

## ❖ 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6回 戦時体制および占領期におけるわが国の医療制度（その1）

第6回は、わが国が、第2次世界大戦を迎え戦時体制を構築していった時期および敗戦により占領されていた時期、の2つの時期における医療制度について説明することとします。

この2つの時期は、いずれも、陸軍や占領軍といった外の力の大きな影響により、第3回から述べてきた、明治時代以降の日本の医療制度の方向とは異なる動きが進んだ時期という点で大きな特徴があります。

#### 1 戦時体制と医療

##### (1) 厚生省の設置

昭和6(31)年の満州事変を契機に、日本は、国防国家への途をたどるようになります。満州事変とは、関東軍(中国からの租借地であった関東州(遼東半島先端)の守備等を目的として置かれた日本陸軍の部隊)が、南満州鉄道が爆破された事件(柳条湖事件)を契機に、日本政府の了解なしに満州(中国東北部)全域を占領したものです。日本政府は、その後、こうした関東軍の動きを追認して、その翌年、満州を中国から独立させて満州国として承認し、昭和8(33)年には、これを認めない国際連盟を脱退し、日中戦争、そして太平洋戦争へと突き進んでいくことになります。

こうした状況の下で、国防力増強の要請が高まったにもかかわらず、当時、農村の疲弊等を背景に、国民の健康状態や体位は低下していました。例えば、出生率は大正9(20)年を頂点に次第に低下し、結核死亡率も昭和7(32)年を頂点に増加に転じていました。乳児死亡率も改善されてきてはいましたが、先進諸国に比べ高率でした。こうした状況の下で、徴兵検査における甲種合格者(身体頑健で健康であり、兵士に適する者)も減少していました<sup>注1)</sup>。

この連載の第4回で触れた国民健康保険の創設も、国民の体位低下の背景にあった農山漁村住民の保健問題に対応するために創設された制度であり、その意味で、戦時体制整備の一環という側面があることは、既に述べたとおりです。

こうした国民の体位の低下や健康問題は、国防力

強化を進める政府にとって大きな問題とされ、昭和13(38)年に、国民の健康増進および体力の向上を図るためとして、厚生省が設置されました。この新設の厚生省に、衛生局や予防局等と併せ体力局が設置されたことは、国民の体力向上が、当時の厚生省の重要な任務の1つであったことを示しています。昭和15(40)年に制定された国民体力法に基づき、10代後半の男子には体力検査が行われ、その結果に基づき、重症の結核患者には療養所に入所しての治療、筋骨薄弱者や軽症者、回復期患者等には健民修練所での療養および修練を行う等の保健上の指導措置が行われました。こうした保健指導を行うため、全国に保健所を整備していく政策が進められました<sup>注2)注3)</sup>。

##### (2) 国民医療法と日本医療団

また医療制度については、昭和初期に、医療機関が需要の多い都市部に集中し、農山漁村において医療が普及せず無医町村が増加したことが大きな問題として注目され、その解決のためには、民間開業医を中心とした自由開業医制の改革が必要という認識が高まりました。こうした問題意識により昭和13(38)年に設置された医薬制度調査会は、昭和15(40)年に「医療制度改善方策」と題する答申を行い、医師の開業への規制と公営医療の拡充という、それまでの日本の医療制度の方向と異なる政策を打ち出しました。

この答申を基礎として、政府が昭和17(42)年に制定した「国民医療法」は、①医師・医療機関の開業に対する規制、②日本医療団の設立の2つを主要内容としています。

###### ① 医師・医療機関の開業に対する規制

国民医療法は、以下のように、政府に対して強い規制権限を与えていました。

○医療機関や医師の偏在を是正するため、医療機関開設には大臣または地方長官の許可が必要とするとともに、免許を受けて1年以内の医療関係者に対し、大臣は、その指定する業務(例えば農村の医療機関等への勤務等)に

2年以内の期間従事する旨を命令できることとしたこと<sup>注4)</sup>。

- 診療報酬や医師の給与について、国が著しく不適当と認めた場合は、変更を命じることができること。

当時、健康保険の診療報酬は、政府管掌健康保険の保険者である政府と日本医師会との間の契約によって決められており、各医療機関には、各道府県医師会を通じて日本医師会から配分されていました。そのため、診療報酬について、国が変更を命じることができるという規定が設けられたものと思われます。しかし、この方式は、政府と医師会の間で毎年、交渉が難航したこと、道府県医師会によって単価が異なったことなどから評判が悪く、昭和18(43)年に、政府が定めた点数単価表により、医師会を経由せず政府が直接支払う方式に変更されました<sup>注5)</sup>。この方式は、現在まで基本的に維持されています。

