

日本医療の近代史
——制度形成の歴史分析——

宗前清貞

目次

序章	医療制度の政治学
1	問題の所在
2	探求の手がかり 医療と人間の関係性／医療と社会の探索／医療と政治（１）意思決定過程分析／医療と政治（２）福祉 国家の分析／医療と政治（３）専門技術の政策学
3	医療政策に関する先行研究 自由主義的改革期／日本医療の再評価／歴史分析／医療の制度学／供給分析
4	本書の構成
第1章 歴史の中の医療	
1	神殿と思弁—古代の医療— 原初の医療／医聖と古典医学／ガレノス医学の誕生
2	城壁の医療とルネッサンス—中世の医療と科学革命— 教会の病院と大学の誕生／教会から大学へ／血液循環の発見
3	病院と実験室—近代医学の誕生— パリの病院とフランス革命／実験室医学の勃興と細菌学
4	麻酔・消毒・看護—外科の時代— 外科手術と麻酔／外科手術の無菌化／専門技術としての看護
5	医療と社会保障—医療政治の始まり 都市政治における公衆衛生／公的疾病保険の成立と発展／専門職としての医師
6	小括
第2章 日本の医療：近世と近代における源流	
1	歴史の中の日本医療 古代の医療／江戸の医療（１）：医師の身分／江戸の医療（２）：医師の待遇
2	西洋医学の導入と医制 幕末の医学／軍陣医学とドイツ医学／医制の発布
3	医師養成と大学 学校と医師養成／医学校の拡大／大学の拡大
4	病院と軍隊 維新直後の軍病院／軍医の養成と海軍病院／陸軍の軍医と病院

5 衛生行政

衛生行政の発足と感染症／長與の衛生観

6 小括

第3章 社会化する医療：戦争と福祉の政治過程

1 問題の所在

社会保障における戦前と戦後／近代医療の特性／近代日本医療の変容

2 戦前の社会政策：社会保障制度の発達と医療

最初の社会政策としての工場法／健康保険の成立と実施／内務省社会局の誕生

3 貧窮化する都市と農村

都市行政の新たな課題と潮流／農村社会の窮乏／医療の社会化／政府の対応と総合化する市町村

4 国民健康保険の成立と衛生国家

医療アクセスの保障と開業医／国民健康保険への道／体力行政の創生と厚生省の誕生

5 戦時医療体制の形成と破綻

軍医養成の拡大／皇軍兵士と母子保健／健康保険の拡張／医療の国営化

6 小括

第4章 民主化と占領下の医療制度：戦後医療制度の再建

1 占領体制下の医療行政

軍医サムの登場／厚生省の再起動

2 医療体制の変革：医育と病院の整備

医師養成の一元化／病院システムの構築／病院ネットワーク／医療制度改革のアクター構造

3 健康保険の中の医療

敗戦後の混乱と回復／社会保障の確立／国民健康保険制度

4 医師会の出現と政治的利益

新生医師会の誕生／武見太郎の登場と医薬分業／保険医療への不満と医師会

5 地方自治と保健行政

福祉行政の制度的前提／保健所の発展／保健婦という専門職

6 小括

第5章 拡大する医療：高度成長期の医療政治

1 国民皆保険の成立

健保制度の赤字と制度改革／国保強制加入の提言／国民皆保険の実施へ／政治的背景（1）—55年体制の成立—／政治的背景（2）—内政重視の政策展開—

2 疾病構造の転換

結核の克服／疾病構造の変化と供給体制／へき地医療と救急体制の整備

3 病院の発展

- 拡大する病院／病院経営の本質／看護婦養成の複線化／病院のストライキ
- 4 開業医と病院の対立（１）—武見体制の確立—
武見の復活／ふたつの診療報酬体系／中医協と日病／医師会の圧力団体化
 - 5 開業医と病院の対立（２）—病院団体の分裂—
病院団体の前史／全日病の成立／武見の病院構想
 - 6 小括
- 第6章 医療の変化と抵抗：戦後医療制度の転換点
- 1 高度成長期の政治変化：革新自治体の誕生と成長
革新自治体の前史／1963年の「革命」／新たな政策課題の浮上（１）都市基盤の整備／新たな政策課題の浮上（２）公害と福祉／革新自治体の拡大
 - 2 診療報酬政治の激化：武見体制における日医と厚生省
古井厚相との対決／最初の保険医総辞退／制限診療の緩和／神田厚相の職権告示問題
 - 3 医師養成の拡大：新設医大の政治過程
医師ニーズの高まり／医大新設とその背景／無医大県解消へ／一県一医大と政治家たち
 - 4 健康保険制度の危機：制度の抜本改正に向けて
60年代後半の健保改革議論／難航する抜本改革／診療報酬をめぐる対立
 - 5 小括
- 第7章 管理の中の医療：ポスト高度成長期の医療
- 1 保険医総辞退：医療ゼネストと政治
総辞退の契機と背景／総辞退をめぐる反応／総辞退後の風景／反武見の出現
 - 2 その後の診療報酬政治
狂乱物価と報酬引き上げ／医師優遇税制問題／武見の引退
 - 3 福祉見直しの政治学：高齢者医療費問題の浮上
高齢者医療費の無料化／高齢者医療費問題／老人保健制度の成立
 - 4 医療費亡国論と新自由主義：疾病構造の転換とアイディア
疾病構造の転換／医療費亡国論と医療費管理／経済学というアイディア
 - 5 小括
- 終章 結論—医療政治の変化と未来—
- 1 リサーチ・クエスチョンへの答え
軽い負担と良好な衛生／後発国日本の幸運／弱い福祉と強い医療／医療の保険化
 - 2 本書の研究上の意義
福祉国家研究と医療／公共政策研究にとっての意味／地方自治研究にとっての意味／残された課題

参考文献一覧

私たちが病気で体調を崩したり怪我をしたりしたとき、自宅か職場の近くにある診療所で治療を受ける。症状が重ければ大規模の病院を紹介され、そこで手術を受け入院しやがて退院する。万一の出費に備える保険会社の疾病保険も存在するが、医療費工面の主力は公的健康保険である。また治療内容が同じならば、加入する保険を問わず請求額は同じであり、また医療費が嵩んだ場合でも、支払い月額の上限は一般勤労者が工面できる程度に設定され、家を売ったり大きな借金を抱えたりする心配はない。医師を始めとする医療職は総じて質が高く、通常の治療で極端な技量の差を体験することはない。日本で日々展開される医療はこのようなものだが、それは規制や支援、管理などさまざまな仕組みで支えられている。医療は、社会的かつ公的な制度である。

本書は、現代日本の医療制度がどのように構築されたかを明らかにする。医療は生死に直結する技術であり、経済力や地理条件の違いで生命や健康が失われるのは公正でない。政府は、医療水準の管理、医療機関の配置、保険制度の整備などにより、受診を物理的・経済的に保障する責務がある。

医療技術が発展したのは、国家機能が拡張した近代だった。それ以前には、医療を社会的に保障する発想がなかったし、科学技術としての医学は信頼できるレベルになかった。医療がもつ技術と制度という両義性は、相互に影響し合う。例えばかつて虫垂炎（盲腸）は致死率 6 割超の大病であり 1930 年代の日本では十分な警戒が必要だったが（堤 1995、130）、現代では標準的な外科治療なので、どの病院でも治療成功が期待され、また普通の技術として医療保険に収載される。こうした制度的保障が技術の普遍化と安定を支える。

ところで技術が進歩すればそれが必ず制度に反映されるとは限らないし、さらに局所的に起きた変化が全体へ波及するわけでもない。その理由の一つに変化の「時間」がある。本書は、こうした違いを念頭に起きながら、様々な要因の影響を受けつつ日本の医療制度が現在の状況に収斂する過程を描写する。まずは、医療制度研究の基礎を確認するために、医療制度探求とは何を意味するか、探索の手がかりは何かを考えることにしよう。

1 問題の所在

公共政策とは達成すべき水準と現況の乖離を埋める方策であり（秋吉・伊藤・北山 2015、26；石橋・佐野・土山・南島 2018、24）、公共政策である医療には、政策的対処が必要な課題や問題がある。ところが「医療問題」が何かは容易に特定できない。政策課題が本質的に多面的であることも一因だが、それ以上に医療が技術と制度の二面性を有し、両者の関係性が複雑である点にも起因する。技術的に解決できることが制度化できない場合、技術的課題と政治的・経済的課題に乖離が生じている¹。また、生命科学である医療が進歩すれば多くの命が救える一方で、例えば移植医療の機会平等をどう保障するか、費用をどう賄うか、といった制度維持に不可欠の課題が新たに生じてくる。

¹ 例えば生殖医療における出生前診断やデザイナーズ・ベビー化は技術的に可能とはいえ、倫理上の問題を抱えていることは明らかであり、医学界でもこの話題はセンシティブかつ熱心に議論されてきた（吉村泰典 2002、51-56；吉村泰典 2017、111-121）。

そもそも日本の医療の現状をどう捉えればよいのだろうか。医療の包括評価は難しいが、医療費自体はリスクへの対処費用なので、警察や防災コストと同様に少ないほうが本来は望ましい。GDP に占める医療費率は、経済規模の違いを考慮して医療費の効率性を比較する指標である。ただし医療費を抑えて健康が悪化するなら費用便益的には無意味なので、衛生状態自体も測定する必要がある。公衆衛生状態が良ければ長寿が想定されるので、平均寿命（出生時平均余命）が長くなる。また、健康リスクの高い新生児の死亡率が低ければ、高水準の医療が満遍なく整備されていると推定される。

日本の医療費は、OECD 加盟 36 カ国中で上位 25% 程度にあるが、日本の高齢化率が高いことを考慮すると、日本は相対的に医療費負担が軽い。平均寿命は WHO データ（2016）によると女性で 1 位（87.1 歳）、男性で 2 位（81.1 歳）、両性合算で 1 位（84.2 歳）を獲得している。新生児死亡率は 1000 出産あたり 0.9 で世界二位であり、3.0 前後を示す欧米先進国の多くと比べて日本の数値は驚異的に低い。つまり日本の医療は「安くて良い」のである（表序-1）。しかし昭和前期までの日本は、多産多死社会であり周産期環境は恵まれたものではなかったし、離島や山間地などで無医村が多く見られた。

本書で明らかにしたい第一の問いは、日本は医療負担が軽いのに優れた衛生状態を達成したのはなぜか、どう実現したのか、である。経済成長による受診機会の拡大と医療技術の発達は一因であろうが、日本だけが突出した成果を達成した理由は研究上解明すべき謎（パズル）だといえる。

ところで日本の医療は明治維新前後で大きく変わった。江戸の医療は内科と投薬を主力とする漢方医学に依拠していたが、1874（明治 7）年に政府は「医制」を發布し、原則として西洋医学のみを容認する大きな制度改革を行った。江戸時代末期には、外科限定で蘭学医が出現してはいたが、当時の医師養成は体系性を欠き、師弟関係に基づく小規模なものだった。医制公布は劇的な転換であるが、想定される医療供給体制の完成までには時間を要する。医療後発国だった日本が、どのように近代化を進め、世界標準に追いついたかが二つ目の問いである。また、日本では病院（ゲストハウス）の原型がなく、開業医と診療所が医療の中心だった。しかし近代医療は病院中心に展開され、日本でも 1973 年に勤務医数が開業医を超えた。日本の医療の「遅れ」は、このように欧米とは異なる医療供給構造をもたらしたので、それが生成し解消される過程もあわせて探索したい。

ところで国民皆保険制度や濃密な公衆衛生行政など、日本の医療は充実しているが、その他の社会福祉サービスが相対的に貧弱であることはしばしば指摘される（北山・城下 2013、341-342）。125 兆円の社会支出の過半は、高齢者支出（年金）と保健（疾病保険）の給付に費やされ、その他の支出は弱い（表序-2）。福祉国家類型論に従えば、労働力の脱商品化も脱家族化も弱い日本は、家族主義レジームに分類される（新

表序-1 OECD 加盟国の医療費の状況(2018 年)

国名	対 GDP 比(単位%)		一人当たり医療費(単位ドル)	
	カッコ内は順位		カッコ内は順位	
アメリカ	16.9	(1)	10,586	(1)
スイス	12.2	(2)	7,317	(2)
ドイツ	11.2	(3)	5,986	(4)
フランス	11.2	(4)	4,965	(12)
スウェーデン	11.0	(5)	5,447	(5)
日本	10.9	(6)	4,766	(15)
カナダ	10.7	(7)	4,974	(11)
デンマーク	10.5	(8)	5,299	(7)
ベルギー	10.4	(9)	4,944	(13)
オーストリア	10.3	(10)	5,395	(6)
トルコ	4.2	(36)	1,227	(35)
OECD 平均	8.8		3,992	

「OECD HEALTH DATA 2019」による

川 2011、16-20)。それにしてもこうした乖離はなぜ生じたのだろうか。
日本の福祉制度が均等に成長していない以上、充実した医療や年金は明らかに意図的に整備され発達した。その原因は何か、いつ生じたのかという第三のパズルを明らかにすることで、後発福祉国家日本の発達過程が明らかになる。

最後のパズルは、なぜ日本の開業医は保険制度を受け入れたのか、である。医療保険制度は、保険契約に基づいて治療が規格化され、医師はそれに従わなければならない。裁量を制約する仕組みを専門職が積極的に受容する動機はないし、昔から開業医主体だった日本の医療で、保険制度は本来浸透しにくいはずである。事実、戦前の医師は保険診療を非常に嫌い、保険患者を受け容れることは施療²であると認識していた。ところが戦後になると、医療政治をめぐる生じる紛争は、主として保険診療の統

一価格表である診療報酬改定をめぐる生じた。究極の衝突は 1971（昭和 46）年 7 月に発生した同盟非協力である保険医総辞退であった。利益分配の政治過程において、日本医師会（以下、日医）を強力な利益集団として認識するのは政治学で一般的である。事実、日医は医療政治において数多くの「戦果」を挙げた勝者だった。だが保険制度を容認しなければ、供給元である医師はそもそも戦う必要がなかった。また第三のパズルと関連するが、日本は福祉の充実に熱心とは言えなかったのに、1961 年の段階で皆保険・皆年金体制を整えている。健康保険が急速に普及した理由は何か。なぜ医療アクターは保険中心の医療体制に組み込まれ、国家はそれを推進したのか。経緯を追ってこの問いを明らかにしたい。

医療と人間は有史以来、複雑に、しかも切実に関係を形作ってきた。したがって隣接科学を含めて医療と人間（ミクロ・インターフェイス）はもちろん、医療と社会（マクロ・インターフェイス）を考える視点が成熟している。医療制度の探索に備えて、探求の手がかりを明らかにしておくことにしよう。

2 探求の手がかり

生老病死が人間存在に必ず付随する以上、医療は人類の存在とともにあった古い営みであり、そこには治療を行う者と受診する者がいた。一方で、医療が生命に関わる制度でもある以上、有資格者や治療の範囲制限、診療体制の整備、また費用負担の分担といった社会と医療の関係性もまた問われることになる。本節では医療制度の探索のために、医療と人間というミクロな接点と、医療と社会というマクロな接点にわけて、探索の道筋を批判的に検討し整理する。

医療と人間の関係性

人類の歴史の大部分において、医療は科学的正確性を欠いた技術だった。なぜ病気になるのか、どうし

表序-2 2016 年度社会支出集計表

項目	支出額(兆円)	比率(%)
高齢	56.940	45.85
遺族	6.562	5.28
障害	5.892	4.74
保健	41.871	33.72
家族	8.660	6.97
積極的労働 市場政策	0.814	0.66
失業	0.843	0.68
住宅	0.613	0.49
他の政策分野	1.988	1.60
合計	124.184	100.00

平成 29 年度社会保障統計より

² 「施しの医療」を意味する施療は、人道的な観点から採算を無視して行う慈善的医療供給を指す。戦前の社会保険は医師の感覚からすれば極度に低い診療価格が設定されており、また書面上の手続きも煩雑であった。そのため、医師たちは保険治療をある種の社会的使命と考えており、同時に戦前の社会保険の被保険者は限定されていたために、自由診療における例外として保険治療が存在した。

て治癒しないのかが不明な状況では、医療は呪術や祈り、癒やしの行為として展開する。こうした医史学的探求はやがて、医療人類学へと発達した。医療人類学は、病気や治療とはそもそも何かを根源的に探索する営みであり、こんにちでは、(1) 健康と病気は動態的定義を要する、(2) 生命科学である医学と、文化学である人類学は相互交流が可能である、(3) 医学と人類学は相互に社会的貢献をなし得る、という合意が成立している（池田・奥野 2007、2-3）。疾病は客観的・科学基準で定義・判断されるのではなく、治療可能性や社会的受容といった社会的基準で規定される。しかも疾病の認知は時代によって変動する。ヨーロッパ社会では医療技術が進展したことで、多くの疾病は治療されるべき対象と捉えられているが、医療人類学はこうした過程を批判的に理解し、医療化 **medicalization** と呼ぶ。

一方、医療の発達によって数多くの病理が解明されたが、古い医学は、病気それ自体に関心があり、しかも四元素や四体液などの思弁の病理学で疾病機序を推測した³。しかし、近代になると、疾病とは個々の患者の肉体的兆候として発現することが理解され、「症状」とはその疾病に共通する特性と個体のインターフェイスと見なされた。個体差を幅広く理解するには死体解剖や検死が重要であり、それらが実施される病院で医育が行われるようになる。これが、フーコーのいう「医学的まなざしの転換」であり、医学史上の転機である（フーコー1969、32-33；226-227）。近代における科学認識の変容（認識論的切断）は、医学のみならず医師や病院のあり方という医療制度全体を変えた。

医学が技術的信頼性を獲得したのは、近代に入ってからである。18世紀のイギリスでハーベイが血液循環を発見し、また19世紀後半には麻酔や細菌学の発達によって外科医療が進化した。技術的安定を獲得した医療が大衆社会に浸透する中で、社会学者のパーソンズは、医師の思考法や患者と医師の関係性に焦点を当てた分析を行った（パーソンズ1974、425-434）。こうした観点が医療社会学特有の視座であり、パーソンズは特に役割認識を重視した⁴。病者への医者への優越は、役割認識によって正当化されるからである。またフリードソンは、医師が業務独占を公認されることで専門職としての自律性を獲得し、患者に対する優位をもたらすとして専門職支配を批判した（フリードソン1992、118）。また患者の「不条理」である疾病は医療者の日常であり、両者のコミュニケーション不全は現代の日本でも依然として問題視されている（中川1993；尾藤2010）。

このように、医療人類学や医療社会学は、医者と患者のインターフェイスに注目する。ただし、近代医療は個別の医療行為のみならず、医師養成や医療機関ネットワーク、医療保障などのサブシステムを伴う巨大なシステムとして捉える必要もある。つまり、公的制度としての医療理解には、社会科学的アプローチも必要なのである。

医療と社会の探索

医療固有の歴史的変遷は、技術史として医学を分析する医学史を通じて理解できる。アメリカのアッカークネヒトによる文化史的接近は最も包括的であり、呪術や魔法的営みだった医療が19世紀の
ブレイク・スルー
科学技術的突破を経て、安定した科学技術へ変貌する過程を概観している（アッカークネヒト1983）。彼

³ 1章で後述するように、人間存在の至高性を前提とする古代自然哲学の影響に加えて、キリスト教的倫理観による死体解剖の禁止によって、人体メカニズムの解明が遅れたこともこうした思弁の医学観の形成に影響した。

⁴ パーソンズは病気をラベルと考え、そのラベルを正当に付与するのが医師である。患者は労働や自力回復が免責される一方、回復する意思と医療者に協力する義務が求められる。これが患者役割である（高城和義2002、68-70）。

の分析は技術的年代記に留まらず、近代医療を外科化・専門化・国家化するプロセスとして捉える点の特徴である。19世紀末の医療発達は、従来ならば丸薬の処方で済んだ医療費が、手術や麻酔のような大規模技術を伴うことで高騰した。そのため、受診の経済力が新たな医療課題として浮上した。

19世紀末は医療の変化に留まらず、社会経済的にも巨大な変化に直面した時期だった。資本主義生産様式が発達するとともに労資対立は激化し、フランスでは史上初の社会主義政権パリ・コミューンが成立した。労働者は政治的動員によって政治過程に内部化され、社会主義政党はヨーロッパ各国で議席を保持するようになった。1881年、プロイセンではある種の懐柔策として労働者を対象とした世界初の公的疾病保険制度が成立した。労働者への生活保障がほとんど無かった当時、疾病は失業や貧困に直結する要因だった。そして疾病保険のような国家による労働者の庇護は、労働運動を体制内化する意図があった。さらに現代経済が大規模に工業化・サービス化する中で、資本主義を維持するために労働力を保全する社会政策が重要となっていく。

社会政策の研究は、経済学の一分科である社会政策論で展開される。資本主義において労働力を商品化することは、様々な問題を生じさせる⁵。失業のリスクにさらされる個別の労働力は、雇用主との関係が構造的に弱い。国家の介入がなければ、不利で危険な労働条件が放置され、失業による貧困が頻発し社会的安定を欠く。特に20世紀の大量消費社会に突入することで、労働者は同時に消費者となった。労働力と購買力を適切に保全することは資本主義を維持するために不可欠なのである。イギリスの社会政策学者であるスピッカーの定義では、「社会政策とは（1）政策学であり（2）社会問題に関する学問であり（3）福祉国家の研究である」としている（スピッカー2001、4-6）が、社会政策論はその本質から労働関係の安定的維持が主たる関心だったことは明らかである。だからこそ、社会政策論では年金や疾病保険と並んで保健医療（労働安全）も分析対象とされている。しかし、医療のありようは労使関係の帰結として導出されるわけではない。そのため社会政策論に依拠して医療制度の経緯を探索するのは適切ではない。

ところで医療の発達が医療経済を争点化したというアッカークネヒトの指摘は、医療を経済的に分析する必要性を示している。厚生経済学の一分科に医療経済学があり、これは医療サービスの配分最適化や、医療費の効率的消費といった社会的目標を有する分析である。医療は、市場による最適配分が成立しない。情報の非対称性が発生する領域では、完全競争の前提を欠いたまま財・サービスが提供されるからである。このように、医療や教育などの公的対人サービスで生じる課題に関し、重要な知見を医療経済学は提示してきた⁶。ただし、経済学は所与の条件を前提として分析を行う。判断が行われる時点のルールや仕組みは分析では所与とされるので、ある制度が別の制度へ変化していく推移の解明は別の接近方法を必要とする。次項で、公的意思決定を分析する政治学の特性を概観したい。

医療と政治（1）意思決定過程分析

「政治」とは紛争の調整プロセスである。そして、社会内部で何らかの対立が生じるから、医療が政治化し意思決定を必要とする。医療政治における一般的な対立とは、負担と受益をめぐり健康保険制度で発

⁵ この指摘はカール・ポラニーによるものが最も著名である（ポラニー2009）。また、国際労働機関（ILO）が1944年に発表したフィラデルフィア宣言では、冒頭で「労働力は商品ではない」との条項が採択されている。

⁶ 例えばアローやアカロフによる逆選択メカニズムの解明は、疾病保険における逆機能を説明するなど実用的な成果をもたらしている（Arrow1963；アカロフ1995、第2章）。

生することが多い。そのため、医療問題を政治学的に分析した研究は、ほとんどが健康保険制度の政治過程を取り扱っている。利用者負担を増やし国庫補助を減らした 1984 年の健康保険法改正をめぐる過程分析はかなり多く、政治過程の中に福祉国家の動揺を見出した早川純貴の分析（早川 1991）や、アイディアの政治として健保法改正の政治過程を描写した大嶽秀夫の分析（大嶽秀夫 1994）、専門知識に着目してアクター構造を描いた加藤淳子の分析（加藤淳子 1995）、あるいは政策ネットワーク論の知見を社会保障制度の再編過程に応用した新川敏光の分析（新川敏光 2005、第 2 篇第 4 章）が代表的な研究として挙げられる。健保法改正という事例を通じて政治体制の動揺を観察する早川や新川と、政策知識や理念を独立変数として政治過程の違いを描こうとする加藤や大嶽を並列に扱うのは適切とは言えないが、医療問題の主たる争点として健康保険を取り上げている点が共通する。

ところで政治過程分析の特徴とはなんだろうか。ごく簡潔に学説史を整理することでその外縁を示してみよう。政治を過程とみなし、非公式の政治主体である利益団体のようなアクターを分析に取り込んだ 20 世紀の政治学は、動態分析として確立した。政治とは、シャットシュナイダーが述べたように偏向の動員であり、私的利益を公的に承認させる一連の過程と考えられる（Schattschneider 1960）。1960 年代に入ると、観察サイズが小さくサンプル数が多い都市政治分析が発達した。権力が一部の支配者層に集中することへの危惧を背景として社会学者が唱えた「支配エリートモデル」論（Hunter 1953）に対して、エリートの多元性と利益を通じた交渉による妥協形成という多元主義的政治過程を描いたのがダールたち政治学者であった（Dahl 1961; Polsby 1963）。権力・影響力を精密に測定したダールらの手法は政治分析の標準となったが、一方で権力が作動する新たな地点を提示したのが「非決定権力」だった（Bachrach and Baratz 1962; Crenson 1971）。どの紛争、どの論点を調整の対象とするかを取捨選択する機能も権力の一面であり、アジェンダ・セッティングが政治過程で重要な意味を持つことを示した。

政策決定を構造として観察する視野が導入されたことで、利益の衝突と和解を描く平面的な権力観から、過程に参入するアクターや議論のルールを決める権限という立体的な権力観へ変化した。医療の政治過程では、関与するアクターの違いによって政策の帰結が変化する。したがって参入者を決定あるいは制約する機能が重要である。こうした観点は、政策ネットワーク研究として政策分析で発達を見た。緩いつながりで構築される争点ネットワーク論（Van Waarden 1992）や、遮蔽性の高い閉鎖的な政策共同体（Rhodes and Marsh 1992）が代表的なモデルである。高度な知識の有無は遮蔽性の根拠になるので、政策共同体モデルは医療政治で有効な説明力を持つように思える。しかし、医師や医療が科学技術に裏打ちされた専門性を有するようになったのはそれほど古いことではない。また「医療の専門性」は多義性を有する。制度形成や運営の専門性と医学という技術的専門性は異なるし、制度においても社会保障なのか医療供給体制なのか医育なのかで求められる専門性は異なる。結局、どの専門性が求められるかを決定する回路が存在するはずであり、医療政策や医療制度が閉鎖性を有するに至る経緯は解明されなければならない。

アメリカの都市政治研究に大きな変化をもたらした契機は、1975 年のニューヨーク市財政破綻である。そしてニューヨークは破綻したのに他の多くの自治体がなんとかやっていける以上、都市政治には党派や理念を越えた構造があると推測された。その結果、政治的影響力のゲーム結果としてではなく、都市政治に通底する構造が都市政治の決定を規定するという、構造主義的あるいは方法論的マルクス主義の影響を受けたピーターソンの構造的制約仮説（Peterson 1981）が注目を浴びた。彼は、相互に競合する都市の政

策決定において、首長や議会の理念に関わらず再分配より成長が優先される構造的な政策決定メカニズムを明らかにした。他方で、人種対立のような潜在的危機を克服するには、人為的に形成された統治連合（regime）が都市政治の安定をもたらすという指摘もあり（Stone1989）、都市の政策決定が構造的か主意的かどうかは論争になった。確かに、財政状態が厳しい近年では、病院の建設や維持、あるいは公衆衛生活動など日本の自治体における医療保健政策が抑制される現状があり、その説明力を構造的制約仮説は有するように見える。

しかし、ダール流の多元主義的政治分析であれ、構造的制約仮説やレジーム理論であれ、地方政治を対象とした分析ツールは、どちらかというと短期間の政策変化を説明するための理論である。近代化過程でそれなりの時間をかけて構築された医療制度を分析するにはそれらの射程は短いし、そもそも日本の医療制度では地方政府に与えられている財源や権限などの権力リソースは少ない。医療制度を全体として把握するにはもう少し射程の長い理論が必要である。

医療と政治（２）福祉国家の分析

現代の民主主義国家は福祉国家の機能を持つ。福祉国家は参政権の拡張によってもたらされ、社会改良を加えながら国民生活の保障と資本主義体制の維持を両立する政治体制だと言ってよい。そのため、現代国家は広範で複雑な機能を有し、ある利益をめぐる具体的な紛争と調整のような平面的政治過程分析では捕捉できない領域が多々存在する。その欠陥を補うため、いくつもの方法論が発達してきた。

従来型の意思決定過程分析に対する最初の大きな異議申し立ては、歴史的制度論者からなされた。この研究集団の中心にいたのがスコッチポルであり、彼女は従来、政治分析から欠落していた「国家」の存在を分析に再導入する必要性を主張した（Skocpol, 1985）。歴史的制度論者は、意思決定というゲームのルール、とりわけどのアクターが決定に参加できるか、どのような選択肢が考慮されるか、といった決定の制約を設定する国家の存在を浮き彫りにした（荒井 2012, 132-133）。例えば、スコッチポルは後発福祉国家だったアメリカが母権的社会政策を採用した経緯を分析した。アメリカでは男子普通選挙制が早期に採用されたので階級亀裂が広がらず、ヨーロッパで見られた階級融和克服のための広範な社会政策が必要なかった。むしろ性的対立が深まった結果として女権拡大が主張され、結果として母親を保護する一連の政策が採択されたのである（Skocpol, 1992）。エステベス＝アベは選挙政治と長期の福祉国家建設過程を同時に分析することで、戦後日本の社会福祉政策が国民各層の緻密な利益調整を行った結果であることを明らかにした（Estévez-Abe, 2008）。エステベス＝アベは、雇用のあり方に着眼して立論する点が特徴であり、日本では貯蓄を通じた財産形成に依拠する自己福祉が福祉システムの中軸だと述べており、いわゆる「資本主義の諸類型 Variety Of Capitalism」論に沿った分析だといえる。同じ問題意識に従って立論されるのは「土建国家論」であり、日本の公共事業は地域間格差を埋める開発機能のみならず、それによって生み出された雇用が、国民の生活水準を保障する福祉国家機能の一環を構成しているのである（北山俊哉, 2003）。ただしこうした視野は、1970年代に発生した資本主義の危機やバブル経済の崩壊などを画期とした時に、ある国家体制の変容を扱う視点としては有効だが、より長期の視点を必要とする医療制度分析に適合的でない。

そうした歴史分析で活用可能なのは、「時間の政治」概念である。ポール・ピアソンが提唱するこの概念

では (Pierson2004)、制度変化は特定の事件や事象を起点に変化が始まるが、その後同じ方向に小変化が連続することで元の状態に復元しなくなり、ついには変化が幾何級数的に加速する(「ポーリャの壺」の比喩)。最初の事象は偶発的に生じるが、船の転覆で言えば復元ポイントを越えたかどうかで制度の変化が決定的になるのである。

ピアソンの考えを援用して日本の原子力発電政策分析を行った上川龍之進による時間概念の説明が、平易かつ示唆的である。上川の分析枠組みによると、社会過程の変化は前段の決定によって選択肢が制約される経路依存的 **path-dependent** に生じ、またいくつかの偶然によって変化がある一方向に傾斜し、明白な帰結へ向かい始めることがある。このポイントを決定的分岐点 **critical juncture** と呼ぶ。また分岐点を越えたことで特定方向への変化が加速するので、これを「正のフィードバック」と呼ぶ。正のフィードバックによってその方向以外の選択が制約されることを「ロック・イン」と言い、それは「収獲増」という政治的メカニズムから生じる。正のフィードバックが進むことで利益を得る人々がおり、変化が加速すれば利得は増大する。彼らが制度変化を強く支持する結果、ロック・インされた変化の方向に向けた行動選択は、他の人々にとってもコストが安く(あるいは逆らう選択が高コストに)なり、フィードバックをさらに促進する⁷ (上川 2018、279-304)。

制度とは、絶えず発生する利益調整をパターン化して予測可能な形で処理する仕組みである。多くは既得権を基盤としたアクター構造によって制度は構築され、新たな利益の反映である制度変容は起きにくく、本質的に安定的・均衡的な存在である(新川・ボノーリ 2004、301)。しかし制度を取り巻く環境が変化することは当然であり、環境と制度は本質的な緊張関係にある。制度は時に修正され変化する。その転換戦略をジェイコブ・ハッカーは以下のように描いた。第一に制度廃棄・置換

(Replacement)、第二に制度併設 (Layering)、第三に制度放置 (Drift)、第四に制度転用 (Conversion) である (Hacker2005,48 ; 宮本 2008、55 ; 北山 2011、38)。ハッカーは、現状維持志向と制度転換の抵抗力のマトリックスとしてこの類型を想定した(図序-1)。そしてハッカーが示唆的なのは、制度のラジカルな変化は現実には一般的でなく、むしろ政治的に制度創設の機は熟していないが抵抗力もまた弱い(例えば利益構造が未成熟で拒否点が少ないか拒否権プレイヤーが弱いとき)には、既存制度の転用によって環境変化に対応し、また改革志向はあっても抵抗力が強い(例えば強い個別利益保持者による反対など)場合には制度併設で対処する、など現実的な説明力を持つ点である。これは決定機会の混沌を強調するマーチやオルセンの「ゴミ缶モデル」とも異なり、長期の観察によって大規模な変化を扱っている。制度の存在を、利益構造の均衡が具現化したものと考えれば、均衡から新しい均衡へ遷移する様式の条件を整理しているのである。

図 序-1 制度転換戦略

		制度転換への抵抗	
		弱	高
現状維持志向	高	制度転用 Conversion	制度放置 Drift
	弱	制度廃棄・置換 Elimination/ Replacement	制度併設 Layering

Hacker 2005:48、宮本 2008:55 より筆者作成

⁷ 北山俊哉は、一般に効率性が重視され、そのため復原性が期待される市場においてさえも QWERTY キーボードのようないちたの典型事例があるのに、政治過程においては既得権益者が行動選択を法的・社会的に拘束するような制度設計が可能なので、ますます正のフィードバックが生じやすくなると指摘している(北山 2011、36-37)。

ただ、ピアソンにせよハッカーにせよ、遷移の探求を関心とする以上、ほぼ原型を持たない制度が構築される過程は射程外にある。そして、日本の医療は前代に存在しない要素（病院、西洋医学、軍隊、衛生保健、皆保険）を中心として医療制度が構築され発展した歴史があるので、遷移の前に制度の原初的経緯を叙述する必要がある。

福祉国家を包括的かつ体系的に分析するものが福祉レジーム理論である。エスピン＝アンデルセンは、労働力の脱商品化度や社会階層間における格差の大小、そして担い手の脱家族主義の程度を組み合わせることで、自由主義レジーム（英米型）・保守主義レジーム（大陸欧州型）・社会民主主義レジーム（北欧型）の類型を設定した⁸。レジーム類型は元来、権力資源動員論に対する反論として提示され、福祉国家のありようを規定するのは労働運動のみならず、老後の生活や高齢者ケア、そして医療提供といったサービス保障のあり方も重要であるとの問題意識に起因する。また、サービス保障のあり方は社会的合意が国ごとに異なる。つまり、高齢者ケアのあり方は、各国内部で編成されたアクター関係の効用を最大化するように規定されるので、ケアの社会化を進めるレジームがある一方で、ケア費用増大は容認しながら社会化を否定するレジームもある。自由主義レジーム内でも、自助努力を求める程度や、企業の福利厚生を税制面で政府が支援する度合いといった具体的制度展開を考慮に入れており、労使関係に還元されがちだった従来の福祉国家研究を乗り越えようとする野心的な試みである。

包含する要素自体は広がったとは言え、レジーム論の関心は雇用のあり方に中心がある。しかも雇用のあり方は医療制度を直接的に規定しない。確かに疾病保険のあり方、とりわけ料率設定をめぐる対立と調整は労働関係と関わるが、医療技術と直接の関係は持たない上に、医師養成や医療機関配置といった医療供給制度を説明する変数でもない。もちろん、経済アクセス保障による医療の普遍化によって、高度技術の普及がもたらされたり需要の変化が供給の変化を促したりすることもないではない。ただ、医療とは社会保障に回収しきれない特性があり、雇用レジームや生産レジームの一環に位置づけるとさまざまな「無理」が生じるのである。医療制度は福祉国家において重要かつ巨費を投じる機能だが、いわゆる福祉政策とは異なるものなのである。

医療と政治（3）専門技術の政策学

高度な専門性を有する医療制度は、公共政策としてどのような特性を持つだろうか。前項ではピアソンの制度転換戦略を紹介したが、医療供給が医師という高度技術の担い手に独占されている以上、制度の維持や変化は医師の協力なしに成立しない。医師集団は強い拒否権プレイヤーであり、この点は政策過程上の特性として固有のものと言える。そこで本項では専門知識の所在に関する政治学的認識を示し、次に「アイディア」と「評判」による制度変化のメカニズムを紹介し、専門技術を対象とした公共政策の特性を描く。

政策形成過程では、策定者である官僚が最も直接的な影響力を保持しており、とりわけ専門的領域に従事する技術官僚の自律性は、テクノクラシー論として行政学の注目を集めてきた。新藤宗幸は、技術官僚が技術情報と人的ネットワークを背景として「独立王国」を形成し、省庁再編や政策スキャンダル（薬害

⁸ アンデルセンの3類型は、当初、脱家族主義の指標が想定されていなかったが、フェミニストからの批判を受け入れ、3つのスケールを組み合わせた類型再構築を行った（エスピン＝アンデルセン 1990、260-262）。日本でも家族主義の視点を重視した福祉レジーム分析が、辻由希（2012）や千田航（2018）らによって展開されている。

エイズ問題や公共事業批判など)などの逆風に強い耐性を持つに至ったと技官制度を批判的に描写する(新藤 2002)。そもそも技官が政策形成に参画するようになった歴史的経緯は、教育社会学者の大淀昇一によって描かれており、満州国の建設と国家総動員体制の構築によって技術官僚の専門情報ニーズが政府内部で高まったことが由来だと指摘する(大淀 1997)。医療行政の場合、医師免許を保持する医系技官が存在する。これを含めて包括的な技官分析を行った藤田由紀子は、従来の技官研究が行政官分析に限定していたことを批判し⁹、技官に求められるものはリテラシーとリスク評価だと主張する(藤田 2003、89-90)。これに対し加藤淳子の把握する専門知識は、政治過程における決定要因として位置づけられる(加藤 1995)。年金や保険、あるいは消費税新設といった負担増と受益減という不利益配分が実現するパズルを解く中で、「政策に関する現状認識や政策選択を決定する専門知識の体系(加藤 1995、134)」が専門性であると規定し、知識の分布が政策の帰結を決定すると加藤は主張した¹⁰。健康保険制度改革では、医療的専門知をほぼ独占する医師会が存在し官僚の知識独占が成り立たない上に、与野党の議員が積極的に関与したため政策過程が混乱したのである。

加藤の提示する政策専門知を厳密に定義し直したのは秋吉貴雄であり、政策過程「に関する」知識(ofの知識)と、政策過程「の中で必要な」知識(inの知識)を峻別した(秋吉 2007、16)。そしてかつて有効だった政策専門知が機能しなくなった(政策パラダイムの崩壊)時に、探索された新しい政策アイディアが制度化され政策が大きく変容することを示した(秋吉 2007、57-65)。秋吉による政策知識の整理を基礎としながら、ビビアン・シュミットの言説的制度論に依拠して制度改革を分析したのが木寺元である。木寺は制度の機能に関する知識(秋吉のいうofの知識に近い)である「背景的知识」に対して、改革をもたらす新たな制度や均衡に導く力を「前景的言説能力(foreground discursive ability)」と呼んだ(木寺 2010、36)。そして執務知識の専門性が、新しい政策アイディアに基づく制度変換の実施に関係することを示した(木寺 2012)。同様に久米郁男らは、諸政策領域における専門知識のあり方を検討し、それが大きな転換を伴う政策の帰結に強く影響することを明らかにしている(久米編 2009)。アイディアと制度発展の関係性を明らかにした佐々田博教の研究に本書は最も影響を受けた。制度の変化は歴史的経緯の追究によるべき(佐々田 2011、233-235)という前提も示唆的だが、政策アイディアが制度内に埋め込まれ伝播するプロセスを「ポジティブ・フィードバック効果」と呼び、それが戦前戦後に連続的に継受されたことは、医療制度のような継続性の強いシステム分析に資するからである。

秋吉や木寺、佐々田が政策知識を検討したのは、制度変化が「新しい政策理念」によってもたらされているからである。例えば電気通信や航空産業などの規制緩和は、経済学者の理論やそれを支持した政策推進者によって進められた。利益の衝突と調整のような従来型の政治過程と異なり、理念の説得力を政治的リソースとして展開される政治過程なので、これを「アイディアの政治」と呼ぶ。外交政策を分析したゴ

⁹ 藤田の言う行政官の機能は、政策の企画立案能力と合意形成や進行管理により政策を具現化する管理機能に大別されるが、技官にはさらに専門家能力が存在する(藤田 2003、86-87)。前出の新藤は、こうした専門知識を技官の権力リソースと認識するが(新藤 2002、34-35)、一方で技術情報は陳腐化しやすく、さらに学部卒や修士修了など専門家として相対的に「低い」学歴しか持たない技官がそれほど強力な「専門性」リソースを持つか、そもそもそこで言う技術的専門性とは何かを明確にする必要はある。

¹⁰ 加藤のいう政策専門性は、族議員(特に閉鎖性が高くキャリアパスも制度化されている社労族)なども所有しているとされており、制度の運用や変化の経緯といった技術情報に限定されない制度的知識が含まれている。そのため、医療保険改革においては、医師会(現場知の集積)、厚生省(医系技官と法文官僚)に加えて、社労族が主たるアクターとして考慮に入れられることになる。

ールドSTEINとコヘインは、「アイディア」を精緻化し、(1) 世界観 (2) 道義的信念 (3) 因果的信念に峻別した (Goldstein and Keohane eds. 1993)。このうち因果的信念は、「こうすればああなる」というロードマップを示しているのだが、「規制緩和は経済を活性化させる」といった言説は変化の予言であり、その因果は実証されていない。だからこそ「信念」と呼ばれ、説得力によって支持を調達する過程とはアイディア「による」政治なのである。アイディアは、アクターの利益を顕在化させ、制度のあり方に影響を与える相互補完関係にある。

技術と制度という両義性を持つ医療にとって、アイディアが変容すると、国民の利益と負担の実情や、医療制度改革の担い手という医療政治過程の前提自体を変える。その意味では、医療制度の分析にアイディアの政治過程という視座は適格的である。特に、医政の所管官庁が国民の守護者なのか、業界の傀儡なのかといった認識は政策過程そのものに大きく影響する。もしも、所管官庁は非効率的で人材も二流だという「評判」が定着すれば、提示する政策の説得力は低くなるし、一定の成果を挙げた、清潔で中立だ、また政策的に一貫性があるといった評価は、とりわけ規制機関としての信頼性を高める (Carpenter, 2010)。行政機関の権力リソースとしての「評判」は、長い時間をかけて獲得するものである。日本の医療制度で医政官庁が獲得した評価とその経緯について本書は後に明らかにしていく。

3 医療制度に関する先行研究

本節では、日本の医療制度に関する主要な先行研究を整理し、探求すべき対象を明らかにしたい。前節で述べたように、1990年代の政治学では1984年の健康保険法改正を契機として、保険制度をめぐる利益の対立と調整を分析するものが多かった。しかし医療制度を理解するには、医療の提供体制の把握も重要であり、2000年代に入ると医療供給体制の分析も増加している。近年は、財政規律を重んじた結果、自由主義的改革が推進されており、医療改革は単に健康保険財政の改善に留まらず、医療供給のマクロな効率性が追求されるようになった。公立病院の廃止・移譲・経営体制見直しや、DPC（包括支払い制度）の導入、診療ガイドラインの設定など、医療環境は急速に変化している。

自由主義的改革期

政治学において医療制度の分析が始まったのは1980年代である。当時は中曽根康弘首相が自由主義的改革を進めた時代であり、背景には国民の消費者主権意識が強まったことがあった。伊藤光利は石油危機後の政治体制を分析し、日本社会は依然として多元主義的だが、民間企業セクターの労働組合と使用者側が連合（大企業労使連合）を形成していることを実証的に明示した。伊藤は、合意の存否と利益の一般性・特殊性の2軸4セルの政策類型を示し、そのうち、「合意があり」「包括的な」利益が労使連合によって追求する政策領域であることを示した（伊藤光利 1988、55-59；66-69）。この領域には、農業や官公労、医師会など特殊利益への分配を削減することや、物価抑制と所得減税という新たな社会的イデオロギーが埋め込まれている。労使連合が強まれば、日本の政策決定構造はコーポラティズム寄りに変化する。すなわち政治体制的には、この「連合」が承認すれば新自由主義的な小さな政府志向が推進されることになる（伊藤 1998、66-69）。伊藤の理解は、大嶽秀夫の行政改革研究によっても裏付けられた。大嶽は、80年代の日

本政治が、社会民主主義・リベラル優位から新自由主義復権へ至る流れの中にあり、中曽根政権が採った一連の改革は、経済的自由主義を求めるイデオロギー転換¹¹だったと主張する（大嶽 1994、9-18）。負担増による「福祉の見直し」が進む動機として、(1) 高齢医療費の急速な増大に対する国民的不安、(2) 医療市場の「弱者」として患者が感じる不信任、(3) 既得権者である医師会への反発を挙げ（大嶽 1994、147-149）、自由主義改革とは、納税者や消費者としての利益を有権者に意識させ、支持動員に成功したアイディアの政治であると大嶽は主張する。

負担を強いる改革は、一般に国民からの反発を招く。そうした利害は与野党の対決のみならず与党内の反発として表出し、強い拒否点となってしまう。反対をコントロールするには政府内部で制度マネジメントのノウハウや情報を蓄積する必要がある。加藤淳子はそのような専門知識の集積を重視し、激しい反対にさらされながらも医療保険改革がほぼ原案通りに決着したことの要因を、厚生省内部の官僚と自民党内の社労族という政策エリート複合体の結束力に求めた（加藤 1995）。ただし、体制論として消費者主権を指摘した伊藤、政治改革におけるアイディアの重要性を指摘する大嶽、政策エリートの結合を重視する加藤のいずれも、健康保険制度に限定して医療の政治を観察している。

日本医療の再評価

日本の医療制度を包括的・体系的に叙述したのは、アメリカ人政治学者のキャンベルと日本人医学者の池上直己による共同作業¹²だった（池上・キャンベル 1996 ; Campbell and Ikegami 1998）。両者はデモグラフィックなデータを駆使して、日本の医療は低負担と高品質を両立させており、結果として国民の健康も達成されていることを示した。日本の医療政策で主軸となるアクターを明記し、供給体制形成の歴史的経緯にも触れている¹³。しかし両者の主たる関心は日本の低い医療費にある。抑え込みが成立するマクロな要因として、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）の価格決定がすべての医療保険に適用されること（疑似単一支払い者制度）、財政危機が争点化した 80 年代を通じて歳入上限を意識する「引き下げ圧力」が強く働いたこと、保険制度間の格差があるとはいえ総じて負担は公平であることによって、身の程を越えた引き上げは回避できたと主張する（池上・キャンベル 1996、143-145）。一方ミクロな要因として、中医協の価格設定が各医療セクターの供給拡大をもたらさないインセンティブを内包することが挙げられる。例えば高度な手術の報酬を抑え込み、そうした手術は民間セクターではなく補助金が投入される公的セクターへ誘導することで、手術件数の増大抑制に成功する、といった事例である（池上・キャンベル 1996、177-178）。ただ、キャンベルと池上の立論は詳細だが、同書の目的が「先進事例」である日本の医療制度の紹介にあるため、理論上のパズルや歴史的叙述は、レジーム論や制度論と比べて淡白である。

¹¹ ただし、大嶽のいうイデオロギー転換とはいわゆる復古的右派への回帰を意味するのではなく、国家機能に対する懐疑心に基づく小さな政府志向という経済社会イデオロギーを指している。特に、中曽根とその政治に対して「モダンな政治」と大嶽が評価したことは、中曽根の軍事色を警戒する人々との間に激しい議論（例えば山口定との論争）を呼んだ。この論争の全体像と意義については渡部純による整理（渡部 2010、12-18）が詳しい。

¹² 日本語の新書と英語のペーパーバックは、叙述として共通している部分もあるが、想定されている読者が異なる（前者は日本の社会人、後者は日本の医療制度をほとんど知らないアメリカ人）ため、英語書ではある部分が詳細に叙述されているのに日本語本では簡略に記載されるなど、原本と翻訳書の関係にはない。

¹³ 特に日本の医療制度が病院の原型を持たないことや、医業収入を薬剤（モノ）に依存する日本固有の医業構造を近世の報酬体系に求めるなど、歴史的遺制（legacy）に制度の特性を見出す点が同書の方法論的特性である（Campbell and Ikegami 1998、54-55）。

歴史分析

歴史学者や行政実務家が制度史・政策史に取り組み、¹⁴「厚い記述」たりうる。中静未知の医療保険制度史は、明治期の工場法立案から 1958 年の国民皆保険成立までを細密に描写しており、また著者は明言しないが、歴史が事象の連続による以上は一つ前の「事件」に後続の決定が拘束されている認識を持って通史を描いている。また、同書は戦時中に取り組みされた医療保険制度の普及が、戦後にも強い影響を与えている点に着目しており、本書の着眼点である戦前と戦後の連続性を考える基盤となった（中静 1998）。一方、行政内部で書かれた文書であっても、時間軸を長く取った細密な叙述になると単なる「制度沿革」を越えた深い知見をもたらす。医系技官らによる衛生行政の公式史（医制百、医制百資）や、保険局勤務経験の長い高官による保険制度通史（吉原・和田 2008）もまた、制度が変化する過程を詳細に知るために不可欠の研究である。ただしこうした「社史」の限界として、政治描写やアクターの記述は抑制されている点は考慮に入れる必要がある¹⁴。このほかに歴史・比較・政策の三方向から日本の医療制度を概説した研究（島崎 2011）や、製薬会社経営の観点から行われる政策提言（長坂 2010）、実務家としての経験を基盤として医療制度を観察した医療政治概説（結城 2004）、公立病院史の概説（伊関 2014）などがあるが、いずれも制度の理解に洗練を欠いていること、また紹介や概説という性質上リサーチクエスチョンが明瞭に設定されておらず、解明するパズルが分かりにくい難点がある。

中静や吉原・和田の分析は保険行政の萌芽期を描いているが、供給面に力点を置いた歴史的分析もある。それが衛生行政の成立と浸透の過程を描いた笠原英彦の研究（笠原 1999；笠原・小島 2011）で、西洋化・近代化に追われた明治期に医療制度・医療政策が形成・成熟していった萌芽的過程を再現している。本研究は示唆に富むが、とりわけ医制の公布と伝染病対策行政の徹底という、決定的な分岐点に焦点を絞り医療制度史を見通す視野が重要である。一方、社会史学の立場から制度装置としての病院に着目し、医師集団の形成やキャリアパスの変化、そして医療実践の場が診療所から病院へと移動する時間経過を観察した猪飼周平の分析は、技術と制度の交差点としての医療を描く点で医療制度研究に不可欠といえる（猪飼 2010）。猪飼の研究は医療供給の人的主体として医師を描き、例えば「修行」を経て開業に至る経過や「業」としての開業医の経済状態の観察を行うが、特に 19 世紀末から 20 世紀中期にかけての医療実践の実態を描いた点が注目される。当時の医療は保険制度に内包されておらず、戦中や戦後、現在との参照点として重要だからである。

教育社会学では、過去のエデュケーション機能を詳細に描く分析が豊富で、医師養成課程拡大の政治過程を扱う橋本紘市の研究や、教育史を俯瞰する中で医育を詳細に紹介する天野郁夫の研究は特に重要である（橋本 2008；天野 2009ab；天野 2012；天野 2017a）。戦前の日本では複数の医師養成ルートがあった上に制度変化の振幅が大きかった。しかし総じて戦前の医育は専門学校から大学に高度一本化される「通奏低音」が存在し、戦後の学制改革で占領軍の求めに素早く応じられたのはそうした背景があったからである。ただし、戦中期や高度成長期の医師需要拡大は複合的要因の結果だった。戦中ならば高度国防国家建設や体力行政の推進といった軍国主義的総合行政の一環として医師需要は人為的に拡大したし、高度成長期に医師需要が拡大したのは健康保険の普及や医師偏在が社会的課題として認知されたからである。医療制度形成の萌芽を

¹⁴ こうした制約に対して、近年積極的に採録されるようになった当事者のオーラル・ヒストリーを活用することや、資料性が低いとされる伝記や人物伝をクロスチェックすることなどで補完することを通じて、ある程度は客観的な事象の再現が可能である。

観察した笠原や猪飼、橋本らの知見を広範な政治的文脈に位置づけることで、医療制度の理解はさらに立体化するといえる。

医療の制度学

本書の関心に最も近い先行研究は、北山俊哉による国民健康保険（国保）の成立過程分析である（北山 2011）。北山は、国民健康保険制度が導入され成長する経緯を通じて、日本が福祉国家として発達するには、福祉政策の諸事業を地方政府が実施する能力が不可欠の前提だったことを明らかにした。方法論的にはピアソンの「時間の政治」手法に依拠し、変化がある段階を超えると自己強化され、特定の帰結に向けて変化が不可逆的に加速する様子を示した。つまり、国民健康保険制度の実施に市町村が積極的に関与すると、徐々に能力が蓄積し、市町村は国保制度に「ロック・イン」される（北山 2011、2・3 章）。

これを医療制度に応用して北山の論旨を敷衍すると、保健行政は（１）軍国主義的制度として成立し、市町村できめ細やかに実施された（２）保険の運営に付随して、福祉衛生政策が市町村業務に組み込まれた。その結果制度破綻を回避するために、国保運営能力を向上させ予防衛生を徹底することが動機づけられる（３）敗戦後は GHQ 主導の普遍主義的プログラムに転換されたが、軍国性が成熟する前だったので「移植の拒否反応」は生じない。

ただし、以下の点で留意が必要である。（１）国保事業は市町村単位の運営が設計意図だったが、医療供給はむしろ上位政府主導の想定がある。例えば戦時期に成立した日本医療団は巨大な国営医療システムであり、北山の観察含意をどこまで医療供給体制に応用できるか、（２）地方政府の専門能力向上は実際に達成され、結果として地方の衛生環境は一定の水準に達したが¹⁵、それを担当したのが誰でどのような専門性を保持していたのか、（３）「移植の拒否反応」はなぜ生じないのか、といった点はさらなる検討を要する。

本書が同じく影響を受けたのが山岸敬和によるアメリカ医療制度史研究だった。皆保険制のないアメリカでも、日本と同様に皆保険に向かう契機はあった。特に山岸は軍・退役軍人庁といった公的セクターが医療の公的保険化を推進しながら、アメリカ医師会によって抑え込まれる過程を描いている（山岸 2014 : 16-24）。本書の分析対象とは時代も国家も過程も異なるが、軍という公的セクターが医療に大きな影響を与えるという知見は注目すべき観点である。

供給分析

医療の政治では、経済アクセス保障に加えて医療供給も対象となることを明確に指摘したのは西岡晋である。西岡は従来の医療制度研究が健康保険に集中することを批判し、供給体制分析の重要性を訴え（西岡 2001）、また医療制度把握には中長期的な分析が必要であること（西岡 2003）を主張した。ただし両論文とも、医療供給体制を説明する独立変数としての「政策の窓」モデルや「政策レジーム分析」の有効性の主張に力点が置かれ、紙幅の制限もあって供給体制の変容を細密に描写したものではない。

¹⁵ 最も分かりやすい社会的インパクトは乳児の死亡減少である。衛生状態が改善されることで、環境変化に脆弱な乳児の死亡を減少させられるため、周産期死亡率が下がったということは産科の充実に加えて周産期保健が充実したことでリスク因子を減らしたことが推定される。事実、わが国の周産期死亡率は長期的に減少傾向にあったことに加えて、戦後の周産期保健の整備によってさらに減少率が加速していった。

一方で供給面の実証研究が近年増加している。中島明彦は地域医療計画を策定し総病床管理を行う県の権限に着目し、制度形成と執行の詳細な分析を行った（中島 2017）。一般に病床規制については、1985 年医療法改正と 1984 年健保法改正を一体として捉え、「福祉政策のネオリベリズム的転回」と理解されることが多い。しかし中島は 1960 年代の公的病床規制を含めた供給コントロールの通史的解明を行った上で、認識共同体の崩壊などを含め政策構造の変化を詳細に検討している。同じく医療法改正の決定過程を扱いながら、政策学習の事例として分析するのが竜聖人である。過去の事件・事例から能動的に対処を学んだ地方政府が、85 年医療法改正後の行政に関与していると竜は主張する（竜 2015）。さらに三谷宗一郎による入院事前審査制度の研究は、筆者と分析視座を共有しているように思われる（三谷 2016）。かつて保険診療で入院するには、それが医療上必要なものであることを事前審査する制度があった。手続きが煩雑で医師の裁量の余地がないこの制度は現場の反発から撤廃されたが、医療経済イデオロギーが支配的になった 80 年代に再登場しても不思議ではなかった。三谷は、反実仮想の中にアイディアの変容を見出すが、方法的には竜と同様に組織内の長期保持記憶である組織学習を重視する点が特徴である。

ところで医師の裁量を直接的に制約するのが診療ガイドラインである。医学が劇的に進歩し標準治療が絶えず更新される一方、費用対効果と治療の安全性も重視される現在では、実施すべき治療の手順として診療ガイドラインが設定されている。これは医師にとって「うるさい制約」であるが、ランダム化比較試験やメタ分析によって得られた集合知であるガイドラインは、文字通りの「導き」とであると同時に注意義務の具体性を保障する「守護神」でもあった。ガイドラインの受容と維持には、専門職コミュニティからの支持が不可欠である。石垣千秋は、認識コミュニティにおける凝集性の度合いがガイドライン政策の帰結を左右すること、具体的には積極的に策定したアメリカ、政権交代を経て実現したイギリス、作成に挫折した日本の違いがそこに起因することを明らかにした（石垣 2017）。同時に、医療における「専門性」についても検討を加えており、専門医制度のようなメタ専門性を制度的に保証する仕組みのない日本の医療では、認識コミュニティの合意が職業集団全体の合意へと転換する回路が構築されていないことを示唆している。

いずれにせよ、こうした最近の研究は、現代の事例を扱った短距離理論と言ってよい。それぞれの分析自体は精度が高く、最新の理論的知見を反映した水準の高い研究であるが、そもそもその根底にある医療制度の形成とは何かを明らかにするのが本書の目的である。

4 本書の構成

本章で設定した問いに答えるには、医療制度の発達を歴史的に把握する必要がある。また近年の医療制度変容は先行研究が充実していることもあり、政策構造が大きく変化した 1980 年代初頭までを分析対象とする。第 1 章と第 2 章は、西洋と日本の医療について歴史的経緯を探索する。古代から近代初期までの医療は魔術的・思弁的な営みであり、19 世紀中盤の爆発的発展によって医療は「あてになる技術」へ転換した。また医療において衛生は治療自体と同等の重みがあり、転換期には公衆衛生も急速に浸透したし、また高騰した医療費を支弁する仕組みとして社会保障制度が構築された。近代医療はこのように政府の存在が前提なのである。第二章では日本医療史を扱う。日本の伝統医療は漢方であり近世の医師は薬剤師を

兼ねていた。そのため明治期の近代化では医学こそ西洋化したが、医師の処遇は近世の遺制に影響されていた。近代化する日本では医療が内政と軍を支える重要な技術でもあったため、近代日本の医療制度形成と成熟の過程を詳述する。

第3章と第4章では、戦前と戦後の医療制度変化を記述する。昭和初期の社会情勢変化を反映して、医療制度は大きく変化した。社会全体の安定を図るために社会保険が開始され、恐慌による農村の荒廃を救済するためさまざまな経済農業政策が展開された。その背景には軍国化の主力である農村を保護する軍部の意向があったが、積極的な社会政策の導入によって、地方政府の機能は結果として拡大し医療も社会化した。さらに結核と新生児の衛生が重視されたことで、衛生行政は質的な変化を経験する。一方四章では、戦後日本の医療制度再建と再生を描く。急激なインフレーションや医師の余剰を背景として、健康保険制度が普及する追い風となった事情を明らかにする。

第五章は医療需要が急拡大した高度経済成長期を描くが、経済成長が生み出した余剰による医療需要増のみならず、それが社会的にもたらされたことを示す。医師たちは卓越した政治力を駆使する戦術家・武見太郎をリーダーとする医師会に団結し、医師会が成果を獲得したことで結束はますます強まった。一方で、結核の克服による疾病構造の変化は、医療供給体制整備のミスマッチを生み、結果として医療の公営化を断念することになった。また医療供給内部でも、高度医療の中心地として重要性が増す病院と、伝統的な診療セクターである診療所の関係に変化が生じ、内部の利益分断が顕在化していった。第六章は高度経済成長期の医療政治の変化を扱う。戦後の工業化・都市化は政治を「左傾化」「福祉化」させ、それによって医療需要がさらに拡張された。従来、診療報酬決定過程は、医師会と厚生省の間で展開される圧力政治と見なされていたが、本章はより複雑な要素を取り込んだ過程として描く。またこの時期には医育機関が拡張し医師供給構造に変化が生じた。誰がどう政策を転換させたか、その結果として医療制度全体にどのような影響があったかを示す。

第七章は、日本近代史上、ただ一度発生した保険医総辞退の過程とその後日談を描写する。保険医総辞退はインパクトのある戦術であり、強力な圧力団体として日本医師会を印象づけた。しかし筆者はそう考えない。第六章までに描かれるように、医療供給体制は連続的かつ構造的な変化の下にあった。保険医総辞退は医師会の政治的力量を喧伝する一大イベントだったが、その後の落日はその時まで埋め込まれた構造的なものだった。本章ではそうした筆者の認識を、「後日談」と対照する形で説明する。最後に終章で本書の主張の妥当性を改め検証し、その含意を明らかにする。

医療は人類史上とともにあった営みであり、同時代におけるイメージを把握することは難しい。しかしまずは古代医療がどのようなものであったか、またその後の発達（が阻害されていった）経路を明らかにするため、古代ギリシャの医療を語るところから始めよう。

第1章 歴史の中の医療

医療が「疾病の治癒」を実際に担うようになったのはそれほど古いことではない。社会保障制度による医療アクセス保障は近代になって成立したことも一因だが、そもそも医療が信頼に足る科学技術へと成長したのは歴史的に新しいことだからである。つい200年前まで疾病メカニズムの多くは不明だったし、そもそも治療技術（特に外科）として対処できることはほとんどなかった。したがって近代以前の医療とは祈り、あるいは人間存在を探索する哲学として存在した。その意味で、身体メカニズムを解明し疾病を克服するという発想自体が近代以前にはなかった。

現代医療に、こうした先史的残滓はもはや存在しない。しかし医療施設や医療職が現状に至るまでいかなる変容を経たかは明らかにしておいたほうがよい。技術であり社会的機能でもある医療を理解するには、各時代の社会性を糾合していった経緯を知ることが必要だからだ。本章では、技術と社会制度の双方に焦点を当てながら通史的に医療を概説する

1 神殿と思弁——古代の医療——

本節では、原初段階における医療を描写する。当時の医療は科学技術というよりも、宗教性を帯びた行為であった。あるいは学術としては人間の本質を理解する哲学的行為であり、それによって疾病（という不幸）を克服できると考えていた。

原初の医療

遡るならば無限と言ってもよい医療の起源であるが、本書ではさしあたり文明世界（古代インド、バビロニア、古代中国）のそれから検討を始めよう。医療史の成果から類推すると、当時の医療は、科学的思考や分析に基づく技術ではなく、経験・宗教・呪術の三要素に基盤をおく営みであり、医師は医療者や僧侶、呪術師を兼ねた存在だった¹。また体系的な病理学や解剖学などの医学知識を欠く当時においては、病因と病態を超自然的に捉え、例えば病気とは神の怒りや懲罰だと理解した（アッカークネヒト1983、第2章）。

紀元前社会の医学で傑出していたのはギリシャだった。例えばいまから3000年前に、詩人・ホメロスは医神アスクレピオスによる伝説的な治療の奇跡をうたった。アスクレピオス神を祭る宮殿アスクレピオンは、紀元前五世紀ごろギリシャ全土に建設され、病んで治療を必要とする人々はそこで安静と療養を得た後、医僧から神託を受けられる（井上清恒1984、12-15）。アスクレピオンは原初的病院であり、そこで蓄積された経験を後進に伝達する医学校機能も有していた²。その結果、医療自体の宗教性や呪術性に変化はないものの、診断技術を習得した職業医師が増大することになった。

¹ 「医」とは悪霊退散のための矢を意味する。また旧字の「醫」のつくり「巫」が置かれていること自体、医療の宗教性を暗示している（梶田昭2003、25-28）

² こうした過程は徐々に進行していったもので、当初から宮殿が医育機能を有していたわけではない。実際には治癒の名声ゆえに患者が殺到し、神殿に入る前に門前宿で待機を強いられた。その間、散歩や日光浴、沐浴、断酒による健康的な摂食などにより体調が改善する例が多くあったので、治療によって患者が「退院」していたとはいえない。また、ギリシャ人の美意識は健康と肉体に執着するため、病状が悪化して死に瀕した病人は存在すべきでなく退院が強いられる事例さえあった。紀元前100年ごろ元老院がこうした悪弊に介入し、アスクレピオンがこんにちの病院機能に近い役割を獲得するに至った（岩佐潔1972）。

医師の生計は上層階級が支えた。当初は患者を求めて巡業する医師像が一般的だったが、後には定住して診療所を開設するものも出現する。特に紀元前 5 世紀ごろにペルシア戦役を勝利したアテナイの繁栄は卓越しており、都市に雇用された医師が市民階級を往診し公有診療所に従事する公医制度が設けられた。医師たちは身分保全と質保障を兼ねて強力な組合を構築した³。萌芽的な同業者組合（ギルド）が結成されたことは専門家としての医師が社会的に認知されたことを意味する。専門家の持つ知識は非対称情報であり、一般顧客には専門家技量の優劣をつけられない。したがって医療という取引では、そもそも医師が本物かどうか、また受け取る治療に見合う報酬が請求されているかが患者に分からない。こうした顧客の不安を解消するためにギルドが組合員医師の技量を保障し報酬額の水準を公示することは、ダンピングを防止すると同時に医療費の公正さを担保する合理的な戦略だった。ギリシャ医学は、医療の専門性が認識された出発点だった。

医聖と古典医学

医神アスクレピオスは複数の人物を合成した伝説の人物だが、紀元前 5 世紀から 4 世紀にかけてのアスクレピアードンであるヒポクラテスは実在の人物である。アテナイから離れたエーゲ海東南部のコス島出身であるヒポクラテスは、島のアスクレピオンで学び教鞭を執ったほか、アテナイの公医経験もあった（岩佐 1972、7）。ヒポクラテス医学はふたつの特徴があり、第一に、時代の限界はあるにせよ思考が合理的・実際的で、現代医学の出発点と言える点である。しかし第二に、なお非科学性が多く残っていた点もまた特徴的だった。その意味で、ヒポクラテス医学は原始的医学の典型といえる。

ヒポクラテス医学が画期的なのは、医療と医学を宗教から切り離し、方法的にも技術的にも医療の独立を宣言した点にある。例えば、「神聖病と呼ばれている病気は…神業によるものでもなく神聖であるのでもなく、自然的原因をもっている（ヒポクラテス 1963、38）」という記述は、病気を現象と捉えた上で疾病と病因の間に因果関係を推定している。彼にとっては病因を特定し患者を治癒させることが重要であり、人間とは何かという思弁的・理論的な検討にあまり関心がない（ヒポクラテス 1963、99-101）。こうした特性によって、医療が癒しや思弁ではなく、合理的思考の体系として自立することができる。

ところで当時の医師の処遇は、少数の公医を除けば不安定であり、市場を勝ち抜くには的確な判断を必要とした。失敗が許されない彼らにとって、治療の受諾、滞在の継続、逃避のタイミングといったプロフェッショナルな判断が不可欠だったのである（アッカーネヒト 1983、67-68）。当時の医学知識は、正確な診断を下すには狭く浅すぎた。そこでヒポクラテスは患者を全体として認識し、予後と治療に関心を集中した。例えば彼の記述「流行病」では、発病地区の気候風土や患者発生の経過が詳述されている。ヒポクラテスは患者の予後に関連する因子（出血、発熱、尿の色、風貌、気質など）を列挙しているため、それらが診断の重点だと考えていたことが窺える（ヒポクラテス 1963、115-147）。

経験集約によって体系的な医療知識を構築した点はヒポクラテス医学の先進性であるが、病気観や生体観を含めた医学認識は、時代の限界を有したものだ。ヒポクラテスは患者を全体として理解するので、病気をバランスの崩れと捉え、生理学的な因果関係の特定までに至らない。その背景には医師と患者の関

³ アスクレピオンの修練を経て一人前と認められた医師たちは、倫理規定を宣誓してアスクレピアードンと呼ばれる組合に加入した。後には非組合員医師も含め医師がそのように総称された（井上 1984、15；岩佐 1972、6-7）。

係性があった。当時、医療を受けられるのは上層市民であり哲学の素養が豊富だった。彼らの支持を得るには、実際の治癒に加えて病態の説明が必要だった（アッカークネヒト 1983、68）。その結果、非常に先進的だった彼らの医学観も、思弁性を重んじる古代ギリシャ哲学の制約から自由ではなかった。

ヒポクラテスの医学は、哲学者・エムペドクレスが提唱した四体液説を前提とした。この考え方は、空気・火・水・土の基本四元素と、熱・乾・湿・寒の四つの性質の交差として人間の生理を理解する（図 1.1）。例えば「空気」が体内に入ると血液となり、湿気を帯びると粘液へ、熱を帯びれば黄胆汁へ変化する。つまり血液は熱と湿り気によって構成されるので、血液のトラブルには、冷まして乾かす治療が必要だと考える。

古代ギリシャ哲学ではアルケー（根本原理）の探索が盛んに行われたが、現象として生じる多様な変化や分化をどう理解するかが現実の課題であった。そして紀元前 5 世紀にはパルメニデス率いるエレア学派で「存在」の連続性や不変不動、超時間性が提起され、その結果、感覚に対する本質の優越が明らかになった（熊野 2006、45-47；岩田 2003、48-50）。こうした理解に基づいてエムペドクレスの四大説が登場する。リゾーマタ（根）として不変不動な根本物質が四つあり、この組み合わせ（ピリア・愛）や分離（ネイコス・憎）によって様々な編成が生じる。アルケーである四大元素が無限に組み合わせることで、世界には多様な「具象」が生じると理解していた。この世界観は、心理変化と物質変化を同一視する混同があるが、科学技術が未熟だった当時の身体学ではこうした認識は一般的だった。そしてこのような思弁性はヒポクラテス後にも継承されたが、ローマ帝政時代に活躍したギリシャの外科医・ガレノスが、体系を徹底して精緻化した。それは、結果として医療の科学化を 1500 年にわたり阻止することにつながったのである。

図 1-1 四体液説

		熱			
湿	血液 (心臓)	黄胆汁 (肝臓)	乾		
	粘液 (脳)	黒胆汁 (脾臓)			
		寒			

ガレノス医学の誕生

ガレノス（A.D.129 頃-200 頃）はトルコ西海岸・ペルガモンに生まれたギリシャ人外科医である。彼は流派に属さず人脈もなく、ローマ上京当初は厚遇を得られなかったが、その手技によって名声を得た。彼を典医に指名したマルクス・アウレリウス帝を含む三代の皇帝に仕え、三十年近い宮廷医生活を送った（梶田 2003、92-94）。解剖学知識に乏しい当時の外科医療にあって、ガレノスは治療経験に加えて多くの動物実験を行い⁴、特に神経系や骨格の構造についてかなり正確な知識を有していた（アッカークネヒト 1983、82）。また、自然治癒を重視したヒポクラテスに対して、薬学が発展した 500 年後のガレノスは薬剤や瀉血を用いた。ガレノスの時代の医学は、解剖学が多少は発達したことで実証性が高まり、また人体へ積極的に介入する技術だと考えられる。

ガレノス医学は、ヒポクラテスの四体液説を基盤としながら、プネウマと呼ばれる精気論も活用した。人間にとって栄養とは生命活動の源泉である。一方で人間は精神活動を行うからこそ他の動物と区別される。さらにこうした栄養・生命・精神の三要素に対応する精気と臓器が存在していると考えられる。例えば腸

⁴ ガレノスは若い頃に剣闘外科医を務めていたので、豊富な創傷治療を経験すると同時に解剖学を学ぶことにもなった。また動物実験によって神経の働きを特定したり、動脈内に血液が流れていることを解明したりしており、たんなる思弁家ではない（アッカークネヒト 1983、81-82；小川 1964、19-20）。

内で吸収された養分は、「栄養プネウマ」として血液に溶け込み肝臓に達する。生命プネウマに転換された静脈血は、心臓から生命プネウマを全身に伝達する。脳に到達した血液は、精神プネウマに変換され知的活動の源泉となる。ただし人体解剖を行わないガレノスは、心臓を循環器として理解していない。そのため、血液とプネウマの流れは、(1) 栄養を含めて肝臓で血液が作られ静脈内を往復する、(2) 肝臓から送り出された血液は右心室を経て肺に到達し、不純物を排出し大気のプネウマを吸収してから右心室に戻る、(3) 右心室の血液は、心臓内に存在するはずの「細孔」を通じて左心室に移動、栄養プネウマが生命プネウマに転換される、(4) 脳に到達した血液は精神プネウマに変換され、神経を通じて全身に行き渡る、とされていた (小川 1964, 21-22)。

誤りに満ちたガレノスの身体推定が流布したのは、同時代の科学水準に限界があったことが原因である。しかも博学なガレノスは、多くの疑問に応答できた上に誰にも論破されなかった。加えてその後のキリスト教支配における人間の崇高性とガレノスの精気論は相性が良く、その結果中世を通じてガレノスの医学体系が過剰に正統化されることになった。いずれにせよ、近代社会で解剖学が発展するまで医学の発展は抑制されることになった。

2 城壁の医療とルネッサンス——中世の医療と科学革命——

中世の医学の特徴は、大学での医育が始まったことと、キリスト教会が病院を設置したことである。ただし医学自体の発達は停滞したままで、中世末期によりやくいくつかの先駆的業績が発生したに過ぎない。本節では停滞と変化の時代における医療を描く。

教会の病院と大学の誕生

古代において広義の文化興隆は政治の反映である。だから医療の充足や発達には、帝政ローマのような強力な国家を前提とした⁵。また社会に広がるキリスト教を体制内に取り込むことで帝政ローマの体制は安定し、その結果、宗教的慈悲を具現化する病院の整備が進んだ。一方で、金銭を卑しむローマ人は報酬のための労働を嫌ったので、医療は技術としてではなくその宗教性が強調された (岩佐 1972, 11)。古代の医療は、貧窮者の救済や末期ケアを实践する福祉的性質が強かったのである。

現存する世界最古の病院はパリの「神の家 (Hôtel-Dieu de Paris⁶)」で修道院附属ではない独立病院として 651 年に設立された。寄付された多くの領地を持つ同院は財政的に安定し、またフランス国内の高官・高僧が運営管理職に就いたために政治的安定性も確保した。こうした制度的長所は、神の家病院の先進性につながり、例えば同院が 13 世紀に移転新築した際に、病状別の区分収容や回復期区画の設定などが試みられた。だが、そうであっても当時の病院は治療機関というより福祉施設というべき存在だった。当時は病理、特に衛生概念が欠落しており、複数患者が病床を共有し換気や清掃が徹底されず院内で伝染病が蔓延するありさまだった。看護職を務める尼僧は未消毒のシーツをセーヌ川で洗濯し、下流域住民と自らの

⁵ 帝政ローマにおける医療は、その積極的な対外政策に呼応して当初は軍陣医学として整備された。軍病院が辺境都市に建設され、さらに医療需要の増大とともに異邦人や奴隷身分出身の医師が領内に流入し、一般市民に対する治療を実施するようになることで医療は拡張していったのである (岩佐 1972, 13-14)。

⁶ この病院は、パリ公立病院群 (Assistance Publique Hôpitaux de Paris) の旗艦病院として現存している。

生命を危険にさらした（岩佐 1972, 21）。

中世ヨーロッパにおける封建制の進展は貧者の苦境を拡大した。こうした事態に宗教的対処を行うため騎士団（Ordre）が設立され、その病院では慈悲による施療が行われた。騎士団病院の拡大過程では、ケア（僧）・警護（騎士）・看護（婦人）の分業化が進んだ。数度の十字軍派遣を含む宗教的熱狂の時代を経た後、15 世紀までに騎士団病院の多くは姿を消し、これに代わって大学が医療の中心となった。

中世社会に新たに登場し、知識の探求と伝達の間となった大学は、都市固有の存在だった。特に 12 世紀ごろに都市の拡張が進展すると、大学もその意義を拡張していった。イタリアのサレルノは、アラビア医学の受容⁷に有利な地理的条件に恵まれ、9 世紀ごろから多くの医師を輩出した。その基盤がサレルノ医学校（Scuola Medica Salernitana）である⁸。医学校は後にフリードリヒ二世の勅令によって国立医学校へ転換されたが、その頃にはヨーロッパ各地で医学校が設立されるようになった。フランスのモンペリエや、パリ、そしてイングランドのケンブリッジ・オックスフォード、プラハ・ハイデルベルク・ケルンなどのドイツ（語）圏、さらには南欧諸国など多くの都市で大学医学部が開設された。もともと自治権が認められた中世都市の内部で、大学はさらに特権的自治が認められ、15 世紀までには法王庁や各国の皇帝に対抗しうる社会的勢力となった。医療は宗教に従属した存在からより自律的な社会機能へと変容していったのである。

教会から大学へ

ガレノスの精気論的身体観は、16 世紀に入って本格的な挑戦を経験した。とりわけ、ベサリウス、パレ、ハーベイという三人の医師による医学的発見は画期的であった。非思弁的解剖学が樹立され、血液の体内循環が明らかになり、そして外科治療の確実性が向上したからである。

1514 年に生まれたベルギー出身のベサリウスはパリ大学で医学を学んだが、当時の医学教育とはガレノス教科書の読み下しであり、しかもその内容は動物解剖の結果を人体に類推適用させたものだった。実物に執着する彼はパリ在留中に多くの人体解剖に関与し、その後さらに解剖経験を積んで北イタリアのパドバ大学を卒業した。ベサリウスは 1537 年の卒業と同時にパドバ大学解剖学教授に就任した。当時の外科医は一般内科医と比べ地位と待遇が低かったが、解剖という業務自体に没頭するベサリウスには適職だった。彼は同郷の絵師・カルカールの助力を得て、自らの経験に基づく人体の姿をまとめ、1543 年に『人体構造に関する七つの書（略称・ファブリカ）』として公刊した。内容の正確さとルネッサンス美術の粋を体現するカルカールの精巧な図解は、『ファブリカ』の価値を高めるはずだったが、『ファブリカ』の内容があまりに鮮やかだったので、ガレノス訓詁学に依拠する守旧派の医学教授の不興を買い、ベサリウスは大学を去った。その後は宮廷侍医など臨床家として過ごしている（梶田 2003、163-165；アッカークネヒト 1983、110-113）。

フランス出身の外科医パレは軍医だった。15 世紀から 16 世紀にかけて銃火器が普及し、軍では銃創治療が増えた。当時の標準治療は熱油を銃創口に注ぐ焼灼止血法だったが、ある日たまたま油が切れたのでパレはありあわせの材料で軟膏を作って処置した。その治療法の予後は焼灼法よりはるかに良好だった。

⁷ 当時の世界において、ギリシャ医学を正統かつ体系的に後継したのがアラブ世界であり、ペルシアを含めた中東は医学の先進地であった（アッカークネヒト 1983、91-94）。

⁸ サレルノ医学校については、以下の論文を参照。坂井建雄 2015、395、399-403）。

さらに、四肢の切断でも結紮の方が焼灼より効果的であることを発見した。パレは捕虜になった敵軍で行った治療の成果で釈放され、また産科学でも成果を残すなど医師としての名声を博し、1552年に宮廷侍医に招聘された。彼自身は短衣派と呼ばれる理髪外科医出身でラテン語が読めなかったが、1557年に設立されたサン・コーム外科大学の教授という長衣派の地位に就いた⁹。

身分制の強固な中世で達成したパレの成功は、「最高の知的な才能が過酷な努力と研究、それに卓絶した人格の強さ¹⁰」が相まってもたらされた（アッカークネヒト 1983、119）。ところで外科とは肉体に侵襲する技術であり、患者は本能的に外科医に恐怖や不信感を持つ。人道主義はそうした構造的反発を緩和する。パレの外科医学は、技術にとどまらず社会性という点でも近代外科の模範となった。

ベサリウスとパレは16世紀に外科に大きな飛躍をもたらしたが、17世紀に登場したハーベイは、思弁的医学を終了させた科学的医学の祖と言ってよい。そもそもいかに強固だったとはいえ、ガレノス医学に反する発見はそれまでに存在した。例えばベサリウスは心臓解剖の際に弁の存在に気づいていたが、彼でさえもガレノス医学の制約は強く、弁が血液循環の証拠であるとは考えつかなかった。

血液循環の発見

ハーベイは1578年にイギリス・ケント州の裕福な家庭に生まれ、パドバ大学で学んだ後ロンドンで臨床医となった。当時、イギリス国教会が設立されたイングランドは、旧教会財産が接収されたことで全国的に病院が閉鎖¹¹されていた。また外科の評価も後退しており、長衣・短衣を問わず外科は卑しいものとされた。

しかしハーベイは自らの技量で名医の評価を確立し、医学校（College of Physicians、現在の王立医学協会）の教壇に立ったほか、1618年には宮廷侍医となった。ハーベイは業績によって地位を獲得したので立場は安定しており、長期にわたり大量の解剖実験を行った。血液循環の知見はかなり早い時期に得ており、1616年から担当している医学校講義のノートには説の概要が記されている。ハーベイは1628年の著作『生命体における心臓と血液の運動に関する解剖学的研究』によって循環説を公表した（梶田 2003、176-177）。

ハーベイが同書で展開したのは概ね以下の三点である。第一に動脈は血液のみを運搬する。栄養素が肝臓で血液に変化するとか、動脈を生命ブネウマが流れるといった化学的に「不純」な要素が混入されているガレノス医学とは対照的である。第二に、血液は心臓の左右区画を分ける隔壁を通らない。それまでも解剖学的知見として心臓隔壁には血液用の孔がない一方、心臓の弁が静脈に存在する¹²など断片的なヒントはあった。ハーベイはそれらを統合し血液循環を証明した。第三に心臓と肺を接続する血管の太さを検討し、肺と心臓の間における大量の血液の流動は循環によるものと述べた。なお、顕微鏡が一般的で

⁹ ベサリウスの人物像の説明で外科医は一般内科医より地位が低いと述べたが、外科医内部でも大学教育を受けた一群と、実践出身の一群に分かれており、前者は後者に優越していた。教育を受けた外科医は裾の長い衣装を着るので長衣派、理髪外科医は裾の短い衣装を着用したので短衣派と呼ばれた（ダレーヌ 1988、46-51）。

¹⁰ パレの治療法は患者に苦痛を強いないため、「優しい外科医」と呼ばれたが、それは彼の人道主義的で謙虚な人格にも由来する。例えば彼は「吾が包帯し、神が癒す(Je le pensai, Dieu le gurarist)」と述べ、自らの技量を誇ることは一切無かった。また病床の王がパレに最善の治療を求めた際にも、どの患者にも王と同じ最善の治療をしていると告げたとされる（梶田 2003、165-168）。

¹¹ わずかに聖パーソロミュー病院と聖トマス病院だけが残し、ハーベイは前者の病院に所属した。

¹² 従来説では、心臓の弁は外からの血液流入を阻止する「関」であると考えられていたが、そうであればブネウマを含んだ血液を運ぶ静脈（＝ガレノス医学的な解釈）に弁があるのは合理的でない。

ない時代なので毛細血管を介した動脈血と静脈血の交換は追究できていない¹³が、それでもこれらの論点はガレノス医学を覆す説得力があった。にもかかわらずハーベイ説は医学界・科学界全体の論争を呼び、循環説の受容まで半世紀近い時間が必要だった。

循環説が受容されたのはその論証方法によるところが大きい。ハーベイは実験に基づき計数的細密さを保持して立論を行っている。このように実験による仮説の検証が社会に定着することを、バターフィールドは「科学革命」と呼んだが、ハーベイの立論は医療における科学革命を体現している。例えばハーベイはベサリウスと違って動物の解剖を活用し、肺がない動物ならば右心室もないことを示したし、緻密な人体解剖と心臓観察により弁構造や血管構造、心中隔の構造（＝孔の不在）、そして胎児が肺循環を短絡する血管（卵円孔や動脈管）を有することなど循環説の証拠を観察した。また、定量的な動物実験を行い、羊の体内にある血液の90%に相当する量が30分以内に心臓を通過していることを明らかにし、血液は循環していることを確実にした。さらにパレの結紮技術を用いて、蛇の血管を結紮すると心内に貯溜や虚血が生じることを示した¹⁴。

こうした実証的方法の徹底、すなわち科学革命の医療への流入によって、医学は科学となった。さらに、顕微鏡のような機器の開発、細菌学や公衆衛生学のような専門分科の発達によって、患者は安全かつ確実に治癒に向かうようになるのである。

3 第三節 病院と実験室——近代医学の誕生——

医学は呪術や哲学から科学の世界へ近づいた。前節では医師機能の歴史的変化を観察したが、近代ヨーロッパ医療は外科を中心として大きな変化を経験した。本節は、病院や研究室、手術室という「場」を軸にその発達過程を描写する。

パリの病院とフランス革命

近世政治最大の事件はフランス革命だが、この影響は医療にも及んだ。フランス革命の基盤であった啓蒙思想には、人々の生活を実際に救済する志向があるため、古典医学で重視された「気候風土」に代わって社会状況が重視された。社会状況に対する「啓蒙」とは、問題の原因を追求し合理／理性的に改善することである。例えば予防を重視して衛生概念を浸透させ、病院をより清潔で快適なものへと変えたほか、増設¹⁵して受診機会を確保した（アッカークネヒト1983、152-154）。さらに1789年に国民公会は全土の病院国有化を決定し、1795年から内務省管轄下で統一管理が実施された。革命による最大の変化は医学の

¹³ ハーベイの活躍した時代には顕微鏡は一般的な器具ではなかった。その後、イタリアの解剖学者・マルビーギが顕微鏡を用いて毛細血管が動脈と静脈を接続していることを観察・報告している。ハーベイの発見を顕微鏡解剖学的に追検証したのである（バターフィールド1978、94）。

¹⁴ バターフィールドは、ハーベイの説明をすべて肯定しているのではなく、「問題全体を新しい枠組のもとに見直して、取り扱うようなものに改めることのできる」ことが優れていると述べる。ハーベイは、血管と心臓の間で起きる現象について、整合性のある体系的説明を施しており、彼の結論自体も後続の批判対象となった。新たな疑問が浮かび、解決され、さらに新たな疑問が生じる科学の循環過程がこうして成立したのである（バターフィールド1978、94-95）。

¹⁵ 例えば革命直前の1789年には民心の融和を狙って財務長官ネッケルが新病院を開院、さらに革命中の1795年には聖アントワヌ病院が開院するなど、総合病院や専門病院、さらには施療施設など多くの医療機関が開設された（岩佐1972、75-77）。

捉え方だった。内科医・外科医の対立や差別構造を克服するために、医師名称は衛生官(Officier de Santé)に変更され、医師養成はパリやストラスブール、モンペリエに新設された衛生学校(École de Santé)で実施された¹⁶。

革命政府は医療普遍化の努力を続けたが、病院の多くはパリに集中していた。社会経済構造の変化が都市化を促し、都市化は移入者を増やす。多くが単身者である彼らが入院し死亡すると、解剖の対象となった。勤務が観察に直結するパリの病院は、いまや治療と教育の中心になり、その臨床医学は極めて実践的だった(バイナム 2015、57-58)。

18 世紀前半、イタリア・パドバ医学校の解剖学教授モルガーニは、大量の解剖記録を残していたが、特に器官の変化に着目した所見は外科医にとって重要な知見を提供した。つまり病気は局在するのである(ダレーヌ 1988、74; アッカークネヒト 1983、145-146)。パリ病院学派はモルガーニの生理学志向を忠実に実行した。例えばコルビザールは患者の体内から聞こえる「音」に解剖学的変化(の有無)を読み取り、後にラエンネックが開発した聴診器によって打診は精緻な診断へ進化した。また、解剖学者・ビシャは大量の解剖経験によって病因は器官の変性の帰結であると結論づけた。パリの病院では、入院患者の死後解剖が積極的に行われ、生前の臨床記録と剖検所見を統合して診断精度を高めていった。

パリ臨床学派の発達、外科学の地位上昇をもたらした。病理学を重視する臨床学派の台頭は、外科治療の阻害要因を深く探索することになり、従来は著しく低かった外科の治療成績¹⁷を飛躍的に高めた。しかし同時に臨床学派は停滞に直面した。病態を把握すれば次に病因解明に進むべきだが、パリ学派の方法論である統計学・理学検査・マクロ病理解剖では病因究明はできない。生理学や化学、そしてミクロ(顕微鏡的)解剖学なしに解明は進まず、それは組織的実験を伴う。病院医学は観察を重視する一方で研究を軽視した(アッカークネヒト 2012、195-198)。この新しい動きを制したのはライバルのドイツだった。

実験室医学の勃興と細菌学

19 世紀に入り、科学は劇的な進歩を遂げた。従来、臨床医師か好事家が担っていた研究において、専任研究者による推進の優位性が明らかになった。後発国ドイツは研究拠点として大学整備を推進したが、特に 1810 年開学のベルリン大学では、法学・神学・医学・哲学の伝統分野に加えて自然科学分野を設置し、しかも研究重視を基礎とした(シャルル／ヴェルジェ 2009、92-99; アシュビー 1995、37-47)。ベルリン大学の自然部門では、ミュラーやシュワン(生理学)、ウィルヒョウ(病理学)、コッホ(細菌学)らが研究室を主宰したし、18 世紀初頭に開設された王立慈善病院・シャリテを併合して大学附属病院とした。専属スタッフが恵まれた環境で研究に専念できる体制はドイツの外には存在せず、19 世紀の科学はドイツ中心に展開された。病院医学ともベッドサイド医学とも異なる「研究室医学」時代の到来である。そして、科学革命を経た大学は、その主たる機能を古典教養の教授から実験室へと変容させた。教授は教師から研究者へ変貌したのである¹⁸(潮木守一 1993、167-169)。

¹⁶ 衛生学校は一つの学校で内外両医学を学ぶ課程を持ち、附属病院で治療実践と観察を同時に行った。こうした先進的な医学教育によって、フランス医学は当時のヨーロッパ最高峰に到達した(井上 1984、149-150)。

¹⁷ 18 世紀までの外科病棟では患者の死亡率が 90%から 100%に及んでいた(岩佐 1972、67-68)。

¹⁸ 19 世紀のアメリカでは、宗教上の理由で入学が許可されないイギリスの大学や、大都市の墮落を伴うパリ留学を避け、大学卒業後にドイツへ留学することが多かった。そのため、ドイツの高等教育変化の影響をアメリカは受けやすく、また 19 世紀末にはアメリカ社会でも工業化・組織化が進み、アメリカにおける大学機構の改革が実施された。そ

19 世紀のドイツ医学では、専門分化が進行した。ミュラーの生理学は、細胞学や組織学、発生学、実化生理学、生化学へと進化し、また薬理学が学問的に自立した。さらにウィルヒョウによる病理学の科学化が進んでいる。総じて化学や物理などの基礎科学が成熟し、それが応用されたことで医学の科学化が一層進んだといつてよい（アッカーネヒト 1983, 171-185）。特に医学史上もっとも劇的な進展を見せたのが細菌学の発達だった。微生物が病気をもたらすという考え方は、ミアズマ（瘴気）説やコンタギオン（接触伝染）説として展開されていた。顕微鏡が開発されて環境が成熟し、また細胞学説の樹立など生命分野の科学思考も進んだことで、細菌学は医学の中枢に位置するようになった¹⁹。細菌学の劇的進歩を代表する人物が、フランス人化学者で非医師のルイ・パスツールとドイツ人医師のロベルト・コッホであり、彼らはまさに「実験室医学²⁰の祖」として近代医学の成長にもっとも寄与した人々である。

パスツールはまさに実験室医学の申し子だった。1822 年に職人の息子として生まれたパスツールは、高等師範学校で化学を専攻しストラスブール大やリール大を経て高等師範学校教授に就任した。彼の業績は多岐にわたり、概ね(1)学位研究だった結晶学研究（パリ時代）、(2) ワイン腐敗と殺菌の微生物学研究（リール時代）、(3)微生物研究を基盤とした病原菌研究、(4) 免疫による病気予防研究で構成される。つまり化学を出発して微生物を経由し医学治療に到達したのだが、上述の第二期における代表的研究では微生物が腐敗に作用することを解明した（パスツール 1970）。首を曲げたフラスコ（パスツール瓶）を用いて微生物の存在と作用を証明するのは典型的な実験室科学である。そうした知見を応用したのが、ワインの発酵管理や牛乳の腐敗防止研究だった。発酵や腐敗は微生物の作用であるが、特に腐敗した牛乳は食中毒をもたらすので、鮮度と衛生を両立させるパスツールの低温殺菌法は実用的便益が大きかった。こうした微生物の基礎的研究の厚い蓄積の上に、免疫研究の成功はもたらされた。1880 年には炭疽病と鶏コレラの予防ワクチンを、1885 年には狂犬病ワクチンを完成させた。これらの研究は他の研究者を刺激し、ジフテリアや腸チフス、コレラ、ペストなどのワクチン完成につながった（アッカーネヒト 1983, 195-197；井上 1984, 180-181；梶田 2003, 260-262；バイナム 2015, 131-137）。

もう一人の巨人はドイツのロベルト・コッホである。コッホはパスツールより 20 歳以上年少だが、パスツールが免疫研究を行っていた頃に細菌学研究を始めており、細菌学者としてはほぼ同世代である。普仏戦争の最中だったこの時期、両国は研究でも激しく対抗し、国家は威信をかけて各研究を支援した。結果的にそれが細菌学発達をもたらした。コッホの学術的貢献で最大なのは、コッホ原則という研究準則を定め、彼や彼の弟子が多くの病原菌特定に成功したことである。原則によれば、(1) 特定の病気に特定の微生物が存在し、その微生物は他の病気に存在しない、(2) その微生物が分離でき、純粋培養できる、(3) 培養された菌によって同じ病気が発生する。そして実際に 1876 年には炭疽菌を同定した²¹。1880 年にベルリン大学教授に就任し、結核菌やコレラ菌の発見やツベルクリンによる結核診断を開発した。またガフキ

