

20 世纪 50 年代中国农村医疗保健体系的引进

——以云南大理专区为例

福士由纪

摘要：本文以云南省大理地区为对象，侧重于当地原有的医疗人员与医治者，以及新培养出的乡村卫生员等医疗工作者，来探讨 20 世纪 50 年代初农村医疗体系的引进状况。50 年代初，该地区的县级以下的卫生保健体系之引进是与土地改革同步进行的。在大理地区土地改革委员会领导下，发动了专区和县级医疗卫生行政人员，以及当地原有的执业医疗人员等，组织起土地改革卫生工作队。他们在实施土改的地区开展治疗活动，并培养基层卫生人员，而这些活动也具有让医疗人员等“学习”与“改造”的含义。此外，将医疗保健体系引进乡村是对当地农村医疗世界的一次重组。一些通过巫术和祈祷来进行医治的医治者在“反迷信斗争”中被排斥在外，受过“科学”训练的基层卫生员被配置在各个乡村。新培养的基层卫生员之选拔也对应于通过土地改革对农村社会秩序的重组。

序 言

中国在整个 20 世纪上半叶，作为建设现代国家之一环，致力于推广医疗保健服务。但这仅限于城市周围，拥有庞大人口的农村地区仍处于落后状态¹。

中华人民共和国建国后，中国政府卫生部在“面向工农兵”的口号下，开始向全国推广包括广大农村在内的医疗保健服务。

1950-70年代的中国农村医疗保健体系的主要特征是,拥有一个县-乡-村三级制的医疗卫生网、发挥传统中医的作用、以人民公社为基础的作为医疗保障制度的合作医疗。这一成本低廉,利用当地资源,满足当地社会医疗需求的农村医疗系统,在国际保健的意义上,被评为初级卫生保健(primary health care)的典范²。这一医疗体系中最基层的生力军便是后来以“赤脚医生”之称在全世界备受关注的乡村卫生员。

本文以1950年代初的云南省大理地区为例,探讨包括培训乡村卫生员在内的农村卫生保健体系的引进状况。

有一些研究从历史学的角度出发关注1950-70年代中国的农村医疗,特别是乡村卫生员³。三桥かほり从1950-80年代农村政策和医学教育体系的角度出发,论述了作为中国农村初级医疗保健之起源的“赤脚医生”以及作为其前身的乡村卫生员的诞生过程,指出自建国初期起

† 本项研究得到了JSPS研究费-基础(C)“战后东亚农村医疗的比较史研究”(26350371)以及JSPS研究费-基础(B)“关于1950年代中国共产党权力的社会浸透与其矛盾的共同研究”(19H01315)的资助。

1 关于20世纪前半时期中国的医疗卫生事业,参见:Ka-che Yip, *Health and National Reconstruction in Nationalist China*, Michigan: Association for Asian Studies, Inc., The University of Michigan, 1995; 饭岛涉《ペストと近代中国》东京:研文出版,2000年; Ruth Rogaski, *Hygienic Modernity: Meanings of Health and Disease in Treaty-Port China*, Berkeley and L.A., California: University of California Press, 2004; 张大庆《中国近代疾病社会史(1912-1937)》济南:山东教育出版社,2006年; 杨念群《再造“病人”》北京:中国人民大学出版社,2006年; 张泰山《民国时期的传染病与社会》北京:社会科学文献出版社,2008年; 福士由纪《近代上海と公众卫生》东京:お茶の水书房,2010年等。

2 关于对该时期中国农村医疗的国际性评价,参见:WHO, *Primary Health Care: The Chinese Experience*, Geneva: WHO, 1983。1978年,在苏联(现为哈萨克斯坦)的阿拉木图举行的WHO及UNICEF主办的“有关初级卫生保健体系的国际会议”的宣言中,提出了下述定义“初级卫生保健体系是一种实践性、科学性的,基于社会上可行的方法的根本性卫生保健,它是一种所有人都能普遍利用的,处于各种发展阶段的国家与地区都能以可付出的成本来操作的体系。” Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1 (World Health Organization, 2020年7月21日阅览)。

步的乡村卫生员培养工作,是在 50 年代中期的农业集体化过程中全面铺开的⁴。

侧重于区域社会之实际状态的有 Xiaoping Fang 关于浙江省的研究。他利用访谈调查和地方的官方资料,从医疗人员和农村居民的角度研究了 1950-70 年代的农村医疗状况。Fang 侧重研究的是文革期间“赤脚医生”运动对于包括祈祷师等医治者在内的农村的医疗世界和居民意识的影响。因此,对于本文主要关心的 50 年代初的状况,虽然基于受访的中国传统医生的经历,以联合诊疗所(集中了当地的开诊医疗人员的乡级医疗机构)为主进行了叙述,但是几乎没有具体提及该时期包括村级层次的医疗保健体系的引进过程⁵。不过 Fang 所论及的国家开展的农村医疗服务对当地传统的农村医疗世界之影响,以及对农村居民医疗意识和偏好的影响问题,对于考察近现代农村社会的医疗状况是至关重要的,有必要进一步积累基于各地实情的案例来深化研究。此外,近年来新中国建国初期的档案文件逐步公开,在医疗史领域也有学者指出,就医疗卫生事业而言,在民国时期和新中国时期之间存在着人员、组织、设施上的连续性⁶。根据这些看法可认为,农村医疗的引进过程也因当地实情而不同,在此意义上,更需要积累根据当地实情的研究案例。

