

❖ 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7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2）

－占領期後期の医療政策－

3 占領期後期の医療政策

(1) ドッジラインと保健所・医療施設整備への影響

1) ドッジライン

前回の後半で、占領期前期の医療政策について、GHQ（PHW：公衆衛生福祉局）の主導の下、公衆衛生対策、医療関係者の資格・教育、医療提供体制と幅広い分野において改革が行われたことについて、その概要を述べるとともに、この改革は、そのまま継続することはできなかった、ということについて触れました。その事情について、今回は説明していきたいと思えます。

まず、ベースとなる経済状況の変化がありました。戦後のわが国は、戦災により生産設備は壊滅的状况に陥り、供給不足、特に燃料不足により激しいインフレーションに見舞われました。政府は、インフレーションの終息と経済復興のため、預金封鎖を行うとともに、石炭・鉄鋼等の主要な産業に資源と資金を重点的に配分して生産を回復させる「傾斜生産方式」を採用しました。しかし、資金不足の政府は、赤字国債を財源とした価格差補給金と、復金債の日銀引き受けを財源とした復興金融公庫からの融資に依存せざるを得ず、インフレーションはさらに加速しました^{注1)}。

第二次世界大戦後、ソ連を中心とした社会主義陣営との冷戦が進行する中で、中国における共産党政権の誕生に直面したアメリカには、アジアにおける資本主義の「防壁」として、日本の自立と安定が必要でした。そこで、アメリカ政府は、昭和23('48)年12月に、日本経済について、予算の均衡、徴税の強化等の自由主義的の原則と、物価統制の強化等の統制経済の方針を併せて掲げた「経済安定9原則」を打ち出すとともに、その実施のため、昭和24('49)年2月に銀行家ジョセフ・ドッジを日本に派遣しまし

た。ドッジは、この9原則のうち、特に自由主義的政策を徹底的に実施しました。その内容は、特別会計を含む総予算の均衡、あらゆる補助金の削減、復興金融公庫の復金債の新規発行の禁止、そして徴税の強化でした。この政策は「ドッジ・ライン」といわれています^{注2)}。

この極端な引き締め政策により、需要は縮小し、物価は大幅に下落し、インフレーションは終息しました。しかし、それによりもたらされたのは深刻な不況でした。

日本経済は、その後、この政策的にもたらされた不況に苦しみ、これを抜け出すには、昭和25('50)年6月に始まった朝鮮戦争による特需を待たなければなりません^{注3)}。

2) 保健所・医療施設整備への影響

ア 保健所

この超均衡予算により、政府の歳出は大幅に削減されました。その中で、保健所関係の予算や人員についても、国庫補助の金額が削減されたり地方財政平衡交付金（現在の地方交付税）に切り替えられる等の措置が講じられ、保健所を巡る環境は厳しくなりました^{注4)}。

イ 医療施設

昭和23('48)年に制定された医療法が、公的医療機関を中核とした医療施設整備の方向を打ち出したことは、連載の前回で触れたところです。

この後、医療法により設置された医療機関整備中央審議会（後の医療審議会）は、昭和25('50)年に「医療機関整備計画」を定め、診療所および病院について、全国レベルで計画的に整備を進めることとしました。この中で、病院は、一般病院と特殊病院（伝染病院、結核療養所等）に分けられ、一般病院については、都道府県立病院を中心とする公的医療機関を中核として考慮することとされ、①都道府県中央病院（200～400床の総合病院）、②地方病院（3～

4の保健所管轄地域を含む診療圏ごとに設置する100～200床の総合病院)、③地区病院(各保健所区域ごとに設置する50～100床の各科を有する病院)の3段階で整備することとされました。

病院については、結核等の増床は順調に進みましたが、一般病院整備については、ドッジラインによる経費削減で思うように進まなかったため、医療審議会は、昭和26('51)年に「基幹病院整備計画要綱」を決定し、各地域における病院網の中核となる基幹病院の整備を優先的に進めることとしました。その内容は、①都道府県庁所在地に、最高水準の医療能力を有する中央病院(210床以上)、②都道府県内の枢要な地に地方病院(人口5万以上市では120床、5万以下の市では90床)、③各保健所地域の中心地に地区病院(60～120床)を、昭和27('52)年度からの5年間で、速やかに整備する、というものでした。

その後、朝鮮戦争特需等により経済が回復し、また、医療法に基づく公的医療機関への補助に昭和26('51)年度から公共事業費があてがわれることとなったことや、昭和27('52)年には厚生年金保険積立金還元融資が再開され、病院建設事業がこの融資の対象になったこと等もあり、国民健康保険事業の再建と並行して市町村直営診療所が増加し、また、日本赤十字社、済生会、厚生連などによる公的病院が各地で整備されていきました。しかし、そうした公的医療機関の整備は、必ずしも上記の国の計画に沿って進められたものではなく、その意味で、医療機関の計画整備という点からは問題があるものでした^{注5)注6)}。

