

日本の保健人材開発史の考察

独立行政法人 国際協力機構（JICA）

人間
JR
13-64

本誌の内容は、著作権法上認められた私的使用または引用等の場合を除き無断で転載できません。
引用等に当たっては出典を明記して下さい。

本報告書は、小寺清 JICA 理事の監修のもとで、小寺理事を含め石井羊次郎客員専門員、人間開発部
保健第四課主任調査役青木恒憲、資金協力支援部実施監理第二課主任調査役葦田竜也、人間開発部
インハウス・コンサルタント阿部千春の5名で執筆したものである。

本報告書の内容は執筆者らの個人的見解であり、JICA の組織的な見解を表したものではない。

問い合わせ先

独立行政法人国際協力機構（JICA）

人間開発部

〒102-8012 東京都千代田区二番町 5-25 二番町センタービル

TEL: +81-3-5226-6660

URL: <http://www.jica.go.jp>

はしがき

本報告は、2012年のIMF世銀総会へのJICAの知的貢献として、日本の保健人材育成に関する経験の振り返りを通じて、開発途上国における保健人材の政策に関する議論に関連した実践的な示唆を提示することを目的として作成されたものである。

日本の開発・発展の経験については、かなりの研究や著作がなされているが、まだ、その経験が広く、特に英語の著作という形で、発信されているとは言えない。

JICAではすでに、2004年「日本の保健医療の経験～途上国の保健医療改善を考える」を作成し、日本の保健医療システムの発展を開発の視点からまとめることを試みた。今回の保健人材開発史の作成にあたっては、そうした視点をさらに深めて、保健人材に関して開発途上国が直面している課題と、21世紀の国際的な議論の枠組みを意識しながら、当時の日本の経済状況を一人あたりのGDPをもって現代の相似する経済状況の途上国に対比させて日本の経験の再構築を試みた。したがって、必ずしも網羅的な通史の作成は意識していない。

本報告書は、開発途上国との協力の経験こそあれ日本の保健医療行政・医療経済・財政学などの学術専門家ではないJICAの実務者のグループによってまとめられたものであり、厳密な方法論に依拠した分析に欠ける部分があるかもしれないが、日本のグローバル・ヘルスへの一貢献として、多くの開発関係者・開発途上国の政策決定者によって読まれ、保健人材育成に関する国際的議論や具体的な政策決定への参考として、活用されることを強く願う次第である。

本報告書の作成にあたり、武見敬三氏をはじめ、池上直己氏、神馬征峰氏、橋本英樹氏、西村周三氏他「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジに関する日本・世銀共同研究プログラム」関係者ならびに、財務省、外務省、厚生省の関係者の方々から、幅広い視点で多くの貴重で的確なコメントを頂いた。

また、執筆に際して、JICA内の関係者の協力も仰いだ。途上国の現場で活動しているJICA保健プロジェクトの専門家、国際協力専門員、人間開発部職員からは途上国の保健人材課題について様々な情報の提供を得た。元JICAジュニア専門員の堀井聡子氏（現国立保健医療科学院主任研究員）並びに阿川牧氏（現東京大学大学院研究生）からは日本と途上国の看護師、保健師、助産師について専門的な詳細情報をいただいた。さらに加藤上級審議役には、報告書の全体、各部の構成から論文文書の記述の方法に関するきわめて多くの具体的助言をいただいた。

こうしたJICA内外の多くの方々への支援と協力がなければ本報告書を完成することは成し得なかった。関係者の皆様にあらためて感謝申し上げる次第である。

2013年4月

独立行政法人国際協力機構

理事 小寺 清

目次

■イントロダクション	1
1. 報告の目的	1
2. 報告の対象範囲と着眼点	1
3. 日本の保健システムと保健人材の特徴	3
■第1部 前史 1868年から1945年まで 明治維新から第二次世界大戦終結まで(GDP500ドル~3,000 ~1,300ドルの時代)	9
社会経済情勢と保健医療行政上の課題	9
第1章 医師	12
第2章 産婆	15
第3章 看護婦	17
第4章 保健婦	19
■第2部 1945年から1980年まで 戦後復興期から高度経済成長の終焉まで(GDP1,300~13,000ドル の時代)	20
社会経済情勢と保健医療行政上の課題	20
第1章 1945年から1960年まで 第二次世界大戦後から高度経済成長期まで(GDP1,300~4,000ドル の時代)	24
1. 医師	25
(1) 過剰な医学専門学校への対応	25
(2) 教育システムの一元化と定員削減	26
(3) 公衆衛生学教育の導入と医学教育年限の確定	26
(4) インターン制度と国家資格試験の導入	26
2. 看護婦、助産婦、保健婦	27
(1) 法規制再整備の必要性	27
(2) 保健婦助産婦看護婦法の制定と准看護婦制の導入	28
(3) 保健所を拠点にした公衆衛生活動の拡大	29
(4) 保健婦・助産婦による地域保健活動	30
(5) 保健医療ニーズの変化に伴う保健婦、助産婦の役割の変化	31
第2章 1960年から1970年まで 高度経済成長期(GDP4,000ドル~10,000ドルの時代)	33
1. 医師	33
(1) 医師数に関する認識転換(過剰から不足へ)	33
(2) 既存の医科大学(医学部)の定員数増	35
(3) インターン制度の廃止と臨床研修制度の実施	36
(4) 専門医制度の萌芽	37
2. 看護婦	37
(1) 看護婦と准看護婦の状況改善の必要性	37
(2) 准看護婦の速成体制強化支援と離職看護婦の復帰支援	40
(3) 教育機関のグレード・アップと准看護婦から看護婦への転進支援	41

(4) 就業環境や給与処遇等の改善.....	42
3. 助産婦.....	44
(1) 施設分娩の急増と医療化された出産.....	44
(2) 開業助産婦の大幅な減少と勤務助産婦の漸増.....	45
4. 保健婦.....	46
(1) 地域特性に合わせた保健所の類型化と市町村との共同保健体制.....	46
(2) 保健婦業務の多様化と保健所保健婦と国保保健婦の連携強化.....	46
第3章 1970年から1980年まで 安定成長期（GDP10,000ドル～13,000ドルの時代）.....	48
1. 医師.....	48
(1) 医師数の不足と地理的偏在.....	48
(2) 医科大学の新設による定員数増.....	48
(3) へき地保健医療計画における医師対策.....	51
(4) 自治医科大学におけるインセンティブ・メカニズム.....	51
(5) 地域医療、プライマリ・ケアを重視した医学教育への取り組み.....	54
2. 看護婦.....	54
(1) 看護婦数の恒常的不足と看護教育の質向上.....	54
(2) 中期需給計画の策定と看護関係予算の増額.....	54
(3) 看護教育の質向上.....	55
3. 助産婦、保健婦.....	56
(1) 「国民健康づくり対策」の展開と保健所・市町村の役割の変容.....	56
(2) 保健婦業務の更なる多様化と市町村保健婦の活動拡大.....	57
(3) 助産婦業務の変容.....	58
■第3部 日本の保健人材政策の経験と開発途上国への教訓.....	59
1. 各時代の特徴.....	59
(1) 1868年から1945年まで - 明治維新から第二次世界大戦終結まで（GDP500ドル～3,000～1,300ドルの時代） -.....	59
(2) 1945年から1960年まで - 第二次世界大戦後から高度経済成長期まで（GDP1,300～4,000ドルの時代） -.....	59
(3) 1960年から1970年まで - 高度経済成長期（GDP4,000ドル～10,000ドルの時代） -.....	60
(4) 1970年から1980年まで - 安定成長期（GDP10,000ドル～13,000ドルの時代） -.....	60
2. 開発途上国への日本における保健人材の歴史からの教訓.....	60
(1) 1980年までの日本の保健人材政策の特徴.....	60
(2) 今日の開発途上国への教訓.....	61
参考資料.....	66
(1) 所管省の変遷.....	66
(2) 関連法の変遷.....	66
(3) 年表.....	67
(4) 2008年の一人あたりのGDP（1990年基準の国際平均価格）.....	69

図表リスト

図 1	医師数及び看護師数（人口千人あたり）の国際比較	7
図 2	主要国における医師数（人口 10 万人あたり）の推移（1950 年～1980 年）	7
図 3	主要国における医師数及び看護師数（病床あたり）（2008 年）	8
図 4	主要国における一人あたり GDP の推移（1868 年～1950 年）	9
図 5	総人口における市部・郡部別人口の推移（1898 年～1940 年）	10
図 6	出自別医師数の推移（1874 年～1944 年）	13
図 7	医学校数（種類別）の推移（1874 年～1944 年）	14
図 8	地域別臨床医数の推移（1928 年～1936 年）	15
図 9	助産婦数の推移（総数、人口 10 万人あたり）（1886 年～1941 年）	16
図 10	妊産婦死亡比及び乳児死亡率の推移（1900 年～1944 年）	17
図 11	看護婦数（総数、人口 10 万人対）の推移（1910 年～1941 年）	18
図 12	主要国における一人あたり GDP の推移（1945 年～1980 年）	20
図 13	総人口における市部・郡部別人口の推移（1945 年～1980 年）	21
図 14	合計特殊出生率及び平均寿命の推移（1947 年～1980 年）	22
図 15	国民医療費（総額、対 GDP 比）の推移（1955 年～1980 年）	22
図 16	医療施設数及び病床数の推移（1910 年～2000 年）	23
図 17	保健所数と保健所職員数の推移（1938 年～1990 年）	23
図 18	医学校数（種類別）及び医師数（人口 10 万人あたり）の推移（1938 年～1962 年）	25
図 19	医師国家資格試験受験者数（合格者・不合格者）の推移（1946 年～1960 年）	27
図 20	看護婦数・准看護婦数、病床数の推移（1940 年～1962 年）	29
図 21	保健所補助費の額及び厚生省予算に占める割合の推移（1948 年～1961 年）	30
図 22	妊産婦死亡比と乳死亡率の推移（1947 年～1980 年）	31
図 23	自宅分娩・施設分娩の割合の推移（1947 年～1965 年）	32
図 24	人口 10 万人あたりの受療数及び医師数の推移（1948 年～1980 年）	34
図 25	医科大学数及び定員数の推移（1960 年～1969 年）	35
図 26	医師数（総数、人口 10 万人あたり）の推移（1940 年～1980 年）	36
図 27	主要国における医師数（人口 10 万人あたり）の推移（1950 年～1980 年）	36
図 28	死因別死亡率の変化（1947 年～1980 年）	38
図 29	医療施設数、病床数の推移（1950 年～1980 年）	38
図 30	看護婦等の養成施設における定員と入学者数の比較（1964 年）	39
図 31	看護婦数及び准看護婦数の推移（1945 年～1980 年）	41
図 32	看護婦等の養成施設数の推移（1950 年～1980 年）	41
図 33	出生数と助産婦数及び出産の場所別出生数の推移（1950 年～2000 年）	44
図 34	助産婦数（就業先別）の推移（1955 年～1986 年）	45
図 35	保健婦数（就業先別）の推移（1960 年～1980 年）	47
図 36	医科大学数及び定員数の推移（1970 年～1980 年）	50
図 37	医師数（総数、人口 10 万人あたり）の推移（1940 年～1980 年）	50

図 38	無医地区の数と居住人口数の推移（1966 年～1984 年）	52
図 39	都道府県別にみた医師数（人口 10 万人あたり）の相違（1935 年～1978 年）	53
図 40	都市と町村別にみた医師数（人口 10 万人あたり）の推移（郡部と市部別）（1958 年～1978 年）	53
図 41	保健所と市町村保健センター数の推移（1978 年～1995 年）	57
図 42	勤務場所別保健婦数の推移（1946 年～2000 年）	57
図 43	助産婦数と出生数の推移（1880 年～2000 年）	58
表 1	主要死因の変化（1900 年～1950 年）	11
表 2	厚生省看護関連予算の推移-1（1953 年～1970 年）	45
表 3	厚生省看護関連予算の推移-2（1970 年～1980 年）	57

■イントロダクション

1. 報告の目的

効果的・効率的な保健システムの構築は、持続的なユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成のためには必須の要件である。多くの開発途上国は、保健システムの最も重要な構成要素の一つである保健人材（Human Resources for Health: HRH）について、医師や看護師などの不足や偏在など、深刻な課題を抱えている。世界保健機関（WHO）は2006年の年次報告『Working together for health』において、世界における保健人材の不足数は425万人と報告し、深刻な人材不足状態にある57か国“HRH crisis countries”において医師、助産師、看護師が240万人不足しているとして早急な対策を求めている。¹ 特に、サブサハラ・アフリカ地域における医師、看護師、助産師の割合は、2010年は11.2人/10,000人にすぎず、WHOの奨励する23人/10,000人には大きな隔たりがある。

問題は多岐に亘る。例えば、次のような問題を挙げる事が出来る。保健人材計画の国家計画が策定されても根拠となる情報がない、予算化されていない、教育・養成機関が不足しており十分に機能していない、教育予算不足で施設整備が出来ない、教員不足で質の高い教育が出来ない、学生の基礎学力が不足して適正な教育が出来ない、修学資金が不足して入学者が集まらない。養成校間で質、教育基準が統一されていない、へき地に十分に保健人材を定着させる事が出来ない、職場の就業環境が危険で人材の事故や疾病が多い、人材の質が低く現場のニーズに応えられない、人材の勤務意欲が低く十分なサービスが提供されない等である。

異なった歴史を持つ国の、異なった時代の経験が、必ずしも現代の開発途上国の課題に直に解決策を提示出来るとは限らない。しかし、日本の保健人材育成の政策当事者も過去において、これらの課題に直面した。本報告は、第二次大戦後の混乱から高度経済成長を経て世界有数の長寿国に半世紀で変貌していく経験の振り返りを通じて、開発途上国に教訓を提示することを目的としている。具体的には、日本が第二次世界大戦後、急速な経済成長を遂げ低所得国から高中所得国になる1945年から1980年までを中心に、またその背景となる1868年から1945年を前史として加えて、当時の医師のみならず、看護婦、産婆・助産婦、そして保健婦の保健人材政策を考察し、教訓を抽出することを目指す。

2. 報告の対象範囲と着眼点

本報告書の主たる対象時期は1945年から1980年までとした。この時期は、日本が低所得国からの脱却を目指しながらも保健指標の改善を推進した時期であり、現在の開発途上国の保健政策担当者が当時の日本と同じような感染症や母子保健の課題に直面している状況に、国全体の所得水準を基準とした場合は近似しているのではないかと考えたためである。Angus Maddisonの長期統計に依拠すると、この期間において、日本の一人あたりGDP（1990年基準の国際平均価格）では約1,300ドルから13,000ドルに約10倍に上昇した。この所得水準の変化は——敢えて単純な比較を行えば——今日の用語で言えば低所得国から高中所得国への変化に対応する。2008年の一人あたりのGDPを1990年価格で見れば、1,000

¹ WHO (2006) The World Health Report 2006. 「保健人材危機国」の選定条件は“on average, countries with fewer than 2.5 health care professionals (counting only doctors, nurses and midwives) per 1000, and population failed to achieve an 80% coverage rate for deliveries by skilled birth attendants or for measles immunization” である。

ドル以下の国々は、例えば、ソマリア、アフガニスタン、ハイチ、1,000ドル台にはスーダン、ラオス、ニカラグア、2,000ドル台にはモザンビーク、ベトナム、ボリビア、3,000ドル台にはエジプト、ミャンマー、エクアドル、4,000ドル台には南アフリカ、インドネシア、グアテマラ、5,000ドルから10,000ドルにはトルコ、タイ、中国、ブラジル、10,000ドルから13,000ドルにはマレーシア、アルゼンチンなどがある。² 極めて大まかではあるが一人あたりGDPにおいて同様の経済発展過程にあると見なし得る開発途上国に対して、当時の日本とは社会状況も、また利用可能な医療・科学技術のレベルも異なることを理解しつつも、何らかの含意を持ち得ると考え、この時期の日本の保健人材政策に着目することとしたものである。

1945年から1980年の期間は戦後復興を経て高度成長を実現するに至る時期である。日本は、この時期、貧しかったにもかかわらず、短期間のうちに世界一の長寿社会を達成した。すなわち、政府はGHQとも協力して、主要な公衆衛生活動に積極的に投資し、国民の健康を目覚しく増進させた。1950年代初め国民所得は低かったが、水道普及の改善、母子保健の改善と結核診療の無料化を通じて、平均寿命が大幅に伸び始めた（1947年→1955年で14年の寿命の伸びを記録）。また、1961年には国民皆保険が実現した。こうしたことを背景に、1990年代までには国民の健康の平均値が上昇するのみならず、地域や社会経済グループ間の健康格差も非常に小さい水準で推移させることが出来た。こうした過程で保健人材政策がどう貢献したのか検討を加えたい。

本報告書では、さらに1945年から1980年の時期の保健人材を理解する上で必要と思われるそれ以前の状況についても触れる。すなわち、1868年の明治維新以降、近代国家建設の過程で、保健人材に関わる法・規制の整備、全国統一の資格制度の確立など、国立大学を中心として医学教育の確立を、さらには1930年代以降の健兵健民を背景とした看護婦を含めた保健人材の増員等を見た上で、それが1945年以降においてどのように再構築されていったのかについて概観を記述する。

本報告書で取り上げる日本の保健人材の職種は、医師のみならず、看護婦、産婆・助産婦に加え、保健婦（後述）とする。

なお、看護師、助産師、保健師については2002年に名称改正がなされたものであり、それ以前にはそれぞれ看護婦、助産婦、保健婦と称されていた。さらに助産師については1948年までは産婆と称されていた。本報告書では、記載の時代毎に該当する名称を用いた。

また、記述にあたっては、2006年のWHOの報告における”working lifespan approach”に基づき、保健人材の養成（entry）及び現職（workforce）及び出口（exit）の3段階に触れるよう試みた。³

なお、1980年以降、日本は鈍化する経済成長の中、人口の高齢化が顕在化していき、保健医療においては高齢者医療への迅速な対応や社会保障費の抑制などの課題が生じており、今の日本の主要課題として研究者の関心を集めているのは事実であるが、本報告書においては、敢えて戦後の貧しかった時代に焦点を充てている。1980年以降の研究についてはその他の研究に譲りたい。

² Angus Maddison の長期統計による。詳しくは参考資料参照。

³ WHO (2006) The World Health Report 2006. Overview xvii.

3. 日本の保健システムと保健人材の特徴

日本以外の読者のために、まず、1980年までの日本の保健医療システムと、保健人材の特徴を概括的にみておきたい。

1980年までの日本の保健医療システムの特徴は以下のとおりである。

- (1) 戦前において、健康保険は国民の70%をカバーするまでとなった。保健人材（医師、看護婦、助産婦の合計数）は1940年までには1,000人あたり3.68人となった。伝統的な医療システムが近代的なものに変わるには60年を要した。

日本は、無償義務教育を20世紀初頭には実施し、当時から母子保健にとり重要な母親の教育水準・識字率は向上していた。サービス提供に伴うコスト負担に関し、1922年には医療保険制度が発足、戦時下では国民の7割が何らかの保険システムに加入していた。1961年には国民皆保険が実現した。保健人材（医師、看護婦、助産婦の合計数）は戦前より人材養成が進められ、1940年までには1,000人あたり3.68人となった。第1部で詳述するように、1868年の明治維新以降、60年かけて医学体系を伝統的医学から西洋医学に移行することに成功し、戦前の保健システムが作られた。

- (2) 民間セクターが病院と診療所の大多数を経営した。

日本では、医療施設は民間によって運営されるものが主体である。また、医師免許があれば、国内のいずれの地域で開業することも認められている。1980年で見ると病院総数9,055のうち、国公立1,822（20.1%）、その他7,233（79.9%）、一般診療所は総数77,611のうち、国公立4,290（5.5%）、その他73,321（94.5%）と病院、一般診療所、共に民間による施設が圧倒的に多い。⁴ これに対して、開発途上国においては一般的に公的医療機関が多い。

日本においては、1874年に近代的な医療制度の導入後に官公立の病院が設立されていったものの、基本的には、開業医が引き続き医療サービスの提供の太宗を占める体制が継続した。時代が下り、1950、60年代になって病院開設者への法人格の付与や低利融資制度の整備が進み、民間病院の割合はさらに増えた。今日でも、医療サービスの中心的提供者は民間である。

このような体制が生まれた背景には、法律などで定められた基準を満たす限り、資格を有する医師ならば自由に開業出来る自由開業制度が基礎にあり、公的病院の拡張のみでは増大していく医療ニーズに応えることは困難であった事情によるものと考えられる。

- (3) 日本の総医療支出の対GDP比はOECD諸国の中では比較的低水準（1980年、5%）であった。政府は健康保険を補助し、診療報酬を管理している。これらは低い医療支出に貢献した。

日本の総保健医療支出の対GDP比は8.5%（2008年）とOECD加盟国中第20位に留まる。民間部門に依存した医療提供制度や出来高払い制度にもかかわらず医療費支出は比較的低水準を維持している。医

⁴ 厚生省（1981）『厚生白書昭和56年版』、厚生労働省（2010）『厚生労働白書平成22年版』

療費を低水準に維持している要因として、国民がコストの高い外科治療を選好しないこと、全国一律の診療報酬制度により支払額、内容が厳格に管理されていることが挙げられる。

診療報酬の改定プロセスでは、財務省が引き下げを要求し、医療提供者団体が引き上げを陳情し、厚生労働省が専門知識を提供しつつ調整の主導的役割を果たす傾向が見られる。

厚生省は診療科目毎の診療報酬の調整を保健人材政策の手段としても利用している。国民医療費は戦後ほぼ継続して増額しているが、その財源内訳の推移を見ると、患者負担の割合は1960年は30.0%であったが、1970年は老人医療費の無料化などの高齢化対策もあり、19.3%に下がり、さらに1980年には11.3%まで下がった。一方、保険料割合は50.4%、53.0%、53.2%とほぼ5割で保たれ、国庫及び地方財源による負担は19.6%、27.6%、35.5%と次第に増加した。

(※) 医療サービスの提供とコスト負担の関係をアメリカ、イギリス、フランス、ドイツと対比すると、大づかみには次のように整理出来る。アメリカは、医療サービスの提供が日本と同様に民間主体であるが、コストは基本的には私的に負担するシステムとして特徴づけられる。イギリス、フランス、ドイツでは、日本と異なり、医療サービスの提供が公的システム主体で行われているが、コスト負担は日本と同様に公的システムを中心とする国である。財政については、日本と同じ社会保険方式をとるのはフランスとドイツであり、イギリスは税方式である。

日本の社会保険制度は、1922年に制定された健康保険法に始まり、1927年から実施された。これはドイツの社会保険制度をモデルにしたもので、労働者（被用者）を対象としていた。1938年には、農村部の住民や自営業者を対象とした国民健康保険法が制定され、1940年代前半には健康保険は国民の7割をカバーしていた。戦後は1955年頃まで人口の約3割にあたる3,000万人が無保険であったが、1961年に国民皆保険を達成し、大きな制度変更はなく今日に至っている。

(4) 保健婦と保健所は、結核患者の家庭訪問、予防接種、母子健康診査、健康啓発活動を通じて、個人の健康状況の改善に重要な役割を果たした。

保健所や市町村保健センターとそこで勤務する保健婦は地域の保健衛生行政の一部を担うと同時に、地域住民の疾病予防や健康増進のための健診、予防接種、健康相談などの広域的サービス活動を実施した。

歴史的な変遷を見ると、戦後、民間の医療施設整備が未だ進んでいない時期の結核対策や母子保健活動、さらには現代でも、集団食中毒等の広域的な対応が必要な事態では訪問ケア等を実施するなど、社会状況に合わせてその機能を多様に変化させて、地域の医療の保健医療のニーズに対応してきた。

1980年の時点では保健所は854か所、市町村保健センターは303か所と民間医療機関数と比べると圧倒的に少数ではあるが、当時の母子保健、成人病対策、高齢者ケア、公害対策等の課題に地域の医療機関との連携を取りつつ、地域医療計画等の活動の調整機能を果たしてきた。戦後の国民健康の向上にこうした公的な保健機関が医療機関と共に地域で果たした役割は極めて大きかったと考えられる。

日本の保健人材の特徴は次のとおりである。

(1) 保健人材の法・規制は職業団体でも地方自治体でもなく、主に政府によって制定されている。

日本での保健人材に関する法・規制の主体は中央政府（国）である。例えば医師について言えば、アメリカでは資格の職務や要件及び資格認定（免許発行）は州、資格試験は国がそれぞれ実施しており、イギリスではこれら一連の過程を非営利組織の総合医療審議会（General Medical Council）が実施している。日本の制度はこれらとは対照的である。

日本では、医師と助産師の制度は1874年、看護師は1915年、保健師は1941年にそれぞれ制定され、その後、現在につながる制度がいずれも1948年に制定された。これらは全て国が制定し、管理している。その役割を担った官庁は、1872年の文部省から始まり、1874年に地方行政や警察行政を担当する内務省に移った。輸入感染症に対して社会的な防疫体制を整備する必要があったためである。その後、専門組織として1938年に厚生省が設置され、今日に至っている。

(2) 保健人材を認定するために、全国共通の試験が行われている。

日本では資格免許取得には国家資格試験への合格が必要である。国家資格試験などの全国共通の認定試験を必要としない国は多く、エジプト、ホンジュラスのように教育課程の卒業と同時に資格免許が付与される国、またアメリカのように州毎に免許審査と定期更新が必要な国もある。

日本では、1945年以前は地方自治体による試験制度はあったが、国家統一の資格試験は、医師については1946年、看護師、助産師、保健師については1948年に法律で規定された。免許は生涯有効である。なお准看護師については免許資格の付与は都道府県によるが、全国に通用するものである。

(3) 政府は医学教育を主導し、看護及び助産教育においては民間セクターが重要な役割を果たしてきた。

日本では、医師の教育は政府が主導している。政府は全国各地に医科大学（医学部）を設置し、今日では医科大学（医学部）の約6割の50校が国公立である。⁵ 国公立に加えて民間（私立）の医科大学（医学部）に対しても、1970年度からは政府は経常費補助を支援している。

一方、看護師、助産師、保健師の養成機関数を見ると、2011年の時点で看護師の養成校1037（看護3年過程、看護2年過程、高等学校専攻科一貫教育、准看護師）のうち、地方自治体は20%、民間が75%を占めている。助産師の養成学校75のうち、地方自治体は23%、民間が65%を占めている。保健師の養成校31全てが地方自治体あるいは民間がその設置主体となっている。また、看護三職に関わる看護教育を行っている4年生大学及び短大についても総数229校のうち16%が地方自治体、65%が民間によって設置されている。⁶

政府は助産師について1912年、看護師について1915年、保健師について1941年に民間学校の設置基準を制定し、人材の質の標準化のため民間学校に関する規制も図ってきた。

ちなみに、今日の開発途上国においては、フィリピンやベトナムのように民間の看護学校が増えている国もあるが、アジア、アフリカ、中南米の国々における保健人材の養成機関の多くは公的機関である。

⁵ 2012年現在、日本には医科大学（医学部）が79校あり（防衛医大を除く）、うち私立は29校である。1979年より変わらない。

⁶ 厚生労働省（2011）『2011年看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査』

(4) 医師は、麻酔科を除き、法的規制を受けずに診療科目を標榜することが出来る。

日本では医師は、麻酔科を除き、法律で定められた診療科目の中から自由に自身の標榜する科目を選ぶことが出来る。一方で専門医認定制度はあるが、これは法的に規定されたものでなく、各学会がそれぞれ基準を設けて、試験した上で認定する制度である。フランスや韓国では法で専門医を規定しており、またアメリカやイギリスでは中央政府の補助金を受けた民間の第三者組織が専門医の認定を行っているのとは対照的である。

