

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

大西 香世

はじめに

- 1 「分散型」の病院施設供給体制の起源とその歴史的生成過程
- 2 GHQ占領下の医療改革—医療法第13条に見る病院と診療所の機能分化への道
- 3 医療法第13条「診療所における収容時間制限」の撤廃過程
- 4 公的医療機関の主流化に対する改革反動と「政策フィードバック効果」

おわりに

はじめに

日本の医療供給体制の大きな特徴の一つに、公的医療機関ではなく、比較的中小規模の私的医療機関が発達し、民間部門が日本の医療供給に大きな役割を果たしてきたことが挙げられる。中小規模の私的医療機関が発達してきた要因には、日本では病院と診療所の機能分化が明確化されず、オープン・システムが発達してこなかったことが指摘される。そもそも、病院と診療所の明確化が不問に付されてきたその起源は、診療所の48時間収容時間制限を課した医療法の第13条が、1954年に事実上形骸化されたことに遡る。診療所の48時間収容時間制限は、金融医療公庫の設置（1960年）や医療法一部改正による公的病院の病床規制（1962年）などに見られるように、戦後日本が私的医療機関の優遇政策へ舵を切っていくその流れのなかの重要な出来事のひとつであると考えられるが、診療所の収容時間制限の形骸化に関する政治過程は、これまで先行研究においてほとんど明らかにされてこなかった。

本稿は、日本において診療所の48時間収容時間制限が形骸化されたのは、医療法13条の規定によって妊産婦の入院・出産を扱えなくなると考えた利益集団である日本母性保護医協会が、医療法13条による病院と診療所の差異化を形骸化させようと国会に働きかけたことが一因であることを論証する。また、日本母性保護医協会によるその働きかけが功を奏したのは、戦後GHQが公的医療機関を中心に据え、一般開業医を「補完的」存在に位置づけようと試みたことに対し、医師国家議員連盟を中心とした医系議員が一般開業医を「救済」する目的で私的医療機関の優遇政策をするという、より大きな政治的文脈において可能であったことを明らかにする。その上で、その政治過程は、明治期に形成された「分散型」の医療供給体制—すなわち財政的制約から官立病院が減少し、

それを補完するかたちで増加した民間部門による中小規模で低廉価な診療所が点在する医療供給体制—が、医師会および医系議員によって「再生産」されるという歴史的過程であったことを説明するものである。

1 「分散型」の病院施設供給体制の起源とその歴史的生成過程

(1) 「後発国型」の「医療の近代化」とその帰結

日本が西欧化の一環として、1874年に医制を發布し、西洋近代医学の移植を図ったことは周知の事実である。だがそれは、日本が範として模した西欧諸国が近代的な医療供給体制を発展させた文脈—すなわち西欧諸国が辿った「医療の近代化」⁽¹⁾—とは異なる文脈においてであり、その文脈の相違が、明治に端を発し現在まで連続と続く日本の医療供給体制のありかたを規定してきたことは、これまでの研究においては看過されがちであった。すなわち、日本に「特有」の近代的な医療供給体制が形成されたこと、そしてその体制の「特殊性」については、これまでの研究においてしばしば叙述はなされてきたが⁽²⁾、西欧諸国が辿った「医療の近代化」とは歴史的な文脈において異なる発展経路を辿ったが故に、「特殊性」が形成されるに至ったというその因果関係—とりわけ、制度の移植のタイミングがその後の制度の生成へ与えた影響⁽³⁾—に関して、これまで体系的に論じられてはこなかった。

ここで日本が近代的な西欧医学を定着させたのが、西欧諸国とは歴史的に異なった文脈であると本稿が考えるのは、それが国際的条件に強く作用された「外的必然性」から、経済発展の成熟を待たずに官主導によって移植され、なおかつ短いタイムスパンのもと定着した、という歴史的事実

(1) 欧米の先発工業国が辿った「医療の近代化」を、本稿は(a)専門職化 (professionalization) された医師や看護師が、(b)病院施設において、病気やけがの治療にあたる形態の医療制度が確立されること、と定義する。同時に、その過程において(c)医術における呪術的要素や民間療法が排除されることも、「医療の近代化」の重要な指標である。

(2) 欧米先進諸国の医療制度と日本のそれとを比較した上で、しばしば言及される日本の医療制度の「特殊性」に関しては、以下のようなものが挙げられる。例えば、『量とアクセス』に重点を置いた“途上国型医療構造” (広井良典『日本の社会保障』岩波書店、2010、p.67)、病院と診療所の「連続的な関係」 (島崎謙治『日本の医療』東京大学出版会、2011年、p.25)、『私』中心の医療機関体系 (島崎、前掲、p.31)、などである。とりわけ、ほとんどの先行研究が、日本の医療制度の「特殊性」として言及しているのが、「自由開業医制」である。例えば、「開業医制の生成がもたらす特殊性 (中略)、開業医制度こそが日本の医療の主軸」 (川上武『現代日本医療史』1965、p.8)、「現在の日本の医療制度の基底にある自由開業制」 (池上直己・J.C.キャンベル『日本の医療』中央公論社、2010、p.45) などである。その他、「開業医制」について触れたものに、笠原英彦『日本の医療行政』慶応義塾出版会、1999、p.3&p.213；佐口卓『医療の社会化』勁草書房、1964、p.15-19；島崎前掲、2011、p.25&p.31) がある。

(3) 本稿が、日本における西洋医学の移植のタイミング—それが日本の経済発展のどのような段階において起きたか—を重視する所以は、C.ティリーが「ものごとがいつ起こるか、どのように起こるかに影響を与える」 (Tilly, C. *Big Structures, Large Processes, Huge Comparisons*, Russell SAGE Foundation, 1989, p.14) と指摘しているように、いつ起きたかが、その後の制度の方向性を決定づけるからである。その他、タイミングの重要性に関しては、Pierson, P. *Not Just What, but When: Timing and Sequence in Political Processes*, *Studies in American Political Development*, Volume 14. Issue 01. April 2000, pp.72-92を参照されたい。

由来する⁽⁴⁾。

言い換えると、日本における近代的な医療供給体制の移植は、外的条件に作用された近代化・文明国化の一環であったため、「内的必然性」を待つことなく、政府が「上」から漢方医学に据え換えるというものであった。だが、その移植の開始のタイミングは、明治新政府の発足早々、日本が産業化を本格化させる以前という経済発展の比較的早い段階であり、経済的成熟を待つものではなかった。そして、西欧諸国が長きに渡って発展・定着させ、かつ近代化させてきた西洋医学とその供給体制を、その最先端の成果を同時進行的に取り入れながら日本が移植・定着させていったその期間は、約数十年という西欧諸国に比して極めて短いタイムスパンであった。