-
- 3 除文中提及的研究外,还有例如姚毅《「はだしの医者」の视觉表象とジェンダー》(中国女性史研究会编《中国のメディア・表象とジェンダー》东京:研文出版,2016年,第222-250页中论及了1950-70年代“赤脚医生”这一表象的变迁及其政治性含义。另外,张开宁主编《从赤脚医生到乡村医生》昆明:云南人民出版社,2002年主要对1960-80年代前半期作为“赤脚医生”从事农村医疗工作的人进行的采访调查,以当事人的人生故事的形式描述了改革开放前农村医疗的实际状况之一端。
- 4 三桥かほり《现代中国の农村社会の变迁における乡村医の形成》,《日本医学史杂志》51卷4号,2005年,第569-592页。
- 5 Xiaoping Fang, *Barefoot Doctor and Western Medicine in China*, Rochester, N.Y.: University of Rochester Press, 2012.
- 6 姚毅《母子卫生システムの连续と转换》《近きに在りて》58号,2010年,第44-58页;福士由纪《近代上海と公共卫生》第243-278页。

基于上述研究状况,本文将以云南大理地区为对象,侧重于当地的医疗人员和医治者,以及新培养出的乡村卫生员等医疗工作者,来研究50年代初引进农村医疗系统的实际状况。此外,众所周知,在新中国成立初期,土地改革给农村社会带来了政治上社会上的巨变。本文也将关注农村社会秩序的重组与新引进的农村医疗体系之间的关系。

以云南大理地区为对象,是出于资料原因。在笔者也参加的综合地球环境学研究所“热带亚洲环境变化与感染症研究(代表:门司和彦(长崎大学)),2008-2012年度”中,对新中国成立后的中国西南地区的疟疾和日本血吸虫病的流行状况及对策进行了历史研究,那时收集了云南省大理地区的以官方文件为主的文献资料⁷,通过这些材料,可以展现出包括县-乡-村在内的农村医疗体系引进状况之一端。

一,中国的农村医疗制度

1949年新中国成立以来,中国致力于将医疗保健服务推广到包括广大农村地区在内的全国。中央人民政府卫生部在1950年8月首届全国卫生会议上提出了“面向工农兵”“预防为主”“团结中西医”三大原则。1952年在三大原则中添加了“卫生工作与群众运动相结合”的方针,这些被视为中华人民共和国的医疗卫生事业四大原则⁸。

要为5亿多农村人口提供医疗保健服务,就需要大量医务人员。以笔者管见所及,尚未见到能显示建国初期中国有多少医务人员的数据。在1950年卫生部的一份报告中称,接受过现代西方医学教育的医生(西医)有2万名⁹,而继承中国传统医学的医生(中医)估计约有50万人,可见积极发挥了中医医生的作用¹⁰。从区域分布情况来看,1949年相

7 在收集这些材料时,我们得到了上海交通大学(李玉尚教授)、云南大学(周琼教授)、云南开发与发展研究会(张开宁教授)的协助。

8 张学文《新中国的卫生事业》北京:生活、读书、新知三联书店,1953年,第6-9页。

9 贺诚《中西医团结与中医进修问题》(《人民日报》1950年6月13日)。

对于每 1000 名居民的卫生技术人员(专业从事医疗、防疫、母婴卫生、护理助产、药物、检查等的掌握卫生技术的人员)在市区(城市地区)为 1.87 人,县以下地区(农村地区,包括乡、镇、村)为 0.73 人,医生(受过高等医学教育的医生、受过中等医学教育的医师、执业中医)为 0.70 人,县以下估计为 0.66 人¹¹。从这些数字来看,卫生技术人员的城乡差距非常明显,而医生之间似乎没有太大的差距。但如下文所述,即使在农村地区,大多数医务人员也主要在人口集中的县城和市镇等地开业,并且医药费昂贵,农村居民想要就诊也并非易事。为了改善农村地区这样的医疗状况,便开始建立对当地居民进行短期培训,使之作为卫生员、接生员、保健员来负责基本的地区医疗服务的体系。

根据 1950 年 8 月中央人民政府卫生部颁布的《关于健全与发展全国基层卫生组织决定》以及次年颁布的《关于组织联合医疗机构实施办法》,县-乡-村三级制医疗保健网开始制度化。按上述决议,在基层方面,要在村级卫生室安排村卫生员等,接受上一级的乡级卫生机构的监督指导,而乡一级的卫生机构则进一步接受更上一级的县级卫生机构的监督指导¹²。

事实上,依靠这种短期培训出来的医疗卫生人员进行地区医疗服务的尝试始自民国时期。从 20 年代末到 30 年代,晏阳初领导的中国平民教育促进会在河北省定县开展了乡镇建设运动,当时作为医疗卫生事业之一环,构筑起了县-区-乡三级制的医疗保健网,并在基层发挥了短期培训出的卫生员的作用¹³。这些医疗保健网在 30 年代后还由国民政

10 上述,张学文《新中国的卫生事业》,第 8 页;ラルフ・C・クロイツァー,难波恒雄等翻译《近代中国の传统医学》东京:创元社,1994 年,第 202-220 页。

11 黄永昌主编《中国卫生国情》上海:上海医科大学出版社,1994 年,第 135 页。

12 上述,三桥かほり《现代中国の农村社会の变迁における乡村医の形成》,第 576 页;上述,黄永昌主编《中国卫生国情》,第 214-215 页。

13 C. C. Chen, "The Tinghsien Experiment," *Chinese Medical Journal*, 48(6), 1933, pp.611-613; C. C. Chen, "A Practical Survey of Rural Health," *Chinese Medical Journal*, 48(7), 1933, pp.680-688.

