

201001034A

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築

(H22-政策-一般-016)

総括研究報告書

平成 23 年 3 月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部教授 大学院政策・メディア研究科委員

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築

(H22-政策-一般-016)

研究報告書

平成 23 年 3 月

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部教授 大学院政策・メディア研究科委員

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築

目次

I 研究組織.....	1
II 統括研究報告	3
III 分担研究報告.....	9
社会環境の変化と医療提供体制の歴史的変遷	11
ドクターヘリと日本の救急医療の地域格差.....	49
病院アクセシビリティ評価に関する基礎的研究	71
人口動態を考慮した地域医療指数の将来予測について—確率的死亡率モデルによるアプローチ— .	93
医師の卒前・卒後教育における日米比較と Primary Care 医の育成上の課題.....	111
専門医と総合医の特徴を踏まえた医療提供体制を考えるために—診療範囲と診療レベルから医師像 を考える	135

I 研究組織

主任研究者

印南 一路 (慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員)

分担研究者

梶井 英治 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 教授)

小暮 厚之 (慶應義塾大学総合政策学部 教授 大学院政策・メディア研究科委員)

堀 真奈美 (東海大学教養学部 准教授)

古谷 知之 (慶應義塾大学総合政策学部 准教授 大学院政策・メディア研究科委員)

神田 健史 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 助教)

阿江 竜介 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 臨床助教)

古城 隆雄 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 助教)

原田 昌範 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 非常勤医員)

Ⅱ 総括研究報告

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築

主任研究者 印南 一路
慶應義塾大学総合政策学部 教授
大学院政策・メディア研究科委員

研究要旨

3年間を研究期間として予定する本研究の最終目的は、人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築を図る必要があるとの認識に立ち、住民の健康を守る観点から、医療提供体制を再構築すべき地域(重点支援地域)を特定する実践的な方法を開発し、実際に戦略的なプランを例示することである。

初年度にあたる平成22年度研究では、最終年度に向けて必要となる基礎的な研究を行った。まず、社会環境の変化に医療提供体制がどのように対応してきたのかについて、その歴史的変遷を整理した。次に、医療機関への物理的アクセスに着目した研究を行い、地域医療指標について人口動態を考慮した形に改良する方法論について論じた。さらに、卒前・卒後教育における日米比較から医学教育上の課題を整理した研究と、診療範囲と診療レベルから専門医と総合医の特徴を描き出す研究を行った。

本総括研究報告書は、これら6つの分担研究報告書の位置づけ、および研究結果の要旨を記述したものである。

分担研究者

梶井 英治 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 教授)
小暮 厚之 (慶應義塾大学総合政策学部 教授
大学院政策・メディア研究科委員)
堀 真奈美 (東海大学教養学部 准教授)
古谷知之 (慶應義塾大学総合政策学部 准教授
大学院政策・メディア研究科委員)
神田 健史 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 助教)
阿江 竜介 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 臨床助教)
古城 隆雄 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 助教)
原田 昌範 (自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門 非常勤医員)

A. 研究目的

日本社会の少子高齢化は、地域の医療ニーズを激変させるが、利用できる医療資源には限りがあるため、多くの地域で医療提供体制を再構築する必要がある。本研究の目的は、住民の健康を守る観点から、医療提供体制を再構築すべき地域を特定化し(重点支援地域)、特定化のための実践的な方法を開発し、実際に戦略的なプランを例示することにある。

本研究の独自性は、医療政策やGIS、ベイズ統計を専門領域とする社会学者と保健や地域医療を専門とする医師が一体的に共同研究を実施することにある。これまで個別の学問領域で培われてきた研究手法を分野横断的に活用し(学術的新規性)、より実践的な方法と再構築プランそのものを提

示する(政策的実践性)ことにある。具体的には、3年間の研究を通して、以下の3つを行い、人口動態、健康水準、医療ニーズ、医療提供体制、医療へのアクセス等の諸関係を明らかにし、地域医療政策への支援を行う。

1. [地域の健康水準と医療提供体制の把握—疫学の地域保健研究と社会科学の地域差研究の融合] 地域の健康水準を把握する研究と地域の医療提供体制や医療費に関する研究とを統合し、地域の健康水準と医療供給体制、社会的コストとの関連を明らかにする。

2. [将来の人口変化に伴う医療ニーズの変化の予測—人口学領域の研究と地理的研究の知見の活用] 人口に関する研究とGISを用いた研究を横断的に活用し、地域の健康指標の状態や今後の人口構造の変化を踏まえた場合に、どのように医療機関を配置するべきかについて分析する。

3. [住民の健康を守るための医療提供体制の再構築に関する分析—臨床的視点と地理的視点の調和] 医師と社会学者が協働し、地域の人口構成の変化による医療ニーズの変化を分析し、医療への地理的なアクセスと必要な医療スタッフを考察する。

B. 本年度の研究内容と結果

3か年研究の初年度にあたる本年度は、上記の研究目的を達成するために基礎的と思われるテーマについて追究した。分担研究報告書は以下の、6つから構成される。

まず、「社会環境の変化と医療提供体制の歴史の変遷」では、医療提供体制は、地域医療ニーズに対応して形成されるという側面だけではなく、マクロの社会環境や政策動向の影響を受けながら、少しずつ形成されるという側面があること、つまり、医療提供体制は歴史的所産でもあるという認識に基づき、明治から現代までの社会環境の変化の中で、医療政策がどのように形成され、それが医療提供体制にどのように反映されていたかを確認する作業

を行った。その結果、日本の医療提供体制の根本的課題として、医療提供体制が歴史的に民間を主として形成されてきたことから、全体として計画性に欠ける医療提供体制(病床過剰と偏在問題)となっていること、また公私の役割分担が不明瞭であること等を指摘した。