日本では専門医認定制度は 1980 年代に始まり、研修を含む認定プロセスの厳格さは専門医団体の間でばらつきがある。総合診療はまだ専門分野として認知されていない。こうした認定医制度は医師のそれぞれの専門技能が一定水準にあることを認定するものであって、その認定によって患者の受診制限などをするものではない。こうしたシステムは患者の診療アクセスへの自由を保障する一方で、医療機関の機能分化による効率化を図る上では障害となるという見方もある。

(5) 医師のキャリア形成と人事を握る大学病院医局制度が存在する。

日本では、医師が専門学会や勤務先の医療機関ではなく、出身大学の医局に帰属意識を持つ傾向が強い。これは 1960 年代から継続する医師育成のシステムであり、医局に所属する医師は、医局の総括者である教授の意向を受けつつ、大学病院の医局と関連病院のネットワーク内の病院での勤務を経てキャリア形成をすることになる。

こうした医局による医師派遣システムは医師不足が深刻な地方病院にとっては貴重な医師確保の供給源となっている。一方で、大学の医局毎に診療手技が開発されることが専門的治療の標準化の障害になる、地方病院に勤務することが専門医としての技能向上にとって非効率であるとの見解もある。

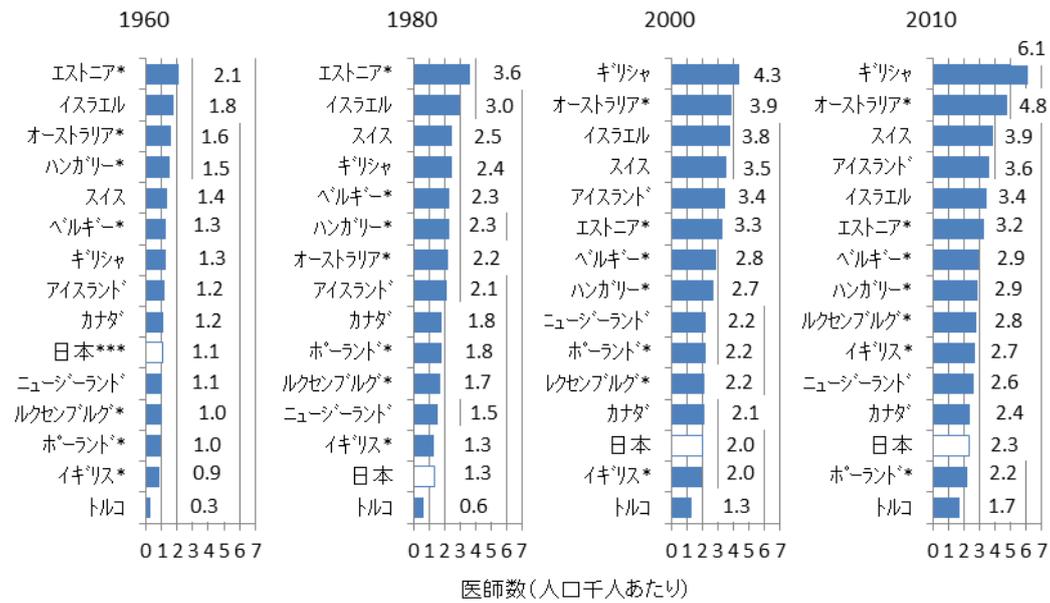
(6) 基準人口に対する医師数は国際的にみて少ない。

従事者数について他の国と比べると差がある。例えば、図 1 のとおり、OECD 各国と比べると、医師数は相対的に少なく、看護師は多い。

2012 年の OECD データによると、医師数は、人口千人あたり日本は 2.3 人（値は 2010 年）であり、OECD 加盟国の中でも少ない国の部類に属している。1960 年代からこの傾向は変わらない。1980 年時点では千人あたり 1.3 人である。主要国における医師数（人口 10 万人あたり）の推移は図 2 のとおりである。

看護師数は、人口千人あたり日本は 10.39 人（2010 年）であり、ほぼ中位に属している。また、図 3 のとおり、百床あたりでも、医師数と看護師数は欧米諸国に比べ少ない。但し、これは日本の病床数（2009 年、人口千人あたり 13.9 床）が G7 他国と比べ 1.7 倍～4.5 倍と大幅に多いことに起因しているものでもある。病床数が多数になっているのは、介護施設の整備の遅れによる多くの長期療養型の患者が病院施設に入院していることによると考えられている。

図1 医師数及び看護師数（人口千人あたり）の国際比較



医師数

・値は従業者数

*は臨床医のみ

・1960年の医師数のうち、ニュージーランド、カナダは1961年の値。

看護師数

・値は従業者数

*は臨床看護師のみ

**は免許保有者

出典:

OECD Health Data 2012より作図。
日本の値のうち、***は医師、歯科医師、薬剤師調査。****は衛生行政報告例および10月1日国勢調査人口から算出。

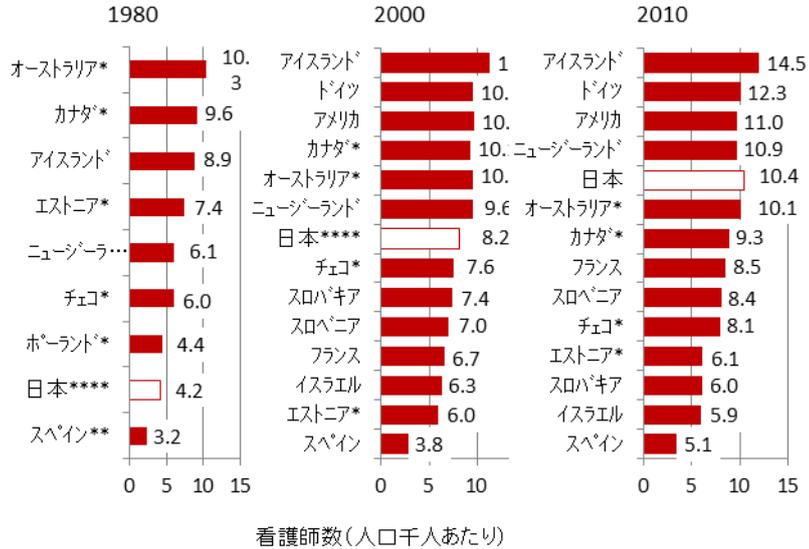
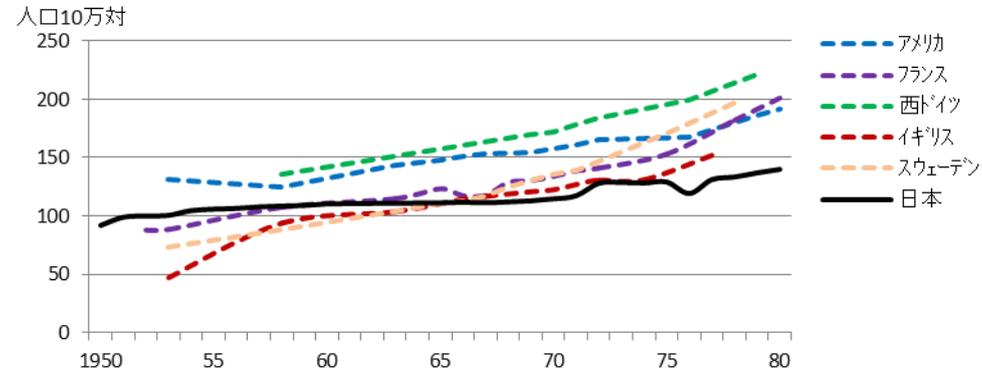
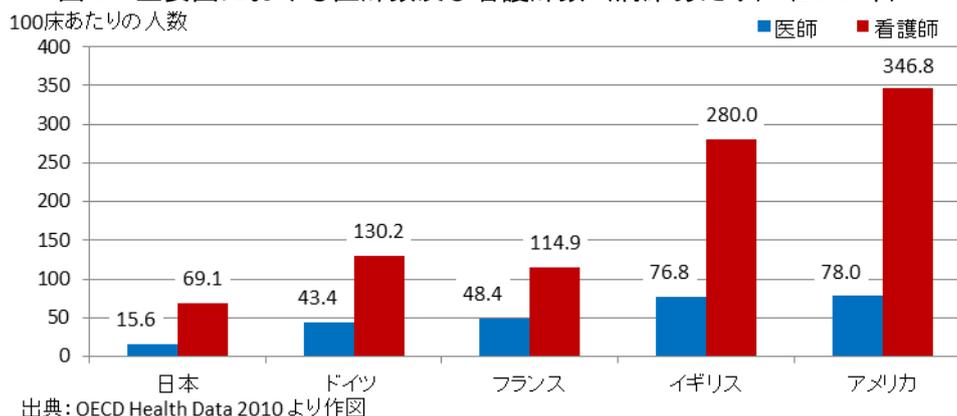


図2 主要国における医師数（人口10万人あたり）の推移（1950年～1980年）



出典：厚生省 昭和31～59年(1956～84)厚生行政年次報告より作図

図3 主要国における医師数及び看護師数（病床あたり）（2008年）



(7) 助産師のステータスは看護師より高い。

助産師が看護師の上位資格であることが特徴的である。これに対し、フィリピンのように看護師と助産師の養成は別であって助産師の養成期間の方が短い国、またラオスのように看護師と助産師の明確な区別はなく看護師/助産師として養成されている国もある。

日本のシステムは、1948年に、助産婦になるには看護婦資格を取得後1年以上の専門教育を受けることが前提となったことから始まった。なお、日本においては助産師の給与等の待遇等は一般的に看護師より上であるが、多くの国々において、看護師がより良い待遇を得ているのとは対照をなしている。

(8) 保健師の職務内容は地域における保健サービスのみではなく地方自治体における保健行政もカバーしている。保健師のステータスは看護師より高い。

保健師は看護師の上位資格に位置づけられた公衆衛生の専門職である。保健師が最も多く活躍している場は都道府県の保健所や市町村の保健センターなどの行政機関である。保健所では保健師は市町村保健センターの行う保健サービス活動の指導、難病、障害者への保健サービスの提供、新型インフルエンザの危機管理等広域的な対応が必要な保健活動を行っている。市町村では市町村保健センターでの健康相談や、役所における母子、高齢者に対する行政サービスなどより住民に身近な保健活動を行っている。また病院や診療所に勤務し、近隣住民への医療機関へのアクセスのサポート、健康増進指導などの業務を行っている保健師もいる。さらに、企業に所属し、企業での働く人々の労働災害の予防や健康増進やメンタルケアのための健康相談などの業務も行っている。

保健師になるには看護師の資格を取得後1年以上の専門教育を受け、国家資格試験に合格することが必要とされていたが、現在では看護系の4年制大学で看護課程との一貫教育により、卒業時に看護師と保健師の国家資格試験を同時に受けることが可能である。

(9) 海外からの保健人材の受け入れの歴史は浅い。

国家間の協定に基づいた海外からの保健人材の受入は、日本での本格的な制度整備は21世紀に入ってからのものである。日本では国家間の経済連携協定に基づいて、インドネシアについて2008年度から、フィリピンは2009年度から、看護師と介護福祉士の国家資格取得を目指す者の受け入れが始まった。2012年6月現在で、国家試験の合格者は看護師が66名、介護福祉士は36名である。

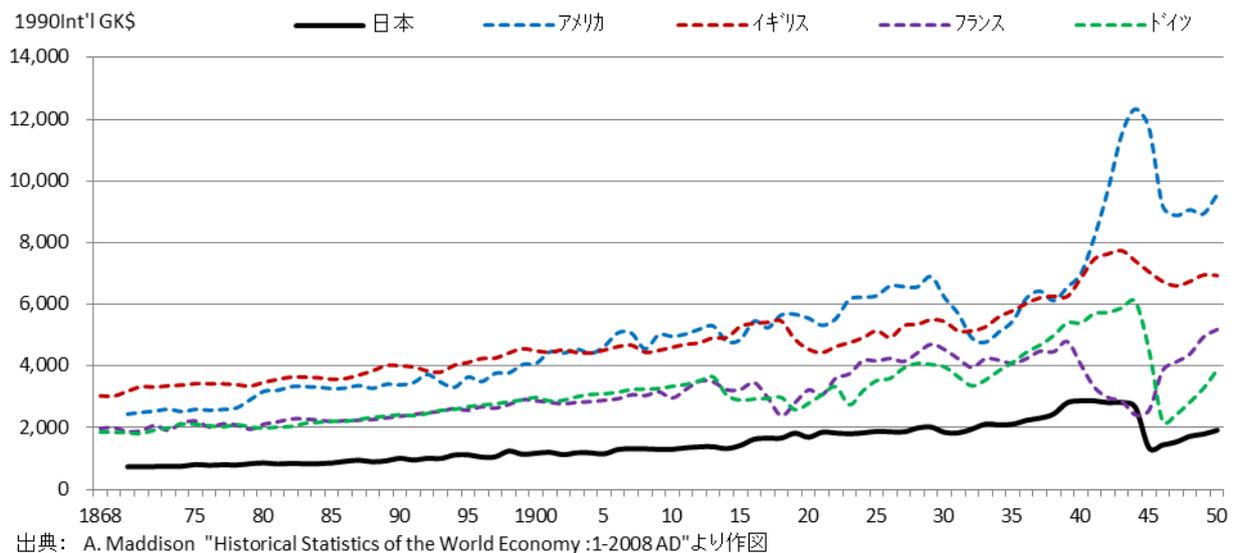
■第1部 前史 1868年から1945年まで 明治維新から第二次世界大戦終結まで(GDP500ドル~3,000~1,300ドルの時代)

第一部は本報告の主要部の第二部の前史にあたる。第二部の読了後に読んでいただいても構わない。

社会経済情勢と保健医療行政上の課題

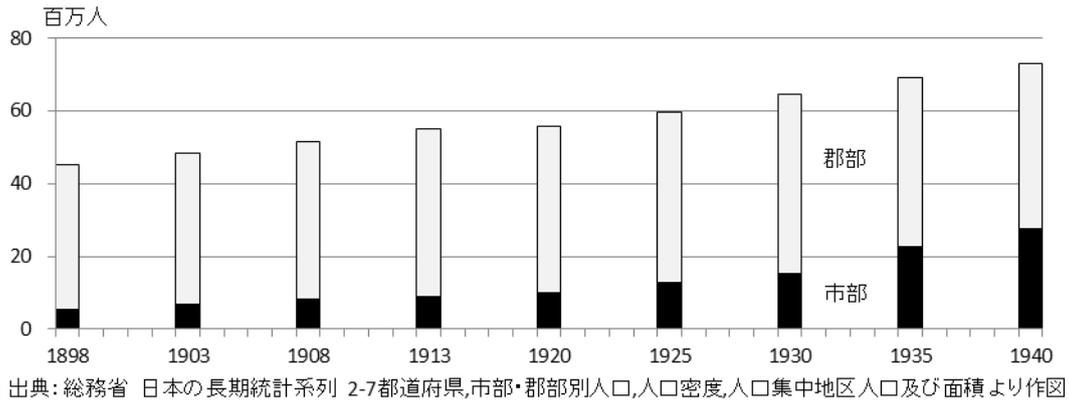
1868年から1945年は、明治維新から第二次世界大戦終結までにあたる。1868年から1945年までの日本の経済発展を、A. Maddisonの長期統計に基づき、一人あたりGDP（1990年基準の国際平均価格）で見ると、図4のとおり、着実な伸びが見られた。1870年には500ドル程度であったが、1890年には1000ドル、1933年には2000ドルに達していた。順調な伸びの背景には、繊維（生糸）産業など軽工業の発展、また第一次世界大戦中の特需等があった。1940年には3000ドル近くまで達し、70年間で約6倍に伸びている。第二次世界大戦により、戦争が終結した1945年には1300ドル余に下落した。

図4 主要国における一人あたりGDPの推移（1868年~1950年）



総人口は平均して毎年1%を超える率で増え続けていた。1874年は約3531万人であったが、1945年には約7215万人となり、約70年で約2倍に増加した。都市化も徐々に進み、図5のとおり、都市部の住民は1898年には全体の1割程度であったが、1940年には約4割を占めるようになった。

図5 総人口における市部・郡部別人口の推移（1898年～1940年）



まず、西洋先進国に追いつくことを目標に富国強兵を国策とした明治政府は、開国に伴い、内務省の衛生局と警察を中心にして、中央集権的な社会防疫体制を整備し、コレラ、ペスト、赤痢などの輸入感染症の流行に対応した。1880年当時、総人口約3665万人に対して、衛生局は事務官定員31名、製薬技術者を含めて103名の体制で運営された。⁷ また各府県でも、63府県のうち23府県で、500名弱の保健医療担当官が配置された。1900年前後に輸入感染症の流行は確実に抑えられた。

その後、衛生局の下で各種統計が整備されたことにより、乳児死亡率が高いことや、表1のように結核などの慢性感染症の実態が浮き彫りとなり、1920年代までにはこれらの情報を基に衛生対策の政策立案を行うようになっていった。その後の軍事体制下、健兵健民の考えから結核を中心とする慢性感染症や母子保健サービスの強化も図られた。

表1 主要死因（1900年～1945年）

	死因1位	死因2位	死因3位
1900	肺炎及び気管支炎	全結核	脳血管疾患
1905	肺炎及び気管支炎	全結核	脳血管疾患
1910	肺炎及び気管支炎	全結核	胃腸炎
1915	肺炎及び気管支炎	胃腸炎	全結核
1920	肺炎及び気管支炎	胃腸炎	全結核
1925	肺炎及び気管支炎	胃腸炎	全結核
1930	胃腸炎	肺炎及び気管支炎	全結核
1935	全結核	肺炎及び気管支炎	胃腸炎
1940	全結核	肺炎及び気管支炎	脳血管疾患
1947	全結核	肺炎及び気管支炎	胃腸炎
1948	全結核	脳血管疾患	胃腸炎
1949	全結核	脳血管疾患	肺炎及び気管支炎
1950	全結核	脳血管疾患	肺炎及び気管支炎

出典：厚生省 平成22年人口動態調査 上巻 第5.11表 年次別にみた死因順位

7 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい

制度上の大きな出来事としては、1874年に西洋医学に基づく新たな保健医療体制を構築するため、その基本政策となる医制が当初衛生行政を所管した文部省から公布されたことである。これにより医学教育の確立や医師開業免許制が明確に打ち出されることになった。1875年には衛生局が内務省に移管され、1886年には地方官官制により警察による地域保健行政が展開された。その後、1938年には軍事体制が一層強化される中で厚生省が設置され、全国的な保健行政体制が整備された。

こうした中、1922年には、産業振興の一環として労働者の疾病対策と健康維持を図るため、健康保険法が制定され、労働者に対する健康保険が導入された。さらに1938年には、農民および自営業者も含めた国民全体の健康増進のために国民健康保険法が制定されるなど、この時代に社会保険方式による医療費保障の基盤が構築された。

第1章 医師

医師の資格制度を含め、日本の近代保健医療制度の出発点は1874年に明治政府が公布した「医制」であった。医制の策定にあたってはドイツを中心にした外国人教官の招聘、行政官や教官の留学や視察が行われた。明治政府が、ドイツ医学をその手本として選択した理由には、当時、医学分野で先進国の中でも最先端の技術レベルにあったこと、医療行政の導入にあたっても立憲君主制のドイツと日本の制度の近似性が高かったこと、明治以前から日本に定着していた蘭学もドイツ医学を源流としていることなどが挙げられる。

医制は国全体の医療体制の近代化を目指し、中央集権化された保健医療行政機構の構築、病院施設の設置基準、医師や薬剤師、産婆などの医療従事者の業務と開業資格、西洋医学に基づく医学教育体制、医薬品管理と薬舗開業資格などを総合的に定めたものであった。⁸ 医療従事者については医師と産婆が取り上げられており、医師の資格について、その開業許可に関し、西洋医学を基にしつつ過渡的な措置を設けたことは画期的であった。すなわち、第一に開業許可は、西洋医学に基づく正規の医学校を卒業後2年間の実習をもって与えられるとし、第二に医学校が整備されるまでの措置として、医学校の卒業資格によらず、試験合格による開業を許可し、第三に当時大勢を占めていた漢方医などの伝統医に開業の仮免許を付与することとしていた。⁹ 当時の医療需要にも応えつつ、伝統医への配慮を行うという考えは意味深いと思われる。

その後、政府はこのような経過措置を廃止し、資格制度の一本化を図っていく。1882年には「医師免許規則」及び「医術開業試験規則」を公布し、西洋医学を学んだ者のみに開業免許が与えられるよう制度を改めた。さらに1914年には医術開業試験を廃止し、医学校（医科大学（医学部）、医学専門学校）の卒業生にのみ資格を付与することとした。¹⁰

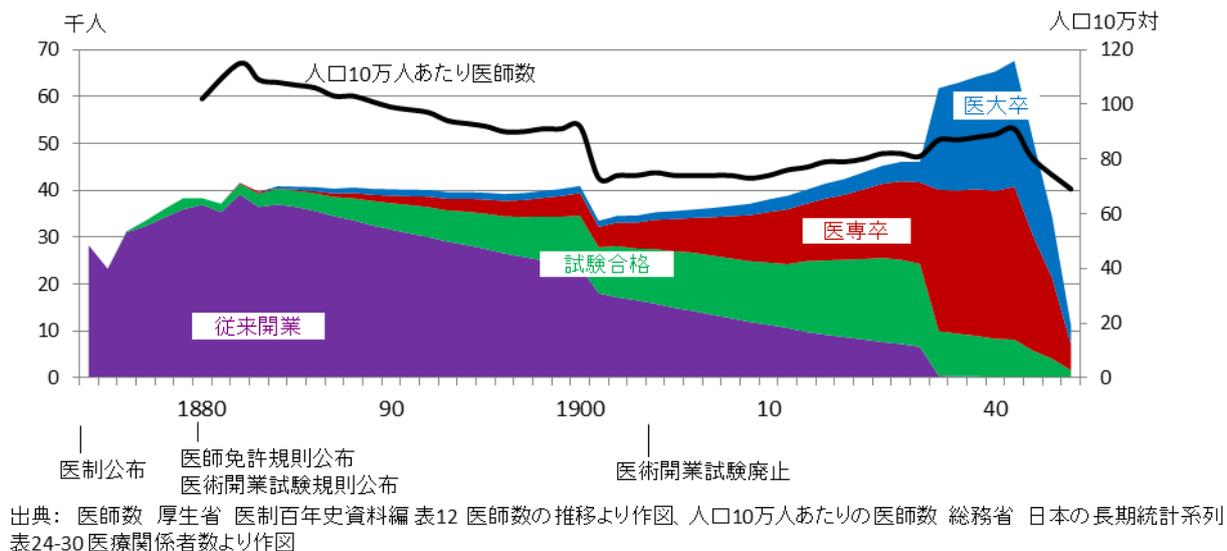
図6のとおり、これらの諸政策の結果、従来開業医、すなわち伝統医は徐々に減り、医学校の出身者は増えていき、1942年の総数（50,676人）のうち、医学校の出身者が約9割（44,897人）となった。このように、伝統医療から近代医療への転換という、国家の保健人材の根本的な変革には50年から60年という長期に亘る漸次的な移行期間が必要であった。

8 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい。では医制を「今日の法令というよりは、むしろ衛生行政の方針を示した訓令の性格を有するもの」としている。

9 1882年に25歳以上の開業医子弟も試験免除の対象に追加された。1874年当時、全国の医師（28,262人）の約8割（23,015人）が西洋医学に馴染みのない漢方医等であった。

10 医学専門学校の入学資格は中学校卒で修学年限4年となり、大学の医学教育（高等学校卒、修学年限4年）と区別された。

図6 出自別医師数の推移（1874年～1944年）



資格制度の一本化と並び、一定の質を維持しつつ、西洋医学に基づく医師の数を増やす手段として、東京大学医学部を拠点として整備し、その卒業生を教官として各地の医学校に配置するカスケード型による医学教育体制の整備も進められた。

1877年に日本で唯一の西洋医学に基づく本格的な大学医学教育の場として東京大学医学部が開設された。当時、政府は、西洋医学の導入にあたり、国家予算の1.9%であった文部省総予算の1割強を国立の東京大学医学部に集中させ、教育設備の拡充を図ると共に、教授陣についてはドイツを主に、海外の医師を教官として国費で招聘した。¹¹ 当時11名在籍した外国人教官の招聘経費は東大医学部予算の約3分の1に上っていた。¹²

東京大学医学部が設置された当時、国内各地には試験合格による開業を目指す学生のための公立、民間の養成校があり、その数は1879年には46校に上っていた。政府は1882年、東京大学の卒業生の教官を3名以上有するなど、一定の条件を満たす養成校の卒業生にのみ医師開業試験を免除する方針を示した。これにより1880年代には東京大学の卒業生が各地の養成校に教官として採用されたが、一方で、東大卒業生を採用するだけの経済力が無い私立の養成校の多くは閉鎖を余儀なくされた。1880年代後半には政府の緊縮財政により公立養成校の多くも閉鎖となった。1887年には医師養成校は官民合わせて13校にまで減少した。1897年には京都にも第二の国立大学が設置され、その卒業生も東京大学と同様に、カスケード方式により全国の養成校で教員として採用された。

大学の教育体制に関し、1893年にドイツの医学教育体制を範とし、附属病院の診療科と大学の講義科目を統合して講座毎に担当教授を配置する医局講座制が東京大学に導入された。その後、同様の体制は各医学校も有するようになった。戦後には医局員の人事とキャリア形成に影響を与え、教授を頂点とし

11 大内兵衛他（1962）『明治前期財政経済史料集成第四巻』明治文献資料刊行会、東京大学（1987）『東京大学百年史通史一 第二編 東京大学と官立専門機関』東京大学出版会。1880年の国家歳出決算総額63,140,897円に対して、文部省予算は1.9%の1,177,198円、そのうち、東京大学医学部予算は12.6%の148,625円を占めていた。

12 1868年、明治政府は西洋医学を国の医療基盤として採用する方針を決定した。1870年にはドイツ医学を医学教育の基本として導入すべくドイツに医学教官の派遣を要請した。東京大学医学部開設当初は、教授陣18名中11名がドイツ人の教官で、7名が留学経験のある邦人教官であった。その後、多くの東京大学医学部卒業生がドイツに留学し、帰国後、東京大学をはじめとして、各地の医学校に教官として採用された。1884年には東京大学医学部教授13名のうち、ドイツ人教官は4名、残り9名が邦人教官となり、教官の邦人化が暫時進んだ。（吉良枝郎（2005）『幕末から廃藩置県までの西洋医学』築地書館）

た講座毎の独立性と閉鎖性を有する教育研究体制が現代に至るまで継続している。

文部省は、多様なレベルの養成校を整理することを意図して 1903 年に「専門学校令」を公布し、教育体制が整った国公立 8 校と民間 2 校の医師養成校を正規の医学専門学校に指定した。¹³

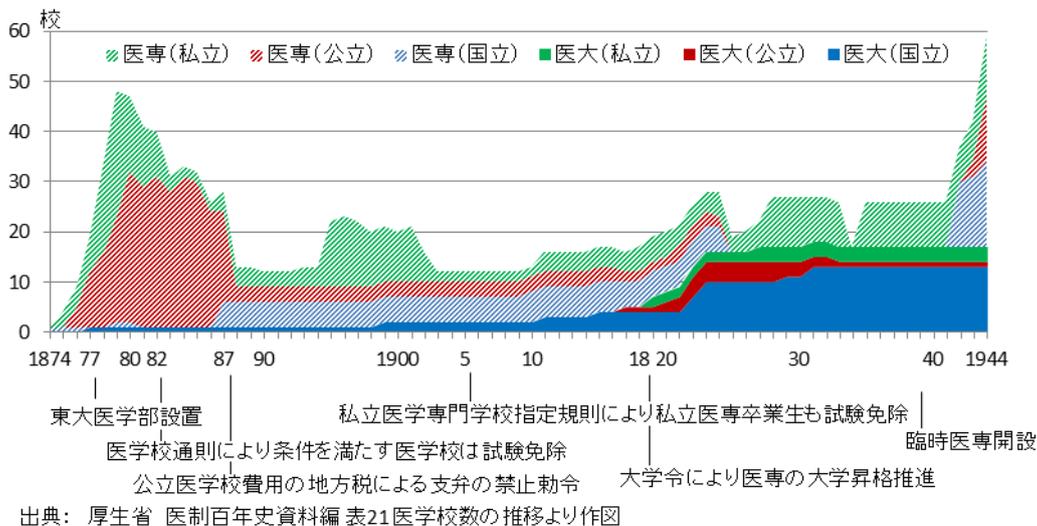
1900 年当時、文部省予算は約 5,835,000 円であったが、医学専門学校一校あたりの新設経費は約 1,300,000 円、さらに年間運営費も数十万円が必要とされた。¹⁴ そのため、医学校の設置には、国費の他、医学校の誘致を図ろうとする自治体の資金、さらには民間からの寄付なども併せて活用されていた。