(2) 民間医療機関への対応

1) 病院と診療所の区別について(診療所の48時間収容制限の形骸化)

連載の前回で、医療法は、病院と診療所を峻別^{ベツ}し、病院の水準の向上を図ったと書きましたが、その際の、病院と診療所の区分の重要な要素の1つとして、診療所は同一患者を48時間以上収容してはならないという制限がありました(医療法13条)。

* 当時の医療法13条は、以下のような規定でした。

「第13条 診療所の管理者は、同一の患者

を、48時間を超えて収容してはならない。但し、臨機応変の処置を施した患者であって48時間以内に移送することが著しく困難であるものについては、この限りでない。」

この制限に対して最初に敏感に反応したのは、優性保護法指定医を会員とする日本母性保護医会(以下、日母)でした。この制限があると、診療所開設の産科医にとっては、分娩を扱うことが事実上できなくなり、他方、助産婦が開設する助産所にはこうした収容時間制限が設けられなかったため、診療所開設の産科医にとっては、この制限は死活問題だったのです。

そこで、日母は、当初、優性保護法指定医に限り助産所と同様に取り扱う旨の法改正を求めたのですが、厚生省から拒否され、今度は優性保護法指定医に限り48時間制限がかからない旨の規定を設ける、優性保護法改正の運動を展開しましたが、実現できませんでした。

医療法においては、法律施行後3年間は13条の規定によらないことができるとの経過措置が講じられていたため、昭和26('51)年がその期限でした。その年に日母会長が日本医師会(以下、日医)会長に就任したことを受け、日医は、この経過措置をさらに3年間延長する案を厚生省に提案しました。他方、自民党の医系議員から、この48時間規制を規定した医療法13条を努力義務規定に改正する案も提案されました。

そして、関係者間の調整の結局、PHWの了承も得て、上記の両案の折衷案的内容である、「診療所の管理者は、この法律施行の日から3年間は、医療法第13条の規定によらないことができる。但し、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間をこえて収容しないようにつとめなければならない」との規定を内容とする時限立法「診療所における同一患者の収容時間の制限に関する医療法の特例に関する法律」が制定されました。

なお、その3年後である昭和29('54)年には、医療法13条は、上記の内容から「この法律施行の日から3年間は、医療法第13条の規定によらないことができる。但し、」を除いた内容、つまり「診療所の管理者は、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間をこえて収容しないようにつとめなければならない」と改正され、48時間収容制限は、努力

義務を内容とする規定に変更されました^{注7)}。

2) 医療法人制度の創設

連載の前回から述べてきたとおり、PHWと厚生省は、公的医療機関を中核とした医療機関整備を進めており、診療所はそれを補完するものとして位置づけられていました。そのため、公的医療機関には、上記(1)2)イで触れたような国庫補助や還元融資等も行われましたが、民間医療機関には、国の財政的支援はありませんでした。

実は、昭和20年代前半期は、自営業者や農家は、税務署による徴税攻勢を受けていました。GHQは、それまでの日本の所得税が前年所得を基準としていたため、税負担の公平を阻害するとともに、増大する政府支出に対応できないものとなっている、所得税は当年所得をベースとして徴収すべきであると主張し、それを受け、昭和22('47)年度に、納税者の申告に基づいて課税する申告納税制度が導入されました。しかし、国民も税務当局も申告納税制度に慣れていなかったため、申告所得税の納税実績は大幅に低下しました。

そこで、大蔵省主税局は、昭和23('48)年度には、徴税の目標額を各税務署に提示する方策をとりました。GHQも申告所得税の納税実績の低下に大きな関心を寄せ、その引き上げのため、各都道府県に設置した軍政部の担当者を徴税の監督に動員し、各税務署が徴税目標額を達成するよう監視しました。こうした軍政部の厳しい監督の下で、各税務署は目標額達成のために、納税者に対し督促や差し押さえ等の徴税攻勢をかけました。しかし、戦後当時に書類等もそろわずまた職員の数も少ない中で、納税者の申告に対する更正決定も、調査に基づかず乏しい根拠により行われたものが少なくなく、国民からの強い反感を買いました。民間医療機関も、こうした厳しい徴税攻勢を受けていたのです^{注8)}。

この徴税攻勢は、昭和24('49)年にGHQ軍政部による徴税督促が終了し、また、大蔵省主税局も、調査をしていない根拠に乏しい更正決定はやめよう、という税務行政の大転換を行ったことにより収束しましたが、そうした徴税攻勢に対して自営業者がとった対応策として、税率が累進構造でない法人の設立がありました。しかし、医療法は営利を目的とする医療機関開設

