

現代中国の農村社会の変遷における郷村医の形成 ——はだしの医者形成と「再生」——

日本医史学雑誌第五十一巻第四号 平成十七年五月十六日受付
平成十七年十二月二十日発行 平成十七年九月十六日受理

三 橋 かほり

北里研究所東洋医学総合研究部医史学研究室
東京大学大学院医学系研究科健康社会学教室

〔要旨〕中国の衛生の近代化において、村医の再養成訓練が重点的に取り組まれている。この村医は文化大革命（文革）の時期に「はだしの医者」として存在した。農民である彼らは、正規の医師とは異なった医業を行った。彼らの医業形態は当時の革命精神を反映し、正規の医学教育を受けずとも地元地域のプライマリヘルスケアを担った。

文革が終わり、改革開放が定着すると、「はだしの医者」は政治的に否定された。一方で、適正医療を提供出来る村医が不足する状況を前に、彼らの再訓練が支持されていった。

本論文では、今後の中国のプライマリヘルスケアの方向性を探るために、その起源ともなる「はだしの医者」の形成過程を明らかにすることを目的とした。

キーワード——中国農村、農村衛生、近代化、「はだしの医者」、プライマリヘルスケア

はじめに

一九四九年の中華人民共和国建国以来、中国農村における医療は、農民でありながら郷村医として衛生活動を行う「半農半医」^①の医者達（以下、「半農半医」）によって担われてきた。特に、一九六〇年代後半から一九七〇年代前半にかけての時期、その特異な医療従事者は「はだしの医者」として世界的注目を集めた。そして現在、中国の農村では衛生システム改革の一環として、農村の基層で活動する郷村医の再養成が重点的に取り組まれている。本論文は、現在の郷村医の起源とも言える「半農半医」がいかなる時代背景のもと誕生し、なぜそれが「はだしの医者」となっていったのかの検討を通じて、中国の農村におけるプライマリヘルスケア誕生の起源を明らかにしようとするものである。

では何故、今、郷村医の起源の研究なのか。歴史研究の今日の意味について説明しておきたい。二〇〇三年のSARSの大流行や近年のAIDS等の感染者の急速な増加が象徴するように、現在、中国の衛生システムは緊急かつ深刻な課題への対応を迫られるようになってきている。特に、都市部に対して農村部は、医者や薬等の衛生資源は圧倒的に不足し、加えて、ここ数年は農民が都市へ農民工として大量に移動するようになり、それによって引き起こされる農村社会の流動化は、防疫体制の広域化等、既存の衛生システムでは対応出来ない深刻な問題を引き起こしている。その意味でも、九億の中国農民の衛生問題については一刻の猶予も与えられない状況であるといえよう。そうした中国農村部の衛生事情において、既に存在する農村の末端レベルの郷村医をいかに有効活用してゆくのか、これは九億の農民人口の健康保障を決める重大な鍵となっている。

農業生産を軸に衛生活動を行う「半農半医」とは、医学学校における正規の医学教育を受けることなく、一定期間における在野での技術訓練により衛生知識・技能を習得し、郷村医として医療に従事していた人々である。^②こう

した初級レベルの衛生技術者である「半農半医」の多くは、出身地域から選ばれた農民であり、地域に立脚し、農民の生活や農業労働に精通した包括的な保健衛生活動を実践してきた。そして、一九六〇年代後半、「はだしの医者」として世界的注目を浴びることになったのである。この「はだしの医者」という農民達が、疾病治療や予防のみならず、母子保健指導、精神衛生指導、環境衛生指導などで活躍するといった中国独自の農村医療の実践のかたちは、実際、当時の西側世界においても非西欧型社会のプライマリヘルスケアのモデルとして注目を浴びている。³さらに、一九七〇年代に入ると、WHOが視察団を派遣するなど、西側の衛生関係者からプライマリヘルスケアの理想として賞賛を受けるまでになった。⁴ところが、一九八〇年代に入り、改革開放政策が定着するようになると、「はだしの医者」は一転して文化大革命的な存在として政治的に否定されるようになり、「はだしの医者」という言葉自体が過去のものとなったのである。

他方で、改革開放政策が始まって間もない一九八一年には、中国の農村衛生システム改革の一環において、中国政府として、郷村医の在職訓練教育に取り組んだように、政治路線の変更後も「はだしの医者」たちは依然として農村医療の主体としての役割が期待されていた。一九八五年には、名称使用禁止というかたちで公式に否定されてゆく「はだしの医者」であるが、その当時の再養成訓練を経て、目指すべき郷村医への転換が図られたのである。⁵

一九七八年以降の改革開放時期、中国全体としては経済成長を果たしながらも、都市と農村の間の経済格差は拡大する一方である。⁶農村において医療資源は圧倒的に不足しており、特に、全国約一三億人中、約九億の人口を抱える農村人口については農村独自に限られた資源を活用し、少ない郷村医で対応せざるを得ない。⁷一九四九年の建国以来の農村医療の抱える課題は、五〇年以上経った今も依然として解決されていない。こうした農村医療の抱える課題を前に、建国以来、自力更生によって一定の衛生水準を確保し、村においては住民ベースによる適正医療の十分な供給を図るべく養成された「はだしの医者」の取り組みは、現代の中国において再度注目を集めるようにな

った。このため、かつて「はだしの医者」として養成された一度は政治的に否定された郷村医たちの再養成訓練が再度強調され、それに伴い「半農半医」から「はだしの医者」形成の時期を、中国農村のプライマリヘルスケア原形が出来た時期とする歴史観が誕生していったのである。

一、中華人民共和国建国時の衛生政策

(一) 四つの衛生方針

建国当初の中央政府の衛生方針は、現在、「四大方針」として知られている。

一九四九年一〇月の建国後間もない時期、中央政府は衛生の近代化を目指すこととし、一九五二年一二月に開催された一連の会議では新中国の衛生工作の方針として、①面向工農兵、②予防為主、③団結中西医、④衛生工作群集運動相結合という四つの方針を立てた。これらの四つの衛生方針には、それまでの革命根拠地や占領地において主として人民解放軍が担ってきた衛生活動のスタイルが強い影響を与えたとされる。新中国の衛生部の成立時、衛生方針を立てるにあたり、そうした革命軍事委員会による衛生活動の経験を生かす中から、新国家としての衛生工作を考案する必要があったのである。