1905 年には、既に開業試験が免除されていた国公立の医学専門学校に加えて、2 校の民間の医学専門学校も試験免除となった。1914 年には開業試験そのものが廃止となり、大学もしくは正規の医学専門学校の卒業をもって医師資格が付与されることとなった。

1940 年代前には戦時体制下で軍医不足を補うために臨時医学専門学校が増設された。1939 年、文部省は国立大学に臨時附属医学専門部の増設を要請し、1942 年に 13 の国立大学に臨時医専が設置され、その後、公立、私立の臨時医専も増設された。1945 年には、医科大学（医学部）は 18 校（学生数 8,480 名）、医学専門学校は 51 校（学生数 19,781 名）となった。医師速成の為に短期間で臨時医専を急増させたことは、その後、医師の技術水準や養成数について大きな課題を残すことになった。

以上、医制制定以降、第二次世界体制終結時までの医学校数の変遷は図 7 のとおり表すことができる。

図 7 医学校数（種類別）の推移（1874 年～1944 年）



医師の地理的分布に目を向けてみる。長期間に亘る詳細なデータの入手が困難だが、全国の無医村数を調べてみると、1936 年は 3,655 にあり、全町村数の約 3 割を占め、地理的な偏在が認められる。¹⁵ これは、医療サービスの提供が民間ベースであったこと、診療所の開業は自由であり、開業地域や診療料金は自由であったことに由来するものと推測される。¹⁶

図 8 のとおり、医師数の所在地を見ると、人口がより多い都市部に医師は集中していることが分かる。経営を理由に顧客の多い地域に医師が集中、偏在していたと考えられる。

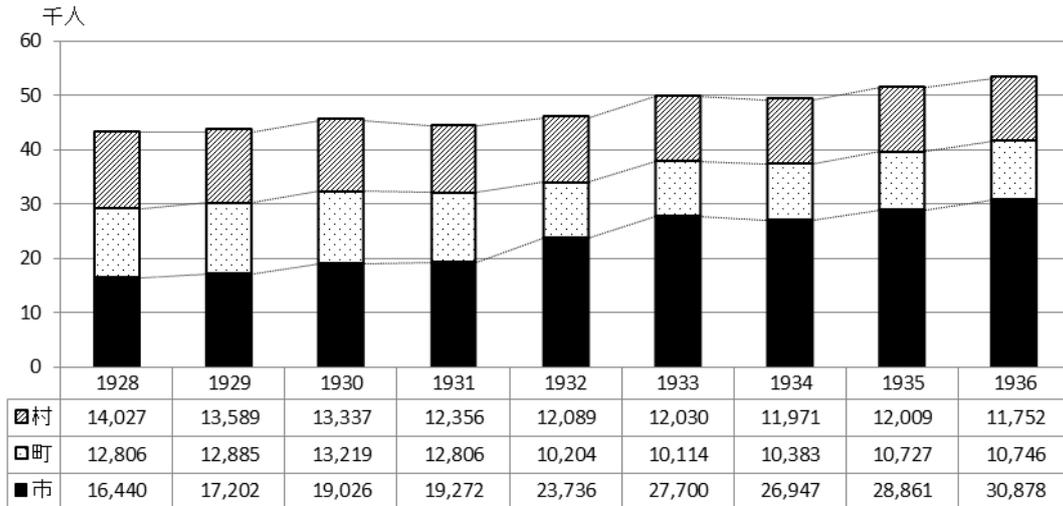
13 当時の大学医学部は 7 年間の高等学校と大学予科を経て、4 年間の修学年限であったのに対し、医学専門学校は 5 年間の中学校卒業の後、4 年間の修学年限であった。すなわち、両者には入学前に 2 年間の就学年限の格差があった。

14 九州大学（2004）『九州大学大学史料室ニュース 2004.3.31』九州大学

15 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい pp.278.

16 厚生省『衛生年報』1937 年の時点の医療施設は一般病院の 96%、診療所の 95%が個人の医師が経営していた

図8 地域別臨床医数の推移（1928年～1936年）



出典：猪飼周平 『病院の世紀の理論』（2011）有斐閣 p142 より作図

また、医師の労働条件について見ると、史料は限られるが、その所得は他の職種、医療職の中でも恵まれていた模様である。例えば、1923年から1924年にかけての東京府における女性労働者の所得についての資料によると、月収平均は中等教員が100円、小学教師が70円、保母が50円、事務員が35円であったが、開業医師は300円、非開業医は120円であった。また医療職種間で見ると、産婆が150円、看護婦が50円であり、相対的に医師が高額であったことが分かる。¹⁷

第2章 産婆

産婆は明治以前には既に分娩介助に当たる職業として一般化していた。しかし、体系的な資格と養成の制度はなく、専門職としては確立されていなかった。¹⁸ 明治政府は、1868年に産婆が間引き、墮胎、売薬に従事することを禁止した。政府は産婆の技術について制度的な整備を行う必要性を認識していたものと考えられる。

1874年に公布された医制では、産婆に関する資格や職務を初めて規定した。年齢は40歳以上、医師の下で正常産10件、難産2件以上の介助経験を経た上で、産科医等が発行する証書をもって開業免許が与えられることになった。また、医師の指示に従うことや産科機器の使用や投薬の禁止などが定められた。医制での医師の扱いと同様に、従来から営業している産婆に仮免許を授与し、営業の継続を認めるという経過措置を設けていた。

医制は当初、東京、京都、大阪の3府を対象に公布され、その後、各地の実状に合わせて段階的に施行されたため、新制度での産婆が完全に全国に普及するには医制制定から50年程度の年限を要した。

三都市では医制の公布に伴い、病院もしくは産婆らの協会によって産婆養成所が開設され、近代医学に基づいた産婆教育が実施され、東京では既に開業している産婆に対しても再教育が実施された。当時、産婆学校は修学期間が1年間で、1890年当時授業料は1か月50銭程度（当時、教員初任給が8円程度）で、学生は士族や医師の子女が多かった。

¹⁷ 猪飼修平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣 0pp. 188.

¹⁸ 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい pp. 90.

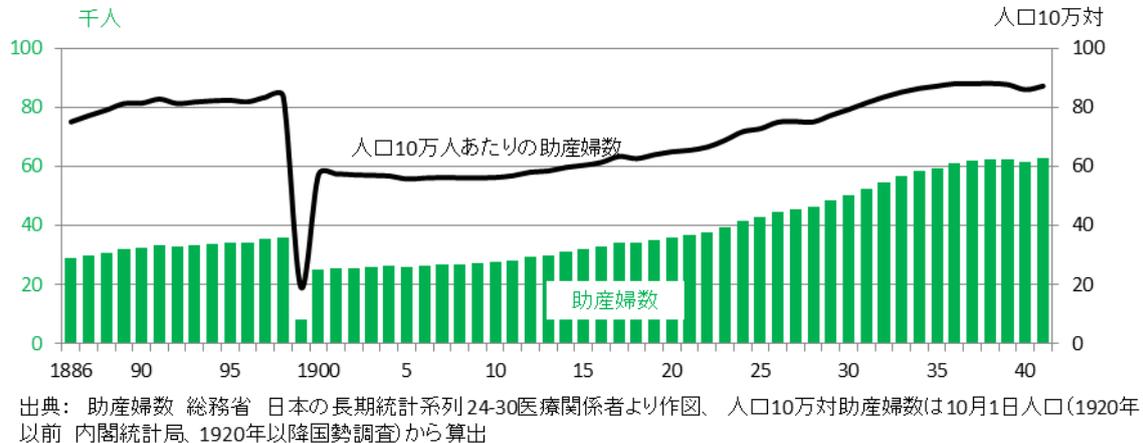
政府が全国統一的な規則として「産婆規則」を設けたのは25年後の1899年であった。当時の母子保健の指標は極めて劣悪であり、1900年の妊産婦死亡比（出生10万対）は436、乳児死亡率（出生1,000対）は155であった。

富国強兵を唱える政府は、将来の国家を担う健康な子どもの誕生を重要な政策課題と認識し、産婆の技術の向上や職務の法制化を進めていくべきと認識していた。産婆規則は20歳以上の女性との資格要件や職務上の禁止行為など、医制での産婆に関する規定を深化させる内容であった。同年、内務省は産婆の技術水準と登録者の管理を目的に「産婆試験規則」と「産婆名簿登録規則」を制定した。

1910年、政府は産婆規則を改正し、政府が指定した養成校を卒業した場合は資格試験を免除することにした。これに合わせ1912年には内務省は私立学校の指定要件を定めた。以後1948年まで特段の政策変更は見られない。

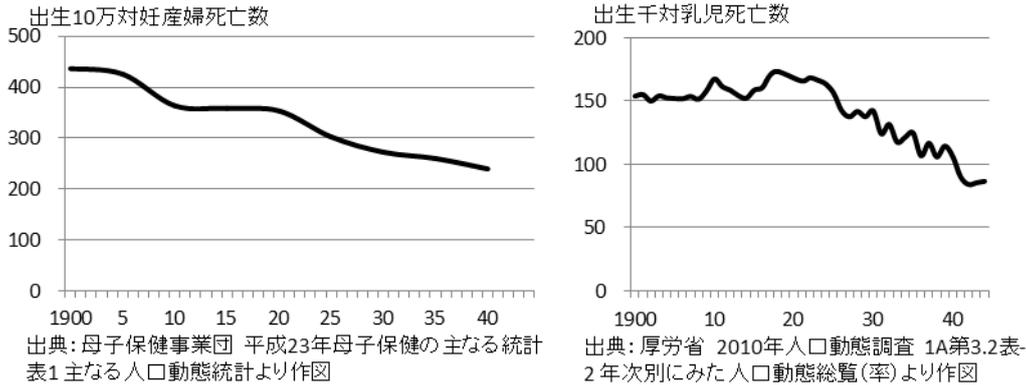
以上の政策の結果として、養成校は全国各地で拡大し、開設が始まった1875年から約40年後の1914年には127校となった。うち民間は109校と9割近く、民間ベースの人材養成が主流であったことが分かる。産婆の登録数は、1878年には12,009人であったが、20年後の1898年には35,945人に増加し、3倍となっていた。1899年に産婆名簿登録規則が制定されると、申請手続きの遅延により1899年に一旦数字上は8,367人に落ち込んだが、1900年には25,118人、1910年には27,674人、1920年には36,055人、1930年には50,312人へとほぼ直線的に増加し、1940年には61,368人になった。人口10万人対産婆数も増加し、図9のとおり、1910年には56.3人、1920年には64.4人、1930年には78.1人、1940年には85.3人となった。

図9 助産婦数の推移（総数、人口10万人あたり）（1886年～1941年）



以上のような、産婆の制度整備や数の増加が、具体的な保健指標の改善に直接及ぼした影響については、無償初等教育の普及など他の要因も併せて考える必要があるが、例えば、その職務との関連が深い妊産婦の健康状況を妊産婦死亡比で見ると図10のとおり大幅な減少が見られた。妊産婦死亡比は1940年には228.6と40年間（1900年は436.5）でほぼ半減した。乳児死亡率は1918年にピークを迎え188.6となったが、減少に転じ、1940年には90.0へと40年間（1900年は155）で3割減少した。

図 10 妊産婦死亡比及び乳児死亡率の推移（1900 年～1944 年）



この時期の産婆の政策を概括すると幾つかの特徴があった。第一に、制度整備は国が行ったが、人材の養成は民間主体で行われていた点である。第二に、制度整備の過程や内容は医師に関するそれと類似していた点である。これらの職種についての制度整備は医制を通じてほぼ同じタイミングで行われ、地理的偏在の観点から登録の例外が認められていたことなども共通していた。¹⁹ 第三に、後述するが、産婆の制度整備は看護婦と保健婦に先行していた点である。このような産婆の制度が看護婦と保健婦の制度作りに活かされていくこととなった。

第3章 看護婦

近代国家建設過程で、看護婦の人材育成政策は、実際の医療現場でのニーズに応える必要性から民間中心で養成校が多数開設されたが、その資格や職務に関する制度が整備されたのは明治維新後約 50 年の 1915 年であった。

看護業務が社会に認知されていくのには幾つかの契機があった。第一は国内外での戦争であった。1868 年前後の国内での戊辰戦争から 1914 年の第一次世界大戦までの諸戦争での救護活動が注目された。第二は自然災害であった。1888 年の磐梯山の噴火、1891 年の濃尾地方での震災などにおける災害救護活動があった。第三は開国後の 1868 年から 1920 年頃にかけて蔓延していたコレラ、腸チフス、赤痢などの外来の急性感染症患者の看護活動にあった。

このように活動が認知される機会があったが、法規制は行われず、一方でその養成は早くから進んでいた。1886 年から 1890 年にかけて 5 つの養成所（官立 1、日本赤十字社 1、私立 3）が開設され、当時世界的に広がりを見せていたナイチンゲール式の科学的で実践的な看護教育が開始された。但し、養成の内容や期間の規制は無く、自治体、医科大学、民間病院等も独自の養成校を開設した。養成校は開設が始まった 1886 年以後、全国各地に拡大し、「看護婦規則」が制定された 1915 年の時点で 330 校であった。うち民間の養成機関は 271（日本赤十字社の 40 機関を含む）と 7 割を占め、民間における養成が中心であった。

こうした状況に対し、内務省は看護婦の量や質を全国的に規制することが必要と認識し、1915 年、全国統一の看護婦規則を制定した。内務省は産婆の規則に習い、看護婦の資格要件、免許、試験、業務範

¹⁹ 1899 年制定の産婆規則には、産婆の乏しい地域に限り、5 年以内であれば産婆の営業を免許することが出来るとの規則が設けられた。医師にも同様の規則が設けられた。看護婦、保健婦には同様の規定はない。

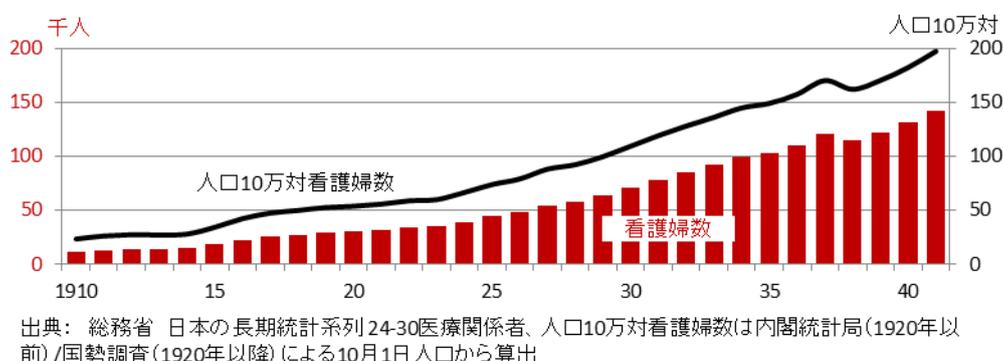
困を規定した。養成校が既に沢山開設されていた現実を勘案し、従来から業務を行っている者は一定の条件を満たせば資格が認められるとの経過措置等を規定した。

同年、内務省は産婆の規則に習い、看護教育を行う民間学校の指定要件を定めた。入学要件は、高等小学校卒、もしくは高等女学校2年生以上を修了したものとされた。

看護婦養成所の多くは併設されている医療機関によって運営され、一部を除けば、小規模で全寮制の施設において徒弟的な方法で教育が行われていた。入学金、授業料はなく、1920年当時で月額5円～10円程度（当時、女子小学校教員平均給与21円）の手当が支給される一方で、卒業後は修学期間と同程度の義務就業期間が設けられていた。こうした看護養成所の学生の多くが農村の出身者であった。²⁰

看護婦数の推移を見ると、看護婦規制が制定された1915年には18,045人であったが、その後1920年に29,978人、1930年には70,390人と着実に増加していき、1940年には130,425人と、25年間で7倍以上に増加した。図11のとおり、人口10万人の看護婦数も増加し、1910年に23.5、1920年に53.7、1930年に109.4、1940年に182.1と飛躍的に上昇した。

図11 看護婦数（総数、人口10万人対）の推移（1910年～1941年）



この時期の看護婦の政策を概括すると幾つかの特徴があった。第一に制度整備は国が行ったが、養成は民間主体で行われた点である。第二に養成校の開設が民間ベースで先に行われ、制度整備が後であった点である。第三に制度整備にあたり、先行した産婆の制度の内容をほぼそのまま活用していた点である。

20 杉田暉道・長門谷洋治・平尾真智子・石原明（2005）『看護史』医学書院

第4章 保健婦

1920年代における政府の健兵健民思想の下、当時の主要死因を占めていた結核などの慢性感染症、母子保健、工場労働者の健康管理、国民の健康全般（国民体位）の向上などに関する予防的事業を推進するため、保健婦制度が1926年に導入された。産婆が出産介助を専門としていた一方、保健婦は乳児から高齢者まで、地域に住む個人、家族、地域全体の疾病予防、健康増進、生活の質の向上を図る地域保健の専門職である。今日、保健所、企業、医療施設などで健康相談、健康教育、健康診査、妊産婦や高齢者などの家庭訪問、健康危機管理、災害時の看護活動、地域の保健計画の策定など多様な業務を行っている。

政府は1926年に小児保健所の設置に際し、保健婦を乳幼児の健康管理の訪問指導を行う者とした。戦時下で、1937年、国は住民の健康増進や保持を目的に地域の公衆衛生活動の拠点となる行政機関として保健所を設置することとした「保健所法」を制定した。保健所は国-都道府県（保健所）-市町村という行政の末端機関として、政府の保健医療の政策方針に従って、都道府県の保健医療施策を企画・実施し、同時に市町村を監督指導する立場にあった。当時既に開業医をはじめとして民間を中心とした医療機関が地域の医療面を担っており、保健所の役割は地域社会における疾病予防と健康増進に関連する活動を所掌し、地域住民への直接的な活動とともに、医療機関との連携や指導等にも向けられていた。保健所法では、保健婦は、保健所に所属し、健康相談、疾病予防指導など、保健婦は地域での国民一般への保健指導を行う者とされた。

1941年、厚生省は保健婦業務の標準化を図るべく、全国統一の「保健婦規則」を制定した。厚生省は、看護規則を制定した時と同様に産婆規則にならって、資格要件、免許、試験、業務範囲等を規定した。

保健婦の養成は看護婦と同様、当初は政府の規制は無く、多様に行われていたが、保健婦規則制定と同年の1941年、厚生省は保健婦の教育を行う私立学校の指定要件を定め、規制することにした。²¹

1937年、「保健所法」が制定された以降、保健婦の数は増大した。特に、1938年に制定された「国民健康保険法」による国民健康保険事業に保健婦の設置が盛り込まれていたことが要因であった。都市部の保健所では保健婦は府県の職員であったが、農村部では国民健康保険法により設置された国民健康保険協会が保健婦を雇用し（国保保健婦と称された）、その数は急増した。国保保健婦の登録者は、1941年2月には334名であったが、1943年12月にはほぼその10倍の3,272人に達し、1944年12月にはその倍の7,172人に増え、1945年には9,641人と拡大していった。²² 戦時下で医師が不足する中で、医師ではカバーしきれない地域住民向けの保健活動、そしてその数の拡充により存在感は増していった。

この時期の保健婦の政策の要点を概括する。第一に、その資格は戦時に備える地域保健活動の推進という国策的事業の推進役として制度化された点である。第二に、人材養成が先に行われ、制度整備が後であった点である。第三に、制度整備にあたり、先行した産婆の制度の内容をほぼそのまま踏襲していた点である。

21 1929年に日本赤十字社に1年、1937年に大阪府立社会衛生院に2年の課程が設置される等、1941年は様々な養成校が存在した。

22 内堀千代子（1985）『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史—公衆衛生実践シリーズ2—』医学書院

■第2部 1945年から1980年まで 戦後復興期から高度経済成長の終焉まで（GDP1,300～13,000ドルの時代）

1945年から1980年までは戦後復興期から高度経済成長期にあたる。GHQの下で医師の量と質が再編成されると共に、アメリカ的な公衆衛生概念がドイツ的な防疫概念に代わって浸透し、看護婦、助産婦、保健婦に関する育成政策が新たに再構成されていった。

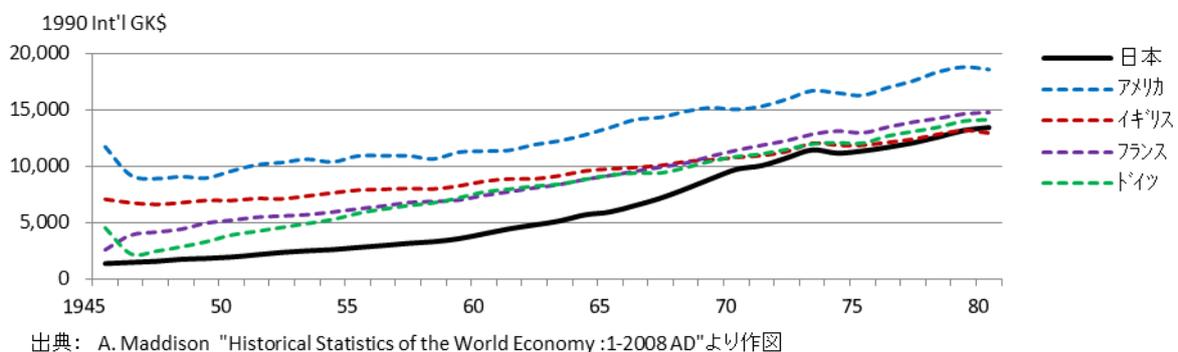
第2部では、予め当時の社会経済情勢と保健医療行政上の課題を概説した上で、この35年間を細かく、具体的には日本における社会・経済の動きに合わせて3つの時期、——すなわち、戦後復興期から高度経済成長開始期までにあたる1945年から1960年まで（GDP1,300～4,000ドルの時代）、高度経済成長期にあたる1960年から1970年まで（GDP4,000ドル～10,000ドルの時代）、安定成長を迎えた1970年から1980年まで（GDP10,000ドル～13,000ドルの時代）——に分けて、医師、看護婦、助産婦、保健婦に関する政策を順次概説する。

社会経済情勢と保健医療行政上の課題

第二次世界大戦後、連合国軍最高司令官総司令部（GHQ）の司令下で、政府は戦後復興・民主国家としての国家再建を進めた。経済の面ではアメリカからの資金（ガリオア、エロア資金）や国際機関やNGO等による国際援助により、国民の生活や工業の安定を図り、農地改革、財閥解体、労働組合の結成による社会改革を行った。1950年以降経済成長が加速化し、1952年にはサンフランシスコ平和条約により国家主権を回復し、1956年から1973年頃まで高度経済成長期を迎えた。

1945年以降の日本の経済発展を、一人あたりのGDP（1990年価格）で見ると、図12のとおり、着実な伸びが見られた。第二次世界大戦が終結した1945年は約1,300ドルであったが、1951年には2,000ドルに達し、1957年には3,000ドル、1961年には4,000ドル、1971年には10,000ドル、1980年には13,000ドル余となった。特に、実質GNPの伸びが年平均で10%に達していた1955年から1973年にかけて、これは高度経済成長期と呼ばれるが、この間の経済発展は目覚ましいものであった。

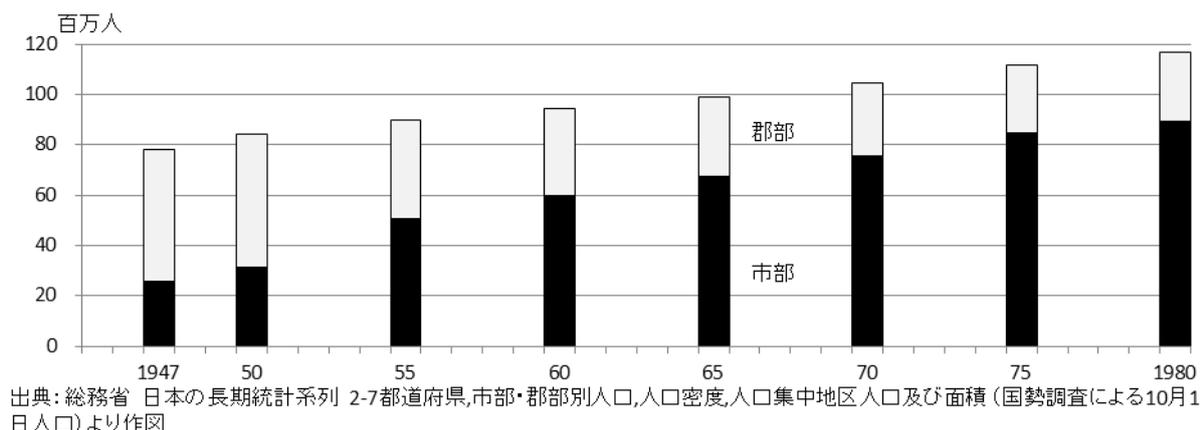
図12 主要国における一人あたりGDPの推移（1945年～1980年）



総人口は、1945年は7,216万人であったが、1967年には1億人を超え、1980年には1億1,706万人と増加した。第二次世界大戦後の1947年から1949年にかけては毎年の出生数が260万人を超え、第一

次ベビー・ブームが起きた。また、この時期の世代が親になる時期を迎えた1971年から1974年にかけては第二次ベビー・ブームが起きた。高度経済成長期には産業構造が変化し、第一次産業が減る一方、第二次産業、そして第三次産業へと比重が移った。人口の分布についても、こうした産業構造の変化に合わせて、図13のとおり、都市部に居住する人口は1950年代半ばには半数を超え、1980年には全体の7割に達し、人口の都市化は進行した。第二次産業における労働集約型の製造業の躍進によって、農村から都市への大規模な人口の移動が起こった。都市への経済や人口の集中により、地方との所得格差や地方部の過疎化が課題となった。

図13 総人口における市部・郡部別人口の推移（1945年～1980年）



保健医療面においては、1945年の戦争終結後の混乱期には、食糧難、外地からの引揚者による腸チフス、コレラなどの輸入感染症が問題となった。GHQの指示による徹底した防疫対策と環境衛生の整備によって、1960年頃までにはこれらの感染症の流行は沈静化した。