府试验性地引进部分农村¹⁴。

另一方面,在民国时期,有迹象表明在共产党的根据地也曾尝试向农村提供医疗保健服务。陕甘宁边区在1939年1月的参议会上通过了《建立边区卫生工作保障人民健康案》,决议在各县城和相对较大的区镇设药房,从各县选出适宜的青少年,实施卫生培训,培养卫生干部¹⁵。此外,在1946年的陕甘宁参议会上,还决议发挥农村现有的中医和兽医的作用,加强边区医生在春秋两季对乡村的巡回医疗,并通过短期培训来培养民间医生¹⁶。

关于1950-70年代中国农村医疗保健事业的起源说法不一,包括这两种说法¹⁷。如上文所述,在医学史研究领域有学者指出,建国初期,共产党一方面继承了民国时期设置的人员和设备,同时配合新制度进行了重组和扩充,由此可见出民国时期与建国时期的连续性¹⁸。从下述云南省大理地区农村医疗保健体系的引进状况也能证实这一点。

二, 中华民国时期云南省医疗卫生行政与本地医疗

1. 中华民国时期云南省的医疗卫生行政机构

云南省的医疗卫生行政,与中国其他省市同样,是在清末至民国北京政府期间作为警察行政的一部分发展起来的,仅限于省会昆明等地。1928年,南京国民政府卫生部发布《全国卫生行政系统大纲》,决定在中

14 Ka-che Yip, *op.cit.*, pp.67-80; Ka-che Yip, "Building a Strong China"《民国研究》总5辑,1999年,第41-53页。

15 《建立边区卫生工作保障人民健康案》陈明光主编《中国卫生法规史料选编》上海:上海医科大学出版社,1996年,第146-147页。

16 《陕甘宁边区政府命令:边区第三届参议会第一次大会通过关于政法组文教组提案希分别执行由》、《陕甘宁边区政府命令:边区第三届参议会第一次大会通过有关教育之提案希切实执行由》上述,陈明光主编《中国卫生法规史料选编》,第73-81页。

17 上述,杨念群《再造“病人”》,第361-362页。

18 上述,姚毅《母子卫生システムの连续と转换》,第44-58页。

央(卫生部)之下,于各省设卫生处,于特别市设卫生局,于各市、县分别设卫生局¹⁹。在云南省,“大纲”发布后,便向南京派人,在那里接受培训,1930年在省政府民政厅内设了卫生专员²⁰。

县级卫生行政机构不仅要负责当地的环境卫生和防疫工作,还设了问诊部进行诊疗,为乡镇卫生员治不了的病人做适当的医疗处理,或转介给附近的医疗机构,并掌管如去乡镇巡回医疗等的医疗事务²¹。在云南省内,县级卫生行政组织自30年代中期起迅速完备起来。关于其背景,可以指出两点。一是来自中央的援助,另一是由于中日战争爆发后医疗机构和医疗人员纷纷迁到内地。

1935年,云南省政府请求南京国民政府帮助其完善全省医药事业。作为回应,当时任南京国民政府卫生顾问的联合国的斯丹巴(A. Stamper)被派往云南。依他的提议,成立了一个负责省卫生行政和实验研究的全省卫生实验所,以前属于民政厅的卫生专员被合并到那里。全省卫生实验所设置后,在县一级,个旧县和思茅地区设立了负责本地区的卫生行政和医疗保健服务的县卫生院,为矿工提供医疗服务并控制疟疾等²²。

中日战争期间,人员和机构向西南地区的迁徙使云南的社会经济状况发生了巨变²³。医疗卫生领域亦不例外。中日战争时期,在迁至昆明

19 《全国卫生行政系统大纲》上述,陈明光主编《中国卫生法规史料选编》,第470页。

20 云南省志编纂委员会《云南省志 卷六十九 卫生志》昆明:云南人民出版社,2002年,第69-72页;H.Y. Yao, “The Provincial Administration of Yunnan” *Chinese Medical Journal* 53 (6), 1938, pp.577-583.

21 《县卫生工作实施纲领(1930年12月卫生署公布)》上述,陈明光主编《中国卫生法规史料选编》,第491-493页。

22 上述,云南省志编纂委员会《云南省志 卷六十九 卫生志》,第69-72页;League of Nations, Health Organisation, *Intergovernmental Conference of Far-eastern Countries on Rural Hygiene, Preparatory Papers, Report of China*, League of Nations, Geneva: 1937, p.23; H.Y. Yao, *op.cit.*, pp.577-583.

23 石岛纪之《云南と近代中国》东京:青木书店,2004年。

的上海医学院、中山医学院等教育和医疗机构的协助下,设立了区县级的卫生行政和医疗保健服务机构。1942年全省分为七个卫生区(昆明、昭通、个旧、楚雄、鹤庆、蒙化、宁洱),每个卫生区都设有中心卫生院,并在其下部署了县卫生院。然而,似乎并非所有区县的尝试都是一帆风顺的。例如,蒙化中心卫生院是由1938年成立的蒙化县卫生院改组而成的,但作为卫生区级的中心卫生院,要负责更广大区域的卫生行政和医疗保健服务,这在经济上造成了困难,据说在重组后仅三个月内就停止了作为中心卫生院的工作²⁴。

日中战争结束后的1946年,在全省建立了130个县卫生院和35个县以下的卫生机构。然而其中不少在国共内战期间由于经济拮据和人员短缺,被迫关闭或缩减业务。1950年,云南省人民政府进行接管工作时,全省仅剩64个县卫生院²⁵,在关闭卫生机构的县,1950-51年县卫生行政机关进行了重建。

2. 大理地区的医疗卫生行政组织

大理地区(现为大理白族自治州)位于云南省中西部,澜沧江以东,金沙江以南。1950年2月成立了大理专员公署,作为大理地区的行政机构,管辖大理专区。1950年当时,大理专区包括1市14县(下关市、大理、凤仪、邓川、宾川、祥云、弥渡、蒙化、云县、缅宁、顺宁、永平、漾濞、云龙、洱龙各县)。1953年首次人口普查时,当地人口约为145万,其中汉族以外的少数民族约68万(46.6%),少数民族中白族占68%。在大理地区,山脉为南北走向,夹有许多大小不一的盆地。以这些盆地为中心,人们建起村落,相对较大的盆地则成为重要的农业地带²⁶。

24 巍山彝族回族自治县志编纂委员会《巍山彝族回族自治县志》昆明:云南人民出版社,1993年,第783-785页。

25 上述,云南省志编纂委员会《云南省志 卷六十九 卫生志》,第69-72页。

中日战争时期,大理地区也在各县建了县卫生院。上述 14 个县中已确认的是,洱源于 1937 年,云龙、云县、大理三县于 1938 年,漾濞、弥渡两县于 1939 年,宾川县于 1940 年,永平县于 1941 年,祥云县于 1942 年建了县卫生院²⁷。其中许多于 1949-50 年由人民政府接管。在永平县、龙县,由于受 1949 年 3 月“共革盟事件”的影响,卫生院的人员都逃光了,新中国成立后重建了新的县卫生院²⁸。