一九四九年九月、それまで衛生を主として指導してきた革命軍事委員会の衛生部門は衛生行政会議を開催し、今後の軍事部門及び地方の衛生工作の方針を策定し、同時に、新国家としてふさわしい衛生組織を作ることを決定した。衛生部の誕生である。その際、一九五〇年に開催が予定されていた、建国後初の衛生に関する本格的会議となる第一回全国衛生会議について事前の検討を行った。この会議の席上、新中国の衛生方針について初めて「予防を中心とすること」、「衛生工作の重点を生産保障と国防に置き」、「農村と工業地帯に向け、大衆に依拠すること」と

した三点の衛生方針の青写真が提案された。同時に提案された「中央人民政府衛生部工作方針と任務の草案（中央人民政府衛生部工作方針と任務草案）」では、経済建設に奉仕することが衛生部にとっての最高任務とされた。このため、今後は労働者の健康を保障することが衛生部門にとって第一課題であるとされ、さらには、防疫体制が整備されていない当時の、社会的にも関心が高かった伝染病や地方病の予防、「社会病（性病）」や職業病の予防が、衛生部として当面取り組むべき緊急の任務とされた。このように、建国当初の衛生工作としては、都市部では工業・交通運輸業を中心とした疾病予防、農村部では伝染病・地方病の予防を中心とした衛生事業を行うものとされ、母子保健については都市部・農村部共に予防を中心的活動とすることが決定されたのである。

一九五〇年の全国第一回衛生会議は衛生部と軍事委員会衛生部の連合で開催されたが、その際、毛沢東は会議に對して「中医・西洋医の新旧の衛生従事者が団結し、統一した戦略を定め、大衆の衛生のために貢献する」といった序文を寄せている。会議では、最初に三つの衛生工作方針である、「面向工農兵」、「予防為主」、「団結中西医」が決定された。三年後の一九五二年十二月に開催された第二回全国衛生会議（開催期間一九五二年十二月八日～十三日）では、先の第二回全国衛生行政会議（開催期間一九五二年十二月一～四日）で決められた三つの衛生方針が再確認されるとともに（「關於三年来的衛生工作総括与今後工作任务」）、さらにその時期まで全国で展開されてきた愛国衛生運動に至る、様々な大衆運動による衛生活動に対する経験と評価を紹介し、新たな衛生方針として、「衛生工作群集運動相結合」を加えることが決議された。この時点で、冒頭に示した新中国の衛生方針である四つの衛生工作方針が誕生したのであった。

次に、四つの衛生工作方針について紹介したい。¹³⁾

- ①「面向工農兵（衛生工作は群集のためのものであり、衛生事業の対象は、社会主義国家の主体である工農兵、すなわち、労働者・農民・兵士に対する衛生工作とする）」

これは、建国当初、労働者（知識分子を含む）、農民、解放軍は総人口の九十五%を占め、中国の基本的な生産力人口であったにもかかわらず、医者・薬不足から彼らの衛生状態には劣悪なものがあつたという、当時の時代背景が色濃く影響している。このため、人口の大部分を占める工農兵に対する衛生を整備することが緊急課題として重要視された。以後、この方針は、例えば、六十年代における、毛沢東による農村医療の強化に関する指示や、WHOにより提唱された戦略（Health for All 2000）を受けた七十年代末における中国のプライマリヘルスケアの計画策定等においても、再三強調されることになる。

② “予防為主（資源不足のため、治療よりも予防を主とする）”

中国医学における養生と疾病予防の対処に関する考え方は、新中国の衛生行政にも取り入れられた。実際、建国前の時期、革命根拠地では、当時の厳しい資源制約の下、予防を主とする中国医学の考え方は現場の衛生工作活動の中に取り入れられていた。例えば、地域の生活条件に適合した疾病予防を行うことで、発病者を抑え、部隊の戦闘力を高め、さらには革命根拠地の人々の健康を保護することに成功する等、数多くの経験を積み重ねてきた。根拠地のこうした経験は新中国にも受け継がれ、一九五〇年には四大衛生方針の一つとなったのである。予防を主とするこの方針では、衛生とは単純に治療行為という医者主体の観点のみに依拠すべきではなく、大衆のための衛生サービスを前提に、大衆が自発的に疾病と取り組むべきであることが強調された。

③ “団結中西医（中国医学という伝統医療と西洋医学を併用した衛生を行う）”

これは、中国が医療の近代化の過程で中国医学という伝統医療を排除せず取り入れたことを示している。十九世紀以降、西洋医学が中国に取り入れられるようになると、中国医学・西洋医学の二つの医学系統の間に正当性をめぐって対立状況が存在し、二十世紀に入ると徐々に中国医学は公的な場で排斥される傾向が強まった。しかし、中華人民共和国では、建国直後の時期、当時、国民の劣悪な衛生状態に加えて、直面していた疾病予防に関する膨大

な課題を前に、仮に西洋医のみに依拠して予防を行う限り、全国規模での衛生システムの整備自体が、全く目途がたたないことは衛生界全体の共通認識となっていた。また当時、中国医学を行う中医の約八割が農村で活動しており、特に建国後の三年間、三〇万余の中医は予防接種活動を通じて大衆の伝染病予防に貢献するなど、大規模な中医の存在自体が膨大な農民人口に対する疾病予防に役立っていたという現実もあった。¹⁰⁾ 加えて当時、中国医学は特に大衆によって習慣的にも受け入れやすく、また文化的にも切り離せないものであり、実践において大衆のニーズに対応していると考えられていた。このため、一九五〇年の第一回全国衛生会議では、中国医学と西洋医学を併用する医療システムが採用され、両者においては中医学を改善の導き手とすることが決議されたのであった。

④ “衛生工作群集運動相結合（衛生工作は大衆のためのみならず、大衆のものであり、大衆運動を通じて共同で実施することで、衛生工作上の問題を解決してゆくものとする）”

