

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—

魏 强¹

要旨

本稿は、中国農村医療保障制度の改善、持続可能な医療制度の構築を目的とし、新・旧農村合作医療制度を比較し論じるものである。筆者は文献を研究した上で、現地調査を通じて医療保障対象、世帯単位、収入無差別の保険納付金、高加入率などを共通点とし、特に新・旧制度の形成要因、基金運営構造、管理及び医療保障の提供機関、医療サービスへの提供者を相違点として考察し、満足度調査の比較、新・旧制度の得失を分析する。両制度の根本的な相違点は政府財政補助金の有無である。政府の財政補助、国家の責任を主とすることが農村医療保障制度の持続発展の基礎であると強調した。

キーワード：新・旧農村合作医療制度の比較研究、農村合作医療制度、農村社会保障、農村福祉

I. はじめに

中国は農業大国である。農村・農業・農民のいわゆる「三農問題」が注目されており、農民の社会保障問題、特に医療保障制度の構築が課題である。中国農村地域では、50年代中期より農村合作医療制度(以下：旧制度)を行っていたが、2003年から新型農村合作医療制度(以下：新制度)を実施している。

旧制度が今日の制度の基礎となっている。現在の村衛生室及び郷村医者(赤脚医者)は旧制度時代の合作医療において、専門的な医学教育は受けていないが、必要最低限な医療知識を有した「赤脚医者²⁾」を前身としており、同時代の県、郷鎮、村という農村三級医療保障システムは現在の新制度の下で、再構築して運営されている。現代的な医療が普及する前は医師免許を持たずとも、薬草などの知識を持ち、民間療法を主とする治療師が医療に当たっていた

のは他の国でも多く見かけられるが、本論でも述べるように中国の場合、毛沢東による政治的動員によって前述の「赤脚医者」が大量に育てられて医療サービスを担い、それが旧制度となった点がユニークである。換言すれば現代史において医療が密接に政治と連動しているのである。医療サービスの提供、医療設備、医者制度、医療給付などを比較的考察し、両制度のメリット、デメリットをそれぞれ明らかに究明することで本論が今後の農村医療保障制度の改善に対し、持続可能な医療制度の構築への参考となり、都市と農村の格差を縮小し、国家安定を促進できるとすれば、この考察には大きな研究意義があると考えられる。

医療制度が時代によって改革されるのは中国に限ったことではないが、中国の場合、人口移動を制限するために出来た、都市と農村という人為的な社会の二重構造が、医療制度

に大きく影響しているのが中国社会の特徴とも言える。

本稿は、新・旧制度の共通点、相違点はどのようなものであるかを明らかにし、比較研究の手法で特に相違点に焦点を絞って文献研究した上で特定地域の現地調査に依拠し、実態分析を中心として実証的に検証し、両者の比較を論じるものである。

筆者は、2015年8月31日から10月1日にかけて遼寧省新民市³の趙、銭、孫村の村衛生室（旧制度時期の元大隊合作医療所の前身）を訪問し、それぞれの村衛生室経営者兼郷村医者（元大隊合作医療所所長兼赤脚医者）の趙村の周氏（男性71歳）、銭村の呉氏（男性71歳）、孫村の王氏（男性75歳）との面接調査、座談会を通じて、新・旧制度の実態を明らかにすることができた。現地調査の対象となった銭村生産大隊は、1969年末大隊合作医療所を作っていた。趙村生産大隊および孫村生産大隊は1970年中期前後、それぞれ大隊合作医療所を設立し、旧制度を実施した。2005年6月より新民市では新制度が始まり、趙・銭・孫村は全て新制度に加盟した。面接調査、座談会等に懇切なご協力をいただいた関係者に冒頭に謝意を表しておきたい。なお個人情報保護のため、本稿では村名、人名を仮名としている。

II. 新・旧制度変遷の概要

1949年10月、建国後、1953年、農業合作化運動が始まった。この時期、山西省では高平県米山郷が聯合診療所を創立し、1955年5月1日、聯合診療所を土台として米山郷聯合保健所を公式に創建した。制度加入は強制ではなく自由とした。保健所の運営経費は、農民が納付する保健料、合作社からの公益金、医療収入であった⁴。保健所の創立は中国農村合作医療制度の嚆矢であると考えられる。農

村合作医療制度はなお幾多の曲折を経て、1964年に全国で合作医療制度を実施した行政村の比率はわずか30%にとどまった⁵。

農村の医療保障制度が整備されていないため、1965年6月26日、毛沢東は「把医療衛生工作的重点放到農村去（医療衛生工作を農村に重点を置いてしよう）」という1965年6月26日指示（以下：「六・二六指示」）を与えた⁶。「六・二六指示」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、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。

