

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—

第5回 日本の医療制度の特徴は、その歴史から生まれた（その3）

—明治・大正時代の医学教育と医師の開業—

第5回は、明治時代から昭和初期までの時期における医師資格制度と医学教育制度の歴史について説明いたします。

ここまでの連載でも触れてきましたように、明治時代以降、わが国の政府は、西洋医学を身につけた医師を積極的に養成していく施策をとってきました。第5回では、その政策がどのように進められてきたのかについて、医師資格制度と医学教育制度の歴史からみていこうと思います。この点は、この連載では、これまであまり触れてこなかったのですが、現在の日本の医療制度の特徴を理解していく上で大事な点の1つですので、ここでまとめて説明いたします。

I 医学教育および医師の専門区分からみた 3つの類型

この連載の第2回で、世界の国々の医療制度は、一般に、財源や医療の提供という観点から、3つのパターンに分けることができる、ということをお話し、その代表例として、イギリスとアメリカと日本の医療制度の特徴について説明しました。

今回は、医師がどのような専門に分かれているか、またそうした専門性はどのような医学教育を受けることによって形成されているのか、という観点から、イギリスとアメリカ、そして日本の医療制度をみていくこととします。以下は、この分類がわかりやすく整理されている、猪狩（2010）を中心に、関連の文献をもとにまとめたものです。

(1) イギリス

イギリスのNHSという医療制度の下では、医者は、診療所の医師（「一般医（general practitioner）」）と病院の専門医に分かれ、診療所の医師は住民の健康管理を担当し、病院の

専門医は、一般医から紹介された患者について、入院が必要な医療、高度な専門的医療を担当している、ということは第2回でお話しました。

このように、担当する医療の内容が異なりますので、イギリスでは、その教育課程も異なります。

医師は、どこの国でも、大学医学部を卒業しただけでは知識は身につけていても実際の診療の経験がないので、教育を担当する病院において、指導医の指導を受けながら実地研修（臨床研修）を受け、診療の経験と技術を身につけます。

この実地研修について、イギリスでは、大学卒業生は、まず、1年間の予備研修を受け、次に2～3年間の基礎研修を受けますが、この基礎研修の期間に、一般医になるのか専門医になるのかを決めます。そして、どちらになるかを決めると、それ以後は、一般医は診療所で、専門医は病院で、それぞれ専門的な研修を受けていきます^{注1)}。

このようなイギリスにおける一般医と専門医の役割分担は、実はNHS制度によって創設されたものではなく、既に20世紀初頭には確立していたといわれています。19世紀当初のころ、イギリスでは、富裕層はお抱えの医師を持ち、自宅で診療を受けることができましたが、それには多額の費用がかかるので、貧しい人々は、病気になると、病院に入院するしかありませんでした。当時の病院は、不衛生で、医療の水準も低く、病院は、治療施設というより、むしろ貧しい人々の福祉施設といった方がいい施設でした。しかし、19世紀後半から20世紀にかけて、医学が急速に進歩し、病院の衛生状況も改善していくと、病院は先端的治疗が受けられる医療施設に変わっていきました。それを担っていたのが専門医でした^{注2)}。

猪狩^{注3)}は、イギリスにおける一般医と専門

医のすみ分けの歴史を以下のように整理しています。

○イギリスでは、医師は、顧問医（専門医の最上位）と一般医とに分離していた。顧問医は、極貧の患者を無償で治療することにより名誉を得る一方で、上流階級の患者から富を手にしていった。それに対し、一般医は、残りの階級を受け持っていた。

○このような患者の階級によるすみ分けは、19世紀の中流階級の発達によって破られ、19世紀中葉以降、専門医と一般医の間で、私費患者の取り合いが激化した。その結果、19世紀末までには、専門医が一般医の紹介によってのみ患者を診察するという紹介制度が形成されるようになった^{注3)}。

つまり、一般医が病院に患者を紹介するという仕組みは、NHS制度の導入によって始まったものではなく、イギリスにおいては、既にそれ以前から医療の世界において確立されていたものであり、だからこそスムーズで制度が実施されたのではないかと考えられます。

(2) アメリカ

第2回では触れませんでしたでしたが、アメリカでは、診療所の医師は、みな、それぞれ専門分野を持つ「専門医」です。また、住民は、どの医師を受診することも基本的に自由であり、その点では日本と同じです。