これは、政府として愛国衛生運動¹¹⁾のような大衆運動の手法を使って、衛生活動を広く社会の末端まで浸透させようとしたことを示している。この方針のもと、衛生活動は衛生従事者のみによるものではなく、衛生知識の普及により大衆自らが実践してゆくことが強調された。またそれは、実際、害虫駆除、健康教育、疾病予防を中心とする愛国衛生運動を通して、衛生活動と大衆を相結合させた手法を取りながら、農村への衛生普及運動として全国的に展開されて行った。

(2) 衛生システムの構築

一九五〇年代、こうした政府衛生方針に即して、新たに中国独自の衛生システムが構築されていった。実際、当時の厳格な戸籍制度の下、¹²⁾ 中国では都市と農村、それぞれで全く異なった二つの衛生システムが構築されてゆくこととなった。

当時、中国の都市人口が九千二百万人ほどであるのに対し、農村の人口は六億人ほどであった。こうした圧倒的

な数の農村人口の多さを前に、社会主義建設の一環として中国で一九五〇年代に導入されたソ連型の医療近代化モデルは、都市部の衛生システムにのみ限って整備されざるを得なかったのである。すなわち、ソ連型モデルは工業部門での労働衛生を中心に導入され、そこでは生産に関連する疾病予防が主領域であるとされた。また近代化の一環として、一九五一年には「中華人民共和国労働保険条例」、一九五二年には「关于全国各級人民政府、党派、团体及所属事業单位的国家工作人员实行公费医疗预防的指示（全国各レベルにおける人民政府、共産党、団体及び所属事業单位の国家工作人員が公費予防医療を実施することに關する指示）」として、一九五〇年代初頭から都市部では「職工公費医療制度（労働保険医療制度と公費医療制度を含む）」が整備され、その後も都市部の工業部門、政府機関、企業、学校で就業する者については手厚い保障が整備されていった。¹³

一方、農村部の衛生については、膨大な農村人口と資源不足を背景に都市とは全く異なったシステムが採用された。そこでは、農村にある既存の資源を最大限に利用して衛生状態を向上させようとする中国独自の自力更生型の衛生システムが模索されたのである。この農村特有の衛生システムは以下の三つの特徴で知られている。¹⁴

①三級医療予防保健ネットワーク（三級医療予防保健網・県・郷鎮・村の三つの行政レベル間における衛生活動の連携と協力のネットワーク）

一九五〇年の「全国基層衛生組織の健全な発展に關する決定（关于健全与發展全国基層衛生組織的決定）」、さらには一九五一年の「医療機構の組織化と連携の実施に關する方法（关于組織連合医療機構實施弁法）」の制定により、農村の基層衛生組織の構築¹⁵と衛生従事者の配置は県レベルから整備する方針が決定された。実際、その後一〇年余にわたる整備を経て、一九六〇年代中頃には県レベルの医療機構を上部、公社衛生院¹⁶を中層とし、大隊衛生所・公社衛生室を基底とする三級医療予防ネットワークが全国レベルで形成されている。

②合作医療

一九五〇年代における農業合作化から人民公社へと到る中国農村の集団化のプロセスは、農民と村からの拠出金に基く互助共済的性質の集団的医療保障制度を可能にしていた。実際、農村の基層衛生組織が発展する各地事例を見てみると、合作医療の整備と軌を一にしていることが判る。うち、河南省、山西省では一九五五年には早くも集団性の医療保健制度を立ち上げており、その後、合作医療として知られるこの制度は近隣地域へ伝播していったことが知られている。¹⁷⁾ こうした地方レベルの合作医療の経験は、一九六〇年の「関于農村衛生工作現場会議的報告」と、一九六八年十二月の「人民日報」における合作医療を称賛する報道といった2つのステップを経て、一九六八年に毛沢東が合作医療の成功例を視察し合作医療の奨励をすることで、合作医療は一九七〇年代に入ると一挙に全国的に普及してゆくことになる。

そして、最後が本研究のテーマとする③郷村医の養成である。特に、一九五〇・六〇年代当時、郷村医は農村における衛生活動の実践を通して、合作医療と三級医療予防ネットワークを活性化させるための媒体として重要な役割を担ってゆくものとされたのである。

二、農村社会の変遷と「はだしの医者」の誕生

(1) 「はだしの医者」の形成過程

上述のような中国の農村衛生システムの整備方針を受けて、実際、「はだしの医者」は農村部でどのように形成されていったのか。表1に示されるように、一九五〇年代以降、人口千人当たり割り当てられる医者は常に農村部では一人に満たず、医者が圧倒的に不足する状況は、著しい改善を得ずに七〇年代まで続いている。¹⁸⁾

こうした農村部の医者の不足について、当時の資源状況に鑑みると、自力更生型の衛生に頼らざるをえないこと

表 1 人口1,000人あたりの衛生専門技術者数（都市・農村比較）

年	衛生技術者総数*			医師（医者）数**			看護師・看護士数		
	平均数	都市	農村	平均数	都市	農村	平均数	都市	農村
1949	0.93	1.87	0.73	0.67	0.70	0.66	0.06	0.25	0.02
1957	1.61	3.60	1.22	0.84	1.30	0.76	0.20	0.94	0.05
1965	2.11	5.37	1.46	1.05	2.22	0.82	0.32	1.45	0.10
1975	2.24	6.92	1.41	0.95	2.66	0.65	0.41	1.74	0.18
1978	2.57	7.73	1.63	1.08	2.99	0.73	0.42	1.74	0.19

（杜楽助他「中国衛生国情」 p 135より抜粋・一部加筆修正）

*ここで表される衛生専門技術者は、専門職としての衛生技術者（医療・防疫・母子保健・看護助産・薬剤・検査等、其の他衛生技術を専門とする）を指し、農業を兼業する衛生従事者は含まない。

**医師（医者）は医師若しくは医士を指す。

は明らかであった。実際、一九五〇年代から即戦力として衛生問題について対処可能な要員が必要であることは衛生界共通の認識となっており、農村の現場ではそれに向けた様々な取り組みがなされてきた。こうした土壌こそが、文化大革命時期に「はだしの医者」が誕生する社会的背景となったのである。

