

❖ 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13回 高度経済成長期における医療提供体制の整備（その3）

－戦争直後の医師過剰時代から、国民皆保険下の1県1医大構想へ－

今回は、第二次世界大戦後の医学教育制度について触れることとします。

表題では「高度経済成長期」となっていますが、医師養成制度については、第6回以降の戦後の動きにおいて触れていませんので、ここでは、第二次世界大戦後直後の医学教育制度をめぐる動きから始めることとします。

1 戦時期に乱立した医専の整理と大学への一元化

第5回でも触れたところですが、大正時代における、専門学校で大学昇格を求める運動を背景とした医育一元化の政策は、昭和に入り、地方で開業医として働く医師の養成が必要という開業医側の運動により転換し、昭和初めには新たに7つの医学専門学校（医専）が設置されました^{注1)}。

そして、昭和14年度には、大陸での戦局拡大に伴い、軍医速成を求める軍部の要請に対応して、7帝国大学医学部および6医科大学に「臨時付属医学専門部」が付設されました。昭和17年度からは、さらに、17年度1校、18年度7校、19年度18校、20年度6校と大量に医学専門学校が設置されました。その結果、敗戦時点の国内の医学校および医学生数は、帝大7校と官公市立の医科大学11校（8,480人）、官立医専20校（8,485人）、公立医専19校（4,576人）、私立医専12校（6,720人）の合計51校で医学生28,261人にもほり、昭和20年度の入学定員は1万人を超えていました。昭和初期には、医学系諸学校の卒業生は年間3,000名弱であったのが、一気に膨れ上がってしまったのです^{注1)}。

第二次世界大戦後の占領期に日本の医療政策を主導したのは、第6回で触れたように、GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）の、サムスを局長とするPHW（公衆衛生福祉局）です。

サムスは、米国留学経験の長い草間慶大教授

と話し合い、医学教育改革について、GHQ（PWW, CIE（民間情報教育局））と日本の関係省庁（文部省、厚生省）・団体（日本医師会）、大学（東京帝大、大阪帝大、慈恵会医大、慶應義塾大）の代表者をメンバーとする医学教育審議会（CME：Council on Medical Education）を昭和21年2月に設置し、この委員会により改革を進めていきました^{注2)}。

まず、国家試験およびインターン（実地修練）についてです。従来は、大学医学部等で4年間専門課程を履修した者は無試験で医師資格を得ることができたのですが、これを改め、医師資格を得るには、すべての者が医師国家試験に合格することが必要としました。そして、その受験資格として、4年間の専門課程とその後の1年間のインターン（大学付属病院か厚生省指定の総合病院で診療の実地修練）、あるいは3年間の医専卒業後医師国家試験予備試験に合格して1年間のインターンを経ることが必要、とする改正が行われました^{注2)}。

問題となったのは、医学専門学校および医進課程（専門課程に進む前の教養課程）の取り扱いです。PHWも文部省も、昭和10年代に粗製乱造された医専の教育水準の低さや医師過剰が問題であり、その解決のため、大学と医専の二元的な医育システムを大学教育に統合するとの方向は一致していました。しかし、医専の整理統合の方向と医進課程の取り扱いについては、PHWは、医専をA級とB級に分け、A級は大学に引き上げ、B級は統廃合の対象とするとともに、医進課程は3年必要であるという認識であり、この趣旨は、CMEから文部省に勧告されました^{注2)}。

これに対し文部省は、戦時下とはいえ一旦設置認可した医専については、いずれも、整備を重ねて医科大学に昇格させようという方向性を持っていました。また、医進課程については、

8月に学校教育課程全般を検討するために設置された教育刷新委員会が、他の学部と同様2年間とすることを強く主張していました。

この点については、昭和22年に、B級医専および医大付属医専は廃止するが、その学生についてはA級医専の1年下の学年への転校を認めるとの救済措置が取られました。また、医進課程は2年にすることと決着し、大学医学部は6年制になりました。その結果、大学医学部および医科大学は計45校になりました^{注2)}。