こうして西欧諸国と異なる歴史的な脈において西洋近代医学を定着させたことの帰結として、日本においては医療従事者・医療施設という人的資源・インフラストラクチャーが、「階層性⁽⁵⁾」を伴いながら、キャッチアップ的に「速成」養成・設立されることとなった。ところが、それは経済が成熟する以前のタイミングであったが故に、財政的制約から、病院施設などの医療供給に関するコストは、最低限に抑制されざるを得なくなった。そして、それらの供給に中核的な役割を果たしたのは、移植を先導した政府ではなく、制度の定着の過程において「上」から組織された県群の医師会や開業医個人を中心とした民間部門であった。

(2) 「分散型」の病院施設供給体制の淵源

それでは、明治期のどのような初期条件によって、日本における病院施設は「分散型」の起源をもつようになったのだろうか。

国際比較の観点から論じると、19世紀に西欧諸国において近代的な病院が発達したのは、産業化が進展したことにより急速な都市化が進み、そこに流入した農民が避難する場所の需要が高まったこと、またそれら農民に腸チフス・結核が多発し、病院の患者、また臨床観察の対象となったことがあった⁽⁶⁾。すなわち、19世紀の西欧諸国における病院施設の発達は、産業化の副産物であり、「帰結」であった。

ところが、日本における病院施設の発達は、ヨーロッパ諸国のそれとは産業化をめぐるその順序が異なっていた。すなわち、それは産業化の帰結として起きたのではなく、政府の意図によって

(4) 筆者はこのようにして成立した医療供給体制を「後発国型」の医療供給体制と名付けたが、①必然性、②タイミング、③スパンという3つの指標から鑑みて、日本における「医療の近代化」が、日本が範として模した先発工業国が辿ったそれとは性質を異にするものであったことに由来することは、改めて論ずる。

(5) 医師の場合、大学—医学専門学校—内務省医業開業という3段階の養成経路が、また、看護婦の場合、甲種・乙種という2段階の養成経路が形成された。この「階層性」に関しては、先行研究において猪飼(2010)が指摘している(猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣、2010、p.208)。

(6) この点については、例えばアッカークネヒト『世界医療史』内田老鶴圃、1983、p.158を参照されたい。アメリカにおいても、産業化以前は、慈善団体によって設立・運営された篤志病院と、地方自治体やカウンティ、連邦政府によって運営された救貧院(alms-houses)に起源をもつ公的病院しか存在しなかったが、産業化による都市化が進み、また交通網や伝達手段が発達すると、医師が患者に赴く交通費などの間接費用が低下するようになり、そのために医療供給に対する需要もより増大した(Starr, *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic Books, 1982, p.67; pp.169-170)。

「上」から、産業化が本格化する以前のタイミングにおいて始まったのである。新政府樹立以来、医療制度を移植すべく急ピッチで官立病院が設立されたその速さは、わずか四半世紀にも満たない1888年には、45府県のうち4県（山口・山形・奈良・群馬）を除くすべての府県に官立病院が存在することとなり、その数は225にまで上った事実からも明らかであると言えよう⁽⁷⁾。

だがそれ以後は、一時の増加を除き、官立病院は減少し続けることになった。その直接的な契機は、松方デフレであると先行研究においてしばしば指摘されているが⁽⁸⁾、むしろそこには、いわば早すぎる経済発展のタイミングで政府が近代的な病院施設の移植を図ったが故に、官立病院の経営がままならなくなったという、タイミングに関するより構造的な規定要因があったと考えられる。実際のところ、政府は1887年に府県立医学校の費用を地方税で支弁することを禁ずる勅令を出していた。事実上、公立医学校兼病院は、府県財政を圧迫しており、府県による公立病院の経営はままならなかった⁽⁹⁾。言い換えると、日本における医療の近代化は、官主導でありながらも、そのタイミングは経済発展が未熟な段階であったが故に、国公立の病院の設立・経営も財政的制約によって立ち行かなくなっていた。

そこで、官立病院の減少を補完するかたちで増加していったのが、自らの資本で病院施設を設立・経営していくこととなった医師（開業医）による私立病院であった⁽¹⁰⁾。開業医は1883年の「開業医組合設置法」の制定以来、組織化されていたが⁽¹¹⁾、開業医セクターは自らの医院を設立・経営していくことで、日本の病院施設の供給の大部分を担い、その中核的な役割を果たしていったのである。

だが、開業医セクターによる私立病院が発展し得たのは、病院の建設・経営コストを極力抑えることによってであり、そのためもあって、個人の邸宅の延長上の廉価な医院が、散発的に設立されることによって埋め合わされていくという図式で成り立ったものであった⁽¹²⁾。このようにして明治期に急ピッチで移植された近代的な医療施設であったが、第二次世界大戦の終戦までに、開業医

(7) 内務省『衛生局年報』明治21-22年、pp.74-77。

(8) 例えば、島崎（前掲、p.34）。

(9) 酒井シズ『日本の医療史』東京書籍、1982、p.430。

(10) 民間部門が補完した点については、先行研究では、猪飼が「明治後半には医学士が多数輩出されるまでになり、開業医セクターに『流入』して私立一般病院（病床）の増加に貢献した」と指摘している（前掲、pp.86-87）。

(11) 猪飼は、「開業医集団」という用語を用いており、1906年の医師法の成立が「医学士を中核とする開業医集団の成立を象徴する」（前掲、p.95）と述べているが、それ以前から開業医セクターの組織化の動きはあった。例えば愛知県では、同法を受けて1884年に愛知県令甲第42号によって「医師組合規則」が通達され、規則第3条によって医師の組合への加入は強制加入となっていた（愛知県医師会『愛知県医師会史』1955、p.3）。開業医組合設置法が公布された背景には、衛生業務を末端までに普及させようと、効率化を図ったためであった。この点を鑑みるに、開業医セクターは、ピアソンの言うところの「政策の帰結」として「上から」形成された利益集団であると指摘することができる（Pierson, P. When Effect Becomes Cause: Policy Feedback and Political Change, *World Politics*, Vol.45, (4), July 1993, p.596）。

(12) 猪飼はこの点に関して、「安上がりな病院」戦略（前掲、p.194）と述べている。その他、病院の起源が医師の自宅を改造・増築した廉価の医院にあるという同様の指摘をしたものに、一条勝夫『日本の病院』日本評論社、1982年がある。一条は、医師が自宅を改造・増築したものが、次第に病院に成長していったと指摘している（pp.21-22）。