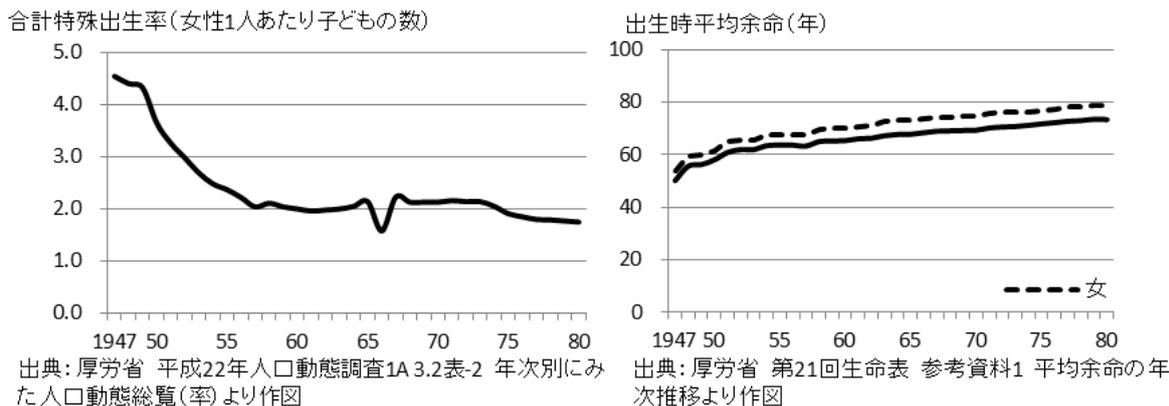
これに加えて、この時代の大きな健康課題は、戦時下から続いていた結核の流行と妊産婦及び乳幼児の死亡等であった。戦争終結後の保健行政機構の再構築、保健婦を中心として、結核患者や妊産婦、新生児への家庭訪問指導などに重きを置いた地域保健活動の推進、結核診療無償化、抗結核薬の開発や医療機器の進歩等により、1947年から1955年で14年の平均寿命の伸びが記録された。

1951年には死因の第一位は結核から脳血管疾患に代わった。1958年には死因の上位3位が脳血管疾患、がん、心疾患となり、1960年頃には主要な健康課題は感染症から非感染性疾患に移行した。

また、急速な工業化、都市化、車社会への移行等により、公害、労働衛生、交通事故による外傷なども新たな課題となってきた。図14のとおり、合計特殊出生率は2.0以下に低下し、1970年には高齢化社会を迎え、少子高齢化が顕著になった。²³ 図14のとおり、出生時平均余命も一層伸び、1980年には78.76歳（女性）、73.35歳（男性）となった。

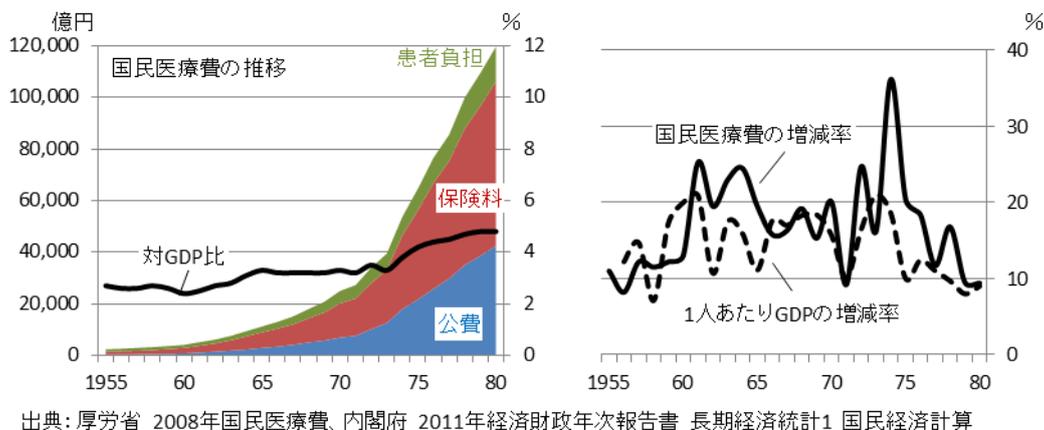
²³ 65歳以上人口が全人口に占める割合が7%を越えた社会。

図 14 合計特殊出生率及び平均寿命の推移（1947年～1980年）



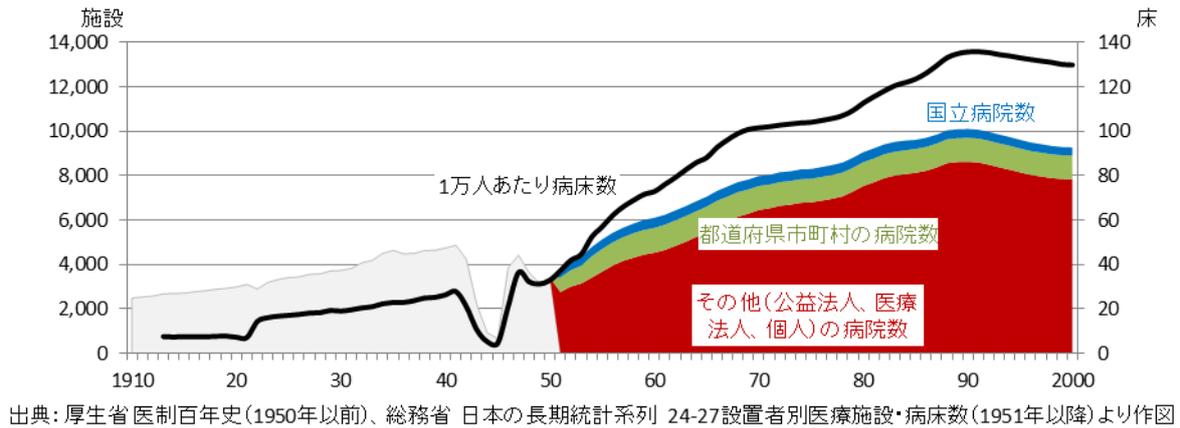
医療費の推移を見ると、図 15 のとおり、1955 年には総額 2,715 億円で GDP 比 2.78%であったものが、1980 年には総額 11 兆 9,805 億円に増加、GDP 比 4.82%に増加している。医療費の増加原因には、先に述べた非感染性疾患の拡大や高齢化と共に、医療技術の高度化、国民皆保険制度の定着、医療施設の増加、さらには福祉政策の拡大などの影響も挙げられる。1970 年代になって経済成長が鈍化する中で、医療費の増大は国家財政にとって非常に大きな課題となってきた。

図 15 国民医療費（総額、対 GDP 比）の推移（1955年～1980年）



医療施設については、1945 年の終戦直後に軍の医療施設が国立の医療機関として移管され国民にも開放されたが、国全体で見ると医療施設の大半は民間によって運営されていた。1958 年には、国民皆保険制度の整備に合わせた医療施設の拡充が求められ、政府は民間医療施設の設置・運営に対する長期・低利の融資を行う医療金融公庫を設置して、民間医療機関の整備支援を行った。その結果、1960 年には病院数 6,094、診療所数 59,008、病床数 686,743 であったものが、1980 年には病院数 9,055、診療所数 77,611、病床数 1,319,406 にまで増加した。医療施設数及び病床数の推移は図 16 のとおりである。

図 16 医療施設数及び病床数の推移（1910年～2000年）

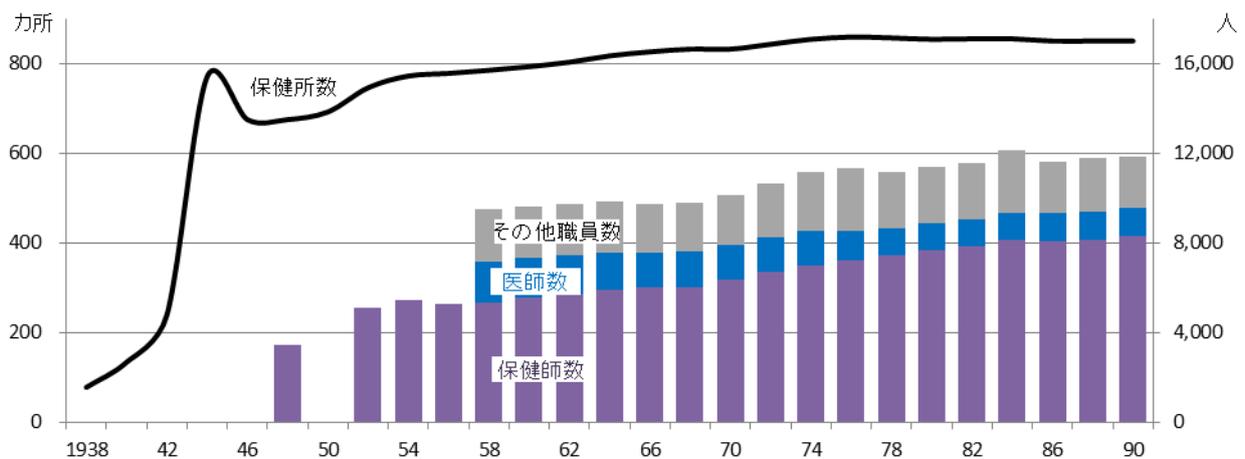


地域保健活動を行う公衆衛生施設については、戦前から整備されつつあった県所管の保健所が、戦後当初GHQの支援を得て、地域保健の行政事務と保健サービス提供の総合的な拠点として整備強化された。保健所においては、戦前から行っていた感染症対策、母子保健の向上、住民の健康増進等の業務に加えて、結核など一部の疾病の治療活動やそれまで警察署の所管業務であった食品衛生、環境衛生の取締り業務などの活動を効果的に実施するため、さまざまな職種の専門家がチームとなって活動した。

当初の保健所設置基準は、人口10万人に対して1か所を開設することとされ、医師である所長を含めて、医師、歯科医師、保健婦、獣医師、環境衛生士、栄養士、ソーシャルワーカー、放射線技師、さらに事務スタッフを含め、31名～60名が配置されることとなった。

保健所数は図17のとおり、1946年には675か所、1980年には854か所、就業者数は初期のデータがないものの、1958年には専門職だけで9,484名、1980年には11,868名が配置されていた。1978年には保健所業務のうち、家庭訪問や健康診断など地域住民への直接的な保健サービス業務は、住民により身近な行政体制下で実施するようとの目的で、新たに整備されることになった市町村所管の市町村保健センターに移管された。市町村保健センターは1980年までに303か所整備された。

図 17 保健所数と保健所職員数の推移（1938年～1990年）



第1章 1945年から1960年まで 第二次世界大戦後から高度経済成長期まで（GDP1,300～4,000ドルの時代）

戦後直後は、戦争により、医療施設の多くが破壊、閉鎖され、医薬品などの材料も不足していた混乱期であり、発疹チフスや結核に加えて、コレラなどの急性感染症の蔓延が見られた。

その後、保健婦を中心として、結核患者や妊産婦、新生児への家庭訪問指導などに重きを置いた地域保健活動の推進、結核診療無償化、抗結核薬の開発や医療機器の進歩等により、これまで日本人の主な死因を占めていた結核が急速に減少し、代わって1951年には脳血管疾患が死因の第一位を占めるようになった。また、乳児死亡率は改善し、出生率は大きく低下、多産少死から少産少死型の人口構造に転換した時代でもあった。

GHQは終戦直後の日本の保健医療体制に接し、戦前の疾病対策・研究重視の医学教育に問題があるとして、アメリカ式の、より実践的な公衆衛生学の導入を含めた医学教育改革を日本側に求めた。

こうした公衆衛生重視の政策を反映し、1947年、「新制保健所法」が制定され、地域保健の行政とサービスを包括的に実施する機関として保健所が整備され、医師や保健婦を中心に公衆衛生における活動が精力的に展開された。

「保健婦助産婦看護婦法」にて三つの看護職の資格と職務が規定されたのも、また、戦後の看護婦需要増に対応するために准看護婦制度が導入されたのもこの時代である。

健康保険は、戦後の混乱により、国民健康保険を運営する健康保険組合の事業の廃止が続出したため、1958年には国民健康保険法が全面的に改正され、国民健康保険事業の運営が市町村に義務付けられた。これにより、被用者保険加入者でない限りは在住する市町村の保険に強制加入する法律が定められ、国民皆保険の実現に向けた制度の整備が急速に進められていった。

医療機関に関しては1945年にはGHQより旧日本軍の病院が返還され、公的病院として開放された。1948年以降、病院設置への国庫からの補助が都道府県や市町村のみならず、日本赤十字社や済生会といった他の公的医療機関へ拡大された。また、民間病院については、1950年に医療法が改正され、法人化への道が開かれ、施設拡充のための資金確保が容易になった。

医師については医学専門学校の統廃合と学生処遇、公衆衛生学教育の導入と教育年限の確定、インターン制度と国家資格試験制度の導入が措置された。看護婦、助産婦、保健婦については資格や職務などの法規制、教育制度等が再整理された。また戦後の公衆衛生環境の悪化、結核の蔓延、母子保健のニーズ等から、地域保健における保健婦及び助産婦の協業が進んだ時期でもあった。以上のような政策の結果、保健人材についても明治初期から約60年間で近代化を果たし、1940年には、医師、看護婦、助産婦、保健婦合わせて総数265,046名、人口10万人あたり368.4人と、近代医学に基づいた保健人材を確保するに至った。

1. 医師

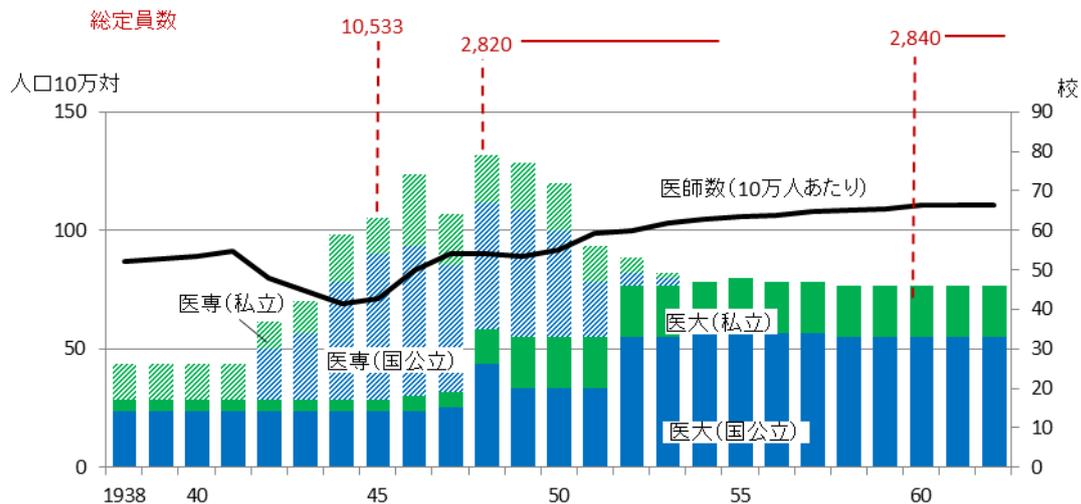
(1) 過剰な医学専門学校への対応

1945年の第二次世界大戦終結後の医師の政策を巡る大きな課題は、1945年以前に戦時下で短期間に急増した医学専門学校、及び医学専門生の過剰と技術力不足にあった。

1945年時点での医学校数と入学者数を見てみると、図18のとおり、医学専門学校は46校と学校数の7割を占め、入学者は8,225名と全数の8割を占めていた。²⁴ 1938年、すなわち臨時的に医学専門学校を設置し始める以前と比較すると、学校数で2.65倍、入学生数で3.48倍であった。これらの医学専門学校生は教育施設や実習機会が十分ではなく、修学期間も短縮されていた。医師の教育を所管する文部省は、医学専門学校の数のみならず、医学専門学校生の技術力不足も問題であるとしていた。²⁵ 日本の占領政策を担当したGHQも同様の懸念を有していた。²⁶ 医学専門学校の扱いを巡っては、当初文部省とGHQの考えには相違があった。GHQは、問題は大学レベルと専門学校レベルに二元化された教育システムにあると考え、文部省は学校数と定員数の削減、及び教育内容の改善を行いながら医科大学（医学部）と医学専門学校による二元化された教育システムは保つべきと考えていた。²⁷

GHQは医師の教育システムの在り方を本格検討することとし、1946年、文部省、厚生省、日本医師会、日本国内の主要医大の教官、GHQの中で教育政策を担当する民間情報教育局（Civil Information and Education Section）をメンバーとする医学教育審議会を設置した。審議会の中で取り上げられた主要な課題は、以下のような数（過剰）と質（低水準）に関する内容、すなわち、医師の教育システムの整理と定員の削減、公衆衛生学教育の導入と医学教育年限の確定、そしてインターン制度と医師国家資格試験の導入であった。

図18 医学校数（種類別）及び医師数（人口10万人あたり）の推移（1938年～1962年）



注：既存の資料で定員数を確認できるのは1938、1945、1948-56、1960-62年のみ。ただし、1938、1945年の数時は同年の入学者数。
 出典 学校数：1959年以前 厚生省 医制百年史 医師数：1952年以前 総務省 日本の長期統計系列24-30医療関係者；
 1953年以降 厚生省 医師・歯科医師・薬剤師調査

24 坂井建雄（2012）『日本医学教育史』東北大学出版会 pp. 213. 橋本鉦市（2008）『専門職養成の政策過程-戦後日本の医師数をめぐって』学術叢書 pp. 125.

25 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい pp. 298.

26 C. F. サムス（2007）『GHQ サムス准将の改革 戦後日本の医療福祉政策の原点』桐書房

27 同上

(2) 教育システムの一元化と定員削減

終戦直後から進められた医学専門学校の整理及び大学レベルへの統合により、1950年代初頭までには教育システムが一元化と学生定員数の削減が進み、医学校及び学生の数と質の管理が進んだ。

当初、GHQ は医学校の数を臨時医学専門学校が設置される以前に戻し、大学 18 校、医学専門学校 10 校程度とし、その他の医学専門学校は廃校とする意向であった。これに対し文部省は、医科大学（医学部）の付属医学専門学校は廃止し、他方で医科大学（医学部）が無い地域には公立の医学専門学校を存続させる考えであった。

1946 年から 1947 年に亘り、医学教育審議会は全国の医学専門学校の実情調査を行なった（医科大学（医学部）付属の医学専門学校は当初から廃止の方針のため除く）。教育施設・設備、教員体制、実習病院の有無等を存続条件とした調査の結果、戦禍により 6 校が廃止となった以外、28 校の存続が決定した。文部省は 28 校を大学へと昇格させることにした。1945 年に 63 校あった医学校は、医学専門学校の大学への移行により一時増えたものの、1954 年には 47 まで減少した。医学生数は、1945 年の 10,533 名（入学者）から、1948 年には 2,820 名（定員）へと大幅に縮減され、定員数は 1960 年代まで固定化された。なお、文部省は医学専門学校の廃止にあたり在學生に修学継続を措置し、在學生の卒業期、すなわち 1949 年から 1952 年にかけて大幅に新卒医師が増えた。

(3) 公衆衛生学教育の導入と医学教育年限の確定

GHQ は終戦直後の日本の保健医療体制に接し、感染症の蔓延、医療サービスや医療行政、統計情報の不備を指摘し、こうした公衆衛生分野の課題に早急に対応することを厚生省と文部省に指示した。

GHQ のこのような指摘の背景には、戦前の基礎医学研究重視の医学教育に問題があるとして、保健統計学や疫学、保健行政学なども含めた、より実践的なアメリカ式の公衆衛生学の導入を主にした医学教育改革を日本側に求める考えが GHQ にあった。多くの大学において社会医学部門の講座として、既存の衛生学講座や法医学講座に加えて公衆衛生学教室が開設された。

1947 年に新制保健所法が制定され、同年から全国に 700 か所を越える新制保健所の設置が開始し、その所長として公衆衛生に精通した医師の確保が求められるようになった。しかし、同分野を専門とする医師は当時殆ど養成されておらず、厚生省国立公衆衛生院は、1947 年に保健所に勤務する医師を対象とした 3 か月間の公衆衛生行政に関する研修コースを開設し、1955 年までの 9 年間で 27 回、886 名の受講者（ほぼ全国の保健所数と同数）を訓練した。1949 年からは 1 年間の本格的な公衆衛生の専門課程も開設され、毎年 10 名程度の公衆衛生専門医の養成が行われた。

さらに GHQ は、基本課程 3 年と専門課程 4 年、合計 7 年とするアメリカ式の医学教育制度の導入を構想していた。これに対し、文部省は、教育内容の変更には合意したものの、教育年数については、1945 年以前の複雑な教育体系を全体的に刷新し、新たな単線型の教育体系（6-3-3-4）への移行を準備していたことから、経済的な負担も少ない高校卒業後、6 年制の教育システムの導入を望んでいた。最終的には、期間延長を将来の努力目標とするとの条件で、6 年制（6-3-3-6）が採用されることになった。

(4) インターン制度と国家資格試験の導入

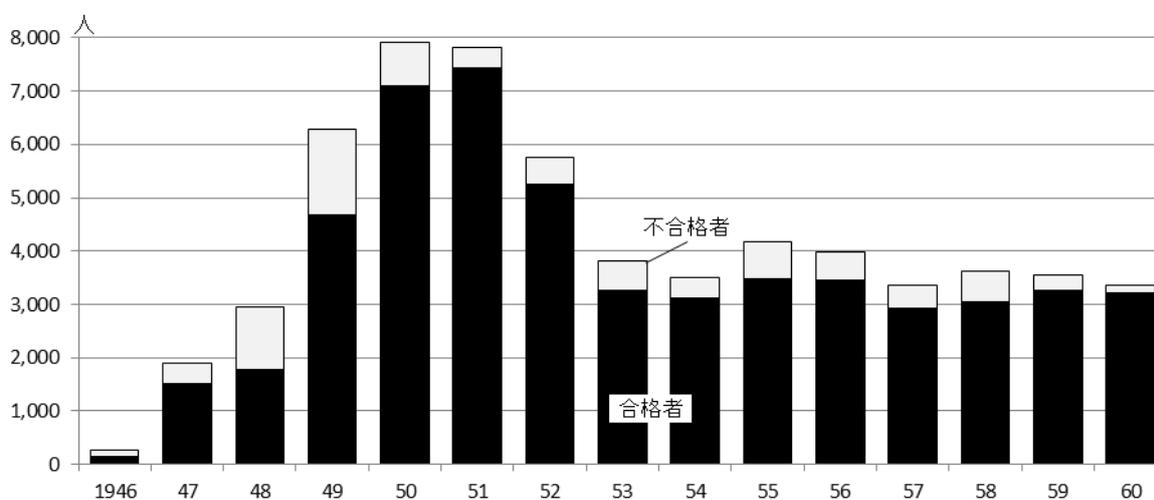
GHQ の指導下で臨床教育の充実と医師の質の向上を目的として、インターン制度と国家資格試験の導入も進められた。国家資格試験は 1914 年までは実施されていたが、その後医学部卒業をもって医師免許が付与されたため、廃止されていた。両制度に関しては医師の質の向上を図りたいとの GHQ と日本側

の意向が一致していたため、早期に導入が合意された。1946年、インターン制度が開始され、1947年にはインターン修了を資格要件とする国家資格試験が開始された。

インターン制度は、実施検討段階において、研修先となる病院等の指導体制やインターンの身分や処遇、病院の受入体制等の調査が十分になされない中での導入となった。そのため、インターン制度への不満が高まり、1960年代には大きな社会問題となった。

一方、新卒者が急激に増加した時期において、国家資格試験は教育レベルの標準化、試験によって人材の質の管理をある程度果たしていたと考えられる。各年の受験者数、合格者数、合格率は図19のとおりであるが、合格率を見ると、1947年から1949年の3年間は81%~86%、1950年代半ばから1960年代は87%~98%であった。新卒者が急増した1947年から1949年までの合格率は低めであり、質の管理がある程度作用したと考えられる。なお、1960年以降の合格率は90%以上を保っている。

図19 医師国家資格試験受験者数（合格者・不合格者）の推移（1946年~1960年）



出典：吉岡昭正 医師国家試験 日本医学教育学会 医学教育白書 初版(1973年)

2. 看護婦、助産婦、保健婦

(1) 法規制再整備の必要性

戦後、看護婦、助産婦、保健婦の資格や職務に関し、政策当事者らの意識や改善についての考えは様々であった。GHQは看護婦の技術不足と医師との関係、養成制度を含めた看護婦、助産婦、保健婦の制度の不備が問題との認識を有し、三職を統合した制度の整備が望ましいと考えていた。²⁸ 日本側においては、医師の中では看護婦の専門職としての資格の高度化に対して目立った動きは無かった。他方、看護婦、保健婦の中には、新憲法に謳われた男女同権や女性の働く権利を具現する専門職としての制度化への期待を持つ者もいた。²⁹ 当時既に専門職として独立して活動を行っていた助産婦の中には、その形成過程や教育体制が看護婦、保健婦と異なるため、制度統合に反対する動きもあった。

制度整備の政策形成はGHQが主導した。GHQは1945年には、GHQ内部に看護課(NAD: Nursing Affairs Division)を設置すると共に、厚生省にも看護部門の行政体制を整えるよう指示し、1948年には医務局

28 杉山章子 (1995) 『占領期の医療改革』 勁草書房

29 同上

内に看護婦資格を持つ課長を筆頭に 17 名からなる看護課が設置され、同課を拠点として本格的な看護分野の改革が進められた。

NAD が導入しようとした新たな看護婦のモデルは、当時アメリカでも導入段階であった看護婦の機能を医療施設での診療補助だけでなく、地域社会での疾病予防、健康増進も含めたもので、当時日本での保健師に相当する案であった。³⁰ NAD は、看護学校の入学資格を高校卒に引き上げ、3 年間の臨床看護、公衆衛生、助産の総合カリキュラムによって保健師として教育し、卒業後に専門領域を選択する制度を提案した。しかし、日本側関係者の間では、看護学校の入学資格を高くすると志願者が減り看護婦不足を助長する等の意見があり、また、助産師の専門職資格に対する考慮もなされていないとの反発もあり、NAD 案は実を結ばなかった。³¹

(2) 保健婦助産婦看護婦法の制定と准看護婦制の導入

看護婦、助産婦、保健婦の法・規制は、1948 年の保健婦助産婦看護婦法の制定と 1951 年の改正によりその基盤が確立された。その内容は各職の地位や質の向上と、当時の看護婦不足に対処する現実的な対処が含まれたものであった。

1948 年、保健婦助産婦看護婦法により看護婦、助産婦、保健婦の資格要件と職務内容、教育システムが規定された。助産婦と保健婦は看護婦の上位資格となり、看護教育は三職共通になった。

看護婦は教育年限及び与えられる資格（国家資格・都道府県資格）の種類に応じて甲乙の 2 種類となった。³² 三職共に国家資格試験を必須として、看護婦については既存の人材についても国家資格試験を必須とした。このような規定により、三職は専門職として明確に位置付けられ、また教育課程の共通化・標準化、国家資格試験の導入により技術水準の担保等、質の向上が図られることになった。

しかし、このような規定は、看護婦については当時の需要に追いつかない面もあった。同法は甲種看護婦の教育課程への入学条件を高卒以上としたが、当時、高校への就学率が高くなく（例えば、女性は 40%に達していない状況であった。）、受験者の確保が困難な状況もあった。また、既存の看護婦に国家資格試験の受験を義務付けたことも、甲種において人材難を招くことにもなった。また、乙種看護婦に業務制限を設けたため、医療現場でのニーズに応えられない状況も生じていた。

このような課題を克服すべく、1951 年には保健婦助産婦看護婦法は改正されることになった。改正の要点は、甲乙 2 種の看護婦制度を廃止すること、改正前の甲種看護婦を看護婦にすること、中卒後 2 年間の教育で業務の制限事項がない都道府県での免許許可制の「准看護婦」を新たに設けることにあった。また、労働組合や看護団体の強い働きかけを受け、同年、再度法改正され、既存の看護婦で国家試験未了のものでも 13 年以上の勤務経験があれば新しい制度の看護婦資格取得が可能となった。