の際のモデルがベルリン大学を筆頭とするドイツの実験室大学空間だった。

¹⁹ ただし、当時の学術トレンドは医学の化学化であり、細菌が病因になるという生物学的発想は時代に逆行するきらいもあった。細菌が病因であれば接触感染説が有力な仮説となりそうだが、隔離しても防疫できない黄熱病やコレラが存在が細菌説の弱点とされた。しかし 19 世紀半ばになって病原微生物が特定され、炭疽症やトリコモナス、回帰熱、敗血症、結核らは細菌由来が確定した（アッカーネヒト 1983, 194-195）。

²⁰ 医療の世界では病院や病棟を「医学の実験室」と呼ぶが、厳密には病院は医学の「フィールド」である。生理学者クロード・ベルナールによれば、病態と正常の峻別を可能とする生理学こそ実験室で行われる（井上 1984, 154-155）。そして病理に基盤を持たない科学的医療は存在し得ないのである（ベルナール 1970, 350-351）。

²¹ ほんの数年前まではミアズマやコンタギオンなどの疑似科学的言説が流行していたので、この発見のインパクトは非常に大きく、実際、パスツールはこの発見を手がかりにワクチン完成に進むのである。

一やベーリンク、北里柴三郎ら多くの後進を育てたことでも実験室医学を象徴している（アッカークネヒト 1983, 197-199；井上 1984, 183-186；梶田 2003, 262-265；バイナム 2015, 137-143）。

細菌学の確立と発展は、現代医学の基礎となった。細菌学は多くの病因を特定し、免疫研究の発展と相まって治療に直結する研究となった。したがって、この時期になり医学は根拠に基づいて治療を実践する「科学技術」となった。それは社会全体の信頼に応える技術であり、一方で未解明部分が広く個体差も大きい生命を対象とした不安定な技術でもあった。

4 麻酔・消毒・看護——外科の時代——

前節では、細菌と病理研究の発達で外科治療の確実性と医療に対する社会的信頼をもたらした経緯を学んだ。それ以前の外科は安全性と確実性を欠き、治療ではなく切断のような処置をしていた。病院は患者にとって「死に場所」だった（アッカークネヒト 2012, 318）。確かにフランスのような医療先進国で外科医の地位は向上したが、外科が社会全体から信頼を得るには、技術的な突破が必要だった。本節はその過程を描いていく。

外科手術と麻酔

この時代の外科医学には、二つの誤謬が蔓延していた。第一に化膿は治癒に至る段階として肯定的に理解されていた。そのうえ衛生環境の配慮もなく、外科医の着用する黒い手術着は古びて、血液や体液の染みが付着したありさまだった（トールワルド 1995, 20）。第二に、外科治療では患部を焼灼する「消毒」が外科の標準治療だったので、患者の苦痛は大きく痛みや出血で死ぬことも稀でなかった（トールワルド 1995, 25-29.）。

問題を発見したのは産科医だった。ハンガリー出身の産科医イグナーツ・ゼンメルワイス²²はウィーンブレイク・スルーの病院に勤務し、そこでは産褥熱で多数の妊婦が死亡していた。しかし第一病院と第二病院の間にある大きな死亡率の差を調査した結果、学生教育も担当する第一病院では、学生が死体解剖で汚染された手のまま出産介助を行っていた。これが産褥熱の発生に何らかの関連があるとゼンメルワイスは推定した（梶田 2003, 258）。彼は第一病院産科に立ち入るものに塩素水消毒を義務付けた結果、1847年からの二年間で死亡率が15%から1.27%に激減した（ダレーヌ 1988, 109-110）。ゼンメルワイスは臨床現場における殺菌法の有効性を計量的に明らかにしたが、彼の提案は実際には同僚や同業者から強い反発を受け、さらには細胞説に固執し細菌説を敵対視する院外の碩学・ウィルヒョウから批判を受けた（梶田 2003, 259；トールワルド 1995, 155）。ゼンメルワイスはウィーンを去り、恵まれぬ晩年を過ごした後、47歳で早世した（アッカークネヒト 1983, 208-209）。

術中の痛みを抑制する技術は19世紀半ばに発見された。もともと古代からサボテン（アルカロイド）や麻薬による疼痛緩和は存在したし、近世医学でも術前のブランデー摂取や直腸への葉巻挿入などさまざまな鎮痛法が存在していた（トールワルド 1995, 23-24）。しかしもっとも劇的な発見は麻酔だった。笑気ガスに催眠作用があることは以前から分かっていたが、1844年にアメリカの歯科医ウェルズが抜歯手術に本

²² ハンガリー人の記名法は日本式に姓＝名の順であるが、他の人名との混同を避けるため名＝姓の順に記載した。

格適用させた。ただし公開実験に失敗した彼は失権した。ウェルズの元助手だったモートンは、元医師で化学者のジャクソンの助言を受け、エーテル麻酔を実施した。1846年、マサチューセッツ総合病院で行われた公開実験は大成功したが²³、他方で麻酔黎明期の当事者であるウェルズ、モートン、ジャクソンのいずれも悲劇的な最期を迎えている。麻酔の効果が不安定であり、また麻酔をめぐる優先権の対立が先鋭化したことが原因だった²⁴。それでも麻酔による無痛環境のインパクトは大きく、麻酔導入手術は一気に普及した。さらに局所麻酔法や麻酔機序の解明、麻酔管理など、麻酔技術の安定化に寄与する知見が蓄積されるようになった。ただし当時の麻酔手術の成功率はせいぜい50パーセント程度に留まり(ダレーヌ1988、104)、術者による死亡率のばらつきが大きかった。これは麻酔技術の巧拙に起因すると考えられたが、実際には術中無菌環境の欠如が術中死の主因だった。

外科手術の無菌化

前節で述べたようにパスツールとコッホの知見は医学を大幅に前進させた。そして術中無菌環境の形成によって、外科手術はさらに安定した。細菌学の知見を手術に具体化したのはリスターとハルステッドだった。イギリスの臨床外科医・リスターは傷口の化膿や炎症抑制に関心があり、開放性と閉鎖性の骨折による死亡率差に着目した。パスツールの腐敗研究に学んだリスターは、開放性の創傷に細菌が混入することで化膿、炎症、敗血症がもたらされると考えた。一方、下水道の悪臭を抑える石炭酸溶液が放牧家畜の寄生虫駆除に有効だとする研究を応用し、石炭酸溶液の染みた包帯で術後の創傷を包む措置を始めた。さらに手術室に石炭酸を噴霧し、手術用具や糸を石炭酸液で浸潤消毒するなど手術環境の滅菌を徹底した。結果は劇的に改善され、壊疽や敗血症は激減し化膿も抑制された。その後、医師の手や術着に付着した細菌こそ術中感染の主因だと特定された。そのため医師が術前術後に手洗いを徹底すれば敗血症を効果的に予防できるとされた。その頃、コッホが顕微鏡を用いて病原菌の存在を実証し、またパスツールは煮沸消毒法を考案した。臨床現場では金属製煮沸器が用意され、手術器具や結紮糸など術野に接触するものが全て蒸気消毒された。リスターは自己の消毒法に固執せず、尊敬するフランスの先達に従い無菌法は大きく発達した(ダレーヌ1988、113-119; アッカークネヒト1983、212-213)。

手術の無菌環境はアメリカの医師ハルステッドが完成させた。煮沸によって器具機材の消毒は可能となったが、外科医の手は煮沸できない。そこでリスターの消毒法を応用し、石炭酸に代えて^{しょうこう}昇汞で手洗いし手の殺菌を実施したが、皮膚が荒れる副作用があった。手術助手である看護師²⁵の手荒れに悩んだハルステッドは、1885年ごろにグッドイヤー社に薄いラテックス製手袋の作成を依頼した。事前に蒸気殺菌した手袋を医療者が着用すれば、術中に手の菌が患者に移らない。手袋は世界中に拡散して改良され、1890年ごろには現在と同様の手術準備プロトコルが完成した(トールワルド1995、215-230; 森岡恭彦2015、81-82)。今日の無菌環境はさらに徹底し、長衣・帽子・マスク・長靴を着用した術者の前には、無菌の布

²³ 実験を行った階段教室は現存し、部屋の形状から「エーテルドーム」と呼ばれている。

²⁴ 麻酔の深度管理などが当初は十分解明されておらず、かかる場合とかからない場合があった。ウェルズの公開実験失敗はこれに起因している。またモートンとジャクソンの間には誰が発明者をめぐる対立が存在し、長く訴訟が続いた(ダレーヌ1988、98-101)。

²⁵ ジョンズ・ホプキンス大学教授だったハルステッドは、キャロライン・ハンブトンを手術室看護婦長に任命したが、手荒れに悩む彼女は退職を決意していたので、退職を思い留まらるべくハルステッドはゴム手袋を考案したと言われる。1890年に両者は結婚した(トールワルド1995、226-229)。

で覆われ術野だけ開放された患者がいる。術者は消毒済みのものだけ触れ、患者の感染リスクは極小化されている（ダレーヌ 1988、127-128）。

麻酔と無菌法の導入は、衛生と鎮痛という外科手術の課題を解消した。外科は信頼できる安定した技術となり、医療自体が人の命を救うようになった（バイナム 2015、150-151）。それは同時に、医療に対する政治の関与を招くことでもあった。

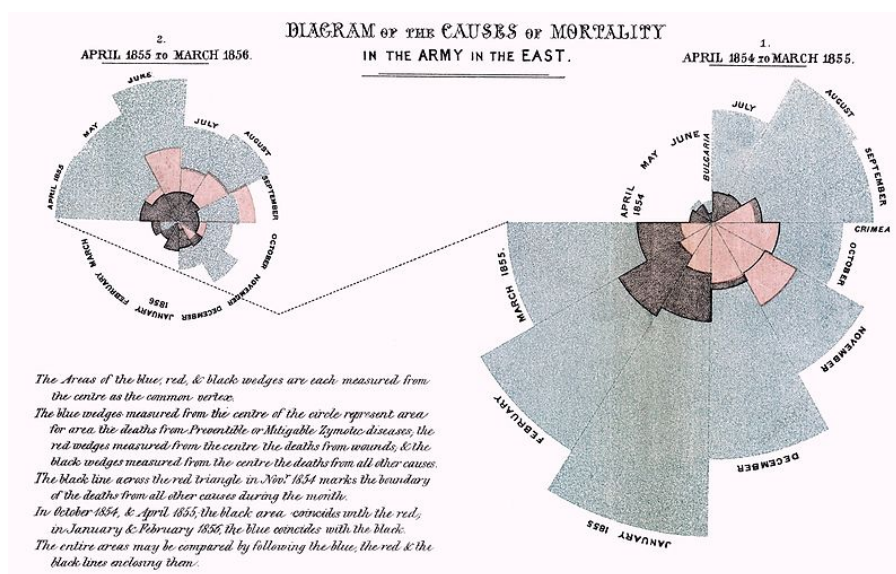


図 1-2 野戦病院を訪問したナイチンゲール
出所：The Illustrated London News no.38
1855/2/24 'Miss Florence Nightingale visiting
The Hut Hospitals at Balaklava, in the Crimea'

専門技術としての看護

近代とは戦争の世紀であり、したがって軍陣医学としての外科の発展が期待された。ところで医療とは、患者が治癒に向かう過程として理解することができ、診断・治療・維持の三要素から成立する²⁶。パリ病院医学は診断の精度を高め、細菌学や麻酔技術の発達には治療の水準を高めた。一方で、治療効果の維持や病状改善とは病棟の看護師の任務である。看護職は尼僧に起源を持ち、専門性よりも献身性が求められた²⁷。端的に言って、当時の看護職の医療的地位は低かった。

図 1-3 ナイチンゲールの「鶏のとさかグラフ」



(出典 WikiCommons [2019 年 8 月 10 日閲覧])

URL: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Nightingale-mortality.jpg>

フローレンス・ナイチンゲールが状況を変えた。彼女はイギリスの富裕な家庭に生まれたが、信仰心と

²⁶ なお、医療の本質的三要素は札幌厚生病院病理検査科の市原真医師が展開している概念であり、同医師よりこの点について直接ご教示いただいたことを特に記して感謝したい。

²⁷ 本章三節で述べたように、中世医学では細菌学や衛生の概念が未熟であり、医療職自体が感染のリスクにさらされていた。テキスト学やラテン語を求められた中世医学の専門性は看護の本質と無縁であり、感染を恐れない献身性の方が切実な問題だった。筆者が述べた「看護における専門性の欠如」とは、そうした歴史的状況を指している。

独立心によって生涯を看護に捧げた人物である。その行動の中核は、看護職の専門性を強める点にあった。ナイチンゲールは、クリミア戦争の野戦病院で行った献身的看護で知られているが、医療史的に重要なのはスクタリ野戦病院の活動である。当時の細菌学は依然未熟だが、不潔な環境で栄養も不足した看護では患者兵士が回復しないことをナイチンゲールは憂慮していた。改善策こそ豊富にあったが、軍上層部を説得するには具体的根拠が必要だった。そこで活用したのが時期・死因・死者数を図示する「鶏のとさか」グラフである（図 1・3）。ナイチンゲールの本質は数学と統計能力に恵まれた戦略家であり説得は奏功した。着任前に 42%だった死亡率は、二ヵ月で管理体制を整えたのち六ヵ月後に 2%へ激減した。ナイチンゲールの図表があまりに説得的だったので、「計算尺を持った婦人」とか「同情のランプと能率の箒を持った婦人」と呼ばれた（ドラン 1978、235-237）。

また、武器が高度化し戦争規模が拡大すると軍陣医学の必要性がさらに高まった。クリミア戦争やアメリカ南北戦争を通じて科学的かつ合理的な看護が外科医療に定着し、主体としての看護職や場としての病院がより重要になった。ナイチンゲールは看護学校を設立して職業看護職の養成に尽力し²⁸、また自分が得た看護知識を『看護覚え書』として公刊した（看護史研究会 1997、98-99）。同書は看護行動準則の体系としても重要だが、病院建築や医療組織のあり方に言及した点で、近代医療実践の理論書としての価値も高かった²⁹。

5 医療と社会保障——医療政治の始まり——

確実に安定した医療は、生命を左右する技術になった。また医療の進化は科学技術と連動するので、安全な医療は高額化する。かつて安全とは国民の治安を意味したが、いまや医療を物理的・経済的に受けられることが安全につながる。また医療は情報の非対称性を伴うサービスなので、質や安全を国民に保障するために国家の介入を必要とするし、国家自体も人民の支持調達のため医療を活用する。つまり近代医学と政治は相互依存の関係にある。そこで本節では、近代病院の整備を観察して、近世から近代への変化を考える。その上で高額化・複雑化した医療と社会保障の関係を概説する。

都市政治における公衆衛生

ナイチンゲールは問題を可視化するため統計を用いたが、統計学は都市の衛生改善にも応用された。近代都市とは、狭い面積に大量の人間が集積する場なので、下水道や伝染病予防、住宅開発などを人為的・戦略的に処置して伝染病蔓延を防ぐ必要があった（ハンプトン 1996、19-20）。工業化と都市化は近代資本主義発展の両輪であり、「場」の安全を確保することは生産力の前提だった。ドイツの病理学・社会医学の大家・ウィルヒョウは医学の持つ社会性を正確に把握しており、「医学とは社会科学であり、政治は大きな規模における医学に他ならない」と指摘した（梶田 2003、276）。

もともと中世の都市国家時代から、防疫としての公衆衛生は実施されていたが³⁰、現代的公衆衛生は都

²⁸ そのことは、女子が生涯にわたるキャリアとして職業を保持することも同時に意味していた。

²⁹ 当時は病院管理学もまだ成立しておらず、病院と治療を巨視的かつ体系的に語る医療職はほとんど存在しなかった。看護職の専門化を推進した戦略家ナイチンゲールだからこそ、そうした視野を持てたとも言える。

³⁰ 例えば中世都市国家は公医を採用し、病院長兼務で都市の衛生状態の維持に責任を持った（岩佐 1972、45）。

市化が始まる 18 世紀に遡る。当時の都市はスラム化しており、マラリア、チフス、結核などの伝染病が充満していた。19 世紀には数波にわたるコレラ流行が欧州で発生し、各国は全力で伝染病予防に取り組んだ（アッカークネヒト 1983、236-237）。一方、新大陸アメリカでは 1860 年からの 40 年間で 1400 万人の移民を受け入れており、衛生上の憂慮は共通していた。移民間格差（資産や農業技術の有無）は大きく、無技能移民は都市へ移動し最下層労働者となった。また政治家はそうした移民を動員しマシーン政治構造が形成されていった（紀平編 1999、218-220、244-249）。

細菌学が発達する前の公衆衛生では、伝染病の機序が不明のまま対策を立てた。それはミアズマ（瘴気）説という誤った認識に基づくとはいえ、イギリスの医師は都市部の「不潔³¹」を除去して疫病の鎮圧を試みそして一定の効果があつた。その間、水とコレラやチフス発生に関連があることが突き止められ、またウィルヒョウらの尽力によってドイツでは上下水道が整備され、疫病抑制に成功した。19 世紀後半には細菌学が普及し、より具体的な病原菌への直接的対処が可能となった。

公衆衛生が発達すると、治療しない医師としての保健医が出現した。診療の代価を得ない公衆衛生医は、国家や地方政府に雇用されて生計を立てる。従来医師による治療とは異なり、「地域の衛生管理が疾病根絶に直結する」とか「児童や妊婦の健康は面的に対処すべき」といった社会認識が公衆衛生の前提になる。そして公衆衛生行政は、近代政府に必要な不可欠な機能として定着することになった（ハンプトン 1996、77-79）。

公的疾病保険の成立と発展

医療技術の高度化は、医療費の高騰をもたらし、それゆえ医療費負担の可否は「生命」に直結する課題となった。この問題に対処するには、集団的・社会的にプールした金で疾病者の治療費を賄うことが必要である。これが疾病保険であり、1880 年代にドイツで導入された社会保険制度や、租税に依拠したイギリスの医療扶助制度が代表である（児島・成清 2002、28-29；加藤・倉田・前田・菊池 2009、12-13）。ドイツは、1883 年に疾病保険、1884 年に労働災害保険、1889 年には年金保険を整備し、経済成長と比べて相対的に早く社会保障制度を整えた。これらは雇用形態を温存したまま保険中心に設計され、社会的労務（治安）対策ないし後発国ドイツの産業化促進策として推進された（鎮目・近藤 2013、226；エスピン＝アンデルセン 2001、42-46）。一方イギリスでは 17 世紀以来エリザベス救貧法など治安目的の貧困対策が採られたが、19 世紀後半からは都市の社会政策として救貧体制が改善され、生活保障を目的とした普遍主義的制度に変容していった。20 世紀には世界大戦の総動員体制を経て、労働者階級を含めた国民統合の必要性から普遍的福祉給付が目指された（鎮目・近藤 2013、245）。

ピアソンは福祉国家の源流をドイツの疾病保険に置く。主要国は労災補償や老齢年金が追加されたが、同時に多くの国で男子普通選挙が制度化された（Pierson, C. 2006, 105-111）。近世までの福祉受給は公民権剥奪を含めた「市民からの転落」を意味したが、近代の福祉は人権的便益となったのである。その結果、国家は多くの歳出を福祉に振り向けた。ヨーロッパの OECD 加盟国で GDP 比 3%超の社会支出をする国は 1900 年時点で存在しなかったが、1920 年までには半数、1930 年までにはほぼすべての国で 3%を越し

³¹ ミアズマ説では腐敗しかかっているものから瘴気が発生すると考えており、そのためスラム街から汚物を一掃することで瘴気の発生を抑制しようと試みた（アッカークネヒト 1983、238）。

た（坪 2012、34・36）。国家は社会支出という明瞭な形で社会保障責任を果たすようになった。

専門職としての医師

医療技術の発展には医師の質保障問題が付随した。医師とは本質的にサービス業であり、従事者の技量（つまり商品価値）の評価は重要な問題である。この市場には、医師の真贋を含めた技量の判定を消費者である患者ができないという情報の非対称性問題がある。外科が発達すると医療の専門性は格段に上昇する。そこで政府が医業を規制し有資格医師が業務を独占することで法的安定性を図るようになったが、これは世界的に観察される（フリードソン 1992、77）。加えて、医師の正統性を担保するためには同業団体を結成し拡張させるようになった。19世紀には、イギリス（1832）やドイツ（1871）、さらには新大陸アメリカ（1847）で全国規模の医師会が結成されている。このように、医師の独占的地位を担保する試みは、より組織的・制度的なものへ変化した（アッカークネヒト 1983、241・243）。一方、医療内在的には医師集団のあり方が細分化され「専門医」中心主義が採用された。またかつて自宅や患者の邸内で医師は診療したが、新時代の専門家医師の働く「場」は、医療機能が集約化された病院へ移行した。

医療が高度化すると、必要知識も膨大となり専門分野を絞る必要が生じる。また病理的にも器官や疾病を分極化するようになり、特定の器官に知見を限定した、あるいは器官固有に生じる疾患に集中する医師が現れた。19世紀末には利用に習熟を要するスコープ系医療器具が大量に開発されたことも専門分化を推進する背景だった。いまや医師は、医療全般の熟達者としての「医者」から、個別分野の専門家である「○○（たとえば皮膚科）医」へ変化した。これは治癒の可能性を高める点から技術的には望ましい傾向だが、購買力を持つものが少ない医療市場は小さく、都市部では従来型一般医と新興専門医の間に競合が生じた。そこで新興専門医は、従来医と競合しないよう無償／低額の施療所を開設して専門科の周知を図った。やがて分科診療所は普及拡散し、専門分科学会が結成され分野別 ^{ジャーナル} 学術雑誌が創刊された。専門医療分野の自律性はこのように担保された（アッカークネヒト 1983、217・218）。

専門分化は、対象を切り分けて生じる例（整形外科³²や小児科学）、技術的發展で生じた分化（眼科³³、眼科から独立した耳科と鼻科、咽喉科が統合された耳鼻咽喉科）、器官を限定する例（皮膚科）などがある。分化は緻密な治療をもたらし、それがより確実な新治療をもたらす。医師と患者のパーソナルな関係では循環を維持できない。医療の発達には多くの事例と多くの治療が必要であり、こうして医療は医科学となった。

こうした変容の中で医学知識は動的に変化する。最新の病態が解明され新治療を試すには、治療実践の場を集合化することが望ましい。また臨床と教育もまた不可分となる。そこで実践自体は専門分化しつつも、各科の知識を伝授し得る教育病院が必要とされた。さらに専門化が進む医療界で、医師の質保証ができるのは専門医団体でしかありえない（岩佐 1972、87・90）。こうして近代医療は病院が中心となり、医育や医師のあり方は病院医療の展開に付随して標準化された。

ただし病院建設が進むのは技術史的要因の反映だけに起因しない。むしろ都市化によって住宅が狭隘化したため家庭内看護を病院が代替したこと、また経済発展が国民所得を増大させたので医療へ資金投入が

³² 運動器の障害を改善するというよりも、現代でいう作業療法的な問題関心から発生している。

³³ 近代以前に存在していた「目医者」は専門性がかなり低い、外科系の非医師による分野であった。

可能となったことによる。例えばアメリカでは 1872 年に 178 病院が存在したが、1909 年には 6152 院・81 万 7 千床へ増加した。病院の拡張は社会経済的要因の反映なのである。

アメリカでは、建国当初から恒常的な医師不足に直面し、医師養成の社会的需要は高かった。そのため林立する医学校は常に競合状態となり、各校教授は実習先確保のために新設病院の幹部医師として無報酬で働いた（岩佐 1972、65-66）。一方、多数の未熟な医学校が当時の臨床教育を担っていたので、やがて医師の技量は社会的批判の対象になった。アメリカ医師会は、医学教育の改善のために医学教育委員会 **Council on Medical Education** を 1904 年に設置し、基準に満たない医学校を排除することで医師の信頼を高めようとした³⁴。またインターン制度の導入の際に、医師会がインターン教育の認可基準を制定することで、総合病院の事実上の参照基準が策定された。さらに専門医団体が組織化され、1913 年の外科学会に続き、眼科（1916）、耳鼻咽喉科（1924）、産婦人科（1930）、皮膚科（1932）が専門医認定制度を設けた。1933 年にはアメリカ医師会が各分野の専門医認定制度を推奨すると表明した。こうして専門医制度はアメリカ医療の不可欠な要素として確立した。

6 小括

医療自体は古い営みであるが、同時に長く非科学的で信頼に値しない状態に置かれていた。医療に対する社会的信頼が変化したのはおよそ 150 年前の技術的突破以降であり、20 世紀に入る頃には、患者は病院の専門科で受診し外科的治療と看護師による入院ケアを受けるようになった。また、医療が進歩すると同時に医療職の質保障や受診の経済的保障、予防と治療の一体性など新たな医療的課題が浮上し、それらは政府の介入を必要とした。医療は単なる技術ではなく、その影響の大きさと広さゆえに社会制度になったのである。

³⁴ アメリカの医学教育の改善は、カーネギー財団調査報告として 1910 年に公刊された『フレクスナー報告書』の影響も大きい（渡辺かよ子 2016、63-72）。

第2章 日本の医療——近世と近代における源流——

前章では世界の医療を素描した。身体知識の未熟が医療水準を低位に留めた点は日本も同じだが、医師の社会的機能や鎖国体制による知識流通の制約などの点で日本の医療は強い固有性を持つ。本章は古代から明治期までの日本医療を概観し、法制度や医師養成、医療供給体制がどのように整備されたかを明らかにする。

1 歴史の中の日本医療

前章では技術としての医療が世界史的にどのように発達するかの過程を見たが、本節では日本の医師に焦点を当て、近世までの医療がどのような特性を持ったかを観察する。

古代の医療

日本の医療は、通史的に言えば宮廷や幕府と密接な関係を持ってきた。例えば古代の医療は政治そのものだった。古代社会は生産力が低く、疫病などで多くの生命が脅かされれば社会の存続が危うくなる。古代社会の首長は呪医的能力を持ち、そうした危機に対処することが統治の前提だった（新村 2006、18）。一方で、すべての首長がカリスマ的能力を備えるわけではないので、呪医と統治を機能分離し首長は治療の責任を回避する方が統治は安定する。こうして、医師や祭祀職の専門分化が早い時期に実現した（新村 2006、19）。701年には朝廷に典薬寮が開設され、ここで祈祷を含む医療行政や医師養成、そして調剤という医療提供が行われた（青柳 1996、63-67）。当時は薬部職家系に医師を限定する世襲制が採られる一方、門閥の閉鎖性は弱く、医師家系は長期的に固定化されていない。また家系内でも技量を前提に相続者を決めるなど、間接的ながら技術に基づく正統性の維持が図られていた。また医官の昇進も診療成績を基に判定され、臨床が重視された点は原初的医療として特徴的である（新村 2006、25-34）。

その後、疫病の頻発した鎌倉時代を経て室町時代に至るまでに、典薬寮の門閥化が進み、診療の実力低下と医政機関としての空洞化が進んだ。また国家医療に依存できない以上、民間医が活躍する余地が広がる。しかも平安中期に律令体制に綻びが見えると、民衆が自分たちの医師確保を図り、診療報酬に依拠して生計を立てる職業医師が出現するようになった（青柳 1996、71-74）。

もともと律令制下では国家の責務として医療を実施するので、医官は患者からの報酬に依存していなかった。また、宗教と未分化だった当時の医療で重要だったのは、例えば治療開始の吉日を定める、治療の儀礼を正しく執行するといったことだった。こうした「先例」は口伝や書籍で伝承されるので、知識アクセスこそが医師の正統性を担保するリソースであった。血統に沿った医官の任命はそれなりに合理的ではあったが、先例に対する固執は、中国などで獲得された最新医療知識の吸収を妨げた。その結果、技術と診療成果だけに依拠せざるを得ない民間医は技術面で優位に立った。両者の社会的地位は室町時代後期に逆転し、官医は天皇の侍医になる機会さえ激減するありさまだった（新村 2006、52-73）。

戦国時代に入り、二つの特徴が顕在化した。ひとつは民間医の勢いがさらに増したことで、特に首都・京都の医師（京医）が大名領国各地に分遣され、政治権力による医療供給の保障を図る動きが生じた。例え

ば近世医療の国手として名高い曲直瀬道三の場合、当時最新で臨床性も高い李・朱医学を修得して足利將軍家の診療を行う一方、医学校・啓迪院を主宰し医師養成を図った（青柳 1996、93-94）。その後、中国地方の覇者・毛利氏に請われて松江で出張診療と医師養成を行った。また曲直瀬の門弟である施薬院全宗は豊臣秀吉の側近となり、形骸化していた施薬院（調剤を行う救貧医療所）の復興を成し遂げた。

もう一つの特徴は、戦国時代ゆえに金創療法という戦陣外科医学が重視されたことである。こうした外科への関心は、ヨーロッパの同時代と比較しても遅くなく、また内科中心と考えられていた東洋医学としては注記すべき特徴である。ただし金創医学は軍医による医療ではなかった。合戦の自家療法は武家の諸芸であり、一種の救急医療に近似していた。金創医学はしたがって軍病院の発展を伴わなかった。また 16 世紀末から西洋医学が日本にも流入したが、当時の外科学水準自体が低かったことに加えて、禁教令が發布されるようになったことで、日本の外科発展にはつながらなかった（吉田 1972、108）。

江戸の医療（1）：医師の身分

江戸幕府の成立は医療にも大きな影響をもたらした。第一に、長期安定政権としての江戸幕府は、医師の身分を整理し安定させた。最上層に幕府直属の奥医師、また諸藩大名に直属する藩医、さらに市中で開業する多数の町医者という三層の身分制があったとはいえ、医者は専門職として社会に定着した。江戸時代に経済が発展し医師という非農業職を維持する余裕が生まれた社会経済上の帰結でもある。また当時の医療は本草学（漢方医学）による内科的医療が主体だった。治世の安定は軍陣医学の必要性を低下させるし、また鎖国政策によって対外交流が制約され西洋から外科医学の知識流入が途絶したことも一因である。第二に医療供給が拡散したことである。政治・経済・文化的な中心が長く関西にあったので医療も京都や大阪に偏在したが¹、幕府が設置されて成長を遂げ医療市場が拡大した江戸にも多くの開業医が存在した

ところで当時の医者の処遇はどのようなものだったか。江戸初期には諸身分の関係が固定されていなかったが、五代將軍・綱吉時代に、曲直瀬正瑋²が奥医師筆頭の「お匙」に任命され、幕府直属医官である奥医師身分が制度化された（新村 2006、102）。一方で江戸時代の社会的身分制の中で、医師総体は僧侶に似て相対的に自由な存在だった。もともと武家政権の医師は、制度上は朝廷医（形骸化した典薬寮医官）に従属していた。武家の威信を高めたい幕府は奥医師に法印や法眼、法橋などの僧位を与え（山田 2008、110-112；新村 2006、103-104）、朝廷医より高位に置いた（青柳 1996、99-100）。また、医学書は漢籍が多く医師志望者は事前に儒学を学ぶ場合が通例だったので、医師は「学者」として認知され、手作業を軽視する風潮における「工としての医」の性質を中和した。

幕府直属医には、本道（内科）に限定された奥医師を筆頭に奥外医、奥口中医（歯科）、奥眼医、奥小児医、奥鍼などの分業が見られた。また、城内には奥女中担当医師や表番医師（救急担当医）がおり、さらに役無しや隠遁者である寄合医師、奥を下がった小普請医師などの地位に分かれた（新村 2006、102-103）。また技量評価は江戸の医療でも重視された。代々続く医家では、優れた弟子を養子や婿として家に入れ家格を維持したし、出身が名家であっても技量に劣る医師は城外に出された。このような技量本位の正統化

¹ 鎌倉時代には、京都から医師を招聘して將軍治療に当たさせたが、京医は東国への下向を嫌ったのでやむなく短期往診や滞在期間延長を繰り返すなどの姑息的対応を取らざるをえなかった。中世日本の人口重心が畿内にある構造が変わらなかったため、医師養成や開業は京都や大阪に偏在していた（新村 2006、52-53）。

² 曲直瀬道三の玄孫世代に相当するが、他の医家同様に技術的専門性を保持するため、曲直瀬家では二代・玄朔は初代・道三の養子、三代・正琳は玄朔の婿が襲名するなど直系男子の世襲による家系ではない。

機能によって、奥医師は格式と技術の両面で優位性を保ち、町医者たちは業として稼ぎを得た。

江戸期には、医師養成機関である医学館や、救貧の施療施設である小石川養生所が設けられた。医学館は、医家の名家出身である多紀氏が18世紀中盤に私費で設けた。免許制度のない時代に技術を上げ医療の信頼性を高めることを目的としたので、学費は無償だが学則は厳格だった。1791年には幕府公立へ移管され、地方の藩医を受け入れるなど現代でいう卒後リカレント教育機能を担った（新村2006、116-119）。しかしこうした動きは医界の主流ではなく、医師養成の多くは徒弟関係内部で実施され、さまざまな流派が存在した。例えば産科では回生術の賀川流が高名だった。回生術は限られた流派内の奥義として伝達され、流派の評判維持に資する例もあった³（関口1998、27-28）。

江戸の医療（2）：医師の待遇

前章で概観したように、技術の確実性と医療への信頼は連動しており、それが医師の処遇を規定する。江戸期の医療は、技術自体の発達に加え社会の安定性が増したため、専門職である医師の社会的地位は上昇していった。

日本の医療制度を包括的に分析したキャンベルと池上直巳は、江戸期の医療ビジネスモデルを次のように把握する。医師は技術の代価を受け取る通常の「職人」と異なる、高貴な存在なので治療自体に課金できなかった。代わりに医師は漢方薬を提供しその代金によって生計を立てたが、医師の社会的身分が上昇すると薬代を高く設定できたので相当な収入を得た（Campbell and Ikegami 1998, pp.54-55）。僧侶が戒名を付け経文を読むことに「代金」でなく布施を渡すように、医師の処方した薬には患者の家計に見合う薬礼を出すのが当時の常識だった。そして本来は社会政策として政府（幕府）が負うべき責任を、開業医の施療⁴に転嫁したことをキャンベルらは批判的に描いたが、一方で医師は「仁」を具現化する存在として地位を高め、その結果価格形成の主導権を握ることにもつながった。当時、薬礼は都度ではなく盆暮れにまとめて支払ったが⁵、患者・医師の双方が簡便な経費請求基準を必要としていた。そこで市中に医療が普及する18世紀中頃から、公定価格の目安⁶を設定する藩も見られるようになった。

ところでどういう名目であれ医師は技術を提供し報酬を得る以上、本質的には職人性を帯びるので、医療の「仁術」性が強調されるのはそうした「穢れ」から距離を取る社会的戦略だった。治療に邁進しながら金銭に淡泊だった医師のエピソードは数多く、また自らを厳しく律し常に技術研鑽に努めるストイックな国手（国を代表するほどの名医）の事例も多くある。しかしそうした事例が際立つのは、一般医師がそうでなかった傍証でもある。疾病を克服した患者に経済的余裕があれば、多額の薬礼を渡して今後の関係性を強めるのは当然であり、実際に裕福を極めた医師の伝承も多く残されている。また、富裕は技術のシグナルでもあった。近世医療は多少の進歩があるとはいえなお不安定であり、医師の技量の優劣を明確な根

³ 賀川流の回生術とは、難産で母体を救命するためやむを得ず胎児を穿頭・切胎する技術である。技術的には堕胎に援用できるので、賀川家は技術の伝承に細心の注意を払った。後に賀川流で無鉤回生術が開発され、条件に恵まれれば母子ともに救命が可能となった。いずれにせよ、特定技術伝承を通じて流派免許制度が構築されつつあった。ただ、伝承した技術は取り消すことが出来ないで、現代的な業務免許制度とは大きく異なっている。

⁴ 幕府は、小石川養生所のような小規模な例外を除くと、福祉の医療供給を政策的に実施しておらず、そうした医療供給を個々の医師の慈善心に依存した。こうした無料ないし低額の医療を「施療」と呼ぶ。

⁵ なお戦後に保険診療が主流になるまでは、年末一括徴収という習慣は継続したので、医療費の未収リスクは開業医側にあり、檀家制によって固定経費の分担ができた僧侶より経済的に不安定な側面があった。

⁶ 例えば煎じ薬一回分は八文、丸薬は十六文、針一週間分が五十文などの料金設定があったし、家計の財力を考慮に入れた身分別価格表を設定した事例さえあったという（青柳1996、138-141）。

拠に基づいて判断することは、患者にはもちろん医療者にとってさえも難しい。むしろ医師の富裕性は、診療成績に優れているから繁盛したと推定できる、確実に明瞭な尺度だった⁷。そうした評判に基づくランキングの作成は、患者（特に流入したばかりの新参者）の判断の助けとなるので、京都や大坂、江戸などで、専門科・住所・氏名が明記された医師名鑑や番付⁸が流行し、刊行されていた（杉立 2002、184-185）。

いずれにせよ医師の清廉性とは、職業上の特性や目指すべき規範というより一般市民の願望であり、現実には誰もが医師にアクセスできる状況ではなかった。実際、江戸期には多くの富裕な医師がおり、『解体新書』の杉田玄白もその一員だった。年収は 700 両以上に達し、京医の最富裕層とされた。さらに東西の横綱と評されたのが、江戸の眼科医・土生元碩と大坂の万能医・新宮涼庭であり、例えば新宮は年収数万両に達している。19 世紀末に活躍した国学者・本居宣長は町医師を本業とし、年五十両前後で生計を立てていたの、技量と評判が高い医師は間違いに裕福だったことが分かる（青柳 1996、152-163）⁹。

受診機会が保障されてはいないが、三都の医師数が増大したことで医療は一般市民の生活に根付きつつあった（鈴木 2013、55；杉立 2002、184-186）。そしてこの江戸中期こそ、日本における医師のありようが規定された時期である。病院のような集会的医療機関はほぼ皆無であり、患者は医師が自ら所有する診療所を訪問する、あるいは富裕な患者に対し医師が往診を行う。教育や診療を含めた医療実践は、個人や門流という私的空間内で実施され、その対価は薬礼として「モノ」に支払われた。つまり医師宅の一部が診療所となるため施設の減価償却を考慮しなくてよいように、漢方医療では器具開発や購入コストが不要である。加えて「医は仁術」ならば、診断や施術、予後の見立てなど医師の技術に支払いが行われない。これは先述のように職人を軽視する当時の世相で所得を最大化する社会戦略ではあった。だがこうした医療供給体制の確立は、近代日本の医療が個人開業医制に基づいて提供され、また技術料と材料費の分離を阻害する主因となったのである（青柳 1996、125）。

2 西洋医学の導入と医制

19 世紀中盤から、西洋医学が日本に伝播した。解剖学や外科学に強い西洋医学は、明治維新を経て日本の正統医学に位置づけられた。本節はその前後の経緯を述べる

幕末の医学

西洋医学が日本に流入したのは 16 世紀ごろで、ポルトガル人アルメイダが大分に病院とコレジオ（教会附属学校）を運営したほか（小川 1964、96-97；新村 2006、144-145）、鎖国後でも長崎・出島でオランダ商館医・カスパルが治療と医学教授を行った事例があった（新村 2006、147-148）。だがその影響は限定的で、西洋医学が日本の医療に強い影響を及ぼすのは幕末に入ってからである。

⁷ 医師は業務上の必要性から駕籠の使用が認められた上、本来は上級武士の特権だった駕籠の私有も許された。そのため富裕な患者を多く抱える医師は、自家用駕籠で患者宅を巡回した（山田 2008、112-113）。

⁸ 当時の江戸文化では、相撲に倣った各種職業の番付が作成され、瓦版によって人々の人口に膾炙した（鈴木 1996、55）。大阪の番付は、中野操監修 1985、『大坂医師番付集成』、思文閣出版で復刻されている。

⁹ ただし「医は仁術」であるべきという規範意識は社会全体で共有されており、例えば巨万の富を得た新宮は生活の儉約を旨とし後進の教育に寄進するなど、自己利益のためだけに医術を用いない倫理が窺える。また杉田玄白でさえ、清貧に甘んじる本居宣長など多くの儒医に引け目を感じる記述を残していた。医業は生死に関わる職業であり、それゆえ患者に対して構造的に優越するが、「仁術」を規範とした医業の適正化によって医療の社会的信頼を維持していた。

1854年に締結された日米和親条約で鎖国体制は終焉を迎えたが、医学史的には1855年10月に長崎で海軍伝習所が開設されたことが重要である。オランダ政府の援助で設立された伝習所は医師養成も行い、1857年にはボンペが来日して二代目教授に就いた（新村2006、198；桜医会1993、5）。伝習所が1859年に閉鎖された後もボンペは長崎に留まり、奉行の了解を得て1861年に医学所兼病院である長崎養生所（1865年に精得館、68年に長崎府医学校）を新設した。五年に及ぶ日本生活でボンペは多くの門下生を育て、その多くは明治期の衛生行政で中核の人材となった（新村2006、200）。

幕末の国内情勢は緊迫し戊辰戦争を経て明治新政府の成立を迎えたが、この過程で本来は攘夷派だった勤皇・倒幕派は、西洋医学の採用に急速に傾斜していった。その契機は、イギリス公使館医師のウイリスが1862年日本に着任したことである¹⁰。ウイリスは1868年の鳥羽伏見の戦いで、政府軍の依頼により戦傷者治療に当たった。薩英戦争後にイギリスと関係を深めていた薩摩藩からは、石神良策（後に政府医学所知事）やその門下の高木兼寛¹¹（後に海軍軍医総監）が同道し、イギリス医学の影響を受けた。この動きは幕府内にも波及した。幕府では漢方医療を主流とし、中心機関に先述の医学館があった。医官登用や医書出版許可など医政全般に権限を持つ医学館は、1849年に蘭方禁止令（外科、眼科、産科は除外）を出して西洋医学の普及に抵抗したが、佐賀藩における種痘の成功や医学館総裁・多紀元堅の逝去により、幕府内医政のバランスは西洋医学に傾いた¹²。当初は蘭方医の共立として開設許可を受けたお玉が池種痘所は後に幕府直営の西洋医学所へ転換され、1863年には医学所と改称された（新村2006、196-197；小川1964、155-156）ほか、1861年には伊東玄朴が蘭方医初の奥医師に就き、西洋医学の優位は明らかになった（鈴木2013、198）。争点は、どのような西洋医学を重視するかに移りつつあった。

軍陣医学とドイツ医学

従軍医として活躍し薩摩藩と関係の深いウイリスに対する新政府内の信頼感は高く、政府全体がイギリス医学に傾斜しつつあった。他方、著名な蘭方医にはボンペの影響が強かった。長崎医学校では基礎医学と臨床が系統的に組み合わせられ、また附属養生所におけるベッドサイド重視の教育と相まって、当時の世界標準と言うべき教育課程が展開されていた（新村2006、198-200）。離日したボンペの後任ボードインは、その後大阪仮病院や大学東校で教え1870年に帰国した（小川1964、170-176）。

「蘭方医学」とは、実際にはオランダ経由のドイツ医学だった。19世紀は独仏両国が医学先進国とみなされたが、親幕だったフランスは新政府に影響力がなく、またドイツ研究室医学（特に細菌学）の発達はヨーロッパ諸国に影響を及ぼしたので、ボンペ門下を含めた西洋医の多数は、期せずしてドイツ医学の影響を受けていた（新村2006、225-226；桜医会1993、5）。こうした状況で日本の近代医療は制度化されていった。慶応四年に戊辰戦争が始まると、新政府は横浜に軍陣病院を置いた。また新政府が接収した幕府医学所に漢方医の拠点だった医学館が附属されたことで、新政府の西洋医学重視が明瞭となった。同年七月には上野に移転した軍陣病院と医学所が統合され、新組織「大病院」が置かれたが、これは後に大学東校を経て東京大学となった。もともと、内戦である明治維新は戦陣医学を必要とした上にヨーロッパから

¹⁰ 日本と欧米各国の間では通商条約が結ばれ、米・露・英・仏・蘭各国は駐日外交機関を設置した。

¹¹ 高木は本格的西洋医学校である鹿児島医学校に在学中ウイリスに認められ本科卒業後に教授に抜擢された。彼は海軍医療の主流を歩むほか、医学校や病院、看護専門校（これらは後に東京慈恵会医科大学となった）を設立した。また、森鷗外との間で脚気論争を行った（新村2006、222）。

¹² 1858年には再び蘭方が解禁されるなど西洋医学の優位は明らかだった。

派遣された医師も軍医が多かった¹³。こうした事情を考慮すれば、近代日本医学の原点は軍陣医学だったと言えるだろう（医制百、5-6）。

こうした経緯から外科医学に強い西洋医学が新政府で優位になるのは当然だが、功績あるウイリスらを退けてドイツ医学を主流としたのは人的要因に起因する。明治元年（1968、以下本節では和暦表記する）12月7日に太政官布告によって政府は医師制度の近代化方針を示した。当時の医学取調御用掛は福井出身の岩佐純と佐賀出身の相良知安であり、佐倉順天堂とボンペに学んだ同門だった。相良は医学校（大病院の後身）を、岩佐は病院部門を所管していた。医学校の後身である大学¹⁴東校の学長（大博士）には、二代目順天堂当主である恩師・佐藤尚中を就けた。一方、ボンペ門下の緒方惟準はオランダ留学を経て帰国し、大病院取締役や大阪仮病院長を歴任した。また緒方は、大阪仮病院教師にボードインを任じており、オランダ医学が新政府内部に浸透しているのは明らかだった。英系を推す動きもあった¹⁵が、明治3年に相良と岩佐は大学東校でドイツ医学を採用する方針を決め、教師にドイツ陸海軍からミュルレルとホフマンを招いた。このように、長崎医学校や順天堂の学閥がオランダ・ドイツ優位を決定づけた。幕末に西洋医学を高い水準で教えられる場所は限られ、したがって受講者も少なかった。長崎や佐倉に人材が集中し閥を形成したことはある意味で必然だった。

この対立を最終解決したのは大学南校教頭のフルベッキだった。同校は開成学校を前身とする文系洋学校だが、アメリカ人英語教授のフルベッキはもともとオランダからの移民技術者だった。彼は宣教師として長崎に赴任し、佐賀藩の依頼で英語や技術教育を教えた際に、相良知安や副島種臣、大隈重信の知遇を得ていた。東校の教育方針を模索する相良に対しフルベッキはドイツ医学の優位を認め、新政府のドイツ医学採用を後押しした（小川 1964、174）。この直後、東校学長の佐藤尚中は長男を、また政府は池田謙斎（初代東京大学医学部総理）ら十名を、それぞれドイツに送った。イギリスはもちろんオランダの影響を離れ、日本はドイツ医学へ転換したのである。

医制の発布

日本の医療制度における明確な転換点は、明治7（1874）年発布の「医制」である。医制は具体的立法というよりも指針と考えるべきだが、維新直後の混沌とした医療体制において強い影響力を持った。医制は概説・医学教育・病院・医師薬事で構成されるが、医療制度形成上のポイントは四点ある。第一に医事・衛生行政を国家の責務としたこと、第二に西洋医学のみを公認し医学教育の学校化を明言したこと、第三に病院開設は政府許認可に基づくこと、第四に医師は政府免許により開業し調剤が禁じられたことである。

従来の健康観に従えば、各自の養生や節制が健康につながる。だが国民全体として衛生や健康を維持する（例えばチフスのような感染症予防）には、国家として対処が必要である。具体的には西洋医学を学んだ医師を増やし各地に医療機関を整備する。つまり、第二と第三の原則は第一原則の延長線上にある。

ところで医制に先んじて明治5年に「学制」が公布された。教育制度が実際に安定するまで時間を要す

¹³ シーボルトやモーニッケ（佐賀藩で種痘を成功させた医師）、ボードインらはオランダ陸軍の、またボンペやマンスフェルトはオランダ海軍所属の医師であった。民間人として来日したイギリスのウイリスも、評判を獲得したのは戊辰戦争時における軍医の働きによってである。

¹⁴ 先の「大病院」と同様に、文教行政本部と学校を兼ねた機関が「大学」である。

¹⁵ 外交ルートを通じてイギリスの外交官サトウやパークスが新政府に後押ししたほか、福沢諭吉もイギリス派だった。また洋方医を抑えたい漢方医もイギリス医学を推した（青柳 1996、113-114、梶田 2003、306-307）。しかし特に強くウイリスを推していたのは大学知学事だった山内容堂や薩摩藩参政だった西郷隆盛らであった。

るが、医制はこの「学制」に連動した医学教育を規定した。小学校卒業者を対象とした八年制（予科三年・本科五年）医学校を全国の八大学区に設置し、基礎医学と臨床各科を教授すること定め、また教員資格や附属病院の細則も盛り込んだ。第二原則とは医師養成の細目であるが、一方で医業の形態を規定するのが第四原則である。これまでの徒弟制による医師養成は、課程の系統性を欠く上に、個別の医師の技量を保障しなかった。医師養成を学校化することで課程を標準化し、さらに試験合格を開業の要件とすることで医師身分を公共化した。しかし、医制が想定する「正統」な医師が一定数に達するには時間がかかる上、現存する医学校は東京に一つしかない。そのため、開業試験は学校卒業者以外を対象とし¹⁶、さらに漢方医ら従来開業医に対して要件を緩和した仮免許を下付し営業の継続を保証した（青柳 1996、149-150；医制百、14-17）。

医制は医師の調剤を禁じた（医制百、14-17）。太政官布告が早期に出されたのは医療が生命に関わる重大事だからであるが、調剤禁止規定は医療行為の本質が経済活動でもあることを顕在化した（青柳 1996、152）。「医は仁術」ドグマは、薬礼による医療経済を成立させた。しかし調剤が禁じられれば、医師は治療費以外に生計の源がない。学制や医制が規定したことで顕在化した医師の社会的本質とは技術者であり、それゆえ技量のない医師は存在し得ない。医制に盛り込まれた養成の標準化・免許制度・医薬分業とは、医療が近代化していく出発点だったと言えるだろう。

ドイツ医学の採用は寡頭的に行われたが、医制の経緯は異なる。当時の医政の中心人物は、医学取調掛（明治 2 年）や大学東校長（明治 5 年）、初代の文部省医務局長（明治 6 年）など要職を歴任した相良知安である。しかし相良は、明治 3 年に部内の不正に連座して収監され復職まで一年を要したほか¹⁷、医務局長在位三か月で長與専斎に後任を譲りその後は閑職に甘んじている。相良が医政全般に強固な影響力を発揮したとは考えにくい。

相良の後任である長與専斎は、医務局長を十八年務めた後に、貴族院議員や宮中顧問官を歴任している。長與は適塾で緒方洪庵に、長崎医学校でポンペに師事し、長崎では医学校病院長も務めた。明治 4 年 11 月に岩倉使節団の一員として渡欧したが、特にベルリンでの行政視察の結果、「ゲズントハイツプレーゲ（衛生ケア）」とは、状態ではなく行政組織の活動もたらされるもので、衛生行政は自律的であるべきとの信念を得たと言われる（青柳 1996、145）。こうした長與の衛生観は当時の日本で一般的ではないから、衛生行政を国家の責務とする医制の言及は、長與の意向が反映されたものだと考えられる。また、医制の原型として相良が中心に制定したと考えられる医制略則と比較すると、医制とは相良と長與の合作と考えるのが妥当である（笠原・小島 2011、33）。

そもそも江戸期の医師身分は高いものではなく、専門職集団として強い社会的自律性を有していたわけではなかったし、洋漢や英蘭の対立があっても一枚岩でもなかった。また、医師は薬礼に依存していたため、恣意的で過剰な調剤が行われていたほか、海外から洋薬や漢方薬の輸入が急増したので銀が流出し、結果としてインフレーションが進行した。しかも当時は贋薬が蔓延しており、医療への信頼を大いに低下させ

¹⁶ 医制発布後には、大学東校・東京大学医学部以外に多くの公立医学校が各地に開設された。大学はもちろん基準を満たした医学校卒業生は、開業試験を免除された。試験対象者は、在野の医師志望者のうち小規模な私塾で準備教育を受けたものが主体だった。

¹⁷ この事件自体がイギリス派による相良への報復だとも言われる。こうした相良の経歴は、直系子孫である相良隆宏氏のウェブサイト「我が国近代医学制度創設の功績者・相良知安」<http://sagarachian.jp/main/>（2019 年 8 月 21 日閲覧）を参照した。本資料は一族による人物紹介ではあるが、それでも本サイト内の記述から、相良の職務執行は融和的なものでない、むしろ周囲との間に軋轢を生んでいたことが推察される。

ていた（秋葉ほか 2012、4-5）。医制の当面の目的は薬剤管理の適正化であり、その延長上に医療行政・医療制度の整備があった（笠原・小島 2011、30-34）。

いずれにせよ、明治初期に制度化された医療によって、科学的医学教育を受けた医師が医療供給することは決まった。公布翌年の明治 8 年には東京・京都・大阪の三府で、明治 11 年ごろまでには各府県で開業試験が実施された（新村 2006、235）。ただし、医制公布の段階では、医学校整備は途上であり、正統な医師養成機関はせいぜい長崎と東京の二校しかなかったのも¹⁸、明治初期の医師は、仮免許を下付された従来開業医や在野出身の免許試験合格者に依存していた。

3 医師養成と大学

医制は医師養成の学校化を予定していた。東京大学を卒業した医学士¹⁹は、全国の医学校で専任教員を務め、やがて標準化された教育課程を持つ医学校が全国に波及し、医師水準が安定するはずだった。事実、学校制度が安定・定着した明治中期から医育の学校化は制度化され、やがて大学への一本化が始まった。

学校と医師養成

幕府内の西洋医学拠点だった医学所は新政府の管轄下に入り、大病院、医学校兼病院、大学分局²⁰を経て大学東校へ改称されたが、短期間に相次ぐ組織改編に大学は混乱していた。この時期に来日したドイツ人軍医・ミュルレルとホフマンは着任後から教育の整備に着手、医制の規定通り八年制教育課程を整えた。明治 5（1872、以下本項では和暦表記する）年に学制が定められた際に東京医学校へ改名し、さらに明治 10 年には開成学校と統合した東京大学の医学部となった。明治 13 年に最初の卒業生を出した後、毎年三十人程度を継続的に卒業させていった。

医制の発布当初に正統な医育をしたのは東京医学校のみだったが、明治 11 年ごろから各府県で医学校の開設が急増した。明治 14 年に 30 校に及んだ公立医学校は、医学士の呼称が唯一許可された東京大学医学部²¹卒業生の活躍の場であった。ただし医学教育の発展には時期による差異があり、解剖学者の坂井建雄は、明治の医学教育を三期に分割して観察している（坂井 2012、70-108）。第一期は明治 4 年から 8 年で、新潟・金沢・福井・愛知・岐阜・浜松・大阪・堺・京都・山口・小倉・佐賀・山形で 13 医学校が開設された。教師は日本人蘭方医や外国人医師が務めたが、生徒の基礎科学教養が不足していたのが課題だった。第二期は明治 9 年から 14 年で、医術開業試験の施行が医学教育への期待を高め新設 30 校（5 校廃止）によって公立医学校は 38 校となった。そのため、教員資格要件である東京大学医学士需要が膨張し、第一期本課生（明治 9 年卒）は 31 名中 14 名、明治 12 年卒は 20 名中 8 名、13 年卒は 17 名中 6 名が医学校教員

¹⁸ 適塾を源流とする大阪医学校は、緒方惟準が院長兼校長を務めたが短期のうちに閉鎖した。さらに長崎医学校も 1874 年秋にはいったん閉鎖された。他方、イギリス系のウイリスを招いて開校された鹿児島医学校は、臨床教育の水準は決して低くなかったが、ウイリス自身が学理への苦手意識を持っており、医制が想定する主流派の医育機関とは言い難かった（青柳 1996、114）。

¹⁹ 大学東校は東京医学校を経て東京大学医学部となったが、1879（明治 12）年卒業生より医学士の称号を得た。卒業生自体は 1876（明治 9）年にも出ており（77、78 年は卒業生なし）、府県が設置した全国の公立医学校に教師として着任している（吉良 2010、46-52）。

²⁰ 大学校は文教行政本部と学校の統合組織として 1869（明治 2）年に設置され、開成学校と医学校は「分局」とされた。

²¹ 東京大学は 1875 年 5 月に通学制で日本語修学の課程（当初は通学生教場、後に別課医学生）を設け、1885 年に募集停止するまで医師速成に直接乗り出していた。Cf. 「東京大学医学部の歩み—江戸〜明治—」、『医学図書館デジタル史料』。URL : <https://www.lib.m.u-tokyo.ac.jp/digital/ayumi.html>（2019 年 8 月 22 日閲覧）

に就いた。第三期は明治 15 年から 20 年までで、医学校のあり方に大きな変化が生じた時期である。明治 15 年の太政官布告で、要件を満たした医学校卒業生の開業試験免除が定められた。文部省は医学校通則により医学校を二分し、医学士三名以上を有する修業年限四年以上の甲種医学校²²を免除対象とした（天野 2009a、69-70）。そのため、甲種認定を目指す公立医学校間で医学士争奪戦が発生し、人件費高騰と府県財政の悪化を招いた。さらには財政上の理由で敢えて乙種に留まったり医学教育から撤退したりする例も生じた。そして 21 校の甲種医学校は 10 校に減少したが、決定的だったのは明治 20 年の勅令（府県医学校費用ノ件）である。勅令は地方税を医学校費用に充てることを禁じたので、病院収入が期待できる大阪・京都・愛知の三医学校以外の公立医学校は閉鎖を余儀なくされた（天野 2009a、118）。また、明治 19 年公布の中学校令は高等中学校（旧制高校）に専門学部を増設することを規定しており、実際に千葉・仙台・岡山・金沢・長崎の公立医学校が官立の高等中学校へ移管された。ピーク時に 40 校に達した公立医学校は、存続三校と官立五校の計八校が残ったに過ぎない。

ただし、当時の高等教育体系は明瞭な棲み分けを欠いていた。第一に、中等教育と高等教育の学力差が大きく両者の接続は円滑でなかった²³。当時の文教行政の中心だった森有礼は、濫立された学校の抑制に積極的だった。明治 20 年の公立医学校整理はその一端であり、森の狙いは教育水準の向上にあった²⁴。第二に、高等教育機関の存在が曖昧なので、中等教育の到達水準を体系的に設定できなかった。明治中期まで、大学とは東京大学が存在するのみだったが、一方で司法省学校や駒場農学校、工部大学校などの政府系グラウンゼコールも並立していた。高等教育の本質は確立していなかったのである。

比較的数量が多い高等中学校に専門学部を設置する医学校の官立化は、高等教育機関発展の現実的方途と思われた²⁵。漢方から西洋医学に転じた日本の医療で近代化を進めるには、正統医学の修了者が全国に拡散する必要があった。そのため、一定水準以上に絞り込まれた医学校を、全国に複数設置することが当時の専門教育行政では優先された。実際、存続した八医学校は専門学校昇格を経由して大正時代後期に旧制大学（仙台は明治 45 年に東北帝大へ包摂）へ昇格し、医学士の拡大に寄与したのである。

高等中学校医学部はもともと甲種公立医学校が母体なので、地域との一体感があつたし、帝国大学で求められた外国語習得のような教養教育よりも臨床教育を重視することで、開業医や軍医としての即応性を向上させた。そのため入学者確保に苦勞した開設当初の状況は一変した。明治 20 年に設置され明治 34 年に医学専門学校へ昇格するまでの 14 年間で、医学部卒業生は帝大医科の七倍に及んだ。もちろん両者は異なる使命を持つが、水準以上の医師を多数輩出して医療の近代化を達成する社会的使命に、高等中学校医学部は応えたと言える。それでも明治 20 年代の新規卒業者は年間 320 名程度で²⁶、軍医需要増も考慮す

²² 乙種は、医学士一名以上で修業年限三年以上なので、当時の医学校教育課程のばらつきの大きさが推察される。

²³ 中学修了までに時間を要し、本来の修了年齢である十七歳で高等中学校に進学するものは少なかった。成績優秀者はむしろ上京して予備校で学ぶことで高等中学校合格を果たした（天野 2009a、114-116）。

²⁴ 公立医学校の制約に先立って、森は地方税支弁の尋常中学校（後の旧制中学）を各府県一校に限定する中学校令改定を構想していた（天野 2009a、113）。一方で財政問題が生じない三医学校にそれ以上の介入を行っていない点から、濫立を抑制し教育水準を上げる森の意図が窺える。この点は京都大学文学部現代史講座の塩出浩之（日本近代史）から教示を受けた。

²⁵ 京都の三高に法学部と工学部、そして医学部（岡山市）が置かれ、また熊本の高五に工学部および医学部（長崎市）が設置された。そのほか、一高（千葉市）、二高（仙台市）、四高（金沢市）にそれぞれ医学部が設置されている。特に三高は大学予科を廃止して専門学部に特化するなど、低度大学化への志向が観察されたが、医学部以外の専門学部は不振を極めた。そもそも三高専門学部は、第二帝大（1897 年に京都帝大として実現）開設の呼び水として戦略的に設置されており、高等中学の専門教育を体系的に位置づけたわけではなかった。結果として三高の法・工両学部は 1901 年に廃止され、また五高工学部は高等工業専門学校として独立した（天野 2009a、245-251）。

²⁶ 衛生統計では指定学校（いわゆる試験免除）の卒業という区分に累積医師数が示されている。高等中学医学部の初年度卒業生が出た 1891 年からの十年間で、前年との差分を平均して数値を求めた（医制百資、572-573）。

ると、医学教育の質と量は拡大が求められていた。さらに、細菌学や麻酔の発達のように医学体系が世界的に激変しており、体系的網羅的な医学教育は近代医学に不可欠となりつつあった。医育はこうして学校化していった。

医学校の拡大

医学の発展は医育を学校化した、具体的には明治末期に身分法である医師法を制定した際、開業試験廃止と医育一元化を明言した。開業試験は合格の困難が強調され²⁷、一方で学歴不問という開放性が評価されてはいた²⁸。しかし、学校制度が安定し教育の接続性が成熟した上に、医学の科学化が一層進む以上、医育の主体が予備校で実施されている限界は明らかだった。開業試験が免除された帝国大学や官立医学専門学校、公立医学校らが正統な医学教育機関と見なされたが、開業試験合格を目的とした医学私塾は依然として全国に数多くあった。開業試験が厳密化し修学歴が重視される明治中期から学校の寡占が進んだが、その最大手が済生学舎だった。存続した 28 年間に同校から一万人弱が合格した。大正初年の西洋医師総数 3 万人（1 万人の従来開業医を除く）の半数が試験合格者で、済生学舎はその六割強を占めたことになる（橋本 1994、160）。当時の私立医学校には、海軍と関係の深い成医会医学講習所（後の慈恵医大）や、廃止された県立医学校を継受した熊本医学校がある（志村 2012）。

済生学舎は前歴を問わず学費は低廉で、しかも入学を選抜しなかった。社会階層の上昇を目指す野心的な青年にとって都合がよく、全国各地から女子学生さえ受け入れた（橋本 1994、172-3）。また後期試験合格の中心は 20 歳台だったとはいえ、かなり広範な年齢層を受け入れていた（橋本 1994、174）が、これは問題でもあった。中等教育を体系的に受講していなければ基礎科学は理解しづらい上に、実験室医学が発展し医育水準はいっそう高度化した。進歩につれて難化する医育に対応するには、学力で入学者を絞り、設備投資可能な財政力を有し、最新医学を教授できる教員集団を持たねばならない。だがそれは軍や県の支援が期待できる成医会や熊本医学校と違って済生学舎には対応が難しかったし、そもそもそうした対応は受験予備校としての自己否定だった。医育の変化は、済生学舎の後期試験合格者が急激に高齢化したことに現れた。また高齢の試験浪人が遊女と心中したり他校と乱闘したりするスキャンダルが発生し、学内の退廃が目立つようになった（橋本 1994、174-5）。

1903（明治 36）年に専門学校令が公布され²⁹、成医会と熊本の二校が私立専門学校に認可され試験免除特典も付与された。また 1906（明治 39）年 3 月に医師法が制定され³⁰、従来は特例扱いだった開業試験免除は本則に位置づけられた。1914（大正 3）年までに開業試験を廃止し、医学専門学校以上の卒業者に医師養成ルートを限定したので（天野 2012、154-155）、法制度上も医育は学校化された。済生学舎を含め

²⁷ 「前期 3 年、後期 7 年」のように、合格には長期の準備を要する困難が人口に膾炙した。前期試験は物理や化学、生理学など基礎的座学が求められ、後期試験では臨床各科の受験を要した。合格率は 20%前後であり、難関とはいえ旧司法試験（合格率 2%弱）ほどではない。旧学制では、全科目同時合格を必要とする苛酷さゆえに「上級学校禁止試験」と呼ばれた専門学校入学者検定試験（専検）の激戦に遠く及ばない（関 1978）。

²⁸ 独学で前期試験を突破した野口英世や女性の吉岡弥生も、後期試験に合格すれば医師開業が認められた。

²⁹ 最初の教育法である学制は 1872 年に発令されたが、その段階では大学と専門学校（例えば開成学校や東京医学校）に優劣はなかったが、1879 年の教育令では大学を総合教育機関とする一方、専門学校は一科専門と定義された。1886 年に帝国大学令・中学校令（1894 年に高等学校令が発布された際に高等中学校は高等学校に改称）が発布されて中等・高等教育の連結は定義されたが、専門学校の位置づけは曖昧なままだった（天野 2012、151-155）。

³⁰ 学士医師とそれ以外の医師間で身分法への考え方が大きく異なり、成案が得られなかった。特に免許期限や医師会の強制性、医師処分などを巡る対立が深く、この時成立した医師法は両者（帝大系の明治医会案と在野系の帝国連合医会案）の折衷案だった。結局、内務省令として同年秋に医師会規則が発布された。

た私塾は、専門学校昇格を目指すか廃校するかを選択を迫られたが、基本財産や施設基準、専任教員集団などの要件が参入障壁となり、塾の多くは廃校した。専門学校認可に成功したのは、済生学舎の後身である日本医学校と東京女医学校、そして日本医学校から分岐した東京医学校の三校に過ぎなかった。

大学の拡大

明治末期から大正初期にかけては学校制度の大きな変化が生じた。第一に帝国大学が拡張された。1897年には第三高等中学校の法・工学部を母体に、法・医・文・理工の四分科大学を有する京都帝国大学が開設され、さらに1907年と1911年には東北と九州に帝国大学が設置された。東北帝大は、既設の農科に理科を新設し、九州は既設の医科に新設の工科を加えたが³¹、いずれも京都帝大では維持されていた総合大学主義を断念し、応用科学（工や農、医）系学部を設置による帝大拡張を優先した。後に仙台医専や仙台高等工業の統合で医科大学や工学部³²が設置され、東北帝大は理系総合大学へ発展した。さらに医学部を新設した札幌の農科大学は北海道帝大として独立し、九州帝大にも1919年に農学部が増設された。また法文学部が東北（1922）と九州（1924）に増設され、文理両域にわたる総合大学化が完成した³³。

第二に、専門学校令によって官公立医専は教育制度内部に明確な位置づけを得たが、各校では単科大学昇格に向けたさらなる動きが始まった。帝大拡張の中で総合大学主義は前提条件としての機能を失い、さらに大学昇格の信念を強く訴える佐多愛彦による大阪医大昇格の事例も生じた（天野 2009b、81-87；吉川 2010、27-33）。こうして、官公立の八医専は大学昇格を目指した。ただし公立医学校は病院収入を基本とする独立採算制を採用したため、財政負担に苦しんだ熊本は官立移管を目指し、愛知や大阪は帝大医学部へ移管された。現在も府立を維持する京都府立医大でさえ官立移管に傾いた時期があるように、公立医大の状況は厳しかった（天野 2012、169-173）。

第三の特徴は中等教育の整備と拡張である。旧制高校は、高等中学校に由来する5校と1900年の第一次高等学校令に由来する3校しかなかったが、1918年の第二次高等学校令によって1929年までに官立16校・官立七年制2校・公立七年制3校・私立七年制4校が設置され合計33校まで拡大した³⁴（天野 2012、158-159）。高校は、法文・理工農・医の三部制から文理二学科³⁵へ再編され、進路の自由度が高まった。概して小規模な後発帝大は、膨張した高校生を収容しきれず、医科大学が理科生の受け皿として期待された。高等工業や高等商業、高等師範の大学昇格も背景は同じであり、単科大学容認は中等教育の膨張という偶発的かつ医学外在的な要因によるものだった。

結果的に、医学教育は大学への一本化が志向され、加えて1918年に大学令が公布されたことで私立大学が制度化された。その結果、慶應義塾大学医学部（1920）・東京慈恵会医科大学（1921）・日本医科大学（1926）

³¹ 東北帝大は札幌農学校を農科大学と見なし、九州の場合は独立させた京都帝大福岡医科大学に工科大学を新設するなど、最小規模の投資で帝大を増設している。

³² 東北大学が仙台高等工業学校を包摂・吸収したのは1912年であるが、大学昇格が認められた1919年には分科大学制に代えて学部制が導入されたため、本文の表記は両学部で異なる。なお、併合された二校の教員と学生は東北帝大へ無条件移行できず、特に教員の大多数は数年以内に追放された（天野 2012、162-164）。

³³ なお北海道・大阪・名古屋の各帝大でも文系学部増設による総合大学化を希求したが、戦時体制に突入する過程でそれらの拡張は進展しなかった。わずかに外地の京城と台北にそれぞれ法文学部と文政学部が置かれた。

³⁴ なお天野 2012 の記載では32校であるが台湾総督府立台北高等学校を官立扱いしていないものと考えられる。

³⁵ さらに主たる外国語によって甲（英語）乙（ドイツ語）丙（フランス語）に分類されていた。社会科学系の文乙・理工系の理甲・医薬系の理乙が一般的であったが、丙類設置校はかなり限定的で、文系で第一・第三・東京・浦和・静岡・大阪・福岡が、理系で東京・大阪に過ぎない（石川 2012、31-35）。

が発足した³⁶。これまで私塾・専門学校・大学の三層構造に基づく医育は、大正に入り大学を中心とした正規学校教育に集約され、さらに学校所在地も全国に広がった（医制百、199-200）。

医師の「高学歴化」は、同時に医師の偏在を招いた。社会保障制度を欠く戦前の医療供給は自由診療制度に基づいている。医療の購買力を持つ中流階層が集積するのは都市部であり、開業は必然的に都市に集中する。大正末期の医師集団は、医専卒（49%）や試験及第者（30%）が主力を占め、学士医師は全体の14%に過ぎなかった³⁷。長期の修学によって養成コストが高くなる医育の大学化は、地方開業医の後継ルートとして歓迎されない（天野 2012、181-182）。しかも医学の高度化は、医師のキャリア成熟を長期化させた。かつては学卒後すぐに開業することは稀でなかったが、20 世紀前半までには卒前（学校）期・修行（病院勤務）期・独立開業期の三期に及ぶ職歴形成が確立する（猪飼 2010、98-103）。つまり医師が地方で診療にあたるまでに長いタイムラグが生じるため、それは地方開業医を不安にさせた。こうした地方医師の「体感」は、やがて一本化に逆行する医専必要論につながる。

必要論は、東京帝大卒の学士開業医だった額田豊によるものだった。額田は女医教育に関心を持ち、女子の大学教育を想定しない学制において医専の新設が必要だと考えた。また大学ほど高度でない医育は、地方の医師の利害を代弁するものでもあった。額田は帝国女子医専（現・東邦大医学部）の開学や日本大学の専門部医科新設に尽力し、1925 年に両校は認可され先発の東京女子医専・東京医専と合わせて医専は四校になった。この流れは継続し、東京、大阪、福岡、岩手で 5 校が新設され、私立医育は 12 校中 9 校が医専で占められた（表 2-1）。これは、地方開業セクターなどで技術習得に特化した医育ニーズがそれなりに強かったことを示している。大学一元化に向かった医育はこうして反転し、さらにこの後、衛生と国防上の理由で大量の医師養成を必要とした国家は、むしろトレンドを逆行させ医育を医専化させていくのである。

表 2-1 私立医大の設立

医専設立	名	大学昇格
1917 ³⁸	慶應義塾	1920
1881	東京慈恵会医科	1921
1912	日本医科	1926
1912	東京女子医専	1950
1918	東京医専	1946
1925	日大専門部医科	1943
1925	帝国女子医専（東邦）	1952
1927	大阪高等医専（大阪医科）	1946
1928	昭和医専（昭和）	1946
1928	岩手医専	1947
1928	大阪女子高等医専（関西医大）	1949
1928	九州医専（久留米）	1952
1943	順天堂	1946

4 病院と軍隊

第 2 節で観察したように、明治の医療は軍陣医学を発端としている。加えて日本には病院の原型がないので、近代化の過程で相対的に多数の病院施設を保有したのは軍である。したがって、軍と病院の関係を

³⁶ 他 2 校と異なり慶應義塾は医学校の前身を持たないが、世界的細菌学者の北里柴三郎が設立に尽力し、また実業界に同窓生が多いために私立としては例外的に経営基盤が安定していた。また卒業生を積極的に留学させ文系学部では専任教員集団の構築に成功するなど大学全体の基盤が成熟していた。なお、私立大学で戦前に大学昇格を果たしたのは 1943 年の日本大学医学部だけであり、私立医大の認可が困難であったことが窺われる。

³⁷ 当時の医師身分にはこのほか、外国学校卒業に加えて従来開業（近世漢方医の救済策）その派生系として奉職履歴や限地開業などがあつたが、こうした医師の当時のシェアは全体の 5%以下であり、大正期までには医師養成が学校化されていたことが分かる（医制百資、表 12「医師数の推移」）。

³⁸ 慶應義塾大学医学部は脚注（36）でも述べたように母体となる医学専門学校を持たず、1917 年に大学部医学科として開設された。1873 年から 80 年にかけて慶應義塾内に「医学所」という医育機関があつたが、それは源流であるにすぎない。

分析せずに近代医療の発達過程は理解できない。また医師の職歴において病院の占める位置が大きくなる上に、第3節に記した戦前期の医育が複雑な過程をたどったことで医師技量のばらつきが生まれた。教育人事センター機能としての大学医局が強化されたのは、そうした変化に対応するためだった（川上 1965、324-326）。本節では、軍における医事行政の確立・医師養成の発展・そして治療施設としての病院開設について述べたい。

維新直後の軍病院

戊辰戦争を契機に成立した軍陣医学は、政府組織が安定するとともに軍事医療として制度化される。明治元（1868、以下本節では和暦表記する）年5月、薩摩藩の石神良策を院長とする戦陣病院が横浜に置かれ明治3年に横浜海軍仮病院となったが³⁹、明治4年に東京・芝の海軍病院に統合された。当時、兵部省海軍掛には「医局」が置かれており、治療を実践する病院と医務行政本部の医局に分業されていた。また、陸海両軍の軍医を統括する行政組織として兵部省軍医寮が設置された。明治5年に陸海軍両省が設立され、軍医寮は陸軍の所管とされ（陸軍衛生史、6）、寮が明治6年に廃止された後は陸軍本病院が軍医行政も担当した。一方、海軍省が設立されると海軍医局は海軍病院に移管された。明治5年には海軍軍医寮を編制し、明治9年には海軍省医務局を設置するなど海軍は一貫して医務行政機関を置いた。これに対し、軍医療が廃止された陸軍では、明治12年に陸軍軍医本部が編制されるまで医務行政中央機関が不在となった。

軍医の養成と海軍病院

明治三年初頭に兵部省から陸海軍省が設置された後、明治三年六月に海軍病院を芝に設置した。芝の病院は診療と軍内医事行政の双方を実施する機関であり（海軍史 5、649-650）、そのために西洋医学に習熟した医官を必要とした。しかし明治初期は教育制度が未成熟であり、社会全体から適当な人材を見つけられなかった。軍は自前で人材育成するほかに、外国人医師を教師として医官養成の体系を早急に作成する必要があった。そこでイギリス公使館付きだったエドウィン・ホイラーを招いて、海軍病院で診療と教育に当たらせた。明治6年には軍医養成が制度化され海軍病院学舎が置かれた。

当時、東京医学校では本格的な医学教育が始まっていたが、明治13年まで卒業生が出ない上⁴⁰、何名の学士が海軍軍医になるか分らない⁴¹。そこで海軍は明治6年11月から翌年秋までに33名の学生を四期に分けて受け入れ、うち15名が明治13年1月に学舎を卒業した（海軍史 5、652）。明治13年から15年の東京大学医学部卒業生⁴²は16名ないし30名であり（吉良 2010、90）、海軍は一定の軍医確保に成功していた⁴³。明治15年からは軍籍を持つ医学生を通学させる依託制が導入され、翌16年には医学校・医学

³⁹ 厳密には1868（明治元）年6月に東京にも病院が開設され、同年8月に東京病院統合のため横浜院が閉鎖された。他方横浜海軍仮病院は、戦陣病院の駐屯地・太田陣屋の配属が増大したために再開されたものである（海軍史 5、650）。

⁴⁰ 1872（明治5）年に医学校が再開する際の学課改革により、東校在籍生は選抜の上で本科一年に編入され、これが1876（明治9年）卒となっているが、次期卒業生は予科三年本科五年の課程をフルに過ごすので第二回卒業生は1880（明治13）年に出た。

⁴¹ 本章第3節でも記述したように、医学士たちは医学校助教に就いたり各地の医学校教授に赴任したりしたので、入隊した医学士は多くなかった。例えば1876年の東京医学校卒業生31名のうち、陸軍には6名が着任した（吉良 2010、91）。なおこの卒業生は制度が整備されていないので学士号を得られず、後に准医学士と名乗ることが許され、さらに1887年に医業を継続しているものについて医学士を名乗ることが追加的に許された（青柳 1996、243-244）。

⁴² 東京医学校は1876年に最初で最後の学生を卒業させ、1880年以降は東京大学医学部として卒業生を出した。

⁴³ さらに、医制が發布されて三府（東京、京都、大阪）では正規の学校卒業生ないしは開業試験合格者以外は医業に就けない規定が成立したにもかかわらず軍の場合は適用除外となっていた。そのため海軍は1880年にいったん軍医学舎を閉鎖した。ただし死亡者や退職者によって充足見通しが乖離したこと、また軍備拡張計画が着手され軍医需要が伸びたために1882年夏には医務局学舎としてすぐに再建されている（海軍史 1、136-137）。

部卒業生を軍医として公募する制度が導入された。この頃、医師養成の高度化のために五校の高等中学医学部を設けたので、医官養成を自前で行うよりも、こうした学校出身者の医師を軍医として採用するほうが効率的になっていた。明治 27 年には医官の独自養成を中止し海軍軍医学校を閉鎖した。ただし一般医学と軍事医学の架橋は必要であり、明治 31 年に研修機関として軍医学校が再建されたが、医育の中心は民間に移行したことは明らかだった。

海軍では、病院機能を軍の拠点ごとに分散化した。海軍の発足当初は、軍内の衛生行政や軍医養成と病院機能が一体として東京に集約されていた。しかし基地を拠点に活動する海軍の病院が在京なのは不便であり、明治 13 年に病院が横須賀に置かれた。また明治 19 年には全国を 5 軍区に分割し各区に鎮守府を置いた。明治 21 年には東京病院を閉鎖して鎮守府ごとに海軍病院を置くことが決まった（海軍史 5、650）。また、療養施設も建設され、大正 12 年に伊豆、13 年には別府に温泉病院が設置された（海軍史 5、700-701）。

日中戦争や太平洋戦争が本格化する昭和期に入ると、病院はさらに拡大する。航空基地（霞ヶ浦・霧島）や衛生学校（戸塚）に病院を附置し、横須賀や呉、佐世保など海軍の要所に第二院や分院を設置した。病床数も昭和期に一気に拡張された（表 2-2）。日中戦争開戦時の入院患者数は 2800 人だったが、太平洋戦争が始まると患者は激増し、昭和 17 年に 9,500 人（兵力比 2.6%）、18 年に 15,000 人（2.7%）19 年に 29,000 人（2.9%）、20 年に 36,500 人（3.0%）にのぼった（海軍史 5、722-723）。既存病院（6 病院 2 療養病院）の収容力では不十分なことは明らかで、昭和 16 年ごろから急速に拡張した。17 年度に約 5,500 の増床を計画し、18 年に 10,500、19 年に 10,800、20 年に 27,000 と四年間で 54,000 床を増やし、終戦時には 64,655 床にのぼった⁴⁴。ただし大部分は旅館の接収などで増床したので、医療機能は低かった。開戦前でさえも、軍病院のスタッフ配置は高度な医療実践を可能とするものではなかった。例えば昭和 12 年当時、海軍全体の兵員 11 万 6 千に対して軍医士官

表 2-2 昭和 16 年時点の海軍病床数				
院名	軍特性	開設年	病床数	備考
大湊	警備府	大正 12	500	
横須賀	鎮守府	明治 13	1,100	
野比	横須賀分院	昭和 16	1,400	
湊	療養	昭和 16	800	
霞ヶ浦	航空基地	昭和 16	1,100	
附属	軍医学校	明治 42	100	
舞鶴	鎮守府	明治 34	1,000	
山中	療養	昭和 16	450	
呉	鎮守府	明治 22	1,000	
別府	療養	大正 14	1,400	温泉病院
佐世保	鎮守府	明治 22	300	
嬉野	療養	昭和 12	1,530	温泉病院
			計 10,680	

は 590 名であり（海軍史 5、711）、そのうち 40 名が横須賀海軍病院（700 名収容）に配置されたが、士官には歯科医や看護管理職、判任官を含んでおり、また 300 名いたその他職員も、看護職のみならず下士官兵など雇員を含んでいた（桜医会 1993、58-59）。16 床あたり医師 1 名、あるいは 1.4 または 2 床あたり看護師 1 人が配置されている現代の一般病床と比較すると、当時の軍病院は人的配置が十分でなかった。

陸軍の軍医と病院

⁴⁴ これら軍関係の収容力については参照する文献によってかなり数字にばらつきがある。例えば『日本海軍史』は部門小史として医務行政が展開される第四巻を本文では依拠したが、そこでは収容数 65,000 とされている一方、資料編である 11 巻の付属施設一覧に掲載された本土の病院施設の収容数合計は 34,800 となっている。また軍病院を引き継いだ国立病院の資料によれば、21,430 床となっている（国病十、8-16）。いずれにせよ、戦傷者の増加に対応するため、病院の拡張が急速だったことが推察される。

陸軍では、軍医の養成については海軍ほど一貫した方針を採っていなかった。明治 5 年に陸軍省が設立されてから陸軍本病院が設置され軍医寮は閉鎖された。この病院は、海軍同様に医政と治療を同時に実施する組織だったが、軍医本部が明治 12 年に設置され、病院がその傘下に置かれるようになった。さらに明治 19 年には陸軍の衛生行政を統括する医務局が置かれた⁴⁵。

明治初期には陸軍も海軍同様に軍医確保の困難に直面していた。陸軍は、明治二年の大阪仮病院設置と同時に軍医学校を併設し、オランダの軍医ボードインを教師に任命した。また明治五年に陸軍省が軍医寮を引き継いだ後、東京に軍医寮学舎を置いた。また明治 10 年修了生で自前の医師養成を中止して依託学生制度に切り替えたが⁴⁶、海軍が軍医学校を再建したように、軍陣医学の研究や研修は必要とされた。そのため明治 19 年に軍医学舎が再建され、明治 21 年に陸軍軍医学校と改称された（陸軍衛生史、21-22）。

兵員の多い陸軍は、海軍より多数の病院を所持した。陸軍で体系的に病院を整備するようになったのは、明治 6 年の軍区制導入（東京、仙台、名古屋、大阪、広島、熊本）以降で、軍区本部の鎮台に病院を併置した。鎮台はその後師団司令部と改称され、明治 29 年に 12（札幌、弘前、金沢、福知山、丸亀、小倉が追加）、明治 40 年に 19（高田、宇都宮、豊橋、京都、岡山、久留米が追加、丸亀が善通寺に移転）まで拡大した。各鎮台の病院は衛戍^{えいじゅ}病院と称され、明治 45 年には内地 75・国外 12 の 87 院があった（陸軍衛生史、85-92）。明治 44 年には全国で 845 の一般病院があり（医制百資、567）、しかも当時の病院は小規模施設だったことを考慮すると、陸軍病院が病院全体に占める位置は大きかった。また相当数の医師が軍に所属していたことは、医師の世界において軍医や軍医療スタッフの存在感が大きかったと考えられる。陸軍病院は、敗戦後に厚生省に移管されて国立病院となったが、総病床数 5 万は⁴⁷、昭和 21 年の全国総病床数 15 万 8 千や一般病床数 11 万 2 千に対してかなりのシェアを占めた。軍病院、中でも全国に散在した陸軍病院が、近代病院の発達過程に占める存在感は非常に大きかった（福永 2014、300-301）。

5 衛生行政

これまで述べたように、日本の近代医学は明治維新を画期として戦陣医学の影響下で成立した。明治初期には医療における軍民が未分化だったし、また明治元年の大病院や明治 3 年の海軍病院のように、治療実践、衛生行政、医師養成の機能が組織的に未分化な事例も多かった。こうした状況で、近代国家としての衛生行政を整備する転換点が 1875（明治 7）年の医制だった。本節では明治の衛生行政を概観し、医療制度の整備過程を分析する。

衛生行政の発足と感染症

明治初頭の衛生行政は医育と未分化であった。東京医学校は、幕府組織を前身とする医学校として発足

⁴⁵ 職位としての医務局長は、概ね地位である軍医総監（少将相当から後に中将相当）を兼ねるが、総監が他の補職を有する場合もある（秦編 2005、711）。

⁴⁶ なお医師の独自養成を海軍が中止したのは 1894 年で時期の相違はかなり大きい。陸軍の場合、軍医学校の維持費を懸念して、1873 年には石黒忠恵が廃止を建議しており、1875 年にも軍医総監・松本良順は、外国人数員の任期満了と地方（＝軍外）の医育環境が整ったことで廃止を提言した（黒澤 2001、114）。海軍も軍医学校を閉鎖した時期はあったが、補充人事の必要性という短期的（非戦略的）な理由で再開した（海軍史 1、137）。公立医学校への地方税支弁を禁ずる勅令はその直後に発令されたので、陸海両軍における医育体制の相違は偶発的だったと考えられる。

⁴⁷ 脚注 45 で述べたように旧軍医療機関の収容データは錯綜しているが、ここでは戦後との連続性を重視して国立病院データを利用した（国病十、8-16）。

し、医学校・病院、大学校分局を経て 1871（明治 3）年に大学東校として独立、その後東京医学校へ改称するとともに教育機能に純化した。他方で医務行政は、1872（明治 5）年に発足した文部省医務課（翌年、医務局へ昇格）が所管した。1873（明治 6）年に六寮（勸業・警保・戸籍・郵便・土木・地理）を有する内務省が発足し、翌年には衛生を所管する第七局が増設され⁴⁸、文部省医務局の移管・統合により衛生局が発足した（副田 2007、106 および 153-154）。衛生と医育が内務省と文部省に跨がるのは明治初期の遺制である。

表 2-3 コレラ感染者

	患者（千人）	死亡（千人）
1882（明治 15）	52	34
1886（明治 19）	156	108
1890（明治 23）	46	35
1895（明治 28）	55	40

出所：副田（2007、281）より筆者作成。

日本の医療は、医制発令後に漢方から西洋医学へ転換し、また医制創案者の一人だった長与専斎が衛生行政の重要性を渡欧先で認識したことは本章第 2 節で述べた。そしてこの当時、衛生行政にとって最大の関心は、コレラを中心とした感染症対策であった。明治期にはコレラが周期的に流行し、その死者は膨大な数にのぼっていた（表 2-3）。1879（明治 12）年には罹患した 16 万のうち 12 万人が病死した。当時の人口が 3000 万人である日本にとって社会的不安の大きい疾病であり、しかもほぼ 4 年周期で大規模感染が頻発するため、コレラへの対処は国家的急務であった。

1879 年の流行を契機にコレラ病予防規則が設けられ、翌年に伝染病予防規則へ拡張された。1897 年には伝染病予防法が制定され、以後 100 年にわたって感染症・伝染病の基本法として機能した（『平成 26 年版厚生労働白書』、4-7）。また 1879 年の流行に際して、「中央衛生会」と称する専門家会議を開いたが、年内に内務卿下の常設機関へ昇格し、さらに官制による諮詢機関として明確に位置づけられた（医制百、46）。

コレラ後の新たな危機が結核だった。1899 年から病態別死亡統計が明らかになり、結核が毎年 6 万人超の病死者をもたらしていることが分かった。感染者は上昇し続け、明治末期の病死者は 10 万人を越えた。結核は抗生物質による化学療法が確立する 1950 年代まで死の病とされ、しかも患者の多くは青年であり生産性や兵力の低下を招いた。その意味で結核は国家的にも国民的にも大きな課題であった。しかし特効薬が無い中で、コレラ流行以来の警察的対処である病源隔離が予防より優先された。

大正・昭和期に入ると、工業化が労働運動を活性化し、都市化がスラム問題を顕在化させるなど、衛生問題の外縁は広がった。また戦争の時代でもあった昭和前期には、兵員確保の観点から衛生行政が重要視されるようになった。特に農村部の衛生状態が「悪化⁴⁹」すれば兵員確保が滞るため、臨床的のみならず公衆衛生的な対処が必要とされるようになった。

長與の衛生観

内務省の中核的機能は警保局の警察機能と、地方局の内政統括機能である。しかし実際の内務行政は多様性があり、神社や衛生⁵⁰、土木も同等の重みがあると考えられる（副田 2007、36-43）。明治初期の内務

⁴⁸ なお寮が局に転換されて、衛生担当局の第七局が設置されたのではなく、六寮を残したまま、官房系の課や掛が第一から第五局に転換し、第六局（博物館担当）と第七局が新設されたのである（副田 2007、27、表 0-1）

⁴⁹ 実際には農村部の男子青少年に客観的な健康問題はなかったが、軍部のうち医療系部門は、「壮丁の体位」として国民（青年）の体格が低下傾向にあることを事実として認識し、対応策を推進しようとしていた。

⁵⁰ 副田は警察・内政・宗教・衛生・土木を中心とした内務省機能の理解を「五局史観」と呼び、「神社局は政治体制の正当性を担当し、衛生局と土木局は政治体制の有効性を保障している。地方局と警保局は、その中間にあって、正統性と有効性の双方を確保しようとしている」とする（副田 2007、40）。宗教を通じて歴史を、衛生を通じて身体を、土木によって国土を、警察によって政治秩序を、地方

省には社寺や警保、土木などの局に幹部として局長職が置かれていたが、通常は 2・3 年で異動するのに反して長期にわたり衛生局長⁵¹を務めたのが長與専齋である。長與は、初代局長として三ヶ月在職した相良知安の後任として 1873 年に文部省医務局長に就くと、1891 年まで衛生行政のトップの座にあった。制度の草創期に長期間トップを務めた人物の考え方は、制度自体に大きく影響している可能性が高い。以下に長與の衛生観と内務省の衛生行政の展開を概説してみよう。

1838 年に漢方医の家庭に生まれた長與は、適塾に学んだ後、1858 年には福沢諭吉の後任として塾頭に就いた。61 年には塾長・緒方洪庵より命ぜられ長崎医学校⁵²に進みボンペの指導を受けた（鈴木 2013、254・258）。当時の日本で最も体系的で先進的な医学教育を行った同校は多くの人材を輩出した。洪庵の次男・緒方惟準や池田謙齋（東京大学・初代医学部総理）、佐倉順天堂⁵³門下の佐藤尚中（佐藤泰然の養子で順天堂医院初代院長）や松本良順（泰然の次男で初代陸軍軍医総監）、岩佐純、伊東玄伯（ともに明治天皇の侍医）らは長崎医学校の同門である（小川 1964、166）。特に明治初期の医政で岩佐純と並ぶ中心だった相良知安と邂逅したことは、長與の医師人生に強い影響を与えた。長與はその後精得館学頭を経て 1868 年に長崎府医学校校長に就いた。

1871 年に文部省が設置される際に長與は請われて上京し、岩倉使節団の一員として 1871 年 8 月から 73 年 3 月まで渡欧した（副田 2007、106・107）。長與はベルリンなどを視察し、衛生概念の着想を得た。「サニタリー」や「ゲズントハイツプレーゲ」とは、病気の不在のみならず、衛生を特定任務とする官庁が活動した結果得られる「状態」である。医学を基盤としつつ、隣接諸科学を包摂して政策に応用し、個人の生活リスクを軽減すれば国家全体の厚生が向上する。これが衛生行政だと長與は理解した（副田 2007、107）。帰国した長與は、文部省医務局長と東京医学校校長を兼務した。長與は長期に衛生行政トップに就いただけでなく、医制制定にも関与した。したがって、長與の獲得した衛生イデオロギーが、具体的な医務行政・衛生制度に反映されたと想定できる。

医制は劇的な医療制度転換を促すものだったが、社会全体が混乱し過渡的だった当時の日本で医学の近代化を実現するのは現実的でなかった。多くの漢方医が経過措置として開業を許されたし、試験免許の全面実施には時間を要した（竹原 2009、511）。医制の本質は薬事も含めた具体的提言であり、国家にとっての衛生のあり方を論じていない。むしろ広義の衛生理念は 1877 年に公表された「衛生意見」から窺える（笠原・小島 2011、10）。

「意見」が規定する医務行政は、医師や薬輔など身分規制と、治療や技術に関する医療供給から構成されている。この両者を所管する特定行政組織が内国事務省（＝内務省衛生局）で、事務長官や地方官僚組織、さらに両者を接続する医事監督が置かれた。もちろん、こうした体制を創設し維持するには、人材も既存制度も不足してはいた（笠原・小島 2011、6・7）。しかし「意見」の中核はむしろ衛生行政の固有性にあり、衛生局の文部省再統合や警察行政に組み込まれることへの警戒と批判があった。

長與は、英仏両国を視察した結果、自治を重視しながらも各地の衛生行政を平準化するために法制化が

行政によって国民を、それぞれ管理するのである。

⁵¹ なお当時の組織編成が不安定であることに伴って職名はたびたび改編される。そのためここでは後の職名に統一して列記している。

⁵² 医学伝習所として設立された同校は、病院（長崎養生所）と統合して精得館となった。新政府に接収された後には長崎府医学校・病院となり、1871 年に長崎医学校と改称した。ここでは一括して長崎医学校と表記する。

⁵³ 順天堂は佐藤泰然が主宰した西洋外科系の診療所兼医学塾であり、長崎医学校同様に多くの英才を送り出した。また天然痘ワクチンの培養と接種に成功したほか、泌尿器系の治療において当時の世界水準に匹敵する手術を実施するなど、いわば東の医学センターだったといえる（鈴木 2013、209・212）。

行われたイギリスの制度を評価する一方、中央への隷属が強く結果的に事務が進捗しないフランス行政を批判する。長與が考える衛生行政では、専門知識が重視され、専門性を持たない警察の執行を積極的に評価していない⁵⁴（竹原 2009、514-515）。

