

# 明治期日本における開業医集団の 成立——専門医と一般医の身分分離構造を欠く日本的医師集団の源流

猪飼 周平

はじめに

- 1 明治期前半における医学教育制度の形成過程概観
- 2 開業医の技術力の源流 ——医学士の開業セクター流入と公立一般病院の不振
- 3 日本的開業医集団の成立 ——開業セクターにおける医学士の中核化

結 語

はじめに

## (1) 問題の所在

日本の医師集団にみられる特徴の一つは、内部に、西欧諸国において顕著にみられるような専門医と一般医の身分的分離がみられないことである。この特徴は、医療制度の他の諸特徴と密接に関連しつつ、日本の医療制度の構造の中核の一つを成している。本稿の目的は、このような特徴を有する日本の医師集団の形成を明治期に遡って検討することである。

現在の医療は、多様な専門家の分業・協業によって成り立っているが、それは、①医学上の専門領域に対応するものと、②医療の専門性の度合に対応するものに大別できる。第一のものは、臓器別・疾患別・年齢別に細分化された各専門によるもので、診療科間の分業・協業に対応している。第二のものは、一次医療と二次医療の内容の違いに対応している。他の専門家との連繋が容易な二次医療に従事する医師に比して、患者の窓口である一次医療に従事する医師は、より広い領域に関する知識・技能をより薄くカバーすることになる。

第二の分業・協業に関して、主に西欧諸国では、専門医と一般医を身分的に分離し、一般医を一次医療に特化させることで、医療内容の違いに対応している。たとえば、英国においては、顧問医 (consultant) を頂点とする勤務医と、病院医療に関わらない一般医 (general practitioner) が身分的に分離している。これらは、それぞれ医籍への本登録後初期から、異なった研修プログラムの下

で養成され、したがって異なったキャリアパスを辿る<sup>(1)</sup>。他の西欧諸国においても、成立の経緯や、専門医の開業医療の有無などに多様性を含みつつも、類似した二つの医師身分を形成している<sup>(2)</sup>。この医師の内部的構造は、通常、資格によって制度化されており、それらは一般に「専門医制度」などとよばれている。

これに対し、日本では、医師免許取得後、「医局制度」とよばれる大学医学部を中心とするインフォーマルな卒後教育制度の下で、将来勤務医になる者も開業医になる者も、区別なく同じキャリアパスを辿り、少なくとも40歳代における勤務医/開業医のキャリア分岐直前の段階では、同質的な技能・知識を身につけている<sup>(3)</sup>。その後、開業医と勤務医にキャリア分岐することになるが、これは身分的あるいは技能的な根拠によって生じるのではなく、各医師の意思や個別の事情によって生じるのである。日本でも、1980年代末頃から本格的に「専門医（認定医）制度」が普及してきているが、それは、身分分離的な内容を持っていないため、西欧諸国における専門医制度とは機能的に異なっている<sup>(4)</sup>。

なぜ、日本では、西欧型の身分的分離が形成されなかったのだろうか。本稿では、近代日本における開業医集団の形成過程を、明治期に遡って検討することによって、この問題の解明を目指す。とはいえ、このような問題は、医学教育領域の一部の研究者を除けば、これまで関心と呼ぶ問題ではなかった。したがって、この問題の射程について、最初に述べておく必要があるだろう。

第一に、専門職・資格職研究の一環としての可能性である。周知のとおり、労働問題研究の文脈においては、医師のような専門職に対する研究は、重視されてこなかった。その最大の理由は、医師が、社会的・経済的に特権的な職業であることから、労働問題の発生源とはみなされてこなかったためである。

だが、専門職やそれに準ずる職業の従事者が増大するにつれ、専門職全体としての社会への影響力の増大傾向とは反対に、個々の専門職従事者の地位は、低下しつつあり、その結果、専門職は、

---

(1) 英国の医学教育の概要については、M. W. ラッフェル編『先進14カ国の医療システム』毎日新聞社、1990、161-170頁および『英国の医学教育』医学教育振興財団1982を参照されたい。制度の形成については、R. Stevens, *Medical Practice in Modern England*, Yale University Press, 1966, B. エイペルースミス『英国の病院と医療1800-1948』保健同人社、1981およびF. Honigsbaum, *The Division in British Medicine*, Kogan Page, 1979, 近年の動向については、G. Eysenbach, *Medicine and Medical Education in Europe*, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1998, pp.519-521参照。

(2) EU統合に際し、医師の域内移動の自由化を促進するために、各国の医師身分が、専門医/一般医の身分分離を基礎として統一されようとしていることは、元来、欧州各国が、互いに通約可能な程度に似通った医師身分制度を持っていたことを示している。この点については、前掲Eysenbach1998を参照のこと。

(3) 猪飼周平「日本における医師のキャリアー-医局制度における日本の医師卒後教育の構造分析-」『季刊社会保障研究』36巻2号、2000。

(4) なお本稿では、紙数の関係上触れ得ないが、米国について一言すれば、近年では一般医は衰退し、一般医療も専門医が担うようになった結果、日本とも西欧とも異なる独自型に発展していると理解してよい。

多様な労働問題の発生源となりつつあるといえる。それに加えて、近年、日本の労働問題研究の領域においても、労働市場の流動性の高まりが展望される中で、資格職をどのように把握するかが、その他の非正規雇用労働者の把握とともに重要な課題となりつつあり<sup>6)</sup>、それらを総合的に理解する枠組みの形成のためにも、資格職の一類型である専門職の把握は、もはや急務といってよい。

その際、専門職に関する研究を発展させる方向は、大別して二つあると思われる。第一は、英米の専門職論の伝統を活用しながら、日本の専門職・資格職を統合的に検討することである。たしかに、日本に英米の専門職論を適用することには、日本の専門職に「自律性 (autonomy)」とよばれる英米の専門職に顕著にみられる特徴が欠けていること<sup>6)</sup>、また、米国の社会学者T. パーソンズに代表される論者によって展望された「専門職が指導する社会」に対するリアリティの欠如といった困難が存在している<sup>7)</sup>。だが、それらの相違を、適切に評価したうえで、専門職論を活用するならば、日本の専門職・資格職の社会的・経済的地位の根拠や他の諸職種との連関について一定の成

- (5) 今野浩一郎『資格の経済学』中公新書, 1995, 望田幸男編『近代ドイツ=「資格社会」の制度と機能』名古屋大学出版会, 1995。
- (6) 日本の医師などに対し、「専門職profession」という理念型を適用するには、注意が必要である。というのも、この概念が、社会において専門職が、大きな存在感を有する英米において理念型を生成した概念だからである。たとえば、英米の社会学者たちが、専門職の特徴として最も重視する「自律性autonomy」概念についていえば、日本の、医師をはじめとする専門職は、国家の庇護の下で育成された職業であることから、この自律性という特徴を明らかに欠いている。これは、英米の専門職が、国家が制御し得ない自律的権威を有し、自己の領域内では、あらゆる権威の頂点に君臨することさえ展望し得る存在としてあったことによる英米的なバイアスに他ならない。このような条件下で、英米の専門職論を直接、日本に適用しようとするれば、たちどころに日本の医師や法律家は、真の専門職ではないという結論に到達せざるをえない。だが、C. マクレランドが専門職論を活用して、ドイツの専門職化の分析を行ったケースのように (C. E. McClelland, *The German Experience of Professionalization: Modern Learned Professions and their Organizations from the Early Nineteenth Century to the Hitler Era*, Cambridge University Press, 1991 (邦訳『近代ドイツの専門職』見洋書房1993, 19頁参照)), 英米流の専門職論において形成された専門職の理念型を、日本の諸職業の判定基準に使用するのでなく、日本の専門職との間の一つの比較軸として活用するならば、その伝統は、日本の専門職を理解するうえで、一定の知見を提供してくれると考えられる。
- (7) 20世紀中葉において活躍した米国の社会学者T. パーソンズの考えでは、専門職とは、資本家でも、労働者でも、官僚でもない。そしてそれは、職業の複合体として「依然として未発達でありながら、すでに現在社会において最も重要な構成要素となっている。それは、近代初期において最初に『国家』に、そして後には、『資本主義的』経済組織に取って代わった」(T. Parsons, "Professions", *International Encyclopedia of Social Science*, Vol. 12, New York, 1968)。このような見解は、当時としても極端なものであったと考えられるが、このような視点は、専門職が、単にその専門的技能・知識によって存在している資格職業と同一視できない根拠を明瞭に示している。したがって、日本において両者の差が見難いことは確かであるとはいえ、この点を見落とすと、専門職・資格職の議論は、皮相なものになってしまうだろう。

果を挙げることができよう<sup>(8)</sup>。

これに対し、第二に、より労働問題研究的アプローチも可能である。すなわち、専門職・資格職の内部的構造を明らかにすることで、職業内部の個人あるいは集団が、どのような問題に直面しているのかを探求する道である。むしろ、上記二つのアプローチは、密接に関わりあっている。

本稿の研究は、第二のアプローチに属している<sup>(9)</sup>。本稿は、現代日本の医師が有する身分的構造の形成史であり、現在の日本の医師が成すキャリアパターンや再生産の構造、人的資源の分布構造、職業内部における所得の分配構造といった諸点に関する知見を含んでいる<sup>(10)</sup>。その意味では、本稿は、医師という職業の内部構造の探求における基礎的研究として位置づけられることができるであろう。

だが、同時に重要なことは、医師という職業が、産業社会の発展の過程とは一応区別されるべき、固有の、いわば「医療の論理」を有する領域において形成されたということである。日本の医師は、日本の社会事業・社会保障の展開を背景としながら、職種間分業を含む病院システムの発達・医学の進歩といった医療制度の諸要素と一体となって展開を遂げてきたのである。

したがって、本稿の問題が、第二の射程として、医療制度研究へのパースペクティブを含んでいるのは必然的なことである。その際、重視されるべきは、医師の職業的展開とその他の医療制度の発展が「一体」であるということである。そしてこの場合の「一体」であるとは、一方が他方に影響するという単純な因果関係ではなく、相互に規定し合う関係にあるということである。

もちろん、このような視点は、きわめて常識的なものに過ぎない。にもかかわらず、従来この観点からの研究の成功例はきわめて少なかった。そこには、日本では、文部省と厚生省という二つの医療政策主体が、各々分離的に政策を施してきたため、医師という職業を理解する上で欠かせない医学教育に関する議論と、医療施設に関する議論が別個に論じられがちであったという事情もあるが、いずれにせよそれぞれの影響下で行われてきた実践的研究は、領域内部では一定の成果を生み出してきたものの、両者を結びつける統一的議論に発展してこなかったのである。