既に中国の場合、当時の厳格な戸籍制度により、農村出身の医療従事者は中等教育機関を卒業しない限り、農民としての社会的身分付けがなされ、農業生産労働から離れることが基本的には許されなかった。この関わりにおいて、「はだしの医者」は農民の身分である以上、彼らは農業生産に従事することが義務付けられ、農業以外の職業に専念することはありません。そのため、農村部の医療従事者は、農業に従事するかたわら、医療を行うといった労働形態以外の選択肢を持ち得なかったのである。そうした基層レベルの医療従事者は幾つかの呼称を経ながらも、一九五〇年代以降、村の「医者」として一貫して活動し続けていた。その意味では、「はだしの医者」の起源は、農業合作化運動が始まった五〇年代中期に誕生し、農業生産労働を行いながら衛生活動をしてきた「保健員」に遡ることができよう。一九六〇年代に入ると、彼らは「半農半医の衛生員」といった呼称を経て、一九六八年に「はだしの医者（赤脚医生）」と呼ばれるようになったのである。²⁰「はだしの医

表 2 農村社会の変遷とはだしの医者形成

農村社会の変遷		「はだしの医者」の形成
土地改革期 (1949～1952)	土地改革	
農業合作化期 (1955～1958)	農業合作化	村保健譚站の保健員(1955)
人民公社期 (1958～1982)	大躍進(1958)	半農半医の衛生員の出現(1958) 半農半医の衛生員の養成停止(1960) 半農半医の衛生員の養成再開(1964) 半農半医の衛生員の養成停止(1966)
	文化大革命(1966～1976)	「はだしの医者」の出現と教育機関の停止(1968)
	改革開放(1978～)	教育の正常化と衛生員の養成再開(1978)
生産請負制 (1982～)	人民公社崩壊	「はだしの医者」の名称使用禁止(1985～)

者」の言葉の由縁は、彼らが農民と同じようにはだして生産労働の現場である田畑や農家で疾病予防活動を行いつつ、農業生産労働に参加したありさまに由来している。⁽²⁾

表 2 に示されるように、中華人民共和国の農村の歴史的時期は一般に土地改革期(一九四九～一九五二)・農業合作化期(一九五五～一九五八)・人民公社期(一九五八～一九八二)・生産請負期(一九八二～)と区分されるが、中華人民共和国体制下では、生産所有形態の変遷そのものが、農村社会の変遷を表す。この意味で「はだしの医者」は人民公社後期、すなわち、文化大革命の時期の郷村医を指す概念である。

既に述べたように、一九五〇年代中期の農業合作化期に誕生した保健員は「はだしの医者」の原型である。彼らは、初歩的な衛生技術によって簡単な疾病予防や衛生知識の普及を行っていた。一九五八年になると、保健員は中国の教育システム改革である「二種の教育制度」構想(「半工半読」)

の影響を受け、「半農半医」としてその性質を変えてゆく。一九五八年、新たな教育システムの構想として、教育界における全日制の学校教育と「半工（農）半読」の教育の併用が提唱されるようになる。衛生部門における教育制度も大きな影響を受けることになる。農民が農作業を行いながら衛生学校で勉強をするといった基本方針のもと、中国各地で「半農半医の衛生班（衛生研修班）」が編成されていった。「半農半医」になるために、農民が農作業のかたわら衛生を学習する研修班といったかたちで、「半農半医」の養成が行われ、「半農半医」が農村医療現場に大量に送り込まれることになる。一九六五年四月には、衛生部の医学教育部門は地方政府の衛生部門である衛生局と全国四十一箇所の高等医薬学校に対して、「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）」の通達を出し、農村の衛生員及び助産婦の選定、配属、訓練方式、技能訓練等に関する当面の方針を提示し、この通達は、後の「はだしの医者」形成について大きな影響を与えることになる。

さらに同年六月、毛沢東が「六・二六指示」（医療衛生工作の重点を農村に向ける「把医療衛生工作的重点放到農村去」一九六五年六月二十六日）を出し、国家指導者自らが農村の衛生工作の充実と強化の必要性を強調したことになった。²¹「六・二六指示」では、医療従事者は従来の医学教育方式のように学校で学習するのではなく、村での実践を通じて学習し、技能の向上を図るべきだとされ、また、医者の養成についても、農村の実情にあった養成を進めるべきだとされた。「六・二六指示」の発表後、衛生部は特に農村における衛生工作を最重要課題とし、抜本的な対策が求められたのであった。しかし一九六六年の文化大革命の開始とともに学校教育は否定され、教育制度枠が機能不全となった結果、一九六〇年代の農村の衛生を支えていた「半農半医」教育もその間停止した。

一九六八年九月、「人民日報」は、上海川沙県江鎮公社における「はだしの医者」養成の調査報告に関する論説を掲載した。「はだしの医者」の誕生である。これにより、上海の一公社の実践から誕生した「はだしの医者」という

表3 1950年～1970年代における医学教育課程と衛生技術者の職稱・職級

教育課程	職稱*	職級*
高等医学教育	医師	高級
中等職業医学教育	医士	中級
初等医学教育	衛生員、接生員、等	初級

(出典:「中国衛生国情」p331、「中国医学通史」p85より一部抜粋・加筆修正)

*その他の衛生技術職の職稱・職級についても、表3同様、中国語表記を用いた場合、「師」で表される高級職(例えば、薬師、技師、等)、「士」で表される中級職(例えば、薬士、護士、等)、「員」で表される初級職(例えば、薬剤員、護理員、等)の3レベルに分類される

