「はだしの医者」を特徴づけるが、この点についても先行研究では明確にされて来なかった論点である。

第3章 「看病難・看病貴」

本章では改革開放以後の時代について、「医療の自由化・市場化」という点を柱にして考察する。2005年には、世界保健機関(WHO)と中国国務院発展研究センターは合同調査による報告書で「中国の医療改革は失敗した」と宣告したように¹、それは2000年代初め頃、「看病難・看病貴」と呼ばれる、医療に関する難題を残した過程の追跡でもある。

まず、本章の前半部分では改革開放以後の「はだしの医者」と合作医療所、(旧)農村合作医療制度の行方を追跡する。「はだしの医者」(現「郷村医者」)と合作医療所(現「村衛生室」)の改革開放後の行方を追い、現在、同じ農村基層医療衛生機関である郷鎮衛生院とともに、これを再活用する方向で改革が進んでいる点まで考察する。

他方、(旧)農村合作医療制度の「崩壊」は、それが基本的に政治運動の一環だったことで運命づけられたものであり、そうであるがゆえにもつ社会保障制度としての欠陥に対する農民の選択が焦点であり、崩壊の作用点だった。

他方、後半では「看病難・看病貴」のメカニズムを「看病貴」(医療費膨張・高騰)と、「看病難」とを区分して考察する。前者は中国の医療制度(医療行政と病院経営)に構造化されたものであること、また後者は中国の医療における長い歴史に組み込まれた人材獲得・養成の問題というより深刻な問題であることを示す。両者は別のものではなく、根底でつながっており、それが問題を根深くし、解決を困難にしていることを示す。

第1節 (旧)農村合作医療制度の解体・医療自由化・「看病難・看病貴」に関する先行研究

1. (旧)農村合作医療制度の解体に関する先行研究

(旧)農村合作医療制度については、その形成よりも解体・崩壊の原因に関する研究が多い。これは、1980年代から2000年代前半まで、農村に公的医療制度が存在しなかったという事情を反映したものであり、概して複数の解体要因を挙げるものとなっているが、第1章で強調したように、(旧)農村合作医療制度はたんなる医療保険制度ではないという点への考慮が乏しいのが共通の難点である。

楊開宇・坂口正之(2006)²は、(旧)農村合作医療制度の歴史、仕組みを考察した上で、①資金基盤の崩壊、②指導方針の変化、③経営管理上の問題点、④農村における政策の不整合性を、制度の主な崩壊要因として指摘した。詳しくは後述するが、これら個々の崩壊要因の指摘は妥当であるものの、実際に崩壊をもたらしたプロセスに即した考察となっていない点に問題がある。

「はだしの医者」の「解体」という議論もある(「はだしの医者」は数こそ減るものの、「郷

¹「中国医療衛生体制改革」『中国青年報』2005年7月29日。

²楊開宇・坂口正之(2006)「都市部と農村部の二重構造の下における中国農村部の医療保障制度の変容」『生活経済学研究』第22号。

村医者」と名称変えて存続をしたので、解体されたわけではないが)。劉慧鑫等(2012)³は「はだしの医者」解体要因として、以下の点を挙げている。①集団経済時代、「はだしの医者」は高い労働工分を得ていたが、集団化経済の崩壊により労働工分(労働点数)政策が撤廃されたために、「はだしの医者」は医を業としながら農業で生計を支えることが難しくなった。生計のため、医を放置して農業に専念するしかなくなった、②かつて生産大隊での高い政治地位から落ちて、心理的落差の打撃を受けかねた、③また、多くの「はだしの医者」業務を勤めていた「下放青年」が都市部に戻ったことも「はだしの医者」解体に影響を与えた、④最後に、西洋医が医療体系の主流となったために漢方医を主とした「はだしの医者」は医療市場を失った。

この「はだしの医者」の解体要因のうち、②と③は妥当かも知れない。たぶん1960年代末から1976年(毛沢東死去による文化大革命終了)まで、「はだしの医者」は農村の英雄であり、大隊の幹部と同様に処遇されていたうえに、農民から尊敬されていた。この状況は、文化大革命終了で一転する。さらに、大量の下放青年がいわゆる「一般的に素養がある」者として合作医療所に配置されていたが、改革開放後、都市に戻った。

①はいわば当然のことである。人民公社と生産大隊がなくなれば、「工分」を支払う主体がなくなる。ただし、前章で見たように、「はだしの医者」を支える(旧)農村合作医療制度は、少なくとも「モデル・ケース」として示された事例では、農民の納付金を中心になり立つ制度であり⁴、もし必要であれば「はだしの医者」の工分相当額を合作医療制度が負担することもできた。後述するように、公社衛生院は郷鎮衛生院として生き残るが、政府機関としてではなく集団組織として残るものが少なくない。郷鎮衛生院が残ったのは、末端保健衛生組織として必要だったからで、農民側に要望があった訳ではないが、人民公社の解体で「集団性」の組織がすべてなくなった訳ではないことは、人民公社の社隊企業が郷鎮企業に転成する事例から明らかである。

後述の証言のように、「はだしの医者」のうち農民出身でいわゆる「半農半医」として訓練された者は元々農民であり、後述するように、合作診療所がなくなっても「郷村医者」となり、それこそ「半農半医」でも村の医師であり続けた例が多いと思われる。(旧)「はだしの医者」の名称はなくなったが、「はだしの医者」たる人物が突然農村から居なくなった訳ではない。

「はだしの医者」は③に関連して述べた下放青年だけの人数は減少しているが、④で指摘されるように、改革開放で西洋医が一気に「主流」になる訳でもない。第一に西洋医は圧倒的に人材不足であり、改革開放以後、漸次、医科大学などが整備されるものの、医科大学で医師を育てることができる教育人材の確保すら難しい状態で西洋医学系の人材養成も順調に進んだ訳ではなく、現在でも医療人材の養成は政策課題である。したがって、「はだしの医者」が医師を辞める必要性はなく、改革開放以後も農村の末端医療は元「は

³劉慧鑫・張春鋒(2012)「赤脚医生」『档案天地』第7期。

⁴もっとも(旧)農村合作医療制度は場所によってかなり多様なので一概に言うことはできないが、「公益金」中心の制度であっても公益金は元々農民の生産物の一部であり、人民公社解体後も「公益金」は概して農民から徴収され続けた(後述)。

だしの医者」に担われてきた。こうした点を踏まえると、①は合作医療所の廃止を「はだしの医者」の消滅と混同した主張のように思われる。

なお、Feng et al. (1995)⁵は1990年代半ばまでであるが、(旧)農村合作医療制度と農村医療に関する包括的なサーベイを含むものであり、貴重な情報を提供してくれる。これによると、(旧)農村合作医療制度解体の原因は、①人民公社や生産大隊が郷鎮・村に改組され、生産請負制が実施されると、郷鎮政府や村委員会は農産物を農民から収集できなくなったため、その中から徴収されていた農業投資や社会保障、そして合作医療の資金源となる「公益金」を天引きできなくなったことを挙げる⁶。「天引き」できなくなったことは事実だが、後述のように、農業投資のための「公積金」と「五保戸」(被保護世帯)等への社会的扶助資金である「公益金」は村委員会が「提留」金として、計画育成や郷鎮衛生院の運営経費(これらは人民公社期には「公益金」に含まれていた)を含む「統籌費」を郷鎮が徴収していた。資金徴収の問題は多くの研究で指摘されているが、人民公社の解体＝農民からの費用徴収能力の弱化とは単純には言えない。

Feng et al. (1995) はさらに、原因として②幹部がもはや農村合作医療制度を組織することを村医委員会や郷鎮政府の義務ではないと考えるようになったことを挙げる。

幹部の考え方の転換は(旧)農村合作医療制度解体の大きな要因であることは首肯できる。この点について、この論文はかなり秀逸な論点を提起している。すなわち、「なぜ末端幹部が農村合作医療制度を守ろうとしなかったという点には政治的な理由がある」という指摘である。「大多数の(旧)農村合作医療制度が文化大革命の期間に作られ、この制度は文化大革命と同一視さえされた。共産党が文化大革命を否定したとき、この期間に起源を持つあらゆる改革を拒否する傾向が生まれた。これが、1980年代初の(旧)農村合作医療制度の急速な解体の要因である」⁷。文化大革命という時代は共産党幹部や知識人にとって、一刻も早く痕跡を消して忘れ去るべき時代だったのであり、(旧)農村合作医療制度は既に指摘してきたように、社会保障制度であるより前に毛沢東主導の政治運動であって、それは文化大革命の一部を形成したといってもよい。後述するが、「はだしの医者」という名称も1985年に「使用禁止」となるが、(旧)農村合作医療制度も、そういう政治的な負の遺産とみなされていた。

ただし、それだけでは「解体」は説明できない。後述のように、解体しなかった合作医療制度もあるし、郷鎮企業は1970年頃から整備された社隊企業を元としている例が多い。社隊企業は改革開放後、業態転換したり、改組したり「改革」されたわけで、(旧)農村合作医療制度も「改革」→存続という選択肢がありえたと思われ、末端幹部の意向だけで医療制度の存廃が決まるというのは論理の飛躍であろう。

さらに、③新しい経済システムの下、彼らは適切な補償なしに労働や資源の利用を許されなくなったため、公衆衛生やインフラ建設への動員ができなくなったことが解体の原因

⁵FengXueShan et al.(1995), *Cooperative medical schemes in contemporary rural China*, Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 8.

⁶前掲、FengXueShan et al.(1995)p.1112.

⁷前掲、Feng Xue Shan et al.(1995).

とされる。この点に関しては、かなり誤解がある。まず、後述するように、農民の賦役(動員)は改革開放以後も続いた。また、人民公社期には無償で農民の労働を動員できたかのように書かれているが、労働を動員すれば通常は「工分」が与えられるという形で生産物の分配は行われており、「補償」がないというのも違う。さらに、人民公社が郷鎮となって農民への課税が困難になり、財政が苦しくなったとの指摘もあるが、これも後述するように、郷鎮財政が悪化するのには、課税の困難というより、税上納の要求が強まったり、人件費が膨張したりしたためである。

④解体の原因は、マネジメントの欠如もやはり有力な根拠である。「(旧)農村合作医療制度には計画や運営についての明確なガイドラインが存在しない。多くの制度が医療計画や財務管理の専門家の助言なしに作られた。そこで、たとえば、年末に近づくと給付が受けられないなどという問題が起こり、管理も弱かった。一部地域では農民が幹部による合作医療から受ける利益の乱用に不平を漏らしていた。結果として、継続的に参加者に加えられていた政治的圧力が止むと、人々は制度からの脱退を選んだ」⁸。

ここで幹部の職権乱用が農民の不満と脱退に繋がるように読める点は同意し難いが、マネジメントの欠如が決定的な問題だということは、前2章の考察からも明らかであろう。後述するように、農民にとってどれ位の利益があったかという点はこの制度の生き残りを決める重要なポイントである。それはなぜ農民は「脱退」を選んだか、つまり存続を望まなかったという点こそが大きな問題なのだが、後述するように、それはたんにマネジメントの欠如だけに由来するものではないと考える。

Feng et al. (1995)の考察には本章にとって汲むべき論点が多く含まれ、肯定的に評価しうるが、後述するように、微妙な点で本章と見解を異にするものである。

2. 医療「市場化」に関する先行研究

医療の「市場化」に関する現状を踏まえた理論的研究として、大道(2003)⁹がある。この研究は日本で実施されている医療に関する広告規制(緩和されつつあるが)に対しては患者の情報過少を促し、「お任せ医療」を温存するものとして批判的であり、医療に関しても市場の機能を導入すべきだという立場からのものである。

その中で、広告やカルテなどの情報開示、インフォームド・コンセント、日本医療機能評価機構による第三者評価の機能を検討した上で、こうした患者への情報提供により、医師(医療機関)―患者間の情報の非対称性はある程度は緩和され、それが医療の経済性・効率性の向上と患者の不満・不信の解消・軽減につながると主張する。

しかし、こうした論者でも全般的な医療自由化には極めて否定的である。「医学・医療には膨大な知識体系と多岐にわたる選択肢が存在し、それが日々精力的に展開される医学・医療の研究開発で常に動的に変化する状況を知る者からすると、医療における情報の非対

⁸前掲、Feng XueShan et al.(1995)。

⁹大道久(2003)「医療における情報提供と質の評価」『季刊・社会保障研究』第39巻第2号。

称性の程度は、やはり尋常でないものと受け止められる」¹⁰。「医療における情報の非対称の特質や選択肢の決定の過程を検証してみると、安易に市場原理の利点を期待することには無理があると考えざるを得ない」と結論づける¹¹。この主張は後述のように重要な知見を含む。

さらに、混合診療に関して興味深い考察を行っているのが、遠藤・篠崎(2003)¹²である。この研究は全体としての所得に対する医療費支出¹³の割合と医療支出の「累進性・逆進性」(所得の大小と医療費比率が正負いずれの相関を持つか)という2つの次元で医療アクセスの公平性を評価する。すなわち、医療費比率が少ない程、低所得者もアクセスが容易になるので公平、また所得に比例して医療費支出比率が高まるという「累進性」も同じく低所得者にアクセスが容易になるため公平という評価になる。この研究では、日本の医療費について、1989年以後、「入院費の逆進性」が高まっているという問題点を摘出する。それは、一つには高齢化で低所得かつ入院頻度の高いグループが増えたためであり、もう一つは患者負担を増やす形で進んだ医療制度改革の後でも入院は減らせないこと(需要の価格弾力性が小さいこと)が原因だとする¹⁴。他方で、アメリカ、ドイツ、イギリス、カナダに対して同じ手法でアクセスの公平性を測定した結果も考察している。イギリスがNHS(National Health Service)という全国民を包括した低廉な医療制度を持つため、抜群に高いアクセスの公平性を示すのに対し、高齢者や貧困層を除く公的医療(保険)制度を持たず、また大企業は企業福祉として健康保険を実施している状況の中で高い医療支出比率とともに、非常に大きな医療費の逆進性が検出される。他方、イギリスやドイツは医療支出が「累進的」であることに特徴がある。これは、イギリスの場合はNHSがあり、高所得者は付加的・選択的な医療費(ベットの予約等)のみを支払うため、ドイツの場合は高所得者は国民的な健康保険を離脱する(代わりに私保険に加入)ことができるため、高額所得者の方は医療費負担比率が高くなるためだとされる。興味深いのは私保険の負担込みで医療費を再計算した場合、イギリスやドイツでは「累進性」が上昇するのに対し、アメリカでは「逆進性」が高まるという点である。著者はこの点からイギリス、ドイツでは私的医療保険は「奢侈財」であるのに対し、アメリカでは「必需性の高い財」だと述べる¹⁵。ここから、日本での混合診療導入の可否の検討になる。すなわち、混合診療は所得に対する医療費支出比率を「確実に高める」が、「所得に応じた医療支出が促進されるため、逆進性を低下させる可能性が高い」と指摘される¹⁶。そして、自由診療の比率が高い歯科などを例示しつつ、混合診療の「逆進性」低下というメリットが強調される。だが、支出比率の上昇がより深刻な問題とされる。すなわち、アメリカのように混合診療の自由診療部分に対する「私的保険」の必需品化であ

¹⁰前掲、大道久(2003)p. 119。

¹¹前掲、大道久(2003)p. 120。

¹²遠藤久夫・篠崎武久(2003)「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」『季刊・社会保障研究』第39巻第2号。

¹³直接患者払いの支出を意味し、社会保険料を含まない。

¹⁴前掲、遠藤・篠崎(2003)pp. 149-150。

¹⁵前掲、遠藤・篠崎(2003)p. 152。

¹⁶前掲、遠藤・篠崎(2003)p. 153。

る。そして「混合診療の最大の問題は、患者が自由診療の内容を的確に理解して、所得に応じてどこまで自由に選択できるか、である」(同前)と指摘される。情報の非対称性と患者が自由選択できない環境での自由診療は、「定職者とも高い医療費を自己負担せねばならない状況が予想され」(同前)、結局、アメリカのように「逆進性」がより高まる可能性が高いと結論づける。こうした医療アクセスの公平性という視座からの定量的分析で得られた結論は十分考慮に値すると思われる。

なお、上記論文でアメリカに近い、高負担と逆進性を示す韓国については、健康保険組合連合会(2017)¹⁷が詳細に分析しており、後述のように中国と共通する混合診療の問題点を示す先例と見ることができる。韓国ではわずか12年(1976-89年)で「国民皆保険」を実現したが、その背景には一方では「漢江の奇跡」と呼ばれる高成長を基礎とし、他方では軍事独裁政権が自らの正当性を根拠づけ、民心を掌握するために採った政策だった。

発展途上にあつたため、国民に高額な医療保険負担を求められず、また大きな財政負担も無理だったため、入院については原則的に患者20%負担(ただし、食費50%は追加負担)だが、外来診療の場合、30%-60%(病院規模で区分がある)となっていて、概して自己負担が大きい¹⁸。

さらに、「選択診療」という名称で混合診療が行われており、①新医療技術(日本で言う「先進医療」)、②上級病室(日本で言う「差額ベッド」)、③選択医療(韓国独自の制度で「選択診療医」という資格を持つ医師を受診した場合、追加費用を求められ、この部分については全額自己負担となる)の3項目での「全額自己負担」がある。

「選択診療」は1977年の強制加入の「医療保険法」成立以来、あるが上記の財政的制約の下で、基本的に保険で支払われる診療報酬を抑制せざるをえず、医療機関が赤字化したり、医療従事者の賃金が抑制するのを回避するために設けられたという¹⁹。

しかし、「選択診療」と相対的に高い自己負担率のため、韓国の医療費負担は家計(直接または私保険)の比率が45%近傍(日本は16%程度)²⁰と高いが、とくに「選択診療」により家計負担率が近年傾向的に増大しているという²¹。

この点について、同報告は「保険給付範囲は国家統制下におかれ、私的契約でその枠を変えることは認められていない。他方で、非給付である医療行為、薬剤の価格は機関側が自由に設定でき、それに対する国の統制がない。いわば自由放任状態である」²²。そして、

¹⁷健康保険組合連合会(2017)「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」
http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf 2018年1月7日。

¹⁸前掲、健康保険組合連合会(2017)pp. 31-33。

¹⁹金明中(2015)「日韓比較(12):医療保険制度-その5 混合診療—なぜ韓国は混合診療を導入したのか、日本へのインプリケーションは?—」『基礎研レポート』2015/12/29
ニッセイ基礎研究所
<http://www.nliresearch.co.jp/report/detail/id=51844?site=nli> 2018年1月7日。

²⁰OECD「Health Statistics」2017。

<http://www.oecd.org/els/healthsystems/health-data.htm> 2018年1月7日。

²¹前掲、健康保険組合連合会(2017)pp. 43-44。

²²前掲、健康保険組合連合会(2017)p. 56。

上述の「尋常でない」患者—医師間の情報非対称性²³が指摘され、「患者には非給付(いわゆる「自由診療」—筆者)を望まない自由が留保されているとはいえ、患者が非給付を拒否することは事実上、困難である」。「情報量の格差等により、医師が提供しようとする非給付当否を患者が判断することも困難である」とされ、「現行混合診療体制のもとでは患者が非給付のために重い負担の構図になっている」と結論づけられる²⁴。この点を上述の医療アクセスの公平性²⁵に関連づけると、高まる直接家計負担(household out-of-pocket expenditure)の過重はそれ自体で低所得層の医療アクセスを阻むとともに、事実上、選択できない「選択医療」は低所得層ほど医療費支出が多いという「逆進性」も高める。韓国政府も③「選択診療医」の追加費用や②の「上級病室」に上限を設けるなど対策は採っているが、①に本来含まれるか否かは別にして、「保険給付範囲」以外は「自由放任」という形が残る限り、こうした家計負担増傾向に歯止めを掛けるのは難しいだろう。こうした点で韓国は混合診療の失敗例であり、医療の「市場化」を考える際の大きな教訓になる。

李連花(2003)²⁶は中国の医療市場化を考察している。これによれば、医療市場化は医療機関の奇形的な収入構造という深刻な問題を引き起こしたと論考した。医療供給が市場化される過程で政府の財政補助が定額制となり、手術などの医療サービス価格が低い水準に統制されていたため、病院は薬剤収入に過度に依存せざるをえなくなった。その結果「過剰処方」や「過剰検査」が氾濫したと指摘する。

たんに病院や医療従事者の営利主義ではなく、人為的に管理された医療サービスの低価格に医療市場化の問題を見る点で、肯定的に評価できる先行研究であり、本章にもこの趣旨は受け継がれている。なお、本章ではその後の「薬価差益抑制」などの政策も含めて、考察を進めている。

先行研究から明らかなように、医療の市場化は医療へのアクセスの公平性に大きな問題をもたらす可能性が大である。しかも難しいのは、医療が単純に「自由放任」に委ねられる訳ではなく、様々な政府の管理・関与があつて、「歪み」をもたらす。こうした点は、一般論ではなく、中国の医療制度の具体的な内容に踏み込まなければ考察できない。

3. 「看病難、看病貴」に関する先行研究

三浦有史(2009)²⁷は、中国の「看病難、看病貴」について以下のように考察している。すなわち、高い医療費は、貧困世帯はもちろん、貧困を脱した世帯においても、生活水準を大きく低下させる原因となり、背景には、過剰診療による医療費の高騰と行き過ぎた市場化による個人負担の増加があると論じた。「看病難、看病貴」の問題の重要性を指摘している点は評価できるが、そのマクロ的な議論である。本章ではもう少し、具体的なレベル

²³前掲、大道(2003)。

²⁴前掲、健康保険組合連合会(2017)。

²⁵前掲、遠藤・篠崎(2003)。

²⁶李連花(2003)「中国の医療保険制度改革 — 経済体制改革との関連を中心に」『アジア経済』第44巻4号。

²⁷三浦有史(2009)「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続性を問う」『環太平洋ビジネス情報』第9巻第33号。

で「看病難、看病貴」の問題に接近する。

朱秀蘭等(1991)²⁸は、「看病難・看病貴」に関する薬剤費と検査費の高騰は別々に医療機関外部と医療機関内部との二つ要因を考察した。薬剤費高騰について、外部要因は:①薬剤原料価格上昇などの原因で医薬品価格が高くなる、②新薬、輸入薬の使用、③利益を追求するため、製薬企業が高額薬品を主に生産する、④高額医療費のかかる心臓血管病など発病率が高くなって医療費を増加する。内部要因は:①過剰処方、高額薬品の使用、②医師誘発需要であると結論した。また、検査費高騰について、外部要因は:①医療材料価格上昇、②使い捨ての医用品の使用、③新医療設備、新医療技術の使用。内部要因は:①医師誘発需要、②医療機器の利用料金の高さ、③過剰検査であると結論した。

問題が未だ深刻化していない時期の、やや古い研究なので様々な要因を列挙した形になっているのはやむを得ない面もある。とはいえ、薬剤費高騰の外部要因③や内部要因①②、検査費高騰の外部要因③(外部要因ではない)や内部要因③が指摘されている点は、先駆的といえる。

費声慶(1995)²⁹は、医療費の高騰は医薬品の値段の上昇、脱脂綿・医療用ガーゼなど医療材料の卸値の上昇、高度な医療機器の導入の要因として論考した。また、改善方法として、医療価格は計画価格、指導価格、市場調節価格の制度を実施すること、衛生・財政・医薬などによるリーダーグループを設立し、調査の上で、医療サービス、薬剤の価格を決めること、各級医療機関は内部で医薬価格の監査部門を設け、管理を強化することと建言した。

この論考の問題は、価格管理等、既に行われるにもかかわらず、医療費膨張が止まらないこと、さらに医療機関内部での統制を求めているが、内部統制で医療費を抑制できるというのはかなり楽観的な見方であることである。1990年代の論考であるが、医療費高騰の構造的な問題が見えていないと評価せざるを得ない。袁文穎(2015)³⁰劉娜(2015)³¹とも、「看病難、看病貴」の要因について、薬剤費の価格が高いと論じ、劉娜(2015)は、病院が薬剤の収入及び医療検査による収入によって運営し、医療資源構造の不合理で都市部に集中しており、農村部は医療資源が欠如しているため、医療設備が不十分であることで、農民は都市部で医療を受けるのが原因と結論し、袁文穎(2015)は医者 の 道 徳 が 欠 け て い る こと、過剰検査が要因であるとした。

劉娜(2015)は「看病難、看病貴」の一側面である都市の三級病院(大病院)への患者の集中を指摘しているが、後述するように、医療資源が都市に集中しているという問題と患者が都市に集中しているという事態は別の問題である。また、袁文穎(2015)の「医者 の 道 徳」という問題の捉え方は、感情論としては理解できるが、「看病難、看病貴」を中国の医療制度を巡る歴史と構造に位置づけることに失敗していると評価せざるを得ない。

「看病難、看病貴」という問題は、本章で考察するように「看病貴」(医療費高騰)という問

²⁸朱秀蘭・田平・舒娥・盧偉(1991)「“看病貴”的原因及对策」『中国医院管理』第8期。

²⁹費声慶(1995)「“看病貴”的原因分析与改革举措」『衛生經濟研究』第2期。

³⁰袁文穎(2015)「我国医療衛生体制改革中的“看病難、看病貴”問題研究」『法制博覽』第30期。

³¹劉娜(2015)「医院“看病難、看病貴”的思想根源及对策分析」『經營管理者』第13期。

題だけでなく、「看病難」という要因も含む点でかなり複雑な問題である。既存研究ではこうした複雑さに到達できていないように思われる。

第2節 改革開放と人民公社の解体

1. 改革開放と人民公社の解体

1978年に鄧小平が実権を握り、改革開放政策を採ることで中国は大転換した。改革政策では、まず人民公社の下での集団農業経営を各農家ごと(家族単位)の農業生産の請負(包産到戸)に転換させた。これは農業集団化以前の自営農体制への復帰ではなく、農地の村への集団所有制を維持しつつも、請負生産量を超えた農産物を農民が自由に処分できる制度であり、経済的利益で農民の経済活動を活性化することを狙ったものだった³²。「はだしの医者」の調査地、遼寧省新民県でも1981年、農家生産請負制が実施され始め、1983年になると全県3,018生産隊のうち、約99%の3,000生産隊が農家生産請負制を行うようになった³³。

もともと人民公社は農民の生産への動機付けを欠き、さらに文化大革命期の悪平等主義によって、労働意欲を失っていた農民に対してはきわめて強力な生産への刺激となった³⁴。農産物買取価格も引き上げられたので、農業生産は急速に増大し、農家所得も急伸した³⁵。

改革政策は、請負量(ノルマ)を上回る農産物の自由処分を認めていたため、それまで公然とした形では存在していなかった自由市場が事実上公認されることにもなった。このことは、農業に限らず農家の副業などの生産物の販売や郷鎮企業となった人民公社の社隊企業の生産物の自由販売も可能にし、農家と農村の市場を通じた所得上昇をもたらした³⁶。

共同生産組織としての人民公社・生産大隊は不要になった。1983年10月、中共中央国務院が「政社を分けて郷政府を建設することを施行するに関する通知³⁷」を發布し、1985年までに人民公社は郷・鎮政府に、生産大隊は村(村委員会)に改組された³⁸。新民県でも1983年人民公社制度が解体され、郷鎮政府が設置された³⁹。

2. 郷鎮政府・村委員会

³²座間紘一(1982)「中国農業における「包干到戸」(経営請負制)について」『東亜経済研究』第48巻第(3・4)号 p165, pp. 173-174。

³³遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志(第1版)』沈陽出版社 pp. 160-161。

³⁴前掲、座間紘一(1982) pp. 171-172。

³⁵陳振雄(2005)「中国の「改革・開放」政策下の農村経済の成長と郷鎮企業の発展について」『新潟経営大学紀要』第11巻 p106。

³⁶楊勳・劉家瑞(1987)『中国農村改革の道:総体論述与区域実証』(杉野明夫監訳(1989)『中国農村改革の道』大阪経済法科大学出版)。

³⁷中共中央、国務院(1983)「关于实行政社分开建立乡政府的通知(中发〔1983〕35号1983年10月12日)」『中華人民共和国国務院公報』第23期。

³⁸藤鑑(2016)「中国の改革開放後における市場移行政策の展開」『岡山大学経済学会雑誌』第48第2号 p173。

³⁹遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志(第1版)』沈陽出版社 p. 160。

1985年には政府からの農産物供出量の割当と統一購入(指定機関に売る)が大幅に縮小され、計画経済を支えた農村の農産物が都市労働者の食料を維持する指令経済の形式もなくなるが、だからといって郷・鎮政府や村委員会の役割が純粹の行政組織となったという訳でもなかった。まず農業生産を請け負わせる側の組織として村委員会は必要だった。以前は人民公社や生産大隊に属し、共同所有されていた農機具等を管理し、農業サービスを提供する組織もなお必要だった。また、農業の各戸請負制によって事実上、自由市場が認められた後でも、私企業や個人業主は公認された訳ではなかったため、その社会経済的・法的地位は危うかった。代わって郷鎮や村は郷鎮企業の経営主体となり、事実上は私企業であったり、個人業主であったりした農民の経済活動の守護者となった。さらに、人民公社から受け継いだ社隊企業は郷鎮企業として、改革開放初期の経済活動活性化を主導し、また所得上昇に伴う消費の増加を支えた⁴⁰。

なお、人民公社解体後も郷鎮政府と村委員会は行政組織として農業税や農業税付加金を徴収したほか、人民公社時代からある農業インフラ整備に用いる「公積金」や一種の公的扶助である「五保戸」等のための「公益金」、さらに幹部の報酬を村が「提留金」として、義務教育経費や計画育成資金(郷鎮衛生院運営費も含まれていた時期がある)、民兵訓練費や道路補修費などを合わせた「統籌費」を郷鎮が農民から徴収していた(その他、様々な分担金や労働使役もあったが)⁴¹。

3. 80年代の都市・農村関係

要するに70年代末-80年代前半は各戸請負制で活性化した農民と農村の郷鎮企業が最も活発で経済発展に浴した時代だったといえる。他方、都市では農産物価格の上昇からそれまで厳格に中央統制されてきた国有企業の賃金制度が崩壊し、あわせて国有企業の経営も計画経済から経営請負制が模索され、1984年には利潤の上納から営業税(法人税)を納める形に変える「利改税」と⁴²、政府が投資するのではなく、銀行から貸し付けを受ける「撥改貸」が実施され⁴³、1987年には生産請負制が導入されて⁴⁴、形の上では改革が進んだ。だが実質は、物価上昇に伴う賃金上昇はあったものの、国有企業そのものは改革を行う動機に欠け、生産請負制にもモラルハザードを引き起こす大きな問題があったため、成功裏に市場に適応した一部企業を除けば、旧来の非効率を残存させた停滞状況を続けた⁴⁵。

もともと、開放政策、つまり最初は開発特区への海外直接投資の受け入れをきっかけに

⁴⁰小林弘二(1990)「人民公社の解体と農村の再編」『アジア経済』第31巻第(9・10)号。

⁴¹黄麗敏「中国における農民負担の制度と実態」(1996)『農林業問題研究』第32巻 Supplement5号。

⁴²前掲、藤鑑(2016)p.174。

⁴³汪昌雲(2015)「撥改貸」国際貨幣網 <http://www.imi.org.cn/viewpoint/14186> 2018年1月3日。

⁴⁴胥鵬・呂景峰「中国国営企業改革の経緯と今後」『経済志林』第66巻第2号p.214, p217。

⁴⁵浅川あや子(2005)「中国における計画経済体制下の国有企業改革—経営請負責任制の再検討—」『比較経済研究』第44巻第2号。

して、最新技術を導入しようとする試みがあり⁴⁶、その後は特区外へも投資受け入れ地域が広がったが⁴⁷、特区に隣接した諸地域などでは郷鎮企業(実質的には私企業も含む)だけでなく、国有企業も改革を行って経営を近代化するものも現れた。しかし、外資は基本的に沿海部にしか来なかったため、こうした動きは沿海部の一部でしかみられず、そうした地域が急速に産業を近代化し、経済発展して所得を上昇させたのに反して、中西部の諸都市は停滞する国有企業の圧力を受けていた。1990年代半ばには、一方では不足の経済から過剰の経済への転換が起こって企業間競争が激化し、国有企業のみならず、競争力のない郷鎮企業も淘汰される時代を迎え、他方では中国の東西格差という問題が顕在化した⁴⁸。

第3節 「はだしの医者」の“処分”と農村末端医療の行方

1. 「はだしの医者」から郷村医者へ

「はだしの医者」・合作医療所・(旧)農村合作医療制度のうち、最も早く公的処分がなされたのは、「はだしの医者」である。1981年2月27日、国務院は衛生部の「赤脚医者補助問題を合理的に解決することに関する報告」を批准し、全国に配布した。この報告は全ての「はだしの医者」に試験を課し、これに合格すれば、中等専門学校の卒業水準に相当する「郷村医者」に「郷村医者」の資格を与え、原則として当該地の「民弁教師」⁴⁹の待遇を与えると同時に「工分」を与えるべきだと規定した⁵⁰。その後、「はだしの医者」は研修を受けたのち、郷村医者の試験が課され、合格者は「郷村医者」、不合格者は「衛生員」とされた⁵¹。

「民弁教師」の処遇は「はだしの医者」の生計保障のためだとされている⁵²。農家生産請負制に移行すると農業合作社とそれまで受け取っていた「工分」の制度がなくなるため、生活に窮することになりかねない。そこで、同じように「工分」を失った「民弁教師」と同様に「工分」に代わる新しい生活保障の措置を「はだしの医者」にも講じるべきだということであろう。農家生産請負制移行後、村は農民から「提留金」を徴収しており、村委員会の幹部や

⁴⁶張永久(2001)「中国の改革・開放と中日関係-その政策形成、実施および経済成果を中心にして-」『政策科学』第8巻第2号 p. 84。

⁴⁷前掲、陳振雄(2005)p. 105。

⁴⁸陳棟生(2001)「内陸経済発展が直面する問題と西部大開発」『中国の西部大開発—内陸発展戦略の行方』アジア経済研究所。

⁴⁹中国では政府から給料を支給される「公弁教師」の他に、人民公社の集団組織から給与を貰う「民弁教師」がいる。1957年の「全民教育」を提唱し、農村の深刻な教員不足を補うために、当該小中学校または地方政府によって採用された非正規の教員である(沈金虎 [2005]「1985年以来中国の教育改革政策を問う:都市・農村間の教育格差拡大の原因と対策について」『京大生物資源経済研究』第10巻、稲井富赴代[2011])「中国の貧困農村における義務教育についての一考察—安塞県樓坪郷での聞き取り調査をもとに—」『高松大学研究紀要』第(54・55)号)。

⁵⁰衛生部基層衛生与婦幼保健司編(2001)「关于合理解决赤脚医生補助問題的報告」『農村衛生文件匯編(1951-2000)』 p. 533。

⁵¹「赤脚医生”歴史沿革」『新民晚報』2013年4月28日。

⁵²三橋(2005)p. 587。

「民弁教師」はこの「提留」から給料を支払われていたが、「はだしの医者」の生計も同じようにして支えよという指示だったと思われる。

他方で、研修と試験はこれとは異質である。それは、前章でも指摘した通り、「はだしの医者」は学歴も様々、医学の研修期間も研修内容も様々であるうえ、その任用は医療を知らない大隊幹部が行ったので、医療従事者としてどの程度の技量があるのか、疑われていたということであろう。この疑問は当然である。医療制度の一部である農村末端医療を担う人材の技量が不定であるということは、地域の農民にとって迷惑であるだけでなく、保険特性行政上も大問題である。「中等専門学校」卒の水準は当時の中国では「医士」ということで「中級」の医療技術者とされるが、現在では「中級」の「医士」は大学専科(短大)卒レベルとされる。当時は本物の医者扱いだったが、1980年代以後では「初級」で「医者(医学生)」とは見なされない、いわば境界線上の資格ということになる。とはいえ、試験によって「郷村医者」の質を確保することは当然必要なことであった。

1986年までに合計64万人の農村衛生人員が「郷村医者」証明書を取得したが、65万人が未取得のままだった⁵³。「はだしの医者」のうち、約半分が「郷村医者」の資格を取らなかった、あるいは取れなかったということは、一つには政治運動としての農村合作医療制度に主役として登場した「はだしの医者」の少なくとも一部には肝心の医療の知識・技能が怪しい者が含まれていたことを示す。

なお、1985年1月、当時衛生部長陳敏章は全国衛生庁局長会議で「はだしの医者」という名称は文化大革命の政治色が濃厚だとし、これから「郷村医者」の名称を代わりに使ったほうがよいと指導した⁵⁴。当年1月25日、『人民日報』は「はだしの医者」の名称を用いず郷村医者の隊伍を強固にし、発展させよう」を掲載し⁵⁵、以後「はだしの医者」の名称は中国農村医療歴史の舞台から姿を消すことになった。

この流れを証言から追ってみよう。C氏は以下のように言う。(C-5)「80年代初期、土地は農家が請け負うことになりました。大隊集団経済が低迷状態となり、合作医療所も弱体してきました。大隊の公益金は大幅に少なくなりましたので、合作医療所の運営資金も不足して、薬を買う資金が足りなくなり、薬がないという状態がしょっちゅうありました。村民が病気になった時、私が出した処方箋を持って患者さん自身が薬店に行かねばなりません。また、患者さんが薬を持って来て私が注射をしたり、手当てなどをしたりして処置をし、治療しました。この状態が1980年代中期まで続きました。その後、合作医療所が完全に解体して、合作医療制度前の状態に戻りました。私が自分の家に衛生室を作って診療を続けました。赤脚医者から郷村医者に名称が変わり、今に至っています。」と話した。

まず「大隊(村)の公益金」という表現があるが、これは農民の拠出分を含めた基金のことではないかと思われる。前章で述べられているが、農民個人の拠出金は農民が払うので

⁵³張開寧等(2002)『從赤脚醫生到鄉村醫生』雲南人民出版社 p. 22。

⁵⁴陳敏章(1985)「陳敏章同志在全國衛生庁局長會議上的總結講話」『中國醫院管理』第2期 p. 18-19。

⁵⁵「不再使用“赤腳醫生”名稱,鞏固發展鄉村醫生隊伍」『人民日報』1985年1月25日。

はなく、配分前の所得から「天引き」されていて、外形上は同じように「天引き」される「公益金」と区別がつかない。それが「大幅に少なくなった」というのは、「天引き」がなくなり、農家ごとに徴収される「提留金」に農村合作医療制度の拠出金を加えることに同意しない農民が増えたということだと推定される。

毛沢東が主導する政治運動であった時は、建前上は加入・脱退が自由な合作医療の拠出金を幹部は農民から否応なしに徴収したであろう。改革開放後は毛沢東の威光がなくなり、幹部が合作医療への加入を強要する必要がなくなったため、「加入・脱退の自由」は建前ではなくなり、農民は合作医療から脱退し始めたということである。

資金不足が薬不足を招き、合作医療の効果が衰えて、ますます意義がなくなる。そうになると、脱退が増えて、資金不足がさらに深刻化するという悪循環が生じ、その中で(旧)農村合作医療制度は崩壊した(この点は後にさらに分析する)。

この点は、1960年代末に毛沢東が「農村合作医療は好い」と述べて、(旧)農村合作医療制度が末端幹部に政治運動の中心課題として提示され、全国的に政治運動化するまで「半農半医」が活躍できなかつた事態を傍証する。それ自体は政治運動であっても、内容が医療であればそれなりにカネがかかる。カネがなくなれば、いかに農民に奉仕する志を持っていたとしても、何もできなくなってしまうのである。

さらに、こうした状況の変化は「はだしの医者」の行動様式に影響を与えた。既に指摘したが、「三土四自」にせよ、「はだしの医者」だけの努力で達成できる部分は少なく、実行をある程度まで行うには、幹部の許可を得て集団経済の労働力を動員する必要があった。しかし、運動が終わればこうした動員は不可能になる。

のみならず、「はだしの医者」は超人的な献身の伝説で満ちていた。それは虚報とまでは言えないにせよ、末端幹部による誇張があつたものが多いと推定される。末端での出来事は、当事者が誇張だと言わない限りかなり誇張しても発覚しなかつたし、当事者が言うはずはなかつたから常態化していたことは、「大寨に学ぶ」運動の虚構性が明らかになって以来、知られていることであつた。このような状況の中では「はだしの医者」は、程度の差こそあれ、「超人的な貢献」を志向し、それに対する賞賛を期待した。

しかし、政治運動の終焉とともに「超人的な貢献」は賞賛されるどころか、冷笑の対象になり、非難される可能性さえあつた。そこで「はだしの医者」自身が醒めてしまう。「三土四自」は形式的なものとなり、時間と場所を問わない診療も報いられることが少ない義務に転化する。ある意味では、(旧)農村合作医療と合作医療所を含めた政治運動は「はだしの医者」が醒めた時点で終わっていた。後は、村幹部の態度の変化に居場所がないことを悟るだけだつた。

なお、注目すべき証言は、「患者さんが薬を持って来て私が注射をしたり、手当てなどをしたりして…治療」したと述べられている部分で、処方箋のレベルではなく、基本的な治療に要する医薬品さえ賄えない状態だつたことである。これは恐らく、本来の「公益金」のうち、村衛生室に充てられる予算が削られたということだと思われる。「公益金」は人民公社的扶助や労災保険のような不可欠な支出に充てられるが、衛生室の運営経費にいくら充てるかにはかなりの自由度があり、財政事情が苦しくなると削減されてしまう。

1980年代は上述のように、まず請負制による農民の所得上昇があり、さらに郷鎮企業の黄金時代だったが、有力な郷鎮企業がない郷鎮・村、あるいは競争で経営不振となる郷鎮企業を持つ郷鎮・村では財政状況は極めて厳しかった。他方、少数の成功した郷鎮企業を持つ郷鎮・村は財政も潤ったうえ、郷鎮企業に拠出させて様々な事業や政策を行うことができた。このように、郷鎮・村も二極化していたが、財政的に厳しい郷鎮・村では衛生室の維持の政策的優先順位は低く、衛生室の維持は軽視されがちだったと思われる。

とはいえ、「80年代中期まで」は合作診療所が少なくとも公式には存続した。83年以後は「工分」はないので、前掲のように民弁教師と同じように村に雇われていたと考えられるが、上述のように機能不全になり、存続の意義もなくなって「廃止」された。民弁教師の person 費と村衛生室の運営経費が払えなくなり、あるいは幹部が払う意義を見いだせなくなったわけである。こうして、多くの村衛生室は郷村医者に払い下げられたり、「請負」に出されたり、閉鎖される場合もあった⁵⁶。「払い下げ」の場合は、1960年代末以前の本質的には私営の診療所になった。「請負」の場合は何らかの公共的な医療や保健業務が残ったかも知れないが、これも私営が基本である。これにより、概して元「はだしの医者」は公衆衛生業務に熱心でなくなる。公衆衛生運動への農民の動員もなくなったから、農村末端の公衆衛生機能は弱化した⁵⁷。

合作医療所の解体後、インタビューした「はだしの医者」A・B・C氏は自分の家に衛生室を作ったという。当然ながら市場原理によって独立経営、損益は自己負担で運営されている。80年代後半から90年代には農村合作医療制度時期のような薬草を植えたり、薬を作ったりすることもなくなり、薬は全て医薬会社から購入されるようになる。

郷村医者の生活は改革開放後も決して楽になったわけではなく、生活苦から郷村医者を辞める者が続出したという⁵⁸。したがって、元「はだしの医者」はまず自分の生活を考えねばならなくなり、「農民に対する奉仕」よりも「稼ぎ」を重視することが必要になった。ここで「はだしの医者」は変わった。

改革開放後、以前よりも農村の医療状況は悪化していたように見える。郷村医者と村衛生室という名称は残ったが、公的な医療機関ではなく、つまり公的医療は末端の拠点を失ったわけである。

これは単に先祖返りしているのではなく、次章で述べる「医療の市場化」の農村版とみることができる。すべての医薬品や医療機材を医療費として農民に負担させるということであり、元「はだしの医者」も営利的になっていて、一部、合作医療が残った地域を除き、すべての健康上のリスクは個々の農民または農民家族が負うことになった。

ただし、「医療の市場化」はカネさえ払えばどんな高度医療機関も受診できるということである。こうして医療における競争が生じ、農民は医師の技量と料金を考量して、医療機関を選べるようになる。だから、元「はだし医者」がその技量に見合わないような高額の医療費を請求することもまたできなかった。しかし、簡単な治療しか要しないような

⁵⁶FengXueShan et al.(1995)p.1113.

