

中国における農業改革前の協同医療制度

川 副 延 生

要 旨

農業改革前の協同医療制度に関して既に研究されているいくつかの事項について、呼和浩特市郊外区の人民公社のデータを主に利用して再検討した。

キーワード

協同医療制度、農村医療保健、人民公社、中国、乳児死亡率

1 農業改革前の協同医療制度の概要

1942年から45年にかけて、共産党指導のもとで、陝西、甘肅、寧夏地区で各種の生産の協同組織（中国語では「合作社」）が誕生したが、その1つに衛生協同組織（「衛生合作社」）があった。これは都市における協同組織であり、民間で組織した医療機関であって政府が物資の助成を行っていた。46年時には41の衛生協同組織が存在した¹⁾。

1950年前後に、農村での無医無薬の問題を解決するために、東北地区の各省では協同的性格の衛生組織を成立させた。52年には東北地区の農村区の1290か所の衛生所のうち、協同組織が運営する衛生所が85か所、民衆が共同で出資して運営する衛生所が225か所あり、両者合計で全区の衛生所に占める割合は17%であった。但し、これらの組織は協同的性格を持った医療保健機関であり、保険という性格を持った医療保健制度ではなかった²⁾。

1955年に、河北、山西、河南等の各省の農村で、農業生産協同組織が運営する保健室（「保健駅」）が出現し、料金支払いによる医療を行った。また農業生産協同組織の組織員から保健費を集める方法を取り入れて保健医療制度を実施したのは、55年に山西省高平県米山郷連合保健室が最初であった。保健費は支払い任意の原則のもとで集められた。そこでは郷政府の指導下で協同組織と農民と医者が共同で出

資して保健室を開設した。しかしまだ協同組織が協同医療制度を実施しているわけではなかった³⁾。

農業生産協同組織による協同医療制度（「合作医療」）を初めて実施したのは、1956年に河南省の原王店団結農場であった。そこでは組織員から保健費を集める一方で、協同組織の公益金から一定額を拠出するという方法を採用した⁴⁾。

1958年には全国で農村の人民公社化が進められ、農村では各種の共産主義的制度が採り入れられたが、保健医療分野でも全額無料医療（「全民免費医療」）制度が採り入れられた。しかし農業生産の崩壊のために、この制度は長続きしなかった⁵⁾。

1959年に衛生省は、人民公社の保健医療制度を推進する提案を発表した。その要点は次の3点である⁶⁾。

- 1) 社員は毎年一定の保健費を支払う。
- 2) 診療時には初診料と薬代だけを支払う。
- 3) 公社、大隊の公益金から一部分を拠出する。

60年に共産党は、前年に衛生省が発表した提案を支持することを表明し、各地に衛生省の提案を執行することを要求した。しかし大躍進運動と農村人民公社化運動による経済的疲弊のために、保健医療制度の普及はゆっくり進むだけであった⁷⁾。それでも65年までに、全国で十数の省・自治区・直轄市で、農村協同医療制度を実施している県が存在した⁸⁾。

1965年6月26日に毛沢東は、医療衛生事業の重点

を農村に置く（「把医療衛生工作的重点放到農村去」）という指示を公表した。この指示ののち医療・衛生関連部門では、農村での医療衛生事業の重視傾向が強まった⁹⁾。

1968年に人民日報が、湖北省長陽県楽園公社で実行されている農村協同医療制度の報告を報道したあとで、四人組は行政命令により、全国の農村に協同医療制度の普及を推進することを強制した。この命令は、

- 1) 農村の経済条件
- 2) 農村民衆の意思
- 3) 協同医療制度がまだ実験段階であること

を顧みないでなされたものであり、また一方で、協同医療制度を実施する人民公社・生産大隊数と医療費の償還率の大きさを追求していて、協同医療制度を実施するための準備が不十分であった農村に強制的に命令を発令したために、結局、協同医療制度は一時的に興隆したがすぐに退散を余儀なくされ、協同医療制度の信用と名誉をも失墜させた¹⁰⁾。

協同医療制度は文化大革命より前から存在していたにもかかわらず、協同医療制度を文化大革命により生じた新しい事物であるとして強制的に普及が計られ、実行するかしないかを毛主席の革命路線を執行するかしないかという問題に結びつけられた。このために全国的に一齐に普及したが、成立した制度は形式主義的な傾向があり、多くの地区の協同医療制度は実行されたかと思うとすぐに停止し、安定的ではなかった¹¹⁾。

