

研究ノート

GHQによる占領期医療制度改革に関する 史的考察

—医学教育制度・病院管理制度を中心として—

堀籠 崇*

抄 録

本研究の目的は、GHQの医療制度改革の裏側に横たわる改革意図あるいは理念というものがいかなるものであったのかを明らかにし、戦後日本医療システム形成史研究の進展に資する基礎的な知見を得るところにある。本稿ではとりわけ医療供給側面に関するGHQの政策意図・理念について検討を試みた。具体的には実地修練（インターン）制度、国家試験制度の実施、モデル病院計画、医学視学委員制度といった、医師・歯科医師の資質向上に直接的に関わる政策である。本研究において、主として用いた資料は国立国会図書館憲政資料室所蔵のGHQ/SCAP Records中のPHW(Public Health and Welfare Section)文書である。特に医学教育審議会における日本の厚生官僚とGHQ代表者との議事を中心に、上述の政策の根本に横たわるGHQの政策意図およびそれに対する日本側の反応を明らかにした。

本研究が明らかにしたのは以下の三点である。第一にGHQの医療制度改革は科学技術(医学という学問的裏付け、とりわけ臨床医学の強化)浸透の観点からなされたということである。第二に、GHQは、厚生行政の独立性を目指したということである。国家目的の遂行のための手段として厚生行政があるのではなく、厚生行政は厚生行政としてその役割を果たすことをGHQは考えていたのである。第三に科学技術に基づき、従来日本が有していた医療制度における問題の確認と新たな制度の適用可能性を探るという作業を行ない、その結果、新たな制度の適用を阻む従来の制度の弊害は除去し、そうでないものは活用されたということである。すなわち、一見すれば戦前・戦時からの連続性を見いだせ得るような従来の制度の適用も、戦後GHQによって、科学技術という新たな観点からの見直しの末になされたのである。

キーワード：医療政策理念、医療供給政策、医学教育、臨床研修、国家試験、モデル病院計画、医学視学委員

1. はじめに

少子高齢化の進展と経済成長の鈍化・停滞により、医療保障に対する国の財政負担は今後益々増加すると予想されている。このようななか、近年、医療制度改革の推進により日本の医療システムは大きな転換点をむかえようとしている。医療制度

改革論議においては、政財界、有識者等各方面から、従来の医療システムの欠陥が指摘されるとともに、日本の経済社会と適切的な医療システムの構築が検討されている。しかしこれら議論は、日本の医療システムの形成過程と、そうした欠陥を生み出すに至った根源について必ずしも明確にされた上で議論がなされているわけではない。

日本医療制度史・政策史研究領域では、こうした現在の日本の医療システム形成過程に関する研究が散見されるものの、これら研究においては、

* 東北大学大学院経済学研究科経営学専攻 博士後期三年の課程

「日本型医療システム」²¹として認知されている現在日本の医療システムの源流を、第二次世界大戦の前後、いずれの時点に見出すのか（戦時戦後の連続性と断絶性）という点に関して、大きく二つの見解に分かれている。すなわち、「日本型医療システム」は第二次世界大戦中にその原型が見出せるという「連続説」と、戦後新たに誕生した価値理念に基づく各種政治勢力の運動の末に形成されたという「断絶説」とが存在する。例えば連続説の立場をとる小坂（1995）は、「日本型医療システム」が本格的に確立してきた時期を1961年の国民皆保険以降とするものの、その源流は1930年代、厚生省設置の前後としている。戦時中に構築された制度が戦後においても残存し、これを基盤として戦後日本の医療システムが形成されたという見方である²²。

これに対して高岡（2000）³は、「日本医療団」の解体過程（1947年11月1日解散）の検証から、医療における戦時と戦後の断絶性を強調する。高岡によれば、敗戦直後の医療制度論には3つの潮流（「自由化」…医師会、「公営化」…厚生省、「協同化」…日本医療団および労働組合・農業会）が存在し、とりわけ「公営化」と「協同化」が対立していたとし、これを、「医療供給システムの脱営利化（＝脱開業医制）にむけたヘゲモニー闘争であったと言ってよい。つまり医療供給システムの『脱営利化』への趨勢は、戦時期よりもさらに強まっていたのであり、後に成立する『日本型医療システム』が、敗戦直後の段階から展望できるわけでは決してないのである」と結論付けている²³。

これら議論の相違点は、戦時と戦後いずれの時点に分析の比重を置くのか、具体的にどのような医療制度・政策を分析対象とするのか等の違いによって生じている部分が多い。連続説においては戦前に分析の比重を置き、医療需要に関する政

策（健康保険制度）を主な分析対象としているのに対し、断絶説においては戦後の医療提供に関する政策（医療施設の運営・管理および整備・普及策）を中心として検討がなされている。

連続説が主張するような、医療システムの需要側面における一部制度の残存は、史実として確かに見受けられる（健康保険制度の形成、厚生省の残存等）。しかしながら、それが現在日本の医療システムの根幹とダイレクトに結びつくものであるかどうかは、慎重な検討を要すると思われる。なぜならば、連続説の中心的分析対象である医療需要政策（国民皆保険体制の構築）が、日本型医療システムを構成する重要な要素たる「私的医療機関依存型の医療提供体制」とどのように結びつくのかという点が必ずしも明確にされていないためである。また、一方で断絶説において見受けられる、「戦後新たに誕生した価値理念に基づく各種政治勢力の運動結果としての戦後医療システム」という主張も、十分な検討を必要としている。というのはこれらの説はいずれにおいても、戦後日本の医療システム形成における連合国最高司令官総司令部（GHQ/SCAP: General Headquarters, Supreme Commander for the Allied Powers - 以下GHQ）の果たした役割が十分視野に入れられているとは言えないためである。日本の占領は間接統治方式がとられていたため、GHQは日本国民に対して直接医療政策を実行したわけではない。しかしながら、GHQは強大な権限のもとで日本政府に政策を指令、それが忠実に遂行されているかを監視した。日本政府は自身の政策を自由に実行することができたわけではなく、その都度GHQの意向を確認する必要があったわけであり⁵、戦後日本の医療システム形成においてGHQが与えた影響は少なくないものと思われる。すなわち、断絶説の言う「戦後新たに誕生した価値理念」はGHQの影響を強く受けたも