むしろ、従来の医療制度研究が、総じて局所的研究に終始していたというのは言い過ぎである。とりわけ、川上武等によって、主に1960年代になされた研究群においては、日本の医療問題の中心に医学教育の問題が存在しているという認識が共有されていた<sup>(11)</sup>。だが、「インターン闘争」が、

---

(8) なお、英米における医療専門職に関する研究系列の概観は、進藤雄三『医療の社会学』世界思想社、1990参照。

(9) 本稿と同様のパースペクティブ、すなわち専門医療の形成史の立場からの一連の研究結果としてR. Stevens, *American Medicine and the Public Interest*, Yale University Press, 1971 (Updated Edition, University of California Press 1998) および、R. Stevens, *op. cit.* が挙げられる。

(10) 現在の日本の医師の内部構造については、猪飼周平、前掲2000。

(11) 川上武『日本の医者』勁草書房、1961、『現代日本医療史』勁草書房、1965。および川上を中心とする医学史研究会によって、1960年代には『医学史研究』の発刊が試みられた。ただし、川上らの研究は、資料発掘という点で大きな成果をあげた一方で、医師とその他の医療制度の構造の解明という点からみると、個々の要素の問題点を、総花的に指摘するに留まっていた。

その制度の廃止（1968年）によって取束するにつれ、医学教育は、医療問題の源泉とはみなされなくなり、それとともに医学教育研究は孤立的かつ実務的な領域に変容していった<sup>(12)</sup>。その後、散発的に、医療制度の研究において、医師の「質的側面」の検討の必要が指摘されてはきたものの<sup>(13)</sup>、議論が活発化するには至らず、医学教育とその他の医療制度との関係については、近年ほとんど理解が進んでいないといつてよい。

だが、両者は、統合的に検討されなければならない。なぜなら、日本の医師の身分的単一性の構造は、研究者にとって馴染み深い、主に私立セクターに属する中小病院・有床診療所といった小規模入院施設が入院医療において枢要な機能を果たしてきたという、日本の医療制度の特徴と密接に関わっているからである。

このような日本的な医療施設のあり方は、日本の一次医療と二次医療の機能的境界を不明瞭にする不合理な存在として、これまで、幾度も改革の対象となってきた。にもかかわらず、これらの入院施設は、一貫して日本の入院医療において欠くべからざる存在として機能してきた。本論において示すように、実は、この日本の医師における身分分離の欠如と、私立小規模入院施設の繁茂という二つの現象は、一次医療と二次医療の境界を不明瞭なものとする一つの全体的構造、すなわち、医療資源を開業セクターに潤沢に配分する一つの構造から派生した、いわば「双子」の現象なのである。前者は、その構造についての医師面からの言及であり、後者は施設面からの言及なのである。

## （2） 課題の設定

だが、本稿の如き小論において、医師の職業的展開や医療制度の発展に関する幅広いトピックを網羅することは、およそ不可能なことであり、本稿が有意義な検討であるためには、限定された論点に対して集中的な議論をする必要があることは言うまでもない。

そこで課題を設定するにあたり、問題意識との関連を明確にするため、まず、日本の専門医制度の制定運動の過程について概観しておこう。

日本において専門医制度を法制化する動きが生まれたのは、1930年代半ば以降のことである<sup>(14)</sup>。1942（昭和17）年には、厚生省を運営主体とする専門医制度が、国民医療法において法制化された。だが、それは、実施されることなく終戦を迎え、国民医療法自体が廃止された。このため、その内容が、身分分離的なもの（西欧型）になるか、研修の過程で誰もが取得してゆく類のもの（現在の日本型）になるかは確定していなかった。

その後、1950（昭和25）年ごろから、厚生省の指導によって、再法制化の運動が起こされた。だ

(12) この事情は、日本医学教育学会の学会誌『医学教育』の内容の変遷に如実に現れている。

(13) たとえば、西村周三『医療の経済学』東洋経済新報社、1986、124-129頁。

(14) 現代的な専門医制度は、1917（大正6）年に、アメリカ眼科学会の手によって誕生したものが最初であるが、西欧諸国での制度化は、主に戦後であり、日本の専門医制定の動きは、他国に比して遅いものではなかったといえる。各国への専門医制度の普及については、佐分利輝彦「専門医制度をめぐる諸問題」『病院』20巻5号、1961。

が、1956（昭和31）年に、厚生省から、1957（昭和32）年度からの身分分離的な内容を含む専門医制度実施の方針が明らかにされると、博士号の実質的授与権によって医師たちを医局に囲い込んでいた大学関係者と、病院に専門医が集中することで経営上不利を受けることが予想される開業医から強い反発が起きた。1957（昭和32）年度の専門医制度の導入が見送られた後も、同省は、専門医制度調査会（1958年）を設置し、あくまで導入を目指したが、それを引き継いだ医療制度調査会の最終答申（「医療制度全般についての改善の基本方針」1963年）において、厚生省主導の専門医制度の設置の試みは、ひとまず全くの白紙に戻されることとなった。

なぜ、日本では身分分離的専門医制度が成立しなかったのだろうか。この論争の期間に、専門医制度に反対した二者のうち、大学関係者は、のちに専門医制度支持に回ったのであり<sup>(15)</sup>、一貫して専門医制度に反対の姿勢をとり続けてきたのは、開業医団体であるところの日本医師会であった<sup>(16)</sup>。つまり、1963年以降、現在に至るまで、日本では身分分離的性格をもつ専門医制度が成立しなかったことを考えれば、制度の成立を阻止してきた最も重要な勢力は、開業医であったといえてよい。

それでは、開業医が専門医制度を阻止し得た理由は何だったのだろうか。戦後、多くの国で次々と専門医制度が導入され、また日本でも、厚生省・医師の間でそれは「合理的」な制度であると考えられていた。にもかかわらず、結局、日本において、それが日の目を見ることはなかったとすれば、その背後には、身分分離的専門医制度を取り込み難いものとする独自の根拠が、最大の反対者である開業医の存在形態の基礎に、存在してきたと考えなければならない。

日本で専門医制度制定の運動が活発化した1930年代後半、専門医制度下では一般医に規定されるはずの開業医は、勤務医に比して遜色ない医療水準を達成していた。これこそが、1930年代から1960年頃にかけて、熱心な運動が存在したにもかかわらず、開業医が、専門医制度による身分分離を阻止し得た第一の理由であったと考えられる。というのも、そのような状況では、勤務医を専門医として、また開業医を一般医として規定する形での専門医制度の実現は、困難となるからである。

この点に関して、二つの根拠を挙げることができる。第一に、1930年代後半には、すでに大量の医学博士が開業セクターに蓄積していたことである。当時、医学博士号の臨床における能力保証機能について、疑問が呈されはじめていたものの、依然として医学的知識水準の低い医師が多く存在する中で、それは、高いインテリジェンスをもつ少数派の証明ではあり、彼らが「上医」とよばれたのには、当時は実体的な根拠があった。

---

(15) もともと彼らは、専門医制度そのものの必要は認めており、ただ、それが大学院制度、博士号制度と衝突することによって、研究活動に必要なマンパワーが確保できなくなることを怖れていたにすぎなかった。

(16) 国民医療法における「専門科名標榜制度」に対する日本医師会の態度については、「国民医療法の実施を語る」(二)『日本医師会雑誌』,1942, また、1963（昭和38）年に厚生省の専門医制度制定運動が挫折した後の日本医師会の立場については、たとえば、日本医師会長武見太郎「医学教育についての意見広告」(1981.1.7, 朝日新聞)『医学教育白書1982年版』篠原出版, 1982, 114頁や、日野原重明「専門医・認定医制度」『医学教育白書1986年版』篠原出版, 1986。

この当時の日本における医師の学歴最上位層たる医学博士は、1937 (昭和12) 年には、9,646人で、医師総数61,799人<sup>(17)</sup>の16%に過ぎなかったとはいえ、そのうち4割以上が、開業セクターに所属していた (表1)。このように、日本の学歴最上位層が、開業セクターに浸透していた結果、専門医制度によって、専門医を病院勤務医に限定することによって、開業医全般を一般医と規定することは難しかったと考えられる。

第二に、戦前から、開業医の所有する医療施設には、病床の設置が、一般的にみられていたことである。1937 (昭和12) 年当時、診療所 (無床もしくは病床10床未満) は、36,838施設であったが、そのうち10,538施設が有床診療所であった。また、病院に区分されていた医療施設には、10床以上30床未満の施設が、2,167含まれていたが、このうちの相当数が、戦後の有床診療所の基準である病床20床未満の施設に含まれていたと考えられる<sup>(18)</sup>。1996 (平成8) 年の有床診療所数が20,452 (うち10床未満8,479施設、全診療所数87,909) であるから、これがいかに高い水準であるかがわかる。このように、当時、すでに相当分厚い層の有床診療所群が日本に存在していたのであるが、それは、開業医たちが、勤務医に対して、一定の対抗力を示し得るだけの水準の入院医療を達成していたことを示唆している。1910年代以降に本格化した入院医療の発達に対し、開業医は、西欧諸国における一般医のように、その進歩に取り残されたのではなく、「一次医療の高度化」とでもいべき独自の形式によって、一定程度対応してきたのである。

したがって、1930年代後半にはすでに、勤務医も開業医も程度の差こそあれ、同質的な医療に手を染めていた。このことも、専門医制度を、勤務医と開業医の間で分断する形で実施することを、極めて困難なものとしたと考えられる。

このような1930年代後半における医療制度の構造の形成は、いかなる時期に決定的なものとなったのだろうか。本稿では、明治後期において、当時の学歴最上位層である帝国大学医科大学卒業生 (「医学士」<sup>(19)</sup>) が開業セクターに浸透する過程で、上述の日本の医療制度構造の原型が形成されたことを示したい。したがって、議論の対象時期は、主に明治期に限定することとする。

医療制度史の文脈において、従来、日本の医療制度の特徴を最も包括的に表現するものとして広く受け入れられてきた概念は、言うまでもなく「開業医制度」である。この概念は、「医療の社会化」運動において、1910年代以降、開業医のあり方の功罪が議論される中で、その内実が形成され、

表1 医学博士の就業形態1937 (昭和12) 年

開業医	4,058
大学教員	1,255
大学勤務 (学生・院生・助手含む)	788
病院勤務	2,272
病院管理 (院長・副院長)	447
陸海軍	204
技術者・会社員	490
死亡	615
その他・不明	132
計	10,261