日本と違うのは、アメリカでは、診療所の医師は、自分の患者について入院治療が必要と判断した場合、その患者を、病院の医師に任せるわけではありません。自分が連携している病院に入院させ、入院中も主治医であり続け、病院の施設を利用して、自ら手術等の専門的治療を行います（病院施設の利用が外部の医師に開かれているという意味で、「オープンシステム」と言われることがあります）。つまり、医師は、診療所と連携病院の両方で診療を行うのです。ここでは、病院スタッフ（麻酔医、看護師等）は、主治医による治療を支援する役割を担います^{注4)5)}。

アメリカでは、イギリスと異なり、診療所医師が、20世紀初頭以降、病院施設の利用を要求するようになり、1920年代には、その権利の獲得に成功していったとされています。アメリカでも、1910年代までは、医師が開設した病院の

方が多数でしたが、やがて医師に病床等を開放した、非営利のコミュニティ病院に押されるようになり、その地位は低下していきましました^{注6)7)}。

「コミュニティ病院」とは、アメリカでは、短期入院の一般病院（連邦政府病院を除く）を総称した類型であり、病院総数の9割近く（2014年で88%）を占めています。教会等により設立されたものが多いことから、非営利病院が多く、コミュニティ病院の6割近く（2014年で58%）を非営利病院が占めています^{注8)}。

アメリカでは、医学校は大学を卒業した者が入学しますが、その医学校を卒業した後は、様々な教育病院が提供する研修プログラムに応募し、研修を受けます。この研修プログラムは、それぞれ「内科医」「家庭医」「小児科医」といった専門医コースです。この研修コースを修了すると、専門医としての資格が与えられます^{注9)}。

アメリカにも、もともと一般医はいたのですが、公的医療保険制度が普及し、診療報酬は国が一律に決めている日本や、NHS制度の下で病院に勤務しているイギリス等と異なり、診療報酬に公的制約がないアメリカでは、専門医として高い能力を持つ医師は高い報酬を得ることができます。そして、「オープンシステム」の下では、医師は、診療所でも病院でも報酬を得ることができます。そのため、一般医は専門医になれない医師とみなされ、医師はみな専門医になろうとしました。そこで、政府は、住民の健康管理や初期治療を担当する「家庭医」を専門医の1つの領域として位置づけ、奨学金等で優遇し、その普及を図ったという経緯があります^{注10)}。

(3) 日本

日本では、開業医と病院勤務医という区分はありますが、これは就業形態（事業主となるか、雇用されるか）の区分であり、イギリスのように担当する診療の専門性に違いがあるわけではありません。むしろ、日本では、30歳代あるいは40歳代まで大学病院あるいは関連病院において、自らの専門とする診療科で病院勤務医として診療に従事し、40歳代から50歳代に退職して開業医となるという、同じ者が勤務医と開業医の両方を経験するケースが多く、そこからみても、開業医と病院勤務医の間で、専門分野には

変わりありません。

また、病床を持つ診療所では、患者を入院させて手術等を行いますし、病院も外来診療部門があるので、初診から病院に行き、その病院で入院して手術等を受ける患者も少なくありません。その意味で、病院と診療所の間に、質の面で大きな差はなく、むしろ、大規模病院、中小病院、有床診療所という規模の違いでみたほうがわかりやすいともいえます。

このような、イギリスともアメリカとも異なる、日本の医師や医療施設の特徴は、どのようにして生まれてきたのでしょうか。

Ⅱ 明治時代から大正時代の日本の医学教育と医師による開業

(1) 明治時代から大正時代の医学教育

明治時代から大正時代の日本の医学教育はどのような状況だったのでしょうか。

当時の日本においては、西洋医学を身につけた多くの医師を急速に養成することが必要でした。その理由は、一つには軍医の養成が必要だったことがありましたが、むしろ各地域における必要性という点では、当時しばしば流行したコレラや赤痢などの伝染病対策を進めていくには、公衆衛生の知識を持つ西洋医による指導が不可欠であったということがありました。第3回で触れたように、県立病院の多くが医学校を併設していたのは、こうした事情がありました。

そこで政府が採用したのは、3つの医師養成コースを設けることでした。

第一のコースは、東京帝国大学医学部における本科教育（当初は予科3年本科5年の8年で、外国人教師が直接教育。後に、旧制高等学校の整備に伴い、旧制高等学校（2年）修了者が帝国大学医学部に入学し4年の課程を修了）で、医師資格試験は免除されていました。当初の時期は、この本科卒業生は、その多くが、外国人に代わって、大学教員や官公立病院の医学校長・病院長等の幹部に就任していました。

第二のコースは、東京大学医学部における3年課程の別課（外国人教師でなく、本科卒業生が教育）という速成コースでした。この別課は明治21（1888）年に廃止されましたが、明治15（1882）年に制定された医学校通則により、官