⁵⁷同前掲。

⁵⁸同前掲。

疾病や負傷に対しては元「はだしの医者」はそれなりに有効で有益だった。

2. 郷村医者の技量向上

競争原理の中で元「はだしの医者」が技量を向上させ、本物の「医者」に近づく可能性があった。「はだしの医者」の教育水準は「准看護師」並でせいぜいのところ中級の「医士」(大専卒)に届かないが、経験を積むと共に研修など知識・技量も向上させる機会が与えられれば、農村医療全体の水準向上につながっただろう。

農村合作医療制度が政治運動として頂点を迎えていた頃には「はだしの医者」の技量向上も大きなテーマだった。1972年『赤脚医者雑誌』が刊行され、漢方と西洋医学とを結合する形で通常の病気、発症率が高い病気の治療および各地域難病の治療を紹介するようになった。この雑誌を通じて「はだしの医者」が自主的に学んで技量向上を行うことができた。1974年、鄧小平はイエメン代表団に接見したとき、「赤脚(はだしの)医者はわれわれが試行している制度だ。「はだしの医者」でも医者がいないよりましである。「はだしの医者」でも初めは知識が少なく、よくある病気しか治療できないが、数年を過ぎると「裸足ではなく草鞋くらい履けるように)知識が増えていく。もっと何年かすぎると、布靴も履ける⁵⁹⁾」と「はだしの医者」の技量向上を経験と結びつけて解釈した。

しかし、実際の問題は経験を積むだけでは「はだしの医者」の技量向上が余り見込めなかったことにある。この点は、たとえば証言(A-3)に見られるように、手に負えない病人やけが人は公社衛生院や県病院に転送されたからである。技量上がるのは、普段見ている簡単に治療できる疾病やけがに限られ、それ以上難しい疾病等は経験の延長線上では技量向上は難しい。経験だけでは「布靴」を履くのは無理だったのだ。

それでも、農村合作医療制度が政治運動として盛り上がった時期には上述の『赤脚医者雑誌』が刊行されたほか、証言に示されるように、都市医療機関による研修もあった。だが、他方では上述のように、政治運動の中心に居た「はだしの医者」は「医者」であるよりも、農民への奉仕者であることを優先し、自らの低い技量を向上させようとはしなかった。

他方、政治運動が沈静化し、都市医療機関が気前よく農村で研修をしなくなる。B氏は80年代に遼寧中医学院で研修を受けたと証言しているが、改革開放後は国務院・衛生部が元「はだしの医者」不要論を示すようになり、技量向上の機会は減ったと考えられる。

農村の末端医療を支える人材の技能向上という問題について、改革開放以後、近年まで真剣に議論された形跡がない。「小学校卒3年程度の研修」では如何にも低レベルであり、それよりレベルの高い人材を十分な数だけ養成して農村末端に配置する必要があった。元「はだしの医者」も、こうしたより高度の人材はなる有力な候補だったのだが、その貴重な機会は歴史の中で失われてしまった。

これは農村に限られたことではないが、中国の場合(恐らく他の発展途上国にも共通するが)国際水準を満たす医療人材が少ない。これは当然のことというよりも、長期的な展

⁵⁹⁾曹普(2006)「1949-1989:中国農村合作医療制度的演變与評析」『中共雲南省委党校学報』第7巻第5期 p. 43.

望を持った医療人材養成政策を立案・実施することなしには不可能なことであり、農村医療人材の技量向上問題はこうしたより大きな課題への取り組みを欠いてきた結果といえよう。

3. 元「はだしの医者」の現状——新民県の場合

他方、技量向上がなくとも元「はだしの医者」は今でも農村に不可欠な医療人材である。24時間勤務を公言しなくなって、元「はだしの医者」は村民と同じ村に住んでいて、夜でも診療してくれるし、軽い病気ならばこれで間に合う。

新民県でも、合作医療所は1985年には解体される。その結果、一部の「はだしの医者」は郷鎮衛生院に配属されたが、これは「はだしの医者」が私営の郷村医者となったため、公的に農村末端医療と保健衛生・計画育成を担う唯一の機関が郷鎮衛生院となったからである。ただし、後述するように郷鎮衛生院も経営難から機能不全、休止、廃止に陥るものが多かった。

元「はだしの医者」の一部(恐らく郷村医者試験に合格しなかった者を含む)は農民に戻ったが、残りの最大部分は合作医療所を村衛生室と改称して農村の医者続けている。これらは当然ながら市場原理によって独立経営、損益は自己負担で運営されている。

4. 村衛生室の改革——郷村医者の公的医療・公衆衛生への再活用

中央政府の医療制度総合改革(2009)に基づいて農村基層医療機関の整備が政策課題とされるなか、2011年7月、国務院は「郷村医者の陣容を更に強化することに関する指導意見」を公表した⁶⁰。その内容は、

- ① 郷村医者は主に農村住民に公衆衛生及び基本医療サービスを提供する。
- ② 原則として行政村ごとにひとつ衛生室を設立し、人口1000人当たり郷村医者1-2人を配属しなければならない。
- ③ 衛生室の従事者は郷村医者免許証を取得していなければならない。
- ④ 衛生室の建築費用は政府補助金、村集団支援金、社会寄付金などによるが、標準衛生室の企画を定め、その経営は郷村医者が行う。
- ⑤ 県級医療衛生部門および財政部門が郷村医者と村衛生室の各経費の使用を監督する。
- ⑥ 県級医療衛生行政部門は40%の公衆衛生業務を村衛生室に任せ⁶¹、それに対する経費を支払う。郷村医者の報酬は基本的医療サービスを提供することに対して患者と新農合医療基金から支払う。

となっている。

⁶⁰国務院「国務院办公厅關於進一步加強郷村医生隊伍建設的指導意見」国辦發〔2011〕31号。

⁶¹「40%」は遼寧省衛生庁(2011年12月21日)「遼寧省人民政府办公厅轉發省衛生庁關於進一步加強郷村医生隊伍建設實施意見的通知」(遼政辦發〔2011〕74号)に挙げられている数字である。

ポイントは第一に、郷村医者を再び公的医療制度に組み込むという政策の大転換である点で、②③④に示されるように、現代的医療機関の基準に適合した「標準衛生室」を設置し、資格のある郷村医者に対人口比(1000人あたり)に対して定数配置するという措置である。元「はだしの医者」(郷村医者)が事実上、私営化されてから25年以上を経て、行政村レベルの末端医療機関の整備に中央政府が着手した意義は大きい。

第二にその任務は「基本医療サービス」だけでなく、「公衆衛生」を含むという点。「公衆衛生」つまり、衛生に関する知識の普及や衛生に関する環境改善や衛生に関する調査などは「はだしの医者」でもこなせる仕事であり、実際にも「はだしの医者」が政治運動だった時期の主要な成果は公衆衛生の領域で挙がっていた。そうした人材を活用してこなかった1985年からの時期が異常であり、それがやっと正常化されたと言える。

第三に、しかし、郷村医者と村衛生室の位置は危うい。公務員に準じた俸給が保証されている訳ではなく、「40%の公衆衛生業務」と「基本的医療サービスを提供することに対して患者と新農合医療基金から支払」われる診療報酬で生活を支えなければならない。「40%の公衆衛生業務」の受託による収入が加わるものの、基本的に独立経営の私営医院という性格が変わるわけではない。生活基盤は不安定であり、患者が殺到することも考えにくいので、相当苦しい生活を覚悟せねばならない。

第四に、新型農村合作医療制度との関係である。新農合の制度設計では当初は郷村医者を対象に含めていないケースが多い。一番身近な郷村医者を外すのは、私営化以後の郷村医者が医療の技量水準が疑わしいだけでなく、その営利的な振る舞いは病院勤務医と何ら変わるところがないとされた(後述)。すなわち、郷村医者もまた医療費膨張(後述)の一端を担っており、その医療サービスの水準から合作医療の基金を支出するに値しないと判断された。同じような事情は郷鎮衛生院でもあり、郷村医者や郷鎮衛生院で新農合の給付対象となるものは、かなり限られた条件を備えたものだけだった⁶²。また、村衛生室の看板はあるが純粋な私営開業医であることから、そのすべてに「40%の公衆衛生業務」が平等に委託される訳でもないと考えられる。

4.1 郷村医者の経営不安定化

この点を、後述の「国家基本薬剤制度」の関連でとらえ返せば郷村医者の深刻な経営不安定化のリスクが見えてくる。市場化後の中国の医療機関では薬剤に15%の差益が認められたことから、この差益を追求して薬剤費が急膨張し、医療費膨張の主因となった。「国家基本薬剤制度」は2009年に制定されたが、こうした薬剤費膨張を避けるため、基本的で大量に使われる薬剤をこれに指定し、省単位で安く一括購入したうえで、医療機関に差益ゼロで患者に売り渡させる制度である。このために、医療機関の等級ごとに、「国家基本薬剤」の使用比率が定められており、その性質上、高度な薬剤を多用する上級医療機関ほどその比率は小さく、基層に近づくほど高い比率に規制される。当該の2011

⁶²王崢(2011)「中国農村医療保障制度の現状調査—浙江省寧海県の医療保険制度を中心に—」『大阪経大論集』62(1) p. 145. では、2006年度の例ではあるが、浙江省寧海県の440ある村衛生室や郷鎮衛生院のうち、新農合の指定医療機関となったものはわずかに49にすぎなかった。

年の「実施意見」では村衛生室での仕様薬剤をすべて「国家基本薬剤」とするよう求めている。ところが、薬価差益は診療報酬が低い郷村医者にとっては医院を運営するための貴重な財源である。新農合の指定医になることは薬科差益を放棄することになるが、指定されないと「国家基本薬剤」の配分が受けられず、高い薬を売る医者として患者が来なくなり、恐らく廃業を迫られるだろう。

他方、「40%の公衆衛生業務」の委託がこうした収益源を失うことへの補償措置となっていると推測することができる。後述する。薬で儲からない分を公衆衛生の受託で埋めるということである。ただし、ここでもわざわざ「40%」と具体的な数字を提示していることに留意すべきである。後述するように、郷鎮衛生院は県の直轄機関となっているが、郷鎮衛生院は公衆衛生と基層医療を両方とも担う機関であり、小規模ではあれ入院病床を持つ病院という性格が強い。そして病院の経営状況は概して厳しく、直接の管理者である県政府は公衆衛生業務を衛生院に委託して、その経営を支えたいところである。このままでは、郷村医者・村衛生室に公衆衛生予算はほとんど回らないだろう。そこで、「40%」を回すという具体的な数字が書き込まれた訳である。

郷村医者・村衛生室の公的医療・公衆衛生業務への再活用は(後述する医療技術水準と後継者の問題を除けば)現有資源の有効利用として評価できる。しかし、薬価差益ゼロの「国家基本薬剤制度」による利益低下と「40%の公衆衛生業務」の委託という補償措置とが均衡するとは限らない⁶³。もし、郷村医者の経営が苦しくなれば、悪辣な利益追求が蔓延るか、廃業するかしかない。すなわち、2011年の「村衛生室の改革」は前進ではあるが、経営の不安定化というリスクがある。

4.2. 瀋陽市での実施例

2012年より瀋陽市は「村衛生室を国家基本薬剤制度と新農合指定医療機関に組み込むことを目的として」、村衛生室に対し一連の改革を実施した。

- ① 衛生室の職能：村衛生室及び郷村医者は郷鎮衛生院の指導のもとで行政村の住民に国の定めた基本公共衛生サービス及び基本医療サービスを提供する。
- ② 村標準衛生室の条件：1. 村衛生室建物が60平方メートルを上回り、2. 道路に通じている、3. 水道・電気が通っていて、4. 通信ができる、5. インターネットを利用できるという五つの条件を満たすこと。入院用ベッドは設置しない。診断室、治療室、薬剤室を区別する。
- ③ 村衛生室の配置及び郷村医者の資格：原則として行政村ごとに一つ標準衛生室を設立し、人口千人あたり郷村医者一人を配置する。衛生室の従事者は郷村医者免許証を取得した者に限る。

⁶³この点は十分に意識されていて、2011年の「実施意見」では「郷村医者と郷鎮衛生院との診療範囲（診療報酬配分）の調整」まで言及されている。また、「国务院辦公庁關於建立健全基層医療衛生機構補償机制的意見」（国辦發〔2010〕62号）では、郷村医者への「補償メカニズム」が詳細に論じられ、とくに「特別な政府補助金」を給付するとしている。ただし、これらがどの程度の実効性を持つかは県級政府の仕事如何に架かっている。

2012年新民市は、標準村衛生室を329カ所、1村1カ所を設立した⁶⁴。調査地域の村衛生室は基本的に予防、保健、風邪など軽い病気の治療及び基本公共衛生サービスを行っている。

こうして、元「はだしの医者」は風邪など軽い病気の治療だけではなく、農村末端の基本公共衛生サービスを現在でも担うようになった。具体的には①村の農民健康手帳の作成②保健教育③予防接種④伝染病の報告及び公共衛生事件の応急処置⑤母子保健指導⑥高血圧、糖尿病などの慢性病患者の訪問指導などである。現在でも郷村医者は農村部の最下部の公衆衛生を支えている。

5. 郷村医者の基本的問題

「看病難・看病貴」という致命的な問題を抱えつつも、高度な医療サービスを求めることは改革開放以後急速に富裕化した中国では当然である。たとえば、(旧)農村合作医療制度時代、出産は殆ど合作医療所でしていたが、現在は産婦の多数が郷鎮衛生院か県病院に行っている。リスクの少ない場合の出産は、高度な医療は要さない。(旧)農村合作医療制度時代の助産師がいれば問題ないケースも多いが、改革開放以後の高度医療志向とでも言える過剰な医療需要が生じ、村衛生室で可能な医療でさえ病院に移転させたように見える。

こうして村の衛生室の役割が縮小している面もある。しかし、村衛生室がなければ、農民は膨大な経費と時間をかけて都市や郷鎮の病院に出かけねばならず、そうなれば病院はますます混雑する。そこに、村衛生室と元「はだしの医者」の存在意義がある。

5.1 郷村医者の技量問題

ただし、これには郷村医者の技量向上の問題が関わってくる。上述のように、農村末端医療を担う人材は公衆衛生以外では主にプライマリーケアを担うことが必要で、前掲の2011年の「実施意見」を見ても、今、郷村医者がその役割を求められていることは明らかである。だが、プライマリーケアはかなり高度な医学的技量を要する。「三級医療制度」を活用するためには、医療機関の間での供給できる医療サービスのレベルに関する階層化が必要であり、そのためには最初に掛かる医療機関が患者の状況と必要なケアのレベルの判断ができなければならない。これがプライマリーケアのポイントである。ところが、郷村医にそうした高度な診断能力は期待できない。だから、村衛生室に来る患者は、経済的理由を除けば、患者自身が簡単に判断できるよくある疾病や負傷に限られ、そうでない場合、村衛生室は回避されることになる。

診断が難しそうな場合は、村衛生室へ行くこと自体がリスクにさえなる。診療費用を安くして、村保健室に患者を誘導する政策もありえ、有効かも知れないが、リスクはやはり増大するわけで、適切な処置が行われないため重症化し、後々の医療支出がむしろ増加することもありうる。こうして、郷村医者は、一方では最も期待される公衆衛生に再活用さ

⁶⁴「新民市医薬衛生体制改革取得明顯成效，医療衛生服務體系不斷健全」(2015)新民政府網 http://www.xinmin.gov.cn/system/2015/11/18/010134365_shtml 2017年8月6日。

れ活躍が期待できるが、他方では医者として与えられた役割であるプライマリーケアにはあまり役立たない恐れがある。

「はだしの医者」は希な技量向上の機会を得て生まれた。すなわち毛沢東は政治動員の力で都市の医療資源を無理矢理農村に動員し、村の農民に初めて西洋医学の知識・技能を与えた。しかし、こうした政治動員は長期にわたって維持可能ではない。そこで、農村末端の医療を担う研修機関や学校を作り、恒常的な技量向上を図る必要があった。もし元「はだしの医者」の技量向上があったとすれば、それはこうした機関が提供するものだったろう。元「はだしの医者」の技量向上が実現しなかった背景に農村末端医療を支える人材をどう養成するかという問題が長年にわたり明確に提起されてこなかったことがある。

5. 2. 後継者問題

第二は後継者人材問題。現在では、郷村医者の養成機関もあり、新しい農村医療人材も育成されている。1976年におよそ63万あった「合作医療所」は、1978年には約78万の村衛生室になり、2005年には58万程度まで減ったが、2016年でも約64万ある⁶⁵。すなわち、村衛生室は量的には概ね維持されてきた。それでも村衛生室のレベルは改善されておらず、人材不足は深刻で、現在いる人材は高齢化している⁶⁶。「医士」レベル(短大卒)の「中級」人材が1/3程度いるという改善は見られるが、元「はだしの医者」やその後、教育機関で養成された「郷村医者」がまだまだ村衛生室を支えており、そういう人材が近い将来涸渇するという深刻な問題をもたらしている。

その背景には中国における医療人材一般の低所得という構造的な問題(後述)があり、既に述べたように「国家基本医薬品制度」の下での郷村医者の経営問題は不透明である。さらに都市の大病院を頂点にして、農村末端医療機関を最底辺にした所得の段階的な大きな格差という問題がある。そして郷村医者は、敢えてなりたい魅力的な職種ではないようにみえる。前掲の2011年の「実施意見」でも郷村医者の養成問題は取り上げられているが、後述するように、既に農村基層医療機関は深刻な人材不足にある。他方、医学の教育・研修機関を作ることはできても、適切な人材を大量に確保することは困難とみられる。

元「はだしの医者」の試験合格者が郷村医者の免許証を与えられて以後、改革開放と経済成長の時代に入っても、中専(専門高校)レベルの「郷村医者」がまだ養成され、村衛生室の主力になっている。この40年間で中国は大きく発展したが、農村末端医療の担い手のレベル向上を怠ってきたということが、近い将来憂慮すべき事態である。

「看病難・看病貴」という大問題の背景に隠れて見えにくいだが、これから高齢化を迎える中国で、農村の末端医療を支える人材が不足し、医療環境がますます悪化するという暗

⁶⁵中国統計局『中国統計年鑑(2017)』中国統計出版社。

⁶⁶江蘇省塩城市疾病管理予防センター・潘進進主任は2013年5月の『中国青年報』のインタビューに対し、同市の村衛生室で、就業医師資格を有する医者は合計数の36.94%のみ。その他(63%)は郷村医者資格を持つ者で、半数程度の郷村医者の年齢は45歳以上である。彼らが衛生室を退職すると、多くの村は村民にサービスを提供する医者がいなくなる、と述べている。(「編制少待遇低 基層医院面臨人才荒」『中国青年報』2013年05月23日)

http://zqb.cyol.com/html/201305/23/nw.D110000zgqnb_20130523_3-07.htm 2018年1月10日。

い予測がありうることは一考を要する論点であろう。

6. 郷鎮衛生院について

「はだしの医者」ばかりを焦点化してきたが、郷鎮衛生院は人民公社期から改革開放後を通じて、農村医療を担う拠点病院だった。人民公社期から、そこには(常駐しているとは限らない)が本物の「医者(医師)」がおり、入院の設備も持っていた。基本的には人民公社や郷鎮政府の下部組織という位置づけだが、人民公社期から「国有」と「集団所有」の二種があった。国有とは基本的に上級政府(県級)の資金である程度の人件費と運営経費が維持されるもので、「集団所有」の場合は「公益金」を基本に運営するものである。ただし、前者でも「公益金」がある程度は投入されており、後者に対しても政府の補助があるのでその違いは程度の差、あるいは名目的なものとも言える⁶⁷。

(旧)農村合作医療制度のうちには村の合作医療所だけでなく、郷鎮衛生院の医療費支払に対して給付するものもあったとされ⁶⁸、さらに村衛生室を一般的に指導するだけでなく、下部組織として直接設置する場合もあり、その比率は年々高まっている⁶⁹。

6.1 改革解放後の郷鎮衛生院

Feng et al. (2005)によると、(旧)農村合作医療制度崩壊後、合作健康管理制度(Cooperative Health Care Schemes :CHCS)が郷鎮と郷鎮衛生院を中心に組織されたという(郷村医者は民営化されたため、公的な農村末端医療の担い手は郷鎮衛生院しかなくなる)。名称も様々、内容や出資方式も多様で、(旧)農村合作医療制度の後継を目指すものだけでなく、広い意味での保健衛生や出生管理(計画育成)を行うものもあったというが、自然発生的なものだったのでその意味合いも様々だったし、最大で郷鎮の13%程度までしか広がらなかった⁷⁰。

郷鎮衛生院は基本的に郷鎮政府の行政部門であり、保健衛生や計画育成と入院を含めた本格的な医療サービスを提供する農村末端医療機関でもある。しかし、既に述べた、郷鎮財政は二極化しており、合作健康管理制度も富裕な郷鎮が郷鎮企業に依存して医療・保健サービスを充実させる場合と、逆に財政に窮乏した郷鎮が最低限の保健衛生と医療サービスを維持するために、農民から拠金を募ったということも考えられる。

郷鎮衛生院は、1960年代初めから整備が始まり、1958年はゼロだったものが、1962年には約2.9万、1965年3.5万、1978年で5.5万、1990年4.8万、となる。2000年に4.9万となった後、減少傾向となり、2012年では3.7万である⁷¹。

6.2 医療市場化と郷鎮衛生院

第5節で詳しく述べるが、改革開放後、中国の病院経営は危機に瀕する。すなわち、医療費の政策的価格引き下げで、医療サービスではコスト割れした報酬しか得られなかった

⁶⁷Feng XueShan et al.(2005) pp.1111-1112.

⁶⁸同前掲。

⁶⁹衛生院設立の村衛生室の比率は1978年には3.8%だったが、2016年には8.9%まで増加している(中国統計局『中国統計年鑑(2016)』中国統計出版社)。

⁷⁰前掲、Feng XueShan et al.(2005) p.1114.

⁷¹中国統計局『中国統計年鑑』(各年版)中国統計出版社。

。このため病院経営は恒常的な赤字となり、改革開放以前は赤字を政府が補填していた。だが、改革開放後は地方政府の財政力が弱化したため、こうした継続した赤字補填は難しくなり、資金の一部は提供するものの、それを比較的少額の定額にとどめ、病院経営も請負制にして、自助努力で赤字化を解消させるという対策が1985年に採られ、病院をめぐる状況は一変する。後述するように、一方で診療報酬をコスト以下に抑えつつ、他方では「請負制」で赤字を解消するという自由化は医療の「歪んだ自由化」となり、中国の医療制度を偏倚させ、医療費膨張を引き起こして、「看病難、看病貴」を生み出すことになる。

郷鎮衛生院も、規模は小さいながら病院なので、県病院以上と同じように基本的に「請負」に出される。しかも、いくつかの不利な条件を背負っていた。第1は、中央が診療報酬を政府統制価格でなく、原価で患者から徴収してもよいとした労働保険や公費医療制度の対象者である国有企業労働者や公務員は郷鎮には非常に少なく、原価で払ってくれる患者がいなかったこと。第2は、例外的に豊かな郷鎮を別にすれば、郷鎮政府は県以上の政府に比べてわずかしか財政力がなかったこと。第3は、郷鎮衛生院は県病院やより大きな都市の病院と競争しなければならなかったこと。少なくとも、県病院よりも、高い医療費を取ることはできなかったと思われるが、そうなると病院経営「請負制」を採っても、結局、費用を切り詰める位しか方法がなくなる。しかし、費用抑制のため、賃金を切り詰めることと能力のある医療スタッフを集めることができなくなり、スタッフの質が悪いと患者の評価・評判が悪くなり、患者ばなれを引き起こし、収入源となるという悪循環が生じる⁷²。前掲の江蘇省塩城市疾病管理予防センター・潘進進主任への『中国青年報』のインタビューでも、郷鎮衛生院の深刻な人材不足とともに、ここ3年間、大卒者の新規受入が一人もないと述べている。農村であること、待遇条件が悪いことで、優秀な人材は集まらない。

これにより、(近年では改善傾向が見られるが)都市大病院への患者集中に対して、郷鎮衛生院では空きベッドが目立つなど⁷³、「看病貴」はあっても、「看病難」とはほど遠い現象が起こっている。

郷鎮衛生院はこのように病院経営上の困難を抱えており、場合によっては「請負」でさえ運営できず、廃止ないし休止状態になるものもあった。2000年代後半になって、末端医療機関の再整備が政策化されるまで農村末端医療はかなり荒廃する。

6.3 新民県の郷鎮衛生院

新民県では2007年「上劃⁷⁴(新民市政府の直轄に移す)」前、新民市の26郷鎮衛生院

⁷²前掲、「編制少待遇低 基層医院面臨人才荒」『中国青年報』2013年05月23日)。

⁷³都市の大病院(三級病院：後述)の2016年の病床利用率はどの月も90%を超えているのに、郷鎮衛生院では60%程度である(日本総研『中国医療施設概況』2017年6月 http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/shanghai/pdf/201706_shisetsu.pdf 2018年1月10日)。

⁷⁴80年代公社衛生院が郷鎮衛生院に改められてから2007年までの間、新民市の郷鎮衛生院は郷鎮政府が衛生院を管理していた(本文の通り名目的だったが)。2007年5月郷鎮衛生院の管理権限を郷鎮政府から市政府に移し、市衛生局の直轄とした。それを新民市の郷鎮衛生院の「上劃」という(朱曉京「新民：傾力構建農民健康守護網」『瀋陽日報』2008年11月4日)。これは、中央政府の農村末端医療機関整備という方針を承けた

は、半麻痺状態に陥っていた。うち 8 衛生院は運営されていたが、11 衛生院はかろうじて維持されていたものの、他の 7 衛生院は休業状態だった。新民市の 8 割の郷鎮政府の医療衛生予算はほぼゼロであった。他方、病院として営利的な経営も困難だったと推定される。当然ながら郷鎮衛生院の建物は老朽化し、医療設備は不備のまま、医療人材も不足していた。多数の郷鎮衛生院は風邪、熱など簡単な病気の治療はできるが、盲腸などの簡単な手術さえ、上の医療機関に転院させていたというから、「医士」クラスの中級医療人材さえ、確保が難しかったと思われる。「上劃」後の 2008 年、新民市は 945 万元を財政投入し、7 カ所の衛生院建物を改築し、姚堡、前當舖の 2 カ所で医療総合ビルを新築した。金五台子、柳河溝、紅旗、于家、大喇嘛 5 カ所で外来診療用ビルを増築し、胡台、芦屯、新農、柳河沟、羅家房の 5 カ所で改修を行った⁷⁵。

2010 年 4 月、新民市は基層医療衛生機構の総合改革を実施に移した。医療設備費用などは政府の責任とし、医療機関の運営費用は医療サービス収入で賄うことにして、2014 年まで新民市財政から 2000 万元あまりを投資し⁷⁶、300 万元あまりを医療設備充実に使用、18 カ所の衛生院の施設・設備を改修した⁷⁷。

2007 年の「上劃」は次章で扱う新農合での利活用を前提にしたもので、郷鎮衛生院の利用を高めて、医療費を抑止しつつ、上級病院への患者集中を緩和して「看病難」を解消しようとする政策である。これに対し、2010 年の「基層医療衛生機構の総合改革」は 2009 年医療制度総合改革を承けた施策である。こうして、近年では農村末端医療は郷鎮衛生院に関する限り、一時よりは改善されつつあるが、後述するように「看病難・看病貴」という問題の抜本解決には至っていない。

小括

改革開放以後の(元)「はだしの医者」と村衛生室、郷鎮衛生院の状況を見てきたが、村(元)「はだしの医者」は私営となり、衛生室も村委員会から厄介払いされたような状態となる。また、郷鎮衛生院は末端で公衆衛生や計画育成などを担う機関であるはずだが、人材不足などの困難を抱えながら、1980 年代半ばの病院経営請負制と「医療市場化」の中に投げ込まれて、経営難に陥った。

こうして、改革開放以後の農村末端医療は医療水準が向上したようには見えず、しかも政府が医療の公的管理を怠る方向に進めて、医療機関を放擲したため、営利と患者全額負担の世界が出現した。農村末端医療の状況は、以前より良くなったというより、悪化したといえる。

他方、2003 年の新農合の実施とともに、農村基層医療機関の再生が試みられており、とくに 2009 年の医療制度の総合改革以後はかなり注力されている。郷村医者・村衛生室

ものであったが、上述のように、もともと国有(県管理)のものと、集団所有制(郷鎮管理)があったが、たまたま新民市ではすべて郷鎮管理だったということである。

⁷⁵朱曉京「新民：傾力構建農民健康守護網」『瀋陽日報』2008 年 11 月 4 日

⁷⁶朱勤(2011)「新民：郷鎮衛生院大變化 百姓看病不再難」『共產黨員』第 23 期 p. 13。

⁷⁷同前掲。

は公衆衛生業務を本格的に担うようになり、郷鎮衛生室とともに施設・設備も整備されている。しかし、郷村医者について既に指摘した人材難という難問があり(詳しくは後述する)、郷鎮衛生院ともどもまだ課題は残っている。

第4節 (旧)農村合作医療制度の崩壊

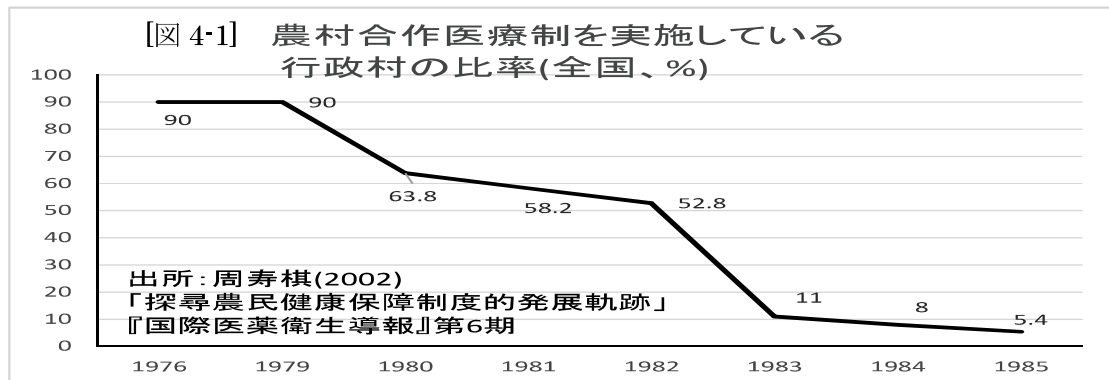
80年代に入り、中央政府が農村合作医療制度に対して地域ごとの判断に任せるという態度をとったため、合作医療制度を継続して実施するかどうかは地方政府の決定によるものとなった⁷⁸。結果として、農村合作医療制度は衰退し続け、1989年には農村合作医療制度実施行政村はわずか4.8%にとどまった⁷⁹。

ここで問題が2つある。第一はなぜ大部分の地域で農村合作医療制度が廃止されたか。第二はなぜ一部だけ農村合作医療制度が残ったかである。

1. (旧)農村合作医療制度の解体とその要因

1978年3月、『中華人民共和國憲法』(以下『憲法』)の改正が審議批准され、施行された。『憲法』の第三章第五十条は、「労働者は、老後、疾病あるいは労働能力喪失の場合、物質援助を得る権利がある。この権利を享受できるため、国家は社会保障、公費医療および合作医療などの事業を逐次発展させる」と規定している。農村合作医療制度は国家根本法の形で確立されたのである。

しかし農村合作医療制度は、『憲法』に書き込まれることにより発展したかと言うと、逆に急速に弱体化していった。下図2-1に示すように、全国農村合作医療制度の実施している行政村の割合は1976年の90%から、1980年の63.8%に低下し、1985年にはわずか5.4%となったことから明らかである。



弱体の要因について以下に様々な観点から分析する。

1.1 従来 of 諸見解

(旧)農村合作医療制度の衰退については、既に種々の見解がある。たとえば、人民公社

⁷⁸陳偉誠・胡宏偉(2006)「我国農村合作医療制度變遷与評析」『山東農業大學學報(社會科學版)』第1期 p. 44。

⁷⁹周寿棋(2002)「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『國際医薬衛生導報』第6期 p. 19。

が1983年に郷鎮政府に改組され、農業における集団経済が各戸請負制に置き換えられることで衰退したという説明が多い⁸⁰。年末の所得分配の際に医療費を天引きする従来の操作方法が不可能になり、集団医療費の調達ができなくなったという説もある⁸¹。確かに農業の集団化はなくなったが、それと医療における協同組合である(旧)農村合作医療制度の存廃は別の問題である。「工分」はなくなったが、郷鎮や村政府は集団経済がなくなっても、請負制を担う主体として請負料を徴収するほか、農機具の貸し付けや幼稚園等の公共サービスを担い、こうした仕事の従事者に給料を払っており、そのために「提留」など農民から徴収している。基本的な徴税機能は残っているので、「天引き」ができないとしても、自己負担分を徴収する方法はある。だから、もし(旧)農村合作医療制度が必要であり、かつ存続可能であれば維持することはできたと思われる。

ところで逆説的であるが、1985年でも5.6%の村には農村合作医療制度が生き残っている⁸²という点から衰退の要因を見ることができる。後述するが、こうした村は概して沿海部にあり、経済開放の恩恵を享受した豊かな地域である。そのため財政に余裕があり、それが農村合作医療制度の存続を許容したと考えられる。

1.2 政治運動としての農村合作医療制度

ということは、(旧)農村合作医療制度が存続できなくなった一つの大きな原因は、村の財政と関係があると考えられる。上述の「はだしの医者」のインタビューに関連して既に指摘したが、(旧)農村合作医療制度は村衛生室に充てられる予算が漸減してゆき、崩壊に至る。これは、恐らく典型的なケースだと思われる。

1-2-1. 幹部と政治運動

一方ではFeng et al. (2005)の見解として示した、幹部が合作医療を守ることを自分の任務だと考えなくなったことと重なる。もう少し正確に言えば、(旧)農村合作医療制度は毛沢東が指導した政治運動であり、末端幹部は毛沢東への忠誠心を疑われ、文革の犠牲にならないためには、是が非でもこの制度を創設し、続ける必要があった。農村医療などに関心がある訳でも、その意義を理解している訳でもないが、合作医療は絶対的な必修科目だった。他方、毛沢東が指導している政治運動だということは、合作医療に対する拠出金を農民に支出させるときの大きな後ろ盾になったと思われる。だから、本来は「加入・脱退自由」が原則の協同組合が拠出金を「天引き」できたのである。

こうして、毛沢東が死去して文革が終わり、合作医療は必修科目でなくなると、合作医療を支える意味もなくなる。とくに、文革が否定されるようになると、合作医療に熱心なことで「極左」のレッテルさえ貼られかねないから、なおさら熱心になることができない。

それでも、合作医療を止めろという命令も来ないので当面はつづけるとしても、農民に拠金を強制するだけの熱意はなかった。

⁸⁰陳金霞(2006)『中国における医療システム改革:日本の経験からの示唆』(博士論文)千葉大学 p. 49。塔林函雅(2013)「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担-公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義-」『生命保険論集』第182号 p. 150。

⁸¹李蓮花(2004)「医療保険改革一体系移行からみたその背景、特徴と限界」『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版 p. 80。

⁸²周寿棋(2002)「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『國際医薬衛生導報』第6期。

1.2.2 農民の拠金拒否

既に指摘したように、ここで合作医療が「加入・脱退自由」の協同組合だということが意味を持ってくる。農民は恐らく容易には拠金に応じなかった。あるいは、拠金を断固拒否する農民が現れ、次第に多数派になっていく。

その理由は、人民公社期の農民が今日では想像できないほど貧困で、かつ停滞した状況にあり、また自然災害など生活・生命を脅かす要素が溢れ、他方では政治運動の参加を強制されたり、土木工事に狩り出されたりして、強いストレスがあった。政治運動への嫌悪感と貴重な現金収入を減らす拠金の負担感⁸³は、実際にはより豊かになり、合作医療に拠金することがさほど難しくなくなっても、脱退を宣言させるほどの合作医療への嫌悪となったと思われる。

さらにもう一つ、「脱退自由」が脱退を誘う理由があった。それはより抽象的に言えば「逆選択」問題である。自由加入の健康保険は健康へのリスクの自覚なしに成立しない。ところが、健康のリスクを理解するためにはかなり高い学力を必要とする。他方、自分は健康であるから、将来も健康であり続けるので保険は意味がないと「健康な」農民は考える。そうであれば、合作医療は不要である。幹部の説得と圧力が弱まれば、彼らはすぐに脱退を考えるだろう。

最後に、「薬代無料」の制度が安定していないこと、社会保険制度としての機能の欠陥という問題がある。「安い」保険料(拠出金)と「薬代無料」が特徴の農村合作医療制度だったが、「薬代無料」は医療需要を膨張させ、「安い」保険料は基金を小さくしたから、「薬代無料」は長くは続けられない。基金が涸渇すると「三土四自」で自給できる薬を除けば、薬がもらえなくなる。給付の安定性を欠く社会保障制度はナンセンスであり、拠金したのに「薬代無料」の恩恵に浴せなかった農民は「看板倒れ」を恨み、幸運にも「薬代無料」を享受できた者を呪うだろう。さらに、これも Feng et al. (2005)が指摘している点だが、管理の不十分性がある。第二章の証言にあったように、払うはずの「受付料」さえ採らなかったことがあるという。これも、特定の知り合いなどを優遇する縁故主義ならば、「受付料」を取られた農民は不公平への強い不満を持つに違いない。こうした社会保障制度としての欠陥は、拠金拒否・脱退の大きな理由になる。