協同医療制度の医療面における中核を担ったのは、裸足の医者（「赤脚医生」）であった。協同医療制度の事業が発展するにつれて、各地の衛生部門は基礎衛生医療を担う人員を養成することに力をいれた。政治的・思想的に良好で、労働と人民への奉仕に情熱を持っている青少年を生産大隊や生産隊から選び、人民公社の協同組織管理委員会（「合作管理委員会」）の批准を受けて養成を進めた¹²⁾。一般的には、短期的に初期訓練を行い、その後に生産隊等で医療に従事し、しばらくして再度訓練を受けるといった養成方式であった。初期訓練期間は、衛生員と助産員は1～2か月、裸足の医者は6～12か月であり、その後

に毎年2～3回の技術向上のための訓練を受けた¹³⁾。1968年以降、70年代の中期までの期間に、協同医療制度の普及と併行して、医療面の主要な実施者である裸足の医者が短期的な訓練を受けてまたは受けないうまま、短期間のうちに全国に誕生した¹⁴⁾。

1979年に衛生部等は農村協同医療制度規定（「農村合作医療章程」）を發布し、協同医療制度における形式主義的な傾向を修正しようとした¹⁵⁾。また80年に衛生部は、85年までに全国約2300県の三分の一の県について農村衛生事業を整頓・強化する計画を発表した¹⁶⁾。この計画にしたがって82年までに約300県の農村衛生事業の整頓・強化が完成した。しかし諸条件の変化によりその後の計画は進まなかった¹⁷⁾。

2 生産大隊の平均人口と危険プールの小ささ

人民公社の独立採算単位（「基本核算単位」）は、1961年までは生産大隊であったが、61年末から生産隊に土地以外のすべての所有権・経営管理権をもたせ、生産隊を独立した経済採算単位とすることが試験的に実施され、62年からは人民公社の根本制度として生産隊の所有権を基本とすることが確定した¹⁸⁾。したがって農村人民公社の集団経済の大部分が、生産隊を独立採算単位としていた¹⁹⁾。

表1は人民公社の発展状況を表している。1975年から81年の間の人民公社は緩やかな発展状況にあり、1大隊内の平均人口は1150人前後と安定している。また大隊内の生産隊数の上昇と生産隊内の平均人口の減少が併行して、独立採算単位である生産隊の規模が小さくなる傾向が見られる。

表2は呼和浩特市郊外区の人民公社の発展状況を表している。呼和浩特市郊外区の場合も1大隊内の平均人口は930人前後とほぼ安定している。また生産隊の規模についても、表1の全国での場合と同様の傾向が見られる。

協同医療制度は主に生産大隊ごとに設立され、生産大隊を独立採算単位としていた。上記のように平均人口がほぼ1000人前後である大隊単位では、医療

表1 人民公社の発展状況（全国）

	人民公社数 (社)	生産大隊数 (万隊)	生産隊数 (万隊)	入社戸数 (万戸)	入社人口 (万人)	1公社平均 大隊数(隊)	1大隊平均 生産隊数(隊)	1生産隊平均 人口(人)
58年	23,630	—	—	12,861	56,017	—	—	—
65年	74,755	64.8	541.2	13,527	59,122	8.7	8.3	109
75年	52,615	67.7	482.6	16,448	77,712	12.9	7.1	161
79年	53,348	69.9	515.4	17,491	80,739	13.1	7.4	157
81年	54,368	71.8	600.4	18,016	81,881	13.2	8.4	136

(出典：[2] p. 162)

表2 人民公社の発展状況（呼和浩特市郊外区）

	人民 公社数 (社)	生産 大隊数 (隊)	独立採算 生産大隊数 (隊) [%]	生産隊数 (隊)	独立採算 生産隊数 (隊) [%]	入社戸数 (戸)	入社人口 (人)	1公社平均 大隊数 (隊)	1大隊平均 生産隊数 (隊)	1生産隊 平均人口 (人)
74年	14	227	48[21]	831	798[96]	56,478	208,870	16.2	3.7	251
76年	14	233	55[24]	820	785[96]	56,906	214,964	16.6	3.5	262
77年	14	233	56[24]	816	781[96]	61,616	217,079	16.6	3.5	266
78年	14	233	59[25]	796	749[94]	58,312	219,382	16.6	3.4	276
81年	15	235	43[18]	904	875[97]	58,966	218,628	15.7	3.8	242
82年	15	235	—	922	—	60,176	222,575	15.7	3.9	241
83年	15	238	—	947	—	61,386	223,872	15.9	4.0	236

(出典：[8] [9]²⁰⁾)