如下文所述,人民共和国建国初期接收的县卫生院的机构和人员,在引进乡村级医疗保健体系时充分发挥了作用。

3. 农村社会的当地原有的医疗

在国家向农村引进医疗保健体系前,据说在农村许多地区,人们主要依靠家族内和村里流传下来的传统疗法和祈祷,病情严重起来,就靠当地中医和草药师来对付疾病和身体不适。中国科学院民族研究所在 1958 年至 59 年之间,对大理白族开展了社会调查。其中的部分调查记录提到了新中国成立前的医疗卫生状况。例如,关于剑川县(1956 年并

26 大理白族自治州地方志编纂委员会《大理白族自治州志·卷一》昆明:云南人民出版社,1998 年,第 385、403-404 页。

27 云南省云龙县志编纂委员会《云龙县志》农业出版社,1992 年,第 493-494 页;云南省宾川县志编纂委员会《宾川县志》昆明:云南人民出版社,1997 年,第 691 页;云南省祥云县志编纂委员会《祥云县志》北京:中华书局,1996 年,第 732 页;云南省洱源县志编纂委员会《洱源县志》昆明:云南人民出版社,1996 年,第 525 页;云南省永平县志编纂委员会《永平县志》昆明:云南人民出版社,1994 年,第 579 页;云南省漾濞彝族自治县志编纂委员会《漾濞彝族自治县志》昆明:云南人民出版社,2000 年,第 686 页;云南省云县地方志编纂委员会《云县志》昆明:云南人民出版社,1994 年,第 743-744 页;弥渡县志编纂委员会《弥渡县志》成都:四川辞书出版社,1993 年,第 683 页;大理市史志编纂委员会《大理市志》北京:中华书局,1998 年,第 880 页。

28 上述,云南省永平县志编纂委员会《永平县志》第 579-580 页;上述,云南省云龙县志编纂委员会《云龙县志》第 493-494 页。“共革盟事件”是 1949 年 3 月,钟世俊等人为了实现新政协纲领而在云县武装起义,邻近县也纷纷响应的事件。这一年 4 月,被云南省长卢汉的授命下组织起的滇西剿匪司令部镇压。

入大理白族自治州)的下沐邑村的白族社会,提到“生病时除求神拜佛外,多用各种草药治疗,因而各种草药单方较多,民间医药知识也很丰富。…这些单方对一般病症尚有作用,当病重治疗无效时,群众多请附近江尾村的中医生医治”²⁹。

然而,无论中医西医,还是专业开草药的草药医,他们的医疗收费都不低廉,人们都无法轻易就诊。关于大理县喜州,提到“本地虽有少数中西医生,而医疗费奇贵。1930年成立了“喜洲医院”,亦只为地主、资本家等剥削阶级服务,90%以上的群众不敢也无力进入医院治病。江渡村一农名妇女难产,出卖土地三亩方得进入医院,结果不仅钱花光,而且小孩亦死,最终人财两空”³⁰。另外据说,在鹤庆县(1956年并入大理白族自治州)的黄坪地区,虽有两名草药医生,但他们开的药非常贵,每次药价相当于一石谷物,许多人生病后买不起药³¹。

尽管由于史料的性质,对民国时期的医疗卫生状况不免评价过低,但对当时的农民来讲,接受医疗人员的医治确实负担沉重,非日常之事。

如在上文所举的剑川县下沐邑村,祭祀、祈祷也是人们得病后的主要的应对方法之一。在白族社会有一种很普遍的风俗,认为各种疾病是由鬼神引起的,常由巫师举行一些仪式,试图镇住那些操纵疾病的鬼神。例如,在毗邻大理地区的丽江地区碧江的白族社会中,头痛、发烧和腹泻等症状被认为是由一个叫“额腾鬼”的鬼神带来的,为了镇住它,有一种习惯是日落之后,在家门前供上猪或牛来拜它³²。另外,在云龙县

29 中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南省白族社会历史调查报告(白族调查资料之二)》昆明:云南省民族研究所,1963年,第64-65页。

30 中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南省白族社会历史调查报告(白族调查资料之一)》昆明:云南省民族研究所,1963年,第80页。

31 上述,中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南省白族社会历史调查报告(白族调查资料之二)》第94页。

32 上述,中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南省白族社会历史调查报告(白族调查资料之二)》第82-83页。

宝丰一带的白族社会,生病时也不服药,而是专请巫师来“跳神”,并宰杀鸡、羊和猪等家畜来供神³³。

从上述情况来看,区域社会中对付疾病的方法也包括宗教医治行为,范围很广,呈现出多样性。下文将提到,50 年代初向农村社会引进医疗保健体系的过程,也是围绕着如何安排这些当地原有的多样性医疗、医治人员的形式展开的。

三,向乡村引进医疗保健体系

1. 土地改革与土地改革卫生工作队

在云南省,向乡村引进医疗保健体系是与一系列土地改革运动同步开展的。基于 30-40 年代苏区、边区的经验,中国共产党于 1950 年 6 月颁布了《中华人民共和国土地改革法》,提出了土地改革的具体方法。云南省人民政府也于 1951 年颁布了《云南省土地改革实施法》,依据该法在各地开展土地改革。《云南省土地改革实施法》中将省内少数民族按社会发展阶段进行划分,并根据各自类别,采用四种不同方式搞土地改革。在有些地区,土地改革时对少数民族头领作出了重大让步,但大理地区被定性为处于封建地主制阶段的地区,开展了全国统一式的土地改革³⁴。

在大理地区,从 1950 年冬至 51 年春,中共大理地区委员会在所辖地区不断组建农民协会。1951 年,他们带头开展了“减租退押”运动(减租就是将雇农的地租减少 25%,减租后的地租不得超过该土地上的纯作