旧制度が実際に各地へ広く普及したのは文化大革命時期（1966—1976年）である。1968年12月5日毛沢東が自ら指示した下で『人民日報』の第1面のトップ記事に「貧農・下層中農に大歓迎される合作医療制度」の調査報告を掲載した。この「調査報告」に対して、毛沢東は「合作医療好（合作医療はよい）」という指示を与えた。この指示で全国に旧制度実施の幕が開いた。1976年までに全国農村の生産大隊が旧制度に加入した比率は90%に達した⁷。調査地域の遼寧省では、1971年まで全省1万2939生産大隊が旧制度を実施し、大隊総数の84.8%を占めた。1976年になると、全省旧制度に加入した生産大隊比率は98.9%に達した⁸。

1976年、文化大革命が終結したことで旧制度は政治的後ろ盾を失い、1978年、経済体制の改革が始まり、1985年、人民公社制度の全面的崩壊につれ、政府財政の支援が受けられない農業集団と個人の共同拠出する集団福祉制度である旧制度は有名無実となった。全国で旧制度を実施した行政村の比率は、1976年の90%から1985年の5.4%に急速に減少した⁹。遼寧省では、1978年、1979年にそれぞれ88.8%、70.9%に低下し、1983年には10.1%になった¹⁰。1985年、人民公社制度が全面的に崩壊し、富

裕な生産大隊以外、大隊合作医療所は相次いで撤廃され、大部分の大隊合作医療所は個人、または数人による請負の村衛生室になっていた¹¹。農民の医療費は基本的に全面的に自己負担となった。「看病難、看病貴」¹²、「因病返貧」¹³という社会問題が深刻化した。

90年代、医療改革について政府主導か市場主導かという「医療改革大議論」¹⁴が巻き起こった。結果、政府が医療保障の主な責任を持たなければならないという観点に相違はなく、21世紀に入ると農村医療保障システム再建の必要に迫られる。また、90年代末に至って中国の財政・経済力は改革開放前に比べ大幅に上昇し、農村に支援する物質条件も備えるようになった。それで、2003年には、政府財政を主な責任として、大病入院保障を原則とする新制度が構築された。農村合作医療制度は一般的に2003年前の旧制度と2003年後の新制度との二段階があると考えられる。

Ⅲ. 先行研究

1. 新・旧制度に関する比較研究

2003年、新制度が始まって以来、新制度の研究成果は豊富だが、新・旧制度を比較検証する論考は数多くはない。柴志凱・孫淑雲(2007)は、文献研究に依拠し、合作医療制度仕組みに焦点を絞って考察し、新・旧制度の背景、形成要因、基金所有者、制度設立者、制度運営者などの面を比較分析した上で、旧制度は集団医療保健福利であり、新制度は社会的な相互協力医療保障であることで、両制度の性格は全く違ったものと結論した¹⁵。徐曉亮(2008)は、保障対象、政府責任、保障機能、基金調達を比較分析し、新制度はメリットが多いが、都市部に生活している農民が新制度に組み込まれない点は、旧制度に比べて公平性に欠けるとも指摘した¹⁶。付林・陳会楚(2008)は、新制度の指定医療機関制度が農村

医療市場を独占する傾向があると指摘した。また、新制度は強制加入として実施すべきなどを提言した¹⁷。王紹光(2008)は、中国全体の旧制度の生成、発展、衰退の過程及び運営構造を考察し、その要因を分析した。また、両制度を比較し、①制度の指導側について、新制度は政府であり、旧制度は村組織である、②制度の医療基金の構成について、新制度は主に政府援助金であり、旧制度は農民個人及び村集団経済組織である、③疾病の保障について、新制度は大病入院であり、旧制度は軽い病気である、④基金調達の範囲に関しては、新制度は県単位であり、旧制度は村単位であると結論した¹⁸。劉雅静・張栄林(2010)は、新・旧制度を歴史的に考察し、両制度の発展背景、形成要因を論考し、新制度は宣伝が不十分、医療費が増加するようになったなどの問題点を指摘した¹⁹。孫淑雲(2011)は、新・旧制度の背景、基金調達主体、基金調達範囲、給付方式などを比較したうえで、新制度は保険的社会性、保険的福利性、公平性など社会保障的属性があると評価した²⁰。于長永・劉康・何劍于(2011)は、新・旧制度の歴史変遷の角度から、制度の起源・発展・衰退・再建・新発展の過程を考察し、旧制度は主に農民と農民との協力の体现で、集団経済組織を基盤とする保険制度であるが、新制度は基本的に政府と農民との協力の形で行っている点で、政府財政による社会保障制度であると結論付けた²¹。

2. 先行研究の限界

柴志凱等、王紹光、劉雅静、于長永等は、中国全体における両制度の変遷、内容、形成・発展・解体の要因を明らかにしたが、特定地域の実態調査の実施がなく、結論へ導いた論拠が乏しいのではないかと考える。また、徐曉亮は旧制度と比べて新制度のメリットを挙げたが、そのサービスを受ける側である農民