費支出の危険プールの大きさが小さすぎて財政的問題の原因の1つとなり、制度的な欠陥であったという指摘がなされている²¹⁾。

3 公益金の徴集方法の変化と協同医療制度の財政的逼迫

生産隊では総収入から生産費、税金、公益金等が差し引かれ、その残りが生産隊の隊員に分配された。公益金は生産隊の公共目的に使われる資金であり、協同医療事業、その他福祉事業に使われた。公益金は平均して総収入の約2%を占めていた²²⁾。一方で、1978年以降、各種の形態の生産責任制が採用され始め、特に生産量に連動させた生産責任制が広く採用され始めた²³⁾。生産責任制は人民公社の分配方法を変え、以前のように生産隊員に収入を分配する前に差し引くという方法で徴集していた公益金は、徴集方法を変更することを余儀なくされた。

表3は、呼和浩特市郊外区の全ての人民公社の公社単位の公益金の金額を表している。総収入に占め

る公益金の比率は70年代を通じてほぼ2%未満である。これは人民公社単位で集計した数値であり、生産隊単位での数値ではないが、生産隊単位でもほぼ同様の値であることが予想される。特徴的なのは、70年代後半から公益金それ自体、および総収入に占める公益金の比率の両方が減少している人民公社が多いことである。公益金は協同医療制度の主要な資金源であるから、このことは呼和浩特市郊外区で実施されていた協同医療制度が財政的に逼迫したと考えられる。また公益金の減少が生産責任制という制度と結びついているために、呼和浩特市郊外区の人民公社で生じたことが全国の人民公社でも生じたことが予想できる。

4 協同医療制度実施の生産大隊数と裸足の医者

表4と表5は、全国および呼和浩特市郊外区の協同医療制度を実施していた生産大隊数を表している。また表6と表7は、全国および呼和浩特市郊外区の

表3 人民公社の公益金（呼和浩特市郊区）

公益金（単位 万元）							
公社名	保合少	榆林	小黒河	八拜	毫沁营	羅家营	西菜园
74年	1.38	3.69	2.25	3.06	3.07	3.14	7.71
77年	1.97	5.25	2.48	6.52	5.54	3.56	11.69
78年	0.76	1.84	1.53	2.43	5.49	2.39	13.13
81年	0.81	0.14	1.37	0.24	3.31	—	14.25
82年	0.23	—	1.07	1.66	—	—	16.66
83年	2.00	—	—	—	—	—	24.00
公社名	太平庄	小井	悠悠板	巧報	西把柵	桃花	黄合少
74年	8.18	1.22	3.08	8.16	3.05	4.16	3.23
77年	9.71	1.03	7.34	11.62	4.52	5.23	5.21
78年	6.49	0.50	6.15	10.32	4.49	2.81	2.02
81年	16.65	0.62	6.00	11.52	4.58	0.49	0.06
82年	0.45	0.39	0.26	14.78	5.72	0.05	0.07
83年	16.00	3.00	—	—	27.00	—	—
総収入（単位 万元）							
公社名	保合少	榆林	小黒河	八拜	毫沁营	羅家营	西菜园
74年	94.00	253.00	152.00	270.00	272.00	161.00	514.00
77年	113.64	320.38	192.61	345.64	331.01	201.53	625.33
78年	84.61	253.30	134.69	256.51	322.84	167.70	760.15
81年	87.49	116.85	119.67	126.18	315.14	141.49	979.35
82年	89.63	353.43	155.21	170.48	326.11	132.53	1259.33
83年	177.00	469.00	209.00	244.00	617.00	295.00	1989.00
公社名	太平庄	小井	悠悠板	巧報	西把柵	桃花	黄合少
74年	430.00	57.50	219.00	491.00	259.00	373.00	244.00
77年	464.18	53.34	286.95	627.68	364.90	377.14	296.39
78年	410.58	40.40	293.64	693.99	342.45	291.78	215.33
81年	342.43	44.10	332.69	936.02	353.24	239.00	167.49
82年	383.36	41.27	339.28	1118.45	420.53	304.34	267.03
83年	818.00	67.00	472.00	1378.00	892.00	573.00	574.00
公益金／総収入×100（単位 %）							
公社名	保合少	榆林	小黒河	八拜	毫沁营	羅家营	西菜园
74年	1.47	1.46	1.48	1.13	1.13	1.95	1.50
77年	1.73	1.64	1.29	1.89	1.67	1.77	1.87
78年	0.90	0.73	1.14	0.95	1.70	1.43	1.73
81年	0.93	0.12	1.14	0.19	1.05	—	1.46
82年	0.26	—	0.69	0.97	—	—	1.32
83年	1.13	—	—	—	—	—	1.21
公社名	太平庄	小井	悠悠板	巧報	西把柵	桃花	黄合少
74年	1.90	0.21	1.41	1.66	1.18	1.12	1.32
77年	2.09	1.93	2.56	1.85	1.24	1.39	1.76
78年	1.58	1.24	2.09	1.49	1.31	0.96	0.94
81年	4.86	1.41	1.80	1.23	1.30	0.21	0.04
82年	0.12	0.94	0.08	1.32	1.36	0.02	0.03
83年	1.96	4.48	—	—	3.03	—	—