第二の「ドクターヘリと日本の救急医療の地域格差」では、医療提供体制の戦略的構築を考える際、しばらく人口動態の問題を横においても、救急医療へのアクセスは極めて重要であるという認識に基づき、日本全国を対象に、ドクターヘリを用いた救急医療体制の構築に関して、次の3つのことに取り組んだ。第一は、救急車のみでは、救急患者が医師の診療を受けるまでにかかる時間には相当な地域格差があるということを示すこと。第二は、ドクターヘリがすでに配備されている既存の22カ所について、ドクターヘリの配備によって、救急車の場合に存在していた救命医療体制の格差がどれだけ縮小しているか否かを検証すること。第三は、新たにドクターヘリを順次導入した場合の、カバーできる地理面積・人口の変化を見ながら、ドクターヘリを導入すべき3次救急医療機関を具体的に提案することである。

いくつかの前提を置き、GISを用いて分析した結果、救急車のみでは15分以内に救急医療を受けられる地理面積は、日本全国の約10%(人口では67%)しかないこと、すでに配備されているドクターヘリによって、その地理面積は35%になり約3倍(人口では86%)に増えていることがわかった。しかし、まだ7割の地域で救急医療を受けるまでに15分以上かかることが判明した。全国にあと59カ所ドクターヘリを配備すると、地理面積で70%、人口で約95%がカバーされることになり、またそれ以上配備しても、その効果は少ないことも示された。

第三の「病院アクセシビリティ評価に関する基礎的研究」は、空間情報の活用という点から行った基礎研究である。従来、医療福祉施設へのアクセシビリティ評価に関して、医療経済、都市工学、地理学

など様々な分野から研究が行われてきた。近年の空間情報基盤整備や時空間データ解析手法の飛躍的な発展に伴い、様々な空間分析ができるようになってきている。しかし、医療アクセス評価の実務では、GIS データの利活用が十分に行われているとは言えず、モデル分析手法についても近年の成果を踏まえた新しい手法が用いられているわけではない。その理由の一つとして、どのような空間情報が利用可能で、どのような空間解析が有用なのかについて、実務担当者間で十分な理解がなされていないからであると考えられる。

そこで本研究では、主に都市工学や空間情報科学の視点から、①病院アクセス評価に有用と考えられる空間情報の現状と課題の把握、②空間情報の収集、③GIS ネットワーク解析を用いた医療アクセス圏に関する基礎的な分析を行い、今後の医療圏評価分析に向けた要件等を整理した。

第四の「人口動態を考慮した地域医療指数の将来予測について—確率的死亡率モデルによるアプローチ—」は、特定時点における地域医療指標から、将来の人口動態の変動を考慮した確率モデルを用いる必要性を論じた研究である。

地域医療指数の将来動向を予測する問題を論じた。特に、標準化死亡比と医療費指数を取り上げ、それらが将来の死亡率の関数として表現できることを示した。報告書では、Lee-Carter モデルを含む7つの代表的なモデルを取り上げ、日本のデータに対して適用した。今回の分析結果から、地域医療指数の将来予測を行う場合には、コーホート効果を持つ確率的死亡率モデルを用いる重要性が強く示唆された。また、その場合には、小地域の死亡率と標準集団の死亡率を同時にモデリングする必要があることや、地域間の空間的な構造を取り込むことも重要な課題であることを論じた。

第四の「医師の卒前・卒後教育における日米比較と Primary Care 医の育成上の課題」は、米国と日本の医師の卒前・卒後教育を比較分析し、日米

の両国で課題となっている Primary care 医の育成上の課題について触れた研究である。

まず、医師の教育を卒前、卒後教育に二つに分け、日米の教育システムの違いを対比させながら詳細に報告している。特に、日本ではなじみがない D.O. (Doctor of Osteopathic Medicine) や、米国の医師免許取得までのプロセス、米国のレジデントと日本の研修医の違い等、基本的ではあるが今まで丁寧に紹介されてこなかった日米の医学教育の内容を報告している。

次に、両国の比較から、日本にも米国のような第三者機関が医師や専門医の診療技術の Quality Control を行う必要があることを指摘している。さらに、日米ともプライマリケアの重要性に関する認識は深まっているが、その担い手となる医師が十分に育っていない難しさについても論じている。最後に、米国の医学生への進路選択に影響を与える要因を検討した論文を紹介しながら、プライマリケア医の育成上の課題について整理した。

第五の「専門医と総合医の特徴を踏まえた医療提供体制を考えるために—診療範囲と診療レベルから医師像を考える」は、診療範囲と診療レベルから専門医と総合医の特徴を描くことで、両者の役割分担と連携を論じた研究である。

これまでの単純に必要な医師総数を推計する方法や診療科別に医師数を考える方法は、実際に診療に携わっている医師の診療行為を考えると実情にマッチしていないというのが本研究の問題意識である。本研究では、診療範囲と診療レベルという、新しい切り口から地域医療に従事している医師像を把握することを試みている。アンケート調査の結果から、医師の診療範囲と診療レベルが診療科で大きく異なることや、専門医の診療レベルの高さと総合医の診療範囲の広範囲性等、診療範囲と診療レベルからみた専門医と総合医の特徴を報告している。

III 分担研究報告

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金
政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)

人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的構築
分担研究報告書

社会環境の変化と医療提供体制の歴史的変遷

堀 真奈美

東海大学 教養学部 准教授

印南 一路

慶應義塾大学 総合政策学部 教授

研究要旨

医療提供体制は、地域医療ニーズに対応して形成されるという側面だけではなく、マクロの社会環境や政策動向の影響を受けながら、少しずつ形成されるという側面がある。つまり、医療提供体制は、歴史的所産と考えることも可能である。たとえば、先進諸国に比べて多いといわれる病床数も一日にしてなったわけではない。

現代日本において、全くのゼロから医療提供体制を構築することが実質的に不可能である以上、本研究全体の目的でもある人口構造の変化を踏まえた医療提供体制の戦略的なプランを構想するためには、これまでの医療提供体制の歴史的な変遷の把握は前提条件として必要な作業であると思われる。