側の満足度などの調査を実施しておらず、この点からは必ずしも制度に対する評価が客観的とは言えない。

以上の先行研究は、新・旧制度の背景、仕組みなどを比較考察し、相違点、問題点を明らかにした。だが、以上のいずれの論考も、医療需要側である農民の実情がどうであったか、現地調査による実態分析が行われていない。筆者は、旧制度を推進あるいは体験した年配者を訪ね、現場では実際にどうであったのかを面接調査して、できるだけ新・旧制度の比較を実態的に捉える一助とした。本論は、以上の論考を踏まえて、現地調査を付加して、新・旧制度の共通点、特に相違点を中心として比較し考察する。

IV. 新・旧制度の共通点

1. 医療保障対象、世帯単位

旧制度は農村人民公社社員の健康を守り、農業生産を促進する目的として実施される。新制度は農村住民に対する医療保障制度である²²。つまり、両制度は制度設計上で農民に対する医療保障である。また、新・旧制度とも世帯を単位として保険料を納付加入する。

2. 収入無差別の保険納付金

新・旧制度ともに農民収入に応じて決まる保険料納付ではなく、毎年度納付額を確定し、一律に一人当たり定額で徴収する。各家庭の収入によらず、人数による同額の納付金を徴収するために、貧しい農家にとって富裕な農家より医療支出が年収入に占める割合が高くなる。個人納付金調達は不公平と言え、経済格差が拡大していくことになるだろう。

3. 原則自由加入、実質強制加入

新・旧制度とも原則として自由加入である。調査地域では、旧制度時代、農民個人拠出保

険料はほとんど年末配分から天引きされて納付されていた。また、旧制度は、毛沢東の権威による政治動員及び大衆運動を通して実施されたため、政治色が強く、実質的には強制加入であった。新制度は、調査地域では、毎年郷鎮政府が徴収会議を開き、その会議の指示で期限どおりに徴収を確実に果たすため、村幹部は自ら一軒一軒領収証を持って納付金を徴収に行く形で行っている。旧制度のような動員政治も残っており、新制度も実質強制加入である。

4. 政府宣伝・強力推進で発展急速、高加入率

1968年12月8日から1976年8月31日にかけて、『人民日報』がコラムを設け、連続107期で「農村医療衛生制度に関する検討」を掲載し、合作医療の優位性、合作医療発展の経験の交流を主題とし、8年間強力に宣伝を行った。調査地域では、1969年末、中国人民解放军202病院の医療隊の協力の下で、盧屯人民公社、梁山人民公社が一番早く旧制度を実施した。その後1970年5月中旬、中国人民解放军202病院の医療隊と瀋陽衛生学校の援助の下で、121人の「六・二六毛沢東思想宣伝隊」を組織し、二期「毛沢東思想講習会」を催した。19分隊に分かれて、21の人民公社、約300あまりの生産大隊に赴いて「六・二六指示」を宣伝した。同年6月3日までに新民県27の人民公社、363の生産大隊は全て合作医療所を設立し、半年未満でほぼ全員加入で旧制度実施を実現した²³。

新制度は、調査地域では、2005年6月、制度実施が始まり、毎年全国、省、市、県級政府が動員会議を行い、一層高い加入ノルマを与える。調査地域では、毎年、副県長、県衛生局局長、新型農村合作医療センター長、各郷鎮長、村長などの参加する会議で動員され、業績任務として指示される。制度実施が始ま

った最初の年度に、全ての郷鎮・村が制度に加入し、農民の加入率も88%に達した。2014年では95.65%に達した²⁴。

旧制度における高加入率は、政治動員により、政治任務として当時の大隊や村幹部の業績と緊密に結びついた深い関係があった。新制度においては、政治任務とはされていないが、各級幹部の業績とつながっている。制度上は加入自由であるが、各級政府の強力な奨励、各級幹部の積極的な動員で加入率が高くなっている。趙村の郷村医者「新制度の宣伝、政策の説明、チラシを撒くなどは、村幹部の仕事だが私も参与した。当初、たいへんであった」と話した。趙村長は、「ほぼ毎年11月ごろ、次年度の資金調達のため、動員会議が開かれ、ノルマを受けていた」といった。個人納付金の調達は県・郷鎮・村幹部の単に業務だけではなく、業績を上げるひとつの指標となった。