公立医学校に4年課程の甲種と3年課程の乙種が設けられ、甲種卒業生は医師資格試験が免除されることが決められたことにより、このコースは官公立医学校の甲種において存続しました。

そして第三のコースは、官公立医学校を卒業しなくても、内務省が実施する医術開業試験に合格すれば医師になれるという途でした。この途を通して医師になる者は少なくなく、大正5（1916）年にこのコースが廃止されるまで、平均して医師免許取得者の約4割を占めていたといわれています^{注11)}。

こうした状況の下、明治時代中期までは、各地域の開業医は、一代限り開業を認められていた漢方医を除けば、西洋医学を身につけた医師として、上記の第二および第三のコースを修了した者がほとんどでした。こうした状況がそのまま続けば、あるいはイギリスの専門医と一般医のように、両者が異なる専門性を持つ医師として分化していくという可能性もあったのかもしれない。

ところが、この連載の第3回で触れたように、地方自治体の財政悪化により、各地の公立病院の閉鎖や民間への譲渡が相次ぐようになりました。そのため、東京帝国大学医学部本科卒業生の中にも、自ら私立病院を開設する者が出てくるようになりました。明治35（1902）～45（1912）年の間の東京帝国大学卒業生の進路を見ると、約4分の1が「医術開業者」となっています^{注12)}。こうして、私立病院や診療所の開業医の中で、帝国大学医学部卒業生（明治40年代ごろには、京都や東北等の帝国大学医学部も卒業生を出すようになっていました）は、一定の地位を占めるようになり、やがて、彼らは各地域の医師会のリーダーとなっていきました^{注13)}。

大正時代になると、医術開業試験は大正5（1916）年に廃止され、第三のコースはなくなりました。また、大正7（1918）年に公布された大学令により、帝国大学以外にも単科大学の設置が認められるようになると、大正11（1922）～12（1923）年に、当時の官立（国立）医学専門学校（新潟・岡山・千葉・金沢・長崎）は医科大学になりました。また、公立医学専門学校（大阪・愛知・京都・熊本）や、私立医学専門学校においても、慈恵会と日本医専が、この時期に医科大学になりました^{注14)}。これらの大学では、帝国大学医学部生が、旧制高等学校で2

年、帝国大学医学部で4年の教育を受けたのと同様、2年間の予科と4年間の本科を合わせて6年制の教育を行うようになりました。それまでの3つの医師養成ルートにおいては、医師の質にもかなりの差があったのですが、このようにして第一のコースと第二のコースが統合され、教育課程の統一化が進んでいく（「医育一元化」と言われました）とともに、大学卒が医師免許下付者数（新規医師免許取得者数）の中で最も大きな割合を占めるようになってきました^{注15)16)}。

こうした医科大学の増加に伴い、昭和12（1937）年には、医学博士についても、その4割以上を開業医が占めるようになっていきます^{注17)}。

（2）昭和初期の医学教育

こうした医育一元化の動きは、専門学校による大学昇格を求める運動を背景としたもので、一時は、私立医専は、東京医専と東京女子医専の2校だけになりました。しかし、これに対し、地方で開業医として働く実践的な医師の養成のために医学専門学校は必要であるという主張が強くなったため、大正14（1925）～昭和2（1927）年に、7校の医学専門学校が設置されました。さらに、昭和14（1938）～20（1945）年の戦時期には、軍医として応召される医師の増加に伴う医師不足に対応するため、官公立大学医学の付属として臨時に設置されたものも含め、36の官公私立の医学専門学校が設置されています。

そのため、1920年代にはいったん大きく減少した、医専卒の医師免許下付数（新規医師免許取得者数）は1930年代には再び増加していきましました。

その意味で、結局第二のコースは存続し、戦前においては、医育一元化は必ずしも実現しなかったのですが、これらの医学専門学校のうち、臨時・付属の17校を除く19校は、戦後になって医科大学になっています^{注18)}。

ここまで見ていただければおわかりいただけるように、専門医と一般医のすみ分けを前提として医療制度が形成されたイギリスと異なり、日本では、第二次世界大戦前から、病院の勤務医と開業医とは、同じ教育を受けた同質の医師という側面が強いことがわかります。

Ⅲ 大正から昭和初期における私立病院と診療所

大正から昭和初期にかけて、官公立病院の数は1,600前後に留まっていたのに対し、私立病院は、大幅に増加していきました。大正元年には809であった私立病院の数は、昭和5年には2,000を超え、昭和15年には3,000を超えるようになりました。ただ、私立病院は規模の小さいものが多く、1病院当たり平均病床数をみると、公立一般病院が150床以上であるのに対し、私立一般病院は20床を若干上回る程度に留まっています。