2 インターン制度

インターン（修練医）とは、医学教育を終了した者が、一定期間病院に住み込んで指導医の下で診療の実地修練を積む仕組みであり、アメリカをはじめとする欧米諸国では一般的に実施されていました。また、インターン期間には最低限必要な給与は支払われるのが普通でした^{注3)}。PHWは、こうしたインターンの仕組みを日本にも導入しようとしたのです。

その理由について、堀籠崇は、PHWで医学教育を担当していたモルトン少佐の日記等の資料から、次のように推測しています。

モルトンは、日本の医学研究水準は世界的と評価する一方で、その医学研究の発展が国民の厚生に直接つながっていないとしています。そして、その理由として、①大学を中心とした医学教育体制が、都市への医師の集中化を招くとともに、排他的な学閥を形成したこと、②大学内の医学教育が、伝統を厳守する旧ドイツのシステムにより、臨床訓練より研究が重視されたこと、③研究は、患者を治療するためよりも、学位や名誉、個人的誇りのために行われたこと、④大学病院の医師と個人開業医が分断され、個人開業医は金を稼ぐ以外の動機を失っていること、を指摘しています。

そこで、GHQは、①日本の医学生に、医師の責任とは何かを自覚させるために、多数の患者を割り当て、できる限り多くの臨床修練を積ませる、②インターン制度を通じて、日本の医者の世界における学閥を打破し、医学生の競争と交流を促す、③年長の医師も、医学生を指導するために勉強せざるを得ず、それが医師に技術向上につながる、といった狙いで、インターン制度を日本に導入したとされています^{注4)}。

昭和21年の国民医療法施行令改正、およびそれを引き継いだ23年の医師法改正により、1年

間の実地修練を経た者でないと、医師国家試験を受験することはできないこととされました。しかし、日本に導入されたインターン制度においては、インターン期間内の住居も給与も保証されていませんでしたし、インターンを指導する訓練を受けた指導医も研修に必要な設備も整備されていませんでした^{注3)}。GHQは、この問題を認識していましたが、研修医指定病院になることは病院の質の高さを一般に証明することになるので、各病院がインターンの獲得を競い合い、その中でインターンの生計費や給与を病院側が負担するようになり、問題は解決するだろうと考えていたようです^{注4)}が、実際はそうなりませんでした。

インターンたちは、大学医局で厄介者扱いされたり、学生でも医師でもない身分で無給労働力として働かされ、また、日々の生活費を得るためにアルバイトの診療に従事する生活を余儀なくされる一方で、国家試験の勉強をしなければならぬ状況でした^{注3)}。昭和23年には、豊島病院でインターン生が腸チフスに患って死亡したにもかかわらず、その身分のために保障を受けることができませんでした^{注5)}。

このような状況に対して、全国の大学や日本学術会議等、各方面から制度の問題が指摘されました。また、昭和39年には、全国医学生連合（医学連、31大学・2,000人）が、インターン願書提出拒否、厚生省指定病院ボイコット、保健所実習ボイコット等を決議する事態にまで発展しました^{注6)}。

これらの批判を受け、昭和34年の医師法改正により、次のような改正が行われました^{注6)}。

- 大学卒業後、すぐに医師国家試験を受験することができ、国家試験に合格すれば、直ちに医師免許が与えられる（従来は、卒業後1年間のインターンをしないと国家試験を受験できなかった）。
 - 医師は、免許を得たのち、2年以上大学病院や厚生大臣の指定する病院で臨床研修を行うよう努める（臨床研修は義務ではなくなった）。臨床研修を終えた者については、研修を受けた病院の長が厚生大臣に報告する。
 - 研修期間中は、大学病院では月額1万5千円、その他の指定病院では2万5千円程度の手当が支給される。その財源として、研修病院に補助が行われる。
- このようにして、インターン義務化制度は廃

止されましたが、この改正については、逆に、若手医師に2年間の低賃金労働を強いるものであるとか、高度に専門化された大学病院は日常的・包括的医療の研修の場としてふさわしくない、という批判もありました^{注5)注6)}。