言葉は、「六・二六指示」で毛沢東が強く求めた農村医療の革命事例として、全国的に知られるようになった。そこでは「はだしの医者」の特徴として四つの項目が紹介された。第一の特徴として、「はだしの医者」とは、上海郊区の貧農出身の「半農半医」の衛生員に対する愛称である。第二は、「貧農が必要とする新しい医療人」であり、通常半分ほど農業労働に参加し、村からの補填は少なく、貧農自らが養成可能な医者である。報酬は農村の一般労働と同等であり、農村の衛生状況を改善する先鋒兵として、貧農に必要とされている。また第三の特徴として、「はだしの医者」の養成方式が取り上げられた。そこでは、上海の事例における二つの方法として、公社衛生院における集中訓練、若しくは実践における養成であることが強調され、第四の特徴として、「はだしの医者」の成長は医学教育革命全体の方向を指すものとされた。ここでは、医学教育はプロレタリアートによる政治活動のための必須項目とされ、今後の医学院の学生募集の対象は、これまでのように学生でなく「はだしの医者」と衛生員であるべきとされたのである。この一九六八年の出来事をきっかけに「半農半医」は「はだしの医者」(赤脚医生)と呼称を変え、中国の農村医療の核を担う大きな政治的意味付けを帯びていった。

(2) 在職医学教育と郷村医の養成訓練

次に、医療システムの側から文化大革命の時期(一九六六～一九七〇年)「はだしの医者」が促成で養成された事情について触れてみたい。一九五〇年、新中国の医学教育は、高等・中等・初等医学教育の三段階で行われる方針が立てられた。²⁵⁾この

区分に基づく修業内容に応じて、例えば表3に示されるように、一九五〇年代には卒業後は医者(註)の職務もそれぞれ等級化された。高等医学教育では、学生は全国から統一的に募集され、卒業後は「医師」という職称を与えられた。また、配属先は国が決定した高等衛生機関であることが多かった。次に中等医学教育であるが、これは専ら出身地で活動する医療従事者の養成を旨とし、中等衛生専門学校で行われた。学生は現地で募集するものとされ、卒業後は「医士」という職称を得て主に出身地の基層レベルの衛生機関に配属先されることが多かった。最後の初等医学教育は、農村において郷村医の役割が期待された「衛生員」、「接生員」に対する、また都市においては「初級衛生員」、「看護員」、「技術員」に対する短期間の養成訓練を実施する機関として設立された。一九五一年、ここから新中国の医学教育システムは開始されたのである。

一方で一九五〇年代は、その当時の深刻な医者と薬不足を背景に、膨大な人口の医療需要に対して大量の即戦力を養成する必要があった。また、一九五〇年代当時の中国の医療システムにはソ連式モデルを導入したが、ソ連式モデルは中等医学教育については職業技術教育としての訓練を中心に設計され、理論学習よりも技術習得に重きが置かれ、そこでは「医士」の短期養成が目指された。当時は高等医学教育を受けた医師の数が圧倒的に少なく、医師の配属先も都市や沿岸地域を中心に偏っており、そうした偏在と不足分を中等レベルの「医士」で対応しようとしたのである。特に農村部では「医師」の来てがほとんどなく、都市住民は医療保障に与れたのに対して、農民に対しては医療保障が都市市民ほどには与えられなかった。事実を挙げてみるなら、中国の新教育システム誕生後十五年が経った一九六四年当時でも、衛生資源は都市に偏在していた。例えば、衛生技術者の配置について見てみると、高級・中級レベル以上の衛生技術者の半分以上が、人口比にして二〇%の都市部に配置されている。その一方、県レベル以下の農村基層部については、高級レベルの衛生従事者のうちわずか一〇%、中級レベルについても二七%が配属されたに過ぎない。また、当年の年間衛生事業費九億三〇〇〇萬元のうち、全体の三〇%にあたる二億

八千萬元が、八三〇万人にすぎない都市住民向けの公費医療用として割当てられ、その一人当たり費用は約三三・七元であったのに対して、約五億の農民について割り当てられる費用は全体の二七%の二億五〇〇〇萬元で、一人当たり費用は〇・五元にすぎなかった。³⁰⁾

また五〇年代以来の中国の医学教育を理解するためには、全日制の医学教育だけでなく、成人教育の一環として在職の衛生従事者に対して行われた養成訓練が注目されなくてはならない。「はだしの医者」は、まさしくこの在職訓練の流れの上に誕生したのである。一九五〇～一九六〇年代は、医療分野の人的資源が量的に不足しただけでなく、医学教育や専門的な養成訓練を受けていなかった質的に問題を抱える衛生業務の従事者が多かった。他方で、政府としては国家建設のうえで、医療だけでなく、防疫、保健の領域において各衛生部門を機能させてゆくためにも、衛生業務の在職者の衛生技術及び業務能力を向上させることが急務となったのである。当座の緊急課題として必要とされたのは、現場で実践の中心となり、かつ数の多い中級レベルに対する職業技術訓練であった。

そもそも、解放以前において中国の医学教育事業は基盤が薄弱であり、各種の医学教育機関が存在したものの、その大部分の教師陣、教学設備は薄弱で規模も小さく、体系化された医学教育が全国に普及してゆくメカニズムは存在していなかった。また、ほとんどの高等教育機関は沿海部の大都市に集中し、辺境地や内陸部には、学校ばかりか正規に養成された高等レベルの医療技術者さえほとんど存在しなかった。さらに解放以前は、医学教育機関の多くは欧米諸国の教育システムの影響を受け、諸外国の教育カリキュラムと教材を独自に使用せざるを得なかった。このため、中国として全国的に統一され規範化された教育カリキュラムが存在せず、国情に応じた医療技術者の養成も困難を極めたのである。こうした歴史的背景があったため、当時の中国の五・四億人の衛生の需要に対して、医療人材の養成が急がれたのであった。実際、当時、全国では衛生技術者は約五四万人しかおらず、そのうち、正規の高等医学教育によって養成された医師は三・八万人、中級の衛生技術者は約十万人にすぎず、残り四〇万人