また、診療所については、一般診療所の数は、昭和10年代前半は45,000程度ありましたが、その約4割は10床未満の病床を持つ有床診療所が占めていました^{注19)}。

この連載の第1回で触れた、わが国の医療制度の特徴の1つである、民間医療機関中心の医療提供体制という特徴は、既に、この頃から明確に現れてきていたのです。

注1) 猪狩周平（2010）：24-27。

注2) 同上、43-45。

注3) 同上、88。

注4) 同上、30。

注5) アメリカの病院でも、救急診療科等においては、医師を雇用する 경우가少なくありません（早川佐知子「アメリカの病院における医療専門職種の役割分担に関する組織的要因－医師・看護師・Non-Physician Clinicianを中心に－」、海外社会保障研究No.174、国立社会保障・人口問題研究所、2011）。

また、外来診療も行います。特に、近年は、財政的観点から外来診療部門を充実させているコミュニティ病院も少なくありません（小泉嘉透「米国における医療制度の現状と公立病院の果たす役割について」ClearReport No.288、自治体国際化協会、2006）。

注6) 猪狩周平（2010）：46-47。

注7) 20世紀初めの時期に、アメリカの病院において非営利病院が優勢になった経緯について、高山一夫「米国の保健医療セクターと非営利病院」（「米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割」第3章、2004年度非営利・協同総合研究所のちと

くらし研究助成金成果報告書p.70, 2006) は、以下のように整理しています。

「米国においては、19世紀後半に至るまで、診療所と病院が互いに連携することなく並存していた。医師が支払能力ある患者からの料金収入で診療所を経営する一方で、病院は寄付や補助金を頼りにもっぱら貧困な病人のケアに従事していた。宗教団体や地域住民の寄付によって開設・運営された経緯から、地域病院は非営利組織として扱われたわけである。そしてこれら非営利病院は、地方政府が開設した公立病院ともども、ボランティア・ホスピタルとよばれた。

しかしながら、非営利病院の開設は各地で順調に進んだわけではなかった。比較的宗教団体や住民からの寄付が集まりやすかった東部や中西部とは対照的に、南部や西部においては患者からの料金請求に依拠する営利病院が支配的であった。そのうえ、19世紀末になると、外科領域での進歩や地方政府補助金の削減、西部開拓の進展などもあって、病院の6割以上が医師所有の営利病院に占められた。

トレンドが逆転するのは20世紀に入ってからである。医療技術進歩に伴う政府補助金の増額や寄付の拡大、加えて寄付金控除特典が病院に認められたことで、非営利病院の増大が促された。独占禁止法の適用も緩められ、非営利病院による事実上の営利病院参入制限も行われる。さらに、医師会ははじめ専門職のコミュニティまでもが、非営利病院を強く支持した。最後に、病院協会が設立したブルー・クロスが成長し、営利病院に対して割安な償還レートを適用したことが、営利病院にとって打撃となった。これらの要因があいまって、人口急増地帯を除き、営利病院のシェアは急落し、非営利病院が優勢となったのである」

注8) 全米病院協会(American Hospital Association)のホームページ (<http://www.aha.org/research/>

rc/stat-studies/fact-fasts.shtml)によると、2014年におけるアメリカ国内の病院の内訳は以下のとおりです。

病院総数	5,627
コミュニティ病院	4,926
うち 非政府非営利病院	2,870
投資家所有・営利病院	1,053
州・地方自治体病院	1,003
連邦政府病院	213
非連邦政府精神科病院	403
非連邦政府中期療養病院	75
社内病院(刑務所内病院, 企業内病院等)	10

注9) 猪狩周平(2010): 27-29.

注10) 岡本祐三「アメリカの医療と看護 その光と影」1984: 86-99. 保健同人社.

注11) 猪狩周平(2010): 71-75.

注12) 猪狩周平(2001): 42-43.

注13) 猪狩周平(2010): 89-96.

注14) 天野郁夫(2012): 161-177.

注15) 猪狩周平(2010): 104.

注16) 天野郁夫(2012): 181-181.

注17) 猪狩周平(2001): 37.

注18) 菅谷章(1976): 235-237.

参考文献

菅谷章「日本医療制度史」, 1976: 原書房.

猪狩周平「明治期日本における開業医集団の成立—専門医と一般医の身分分離構造を欠く日本医師集団の源流」, 42-43, 大原社会問題研究所雑誌, 2001: 511.

猪狩周平「病院の世紀の理論」, 2010: 有斐閣.

天野郁夫「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」第5章 2012: 東北大学出版会.