1.3 主役としての「はだしの医者」

前章のインタビューから分かる通り、主役たる「はだしの医者」は合作医療を社会保障制度とは考えず、自分をその管理・運営に責任がある当事者であるという自覚まったくなかった。前章でみたように、(旧)農村合作医療制度は「はだしの医者」という主役と合作医療所という舞台に対し、「薬代無料」という看板を掲げた政治運動——毛沢東思想を実践し、農民、とくに貧農・下層中農に全身全霊で奉仕する運動の燃料に過ぎなかった。

ただし、彼らは初歩的とはいえ、西洋医学の知識を持ち、それを実際に農村で役立てて、とくに公衆衛生の面では大きな功績を残したし、農民への献身的な奉仕が実際にあったと

⁸³第1章で示したように、1978年でも農民一人あたりの食糧を除く貨幣支出は、約29元にすぎない。そして、これは平均であり、中国農村は当時でも非常に多様で、所得が遙かに少ない農民も多々いたと思われる。2元は「安い」掛け金とは限らない。

すれば医療の面でも功績はあった。それが、「はだしの医者」と(旧)農村合作医療制度を世界的に評価され、希にしか生まれない貧困な途上国での農村末端医療の成功例にした。

さらに、政治宣伝が加わる。「三土四自」で「安い」保険料でも、「薬代無料」が実現できたという真偽の定かでない快挙が常識化する。しかし、ここで問題の性質が変わる。つまり「はだしの医者」にとっては「薬代無料」は「欲求に従って受け取る」という、貧困で医療に殆どアクセスできなかった農民に対する「共産主義のユートピア」として意味を持ち、社会保障制度としてではない。実際は食糧不足ですぐに破綻した「公共食堂」と同じく、「ユートピア」は閉店したのだが、それでも「はだしの医者」は農民への奉仕を続けることができた。「はだしの医者」たちは、自らが農民に対する「薬代無料」という約束を破っていることさえ気に掛けていない。毛沢東思想への心服とその実践という頂点を目指して、政治運動ならではの熱気と自己陶醉に浸っているように見える。

問題が錯綜しているのは、(旧)農村合作医療制度は実際にはこうした「はだしの医者」の政治運動に過ぎないのに、農村医療として明確な実績が挙がっており、また誇大に宣伝もされてきたためである。加えて、既に述べたように、改革開放以後の方が農村末端医療の供給体制は劣化していることが、(旧)農村合作医療制度をより美化した。しかし、これらは、偶々そうなったものであり、(旧)農村合作医療制度の根幹である政治運動から見れば付随的なものに過ぎない。

そうであれば、(旧)農村合作医療制度が崩壊したのは、きわめて単純に「はだしの医者」の政治運動が終わったという事実から説明できる。「はだしの医者」はその後も生き残り、政治的な冷遇にもかかわらず、なお「三土四自」を追求したが、そこにはもはや熱気も陶醉もなかった。そして、より重要なことは、(旧)農村合作医療制度という健康保険の制度に農民が求めたのは切実な医療への需要であり、「はだしの医者」の活動が全部ではないにせよ、その需要に応えたとしても、「薬代無料」が看板倒れだということが見えた時点で農民は冷めてしまい、拠出金の負担の重さだけが残った。一方では、熱烈に農民への奉仕を欲する「はだしの医者」であっても、農民との視点の違いに気づくことができず、それが(旧)農村合作医療制度の崩壊を導いたといえる。

(旧)農村合作医療制度は文化大革命という政治運動の中で、最高指導者の影響力による大衆動員によって形成・推進され、発展して、壮大ものとなった。その中心には「はだしの医者」がおり、大隊幹部は「はだしの医者」を支えて、合作医療を創設し、運動が続く限り維持することが毛沢東への忠誠の証であり、そこで制度としては成り立つはずのない「薬代無料」の医療制度が急激に発展した。

しかし最高指導者がいなくなり、大衆政治運動が終わると毛沢東への忠誠の証は必要でなくなる。主役たる「はだしの医者」も熱気を失い、もはや支持する必要もなくなる。そして、「はだしの医者」が冷め、幹部が「はだしの医者」を見限ったとき、拠金を強制され、中身の定かでない「薬代無料」の政治運動の道具にされた農民はこの制度を見限った。文化大革命という政治運動が終結すると、(旧)農村合作医療制度は崩壊する運命を免れることができなかった。

鄧小平は「われわれは根本的に文化大革命を否定したが、実は文化大革命には功績もあ

る。それは反面教科書を与えたことである⁸⁴」と語った。文化大革命は「10年間の大きな災難」と呼ばれ、全面的に否定された。こうした否定は生産大隊を管理した末端幹部には歓迎されただろう。政治運動の中で合理的とも思えない「はだしの医者」を支えなくて済むようになった。農民にとっても、改革開放以後はカネさえ払えば様々な医療サービスの受診が可能になった。後述するように、「カネさえ払えば」という点が大問題なのだが、農民は人民公社のくびきと共に「はだしの医者」運動に同調するふりをする必要もなくなっていた。恐らく、その前に農民は冷めた眼で「はだしの医者」を見るようになっていただろう。そして、農民が合作医療から「脱退」して、この制度を終わらせた。要するに、(旧)農村合作医療制度は従来考えられてきたほど、農民に好まれたわけではなかった。

文化大革命を否定することは、その期間に実施した政策、制度、方針なども一切否定する、という考え方が主流を成している。(旧)農村合作医療制度は文化大革命の時期、急速に発展し、制度の盛りとなった。合作医療制度は文化大革命の時期の農村社会保障の代表だと考えられる。合作医療制度を、「平均主義、大鍋飯」という「極左」性格を持つものとして否定する人々もいる⁸⁵。「共産主義のユートピア」だったという指摘は一面では妥当である。ただ、それを否定するとか、肯定するとかいうことは問題にする意味がない。それはそのまま政治運動であり、特定の歴史的条件下でしか生じなかった「事件」だからである。

しかし、毛沢東は「3年の教育訓練で十分だ」とし、医師の教育訓練と技量向上を軽視していた。そして前述のように、経験を積んでも「はだしの医者」の技量はさほど向上しなかった。郷鎮の衛生院といういちおう正規の医療機関があるとしても、その利用は制限されていたため⁸⁶、農民は「はだしの医者」の医療サービス水準で間に合わせる必要があった。豊かになりつつある農民は都市の病院にさえ行くことができるようになる。こうした点からも、「自力更生」で漢方中心の「はだしの医者」は忌避された。

他方、出産のためにわざわざ都市の病院に行くような“過剰な”高度医療需要も生まれていた。こうして、農村合作医療制度は改革開放によって歴史の中に捨てられたのである。

2. 残存した農村合作医療制度

第二の問題である農村合作医療制度が残存した地域を考察する。

江蘇省無錫県査橋鎮では1980年代末まで合作医療制度が維持されていたことが確認されている。査橋鎮は1988年には人口20,800人。このうち18,599人が合作医療制度に加入していた⁸⁷。この合作医療制度の基金調達状況を表2-1に示す。医療基金の調達は郷鎮の範囲で徴収されている。従来の合作医療制度が生産大隊(行政村)の範囲より調達してい

⁸⁴鄧小平(1993)『鄧小平文選(第3巻)』人民出版社 p. 272。

⁸⁵武志宏(2007)「合作医療的前世今生」『中国衛生産業』第3期 p. 25。

⁸⁶(旧)農村合作医療制度はそもそもモデルとなる制度設計がなく、また管理のルールも定まって居なかったこと、そして基礎になる生産大隊の経済力もまた多様だったため、多様である。既に述べたように、郷鎮衛生院での医療に給付する制度もあった。

⁸⁷王耀森(1989)「査橋鎮合作医療制度実施二十年来的調査」『中国農村衛生事業管理』第5期 p. 30-32。

たが、人民公社の廃止で村委員会が行政機関として弱体化したこともあり、郷鎮設置以後郷鎮が基本単位となり、基金は村の間に存在する経済格差や運営リスクを縮減させた。

表 2-2 のとおり基金は個人、村、郷鎮企業の三者から調達されている。従来の制度と同様に村が拠出しているが、重要なのは郷鎮企業が最大の拠出者となっている点である。この鎮では全体で鎮・村企業が 113 あり、従業員は 9,392 人にも達している。約 2 人に 1 人の農民が郷・村企業の労働者であって、労働者の医療保険という側面もあった。無錫は開放政策で成功した地域であって、その豊かさが制度の存続を可能にした。つまり、農村合作医療制度という名称はそのままであっても、中国の産業的發展を反映した地域的特殊性を帯びたものだと言える。

年	合作医療形式	個人拠出(元)	村援助金(一人当たり、元)	郷鎮企業援助金(一人当たり、元)	一人当たり調達金基準額
1984	郷鎮・村	1	3	3.82	7.82
1987	郷鎮・村	2	2.5	6.52	11.02
1988	郷鎮・村	3	3	8	14

表 2-2 江蘇省無錫県查橋鎮の合作医療制度の基金調達状況

出所：王耀森(1989)「查橋鎮合作医療制度実施二十年来的調査」『中国農村衛生事業管理』第 5 期

医療基金は原則として郷鎮合作医療管理委員会が統一的管理、計画使用を行う。村級医療機関は村衛生室の薬剤購入を含め、基金の 65%を使用する。鎮医療機関は主に入院給付として、基金の 35%を使用する。保障給付については、農民が村衛生室で受付費と注射費を負担するが、薬剤は免除となる。注射費を個人負担としている点では従来の農村合作医療制度と異なるものの、「はだしの医者」の居る村衛生室中心の制度の「薬代無料」は継承されている。なお衛生院での入院に対しては、一定比率での給付がある。すなわち、郷鎮衛生院までが保険の対象となっており、県病院での受診や入院は対象外である。郷村者の報酬は村企業従業員及び村副幹部待遇の水準で村が年末一括払いとする⁸⁸。

この制度が成り立ったのは、最大部分を占める郷鎮企業からの拠出金があったからであり、また郷村医者に村の副幹部並みの報酬を払えるほどの財政余力が村にあったためだ。それだけ農民は自己負担を免れて、「安価な」医療が受けられることになり、農民は「脱退」を選ばなかった。制度が存続できたのは、恐らくさほど多様ではないにせよ、「薬代無料」を看板倒れにしないだけの財力があったことが大きい。結局は財源問題を解消できるかどうかポイントだったことが窺える。なお、都市の病院が対象外だったことは、重病の場合のリスクが解消されなかったことを意味する。

ただし、留意すべき点は、第 1 に郷鎮企業の労働者は都市労働者が加入する労働保険に入れないために、労働者福利の一環として(旧)農村合作医療制度という「枠組み」を利用しているということである。たんなる、農民の制度であれば、よほど富裕な商品作物の産地でない限り、こうした財政は維持できない。

⁸⁸同前掲。

第2には、制度が「薬代無料」と言う点にかなり、財源をつぎ込んでいる点である。中国では外来診療の医療費は安く、入院は高い。したがって、常識的には入院に35%では少ないように見えるが、外来に充てられる財源65%のかかなりの部分が薬代だと推測できる。「薬代無料」の実現にかなり注力している制度に見えるが、上で述べたように、労働保険の代案だとすれば、労働保険では本人は基本無料なので、「薬代無料」位は実現したいということであろう。時代から考えて、無料の薬には西洋薬も含まれると推定されるが、薬代無料はやはりカネが掛かるということを示す。

小括

本節では(旧)農村合作医療制度が「はだしの医者」を主役にした政治運動そのものの要素であること、さらに最終的には、農民が「脱退」を選択して崩壊するが、その原因は「はだしの医者」の熱狂とは裏腹に、この制度が農民(少なくとも一部)には余り歓迎されておらず、「脱退」の圧力は運動が盛んな時期に醸成されていたことを示した。

(旧)農村合作医療制度と文化大革命との関連を指摘する見解は従来からあったが、非常に難しいのは、「はだしの医者」が成功した医療制度と見なされ、あわせて(旧)農村合作医療制度が成功した、少なくとも一定の成果を挙げた社会保障制度と見なされ、またそうした宣伝が行われてきたこととの関連づけである。文化大革命を否定する見地から、社会保障制度としての(旧)農村合作医療制度を否定するというのは、取り違えである。(旧)農村合作医療制度はそれ自体が運動の一部であり、史実にすぎないので、それを肯定するとか、否定するとかいう類いのものではない。

そして、それが生き残るとすれば、農民に否定(「脱退」)されないような、社会保障制度の内実を備えたものに転成する必要がある、その条件は強力な財政基盤である。

第5節 病院経営の「歪んだ市場化」

改革開放が始まって以後、農家請負制により、ノルマを上廻る農産物は農民に自由処分が認められたため、公認の自由市場が自然発生的に各地に生まれた。農家の副業や都市生産する郷鎮企業となって自由市場に商品を生供給するようになった。そこでまず顕著になったのが、インフレーションであり、一般に物価上昇が生じ、これまで固く守られてきた国営企業労働者の賃金統制もまったく無効化した。国営企業は赤字であったものが少なくなかったが、赤字でも政府にこれを補填してもらえたため、都市の労働者をインフレで困窮させることはなかった。

他方、医療制度、とくに病院経営には大きな問題があった。中国の病院は、後述するように近年では私立のものが増えているものの、伝統的にほとんどが公立病院であり地方政府の下に置かれた。また、公立病院における診療報酬や薬価についても、現在に至るまで厳格で詳細な価格統制が行われてきた(後述するが、近年では公定価格のほかに価格帯の規制のような方法も用いられるようになった)。

都市の病院の診療費は社会主義的制度の名の下に、1958年から3回にわたって引き下げられてきたが、これによって改革開放以前にすでにほとんどすべての病院は赤字を政府に補填してもらってようやく存在できる状態に陥っていた⁸⁹。「安い医療」は社会主義のセールス・ポイントであり、都市の国有企業労働者と公務員の本人は原則自己負担ゼロの保険があったが、その家族は半額、そしてそれ以外の保険のない概して貧困な都市住民は全額自己負担だった。この貧しいほど負担が重い医療システムは医療費の抑制を社会安定の条件にした。

改革開放後のインフレは医療に必要な様々な資材も高騰させ、さらに医療スタッフの賃金引き上げも必要とされるなど、赤字が大幅に膨らむこととなった。他方、都市住民の生活水準も上昇したとはいえ、なお国有企業労働者・公務員とそれ以外の住民の間に格差があり、「社会主義」的な「安い」医療を続ける必要があった。

それだけではない。後述する1981年2月の国務院「病院赤字問題解決に関する報告」には赤字で荒廃した医療機関を「建物が極めて古くなり、壊れたまま。医療機械も時代遅れで、更新できない。患者の寝間着や設備はボロボロ。衛生状況も悪い。5千万人の入院必要患者に対し、ベッド数は2千500万床しかない」と表現していた⁹⁰。医療は改革開放後の中国社会にうまく適応できなかった。

1. 1981年の病院経営改革

そこでまず、1981年2月、国務院は衛生部による「病院赤字問題解決に関する報告」を發布し、さらに同3月に衛生部はこれに基づく「病院经济管理暫定方法⁹¹」を指示した。これが、中国医療制度の一つ目の転換点であった。

その内容は、①公費医療制度(公務員とその家族)と労働保険(国营企業の労働者とその家族)に限るものの、医療費を「原価」で提供することとした。現状では赤字であり、「原価」以下だった医療費を原価まで引き上げることを許容し、これによって病院経営の赤字を縮減することが目的である。ただし、公費医療と労働保険のみが対象となり、それ以外の公的保険が使えない患者に対しては従来の「赤字価格」での医療提供を継続させるもので、抜本的な赤字対策ではない。しかし、これによりインフレが亢進すれば少なくとも公費医療と労働保険対象者の医療費は「原価」の上昇だけ引き上げられることになった。中国での医療費高騰はここに始まった。

②改革開放後の地方政府は疲弊していた。急速な経済発展にもかかわらず、財政収入が伸び悩み政府は窮乏していた。他方、改革開放以前から基本的に赤字だった病院は赤字をより大きく膨らませることになり、地方政府はますます病院への支出を増やさざるを得なくなる。病院が概して老朽化し、修理もできずボロボロだったこととあわせて、病院赤字解消は地方政府を悩ませる難題だった。そこで、病院への財政支援は最小に固定し、病院自身に自活を求めるという方向に転じる。

⁸⁹国務院「国務院批転衛生部关于解決医院賠本問題的報告的通知」1981年2月27日。

⁹⁰同前掲。

⁹¹衛生部「医院经济管理暫行辦法」1981年3月18日。

③しかし、地方財政が病院赤字を埋めないという方針はその後の中国医療制度を方向づけた。1981年3月の「暫定方法」は「全額管理、定額補助、差益使用」を明記している。

「全額管理」は病院の経営について、これまでと変わりなく行政の管理部門が管理し、とくに医療費が過大に患者に請求されることがないように配慮はする。しかし、「定額補助」ということは物価変動に関係なく行政が支出する病院管理費は一定とすることで、もしインフレが進めば政府の補助金の比率は次第に低下することになる。この実質的な補助の傾向的減少に対し、他方では上述のように増収の道は限定的。病院は手段がかなり限定され、期待薄の中で自助努力での解決という難題を課される。

留意すべき点は、こうした方針は地方政府の難題を病院に転嫁するだけで、病院経営への配慮に欠ける点である。とくに都市の貧困層が医療費高騰に不満を抱かないよう政府が「管理」としつつ、他方では「定額補助」だけ。これで口は出すがカネは出さないという無理難題を病院に押しつけているだけである。

④なお「差益使用」は管理部門が設定する目標を超えた収入があった場合、その「差益」を病院が自分のために使用してよいとする規定である。「差益」の用途はまだ限定されていて、いわゆる「請負制」とは趣旨が違うが、この「差益」をインセンティブにして、病院の自助努力を求めていると言えよう。

⑤「差益」の用途は「病院の事業の発展、集団福利の改善及び個人の奨励」に限定されていたが、「集団福利」や個人へのインセンティブ付与に使えるという点は大きい。改革開放以後、国有企業などでは赤字でもボーナスを出すなど「大盤振る舞い」が慣例化していたが、これは地方政府を通じて国有銀行から赤字の穴埋めを容易に行えたためである。通例地方政府の一下部機関(事業単位)である病院ではこういうやり方はできなかった。これでは、スタッフの士気も上がらない。こうした「差益」の使用法は改革開放初期の中国の都市の事情を反映したものだだった。

2. 1980年代の病院経営改革と「医療市場化」

1981年の改革はとくに地方政府が病院赤字に苦慮したことに対する対策であり、その限りで病院経営を改革開放以後の中国の社会・経済体制に適応させようとするものだったが、これにより医療の供給不足解消や医療の「現代化」が進んだ訳ではなかった。そうした、医療の改革が必要だということは明らかだったが、それをどう進めるかは難しい問題であり、1981年改革はそうした医療の将来像を見据えた前向きなものではなく、当面の病院経営の赤字という問題から、とりあえず地方政府を救出するという一種の弥縫策だった。

他方、1980年代半ばの病院改革は、問題の焦点が国有企業と同じく「大鍋飯」にあるとされた点に特徴がある。「大鍋飯」は国の支えがあり、潰れる心配がないから、組織の全構成員がさまざまな経営問題に対して「無責任」となり、必要な改革が進まないという、モラルハザードを含意する。これは「潰れない」「クビにされない」「待遇が悪くならない」と言うことから生じる怠慢だから、与えられた目標を達成できなければ「潰す」「クビにする」「待遇を引き下げる」ように経営に対する条件を変えれば改善・解決されると考えられた。

つまり、目標に対する競争こそが病院改革の道だという問題の捉え方がされた。ということは、病院経営の主要な問題が病院という組織の内部にあり、組織のあり方や経営方法を変えれば問題は解決するとの理解があったということである。

したがって、国有企業改革と同じ手法が病院経営にも適用された。この点が決定的な転換点となる。つまり、競争さえ起こせば問題は片付くとすれば、医療も競争のある「市場」に投げ込めば良いということになる。

ここで医療は「市場化」に大きく舵を切る。

それが具体化されたのが 1985 年の国務院が公表した衛生部による「衛生工作改革に関する若干の政策問題への報告」(以下、「報告」と呼ぶ)であった⁹²。

①「報告」では医療機関の「自主権」拡大が改革の焦点とされた。すなわち国有医療機関では、病院長・所長責任制を実施する。財政から病院への補助金についても病院が自由に使途を決められる。また、国有医療機関を個人に請負に出すこともできるとされた。医療機関の経営自主権の付与であるとともに「請負制」導入も可能とされた。

「病院長・所長責任制」は分かりにくい概念だが、「大鍋飯」が「全員無責任体制」なので、これを解消するために、責任の所在をはっきりさせる。つまり、経営目標を病院長・所長が承認したならば、結果に対しては責任が問われるということである。それは、病院長・所長への組織内での強い権限を保証し、改革を行い易くするが、他方で病院を管理する上級組織が「長」の権限を制約することもある。ここでは、行政からの補助金の使途自由が具体的に示されているが、上級組織の管理権限がどこまで及ぶかについての言及はない。したがって、経営目標などについて上級組織が干渉すれば下達された目標に対し、「長」は責任だけを負うということになるので、「長」にとって不利な制度になりかねない。

他方、請負制は、一定の期間についていくつかの経営目標を示し、それが達成されたときの報酬や目標を超過した場合の余剰の配分を決めた契約である。経営目標はさほど詳細ではないことが多く、請負人の自由度も高く、さらに成功報酬が保証されるので、たんなる「長」の「責任制」よりも選ばれやすい。

とはいえ、1980 年代、国有企業改革では請負制が多用されたが、現在では失敗だったとする評価が定着している。すなわち、第 1 に請負期間だけの短期的視点でしか経営が行われず、長期的に考慮すべき諸要素が無視される。また、超過達成は次期の請負目標を高めるので、程々の達成努力が抑制される。第 2 は会計上の「粉飾」である。会計上の利益は会計規則が厳しく、監査も確実に行われる先進国でさえ操作可能である。設備などの資産を売却して利益を積みますような行動が生じる。第 3 は、請負人選定の問題である。高い経営目標に応じるのは、高い経営能力を持つ人材ではなく、むしろ能力では評価されないため、実現困難な高い目標でしか請け負うことができない人材となる。これでは、経営目標の達成が難しいだけでなく、第 1、第 2 の問題をより厳しくしかねない。第 4 は、請け負わせる側と請け負う側との「結託」である。両者が何らかの利益分配で「結託」すれば、目

⁹²国務院「国務院批転衛生部关于衛生工作改革若干政策問題的報告的通知」1985 年 4 月 25 日。

標達成はおろか、国有財産の私物化、流出にも繋がる⁹³。請負制は国有企業改革の特効薬ではなかったが、後に見るように、病院経営についてもそうであった。

なお責任制や請負制によって、医療への投資不足の緩和をも期待し、年来の病院の赤字解消を見込む。厳しい規制が「大鍋飯」を生み、様々な医療機関を建設する積極性を引き出せないでいたともいうが、‘辣腕’の病院経営者の登場を期待して、政府は医療への関与を弱め責任を免れる方向に進む。

②これに加えて、医療に付帯する様々なサービスなどの営利企業化を促す。「大・中都市は画像診断と検査センターを設立し、各級医療予防保健機関及び民間医療機関にサービスを提供すべきである」とされ検査機関を共有することで資源を節約するという方針にも見える。しかし、続けて「医療衛生機関の支援業務、医療機器の修理サービスや医療スタッフの生活福利などを企業化すべきである」ともされ、こうした医療付帯サービスの提供者は病院であっても、それ以外でも構わないとされる。病院も医療に関わる副業でしっかり儲けなさいという有り難いアドバイスであるが、とくに「検査」などは医療本体と切り離されたために、医療費の規制から外されて後の医療費高騰の原因となる。

③さらに医療技術革新に対するインセンティブが提唱されている。「新しい医療機関及び新しい診療サービス種目に対して原価で徴収基準を制定することができる。新築、改築、増築で医療設備がよい医療機関に対して、医療費を適当に高めることができる」。これは、要するに医療投資の見返りに、高い医療費を患者に支払わせることを容認あるいは奨励さえしているとも読める。さらに、「集団医療機関に対する医療費徴収基準は厳しくなくてよい、ある程度の利潤は認める」とされ、「利潤」という言葉さえ登場している。

「報告」が大きな転換点になったのは、ひとつは、病院の赤字解消が進まないという点を「大鍋飯」の問題として捉え、病院の経営改革という病院内部の問題に一面化したことによる。ここでは医療制度としての病院という視点は希薄で、病院の赤字という問題だけが議論されている。医療制度改革と国有企業改革が同列に扱われ、医療の特殊性が考慮されていない。

他方、診療報酬や薬価が規制されているという問題と医療の社会的意義についての理解がみえてこない。「安価な医療」の意味は何なのかという問いなしに、病院経営が論じられている。そして、もっと儲けなさいという助言が盛られているが、これは明らかに「安価な」医療と矛盾する。

要するに“病院経営には無駄が多く、「積極性」を引き出せば費用は下げられる”という考えが基本であり、それが準「市場化」的改革を志向させた。しかし、費用の圧縮だけでは、赤字解消が困難と見て、病院はもっと営利的であるべきだという方向へ導く。この病院の「営利」化こそが最大の問題である。

3. 「歪んだ市場化」の下における公立病院経営

⁹³胥鵬・呂景峰(1998)「中国国営企業改革の経緯と今後」『経済志林』第66巻2号 pp.214-216。

しかし、一方で「市場化」を求め、経営自主権を与えながら、他方で地方政府による管理は続いた。「全額管理」はなくなったが、診療報酬や薬価を巡る詳細な管理は残った。この「市場化」と管理の併存が、それまで都市医療の圧倒的な部分を担ってきた公立病院を極めて歪んだ形で存続させる。

中国の医療制度では公立病院に適用される診療報酬が詳細に規制され、医薬品価格も含めて分厚い『目録』で決定されていた。営利目的の民間病院等も設置でき、病院不足から推奨されていた。だが、政府からは定額補助しか得られず、しかも政府による広範で細密な診療報酬規制に制約されていたにもかかわらず、公立病院が「改革開放」後も医療提供の主力であり続けた。

既に公に認識されていた低すぎる医療費は何度も改訂されるが、後述するように、大多数の診療項目が費用を補填できない水準にとどめられた。公立病院には何もしなければ必然的に赤字となる構造ができあがっていた。

診療料金を引き上げられなかったのは、上述のように医療費を引き上げることにに対する貧困層の不満への危惧があった。文革で「安価な医療」を強要されたのは農村だけではなく。都市でも医療費は政治的・政策的に引き下げられた。しかし、これが改革開放後、地方政府にカネのかかる赤字の公立病院という問題を残し、ついには定額補助制と病院長責任制ないし請負制で病院問題を片付けることになったのである。

3.1 低すぎる診療報酬と薬価差益

しかし、病院の費用は下がらなかった。Lui et. al (2000) が 1996 年に行った山東省 17 の県病院に対する 130 の診療項目の調査では、受診料で回収できる費用は 50%のみ、診療項目の 90%が費用以下の受診料だったという⁹⁴。定額補助だけでは埋められない公立病院の経営問題があった。

それでも病院は潰れなかったのは、病院経営が効率化されたからではなかった。

それは第一に、薬価に認められた差益があったからである。薬に対しては病院の 15%の薬価差益が認められていた(15%差益は 1950 年代からあった⁹⁵)。そのため、近年は低下傾向であるとはいえ、医療費の 50-60%を薬代が占める異常事態が続いていた⁹⁶。診療報酬の赤字を薬販売の利益で埋めるという仕組みができあがっており、それがより高価な薬、より多くの薬の処方という病院のインセンティブとなって、過剰投薬を引き起こしていた。

後述のように、2009 年の医療制度の総合改革では国家基本医薬品制度が設けられ、これに指定されたものは薬価差益ゼロとされた。政府はこうした差益を押さえ薬剤過剰投を抑制する政策を強めていて、病院収入に占める薬代の比率は低下傾向にある。だが、依然

⁹⁴LiuXinZhu, LiuYuanLi and ChenNingShan (2000), *The Chinese experience of hospital price regulation*, Health Policy and Planning, 15(2)p.158.

⁹⁵「総薬代」『中国医薬事情 2014』社会情報サービス p. 33。

file:///C:/Users/gikyoyou/Downloads/china_medical_report_2014.pdf 2017年10月6日。

⁹⁶前掲。

として医薬品会社担当者(MR)が処方した医師に 10%のリベートを払う慣習は残っているとされ⁹⁷、過剰投薬を解消するには至っていない。

こうした薬価差益と過剰投薬の問題はマスコミを賑わせており、中央管理機関である中国人力資源と社会保障部のホームページにさえ、見いだすことができる。邢贊勛「過度治療の危険増大に対し早急な抑止が必要(過度医療危害大應該急刹車)」によれば、中国では2009年一人当たり注射と点滴件数は8に達しているのに対し、他国はわずか3瓶であること。特に、抗生物質の濫用は一人当たり消費が国際水準の10倍に達したことを指摘している⁹⁸。

また、同報告は全国政治協商会議委員・董協良の国産心臓ステントの生産者価格は約3000元だが、病院価格は2.7万元だと指摘も掲載している。心臓ステントは薬剤ではないが医療価格規制の枠内にあり、高価な輸入品を基準に決められた価格のため、国産品では膨大な差益が生じていた。このため、不必要な心臓ステント使用が横行していた⁹⁹。

中国ではたいていの時期に、多くの医薬品に政府管理価格があった。医薬品は90年代一時自由化されるが、1996年には政府管理価格に戻る。2000年には変動幅を決める「政府指導価格」となる¹⁰⁰。

しかしこうした薬価統制そのものにも限界があった。政府はこうした医薬品で膨張する医療費に歯止めをかけるため、基本的には薬価を引き下げる政策を頻繁に採ってきた。しかし、値下げされた薬剤は市場から姿を消し、包装と名前を変えただけですぐに再登場したり、まったく手に入らなくなったりした¹⁰¹。医薬品の価格統制が奏功しているとはいえない。

3.2 医薬品政策の転換

他方、2009年1月の医療制度の総合改革の中で国家基本薬品の指定を開始した¹⁰²。農村の県病院以下、都市では社区以下の医療機関に使う基本的な薬品を定め、個々の病院ではなく省単位の入札制度でより安価に入手しようという手法である。ただし、入札制度が利用できるのは基本的に特許の切れたいわゆるジェネリック薬品が中心で、欧米巨大医薬品メーカーの最新高級薬には及ばない。中央で指定した医薬品数はわずか307で(省ごとに地方政府で追加することはできたが)¹⁰³、多くの医薬品はリストに掲載されなかったから、病院はこれ以外の医薬品も使わざるを得ず、その効果には限界があった。

他方、地方政府は病院が使用する全医薬品に対する基本薬品リスト掲載薬の比率を規制(たとえば使用薬剤の70%以上を「基本薬品」とするなど)したため、リスト掲載薬は膨大な

⁹⁷前掲。

⁹⁸邢贊勛(2012)「過度医療危害大應該急刹車」中国人力資源と社会保障部
http://www.mohrss.gov.cn/ltxgbj/LTXGBJlaoyousuole/201207/t20120720_84484.html
2017年10月10日。

⁹⁹同前掲。

¹⁰⁰国家計委・衛生部「国家計委、衛生部印発関于改革医療服務價格管理的意見的通知」(計價格[2000]962号)2000年7月20日。

¹⁰¹劉世昕・于林「降價帶來藥品失蹤引起監管部門關注」『中国青年報』2007年3月21日。

¹⁰²衛生部『国家基本藥物目錄(2009版)』(衛生部令第69号)2009年8月17日。

¹⁰³同前掲。

量の販売が期待できた。このため、応札に成功すると膨大な販売量が保証されたから、ジェネリックでない薬品もリストに掲載されれば、薄利多売で利益を上げる機会があった。これは医薬品メーカーの側に「リスト掲載」のための価格引き下げというインセンティブを与え、薬価問題を転換させうる新しい展開とみなされた。

2012年、中央は国家基本医薬品リストを改訂した¹⁰⁴。このリストは520種が掲載され、欧米の大型医薬品も多数含まれている。また、政府がリスト掲載医薬品の病院での使用比率規制を明確に打ち出したため、欧米メーカーも安値での大量販売に応じざるを得なくなった。他方で、2009年の国家基本医薬品制度ではたんなる価格での入札だったので、品質の悪いジェネリック薬品が採用されることがあったが、これを回避するよう品質を考慮した競争入札改善が行われた。さらに、中央政府は2015年、医薬品の価格規制を撤廃した¹⁰⁵。これは、低すぎる規制価格のため供給が停止される医薬品が発生したためとされる。

国家基本医薬品は差益ゼロで販売されるという。これにより過剰投薬へのインセンティブをなくすということであろうが、これはたんなる薬剤費抑制策ではない点に留意すべきである。「差益ゼロ」ということは、病院で投薬(薬剤販売)に要する費用を考慮しないという意味であり、逆説的に言えばそうした薬に関わる病院側コストを別の所から捻出しなければならないことを意味する。既に指摘してきた診療報酬の政府規制と類似した問題を含む。つまり、国家基本医薬品が差益ゼロで売られるなら、保管や販売、投薬のコストは病院の赤字となり、それは別のところでの何らかの黒字で埋め合わせねばならない。ますます「歪んだ市場化」が複雑化しているように見える。

なお、国家基本医薬品制度が医師へのリベートの廃止につながるかどうか不透明である。この制度下では薬の入札・価格決定は県や市など病院外で行われるが、実際に薬を納入し取引しているのは、病院と薬剤メーカー担当者なのでリベートが生き残る余地があるから、この制度で過剰投薬がなくなるともいえない。

元々、国家基本医薬品制度は社区卫生院や郷鎮卫生院、県病院など基層の医療機関で使われる低級・中級医薬品に的を絞ってその価格を抑制しようとする政策だったと思われる。後述するが、「看病難・看病貴」の中で比較的軽い疾病などに対しても過剰投薬で過大な医療費が求められるケースが多く、それ問題の中心だという判断が中央にあり、それに対する対策が国家基本医薬品制度である。都市の三級病院など高度医療を担当する医療機関に対しても国家基本医薬品リストにある薬品の使用割合を指定するなど¹⁰⁶、リストに挙げた医薬品使用割合を高めようとする動きもあり、これによって過剰投薬は少なくともこれまで以上には加速しないと見込んでいるのだろう。

3.3 ハイテク医療機器と過剰検査

なお、問題は過剰投薬だけではない。第二の問題として過剰なハイテク医療がある。1985年の報告では、「医療設備がよい医療機関に対して、医療費を適当に高めることがで

¹⁰⁴衛生部『国家基本薬物目録2012版』(衛生部令第93号)2012年9月21日。

¹⁰⁵国家発展改革委等「关于印发推進藥品價格改革意見的通知」(发改價格〔2015〕904号)2015年5月4日。

¹⁰⁶中央政府(2012)「衛生部發布2012年版《国家基本薬物目録》」

http://www.gov.cn/gzdt/2013-03/15/content_2355145.htm 2017年10月5日。

きる」とされた。医療技術革新へのインセンティブである。これによって、CT や MRI など高価なハイテク検査機器が一举に導入された。病院には資金がないので、外部の出資者から資金が募られたようであるが、それはCT や MRI が費用を遙かに上回る収入を確実にもたらすからだった。

Liu et. al(2000)は1993年の上海と天津の調査に基づき、CT 検査では自費患者で20-40%、保険診療の患者では実に60%以上の利潤があったことを示したうえで、1988年には検査対象の50%に異変が見つかったのに対し、1995年にはわずか10%に低下しており、過剰な検査が行われたと推定している¹⁰⁷。こうした新鋭機器は確かに医療水準を高めたが、そもそも赤字解消のため、借入れをして導入されたものであり、関係の医師には検査のオーダー数のノルマが課されたり、オーダーに対する報酬が出たりした。こうして過剰検査も医療費を押し上げる要因だった。

1980年代半ば以来の佳木斯市伝染院の例では、検査部門は部門別請負制の目標額の上廻った場合、超音波検査は収入の6%を奨励金とする。また、健康診断、レントゲン、化学検査の場合、純収入の30%を奨励金とするなどとされていた¹⁰⁸。

3.4 サービスの“分割”

第三にLiu et. al(2000)が紹介している興味深いケースがある。医療費が決められた料金を上回って徴収されるケースである。これによれば、赤字水準に診療報酬が規制されているにもかかわらず、外科手術のうちの85%が収入より費用が少なく、全体で24%もの利益が出ているとされる¹⁰⁹。これは「医療サービスの分割」という手法でなされた。挙げられているのは、虫垂切除の例で70元という料金には麻酔や消毒、手術、資材、通常の施薬が含まれる。しかし、実際には70元は医師のサービスの料金だけとされ、それ以外の各項目の料金は別途加算されて、225元が請求される。こうして、費用を下回る診療報酬規制の下でも赤字を避ける道が開ける。

これは明らかに違法なのだが、地方政府もよく知っている。監査でしばしば発覚するが、僅かな手直ししか行われない。これは監査する病院管理部門自体が一面では病院の利益代表であり、他方、病院のこうした過大請求は一般的に行われているので、管理部門が孤軍奮闘しても利害関係者に煩わされてうまくいかない。こうして、過大請求は見過ごされることになる、という¹¹⁰。政府が医療費を規制しようとしても、それを無効化する力が働き、実際にはかなり空洞化されてしまっていて、当面、解決策が見いだせない。とくに、監査が有効に機能していない点は深刻に受け取るべきである。医療や薬価を規制しても、実際には無効化してしまっているが、それが余りに「一般的」なのでコントロールできない。

3.5 規制の無効化と抑止不可能

こうして名目的には費用以下に規制されているはずの中国公立病院の診療報酬は、改革開放以後の「市場化」の中で事実上無効化した。病院経営が赤字化する原因は本当に「大鍋

¹⁰⁷前掲、LiuXinZhu,LiuYuanLi and ChenNingShan (2000) p.160-161.

¹⁰⁸刁文生・周延生・尹貢派(1987)『关于医院承包经营责任制的调查报告』『中国医院管理』第11期 p8-9。

¹⁰⁹前掲、XinZhuLiu,YuanLiLiu and NingShanChen(2000) p.159.