以上より、本分担研究報告では、明治から現代までの社会環境の変化の中で、医療政策がどのように形成され、それが医療提供体制にどのように反映されていたかを確認する。ちなみに、医療提供体制のみがあっても医療保障が実現しないということを考えると、医療提供体制の歴史的変遷を確認するだけでは十分ではなく、医療保険制度の歴史的変遷を確認する必要もある。よって、本報告では、医療提供体制の変遷に焦点をおきつつも、医療保険制度の歴史的変遷の把握も試みるため、実質的には医療政策の歴史を振り返ることにもなる。

目次

1. 明治から戦前までの医療政策の変遷	13
2. 戦後からの高度経済成長期までの医療政策の変遷	19
1) 国民皆保険の達成と医療費の急増	21
2) 高度経済成長と給付の拡充	25
3) 老人医療費の無料化と増大	26
4) 高度経済成長の終焉	27
3. 1980年代の医療政策の変遷	28
1) 第二次臨時行政調査会による「増税なき財政再建」	28
2) 「医療費適正化」という政策課題	29
3) 老人保健制度の創設	31
4) 医師養成数の抑制	32
5) 第一次医療法改正と医療計画	33
4. 1990年代以降の医療政策の変遷	34
1) 国民医療費と国民所得の乖離拡大	34
2) 高齢化の進展と老人保健拠出金	35
3) 介護保険の導入と社会保障制度改革	36
4) 2002(平成14)年度医療制度改革	37
5) 2006(平成18)年度医療制度改革と医療費適正化計画	38
6) 後期高齢者医療制度の導入をめぐる混乱	39
5. 日本の医療提供体制の課題	40
1) 計画性に欠ける医療提供体制(病床過剰と偏在問題)	41
2) 不明瞭な公私の役割分担	44
参考文献	47

図表目次

図 1 1970年代以降の病床数推移	34
図 2 経営主体別病院の構成比	46
表 1 1951-55年の病院の開設主体	21

社会環境の変化と医療提供体制の歴史的変遷

1. 明治から戦前までの医療政策の変遷

江戸末期まで日本には西洋医を養成する医療機関は少なく¹、無資格で民間療法を行う者や漢方医が主流であった。明治政府が初めて設立した西洋医学を基礎とする公立病院は、1868年(明治元年)に横浜に設立された軍陣病院²である。軍陣病院は、幕府軍との抗争による傷病者を治療するために開設されたものであるが、イギリス人医師ウィルス³による外科手術も行われていた。

「富国強兵」、「殖産興業」という視点から、近代国家形成をめざした明治政府は、西洋医学を高く評価し、1871年(明治4年)の廃藩置県後に約600以上の官公立病院を設置した⁴。しかし、1881年(明治14年)に大蔵卿に就任した松方正義の緊縮財政により、公費の支出抑制、官営企業の民間売却が進められるようになると、衛生費用の予算も同様に削減された。結果として、官公立病院、公立医学校の運営の縮小・廃止が続いた。中には民間病院に移管されたものもある。一方で、新たに民間資本による私立病院も開設されるようになった。

明治以降、西洋医学を基礎とする病院が少なからず設置されるようになった。ただ、そこで働く医師がいなければ医療は提供できない。明治政府は、1873年(明治6年)、西洋医学の導入とそれに基づく医療制度の整備を図るべく、「医制」⁵を交付した。この「医制」の交付は、文部省医務局により上申され、1871年(明治4年)から1873年(明治6年)にかけて欧米諸国を訪問した岩倉使節調査団で医学、衛生制度の調査を担当した長与専斎(当時、文部省医務局局长)を中心にとりまとめられた。これにより、西洋医学に基づく医学教育、医師の開業免許、医薬分業などが制度化された。だが、当時、人数的に圧倒的に優勢であった漢方医の抵抗もあり、西洋医学を基礎とした開業免許制が実質的に機能するには少なからず時間を要した。また、漢方医の伝統であり、医師が診療場所を選ばず自由に開業できる「自由開業医」制は維持された。1883年(明治16年)に、医師免許規則および医師開業免許規則が定められ、漢方の診療を行うにも西洋医の免許を取得しなければならなくなったことで、徐々にではあるが、西洋医が主流になっていった。

なお、注意しなければならないことは、明治政府によって官公立病院の開設や医師免許制度を創設したといっても、近代国家形成という視点からの西洋医学の導入・普及が主目的であり、現在のようなすべての国民のための医療費保障を含む医療保障として導入したわけではないということ

¹ 皆無であったわけではない。江戸時代においても長崎出島のオランダ商館付医師等を通じて、西洋医学の情報は一部に伝達されており、蘭方医を養成する私塾(代表的なものとして緒方洪庵の適塾、シーボルトの鳴滝塾、杉田玄白の点真楼、伊藤玄朴の象先堂など)はあった。近世の西洋医学と医療については、青木(2006)に詳しく説明されている。

² パワース(1998)、中西(2002)に西洋医学導入の背景およびウィルスの活躍ぶりが記載されている。

³ 江戸時代は、蘭学の影響が大きかったが、幕末から明治初年はこのウィルスの影響力もあり、英国医学が西洋医の主軸となった。だが、厚生省医務局(1955)『医制八十年史』によると、1870年(明治3年)の相良知安等の進言に基づき、ドイツ医学を採用することになったという(p.22)。

⁴ 全てが新設ではなく、江戸時代の藩校がルーツのものや民間であったものも含まれる。

⁵ 厚生省医務局(1955)『医制八十年史』、厚生省医務局(1976)『医制百年史』に詳細が記載されている。

である⁶。西洋医学に基づく病院の治療は、もっぱら富裕層を対象としたもので、完全私費の有料であり、一般庶民が病院で診療を受けることは、大学病院の学用患者(学術研究の発展のために無料で治療を受ける患者)を例外として、ほとんどできなかった。当時の多くの庶民は、薬草や僧侶による祈禱などの伝統的な民間療法や漢方医による診療を受けていた。運がよければ、病院の慈善事業として医療を受けられたが、これも一部の貧困層に限られていた。1874年(明治7年)に設立された東京府病院は、貧困対策として、1877年(明治10年)から貧困層へ医療を提供したが、東京府の財政悪化により事業運営は行き詰まり、1881年(明治14年)には廃止された⁷。