のであると思われるのである。

ところで、GHQの占領政策に限った研究に着目すると、国立国会図書館が、米国国立公文書館(National Archives and Records Administration)別館に保管されているGHQ/SCAP Recordsの収集に着手して以降(1978年)、竹前栄治らを中心として政治・経済分野に関連したものは急速に進展を見せた²⁴。近年では、医療分野においても杉山章子の業績を中心とした研究が見られるものの、医療分野に関連した研究は総じて政治・経済分野のそれに比して遅れが目立つ。加えて、そうした医療分野における占領政策研究の遅れが、従来の日本医療制度史研究との連携を欠く結果を招いている。杉山(1995)²⁵は、第一次資料に基づき、詳細にGHQの医療政策全般について検討を加えているが、日本の医療制度史上にGHQの医療制度改革を位置付けるという点にまで踏み込んでいない。これを成すためには、実行された政策、実際には実行されなかった政策も含め、それら計画立案されたGHQの医療政策の意図を吟味することが不可欠である。とりわけ医療供給側面に関するGHQの政策意図およびその理念について、従来の研究では十分明らかにされてはおらず²⁶、これらを研究する意義は大きいものと思われる。

2. 目的

本稿の目的は、従来の研究では十分明らかにされてはいない、GHQ医療供給政策における意図がどのようなものであったのかを明らかにし、戦後日本医療システム形成史研究の進展に資する基礎的な知見を得るところにある。医療供給政策は、医療機関の整備・普及などのいわばハード面についての政策と、医師・歯科医師の資質向上といったソフト面に関する政策とが存在する。本稿では後者に焦点を絞り、GHQが旧来の日本医療システ

ムの何を問題として認識し、どのような考えに基づき、いかなる方向へと変革しようと考えていたのかを明らかにすることが本稿の課題である。

3. 方法(資料、調査方法、調査対象)

GHQ内の民政を担当した専門部局のうち、公衆衛生、福祉および医療部門を担ったのは公衆衛生福祉局(Public Health and Welfare Section・以下PHW)である。本研究では、国立国会図書館憲政資料室所蔵のGHQ/SCAP資料内のPHW文書を中心に分析を行う²⁶。本研究がPHW文書に依拠する理由は、GHQの医療政策に関するほぼ全ての資料が同文書中に存在するためである。

ところで医療政策は、大きく医療需要政策と医療供給政策とに大別できるが、本研究が対象とするのは後者である。その理由は、第一に国民皆保険体制が実現した1960年代にはすでにGHQによる日本の占領は終結していたため、保険制度を中心とした医療需要政策分析は、「GHQの政策意図の解明」という本研究の目的と必ずしも合致しないことによる²⁷。第二に医療需要政策に関しては多くの研究が見られるのに対して、医療供給政策に関する研究が稀少なためである。医療供給政策は全体として医療システムを構成する重要な要素であり、その分析を行う意義は決して少なくない。

本稿が取り扱うのは医療供給政策のなかでも、具体的には実地修練(インターン)制度、国家試験制度、モデル病院計画、医学視学委員制度といった、医療のソフト面に関する政策である。これは占領期において、医療供給政策のうち、医療のハード面についての政策は非常に限られており、そこからGHQの医療制度改革の意図や理念を見出すのは困難なことによる²⁸。医学教育審議会における日本の厚生官僚とGHQ代表者との議事を中心に、上述の政策の意図およびそれに対する日

本側の反応を明示する。

分析に先立ち留意点を示しておきたい。それは、本稿が個々の医療政策アクターとGHQとの関係に踏み込んだ分析は行わないという点である。多様な医療政策アクター間関係に主眼を置いた研究としては、池上/キャンベル (1996)¹⁴⁾ が現在日本の医療政策形成過程を一つの「競技」に例え、そのアクターを、主役 (厚生省、日本医師会)、支援者 (大蔵省、保険者、医療関連団体)、観客 (野党、関係団体、専門家、国民) に区分し、その役割と利害の対立を描いているが¹⁵⁾、本稿ではGHQの政策意図を解明する狙いから、政策アクターについては、GHQと厚生官僚という二者間の関係で把握している。したがって本稿は、医療政策形成過程に関する研究に対して基礎的な知見を提供するものである。

4. 結果

(1) 医学教育審議会の設置

1946年2月、PHW局長サムス (C.F.Sams)、マクドナルド中佐、モールトン少佐¹⁶⁾の三者による会談において、「日本に対する医学教育改善問題における基本要素」という議題で、日本の医学教育水準の向上に関してなすべき政策と方針について話し合われた。そこでサムスは「言葉の広い意味合いにおいて医業水準の改善をなすべきである」と主張した。当時の日本の医療は、欧米諸国と比しての、特に現場における診察および診断といった技術面における水準の低さが憂慮すべき課題として存在していたが、同時に一刻も早く改善すべき問題として伝染病対策・公衆衛生の問題に直面していた。これは占領軍の安全確保の側面からも第一に解決すべき課題でもあった。占領軍による日本の医療制度改革は、その初期段階において、占領軍の安全確保を第一目的とした占領政策の一部であった可能性が杉山 (1995) によって指

摘されているが¹¹⁾、1946年3月の医学教育審議会の会合において、GHQ側の代表の口からこのことを裏付ける発言がなされている。「医業の標準の改良に対するプログラムは、占領部隊の福祉に関連する限り、この部局 [PHWを指す-引用者] にとっての関心であり、それゆえこの要求が存在する限り我々の援助のもと残るだろう」¹⁶⁾