33 上述,中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南省白族社会历史调查报告(白族调查资料之二)》第 85 页。

34 云南省志编纂委员会《云南省志 卷二十二 农业志》昆明:云南人民出版社,1998 年,第 118-120 页;郎维伟、张朴、罗凉昭《试论西南民族地区实行土地改革的实践》《贵州民族研究》24 卷 4 期,2004 年,第 33-41 页;松村嘉久《中国における少数民族政策の展开》《人文地理》45 卷 5 号,1993 年,第 59-62 页。

物的 35%，而退耕是强迫退还已支付给地主的土地使用押金)。即通过搞运动来进一步组织农民，提高阶级意识，从而开展没收和征收地主和富农阶级的土地财产，向贫农、雇农分配“胜利果实”等的土地改革。1951 年 11 月至 53 年 3 月，在大理专区土改委员会领导下，组织起了 340 多个土地改革工作队，在各地开展了土地改革。大理专区的土地改革是第一期(1951 年 11 月-)在洱源试点起步，第二期(1952 年 2 月-)在大理、祥云、凤仪、弥渡、蒙化、下关实施，第三期(1952 年 8 月-)在宾川、邓川、永平、云龙和漾濞实施，第四期(1952 年 10 月-)在顺宁、云县实施³⁵。

在实施土地改革前的 1951 年，省卫生会议决定，各地要在领导土地改革的土地改革委员会之下组建卫生工作队³⁶。卫生工作队在向农村引进医疗保健体系过程中发挥了核心作用。

2. 土地改革卫生工作队的组织与当地传统的医务人员、医治者的重组

土地改革卫生工作队，与土地改革工作队一起前往搞运动的地区，不仅是为了维护工作人员的健康，其工作目标还包括该地区的传染病对策，为居民治疗各种疾病和身体不适，宣传卫生，培训基层卫生人员，建立起基层卫生组织等³⁷。

表 1 显示了大理专区在各个时期土地改革卫生工作队结束工作时的组成。成员大致可分为医生(西医)、中医、护士、助产士、调剂员、

35 大理白族自治州地方志编纂委员会《大理白族自治州志·卷二》昆明：云南人民出版社，1998 年，第 250-251 页；上述，中国科学院民族研究所云南民族调查组《云南白族社会历史调查报告(白族调查资料之一)》第 86-90 页。

36 大理白族自治州档案馆藏，大理专署卫生科档案 153-1-4《大理专署土改卫生工作队 1952 年工作总结》收录，《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952 年 8 月 31 日)》，第 34 页。

37 上述，153-1-4 收录，《大理专区土改卫生工作队洱源县工作总结(1952 年 3 月 18 日)》，第 101 页。

检查员等医疗技术人员,以及卫生行政人员(在不同时期,具有医疗专门技术的卫生行政人员或被归入西医中医等医疗技术人员,或被归入行政人员,并不统一),以及农民组织化过程中已培养出的、在土地改革卫生工作队的活动中培养出的接生员、卫生员等基层卫生人员。

表 1 土地改革卫生工作队的成员结构

	第一期	第二期	第三期	第四期	云县
医师	5	25	2	11	5
中医	5	38	39	8	1
护士	4	16	15	14	6*
助产士	3	12	5	7	
调剂员	2	10	5	2	
检验员	1	2	1		
卫生员	12	55	29	68	11
医助	2		3		
接生员			6		3
医务员	2				
卫生员行政人员		15	8	5	
防疫员					9
公共卫生员					2
卫生稽查					1
保健员					1
其他人员	4		14		5
合计	40	173	127	115	38

* 包括 4 护理员

来源: 153-1-4 收录《土改委员会卫生工作队洱源县工作总结(1953年3月)》第100页; 153-1-4 收录《土改卫生工作队第二期工作总结(1953年8月)》第36页; 153-1-7 收录《土改委员会卫生工作队第三期工作总结(1953年6月)》第3页; 《土改卫生工作队四期工作总结(1953年8月)》第30页; 《土改卫生工作队云县工作总结》(1953年)第48页。

西医、中医和助产士、药剂师之中,也包括个人执业的医务人员。这些执业医务人员是通过建在各个县的卫生医药工作者协会(卫协会)召集来的。卫协会是新中国成立后,为组织医疗卫生事业工作者而在中国各地组建的。在“团结中西医”的方针下,卫协会是中医西医都能参加的,但实际上通常是由多数中医和少数西医组成的,这反映了各地的实情³⁸。在弥渡县卫协会,1953年时,有152名成员,中医143名,西医4名,助产士2名,药剂师1名和实习生2名³⁹。如下文所述,从大理地区的事例来看,卫协会不仅试图组织起当地的医务人员,还对他们进行“整顿”和“改造”。

在土地改革卫生工作队的报告中,执业医务人员根据其服务方式以及与社会的关系被划分为以下几个类型。(1)有一定医学基础又受人民信赖的医生。他们中的一些人是地主富农出身,或原为军医,或从医学院正式毕业。他们收取医高昂的药费,坐等病人来就医。(2)封建巫医神婆。这在农村最多,用巫术和祈祷来治病。他们不用正式药物,靠要挟诈骗病人谋生。(3)半成熟的医生。他们包括医科学生、原来的护士和医生的遗孀并接替丈夫工作者。这些人医疗技术水平差,知识肤浅,有些人还不识字⁴⁰。

如上所述,通过巫术和祈祷的治疗也是民众对应疾病和身体不适的方法之一,但在50年代初组织卫协会过程中,被归入(2)的部分人渐渐被逐出医疗和医治这一神圣领域。各地开展了“反迷信斗争”,凤仪县有15名巫医神婆,她们用算命、祈祷、风水等来治病,赚取过高费用(金钱、