V. 新・旧制度の相違点

1. 新・旧制度の形成要因

建国後、国防を強固にするために工業、特に重工業が優先発展産業として位置づけられた²⁵。工業生産の確保のためには、都市の工場労働者に対する社会保障制度を優先的に構築する必要があった。1951年2月、建国以後初めて工場労働者を対象とした「労働保険条例」が実施された。同条例は国家が財源を負担する医療保険制度、養老年金制度を同時に規定した。また、1952年には、国家幹部・職員と在校大学生を対象とする「国家工作人員公費医療予防実施方法」に依拠する公費医療制度が開始されている。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²⁶。都市部では大多数の人々が「職場単位」で国家財源による医療保障を提供されるようになった²⁷。

一方、農村では、1950年代半ばから、農業生産は急速に集団化され、1958年、農村人民公社の成立に至った。農村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自力で賄う必要があった。医療保障についても農村部は国家医療保障体系の対象外で、自己の財源で運営する他なかった。1952年当時、調査地域では、人口47万8456人に対して、村診療所91箇所、医務人員が378人でしかなかった²⁸。また、西洋薬剤は非常に少なく、基本的に草薬を主とし、当時の赤脚医者が薬草から自ら製薬して治療に当たっていた。毛沢東の1965年の「六・二六指示」および1968年の「合作医療好（合作医療がよい）」という最高政治動員の指示の下、新民県において1969年11月、県衛生工作会議を開催した。保健・予防を主とし、自力更生を原則とし貧農・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、漢方薬を使用し、旧制度が実施された²⁹。つまり、旧制度は、医療人材、医薬品とも不足を解決するという目的のために、政治的扇動の下、大衆運動を通じて、医療というより保健・予防・防疫を主とした実現可能な最小限度の低レベル医療保障制度であった。だが、旧制度は農業集団経済、政治運動の産物であることで、経済的、政治的柱が倒れるにつれて、旧制度は崩壊することが必然となった。

1976年、文化大革命が終結し、1978年、経済体制の改革が始まり、1985年、人民公社制度が全面的に解体することで、旧制度は政治的後ろ盾を失い、経済基盤も崩壊し、弱体化した。農民は殆ど医療保障を受けられなくなった。医療費が高く、病気によって貧しくなり、病気にかかっても治療できないという悪循環に陥った深刻な社会問題が生じてきた。

2002年11月、中国共産党第十六期全国代表大会が、「全面建設小康社会（全面的にゆと

りがある社会を構築する)」を目標として掲げ、中国経済発展レベルに適応する社会保障システムを建設することを打ち出した。都市部に偏った予算、施設設備などを農村に移転する医療資源の再分配機能を果たすため、特に農村医療保障制度を改革しなければならないとの建議があった。2003年1月16日、国務院弁公庁が「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)」(以下「新農合医療制度意見(2003)」)を發布し、新制度が実施されたのである。

要するに、旧制度は、農村地域医者、薬剤とも不足の中、財政投入が殆どない条件下で農村集団経済を土台としていた。旧制度を行うかどうか、農民医療衛生保健を重視するかどうかの問題ではなく、もうすでに毛沢東に対する態度の問題であり、毛沢東革命路線を進めるかどうかの問題であるという政治的扇動の下で全国急速に発展した。これに対して、新制度は「看病難、看病貴」、「因病返貧」という問題を解決するため、財政投入を主として、中国特色ある市場経済の中、全面的にゆとりがある社会を構築する理論の下で形成され発展したのである。新制度は政府財政を基盤とし、市場経済発展に応じて旧制度より大幅な進歩であり、現代社会医療保障制度である。

2. 新・旧制度の基金運営構造

旧制度の基金調達には、調査地域の生産大隊においては、年一人当たり1元を公益金から調達し、農民は年一人当たり1元納付するという大隊と農民の二級、あるいは大隊、生産隊および農民の三級資金調達の形で成り立っていた。大隊、農民経済状況および例年の合作医療所の医薬収支状況により一人当たり調達金額が2元を下回るか上回るかは生産大隊が決めた³⁰。2015年9月20日の趙氏へのイン

タビューによると、趙氏が属していた合作医療所では、生産大隊、生産隊、農民個人の三者から資金を調達し、大隊の範囲で合作医療を実施していた。大隊と生産隊が公益金から引き出し、農民個人が年一人当たり約8角を出した。農民分はほとんど年末配分から天引きされて納付された。資金の管理運用も生産大隊の指導によった。合作医療資金は大隊経理が帳簿記入・保管し、生産大隊が統一的に管理した。

大隊集団経済が旧制度を維持しているが大隊集団経営が不振に陥った場合、合作医療所を運営することが難しくなる。最終的に生産大隊・生産隊の公益金からの支出は農民による集団農業の収入の一部分であることから、旧制度は農民が治療費薬代はただで医療を受けることではなく、実質的に全て農民による負担であるといえる。農業集団の公益金と農民の一律負担分が医療の原価となるが、農村の生産水準と所得水準が極めて低いために実施できる医療サービスが狭く限界があった。