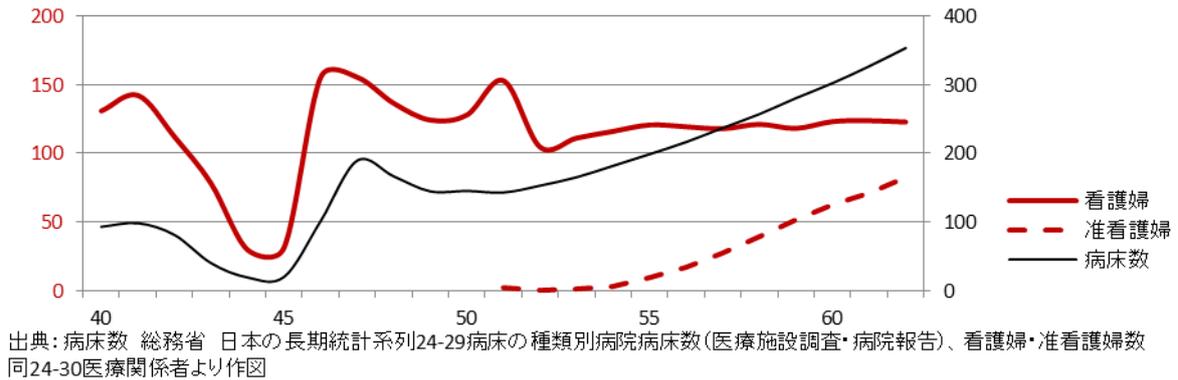
このような改正を通じて、実際に需要増への対応は進むことになった。図 20 のとおり、保健婦助産婦看護婦法改正後の 1950 年代の看護婦・准看護婦の数の変化を見ると、看護婦数の増加は極めてゆっくりとしたものであった一方で、准看護婦数は病床数の増加に合わせて法改正 3 年後の 1954 年から一気に増加し、1962 年には看護婦総数 205,087 名の 40.1%にあたる 82,253 名にまで増加した。このようにして数から見ると、准看護婦制度の導入は当時の看護婦の需要にできていたと考えられる。

30 当時アメリカでは、1923 年のウインスロー・ゴールドマーク報告によって社会医学と保健医療を重視した看護活動が紹介され、同報告は看護婦の社会地位向上の契機となった。1945 年には全米看護連盟 (National League for Nursing : NLN) が結成され、社会における役割の拡大と専門職としての看護教育のあり方を示すブラウン報告が発表された。

31 「保健師」法案は国会審議に上程されなかったこともあり、廃止の経緯を確認する資料が十分でない。

32 2 種類とは高等学校卒業後 3 年間の教育、国家資格者と中学校卒業後 2 年間の教育、都道府県資格者をいう。

図 20 看護婦数・准看護婦数、病床数の推移（1940年～1962年）



一方で准看護婦は、看護婦との業務区分や処遇差などもあり、その後制度改善が政策課題となっていた。また、当時、多くの准看護婦が、処遇の向上と高度な看護技術の習得を目指し、看護婦への転進を希望していた。准看護婦制度導入の早くも6年後の1957年、厚生省と文部省は准看護婦資格所持者に対し、2年間課程の看護婦教育コースを設定して、看護婦への転進支援を行うこととした。同コースの入学者数は1960年には看護婦学校入学者総数(4,560名)の9%(407名)、1964年には22%(入学者総数6,276名、2年課程入学者数1,360名)と拡大していった。

(3) 保健所を拠点にした公衆衛生活動の拡大

終戦直後、結核、コレラ、赤痢などの感染症対策と急激な出生率の上昇に伴う母子保健対策が大きな課題となっており、GHQと厚生省はこうした課題に対して、医療サービスや予防対策、啓発活動の事業を統合して保健所を拠点とした包括的な地域公衆衛生システムを構築しようとした。

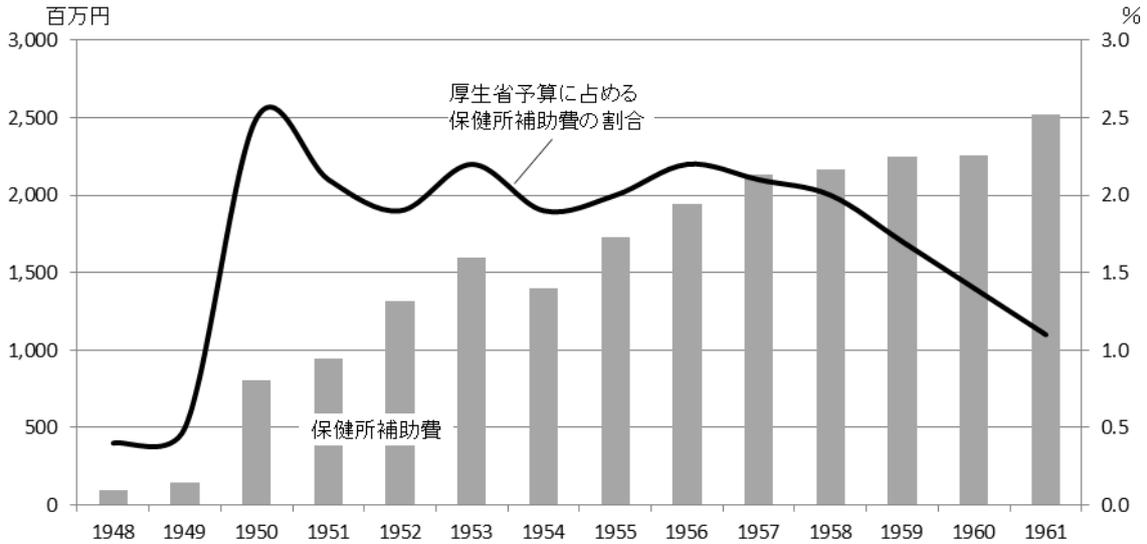
1947年に制定された新制保健所法では、従来から保健所が行っていた母子保健や結核予防などの保健衛生指導業務の更なる強化に加えて、結核の診断検査や公衆衛生関係の行政事務の処理、警察署において取り扱われていた食品などの衛生監督業務を移管する等、保健所機能の拡大が図られた。同法に基づき、1952年の占領終結時までには、人口10万人あたり1か所を基準に全国都道府県に724か所の保健所が設置された。

新制保健所は各都道府県に設置された衛生部の出先機関として地域の保健医療施策を企画・実施すると同時に、市町村や医療機関に対して指導・監督する機能も有した。新制保健所法では、保健所1か所あたり35名～61名の定員とし、所長をはじめ複数の医師、歯科医師、獣医師、放射線技師、環境衛生監視員、栄養士など多様な医療関係者や事務スタッフと共に広範な保健指導と地域保健行政業務を合わせて行う保健婦が配置された。保健所の保健婦定員数は全国全体で3,215名に上った。³³

保健所整備にかかる国費の予算措置を見ると、1950年には厚生省予算の2.5%にあたる8億654万円が支出されている。1950代後半には、全国的な保健所の施設整備が進んだことと、保健所機能が次第に特定化されてきたために、図21のとおり、増額率、厚生省予算に占める割合と共に減少するようになった。

33 1947年8月1日厚生省三木技官国会答弁

図 21 保健所補助費の額及び厚生省予算に占める割合の推移（1948年～1961年）



出典：財務省 予算・決算書データベース、厚生省 厚生行政年次報告より作図

(4) 保健婦・助産婦による地域保健活動

保健婦の職務内容は、母子保健、感染症対策のサービス提供と統計情報整備、市町村保健担当部署への指導等の行政業務の両面に亘り極めて広範なものとなっていった。新制保健所体制の下での公衆衛生事業の実施にあたって、GHQ と厚生省は医師や他の保健所スタッフと同様に保健婦に対して 4 か月間に亘る実践的な現任訓練を行った。その内容は過去の教育不足を補うと共に、将来指導者や教員になるための事業計画策定、評価手法、研究的な学習活動などの実践的で看護の領域を越えた広い範囲のものであった。また訓練の指導者として GHQ の保健専門家が配置されるなどアメリカの公衆衛生学の概念を取り入れた先進的な訓練が実施された。こうした訓練を通じて保健婦は従来の職域を越え、医師や行政官らと連携しつつ自立した保健婦業務を実施する能力を身に付けていった。

こうした中、1949 年に厚生省は「保健婦業務指導指針」を発表し、多様な職場に勤務する保健婦の業務内容をより具体的に規定しその活動を指導支援する体制を整備した。保健所に配置された保健婦は、結核対策をはじめとする感染症対策の家庭訪問、在宅の患者のフォローのようなアウトリーチ活動から、保健所における乳幼児健診、妊産婦健診、健康教育・健康相談活動、さらには地域の市町村や医療機関との連携や指導監督業務まで、多様な業務を担うことになった。市町村の国民健康保険組合にも多くの保健婦が配置(1946年の時点で全国に7,586名)され、各市町村の被保険者の健康管理業務、国保診療所での診療補助業務を行っていた。当時の市町村の地域医療の体制は十分に整備されておらず、へき地や無医村の保健婦は、時には医師の業務に近い活動まで求められる状況におかれていた。指導指針ではこうした国民健康保険組合配置の保健婦に対する県保健所保健婦による指導体制の強化等も含まれ、保健婦の活動環境の改善が図られた。

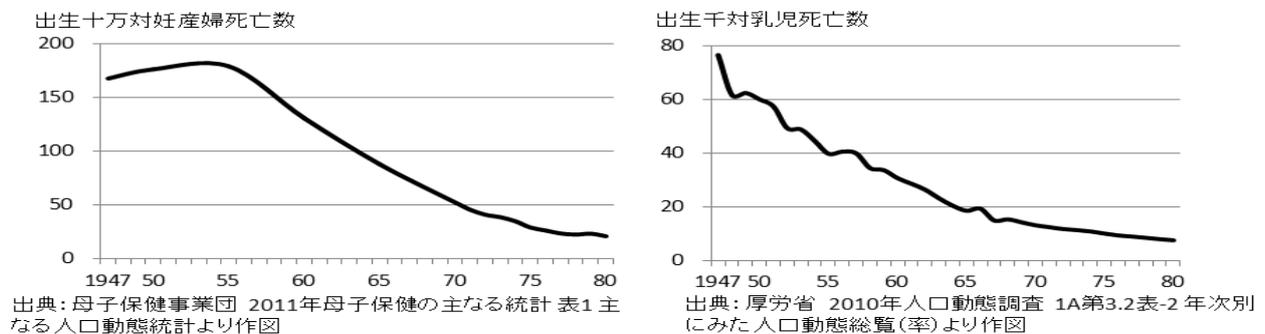
助産婦も、従来の出産介助業務に留まらず、地域の母子保健や家族計画の啓発活動に大きな貢献をした。1950年の出産場所の状況を見ると、都市部で88.7%、農村部で98.9%、全体で95.4%が自宅分娩であり、殆どの出産は助産婦の介助下にあった。³⁴ そうした中で1947年から1949年にかけてのベビ

34 母子保健事業団（2006）『母子保健の主なる統計』母子保健事業団

一・ブームの際に、望まない妊娠や非合法の中絶が増大したこともあり、家族計画の導入が求められた。助産婦は受胎調整実地指導者としての資格が付与され、保健所やコミュニティーに出向いて家族計画の指導や避妊具の配布等の活動を活発に行った。当初、助産婦の技術能力を疑問視していた GHQ 関係者は、助産師の活動現場の視察等を通じて、出産介助の技術力と共に産前産後の母子健康管理、家族計画指導の知見の高さを認識して、積極的にその役割を認めるようになった。³⁵

母子保健事業との関連で妊産婦死亡比と乳児死亡率を見ると、図 22 のとおり、妊産婦死亡比は一時期上昇したものの、その後大幅に減少し、乳児死亡率は、1947 年から 1957 年の 10 年間でほぼ半減（1947 年 76.7、1957 年 40.0）している。保健指標の改善に直接的に与えた影響については厳密な分析は困難であると考えられるが、第二次世界大戦後の医療サービスの乏しい時期に、地域保健の専門職として、医師とも連携・職務分担した保健婦、助産婦が感染症対策や母子保健事業に果たした役割は大きいものであったと言える。

図 22 妊産婦死亡比と乳死亡率の推移(1947 年～1980 年)



(5) 保健医療ニーズの変化に伴う保健婦、助産婦の役割の変化

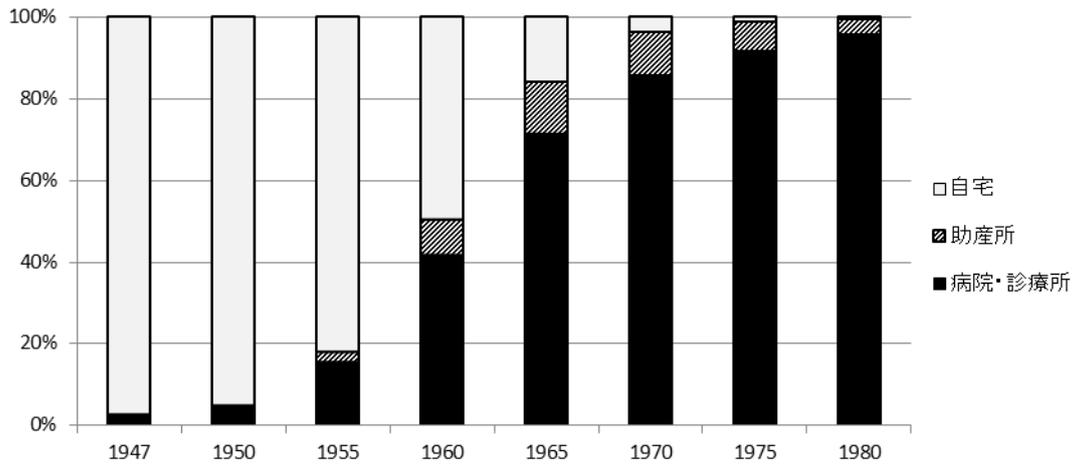
1950 年代後半になると、公衆衛生課題の改善と医療機関の増加に伴って保健婦、助産婦の活動の場が減少していった。戦後の感染症対策や母子保健・家族計画等の活発な公衆衛生事業の結果、図 19 や図 26 のように、乳児・妊産婦死亡率や感染症の減少など主な健康指標は 1950 年代後半までに急激に改善し、また、図 14 のように出生率も大幅に低下した。

一方、公的な健康保険の普及と医療施設の整備に伴い、国民の医療機関へのアクセスも増加した。こうした状況の中で、保健所の医療サービス機関としての役割の縮小に併せて巡回訪問や患者カウンセリング等の保健婦の活動の場も減少していった。助産婦についても、妊産婦が高度な医療機器が揃った医療機関での医師や看護婦による施設分娩を志向するようになり、図 23 のとおり、自宅での介助業務が減少し、助産婦の需要も減少した。

このような医療ニーズの変化の中で、保健婦は、所在特性に応じた保健所の機能（都市型、農村型、混合型、へき地型）に合わせ、公害等の環境衛生、老人保健、へき地医療等への展開や、企業内の産業保健等の特定の分野に分化した活動に参画するようになった。助産婦も、医療機関内で医師の下での分娩介助を行う勤務助産婦が徐々に増加するようになった。

35 大林道子 (2006) 『助産婦の戦後』 勁草書房

図 23 自宅分娩・施設分娩の割合の推移（1947年～1965年）



出典：厚労省 1997年人口動態調査 上巻 表4.8 出生の場所別にみた年次別出生数百分率

第2章 1960年から1970年まで 高度経済成長期（GDP4,000ドル～10,000ドルの時代）

この時代は、少産少死型の社会に突入し、生活習慣病の問題が顕在化すると共に、経済成長に伴い、重工業や製造業が躍進し、農村から都市へ急速な人口移動が進むと同時に、労働災害や公害などが主要な課題として注目されるようになった時代である。また、次第に増加しつつある高齢者への医療と福祉の取り組みも始まった時代にあたる。

1958年に制定された「新国民健康保険法」に基づき、1961年には市町村が運営する国民健康保険事業が全国で整備され、一定の自己負担で必要な医療を受けられる国民皆保険が確立した。国民皆保険が達成される前年の1960年当時は国民医療費総額が4,095億円（うち保険者保険料負担が2,063億円50.4%、公費（国庫及び地方自治体）負担が804億円19.6%、患者負担が1,229億円30.0%）、対GDP比2.45%であった。これに対し、1970年では国民医療総額2兆4,962億円（うち保険料負担が1兆3,241億円53.0%、公費負担が6,901億円27.6%、患者負担が4,820億円19.3%）、対GDP比で3.32%と増加した。

高度な経済成長と1961年の国民皆保険の実現による医療需要の増加を背景に、医師については数不足が認識され、既存の医科大学（医学部）による定員数増が措置された。看護婦については数の不足、教育の質向上、労働条件改善が課題と認識され、准看護婦の養成、離職看護婦の復帰支援、教育の強化、就業環境や処遇の改善が措置された。

1. 医師

(1) 医師数に関する認識転換（過剰から不足へ）

医学専門学校の整理が終わった1954年頃から1960年代初頭までは、医師は供給過剰との認識があった。³⁶ところが、1963年になると厚生省は将来的に医師数が不足するとの認識に転じ、以後80年代まで同様の認識が維持される。³⁷医師の養成計画を所掌する文部省も同じ認識を有していた。³⁸

認識の変化をもたらした主な要因は国民皆保険による医療需要の増加であった。1961年に国民皆保険が実現し、国民が医療を受ける上での経済的制約が緩和され、医療需要が大幅に増大した。³⁹図24のとおり、1950年代より国民の受療率は増加の一途を辿っており、医療機関も増大し、医師数の増大が求められることになった。

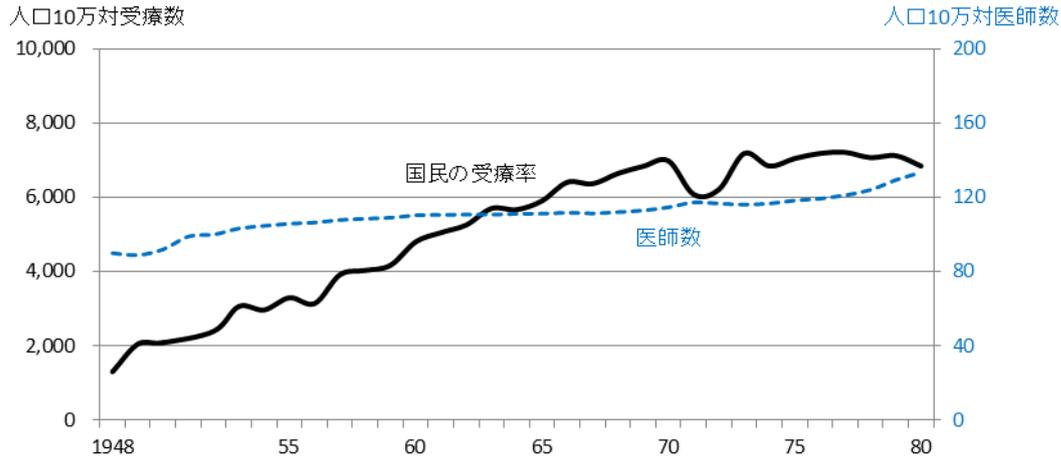
36 厚生省（1976）『医制百年史』ぎょうせい pp.539. 厚生省（1957）『厚生白書昭和32年版』

37 厚生省は、厚生省（1963）『厚生白書昭和38年版』にて初めて医師不足を指摘した。1980年代まで『厚生白書』では医師の不足についての言及、認識が維持されている。

38 1964年3月5日文部省灘尾大臣国会答弁、1970年8月10日文部省村山大学学術局長国会答弁

39 1967年11月16日厚生省若松医務局長国会答弁

図 24 人口 10 万人あたりの受療数及び医師数の推移 (1948 年～1980 年)



出典: 総務省 日本の長期統計系列 24-14 年齢階級別受療率-人口10万人あたり(患者調査結果から算出)、24-30 医療関係者数(衛生行政報告例、医師・歯科医師・薬剤師調査から算出)より作図

民間の医療機関の増大の背景には、国による制度面での整備があった。1948 年には医療機関に関する「医療法」が制定された。これは、病院、診療所、助産所などの医療施設、医療計画、医療法人など、医療体制の仕組みと整備を規定することを目指すものであった。しかし、緊縮的な財政状況下で公的病院の整備が遅延していることもあり、1950 年に同法が改正されて医療法人の創設認可、税法上の優遇など、民間の機関の設立や整備を推進する仕組みが作られた。また 1960 年に医療金融公庫法が制定され、民間医療機関に対して長期低利融資が行われるようになった。1945 年以前から、施設基準を満たせばどこでも自由に開業することは可能であったが、当時の政府は、これらの法規制により、医療サービスの供給に一定の管理を行うことを目的としていたと考えられる。

一方で、国民皆保険制度の整備が進む中で、民間による医療施設の整備が十分に期待出来ない農村部では、国民健康保険組合の管理者である市町村が健康保険の資金を活用して直接、病院や診療所を運営する国民健康保険診療施設も整備された。1966 年の時点で国保病院は約 550 か所、国保診療所は約 2,050 か所が農村部を中心に設置され、医療施設数の地域間格差の緩和に一定の貢献をしていた。

当時の政策当事者の医師数の需給バランスの分析に関し、厚生省は新規に養成され労働マーケットに参入する数から、死亡その他により労働マーケットから退出する数を差し引くという比較的簡便なモデルによって一定の政策判断がなされていたと考えられる。⁴⁰ したがって、供給側での男女別の卒後就業率や医師の労働生産性、あるいは需要側での受診率についてなど、需給バランスの厳密な定義や細かな試算モデル等は存在していなかった模様である。厚生省における医師の需給に関する科学研究は、1984 年から開催された「将来の医師需要に関する検討委員会」まで待つことになる。1960 年代当時はエビデンスというよりは簡易な試算、あるいは政策当事者の経験的な判断に委ねるといった側面があったと推測される。

以上のように、厚生省と文部省は 1963 年度に将来医師は不足するとの認識を持つに至り、具体的な

40 厚生省 (1976) 『医制百年史』 ぎょうせい pp.539. には「昭和三十年 (1955 年) 代の当初においては (略) 医師については年約 3,000 人の医科大学卒業生が産まれていたので、将来における需給バランスも適当であると予測されていた。」とある。厚生省 (1964) 『厚生白書昭和 39 年版』には「現在毎年 3,000 人から 3,500 人ぐらいの医師が新たに送り出されているが、死亡その他によって 1,000 人以上の医師が減少しており、その結果おおむね 1,000~2,000 人の医師が増加している。しかしながら、わが国の医療の動向から見て、将来さらに医師の必要数がかなり増大するものと予測されるので、今後の需給については慎重な検討を要するところである。」とある。

措置をとり始める。厚生省は医師数の充足状況を判断するための指標として人口 10 万人対医師数を用い、これにより、当時の先進諸国並みであるかどうかという相対的な比較を行うこととした。⁴¹ ⁴² しかしながら、その数値目標や達成期限等は算出困難との考えにより、両省は医師数についての明確な目標水準や達成時期は定めなかった。⁴³

(2) 既存の医科大学（医学部）の定員数増

厚生省及び文部省が医師数を増やすために採用した政策手段は、既にある医科大学（医学部）の定員数を増やすことであった。他の政策、例えば、医科大学（医学部）の新設に比べて、立法・行政上の手続きが少なく、財源手当ても相対的に軽微なものに留まると考えられたのがその理由と推察される。

医師の需給検討は厚生省、医学生生の養成計画は文部省の所管である。厚生省が医師の需給を検討し、厚生省が文部省に定員の検討を要請、文部省が定員の検討と策定を行うという仕組みがあった。⁴⁴

厚生省における定員増の検証は 1962 年末から始まった。⁴⁵ 図 25 のとおり、文部省は 1963 年度から 1969 年度まで既にある医科大学（医学部）の定員数を毎年順次増やし、最終的に国立 24 校、公立 9 校、私立 13 校、計 46 校に及んだ。文部省は国立大学の定員増に際し、定員数が 60 名以下の学校は 60 名へ、80 名を有する校は 100 名へと引き上げ、数の標準化と大学規模による整理をした。医科大学（医学部）の定員数は 1963 年度から 1969 年度にかけて 2,840 人から 4,040 人と 1,200 人増え、約 1.4 倍となった。

図 25 医科大学数及び定員数の推移（1960 年～1969 年）

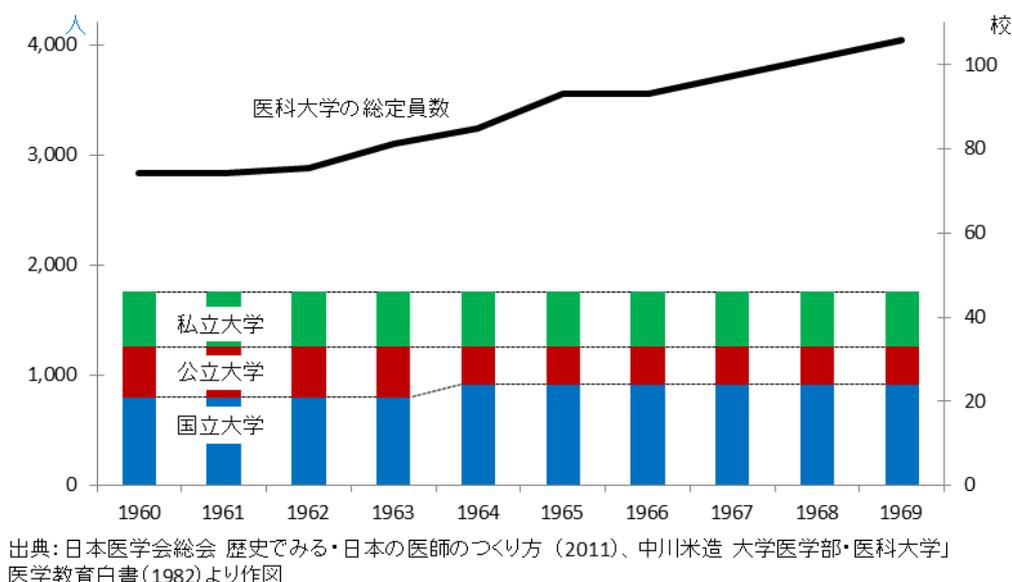


図 26 のとおり、医師数は 1960 年 103,131 人であったが、1970 年には 118,990 人、1975 年には 132,479 人へと増加した。人口 10 万人対医師数は、1960 年は 110.8 人であったものが、1970 年には 113.0 人、1975 年には 114.7 人へと増加した。

41 1966 年 3 月 25 日厚生省渥美医務局長国会答弁

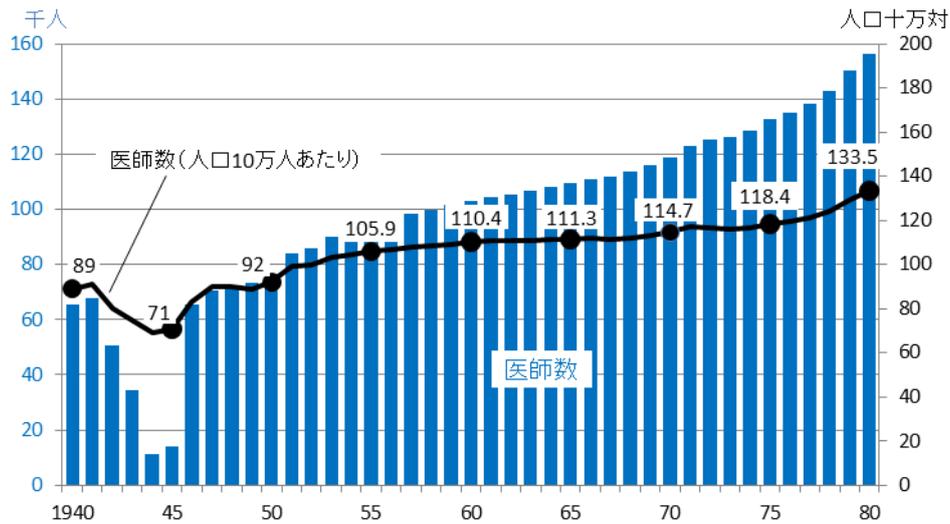
42 厚生省（1963）『厚生白書昭和 38 年版』、厚生省（1964）『厚生白書昭和 39 年版』