- 医師会を国策協力機関として改組し、すべての医師は医師会の会員とすること。

## ② 日本医療団による公的医療機関の整備

日本医療団は、政府出資の法人であり、「国民体力の向上に関する国策に即応し医療の普及を図る」(国民医療法2条)、すなわち、当時大きな問題となっていた結核の撲滅と無医地域の解消を目的として、昭和17(42)年に設立されました。

日本医療団が運営する医療機関については、一般と特別(結核)の2つの体系にわけ、整備する計画がたてられました。一般体系は、①東京・大阪に中央総合病院、②47カ所の道府県総合病院、③588カ所の地方総合病院、④無医町村等に地方診療所および地方出張診療所を設置することとされ、また、特別体系は、結核療養所の統合拡充を行い、既存病床1万7000床に加えて5年間で10万床を整備することとされました<sup>注6)</sup>。

昭和18(43)年には、事業が本格化し、結核療養所については、既存の公立および公益法人の結核療養所を統合して事業活動を始めるとともに、奨健寮(軽度療養者のための療養施設)の整備も進められました。一般体系についても、公立病院や公益法人病院の無償譲り受け・借り受け等による統合が進められました<sup>注7)</sup>。

民間病院についても、昭和20(45)年度に敗色濃厚な中で医療団を戦時医療の中心とする観点から、政府が、東京都区部や大阪等の大都市の医療施設の医療団への借り受けや買収を進めたことや、病院側

も人員や物資等の確保が困難になったこともあり、統合されるものもありました<sup>注8)</sup>(例えば、同愛病院は、中央総合病院の候補とされたことから、同愛記念財団から医療団に寄付され、本部直轄の中央病院として運営されましたが、医療団解散後、再建された社会福祉法人同愛記念病院財団の病院として運営されるようになりました)。

戦局の悪化や医師会の反対等もあり、当初の計画ほどの施設整備は進みませんでしたが、日本医療団は、昭和22(47)年の解散時点においても、道府県病院20、地方総合病院198、結核療養所87、診療所282、産院5、奨健療養所96と多くの医療施設を保有していました<sup>注9)</sup>。

## 2 占領期前期の医療政策

占領期の医療政策は、GHQ(General Headquarters: 連合国軍最高司令官総司令部)の主導の下に進められました。GHQで医療政策を担ったのは、軍医サムスを局長とするPHW(Public Health and Welfare Section: 公衆衛生福祉局)でした。

このPHWによる医療政策は、公衆衛生、医学研究・教育、医療提供体制、医療保障制度と幅広い分野において、現在の制度につながる大きな影響を与える改革でしたが、その大きな特色として、「専門家による技術行政の重視」があります。

そこで、まず、この技術行政が最も強く推進され、また、大きな成果を上げた公衆衛生行政について説明いたします。

なお、GHQの占領政策は「間接統治」の方式を採用していました。これは、占領軍が直接に統治を行うのではなく、占領軍の指示した方針に基づき、日本政府が行政施策を実施するというやり方で、医療政策も、このやり方で展開されました。

### (1) 公衆衛生対策

#### 1) 性病・伝染病対策

まず、PHWは、危機的な衛生状態に陥っていた日本において、自らの兵士たちの健康を守るために、日本の衛生状態を改善する施策を進めました。そのために進められたのが性病政策です。最初は、アメリカ兵の相手をする公娼女性の性病対策でしたが、昭和21(46)年の公娼制度廃止の後には、施策は日本人全体に広げられました。

また、敗戦時には、戦時体制下の栄養水準低下・医薬品不足の状況に加え、海外からの引き上げ・復員によって新たな病原菌が持ち込まれたこと等もあり、発疹チフスや痘瘡等の急性伝染病患者が急増し

ていました。このため、世界にも類をみない強制的な集団接種が始まりました。また、結核対策も進められました。

他方で、食糧の不足による餓死者の発生等を背景に、大規模デモが起り、治安問題に発展したことから、占領軍もこれを無視できず、米軍食糧が放出され、米国からの膨大な援助物資を使った学校給食も始められ、日本は飢餓状態から救われました<sup>注10)</sup>。

## 2) 保健所制度の改革

この連載の前回で触れましたように、わが国では、戦時国家体制において、健民健兵政策の実施機関として、各地における保健所の設置が進められました。予算不足もあり、思うようには進んでいませんでしたが、それでも全国に数百カ所設置されていました。