また、旧制度の運営基金構造から考えると、旧制度は持続可能な発展は望めない。なぜならば、医療基金に限界があるからである。貧農・下層中農のために、わずかの受付費で薬代を無料にして診療した。このため、制度運営を維持する医療基金を使い果たす可能性が高かった。また、政治動員と集団経済体制によって維持されている旧制度は、政治運動の終結及び集団経済の弱体につれて主として医療基金を提供する生産大隊の公益金による負担が不可能になり破綻した。

一方、新制度は、政府が主導権を握り、農民が任意で参加し、政府、農業集団、個人など多方面から資金を集め、高額医療費の補助を主とする農民医療保険制度である。一般的に県を単位として統一して計画案配し、各地衛生行政部門内部に新制度管理の専門機構を設立運営する³¹。

調査地域では、制度の基金は農民個人納付金と政府補助金で構成されている。年一人当たり基金調達水準については、農民個人納付金と政府補助金は年度によって違い、基本的に年々増加する。個人納付金は2005年の10元から2014年には80元になった。政府補助金は2005年10元から2014年には320元に達した。また、納付方式及び流れについては、村幹部が任意加入の形で一軒一軒を世帯単位で調達し、個人納付金を集め、一括して郷鎮政府に納付する。郷鎮政府は総括して市財政部門の新型農合医療基金専用口座に預け入れる。各級財政補助金も専用口座に預け入れる。

要するに、新制度への国家財政援助は革新的医療改革であり、旧制度と根本的に異なる点である。また、新制度の基金調達は県を単位として行っている。旧制度の生産大隊の調達範囲に比べ、基金運営リスクに対して防ぐ能力は大幅に増加している。

3. 新・旧制度の管理及び医療保障の提供機関

旧制度の下では、調査地域では、毛沢東の「革命委員会是一元化指導を施行する」という指示の下に、生産大隊に文教衛生管理委員会を設立し、大隊の合作医療所などの医療衛生業務を管理した³²。しかし、実質的には、赤脚医者が農村最下部の医療専門家として業務上で合作医療所の日常運営を管理した。また、赤脚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は生産大隊経理（大隊幹部）の許可が必要であることで大隊の合作医療所の管理は大隊幹部と赤脚医者にあったと考えられる。大隊合作医療所が旧制度の具体的な体现であった。

調査地域の新制度においては、県級政府が新型農合医療管理センターを設立し、制度の制定、指定医療機関の認定及び管理、基金の予算及び決算を行う。また、制度実施、給付

などの規則の制定、医療費給付の審査、郷鎮合作医療部門の管理監督などの責任を持つ。特に、新制度の基金支出正当化のために、審査課を設置し、指定医療機関の薬剤使用の適切か否かなど医療費用の使用の検査を行い、査察課を設置し、指定医療機関を視察し、実際に入院しているか否かなどを調査する。医療行為は指定医療機関が行う。指定医療機関で診療する場合、規定率で医療費の給付を受けることができるが、それ以外の医療機関では給付を受けうることができない。医療機関が総合管理、医療管理、財務管理の三つの面で条件を満たした場合に基本的に指定医療機関に認定される。

要するに、旧制度では、農民医療保障は主に生産大隊の範囲で実施され、生産大隊が制度の実際の管理者であり、大隊合作医療所が医療サービス提供をしていた。新制度では、主に県級行政区画を単位として実施され、県級新型農村合作医療センターが管理主体であり、省・市・県・郷鎮・村級の指定医療機関が医療サービス提供している。これまで都市住民が利用していた医療機関が指定医療機関に指定された場合には農民は都市住民と同等な選択ができた。それは医療資源の再分配を意味していた。新制度の大きな改革の一つであった。

4. 新・旧制度の医療サービスへの提供者

旧制度のもとでは、農民に予防、医療サービスを提供したのは基本的に医師免許のない赤脚医者であった。前身は1958年人民公社制度の創立時期の保健員であり、1964年より半農半医と呼ばれたが、1968年9月、毛沢東の指示で「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」が発表され、全国統一的に公式に赤脚医者の名称となった³³。医師免許を持たずともある程度の医療訓練を受けた赤脚医者が、基本的な生産大隊医務人

員である。医者も薬も非常に不足していた新国家成立間もない中国にあって政治運動の下、大衆動員の形で、医術、薬品などの面で診療限界があったものの、貧農・下層中農でも医療を受けられる最小限度の医療サービスを提供した。

現地調査によれば、現在郷村医者である周・呉・王氏は、訓練を経て大隊村民の予防・医療提供者として大隊合作医療所で医を業としていた。

一方、新制度の下では、指定医療機関の医療免許取得の医者が医療行為を担当している。郷鎮衛生院以上の指定医療機関はもとより、前身が赤脚医者である村衛生室の郷村医者も全て免許証取得者である。現地調査の元赤脚医者の周・呉・王氏は80年代、郷村医者の免許証を取得し、現地の村で新制度の村級指定医療機関として衛生室を運営している。