を認めておらず、民間医療機関が株式会社や有限会社を設立することはできませんし、公益法人の設置も簡単にはできません。他方、政府としても、戦後の厳しい経済状況の中で施設の補修維持に苦しんでいる民間病院や、数人の共同出資により患者収容制限のある診療所を病院に切り替えようとする開業医を支援する事が必要であると認識するようになりました。

そこで、昭和25('50)年の医療法改正により、医療法人制度が導入されました。その内容は、①病院、または②医師・歯科医師が常時3人以上勤務する診療所、のいずれかを開設する場合に、社団または財団として医療法人を設けることができるとするものでした^{注9)}。

ここにあるように、創設当時の医療法人は、「医師が常時3人以上勤務する診療所」としており、個人開業医の診療所がそのまま医療法人を設立できるものではありませんでした。当時の政府の国会答弁からは、オープンシステムの病院がわが国に普及するには時間がかかるであろうから、それまでの過渡的状态を救うものとして、医療法人をつくっていかうとしたとの趣旨がうかがわれます^{注10)}。

(3) 医薬分業

この時期に大きな問題となったものの1つに、医薬分業の問題があります。実は、医薬分業は、明治7(1874)年に制定された医制(連載の第3回で説明しています)に規定されていました。医制41条は、「醫師タル者ハ自ラ藥ヲ鬻クコトヲ禁ス醫師ハ處方書ヲ病家ニ附與シ相當ノ診察料ヲ受クヘシ」(医師は自ら薬を売ることを禁ず。医師は処方箋を患者に渡し、診察料を受けるべきである)と規定していました(「鬻ク」とは「ひさぐ」と読み、「売る」との意味です)^{注11)}。

しかし、当時は、薬舗(薬局)開業免許の試験(後の薬剤師試験)に合格して開業する者も、試験を受けないで薬舗主になれる製薬学校の卒業生も少なく、また薬舗の設備も不十分なところが少なくなかったため、医制41条に規定する原則を実施することは難しい状況にありました。そこで、明治22(1889)年制定の「薬品営業並薬品取扱規則」では、薬剤師および薬局の制度を確立するとともに、附則で、「醫師自ラ診療スル患者ノ處方ニ限り……自宅ニ於テ藥劑ヲ調合

シ販賣施與スルコトヲ得」(医師自ら診療する者の処方に関し、自宅で薬剤を調合し、販売することができる)ことと規定されました^{注12)}。その後、大正14(1925)年制定の薬剤師法、昭和18('43)年制定の薬事法、昭和23('48)年制定の薬事法は、いずれも、この仕組みを踏襲していました。

こうした状況の下で、日本薬剤師会(以下、日薬)は、医薬分業の悲願達成のため、GHQに働きかけてサムス局長の理解を得て、昭和24('49)年に米国薬剤師協会使節団が来日し、医薬分業を実施すべきとの勧告書を出しました。この勧告を受けて、サムス局長は、医師会、歯科医師会、薬剤師会による「三師会」をつくらせて協議させましたが、意見が対立してまとまらなかったため、昭和25('50)年に厚生省に「臨時医薬制度調査会」が設置され、この調査会が翌昭和26('51)年2月に出した答申に基づき、「医師法、歯科医師法及び薬事法の一部を改正する法律案」が国会に提出され、修正の上、成立しました。この法律は、医師等に処方箋発行を義務付けるとともに、その例外として、医師等は、省令の定めるところにより治療上必要があると認める場合、患者またはその看護者が特に医師等からの薬剤交付を希望した場合、そして薬局の普及が十分でない地域では、自ら薬を処方できること等を内容としており、「医薬分業法」といわれました。

この医薬分業法を巡る争いはこれで終わらず、医師が自ら処方できる場合についての省令を巡り再び議論が行われ、結局、施行期日を昭和30('55)年1月から昭和31('56)年4月に繰り延べするとともに、医師が自ら処方できる場合をすべて法律で規定することとする法改正が行われました^{注13)注14)}。

(4) 看護婦の資格制度

連載の前回で、看護婦について、(i)これ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たこと、(ii)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たこと、(iii)従来からの看護婦については、その行う

業務には制限はないが、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たこと、について触れました。

この新しい制度は、看護婦の資質向上を図ろうとしたものであったのですが、関係者間で大きな議論を引き起こし、甲種看護婦制度の新設による地位の低下を危惧した従来看護婦による法律改正運動等も起きました。そして、昭和26('51)年の法改正により、(i)甲種乙種の区別をなくし、「看護婦」一本とされたこと、(ii)看護婦を助け看護の総力を構成する要員として「準看護婦」制度を設けること、(iii)従来的看護婦は、そのまま新法による国家免許を得ることができること、等が定められました^{注15)}。