¹¹⁰同前掲 p. 160。

飯」にあったのかということがまず問題になるが、経営自主権を委ね定額補助で自立を促した結果は医療費の急激な膨張だった。それは上述のように、過剰投薬や過剰検査という医療資源の大きな浪費を招き、さらに不要な手術や検査は人体に害を及ぼしている。そして、これが医療費膨張すなわち「看病費」の原因である。

これを混合診療という視点で見れば、韓国の事例との類似点に気づく。健康保険組合連合会(2017)によれば、国民の負担能力を考慮して、公的保険の診療報酬を低く抑えたが、それでは医療機関の経営と賃金確保が難しい。そこで、医療機関に「儲ける機会」を与えるために、「選択診療」という自由診療が許容された。しかし、その結果は公的保険での診療の現象と「選択診療」の増加であり、国民は重い医療費負担に苦しんでいる。

中国に事例は、直接、公的健康保険に関わるものではないが、規制された診療報酬により構造的に赤字経営を強いられた病院に対し、地方政府が財政支援を縮小するという所から始まる。そして、1985の「意見」で病院経営の営利化、すなわち「市場化」が容認されるが、それは既存の診療報酬や薬価規制を前提したものであり、この間にかなり複雑な問題が生じた。基本は既存の枠組みでは病院の赤字は必然であり、赤字を避けるための種々の週案が最終的には診療報酬規制そのものを無効化するところまで進んだ。

韓国の先例から学ぶべき点は、一度、病院に営利性を認めてしまうと、営利性が暴走し、医療費の膨張に歯止めが掛からなくなるという点であろう。すなわち、中途半端な医療費抑制策では膨張を止めることはできないため、病院に営利性を認めることや病院の赤字を誰がどのように負担するかと言う点にまで遡って議論しないと有効な抑止策にならないことであろう。

ここに見られる最も深刻な問題は、政府の診療報酬規制が機能不全に陥っていることである。しかも、次に見るように、それは医者・医療スタッフや病院経営者が悪辣で儲けだけを考えているからではない。「市場化」という(正常な市場機能が期待できない)医療には不向きな手法を持ち込んだことに加えて、無理な診療報酬抑制を強行したことが規制の無効を招き、「医療改革の失敗」に至った。

この事態には2つの帰結しかない。ひとつは強硬に医療費膨張を抑止することで、その結果は医療機関の財政的破綻である。その過程では、ますます待遇が悪くなる職場から、医療従事者が質の良い方から脱出し、他方、医療人材の士気低下と反倫理性が高まるので医療に対する不満増大と医療人材の質の悪化は避けられない。これは、長期的に破滅的な結果をもたらす。

この道が実際にはありそうにないとすれば、あとは「蟻の一穴」、すなわち合法的であるか否かを問わず、制度的・構造的に課された赤字を埋めるために利益をえるあらゆる手段が模索される。こうした行動は、医療機関の赤字を政府が埋めるような抜本的な対策を採らない限り、止めることが難しい。

4. 医療機関の利潤と医療費膨張

中国では病院が規模等の条件によって、大きく一級、二級、三級と等級づけられている。三級が500床以上の規模を持つ最高(最大)級であり、二級は100-499床、一級は20-99

床、それ未満は等級なしである。さらに三級は「特」「甲」「乙」「丙」、二級と一級は「甲」「乙」「丙」と細分され、計 10 ランク（「級なし」を含めると 11 ランク）に序列化されている。

問題は二級以下の病院では衛生管理が悪いうえ、人材を集めることができず、医療機関として信頼されていない点である。その原因については次節以後で詳細に検討するが、人材不足のため、スタッフの質が悪い、あるいは悪いと信じられているため、設備投資もできず、十分な医療環境を整えられない。他方、三級病院は先進国水準の設備を持ち、医師も技量が高いとされる。三級病院は年々増加しているが、2015 年末では 2,123 しかなく、全病院 (27,587) の 7.7%にすぎない¹¹¹。

三級病院は基本的に大都市にしかないが、二級以下の医療機関が信頼されていないため、「病気になるたら借金をしてでも大都市の三級病院に行く」という考え方が定着している。そこで、患者は三級病院に殺到することになる。同 2015 年 9 月単月のデータでは、病院外来患者の 48.8%、同入院患者の 43%が三級病院に集中している¹¹²。いわゆる「看病難」である。

他方、県病院は基本的に二級病院、郷鎮衛生院は一級か級なしで、県病院でさえ提供する医療の質に疑問があり、十分信用されているとは言えない。農村には近代医療を十分に提供できる医療機関が存在しない。こうした見えにくい断絶した医療環境の相違が中国の都市・農村間にある。

4.1 儲かっている病院と医療費膨張のテコ

なお重要な点は、患者が殺到しているからといって、三級病院が儲かっている訳ではないことである。2014 年の公立病院の平均利益率は 4.6%で、三級病院は 4.9%であり、近年あまり変動はない¹¹³。医療費が膨張していて、その背景は病院そして医師の営利指向があるという指摘はその通りなのだが、それが病院を儲かるビジネスにしているかといえばそうではない。この点が問題なのは医療政策の選択幅に関わるからである。もし病院に利益が蓄積されるような構造があれば、医療費を抑制するためその利益を適正化するように様々な規制をかけることができる。ところが、現状で赤字をぎりぎり回避できる水準であれば、病院の利益を減らすような規制を行うと病院が赤字化するという問題が生じる。こうした場合には、病院を財政支援しないと医療費抑制は難しくなる。現状ではぎりぎり黒字という水準ではないにせよ、政策的な裁量の余地はあまり広くない。

医療機関の利潤率は名目的なもので、あてにならないという考え方も可能である。しかし、次節以後に述べるとおり、医療人材の待遇は想像以上に悪く、スタッフの士気すら維持が難しい状態であり、医療現場はできれば選びたくない職場である。こうした状況を勘案すれば、病院はさほど儲かっているということには信憑性がある。

なぜそうなのかを推論することは難しくない。たとえば、かつては薬剤には 15%の利潤が認められていた。したがって、患者（あるいは医療保険）に 100 負担させて、15 だけ利益

¹¹¹国家衛生計生委規畫与信息司『2015 年我国衛生和計劃生育事業發展統計公』2016 年 7 月 20 日。

¹¹²国家衛生計生委統計信息中心「2015 年 9 月全国医療服務情況」2015 年 12 月 22 日。

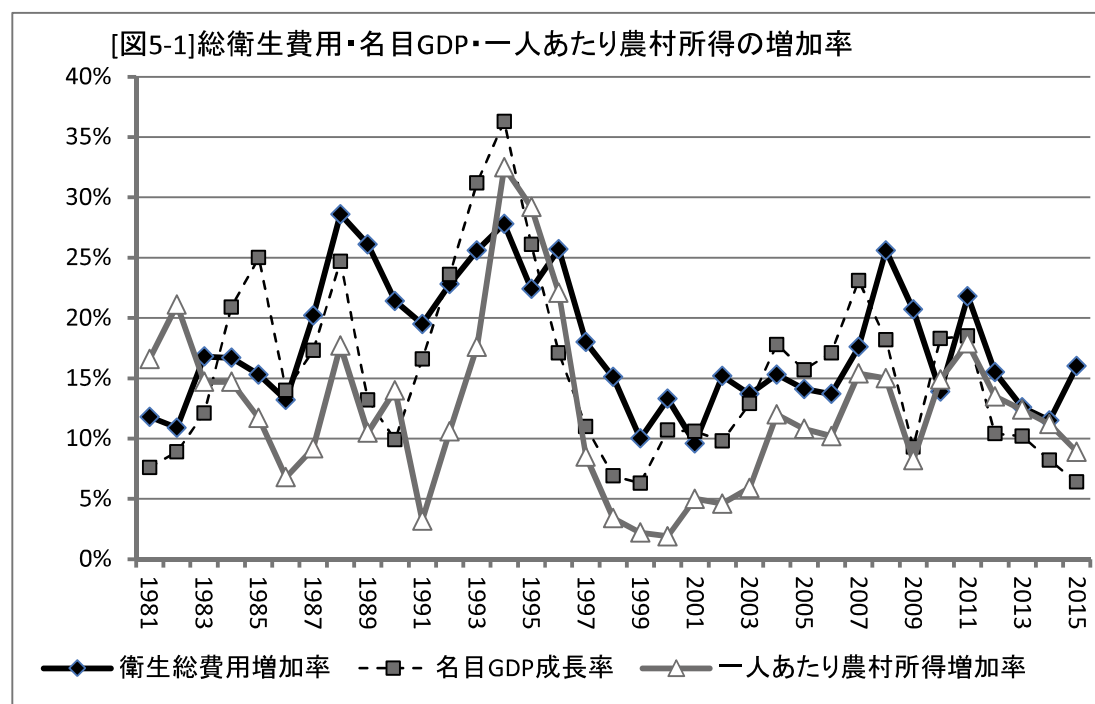
¹¹³中華人民共和國国家衛生和計劃生育委員會『中国衛生統計年鑑(2015 年)』中国協和医科大学出版社。

が得られる。この場合、患者側(保険も含む)の負担は100増える。他方で、医療費の直接負担、つまりたとえば診療費を15だけ引き上げても、同じく医療機関の利潤は15増えるが、患者側の医療費負担は15しか増えない。「ここに歪んだ市場化」の歪みが現れている。もし、薬剤の利潤を10%に減らせば、同じ15の利潤を稼ぐために150の薬剤の患者側の負担増を要する。つまり、医療機関が制度的に課された一定額の赤字を解消するよう行動すると仮定した場合、赤字を直接、患者側に負担させるより、薬剤や検査費など他の要素を介して赤字を解消する方が遙かに大きな負担を患者側に課すことになる。また、純利益率を下げれば下げるほど、同じ額の赤字を埋めるのに要する患者側負担は累増するということである。

いわば「テコの原理」で医療費が累増しているという理解は医療機関も医療従事者もさほど儲かっていないのに、医療費が急膨張している現象の説明として否定できないと考えられる。

4.2 止まらない医療費膨張

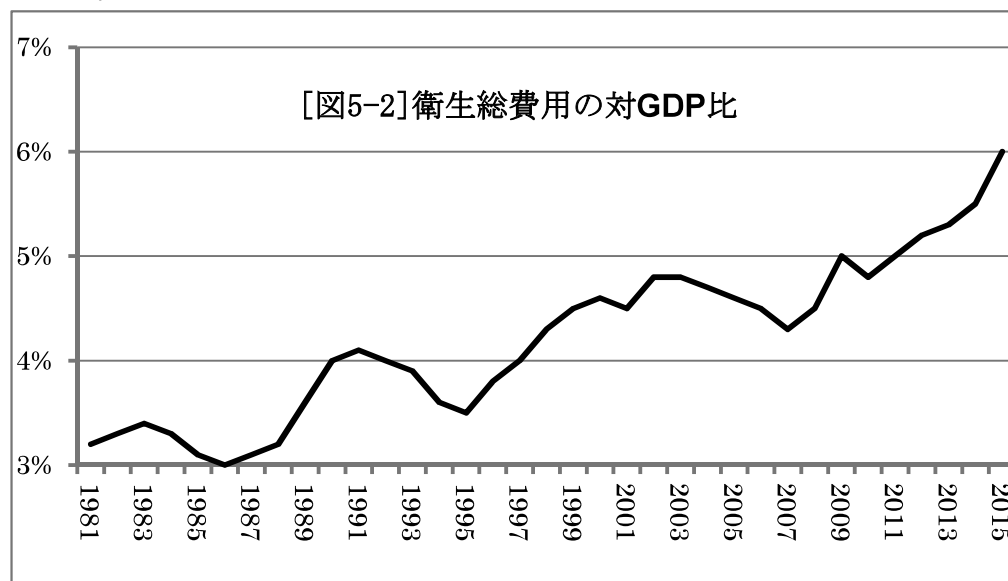
中国全体の医療費は急速に膨張してきた。狭義の医療費以外の費用も含まれるが、概して国全体の医療費とみなされる「衛生総費用」の増加率を名目GDP成長率、一人あたり農村所得増加率と比較した(図5-1)によれば、1984-86年、1992-95年、2001、2004-07年、2010年を除くすべての年で衛生総費用増加率がGDP成長率成長率を上廻り、また一人あたり



出所： 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2015年)』中国協和医科大学出版社。

村所得増加率に対しても、1981、82年と1994、95年、2010年を除き衛生総費用増加率が上廻る。これを反映して、(図5-2)に示したように、衛生総費用増加率の対GDP比は1981

年の3.2%から、2015年の6.0%に増加した。上述のように、2009年には薬価差益を基本ゼロとする薬剤費抑制策を実施した。その結果、一時は医療機関の収入の50~60%を占めた薬剤費の比率は2014年で38%まで低下した¹¹⁴。こうして薬剤費抑制には成果が挙げられているが、他方で、一時の年率30%に迫る上昇はみられないものの、医療費膨張に歯止めが掛かっていない。もちろん、医療費膨張を後述する「国民皆保険」の成果としての医療アクセスの機会増大の結果とも理解しうる。しかし、次に述べる国民の直接負担の増加は、むしろ医療アクセスの公平性が悪化していることを示すと思われ、否定的に解釈すべきと考える。



出所：中国統計局『中国統計年鑑(2016)』中国統計出版社。

4.3 個人医療費負担の著増

なお見逃してはならないことは、1980年代後半から2001年にかけて、政府・社会衛生支出の構成比が継続的に低下し、これに対応して個人の支出比率が増大していることである。1985年の「報告」により、病院経営も経営自主権を与え、医療供給は「市場に任せる」という方針が医療への公的な支出の減少となったと考えられる。

しかし、このため個人の負担は著増した。表5-1に示したように、個人支出の増加率は極めて高く、1981-2001年では年平均25.3%、1981-2011年でも年平均20.7%もの驚異的上昇を示している。

後述するように、「看病難・看病貴」が頂点に達するのが2000年代初めで早急に対処が必要な最重要社会問題だとされた。そこで、2002年以降は政府・社会支出が増加に転じる。しかし、それでも2002-2011年の個人衛生支出増加率は年11%となお高い。これは同じ期間の一人あたり農村所得上昇率(11.5%)をやや下回る程度である。医療費の重さと増加が「看病貴」の指標だとすれば、それが緩和されたとはまだ言えないのが現状である。

¹¹⁴中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2015年)』中国協和医科大学出版社。

年	衛生総費用(億元)	政府衛生支出(%)	社会衛生支出(%)	個人衛生支出(%)	個人衛生支出(億元)	個人衛生支出増加率(%)
1980	143.2	36.2	42.6	21.2	30.4	
1981	160.1	37.3	39.0	23.7	37.9	25.0
1982	177.5	38.9	39.5	21.6	38.3	1.0
1983	207.4	37.4	31.1	31.5	65.3	70.4
1984	242.1	37.0	30.4	32.6	78.9	20.8
1985	279.0	38.6	33.0	28.5	79.5	0.8
1986	315.9	38.7	34.9	26.4	83.4	4.9
1987	379.6	33.5	36.2	30.3	115.0	37.9
1988	488.0	29.8	38.9	31.3	152.8	32.8
1989	615.5	27.3	38.6	34.1	209.9	37.4
1990	747.4	25.1	39.2	35.7	266.8	27.1
1991	893.5	22.8	39.7	37.5	335.1	25.6
1992	1096.9	20.8	39.3	39.8	436.6	30.3
1993	1377.8	19.7	38.1	42.2	581.4	33.2
1994	1761.2	19.4	36.6	43.9	773.2	33.0
1995	2155.1	18.0	35.6	46.4	1000.0	29.3
1996	2709.4	17.0	32.3	50.6	1371.0	37.1
1997	3196.7	16.4	30.8	52.8	1687.9	23.1
1998	3678.7	16.0	29.1	54.8	2015.9	19.4
1999	4047.5	15.8	28.3	55.9	2262.6	12.2
2000	4586.6	15.5	25.6	59.0	2706.1	19.6
2001	5025.9	15.9	24.1	60.0	3013.9	11.4
2002	5790.0	15.7	26.6	57.7	3342.1	10.9
2003	6584.1	17.0	27.2	55.9	3678.7	10.1
2004	7590.3	17.0	29.3	53.6	4071.4	10.7
2005	8659.9	17.9	29.9	52.2	4521.0	11.0
2006	9843.3	18.1	32.6	49.3	4853.6	7.4
2007	11574.0	22.3	33.6	44.1	5098.7	5.0
2008	14535.4	24.7	34.9	40.4	5875.9	15.2
2009	17541.9	27.5	35.1	37.5	6571.2	11.8
2010	19980.4	28.7	36.0	35.3	7051.3	7.3
2011	24268.8	30.4	34.7	34.9	8465.3	20.1

表 5-1 衛生支出の構成と個人支出の増加

出所: 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2012年)』中国協和医科大学出版社

ここで確認すべきことは、2009年の医療制度の総合改革で薬代の抑制を柱とする医療費抑制を打ち出したが、その効果は現れているものの医療費抑制には至っていない。一時ほどの急膨張ではないにせよ、医療費膨張は継続しているということである。この膨張が検討してきたように、制度的・構造的なもので、「膨張のテコ」が作用しているとすれば、薬剤費抑制のような個別項目的な歳出抑制策は効果がなく、むしろ歪みを拡大することになりかねない。その抑止はかなり難しい。

他方で、医療費の個人負担は一時のように著増はしていないが、なお高水準の自己負担が続いており、中国が概して所得格差の大きな社会であり、(詳しくは後述するが)公的医療保険に格差を是正する機能をさほど期待できないので、医療アクセスの公平性は確保されておらず、改善もされていないと考えられる。

5. 私立病院の増加

むしろ問題にすべきなのは私立病院の増加かもしれない。2005年には17.2%だった私立病院の比率は2013年には42.2%に増大している。この間に病院数は18,703から23,170に増えているが、公立病院が15,483から13,384に減少しているのに対し、私立病院は3,220から9,786に3倍以上増加している¹¹⁵。

もともと公立病院数の減少は公立病院医療の縮小を意味しない。私立病院は概して公立病院より規模が小さく、100床を超えるものは14%にすぎないのに、公立病院では60%であり、総病床数は2002年に313.6万床だったものが、2006年351.2万床、2010年478.7万床、2014年660.1万床に増加しているが、これは公立病院の増床なしには説明できない。公立病院の平均床数は2005年149床だったが、2014年には310床まで増加している¹¹⁶。

とはいえ、私立病院は中国では営利企業としての病院経営の余地を意味し、実際にも私立病院の65%を占める6,402が営利性企業の経営になっている。後述するが、「評判」を頼りにせざるをえない状況とVIP診療や専門医による診断への差別的課金などが公立病院で広く行われていることを勘案すれば、アメリカのように、資産家か大企業の従業員でなければ十分な医療の機会が与えられないような医療体制が出来上がりかねない。

もともと、私立病院の病院数では四川、山東、江蘇、貴州など地方に多く、欧米での治療経験を持つ医者売り物にするプレミアム病院ばかりではないことがわかる。しかし私立病院の急増は病院経営が儲かるビジネスだということを示している。実際、上場している私立病院二社(眼科と口腔外科のチェーン病院)の利益率は45%以上と非常に高い¹¹⁷。公

¹¹⁵ 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2006-2014年)』中国協和医科大学出版社。

¹¹⁶ 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2003-2015年)』中国協和医科大学出版社。

¹¹⁷ 経済産業省(2017)「新興国等におけるヘルスケア市場環境の詳細調査報告書中国編」p. 47。

立病院中心の医療供給体制を掘り崩す恐れがある。

小括

改革開放以後、中国の医療(病院)制度は「市場化」を指向する。その理由は、いわゆる「医療の自由化」のメリットを考慮したものではなかった。改革開放以前から続く病院経営の構造的赤字に対し、赤字を補填してきた地方政府が窮し、病院に対する赤字の穴埋めに代わり定額補助を行うようになる。しかし、状況は変わらないので、今度は赤字を抱えた病院経営が問題になる。こうして、提出された処方箋が1985年「意見」である。

しかし、「意見」は2つの誤りを含む。第1は、医療制度全体への理解を欠いていて、問題を病院赤字の解消に一面化してしまったこと、第2は、医療の特殊性を理解せず、病院経営の問題を国有企業と同列に扱っていること、である。こうした、間違った問題理解の上に、「大鍋飯」が問題の核心だとされる。つまり、経営改革で病院赤字は解消できるとされるが、これは病院赤字が「安い医療」の提供という国策に由来する問題である点を無視したもので、ここでも対策の方向性が逸れる。そして、決定的だったのは、「安い医療」という問題を明確に検討しないまま、病院の営利性を許容し、あるいは促進するような方向で病院改革を行わせた点である。

その結果は、第1に「差益」のある薬剤の過剰投薬であり、第2には過剰な検査、そして決定的なのは規制されている診療報酬のルールを意図的に曲解して、ルールより過大に請求するような、ルール違反による報酬の水増しである。より重要な点は、こうしたあからさまな不正は監査で発覚するが、余りにも一般的なので抑止が難しいという点である。深刻なのは、政府が管理しているはずの診療報酬の規制が事実上、空文化している点であり、しかも現状ではそれを抑止する有効な手立てがない。

加えて、制度的制約で直接、利益の増加を図れないため、医療費膨張の「テコ」が働いている可能性があり、中国では医療費が急速に膨張していて、薬剤費の抑制にもかかわらず歯止めがかかっていない。他方、医療費の個人負担比率は増大はしていないが、明確な緩和もしておらず、医療アクセスの公平性が確保されていない。いわゆる「看病貴」だが、詳細は次節で見る。

第6節 医療供給体制の機能不全と「医療改革の失敗」

1. 病院と医療従事者の不遇

こうした歪みは改革開放以後に始まったものではなかった。医療費の引き下げは計画経済期にも行われており、地方政府の支援があったとはいえ、病院経営は厳しい状況にあった。とはいえ、都市の病院は国有企業と同様に都市の「単位」としてそれなり処遇は受けていた。

http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/iryuu/downloadfiles/pdf/28fy_detailreport_China.pdf 2017年10月6日。

しかし、西洋医学を学んだ医師が特段配慮されることはなく、世界標準からみて医師の所得水準や社会的地位は低かった。さらに、毛沢東が「六・二六指示」を出し、文革に入ってから以後は農村医療にも強制的に参加させられ、あるいは農村に下放させられた。

留意すべきなのは、現在でも医師や看護師が社会的に高い地位を認められておらず、大学入試でも著名大学以外では成績最優秀者は医学部でなく金儲けができそうな経営管理学部を選ぶという状況があり¹¹⁸、せっかく医学部を卒業しても医師を目指さない者も多い。また、医師国家試験の合格率が30%程度と異様に厳しく、医師を志しても医師になれないという場合も多い¹¹⁹。

後述するように中国の医師不足は量から見てもはっきりしており、医師数は年々増加してはいるが、医師の養成システムがうまく機能しているとはいえない。また、近年、患者や患者家族による医師への暴行・脅迫や強硬なクレームが相次いでおり、殺される医師まで現れ、医師を辞めたい、医療現場を離れたいとする医師・医療スタッフが多数に上っている¹²⁰。

2. 医療人材の量的不足

医師や医療スタッフの数は絶対的に足りない。表 5-2 に示すように医師については毎年増加しているが、2014年の人口1000人あたりの医師数は1.7人。日本は比較的医師の少ない国だが、2.4人、アメリカ2.6人、ドイツ4.1人に比べても少ない¹²¹。

とくに看護師数は、急速に増加しているが、1000人あたりで2.2人。日本の11.0人、アメリカ11.2人、ドイツ13.2人に比して際立って少ない¹²²。看護師がこれほど極端に不足していることが、結局は医師の仕事量増加や大量の「無資格看護師」の存在につながっていると考えられるから、看護師不足は重大な問題である。医療スタッフが全般的に人手不足になっていて、改善の見込みが立っていない。薬剤師も正式な国家資格がないのだが、極端に少ない。人材の質の問題を別にしても、医療人材の不足は深刻である。本来、必要となるだけのスタッフの量を整えられていない。

なお留意すべきなのは、表 5-2 のような公表データの医師数、看護師数は登録者数で実際に医療活動に携わっている数ではないことであり、上述の医療を巡る厳しい環境から医療に携わっていない医療人材もある程度は存在すると推定される。

年	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
保健・医療技術者計	456	517	554	588	620	668	721	759
医師および準医師	204	220	233	241	247	262	279	289

¹¹⁸ 譚嘉「優秀学生還願意学医嗎？」『健康報』2014年5月4日。

¹¹⁹ 医学教育網(2016)「全国2014年執業助理醫師考試通過率」

<http://www.med66.com/yishizigeakaoshi/chengji/wy1602016637.shtml> 2017年10月5日。

¹²⁰ 余靖静(2015)「這些医生為何選擇了“逃離”」

http://news.xinhuanet.com/mrdx/2015-07/06/c_134384711.htm 2017年10月5日。

¹²¹ OECD「Health Care Resources」<http://stats.oecd.org/2017年10月10日>。

¹²² 同前掲。

医師	162	179	191	197	202	214	229	237
看護師	135	168	185	205	224	250	278	300
郷村医者と助手	92	94	105	109	113	109	108	106

表 6-1 中国の医療人材の状況(万人)

出所: 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2013年)』中国協和医科大学出版社

3. 医療スタッフの質の問題

医療スタッフの質も問題で、とくに医師の質は学歴からみてもかなり低い。図 5-2 に示すように、「医師」とされる人材でも、大卒以上は病院でさえ 50%に達しておらず、都市住民が初診を受けるはずの社区卫生院では 20%程度、郷鎮卫生院に至っては 4%足らずである。大学など高等教育機関による医師養成は少しずつ進んでいるようであるが、病院でさえ質保証のない医師がおり、社区卫生院や郷鎮卫生院では先進国水準では「準医師」としてしか認められないような「医師」がほとんどだということである。改革開放以後、四半世紀が経過し、和諧社会、小康社会に達したと宣言されたとはいえ、医療人材の質の改善は進んでいない。

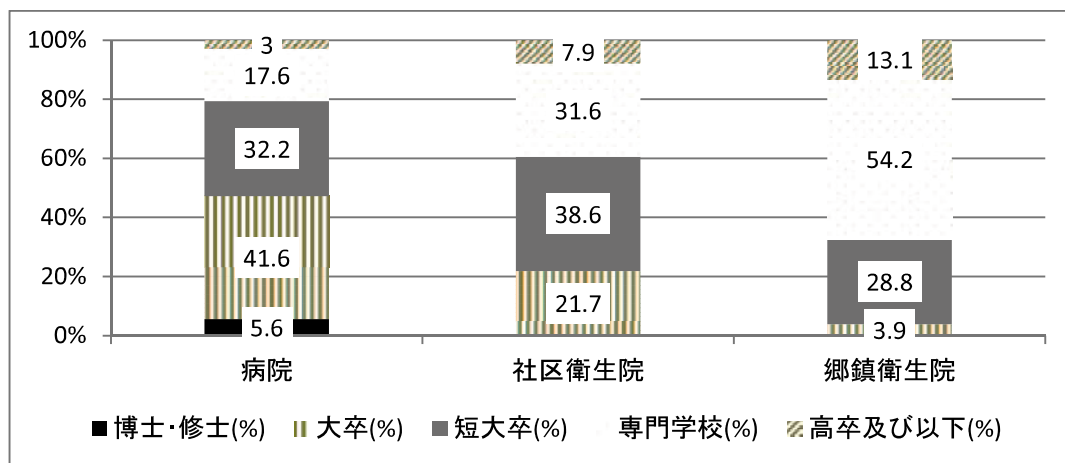


図 6-1 医師の学歴(2005年)

出所: 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年鑑(2012年)』中国協和医科大学出版社

3.1 医師の処遇と格差の階層構造

医師の給料は想像しがたいほど低い。また、ピラミッド状の格差が存在する。以下、「丁香園フォーラム」の「2012-2013 年度中国医師薪酬調査報告書」によるデータを示す¹²³① 2012 年-2013 年の中国の医師の平均年収は 67,516 元である。2013 年の労働者の平均賃金が 51,483 元だったことを考えると、これは安いといわざるを得ない。②他業種でも地域格差は大きい、医師も最高の北京が 104,664 元だったのに対し、最低の寧夏自治区は 42,951 元だった。地域で 2.2 倍の開きがある。③「医師資格証明書(医师资格证)」を持

¹²³丁香园调查派「2012-2013 年度中国医生薪酬情况调查报告」

<http://vote.dxy.cn/report/dxy/id/64391> 2017 年 10 月 6 日。

つ医師の平均収入は 68,285 円で、証明書を持たない医師¹²⁴は 40,676 元。後者は「医者(医生)」なのだが、労働者の全国平均を 2 割も下回る賃金しか得ていない。④医師のランク¹²⁵での平均は、高級医師は 101,193 元、副高級医師 87,541 元、中級医師 73,049 元、初級医師で 55,717 元である。⑤学歴で言えば、博士号を持つ医師 97,953 元、修士号 68,760 元、大卒 60,366 元、大専(短大)及びそれ以下は 46,856 元である。大卒で全国平均プラス 15% 程度、大専以下は全国平均より 10% 程度下まわる。⑥勤務先病院でみれば、最高の「三級甲」病院で平均 76,183 元、「その他三級」で 68294 元、「二級」で 56,318 元、郷鎮衛生院なども含まれる「一級」で 49347 元である。ここでも「一級」は全国平均賃金を下回る。⑦また「定員内」(常勤)では平均 70,409 元なのに、「定員外」(契約雇用)は 59,798 元、「その他」は 53,824 元である。

なお、2013 年全国平均賃金は学歴を問わない全体の平均 51,483 元(ただし、小規模企業は調査対象ではない)であること、中国では賃金格差が大きく、地域や学歴でかなり大きな差があることを考慮すれば、医師の賃金は安いと言わねばならない。また、学歴、勤務先等の様々な要素による格差も大きく、底辺部分では医師でさえ労働者の収入の全国平均に満たない収入しか得られていない。

3.2 スタッフの処遇と医療蔑視

処遇の悪さについては、他の医療スタッフではなおさらである。既に述べたように、看護師は人材不足が著しく、看護師の業務を行う「無資格看護師」も多い。大都市の大病院では高学歴の看護師が増えており、処遇も改善されているが、無資格看護師は資格のある者の半分程度の賃金で、医師と同様にピラミッドの底辺に行くにしたがって、処遇は悪化する¹²⁶。底辺部分では医師でさえ、平均賃金に達しないから、医療スタッフはなおさらで、有能な人材が勤務する場所とは見なされていない。

医療現場は人の命が懸かった真剣勝負の場所であり、ストレスは強い。他方、それに報いるだけの処遇がなされていない。この状況では、進んで医療に携わりたいという期待が持てる状況ではないし、上述のように、社会的に尊敬されていないから犠牲的精神で医療を志すことも期待できない。

処遇の悪さとそれが階層構造をなしているという所から、中国の構造的な医療人材の不足が生じる。本来ならば、人の命を預かる医療には社会の中で一流の能力を持つ人材を集中投入すべきだが、中国でそれを期待することは難しい。

そして、やむを得ず医療を選んだような人材にはやはり信頼できる医療の構築を求めることはできないだろう。そうした人材が階層化されて存在するのが、中国の医療制度であ

¹²⁴既に触れたが、中国には医大卒が国家試験を合格して得る「資格証明書」を持たない「医者(医生)」がいる。大専(短大レベル)の「医士」ないし「助理医師」と呼ばれているほか、「郷村医者」という資格もある(医師相当の医療行為は行うが、医者(医生)には分類されていない)。

¹²⁵中国では経験年数等で医師がランクづけされていて、後述のようにランクの高い医師は高い診察料を請求することが認められている。

¹²⁶JETRO(2014)『中国の医療機器市場調査(具体的事例など)』p. 36。

<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2014/07001795.htm> 2017年10月6日。

る。末端に行くほど処遇は悪くなり、人材は劣化し、機能は落ちる。それだけではなく、末端に行くほど医療は信頼されなくなる。それは十分な知識・技能が期待できないだけでなく、劣化した人材がいる場所であり、容易に信頼することができないからである。こうした状況は歴史的に構造化されたもので、一朝一夕に改善を期待することは難しいだろうが、「看病難、看病貴」という現象の背後にあるのは中国における医療人材確保の危うさ、あるいは失敗である。

医師や医療スタッフは蔑視され、収入が保証されず、また患者にも信頼されていない。だから優秀な人材を集めることができず、結果として医療人材は質が低いままとなる。他方、職業倫理の問題は別にしても、患者が医療機関に求めるのは高い能力であり、それを通じた疾病の治癒であるが、こうした低水準の医療スタッフの残存が医師への不信を生む。

3.3 決定的な問題：職業倫理の欠如

問題の基本は、こうした状況では医療スタッフに「医は仁術」を求めることができない。世界的に見ても医療は医師や医療スタッフの高い職業倫理に支えられている。それは「医療における情報の非対称性の程度は、やはり尋常でない」¹²⁷ので、患者は医療に関する選択を医師に委ねなければならないからである。だが、中国の医師・医療スタッフにはこうした高い倫理性を要求できない。だから、「仁術」を外れた儲け主義や詐欺的な医師が横行者は邪悪だと思われている。医師やスタッフはそうした厳しい眼を承知しており、だからこそ余計に信頼できない。信頼できない医師に医療サービスや投薬の選択を委ねるということは、たんに「病院に行きにくい、病院が高い」という問題を超えて、医療が人間の傷病治癒や健康維持に資するか否かという更にクリティカルな問題の存在を示す。

上述のような「医療制度改革の失敗」はこの点にも表れている。現状の大枠を変えないまま、より具体的に言えば医師や医療スタッフの待遇や勤務条件を改善しないまま、医療スタッフ養成にいかにも注力しても、問題は解決しないだろう。図 6-1 が示すのは、病気が重篤なら社区卫生院や郷鎮衛生院に行くべきではないということであり、こうした機関が本来期待される軽症患者や診断・治療の容易な疾病や傷害などへの医療サービス提供さえ出来なくなる。患者に自分の傷病治療の難易度が判定できず、これらの医療機関に高い技量が期待できない以上、患者は過剰品質かも知れないが、少なくとも高い技量が期待できる病院に殺到することになる。

さらに同じような選別は病院の間でも起こる。学歴が医師の技量を測る唯一の指標ではないとしても、医学のような高い専門性を要求される領域に、学歴からみて専門性を疑われる医師がいるとすれば、医師はまずそうした患者の疑念を晴らす必要がある。病院でさえ、半分以上の医師が大卒でないという状況はこうした疑念が病院でも生じることを示す。

そうなると、「評判」などという曖昧なものが威力を発揮するし、後述するように追加費用を払ってもランクの高い「専門医」に診察を求めることになる。しかし、たとえ技量が信頼できても、医師自身の収入を増やすような行動はランクとは関係なく生じる。そういう

¹²⁷前掲、大道久(2003)。

不信がある場合は、医師も病院も「評判」で選別され、「評判」の良い医師や病院には患者が殺到するが、その対局には閑古鳥が鳴く病院や医師が現れる。

こうして、様々な技量を持つ医師や医療機関が存在し、しかも医師への信頼が概して欠如している状況では、病院と医師のランクという「ラベル」や「評判」という不確かなものが人々の受診行動を支配し、結果として一部の医療機関や医師への患者の集中を招き、「看病難」を引き起こす。「評判」という点では、たくさんの患者を集めていること自体が「評判」の証明になるので、混雑し待ち時間が長いからといって、他の医療機関を選ぶことはなく、いわば「混雑が混雑を呼ぶ」という回路から「看病難」は必然的になる。

4. 医療人材の荒廃

上述の「歪んだ市場化」はこうした厳しい状況にある医師・医療スタッフをますます追い詰める。すなわち、過剰投薬や過剰検査を強要されたり、それが報酬に結びついたりするシステムが作られる。豊かでない医者は、こうした仕組みに組み込まれて稼ぐしか生きる道がない。

4.1 構造化された医師誘発需要

医療について市場が‘失敗’するのは概していえば「情報の非対称性」であるが、大道が言う「医学・医療には膨大な知識体系と多岐にわたる選択肢が存在し、それが日々精力的に展開される(中略)。医療における情報の非対称性の程度は、やはり尋常でないものと受け止められる」という情報が動的で錯綜していることに加え、医療行為と結果、すなわち予防や治癒との因果関係が定かでないため、医師誘発需要が発生する余地が極めて大きいことがある。つまり、たくさんの薬や高価な検査が必要か否かを決めるのは医師であり、患者はそれが妥当かどうか、普通は最後まで知ることができない。

こうして、医療に利潤動機を持ち込むことは医師誘発需要が限りなく拡大することに道を開くが、他方で「歪んだ市場化」の中では「利潤動機」は構造化されていて、否応なく医療行為に持ち込まれる。そうせざるを得ない医師や医療スタッフだけを責めることは妥当ではない。

医者や医療スタッフは診療報酬連動賃金や部門別請負制(部門ごとに診療報酬目標額を契約し、これを上回れば超過額を診療科内で分配できる)という報酬システムに組み込まれている。

たとえば、前掲の1980年代後半の佳木斯市伝染院の例では、製薬室で請負経営制に対し部門別請負制を実施した。製薬室は毎年6万元を病院に上納する契約を行い、目標売上額を超える部分の10%を奨励金として医務人員に支払うが、目標売上額を達成できない場合、未達成額の2%を罰金とする。また、医療室では、目標売上額以上の場合、20%を奨励金とするとされた¹²⁸。

医師が絶対的に不足しているので、長い待ち時間の後、患者一人に数分しか診療しないという「看病難」が問題視されるが、逆に言えば医師一人が一日に100-200人もの患者を診療しているという過酷な労働条件もある。

¹²⁸ 刁文生・周延生・尹貢派(1987)『关于医院承包经营责任制的调查报告』『中国医院管理』第11期 p8-9。

さらに、専門医や高級な医師による診断に差別的高価格を課しているし、極めつけはVIP診療という制度で、通常の10倍以上の価格を払えば優先診療が受けられる¹²⁹。こうした制度は営利目的の民間病院では許されるかも知れないが、公共性があり、診療報酬を政府が規制している公立病院ではあってはならない制度であり、とくにVIP診療は一般患者とのトラブルの原因になっている。

前掲の「2012-2013 年度中国医師薪酬調査報告書」¹³⁰には収入の構成がある。それによれば、基本給相当部分は収入の48%で、その他は病院からの「奨励金」27%、診療科からの「奨励金」18%等となっている。病院収入の増加に対するインセンティブであり、十分とは思えない収入でさえ、病院収入増加に貢献しなければ実現できない。

上記、国務院・衛生部の「報告」は、医療スタッフの兼業奨励までである。つまり在職している医療スタッフが勤務時間外に医療サービスを提供することを認めている。具体的には在職医務人員は付近の農村、衛生院、衛生学校で兼職、技術顧問をすることが奨励されている。特記すべきは、医療スタッフはノルマ達成を条件として勤務時間外での診療、看護など医療サービスへの従事が認められていることである。その収入は個人に属するが、機関の設備等を利用する場合、契約された割合で利益を分配することとされた。

2005年の事例であるが、『半島晨報』によると大連市ある総合性病院の医者である杜林（仮名）は、自分の病院では月に基本給料と奨励金合わせて約6000元しか報酬を得ていない。しかし、他の医療機関では一回の手術で約3000元の報酬がある。一ヶ月に二件の兼職をすれば、自分の本務収入と同じになるという¹³¹。

こうした高い兼業収入とそれへの依存は、本務遂行に支障をきたしかねない。現に「自分の担当する医務を他の医者に頼むことがある」と述べており¹³²、病院の日常業務に影響を与えていると考えられる。

4.2 暴走する医療

こうしたカネ儲けに走る医者を責めることはできない。既に示したように、医療人材に対する待遇・給与条件は、底辺では全就業者の平均にさえ届かない。先の『2012-2013 年度中国医師薪酬情況調査報告』でも、医師の88.4%が現在の収入に不満を持ち¹³³、78%が子どもを医師にしたくないと回答している¹³⁴。副業は「喰える」道を公認したもので、こうした文言の有無にかかわらず、医者など医療関係者の「副業」は当たり前だった。

しかし、とりわけ最後の「勤務時間外」の医療行為の容認、しかも機関の持つ設備を利用したそれは勤務で負う医療従事者としての義務・責任に対して利益相反を生む可能性が高い。「もっと治療して欲しければ時間外に来い」というビジネスである。病院経営の請

¹²⁹「専門医による問診」(2014)『中国の医療機器市場調査』日本貿易振興機構 p. 16。

<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2014/07001795.htm> 2017年10月6日。

¹³⁰前掲、丁香園調査派(2013)「2012-2013 年度中国医師薪酬情況調査報告」

¹³¹臧超綱(2005)「医生“走穴”賺錢是与非」『半島晨報』

<http://news.sina.com.cn/s/2005-06-09/01076118535s.shtml> 2017年9月20日

¹³² 同前掲。

¹³³前掲、丁香園調査派(2013)「2012-2013 年度中国医師薪酬情況調査報告」

¹³⁴中国新聞網(2013)「医務人員生存環境堪憂:78%医生不希望子女從医」

<http://www.chinanews.com/gn/2013/10-26/5428330.shtml> 2017年10月10日。

負制だけでも病院を実質的に営利企業化させたが、これに加えて医療スタッフの利益相反のリスクが高い兼業が医者や医療スタッフ全体を本務に集中できないようにした。

医療費膨張は決して医師や医療スタッフを豊かにしたわけではない。大量の薬を無駄遣いし、過剰な手術や検査で患者の身体を損傷したうえに、過剰な高度医療機器導入を導いた。薬品業界と医療機器産業の儲けは大きくなったかもしれないが、しかし前述のように、概して病院経営一般が儲かるようになったわけではない。医師や医療スタッフもそうで、評判の高い大都市の特定の医療機関などでは処遇は顕著に改善されたが、普通の病院ではまだまだ医療人材の待遇は悪く、尊敬もされず、逆に患者の復讐に怯える状況にある。

「大鍋飯」の後、「歪んだ市場化」は中国の医療制度と医療人材に大きな打撃を与えた。その代償が果てしない医療費膨張であり、医師・医療スタッフの荒廃である。2005年、世界保健機関(WHO)と中国国務院発展研究センターは合同で報告書「中国の医療衛生改革」を公表し、「中国の医療改革は失敗した」と宣告した。政府機関がこのような声明を出すのは極めて異例のことである。

この荒廃を改善するのは容易なことではない。医師や医療機関が社会からの信頼を回復するのは難しく、また社会から不信の眼で見られていることが、優秀な人材を医療に投入できない原因にもなっている。悪循環である。さらに、政府による規制が実質的に無効化している点も重要である。誰も守れないようなルールを作ると、誰も守らず、守らないと非難することもできなくなる。

5. 放置されてきた農村医療

なお、上記、国務院・衛生部の「報告」は農村医療にも触れている。「農村の村級衛生機関の設置の問題」では、「現地事情によって、村衛生医療機関は、集団経済組織が創設する、郷村医者に請負に出す、個人が開業するなどの形式で続けるべきである」と。要するに、政府はカネを出さないから、勝手にやれ、しかし残せということである。本章の第2節で述べたように、80年代半ば村衛生室は、名称はそのままで私営の医院となった。ここでは郷村医者の医療技術水準の低さなどという問題はまったく無視され、逆に村に医者が居さえすれば誰でもよいという、保健衛生とは無縁な意見に見える。

また「農村医療衛生の改革。県病院・郷鎮衛生院を強固・改善・向上すべきである。集団・個人の医療機関の設立を奨励し、富裕な地域が地方政府と群衆から資金を集めて病院を開くことを提唱し、都市病院が農村に医療機関を設立したり、農村医療衛生事業を支援したりすることを奨励する」とされる。「県病院・郷鎮衛生院」は「強固・改善・向上すべき」とされるが、どう改革して行くかの筋道は示されない。集団や「富裕な地域」、「都市の病院」の農村での病院設立に期待が示され、「奨励」されているのみで、「市場」の論理で農村の医療問題が解決できるとの見込みが示されているようにも読めるが、そのためには病院が「独立採算」でなおかつ十分に儲かる必要がある。既に述べたように、郷鎮衛生院は基層の保健衛生・計画育成機関として政策を末端で担っている。だが、それを「強化」しろと言っているが、政府がどう関与するかは示されていない。