衛生行政を漸進的に整備するため、各県に医務取締を置くことを「意見」は提唱した（笠原・小島 2011、68）。しかし財源のない地方で行政の必然性が理解されず、地方衛生行政機構の整備は遅れた（医制百、51-55）。こうした経緯は、「同局の存在基盤がいかに脆弱であったかが理解できる。内務省衛生局は、明治 26 年以降にいたってもなお、警察行政でも、自治行政でも、そして文部行政でもない独自の衛生行政領域確立の努力を続けねばならなかった」ことの反映でもあった（笠原・小島 2011、11）。そもそも長與が必要とした衛生行政の専門家は、量的に不足していた。しかも 1877 年に流行したコレラに即応するため、地方官制で相対的に成熟する警察が衛生行政実務を担当した。いわば、地方警察と衛生行政の組み合わせは偶発であって必然ではなかった（竹原 2009、518）。とは言え、衛生思想や知識の欠如した農村地区で、警察官が一定の衛生情報を伝達し防疫に努めたことで衛生が浸透したことは事実である⁵⁵。しかし治安取締を本務とする警察機構が衛生を所管すれば、貧困克服や職場環境の改善を求める衛生行政の外縁が、労働運動や社会運動として弾圧の対象になってしまう。社会的衛生の改善には、また別のモーメントが必要とされたのである。

6 小括

日本の医療においては、江戸期に開業医中心主義の供給原則が確立する一方、技術的には明治維新を境に漢方から洋方への大きな転換を経験した。また、近代医療設備の前身がないため、日本の近代化においては国家や軍が主体として強い影響力を持つこととなった。

日本の医務行政では、感染症の流行を抑えるために衛生の徹底が重視された⁵⁶。しかし全国に衛生を徹底するための地方官制が未熟だった日本では、制度設計者であった長與の意向に反して警察機構が地方の実務を担当した。そのため、衛生は社会政策ではなく治安対策の一環と位置づけられることになった。

⁵⁴ 引用論文は、長與の衛生行政観から住民自治イメージを読み取り、ある種のリベラリズムを好意的に解釈している（竹原 2009、514）。他方で、長與の衛生観は全国民を教化対象とするパターナルかつ管理的な発想とする指摘もある（宝月 2010、89-90）。ここでは、長與が専門家や専門知識を重視している事実のみ指摘するに留める。

⁵⁵ 1895 年のコレラ流行では、佐賀県巡査拝命直後の増田敬太郎が流行地に赴任し、防疫を徹底することで感染拡大を防ぐ一方、自らコレラに罹患し殉職した。増田の死後に住民が建立した増田神社は、殉職警察官を祀る唯一の神社として現存している。なお増田神社の存在が全国的に認知されるようになるのは大正末期ないし昭和期に入ってからであり、それは警察精神の向上を図ろうとする警保局中枢による意図的な営為であった（西村 2000）。

⁵⁶ 漢方医たちは明治期に特別な資格を求めるなど復権を求めた活動を行うが、漢方医学は感染症や外科に弱く、コレラ克服や軍事強国化を優先する明治国家の受け容れるところとならなかった（鈴木 2013、233-235）。

第3章 社会化する医療——戦争と福祉の政治過程——

前章では日本の近代化の中で医療が制度化される過程を概観した。漢方から西洋医学へ転換した日本の医療では、一定水準の医師を安定的に供給することが衛生行政の使命だった。また医育機関や病院の前身（遺制）がない中での整備では、政府や軍のような公的主体が大きな役割を果たした。一方、大正から昭和にかけて日本の社会は大きく変化した。またその変化が新たな政策を求め、国家が医療に関わる役割も変化した。疾病は社会不安の主因であり、その対応は社会的にも国防的にも重要だった。本章では、医療が国策に回収され体制化する過程を描く。

1 問題の所在

戦後憲法に基礎を持つ現在の社会保障や福祉は、戦前とは大きく異なっているが、そもそも国家はなぜ医療に関与するのか。また日本の衛生状態を国家はどう変えてきたのか。戦前と戦後の医療体制の差異を考える前提として、本節ではこうした問いを考えたい。

社会保障における戦前と戦後

社会福祉とは、到達目標と諸制度という両義性がある（畑本 2012、7-12）。しかし理念であれ実体であれ、その目標は「国民の福祉」にある。そもそも社会福祉という用語自体が戦後に普及したもので（坂田 2000、9）、そのため多くの論者は、新憲法の制定によって人権保障としての社会福祉が成立したと考える。GHQ や占領期の厚生省が社会保障の細目を整備し、ワンデル報告¹や社会保障制度審議会 1950 年勧告は社会福祉・社会保障の源流と見なされている（坂田 2000、37）。

同様の認識は法律学でも見られる。法律学は、憲法を頂点とした法規範体系の中に個別制度や規程を位置づける。したがって、「社会保障とは、第一義的には国民の生活保障を目的とする制度（加藤ほか 2009、1）」だとするリベラルな福祉国家観が社会保障法学の前提になっている。国際比較や歴史的視座で現代福祉国家を分析する際にも、社会保障の公的責任・普遍主義・総合主義・非救貧性は戦後に樹立されたとする（堀 2004、69-70）。

経済学の分科である社会政策論では、現代資本主義の内的矛盾を打開するために社会政策が発展したと考え、特に生産関係維持のために生産力を保全する機能に注目する（大河内 1980、22-43；ミシュラー 1990、7-8）。戦前の社会政策は、軍事的強権的な資本主義の帰結であり、労働組合に冷淡な国家が推進した社会保険制度は、戦時動員を推進する道具に過ぎない。対照的に、労働組合が産業関係において正統性を獲得した戦後になって、社会保障の改革は起きたと考える（石畑・牧野編 2003、31-33、141）。

いずれの研究領域でも、憲法体制の違いに注目し、戦前の社会政策と戦後の社会福祉の間に断絶を見出す。例えば厚生省は戦前に設立されたが、それは軍国主義的帰結であり、社会民主主義的な権力資源の動員によるものではない。しかし、社会的施策が戦前にも相応に機能していたことは事実である。社会福祉

¹ 報告書の正式名称は「社会保障制度への勧告 米國社会保障制度調査團報告書」であり、1947 年 8 月に来日したアメリカ社会保障局のウィリアム・ワンデルを団長として 10 月まで調査が行われた。報告書は 12 月に GHQ へ提出され、日本政府には翌 1948 年 7 月に送達されている。

学や社会保障法学はそれを無視してはいないが、戦前の制度と戦後の変容を連結する視点は薄い。社会政策論のようなマクロ視点では、労働や生産に直結しない医療のような制度変容に淡白であった。そこで、近代日本医療の特性を明らかにし、戦前に起きた保健衛生上の変化との関連を考察してみよう。

近代医療の特性

こんにちの医療は健康回復を目標とするが、かつてはそれが当然ではなかった。非科学的な医療は祈祷と同義であり、健康回復の期待は薄かった。社会保障がない時代に病気になって生計を失えば、貧困に直結した。だから、大正期に顕在化した労働運動や恐慌による農村の打撃という社会不安を軽減するには、医療保険制度²⁾によって疾病に起因する貧困を克服する必要があった³⁾。また戦前は子どもの死亡率が高かった。例えば1920年の1000出生あたり乳児死亡率は171.6、1930年でも130.5を記録した⁴⁾。死因の四分之三は、呼吸器系炎症、消化器系炎症、脳系炎症、乳児固有疾患で(西田1996、294)、医療分娩環境の整備や化学療法で克服可能なこうした疾病に当時は対処しようがなかった⁵⁾。

ところで医療費が高いことは、医療費自体が高額な場合と、庶民の所得が低いので医療費が相対的に高くなっている場合が考えられる。医療は19世紀後半に急激に科学化した。医師は体系的で長期の訓練を受け、国家免許で技量が保証された専門職となった。細菌学や化学療法が発達して医療は信頼できる技術へ変貌し、専門職への技術料や新規薬剤、検査に費用がかさみ、医療費は急騰した(アッカーネヒト1983、241)。さらに外科技術の安定によって新たな医療需要が拡大する一方、担い手の養成が間に合わず、結果として供給主導の市場構造が成立した。さらに、国民が「医療」を購入できなければ、近代軍の徴募兵が不足する⁶⁾。近代国家では、医療に公的介入を行うことは不可避であり、欧米では普遍主義医療や社会保険制度が整備された(アッカーネヒト1983、242-243)。重要なのは、医療費の高低自体ではなく、テクノロジー化する医療が自由経済の上に成立しなくなったことである。技術進歩が検査・投薬・治療の費用を上昇させるとともに救命可能性を高める一方、経済力が受診の可否に直結すれば社会的不安が大きくなり、外部不経済として放置すれば社会が崩壊しかねない。したがって、国家に求められる医療上の責務は、第一に経済上の医療アクセス保障、第二に物理的な医療アクセス保障、第三に公衆衛生、第四に医療の質保障だといえる。

²⁾ 1922年に健康保険法が成立し、雇用者向けの社会保険が開始されたが、当時の社会では雇用者自体もまた適用事業所も少なく、社会保険の恩恵は限られていた。さらにホワイトカラー雇用者(職員)は当初適用の対象外であり、社会保険の性質は労務性が強かった。一方、農村では1930年代中期に散発的に地域保険が設立されたが、全国を対象とする国民健康保険法が施行されたのは1938年である。

³⁾ 寒村では逼迫して受診できずに健康を害し、さらなる貧困に陥る悪循環が見られた(川上・小阪1992、4)。戦後に予防医療で有名となった岩手県沢内村(現・西和賀町)では、生前に受診できず死後に埋葬のための死亡診断書をもらいに受診することが稀でなく(太田ほか1983、72)、遺児を運んで医院に着いたのが深夜となり、翌朝日が昇ると同じく検死待ちをする親が複数いた例さえあった(及川2008、140-141)。

⁴⁾ 近年の動向では、出生100万に対し乳児死亡は2000、新生児死亡は1000、周産期死亡(妊娠28週以後の死産と新生児死亡の合計)は2500であり、妊娠28週以後満一歳まで100万に対して4500が亡くなるに過ぎない。1920年当時の数字と比較すると乳児死亡リスクは数十分の一にまで低下している。『平成26年(2014)人口動態統計(確定数)の概況』の「第2表-1人口動態総覧の年次推移」から筆者計算。

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei14/index.html> (2019年8月27日閲覧)

⁵⁾ このうち炎症系の疾病に対しては、サルファ剤や抗生物質が一般化したことで死亡率が激減している。また乳児固有疾患は症状と原因が多岐にわたるが、概ね体液管理、呼吸管理、外科療法、薬物療法などの進展によって状況が改善したほか、胎児モニタリングなど診断技術の進歩が死亡率の低下を招いている。ただしこれらの普及は1960年代であり、1950年代はもちろん戦前に期待ができなかったものだった(西田1996、296-300頁)。

⁶⁾ 第二次世界大戦のアメリカでは、徴兵検査を受けた2000万人の青年男子中、40%超が健康上の問題を抱えていた

経済アクセスの保障とは、医療を社会保障として位置づけ、貧富差と健康差を直結させないことであり、一方、物理アクセスの保障とは、医療機関や医療スタッフを全国に配置して国民が現実に受診できるようにすることである。開業医中心の医療供給では、小規模診療所で内科的に治療し徒弟的に後進を養成する。一方で近代医療は、治療・育成とも病院のような大規模施設を基盤とする。近代に入ると欧米の病院でさえ大きな機能変化を経験し⁷、まして原型のない日本医療の近代化で国家に期待される役割はかなり高かった。

工業化・都市化する近代社会では、対人サービスである診療に加えて、公衆衛生によって地域全体の衛生状況を改善する必要性もまた高い。都市スラムの改善、伝染病予防、周産期環境の整備などは、都市固有の社会問題である。細菌学が発達する前から、人口集積度の高い都市部で死亡率を低下させる対処が必要であることは疫学的に理解されていた。兵士と労働力を確保することは国家的な課題であり、伝染病予防や水質保持などについて今から考えると誤った対処も行ったが⁸、一定の成果をあげたことで公衆衛生の重要性が社会的に受容された。1章5節でも述べたように、19世紀末には予防のための保健医という新たな医師像も確立した（アッカークネヒト 1983、237-241）。

高度な医療が普及すると、国家は医師養成や免許制度を通じて供給管理の責任を負うようになった。中世ヨーロッパでは大学組織⁹が医師を養成していたが、宗教改革後の大学は現地世俗権力と結託し徐々に「国民化」「教派化」した。フランス革命後には人材養成の場として近代大学に期待するようになり¹⁰、軍事や建築、工学など実践的知識を重視する専門主義が推進された。フランス革命後の大学機能の拡張は、ドイツの大学で完成した。1810年設立のベルリン大学は、個別科学を総合的に提供する当時世界最先端の大学だった¹¹。

19世紀に科学革命の影響が社会各所に及ぶと、英仏などドイツ国外の大学も大きく変容した。大学の設置形態や国家との関係性の相違はあるにせよ、中央集権化した国民国家の下で各国の大学の専門化が進んだ¹²。現代科学で重視される、実験室で発見・検証する過程に優れていたドイツの実験室教育は、科学技術の発達に伴って各国に広まった。医学教育も同様の影響を受け、教育課程は高度化し標準化された。医学教育の内容や医師免許は社会化され、国家や国家に準じる公的組織が制御することで、医療という科学技術を実践する医師の質は公的に保証された。近代社会の医療は国家と不可分となった。

⁷ 1章でも触れたようにパリに現存する最古の病院、オテル・ド・ディウ Hotel de Dieu は1400年前に創設されているが、現在のような大規模診療機関となったのは19世紀後半である。

⁸ 例えば細菌学確立前には、ミアズマ（瘴気）が病因だと認識されていた。1840年代のロンドンで、公衆衛生院のジョン・シモンらが、疫病をもたらすスラムのミアズマを根絶しようと汚物の除去に努めた。発症機序の推定は誤っているが、汚物の除去は結果的に疫病根絶に貢献した（アッカークネヒト 1983、238）。

⁹ 中世の大学では下級（基礎）学部で一般教養を教授し、法医神の専門三学部は上級（応用）学部として設置されるのが一般的だった。当時の大学教育はどこであってもラテン語で教育されたので、ヨーロッパ世界内では大学教育の普遍性がある程度保障されていた。

¹⁰ すでに第1章で見たように、フランスにおいては短期間ではあるが医師養成をすべて健康学校（エコール・ド・サンテ）で実施し、旧設大学の医学部を閉鎖したことさえあった。

¹¹ 中世の大学をスツディウム・ゲネラレ（一般学問所）と呼ぶのに対し、ベルリンのような新構想近代大学をユニヴェルシタス・リテラルム（総合大学）と呼ぶ（島田 1990、193）。

¹² 例えばドイツの場合、19世紀までに開学した大学は若干の例外（純然たる私立のほか、教会立が数校あった）を除くと全て公立であるが（金口 2006、19）、それ以上に国家資格制度が確立し、大学の予備校化が進んでいた。こうした点で大学における教学のありようは免許・資格制度のあり方という「外的要因」を抜きに存在しえない点で国家による浸透を許容していたといえる（潮木 1993、125）。

近代日本医療の変容

戦前までの日本は多産多死社会だった（JICA2003、15；皆川 1984、112）。本来、多産多死は人口動態を示す用語だが、キャンベルや池上が平均寿命と周産期死亡率を併用して日本の医療環境を評価するように（池上・キャンベル 1996、i）、一般に周産期の死亡状況を医療衛生環境の反映と見なすのは自然である。

多産多死は今日でも一部の開発途上地域で観察され、イギリスやドイツの資本主義発達段階の初期でも確認される。つまり日本固有の現象ではなく、また経済発展が進むにつれて沈静化する（皆川 1984、115-117）。そのため、環境衛生の改善で少死となり多産を不要としたのか、工業化や経済発展によって多子が不要となったのか¹³、真因は特定し難い。ただ、近代的統計が整備された大正末期（1920 年ごろ）から出生率・死亡率ともに低下し、戦後に入り 1960 年からは明らかに少産少死化社会に変化した¹⁴。要因として、近代医療や公衆衛生の浸透、経済成長と生活水準向上、教育制度の整備と衛生思想の浸透などが複合的に作用した結果と考えられる（JICA2003、15-16）。ただしこれらは明治維新以後ずっと続いた方策であって、なぜ 1960 年ごろに少産少死化社会が到来したかを説明できない。例えば同じ後発資本主義国であるドイツで生じた急激な死亡率の低下が、日本では戦後まで起きていない（皆川 1984、112）。また、乳児死亡率の低下は医療技術の進化によるものではないという指摘もある。乳児の死亡リスク¹⁵はサルファ剤・抗生物質の普及や出産環境の整備によって低下する。こうした技術は 1950 年ごろに達成されたが、乳児死亡率低下は 1930 年に始まっており（西田 1996、300-302）、少死化の要因はむしろ戦前に活性化した母子保健活動の結果だと推察できる。軍国主義的な動機で始まった制度ではあるが、保健婦や助産婦が全国の市町村で母子公衆衛生活動に関与したことは、乳児死亡率の向上に寄与した可能性が高い（菅原 2001、4-5；宮本 2014、93-94）。

戦前期に生じた衛生行政上最大の変化は、疾病保険の整備と進展である。工場法改正で始まった疾病保険制度は、健康保険法成立や適用拡大により被用者保障の厚みを増した。昭和恐慌に対処すべく創設された国民健康保険は、医療供給の保障を国民全体にもたらす変化だった。社会保険の加入者は少なく、国保創設も市町村の義務ではなかった。しかし、農村の貧弱な衛生状態や医療供給の不足は、自由診療体制の医療費負担が重いことに起因する。それを社会問題として国家が認識し、保険制度を導入して構造的な解決を目指そうとしたことは大きな転換だった（国民健康保険協会 1948、31）。

日本が多産多死社会から少産少死社会へ変貌した背景には、制度的要因があった。それらは戦後新憲法に先立って、軍国主義的な体制の下で進んだ。健康保険制度や医療供給体制の充実、総動員体制の中で初めて可能となったのである。

¹³ 例えば皆川の所論は、戦前期の地方農村における人口動態の基盤構造を解明することが目的である。農家の後継者を早期に確定させるために早婚と早期の第一子出生が認められる一方、第二子以降の出生間隔が大きいこと（低生産力ゆえの間引きが推測される）、三〜四子の家庭が多くそれ以上も以下も例外的であること（労働力確保のため一定の児童数が必要だった一方、子が多すぎると家計が維持できない）を人口動態統計から抽出した（皆川 1984、122-125）。

¹⁴ 1960 年以降の日本では、出生率 20 パーミル・死亡率 10 パーミル以下で推移し続けている。出産や出生の多寡に明確な基準はないが、JICA の報告書で言う「多少」はこうした数値を参照していると考えられる。

¹⁵ リスクは大別して、(1) 呼吸器系炎症、(2) 消化器系炎症、(3) 髄膜炎・脳炎、そして (4) 先天性虚弱や出産時損傷、未熟児を含めた乳児固有疾患によるものがある。サルファ剤や抗生物質の普及は (1) から (3) を、また出産環境の整備は (4) のリスクを低減する。

生活の安全と安定をもたらすのが現代の社会保障だが、戦前における社会政策は統治の安定をもたらすために導入された。その経緯を観察し、労働や疾病に対して国家がどう向き合ったかを本節で述べる。

最初の社会政策としての工場法

1922年に健康保険法が可決されたことが日本の疾病保険の始まりである。同法は、数次の改正を経たのち現在もなお職域保険を統制する現行法であり、稀有の法律といえる（江口 1996、58）。歴史的に振り返ると、近代資本主義が発達する中で生産関係を維持するため、労働者を適切に管理することが社会保障の原点であった。イギリスでは、17世紀のエリザベス救貧法のような懲罰的規制¹⁶が社会政策の発端となったが、規制は徐々に人道性を増し、工場法制定によって労働力の保全が図られるようになった（石畑・牧野編 2003、28-30）。対して日本では1900年制定の治安警察法が先行し、1911年に工場法が成立した¹⁷。

同法の構想は1890年代に遡る。1895年、イギリスやドイツの社会政策に触発された内務省衛生局長の後藤新平は、労働者疾病保障の必要性を伊藤博文首相に建白した。また1897年までには恤救法案や救貧税法を立案したが、第10議会で廃案となった。そこで11議会に向けてドイツ疾病保険法をモデルとした労働者疾病保険法案を構想した。ただし労働安全の所管は農商務省で、産業奨励と作業員保護を含む職工法案成立を優先させたい同省は、保険制度創設に消極的だった（中静 1996、13）。衛生局は、労働者保護を衛生行政の一環に位置づけており、同局保健課の所掌に労働者と工場衛生を追加した。ところが11議会開会直前に、衛生行政を統括する中央衛生会で法案調整が行われ、工場労働規則の制定が保険制度の創設に優先することを確認した（中静 1996、14-15）。ただこの時に工場立法の必要性として労働力の保全志向が生じた。国力の保全は産業振興につながるため、疾病保険はその補完に位置づけられた。ただ政局の混乱や後藤の台湾総督府異動により労働立法の動きは停滞した。

一方、農商務省では職工法案の制定作業を継続していた。工場法制は、1875年の官役人夫死傷手当規則が労働災害補償を規定したことに始まる¹⁸。近代化は鉱業の発展を必要としたが、労働条件の過酷な炭鉱では争議が頻発したため、政府は1890年に鉱業条例を制定した。条例の主目的は保安取締だったが、僅かながら労働者保護も含まれた。しかし無過失責任主義はなく、本法の保障は就業中に限られた。1905年に条例は鉱業法へ改正され労働者保護的性格は強まったが、本質は使用者側に有利な警察的・慈恵的な労働立法だった（高橋・尾崎 1998、88-91。吉原・和田 2008、9）。国家的産業である海運業では、早い段階から法規制が具体化しており、1899年制定の商法では、船員の処遇と補償に関する規定¹⁹が置かれている（吉原・和田 2008、10）。当時、炭鉱、海運、鉄道あるいは漁民を対象にした個別の保険制度創設は検討

¹⁶ 特に近代初期には宗教的労働観と強く連動しており、貧困とは労働者個人の怠業とみなされた。救済は生存可能な最低水準で懲役囚と同程度に設定され、「浮浪者」を定住させ労働を強制するものだった（坂田 2000、28-29）。

¹⁷ これは富国強兵を実現させるため、労働者由来の社会不安を力によって押さえ込む社会戦略である。スコッチボルは、革命が社会的構造と政治の変動の一致によって発生すると考えるが（Skocpol 1979）、換言すると暴力装置を独占する国家を脅かすような政治変動が生じない限り革命は抑圧できることになる。いずれにせよ、大正から昭和にかけてのわが国の社会不安に関してはスコッチボルの政治変動像が妥当する。

¹⁸ 当該規則は1907年の勅令「官役職工人夫扶助令」に変更され、1918年には「傭人扶助令」に、1928年には「雇員扶助令」へと変容した（高橋・尾崎 1998、91-93）。

¹⁹ 当時、交通行政は通信省所管で、後に海員保険となる独立した保障制度を検討していた。

されていたが（中静 1996, 23）、包括的な保障体制を構想していたのが職工（工場）法案だった。

工務局は、1897 年法案に年少労働制限や就業時間制限を盛り込み、翌年の工場法案では従業員 50 人以上の事業所を対象とした労働災害補償制度を追加した。事業主の反発により両案とも法案提出に至らなかったが、1903 年に同省報告書として『職工事情』が発刊され、また日露戦争後の労働争議が頻発したことで事情は一変した。事業所を規制する統一立法の必要性は社会的にも認知され、1911 年に工場法は可決成立した。ただし事業主の反発によって雇用 15 名未満の小規模事業所は対象外となり、各種就業保護の実施に猶予期間が設けられるなど内容的な後退を余儀なくされた（吉原・和田 2008、10-12）。

健康保険の成立と実施

前項で述べたように 20 世紀初頭の社会政策とは、第一に工場立法が疾病保険に優先され、第二に疾病の休業補償制度は並立しており、第三に補償に保険制度を活用する共通理解の存在が挙げられる。またプロイセンにヒントを得た内務省の労働者疾病保険法案も含めて、労働者限定保障が検討されたのは、工場労働環境を安定させて国力増強を急ぐことが当時の国家的課題であることを示している。第一次世界大戦に前後して軍需好況と不況を経験し、またロシア革命の成功によって労働運動は勢いを増した²⁰。1918 年の米騒動以後には、農村でも小作争議が頻発し社会不安は一層強まった。このような情勢を背景に、政府は体系的な社会政策実施の必要に迫られた²¹。

こうした事情から初期の社会保障制度は労務対策として形成され、疾病保険の立案は農商務省労働課の所管となり、1922 年に疾病保険法案を策定した（吉原・和田 2008、34）。概要は、（1）対象は、工場法・鉱業法適用事業所の非職員（年収 1,200 円以内）、（2）運営は組合方式（100 人以上で設立可能、500 人以上で強制設立）、（3）国庫補助（被保険者一人当たり年額 2 円）、（4）保険料は労使折半かつ被保険者負担の上限設定（標準日給の 3%以内）であり、現代的な規定だった。法案は若干の修正を経て帝国議会を通過し、ほとんど論戦のないまま可決成立した（吉原・和田 2008、37-38;中静 1996、95-99）。しかし健保法批判の世論は存在しており、疾病保険の先行を警戒する事業者側からの批判、医療者の自律性阻害を危惧する医師たちの声、新たな負担²²に対する労働側の不満など、保険関連アクターにとって法案は不評だった。工場法の紛糾と対照的に法案が円滑に成立したのは、同時に審議されていた過激社会運動取締法案に労働側の主たる関心が向いたという偶発的事情のほか、新制度である疾病保険はイメージしにくいので関係者が制度を十分に理解できなかったことに原因がある。そして保険医療制度が存在しない以上、受益構造が曖昧なので拒否権を行使するアクターが見当たらなかったことが要因である。

健康保険は、議会こそ通過したものの関係者の警戒心は強く、全面実施は 1927 年へ延期された。また、都市中間層を主たる顧客とする医師たちが保険を受容しないと制度が成立しないため、制度設計では医師に大きな配慮を行った。被保険者は受診する医師を自由に選択でき、保険が医師を指定しないフリー・アクセス制を採用した。また医療費は人頭割請負制で配分された。総額計算は以下の考えによる。家計調査に

²⁰ 労働者の困窮は明らかであり、例えば 1912 年を 100 とした賃金はインフレの進行によって 1918 年には 78 まで低下している。1920 年にはわが国初のメーデーが開催された。

²¹ 政治的には普通選挙権拡大運動が活性化し、さらに野党・憲政会が疾病保険法案を求めるなど、一般庶民のための福利厚生策は勢いを増していた。

²² 労働側は健康保険の給付対象に労働災害が入り、事業主の負担が相対的に軽くなった（＝労働者側の負担が増した）ことに強い警戒心を持っていた。

よれば医療費は日額 50 銭で平均受診日数 17.3 日を乗じ、歯科医療分と療養費給付の計 1 円 22 銭を政府に留保すると、差し引き 7 円 42 銭が加入者一人当たり年間医療費となる。これに加入者数を乗じたものから、官公立病院と薬剤師会への支払を差し引いた金額が各県の保険給付総額となる。

医師が実施した保険診療を積算し、県総額を個々の医院に比例配分した。診療行為には医療上の難易度や手間などを考慮した点数が設定されたが、これが現在も利用される診療報酬点数の原型である（中静 1996、160-167）。ただしこの時点の点数は、医師の稼動量測定に用いるシンプルな仕組みであり、また保険加入者は少数で、1927 年総人口 6000 万人のうち被保険者は 194 万人、1936 年でも 300 万人に過ぎなかった（医制百資、610-611、表 24）。保険医療は医療の主流でなく、現代の保険医療のアナロジーとして当時の保険を理解することはできない。ただし保険医療費の配分は府県医師会の事務とされ、報酬総額の定率が事務費として支払われた。財政的実利を得た医師会は、医療行政の末端に組み込まれた。本来なら、医師会は専門職の自律性を求め政府や社会の介入を排除するのが自然である。小規模とはいえ、保険医療内部に「既得権」を得たことは、医療史上小さくない転換点となった。

内務省社会局の誕生

内務省衛生局や軍医務局が衛生行政を推進する一方で、日本経済の成長はさまざまな矛盾を生み出した。その克服に必要なのは、工場の監督から労働者の疾病保険に及ぶ総合的社会政策であり、独立した管理主体を必要とした。そこで大正期に、救護課を母体として内務省社会局が設けられた。社会局は短期間で外局へ昇格しており、社会政策の必要性が切迫していたことが窺える。

近代日本の社会政策は、1874 年制定の恤救規則を基盤とした救護行政が中心で、しかも政府は隣保扶助を掲げて救護対象を絞り込んだ上に国費投入を制限した²³。社会政策の貧弱は社会の不安定化を招き、日比谷騒擾事件（1905 年）や憲政擁護騒擾事件（1912 年）などの都市民衆暴動や、米騒動（1918 年）のような農民反乱が頻発した（副田 2007、370-376）。特に大正期の大戦景気とその後の不況によって、工業化や都市化が進展すると同時にインフレーションによる貧富格差の拡大が進んだ。

資本主義の発展は多くの国で労働争議を多発させ、社会不安が深化したのは日本だけの現象ではなかった。そのため、大戦処理のために開催された 1919 年のパリ講和会議で国際労働法規問題が課題となり、同年中に国際労働機構 ILO が発足した。日本では、労働問題を治安上の課題と認知していたが、パリ会議は社会問題として取り組んでいた。戦勝国として会議に出席した日本にとって、労働環境の整備は国際公約に匹敵した。ロシア革命への危機や、五大国としての大国意識、あるいは社会全体の改造機運を背景として、労働問題は突如大きな社会課題となった（中静 1996、47-49）。

労働問題の分析や対応は内務省内では警保局が所管していたが、内相・床次竹次郎は省内リベリズムを徹底する形で討論させた。例えば労組法案を策定したのは若き内務官僚・南原繁であり、労働組合や労働運動を取り締まり対象と見なすのではなく、労働組合法を制定し安定的な労資関係を作ることで社会的課題の解決を志向した。一方、労働問題の所管は農商務省工務局であり、米騒動当時は工場法を所管する一方、次の課題として疾病保険の原案を検討していた。ところが労働問題が争点として重みを持つように

²³ その結果、統計上は救護対象が減少しているが、実際には同時期に行旅死亡者や病人が増加しており、救護行政の有名無実化が指摘された（副田 2007、354-361）。

なると、原敬首相は労務の専管機関を求めるようになり、1919年夏には既存事務を包括して「仮称・労働局」を内務省か農商務省に新設する政府内合意が形成されていた。こうした動きとは別に、恤救規則に基づいて救護行政を所管する内務省地方局救護課は、行政手段が拡大した結果「救護」課という名称と実際の所掌事務に乖離が生じていた。後に衆院議長や農相を務めた初代救護課長・田子一民は、社会課へ改称することを計画し床次内相や参事官会議の了解を取り付けていた。内務省内部のこうした動きと労働局構想が合流し、19年12月には内務省内に「社会局」を置くことが決まった。救護課は社会課へ改称し社会局の筆頭課とされた²⁴（山本1996、214-215）。このように、内務省社会局と農商務省労働課が並立して社会政策を所管する体制が成立した。しかし1922年の健保法制定により労働課などの部署²⁵を統合して大型の社会政策官庁を形成する機運が高まった。内務省社会局は、1922年11月に長官を擁する外局へと昇格した。救護課改称からわずか3年後のことだった。

複数官庁にまたがる事務を統合すると省庁間紛争が生じるのは自然であるが、実際には農商務省が煩雑な労働行政の所管を嫌っていた。パリ講和会議で突如争点化した労働保護を理解できる者は省内におらず、若手官僚の河合栄次郎や本位田祥男が議論をリードした。8時間労働制の採用を主張する彼らに対して、吉野信次次官らは法案成立を優先し、財界の反発を和らげる折衷案を提示した。失望した二人は退官し東大教授へ転籍する（中静1996、60-61）。結局、社会改良指向を持つ農商務官僚は社会局が居場所であり、一般的な農商務官僚にとって農商務省が原点回帰したので、双方に不満はなかった（中静1996、104-107）。

健康保険法は内務省社会局が管轄し、1923年4月の本格実施を控えた矢先に関東大震災が発生した。準備作業は1924（大正15）年まで延期されたが、同年4月に社会局保険部が設置され、また翌25年1月の全面施行に備えて全国50箇所（各府県に1、北海道に4）の健康保険署が設置された。府県に事務委任せずに独立機関を新設したのは異例だったが、1929年には署を廃止し府県警察部に健保課を置いた（吉原・和田2008、56）。

当時の地方行政は矛盾の中にあった。産業発展や衛生普及により地方行政は総合化しつつあったが、個別領域の専門性を持たない内務官僚にとって、地方行政の総合化は存在意義の消失につながる。社会局新設によって重要な行政領域を先占したのは内務省の生存戦略だが、健康保険が短期間に警察行政へ回収されるなど戦略の一貫性はない。しかしそうした矛盾や混乱があるにせよ、社会問題という新しい政策課題を所管する専任官庁が成立したことは、広義の福祉行政において重要な転換点だった。

3 貧窮化する都市と農村

国力増強は、都市と農村の格差を広げる。大正から昭和初期に増大した社会不安は、経済成長の結果でもあり、その対処は国家の任務だった。本節では、都市と農村で異なる発展を見せた社会政策の進展を概

²⁴ 社会事業を担当する課なので「社会課」と命名したが、当時の世相では社会主義を連想させるため省内や政府内で強い抵抗があったという。ただし欧米での社会保障（具体的には退役軍人や戦傷遺族の処遇）調査を一年にわたって行った田子は改称に執着した。この改称は単なる名称変更でなく、社会行政が担当すべき領域の発想を転換するものであり、田子はそのことに自覚的であった（山本1996、215）。

²⁵ このとき合併の対象となったのは工務局の労働課と工場課に加えて鉱夫監督（鉱山局）、海員監督（通信省船管局）、職業紹介（内務省社会局）、労働統計（国勢院）などであった。さらに小作農対策（農商務省）や簡易保険（通信省）、移民（外務省）などの業務も包括するかなり大きな所管再編であった（中静1996、101）。

観する。

都市行政の新たな課題と潮流

ここでは我が国最大の都市である東京を例に取って、20 世紀初頭の都市問題を考えてみよう。政府の殖産興業政策によって 1880 年ごろから工業化が進んだが、学校制度が成熟して就学率が上昇すると工業化はさらに加速した。第一次世界大戦の連合国だった日本は、遠隔地の優位性を活かした軍需生産で大戦景気を享受したが、急速なインフレーションにより貧富の格差は拡大した。大戦景気が急速に冷え込んでからは慢性的な不況に直面する（源川 2007、87）。1923 年の関東大震災によって東京を含む日本経済全体が打撃を受けた上に、1927 年には昭和金融恐慌が発生した。1929 年にはアメリカ発の世界大恐慌に加えて、日本の金解禁実施に起因する深刻な不況に見舞われた。職場では大規模な合理化が実施され、労賃も切り下げられた。戦前の給与生活者²⁶は国民の多数でなかったが都市部では一定の集団を形成していた（岩瀬 2006、24-26）。当時は社会保障が存在しないので、医療費は全額自己負担である。そうした所得層がまとまって存在する都市部以外では診療コストを回収できないので、医師の開業は自然と都市部に集中した。

大戦後の不況は、輸出の減退と企業の操業短縮や倒産増加をもたらし、失業者の増大や東京市電ストや東洋モスリン亀戸争議など大規模争議が頻発した。1932 年には血盟団事件や五・一五事件などのテロが発生し、社会不安は深刻化していた（源川 2007、87-88）。都市下層では、夫婦と子ども二人が狭隘な棟割長屋（4 人で 8 畳程度）に住み、水道がないので共同井戸を利用する。また下水処理が未熟で衛生状態は劣悪だった（源川 2007、89）。このような住宅にさえ住めない場合には東京市立の養育院を頼ることはできたが、入居は自堕落の結果だと見なす世論の風潮があり、公的救護への依存は社会的スティグマを伴う「危険」な選択だった（塩見 2008、137-139）。「自活」する場合、東京にあった三大スラム（四谷、芝、浅草）を訪れることになる。繁華街に隣接する浅草万年町に対して四谷鮫ヶ橋や芝新網町は陸軍士官学校や海軍兵学校に隣接していた。スラムの栄養はそこから生じる上質の残飯に依存していたのである（紀田 1990、55-60）。また、スラム街ではもらい子殺人のような陰惨な事件²⁷も発生するなど、社会政策も自活もあてにできない状況があった。

都市部の不安定な社会状況が拡大するにつれて、抜本的対応が必要とされた。そのため東京市役所では、内務省に先立つ 1919 年 12 月に社会局を設置した。従来から養育院の運営や職業紹介、施療（無料診療）の実施など各種社会事業を市は行っていたが、包括的・体系的な社会事業の必要性が認められ、社会事業専任局の新設と予算が市会で可決された（佐藤 1991、2-3）。当初は飲食特別課税（遊興税）を原資にして職業紹介所や労働宿泊所、託児所、遊園の増設を計画したが、1921 年 12 月に東京市長に就いた後藤新平は、安定財源による本格的な社会事業を展開した（源川 2007、90-91）。特に賀川豊彦の助言で公的セトルメント（隣保館）や産院・乳児院や乳幼児保育園などを積極的に建設した（源川 2007、92-93）。都市部の特殊な事例とはいえ、市が従来の書記業務を越える任務を担当しそれが機能したのは、新たな行政潮流だ

²⁶ 岩瀬によれば 1930 年代と 2000 年代初頭を比較した際、給与で 5000 倍、物価で 2000 倍に換算するのが概ね妥当だとする。当時の都市生活者の平均年収 1360 円は、物価ベースで現在の 270 万円に相当する。一方、勤労世帯平均所得は 600 万円強なので、その差が経済成長で生まれた「余剰」である（岩瀬 2006、35-36）。

²⁷ 女性の社会的地位が低い時代にはシングルマザーの自活は困難だった。そこで持参金付きで養子斡旋を依頼することがあった。東京市北西部のあるスラムでは、養子の持参金を費消した上で乳児の育児を放棄する事件が 1930 年に発生した。乳児 40 人が殺害され持参金 1200 円を横領、集落住民 12 人が逮捕された（合田 2004、61-77）。

といってよい。

農村社会の窮乏

都市と違って農村の状況はやや複雑である。そもそも農業は、天候や商品作物市場の動向に左右される偶発性の強い産業である。また、明治維新以後に農地売買が自由化された結果、戦前の農村構造は地主＝小作関係に分極化した。農村の変化とは、経済構造と偶発性や個別性に依拠するのである。

第一次世界大戦前後から農業技術は進化を遂げ、農業生産性は向上した。その結果、余剰作物が大規模に市場売買されるようになり、農民は商品化過程に取り込まれる。小作料の過重な現物納に小作農が不満を持ち、小作争議の発端となるのはこうした過程そのものである（西田 2006、8）。家族に擬制した温情的関係として不作の年は小作料を減免することもかつてはあったが（西田 2006、6）、1920 年代に入ると小作料自体への不満が高まり作況と無関係に小作料を引き下げる事例が見られる。こうした運動が加速する契機は 1922 年に日本農民組合が結成されたことだった（ワズオ 2006、86）。小作を組織化して地主に対抗する積極姿勢²⁸により、「1920 年代の小作人は組織の力をバックにして地主に大幅な小作料の減額を認めさせた」（西田 2006、10）のである。1925 年には男子普通選挙制が施行され、4 万 3 千人の町村議員が当選した。その 21 パーセント（9000 人強）が小作農であり、農村における小作農の組織化は政治的にも社会的にも成果を収めていた。

状況は世界恐慌によって急変した。恐慌はまず貿易に打撃を与えた。1931 年の輸出総額は 15 億 1 千万円で、1929 年の 26 億 6 千万円から半減した。また金額ベースで 4 割を占める輸出の主力の生糸と繭が半値以下に暴落し、農家の現金収入が絶たれた。1930 年には豊作による米価下落、1931 年には冷害による北海道・東北の大凶作、1934 年にも全国的に冷害・干害・風水害による不作を招き、さらに都市部から帰村した失業者が加わったことで農村部の窮乏は極限に達した（吉原・和田 2008、66-67）。この間、各農家は現金収入平均額をはるかに超過する負債を負っていた²⁹。商品作物価格は下がるのに肥料など生産コストは下がらないので、農家の収支バランスが悪化したからである（有本ほか 2013、15）。負債の多くは地主からの借金であり、返済を滞納する中で小作料の減免を迫ることは難しかった。また膨らんだ負債を減らすべく、投資によって「打って出る」農家もあった。縄や石鹸の製造販売で副収入を得るため、借金で製造機を購入する。しかし全体消費が冷え込む中で売り上げは伸びず、こうした拡大戦略は農家の負債増大を招いた（西田 2006、12-13）。

農村の生活水準は低下し、欠食児童の多発など問題は顕在化していた。しかも軍部にとっての農村は兵士の供給源であり、農村の生活水準低下は国防上見過ごせない問題だった。惨状は農民個人の努力で克服できる水準ではなく、政府による介入を必要としていた。

医療の社会化

²⁸ 運動は集落単位で結成された強固なものであり、また訴訟などの法律戦も含めた洗練された運動だった。弾圧の恐れを回避するため合法的に対峙し、勝利の獲得が運動への信頼を呼ぶ循環が成立していた（ワズオ 2006、83-84）。

²⁹ 参照資料による若干の変動はあるが、農家全体の平均で 800 円強（吉原・和田 2008、67）、小作農は 385 円の現金収入に対して 514 円の負債を負うとのデータ（西田 2006、12-13）もある。サンプリング分析として山形県新庄市の事例では、743 円の収入に対して 1377 円の負債が観察されている（有本ほか 2013、15）。総じて収入の 1.5 倍ないし 2 倍の借金を背負っていた。

都市・農村が窮乏すれば多くの経済的困窮者が生じる。困窮者に無料ないし低額で治療を行うことは施療と呼ばれる。医療が生命を左右する技術になる過程で、施療は制度の中に徐々に位置づけられていった。

明治期の救療事業は、東京府病院や有志共立東京病院（現在の慈恵医大病院）などの公的病院で実施されたほか、東京帝大病院は学用患者制度による施療を行っていた。しかし運営は不安定で、府病院では1877年の施療開始から四年後に中断し、共立病院や学用患者の対象者は医療需要全体から見てごく僅かだった（新村 2006、249-251）。すでに述べたように医療の科学化は信頼性とコストを同時に上昇させた。そして工業化で増えた労働者層にとって、高騰した医療費は「贅沢」なサービスだった。しかし都市労働者を疾病と貧困の悪循環（川上 1965、327-328）を放置すれば、社会不安の増大に直結する。その克服には、貧困層の受診を社会全体で分担する「医療の社会化」を進展させる必要があった。その一例が、下賜金を含む寄付で設立された恩賜財団済生会³⁰であり、こうした救療機関の増設で1912年に4万2千人だった施療患者は、1926年に54万人に達した（新村 2006、252-253）。

ただし当時の日本医療の社会化は不十分だった。第一に済生会の救療事業は不安定かつ局所的だった。第二に、日本の低医療費政策が施療の不足をもたらしていた。低医療費政策とは、本来社会で分担すべき医療コストを政府が負担せず、その責任を開業医に負わせることを言う。その結果、国民の不満が「高給取りの開業医」に向かうが、政府は公的病院の整備を抑制した上で開業医の利潤を保障するので、両者は暗黙の相互利得関係にある（川上・小坂 1992、28-29）。結果として困窮者の受診アクセスは改善しない。これを打開する本格的な医療の社会化は、（1）低価格診療所チェーン、（2）健康保険、（3）農村部の利用組合と国民健康保険の三方向で展開されていた（川上 1965、331）。

1911年に、実業家の鈴木梅四郎が加藤時次郎医師に協力して実費診療所を開設し、夜間に診察を実施した。診療所は、日収一円五十銭以下の中下層住民を対象に、適正医療の供給を目的とした。鈴木は自社の診療所を地域開放した経験から、低廉な医療費でも受診者が確保できれば採算が取れると考えた。診療所は診察料を課さず、薬剤や診療費は実費として一般医の三分の一に設定したため、総額は医師会価格の四分の一に抑えられた。そのため開所当初から一日七十名超が受診し、開所翌年には昼間も診療する繁盛ぶりだった（川上 1965、336-337）。開業医の生活を脅かす実費診療所に対して各地の開業医は強く抵抗したが、患者の支持を得た実費診療所は拡大していった。そして加藤医師が左派であるにも関わらず、財界や内務省の支持も得ていた。これは低医療費政策を維持しながら、医療費高騰に対する国民の不満をそらすために実費診療所が「活用」できたからである（川上 1965、338）。

実費診療所へのニーズは高く、1930年まで受診患者は毎年増加していた。医師会との対立は激烈だったが、国からの暗黙の支持や患者の共感により医療市場で一定の地位を確立していった。特に自治体立や慈善病院併設の実費診療所が急増したため、加藤診療所以外の施設は1929年には153施設にのぼった。その後社会保険制度が導入されたことで、低廉医療機関は打撃を受け、やがて保険医療に包含されていった（川上 1965、338-344）。ただし、内務省がそれなりの努力で健保制度を創設した以上、国家は医療アクセスの経済保障に関与を余儀なくされており、実費診療所ブームで顕在化した医療ニーズが保険医療の拡大

³⁰ なお済生会はここにち、社会福祉法に基づく社会福祉法人となっており、全国40都道府県に医療・福祉施設を所有している。特に医療施設は97機関（79病院）で合計病床数は22000床強を数え、医療法の公的医療機関に指定されている。社会福祉法人・恩賜財団済生会ホームページ、平成27年度事業報告 <http://www.saiseikai.or.jp/about/information/h27br.pdf>（2017年04月23日閲覧）より。

を後押ししたとも言える。事実、開業医の多くは戦前の保険医療が低廉だったので、事実上の施療と認知していた（有岡 1997、22）。しかし収入が小さかったからこそ、専門職の自律性という開業医利益に反する保険医療を医師たちは受け入れたのである。保険医療による医療の社会化は、最初はひっそりと始まった。

1923 年 9 月の関東大震災は東京市内に大きな被害をもたらしたが、同時にコミュニティ福祉活動発生の契機となった。東京帝大法学部の末広厳太郎らは、イギリスをモデルとするセツルメント（地域社会福祉）活動を 10 月に組織し、被災復興を後押しした。翌 24 年には寄附金を原資とするセツルメントハウスを建設し、常備活動の拠点とした。帝大セツルは市民教育部・調査部・児童部・法律相談部・労働学校と並んで医療部を持ち、救療活動に加えて公衆衛生教室と連携した衛生活動も行った。ただ、イギリスのセツルと異なり帝大セツルはキリスト教的な人道主義の背景を持たず、むしろ反戦運動や社会主義思想と人的重なりがあり、運動は様々な配慮を必要とした³¹。結局、帝大セツルは政府の圧力で 1938 年に解散し、施設は恩賜財団・愛育会へ寄贈された（川上 1965、362-366）。セツルメント活動の影響力は限定的で当時の政治状況で発達には制約があった。しかし地域ニーズに沿う活動が社会政策の実効性を上げることは政策関係者に認知された。医療の保険化で経済アクセスを改善することや、社会政策は地域単位で実施することは、戦時下の衛生行政にとって貴重な教訓となった。

政府の対応と総合化する市町村

農村が激しい窮乏から脱却するには、最終的に農村経済の復興が必要だった。負債を減らし現金収入を獲得することが、当時の農村には必要だった。その具体的な取り組みが、1932 年から 3 年間実施された時局匡救運動と、ほぼ同時期に着手され 1941 年まで継続した農山漁村経済更生運動である。時局匡救運動は購買力復活プログラムであり、負債整理策を提示するとともに、土木工事の実施で農家に雇用と現金収入をもたらした。着手された 3 年間で、国の直接歳出が 6 億円、地方が 2 億円、そして預金部資金から 8 億円融資が加わり総額 16 億円に及んだ。当時の政府歳出の総額が年間 20 億円なので非常に大規模な財政支出だった（市川 2012、84-85）。

一方、経済更生運動は自力更生が基本なので財政的インパクトは小さく、府県ごとに取り組みの差があり全国一律の事業ではない。ただし更生運動の流れには共通点があった³²。つまり疲弊が激しい当面の救済は匡救事業で対処し、長期的には更生運動で経済改革を達成したのである。そのため既存の内務省ルートに事業を限定せず、また農会や産業組合（産組）を通じて農業の高度化・合理化を行い、結果として指導層が一新され村落の支配構造が変化した。

経済更生運動も匡救事業も、1932 年 9 月に開催された第 63 臨時会から始まった。9 月に経済更生部を

³¹ セツルの公衆衛生活動を支援した東大医学部の国崎定洞助教授はドイツ留学中に共産主義の影響を受け、大学を追放されてからソビエト入りした後、スターリン粛清中にスパイ容疑で処刑された。またセツルメントに関与した後に東京市役所へ入庁した社会学者・磯村英一は、OB として拠出したカンパに関し特高警察から尋問を受けた経験がある（深田 1988、247-249；281-283）

³² 更生運動の実態把握に際して二つの論稿に依拠した。ひとつは農業経済学に基づく分析（岡田 1982）で他方はイギリス人の社会史学分析（スミス 2006）である。両者は特に産業組合の性格付けに関して好対照を見せる。前者が階級的理解で組合を地主の代弁者と規定する一方、後者は旧来の権力構造の延長上にはない存在として肯定的に評価する。ただし一次資料に基づく運動描写が細かい点で前者の分析の意義は高い。本章では特に地方行政に対する運動のインパクトという観点から両分析を並列的に取り扱う。

設置し 12 月に経済更生計画樹立方針が公表された（竹山 1990、2-6）。当初、指定町村は 1500 弱だったが、1940 年までに 81%が指定される包括的事業へ変貌した（市川 2012、86-87）。計画は農業経営の合理化・高度化を促し、土地利用の方針や作業の方法、金融改善などテクニカルな指針が盛り込まれた（岡田 1982、46）。特に金融改善は当時の農業家計にとって緊急の課題であり、産業組合は金融改善を担当し政府も財政的に支援した（スミス 2006、132-133）。産組は農林省所管なので、産組が重視されること³³は非内務省行政の拡大を意味した。また多様な作物栽培や家計改善の技術指導では、同じく農林省系の帝国農会地方支部が主導的役割を果たし、農林省が地方行政に影響力を拡大したことは明らかだった³⁴。更生計画は技術性と新奇性が高く、それを理解し成果に結びつけたものは、旧支配層と異なる中堅リーダー層だった（スミス 2006、134-135）。

更生運動を契機に、市町村の行政は総合化した。特に軍の要請から、児童保護や母子保健を含む衛生行政は大きく発達し、1937 年に母子保護法や保健所法³⁵が制定されている。1938 年には厚生省が内務省から分離独立し、省内に児童課が設置された。また同年には農村の医療経済アクセスを改善するため、国民健康保険が導入された。41 年には医療保護法、42 年には国民医療法や戦時災害保護法などの医療保障制度が整備されたほかに、母子保健法を根拠として妊産婦手帳制度（現在の母子保健手帳の前身）が導入されている（市川 2012、90）。これらは地方行政を量的に拡大した。1930 年度の地方財政総額は 17 億 8 千万円だったが、1945 年度には 50 億 1 千万円に拡大した。歳入面でも 1936 年に臨時町村財政補給金制度が導入され脆弱な地方歳入を支えた。1940 年には歳入分与制度である地方分与税³⁶が導入され、戦後の平衡交付金制度導入まで地方歳入の柱³⁷となった（井川 2011、1-2）。

昭和期に見られた地方行政の総合化は、経済恐慌への対応や軍事的関心などが偶発的に混入した結果である。しかし行政知識が蓄積され専門人材が地方に配置されると、地方政府の問題解決能力に対する住民の信頼感は上昇した。市町村は今や、能力ある地方政府へ変貌しつつあった。

4 国民健康保険の成立と衛生国家

不況による社会不安に社会政策で対応した大正期と異なり、昭和に入ってから保健行政は国防上の観点から推進された。本節ではそのうち、農村保健を推進する上で受診を経済的に保障する制度であった国

³³ 産業組合は加入資格を拡大し農民はほぼ誰でも加入できるようになった。また出荷される米の大部分を売りさばく販売力を有し、恐慌を契機に農民が産組に依拠する度合いは著しく高まった（スミス 2006、128-132）。

³⁴ 特に県の幹部人事権は内務省本省が発令するため知事の求心力が低い一方、農業系幹部人事は農林省の意向が強く反映されており、農林行政における農林省ナショナリズムは確実に構築された（稲垣 2015、28-30）。

³⁵ 法施行と並行して、ロックフェラー財団の寄付をもとに 1935 年に東京・京橋に都市保健館が、37 年に埼玉県入間郡所沢町に農村保健館が設置されている（大國 1973、76-79）。なお両館の設置は、厚生省に附置された公衆衛生院の養成訓練科学生向けの附属実習施設として行われているので、法制定の段階でどの程度全国的な公衆衛生ネットワークを構想していたのかは不明であり、あくまでも先行事例のひとつとして理解すべきではある（川上 1965、432）。

³⁶ 地租・家屋税・営業税から徴税コストを差し引いて徴収元に還付する地方還付税と、所得税・法人税・入湯税・遊興飲食税の一定割合を、財政需要や課税力（人口一人当たり徴税額を基礎とする）に基づいて配分する地方配布税の両者から成立していた。一例として敗戦前の福井県では歳入総額の 15%程度を配布税が占めていたため、地方歳入の主要な柱として定着していたといつてよい。

『【国と地方】石原信雄氏第 2 話：『地方交付税の前身はどのようなものだったのか』（言論 NPO ホームページ 2006 年 7 月 3 日掲載）<http://www.genron-npo.net/politics/archives/867.html>（2017 年 5 月 14 日閲覧）

³⁷ 福井県では歳入全体の 16%前後、また地方税収入の 8 割強を占めている。『福井県史』通史編 6（近現代 2）、表 49 <http://www.archives.pref.fukui.jp/fukui/07/kenshi/T6/T6-h049.html>（2017 年 5 月 14 日閲覧）参照。

民健康保険が立案され、普及する過程を描く。

医療アクセスの保障と開業医

農村の劣悪な衛生環境を改善するため、匡救事業では出張・巡回診療や済生会などを通じた施療拡大を行った。ただし農村で貧困と疾病の悪循環が繰り返されていたし、また医師が都市部に偏在するのは構造的要因による。匡救事業のような対症療法では、農村の衛生を根本的に改善することはできないのである。当時の衛生状態をまとめると、乳幼児死亡率が高い多産多死型社会であり、また衛生状態が悪くトラホームや寄生虫、肺結核が蔓延していた。こうした衛生状況は、男子兵役検査における甲種合格率に反映された。1922年に1000分の362だった甲種合格率は、恐慌後の1936年に297へ下がり、軍部は深刻な課題として合格率低下を受け止めた（吉原・和田 2008、70）。そして既に労働者に導入済みの健康保険を農村でも実施し、受診アクセスを国民全体に保障して衛生改善を図る構想が表面化したのである。

変化の契機になったのは更生運動だった。農村では運動母体である産業組合の結成が推奨され、組合は信用・購買・販売・生産の改善に着手した。そのうち生産設備の一部として診療所を設置する組合が出現した（中静 1996、191）。こうした取り組みを都市部で展開したのが賀川豊彦による東京医療利用組合である³⁸。実費診療所が医師会と衝突したことを教訓として、賀川は法的根拠が明瞭な組合方式を採用した。開設地の四谷区医師会はそれでも内務省に対して設立反対を申し入れたので、賀川ら組合は産組中央会³⁹と連携して承認を目指した。新聞も、開業医に対する世論の反発を投影して医師会に冷淡な姿勢が目立った（中静 1996、192-193；青木 2014）。高い医療費が不意に必要な疾病は、日常的に現金の用意がない農家や都市零細民にとって生活の打撃であり、怨嗟のあまり開業医を「医者どろぼう」と呼ぶことさえあった（川上 1965、410）。これは一義的には低医療費政策が原因だが、開業医が裕福だったのも事実であり（青柳 1996、569-570）、医師集団が庶民の医療アクセスを妨げることに反発が生じるのは自然な成り行きだった。許可権を持つ内務省⁴⁰も利用組合に好意的だった。日本の医療は開業医制を基礎としてきたが、医療の社会化に伴い内務省も医療の保険化を計画するようになる（中静 1996、206-207）。利益的には、疾病を抑制するため予防を徹底する動機が開業医にはないが、潜在的な患者である出資者が構成する利用組合（生協）は受診と予防を両立できる（川井 2010、27）。利用組合に反対する医師会が府庁に詰めたその場で、府知事は開設承認を決裁した（中静 1996、192-193）。

医師会が既得権益確保に躍起だった背景に、医薬分業の問題があった。この頃、薬剤師は処方権と調剤権の分離を求めて医師調剤を強く批判していた。本来は医制で医薬分業が定められたが、漢方医の暫定開業が認められたほか薬剤師自体が不足していたので、「当面」認められた医師調剤が既得権化したのである。1893（明治 26）年の薬剤師会設立以来、薬剤師は分業要求を強めてきたが、昭和に入って医師の処方箋交

³⁸ なおこのとき新宿に設立された医療機関は東京都中野区に移転し、東京医療生活協同組合が運営する新渡戸記念中野総合病院として現存している。名称は設立時の組合長に新渡戸稲造が就いたことに由来する。

新渡戸記念中野総合病院ホームページ、「新渡戸記念中野総合病院の歴史」

<http://www.nakanosogo.or.jp/introduction/history/>（2019年8月28日閲覧）を参照。

³⁹ 利用組合の組合長に就いた新渡戸稲造は、出身県である産組中央会・岩手支会の支会長を務めていた。

⁴⁰ 医務行政を管轄する衛生局と保険を含む社会政策を所管する社会局の利益が当時の内務省内で必ずしも一致しないので（中静 1996、196-197 および 211-212）、本来はアクターごとの記述が望ましい。しかし当時の衛生局長だった大島辰次郎は国保を含めた社会政策の積極展開に協力的（というより自身がその正当性を認め衛生行政において推進しようとしていた）であり、したがってこの部分の記述についてはやや曖昧ながら「内務省」とした。

付義務制定や保険薬剤の薬剤師給付を求めた（秋葉ほか 2012、44-45）。1931 年の第 59 議会では、医系議員の反対を押し切り医薬分業の請願や建議も採択されたが、結果として処方箋交付義務の罰則規定が記載されず、保険調剤の分業も見送られ薬剤師の敗北に終わった。しかし国保が導入されて膨大な国民をカバーすれば、医療経済を配慮した医療費抑制や医療の標準化が導入されるのは確実だった。先行事例とも言うべき健保法適用は、医師たちの学習を促した。勤労者保険では報酬総額の 6%が事務費とされ、保険事務を行う医師会財政は黒字となって会員医師の会費負担は軽くなった。被保険者は少数なので、医師は健康保険の影響を深刻に受け止めなかった。しかし鉱工業地域では健康保険収入に依拠する開業例もあらわれ、また保険医療の制約はかなり強いことを理解しつつあった（中静 1996、176-177）。請求手続きは煩雑で⁴¹ 給付内容に制限が課せられ、審査は外部で行われる。こうした自律性の侵食も医師にとっては問題だったが、何よりの問題は安い単価であり、医療の保険化が進むことは医療費ダンピングと同様の課題であった。医師会は、保険や競合者など医療費の下げ圧力に敏感だった。

国民健康保険への道

実費診療所や利用組合に患者が殺到したことで分かるように、国民の医療需要は十分に存在し経済アクセスの保障が課題だった。有力な解決策は疾病保険の拡大であり、内務省社会局は 1933 年から正式に検討を開始した。社会不安の増大を受け衆議院で思想対策決議が可決され、新設された思想対策協議委員会が社会局に具体的策立案を命じたからである。局内では地域保険や農村保険の構想が浮上したが、社会保険の拡張によって医療保障範囲を拡大することは、保険部内で以前から共有されていた構想だった（中静 1996、202-203；久保 2014、118）。その後、高橋是清蔵相の緊縮財政で保険拡張案は停滞したが、その間に保険部は「国民健康保険制度要綱案（通称：未定稿）」を発表した。未定稿は、(1) 組合方式、(2) 市町村単位、(3) 強制加入、(4) 貧窮者と富裕層は除く、(5) 現物給付を含み、後の国保制度とほぼ同一の案が公表された。また、1927 年 6 月の第十回 ILO 総会では社会保障運営の自治が推奨されており、内務省はそうした国際アイディアに影響を受けて組合方式を立案した⁴²。

この構想に対し、開業医や医界さらには配置薬業者から反対を受けたが、地方長官（知事）や社会事業団体、報道等の反応は保険制度に好意的だった（国保 70、6-7）。もちろん内務省は一体となって国保を推進しているわけではない。衛生局は保険部の先行を歓迎しなかった⁴³し、地方局は制度運営への懸念を示した（中静 1996、205-206）。そもそも先例である社保導入の際に受益者である労働側が歓迎しなかったのも、保険部は国保制度が頓挫せぬよう一部自己負担の導入や市町村単位組合を導入することで、保険料高騰への加入者の不安や、画一的な制度運営を嫌う医師会に配慮した。また、埼玉県越谷町の「越ヶ谷順正会」を含めたモデル組合事業で試行を重ね、それをもとに修正を施した制度要綱案が 1935 年の社会保険調査会に提出され、満場一致で可決された（国保 70、7）。1937 年、70 議会に提出された国保法案は多くの

⁴¹ そのため、保険利用者が少ない診療所では、保険医療を施療と同視して請求を放棄するものさえいた（中静 1996、174）。請求の煩雑さと報酬の安さ（あるいは自由診療による医業収益の相対的な高さ）を示唆している。

⁴² 1927 年 6 月の第 10 回総会では、「権限ある公の機関の監督の下に自治の原則に従ひ管理せらるべく且営利の目的を以て運用せらるべからず」とある。「1927 年の疾病保険勧告（第 29 号）」、ILO 駐日事務所ホームページ、http://www.ilo.org/tokyo/standards/list-of-recommendations/WCMS_238967/lang-ja/index.htm（2019 年 8 月 29 日閲覧）

⁴³ さらに 1934 年度末終了予定の救療行政が延長される見通しが出たため、衛生局はこの事業に注力しており、国費補助を要する保険部の国保によって行政資源が分断されることを危惧し、衛生局は容認しなかった（中静 1996、211）。

批判を浴びたが、特に利用組合の国保代行⁴⁴が焦点となった。法案成立を優先した保険部側は、設立済みの医療組合のみに代行を限定する妥協案を示し、医師会との難交渉に目途がついた。しかし 1937 年 3 月末日、いわゆる食い逃げ解散が発生し法案は成立寸前で審議未了となった。

1937 年 6 月に成立した近衛文麿内閣で保険法案は再審議された。ただし社会政策に力点を置く近衛の下で、総合衛生行政の所管庁を独立させる案が浮上した。国保案の再議と新省設立は同時に審議され、新省設立が優先されて 1938 年 1 月に厚生省が発足し、開会中の 73 議会で国保法案が全会一致で可決された（中静 1996、239-247）。代行問題で難航した国保法案が結局は全会一致で可決された背景には、軍部が厚生省新設を後押しすることで明らかなように、時局の要請によるところが大きい（吉原・和田 2008、76）。またすでに農村各地で稼働していた医療利用組合の存在は、国保普及を下支えする前提でもあった（高嶋 2005、43）。さらに保険と開業医は局所的には対立するが、国民全体が窮乏すれば医業は成立しなくなる。国保の成立によって開業医の潜在的な構造的危機を救済した側面もある（川上 1965、423）。各地の国保と地区医師会が一点単価を決める際、地区の家計状況を考慮して単価引き下げを容認する例もあり（鬼嶋 2008、22-23）、保険単価自体には不満だが財政規模が十分に大きいという魅力は国保容認の要因だった可能性がある。

昭和初期の医療行政の特徴は、保険の拡大による低廉医療を国家が推進した点にある。本来開業医らが強く抵抗するはずの変化が実現し、また突然に厚生省が独立したことの背後には、軍部という強い影響力が存在した。次項ではそれを概観する。

体力行政の創生と厚生省の誕生

厚生省は、軍部の強い後押しによって独立した。強い影響力行使したのは陸軍軍医の小泉親彦であり、厚生省が推進した体力行政は小泉が発案し普及に努めた衛生概念だった。同省の筆頭局が体力局とされたのは、軍や小泉が厚生行政に深く関与したことを示している。戦後の厚生省が展開したリベラルな福祉行政とは対照的に、戦前の厚生行政は国家総動員体制を民生面で推進するものだったことには疑問の余地がないように思える。しかし近年の研究で、戦前の厚生行政に福祉国家の萌芽があることや、厚生省設立をめぐる民政（内務省）と軍部の対立があり内務省の意向がある程度通ったことは分かっている。厚生行政は総動員体制の道具としては多様な側面があり、また軍や小泉の求める体力行政は、純軍事的政策というには幅のある概念だった。

厚生省は、日中間が戦争状態に突入した直後の 1938 年 1 月に発足した。当時、恐慌による農村の打撃は顕在化しており、兵士供給を農村に依拠する軍部は農村青年の体力低下を憂慮した。広田内閣の寺内寿一陸相は、国民保健向上による国防強化を提唱した（中静 2016、217）。いわゆる「壮丁の体位⁴⁵」問題であり、国防の観点から社会政策へ関心を寄せる契機となった。また受検者にも隊内にも結核患者が増大し、対症療法以上の抜本策として予防徹底や国民衛生の向上が求められていた（新村 2006、266-267）。そのため軍は衛生行政の専任官庁を必要としたのである⁴⁶。また、1937 年に首相に就いた近衛文麿は、社会的施

⁴⁴ 利用組合の診療所は農村部など医師不足地域で展開されたので、現存する診療所組織に国保を運営させる代行制度は現実的なシステムだった。また立案者である保険部は当初この規定が対立の火種になると考えなかった。しかし競合者が都市部で拡大すること警戒する医師会は、代行規定に非妥協的な姿勢を示した（中静 1996、228-239）。

⁴⁵ 日本陸軍では、多量の装備を兵士が保持して移動する前提で、兵士の体格・体力を重視していた。

⁴⁶ これは陸軍省が 1936 年 6 月に「再び衛生省設立の急務に就て」という声明として公表したが、執筆したのは小泉軍医総監であった（中村 1992、124、表 1 および新村 2006、267）

策を総合的に展開する新官庁設立を考えていた。近衛の政策志向は衛生より社会政策に傾斜しており、内務省の社会局や衛生局を母体とした保健社会省設置を構想していた。新官庁の原案は二系統あったが、設立経緯は軍部案と近衛内務省案の折衷であると理解されている（新村 2006、267-268；副田 2007、546-547；川上・小坂 1992、5-6）。

しかし時系列に沿って整理すると、厚生省は戦争遂行のために準備された官庁だとは断定し難い。例えば近衛案は、1937年6月の内閣成立直後に「社会保健省設置方針」として閣議決定され、7月には「保健社会省設置要綱」を官制と所掌事務を明記して企画庁⁴⁷が発表している。また8月の71議会で同省関連予算が承認されているため、厚生省設立は日中戦争勃発前に予定されていたことが明らかである。開戦はむしろ発足延期の要因であって、秋に戦況の安定を見た直後に発足準備が再開された。つまり戦況が厚生省の設立を推進したとは言えないのである（高岡 2011、24-26）。

そもそも壮丁の体位問題は実在しなかった。合格率低下は、社会的窮乏による農村男子の体格・体力の低下ではなく、徴兵検査の合格基準引き上げに由来する（副田 2007、552）。統計的には、この時期の男子青年の体格は一貫して向上していた。困窮が直撃した東北地区でさえも、身長・体重の数値は上昇しており、体格の小型化によって落第者が続出したのではない。徴兵検査には、現役適格である甲種・乙種合格と、現役不適格だが国民兵役相当の丙種合格、そして軍務不適格の病弱者による丁種合格がある。壮丁の体位問題の際に重視されたのは丙種合格の増大だった。現役兵・第一補充兵の候補が甲乙合格者であるが、実際の甲乙合格者数は予算や収容規模など軍の採用可能容量に連動しており、容量以上の合格者は丙種以下に充てられる。したがって、徴兵検査の合格率とは「軍が必要とする現役兵・第一補充兵の『定員』」を基準とし、それを充足するために必要な範囲で決定されるのである（高岡 2011、42）。軍部がこうした統計的事実を知らなかったとは考えられない。むしろ数値的な体格に表れない「何か」を埋めるため、新たな衛生行政を政府に求めたと考えられる。その「何か」は、軍衛生行政の中心だった小泉親彦の思想に基盤を持つ。

小泉親彦（1884-1945）は東京帝大医学部の陸軍依託学生を経て1908年に陸軍入りし、入隊後のほとんどを陸軍軍医学校に所属した後、1934年に軍医総監へ昇進し医務局長に就いた。したがって小泉は医学研究者ないし医政官であり、軍事力の向上を医学的に達成する公衆衛生的な関心を持っていた。小泉は、近代戦が総力戦であることを理解しており、総力戦の劣位を逆転するために人的要素である「体力」を重視した。体力は、体格・作業能力・精神力から構成され、物理的な体格向上はもとより、国民生活全般を「合理化」して作業や精神力を向上させる必要を強調した。小泉の言う体力行政とは即ち、生活を科学することで国民生活をトータルに管理する発想と言えよう⁴⁸（高岡 2011、46-48）。軍部から提出された「衛生中央行政機関試案」には人口・労働・生活を統制する小泉の思想が色濃く反映されており、近衛の社会政策志向は全く考慮されなかった。小泉の「衛生」は長與専斎の「Hygiene」とは異なり、軍陣科学としての国家統制を意味していた。

他方で近衛は、社会全体の安定を実現する社会政策官庁として新組織を位置づけ、軍の要求をかわして

⁴⁷ 1935年に内閣調査局として首相直轄の部局として発足し、37年5月に企画庁に再編された後、日中戦争勃発後の10月に内閣資源局と合併して企画院となった。

⁴⁸ したがって小泉の体力観からは、個人主義やその帰結である資本主義は敵視すべき発想であり、ナチスドイツやスターリン支配下のソ連のような全体主義こそが理想とされた（高岡 2011、57-58）。

社会政策志向を強めていった。例えば社会保健省官制は、局編成を労働・社会・体力・衛生・医務として外局に保険院を附置した。軍の反発を容れ、厚生省は官制を体力・衛生・予防（医務局から改称）・社会・労働に変更して発足した⁴⁹。だが小泉親彦の厚相就任要求を近衛は拒絶し、初代大臣には文官の木戸孝一・文相を充てたほか、スタッフも旧内務省職員を主力とした（副田 2007、547-550）。厚生省は、社会政策を主務とする内務省の「出先」として発足したと言える。ただこうした厚生省の発足経緯を「社会民主主義者」近衛による軍部への勝利と理解するのは正確ではない。もともと軍部が求めた軍需生産力の拡大自体が、当時の実体と比較して過大であった。それでも生産力拡大を強行するならば、社会政策は不可避免的に付随する。厚生省成立の過程で、軍部⁵⁰は短期的には衛生国家構想に執着したが、他方で近衛の社会政策志向は軍が敬遠すべきものでなかった。河上肇に師事するため京都帝大に入学し直した近衛個人が左派思想に共感を持っていたとしても、厚生省の発足は「軍事工業化路線と一体をなす『社会国家』構想であった」と見なすのが妥当である（高岡 2011、121-122）。

5 戦時医療体制の形成と破綻

戦争の拡大は、衛生・厚生行政の軍事化を進めた。その結果、医師養成の激増、町村による母子保健の徹底、医療の国営化、健康保険の拡張といった、医療上の大きな変化が生じた。本節はそれぞれの変化の概要を述べる。

軍医養成の拡大

昭和前期の医療制度で生じた最大の変化は医師養成の拡大である。二章三節で述べたように、大正時代に高等教育制度が安定し医育の学校化が進められた。帝国大学と専門学校の二層制で開始された学校医育は、徐々に大学⁵¹中心の体制へ変化し、残された医学専門学校（医専）はわずかだった⁵²（天野 2012、159-178）。ただし修学期間の長い医学教育に対して、開業医の技量は短期習得が可能だという要求は根強く、医育の大学化と並行して 1925 年から 28 年にかけて 7 校の医専が新設された（天野 2012、181-182）。しかし戦時期の医専増設は性格が異なり、また規模において医師供給の構造的変動をもたらした（医制百、298-299）。戦時期の医専は、七帝大と六官立大に附属する 13 医専に加えて官立 5 校が新設され、京都府医大の附属女子医専と公立医専 13 校の新設、さらに 4 私大の附属医専設置のほか順天堂医専が新設され、戦時期には 36 校の医専が増設された（天野 2012、表 3）。この時期にこの規模の制度変化を可能としたのは軍部であり、軍医増が医専増の動機だった。

医師養成の拡大は計画されたものではなく日中戦争の勃発で顕在化した。開戦翌年の 1938 年に設置さ

⁴⁹ 体力局が筆頭局なのは名目であり、実際の業務は 1940 年に予定された東京オリンピック関連業務が主体だったので、小泉の構想する体力行政の本部機能とは隔たっていた。

⁵⁰ 小泉は陸軍医務局のトップではあったが、当然ながら軍医は陸軍全体を代表するメインストリームではなかった。小泉が軍のある種の意思を代弁していたのは間違いないが、軍イコール小泉であったと考えるべきでない。

⁵¹ 東京・京都・東北・九州の帝国大学医学部に加えて、千葉・岡山・金沢・長崎・熊本・新潟の旧官立六医大、また京都府立のほか後に帝大昇格の母体となる大阪府立や愛知県立の公立三医大があった。帝大は北海道や台湾、ソウルにも拡張され、さらに大学令によって慈恵医大、日本医大、そして新設の慶應義塾大学医学部が設置されている。

⁵² 大学令発足時点で存在した私立医専は 5 校だが、大学に昇格した二校のほか、実質的に県立だった熊本医専は県立医大昇格後に官立移管され、東京女子医専は制度上大学昇格の対象ではなかった。日本医専から分離独立した東京医専は、火災で消失した病院再建を優先し大学昇格は戦後に持ち越された。

れた医育制度刷新委員会で、軍医供給増の検討が始まった。委員会を主導したのは小泉親彦であり、当初は千葉医大を軍医専門学校化する踏み込んだ構想を計画していた（橋本 2008、123）。その背景として、当時の医学部は今ほど人気の進路でなく、陸上戦としての日中戦争に必要な想定軍医数に見合う人員が確保できない事情があった。例えば官立金沢医大の 1938 年度入学者選抜では、旧制高校理科⁵³卒業生で定員を満たせず、文科出身の受け入れを決めている。しかも高校卒業者で充足できた定員は半分で、残りは専門学校卒業生によって入学者を確保していた。当時、軍需産業育成の国策により技術者養成も優先され教師の待遇は良かったので、理系学生の医学部志願者は減少していた。しかも社会保障が貧弱な環境では、自由業である開業医が大卒者にとって魅力ある進路ではなかったし（表 3-1）、開業医志望ならむしろ修学期間の短い私立医専を選択する方が「投資効率」が良い（金沢大学医学部 2012、109-110）。旧制高校出身者が確実に安定した企業・官庁を志向するのは合理的な選択だった（岩瀬 2006、146-159）。

表 3-1 昭和 17 年度 医学部医大 希望状況(昭和 16 年文部省調べ)

	東京	京都	東北	九州	北海道	大阪	名古屋	新潟	岡山	千葉	金沢	長崎	熊本
定員	130	128	100	120		120	80	80	80	80	80	80	80
志願者	278	228	89	101	1	55	28	11	16	8	9	12	4
うち文科	1		2		1	2	1	4				2	2

注:北海道帝大は予科設置校なので定員記載がない

出所:金沢大学医学部(2012、109 表 5)

こうした状況において、軍部は 1942 年までに 3 万人、45 年までに 5 万人の軍医増を計画したが、新卒医師は年間 3000 人前後で推移し、目標値は妥当性を欠いていた。また仮に相応数の軍医を確保する場合でも、大学級の医育機関増で対処することは現実的でなく、短期養成機関の医専増設以外に方法はなかった。医専増設のうち第一期が帝大官立大附属の 13 医専設置であり、戦争末期の増設が第二期である。いずれも急造の貧弱な教育機関であり、先行した 13 医専では専任教官も専用施設も設置されず、既存教員・既存施設を転用することで開校を強行した。当然、学内の猛反対に直面したが、軍の要求を受け入れた文部省は強硬な態度で早期開設を各校に迫った。例えば、金沢医大には 1939 年 3 月に医専附置の打診があり、5 月教授会で設置を議決し、6 月に第一期生を受け入れた（金沢大学医学部 2012、110-111）。また東京帝大以下 13 医専で同一規模かつ同時に開校したことから、軍の意向に異議申し立てはできなかったと考えられる。

もともと医育一元化を志向した文部省にとって、軍の要求に従うことは本意でなかった。そこで医専設置が時限措置だと示すため名称に「臨時」を冠したが、形式的な妥協に過ぎなかった。また医専は既存の医師からも歓迎されなかった。新規学卒医師が年間 3000 名程度なのに、医専から新たに千名の卒業生が追加される。限られた市場で同業者が多数生まれることは、開業医の生計を直撃する不安材料だった⁵⁴。医師養成拡大の政治過程で医専増設に反対しなかった例外的アクターは、新設の厚生省だった。軍の意図は

⁵³ 旧制高校は選択第一外国語で英語の甲類とドイツ語の乙類、さらに少数だがフランス語専修の丙類に分かれており、甲類が理工系に進む一方、乙類は医学系志願者が主流だった。上述のデータから、医学部にとって主流である理乙卒がどの程度確保できたかは不明だが、そもそも文科卒を受け入れることから考えて、出身学科の選別ができる状況ではなかったと推定される。

⁵⁴ 医専の新卒者はさしあたり軍に所属するので直ちに開業医市場に参入するわけではないが、戦争終結後の平時に遅れて参入する潜在的競合者と認識されていた。

軍医増にあるとはいえ、いずれ来る「戦後」に軍医が市中へ戻って医師過剰が生じる方が、保険医療の拡大には都合が良い。その意味で医専増設は厚生省の利益に適うのである。もちろん、厚生省が意図的戦略的に医専増設に賛成したというよりも、消極的に賛成したと考えるのが妥当である（橋本 2008、124）。いずれにせよ、医育の速成化における軍（特に陸軍）の存在は、他のアクターを圧倒する絶対的存在であり、通常の政治過程なら当然観察される調整や修正がほとんど見られない。それは画一的で絶対的プロセスだった。

二波に及ぶ医専の拡大によって、終戦年である 1945 年度入学の医学校定員は 1 万,533 に及んだ⁵⁵（藤井 1995、199；橋本編 2009、26-28）。医専は教育環境も設備も貧弱で、実験や実習のスペースに乏しかった。もともと戦前の医学教育では実験の軽視や臨床指導の欠如が指摘されていた。したがって医専卒業生の多くは基礎修練が不足しており、医療の高度化に対応できなかった。戦後の彼らは病院などの医療機関では活動できず、他方で膨張した医専卒業生を吸収する十分な規模が開業医市場にはなかった。戦後、地方の保健所に応募した医専卒業生が職を得られない事例さえあり（川上・小坂、1992：10）、国民皆保険の成立で医療需要が増大する 1960 年代までこうした医師過剰は続いた。医専拡大は、医療制度の発展に供給上の大きな影響をもたらした（泉 2012、188-189）。

皇軍兵士と母子保健

医師を増やして受診機会を広げることは衛生改善に有効だが、全国規模で衛生状態を向上させるには、疾病以前の予防や保健を徹底する体制を整えることが望ましい。この時期、国力増強の一環として人口増が追求されており、そのため周産期環境整備と結核予防が保健衛生上の焦点となった。政府は一夫婦 5 子を奨励したが、男手の不足による女性の過重労働や栄養不足、特に妊婦の栄養状況が悪化した結果、乳児の発育停滞が顕在化した（看護史研究会編 1989、112）。何らかの政府介入が必要とされたが、受胎や出産はプライベートな事項なので、国策であっても従来の警察的手法が奏功しないことは明らかだった。

また結核の蔓延による青年の健康状態劣化も問題だった。結核は当時根治法がなく、さらに食糧難や重労働が蔓延を助長した。しかも死の病と呼ばれる結核は強い偏見の対象となるため、患者を隠蔽して早期治療を拒み家庭内感染まで招くなど、結核対策は医療を越えた社会的課題となっていた。もともと農村部の衛生状態はよくない上に衛生知識に欠けるので感染症リスクが高く、腸チフスや赤痢も多発していた（看護史研究会編 1989、112）。

出産と衛生という二つの問題に継続的介入を行うには、警察官同様に各地域に配置されつつ地域に浸透するような、非取締的関与が必要だった。そして人口政策確立要綱が 1941 年に発令されたことが「関与」を後押しした。要綱は、高度国防国家建設のために内地人口一億人を確保することが明言され、出産の管理（出生増加の方策（ヌ）項）や保健所の設置（死亡抑制の方策（イ）項）、乳幼児保健の徹底（同（ロ）項）、結核抑制のための指導（同（ハ）項）が示された。このガイドラインは陸軍の策定した「総合国策十

⁵⁵ 当時の人口はおおよそ 7,200 万人で、医学部の入学定員は 2305 名だったので、定員増は医専の拡張によって達成されている（藤井 1995）。なお、定員一万人強自体が医育環境に対して充分大きな影響をもたらしているため言及していないが、外地（朝鮮、台湾、満州、樺太、南洋など）には日系医学校が複数設置されており、各学校入学者に多くの日本人を含んでいた。外地医学校の学費は政策的な配慮で低廉に設定されており、裕福でない家庭から医師になるひとつの経路でもあった。データがないため量的効果は断定できないが、外地医学校卒業生が帰国して開業した場合には、医師過剰に拍車をかけたことは疑いの余地がない（泉 2009；泉 2012）。

年計画」を基礎に策定されており、当初は生産力向上など経済政策中心の計画だった。これに対して厚生省は、自らの政策領域確保を目指して民政重視の人口政策を主張し、企画院は厚生省案の有効性を認めてこれを陸軍原案に統合した（増山 2004、4-5）。

要綱に先立つ 1937 年 4 月に保健所法が施行され、都道府県は保健所を設置していた。また 38 年の国保法施行は、国保組合が公衆衛生活動を進める法的根拠を明示した。国民体力法（40 年 4 月）や国民優生法（同年 5 月）の制定によって、人口政策の総合的推進には厚生省の協力が前提となっていた（木村 2012、20-23）。

人口政策を具体化するための非取締的衛生行政を行うためには、発足したばかりの新職制である保健婦の活用が考えられていた。保健婦とは、高度な訓練を経て公衆衛生を主務とする看護婦⁵⁶を指すが、元来は大阪市で設置した小児保健所に勤務する専門看護婦を保健婦と呼んだことに由来する（日本看護歴史学会 2008、78；大國 1973、21）。その後日本赤十字社が養成課程を設けるなど公衆衛生看護の需要は拡大し、1937 年の保健所法制定に際して所内定員に保健婦が明記され（日本看護歴史学会 2008、78）、さらに 1941 年には独立した身分法である保健婦規則が制定された。保健婦制度は、数少ない女性の専門職であり相当な学歴が要求された⁵⁷。また時局の要請から母子保健・感染症予防の職務に特化していた。

保健婦は農村衛生に重要な機能を果たした。医療供給が貧弱な農村で国保制度を導入しても、受診が保障されなければ村民にとって単なる負担増に過ぎない。しかしもともと医師不足の状況で農村の医療供給増を目指すのは現実的でない。また、人口政策確立要綱では保健と少死という予防的医療が求められていた。その結果、保健婦による農村の医療状態改善は現実的な解決策であり、その活用が検討されたのは当然だった⁵⁸（木村 2012、26）。例えば帝国議会では、福島県選出の星一代議員が現地で住民の保健状況を指導する「衛生警察官」構想を提案した。警察という用語とは裏腹に指導・介入に力点が置かれ、地域社会への浸透を重視した提言だった。また農民運動家でもあった新潟県選出の三宅正一代議員は、より具体的に保健婦による農村公衆衛生活動の展開を求めた。第三次近衛内閣で厚相に就任した小泉親彦は、星の構想に賛同し保健所の拡張を急ぐ答弁を行っている。当然ながら、星提案を歓迎した小泉は三宅の案も肯定し、保健婦を全町村に設置することを約すなど、保健婦駐在制に積極的な姿勢を見せた（木村 2012、24-29）

これらの案は国民医療法案をめぐる議会の質疑から生じた。医療法は医療の国営化を目指していたが、医専を増やしても第一線の医師増が具現化するには時間がかかるし、医師配置を公的管理下に置いても軍医優先が解消しない限り医師偏在は解決しない。警察官をモデルとした保健婦駐在制を導入すれば人口政策の具体化に資するので、この案が厚生省内部で浮上した。そして 1942 年 3 月に厚生省通知「保健婦設置ニ関スル件」が、6 月には大臣通知「国民保健指導方策要綱」が発令され、保健婦養成と府県採用保健婦の駐在制が始まった。1942 年秋には 8,622 名、翌年は 9,604 名が免許を取得し、敗戦時の保健婦は 13,000

⁵⁶ 法令改正によって 2002 年から保健婦（士）や助産婦、看護婦（士）はすべて保健師・助産師・看護師となっているが、ここでも歴史的経緯に鑑み、全て旧称である「婦」を用いる。

⁵⁷ 具体的には高等女学校卒業を前提としてさらに 2-3 年程度の学修が求められていた（小山編 2003、71-73）。十代で結婚することが珍しくなかった当時の社会状況において、20 歳前後になってようやく就職する保健婦職は女性の就業形態としては例外的な高学歴を要することが分かる。

⁵⁸ 国保保健婦の設置によって、こんにちまで継続している保健所保健婦（府県）と国保保健婦（市町村）という公衆衛生看護の二層構造が定着した（木村 2012、22）。地域保健法の制定によって県レベル保健師と市町村レベル保健師の業務分担は大きく変わったが、市町村公衆衛生は介入性が高いという本質には変化がない。

名以上を数えたので（川上 2013、262；看護史研究会編 1989、112）、制度の整備はきわめて急速⁵⁹に行われた。1942 年には全保健婦の二割が駐在保健婦だったが、翌年には 1600 名に増強されるなど、制度に対する国家の期待が窺える（木村 2012、31）。

当時の保健婦の位置づけには論争がある（大国 1973、136-146）。現代であれば当然の課程標準化による質保証が無く、また本来業務の定義が曖昧だからである⁶⁰。しかし注目すべきは、保健婦業務の定義よりもむしろ彼女たちが困惑していたこと自体にある。保健婦の業務認識として、国民一般に対する保健指導と訪問看護の実施のほか、総合的な生活指導が想定されていた。それによって死産を抑制し、結核が克服されるからである。他方そうした職務認識から、地域の現場で具体的に何をどう行うかは当然に引き出せない。むしろそうした業務認識が、「当時の現場保健婦が理想と現実の矛盾の間にあって、いかにとまどっていたか」の反映と言える（大国 1973、140）。実際に現場に投入された若い駐在保健婦たちは、やるべきことが見えず周囲の理解も得られなかった。そもそも保健婦は女性としてかなりの高学歴でその多くは都市出身者だったし、遠隔地駐在の職務上ほぼ未婚だった。住民はこうした属性に共感せず、着任してすぐに円滑な保健指導を行える状況ではなかった。活動遂行のために、村の長老経由で国策の「強制性」を誇示し、栄養指導を継続して住民の納得を獲得し、自転車によって多数の家庭を訪問した。保健婦は、多様な活動によって保健指導を地域に浸透させようともがいていた（木村 2012、32-39）。

こうした多様性は保健婦の困惑から生じた工夫だった。保健国策である「生めよ殖やせよ」というスローガンの下、保健婦は地域活動を強いられたが同時に活動の制約もまたそれほどなかった。もちろん出産増の活動である以上、中絶や死産が許されない圧迫感はあったが、家庭訪問と指導を繰り返し住民の敵対感情を乗り越えることは、保健指導の浸透に必要であり、それを抑制する権限も論拠も町村には無かったからである。やがて栄養指導や発育指導の成果が出ると、保健婦は地域住民の信頼を獲得した。ところで当初小泉厚相が星代議士に確約した全国保健所網は、戦局が悪化すると完成どころか後退していった。結果として、「個々の保健婦の創意工夫による以外、住民の健康は守られなかったのだ」（木村哲也 2012、40）り、すなわちこの過程を通じて対面コミュニケーションを基軸とした訪問指導という地域保健活動の原型が形成されたと考えてよい。

公衆衛生活動には、地方政府に雇用されたフルタイムの保健婦が大量に従事した。一家の大事である母子保健や結核予防活動を展開し実際に結果を出すことによって、住民の健康維持は地方行政の本来任務だと認知されることになった。母子保健活動はあくまで皇軍兵士のためではあったが、説得と対話を行政手法としたことは、戦後のリベラルな福祉行政の前提を形成したといっても過言ではない。

健康保険の拡張

保健国策を推進するには、前項で述べた予防や公衆衛生の徹底は重要だったが、疾病は一定の割合で必ず発生する以上、医療への、とりわけ経済アクセス改善は国民衛生の向上に不可避だった。その方策として健康保険制度が整備されたことは、戦時期の医療にとって大きな進展といってよい。既に述べたように、

⁵⁹ 現在、地方公務員保健師は 3 万 6 千人（人口 1 万人あたり保健師 3.0 人）であり、1945 年当時の人口 7,000 万人で考えると 1 万人あたり 1.85 人となり、かなりの密度で保健婦を配置したことが分かる。

⁶⁰ 保健婦（師）資格は、医師法のような業務の独占性を法的に担保したものでなく名称独占を規定した身分法であり、保健所法や保健婦規則の中に何が公衆衛生看護の中核業務であるかが明記されているわけではない。

実費診療所や利用組合のように廉価な医療を多数に提供すれば経済的にも引き合うことは分かっていた。もし医療費総額がそれほど高騰せずに国民の医療アクセスが向上すれば、そうした方策は保健国策の観点から推進する価値がある。その結果、社保の適用範囲が広がり、また農村部で国民健康保険組合設立が進められていった。

厚生省が国保法を成立させた後には、社会保険に三つの課題が残っていた。第一に海運国日本を支える船員に社会保障を提供すること、第二に労働者以外に社保を提供して被用者保険を完成させること、第三に健康保険の給付を扶養家族に拡大することである。これらは1939年に船員保険法、職員健康保険法ならびに改正健康保険法の可決によって制度化された。本項は順に、その制定過程を明らかにする。

船員保険は業種に特化している点で社会保障制度としては特異である。海運業は島嶼国日本の存立に不可欠であり、質量ともに優れた船員の確保は産業基盤整備の観点からも特に求められた。しかし船員労働は激務かつ長時間で、就労も若い時期に限定されるので定着率が低かった⁶¹（木村 2014、235-236；吉原・和田 2008、93）。そこで養老年金も含めた総合保険制度を船員のみに提供することが構想された。船員保険の内容は、(1) 日本船籍で就労中の船員が対象、(2) 保険者は政府、(3) 給付は療養、事故および養老、(4) 料率 82 パーミルを労使折半、(5) 養老給付額の 2 割と保険事務費を国庫負担、とした。国策的観点から船員を特別厚遇する制度だったと言ってもよいが、それゆえにこの制度には反対があった。第一に使用者である船主で、老齢給付も含まれた保険料負担に難色を示した。第二に財界で、船員保険が他業種に拡散した場合の使用者負担を懸念した。第三は大蔵省で、他産業に抗弁しにくい養老給付の国庫補助を財政規律上問題視した。しかしこれらの反対は、時局の要請のもと船員の確保を急務とする立論に押し切られた。その意味で船員保険は、疾病保険ではなく 1941 年に制定され 1944 年には厚生年金へ改定された労働者年金保険法の先例に近い（吉原・和田 2008、95-96）。

第二の課題は健康保険の適用を職員らに拡大することである。従来、社保は現場労働者が対象であり、所得の高いサラリーマンは自費受診が想定されていた。しかし職種の違いが保険適用に差が生じるのは不合理であり、常時十人以上を雇用する指定業種の俸給生活者ないしは使用人に対して適用される職員健康保険法が成立した。健保法の対象拡大ではなく新法としたのは、政府と医師会で長年対立する懸念を解消する仕組みを設定するためだった。職員健保はかねて問題視されていた濫給抑制のため、二割の窓口負担制度と残余の現物給付制を導入した。また請負契約ではなく単価表制度を導入した。これは保険が拡大した後に、医療経済の決定過程を行政化ないしルーティン化する意図があったと考えられる。1940 年 6 月から完全実施された職員健保は、事業所数 2 万 8 千、組合数 100、被保険者 67 万、家族は 230 万に及んだ。1927 年の健保法施行時には被保険者数 194 万人だったことから考えると、十分に大きな制度だと理解できる⁶²。

最後に家族給付の設定である。職員健保の数値で分かるように、扶養家族は被保険者本人の数倍も存在する以上、家族給付の設定は健康保険の対象者を劇的に増加させる⁶³。家族給付は保険者の任意とした職

⁶¹ さらに戦局が悪化する中で武器輸送船が撃沈されても、恩給対象となる兵士やその遺族とは違って何の保障もない状況であったことが船員確保難に拍車をかけていた（木村 2014、235）。

⁶² 1941 年における健康保険の普及状況は、政管健保 316 万・組合健保 246 万・国保 672 万・船員 10 万であった（医制百資、610-611、表 24）。なお同資料には被扶養者数が計上されていない。

⁶³ なお職員健保における被保険者と扶養家族の関係は、典型的な男性稼得者モデルの上に成り立っている。他方で現場労働者を対象とする健保法の場合、紡績工場的女子工員などを含めた若年労働者が多いので、職員健保で想定される

員健保の先例同様に、改正健保法では任意の家族給付規定を設定した。家族給付では療養費の半額が補給され、結核の場合には一年間を上限として支給された。日中戦争の拡大や日米関係の悪化に伴い徴用や応召の可能性が増す中で、銃後の守りである家庭生活安定を配慮したのが改定の要因であり、また結核克服を国策とする以上、保険による経済支援を拡大する必要もあった（吉原・和田 2008、96-97）。制度拡張の背景には、健保法制定後の保険財政が黒字推移し財政的な余裕が給付拡大を可能としたことがある。さらに結核療養には、将来の再延長と公費投入が示唆され、給付側と保険側の両者からの反発は抑制された。

1940 年前後のごく短期間で、厚生省は疾病保険関連の新制度を立て続けに策定した。そのうえ新たに労働者年金保険制度の調査も始まった⁶⁴。ただし乱立する社会保障制度を整理・統合する必要があり、この検討も加わった厚生省の作業量は膨大なものとなった。1941 年 2 月に人口政策確立要綱が発表され、総人口 1 億人、一夫婦 5 児、結婚年齢 3 歳繰り上げなど、私生活に対する介入を伴う明瞭な数値目標が示された。国策としての強制力を伴う人的資本の管理政策が国是となったのは明らかだった。これに対応するべく、厚生省保険院は「社会保険給付構成基本要綱」を発表した。その内容は、(1) 疾病保険は健康保険（職域）と国民健康保険（地域）の二本立て、(2) 職保や船員保険、労災、そして公務員共済を新健保に統合、(3) 健保を拡張し低所得者を取り込む一方、国保は強制化、(4) 保険医療を標準化し、保険格差が生じないよう医療を統合する、(5) 家族給付水準を上げ、分娩給付を新設、(6) 法人である健康保険連合会を設置し強制力を高める、といった、全体として保険医療への統合を強いるものであった。