表1 「医学博士録」、『日本医事年鑑』日本医事新報社 1938より作成。

(17) 『衛生局年報』昭和12年版。

(18) 『衛生局年報』昭和12年版。

(19) 医学士とは、1877 (明治10) 年の東京大学 (戦後の東京大学とは区別される) 成立以後、大学卒業生に与えられた学位である。

戦後においても、川上武や佐口卓らによって、同概念は再検討されてきた<sup>(20)</sup>。近年、「開業医制度」を正面から捉える議論は、ほとんどみられなくなったが、医療制度を語る様々な文脈で、今でも通用する「常識」となっていることは周知の通りである。

だが、専ら「医療の社会化」という観点から開業医集団が取り扱われたことは、本稿における観点の限りでいえば、平板な概念の定式化を生むことになった。たとえば、佐口が、「開業医制度」の本質が、「開業の自由」と「営利性」にあると述べたとき、それは、開業医がどのような社会システムを営んできたかを表現するよりも、「医療の社会化」、すなわち、医療の社会全層への供給を阻害する、開業医の部分的側面（都市下層・農村の医療からの切り捨て）を問題としていた<sup>(21)</sup>。

実のところ、開業医集団の形成や、その複雑な内部構造については、「医療の社会化」の文脈では、周延的な事実として、大きな関心を払われなかった。医学教育面に限定すれば、これまで医師の学歴的多層構造の解明にもっとも寄与してきたのは、むしろ、天野郁夫ら高等教育史家によるアプローチであった<sup>(22)</sup>。だが、彼らのアプローチにおいても、医療制度の構造の中に医師のキャリアを位置づける試みはなかった。

このように、本稿に関係する領域における多くの重要な論点が見つからずそのままになっている現状においては、議論を明治期に限定しても、本稿が、開業医集団の形成に関する主要なトピックを網羅することは不可能である。とはいえ、以下では、そのような限界を意識しつつも、『衛生局年報』、『府県統計書』、『文部省年報』などの官公庁統計、『帝国医療宝鑑』、『日本医籍録』、『東京帝国大学医科大学並同学医学部卒業生名簿』、『日本医事年鑑』などの医師名簿や各都道府県医師会史、各府県史などから、明治期における開業セクターへの人的資源配分およびそれによって形成された開業医集団の構造について、可能な限り接近を試みたい。

---

(20) 曾田長宗「『医療の社会化』が生まれた頃」『医学誌研究』9号、1963によれば、「医療の社会化」という用語は、実費診療所の創設者鈴木梅四郎によって使われだしたものである。その後、社会医学研究会『医療の社会化』（同人社、1926）によって世上に流布され、医療利用組合（黒川泰一『保健政策と産業組合』、1939）や、厚生官僚（野間正秋『医療制度改善論』ダイヤモンド社、1940）、研究者（社会事業研究所『近代医療保護事業発達史』、1943）、医師（村島鉄男「現行開業医制度とその美点長所に関する一考察」（上）（承前）（神奈川県衛生協会『保健』11巻1-2号、1935、10頁、日本医師会（『医療制度改善に関する意見』保健院簡易保険局『医療制度論文集』、1938）などの中で論争がなされた。戦後においては、佐口卓『医療の社会化』勁草書房、1964、「開業医制度」の盛衰を軸として、医師の日本社会において置かれた立場を検討しようとした川上武、前掲1965がある。

(21) 他の論者による開業医制度の定義も、概ね佐口のものと同内容とってよい。

(22) 天野郁夫『高等教育の日本的構造』玉川大学出版部、1986、『現代日本高等教育研究』玉川大学出版部、1989、『大学教授集団の形成－エリートからプロフェッションへ』玉川大学出版部、1997。

## 1 明治期前半における医学教育制度の形成過程概観

図1 戦前日本における医師免許下付数概観 (1893-1940年)

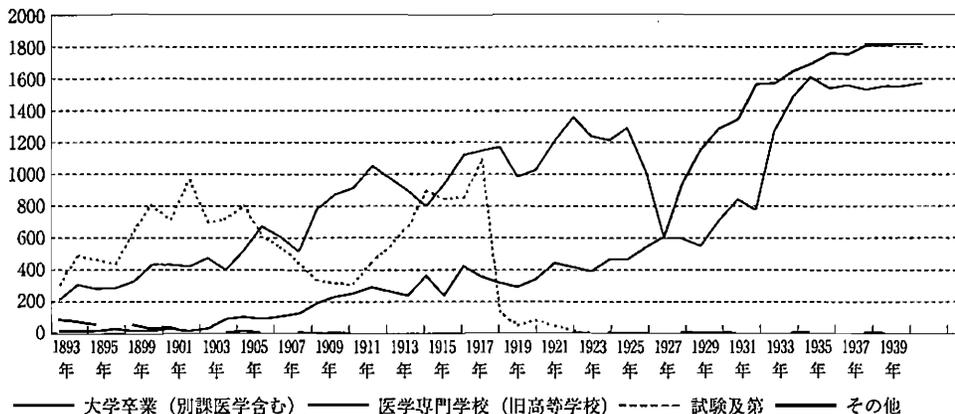


図1 内務省『衛生局年報』各年より作成。医学専門学校には、府県立医学校、官立高等(中)学校、文部省指定の私立医学専門学校が含まれる。

図2 医学部・医科大学卒業数 (1876-1911年)

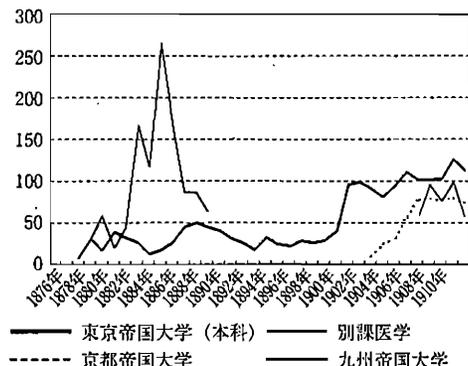


図2 文部省『文部省年報』各年より作成。1892(明治25)年については医学科・薬学科計,それ以外は医学科計。

図3 学歴別医師数 (1884-1911年)

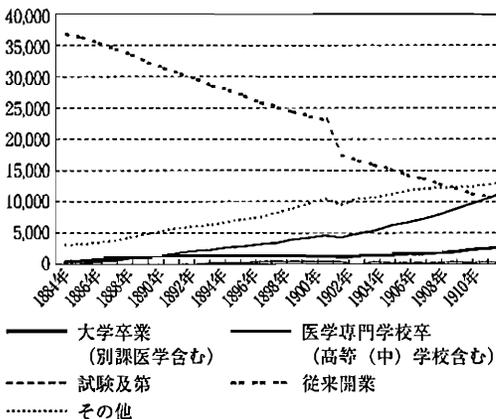


図3 内務省『衛生局年報』各年より作成。従来開業には「奉職履歴」が含まれる。1901(明治34)年におけるデータの断絶は、名簿編成方法の変更に伴うものであり(図5も同様),詳細は『衛生局年報』明治34年版参照。

明治維新以来、日本では、西洋医学の普及が急務とされたが、とりわけ、医学教育者・軍医・地方衛生指導者の育成が、焦眉の課題であったことは、帝国大学成立(1886年)以前に他の教育分野に先がけて進行した医学教育制度の整備の過程に見ることができる。

1877(明治10)年、唯一の官立医学校にして、唯一の大学である東京大学医学部(1886年)が成立した。同校本科生は、御雇外国人教師から直接指導を受ける者たちで、原語(ドイツ語)で医学書を理解することが要求されたエリートであった。

第一に、彼ら東京大学医学部本科卒業生(医学士)には、御雇外国人教師に、速やかに代替する

ことが期待されていた<sup>(23)</sup>。実際、彼らの中から、卒後直ちに、あるいは留学経験後、同校の教員として多くの者が輩出された<sup>(24)</sup>。

また、軍事衛生の指導者の育成も東京大学医学部が担っていた。というのも、陸軍・海軍とも明治初年代においては、独自に医学校を有していたが、東京大学医学部の確立以降、漸次廃止されたためである<sup>(25)</sup>。

東京大学医学部は、帝国大学令（1886年）によって、帝国大学医科大学として再編され、1899（明治32）年京都帝国大学医科大学が成立し、卒業生を供給しはじめるまで（1903年-）、唯一の医学士の供給源であった。

他方、各府県においても、医学教育制度は、明治初年代から独自に発展を遂げつつあった。廃藩置県後の各府県にとって、頻発するコレラ・赤痢・腸チフス・天然痘などの急性伝染病の対策は焦眉の課題であった<sup>(26)</sup>。そして、これらの対策には、西洋流の公衆衛生の知識をもつ医師の育成および、既存の医師に対する公衆衛生の指導が欠かせないものとなっていた。このため、明治初年代から、診療・公衆衛生・医学教育の拠点としての、公立病院兼医学校が、各府県に急速に普及していった。

1870年代後半以降、東京大学医学部の本科卒業生が輩出されはじめると、この府県立病院兼医学校は、彼らを病院長・医学校長などとして、破格の条件（月俸150円程度<sup>(27)</sup>）で招聘した。明治政府も、1882（明治15）年に医学校通則によって、公立医学校卒業生に無試験で開業免許を与える権限と引き換えに、教員として3人以上の医学士を擁することを求めることで（甲種医学校）、この傾向を後押しした<sup>(28)</sup>。

この結果、この時期の医学士は、専ら大学・軍・府県立病院兼医学校という三つの官公立セクターに吸収されることとなったのである。

この様子は、1876（明治9）年から1884（明治17）年における各年度の東京大学医学部本科卒業生計164名についてそのキャリアの追跡を行った小関恒雄の調査によって知ることができる（表2）<sup>(29)</sup>。それによると、1886（明治19）年までに開業したものは、1876（明治9）年、東京大学医学部前身である東京医学校を卒業した「准医学士」のうちの7人を含む8人のみである。あとの者は、

---

(23) 天野郁夫、前掲1997。

(24) 小関恒雄「明治初期東京大学医学部卒業生動静一覧」（一）『日本医史学雑誌』33巻3号、1987、（二）『日本医史学雑誌』36巻3号、1990。

(25) 陸軍軍医学校の廃止は1877（明治10）年（陸軍軍医団『陸軍衛生制度史』1913、53頁）、海軍軍医学舎の廃止は1880（明治13）年（猪初男、横堀栄他『日本海軍医務衛生史』『温故知新』桜医会、1993、11頁）であった。