格差が問題視される遙か以前の事だとはいえ、農村は放置されていた。そこには「改革」

さえなかったから、その「失敗」もなかったのだが、医療費高騰はもちろん都市だけの問題ではなかった。郷鎮衛生院も県病院も、同じように請負制になり、営利化していった。

これに対して対策が採られるのは、2009年の医療制度総合改革以後である。上述のように、様々な政策が精力的に採られているが、それでも脱却が容易ではないと考えられるのは、25年以上の放置状態で農村医療、とりわけ人材面での荒廃が進んでおり、さらに上述のような医療人材の構造的な不足、しかもピラミッドの底辺ほど厳しい不足という短期間では脱却が難しい要因があるからである。

小括

この節では医療人材の荒廃を分析した。まず、前節でみた医療費の抑止政策のため、中国では医療従事者はまったく不満足な処遇しか与えられてこなかった。これにより、医療を担うべき優秀な人材を得ることができなくなっただけでなく、1985年の「意見」が許容した「歪んだ」市場化の下で、病院経営の必要から求められる医療報酬の営利的かさ上げに荷担する構造が作られ、その中で医療行為の営利化を進めねばならなくなる。

ところが、そうになると医師あるいは医療従事者の倫理性が疑われ、「情報の非対称性」から医師に判断を委ねなければならない患者は、医師に対する疑心暗鬼に陥る。こうして、医者が営利的で決して患者に奉仕していないと思われるようになると、医師や医療関係者が蔑視されるようになり、そうでなくとも厳しい仕事である医療に人材がますます集まりにくくなる。こうして、医療は実際にも人材が不足し、また底辺に行くほど劣化した人材しか集まらなくなるが、そうなってしまえば、医療機関や医師はますます信頼されなくなり、医療は必要な人材を集められなくなる。そうなってしまえば、医療人材は技量の面でも、また倫理性の面でも、疑いを持たれる人材の集団になってしまい、失われた倫理観と患者との信頼構築は長期にわたって非常に困難となるだろう。そうになると医療は機能不全に陥る。「看病難、看病貴」の背後には医療人材の荒廃というより大きな問題がある。

こうして、「看病難」は必然となる。すなわち、医療人材の質が多様で、技量が無条件には信じられないとすれば、より大きな病院、よりランクの高い医師という「ラベル」に基づいて選択されねばならない。ただし、医師の問題は技量だけでなく、倫理性にもあるとすれば、技量の高さだけで医者を選ぶことはできない。そこで、こんどは「評判」が問題になる。「評判」に根拠がある訳ではないが、それ以外に頼るものはなく、そして患者がたくさん集まるということが「評判の良さ」の証拠であるとすれば、どんなに長い待ち時間であっても患者の集まる病院に行くべきである。だから、特定の大病院は累積的・加速的に混雑するが、対照的に閑古鳥の鳴く病院も現れることになる。これが「看病難」である。

章のまとめ

この章では、幾つかの別々のテーマを扱った。一つは改革開放後の「はだしの医者」と(旧)農村合作医療制度の行方である。見たように、(旧)農村合作医療制度はそれ自体政治運動(の一部)だった訳で、政治運動が終わればなくなるのが当たり前ということである。

これは通説にはなかった論点である。なお、「貧農、下層中農に好い」と言われたが、結局は農民の「脱退」という行動で崩壊する点が興味深い。運動であることと、社会保障制度であることの二面を明確に切り分けることが本論文の特徴であるが、その成果が明示された。

医療市場化への動きであるが、病院経営の赤字という構造的な問題が地方財政問題を介してテーマとなるという曲折を経ることで、医療制度という側面の検討を欠いた、病院赤字の処理問題に一面化され、さらに「大鍋飯」という病院の経営問題とされた点から捻れが始まる。結局のところ、病院請負制、そして病院経営に営利性を認めるという点に行き着くが、それまでの診療報酬等の規制体系との整合性を欠いたまま進められたため、「歪んだ市場化」となり、それが最終的には規制体系の形骸化にまで行き着く。こうした点は、既存研究でも言われてきたことである。

とはいえ、本章では、まず、報酬規制で構造化された赤字を前提とすれば、こうした営利性を抑止することは難しく、かつ規制すればするほど歪んだ形で財政補助の比率が減少するということを示した。なおはその上で(公立)病院も、医療従事者もさほど大きな利益を受けていないことを示した。それでも、医療費膨張が生じるのは、制度的な歪みのため、医療機関が一定の収益を得るためにその何倍、何十倍の患者や医療保険の負担増が生じるという「テコ」に例えられる構造があることを示した。これこそが「歪んだ市場化」と呼んだものの帰結であり、その中で、医療費の果てしない膨張による「看病費」を生み出した。こうした考察は独自のものであるが、そのため医療アクセスの公平性は脅かされており、まだ改善されていない。

他方で、営利化に伴う医師の倫理性への懸念は、以前からあった医療人材への処遇の悪さと結びつき、医療に人材難という大きな問題を生み出した。病院の営利化とこうした医療人材を結びつけた議論は管見の限り、他にない。人材難は医療人材の専門的技量への懸念だけでなく、「情報の非対称性」が特異で顕著な医療行為における医師の選択の信頼性を突き崩し、患者に医療不信の中での医者選びを強いた。その結果は、一方では医療従事者の技術が一般的に疑われる中で、大きな病院やランクの高い医師などという「ラベル」に頼った選択が行われ、他方では倫理性・信頼性が疑われる中で、「評判」という曖昧なものに頼った判断がなされるようになる。そして患者がたくさん集まることが「評判が良い」ことの指標となるため、患者は敢えて混雑する病院や医者を選ぶことになる。「看病難」である。

第4章 国民皆保険下での新型農村合作医療制度¹とその行方

第1節 新型農村合作医療制度に関する先行研究

1. 初期の研究

新型農村合作医療制度は2003年から実施される。これに対する初期の研究は制度的な概観と期待を表明したものが多し。陳金霞(2005)²、羅小娟(2006)³は、新・旧農合制度の変遷を含めた考察を行っている。陳金霞(2005)は、新農合制度は農村の医療保障の基準を高め、都市と農村の経済社会発展の格差縮小に貢献できるとした。後述するように、農村公的医療制度の整備は長い間課題となっており、まだ試行期で実施の結果がはっきりしなな、政府の強い財政支援を受けて新型農村合作医療制度の成立への期待感の表明だと考えられる。喬益潔(2004)も同様に、新農合制度は都市と農村の差を縮小し、農村社会の安定、都市と農村一体化を促進できると結論づけているが、後述するように「格差」の改善については微妙な問題であり、近年では公的医療保険の都市・農村格差や制度間格差が問題になっていることを考慮すると初期の「期待感」の表明だったように思える。

他方、羅小娟(2006)は、旧農合制度は中国の医療制度史上で大きな役割を發揮したが、新農合制度はある程度、農村医療機関のサービス品質を改善したと、やや限定的に評価した。後述のように、新農合はかなり限定された、特殊な制度であり、早い時期にこの特性に注目している点は評価できる。

党臣(2006)⁴は新農合制度の役割を検討し、農村の出産育児の水準、郷鎮衛生院の利用率、医療技術水準などが向上し、農村医療サービス事業が推進されるようになったと結論したが、合作医療と郷鎮衛生院や二級病院(県病院)の活用に関連に着目した点は重要な論点提起といえるが、こうした農村医療機関の利用状況、技術の改善、公衆衛生への貢献をいうには時期尚早であろう。また尚珂(2005)⁵は、経済の視点から旧農合制度の形成、発展、弱体化を考察し、政府財政の農村重視が新農合制度の形成発展の重要な要因であると早くから指摘していた。

¹本章は、下記の論文に基づき、大幅に加筆・修正したものである。魏強(2016)「中国新型農村合作医療制度の実施効果と課題—現地調査を中心として—」東アジア学会機関誌『東アジア研究』第20号 pp. 1-24。

²陳金霞(2005)「中国農村合作医療制度の發展と改革」『週刊社会保障』第59巻第2339号。

³羅小娟(2006)「中国における農村合作医療制度の変遷と今後のあり方」『大学院研究年報』(中央大学大学院研究年報編集委員会)第9号。

⁴唯党臣(2006)「我国新型農村合作医療制度發展初探」『寧夏社会科学』第2期。

⁵尚珂(2005)「農村合作医療制度的建立与政府責任」『中国發展』第4期。

喬益潔(2004)⁶、劉雅靜(2004)⁷、尚珂(2005)、王何紅等(2005)は⁸、旧農合制度の沿革、1980、90年代の農村医療改革の幾多にわたる紆余曲折の経過、及び新農合制度の形成発展について考察している。新農合制度は、「農民が大病によって貧しくなる」という問題を解決する鍵となると結論しているが、これは政府の公式見解である。

2. 新型農村合作医療制度の評価に関する研究

新農合の成果ないし評価に関する研究は2007年頃から出現し始める。荏苒等(2007)⁹は、新農合制度が実施されて以来の農民経済状況別の医療サービス需要・利用および医療負担、受益状況を考察するために、A省の三つの試行県で現地調査を行った。その結果は、低所得の農民は医療サービスに対して、高需要、低利用、高負担、低受益の状況にあるということで、早くもこの頃から新農合の問題点が指摘され始める。給付率が低く、自己負担が大きい場合が多いため、低所得の農民は利用できず、医療サービスの利用率が高所得の農民より低くなる。これは前章で述べた、医療アクセスにおける「逆進性」であり、受益の公平性が十分でない。結果として、医療サービスへのアクセスは低いままだと結論づけた。確かに新農合はこうした難点を有するものもあった。

袁麗暉(2010)¹⁰は、新型農村合作医療制度の誕生を紹介し、2005年の医療給付起点設置状況・給付上限設置状況・給付率を考察し、給付起点は高く、病院の給付上限の設置率は高く、給付率は低いと結論した。袁麗暉(2012)¹¹は、新型農村合作医療制度の問題点として、農民は加入地でしか利用できず、出稼ぎ労働者にとって実用性が殆どない点を強調している。戸籍地を基礎に設計されていた初期の新農合にとって、「農民工」の問題は重大な盲点だったが、現在は改善されつつある。

また、袁麗暉(2016)¹²は、新型農村合作医療制度の内容を説明した上で、加入自由だが高加入率であること、低負担で低給付かつ政府の負担が大きいこと、世帯全員一括で加入すること、という特徴を抽出している。このうち「低負担」「低給付」という論点は重要である。「低負担」、つまり可処分所得に対する負担率がまだ低いのは事実だが、問題は「低給付」という点である。都市住民基本医療制度との統合を控えて、自己負担の上昇が課題になっており、所得からみる限りまだ自己負担は増やせるが、相応の「低給付」の改善がないと農民に負担感の重さだけが残ることになる。こうした先駆的な論点を提起している

⁶喬益潔(2004)「中国農村合作医療制度的歴史変遷」『青海社会科学』第3期。

⁷劉雅靜(2004)「我国農村合作醫療保障制度的歷史思考及政策建議」『社區醫學雜誌』第6期。

⁸王何紅・梁荊霞(2005)「從傳統到新型-探尋農村合作醫療制度的歷史演變」『技術與市場』第12期。

⁹荏苒・金鳳(2007)「新型農村合作醫療實施後衛生服務可及性和醫療負擔的公平性研究」『中國衛生經濟』第1期。

¹⁰袁麗暉(2010)「中國の医療保険制度における医療格差問題」『山口經濟學雜誌』第59卷。

¹¹袁麗暉(2012)「中國農民工醫療保險制度について:その歴史的背景と現状を中心に」『東亞經濟研究』第70卷。

¹²袁麗暉(2016)「中國新型農村合作醫療保險と都市部住民基本醫療保險の統合:その経緯と狙い」『山口經濟學雜誌』65(3・4)。

点は評価できる。

陳燕華等(2010)¹³は、2009年度の福州市11県の新農合制度の統計データを利用して、2009年度の福州市新農合制度の運営効果を論考した。彼らは、貧困及び非貧困農民の加入率、基金利用率、受益率を考察指標として分析した。結論として①貧困農民は加入率が低い②合理的に基金利用率を調整する必要がある③郷鎮衛生院の利用率が低く、受益率は不十分であると指摘した。この論考も当初の問題を明らかにしている点で評価できるが、彼らはまだより強力になっていく新農合を見ていないし、公的扶助で新農合自己負担を補う制度も未だなかった(この制度自身は公的扶助対象者に対し医療費を自己負担させるものなので問題があるが、貧困と新農合参加という問題は公的扶助で解決可能になっている)。

韓氷等(2011)¹⁴は、新農合制度をさらに改善するために、入院給付公平性の視点から新農合制度実施効果を評価し論考した。研究方法としては、江西省の40制度試行県の2006年から2008年の入院給付データを利用して統計学的に分析した。各級医療機関給付率、及び受益率が毎年上昇傾向にあることを明らかにして、入院給付は基本的に公平性があると評価した。しかし、給付増加金額は医療費用の値上げで相殺され、農民の受益はある程度制約されていることを指摘した。入院給付の「公平性」の定義に疑問が残るが、この評価はメリット・デメリット共に妥当である。

辛怡等(2013)¹⁵は、1997年から2006年の中国健康栄養調査データ(CHNS)を通して、新農合制度実施前後の農村医療サービスへのアクセスの変化を考察し、アクセス上の障壁の要因を分析している。まず、医療サービスへのアクセス障壁を提供側のものと需要側のものに分ける。提供側のアクセス障壁は地理的要素、需要薬剤の提供及び医療費を指標とし、需要側のアクセス障壁は主に一人当たり所得を指標とした。次に、アクセス障壁を経済的障壁(医療費と個人所得は農民診療へ影響)と組織的障壁(医療機関の組織管理は農民の医療サービス利用へ影響)に分けて考察した。新農合制度実施以来、医療機関に行く時間が短くなり、診療を待つ時間が年々短縮され、日常薬剤も提供することができるようになって、組織的障壁が低くなっている。一方、個人所得成長率が逡減し、医療費用の増加が速すぎることで、経済的障壁が高くなっている、という。提言として、政府財政投入を増加し、特に薬剤価格を引き下げること、農民の基本的な医療需用に応じることができることとした。近年ではこうした総合的な視野で病院アクセスの問題を考察する論考も出現している。

馬欣欣(2015)¹⁶は、制度・歴史研究と数量的実証研究を包括した総合研究であり、実証研究では、公的医療保険の格差問題や家計への影響などから、主観的幸福度まで多面的に

¹³陳燕華・吳小南(2010)「2009年福州11県(市)区新農合効果評価与改進建議」福建医科大学学報(社会科学版)第4期。

¹⁴韓氷・袁兆康・方麗霖・肖雲昌・洪鷹(2011)「江西省新型農村合作医療住院補償公平性研究」『中国社会医学雑誌』第2期。

¹⁵辛怡・何寧・張麗麗(2013)「我国農村衛生服務可及性变化及存在障碍」『長沙民政職業技術学院学報』第3期。

¹⁶馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会。

分析している。制度・歴史分析でも、様々な分析があるが、本章の課題と関連するものに絞れば、新型農村合作医療制度の背景、実施状況及び新・旧農村合作医療制度の比較研究がある。前者は、改革開放以後の医療費が高騰し、「看病難、看病貴」の問題が起きたが、その解決のため、2003年新型農村合作医療制度を導入したことが説明される。そのうえで、実施状況については、「任意加入」、「基金の《収支の均衡》」、「試行後実施・普及」という三大原則を摘出したのち、制度の管理・基金調達・基金管理・給付の仕組みを明らかにしている。両制度の比較研究については、プールして統一管理を行う行政地域のレベル、医療保険によって保障する疾病のレベル、保険金の財源が異なる点を指摘している。

羅小娟(2011)¹⁷は、新型農村合作医療制度について、従来の農村合作医療制度が崩壊してから2003年まで、農村住民向けの医療保険は再確立されることがなかったという点を問題にする。政府が「都市を重視し農村を軽視する」という指導方針のもとで農村住民が医療制度から除外されたことで、広大な農村の住民は軽病では治療を受けず、大病では治療できない状態にあった。これを背景として、2003年から新型農村合作医療制度が実施されたと論じた。前章で見たように、政府の医療制度への姿勢、とくに1980年代のそれが、以後の医療問題の起源となる。そして、都市の労働者については国有企業改革の過程で労働保険を代替する制度が不可欠だったため都市従業者保険制度が導入されるが、農村は放置された。また、とくに80年代農村末端医療に関する政府の軽視・無関心さも、前章で指摘した通りである。こうした問題意識は本論文と共通する。

羅は、江西省高安市の例として制度の加入対象、財源、基金管理、給付内容、給付方式を考察し、中国農村地域のほぼ20年間の無医療保障状態に終止符を打った成果は大きく、給付水準は低いものの、政府の財政支援による医療保障を享受できるようになったことを評価する。’公的’医療保険があるということだけでも確かに前進ではあるが、他方でかなり限定的な保障であるという特性は、上述のように、羅(2006)が指摘していたもので、改善は見られるものの、問題が解消されたとは言い難い。この点の評価には疑問が残る。

王崢(2009)¹⁸は、新型農村合作医療制度の背景について、農村地域において疾病の場合にも診察を受けられず、入院すべき場合にも入院できないという実態が起こってこの状況を打破するため、2003年新型農村合作医療制度が実施されたと論じた。また、制度の特徴として、①入院・重病を重視すること、②中央政府や地方政府からの財政援助が比較的多いこと、③中央政府の財政支援が東部沿海地域と中・西部内陸地域を区別対応していることという三点を明らかにした。①②については従来から指摘されてきている論点であり、③は近年では東部も中央政府からの財政支援がある。なお、王が強調するのは新農合が形式的には非公式の協同組合であるにもかかわらず、中央政府の主導で作られた「上から下」へ展開された制度だという点であり、これは重要な考察である。制度の問題点として、重病中心で対象が狭いこと、県ごとの制度で県の富裕度により大きな水平的格差があることを指摘している。

¹⁷羅小娟(2011)『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社。

¹⁸王崢(2009)「中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に—」『大阪経大論集』第60巻第1号。

3. 新型農村合作性の欠陥を指摘する研究

同様に新農合に関わる欠陥を指摘する論考も近年、多数出現している。

(1) 農民側の問題としてしばしば指摘されることは、農民の健康リスクへの意識が低い[廖松(2008)¹⁹]、制度に加入する意識が薄い[呂琳(2009)²⁰]、あるいは制度加入に積極的でない[吳灝(2014)²¹]などというものである。一方で新農合は形こそ協同組合であるものの、政府の主導による戦略的な取り組みであり、農民の健康に対する意識はその展開とは直接は関係がない。ただし、後述のように「健康リスク」という問題は制度設計には関係してくる。極言すれば、農民の健康リスク、あるいは健康保険の必要性についての意識は、制度設計と関連させないと意味をなさない。

(2) 医療機関の問題としては、制度指定医療機関が少なく、医療価額が高い。これは、給付が低い、または給付の範囲が狭いという問題である。また医者診察態度が悪い[(呂琳(2009))、指定医療機関の医者、患者ベッドが不足しており、受診を待つ時間が長く、農民の収入に対し医薬価額の上昇が速いと指摘もある[肖菊(2011)²²]。いずれも中国の(公立)病院制度が抱える「歪み」に関わるものだが、前章で考察したように構造的で根深い問題を孕む。このような現象面での問題の指摘だけでは解決の筋道は見えない。

(3) 財政に関連した問題としては、陳金霞(2005)は政府の財源の投入と配分の問題があり、農村医療財源の調達が困難であるとの指摘を早い時期に行っているが、財源の乏しい地方政府(県)にとって財政問題は最初からあったといえよう。廖松(2008)も、同様に貧困地域においては(県)政府の財政支援は困難であることを指摘し、張雅青(2010)²³は中央政府が制度への予算を増額しているとはいえ、富裕地域以外、全国的には資金調達が低い水準に止まっていること。また、制度運営資金不足により、制度管理やサービスの提供に大きな問題が生じていることを指摘している。吳灝(2014)は、国家による財政補助がまだ不足だとしているが、後述するように新農合を巡っては中央と地方政府の間にかかなりの緊張関係がある。

(4) 制度管理・監督の問題としては、中国では様々な社会保険制度があるが、2011年に社会保険法ができるまで明確な法規定がなかった。新農合についても、中央はかなり細かい指示を出しているようであるが、新農合は他の公的医療保険と異なり、形式的には任意の協同組合であり、制度を管理する明文化された規則がないという問題と併せて大きな問題がある。これに由来して、一群の研究がある。陳金霞(2005)は、合作医療の管理能力の低下という問題を早くも提起し、廖松(2008)は制度医療基金の監督が規範化されていないことが問題だと指摘している。また呂琳(2009)は制度の組織メカニズムが不完全で、管理が行き届いていないと述べ、肖菊(2011)も同様に制度に対する監督の欠如を指摘している。

¹⁹廖松(2008)「新型農村合作医療制度的問題与对策研究」『決策与信息』第12期。

²⁰呂琳(2009)「新型農村合作医療制度存在的問題和对策初探」『現代預防医学』第1期。

²¹吳灝(2014)「我国新型農村合作医療存在問題及思考」『中国衛生標準管理』第22期。

²²肖菊(2011)「新疆新型農村合作医療保障制度的現狀及存在問題」、『法制与經濟』、第1期。

²³張雅青(2010)「中国農村部における医療保障システムの現狀—新型農村合作医療制度を中心に—」『東北農業經濟研究』第28卷第2号。

また、張雅青(2010)は、情報化の遅れが、制度の非効率と農民の制度への加入に悪影響を及ぼしていると指摘している。

(5)さらに制度の法整備の必要を訴えるものに、陳金霞(2005)は新農合には法律法規の形式での強制力がないとの欠陥を指摘し、張雅青(2010)も同様に制度に対する法的な裏付けが与えられていないため、制度実施に対する法的な強制力がないことを問題として挙げた。中国の社会保険に関連する法の整備は低い水準に留まっているとも指摘している。吳灝(2014)は、法的責任は明確でないだけでなく、ルール制定機関の地位が低く、制定主体が明確ではなくて、法的救済制度が不透明であると指摘している。

(6)陳在余(2012)²⁴は、新・旧農合制度発展の歴史を論考し、両制度はともに政治動員の産物であると主張し、合作医療制度は急速に発展できるが、急速に崩壊する可能性もあると指摘した。たしかに加入率維持のために末端党員が走り回る姿は共通するが、「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という目的とそのための実効は新農合が政治運動ではなく、社会保障制度の内実を備えていることを示していると考ええる。なお、保障の視点から考えると、低コストの医療サービス体系を構築することが合作医療制度の持続可能な発展の鍵となるとしているが、この判断自身は妥当であるものの、どこが問題でどう対処すべきかを積極的に明らかにすることこそが課題であろう。

なお、廖松(2008)、呂琳(2009)、肖菊(2011)、吳灝(2014)などはそろって、制度が持続可能な形で発展するためには、新農合制度管理機関の効率性を高め、農村医療機関の医療設備、医療技術を改善し、制度の監督を強化すること、そして政府の財政支援を継続し、農村医療救助体系を構築することが必要だと主張する。中国医療制度の問題は新農合だけの問題ではなく、陳在余(2012)が指摘しているように、医療コストの膨張を食い止めることが鍵であるが、それが視野に入っていない。

第2節 医療保険制度の再建と再編

1. 社会保障が課題になる時代

1970年代末に始まる改革開放は様々な旧来の制度を無効にした。医療保険もそうであり、とくに農村合作医療制度は前章でみたように崩壊し、ほとんどの農民が公的保険の保護なしで医療費高騰の時代を迎え、「看病難・看病貴」に直面する。他方、都市の国有企業や公務の労働保険と公費医療制度は改革開放後も、1994年の国有企業改革までは問題を残しながら続いていた。したがって、医療保障が社会問題化するのも農村・農民の側が先だった。

1990年3月、衛生部、国家計画委員会、農業部、国家環境保護局、全国愛国衛生運動委員会は連合で「[「2000年に農村で人々が医療衛生保健を享受する計画目標を実現する(我国農村実現2000年人人享有衛生保健的計画目標)]の配布に関する通知(衛医字[90]第あ1号)」を公布した。その基調は中国農村全住民に初級衛生保健の享受を保障するという点にあった。初級衛生保健とは、最も基本的な衛生保健サービスの総体であり、社会

²⁴陳在余(2012)「中国農村合作医療制度歴史回顧与比較」『農業経済』第2期。

的に平等な権利として実現されるべきものであるとともに、人民大衆と政府がどちらも負担可能な衛生保健サービスであるとされた²⁵。

この「通知」は中国では当時、まだ「最小限の保健衛生サービス」でさえ実現されていなかったと中央政府が認識していたことを示す。改革開放後、人民公社時代とは一転し豊かになる道を驀進してきた中国農民は、経済的には「豊か」になったが、健康で安全な生活の確保という基本的な生活基盤の改善は進んでおらず、むしろ改革開放後に悪化しているときえいえる状況にあった。

この「通知」は 1989 年の「天安門事件」後、改革への急進的な流れが停止した時期のものであり、「社会的に平等な権利という社会主義に相応しい発想に基づいていて、「先富論」のような格差容認を咎める雰囲気がある。

とはいえ、2つの特徴が見て取れる。第一は 2000 年を目標にした 10 年計画という性質である。すなわち、緊急に対処すべき問題があり、対策を採るという形ではなく、「最小限の保健衛生サービス」という様々な要素をゆっくり、しかし全国隈無く実現していこうとするものである。

第二は人民大衆と政府の両者が「負担可能」ということが条件だとされている点である。分税制改革(1994 年)以前で財政請負制が採られ、中央政府の収入の対 GDP 比は下がり続けていた。県や郷・鎮などの基層地方政府も、有力な郷鎮企業がある場合を除けば、財政状況は厳しく、保健衛生に充てることのできる支出は限られていた。だから、農民にも負担を求めねばならなかったが、それは農民を苦しめるほど重くはできなかった。

WHO の指標や実際の発展状況を考慮しながら、県を単位として健康教育普及率、行政村衛生室のカバレッジ、合作医療のカバレッジ、安全衛生水の普及率、衛生便所の普及率、食品衛生合格率、児童ワクチン接種率など各種の指標で目標値を定めて、2000 年までに実現するとされた²⁶。

この「通知」に対し、1995 年に衛生部は「農村で人々が医療衛生保健を享受する計画の普及段階評価・審査の実施に関する通知」を發し、衛生部など五部局が合同して全国 29 省・自治区（チベット自治区を含まない）・直轄市に対する評価・審査を実施した。その結果、北京、上海ではすべての県が計画目標を到達した。山東省の場合、1994 年末まで全省の 61.2%にあたる 79 県が計画目標を到達した。山西省は合格県が 68%。四川省では行政村衛生室のカバレッジ 100%を達成した²⁷。

また四川省瀘州市中区政府は「農村衛生便所建設を強化するに関する指示」を發布し、農村建物を増築・改築する場合、メタンガス便所の設置を要求した。郷・鎮政府はメタンガス便所を建築する農家に 30-50 元の補助金を出す規定になっていた。これによって、1994 年には便所改良の普及率が 70%に達したとされる。衛生部の統計によれば、2000 年まで、

²⁵衛生部(1990)「我国農村實現 2000 年人人享有衛生保健的計画目標」『中国初級衛生保健』第 4 卷第 10 期。

²⁶于宗河(1996)「我国農村實現“2000 年人人享有衛生保健”規劃目標普及階段中期評価總結報告」『中国初級衛生保健』第 1 期 p. 7-9。

²⁷同前掲。

全国の県の85%が「計画目標」に到達した²⁸。

とはいえ、目標に含まれていた農村合作医療制度の再建・普及は進まず、初級衛生保健事業の難点となった²⁹。また、改革開放によって農民にも西洋医学を受診する機会が与えられるようになったが、1990年代は既に述べた医療費膨張があり、三級病院など近代化された医療機関の整備が進んでも、医療へのアクセスは困難になりつつあった。これに対して農村合作医療制度は農民の医療へのアクセスを改善に有効な手法だと考えられていた³⁰。

実際の転機となったのは、1993年、第8期全国人民代表代会である。経済発展レベルに適合する社会保障体系を逐次整備し、失業保険、労災保険、年金保険、医療保険を重点的に構築し、社会保障基金制度を設立するという方針が採択された。1980年代は改革開放、とくに改革政策で人民公社が解体し、農業各戸請負制や郷鎮企業の急成長など、予想を上回る社会の急激な変化があり、さらにこうした改革開放政策と社会主義との関連を巡る共産党内の深刻な対立もあって、政策は長期展望を欠き、対症療法的なものが多かった。しかし、1992年の「南巡講話」と社会主義市場経済という発展の枠組みの確定により、様々な問題がより長期的視野で議論され、政策が打ち出されるようになる。その一つが、この社会保障制度の確立という方針だった。

これより、社会主義市場経済に対応した社会保障制度の再構築が公式に始まる。その後、都市部では、企業女性労働者を対象として、1994年、労働保険制度から独立した生育保険制度が設立された。企業労働者に対しては、1996年、労働保険制度から独立した労災保険制度が設けられた。

農村の医療保険については、1993年11月、中共中央第14期三中全会では農村合作医療制度を発展させるという方針を含む「社会主義市場経済体制を建設するに関する若干問題の決定」を公布した。これに基づき1994年、國務院研究室、衛生部、農業部はWHOとの協力の下に、全国7省14県で新しい農村合作医療制度の試行を開始した³¹。

2. 新型農村合作医療制度への試行

試行された新しい農村合作医療制度は、人民公社時代の合作医療制度を「同じモデル、同じ標準、悪平等、実情を無視して画一的に処理すること」という点で批判し、農村の発展状況に応じて、地域によって異なる「調達範囲、合作内容、管理方法」を持つ農村合作医療制度を創設するという方針が明確化された³²。

重要なことは県単位での制度が想定されている点であり、そうなると確かに富裕な県と

²⁸同前掲。

²⁹同前掲。

³⁰袁木・陳敏章(1994)「加快農村合作医療保健制度的改革和建設」『中国初級衛生保健』第8期 p. 4-5。

³¹葉宜徳(1994)「“加快農村合作医療保健制度改革和建設”課題研究概況」『中国農村衛生事業管理』第9期 p. 13。

³²袁木・陳敏章(1994)「加快農村合作医療保健制度的改革和建設」『中国初級衛生保健』第8期 p. 4-5。

貧困地域で同じ制度の実現は難しくなる。ただし、この方針は1990年の「農村2000年保健衛生目標」が全農村住民への普遍的サービスと平等さを強調していたのとはかなり基調が違っており、初めから格差を容認しているとも読める。

鄧小平の先富論「先に豊かになれる者たちを富ませ、落伍した者たちを助ける」という二つの文節から成るが、「先に豊かになれる者たちを富ませる」ところから、「落伍した者たちを助ける」という後半の文節になかなか到達しなかったのが、中国における中央・地方政府関係あるいは政治構造だった。1994年の分税制改革で一時10%台まで下がっていた中央財政の財政総歳入に占める比率は一挙に50%程度まで高まり、同時に徴税額の対GDP比も高まるので、中央政府による財政を通じた所得再分配が可能になる。しかし、結果は各省の調整額に見合った「還付」が行われることになり、財政の所得再分配機能は当時は活用されない。その代わりに、「還付」は使途を定めた「専項資金」という形で行われ、地方政府は規定された地方支出分を拠出して、中央で決められた政策を実施するよう強いられる³³。

これは現在まで続く、中央政府による地方政府管理の主要な手法であるが、そうした手段でも、省で徴税された租税を他の地方に移転することは許されなかった。それは地方政府の指導者が相互に競争しあっており、財政収入は評価指標を達成する手段だったからで、地方ごとの富裕度の差は評価指標で考慮されるが、それを実現する財源の多少は斟酌されなかったためである³⁴。そこで、財政の地域格差を是正する再分配機能は抑制され、地方はその富裕度に制約された政策しか採れない状況が長く続いた。先富論の前半の段階にとどまり、後半の「落伍した者たちを助ける」というフレーズは死文化したままの状態が続いた。そして、このルールによると、発展に遅れた農村は発展した都市から財政的支援を受けられない。したがって、農村はその様々な経済基盤の強弱に制約されて、統一的な公的医療保険を創設することは困難になる。のみならず、病院での医療サービスを前提とすれば、有効な医療保障制度の構築すら困難になる。上記の「同じモデル、同じ標準、悪平等、実情を無視して画一的に処理すること」への「批判」否認は水平的平等の制度的否認であるとともに、先富論の後半のフレーズの否定であるが、それが政府の公的な見解に反映されるような状況があり、それが富裕な地域を除く農村での公的医療保障を困難にしていた。

試行の一例を見よう。上海市定嘉区の10鎮で試行された農村合作医療制度は、1994年末の時点で農村人口185,597人のうち141,704人が制度に加入していた(加入率76.4%)。調達された基金額は合計944.05万元であり、一人当たり調達基準額は66.62元である。拠出者は個人(55.8%)、鎮企業(41.5%)、鎮政府(2.8%)であり、郷鎮企業の拠出が大きい反面、地方政府はほとんど拠出していない。医療給付については、償還率で村衛生室は74%、鎮衛生院は外来の場合51%、入院の場合55%であり、県級以上医療機関は外来の場合44%、

³³ 梶谷懐(2011)『現代中国の財政金融システム—グローバル化と中央-地方関係の経済学—』名古屋大学出版会。

³⁴ 任哲(2012)『中国の土地政治—中央の政策と地方政府』勁草書房。

入院の場合 53%である³⁵。

このモデルが新しいのは病院医療給付が中心になっている点であり、薬代無料など問題にもされていない。前章第2節の2「残存した農村合作医療制度」で見た、1980年代末まで維持されていたとされる江蘇省無錫県查橋鎮の合作医療制度では村衛生室と郷鎮衛生院のみが支給対象で病院は含まれていなかった。前章で指摘したように、病院にアクセスできない制度にとどまったことが廃止につながったと考えられる。つまり、既に近づきつつあった「看病難・看病貴」は村衛生室へのアクセスではなく、病院へのアクセスの問題であり、新・旧2つの合作医療制度を明確に分けるのは、旧制度が「はだしの医者」の薬代無料という低水準医療供給の制度であるのに対し、新制度は危うくなっている病院へのアクセスを支えるという点なのである。

ただし、政府(基本的に県)が大きな部分を負担することは予定されていない。上海市定嘉区の試行と江蘇省無錫県の残存例に共通するのは郷鎮企業などの企業の負担があって初めて制度が成り立っているということである。だから、有力な郷鎮企業などを持たない県ではこうした制度を成立させるのが難しい。この点は中央の注力にもかかわらず、新型農業合作医療制度がなかなか普及しなかった要因である。農村の県級政府は郷鎮に比べれば遙かに強力な財政力を持っていたし、上海のような先進地域ではかなり財政上の裁量の余地もあったが、財政が社会保障制度を支えることは当時の常識ではルール違反だった。

1997年1月中共中央・国務院は「衛生改革と発展に関する決定(中発〔1997〕3号)」を發布した。この中に新型農村合作医療制度の推進が盛られている。それは政府の管理・組織をするが、民営で公的共助と加入自由を原則にするとされ、資金を集める方法は個人(農民)納付を主とし、集団が扶助し、政府が適当な程度に支持するとした³⁶。依然として農民の納付金が主で集団所有制の郷鎮企業に頼り、政府の支援は僅かという、上海市定嘉区の試行と同じような資金調達構造の合作医療制度の全国普及が推進された。

年	農村合作医療制度を持つ 行政村の比率(全国、%)
1986年	4.80
1987年	5
1988年	6
1989年	4.8
1990年	6.1
1991年	8.8
1992年	11.6
1993年	7.6

³⁵上海市嘉定区初級衛生保健委員会辦公室・WHO 上海嘉定初級衛生保健合作中心(1996)「嘉定区農村合作医療改革与発展研究階段性技術報告」『中国農村衛生事業管理』第4期 p. 24-26。

³⁶中共中央・国務院「中共中央、国務院關於衛生改革与發展的決定」(中発〔1997〕3号)1997年1月15日。

1994年	9.2
1995年	11.2
1996年	17.6
1997年	10.7
1998年	21.2
1999年	22.3
2000年	22.1

表 2-1 1986-2000 年の農村合作医療制度の普及率(行政村単位)表

出所：周寿棋「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『國際医薬衛生導報』のデータを基に筆者作成

表 2-1 に見られるように、1986 年を底にして農村合作医療制度は増加に転じる。しかし、新型農村合作医療制度を推進する「決定」がなされた 1997 年以後も幾分の上昇は見られるものの、普及率は 22%程度で頭打ちになる。その中には第三章第二節、「6-1. 改革解放後の郷鎮衛生院」でみた農村合作健康管理制度という自然発生的で多様な「下からの」組織も含まれると考えられるが、本格的な医療保険としては保健有力な郷鎮企業の柱がない地域では制度を成立させることは難しかった。

この点に関連して、次の雲南省大理州賓川县拉烏郷の例は興味深い。ここでは 1998 年より農村合作医療制度を実施した。実質的に郷政府が管理・運営しており、支払対象医療機関も郷内のものに限られる。資金調達状況は下の表 2-2 に示している通りで、県と郷政府からの繰り入れが初年度では個人拠出金合計 78,690 元(10 元×加入者 7,869 人)に対し、「県・郷補助金」が 24,210 元と 20%以上ある。医療給付は外来の場合 20%を、入院の場合は 30%を給付し、最高給付限度は 1,000 元とされる。初年度は政府からの繰入額相当を繰り越すなど順調に運営されているように見えるが、給付比率が 20-30%と低いうえ、村衛生室か郷衛生院しか利用できない。これでは病院へのアクセスを保障できないが、恐らく中央の「決定」を実施するために、新型農村合作医療制度を形だけは作ったのだろう。雲南省の少数民族自治区では郷鎮企業に期待することもできないから、政府が資金を繰り入れたが、継続的な繰り入れは難しいので、保健計算を厳しくして、なるべく農民の一人 10 元/年の納付だけで足りるようにした。病院へのアクセスという新型農村合作医療制度の課題に答えていないだけでなく、実効性の乏しい制度だと言わざるを得ない。

貧しい地方ではこの制度は結局、目的を果たせないということである。

年	総人口数	制度加入数	加入率(%)	個人拠出金 (一人当たり： 元)	県・郷補助金 (元)	前年度医療 基金繰越金 (元)
1998	10,776	7,869	73.02	10	24,210	0
1999	10,801	9,647	89.32	10	4,360	20,281

表 2-2 1998-1999 年の雲南省大理州賓川县拉烏郷の農村合作医療制度の運営構造

出所：楊鴻「賓川县農村合作医療試点運行情況及初歩成效分析」『中国初級衛生保健』2000 年 10 期

第3節 都市部従業員基本医療保険制度の設立

こうして新しい農村医療保険制度の模索が始まるが、施行後も新制度はなかなか登場しない。他方、同じように医療保険制度の改革を求められた、都市の労働者に対する制度は1998、都市部従業員基本医療保険制度として提起され、全国展開が始まる。この制度は新型農村合作医療制度と基本的特徴が共通しているため、まず中国の社会保障改革の流れに沿ってこちらを考察する。

1. 新しい労働者医療保険の必要性

社会保障制度の再構築という課題は農民に対してだけあったわけではない。むしろもっと深刻だったのが都市の労働保険や公費医療制度である。国有企業改革は改革開放の当初から必要性が一般に理解されながら、なかなか進捗しない課題だった。

国有企業は改革開放後のインフレ対応などで賃金制度の変更などを余儀なくされ、さらに経営自主権の拡大はあったが、1984年の「利改税」(利潤上納をやめ、納税に代える)、「撥改貸」(政府管理部門からの投資をやめ、銀行貸し付けに代える)までは旧来の「国営」企業だった。1987年には包括的な経営自主権を与える経営請負制の導入に至るが、改革は進まず、1990年代は巨額の赤字を累積させるようになる。

これに対して1994年から抜本的な国有企業改革が始まる。それは中国国有企業がずっと持っていた「単位制」の解体でもあった。単位制とは国有企業などが、工場など企業の本体の他に労働者の住宅や学校、病院まで保有し、医療費(「労働保険」というが保険制度ではなく企業が医療費を支給する制度)や年金も支給するものだった。要するに「単位」は生産の場だけでなく、労働者の生活全体を生涯支えるすべてを備えていた。

しかし国有企業の赤字累積は放置できる問題ではなかった。その根底には「大鍋飯」と呼ばれた、潰れる心配がないために技術革新などが進まないという一種のモラル・ハザードがあった。前章で分析したように、病院についても「大鍋飯」という批判があり、それが「医療の市場化」へとつながった。実はずっと同じ問題を指摘されながら、改革が進まなかったのが国有企業だったのであり、ここでも「市場化」が問題になる。

そこで国有企業はまず「単位」から脱却する必要がある。先進国の企業のように、基本的に営利的な組織にする必要があり、それと関係のない部分は企業から切り離す必要があった。本業以外の事業は切り離して民営化された。また労働者住宅は払い下げられ、病院や学校は企業から切り離された。問題は年金や労働保険(医療費)で、これを企業が払い続けることはできないが、なくすこともできず。代替案が模索された。残った本業は先進国同様の営利企業であり、最終的に株式会社化され、株式市場にも上場されるとした。