この要綱に基づき、1942 年に健保法・国保法が改正され加入対象者と給付範囲が拡大されたが⁶⁵、大きな改正点は一部負担金、診療報酬制そして保険医指定制の導入だった。そのうち前二者は職員健保で導入済みであり、職員健保導入後の三年でアイディアを検証したと考えられる。一方、低額で手続きも煩雑な保険医療は開業医に嫌われていたが、新法では地方長官が保険医指定を行い、原則として登録拒否を禁じる権力的制度へ変容した。診療の価格設定については、現在の制度とほぼ同様に、個別診療行為を点数化し点数単価を乗じて診療報酬とし、その支払いは大臣が直接個別医師に支払うとされた。これにより、医師会が政府に抵抗する源泉だった指導監督権や価格決定権を失い、保険事務費特権も喪失した。ただ稼働に連動しない人頭請負方式は、保険患者の多い医師には不利な上、職員健保の点数単価方式に慣れていた都市部開業医は新方式を積極的に支持するものもあった。何より国家統制の強まりは、医師会でさえ異議申し立てが許されず、新体制は関係者を飲み込んでいった。とはいえ戦争インフレにより、当初の一点単価 20 銭は経済的に引き合わなくなった。そこで 1944 年に社会保険診療報酬算定協議会を設置し、医師会や病院長、保険者、官庁委員の合議で点数単価を調整し、医師の不満を未然に抑える仕組みを構築した。戦後に改組して現存するのが中央社会保険医療協議会である。

社保制度は強制性を強める制度改正を経験したが、農村地区の医療アクセス改善の柱である国保制度でも強制性が高まった。従来任意結社であった国保組合は、地方長官が設立を命ずることができるよう改正された。設立された組合は、加入資格者の全員が強制加入するとされ、既存組合も一定条件を具備する

被保険者・扶養関係の比率と類似するとは限らない。

⁶⁴ 当時の保険院内の雰囲気はあまりの多忙ぶりに殺気立っていたという（中尾 2015、76）。

⁶⁵ 例えば 10 人未満 5 人以上の小規模事業所を加入対象に組み込んだほか、高額所得者（年収 1200 円以上 1800 円未満）も加入対象とすることが規定された。一方で、結核の給付延長や家族給付の法定化、分娩費の増額など国民保健の向上を保険的に支援する規定も盛り込まれている。

と未加入有資格者の加入強制が規定された。保険医指定は社保同様に地方長官の命でなされ、官公庁の監査権限が強化されるなど、全体として強制性が強まった（国保 70、14-15）。一方、国保組合はこれまで保険主体である以上に保健衛生の実施組織だったので、法改正を契機に総予算の一角を保健施設費に充てる政府方針が打ち出され、直営診療所には国庫補助が用意された（吉原・和田 2008、106）。一連の保険強化策の中で、厚生省は「国民皆保険」をスローガンに打ち出した。1943 年には農村の全町村で国保組合を結成するため、結核対策費に当該費用を組み込んだ予算案を作成した。全町村の組合設立は未達だったが、強力な「普及督励」によって 43 年度末に 95%の町村で国保組合が設立された。当時一万を数えた国保組合の八割が 42 年以降に設立されており、制度の急造が推測される（中静 1996、282-285）。厚生省は残る町村と都市部での国保普及を急務としたが、都市住民の疎開が始まり、厚生省の言い分に関わらず都市国保推進の誘引は薄まっていった。加えて軍需景気による余力によって、保険料が天引きされても自費で受診する加入者さえいた。しかも戦局が悪化すると、医師の徴用や空襲による医療機関の破壊を引き起こし、保険医療の内実は空洞化していった⁶⁶。

国家統制的色の強い戦時保険医療はこのように構築された。そして国土が焦土化し、やがて近づく敗戦に向けて保険医療の歩みは事実上止まりつつあった。ただし、戦後に全面展開される保険医療システムの基本的枠組みはこの時期に形成された。政府と保険制度そして保険関係社の連関も、戦前戦後をまたいで存続したと言ってよい。

医療の国営化

保健国策によって地域の保健制度整備と保険医療の普及は権力的に推進された。一方で、実際に受診できる医療機関を全国に整備することも必要だった。こうした医療供給体制もまた国家管理の対象となった。先に触れた保健婦活用策自体が、農村における医療機関欠如の反映であり、高度国防国家を目指す以上、医療供給の偏在解消は克服すべき課題だった。既に述べたように、自由開業医制⁶⁷を基本とする日本の医療供給では開業地や診療科目の標榜は個々の医師の自由意志によるので、供給が購買力のある都市部に偏在する。また開業医は予防や衛生を行う誘引が構造的にない。したがって、高度国防国家建設に沿った保健国策の推進には、医療供給体制全体を再構築する必要がある。その具体化が 1942 年の国民医療法と医療供給公団である日本医療団だった。

四節で示したように国保制度導入は難航し、利用組合や産業組合の保険代行承認をめぐって鋭い対立が表面化した政治過程だった。しかし制度立案の背後にあったのは、従来の開業医制のまま農村医療の充実は達成できないという問題意識だった（高岡 2011、99-101）。国保法成立直前の 70 議会では、医師偏在の

⁶⁶ その結果、1943 年度末の社保全体における剰余金は 1.5 億円（現在価格を当時 5000 倍と推定する CPI 比較によれば 7500 億円）だが、加入者数は 43 年度末に 800 万人で現代の社会保険被保険者数の五分之一である。また高額な入院療養費や手術代を伴う現代の医療費と比べて療養費が安価だったことを考えると、その剰余金規模が膨大だったことが推測できる（中静 1996、286）。他方で、こうした財政的余裕は保険制度に対する実効性や信頼性を長期的には失わせるので必ずしも歓迎すべきでない。

⁶⁷ なお開業医制自体の用法に批判的な猪飼周平のような論者もいる。猪飼は「開業医制」の定義や外縁が曖昧な上に医療システムの変容を視野に入れない難点があるとしてこの用語の使用を拒絶している（猪飼 2010、130-134）。他方で彼の批判の意図は、開業医制批判を前提とする「医療の社会化論」が実在しない、さらには自らの主張する「病院の世紀」理論がより正当であると示すところにある（猪飼 2010、第 4 章）。したがって、開業医制とは医師が自らの意思で就業地と業態を選択できる（ないしはその制約要件が少ない）システムであり、また 1940 年代に至るまで医療施設の主体は診療所であった点を明瞭にする本書のような用法とは抵触しない。

打開には従来の体制を抜本的に見直す必要性を三宅正一が訴え、71 議会で国保法が成立すると、医療制度を検討する審議会設立が付帯事項で可決された（高岡 2011、100）。翌 1938 年に発足したのが医薬制度調査会で、木戸幸一厚相が会長に就き、40 名の委員に厚生、文部、農林、内務の官僚や、医療界、衛生行政に詳しい政治家や法律家を網羅し、加えて三宅正一や仙石興太郎のような農民運動家も含めた⁶⁸。調査会は、医師会の官製化を検討する第一特別委員会と、医療のあり方を検討する第二特別委員会で構成された（厚生研究所 1942、39-43）。薬剤師は医薬分業を決着させる機会として期待したが（秋葉ほか 2012、55-56）、議論の主導権を握ったのは衛生局長・林信夫と幹事案作成を担当する医務課長・野間正秋だった（高岡 2011、231）。両者は厚生省の法文系キャリア官僚だったが医療への造詣は深く、特に野間は既に総合的な医療改革を問う自著を刊行して医療公営論を展開する論客だった。その内容は緻密でモダンなものであり、自由診療体制が偏在や過大設備の問題を構造的に生むと論じ、いずれ全町村の三分の二が無医村となる可能性を警告していた（野間 1940、35-38、82-85）。野間は、医療改革のために自由開業の制限や診療報酬の公定、臨床重視の医育を主張し、また病診連携を主軸とした非都市部の医療供給拡大を求めている。

野間たちの意向は、1940 年 10 月の調査会答申「医療制度改善方策」に結実した。そこでは医療普及と医療内容の充実を訴えていたが、医療普及に関連する提言には供給体制の抜本的改革、例えば（1）開業制限や（2）公営医療機関拡大、（3）医療費合理化そして（4）保険医療の拡張などが含まれた。開業制限とは、診療所過剰地域で新規開業や医師増員を禁じる権限を政府に与えることである。また医師免許の付帯要件として地方勤務の義務化も構想されていた。公的医療機関の拡大は既に厚生省が県立診療所拡大策として着手していた。ところが相当の厚遇による求人も診療所の充足につながらなかった⁶⁹。背景には、現代の事情と同様の医師の精神的・技術的不安があった。僻村への赴任は医学の進歩から遅れる不安があるし、高学歴者でもある医師にとって教育環境の乏しい僻村に家族で赴任することは躊躇するのが当然である。そのため、答申ではネットワーク医療を提案した。県立総合病院に勤務する医師が農村診療所に派遣・出張することは、情報・技術面の支援に加えて帰任の見通しが明瞭な「異動」として抵抗が減る。このアイディアは野間の著書に詳述されており、答申には厚生省若手官僚の改革志向が強く反映されていた。医療費の合理化とは、需給双方に適正水準を保障するものだった。つまり公定の診療報酬は合理的に決定し、患者にも医師にも経済的な無理強いをしない仕組みを想定していた。従来から医師会による標準価格表はあったが、答申案は強制性を強め実質的に医療費を非市場化するものだった。それに実効性を持たせるには、保険を全国民に拡大し医療市場自体を保険化すればよい。つまりこの時期の国民皆保険とは、保健国策の前提だったのである。

一方、医療内容の充実では、臨床重視の医師養成のような技術面と、医師会改組という組織面の改革が示された。医師会長は地方長官による任命制とする一方、市区レベルの単位医師会を県の下部機関と位置

⁶⁸ 大阪朝日新聞、1938 年 7 月 1 日付。参照は神戸大学経済経営研究所・新聞記事文庫、http://www.lib.kobe-u.ac.jp/das/jsp/ja/ContentViewM.jsp?METAID=00059011&TYPE=IMAGE_FILE&POS=1（2017 年 8 月 31 日閲覧）

⁶⁹ 例えば内務省は無医村 1400 を対象として、1937 年から 5 年以内に 750 診療所を建設する企画があった。初年度は 150 箇所を設置を達成したが、1938、39 の両年は 39 箇所、40 年には 28 箇所と合計で 256 箇所を設置するのが精一杯だった（金子 2012、60-61）。ところでそうした診療所の待遇は極めて良好で、年俸 2,000 円に加えて旅費と事務費が別途支給され、無料の住宅（光熱費負担なし）と自家用車、運転手と診療所看護婦の雇用が約されていた。これは開業医の平均的な収入である年間 3,600 円の売り上げを得ているのと実質的に同じであり、しかも診療費回収の責任を負わない。当時、医師の総収入の 1 割超が未払いとされているので、遠隔地勤務とはいえ道府県立診療所の待遇は明らかに恵まれたものであった（待遇は野間 1940、85-86；開業医収入は青柳 1996、570）。

づけるピラミッド型への組織変容も求めた（厚生研究所 1942、58-64）。つまり医師会を中央集権の末端事業団体に位置づけ、同業利益団体である医師会を変質させて国策推進の一部に位置づけようとしたのである（高岡 2011、234）。

1942 年に成立した総合医療法としての国民医療法はこの答申を反映していた。法は、全 6 章 96 条から構成され、序章の総則と 6 章の罰則規定を除けば、2 章に身分規定、3 章に医師会組織規程、4 章に医務行政、そして 5 章に日本医療団の詳細な規定を置いた。本法制定には自律性喪失を嫌う医師会が強く反発したが、時局を理由に押し切られて可決成立した。ただし若干の妥協を余儀なくされた。従来の医療公営化方針を抑えて自由開業医制は認め、公的医療機関の設置は農村部や結核治療など補完的機能に留めた（金子 2012、61）。それでも医師会は全員加盟制で勅令や政令を根拠とする組織に再定義され（法 17-18 条）、官製化による自律性の喪失は阻止できなかったし、医師や医師会の本分は国民体力の向上とされ体力行政の末端化が明記された（法 3、16 条）。医療機関の開設は大臣・知事の認可事項となり（法 21 条）、指定勤務を命じる権限も設定された（法 22 条）。加えて引き抜きを抑制して医師配置を維持するため、国は給与制限を命じる権限を持った（法 25 条）。開業医制こそ維持されたが、医療は明らかに厳格な国家統制下に置かれた。

法全体の半分（29-73 条）を占めたのが日本医療団に関する規定である。1937 年に就任した小泉厚相は、自らのアイディアである社会衛生国家建設のため、新設の巨大な外郭団体によって体力行政を一気に推進しようと考えた。それが国民厚生団であり、（1）生活の合理化、（2）医療普及による病苦の解放、（3）結核予防による健兵健民、（4）周産期環境改善による人口増の実現を目指していた。予算規模の 30 億円は当時の一般会計歳出の三分の一に相当し、小泉が保健厚生行政を重視していたことが分かる（高岡 2011、241-243）。厚生省は巨額の予算をどのように調達するか検討を重ね、医療機関拡大を優先するほうが戦時下の事情に合致するとして、病院経営を主務とする営団としての日本医療団設立を先行させた。団の資金調達は、政府出資の一億円とその五倍まで発行を認められた医療債券であり、医療機関建設を任務とした。団の資金規模は当初構想の厚生団と比較すれば縮小したが、同時期に発足した住宅営団に匹敵する金額であった⁷⁰ことを考慮すれば十分に巨額であり、団は積極的な活動の意図があったと考えられる（高岡 2011、245）。

医療団が計画していた病院群は体系的なものだった。病床整備を二系統に分割し、結核向けの特別体系とそれ以外の一般体系とした。国民病対策でもある特別体系は五年で 10 万床を目的とした意欲的計画だが、むしろ一般体系の緻密な整備こそ計画の白眉だった。まず東京と大阪に 500 床規模の中央総合病院を設置し、次に道府県庁所在地 47 箇所⁷¹に 250 床規模の道府県総合病院を置き、農村診療所へ医師を送り出す母体とされた。道府県内の主要地区 588 箇所⁷²には 50 床規模の地方総合病院を開設する。農村保健

⁷⁰ 住宅営団は、関東大震災で多くの木造建築が倒壊・消失したことを踏まえて不燃集合住宅を計画的に供給するため内務省管理下で設立された同潤会を母体としている。1941 年に住宅営団法が成立すると同時に業務を営団に移管し、同潤会は解散した。営団の資本金は医療団と同額の 1 億円であり、10 億円を限度に政府保証の住宅債を発行できた（大本 2005、136）。

⁷¹ この 47 には東京都を含むのか、それとも東京大阪以外の 45 道府県に北海道の 2 支庁を加えたのか、あるいは大阪を含めた 46 道府県に樺太庁を加えて 47 としているのか、関連文献にも言及がなく不明であるが、45 道府県の県庁所在地にはほぼ設立が想定されていたと考えられる（厚生研究所 1942、172-173）。

⁷² 588 地区が何を参照して導出されたのかは不明だが、1947 年の裁判所法で簡易裁判所 575 庁が設置され、その多くが県庁所在地から遠く、地域の中心地だったことを想定すると、病院配置はこれに近いと推定される。

の切り札は無医村におかれる地方診療所と地方出張診療所（合計 650 箇所）であった。また細民対策として都市診療所も一般体系で設置が予定された。一方で団の予定する公的医療機関整備は、既得権者である開業医の不利益をもたらす。医療団の設立に際し、開業医や医師会との連携には配慮をした。例えば医療団総裁に高名な医学研究者である東京帝大名誉教授・稲田龍吉⁷³を充て、稲田は 1942 年の改正医師会令で再編成された日本医師会長に就いた。集権化された医師会組織の長を医療団総裁の稲田が兼ねることで両者を人的に統合し、医界を統制下に置こうとしていた（川上 1965、456）。

しかし、外形的に上下関係を定めて医界を統制下に組み込めば、個々の医師会や医師が自ずと政府の意向に沿った行動をするわけではない。日医と厚生省が一定の関係性を構築したことの背景に、医師会がバランスを必要としたことがある。確かに自律性喪失をめぐり医師会は政府と対立したが、医師会にとって切実な競争相手は利用組合や産組であった。産組にとって、予防と普遍化を志向する政府の医療公営化方針は自らの方向性と合致しており、三宅正一らは医薬制度調査会案を高く評価していた（高岡 2011、234-235）。男性労働力が不足しがちな農村で、女性の過重労働を軽減するには共同炊事や託児所設置などの生活合理化を推進するほかない。産組は、国家新体制運動のうち人的資源の増強を担うようになった（高岡 2011、236-237）。意向で一致する産組と小泉厚相は強い協力関係を結んだが、利用組合を医療団施設へ統合することについて産組は妥協しなかった。最終的に、医療団と医療組合は「閣外協力」的な関係性が認められたが、戦時下の産組の影響力は強まっていった。そのため、強力な産組に医師会が対抗するには、仲介者あるいは結節点として厚生省を必要とした。産組・厚生省・医師会三者の関係は複雑で流動的なので、厚生省が意図的戦略的にこうした位置取りをしたわけではないが、時局という「傘」の下で産組と医師会のバランス上に成立する政府の医療管理は一応の完成を見た。

ただし医師不足に直面する状況では、同案は医療供給体系としてかなり野心的だった。特に注目されるのは、588 箇所で開催された地方総合病院である。道府県総合病院の総病床数 1 万 2 千に対し、地方総合病院の総病床は約 3 万に達する上、各院では内科・外科・産婦人科・小児科・耳鼻科・眼科・歯科の七科を設置し専門医が配置される予定だった。588 院は県総合病院のミニチュアではなく、全国の末端まで構築された医療網そのものであり、本計画は、当時進展しつつあった医療の病院化に対応し、日本医療の標準を示そうとするものだった（高岡 2011、246-247）。本計画が必要とする莫大な費用と医療スタッフは戦争の勝利を前提としている。戦勝国となった日本の戦後は経済力を回復するだろうし、医専出身の軍医は民間部門に戻る。病院のスタッフは、競合の激しい開業を避け安定した処遇を求める医師で補充できる。そうしたシナリオが医療団の計画の背景にあった。しかし実際は 1942 年に戦局が悪化して以来、資材や財源が不足し病院新設は困難に陥った。計画を遂行するために赤十字や産組、自治体などが設立した既存病院を吸収併合するほかなかった。

そうした統合頼みの修正計画でさえ進捗しなかった。例えば 1944 年には 15 地方病院 730 床、労働者地区に 10 産院 3 診療所、着工中の 8 地方病院 371 床を整備する計画だった。また都道府県中央病院 6 箇所 937 床、地方病院 34 箇所 1825 床、4 診療所の統合が予定されていた。実際は 1 病院 30 床 2 診療所 4 産

⁷³ 稲田龍吉（1874-1950）は第一高等中学校、帝国大学医科大学（青山胤通内科）、ドイツ留学を経て 1905 年より京都帝大福岡医大の第一内科教授を務めた。この間、九州地方の風土病がワイル氏病であると突き止めその病原体（黄疸出血性スピロヘータ）を発見し 1919 年ノーベル医学生理学賞候補となるなど、世界的水準の研究者であった。1920 年に東京帝国大学医学部に異動し、1934 年の定年まで医学部教授（内科）を務めた。

院を新設したに過ぎず、統合も道府県中央病院 4 院 714 床、地方病院 27 院 1482 床だった（日本医療団 1977、67-68）。統合は比較的順調だったが、「どうせ焼けるんだからという意識が当事者間にあり、簡単に交渉は成立⁷⁴」した帰結であり、本来志向された高度医療機関整備とは大きく隔っていた。1947 年に団が解散した時点で、団は道府県病院 20、地方病院 198、診療所 282 を所有していたが、戦災被害に遭った施設も多い。また、応召医師が増えると民間の医師不足が深刻化した。医療団の掲げた体系的医療の提供は、保健国策を国是とする状況で、軍との関係が密接な小泉厚相をもってしてもついに実現しなかった。被災拡大が整備を阻害したことが大きい、日本医師会が公的病院拡大に強硬に抵抗したことも一因だった（新村 2006、274）。

6 小活

当初は殖産興業を促進し社会不安を鎮静化するため開始された社会政策は、徐々に範囲と規模を拡張した。とりわけ内政と国防上の関心が交差する農村部では、保健衛生の推進と国民健康保険の導入が実現した。また経済振興や保健衛生が本務となり、市町村の総合化が進んだことは行政史的に特筆すべき変化だった。しかしより大きな変化は、内務省から独立して厚生省という衛生行政専任官庁が生まれたことである。高度国防国家建設という軍国主義的背景があったとは言え、医療機関の増設や医師養成の拡張、国民皆保険計画や医療国営化が導入されたことは、医療衛生上の クリティカル・ジャンクチャー 重大局面だったと言ってよい。

ただし、医療の要素が統制されたとは言え、国の意向のままに動いたわけではなかった。例えば財政的にも行政的にも注力された日本医療団は、当初の意義を達成することなく敗戦を迎えた。それは開業医制が医療システムの変容を拒んだ結果であり、そもそも医師供給体制が整う前に軍事医療を優先させ医師供給を枯渇させたほか、農村の経済構造を変えず医療の購買力欠如を放置したことは、医療の病院化を阻害したのである。保健国策による医療公営化は、内在的に破綻していたと言える。

⁷⁴ この証言は本節で再三言及された内務・厚生官僚の野間正秋である。野間は 1944 年に医療団理事に転じ総務局長を務めた（日本医療団 1977、154）。

第4章 民主化と占領下の医療制度——戦後医療制度の再建——

本章では、戦中期に確立した医療制度の基本構造が新憲法下でも維持され、さらに新たな特徴が付加されたことを明らかにする。本章で注目する戦後医療の基本特性とは、第一に医療制度をめぐるアクターとして、厚生省と日本医師会（以下、日医）が独占的ポジションにあったこと、第二に医療福祉政策の主体として地方政府の重要性が増したこと、第三に国民皆保険が達成されたこと、第四に医育は新制大学に一本化されたことである。こうした特性に共通することは、国家機能の中軸として国民福祉の向上が位置づけられ、政策の科学性・合理性が高まったことにある。また民主化された体制における政治は多元化し、自律性の高いアクターによる複雑な交渉の結果として医療政策が立案されるようになった。

1 占領体制下の医療行政

敗戦直後の医療行政は、連合国軍総司令部（GHQ）内の公衆衛生局（PHW）が強い指導力を発揮して策定、実行されたが、現場の実施や調整は内政官庁としての厚生省が担当した。本節は両者の関係性を中心としながら戦後衛生行政の概要を述べる。

軍医サムの登場

1945年8月にボツダム宣言を受諾した日本は敗戦国となった。2週間後にアメリカ軍のマッカーサーが海軍厚木基地に着陸し、6年に及ぶ占領統治が始まった。マッカーサーが来日した同日、海軍横須賀軍港に到着したのが軍医大佐のクロフォード・サムスで、日本の衛生行政に関する米軍政の責任は彼にあった。1902年生まれサムスは職業人生のほとんどを軍で過ごした。高校を卒業したサムスは陸軍に短期間従軍し、民間企業に務めた後、医学部進学を目指しカリフォルニア大学理学部に進んだ。在学中に陸軍へ再入隊しワシントン大学医学校へ進んだ。この間に研究者の訓練も受けたサムスは、外科系臨床家としての一般的な軍医像から距離のある人物である¹。またアメリカ軍政の部門責任者としてサムスは年少だった。ドイツで同様の任務に当たった軍医は経験豊富な少将であり、派遣スタッフも専門性の高い「格上」チームだった（二至村 2002、51-53）。サムスの上司であるマッカーサーは政治的野心を持ち、日本占領の成功を実績に大統領選出馬が噂されていた。したがって占領統治の各分野では失敗が許されない緊張感があった。

占領統治体制は基本的に、SCAP/GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）を軍政の頂点とし、日本全体の占領を担当した第8軍、各地方軍政部、そして府県軍政部に至るピラミッド構造が構築されていた（竹前 1983、54-55）。まず GHQ が省庁に指令を出し、国が府県を監督する一方、府県軍政部が府県の実施状況を監視する統治体制を採った。戦前の行政が上下の垂直的指揮命令系統だったのに対し、敗戦後は横にある連合国軍政も意識する必要があった（新村 2006、286）。また GHQ はアメリカ型の委任原理で編制されるので、個別領域の政策展開は担当局長の意向が反映された。したがって衛生・福祉行政の長であるサムス

¹ アメリカの医学教育は専門職大学院で実施されるので、医学校進学は学士号取得が前提となる。サムスはパークレーで心理学と精神病理学を学んだが、ワシントン大学医学校入学に際して研究者志向があったので、いったん退役して予備役に就いた。修学中の1927年に生理学・組織学の研究で理学修士号を、29年に医師資格を取得した。その後、予備役として兵籍のあった陸軍に復帰した（サムス 2007、296-298）。

の考えが厚生行政に直接的な影響を及ぼした。

占領統治では、衛生面で二つの対応が急務だとサムスは考えた。

表 4-1 感染症の状況

伝染病予防と食糧確保である。敗戦までに直面した食糧・物資の欠乏は、栄養不足や医薬品不足を引き起こした。また引揚者や復員兵が海外から大量に帰国したことで外来の病原菌が持ち込まれ、1945 年当時は伝染病感染が急増した（表 4-1）。PHW は、感染力が強く蔓延しやすい天然痘と発疹チフスを警戒した。天然痘の予防には国民のワクチン接種が必要であり、ワクチン調達は急を要したが、輸入調達ではアメリカ本国の財政負担が増す。そこでワクチンの国内生産を進めたが、生産施設が壊滅した当時の

疾病	患者数	死亡数	年度
赤痢	96,462	20,107	1945
腸チフス	57,933	7,999	1945
ジフテリア	49,864	7,826	1945
発疹チフス	32,366	3,351	1946
マラリア	28,210	不明	1946

厚生 50 資、716-723 より著者作成

日本で予防接種行政を遂行するサムスの姿勢はかなり権力的に見えた（手塚 2010、64）。しかし占領一年目に 1 万 7 千人以上の感染者がいた天然痘は、強制ワクチン接種が奏功し翌年以降は感染爆発の抑制に成功した（サムス 2007、113-120）。

1946 年に急増した発疹チフスは昆虫由来の感染症なので、サムスは 5000 万人以上を対象に殺虫剤塗布を命じた。使用された殺虫剤 DDT は、1939 年にスイス・ガイギー社（現・ノヴァルティス社）が開発した薬剤で、アメリカは特別認可による輸入²を実施した（サムス 2007、120-131）。人が密集する駅前などでアメリカ兵が強制的に殺虫剤を塗布する光景は、敗戦国の悲哀を物語っていた（サムス 1986、437）。しかし劣悪な衛生環境の日本でサムスが公衆衛生を徹底させ成果を得たことは、厚生行政を大きく変化させた。

サムスは研究者的軍医として戦時中にパナマや中東の防疫経験を持っており、その経験と知識は、浅い軍歴をカバーするに十分な権威をもたらした。またサムスは日本側に対して硬質な（フランクではない）態度で接した。例えば、高官であっても医師のような専門知識を持たないものとは対話に応じなかった。さらには厚生省に衛生部局を増設し、長は医系技官を充てるよう命じた。敗戦直前の厚生省は、官房に加えて健民局（体力局の後身で筆頭局）・衛生局・勤労局・保険局の五局体制だったが、敗戦後には健民局を廃止し社会局を復活させ、1946 年春には衛生局を公衆保健（48 年 7 月から公衆衛生）局に改称し、さらに医務局と予防局を増設して衛生 3 局体制を敷いた。3 局長職を医系技官に限ったのはサムスの意向の反映だった（有岡 1997、12-14）。衛生行政とは技術の具現化であって、対話の相手は医師などの技術者であるべきだとサムスは考えていた。ところが戦前の厚生省では医官は冷遇され、内局最高位は旧・予防局長だけだったし、初代局長の衛生学者・高野六郎（1938.1-1942.6）と後任の勝俣稔（1942.6-10）の二名が就任したところで、機構改革によって局が廃止され、勝俣は新設の厚生技監（1942.11-1946.1）へ異動した。ところがサムスの技術志向によって人事慣行は一変した。勝俣は 1946 年 1 月末に、事務官ポストだった衛生局長に異動し、サムスの交渉相手として存在感を増した。衛生 3 局の新設が内定した後の 5 月に、GHQ は覚書「保健及ヒ厚生行政機構ノ改正ニ関スル件」を発令し、同年 11 月 5 日から東龍太郎医務局長、浜野規矩夫予防局長、三木行治公衆保健局長という新体制が発足した³。後に東京都知事となる東は、東大医学

² DDT の輸入に際しては、全体の 10%を占める薬効成分のみスイスから輸入し、残り 90%を占める滑石（タルク）成分は日本産のものを利用してノックダウン的に製造することで、輸送コストを大幅に削減した。

³ この項における人事データおよび機構名称については、『厚生 50 資』の「組織の変遷」ならびに「歴代幹部一覧」を

部生理学教室教授のまま局長を併任する異例の人事となったが、こうした人事の背後には専門性志向の強いサムスと勝俣の意向があり、厚生省は建設省と並んで技官を厚遇する官庁となった。

サムスが関心を持った数多の行政分野の中で、医療に関して特筆すべき成果は三点ある。第一に医療職養成の高度化、第二に医療供給の病院化、そして第三に予防医学拠点である保健所の整備である。占領直後二年間の医療行政ではサムスの科学志向が厚生行政に反映され、厚生省内部も庁内外をあげた人材登用によって PHW に呼応していった。

厚生省の再起動

敗戦後の衛生・福祉行政は一変した。新憲法の制定で非軍事化と民主化が進められた占領期日本では、文教行政と福祉行政が国家再建の両輪とされた。また、戦中期の厚生行政に介入した軍や内務省が解体・消滅したので、厚生省は決定の自律性を獲得した。もちろん敗戦国として占領軍 GHQ の意向は絶対だったが、サムスのような科学志向の強い軍政トップに対しては、専門性を共有する限り自律性を相対的に高めることができる。本項では、厚生省がどのように再生されたかを描写する。

衛生状態が極度に悪化した敗戦後の日本で、GHQ は 1945 年 9 月に「公衆衛生対策に関する覚書 (SCAPIN48)」を発し、(1) 日本の衛生に関する状況報告、(2) 伝染病、(3) その他公衆衛生に関する全般的対処を求めた。覚書は雑駁な指令だったが⁴、実際にこうした衛生上の指令に対応できたのは厚生省だけだった。食糧不足や伝染病の蔓延を解決するために厚生省の助力を得て社会を安定させることは、GHQ の占領統治に必要なだった。

戦後の厚生行政は三分野で進展した。第一に生活困窮者・児童・身体障害者の領域で、福祉三法の成立によって福祉行政の基盤ができた。第二に医療問題、第三に社会保障制度の整備である。後二者は後ほど詳述し、まずは福祉行政の確立を概観しよう。

敗戦後の処理に際して政府は海外からの帰国関連（復員、引き揚げ、未帰還者）と軍の後処理（戦傷者療養、戦没者遺族、軍人恩給）で問題に直面した。特に在外国民の引揚を優先するべく政府は GHQ に協力を依頼し、GHQ もそれに応じる基本指令を発した（厚生 50 本、579）。在外国民は現地財産を放棄せざるを得ず、また GHQ 基本指令は引き揚げ時の持参金や物資に制限を設けた⁵。帰国後の困窮に直面する引揚者にさまざまな援助が行われたが、最も包括的なのが「生活困窮者緊急生活援護要綱」だった。GHQ の命令で恩給が停止⁶され生活が困窮した軍人や戦没者遺族は多数存在した。要綱はそうした人々のほか、ソ連などに抑留された未帰還者の家族援助も視野に入れていた。支給範囲を限定した生活援護給付について、普遍主義原則や日本の非軍事化に反するとして GHQ は難色を示した。これに先立ち、配給充当のために旧軍物資の凍結解除を政府が求めた際、国民全体の生活保障策を早期に樹立するよう GHQ が求めている。

参照した。

⁴ 指令は、イ) 疾病蔓延状況・医師等のマンパワーの現況・病院等施設と資材の状況に関する報告、ロ) 伝染病週報や防疫対策の実施、ハ) 上下水道と汚物処理・医療施設再開・衛生資材や軍用食糧の配給に関する指示・海港検疫・衛生関係研究機関の再開と継続・衛生統計に関する指示・性病対策である。それぞれ必要な対策ではあるが、マクロな指示とミクロな指示が混在している（医制百、355）。

⁵ 1946 年 3 月 16 日発令の「引揚ニ関スル基本指令」では、通貨は将校が 500 円、下士官 200 円、一般人が 1,000 円とされ、そのほかに各自が自力で運搬できる荷物に限定されていた。（厚生 50 本、580）

⁶ 1945 年 11 月 24 日に SCAPIN338「恩給及ヒ恵与」が発令され、翌年 2 月 1 日から軍人への恩給支給は全面的に停止された。講和条約締結後の 1952 年に「戦傷病者戦没者遺族等援護法」が公布され、翌 53 年に恩給が復活されるまで軍人およびその遺族に対する経済援助は停止されていた。

政府と GHQ の交渉が行われるうちに、(1) 国家責任、(2) 無差別主義、(3) 最低生活保障といった、生活扶助行政の中核的指針が共有されていった。しかし、恩給停止は 600 万人の受給者たちの収入途絶を意味した。さらに戦後インフレで物価が高騰し、また労働組合運動が高揚するなど社会情勢は不安定化していた。情勢打開には扶助行政の根拠を強める必要があった。そこで 1946 年 9 月 9 日に、救護法、軍事扶助法、母子保護法、医療保護法、戦時災害保護法に代え旧・生活保護法が公布され、10 月 1 日に施行された。

戦災による多数の死者は、孤児の増加をもたらした。前章で述べたように、東京市などを例外として戦前の社会福祉は貧弱であり、戦後に大量出現した孤児のケアに対処できなかった。一部が浮浪児化した戦災孤児の処遇は人道的にも治安面からも緊急の課題となったので、当初は要綱で対処した⁷。厚生省内では、抜本的な対応として総合的な児童福祉行政を計画するに至ったが、GHQ はこの方策を積極的に支持し、対症療法的な浮浪児対策に代えて、普遍主義的な児童保護政策樹立の機運は高まった。省内では 1946 年秋から児童保護法案を策定していたが、所管審議会の提言を受けて現行法の児童福祉法を策定し、1947 年 11 月に可決成立した同法は翌年元日から施行された。さらに 1951 年の児童憲章によって、福祉法に埋め込まれた理念が明確化された（厚生 50 本、585）。児童福祉の根源である母子衛生の徹底や母子家庭の生活安定も追求されたが、男女平等の実質的保障が実現するには時間を要した（菊池ほか編 2003、159-160）。身体障害者福祉の起源は傷痍軍人のケアであり、戦前から実施された⁸。満州事変以後に軍療養病院が新設されるなど保護は発展していった。ところが GHQ の非軍事化方針で軍優遇措置は全廃された。軍病院は一般病床の国立病院へ転換され、かろうじて存置した傷病軍人恩給は引き揚げが遅れてインフレに対応できず対象者の生活困窮は進んだ。その後、政府と GHQ が傷痍軍人問題を話し合い、普遍主義的原則による身体障害者行政に結果として軍人が対象に入ることは妨げないという合意が成立した。1948 年末に身体障害者福祉法案制定委員会が結成され、ドッジラインの財政引き締めにも関わらず 49 年末に可決成立、翌 50 年 4 月 1 日から施行された（厚生 50 本、586-587）。

生活扶助・児童福祉・障害者福祉を対象とする社会福祉三法は、戦後早い檀家で成立しているが、旧軍人や戦災孤児という戦争の遺制に対処するために創設された点が共通する。児童福祉法は普遍主義原則の色彩が濃かったが、生活保護や障害者福祉は包括性や普遍性に欠ける面があった⁹。そうであっても、厚生省は福祉行政の主務官庁として自己認識するようになり、それは組織編制から垣間見える（図 4-1）。敗戦前の官房プラス 4 局体制だった厚生省は、1945 年 10 月の組織改定で復活した社会局に扶助部門が移管され、46 年 2 月には健民局廃止と母子保健部門の衛生局移管がなされた。勤労局は労政局と勤労局に分割され、衛生局の防疫部門が臨時防疫局として独立した。サムスと勝俣が公衆保健・医務・予防の衛生 3 局を設

⁷ 敗戦直後の 1945 年 9 月に戦災孤児等保護対策要綱が策定され、続いて 10 月に戦災孤児保護要綱が閣議決定された。翌 46 年には浮浪児を対象とした「浮浪児その他児童保護等の応急措置実施に関する件」が全国に通知され、46 年 9 月には大都市部を中心に「主要地方浮浪児等保護要綱」が設定された。さらに敗戦後 3 年が経過した 1948 年 9 月においても依然として対策が継続しており、「浮浪児根絶緊急対策要綱」が閣議決定された。

⁸ 砲撃戦が進展した日露戦争以後、戦傷病者の社会復帰のために義肢義足を開発し、各地に廃兵院（後の軍事保護院）が設置された。また昭和期からは陸軍軍医学校内で作業用義肢の研究などを行うようになっていた。こうした事情は戦傷病者史料館（しょうけい館、東京都千代田区九段南）の展示資料を参照して筆者が総合した。

⁹ 例えば障がい者のうち精神障害者に対する対処では措置入院を認めるなど人権面での配慮がかなり遅れていた。また福祉行政の実施については、財源などのリソースが不足していたために政府が実施の責任を完全に負うことが困難であった。そのため社会福祉協議会という半官半民の組織を設置して対処した点で、政府責任の徹底が図られていないという批判も残された（菊池ほか編 2003、159-161）。

図 4-1 敗戦後の厚生省内局組織の変遷

	1945.1	1945. 8	1945.1	1946.1・2	1946.6	1946.秋	1947.春	1947.6	1947.8・9・10・12	1948.1・2・5	1948.7	1948.8・10・11	1949.3・6	部局名
官房	3 課	4 課	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	4 課+2 部 5 課	大臣官房
健民局	4 課	⇒	3 課	廃止										
衛生局	4 課	5 課	4 課	⇒	6 課	公衆保健局 3 課	⇒	⇒	4 課	4 課+1 部 2 課	公衆衛生局 6 課+1 部 2 課	⇒	7 課+1 部 4 課	公衛局
					6 課	医務局 5 課	6 課	⇒	7 課	9 課	⇒			医務局
			臨時防疫局 2 課	⇒	6 課	予防局 3 課	⇒	4 課	5 課	⇒	6 課	5 課+1 部 3 課	公衛局に統合	
											薬務局 6 課	⇒		薬務局
			社会局 3 課	4 課	⇒	5 課	4 課	⇒	⇒	⇒	⇒	5 課		社会局
							児童局 3 課	⇒					4 課	児童局
勤労局	1 室 2 部 6 課	⇒	労政局 3 課	⇒	4 課	6 課	5 課	3 課	労働省					
								労働基準局 7 課						
			勤労局 3 課	⇒	⇒	4 課	職業安定局	5 課						
保険局	3 課	⇒	⇒	4 課	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	5 課	⇒	7 課		保険局

厚生 50 資、20・21 より筆者作成

凡例	部局増	新設改称	部局減
----	-----	------	-----

置するのは 46 年 11 月で、翌年春には児童局が新設され勤労局は職業安定局に改称された。初夏に労政局から労働基準局が分離独立するが、9 月には労政・職安・労基の三局を母体に労働省が独立した¹⁰。1948 年 7 月段階の厚生省は、官房・公衆衛生・医務・予防・薬務（1948 年 7 月に医務局から分離独立）・社会・児童・保険の 1 官房 7 局体制と大規模化した（厚生 50 本、621-628）。

ここで戦後の厚生省の任務を時期区分してみよう。第一期は敗戦直後の 2 年間で、不良食品取締や生活困窮者救済、伝染病予防などへの対処が行われた。第二期は 1947 年後半からの一年で、新憲法制定に伴う各種委任立法を策定した。第三期は本格的改革期であり、1948 年から 55 年までの長期を指す。医療行政では、医師法や医療法によって医療環境が大きく変わったほか、薬事立法や公衆衛生体制の整備、社会保険関連法の改定も含まれる（医制百、354-355；360-373）。各種立法を伴う以上、省の業務遂行に法文官僚は必要だったが、当時の厚生省は科学技術色の強い官庁ではあった。特に保健所を整備して公衆衛生を徹底する中で、技官の重要性が省内で高まるのは必然だったのである。

2 医療体制の変革：医育と病院の整備

サムスや PHW の科学志向は、当然ながら医療提供にも反映された。医育は大学レベルに一元化され、病院を中心にした医療供給体制が推進された。本節では医師法と医療法の立案過程を軸に、医療供給構造の変化を明らかにする。

医師養成の一元化

これまでに触れたように医師養成の一元化は戦前に着手され、開業試験が廃止され、試験免除は私立医専にも適用された。ところが 1940 年前後に軍事的理由で医専が急拡大した（表 4-2）。新設医専は急造で、設備やスタッフに難があり、教育水準に問題があるのは明白だった¹¹。加えて戦前は臨床教育を軽視する傾向があった。そもそも、軍医需要の推計は過大であり¹²、医学校の整理縮小は不可避だった。サムスは、医育改革を早急に検討するよう命じた。

医専拡大は医師の過剰供給が懸念されるので、医師会はもともと好意的ではなかった。敗戦後、推進力だった軍が解体されると、文部省は医学校定員を抑制し、学校整理を検討し始めた。1945 年 11 月に公表された専門学校整備要綱では、翌 46 年度より（1）大学附属医専は募集停止、（2）存続医専は定員抑制（官公立は 80 名、私立は原則 120 名）、（3）医専の新設拡張は原則禁止、とされた（橋本 2008、136-137）。

一方、過度にドイツ化された日本の医学教育は弊害が大きいと考えていたサムスは、医育制度の全面改

¹⁰ なお、労働省が設置された際に保険局を移管して労働行政の一元化構想が存在したが、扶助や医療と保険の連携を重視したため、失業保険と労災保険のみ労働省に移管している。

¹¹ 軍の圧力とはいえ歳出を懸念する大蔵省へ配慮して、帝大官立大に設置された医専は、「臨時」を冠して予算措置を講じなかったため、設備や教育人員に不足が生じた。また事実上の軍医養成機関である医専の教育課程では、教練や体連、軍陣医学などに多くが割かれた（神谷 2007、4 および表 3）。戦局の悪化とともに、繰り上げや短縮および軍務動員などが相次ぎ、例えば 1945 年卒の医専生は実質二年半しか修学していない。軍医の知識を平準化し現場の混乱を回避するため、両軍医務当局と協議した文部省は、伝染病治療、結核診断、穿刺法、注射法など 30 種前後の技術を医専の必須教育課程に指定したほどだった（神谷 2007、6）。

¹² 例えば 1938 年の全国医師数は 6 万 3 千人程度であったのに対し、対ソ戦を想定していた陸軍内部では 1942 年までに 3 万人、1943 年以降では 5 万人の軍医需要を見込んでいた（神谷 2007、3）。1945 年段階で設置された医学校は、大学 18（官立 13、公立 1、私立 4）、医専 50 校を数えた。

定に向けて医学教育委員会（CME）を組織した。PHW と CIE（文教行政部）以外のメンバーは、文部省、厚生省、日医、大学（東京帝大、大阪帝大、慶應義塾、慈恵医大）から任命されたが、サムスと関係するものや英米医学を知る人物が多く選ばれた。例えば慶應義塾大学で公衆衛生学教授を務める草間良男はアメリカ留学経験者で、サムス来日直後から医療事情の懇談を続けていた。厚生省衛生局長を務める医系技官の勝俣稔はサムスの行政上のパートナーであり、また東大の東龍太郎は初代の厚生省医務局長も兼務した人物だった。さらに慈恵医大は海軍系学校としてイギリス医学の影響を受けた大学である（橋本 2008、141-142）。

日本側が想定した漸進的改革案と異なり、サムスらは急進的な抜本改革を志向した。また教育領域において学制改革が同時並行で着手されたため、医育改革の政治過程は複雑化した。も

ともとサムスは非一元的医育に批判的で、医専出身の得業士¹³は「二流の医師」だと酷評した。医育の二重構造は医師の教育差に基づく棲み分けを招く。だがそれは低レベルの医療を甘受する地方住民の犠牲の上に成り立ち、またそうした「二流の医師」は力量の自己評価ができないので冒険的治療を躊躇わず、その結果幾千人もの患者が殺される。当時の日本医療に対するサムスの認識はこうしたものだった（サムス 2007、196-199）。

こうした医師は自宅兼診療所や病院¹⁴で診療し、安価で薬効の薄い薬を調剤して利益を得ていた。サム

表 4-2 戦中期新設医学校

年	月	学校	
1939	3	名古屋帝大医学部	
	5	帝大官立附属臨時医専13校	
1941	4	旅順医専(関東州庁立)	
1942	3	日大医学部(大学昇格)	
	12	鹿児島県立医専	
1943	1	官立旅順医専(移管)	名古屋市立女子高等医専(5年制)
	2	徳島県立医専	
	3	官立前橋医専	
	4	樺太医専(樺太庁立)	
	12	岐阜県立女子医専	三重県立医専
		名古屋市立女子医専(4年制へ)	順天堂医専
1944	1	山口県立医専	兵庫県立医専
		山梨県立医専	福島県立女子医専
		横浜市立医専	大阪市立医専
	2	京都府医大女子医専	
	3	官立青森医専	官立松本医専
		福岡県立医歯専	高知県立女子医専
	4	官立東京医歯専(医学科新設)	官立樺太医専(移管)
		私立大学附属医専 4 校	
	12	北海道庁立女子医専	山梨県立女子医専
1945	2	秋田県立女子医専	奈良県立医専
		和歌山県立医専	広島県立医専
	4	官立徳島医専	官立米子医専

国立(官立)	公立	私立
--------	----	----

神谷(2007 表 1)より筆者加筆。

¹³ 得業士号は高等中学校の専門学科卒業者に与えられていた。1918 年高等学校令で旧制高校専攻科修了者に授与される規定が設けられたが、大学予科に特化した高等学校には専攻科が設置されなかったので規定は空文化した。4 年課程である医専は、高等科 3 年専攻科 1 年の四年相当と見なされ、医専卒業者に医学得業士が授与された。

¹⁴ 戦前の規定では、10 床以上のベッドを有する医療機関が病院とされた。そのため、5 人部屋和室二つ程度の施設で

スが医育改革を決断したとき、アメリカ医師会が 20 世紀初頭に実施した教育改革が念頭にあった（サマス 2007、203）。1910 年、化学者フレクスナー¹⁵は医学教育の改革報告書を公刊した。それは各医学校を教育水準別にランク付けし、全 155 校のうち農村部医学校を中心とした三分の一が閉鎖される徹底した改革であった（福島 2012、217-218）。同様の改革を構想したサマスは、施設基準（教室、実験施設、附属病院）や教員集団を基準にして、合格を A 級、判定猶予を B 級とした上で B 級校の新規学生募集は停止した。ただ CME には日本側委員が多数所属していた。判定はサマスの独断ではなく、それなりの根拠と日本側の賛同があった。しかし医学校の廃止は影響が大きい。文部省は戦前から保持していた医育一元化構想に基づき、予科設置を条件として一部医専の大学移行に着手していた。1946 年 3 月に久留米と大阪が、4 月に兵庫県立医大（現・神戸大医学部）と昭和医大、5 月に順天堂医大と東京医大が旧制大学へ昇格したほか、その他の昇格も計画していた（天野 2017c、502）。こうした文部省方針を不満とする CME は、B 級医専の即時廃校方針で全面的に対抗した。文部省の関心は在校生の処遇にあり、1947 年 3 月には B 級医専廃止と経過措置に関する妥協案が成立した。サマスの目的は医育水準の向上なので、（1）A 級校卒業生は一年の補修、一年のインターン、国家試験受験を義務付ける「5 + 1 + 試験」化（2）B 級校在校生は一学年降級して高等学校¹⁶転校（3）B 級校在校生は一年降級して A 級医専に編入、の 3 点を内容とした。B 級校である秋田県立、山梨県立、山梨県立女子、徳島（1,2 年次は A 級判定により徳島医大に昇格）、福岡県立医歯、長崎医大附属医専の官公立六校が特設高校を経て廃校となった。A 級校の公立 11 校（山口、広島、和歌山、奈良、鹿児島、三重、岐阜、福島、横浜市立、大阪市立、名古屋市立）と私立 4 校（岩手、東京女子、大阪女子、東邦）は大学へ昇格したほか、官立 5 医専¹⁷（前橋、青森、松本、米子、徳島）も医科大学へ昇格した（天野 2017c、502-504）。

「6・3・3」制導入を軸とする初頭・中等教育の学制改革を主導したのは GHQ/CIE（民間情報教育局）だと考えられるが、新制大学に GHQ の影響力は観察できない。むしろ複線型教育システムの弊害を知る日本側こそ、高等教育の一元化を推進した。その中心にいた東大総長の南原繁は、CIE がアメリカ型単線制度への変更に反対しないことを理解していた（天野 2017b、198-201）。まして CIE の影響が及ばない医育制度を改革し、「2 + 4」化など具体的変更を立案したのは、サマスや草間ら PHW 系アクターだったと考えられる。

も病院と名乗れる。サマスは、自己収益の拡大を目指す「二流の医師」が、緩い規定に基づき劣悪な施設を乱造する構造的課題を憂慮した。病院基準を引き上げ開放病棟制による大規模化を行えば、病院勤務に耐えられる水準以上のスタッフだけが入院加療に関与し、結果として治療水準が平準化されと考えていた（サマス 2007、201）。

¹⁵ エイブラハム・フレクスナーは 19 歳でジョンズ・ホプキンス大学を卒業し教育家として成功した。兄サイモンは医師となり、後にロックフェラー医学研究所所長に就いた後、野口英世を研究員に採用した。20 世紀初頭のアメリカにおける大学は、必ずしも研究機関ではなかったが、ジョンズ・ホプキンスはドイツ的科学主義に基づく研究志向の大学であり、在学したフレクスナーに強い影響を与えたと推定される（潮木 1993、24-35；149-185）。

¹⁶ 高等学校は新設せず廃止医専の施設を活用する、いわゆる戦後特設高等学校が設けられた。特設高は B 級医専在校生のみ受け入れ転籍生卒業後に廃校となる。なお 1947 年入学者まで旧制高校卒業を経て旧制大学に進学できたが、48 年入学者は 49 年 3 月修了時に新制大学を受験しなければならなかった。山梨県立高と福岡県立高は 51 年 3 月まで例外的に存続した。

¹⁷ なお東京医学歯学専門学校は判定前の 1946 年 8 月に旧制東京医科歯科大予科を設置したが、医専部門は判定の対象となり A 級認定された。その他の官立 5 医専は予科を設けず旧制四年制医大に昇格し、1948 年度に旧制高校卒業者が入学した。翌 49 年、新制大学が開学したが、医学進学課程（2 年制、他学部の教養部相当）修了者が進学する 51 年度から新制医学部学生を受け入れた。戦後昇格した旧制医大は 54 年 3 月に三期生が卒業し翌 55 年 3 月から新制大学の卒業生を出した。なお 48 年度旧制高校入学者は、脚注 16 のとおり新制大学一年へ転学した。新制医学部の第一回卒業生は 51 年に医学部へ進学した旧制高校一年退学組である。

病院システムの構築

占領期厚生行政のうち、1947 年から 48 年の第二期は新憲法に対応する委任立法が中心だとした。しかし医療制度は事情が異なり、サムスらが求める医療の科学化に対応する新たな制度構築が行われた。立法は、医療スタッフの質改善から始まった。1946 年に医師インターン制が義務化され、47 年 7 月には「保健婦助産婦看護婦（以下、保助看）令」が発布された。制定は PHW 看護課のオルト少佐¹⁸の意向が反映された。看護関係法整備の目的は、女性や看護職の地位向上というより日本の病院環境を改善するためだった。当時、日本の病院では入院患者の自炊や家族看護が当然とされ、機関も病床も量的に不足していた（杉田ほか 2005、184）。PHW は医療の中心に病院を位置づけ、その環境を向上させる意図があり、看護関連法制定はその一環だった。

現代の病院は高機能でなければならない。そのため旧体制の遺物だった日本医療団の廃止を検討するために諮問機関「医療制度審議会（以下、医制審）」が設置された。審議会は、1947 年 6 月に団を解散し残った一般病床を都道府県、療養・癩病床を国に移管するよう答申し、同年 11 月に団は解散した。医療制度審議会は、本来アドホック組織だったが、国民医療法の全面改訂が必要とされたため、同審議会に医療機関整備のあり方を諮問した。また戦前に設置された医薬制度調査会には、国民医療法全面改訂の基本方針を検討させた。こうして成立したのが医師法をはじめとする身分法と、医療施設の基本規定である医療法だった。

医師法・歯科医師法は、学制改革に対応して医育を六年間の新制学士課程に一本化し、また両者の分業を明確化した。看護系では 1948 年に保助看法が制定され、現在の正看護師である甲種看護婦は国家資格とした。課程は新制高校卒業後の三年制で、当時の女子修学状況を考慮するとかなり高度な資格であり、看護職の地位向上への意欲が窺える。一方で看護職確保のために、新制中学卒業後二年課程で取得可能な都道府県資格の乙種看護婦が設けられた。資格の二元性が温存され看護の高度化が阻害された面はあるが¹⁹、概して医療職の身分法は職務内容の高度化を志向した。それは医療法にも顕著だった。

記述の大半を日本医療団規定に割いた旧法・国民医療法に対して、身分法を分離した医療法では医療機関の管理を主たる機能としており、特に病院の規定が充実した点が特徴である。まず旧法で 10 以上とされた病床数は、新法で 20 床以上とされ（法 1 条）、100 床以上で複数科を持つ総合病院の規定を置いた（法 4 条）。有床診療所は残ったが（法 1 条 2 項）、収容上限は 48 時間とされ（法 13 条）、療養の主体は病院であることを示した。病院は所定の医療職を有し²⁰、「科学的で且つ適正な診療を受けることができる」（法 1 条）施設として、診察室・手術室・処置室などが例示された（法 21 条）。また、医療機関の補完性を重視

¹⁸ グレース・エリザベス・オルト（1904-1978）は、ジョンズ・ホプキンス看護学校を卒業後にジョージ・ピーボディ大学の教員養成課程で学士号を取得した。また公衆衛生学の修士号を取得している。1937 年から 40 年まで朝鮮のキリスト教系病院に勤務し、41 年に陸軍看護婦部隊（Army Nurse Corp）に入隊、少尉から大尉を経て 46 年 1 月に少佐に昇進した。また 1945 年の来日以来、51 年まで PHW 看護課長を務めた。サムスはオルト看護課長を高く評価していた（大石・ライダー 1992、232-233；杉田ほか 2005、183-184）。

¹⁹ 看護資格の一元化を主張する日本看護協会はこの立場をとる（清水 2009、4）。他方、1950 年の高校進学率は女子で 36.7%であり、1958 年に過半数に達した。こうした状況を考慮すると、正（甲種）看護婦への一本化は志願者と求職側の双方の事情から現実性を欠いたものだった。しかも正看護婦の就業先と想定された多病床病院はそれほど多くなく、看護婦需要の充足を優先し二元化が維持された。また、看護婦の速成は開業医や小規模病院長の利益に合致するので、准看護学校の相当数は医師会立であった（佐々木 2005、297-303；312-313）。

²⁰ 病院は、3 人以上の医師や薬剤師 1 人以上を基準とした。また患者 4 名あたり看護婦 1 人の看護基準が設定され、組織・管理・運営等について高い水準が期待された（吉田 1972、126）。

したので「公的医療機関」を規定し、公共性と経済性をバランスさせようとした（法 31・38 条）。公的医療機関は、地方自治体や保険者連合体、日本赤十字社や済生会、農協など法で明記された開設者による病院で、大臣や知事はこれらにオープン化²¹や実地修練実施を命じる権限を有する一方、費用の一部補助が明記された（法 33 条）。

この後、関連法の整備に合わせて医療法は何度か改正された。初期の改正では医業広告の緩和²²や標榜科の追加が規定された。医療制度にとって重要だったのは、医療法人制度を創設した 1950 年の改正だった。新法は病院志向が明瞭だったが、個人医院は病院転換の資金調達ができないし、また公的機関だけで医療ニーズに対処することも困難だった。そのため医療機関に特化した法人制度を創設し、非営利性を維持しながら医療機関の与信度を引き上げようとした。もちろん旺盛な資金需要が融資を逼迫させていた当時の経済事情を考えれば、この改正が病院建設の直接の契機になったとは言えない。しかしこの改正で私立医療機関に正統性を与えたことが後の病院ブームの起点となったし、また自由開業制を維持しながら病院化する医療の時代に適応したともいうことができる。

病院ネットワーク

戦前の未熟な病院構造を反映して、敗戦当時の医療体制では軍や医療団の病床が大きな割合を占めていた。それらの施設は総じて貧弱であり、また両組織が解体されると施設は移管された。本項では敗戦直後の病院再編を論じる。

医療の国営化を志向した医療団の施設は、戦時中に投資が不十分なまま劣化した施設を大量に保有していた。PHW はそうした医療団の構造に好意的でなかった（サムス 2007、224-225）が、それ以上に財務の逼迫や労使関係の悪化で経営が行き詰まっていた（日本医療団 1977、78-80）。厚生省と大蔵省は協議の上、団の解散と施設の譲渡を閣議決定し²³、その後 1947 年に医制審答申により、一般病床は自治体または民間法人へ移管されることになった。もともと地方移管を想定した処理要綱基準は、運営能力があるとされた自治体に有利で、譲渡先の多くは自治体だった。最後まで譲渡未定だった中央病院が同愛記念財団に、太田病院は済生会茨城支部に移管され 1953 年 3 月にすべての精算が終了した。

一方、陸海軍病院は国立病院・国立療養所として厚生省管轄下に移管され一般病院化した。敗戦後に厚生省は、海外引揚者の医療需要を念頭に GHQ に対して軍病院の承継を打診し認められた（医制百、434-435）。この結果、陸軍病院 102、海軍病院 17 および軍事保護院²⁴監理下の療養所・保育所等 53 が国立移管された。1946 年の国内の病院数は 2,822、総病床 175,491 に対して、国立病院群は 132 院 55,893 床を有していた²⁵。大学や省営（鉄道、通信）の官立病院は 57 院 12,209 床でさらに大規模だったが、官立病院は一般開放性がない。国民医療施設として国立病院が制度化されたことは、戦後医療の民政化・国民化に

²¹ 当該医療機関に直属しない職員（開業医など）が治療を実施したり入院させたりすることを指し、いわば病院機能を地域の医療職全体で共有している状態が想定される。

²² 従来の広告規制が厳しかったために緩和となるが、実際には診療科名や機関名称、保険や生活保護の指定状況の記載に制限されており、事実上の広告規制と考えた方がよい（厚生 50 本、679）。

²³ 1947 年 1 月 24 日「日本医療団の解散に関する件」。結核療養施設は 84 施設中 83 院が国へ移管され、スタッフも 4,594 人中 3,845 人が移管されるなど比較的順調だった（日本医療団 1977、95 および 171-177）。

²⁴ 日露戦争後の 1906 年に設立された廃兵院を基盤とし、日中戦争勃発後の 1934 年に傷兵院と改称、さらに厚生省設立の翌 1939 年に軍事保護院として外局化された。

²⁵ 病床シェアが高く施設数が少ないので、大規模病院が多かったと推定できる（国病十、20-21）。

として重要な転機となった。一方で、軍病院の性質上、所在地である軍事拠点と現実の人口分布や衛生事情は重ならないので、国立病院の分布は医療需要に沿っていなかった²⁶。また戦時中の接收施設は装備に難があり、移管当初の国立病院群が高機能体系だったとは言い難い。被害の少ない病院は占領軍に接收され、残された施設の多くは兵営や学校などを転用したものや老朽化が著しい施設だった（国病十、72-73）。また軍病院は外来機能が弱かったのも、国民医療に対応するには大幅な補修整備を必要とした。しかし投入しうる予算は限定的で、しかも復興に伴う資材不足に苦しんだ。初代医療局長官の塩田広重は、医療水準を引き上げる国立病院の使命を説く一方で、施設拡充が困難だという現状認識を病院長会議の席上で示している（国病十、59 および 61）。

一方で、病院重視の医療法が規定された以上、医療機関を体系的に整備し科学的医療供給を実現することは国家の責務であった。そのため 1948 年に置かれた医療機関整備中央審議会は 1950 年「医療機関整備計画」を答申した。計画は、(1) 人口 2000 人当たり一診療所の設置、(2) 1955 年に向けた病床整備五カ年計画から成る。医療供給の拡大を目指す本計画で注目されるのは、都道府県ごとに中央病院を置き、その下に複数の地方中核病院、さらにその下に保健所単位の地区病院を置く三層構造が予定された点である。これは国民医療団の三層構造に近似しており、公的機関による経営が想定されていた。この背景に当時の病床環境がある。老朽施設であっても国立官立で病床の 4 割を占め、新法の定義に従えば 7 割弱の病床が公的医療機関に属していた。1,924 院の私設病床 54,495（平均病床 28.3）と比較すればシェア、平均規模ともに圧倒的である。サムスたち PHW はアメリカ人であり、医療公営を推進する動機はなかった。しかし科学的医療と適合するのは公的機関以外になく、当時の医療供給体制整備において公的病院中心主義はほぼ前提とされていた。

同審議会は答申後に解散し、病院整備は社会保障制度審議会答申（1950 年 10 月）や医療審議会答申（1951 年 8 月）によって具体化した。医療審議会の「基幹病院整備計画要綱」は三層構造を維持したまま各層の病院機能を詳述した。210 床以上の総合病院である県中央病院（A 級）、100 床前後の地方総合病院（B 級）、60-120 床で内科・外科・産科主体の地区病院（C 級）である（医制百資、188-190）。

戦後直後の医療では、機能の異なる病院を連携させて資源の最大動員を図ろうとした。医師は余剰だったが、高度医療の担い手は稀少であり、ネットワークによる機能補完なしに国民医療の実現は困難だったからである。

医療制度改革のアクター構造

医育と病院整備の戦後改革は次のように概観できる。医育は学校数絞り込みと大学教育への一元化によって教育水準を高めた。また病院ネットワークは公的機関を軸に国民医療機関へ再編された。この両政策決定で独占的な影響力を行使したのは、サムスら PHW とその連携者である日本人専門家だった。重要なのは専門性であり、PHW 内ではサムスやオルト、厚生省内でも衛生局長の勝俣や医務局長の東ら医師の影響力が決定的だった。また省外から慶應の草間や慈恵医大の高木ら英米系医学者が閉鎖的な政策空間を形成した。

²⁶ なお翌 1947 年 7 月の国立管轄は 97 院 29,000 床である。減少分は療養所へ転換され病院としての統計数値から外れているが、これはそうした療養所転換施設の多くが地理的に不便な場所にあったからである（国病十、20 注 2）。

病院整備の前提は、シェアと機能で優位に立つ公的医療機関だった。この時期の病院整備では、厚生省が自ら供給を統制する前提で計画を立案した。実際には、医療機関の設立廃止を規制する権限や病院設立を財政的に支援する権限は、厚生省になかった。ただ、高度で特殊医療機能²⁷を提供する主体が政府外にあるとは考えられておらず、医療機関整備計画や基幹病院整備計画要綱などの病院整備政策では、厚生省を中心とした同心円の中に公的医療機関が配置される構造が指定されていたといえるだろう。

3 健康保険の中の医療

医療アクセスに対する経済的保障である健康保険は、治安や総動員体制のツールとして戦前に発達したが、戦後はより普遍的な制度として成長しついに国民皆保険を達成する。しかも保険の拡張自体が医療技術や医療制度自体を変容させた。ここではさしあたり、戦時末期に破綻した保険制度が復興し、発展する過程を描写する。

敗戦後の混乱と回復

敗戦による社会の破綻は、医療保険にも例外なく影響をもたらした。軍需生産の拡大で加入者を急膨張させた被用者保険は、戦況悪化と敗戦が生産力を低下させ加入者は半減した²⁸（吉原・和田 2008、122）。医療施設の焼失や医師の召集、医薬品などの物資不足に直面した当時の医療自体が、保険制度以上に危機的だった。そしてようやく調達した薬剤で治療した代価が低い公定報酬では医療経営が成り立たない。戦況悪化で医療環境が低下すると、医師は保険診療を再び忌避するようになった。敗戦後は、政府の経済政策によって保険診療の忌避が生じた。物資不足がインフレーションを呼び、また残された戦費支払いのため日銀券発行残高が急増した。政府は、物価統制令や預金封鎖でインフレ抑制に務めたが、傾斜生産方式がインフレに拍車をかけた。復興金融公庫は、電力や鉄鋼など優先復興対象に巨額融資を実行し、生産維持のため公定価格とコストの差額補償制度を設けた。そのために日銀券を増発したからである。1944年から49年までの5年間で、卸売は90倍、小売は60倍の物価上昇を見た（吉原・和田 2008、114）。当時の保険医療停滞は、資材不足とインフレーションが原因だった。保険医療の利点は回収の確実性だったが、支払時間のラグによる目減りはインフレ期の大きなリスクだった。保険制度の回復には、医療資材の提供と診療価格の適宜改定、そして支払いの円滑化を必要とした。

物資不足の打開に向けて各地からアメリカ製品輸入を求める要請がGHQに相次いだ。PHWの意見は異なっていた。もともと日本の医薬品工業水準は十分に高く、不足は供給バランスの問題だとサムスは考えた。そこで旧軍所蔵の医薬品を開放して当面の不足を解消した上で、医薬品製造業の復興を急いだ。原料中心の輸入で国内薬剤生産を奨励し、民間経済主体の経済復興が達成され、雇用も改善した。また生産

²⁷ 計画の立案と挫折から三年ほど経過した1953年の段階においても、イギリス・NHS型分業体制は近未来において必然的に招来するであろうとする知見が支配的であったと思われる。これは社民主義的な公営志向とは異なり、むしろ医療機関における経営努力の重要性を強調しながらも、技術進歩の早い現況から考えれば先端医療など採算性を越える特殊機関は公営によらざるを得ないとする分業論であった（櫻井 1953、38-39）。

²⁸ 1944年には政府管掌（465万5千）と組管掌（482万8千）で計950万人の被保険者を有する被用者保険は、翌45年には政管（232万4千）と組管（178万8千）で計411万まで縮小した。混乱がやや緩和された1946年でも436万人（政管227万・組管229万）で回復は進まなかった（医制百資、表24）。

の復調は闇物資流通を根絶したので、通常の医療経済環境が再生した。例えば抗生物質の国内生産力は、朝鮮戦争開戦時に自給はもちろん戦地需要に応じる水準まで回復した（サムス 2007、237-245）。

報酬改定は保険側が積極的に対応した。当時の報酬では一点単価を改定しており、1945 年 10 月から 51 年末まで 9 回の引き上げを行った。47 年と 48 年は年三回の改定を実施した上に、48 年改定は 4 円から 11 円へ 3 倍近い単価引き上げを実施したため、保険報酬と自費診療価格の格差はほぼ埋められた。こうした努力によって、保険制度への信頼性は徐々に回復した。また、報酬引き揚げの財源確保にむけ、標準報酬改定も迅速に行われた。終戦時には月額最低 10 円・最高 200 円の 20 等級だったが、1949 年までに六回改定を行い、月額最低 2,000 円・最高 2 万 4 千円の 19 等級とした。卸売 90 倍、小売 60 倍の物価上昇に対応した保険改定は成功した（吉原・和田 2008、126-127）。

1948 年 9 月、社会保険診療報酬支払基金法が施行されて支払いが迅速化された。基金は支払い期間を短縮してインフレの目減りを抑制する制度だったが、もう一つの狙いは医師会と医療経済の分断だった。戦前の医療保険では支払い事務を医師会が受託し、事務費の受け取りによって潤沢な利潤を得た。サムスは医師会が実利に関わる制度構造を嫌い、支払い業務を第三者が扱うよう求めた²⁹（サムス 2007、212-213；有岡 1997、26）。

もともと開業医にとって、主たる収益でない保険診療は周縁的存在だった。開業医の関心はむしろ、事業税課税問題に集中しており、保険医療充実に向けたこれら諸制度に対し医師側は無関心だった。保険医療は静かに医療の中心を占め、1950 年代にはむしろ保険受診者が増え財政バランスが崩れたことが問題化するほどだった。

社会保障の確立

戦前に始まった健康保険は、戦後に社会保障制度の一環としてその位置づけを大きく変えた。健康保険の「福祉化」は、医療が福祉制度に包含される一因である。本項では社会保障制度全般の確立過程を概観する。

1946 年 3 月に社会保険制度調査会が設置され、翌 47 年 10 月に「社会保障制度要綱」を答申した。要綱では、傷病・廃疾・死亡・出産・育児・老齢・失業の社会リスクをカバーする社会保障制度が構想され、手当や年金給付の財源は、所得比例の料率と使用者および国の拠出金が予定された。運営は一元的に行うことが想定され、特に総合的な手当制度は、当時の財政状況から実現不能と見られており、夢物語と批判された理想主義的答申は具体化されなかった³⁰（新村 2006、296-298；吉原・和田 2008、132）。

一方でサムスは、失業・疾病・障害・老齢といった工業化社会の生活リスクを予防するには社会保障制

²⁹ サムスの医師会排除の意向表明から異例の早さで基金が制度化されたのは、厚生省は戦前から基金制度を企画しており、サムスの「怒り」を好機としたからである。PHW の意向が絶対である以上、審査事務の利益は断念し基金を受け入れて報酬回収サイクルを短縮する方が医師にもベターと言える。当時は 4 ヶ月から半年の健保処理期間が常態化しており、二ヶ月の基金制度は開業医にとって歓迎しうるシステムだった（有岡 1996、26）。

³⁰ 第一次答申としての「社会保険制度の整備改善に関する答申」では、医療の社会化を主張する東京帝大・森荘三郎や早稲田大学・末高信らによって疾病保険の統合と労災保険制度の樹立などが提起されている。また、この議論の過程で調査会（正委員 29、臨時 15、幹事 9）は三分科会に分割されたが、第一小委員会では末高や近藤文二（大阪商大）らによって給付の総合化が提起されていた。これらはイギリスのビバリッジ報告に強い影響を受けており、その意味では同時代的に見て最先端の方向性を有するものではあった。しかしこのプランを実行した場合の総額は 3,300 億円に及び、当時の一般会計規模 1,100 億円前後と比較して突出した金額であり、PHW に招聘されていたワンデルさえも難色を示す計画であった（杉田 2005、94-112；増山 2007、77-90）。

度が必要であり、日本にはそうした制度が断片的に存在すると認識していた。サムスは統合性を重視する一方で医師の質向上を強く志向し、保険における受診選択の自由を保障した³¹。その意味でサムスには、病院整備計画が内包する公営医療志向はなかった（サムス 2007、272-276）。サムスはあくまで既存の医療制度の不備を是正するため介入したに過ぎない。しかし日本医療は国営化志向だと本国で誤解を受けたため、アメリカの社会保障官僚であるウィリアム・ワンデルらを招き、社会保障制度調査団として一年にわたる調査が実施された。ワンデルは「要綱」を批判的に検討し、48年7月に現実性と総合性を具備した社会保障制度の報告書『社会保障制度への勧告』を発表し、医療の現物給付と年金や失業などの原因給付を併有かつ区別することや、社保と国保の疾病保険並立を提言した（吉原・和田 2008、132-133）。ワンデルの提言によって、1948年12月に社会保障制度審議会（以下、制度審）が設置された。内閣級の最上位審議会である制度審は、厚生大臣官房が所掌し大内兵衛が初代会長に就いた。そして1950年10月に「社会保障制度に関する勧告」を答申し、社会保険主義・制度の一元運営・料率の目的税化・厚生労働（社会保障）省の設置を提言した。当の厚生省は各論に反対だった上、GHQ側も提言の「社会主義」性に難色を示す（厚生 50 資、489）と、制度審は翌51年に制度整備を促す第二次答申を行ったが、各アクターは反対姿勢を変えないので、結果として制度審答申が社会保障の制度分立を定着させたとも言える（吉原・和田 2008、134-138）。

敗戦直後の社会保障制度は、理念的にすぎたために具体化に結実していない。当時の政策環境では経済復興や安定が優先され、社会保障では最低限の生活保護など対症療法的展開に留まらざるを得なかった（新村 2006、298）。しかし「制度要綱」や制度審の答申によって、社会保障は基本的人権の具体化だという共通認識が定着した。そのため、朝鮮戦争特需で景気が好転すると、各制度への国庫補拡大など制度の充実が実現していくのである。

国民健康保険制度

保険制度は不安定な経済状況に対応するような変化を自ら行い、保険に対する信頼を一定程度回復した。また戦後経済復興や朝鮮戦争特需で景気が好転し始めたことで、被用者保険の財政状態はさらに安定し、保険による受診機会は拡大した（楠 2013、208-231；253-256）。これに対して国保制度は、構造的な脆弱性を抱えていた。医療機関が少ない農村では受診機会がなく、また自営業や農家などの所得は不安定な上に料率負担は全部が自己負担である。国保は市町村の任意事業だったので、一度停止されると再生するのは困難だった。本項ではその再起動過程を詳述する。

1938年の制定以来、保健国策に基づき国保普及が積極的に図られ、強制性を高める改正を経て1943年には「第一次国民皆保険」と呼ばれるピークを迎えた（国保 70、12）。しかし戦局の悪化に伴い、そもそも医療供給が途絶したうえに保険料徴収が不能となり、多くの国保組合は事業不振や休止に直面した（吉原・和田 2008、123）。終戦後も社保同様に物資不足やインフレによる危機に直面し、1947年末には休眠国保が43.3%に到達した（国保 70、17）。社保の再建は報酬改定によって危機を脱したが、地域事情の違いを抱える国保は一律の報酬改定が困難だった。報酬単価は県別に策定されたが、医師会は制度のばらつきを

³¹ 医療の公営化は、技量の向上で患者を呼ぶという医師の誘引が働かないとサムスは考えていたが、これは専門職である医師の質保障という一貫したサムスの信念の反映であり、いわゆる自由主義志向とは異なっている。

嫌い、国保復興につながらなかった。一つの打開策として組合直営の国保診療所設置が計画された。当時は医師余剰が顕在化しており、人員確保はそれほど困難でなかった。国は無医村解消対策として建設費の三分の一補助制度を導入し、1955年までに国保直営の2533診療所、411病院が整備された結果、多くの無医村が解消された。

国保事業再生の契機は、1948年の法改正だった。国保崩壊を阻止するには国庫補助金による財政力の回復が必須だったが、制度に懐疑的な声が大蔵省や国会から相次ぎ制度は逆風にさらされていた。そこで「国保マニア」と呼ばれた厚生官僚や組合幹部ら関係者は、課題を争点化し制度維持を図ろうとした（中静 1998、297-299）。一方で PHW は国保に好意的だった。制度の出自は軍国主義的とはいえ、医療利用組合運動の系譜に連なるボランティアや任意組合の形態を採ったことが GHQ の「民主化」志向に適合するからである³²。保険料の範囲内での収支バランスに固執する大蔵省の抵抗で、1947年は一時的な補助金増額に留まった。しかし以後も公衆衛生環境の改善を名目に、事務費や診療所運営費、保健婦人件費などへの補助増額を続けることで国保制度の維持を助けた（中静 1998、299-300）。もちろん保険制度である以上、料率収入で支出を賄うことが原則であり、所管の国保課自身も制度再構築の必要性を認識していた。そのため、国保の加入義務を強化し保険料徴収を強める法改正を計画した。そして、市町村直営主義と国保有資格者の強制加入を主眼とする改正が1948年に成立した。国保加入者の受診率は年々向上する一方、保険料徴収は低迷したままだった³³。市町村は徴収力の強い「税」として保険料徴収を認めるよう要望し、51年に地方目的税である国保税が設定された（吉原・和田 2008、128-129）。

地域保険である国保は雇用主がない分だけ料率負担が重い。何らかの財政支援で料率の「割高」感を軽減しない限り、危機は消滅しない。そのため国は1952年に国保財政の支援策を打ち出した。短期的には、危機的な財政赤字を解消するため「国保事業再建整備貸付法」に基づく長期低利貸付³⁴が実施された。一方、奨励交付金制度によって療養費の実質補助を行った上、奨励金交付と保険料収納率を連動させ長期的な収支改善を促した。53年には療養給付費の二割国庫補助が国会で議決され、55年に法定化された。その結果国保は、事務費全額や一部の事業費（保健婦費用三分の一と療養給付費二割）に国庫支援を受けて運営されるようになった（国保 70、28-34）。

国保は1948年から七年をかけて制度の安定を図った。市町村公営主義への転換や国保税の創設という「国保の地方化」は、国保の運営と財政を安定させ、地方行政としての地域保険のあり方を規定した（北山 2011、61）。戦前においてさえ、市町村行政は総合化しつつあった（市川 2012、84-99；稲垣 2015、28-31；北山 2017、55-62）が、戦後の市町村は、財政自主権と保健福祉行政の能力を有する主体として政府間関係に位置づけられた。市町村が保険と保健を一体運営する動機は、こうした制度配置から生まれた。他方で国保は構造的に脆弱であるがゆえに、存立には政治的支援が不可欠だった（中静 1998、299）。日本が経済成長を経た後も、もたらされた二重経済構造によって国保の財政力は弱いままであり、危機の打開

³² 例えば1947年6月には PHW が緊急声明を発し、国保制度を維持するために国庫補助金の増額が望ましいことをはじめ5項目の指針を公表した（国保 70、21）。

³³ 受診率は49年79.6%から50年93.5%、51年105%に向上したが、収納率はそれぞれ81、77、80%にとどまっていた（国保 70、25）。

³⁴ 融資条件は、三年据え置き・十年内償還・金利6.5%で、当時の公定歩合（1951～53年平均で5.84%）や据置期間を考慮すれば借り手に有利な制度だった。しかもドッジラインの実施で金詰り状態となったので、融資自体が優遇と言えた。保険制度の再建に取り組む時間は、国保の抜本改革に取り組む前提条件ともいえた。

を政治に依存する国保制度の「特性」もまた温存された。疾病保険内部の齟齬は、1948年に組み込まれていたものである。

4 医師会の出現と政治的利益

医療制度の供給面では、「場」と「人」の整備が重要であり、本書ではこれまで病院の形成や医育として分析してきた。他方、医学が発達して、多くの医師が高度な医療実践を行うようになると、個々の医師の行動や意向でなく、専門職としての医師集団に着目する必要がある。本節では、医療制度や政策に強い影響力を行使する医師会が、政治過程に登場し編入された経緯を描写する。

新生医師会の誕生

日本医師会の前身は大日本医師会で、医制発布から40年が経過した1916年に結成された。それまでに相応数の医師が存在した³⁵ことを考えれば設立は遅い。それは明治期の医師養成経路が多様で、医師全体の利益を統合できなかったことによる。ところで医制には医薬分業が明記されていたが、これはヨーロッパの先例³⁶に従ったものである。当時の日本では、薬剤購入で銀流出超過が発生するため贗薬対策に注力しており、薬学専門家養成が医学校薬学科で始まっていた。ただし薬剤師は新しい資格であり医薬分業の受け皿が不足したので、当分の間は医師調剤が認められた³⁷。明治期には薬事関連法制が整備され、1889年に制定された薬律（薬品営業並薬品取扱規則）によって薬剤師の調剤権を改めて確認したが、自宅調剤例外規定が挿入されて分業は骨抜きとなった。医界による医薬分業への抵抗に対して、薬剤師たちは1890年に日本薬剤師会連合会（以下、日薬）を結成し、全国組織を持たない医界よりも組織化において25年ほど先行した（秋葉ほか2012、11-13）。薬界への危機感を持った医界は医師会結成を図り、各県で医師会が設立されたが全国化に至らなかった。1914年、日薬は医薬分離急進派の丹羽藤吉郎が会長に就き、1916年の第37議会で薬律改正案を上程した（秋葉ほか2012、26）。医界の危機感は深まり、世界的細菌学者の北里柴三郎を会長とする大日本医師会が同年11月に結成された（日医50、5-6）。医師の組織化はその出発から政治的影響力の行使を目的としており、翌17年に14名の医系代議士を誕生させた。

強制加入法人へ転換して組織力を強化するため、医師会は政治力を行使して1923年に内務大臣認可の「日本医師会」と改称した。戦時中には国民医療法の統制下に置かれたが、当時でも「小規模自営業者」である開業医の特質に変わりがない以上、利益団体としての本質は保持されていた。むしろ医育複線化や速習化で技能や知識の格差が拡大する以上、医師が高次専門職として一体的・自律的に行動する前提は共有

³⁵ 明治期の医師数は4万人前後で推移したが、これには暫定措置の従来（漢方）医を含んでいる。従来医は1890年に3万人、1900年に2万2千人、1910年に1万人（医制百資、表12）が存在したので、1900年頃まで新制度医師と従来医は拮抗していた。

³⁶ 神聖ローマ皇帝フリードリヒ2世（在位1220-1250）が制定した医師調剤禁止法が由来とされる。検死を行う医師と調剤する薬剤師を分離すると毒殺リスクが下がるので、統治者は分業に好意的だったというのが医薬分業の通説的理解である。一方、当時の医療は業というより学術的活動だったが、薬剤師・薬種商は東洋との生薬取引で大きな経済力を有した。フリードリヒ2世は新たな税源として薬業に着眼し、調剤を薬剤師専業として彼らの利益を高めて税収増を図った。技術水準が低い当時の医学はどのみち治癒に貢献せず、外傷や疼痛治療に実効性のある薬学との間に上下優劣はない。フリードリヒ2世は経済性の観点で医薬分業を推進したと考えられる（安江1977、7-14）。

³⁷ 1878年には医師の薬補兼業禁止を東京府に通達するなど政府は医薬分業の実現に相応の尽力はしたが、薬剤師体制の不備を理由として、84年の内務省訓示で禁止が解除され医薬兼業が可能となった（秋葉ほか2012、7-8）。

されなかったと言ってよい。

しかしサムスは研鑽を怠る「二流の医師」を嫌った³⁸。医師のような専門職は利潤を優先せずに継続的な研鑽によって技術向上に努めるべきとする彼の理念ゆえである。その意味で PHW は医薬分業に積極的で、医師会も同業者団体でなく学術団体であるべきと考えた。1947 年、日本医療団の解散にあわせて旧医師会が解散し、同時に任意団体として新生日本医師会（以下、日医）が発足した。サムスは日医の役員人事が連続せぬよう圧力をかけ、翌 48 年 2 月の選挙で高橋明（東京帝大教授）を会長とする新執行部体制が整った。また日医は学術団体である日本医学会を附置し、組織の学術性を前面に出した（日本医師会 1997、9-12）。ただし新生日医は会費と選挙だけに依拠する組織であり、建前はどうか実体は会員の多数を占める開業医利益を代表する団体だった。幹部は、会員の意向を読む政治力と具体案の構想力が必要であり、執行部の連続性を欠いた初期日医のガバナンスは不安定だった。一方で、サムスの意向に沿って日医の学術性を具備したことは、政治過程で専門性に基盤を置く唯一のアクターとして、日医の正統性を高めることにもなった。

武見太郎の登場と医薬分業

医療制度をめぐる戦後の政治過程で医師会は強力な圧力団体だったが、日医の交渉力を体現したのが武見太郎であった。武見は 1957 年に日医会長に就任し、82 年まで 25 年の長期執行部に君臨した。しかし発足時の会員が 5 万を超え、自律性の高い医師で構成される巨大組織が日医であり、武見個人の意向や思想で動く組織ではありえない。また武見は順風満帆の医政エリートでなく挫折を何度か経験している。したがって、選挙された日医会長として表出した武見の行動は、会員多数派の意向だと解釈するほうが適切である。

1905 年生まれの武見太郎は³⁹、私立開成中進学後に病氣療養を経験し、休学と慶應普通部への転校を経て 1930（昭和 5）年に慶應義塾大学医学部を卒業した。慶應医学部は北里柴三郎が開設に尽力した私立医学校の名門だった。帝大卒の北里は、ドイツ留学を経て世界的業績で知られた細菌学者だが、帝大医科と対立し福沢諭吉の援助で設立した大日本衛生会付属伝染病研究所で活動した。のちに伝研は文部省移管で帝大傘下とされるなど両者の対立は根深く、慶應医学部の開設⁴⁰自体が、東京帝大と伝研・京都帝大の代理戦争という面があった。ただし教授陣は優秀だったが多くは帝大出身者であり⁴¹、慶應が医局講座制文

³⁸ サムスはアメリカの専門医志向に懐疑的で、高度な専門志向が前提となって充実したプライマリ・ケアが実現するとは考えていなかった。医育の水準向上を優先するサムスは、ラジカルな改革を並行させどちらも不徹底に終わることを懸念した。いずれにせよサムスは開業医を敵視したのではなく、プロフェッショナルな医師を求めた。医師の技量向上の契機として作動するなら、サムスが新生日医を歓迎しない理由はなかった（サムス 2007、210-215）。

³⁹ 武見の両親の経歴はやや特殊で、父・可質は武田勝頼一族の末裔で日蓮宗の高僧・武見日恕の長弟だった。帝国大学文学部卒業後に出家した兄・日恕を尊敬する可質の態度が、武見の信心や研究心に影響した。父は 31 歳で渡米した後にカリフォルニア大学やペンシルバニア大学に学び、教育学・哲学の学位を取得し 46 歳で帰朝した。母・初は、家督を継ぐ年少の弟が生まれたことで、女子高等師範に進学し教師となった。当時としては例外的な高学歴女性であり、しかもキャリアを優先したため結婚は 30 歳のときだった（三輪 1995、20-26）。

⁴⁰ 大学令に基づく私立大学医学部が認可された際、慈恵医大や日本医大と並んで医学校の前歴がない慶應が医学部設置に成功したのはこうした背景があったからである。

⁴¹ 医学部開設時からのスタッフに動物学出身の非医師・宮島幹之助（寄生虫学）や新潟医専卒の秦佐八郎（衛生学）もいたが、大多数は東京帝大や京都帝大出身で伝研所属を経て慶應に着任していた（大島蘭三郎・堀江健也 1983、22-29）。北里の門弟は、「学校法人北里研究所・北里柴三郎記念室 HP」から「北里柴三郎の門下生」<https://www.kitasato.ac.jp/jp/kinen-shitsu/shibasaburo/pupils/index.html>（2018 年 5 月 5 日閲覧）を参照した。

化から自由だったわけではない⁴²。

卒業後の武見は、西野忠次郎教授の内科に入局した。西野は帝大医科卒業の後、伝研嘱託や地方公立病院の豊富な臨床経験を経て教授に就いた（内科同窓会編 1964、361-365）。しかし西野や医局員との関係が悪かった武見は、博士号未取得で退局して理化学研究所の無給研究員に就き、岩波茂雄の紹介で銀座のビルに解説した診療所の収入で生計を立てたとされる（三輪 1995、103-112）。ただし武見には無役だった時代があり、その間は農林省診療所勤務や農村衛生指導を経験したと考えられる⁴³。名門とはいえ新設校の慶應は医界に勢力圏を持たず、卒後はいずれ自活開業せねばならない。ただ、在学中に強い影響を受けた寄生虫学教室の小泉丹教授を通じて岩波茂雄と知り合い、岩波経由で理研の中谷宇吉郎の肝臓ジストマ症を治癒させ理研人脈を獲得したのは事実である。旺盛な武見の探求心がこうした幸運を手繰り寄せ苦境を開けたとも言える（三輪 1995、94-103、119-120）。加えて武見は牧野伸顕の閨閥の一員であり、吉田茂の姻戚として当人との交流が深かった。こうした特性により、政治に明るい人物として武見の評価は医界で確立した。

それまでの武見は医師会活動に関心がなく活動歴もなかった。一方、新生日医は混乱が続き、新・医療法や診療報酬改定に対応する必要があった上に、サムスが迫る医薬分業に抵抗するためにも、強力な執行部が求められていた（日医 50、18-19；有岡 1997、35-38）。東大の佐々貫之と柿沼晃作は、定年退官する細菌学教授の田宮猛雄を会長に据え、医薬分業に詳しい心臓外科医・榊原亨と政界人脈のある武見を副会長とする執行部を構想し、1950年に新生三代の田宮執行部が発足、46歳の武見は突然、医政中央に登場した。一方の薬剤師会は、49年7月にアメリカ薬剤師協会使節団を招くなど分業推進に向けて手を打っていた（秋葉ほか 2012、72-75）。PHWはもちろん厚生省も医薬分業に肯定的で（有岡 1997、32）、医師・歯科医・薬剤師の連絡会である「三志会」を設けた。分業を迫る PHW や政府に、日医は薬局の不足を論拠として対抗した。

三志会の自治による合意形成を期待したサムスは、分業受諾を日医に強く迫った。この「恫喝」直後に誕生した田宮執行部は、サムスに対し投薬は治療行為との見解を維持したまま、乱売抑制や分業体制の尊重の意向を伝えた。同時に、診療技術が報酬に反映されない日本医療の弊害を訴え、理解を示したサムスは報酬引き上げを示唆した（有岡 1997、38）。日医は代議員会で分業に対して現状維持に固執する意見を集約したが、PHWに提出された英訳意見書では、日医がサムスらの推進する分業を承認したかの「誤訳」が表記された。これを知って激怒したサムスは日医への不信感を深めた（有岡 1997、38-41；秋葉ほか 2012、80-81）。田宮執行部は発足三ヶ月で辞職し、武見は医政から退いた。

その後、サムスは医療技術評価を具体化するため、1950年7月に発足した臨時診療報酬調査会で、「モノ（＝薬剤）と技術（＝診療費）の分離」の検討を開始した。しかし医薬分業への警戒心が深い医師会は審議に抵抗し、サムスの圧力もあって51年2月に分離可能の答申を得た。臨時医薬調査会は医師の処方箋発

⁴² 当時の慶應は厳密な医局講座制を採らず、現在の大講座制に似た組織だった。内科や病理の一講座に複数教授が配置されたが、風土として教授やシニア教授の権限に若手医師が服するよう期待された（三輪 1995、70-71）。

⁴³ 作家の保阪正康は、当時の医局慣行から入局三年後に博士論文を提出するのが一般的だったことや、退局を引き止めた林毅陸塾長の塾長任期は1933年に満了することから、武見がこの年に慶應を去り、少なくとも四年間は無役だったと推定している（保阪 2001、250-251）。なお、武見の母方は第三代陸軍軍医総監を務めた石黒忠憲と縁故があり、石黒の長男で農林次官を務めた忠篤と武見は接点があったため、農林省内に人脈を有していたことから診療所開設と慶應からの医師派遣につながったと考えられる（三輪 1995、89-90）

行を義務化し、医師調剤は薬局未整備地区などに限定する答申を行った⁴⁴。1951年5月には国会でも医薬分業が議決され（医制百、409-411）医薬分業の完全実施は目前だった。しかしマッカーサー司令官がトルーマン大統領により突然罷免され、サムスもGHQを去った。日医は直ちに分業の後退を計画し、医師調剤を実質的に制約しない法案修正に成功した⁴⁵。サムス退任という好機を逃さず巻き返しに成功したことで、医師会は影響力を誇示した。

保険医療への不満と医師会

医薬分業の懸念は去ったが、診療報酬水準の不満は医師会に残っていた。その根源とは、保険医療が医師の自律性を侵食することへの拒否感であり（有岡 1997、50；三谷 2016）、1950年頃には各地の医師会が保険医登録辞退を決議する事例が頻発し、不満は顕在化しつつあった。当時の対立過程は、保険医療を推進したい厚生省と医療費支出を抑制したい健康保険組合連合会（健保連）に対し、供給側の日医と支払側の総評は協調して対抗した⁴⁶。医療の自律性を訴える日医は医療環境整備の国家責任を主張し、料率以外の国費で給付上積み求めたので医労連携が可能となったのである。

田宮後継の谷口弥三郎執行部は、51年5月に開いた医師の大会で、報酬引き上げと療養国庫補助を求めて総辞退も辞さない方針を決議した。その頃、医薬分業法の修正に成功した日医内には、成果を積極的に追求する流れがあった。7月の臨時代議員会では、有床診療所の入院時間制限猶予延長や原価計算⁴⁷への反対決議も行われた。10月には、総評や総同盟など労組・農民組合、生協連など16団体と「社会保険医療強化国民大会」を共催して政府に圧力をかけた。診療報酬を審議する中医協では案を一本化できず、公益・保険者・医師会の各委員提案を答申に併記した。橋本龍伍厚相は、地域別単価制を含む公益委員案ベースの原案⁴⁸のほか、税制優遇や国庫負担増、抜本改善案の審議継続も示して即時妥結を迫ったため、日医はこれに応じた。ところが会員は強く反発し、52年明け早々に谷口執行部は辞任した。後任は田宮会長と武見、榊原の両副会長で（日医 50、29-34）、この「再登板」は診療報酬引き上げに必要な武見の政治力への期待の反映だった。

ところで骨抜きに成功したとは言え、日医は医薬分業の理念自体は認めざるを得ず、また51年の保険医総辞退收拾の際に結んだ橋本厚相との和解案に沿って、モノと技術を分離する新医療費体系の検討へ参加を強いられた。52年6月、臨時医療保険審議会⁴⁹（通称マル単）が発足したが、厚生省は先行して医療費

⁴⁴ 日医側は薬局未整備を論拠に再三抵抗するが、PHWの強い圧力によって、例外規定を簡素化し1953年から一斉実施することで決着した（有岡 1997、44-46；秋葉ほか 2012、88-90）。

⁴⁵ このとき成立したのは正式には「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律（法律二百四十四号）」である。修正内容は、交付義務の免除規定として、患者の治療上支障がある場合、さらに患者本人が特に希望する場合、そして実施期日を2年遅らせ1955年度とすることだった。そもそも国会の厚生委員会における修正審議に先立って日医は激しく巻き返しを図り、例えば答申を受けて作成された厚生原案の閣議決定を四度も延期させるなどその浸透力は極めて強力であった。分業を望んでいた薬剤師側の観察でも、（分業の法制化という）大義は得たが実質は日医側に奪われたとの歴史的総括がある（秋葉ほか 2012、90-104）

⁴⁶ 当時の総評は労働界主流派だった共産党系からの分派なので、反共性が強かった。

⁴⁷ 診療報酬調査会ではストップウォッチを用いた産業工学的動作研究を行い、人件費の客観的算出を試みていた。

⁴⁸ 全国一律単価に代えて、大都市の甲（12円50銭）、市部の乙（11円50銭）、町村の丙（10円50銭）に区分し、平均値は11円77銭としたのが公益委員案だが、厚相案は甲乙2地として平均値を11円83銭にした。加えて税務を所管する池田勇人蔵相から経費を一律70%（さらに実情に応じて75%まで引き上げ可能な但し書きが付された）とする実質減税合意を取り付けていた。

⁴⁹ この審議会は、診療・保険・公益委員が6名ずつ選出されているが、公益委員には官僚を多く含んでいた。例えば会長の川西実三は元内務次官であり、現役の厚生省医務局長も公益委員として選出されている。現代の中医協と同様に、この委員構成から考えると診療側はやや防御的な位置にあったと考えてよい。

原価の調査会を開いていた。国立病院を抱える厚生省は積極的だったが⁵⁰、医師側が不参加を継続して会が消滅した経緯があった。医師としては医療費体系の審議参加自体が「妥協」であり、そこでマル単参加に際して、(1) 医師の地位確立、(2) 医療給付へ国費による補助、(3) 保険の統合からなる「武見三原則」⁵¹を打ち出し、厚生省や保険者に釘を指した(有岡 1997、67-68)。保険者がこうした態度に反発して審議会は当初から膠着したので、マクロなあり方論は棚上げし、医業実態調査や動作研究で得られたデータを元に診療報酬点数の算出を議論する技術面の議論に集中した。マル単は国保への国庫補助増額を提言し 53 年度予算に反映されるなど、関係者全体の利益となることもあった。だが総じて日医と厚生省あるいは保険者との対立は深まり、診療報酬が議論されない状態が継続した結果、51 年 12 月から点数単価が改定されず開業医の不満が高まっていた。さらに朝鮮戦争特需後の「スターリン不況」も発生した。

田宮や武見らは、この状況での報酬引き上げ要求は現実的でないと判断した。強行すればむしろ課税優遇措置を失うほか、公営病院が増設され自由開業体制が動揺しかねないからである。しかし会員の大勢は即時報酬引き上げを求めており、そのため武見は副会長職を返上し、「無謀な引き上げ案推進の責任者」は榊原副会長だと非難した⁵²。榊原も辞任し、田宮執行部は副会長不在で次期会長選を迎えた(日医 50、39)。54 年 4 月の会長選には、東京都医師会(都医)の黒澤潤三と武見が候補となり、調整の結果武見が辞退して黒澤執行部が発足した。黒澤が辞職した 55 年 10 月、武見は会長選に再出馬したが都医会長の小畑惟清に敗れた。武見には、厚生省や保険者を相手にしても医師の自律性確保は自分なら可能だという自負があった。また当時の武見には、現代で言う「地域完結型医療」の萌芽的発想があった。自ら病院を持たない限り、開業医は高度な治療実践ができない⁵³一方、医療の高度化は病院増を必要とする。そこで武見は、医師会立病院を設置することで、自由開業制を維持しつつ医療の病院化に対処しようと考えた(三輪 1995、181-187)。後に医療公庫の設立によって開業医の病院設立を支援したことはその具現化だった。とはいえ、こうした武見の「情熱」や「理念」は進歩的に過ぎ、会員の理解は得られなかった。また、武見は医師会活動歴がない中で偶発的に医政に関与したので、特に大栗田の都医に基盤がなかった。会長選を二度敗北した武見は、その後は集票活動を重視した。会員の多数を占める開業医利益を確保しなければ、執行部運営が安定しないことを実地で学んだからでもある。武見の理念は、開業医の自律性と利益を前提に構築された。

新医療費体系をめぐる混乱はその後も続いたが、特に 54 年春の薬価改定で対立が深刻化した。抗生物質は大量生産され、その結果下がった実勢価格を反映して引き下げたのだが、診療報酬審議の停滞に不満を募らせた医師会は、これを契機に中医協から医師会委員を引き揚げた。しかも薬価改定が原案通り可決されたことで、むしろ対立は深刻化した(日医 50、42)。医薬分業法の施行が迫る中で、新体系公表は急務で

⁵⁰ 手術など病院の医療行為原価が判明すれば適正な人件費水準が得られるので、総じて病院側の関心が強かった。

⁵¹ 三原則はそれぞれ医師の自律性と経済性を確保する意図があった。地位原則は、医師の裁量は保険によって制約されないこと意味する。補助原則は、疾病回復が生産力向上に資する以上、使用者や国家がその果実の対価を支払うべきとの意味であるとともに、医労連合を保持する意図がある。保険統合原則は、被保険者内の所得格差を内部補助でカバーする意図があり、日医はこの後一貫して保険一本化を主張していった。

⁵² 榊原は九州帝大医学部卒業後、岡山医大助教授を経て岡山市で開業した心臓外科医で、私大卒で医局に属さず内科開業医である武見と肌合いが異なる。また榊原は大規模病院経営者なので、新医療費体系がどう転んでも利益が得られるため、日和見的だと武見に見えた。榊原はこの後、医政から距離を置いた(有岡 1997、70-72)。

⁵³ 猪狩周平は英米日の三カ国における医療体制を比較した結果、医師の身分(一般医と専門医に区分するか否か)と、病床の開放性(施設所属者以外の利用可能か否か)の組み合わせで医療システムを分類し、日本は身分原理において専門医制だがアメリカのようなオープン病床がないことを指摘した(猪飼 2011、37-40)。

あり、厚生省は原案作成を急いだ。しかし関係者の合意がない中で策定される原案は拙速なものとなり、医師会の合意は到底得られなかった。さらに厚生省内部でも医務局と保険局の対立が表面化していた。技官中心の医務局は総医療費の増額を前提に原案を策定したが、事務官中心の保険局は医療経済の観点から総額抑制に固執した。結核対策の切り札として抗生物質が保険収載された結果、使用量が増えて医療費総額が急増したからである⁵⁴。医療費を増やした場合の原資は保険負担の増大以外になく、その選択が財政的・政治的にできない以上、固定された医療費総額内部の配分を変える解決策はなかった。

開業医収入の多くは、注射料や薬治料から生じる。旧来の報酬体系に設定されていた薬治料は薬価比例で設定されるため、医師が高額薬剤を多用する誘因が埋め込まれていた。これを、技術料、薬剤料と調剤料に分割し、薬剤の適正使用に誘導するのが新体系の基本思想であった（有岡 1997, 78-79）。新体系の発想は合理的であり、また不十分ながらもそれなりに客観的な調査に基づき策定された。しかし日医にとっては、総額が固定された中で「新体系」を口実に点数配分を変え、開業医の手取りを下げたように見える以上、反発は強まる一方だった。そのため日医は、新体系策定の前提である医薬分業を改めて標的とした。日薬は必死に抵抗するが（秋葉ほか 2012, 114-116）、保険医総辞退を辞さない日医に対して、国会は延期を決定した。分業が消失した以上新体系の構築を急ぐ必然性もなくなり、この議論は中医協の議題から外れた。

日医は医系議員や地元有力議員の政治ルートを活用して、政府・与党に影響を及ぼし、「医師の米櫃を守る経済闘争（秋葉ほか 2012, 116）」だと日薬が呆れるほど分業反対に固執した。さらに医師優遇税制を含む諸利益獲得に成功したが、それは医師を保険医療に留め置き医療アクセスの普遍化を達成するため、国家が決断した妥協の反映である。経費率を一律に 72%と見なす医師優遇税制は、実は開業医の家計実態を見れば特段の優遇とまでは言えない⁵⁵。しかし国家も日医も医療保険の政治過程で駆け引きを行う以上、それが開業医利益の中核であり、医師が保険医療に回収されたことも意味している。戦後十年を経ず、医師は保険制度に包摂された専門職へと変容した。この後、日医会長に君臨する武見もまた、それを熟知していた。

5 地方自治と保健行政

昭和期に日本の衛生状態が改善されたのは地方行政の貢献が大きい。戦前には市町村の保健活動が奏功し、戦後は府県と市町村双方で公衆衛生行政が発展した。戦後、新憲法の下で福祉行政が拡大する中で、保健衛生はどう改善されたのか。本節は、制度装置である保健所とスタッフである保健婦に着目して保健衛生行政の発達を概観する。

福祉行政の制度的前提

⁵⁴ 結城康博は、日本の医療技術と医療費の変化に着目し、薬剤による第一次医療革新（1950年代）と医療の機械化による第二次医療革新（1960年代後半から80年代）に分類した。抗生物質の普及で、1948年の保険医療費188億が52年には471億へ急増し、その3割が結核療養費であった（結城 2004, 91-101 および 122）。

⁵⁵ 在野の医史家で開業医でもあった川上武の指摘に従うと、1954年の医業実態調査からうかがえる平均的な診療所において、従業員分も含めた給与率が24.4%、しかも実際には借金によって開業したケースが多いのに支払い利子は低く設定されているなど、開業医家計が決してラクではないことを示した（川上 1961, 262-264）。

戦後になって憲法に地方自治が明記されたのは、戦前との明らかな相違点である。地方自治法が制定され、首長公選制導入や内務省の解体など地方政治の民主化が進んだ（大森 1995、41；北山 2010、18-21）。それでもその過程で内務省の抵抗に遭遇したし、機関委任事務や必置規制、地方事務官制など自治の徹底を阻害する制度が残ったので、地方自治の後進性を観察する論もある（新藤 1998、34-36）。しかし新憲法による基本的人権の実質的保障が通底したことで、社会保障が制度的に推進されたことは明らかである⁵⁶。感染症専門家でもあるサムスは、日本国内の衛生状態に特段の関心を払っていた。厚生省衛生 3 局の新設や、府県保健所の設置は、医療の専門性に基づく科学的行政を志向したことの表れである。

ところで一般に分権の程度は地方自治の尺度とされるが、日本の地方行政は戦前から総合化しつつあった。そして政策領域の幅を表す総合化は、分権／集権軸だけから導き出せない。行政事務の関与を意味する融合／分離軸と、官庁の所管の幅を意味する分立／統合軸の二軸で観察すると、日本の政府間関係は融合分立体制が特質だと言えるし、体制維持の前提は機関委任事務や個別補助金だったと考えられる（金井 2007、16-18）。ただし PHW は分離分権体制の確立を望んでいたわけではない。一般に、福祉政策領域で分離分権を徹底すれば自治体間格差や分散が広がり、自治体間競争に勝つため福祉費を抑制する「レース・トゥ・ザ・ボトム底辺への競争」を招く⁵⁷。地方政府の政策実施能力に懐疑的なサムスは、「落伍者」を出さないために分権化に反対し画一的な衛生行政を実施した。そもそも市町村が福祉行政を所管したのは偶発的だった。社会福祉行政は、敗戦後の社会的混乱や衛生状態を改善する切迫した状況で拡大した。新たな行政組織を設計し直す余裕はない以上、既存組織である地方政府を活用することは当然であり、その意味でもとから分権的執行体制は考慮されなかった（市川 2012、166-168）。ただし個別補助金や平衡交付金など地方政府の財政支援制度強化によって、自治体間の行政水準は概ね同一に保たれることになった。

衛生行政は、軍国主義的理念に導かれて全国に浸透したが、軍事イデオロギーと制度形成が一体化する前に敗戦を迎えた。戦後の公衆衛生行政は新たな理念に基づいて再構築されたが、それもまた集権的行政による浸透だった。ただしこの集権は政策効果担保を目的とした機能的集権であり（市川 2012、154）、高い水準で標準化された衛生行政が全国に展開された。それが直接、国民の衛生状況を改善したのである（津川ほか 2014、216）。

保健所の発展

保健国策により、戦前の衛生行政は母子保健や結核予防を中心に展開されたが、戦後の衛生行政は、公衆衛生ステーションである保健所を基盤として発展した。日本の保健所は、1935 年に東京市京橋で都市保健館が、37 年に埼玉県所沢町で農村保健館が開設されたことを起源とする。両施設は、聖路加国際病院の院長だったルドルフ・トイスラーがロックフェラー財団から引き出した寄付を原資としており、公衆衛生

⁵⁶ 例えば GHQ は生活保護の無差別原則を徹底するように指令（SCAPIN775）を出したが、旧保護法の制定は GHQ の介入・監督なしに厚生省社会局援護課が作業している（岩永 2011、48-50）。戦後社会保障制度の整備は、時に見解の相違は認めつつ、日米当局双方が一体的に推進したとするのが妥当である。その共通理念となったのが憲法にも内包された社会権の実現だと考えられる（天川 2017、69-70）。さらに GHQ 内部の左派や厚生省内の社会派官僚らが推進するアイディアとは別に、冷戦化が進行する国際情勢を考慮して、社会主義の浸透に対抗するためにも福祉国家化は推進される必要があった（ケルブレ 2014、10-16）。

⁵⁷ こうした都市政治の構造的制約は、ピーターソンの都市政治分析を参照した。特に「福祉の磁力」が低所得者層を惹きつける可能性がある以上、政治的選好に関わらず、地方政府は負担発生を回避する動機を持つ。そのため福祉政策は分離した上で上位政府が責任を持つことが望ましいとされる。Cf. Peterson and Rom, 1990, Ch.5.