他方、広く国民を対象とした医療制度(公衆衛生)のルーツの一つとして、コレラ、チフス、赤痢など急性伝染病に対する衛生行政をあげることができる。幕末よりコレラの猛威は知られていたが、1877年(明治10年)の西南戦争時にも、コレラが大流行した。明治初期の日本は、上下水道など衛生設備が十分に整備されていなかったことから、ひとたび伝染病が発生すると被害は甚大であった。政府は、「虎列刺予防法心得」を定め、水際での防疫など予防体制の構築をはかった。

だが、当時は根本的な治療法が見つかっていなかったことから、医師による医学的な治療というよりは、衛生警察による隔離、検疫強化、消毒、遮断といった対症療法が中心であり、感染力の高いコレラ菌の猛威を完全に封じるまでには至らなかった。なお、こうした防疫対策を中心とした衛生行政は、1875年(明治8年)に設立された内務省に移管され、内務省衛生局になった(「医制」の所管も、医学教育と分離され文部省医務局から移管した。初代局長は、前述の長与専齋)。内務省は、警察⁸、地方行政を管轄する組織でもあり、衛生行政は、急性伝染病対策を行う上でもこれらの組織と連携協力を図った⁹。1897年(明治30年)には、伝染病予防法(1999年(平成12年)まで継続)が制定され、地方自治体による隔離病舎、隔離所の設置が求められることになった。

以上のように、明治時代の医療政策の基本は、近代国家の形成であり、「医制」や衛生行政など、近代化において必要な諸制度を先進諸国から学ぶというものであった。だが、先進諸国の制度を、そのまま文化の異なる日本に移植することは容易ではなかった。「医制」では、従来の漢方医の伝統であった自由開業医制度を維持したし、衛生行政においては、衛生概念が普及しておらず医療技術も未発達であったことから、自治的衛生の要素よりも衛生警察の影響力が大きかった。

19世紀初頭の日本は、欧米列強に追いつけ追い越せと、日清戦争(1894-1895年)、日露戦争

⁶ だが、長与専齋は、自伝『松香私志』の中で、「国民一般の健康保護を担当する特殊の行政組織」の重要性を認識しており、具体的な保護内容としては、「人生の危害を除き国家の福祉を完うする所以の仕組みにして、流行病、伝染病の予防は勿論、貧民の救済、土地の清潔、土木水の引用排除、市街家屋の建築方式より、薬品、染料、飲料物の用捨取締に至るまで、およそ人間生活の利害に繋がるものは細大となく收拾網羅して…」と記していることから、より広範囲な医療、福祉政策を指向していたと考えられる(笠原、1999)。実際、「医制」の起草後、長与は、内務省衛生局長として衛生行政に関わっており、国民の健康保護に必要な行政の介入を強く支持していると思われる。長与の活動については、笠原(1999)が詳しい(p.27-52)。

⁷ 新村(2006)によると、この事業はのちに民間病院である東京慈恵会の慈善病院の事業として継続していくという(p.252-253)。

⁸ 警察は、現代と異なり、業務範囲が広く、衛生確保のための衛生警察が存在した。警察庁(2004)『2009(平成16)年警察白書』参照。

⁹ 笠原(1999)によると、衛生警察の設置や自治的活動としての衛生を強化したのは、医師でありドイツ留学経験のある内務省官僚の後藤新平(のちに政治家)の影響が強いという(p.53-78)。後藤新平は衛生局長時代に伝染病予防法を制定した。

(1904-1905 年)を経て占領地拡大をはかった。それとともに、「廃兵」と呼ばれる負傷兵(身体障害者となり就労が困難)の処遇が問題となった。政府は 1906 年 4 月(明治 39 年)、それ以前からある陸海軍開設の病院(衛戍病院)のほかに、廃病院法を公布して廃病院(のちに傷病院に改称)と呼ばれる傷痍軍人療養所を設置した。

日露戦争前後には、資本主義経済が定着し、産業化が進む一方で、社会主義運動や労働争議が頻発化し、労働者対策(労働者の困窮予防)及び社会防衛(治安維持)策が求められるようになった。そうした中、1911 年(明治 44 年)に工場法が制定された。工場法は、農商務省が所管であるが、15 名以上の労働者がいる工場に適用された(施行は 1916 年)。その中で、年少者の就業制限、年少者・女子の労働時間制限が規定されるとともに、業務上の傷病についての雇用者の扶助義務が定められた。ほぼ同時期に、ビスマルクが導入したドイツの疾病保険に精通していた内務省衛生局長の後藤新平を中心に、疾病保険法案の起草もされたが、疾病保険を構築するのは時期尚早と内部諮問機関に否認され、こちらは実現しなかった¹⁰。

同じく 1911 年(明治 44 年)年には、「施薬救療の大詔」が発せられた。施薬救療とは、貧困者に無料で薬の投与、治療を行う事業であるが、施薬救療を目的とした恩賜財団済生会が発足した。中静(1998)によると、この背景には、社会主義者幸徳秋水らが明治天皇暗殺計画を企てたとして検挙、処刑された事件による人心収攬という目的もあったという(p.143)。一方、恩賜財団済生会設立趣意書では、「一国ノ活カヲ消耗シ、一国ノ生産力ヲ減滅スルコト」ことを防ぐと明記されており、杉山(2006)は、社会的弱者、貧困層の救済を主目的とした慈善事業という意味だけでなく、生産力向上に不可欠な人的資源(労働者)の担保手段という要素もあった(p.251-252)。済生会は、その後、明治天皇による 150 万円の下賜金、政府の高級官吏や富裕層による 2500 万円の義捐金を原資として、病院を設置・救療を行うとともに、貧民に診療券を発行して、医師会(1906 年の医師法により任意設立、1919 年改正法でエリアごとに強制加入)や官公立病院等に救療を委託する事業を開始した¹¹。なお、救療事業に伴う事務は、内務省衛生局の所管事務となった。このほか、同じく 1911 年に、鈴木梅太郎が「実費診療所」と呼ばれる施設を開き、下層中等階級、中等貧民に対して、一般開業医の 1/3 から 1/4 という低料金で治療を行いはじめた¹²。