さらに、医学教育の改良の本質もそこにあったが、その後GHQの関心は医学教育の自由化とその民主主義のラインに沿った再編を促進することに拡がったとも述べている。これが具体的に意味するのは、日本医師会を政府から完全に独立した組織へと作り変えるとともに、科学的な医学教育の発展に資する組織へと再編するということであり、厚生省に関して言えば、医師の開業許可に際して、十分な医学的知識と技量を有した医師であるか否かを判断するとともに (医師免許の交付)、継続的な医療の質向上に向けて活動しうる組織として再編するということである。このような医学教育の根本的目的と、その成果としての医療を考慮した場合、今日の前に直面している問題にのみ目を向けるのではなく、将来を見据えた政策とバランスをとって医療政策を実行していくことが重要であると、1946年3月の医学教育審議会の会合で話し合われたのである。1946年2月の三者会談において見られた「言葉の広い意味合いにおいて医業水準の改善をなすべきである」というサムスの主張はすなわち、このことを指している。

1946年2月の三者会談で、「日本の医学教育においては国のニーズについての情報と理解とが日本の教育者の間に存在した可能性はあったが、医学教育の近代化には至らず、それは政府の規制及び教育の遅れたドイツのシステムに盲目的に従ったためである」という発言がされている。そこで、日本の医学教育の近代化、医学カリキュラムの改定にあたっては、政府と組織化された医業の間で

の調整が必要であるとして¹²、文部省、日本医師会、厚生省、政府・私立の医学校（帝国、私立大学医学部を指す）、PHW、CIE（民間情報教育局：Civil Information and Education Section）から成る医学教育のための委員会を組織することがこの三者会談で決定したのである¹⁷。

(2) 医学教育審議会の目的とインターンシップの導入

医学教育審議会の目的は、具体的には開業免許のための基準の確立と、医学カリキュラムのための基本的な基準の確立にあった¹⁸。特に医師国家試験制度の確立は当委員会に課せられた最も重要な課題の一つである。医学カリキュラムのための基本的基準の確立というのは、医師国家試験に付随して新たにその導入を模索していたインターンシップ¹³を指している。医師国家試験受験資格としてインターンシップを位置付け、医師国家試験を受験するものは、大学医学部卒業後1年以上の診療および公衆衛生に関する実地修練をおこなうことが求められた¹⁴。すなわちインターンシップは、医師国家試験とセットでその導入が図られたのである。

インターンシップは、1946（昭和21）年8月30日の国民医療法施行令改正により、国家試験制度とともに採用されることとなった（その後1948年の「医師法」制定により義務規定となった）制度である。インターンシップに関しては、大学卒業後に医師としての証明書が与えられる以前に、丸一年の臨床トレーニングが必要とされるべきであるという決定が、厚生省内の学校調査委員会において、戦後法制度化される以前の日中戦争時にすでになされていた。だが、メディカルトレーニングにあまりに多くの時間を浪費すべきではないという軍部の考えから1年の臨床訓練は医学部4年のコースの中に含まれると解釈されたのである²⁰。

戦時中における医学教育の実情は、医学部における教育は講義を中心としたものであり、医師免許は医学部卒業にともない自動的に付与され、卒後研修は必ずしも必要とされてはいなかった¹⁵。医学教育審議会におけるインターンシップに関する議論の中で久下勝次¹⁶が示した当時のデータでは、1940年における帝国大学〔東京帝国大学を指しているものと思われる—引用者〕卒業生134名に対し、99名が臨床訓練のため大学に残り、同年の京都大学〔京都帝国大学を指しているものと思われる—引用者〕では128名の卒業生に対し、113名が大学に残った。一方医学専門学校（以下医専）¹⁷では156名のうち12名、大阪医科大学では139名のうち26名が学校に残ったにすぎないことが示されている。

ところでインターンシップの導入に際しては、戦時中に政府主導で歯科医師から医師へと転換された者に対する特例措置¹⁸に関する問題が持ち上がっている。この問題におけるGHQ/PHW代表者と日本の厚生官僚との議論より、GHQの医療制度改革理念の一端がうかがえる。その問題とは以下のようなものである。戦時中、軍医等医師需要の増加から、歯科医師を医師にするという計画が政府主導で実行された。歯科医師のための医学コースを、医専を中心として設け、そこで1-2年間の訓練の後¹⁹、医師としての活動を許可するというものである。これらの者に対してインターンの特例（1年間のインターンを半年で良しとすること）を認めるか否かについてGHQ側と日本側とで議論がなされたのである。歯科医師から医師への転換コースへの申込者は、概ね3-4年、最高10年間、歯科医師として歯科業務に携わっていた者達であったことから、日本側の言い分としては、「これらの大部分が妻と子供を抱えた成人であり、かつ医療に関連した歯科業務においていくらか実践的な診療を行っていたため、通常の学生

よりも多くのものを短期間に吸収できた」として、インターン期間の短縮を求めた。一方GHQ側の意見は、技術的な機能よりも医師の責任に関心をもたなければならないというものである。医療政策担当者が考慮すべきは、個人の利益・損失の問題ではなく、医師が診療する人々の健康に対する医師の責任についてであり、その提案は認められないと拒否の姿勢をとったのである。

更にこの問題と類似の議論が、外地からの引揚者に対する医師免許の特例措置問題においてなされている。満州において開業を許可され、日本においては医師免許を有していない300-400名の日本人医師の問題である。彼らを救済する目的で、特例として名目的な試験（口頭試問）を開催し、しかるべき後に免許を交付するということが日本側より提案された。この提案に対してもGHQは拒否した。GHQの遂行していた医療制度改革の全プログラムの根本にあるのは、不十分な医師から人々が保護されるのを保障することにあって、したがって、医師を志すすべての者に共通で与えられる試験にパスできない者はみな、営業を許可しないというのがGHQの回答であった。この問題についてのGHQ/PHWの考え（GHQ/PHW医療サービス課長H.G.ジョンソンの主張）は、以下のようなものである。「現在日本において免許が与えられている医師の大部分は医業を営む狡猾な役立たずであり〔医専卒の医師を指すものと思われる—引用者〕、しかし彼らは免許を与えられているということについて。満州からの引揚者に同じ権利を与えないことは差別がある。すでに日本に存在している最も不十分な医師よりも彼らには現在日本で認可される権利がないようである。西野医師が3-400人〔満州からの引き揚げ医師—引用者〕に関して述べることは非常に同情的であるが、しかし、我々は日本人の健康を守ることの基本的な原則を考慮する際、3-400の人々の福祉は