PHWは、この保健所に目をつけ、保健所で性病届け出患者の治療を行うよう申し入れました。これに対し、厚生省は、保健所を整備拡充し、性病治療をしても本来の業務を実施できるだけの予算が確保できるならとの条件で了解しました。

アメリカは、当時、日本の占領政策を批判するソ連に対し、米軍中心のGHQによる占領政策が民主的で日本国民の福祉増進に寄与するものであることを示す必要もありました。公衆衛生施策は、その成果を示すシンボリックな施策として進められ、各地域でそれを担う保健所は、機能を充実強化して、衛生思想の向上、栄養の改善および食品衛生、環境衛生、母子衛生、歯科衛生など、総合的活動を行う機関として位置づけられるようになりました。保健所長は医師と定められ、保健婦、薬剤師等多くの専門職が配置され、定員も大幅に増加されました。

この新しい保健所構想を進めるため、PHWと厚生省は、理想的なモデル保健所を設置し、これをモデルとして他の保健所が学んでいくという方法をとりました。「保健所運営指針」が定められ、全国から東京に集まった保健関係者が講習を受けました。そこで講習された内容は、アメリカの公衆衛生活動の実績に基づいたもので、地域の専門家としての保健婦、公衆衛生計画の基礎としての統計の手法等、専門職による活動を重視したものでした<sup>注11)</sup>。

こうした保健所要員への専門的養成訓練を大量に進めるため、専門機関として、国立公衆衛生院が活用されました。

## 3) 技術行政の確立と衛生統計改革

サムス局長等のPHWスタッフの見た、それまでの日本の公衆衛生行政は、従来、警察行政の一環として行われてきた経緯もあり、保健所が設置されても、主な事務は事務官が担当し、技官の地位は低い

ものでした。

これに対し、サムス局長は、専門職による行政を重視しました。サムス局長は、科学技術による行政を日本の衛生行政機構において確立することをめざし、まず、厚生省内における衛生行政3局（公衆衛生局、医務局、予防局）の局長をすべて技官としました。また、衛生警察業務を全面的に衛生行政部門に移管し、全都道府県に衛生部を設置しました。保健所における専門職技官による行政体制の強化は、こうした取り組みの中で打ち出されたものです<sup>注12)</sup>。

もう1つ重要な動きとして、衛生統計の整備があります。明治以来の人口動態統計は、人口政策の基礎とすることが主目的とされ、衛生は第二義的なものでした。戦時下では、事務の簡素化や戦災による資料喪失により、昭和19(44)年・20(45)年は、統計の集計自体が困難になっていました。

そこで、GHQの指令により、行政の基礎となる統計を整備するため、出生・死亡の届けを従来の本籍地から事件発生地とし、人口動態統計を従来の本籍地から住所地で集計すること等が定められ、月報を作成することが可能になりました。さらに、人口動態統計の所管が、従来の総理府統計局から厚生省に移管され、衛生統計は、伝染病関係等従来から厚生省が所管していた統計と併せ、すべて衛生行政機構で所管することになりました。そして、保健所法により、人口動態統計が保健所の所管事項になり、衛生行政の基礎として、統計が活用できるようになりました<sup>注13)注14)</sup>。

## (2) 医療関係者の資格および教育

わが国では、明治以来、大学医学部卒業生は無試験で医師資格を取得することができました。また、戦時下のわが国では、医師の大量養成の要請から、多くの専門学校が作られました。その教育水準には問題があるものもありました。

そこで、PHWの指示を受けて、専門学校については、審議会が定めた医学教育基準に適合するよう指導され、それを達成できたところが大学に引き上げられ、それ以外は閉鎖されました。また、医師および歯科医師資格を得るためには、すべて資格試験に合格することが必要とされました。さらに、日本の医学教育が講義に偏っているとして、臨床実習関係科目を増やすとともに、医師は、免許取得後、大学付属病院等で1年間の実地修練を受けることとされ、インターン制度が導入されました<sup>注15)</sup>。