(26) たとえば『愛媛県医師会史』1969、655頁参照。

(27) 『岩手県医師会史』1980、『福井県医師会史』1968、『宮城県医師会史（医療編）』1975。

(28) これに対し、年限3年、医学士1名以上を有する医学校は「乙種」とされた。

(29) 小関恒雄、前掲1987、前掲1990。なお、1876（明治9）年卒業生は、東京大学医学部前身である東京医学校の卒業生（准医学士）。西南戦役の影響で、1877、78（明治10、11）年については、卒業生はいない。

この期間、大学病院・軍・府県立病院兼医学校に勤務していたか、留学中であった。興味深いのは、キャリアを通じて一度でも出身地で医療に従事した者が、1/4にも満たないことである。このことは、当時の医学士の移動性の高さを示すとともに、彼らが、極めて稀少な存在であったことから、全国から引合いがあったことを示唆している。

表 2

卒年	卒業生数	キャリアを通じて	明治19年までに		卒業後最初の就業形態				
		出身地に帰還した者	開業した者	大学	軍	公立病院	留学	開業	その他/不明
1876(明治9)年	31	2	7	9	8	14	0	0	0
1879(明治12)年	20	4	0	6	0	10	4	0	0
1880(明治13)年	17	3	0	5	0	9	3	0	0
1881(明治14)年	30	7	0	4	9	13	4	0	0
1882(明治15)年	27	11	0	6	2	16	2	0	1
1883(明治16)年	26	7	1	4	0	18	2	1	1
1884(明治17)年	13	6	0	1	0	10	1	0	1
計	164	40	8	35	19	90	16	1	3

表 2 小関恒雄「明治初期東京大学医学部卒業生動静一覧」

- (一) 『日本医史学雑誌』33巻3号, 1987,  
 (二) 『日本医史学雑誌』36巻3号, 1990より作成。

このような東京大学医学部本科に対し、同校では、医学を日本語によって教授することで、短期間に医師を養成することを意図した「速成」課程である「別課医学」が設けられていた<sup>(30)</sup>。それは、西洋医学の直接受容者たる本科生と、本科卒業生から間接的に西洋医学を学ぶ別課生という、トリックルダウン的な医学伝播の構造の形成を意味していた。

この別課医学は、1889(明治22)年に廃止されるまでに1,111名(1879-1889年)の卒業生を出し(これに対し、1889年時点での本科卒業生数は、379名に過ぎなかった<sup>(31)</sup>)、それ自体無視できない勢力を形成した(図2)。だが、それ以上に重要なことは、別課医学が、上述の地方の公立医学校のモデルスクールの役割を果たしたことで、この階層的医学教育の構造が、明治期の医学教育制度全体に拡大されたことである<sup>(32)</sup>。その結果、1886年までに、医学校における医学教育制度は、東京大学医学部本科と、別課医学および府県立医学校という二つの水準の学校に集約されることとなったのである。

これら官公立医学校による医学教育以外に、近世以来の徒弟修行による医師養成経路が、「医術開業試験」制度によってしばらく存続した。それはこの試験の受験資格には、学歴上の制限がなかったことから、公教育を経由しない医師養成経路が残ったことを意味している。とはいえ、明治前半から、医術開業試験の準備のための「予備校」的存在である私立医学校が設立され、これらの学校で勉強した後、試験に及第して医師となる者が次第に増大していった。私立医学校のうち、幾多

(30) 酒井シズ『日本の医療史』東京書籍(1982, 398-399頁)によれば、1874(明治7)年佐藤尚中が、3年間の「通学生」のコースを設置した。1880(明治13)年、この「通学生教場」は「別課医学」と改称された。

(31) 『文部省年報』各年。

(32) 天野郁夫, 前掲1989, 83頁。

の淘汰の過程を生き残ったものは、戦後の私立医大の前身となった<sup>(33)</sup>。この医術開業試験経由で医師となった「試験及第医」は、1903（明治36）年の専門学校令以降、医学専門学校の整備が進むころまで、免許下付数に占める割合は最大であった（図1）。なお、医術開業試験は、1906（明治39）年に成立した医師法において、将来廃止が決定され、1916（大正5）年に廃止された。

この他、明治維新以前から開業していた者については、一代限りで無試験での継続開業が認められ、この「従来開業医」の子弟の無試験での免許下付も、年齢制限・時限付きで認められた。また、明治維新以来、官庁や官公立病院に奉職してきた者にも、無試験での開業が認められた。これらの措置によって開業免許が与えられた医師たちの大部分は漢方医であり、いわば近世以来の伝統的な勢力で、明治期のほとんどを通じて量的には最大であった（図3参照）。

かくして、近代日本の医師集団は、学歴差による3つの養成経路・4つの階層をもって出発したのである。このような階層的な医学教育制度の形成は、西洋医学を急速に吸収し、普及させるといって、明治日本医療が直面した最初の課題への合理的な解答であった<sup>(34)</sup>。そして、その中で、医学士の大部分は、官公立セクターにおける指導的な立場に就いていた。

このように、1880年代中ごろまでに形作られた医学教育制度は、1920年代の学制改革を経て、学歴階層の縮小・分裂といった変容を受けながらも、戦前を通じてその基本的構造を維持したのである。

## 2 開業医の技術力の源流——医学士の開業セクター流入と公立一般病院の不振

### (1) 医学士の開業セクターへの流入と公立一般病院の不振

本節の課題は、前節において概観した明治期の医学教育制度を踏まえた上で、①人的資源の開業セクター流入、②私的入院医療の普及という、遅くとも1930年代後半までには確立をみていた医療制度の構造の原型を特定することである。以下では、明治後半における医学士の開業セクターへの流入過程を検討するが、それは、この時期の医学士の動向が、それ以降における開業医のあり方を規定したと考えられるからに他ならない。

さて、前節でみたように、1880年代中ごろまでは、医学士のほとんどが大学・軍・府県立病院兼医学校に吸収されていたのに対し、その他の3つの階層の医師の大部分は、開業医であった。たしかに公立一般病院でも、下級医員については、医学士以外の雑多な背景を持つ医師を採用していた。しかし、病院とよび得る施設自体がごく例外的な存在であった当時において、彼ら病院医員は、

(33) 1881（明治14）年成立の成医講習所は慈恵会医科大学の前身である。また、1876（明治9）年開校の済生学舎は、1903（明治36）年に廃止されるまで、もっとも規模の大きな「医学予備校」であり、廃止後、通学生を受け入れるために設立された日本医学校および東京医学講習所は、それぞれ日本医科大学、東京医科大学の前身となった。

(34) 天野郁夫によれば、明治初期の日本においては、「最重要の政策課題である早急な近代化（富国強兵・文明開化）の推進に戦略的な重要性をもつ人材の、優先的な育成・供給をはかるとすれば諸資源の傾斜的な配分・投入が最も効率的な選択であることは明らかである。」（天野郁夫、前掲1886、182頁）。

所詮、3つの階層に属する医師全体のほんの一握りにすぎなかった。したがって、当時においては、＜医学士＝官公吏、その他の医師＝開業医＞という図式が明快に存在していたといつてよい。だが、1880年代末以降、医学士は次第に開業セクターに流入していったために、この構図は、崩れてゆくこととなった。

1890年代、徐々に開業セクターへと浸透し始めた医学士たちの流れは、1900年頃には、より本格的なものとなっていった。『文部省年報』における調査によれば、1902（明治35）年から1912（明治45）年の期間において、東京帝国大学卒業生（医学士）のうち22.9%から26.4%が「医術開業者」に区分されている（図4）。このように、医学士は、明治期を通じて、次第に安定的に開業医の層を形成していったのである。

図4 東京帝国大学卒業生進路

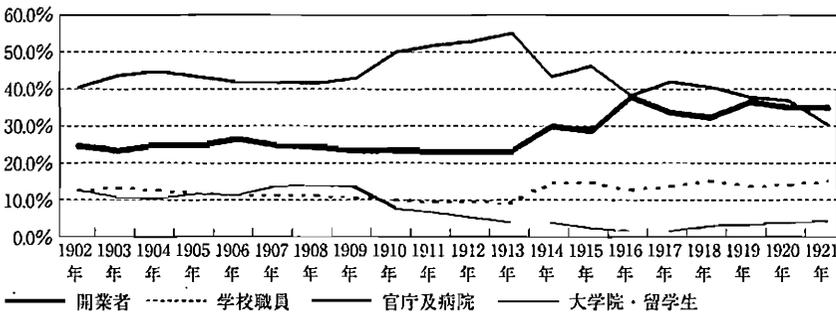


図4 文部省『文部省年報』各年より作成。

このような事態が生じた最大の理由は、府県立病院を中核とする公立一般病院<sup>(35)</sup>建設の長期的停滞であったと考えられる。医学士の蓄積に歩調を合わせ、公立一般病院が病院発展の中心を担っていたとすれば、1880年代中ごろまでにみられた図式がその後も維持されたかもしれない。だが、日本では、それ以降、公立一般病院の建設は、不振を極め、逆に多くの公立一般病院が廃止され、1888（明治21）年からの20年間に、公立一般病院数は223院から96院へと、半分以下に激減した（図5）。その結果、順調に増え続けていた医学士たちは、この時期以降、次第に公的セクターから溢れ、開業セクターに流入しはじめることとなったのである。

(35) 本稿では、「公立一般病院」という概念を使用する。『医制八十年史』『医制百年史』『厚生省五十年史』といった、研究者がよく参照する資料における集計方法からも明らかなように、従来の医療制度史では、病院数や病床数として、伝染病院およびその病床が含まれることが通例であった。だが、結語において議論するように、これら伝染病院は、日本の開業医・私立病院発展のダイナミズムを説明する上では、副次的な施設に過ぎない。よって、本稿の議論が正確に行われるためには、公立病院から伝染病院を除いたカテゴリーとしての「公立一般病院」という概念を使用することが必要なのである。

では、なぜこの時期以降、公立一般病院が衰退したのであろうか。これに関して、もっとも流布しているのは、菅谷章による説であろう<sup>(36)</sup>。菅谷によれば、松方財政とその波紋および、1887（明治20）年の勅令第48号<sup>(37)</sup>発令によって、府県立一般病院・医学校が廃止され、その結果、私立病院が隆盛し、今日の私立病院中心の病院制度への方向が確定した。