の経営する医療施設のうち、無床診療所が占める割合が最も多いという「分散型」の病院施設供給体制が形成されていったのであった⁽¹³⁾。

2 GHQ占領下の医療改革——医療法第13条にみる病院と診療所の機能分化への道

こうして、明治を起源として戦前までに「分散型」の医療施設供給体制が形成されたが、第二次世界大戦の敗戦という決定的分岐点において、これが解消され得る契機となる出来事が起きた。GHQによる医療改革である。戦後GHQの占領下、GHQがアメリカをモデルとして日本の医療体制の抜本的改革を行ったことは周知の事実であるが、戦後、病院と診療所の機能分化を意図した医療法第13条によって、アメリカに類似したオープン・システム的な医療供給体制が形成される可能性が存在していた⁽¹⁴⁾。

大戦によって壊滅的な打撃を受けた医療機関の整備は、GHQにとって喫緊の課題であった。民主化の一環として医療制度の抜本改革を試みたGHQの意向のもと、その後の医療機関の整備について厚生大臣から諮問を受けた「医療制度審議会」が1947年2月に設置され、1948年には医療法が新しく制定された。

医療法においては、医療施設に関してその適正な配分が目標とされ、病院と診療所を差異化することによって、病院のレベル・アップが図られた。というのもGHQ占領当時の日本の医療施設は、壊滅的な打撃の上に、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したりするのが平均的な水準であり、GHQにはそれが不適切に映っていた。米国社会保障制度調査団の報告書にも、「病室や各室は、食物や個人用の炊事具があり、訓令のない人々がうろうろ往来して非衛生状態にある」⁽¹⁵⁾との記述があるように、GHQはこうした日本の医療施設の実態を鑑み、病院のレベル・アップを図ることを急務としたのであった。そして、医療法第13条によって病院と診療所を次のように差異化した。

「病院」とは、医師又は歯科医師が、講習または特定多数人のために医業または歯科医業を行う場所であり、患者20人以上の入院施設を有し、「傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として」組織運営されるものである（1条の5第1項）。

従来戦時下の国民医療法においては、「10床以上」を有するものであればそれを病院としていた。だが、医療法が「20床以上」としたのは、「医療内容向上のための方策の一環として病院の内容の改善を図ることとしたのに伴い」、病院は「相当程度の充実した医療施設を有しなければならず、従ってその経営が経済上成り立つためには、少なくとも20床位を必要とすることになる」という「病院の使命というべきもの」という考えに立脚していたためである。すなわち、従来は病院

(13) 例えば、昭和9年の一般診療所数は42,731であり、その内訳は有床診療所が17,164であるのに対し、無床診療所は25,567であった。終戦の年には、総数は6,607であり、有床診療所が1,855、無床診療所が4,752であった（厚生省『医制八十年史』1955、p.824）。

(14) 決定的分岐点を起点とし、実際に起こらなかったが想定された代替肢は「反実仮想（counterfactual）」と呼ばれる。

(15) 米国社会保障制度調査団『社会保障制度への勧告』東京・玄同社、1948、p.90。

と診療所の差異は「単に患者収容施設の差にあるという考え」に基づいていたが、「本質的な相違があるという考え」に基づき、病院とすべき病床数を増加することで差異化を図ったのであった⁽¹⁶⁾。

一方、「診療所」とは、医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のために医業または歯科医業を行う場所であって、入院施設を持たないか（無床診療所）、患者19人以下の入院施設を有するもの（有床診療所）であるとされた（1条の5第2項）。同法は、病院を「組織体の活動」をする施設として捉えていたのに対し、診療所を「医師の個人的な業務活動」を行うための施設と捉え⁽¹⁷⁾、病院のような要件は要求されず、診療所の開設の際には、開設者が医師である場合には都道府県知事への届け出のみで足りる（8条）とした。

こうして、診療所には病院よりも緩やかな設置条件が課されたが、それを「医師の個人活動」のための施設として、病院と差異化するために診療所に課された条件は、患者の収容する日数に一定の時間制限を設けることであった。すなわち、同法は「診療所は同一患者を、48時間を超えて収容してはならない」（13条）とし、これによって新しい医療法では、診療所を「入院施設」としては想定せず、あくまで2日を超えて患者を収容することは罰則付きで制限されることになった。これが、いわゆる診療所の収容時間の「48時間収容制限」である。

3 医療法第13条「診療所における収容時間制限」の撤廃過程

(1) 医療法第13条の改正過程と日本母性保護医協会

だが、診療所の48時間制限は、そのわずか数年後の1954年の医療法第10次改訂によって努力規定とされ、実質的に形骸化されることとなった。先行研究では、収容制限が形骸化される政治過程はほとんど明らかにされてこなかったが⁽¹⁸⁾、なぜ、診療所の48時間収容制限は形骸化されたのだろうか。

実のところ、48時間収容制限に直接的な利害関係があったのは、診療所の開業医、とりわけ、1948年に成立した優生保護法指定医で構成された日本母性保護医協会（以下、「日母」）であり、この日母の働きが、GHQの目指した病院と診療所の差異化を形骸化させる一因となったのである⁽¹⁹⁾。診療所の産科開業医が多い日母の会員にとって、診療所の48時間制限は、以下の2点において不都合が生じるものであった⁽²⁰⁾。

(16) 熊崎正夫・横田陽吉著『医療法・医師法（歯科医師法）解』医学通信社、1957、pp.15-16。

(17) 宇都木伸＝平林勝政編『フォーラム医事法学』尚学社、1994、p.253。

(18) 猪飼、前掲、pp.209-210；島崎、前掲、pp.76-77；池上・キャンベル、前掲、pp.56-57。

(19) 日母が既得権益集団となった過程は、大西香世「公的医療保険における出産給付」大原社会問題研究所雑誌、No.663、pp.17-32を参照されたい。

(20) 管見の限り、他の診療科医師に比べ、産科開業医がより48時間収容問題に大きな関心を寄せていた。というのも、48時間収容制限の撤廃は、助産婦という職域争いをする競合者が存在した産科開業医にとって、「対助産所対策」の一環であったからである。例えば、『愛知県医師会史』には、48時間収容問題に関しては「誰も本気にして実施仕様とする者はな」かったが、「一時は医界で相当問題視された」（愛知県医師会、1955、p.390）というくだりがあるが、ここからは、「48時間問題」が日医会長・日母会長を兼務していた谷口周辺に限って取り上げられ、日母主導によってその撤廃が働きかけられた、と考えるのが妥当であろう。