ここで、看護婦（現在は看護師）の教育と資格をめぐる動きについても少しふれておきます。戦時下

では、看護婦についても速成教育が行われていました。戦後、わが国の病院や看護学校等を視察したPHWの看護部門担当者が見たのは、専門職というより医師の補助者として働く看護婦の姿であり、看護教育のレベルの低さでした。その後、PHWと厚生省の担当者による検討を経て昭和23(48)年に制定された保健婦助産婦看護婦法は、保健婦、助産婦、看護婦の資質の向上を図るため、免許を受ける者の資格をかなり高くしました。まず、看護婦を甲種と乙種に分け、乙種看護婦は、業務内容は一部制限され、甲種看護婦の指示を受けることとされました。そして、資格を得るためには、従来は、都道府県知事指定の学校・講習所を卒業するか、知事が行う試験に合格すればよかったのですが、それを、甲種看護婦・保健婦・助産婦は、大学レベルの学校・講習所を卒業し、国家試験に合格することが、乙種看護婦は、高等学校レベルを卒業し、知事の行う試験に合格することが必要という制度に変更されました。そして、従来からの看護婦については、その行う業務には制限はありませんが、甲種看護婦と称するには試験に合格することが必要とされました<sup>注16)</sup>。

### (3) 医療提供機関

占領軍は、日本の病院の状況を把握した上で、まず軍関係医療機関の厚生省移管を進め、多くの陸海軍病院や療養所が、国立病院や国立療養所になりました。また、日本医療団の医療施設については、結核療養所は国に移管され、その他の一般施設は都道府県や大都市に移管されることになりました<sup>注17)</sup>。

医療施設については、医療施設の量的整備および質的改善について昭和23(48)年に医療制度審議会が行った答申に基づき、医療法が制定され、国民医療法は廃止されました。

医療法の制定は、国民に適正な医療を確保するためには、医師、歯科医師等の医療関係者の質的向上を図るだけでなく、医療関係者の働く場である医療施設について、その管理、人的構成および構造設備の面から規制を加え、科学的かつ適正な医療を行うのにふさわしい場所でなければならないとの趣旨で、病院に重点を置いた改革でした。

この医療法に示された、従来の国民医療法との大きな違いは、①病院と診療所は本質的に違いのあるものとして区別したこと、そして、②医療機関の整備において、公的医療機関を中核的な医療機関として整備していく方向を示したことの2点です。なお、「公的医療機関」とは、都道府県、市町村その他大臣の定める者(日赤、済生会、厚生連等)が開設す

る医療機関のことで、当時の医療法では、国が公的医療機関の設置費用に補助できる等の規定もありました。

まず、病院と診療所の区別については、国民医療法では、わが国における従来からの整理に基づき、10床以上の病床を有する医療施設を病院としていました。これに対し、医療法では、病院は、傷病者が科学的でかつ適正な医療を受けることができる便宜を与えることを主たる使命として組織され、運営されるべきであるという考え方に立ち、患者収容施設20床以上を有する医療施設を病院と定義し、また、病院は一定の医師、歯科医師、看護婦等の医療従事者および診療室、処置室、エックス線装置、調剤所その他所定の施設を有すべきこととし、都道府県知事の許可を受けることとされました。

一方、診療所については、医療法では、病院のような設備は必要とされず、医師が開設者である場合は、都道府県知事への届け出でよいとされました。また、診療所は患者を収容しないことを原則とする考え方をとり、法13条において、その管理者の義務として、臨時応急の処置を施した患者で移送することが著しく困難であるものを除き、同一の患者を48時間以上収容してはならない旨が規定されました。なお、既設の診療所については3年ないし5年の猶予期間が設けられました。

PHWが視察した日本の病院は、戦争により壊滅的な打撃を受けただけでなく、そもそも患者の付添家族が布団から炊事用具まで持参し、泊まり込みで患者の食事を作ったり看護をすることが一般的でした。PHWは、こうした病院の状況を問題視し、看護と病院の水準の上昇を図ることが必要としました。

前述の看護教育・看護資格の見直しもこうした方針により行われたものですが、病院について病床20床以上が必要としたのも、病院としてあるべき水準のサービスを提供するのに必要な医療施設を保有しての経営が成り立つには、少なくとも20床以上が必要である、との考え方に立脚したものとされています<sup>注18)</sup>。

もう1つの公的医療機関を中核的な医療機関とすることについては、医療法制定の基礎となる方針を示した、昭和23(48)年に医療制度審議会が示した答申「医療機関の整備改善方策」において、その考え方が示されています<sup>注19)</sup>。

【医療機関の整備改善方策（昭和23年5月医療制度審議会答申）－抜粋－】

第一 医療機関の整備

一 略

二 医療機関の整備に当たっては、

(一) 所謂開業医制度はその長所を助長し欠陥を補正して公的医療機関の及ばない場合並びにこれを必要としない対象に対する医療機関として存置すること。

(二) 公的医療機関に整備すること。特に戦災による医療機関の損耗の著しい地域については一定規模の総合病院を、無医地域については診療所を公共団体をして早急に建設せしめる様助成すること。