1887（明治20）年頃が病院医療の公私バランスにおける分岐点であったという点に関しては、菅谷の見解は、概ね妥当なものであるといえる。松方財政の余波は、たしかに地方財政を強く圧迫したのであり、多く府県立病院がこの時期存廃の危機に直面し、廃止された病院も数多かった。さらに、勅令48号によって府県立医学校の大部分が廃止されたことは、公的セクターの医学士の吸収力を低下させたであろう<sup>(38)</sup>。

だが、この議論には、いくつかの問題点がある。その一つは、勅令48号を公立一般病院の廃止に単純に結びつけている点である。同令は、公立医学校を地方税によって支弁することを禁じていたに過ぎなかつたので、医学校の廃止の余波で病院も廃止に追い込まれた事例もみられたとはいえ、多くの府県立病院は、附属医学校廃止後もしばらく存続していた。したがって、それは公立一般病院廃止の主要な原因とはいえない。

図5 公私別病院数

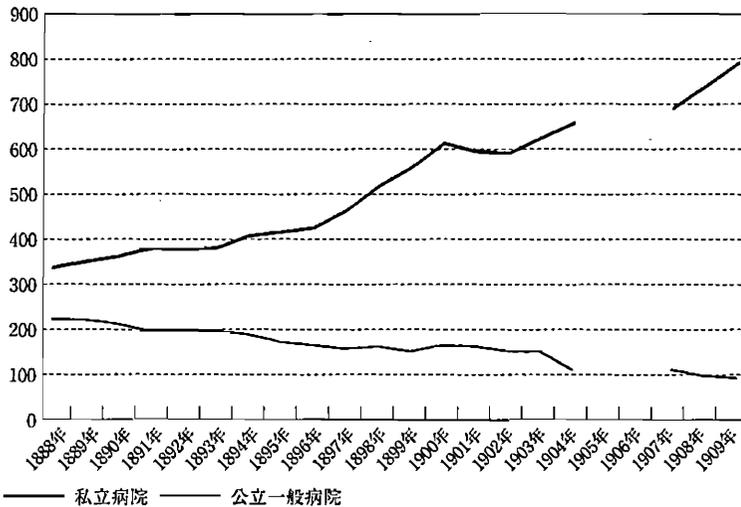


図5 内務省『衛生局年報』各年より作成。なお、公立特殊病院・伝染病院は、公立一般病院から除外されている。

そして、より重要な問題点は、この時期以降、公立一般病院が長期的な不振に陥った事実に対する説明を、菅谷の議論が欠いている点である。図5からも明らかなように、公立一般病院の不振は、

(36) 菅谷章『日本の病院』中公新書、1981、7頁、52頁、『日本医療制度史』原書房、1976、131頁。

(37) 「府県立医学校ノ費用ハ明治二一年度以降地方税ヲ以テ支弁スルコトヲ得ズ」（勅令48号、1887年9月30日）。

(38) 1882（明治15）年頃には最大30校に達していた公立医学校は、1888（明治21）年以降3校まで激減した。

明治期を通じた長期的なトレンドであり、それは、勅令48号や松方デフレといった「事件」によっては説明し得ない構造的な根拠をもっていることはあきらかである。

以下、この公立一般病院の長期不振の構造の解明を行うが、その際、明治後期の私立病院と公立一般病院の関係は、天秤の両端のように一方が上向けば他方が下向くような自明のトレードオフの関係にあったのではない、という点には留意が必要である。というのも、入院医療の「パイ」は一貫して拡大傾向にあり、それはゼロサムゲームではなかったからである。

そこで、この両者をトレードオフの関係へと導いた追加的要素が知らなければならないが、論点を先取りして言えば、それこそが医学士の開業セクターへの流入であったと考えられる。開業セクターに流入した医学士たちによって建てられた私立病院は、私立病院の水準を飛躍的に向上させ、その結果、公立一般病院に一定程度代替し得る力を開業セクターに与えたからである。先に、医学士の開業セクターへの流入が、公立一般病院の不振によってもたらされたと述べたが、今度は逆に医学士の開業セクターへの流入が、私立病院の水準向上を通じて、公立一般病院の停滞を決定づけたと考えられる。

この点を検証するにあたって、最も重要な点は、いかに公立一般病院に対抗力のある整備された私立病院が、建設されていったかである。というのも、有力な私立病院の建設は、公立一般病院の存在理由を希薄なものにすることを通じて、その不振を招来したと考えられるからである。以下、この点を検討してゆこう。

明治初年代、地方の医師の指導者層は、西洋医学およびそれに基づく衛生制度の確立に、整備された病院が欠かせないと考えていた。実際、多くの府県立病院は、彼らの義捐金によって建設された「共立病院」をその起源にもっていた<sup>(39)</sup>。だが、そのような期待を担って登場したにもかかわらず、公立一般病院は、1880年代後半以降、開業医の反発を招くようになっていった。

その背景には、公立一般病院の衛生・医学的知識の普及における効用が逡減するにしたがって、その経営上のライバルとしての側面が、よりクローズアップされるようになってきたことや、1880年代以降、開業医師組合や医会などの組織化が進行し、開業医が集団としての政治力を発揮しはじめていたという事情があったが、注目すべきは、その批判に用いられた論理である。

山梨県では、「公立病院に代る程の私立病院なき故に、公立病院を置く必要なりとの事是も不都合の議論に候、今日にても私立病院の起らんとするの勢あると知らざるものに候、而して甲府市中に於ける五十人余の開業医は、能く独立して公立病院に代るを得る」（『山梨日日新聞』1888年12月22-24日）<sup>(40)</sup>といわれ、大分県では、1887（明治20）年県会において、医師下瀬文蔵によって、「今ニ至ツテハ民度漸ク進ミ、医師モ其面目ヲ一新シ人民モ粗ボ衛生ノ陥要ヲ心得タリ。且ツ又此迄医学校ニ病院ヲ属シタルハ生徒練習ノ為メナリ。而ルニ今ヤ医学校ハ勅令ニ依テ廢セラレタレバ、病院ヲ存置スル名義ナシ」と主張され、また、福島県でも、1888（明治21）年県会において、「病院

(39) たとえば、『宮城県医師会史』742頁、『山梨県医師会誌』1969, 94頁参照。

(40) 『山梨県医師会史』1959, 104-5頁。

の必要を知らざるに非ず、県立病院の廃止は、やがて必ずや私立または郡立病院を興起せしめる」<sup>(41)</sup>などと主張された。

すなわち、これら開業医の公立一般病院への反対が、私立病院によって公立一般病院を代替することが可能であるという前提の下で行われていたのである。

むろん、この前提が、1888（明治21）年前後の段階で、技術的裏づけを持っていたとは考えにくい<sup>(42)</sup>。にもかかわらず、1898（明治31）年には、各府県の公立病院の中核的役割を果たすべき官立および府県立一般病院（官公立医学校附属病院を含む）を1院も有しない県が22にも達し、それらの県では私立病院がその役割を一定程度肩代わりする存在となっていたのである<sup>(43)</sup>。府県立一般病院を代替する私立病院には、それに相応しい内容が必要であったことから、1888年からの10年間に、開業セクターに急速な技術力の向上がみられたと考えられる。

問題は、私立病院の水準の上昇を担った主体が誰かということであるが、それこそ開業セクターに流入した医学士たちに他ならなかった。彼らは、最新の設備を有する大学附属病院で充実した訓練を受け得た特権的集団であり、医学への理解の高さとあわせて、当時最も病院医療に適した知識・技能を有していたのである。

特に、ある地方においては、医学士の私立病院建設に対する貢献は、医療水準のみならず量的にも重要なウエイトを占めるものであった。たとえば、岩手県においては、私立病院6院のうち5院<sup>(44)</sup>、徳島県においては、私立病院12院のうち少なくとも8院<sup>(45)</sup>は、医学士を開設者としていた。これらの地域では、そもそも私立病院の建設の大部分が医学士に依っていた。

これに対し、京都府<sup>(46)</sup>・大阪府では、多様な医師たちによる私立病院の設立がみられた。1902（明治35）年当時、大阪市の開業医であった中村尚古の観察によれば、市内私立病院53院のうち、「病院しての資格が悉く備はって居り、院長とか主任医とかいふ者が、兎に角顔揃に出来て居るのは、市内二三ヶ所位」<sup>(47)</sup>しかなかった。中村によれば少数を除いて、「木ノ葉病院」や「山師の寄合身上」であった<sup>(48)</sup>。その一方で、中村は、緒方病院（医学士2名）・回生病院（医学士・博士

(41) 【福島県医師会史】正編1980, 8-50頁。

(42) たとえば、寄書「医師諸君の覚悟は如何になすべきや」（『山梨日日新聞』1888年12月22-24日）によれば、「ソモ県下今日の医師を分析すれば種々雑多の混合より成り只さえ其折合の附かぬのに前の所謂競争的の有様は兩々相誹謗し兩々相分裂するに至る是にては病院に代るの覚悟を起すも議員諸氏を満足せしむるは覚束なき事どもなり」（『山梨県医師会誌』1969, 124頁）。

(43) 【帝国医籍宝鑑】1898。官立病院の成り立ちの大きく異なる北海道をのぞく24府県における官府県立病院30院のうち、院長が医学士でない病院は2院（うち1院は医学博士が院長）に過ぎなかったことから、官公立いずれのセクターであろうと、地方の医療を牽引していたのは医学士であったことがわかる。

(44) 【岩手県医師会史】上巻, 1980, 61頁。

(45) 【徳島県医師会史】1976, 109頁。

(46) 【京都府統計書】（明治40年版）。京都府においては、私立病院23院中医学士開設のものは2院に留まっていた。

(47) 中村尚古『大阪に於ける開業医師の内幕話』1902, 17頁。

(48) 中村尚古, 前掲, 1902, 10頁。

菊池常三郎院長）・高安病院（医学士高安六郎）など医学士を擁する私立病院は、例外的に高い水準にある病院であると評価している。これらの都市では、医学士の建設した病院は、むしろ少数派であったが、私立病院の中であって屹立した存在であった。

その点、東京市は、医学士が集中していた所であることもあり<sup>(49)</sup>、京都や大阪に比して、医学士による病院建設の割合が多かった。1910年頃の東京市には、100院の私立病院が存在していたが、その中には、医学士以外にも、外国大学卒業者など医学教育制度の外部のエリート医師による開設も多くみられた。その構成をみると、医学博士（医学士を一定数含むと考えられる）23人、医学士（非博士）30人、ドクトル（ドイツ大学の学位保有者）24人、学位なし18人、東京大学医学部別課卒業者3人、金沢医専卒業者1人、不明1人であった<sup>(50)</sup>。おそらく医学士数は、病院開設者の過半数には達していなかったが、市内の病院の実に77%の院長が学位保有者で占められていた。