3 国民皆保険と1県1医大構想

(1) 昭和30年代前半までの医師数についての認識

占領期における医学教育改革が一段落した昭和20年代半ばにおいて、政府においては、日本における医師数は人口1,000人あたり1人が適正数であり、当時の医学部卒業者数年間3,000人程度は過剰なぐらい、という認識が一般的でした。また、医師会も、現状の医師数は過剰であり、新設医大は認めないという方針でした。この認識は昭和30年代前半まで続いていました^{注7)}。

ただ、厚生省においては、昭和30年前後には、無医村や医師の都市偏在の傾向、保健所医師の不足といった問題が強く意識されるようになり、昭和31年には、へき地医療対策の第1次計画が作成されました（連載第11回1（3）参照）^{注7)}。

(2) 国民皆保険の実現

これまでの連載で触れたように、わが国は、昭和36年に国民皆保険を実現しました。そして、国民皆保険の実現により、医療への需要が急激に増加することが予想されたため、こうした状況の変化に対応した医療制度改善の基本的方向について調査審議する「医療制度調査会」が設置され、昭和38年に、「医療制度全般についての改善の基本方策」と題する答申が行われました。

この医療制度調査会答申では、医師数および歯科医師数について、「わが国の医師・歯科医師の数は、従来の人口対比の考え方によると、諸外国に比べてみて一応充足の状態にあるように言えるが、この考え方は必ずしも妥当とは言えない。……医療概念の拡大は、医療における医師・歯科医師活動の分野の拡大を意味し、又医療技術の革新という事情は医師及び歯科医師の診療領域の専門分化をも意味する。これら事情は疾病構造の変化、国民皆保険による医療需要の増加ともあいまって、医師・歯科医師の需要を増加する要因となっている」とし、「その数が不足すると予測されるときは、すみやかに必要な対策を講ずべきである」としている。こ

れは、従来の厚生省の姿勢とは異なるものであり、この後、医師数増加に向けて厚生省が方向転換していく流れをほのめかすものとなりました^{注8)}。

(3) 秋田大学医学部の設置

昭和40年代になると、厚生省は、昭和41年から3回にわたり文部省に医学定員の増員を要望し、文部省もこれに応え、医学部定員は少しずつ増加していきました。しかし、この程度の施策では、へき地の医師不足に悩む各都道府県の需要には到底対応できませんでした。

そこで、全国7県の知事が、へき地等の医師充足対策として医学高等専門学校の設置を厚生・文部両省に要請したり、全国知事会が、へき地勤務を条件とする医学部学生への奨学金創設を政府に要望するといった動きも出てきました。

こうした中で、いわば突破口を開いたのは秋田県です。秋田県は、当初は県立医科大学の設置を要望していましたが、その場合、県の負担が大きく財政的に困難であることが判明し、昭和40年ごろから、国立の秋田大学の医学部を設置することに要望を変更しました。そして、県庁・秋田大学だけでなく、市長会、県医師会、商工会議所、農協等まさに県関係団体総出で、文部省や厚生省に陳情を繰り返し、県選出国会議員も、国会質問でこれを取り上げました。昭和44年度の文部省予算に創設準備費が計上され、翌45年度予算には秋田大学医学部創設予算の計上、国立大学設置法の改正が行われ、第二次世界大戦後初めて、国立大学医学部の新設が実現しました^{注9)}。

(4) 厚生省、医師数増加方針へ

昭和45年には、へき地医療についての社会の認識や世論の喚起を狙い、自治省が医学高等専門学校構想を発表し、マスコミで大きく取り上げられるとともに、国会での議論にもつながっていきました^{注10)}。

そこで、厚生省は、「医師の需給対策について」を発表しました。これは、最小限必要な医師数を米国並みに10万人対150人とし、これを昭和60年度を目途に達成しようとするなら、ここ4～6年のうちに（注：つまり昭和50年度までに）医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある、としました。そして、学生定員の増、医科大学

(医学部)の新設について特別の措置を講じるよう、文部省に要請しました^{注10)}。

ここにおいて、自治省が提起した、へき地における医師不足問題は、厚生省により、全国的な医師不足の問題として捉えられるようになりました。

(5) 文部省の医科大学(医学部)増設方針

昭和46年には、文部省も「医科大学(医学部)設置調査会」(黒川癌研究会付属病院長を座長とし、「黒川委員会」と言われた)を設置し、黒川調査会は同年12月に最終報告「医師養成の拡充について」を公表しました。