年金についても種々の問題が生じたが、ここでは考察を新しい医療保険だけについて考察する。国務院は1994年から、国有企業改革にあわせて、江蘇省鎮江市と江西省九江市で都市労働者や公務員に対する新しい医療保険制度の試行を開始した³⁷。そのほか、いくつかの都市で様々な試行が行われたが、国務院の試行した「両江モデル」を元に、1998年

³⁷董克用・郭開軍(2008)「中国社会保障制度改革30年」『中国国情国力』第12期 p. 4。

国務院は「都市部従業員基本医療保険制度の整備に関する国務院の決定」(国務院關於建立城鎮職工基本医療保険制度的決定)を公布し、新しい「都市従業員基本医療保険制度」が開始された³⁸。

2. 都市部従業員基本医療保険制度の特徴

この保険の特徴は、第 1 に従来の労働保険(国有企業)と公費医療制度(公務員)を統合しただけでなく、すべての都市の雇用者を対象にするものだという点である(2つの旧制度の対象だった退職者も含む)。改革開放で集団所有制企業、民間企業や外資企業などの労働者も増加しており、それらも含めた都市で働く住民を包括する医療保険制度の要求に応えるものだった。

第 2 は、労働保険や公費医療制度は家族も支払い対象としたが、この保険は(退職者と)労働者本人だけを対象とするものであるという違いがあった。したがって、雇用されていない労働者家族は医療保障がない状態に置かれることになった。

第 3 は独自の基金方式である。負担は雇用主が総賃金の 6%を拠出し、労働者本人が総賃金の 2%を拠出する基本 2 者負担方式である³⁹。政府の積極的な財政支援は想定されていない。さらに、これを個人口座と社会プール基金に分けて積み立てる。個人口座は個人拠出分全額と雇用主拠出分の 30%(あわせて総賃金の 3.8%相当)を積み立て、雇用主拠出の 70%(総賃金の 4.2%相当)を社会プール基金に積み立てる⁴⁰。労働者の本人負担が小さいことと、完全に区分された個人口座と社会プール基金という 2つの財源に分けられていることが特徴である。6%の企業拠出のうち個人口座に流れる比率は国務院のモデルでは 30%となっているが、実際には平均 30%を維持しつつ、高齢になるにつれ個人口座に積み立てる比率を高める(個人口座を大きくする)工夫がされている例が多い⁴¹。

なお、退職者が対象となっているが、退職者は一切保険料を払わず、代わりに元の雇用主が個人年金口座分を含めて拠金している⁴²。

第 4 は独特の支払(償還)方式である。基本的に外来診療と入院とで支払い方法が違う。外来診療では最初は個人口座から医療費を支払う⁴³。これは自己負担のように見えるが、雇い主側が 40%程度を負担しており、必ずしも自己負担を意味しない。個人口座で支払えなくなった場合は、特定の病種を除いて、自己負担となる。なお、上海市のような豊かな地域では自己負担が一定額を超えると「附加医療保険基金」から定率の支払いを受けられるケースもある。制度は「基本医療保険」であって、富裕な地域では制度の「附加」が可能な

³⁸国務院「国務院關於建立城鎮職工基本医療保険制度的決定(国発[1998]44号)」1998年12月14日。

³⁹馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会 p. 66。

⁴⁰同前掲。

⁴¹李為民(2003)「地域格差からみた中国の医療改革」『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所 p. 152。

⁴²国務院「国務院關於建立城鎮職工基本医療保険制度的決定(国発[1998]44号)」1998年12月14日。

⁴³楊開宇・坂口正之(2005)「中国の「基本医療保険制度」の展開と地域格差の実態—上海市と青島市を例に一」『生活科学研究誌』第4巻 p. 153。

のである。「附加医療保険基金」は上海の場合、別途、雇い主からの拠金(賃金総額の 2%)で賄われる⁴⁴。

入院の場合はその地域の平均年間総賃金の 10%をめでに定められる給付開始点までは自己負担で支払う⁴⁵。給付開始点を超えると社会プール基金からの開始点を超える部分に対し定率の償還が行われる。支払いは地域の平均年総賃金額の 400%程度の上限が設けられており⁴⁶、それ以上の支払いは「大病保険」という別の制度で行われる。

入院については、前章で述べた病院の等級付けに従い、級数が小さい(規模が小さく、技術が低いとされる)ほど、給付開始点を低く、償還率を高く設定している。これは、三級病院に行くことに対するディス・インセンティブ付与であり、三級病院への患者集中を緩和するとともに、入院費の高額化を回避する措置で、過剰な医療資源の浪費を避けるための措置である。

なお、退職者に特別に低い給付開始点や高い償還率を適用するなど、高齢者優遇も見られる。退職者は入院の高額医療費を負担することが難しいだろうから、これは妥当な措置であろう。ただし、ここでいう退職者は元国有企業労働者や元公務員であって、高齢者一般には及んでいない。むしろ、旧来の労働保険、公費医療制度では対象だったが、新制度には含まれない労働者家族の高齢者がおり、高齢者一般に配慮がなされている訳ではなく、旧来の国有企業や公務員の特権の延長線上にあるもののように見える。

第 4 の特徴は基本的に「市」を単位とした制度だということである。雇用者であるということは、中国では少なくとも一般的に農民よりも高い所得水準が想定できるが、それでもかなり大きな格差が存在する。総賃金の一定比率を基礎にして制度設計されたこの健康保険は賃金水準が違えば、機能にも違い(格差)が生じる。

3. 都市部従業員基本医療保険制度に見る中国の医療保障制度の問題

保険とは本来、同じリスクを負う者を多数集めて拠金することで、個人だけで対処できない大きなリスクに対処できるようにする点にメリットがある。この視点からみると、「都市部従業員基本医療保険制度」の特異な点が見えてくる。それは、第 1 に「個人口座」という形である。その積立額は完全に賃金に比例しており(総賃金の上限を定めている例もあるが)、同じ制度加入者間でも「個人口座」どうしはまったく関係がなく、その間に保険機能が働く余地はない。ただただ、医療だけに使える貯蓄を行っているのである。

基本的に外来診療の医療費はここから賄われるから、外来診療については保険機能が働かず、さらに賃金格差が「個人口座」の積立額に直接反映されるから、低賃金であるほど早く「個人口座」が枯渇し、医療費を自己負担せねばならなくなる。

外来診療費をこのような形で処理することに理由がない訳ではない。労働保険や公費医療制度では医療費が一定の範囲内では全額制度から払われるために、モラル・ハザードが発生し、医療費膨張の一因となったとされる。

⁴⁴ 同前掲。

⁴⁵ 同前掲。

⁴⁶ 同前掲 p. 154。

定率の支払いでも自己負担で支払う価格と実際の医療費が違えば、モラル・ハザードは発生する。一般に保険から補填される部分があれば、自己負担の金額と実際の医療費は違うから、そうした場合に自己負担額で医療サービスを評価している消費者にはすべてモラル・ハザードが発生すると言えることになる。したがって、給付開始点までの一定額を限度とした自己負担は実際の価格を医療サービスに対して払うことになるのでモラル・ハザードの発生はこの限りで抑止することはできる。

だが、第3章の最初で述べたように、「情報の非対称性」と医師誘発需要によって、実際には患者が価格によって医療サービスを選択するとは考えにくい。ここで、「個人口座」が現金同様のものとすればモラル・ハザードの防止策となるが、「個人口座」は医療費にしか使えない強制貯金という性格を持つ点に着目すれば、現金と同様には扱えないことになる。つまり、「個人口座」が“使えない貯金”と見なされれば、逆に必要のない医療需要を発生させる要因にもなる。

しかし、こうした点を考慮して「個人口座」が設定されているとも考えにくい。これは、労働保険や公費医療制度が原則本人無料だった名残のようにも見えるが上述の特性から見て不可解な制度である。

なお、「個人口座」という考え方が保険機能を拒否しているだけでなく、こうした保険制度を通じた所得再分配機能も否定している点に注目したい。雇用者の労働賃金に比例した自己負担が「個人口座」に流れるのは良いとして、雇い主側負担も労働賃金に比例する形で配分されているが、そうする必然性はまったくない。年齢による傾斜配分が行われているのだから、賃金の低い側が高率となるような傾斜配分も可能なのである。

逆に敢えて所得再分配機能を否定するという、つまりそうした機能を国家が持つべきでないというイデオロギー的な思考法をそこに見いだすのも考えすぎとはいえない。格差が大きな問題になっている現代中国で敢えて格差を容認し、拡大するような特性を持つ制度には疑問を呈さざるをえない。

なお、この点を強制加入の社会保険という制度が中国社会に馴染みがない点に関連づけて理解することもできる。健康保険は健康へのリスクの自覚に基づいて成り立つが、そうしたリスクの自覚がなければ健康保険はたんなる病人への寄付とみなされる。自分は健康なので、保険は意味がないという理解が基本にある。この場合、社会保険への拠金が「個人口座」は他人への寄付でなく、自分のものであり、しかも企業の拠出も加えて、外来診療以外に使えないという制約はあっても、金額の上での利益もある。「個人口座」は、社会保険への拠金の誘因以外に説明できないような制度設計上の不合理を抱えている。

他方、このことは「個人口座」で対処する外来診療が「従業員基本医療保険」にとって本質的要素ではないことを示す。基本は企業の拠出する賃金の4.2%で構成される入院に対する給付であり、そこでこそ保険の機能が発揮される。実際、「看病難・看病貴」と言っても、外来診療は比較的負担が少なく、都市の労働者の場合、保険なしでも対処は可能である。入院になると、負担金額が一挙に増大し、経済的に破綻するリスクが生じる。

だがそうであれば、入院だけ、4.2%企業負担の制度設計を行った方が経済的・効率的である。個人負担と「個人口座」が必要なのは、恐らく、将来的に入院に関する保険料率が上

昇する場合に、労働者側に負担を求めるための伏線なのだろう。

入院医療費が高騰し、医療費負担で生活が破綻せざるをえない水準に達している。この点は所得水準が低い農村とともに、医療費が高い三級病院へのアクセスが容易な都市でも問題の深刻さは変わらないとも言えそうである。

国務院が「都市従業者基本医療保険制度」の試行を始めた頃、入院医療保険という入院を対象を絞った保険制度が各地で施行され始めていた。成都や北京の「重病医療保険」(1993と1995)、上海の「入院医療保険」(1996)等、1996年末には796万人の労働者がこうした制度に加入していた⁴⁷。深刻な問題は入院にあったわけで、しかも入院費が高額となる場合である。だから、「都市従業者基本医療保険制度」は入院に対してだけ、しかも自己負担が高額に場合に焦点を絞る形で制度設計されていた。言い換えれば、高額入院保険であり、このポイントこそが、中国の公的医療保険制度の唯一の焦点とされていると思われる。

小括

中国の社会保険における焦点は高額で経済的破綻を引き起こす恐れがある入院のリスクへの対処にある。ただし、「都市部従業員基本医療保険制度」の「個人口座」は合理的説明が難しい制度である。保険機能のなければ、モラル・ハザードを抑止する効果も期待できず、場合によっては余計な医療への需要を発生させる。こうした一見余計に見える付属物は結局、強制加入の社会保険への拒否感をなくし、利益が見えるようにして慣れさせて、将来の保険料率の上昇、とくに自己負担の増加を予期したものと考えられる。

第4節 新型農村合作医療制度

1. 制度を阻むものを突破した政府資金投入と明確な制度設計

都市部従業者基本医療制度の成立が可能だったのは、企業が保険財源のほとんどを負担しているからである。先の試行例でみた上海市定嘉区の事例でも保険財源の大半を加入者と鎮企業とが負担していた。他方、郷鎮企業のような負担を期待できる経済組織がない雲南省大理州の例では合作医療制度の外形はあっても、病院へのアクセスを保障するものではなく、必要条件を満たしていなかった。

問題は農民の自己負担だけではいかに保険機能を高めても、病院へのアクセス、とくに入院は、上海市定嘉区のような特別な資金源を持つ富裕な農村でない限り困難だった。そこで2003年、国務院は中央政府が直接資金を投入することを柱とした農民に対する新型保険として新型農村合作医療制度(新農合)の創設を地方政府に指示した(国務院弁公庁「国務院弁公庁が衛生部など部門の[新型農村合作医療制度を建設することに関する意見]を配布する通知(国弁発[2003]3号)」。「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という明確な目的設定が示され⁴⁸、具体的には①入院を想定した大病を主対象にし、②

⁴⁷劉曉梅(2000)「中国における社会保障制度の改革」『海外社会保障研究』No. 130. p. 90。

⁴⁸国務院弁公庁(2003)「国務院弁公庁転発衛生部等部門關於建立新型農村合作医療制度

加入者(農民)、郷鎮企業など農村組織、政府(原則、中央と地方)が拠出して基金を作る。また、③任意加入であり、加入は家族単位。④県を単位として運営される。

特徴的なことは、都市部の新制度のように具体的なモデルすら示されなかった点である。新農合は中国で国民の多数を占めるが、極めて多様な経済状態にある農民を対象とするものであるため、その具体的な形すらモデル化できないほど多様な制度が含まれうるといことであろう。しかし、出発点こそ多様であったが、中央政府を含む政府の拠出を中心にするので、次第に一つの規格に収斂させつつある。

また、拠出金も基準調達額も継続的に増大させて、入院リスクへの対応のほか、慢性病などへの対応を強めるという、漸進的整備という方向性もはっきりしている。

さらに、任意加入というのも形式上のものであり⁴⁹、(中央)政府が主導して、実質的に農村戸籍の全住民を包括するという方針であり、国民皆保険の戦略の一環とそして位置づけられていることは明らかである。

そして中央政府が直接拠金することに、大きな意義があった。「中国の農民が史上初めて収奪の対象から給付の対象となった」といわれる通り⁵⁰、中央政府が直接大量の資金を政策に投入するのは、軍事や安全保障など中央政府に元々帰属すべき項目を除けば異例なことでもあった。漸く先富論の後半のフレーズ「落伍した者たちを助ける」が実現される段階に達した。

当初は中西部に対しては農民一人 10 元、県政府 10 元に中央政府 10 元を加えた 30 元程度の調達額の発足を想定したが(東部には原則、中央政府の拠出はない)、先に示した上海市定嘉区での試行(1995)でさえ一人あたり調達額は 67 元だったから、明らかに規模は過小だったので、2006 年には中央政府の拠出は 20 元に引き上げられた。さらに中央政府と県政府の拠出は漸増し、また農民の拠出も増加しつつある⁵¹。2012 年では全国の県のうちほぼ 90%にあたる 2,566 県が新農合を実施し、加入者数は 8 億 500 万人に達しているが、一人あたりの平均調達額は 308.5 元まで増加している⁵²。農民の拠出は次第に過重と考えられるようになったため、当初の農民 1/3 の負担比率から低減する傾向にあり、県と中央政府の負担割合は高まっているが、調達額を十分な水準にするためには農民の負担を一段高める必要があるだろう。後述のように、中国政府の社会保障支出は急増しているが、その一要因がこの農村合作医療制度に対する国費拠出増加である。

意見的通知(国弁発[2003]3号)(2003年1月16日)。

⁴⁹三浦有史(2009)「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続性を問う—」『環太平洋ビジネス情報 RIM』9 Vol.9 No.33. は新農合が任意加入というタテマエを採った点を「保険料が新たな課税ととられることを政府が懸念したため」(p.28)とする。確かに、政府の農民からの様々な費用徴収が農民を苦しめていて、政府は農業税の廃止、農民からの無秩序な費用徴収の禁止を打ち出していたから、「税金でない」ことは重要だった。

⁵⁰久保英也・李蓮花(2014)「皆保険後の中国医療改革の課題」久保英也(編著)『中国における医療保障改革』ミネルヴァ書房、p.237。

⁵¹王崢「(2009)中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に—」『大経大論集』第60巻第1号 p.164。

⁵²中国統計局『中国統計年鑑(2013)』中国統計出版社。

2. 新型農業合作医療制度の具体例——遼寧省新民市⁵³の農村合作医療制度

新農合の制度は県ごとに多様であり、民間保険会社に委託する例までであるが⁵⁴、時間的経緯まで資料が得られた遼寧省新民市の例から考察しよう。

2.1 制度の概要

新民市(当時は県)は2005年から新農合を実施したが、そのために新型農村合作医療管理センターを設立した。その任務は制度設計、指定医療機関⁵⁵の認定及び管理、基金の予算・決算。さらに制度実施、給付等の詳細な規則の制定、医療費給付の審査を行い、実務を担う郷鎮合作医療部門の管理・監督など。さらに、制度の基金支出の監査機能として、審査課は指定医療機関の薬剤使用が適切か否かなど検査を行い、査察課は指定医療機関を実施調査し、実際に入院しているか否かなどを査察する。実務は郷鎮の合作医療部門が行う。

新民市の農業戸籍所有者はどこに住んでいても新民市の新農合に加入できる。加入は家族単位であり、老人でも成人でも子供でも同額の一人あたり保険料×家族人数だけの自己負担保険料の次年度分全額を12月に払う必要がある。新民市域内の指定医療機関で受診した場合、保険給付は支払時に直接その医療機関で受けられるが、新民市域外の指定医療機関で受診した場合、患者は全額医療費を支払った後、証明書、領収証などの書類を揃えて新民市で給付請求手続を行わなければ保険給付は受けられない。

新農合は当初は指定医療機関のみで医療費給付が受けられるとしていた。新民市の新農合指定医療機関は遼寧省人民病院、瀋陽市赤十字会病院、大連市中心病院などの省級(三級病院相当)⁵⁶、新民市人民病院などの県級(二級病院相当)7、郷鎮衛生院26、村級標準衛生室335である⁵⁷。

なお、出稼ぎ農民など戸籍地外に常住する者は指定医療機関に行けないため、新農合による給付が受けられないという点が問題になった。そこで現在では病院が地域の中心病院であることなど、一定の条件の下で省外でも給付が受けられることになった⁵⁸。しかし、様々な書類提出を求められるなど手続きが煩瑣であり、また給付率が、特別な場合を除いて10%と低いなど問題が多い。給付率10%では到底医療保障はできないから、新民市の新農合の域外適用は形式だけのものにとどまると言わざるをえない。

中国では戸籍地の医療制度への加入が原則だったが、後述するように近年では農民工な

⁵³新民市となっているが、県級市であり行政等級は県である。

⁵⁴李蓮花(2012)「医療保障システムにおける民間保険の役割」『リスクフラッシュ 80号』第3巻 第18号滋賀大学経済学部附属リスク研究センターp.1。

⁵⁵注(28)の説明のように、新民市は県級行政区画単位であるので、新民市の市級医療機関は県級医療機関にあたる。

⁵⁶遼寧省衛生計生委(2013年11月12日)、「關於98家新農合省級定点医療機構和37家農村兒童重大疾病救治定点醫療機構通過復核与資格確認的通報」(遼衛函〔2013〕628号)。

⁵⁷2012年11月末より瀋陽市管轄の区、県に標準衛生室(村ごとに一つ)は新型農村合作医療制度に組み込まれている(瀋陽市人民政府弁公庁(2012)、「瀋陽市人民政府弁公庁關於印發瀋陽市村衛生室實施國家基本藥物制度工作方案(試行)的通知」(瀋政弁發〔2012〕93号)、『瀋陽市人民政府公報』、第24期)(2012年11月30日実施)。

⁵⁸新民市新型農村合作醫療管理中心(2013)「新民市新農合補償實施意見」2013年1月。

ど戸籍地を離れた者に対し現住地で加入できる医療保険制度が創設されつつある。ただし、未就学児童や働いていない高齢者、自営業者などは制度加入が難しく、この点で農村合作医療制度の域外適用は必要な制度である。

他方、指定病院にこだわるのは、前章でも述べた通り営利目的とされる怪しげな医療機関が多数あり、保険支払いがそうした医療機関に利用されるのを防止するためである。村衛生室でさえ、指定機関に認定されていないものがある。

2.2 制度膨張

基金は「基金の収入から支出を定決めること。基金の収入と支出のバランスに配慮し、多少の剰余金を残すこと⁵⁹」という原則で管理される。特徴的なのは収入が保険の支払い能力を決めるということをはっきり謳っている点で、中央政府からの拠金の有無もあるが、農民の自己負担は1/3以下なので、基本的に県ごとの財政力が制度の支払能力を決めることになる。

ただし後述するように一人あたり基金調達基準額は基本的に年々増加し、中央と地方(県)政府の負担は年々重くなっている。

表 4-1 に示すように、2005 年に発足した新民市(当時は県)の新農合は当初 20 元であった一人あたり調達基準額を年々増加させ、2016 年には 540 元にも達し、27 倍も増加した。負担について言えば、当初は農民 10 元と県政府 10 元だったものが、2008 年までは農民の負担は不変で政府拠出が増え、その後は農民の負担も増加して、2016 年では政府 390 元(73%)と農民 150 元(27%)の拠出になっている。政府の拠出については、当初はなかった中央政府からの拠出が現在ではあるが、他の例から見て多い場合でも政府補助金の半分である。2012 年の新農合の一人あたり調達基準額の全国平均は 308.5 元、遼寧省平均は 295.5 元だったのに対して⁶⁰新民市は 290 元で全国平均よりはやや低いが、ほぼ遼寧省平均並みと言える。後述のように、とくに富裕な地域では調達額を大きくしたり、付加的な保険を設けたりしているが、貧困地域でも概ね中央政府が提示する基準額に従った保険財政の運営が行われている。つまり、調達基準額という外形では全国的な統一が形成されつつある。これは中国の地域的な多様性を考えると、奇跡的とも言えることである。

このように制度が膨張した背景には既に指摘した当初の過小な制度設計と漸進的な制度整備という明確な方針があった。当初の 20 元や 30 元という基準額では病院へのアクセスを保障することができないことは、中央政府は最初から承知していた。しかし、後述のように形式的には任意加入であっても、実際には全員加入を目指す制度を、しかも低所得の農民の自己負担を求めて成立させるには最初から高額の自己負担を要求する訳にはいかなかった。したがって、最初は一人 10 元という低負担で加入者を出来るだけ増やした上で、徐々に農民の自己負担を増やすという漸進的な方法が採られたと推測される。一人 20 元という当初の基準調達額は非常識であり、病院へのアクセスを保障する制度には

⁵⁹新型農村合作医療制度基金管理原則は、「以収定支、収支平衡、略有結余(基金の収入によって支出を定め、基金の収入と支出のバランスがとれており、剰余金が少々ある)」である(衛生部・財政部・国家中医薬管理局衛(2007)、「關於完善新型農村合作医療統籌補償方案的指導意見」(農衛發〔2007〕253号)2007年9月10日実施)。

⁶⁰中国統計局『中国統計年鑑(2013)』中国統計出版社。

決してなり得なかった。

他方、政府とくに地方財政の財政赤字が問題視されるようになった近年でも、基準調達は増加し続けている。これは過小規模の制度設計のせいだけではなく、医療費の膨張と制度利用増加のためである。これを反映して農民の自己負担比率が2011年の13%から2016年の28%に漸増している。金額としても自己負担額は2011年の30元から、2016年の150元に5倍となったが、拠出金の急増がどこまで続くかはっきりしないことも含めて、農民には抵抗感が生まれているかも知れない。これは新農合が「収入が保険の支払い能力を決める」という制度の趣旨通りには必ずしも動いていないことを示唆する。第三章で見たように医療費抑制にまだ歯止めがかかっていない状況の下で、一度、成立した社会保障制度の給付水準を切り下げることは実際には困難であるため、「入りに合わせて出を調整する」という手法を採れず、制度膨張が止められない状況にあると推測される。

表 4-1 新民市新型農村合作医療制度の一人あたり調達金等の推移(2005-2014年)

年度	年一人あたり調達金基準 (元)	年個人納付金 (元)	個人納付率 (%)	年一人あたり財政補助金 (元)	財政補助率 (%)
2005年	20	10	50	10	50
2006年	50	10	20	40	80
2007年	60	10	17	50	83
2008年	110	10	9	100	91
2009年	145	20	14	125	86
2010年	175	30	17	145	83
2011年	230	30	13	200	87
2012年	290	50	17	240	83
2013年	350	70	20	280	80
2014年	400	80	20	320	80
2015年	460	100	22	360	78
2016年	540	150	28	390	73

出所：新民市新型農村合作医療管理中心「新農合統計調査数据報表（2005 - 2014年報）」、「新民市2015年度新農合基金農民個人繳費工作實施意見」及び「關於開展2016年度新農合個人繳費工作的通知」に基づき筆者作成

2.3 給付について

以下、2015年の新民市の新農合について給付の実態を述べる。

2.3.1 診療体制

中国では混合診療すなわち同一の医療サービスの中に保険の対象となるものとならないものが混在することが許容されている。

2.3.2 薬剤について

新民市の新農合では外来診療でも入院でも保険の支払対象となるものは「遼寧省新型農村合作医療薬剤目録」に限られる。この目録は前章で指摘した2009年に始まる国家基本

医薬品制度に基づき、各省が独自の品目を追加したものである。新農合でも対象外の医薬品について一定割合での支払を認めている制度もあるが、新民市では支払われない。財政が豊かとは言えない新民市ではこうした「付加的」制度に拠出する余裕はない。

2.3.3 外来診療に対する給付

一般的に普通外来給付、特殊慢性病外来給付を区別して給付を実施している。

- ① 普通外来給付の場合、年最高給付額として村衛生室で 20 元、郷鎮衛生院で 130 元の一人あたり診療費控除がある。家族で合算して使える金額までは外来診療費は払わないでよいが、これを超えると全額自己負担。県以上の医療機関では外来診療に対しては原則として給付されない。

この外来医療費定額控除という制度は村衛生室や郷鎮衛生院の利用を加速する一種の補助金に近い性質を持っている。それは保険者たる県が同時に村衛生室や郷鎮衛生院の管理者・監督者であり、こうした末端医療機関を経営的に維持する必要があるためだと思われる(この点は後述)。

- ② 指定された特定の慢性病⁶¹で通院する場合に特殊慢性病外来給付が行われる。新民市域内の指定医療機関で受診の場合、給付開始基準額はゼロで給付率は約 60%である。市外の指定医療機関で受診の場合、給付開始基準額は 1000 元であり、これを超える医療費に対し約 45%が給付される。年最高給付額は 3000 元であるが、この金額は入院治療上限の年 10 万元に比べて著しく小さい。

2.3.4 入院に対する給付

- ① 新民市域内郷鎮衛生院に入院する場合、給付開始基準額はゼロ。給付率 80%である。
- ② 新民市域内県級指定医療機関については給付開始基準額は同じくゼロだが、医療費が 600 元以内の場合 25%給付。600 元超の場合、超えた部分の 70%が給付される。
- ③ 新民市域外指定医療機関では給付開始基準額は 1000 元であり、給付率は 45%である。
- ④ 入院に対する保険給付額の上限は年間合計 10 万元である(後述するが、これを超えた場合、別制度の「大病保険」による給付がある)。

2.3.5 大病保険

新農合の付加的な制度として「大病保険」⁶²がある。これは付加的な制度ではなく、新農合や都市従業員基本医療保険、都市住民基本医療保険など全制度に対し、その支払上限を上廻った場合に給付される基本的制度であり(ただし保険金や給付条件は各保険ごとに異なる)、なおかつ運営は民間保険会社に委ねられているという特徴がある。

新民市の大病保険は年間(入院)医療費に対する給付が 10 万元(新農合)を超えた場合、超えた分の 70%が給付されるという制度であり、支払上限は 5 万元とされる。この制度は新農合(他の制度も同じ)に加入すれば、支払った保険料の一部が大病保険として契約している民間保険会社に払い込まれ、自動的に適用される。ただし、本来の制度設計では「病

⁶¹特殊慢性病には悪性腫瘍、高血圧Ⅲ期、結核病、冠状動脈心臓病、慢性肝炎、精神病、HIV など 18 種類、及び器官移植手術後の拒絶反応が含まれる。

⁶²新民県では「大病補助制度」と呼ばれているが、各地で様々な呼称があり、「大病保険」は俗称である。

気から貧困に陥る農民」を救済すべきであるが、支払額が新農合 10 万元+大病保険 5 万元で支援は終わりになる。本当の大病には到底対処できない制度と言わざるを得ない。

第 5 節 新型農村合作医療制度と医療機関に対する農民の評価

1. 農民にとっての「看病難・看病貴」

医療費の農村所得を上回る膨張と個人負担比率の上昇(政府負担の低下)を受けて、2000 年代初を頂点とする「看病難・看病貴」という深刻な社会問題が発生した。この問題は都市住民も含む、全社会的なものだったが、都市と農村の所得格差が歴然とあり、低所得で苦しむ農民にとってはより深刻だった。

年	一人当たりの外来医療費	一人当たりの入院医療費	一人当たりの農村所得	外来医療費の対所得比率	入院医療費の対所得比率
1990	10.9	473.3	686.3	2.3%	69.0%
1995	39.9	1667.8	1577.7	2.4%	105.7%
2000	85.8	3083.7	2253.4	2.8%	136.8%
2003	108.2	3910.7	2622.2	2.8%	149.1%
2004	118	4284.8	2936.4	2.8%	145.9%
2005	126.9	4661.5	3254.9	2.7%	143.2%
2006	128.7	4668.9	3587	2.8%	130.2%
2007	136.1	4973.8	4140.4	2.7%	120.1%
2008	146.5	5463.8	4760.6	2.7%	114.8%

表 5-1: 外来医療費・入院医療費と一人あたり農村所得の比較

出所: 中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員会『中国衛生統計年(2008-2012 年)』中国協和医科大学出版社と中国統計局『中国統計年鑑(2016 年)』中国統計出版社

表 5-1 に示したように、とくに入院医療費が 1995 年から一人あたり農村所得(年間)を上廻るようになる。2003 年がピークで年収の 1.5 倍にまで達する。つまり、入院すれば農民はほぼ確実に破産という事態に直面することになった。これが、「看病貴」であり、傷病はその身体的苦痛に加えて、経済的破綻を運命づけることになった。

年	未受診率(%)	うち経済的理由(%)	未入院率(%)	うち経済的理由(%)
1993	36.4	14.3	35.9	39.8
1998	38.5	35.8	32.3	56.1
2003	48.9	38.2	29.6	70
2008	37.6	24.4	25.1	70.3
2013	15.5	12.7	17.1	43.2

表 5-2 未受信・未入院率のうち経済的理由を挙げた者の比率

注: 1998 年 56.1%はお金がないので退院した者の比率

出所:2013年のデータ:徐玲・孟群(2014)「第五次国家衛生服務調査結果」『中国衛生信息管理雑誌』第11巻第3期、1993-2008年のデータ:衛生部『国家衛生服務調査分析報告(第1-4次)』

表5-2は経済的理由で受診や入院を要すると思われる状態で受信または入院しなかった者の数字(農民だけでなく、都市住民も含む)である。未受診率は2003年を頂点にして変化しているが、2003年の48.9%は「病院に行くべき状態にありながら行くこと躊躇した者」が半数にも上ったことを示す。外来診療はそれほど高価ではなかったと思われるが、経済的理由が約4割にも及ぶ。農民の場合、都市の三級病院へ行くとすれば、診療費以外にも経済的負担が重かったと思われる。なお、未受診率は2008年に低下した後、2013年に劇的に低下している。同時に経済的理由の割合も下がっているが、2013年の低下には2009年制定の国家基本医薬品制度による基本薬剤の価格抑止が効果を表していると思われる。

問題は未入院率である。入院が必要と思われる事態で入院しないという選択はかなり危険を伴うので、通常はありえない。そういう選択が、傾向的に低下するとはいえ、1993年には36%もあったということ自体が問題の深刻さを示す。前表に示される通り、90年代半ばには入院費は農民所得一年分に匹敵するようになり、農民や都市の低所得者は身体的危機か経済的破綻かという厳しい選択肢を突きつけられており、後者を避ける選択が行われていたことがわかる。

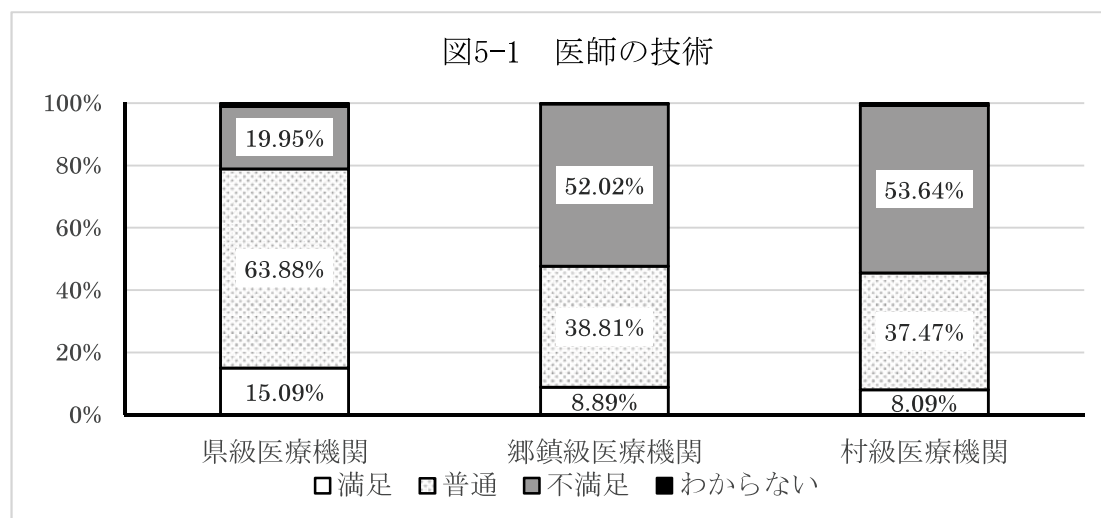
こうした選択は当然ながら、賢明とは言えないから、経験則的に未入院率は低下するのが当然である。しかしながら、入院できない理由に「経済的理由」を挙げる者の比率は2008年まで上昇し続けた。2008年には、次章で考察するように、新型農村合作医療制度が軌道に乗り、入院に対しては農民でも保険からの給付が受けられるようになった。ただし、一時的立て替え払いが必要だったり、基準額(保健が適用される最低限)や上限、病院の等級で異なる給付率など実際には利便性が悪く、また自己負担がかなり重かっただろう。さらに、都市住民で労働者の保健に加入できない者に対する「都市住民基本医療制度」は2007年に開始されたもので、まだ十分に普及しておらず、同じく農民工などの新型農村合作医療制度対象者が域外で保険を使うことも難しかった。こうして、「看病費」は入院を要する状態にありながら、入院しないという「看病難」を生んだ。

状況は2013年にはかなり改善されている。新型農村合作医療制度や都市住民基本医療制度は入院に対する給付に重点を置き、農民工に対する域外適用や都市戸籍の労働者が加入する都市従業者基本医療制度への加入を認めるなど、保険が十分に機能できるようになったことが大きな効果を生んだ。

2. アンケート調査に見る医療機関と医療費の評価

とはいえ、「看病難・看病費」が打開されつつあると見ることはまだできない。筆者は2015年8月末から10月初旬まで、新民市三つの郷鎮のそれぞれのA、B、C村の農家390戸を対象とし、医療の現状に関して訪問調査で合計390部のアンケート調査用紙を配布し、最終的に379部回収した。回収率は97.2%であった。そのうち、有効アンケート数

は 371 部で、有効回収率は 97.9 %であった。そのアンケート調査結果、インタビューを踏まえて、医療の現状を分析する。



まず図 5-1 は医師の技量について問うた結果である。予想通り、郷鎮衛生院や村衛生室については技量への不満が多い。他方、県級医療機関、具体的に言えば新門市病院は二級病院だが、技術への評価は「普通」が多数を占める。難しい病気ならば大都市の三級病院へ行くが、日常的な病気は県病院で十分だというように解釈できる。この限りでは、県病院は比較的高い評価を得ているように思われる。他方、新農合の制度設計上、入院を主に担うと想定される郷鎮衛生院の「医師の技術」への評価が低いことは問題である。前章で指摘した農村基層医療機関の人材難が現れていると考えられる。

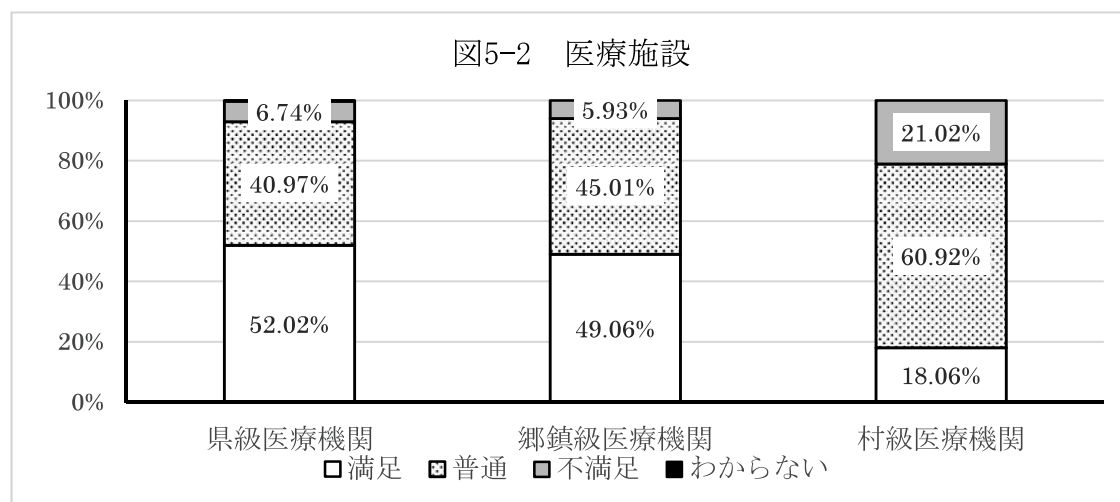


図 5-2 は医療施設について問うたもの。村級機関を除けば、概ね施設・設備は整っているとの評価であるが、これは何を期待するかに依存する。やはり難しい治療を郷鎮衛生院には期待せず、その限りで設備は十分だと解釈できる。

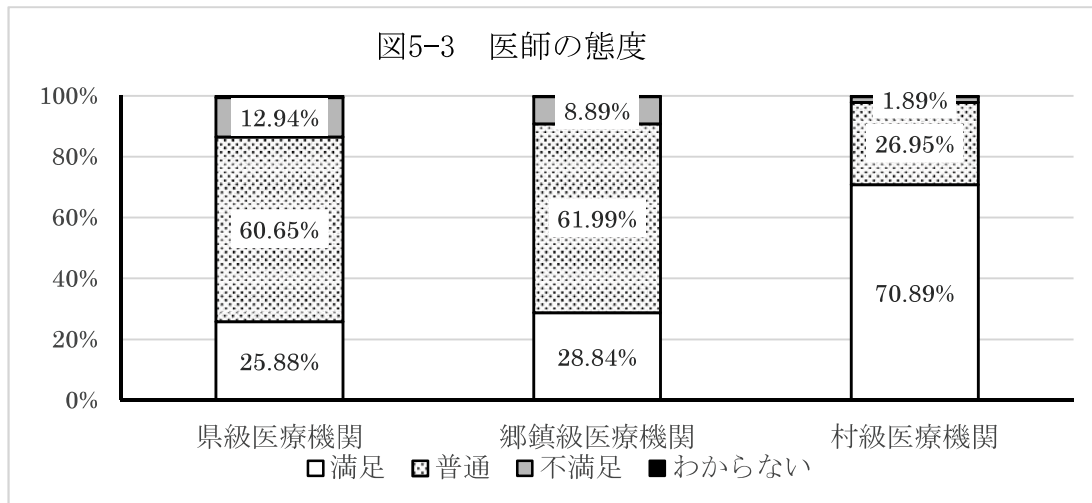


図 5-3 は医師の態度を問うたもの。村級(村衛生室)の評価が抜群に高いが、郷鎮級も県級も不満は少数で比較的医師の態度は好評である。危惧された患者・医師間のトラブルが起こるほどの不信感はない。