（出典：[8] [9]²⁴⁾）

表4 協同医療制度実施の生産大隊数(全国)

	生産大隊数 (万隊)	協同医療制度 実施生産大隊数(万隊)[%]
76年	67.78	62.97[92.9]
78年	68.60	56.25[82.0]
80年	70.29	48.36[68.8]
82年	71.77	37.89[52.8]
84年	71.53	5.41[7.6]

(出典：[12] p. 1113)

表5 協同医療制度実施の生産大隊数(呼和浩特市郊外区)

	生産大隊数 (隊)	協同医療制度 実施生産大隊数(隊)[%]
74年	227	42[18.5]
76年	233	231[99.1]
78年	233	207[88.8]
80年	233	169[72.5]
82年	235	77[33.4]
84年	235	—

(出典：[8][9]²⁴⁾)

表6 裸足の医者数(全国)

	裸足の医者(万人) 合計[男性][女性]
70年	122
75年	156[106][50]
80年	146[97][49]
82年	135[94][41]
84年	125[89][36]

(出典：[3] p. 81, [10]²⁵⁾)

表7 裸足の医者数(呼和浩特市郊外区)

	裸足の医者(万人) 合計[男性][女性]
74年	362[274][88]
76年	626[405][221]
77年	627[396][231]
78年	505[372][133]
81年	410[265][145]
82年	—

(出典：[8][9]²⁴⁾)

裸足の医者数を表わしている。表5に示されているように、呼和浩特市郊外区の人民公社では、協同医療制度の普及時期が普及の行政命令があったにもか

かわらずに遅かったことがわかる。一方で、全国的には70年代末から80年代にかけて、協同医療制度を実施していた生産大隊数は急速に減少した。

協同医療制度を実施していた生産大隊数の傾向と同様に、裸足の医者数についても70年代末から80年代にかけて減少が大きいことが表6と表7から分かる²⁵⁾。

5 医療費の償還率

生産隊員は最初に生産大隊の衛生所で治療を受けたが、必要な場合には上位の医療機関である人民公社の衛生院または県病院で治療を受けた。生産隊員は衛生院と県病院の医療費を自費で支払わなければならないが、その費用の一部は生産大隊の協同医療制度から償還を受けることができた。償還率は生産大隊によって、40～100%の間で異なっていた²⁶⁾。表8は1976年の時点で、呼和浩特市郊外区の人民公社で協同医療制度を実施していた231生産大隊について、その償還率を表している。生産大隊間で償還率に開きがあったことが分かる。

表8 生産大隊での協同医療制度による償還率
(呼和浩特市郊外区1976年)

償還率	大隊数(隊)
30%未満	0
30%	79
50%	80
70%	31
90%	15
100%	26
協同医療制度実施の 生産大隊数	231

(出典：[8] 76年版, p. 85)

6 農村における乳児死亡率

1952年の全国の乳児死亡率は1000人あたり250人であったが²⁷⁾、30年間でその数値は大幅に改善された。表9を見ると、都市だけでなく農村部でもその改善は大きい、それでも都市と農村との格差、お

よび農村間での格差が依然として大きいことが分かる。

表9 農村の乳児死亡率（1982年）
（出生1000人あたりの人数）

全国	34.7
都市	21.5
農村全体	50.1
農村1	36.1
農村2	41.0
農村3	55.7
農村4	124.9

農村は1987年の経済と社会サービスの発展水準に応じて4グループに分類されている。農村1：より豊か。（全国の県のうち）21.9%
農村2：豊か。31.9%
農村3：貧しい。26.3%
農村4：非常に貧しい。9.9%
（出典：[14] p. 1052）