¹⁰ 内務省衛生局長であった窪田静太郎によると、内部諮問機関である中央衛生会は、労働保護規定のない状態で、疾病保険を行うのは順序が間違っていると指摘したという(日本社会事業大学、1980)。吉原・和田(2008)は、衛生局長であった後藤新平が台湾民政局に転じたため、疾病保険法案は影をひそめたと指摘する(p.14)。

¹¹ だが、中静(1998)によると、委託診療費の低さや費用請求の煩雑さで診療拒否をする医師もいたという(中静(1998, p.144)。また、長畑(2006)によると、1924 年(大正 13 年)より経営上の問題から有償診療の方針をとりはじめ、施療から軽費診療機関へ変換したという。

¹² 実費診療所の活動が盛んになるにつれ、開業医の利益団体である医師会は、医療費の引き下げにつながるものとして、また医師が必ずしも運営主体でないことから診療内容に問題があるものとして、実費診療所に激しく反発し対立した(中静、1998; p.143-145)。なお、済生会設立の動きとともに、こうした一般庶民、貧困層等への医療提供の一連の動きは、「医療の社会化」ともとらえられた。このほかにも東京帝国大学学友会に所属する社会医学研究会が、『医療の社会化』という冊子を作成するなどの動きがみられた(杉山、2006; p.260)。医療の社会化の意味するところは、論者により詳細は異なるが、疾病を個人の自己責任で対応すべきものではなく、社会として対応すべきものにとらえる概念である。また、対象者を一部の貧困者だけに限定し、慈恵的に提供するのではなく、多数の国民に対して社会の責任で治療を受けられるような体制を構築することを意味するため、医療費保障としての側面(財政)と、医療供給としての側面の両方がある。昭和 30 年に発行された『医制八十年史』では、社会保険としての疾病保険と公的扶助制度としての医療保護制度を絵、ここに医療社会化の二大礎台が築かれたと明記しており

大正時代(1912-26年)には、造船、繊維、製鉄業が発展し、第一次世界大戦(1914-1918年)により、海外市場への輸出が拡大したことで、経済規模がさらに拡大した。これにより、日本は空前の好景気を迎えるとともに、農民の離農や都市化が一層進んだ。だが、第一次世界大戦が終結すると、景気は急速に後退し、国民は激しい物価高騰、インフレに悩まされた。1918年(大正7年)には農業凶作も重なり、米価格が急騰し、富山県をはじめ地方で米騒動が起きた。また、都市部では、不衛生な居住環境と栄養不足、重労働により病気になり、失業し、その結果さらに貧しくなるという、悪循環に陥る労働者層が増加した。たとえば、1925年(大正14年)に刊行された細井和喜蔵『女工哀史』では、劣悪な労働環境で働く女子工員が工場及び寄宿舍内で結核を罹患し、まともな治療を受けないまま、農村に戻り、劣悪な生活環境である農村に結核を蔓延させるという状況が描かれている。結核が社会問題として認識される中、政府は1919年(大正8年)に結核予防法を制定した。なお、この背景には、コレラやチフスなどの急性伝染疾患に代わり、慢性伝染疾患である結核が死亡率上位の国民病となったことがあげられる。この結核予防法を契機に結核療養所が公的に整備されることになるが、当時はまだ結核の根本的な治療法が見つかっていなかったことから、隔離、長期療養が中心であった。

さらに、政府は、工場法以来の労働者施策として、1922年(大正11年)に、健康保険法を制定した(施行は1926年(大正15年))。健康保険法は、内務省ではなく、1920年(大正9年)に農商務省工務局(のちに農商務省、内務省との組織再編で新たに設置される内務省外局社会局保険部に移管)に設置された労働課が、ドイツの疾病保険を参考に上申したものであるが、既存の労働者の相互扶助組織が十分に発達していなかった日本では、共済組合を基礎としたドイツの枠組みをそのまま輸入することはできなかった。結果として、健康保険組合(要件を満たす場合に事業主と協議して設置、公法人として認可)と、政府が保険者となる政府管掌健康保険との二本立ての制度になった。自治的組織としての色彩の強いドイツの保険者に比べると、事業主の慈善的な福利厚生色彩が強いという指摘がある¹³。政管・組合併用という組織形態について、中静(1998)は、行政側は自治的組織が望ましいという見解であったのに対し、当時の新聞論調は、完全官営論が多く対照的であったと指摘する(p.90)。また、国庫負担のないドイツの疾病保険と異なり、健康保険では、事業者と被保険者の利益になるだけでなく、労働能力の増進が国家産業の健全な発達に貢献するということから、設立当時から国庫負担が設けられた。

なお、保険が機能するには、保険診療を行うことになる開業医の利益団体である保険医の協力が不可欠になる。そこで、施行前には、保険医の設定や診療報酬をめぐって、開業医の利益団体である医師会と医療行政を担う内務省衛生局との間で交渉が行われた。その結果、保険者が個別医師とではなく、医師会と診療契約を結び、診療にかかわる運用事務は医師会に委託、被保険者は受診する医師を地域開業医の医師会会員から任意に選ぶ(「団体自由選択主義」)方式が採用された。また、診療契約は人頭式請負方式と呼ばれ、現在の診療報酬点数の原型とも言える「健

(p.42)、供給体制については触れられていない。

¹³ 「健康保険組合論(医療政策と健保組合の役割)の構築に関する調査研究 中間報告書」による。

康保険診療報酬点数計算規定」が用いられた¹⁴。そして、これ以降、医師会の診療報酬の増減をめぐる政治的な折衝の歴史が始まることになる。

1923年(大正12年)の関東大震災、1927年(昭和2年)の昭和金融恐慌、1929年(昭和4年)の世界恐慌により日本経済は大打撃を受け不況に陥った。この間、都市には多くの失業者が発生するとともに、凶作や食糧価格の急落により農村の窮乏も深刻化した。東北地方では、まともな栄養を事欠く状況で、欠食児童の問題や娘の身売り、生活苦による母子心中事件等が起きていることが報道された。