このように、府県によって大きな差があるとはいえ、総じていえば、私立病院の建設を先導したのは、主に医学士であり、彼らの建設した私立病院は、都市部では、他の私立病院から屹立する存在として、また地方においては、より全面的な影響力を持つ存在として、当時の私立病院の水準の飛躍の上昇に貢献したと考えられる。

このことから、開業セクターの医学士による私立病院の建設は、私立病院の水準を大幅に引き上げることを通じて、公立一般病院の存在理由をより希薄なものとするようになったと考えられる。言い換えれば、1890年以前において開業医たちによって主張された、公立一般病院に対する私立病院の代替可能性に関する主張の実効性は、開業セクターの医学士によって設立された私立病院の存在によって初めて現実のものとなったのである。

たしかに公立一般病院は、それ自体多くの問題を抱えていたことは事実である。1880年代以降、これらの病院は赤字となって地方財政を圧迫していた。また、診療圏から外れる住民による反対運動も行われていた<sup>(51)</sup>。だが、公立一般病院の多くは、地域の医療・衛生の中心として建設されていたのであり、それらの理由だけで廃止することは不可能であった。それを技術的に可能としたのが、開業セクターの発達であり、その担い手となったのが、開業セクターに流入した医学士たちだったのである。

その結果、公立一般病院の不振と、医学士の開業セクター流入の関係は、相互的に強化し合う関係として確立した。医学士の開業セクターへの流入は、公的セクターの不振を直接の原因としてい

(49) 「内務省衛生局年報」明治34年版。

(50) 『東京医療案内』暁声社、1910。

(51) 1879（明治12）年、三新法（郡区町村編成法、府県会規則、地方税規則）成立以降、公立病院が地方税によって支弁されるようになると、同時期に成立した府県会の多くで、府県立病院兼医学校の廃止論が噴出しはじめた。彼らの一番の不満は、地方税を負担しながら、診療圏の外側に居住していたために、病院医療の恩恵に浴することができない場合が多かったことであった（『岩手県医師会史』上巻、1980、59頁、『福島県医師会史』正編、1980、48-50頁、高浦照明『大分の医療史』、1978、488-493頁、『愛媛県医師会史』1969、546頁参照）。

たが、逆に、その公立一般病院の不振は、医学士の開業セクターへの流入に伴う私立病院の水準上昇によって促進されていたのである。

かくして、人的資源・医業資本といった医療資源全体が、主に開業セクターに傾斜的に蓄積してゆく構造の原型が、明治期の日本において形成されたのである。

## (2) 明治期に形成された医療資源配分構造の持続的影響

菅谷の主張するように、1887(明治20)年ごろ、公立一般病院は、松方財政の余波によって、また医学校再編に伴う公立医学校の相次ぐ廃止によって、停滞を余儀なくされた。だが、この「事件」は、医学士の開業セクターへの浸透および公立一般病院の不振という二項の相互強化的構造によって、はじめて、長期的なダイナミズムへと移行したと考えられる。

このような明治期後半にみられたダイナミズムのそれ以降への影響については、本稿で詳述することはできないが、以下の二つの点で、明治期後半を踏襲するものであったという見通しを述べておこう。

第一に、人的資源の開業セクター傾斜と私立病院の隆盛(公立一般病院の不振)は、それが、上述のように相互強化的構造を内包していたことから、もはや手直しの政策によって、上から簡単に変更できる性格のものではなくなっていた。そして、その固定化された状況は、1910年代以降も、開業セクターへの人的資源の傾斜配分を促し続けたのである。

大正中期以降本格化した高等教育改革は、大学を増大させることによって、医学士をよりありふれた存在に転換していったが、その一方で、1920(大正9)年の学位令改正以後、医学博士は、医学士の上層部として普及し、明治期における医学士の機能を果たした。そして、重要なことは、その医学博士たちが、かつての医学士たちと同様に開業セクターに浸透していったという事実である(表1)。このような事態が生み出されたのは、まさに本節で述べた明治期における社会構造的準備があったためであったと考えられる。

第二に、1910年代以降も、医学博士が医学士に替わって、公立一般病院の拡大に歯止めを掛ける役割を果たしたことで、開業セクターに広大な私立入院医療の領域が確保されることとなった。その結果、大正期以降の世界的な入院医療の急拡大に乗じて、多様な階層の医師たちによる私立病床の建設が進行したのである。実際、昭和恐慌期以降の医療国有化の議論の沸騰にもかかわらず、戦前を通じて一般病床の拡大の大部分が、私立病院によるものであったのである。そして、その拡大は、序章でも述べたように、広範な小規模入院施設の裾野を伴ったものであった。

かくして、序論において述べたように、1930年代後半における専門医制度制定の運動に際し、優れた人材を有し、入院医療を行う能力を保有する開業セクターは、もはや専門医制度において一般医とはみなし得ないものとなっていたのである。

## 3 日本の開業医集団の成立——開業セクターにおける医学士の中核化

### (1) 身分分離的専門医制度の前提としての身分格差

本節では、身分分離的な専門医制度が成立しなかったことについて、前節とは異なった角度から

検討するが、本節の意義を示すために、まず西欧諸国における専門医制度の果たした役割について再検討してみよう。

専門医制度の第一の機能は、医学の進歩による分業の深化への要請への対応の一つとして、二次医療（入院医療）と一次医療（プライマリケア）の間に分業関係を確立することであった。だが、西欧諸国におけるように、二次医療担当者と一次医療担当者の身分分離という形でそれを推進することそれ自体は、必ずしも医学の進歩が求める必然ではない。分業の深化の傾向自体は、医学の進歩からの論理的帰結であるとしても、その方法は社会によって多様であり得る。実際、日本においては、西欧的な意味での専門医制度は導入されなかったが、そのことを指して、日本の医療制度に合理性がないと軽率に主張することはできない。むしろ、前節までの議論において筆者が主張しているのは、明治期に方向づけられた開業医の発達に、身分分離的な専門医制度の成立の合理性を失わせたということである。

そこで、西欧諸国の専門医制度による医師の身分分離を再考すれば、実は、そこには、もう一つの重要な機能が存在してきたことがわかる。というのも、西欧諸国では、専門医制度が制定されるおよそ半世紀前の20世紀初頭において、すでに入院医療・プライマリケアをそれぞれ担う2つの身分が存在していたからである。各国では、エリートの特権を有する上級医層によって、主だった病院での診療の権力が独占され、そのために、一般医は事実上入院医療から締め出されていたのである。そこでは、むしろ医学的な理由とは別の理由によって、入院医療の担当者とプライマリケアの担当者との間に住み分けが存在していたのである。20世紀中葉に相次いで制定された専門医制度は、この二つの身分の断層に沿って分業の境界を設定したものと見える。

つまり、西欧諸国における専門医制度は、医学の要請による医療の分業化への対応という側面と同時に、旧来の医師身分を固定化するというもう一つの顔を持っていたのである。

前節では、前者の側面に対して日本の医療資源の配分が、対抗力を持つような構造を形成したことについて述べたが、以上の点を考えれば、それだけでは十分でないことは明らかである。同時に、専門医制度のもう一つの側面である従来の身分的構成の固定化に対して、日本の医師の身分構造がどのような関係にあったのかを併せて検討しなければならない。

ところで、身分的に格差のある二種類の医師が競合する場合、どのように共存することができるだろうか。その点、英国における19世紀の状況は、日本と比較する上で示唆的である。当時の英国では、医師は、内科医・外科医起源の特権的エリート（たとえば慈善病院ポストを独占していた）である顧問医（consultant）と薬種師（apothecary）起源の一般医（general practitioner）との間で分離していた。当初、前者は、極貧の患者を無償で治療することにより名誉を得る一方で、上流階級の患者から富を手にしていった。それに対し、後者は、残りの階級の患者を受け持っていた<sup>(52)</sup>。このような患者の階級による住み分けは、19世紀の中流階級の発達によって破られ、19世紀中葉以降、顧問医と一般医との間で、私費患者の取り合いが激化することとなった<sup>(53)</sup>。その際、重要な

(52) R. Stevens, *op. cit.*, 1966, p. 32.

(53) R. Stevens, *op. cit.*, 1966, pp. 31-33.

ことは、当事者たち、特に一般医によって、この両者の住み分けが主張されたことである<sup>54)</sup>。その結果、専門医制度の制定が議論される半世紀前の19世紀末までには、英国では、顧問医は、一般医の紹介によってのみ患者を診察するという紹介制度（referral system）が形成されることとなった<sup>55)</sup>。

このように、英国では、旧来の階層構造が破壊される過程で、一般医と顧問医とは、決して融合することなく、それぞれの業権を分離することによって住み分けることを選択したのである。言い替えば、英国では専門医制度の制定に先立って、単に医師が身分的階層構造を持っていただけではなく、身分と身分の間を明確に分離することへの欲求が当事者（特に下層）の中に存在していたのである。それによって、比較的スムーズに専門医制度を身分分離的に導入することが可能だったのである。

翻って日本をみると、明治期以降、階層的な医学教育制度が作られ、そこから隔絶した学歴格差を伴う医師集団が供給されてきた。その格差は、占領期における医学教育改革の過程で、医学教育水準が大学レベルに統一された後も、医学博士／非医学博士という形で、戦後もしばらく残存していたことから、たとえば、日本では、就業形態にかかわらず、医学博士を専門医とし、それ以外の医師を一般医とするという専門医制度の制定の仕方も考えられた<sup>56)</sup>。にもかかわらず、この学歴階層格差が、日本では、専門医制度によって固定化されることがなかったのはなぜなのだろうか。

もし、明治期日本における医学士とその他の開業医との間に、英国にみられたような業権分離に基づく住み分けのモーメントがみられたならば、日本における専門医制度の制定運動は、全く異なった結果をもたらしたかもしれない。だが、現実には、日本における特権層である医学士は、他の開業医たちの手強い競争相手であったにもかかわらず、単に開業医の一員として認められていっただけでなく、開業医団体である医師会の中樞をなす、指導的存在として君臨することに成功した。その結果、日本の開業医団体は、公立病院に対して施療病院となることを要求することはあっても、医学士に対し、開業医からの排除を要求することはなかったのである。

以下では、1906（明治39）年に成立した医師法の形成過程を素材として、この点について立ち入って検討してゆこう。

## （2）開業セクターにおける医学士の中核化過程

1882、83（明治15、16）年ごろ、各府県では、「開業医組合」の設置を促す府県通達が発せられ、

---

54) B.エイベル-スミス『日本の病院と医療1800-1948』保健同人社、1981、132-146頁。

55) R. Stevens, *op. cit.*, 1966, p.32.