考慮すべきではなく、第一に考慮すべきは国の人々全体の福祉でなければならない」²³⁾

(3) モデル病院および病院管理学コース計画

インターンシップの導入は、大学医学部においては医学教育を行うと同時に、附属病院を有し医療を提供していくという、従来の大学医学部の制度を基盤としたものであった。しかしそもそもGHQは、そのような日本における従来の大学医学部および、大学医学部附属病院のあり方について好ましく思っていたわけではない。とりわけ、従来の大学医学部附属病院の病院管理に対して、これが医学教育に悪影響を与えているとともに、医療提供体制にとっても悪影響を与えていると考えていた。GHQは、医学カリキュラムの問題を越えて、医療提供体制全般に関して、新たなる方向性を模索していた。

医学教育審議会の1946年11月1日の会合において、PHW局長サムスは国立メディカルセンター構想というものを示している²⁴⁾。数多くの学校を維持することは経済的に困難であるため、国が各都市にメディカルセンターを設立し、当該地域の医療施設と連携して医療を提供するとともに医学教育の拠点とする構想である。これは当時のアメリカにおける医学教育改革の成功体験に基づいたものであったが、国の財政等さまざまな問題から即座に取り掛かることは困難であり²⁵⁾、その代案としてモデル病院構想にGHQの関心は移ることとなる。欧米式の病院管理を導入した近代的な病院のモデルとして国立東京第一病院を定め、これを発展させるという計画である。日本において遂行されてきた医療制度改革は、病人に適切な医療を与えることを可能とする医療サービスの組織化に向けられていたが、GHQの念頭には病院がそのようなサービスにおける難問となっているということがあった²⁶⁾。というのも、PHW局長サムスは

実際に10床未満の病院（医療法の制定により、後に診療所と規定される）を視察し、そこで二流の医師が二流の医療を行っているのを目の当たりにしたためである。

そもそも、サムスが当時の日本の医療において問題視していた点の一つに、日本の医師に占める医専卒業医師の多さ—医専の教育レベルの低さがある²¹。戦間期日本の学制は、初等教育機関6年、中等教育機関2—5年であり、高等教育機関に関しては、大学予科が2—3年、高等学校が基本的に3年（第二次世界大戦末期には2年に短縮）であった。GHQが問題視していた医学専門学校は、中等教育機関卒業後に入学し医学専門教育を受けることができ、修業年限は2—5年（時期によって異なる）であったのに対して、帝国大学は中等教育機関卒業後、高等教育機関を経なければ入学できなかったため²⁷、医学専門学校卒業医師と帝国大学卒業医師との間にはおのずと能力差があり、医師の二極化という問題が顕在化していた²²。サムスがその視察で目の当たりにしたのは、医専卒業医師による診療所での医療サービスの提供であった。当時の診療所における二流の医療提供は、以下の点に起因している。それは当時の日本における、いわゆる一流（大卒レベル）の医師²³が都市・首都圏の大病院スタッフ（勤務医）となるのに対して、二流（医専卒レベル）の医師は地方に行く（診療所を開設し、開業医となる）という状況に加え、医療提供システムが自己完結型であったことである。アメリカの場合開業医は、普段自身の経営する診療所において出来る限りの医療を提供するが、担当患者が自身の力量（診療所の設備の問題も含め）を超える疾病であった場合に、病院へと連れて行き、そこで治療を行う。すなわち医師は病院のスタッフとして仕えるのではないということである。日本においては、病院は独立した医師が開業しているため、診療所を経営する

開業医は、仮に自身の力量を超える疾病の患者がやってきても、その治療は自己で完結しなければならなかった。また、敗戦直後の日本の状況下では、治療設備の面で問題があったのは言うまでもなく、このような自己完結型の医療では、より高レベルの医療と触れ合う機会がないために、開業医の力量アップも望めなかった。加えて、通常、一流の医療サービスを提供できる可能性のあった大学医学部附属病院では、医学教育に資する疾病を中心に取り扱われ²⁴、一般的な医療需要に応え得るものではなく、事実上当時の日本国民は劣等な医療サービスを受容する以外なかったのである。これらの点について、『ニューズウィーク Newsweek』1949年9月5日号は、「この人達 [二流医師—引用者] は例の国家政策 [戦時中の医専増設および、修業年限の短縮—引用者] の所産であり、この政策によれば、金のかからない短期間の教育を与えたならば新参者達は田舎で開業するだろうという前提に立っていた。この未熟な開業医は患者を持つと大きい病院に送ることを許されなかった…医者業には何の制限もなかったので、彼はしばしば大手術を行った。このような一時しのぎの注意しか払わなかったため毎年数千の患者が死亡した」²⁹と記している。このような問題に対して、GHQは医療法において20床未満の医療機関を診療所、それ以上の医療機関を病院と規定すると同時に、そうして規定された病院の方の普及と病院管理学教育の浸透をすすめていく。モデル病院構想の実行においては、財政的問題もあって速やかには進展しなかったようであるが、日本の各地で遂行しようとしていた病院事業の改善に好影響を与える意味でも、その遂行が要求された²⁵。このような中で国立東京第一病院を借り受け、病院管理学コースが開催された。当時の日本の病院管理の状況に関しては、サムスがノースウェスタン大学の病院管理学教授に宛てた書簡の