このような社会情勢であったことから、昭和に入っても、国民の健康状態の維持増進に不可欠な医療提供体制が十分に整備されたとはいえない状況にあった。自由開業医制の下、開業医は、経営の安定化が容易な都市部に集中する傾向にあった。都市でも裕福な人や健康保険が適用される労働者を除くと、高額な治療費が払えず適切な治療を受けられないものは少なくなかった。一方、農村の疲弊も深刻で、人口が少なく、治療費の支払いがまともにできない人が多いところに医師は集まらず、不況の長期化とともに無医村も増えた。結果として、多くの国民が医療を受けられる状態にはなっておらず、特に農村部の健康状態は都市より悪く、乳幼児死亡率も高かった¹⁵。また、20歳男性に実施される徴兵検査¹⁶で、不適・免除者が多数出るなど国民の体力低下が問題視された。

1937年(昭和12年)に日中戦争が勃発すると、それまで以上に「健兵健民」という、人口政策とともに国民の体力向上が必要であるという認識が、陸軍のみならず内務省にも高まっていた。同年に保健所が設置され、妊産婦、乳幼児等の保護指導が強調されている。『医制八十年史』では、「兵力及び生産力の根源たる国民衛生の向上は、総力戦体制の確立上不可欠の要件であり、特に民族悠久の発展を究極の目標とする当時の考え方から国民保健の問題に高度の関心が払われたことは当然こと」と述べられている(p.45)。こうした中、行政改革を推進しようとする近衛文麿の思惑が部分的に重なり、1938年(昭和13年)に厚生省が新たに設置された。これ以降、医療行政は内務省ではなく厚生省が担うことになる¹⁷。

¹⁴ より具体的には、①保険医の指定は医師会、②被保険者の選択範囲は各健保署管轄区域(北海道以外は府県単位となり医師会区域と一致)、③診療報酬は毎月一括して医師会に支払い、その額は被保険者人頭割年額一定額に被保険者総数を乗じた額から官公立病院・薬剤師会に支払うべき分を除いた分、④報酬の各保険医への分配は医師会が決定、政府が承認、⑤事務費は診療報酬から充当、その算定基礎と金額は政府が承認、⑥医師会は保険医の業務励行、規則遵守を監督、不履行者を戒告、除名、⑦各保険医は規定に従った診療業務・手続きを敢行、毎月健保署長に報告、⑧診療に著しい支障をきたした場合、政府は契約を解除可能とされる。なお、④の各保険医の稼働実績に従って分配するために日医が作成、使用したものが、「健康保険診療報酬点数計算規定」である。道府県医師会は請求書を審査した後、査定総点数で診療報酬額を割って一点当たり単価を算出し、それを各保険医の稼働実績に応じて分配するため、府県によって異なるものになったという。

¹⁵ 1919年(大正8年)から1928年(昭和3年)まで内務省衛生局により農村保健衛生実地調査が行われ、都市部よりも農村部において生活苦や栄養不足による乳幼児死亡率が諸外国に比べて高いことが問題視された。

¹⁶ 第二次世界大戦での敗戦まで日本には徴兵制度があった。20歳男子は徴兵検査を受けることが義務とされ、検査は、地域の集会所や小学校で行われた。甲・乙・丙・丁・種と5段階で評価され、甲が最も高い評価で、身体頑健、健康とされ、甲・乙は現役に適するとされた。

¹⁷ 中静(1998)によると、厚生大臣に着任した小泉親彦は、「医療制度を根本的に再検討する必要がある」とし、農村医療の拡充、医療保障税構想(国民一人当たり医療費と栄養費を含めて約3円平均を税金によって徴収)、社会保険のみならず生命保険等も厚生行政で統合可能かなど、従来路線ではなく「健兵健民」、「国民体力向上」という視点から幅広く検討したという(p.276-289)。

同年には、農民の医療費負担の軽減と、農村に医療を定着させることで国民の健康、体力の向上を図るという視点から国民健康保険法(旧国民健康保険法)が成立した。国民健康保険組合は任意設立であり強制ではないものの、当時の国民の約 6 割にもなる農民を対象とする制度であった。また、特筆すべきことは、地域保険とも言える国民健康保険は、先進諸国でも導入された前例がなく、日本独自のものであったということである。吉原・和田(2008)によると、実行可能性に不安をもっていた内務省自身がいくつかの町村でこの事業を試験的に実施し、モデル事業が成功したことで実行可能性に目途をつけたという(p.72)。医療への政府の統制を恐れる医師会、開業医の反発が大きかったが¹⁸、世論は好意的であり、戦争に向かう特殊な社会環境下で導入された。この翌年、第二次世界大戦(1939-1945年)が始まる。

この後、職員健康保険法(1942年に健康保険法と統合)、船員保険法、労働者年金保険法(1944年に厚生年金保険法に名称変更)と、1942年(昭和17年)までの間に社会保険が立て続けに成立した。それまでは、政府と医師会の契約で、希望するもののみが保険診療を実施していたのが、保険医の強制指定が導入され、地方長官が保険医を指定し、医師は正当な理由なく断ることができなくなった。また、診療報酬は、医師会を経由せず、厚生大臣が定めた公定の診療報酬点数の単価表により、厚生大臣から医師に支払われる仕組みに変更された。これにより、戦後から現在まで続く公定価格としての診療報酬体系の基礎が確立することになった。