医療従事者は、医療技術、知識、学歴などを厳しく問われ、医療免許取得は必然である。しかし、旧制度時代、医療人材が非常に不足、財政投入もなく、やむを得ず短期間の育成訓練で赤脚医者を起用した。新制度時期では、全ての医療従事者は免許取得を必須条件とする本来の医者となる。

VI. 新・旧制度の満足度調査の比較

筆者は、新民市の旧制度時代の経験のある村民、元村幹部、元赤脚医者を対象とし、インタビュー調査を実施した。評価の公平性のために、経済状況、地理などの違う三つの郷鎮からそれぞれ一村ごとに村民3人、元生産大隊幹部1人、赤脚医者1人合わせて15人を対象とした。15人のうち、村民は9人で、男性7人(60代1人、70代6人)、女性2人(70代)であり、元生産大隊幹部3人(男性、70代)、元赤脚医者3人(男性、70代)である。「新・旧農村合作医療制度はあなたにとっ

てどちらが満足度が高いか、その理由は」というテーマでインタビューを行った。この質問に対しては、15人インタビューのうち、2人が旧制度が満足度が高いと答え、11人が新制度が満足度が高いと答え、2人が新・旧制度はそれぞれ利弊があると答えた。以下にインタビュー資料をまとめた上で、新・旧制度の満足度調査結果を述べる。

1. 旧制度の満足度

旧制度が満足度が高いと答えた2人のうち、村民黄氏(男性70代)は、「旧制度時代、受付費は5分だけ払うが、診療費、薬剤費は殆どただで、お金の負担はかからなかった。現在、新制度になってからは、普通の病気の場合(筆者：外来の場合)、県級以上の病院に行くと医療費が高い上に給付がない。風邪でも、県病院では一、二百円かかることも少なくない」と言った。もう一人の村民孟氏(男性70代)は、「旧制度時期、個人納付金は一人、年5角から8角くらいであったが、新制度は年々増えている。最初(筆者：2005年)は10元であったが、2015年度には、100元にまでになった。私の家族六人では600元になり、年純収入1万元あまりでは小額とは言えない」と話した。

2. 新制度の満足度

15人インタビューのうち、11人は満足度が高いと答えた。村民余氏(女性70代)は、「旧制度時代、大隊合作医療所で受診していたが、新制度になり、入院給付率が約4割であるが、省級指定病院でも受診できるようになった。省・市級医者の技術は旧制度時代の赤脚医者とは比べ物にならない」と言った。元生産大隊幹部(男性70代)は、「自分の家族が入院するときは、県病院に行き、軽病のときは郷鎮衛生院に行くが、村衛生室は殆ど利用していない。今の県病院の医療設備は整っており、

郷鎮衛生院の設備は完全とはいえないが、旧制度時代より、大幅に改善されている。新制度になって医療保障レベルが確かに高くなった」と話した。

3. 新・旧制度の得失

15人インタビューのうち、2人はそれぞれ利弊があると答えた。村民馬氏(男性70代)は、「軽い病気の場合、旧制度は得である。大病入院の場合、新制度はメリットがある」と言った。農村基層医療提供者としての元赤脚医者、現在郷村医者朱氏(男性70代)は、「県以上医療機関の医者は学歴、技術が確かにわれわれより高いが、旧制度時期、大隊の合作医療所の医者(筆者：赤脚医者)は重視され、定期的に育成訓練が行われていた。現在では、村衛生室の医者(郷村医者)は殆ど医術研修などの訓練がなく、医術を高めることが難しい」と話した。

以上調査結果からみれば、旧制度は、個人納付金は非常に低額であり、制度に加入する壁が非常に低く、疾病予防、健康管理、日常病気などは経済負担が下層中農でもできた。だが、政府財政補助がなく、治療より予防・保健に重点を置き低レベルで、外来を主としており、大病保障機能を十分に果たすことができなかった。それに対して、新制度は省級の医療機関も制度に組み込まれるようになり、政府財政投入で医療能力が大幅に高くなった。しかし、主に大病入院を対象としていることで、外来保障機能が十分に果たされていない。また、旧制度時代の赤脚医者は、学歴は低い、重視され、育成訓練制度が整備されていた。新制度は、郷村医者を殆ど重視しておらず、育成訓練が殆どない。農村下層部医者の医術を高めるためにも旧制度時代の育成訓練制度を復活し、現在の郷村医者に適用すべきではないだろうか。