56) この場合、専門医制度は、専門医を病院医療の専門家として分離する機能を必ずしももたない。この困難を調整する機構として、「オープンシステム」がある。これは、病院外に診療所をもつ専門医が、近隣の病院において、自分の患者の診療を行う権利を確保する制度であり、英国などの一部の国を除く欧州諸国で一般的にみられる。本稿においては、この点について十分考慮することができなかったが、極めて重要な論点を含んでおり、検討には他日を期したい。なお、日本の医学博士の専門医化については、大森憲太『日本医事新報』1717号、1957年3月23日、53頁参照。

以後、郡・市レベルでの「開業医組合」「医会」の設立が相次いだ。これらの「開業医組合」・「医会」は、衛生行政上、開業医を効率的に管理する目的のものであったが、同時に、専門職団体への発展の母胎ともなった。1880年代中ごろには、それらの郡・市レベルの医会を連合し、府県医会を設立しようとする運動が見られるようになった。

もっとも早く成立し、当時最有力の府県医会であった東京医会（1886年設立）を母胎として設立された大日本医会（1893年設立）は、1898（明治31）年に、医師の医師会加入を強制することを最大の眼目におく医士法案を第10回帝国議会衆議院に提出し、その後医師法成立（1906年）まで、8年にわたる、医師法を巡る医師内部の抗争が始まった。

医師法成立を巡る政治過程については、多くの文献が存在しており<sup>57)</sup>、本稿でこの点について深入りする必要はない。むしろ、本稿の限りで関心を払うべきは、医師法案を巡る医師の内部抗争が、開業医集団のどのような内部対立を反映していたのかという点である。

川上武によれば、医薬分業運動、漢方医問題が一段落して、西洋医のヘゲモニーが確立されてからは、「官公立病院の要職にある医師と開業医との対立」が、様々なかたちで明確になり、医師法案をめぐる「勢力分野が、賛成派（内務官僚と開業医）・反対派（大学教授と軍医）に分かれ」ていたという<sup>58)</sup>。この場合の「反対派」が、医学士を指していることはいまでもない。

川上の見解が、開業セクターの医学士の存在を考慮していない点についてはひとまず措くとして、政治過程をみる限りでは、医師法を巡る争いは、開業医団体である大日本医会と、官公立セクターの医学士が主導する医師法案反対同盟会との間で展開されたことから、それは、一見開業医と医学士との抗争にみえる。だが、このような対立が医師の内部で一般化していたとすれば、医学士の開業セクターへの浸透は、他の医師にとっては、「敵」を受け入れるようなものであり、相当の困難が発生していたであろう。

だが、医師の圧倒的多数を占める開業医の代表であるはずの大日本医会の加入者は、医師総数約4万の10分の1にも満たない3千名未満に過ぎず（反対同盟会に賛同していた医師は7千5百名を越えていた<sup>59)</sup>）、とても開業医を掌握しているとは言えなかった。たとえば、埼玉県医会においては、法案反対が議決され、また全国から相当数の開業医が医師会法案反対同盟に加入していたともいわれる<sup>60)</sup>。

これらは、当時の日本の開業医が集団としての統一性を欠いていたことの証左である。実際のところ、1900年代前半までの医会は、医会同士、医会と非加入者との間で分裂状態であった。そもそも、大日本医会が、医師会法案によって開業医の医師会入会を強制しようとしたのも、まさにこの

57) 『医師法賛否論』医海時報社、1900、医師会法案反対同盟会『医師会法案反対始末』1899、入沢達吉「医師会法案事件の顔末」『中外医事新報』1929、また川上武、前掲、1965、231-8頁、酒井シズ『日本の医療史』東京書籍1982、442-8頁参照。

58) 川上武、前掲、1965、232頁。佐口卓も「もはや三十年代に入るや皇漢医の力はおとろえる一方であったと考えられ、両者の対立ではなく、西洋医の対立であろう」と述べている（佐口卓、前掲、1964、42頁）。

59) 入沢達吉「医師会法案事件の顔末」（承前）『中外医事新報』1929。

60) 『医師会法案反対始末』1899、27-8頁。

分裂状態を法的強制力によって解消しようと考えたからに他ならない。かくして、医師会法案を衆議院に上程した一人である鈴木万次郎は、法案提出の目的に関して、公衆衛生を滞りなく遂行するには、医会が「固ヨリ論達等ニ依ッテ成立ッテ居ルモノデゴザイマスルカラ、初メノ間ハ有ルガ如キ有様デゴザイマシタガ、今日ハ殆ド有名無実デ、会ガアッテモ出席スル者モナク、又其義務ヲ負担スル者モナク、或ハ入会シテモ入会セナイデモ宜イト云フヤウナ有様」<sup>(61)</sup>を医師の統合によって解消しなければならないと主張したのである。

では、実のところ、開業医は、どのように分裂していたのであろうか。この点に関して、もっとも興味深い見解を示しているのが、初代内務省衛生局長を務めた長与専齋である。長与は、1899（明治32）年、医師法案を巡る答弁において次のように述べた。医会の規律が緩んで、それが一部の医師のものになるにつれ、「医会ノアル所ノ医者ノ中デ党派ガ出来テ医会、ソレカラ医会デナイ方ノ連中ト云フヤウナ、斯ウ云フ風ニナッテ参ッテ次第ニ自然ト組合ガ別レマシタガ、其組合ノ別レルノハ或ハ其トキノ病院長トカ何トカ云フ旅カラ来タ人ガ聘セラレ〔ル〕カドウカシテ往ッテ其人ガ主宰シテ居ル方ハ其方ノ組合ニ新規ノ者ガ集ッテ、古イ土地ニ居馴染ンデ居ル開業医ガ別レテシマウ、或ハ又ソレヲ引ッ繰返シテ其ノ土地ニ有力ノ者ガアッタリ何カスルト病院杯ヘ新規ニ遁入ッテ来タ若手ノ者ハ外ニ別レルト云フヤウナコトニナッテ両方ノ党派ガ出来」<sup>(62)</sup>てしまった。

長与のいう「病院長トカ何トカ云フ旅カラ来タ人」が医学士を指していることはいうまでもない。長与によれば、1900年ごろまでの開業医集団は、医学士をリーダーとするその他の学歴を含む「新規」の医師と、「古イ」医師（おそらく大部分が漢方医起源の従来開業医であろう）との間で分裂していたのである<sup>(63)</sup>。

長与の見解、すなわち医学士が地域の新世代の医師たちのリーダーであったという見解は、医学士の側に関する文献からも裏づけることができる。

医師法成立後、それ以前から各地域において地歩を固めていた多くの医学士たちが、初代府県医師会会長に就任したことは、長与の見解を裏づける何よりの証拠である。医師法成立後、1907（明治40）年から順次成立した府県医師会の初代会長に、当該地域で地盤を形成していた医学士の就任が散見される。福井県において、医師法成立後の初代県医師会会長は、医学士河野衝（1907年就任）であり、彼は1884（明治17）年県立福井医学校に校長として招聘された人物であった<sup>(64)</sup>。福島県医師会初代会長、医学士南二郎（1907年就任）は、1889（明治22）年に福島県立病院副院長として赴任し、1890（明治23）年福島市に南病院を開設、1894（明治27）年には、大日本医会福島支部理事

(61) 衆議院第一読会（1898年12月16日、1899年1月21日）【衆議院議事速記録】第19号。

(62) 貴族院第一読会ノ続（1899年2月4日）【貴族院議事速記録】第19号。

(63) すなわち、各郡市レベルでは、開業医たちは、近代的医育システムから供給された新しい医師と従来開業医との間で対立しており、この対立は、大日本医会と医師法反対同盟にそれぞれの思惑で持ち込まれたと考えられる。その結果、両頂上団体のそれぞれに、新世代の医師と旧世代の医師が含まれることとなったのである。

(64) 【福井県医学史】1968, 285頁, 【福井県医師会史】（第一巻・年表編）1984, 40頁。

長に就任していた<sup>(65)</sup>。北海道医師会初代会長である医学士関場不二彦(1915年就任)は、1892(明治25)年公立札幌病院副院長に就き、1893(明治26)年には私立関場病院を開業していた<sup>(66)</sup>。徳島県医師会初代会長、医学士古河市次郎(1908年就任)は、1895(明治28)年以来、徳島市にて古川病院を開業していた<sup>(67)</sup>。

この他、山梨県では、1891(明治24)年に県立病院長として赴任してきた下平用彩(医学士)をリーダーとして県医会の結成運動が推進されたことが知られている<sup>(68)</sup>。また、1902(明治35)年当時の秋田県医会会員(当時の秋田県開業医のリーダーと目された医師によって構成)47名のうち、医学士が5名含まれていたとされる<sup>(69)</sup>。

このように、開業セクターの医学士たちは、開業医に対し、「大学派」として敵対していたというよりも、むしろ、地域の開業医の一方のリーダーとして、近代的教育を受けた医師たちを束ねて、地域に地盤を築いていたのであった。そして、従来開業医層が、次第に衰退してゆくに連れ(図3)、医学士の開業医における存在感はますます増大していったものと考えられる。

やや時代が下るが、この傾向は、医師会幹部の包括的情報が入手できるようになる大正末には、一層強まっていた。本稿の主張を補強するために、1925(大正14)年にはじめて出版された医師全員を調査対象とする『日本医籍録』を利用してみよう。

『日本医籍録』には、国・道府県・郡市区医師会長553名(沖縄県を除く)の氏名が記載されており、これを元に各医師会長の学歴を調査したものをまとめたのが表3である<sup>(70)</sup>。それによれば、1925(大正14)年には、すでに各レベルの医師会において、医師総数の約14%を占めるに過ぎない医学士が、医師会の中核の相当部分を構成していたことがわかる<sup>(71)</sup>。このように、大正期末までには、日本の開業医団体である医師会は、完全に医学士を中核とする団体となっていた。