第一に、優生保護法の指定医に指定された医師であっても、その後に開業し、それが診療所である場合、48時間収容制限に関連してすぐに指定医の認可が下りない場合が生じる、というものである。優生保護法の指定医に関しては、その指定の裁量権は「都道府県医師会」にあると定められており、ある都道府県において指定医に指定された医師であっても、ひとたびその指定医が他の都道府県に移転した場合、改めて指定医に指定されなければならなかった。そのため、移転した都道府県で開業した施設が病院ではなく診療所であった場合、指定医を申請したとしても、指定医の指定が遅れるという事態が生じることもあった⁽²¹⁾。

第二に、より根本的な要因として、診療所に48時間制限が適応された場合、分娩を扱えるのは事実上、2日以上入院させることのできる病院と診療所のみとなる。したがって、診療所においては分娩を取り扱うことができなくなるという、診療所経営の産科医にとっては業務上、決定的な不利益を被る状況が生じることとなった。

その上、一時はGHQにより廃止が検討された助産婦の存続が、同年に成立した保健婦助産婦看護婦法によって決定されていた。その助産婦が開設することのできる助産所に対しては、収容時間の制限が設けられなかった⁽²²⁾。そのために、病院と助産所においては分娩を扱えるが、診療所においては分娩を扱えないという、診療所の産科医にとって業務上の問題が生じることとなった。実際のところ、「現在病院助産所には48時間という時間制限がなく収容できるのに、片方は48時間以上収容できぬという矛盾を含んでおる」との産婦人科医の声が上がっていた⁽²³⁾。したがって、「助産所と同様の条件」にするために制限を撤廃することは、診療所開設の産科医にとっては死活問題となったのであった。

これら2点が日母にとって切実な問題であったことは、日母の会報紙における報告からも明らかである。例えば、1949年の『母性保護医協会機関紙』では、「診療所の入院患者収容制限の四十八時間の緩和」に関し、「指定医と四十八時間との関係が漸く問題となりつつあるので一層切実な問題となって」おり⁽²⁴⁾、48時間収容制限問題は日母の役員会において「重大問題として取り上げる事を正式に決定し」た⁽²⁵⁾ことが報告されていた⁽²⁶⁾。また、同年には、日母の会長の谷口と日母の常務理事かつ医系議員（医師国会議員連盟）であった福田昌子が国会に働きかけていた様子が、以

(21) 例えば、日母の石川県支部においては、「他府県で指定医であったものが新に診療所を設置して指定医の再指定を申請したものについて診療所の入院患者収容制限四十八時間問題との関連性を考慮して直ちに指定医にならなかった例もある」（下線引用者）『母性保護医協会機関紙』第3号、昭和24年11月号。

(22) 医療法第2条において、助産所とは、「助産婦が公衆又は特定多数人のためにその業務（病院又は診療所においてなすものを除く。）をなす場所をいう。2. 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦十人以上の収容施設を有してはならない。」と定められた。

(23) 「優生保護法に関する指定医問題をめぐって」『産婦人科の世界』第1巻第2号、昭和24年5月、p.36。

(24) 『母性保護医協会機関紙』第2号、昭和24年10月。

(25) 同上、第3号、昭和24年11月。

(26) 同時に、同年には「最近指定医師が他の地域に移転して診療所を開設し、指定医の再診を乞う」場合に、「医療法四十八時間問題にて指定困難の者あるに鑑み急速に本調査を行い診療所開設中の指定医数とその率を承知」することを、会長の谷口が日母医の各支部長に求めるなど、48時間制限の問題対処に尽力した（『母性保護医協会機関紙』第3号、昭和24年11月）。

下の報告から分かる⁽²⁷⁾。

「診療所の入院患者収容制限四十八時間問題の解決のため谷口会長ならびに福田常務理事が国会に猛運動を続けているが、臨時国会開催を機として左記の如き議員提出法案を上程するため各方面と強力な折衝を続けている。(中略)、来る通常国会を目標にして引続き猛運動を展開中である。」

「医療法第十三条の緩和工作中に就ても谷口会長は連絡しているため、此の辺の動きも本問題解決の途として重要視されている事を、合わせてご報告しとく。」

こうして、日母は48時間収容制限の「緩和工作中」のために「猛運動を展開」していたのだが、その目的が、分娩を取り扱う産科診療所の産科医、とりわけ「指定医」の便宜を図ることにあつた点は、看過することはできない。というのも、谷口が1950年3月の日母の第2回総会において、「指定医に限り助産所同様に取り扱って貰い四十八時間制緩和を貫徹したいと述べた（下線、引用者）」⁽²⁸⁾と発言していることから明白であるように、48時間収容制限の緩和は、医療施設の適正な配置を目的としていたというよりも、むしろ診療所の産科開業医が分娩を取り扱えなくなる可能性への「救済策」であつたと考えられるからである。そのために、優生保護法の「指定医に限っては「助産所同様に」分娩を取り扱えるよう、法改正を求めていたのであつた。

ところが、日母の努力にもかかわらず、厚生省としては48時間の収容制限に関する規制緩和の方向には難色を示していた。衆議院厚生委員会においては、医師国会議員連盟の丸山直友⁽²⁹⁾の質問に対し、48時間の収容制限を「今ただちに、あるいは比較的近い将来に緩和する意向かというお尋ねに対し」ては、「さような緩和の意思は持っておりません」との答弁がなされている⁽³⁰⁾。また、「指定医に限って」48時間制限の規制緩和を図ろうとした点についても、厚生省医務局は「人工妊娠中絶の施行は一般的例外事項ではない」との理由から、医療法第13条の「例外改正」は困難である、と緩和の可能性を一貫して否定を続けていた。さらに、同制限によって優生保護法の指定医の資格が得られないのであれば、「医師会と保健所との諒解によって解決の道」を探るべきだとして、診療所の48時間収容制限の問題と優生保護法の指定医の指定の関連の可能性を否定していた⁽³¹⁾。

こうして緩和への突破口が見つからない状態が続いていたことから、日母は医療法の第13条の改正が不可能なのであれば、優生保護法そのものを一部改正しようとするに至つた。医療法の

(27) 『母性保護医協会機関紙』第3号、昭和24年11月。

(28) 『母性保護医報』第7号、昭和25年3月。

(29) 医系議員である丸山直友は、保健婦助産婦看護婦法の改正（1951年）においても、准看護婦の設置および准看護婦学校設置の基準の緩和などへ向けて中心的役割を果たした。これは、GHQの医療改革に対し、医師国会議員連盟が、戦前の医療システムへ逆戻りを促し、既存の制度を存続させるという一連の動きであつたことは、改めて論ずる。