Ⅶ. おわりに

新制度は旧制度を受け継ぐと同時に、改革し、新機軸を打ち出した。新制度の歴史的な根源は旧制度からであることで共通点がある。しかし、形成要因、時代背景が異なることで、両制度の制度設計・構造はまったく異なる。両者の目的、原則、役割は大変革となり、性格も明らかに別物である³⁴。

両制度の根本的な相違点は政府財政補助金である。旧制度は財政投入がなく、農業集団を責任主体として実施したが新制度は政府補助金を主とし、政府の責任を強調する。旧制度は、農村医薬不足を解決するため、保健・予防・防疫を主任務とし、行っていた。当時中国国情に添った実現可能な最小限度の低レベル農業集団福利性格の医療保障制度である。新制度は、診療を受けることが難しく、受けることができても医療費が高いという社会問題を解決するため、大病入院による高額医療費を主な保障対象とした農民現代社会医療保険制度である。新制度は、政府財政が原動力となり、医療保障能力が旧制度より大幅に高くなり、画期的な農村医療改革となった。

最近、都市住民基本医療保険制度と新型農村合作医療制度と合併することを求める叫びがある。それには、都市部と農村部の制度上の差の問題を解決する必要がある。都市住民基本医療保険制度は、個人負担の保険料は年間510元であるのに対して³⁵、新型農村合作医療制度は年間120元である³⁶。合併する場合、保険料の設定をするにあたって、農民は現在の自己負担の保険料がより上がれば、経済的負担の増加となる。それをなるべくおさえるようにすると、政府財政に負担がかかることになる。また、中国に限らず、言うまでも無いことだが都市部と農村部の医療機関の設備、医療技術の差があり、農民患者は都市部の医療機関に移る可能性もあることで、現

在の県病院・郷鎮衛生院・村衛生室の三級医療保障システムの維持が難しくなるという懸念も出てくる。

今後、どのようにすれば農民医療負担を軽減できるか、より公平な医療保障を享受できるかを大きな課題としてさらに検討する必要がある。

【謝辞】

本稿は、植村高久先生(山口大学大学院東アジア研究科教授)より貴重なご意見を賜り、心より深く感謝申し上げます。また、査読者にコメントをいただき、御礼申し上げます。

注

¹山口大学大学院東アジア研究科 博士後期課程

E-mail:gakujyutu_jp@yahoo.co.jp

²赤脚医者とは、日本で一般的に「裸足の医者」と翻訳される。本稿の「Vの4 新・旧制度の医療サービスへの提供者」で詳しく説明している。

³新民市は遼寧省の中部に位置し、瀋陽市中心部より60キロメートルあまりの距離にある。1993年7月、新民県を新民市(県クラスの市)に改めたものであるが、行政区画は変わらず、県級行政単位として瀋陽市に管轄されている(瀋陽市人民政府地方志弁公室 2015年6月18日「瀋陽概覽」、

<http://www.sydfz.gov.cn/cms/20141105/140954056336852.html> 2016年6月26日)。

⁴邵奇濤・任吉鋼・付淑敏(2007)「中国農村合作医療制度的歴史演繹与啓示」『山東農業大学学报(社会学版) 2期

⁵曹普(2009)「人民公社時期的農村合作医療制度」『中共中央党校学报』6期 p. 80

⁶中央文献研究室(1996)『建国以来毛沢東文稿(第11冊)』中央文献出版社 p. 387

⁷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』5期 p. 42

⁸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 pp. 88-89

⁹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』6期 p. 19

¹⁰同注7

¹¹同上

¹²診療を受けることが難しく、受けることができても医療費が高いことを意味する。

¹³医療費が高く、病気によって貧しくなることを意味する。

¹⁴曹海東・傅劍鋒「中国医改20年」『南方周末』2005年8月4日

¹⁵柴志凱・孫淑雲(2007)「新旧農村合作医療制度比較新論」『中国農村衛生事業管理』10期 pp. 726-729

¹⁶徐曉亮(2008)「我国新旧農村合作医療保障制度内容比較分析」『科技信息(学術研究)』36期 pp. 377-378

¹⁷付林・陳会楚(2008)「新型農村合作医療制度建設探析」『經濟研究導刊』2期 pp. 59-61

¹⁸王紹光(2008)「学習机制与適応能力:中国農村合作医療体制變遷的啓示」『中国社会科学』6期 pp. 111-133

¹⁹劉雅静・張栄林(2010)「我国農村合作医療制度60年の變革及啓示」3期 pp. 144-151

²⁰孫淑雲(2011)「關於新型農村合作医療制度社会保障属性的分析」『經濟問題』1期 pp. 91-93

²¹于長永・劉康・何劍(2011)「改革前后三十年農村合作医療的制度的變遷」『西北人口』4期 pp. 58-62

²²衛生部財政部農業部(2003)「關於建立新型農村合作医療制度的意見(2003)」『中国衛生質量管理』1期 pp. 15-16

²³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」新民市档案館藏(档案号45-2-6)