38 上述,ラルフ・C・クロイツァー《近代中国の传统医学》,第202-220页。

39 大理白族自治州档案馆,大理专署卫生科档案153-2-18《凤仪、弥渡两县1953年卫生工作总结》收录,《弥渡县人民政府1953年上半年卫生工作简要总结报告(1953年7月26日)》,第63页。

40 上述,153-1-4收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952年8月31日)》,第90页。

大米、鸡)、小病大治、多收药费、卖假药等,这些行为被群众揭露。蒙化县有一位妇女隐藏了作为巫婆报酬的数千只鸡和财产而被置于“群众管制下”⁴¹。在卫协会,贴出了卖假药的巫婆亲笔写的悔过书,还逼她写下了不再重犯的保证书,并将这些内容印发给区县公所,作为对巫医神婆的群众管理的材料⁴²。

可以认为,参加土地改革卫生工作队的执业医务人员多数是被归入(1)的,但卫协会成立以来,执业医务人员被迫对传统的医疗方法做了重大改变。据说许多协会成员开设了联合诊疗所,几名执业医生组织起来,为当地居民提供医疗服务。此外,他们中的多数人的诊所开在县城和市镇等,但要在县卫生行政部门的指挥下,参加卫协会成员的组织性农村巡回医疗。并非所有执业医务人员都愿意参加农村巡回医疗,但如果坚持传统的坐等病人来就医的做法,就会被批评为“作风不好”。卫协会也成为了改造执业医务人员的场所,常举办整顿作风学习、政治学习,座谈会等活动⁴³。

新中国成立初期的医疗政策的主要特征是医务人员和医疗服务的大众化。以往医务人员居于社会上层,其服务的对象往往也是居于社会上层的人们。通过这一时期在各地开展的医务人员的学习,以及动员他们参加的卫生运动,可以看出希望造成一个由面向大众的医务人员为大众服务的局面的政策意图⁴⁴。这种意图在大理地区的事例中也能得到证实。在《土改委员会卫生工作队第二期工作总结》中写道,卫生人员在反动统治时期受到剥削阶级的毒害,因此让他们实际体验农村的反封建

41 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952年8月31日)》,第56页。

42 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952年8月31日)》,第94页。

43 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952年8月31日)》,第90-92页。

44 上述,福士由纪《近代上海与公共卫生》,第243-278页。

斗争是给他们一个改造的机会。这些当地原有的医务人员是如何被召集来的,具体细节还不清楚,但有记载说,一些在农村工作期间尽管常要自备饮食,但被作为模范人物受到表扬的执业医师(中医)说,在组织土地改革卫生工作队时,自己是“踊跃地”并“喜悦地”参加的。而同样在这份《工作总结》中,也可以见到“落后”的医生形象,如“不习惯集体生活和严格的政治锻炼”“不能接受批评”“因本人是地主富农出身,对土改闹情绪”“误解农民”等⁴⁵。由此可见,当地原有的医务人员对新政府的政策表现出各式各样的反应。

四, 培育基层卫生人员

1. 基层卫生人员

培育基层卫生人员和建立基层卫生机构,是在上文所述的医疗资源偏向县城等的情况下,缓解农村社会的日常健康问题的重要手段,也是土地改革卫生工作队的主要任务之一。

表 2 显示了土地改革卫生工作队培训基层卫生人员的情况。1951 年底到 53 年中期,在土地改革卫生工作队活动的 12 个县,培训出了卫生员 2042 名、接生员 2353 名、防疫员 2180 名。

那么,参加基层卫生人员培训的是怎样的人呢?表 3 显示了邓川县、漾濞县和云龙县的部分基层卫生人员的民族、文化程度(识字/不识字)和阶级成分。关于民族,可见少数民族和汉族的比例反映了该地区的人口构成比。1953 年首次人口普查时查出的各县汉族与少数民族的比例为,漾濞县 48 比 52,云龙县 23 比 77。关于文化程度,不识字率相对较高,云龙县超过 80% 不识字。学员总体上贫农出身的人很多。可认为,这是由于故意挑选了这些成分的人。“卫生员、接生员要选家庭出

45 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结》(1952 年 8 月 31 日),第 64 页。

表 2 基层卫生人员人数

	卫生员	接生员	改造旧产婆	防疫员	种痘员	炊事员
洱源	197	173				
大理	244	196	5	1300		
凤仪	32	105	3	134	60	12
祥云	181	185	13		70	
弥渡	188	346	27	736		
蒙化	196	193				
云龙	206	204		10		
漾濞	92	177				
宾川	235	164				
邓川	97	103			146	
顺宁	271	456			386	
云县	103	51			80	
合计	2042	2353	48	2180	742	12

来源：153-1-4收录《土改卫生工作队洱源县工作总结(1953年3月)》第106页；153-1-4收录《土改卫生工作队第二期工作总结(1953年8月)》第55-56页；153-1-7收录《土改卫生工作队第三期工作总结(1953年6月)》第7页；《土改卫生工作队四期工作总结》(1953年8月)第38页；《土改卫生工作队云县工作总结》(1953年)第65页。

身好、政治思想好的人，特别是符合条件的贫下中农子女要优先选拔”这一标准在基层卫生人员被称为“赤脚医生”的60年代和70年代也没有改变⁴⁶。

在此举出一例。弥渡县第三区的一名彭姓女性，作为卫生员参加了第二期土地改革卫生工作队，并被选为模范。她贫农出身，不识字。她跟父母、兄弟和丈夫五人一起生活，日子过得很艰苦。1951年，在弥渡县第三区进行农民组织工作时，工作队要求青年农民参军。她响应号召，让丈夫参军，自己也加入了农会。不久，她被选入初级卫生人员培训

46 温益群《中国“赤脚医生”产生和存在的社会文化原因分析》上述，张开宁主编《从赤脚医生到乡村医生》，第323页。

医疗、卫生

表3 邓川、漾濞、云龙三县基层卫生人员状况

	总数	民族		文化状况		阶级				
		汉族	少数民族	识字	不识字	中农	贫农	雇农	小手工业	其他
邓川	150	82	68	66	84	30	111	8	1	28
漾濞	269	130	139	50	219	91	145	27	0	6
云龙	410	106	304	69	341	59	283	43	3	22