(30) 東政府委員、衆議院厚生委員会、昭和24年12月23日。

(31) 『日本医師会雑誌』第24巻・第1号、昭和25年1月、p.85。

13条ではなく優生保護法の改正に方向転換を試みたのは、本来ならば医療法第13条の48時間問題を「全面的に解決する必要(が)ある」が、「何時目的を達し得るか不明」であり、「少なくとも法律にて認められたる指定医師の問題を解決することは急務中の急務」であったと考えたためである⁽³²⁾。そこで、谷口は優生保護法の一部を改正しようと、「指定医師は、人工妊娠中絶を行う場合には、当分の間、医療法(昭和二三年法律第二百五号)第十三条にかかわらず、患者の収容施設を有する診療所において同一の患者を四十八時間を超えて収容することができる」と、臨時国会に「優生保護法の一部を改正する法律(案)」を提出した。

優生保護法の一部改正案を提出する理由としては、「人工妊娠中絶に当たっては少なくとも2日を超える入院診療を必要とする場合が多い」が、「現行医療法第十三条によればこれらの患者を入院せしめうるのは、患者二十人以上の収容施設を有する病院だけに限られている」。そのため、「病、産院施設を有しない地域において、人工妊娠中絶を行う場合には、患者に十分な入院診療を加えずして退院せしめなければならず、「優生保護法の立法目的の一たる母体保護を十分に確保することができない」。したがって、病院施設が十分に普及するまでの間は、患者収容施設を有する診療所においても、「二日を超える入院診療を許す道を開いて、同法の施行の万全を期す必要がある」と述べていた⁽³³⁾。

ここで、同法の一部改正の理由として「母体保護を十分に確保」できない旨が述べられているが、その理由が母体保護の目的のみであったとは考えづらい。なぜならば、当時指定医以外による「其の日帰りの人工流産」が増加する現象が見られたことに対し、谷口は「四十八時間以内でも差支えないとゆう事を明らさまに云うと母性保護上面白くない」ため、「此の点も十分考慮して法律改正が望ましい」⁽³⁴⁾と発言していたからである。つまり、一連の法改正への動きは、人工妊娠中絶の際の「母体保護」という目的はあったにせよ、日母にとってより重要な問題として、診療所において分娩そのものを扱うことができなくなるのが直接的な要因としてあった。いずれにしても、医療法第13条の改正の目途がたたなかったために、日母は「優生保護法の改正に道を避けて、それから医療法第13条を切りくずそうとする手段を講じた」のであった⁽³⁵⁾。

こうした中、新たに状況を打開する動きが出てきた。医療法第13条の特例措置の期限が10月26日で満期となる1951年を控え、48時間収容制限の附則での適用に関し、さらに3年間の猶予を求める法案を提出しようとするものである。前年の8月、日母の谷口は日医第8回臨時代議会において同会会長に選出されていた。このことによって、谷口は日医会長として、48時間収容制限問題に関して厚生省との交渉が可能になった。谷口が、1951年3月の日医第9回代議員会において「日医としては何んとかして止めて頂く以外方法はない」、そのために「それにはどうすればいいかと頻りに苦慮している」と訴えたのに対し、厚生省医務局長は、「これが現状若しくは近い将来にその意図する通りに行くか行かぬかの見通しとその実績にかかる」と、案に医療法13条が日本の

(32) 『母性保護協会機関紙』第3号、昭和24年11月。

(33) 同上。

(34) 同上。

(35) 『日本医師会雑誌』第24巻第1号、昭和25年1月、p.85。

現状に合わないことを認めた上で、「この法文が如何様に改正されるかということはある程度であり、想像し得る」とし、3年間の延期を提案していた⁽³⁶⁾。

このような背景から、日医は1951年7月の第10回臨時代議員会において、更に3年間の延期を請願することを決定した。「本制限は我国医療施設の現状に即せず、民衆の医療と密接せる多数診療所病床の活用を阻み、国民保健を危殆に陥れる悪制である」ことが、3年延期の請願の理由であった⁽³⁷⁾。これを受けて作成された法案が、「医療法の臨時特例に関する法律（案）」である。これは、「医療法（昭和23年法律第205号）第7条の規定による開設の許可を受け又は同法第8条の規定による届出をしている診療所については、昭和29年10月26日までの間は、同法第13条（診療所の収容時間制限）の規定によらないことができる」というものであった。同法案は、衆議院議員の大石武一らが衆参両議長に対して請願書として提出したものであり、大石らは同時に医師国会議員連盟の総会に提示し、諒解を求めていた。

その間、谷口も3年間の延期を厚生大臣に申し入れ、同時にGHQの「モロハン大佐へも陳情」したり⁽³⁸⁾、「GHQの承認を求めべく折衝を重ね」⁽³⁹⁾たりと、折衝を続けていた。1951年7月13日付で厚生大臣に提出した陳情書において、谷口は「終戦後まだ経済の復旧を見ないのみならず、医師の診療所、病院等に於ても戦災を蒙れるもの復旧に至らず、且つ復旧資金の融資の途もなく、困却して今日に至って居」り、また「19床未満の病院は相当数を占めて居るので今までに法規通りに之等に収容することが出来ない」。したがって、「最も困却するのは一般大衆であり患者であり、（中略）由々しき問題」である、と述べていた。つまり、かつての「19床未満の病院（ママ）」すなわち医療法における「診療所」は、日本における既存の医療施設の大きな割合を占めるために、急激に病院との差異化を図ることは困難である、との趣旨であった⁽⁴⁰⁾。

これに並行し、衆議院自由党政務調査会においても48時間規制緩和をバックアップするため、医系議員の大石武一らの作成した「臨時特例法」とは若干異なる改正案が「医療法の一部を改正する法律（案）」として作成されていた。それは、13条を「診療所の管理者は同一の患者を、48時間を超えて収容しないようにつとめなければならない。但し、診療上やむを得ない事情がある場合は48時間を超えて収容することができる」というものであった。

同法案は、「48時間を超えて収容しないようにつとめなければならない」と教育規定にした点に、特色がある。実は、この教育規定法案は、そもそも日医の3年延期案が涉外当局の了承を得られにくいことが予測されていたために、厚生省部内が内示したものであったが、厚生省としては政府提案のかたちをとれないために、議員提案としたものであった⁽⁴¹⁾。

こうして3年延期を請願する日医案と、3年延期ではなく教育規定を明示した衆議院自由党政務

(36) 同上、第25巻・第5号、昭和26年5月；谷口弥三郎、1951、「診療所における患者収容48時間制限問題を顧みて」『日本医師会雑誌』第26巻（15）、pp.467-469。