中にある、以下のような記述から理解できよう。「日本は悲しくも病院管理者が不足している。おそらくこの国全体で、完全に近代的な病院を管理する資格があったものは1人もいない。その結果、病院は不注意に経営されて、医療業務の連鎖において最も弱い結合となっていると認識される」³¹⁾

国立東京第一病院において開催された講習会は成功した。GHQ/SCAP資料に、「国立病院および診療所の約200の院長と副院長に対し短期講習を施すことで、昨年 [1948年—引用者] の9月から現在まで成功してきている。本年の4月において、コースの延長と市民病院の院長のみならず県立および市立病院の院長への拡大が期待される」とあるように病院管理学コースは大変盛況で、当初予定していた短期のコースを延長し、また講習の対象者も拡大していくことが考慮されていく。1949年6月には「病院管理に関し調査研究および研修をつかさどる」機関として病院管理研修所²⁶⁾が設置され、国立東京第一病院構内に置かれるのである。

(4) 医学専門学校の問題と医学教育の改善— 医学視学委員

医専の教育レベルの問題に関しては、GHQ側と日本側の双方から、帝国大学と比してのレベルの低さが指摘されていた。医学教育審議会における会合の中で、幾度となく「医専のスタンダードを医科大学あるいは帝国大学レベルまで引き上げる」必要性について議論されている²⁷⁾。この目的を遂行するための一方策として、学校調査(医学視学委員)が考案された。学校の調査は、本来文部省の管轄であるが、そのことに関わる問題が、医学教育審議会の6月7日の会合において指摘されている。久下は「将来、医師の数が増加し、医師が文部省において常勤の職員として配置されるのを見たいと思う」と主張し、また草間良夫²⁸⁾は

「ここ日本には専門学校を含み、およそ61の医科大学が存在するが、文部省には医師の職員は存在しない」と述べ、従来の学校視学官が「個人的な偏見と個人的な意見をともなって文部省に彼らの報告と提案を与えた」ことを批判している。これに対し、1946年8月9日の医学教育審議会において学校教育局日高第四郎²⁹⁾は、「今日医師の間では良好な専門的教育を受けたが品位に欠けた者が多い。我々の教育を改善するために、我々はこれら医師の性格を確立しなければならない…」²³⁾と述べている。

医学教育審議会の議論の中で提示された医学視学委員の役割とは、病院内教育(学生の臨床実習)、インターンサービスにおける問題を、彼らを通じて改善するというものである。これに加え、「文部省への医学教育分野における助言のためのもので、かつ、厚生省への医学、治療分野における助言のためのものである」として、上述のような厚生省と文部省との意識の相違に対応した両省間の橋渡しの役割が強調されている。しかし委員の選出に関しては、厚生省側と文部省側との間に意見の対立があった。すなわち厚生省側は、医師資格を有する者(医師)から任ずることを強く主張したのである。この点に関するGHQの考えは、厚生省寄りである。それは、1946年3月の時点で「文部省は医学カリキュラムと開業免許試験の最小限の法的規準に関する機能に次第に限られるべきである」と明言されており、加えて、医学教育審議会が本格的に議論をはじめ以前、「医学教育審議会の組織における予備段階」において、医学教育審議会におけるすべての議論の基本的な問題のひとつとして、「文部省による医学カリキュラムの官僚的支配の排除と文部省機能の制限」を打ち出している³⁰⁾ことから明らかである。このようなGHQの考えの背後には、日本の医療において、科学技術が行政に浸透していないことへの

不満があった。科学技術（学問的な裏付け）に基づいた衛生行政を確立するために、医学教育をうけ専門知識を有した職員（医師）が厚生行政をつかさどるべきであるとGHQは考えていたのである。このようなGHQの考えは、厚生省内部における事務系官僚と医系官僚のあり方にも向けられている。斎田晃（厚生省渉外課長）は以下の様に述べている。「（サムスは）アメリカ式な考え方ですから、公衆衛生というのは技術というか、ドクター（医師）がやらなきゃならないのに、どこを向いても、どこもミスター（事務官）ばかりであって、話し相手になる者がいないじゃないかというようなことを行ったように覚えております」³⁶⁾

5. 結論

本研究が明らかにしたのは以下の三点である。第一にGHQの医療政策は、科学技術普及の観点からなされたということである。それは、医学視学委員導入時の議論の中で、専門教育をうけ医学知識を有した職員（医師）を厚生行政の責任者に据えることを明確に打ち出した点に表れている。さらにモデル病院構想および病院管理における政策からも同様の姿勢がうかがえる。そもそもGHQがわが国の医療提供体制において憂慮していたのは、大部分の医学教育施設の教育レベルの低さと一流の医療を提供できる可能性のあった大学病院が一般市民の医療需要に応じることができずにいたこと、および大学病院を中心とした一流の技術は、小規模医療機関を経営する開業医達に伝播することがなかったことである。この問題に対してGHQは、臨床教育の強化を柱とした医学教育改革（インターンシップの導入）、モデル病院計画に着手し、新たに植え付けた技術（欧米の最新医学および病院管理学）が十分に普及するような医療機関間のネットワークの構築を目指したのである。

第二にGHQは、厚生行政の独立性の確保を目指したということである。厚生行政の責任者は「医師」であるべきであり、かつ医療政策担当者が考慮すべきは、医師が診療する人々の健康に対する医師の責任であるというGHQの考えは、戦時中戦時目的に合致した医療政策（軍医養成の必要性に則った医学教育課程等）を実行するに至った日本の厚生行政の過ちに対するGHQの解答であった。換言すれば、国家目的の遂行のための手段として厚生行政があるのではなく、厚生行政は厚生行政としての目的—人々の健康保持—を果たすことをGHQは考えていたのである。第三にGHQの医療制度改革は、科学技術（学問的裏付け）に照らして従来から日本が有していた医療制度における問題を確認し、新たな制度の適用可能性を探るという作業であったということである。そして新たな制度の適用を阻む従来の制度の弊害は除去し、そうでないものはそのまま利用するということが行われた。一見すれば戦前・戦時からの連続性を見いだせ得るような従来の制度の適用も、戦後GHQによって、科学技術（学問的裏付け）の観点から見直しされた上でなされたということである。GHQは科学的観点から、臨床研修の不足という日本の医学教育カリキュラムにおける問題を是正するためにインターンシップの導入を検討した。これを速やかに遂行するためにモデル病院構想を打ち出し、従来の大学医学部および、大学医学部附属病院のあり方に加え医療提供体制全般に関する改革を行っていったのである。