4 占領期の医療改革と揺り戻しについての評価

ここまで、占領期にPHW主導の医療改革と、その後の揺り戻しの動きについて整理してきましたが、こうした動きについては、どのように評価されているのでしょうか。

この点については、杉山章子「占領期の医療政策」が、肯定的評価をしている意見と、問題点の指摘をしている意見を整理していることが参考になります。

杉山によると、占領初期に地域の現場で仕事をした人は、この時期における保健所の全国的ネットワークの整備等を高く評価する傾向があるとしています。その例として、大阪のモデル保健所となった豊中保健所で働いた経験を持つ橋本正己は、この時期を、「GHQの強力な指導によって、民主主義の路線にそって各種の社会改革が断行され、特に新しい平和憲法の制定によって、公衆衛生活動が花開いた時期であった」^{注16)}と捉えた、としています。

他方で、占領期における諸施策の目的とその影響を峻別して捉える意見もあります。その例として、歴史学研究者の長門谷洋治が、PHW主導の医療改革はあくまで占領軍のための政策であったが、それが日本に与えた影響については最大の評価を与えて良いと思われること、現在の日本の衛生行政の問題は、占領軍の残した遺産を自家のものとなしえなかった日本側に原因があると主張していることを紹介しています。

また、GHQの政策が日本の公衆衛生の発展に果たした役割を認めた上で、初期の政策が持

続せず占領政策が転換していく点を重視した意見もあるとしています。その例としては、「日本科学技術史体系」が、軍政部には多くのニューディーラーとよばれるアメリカ人が配置され、財閥の解体、農地解放、婦人参政権の付与、公衆衛生の充実などが計られるとともに、民主主義を移植しようとした、と評価した上で、その後占領軍は自ら培養した民主主義を弾圧して政策を転換していった、としています^{注17)}。

杉山は、このような様々な意見を紹介した上で、PHWが、軍政による強権的側面を持ちながら、軍人だけでなく多くの民間人が含まれていたという二面性に着目しています。すなわち、初期の伝染病対策や衛生行政機構改革が、占領軍ならではの強権的手法によるものではあったが、内容としては合理的側面を持ち、民主的取り組みが進む基礎となったこと、また、PHWの民間スタッフには占領政策としてよりも専門家的意識から日本の担当者と連携して公衆衛生問題に真剣に取り組んだ人々が少なからず存在したことを挙げています。その上で、PHWの医療改革を評価しながら、それを継続できなかったことについて、それを自らのものにできなかった日本側の受容基盤の弱さと既存勢力のしたたかさ、それからドッジラインなどによるアメリカの占領政策の転換がある、としています^{注18)}。

杉山の意見のように、占領軍主導の医療改革が、方法としては強権的な面があったとしても、それがわが国の医療政策の近代化に貢献したことは事実であると思われます。しかし、占領政策の転換や財政面等の様々な制約もあり、占領期後期には、政府としては、この医療改革の成果を生かしながらも、これまでの日本の医療を背負ってきた医療・介護関係者と協調しながら施策を進める方向を取ようになってきた、ということができるのではないかと思います。

今回は、この昭和36(’61)年の国民皆保険につながる、第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動きについて整理していくこととしたいと思います。

- 注1) 松原和男「戦後の経済変動の出発点をめぐって - 1949年不況の位置づけと政策不況 -」。大阪経大論集。第53巻第2号。2012.7: 228-234。
- 注2) 同上: 234-235。
- 注3) 同上: 235-242。
- 注4) 杉山章子(1995): 183-184。
- 注5) 厚生省医務局・記述編(1976): 444-446。
- 注6) 厚生省医務局・資料編(1976): 188-190。
- 注7) 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.673。2014.11: 50-56。
- 注8) 村松怜「占領期日本における税務行政と所得税減税」。三田学会雑誌104巻2号。慶應義塾大学経済学部。2011年7月: 55-72。
- 注9) 厚生省医務局・記述編(1976): 438-440。
- 注10) 大西香世(2014): 58-59。
- 注11) 厚生省医務局・資料編(1976): 41。
- 注12) 厚生省医務局・記述編(1976): 84-85。
- 注13) 杉山章子(1995): 90-93。
- 注14) 厚生省医務局・記述編(1976): 409-415。
- 注15) 厚生省医務局・記述編(1976): 419-421。
- 注16) 橋本正己「日本における公衆衛生発展の特質と将来展望」。公衆衛生Vol.49 No.1, 1985年1月。
- 注17) 杉山章子(1995): 218-223。
- 注18) 同上: 223-235。

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。