はその初期にはアメリカ系公衆衛生学の影響下にあった（大国 1977、77-78）。40 施設で始まった保健所は、国策による増設で 1944 年には 700 を超す拡大を見たが、その多くは診療所機能との峻別がされない急造施設で公衆衛生機能は未熟だった。

戦後になって PHW は、コレラや性病、チフス、天然痘が蔓延する状況に対処する必要があった（医制百、387）。戦時中のエジプトでチフス鎮静化の経験を持つ軍医としてサムスは公衆衛生を重視しており、既存保健所を強化拡大して公衆衛生の拠点とすることに積極的だった。人口 10 万人を単位に保健所の設置が計画されたが、市町村の行政能力を信頼しないサムスは、責任主体として都道府県と都市部の市を充てた。また庁内に所管部署を置き、出先である保健所との指揮系統を整理した。これに先立って、全都道府県では衛生部と民生部を必置とする制度改定があった。1946 年の GHQ 覚書および 47 年 4 月施行の地方自治法で明記された都道府県の標準組織編成で必置が規定された（稲垣 2015、52-56）。府県は衛生部の県内出先機関として、また保健所政令市は市の部局として保健所を設置した。新生保健所の任務は、1947 年 4 月の GHQ 覚書「保健所機構の拡充強化に関する件」と同年 9 月の新保健所法⁵⁸を根拠に定められ、(1) 公衆衛生看護、(2) 母子衛生、(3) 衛生統計、(4) 衛生試験、(5) 歯科衛生、(6) 栄養、(7) 食品・獣疫衛生、(8) 衛生教育、(9) 防疫、(10) 医務、(11) 性病対策、(12) 結核対策が所管とされた（サムス 2007、174-176）。

サムスはモデル保健所として都内に杉並保健所を設置した⁵⁹。区衛生課全体を保健所へ移管し、12 業務を担当するのは医師 10 名・保健婦 18 名・技師 9 名を含め計 60 名で、さらに環境衛生作業班と食品獣疫監視班が加わり総計 120 名・4 課 17 係体制の組織を構築した（酒井 1948）。モデル保健所の組織規模は非常に大きく、保健所機能に対するサムスの期待が窺える。個別保健機能の結節点に保健所を置くことで事業のタテ割化を回避しつつ、情報差が生じないように融合型の行政設計を行った（サムス 2007、178-179）。サムスの発想は政治に淡白であり、ある種の脱政治性が窺える。戦時行政の産物であっても潜在的機能が高い保健所制度とサムスの哲学との「相性」は悪くなかったのである。

保健所には予防接種や健康診断などの準医療機能もあったが、基本的には地域の衛生を管理する行政機関だった。PHW の支援もあり、1955 年までに全国 773 箇所・定員 31,513 人の一大組織へ発展した（医制百、388）。先述の保健所機能は並列的で機能上の優劣がわかりにくい、サムスは特に感染症対応と食品衛生に力点を置いた⁶⁰。ただし、現実の保健活動はそれほど単純でなかった。例えば結核は、差別や偏見などが根深いので排菌患者を家族は隠蔽した。住民との信頼関係が築かれなければ保健の実効性は上がらない。保健婦が地域社会に浸透したのは専門性に拠るものではなく、その意味でサムスには保健活動の地域性に対する視野が欠落している。

既に述べたように、日本の周産期環境は劇的に改善した。医療の進歩や国民厚生の上昇を考慮してもなお、丁寧で緻密な公衆衛生ケアの衛生改善への寄与は大きく、母子保健に行政が関与することは非常に重

⁵⁸ 保健所法自体は 1937 年に制定されているが、1947 年改定は、組織のあり方を含めた全面改定だった。1997 年には大改正がなされ、同法の後継である現行法令は地域保健法である。

⁵⁹ 当時の東京都人口 630 万人に対して杉並区は 33 万人弱であり、郊外化が進んだ現在と比べて人口シェアがやや高い。直近の統計である 1950 年国勢調査（第 11 表「都道府県の人口階級別市町村数」）に従えば、人口 10 万人超の自治体は 63（ただし特別区はカウントしない）しかない、杉並はかなり大規模な自治体だった。

⁶⁰ サムスは自著に当時の政策展開を記し、予防医学（6 章）、衛生保健所改革（7 章）、医療制度医政改革（8 章）、製薬産業（9 章）の順に記述した。関心の中心が予防医学と衛生改善にあったことが理解できる（サムス 2007）。

要だった。乳児と新生児の千出産あたり死亡率は 1947 年の 76.7、31.4 から 2011 年には 2.3 と 1.1 へと激減した。世界で最も安全な周産期環境を構築したのは、戦前からの実践を住民が信頼した結果であり、単に PHW のサムスやオルトの指導が開花したわけではないのである。結核患者に対しては、地域に常駐する保健婦が頻繁に巡回し、発見した患者と家族を説得したからこそ、ストレプトマイシンによる化学治療確立という好機を逃さなかった。当時もなお、母子保健や結核、成人病は、社会的に重要な課題であり（津川ほか 2014、220-224）、保健所と保健活動が公衆衛生に果たした貢献は大きい。

保健活動が効果的に展開されたことは、地方政府の能力に対する信頼性を高める契機となった。例えば結核対策では、資力を失った患者に対し生活保護や治療費公費負担などをパッケージで提供することで実効性が期待できる。衛生行政は、厚生省を起点として中継点としての府県を経由して実施される。しかし個々の事業は異なる部局で所管され、サムスが求めた集権的統合とは異なり、融合的かつ分割的な行政システムが構築された。例えば 1964 年に保健所の経常経費を支援する運営費補助金が設立されたが、この制度は当然ながら分割行政を温存する。それでも保健所が安定して存在し活動したことで、母子・結核・成人病という国家的懸念の対処に成功しており、それはサムスも誇りに思っていた⁶¹。戦後の公衆衛生政策は、保健所を通じて実施され成功したのである。

保健婦という専門職

保健活動を担う専門職が保健婦であった。1947 年の覚書を法律化した新保健所法（48 年 1 月施行）の 2 条 5 項では、覚書 12 機能の筆頭に記載された公衆衛生看護が、保健所任務として明記された（小栗ほか 1985、110）。ただし診療機能も分有した旧来の保健所では看護職の独立性が不十分だったので、機能が明記されたとしても看護職が補助業務に忙殺されれば訪問活動は不調に終わる。PHW のオルト看護課長らは保健婦の機能に期待しており、本来業務である家庭訪問や健康相談以外の業務に保健婦を充てないよう通達を発令した。PHW の介入は保健婦の自律性を支援するものだった。

保健婦が活動する対象は第一に結核患者であり、東京都中央保健所では 1948 年の訪問件数で過半数（患者 27.5%、接触者 29%）を占めていた。次いで母子保健であり 25%強（妊婦 6%、乳児 11%、幼児 8.4%）を占めている。また性病指導も 5%程度を占め、当時の保健活動は感染症と母子保健に集中していたといえる（小栗ほか 1985、112、表 16）。こうした活動には専門的な医療知識が必要であり、衛生活動の高度化を図りたい PHW は、看護・産婆・保健婦をすべて「公衆衛生看護婦」に統合し、中等教育（旧制高等女学校および新制高校）修了後の 4 年課程を想定した。これは聖路加女子専門学校の教育課程に従ったものだが、女子の専門職課程として修学期間が長い上に看護職を統合して要件を引き上げる必然性が理解されず、統合案は批判を浴びた。そこで保健婦・助産婦・看護婦はそれぞれ独立した資格として⁶²、看護婦の修業年限を高卒 3 年に短縮して保助看法が成立した。しかし女子進学率が低迷する状況での高卒 3 年課程は十分に長く、看護婦不足が懸念されたほか、診療所では最低限の実践的看護教育を求める声が根強かつ

⁶¹ サムスは英米から来日した公衆衛生コンサルタントが、日本の保健行政は「高いレベルで維持されていることに感服し、保健所が全国的規模で普及していることを賞賛した。このような日本の近代的保健所制度は他のいかなる国も追従を許さないほどの優れたもの」であるという認識を明記している（サムス 2007、180）。プライバシーへの介入を伴う母子保健を含めて、全国的に同一水準で密に展開されているネットワーク性こそ、日本の保健行政の特異かつ優位な特徴だった点がわかる。

⁶² 保健婦と助産婦は基礎資格として看護婦を要件とし、看護婦課程に付加した専門課程を設置している。

た。そこで高卒 3 年課程看護職を甲種とし、中卒 2 年課程の乙種看護婦を補助的に設けた（保助看 60、270-271）。甲乙はその後に正看護婦・准看護婦と改称され、臨床看護の資格併存が固定化された⁶³。

ところで保健婦は農村窮乏に対処するため導入された国保制度に連動して生まれた職である。市町村単位で設置された国保組合は保健婦を置くことが規定され、現在の市町村保健師の発端となった。また産業組合は、組合の拡張や医療機関設置と並んで保健婦活動を重視したため保健婦養成は急速に進んだ。このため、戦前の農村部では保健所でなく国保による公衆衛生活動が先行した（小栗ほか 1985, 155-157）。保健所に由来する府県保健師と国保由来の市町村保健師という二重構造はこのように形成された（木村 2012, 22）。

結核と母子保健を主な対象とする保健婦活動は住民の主体的協力を引き出し、政策の実効性をもたらすために行った地道な努力が結実し、農村部の準医療機能として保健婦は信頼を獲得した⁶⁴。しかし状況は戦後のインフレと財政難で一変する。まず国保が経済基盤を失い崩壊したため、国保保健婦は相次いで辞職した。国は保健婦補助金による人件費支援を行ったが、保険給付さえ停止される中で保健活動は停滞した。また献身的な準医療機能で住民の信頼を得たがゆえに、医師不在の農村で最後の頼みの綱として保健婦は過重な責任を負った（小栗ほか 1985, 168）が、市町村保健婦の処遇はそれに見合う水準ではなかった。1951 年当時、保健婦は保健所（56%）、市町村（22%）、国保（11%）、学校（15%）等に勤務し、平均月収は 5,750 円だったが、事業所保健婦が 7,086 円を得る一方で村保健婦は 5,181 円で格差が大きかった⁶⁵。また電話交換手が 7,500 円を得るのに看護婦は 6,247 円で、看護職全体の社会的評価が低かった（平山・宮地編 1990, 74）。

国保が市町村公営に転換した 1948 年頃から市町村の保健活動が再建された。行政的にも厚生省看護課や県医務課看護係の設置によって、看護行政の体系化が進む。また二系統の保健婦構造は、保健所の指導に集約一元化された。一方、戦後保健の最重点課題が結核対策だった。その対応に向けて国は結核予防法を改正し、医療費助成や結核病床整備を実施する一方、市町村保健婦に訪問活動を委嘱した。市町村保健婦は採用自治体にずっと勤務する。そのため場合によってはへき地と都市部で情報力格差が生じるおそれがあった。もともと保健婦自体の歴史が浅く、成熟した制度でもない。そこで経験豊富な年長保健婦を指導員に任命し、後進の育成と横のつながりを維持する仕組みを設けた。既設の国保保健婦補助金制度に加えて 1948 年には保健指導員も補助対象となった。指導員は、崩壊寸前の国保保健婦活動を支え活動の重要性を争点化する役割も果たした（小栗ほか 1985, 196）。ただし戦後の保健所はアメリカの衛生ステーションをモデルとしているため、異なる背景で誕生した国保保健婦制度を PHW は十分理解しておらず、市町村の保健活動は孤立気味ではあった。

公衆衛生状態の向上に保健所が貢献したことは言うまでもないが、国保制度の安定と皆保険に向けた拡

⁶³ 1950 年 10 月の甲種看護婦第 1 回国家試験では出願 1 万人受験 8600 人に対し 7000 人が合格し、51 年 5 月の第 2 回では出願 2 万受験 1 万 7 千に対し 1 万 6 千が合格した（保助看 60、290）。一方で中卒 2 年課程の需要は高く、1952 年には中卒 2 年課程が高卒 3 年課程定員を逆転し（保助看 60、272）、その後も准看護婦が増えた結果、1967 年に正看護婦総数を准看護婦総数が上回った（医制百資、588-589、表 16）。

⁶⁴ 草創期の国保保健婦活動は内堀千代子の事例紹介による（小栗ほか 1985, 第三章）。内堀が着任した 1944 年に人口 3700 人の村では保健婦 2 名で活動にあっていた。高価だった自転車が貸与され月給 60 円（当時の小学校女性教員は初任給 45 円）が支給される厚遇から、保健婦活動の重視が読み取れる（小栗ほか 1985, 160-161）

⁶⁵ なお日銀消費者物価指数データによると現在を 100 とした場合の 1951 年の指数は 14.3 であり、5,750 円相当の生活水準は月 4 万円程度となる。また保健婦の平均給与は 1951 年当時の六級職（いわゆるキャリア公務員）初任給程度であり、戦前のような厚遇と全く異なる状況が推察される。

張が進む中で、住民の健康に直結する活動として重要性を増したのは市町村の保健婦活動である。しかも、標準課程を経て相対的に均質な専門職である保健婦が各市町村に存在することで、公衆衛生の政策共同体形成が可能となる。保健所の指導を受ける市町村保健婦は、上位政府である県や厚生省とも接続している。市町村保健婦は公衆衛生の重要な結節点の役割を果たすことになったのである。

6 小括

戦後の医療制度は、GHQ/PHW が求める科学志向と新憲法が求める普遍的社会保障の下で構築された。サムスやオルトは日本医療の高度化を試み、病院中心主義が明示された医療法制定や医育の大学一元化、保助看法の制定については一定の成果を見た。また、戦後日本の衛生環境は、結核や母子保健を中心に劇的に改善された。これは PHW の指導とは別に、戦前から地域レベルで着手されていた公衆衛生行政が維持発展したことに起因する。その主力は保健婦であり、恵まれない処遇で地域保健の向上に尽力した。

一方、戦後医療は急速に保険化した。戦時中の医師拡大による医師余剰や経済状況の変化による被用者の増大によって、開業医たちは保険診療を受け入れるようになり、次第にそれが医業の中核へと変容した。その結果、保険の医療行為価格一覧である診療報酬体系をめぐる紛争と調整こそが、医療をめぐる政治過程そのものとなった。その独占的なアクターとなったのが、総合福祉官庁である厚生省と、戦後に再生された日本医師会だった。

重要なことは、医療の変化は制度や構造に基づく必然的なものというよりも、偶発的要因に基づくものであり、また違う制度が転用された結果生じた帰結であることだった。しかし一度制度化されると、ゲームのルールとして固定化され、次代のゲームの展開を規定する。その意味で、本章で扱った昭和 20 年代前半の医療制度形成は、現在に至る医療制度の基底を構築した変化だったと言えるだろう。

第5章 拡大する医療：高度成長期の医療政治

戦後の医療制度整備は、医療職養成を高学歴化させ病院開設が進み、総じて医療供給が高度化した。また日本の社会経済は昭和30年代の劇的な成長によって国民所得が急増した結果、個人としても社会としても社会保障を拡大する余裕が生まれた。国民全体に医療保障を提供する国民皆保険制度はこうした背景で成立した。一方、医療の保険化が進行することで、診療報酬をめぐる鋭い対立を伴う政治過程となった。さらに医療技術の進歩が生み出す医療機能の分化によって、医療内部の利益構造が多様化した。本章では、昭和30年代を中心に医療政治に生じた変化を概説する。

1 国民皆保険の成立

復興と経済成長は被用者の増大を伴う第二次・第三次産業を成長させ、社会保険の加入者は拡大した。また昭和の大合併による小規模自治体の吸収によって、国民健康保険事業の実施自治体は急速に増えた。だが、零細企業事業者や農民・自営業者を中心とした保険未加入者は三千万人を数え、全国民の三分の一を占めた（吉原・和田 2008、162）。独立の回復と経済成長によって国力を回復した日本は、国民生活を安定・向上される必要があったが、その一環が国民皆保険の達成だった。

健保制度の赤字と制度改革

朝鮮戦争特需とその後の不況を脱した日本は、顕著な経済成長を経験していた。昭和31年版の『経済白書』は、復興ではなく本格的経済成長の時代が来たことを根拠として「もはや戦後ではない」と述べている。しかし住宅事情や衛生環境、さらに低所得者層救済などの課題は深刻であり、本格的な社会保障体制構築を必要としていた（吉原・和田 2008、140-141）。重化学工業を中心に生じた経済成長は、賃金や処遇の格差拡大を招いた。このような二重構造を放置すれば連帯による社会保障制度には大きな亀裂が生じる。しかも医療の保険化が急速に進行した結果、需給バランスが崩れ保険財政の危機が顕在化した。

ところで前章で述べたように、1950年ごろの医療政治で最も対立的な論点は医薬分業の可否だった。PHWや日薬の推進で実施寸前にこぎつけた医薬分業は、日医の政治力によって実質的に無効化された。この間に健康保険財政は危機的状態に直面した。中小企業被用者向けの政府管掌健康保険（以下、政管）は54年暮れに資金がショートし、20億円の国庫借入れを行ったが、55年度にはなお60億円の赤字が予想された（有岡 1997、83）。国民健康保険（以下、国保）は戦後直後から財政危機が続いており、（1）未払金解消のため再建整備資金貸付法制定（1952年）、（2）保険事務費補助（1949年まで5割、50年7割、51年以降10割補助）、（3）療養給付費2割補助（1953年補正予算、55年法定化）など支援の制度化と拡大が続いていた（国保 70、28-34）。国庫補助によって健保財政の不安定を解消するアイデア（方針）は確立していたが、政管・国保の財政不安定は構造的問題であり、根本的解決を検討する必要があった。政府は厚生省内に七人の有識者からなる委員会¹を設け、医療保険の検討を行った（吉原・和田 2008、192-

¹ 「七人委員会」とは七名の委員に委嘱されたことに起因する通称だが、この委員会は正式名称を持たないので、公式的資料でも通称が用いられる（厚生 50 資、589）。委員長の今井一男（大蔵省出身）以下、稲葉秀三（企画院、産経新聞）、清水玄（厚生省から船員保険会長）、中村健城（大蔵省から開銀理事）、近藤文二（大阪市大教授）、高橋長太郎

193)。

当時の政治状況は混乱していた。長期政権となった吉田茂への反発は拡大し、自由党を離党した鳩山一郎が 54 年 12 月に内閣を組織した。ただこれは 55 年 2 月の総選挙のための選挙管理内閣であり、選挙後は鳩山新党である民主党のほか、自由党、左派社会党、右派社会党の主要四党が議席を分け合った。成立した第 2 次鳩山内閣は少数与党として不安定な政権運営を続けた。政管健保の赤字解消のため、標準報酬区分の見直しや保険料率と一部負担の引き上げ²によって赤字額を圧縮し、国庫補助と長期低利融資で残る赤字を穴埋めした(吉原・和田 2008、157)。しかしこの財政対策は激しく批判された。特に、抜本的な健保制度改革を求める社会保障制度審議会と社会保険審議会は、厚生省案を拒否した。料率引き上げは急を要するため、厚生省は政令で引き上げを実施した上で、加入者負担増を骨子とする健保法改正案を提出した。ところが、医師会はもとより労働界や健保連など関係者すべてが反対し、法案は廃案とされた(有岡 1997、84)。一方、日医側にも混乱が生じていた。薬価改定を容認した黒沢潤三会長ら執行部³に対して一部会員が引き下げ反対を崩さず、執行部は 55 年 9 月に総辞職した。翌月の選挙で都医会長の小畑惟清が武見太郎を下して後任会長に就いた。また、日医は治療費のあり方自体には強硬姿勢を崩さなかった。新医療費体系や健保法改正を拒否するため、地方レベルや日医本体で保険医登録総辞退を含めて対抗することを再三決議した。しかし日医のこうした姿勢に世論は好意的ではなかった。労働側や健保連も医師会の側につかなかった(社会保障研究所 1968a、37-38)。

国保強制加入の提言

55 年 10 月に七人委員会が報告書を提出した。報告内容は、(1) 標準報酬の捕捉と上限引き上げ、(2) 保険医の公的性格強化、(3) 診療報酬における技術重視とモノの分離、(4) 包括払い制の導入、(5) 規格主義の強化と差額徴収の公認、(6) 初診料を倍増し入院食事代・往診料の患者負担増、(7) 従業員 5 人未満事業所を対象とした第二健保の創設、(8) 政管健保と国保の財政調整、(9) 国保の強制設立(社会保障研究所 1968b、610-611 より)といった網羅的なものだった。このうち最も根本的な提案は、零細企業被用者を対象とする保険(第二健保)創設と残余をカバーするための国保義務化によって、国民皆保険を実現する点にあった(社会保障研究所 1968a、10)。この案に対しては、第二健保を中心に批判が多かった。しかし国保の強制設立を含めた国民の医療アクセス保障を保険面で明示した点で、戦後の社会保障史における画期とすることができる。

報告では保険医の公共性が強調された。医療公営化が進まない以上、開業医が主体となって医療供給がなされる。保険医療が拡大する中で、診療報酬が供給者の「言い値」に影響されれば財政バランスが崩れる。保険医療の公共性強調によって個々の医療行為に一定の制約が付随するのは、保険制度維持に必要なだと委員長の今井一男には思えた。また、保険医療機関と保険医の双方を政府が認定する二重指定制度によ

(一橋大学長)、平田富太郎(早大教授)で構成された。

² 保険料率は 1000 分の 60 から 65 へ引き上げ、標準報酬も最上層区分を新設し、相対的に富裕な被用者の負担を大きくする方策を採った。インフレ進行中に報酬区分を放置すると多くの加入者が上層に位置づけられてしまい、実質的負担力から乖離するため、こうした対応自体はごく標準的な方法だった。

³ 厚生省との力関係だけを考慮して強硬策を通せば、長期的には社会的支持喪失に繋がる危機から執行部は妥協した(太田清一「医界の前途を憂いて」、『日本醫事新報』第 1641 (1955 年 10 月 8 日)号、69-70)のだが、結局は前年に執行部辞任に追い込まれた武見と同様の経験に直面した。

り、保険医療の公共性を具現化した。報告書は、厚生省職員の手を借りずに 700 頁を分担して委員たち自らが執筆した異例の答申であり、その巻末に今井委員長は補論（今井メモ）を掲載して規格診療の必然性を改めて強調した。委員会の狙いは医療の標準化にあった（社会保障研究所 1968b、612-618）。

厚生省は続発する左派系診療所の不正請求に対応するためにも二重指定制度を急いだ。一部診療所系列は、患者の一部負担を徴収せず本体診療に上乗せ請求していた。これは「確信犯」であり、個別に保険医取消処分を下しても別の医師が続く。そこで保険指定を機関にも行い、閉院で対抗することが有効だと思われる。しかし、事情はどうあれ開業医には政府の制約が倍加することには変わりはなく、日医では医薬分業問題を乗り越えた 56 年 2 月ごろから、二重指定制を含む健保法改正案反対に関心を寄せた。日医は 56 年 2 月の臨時代議員会で総辞退を決議し、各地の医師会は健保法改正対集会を開催した（日医 50、49-50）。3 月には京都府医師会が 1,439 会員中 1,104 人の保険医辞退届をとりまとめて知事に提出し、都医も続いたほか各地の医師会に総辞退の動きが波及した。結局、法改正は審議未了で廃案になった（厚生 50 本、1281-1282）。

一方、社会保障制度審議会（総理府管轄。以下、制度審）も健康保険問題の検討に着手していた。二重指定問題より前の 1955 年に、同審議会は医療保障問題の総合的検討のため、医療保障特別委員会（以下、特別委）を設置し、56 年 11 月には答申準備に入った。同時期に厚生省は医療保障委員会（以下、五人委）を設置した。メンバーは当時審議会に関与していない長沼弘毅（元大蔵次官）・葛西嘉資（日赤）・橋本寛敏（聖路加病院長）・中鉢正美（慶應大助教授）・川上和吉（社保支払基金理事長、元内務官僚）の 5 人だったので五人委員会と呼ばれた。五人委は特別委と機能重複せぬよう活動に条件が付され、結論は制度審答申と矛盾しないこと、当面の任務は 57 年度予算編成の保険財政ガイドライン策定であるとされた（厚生 50 本、1296-1297）。官邸系と厚生省系のふたつの審議会が同時に活動したことで、結果的に国民皆保険が争点化し、実現に向けて動き始めた。

まず 56 年 8 月に五人委が中間報告を出し、疾病保険強化・無医地区対策（助成の拡充）・結核対策（公費医療拡大）の三点が示された。また保険強化とは、零細事業所の非対象被用者に保険拡張することを意味した。その手段が国保にせよ第二健保にせよ、財政的・行政的に強力な支援を必要とする。中間報告が意図したのは、医療保障の体系性を厚生省が確立することだった（社会保障研究所 1968b、618-619）。56 年 11 月には制度審が「医療保障制度に関する勧告」を答申した。制度審答申は構造的ないし原理的な解決を志向するので皆保険の実施を強く迫った。制度審は、第二種健康保険を導入し政府補助により料率を定額化すること、国保事業を全自治体で実施すること、両者の給付率は 7 割を目標とすることを求めた。その他に、政管健保の組合化や政府責任による無医村解消、結核の公費助成拡大、医療の規格化など総合的な提言も行った。しかし、特に重要なのは医療供給体制の整備と医療経済のバランスを連結させた提言で、病院への規制や専門医制度の導入による地域と診療科の偏在解消など、現代でも通じる発想が示された点である。医療供給と医療経済のバランスは皆保険前後から現代に至る課題なのである（社会保障研究所 1968b、221-236）。57 年 1 月には五人委の第二次報告が公表され、国保強制実施や給付率保障⁴、低所得者層の料率上限、国保事務の支援強化など具体的方策が提案された。また報告では「単に国が助成を行う程度に止まるものではなく、最終的には国の責任において行う体制を確立する必要」が明記され、国の責

⁴ 7 割を目標にする制度審に対し、現実性を重んじた五人委は最低 5 割とやや抑制的だった。

任を積極的に認めている（社会保障研究所 1968b、619-622）。

国民皆保険の動きが表面化する中で、医師や患者の利害に配慮した健保法改正の修正案が再度上程され、二重指定制を含めた新法が 57 年に可決された。医師会は保険医総辞退を暗示して反対したが、世論の反発と参院議員の仲裁を拒めず、「伝家の宝刀」を抜くことはできなかった。医療問題の政治過程は、この段階で基本構図が成立したと言える。独占的なアクターは厚生省と日医であるが、最も配慮すべきは世論である。ただし世論に実体はないので、国会議員や党幹部、主要閣僚の介入によって局地戦に決着が着く。実際の政治過程における日医は、この頃それほど特権的位置になかった⁵。

国民皆保険の実施へ

国民皆保険を支える報告や答申に押される形で、厚生省は国民皆保険までの日程を明示した。まず 1957 年 2 月に、57 年度から四年間で国保を完全実施するための普及四か年計画を公表し、毎年 500 万人程度の被保険者増により 1960 年度までに無保険者をほぼ解消する意向を表明した⁶。さらに 57 年 4 月には国民皆保険計画の決定と国民皆保険推進本部の設置を行い、皆保険実行の体制を整えた⁷。皆保険実現には、国保法の全面改正と財政支援策の強化が必要であるが、政府は療養費の 5%に相当する財政調整制度を導入し国の責任で国保を実施する姿勢を明確にした⁸。

国保完全実施に向けた厚生省の当初案は、(1) 市町村の国保実施を義務化、(2) 給付範囲は社保と同等、(3) 療養費 25%相当と事務費全額を国庫補助、(4) 調整交付金制度により保険者間財政力格差を是正、などを含んだ（厚生 50 本、1290）。原案は自民党、大蔵省、自治庁、地方六団体、国保中央会など関係者に示されたが、制度の支援が弱く財政バランスの悪化を理由に診療報酬抑制などが懸念されるので日医は原案に反対した。当事者である自治体や国保中央会は賛成したが、自治庁は脆弱な自治体財政を危惧して 7 割給付に懸念を示したため⁹、療養給付率は最低 5 割とし支援制度や財政状態の改善に応じて給付率を上げる妥協案が成立した。充実した皆保険を目指す制度審は、原案に代えて 7 割給付と療養費 3 割補助を答申した。しかし原案が閣議決定され、国保法改正案（以下、新法）が 58 年 3 月 13 日に上程された（厚生 50 本、1291）。

国会では、前回総選挙から三年が経過し 1955 年には社会党再統一と保守合同が成立したために、民意を問うべき時期との共通認識があった。そのため自社両党は 4 月 25 日にいわゆる話し合い解散を実施し選挙戦に入ったため、新法は審議未了となった。国保中央会や地方六団体は早期成立を促す一方、日医は法案修正を目論んでいた。58 年 9 月開会の臨時国会に新法は再提出され、11 月に衆院を通過した。ところがこの国会では警職法改正案の審議をめぐる大幅な混乱が生じたので、実質審議に入れず新法は再び審議未

⁵ この知見については、分析の対象時期は異なるが中静未知の分析から大きな示唆を得た（中静 1997、340-341）。

⁶ 厚生省が全自治体に国保を強制するには法律上のハードルが高いため、さしあたり人口率で「ほぼ」全国民をカバーすることを目指した。四か年計画は、56 年度に国保を実施していない 1,659 自治体のうち、千以上で実施する予定だった。残る 600 程度はへき地無医村などで、保険設立の誘因が薄かった（厚生 50 本、1288）。

⁷ 組織としては事務次官を本部長として審議室・保険部・医療部が置かれ、省内部局に分散した保険関連の事務を横断的に処理するよう編制された。

⁸ 旧来は国保療養費の 2 割相当が国庫補助されていたが、全体の 10%が収納率の高い保険者、20%が財政力の弱い保険者に優先配分され、残り 70%が全体配分の対象だった。その結果、財政力があり収納率が低い都市部自治体には実質 12-13%の療養費補助となるため、料率が高止まりして国保普及を停滞させた（吉原・和田 2008、165）。財政力調整を別枠とする調整交付金制度によって、大規模自治体の補助率が上がり普及の促進が期待された。

⁹ 自治庁の「国民健康保険事業の現況と問題点（1957 年 10 月発表）」を参照（社会保障研究所 1968b、525-527）。

了で廃案となった。しかし国民の期待が大きい法案を放置はできず、引き続き 12 月に開会された通常国会に再提出され、両院通過によって 59 年 1 月 1 日に施行された。医業分業を葬った日医は、二重指定制に不退転の決意で臨み文言や申請方法に関する若干の修正に成功した（有岡 1997, 132）。しかし二重指定制度自体は廃止できなかった。

新法は市町村の国保実施を義務付ける一方、61 年 4 月まで猶予期間を設けた。そのため、新法制定の時点で県内皆保険だった岩手・秋田・山形・福島・石川・滋賀・島根の 7 県に引き続き、福井・鳥取・長野・宮城・茨城（以上 59 年度）、栃木・新潟・山口・宮崎・愛媛・富山・青森・山梨・埼玉・東京・岡山・徳島・大分・広島・香川・福岡・北海道・岐阜・静岡・兵庫（以上 60 年度）が県内全市町村で国保事業を実施した。最終的に鹿児島県奄美大島の無医村 1 町 5 村が実施例外として、61 年 4 月 1 日までに国内全市町村で国保が実施されるようになった（厚生 50 本、1295；吉原・和田 2008、167-168）。

新法は 3 つの特徴がある。第一に地域保険として被用者保険の未加入者すべてを対象者とした。第二に給付範囲を社保と合わせたことで、保険医療が事実上の単一支払制度になった。第三に財政力の弱い国保や加入者を支える支援策を多数準備した¹⁰。

世界で六番目の国民皆保険はこうして成立した。とはいえ、社保との給付率格差や保険間財政力調整はなお解決すべき課題であったし、また 1957 年ついに日医会長となった武見太郎は二重指定制への非妥協姿勢を崩さなかった。皆保険成立によって医療の保険化が加速し、医療は政治過程の中核の争点となった。そして経済成長が分配の政治を可能とするほど、それに応じて医療問題もまた先鋭化していくのである。

政治的背景（1）—55 年体制の成立—

これまで皆保険が具体化する行政内部の過程を描写した。行政内部でも、大蔵省や自治庁など財政官庁と所管である厚生省の対立はそれなりに激しいものがあつた。しかし、皆保険実施にあたり国庫が負担する額は行政で決着する規模ではない。もちろん戦前から戦後に生じた社会経済上のマクロな変化が、社会保障の充実を求め医療保障を発展させたことは確かだが、よりミクロになぜこの時期に皆保険が実現したのかを考察するためには、当時の政治状況を考慮に入れる必要がある。まず、吉田茂の退陣は保守政党の再編・合同を促した。一方で、急速な都市化と工業化は労働者を増やし、左派政党が支持を伸ばした。そして保革両党の合同によって政策対立が明確になったことが、社会保障争点化の政治的な背景だといえる。

国民皆保険の政治過程が展開された 1950 年代後半は、占領終結から数年が経過し経済が安定成長を始めた時期である。政治的には、吉田率いる自由党支配が終焉に向かう一方、社会党の再統一によって野党の政権奪取が射程に入り始めた。さらにポスト吉田の保守政治家は、鳩山一郎や三木武夫、岸信介、池田勇人ら内政重視派が多かった。

吉田は外交官として中国勤務が長い、高官として欧州勤務が長いので省内では対英米協調派と見なされた。また戦争末期の和平工作に関与し陸軍の不興を買って逮捕・勾留された。吉田は穏健派の復権を志向したに過ぎず¹¹、彼が本質的にリベラルないしハト派だったわけではない。しかし「反軍部」のラベリ

¹⁰ 支援には国の財政責任といったマクロなものから、一部負担の市町村徴収といったミクロなものが含まれた。なお、後者の市町村徴収とは、農家など収入が一時に集中するような家計に対して、市町村を保証者とする形で窓口負担のツケ払いを事実上認める意味がある。

¹¹ 例えば対中政策では、独立した満州を日本の支配下に置くことや、軍事力を背景に対中強硬姿勢をためらわない傾

ングを得たことは、追放可能性が薄い大物政治家として戦後政界に吉田が君臨する基盤となった（大嶽 1986、54-58）。

ところで占領期日本の主要なアクターは三者である。第一に GHQ 最高司令官のマッカーサー、第二に高級実務家である GHQ 内部スタッフ、第三に日本側を代表する吉田首相である。このうち、GHQ 内部では左派色の強い民政局（GS）と統制色の強い参謀 2 部（G2）の対立があり、当初の GS 優位は徐々に G2 や現実派などの優位へ移行していった¹²。マッカーサーは農地改革や労働組合改革を支持したが、それは独立小農民を重んじポピュリスト的反大企業意識に基づくもので、本質的には保守的な政治家だった（大嶽 1992、76）。一方の吉田は経済的自由主義を自覚的に追求した。例えばドッジによるデフレ政策は彼の信条に適合的で、経済不介入によって財政・金融・国際経済の安定を図ることが国益だと考えていた（大嶽 1986、292-294）。こうした政策は、インフレの収束や朝鮮戦争特需の景気拡大など一定の成果をもたらした。しかし経済成長による経済の拡大の時代に、吉田的リベラリズムは社会的不均衡を制御できなくなっていた。吉田退陣の直接的契機は造船疑獄などのスキャンダルだが、構造的には吉田の経済政策が社会状況とマッチしなくなったことに起因するといつてよい。

吉田に代わって表舞台に出たのが鳩山一郎である。鳩山は東京帝大出身の弁護士だが、東京市会の議員を経て 31 歳で代議士に当選した党人政治家だった。文部大臣在任時の滝川事件に関与したが、鳩山はもともと穏健な保守政治家であり、政友会でも軍と一線を画する正統派に属した。戦時中の国会でも大政翼賛会の推薦を得ず当選を重ね、反軍姿勢を明らかにしていた。戦後初の総選挙では、率いた日本自由党が第一党となり首相就任が確実だったが、指名直前に公職追放され悲運の政治家と呼ばれた。追放解除と前後して脳卒中を患ったが、52 年の総選挙でついに政界に返り咲き、逆境を乗り越える鳩山は国民的人気を博した。貴族的で独断的だった吉田に対する世間の反感の裏返しとも言える。

鳩山は分派結成や復党を重ねた末に、三木武吉、河野一郎、岸信介らの自由党鳩山派と、非自由党の軸である芦田均や三木武夫、重光葵ら改進黨との合流を決め、1954 年 11 月に日本民主党を結成した。吉田は退陣し、55 年 2 月の 27 回総選挙では鳩山ブームを起こした日本民主党が第一党となった（表 5-1）。ただし、当時分裂中だった社会党では、総評の組織的支援を受け政権との対決姿勢を強める左派が議席を伸ばし、保守側の警戒感を強めた。そして第一党獲得を睨む社会党は再統一した

（1955 年 10 月）。もともと民主党は保守合同の呼び水を自認していたので、これを機に保守合同の動きが一気に加速し 11 月 15 日に自由民主党が成立、初代総裁に鳩山が就いた。こうして巨大な二つの政党配列が完成し、升味準之輔が命名した「55 年体制」が始まった。

表 5-1 第 27 回総選挙(1955 年 2 月 27 日)

党名	議席数	議席率
日本民主党	185	39.6%
自由党	112	24.0%
社会党(左)	89	19.1%
社会党(右)	67	14.3%
その他	8	1.7%
無所属	6	1.3%
計 467		

注：「その他」の党派は労農党 4、共産党 2、諸派 2

向があった（大嶽 1986、40-43）。また、国際政治観として素朴な（というよりも陰謀史的な）反共主義を保持し、またイギリスを模範とするがゆえに彼らの帝国主義を日本が採用することに一切懐疑がない点で、時代を先んじる外交観の持ち主だったとは言えない（大嶽 1986、43-48）。

¹² 経済制度改革の典型である財閥解体をめぐり、当初はニューディーラー左派主体の GS 優位が明らかだったが、本国の国務省や国防総省はこうした「左傾化」を憂慮し、過度経済力集中排除法が制定された段階では、自由主義原則に基づく国政運用に合意する妥協が成立していたことがわかっている（細谷 1988、135-152）。

政治的背景（２）—内政重視の政策展開—

保守合同が成立したとはいえ、党内には保守分立論を掲げて合同に反対した三木武夫らがあり、また党人派と官僚派の対立が解消されないなど、結束力は強くはなかった（北岡 2008、73-74）。保守合同は永続性を目指すというより、当面の結束を図ったものだった（石川・広瀬 1989、8）。したがって当時の自民党に政策的なまとまりを見出すのは難しいが、反吉田の政治路線を採ることは共通認識であり（北岡 2008、74）、綱領には文化的民主国家や福祉国家の完成といった進歩的政策が列挙されていた（池田 2012、102-105）。自民党の政策にある種の「社民」性が存在することは、これまで大嶽秀夫や久米郁男、中北浩爾らが指摘している（大嶽 1983；久米 1997；中北 2002）。一方で、内政に強い関心を持っていた石橋湛山や池田勇人に対比されがちな岸信介にも、進歩的社会政策を追求する素地があり、自民党の社会政策にはそれなりの基盤があった（城下 2004a、2004b）。

安保条約成立時の首相として強権イメージが強い岸だが、商工省入省の動機は、国家改造・格差是正を主張する北一輝に触発されたことによる。岸は公職追放解除後に日本再建連盟を結成し、綱領には強い反共姿勢、独立、そして自主憲法制定を掲げ、保守的政治信条を明らかにした。一方で、改進黨左派や右派社会党との連携も辞さない柔軟な戦術や、社会保障制度の充実を掲げる時代感覚など、現実主義的な政策志向があった（城下 2004a、82-83；91-92）。岸の政策志向は、社民要素を容認する中道政党経由を予定していたが、再建連盟が頓挫したことで保守合同を優先する姿勢に変わった。それでもなお岸の政策選好は不変であり、計画経済志向や社会保障の追求は揺らがなかった（城下 2004a、90-91）。鳩山政権では住宅不足が争点化し、鳩山は建設計画の拡大と推進主体としての住宅公団設立を政権公約とした（上崎 2006、80-81）。住宅政策のような社会課題への対応を皮切りに、自民党はさまざまな進歩的政策を推進する主体となったのである（城下 2004b、110-111）。

自民党が「左」傾化したのは、対抗政党の社会党が成長する危機感からだったが、社会党は議会勢力を伸ばせなかった。自社の結成後に迎えた 28 回総選挙では微増、右派が民主社会党として離脱した 60 年の 29 回総選挙では 145（社民両党で 162）、63 年の 30 回総選挙では 144（両党で 167）議席にとどまり、党勢の停滞は明白だった。したがって、戦後の社会保障政策において実質的な影響力を行使したのは左派ではなく自民党だとする分析もあり得る（田辺 1995）。しかし、自民党の社会保障政策は場当たりので体系的な欠けしており、戦後社会保障制度は特殊な条件下の経路依存で生じたという見通しもまた説得力がある（新川 2001）。しかも 1960 年当時の自民党は、自党が永続することも社会党が長期に停滞することも予見できない。むしろ都市化や工業化は左派に有利であり、今後の発展のためには、自民党を近代化し勤労者利益を代弁する改革が必須だとして、戦略的に自民党の「左」傾化を志向する政治家もいた（石田 1963、特に 91-94）。

55 年体制発足直後は、内政重視の社会政策が次々に打たれた。しかしそれはイデオロギーや周到的な戦略に基づくものではなく、両党の党内事情から生じた散発的なものだった。それでも経済成長の課題として医療保障の整備を急ぐべきとの認識は深まった。戦略的でこそないが、政党間競争が国民皆保険の制度化を促したのであり、結党直後の自民党が脆弱だからこそ内政重視の先手を打ち続けた結果だと言える。

皆保険によって受診の経済的懸念は大きく減少した。さらに医療の購買層が拡大するので、非都市部の医療が経済的に引き合うようになり医療の偏在を解消する制度的機能も有するようになった。ただし医療機能とは本来、どのような疾病にどう対処するかという観点から規定される。本節では皆保険に前後して発生した疾病構造の変容を分析する。

結核の克服

明治期の衛生行政強化によって、コレラや赤痢、チフスなどの感染症が克服された後、治療法が未確立だった結核など呼吸器疾患が病死の多数を占めるようになったのが近代日本の疾病構造である（表 5-2 参照）。前章では、昭和 10 年代から保健婦による地域保健が浸透しさらに戦後の拡大によって母子保健は改善され、結核予防も一定の効果があつたことを述べた。とはいえ昭和 20 年代の結核は完全治癒が望める疾患ではなく、さらに長期の療養所入所を伴う発症によって患者は生活保護に依拠せざるを得ず、疾病以外の環境整備が必要とされた。当時の結核治療は静養主体であり、患者が増えると病床回転率が低下して医療施設容量が不足するので、常に増床圧力がかかる¹³。また、患者医療費や扶助費負担が生じるが¹⁴、国民病である結核対策を放棄・後退させることはできなかった。

表 5-2 死因順位の推移(人口 10 万人あたり死亡数)

年	1 位		2 位		3 位		4 位		5 位		7 位	
1900	肺炎系	226.1	全結核	163.7	脳血	159.2	胃腸炎	133.8	老衰	131.0		
1910	肺炎系	262.0	全結核	230.2	胃腸炎	213.4	脳血	131.9	老衰	120.2		
1920	肺炎系	408.0	胃腸炎	254.2	全結核	223.7	インフル	193.7	脳血	157.6		
1930	胃腸炎	221.4	肺炎系	200.1	全結核	185.6	脳血	162.8	老衰	118.8		
1940	全結核	212.6	肺炎系	184.8	脳血	177.7	胃腸炎	159.2	老衰	124.5		
1950	全結核	146.4	脳血	127.8	肺炎系	93.2	胃腸炎	82.4	悪新	77.4		
1955	脳血	136.1	悪新	87.1	老衰	67.1	心疾患	60.9	全結核	52.3		
1960	脳血	160.7	悪新	100.4	心疾患	73.2	老衰	58.0	肺炎系	49.3	全結核	34.2
1965	脳血	175.8	悪新	108.4	心疾患	77.0	老衰	50.0	事故	40.9	全結核	22.8

注：肺炎系＝肺炎＋気管支炎、脳血＝脳血管疾患、悪新＝悪性新生物(がん)

出所：医制百資、540-541 より筆者修正

PHW が結核対策の覚書を厚生省に送付したのは 1947 年 3 月であり、(1) 予防組織の強化、(2) 病床の整備拡充、(3) 予防担当者の技術向上、(4) 予防思想の徹底、を求めた。伝染病届出規則と予防接種法が直ちに制定され、結核患者の早期発見とワクチン接種による予防徹底が図られた（医制百、473）。また 50 年 4 月に国会両院で対策強化を決議したことは、予算を伴う事業展開の推進力となった。社会保障制度審

¹³ 患者の平均入院日数は 2 年を越え、ピークであった 1954 年頃には約 800 日に達した（国療史、226）。

¹⁴ 当時の生活保護水準は低い、全扶助費の約半額が医療費であり、多くは結核患者によるものだった（四〇年史編集委員会編 1991、26-27）。そのため厚生省社会局は 54 年、二度にわたって各都道府県に医療扶助の適正実施を求める通達を発令し、藍給防止など生活保護引き締めに乗り出した。7 月の通知では安静度数に応じて退院を促進し施設利用効率を上げる措置、いわゆる入退所基準が打ち出された（国療史、216-221）。

議会は、皆保険を目指す段階の一環として、国の責任による結核対策を強調した¹⁵。その結果、翌 51 年に結核予防法が成立し、同年 10 月から公費負担医療制度が始まったので、法的・財政的な裏付けを持った結核対策が確立した¹⁶。旧法では、隔離による伝染防止に力点が置かれたのに対して、新法は早期発見と早期治療を基軸としたので、住民健康診断や保健婦指導を拡大した。いずれも実施を地方自治体に依存しており、戦後の公衆衛生政策は政府間の相互依存を代表する政策領域だといえる。対策は奏功し、1951 年には結核死者が 10 万人を割り死因順位が 2 位（人口 10 万人あたり死亡率 110.3）へ下落した。しかし厚生省が実施した結核実態調査によると、八割を占める自覚症状のない患者によって拡散は続いており、さらなる対策徹底が必要だった。54 年 9 月、厚生省は結核対策強化要綱を発表し、未就学児を除く全国民に健康診断を徹底し、結核病床を 26 万床とする収容力強化の 4 か年計画を打ち出した。

結核対策では、入退所基準をめぐる政府と患者の対立や、朝日訴訟などの患者の権利追求、あるいは病床整備の遅れなど様々な課題が山積していたが、突破口は突如開いた。新型抗生物質と肺切除術の併用による新技術開発によって結核は根治可能となった。抗結核薬開発では、1943 年にアメリカのワクスマンらがストレプトマイシンを発見・開発し、1944 年にスウェーデンで効果が検証されたパスカルシウムや、抗うつ剤として開発されたイソニアジドにも 1951 年に結核の薬効が認められた。ストレプトマイシンは 1949 年 9 月の国内生産確保要綱に基づき増産体制を整備し、翌 50 年には国内生産開始とともに保険収載され、化学療法は一気に普及した（医制百、473-474）。薬効は肺切除術成功率を向上させ、化学・外科併用療法が結核の標準治療となった。従来の人工気胸療法や安静療法、作業療法と違って、結核は治る疾患となった。そして治療の発達により、外科治療や作業療法、入院安静療法も不要とする知見が定着し始めていた（国療史、226-227）。1950 年から 55 年までの 5 年間は結核医療の転換点であり、その前後の死亡率には歴然たる差があった。福祉と医療の一大争点だった結核は、抗結核薬の発見という外在的要因で突如克服された。

疾病構造の変化と供給体制

経済の成長とともに栄養面も含めた衛生環境は改善され、結核に対抗できる社会環境が醸成された時点で、化学療法によって結核が克服された。そのため疾病構造の中心は、脳疾患や心臓疾患がんなど外科領域に移行した（表 5-2）。特にがん対策は次代の医療における焦点であり、厚生省はまず成人病を含めた実態調査を行った（医制百、552；社会保障研究所 1968a、98）。また 1961 年には築地の海軍軍医学校跡地に国立がんセンターを設立したほか、国費研究助成制度によるがん研究の支援体制を整えた¹⁷。日医会長の武見はがん研究・医療体制の構築に協力的だった。武見は、地域医療と地域病院の分業と連携による総

¹⁵ 10 月に答申された「社会保障制度に関する勧告」には、独立した項目として結核対策が示され、健康診断・予防接種・病床拡張・公費負担・患者保護・技術向上などが明記されている（社会保障研究所 1968b、196-197）

¹⁶ ただし措置入院制度が拡大せず、同法の効果は限定的だった。そこで、生活保護の他法優先原則（生活保護は最後の救済手段とする原理）が適用されるべきところ、1952 年 10 月に結核や精神疾患患者に対して緊急的に医療扶助適用を認めた。そのため医療扶助総額は急騰し、翌 53 年には医療扶助費（47%）が生活扶助費（44%）を逆転し、以後この状態が継続したことで、政府に財政上の懸念を抱かせた（岩永 2011、89-92）。

¹⁷ わが国のがん研究は 1934 年に設立された癌研究会とその附属病院に端を発する。癌研は人工癌の生成に成功した世界的病理学者である山極勝三郎や帝大医学部長の青山胤通、帝大総長となる病理学者・長與又郎などの東京帝大医学部人脈はもちろん、財界の渋沢栄一、政界の桂太郎の尽力により設立された。ただし当初はがんの危険性が十分に認知されないため設立準備に苦心した。当初、がんセンターは癌研を糾合して成立する予定だったが最終的には併存し、さらに 64 年には愛知県立がんセンターが設立されるなどがん研究は多角的に進展するようになった。

合的医療体制を理想としていたが、大学系列外にあるセンターによってがんや循環器病に対処することは、武見の構想¹⁸⁾にフィットしたからである。灘尾弘吉厚相から新センター人事を委任された武見は¹⁹⁾、総長に東大名誉教授の田宮猛雄、院長に阪大教授の久留勝を置き、医学界の既存人脈を配慮しつつ、若手医師に慶應系を多数配置している（三輪 1995, 270）。いわば官民一体で高度な医療機関を整備したわけだが、これらは診療所に対処可能な疾病ではない。疾病が「外科の時代」になることは、医師の所属先やキャリアパスを大きく変えることを意味した²⁰⁾。

疾病構造の変化が結核治療現場に与えた影響は甚大だった。

表 5-3 国立療養所の統廃合

年	病院転換	精神転換	廃止	統合(後)
1961	5	1	1	
1962	5			4(2)
1963	2	2		
1964				2(1)
1965				
1966	2			4(2)
1967	4	1		
1968	3			6(3)

出所:国療史、404・405より

結核は想定外の短期間に劇的な効果をもたらしたため、予算調達や制度設計に長期の調整を要する病床計画は、対応が遅れた。

1954年に26万床拡大が着手されたが、1958年には国立療養所で空床が目立ち始めた。同年秋の行政監察では勧告が行われ、

(1) 空床率改善、(2) 建造物の近代化、(3) 診療科体制の見直しが指摘された（国療史、389）。大蔵省は、厚生省医務局に対して療養所の将来体系を求めたが、これは実質的に再編整備の催促を意味した。事実、患者側は一連の動きを結核療養の抑制・縮減だと認識し、積極的な反対行動に出た（四〇年史編集委員

会編 1991、157-159）。しかし非効率な現業を抱える部署にとって財政当局の意向は絶対である。医務局は60年10月に療養所再編計画を公表し、結核療養センター機能の絞り込みや、胸部外科・精神病棟への転換、閉院などの対応策を発表したが、その対応は積極的とはいい難かった（表 5-3）²¹⁾。一因として立地と医療需要のミスマッチがある。安静療法や作業療法が主体だった従来の結核療養所の立地は人口密集地を避けたが²²⁾、それでは新たな医療需要に対応できない。経営悪化の懸念は病床転換や統廃合を遅らせ、さらに新療法の普及によって結核患者という「顧客」を失った療養所の空床率は上昇する一方だった。

国立療養所は一般会計の枠内で運用されていた。病院運営を厳密に行うには、こうした政策医療的な会計は不適切であり、大蔵省の指摘を受けて療養所特別会計を構築することになった（国療史、385-386）。しかし療養所勘定が成立したのは1968年になってからであり、国立療養所の病院管理は経理面でも遅れを取った。いまや国立医療機関とは大規模でも先端機能でもなかった。経営能力の欠如も表面化したことで、国立医療機関は行政上の重荷となった。結核の克服は偶発的だったが、「医療機関整備計画」や「基幹病院整備計画要綱」が目ざした医療の公営化を消滅させることにもつながったのである。

¹⁸⁾ 武見は西野教授と決裂して退局したが、定年によって西野は国立第二東京病院長へ転出し（内科同窓会編 1964）、慶應医学部と武見の関係は回復した。武見は慶應医学部同窓会会長を務め、慶應のジッツ（人事的影響圏）拡大に尽力した（三輪 1995, 270）。大学傘下でないがんセンターのような大型機関で慶應人脈を広げることに特に関心だった。

¹⁹⁾ ただし内務官僚出身の灘尾は学閥人事の弊害を嫌い、人事や組織運営について独立と新基軸を期待していた。「センター」という命名はそれを示しており、また人選の武見への一任は人物本位の人事を貫徹するためと考えられる。

²⁰⁾ 厚生省も結核の克服は開業医収入の減少につながると考えた。そこで老人性疾患への生活指導で補填する一方、高度な医療実践が期待される病診連携を進めようとしていた（加倉井 1958）。

²¹⁾ 結核病床ピーク時の1958年には全26万3千床に対して療養所は181院65,500床（シェア24.9%）を有していたが、64年において162院62,408床を保持しており、結核病床自体が22万7千床となっているためシェアはむしろ27.4%に高止まりしている（大村 1966）。

²²⁾ これに先立ち国立病院等を地方自治体へ移管することが進められたがその多くは拒否された。立地条件や経営状態の現況が悪かったことに起因する（笠原 1999、125-127）。

へき地医療と救急体制の整備

疾病構造が変化する一方、医療の対処範囲もまた変化した。第一に国民皆保険が達成された結果、受診機会の格差が問題となった。第二に医療への即応問題が顕在化した。社会問題としては、前者がへき地医療として、後者が救急医療として表面化したのである。

へき地の医療供給は、「医療機関整備計画」に含まれており、同計画が実効性を喪失した後に新たなへき地医療対策を策定する必要があった。厚生省は「へき地保健医療対策」を年次計画として公表し²³、無医地区の診療所開設を重視した第一次計画（1956-62）を立案したが、都市化の進展で医師偏在が解消できず計画は進展しなかった。そこで、患者輸送車や巡回診療車など機動力も重視した第二次計画（1963-67）を立案し、さらに第三次計画²⁴（1968-74）では医師確保を重視し、派遣医をブールする親病院の整備や修学資金貸与による人材確保策が採られた（医制百、534-535）。それでもなおへき地医療の充足には限界があった。へき地勤務医を確保するには、自治体自らが従事者を養成するほかない。そのため、自治省の支援により 1972 年に自治医科大学が設立された。

一方、医療の進歩は救急医療の必要性を高めた。外科の発展によって、かつてなら手の施しようがなかった脳や心臓の発作のような異状も、即応によって治癒可能となったからである。また外傷内容も変化した。日本は経済成長によって工業化やモータリゼーションが進み、1965 年には「不慮の事故」が死因の 5 位に浮上している（表 5-2）。例えば、人口 10 万人あたり自動車事故死亡率は 1956 年の 7.4 から 60 年に 14.4、64 年に 17.2 へと急上昇した。交通事故は重度の外傷を伴うので治療は急を要するが、発生箇所を予測できない。したがって交通外傷治療は、専門性とともどこでも対処できねばならないという矛盾律をはらむ（下村 1964、88）。そのため、ある程度医療資源を集約した救急病院を各地に整備し、なおかつ救急搬送体制を整備することも必要だった。

現在では消防部局の任務とされる救急業務は、法的に明白な事務ではなかった。消防法では災害救護を固有業務と規定する一方、事故が災害にあたるかどうかは明確でなく、当時の救急業務は慣例的に消防部局が担当していたに過ぎない（医制百、535）。例えば東京の場合、1933 年から警視庁消防部が救急業務を担当し、1952 年の条例制定によって東京消防庁が救急業務を行う法的根拠を明文化した。しかし交通事故増は全国的現象であり、救急業務の法制化によって各消防本部の通則とすることが望ましい。そこで 1963 年の消防法一部改正によって救急業務が法制化された（橋本 2016）。64 年の同法施行に先立って、厚生省は省令を発し、都道府県が救急病院告示の指定を行うこととした。救急告示医療機関は 1964 年度の 2,400 を皮切りに翌 65 年に 3,000、66 年に 3,500 を数え 73 年までに 5,000 に達した（医制百、535-536；内閣府 2008、18）。こうした機関の規模は必ずしも大きくなく、全体の三分の一は有床診療所で、残余の多数

²³ へき地対策は現在も継続しており、2019 年時点では第 12 次（2016-2020）へき地保健医療計画が進行中である。

²⁴ 引用先の医制百年史では第三次計画の年度は昭和 43-48 年度となっているが、現在アクティブな計画の議事録等によれば第 4 次計画は昭和 50 年度開始であり、第三次計画も昭和 43-49 と明記されている。厚生労働省医政局「第 1 回へき地保健医療対策検討会 資料 2」（2014 年 8 月 8 日実施）、<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000054904.pdf>（2018 年 8 月 13 日閲覧）参照。

も病床数の小さな病院だった²⁵。また 24 時間体制の機関は少なく経営的困難が顕在化した²⁶。政府は、高度救急センター整備への助成や公立病院救急部門への特別交付税加算、公的病院救急部門への助成、私立機関に対する医療金融公庫貸付限度額の加算など様々な優遇措置を準備した（医制百、536）。

救急のもう一つの側面に、プライマリ・ケアの時間外対応がある。被用者が増え日中に受診できない状況が拡大すると、医療ニーズが時間外に押し出される。軽症の時間外患者が救急医療機関に集中した結果、高度救急の本来業務に支障をきたす事例が頻発した（榊田 1972、28-31）。そこで 74 年度から人口 10 万以上の市に休日夜間診療所設置を促し、その整備費・運営費を助成した。さらに医師会の協力を得て当番医制度を導入して、医療供給の 24 時間化が図られることになった（医制百、537）。

疾病構造の変化がもたらした新しい医療需要は、救急医療という新たな対応を必要としたが、その結果国の整備責任や、地方自治体の運営責任が明確になった。へき地医療に対して府県が対応し、救急診療には市が対応するが、それはこうした医療ニーズが地域的であり、対応は地域事情を含んだ細やかなものとならざるを得ないからである。ただし自治体には、基本的に医療環境を統制する権限も資源もない。このような構造的性は、特に財政問題として後に顕在化するのである。

表 5-4 医療機関の変化

3 病院の発展

国民皆保険の実現と疾病構造の変容は医療の高度化を促し、高度医療ニーズの拡大は個人診療所に代えて大型医療機関である病院を必要とした。しかし病院は需要に応じて自動的に拡大するものではなく、人員や資金が確保できる見通しが立って初めて建設に着手される。本節では、1960 年代に生じた「病院ブーム」の経緯を説明し、同時に病院スタッフ

	病院数				病床数			
	総計	(一般)	(精神)	(結核)	総計	(一般)	(精神)	(結核)
1950	3,408	2,936	133	326	272,804	183,649	17,686	65,579
1952	4,142	3,270	173	586	358,478	214,027	32,975	102,215
1954	4,779	3,854	224	610	461,927	181,961	37,849	210,062
1956	5,418	4,296	322	713	559,249	216,718	54,866	252,803
1958	5,833	4,668	408	681	631,397	257,387	74,460	263,235
1960	6,094	4,921	506	595	686,743	302,495	95,067	252,208
1962	6,428	5,263	583	516	752,714	353,755	102,300	241,305
1964	6,838	5,726	676	374	833,606	415,462	153,639	227,454
1966	7,308	6,201	719	283	918,233	478,007	191,597	211,527

出所：医制百資、566-599、表 9 および表 10 より筆者改変

の核である看護職を取り巻く環境について分析する。

拡大する病院

医療法の制定によって、病院を中心とした医療の高度化が図られたが、現実社会で病院が増加したのは

²⁵ 1972 年当時、都内を六方面に分割した都心部（千代田ブロック）には 79 機関が存在しうち 14 院は公的総合病院ないしは大学病院であり高度な処置が可能だったが、100 床未満が 43、診療所が 14 存在し、多くは小規模機関であることが分かる。医療過疎だった三多摩地区でもこの事情に変わりはなく、また告示病院が実際に受け入れる状況は人員不足もあり余裕のあるものではなかった（岡村 1972、22-27）。

²⁶ 神奈川県交通救急センターは 1965 年、済生会神奈川県病院に併置して開院した、最高水準の交通外傷専門機関だったが、一点単価を 15 円に設定してようやく収支が均衡する経営の逼迫に直面していた。交通外傷発生は予見できないので、職員配置は冗長性を伴い高コスト体質にならざるを得ないからである。そのため公費投入のない医療機関が高度救急を実施することは、非常に困難であると考えられる（大内 1972、40-43）

昭和 30 年代だった。ブームと呼ぶべき病院の量的拡大には二つの背景があった。第一に外科を中心とした医療ニーズの拡大は、手術室や完全看護病棟を備えた病院での対処が必要だった。もう一つは病院建設を促す諸制度、具体的には資金調達を容易にした上で開院後の経営を保障する仕組みが整備されたことによる。前者を医療内生的要因とすれば、後者は医療経済上の阻害要因を抑制する制度の問題である。本項では病院ブームがなぜ昭和 30 年代に生じたのかを検討する。

医療法によって病床基準が引き上げられたので、1948 年に病院数は減少したが、その後は順調に増加し 1964 年までに病院数は年平均 5%、病床数は年平均 8.5% のペースで増加した。また結核が克服された 50 年代後半には一般病床や精神病床が急増している（表 5-4）。だが 50 年代前半には、結核病床の拡張が優先され一般病床は抑制されていた。とりわけ 26 万床構想などの結核対策が強化された 1950 年代は、結核病床が 20 万増床された（1950~58 年）。しかし結核患者の変化に応じた減床はなされていない。社会復帰環境が整わない中で結核患者が退院しなかったことや、施設の立地条件が悪く転科を阻害したことが原因である²⁷。

医療供給は民間病院の増加で拡大したが、その要因は（1）国民皆保険実現による医療需要の増大、（2）医療法 1950 年改正による医療法人税制優遇が民間病院拡張を支援した、（3）医療機関への長期低利融資、（4）公的病床規制の四点が考えられる

表 5-5 国民医療費の実質伸び率

年	1954	1958	1961	1966	1971
国民医療費(億円)	2,436	3,531	5,462	13,522	22,710
物価指数(1900 年=1.0)	649.7	677.1	742.8	1,003.9	1,328.5
実質伸び率	100.0%	139.1%	196.1%	359.2%	455.9%

出所:医制百資、表 27 をもとに著者作成

（笠原 1999, 126-129）。医療機関の拡張、特にへき地や無病院地区への医療供給整備は医療機関整備計画など国の計画により推進されたが、他方で医療の国家統制を嫌う自由主義的論調もまた存在した（中島 2017, 86-87）。医療体制内の私立病院を正統化した医療法 1950 年改正によって、民間医療機関の拡大が制度的にも理念的にも後押しされたのである。一方、医療はその本質として情報の非対称性を内包し、供給主導で取引きされる財である。自由診療制度の医療価格は高額だったので結果として需要が抑制されていたが、国民皆保険による医療の保険化が進むと、療養費給付によって購入価格である自己負担は抑えられ、しかも診療行為を廉価に統一する規格化によって、元の価格自体が下げられる。国民皆保険は医療価格を二重に割り引く機能があるため、表 5-5 が示すように国民の医療総需要は大幅に拡大していた。しかし医療機関の整備には、病院開設者の不安を除去する必要があった。その具体策が金融の拡大とライバル病床の抑制だった。

政府は「医療機関整備計画」と「基幹病院整備計画」に基づき、国公立病院を中心に病院整備を実施し、さらに 51 年度から病床不足地域で公的病院を整備する補助金が措置され、56 年度からは無医地区に公的病院のサテライト診療所を設置する国庫補助が新設された。また 52 年度からは厚生年金積立金を原資とする融資制度を設け、公的病院の拡大を支援するほか、特殊な疾病への対応や総合医療の提供を目指す大規

²⁷ この当時、結核患者の生活と権利をめぐる闘争として著名だったのがいわゆる朝日訴訟である。岡山療養所の患者・朝日茂は生活保護を受給したが、最低生活費を越える収入全額が医療費自己負担分に算定され月額生活費が事実上、日用品費 600 円に制約されたことを憲法 25 条違反で訴えた事例だった（四〇年史編集委員会編 1991, 72-73）。朝日の死亡で訴訟は終了したが、医学的には治癒可能となった当時でも、入院が長期化した結核患者にとって療養所は生活の場だった。結核は「文化史的特異性」のある疾病であり、療養所の縮小・転換は合理性や機能性だけで判断し、決断できるものではなかった（橋本 2001）。

模国立病院整備も進んでいた（医制百、610-611）。しかしこうした計画は、日医が志向する民間医療ネットワークと相容れない。それでもこの時期、高度医療施設を国公立以外で建設することは事実上不可能だったので、むしろ体系的で一貫した病院整備政策が存在しなかった。しかし日医会長となった武見は、こうした政府主導の医療体制整備に否定的で、私立病院建設のための長期低利融資を求めている（日医 50、67）。大蔵省と政府は、医療専門の金融に消極的であり、日医は政治ルートを通じて大野伴睦副総裁を動かした。医療金融公庫設立は予算折衝で認められ、60 年 7 月に業務を開始した（結城 2004、134）。

ところで医療供給の管理は医療機能の偏在解消が目的であり、供給が充足している都市部では新規病床を抑制し、へき地など病床不足地域には増設を認めるのが合理的である。そのため医療公庫の融資対象は、病床不足地域での開院に限定されており、開院に地区医師会の承認を組み入れた「業界自主規制方式」の採用で開設ラッシュの抑制を目論んだ（中島 2017、86）。他方、医療法 1962 年改正では公的病床規制が導入され総病床数を抑制しつつ病床偏在を解消しようと試みた（医制百、611-612）。しかしこの規制は変質した。第一に、量規制に代えて機能的充足論が導入された。疾病構造の変化が生んだ新たな医療需要によって、都市部でも成人病や交通事故の病床不足を主張できる。そうした疾患のための医療機関設立は公庫の融資対象とされる一方、法律上の規制対象となった国公立病床は、財政的にも行政的にも、さらには総定員法実施によって人事的にも、増床の制約が強まった。

皆保険成立とともに設定された諸制度によって、医療提供の公営化は完全に否定された。もちろんこうした供給の私立化を規範的に批判することは可能だ（笠原 1999、128-129）が、当時の政府が持つ財政容量で高密度の病院整備ができたかどうかは疑問が残る²⁸。どうあれ、医療機関は民間主体で整備されていくことになった。ただし、病院とは大型化した診療所ではない。機能の違いは利益の違いであり、開業医中心の日医に従属してまでアクターの統一性を追求する必然性が病院にはない。質的にも量的にも病院が拡大することは、医療供給内部で利益の対立を生むこととなった。

病院経営の本質

これまでに医療法と病院中心主義の関係や、医療公営化の経緯を論じたが、本項では歴史的経緯を離れた病院経営について考察する。

病院は外来と入院の 2 部門から構成される。外来機能は診療所の特性と本質的に共通するが、病院は検査室や手術室などを有するほか、療養患者の収容施設である病棟が存在する点が病院固有の特質である。つまり病院は診療所と異なり、設備が巨大化し就業職種も多様化する。医業収入を患者本人が支払う窓口負担と健康保険の療養費で賄う点で病院と診療所に違いはないが、診療所では個別の医療行為を積算するのに対して、病院収入の過半は入院基本料というパッケージ料金からもたらされる。診療所は小さな資本投下と医師個人の労働の和として収益を得る一方、病院は巨額の資本と多額の人件費を投じて収益を確保する事業だと言える²⁹。病院とは、固定費が大きく、主体や機能、命令系統の異なる多面的な人事構造を

²⁸ こうした民間病院主体の医療供給体制は戦前から続く低医療費政策の帰結であり、国公立中心の選択肢が採れなかったのは経路依存的に当然であったと考えられる（中島 2017、89）。また疾病状況の変容が私立病院には緩く、公的病床についてはタイトに作動した原因も同じメカニズムだと考えられる（中島 2017、89-90）。

²⁹ 病院管理研究所（現在の国立保健医療科学院の前身）・経営管理部長であった一条勝夫は、資本回転率が他業種と比べて高く、労働集約的である点が病院事業の二大特性だと指摘した。一条の考察は 50 年以上前のものだが、病院事業の本質を掴んだ指摘は鋭く、現在でも通用する議論である（一条 1966、33-36）。

有する特異な組織なのである。

事業としての病院は、本質的に空間ビジネスである。ホテルや交通機関と同じく、今日「売れ」なかった病床からは永遠に売上を回収できないので、施設の活用性を表す病床稼働率は重要な経営指標である。しかし社会的機能の面から考えると、病院で実施される完全看護ケアは重症患者には価値があり、軽症患者に資源を割くことは機会損失となる。そして入院基本料は基本的には症状の軽重を反映するので、病床コントロールによる人的資源効率を最大化することは病院経営の生命線である。ミクロ経営視点からは常時満床が望ましいが、受け入れ余力の欠如は潜在患者にとってのリスクであり、社会的な機会損失となる。このように、人的資源配分や個別病院での効率最大化、そして医療という公共財の最適配分といった観点によって「最適性」が異なることが分かる。

ただし個々の病院が存続してこそ医療機能が保全されると考えると、以下の指標が単独病院存続のために重視される。第一に病床稼働率で、巨額の投下資本を回収するため施設利用率は高い方が望ましい。次に低い初診率である。近年の病院初診率は12%前後で推移しており（小松 2015、6-9）、もし初診率が高ければ、本来確保すべき再診患者が他院に逃げたことを意味する³⁰。入院患者の確保は、病院外来、救急そして他機関紹介の3ルートを経るので、病院の外来水準が高く、整備された救急体制で患者受入余力があり、さらに診療所などから技術力の信頼を保持する必要がある³¹。

病院の財務特性は、収入面においては入院料が重要であり³²、支出面では以下の特徴がある。第一に経費の過半を占める人件費のその大半は、医師（10.6%）と看護師（15.4%）が占めている³³。診療は医師の業務独占行為なので、経済学的には医師が限界収入の起点となる。しかし入院施設として病院を見ると、ケアを担う看護職も重視される。この他、材料費22%、委託費5%、そして減価償却費4.6%と水光熱費・修繕費等4.4%が経費を占める。つまり、病院とは医師と看護師を中心とした労働集約型の巨大装置ビジネスである³⁴。そう考えると、病院が拡大した1960年代における問題の所在は、設備投資を賄う資金調達と、病院内部の労務管理にあったと言える。医師の人事は病院外に存在する大学医局の影響下にあるため、病院の労務管理の中心は、看護職の確保や管理にあったと言ってよい。

看護婦養成の複線化

戦後の医療制度改革の中で、看護婦や保健婦、助産婦（産婆）の身分は、看護系専門職として一体的に法制化された。しかし看護職に期待される機能は主体によって異なるし看護職内部でも分断があるので、ビジョンは共有されていなかった。本項では養成課程が整理され分岐する過程を描く。

³⁰ 仮に初診患者12名に対し再診患者が36名（初診率25%）の病院があった場合、初診率12%の平均的病院ならば同じ12名の初診患者に対して88名の再診がある。したがって前者は52名の再診機会を損失しており、高い初診率は経営的には好ましくないことが分かる。

³¹ 現代医療は分業を前提とする相互依存ネットワークによって成立する。紹介とは、他機関がその病院の技術水準に信頼を置いた結果であり、ネットワークが形成されるまで一定の時間が必要とされることは考慮すべきである。

³² 一般病院では、入院関連収益（差額ベッド代を含む）が69%であるのに対し、外来は28%であり、病院が入院施設であることが経理的にも示されている（小松 2015、20-21）。

³³ このほかその他職種に14.5%が支払われているが、薬剤師やパラメディカル、事務職員など多岐にわたるために職種として突出しているのは本文で記した二職種と言ってよい。このほか、非常勤給与費に4.7%（うち医師2.9、看護0.9、その他0.9）、法定福利費・退職給与引当金に6.4%が充てられている（小松 2015、20-21）。

³⁴ 本章の分析は現在データに基づくが、実は1960年代の数値もほとんど変わらない。例えば1963年当時の病院支出構造は、人件費48%、材料費20%、食費10%、減価償却および設備関連費が12.9%である（尾口 1963、24）。したがって本項で述べた病院の経営指標と当時のそれは本質的に変わらない。

1948年の保助看法によって看護職は国家資格とされ、また業務資格ではなく医師や薬剤師と同じく身分資格へ変わった。主力が女性である看護職の地位向上は、個人主義を重視する新憲法の理念的帰結であり、また病院重視の医療制度改革における看護機能の独立が強調された結果だとも言える(野村 2015、31-33)。既に述べたように看護婦の要件であった高卒3年課程は当時として高すぎ、中卒2年課程を容認した甲乙看護婦制が導入された³⁵。しかしこうした二重構造は看護免許制度に発足時から内包されていた。

看護婦養成は、有志共立東京病院(慈恵医大病院の前身)に附置した教育所で1885年に始まったが、前から病院内で看護業務は自然発生的に分業化されていた。1900年には東京府が看護婦規則を制定し、さらに1915年に内務省が看護婦規則を設け、資格の全国化を図った。当時の看護婦は、指定学校卒業者か府県免許試験合格者の18歳以上を要件とした。指定学校は二年課程が条件で、府県試験の受験資格は一年以上の修学だった(鈴木 2009、88-91)。つまり看護職の制度化は、病院内ニーズで生まれた業務に政府セクターが介入・管理した過程だと言える。しかも制度化の例外規定として、書面審査のみによる准看護婦免許が地方長官権限で交付されていた(仲島 2005、418)。看護職内には、課程修了者と受験合格者の格差が内包されていたし³⁶、さらに看護婦と准看護婦という身分差もあった。それは、人手不足や学校未整備によって生じた弥縫策を追認したことから生じた。また看護婦養成は、医師や薬剤師養成が学校化であったのと対照的に、病院や医師会など医療供給主体に付随する場で教育される「自給自足型」体系だった³⁷。

戦後の看護改革はPHW看護課長のオルト大尉が主導的役割を果たしたが、医学教育改革と同様に日本側もアメリカ型訓練を受けた人々³⁸が大きな影響力を持っていた(杉山 1995、85; 平岡 2000、12)。看護婦資格の二重化が容認されたとはいえ、医療の科学化志向によって甲乙いずれも看護教育水準の底上げが図られた。その結果、小規模医療機関の養成所が指定外となり人手不足が顕在化した。それまで医薬分業問題に没頭していた医師会は(野村 2015、50-51)、人員不足を理由に看護婦資格の高度化に反対し法改正を求めるようになった。医師会や病院が看護学校を開設し養成を拡大するために、認定基準の緩和を求めたが(平岡 2000、17)、そもそも現場で多数を占める乙種が重症患者を担当できないことの不満は、結核療養所で噴出していた(平岡 2000、17)。さらに看護職の高学歴化は、低所得世帯の女子の進路を奪う懸念として社会党からも批判が出た。PHW内部でも、医療職の専門分化に否定的なサムスは看護高度化に全面的賛意を示さなかった。

看護高度化を阻害する最大の要因は、看護職内部にあった。保助看法以前に資格を得た看護婦は、新法施行後に「看護婦(以後、従来看護婦または既得権者)」と呼ばれ業務制限がなかった。そのため、48年以降の看護職は、従来看護婦・甲種看護婦・乙種看護婦(業務制限あり)の三種類が併存することになった。乙種看護婦と比較しても劣った課程を経た従来看護婦に業務制限がないのは明らかな矛盾であり、一方高度化した甲種看護婦は従来看護婦にとって脅威と認識された。もともとPHWは看護系統職務を「保健師」

³⁵ 甲種が国家資格である一方、乙種は都道府県試験による資格とされた。乙種は業務制限により急性で重篤な患者を担当できず、また甲種の乙種に対する指示権も設定されるなど、同一職種の身分差を固定化するものだった

³⁶ 地方長官が指定する学校については病院附属の看護婦養成所などが想定されているが、試験受験資格は一年間の学術修業が規定されるのみで、専門細目が規定されていなかった(仲島 2005、418)。

³⁷ 仲島愛子による埼玉県の看護養成史分析によれば、戦前に県内にあった2年制指定校は日本赤十字社系の2校のみであり、その他の15校はすべて受験に向けて短期養成を図る学校だった。看護婦試験の合格者シェアにおいて、指定校出身が8%に過ぎなかったことから、養成の主力は短期養成校にあったことは明らかである。またそのすべてが医師会ないし地区医師会によって設立されている(仲島 2005、420-421)。

³⁸ 代表的な人物として後に厚生省看護課長を経て参院議員を務めた金子光(みつ)や日本赤十字社看護課長、日本看護協会会長を経て参院議員を務めた林塩らがいる。

に統一しようと試みて挫折した経緯があった。その際に最も強い反発を示したのは、高所得業種として確立していた産婆であった（平岡 2000、13-14）。また看護のあり方自体、専門職として中途半端な面があった（橋本 1956、52-53）。病院では看護婦に医師の補助業務が期待され、ケア自体は家族付き添いに頼るのが常態化していた。大規模病院で「完全看護」が掲げられたのは、家族付き添いの消滅のみならず、本来業務である患者ケア以外を看護婦に命じない狙いがあったが、昭和 30 年代になっても現場の看護業務は混乱していた（田村 1957、9-10）。家内的に養成された旧来看護婦にとって、年少とはいえ高度な教育を受けた甲種看護婦が指示を出すことは歓迎すべきものでなく、他方で開業医や小病院の院長には「自分たちで養成でき、しかも単なる助手でない『看護婦』が必要」（平岡 2000、22）だったのである。

1951 年に甲乙看護婦制度は廃止され、その後は甲種看護婦に一元化して、非看護系職種の看護助手（Nurse's Aides）新設を厚生省は予定していた。しかし低水準看護婦を求める医師会らの巻き返りで、正准の二本立て看護婦制度が温存された。准看護婦の養成課程は乙種課程と比べてさえ短縮され³⁹、結果として看護婦養成における専門性は確立されなかった。看護職の多くは医師の直接・間接的な支配下にあった。圧力団体としての日本看護協会は、幹部職こそアメリカ系教育を受けたエリート看護婦が独占したが、一般会員の主体は従来看護婦が占めるので、追求すべき利益の中核に看護の専門高度化がなかった。やがて封建的処遇に対する看護婦の不満は表面化し、病院ストライキを通じて看護婦の処遇が社会的争点として顕在化した。

病院のストライキ

これまで見てきたように、戦後医療は総じて発展してきた。医療供給において、「場」の要である病院は水準が高まり数も増えた。医療スタッフの養成は高度に一元化された。健康保険の拡大は、低廉で標準化された医療を実現した。しかし例えばより近接的に医療を観察すると、前近代的慣行、性差、教育水準の不備、経済発展の不均衡など様々な社会的矛盾の中に医療が成り立っていることが理解できる。とりわけ看護婦は、病院機能の中核とされながら、若年女性の職ゆえに矛盾が集約していた。

機関数・病床数ともに拡大していた病院だが、看護婦養成は関係者の十分な合意に基づいて体系化されていなかった。その結果、1953 年と 60 年で一般病院を比較すると、病床数は倍増したのに看護職員が 1.8 倍しか増えておらず、他方で看護助手が 2.8 倍増を見るなど、低医療費化に基づく看護体制の「合理化」が図られていた（岡野 2017、87-88）。看護婦の担当病床数は増大し、現場の負担感は著しく増した。ところが労働強化にもかかわらず看護婦賃金は抑制されたままだった。国立病院の待遇は比較的よかったが、当時最大の病院機構である日本赤十字社では、医師・薬剤師・看護婦・技師・事務の各職種で待遇が悪く、初任給こそ違いはないが、5 年後・10 年後の給与は国立の 7-8 割程度にとどまった（岡野 2017、88）。院外非常勤で生活費を補填できる医師の不満は顕在化しなかったが、看護婦を含む職員の不満は高まっていた。加えて日赤は軍隊的風土を持ち⁴⁰、生活面への干渉が当然視されることが看護婦たちの不満を倍加さ

³⁹ 専門教育科目（細菌学や薬物学など）は、准看護課程が 590 時間で 1,115 時間ある甲種の半分、730 時間の乙種の八割程度である。また看護学座学は甲種 585 時間に対して乙種が 460 時間、そして准看護課程は 340 時間しかなく、准看護婦養成が速成であったことがよく理解できる（佐々木 2005、301-303 および 420-423、表 4、表 5）。

⁴⁰ 赤十字社は西南戦争後に佐野常民が博愛社として創設し、明治 20 年代に皇室との関係を深めて組織を拡大し、その過程で看護婦の養成も拡大していった。日赤の公的性格ゆえに、日清戦争や日露戦争、第一次世界大戦のような「国策」には協力的で、それぞれの戦争で大規模な従軍看護婦を派遣した（川口・黒川編 2008、16-65；亀山 1984、45-

せた。日赤以外の病院でも、私生活も含めた厳重な看護婦労務管理は共通しており、中立的なサーベイでもそうした傾向が浮かび上がっていた。第一に長い勤務時間と低い待遇、第二に通勤の自由がない（全寮制）こと、第三に結婚・恋愛の自由が事実上制約されていたことで、それは規模を問わず病院に共通した不満だった。また、当時標準とされた週 44 時間労働は 4 割弱の病院でしか採用されておらず、多くは 48 時間制のままであり、結核療養所のほぼ全施設で通勤の自由が認められず、一般病院でも既婚者に限るなど条件付きが多数だった。また 2 割近い病院で結婚退職が制度化されていた⁴¹。

当時の病院看護婦は、勤務先に隣接する寮に住み、オン・コールに即応することが当然とされた⁴²。また居住環境も劣悪で、一室 10 畳を 5 人で共有しシフト交替で帰室したときには同室者の眠りを覚ますないう留意するなど窮屈な生活を強いられた。当時の雇用慣行と同様に、看護婦も結婚退職が当然とされていた（保助看 60、207）。もともと全寮制を前提とした雇用環境では、恋愛の「自由」さえなかった。このような前近代的労務管理に対する不満の爆発が、1960 年秋に続発した病院ストライキだった。