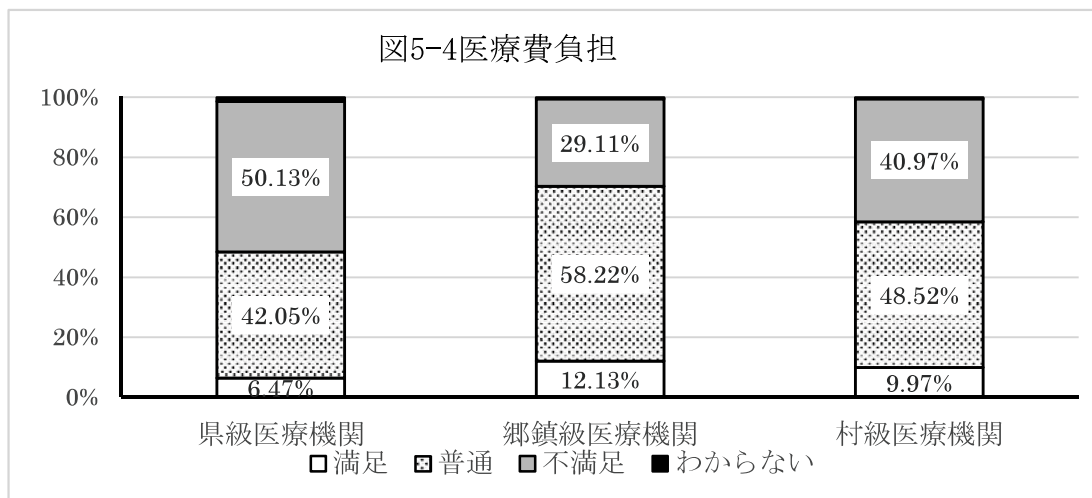


図 5-4 は医療費負担についての質問だが、これまでの問いが比較的好意的だったのに対し、かなり不満がある様子が覗える。村衛生室に対してできえ、40%以上が不満だと述べており、県級医療機関では不満が半数を超える。これは、次に考察する新型農村合作医療制度の性能の問題でもあるが、農民に関しては外来診療は一部を除き保険の対象ではなく、医療費が原則自己負担という点が大きいと考えられる。さらにこの不満は、村衛生室で診療されるような見かけ上軽微な傷病に対する医療費が高すぎるということのように思える。つまり、村衛生室の郷村医師は技術はないが、丁寧に対応してくれる。しかし、医療費は仕事の割に高いと感じているようである。

他方、郷鎮級衛生機関(衛生院)の評価が高いのは新型農村合作医療制度の制度設計で郷鎮級の外来枠 130 元があり、さらに入院給付率が高いからだと考えられる。郷鎮衛生院は技術的には信頼が乏しいが、既に指摘したように県政府は保険者であると共に郷鎮衛生院や村衛生室の管理・監督者でもあり、それら存続を可能にしなければならない。そこで政

策的誘導で利用率を高めようとしているわけである。第3章で見たように、政策的にも農村基層医療機関の充実に注力されているが、設備は余り問題視されていないので、人材を充実させることが課題だと言える。

三級病院に対しては新型農村合作医療制度の利用が制限されるので、入院では県級医療機関が利用されやすいし、外来診療も技術を重視すれば県級病院を利用することになるだろうが、やはり高いという評価が圧倒的である。三級病院等については調査していないが、保険の制度設計から見て調査した3種機関より遙かに高額な医療費を請求されるだろうし、給付率も低い。一番安く、医療保険で補償の対象としている医療機関でさえ、医療費は重い。全体に技量、設備、態度に対しては比較的好意的な評価だったため、「医療費が高い」という評価が際立つ。

小括

「看病難・看病費」はまだ突破されていないと思われるのは、高いはずの「三級病院」を除いても医療費は「高い」という実感を農民が抱いているところから分かる。「看病費」は農村の末端医療機関まで及んでいるということである。また、新型農村合作医療制度が県を単位として設定された制度で県の財政状態で機能がまったく変わってくるという点も含めて、まだまだ医療費の重圧に苦しむ貧困地域の農民がいる。

第6節 新型農村合作制度の課題

ここで筆者が行ったインタビュー調査結果を含めて新米市の新農合給付に関する問題点を分析しよう。

1. 外来診療について

外来診療に対して一定金額まで医療費を給付する制度が採られている。新農合では家族口座という形で都市部従業者保険の個人口座に似た仕組みをもつものも、定率給付(減額)を行うものもあるが、家族口座の場合、年度を超えて積み立てが持ち越せるのに対し、定額または給付は年度を超えて持ち越せないという違いがある。この年を超えない最初の定額という仕組みは病院に行く必要があると感じても行かない農民に受診を促す効果はあるとはいえ、都市部従業員保険について指摘したように、制度設計上の意義が曖昧で、かつモラル・ハザードを引き起こす恐れがある。アンケート調査結果でも、「満足」9.97%に対し、「不満足」54.99%と不満が圧倒的に多かった。

しかも、特に村衛生室の一人20元は家族で合算できるとしても医療費として意味のある金額ではない。インタビューでも「(衛生室の)外来は毎年一人当たり最高給付額20元であるが非常に足りない。衛生室で普通風邪による点滴でも35元あまりかかる」(70代男性)との意見があったが、当然であろう。

また、郷鎮衛生院に関してもインタビューでは50代男性が「腹痛で、郷衛生院で超音波検査だけで100元かかり、他の費用を合わせると150元あまりかかった。一回で一年の

130 元を使い果たしても足りない」と述べている。一人 130 元はある程度の医療を賄えるとしても、これを使い切ると全額負担となるため、多額の医療費を負担する者ほど保険給付の比率が減少するというある種の逆進性もあり、保険原理が働いていない。この点はとくに貧しい農民にとって問題である。

2. 入院について

他方、入院に対する制度設計ははっきりしている。第 1 に郷鎮衛生院での補助率を高めて極力、入院患者は郷鎮衛生院に集める。第 2 に基本的に市病院(二級病院)では高額医療費を重点的に支援する。郷鎮衛生院は相対的に医療費を抑制でき、さらに市病院では高額の側で重点的に支援することで、入院による生活の破綻や費用が嵩むので入院しない農民の出現を抑止できるという制度の建て方である。前章の[図 7-4]示した満足度調査アンケートでも、医療費について、不満が最も少なかったのが、郷鎮級衛生院(不満 29.11%)であり、たとえば入院での保険対象医療サービスが 1000 元の場合、郷鎮衛生院では 200 円で済む。新民市病院では 600 元以下の 75%負担(450 元)+600 元超の 400 元に対する 30%(120 元)で 570 元の負担となる。他方、三級病院へ行っても 1000 元までは保険給付はない。

とはいえ、平均入院医療費は 2012 年の時点で既に 6,980 元に達している。この金額を郷鎮衛生院に当てはめれば、1,396 元。二級病院では 2,364 元。三級病院では 4,289 元となる⁶³。郷鎮衛生院の安さが目立ち、三級病院はその 3 倍を超える。他方で新民市の農民の一人あたり純収入は 2012 年で 13,000 元とされているので⁶⁴、給付が実際この水準であれば、三級病院でさえ入院できるようにみえる。

しかし、アンケート調査では入院給付は「普通」40.97%が最大だったものの、「満足」16.98%に対し、「不満足」38.01%と不満がある程度存在する。インタビュー調査では「去年(筆者:2014 年)入院、市病院(筆者:県級医療機関)で 5000 元あまり払ったが、2800 元あまり給付され、60%にもならない。使われた薬が「薬剤リスト」以外のものが多いので給付が少なくなったようだ」(60 代男性)と不満を述べている。

混合診療が行われているため、保険対象とならない薬剤使用が自己負担増となった。前章で述べた国家基本医薬品制度ではリストに掲載された薬品のみを病院外で安く大量購入し、病院へ渡して薬剤差益ゼロとする施策が実行されている。しかし、このリストに掲載されていない薬剤については差益が存在しうるし、薬剤差益ゼロ政策は病院に薬剤の管理や輸送、販売に関する費用負担を迫るもので、どこかでその費用分の捻出を迫る歪みのあるものだった。当然ながら、病院には儲ける余地のある薬剤リスト以外の医薬品を使おうとする動機があり、このため病院等級ごとに使用薬剤に占めるリスト掲載薬剤の比率を規制するという形で国家基本医薬品制度を維持しているのである。こうした事情のため、保険対象の薬剤と治療ならば 1,800 元程度で済むところが、2,800 元も医療費が膨れあがった。したがって、上述の自己負担のシミュレーションは保険外診療・薬剤の費用を考慮

⁶³国家衛生計生委規劃与信息司(2012)『2012 年我国衛生和計劃生育事業發展統計公報』2013 年 6 月。

⁶⁴新民市政府(2013)「新民市政府工作報告」2012 年 12 月。

していないという点で恐らく 30-40%の過小評価だともわれる。こうした実態に対し、新農合はぎりぎりのところで入院医療を支えているといえそうである。

3. 新都市新農合の運用状況

こうした基本的評価と問題点を踏まえて、新農合の具体的な運用を考察する。

表 6-1 新都市農村合作医療制度の基金運営状況

年度	基金総額 (万元)	基金支出 (万元)	基金利用率 (%)
2005 年	887.82	186.4	21.00%
2006 年	2716.9	1489.79	54.83%
2007 年	2636.27	2380.82	90.31%
2008 年	6103.65	5777.47	94.66%
2009 年	7363.37	7441.263	101.06%
2010 年	9514.65	7255.37	76.25%
2011 年	11029.28	6400.38	58.03%
2012 年	13912.62	12347.69	88.75%
2013 年	17886.77	19887.54	111.19%
2014 年	20091.93	18675.21	92.95%

出所：新都市新型農村合作医療管理中心「新農合統計調査データ報表（2005 - 2014 年報）」

表 6-1 に新都市新農合の運用状況を示した。基金の規模は 2006 年から 2014 年の間におよそ 7.5 倍拡大したが、支出(給付)もほぼ同じように増加している。2009 年と 2013 年には赤字に陥っているが、赤字が継続するような事態はない。問題は基金の利用率が低い年が何年かあることである。既に述べたように、新農合の基金運用の原則は「基金の収入から支出を決めること。基金の収入と支出のバランスに配慮し、多少の剰余金を残すこと」とされていた。「基金の収入から支出を決める」というのは困難だったようで、「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という大目的のために新農合は膨張し続けてきたが、「収入と支出のバランスに配慮し、多少の剰余金を残すこと」という原則は重要であり、基金に大きな未活用部分が出ることは、それ自体で基金の存在意義が問われる状況である。

後述するように、末端幹部が保険量を徴収する際に大義名分が立たず、制度が壊れる恐れさえある。新都市の基金は、2010-11 年に利用率が 58.03%まで急低下した。これは 2009 年医療改革の中で薬剤費膨張を抑止すべく国家基本医薬品制度が創設されたためである。既に述べたように、このリストに載った医薬品はゼロ差益で患者に販売されることになった。リストは省ごとに作成でき、薬剤を追加することができたが、これに伴い衛生部は、以前の保険給付対象薬剤 1,775 種を 1,200 種に縮小した⁶⁵。加えて、「ゼロ差益」では薬剤販売に掛かる経費を負担せねばならない病院が、リスト以外の薬をより多く使うようになった。つまり多くの薬剤が保険給付対象から外れ、自己負担となったため、給付率が大幅に低下し、基金利用率が低下したのである。

⁶⁵衛生部(2009)「衛生部關於調整和制訂新型農村合作 医療報銷藥物目錄的意見(衛農衛發 [2009] 94 号)」『國務院公報』2010 年第 13 号。

2012 年には、基金利用率は 88.75%と大きく回復した。この背景には上述の「薬価差益ゼロ」回避が難しくなっただけでなく、遼寧省衛生庁「2012 年全省農村衛生工作要点」に基づき新民市が 0-14 歳児の白血病、心臓病、子宮頸がん、乳がん、重度精神病、HIV 感染など重病の給付水準を引き上げるなど⁶⁶、給付対象の医療サービスの範囲が拡大されたこともある。こうして、加入者の受益を増加させ、制度の医療保障機能を高めてきた。とはいえ、これは自己負担する医療費に着目し、もっぱら入院に対する給付で医療へのアクセスを確保してきた従来の政策に加え、通院でも難病等でやはり高額医療費を負担せざるを得ない場合へと保険適用を拡大する措置であり、2012 年に国务院・保険部、国家発展改革委員会などが示した新農合拡大の方針に従ったもので⁶⁷、2011 年に比べ一人あたり基準額 60 元の増加(230 元から 290 元へ)と政府負担 40 元、加入農民負担 20 元の増加の下ではじめて実現可能となった。新民市では特定の疾病に対しては通院治療も保険支払の対象だったが、その限度額はわずか 3,000 元にすぎなかった。そうした財政負担は財政の乏しい県だけでは困難だったと考えられるので、省や中央政府による何らかの財政的支援があったと推測できる。

4. 新型農村合作医療制度の目的に対する評価

新農合は「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という目的を持つ制度である。2004 年は 8000 万人程度だった新農合加入者は 2012 年で、8.05 億人、加入率は 98.26%に達しているだけでなく、加入者数が 8.15 億人(加入率 91.53%)だった 2008 年の支給額が 662.31 億元だったのに対し、2408 億元と 4 倍弱増加している⁶⁸。

上述のような非常に高い加入率を達成しているのは、農村部の共産党が農民の参加に対し注力してきたからである。新農合加入率は農村部幹部の主要業績評価指標となっており、年末が近づくと村の末端幹部が農家を一軒ずつ訪問し、拠金を迫るのが年中行事化していると言われる。

他方で、後述する特に富裕な地域を除いて、一人あたり調達額は概して全国で差が小さい⁶⁹。県ごとに財政力がまったく異なる中国でこのような事態が起こっているのは、中央政府が年ごとの調達額を具体的に提示し、地方、特に県政府にも拠出増を要求しているためだと思われる。後述のように制度内格差はあるが、調達額で見ると、地域格差の大きな中国では珍しい水平的平等が実現されている制度であるが、その背後には中央政府の「福祉国家」実現へ向けた強い意思が窺える。すなわち、制度間格差はなお非常に大きいものの、地方政府の財政力の著しい格差に反して、概して新農合がカバーする農民の入院医

⁶⁶遼寧省衛生庁(2012)「關於印發 2012 年全省農村衛生工作要点的通知」(2012 年 3 月 7 日)。

⁶⁷国家發改委・衛生部等六部委「關於開展城鄉居民大病保險工作的指導意見」(發改社會[2012]2605 号) 2012 年 8 月 24 日。

⁶⁸中国統計局『中国統計年鑑(2011-2013)』中国統計出版。

⁶⁹2012 年の基準調達額は全国平均で 308.5 元だが、省ごとで見れば、最低は広東省の 271.2 元であり(広東省には 10 の県しかない)、300 元前後の省が非常に多い(中国統計局『中国統計年鑑(2013)』中国統計出版)。

療に関してはある程度、実質保障できるシステムが出来つつあるといえる。

表 7-2 に示したが、入院すべき状態でも入院しない「未入院者」は 2008 年から 13 年にかけて、25.1%から 17.1%に減少し、経済的理由を挙げる者は 70.3%から、43.3%に激減している。これには後述する都市住民基本医療制度の創設も関係していると思われるが、何と言っても新農合の普及と給付額の増大が大きく貢献していると考えられる。この点は病院の病床稼働率が 2005 年では病院全体で 69.4%、三級病院 90.5%、二級病院 68.1%、一級病院 49.6%だったものが、2014 年では全体で 83.3%、三級病院 101.8%、二級病院 87.9%、一級病院 63.1%と一般的に高まっており、病床数自体がこの間 330 万床から 660 万床に倍増している状況⁷⁰も勘案すれば「看病難・看病貴」の状況は一定程度改善をみたと言えるだろう。

小括

新型農村合作医療制度とその制度下での医療機関に対する農民の評価を見てきたが、概ね「看病難、看病貴」の状況は改善されている。ただし、それは「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という目標に対する評価であって、医療アクセスの公平性という視点で見れば評価は変わってくる。

第 7 節 新型農村合作医療制度の管理問題：新民市と瀋陽市との比較を通じて

ここで取り上げてきた遼寧省瀋陽市新民市(県)の新農合を政府の指針と対応させてみよう。中央政府は新農合の調達基準、農民個人負担、財政補助金について年ごとに基準を公表している。表 7-1 に示すように、新民県の新農合は中央政府の基準と微妙なズレがあるが、これは実際の基準額は各省で決めることになっているからで、遼寧省が中央政府と違った基準を採用した年があったということである。中央の基準と新民県の調達額は微細な差しかない。つまり、新農合の一人あたり調達額に関しては中央が具体的数字を提示してコントロールしている訳である。中国医療制度は都市部従業員基本医療制度、都市部住民基本医療制度と新型農村合作医療制度の三種から構成されている。公務員における医療費自己負担分の補填など派生的な制度も含めて、非常に大きな制度間格差があること、あるいは地域の富裕度や経済状況による制度内でさえ大きな格差があることがこれまでも繰り返し指摘されてきた⁷¹。ただし、すくなくとも制度内格差は調達基準の平準化で解消されつつあり、さらに新農合と都市部住民基本医療制度は制度統合される。

⁷⁰中華人民共和国国家衛生和計劃生育委員會『中国衛生統計年鑑(2006-2015 年)』中国協和医科大学出版社。

⁷¹たとえば、李為民(2003)「地域格差から見た中国の医療改革」(上村泰裕・末廣昭編『東アジアの福祉システム構築』)、三浦有史(2009)「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続性を問う—」『環太平洋ビジネス情報 RIM』9 Vol.9 No.33。袁麗暉(2010)「中国の医療保険制度における医療格差問題」『山口経済雑誌』59(1・2)、劉波、劉曉梅、久保英也(2011)『生命保険論集』。

しかし、そうした中でも格差は残る。この点を2つの新農合の比較を通じて明らかにしたい。新民市と瀋陽市とは同じ遼寧省に属し、基準調達額も同じ、つまり外形的には差がない。だが、両者には微細な差がある。この差は、地域住民の特性と制度が孕む管理問題を示唆する。

年度	年一人当たり調達金基準 (元)		年個人納付金 (元)		年一人当たり財政補助金 (元)	
	遼寧省 新民市	全国 ⁷² 基準	遼寧省 新民市	全国 基準	遼寧省 新民市	全国 基準
2005年	20		10		10	
2006年	50	50	10	10	40	40
2007年	60		10		50	
2008年	110	100	10	20	100	80
2009年	145		20		125	
2010年	175	150	30	30	145	120
2011年	230	230	30	30	200	200
2012年	290	300	50	60	240	240
2013年	350	350	70	70	280	280
2014年	400	410	80	90	320	320
2015年	460	500	100	120	360	380
2016年	540		150		390	

表 7-1 新民市の保険財政調達と全国基準(指針)

出所：馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会。新民市新型農村合作医療管理中心「新農合統計調査数据報表（2005 - 2014 年報）」。

こうして調達額の規模から言えば、富裕で非常に高額な基金調達を行っている一部地域を除けば、水平的平等は確保されているようにみえる。しかし、給付の細部を考慮すれば、必ずしもそうはいえないことがわかる。

⁷²馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会 p. 79。

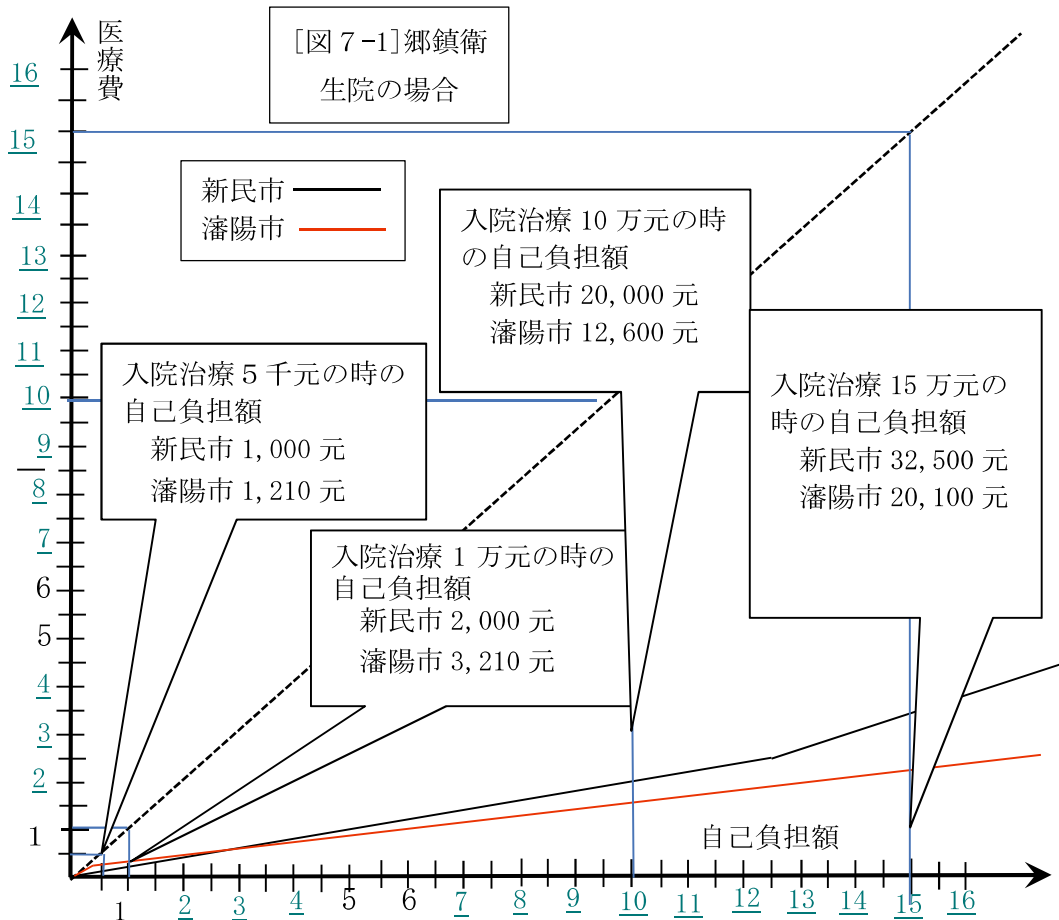


図 7-1 新民市と瀋陽市の郷鎮衛生院の給付状況

出所：「医療保険制度、都市と農村を統合—政府、経済体制改革の重点として指摘」労働政策研究・研修機構⁷³

図 7-1 に郷鎮衛生院（一級相当）の入院の場合を示した。新民市はゼロ起点（控除額なし）の 80% 給付であり、他方、瀋陽市では 200 元まで 30%、200 元超～3000 元まで 75%、3000 元超は 85% 給付である。新民市は給付限度額 10 万元（ただし給付額 5 万元限度の 70% 給付「大病保険」あり）、瀋陽市は給付限度 15 万元である。

他方、郷鎮衛生院では考えにくいかも知れないが、高額の場合、新民市 20,000 元に対して、瀋陽市は 12,600 元の自己負担で済む。さらに、15 万元では新民市 32,500 元の自己負担に対し、瀋陽市は 20,100 元と 2/3 未満で済む。つまり、瀋陽市の場合、相対的に高額の場合に手厚い給付を行っているのに対し、新民市では低い側に手厚い。「疾病から経済的困窮に陥る農民を救う」という制度の目的から言えば、高い側に手厚い制度の方が望ましいはずだ。そうなっていないのは、同じ瀋陽市でありながら、農村地帯の新民市と農村でも都市の区部という経済的な背景の違いや年制構成の違いが反映されている

⁷³ 「医療保険制度、都市と農村を統合—政府、経済体制改革の重点として指摘」労働政策研究・研修機構 http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_7/china_04.html 2018 年 1 月 7 日。

ものと思われる。

なお、考慮しなければならないのは、新民県が新農合の(事実上の)保険者であるとともに、郷鎮衛生院の管理者でもあること(県病院もそうだが)である。「医者の技術」で低い評価しかうけていない郷鎮衛生院の集客を見込んで低い側を手厚くしているのであれば、一種の利益相反という問題があることになる。新農合については管理問題がたびたび指摘されてきているが、ここにもその一端が見られる。

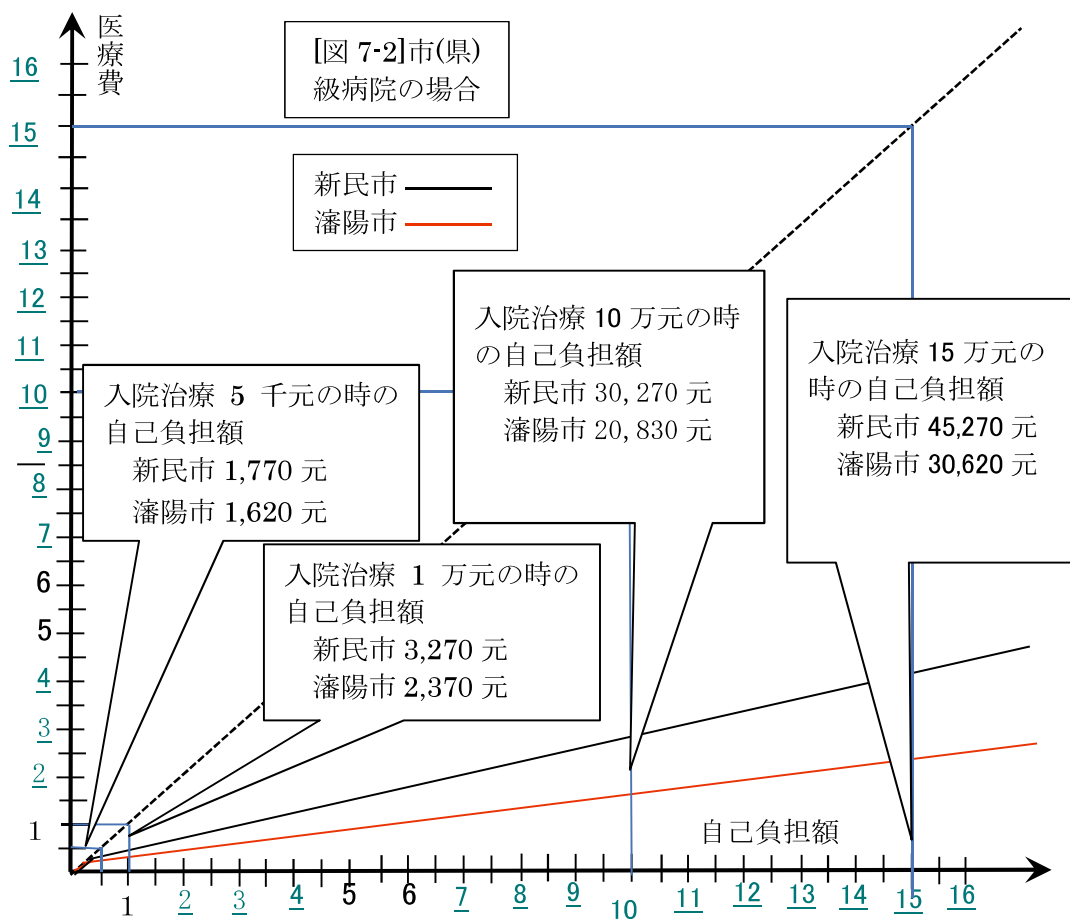


図 7-2 新民市と瀋陽市の県級病院の給付状況

出所:「医療保険制度、都市と農村を統合—政府、経済体制改革の重点として指摘」労働政策研究・研修機構⁷⁴

図 7-2 は同じく新民市と瀋陽市の新農合の自己負担金額を市(県)級(二級)病院についてみたもの。両者とも開始点はゼロだが、新民県は600元まで25%給付、それ以上で70%給付である。瀋陽市は300元まで30%給付、5000元まで70%、それ以上で80%給付である。市(県)級病院では支払金額の多少にかかわらず、瀋陽市の方が負担が少ない。注目したいのは、郷鎮衛生院と市(県)級病院の自己負担額の差である。5000元の場合、新民市には770元の差があるのに、瀋陽市では410元である。概して新民市は郷鎮衛生院の自己負担を減

⁷⁴同前掲。

らし、市(県)級病院との落差を作って、郷鎮衛生院へ患者を誘導しようとしている。同じ制度で調達金額に特に相違はないが、新民県の新農合は郷鎮衛生院を出来るだけ利用するよう制度設計がされている。そうであるのは、患者農民の利便というより、郷鎮衛生院の管理者として、その経営を支援しようとしていると考えざるを得ない。

調達金額が同じであっても、それが水平的平等をもたらしている訳ではない。基準調達額は同じ。また、三級病院への給付は新民市は起算点 1000 円で 45%給付、瀋陽市は起算点と同じく 1000 元だが、50%給付で瀋陽市の方がよい。県級病院・郷鎮衛生院の給付では、郷鎮衛生院の低い側で新民市の給付率が高いことを除けば、瀋陽市の方が給付は手厚い。給付上限も、新民市 10 万元に対し、瀋陽市 15 万元と瀋陽市が良いので、概して瀋陽市の方が給付が手厚いことになる。慢性病など細かい点の相違もあるだろうが、同じ外形に対する、このような給付全体の相違は一つは村衛生室に 20 元、郷鎮衛生院に 130 元というような限定給付で“無駄遣い”していることに、もう一つは住民の構成や衛生条件の違いに由来すると考えられる。“無駄遣い”も見方によれば村衛生室や郷鎮衛生院の経営支援であり、ここでも利益相反が見られる。なお、管理能力に関連して、管理経費や基金の使用効率に関連する違いも考えられる。外形がそろっても、給付の水平的公平性が維持される訳ではない。

小括

2006 年には延べ 7,906 万人だった中国の入院患者は 2013 年には 19,215 万人に増加した⁷⁵。これは新農合の展開において、中央政府が基準金額を指示し、各省がこれを定めてほぼ同じ調達基準額を各省政府に確保させてきたためであり、「疾病により経済的に困窮に陥る」農民が経済的困窮に陥ることなく入院できるようになった。新農合がとくに入院の過重な経済的負担を軽減させてきた成果である。

ただし、その成果にはまだ地域的制約が付随している。疾病による経済的困難のリスクがより大きい貧しい地域や高齢化が進んだ地域は現在の県を単位とする新農合ではかなり低レベルの医療機関へのアクセスしか許容されない。旧農合が貧困な農民は結局、水準の低い医療サービスしか享受出来なかったのと同じような事態が生じていると考えられる。新農合は歴史的に収奪の対象だった農民全体に初めて中央政府が財政資金を投じた事業ではあるが、貧困の程度差による微妙な医療へのアクセスの差異が存在し、受診する医療機関の水準が多様な中国では受診できる医療機関の制約が命や健康に重大な結果をもたらしかねない。

⁷⁵中国衛生部「2006 年中国衛生事業発展情況統計公報」2007 年 5 月 9 日。中国衛生和計劃生育委員会「2013 年我国衛生和計劃生育事業発展情況統計公報」2014 年 5 月 30 日。

第8節 新型農村合作医療制度の持続可能性

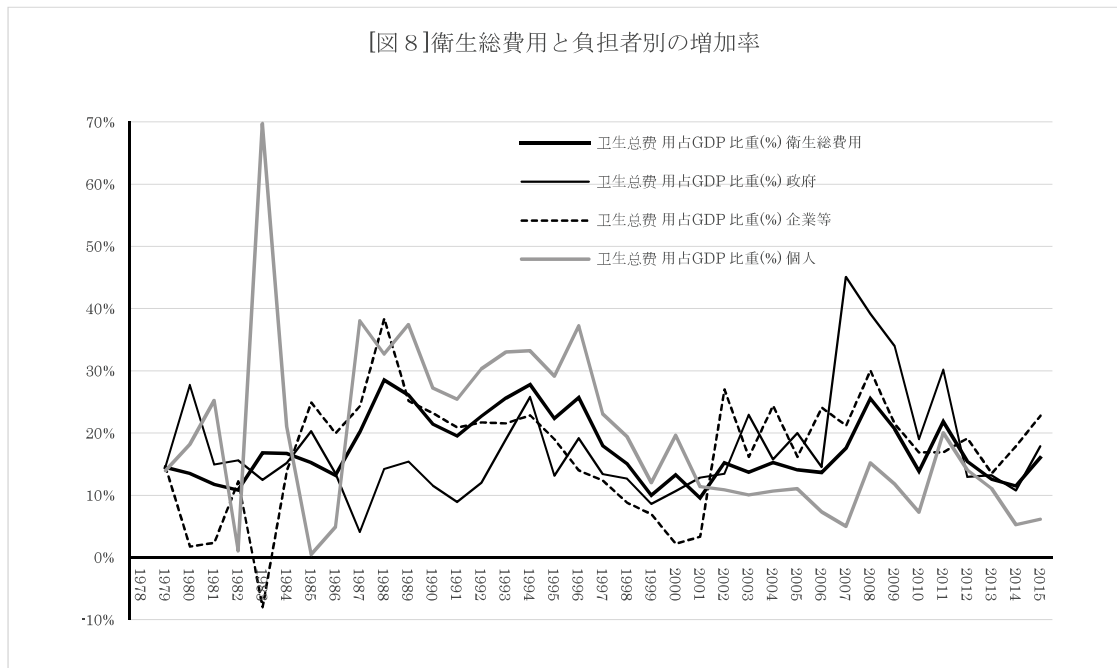


図8 衛生総費用と負担者別の増加率

出所：中国統計局『中国統計年鑑(2016)』中国統計出版社。

図8に示すように、医療費をほぼ代表すると考えられる衛生総費用は改革開放後、急激な膨張を続けてきた。前章で述べたように、1980～90年代は医療機関の経営問題に関わる医療費膨張があったが、2000年代以後は福祉国家を目指す取り組みもあり、毎年10～20%あるいはそれを上回る増大が見られる。衛生総費用は2005年～2015年の10年間にほぼ5.5倍となり、対GDP比も4.6%からほぼ6%まで上昇した。問題はとりわけ、政府(財政支出)はこの間に8倍以上も増大していることである。2015年では年金や公的扶助も含めた社会保障関係経費は3兆元を超え、予算の26%を占めるに至っている。2005年には8.8%だったことを考えるとその急膨張ぶりは異様でさえある。しかも、年金財政が計画通り進まず、積立方式で計画された年金が実質的賦課方式で運営されているうえに、その赤字分を財政が補填しているという状況があり、この改善が難しいから、医療費に関連した支出とあわせて急激な歳出増が予想される。財政は出と入りの問題であり、増税という手段も当然考慮されるべきであるし、また中国社会にはまだまだ担税能力はあるように見える。

とはいえ、まず考慮しなければならないのは確実に進む少子高齢化である。高齢者人口は2013年に2億人を突破し、2011年以後は生産年齢人口の減少に直面している。こうした状況は経済成長の重石となると同時に、社会保障関係経費を著増させることになる。

そうした状況下で、さらに介護保険の導入まで予定されているが、他方で「新常态」の中で成長率が鈍化するのに対し、社会保障関連の財政負担は経済成長率を遙かに上廻って増加し続けることが予想される。新農合は都市勤労者基本医療制度などと異なり、かなりの

財政投入を前提にした制度であるが、財政的制約が制度の維持・存続を困難にする事態は、将来のこととはいえ、今から考慮しておくべき点である。

他方では、財政支出が不可能な場合に制度を支えるのが受益者負担である。既に述べたように、都市住民基本医療制度との統合が予定される中で、農民の負担が一段上昇することが予想される。貧困地域でも現代の中国農民は一概に貧しいとは言えないが、逆に豊かさの恩恵が行き渡っていない農民も少なからずいる。新農合は共済組合であり、加入を義務づけられた社会保険ではない。したがって、本当に保険料の自己負担が払えず、加入できない農民が続出したような場合に、問題を解決できるような方略が必要である。そうでなければ、自己負担の増加で加入率が低下して制度崩壊を招く恐れもある。

章のまとめ

これまで見てきたように、新型農村合作医療制度は中国「国民皆保険」の大きな構成要素であり、これを通じて「農民が疾病から貧困に転落することを防ぐ」という課題を全国規模でクリアしてきたことは大きな前進だと評価できる。2017年に、新型農村合作医療制度は都市住民基本医療制度と統合された。両者の制度の違いはまだ残っているものの、統合によって保険の管理単位は市(地級行政区)となる。これによって、財源が強化されるだけでなく、郷鎮衛生院や県病院の管理者(県)と保険者(市)が分離する。これによって管理効率も高まる。しかし、懸念もある。制度統合では現行拠出と給付条件を下げないとの指示があり⁷⁶、既に指摘したように、加入者の拠出額の一段の増加が不可避と思われる点である。他方、公的扶助として公的医療制度への拠出金を扶助するようなやり方も行われているが⁷⁷、これでは自己負担分が払えない。貧困者には医療費を全額補助する制度が必要である。

医療制度も含めて中国の社会保障制度は「国民皆保険」がほぼ実現し、「国民皆年金」も整備が進む。本章で明らかにした固有の論点は、胡錦濤政権以降の「和諧社会」の実現という明確な目標を提示し、これに向けた整備を一步一步すすめる漸進的改革という特色ある方法である。さらに新農合はひとつは利用の増加と制度整備・給付の充実という面から、もう一つは歯止めが掛からない医療費膨張への対応というやむを得ない面から、基金規模を継続的かつ急速に拡充してきた。医療費膨張への対応という受動的な面はあるにせよ、「小さく産んで大きく育てる」という方法も特徴である。そして、その結果として新農合は(特定の非常に豊かな地域を除き)基準調達額という給付水準を決める要素で外形的にはほぼ規格化される状況に至っている。また、新型農村合作医療制度は都市部居住民基本医療制度に統合された。これにより、これまで議論の一つの焦点であった、制度間・制度内格差は少なくとも今後はこれ以上に大きな問題になる訳ではない。かと言って、地方政府の財政状況が概して厳しい中で、なお財政力に極端な格差がある現状では、格差が解消に向

⁷⁶「中国都市部と農村部の住民医療保険制度を一本化へ」『人民網日本版』2016/01/13。
<http://j.people.com.cn/n3/2016/0113/c94475-9003080.html> 2018年1月10日

⁷⁷国務院(2014)「社会救助暫行規定」(国務院令第649号)。

かうとも断言できないが。いずれにせよ、2010年代後半の新農合の動きを明確に整理・分析したことは本章独自の成果である。

また、制度的格差という問題は梶谷(2011)を援用しながら、基本的財政の再分配機能に由来するものとし、新農合における中央政府の大規模拠出という点がひとつのブレークスルーとなったこと、先富論の後半フレーズへの移行として明かにした点も独自の意義があると考えられる。

福祉国家は全世界的には見直しが進み、日本のように社会保障制度の存続が危ぶまれている国もある。そうした時代において、14億近い人口を擁しながら福祉国家をめざし、それを実現できるならば、「中華民族の夢」に向けた前進であるとともに、人類全体に大きな希望を与える一大成果となるだろう。

とはいえ、中国の社会保障制度は医療保障制度に限っても、許容しがたいほどの制度間、制度内格差が存在している。さらに、新農合の財政規模の膨張は農民負担の増大と地方財政の拠出力の限界に向かっており、他方では医療費膨張には歯止めが掛かっていない。今後、中国が急速に高齢化していく点も含めて、将来を見通しにくい状況がある。

終章 結論と今後の課題

第1節 結論

1. 旧農村合作医療制度や「はだしの医者」は政治運動としてのみ成り立ったが、「はだしの医者」は毛沢東の「六・二六指示」により都市の医療資源を農村に政治動員して育成された西洋医学の基礎知識を持つ貴重な人材であり、医療活動を通じて政治運動が行われたため、医療、とくに公衆衛生に関しては大きな成果を挙げたという事実はある。その他、誇張された宣伝もあり、(旧)農合が共同組合による社会保険であるとする通説がある。
2. しかし、管理すべき大隊幹部も「はだしの医者」も社会保障制度を管理する能力も意思もなく、また「受付料のみ支払い」「薬代無料」「二者(農民と生産大体)か三者(農民・生産隊・生産大隊)の少額負担」しか制度の枠組みがなく、モデルもないものである。さらに、「薬代無料」は運動からみた「共産主義のユートピア」としてのみ肯定できるもので、社会保障制度として見れば需要を膨張させ薬の品切れを必然にし、給付を不確実・不公平にする。社会保障制度の根幹である負担(拠出)と給付の対応関係が確立されているとは言い難いところから、社会保障制度と規定することは間違いであり、基本的に資金を要する医療を通じた「はだしの医者」の政治活動を支える集金システムに過ぎなかったと判断する。
3. 本論文独自の見地は、政治運動としての(旧)農合と「はだしの医者」と仮に社会保障制度・医療供給制度として見たこうした要因を切り分けて評価したことで、初めて妥当な評価が可能となった。
4. 「はだしの医者」については、医療提供者というより、毛沢東思想の実践者として医療活動に全身全霊で献身しており、その結果として薬剤の自製なども含めた医療上の成果が生まれ、増加した側面があった。しかし、それは運動に対する政治的賞賛を求めるものであり、患者のために適切な医療サービスを提供するという志向ではなく、艱難辛苦など精神的で成果の見えないものを通じた毛沢東への帰依を重視するなど微妙な食い違いがあった。なお、その「美談」は虚報ではないにせよ、かなり誇張されたものが含まれている可能性があり、公衆衛生では確かに成果が確認できるものの、医療活動に関して、どの程度農民に歓迎されたかは不明と言わざるをえない。要するに「はだし