本研究は、制約条件のもとで議論を限定して行った。したがって、上述の帰結も今後更なる裏付け調査を必要としている。本稿が取り上げたインターンシップの特例措置問題における厚生官僚の要求はGHQによって却下されたものの、その他の事項においては厚生官僚の要求が受け容れられた例も存在する。加えて政策によっては、日本の

厚生官僚および学識経験者がイニシアティブを執って立案に動いたものもある。GHQの考えがどの程度まで日本の医療政策アクターに浸透し、一方日本の各種政策アクター独自の政策理念とはどのようなものであったのか。この点について、厚生官僚とGHQとの関係の詳細な分析とともに日本医師会等も含めた日本国内の各種医療政策アクターの利害と力関係を検討することが不可欠である。

注

- 1 ここでいう「日本型医療システム」とは、小坂(1995)¹⁾の示した以下のような特徴を有する医療システムを指す。「医療の供給システムの根幹は私的医療機関(個人・医療法人等)に依存する公私混合体制で、医療費は、国民皆保険を前提に、支払いシステムを国家の統制におくという方法である。また、医療政策を実現するために、本来なら法律の作成・改正によるべき部分もその原則をとらず、社会保険の診療報酬点数の操作でシステム形成を誘導してきた」
 - 2 小坂と同様、戦時・戦後連続論の立場に立った主張は鐘家新の著作にも見出せる。鐘は、①厚生省の設立、②国民健康保険制度創設(1938年)および③労働者年金保険制度創設(1941年創設、1944年に厚生年金保険制度に改称)の形成過程の分析から、「『十五年戦争』が日本における社会保障の政策主体と有力な制度・政策の形成を促進した」という命題を示したが、注目すべきはこれら戦時中に形成された制度が、今日における日本の社会保障制度の骨格であるとして、現在の医療システムと結び付けて捉えている点である(鐘家新(1998)²⁾)。
 - 3 高岡と同様の立場に立った主張として中村一成の研究がある。中村によれば日本医療団の活動によって形成された医療施設体系が、戦後の「公的医療機関」整備の物的組織的基盤となったとしている。その意味では日本医療団と戦後の「公的医療機関」との間に戦前・戦時・戦後の連続的側面を見出しているものの、一方で戦後の「公的医療機関」が、「戦後新たに生れた価値理念に支えられた運動によって、いわば新しく形成されたという側面」をも指摘して
- いる。すなわち中村は、物的な面では戦時・戦後の連続性を認めつつ、精神面(価値理念)では断絶を主張しているのである(中村一成(2006)⁴⁾)。
- 4 近年、日本戦後史研究、あるいは日本占領史研究の分野においては数多くの著作が存在するが、竹前氏の一連の研究はその先駆けであり、一次資料に基づいたGHQの占領政策全般にわたる総論的な研究という意味においても特筆すべきものである。なお、本研究において参照した、PHW局長C.F.サムスの回顧録の翻訳も竹前がおこなっている(竹前(1986)⁵⁾など)。
 - 5 杉山(2001)⁶⁾は医療の供給側面としてGHQの病院制度改革を別個に取り上げ、主に制度面の変化を示す中で、基本的にGHQの医療供給政策は、GHQが占領政策全般を遂行するための手段であったとの評価を下しており、GHQの医療供給政策自身の政策意図および理念といった点に関して明確に示してはいない。
 - 6 GHQ/SCAP Recordsは国立国会図書館による資料整理方法の関係上、重複する内容の資料が異なるマイクロフィッシュシートで存在する場合がある。本稿においてGHQ/SCAP Recordsを参考文献として引用する際には、中心的に参照したマイクロフィッシュシートのナンバーを冒頭に付し、調査した限りにおいて内容の重複が認められる資料のナンバーは、それに続けて括弧書きで記すこととする。
 - 7 しかしながら、国民皆保険体制の実現に向けての議論は1940年代から始まっており、GHQが政策推進に強い影響を与えた可能性は考えられるが、この点に関する詳細な検討は他日を期すこととしたい。
 - 8 竹前・笹本(1988)⁹⁻¹¹⁾による医療福祉年表によれば、1945年9月から1946年12月の時期における医療政策の中心は占領軍の安全確保を目的とした公衆衛生対策が中心であり、医療機関に関する政策では、占領軍による医療機関の接収が見られる程度である。この時期以降、占領期全般を通じて、GHQによる直接的かつ具体的な医療機関の整備・普及策は見られない。また、PHW編纂の*Public Health and Welfare in Japan*¹²⁾においても、そもそも結核予防、上下水道対策、港湾検疫、といったPreventive Medicineの項目に関する記述がその大半を占め、Medical Careの項目では医学教育および免許制度に関する記述が中心であり、病院に関しては、本稿で

後に扱う国立メディカルセンターについての記述が目につく程度である。事実、PHWの局長であったC.F.サムの回顧録(1986)¹⁵⁾において、「発展途上国の人たちに立派な病院の建物を立ててやり、立派な施設と、完璧な医療の仕事を与えようとしたことは金と時間の無駄であった。このような国では、私が日本で試みたような多角的方法で問題を解決しなければならなかったのだ。たとえば、専門教育の再編成、病院基準の向上、改善を受け入れ得る一般大衆の素地を作るための教育などがそれである」というように、占領期医療制度改革は、医療機関の建設などのハード面よりも医学教育改革などのソフト面を中心に遂行したことが述べられている。