(37) 日本医師会創立50周年記念事業推進委員会記念誌編纂部会編『日本医師会創立記念誌』1997年、p.122。

(38) 『日本医師会雑誌』第26巻・第5号、昭和26年8月、p.188。

(39) 『日本母性保護医協会』第23号、昭和26年10月・11月合併号。

(40) 『日本医師会雑誌』第26巻・第5号、昭和26年8月、p.188。

(41) 同上、第26巻・第15号、昭和26年11月、p.468。

調査会とによる法案が作成されたが、満期の差し迫った1951年10月12日、医師国会議員連盟と日医理事との合同会議が開かれた。そして、両者が比較検討された結果、大石武一が両案を合併した「折衷案」を作成し、それを日医全理事会に提示して諒解を求めた⁽⁴²⁾。この折衷案、すなわち「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（案）」は、3年延期と教育規定を合併したもので、「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条の規定にかかわらず、同一の患者を48時間をこえて収容しないようにつとめ、診療上やむを得ない事情がある場合は、時間をこえて収容することができる」というものであった⁽⁴³⁾。

折衷案は、10月19日付で衆議院より総司令部に提出されたが、「医療法の原則は医療内容の向上が目的であって患者の収容は病院に限り診療所は単に例外の場合にのみ収容する」のであって、改正には反対であるとの返答が改めてあった。日医は、法案立案者の大石による直接交渉を望んだが、GHQ/PHW側は厚生省との交渉を指定したために、厚生省の久下勝次医務局次長が「出頭」し、現状では「病床数からいっても亦地方的理由から見ても病院のみに全患者を収容することの不可能なる点を挙げ」て、3年延期の必要性を強調した。

厚生省による説得の結果、最終的に3年延期の了承は得られることとなった。だが、「診療上やむを得ない事情がある場合」の内容を明記しなければならない、として、大石の折衷案は、10月31日の参議院厚生委員会における質疑応答の結果、第一に「地方的に附近に病院のない場合」、第二に「症状が重くて移送の困難なる場合」、第三に「患者又はその家族が是非その診療所において手術又は治療を受けたいと希望する場合」、とされることになった⁽⁴⁴⁾。

こうしてGHQ/PHWとの交渉結果、「漸く10月30日総司令部のO・Kを得」⁽⁴⁵⁾、3年延期の特例法は「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」として、以下のように上程されることとなった。

「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（昭和23年法律第205号）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。」

以上のような経過から3年の延期が可能となったのだが、1951年に3年間の規定の猶予期間が満期となった際に、「地方当局も実際問題として通牒や口頭では機会ある毎に実施を強要していた」にもかかわらず、「誰も本気にして実施しようとする者はな」かったことが指摘されている⁽⁴⁶⁾。その後、1954年には医療法が改正され第13条は努力規定となったことに関しては、「一部を改正の上緩和されて結局有耶無耶の間に、自然消滅同様の形になってしまった」という⁽⁴⁷⁾。

(42) 同上。

(43) 同上。

(44) 谷口弥三郎「診療所における患者収容48時間制限問題を顧みて」『日本医師会雑誌』第26巻、第15号、昭和26年11月21日、pp.468-469。

(45) 同上、p.468。

(46) 愛知県医師会編『愛知県医師会史』1955、p.390。

(47) 以後、1988年には全国有床診療所連絡協議会が結成され、同協議会が有床診療所の48時間収容制限の撤廃に一定の役割を果たした点は、別稿に譲りたい。

4 公的医療機関の主流化に対する改革反動と「政策フィードバック効果」

(1) 公的医療機関の主流化に対する改革反動——日医による一般開業医の「救済策」

ところで、日母による診療所の48時間制限の形骸化が可能であったのは、公的医療機関の主流化という医療改革に対して、日医が私的医療機関、とりわけ一般開業医の存続を図り、それを「救済」するために開業医優遇政策を推し進めていくという、より大きな政治的文脈にあったためであった。

既述のように、1947年には医療制度審議会が設置されたが、同審議会は、医療機関の整備に関し、公的医療機関の主流化を主眼としていた。第一に、開業医制度は、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。第二に、公的医療機関を速やかに整備すること、特に戦災による医療機関の損傷の甚だしい地域については一定規模の総合病院を、無医地区については診療所を、公共団体に早急に設置させるよう助成すること。第三に、適当な地域ごとに、主として公的医療機関である総合病院をいわゆるメディカル・センターとして、その施設を開業医等の利用に提供すること、であった。

この答申からは、医療制度審議会が公的医療機関を主流とすること、そのために開業医はそれを「補完」するものとして位置づけていたことなどが分かる。また、より重要な点として、審議会は「公的医療機関である総合病院」を「開業医等の利用に提供する」という、アメリカをモデルとしたいわゆるオープン・システムの確立を目指していたことが明らかである⁽⁴⁸⁾。

同様に、戦後日本が、公的医療機関を主とし私的医療機関を「補完的な存在」と位置づける方向にあったのは、例えば1949年の厚生省の以下の見解からも裏付けられる。つまり、「いわゆる公的な医療機関と、そうして開業医をもって代表される私的な医療機関との二本建で参るが、「政府として積極的にこれを促進するのはまず公的医療機関」である。そして、「公的医療機関の整備ということを主流と」した上で、「この公的医療機関が及ばない」場合に限って、あるいは「公的医療機関を別に必要としない」地域に限っては「私的のいわゆる開業医というものの力を主に発揮して」もらう、という意向であった⁽⁴⁹⁾。ここでは、「開業医というもの」が代表する私的医療機関は、公的医療機関の及ばない地域などに「補完的」に存在するもの、との見方が強調されていた。

公的医療機関を主流化させるために、戦後直後の日本においては採られた政策は2本であった。第一に、医療法第33条に基づく「公的医療機関に対する補助」に対して、昭和24・25年度の経済安定本部の公共事業費が、翌1951年度からあてがわれることとなった。第二に、1952年には厚生年金保険積立金還元融資（いわゆる厚生年金還元融資）が再開され、病院建設事業が融資の対象になったことから、公的医療機関に対しては厚生年金還元融資からも復旧の整備が図られた。

ところが、このように公的医療機関へは公的な資金援助がある反面、私的医療機関へのそれは計画されておらず、日医はその点を、私的医療機関とりわけ「一般開業医」への冷遇政策、すなわち

(48) 日母会員の内野総二郎は「当局のいう如き診療所に入院中の全患者を収容する為の米国式オープンシステム化を今日の公的病院に求めることは到底望めない」と述べているが、政府がオープン・システム化を目標としていたこと、そしてそれに対し内野らに代表される診療所の開業医が反対の意を表明していたことが分かる（「再び医療法の一部改正を要望する」『日本医師会雑誌』第44巻・第4号、昭和35年8月15日、p.284）。