戦後の一時隆盛を誇った労働運動はレッドパージで沈静化し反共右派の総評が運動の中心となったが、1955 年に岩井章事務局長と太田薫副議長による執行部が成立すると、運動は先鋭化した。医療界でも昭和 30 年代に入って組織化が進み、1957 年 8 月に日本医療労働組合協議会（以下、医労協。9 組織 3 万 800 人）が結成された。国立病院労組と並ぶ主力が各赤十字病院労組を統括する全日赤で、病院ストも日赤病院を中心に発生した。

医労協は 60 年定期大会で一律 5 千円賃上げや昇給率 3 倍を求め、武蔵野日赤や都内 7 大病院でストを打った（看護史研究会編 1989、130）。その後も東京医労協は 4 回、全日赤では 7 回に渡る波状ストを打ちストライキは全国に拡大した。拡大ストから逮捕者や解雇が出たほか組合の切り崩しも発生して事態は深刻化したが、他職種や患者から看護婦の過酷な処遇に共感が寄せられ、ストは継続していた（看護史研究会編 1989、130-131）。5 月には日赤に対する中央労働委員会の斡旋が出され、賃上げ 5000 円要求のうち 3000 円が認められ、経済闘争として成果を収めた。事態を憂慮した看護協会も待遇改善の陳情を行い（杉田ほか 2005、196-197）、争議中の看護婦に理解と共感を示す公式見解を発表した⁴³。

現在、このストをめぐって看護界一丸で待遇改善に取り組んだとされるが（保助看 60 年、207；杉田ほか 2005、197；看護史研究会編 1989、131）、看護界内部には矛盾や対立が存在したのが実態だった。まず看護協会は病院ストに積極的な支援はしていない。例えば協会機関誌の『看護』では、1960 年にストを本格的に論じた記事はない（「総目次 1960 年 1 月～12 月」、『看護』1960 年 12 月号、207-211）。また看護行政のあり方に関して、協会内に設置した看護行政委員会で議論はしたが、争議の最前線である現場との温度差は明らかだった（「協会の動き」、『看護』1960 年 9 月号、205）。病院ストには人権運動的性格があると指摘する社会学者の論稿を掲載したことはあったが（米山 1961、6-13）、協会全体としてはストライキに冷淡だった。協会内の看護婦部門を代表する第一副会長の石本茂は、看護婦の待遇は問題としながら

93)。こうした経緯から生じる同会の軍隊的上下関係も職員の不満を招いた（岡野 2017、88）。

⁴¹ サーベイは国公立の結核療養所や一般病院 107 施設から回収されたが、その殆どが 200 床以上の大規模機関である。（村山 1959、829-843）。

⁴² たとえば前記サーベイ報告の冒頭で、実施者である神奈川県立療養所長は、「病院の管理運営上、看護婦の全寮制が必要でそれを条件に採用する、結婚退職は通例だ」との認識を示している（村山 1959、829）。

⁴³ 争議当事者である都内 16 病院の看護婦代表の求めに応じて、湯慎会長や石本副会長（看護婦担当）ら幹部 9 名が面談した。政府に待遇改善を申し入れていること、また政府に病院行政部署がないことを問題提起していることなどを伝達した。争議当事者は協会の「理解」に一定の満足を表明した（『看護』1961 年 1 月号、3-5）。

労働運動への嫌悪感を率直に示している（石本 1961、3-5）。さらにストが終息した一年後の 62 年には、スト総括の座談会で、林塩会長や大病院総婦長らとともに、運動の「行き過ぎ」への懷疑を明示した（「座談会・病院ストその後…」、『看護』1962 年 7 月号、170-185）。看護界内部の「不統一」は、看護婦の二重構造の反映だった。資格高度化は高学歴看護婦と従来資格者の対立をもたらしたが、ストに対する協会の粗雑な対応は、人権侵害や低賃金などに現場で直面する看護婦たちと、従来の職務環境に疑念を持たず高位に就いた管理職系看護婦の認識差に起因している。

病院収入は入院料に依存するので、看護婦人件費を引き上げるには入院料引き上げを連動する必要がある。そもそも法定 44 時間労働さえ導入しない病院が多い実態が示すように、ストによって当面の賃上げは達成したが人員不足の解消見通しは立っていなかった（杉田ほか 2005、197）。病院中心の医療を医療経済的に具体化するならば、最終的には開業医配分を薄くして病院に回すほかない。病院の拡大は医療問題をめぐる紛争拡大を伴うが、日本の医療システムにおいては、配分医療費をめぐって病院と診療所の対立が表面化することを意味する。病院と利害を持たない日医は、社会的影響がどれほど大きくとも病院ストに対して関与しなかった。しかし診療報酬の分配を病院と争うとなれば、話は別だった。

4 開業医と病院の対立（1）——武見体制の確立——

病院と診療所は収益や資本の構造が異なり、医療経済上の利益は両者で相反する場合がある。一方、医師代表としての地位を独占するのは日医であるが、圧力行動の中核は開業医利益の確保であり、医療システムで重要性を深める病院の利益を政治過程に反映する回路は欠如したままだった。医療政治の利益分配過程が旧態依然であれば、開業医と病院の利害対立はいずれ表面化する。本節ではまず開業医利益が集約される経緯を述べる。

武見の復活

戦後の医療政治で医師会が強い影響力を有するのはすでに述べたとおりだが、内部の団結力は強いものでなく、政治的圧力行動も洗練されていなかった⁴⁴。54 年の診療報酬改定をめぐると対立を契機に武見は副会長を辞任し、その後会長選に出馬するものの票固めに失敗しいずれも苦杯を舐めた。ところで医師会は、医師優遇税制の獲得や医薬分業の阻止など、利益確保を政治過程で挙げたことによって自らの政治力に自信を深めていた。そのため、健保財政の赤字を理由として 1952 年度来据え置かれていた診療報酬の引き上げを強く求めた。他方で、社会保険制度では国民皆保険を見据えて管理の精緻化を進めており、とりわけ医師と機関に保険登録を要する二重指定制度が導入されようとした。診療所にとって特に煩雑なこの制度に日医は強く反発したが（日医 50、51）、結果として二重指定は撤回できなかった。また医薬分業は阻止したが、モノと技術を分離する新医療費体系の理念は後退せずに維持されており、報酬据え置きが打開されなければ交渉の「果実」を獲得したとは言えなかった⁴⁵。報酬抑制と管理化の進行は開業医の大きな不

⁴⁴ 日医は特定の政策や制度に賛否を表すことはあったが、行政事情を含んだ上で戦略的で主体的に活動したというよりも、医系議員を介して所管である厚生省に陳情するといった程度の行動に過ぎなかった。ただし他の医療系団体も事情は同じであり、日医の政治力が相対的に低かったわけではない。

⁴⁵ 1952 年 7 月以降の診療報酬審議では、薬価改定や薬治料改定などにとどまり、トータルでは引き下げが生じてい

満を呼び、都医出身の小畑惟清会長は結局退陣に追い込まれた。田宮執行部の後任は、黒沢潤三（1954.4-1955.10）と小畑（1955.10-1957.3⁴⁶）の二代とも短命であり、医師会内の権力闘争を勝ち抜いた会長といえども、医療行政の枠内で開業医利益を確保するのは困難であることが窺える。

57年4月の会長選では、有力候補の松田善四郎を大差で破り武見が当選した。武見はこの間、集票活動を積極的に行って地方医師会や関東ブロックの票を固めたほか（三輪 1995, 194-195）、松田の出身である都医の「下剋上」体質に乗じた勝利でもあった⁴⁷。そこで武見は、福岡の岸本道夫や群馬の丸茂重貞を幹部に登用したほか、都医からは蓮田茂、日本病院協会から神崎三益を執行部に引き込んだ。何よりも武見自身が政界人脈を有しており、医師会の内外を固めた武見体制が始まった。

当時、二重指定制度の細部を詰めるため、政令や省令が厚生省で検討されていたので、武見は制度の緩和・骨抜きを目論み、会長直後の4月27日に、日医会館で厚生省との交渉を持った。「暁の団交」と呼ばれたこの交渉は、医師会側が出向く慣習を逆転させて官僚をわざわざ呼びつけたこと、またブレーンとして東大法学部教授の兼子一（民法）や石井照久（民訴法）を控えさせ、厚生省側の提案や修正を逐次チェックする体制を備えたこと、さらに交渉打ち切りを認めず徹夜の交渉で譲歩を勝ち取ったことで、日医にとって勝利の、厚生省にとって苦い記憶が刻まれた（有岡 1997, 127-132；印南ほか 2011, 30-32）。この成果によって会員の武見執行部に対する評価は一気に高まった。とはいえ、二重指定制度は開業医利益の中核ではなく、診療報酬引き上げが次なるターゲットとなった。歴代執行部が崩壊したのはそれが達成できないからであり、武見はそれを十分に理解していた。そして折からの好景気で健保財政が好転させたので、引き上げ要求は加速した（吉原・和田 2008, 241）。しかしこのときに日医内部で診療所と病院の対立が顕在化した。総医療費の拡大に慎重な厚生省は、報酬改定を機に新報酬体系の考え方を徹底し、報酬引き上げと総額抑制を一举に実現しようと考えた。報酬引き上げは従来なら医療界全体の利益となったが、医療供給の分業・分離が進めば診療所と病院の利益は一致しない。そして武見がオール医師会体制構築のために日医常任理事に任命した神崎三益が、対立の起点となった。

ふたつの診療報酬体系

報酬引き上げに向けた準備として、1957年7月に武見は堀木謙三厚相と会談し、中医協を8月上旬に開催することで合意した。ただ、日医は新体系に基づく報酬原案が明らかにされないことに苛立ち、その検討会であるマル単（臨時医療保険審議会）から医療委員を引き上げ、それに歯科医師会委員も続いた。労働側や経営側は「医療費合理化」に好意的であり、医療側のこうした態度に反発したが、再開できなかったマル単は崩壊した（有岡 1997, 137-138）。堀木は医師たちへの表立った批判は控えたが、報酬改定骨子を公表した上で中央社会保険医療協議会（中医協）での審議入りを明言し、六年ぶりの報酬審議再開が確定した。しかし堀木案は日医の期待した引き上げと隔たっていた。9月11日の中医協で示された政府案は、

（1）一点単価 10 円固定、（2）甲乙両点数表を準備、採用は診療機関の選択、（3）医療費総額で 8.5%・

た。56年4月には薬治料が投薬料に整理され、薬剤使用を抑制する方向性が確立しつつあった。

⁴⁶ なお、小畑執行部は退陣した黒沢執行部の残余任期の後、56年4月の定例代議会で会長に選出されている。このとき出馬の意向を示した武見を調整によって押さえ込み、無投票再戦を実現している（日医 50, 50）。

⁴⁷ 小畑は黒沢都医会長時代の副会長であり、松田も小畑都医会長時代の副会長だった。前任者が日医会長として批判された際に慰留をせずに後継に就いており、大栗田の都医は同時に内部対立の激しい組織だった。

217 億の引き上げ、だった（医制百、646-647）。

日医は点数単価 18 円 46 銭、引き揚げ率 57%アップを要求していたため（日医 50、58）、まず 8.5%の上げ幅を拒否した。また点数単価固定は、料金計算を簡素化し医師・患者ともに合理的だが、個別診療行為の点数を 2 年毎に中医協で審議することは、医療内容に対する非医療側の介入拡大を意味する。プロフェッショナル・フリーダムの確保を信念とする武見にとって、絶対に容認できない制度だった。また最大の問題は、薬剤・材料費に重点を置かない甲表は病院などの大型診療機関には有利だが⁴⁸開業医にうま味がなく、一方で開業医向けの乙表は上げ幅がさらに抑制されていた。もともとの上げ幅に不満なのに、乙表の上げ幅が抑えられるなら、この提案を日医側が容認するはずはなかった。

一方で厚生省原案は 200 億円規模の総額引き上げを伴い労使双方の負担が増すため、支払側の反発も大きかった。その意味で堀木にとっての政府案とは、医師会に配慮した妥協案だった。原案を策定した保険局医療課も、本来は甲表のみの新体系で調整を行ったが、小山進次郎局次長の発案で医師会に配慮した二表並立とした経緯から、いずれ甲表一本化を目指すものの政府案は当面の折衷案だと捉えていた（有岡 1997, 139-140）。

日医は直接世論に訴えるべく診療所に貼るポスターを作り、電車内中吊り広告や飛行機からのビラ散布など広告による反対行動に出た。キャッチコピーには、武見自らが「保険官僚と保険ボスを葬れ」と書き、保険官僚と保険ボスに「ジャマモノ」とルビをふる扇情的で洗練された広報戦略だった。武見は広報のマイナス面も理解していたが、優先したのは医師会内部の支持調達と、医界分断の芽を断ち切ることだった（三輪 1995, 202-205）。しかし、保険ボス呼ばわりされた健保連は激しく反発し、中医協の審議はストップした。最終的に健保連側が譲歩して審議は再開されたが、開業医の「非常識」への反発は、支払い側はもちろん医界内部にさえ広がることになった（有岡 1997, 141-142）。

甲乙二表を基軸とする新報酬は、57 年暮れまでに一応の合意に達し、中医協が答申した後に予算確保の事情から 58 年 10 月に実施された。激しい利害対立の応酬の末に一応の合意に到達したのは、モノと技術の分離という理念自体に、医療側も含めて誰も否定はできないからである。たとえば歯科診療では、二表の差がほとんどないため間もなく甲表に一本化された。日医にとっての主戦場は、点数という価格闘争である。それは開業医たちの生活に根ざす切実な闘争だった。保険医療の担い手としての開業医利益を守るとは、日医の主たる任務である。しかも日医以外に医師の利益を代表する組織がないために、日医は正統な利益集団ではあった。切実な利益、医療知識の独占、そして業界横断的団結のゆえに、日医は最強の利益団体と見なされるようになった。

中医協と日病

中医協で合意が成立するまでに、甲表の評価をめぐる医療界内部の分断が噴出した。病院の採算に有利な甲表は、国公立病院や公的医療機関など大型医療機関で採用が見込まれた。そこで病院団体である日本病院協会（日病）は、ポスター問題の渦中に臨時総会を開き、厚生省案を大筋で認める決議を採択した。

⁴⁸ たとえば甲表の初診料は 18 点（180 円）とされ、簡易的な検査や投薬をすべて含んだ包括払い方式（いわゆるマルメ）が導入された。また薬価は実勢価格に連動する引き下げを行い、投薬や処方は技術料として別払いとした。こうすることで、単価改定が自動的に全医療費の引き上げに直結することを防ぎ、コスト構造を反映した合理的報酬体系を目指すことになった。同時にそれは、薬剤の積み上げで収益を得る従来型開業医の利益剥奪を意味した。

武見は、日病の動きを分派行動と断じ、神崎の中医協委員辞任を求めた。日医が推薦する四名の中医協委員の中で、病院枠で選ばれたのが武蔵野赤十字病院長の神崎三益であり、会長選で武見を支えた盟友とはいえ、神崎が中医協の席上で甲表採用に賛同するダメージを考えれば妥協の余地はなかった。神崎は、堀木に辞表を出した（日医 50、58；有岡 1997、142-143）。

堀木は神崎の辞任を翻意させるため、聖路加病院長の橋本寛敏会長など日病幹部を同席させて説得した。堀木には、日病の支持を突破口に厚生省案を通す意図があった。鉄道官僚出身の堀木は、「業界団体」に過ぎない日医が政策決定に容喙することを好まなかったのかもしれない。神崎は堀木の説得に従い辞表を撤回したが、日医はすでに後任の委員を決め、辞任見込みのため当日は欠席していた神崎の代理として中医協に参加させていた。こうした既成事実にも堀木は妥協せず、神崎の辞任撤回を強行した。日医は激しく反発したが、中医協の審議ボイコットはしなかった。大臣以下の厚生省が強硬姿勢を崩さず、支払い側に甲表支持が多い状況でボイコットをするとその間に新案が成立してしまう可能性を恐れたからである（有岡 1997、144-145）。その意味では、武見は初陣の二重指定問題を飾ったが、未だ強固な地盤を日医内で構築していなかった。むしろそうであるから神崎の分派行動に非妥協的な態度に出たとも言える。

武見は医系議員との折衝も拒否した。57 年暮れの中医協答申は両論併記であり、着手するには何らかの打開案を必要とした。そこで加藤鏖五郎元法相や谷口弥三郎参院議員ら医系議員が堀木と面談し、当初案よりもさらに医師会寄りの和解案を日医に持ち込んだ。ところが武見は医系議員の斡旋を越権行為と見なして調停を拒絶し、両議員の面目は丸つぶれとなった（三輪 1995、206-207）。武見の行動は実は戦略的なものだった。強硬姿勢で会員の不満を吸い上げれば自分への支持を強化できるし、また会長職を睨む谷口の調停に乗ることは、武見の支持基盤喪失に繋がりがかねない。そもそも武見は政界人脈を直接保持しており、医系議員を切って政界ルートを自らが独占することは合理的なのである。58 年 2 月には、取りまとめた自社両党の医系議員 20 名による不信任を谷口が通告したが、日医は一切取り合わなかった（有岡 1997、147-148）。同年 4 月の会長選挙は、116 票の武見に対し谷口は 40 票で、大差の勝利に終わった（日医 50、60）。武見の強力な体制はここに成立し、医政の影響力独占をも同時に達成した。

堀木はこうした情勢の中で、58 年 10 月の新点数表告示に向けた準備を続けた。厚生省案には支払側や病院が賛同し⁴⁹、4 月に入ると健保連・日経連・国保中央会・日病、そして日本薬剤師会の関係 5 団体が即刻告示の声明を出した。日病は、中医協委員の日病推薦枠を制度化するよう求めた。堀木は在任中の告示を目指したが、対立激化の前に断念し、告示は 5 月の総選挙後に就任予定の新大臣が実施することになった。6 月中の告示ならば日医が反対行動する時間の余裕を奪えるし、日病が賛成している以上厚生省案の告示は確実である。堀木は岸内閣総辞職によって厚相を退任し、新大臣が新点数を告示するはずだった。

医師会の圧力団体化

突然の発病で退任した石橋湛山の後を受けた岸が組閣⁵⁰して一年が経ち、また 27 回衆院選から 3 年経

⁴⁹ たとえば日病は機関誌上で、甲表を含めた厚生省の新体系提起に賛同した趣旨を公表し、技術料を重視する価格体系が日病の年来の主張に沿っており、また従来のように総額キャップで配分を付け替えたのではなく医療費総額を引き上げた点に政府の誠意を認めたと述べた（『病院』1958 年 1 月号、76-78）。

⁵⁰ 1957 年 2 月に発足した第一次岸内閣は石橋内閣の閣僚が全員留任した「居抜き内閣」であり、7 月の大改造でようやく「自前内閣」が発足したといわれる（池田 2012、140-141）。

過した 58 年春になって、自社両党は合意の上で解散総選挙を実施し、287 議席を獲得した自民党が 166 議席の社会党に勝利した。岸は第 2 次岸内閣を発足させ、厚生大臣に元大蔵官僚の橋本龍伍を充てた。

武見は日医全体としてこの総選挙に積極介入を行った。医系議員の送り込みとは別に医師会が個々の候補者を選別推薦⁵¹し、直接的な影響力を行使する方法を採ったのである。結果は絶大で、推薦候補は自民党で 270 名中 214 名（当選率 79.2%）、社会党で 82 名中 70 名（同 85.4%）を当選させた。集票力の背後には、医師の高い社会的威信や開業医の地域性があった。「診療カバンに 50 票」と評されたように、医師が顔見知りの患者に行った投票依頼は重みを持って受け止められた（田口 1969、194）。また、武見自身の現実主義的政治センスも戦術に反映された。政治家への有効な圧力は集票であり、適切なタイミングの政治資金提供でダメを押すのである（有岡 1997、150-151）。もちろん日医の推薦がそれら政治家の当落を一義的に左右したわけではない。しかし選別推薦は当選率が高いという事実は、候補者にとって重い意味を持つし、小規模だが確実な日医の票は、中選挙区制で厳しい選挙戦を控える候補者に魅力的であった⁵²。

日医は、目的性と包括性というふたつの特性によって結束を維持していた。医師会は、日医執行部など上層になるほど目的団体化するが、地区医師会は近所付き合いが主体の包括的組織である。自発的結社ではない医師会は成員の主体性に乏しいので、団体は早期に官僚化・集権化する。その結果、成員の強い利益意識の表出として圧力行動が生じるのではなく、医師会が公権力によって認証され、統制機関ないし政策浸透機関となることで組織強化が達成される。医師を独占的に代表する日医は、団体としての正統性を高めた結果、統制や政策浸透がさらに進むという関係が成立する（田口 1969、162-164）。また開業医収益で薬剤が占める費用は高く、診療報酬の問題はメンバーの死活的問題でもあった。

日医会員の支持という内部権力を獲得した武見は、日医が独占的な圧力団体であるという外部権力も用いて、橋本厚相と話し合いを進めた。橋本とは、厚生省・日医・日歯で構成（すなわち保険者等を排除した）する「十五人委員会」で診療報酬問題を扱うことで合意した。日医は単価の統一などで譲歩したが、乙表改定は医師会案ベースとした。乙表の収益は甲表より 5%高いと見込まれ（有岡 1997、152-158）、しかも日医は会員に乙表採択の指令を出した。その結果、病院こそ三分の一程度が甲表を採択したが、診療所は 6.7%、全機関平均で 10%弱の採択率となり、その後も採択率は向上せず 1994 年に廃止された。甲表一本化を目指す厚生省の見込みは挫折した。開業医の「台所」に基づく要求を組織化し、政治的回路を「直営」した日医は、その政治的影響力を格段に高めた。圧力団体としての日医の栄光は医療界全体を代表するまでに成長した。

5 開業医と病院の対立（2）——病院団体の分裂——

日医における武見太郎の権力基盤は戦略的に形成された強固なものだった。また政治的影響力の行使も

⁵¹ 医師会を始め各種業界団体は、本体から分離して「政治連盟」を組織し、政治活動を行っている。ただしその両者は人的にも財政的にもほぼ一体であるため、本文では推薦の主語を医師会とした。

⁵² 中選挙区制度下における議員行動を検討した建林正彦によれば、選挙区内で同土討ちが前提となる自民党議員の場合、地域割とセクター割の 2 つを基本戦略として当選確率を上げる（建林 2004、第 2 章）。医師会の選別推薦は、地域割で棲み分けている自民党候補者にとってそれぞれのエリアで確実な支持が期待できる。また棲み分けているセクターを拡大したい候補者にとって、日医の利益に背くことはセクター推薦を失うので大きな脅威となる。そのため、合理的選択論の観点から考えても有効な戦略だったことがわかる。

洗練されており、政治過程における日医の利益表出は合理的で強力なものだといってよい。これに対して、病院サイドの利益表出はどのように行われたのだろうか。本節では、1960年前後の病院団体の動向について概観する。

病院団体の前史

日医は医療の利益団体として正統かつ独占的な地位を占めつつあったが、病院の利益を代弁する神崎三益が中医協委員に残留するなど内紛要因は残っていた。ところで当時は病院の拡大期であり、神田厚相や厚生省は新報酬体系によって病院を影響下に置こうとした。一方で病院の収益構造は規模によって異なる。病院ブームで新設された多くの病院は、診療所の延長にある中小規模の医療機関であり、病院利益を日病が独占的に代弁したとは言えなかった。病院の拡大は病院体系内部の対立も顕在化させたと言える。

日本病院会（以下、日病）は1951年に発足した日本最初の病院団体⁵³である。医療法の制定で病院設置基準が引き上げられ、また戦後医療の混乱で経済的後ろ立てを持たない私立病院は経営の困難に直面していた。東京都内の病院管理者は情報交換を行い、陳情や政策提言のために団結することを決め、1949年9月に東京都病院管理者協議会を結成した⁵⁴。翌50年に東京病院協会へ改称し上條秀介が理事長に就いた。病院管理者団体は各地で徐々に結成されたが、医療法が改正され病院がより重視される状況で、全国団体を結成し名実ともに病院の機能を強化する機運が高まった（西沢 2010、187-189）。1951年は第13回日本医学会総会⁵⁵が開催予定だったので、全国の病院管理者はこの会合に時期を合わせて日本病院協会準備委員会を開催し設立趣意書を公表した⁵⁶。趣意書は、国民の健康と社会福祉の増進には病院が不可欠であり、最高水準の技術提供と合理化された経営を実現するという使命感に満ちたものだった。51年6月に開催された設立総会によって日本病院協会が正式に発足した。その時点の加盟病院数は全病院の三割にあたる1200機関で、東京病院協会の上條が日病初代会長に就いた。会長のほか副会長二名と常務理事五名で執行部を構成し、内訳は国立1、公立2、私立5で配置した（西沢 2010、190-191）。

日病結成より前に、ワンデル報告書は劣悪な日本の病院管理を批判したため、GHQは厚生省に改善を命じた。そこで厚生省は1948年に、病院管理有職者教育プログラムを始めたが、これが病院管理教育の端緒である（国病十、218-227）。国立東京第一病院（旧陸軍病院）に研修所を附置し、国立病院長を対象とする年間十回程度の短期講習を実施した。その後、受講対象者は事務長や医長、婦長に拡大したが、1960年の病院ストライキ後には病院管理の重要性が改めて認識され、研修所は国立病院管理研究所として独立した（吉田 1972、127-128）。初期の研修所で中心となったのが、後に東北大学医学部で病院管理学講座教授となる島内武文⁵⁷や順天堂大学教授となる守屋博であった。またこの研修所は情報ネットワークの中心で

⁵³ 1976年に日本病院会へ改称するまでは日本病院協会が名称だった。現在、日病に加えて日医系の全日本病院協会、日本精神科病院協会、そして日本医療法人協会が病院関連団体であり、これら四団体は四病院団体協議会を構成している。なお法人協会の加盟が法人単位であるほかは病院単位で加盟する。日本医師会は個人加盟なので、たとえば小規模病院のオーナー院長は、個人として日医に、法人として法協に、病院長として全日病に加盟することはあり得る。

⁵⁴ 発起人は昭和医大の創設者・上條秀介や慶應病院の大森憲太院長、東京警察病院の塩沢總一院長らで、私立や共済系の大規模病院長が多かった。

⁵⁵ 日本医学会は日本医師会に内包されることが会則で規定されている分科学会の連合体である。1902（明治39）年に第一回の連合大会が開催されて以来、四年に一回の頻度で開催されている。現在は129分科会から構成される。

⁵⁶ 主導した東京のほか、宮城、福島、群馬、山梨、新潟、愛知、三重、兵庫、島根、山口、愛媛、福岡、佐賀ら14都府県協会（うち愛知と愛媛は協会未設）の参加があった（日病30、2）。

⁵⁷ 東北大学医学部に病院管理学講座が設置されたのは1952年のことで、これは全国に先がけた取り組みだった。当時

もあり、49年4月に月刊雑誌『病院』を創刊し、同誌は現在まで発行を継続している。医官でもあった島内や守屋らは、厚生省本省や国立病院の事情に明るく、研修所・本省・病院の間に密な連絡が存在した。つまり雑誌や協会、研修所を介した一種の認識コミュニティが形成されていたと考えられる。

1956年5月に、日病発足以来の会長だった上條秀介が心臓病で急逝したため、日病理事会が後任に選んだのが聖路加病院の橋本寛敏だった。橋本は東京帝国大学出身の内科医で、アメリカ留学を経て聖路加病院に入職し、1941年から院長を勤めていた。いわゆるアメリカ系医学の系譜に連なる人物だが、病院が空襲で焼失しGHQの接收を受けるなど困難な時期の病院運営に忙殺されていたので、医政活動の実績により会長に就いたわけではない。その意味で日医と日病の関係は、橋本の思想や経歴のような個人要因から読み解く必要はない。実際、日病発足当初の橋本は、会の運営が政治的すぎることから協会とは距離を保ち、病院管理の追究に努めていた（西沢 2010, 191-192）。

当時の病院経営は外部環境の変化にさらされていた。終戦後の資材不足やインフレは経営を悪化させる直接要因だったし、経済成長による賃金上昇と診療報酬の抑制によって、病院経営は収支バランスの悪化に苦しんだ。その意味で、開業医利益と異なる技術重視の支払体系を求めることは、1957年前後の報酬交渉過程で突然生じたものではなく、より構造的な問題だった。武見が権力基盤の安定化を図って開業医利益に傾斜する以上、神崎と武見の関係に関わらず、日医と日病の対立は早晚表面化せざるを得なかった。

全日病の成立

日病の主力は、赤十字や済生会、私立大学病院など民営であっても大規模かつ公共的な医療機関だった。これに対し近畿や東海地方などの小規模病院を中心に、日病への不満が表面化した。1959年5月、日病の代議員会でこれらの病院長は執行部批判を明らかにし役員選挙で対抗した。橋本や神崎たち執行部は、選挙制度を突如改定して役員選を乗り切ったが、近畿東海勢は日病を脱会した（有岡 1997, 223-224）。

動きの中心人物は、阪大教授や大阪府立病院長を務めた小沢凱夫で、小沢派は近畿東海病院協会連合会を結成した後に、62年に同会を基礎とした全国組織・全日本病院協会（全日病）設立を発足させた（『全日本病院協会会報（1962年2月）』第1号、32-34）。結成時の執行部は、小沢会長のほか副会長に国立名古屋病院や神戸医大病院の院長を配し、理事3名には奈良や姫路の国立病院長も含んだが、総じて個人病院長が多数を占めた。会は日医の傘下団体ではないとは言うものの（小沢凱夫「巻頭言」、『全日本病院協会会報（1962年7月）』第2号、1）、もともと中小病院は出自も利益構造も開業医に近い。また日医の戦略的には中小病院との連携が望ましいため、両者が利益行動で連携するのは当然だった。小沢は、日医内部に設置された病院管理者部会の副会長を務めており（三輪 1995, 222）、日病分裂から全日病に至る動きは武見の仕掛けと考えるのが妥当である。

全日病は日病と同じく病院管理の学術集会を開催しており、62年秋の第1回全日本病院学会では病院管理研究所関係者である島内武文東北大学教授や吉田幸雄所長も登壇した。ただ、会報では労働争議関連の記事が頻繁に掲載されるほか、学会論題として労務対策が言及されることが多かった。全日病は100床以下

は病院管理という発想自体はもちろん教材となる資料も乏しかったため、アメリカの外科医・マッキーカンが著した『病院組織と管理』（Malcolm T. MacEachern, 1957, *Hospital Organization and Management*, Physicians' Record Company）を唯一の教科書として学習したという（吉田 1972, 125）。マッキーカンはアメリカ外科学会で会長（1935-1949）を務めた外科医であるが、病院管理の世界で特に著名だった。

の小規模病院が多く、深刻な労働争議は破産に直結する。会報は争議への対決姿勢を鮮明にしており⁵⁸、全日病の病院管理は労務中心だった点で日病の総合的病院管理学と明確に異なる志向を持っていた。

1974年に日病と全日病は再統合に合意し、日病は日本病院会へと名称変更したが、日医や公私病院連盟との関係をめぐり、全日病側の反統合派が白紙撤回を求めた。小沢会長は撤回を認めたため合意は破綻し、日病・全日病が併存する形が今日まで継続している（日病 50、70；全日病 50、64-65）。現在、日病に 2500、全日病に 2500 の病院が加盟するが⁵⁹、重複を除けば全 8400 院の半数が組織化されているに過ぎない。なお公的医療機関 1600 院の大多数は日本病院会に加盟しており、大病院で実践されることが多い先進医療の病院機能については、日病が正統性を有する。

問題は、甲乙二表と中医協委員の推薦問題で混乱する当時の医療政治において病院団体が並立したこと自体にあった。日医には、明確な利益とそれを具体化する事務局があった。一方の日病は病院利益を独占的・排他的に代表していたわけでもないし、事務局機能も十分でなかった。厚生省や支払い側は病院に好意的で、メディアも日病に同情的だった⁶⁰。医療自体が病院化する中で、しかし日病は甲表標準化の主導権を握れず乙表の普及に敗れた。利益表出回路を持たない病院利益は、診療報酬の決定過程に反映されることはない。病院団体の分裂は、政治過程における利益機能を日医が独占する状況をより強化したのであった。

武見の病院構想

日医は日病を押さえて開業医利益を保全した。しかし、進歩する医療において病院と診療所の連携自体は不可欠である。しかも理化学研究所に在籍し超一流の研究者から影響を受けた武見は、科学技術の進歩とその恩恵を理解していた（三輪 1995、94-115）。戦略家であり信念の人でもあった武見には、独自の病院ビジョンがあった。

医師にとっての病院とは就業先である。応用生物学としての医学はその本質において不確実な技術であり、技量の高い医師を育てるには学校課程に加え生涯に渡る研修、とりわけ卒後研修が不可欠である。医師は医学校に付属する病院などで修練を行い、経験を積んだ後に病院セクターに留まるか、開業セクターへの移動を決断する。戦前の医師はいずれ開業するものと位置づけられていた。ただし明治期に稀でなかった卒業直後の開業が、専門化進展とともに減少し、病院での修練期間が長期化した。この傾向は、帝大や医科大学、私立医専など学校を問わずに様に長期化していった（猪飼 2010、106-125）。明治末期から大正初期に生まれ 1960 年当時の中堅からベテランとされる医師は、卒後研修として病院で長期の修練を経験した。一方、臨時医専を卒業した 40 歳前後の医師は、従軍経験が主で病院経験が少ない。新制大学の卒業生はまだ若手で主力ではない。このように、戦後の医師は病院経験や習得知識のばらつきが大きく、医師水準が統一されるのはもう少し先のことだった。

⁵⁸ 例えば会報第 2 号では、全 50 ページ程度の分量のうち 2 割程度を充てて労務管理を特集しており、その内容も争議行為の犯罪性や保安性の問題点を指摘するなど、問題点をフレームアップしてでも抑え込むという対決姿勢が目立つ（『全日本病院協会会報』第 2 号、3-13）。

⁵⁹ 日本病院会 2018『事業案内 2018』、17 および全日本病院協会 HP「会長の挨拶」
https://www.ajha.or.jp/about_us/aisatsu.html（2018 年 10 月 31 日閲覧）より。

⁶⁰ 日病がマスメディアからの理解を得られたのは、聖路加病院の皮膚科医で日病の常務理事として広報を担当していた平賀稔の実力によるところが大きい（西沢 2010、202）。しかしそれは同時に、日病の取り組みが組織的というよりは属人的なものであったことを意味する。

ところで日本では総合医と専門医を区別するイギリス型身分制原理を採らない一方、医療設備の所有原理、つまり施設利用を機関所属者に限定するルールが適用され、アメリカで見られる^{オープン}開放病床制はほとんどなかった（猪飼 2010、37-40）。患者の紹介を通じて病院と診療所は相互に依存しているが、病院は収益を求めて外来機能を強化し、しばしば診療所の利害と衝突する。自由開業制と所有原理はこうした構造的対立を内包しており、日病と日医の対立はその表面化であった。開業医の利益を損なわずしかも診療所と病院の連携を図るために、武見が発想し推進したのが医師会立病院だった。

武見は早い時期から「地域医療」構想に言及している。診療所が疾患を早期に発見し、必要があれば医師会病院に送って高度治療を行う。退院後のケアは診療所が再び責任を持つという地域内で医療ケアを分担する構想である（三輪 1995、182）。中核病院を医師会で共有すれば、利益衝突の回避と高度治療が両立する。事実、当時の病院管理学から、設置主体が公私にわたる病院の利益対立は不可避であるから、マスタープランに基づく公共的医療の配置が不可欠だと指摘されている（守屋 1964、44-51）。民営だが公共性の高い医師会病院は守屋の指摘に適うし、実質的なオープン病床制導入を意味する。

日医は開業医利益保全のため、大規模病院の新規開業を頑なに拒否したが、病院空白地域で医療ニーズが生じた場合、医師会病院を建てるよう単位医師会を説得し（三輪 1995、281）、1962年には17病院1500床が開設された（表 5-6）。また武見は利害解決の手段としてのみ医師会病院を見ていなかった。いずれ老人医療が問題化したとき、診療所と連携が取りやすい医師会病院は地域医療の核として有効に作動するとの慧眼を示した（武見 1972、51）。

しかしこうした武見の「理想」は、医師会病院の隆盛につながらなかった。病院の多くは後に閉鎖（潮来、浜松、嶺南）や移譲（福岡、郡上）されて現存しない。そのことは、地域で必要な医療機能を提供していなかったか十分な管理運営ができなかったことを意味する。実際、浜松市医師会病院の運営では、人員の充足や診療報酬の低さなど病院に共通する課題に忙殺され、「理想の追求」どころではなかった⁶¹。しかも、選挙や輪番で選出された医師会長が院長を兼ねる医師会病院は、病院経営で最も重要な院長の指導力が発揮されにくく、しかし病院経営を強化すれば会員診療所の利益を圧迫する。かくして医師会を主体とした地域完結型医療を実現する試みは挫折した。自由開業制の下で医療の公営供給を構築できなかった裏返しで、協同施設としての医師会病院も機能しなかった。このことは同時に、医師という供給

表 5-6 医師会病院(1962年10月)

茨城	潮来医師会病院	100
栃木	下都賀郡市医師会病院	100
	上都賀郡市医師会病院	40
	田沼町病院	43
	佐野医師会病院	50
	下都賀郡市第2医師会病院	55
	藤岡町医師会病院	51
群馬	沢渡温泉病院	72
新潟	嵐南病院	80
静岡	浜松市医師会病院	90
岐阜	郡上郡臨床センター	88
広島	呉市医師会病院	30
福岡	福岡市医師会病院	30
類似		
千葉	同仁会木更津病院	150
島根	石東病院	150
山口	徳山博山病院	169
高知	同仁病院	158

(高橋 1964,61-70)

⁶¹ 例えば武見は、1972年の『病院』インタビューで、岩手県沢内村（現・西和賀町）の医療体制構築は医師会が全面的に協力したと述べているが、そもそも沢内は長く無医村状況が続き、ようやく見つけた村立病院長もアルコール依存症や麻薬中毒患者など問題を抱えた人物が多かった。長く村にとどまった東北大学出身の加藤邦夫院長は、当時の深沢晟雄町長の熱意で確保されたのであり、武見が言うように医師会の命令のもとで実現したものではない。武見は地域医療構想を自賛するあまり、医師会病院が衰退した経緯の分析を明確にしていない。

者の視点からのみ医療体制を構想する武見の医療観の限界を示していた⁶²。

6 小括

本章は、医療が保険化するプロセスと、病院をめぐる医療内部の矛盾を調整するプロセスを描いた。開業医中心の日本の医療では、医療の公営化がついに実現しなかった一方、統一的な健保制度の発達により単一支払い制度が実現し、平等性と統制の強い保険制度が実現した。さらに国保実施が義務化されたことで皆保険が実現した。医療の紛争とは保険報酬をめぐる対立として一層激化した。

また、科学技術のブレイクスルーにより結核が克服された。医療は外科と病院の時代となり、がんや交通外傷に対処する病院の数は急増した。その結果、二つの問題が浮上した。第一に労働集約的な病院は労務管理の困難に直面し、病院ストライキとして表面化した。第二に病院と診療所は収益構造が異なるので、開業医を想定した診療報酬体系では病院経営が困難に直面する。日医と日病の対立は構造的問題の表面化でもあった。

この時期の日医は、卓越した指導者である武見太郎が会長職を長く務めた。そのため医療機能の構造的な対立が、政治力や戦略に優れた日医有利な形で解決されてしまい、結果として医療問題の本質的な解決、例えば医療機能のネットワーク形成を遅らせた。

こうした政策過程構造は、医療供給が希少な公的資源であることの反映でもある。戦後の医育一元化により、医師養成は年間 4,000 名程度に抑制され、医師余剰から医師不足へ傾向が反転した。日医の要求が容認されたのは、国民が医療を渴望していたからであり、したがって医療供給を続ける限り、医師利益の恣意性は不問とされた。例えば競合者を抑えるために日医は一貫して医育拡大に反対した。しかし医師不足や偏在が長期化・構造化すると、こうした開業医利益の保全自体に冷やかな視線が注がれるようになる。そして外的要因によって変化しやすい医療需要が 70 年前後に急拡大したことで、「不足」は一層深刻度を増した。日医が外形的には連戦連勝を続ける間に、新たな医療問題は着実に進行していた。

⁶² 作家の保坂正康は、晩年の武見が入院して患者の気持ちに気づいたとのエッセイについて、「彼が唱えた医療の本質とは...疾病に罹った患者ではなかったことの告白につながる」と指弾している。(保坂 2001、262-265)

第6章 医療の変化と抵抗：戦後医療制度の転換点

既に述べたように、医療の保険化によって診療報酬をめぐる紛争が医療政治の中核的争点となった。そして医療問題が重要な政治的争点となったのは、55年体制の成立による保革対立と内政重視に起因する。本章では、医療保障それ自体が政治的争点として浮上する過程を描写する。

1960年代を通じた高度経済成長によって日本は経済大国となったが、副反応として社会的病理現象も表出した。その是正は、政権交代が起きそうにない国政ではなく地方政治レベルでとりわけ追求されたが、この現象は先進国に共通する「地方自治の政治化」であった。広義の福祉政策は政治過程の中核的争点となり、特にその一環である医療は国民的課題となった。本章では、政治環境の変容と医療制度への影響を分析する。

1 高度成長期の政治変化——革新自治体の誕生と成長——

左派政党連合によって当選した首長を保持する自治体を革新自治体と呼び、1960年代から70年代にかけて都市部を中心に生じた。革新自治体の伸長は、左派の支持拡大に留まらない都市政策の転換点でもあった。社会福祉や環境など生活関連政策を重視した革新自治体の影響は、中央レベルの政治に及んだからである。本節では革新自治体が発生した経緯とその国民的期待、その政策的帰結を概観する。

革新自治体の前史

戦前の無産政党を統合して発足した日本社会党は、労働者農民党の離脱（1948年）や左右両党の分裂（1951年）を経て55年10月に再統一された。統合前の27回総選挙で左派社会党が躍進し合計議席数が156に達したことで、再統一による政権獲得が視野に入った。ところが統一後の28回総選挙（58年5月）では166議席の微増にとどまり、浅沼稻次郎委員長が暗殺された直後の29回総選挙（60年11月）では145議席、30回総選挙（63年11月）では144議席に留まるなど停滞は明らかだった¹。1960年には西尾末広ら右派40人が離党して民社党を結成したが、両党議席を合計しても勢力伸長には程遠く、社民ブロックに対する有権者の支持は低調だった。

停滞の原因は、党内部の路線対立と人間関係だった。路線対立は表面上、社会党の政治目標をめぐる争われたが、その原型は前身政党に遡る。社会党は、社会民衆党や社会大衆党系を源流とする右派、日本労農党由来の中間派、そして日本無産党系の左派の三派に大別される（原 2000、9-10）。党の主力は右派と中間派だが、翼賛体制に関与した労農党は道義的責任を問われた上に公職追放者が多く主導権を握れなかった²。したがって統一後の社会党では左右両派の対立構図こそ鮮明だが、黨員の出自が多岐に渡るため党としての共通項は反共社会主義しかない緩い結合に過ぎなかった（森 2001、49-51；原 2000、12-18）。社会党は自前の組織が弱く実働は労組に依存した。当初は反共センターとして発足した日本労働組合総評

¹ この後は多党化が進行し、定数が486（1967）、491（1972）、511（1976）、512（1986）と拡大したが、社会党は議席率30%を越すことはなかった。また得票率でも、28回選挙の32.94%をピークに30%超は一度もなかった。

² 例えば指導的立場にあった川上丈太郎や三輪寿壮らが追放された。浅沼稻次郎は戦時中に精神疾患で一時政界を引退していたため追放対象から外れ、中間派の指導者として浮上した。

議会（総評）が左傾化すると、総評の支持を得た左派が党内で優勢となった。

党内では、朝鮮戦争と講和条約締結をめぐる分断が深まり、1951年10月には左右の両派がともに社会党を名乗る分裂状態に陥った。講和前の社会党は「非武装中立・全面講和・基地提供反対」の平和三原則を決定したが、51年1月に鈴木茂三郎委員長が無投票当選して党中央の左派優位が明らかになり、「再軍備反対」を加えた平和四条件を党方針とした。共産勢力への対抗上再軍備を是認する右派はこれを認めず、ついに分裂に踏み切った。ところが労組の支援は左派に注がれ（原 2000、91-94）、結党時 16 だった左派社会党の議席は、54 議席（52 年 25 総選挙）、72 議席（53 年 26 回総選挙）と著しく伸び、55 年 2 月の 27 回選挙で 89 議席を得て、67 議席の右派社会党をついに逆転した。その意味で、社会党の再統一は左派主導だったといってよい。ただし厭戦感情が強い敗戦直後は左派に共感しても、経済成長による国民所得の上昇を見た昭和 30 年代の日本で、イデオロギー色の強い左派主導の社会党に国民的支持が集まるかどうかは不明だった。事実、西尾派が離脱し左派優位が明らかになった上に、正統派マルクス主義を掲げる社会主義協会が党内勢力を伸ばすと、社会党は硬質なイデオロギー集団へ変容した。対抗政党を率いる池田勇人首相は経済重視を掲げて国民的支持を集めており、社会党の長期低落は明白となった。

そこで注目されたのが江田三郎らによる構造改革路線である。江田は農民運動から出発し人民戦線事件で入獄も経験した運動家だが、神戸高商や東京商大で学んだエリートでもあり戦前に岡山県議を経験した。戦後に社会党へ入党すると 1950 年から参院議員を務め、党内では左派の鈴木茂三郎派に属したので分裂中は左派社会党に所属し、再統一後の 1958 年に党組織委員長、60 年に書記長に就いた。構造改革論はイタリア共産党発祥の理論で、資本主義という構造を前提としながら、労働者が政治過程に積極介入して成果を獲得し、最終的に国民的支持で政権獲得と社会主義革命の達成を目指す政治戦略だった（原 2000、182-183）。この理論は、極左冒険主義の失敗から党再生を目指す日本共産党内部で採用が検討されたが³、構造改革論と決別した⁴同党からは構改派が離党した。しかし、構改派の理論拠点だった雑誌『現代の理論』創刊号で巻頭論文を執筆した佐藤昇は左派の注目を浴び、社会党内部で構造改革論に関心を持つ貴島真道や加藤宣幸、森永栄悦らと接触を持った（原 2000、183）。後に構改三羽鳥と呼ばれたこれらの党官僚たちは、構造改革論を党路線とするべく江田を説得した。江田も、社会経済状況の変化に対応する大衆の支持獲得が必要であることは痛感しており、議会主義と社会主義を両立させる構造改革論は現実的戦略だと評価した⁵。

しかしこの路線変更は不幸な出発を迎えた。浅沼委員長刺殺の翌日に開催された 19 回臨時党大会では、衆院選方針として構改論が満場一致で採択された（原 2000、184-185）。しかし党内の路線対立を清算し構造改革路線を自覚的に選択したのではなく、党首不在を乗り切る選挙向けの「手段」としての選択に過ぎなかった。事実、1962 年 1 月の 21 回党大会までに構改論をめぐる佐々木更三と江田の対立は激化した。

³ 1958 年 5 月に大月書店から『現代マルクス主義—反省と展望—（全 3 巻）』が公刊されたことを契機として、経済学者の井汲卓一、長洲一二、哲学者の古在由重、村田陽一ら共産党内部の理論家が討論に参加した。佐藤昇と井汲は雑誌『現代の理論』も創刊し安東仁兵衛が編集を担当した。また当初は上田耕一郎・不破哲三兄弟も論争に参加したので、党内でも最新理論として流行していた（安東 1995、284-291）。

⁴ 上田・不破兄弟は、『現代の理論』に積極的な寄稿していたが、党の方針に従って自己批判を行い、路線から離れた（朝日新聞社 1973、159-161）。『現代の理論』は、当中央から強い圧力で廃刊を迫られ、59 年 5 月に創刊した同誌は 5 号で発行停止となった（安東 1995、350-366）。

⁵ これまでの社会主義論争が党内の閉鎖的環境でジャーゴンを応酬するような非生産的なものであり、国民の共感を呼ばないことを江田は憂慮していた。彼は政治におけるコミュニケーションの重要性を正しく認識している、党内で数少ない人物だった（森 2001、55-56）。

学歴と風貌ゆえに知的イメージのあった江田は、テレビ映りが良く大衆的評判が高い点で左派に珍しいタイプであり、モダンかつスマートな構改論を弁舌巧みに説明する姿は、「新しい左派」として国民の人気を博した。一方の佐々木更三は宮城県北部（現・登米市）出身で、苦学して日大夜間部を卒業し労働運動や農民運動で活動した⁶。生硬な社会主義革命論を宮城訛りで訥々と語る佐々木は、江田と対照的だった。もともと両者は鈴木茂三郎派に属する党内左派であり、江田は2期務めた参院から転出し衆院選出馬を予定していた。7歳年長の佐々木は、47年の当選以来7期連続で代議士を務めるベテランであり、党歴的にも政治家としても佐々木が格上だったが、「人気者」の江田が路線主導権を握ろうとする以上、佐々木は江田に対抗せざるを得ない。さらに暴力革命論を維持する社会主義協会には、江田が「大衆に阿る」反革命的存在に映った。62年の党大会で激突した両者は、書記長選を江田が制するものの佐々木の巻き返りで構造改革が戦略から戦術へ格下げされた⁷。

江田は党全国オルグ会議で「江田ビジョン」を提案し対抗した。「アメリカの生活水準」「ソ連の社会保障」「イギリスの議会制民主主義」そして「日本の平和憲法」による政治体制の構築を目指すこのビジョンは（朝日新聞1962年7月28日朝刊1面）、理念を可視化する江田らしい提案だった。しかし党内調整を経ずに突然ビジョンを提示したこと自体が批判の対象となり、61年11月の22回党大会で江田は書記長を辞任した。後任の成田書記長は融和を優先させ、構改路線を事実上放棄した。さらに綱領を策定する理論委員会の多数を左派が占めた結果、1964年に「日本における社会主義への道」が綱領的文書として採択され、党は階級政党であると規定された（森2001、56-58）。民社党結成によって党内右派が弱体化したため、党内は反社民主義が徹底された。社会党は国民政党から距離を置き、レーニン主義的革命観に覆われていった（新川1999、64-65）。

党内の空気は人事に表れた。右派の河上丈太郎委員長が65年に病気辞任した後、佐々木更三や勝間田清一ら左派が後任を務めた。江田は67年に副委員長、68年に二度目の書記長に就くなど、一定の影響力は確保していたが、左傾化した社会党が新たな政権獲得ビジョンによって党勢を伸ばす余力はもう無く、それどころか1969年の総選挙で社会党は90議席に落ち込む歴史的敗北を喫した。社会党の長期低落傾向は実際には50年代末から始まっていたが、60年代に生じた過剰なマルクス主義への傾倒がダメ押しとなった。対する自民党は保守合同により党内の重みや多様性を増し、経済政策を含めた内政重視を打ち出して国民の支持獲得に成功した（曾我・待鳥2007、150-151）。

1963年の「革命」

構改論導入失敗に見られる国政レベルの党勢衰退に対して、回復を目指すもう一つの試みが革新自治体だった。各地で住民運動が高まる中、地方選の勝利を積み重ね、政権担当可能な党として国民の認知を求めたことは合理的な戦略だった（稲継2006；平野2011）。新憲法下の地方自治改革により、都道府県や市

⁶ 江田は高学歴だが、会社や官公庁の勤務経験がない生粋の職業運動家であった。ただし農民運動団体に専従幹部として勤務し、さらに若くして岡山県議に当選するなど運動家として華やかな経歴ではある。

⁷ この背景には左派内部の対立があった。佐々木と江田の対立は本文で述べているが、それ以上に大きいのが和田博雄と江田の対立である。左派社会党は、教宣メディアとして機関紙『社会タイムズ』を1952年に発刊したが、経営行き詰まりによって54年にタイムズ社が倒産した。社長の鈴木茂三郎と専務の江田は債務の責任を和田に押し付けて逃げた（社会タイムズ事件）ため、以後、思想信条的には左派であっても鈴木と和田、江田と和田は決して和解することがなかった。江田が委員長選をついに勝ち抜けなかったのは和田派による徹底した反江田姿勢が一因でもあった（原2000、116-119）

町村は完全自治体となり、首長・議員の公職が選挙されるようになった。例えば県知事選挙を概観すると、官選から公選へ制度変更後の第一期（1947-1959）と、経済成長期の第二期（1959-1975）に分けられる⁸（辻 2015、42）。第一期では政党間対立図式が明確ではなく、結果的に内務官僚出身の保守系知事が目立つほか、散発的に社会党系候補が知事選を制する事例もあった（辻 2015、55）。知事選で左右の政党対立が定着するのは第二期で、年次が進むと社共両党の共闘と保革対立が明確に現れるようになる（辻 2015、57-58）。

社会党が自治体対策に目を向けたのは 1958 年の 14 回党大会で、青年党員の少なさや党員管理体制の欠如が批判され、組織委員会を設けて党組織改正に乗り出した。組織委員長に就いた江田は、政権戦略である構改論を深めると同時に、地域に根ざした大衆闘争を構築しようとした。ところが日常活動を労組に依存する社会党には、職場ベースの組織はあっても地域組織がないため日常的大衆活動の呼びかけに反応がなかった。したがって地方選挙ではほとんど成果を得られず、革新の牙城である北海道知事選を落とす始末だった。浅沼が暗殺され安保闘争が高揚した革新有利な情勢下でも、知事選で勝てなかったが（岡田 2016、32-35）、突破口となったのが 1963 年の政令市長選挙だった。五市合併後の初代北九州市市長になった吉田法晴、前助役から大阪市長に就いた中馬馨、代議士から転じて横浜市長選を制した飛鳥田一雄が、社会党系市長として地方政治の第一線に登場した。

党内では理論上の変化も見られた。現代社会の変化をマクロに捉えた政治学者の松下圭一は、都市型社会への変容過程における自治体の責任を整理した。自治行政では、社会保障・社会資本・社会保健を整備し、市民生活水準の維持を目指すべきであり、国民的最低基準としてのナショナル・ミニマムに対して市民生活公準をシビル・ミニマムと呼んだ（松下 1987、121-122）。松下理論にはマルクス主義でしばしば見られた「体系の閉ざされた世界の中で正統であること（曽我・待鳥 2007、150）」を競う閉鎖性や錯誤性がなく、その点で構造改革論と親和的だった。松下は党内で社会新報などの言論活動に関与したが、江田が後退し党内が左傾化する中で党から距離を置き、研究者として自治行政に関わる度合いを深めた。地域基盤を持たない社会党は本来的に地方政治に熱心でなく、江田や松下の理論的貢献があっても、この時期の党のエネルギーは自治体選挙に向かっていなかった。

したがって 63 年の三市長選勝利は偶発的であり、革新自治体時代の到来とは言えない。北九州の吉田市長は次期市長選で落選し、大阪の中馬市長は二期目から保革相乗りへと「右」転回した。横浜の飛鳥田市長は革新色を維持していたが、飛鳥田の出馬と当選自体が必然的ではなかった。横浜市長選は、社会党候補選出に難航しており、自民党も一本化に失敗して分裂選挙となった。候補者を絞りきれない責任を取る形でしぶしぶ立候補した飛鳥田は、分裂に乗じて辛うじて当選した⁹。それでも飛鳥田の市政運営は成熟したものだった。

地方政治は二元代表制なので、候補者個人の人気や多数派分裂があれば左派系首長は誕生し得る。しかし議会の多数派を保守派が占めることが多く、また市庁舎内部に「味方」がいるわけでもなく、革新市長は孤立していた（大森 1986、215-216）。飛鳥田は政策実現のために、外部人材を積極的に登用しプレー

⁸ 辻は 1975-1991 の第三期、1991-2007 の第四期、2007 以降の第五期の分類を設定しているが、本章の関心から上述の二期に絞って話を展開する。

⁹ 飛鳥田の得票は約 28 万票で、現職の半井清が 26 万 7 千票、自民党公認の新人田中省吾が 10 万 6 千票を得た。

ンとして内部化した¹⁰。また選挙公約にも明記した政治姿勢として、飛鳥田は市民対話や市民参加を重視し¹¹、県や市議会との対決から生じる困難を市民の支持で乗り切ろうとした。市民の支持の前提とは、ニーズに基づく政策実現であり、ブレーントラスト型政治と政策形成は不可分の関係にあった。また、代議士を十年務めた熟練政治家としての飛鳥田は、市議会自民党内部の対立に乗じて自民党の一部を与党化し安定的な支持基盤形成に成功した¹²。政策的には、公害対策や子ども政策など住民生活の安定に加え、将来の成長を見越した都市基盤整備や都市開発にも着手し、一定の結実を見た。飛鳥田は安保国会で政府に鋭く切り込み名を挙げたが、政治家としては横浜市長時代の実績で高く評価されている。しかし革新自治体が波及し、全国的な政策の傾向が現れるのは67年の統一選であり、63年ではなかった。

新たな政策課題の浮上（1）都市基盤の整備

これまでに触れたように、日本の社会経済環境は、復興や高度経済成長を通じた工業化と都市化が同時に進行した。短期間に社会構造が変化すれば社会的な歪みは避けられない。革新自治体を生み出した「住民のニーズ」とは、急速な都市化に対応した都市生活基盤の整備であった。

1955年から73年までを高度経済成長期と呼ぶが、その間の実質経済成長は年率10%を超え、就業構造も農業から商工業へ大きく変化した。また単に人口のみならず、国民所得の向上による生活様式の都市化も生じた。ところが公的投資が産業基盤の整備に集中し、国民生活の基盤整備は遅れており、住宅不足や衛生環境の悪化、交通渋滞、学校施設の逼迫など生活レベルの諸問題が顕在化した。日本の経済成長の「奇跡」は、類例のない急激なものだったが、こうした都市問題はそれによってもたらされており、個別自治体の努力で解消可能なものではなかった（稲継 2006、50）。都市生活のつらさは、単なる不満や息苦しさを越えた巨大な政治的争点へ変わりつつあった。

都市問題は人口移動によっても生じた。東京、名古屋、大阪の50キロ圏は、高度成長期の人口増加率が年率20%に及び、一方で10キロ圏のインナー・シティで人口減少が顕著になるドーナツ化現象が生じた。段階的都市化を経ずに大量の人口が急速に田園地帯に流入すると、宅地と住宅の不足を招いた。政府は「住」の量的充足を急ぎ、住宅公団を設立して大量の高層アパートを直接供給するとともに、住宅金融公庫を設立して持ち家のファイナンスを支援した（砂原 2018、72-80）。居住を社会権として捉える欧州と異なり、日本の住宅政策は自己所有原則を基本としたので、住宅不足は60年代末までに解消されたが、個室の確保など居住の質が課題として残されていた¹³。

都市中枢が集約したまま郊外化が進むと、被用者や学生の通勤通学経路は伸びる。都市化の人口増と移動距離の延長は、輸送総量を激的に増加させた。しかも交通基盤が未整備だったので、都市部の交通渋滞は慢性化した。都市部では輸送量が小さく速度も遅い路面電車を撤去し、地下鉄による高速化を図ったが、市電廃止と地下鉄開通にはタイムラグがある。また地下鉄は市電ほど路線網が密でなく、加えて巨費を要

¹⁰ こうして集められたのが都政調査会（都労連が設置したシンクタンク）研究員だった鳴海正泰や都市計画プランナーの田村明である（岡田 2016、68-69）。

¹¹ 当選直後に「あらゆる市民層と語り合う市民集会をまず開きたい。そこでいろんなやりたい仕事が生まれてくるだろう」と語り、自らの支持基盤を明白に意識していることが分かる（朝日新聞 1963年4月19日朝刊15面）。

¹² 63年選挙では市議選も同時に実施され、自民党16（19減）社会党16（6増）民社7（4減）公明9（9増）無所属24（13増）だった。議会対応に苦勞するのが通例の革新市政において飛鳥田市政は恵まれた例外であった。

¹³ 高度成長終了後の1970年代末に至っても住宅の質改善は充分でなく、例えば1979年のEC委員会事務局非公式文書『対日経済戦略報告書』で日本の狭い住環境を「ウサギ小屋」と表現されたことがわが国で話題となっている。

する地下鉄建設が市¹⁴の財政リスクを高めかねないことから、この移行はスムーズなものではなかった¹⁵。また郊外鉄道路線で電車を増発して輸送容量を上げると、「開かずの踏切」が多発した。「団地族」は「通勤地獄」に耐えて都市生活を送っていた（稲継 2006、51）。こうした交通整備の遅れに対する不満は、経済成長で所得が増えることで帳消しにはできない、新たな政治争点となりつつあった。

若い年齢層が近郊都市に流入して人口増が生じると、市レベルの自治体にとっては義務教育学校の建設に追われる。学校は適正規模と徒歩圏内という二つの制約で設置されるので、人口急増地域では校区分割が繰り返された。また教育課程の充実や向上に対処するため、体育館やプールの設置など既存校でも設備更新を必要とした。学校教育費は人件費を除いて市町村負担であり、国庫補助を考慮してもなお重い財政的負担や行政負担が市に残された。例えば人口急増に直面した郊外都市では毎年1校のペースで義務教育学校を増設せねばならず、業務量の負担が推察される（表 6-1）。

都市化に伴って市町村が直面した新たな課題がゴミ処理だった。人口増によるゴミ総量の増加に加え、プラスチックや金属、ガラスなどゴミの質に変化が起きた。衛生的にも、また作業員や周辺住民の安全のためにもゴミ処理方法は改善されなければならなかったし、またゴミ燃焼時の有害物質を抑制するためにはゴミ減量が必要だった。衛生事業は法制上市町村の固有事務なので自区内処理を原則とした。しかし環境悪化や地価下落を嫌う周辺住民の拒否で処理場建設が頓挫するなど、いわゆる NIMBY 問題が生じたために、ゴミ問題は単なる現業の業務執行のみならず、環境や衛生、合意形成、啓蒙など複合的問題解決を要する総合的都市行政の一部となった。実際に東京都は知事自ら「ゴミ戦争」を宣言し、ゴミ所管部である衛生局を人事的・行財政的に重視した。埋め立てや山林のような後背地を持たない多くの近郊都市におけるゴミ問題は、「戦争」の比喩が過言でなかった。

表 6-1 所沢市の学校数

年	小学校		中学校		人口
	新設	合計	新設	合計	
1955	2	8	0	8	56,518
1960	3	11	0	8	68,223
1965	0	11	0	8	87,336
1970	3	14	0	8	137,881
1975	5	19	2	10	197,144
1980	7	26	2	12	237,058
1985	5	31	3	15	275,847
1990	1	32	0	15	302,386
1995	1	33	0	15	320,612
『令和元年度 所沢の教育』より ¹⁶					

新たな政策課題の浮上（2）公害と福祉

都市基盤整備の問題は郊外で生じたが、この時期に全国化した社会問題である公害問題と社会福祉の二つの課題に対し、革新自治体は積極的に対応し住民の支持調達に成功した。

高度経済成長期の日本社会で産業の集積が進むと、重化学工業施設を展開する広大な余剰地が不足するようになった。そこで企業団地展開は地方化し、雇用創出につながる工場進出を現地も歓迎した。被用者増は労働組合員を増やし党勢拡張が図れるので、左派も一連の産業誘致策に積極姿勢で臨んだ¹⁷。ところ

¹⁴ 当時、特殊法人だった帝都高速度交通営団（現・東京メトロ）を除き、国内で地下鉄を運営していたまたは予定していた実施主体はすべて政令市レベルの自治体（東京都含む）だった。

¹⁵ 地下鉄建設をめぐる沿線では騒音、地下水枯渇等を懸念して反対運動もあった（山田 2006）。

¹⁶

http://www.city.tokorozawa.saitama.jp/kosodatekyoiku/kyoiku/about/tokorozawa_kyoiku/r1tokorozawanokyouiku.files/R1_zenbun.pdf （2019 年 12 月 10 日閲覧）

¹⁷ 例えば社会党所属の大分県議だった村山富市元首相は、63 年に超党派の地方議員団の一員として県選出の自民党代議士だった村上勇議員や一万田尚登議員に陳情を行っている（日本経済新聞 1996 年 6 月 18 日「私の履歴書 村山富

が公害問題を理由に東駿河湾地区の石化コンビナート計画が 1964 年に白紙撤回され、これを契機に反公害運動が全国へ波及した。以前から四大公害病の悲惨な状況が社会問題化しており、ヒ素ミルクやカネミ油症事件など食品公害を契機として企業責任を問う声も強まっていた。いまや、所得向上と引き換えには公害を容認できないという国民的ムードが醸成されつつあった。

1971 年の大阪府知事選挙はそれを如実に反映した。大阪万博成功を実績に四期目を目指す現職に対し、社共両党に支持された憲法学者の黒田一は僅差で勝利した。黒田は反公害を公約の軸に据え、大気汚染などに苦しむ大阪市西淀川区や此花区、堺市、高石市などから強い支持を得た（岡田 2016、56-57）。

国は問題に対処するべく 1967 年に公害対策基本法案を提出したが、財界の意向で経済発展との調和を強調するなど不徹底な内容だった。社会党は政府与党を激しく追及し、公害防止を新たな政治的対立軸として設定することに成功した（岡田 2016、54-55）。1970 年 7 月には東京都杉並区で光化学スモッグ被害が確認され（朝日新聞 1970 年 7 月 19 日朝刊 1 面）、静岡県田子の浦沖では製紙会社の廃液によるヘドロ被害（朝日新聞 1970 年 7 月 18 日朝刊 1 面）も報道された。1970 年 11 月に招集された第 64 国会は「公害国会」と呼ばれ、一連の公害防止規制法案の成立に加えて、公害対策基本法の「経済調和」文言も削除され、環境規制を強める方針が定まった時期だった。同年 12 月には佐藤栄作首相が環境保護庁の新設を裁定し、翌年 7 月に大臣庁である環境庁が設置された。

しかしこの時期の公害行政を先導していたのは地方政府だった。例えば大規模工業団地を有し、住民からの環境被害に対処する必要のあった横浜市の公害規制行政は際立っていた。1964 年暮れに、横浜市は電源開発との間に磯子火力発電所建設に関する公害防止協定を締結した。協定は、煙突の高さや集塵性能、使用燃料のスペックなど細部に数値目標を設定したものだが、横浜市自体は環境規制権限を持たない¹⁸。協定締結の推進力になったのは横浜市が保有する発電所建設の同意権だった¹⁹。しかし横浜市は、協定が要綱行政であるがゆえに、画一的指導でなく、事例に適した協定を結べる柔軟性に気づいており（安藤 2002、1406）、また、具体的な公害防止の申し入れができる有能な技術系職員集団を庁舎内に抱えていたことも公害行政の推進力となった。協定に基づく規制は「横浜方式」として全国に波及した。また、国より水準を高め適用範囲を拡張する「上乘せ・横出し」規制は、自治立法権の具体化として宅地開発行政に応用された²⁰。地方政府の環境政策は、71 年によく環境庁を発足させた国レベルをはるかに先んじており、高い水準の計画行政によってシビル・ミニマムの達成を志向する革新自治体は、政策形成の先端にあった（新藤 1998、58-60）。

注目されるもう一つの取り組みが、高齢者を含む福祉行政の発展である。革新自治体は、対話と参加を通じて住民ニーズをすくい上げる政策立案を公約とした。公害対策は象徴的な事例だが、高齢者の保健や福祉もまた都市化に基づく切実な課題であった。例えば医療保険では、社保卒業生である高齢者が国保に

市 [17])。こうした姿勢はほぼ全国の地方都市に共通していた（岡田 2016、48-50）。

¹⁸ 当時の環境規制には、ばい煙規制法と水質二法があり府県の機関委任事務とされたが、政令市とはいえ横浜市には権限が付与されていなかった。また、神奈川県は公害防止条例を制定していたが、電気ガス等の公益事業は適用対象外だった（鳴海 1994、127）。

¹⁹ 当該サイトは横浜市が東京電力に分譲した埋立地だったが、東電が電発に再譲渡する際に市に留保された譲渡同意の権利を行使したものである（阿部 1998、5）。

²⁰ もっとも一般的なのは、ニュータウン建設の際に学校建設用地を抛出させることであった。人口増の責任をデベロッパーにも一部負担させるこのやり方は、典型的な要綱行政である。

加入するが、国保給付率は社保より低く²¹料率も相対的に高かった。寿命や乳幼児死亡率で表現される医療環境は総じて向上していたが、60年代の高齢者医療環境は劣悪なままだった。最初に状況を変えたのは、岩手県沢内村（現・西和賀町）だった。生命行政の祖として名高い深沢晟雄村長は、保健の徹底で乳児年間死亡をゼロにしたが、加えて65歳以上の国保10割給付を実施した²²。国の福祉行政自体も、1960年代には精神薄弱者福祉法（1960年）や老人福祉法（1963年）、母子福祉法（1964年）が制定され、従来の三法体制（児童・障害者・生活保護）から六法へ拡充された。老人福祉法の成立は、普遍的な社会福祉サービスの提供責任が国家にあると明記した点で、救貧中心の社会保障から大きく変化した（坂田2000、114-119）。誰もが老い、時に介助を必要とする。こうした普遍的社会福祉は未踏の領域であり、また家族介護力に欠ける都市部では特にニーズが高く、革新自治体はこうした要求に対応しようとした。

全国革新市長会の記録²³は、政策分野ごとに先駆的政策を紹介している（全国革新市長会・地方自治資料センター1990）。1962年に仙台市の島野武市長が公表した「仙台市・健康都市づくり」は、住民生活の質重視に触れた画期的宣言だが、最も影響力が大きかったのは東京都の老人医療費無料化だった。1969年の都議会で医療費無料化条例を可決し、70歳以上は自己負担ゼロで受診可能となった。この条例は人気が高く、多くの自治体で政策波及が生じた。革新であっても飛鳥田市長のように社会福祉万能主義を警戒するものもあったが、総じて自治体の高齢者医療費無料化政策は浸透し、71年には28府県5政令市で実施され、72年には未実施県2となるほど普及した。公害と福祉の政策展開は革新自治体の独壇場だった²⁴。生活者ニーズを政策に反映する革新自治体は、その後も拡大していった。

革新自治体の拡大

飛鳥田の当選以前にも、京都府の蜷川虎三（1950初当選）や大分県の木下郁（1955）、北海道池田町の丸谷金保（1957）、岩手県釜石市の鈴木東民（1955）、仙台市の島野武（1958）など左派系首長は存在したし、1963年には三政令市以外でも岩手県、旭川市、武蔵野市、上田市で革新系首長が当選した。しかし革新自治体ブームを決定づけたのは、1967年の東京都知事選で美濃部亮吉が当選したことだった。

戦後に東京都官制が改正され公選知事が選出されて以来、都長官だった安井誠一郎（1947-1959）と東京帝大医学部教授の東龍太郎（1959-1967）の二人が5期20年にわたる保守都政を継続した。対抗馬として、1955年と59年に外交官出身の政治家・有田八郎が、63年に前兵庫県知事の坂本勝が革新陣営から立候補しいずれも敗北した。ところが65年3月に都議会議長選出をめぐる汚職（いわゆる黒い霧事件）が発覚し、自主解散²⁵した都議会選挙で社会党は45議席（13増）を獲得して第一党となった。自民党は38議席

²¹ 1958年の発足当初は5割給付で、61年の完全実施で世帯主本人7割、68年に世帯員も7割化された。

²² 沢内の医療機関は村立病院に集約されており、病院長は保健課長を兼ねることで診療と予防を一体化したため、病院のサロン化などのモラル・ハザードは生じず、沢内村の国保財政や一般会計は赤字化せずに推移した。

²³ ただし同書における革新市長会の結成経緯については、厳しい史料批判が寄せられている点に留意する必要がある（岡田2016、60-67；功刀2008、80-93）。しかし先駆的政策の紹介は公的計画など出典を明記して収載されており、しかも「先駆」行政の紹介を抑制する動機がないため、叙述自体は信頼に値すると筆者は考えている。

²⁴ 事実、この時期の政策選択を実証的に分析した結果として、革新勢力が強まれば民生費（福祉）の伸びが大きくなる一方、土木費（開発）の伸びは抑制されることがわかっている（曾我・待鳥2007、168-169）。

²⁵ これは議長職を一年交代する慣例に伴い、次期議長を決める都議会与党・自民党内部で贈収賄が行われた事件である。これが発覚し、就任直後である現職・小山貞雄議長を含む都議15名が逮捕されたほか、その他の都議会および都庁内部の汚職が発覚した。当時、地方議会には自主解散の規定がなかったが、都民の激しい怒りに押される形で国が地方公共団体議会解散特例法を急遽成立させ、これに基づき6月に都議会は自主解散して選挙が実施された。

(29 減)、公明党が 23 (6 増)、共産党が 9 (7 増)、民社党が 4 (4 増) で都議会は多党化した。社会党得票率は 28% で、自民党の 30% や公明党の 15%、共産党の 10% と比べて強い支持を得たわけではなく、棄権の増大が自民党前職の落選につながったのが実態である。しかし汚職や醜聞の噂が絶えなかった都政刷新への期待は大きく、社会党は 67 年知事選も必勝体制で臨み都政の主導権を握ろうとした。党は江田三郎に出馬を打診したが、国政キャリアを重視する江田は謝絶し、最終的に経済学者の美濃部亮吉が候補となった。憲法学者・美濃部達吉の長男でありマルクス主義経済学者だった美濃部は、NHK のテレビ教養番組『やさしい経済教室』での弁舌が人気のタレント学者でもあった。

都知事選は、立教大学総長の松下正寿(自民・民社推薦)と美濃部に加えて、都議選で勢力を拡大した公明党が創価学会理事の阿部憲一を独自候補として擁立、三つ巴となった。結果は美濃部が松下を 220 万対 206 万の僅差でかわしたが、阿部が 60 万票を得たことで公明党は以後の都政でキャスティング・ボートを握った。この選挙での革新陣営は広報や動員に優れており、選挙戦自体がまったく新しい時代に入ったと言える。まず既成政党の公認候補による対立構図ではなく、「明るい革新都政をつくる会」のようなフロント団体が選挙戦の主体となり、政党や労組は後方支援する形をとった。美濃部の人気は抜群で、市民が選挙資金として寄付したカンパは団体提出総額を上回った(岡田 2016、82)。また反公害や明るさを示す「青空バッジ」や、しがらみと汚れと無縁をアピールする白い手袋など、洗練されたイメージ戦略も革新側が優勢だった。

67 年には、新たに青森市、山形市(1966 年選出)、会津若松市、京都市、鹿児島市など県庁所在地や主要都市で革新市長が当選し、71 年は美濃部再選に加えて大阪府の黒田、72 年に埼玉県の新井、岡山県の新井、沖縄県の屋良朝苗(琉球政府行政主席から再選)らが革新県政に加わった。市町村レベルでは川崎、甲府、吹田、高松などで革新候補が市長選を制し全国では 100 近い革新市政が生まれていた(岡田 2016、104)。

ただし内務省・自治省を経て知事に当選した長野は明らかに保守系であり、また武村正義(74 年滋賀県)や恒松利治(75 年島根県)など左派ではない知事も革新を名乗っていた。反公害や福祉重視といった政策は有権者のニーズに即したものであって、社会党のイデオロギーから内発的に生じたものではない。候補者にとっても党にとっても、あくまで選挙に勝利する支持を調達する戦術だった。だがイデオロギー色がない以上こうした政策は左派の独占物ではない。政策波及を通じて他の自治体へ伝播しさらには国レベルの制度化に昇華し得るし²⁶、後述するように高齢者福祉の給付拡大は、自治体発の政策が国策化した実例である。ただ波及によって医療供給や医療援助の厚みを増すことは、ある自治体で採用された仕組みが単に移植されたに過ぎない。だから沢内村の生命行政に埋め込まれた総合性や予防行政といった設計思想は継受されず、単に「高齢者が自己負担なく受診できる」状況だけが伝播した。革新自治体の拡大は、医療の平等性を争点化し供給量を拡大した点で医療制度の発展に寄与した。しかし高度成長末期に起きた医療制度の変化は、弱体化した左派政党が勝てる争点として発見・活用した偶然によるものであり、制度発展が

²⁶ 政策波及はいくつかのパターンがあるが、基本的には内生条件によって政策立案の必然性が生じた後、他の自治体が参照し、さらに国の政策として立案された後は横並び競争によって採択が加速される(伊藤 2006、30-35)。重要なのは、相互参照により多くの自治体が先駆政策を採用し、国を「包囲」する結果、総体として政策革新が起こるメカニズムである。本書に即すと、革新自治体で採用された開発抑制や福祉政策は支持者が多いため、やがて保革を問わず採択する自治体が続く結果、公害政策や高齢者福祉政策が国レベルで採択される。

必然的に生んだ帰結ではなかった。

2 診療報酬政治の激化——武見体制における日医と厚生省——

前章では、日本医師会が病院利益を抑え込んでまで開業医利益を追求する圧力団体へ変貌する過程を描写した。ただし分配がどうあれ、科学技術としての医療が発展すれば医療費は必ず高騰する。高度経済成長によって国民所得を倍増した日本社会は、医療費を支払える余力を持ったが、医師の言い値に従うほどの余裕はなかった。保険化による医療の規格化では、相反する要素を両立させる必要がある。第一に経済バランスを保つこと、第二に技術変化に応じた規格変更（新技術の保険収載）である。1960年代の中央社会保険医療協議会では、様々なアクターが様々な思惑で激突した。特に規格化をめぐる対立は深かった。

古井厚相との対決

日医と日病が、中医協委員の選出権限をめぐる激しく対立したことは5章4節で述べた。当時の中医協は、保険側・支払側・診療側・公益の四者から各6名の合計24名が任期二年で選出され、委員全体を二分し隔年で半分ずつ任命された。診療側委員六名から薬剤師と歯科医の代表を除くと、日医の推薦枠は毎年2名の計4名となる。58年6月に日病の神崎委員の任期が満了した後は、2名の推薦権を回復すると日医は考えていた。しかし病院中心の医療に対応すると同時に日医の影響力を押さえたい厚生省は、日病委員の受け入れを続けたかった。橋本厚相は任期切れ委員を任命しないまま59年1月の内閣改造で文相に異動し、43歳の坂田道太が後任に就いた。初入閣した坂田は野心的で、堀木時代にこじれた日医との関係修復を目指し、任命権は日医に残すが病院代表一名を含める折衷案を示したが、武見は拒絶した。参院選に影響せぬよう表立った行動を控えた坂田は、選挙直後の59年6月に日医枠1を残して中医協委員11名（58年改選分）を任命したが、日病推薦委員が含まれる人事案に武見は反発し、非改選委員の丸茂重貞・蓮田茂両委員を辞任させ中医協のボイコットに踏み切った（有岡1997、162-163）。1963年まで続いたボイコットによって中医協は四年近く機能不全に陥った。

この頃、医療保障委員（五人委員会）から国民皆保険の前提条件として、医療体制整備の公的関与を求める提言がなされた。提言の趣旨は政府責任の明確化に過ぎなかったが、管理強化と見なした日医が強く反発した。しかもほぼ同時期に、健康保険の診療報酬審査に関連した開業医の自殺が相次いだ（日医50、66）。もとより保険事務の煩雑性や実態と乖離した診療ガイドラインへの不満はあったが、監査への反発は極限に達した。日医が保険医療に参加しなければ61年に迫った国保完全実施が不調に終わるため、政府は譲歩として監査の緩和を申し入れたが、日医は強硬姿勢を崩さなかった。武見の要求は一貫しており、1）診療報酬の乙表一本化と適正引き上げの実施、2）各種審議会の医師委員推薦は日医に一本化、3）保険手続きの簡素化、4）診療ガイドライン（いわゆる制限診療）の緩和だった²⁷。国民皆保険実施が迫る以上、政府は日医に譲歩せざるを得なかった²⁸。

²⁷ 医療制度調査会発足に日医が協力する条件として1960年1月に公開された武見メモや、同年8月に中山マサ厚相にあてた四項目要求書などに、そうした姿勢が明記されている。

²⁸ 第1次池田内閣の中山マサ厚相は、健保連など支払側の反対を押し切って、報酬引き上げや単価地域差撤廃に応じる姿勢を見せた。日医は60年10月13日に臨時代議員会を開き、要求が通らなければ国民皆保険に協力しないことを

1960年の総選挙後に成立した第2次池田内閣は、古井喜実が厚相に就任した。内務次官も経験した実力派である古井には、混迷が続く医療行政の打開が期待された。古井はまず、結核新薬であるカナマイシンの保険収載を就任直後に公言した。そして59年改選分が欠員だった中医協委員のうち公益代表3名を任命し、15名の中医協委員で持ち回り審議を行い61年元日付で同薬の保険収載を告示した（朝日新聞1960年12月17日朝刊1面）。古井の果敢は世論から歓迎されたが、同時に診療側の同意がないまま中医協審議が成立したことになる。ボイコットや委員引き揚げなどの拒否権が無実化するリスクを武見はすぐに認識した。カナマイシンの収載は医師に望ましいことだが、その実現過程で示された古井の「剛腕」こそ、日医と古井の紛争における最初の発火点だった。

最初の保険医総辞退

カナマイシン収載問題は、厚相の決断手法をめぐる対立だったが、続く対立は日医の本丸である報酬の引き上げをめぐる対立が発生した。報酬引き上げが1958年からの物価や賃金上昇を考慮して、日医は30%引き上げを求めた。古井ら厚生省側も引き上げには同意していたが、実態調査に応じない日医の引き上げ要求に支払側は不快感を隠さなかった。妥協点を探る厚生省は、(1)点数改定による引き上げ実施、(2)引き上げ幅は10%とし病院優先で分配する、の二点で水田蔵相と合意し、61年7月改定実施を発表した。反発した日医は、翌年2月19日に全国一斉休診、予防接種業務への非協力、3月から保険医登録総辞退で対抗した（吉原・和田2008、245）。

政府・自民党は、制限診療撤廃や単価一円に相当する報酬引き上げ（7月実施、残額は継続審議）などの譲歩を見せた。日医は一斉休診こそ実施したが²⁹、妥協案を受け入れ総辞退は撤回した。古井は、業界団体に過ぎない日医を付度する党の決定に不満であり、党と日医の合意は認めるが、報酬の決定自体は中医協が行うというスジ論を崩さなかった。ところが7月に出た中医協の答申は、一点単価10円固定で点数改定実施という、周囲の予想を覆す内容だった³⁰。引き上げ総額で合意内容から逸脱していない以上、さらなる譲歩はないと考えた古井は、新報酬を職権告示した。日医ら診療側は態度を著しく硬化させた³¹。

直後の内閣改造で古井は離任し後任は灘尾弘吉が就いた。日医は8月1日からの保険医総辞退を通告し、冬に続く二度目の通告は不退転の決意と見られた³²。仮に総辞退が実施されると発足直後の皆保険体制は動揺するし、そもそも中医協の診療側委員空席が二年に及ぶ現状を考えれば、紛争の長期化は十分に予想された。そこで本件は政治マターとされ、事態収束には田中角栄・政調会長が乗り出した³³。

決議するなど、強硬姿勢で臨んでいる（日医50、69-70）。

²⁹ 一斉休診日は日曜だった。当時の医療機関は日曜開院が通例で（川上1961、130-131）、武見には医療機関や医師勤務のあり方を社会に問う意図があった。休診当日も救急対処の準備はしており実際の混乱はなかった（朝日新聞1961年2月19日夕刊5面）。ただ「休診日に病気になるほうが悪い」との放言が報道され、武見の悪役イメージは固定された。発言の真意は、普段からかかりつけ医との関係構築をすべきとされるが（保坂2001、241-242）、そうであつても、都市化した現代社会に対する武見の無理解や懐古的な専門職意識が表出した発言だった。

³⁰ こうした答申の背景に、それまで日医がゴリ押しした医療費値上げ問題に対する反発が厚生省や中医協の支払側などに根強く残り、その抵抗だったとするものもある（朝日新聞1961年7月8日朝刊1面）。

³¹ 武見は直ちに「重大な決意」で事態に臨むと応じ（朝日新聞1961年7月8日朝刊1面）、また歯科医師会や薬剤師会と協調の上、告示を拒否する声明を発表した（朝日新聞1961年7月8日夕刊1面）。

³² 厚生事務次官（1986.06-1988.06）経験者の幸田正孝によれば、それまでも日医が保険医総辞退の意向を示したことはあったが、61年は辞退届の府県医師会取りまとめなど「本気度」が高かった（印南ほか2011、32-33）。

³³ 田中が乗り出した理由として、武見と同郷の新潟県人であるほか、田中は建築業者、武見は研究員として理化学研究所に関与しており、両者は当時の理事長・大河内正敏に恩義を感じていた点が考えられる。個人的関係だけでこの対立が決着することは考えられないが、そうした細い糸口をたどるしかないほど事態が悪化した表れでもあった。

日医は、古井や中医協が党との合意を覆した不信感から打開自体に冷淡だった。しかし総辞退直前に、日医の要求を党は責任をもって応じる旨を回答したため、突入前日に総辞退は回避された。このとき、妥結の前提とされた医政の基本方針がいわゆる「武見四原則」で、(1) 医療保険制度の抜本的改正、(2) 医学研究と教育の向上と、国民福祉の結合、(3) 医師と患者の人間関係に基づく自由の確保、(4) 自由経済社会における診療報酬制度の確立、が示されていた。各項目は文言の抽象性とは裏腹の意図があり、(1) は国保と社保を一本化して財政を平均化すること³⁴、(2) は、疾病予防によって生産性向上や公衆衛生改善が達成されるので、保険料以外の公費を投入すること、(3) は医師の自律性尊重と行政介入の抑制、(4) では相応の待遇を医師に保障する報酬水準を求めている。武見の要求は、医師たち専門職が主体となった診療報酬決定であり、厚生省ら政府側の後景化だった。

総辞退が回避された後、四項目合意に基づく医療懇談会が 61 年 8 月に発足した。委員内訳は医療側 10（日医 5、日歯 3、日薬 2）に対しその他が 10（日病 1、保険者 4、雇用主 2、労組 3）で、中医協と比較して医療側の比重が重かった。集中審議を重ねた結果、9 月の会合で、(1) 新薬採用の促進、制限診療の緩和、(2) 保険間調整の検討、(3) 単価地域差の解消と報酬表一本化（報酬水準の適正化）で合意した（有岡 1997、209-211）。これは、医療側の利益誘導の成功とも言えるが、他方で保険間格差の問題を直視し関係者全体で解決を志向した点は注目されてよい。また、医療技術の進歩が加速する時代に制限診療や新薬採用の遅れがあることは、潜在的患者でもある支払い側に不利益をもたらす。その意味で、この合意は、医療保障の国家責任を再確認したともいえる。

制限診療の緩和

報酬水準引き上げと同様の重要性を持つのが制限診療問題だった。61 年春の総辞退回避は制限診療緩和の合意³⁵が決め手となっており（日医 50、74）、報酬の合意はその後だった。武見は専門職の自律性^{プロフェッショナル・フリーダム}を重視していることが明らかに窺える。また、日医が政府・自民党に対して強硬姿勢を維持できた背景として、医薬分業で深刻な対立相手だった日薬が協調路線に転じ、医師会・歯科医師会・薬剤師協会³⁶の三師会共闘体制が組まれたことがある。会長四期目となった武見には、日薬との合意を医師に守らせる力量があった。日薬は協調によって利益を拡大する道を選び、支払側への対抗力を強めたい武見はこれを歓迎した（有岡 1997、198-199）。日病に近かった日薬が三師会に集結したことで診療側の正統性は高まる一方、医療政治に対する日病の影響力は失われていった。

日医と古井の対立は診療側が勝利し、四項目合意に基づく懇談が行われたが、この頃問題視されたのが診療指針の存在だった。指針は実情に沿わない上に拘束力が強く、例えば抗生物質の使用は有効性より経済性を優先させていた。急性肺炎ではまずペニシリンを使用し、経過観察で有効性ナシと判断して初めて

³⁴ 先述の幸田によれば、当時の報酬決定は、厚生省直営の政管健保が赤字にならない水準を意識していたが、積立金の豊富な組合健保を保険一元化に取り込めば、報酬引き上げの余力が生じる。医師会は以後も「総合調整」という表現で繰り返し一本化を求めた（印南ほか 2011、42）。

³⁵ 合意内容は①学会が必要性を認めたものは速やかに保険収載する、②指針の拘束力を弱める、③手術における機器や機材、検査の実施内容は実情に即して決定する、④歯科の手技等についても同様、といった、専門職としての医師の判断を重視する方向だった。

³⁶ 任意加入で学術探求を目的とする薬剤師団体として、旧薬剤師会と旧薬学会が統合する形で日本薬剤師協会が 1948 年に結成された。1962 年に協会は薬学会を再分離し日本薬剤師会へ名称変更した（日本薬剤師会公式ホームページ「日本薬剤師会のあゆみ」<https://www.nichiyaku.or.jp/about/summary/history.html> [2019 年 3 月 2 日閲覧]）。

サルファ剤が使える(有岡 1997、212-213)。指針に外れた薬剤利用や治療行為は保険請求の対象外とされ、しかも最新医学が指針には十分に反映されず、現場からの不満は非常に強かった。

そもそも指針はなぜ存在するのか。社会保障制度審議会の「社会保障制度に関する勧告」(1950 年)には、既に有効性と経済性の両立が明記されている。当時の医療界には臨時医専や外地医学校を卒業した医師も多く、治療の標準化のために指針が設置された面もあった(石垣 2017、290-295)。つまり指針とは目安であって、先述の抗生物質治療指針は、厚生省の依頼を受けた日医が日本医学会に委嘱し、専門家が半年以上熟議した 1953 年に策定されたものだった(有岡 1997、212-213)。その当時は化学治療が発達していたが抗生剤価格は高額だったので、使用の目安は当然に必要とされたし、53 年当時としては妥当な指針だった。問題は指針が適切に更新されないことだった。厚生省の代表的医官だった大村潤四郎は、拋出金で賄う健康保険に、経済性を配慮した診療制約が存在するのは当然だと主張していた(有岡 1997、212)が、医師や学界の反対の前に指針緩和は進んでいった。

61 年夏の医療懇談会で合意された制限診療緩和とは、(1) 新薬・新技術の速やかな保険収載、(2) 療養担当規則に実情を反映させる、(3) 治療方針の改定手続きを簡素化・迅速化、だった。これを受けて同年 11 月には高血圧・精神病・歯槽膿漏の治療方針が改定、翌年 9 月には抗生物質と副腎皮質ホルモンの使用基準が大幅に変更され、薬価基準収載の全薬剤が使用可能とされた。63 年 6 月には結核治療方針が改定され、適用範囲や使用期間などが緩和された(吉原・和田 2008、250-251)。こうした一連の緩和は診療側全体の強い意向で推進され、東大医学部長の吉田富三は医師を擁護する立場から制限診療を厳しく批判した。学会会議第七(医・歯・薬)部長も務める吉田の影響力は大きかったが(三輪 1995、255-257)、短期間で大規模改定を実施できたのは、緩和が省内部の発案だったことも一因だった。その推進者は 62 年 7 月に保険局長に就いた事務官の小山進次郎である。

医師の自律性を尊重する緩和策は現場から歓迎されたが、他方で薬剤使用量が激増し、医療費が急騰した。国民医療費は、1961 年に対前年比 25.3%増を示した後、62 年に 19.3%、63 年に 23.0%、64 年には 24.5%と大幅な伸びを連続して記録した。その多くはゾロ新³⁷と呼ばれる先発品類似薬の処方によるもので、厚生省はマクロ医療費に占める薬剤費の影響を「学習」した。当事者の小山は、そうした「副作用」を予見して制限緩和すべきだったと後に述懐している。国民皆保険の開始当初から診療行為の制約は緩和されていった。その結果、医療費は増大し、保険財政悪化が保険を危機に晒した。

神田厚相の職権告示問題

武見は会長就任当初から多くの成果を挙げたが、医師の裁量を確保した制限診療の撤廃は特に大きな功績とみなされた。1962 年には無投票で四期目の会長任期に入った。この頃日医は、報酬の緊急引き上げと再診料新設を申し入れていたが、再診料は従来の要求と異なる面があった。日医が一貫して支持する乙表は、薬剤費などモノの価格を積算するが、再診料は技術の対価だった。もしも日医の要求どおりに再診一回 10 点を新設すると、病院で 19%、診療所で 37%の医療費増が予測され、医療経済的に受け入れが難しかったが、それ以上に乙表支持を追求しながら技術料新設を求める日医の態度に、支払い側は反発した(吉

³⁷ 製薬業界における一種のスラングとして、画期的で薬効も大きいピカピカの新薬を「ピカ新」と呼ぶのに対し、既存薬剤の化学構造式を一部変更した類似品として後からゾロゾロ出る新薬を「ゾロ新」と呼ぶ。先発薬の特許期間失効後に同一成分で発売されているものはジェネリック薬品であり、ゾロ新とは区別される。

原・和田 2008、252-253)。

63 年暮れに小林武治厚相が行った諮問に対し、中医協は報酬改定の必要性を翌 4 月に答申した。報酬の引き上げには支払い側も理解を示したが、再診料新設を認めない中医協決定を不服として、日医はこれまで同様に総辞退を切り札に政治ルートで決着を図った。63 年 11 月の総選挙後に成立した第 3 次池田内閣は、同年 7 月に改造した直後だったので全閣僚が留任した。翌年夏までに内閣改造が実施されれば新厚相が着任する見込みであり、後任厚相と新報酬の交渉を行えば診療側有利に決着する可能性はあった。だが小林厚相は早期解決のため新報酬表作成を急がせていた。そのため、もし再診料問題が中医協で採決されると、数で勝る公益代表と支払代表によって否決されるおそれがあり、引き伸ばしは日医に得策ではなかった。また報酬引き上げを優先する現場の医師の意向を考えると、再診料に執着すると会員、とりわけ私立病院の支持喪失と離反があり得た。日医の働きかけで全日病が分離独立した後、日病は国公立病院主体となったが、私立病院と連携して病院全体の利益を追求するため新たな連合体・公私病院連盟が結成された。全国 6000 院から 2200 院が加盟したこの組織は、病院収益の改善を求めて病院医療費の 30%アップを要求していた(有岡 1997、228-229)。日医内部でも、制限診療緩和問題では連携した東大医学部長の吉田富三が、反武見姿勢を明確にして 64 年会長選に出馬した。

日医内部の票固めを着実に実行した武見は 157 対 21 で吉田に圧勝し求心力を示した(日医 50、88-89)。中医協内部で再診料問題は膠着したが、引き上げ自体は認める答申が 4 月に出され³⁸、厚生省は点数改定作業に入った。このとき会長だった経済学者の有沢広巳は上げ幅を 8%程度と示唆した。上げ幅の引き上げを狙う日医は、新報酬の告示封じ込めに狙いを絞って自民党に働きかけた。日医の選挙支援で当選した議員も、総裁選を控えた時期に駆け込み告示は避けるよう主張し、小林は任期内の解決ができぬまま離任した。総裁選三選を果たした池田は、7 月 18 日の内閣改造で神田博を厚相に任命した。