参考文献

- ²⁴新民市新型農村合作醫療管理中心(2011-2014)「新農合統計調查数据報表」(2011 - 2014 年報)
- ²⁵魏强(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」9卷2号
- ²⁶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. 30
- ²⁷国家統計局社会統計司(1987)『中国社会統計資料』中国統計出版社 p. 111
- ²⁸遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志』瀋陽出版社 pp. 615-616
- ²⁹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醫療工作的總結」新民市档案館藏(档案号 45-2-6)
- ³⁰新民県中心人民衛生院革命委員会(1970年1月14日)「關於实行合作醫療工作中若干問題的函復〔新(7D)衛革字第8号〕」新民市档案館藏(档案号 45-2-6)
- ³¹中国国务院弁公庁(2003年1月16日)「国务院弁公庁転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)」
- ³²新民県中心人民衛生院革命委員会(1970年1月14日)「關於实行合作醫療工作中若干問題的函復〔新(7D)衛革字第8号〕」新民市档案館藏(档案号 45-2-6)
- ³³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』1期
- ³⁴魏强(2016)「中国新型農村合作醫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 p. 3
- ³⁵瀋陽市社会医療保險管理局(2014年12月)「瀋陽市城鎮居民基本医療保險参保就医指南」(瀋陽市政府公文書)
- ³⁶遼寧省衛生計生委・遼寧省財政庁(2015年3月19日)「転發国家衛生計生委、財政部關於做好2015年新型農村合作醫療工作的通知」(遼衛發[2015]21号)
- 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
- 邵奇濤・任吉鋼・付淑敏(2007)「中国農村合作醫療制度的歷史演繹与啓示」『山東農業大學学報(社会学版)』2期
- 曹普(2009)「人民公社時期的農村合作醫療制度」『中共中央党校学報』6期
- 中央文献研究室(1996)『建国以来毛沢東文稿(第11冊)』中央文献出版社
- 曹普(2006)「1949-1989:中国農村合作醫療制度的演變与評析」『中共雲南省委党校学報』5期
- 周寿棋(2002)「探尋農民健康保障制度的發展軌跡」『國際医藥衛生導報』6期
- 曹海東・傅劍鋒「中国医改20年」『南方周末』2005年8月4日
- 柴志凱・孫淑雲(2007)「新旧農村合作醫療制度比較新論」『中国農村衛生事業管理』10期
- 徐曉亮(2008)「我国新旧農村合作醫療保障制度內容比較分析」『科技信息(學術研究)』36期
- 付林・陳会楚(2008)「新型農村合作醫療制度建設探析」『經濟研究導刊』2期
- 王紹光(2008)「學習机制与適應能力:中国農村合作醫療体制變遷的啓示」『中国社会科学』6期
- 劉雅静・張荣林(2010)「我国農村合作醫療制度60年的變革及啓示」3期
- 孫淑雲(2011)「關於新型農村合作醫療制度社会保障属性的分析」『經濟問題』1期
- 于長永・劉康・何劍(2011)「改革前后三十年農村合作醫療的制度變遷」『西北人口』4期
- 衛生部財政部農業部(2003)「關於建立新型農村合作醫療制度的意見(2003)」『中国衛生質量管理』1期
- 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醫療工作的總結」新民市档案館藏(档案号 45-2-6)
- 新民市新型農村合作醫療管理中心(2011-2014)

- 「新農合統計調査数据報表」(2011 - 2014 年報)
- 魏强(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」9巻2号
- 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
- 国家統計局社会統計司(1987)『中国社会統計資料』中国統計出版社
- 遼寧省新民県志編纂弁公室編(1992)『新民県志』瀋陽出版社
- 新民県中心人民衛生院革命委員会(1970年1月14日)「關於实行合作医療工作中若干問題的函復〔新(7D)衛革字第8号〕」新民市档案館藏(档案号45-2-6)
- 中国國務院弁公庁(2003年1月16日)「國務院弁公庁転發衛生部等部門關於建立新型農村合作医療制度意見的通知(国弁發〔2003〕3号)」
- 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』1期
- 魏强(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』20号
- 瀋陽市社会医療保險管理局(2014年12月)「瀋陽市城鎮居民基本医療保險参保就医指南」(瀋陽市政府公文書)
- 遼寧省衛生計生委・遼寧省財政庁(2015年3月19日)「転發国家衛生計生委、財政部關於做好2015年新型農村合作医療工作的通知」(遼衛發〔2015〕21号)

ホームページ

- 瀋陽市人民政府地方志弁公室(2015年6月18日)「瀋陽概覽」
<http://www.sydfz.gov.cn/cms/20141105/14054056336852.html> 2016年6月26日