(49) 衆議院厚生委員会議事録、昭和24年12月23日。

「官制支配」であると捉えた。そこで、医師国会議員連盟は、公的医療機関の主流化へ対抗して「一般開業医」の「救済」に舵を切っていくことになったのだが、それは、1960年の医療金融公庫の設置および1962年の医療法一部改正による公的病院の病床規制という二本柱の政策によって具体化されていくことになった。

1950年の医療法一部改正による「医療法人」制度の創設は、医業が非営利性を損なわずに法人格を取得し、それによって資金の調達や蓄積を容易にすることで、私的医療機関の安定性を図ることを趣旨として創設されたものである。医療法人制度は、戦後の「開業医優遇策」として先行研究によっては知られているが⁽⁵⁰⁾、実は、法案提出当時は、一般開業医を利するものではない、と考えられていた。

というのも、医療法人制度は、「病院」あるいは「常時3人以上の医師・歯科医が勤務する診療所」を開設する場合、社団又は財団の形態で法人を設立することを可能にするものであったが、医師国会議員連盟の福田昌子が「小さな診療所はこの法律によって恩恵をこうむることがないようなこの法律案の内容」と批判していたように、診療所の開業医にとって、十分に便宜が図られたものではないと考えられていたからである⁽⁵¹⁾。

実のところ、1950年の参議院厚生委員会においては、「特に医療法13条によ」って「診療所には同一患者を48時間を超えて収容できない」こととなったことから、「一般の開業医師の中では、数人ないしそれ以上の人数による共同出資によって、病院を建設し、あるいは、これを維持しようとする場合が少なくない現実を見るに、「私人による病院の建設維持を促進するため」に設置に至った⁽⁵²⁾、と説明されているように、「小さな診療所」ではなく「病院」の建設に重点が置かれていた趣が強い。また、厚生省側としても、もともとは同制度を、公的医療機関を中心とした医療機関整備の完成までの経過的措置、いわば「つなぎ」の制度として考えていた。厚生省としては「オープン・ホスピタル」⁽⁵³⁾の形態をとることが理想であるが⁽⁵⁴⁾、それを目下実行するのは困難であるために、「過渡的な状態を救」うことを目的として、同制度を設置していた⁽⁵⁵⁾。政府の見通しとしては、「将来ますます完全な医療施設を個人で建設経営するのが困難であったためである⁽⁵⁶⁾。

こうしたことから、医療法人制度は、「大多数を占め」ている診療所が「一向に助から」ず、「その少し上にある組織が助かる」ような、「ある限定された医療経営者が有利であるような」制度であるとの批判が、福田ら医系議員から寄せられていた⁽⁵⁷⁾。福田らは、「この法案のねらい」は、

(50) 例えば、猪飼（2010）は、医療法人制度を「自己の医業資本への再投下を有利にする」趣旨の「開業医優遇策」の一つとして捉えている（前掲、p.250）。

(51) 衆議院厚生委員会会議録，昭和25年4月12日。続けて福田は、「資金の面とか，経営の面とか，課税の面から考え」、「医療法人というものに対しては，相当な期待を持って」いたが、「この法案を見て実はがっかりした」と述べている。

(52) 参議院厚生委員会会議録，昭和25年4月4日。

(53) オープン・システムのことを指すと考えてよい。

(54) 衆議院予算委員会会議録，昭和25年2月18日。

(55) 同上。

(56) 同上。

(57) 福田は続けて、「現行のままで，個人開業医に対して，しかも医療法人によって救われるということのない課

「診療所を整備して病院組織のものにして行」⁽⁵⁸⁾ くものである、と訴えていた。

以上のような背景から、一般開業医の「救済」を目的に、一般開業医に対する特別の金融措置として設置されたのが1960年の医療金融公庫であった。谷口は、「私的の医療機関を大いに発展させる、例えば医療金融公庫みたいなものを作って融資をしてやるとかいうような途」を「是非講じてもらわなければ」と以前から訴えていたが⁽⁵⁹⁾、谷口は、1959年に参議院自民党政務調査会に設置された「医療問題調査会特別委員会」の委員長に就任し、また同年、自民党政務調査会に設置された「医療問題対策特別委員会」にも副会長として任命され、政治的手腕を発揮していた。

大蔵省側は当初、医療金融公庫の設置に関し、特定業種のための金融機関の設置は金融施策の本筋に反する、として設置を認めない立場をとっていた。だが、自民党政務調査会が「政治的に強力に押した結果」⁽⁶⁰⁾、大蔵省は特別法人による振興会方式あるいは基金方式の構想を示すことで妥協を図ろうとした。妥協案を提示する大蔵省に対し、保利茂ら自民党幹部および厚生大臣の渡邊良夫はあくまで大蔵省との妥協を排し、公庫方式による設置を要求して譲らなかつた。そして、「あくまでも妥協を排して公庫方式による設置を強硬に主張」したために⁽⁶¹⁾、それに押されたかたちで医療金融公庫を設置するに至った。

日医は、「何としても政府資金を個人の病院に導入する」以外に「個人病院が残っていく道がない」、「政府資金が入ると、「勝手につぶすということは、どんなことがあっても、できなくなってくる、そこで「医療金融公庫というものの中へ、これは私立医療機関という形で、病院も診療所も、まとめて放り込んでしまう」という意志のもと、一般開業医の救済へ向けて、医療金融公庫を設置したのであった⁽⁶²⁾。

医療金融公庫の設置に加え、1962年の医療法一部改正による「公的病院の病床規制」は、私的医療機関の存続をさらに確固たるものにした。1962年の医療法の一部改正は、公的性格を有する病院の新たな開設や病床数の増加について、都道府県知事の認可を義務付けることにより、規制を加えるものである。すなわち、都道府県、市町村、日本赤十字社、健康保険組合、厚生農業協同組合連合会などが病院の開設、増床等を行なおうとする場合、一定地域の病院の病床数がその地域の必要病床数にすでに達しているか、あるいはその開設等によって必要病床数を超える場合、都道府県知事は、これに対して許可を与えないことができる、というものであった。

医療金融公庫の設置問題当時の1959年から、谷口も公的医療機関の新設については反対していた。参議院社会労働委員会において、谷口は「いろいろ公的機関が充実し、「充実よりか乱設されて」いるために、「開業医はもう先の見込みがだんだんなくなってきて」いる。「ぜひ一日も早くそういうふうの国、国立病院、組合病院などが新たに新築するとか、増築するとかいうこと

税基準の認定ということに対して、何ら考慮を払われないで、医療法人に対する課税の基準だけを簡単に持って行かれるということは、非常に不公平なものを感じる」と発言した（衆議院厚生委員会会議録、昭和25年4月12日）。