- 9 同様の研究として、1970年代の医療供給政策に焦点をおいた中島(2000)¹⁶⁾による研究がある。
- 10 この当時PHW内において、H.N. MacDonald中佐はlegal advisor、S.E. Moolten少佐はlaboratory consultantの職にあった。
- 11 杉山(1995)は占領軍の医療政策について、「日本の医療の改革を目指すという観点に立つものではなく、他の分野の占領政策を円滑に実施するための手段として開始された」と指摘している。
- 12 日本の医療に関連する組織があまりに多くの機関に分割されていることの問題を指摘している。日本の医療提供主体の多様さも含意していると思われる。
- 13 当時、医学教育審議会の議論の中で、インターンシップと学外研修の違いについて議論され、インターンシップは、「医学部4年の臨床実習あるいは研修医ではない『学外研修』とは対照的に、承認された病院においてフルタイムの研修医を基礎とした医療任務のコースであり、ローテーションサービスで実際に患者の治療に責任を持つもの」と定義づけられた。
- 14 しかし、医師免許を有していない状態でのインターンの修練活動は、その身分、経済保障、実地修練病院の指導体制などの点で問題があり、昭和43年の医師法改正で廃止となった(厚生省医務局編(1955)¹⁹⁾)。
- 15 これは戦時中における医師需要の増加のみならず、日本の近代医学の発展における歴史的影響によるところが大きい。矢崎(2004)²¹⁾によれば、日本においては、「明治維新により西洋医学を導入する

こととなり、ある程度の臨床能力を有する医師を大量に育成すること」が必要となったため、大学と病院とが設置され「講義中心の疾患志向型教育を展開する」こととなったのだという。

- 16 久下勝次は、1946年11月5日から1947年9月1日まで医務局医務課長、のち医務局長という厚生行政の要職を歴任した厚生官僚である。
- 17 医専は厳密には高等医専と普通医専の二種類存在し、それぞれの修業年限は、基本的に前者が5年、後者が4年であった。また、単独の医専と大学に附属した医専(大学附属医学専門部)とが存在していた。久下のデータでは全ての医専を包括して示している。
- 18 これに関しては元東大医学部教授沖中重雄氏の語ったエピソードが参考になる(有岡二郎(1997)²²⁾)。「昭和二十年の初夏のころだったと思う。一般の医師も軍医も底をついてしまったので、歯科医を短期養成して医師にしようという計画が持ち上がった。ずいぶんむちゃな話だが、危急存亡のとき、背に腹は変えられないとして実行された。つまり二十年の春、『歯科医師を一年以上経験した者は、医師の試験が受けられ、合格者は六ヶ月間、医師の訓練をした後免許を与える』という戦時の緊急措置令が出、これにのっとり試験準備のために我々が二ヶ月間講義を行った」
- 19 医学教育審議会の会合における勝俣稔(1946年1月25日-11月4日、衛生局長を務めていた)の発言によれば、これら歯科医師らは医専の2年コースへ申し込んだが実際には1年間の訓練を受けたにすぎないという。当時専門学校自体が修業年限の短縮が行われていたことによるのだろう。
- 20 この構想に先立って提案された国立メディカルセンター創設計画は、第一国立病院におけるモデル病院計画の進捗状況を見て、第二局面において行うことがGHQ文書に示されている²⁵⁾。
- 21 日本の学制は、第二次世界大戦初期、後期、戦後当初、現在とで異なっており、サムスが厳密に、戦時中のどの時期における日本の学制の問題を指摘しているのかは必ずしも明確ではない。
- 22 加えて、大量の医師を必要とした戦時下という時勢に応じるため、戦時中、医学教育施設の大量増設および、修業年限の短縮が医専を中心として行われた。また、医師需要増加に応じる措置としては、

1945年には「医師免許の特例に関する件」(1945年4月5日勅216試591)により、齒科医師の医師への転換措置もとられている(厚生省医務局編, 前掲書; 165)。

- 23 サムスは、日本における医学教育機関は17の最高ランクの医学教育機関(帝国大学医学部7、国立医科大学6、慶応大学医学部、慈恵会医科大学、日本医科大学、日本大学)と大多数の二流の医学教育機関(医専)であったと述べている(C.F.サムス, 前掲書; 10章「医学教育・病院管理・医師会など」)。
- 24 大学病院における患者診療の不足が指摘されている。「かつての大学病院は教育と研究に力点がおかれる場所に指定され、患者サービスが不満足であったことが後悔されている。」²⁸⁾
- 25 PHW文書では、「1年前に始められたプログラムが酷く鈍いものであったということ、主要なプログラムである近代的な病院の設立-東京における病院の完成を遂行する事の失敗が日本に対する全ての病院再建計画を遅らせていることが東医師により強調された。日本の至るところでの病院事業における改善は『モデル病院』の設立によって大いにスピードアップすることがありえる」³⁰⁾と記されている。
- 26 また、この病院管理研修所も「収用できる数をはるかに上回る申し込み」³²⁾があり大変盛況であったようである。
- 27 例えば、1946年6月7日の医学教育審議会の会合において、「現在緊急の課題は医学専門学校の標準が、どのようにして医科大学か大学レベルまで引き上げられることができるかである」³³⁾という発言がなされている。
- 28 草間良夫は、当時慶應義塾大学の教授であり、医学教育審議会の議長を務めていた。
- 29 日高第四郎は、学校教育局長、教育研究所所長、事務次官といった文部省における要職を歴任した人物である³⁴⁾。