さらに、これまで事実上棚上げとされていた医療機関の偏在も、「健兵健民」の育成を阻害する要因として問題視されるようになった。この問題を是正すべく、1940年(昭和15年)の医薬制度調査会の答申「医療制度改善方策」、1942年(昭和17年)の「国民医療法」により、保健所を通じた国民体力の管理、医療機関の分布是正と、医療機関が過密地域の新規開業制限、無医地区への公営医療機関の設置、健康保険制度の拡充が図られるとともに、免許取得前の実地修練制度や医療内容の監督強化など医療の内容の向上が図られた。この中で、「日本医療団」の創設が規定され、医療機関の体系的な整備を図ることが明記された(『医制八十年史』、p.57-60)。最初の構想では、日本医療団の設立は、無医地区への公的診療所を配置し、併せて上部組織として公的総合病院を各道府県に設置するとともに、公的医療機関に開業医を従属させるものであったが、医師会に反対され、公的医療機関である日本医療団と開業医の二本立てに修正が加えられた¹⁹。

このような大改正は、通常では政治的に実現困難であると思われるが、国防力の確保優先という戦時下という特殊な環境のもと、国家総動員法による国家の強い統制下に断行された。1942年(昭和17年)には全市町村に国民健康保険組合を強制的に設立させるという「国民皆保険」構想も打ち出され、実際9割以上が加入し、事実上の国民皆保険化が図られたと言うこともできる。これ

¹⁸ 吉原・和田(2008)は、開業医の説得のために、開業医を前提とし、保険の方法を用いて国民の医療費の負担を容易にし、国民全部に広く医療を普及させるものであることを強調したと指摘する。結果として、法案は成立したが、保険制度に対する医師会の不信感、警戒心は残り、それ以降も両者の長い軋轢は解消されなかったという(p.79-80)。一方、川上(1961)によると、医師会は、収入の低下をもたらしかねない幾つかの条件には反対しても、制度そのものには賛成せざるを得なかったという。社会政策の一環として国保、健保については協力するが、その運用および意思、医療機関の地位、身分については自主性を確保していくというのが精一杯だったという(p.221)。

¹⁹ 日本医療団は、結核対策と無医村対策に重点がおかれたが、これらの実現には医師会の協力が不可欠であり、医師会に譲歩することが求められたからである。

を「第一次国民皆保険」ということもある。

しかし、戦況が緊迫する中、実質的に事業の推進は極めて困難になる。施設そのものの統合が進んでも、戦地徴集や被災による医師不足や薬剤不足により、医療そのものの提供が困難になり、事実上、マヒ状態に陥った。なお、戦時中の医師不足を補うため、政府は、医師の大量養成のため臨時医専を増設した。また、国民健康保険についても、1944年(昭和19年)前後から本土空襲による被災や疎開によって事業所が閉鎖され、被保険者数は激減した。

2. 戦後からの高度経済成長期までの医療政策の変遷

1945年(昭和20年)敗戦直後の日本は、食料不足による栄養低下、生活苦により、国民の多くは困窮状態にあった。また、海外から引き揚げ者が増えることにより新たな病原菌が入ってくる中、衛生状態は劣悪で十分な対策はとれていなかったことから、大正以来はじめて急性伝染病であるコレラが流行した。つまり、戦後直後の医療政策は、大量の貧困者への生活援護施策が主であり、公衆衛生、栄養改善と伝染病対策であった²⁰。負傷兵の治療を行うにも薬品もなく、医療機関も壊滅的な状態であった。多田(2009)によると、医薬品や衛生資材の不足、さらにはインフレの進行等により、自由診療を優先する医師が増加し、支払手続きが面倒で十分な報酬を得られない保険診療は、極度の不振を続けることになった(p.115)。

一方、1946年(昭和21年)には、新憲法が公布され、日本は民主化の道を歩むことになる。国内のあらゆる全体主義的な組織、団体は解散されることになった。戦時下に形成された日本医療団は経営破綻に近い状態であったが、「医師会、歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律」(1947年(昭和22年))によって解散した²¹。国民医療法は1948年(昭和23年)に廃止された。また、陸海軍が開設した病院等は、GHQにより解体され、国立病院、国立療養所となる。他方、国民健康保険は、GHQがその事業の再建が重要であるという認識を示したこともあり²²、1948年(昭和23年)に国民健康保険法は改正され、市町村の公営事業とした上で、財政基盤が強化された。この時、保険料を国民健康保険税として徴収することが可能な仕組みとなった。しかし、実際の国民健康保険料(国民健康保険税)徴収は困難であり、財政状況は必ずしも良くなかった。

そうした中、1948年(昭和23年)に、厚生省の医療制度審議会の「医療機関の整備改善に関する答申」、1950年(昭和25年)には、医療機関整備中央審議会の「医療機関の整備計画」が出され、公立病院を中心とした体系的な医療機関整備構想が大きく打ち出された。島崎(2009)によると、「医療機関の整備改善に関する答申」では、民間医療機関は、「公的医療機関の及ばない場合」等に設置することや、「公的医療機関の経営主体は、将来原則として都道府県等地方公共団体たらしめること」が謳われていた。また、収益性の乏しい医業経営に対する大規模な資本投下やへき

²⁰ 1947年(昭和22年)には保健所の再建及び栄養改善法の制定が行われた。

²¹ ただし、医師会は同年中に新しい任意団体(公益法人)として設立認可される。

²² 1947年(昭和22年)6月に、国民健康保険制度の再建・強化が国民生活安定のために不可欠であるとの声明を出した。

地での開業等を民間資本に期待することはできないことから、公立病院を中心とした医療機関の整備が重要であると考えられていたという。

他方、1948年(昭和23年)、新たに制定された医療法において、病院や診療所の新しい設備、人員基準が定められた²³。また、公立病院等に対する助成規定(高度、特殊医療や不採算医療に対する国庫補助)が設けられたことや、地方公共団体の地方債発行が容易になったことで、公立病院の中でもとりわけ地方公共団体が運営主体である病院(いわゆる自治体病院)が戦後10年で急速に増加した。1956年(昭和31年)度版の厚生白書では、「われわれは戦後における医療機関網の整備が、病院特に官公立病院を中核とする公的医療機関を中心に行われて来たこと、そして公的医療機関に対する需要がますます増大しつつあることを知ることができるのである」と述べられている。