来源：153-1-7 收录，《第三期土改卫生工作总结》第8页。

班，在完成培训后，她参加了卫生工作队，从事卫生宣传、保护环境卫生以及疫苗接种工作⁴⁷。

以笔者管见所及，未见到能显示出受训生的性别比率和年龄结构的材料。不过一般认为，男人受训当卫生员，妇女受训当接生员的情况较多⁴⁸。就接生员来将，除了以前的接生婆，还选出了有生育经验并有威望的妇女⁴⁹。

培训基层卫生人员十分重视时机。在一系列土地改革运动中，最佳时机被认为是划分阶级成分后，征收和没收土地财产前。可认为这是由于非常重视怎样才能选出阶级出身上的“积极分子”。有报告说，在凤仪县，由于接生员培训时期过早，学员中混入了“不纯的”阶级分子，他们起了坏作用。还有报告说，在祥云县，由于在征收和没收土地财产之后进行培训，成分“不太好”的学员们在培训结束回村后，无法顺利工作，问题很多⁵⁰。也就是说，培育基层卫生人员工作是与通过土地改革运动重组

47 上述，153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结（1952年8月31日）》，第73页。

48 上述，153-1-4 收录《大理专区土改卫生工作队洱源县工作总结（1952年3月18日）》，第106页。

49 上述，153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结（1952年8月31日）》，第54页。

50 上述，153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结（1952年8月31日）》，第54页。

农村社会秩序相对应而开展的。

据说学员是从每个村子招一两人,接受培训后回村,组建卫生室和接生室,从事当地医疗卫生工作的。建国初期各县的准确乡村数尚不清楚,例如祥云县在 1950 年有 74 个乡 472 个自然村⁵¹。在第二期卫生工作队的活动期间培养的该县卫生员、接生员共 366 人,如果到了 1952 年自然村的数量没有变化,则似乎无法在每个自然村配备基层卫生人员。事实上,据说在云县的一些地区,由于经费不足,在土改卫生工作队的活动中没有十分的培训卫生员、接生员的工作⁵²。然而从整个大理地区来看,在 50 年代初,还是培养出了相当数量的基层卫生人员。

2. 培训内容

许多基层卫生人员受训者是贫雇农出身,很多人不识字。因此,培训中结合了许多做法,如用大白话进行的通俗易懂的讲课(还提倡用“土话”即民族语言授课),利用模型和图画,作为卫生工作队队员的教师将学员当作实际患者进行诊疗来实习。在大理地区,使用了《新法接生手册》《卫生员手册》《防御细菌战常识手册》等教科书⁵³。可惜尚未找到这些教科书的实物,但也有可能从同一时期各地出版的类似小册子中推断出大致内容。

培训通常从“旧社会”与“新中国”的对比开始。在大理地区的第二期土地改革卫生工作队的报告中写道“在训练开始时多作政治动员报告,启发学员们的阶级觉悟,并打消其一切顾虑,结合新旧对比,痛口过

51 上述,云南省祥云县志编纂委员会《祥云县志》,第 49 页。

52 大理白族自治州档案馆藏,大理专署档案 153-1-7《大理区土改委卫生队 1953 年工作总结》收录,《大理专区土改委员会卫生工作队第四期卫生工作总结(1953 年 8 月 10 日)》,第 38 页。

53 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952 年 8 月 31 日)》,第 54 页。

去旧社会给我们的疾病灾害,这样更加激动学员们对旧社会及地主阶级的仇恨,提高其学习情绪和决心”⁵⁴。在相同时期,在位于长江口的崇明出版的小册子《农村大众卫生》中,也是这样开头的。

在崇明的海东区家禄乡,住着一位老婆婆。老婆婆有个孙女,她很疼她。有一天,她的孙女得了疟疾。老婆婆相信“娃娃发胎疟,顶多娘几岁疟疾也发几次,自己会好”的说法,不管孙女发烧。看不过去的熟人给了她一些药,她也没给孙女服用。结果她孙女越来越虚弱,家里人惊慌失措地叫来医生,但为时已晚,眼看着孙女死掉了。老婆婆说:“话哈哈!是我害了她;我为啥信了这鬼话,不早些请个医生?!”

故事之后接着写道,悲剧的原因在于缺乏科学常识,因此农村人之前一再遭遇不幸。但现在摆脱了长期的压迫和剥削,学会了怎么躲避和减少疾病,过上了幸福的日子⁵⁵。或许由于这种“旧社会 = 迷信 = 不幸、不健康 / 新中国 = 科学 = 丰裕、健康”的说明方式很单纯,容易让学员理解。

在略晚一些的时期,可以看到 1957 年上海和北京出版的小册子,其中提到的内容有:驱除害虫 供水、管理粪便、堆肥制造法之类的环境卫生保护方法;发烧、腹泻、便秘、腹痛、呕吐、咳嗽等日常症状的应对方法;传染病的机制以及主要传播病的预防法;中暑、食物中毒、药物中毒、烫伤、出血、骨折时的对应方法;注射法、灌肠法、人工呼吸法、除菌法、助产方法等的治疗法,以及常用药等,内容丰富,图文并茂,想方设法让学员看懂⁵⁶。

大理地区的土地改革卫生工作队培训基层卫生人员的时间从一周

54 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952 年 8 月 31 日)》,第 54 页。引用文中的口是不能判读的文字。

55 顾希明编著《农村大众卫生》上海:中华书局,1951 年,第 3-5 页。

56 上海市红十字会、上海市卫生防疫站《农村保健员手册》上海:科技卫生出版社,1957 年;吴元章等主编《农村卫生工作者手册》北京:人民卫生出版社,1957 年。

到十天不等,在此期间进行了也包括思想学习在内的培训和学习。当时的培训内容似乎并没有上述那么丰富。据说培训内容是视当地实情而定的,如把重点放在各个地区常见的疾病上等⁵⁷。