43 1963 年 3 月 29 日厚生省尾崎医務局長答弁、1965 年 3 月 23 日文部省村山大学学術局長答弁。

44 1963 年 3 月 29 日厚生省尾崎医務局長国会答弁、1964 年 3 月 5 日文部省灘尾大臣国会答弁、1967 年 11 月 16 日厚生省坊大臣国会答弁、1967 年 11 月 16 日文部省宮地大学学術局長国会答弁

45 1963 年 3 月 29 日厚生省尾崎医務局長国会答弁

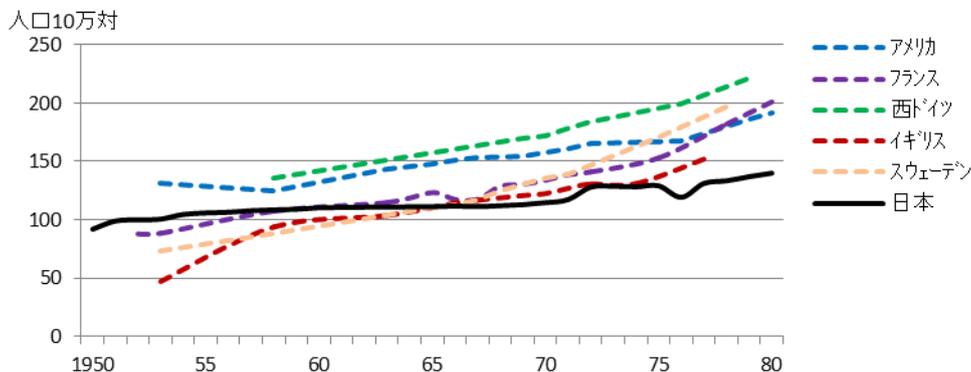
図 26 医師数（総数、人口 10 万人あたり）の推移（1940 年～1980 年）



出典：総務省 日本の長期統計系列 24-30医療関係者(1952以前衛生局年報等、1953以降医師・歯科医師・薬剤師調査)より作図

人口 10 万人対医師数を国際的に比較すると図 27 のとおりである。前述のように目標の基準値や期限の設定がなされなかったこともあり、政策評価を行うことは難しい。しかし、少なくとも 1969 年度においてもなお、厚生省は医療需要の増大に必ずしも十分に対応していないとの認識を有していた。⁴⁶ この認識が引き続き 1980 年代においても、医師数の増大を目的とした政策を促すことになる。

図 27 主要国における医師数（人口 10 万人あたり）の推移（1950 年～1980 年）



出典：厚生省 昭和31～59年(1956～84)厚生行政年次報告より作図

(3) インターン制度の廃止と臨床研修制度の実施

医師資格取得前のインターン制度は 1946 年に導入されたが、その後インターン制の身分保障が不十分であったこと、また病院の研修受入体制が不備であったことから、学生からの不満も多く、社会的にも問題視されるようになった。1967 年には、9 割のインターン生が国家資格試験の受験をボイコットするという事態にまで発展した。このような事態を受けて、1968 年には医師法が改正され、インターン制

46 厚生省（1969）『厚生白書昭和 44 年版』、厚生省（1970）『厚生白書昭和 45 年版』

度は廃止され、医学生は医学部を卒業後直ちに国家試験を受験することが可能になった。また、インターン制度廃止後の卒後の技量向上の機会として、新規に医師免許を得た者を対象に、2年以上、指定された研修医療機関において臨床研修を行うことが努力目標とされた。

このような制度改正の結果、研修医は医師として一定の身分保障をされることになったが、研修内容自体は、従来から存在した医局制度の体制の中での人事ローテーションの一環として出身大学や関連病院で行われ、出身の医局と関連する単一の診療科であることが大半であった。そのために総合医として必要とされる幅広い臨床経験を得るという観点からは十分なものといえるものではなかった。この時期、大学医局は、当時若手医師の多くが博士学位の取得を選好していたことから学位提供の場として、また関連病院での臨床経験の機会提供の機関として、医師の生涯に亘るキャリア形成のコア機関とのとして機能を拡大していった。当時、医師不足が深刻であった医療機関にとって、大学医局は医師供給元として貴重な存在であり、その結びつきが一層強化されていった時期でもあった。

(4) 専門医制度の萌芽

1960年代は、医療の高度化に伴って、社会的にも医師の専門性を求める機運が高まり、1962年の麻酔科学会による麻酔指導医制度に始まる専門医制度の萌芽がみられた。学会が任命する経験の豊富な麻酔科指導医師のもとでの研修を修了することで学会承認の麻酔科専門医として認定されることとなった。さらに、1966年には放射線医学会と脳神経学会、1968年には内科学会、1977年には外科学会が認定医制度を設置した。しかし、これらの制度は、それぞれの学会が独自に基準を設定したもので、ヨーロッパ諸国で見られるような医療サービスシステムの中で家庭医（もしくは一般医）と区別した医師の資格を法的に規定するものではなかった。当時、厚生省は、医療の質の向上と医師の機能分化を図ることから専門医制度の拡充を図ろうとしたが、一方で医師会は開業医の機能規制を強化するものとして1960年代、1970年代を通じて積極的対応は示さなかった。

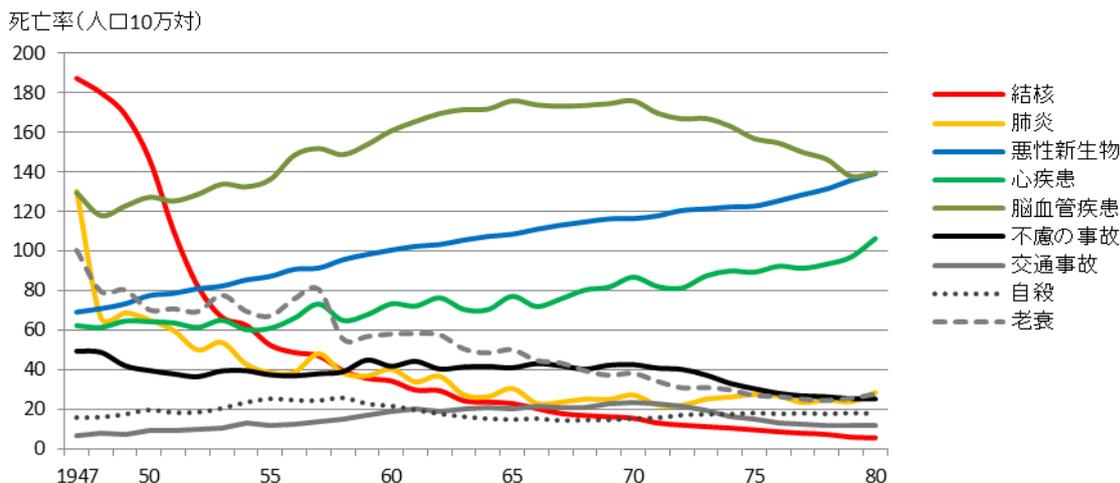
2. 看護婦

(1) 看護婦と准看護婦の状況改善の必要性

1950年代後半から1960年代にかけて、看護婦の需要が急速に拡大していた。主な要因は三点あった。

第一に、図28のとおり、主な死因が脳血管疾患、悪性新生物、心疾患など、疾病動向が長期かつ高度な治療や予後のケアを必要とする慢性疾患に移行したことであった。

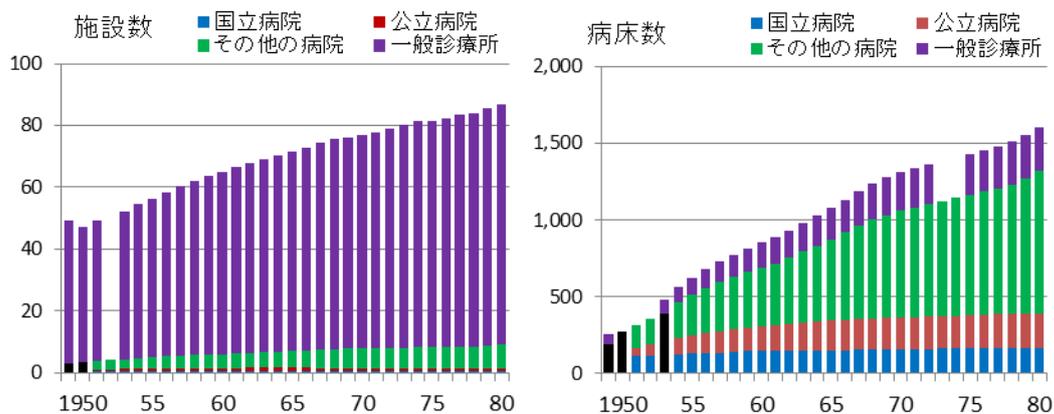
図 28 死因別死亡率の変化（1947 年～1980 年）



出典：厚労省 平成22年人口動態調査 1C5.12表 死因年次推移分類別に見た性別死亡数及び率より作図

第二に、図 29 のとおり、経済成長と国民皆保険制度の整備に合わせて病院や診療所が拡充され、病床数が急激に増加して、それに見合った看護婦の配置が求められたことであった。

図 29 医療施設数、病床数の推移（1950 年～1980 年）



1949, 1950年の病院数の内訳、1952年一般診療所数は不明。1949, 1953年病院病床数、1950年病床数の内訳は不明。
出典：総務省 日本の長期統計系列 24-27 開設者別医療施設数及び病床数(医療施設調査・病院報告より)

第三の要因は、1950年に導入された完全看護制度の導入や医療の高度化により医療機関における看護婦の業務が格段に増加したことであった。⁴⁸ ⁴⁹ それまで日本では、家族もしくは家族によって雇われた「付添婦」が入院中の患者の身の回りの世話をしていた。付添婦は特に資格要件は必要とされず、斡旋業者によって患者家族に紹介されていた。完全看護とは、患者が入院する際に家族等の付添によらず看護婦、准看護婦及び看護補助によってケアされることを言う。完全看護制度の導入の背景には、無

48 看護婦不足の状況下、基準看護制度が導入されたが、多くの病院で家族等の泊まり込みの付き添いがあったのが実態であった。1980年の日本看護協会の調査によれば、基準看護承認病院でも11.9%（うち11.2%が付添婦）、その他の病院では22.8%（うち56.4%が付添婦）が家族もしくは付添婦の付添が行われていた（日本看護協会（1981）『日本看護協会調査研究報告 No. 17』日本看護協会）。なお、付添婦の看護料は医療保険給付の対象となっていたが、基準看護の整備に伴い1994年に廃止された。

49 医療金融公庫による民間医療機関への資金融資の支援によるところが大きい。

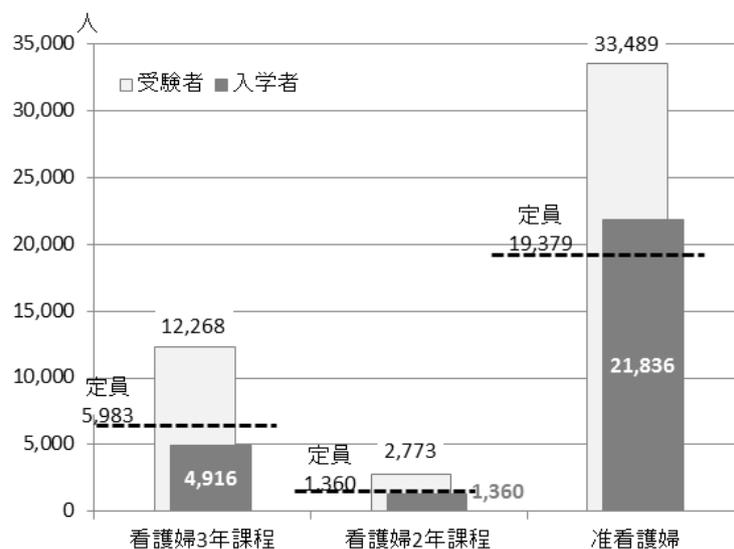
資格の付添婦による患者ケアを排除して、病院における医療と看護ケアの改善を図ろうとした GHQ の強い働きかけがあった。58年に完全看護は基準看護と名称が変更された。

しかし、看護婦不足の中で、完全看護の実施は困難で、実態として付添婦が看護補助者として勤務する状態が1994年の健康保険法の改正により付添看護が廃止なるまで続いた。一方で完全看護の導入によって看護の質は向上したが、夜勤の増加など看護婦の労働環境の悪化を招いた。

こうした時期における厚生省の看護人材の確保状況をどのように認識していたのかを1960年代の厚生省年次報告書（厚生白書）から見てみると、看護婦不足については1960年代は毎年、大きな課題として言及されており、必要数や不足数を示す具体的な数値では示されていないものの、当時の重要な継続的課題であったことがわかる。

看護学校の状況を見ると、図30のとおり、看護婦養成所学校については、応募率は高いにもかかわらず、入学者数が定員を下回る状態であり（1964年定員に対する入学者比率は82.2%、応募率は205%）、准看護婦養成所学校は入学者率（1964年112.7%）が定員を上回っていた。これは、看護婦養成所学校については合格する資質を有した受験者が十分に集まらなかったものと考えられる。准看護婦養成所学校については、合格に足る資質を持った受験者が集まったものの、定員数を超えた状況での養成が行われていた。准看護婦から看護婦へキャリア・アップするために1957年に開設された2年間過程の看護教育の進学コースの状況を見ると、入学定員に対して受験者数が204（1964年）に達しており、養成所学校数が絶対的に不足している状況であったことがわかる。

図30 看護婦等の養成施設における定員と入学者数の比較（1964年）



出典：厚生省 1964年 厚生行政年次報告より作図

次に、数の不足以外の看護婦に関わる問題として当時厚生省は次の2点を認識していたとみられる。第一に、准看護婦が看護婦より資格要件が緩く、修学期間も短いにも関わらず、実際には看護婦と同様の業務を行っている状況下で、准看護婦の割合が増大していることが看護の質の問題につながる恐れがあるとの認識である。⁵⁰ 第二に、労働環境の改善について、看護婦の職務環境、処遇の改善が看護婦

50 厚生省（1966）『厚生白書昭和41年版』では1965年の時点で看護婦と准看護婦の割合は53対47で、早晚逆転すると述べて、看護婦・准看護婦の養成方法について再検討が必要としている。

の離職防止と看護婦志望者の拡大につながるとの認識である。⁵¹

看護婦の質と数の拡充について、厚生省は第2部第1章2で述べたように、保健婦助産婦看護婦法を改正した際に、看護協会の要望に応じて大卒同等の専門性（質）を有する看護婦と、一方で医師会からの要望に応じた数を確保するため准看護婦という二つの資格を設けた。その後も、厚生省は准看護婦制度の廃止を求める看護協会と、その継続を求める医師会双方の主張を調整しながら、基本的には看護婦の二層化を追認する形で看護婦の質と数の双方を考慮した政策を展開した。

労働条件について厚生省は、准看護婦制に起因する准看護婦への処遇差別、准看護婦養成校卒業後の関連病院への就業義務問題をはじめ、基準看護制導入による夜勤業務の増大などの就業環境と労働条件の改善に関する政策も併せて、主管省庁の労働省と連携して対応した。⁵²

(2) 准看護婦の速成体制強化支援と離職看護婦の復帰支援

この時期の看護婦不足に対して、厚生省が行った主要な政策は、准看護婦の養成体制の強化による速成的な看護人材の確保、結婚や育児等で離職した看護婦の復帰の支援であった。

准看護婦制度による速成的な必要数の確保は、数の不足に対して最も効果的な政策対応であった。1960年の時点でも、准看護婦は看護婦総数の34%を占めており、1969年には53%にまで達した。1960年に厚生大臣の諮問機関として設置された「医療制度調査会」は1963年に看護に関する答申として「看護業務は質的分類に応じ、その段階に応じた看護職員の教育を検討すること」として、准看護婦制度の妥当性を示した。⁵³

1960年時点で准看護婦養成所は566校存在し、医療機関あるいは地区医師会が主に経営しており、卒業生の多くがそのままその医療機関に就業するのが通例であった。こうした医療機関はある程度需要予測が可能な中で人材を養成していたために人材自足への対応がタイムリーに出来た。

厚生省は、准看護婦養成所学校に対して施設整備の資金補助、学生への奨学金の支援等を積極的に行うことを通じて准看護婦数を増加させる体制を強化した。1962年から、准看護学生に対しては月額1,500円、看護婦学生に対しては月額3,000円を都道府県が貸与、国庫から2分の1を補助している。1970年度には公的養成施設に対し、施設整備補助金を前年度の3.7倍の5億160万円を計上して拡充整備を支援した。1971年には民間養成機関に対しても運営費補助が適用され（2億8400万円）、都道府県からも同額が補助された。厚生省は1960年から1970年にかけて看護関係予算を1,100万円から53億9600万円に増額した。

離職看護婦の復帰支援についても厚生省は各種の新規事業予算を計上し対応した。1940、50年代当時、看護の労働環境は厳しく、結婚や育児を契機に離職する看護婦も多かった。こうした状況に1967年「潜在看護力活用講習会費」予算が計上され、離職看護婦者への再就業のための情報提供、技術支援、勤務先斡旋などが行われるようになった。同予算は、病院内の託児施設整備など再就業後も安心して育児や家事と両立出来る職場環境作りにも活用された。同予算は1974年に「ナースバンク経費」に改称されて現在に至っており、再就業者の拡大、定着に貢献してきた。

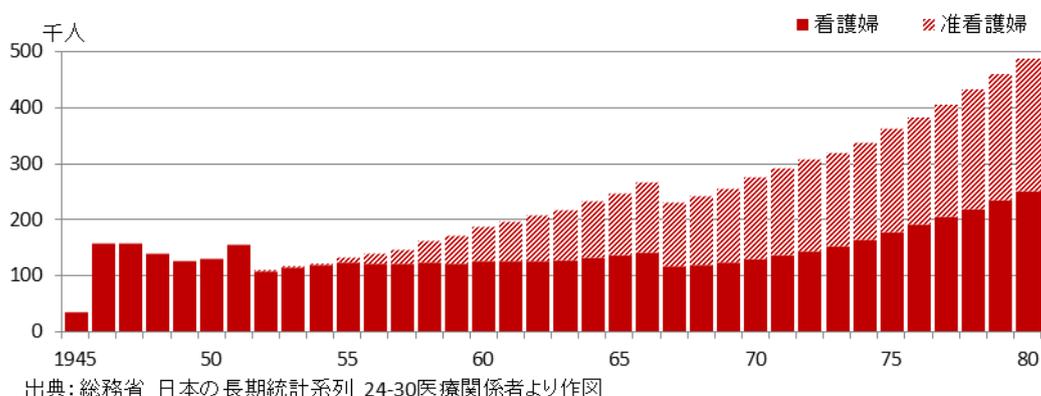
51 厚生省（1964）『厚生白書昭和39年版』に「志望者の確保が困難になりつつある・・・看護職の労働条件の改善始め家庭にある看護婦などの再就業のためのパートタイム生の採用、職場環境の整備等を行うことが必要と考えられる」と記載されている。

52 准看護婦養成所の多くは病院が運営しており、学生に対し修学中の学費支援などを行う一方、卒業後の病院での低水準の賃金での就業を促進する等の状況があった。

53 回答を受けた「看護制度に関し有識者の意見を聴く集まり」においても「准看護制度については、看護婦不足が叫ばれているおり制度を改廃することは不可能で名称の一本化や業務の区別については慎重に考慮すべき問題である。」として看護婦不足の状況下で准看護制度は必須のものとの認識を示している。

看護婦数は図 31 のとおり、1960 年には 185,592 名（看護婦 123,226 名、准看護婦 62,366 名）であったのが、1970 年には 273,572 名（同 127,580 名、145,992 名）にまで 1.47 倍に増加した。

図 31 看護婦数及び准看護婦数の推移（1945 年～1980 年）



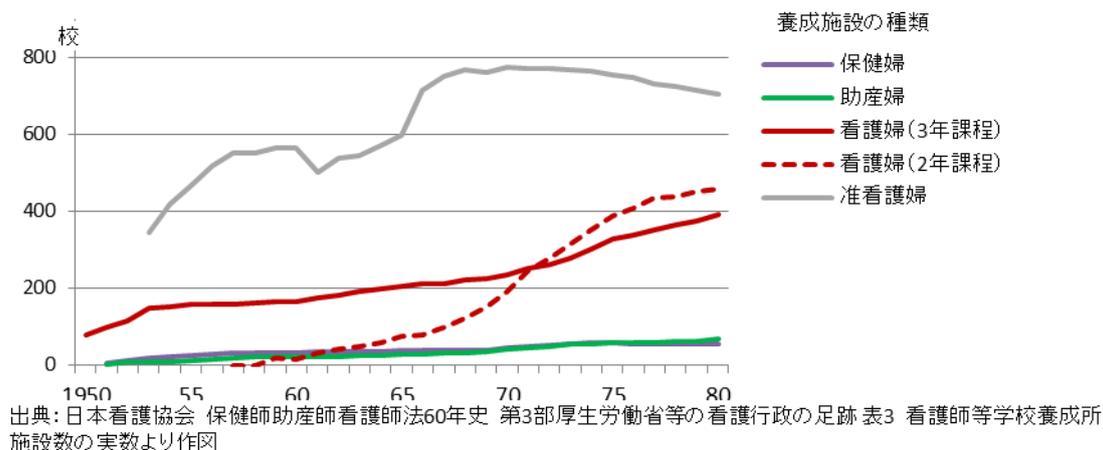
(3) 教育機関のグレード・アップと准看護婦から看護婦への転進支援

厚生省は、学校教育法に基づく教育体制（大学、短大、高等学校）への移行や、准看護婦から看護婦へのキャリア・アップ希望者への進学コースの開設等を通じて、看護婦の質向上を図ろうとした。

1950 年代には 2 校の大学で看護課程が開設されていたが、1960 年代には 1963 年に聖路加看護短期大学が大学化し、1964 年には日本赤十字看護短期大学が設立された。⁵⁴ さらに 1966 年から 1969 年にかけては、国立大学 4 校の教育学部に看護教員養成課程が開設され、1968 年には国立、私立 1 校ずつ大学看護学科が開設されて、大学教育での看護教員養成の体制が徐々に整備されるようになった。養成施設数の推移は図 32 のとおりである。

厚生省はこうした動きに対して、大学の教育機能の強化を支援すべく、国立公衆衛生院での大学レベルの看護教員を養成する長期訓練コースを改善するなどした。

図 32 看護婦等の養成施設数の推移（1950 年～1980 年）



54 1952 年に高知県立女子大学家政学部衛生看護学科、1953 年に東京大学医学部衛生看護学科、1954 年に聖路加看護短期大学（1964 年には大学化）、日本赤十字女子短期大学（1986 年に大学化）が開設された。

(4) 就業環境や給与処遇等の改善

当時は看護婦の労働条件に関する課題として勤務形態に起因する労務上の問題があった。1950年代では、夜勤当直による業務負荷が加わったことや、看護婦の給与水準も低く抑えられたことから、看護婦の不満が拡大し、全国的な規模の病院ストライキが繰り広げられることとなった。⁵⁵

このような事態の中で、人事院が、看護婦らが要求する「夜勤の2名体制と月8日以内制限」を妥当なものとして査定したことを受け、厚生省も夜勤勤務者に対する仮眠施設の整備支援、夜勤当直回数を減らすための看護婦の増員等の政策支援を強化していった。⁵⁶

以上、(2)から(4)の厚生省が行った1960年代の看護婦に関連する諸政策を見ると、看護学校や労働組合が要求した方策を、後からフォローやバックアップする政策をとることで、就業環境の改善、離職者の減、看護婦数の増という形で一応の成果を上げてきたと考えることができる。

一方で、厚生省の看護婦の人材政策は、数の課題（看護婦数の不足）への対処に重点を置いたため、看護教育体制の質強化や病院勤務の看護婦の労働環境改善という面では対応が遅れたことは否めない。ことに、労働環境改善については国立病院等公的部門での改善に留まり、民間の看護婦の処遇改善にまでは及ばなかった。

表2のとおり、厚生省の看護婦事業関連予算の推移を見ると、1950年には保健婦助産婦看護婦法の施行に関する予算として1,204万が計上されているのに対し、1960年は約1,100万円だが、1967年には16億6,800万円に急増し、さらに、1970年は53億9,600万円に急激に拡大した。こうした予算は国公立の病院や看護婦養成施設を中心に配賦された。

55 1950年、労働庁の調査によると当時の病棟勤務の看護職員の労働時間は2交代平均週56.2時間、外来勤務でも54.6時間と、当時の労働基準法による規定時間である1日8時間、週44時間を大幅に超えていた。

56 1966年から1968年にかけて、厚生省は仮眠室等の施設整備費5537万円を計上、1969年には国立病院の夜勤体制改善のために261名の看護婦増員を行っている。

表 2 1960年代の厚生省看護関連予算の推移 注) 1952年～1960年の予算額は不明

年	政府予算 (百万円)	厚生省予算 (百万円)	看護関連予算 (百万円)	政府予算に占める 厚生予算の割合	厚生予算に占める 看護関連予算の割合
1953	991,458	84,613		8.5%	
1954	1,034,923	90,317		8.7%	
1955	1,137,465	101,440		8.9%	
1956	1,312,131	107,258		8.2%	
1957	1,419,248	130,543		9.2%	
1958	1,569,674	164,715		10.5%	
1959	1,952,776	226,608		11.6%	
1960	2,426,801	271,034	11	11.2%	0.00%
1961	2,850,008	329,518	29	11.6%	0.01%
1962	3,255,438	396,534	147	12.2%	0.04%
1963	3,658,080	478,741	166	13.1%	0.03%
1964	4,314,270	576,177	175	13.4%	0.03%
1965	4,950,910	671,093	192	13.6%	0.03%
1966	5,818,598	768,675	219	13.2%	0.03%
1967	6,739,574	903,932	1,668	13.4%	0.18%
1968	7,949,764	1,103,520	1,836	13.9%	0.17%
1969	9,414,315	1,298,983	3,673	13.8%	0.28%
1970	11,467,681	1,597,456	5,396	13.9%	0.34%

出典 政府予算及び厚生省予算：厚生省『構成行政年次報告付属資料』

看護関連予算：日本看護協会『保健師助産師看護師法60年史』

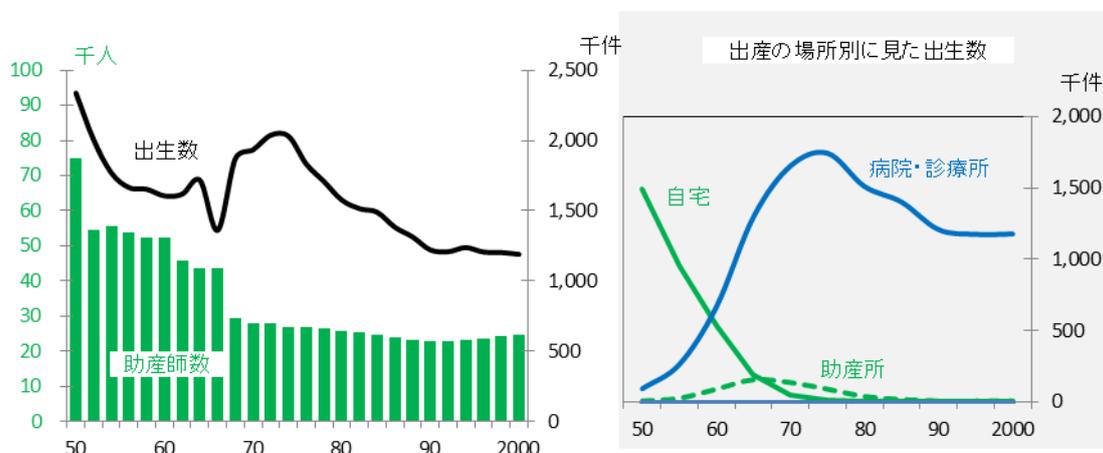
3. 助産婦

1950年代後半からの施設分娩の急増、特に医師、看護婦のいる病院、診療所での出産の増加にともなうて、1960年代は、助産婦の総数、自営助産婦の減少の一方で病院勤務助産婦の増といった勤務環境の変化が顕著になった。