参考文献

- 1) 小坂富美子, 戦争と厚生-日本型医療システム>形成にむけて, 岩波講座日本通史 第19巻近代4, 岩波書店, 1995: 332
- 2) 鐘家新, 日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」, ミネルヴァ書房, 1998
- 3) 高岡裕之, 占領下医療『民主化』の現像-日本医療団の解体過程, 占領期の言論・出版と文化-くプランゲ文庫>展・シンポジウムの記録, 早稲田大学・立命館大学, 2000: 168-187
- 4) 中村一成, 日本医療団と『公的医療機関』-医療供給体制の戦時と戦後, 年報日本現代史2006; 11: 323-356
- 5) 杉山章子, 占領下の公衆衛生-初期政策をめぐって, 医療経済研究会会報1991; 44: 25-37
- 6) 竹前栄治, GHQ, 岩波新書, 1986
- 7) 杉山章子, 占領期の医療改革, 勁草書房, 1995
- 8) 杉山章子, 占領期の病院改革, 東と西の医療文化, 思文閣出版, 2001: 351-369
- 9) 竹前栄治, 笹本征男, 占領期の医療福祉年表2, 東京経済学会誌1988; 157: 91-123
- 10) 竹前栄治, 笹本征男, 占領期の医療福祉年表3, 東京経済学会誌1989; 159: 135-174
- 11) 竹前栄治, 笹本征男, 占領期の医療福祉年表4, 東京経済学会誌1989; 160: 131-162
- 12) General Headquarters, Supreme Commander for the Allied Powers/Public Health and Welfare Section, Public Health and Welfare in Japan, Annual summary 1949 Vol. 1; Annual summary 1950; Final Summary 1951-52 Vol. 1
- 13) C. F. サムス(竹前栄治編訳), DDT革命, 岩波新書, 1986: 269
- 14) 池上直己, J.C.キャンベル, 日本の医療, 中公新書, 1996
- 15) 中島明彦, 医療供給政策における政策過程の変容, 医療経済研究2000; 9: 23-39
- 16) PHW 01363 (PHW 02339, 02340), Memorandum for Record, Meeting of the Council on Medical Education (6 March 1946), 7 Mar.1946.
- 17) PHW 01363, Memorandum for Record, Elements in the Problem of Revised Medical Education Standards for Japan, 21 Feb.1946.
- 18) PHW 01363 (PHW 02340, 02342), Memorandum for Record, Meeting of the Council on Medical Education (27 February 1946), 1 Mar.1946.
- 19) 厚生省医務局編, 医制八十年史, 印刷局長朝陽会, 1955: 165 - 166
- 20) PHW 01363 (PHW 02339), Minutes, Meeting of the Council on Medical Education, 14 Mar.1946.
- 21) 矢崎義雄, 臨床研修必修化に至る経緯と今後期待

- される専門医について。医学教育2004; 35(3): 162
- 22) 有岡二郎. 戦後医療の五十年 医療制度の舞台裏. 日本医事新報社. 1997: 16
- 23) PHW 01362, Minutes, Meeting of the Council on Medical Education, 9 Aug.1946.
- 24) PHW 01362, Minutes, Meeting of the Council on Medical Education, 1 Nov.1946.
- 25) PHW 02206, Memorandum for Record, Establishing of a Modern Hospital in the Present First National Hospital in Tokyo, 19 Jan. 1948.
- 26) PHW 02206, Memorandum for Record, Establishing a Model Hospital, 10 Jan.1948.
- 27) 文部省編. 学制百年史. ぎょうせい. 1972
- 28) PHW 02206, Memorandum for Record, Council on Improvement of University Hospitals, 2 Apr. 1951.
- 29) Compton Pakenham. Japanese Housecleaning. Newsweek, 5 Sept. 1949: 26-27
- 30) PHW02205, Memorandum for Record, Model Hospitals, 7 Feb.1949.
- 31) PHW02205, Letters from Gen Sams to Dr. M. T. Maceachern, Director Program in Hospital Administration Northwestern University, Copies of Lecture Material used in the Hospital Administration Course at Northwestern University, 14 Feb. 1949.
- 32) PHW02205, Memorandum for Record, Short Course of the School of Hospital Administration, 28 Nov.1949.
- 33) PHW 01362 (PHW 02339), Minutes, Meeting of the Council on Medical Education, 7 Jun.1946.
- 34) 肥田野直, 稲垣忠彦編. 教育課程(総論) <戦後日本の教育改革第6巻>. 東京大学出版会. 1971: 332
- 35) PHW 01362 (PHW 02339), Preliminary Steps in Organization of a Committee on Medical Education.
- 36) 有岡二郎. 前掲書: 12 - 14

著者連絡先

堀籠 崇

〒980-8576 仙台市青葉区川内

TEL・FAX: 022-795-6260

e-mail: taka-horigome@keb.biglobe.ne.jp

Historical Study on the Reform of the Japanese Health Service System by GHQ

– The Medical Educational System and the Hospital Administration –

Takashi Horigome *

Abstract

The purpose of this study is to clarify the GHQ's philosophy of medical policies, and to get fundamental knowledge of the development of the history of the formation of the Japanese health service system after world war II. This study also intends to take up several health service policies that GHQ followed during the occupation period: the reforms of the medical education such as the introduction of the practical training system (an internship), the setting up of national board examination for medical doctors, the introduction of the model hospital plan, and setting up of medical school inspectors. These policies are concerned with the improvement of medical doctor's quality. For this study, the records we depended mainly upon the PHW (Public Health and Welfare Section) documents of the GHQ/SCAP held at the National Diet Library in Japan. In particular, we paid much attention to the negotiations between Japanese public welfare officials and the GHQ representatives on the basis of the minutes of the Council on Medical Education.

We would like to point out the following three conclusions. In the first place, GHQ carried out the reform of the health service system on the basis of the modern medical science (modern medical philosophy and skill) and paid much attention to the intensification of the clinical medicine. In the second place, GHQ aims to gain independence of the public administration of welfare. GHQ thought that the purpose of the public administration of welfare should lie in the protection of people's health, not to the national objective accomplishment. In the final place, GHQ precisely looking into the pre-war health service system in Japan, and dividing it between the abolishing and continuing parts, rebuilt the new system for the post war Japan.

[**key words**] philosophy of a medical policy, health service policy, medical education, internship, national board examination, model hospital plan, medical school inspector

* Graduate School of Economics and Management, Tohoku University