3. 建立基层医疗保健网

接受完培训的卫生员、接生员等人,在村里被视为当地医疗服务的负责人。基层卫生人员的主要任务是解决包括接生在内的日常健康问题,卫生宣传和教育,保持当地的环境卫生,以及向上级组织报告传染病信息。他们在从事这种医疗卫生工作之外,也要干农活儿,原则上“不脱产”。

50 年代初的基层卫生组织,如在弥渡县,力图在各乡都设卫生站和接生站,并设一名卫生委员,在各村都配有卫生员和接生员。1953 年上半年的报告显示,50 个乡中,有 20 个建起了卫生站,在尚未建起卫生站的 30 个乡也建了设备略逊于卫生站的卫生小组。在接生站,由接生员或使用“胜利果实”,或通过募捐来制作产包。在被誉为模范的蒙化县的接生站,每个站都准备好干净的房间、毯子和布,并配有两人耕种的田地和农具,供接生员生产劳动。接生站长起初只是一名受过上述短期培训的接生员,但被提升为站长后,要去县城接受大约一个月的技术培训⁵⁸。有人指出,在一些地区,基层卫生人员不固定,站长层次(即乡层次)的人才不足⁵⁹,不过在 50 年代初,在大理地区尽管存在地区差别,但将训

57 上述,153-1-4 收录,《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952 年 8 月 31 日)》,第 54 页。

58 上述,153-1-4 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第二期工作总结(1952 年 8 月 31 日)》,第 57 页;大理白族自治州档案馆藏,大理专署档案 153-2-18《凤仪、弥渡两县 1953 年卫生工作总结》收录,《弥渡县人民政府 1953 年上半年卫生工作简要总结报告(1953 年 7 月 26 日)》,第 29 页。

59 上述,153-1-7 收录《大理专区土改委员会卫生工作队第四期工作总结(1953 年 8 月 10 日)》,第 38 页。

练与职位结合起来的等级分明的县 - 乡 - 村之间的医疗保健网正在逐步形成。

结 语

如上,本文主要聚焦于医疗卫生人员问题,研究了20世纪50年代初在大理地区引进农村医疗保健体系的实际状况。

在云南省大理地区,许多县级医疗卫生行政机构都是在中日战争时期建立,经国共内战后,在新中国成立初期被接管的。这些县级医疗卫生行政机构参与了1950年代初在县以下农村地区引进医疗保健体系的过程。

在大理地区,在县以下的乡村引进医疗保健体系是与土地改革同步进行的。在大理地区土地改革委员会的领导下,不仅动员了专区和县级的医疗卫生行政人员,还动员了当地原有的执业医务人员,组成了土地改革卫生工作队。当地原有的执业医务人员是通过卫协会组织起来的,从力图推广医疗大众化的新政府的角度来看,乡村的卫生工作也是一个让当地原有的执业医务人员“学习”和“改造”的机会。

此外,在农村引进医疗保健体系,正如 Xiaoping Fang 所指出的,在大理地区也意味着对以往的农村医疗世界进行重组。虽然巫术和祈祷等医治方法以及采用这些方法的医治者在“反迷信斗争”中被排斥,在村里配备了受过“科学”训练的短期培育出来的基层卫生员,但他们的人选也取决于通过土地改革对农村社会秩序的重组。

本文主要以大理地区的官方文件为线索作了上述探讨。由于史料的局限,许多问题无法充分探究,如农村社会的医务人员和医治者的社会定位及其历史性变化,在新的医疗体系中排斥和包容他们的标准是什么?希望今后能通过更广泛和多样化的史料,并吸收邻近学科的知识来做进一步探讨研究。

1950 年代中国農村における医療保健システムの導入 ——雲南省大理専区を事例として——

要旨：本文は、雲南省大理地区を対象に、1950 年代初めの農村医療保健システムの導入実態を、在来の医療従事者や治癒者、新たに養成された郷村衛生員といった医療人員に着目して検討するものである。1950 年代初め、当該地区の県以下の医療保健システムの導入は、土地改革と並行して進められた。大理地区土地改革委員会の下、専区や県レベルの医療衛生行政人員および在来の開業医療従事者たちが動員されて土地改革衛生工作隊が組織された。彼らにより、土地改革が行われる地域での治療活動や基層衛生人員の養成が行われたが、その活動は、医療従事者たちの「学習」「改造」という意味をももつものだった。また、郷村への医療保健システムの導入は、在来の農村の医療世界を再編するものだった。呪術や祈祷により治療を行う治癒者の一部は、「反迷信闘争」の中で排除され、「科学的」な訓練を受けた基層衛生員が村々に配置された。新たに養成された基層衛生員の人選は土地改革による農村社会の秩序の再編に対応したものだだった。

Introduction of the Medical Health System of 1950s Rural China: A Case Study of the Dali Sub-provincial Administrative Region, Yunnan Province

Abstract: This article examines the introduction of a rural medical health

system in the early 1950s in the Dali Sub-provincial Administrative Region, Yunnan Province, with a focus on healthcare providers. These include traditional / modern medical practitioners and healers who had been working before the 1950s, as well as newly trained village health workers. During this period, the introduction of a medical health system at the prefectural level and below occurred at the same time as initiatives for land reform. Under the auspices of the Dali Land Reform Committee, the land reform health corps was organized by mobilizing health workers at the sub-provincial administrative region and prefectural levels together with the present healthcare practitioners. They conducted therapeutic activities and training of primary-level health workers in areas where land reforms were carried out. The activities also meant the “teaching” and “reform” of healthcare practitioners. Furthermore, the introduction of the health and medical system in the villages reorganized the traditional rural medical sector. Some of the healers who used magic and prayer to perform treatment were excluded from the “anti-superstition campaign,” and “scientifically-trained” primary-level health workers were assigned to the villages. The newly trained primary-level health workers were brought in due to the reorganization of the rural social order through land reforms.