(1) 施設分娩の急増と医療化された出産

1950年代後半になると、設備の整った医療機関数の増加に伴い、妊産婦の医療機関での出産志向が高まり、図33のとおり、病院、診療所での出産が急増する一方、自宅分娩が急激に減少していった。

図33 出生数と助産婦数及び出産の場所別出生数の推移（1950年～2000年）



出典：総務省 日本の長期統計系列 24-30医療関係者、02-24 出生数、厚生省 平成22年人口動態調査 上巻4.7 市部-郡部・出生の場所別にみた年次別出生数より作図

自宅分娩は、1950年には出産全体の95.4%であったものが、1960年には49.9%、1970年には3.9%にまで激減した。自宅分娩に代わって、正常産、異常産にかかわらず医師による介助を中心とした病院、診療所での出産が主流となった。このような変化の要因として、第一に、政府の法制度整備による医療機関の増加（特に都市部）、国民皆保険制度の達成による医療の利便性の向上といった医療体制の変化があった。⁵⁷ 第二に、核家族化、小家族化により出産の在宅ケアの伝承の欠如、教育・生活水準の向上、少産傾向による出産の安全優先化といった国民の意識の変化があった。

また、地方の市町村を中心に全国に開設された母子健康センターの拡充も施設出産の増加要因となった。厚生省は、都市部に比べて、農村部の乳幼児、妊産婦の死亡が依然として高いことを問題視して、1958年に産科医療施設の乏しい地方市町村を中心に、出産入院設備を備えた公設の母子健康センターの開設の支援を開始した。

母子健康センターは助産設備と母子健康相談室などを有し、市町村が保健所や開業医師、助産婦の協力を得て運営し、その施設建設には厚生省からの資金支援があった。1959年には53か所、1970年までに560か所が整備された。その後、1970年代になると農村部においても、産科医療機関の整備が進んだことにより、多くのセンターは母子健康相談活動の部分のみを残し、助産施設を閉鎖するようになった。

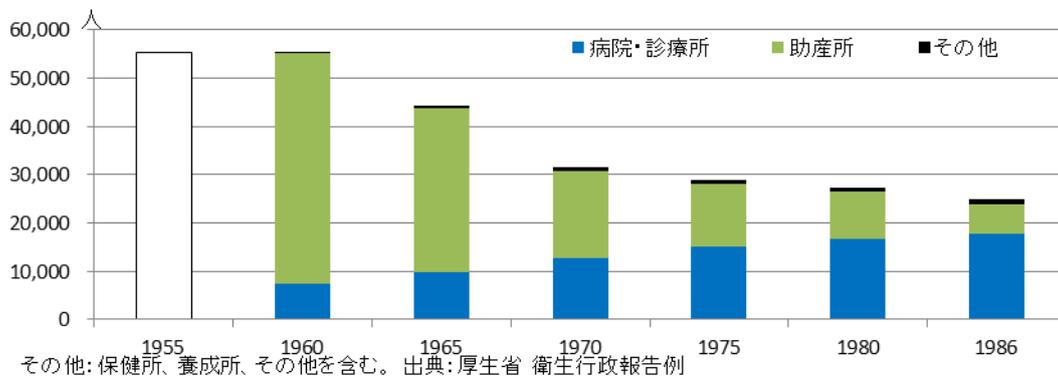
57 日本では正常分娩は健康保険の対象外であるが、国民皆保険制度の整備により医療機関での受診、入院手続きが一般的に簡素化され、住民の医療機関に対するアクセスが向上した。

(2) 開業助産婦の大幅な減少と勤務助産婦の漸増

上述のとおり、1960年代には出産の医療化が進み、助産婦は大幅に減少し、自営が減少、病院や診療所に勤務する助産婦の割合が増加し、その役割も変容した。

医療機関では、帝王切開、鉗子分娩、会陰切開、麻酔分娩などの出産における医療介入が積極的に実施されるようになった。その結果、図34のとおり、助産婦数は1960年の52,337人から1970年には31,541人まで減少した。就業形態で見ると、病院や診療所に勤務する助産婦が増加して開業助産婦の割合が減少した。養成の状況を見ると、養成学校の数、戦前61校あったものが、終戦後8校まで減少し、その後徐々に増加し、1965年には29校、1969年には37校にまで達したが、助産婦を志望する学生数は減少し、入学生数は定員の69%~89%に留まっている。

図34 助産婦数（就業先別）の推移（1955年～1986年）



助産婦に対する需要の減少に対して、厚生省は、医療機関勤務への転換支援、母子保健の予防啓発業務の提供や母子健康センターでの採用等を通じて助産婦の活用と就業機会の確保支援を図った。1966年には開業助産婦の勤務助産婦への転換を支援する目的で、厚生省は全国で助産婦の再教育講習会を実施したが、既に開業助産婦は平均年齢で50歳を超えていたこともあり、勤務助産婦への転換を希望する者は少なかった。また、1968年には妊産婦と乳幼児の健康診査と保健指導の実施を行う母子保健推進員制度を導入し、同推進員に助産婦をあてることで助産婦の就業確保を図った。

この結果、1966年から1968年の2年間に43,710人から31,944人へ11,766人減少したのに対し、1968年から1970年にかけては29,440人から28,087人へと1,353人の減少に留まった。

4. 保健婦

1960年代になると、経済成長に伴う都市化と農村部の過疎化、国民皆保険制度の普及と医療施設の整備などに合わせて、保健所の機能は、疾病予防や健康増進といった公衆衛生的視点に加え、地域の特性に沿って機能が多様化し、保健婦の業務の内容も、従来の結核管理や母子保健を中心としたものから、都市化や過疎化に伴う地域的な保健ケアへと変容していった。

(1) 地域特性に合わせた保健所の類型化と市町村との共同保健体制

1950年代後半からの二次産業の拡大による高度経済成長は、都市部への若年労働人口の集中と農山村部の過疎化を拡大させ、保健課題も地域毎に多様なものに変化していった。

都市部では人口集中、工業化に伴う環境汚染、中小企業勤務者の労働衛生、成人病対策、精神衛生ケアといった新たな課題が生まれた一方で、医療整備が遅れた農村部では感染症や母子保健、栄養不足、農業労働に伴う傷病、高齢者医療などが重要な問題であった。

1960年に厚生省は、地域の保健ニーズの変化に対して、当時約800か所あった保健所を従来の人口数を基準とした画一的な設置構成から、地域特性に沿って、都市型、農村型、混合型、へき地型、小規模型の5類型に区分し、職員構成（総数13名～53名）や重点事業も各地域の特性に応じて個別に設定出来るように大規模な改編を行った。⁵⁸ 都市型保健所では管内の医療機関への委託と連携が重点的に進められ、一方で農村型では保健所職員が自ら地域社会に向くアウトリーチ型の活動に重点が置かれるようになった。

また、1960年代には厚生省の指導により、県の所管である保健所は、近隣市町村合併で行政能力が強化した市町村と連携して、共同で地域の保健事業計画を策定するようになった。環境衛生を含む広域の保健行政を所管する保健所と、国民健康保険業務を所管し地域住民の医療動向を熟知する市町村がそれぞれの優位性を活かして、共同で地域の保健医療課題の分析（地区診断）を行い、そのデータに基づく地域の保健医療計画（共同保健計画）を策定した。こうした保健所と市町村との連携により、より効率的で的確な地域保健事業の実施体制作りが図られた。

(2) 保健婦業務の多様化と保健所保健婦と国保保健婦の連携強化

県が所管する保健所保健婦と市町村・国民健康保険組合の保健婦の連携体制も進展し、活動内容の多様化に伴い保健婦は継続して漸増した。

1960年代には、地域保健の最重要事項は結核対策から、母子保健の拡充と成人病対策へと変化した。保健婦による訪問活動においても、妊産婦・乳幼児への家庭訪問の拡大に加え、精神障害者、寝たきり老人も対象になった。

高齢者を取り巻く環境の変化に対応するために1963年に制定された「老人福祉法」により老人健診が導入され、保健婦による未受診高齢者家庭訪問が開始された。また、厚生省は、依然、妊産婦死亡比が諸外国に比して高いことを問題として、乳児死亡率や栄養状況の地域格差が大きいこと、思春期や更年期の女性がケアの対象になっていなかったこと等に対応するため、1965年に「母子保健法」を公布し、

58 厚生省（1966）『厚生白書昭和41年版』

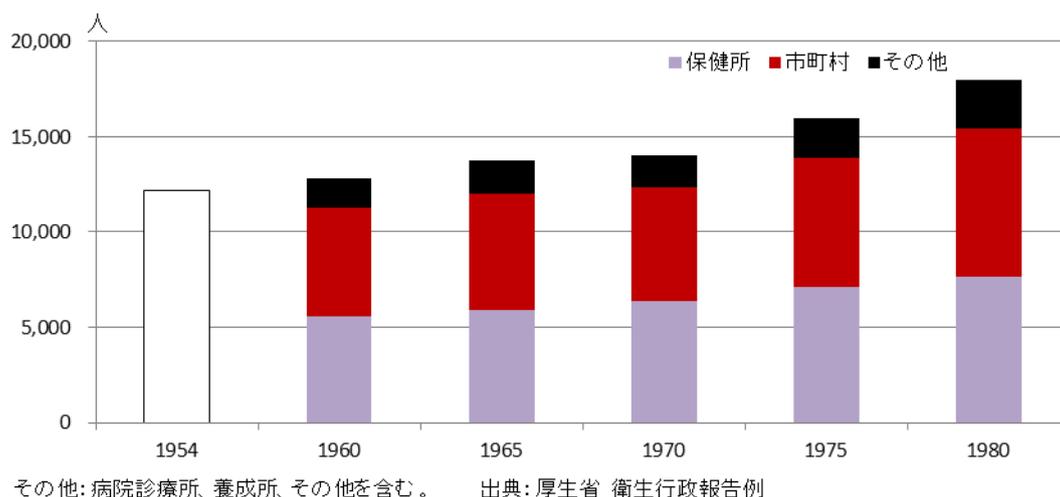
保健婦、助産婦による妊産婦、乳幼児に対する家庭訪問や健診活動の拡充を図った。同年には保健所を精神衛生行政の第一線活動機関とする「精神衛生法」の改正も行われ、保健婦が精神衛生相談、訪問指導を行うこととなった。

こうした保健婦業務の拡大と多様化に対応するため、保健婦の能力強化も大きな課題となった。国立公衆衛生院は1963年から保健所の保健婦長を対象に地域管理、疫学統計などを含めた1か月単位の研修プログラムを開設して管理職保健婦の能力強化を図った。

一方、保健婦の活動拠点は、図35のとおり、県が所管する保健所と市町村が所管する国民健康保険施設にほぼ二分され、その他は企業や学校に勤務していた。

当時の市町村の国保保健婦は人口3,500人に対して1名を基準に配置されており、その業務環境は保健所と比べると十分とは言い難く、医師不在の地域での保健指導や診療所の運営管理業務において、支援体制がない中での活動であった。こうした状況に対し厚生省は、地区診断や共同保健計画の策定を通じて、保健所保健婦が積極的に市町村の保健婦を支援する連携体制の強化を図った。

図35 保健婦数（就業先別）の推移（1960年～1980年）



第3章 1970年から1980年まで 安定成長期（GDP10,000ドル～13,000ドルの時代）

1970年代は保健医療サービスの水準が引き続き向上し、平均寿命は世界の最高水準を達成した時代であった。また、乳児死亡率、周産期死亡率も着実に低下し、世界で最も低い水準となった。一方、高齢者の増加に伴い、悪性新生物、循環器系疾患による疾病が増えると共に、出生率が人口置換水準を割り込み、急速な高齢化が進んだ時代であった。

1973年に老人医療費の無料化（70歳以上、寝たきりの場合は65歳以上を対象）が実現し、健康保険の家族給付率の引き上げや高額療養費の支給制度も導入された。老人ホームや障害者関係施設等の措置や整備に関する国庫の補助も改善されるなど、これまでに実施されてきた社会保障の内容が充実化した。

このような背景から病床数も急激に増加していったが、一方で医療施設数の地域的な偏在も見られた。また、高齢者医療の無料化により患者負担は減少したものの、医療費の国庫負担は増大した。1970年の国民医療総額2兆4,962億円（うち保険料負担が1兆3,241億円53.0%、公費（国庫及び地方自治体）負担が6,901億円27.6%、患者負担が4,820億円19.3%）であったところ、1980年には国民医療費総額が11兆9,805億円（保険料負担6兆3,722億円53.2%、公費負担4兆2,545億円35.5%、患者負担1兆3,538億円11.3%）と総額で4.8倍になった。また、対GDP比も3.32%から4.82%へと1.5%増加した。

保健人材に関しては、医師については引き続き数の不足、同時に医師の地理的格差が政策課題として本格的に意識された時期であった。医科大学（医学部）の新設を中心とした本格的な量の拡大と、へき地医療の改善を目的とした政策が措置された。看護婦については、本格的な中期需給計画の策定、看護教育の向上等が措置された。

1. 医師

(1) 医師数の不足と地理的偏在

厚生省及び文部省の両省は、1970年以降も一貫して医師数は不足との認識であったが、この時期においては、絶対数の不足に加えて、医師の地理的偏在の問題がクローズアップされた。⁵⁹ 工業化の進展により、農村の労働力は都市部の工業地域に吸収されていったが、医療サービスにおいても、1970年の人口10万人あたりの医師数を見ると、7大都市部で154.2人、その他の市部で128.5人、町村では63.5人と、医師の都市部、特に大都市部への集中が顕著であった。このような状況下、国と共にへき地医療対策に取り組んでいた県、特に医科大学（医学部）を持たない県は、医療サービスの提供及び人材養成拠点として、自県での医科大学（医学部）設置が必要との認識を強く持つに至った。

(2) 医科大学の新設による定員数増

厚生省と文部省は、医師数の需給バランスの適正化を目指して医師数を増やすこととし、1970年、厚生省は「1985年までに人口10万人対医師数を150人程度とするために、医学部定員を6,000人程度とする」との政策目標を設けた。⁶⁰

59 厚生省（1970-80）『厚生白書昭和45～55年版』

60 厚生省（1970）『医師の需給対策について』1970年7月25日付

この政策目標には注目すべき点がある。第一には、厚生省は医師数の検討にあたって、医師一人あたりの患者の取扱数という、医師の労働負荷に関する指標を重視したことである。厚生省は、国民皆保険が達成されその後医療需要が増えていくこととなる時期以前、すなわち 1961 年以前における医師と患者の関係に戻すべきと考えていた。「150 人程度」との数字は、1960 年における患者取扱数（平均約 36 人）を基にして計算したものであった。⁶¹ 第二に、先進国の水準との比較というこれまでの考え方を踏襲しつつも、日本としての具体的な目標水準及び達成時期を初めて定めたことである。

1970 年になると政府は、それまでの既存の医科大学（医学部）の定員数増だけでなく、医師不足の地域への医科大学（医学部）の新設を中心とした本格的な量（医師数）の拡大措置をとるようになった。その理由としては、第一に、医師数の地理的偏在の是正策として、地方における医科大学（医学部）の新設を進めるべきとの強い政治的な働きかけがあった。⁶² 第二に、大学の新設に伴う公共事業の拡大が地方の経済活性化につながるとの政府の意向があった。

厚生省が医師の需給を検討し、文部省が定員の検討と策定を行う仕組みはこの時期も同様であったが、県や政党が医師の養成を政策課題として意識し始めたことはこの時期の特徴であった。

1970 年、こうした状況の下で、医科大学（医学部）を有していなかった秋田県に秋田大学医学部の新設が文部省に認められると、同様に医師不足に悩む他の県も医科大学（医学部）の設置を重要な政策課題として取り組むようになった。このような声に応え、厚生省は上述のとおり、1970 年に「1985 年までに人口 10 万人対医師数を 150 人程度とするために、医学部定員を 6,000 人程度とする」とした政策を発表する。文部省は 1971 年に医科大学設置調査会を設置し、同年調査会は、医科大学（医学部）が存在しない地域に設置する（全県ではない）、人口 10 万人対医師数を 150 人とする、1971 年度から 10 年間で定員数を 1,200 人から 1,300 人程度増員する等の提言をおこなった。これを踏まえ、図 35 のとおり、文部省は 1970 年度に 4 校、1971 年度に 2 校、1972 年度に 7 校、1973 年度に 6 校、合計 19 校の新設を承認した。

また、1972 年に発足した田中内閣は、1973 年、全国 47 都道府県のうち、医大が無い県 15 県に医科大学（医学部）の設置をすとの「一県一医大構想」を閣議決定した。⁶³ 文部省は 1973 年に 3 校、1974 年に 3 校、1975 年に 2 校、1976 年に 3 校、1978 年に 3 校の国立大学を設置した。1979 年に琉球大学医学部が設置され、構想は実現した。全国の医科大学（医学部）は 1969 年には 46 校（国立 24、公立 9、私立 13）であったが、1979 年には 79 校（国立 42 校、公立 8、私立 29）となった。1979 年を最後に、今日まで医科大学（医学部）は設立されていない。全数の約 4 割（33 校）がこの 10 年間という短期間に設置された。

1970 年に厚生省が文部省に要請した 1985 年までに 6,000 名とする定員は、1973 年には 6,200 人に達し、達成された。図 36 のとおり、1980 年度において、医科大学（医学部）の定員数は 8,260 人になり、1970 年度の 4,380 人から 3,880 人増加、約 2 倍となった。定員数増が始まった 1963 年度の 2,840 人を起点とすると約 3 倍に増加した。

医師数も 1970 年末には 118,990 人、1980 年末には 156,235 人、1986 年末には 191,346 人と増加した

61 経緯等は確認出来ないが、人口 10 万人あたり 160 人としようとする政党側（当時の与党であった自民党文教部会）の提案が退けられたことからして、目標設定について何らかの具体的な検討・議論がなされた可能性もある。

62 厚生省（1964-73）『厚生白書昭和 39-48 年版』は医師の地理的分布を分析し、一貫して「大学医学部の所在する都市などには多数の医師が集中する」ので、地理的偏在を改善が必要としている。

63 当時の無医大県は山形、茨城、富山、福井、山梨、静岡、滋賀、島根、香川、愛媛、高知、佐賀、大分、宮崎、沖縄である。

64。 図 37 のとおり、人口 10 万人対医師数を見ると、1970 年末の 114.7 人から 1980 年末には 133.5 人、1986 年には 157.3 人へと増加した。増員を開始した 1963 年末の 110.8 人より大幅に増加した。「1985 年までに人口 10 万人対医師数を 150 人程度」との政策目標は 1983 年には 150.6 人となり、1985 年を待たずに達成された。

図 36 医科大学数及び定員数の推移（1970 年～1980 年）

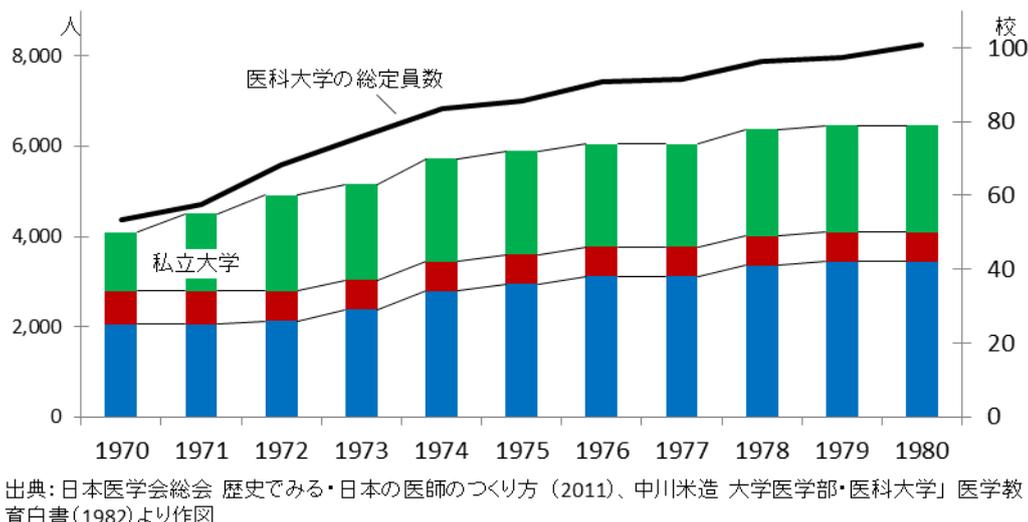
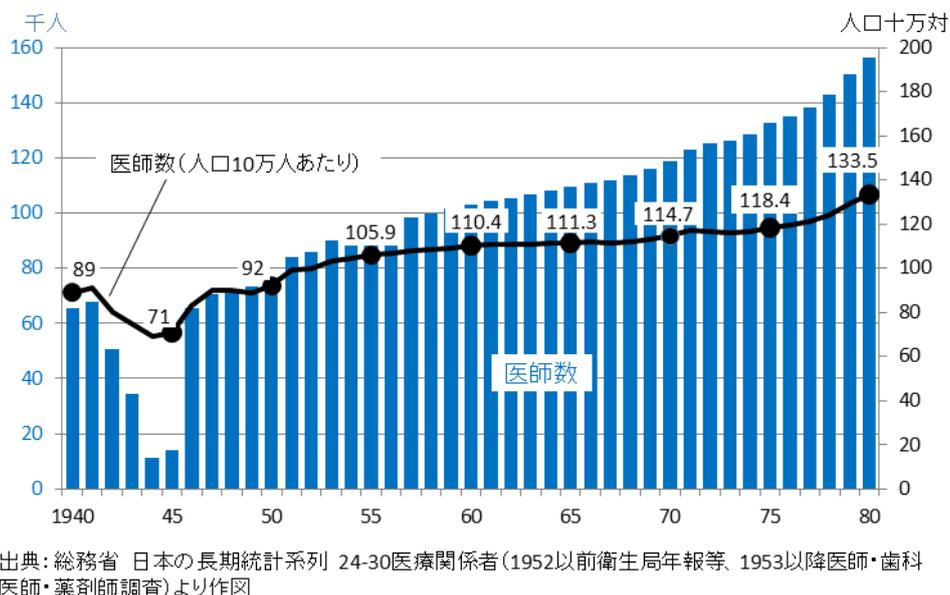


図 37 医師数（総数、人口 10 万人あたり）の推移（1940 年～1980 年）



新規の医科大学（医学部）設置は、省令の変更で対応出来た既にある医科大学（医学部）の定員数増とは異なり、職員の定員枠や各種規制等に係る大蔵省等との行政上の調整や立法化などが必要であった。

65 1970 年当時、文部省は医科大学（医学部）一校設置するには約 70 億円（1970 年当時のレートで約

64 厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

65 1970 年 3 月 11 日文部省坂田大臣国会答弁

1,940万USドル)程度必要と推計していた。⁶⁶ 国立秋田大学のように、用地は県が用意するなど、国と県等との一定の資金的な分担がなければ大学設置は困難であったと考えられる。さらに1970年には私立大学の質の向上及び無医大県解消計画の一環として、私立の医科大学に対して人件費を含む国の経常費補助制度が創設され、補助金額は年々増額され、1981年には、私立医科大学総収入の12.2%を占めるまでに至った。⁶⁷ 一方、同様の補助金制度は公立の医科大学にも73年度から適用となり、国によって一定の財政補助が続くことになった。

(3) へき地保健医療計画における医師対策

医師の地理的偏在は1970年代以降に本格的政策課題として浮上するが、地理的偏在は1945年以前からあり、厚生省は1950年代でもその認識を有していた。⁶⁸ 文部省の状況認識も同様であった。⁶⁹

厚生省はへき地における医療水準の向上を図ることを目的として、既に1956年にへき地保健医療計画を策定し、その中で労働環境整備を通じた医師の確保を取り上げた。しかし、同計画は必ずしも初期は十分な成果を生まなかった。第1次計画(1956年度～1962年度)では、人口が300人から2,000人の地区で、医療施設のない無医地区に計画的に診療所を設置することに取り組んだ。しかし、施設を設置しても診療所に勤務する医師が十分に確保出来ないなどの課題が残った。第3次計画(1968年度～1974年度)にて初めて医師を直接対象とした事業として、1970年度には、僻地診療所への医師派遣を実施している病院への助成を行う「へき地担当病院医師派遣事業」が、さらに1974年度にはへき地医療を志す医学生に対する「へき地勤務医師等確保修学資金貸与事業」が開始された。⁷⁰

(4) 自治医科大学におけるインセンティブ・メカニズム

自治医科大学は、地域医療のための医師養成を目的とした、日本で初めての目的別の医科大学であった。全国の都道府県が地域医療を目指す学生を選抜し、地域医療を担う人材として教育し、出身地の過疎地域へ派遣していく仕組みがある。

構想は1970年に、自治省が地域医療の充実を目指し、地域医療の推進に関わる医学高等専門学校設立構想を発表したことに始まる。各都道府県を巻き込んだ議論が進められ、1972年、都道府県の共同拠出により設置され、私立の学校法人という形態で設置された。運営資金は主に各都道府県の負担金であり、地域医療等振興治宝くじの収益金等も充てられている。

毎年都道府県に2～3名の学生が割り当てられ、今日まで毎年100名程度が入学している。学生には都道府県から修学金が支給され、卒業後に所定の期間、一般的には9年間であるが、指定された出身の都道府県の僻地の公立病院等に勤務する必要がある。義務年限を終了した場合は修学金の返還を免除される仕組みとなっており、学生のインセンティブを高めるものとなっている。

具体的には、修学資金の貸与金の返還が免除されるのは、出身県の都道府県知事等が指定する公立病院等に医師として勤務した期間が、貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間(その勤務期間のうち2分の1は、へき地等の病院、診療所に勤務する)に達した場合であった。例えば、6年間在学した場合には必要な勤務年限は9年間となり、うち6年間程度をへき地等の医療機関に勤務する義務が生じる。

66 1970年3月11日文部省村山大学学術局長国会答弁

67 日本私立医科大学協会(2011)『医学教育経費の理解の為に』日本私立医科大学協会

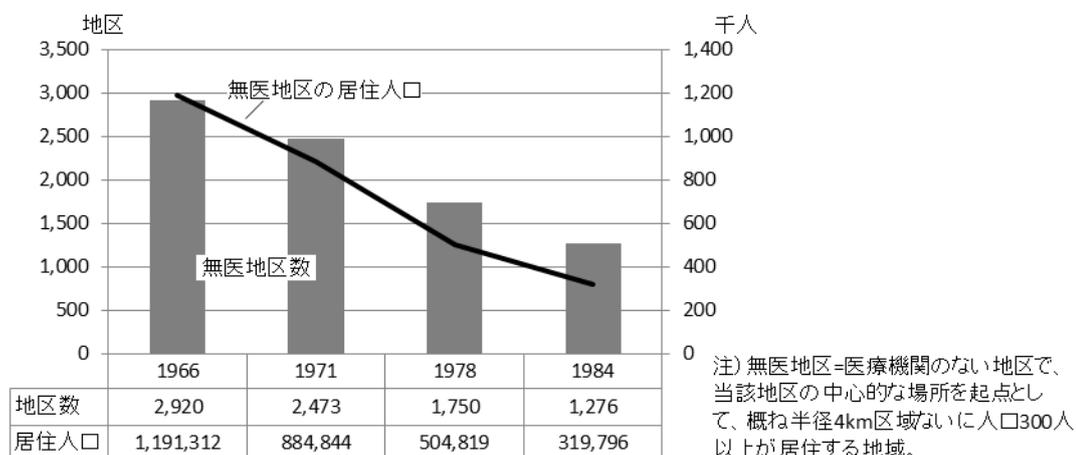
68 1955年7月22日厚生省曾田医務局長国会答弁、1970年8月10日厚生省内田大臣国会答弁