神田はもともと武見と近く、また石橋・岸内閣の厚相時代に、二重指定問題で日医に有利な決定を下した。したがって神田の厚相就任は日医寄りに決定する布石と考えられていた。事実、神田は再診料に類似する基礎診察料を提案したほか、報酬の上げ幅を 12%とした。支払い側委員も公益委員もこうした神田の態度に反発した(有岡 1997、232-233)。この間、池田はガン悪化で退陣し、佐藤栄作が居抜き内閣で後を引き継いだ。

11 月 9 日に発足した佐藤内閣の下で、神田は任期切れの公益委員 3 人の後任を選び、報酬上げ幅も 9.5%とすることで党や蔵相と合意を取り付けた。4 月の 8%から上げ幅が拡大したことに支払側が不満を示すと、神田は職権告示の強行を示唆し支払側の反発を深めた。12 月 29 日の中医協は支払側 8 名中 7 名が欠席して流会となり、公益委員も辞任表明して中医協は分解の危機に直面した。意見集約ができない状況で、公益委員出身の磯辺喜一会長が「政府案は妥当だが配分は病院に配慮」とする報告書を提出すると、これを答申相当と見なした神田は 9 日付けで職権告示に踏み切った。

今回の職権告示は、古井厚相のケースと逆に日医の意向に沿った、しかも中医協答申を経ずに強行されたものでありその反発は強かった。支払側は中医協に加えて社会保険審議会や支払基金の医療系審議会から委員を引き揚げ、公益委員全員の辞任も求めた。さらに健保連と 4 組合(安田、保土ヶ谷化学、全国食糧、三井)は告示の取り消しと効力停止を求め、行政訴訟を提起した(吉原・和田 2008、254)。東京地裁

³⁸ 診療側は反対意見を付し、上げ幅は再診料新設に見合う 20%程度の上昇を求めている。

は4組合への告示効力停止を認めたため（朝日新聞 1965 年 4 月 23 日朝刊 1 面）、新旧二表が併存する事態となり厚生省は即時抗告を行った。また日医は新表以外を自由診療扱いとする指令を発し、そのため全国食糧の加入者が保険利用の入院を拒絶され死亡する事件が発生した（朝日新聞 1965 年 5 月 21 日朝刊 15 面）。東京高裁はその後、政府の即時抗告を認めて地裁の原決定を取り消した。4 組合は訴訟を取り下げたが、事態混乱の責任を取るため大山正事務次官と小山進次郎保険局長を更迭し、神田厚相自身も辞任して事態を收拾した。

支払側の抵抗は強硬で、厚生省も診療側に好意的でなかったが、医療制度の紛争ではその本質から供給側が有利である。支払側が受診機会を犠牲にしてさえも抵抗が難しいことは、全国食糧事件から明らかだった。医療の保険化によって、経済的不安なしに近隣で受診することが当然となった国民は、医療を当てにしていた。そうである以上、どれほど診療報酬の政治が激化しても供給側の強さが際立つことになった。

3 医師養成の拡大：新設医大の政治過程

戦後の日本社会では、戦時期の医師養成拡大によって医師過剰が続いたが³⁹、医育の少数精鋭化によって医学校が絞り込まれる一方、保険拡大による医療需要増によって、徐々に医師不足が顕在化していった。その結果、高度成長末期に医育が再拡大し、一県一医大体制が整備される。本節ではその背景と政治過程を観察する。

医師ニーズの高まり

戦時中の医師養成は、その規模が過大であり教育課程も貧弱だったために、戦後は PHW を中心に医育絞り込みが行われた。ところで医師数はそもそもどう管理され、また増大したのはなぜなのだろうか。

戦後の医師は、一年間の卒後実地修練（インターン）を経て受験資格を獲得し、国家試験合格者が医師免許を取得するよう制度変更された。1955 年には、新制度の医師が全体の三分の一、1965 年には過半数を占めるようになった（表 6-2）。一方でこの間の医学部・医大新設は認められず、国立 25 校（旧帝大 7、旧制医大 6、新制医大 12）と公立⁴⁰ 校（旧 1、新 7）、私立 13 校（旧 4、新 9）の 46 校体制が固定化した。毎年 2,700

表 6-2 医師数の変化(属性別)

年	総数	大学卒	医専卒	試験及第	国試合格	
1950	76,446	29,549	31,638	3,338	11,062	14.5%
1955	94,563	27,717	30,393	3,126	31,540	33.4%
1960	103,131	26,187	28,116	1,769	45,154	43.8%
1965	109,369	24,263	25,518	918	56,867	52.0%
1970	118,990	21,946	22,689	388	71,766	60.3%

出所：医制百資、表 12 より著者作成

名の医師免許取得者が誕生し、死亡や廃業者を差し引き毎年約 1,700 人の医師が増加している（表 6-3）。

³⁹ 1944 年医専入学者は、4 年課程と補充教育 1 年、実地修練 1 年を経て 50 年から国家試験を受験した。47 年に医専が廃止され、52 年度国試までの三学年が医師大量輩出時代だった。1950 年は 7,208+698 名（後者が秋試験）、51 年に 7,438+371 名、52 年に 5,532+413 名で、53 年に 3,477+377 名に落ち着いた。つまりピーク期に毎年 7000 名超の新人医師が誕生しており、医師余剰が発生するのは当然であった（福島 2012、221-222）。

⁴⁰ 戦時中に設立された公立医専で戦後に公立医大として開設された 6 校は後に国立へ移管された。それぞれ、広島県立医科（1955 年に広島大医）、県立鹿児島医科（1956 年に鹿児島大医）、兵庫県立医科（1964 年に神戸大医）、山口県立医科（1964 年に山口大医）、岐阜県立医科（1964 年に岐阜大医）、三重県立医科（1972 年に三重大医）である。

表 6-3 医師の増減

年	総数	増減	国試合格	増減
1955	94,563		31,540	
1956	96,139	1,576	34,315	2,775
1957	98,258	2,119	37,251	2,936
1958	99,876	1,618	39,730	2,479
1959	101,449	1,573	42,392	2,662
1960	103,131	1,682	45,154	2,762
平均		1713.6		2722.8

出所:医制百資、表 12 より著者作成

しかし、医学校は偏在していた。東北の秋田・山形、関東の埼玉・茨城・栃木、中部の静岡・山梨・富山・福井、近畿の滋賀、中国の島根、九州の佐賀・大分・宮崎と復帰前の沖縄は医大が無かったし、四国では徳島以外の香川・愛媛・高知が無医大県だった。また、札幌 2 校のみの北海道や、横浜一校の神奈川、北東部に集中する大阪など県内偏在も問題だった。

医師供給のあるべき姿は、アクター間で共有されていなかった。この問題を管轄したのは、PHW や厚生省、文部省である。また 1950 年頃には、人口十万人当たり 100 人が最適医師数と考えられていた。ただし医学校削減に積極的なサムスが 100 を意識した政策決定を行っていたとは考えにくく、医官のような

専門性や関係者との行政回路を持たない文部省が主体的に医師定員を決定したとも考えられない。各医学校の標準定員は 1941 年に 80 名と設定され、40 名 16 校、60 名 11 校、80 名 19 校の定員 2820 名体制は医専統廃合による結果であって、目標だったわけではない（橋本 2008, 199-202）。だから 100 を目指して厚生省が戦略的に医学部定員を定めたわけでもない。日医は一貫して医師拡大に反対だったので PHW の抑制策には好意的で、医大拡張を推す動機がまったくなかった。つまり、医師適正数とは合理的議論の帰結だったのではなく、「医師は過剰で、現状は改善されるべきだ」というアクターの曖昧な共通認識の上に成り立つ均衡だった。当時の医大新設は非決定の政治過程だと言える。

この状況は、医療の保険化が進展し医療需要が増大したことで変化し、1960 年ごろから看護師、63 年ごろから医師不足が顕在化した（医制百、540-541）。医療供給体制を根本的に審議する医療制度調査会⁴¹は、63 年 3 月の最終報告書で医師不足を示唆した。医療の発達で専門分化が進んだことが医師不足を招いているので、従来の十万人あたり 100 という指標は妥当性を失っている。そして、へき地医療やらい病・精神などの特殊医療、基礎医学や公衆衛生、一部診療科で医師不足が生じており、速やかな医師養成拡大を求めた（社会保障研究所 1968b, 642）。61 年に発表した厚生行政長期計画基本構想は医師養成拡大について触れ、61 年 11 月に秋田、神奈川、和歌山、長崎で医療需要調査を実施し、潜在的医療需要の把握に努めた。これらは明らかに需給バランスを懸念しており、1962 年までに厚生省は養成拡大方針へ反転し始めていた（橋本 2008, 214-215）。

最初の方策は全国の医学部定員拡大だった。1960 年に東京女子医大の定員増を認め、63 年から 64 年には小規模校の定員 40 名を 60 名に引き上げ、さらに旧帝大・旧六大など人材や装備に余裕のある拠点校の定員 80 名を 100 名に引き上げた。1950 年代に 3000 名弱で安定していた医学部定員は 65 年までに 3500 名、さらに 46 校体制最終年の 69 年には 4,040 名まで拡張された（医制百、541-542、594）。

日医は本来ならばこうした供給増に反対するはずだが、定員増は文部省・厚生省・そして査定官庁の大蔵省の間で事務的に処理される行政内過程であり、外部アクターの介入する余地がなかった。予算変更を伴わない定員変更は官庁間の調整が円滑に進み、また定員変化が漸進的である限り、問題が可視化されな

⁴¹ 同会は 1959 年に設置された審議会だが、委員の過半数に医療担当者を充てる条件で発足したので、最終報告で公的医療機関拡充の見直しを求めるなど保守的姿勢が窺える（河野 2006、67-68）。

い。反対の動員が不十分だった日医が「沈黙」していたと考えられる。一方、1970年に国立の秋田大学と私立の杏林大学、北里大学、川崎医科大学に戦後初めて医学部新設が認められた。これは定員増とは異なっていて明らかな制度変更なので、日医との調整や、大学病院の設置と市中医療とのバランス、国立大医学部新設の定員増などを要する。単純な行政的決定ではありえず、かなり複雑な過程を経た設置認可だったことが推察される。

医大新設とその背景

1970年の四学部新設を皮切りに79年に琉球大学に医学部が開設されるまでの十年で、34校が新設された。医師養成は、46校3,000名から80校8,400名へと拡大したが、日本の行政でこれほど短期に大規模な変化が生じることは珍しい。ただ、医学部の開設年や立地、そして設置主体にはばらつきがあり（表6-4）、医大増設にはいくつかの流れがあることが推定できる。例えば初期には私立大学と都市圏主体の増設だったものが、73年以降はほぼ国立⁴²⁾に限定されている。

医大新設は、国立の秋田大学が皮切りとなった。医師の偏在は東北・北海道地区で特に問題化しており、無医大県の秋田はその象徴と言うべき存在だった（福島2012、230）。以前から地方政府では医師確保に苦勞しており、定員の漸増に見切りをつけた一部知事は⁴³⁾後述する医学高専の設立を自治大臣に要請した。この構想は1968年には知事会の翌年度重点要望事項に指定されるなど、地方政府として熱量の高い要望だった（橋本2008、235）。こうした動きの発展が秋田大学医学部設置運動である。同県は、1963年ごろから医師不足に対処すべく県

表 6-4 医大新設の概要

年	総数	うち国立	年	総数	うち国立
1970	4	1	1975	2	2
1971	3	0	1976	2	2
1972	6	0	1977	1	1
1973	6	5*	1978	4	3
1974	5	3	1979	1	1

*防衛医大は国立扱い

内医大の開設を目指すようになった。県立医大新設は財政制約により断念し、66年夏からは国立の秋田大学に医学部設置を働きかけた。最初の概算要求では予算化できなかったものの、県選出議員が国会で質問するなど国政レベルで課題認知され、また自民党文教部会への働きかけが奏功し、69年1月の復活折衝で創設準備費が認められ、秋田大学医学部設置が決まった（橋本2008、242-248）。

秋大医学部はしかし、かなりの特例だった。第一の困難は行政上の制約で、1969年制定の総定員法が公務員増の障害となり、膨大な人員を要する医学部新設は容易な事業ではなかったし、医学部設置の前提である県有地提供や県立病院譲渡は地方財政法上の問題があった。第二に財政面の困難で、医学部の設置費用の捻出はかなりの困難が予想された。また大学紛争が激しい時代に大学医学部を設置することに対する疑念もあった⁴⁴⁾。これらの問題は、通常行政の延長上で突破できるものではなく、過程全体が高度に政治

⁴²⁾ 産業医科大学（北九州市）は旧労働省が管轄する産業医養成のための大学であり、運営費用は労災保険勘定から支出されている。学費は義務年限を満した後に返還猶予される貸与額を差し引くと実質的に国立大学と同等で、自治医大や防衛医大と類似のシステムを採っていた。

⁴³⁾ 福島、岩手、新潟、群馬、千葉、石川、岡山の知事で、このうち福島の木村知事は医師、千葉の友納知事は健康保険制度創設期に活躍した厚生官僚出身である。

⁴⁴⁾ その結果、新設国立医学校は、山形と愛媛を除きすべて単科大学として、あるいは新構想大学である筑波に設置された。東大紛争が医学部を発端としたように、構造的に問題が発生しやすい医学部を他学部と切り離すことは学生運動対策でもあるし、教育の機動性を確保する（福島2012、231-232）意図もあった。いずれにせよ従来型医学教育への不信感が強い中で、秋田大学医学部の新設は異例だったことに変わりない。

的だったことを暗示する。秋田は単一事例と見なされ、その他の国立医大新設は計画の意識さえなかった。

1970年に開設された杏林（東京）、北里大（神奈川）、川崎医科（岡山県倉敷市）はいずれも私立大学だった。北里大学は北里研究所を母体とするが、杏林大と川崎医大の母体は民間病院である三鷹新川病院や川崎病院である⁴⁵。翌年に帝京大（東京）、東洋医科（後に聖マリアンナ医科へ改称、川崎市）、愛知医科、72年に埼玉医科、金沢医科、名古屋保健衛生（後に藤田医科へ改称）、兵庫医科、福岡大、73年に獨協医科（栃木県）、74年に東海大（神奈川県伊勢原市）、近畿大（大阪狭山市）の14校⁴⁶に医学部が設置された。しかし私大医学部は設立ラッシュの初期に集中し、74年以降の新設はない。

厚生省は医学部増設を決断したが、大学の設置は文部省の認可事項であった。そこで省内に医科大学設置調査会（黒川利雄座長）を置き、医師数の目安を十万人あたり150人⁴⁷とした。実現のためには、計画年度の5年間で1200-1300人の入学定員増が必要になる（橋本2008、275-280）。ところが国立医学校新設は行財政上の制約が大きく、文部省が認可を緩和しても開校までには幾多の調整を要する⁴⁸。そうした状況の中、開業医の強い要望に押される形で文部省は私大医学部の開設を認めた（橋本2008、301）。しかし新設医大は財政基盤や教育環境が脆弱だった。開設予定法人の多くは自己資本比率に乏しく、入学後のヤミ寄付金を当てにしている可能性もあった。また附属病院規模に問題のある計画もあり、文部省は認可を絞り込んだ⁴⁹。さらに私立医大教育への懸念が高まると、教育の質保障のために国立中心の医育整備へ傾いていった⁵⁰。特に、私大医学部入学をめぐる裏口入学スキャンダルが相次いだほか、高すぎる学費ゆえ一般家庭では志願さえできないため、私立医大の存在意義が社会的疑念にさらされていた（水野1972、90-92）。

日医は医大増設に反対したが、会員レベルには矛盾する思いがあった。医大の拡大は「商売敵」の増加を意味するが、一方で開業医にとって身内が「家業」を継ぐことも重要である。3000名体制維持によって医学部を狭き門に留めるより、子弟の入学可能性を広げる方が望ましい。学費によるスクリーニングが働く私立医大の新設は、支払力を有する開業医家庭にはなおさら歓迎された（北原1994、306）。中には、地元医師会が会員子弟入学への配慮を条件に新設医大開設を容認する例もあり、日医本体との乖離があらわになった。会長の武見にしても、東海大や防衛医大、産業医大らが認可されると、母校慶應の影響を新設校の教員人事に及ぼすべく熱心に活動した（三輪1995、269-273）。

無医大県解消へ

⁴⁵ 川崎医科大学は、岡山医大卒の外科医・川崎祐宣が1938年に個人病院を開設し、総合病院を経て一代で医大を開学した点で、開業医の成功譚として語られた（水野1971、86-93）。

⁴⁶ なお産業医大同様、自治医科大学を私立扱いしていない。同校は医学高専構想を契機として自治省の支援で開設され、運営費は全都道府県の分担金と自治振興宝くじ収益金によって賄われている。

⁴⁷ この数値は、1969年に自民党医療問題基本調査会が公表したデータであり、指標の恣意性がここでも表れている。

⁴⁸ 後述する愛媛や山形、旭川医科の各校は1973年に開校していることから、本文で述べた懸念を克服するために2年程度のリードタイムが必要であったと推測できる。

⁴⁹ 朝日新聞1971年3月17日朝刊1面。審査対象5校の東洋医科、帝京、愛知医科、名古屋保健大、兵庫医大のうち、70年12月に認可を受けた東洋医科を除く4校から開学許可を受けたのは帝京と愛知医科だけだった。ヤミ寄付金とは、形式上は任意に求める寄付金であるが、実際には金額の多寡が合格を左右するものを言い、大きな社会問題となった（朝日新聞1973年4月29日朝刊23面）。

⁵⁰ 例えば1970年4月開催の医学教育懇談会では、私大新設に慎重を期すことで一致（朝日新聞1970年4月13日朝刊2面）、これを受けた黒川委員会は、9月の中間発表で私大新設の条件を厳格化する方針を発表した（朝日新聞1970年9月24日3面）。

1970 年代初頭に生じた私立医大への不信は、国立医大増設で無医大県を解消させることを促した。ただし、そうであれば公立医大新設はより制約は少なく機動的に対処ができた。そもそも地域ニーズに対する一義的責任は地方政府にあり、医大増設には自治体や自治省が応分の負担をすべきだと文部省は考えていた。しかし莫大な費用を必要とする公立医大は、財政難に苦しむ地方政府に採れない選択だった。秋田大学医学部でも当初の県立大学案をかなり早い段階で諦めている（橋本 2008, 272-273）。

国立医大の増設には五つの制約があった。第一に 69 年に制定されたばかりの総定員法、第二に建設に伴う初期費用、第三に附属病院の規模、第四にスタッフの充足、最後に管理運営形態であった。このうち最も克服が難しかったのが総定員法の制約である。同法は 1969 年 4 月に可決成立し、人件費増大を背景に公務員総定数の厳格な管理を目的とした。1960 年代を通じて民間セクターの所得は高度経済成長によって急増したが、それは同時に公務員給与水準の上昇につながった。1960 年度に人事院は給与の 12.4% 増を勧告し、総額 1000 億円の追加負担が見込まれた。それは池田首相の公約である大型減税を相殺する規模であり、政府は給与水準上昇と定員削減の二者択一を迫られた（前田 2014, 163-165）。加えて 1965 年の不況で財政悪化が表面化し⁵¹、大蔵省は財政硬直化打開運動に取り組んだ。例えばアメリカで導入された PPBS 導入を検討したり、補正予算を予め予備費に計上し年間総歳出に上限を置く総合予算主義を採用したり、復活折衝財源を予め公開するなど、大蔵省は歳出抑制のために予算編成の非政治化を目指した（真淵 1993, 223-228）。大蔵省は当然増経費の大部を占める公務員人件費に着目し、総定員法は池田政権の定員管理と大蔵省の財政硬直化打開運動が合流して推進されたものである⁵²。こうして成立した総定員法を所管する行政管理庁は、一校当たり 1000 人の定員増を必要とする国立医大に例外措置を認めなかった。50 万人の総定員内で個別政策の人員をやりくりする原則を崩さないことは、同庁の生命線を守る意味で当然ではある。しかし新設 10 校で 1 万人に及ぶ定員増はやりくりで捻出できるものではなく、結果として 1973 年以降に新設された国立医大の定員は総定員に含めないという政治的決着で解決した（橋本 2008, 280-281）。

それ以外の四点もそれぞれ政治力で押し切った。例えば地元県の土地提供で国立医大新設の負担を軽くすることは地方財政法上の問題があったが、国有地との換地によって違法性をクリアした。附属病院規模については、教育関連病院を含めることを許容した。スタッフ確保は、各地方政府が公立看護学校を拡大して正看護婦拡充に務めるほか、人事院に医師特別手当の創設を求め、市中病院の医師待遇と権衡を図った。運営形態も、新構想大学である筑波大学のほかは単科大学とした。

国立医大の拡張は、もともとへき地医療の人材確保に窮する地方の要望に発端がある。1970 年 7 月、当時の秋田大助・自治相は医学高等専門学校構想を突然発表した（朝日新聞 1970 年 7 月 3 日朝刊 1 面）。医学高専は 62 年に発足した高等専門学校の医学版で、中学卒業後に六年制専門教育を行い、学資援助を組み込んでいる。しかし戦前から志向した医育一元化がようやく実現したのに、文部省や厚生省がこうした例外を容認するとは考えにくく、そもそも提言した自治省自身が制度の実現性に懐疑的だった。むしろ医学高専は社会的課題の認知を狙って「政策の窓」を開ける政治的アピールだと考えられる（橋本 2008, 257-

⁵¹ 歳入の落ち込みは前年比で -12.4% に及び、65 年 6 月に全省庁予算の 10% 留保を大蔵省が宣言するほどだった。結果として翌年度から戦後初めて建設国債を発行して歳入を賄うなど、従来の予算均衡主義が大きく転換した（キャンベル 2014, 243-246）。

⁵² 先に引用した真淵も含め、従来の大蔵省研究では財政硬直化運動の失敗に着目し、予算編成の政治化が激化していく前兆として理解することが多い。前田は失敗したことよりも定員管理が法案化された原動力としての打開運動を評価している（前田 2014, 175）

258)。厚生省と文部省は高専案に否定的だったが、医師不足は認め「人口 10 万人あたり 150 人」の実現に向けて早急に定員拡大する構想を固めた。もし 1985 年を目標年次とすれば年間 6000 人体制で入学定員 1700 人増を意味した。またへき地医療の人員不足を早急に改善するため、医学高専を発展させた自治医科大学を早期に開学することで合意した。この間、注目すべきことは、(1) 厚生省と文部省が医師養成拡大の必要性を公式に認めたこと、(2) 田中角栄首相ら、自民党内部で影響力を持つ政治家がこの問題に注力したこと、(3) 地方政府の圧力行動が医大拡大を後押ししたこと、であった。

医育拡大の基本ビジョンは黒川調査会が策定したが、71 年に出された中間報告と最終報告は、ともに時期と設置数に関して明瞭さを欠いた。それは先述した制度的制約の解決見通しがないからであり、行政レベルの調整や検討で医師養成を拡大することには限界があった。実際に一県一医大の実現が動き始めたのは、自民党の政務調査会で「医師養成長期計画」が策定・公表されたことだった。同案は文教部会で取りまとめられ、医師数の目標を十万人あたり 160 人に嵩上げし、沖縄を含めた無医大県 15 はすべて国立医大新設で対応するという野心的なものだった（朝日新聞 1972 年 11 月 4 日朝刊 1 面）。さらに、国立校新設が難しいという空気感はむしろ無医大県の陳情を加熱させた。特例だった秋田の開校後、愛媛、山形、旭川医科の設置準備が実現したため、無医大県は後に続こうとした。地方の医師不足はどこであっても全体的・超党派的な課題であり、地方政府の圧力が、中央政府レベルでの政策実現を後押しした。新設国立医大 16 校は 1973 年から 1981 年までの六期に分かれて開学したが、これは 74 年度から 3 校ずつ新設し 4 年度で完成を目指した文教部会案よりも遅れた。その主因は大蔵省による厳しい査定であり、特にオイルショック後に厳しさを増した財政状況から、73、75、76 の各年度では開学がゼロ査定とされた（橋本 2008, 321-322）。だが遅れたとはいえ、当初計画通り 16 校が設置されたことは、大蔵省の厳しい抑制を打破する力が存在したことを意味する。そして長期化した医大整備計画の「順序」は、その「力」を読み解く鍵となる。

一県一医大と政治家たち

国立医大の新設では、様々な調整を乗り切る推進力として政治アクターの活動強度が重要だった。ただし、政治アクターは立場によってそれぞれが異なる利益や組織構造を有する。そこで政党間競争、専門知識、地方政治の 3 つの観点から一県一医大が実現した背景を分析する。

本章 1 節で革新自治体の隆盛を記述したのは、昭和 40 年代の政治状況理解に不可欠だからである。自民党は池田、佐藤の両政権下で国会の議席こそ多数を占めていたが、公明党や共産党の伸長に明らかなように、自社両党は都市部の新たな政治ニーズを取り込むことができていない。特に自民党の得票率は 1967 年総選挙以後に 50% を割り込み、長期安定と言われた佐藤政権時でさえ、政権後期は公害問題や福祉問題など社会的課題への不満が顕在化していた。その結果、野党の中心である社会党自体は失速していたが、国民の不満が革新自治体の支持として噴出し、ポスト佐藤の自民政権にはそういった課題への対処が求められた⁵³。事実、診療報酬問題の後始末という受動的な契機で始まったとはいえ、自民党は医療問題基本

⁵³ 60 年代の保守政権は、安保のようなイデオロギー争点を強行突破して岸内閣が崩壊したことを学習し、池田・佐藤両政権では世論に応じた行動修正を行った。それがいわゆる内政重視戦略である（中島 2012, 289-293）。また田中政権が福祉寄りの政策選択を取らざるを得なかったのは、当時の社会情勢変化により保守政権の危機が顕在化したことに起因している（新川 2005, 90）。

調査会を設置して、69年4月に「国民医療対策大綱⁵⁴⁾」を打ち出した(朝日新聞 1969年4月11日朝刊1面)。医療のように国民生活に直結する課題(ロー・ポリティクス)を、自民党が本格的に検討し対処を試みたことは画期的といつてよい⁵⁵⁾。

1972年7月に田中角栄が首相に就いた。田中内閣は、日本列島改造案や「福祉元年」のような歳出を厭わず、内政の課題を積極的に調整しようとした(北岡 2008、170; 清水 2015、10)。行財政の負担が巨大な国立医大増設を実現するには、内政ニーズを適切に理解し国民の支持調達を最優先するような政治姿勢、そのために財政バランスに固執しない田中のような首相が必要だった。

首相に必要なのがある種の胆力だとすれば、具体的な政策実現には行政機関に強い影響力を行使する存在が重要で、その典型が族議員だった。族議員とは、特定政策領域で詳細な知識と調整力を保持する議員集団で、社会経済構造が変化し利益分配がより包括的かつ大規模になっていった60年代後半に出現した。結党当初は当座の連合と思われていた自民党は、長期政権の座にあり続けた。その結果官僚制化した党内で、族議員になることは「昇進」に有効であることが認知されるようになった(猪口・岩井 1987、24-28)。また日本の中選挙区制では与党内の同士討ちが避けられない。党の分断を避けつつ各自が再選可能性を高めるには、選挙区内を地理的・機能的に分割して仕切られた支持者の最大動員を図ることが合理的だった(建林 2004、46-58)。しかし文教行政は土木や農政などと異なり、選挙区利益が配分できない分だけ理念的な傾向が強く、当初の自民党文教族は国家主義イデオロギーなどを追求する傾向が強かった。

日本の大学政策について、ペンペルが環境の変化に応じて対立型・漸増型・圧力政治型の3分類を提示しているが、高等教育機会の拡張は望ましいとする世論に支えられた医大新設は漸増型にあたる。しかしペンペルの観察には漸増が生じるメカニズムが説明されない(ペンペル 2004、6章)。これに対しショッパは自民党内の政策決定構造に着目し、イデオロギー型から実務家型へ変容した文教族新世代は、政策の具体化に強い影響力を行使したと指摘する(ショッパ 2005、55-67)。新設医大は単科大学として設置され、既存の国立大学を起点として文部省内に働きかける行政ルートは使えず、設置希望県の医大誘致は政治ルートを用いるしかなかった。集票につながりにくい文教部会は、少数の族議員が支配していた。しかし義務教育経費の国庫負担や教員の人件費増をめぐり、大蔵省と予算上の激しい対立を経験した。特に1973年度予算で教員給与アップを実現するため、大蔵省のゼロ査定を覆して135億円の追加措置で決着させたことで(朝日新聞 1972年2月13日朝刊2面; 1972年2月17日朝刊2面)、文教族は自らの影響力に自信を深めた。彼らは特に74、75年度予算編成で影響力を行使し、医大新設を予算的に決着させた。それは、福祉国家を医療面で具体化するモットーを前面に出し、文教族の領域を拡大する動きだった(橋本 2008、317-318)。

医大増設で最も重要だったのは地方政府である。文教族が「鬼気迫る」勢いで大蔵省に予算措置を迫ったこと自体が、地域の切実なニーズの反映であり、ニーズは地方政府の度重なる陳情で可視化された。当の地方政府は公立医大新設を財政上採択できないため、国立医大の設置が医師養成拡大の唯一の方策であ

⁵⁴⁾ その内容は、『旬刊 賃金と社会保障』493号(1969年5月上旬号)、35-44に依拠した。

⁵⁵⁾ 自民党の大綱について、厚生省内部では、あくまで健康保険法の財政赤字を特例法で突破するための政治的なツールだと認識されており、省がこの案を重視して具現化に奔走したわけではない(印南ほか 2011、46-48)。しかしそれでも、主要紙の1面にこうした政策構想が連日掲載されること自体、社会全体で政策課題に注目が集まり、政権党はそれに反応することで支持を調達しようとしたことの表れである。

り、それが陳情の原動力となった。政策的にも、高齢者福祉や公害など自治体発の政策変容が多く見られたこの時期に、地方政府が医療上の政策変容を訴えることに正統性があった。政府・自民党にとっては、そうした国民ニーズに沿う社会的政策を実現することは、支持率回復に貢献するはずの重要な戦略だった。

しかも、秋田から香川にいたる 15 県の医大設置運動は一定の標準化が見られた（橋本 2008、314）。医師不足を契機に医大設置を求め、次に県庁内部で設置推進担当部局を設置し、県内セクターを横断する期成会を設けて全県的支援体制を作った。さらに開学を具体的に支援する「協力会」を財団法人化して、文教族へ集中的に陳情を行う交渉のひな型が作られるなど、明らかに横の情報波及が生じている。

政党間競争を勝ち抜きたい首相、自らの存在感を高めたい文教族、そして切実なニーズを訴える地方政府が熱量をもって医大増設を希求した結果、オイルショックによる財政悪化という、本来は配分政策拡張に障害となる政策環境があるにもかかわらず新設医大の拡大が実現した。それを支えた理念は、医療の普遍化自体が疑問の余地がない「正しいニーズ」であり、例えば医師を増やして普遍化を実現することは党派を越えた利益と言える。しかしそれは予想を越えた量的拡大でもあった。そして医師が起点になる医療サービスの特性上、それはやがて発生する医療費の急騰と保険制度の見直しにつながるのである。

4 健康保険制度の危機——制度の抜本改正に向けて——

被用者保険と地域保険が併存する日本の健康保険は、制度成立以来いくつかの問題を抱えていた。医療費が増大する中で特に問題とされたのが、高齢者の医療費負担と零細事業所従業員の保障であった。1960 年代末には、診療報酬の引き上げ問題とは別にこうした健保制度の矛盾を解消する抜本的な取り組みが行われた。本節ではその経緯を観察し、関係者の不満が高まっていった過程を分析する。

1960 年代後半の健保改革議論

日本では、被用者保険が先行しその後に国保が成立した。国保加入者は農業や商店主など所得を把握しにくい職種を対象にするので、人頭割、所得割、資産割を混合した料率を設定していたが、経済成長によるセクター間格差が開いた結果、平均所得が低く雇用主負担もない国保は不安定な財政運営を余儀なくされた。

また、退職者や零細企業従業員は被用者保険の対象とならずに国保に加入するため、被用者保険の加入者は国保より若くて所得が高い母集団を形成する。したがって、社保、特に大企業の多い組合健保は構造的なチェリー・ピッキングを実施している。そもそも保険とは疾病リスクの集団化であり、徴収したプール金で給付を賄う制度だから、平均所得の低い国保で療養給付率を上げるなら、それに応じた料率上昇を伴う。そして国民皆保険が完成して以来、医療の経済保障をめぐる論点は、給付率上昇や制度統合による平等化、そして高齢者医療給付の問題に集中していた。

皆保険実施直後の 1962 年 8 月に社会保障制度審議会は勧告⁵⁶を出し、被保険者の職業属性ではなく所得水準に対応した社会保障を提言した。当面の制度分立は容認しつつ給付率 7 割を目指すほか、プール金

⁵⁶ 当該勧告の正式名称は、「社会保障制度の総合調整に関する基本方策についての答申 および社会保障制度の推進に関する勧告」と長いので、一般に「1962 年答申・勧告」と略称されることが多い。

制度を漸次導入して保険間の財政格差を緩和しようとした（社会保障研究所 1968b、249-266）。厚生省は以前から医療保障総合審議室を設置し、医療保障制度を総合的に検討していたが、答申・勧告を受け 64 年 5 月に「試案」を取りまとめた（印南ほか 2011、32-35）。試案は勧告内容に沿って二本立てを前提とし、社保家族と国保の給付率を 7 割に引き上げるほか、拠出金を原資とする退職者保険制度の創設や 5 人未満事業所の社保吸収など、社保卒業生や零細事業所従業員を抱える国保の負担軽減を試みた。しかし関係者の反応は悪く、試案は実現しなかった（吉原・和田 2008、191-192）。

その後も、自民党の医療基本問題調査会（以下、灘尾調査会）や厚生省内の医療問題対策委員会により、給付率向上や健保財政の安定化に向けた構想が繰り返し提案された。ところが 1967 年に政管健保の赤字が先送りできない水準に到達し⁵⁷、制度の抜本改革が急務となった。対策として、国庫補助の増額や制度間財政調整、自己負担引き上げが想定されたが、いずれも高度な調整を必要とする。そこで党側の灘尾調査会が立案主体となり厚生省が具体化する党主導方式が採用された。ところが 67 年 11 月に省が示した「医療保険制度改革試案」は、二本立て、給付率 9 割、定率（政管健保療養費 1 割、国保 5 割）国庫負担を提案し、また被用者保険内部の調整、すなわち組合から政管への財政支援を求めた。負担を強いられるこの提案に健保連は反発した（吉原・和田 2008、192-194）。とは言え、どの提案も同工異曲になるのは、解決の具体案がこうしたことに尽きることを意味し、関係者たちが合意する以外に制度の抜本改正はあり得なかった。そこで党は保険者、経営者団体、労働団体、日病などから意見を聞き合意形成を目指すことになった。

日医三師会は自民党に対案を提出したが、それは現行制度からの大幅な変更だった。疾病保険を地域保険に一本化し、従来の労災制度を産業保険とし、さらに高齢者保険を新設する三本立て制度を提案した。給付率は高齢者、産業そして地域本人が 10 割、家族 7 割とし、地域保険の料率は全国一律とした。地域保険の主体は地方政府であり、負担給付の制度間格差を解消する必要性も考慮すれば理想主義的な要素もあった。しかし実現性に難が多い上、厚生省や支払側は日医に懐疑的で、「健保組合は何千億も積立金をもっている。それをガラガラポンすれば診療報酬をもっと上げられるんじゃないか、という実利の面もある。医師会から常に出てくるのは総合調整という話」と考えていた（印南ほか 2011、42）。

こうした状況で自民党が出したのが「国民医療対策大綱」だった。一県一医大の根拠でもあったが大綱の内容はより包括的で、保険制度改革も含んだ。大綱の健保改革は日医案に近く、二本立てこそ維持するものの、被用者家族は地域保険に移行し、老齢保険は独立、被用者家族分として社保から国保に拠出を行うことが盛り込まれた。制度の大幅改革を含む大綱に党内から異論は出た⁵⁸が、厚生省は大綱案に沿って健保改正案を策定したほか、さしあたり実現すべき短期目標を「国民保険制度改革要綱試案」として公表した。そこには家族給付率アップや零細事業所への社保強制適用、被用者保険内の財政調整、高齢者医療費の配慮など、健康保険制度の問題点が列挙されており、厚生省は相応の覚悟で保険制度の抜本改革にあたっていたのである。

⁵⁷ 累積赤字額は 67 年度末で 1200 億円に達し、68 年には 2000 億が予想されていた（朝日新聞 1967 年 2 月 14 日朝刊 2 面「社説 健保の赤字とその対策」）。67 年度政管健保の療養給付総額は 3600 億円であり（医制百資、表 25 その 1 続、619-620）、累積赤字は制度の破綻に直面する切迫したものだったことがわかる。

⁵⁸ 被用者家族を地域保険に移行するのは適当でないとする批判から始まり、労災の位置づけや老齢保険の 10 割給付、支払方式、国庫負担等に関して大綱本案と正反対の留意事項が列挙されている（吉原・和田 2008、198）

難航する抜本改革

1967年に政管健保の財政悪化が表面化したことで、時間を要する大改革と並行して目前の課題を解決する必要があった。それが健康保険法の1967年特例法と69年改正である。

本章2節で触れたように、神田厚相の職権告示で支払側がボイコットした中医協を正常化するため、鈴木善幸厚相は公益委員に東畑精一（東大名誉教授）、円城寺次郎（日本経済新聞）、美濃部亮吉（東教大）、鈴木武雄（武蔵大）を補充し東畑を委員長に任命した。さらに神田が行った薬価引き下げ分を原資とした報酬3%引き上げを実施した。翌66年2月には、日医が入院料の13.5%引き上げを要求するなど報酬引き上げ圧力は強まる一方だったが、行政訴訟の敗訴で支払側が後退した状況では抵抗手段がほとんどなかった。報酬引き上げには、保険料収入か国庫補助のどちらかを増額する必要があった。しかし東京オリンピック後の不況で歳入が落ち込み、戦後初の建設国債を発行する財政状況では、国庫補助の増大は見込めず、料率アップや賞与に課金する総報酬制の導入、あるいは薬剤費自己負担金の導入によって給付抑制を図る方策が検討された。一方で65年夏に制度審・社保審双方が出した答申は、総報酬制や薬剤費自己負担を否定したため、66年度の予算編成に向けて、厚生省は料率と標準報酬上限の引き上げを基本とした健保法改正案を上程した。料率は原案の千分の70から65に下方修正して66年4月に可決された。

こうした弥縫策では健保の赤字は解消されず、67年4月に特例法が提案された。これは、料率を千分の72に引き上げ、初診自己負担額を200円に倍増、入院時自己負担額を日額60円に倍増、外来投薬に一剤日額15円の自己負担額導入など、加入者負担で赤字を埋めようとするものだった。政管健保赤字棚上げも案に含まれ、いわば政管健保以外の負担で政管健保を救済する案だった。そのため制度審・社保審こそ特例法を容認したが、日医はもちろん4野党が強硬に反対し、日医は「健保改悪反対全国大会」を開催するなど（日医50、103）、法案は強い抵抗に直面した。しかし赤字を放置できないことも事実であり、最終的に料率を千分の70に抑え、低所得者の薬剤費負担を免除し、さらに効力二年の時限立法とする妥協が図られ、7月27日に特例法が可決された⁵⁹。

失効までの二年間で、自民党の制度改革試案（67年11月）や日医の抜本改正意見（68年10月）、自民党の国民医療対策大綱（69年5月）などの改革案が検討されたが、いずれも制度の変更に結びつかなかった。しかも政管健保の赤字と老人医療費の伸びのいずれも深刻化し、厚生省は目前の課題に対処するのが精一杯というのが実情だった。二本立てを前提とした「抜本的」健保制度の改革とは財政調整制度の導入を意味するが、財政余力のある組合健保と健保連の反対は強く、結局この問題は老人保健制度が導入される1980年代まで積み残された（印南ほか2011、46-48）。69年の自民党大綱に矛盾点が多いのは事実で、「右向け左」と揶揄されたが（吉原・和田2008、199）、矛盾した案を公表して、第二次特例法制定の糸口にする必要があるほど情勢は切迫していた（印南ほか2011、47）。結局69年改正案は、料率を千分の71に上昇させるほか薬剤費一部負担の導入が提案されたが、野党の反対によって料率は千分の70、薬剤費負

⁵⁹ このとき、石井光次郎議長が斡旋に乗り出し、自民・公明・民社の三党は議長斡旋案を承諾した。社会党は中執内で意見が対立し、佐々木更三委員長の裁定によってあっせん案受諾を決めたものの、続いて開かれた代議士会で受け入れが拒絶された。佐々木委員長と成田知己書記長はこの責任を取って辞任した。社会党は反対姿勢を鮮明にして半歩戦術で審議を遅らせたが、トップ二人が引責辞任した上に自公民が賛成している状況での抵抗は無意味であり、最終的に各党が合意した修正案を受け入れた（有岡1997、265-266）。

担の削除という前回特例法と同内容で決着した。ただし本則改正として強行採決して 9 月 1 日に施行されたので、強行採決の責任を取った衆院の石井光次郎議長・小平久雄副議長が辞任するなど、荒れた審議だった。日医は条件闘争に巻き込まれることを警戒し法案審議に関与しなかった。

69 年改正の内容は時間稼ぎであり、本格改正を要するのは明らかだった。そのため、法

表 6-5 医療保険制度改革要綱試案

- | | |
|-----|---|
| 1. | 保険は三本立て：国保、勤労者保険、老齢保険 |
| 2. | 国保＝従来の国保被保険者および被用者家族 |
| 3. | 勤労者＝従来の社保本人、5 人未満事業所本人および 55～70 歳の退職者本人 |
| 4. | 老齢＝70 歳以上 |
| 5. | 保険者：国保＝市町村、勤保＝社保庁・組合、老齢＝社保庁（市町村協力） |
| 6. | 給付率：勤保 10 割、国保 7 割、老齢外来 10 割、老齢入院 7 割 |
| 7. | 給付方式：現物給付を基本とし、大学病院等に償還払いを導入 |
| 8. | 勤保の財政：組合間および政府とで財政の調整を行う |
| 9. | 国保の財政：勤労者家族分について勤保から国保へ拠出金 |
| 10. | 老保の財政：勤保・国保の拠出金と国庫負担 |

（吉原・和田 2008、200）

案成立後の 8 月に斎藤邦吉厚相は制度審と社保審に抜本改正の諮問を行い、71 年夏までに制度改革を実施する意向を表明した。審議の原案が国民保険制度改革要綱試案（表 6-5）であるが、関連諸制度の変化がなければ試案の目指す方向性は実現しない。そのため、70 年に入っても制度審・社保審ともに制度改革の議論に入っていなかった。答申を待つと 71 年改正実現の公約が果たせないため、着手可能な制度改革を実現するべく 71 年 2 月に改正法案が国会に提出された。退職者医療給付制度の新設と、高齢扶養家族の 7 割給付を実現したこと、再診負担金を設けたほか入院負担金を大幅に引き上げたこと、標準報酬区分の上限・下限とも大幅に引き上げたこと、社保庁長官に料率引き上げ権限を委任したことを主な内容とする。しかし野党の強い抵抗の前に審議入りできず、71 年 5 月に廃案となった（医制百、655-659）。健康保険を抜本改正する見通しは立ちそうにない状況だった。

診療報酬をめぐる対立

国民皆保険完成から十年が経ち、医療はますます保険化された結果、医療の政治過程に存在する拒否点があまりにも増えた。支払側や診療側の内部でも、大企業と中小企業、病院と診療所などで利益構造が異なり、均衡点は動かない。政府の意気込みとは裏腹に、慣性に逆らって保険制度を変えることは困難だった。一方で 60 年代初頭から続く診療報酬をめぐる対立も難化する一方で、71 年には史上初めてある保険医登録の総辞退が発生した。本項ではその前段階を叙述する。

前項で述べたように、神田問題が一応収束した 1966 年 2 月、入院料 13.5%引き上げを求める日医の要求に対応し、東畑会長は中医協の審議を再開した。武見は同年 4 月の会長選で対立候補を 168 対 8 で下し、武見体制はますます盤石となっていた（日医 50、98-99）他方、65 年に鈴木善幸厚相が薬価を引き下げた際に、技術料ベースの診療報酬適正化と医療経済実態調査の実施を中医協は求めていた。医療側は引き下げに抵抗する理由として、薬価には潜在技術料が含まれると主張したが、弁明は合理性を欠いた武見自身もこうした立論を支持していなかった。技術料中心でも開業医の満足する報酬引き上げが実現するならそれで良いと武見は考えた。66 年 11 月、一年ぶりに中医協総会が開かれ、会に報酬部会と調査部会（医

療経済実態と薬価実態の調査担当)を設置した。ところが武見は開業医の財産調査が含まれる医療経済実態調査に反対し、委員引き揚げを宣言した。実はこれに先立って結核新薬の収載を機とした治療指針改定が行われたが、その際に日医経由で日本医学会に指針改定を検討してもらう段階を踏んでおらず、武見は日医の自律性を確保する意味も込めて審議非協力を宣言したのである(有岡 1997、255-257)。

ところが医師会推薦の中医協委員である加賀呉一(日医副会長)、川合弘一、太田元次(日医常任理事)が反旗を翻した。三委員は東畑会長の説得を容れて実態調査に合意していた。頭越しに宣言された引き揚げは三委員にとって当事者性の否定であり、67年1月に三氏は厚生省に辞任拒否を申し入れた(有岡 1997、258)。武見はいったん引き揚げを撤回した上で、3月末の日医定例代議員会において3氏を役員から解任した。ただ、代議員会では解任賛成112に対して反対は32にのぼり、医師会内部の亀裂が表面化した(日医 50、101-102)。武見の日医支配は周到とはいえ、この時点でも武見の強硬姿勢を支持しない勢力が一定程度存在したことを意味する。結果として、医療経済実態調査は67年11月に1200病院(全体の2割)、2300診療所(全体の3%)を対象に行われ、以後3年おきの実施が決められた。また67年3月実施の薬価調査に基づき、実勢価格と薬価の乖離を解消するべく67年10月に薬価が10.2%引き下げられた。以来、1989年の消費税導入時を除き、薬価は一貫して下がっている(土井 2005、97-98)。67年12月の診療報酬改定は、手術料など技術に重点を置いて医科7.68%歯科12.65%を引き上げた。なお薬価は医科3.88%引き下げに相当するので、純上げ幅3.8%とした改定は引き上げ抑制にある程度成功している。

次の報酬改定は69年暮れに予定されたが、日医は12%程度の引き上げを求める意向を何度か表明していた。そして中医協は68年12月に、報酬引き上げを正式議題として次回改定の審議に入ろうとしたが、本節冒頭でも述べたように、68年から69年にかけては自民党の医療大綱を軸とした健保抜本改正が連続的に検討されていた。支払側委員は医療経済実態調査を報酬改定に反映すべきと考える一方、診療側は次期改定が物価上昇に対処する緊急改定だと認識していた(吉原・和田 2008、256)。両者は噛み合わず、しかも69年元日には薬価が5.6%引き下げられたので診療側の不満は膨らんだ。69年7月には、審議が進まない間の人件費・物価上昇分として報酬上げ幅20%を日医は求めた。東畑会長が間に入り審議は8月に再開され、薬価調査の11月実施に同意したが、支払側は上げ幅を5.2%とし、病診間に上げ幅の差をつけるよう求めた。公益委員は、11月下旬に上げ幅7.72%、病診差を3.3%とする「仲介」案を示した。日医は両案を拒絶し、年末と年始の一斉休診を全国に指示した(有岡 1997、275-277)。

ところで日医の要求は、当時の経済状況を考慮すると強硬ではあるが理のいいものではない。例えば1965年を100とすると、診療報酬は67年改定で107.68となり、20%引き上げは129.22となるが、1969年の消費者物価指数は121.6だから過大な要求ではない。また賃金基本構造調査によると、当時の賃金上昇率は年率11%超なので1969年の指標は156.9に相当し、20%の上げ幅は医療機関の実感と乖離した要求ではなかった。そのため、中医協の反発にかかわらず、報酬引き上げに関する医師の結束は強かった。

公益委員は個別に交渉した結果、折衷案として上げ幅9.74%を提示したが、今度は支払側が反発し審議は膠着した。越年した中医協は、70年1月13日に9.74%の引き上げ(うち8.77%を即時実施、0.97%は7月実施)で妥協したほか、日医の求めた入院時医学管理料7点の新設された。入院料は30%の大幅引き上げがなされ、病院側にも支払側にも配慮した結果となった(日医 50、113-114)。しかしこれは日医内部に深刻な不満と亀裂を残した。報酬体系が技術料重視になるということは、市中の医師にとって投薬料や

注射料といった通常の医療行為によって収益が上がらないことを意味する。全日病が成立したようにいまや診療所発祥の病院も増え、日医会員内部に利益構造の相違が明確になっていた（三輪 1995、298）。70 年の会長選では、日医内部の不満を見てとった武見は退任を明言し、選挙当日の定例代議会を欠席した。武見の決意が固いと見た周辺は、武見の盟友で都医会長の渡辺真言を後継に推したが、武見 144、渡辺 36、その他 10 で 8 選を果たした武見は結局、会長職を受諾した⁶⁰。渡辺は武見に反旗を翻したわけではないが、非・武見票が 36 あったことは、武見体制のゆらぎを示すものだった。

内部の利害対立は、第 1 回医療経済実態調査（67 年 11 月実施分）が、病院の赤字と診療所の黒字を明らかにしたことにより明確になった。日医は調査結果の公表に反対したが、中医協引退を決意して日医と刺し違える覚悟の東畑を止められなかった。さらに 7 月には、前年 11 月の薬価調査に基づいて薬価を 3% 引き下げた。これは 7 月に追加実施された 0.97% の報酬上げ幅を相殺するもので、開業医の不満に拍車を掛けた（日医 50、116）。この「連敗」で、日医が政府や中医協に屈したように感じられ、やがて強硬策を念願することになる。史上初めてゼネスト的な保険非協力に踏み切ったのはこうした不満蓄積の帰結だった。

5 小括

本章では経済成長後期の日本社会で、医療制度が変容する岐路を分析した。都市化と工業化による社会の変化は急激で、国民所得は増大したものの、都市基盤や環境整備の遅れ、あるいは生活関連政策の未熟で有権者の不満は膨張した。革新自治体は、そうした不満を吸収し、住民の要求に応える政策展開をすれば左派連合でも選挙に勝てることを示した。そして保守勢力も、左派の伸長に対処するため給付やサービスの拡大を追求した。したがってこの時期に医療を含めた社会福祉政策を拡充することは、国政であれ地方政治であれ、政治的支持を拡大する重要な戦略だった。

その結果、敗戦後一貫して少数精鋭に固定されていた医師養成が一気に拡大した。医療の保険化と国民所得の向上によって高度成長期の医療需要が拡大し、医師は余剰から不足へ転じた。行財政上の制約が大きい国立大学が拡大の中心になったが、その推進は支持拡大を最優先した田中角栄首相や、実務的専門知識を有する自民党文教族に負うところが大きい。政権与党である自民党が政治的資源をフル活用して医大新設を実現したことは、与野党伯仲状況において、一般国民、特に地方の支持を調達するための大きな布石だった。

一方、保険化した医療の中で、自律性を追求する医療側と医療費管理に強い関心を持つ政府・支払側との対立は止むことがなかった。坂田道太や古井喜実といった実力派の大臣でも日医の独擅場に歯止めはかからず、支払側が神田厚相問題で示した「拒否権」はほとんど効力がなかった。医療制度の基調に供給拡大が置かれていた以上、供給側が構造的に優位に立つことは当然の結果だったからである。しかし健康保険のあり方をめぐる制度の論議においては、支払側の意向が相対的に強かった。抜本改正で示した支払側の拒否権は、制度改革が暗礁に乗り上げる程度に強かったのである。

⁶⁰ 日医の会長選挙は本人が立候補する以外に、会員の推薦があれば被選挙権を得る。武見も渡辺も立候補の意思表示をしないまま推薦人が手続きを行って上述の結果となった。なお当日の議長として渡辺が無投票で当選しており、選挙結果を受けて渡辺自身が武見宅に会長受諾の説得に向かっている（有岡 1997、278-279）。

医師たちはもはや撤退できないほど保険制度に取り込まれた。また、診療所や小病院、大病院の間には利益構造の違いが生じ、供給側の一体的な団結を掘り崩し始めた。医療の進歩は、国民に期待を生む。しかしその多くは先進医療機関としての病院に向かう。いまや国民は、ひとまとまりの「医師」ではなく、機能ごとに異なった信頼と依存を示すようになった。したがって、武見太郎の強い個性の前に医療供給体制のゆらぎは霞んでいたが、会長選で有力な対立候補が生じ役員が造反するのは、間欠的なゆらぎの発露だったのである。

第7章 管理の中の医療——ポスト高度成長期の医療——

高度経済成長期の日本では広義の社会福祉が拡大し、医療においては医大新設による医師養成拡大が実現した。一方で健康保険制度への不満は診療側・支払側双方で高まり、抜本改正議論が膠着した。医師会はこの遅滞に反発し、1971年夏に保険医登録を一斉辞退して保険診療への協力を拒む総辞退に突入した。何度か実施が示唆された総辞退をついに実行したインパクトは大きく、首相官邸も巻き込んで事態は収拾されることになった。圧力団体としての日医が大きな影響力を示したこの「事件」は、同時に政治力のピークを示していた。本章では、保険医総辞退の経緯を批判的に検討し、日本の医療制度が供給主導から経済主導へ変化する過程を分析する。

1 保険医総辞退——医療ゼネストと政治

本節は1971年7月に行われた保険医登録の一斉辞退の経緯をその直後の利得状況を描く。保険化された医療において保険診療を全国的に拒否することは、医療ゼネストに匹敵する強硬策だった。こうした運動方針が採られた経緯とその後の社会的反応を叙述する。

総辞退の契機と背景

1960年代後半に進んだ物価上昇や賃上げが診療報酬に反映されないことによって、医療機関、特に開業医の医院経営を圧迫した。しかし支払側は引き上げを強く警戒していた。また、開業医と大病院の対立に加えて小病院経営者と診療所経営者の利益乖離が顕在化し、医師内部の利益構造は分極化していた。どこかに潜む「ワルモノ」を見つけて断罪すれば問題が解決する状況ではもはやなかった。

総辞退の発生要因を経緯から推測することは難しい。診療側や支払側、そして政府・与党が持ち寄った医療保険の改正案は、相互に大きく隔たっていたことは確かだが、支払側や政府はもちろん供給側もある種想定もしないうちに総辞退に突入してしまったからである。そこで本項では、健康保険制度をめぐる抜本改正議論を簡潔に振り返り、診療側内部で膨らんだ「不満」の輪郭を描いてみよう。

医療の保険化が進展する中で、財政力の弱い国保や政管健保を維持するための支援のあり方が医療保険改革の焦点となっていた。とりわけ加入者所得が低く使用者負担もない国保では、加入者負担が相対的に重く給付水準も劣っていたが、こうした保険間格差を放置すれば社会保障の連帯性が失われる。1962年に社会保障制度審議会の勧告が平等化を促したことから明らかなように、皆保険達成直後から制度の抜本改正は不可避の課題だった。制度改定の契機となったのは、1963年ごろから拡大した政管健保の赤字であった（吉原・和田 2008、188-191）。また、零細企業従業員や社保卒業生の高齢者が国保に加入するため、財政力の弱い国保の過重負担は早急に是正すべき問題だった。被用者の少ない農村部や中小企業は自民党の重要な支持基盤であり、政管健保や国保の苦境は政治的に看過できない課題でもあった。1965年に政調会内部に医療基本問題調査会（党調査会）を設置し党として抜本改正を検討し始めたのは、支持基盤を睨んでの方策だったと考えられる。

健康保険問題は、短期的には政管健保の赤字対策なので67年と69年に健保法を改正し料率や報酬上限

の引き上げによる収入増を図った。ただこうした対症療法には限度があり、また二度の法改正は時限性¹が強かったののでいずれは制度の根本的見直しが必要だった。その頃、診療側は報酬を物価上昇に連動させるよう求めており、70年12月の中医協では日医から診療報酬物価スライド制が提案された。これまで薬価引き下げのために実勢調査を用いるロジックを逆手に取り、実コストである人件費や資材費上昇を報酬に反映するよう迫った（有岡 1997、282）。こうした主張の根源的根拠は、61年の保険医総辞退回避に際して当時の政調会長・田中角栄と武見の間で締結された四条件にあった。四条件が実際に意味するところは具体的であり、特に重要なのが高い報酬水準の維持に合意した第四項目「自由経済社会における診療報酬水準」だった。物価スライド制は、日医にとって四条件を具体化した要求だった。

60年代末の物価・人件費上昇は経済成長に付随するものであり、日経社長でエコノミストでもある中医協の圓城寺次郎会長は、日医の主張に一定の理解を示した。そこで公益委員の整理した論点に基づいて報酬適正化審議が提案された。71年2月19日の中医協では論点メモが示されたが、その内容はかなり幅広く、技術料重視やモデル機関での医療コスト計測、請求簡素化のため一部薬剤費の包括化、薬価・診療報酬の実勢反映（＝事実上の物価スライド制容認）などが含まれた²。取りまとめは保険局が行ったが、医師会が呑めない提案は拒否されるはずなので論点を網羅したタタキ台としてメモを作成した³（印南ほか 2011、49；有岡 1997、283-4）。武見は、包括払い制度導入や診療報酬の甲表統合、さらにドクターフィーとホスピタルフィー区分の新設など、新たな管理手段がメモに記載されていたことに強い警戒心を持った。

しかしより本質的な「着火」の要因は、日医会員の苛立ちだった。保険のような規格化が進展すれば、専門職としての裁量幅は狭まるのは必至である。医療の保険化は短期間で進展したために、当時の医師の中には自由診療時代を知るものも多かった。1951年や61年に不発だった総辞退という強行策への渴望が、医師会内部で徐々に高まりつつあった。その結果、日医はメモの公開翌日に各項目への逐次反論を作成・公表し、23日には常任理事会でメモ撤回を条件とした包括的抵抗を決議、3月2日の臨時理事会は総辞退を含めた対応を武見会長に一任した。4月1日の定例代議会ではメモ粉碎が正式に決議され、4月14日開催の全国医師大会で保険医辞退を確認した。4月27日には総辞退手続きの具体的指針が会長名で各県医師会へ発送され、5月15日の常任理事会で同月末に各県医師会あてに保険医辞退届の提出を指示することが決まった（日医 50、118-119）。このように、メモ公開から総辞退決定までは急ペースで進んでおり、しかもこれまで医政上の対立が生じた際に見せる武見の対処法とは異なり、「交渉決裂」へ一直線に進んだように見える。これは武見の判断が会員の意向に後押しされた結果だと考えられる。

総辞退が国民生活に影響することを憂慮した政府は、医師たちに辞退せぬよう呼びかける一方、公立病

¹ 前章でも述べたように、67年改正は2年間の時限立法だったが、69年改正は特例法ではなく本則改正だった。ただかなりの奇手であり、時間こそ明示されないものの早期の抜本改正が求められていた。

² 審議用メモの概略について当事者間の評価は分かれている。厚生省側は、メモには①技術料の重点的評価②一部診療行為の包括化③薬価の実勢化④甲乙二表の早期統合⑤病診別報酬体系⑥診療科別報酬体系⑦ドクターフィーとホスピタルフィーの分離⑧事務簡素化のための報酬包括化⑨物価スライド制⑩定額制（月額、日額）の導入⑪へき地加算⑫モデル医療機関で経営評価を実施、といった項目があったと明記している（吉原・和田 2008、257）。包括化・定額化が新たに提案される一方、報酬表の統合と二本立てなど明らかに矛盾する項目もあり、メモは論点を並列しただけという厚生省内の認識は脚色とは思えない。日医側は、前記12項目のうち、①、②、⑤、⑧、⑩をメモの骨子として特記し、論点メモは開業医の利益圧縮を狙う戦略の一環だと捉えている（日医 50、118）。

³ メモを作成したのは保険局担当審議官の江間時彦だとされるが、事務局担当だった医療課長・松浦十四郎ともども、省としてメモにトラップを仕掛けた認識はなかったと述べており、その程度のメモが日医の「逆鱗」に触れたことは、総辞退に突入しなければならぬ事情が日医側にあったと推測している（有岡 1997、285）。

院の辞退届提出を抑え込んだ。内田厚相は、報酬の緊急引き上げを含めた二者会談を武見に呼びかけたが日医は強硬姿勢を崩さず、5月末に7万2000人が辞退を届出した。この数字は勤務医を含めた全医師11万8000人の61%にあたる（日医50、120）。こうした経緯ののち、7月1日に保険医総辞退へ突入した。

総辞退をめぐる反応

日医中央の指令で各県医師会が辞退届を取りまとめた5月末以降、総辞退による保険医療の混乱に世論の関心が集まるようになった。特に辞退が避けられない6月下旬に入ると報道は激増し（表7-1）、その多くは支払側と日医側の対立が膠着する状況を伝えていたが、突入後の費用負担増や、総辞退を指弾する市民団体の動きを報じる例もあった。かつては疾病が貧困の主因であり、高額な医療費負担への恐怖は多くの国民にそれほど遠くない記憶である。支払側や市民団体の強硬姿勢は、民意の忠実な反映とは言えないが、ひとたび病気になれば日医会員である開業医で受診するほかない大多数の国民にとって、総辞退に伴う療養払い⁴の経済負担は押し付けられた不条理だといえる。加えて内田厚相や保利

表 7-1 「保険医辞退」報道数(1971 年)	
5 月	15
6 月上旬(1-10 日)	21
6 月中旬(11-20 日)	12
6 月下旬(21-30 日)	38
7 月上旬(1-10 日)	52
7 月中旬(11-20 日)	38
7 月下旬(21-31 日)	54
朝日新聞記事データベース『開蔵 2 ビジュアル』を用いて、「保険医&辞退」で検索（見出しとキーワード）した結果	

茂官房長官、さらには佐藤栄作首相と会談してもなお突入を変えない武見の非妥協姿勢は、既得権確保に執着する独善的な態度に映った。実際、こうした国民の不満に配慮した山口や愛知、岡山、島根の4県医師会は総辞退に突入しなかった⁵、また京都や滋賀、三重、広島などは、医療機関が保険者に療養給付分を直接請求する受領委任方式を採用して、医療費現物給付を実質的に維持する例もあった（日医50、120）。医療政治における医師会の「攻撃力」は決して一方的なものではなく、社会的支持の裏付けがあって初めて成立することがこうした事例から窺える。

ところで保険医総辞退は医療制度史において類例がないので、政府中枢を巻き込む大事件だと思われる。だが当事者の認知は異なっていた。例えば長期政権を維持する佐藤栄作は、本件をそれほど的大事と認識していなかった。佐藤は日常記録を日記に残しており、『佐藤栄作日記』として公開されている。71年6月から7月の記録は第4巻、346頁から388頁に記載されているが、保険医総辞退に言及したのは6月に4箇所、7月に2箇所しかない⁶。しかも記述の多くは受動的で、重大な案件ゆえに局面を打開しようとする自ら積極的に動いたように思われない。同時期には、参院選敗北や重宗参院議長おろし、沖縄返還、日中国交回復、あるいは7月に入って連続発生した航空機事故（東亜国内航空ばんだい号墜落および全日空機雲石衝突事故）が起きているが、それらの処理で見せた当事者性と対照的だった。佐藤にとっての総辞退は、政治的決断を要する「大きな問題」というより、関係者間の駆け引きや行政的問題として映って

⁴ 患者は窓口でいったん全額を支払い、その後保険者から所定の査定に基づいて保険療養費の還付を受ける。医師の請求と保険者の査定に乖離が生じると、給付率7割であっても被保険者の自己負担は3割以上になる。また後に還付されるとはいえ、受診時には大きな金額を準備する必要があり、それ自体が受診抑制につながると考えられる。

⁵ 厳密には愛知県医師会は71年7月16日に総辞退突入を決議したが多くの会員が撤回届を提出し、県医師会としてまとまった総辞退行動がとれなかった（『朝日新聞』1971年7月16日朝刊2面）。

⁶ ①日医の総辞退指令に関して内田厚相と打ち合わせた（6/1:346頁）、②総辞退収拾を内田厚相に一任した（6/11:353頁）、③中教審会長の森戸辰男氏から報告を受けた際に付随した話題の一環として（6/15:355頁）、④辞退突入前夜の感想（6/30:364頁）、⑤武見会長と最終会談する前夜の記載（7/27:384頁）、⑥武見会談で辞退問題が決着した感想（7/28:385頁）である。なおページ数はすべて伊藤隆監修（1997）『佐藤栄作日記4巻』朝日新聞社に基づく。

いた⁷。

総辞退の効果や継続性に疑問を呈する声は、医療界内部からも上がった。東大名誉教授の吉田富三は、受診拒否を続けられない開業医の統一行動はいずれ破綻すると予測した（三輪 1995、308）。吉田はかつて武見と会長選を争ったが、そうした立場の反映に留まらない真実性がこの発言にはある。医療はサービス業だから顧客を必要とする。質量ともに拡大した医師集団にとって巨大な消費者集団が不可欠であり、それゆえ現代社会における社会保険制度は医療と不可分なのである。専門職がかつて持っていた裁量へのノスタルジーだけで闘争を継続することはできない。吉田が浮き彫りにしたのはこの構造的なものである。

保険医辞退に突入すると、保険診療を継続する国公立病院や辞退不参加の開業医に患者が殺到した⁸。特に公立病院では5割増しの外来患者に対処するため職員負担は限界に近づき（『朝日新聞』1971年7月11日朝刊23面）、診療まで4時間待ちとなった患者の負担も著しく増大した（同7月18日朝刊23面）。さらに重症患者を扱うはずの病院に軽症患者が殺到したことで医療機能が渋滞し（同7月21日朝刊23面）、医療全体の機能不全が表面化した。医療費負担を苦にした高齢患者の自殺が報道される（同7月17日朝刊22面；7月28日夕刊8面）と、国民生活を犠牲に進む総辞退に対する不満は高まった。

事態は次のプロセスを経て収拾された。まず6月の参院選後に内閣が改造され、厚相に斉藤昇が再起用された。斉藤と武見は事態打開の直接会談に合意し、7月13日、20日、23日、27日の四度にわたって対話を進めた。27日に大枠で合意した後、28日に首相官邸で首相・厚相・武見の三者会談が行われ、保険医辞退は7月いっぱいの打ち切りが表明された（日医50、121）。この際、武見と厚相は、（1）厚生省の医療行政姿勢を改める、（2）医療保険制度抜本改正案を次期通常国会に提出する、（3）医療基本法制定、（4）診療報酬への物価スライド制導入の四条件を合意した。またこの四条件の実施細目として、武見と佐藤首相は八項目合意を結んだ。連帯意識、負担給付の公平、低所得者層配慮など抽象的なものから、大学研究費の公費負担、保険事務簡素化など具体的要求までの文言が並んだが、総じて医師の自律性と医療価値の尊重が基調となっている（医制百、656-657；日医50、121）。こうして一ヶ月に及ぶ保険医総辞退は終わったが、武見は収拾後の記者会見で「道義的責任はない。すべて法律に定められた通りにやったまでだ」と断言し、強気の姿勢を崩さなかった（『朝日新聞』1971年7月29日朝刊1面）。

国民の総辞退に対する反感にも関わらず、政府の全面的妥協でこの問題は決着しており、利害対立は医師会から供給側の勝利だった。この直後に中医協は再開されるが、そこでは診療報酬の大幅な引き上げが決定され、供給側の勝利は実体的に裏付けられるのである。

総辞退後の風景

総辞退の収拾後には、紛争の発端である報酬引き上げと物価スライド制導入に決着をつける必要があった。また収拾に際して健保制度の抜本改正を条件としたので、成案の早期策定が課題となった。一方で、

⁷ 例えば総辞退問題を収拾するための佐藤首相の行動は、6月中に7件報道されている（朝日新聞記事データベースで「辞退&首相」で検索、71年6月1日から6月22日までの検索結果）。その多くは、佐藤首相が厚生相更迭など日医を「宥め」「メンツを保つ」策に関する報道であり、佐藤首相の本件に対する認識が暗示されている。これは佐藤の本来的な政治手法に加えて、政権の長期化によって人間関係に配慮した党内・政府内統治を図る重要性が増したことに起因する（中島 2012、146-148）。

⁸ 辞退が収拾した後、病院協会の機関誌では総辞退に突入した後に、病院の受付・会計フロアが患者で溢れる光景をグラビアに掲載し報道した（『病院』第30巻7号）。

日医と武見の強硬策に対する世論の批判は大きく、日医内部でも非武見路線に向けた動きが生じた。

総辞退収拾直後の 71 年 8 月 5 日、中医協は半年ぶりに再開され、供給側の三師会は引き上げの具体的な要求を提出した。日医は初診料や手術料の倍増を求め、歯科医師会は 40%の引き上げ、薬剤師会も調剤料 20%引き上げを要求した。支払側は、値上げ自体は容認したが上げ幅を 10%程度とした。支払側が上げ幅を抑えるのは通例だが、それに加えてニクソン・ショックによる日本経済の先行き不透明感が増したことも抑制に拍車をかけた。アメリカでは 8 月に金ドル兌換が停止され、円ドル固定相場が崩壊して大幅な円高となり輸出産業への打撃が懸念された。また健保法改正案の廃案で政管健保の赤字幅が拡大するのは確実で、総辞退直後であっても供給側の要求を呑むことは容易でなかった。

両者の対立は深刻だったが、年明けに新報酬を発表したい圓城寺会長の働きかけで、総額 13.7%アップの合意が成立した（有岡 1997、297-298）。他方、政管健保の赤字に危機感を持った自民党社労族は、議員立法で健保法改正案を通常国会に提出した。内容的には従来案と変わらない（標準報酬上限や料率のアップ、賞与から特別保険料徴収）が、国庫補助の定率実施や累積赤字の棚上げなど、大規模な予算措置を伴う立法だった。政府はこの法案をすべて受け入れる形で 72 年度予算原案を提出した。支払側は実勢調査を薬価に連動させる条件で改定に賛成した。このことに日医は強く反発したが、結果として史上最高の 12%引き上げ⁹が成立し、72 年 2 月 1 日から実施された（医制百、658；有岡 1997、297-298）。診療報酬という「果実」は供給側が獲得した、と言ってよい。

健保制度の抜本改正は困難を極めた。日医が保険統合を執拗に求めたのは、組合健保の財政余力を新制度に組み込むことで報酬引き上げの原資とする狙いからである。それば支払側の容認するところではなく対立解消の見通しはつかなかった。それでも抜本改正の諮問に対し、社会保障制度審議会（71 年 9 月）と社会保険審議会（71 年 10 月）から答申がなされた。そこでは制度並立と組合方式の維持を前提とした上で保険間財政調整制度が提案されたので、改正案はそうした方向に向かうと予想された（医制百、657-658）。厚生省は党の灘尾調査会や社会部会の下承を得た上で、前述の議員立法と同趣旨の健保法改正案を策定した¹⁰が、両審議会と野党の支持を得られず 72 年 5 月に審議未了・廃案となった。そこで 73 年 2 月に新たな改正案を策定し第 71 回国会（1972 年 12 月～73 年 9 月¹¹）の審議の後、73 年 9 月 26 日に健保法改正法が成立した¹²。その内容は、①料率引き上げ②標準報酬区分改定など通例の負担上昇に加えて、③家族給付率引き上げ（5 割を 7 割）④分娩費や埋葬料の増額⑤高額療養費支給制度創設⑥10%の定率国庫補助新設など加入者に対する利益も用意した（医制百、549-550）。これはある種のばら撒きであり、支払側の健保連や日経連はもちろん、医師の手取りが増える日医も異論を唱えなかった。また「健保法改悪反対」で結束した社会・共産・公明・民社の四野党から、民間労組や中小企業を支持基盤とする民社党が条件付き賛成に回るなど反対勢力も一枚岩ではなかった（有岡 1997、318）。

72 年 7 月に佐藤の後任首相となった田中角栄は戦後最年少の若さで宰相の座を射止めたが、若くして政界入りしたので豊かな経験と抜群の調整力を誇る実力派の政治家だった。また高等小学校卒業の学歴ゆえ

⁹ このとき薬価が医療費ベースで 1.7%引き下げられたので診療報酬 13.7%上げと差し引き総額 12%上げとなった。

¹⁰ 初診料などの引き上げは日医の要求に対応しているが、供給側の意向に反する領収書発行の義務付けや高額医療の療養払いなども提案されている。また被用者保険間の財政調整制度導入は注目される提案だった（有岡 1997、301）。

¹¹ 国会開会中に会期延長を二回実施したため、閉会日が 73 年 9 月 27 日（会期 280 日）となった。

¹² 衆議院ホームページ「第 71 国会 制定法律の一覧」より

http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_housei.nsf/html/houritsu/kaiji071_1.htm（2019 年 7 月 18 日閲覧）

「今太閤」と呼ばれ国民的人気も高かった。田中内閣は福祉充実を「ウリ」にしており、その一環として田中は強い決意で健保法改正を目指した。また好景気による財政的余裕が歳出増を可能としたため、1973年には厚生省予算が前年比 31%増・総額 2 兆円に達する福祉の記録的拡大が見られ、「福祉元年」と呼ばれた。具体的には 5 万円年金の実現や各種手当の増額、老人医療費の無料化が実施された（吉原・和田 2008、214-215）。当時は分配に力点がおかれた「歳出の政治」の時代であり、経済の果実をめぐる対立は深刻だったが、経済成長の余力によってば撒きと妥協が成立していた。

反武見の出現

総辞退による報酬引き上げを得る一方で世論の反発は強まり、指導者としての武見に対する日医内部の評価も揺らぐようになっていった。まず総辞退前の 70 年会長選は武見の出馬辞退から始まった。大学同級で長年にわたる武見の盟友だった都医会長の渡辺真言が反武見票の受け皿となったが、日医の会長選は立候補制ではなく推薦制であり、武見の辞意が固いと見た一部役員が渡辺を推薦したので結果的に対立候補となったに過ぎず、この時の渡辺自身は反武見ではなかった。

しかし 72 年 4 月の会長選は様相が異なった。総辞退を批判する右翼団体の激しい抗議で家族が疲弊するといった事情もあり、各種会合で武見は何度か辞意を表明していた。また都医会長の渡辺は、辞任するなら武見路線は自分が継ぐ以外にないと決意を語っている（渡辺 1982、156-159）。そこで都医幹部が武見に面談して、勇退勧告と同時に渡辺の後継指名を求めた（有岡 1997、303）。武見はむしろ喜んで受け入れたように見えたのだが、「自分の進退は自ら決する、人事的事情で役員を左右すべきでない」と『日医ニュース』で翻意した（三輪 1995、320）。さらに全国の医師会に根回しをして積極的に集票した結果、142 対 57（日医 50、127）で渡辺を退けた。しかしこれまで対立候補を圧倒してきた武見にとってこの票差は意外な数字であり、権勢の陰りを示していた¹³。

医師会の利益が確保できていた背景には、経済成長による配分原資という下部構造と、医療環境の拡大を支持する国民的期待（国民全体の衛生状態改善を優先する意味で「公衆衛生イデオロギー」と呼ぶ）という上部構造の双方が存在していた。外部からは非妥協的に見えた厚生省と日医の対立も、武見の強気を「利用」して大蔵省や政界に対する自らの政策的正統性を厚生省が主張できた側面もあった。その意味で、国民・医師会・厚生省は、医療の拡大を推進する公衆衛生イデオロギーの「暗黙の同志」であり、したがって武見はあくまで体制内的存在であった（川上・小坂 1992、13-14）。厳しい交渉の中で、武見の政治力が局面を動かす場合もあった。しかし総辞退というカードを切った医師たちは世論を敵に回した。民主主義体制において多数の支持を得られなければ、医師といえども交渉力や政治力のみで特権を維持することはできない。この時期を境に武見の威光が陰り始めたことは、戦後日本社会の利益構造が変動したことに起因するものであり、武見のキャラクターといった属人的な問題とは異なる次元で生じた現象なのである。

2 その後の診療報酬政治

1971 年夏の保険医総辞退で医師会は勝利した。しかし国民の強い反発を招いた以上、この勝利の影響が

¹³ この頃、武見の周辺から急速に人が離れている様子は厚生省内部でも観測されていた（印南ほか 2011、108-109）。

いつまでどの程度及んだのかを検証しなければならない。本節は、保険医総辞退後の十年間で日医や武見を取り巻く環境が変容する過程を描く。この時期は医療をめぐる利益構造が変化し、その結果アクター構造も大きく変動したからである。

狂乱物価と報酬引き上げ

1970年代の日本経済は、国際要因と国内要因による激しい変動に直面した。第一の変動はニクソン・ショック（金ドル兌換停止と変動相場制移行）であり、円高基調の定着は輸出依存度の高い日本経済に打撃を与えた。第二に、田中内閣が推進した積極的開発政策（いわゆる列島改造論）が不動産投機ブームをもたらし、マクロ経済のインフレが発生したことである（保阪 2010、285）。第三の変動が狂乱物価だった。73年10月に勃発した第四次中東戦争によって石油産出国の禁輸や原油価格値上げをもたらし、価格は開戦前のバレルあたり3.01ドルから3ヶ月後の74年1月には11.25ドルへ急騰した。オイル・ショックによる物価上昇は世界的現象だが、日本では列島改造インフレも加味されて消費者物価指数が対前年比15.6%（1973年）、31.4%（1974年）も上昇した。ニクソン・ショックへ対処するため金融緩和を行ったところに、列島改造ブームによる地価高騰とオイル・ショックの輸入価格急騰が加わった。また国民の不満を抑えるため73年度は福祉拡大を含めた積極予算を組んだためにインフレが深刻化した（下村 2011、200-203）。

こうした状況は開業医の経営を圧迫した。もともと保険医総辞退の原因は、物価上昇や人件費高騰が報酬に反映されないことだった。そのため、上昇し続ける物価に対応する報酬引き上げは当然の要求だった。また1970年から要求していた物価スライド制に対し中医協は明確な姿勢を見せず、健保法の抜本改正も停滞したので、診療側の不満は募る一方だった。73年1月の中医協では、供給側要求だったスライド制と支払側要求だった薬価基準適正化が承認されてはいたが、5月の総会席上では公益側の意向として「報酬改定は毎年検討するが数値化したスライド制は確約しない」と圓城寺会長が明言してしまった。また、支払側の河原亮三委員（日経連推薦、東芝機械社長）が「スライド制を導入するなら医療の社会化も必要だ」と発言したことに対して供給側は激しく反発し、会員による東芝製品ボイコットを実施した（日医 50、131-132）。「医療の社会化」は、低所得者層の受診機会を保障する戦前の社会運動用語だったが、日医にとっては国営管理医療による自由開業制の否定に聞こえた。医療業界のシェアも大きい東芝製品の不買運動が社の業績に打撃を与えかねないため、河原は斉藤厚相に辞表を提出した。これに先立って診療側委員は圓城寺会長の不信任決議を厚相に提出しており（『朝日新聞』1973年5月17日朝刊2面）、総辞退以後もっとも深刻な対立が中医協内部で発生した。厚相は早期に仲裁に乗り出したが（同1973年5月22日朝刊2面）、武見は斡旋を拒否し問題は秋口まで進展しなかった。

最終的に、スライド制導入と中医協の運営方針変更¹⁴を厚相が約束し、12月から日医は中医協に復帰した。ただし復帰までの道のりは日医に厳しかった。支払側の非難は当然として、審議正常化によって早期の報酬引き上げを望む公私病院連盟も日医の姿勢を批判したし、中医協での発言を咎めて出身母体の会社

¹⁴ 中医協はそれまで建議方式を採っていたが、改革によって諮問方式に切り替えることが決まった。厚生省内部で原案を策定する際に、政治的圧力を加えて診療側に有利な諮問案を策定するほうが、非診療側委員の多い中医協で診療側寄りの建議を行う工作をするよりも容易だからである。

に圧力をかける日医の手法は国会で問題視された¹⁵。また河原委員の推薦母体である日経連は後任推薦を拒否した（同 1973 年 7 月 18 日朝刊 1 面）。言論の自由を配慮すると確約した厚相に日経連はようやく譲歩し、12 月に日経連生え抜きの早川勝¹⁶を委員に補充した（同 1973 年 12 月 10 日夕刊 1 面）。12 月 15 日から再開された中医協では物価高騰に対処する引き上げには異論がなく、上げ幅として 19%（うち病院 20.8%・診療所 16.8%、また歯科 19.9%、調剤 8.5%）が諮問された。同時実施の薬価改定分（医療費ベースでマイナス 1.5%）を考慮すると総額 17.5%上げとなる改定に委員は賛成したが、支払側は病院報酬をやや厚くするよう求めこの修正を容れた案が答申された。ところが 74 年 2 月に実施された報酬改定の中身は、医師会に有利な諮問案のままだったため、反発した支払側の審議がイコットによって物価スライド制が審議できなくなった。直接の理由は答申無視だったが、実質的には河原問題の余波であり、アクター間の不信はピークに達した。この間にもインフレは進み、職種や医療機関の種類を問わず報酬の即時引き上げなしに経営危機は乗り切れなかった。

74 年に入ると田中政治の限界が表面化した。前年に急逝した愛知揆一蔵相の後任に経済姿勢で対立するはずの実力者・福田赳夫を配置し、列島改造論の封印と緊縮財政によってインフレ抑え込みにかろうじて成功した（下村 2011、200-203）。また 7 月の参院選を見据えて有力な支持母体である日医のスライド制は党として容認する方針を固めていたが、田中内閣の金権体質に対する批判から選挙では現有を 5 議席減らし与野党伯仲時代に突入した（保坂 2010、314）。斉藤厚相と圓城寺会長は、スライド制の可否以前に報酬の緊急改定を実施するため、諮問抜きで審議に入り関係者の意向がまとまった 9 月 7 日に平均 16%（診療所 13.8、病院 18.6）の引き上げを諮問、中医協は原案通りの答申を直ちに行った。こうして年間二度の合計 38%に及ぶ異例の報酬改定が実現した。総辞退の後、診療側は報酬改定で「3 連勝」したことになる。しかし大幅引き上げは以後二度と発生しなかった。改定を隔年から毎年にすることが検討されたが、結果として毎年改定の実例はない。保険医登録の辞退とその余勢による「勝利」は、後から見ればかなり限定的だったのである。

医師優遇税制問題

医療の政治過程における中心的争点は診療報酬水準だったが、総辞退以後に生じた医師たちへの不信任は医師優遇税制の見直しに及んだ。この税制は開業医の経費率を 72%に固定化し収入の 28%にだけ課税する措置で、モノと技術の分離を図った新医療費体系創設の対立膠着を打開するために 1954 年から始まった。当時の開業医にとっての健康保険は安い単価と煩雑な手続きを伴う不人気な制度であり、制度定着に向けた何らかの取引材料は必要だった。当時の開業医家計の経費率は実際にその程度であり、特権と言うよりも零細事業者である開業医経理を簡素化するメリットが大きかった。ところが保険医療の普及とともに薬剤や材料費の経費が逡減し、実経費率と税制との乖離が広がったことで優遇策への批判が徐々に厳し

¹⁵ 73 年 5 月 31 日衆院の社労委では、社会党選出の村山富市と川俣健二郎の両代議士がこの問題を厳しく追及している（『朝日新聞』1973 年 6 月 1 日朝刊 2 面）。

¹⁶ 早川は 1928（昭和 3）年に京大法学部を卒業後、三菱鉱業に勤務したが 1941（昭和 16）年に産業報国会本部に転じ、戦後は石炭鉱業経営者連盟専務理事として炭労ストの収拾に当たった。中央労働委員会委員を経て 1958 年から日経連専務理事に就くなど、特定企業の経営者ではなくいわゆる財界官僚と言ってよい。河原の発言が自社の業績に直結したことに対する警戒が財界で解消されていないことをこの人事は示している（『朝日新聞』1958 年 4 月 17 日夕刊 1 面）。

くなった。

政府税制調査会（税調）は 1956 年から税制特別措置の廃止を求めたほか、社制審でも診療報酬の適正化によって特別措置を廃止するよう求めた。その意味で、医師優遇税制は正統性に乏しい「既得権益」だった。当初は短期的な見返り策だったこの制度は、診療報酬の引き上げが続くと単なる不公平の象徴と見なされるようになった。また、開業医の脱税¹⁷や私立医大の不透明な入学問題¹⁸など医師に関する不祥事が続発し、世論が優遇税制に冷ややかになるのは当然だった。医師優遇税制の廃止は 70 年頃から本格化し、特に税制を所管する大蔵省は強硬に廃止を迫った。例えば同省の実態調査は実経費率が 50・55%程度であり、優遇税制による減収は 72 年度推計で 800 億円にのぼることを明らかにした。当時の開業医は 8 万人なので一診療所あたり年間 100 万円の補助金を支給したのと同義であり、省として見過ごせなかった（有岡 1997、328）。71 年末の税調答申でも 72 年暮れの税制改正でも制度は廃止されなかった。ただし、税調内に優遇税制だけを対象とする特別部会を設置し（『朝日新聞』1971 年 12 月 23 日朝刊 9 面）、長期戦でこの問題に臨む姿勢を見せた。

前項で述べたように 74 年は年間二回の報酬改定が実施されたが、勤労者の賃金改定は年一回で報酬改定ほど高い上昇率でもなかった¹⁹、またサラリーマンには必要経費が認められないので、不公平を訴える論調も強かった。そのため報酬改定の論議には優遇税制廃止も必ず付随するようになった。税調の東畑精一会長は、73 年末に次回税制改正で優遇税制を是正すると宣言し、6 月には税調本体で議論を確認した（同 1973 年 12 月 22 日朝刊 3 面；同 1974 年 6 月 5 日朝刊 2 面）。特別部会で進んだ具体案の策定を受けて 74 年 10 月に税調は答申を行った。答申は、実効経費率と特別控除の組み合わせを提案し、保険請求事務との事務重複回避を含め経費定率制は維持した。この答申で税調会長を退任する東畑は、同時に診療報酬引き上げに理解を示すなど日医との融和姿勢も見せていた（同 1974 年 10 月 4 日朝刊 1 面）。大蔵省はこの答申を具体化して、(1) 1500 万以下 72%、(2) 1500 万超 3000 万以下 62%、(3) 3000 万超 5000 万以下 57%、(4) 5000 万超 52%という段階的経費率を設定した。ところが 11 月末に田中首相が退陣すると、後任の三木武夫首相に直接面談した武見は優遇税制の廃止反対を伝えた。また 12 月 27 日に税調が最終答申を示すと、日医は中医協を含めた厚生省関連の審議会から委員を引き揚げた（日医 50、136-137）。三木は 75 年正月の初閣議で優遇税制是正を見送った（『朝日新聞』1975 年 1 月 4 日朝刊 1 面）。

しかし日本経済は低成長時代に入り、政治的力関係だけで医師の処遇が決着する時代ではなくなっていた。要因は 1974 年から 75 年にかけて深刻化した政府財政の危機である。田中内閣は 74 年 7 月の参院選対策として二兆円減税を実施し、さらに物価対応策を含めた補正予算も成立させた。また三木は福祉や文教関連予算を増額することで社会的公正を追求する政権カラーを前面に出した。7700 億の歳入不足が明らかとなったのはその直後で、歳入規模（20 兆円）に対する歳入欠陥として史上最大だった。財政危機は一気に深刻化し、74 年度予算は翌年度歳入を取り込んで表面上は問題化を抑え、75 年に戦後初の特例公債発

¹⁷ 朝日新聞の記事データベース検索で「医師」と「脱税」の AND 検索を行うと、昭和 40 年代に 11 件、50 年代に 27 件、60 年代に 14 件ヒットする。昭和 40 年代から 50 年代にかけて開業医の経営環境に対する懐疑的な世論が形成されていったことが理解できる。

¹⁸ 6 章 3 節の私立医大新設抑制のプロセスを参照されたい。私立医大で寄付金の額が可否の条件となるなど、開業医の世襲を事実上保全するような仕組みに批判が集中し、新設医大の認可は私立から国立へ比重が移動した。

¹⁹ 主要企業の賃上げ率を見ると、1972 年を 15.3%として、73 年 20.1%、74 年に 32.9%にのぼっている（労働政策研究・研修機構「早わかりグラフでみる長期労働統計 IV 賃金 図 2 主要企業春季賃上げ率」
<https://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/timeseries/html/g0402.html> より [2019 年 7 月 30 日閲覧])

行に踏み切るなど（真淵 1994、258-275）、異例の財政運営が続いた。

財政悪化は、歳出の政治から歳入の政治へ政治過程を変容させた（村松 1994）。しかも 72 年から 74 年にかけての 3 波に及ぶ報酬改定で、政管健保の赤字幅は一刻の猶予もないほど広がり、医療費削減は重大な行政課題となっていた。党内基盤が弱い三木内閣は 2 年弱の短命に終わり、三木後の政府与党体制は財政バランス志向の強い福田赳夫首相と大平正芳幹事長によって構成された。76 年の 12 月に、財政審議会が政管健保の赤字解消を建議した。これを受けて、ボーナスに特別保険料を設けるなど負担増による赤字解消策を大蔵省は策定したが、野党側の反対で審議は難航した。健保法改正案は審議未了の末に廃案となったが、77 年 12 月には健保法審議のためだけに招集された臨時国会で負担幅を縮小して可決した。国民の負担増で医療保険制度改定が進んだ以上、医師優遇税制の廃止は不可避であり、大平幹事長は 78 年度限りの廃止を党方針とした。

この翌年、政権発足時の大福密約を破棄した福田への対立候補として大平は総裁選に臨んだ。予備選挙で大平が大差をつけて勝利したため、福田は本選を辞退し大平内閣が成立した。幹事長としての決定に従って大平は優遇税制廃止の方針を再確認したが、党税調の山中貞則と武見がへき地開業医への配慮に合意したので、5 段階の経費率区分導入を大平が受け入れた²⁰。総辞退から 6 年が経過し、供給側の政治力減衰は明らかだった。

武見の引退

1972 年 4 月の会長選で盟友・渡辺真言との一騎打ち²¹を制した武見はその後の会長選挙で 164 対 11 (74 年)、189 対 9 (76 年)、204 対 7 (78 年) と対立候補を圧倒した。しかし 80 年の選挙で長野県医師会の花岡堅而が武見 133 票に対して 82 票を得た。この票差は武見の会長在位中もっとも肉薄したものであった。

反武見の機運がこれほど高まったのは、76 歳の武見「後」が意識されたこともあるが、最大の要因は丸茂重貞・参院議員や渡辺真言など側近が離反したことである。武見は丸茂の会長選出馬を警戒し、『日医ニュース』などを用いて丸茂と渡辺を過剰に攻撃した。その結果、関東地方の県医師会で反武見運動が広がり、全国的知名度に乏しい花岡が武見に迫る原因となった（三輪 1995、360-365；有岡 1997、356-357；日医 50、159-160）。

しかし会員の不満はむしろ構造的問題に起因していた。武見は、時代の趨勢から優遇税制廃止を必至と読み、段階的経費率の設定で自民党税調と合意した。これは収入の低いへき地開業医に配慮したもので、武見自身は都市部の高収入開業医が相応の納税をすることを当然視していた。また合意に際しては、(1) 高額医療機器の特別償却期間の設定、(2) 救急体制の整備という付帯条件を付けた。前者は開業医に対する医療高度化への誘因になっており、救急医療の充実ともども医療の公的責任を重んじる武見の使命感が窺える（有岡 1997、350-351）。しかし開業医にとっての「優遇」税制はもはや当然の前提となっており、武見の妥協は後退に映った。また報酬引き上げも停滞した。76 年 4 月の上げ幅は 9%、78 年 2 月は 11.5%

²⁰ 区分は 2500 万以下 72%、2500 万超 3000 万以下 70%、3000 万超 4000 万以下 62%、4000 万超 5000 万以下 57%、5000 万超 52%で、中間規模の開業医に配慮した制度にはなっている。なお現在に至るまでこの収入区分は変更されておらず、さらに 5000 万超は適用外となる。新たな税制はさしあたりの紛争を回避しつつ、時間の経過で物価が症状する中で事実上の制度廃止に向けて設計されたと言える。

²¹ 前述したように日医会長選は立候補制ではなく推薦制のため、両氏以外に 6 名の会長候補がいた。しかし代議員会の投票は二氏に集約された結果それら候補の得票はゼロ票だった（日医 50、127）

だったが、80年の報酬改定は越年し、81年6月ようやく8.4%で決着した。日医や武見個人の政治力为背景に医師が利益を獲得する構図は、破綻しつつあった。破綻を決定づけたのは一連の病院不祥事であった。富士見産婦人科病院（埼玉県所沢市）では、医師免許を持たない理事長（院長である女性医師の夫）が大量購入した高額医療機器のコスト回収を図る「積極経営」のために、虚偽の病名で健康な女性患者に子宮摘出手術を実施した。また京都では、身寄りのない老人を積極的に集患し基準以下のスタッフ配置で病床を埋めた京都の十全会3病院が医療監査で摘発され、医療供給体制の暗部に注目が集まった。開業医の「やりたい放題」に規制が及ばなければ、報酬引き上げへの国民の納得は得られない。社会と医療供給者の力関係をめぐる「潮目」は変化したのである。

武見は僅差で十三選を果たした直後の80年5月、胃がん手術で入院した。秋には新たに発見された胆管がん手術も行った。二度の大手術を経験した武見は81年4月の代議員会で引退を表明した（日医50、164-165）。82年4月の会長選は、武見後継の亀卦川守（宮城県医師会）と花岡の一騎打ちとなり、121対103で花岡が日医会長選を制した。武見体制はこうして終了し、その翌年12月に胆管がんで武見は世を去った。

3 福祉見直しの政治学：高齢者医療費問題の浮上

医療政治を加熱させる医療費の増大は、社会の高齢化によるものだった。医療環境や栄養状態の改善で人口の高齢化が急速に進んだ日本は、1970年に高齢人口比率7%を突破した。高齢者であれ社会全体であれ、高齢者の医療費管理は大きな関心を集めていった。本節ではこのことが争点化し、新たな医療制度が創設される過程を概観する。

高齢者医療費の無料化

高齢者の医療費は、慢性疾患や多病併発によって高止まりする一方、本人所得に限度があるため医療費の負担軽減が課題となっていた（医制百、664）。国は、老人を分離して財政支援を加えた新保険制度によって給付率を上げようとしたが、構想はいずれも成立しなかった。

老人医療費の負担軽減は、地方政府で先行した。最初に取り組んだのは岩手県の旧・沢内村で、1960年12月に同村は65歳以上の国保加入者へ十割給付を実施した。財政負担は重く、総予算4837万（うち自主財源920万）から保健衛生費に271万を充て、その内210万が十割給付実施の繰入金だった。また十割給付は法律上の疑義があるため当初は県国保課が難色を示すなど、財政・行政的な抵抗が強かった（及川2008、176-183）。深澤晟雄村長の狙いの一つに、十割給付によって健康保険のメリットを体感し、保険に対する村民の協力と信頼を得ることで皆保険を推進することがあった。もともと村は乳児死亡率の引き下げに注力しており、61年4月の皆保険成立から対象年齢を60歳以上に引き下げるとともに乳児医療費も十割給付とした²²。こうした取り組みによって1962年には乳児死亡ゼロを達成したので、類似の環境にある周