(58) 衆議院厚生委員会会議録、昭和25年4月12日。

(59) 参議院厚生委員会会議録、昭和29年5月24日。

(60) 『母性保護医報』第117号、昭和35年2月。

(61) 同上。

(62) 『全日本病院』1964年10月、pp.226-227。

のできぬようにするように（傍点引用者）」と発言していたのだが⁶³⁾、谷口や日医が規制の際に念頭においていたのは、アメリカのヒル・バートン法の存在であった。

というのも、アメリカにおいては戦後直後の1946年、「病院調査・建設法（the Hospital Survey and Construction Act of 1946）」、通称「ヒル・バートン法（the Hill-Burton Act）」の制定によって、連邦政府が3分の2の建設費の補助を出し、州立病院を建設したという経緯があった。私的医療機関を経営する個人が大多数を占める日医にとって、アメリカを模した場合、個人の一般開業医の医療施設が淘汰されることを危惧していた。実際、武見はアメリカを例に挙げ、アメリカでは「このような国家統制が行われ、官立病院だけの存在になって」おり、「もしわれわれが、ぼやぼやしていると、「その形が出来てしまう」。そのために、医療法の一部改正によって「ヒル・バートン法にそった法律が出てくることを抑えた」と、改正の趣旨を説明していた。すなわち、日本でも仮に「ヒル・バートン法のような法律と同じような法律をつく」って、「公的医療機関の網を張られ」た場合、これは「官僚支配」であり、私的医療機関が生存できなくなると認識していたのであった⁶⁴⁾。

(2) 「政策フィードバック効果」と分散型医療供給体制の再生産メカニズム

ところで、なぜ公的医療機関の主流化に対して、医師会によるこうした「開業医優遇政策」が功を奏したのだろうか。実のところ、公的医療機関の主流化への反動とは、自らの経営する一般診療所の存続に利害関係のある医師会および医系議員が、現状維持に動いたものであり、政策フィードバック効果が働いたためであると説明できる。そして、医師会・医系議員の現状維持を可能にしたのは、より構造的な制約があったためであった。

すなわち、明治期における近代的な医療供給体制の移植の過程において、官立病院の減少を補完するかたちで民間部門がキャッチアップ的に医療機関を提供しなければならなかったのと類似した図式において、戦後においても、戦後復興期の財政的制約から、私的医療機関が医療需要の増大に対してそのギャップの埋め合わせに応じた、という歴史的経緯があったのである。

先述の通り、戦後復興期の日本においては、ワンデル勧告や1950年勧告によって、公的医療機関を中心に開業医を補完的な存在に位置付けるという改革が試みられた。ところが、大戦で疲弊した経済では、アメリカを模した公的医療機関の新たな設立が困難な状況にあった。1949年にはドッジ・ラインに基づく超均衡予算が作成され、経済安定九原則による財政の緊縮政策も実施されると、公的医療機関を主体とした医療機関整備が目標とされながらも、公的医療機関の整備は資本不足のために遅々としていた。

その一方で、戦後日本における医療需要は急増し、1961年からは国民皆保険が開始されることになった。言うまでもなく、国民皆保険が達成されるためには、医療施設の量的拡大が必須条件であった。ところが、国民全てが医療にアクセスするのに公的医療機関だけでは不十分であり、私的医療機関をもってキャッチアップ的に医療施設の量的拡充を達成しなければならなかった。そもそも、前述の医療金融公庫の設置に関して言えば、厚生省があくまで公庫方式による設置を譲らな

63) 参議院社会労働委員会議事録，昭和34年9月8日。

64) 『全日本病院』前掲。

ったのは、同省にとって医療金融公庫の設置によって私的医療機関が拡充することになれば、金利差を負担するだけで、同省が目標としていた病院の量的拡大が実現することを意味したからであった。

すなわち、明治期に西欧の近代的な医療供給施設が移植された過程において、開業医セクターが急ピッチで医療施設の供給を担ったことと同じ図式において、戦後、私的医療機関が、医療需要の増大に対して応えなければならなかったという構造的制約が、医師会によるこうした「開業医優遇政策」を可能にせしめ、結果として分散型の医療供給体制の再生産を促したと言えるのである。

おわりに

本稿は、これまで日本において医療施設の機能分化がなされてこなかった一因を、戦後直後に、日母や医師会が医療法13条による病院と診療所の差異化を形骸化させたことに求め、その政治過程を明らかにした。医療法13条による診療所の48時間収容時間制限の努力規定化は、戦後日本が私的医療機関の優遇政策へ舵を切っていくその流れのなかでの重要な出来事のひとつであった。だが、そうでありながら、先行研究においてはその事実について触れるだけのものが多く、なぜ48時間収容時間制限が努力規定化されたかについては、明らかにされてこなかった。

本稿は、48時間収容時間制限が努力規定化されたのは、戦後の医師会による私的医療機関の優遇政策という政治的文脈において可能であったこと、また、それは戦前までに形成された「分散型」の医療供給体制が再生産される歴史的過程であったことを、その起源である明治期にまで遡りながら指摘した。これまでの先行研究において48時間収容時間制限の政治過程が明らかにされてこなかったことの背景としては、こうした長期的な歴史過程を分析の射程に入れてこなかったことに少なからず起因するとも考えられる。

同時に、これまでしばしば「開業医優遇政策」として認識されてきた医療法人制度も、その設立のそもそもの動機は、同制度を公的医療機関を中心とした医療機関整備の完成までの経過的措置、いわば「つなぎ」の制度として機能させるものであったことを指摘し、それへの反発から、「一般診療所の開業医」を救済するために、医療金融公庫が設置されたことも明らかにした。

1954年に努力規定とされた診療所の48時間制限は、2006年には、第5次医療法改正によって、制限そのものが撤廃されることとなった。このことは、医療法第13条によって差異化が図られた病院と診療所のその差異が、最終的に喪失されたことを意味する。こうして医療法第13条による病院と診療所の差異化が撤廃されたその一方で、昨今では、医療施設の機能分化を図り、医療資源の適正な配分を目的とした医療機関の整備も提言されている。例えば、2014年度からは、医療機関が自主的に、自らの有する病床が担っている医療機能の現状と今後の方向性を選択し、病棟単位で都道府県に報告する「病床機能報告制度」が開始された。また同時に、地域医療需要に応じた医療機能の分化を図った「都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドライン」が策定され、地域の医療需要のバランスに対応した医療機能の分化が推進されている。このように医療機能の役割分担の見直しを迫られる変革期である現在において、将来のビジョンを策定するためには、本稿で示した歴史的過程を踏まえ、歴史的展望を見据えながらその長期的な目標を設定することが望まれる。