しかし、公立病院を中心とした医療機関整備は、必ずしも十分とも体系的整備と呼べるものではなかった。同じく1956年(昭和31年)度版白書では、「官公立の大病院が互に何の関連もなしに、同じ地域内にどんどんと建てられて行く。一方医療に全く恵まれない無医村、無医地区が数多く存在し、そのままに放置されている。医療施設の整備に投下される資金は、後に述べるように年間二〇〇億円以上にも上ると推定されているが、このような現状において、かくも多額の資金が、いわば無計画に投下されつつあることに対し、われわれは、国民医療の向上の見地から、無条件に拍手をおくることができるであろうか」と危惧が示されている。つまり、整備計画といっても、総量的な整備に過ぎず、配置に配慮した計画ではなかったということになる。

一方で、この期間は、自治体病院の増加以上に、個人から医療法人化した民間病院が急速に増えた期間でもある。戦後のインフレ対策として1949年(昭和24年)のドッジ・ラインにより緊縮財政路線が本格化したことで、公的資本での医療機関の整備が難しくなったため、政府は少ない予算で医療機関を整備する方法として1950年(昭和25年)に医療法人制度を創設し、民間病院の創設を容易にした。さらに、1954年(昭和29年)には、開業医の優遇税制が認められ、また医療金融公庫が設立されて、私的資本による民間病院の開設が進んだ。その結果、医療法人立病院が急増し、1951年(昭和26年)に、全体の6.8%であったものが、1955年末(昭和30年)には、全体の約15.7%を超えるまでになった。だが、個人病院や診療所の延長・発展形として医療法人立病院を開設したことから、これらは相対的に規模が小さく、病院と診療所の機能が必ずしも明確なものとならなかった²⁴。

ちなみに、医療法における病院と診療所の相違は、病床数(前者は20病床以上、後者は19以下)のみならず、機能面においても、「病院は患者を収容して真に科学的で適正な医療を行いうる

²³ 1947年(昭和22年)までは10床以上を病院としたが、昭和23年以降は20床以上になったため、戦前の病院数と戦後の病院数はそのままだ比較はできない。なお、昭和10年の病院数は4,625で、精神143、結核106、その他4376であった。

²⁴ 医療法において、病院と診療所の相違は、病床数(前者は20病床以上、後者は19以下)のみならず、機能面においても、「病院は患者を収容して真に科学的で適正な医療を行いうるような組織運営が要求され、診療所は患者の収容は応急の場合に限ること」が建前とされている。だが、1956年(昭和31年)版の厚生白書では、「病院と診療所との間には医療施設として本質的な差異があり、そこに自らなる機能的分化が行われることが期待されるとは言っても、現実には多数の開業医が多くのベッドを擁し、そこにおいては、病院と全く同じ医療が、それとの競争において行われている」と必ずしも病院と診療所の機能分化ができていないことが述べられている。

ような組織運営が要求され、診療所は患者の収容は応急の場合に限ること」とされている。だが、1956年(昭和31年)版の厚生白書では、「病院と診療所との間には医療施設として本質的な差異があり、そこに自らなる機能的分化が行われることが期待されているとは言っても、現実には多数の開業医が多くのベッドを擁し、そこにおいては、病院と全く同じ医療が、それとの競争において行われている」という記述がある。医療法は建前化しており、必ずしも病院と診療所の機能分化ができていなかったことがわかる。

なお、開設者と病院の種別でみると、一般病院、精神病院²⁵では、いずれも医療法人及び個人開設のものが半ば以上を占め、結核療養所、らい療養所では、国(厚生省所管)、伝染病院では市町村が多いという傾向があった。

表 1 1951-55 年の病院の開設主体

	国	地方公共団体	医療法人	その他法人	会社	個人
1951 年末	391(10.3)	654(17.2)	259(6.8)	751(19.8)	296(7.8)	1445(38.1)
1953 年 7 月末	407(9.4)	802(18.5)	498(11.5)	845(19.5)	328(7.6)	1460(33.6)
1954 年末	421(8.8)	964(20.2)	664(13.9)	872(18.2)	342(7.2)	1516(31.7)
1955 年末	425(8.3)	1024(20.0)	804(15.7)	898(17.5)	334(6.5)	1634(31.9)

※1956年(昭和31年度)度版厚生白書をもとに作成、()は構成比

1) 国民皆保険の達成と医療費の急増

すでに述べたように、戦時体制下に国民健康保険の加入者は大幅に増えたものの、戦中・戦後直後に、解散する国民健康保険組合も多く、国民健康保険を実施していたのは全国市町村の約65%にすぎなかった。全人口で見ると、社会保険に加入しているものは約2/3程度にとどまっていた。1956年(昭和31年)度版厚生白書では、貧困と疾病有病率に相関関係があることが問題視されており、低所得者ほど有病率が高く、生活保護への転落要因の約6割が傷病であると指摘されていた。貧困と疾病を切り離すことが重要課題とされた。

この頃、戦後経済は、1950年(昭和25年)に勃発した朝鮮戦争により生じた朝鮮特需の恩恵を受け、徐々に回復軌道にのりはじめた。同じく1950年(昭和25年)、社会保障制度審議会は、「社会保障制度に関する勧告」で、「社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子、その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担において経済保障の途を講じることと明記し、社会保障制度体系の中に疾病が組み込まれた。また勧告では、「各種の社会保険制度を統合してそれぞれの原因に対して給付の拡充と負担の公平を図ること」とし、社会保険の統合が提案された。だが、制度間の格差が大きいことから、実際には統合の動きは見られず、その代りに、適用されない人、未加入者を減らすという方向で、日雇労働者健康保険など、さらに細分化

²⁵ 精神病院の民間比率が高いのは先進諸外国では珍しい。戦後急速に増加した背景は、自由開業医制度、診療科標榜自由の日本において、精神病院は、専門医でなくとも設備投資が少なく開業しやすい分野であったこと、必要配置の医師や看護師数が少なかったことが関係すると思われる。