の医者」の献身的努力と医療を通じた患者への貢献はべつのことであるが、政治運動の中では前者が後者と同一視されていた可能性がある。

5. 「はだしの医者」が政治運動を志向したことで希にしか得られない西洋医学の基礎知識を持つ農村末端医療人材であるにもかかわらず、知識や技量の不足を感じることはなく、したがって技量を上昇させる動機を持たなかった。
6. (旧)農合の解体要因について既存研究では集団経済(人民公社)の解体に由来するとするものが多いが、合作医療は集団経済に依存したものではないため独自に存続することは可能だった。また「はだしの医者」も農民からの徴収金で雇用する方法があり、実際にそうであった時期もある。こうした点から人民公社の解体は(旧)農合の解体の説明にならない。本論文では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」を選び崩壊したと推定した。これは、生活水準の低かった農民にとって僅かに見える(旧)農合への拠金がかかり重く、かつ上述のように(旧)農合が社会保険としては致命的な給付の不確実性・不公平性をもっていただけのため、存続の価値を認めなかったからだと考えられる。ただし、政治運動が終わり「はだしの医者」の献身的努力が評価されなくなったため、医療サービスの供給が期待できなくなったことと、農民の「脱退」が相互的に生じたとも考えられる。
7. 改革解放後「はだしの医者」は試験を経て郷村医となるが、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。
8. 病院は基本的に公立で計画経済期からコスト以下の政策的低価格に管理されており、改革開放後もこの状況は普遍だった。そのため病院経営は構造的に赤字であり、地方政府から赤字補填を受けていたが、改革開放後、地方政府が財政難に陥るため、財政補助を定額とし、病院の経営努力で赤字回避をはかるべく、経営の「請負」制とともに病院経営に営利的要素を含めることを認める。これが「医療の市場化」であり、構造的赤字を埋めるため、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。一方での赤字を必然化する価格規制の下での「歪んだ市場化」は僅かな利益のために膨大な支払いを患者側に要求する形で医師誘発需要を引き起こし、医療機関がさほど儲かっていないのに、医療費が急膨張する事態を引き起こす。また、構造的な赤字があり、営利が認められる限り、どこかで利益を得るための医師誘発需要を生むことは避けられず、抑止が難しい。

9. 他方で病院の赤字構造は医師など医療スタッフの給与水準を驚くほど押し下げている。加えて、病院営利化で医療スタッフにはノルマや儲かる医療薬剤へのインセンティブがもうけられており、利益を求める医師は患者から信頼されておらず、患者とのトラブルが絶えない。また、医師や医療従事者は反倫理的な職業とされ、蔑視されているので、有能な人材が集まらず、医師も子弟が医師になることを望まない。ここからが本論文独自の展開であるが、処遇が悪い上、社会的にも蔑視されているので、医療機関は基本的に人材不足が激しく、それはまた都市の大病院を頂点とし、農村末端医療機関という底辺に行くほど激化する階層化された人材不足の構造を作る。人材の質が基本的に悪いので技術的には下層に行くほど信頼できなくなる。他方、技術だけで医者を選ぶことはできない。医者が反倫理的で患者の治療とは関係なしに医師誘発需要を生み出しても、「情報非対称性」のため患者は需要を抑止できない。そこで、「評判」が重要になるが、たくさんの患者が集まるのが「評判」の指標であることから、患者はわざわざ混んだ病院、行列が長い医師を受診しようとする。こうして、医療人材確保の失敗は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が、他方で都市の大病院への患者集中という現象が生じる、こうして、2000年代初に「看病難・看病貴」が深刻な社会問題になる。現在では、公的保険などで患者を空いている医療機関へ誘導しているため、やや緩和しているものの、事態の基本は変わっていない。
10. 「看病難・看病貴」は「農民が疾病から貧困に転落する」という深刻な問題を引き起こす。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し、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。これは、中国が福祉国家となるための大きな一歩とされた。
11. 新農合は継続的かつ急速な財政規模の増大と全国的にも均一な基準調達額を達成するなど十分な給付条件を備えるようになり、現在では「農民が疾病から貧困に転落する」という問題をある程度まで解決できている。従来は、顕著な制度内格差が指摘されてきたが、全国的に均一な給付条件の整備が進んでいるという点への着目は新しいものである。この意味では新農合は成功しつつあると言える。
12. しかし、基準調達額という外形を揃えることは当然ながら給付の水平的平等を実現するものではない。給付の違いは、一つには被保険者の年齢構成などの違いに帰すことができるが、他方、保険者である県政府は郷鎮衛生院などの管理者であり、ここで利益相反が生じる。すなわち、新農合給付で郷鎮衛生院への経営支援と思われる措置があり、

その他管理経費や管理効率のため同じ財政設計でも給付が異なってくることを指摘している。これらの点は本研究独自の論点である。

13. 医療費膨張は止まらず、止める手立ても見つけるのが難しい。高齢化が進むことも考慮すれば、新農合の財政は更に急膨張せざるを得ず、そうなると地方財政や農民の自己負担にも限界が見えてくる。こうした点で新農合は持続性に疑問がある。
14. 21 世紀の中国における「福祉国家」の試みの成功は中国の「福祉国家」化の先駆けになり、世界的にも期待が高まる」チャレンジである。

第 2 節 今後の課題

現在、「はだしの医者」に相当する郷村医者(元「はだしの医者」でも試験を受ければ郷村医者になれる)の医療技術は当然ながら都市部のそれより低く、特別な待遇は何も無い。つまり経済面、最新医療技術取得の面でこれからの郷村医者に頼る医療制度をどのように改善してゆくか、が問題となっている。同時に医療人材の不足は農村末端では深刻で現在でも郷村医レベル(高卒)の限界的な医師しか獲得できていないほか、高齢化で数的にも不足が懸念される。

そしてこれは今後の課題だが、現在元「はだしの医者」の老後生活保障が問題になっている。退職金も年金もなく現在 70 歳過ぎとなっているが肉体労働の農業で生計を立てざるを得ない。政府は国民皆年金の一環として郷村医の年金加入を勧めているが、70 歳を過ぎた郷村医には難しい。

なお本研究を通じて医療人材の処遇の悪さと人材不足の問題が深刻であることが分かった。こうした問題を解決するための諸施策を練る方向で研究を進めたい。

参考文献

日本語文献(英語を含む)

- 赤坂真人(2017)「中国医療保険制度の歴史的変遷(1949-2017)」『吉備国際大学研究紀要』第27号。
- 浅川あや子(2005)「中国における計画経済体制下の国有企業改革—経営請負責任制の再検討—」『比較経済研究』第44巻第2号。
- 稲井富赴代(2011)「中国の貧困農村における義務教育についての一考察—安塞県樓坪郷での聞き取り調査をもとに—」『高松大学研究紀要』第(55・56)号。
- 袁振国(1998)「中国の重点学校政策に対する歴史的考察」『国際開発研究フォーラム』第9号。
- 袁麗暉(2010)「中国の医療保険制度における医療格差問題」『山口経済学雑誌』第59巻。
- 袁麗暉(2012)「中国農民工医療保険制度について:その歴史的背景と現状を中心に」『東亞経済研究』第70巻。
- 袁麗暉(2016)「中国新型農村合作医療保険と都市部住民基本医療保険の統合:その経緯と狙い」『山口経済学雑誌』第65号。
- 遠藤久夫・篠崎武久(2003)「患者自己負担と医療アクセスの公平性—支出比率とカクワニ指数から見た患者自己負担の実態—」『季刊・社会保障研究』第39巻第2号。
- 大道久(2003)「医療における情報提供と質の評価」『季刊・社会保障研究』第39巻第2号。
- 王渝(2010)「建国期中国における就業政策の転換点:1956年「農業発展綱要草案」の位置づけを中心に」『経済系(関東学院大学経済学会研究論集)』第243集 p. 39。
- 王崢(2009)「中国農村医療保障制度の新しい展開—新型農村合作医療制度を中心に—」『大阪経大論集』第60巻第1号。
- 黄麗敏「中国における農民負担の制度と実態」(1996)『農林業問題研究』第32巻 Supplement5号。
- 唐木圀和(1982)「中国経済近代化論序説」『三田商学研究』第24巻6号 p. 62。
- 郝曉卿(2009)「中西医結合医学の歴史と現状を顧みて」『福岡県立大学人間社会学部紀要』第17巻第1号。
- 魏強(2016)「赤脚医者制度に関する一考察—現地調査の分析を中心に—」『ICCS 現代中国学ジャーナル』第9巻第2号。
- 魏強(2016)「赤脚医者制度に関する一考察—現地調査の分析を中心に—」『ICCS 現代中国学ジャーナル』第9巻第2号。
- 魏強(2016)「中国新型農村合作医療制度の実施効果と課題—現地調査を中心として—」東

- アジア学会機関誌『東アジア研究』第20号。
- 国分成良(1980)「社会主義教育運動とそれをめぐる党内論争」『アジア研究』第27巻第3号。
- 久保英也・李蓮花(2014)「皆保険後の中国医療改革の課題」久保英也(編著)『中国における医療保障改革』ミネルヴァ書房。
- 小林弘治(1997)『二〇世紀の農民革命と共産主義運動』勁草書房。
- 小林弘二(1990)「人民公社の解体と農村の再編」『アジア経済』第31巻第(9・10)号。
- 胡琦(2015)「中国医療保険制度の歴史的形成過程と局限性」『西南学院大学大学院経済学研究論集』第2号。
- 西条正(2006)「幹部档案に見る階級闘争の終焉」『現代中国学方法論の構築をめざして[政治篇]』愛知大学国際中国学研究センター。
- 佐野充(1981)「中国における農業生産活動の分析」『日本大学文理学部自然科学研究所研究紀要 地理』第16号。
- 座間紘一(1980)「中国農村人民公社の労働管理制度」『東亜経済研究』第47巻第(1・2)号。
- 座間紘一(1982)「中国農業における「包干到戸」(経営請負制)について」『東亜経済研究』第48巻第(3・4)号 p165。
- 朱民(2009)「社会保障制度の構築」『現代の中国の格差問題』株式会社同友館。
- 胥鵬・呂景峰「中国国営企業改革の経緯と今後」『経済志林』第66巻第2号。
- 杉野明夫監訳(1989)『中国農村改革の道』大阪経済法科大学出版。
- 孫振海(2005)「1959-1961年における中国の人口変動」『明治学院大学国際学部附属研究所研究所年報』8号。
- 殷国慶・土屋俊幸(2000)「中国における農村合作医療制度:その展開過程を中心に」『林業経済研究』第1号。
- 張萍・張琢(2015)「20世紀以降の中国の農村における社会変動に関する研究(上)」『佛教大学社会学部論集』第60号。
- 張永久(2001)「中国の改革・開放と中日関係-その政策形成実施および経済成果を中心にして-」『政策科学』第8巻第2号。
- 張雅青(2010)「中国農村部における医療保障システムの現状-新型農村合作医療制度を中心に-」『東北農業経済研究』第28巻第2号。
- 沈金虎(2005)「1985年以来中国の教育改革政策を問う:都市・農村間の教育格差拡大の原因と対策について」『京都大学生物資源経済研究』第10巻。
- 陳振雄(2005)「中国の「改革・開放」政策下の農村経済の成長と郷鎮企業の発展について」『新潟経営大学紀要』第11巻。
- 陳棟生(2001)「内陸経済発展が直面する問題と西部大開発」『中国の西部大開発-内陸発展戦略の行方』アジア経済研究所。
- 陳金霞(2006)『中国における医療システム改革:日本の経験からの示唆』(博士論文)千葉大学。

- 滕鑑(2016)「中国の計画経済時代における体制改革」『岡山大学経済学会雑誌』岡山大学経済学会第48巻1号。
- 滕鑑(2016)「中国の改革開放後における市場移行政策の展開」『岡山大学経済学会雑誌』第48巻2号。
- 塔林図雅(2013)「中国の医療保険制度をめぐる官民役割分担-公的医療保険改革と民間保険会社参画の意義-」『生命保険論集』第182号。
- 馬欣欣(2015)『中国の公的医療保険制度の改革』京都大学学術出版会。
- 築場保行(2014)「人民公社経営の解体、生産責任制の必然性と腐敗の萌芽」『政経研究』第51巻第2号。
- 町田悠子(2002)「「農民苦」の起源—大躍進以前の中国共産党と農村(1955-57年)」『本郷法政紀要』第10期。
- 松久保博章(2001)「五保制度:中国農村における公的扶助制度」『海外社会保障研究』第134号。
- 三橋かおり(2005)「現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成」『医学誌雑誌』第51巻第4号。
- 三浦有史(2009)「中国の医療格差と医療制度改革—経済成長の持続性を問う」『環太平洋ビジネス情報』第9巻第33号。
- 楊開宇・坂口正之(2006)「都市部と農村部の二重構造の下における中国農村部の医療保障制度の変容」『生活経済学研究』第22号。
- 楊開宇・坂口正之(2005)「中国の「基本医療保険制度」の展開と地域格差の実態—上海市と青島市を例に—」『生活科学研究誌』第4巻。
- 楊勳・劉家瑞(1987)『中国農村改革的道路:総体論述与区域実証』北京大学出版社。
- 羅小娟(2011)『中国における医療保障制度の改革と再構築』日本僑報社。
- 羅小娟(2006)「中国における農村合作医療制度の変遷と今後のあり方」『大学院研究年報』(中央大学大学院研究年報編集委員会)第9号。
- 李蓮花(2003)「中国の医療保険制度改革—経済体制改革との関連を中心に」『アジア経済』第44巻4号。
- 李蓮花(2004)「医療保険改革—体制移行からみたその背景、特徴と限界」『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版。
- 李蓮花(2012)「医療保障システムにおける民間保険の役割」『リスクフラッシュ 80号』第3巻第18号滋賀大学経済学部附属リスク研究センター。
- 李為民(2003)「地域格差からみた中国の医療改革」『東アジアの福祉システム構築』東京大学社会科学研究所。
- 劉曉梅(2000)「中国における社会保障制度の改革」『海外社会保障研究』No. 130。
- レーニン(1974)『協同組合論』(国民文庫)大月書店。
- 涌井秀行(2005)「中国社会変動における村落と家族:大躍進・調整期から文化大革命期における人口激動」明治学院大学国際学部附属研究所年報第8号。
- Esping-Andersen. G.ed.s.[1996] *Welfare States in Transition*. [埋橋孝文監訳]『転換期の

- 福祉国家』早稲田大学出版会、2003]
- Esping-Andersen. G.[1990] *The Three World of Welfare Capitalism*[岡沢憲芙他訳『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房、2001]
- FengXueShan et al.(1995) , *Cooperative medical schemes in contemporary rural China*, Soc. Sci. Med. Vol. 41, No. 8.
- LiuXinZhu, LiuYuanLi and ChenNingShan (2000) , *The Chinese experience of hospital price regulation*, Health Policy and Planning, 15(2)。
- World Bank(1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*, Washington D.C.: World Bank, p.111.

中国語文献

- 曹普(2006)「改革開放前中国農村合作医療制度」『中共党史資料』第3期。
- 曹普(2006)「1949-1989:中国農村合作医療制度的演變与評析」『中共雲南省委党校学報』第5期。
- 陳敏章(1985)「陳敏章同志在全国衛生局局長會議上的總結講話」『中国医院管理』第2期
- 陳佳貴(2001)『中国社会保障發展報告(1997-2001)』社会科学文献出版社。
- 陳金霞(2005)「中国農村合作医療制度の發展と改革」『週刊社会保障』第59卷第2339号。
- 陳偉誠·胡宏偉(2006)「我国農村合作医療制度變遷与評析」『山東農業大学学報(社会科学版)』第1期。
- 陳在余(2012)「中国農村合作医療制度歴史回顧与比較」『農業經濟』第2期。
- 陳燕華·吳小南(2010)「2009年福州11県(市)区新農合効果評価与改進建議」『福建医科大学学報』第4期。
- 鄧小平(1993)『鄧小平文選(第3卷)』人民出版社。
- 鄧鉄涛·程之範主編(2000)『中国医学通史(近代卷)』人民衛生出版社。
- 董克用·郭開軍(2008)「中国社会保障制度改革30年」『中国国情国力』第12期。
- 刁文生·周延生·尹貢派(1987)『關於医院承包經營責任制的調查報告』『中国医院管理』第11期。
- 費声慶(1995)「“看病貴”的原因分析与改革举措」『衛生經濟研究』第2期。
- 谷加恩(2006)「人民公社時期農村合作医療事業成功的原因探析」『武漢職業技術学院学報』第1期。
- 華国凡·金觀涛(1979)「中医:科学史上的一箇奇跡」『自然弁証法通訊』第2期。
- 韓冰·袁兆康·方麗霖·肖雲昌·洪鷹(2011)「江西省新型農村合作医療住院補償公平性研究」『中国社会医学雜誌』第2期。
- 李嶼洪(2013)「人民公社時期農村的“特殊”工分—以河北省侯家宮村為箇案」『中国農業大学学報(社会科学版)』第30卷第1期。
- 羅敏·高夢滔·顧昕(2008)「農村三級医療服務体系在“新農合”中的角色—以雲南省玉竜県

- 為例」『雲南社会科学』第 1 期。
- 林閻鋼(2002)「中国農村合作医療制度的公共政策分析」『江海學刊』第 3 期。
- 劉勇攀(2011)『才智』「赤脚醫生存在和產生的政治因素分析—以河南為例」題 4 期。
- 劉慧鑫·張春鋒(2012)「赤脚醫生」『檔案天地』第 7 期。
- 劉雅靜(2004)「我国農村合作醫療保障制度的歷史思考及政策建議」『社區醫學雜誌』第 6 期。
- 劉娜(2015)「醫院“看病難、看病貴”的思想根源及對策分析」『經營管理者』第 13 期。
- 呂琳(2009)「新型農村合作醫療制度存在的問題和對策初探」『現代預防醫學』第 1 期。
- 廖松(2008)「新型農村合作醫療制度的問題與對策研究」『決策與信息』第 12 期。
- 彭雲主編(1997)「關於做好計劃生育工作的報告([71]國發文 51 号 1971 年 7 月 8 日)」『中國計劃生育全書』中國人口出版社。
- 喬益潔(2004)「中国農村合作醫療制度的歷史變遷」『青海社会科学』第 3 期。
- 荏苒·金鳳(2007)「新型農村合作醫療實施後衛生服務可及性和醫療負擔的公平性研究」『中國衛生經濟』第 1 期。
- 尚珂(2005)「農村合作醫療制度的建立與政府責任」『中國發展』第 4 期。
- 睢党臣(2006)「我国新型農村合作醫療制度發展初探」『寧夏社会科学』第 2 期。
- 孫冬悅等(2011)「赤脚醫生時期的管理制度對當前農村衛生人才管理的啟示」『中國全科醫學』第 7 期。
- 陶海燕(2007)『社區醫學雜誌』「論赤脚醫生時期的医患關係」第 5 卷第 1 期。
- 溫益群(2005)「赤脚醫生產生和存在的社會文化因素」『民族社會學研究』第 2 期。
- 武志宏(2007)「合作醫療的前世今生」『中國衛生產業』第 3 期。
- 王耀森(1989)「查橋鎮合作醫療制度實施二十年來的調查」『中國農村衛生事業管理』第 5 期。
- 王何紅·梁荊霞(2005)「從傳統到新型—探尋農村合作醫療制度的歷史演變」『技術與市場』第 12 期。
- 徐小青(2002)『中國農村公共服務』中國發展出版社。
- 徐傑(1997)「對我国衛生經濟政策的歷史回顧和思考(上)」『中國衛生經濟』第 10 期。
- 徐杰(2000)「論農村衛生服務的組織結構」『中國衛生經濟』第 10 期。
- 吳灝(2014)「我国新型農村合作醫療存在問題及思考」『中國衛生標準管理』第 22 期。
- 夏杏珍(2003)「農村合作醫療制度的歷史考察」『當代中國史研究』第 5 期。
- 肖菊(2011)「新疆新型農村合作醫療保障制度的現狀及存在問題」『法制與經濟』第 1 期。
- 辛怡·何寧·張麗麗(2013)「我国農村衛生服務可及性變化及存在障礙」『長沙民政職業技術學院學報』第 3 期。
- 嚴忠勤(1987)「当代中國的職工工資福利和社會保險」中國社會科學出版社。
- 岳謙厚·賀蒲燕(2007)「山西省稷山縣農村公共衛生事業述評(1949-1984 年)—以太陽村(公社)為重點考察對象」『當代中國史研究』第 5 期。
- 于宗河(1996)「我国農村實現“2000 年人人享有衛生保健”規劃目標普及階段中期評估總結報告」『中國初級衛生保健』第 1 期。

- 袁木·陳敏章(1994)「加快農村合作醫療保健制度的改革和建設」『中国初級衛生保健』第8期。
- 袁文穎(2015)「我国醫療衛生体制改革中的“看病難、看病貴”問題研究」『法制博覽』第30期。
- 葉宜德(1994)「“加快農村合作醫療保健制度改革和建設”課題研究概況」『中国農村衛生事業管理』第9期。
- 葉敏(2013)「從政治運動到運動式治理-改革前后的動員政治及其理論解讀」『華中科技大学學報』第27卷第2期。
- 張自寬(2006)「“六·二六指示”相關歷史情況的回顧与評価」『中国農村衛生事業管理』第26卷第9期。
- 張自寬(1992)「对合作醫療早期歷史情況的回顧」『中国衛生經濟』第6期。
- 張自寬·朱子会·王書城·張朝陽(1994)「關於我国農村合作醫療保健制度的回顧性研究」『中国農村衛生事業管理』第6期。
- 張開寧·温益群·梁萃(2002)『從赤脚医生到鄉村医生』雲南人民出版社。
- 張揚·朱慧敏(2011)「毛沢東与赤脚医生」『党史博採』第6期。
- 張江華(2007)「工分制下的勞動激励与集体行動的効率」『社会学研究』第5期。
- 張謙元·柴曉宇等『城鄉二元戶籍制度改革研究』中国社会科学出版社。
- 周寿祺(1981)「对赤脚医生的名称、待遇和培訓的幾点意見」『中国農村医学』第1期。
- 周寿祺(2002)「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『國際医藥衛生導報』第6期。
- 曾凡富(1995)「合作醫療的回顧及展望」『湖北省衛生職工医学院學報』第2期。
- 鐘雪生(2008)『中国農村传统合作醫療制度研究』(博士論文)中共中央党校。
- 朱秀蘭·田平·舒娥·盧偉(1991)「“看病貴”的原因及对策」『中国医院管理』第8期。
- 国家衛生計生委規划与信息司(2012)『2012年我国衛生和計劃生育事業發展統計公報』2013年6月。
- 国家統計局社会統計司(1987)『中国社会統計資料(1987)』中国統計出版社。
- 中国統計局『中国統計年鑑(1999-2016)』中国統計出版社。
- 国家發改委·衛生部等六部委「關於開展城鄉居民大病保險工作的指導意見」(發改社会[2012]2605号)2012年8月24日。
- 国家計委·衛生部「国家計委、衛生部印發關於改革醫療服務價格管理的意見的通知」(計價格[2000]962号)2000年7月20日。
- 国家發展改革委等「關於印發推進藥品價格改革意見的通知」(發改價格[2015]904号)2015年5月4日。
- 国家衛生計生委規划与信息司『2015年我国衛生和計劃生育事業發展統計公報』2016年7月20日。
- 国家衛生計生委統計信息中心「2015年9月全國醫療服務情況」2015年12月22日。
- 國務院弁公厅(2003)「国务院弁公厅轉發衛生部等部門關於建立新型農村合作醫療制度意見的通知(国弁發[2003]3号)」(2003年1月16日)。
- 国务院「国务院批轉衛生部關於解決医院賠本問題的報告的通知」1981年2月27日。

國務院「國務院批轉衛生部關於衛生工作改革若干政策問題的報告的通知」1985年4月25日。

國務院「國務院關於建立城鎮職工基本醫療保險制度的決定（國發〔1998〕44號）」1998年12月14日。

中央文獻研究室（1996）「中央關於衛生工作的指示」『建國以來毛澤東文稿（第9冊）』中央文獻出版社。

中央文獻研究室（1998）「中共中央批轉衛生部黨委〈關於把衛生工作重點放到農村的報告〉」『建國以來重要文獻選編（第20冊）』中央文獻出版社。

中共中央「中共中央關於在農村建立人民公社問題的決議」1958年8月29日。

中共中央「農村人民公社工作條例（修正草案）」1962年9月27日。

中共中央「農村人民公社工作條例（草案）」1961年3月22日。

中共中央·國務院（1983）「關於實行政社分開建立鄉政府的通知（中發〔1983〕35號 1983年10月12日）」『中華人民共和國國務院公報』第23期。

中共中央政治局「1956年到1967年全國農業發展綱要（修正草案）」『人民日報』1956年1月26日。

中共中央·國務院「中共中央、國務院關於衛生改革與發展的決定」（中發〔1997〕3號）1997年1月15日。

中華人民共和國主席令「中華人民共和國農業稅條例」1958年6月3日。

中華人民共和國國家衛生和計劃生育委員會『中國衛生統計年鑑（2003-2015年）』中國協和醫科大學出版社。

中國國務院「國務院批轉衛生部關於解決醫院賠本問題的報告的通知」1981年2月27日。

中國衛生和計劃生育委員會「2013年我國衛生和計劃生育事業發展統計公報」2014年5月30日。

瀋陽市人民政府弁公庁（2012）「瀋陽市人民政府弁公庁關於印發瀋陽市村衛生室實施國基本藥物制度工作方案（試行）的通知」（瀋政弁發「2012」93號）、『瀋陽市人民政府公報』第24期）。

瀋陽市農村巡回醫療隊總隊部（1965年11月16日）「巡回醫療隊在農村」瀋陽市檔案館藏（檔案號45-2-26）。

新民縣中心人民衛生院革命委員會（1970年6月8日）「新民縣全面實現合作醫療工作的總結」新民市檔案館藏（檔案號45-2-6）。

新民縣東方紅公社衛生院（1973年8月29日）「我們是怎樣鞏固和發展合作醫療的」瀋陽市檔案館藏（檔案號45-1-720）。

新民縣東方紅公社東升大隊合作醫療站（1975年9月23日）「堅持走中西醫結合道路、大辦中草藥」瀋陽市檔案館藏（檔案號45-1-623）。

新民縣人民衛生防治服務站革命委員會（1969年12月4日）「新民縣衛生工作會議總結」新民市檔案館藏（檔案號45-2-6）。

李相公社衛生革命領導小組（1975年3月17日）「東陵區李湘人民公社社隊聯弁合作醫療制度（試行）」瀋陽市檔案館藏（檔案號45-1-684）。

新民縣中心人民衛生院革命委員會(1970年1月14日)「關於實行合作醫療工作中若干問題的函復〔新(7D)衛革字第8號〕」新民市檔案館藏(檔案號45-2-6)。

新民縣衛生革命委員會(1975年6月2日)「新民縣梁山公社西二台子大隊合作醫療情況」瀋陽市檔案館藏(檔案號45-1-623)。

新民市新型農村合作醫療管理中心(2013)「新民市新農合補償實施意見」2013年1月。

新民市政府(2013)「新民市政府工作報告」2012年12月。

遼寧省新民縣志編纂辦公室編(1992)『新民縣志(第1版)』瀋陽出版社。

遼寧省衛生志編纂委員會編(1996)『遼寧省衛生志』遼寧古籍出版社。

遼寧省衛生計生委「關於98家新農合省級定點醫療機構和37家農村兒童重大疾病救治定點醫療機構通過復核與資格確認的通報」(遼衛函〔2013〕628號)2013年11月12日。

遼寧省衛生廳(2012)「關於印發2012年全省農村衛生工作要點的通知」2012年3月7日。

上海市嘉定區初級衛生保健委員會辦公室·WHO上海嘉定初級衛生保健合作中心(1996)「嘉定區農村合作醫療改革與發展研究階段性技術報告」『中國農村衛生事業管理』第4期

紅旗雜誌編輯部「從赤腳醫生的成長看醫學教育革命的方向-上海市的調查報告」『人民日報』1968年9月14日。

譚嘉「優秀學生還願意學醫嗎?」『健康報』2014年5月4日。

韋生「赤腳醫生必須參加集體生產勞動」『人民日報』1975年9月16日。

宜昌地區革命委員會·長陽縣革命委員會·長陽縣人民武裝部調查組「深受貧下中農歡迎的合作醫療制度」『人民日報』1968年12月5日。

「不再使用“赤腳醫生”名稱,鞏固發展鄉村醫生隊伍」『人民日報』1985年1月25日。

「任宥秋先生誕辰100周年」『中國中醫藥報』2015年5月25日。

「編制少待遇低 基層醫院面臨人才荒」『中國青年報』2013年05月23日。

劉世昕·于林「降價帶來藥品失蹤引起監管部門關注」『中國青年報』2007年3月21日。

「自力更生的道路越走越廣闊-山西武鄉縣燒高角大隊關於合作醫療的調查報告」(1969)『紅旗』第12期 p. 48。

衛生部「2006年中國衛生事業發展情況統計公報」2007年5月9日。

衛生部·財政部·國家中醫藥管理局衛「關於完善新型農村合作醫療統籌補償方案的指導意見」(農衛發〔2007〕253號)2007年9月10日。

衛生部『國家基本藥物目錄2012版』(衛生部令第93號)2012年9月21日。

衛生部「醫院經濟管理暫行辦法」1981年3月18日。

衛生部(1951)「關於組織連合醫療機構實施辦法」『中醫雜誌』第2期。

衛生部(2009)「衛生部關於調整和制訂新型農村合作醫療報銷藥物目錄的意見(衛農衛發〔2009〕94號)」『國務院公報』2010年第13號。

衛生部基層衛生與婦幼保健司主編(2001)「關於城市組織巡回醫療隊下農村配合社會主義教育運動進行防病治病工作的報告」『農村衛生文件匯編(1951-2000)』。

衛生部(1990)「我國農村實現2000年人人享有衛生保健的計畫目標」『中國初級衛生保健』第4卷第10期。

衛生部「關於調整農村基層衛生組織問題的意見(草案)」1962年8月1日。

衛生部基層衛生与婦幼保健司編(2001)「衛生部關於全国赤脚医生工作會議的報告」『農村衛生文件匯編 (1951-2000)』。

衛生部基層衛生与婦幼保健司編(2001)「關於合理解決赤脚医生補助問題的報告」『農村衛生文件匯編 (1951-2000)』。

衛生部『国家基本藥物目錄 (2009 版)』(衛生部令第 69 号) 2009 年 8 月 17 日。

ホームページ

中華人民共和國国史網「從建国初期的衛生工作看中国共產党執政為民的宗旨体现」

http://www.hprc.org.cn/gsyj/yjjg/zggsyjh_1/gsnhlw_1/d11jgsxsnhlw/201411/t20141106_300725.html 2017 年 12 月 8 日。

臧超綱(2005)「医生“走穴”賺錢是与非」『半島晨報』<http://news.sina.com.cn/s/2005-06-09/01076118535s.shtml> 2017 年 9 月 20 日。

丁香園(2013)『2012-2013 年度中国医生薪酬情況調查報告』

<http://vote.dxy.cn/report/dxy/id/64391> 2017 年 10 月 10 日。

中国新聞網(2013)「医務人員生存環境堪憂:78%医生不希望子女從医」

<http://www.chinanews.com/gn/2013/10-26/5428330.shtml> 2017 年 10 月 10 日

「専門医による問診」(2014)『中国の医療機器市場調査』日本貿易振興機構

<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2014/07001795.htm> 2017 年 10 月 6 日。

中央政府(2012)「衛生部發布 2012 年版《国家基本藥物目錄》」

http://www.gov.cn/gzdt/2013-03/15/content_2355145.htm 2017 年 10 月 5 日。

医学教育網 (2016)「全国 2014 年執業助理醫師考試通過率」

<http://www.med66.com/yishizigeakaoshi/chengji/wy1602016637.shtml> 2017 年 10 月 5 日。

余靖靜(2015)「這些医生為何選擇了“逃離”」

http://news.xinhuanet.com/mrdx/2015-07/06/c_134384711.htm 2017 年 10 月 5 日。

OECD「Health Care Resources」

<http://stats.oecd.org/> 2017 年 10 月 10 日。

OECD「Health Statistics」

<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2018 年 1 月 7 日。

「総薬代」『中国医薬事情 2014』社会情報サービス。

file:///C:/Users/gikyoun/Downloads/china_medical_report_2014.pdf 2017 年 10 月 6 日。

邢贊勛(2012)「過度医療危害大 應該急剎車」中国人力資源と社会保障部

http://www.mohrss.gov.cn/ltxgbj/LTXGBJlaoyousuole/201207/t20120720_84484.html 2017 年 10 月 10 日。

汪昌雲(2015)「撥改貸」國際貨幣網

<http://www.imi.org.cn/viewpoint/14186> 2018 年 1 月 3 日。

健康保險組合連合会(2017)「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」

http://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa28_01_kaigai.pdf 2018年1月7日。

金明中(2015)「日韓比較(12):医療保険制度-その5 混合診療—なぜ韓国は混合診療を導入したのか、日本へのインプリケーションは?—」『基礎研レポート』ニッセイ基礎研究所

<http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=51844?site=nli> 2018年1月7日。

「プライマリー・ケア」(日本プライマリー・ケア連合学会)

<http://www.primary-care.or.jp/public/> 2017年12月26日。

新民市政府「新民簡介」

<http://www.xinmin.gov.cn/system/2013/11/07/010086455.shtml> 2017年8月16日。

JETRO(2014)『中国の医療機器市場調査(具体的事例など)』

<https://www.jetro.go.jp/world/reports/2014/07001795.htm> 2017年10月6日。

「医療保険制度、都市と農村を統合—政府、経済体制改革の重点として指摘」労働政策研究・研修機構

http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2013_7/china_04.html 2018年1月7日。

付録資料 1

新型農村合作医療制度に関するアンケート調査

新型農村合作医療制度に関する研究を行うため、アンケート調査を実施します。取得したデータは、学術研究目的以外には使用しません。本調査へのご理解とご協力に深く感謝申し上げます。

調査者：魏 強

日本山口大学大学院東アジア研究科博士後期課程

1. 性別： ①男 ②女
2. 年齢： ()
3. 学歴： ①小学校 ②中学校 ③高校 ④大学 ⑤修士以上
4. 家族人口数： ()
5. 新型農村合作医療制度に加入していますか。
①加入している ②加入していない
6. 新型農村合作医療制度に関する規則を知っていますか。
①良く知っている ②大体知っている ③あまり知らない ④知らない
- 6.1 設問6に対して①或は②を選ぶ場合、何で知りましたか。
①マスメディア（新聞・テレビなど）
②医療機関の宣伝（村衛生室・郷鎮衛生院など）
③郷鎮・村の宣伝
④友達・親戚の紹介
⑤その他()
7. 新型農村合作医療制度に関する規則について、関心を持っていることは何ですか。（複数選択可）
①医療費の給付率 ②保険料の個人納付金額 ③一人当たり調達金額
④各級財政補助金額
8. 給付開始基準額の設定はどうですか。
①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
9. 個人納付金の納付期限の設定はどうですか。
①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
10. 外来給付率に関する規則はどうですか。
①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
11. 入院給付率に関する規則はどうですか。
①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
12. 域外給付手続きに関する規則はどうですか。
①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない

13. 各級政府財政補助金額はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
14. 軽症の場合、どんなレベル医療機関を選択しますか。
 ①村級医療機関 ②郷鎮級医療機関 ③県級医療機関 ④市・省級医療機関
 ⑤薬局で薬を買って自宅療養
15. 重症の場合、どんなレベル医療機関を選択しますか。
 ①村級医療機関 ②郷鎮級医療機関 ③県級医療機関 ④市・省級医療機関
 ⑤薬局で薬を買って自宅療養
16. 新型農村合作医療制度の指定医療機関について、関心を持っていることは何ですか。
 (複数選択可)
 ①医者技術 ②医療施設 ③医者態度 ④医療費負担
17. 県級医療機関における医者技術はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
18. 県級医療機関における医療施設はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
19. 県級医療機関における医者態度はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
20. 県級医療機関における医薬費負担はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
21. 郷鎮級医療機関における医者技術はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
22. 郷鎮級医療機関における医療施設はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
23. 郷鎮級医療機関における医者態度はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
24. 郷鎮級医療機関における医薬費負担はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
25. 村級医療機関における医者技術はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
26. 村級医療機関における医療施設はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
27. 村級医療機関における医者態度はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない
28. 村級医療機関における医薬費負担はどうか。
 ①満足 ②普通 ③不満足 ④わからない

付録資料 2

关于新型农村合作医疗制度的问卷调查

为了进行关于新型农村合作医疗制度的研究，实施了本次问卷调查。本次调查所取得的数据，只限学术使用。对于您的合作深表感谢。

调查人：魏 强

日本山口大学研究生院东亚研究科博士课程

1. 性别： ①男 ②女
2. 年龄： ()
3. 学历： ①小学 ②中学 ③高中 ④大学 ⑤研究生以上
4. 家庭人口数： ()
5. 您参加新型农村合作医疗了吗？
①参加了 ②没参加
6. 您了解新型农村合作医疗的政策吗？
①非常了解 ②大体了解 ③不太了解 ④不了解
- 6.1 对于设问6，选择①或②的情况，您是通过什么途径了解的？
①媒体（报纸・电视等）
②医疗机构的宣传（村卫生室・乡镇卫生院など）
③乡镇・村の宣传
④朋友・亲戚的介绍
⑤其他()
7. 关于新型农村合作医疗的政策，您关心的是什么？（多选可以）
①医疗费报销比例 ②保险费的个人缴费金额 ③平均每人筹资金额
④各级财政补助金额
8. 您对起付线的设置满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
9. 您对个人缴费的期限设置满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
10. 您对门诊报销比例的政策满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
11. 您对住院报销比例的政策满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
12. 您对外地医疗费报销手续的政策满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
13. 您对各级政府财政补助的金额满意吗？
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道

14. 小病的情况,您选择什么等级的医疗机构治疗?
①村级医疗机构 ②乡镇级医疗机构 ③县级医疗机构 ④市·省级医疗机构
⑤药店买药,在家疗养
15. 大病的情况,您选择什么等级的医疗机构治疗?
①村级医疗机构 ②乡镇级医疗机构 ③县级医疗机构 ④市·省级医疗机构
⑤药店买药,在家疗养
16. 关于新型农村合作医疗的定点医疗机构,您关心的是什么?(多选可以)
①医生技术 ②医疗设施 ③医生态度 ④医疗费负担
17. 您对县级医疗机构的医生技术满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
18. 您对县级医疗机构的医疗设施满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
19. 您对县级医疗机构的医生态度满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
20. 您对县级医疗机构的医疗费负担满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
21. 您对乡镇级医疗机构的医生技术满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
22. 您对乡镇级医疗机构的医疗设施满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
23. 您对乡镇级医疗机构的医生态度满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
24. 您对乡镇级医疗机构的医疗费负担满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
25. 您对村级医疗机构的医生技术满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
26. 您对村级医疗机构的医疗设施满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
27. 您对村级医疗机构的医生态度满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道
28. 您对村级医疗机构的医疗费负担满意吗?
①满意 ②一般 ③不满意 ④不知道

謝辞

博士論文を完成して、ここに学内外の多くの方に学術上のご指導ご協力を賜りましたことを深く感謝し、心から御礼申し上げます。

私の主指導教授植村高久先生に言葉では言い尽くせない感謝の意を表したいと思えます。ほぼ三年前、新たな研究テーマに変更し、最も重要な人生の節目となる時期、私を引き受けてくださいました。研究科科长でもあり、学生の授業もあって、非常にお忙しい中ご指導いただき、夜遅くなることもたびたびあり、休日も返上してご指導いただいたこともあります。学術上の学問、研究テーマに対しても熱心で木目細かくご指導下さり、沢山の資料もコピーしていただきました。先生のご指導激励の下で学術の道を開くことができましたことを厚く御礼申し上げます。

副指導教授塚田広人先生、副指導教授濱島清史先生には学術上のご指導をいただき、学位論文のご指導と大事な要点をご指摘いただきました。両先生に心から感謝し、御礼申し上げます。

丁寧で詳しく投稿論文をご添削いただきました山口大学の藤原貞雄名誉教授、浜松医科大学の佐藤清昭名誉教授、山口地域社会学会での発表で応援をいただきました山口大学の朝水宗彦教授、学位論文に必要とする資料をいただき、論文投稿のご相談に乗っていただきました山口大学の袁麗暉先生、研究上でご支援をいただきました山口大学の石龍潭教授に厚く御礼申し上げます。

学会発表、研究活動のご支援をいただいた広島市立大学准教授飯島典子先生、投稿活動でご支援をいただきました西南学院大学の小川雄平名誉教授、西南学院大学の西田顕生教授、広島大学の伊藤敏安教授、研究活動に応援してくださった日本大学松重充浩教授、広島市立大学の大庭千恵子教授、各先生方に深く感謝申し上げます。ありがとうございました。

現地調査は研究上重要な論拠となるもので各方面でご協力を得たことは誠に幸運でありました。

遼寧省、瀋陽市及び新民市の衛生行政主管部門、瀋陽市と新民市档案馆のご協力、遼寧大学教授よりの研究資料の提供、中国医科大学付属盛京病院の先生方のご協力に対し深く感謝申し上げます。実態調査に多大なご協力をいただいた郷村医者(元はだしの医者)の各氏、現地農民の方々に心から感謝を申し上げます。

山口大学東アジア研究科坂尾妙子係長ほか、職員の皆様には大変お世話様になりましたことを厚く御礼申し上げます。日本語の手解きを受けた広瀬元彦先生に感謝申し上げます。留學生活、研究活動上で、応援いただいた鶴野様に深く感謝申し上げます。最後に、蔭ながら家族の支えがあったことに感謝の意を表したいと思えます。