は徒弟や家伝による中医であった。このように、衛生技術者層は薄弱そのものであった。⁽¹⁾

また、医療技術者の数の少なさに加え、当時、正規の教育を受けた者の多くは、建国前の革命根拠地や解放区の軍隊衛生学校（「工農紅軍衛生学校」）の出身者であることも、再訓練の必要性を高めていた。建国後、こうした軍隊衛生学校は、医科大学へと昇格していったが、一九五〇年代の初頭にあたっては、教学環境は依然として劣悪であり、そのほとんどが数ヶ月から二年と様々な短期学制を採用していた。⁽²⁾ また、当時は、軍隊医療衛生部門から地方の衛生部門へと転職した者が多かったが、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。衛生部門はそうした退職軍人や青年に対し数ヶ月の専門訓練を受けさせた後、衛生業務に配属せざるを得なかった。このため、高等医学学校では彼らのために研修班や幹部のための専門研修班が数多く開設された。⁽³⁾ このように、正規の医学教育を受けておらず学齢期を逸してしまった当時の多くの衛生従事者に対して、五〇年代を通じて彼らを対象として、中等レベル及び高等レベルの専門技能へと向上させることを目的とした成人教育が、中国全体として熱心に取り組まれたのである。こうした中国の衛生界全体で見られた在職訓練の普遍性も、「はだしの医者」を生み出す思想的背景となったのである。

三、「はだしの医者」から村医へ

(一)「はだしの医者」の定義

上述したように、「はだしの医者」の誕生には二つの歴史的背景があった。第一に合作化から人民公社化へと至る農村社会の変遷であり、第二に中国における医学教育界における在職教育の位置づけである。こうした記述をふまえると、「はだしの医者」については、次のように定義されよう。

”中国農村の人民公社の生産大隊・小隊における「半農半医」の衛生員を基礎に、正規の医学教育によってではなく、短期促成で養成された村の医療従事者である。彼らは、初級レベルの衛生知識と技能を有し、農業労働生産のかたわら、衛生業務に従事し、プライマリヘルスケアを中心として、農民の健康維持と農業生産の発展に積極的な作用をもたらした。”

「はだしの医者」の文化レベルとしては、初等教育レベルが多くを占め、一部中等教育レベルが存在した。彼らは村では医者として衛生を農民に普及するなど、教育指導的な役割を担う知識分子とされていた。また、「はだしの医者」の大半が村から推薦され養成訓練を受けたため、選抜基準としては、政治思想が良く出身が良い青年⁽³¹⁾といった政治的基盤が重視されたのである。

養成訓練については、医学学校においてはではなく、地元の県医院や郷鎮衛生院の各科の医者の指導によるものが主とされ、その内容も座学による理論学習は少なく、実技の習得を中心としていた。特に訓練内容も、農民が日常的に遭遇する疾病(常見病)に対応した、診断と予防治療のための基礎的な訓練項目から構成されていた。⁽³²⁾訓練カリキュラム・教授方法について、全国統一のモデルは存在しておらず、特に標準化されてはいなかった。村のニーズに見合った項目を訓練毎に選定し、習得するものとした。⁽³³⁾そのため、訓練後、「はだしの医者」として業務上提⁽³⁴⁾供可能な治療についても、基本的な予防のみにとどまるもの、或いは、「医士」が提供する治療にほぼ等しいものと、その範囲にもばらつきが存在した。⁽³⁵⁾このことが、後年、「はだしの医者」が提供する医療技能レベルについて、改善を加え、彼らの再養成を課題として浮上させることになってゆく。⁽³⁶⁾

(2) 「はだしの医者」の質的向上と整理化

既で紹介したように、一九六五年の「六・二六指示」では、農村医療水準向上のための抜本的対策として、現場を担う中核としての「はだしの医者」を大量に養成することが呼びかけられた。「はだしの医者」に対して、彼らが

表 4 1975年から1978年における「はだしの医者」の普及状況

省名・年度	総人口数 (千人)	農業人口数 (千人)	はだしの 医者数 (人)	全村における 合作医療 実施率(%)	農民千人あた りのはだしの 医者数(人)	農民千人あた りのはだしの 医者数(人)
河北(1976)	49,430	44,380	138,860	96.9	3.1	2.8
山東(1978)	71,600	65,330	190,541	80.3	2.9	2.8
湖北(1976)	44,667	38,247	84,613	98.8	2.2	2.8
安徽(1976)	45,580	40,780	35,755	94.5	0.8	1.6
江蘇(1978)	58,343	51,062	77,910	99.1	1.5	2.3
浙江(1975)	36,144	31,972	64,000	44.9	2.0	3.4
広西(1975)	32,010	28,780	38,295	98.2	1.3	3.0
陝西(1978)	27,790	23,719	74,612	91.1	3.1	*
青海(1976)	3,465	2,637	8,926	98.7	3.4	2.5
四川(1976)	69,659	62,233	191,671	90.1	3.1	2.8
貴州(1975)	25,309	22,400	22,323	64.1	0.9	1.4

各地方志(1975-1978)を参照作成。*データ不詳。

合作医療という自力更生型の農村衛生事業を機能化させ、三級医療予防ネットワークという農村基層部と上級行政との衛生活動の連携と協力のシステムを活性化させることが期待されたのである。こうして始まった中国全農村での「はだしの医者」の養成は、例えば表4に示されるように、一九七〇年代に入ると一層の隆盛をきわめてゆく。³⁰⁾

しかし、このように文化大革命時期中に大量に養成された「はだしの医者」ではあったが、本論の冒頭に述べたように改革・開放政策が開始されると、正式の制度からは姿を消して行った。他方で姿を消したと言え、既に彼らは農村医療の核となっていたため、再訓練による再生が期待されたのである。この背景には、改革開放政策下、人民公社が崩壊し、農村経済に市場原理が導入されてゆくといった農村社会の急速な変化があった。農村の生産所有制は従来の集団所有から個人所有へと転換され、これを受けて衛生サービスの普及についても、村人たちは集団としてではなく、個人ベースで担ってゆかなければならなくなった。農村の合作医療を支えていた人民公社が消滅したことが、合作医療から収入を受けていた「はだしの医者」たちの経済基盤を奪ったのである。このため、各村が自力更生に