この報告は、医学教育担当者や看護婦の確保を考えると、一挙に医師養成数を拡大することは困難であり、当面、昭和47～51年までの5年間に1,200～1,300人の定員増が必要であり、その方法としては既設医学部の定員引き上げと医科大学新設の2つがあるとしました。そして、既設医学部の定員は教育的見地から120人程度に留めることが望ましい事、医学部(医科大学)の新設は公立医科大学に国が補助することが望ましい事、新設医学部(医大)による入学定員増は、少なくとも半数以上は国公立医科大学(医学部)にすべき、としました^{注11)}。

文部省が、こうしたあいまいさが残る方針を打ち出した背景には、国家公務員の定員削減が進められている中で大幅な定員増をもたらす国立医科大学(医学部)の新設は困難であったこと、医科大学(医学部)整備には、用地買収や公社・附属病院建設のための多額の費用を必要とすること、教員・看護婦等のスタッフの確保が困難であること等があったためとされています^{注11)}。

こうした厳しい事情があったとはいえ、この文部省の方針は、十数にのぼる無医大県のいら立ちを募らせました。そして、これらの県の要請を背景に、大きな政治的な動きが出てきました。

昭和47年8月、田中内閣は次年度予算大綱に「医科大学未設置県解消」を盛り込み、国公立医科大学の大増設方針を打ち出しました。そして、自民党文教部会・医学教育問題に関するチームは、「最近の医療需要の増大に対応するための医師等医療関係者の長期養成計画」を発表しました。これは、昭和60年に人口10万対

160人の医師を目標に、すべての無医大県に、公立大学を中心として医科大学の新設(昭和48年度3校、49年度4校、50年度4校、51年度4校)を行い、既設医科大学(医学部)の定員増と合わせて、国公立医科大学(医学部)の入学定員を8,000人に増加させる(昭和46年当時の入学定員は3,000人)、というものでした^{注11)}。

昭和48年度は、政府においては、福祉元年といわれ、老人医療費無料化や医療保険・年金の給付改善も実施された年であり、1県1医大政策は、こうした政治的な動きの中で、政府による政治的スローガンの1つとなったのです。

昭和48年度から56年度までの各県における国立の医科大学(医学部)設置(開学)状況を見ると、以下のとおりです^{注12)}。

昭和48年度	旭川医科大学、山形大学医学部、愛媛大学医学部、筑波大学医学専門群
昭和49年度	浜松医科大学、宮崎大学医学部、滋賀大学医学部
昭和50年度	富山医科薬科大学、鳥根大学医学部
昭和51年度	高知大学医学部、佐賀大学医学部、大分大学医学部
昭和53年度	福井大学医学部、香川大学医学部、山梨大学医学部
昭和54年度	琉球大学医学部

注1) 橋本鉦市(2008):122-125.

注2) 橋本鉦市(2008):135-186.

注3) 菅谷章(1976):497-499.

注4) 堀籠崇(2010):244-246.

注5) 福島統(2012):223.

注6) 菅谷章(1976):500-507.

注7) 橋本鉦市(2008):201-208.

注8) 橋本鉦市(2008):212-217.

注9) 橋本鉦市(2008):237-248.

注10) 橋本鉦市(2008):257-266.

注11) 橋本鉦市(2008):269-295.

注12) 橋本鉦市(2008):322.

参考文献

- 菅谷章「日本医療制度史」1976:原書房。
 厚生省「厚生省五十年史」1988:中央法規。
 橋本鉦市「専門職養成の政策過程-戦後日本の医師数をめぐって-」2008:学術出版会。
 堀籠崇「実地修練(インターン)制度に関する研究-新臨床研修制度に与える示唆-」,「医療と社会」Vol.20, 2010:医療科学研究所。
 福島統「戦後における医学教育改革」,「日本医学教育史」第7章,2012:東北大学出版会。