(65) 『福島県医師会史』(資料編)1984, 679頁。

(66) 『北海道医師会史』1979, 79頁。

(67) 『徳島県医師会史』1976, 91頁。

(68) 『山梨県医師会史』1969, 149-161頁。

(69) 『秋田県医師会史』1980, 10頁。

(70) 1925(大正14)年は、1918(大正7)年ごろから本格化した学制改革によって、1920年代前半に相次いで大学に昇格した医学校から、大量の大卒医師が供給されはじめる「前夜」であり、明治期の医師の内部構造を理解するのに利用することが可能であると考えられる。

(71) 郡部において、医学士の医師会長が少ないのは、当該地区に一人も医学士がいないケースが多いことによる。

表 3

	学歴	人数	比率	医学士計
日本医師会長	東大(東京帝大)	1	100.0%	100.0%
道府県医師会長(沖縄除く)	東大(東京帝大)	12	29.3%	36.6%
	京都帝大	3	7.3%	
	官公立医学校	14	34.1%	
	別課医学	3	7.3%	
	試験及第	9	22.0%	
	不明	5		
	計	46		
市・区医師会長(沖縄除く)	東大(東京帝大)	33	35.5%	44.1%
	京都帝大	8	8.6%	
	官公立医学校	29	31.2%	
	別課医学	3	3.2%	
	試験及第	18	19.4%	
	従来開業	1	1.1%	
	外国	1	1.1%	
	不明	12		
	計	105		
郡医師会長(沖縄除く)	東大(東京帝大)	33	6.5%	9.7%
	京都帝大	14	2.8%	
	九州帝大	2	0.4%	
	海軍軍医学校	3	0.6%	
	別課医学	18	3.6%	
	試験及第	187	37.0%	
	官公立医学校	241	47.6%	
	従来開業	8	1.6%	
	不明	47		
	計	553		

表 3 「日本医籍録」1925より作成。

このように、開業セクターに浸透していった医学士は、開業医の一方の指導者として、従来開業医たちを中心とする旧勢力への対抗力を蓄積していった。開業セクターの医学士が、新しい世代の医師を統括することに成功したことは、従来開業医たちの衰退に合わせて、すべての開業医の中核的地位へと彼らを押し上げる結果となった。明治39年の医師法成立は、まさにこのような医学士を中核とする開業医集団の成立を象徴するものであった。

その結果、戦前日本の開業医は、隔絶した学歴差によって身分的に分断されながらも、英国におけるように業権分離に対する欲求を内包しなかった。このため、顧問医と一般医との間にみられたような形で、専門医制度を身分分断的に機能させる前提の一つが、日本の医師集団には形成されなかったのである。

日本において、なぜこのような事態が生じたのだろうか。本節はこの問いには十分答えていない。だが、医学士が、粗末な教育しか受けられなかった多くの新世代の開業医たちにとって、西洋医学の「窓」であったということはたしかなことである。地域に根づいた医学士たちは、医会(医師会)や地方医学会の中で啓蒙的活動を幅広く行ったことが知られている。このような地域医療・衛生を先導する活動によって、開業医たちは、経済上の利害を越えて、医学士をリーダーとして迎えたのではないかとすれば、日本医療の近代化が、西洋医学の移植という形をとらざるを得なかったという日本の初期条件が、1世紀近く後の専門医制度制定運動に规定的な影響を及ぼしたということになる。

## 結 語

1887（明治20）年頃を契機として、日本の医療制度は、公立一般病院の不振・医学士の開業セクターへの浸透という連鎖的なプロセスを開始した。その中で、医学士は、私立病院建設に先導的役割を果たし、入院医療における私的領域の拡大をもたらした。この結果、日本の開業医は、その手の内に、高い技術力、雑多な規模の私立入院施設を保有することとなった。また、医学士が開業医の中核的存在になることに成功した結果、開業医集団の内部での医学士とその他の開業医との間の業権分離のモーメントは、日本の医師集団の間にはみられなかった。

かくして、専門医制度制定の議論が活発化した1930年代後半には、日本の開業医は、それ全体を一般医として規定するには、高すぎる技術力、入院医療への適応を示していたのであり、また身分分離を達成するには、開業医は高すぎる凝集性を示す集団となっていたのである。

本稿は、日本の医療制度の基礎的構造に関する研究であり、必ずしも現代の医療問題の解決に直結する命題を生み出しているわけではない。そこで、実践的領域との距離を多少なりとも詰めるために、結語として、本稿と現代における医療問題の実践的領域との対応関係について若干の検討を加えておくことが必要かもしれない。

だが、その前提として、本稿において行った議論の医療制度史上の位置を明確にするために、医療制度の公私バランスに関する統計上の問題に簡単に触れておく必要がある。

医療政策全体を見渡すと、明治期における最も重要な医療政策は、急性伝染病対策であり、この領域に対しては、多くの財政資源が投入されてきた<sup>(72)</sup>。したがって、公衆衛生を含めて考えると、明治期日本の医療制度は、むしろ、公的医療中心で整備されていたとさえいえる。したがって、病院概念の定義によっては、病院医療の私的依存構造の顕在化は、1910年代以降にずれ込むことになる。

にもかかわらず、筆者が、私立中心の人的・物的医療資源の配分構造が、明治期に確立したと主張するのは、公衆衛生の充実によって、疾病構造が、大正期以降、急性伝染病から、一般病院で主に扱われる種類の雑多な疾患へとその中心を移していったことと関わっている。すなわち、このような疾病構造の変化によって、大正期以降、それまで量的には劣っていた一般病院が、病院数・病床数ともに爆発的に発展し、現在の医療施設の系譜の中核となってゆく一方、伝染病院の病院数・病床数は、ほとんど増大しなかったのである。つまり、伝染病院は、現在の医療の中心である一般医療の発展に連動していなかった。しかも、伝染病院は、通例急性伝染病患者の発生に応じて開院される臨時病院で、常勤医もいなかったという点で、現在の病院形態とは異質な病院であり、病院形態上も、現在の病院医療構造の直接的系譜として位置づけることはできない。

(72) 1897（明治30）年に伝染病予防法が成立して以降は、各市町村に伝染病院・伝染病舎・隔離所の設置が義務づけられ、その結果、1911（明治44）年末時点で、伝染病院は病院施設全体の過半数（病院数1,532、病床数24,770）を占めていた。これに対し、公立一般病院の大部分にあたる「公立病院」については、病院数83、同病床数6601、また、私立病院については、病院数762（同病床数不明）であった。『衛生局年報』明治44年版。

つまり、本稿は、近代日本において「病院」とよばれた施設の全体ではなく、専ら現在の医療制度の系譜に位置づけられる病院のみを扱ったという点で、きわめて現代的な観点からの分析であるということである。

このことを踏まえた上で、日本において医師の身分分離が成立しなかったことが、現代日本の医師という職業にどのような影響を与えているだろうか。

第一に、医師集団内部の所得分配の問題である。

日本では、開業医が、同じ年代の勤務医に比して高い所得を享受していることは、よく知られていることだが（他方、西欧においては、概して専門医の方が一般医よりも所得が高い）、これは、まさに日本の医師集団が単一的身分構成をとっていることと裏腹の関係にあると考えられる。

すなわち、現代の医師には、一般的傾向として、高度な知識・能力を要する仕事への選好がみられることは夙に指摘されるとおりである。したがって、先端的医療のほとんどが大病院で行われるようになった戦後、日本の開業医は、相対的に不人気な就業形態となった。とすれば、身分的に医師の労働市場が分断されていない日本において、潤沢に一次医療を供給しようとするならば、開業医に高い所得を補償するよりほかない。その結果、日本は、一次医療に対し、西欧諸国に比して、その良否の評価は別にして、相対的に高いコストを支払うことになっていると考えられるのである。むしろ、開業医の高い所得は、直接的には日本医師会の激しい運動が勝ち取ってきたものである。だが、日本医師会がそれをなし得た背後には、このような構造的な要因が存在してきたと考えられる。

第二に、本稿において抽出した人的医療資源および医業資本が一体となって開業セクターに傾斜的に配分される構造の将来的な見通しについてである。

日本の医療制度の基本構造の転換について検討する際、目先の医療問題やそれに対応する制度変化に目を奪われることは避けなければならない。というのも、局所的な観点に立つ限り、日本の医療制度は、いつでも変動の過程にあり、したがって、あらゆる時点が「転換期」と規定されることが避け難いからである。その場合、「転換」という言葉が、スローガン以上の意味を持つことは不可能である。

だが、変化を常態とする層から、一段下って、より基礎的な構造に目を向けてみると、日本の医療制度の基本構造、すなわち人的医療資源および医業資本の開業セクター傾斜の構造は、明治期以来驚くほど一貫して維持されつづけてきたといえる。もし、現在、それが大きく変容しつつあるとすれば、日本の医療は、本当の転換期を迎えているといってよいだろう。というのも、基礎的な構造の変化がもたらす医療制度への影響は、全面的なものだからである。

このような観点から見た場合、現在の日本の医療には、本質的な変化の芽が生まれていると思われる。第一に、医療に福祉の論理が入り込み始めている点である<sup>(73)</sup>。第二に、医療組織の効率的マネジメントに対する要請が生じている点である。第三に、国家の役割の長期的な拡大傾向である。これらは、いずれも、これまでの日本の医療制度において特徴的であった医師の存在形態と医療施

(73) 二本立『保健・医療・福祉複合体：全国調査と将来予測』医学書院、1998。

設の不即不離の対応関係を破壊する可能性を秘めている。なぜなら、福祉やマネジメントや国家の論理は、いずれも医師の医療施設の存在形態への規定力を弱める対抗的な論理として現れてきているからである。

だが、これらの諸点についての理解を深め、本稿の議論を現代につなげてゆくには、本稿で取り扱われなかった多様な論点についての検討が必要である。第一に、本稿では言及しなかった日本の医療制度の構造であるクローズドシステムが、特に戦後の欧米医療制度を模した幾多の改革にもかかわらず、オープン化しなかったのはなぜか。そして、第二に、大正期以降、社会事業の展開・様々な形で展開された「医療の社会化」運動・国民健康保険制定運動・第二次大戦期における医療の国家統制といった、本稿が抽出した社会構造を動揺させるいくつもの事態が生じたにもかかわらず、本稿が抽出した構造が維持されつづけてきたのはなぜか。そして第三に、日本のあらゆる医療施設は、開設主体にかかわらず、政策のコントロールの影響をより強く受けるようになってきているという事実をどのように理解するか。これらの諸点の解明については、他日を期したい。

（いかい・しゅうへい 東京大学大学院経済学研究科博士課程）