よって衛生水準の向上を画り、村において住民ベースによる適正医療の供給の充実を図ることが目指された。さらには、条件の整う地域においては人民公社の存在を前提としない新たな合作医療の再建が目指された。それと同時に「はだしの医者」として養成されてきた郷村医に対しては、合作医療がなくても自立できるように再養成訓練が施されるようになったのである。一九八一年、中央政府は、訓練教育を与えることで従来からの課題とされていた「はだしの医者」医療技能のレベルアップを図り、彼らに中等医学レベルの技能を得させることを決定した。^⑩そして、資格試験を取り入れ、合格者には「郷村医生」を、不合格者には「衛生員」を称させ、今後は「はだしの医者」という名称は使用禁止とする方針を打ち出し、「衛生員」には個人開業を許可しないこととした。一九八〇年代以降、このような再養成訓練のプロセスの中で、「はだしの医者」は名称だけでなく、存在自体が徐々に淘汰されてゆくこととされた。

おわりに

中国の農村社会の変遷とともに、その名称を変えながらも「はだしの医者」は一貫して存在し続けてきた。この農村基層部の医療従事者であるが、近年の在職教育は、再養成訓練を通じて農村における医業の専門職化と質的向上を目指す一方、彼らの整理化を行っている。しかしながら、現状を見る限り、専門職化という観点からすると当初の計画が期待した成果とは乖離している。農村基層部の医療従事者に対する在職教育訓練は、合作医療の崩壊、医療の商品化の浸透といった現在の医療現場の実情に必ずしも即したものとなっておらず、その修正が課題となっている。しかし、この課題を探究するためには、旧来の郷村医（「はだしの医者」）養成訓練内容及び衛生業務の実態の把握、実際の医療水準の確定、そして現在の在職訓練のありようを検討する作業が必要とされるが、この点については別項で論じたい。

文献・注

- (1) 「半農半医」とは、半分農民であり、半分医者であることを意味する。小学・中学卒業レベルの政治思想が良く、心身が健康で労働に熱心であり、かつ貧しい青年であることを条件に、衛生工作に熱心であり、村より選抜された衛生従事者（衛生員・接生員に代表される）。村の批准を経て、衛生技術の養成訓練を受けたが、訓練について、農閑期に村から集中訓練を受けに行き、農繁期には村へ戻り農作業と学習を行うといった方法により、基本的には農業生産を主とした衛生活動を行った。一～二年の訓練で農村の一般的によく起こる疾病については予防と治療が可能であった。（温益群「对中国赤脚医生有关历史片断的回顾与评述」張開寧主編『從赤脚医生到鄉村医生』一七頁 雲南人民出版社、昆明、二〇〇二）
- (2) 温、前掲論文（一）、一五～二五頁
- (3) New, P.K. and New, M.L. : Health Care in the People's Republic of China-The Barefoot Doctor. *Inquiry* (suppl.) 12: 103-113. 1975.
- (4) 黄永昌編『中国衛生国情』二一四～二二九頁、上海医科大学出版社、上海、一九九四
- (5) 黄瑩「郷村医生の演変と基層農村医療衛生服務的研究」、張開寧主編『從赤脚医生到鄉村医生』、三五二～三五三頁
- (6) Hsiao, W.C. : Transformation of Health Care in China. *The New England Journal of Medicine*. 310 (14): 932-936. 1984
- (7) Liu, Y.L., Hsiao, W.C. and Eggleston, K. : Equity in health and health care-the Chinese experience. *Social Science and Medicine*. 49 : 1349-1356. 1999
- (8) 前掲書（4）、一五一～一五六頁
- (9) 蔡景峰主編『中国医学通史（現代卷）』（第一節）一～四頁、人民衛生出版社、北京、一九九九
- (10) 前掲書（4）、一五四頁
- (11) 一九五二年一月に毛沢東の呼びかけで開始された全国規模の大衆的な衛生運動。朝鮮戦争時に発生した細菌戦に対し、群集に対する衛生知識の宣伝と教育の普及を中心に防疫を強化し、伝染病の予防を図るためにつたことに端を発する。中国全ての省・自治区・直轄市に愛国衛生委員会が設置され、下部機構が組織化され、社会の各階層や大衆の参加を呼びかけ、中国独自の衛生工作方式を執っている。衛生知識の普及及び健康教育の展開、大衆の労働・生活環境の改善を行い、

大衆の健康と生活の向上を目的としている。活動の主な内容項目は、改水・改廁（水の衛生と水質管理及びトイレ衛生と管理）、四害（四種の有害生物の駆除と伝染病予防）、公共施設の衛生管理（ゴミ、糞尿処理と管理、環境美化）、とされている。（陳良瑾主編『中国社会工作百科全書』二一―三頁、中国社会科学出版社、北京、一九九四より）

(12) 一九五六年に戸籍法として公布されている。全国民に対し戸籍登録を義務付けることで、人々の生活・行動は厳重に監視し管理される。全国民は農業戸籍（農村戸籍者に適用）、非農業戸籍（都市戸籍者に適用）と二分化された戸籍のステータスに分類され、登記されている。この戸籍ステータスが、各人に与えられる職業と社会的保障のレベルを象徴しているため、社会的身分を表している。（若林敬子『中国の人口問題と社会変動』一一五―一三八頁、新曜社、東京、一九九六より）

(13) 前掲書（9）、六三―六四頁

(14) 前掲書（9）、五九―六一頁

(15) 医療については県医院（県レベル）・郷衛生院（郷鎮レベル）・村衛生所（保健站）衛生站（村レベル）。予防については衛生防疫站（県レベル）・郷衛生院防疫組（郷鎮レベル）・村衛生所（室）（村レベル）。母子保健については婦幼保健所（県レベル）・郷衛生院婦幼保健組（郷鎮レベル）・村衛生所（室）（村レベル）。（前掲書一七一―一七九頁より）

(16) 人民公社期において、従来の行政レベルの名称が次のように変更されている。すなわち、郷鎮は公社として称し、行政村は生産大隊（大隊）として、また、自然村については生産小隊（小隊）とされた。これに準じて、従来の郷衛生院は公社衛生院に、また村衛生所（室）は大隊衛生所（大隊衛生室）と称された。