7 まとめ

- 1) 生産隊が人民公社の所有制の基本単位となっていたにもかかわらず、必ずしもそれが徹底していたわけではなかった。
- 2) 生産隊の平均人口は変化があったが、生産大隊の平均人口は比較的变化がなかったと考えられる。それでも生産大隊単位で協同医療制度を実施するには、危険プールの観点から十分な人数ではなかった。
- 3) 人民公社の公益金が70年代後半から減少した。このことは生産大隊の公益金も同様に減少したと考えられる。協同医療制度の主要な資金源であった生産大隊の公益金の減少は、協同医療制度に打撃を与えたと考えられる。
- 4) 協同医療制度の普及は、1976年前後がピークだと考えられる。しかし74年時点でまだ広く普及していない人民公社もあり、68年以降全国的に一斉に普及したという主張には疑問がある。
- 5) 上位の医療機関での医療費についての協同医療制度による償還率は、ほぼ40～100%であったと考えられる。
- 6) 建国後30年間で、都市および農村を含めて全国

的に乳児死亡率は改善した。これは全般的に健康水準の改善を象徴していると考えられる。しかし1982年の時点で、農村の乳児死亡率の数値は都市の数値の2.5倍あり、また農村の間でもその数値の格差は小さいものではなかった。

注

- 1) [1] p. 21, [2] p. 20.
- 2) [1] p. 21.
- 3) [1] p. 21–22.
- 4) [1] p. 22.
- 5) [1] p. 22.
- 6) [1] p. 23.
- 7) [1] p. 23.
- 8) [3] p. 95.
- 9) [1] p. 23, [4] p. 17–19.
- 10) [3] p. 95.
- 11) [1] p. 23, [4] p. 19.
- 12) [4] p. 17.
- 13) [3] p. 86, [4] p. 18. この訓練方式は毛沢東が1965年に表明した6.26指示の影響が大きい。
- 14) [4] p. 20.
- 15) [5] p. 66, [6] p. 137.
- 16) [6] p. 168.
- 17) [3] p. 88.
- 18) [7] p. 83.
- 19) [2] p. 168.
表2に記載されているように、一部の地域では生産大隊が独立採算単位となっていた場合が70年末まで相当数あり、農村人民公社の大部分が生産隊を独立採算単位としていたということは、必ずしも70年代全般にわたってあてはまるとは限らないことが示唆される。
- 20) [8]：74年版 p. 7, 76年版 p. 5, 77年版 p. 7, 78年版 p. 6.
[9]：81年版 p. 14, 82年版 p. 14, 83年版 p. 8.
- 21) [11] p. 1088.
- 22) [2] p. 169–170.
- 23) [2] p. 164.
- 24) [8]：74年版 p. 93–94, 77年版 p. 52–53, 78年版 p. 43–45.
[9]：81年版 p. 41–43, 82年版 p. 45–47, 83年版 p. 41–43.
78年までは人民公社数は14であったが、81年以降は15になっている。表3では増えた人民公社のデータを省略した。
- 25) [13] p. 1412.
1966年から1978年までの10年間に全国で200万人以上の裸足の医者が訓練を受けている。
- 26) [14] p. 933.

27) [15] p. 1047.

参考文献

- [1] 張自寛『対合作医療早期歴史情况的回顧』中国衛生經濟, 11卷6期, 1992年
- [2] 日中經濟専門家共同編集『現代中国經濟事典』東洋經濟新報社, 1982年
- [3] 錢信忠『中国衛生事業發展与決策』中国医藥科技出版社, 1992年
- [4] 温益群他編著『從赤脚医生到鄉村医生』雲南人民出版社, 2002年
- [5] 当代中国叢書編輯委员会編『当代中国的衛生事業』中国社会科学出版社, 1986年
- [6] 中華人民共和国衛生部弁公庁編『中華人民共和国衛生法規彙編』法律出版社, 1982年
- [7] 佐藤慎一郎『人民公社の組織構造』アジア經濟研究所, 1964年
- [8] 呼和浩特市郊区計画委員会編『呼和浩特市郊区、国民經濟統計資料彙編』1974年版, 1976年版, 1977年版, 1978年版
- [9] 呼和浩特市郊区統計局編『呼和浩特市郊区、国民經濟統計資料彙編』1981年版, 1982年版, 1983年版
- [10] 国家統計局編『中国統計年鑑』中国統計出版社
- [11] Liu Y. et al. “Transformation of China’s Rural Health Care Financing,” *Social Science and Medicine*, vol. 41, no. 8, 1995
- [12] Feng X. et al. “Cooperative Medical Schemes in Contemporary Rural China,” *Social Science and Medicine*, vol. 41, no. 8, 1995
- [13] Chen P. and Tuan C. “Primary Health Care in Rural China,” *Social Science and Medicine*, vol. 17, no. 19, 1983
- [14] Hsiao W. “Transformation of Health Care in China,” *The New England Journal of Medicine*, No. 310, 1984
- [15] Hsiao W. “The Chinese Health Care System,” *Social Science and Medicine*, vol. 41, no. 8, 1995