(以下 略)

「総合病院」とは、医療法によって新設された制度で、病床100床以上を有する病院で、その診療科に内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を含め、かつ、検査施設等所定の施設を有するものとして都道府県知事の承認を受けたものをいいます。上記の整備方策では、この総合病院について、地域におけるメディカルセンターとして、開業医等の利用に供するとともに、医師などの修習機関としての機能を果たすという、アメリカ的なオープンシステムを導入する施設としても考えていた節があります。

ここまで説明した、保健所整備や医療法制定当時の施策の方向性がこのまま継続していたとしたならば、現在の日本の衛生行政や医療提供制度もずいぶん変わったものになっていたと思われるが、現実にはそうはなりません。その経緯は、占領期後期の医療政策として、次回で説明します。

注1) 厚生省医務局・記述編(1976):269.

注2) 同上:269-275.

注3) 昭和初期に国民の体位の低下があったということには、異論があります。牧野によれば、実際には、統計を見る限り当時の日本人の平均身長や平均体重は1920年から1935年にかけて一貫して向上しており、徴兵検査の不合格者の増加は、基本的に陸軍の軍縮による定員削減と、日露戦争後のベビーブームで生まれた世代が大量に徴兵検査を受検したことによる見かけ上のものであった、とのこと。

牧野は、むしろ、日本の工業力の立ち後れからなる欧米との軍事力の格差を個々の兵士の力で補おうとする陸軍が、自動車などを使用せず重い装

備を背負って自分の足で長距離を歩く、頑健・屈強な身体を持つ兵士を求めたにもかかわらず、当時の日本は都市化・産業化・高学歴化により都市生活者が急増していたことが、陸軍に国民体位向上のための役所を設置しようと動きの背景にあったとしています。

ただ、牧野は、厚生省は、こうした動きだけで設置されたものではなく、当時の内務省の社会局や衛生局は、社会政策としての社会・衛生行政を所管する新省設置を主張しており、その取り組みを進めていたのが首相である近衛文麿であったこと、その意味で、厚生省は、こうした2つの動きの折衷的なものとして設置された、としています。

(牧野邦昭「厚生省設置と人口政策」, 昭和史講義 2-専門家が見る戦争への道・第8講, 筑摩書房, 2016)

注4) 厚生省医務局・記述編(1976):296, 310.

注5) 島崎謙治(2011):46-50.

注6) 菅沼隆(2006):38-39.

注7) 同上:64-65.

注8) 同上:69-71.

注9) 福永肇(2014):289.

注10) 杉山章子(1995):131-148.

注11) 同上:155-176.

注12) 同上:58-61, 176-177.

注13) 同上:149-152.

注14) この衛生統計改革は、実は当協会の創設および本誌の発刊と密接に関係しています。

この衛生統計改革を踏まえ、統計を基礎とする衛生行政を進めていく上で、様々な統計資料や統計的な研究を掲載した雑誌を刊行し、統計の要点を、一般国民や保健所の職員にも理解しやすいようにすることが必要と認識されたことから、昭和23(48)年に、任意団体である「衛生統計協会」が設立され、雑誌「衛生統計」が創刊されました。

この任意団体が元となって、昭和28(53)年に財団法人厚生統計協会が発足し、翌29(54)年1月から、「厚生」の指標」が出版されたという経緯があります。

注15) 杉山章子(1995):80-83.

注16) 厚生省医務局・記述編(1976):416-418.

注17) 杉山章子(1995):192-196.

注18) 大西香世「戦後日本における分散型の医療供給体制の再生産－診療所の48時間収容制限の努力義務規定化とその政治過程を中心に－」, 大原社会問題研究所雑誌 No.672, 2014.11.

注19) 厚生省医務局・資料編(1976):186-188.

参考文献

厚生省医務局「医制百年史：記述編」, 1976:ぎょうせい, 厚生省医務局「医制百年史：資料編」, 1976:ぎょうせい, 島崎謙治「日本の医療 制度と政策」, 2011:東京大学出版会.

菅沼隆監修「国民医療法 日本医療団史」, 日本社会保障基本文献集 第1期戦時体制における社会保険 第3巻, 2006:日本図書センター.

福永肇「日本病院史」, 2014年:ピラールプレス.

杉山章子「占領期の医療政策」, 1995:勁草書房.

C.F.サムス著, 竹前栄治編訳「GHQサムス准将の改革－戦後日本の医療福祉政策の原点」, 2007:桐書房.