(17) 前掲書（4）、一一六頁

(18) 前掲書（4）、一一六頁

(19) 前掲書（4）、一一三―一五〇頁

(20) 前掲書（4）、一一五―一二七頁

(21) 前掲書（4）、一二七頁

(22) 彼らが提供した衛生サービスは農村における、集団所有の原則において維持されていた。村で郷医者として医業を行っても、社会的身分は農民であるため、村医としての個人レベルの労働報酬を現金という形で受けることはなく、農民と同

じように労働点数によって報酬が分配された。当時の社会的資源の集団所有システムにおいては、郷村医の衛生活動及び必要な衛生資源は村によって管理され、郷村医の養成についても、村における農業労働生産の一部として考えられていた。(陸学芸『内発的村庄』三四六～三九一頁、社会科学文献出版社、北京、二〇〇一より)

- (23) 王希孟編『上海衛生工作叢書編集委員会』『上海衛生』四八三～四九七頁、上海科学技术出版社、上海、一九八六
- (24) 温、前掲論文(一)、一七～一九頁
- (25) 前掲書(9)、八五～九二頁
- (26) 前掲書(4)、三三〇～三三二頁
- (27) Sidel, V.W.: Feldshers and "feldsherism": the role and training of the feldsher in the USSR. *The New England Journal of Medicine*. 278: 934-939, 1968
- (28) Sidel, V.W.: Some observation of the health services in the People's Republic of China. *International Journal of Health Services*. 2 (3): 385-395, 1972
- (29) Sidel, V.W.: The Barefoot Doctors of the People's Republic of China. *The New England Journal of Medicine*. 286 (24): 1292-1300, 1972
- (30) 温益群「中国赤脚医生、産生和存在的社会文化原因分析」、前掲書(1)、三三三～三三三頁
- (31) 前掲書(4)、三三三頁
- (32) 鄧鉄涛主編『中国医学通史(近代卷)』(第七節)六一四～六一八頁、人民衛生出版社、北京
- (33) 前掲書(9)、八五～九二頁
- (34) ここでは主に、中農、若しくは貧農の子女を指す。一九五〇年八月「農村における階級の面定に関する決議」により、中国農村人口は、当時の生産手段の所有状況に応じて、地主・富農・中農・貧農に分類されることになった。以降、当該分類は一九七八年の改革開放政策の導入まで「出身」というかたちで、人々の政治的権利を規定し続けた。
- (35) 診察基礎知識、臨床基礎知識、鍼灸、予防接種、薬物基礎知識、常見病及び伝染病・寄生虫病の診断予防と治療など
- (36) New, P.K.: Health Care in the People's Republic of China-The Barefoot Doctor. *Inquiry* (suppl). 12:103-113, 1975

- (37) Wang, VL.: Training of the Barefoot Doctors in the People's Republic of China-From Prevention to Curative Service. *International Journal of Health Services*. 5 (3) : 475-488, 1975
- (38) Rosenthal, MM.: Modernization and Healthcare in the People's Republic of China-The Period of Transition. *The Journal of Medical Practice and Management*. 2 (3) : 207-215, 1987
- (39) 薛正興主編 (地方志編纂委員會) 『江蘇省志 (衛生志)』 八六、九九頁、江蘇古籍出版社、南京、一九九〇
陳輝主編 (地方志編纂委員會) 『湖北省志 (衛生志)』 八九六、八九七頁、湖北人民出版社、撫順、二〇〇〇
周維海主編 (地方志編纂委員會) 『安徽省志 (衛生志)』 四七一、四七三頁、安徽人民出版社、合肥、一九九六
魯希謙主編 (地方志編纂委員會) 『陝西省志 (衛生志)』 五九二、五九七頁、陝西人民出版社、西安、一九九六
張耽石主編 (地方志編纂委員會) 『青海省志 (衛生志)』 二五、二八頁、中華書局、北京、一九九〇
張青林主編 (地方志編纂委員會) 『山東省志 (衛生志)』 三八、四一頁、山東人民出版社、青島、一九九五
趙學成主編 (地方志編纂委員會) 『河北省志 (衛生志)』 六七、六八頁、四一四四頁、中華書局、北京、一九九五
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的浙江』 (第五編) 一六〇、一六一頁、中國社會科學出版社、北京、一九九八
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的浙江』 (第五編) 一六〇、一六一頁、中國社會科學出版社、北京、一九九八
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的貴州』 (第三編) 一〇四、一〇六頁、中國社會科學出版社、北京、一九八九
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的江蘇』 (第三編) 二〇八、二〇〇頁、中國社會科學出版社、北京、一九八九
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的四川』 (第五編) 五〇〇、五〇三頁、中國社會科學出版社、北京、一九九〇
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的江西』 (第五編) 九八、一〇一頁、中國社會科學出版社、北京、一九九一
當代中國叢書編纂委員會編 『當代中國的廣西』 (第五編) 二四七、二四頁、中國社會科學出版社、北京、一九九一
- (40) Rosenthal, MM. and Greiner, JR. : The Barefoot Doctors of China : From Political Creation to Professionalization. *Human Organization*. 41 (4) : 330-341, 1982
- (41) Koplan, JP., Hinar, AR., Parker RL., et al. : The Barefoot Doctor-Shanghai County Revisited. *American Journal of Public Health*. 75 (9) : 768-770, 1985

Evolution of Village Doctors from the Communist Regime to Contemporary China: Reeducation of the “Barefoot Doctors” in Rural Communities

Kahori MITSUHASHI

To modernize health care in China, much emphasis is currently being put on the in-service training for the remaining group of its medical paraprofessionals known as the “barefoot doctors”. They have functioned differently from the conventional professional physicians. They were farmers, yet they took care of the primary health care needs in their communes even without proper medical education. The manner in which they trained and practiced their profession as barefoot doctors was a unique modality of China’s health care system during the Cultural Revolution.

When the revolution ended, the economic reforms placed the barefoot doctors in a bad light. They were negatively perceived and their credibility as health care workers continued to be a major health management issue since the barefoot doctors reflected the strong ideals of the revolution. Despite this criticism from central government and the general public, their professional growth has been encouraged because of the insufficiency of local physicians who can provide appropriate health care for the rural peasants.

This study describes their historical evolution in the paraprofessional medical manpower development of China, to explore further directions of primary health care in contemporary China.