²² 深澤が村長に就任した1957年、同村の乳児死亡率は千出産あたり70.5で全国平均の40.4はおろか岩手県平均の66.4にも及ばなかった。ところがそれから6年後の63年元日には前年乳児死亡ゼロを達成している。これは保健行政と連動した予防医療の徹底によるものだが、乳児と老人の医療費無料化によって受診を促し、加えて予防の徹底を行ったために沢内村の国保財政は健全で、一人あたり医療費も低いまま推移している（太田ほか1983、54-56）。

辺町村に乳児医療十割給付は波及していった（有岡 1997、311）。

老人医療費無料化が全国化したのは、老人福祉法制定と革新自治体の伸長が契機だった。同法は 65 歳以上住民の健康診断を市町村に義務付けたが受診率が上がらない。その背後には、医療費が気になりなので病気の発見を望まない高齢者の存在があった。国保は給付率が低く自己負担が重いので、こうした事態への対処として、老人医療費を無料化ないし軽減する自治体が増えていった。特に横浜市が 68 年に 80 歳以上の国保加入者に 9 割給付を実施したことは転換点となった²³。69 年には秋田県が府県初の無料化を実施した²⁴。

最大のインパクトが東京都の無料化だった（岡田 2016、87）。美濃部都政の下で、対象を 70 歳以上とし自己負担額を現物給付（受診者は現金不要）で実施した。流れは加速し、71 年 4 月に 12 都府県 3 政令市²⁵だった無料化は、72 年元日段階で未実施県が 2 となるまで急速に波及した（国保 70、104・105）。

こうした動きは国の制度化を促した。国は当初、無料化は医療需要を増大させるので、財政的にも医療資源的にも反対していた。ただし高齢者の医療費負担が課題であることは認識しており、自民党の国民医療対策大綱に沿って策定した厚生省案（いわゆる三本立て案、6 章 4 節参照）として高齢者保険の独立を計画したが世論の支持は薄かった（有岡 1997、313・314）。そこで内田常雄厚相は 70 年 9 月に「豊かな老後のための国民会議」という会合を開き²⁶、無料化提言を受け入れた。同年 11 月には、中央社会福祉審議会も無料化を促す答申を出した。また、自民党は老人対策を重視した「老人対策大綱」を発表し、老人医療費の特別措置を公約した。政府はこうした流れに押されて制度化を進めた。

厚生省はまず、70 歳以上の所得税非課税者に限った無料化を計画し 73 年 1 月に実施した（有岡 1997、315・316）。こうした「圧力」の背景には自民党の危機感があった。71 年の統一地方選で革新勢力に苦戦し、72 年 12 月の総選挙で 19 議席減となる上に共産党が 39 議席を得たことが党内の危機感を深めた。72 年 7 月に首相となった田中角栄は、先述したように若さと庶民性で大衆的人気があったのに、その「田中ブーム」が勝利につながらない以上、具体的な政策で有権者を惹きつけなければならない。田中は社会保障の充実を前面に出し、内閣と党のイメージチェンジを志向した。

その結果、73 年度予算編成は異例の経過をたどった。まず党内で実施すべき政策を決め、大蔵省はそれに合わせた予算編成を実施した。大蔵官僚が後に汚点と振り返るほど政治化された予算では、住宅や福祉施設など生活関連施策中心の公共事業費と、社会保障費本体の伸びが際立った。とりわけ 5 万円年金を掲げた社会保障の充実が党政策の目玉であり、73 年度は「福祉元年」と呼ばれた（真淵 1994、244・246）。老人福祉法改正によって無料化を制度化し、(1) 実施主体は市町村、(2) 対象は 70 歳以上国保被保険者または被用者保険の被扶養者、(3) 本人または扶養義務者の所得制限、を内容とした（医制百、666）。老人医療費無料化は、「国民に対する細やかな配慮」として政策化され制度化された。しかし地方政治における福祉政策は、開発と発展を阻害するので本来は水準引き上げが起きにくく、起きるとすれば特例的なので

²³ なお飛鳥田は革新市長とは言え、社会保障の給付引き上げにはやや懐疑的で、その結果横浜市の財政は比較的健全な状態を保持した。国保の家族給付率が七割に引き上げられた（国保 70、104）タイミングで本施策を実施しており、対象年齢や追加負担率から飛鳥田の財政的保守性が窺える（岡田 2016、71・72）

²⁴ 秋田県では、一定の所得制限を設けた 80 歳以上を対象とし、自己負担分のうち外来で千円、入院で二千円を越す部分について償還払いを行うアンブレラ方式を採用した（国保 70、104）。

²⁵ 秋田と東京以外は、埼玉、千葉、神奈川、新潟、石川、山梨、長野、京都、奈良、福岡および横浜市、大阪市、神戸市で、革新自治体はもちろんいわゆる保守県政も多く含まれていることが分かる。

²⁶ 衆議院社会労働委員会、1971 年 3 月 18 日より、橋本龍太郎厚生政務次官答弁。

ある（Peterson1981, 187-209；秋月 2001、148-150）。老人医療費無料化も、やがて財政問題に直面し転換を余儀なくされることになる。

高齢者医療費問題

老人医療費無料化は、高齢者の受療行動を劇的に変えた。無料化適用前の 1972 年には、国保あるいは政管健保扶養者の高齢者受診は政管本人より抑えられていたが、無料化後は三者の差が解消され 74 年には無料化対象者の受診回数が政管本人を上回った（表 7-2）。無料化以前は医療費負担が受診を抑制しており、特に政管家族の受診率が低いことから老人が家庭内で「厄介者」扱いされていた実態が推察される。自治体レベルで先駆的に採択された高齢者医療費軽減策は、確かなニーズに基づく有効な政策だった。

表 7-2 老人の受療行動変化(人口 100 人あたり)

		1972	1973	1974	1975	1976	1977
国保	入院	2.56	3.57	4.01	4.01	4.18	4.5
	外来	64.91	75.19	83.88	83.67	80.2	86.83
政管家族	入院	2.18	3.53	4.09	4.41	4.33	4.52
	外来	52.29	77.49	85.14	83.97	84.97	72.83
政管本人	入院	3.86	3.77	3.67	3.74	4.12	4.49
	外来	82.9	84.88	85.62	89.37	97.27	112.32

国保 70、116 表 3-4 を再掲

しかし 74 年からの急増が意味するのは、「無料だから行く」モラル・ハザードであり、その頃から「病院のサロン化」など高齢者医療のあり方批判が表面化した（星野 1998、229-230；府川・磯部 2011、47）。さらに老人病床が急増し、医療の必要性が薄い高齢者を収益対象として収容する「社会的入院」が問題視されるようになった（印南 2009、6-7）。家族福祉を中心とした日本では高齢者福祉が未熟であり、福祉に代えて医療施設が選択されたことが原因だった。

しかし当面の課題は、無料化で危機に瀕する国保財政を救済することだった。高齢者一人あたり医療費は、制度実施の前後で全年齢平均の 3 倍から 4 倍へ伸長し（高橋 1989、67）、また他保険で 70 歳以上の占有率が 3%程度なのに、国保は 7～7.5%を占めていたので影響は甚大だった。そこで当面の対策として国は 73 年度予算に臨時国庫補助を計上したが、国・地方ともに財政状況が悪化する中でそうした支援はすぐに限界に達し、高齢者医療費のあり方が抜本的に問われるようになった（国保 70、115-117）。

政治的にも経済的にも老人医療費をとりまく環境は激変した。まず、福祉拡大を後押しした田中内閣が倒れた。74 年参院選で自民党が大幅に議席を減らしたことや金銭スキャンダルによって 74 年 12 月に田中は退陣し、三木武夫が後継指名を受けた。三木は弱小派閥の長ではあったがかつて国民協同党を率いたベテラン政治家であり、自らを「クリーン三木」と名乗り政治改革や大企業規制による支持回復を目論んだ。その分、財政や経済政策に関心が薄く、支持率を維持するために老齢年金を引き上げたため財政バランスは改善されなかった。しかもオイル・ショックによって世界経済は後退した。冷え込んだ日本経済からの税収は上がらず、75 年度予算でついに特例公債発行に踏み切った（真淵 1994、258-275）。

1976 年衆院選で過半数を割った責任を取って三木は退陣し、福田赳夫が後任となった。福田は主計局長を経験した元大蔵官僚で、もともとは経済と財政の安定を最優先する政治家だった。ところが内閣成立は世界同時不況の最中であり、1977 年のロンドン・サミットでは積極財政を国際公約した。公約の軸は「日独機関車論」であり、アメリカに加えて日本とドイツが国内需要を刺激して世界経済を回復させるアイデ

ィアだった。この国際公約は、減税撤回や一般消費税導入という選択肢を福田から奪った(真淵 1994, 280-283)。

78年の自民党総裁選で福田を退けて政権に就いた大平正芳もまた、元大蔵官僚で財政バランス志向が強かった。大平は一般消費税導入によって歳入構造の抜本改正を決意する一方、福祉見直しによる小さな政府を志向した(村松 1994)。財政悪化の主因は、公共事業拡大や二兆円減税の強行なのだが、福祉犯人説に傾いた大蔵省はこの領域の歳出減に取り組んだ(真淵 1994, 292-298)。保守本流として自助努力や家庭尊重を志向する大平と大蔵省の福祉削減は同調し、福祉見直しは以後の政治の基調となった。

老人保健制度の成立

後戻りの難しい給付拡大が制度化されると財政は硬直化する。老人医療費無料化はその典型だが、公費負担が莫大になり政治トレンドも変化したことによって、再負担化に向かことになった。さらに、以前から検討されていた高齢者保険制度や保険間調整制度が合流したことで成立したのが老人保健制度(老健)であった。

老健は独立した保険ではなく、1983年に開始された(1)老人に対する保健サービスの提供、(2)高齢者医療費の一部自己負担設定、(3)各保険制度の拠出金による老人医療費プール(保険間財政調整の導入)、の3機能を統合した制度である。また老人医療費拡大を抑制するため、1973年以来初めて自己負担を復活させた。もともと大蔵省は制度開始直後の1975年から負担復活を求めている。厚生省は77年に「老人保健医療問題懇談会」を設置し総合的な老人保健対策を検討していた。ただし看護改善や在宅医療の充実なき負担再導入を拒否する答申を出した。そこで両省は、老人保健の充実と負担導入をセットにした制度整備で合意し老人保健制度が検討され始めた(有岡 1997, 365-366)。制度化は難航したが、行政管理庁が老人医療費見直しを求める行政監察結果を1980年1月に出すなど、老人医療費への逆風は強まっていた。

流れは第二次臨時行政調査会(第二臨調)の発足で変わった。急逝した大平の後任である鈴木善幸首相にとっても、財政再建は急務ではあった。ただし79年総選挙で大平が公約とした一般消費税導入は、自民党に過半数割れの大敗と党内分裂による四十日抗争というトラウマをもたらし、当時の自民党は増税という選択肢をとれなかった。そこで政府機能を見直し・縮小することで歳出減を図るため、第二臨調を設置し増税なき財政再建を目標とした。

厚生省内部では、伝統的な供給重視から医療経済バランスを重視する官僚が主流となりつつあった(大嶽 1994, 153-154)。その中心が吉村仁(1980-82 官房長、82-84 保険局長、84-86 事務次官)である。吉村は、臨調第一部会(重点施策の見直し担当)に大物厚生次官だった梅本純正²⁷を送り込み、医療保険制度改革を一気に進めようと目論んだ(印南ほか 2011, 105)。吉村はあるべき医療費の姿を対外的に訴えるなど、改革ムードを積極的に醸成し、薬漬け医療や医師優遇税制を批判することで反日医の世論喚起に成功した。特に、前節で述べた一連の病院スキャンダルは、現行の出来高払い制が過剰診療につながった最悪の事例として認知され、第二臨調や厚生省が進める医療改革を後押しした。

制度間調整に反発したのは支払側だった。老健制度の原案には、定年退職で国保に加入する元被用者の

²⁷ 梅本は1919年生まれで1942年夏に厚生省へ入省、官房長、保険局長、厚生次官(1971.1-6)、環境次官(1971.7-1973.7)、内閣官房副長官(1976、三木内閣)を務めている。

医療費を社保が拠出する退職者医療制度が組み込まれていた。健保連はそもそも負担増を嫌っていたが、制度間調整を通じて保険が一元化され政管健保と国保の赤字を組合健保が埋める事態を憂慮していた。しかし財界利益に親和的な臨調路線を支持する日経連などの財界中央は、厚生省案を大筋で認めた。増税や保険料率引き上げなど国民負担を増やさないと、本人負担増と財政調整を導入するしかない。上部団体とも言うべき財界がマクロ医療費抑制案を支持する以上、健保連や組合員は局所的負担増を受け入れた。またこの頃から民間労組などは、福祉の充実よりも経済の安定を通じた企業内福祉の向上に関心を移していた（早川 1991、41）。過剰医療への不満は組合員にも通底しており、支払側が長期利益を重視したことで、老健制度は成立したのである（早川 1991、45-48）。

この間、厚生省は官僚自らが積極的に事態に関与し、消費者としての国民に様々なアイデアを訴えた。しかもこうしたアイデアは既に省内で繰り返し検討された練られたものだった（印南ほか 2011、106）。反開業医感情や消費者マインドの強化、そして日医内部の権力構造変化などさまざまな環境変化が、そうしたアイデアを後押しする。84 年の健保法改正は不十分な改革であり、その後何度も改正されたが、制度間調整や自己負担増が導入された点で、医療の政治過程における画期と呼べるものだった。

4 医療費亡国論と新自由主義：疾病構造の転換とアイデア

慢性期疾患が中心となる高齢化時代の疾病構造はそれ以前と大きく異なる。予期せぬ不幸の除去が従来医療の目的だったのに対し、慢性期疾患はうまく付き合うことが重要である。これに対処するには、医療供給の普遍化から医療歳出の最適化・合理化の追求が必要となる。本節は疾病構造の変化が医療の政治過程を大きく変える様子を描く。

疾病構造の転換

日本の疾病構造は戦後にいくつか大きな変化を経験した。最も大きな変化は化学療法の確立によって結核が克服されたことであり、またモータリゼーションが進んで交通外傷が増えたことも外科的に大きな変化だった。いずれも医療機関の再配置や救急体制の整備を伴う機能上の大転換であるが、高齢化による疾病構造の変化は医療体制に新たな局面をもたらした。例えば致死的病因のほとんどは、脳血管疾患・悪性新生物（がん）・心疾患で占められるようになった（『平成 26 年度版厚生労働白書』、11）。これらは手術や入院加療が必要であり、医療費増大に直結する要因だった。

だが最大の変化は疾病の慢性化である（日本看護歴史学会 2008、100）。医療が発達すると治療困難だった病気が治るので、慢性疾患が顕在化する。脳卒中や心筋梗塞、あるいは糖尿病や高血圧、高脂血症などは生活習慣に由来する。しかも諸因子が長期に作用して発症に至るので、まず発病機序を特定する必要がある。また、食生活や飲酒、喫煙など日常生活の変化で予防は可能だが、それには従来の防疫型公衆衛生と異なる保健活動を開発・発展させる必要がある。しかも慢性疾患は、当初の急性症状が落ち着くと治療から切り離されて身体機能が徐々に弱る。成人病患者の保健とは、病状の安定と患者の社会性の双方を維持する複雑な活動なのである（『平成 26 年度版厚生労働白書』、12）。

政府は成人病対策の一環として、がんの治療と研究を行う国立がんセンターを 1962 年に設立したほか、

がんや循環器疾患に関する全国実態調査を実施した（医制百、680-681）。慢性期疾患の増大は保険者の財政を悪化させるし、成人病対策は生活習慣改善の指導を伴う。そこで国保会計が採用していた市町村保健婦を成人病予防に投入した。これまで国保保健婦は衛生活動に従事することが多かったが、国民皆保険化のために発令された 1960 年の二局長四課長通知により、保健婦は健康増進活動を主務とすることが確認された（小栗ほか 1985、179-180）。ただし保健婦の増員なしに成人病対策に着手した結果、家庭訪問など保健婦の本来業務が圧迫されるデメリットも表面化した（小栗ほか 1985、186）。その後 1978 年に国保保健婦が身分変更により市町村移管されると同時に保健センター整備が実施され、地域保健の実施体制が整った。この後、老健法成立によって市町村保健婦の業務は拡大していく（平山・宮地編 1990、106、108-109）。

厚生省内部における老人医療費問題は、総額抑制と老人医療費のファイナンスという二方向で検討された（印南ほか 2011、91）。そしてトータルな老人保健サービスとしての老健制度が実現したが、一方で高齢者の健康改善で医療費を削減することには限界があった（稗田 2012、54-55）。日本では医療の多くは民間セクターで供給され、個別医療行為の加点制で報酬が支払われる。医療費を抑制するには、慢性期疾患に適した診療へ医師を誘導しなければならない。それは第一に過剰診療を排することであり、第二に過剰診療が経済的に引き合わないような報酬構造を設計することだった

医療費亡国論と医療費管理

医療費は戦後医療政治の中心争点だが、1980 年頃までは国保や政管健保の保険赤字政問題として認識されていた（印南 2016、4-5）。一方、80 年代中期の老人医療費問題は、より広い視野から生じることになる。

この問題では、第一に国民経済全体の中に医療費を位置づけるマクロ管理視点が導入された。第二に保健を組み込んだ総合施策によって医療費を抑制しようとした。第三に厚生省が主体的に医療費抑制に取り組んだ（印南 2016、8-9）。これまでの厚生省は、医療制度における供給普遍化を優先し医療経済バランスは副次的に位置づけていた。ところが当時の厚生省内部では、制度維持には医療経済が重要だと考える系譜が台頭し、省内の機関哲学は公衆衛生イデオロギーから医療経済イデオロギーへ変容した²⁸。その代表的人物が吉村仁であり、「医療費亡国論」と呼ばれる論点メモで知られている（吉村 1983、12-14）。医療費のあり方の論点を集約したこの短いメモは、現代医療崩壊の「戦犯」として扱われている（小松 2007、150-153；本田 2007、58-60；村上 2009、120-122；船曳 2010、110-113）。

吉村メモは、将来の医療破綻があるならば、（1）医療費を含めた国民負担率の加重負担で経済が破綻する「亡国論」、（2）疾病構造変化に対応しない医療継続が効果を下げる「効率逓減論」、そして（3）不適切な医療需給によって医療費増が生じる「過剰論」の 3 点を原因に挙げた。このリストは恣意的であるとともに吉村自身が年季の入った医療費抑制論者だったので、医療費抑制を正当化する論拠とされている。しかし政策決定過程の検証なしに吉村戦犯説に傾斜することは正確でもフェアでもない²⁹。ここで着目すべきは、印南が言及したように吉村がマクロ経済的観点から（それは二木の言うように妥当性を欠くとして

²⁸ ここでいうイデオロギーは大嶽秀夫の用法に近いが、筆者は組織内人事と哲学のリンクを重んじる驛賢太郎の分析を直接の参考にした（大嶽 1994、62-63；驛 2013、45-47）。

²⁹ 「医療費亡国」論者としての吉村像については二木立の批判的検討を参照した（二木 2011、14-18）

も)医療費を捉え、そのバランスに厚生省が責任を持とうとした点である。厚生省はこれまで、小沢辰男や橋本龍太郎が社労族トップと日医の間で行われる政治的調整を政策立案の前提としており、医療経済に関する決定の自律性を確保していなかった(印南 2016、5)。医療経済の諸問題を国庫補助で対応すれば、他の新規事業立案の財政余地を狭め社会福祉行政に対する省の主導権をその分だけ喪失する(早川 1991、50)。供給保障を主軸とした医政管理を継続する中で、厚生省は弥縫策策定と後始末に追われ、本質的な制度運営ができない不満を抱えていた³⁰。所管官庁として「医療崩壊」の責任を厚生省に求めるのは間違いないが、「歳出の政治」の中で臨調の威光を借りた厚生省が、決定の自律性を確保し医療費を下げようとしたことは、政治的に必然の流れであった。

厚生官僚の動きが政策化されるには、ふたつの関門を突破しなければならない。一つは首相の同意であるが、第二臨調と厚生省の方向性が同期している以上、行革を政治的理念に掲げる中曽根康弘首相にとって拒否する理由はなかった。もう一つが族議員の同意で、医療行政に関係する社労族は、自民党政調会でも専門性と政策影響力がとりわけ高かった(猪口・岩井 1987、194-198)。ところで自民党政権が四半世紀を越え、党内の官僚制化・テクノクラート化が進むと、政策影響力が強い社労族トップは「統治の論理」を内面化し、責任政党として国家課題に対処する態度を見せるようになった。それでも部会内部で対立が生じる可能性はあったが、若手社労族議員はむしろ健保法改正を支持した。彼らは、サラリーマンなどの都市部中間層取り込みを意識したからである(大嶽 1994、158-160)。これを裏付けるように、1983年総選挙こそ過半数割れを喫したものの、中曽根政権の行革が進展することで、86年の衆参同日選で自民党は歴史的な大勝を飾った。

経済学というアイディア

1980年代の健保制度改革に共通するのは、自己負担を強化することで、過剰な受診や治療を回避しようとする「発想」だった。

老健制度は患者一部負担を導入(同一医療機関当たり、外来月額400円および入院4ヶ月を限度として月額300円)した点が特徴であり、少額であっても負担を求めることでサロンの受診や社会的入院を抑制しようとした。一方の診療報酬では処置や検査、点滴を入院時医学管理料に包括化して過剰供給の回避を目論んだ。さらに管理料も逓減率を高めて長期入院を抑制する一方、生活指導や訪問看護といったケア報酬を新設し、在宅医療を経済的に支援した(吉原・和田 2008、310-315)。1984年健保法改正は、社保本人の給付率を9割に下げて本人負担を求めた一方、退職者医療制度が創設され社保卒業者の療養給付に対する社保の責任が明確化された。国会では、切り下げによる受診抑制で健康悪化を懸念する野党が反対したが、厚生省はこれまで給付率の異なる保険間で受診行動の差がなく、十割給付が過剰診療を誘発している悪弊を訴えた(吉原・和田 2008、331)。

十割給付で提供される医療の過剰性はさておき、負担が受診抑制をもたらすことは厚生省も認めており、

³⁰ 次官を務めた幸田正孝は、1977年の総務課長時代に老健新制度について「関係者の利害が錯綜していて…新しい制度を作るということはそう簡単にかない(印南ほか 2011、73)」と考えていた。また審議官時代には「なかなか物が進まない…グルグル回っていたという感じがします。政治がなかなか決断できなかった(同、94)」が、その理由として「それぞれ衆議院なり参議院の選挙を意識されていると思う」けれども「多少の有料化をしたからといって、そんなに影響はない(同、93)」と見ていたことを明らかにしている。

したがってこの時期の制度改革の基調に価格を誘因として行動を制御する思考法が明確に窺える。ただしこの当時、医療行動に対する経済学の正当性が認められていたわけではない。ケネス・アローの先駆的研究³¹から20年が経過したが、日本の医療経済を正確に分析したものは少なく（二木 2006、5-7）、そもそも需要者である患者自身が医療サービスの需要量を決められるかどうかは不明だった。情報の非対称性が存在する医療のような財の供給では、医師誘発需要が存在するかもしれないからだ（権丈 2006、24-26）。臨調行革路線に通底するのは「経済学的アイディア」だった。アイディアは政策エリート内の共通言語として機能する一方、国民が支持する説得力を要する。そして中曽根行革は国民の強い支持が存在した。とりわけ国鉄や医師会のような既得権者に対して、「消費者」として強い反発があった。決定の自律性を強調する行政改革路線と経済学的アイディアは、消費者である国民の受容するところとなった。

ただし80年代の医療制度改革は、新自由主義そのものあるいは市場原理の徹底を目指すものではなかった。新自由主義は経済システムから過剰な公的関与を排除することを目指す。しかし日本の医療供給はもともと開業医を主体とする非公営的なシステムであり医療機関の民営化もこの時期には行われていない。保険医療の撤廃や縮小によって医療マーケットを自由化する動きもなく、むしろ保険間格差を埋める財政調整制度の導入や給付率の統合など保険一元化が実施され単一支払機能を強めた。つまり、当時の医療保険改革は経済学アイディアに導かれたとは言え、診療費抑制というよりも疾病構造や社会構造の変化に医療を適合させることに主眼があった。高齢者医療を保健の一環に位置付けたのはその傍証であり、医療改革はケアの充実や制度の一元化とセットで推進せざるを得なかった（大嶽 1997、268-269）。とりわけ治療中心の医療からケア重視の医療へ重心を移すことは急務であり（広井 1997、153-154）、のちの介護保険制度へ接続する課題でもあった。

しかしこの時期に経済学的アイディアを受け入れた消費者マインドは、のちに本格的な新自由主義改革を受け容れる素地になった。2000年代に本格化した公立病院改革はその典型であり、経営能力に長けた経営者院長が収益拡大を目指すことは歓迎されるようになった。だが病院医療にフィットする報酬体系の再構築なしにスター院長だけを求めても状況は改善しない。病院改革によって多くの病院が疲弊し、国民全体にとっての医療サービスが低下する結果につながったのは皮肉な帰結だった。

5 小括

本章は、医療制度が供給主体から管理主体へ変容する過程を描いた。最強の圧力団体と呼ばれた日医は、専門職の自律性喪失を不満として保険医総辞退に突入した。政府の仲介で事態は一ヶ月で打開したが一般国民は医療の混乱に強い不満を抱き、既得権益守護者として日医を見るようになった。

総辞退によって医師たちは短期的利益を確保しながら、国民の長期的な支持を失った。また長年の統治がもたらす綻びによって武見体制自体が動揺し、武見の引退によって日医の強硬路線は終わりを迎えた。それは医療が拡大し、医療利益が多様化したことの反映だった。日医はもはや、医療全体を正統かつ独占的に代表する存在ではない。医師優遇税制の廃止は、国民の不信が表面化した結果だった。くわえて医療

³¹ Arrow, Kenneth J.(1963), 'Uncertainty and the welfare economics of medical care,' *American Economic Review*, 53 (5), 941-973

法人の脱税や富士見産婦人科病院事件のような不正が発覚し、医師に対する社会的不信感は一層強まった。

政策過程でも大きな変化が生じた。厚生省は医療供給の維持・拡大を優先していたが、高齢者医療費の急増を契機に医療経済バランスを優先するようになった。そして総医療費を抑制するために、保健や在宅医療の活性化、福祉と医療の峻別など、総合的な医療政策が採られるようになった。それは急性期医療モデルから慢性期医療モデルへの転換でもあった。経済的誘因によってミクロな受療行動を制御する経済学的手法が採用され、消費者としての国民はその「改革」を支持した。供給の拡大と普遍化を目指す医療の政治過程は、1980年代に入るとその終焉が明らかになったのである。

本書は、医療発達の歴史的過程を追究した。医療が技術的信頼性を確立したのは19世紀末であり、長い歴史を持つわけではない。しかし近代国家が医療制度を構築する過程で先行する諸制度が複雑に影響し、新しい制度を形成したり選択肢を制約したりすることを示した。以下では、本書が明らかにしたことをいくつかに分けて記す。

1 リサーチ・クエスチョンへの答え

序章では、本書全体を通じて説明すべきパズルとして四つの問いを置いた。その疑問に答えるべく本書は書かれてはいるが、本文の中での解答は断片的だったり間接的表現にとどまったりするきらいもある。そこで問いに対する直接の答えを本節で明記する。

軽い負担と良好な衛生

第一の問いは、低い医療費負担で高い衛生環境が達成されるのはなぜかというものだった。有病率が高く一人あたり医療費も嵩む高齢者の人口比が日本は高いので、医療費は高止まりするのが通例である。しかも日本人の寿命が長く、疾病に弱い乳幼児の死亡率も低いことは、水準の高い医療施設が満遍なく配置されていることの帰結と考えられる。そうした医療配置の維持費用も考慮すれば、良好な健康のためにはかなりの負担が強いられるはずである。ところが、国民経済規模に占める医療費比率は先進国内で中位程度であり、日本の医療体制は明らかに安くついている。

ここでふたつの問いを分割し、良好な衛生状態を達成できた理由と、費用負担が安い理由をそれぞれ考えてみる。まず良好な衛生状態については、日本の地方政府が公衆衛生に関する権限と能力を保持していたことが答になる。もともと明治維新後の日本政府では感染症対策が急務であり、明治期を通じてそれはある程度奏功した。しかし地方で独自の行政機関を持たない衛生行政は警察行政の一部として実施された。これが一変したのは戦中期で、高度国防国家建設のために保健国策が国是とされ、青壮年層の結核に対処し新生児の出産を奨励するために、市町村レベルで保健衛生行政が徹底された。軍国主義的な動機で導入された制度だったが、国策として後退が許されない以上、こうした保健行政では密なコミュニケーションや小さな成果の積み重ねによる村民の信頼獲得が必要だった。また保健国策は類例がなく、政策手法の開発は現場に一任された。訪問と説得を軸に構築された保健行政は、軍国化が浸透する前に敗戦を迎えたので、政治体制が一変した戦後においても基本的性格を変えずに継続された。また戦後は国保が市町村の直営事業となり、保険財政を防衛するためにも疾病予防を主務とする国保保健婦は重視された。

一方で医療費が低水準で済んだのは、疑似単一支払制度の医療保険制度が形成されたことによる。日本の健康保険は公務員と大企業による組合系健保、中小企業従業員を主体とする政管健保、そしてそれ以外をカバーする地域保険としての国保の三種類で形成されている。保険は疾病リスクの集団化であり、それぞれの保険内で歳出歳入をバランスさせる原則的があるので、料率や療養給付率などに格差があった。しかし医療に対する制約や個々の診療行為に対する価格は統一されており、擬似的な単一支払制度が成立し

た。そのため保険医療価格である診療報酬体系の決定は、支払側（経営者、労働者、保険者）と医療側（医師、歯科医師、薬剤師）、そして公益委員（学識経験者）の三者で構成される中央社会保険医療協議会で行われた¹。中医協では不満を持つ委員群が委員を引き揚げたり審議を拒否したりすることが稀でなく、いつの時代でも十分に機能したとは言えない。しかし医療の利害関係者が概ねカバーされて審議することで、報酬が安すぎて診療側が機能不全になることも、高すぎて支払側が応じられないといったバランスを欠いた決定には陥らなかった²。さらに、診療報酬改定では技術料や薬価が常に引き下げられ、医療費の膨張を抑えてきた。例えばMRI（磁気共鳴装置）検査料は一貫して下がっているが、これは総額を抑制したい厚生省側と、特定の医療機関に利益が集中するのを避けた診療側の合意で成立した（池上 2010、91-103）。キャンベルや池上が指摘したように、日本の医療はバランス志向が強いが、診療報酬の決定にもその力学は働き、価格の高騰を防ぐ機能を果たしてきたのである。他方、高度化し病院化する時代の医療費が抑制されるのは必ずしも歓迎すべきことではない。本来なら病院に配慮した診療報酬水準になってもおかしくないが、病院関係団体は中医協に委員を出しておらず、病院の利益構造が報酬に反映されなかった。ある時期、病院型と診療所型の甲乙二表並立時代があったが、甲表の採用は伸びずに乙表に吸収されて制度は廃止された。医療価格は資本投下を伴わない診療所利益を基準として設定され、このことが医療費抑制につながった。

後発国日本の幸運

第二の問いは、後発国日本は先行する水準に追いつくため、どう医療環境を整備したかである。1874年に医制が発布され、西洋医学を基本とすることが公定された。ところがそれからわずか30年後の1906年には医術開業試験を廃止し、医師養成を学校化するなど医療供給体制は大きく発展した。これは日清戦争や日露戦争で勝利した軍事分野のように、集中して強化した結果なのだろうか。

本書の第一章の分析に従えば、日本医療の進歩は、絶妙のタイミングで開国した偶発性によるところが大きい。西洋医学はすでにそれなりの発展を遂げていたとはいえ、技術的な突破はほぼ19世紀中期以後に起きている。本書では、消毒法の確立（ゼンメルワイスの発見）、麻酔の発見と確立（モートンによるエーテルドーム手術）そしてコッホとパスツールによる細菌学の発達によって、とりわけ外科手術の安全性と確実性が飛躍的に向上したことを指摘した。コッホやパスツールが活躍したのは19世紀後半であり、それは日本が開国し、医制を発布した前後だった。

工業や科学などでは近代化とは西洋化であり、日本が遅れを取っていたのは事実であるが、医療においてそもそも西洋医学自体がそれほど高い水準に到達していなかったため、19世紀後半から追走した日本は比較的短期間で先頭水準に追いつくことができた。無論、北里柴三郎や志賀潔、高峰譲吉、山極勝三郎、秦佐八郎、鈴木梅太郎といった世界水準の研究者が明治期から継続的に出現したことも、医学の進展に大きく貢献した。しかし世界水準の人材が継続的に輩出されたことも含めて偶発的な結果である。医学の西洋化に転換できたのは、諸政策の結果であるが、何よりも日本が社会として好機を掴んだことが決定的だっ

¹ 中医協は決定が医療市場全てに及ぶ一方で閉鎖性が高いので、批判的に扱われることが多い（新井 2010）。他方、ステークホルダーの力関係が変容する過程を長期に観察するものもある（佐藤 2018）。

² 民間保険市場が大きな価格決定権を有するアメリカの医療市場では、医師も被保険者も疲弊していることがしばしば指摘される（李 1998；李 2000；真野 2013、4章；天野 2006、6章；山岸 2014、3章）

た。

弱い福祉と強い医療

第三の問いは、広義の福祉として捉えたとき、狭義の社会福祉と医療がアンバランスなのはなぜかである。日本の医療は既に述べたように高い衛生状態の達成に効果的で効率的だった。ただしそれは北欧やフランスなどで見られるように、脱商品化と脱家族化によって得られた高負担高福祉のレジームから当然に導出されるものではない。福祉レジーム的に日本は明らかに北欧型の社会民主主義レジームには該当しない。それに関わらず医療だけが突出して整備されたのはなぜなのだろう。

もともと日本の社会福祉は救貧対策に起源を持つ。大正時代になると社会防衛の観点から都市スラム対策なども行われ、内務省より早く東京市が社会局を設置したことは本文で述べた。より本格的な社会保障が導入されたのは戦時期であり、人的資本の活用や生産力の保全として実施されている。当然ながら国民を包括するものではないし、目的も国民生活の不変化ではなく秩序維持や戦時体制への動員だった（田中 2017、37-40）。

戦後に入ると旧軍人の救済のほか、戦災孤児である浮浪児への対処や結核患者の生活支援として社会福祉が展開された（岩田 2017、43-66；岩永 2011、89-92）。そのため生活支援の普遍化に向かう志向が弱く、戦後復興や経済成長、そして抗生物質の出現によってこうした問題が解消されると福祉拡大の契機は失われたままとなった。

自力救済思考や家族福祉への依存が強い日本の社会では、福祉の普遍化を求める声は強化されにくい。しかも労働運動は企業別組合に立脚しており、企業内福祉を充実させて労働者の定着を図りたい経営側の意向と合致したので、労働の脱市場化は政治的に争点化しにくかった。これと比べると医療は、その営み自体は存在したので従事者が現存し、休眠状態とはいえ保険制度もあった。また公衆衛生も一定の成果を挙げている。したがって、これらを充実・拡大させ、整備することは争点化しやすかったといえる。

日本の戦後医療は医師過剰から始まった。健康保険制度が安定・拡大し、医療が保険制度の枠内に位置づけられると、医療は社会保障の一環となった。もともと弱体だった福祉と対比すれば弱い福祉と強い医療に見えるが、医療が強いのではなく社会福祉の発展が阻害され過ぎた結果であると本書は考える。

医療の保険化

最後の問いは、なぜ日本では医療保険が急速に普及したかということである。健康保険は医療行為の規格化を伴う。専門職の自律性を侵食するこうした制約は、本来医師たちが歓迎しないものの、日本では医療の保険化が急速に進行した。

表終-1 は戦後の総医療費とその負担内訳を示したもので、1949年に総医療費の三分の一を占めていた自由診療は、1959年に10%を割り込み1963年以後は1%台に留まる例外的医療へ変容した。一方で保険者負担と患者の窓口負担の合計から求められる保険医療総額は年々上昇を続け、1953年には全体の三分の二、1959年には80%を越すなど、医師たちが保険診療を積極的に受け入れる過程が数字に表れている。

この原因は第一に戦時中の医師養成拡大による戦後の医師余剰である。1946年に6万5千人だった医師は、1950年に7万6千人、1953年には9万弱にのぼった（表終・2）。この急増の大多数は速習課程である臨時医専の卒業生であり、主な就業地は市中の診療所だった。つまり敗戦後の医療市場は、乏しい自費診療市場を争うにはあまりに競合者が多く、たとえその報酬が安く手続きが煩雑であっても保険の収入を当てにせざるを得なかったといえる。厚生省は、戦勝後の平時には軍医が民間へ転じることを戦前に想定しており、医師拡大策は「戦後」の医療公営化に資するので消極的に

表 終・1 戦後のマクロ医療費(億円)

	総医療費	保険者負担分	患者負担	全自費		窓口負担	
1949	1,073	336	675	379	35.32%	184	48.46%
1950	1,094	422	574	290	26.51%	174	54.48%
1951	1,072	484	508	160	14.93%	219	65.58%
1952	1,516	633	719	184	12.14%	304	61.81%
1953	1,936	807	929	232	11.98%	491	67.05%
1954	2,152	1,066	822	437	20.31%	385	67.43%
1955	2,388	1,185	923	495	20.73%	428	67.55%
1956	2,584	1,317	975	500	19.35%	475	69.35%
1957	2,897	1,489	1,105	517	17.85%	588	71.69%
1958	3,231	1,686	1,202	535	16.56%	667	72.83%
1959	3,625	2,065	1,160	321	8.86%	839	80.11%
1960	4,095	2,415	1,229	214	5.23%	1,015	83.76%
1961	5,130	3,121	1,410	186	3.63%	1,224	84.70%
1962	6,132	3,790	1,536	137	2.23%	1,399	84.62%
1963	7,541	4,823	1,688	100	1.33%	1,588	85.02%
1964	9,389	6,133	2,036	165	1.76%	1,871	85.25%
1965	11,224	7,442	2,312	189	1.68%	2,123	85.22%

医制百資、表 27、30 より筆者作成

軍部の医師拡張案に賛成した。しかし医師養成定員は厚生省の思惑をはるかに越え、敗戦と引き揚げによってこれほど大規模に医師余剰が生じることまで想定していなかった。

第二の要因は戦後の経済状況である。敗戦によって自由診療を支えるべき中流層の経済状況は悪化した。また急激なインフレーションによって開業医たちの生活は困窮した。保険制度はそれほど魅力的ではないが、回収の苦労が不要であり、また支払い手続きを迅速化するなど供給者の要求にある程度応える改革を積み重ねた。その結果、多くの医師たちが新たな収入源として健康保険に依存するようになっていった。

表 終・2 終戦直後の医師数

年	人数	指数
1946	65,145	100.0
1947	70,636	108.4
1948	72,522	111.3
1949	73,195	112.4
1950	76,446	117.3
1951	84,091	129.1
1952	85,374	131.1
1953	89,885	138.0

医制百資、表 12

第三の要因は、戦時中の第一次皆保険化によって国保運営の経験が市町村に残されたことである。国保は、戦時末期から敗戦直後の混乱で事実上中断されていたが、徴収業務や給付業務を市町村が経験したことは、ゼロから制度を設計し直すよりずっと再生を早めた。加えて準医療機能と公衆衛生機能を併せ持つ保健婦たちが市町村で活動していた。昭和に入ってから、能力ある行政体として経済振興策や農業改善、保健衛生政策を市町村は担った。戦後復興の進展とともに比較的早期に国保事業が再開できたのは地方政府が持つ能力に由来しており、それは医療の保険化を推進する前提でもあった。

これらの要因は、第二の問いである医療の西洋化と同様に偶発的なものだった。第一と第三の要因は総動員体制の遺制であり、戦後の医療普遍化を意図して整備したものではない。また第二の要因もまた医療内在的な要因ではない。しかし4章3節で述べたように、報酬の引き上げ、支払基金の創設、国保診療所の拡大、国保税の設定など1948年から51年にかけて採られた一連の保険制度改革は奏功し、健康保険は急激に拡大した。日本の医療が保険化した決定的分岐点は、この時期だったのである。

前節では、本書の冒頭で設けた問いへの答えを明らかにした。一方、より広い政治学的な文脈において本書はいかなる意味を持つだろうか。以下に、福祉国家研究、公共政策学、そして地方自治研究の観点から本書の意義を明らかにしたい。

福祉国家研究と医療

制度とはルール約束の意味し、社会に関する仕組みが人々の行動を制約する場合を「制度化」という。ところが医療は制度であるとともに技術であり、制度外の要因が医療の発展や変化をもたらすことが少なくない。例えば病院に至るところに設置し医療保険を準備すれば、場所と財産に関わらず誰でも治療が受けられる。これを医療制度の整備と呼ぶ。しかしある疾病に効果を持つ薬剤や治療法の発見・確立は、制度の内部要因で生じるわけではない。その典型例は結核の化学療法確立であり、抗生物質の発見は偶然の機会による。だから、救貧対策を主体とした社会福祉制度は、それまでの主たる「対象」を失って制度発展の機会を逸したし、着手済みの国立療養所拡大計画はそのまま進展し、利用率が低下したことで医療公営化は阻害された。

本書は、技術としての医療が制度化され変容する過程を分析した。これは従来の政治学が十分に扱ってこなかった領域であり、福祉国家研究のミッシング・リンクを埋める試みだと考える。本書は医療保険制度以上に供給体制管理に重点を置いて分析を行った。それは、医療供給が労使関係に基盤を置かず成立する機能だからである。福祉国家研究で有力な枠組みであるレジーム論は労働を基軸としているので、社会保障制度としての医療を分析する場合には有効である。しかし医療供給や公衆衛生などの重要な局面は、レジーム論ではほとんど説明できない。現代福祉国家で社会的にも財政的にも医療が重い役割を果たす以上、レジーム論の射程を補う分析が必要だった（宗前 2013、123；猪飼 2010、53-54）。本書は、社会保障の観点に加えて「場の供給（＝医療機関）」と「人の供給（＝医療職の養成）」、そして「空間の衛生（＝地域保健）」として医療を理解した。そのため、教育制度や政府間関係、地方行政を含む政治体制の中で医療を位置づけ変化を説明した。

また技術としての医療は、前の時代に発生した事象や制度に影響を受ける経路依存性がある。例えば近世日本の医療は漢方中心だったため、医者は診療所で治療と調剤を行い、代金は薬札として受け取った。病院の母体がない日本では、建設の余力と必要性のある軍や鉄道、警察、大学など公的主体が中心になって病院整備を進めた。その結果、病院の利益は省庁の利益に回収され、医者たちの利害は開業医としてのそれに集約される。また、近代医療制度が成立したときに薬剤師も看護婦も存在しないから、医療制度には医師の利益だけが反映された。医制で定められた医薬分業の実施に百年以上の時間を要したのはまさにそうした理由による。

もちろん、分業をめぐる対立が明治期や昭和期にたびたび起きたように、制度が進展すると利益が多様化し、先行者の利益だけが固定的に保障されるわけではない。しかし漢方から西洋へ大きな転換を伴った日本の医療制度形成は、場も人も充足・発展するのに時間を要する。そうした「時間の中の政治」の典型が

医療制度なのである。本書が扱った医療制度の成立や変容において、筆者は時間を意識した説明を心がけた。開業医制や医薬同業が次代の医療に根強く影響する様子は、ひとたび形成された制度の安定性を表すし、軍国的理念が浸透する前に敗戦を迎えた地域保健が、占領下でもほぼ同様の活動を行ったことは、理念と制度の時間的な関係性を示している。本書は限られた領域で粗い分析を行ったに過ぎないが、それでも制度に作用する時間の外縁を示したと考える。

公共政策研究にとっての意味

医療とは、専門性の高い対人サービスである。また応用生物学としての医学から不確実性を排除することはできないが、個人にとっての医療体験は一回性が高い。手を尽くした患者が急変して亡くなることは医療現場の日常である一方、当事者の患者や遺族には不条理である。だからこそ、かつての医療は祈りや癒しを求めて宗教と結びついたし、現代医療でも患者の心象風景に立脚するナラティブ・アプローチや当事者研究の重要性が説かれている（野口 2002；石原編 2013）。

本書前半で述べたように、技術的進歩によって社会的信頼を確立した医療は、今度は人々の生死を決する社会的機能へと変容した。そして国民の生命や健康を保護するためには、医療への物理的・経済的アクセスを保障することが国家の責務となったために、医療は福祉国家機能の中核を占めるようになった。しかしその結果政策構造には傾きが生じた。医療の発達によって供給者は高度な専門家に位置付けられる一方、医療に対する国民的期待が高まった以上、医療供給は安定継続が求められるライフライン化する。従来の政策分析では、参加するアクターの政治的資源や利益がそれぞれ異なり、交渉を通じて決定の均衡に至る過程が想定されていた。しかし医療において医師は代替できない以上、医師集団の協力は医療供給の前提であり、拒絶されれば医療供給はただちに遮断される。福祉国家では様々なサービスが提供されるが、これほど高い専門性に基づく供給が独占されている状況は他の政策にない。また対人サービスである医療で図られる政治的支持の動員とは、例えば患者が受診する診療所に掲示されたポスターの文言であり、診察前後に医師が直接語りかける依頼である。その浸透はリアルかつ強力であり、医療の政治過程・政策過程が他の政策領域と異なっていたのはこうした説得強度が圧倒的に高いからであった。

実際に戦後の医療制度で医師会が拒否権の行使に成功したのは、医師会がしばしば診療拒否を示唆したからである。国は皆保険体制を目指したが、皆保険とは皆「診療」であり、受診の機会が保障されなければ患者にとって医療保障の意味はない。専門性の独占状態が政策過程の帰結にどう関連するかという観察ができる点で、医療政策は他の対人サービスを伴う（例えば教育や保育などの）政策過程に示唆するところが大きい。

老人医療費問題が表面化してから、医療のあり方をめぐる専門知識の対立もまた表面化した。従来は、医療供給の普遍性維持を優先する公衆衛生イデオロギーが重視され、それゆえに医師会の「強引」な要求は受け入れられてきた。ところが 1980 年代に入り、医療経済をバランスさせることで制度を持続させる思想の説得力が増した。政治過程としては日医の政治的影響力が後退し、小さな政府を支持する国民の声を背景に中曽根行革が進んだ。しかしより重要なことは、経済学的メカニズムが最適受診をもたらす、という未証明の「アイディア」によって医療制度改革が進められた点にある。患者にとっての医療知識とは、到達不可能な遮蔽性の高い専門知である一方、多くの医師もまた社会経済的知識に疎い。医学は社会経済

体系の予測に直結しないので、社会における医療制度のあり方や医療費負担をマクロに提案することが困難だった。

強固な圧力団体の反対を押し切る医療政治の過程を、本書ではアイディアをめぐる支持の動員として描いた。戦後の経済成長期には（実際にそうだったかどうかは別として）医師会が保健福祉の守護者と認知されたので、医療の普遍化を求める公衆衛生イデオロギー（アイディア）が国民的に支持されたし、守護者の利益も守られるべきだと考えられていた。その構造はやがて溶解し、今度は既得権益者として位置づけられたために、第二臨調が提唱する「小さな政府」や「医療経済バランス」がむしろ国民の厚生を向上させるアイディアとして認知されたのである。

地方自治研究にとっての意味

本書は医療制度を歴史的に概観する研究書として執筆したが、筆者は研究キャリアを地方自治の日米比較から始め、現在もなお当該領域に一定の関心を持っており、地方政府が医療制度全体の発展にどう関与しているかを念頭に置いて本論を進めた。その際に先行研究として強く意識したのが北山俊哉による福祉国家形成の研究（北山 2011）と市川喜崇による機能的集権の歴史分析（市川 2012）であった。両者は異なった関心で書かれた分析であるが、双方ともに強調するのは地方政府の政策執行能力とそれに対する中央政府の監督の程度である。

ピーターソンがロウィの政策類型モデルを用いて鮮やかに分析したように、相互に競合状態にある都市は、開発政策を推進し再分配政策を抑制する。それが、総体としての市の利益を向上させ都市間競争を勝ち抜く都市政治の構造的制約であり、それゆえ福祉の磁石を避けようと低位に向けた競合が生じないよう、再分配政策は中央政府主導で実施されることが望ましいとピーターソンは主張した（Peterson 1981 ; Peterson et Rom, 1990 ; 宗前 1994）。こうした現象は、一般会計の負担になる公立病院を新たに建設する例がほとんどないことから、医療においても発生しているように見える。他方、日本の社会福祉政策が地方レベルで実施されている背景には、洗練された政府間財政調整制度によって政策の財政的保障がなされていることに起因しており、ピーターソンのいう構造的制約仮説に反する実例というわけではない。

ただ、北山や市川がいうような政策実施能力が、市町村のような日本の基礎自治体に欠落していたら、住民の生活に介入を要する周産期や感染症、高齢者、精神疾患などについて日本が現在実施しているような公衆衛生体制は実現しなかった。本文でも述べたように、それは戦時期に高度国防国家を建設するために導入された制度ではあった。しかし制度が成熟される前に転用され、また GHQ・厚生省・県保健所・市町村保健婦を結ぶ政策共同体が構築された。上位政府の監督度が高いと同時に市町村の能力も高い政府間関係はこうして成立し、行政資源の乏しい中で公衆衛生の充実が図られた。

もちろん医師や医療機関の統制のように、医療供給を直接制御する手段を地方政府は持たない。必置機関でない公立病院は全国で約 650 事業を数え、病床も全体の 11%程度を占めるに過ぎない。実施主体として医療システム全体に圧力をかけられるプレゼンスがあるわけでもない。しかし、衛生状態の改善によって有病率を下げ、また小康状態を維持することは可能だった。もっぱら公衆衛生面に限られるとは言え、医療体制の質と費用を維持するために地方政府が果たした貢献は非常に大きい（宗前 2020）。このような衛生政策における地方政府の能力については、従来の地方自治研究でほとんど言及されたことのない知見

であり、北山や市川の立論を補強するものだと考えている。

残された課題

本書は日本の医療制度を経時的に分析したものであり、医療制度全般や制度発展全般に関する知見の説得力を増すには他の制度と比較する研究が必要になるであろう。とりわけ、福祉レジームの枠組みと医療システムの枠組みがどの程度合致し、乖離するののかという点は興味深い。

日本の医療に限っても、本書の分析は事実上 1970 年代前半までを射程としているので、その後に起きた変化をより詳細に検討する必要があるだろう。例えば本書でまったく触れていない医療上の大きなトピックとして、根拠に基づく医療 **Evidence Based Medicine** や、医療ミスの防止と補償を目指す医療事故調制度のような変化の過程を十分に触れられなかった。また、薬務行政や臨床看護師を中心とした病院医療職の多様化とその行政的制御について扱えなかった点は、病院を中軸とした現代医療制度の全容解明として十分とは言えない。とはいえ、祈りの医療から医療経済バランスまでの流れは一応述べることができた。本書をここで閉じ、残された課題の攻略は機会を改めたい。

参考文献一覧

[年史等]

医制百	厚生省医務局(1976)『医制百年史』ぎょうせい
医制百資	厚生省医務局(1976)『医制百年史・資料編』ぎょうせい
国保 70	国民健康保険七十年史編集委員会(2009)『国民健康保険七十年史』国民健康保険中央会
厚生 50 本	厚生省(1988a)『厚生省 50 年史記述編』中央法規
厚生 50 資	厚生省(1988b)『厚生省 50 年史資料編』中央法規
国病十	厚生省医務局(1955)『国立病院十年の歩み』厚生省医務局
日医 50	日本医師会(1997)『日本医師会創立記念誌——日本医師会戦後五十年のあゆみ』日本医師会
保助看 60	日本看護協会(2009)『保健師助産師看護史法 60 年史』日本看護協会出版会
国療史	国立療養所史研究会(1975)『国立療養所史(総括編)』厚生省
日病 30	日本病院会(1984)『日本病院会三十年史——1951~1980』日本病院会
日病 50	日本病院会(2001)『日本病院会 50 年史——1951-2000』日本病院会
(web 版 http://www.hospital.or.jp/pdf/01_20040401_04.pdf [2019 年 9 月 6 日閲覧])	
全日病 50	全日本病院協会(2011)『社団法人全日本病院協会 50 年史』全日本病院協会
陸軍衛生史	陸上自衛隊衛生学校修親会編(1990)『陸軍衛生制度史[昭和篇]』原書房
海軍史 1	海軍歴史保存会編(1995)『日本海軍史 第 1 巻 通史』第一法規
海軍史 5	海軍歴史保存会編(1995)『日本海軍史 第 5 巻 部門小史(上)』第一法規

日本語文献(章ごとの掲載なので重複がある)

[序章]

アカロフ、ジョージ(幸村千佳良・井上桃子訳)(1995)『ある理論経済学者のお話の本』ハーベスト社

秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉(2015)『公共政策学の基礎(新版)』有斐閣

秋吉貴雄(2007)『公共政策の変容と政策科学』有斐閣

アッカークネヒト、エルウィン(井上清恒・田中満智子訳)(1983)『世界医療史(第 2 版)』内田老鶴圃

天野郁夫(2009a)『大学の誕生(上)』中公新書

天野郁夫(2009b)『大学の誕生(下)』中公新書

天野郁夫(2012)「大学令と大正昭和期の医師養成」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会

天野郁夫(2017a)『帝国大学——近代日本のエリート育成装置——』中公新書

荒井英治郎(2012)「歴史的制度論の分析アプローチと制度研究の展望」『信州大学人文社会科学研究所』第 6 号

猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』有斐閣

池上直己・J.C.キャンベル(1996)『日本の医療——統制とバランス感覚——』中公新書

池田光徳・奥野克巳(2007)『医療人類学のレッスン』学陽書房

石垣千秋(2017)『医療制度改革の比較政治』春風社

石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久(2018)『公共政策学』ミネルヴァ書房

伊関友伸(2014)『自治体病院の歴史——住民医療の歩みとこれから』三輪書店

伊藤光利(1988)「大企業労使連合の形成」『レヴァイアサン』第2号、木鐸社

エスピノ＝アンデルセン(岡沢憲英・宮本太郎訳)(2001)『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房

大嶽秀夫(1994)『自由主義的改革の時代』中央公論社

大淀昇一(1997)『技術官僚の政治参画』中公新書

笠原英彦(1999)『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会

笠原英彦・小島和貴(2011)『明治期医療・衛生行政の研究——長与専斎から後藤新平へ』ミネルヴァ書房

加藤淳子(1995)「政策知識と政官関係——1980年代の公的年金制度改革、医療保険制度改革、税制改革をめぐって——」『年報政治学』第46号、

上川龍之進(2018)『電力と政治(下)』勁草書房

北山俊哉・城下賢一(2013)「日本——福祉国家発展とポスト類型論」鎮目真人・近藤正基編『比較福祉国家』ミネルヴァ書房

北山俊哉(2003)「土建国家日本と資本主義の諸類型」『レヴァイアサン』第32号

北山俊哉(2011)『福祉国家の制度発展と地方政府』有斐閣

木寺元(2010)「民主党政権と官僚制の専門知」『北海道自治研究』第499号

木寺元(2012)『地方分権改革の政治学』有斐閣

久米郁男編(2009)『専門知と政治』早稲田大学出版部

佐々田博教(2011)『制度発展と政策アイディア』木鐸社

島崎譲(2011)『日本の医療——制度と政策』東京大学出版会

新川敏光(2005)『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房

新川敏光(2011)『福祉レジームの収斂と分岐』ミネルヴァ書房

新川敏光／ジュリアーノ・ボノーリ(2004)『年金改革の比較政治学』ミネルヴァ書房

新藤宗幸(2002)『技術官僚』岩波新書

スピッカー、ポール(武川正吾・上村泰裕・森川美絵訳)(2001)『社会政策講義——福祉のテーマとアプローチ』有斐閣

高城和義(2002)『パーソンズ——医療社会学の構想』岩波書店

千田航(2018)『フランスにおける雇用と子育ての「自由選択」——家族政策の福祉政治』ミネルヴァ書房

辻由希(2012)『家族主義福祉レジームの再編とジェンダー政治』ミネルヴァ書房

堤真(1995)『感染症病理アトラス』文光堂

中川米造(1993)『素顔の医者』講談社現代新書

長坂健二郎(2010)『日本の医療制度——その病理と処方箋』東洋経済新報社

中静未知(1998)『医療保険の行政と政治——1895-1954』吉川弘文館

中島明彦(2017)『医療供給政策の政策過程』同友館

西岡晋(2001)「医療政策過程分析の枠組み」『早稲田政治公法研究』第67号

西岡晋(2003)「医療供給制度改革の政策レジーム分析」『公共政策研究』第3号

パーソンズ、タルコット(佐藤勉訳)(1974)『社会体系論』青木書店

橋本鉦市(2008)『専門職養成の政策過程』学術出版会

早川純貴(1991)「福祉国家をめぐる政治過程(2)」『駒澤大学政治学論集』第33号

尾藤誠司(2010)『「医師アタマ」との付き合い方』中公新書ラクレ

フーコー、ミシェル(神谷美恵子訳)(1969)『臨床医学の誕生』みすず書房

藤田由紀子(2003)「公務員制度改革における技官と専門性」『年報行政研究』第38号

フリードソン、エリオット(新藤雄三・宝月誠訳)(1992)『医療と専門家支配』恒星社厚生閣

ポラニー、カール(野口健彦・栖原学訳)(2009)『新訳・大転換——市場社会の形成と崩壊』東洋経済新報社

三谷宗一郎(2016)「医療保険政策をめぐるアイディアの継承と変容」『年報政治学』2016・Ⅱ号

宮本太郎(2008)『福祉政治——日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣

山岸敬和(2014)『アメリカ医療制度の政治史』名古屋大学出版会

結城康博(2004)『福祉社会における医療と政治——診療報酬をめぐる関係団体の動き』本の泉社

吉村泰典(2002)「生殖医療と生命倫理——医学の進歩と社会の要請——」『100周年記念シンポジウム記録集』日本医学会

吉村泰典(2017)「生殖医療の展望と限界」『医療と社会』第27巻1号

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

竜聖人(2015)「医療法改正の政策過程」『筑波法政』第64号

渡部純(2010)『現代日本政治研究と丸山眞男』勁草書房

[第1章]

坪洋一(2012)『福祉国家』法律文化社

アシュビー、エリック(島田雄次郎訳)(1995)『科学革命と大学』玉川大学出版部

アッカークネヒト、エルウィン(井上清恒・田中満智子訳)(1983)『世界医療史(第2版)』内田老鶴圃

アッカークネヒト、エルウィン(館野之男訳)(2012)『パリ、病院医学の誕生』みすず書房

井上清恒(1984)『医学史概説(増補訂正3版)』内田老鶴圃

岩佐潔(1972)「欧米の病院史」吉田幸雄・守屋博・島内武文編『病院管理学大系第1巻——病院史・管理・組織・倫理・医療制度』医学書院

岩田靖夫(2003)『ヨーロッパ思想入門』岩波ジュニア新書

潮木守一(1993)『アメリカの大学』講談社学術文庫

エスピン＝アンデルセン(岡沢憲実・宮本太郎訳)(2001)『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房

小川鼎三(1964)『医学の歴史』中公新書

梶田昭(2003)『医学の歴史』講談社学術文庫

加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子(2009)『社会保障法(第4版)』有斐閣アルマ

看護史研究会編(1997)『看護学生のための世界看護史』医学書院

紀平英作編(1999)『アメリカ史』山川出版社

熊野純彦(2006)『西洋哲学史』岩波新書

児島美都子・成清美治(2002)『現代医療福祉概論(第二版)』学文社

坂井建雄(2015)「サレルノ医学校——その歴史とヨーロッパの医学教育における意義」『日本医史学雑誌』第61巻4号

鎮目真人・近藤正基編 2013『比較福祉国家』ミネルヴァ書房

シャルル、クリストフ／ジャック・ヴェルジェ(岡山茂・谷口清彦訳)(2009)『大学の歴史』白水社

ダレーヌ、クロード(小林武夫・川村よし子訳)(1988)『外科学の歴史』白水社

トールワルド、ユルゲン(大野和基訳)(1995)『外科の夜明け』小学館

ドラン、ジョセフィン(小野泰博・内尾貞子訳)(1978)『看護・医療の歴史』誠信書房

バイナム、ウィリアム(鈴木晃仁・鈴木美佳訳)(2015)『医学の歴史』丸善出版

パストゥール、レイ(山口清三郎訳)(1970)『自然発生説の検討』岩波文庫

バターフィールド、ハーバート(渡辺正雄訳)(1978)『近代科学の誕生(上)』講談社学術文庫
 ハンプトン、ウォルバー(君村昌訳)(1996)『地方自治と都市政治(第2版)』敬文堂
 ヒポクラテス(小川政恭訳)(1963)『古い医術について他八編』岩波文庫
 ベルナール、クロード(三浦岱栄訳)(1970)『実験医学序説』岩波文庫
 森岡恭彦(2015)『医学の近代史』NHK 出版
 渡辺かよ子(2016)「専門職養成としての教員養成——『フレクスナー神話』の継承と革新の視点から」『学び舎——教職課程研究(愛知淑徳大学教育学会紀要)』第11号

[第2章]

青柳精一(1996)『診療報酬の歴史』思文閣出版
 秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹編(2012)『医薬分業の歴史』薬事日報社
 天野郁夫(2009a)『大学の誕生(上)』中公新書
 天野郁夫(2009b)『大学の誕生(下)』中公新書
 天野郁夫(2012)「大学令と大正昭和期の医師養成」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会
 石川三千夫(2012)「桜美林大学の外国語教育 フランス語」『Obirin Today 教育の現場から』桜美林大学教育センター群
 桜医会(1993)『温故知新』桜医会出版5部
 小川鼎三(1964)『医学の歴史』中公新書
 笠原英彦・小島和貴(2011)『明治期医療・衛生行政の研究——長与専斎から後藤新平へ』ミネルヴァ書房
 梶田昭(2003)『医学の歴史』講談社学術文庫
 金口泰久(2006)「ドイツにおける私立大学設置の動向」『大学評価・学位研究』第4号
 川上武(1965)『現代日本医療史——開業医制の変遷』勁草書房
 吉良枝郎(2010)『明治期におけるドイツ医学の受容と普及——東京大学医学部外史』築地書館
 黒澤嘉幸(2001)「明治初期の陸軍軍医学校」『日本医史学雑誌』第47巻1号
 坂井建雄(2012)「明治初期の公立医学校」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会
 志村俊郎(2012)「明治期における私立医学校の教育」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会
 杉立義一(2002)『お産の歴史——縄文時代から現代まで』集英社新書
 鈴木昶(2013)『日本医家列伝』大修館書店
 鈴木則子(1996)「江戸都市社会における病と死——滝沢太郎の場合」早川聞多・森岡正博編『現代生命論研究』国際日本文化研究センター
 関正夫(1978)「戦前期における高等教育の構造と入学者選抜」『大学論集(第6集)』
 関口允夫(1998)『理想のお産とお産の歴史——日本産科医療史』日本図書刊行会
 副田義也(2007)『内務省の社会史』東京大学出版会
 竹原万雄(2009)「明治初期の衛生政策構想——『内務省衛生局雑誌』を中心に」『日本医史学雑誌』第55巻4号
 新村拓(2006)『日本医療史』吉川弘文館
 西村明(2000)「彼の死——増田巡査の神格化」『東京大学宗教学年報』第17号
 橋本鉦市(1994)「医師集団と非学歴層」『放送教育開発センター研究報告(放送大学)』第67号
 秦郁彦編(2005)『日本陸海軍総合事典』東京大学出版会
 福永肇(2014)『日本病院史』ピラールプレス

宝月理恵(2010)『近代日本における衛生の展開と受容』東信堂
山田順子(2008)『本当に江戸の浪人は傘張りの内職をしていたのか?』実業之日本社
吉川卓治(2010)『公立大学の誕生』名古屋大学出版会
吉田幸雄(1972)「日本の病院史」吉田幸雄・守屋博・島内武文編『病院管理学大系第 1 巻——病院史・管理・組織・倫理・医療制度』医学書院

[第 3 章]

アッカークネヒト、エルウィン(井上清恒・田中満智子訳)(1983)『世界医療史(第 2 版)』内田老鶴圃
秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹編(2012)『医薬分業の歴史』薬事日報社
青木郁夫(2014)「東京医療利用組合の設立認可をめぐる諸対立・対抗関係」『阪南論集(人文・自然科学編)』第 49 巻 2 号
青柳精一(1996)『診療報酬の歴史』思文閣出版
天野郁夫(2012)「大学令と大正昭和期の医師養成」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会
有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社
有本寛・藤栄剛・仙田徹志(2013)「1930 年代日本の農家負債——『農家負債に関する調査』のマイクロデータ分析」『経済研究(一橋大学)』第 64 巻 1 号
猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』有斐閣
井川博(2011)「第 4 期 不況、戦時体制下の地方自治(1930-1945 年)」政策研究大学院大学比較地方自治研究センター『我が国の地方自治の成立・発展』
石畑良太郎・牧野富夫編(2003)『新版・社会政策』ミネルヴァ書房
池上直己・J.C.キャンベル(1996)『日本の医療——統制とバランス感覚——』中公新書
泉孝英(2009)『外地の医学校』メディカルレビュー社
泉孝英(2012)「戦時下における外地の医学校」坂井健雄編『日本医学教育史』東北大学出版会
市川喜崇(2012)『日本の中央地方関係——現代型集権体制の起源と福祉国家』法律文化社
稲垣浩(2015)『戦後地方自治と組織編成——「不確実」な制度と地方の「自己制約」』吉田書店
岩瀬彰(2006)『「月給百円」サラリーマン——戦前日本の「平和」な生活』講談社現代新書
潮木守一(1993)『アメリカの大学』講談社学術文庫
江口隆裕(1996)『社会保障の基本原則を考える』有斐閣、
及川和男(2008)『村長ありき——沢内村深沢晟雄の生涯』れんが書房新社、
大国美智子(1973)『保健婦の歴史』医学書院
大河内一男(1980)『社会政策総論(増訂版)』有斐閣
太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽(1983)『沢内村奮戦記——住民の生命を守る村』あけび書房
大本圭野(2005)「占領期の住宅政策(1)——GHQ による住宅営団の閉鎖課程とその意味」『東京経学会誌(経済学)』第 247 巻
岡田知弘(1982)「経済更生運動と農村経済の再編」『経済論叢(京都大学)』第 129 巻 6 号
加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子(2009)『社会保障法(第 4 版)』有斐閣アルマ
金沢大学医学部(2012)『金沢大学医学部創立百五十周年記念誌』金沢大学医学部
金子雅彦(2012)『医療制度の社会学』書肆クラルテ
金口恭久(2006)「ドイツにおける私立大学設置の動向」『大学評価・学位研究』第 4 号

- 川井真(2010)「地域医療と協同組合」『共済総研レポート』第 107 号
- 川上武(1965)『現代日本医療史——開業医制の変遷』勁草書房
- 川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説——都市計画とメディコ・ポリス構想——』勁草書房
- 川上裕子(2013)『日本における保健婦事業の成立と展開』風間書房
- 看護史研究会編(1989)『看護学生のための日本看護史』医学書院
- 鬼嶋淳(2008)「戦時・戦後の保健医療問題と農村社会——農村診療所の開設をめぐる対抗」『民衆史研究(民衆史研究会)』第 75 号、
- 紀田順一郎(1990)『東京の下層社会——明治から終戦まで』新潮社
- 木村哲也(2012)『駐在看護婦の時代』医学書院
- 木村真(2014)「被用者年金の分立・統合過程にみる官と民、公と私」猪木武徳編『近代日本の公と私、官と民』NTT出版
- 久保健介(2014)「『思想対策決議』及び『思想取締方策具体案』に関する覚書」『現代法学(東京経済大学)』第 26 号
- 厚生研究所(1942)『国民医療法と医療団』研進社(菅沼隆監修(2006)『国民医療法と医療団／日本医療団史』日本社会保障基本文献集第 1 期第 3 巻、日本図書センター所収を参照)
- 合田一道(2004)『現場検証——昭和戦前の事件簿』幻冬舎アウトロー文庫
- 国民健康保険協会(1948)『国民健康保険小史』(菅沼隆監修(2006)『被占領下の社会保障構想』日本社会保障基本文献集第 2 期第 16 巻、日本図書センター所収を参照)
- 小山真理子編(2003)『看護教育の原理と歴史』医学書院
- 坂田周一(2000)『社会福祉政策』有斐閣
- 佐藤健二(1992)『東京市社会局調査の研究——史料的基础研究——』住宅総合研究財団
- 塩見鮮一郎(2008)『貧民の帝都』文春新書
- 新村拓(2006)『日本医療史』吉川弘文館
- 島田雄次郎(1990)『ヨーロッパの大学』玉川大学出版部
- JICA(2003)『報告書 第二次人口と開発援助研究』国際協力事業団
- 菅原京子(2001)「国家資格」としての保健婦の終焉(1)保健婦の誕生から二つの保健婦規則制定までの過程を追って」『現代社会文化研究(新潟大学)』第 22 号
- スミス、ケリー(筒井正男訳)(2006)「昭和恐慌と農村経済更生運動」西田美昭／アン・ワズオ編『20 世紀日本の農民と農村』東京大学出版会
- 副田義也(2007)『内務省の社会史』東京大学出版会
- 高岡裕之(2011)『総力戦体制と「福祉国家」——戦時期日本の「社会改革」構想——』岩波書店
- 高嶋裕子(2005)「国民健康保険制度形成過程における医療利用組合運動」『大原社会問題研究所雑誌』第 564 号
- 高橋保・尾崎毅(1998)「日本社会保障法の形成過程(三)」『創価法学』第 28 巻 1 号
- 竹山祐太郎(1990)「農山漁村経済厚生運動の経過」全国農地保有合理化協会『経済更生運動——その歴史と意義——』
- 中尾友紀(2015)「労働者年金保険法立案の経緯」『社会福祉(日本女子大学)』第 54 号
- 中静未知(1998)『医療保険の行政と政治——1895-1954』吉川弘文館
- 中村祐司(1992)「戦時下の『国民体育』行政——厚生省体力局による体育行政施策を中心に——」『早稲田大学人間科学研究』5 巻 1 号
- 西田茂樹(1996)「わが国の乳児死亡率低下に医療技術が果たした役割について」『公衆衛生研究』45 巻 3 号
- 西田美昭(2006)「20 世紀日本農村の変化とその特徴」、西田美昭／アン・ワズオ編『20 世紀日本の農民と農村』東京大学出版会

日本医療団(1977)『日本医療団史』日本医療団(菅沼隆監修(2006)『国民医療法と医療団／日本医療団史』日本社会保障基本
 文献集第1期第3巻、日本図書センター所収を参照)

日本看護歴史学会(2008)『日本の看護120年』日本看護協会出版会

野間正秋(1940)『医療制度改善論』ダイヤモンド社

橋本鉦市(2008)『専門職養成の政策過程』学術出版会

橋本鉦市編(2009)『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版会

畑本裕介(2012)『社会福祉行政——行財政と福祉計画——』法律文化社

深田祐介(1988)『聖歌まぼろしなり』『さらば麗しきウインブルドン』文春文庫

藤井博之(1995)『医学教育の改革』『通史 日本の科学技術 第1巻』学陽書房

堀勝洋(2004)『社会保障法総論』東京大学出版会

増山道康 2004「戦争計画による社会保障制度形成——人口政策確立要綱」『岐阜経済大学論集』第37巻2号

ミシュラー、レーミッシュ(丸谷冷史・安藤康士・河内朗・小嶋智明・山本香訳)(1990)『福祉国家と資本主義』晃洋書房

皆川勇一(1984)『日本資本主義の発展と人口動態』『千葉大学教育学部研究紀要』第33巻

源川真希(2007)『東京市政』日本経済評論社

宮本恭子(2014)『明治期からの助産師職の発展と乳児死亡の関連』『社会医学研究』

山本悠三(1996)『社会局設置経過について』『東京家政大学研究紀要』第36巻1号

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

ワズオ、アン(2006)『1920年代の農民運動』、西田美昭／アン・ワズオ編『20世紀日本の農民と農村』東京大学出版会

[第4章]

秋葉保次・中村健・西川隆・渡辺徹編(2012)『医薬分業の歴史』薬事日報社

天川晃(2017)『戦後自治制度の形成』放送大学叢書

天野郁夫(2017b)『新制大学の誕生(上)』名古屋大学出版会

天野郁夫(2017c)『新制大学の誕生(下)』名古屋大学出版会

有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社

猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』有斐閣

市川喜崇(2012)『日本の中央地方関係——現代型集権体制の起源と福祉国家』法律文化社

稲垣浩(2015)『戦後地方自治と組織編成——「不確実」な制度と地方の「自己制約」』吉田書店

岩永理恵(2011)『生活保護は最低生活をどう構想したか』ミネルヴァ書房

潮木守一(1993)『アメリカの大学』講談社学術文庫

大石彩乃・ライダー・島崎玲子(1992)『GHQ 公衆衛生福祉局初代看護課長オルト少佐の Biography』『日本看護学会誌』第12巻
 3号

大国美智子(1973)『保健婦の歴史』医学書院

大島蘭三郎・堀江健也(1983)『慶應義塾大学医学部60年史』慶應義塾大学医学部

大森彌(1995)『現代日本の地方自治』放送大学教育振興会

小栗史朗・木下安子・内堀千代子(1985)『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』医学書院

金井利之(2007)『自治制度』東京大学出版会

神谷昭典(2007)『15年戦争下の医学教育』『15年戦争と日本の医学医療研究会会誌』第7巻2号

川上武(1961)『日本の医者』勁草書房

菊池正治・清水教恵・田中和男・永岡正己・室田保夫編(2003)『日本社会福祉の歴史』ミネルヴァ書房

北山俊哉(2010)「日本の地方自治の発展」村松編『テキストブック地方自治(第2版)』東洋経済新報社

北山俊哉(2011)『福祉国家の制度発展と地方政府』有斐閣

北山俊哉(2017)「日本における総合行政の起源」『法と政治』第68巻1号

木村哲也(2012)『駐在看護婦の時代』医学書院

楠綾子(2013)『現代日本政治史1巻ー占領から独立へ』吉川弘文館

ケルブレ、ハルトムート(永岑三千輝・瀧川貴利・赤松廉史・清水雅大訳)(2014)『冷戦と福祉国家』日本経済評論社

酒井威(1948)「杉並モデル保健所の紹介」『公衆衛生学雑誌』第3巻5号

櫻井凡夫(1953)「衛生時評——医療体系の確立を急げ」『厚生』第8巻7号、厚生問題研究会

佐々木秀美(2005)、歴史にみるわが国の看護教育——その光と影』青山社

サムス、クロフォード(竹前栄治訳)(1986)『DDT 革命——占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店

サムス、クロフォード(竹前栄治訳)(2007)『GHQ サムス准将の改革——戦後日本の医療福祉政策の原点』桐書房

清水嘉与子(2009)「保健師助産師看護師法60年史総論」『保助看60』

新藤宗幸(1998)『地方分権』岩波書店

新村拓(2006)『日本医療史』吉川弘文館

杉田米行(2005)「アジア太平洋戦争後の初期医療保険構想の意義」杉田米行編『アジア太平洋戦争の意義』三和書籍

杉田暉道・平尾真智子・長門谷洋治・石原明(2005)『系統看護学講座 別巻看護史(第7版)』医学書院

竹前栄治(1983)『GHQ』岩波新書

津川友介・池上直己・見明奈央子・マイケル=ライシュ(2014)「日本における保健所を通じた公衆衛生の向上への取り組み」池上直己編『包括的で持続的な発展のためのユニバーサル・ヘルス・カバレッジー日本からの教訓』日本国際交流センター

手塚洋輔(2010)『戦後行政の構造とディレンマ——予防接種行政の変遷』藤原書店

内科同窓会編(1964)『西野忠次郎先生の思い出(私家版)』慶大医学部内科同窓会

中静未知(1998)『医療保険の行政と政治——1895-1954』吉川弘文館

二至村菁(2002)『日本人の生命を守った男——GHQ サムス准将の闘い』講談社

日本医療団(1977)『日本医療団史』日本医療団(菅沼隆監修(2006)『国民医療法と医療団／日本医療団史』日本社会保障基本文献集第1期第3巻、日本図書センター所収を参照)

橋本鉦市(2008)『専門職養成の政策過程』学術出版会

平山朝子・宮地文子編(1990)『公衆衛生看護学概論・地区活動論』日本看護協会出版会

福島統(2012)「戦後における医学教育制度改革」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会

保阪正康(2001)『天皇が十九人いた』角川文庫

増山道康(2007)「占領初期『理想的社会保障制度』構想の展開過程と帰結」『青森保健大雑誌』第8巻1号

三輪和雄(1995)『猛医武見太郎』徳間文庫

三谷宗一郎(2016)「医療保険政策をめぐるアイディアの継承と変容」『年報政治学』2016-II号

安江政一(1977)「西欧における医薬分業成立の背景」『薬史学雑誌』第12巻1号

吉田幸雄(1972)「日本の病院史」吉田幸雄・守屋博・島内武文編『病院管理学大系第1巻——病院史・管理・組織・倫理・医療制度』医学書院

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

[第 5 章]

- 有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社
- 猪飼周平(2010)『病院の世紀の理論』有斐閣
- 池田慎太郎(2012)『独立完成への苦闘』吉川弘文館
- 石川真澄・広瀬道貞(1989)『自民党——長期支配の構造』岩波書店
- 石田博英(1963)「保守政党のビジョン」『中央公論』昭和 38 年 1 月号
- 石本茂(1961)「臨床看護の場から——病院ストを機に」『看護』1961 年 2 月号
- 一条勝夫(1966)「医療制度と病院経営」『病院』第 25 巻 1 号
- 岩永理恵(2011)『生活保護は最低生活をどう構想したか』ミネルヴァ書房
- 印南一路・中静未知・清水唯一朗(2011)『国民皆保険オーラル・ヒストリー(1) 幸田正孝』医療経済研究機構
- 上崎哉(2006)「住宅政策の争点化とその影響について」『近畿大學法學』第 53 巻 3/4 号
- 大内正夫(1972)「わが国‘救急医療センター’の実態」『病院』第 31 巻 11 号
- 大嶽秀夫(1983)「戦後保守体制の対立軸」『中央公論』昭和 58 年 4 月号
- 大嶽秀夫(1986)『アデナウアーと吉田茂』中央公論社
- 大嶽秀夫(1992)『二つの戦後・ドイツと日本』日本放送出版協会
- 大村潤四郎(1966)「国立結核療養所の任務と今後の課題」『病院』第 25 巻 3 号
- 岡野孝信(2017)『「病院統一」の歴史的意義と企業別組合克服への萌芽』『千葉大学社会科学研究』第 34 巻
- 岡村正明(1972)「混迷のなかの救急医療」『病院』第 31 巻 11 号
- 尾口平吉(1963)「病院財政の危機」『病院』第 22 巻 8 号
- 加倉井駿一(1958)「疾病の質の変化に伴う医療機関の機能」『病院』第 17 巻 13 号
- 笠原英彦(1999)『日本の医療行政』慶應義塾大学出版会
- 亀山未知子(1984)『近代日本看護史 I 日本赤十字社と看護』ドメス出版
- 川口啓子・黒川章子編(2008)『従軍看護婦と日本赤十字社』文理閣
- 看護史研究会編(1989)『看護学生のための日本看護史』医学書院
- 榊田博(1972)「夜間診療のための病院の条件」『病院』第 31 巻 11 号
- 北岡伸一(2008)『自民党——政権党の 38 年』、中公文庫
- 久米郁男(1997)「鳩山・岸路線と戦後政治経済体制」『レヴァイアサン 20 号』、木鐸社
- 小松大介(2015)『病院経営の教科書』、日本医事新報社
- 佐々木秀美(2005)『歴史にみるわが国の看護教育——その光と影』青山社
- 下村健(1964)「救急医療制度の発足」『病院』23 巻 6 号
- 社会保障研究所(1968a)『戦後の社会保障 本論』、至誠堂
- 社会保障研究所(1968b)『戦後の社会保障 資料』、至誠堂
- 城下賢一(2004a)「岸信介と保守合同(一)」『法学論叢』157 巻 3 号
- 城下賢一(2004b)「岸信介と保守合同(二)」『法学論叢』157 巻 5 号
- 新川敏光(2001)「戦後社会保障政策の過程と構造」『季刊社会保障研究』37 巻 1 号
- 杉田暉道・平尾真智子・長門谷洋治・石原明(2005)『系統看護学講座別巻 看護史[第7版]』医学書院
- 杉山章子(1995)『占領期の医療改革』勁草書房
- 鈴木道子(2009)「看護師——その自給自足の養成体制のゆくえ」橋本鉦市編『専門職養成の日本的構造』玉川大学出版部

高橋元吉(1964)「医師会オープン病院その運営 1 年の経験」『病院』第 23 巻 7 号

田口富久治(1969)『社会集団の政治機能』未来社

武見太郎(1972)「日本の病院と医療(1) 武見太郎氏へのインタビュー」『病院』第 31 巻 1 号

建林正彦(2004)『議員行動の政治経済学』有斐閣

田辺国昭(1995)「戦後日本の社会保障」『レヴィアサン』第 16 号

田村二郎(1957)「病院経営からみた完全看護」『看護』1957 年 5 月号

内科同窓会編(1964)『西野忠次郎先生の思い出(私家版)』慶大医学部内科同窓会

内閣府(2008)『交通安全白書』

中北浩爾(2002)『一九五五年体制の成立』東京大学出版会

中静未知(1998)『医療保険の行政と政治——1895-1954』吉川弘文館

中島明彦(2017)『医療供給政策の政策過程』同友館

仲島愛子(2005)『「看護婦規則」下の看護婦養成』『看護教育』第 46 巻 5 号

西沢孝洋(2010)『病院物語』日本病院会出版

野村陽子(2015)『看護制度と政策』法政大学出版局

橋本雄太郎(2016)「消防法第 2 条第 9 項に関する昭和 61 年一部改正の意義」『杏林社会科学研究』第 32 巻 1 号

橋本 壽(2001)「結核を取り巻く環境変化と診療報酬改善の必要性」結核予防会ホームページ(URL <https://jata.or.jp/rit/rj/0109hashimoto.html>[2019年12月11日閲覧])

橋本寛敏(1956)「病院医療を軽視するもの」『厚生』1956 年 2 月号

細谷正宏(1988)「アメリカ対日政策の『転換』——改革から復興へ」『同志社アメリカ研究』第 24 号

平岡敬子(2000)「占領期における看護制度改革の成果と限界」『看護学統合研究』第 2 巻 1 号

保阪正康(2001)『天皇が十九人いた』角川文庫

三輪和雄(1995)『猛医武見太郎』徳間文庫

村山午朔(1959)「看護婦の勤務に関する2、3の調査とその考察」『病院』第 18 巻 11 号

守屋博(1964)「病院は誰が建てるか」『病院』第 23 巻 9 号

結城康博(2004)『福祉社会における医療と政治——診療報酬をめぐる関係団体の動き』本の泉社

吉田幸雄(1972)「日本の病院史」吉田幸雄・守屋博・島内武文編『病院管理学大系第 1 巻——病院史・管理・組織・倫理・医療制度』医学書院

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

米山桂三(1961)「看護婦も労働者」『看護』1961 年 1 月号

四〇年史編集委員会編(1991)『日本患者同盟四〇年の軌跡』法律文化社

[第 6 章]

朝日新聞社(1973)『日本共産党』朝日新聞社

阿部昌樹(1998)「環境行政における中央地方関係」『日本公共政策学会年報 1998』

有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社

安東仁兵衛(1995)『戦後日本共産党私記』文春文庫

安藤保(2002)「横浜市環境保全協定とその考え方」『紙パ技協誌』第 56 巻 10 号

石垣千秋(2017)『医療制度改革の比較政治』春風社

伊藤修一郎(2006)『自治体発の政策革新』木鐸社

稲継裕昭(2006)「経済成長期の大都市」東京市政調査会編『大都市のあゆみ』東京市政調査会

猪口孝・岩井泰信(1987)『族議員の研究』日本経済新聞社

印南一路・中静未知・清水唯一朗(2011)『国民皆保険オーラル・ヒストリー(1) 幸田正孝』医療経済研究機構

大森彌(1986)『『革新』と選挙連合』大森彌・佐藤誠三郎編『日本の地方政府』東京大学出版会

岡田一郎(2016)『革新自治体』中公新書

川上武(1961)『日本の医者』勁草書房

北岡伸一(2008)『自民党——政権党の38年』、中公文庫

北原龍二(1994)「高度成長と開業医」間宏編『行動経済成長下の生活世界』文眞堂

キャンベル、J.C.(2014)『自民党の予算編成』勁草書房

功刀俊洋(2008)「革新自治体史のなかの飛鳥田神話——革新市政発展前史(1)」『行政社会論集(福島大学)』第20巻2号

河野すみ子(2006)「1960年代から70年代初頭の医療供給体制をめぐる議論」『日本医療経済学会会報』、第69号

坂田周一(2000)『社会福祉政策』有斐閣

清水真人(2015)『財務省と政治』中公新書

社会保障研究所(1968b)『戦後の社会保障 資料』、至誠堂

シヨツパ、L.(2005)『日本の教育政策過程』三省堂

新川敏光(1999)『戦後日本政治と社会民主主義——社会党・総評ブロックの興亡——』法律文化社

新川敏光(2005)『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房新藤宗幸(1998)『地方分権』岩波書店

砂原庸介(2018)『新築がお好きですか』ミネルヴァ書房

全国革新市長会・地方自治資料センター(1990)『資料・革新自治体』日本評論社

曾我謙吾・待鳥聡史(2007)『日本の地方政治』名古屋大学出版会

建林正彦(2004)『議員行動の政治経済学』有斐閣

辻陽(2015)『戦後日本地方政治史論——二元代表制の立体的分析』木鐸社

土井純雄(2005)「薬価基準制度の沿革と制度の法的考察(上)」『修道法学』第28巻1号

中島琢磨(2012)『高度成長と沖縄返還 1960-1972』吉川弘文館

鳴海正泰(1994)『地方分権の思想』学陽書房

橋本鉦市(2008)『専門職養成の政策過程』学術出版会

原彬久(2000)『戦後史の中の日本社会党』中公新書

平野淳一(2011)「革新市政後退の要因」『神戸法學雑誌』第61巻1/2号

福島統(2012)「戦後における医学教育制度改革」坂井建雄編『日本医学教育史』東北大学出版会

ペンペル、T.J.(2004)『日本の高等教育政策』玉川大学出版部

保阪正康(2001)『天皇が十九人いた』角川文庫

前田健太郎(2014)『市民を雇わない国家』東京大学出版会

松下圭一(1987)『都市型社会の自治』日本評論社

真淵勝(1994)『大蔵省統制の政治経済学』中央公論社

水野肇(1971)「川崎医科大学の医者づくり」『病院』第30巻5号

水野肇(1972)「医師不足と新設私立医大」『病院』第31巻5号

三輪和雄(1995)『猛医武見太郎』徳間文庫

森裕城(2001)『日本社会党の研究』木鐸社

山田千絵(2006)「公共事業における草の根運動の成功の要因——地下鉄 8 号線建設を事例として」『公共政策研究』第 6 号

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

寄本勝美(1974)『ゴミとリサイクル』岩波新書

[第 7 章]

秋月謙吾(2001)『行政・地方自治』東京大学出版会

有岡二郎(1997)『戦後医療の五十年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社

印南一路(2009)『社会的入院の研究』東洋経済新報社

印南一路(2016)『再考・医療費適正化』有斐閣

印南一路・中静未知・清水唯一朗(2011)『国民皆保険オーラル・ヒストリー(1) 幸田正孝』医療経済研究機構

驛賢太郎(2013)「大蔵省銀行局の人事、専門性、政策——自由化志向の機関哲学の形成と継承」『神戸法學雑誌』第 63 卷 3 号

猪口孝・岩井泰信(1987)『族議員の研究』日本経済新聞社

及川和男(2008)『村長ありき——沢内村深沢晟雄の生涯』れんが書房新社

太田祖電・増田進・田中トシ・上坪陽(1983)『沢内村奮戦記——住民の生命を守る村』あけび書房

大嶽秀夫(1994)『自由主義的改革の時代』中央公論社

大嶽秀夫(1997)『「行革」の発想』TBS ブリタニカ

岡田一郎(2016)『革新自治体』中公新書

小栗史朗・木下安子・内堀千代子(1985)『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史』医学書院

川上武・小坂富美子(1992)『戦後医療史序説——都市計画とメディコ・ポリス構想——』勁草書房

権丈善一(2006)「医療経済学の源流」西村周三・田中滋・遠藤久夫編『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房

小松秀樹(2007)『医療の限界』新潮新書

下村太一(2011)『田中角栄と自民党政治』有志舎

高橋秀行(1989)「医療保険——政策変容と政治過程——」『日本の公共政策——その基準と実際』行政管理研究センター

中島琢磨(2012)『高度成長と沖縄返還 1960-1972』吉川弘文館

日本看護歴史学会(2008)『日本の看護 120 年』日本看護協会出版会

早川純貴(1991)「福祉国家をめぐる政治過程(2)」『駒澤大学政治学論集』第 33 号

稗田健志(2012)「高齢者介護政策の比較政治学」宮本太郎編『福祉政治』ミネルヴァ書房

平山朝子・宮地文子編(1990)『公衆衛生看護学概論・地区活動論』日本看護協会出版会

広井良典(1997)『医療保険改革の構想』日本経済新聞社、

府川哲夫・磯部文雄(2011)『保健医療福祉制度論(改訂版)』ミネルヴァ書房

二木立(2006)『医療経済学・政策学の視点と研究方法』勁草書房

二木立(2011)「二木教授の医療時評(その 96) 吉村仁氏の『医療費亡国論』は幻か? ——1980 年代前半の『医療費適正化』政策の再検証」『文化連情報』第 404 号

船曳孝彦(2010)『崩壊する医療の現場を再生する道はあるのか』河出書房新社

保阪正康(2010)『田中角栄の昭和』朝日選書

星野貞一郎(1998)『保健医療福祉の社会学』中央法規

本田宏(2007)『誰が日本の医療を殺すのか』洋泉社

真淵勝(1994)『大蔵省統制の政治経済学』中央公論社

三輪和雄(1995)『猛医武見太郎』徳間文庫

村上正泰(2009)『医療崩壊の真犯人』PHP 新書

村松岐夫(1994)「歳入歳出政治の設定——大平政治の役割」公文俊平・香山健一・佐藤誠三郎監修『大平正芳 政治的遺産』大平正芳記念財団

吉村仁(1983)「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『社会保険旬報』第 1424 号

吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(増補改訂版)』東洋経済新報社

渡辺真言(1982)『風雪の医政三十年』私家版

[終章]

天野拓(2006)『現代アメリカの医療政策と専門家集団』慶應義塾大学出版会

新井裕充(2010)『行列のできる審議会』、ハス・メディカル

池上直己(2010)『医療問題(第 4 版)』日本経済新聞社

石原孝二編(2013)『当事者研究の研究』医学書院

市川喜崇(2012)『日本の中央地方関係——現代型集権体制の起源と福祉国家』法律文化社

岩田正美(2017)『貧困の戦後史』筑摩書房

岩永理恵(2011)『生活保護は最低生活をどう構想したか』ミネルヴァ書房

佐藤敏信(2018)『THE 中医協』薬事日報社

宗前清貞(1994)「地方政治退ける構造的制約の検討——ピーターソンモデルへの旅と離脱」『東北法学』第 12 号、東北大学大学院法学研究科院生会

宗前清貞(2013)「補助線としての雇用——福祉レジーム論の批判的検討——」『レヴァイアサン』第 53 号

宗前清貞(2020)「医療行政における地方政府——医療制度の変化とその対応」焦従勉・藤井誠一郎編『政策と地域』ミネルヴァ書房

田中拓道(2017)『福祉政治史』勁草書房

野口裕二(2002)『物語としてのケア——ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院

真野俊樹(2013)『比較医療政策』ミネルヴァ書房

山岸敬和(2014)『アメリカ医療制度の政治史』名古屋大学出版会

李啓充(1998)『市場原理に揺れるアメリカの医療』医学書院

李啓充(2000)『アメリカ医療の光と影』医学書院

英語文献

Arrow, Kenneth (1963) 'Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care', *The American Economic Review*, 53(5)

Bachrach, Peter and Baratz, Morton (1962) 'Two Faces of Power', *The American Political Science Review*, 56(4)

Campbell, J.C. and Ikegami, Naoki (1998) *The Art of Balance in Health Policy: Maintaining Japan's Low-Cost, Egalitarian System*, Cambridge University Press

Carpenter, Daniel (2010) *Reputation and Power*, Princeton University Press

Crenson, Matthew (1971) *The Un-Politics of Air Pollution: A Study of Non-Decisionmaking in the Cities*, The Johns Hopkins University Press

- Dahl, Robert A. (1961) *Who Governs?: Democracy and Power in an American City*, Yale University Press
- Estévez-Abe, Margarita (2008) *Welfare Capitalism in Postwar Japan*, Cambridge University Press
- Goldstein, Judith and Keohane, Robert O. eds. (1993) *Ideas and Foreign Policy: Beliefs, Institutions and Political Change*, Cornell University Press
- Hacker, Jacob (2005) 'Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment', Streeck, W. and Thelen, K. eds., *Beyond Continuity*, Oxford University Press
- Hunter, Floyd (1953) *Community Power Structure*, The University of North Carolina Press
- Peterson, Paul E., (1981) *City Limits*, University of Chicago Press
- Peterson, Paul E. and Rom, Mark (1990) *Welfare Magnets*, Brookings Institution
- Pierson, Christopher (2006) *Beyond the Welfare State? New Political Economy of Welfare*, Polity Press
- Pierson, Paul (2004), *Politics in Time*, Princeton University Press
- Polsby, Nelson (1963) *Community Power and Political Theory*, Yale University Press
- Rhodes, R.A.W. and Marsh, David (1992) 'New directions in the study of policy networks' *European Journal of Political Research*, 21(1-2)
- Schattschneider, E.E. (1960) *The Semisovereign People*, Holt, Rinehart and Winston
- Skocpol, Theda (1979) *States and Social Revolutions: A Comparative Analysis of France, Russia, and China*, Cambridge University Press
- Skocpol, Theda (1985) 'Bringing the State Back In: Strategies of Analysis in Current Research', Evans, Rueschemeyer, and Skocpol eds., *Bringing the State Back In*, Cambridge University Press
- Skocpol, Theda (1992) *Protecting Soldiers and Mothers: The Political Origins of Social Policy in the United States*, Harvard University Press
- Stone, Clarence N. (1989) *Regime Politics: Governing Atlanta, 1946-1988*, University Press of Kansas
- Van Waarden (1992) 'Dimensions and types of policy networks', *European Journal of Political Research*, 21(1-2)