69 1970年3月11日文部省坂田大臣国会答弁

70 へき地担当病院医師派遣事業は1985年度、へき地勤務医師等確保修学資金貸与事業は1990年度に終了した。

へき地保健医療計画における医師対策及び自治医科大学の設置のみの効果とは言えないが、へき地における医師の状況を、無医地区と無医地区人口で見ると、図 38 のとおり、1971 年には無医地区は 2,473 地区、その人口は 884,844 人であったが、その後減り続け 1984 年には 1,276 地区、319,796 人となった。全国で無医であった地区で働く医師の絶対数は増えたことが分かる。⁷¹

図 38 無医地区の数と居住人口数の推移（1966 年～1984 年）

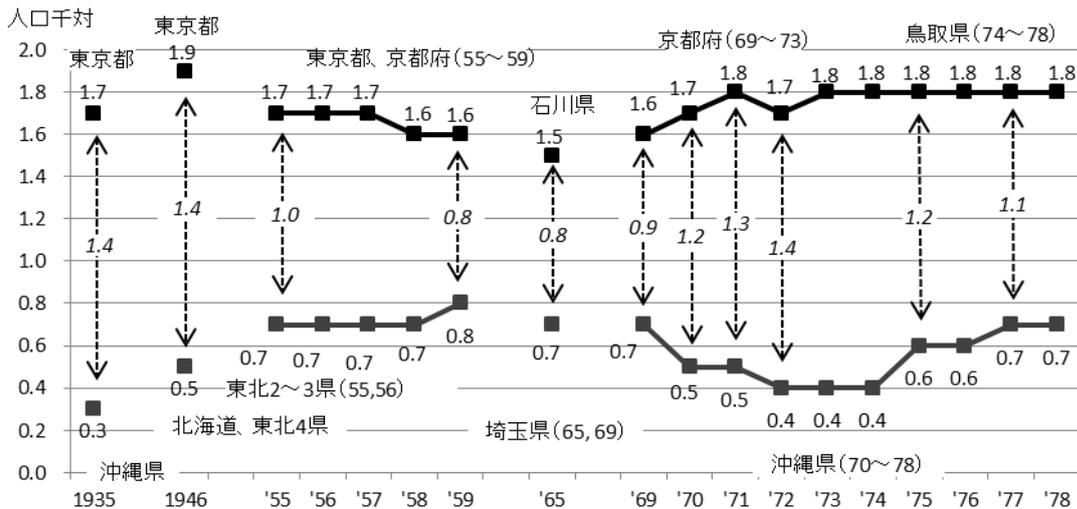


出典: 無医地区: 厚労省 2004年無医地区等の調査概要

しかし、全国は無医地区は減ったものの、国全体で見た医師数の地域別の偏在は必ずしも是正されていなかった。例えば、図 39 のとおり、人口 10 万人あたりの医師数を都道府県別に比較し、最高と最低の県の推移を見てみると、医師数の差や県名に変化は殆どない。また郡部と市部別に見ると、図 40 のとおり、郡部と市部の数値の差の変化は殆どない。

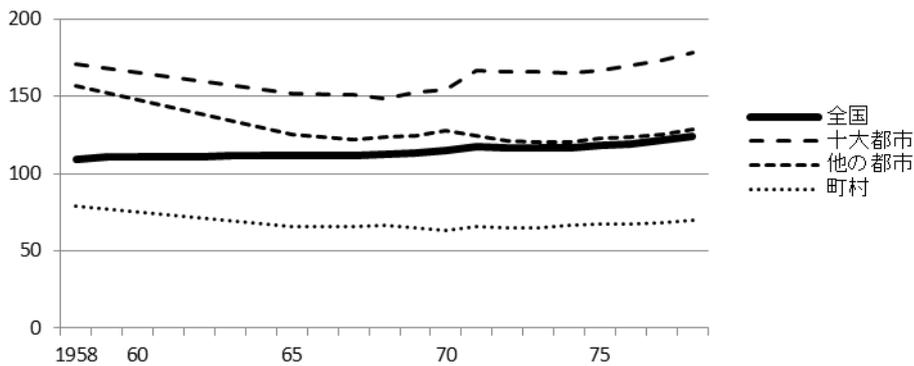
71 医療機関のない地域で、当該地域の中心的地所を起点として概ね半径 4 キロメートルの区域内に人口 50 人以上（1965 年以前は人口 300 人以上）が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用出来ない地区。

図 39 都道府県別にみた医師数（人口 10 万人あたり）の相違（1935 年～1978 年）



出典：1935、1946年 総務省 日本の長期統計系列 表24-31都道府県医療施設及び医療関係者数、2-5 都道府県、男女別人口（国勢調査及び人口推計による10月1日人口）より作図。1955年以降 厚生省 1956～80 厚生行政年次報告より作図

図 40 都市と町村別にみた医師数（人口 10 万人あたり）の推移（郡部と市部別）（1958 年～1978 年）



出典：厚生省 1959～80年 厚生行政年次報告の記載より作図

後日の調査によれば、養成された学生の僻地や出身都道府県への定着率は一般医と比べ明らかに高いことは明らかになっている。例えば、一期生の養成の終了（大学卒業）した1978年から2006年までの卒業生の義務遵守率は97%であり、義務年限内におけるへき地勤務率は一般医の16倍、義務年限終了後は4倍となっている。^{72 73} 義務年限後の勤務地は自由になるが、出身都道府県への定着率は46%から93%となっており、少なくとも約半数の医師は出身都道府県に留まっている状況である。⁷⁴

大学の定員は100名であり、80年頃の時点の約8,000名という定員数から見れば、自治医大の年間卒業生数は全体の1.25%程度であり、その量的なインパクトは十分とは言えないが、毎年一定数の医師がより確実にへき地に従事していることを考慮すれば、自治医大の開設は地理的遍在の是正に一定の貢献をしていると言えると考えられる。

72 Matsumoto M., Kajii E. (2009) Medical Education Program with Obligatory Rural Service: Analysis of Factors Associated with Compliance. Health policy. 90 (2-3):125-132

73 Matsumoto M., Inoue K, Kajii E. (2008) Contract-based Training System for Rural Physicians: Follow-up of the Home Prefecture recruiting Scheme of Jichi Medical University. Journal of Rural Health. 24(4):360-368

74 Matsumoto M., Inoue K, Kajii E. (2008) Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University. Japan. Rural and Remote Health. 8(3):930

(5) 地域医療、プライマリ・ケアを重視した医学教育への取り組み

文部省は、1968年のインターン制度の廃止を機に、新たに医学部設置審査基準を設けて、医学部卒業後、直ぐに医師としての最低限の診察が行えるようより実践的な医学教育カリキュラムを設定するよう各大学に働きかけを行った。そうした動きの中から、自治医大のように地域医療の特化した医科大学が創設されたと同時に、他の大学でも即戦力の一般医を育成するためのカリキュラム作りが進んだ。

自治医大と同様に1973年に設立された筑波大学医学部では、従来の医局講座制に縛られない講義体制と、実習先を大学病院だけでなく、広く地域の病院、診療所さらに在宅ケアにまで広げた教育カリキュラムを導入し、地域ニーズに応じたプライマリ・ケアを実践出来る医師の養成体制の構築を図った。こうした地域医療を念頭にした医学教育の新たな取り組みが1970年代以降、徐々に全国の大学に拡大していくことになる。

2. 看護婦

(1) 看護婦数の恒常的不足と看護教育の質向上

1970年代は、高齢化が一層進む中で1973年には老人医療費の無料化が導入され、医療ニーズは一段と拡大し、看護婦需要も病床数の増加に合わせて、引き続き増大した。^{75 76} 一方で、中長期の需給予測に基づく看護人材養成の計画作りも始まり、看護婦不足に対する予算が増額された。また、医療技術の高度化に伴い、看護婦への技術的要望も高まると同時に、看護婦の希望者の間にも大学や短大での看護教育を志向する傾向が拡大し、看護教育体制の短大・大学化が進み始めた。

(2) 中期需給計画の策定と看護関係予算の増額

看護婦の需給計画の策定について、厚生省は1974年に看護分野では初めてとなる第1次看護需給計画(1974年～1978年)を策定し、より計画的に看護婦不足対策に取り組むようになった。厚生省は需給計画の策定にあたり、1978年にはイギリス、スウェーデン並みの病床あたり看護婦配置数を達成することを目指して、養成施設の強化のみでなく、処遇改善や就業促進活動による離職者の減少と再就職者の増加を含めた「看護力確保のための総合的努力」を積み重ねる計画を策定した。⁷⁷

計画の実行に際し、厚生省は表3のとおり、1970年には53億9600万円あった看護関係予算を、1980年には477億600万円にまで増額して積極的に対応した。厚生省予算に占める看護関係予算の比率は1970年0.34%から1980年には0.53%に上昇した。こうして獲得した予算は、主に、国立病院・療養所に設置された看護婦養成所の運営費、教員養成のための講習会等事業費、看護学生のための就学支援貸与金、離職看護婦の再就業支援、職場内の保育施設整備、さらに一部は官民を問わない看護婦養成所の施設整備の補助金等にも活用された。

各種の支援事業の結果、1974年時点で387,000人の総看護婦数は、1978年には479,000人となり、

75 厚生省『患者調査』によると、高齢化率は1950年は4.9%、1960年は5.7%、1970年は7.1%となった。総受診件数(百万)は1955年150.5、1965年403.3、1975年656.6と20年間で4.36倍になった。

76 総務省『日本の長期統計系列24/29病床数、30医療関係者』によると、総病床数と総看護婦数はそれぞれ1955年は626,716床105,965名、1965年は1,077,695床133,985名、1975年は1,428,183床175,841名と20年間で病床数は2.28倍、看護婦数は1.66倍に増加した。

77 当時、1病床あたりの看護婦数はイギリスが0.336人、スウェーデンが0.321人、日本は公的医療機関が0.297人であった。

目標数の 489,000 人をほぼ達成した。⁷⁸ 需給計画により客観的な看護婦不足数と達成目標数が明示されたこと、年次毎の具体的な事業計画が策定されたことなどが、当時の予算当局との折衝に於いて重要な資料となり、大幅な予算拡大を可能にしたものと推察される。今日まで、看護需給計画は継続して策定されている。

表 3 厚生省看護関連予算の推移（1970 年～1980 年）

年	政府予算 (百万円)	厚生省予算 (百万円)	看護関連予算 (百万円)	政府予算に占める 厚生予算の割合	厚生予算に占める 看護関連予算の割合
1970	11,467,681	1,597,456	5,396	13.9%	0.34%
1971	14,284,073	2,093,002	7,664	14.7%	0.37%
1972	17,099,430	2,868,294	11,222	16.8%	0.39%
1973	21,288,800	3,906,729	15,859	18.4%	0.41%
1974	24,296,011	4,739,190	23,423	19.5%	0.49%
1975	28,514,270	5,625,758	28,933	19.7%	0.51%
1976	34,295,011	6,707,688	33,309	19.6%	0.50%
1977	38,600,143	7,554,088	38,766	19.6%	0.51%
1978	42,588,843	8,149,475	42,016	19.1%	0.52%
1979	46,788,131	8,764,247	44,488	18.7%	0.51%
1980	49,680,837	9,016,835	47,706	18.1%	0.53%

出典 政府予算及び厚生省予算：厚生省『厚生行政年次報告付属資料』

看護関連予算：日本看護協会『保健師助産師看護師法 60 年史』

(3) 看護教育の質向上

1970 年代には准看護婦学校数が逡減していく一方で、看護婦学校、特に准看護婦から看護婦への移行過程となる 2 年間の看護婦学校が急増した。これは 1960 年代後半から見られた傾向で、文部省や厚生省による政策的な誘導ではなく、高校進学率の上昇による准看護婦養成所への希望者の減少と、より高い資格を志向する看護婦志望者の意向が反映されたもので、学校の新設計画やそれを支援する公的な政策の整備はこうした看護婦志望者のニーズを後追いで補完する状況であった。

一方で、極めて緩やかながら看護大学も徐々にその数を増やしつつあった。1973 年厚生大臣の諮問機関の「看護制度改善検討会」は当時の看護教育の実状を、看護学校の多くが学校教育法上の要件を十分に満たさない職業学校であり、教育体制の強化が必要と指摘し、「出来るところから学校教育法に基づく大学、短大に移すべき」と提言した。1975 年に文部省は、学校教育法を改正し、多くの看護学校を従来の各種学校から、より開設要件が厳しい教育の質が高い専修学校へと移行させた。文部省は大学での看護教育の拠点づくりとして国立大学看護学部の開設を目指したが、その後 15 年間に短大は 12 校から 46 校に増加した一方、大学の増設は 2 校のみであった。

看護教育の大学化に大きな障害となったのは教員の確保であった。大学レベルでの看護教育を行うためには学位を持った教官が必要であったが、当時十分な人材を確保出来るだけの体制が整っておらず、

78 保健師助産師看護師法 60 年史編纂委員会（2008）『保健師助産師看護師法 60 年史』pp. 121-125, 144-147.

看護教育の大学化が本格的に進むのは 1990 年代になってからであった。

3. 助産婦、保健婦

(1) 「国民健康づくり対策」の展開と保健所・市町村の役割の変容

1970 年代は医療福祉の充実の一方で、その財源不足に対処するための疾病予防と健康づくりが重視され、保健所や市町村の保健活動の役割の見直しがなされた。

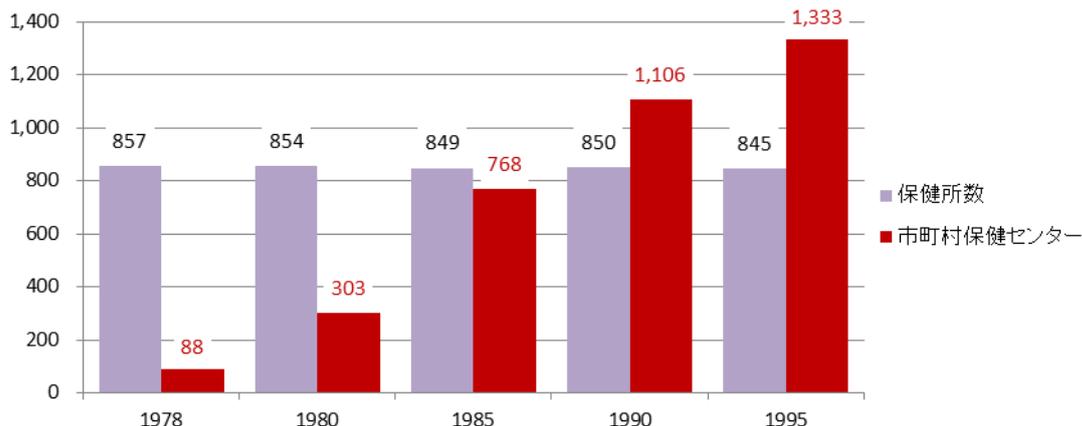
1960 年代からの経済成長を背景に、1970 年代初頭には社会福祉の強化が積極的に実施され、1973 年には、医療保険の給付率の引き上げと共に、老人医療の無料化（対象は 70 歳以上、寝たきりの場合は 65 歳以上）が実施された。しかし、こうした保健福祉政策の拡充は、医療の高度化による影響も含めて医療費の急増につながり、医療給付総額は 1970 年には 2.1 兆円であったものが 1980 年には約 5 倍の 10.7 兆円に急増した。⁷⁹ 一方で、1973 年の石油危機以降、経済成長は鈍化し、急増した医療給付費が政府にとって大きな財政負担となった。

このような状況に対して厚生省は医療費を下げるための、疾病予防と健康増進に大きな政策の重点を置くようになった。厚生省は 1978 年に、生涯を通じた健康管理、健康づくりのための基盤整備、そして啓発活動の 3 本柱からなる「国民健康づくり対策」を提唱し、健康診査の普及・強化による疾病の早期診断・早期治療を進めることとなった。その中で県保健所や市町村の保健活動の役割分担と効率的な実施が重要な課題となった。厚生省は 1968 年には「基幹保健所構想」を策定し、県保健所業務の集中化・効率化の検討を開始した。1970 年代前半には、それまで県保健所が担っていた母子保健、家庭訪問、予防接種、健診等の対人的な保健サービスを市町村に移管する方針を示し、県保健所の機能を市町村保健活動の指導や広域的な食品・環境衛生等の行政業務に絞った。1978 年には各市町村に母子保健指導や巡回訪問等の住民に直接サービスを提供する地域保健活動の拠点となる市町村保健センターを設置することを決定した。

図 41 のとおり、市町村保健センターは、初年度の 1978 年は 88 か所設置され、その後、1980 年には 303 か所、1990 年には 1,106 か所と全市町村への配置に向けて拡大していった。

79 国立社会保障・人口問題研究所（2005）『平成 17 年度社会保障給付費』

図 41 保健所と市町村保健センター数の推移（1978 年～1995 年）



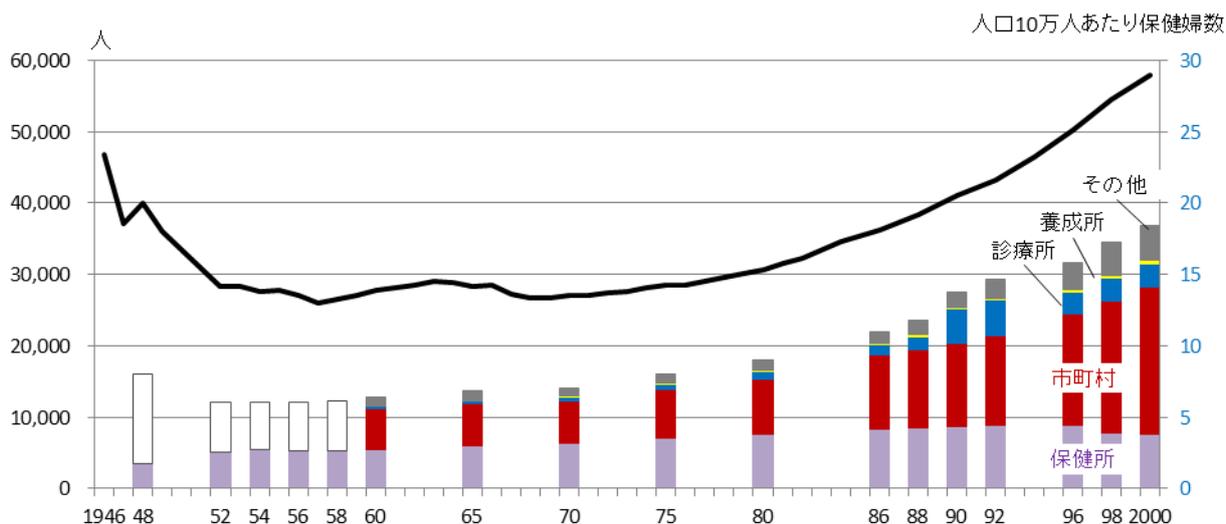
出典：総務省 日本の長期統計系列 24-8 保健所数及び保健所職員数、静岡県 健康福祉部調べ市町村保健センター数より作図

(2) 保健婦業務の更なる多様化と市町村保健婦の活動拡大

1970年代は、1960年代に引き続く保健婦業務、また図42のとおり勤務場所の多様化と共に、市町村保健センターの設置に伴い、市町村保健婦の業務拡大が始まった時期でもあった。

1970年代になると、保健婦の活動の対象は母子、高齢者健康、精神障害者対策だけでなく、公害や薬害に対する住民ケア、さらには労働衛生や成人病の予防対策を進めるための企業等での健康管理活動などにまで拡大した。こうした拡大した保健婦の活動は「国民健康づくり対策」の重要な事業として位置付けられるようになった。保健所と市町村の業務が分離されたことで、他方、地域保健事業における活動の重複や連携調整の欠如といった問題も生じた。1978年に、市町村保健センターが開設されるのに合わせ、県保健所保健婦、国保保健婦、さらに各市町村が直接雇用していた保健婦の活動内容と役割が見直され、効率的な連携体制が作られるようになった。

図 42 勤務場所別保健婦数の推移（1946 年～2000 年）



出典：総務省 日本の長期統計系列 2-5 都道府県男女別人口、24-8 保健所および職員数、24-30 医療関係者、厚生省 衛生行政報告例より算出、作図

(3) 助産婦業務の変容

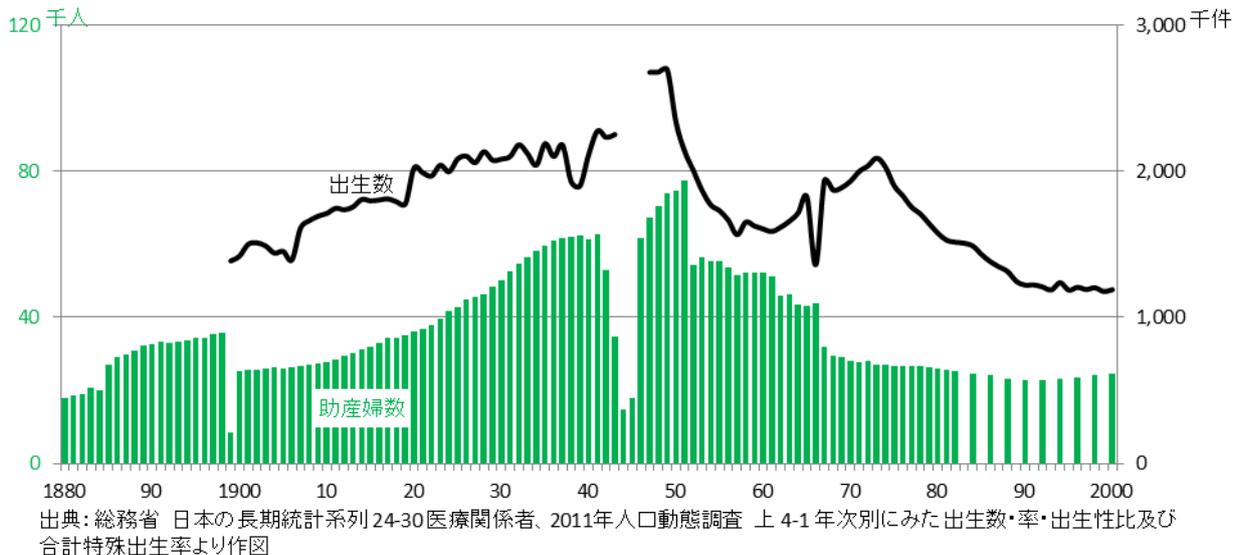
1970年代には、助産教育施設の整備が徐々に進んだものの、助産婦に関する目立った政策的な対応は見られなかった。開業助産婦の退職が進む中、医療機関に勤務する助産婦数が増加し、全体数としては漸減傾向になった。

1970年代には、母子健康センターにおける出産も減少し、1980年には殆どの出産が医療機関で行われるようになったその結果、助産婦総数は、1970年には28,807人となったが、1980年には25,867人と減少し、1990年には22,918人にまで減少した。(図43のとおり)

この背景には、国民の医療施設での出産指向が定着したことと共に、助産所と緊急時に医療的に対応を行う嘱託医との連携を図ることが機能的にも難しく、医師と助産婦双方に嘱託医制度が敬遠され、母子健康センターから助産施設が次第に廃止されていったことが挙げられる。⁸⁰ こうした助産施設の閉鎖と共に、全体的に高齢化が進んだ開業助産婦は退職していった。

一方で、医療機関勤務の助産婦数は、1970年代の10年間に12,814人から16,696人に増加した。⁸¹ さらに助産教育機関の入学状況を見ると、1960年には受験者数が369名で定員の490名を下回ったのに対し、1970年には定員965名に対し受験者数1,545名、1978年には定員1,545名に対し受験者数4,151名と希望者が増加した。就業現場で、助産婦手当の加算等、一定の処遇改善が図られたことも要因と推察される。

図43 助産婦数と出生数の推移(1880年~2000年)



80 鈴井江三子(2006)『病院出産に伴う出産介助者の変更とその要因—医療制度の再編が行われた1945年から病院出産が成立した1974年を中心に—』川崎医療福祉学会誌 Vol.15. No.2

81 同上

■第3部 日本の保健人材政策の経験と開発途上国への教訓

第2部にて日本の保健人材の経験を辿ったが、以下において、各時代の特徴をまとめ、開発途上国への教訓の抽出を試みたい。

1. 各時代の特徴

(1) 1868年から1945年まで - 明治維新から第二次世界大戦終結まで (GDP500ドル~3,000~1,300ドルの時代) -

第一に、明治期の政府にとっての重要な保健課題は、コレラのような海外からもたらされる感染症を防圧することであった。地方の警察局を含め、感染症を防圧するシステムのためのナショナルセンターとして内務省に衛生局が1875年に設置された。第二の課題は、西洋医学に基づく保健人材の養成であった。政府は保健人材の資格基準を策定し、保健人材のための教育機関を拡充することに努めた。医師に関し、医学教育機関は、段階的に、そして東京大学卒業生のみに関し、その数が増やされた。1915年までには、産婆と看護婦のための資格水準についての法・規制が全国規模で施行された。その結果、1940年には、近代的な保健人材（医師、産婆、看護婦）の数は、100,000人当たりの368.4人（医師90.8、産婆85.3、看護婦192.3）となった。第三の保健課題は、戦争に備え兵士として任務に就くことが可能な健康的な若者を養成すること、確保することであった。そのため、結核対策と母子保健が重要な政策課題となった。産婆、看護婦だけでなく、保健婦の養成も同様であった。文部省は医師を速成するために、医学専門学校を急拡大することも始めた。一方、1922年に導入された健康保険制度のカバ一率は1940年代初めには人口の70%に拡大した。

(2) 1945年から1960年まで - 第二次世界大戦後から高度経済成長期まで (GDP1,300~4,000ドルの時代) -

この時期、最も重要な保健ニーズは、結核対策と、ベビー・ブームに対応するための母子保健の改善であった。これらの課題への対応において効率性を高めるため、GHQの助言も一部受け、保健所にベースを置いた医師、助産婦、保健婦による地域保健活動が急速に拡大した。保健婦の職務内容は多岐に渡った。それは看護婦よりも追加的な技術と知識を求めるものであった。このような変化は養成プログラムの向上を促した。保健所の拡充と拡大が進むにつれて、医師の公衆衛生教育と養成も強化された。その結果、当時日本は貧しい経済状況ながらも、妊産婦及び乳幼児死亡の割合が急激に減少した。結核による死亡率も治療無料化の導入に相まって改善した。

終戦直後のもう一つの大きな課題は、質の管理に注意を払うことなく設立した膨大な数の医学専門学校を整理する必要することであった。その後、医学教育は医学専門学校ではなく、大学のみで許されることになった。さらに、1950年代に戦争からの復興が進むと、民間の病院と診療所の拡大は、量と質の両面において看護婦の需要を急激に押し上げた。看護婦不足を補うために、養成期間が短い准看護婦が導入された。

(3) 1960年から1970年まで - 高度経済成長期 (GDP4,000ドル~10,000ドルの時代) -

高度経済成長と1961年の国民皆保険の実現は医療需要を一層増加させ、医療施設の数を拡大させ、医療技術を高度化させた。このような背景から、政府は医師不足を認識する立場に転換し、既存の医科大学/医学部の定員の数を増やすことを開始した。また、政府は看護婦養成校を拡大し、准看護婦の速成を強化し、離職看護婦の復帰を支援した。

また、workforceの段階における医師の質の統制に関し、専門認定は非常に限定された診療科のみとされた。博士号取得を希望する若手医師の増加に合わせ、若手医師が卒業した医科大学/医学部の医局は、主にそれぞれの医局独自の臨床実習の機会を提供することにより、workforceの段階における彼らのキャリア形成と昇進に大きな影響を及ぼすようになった。

(4) 1970年から1980年まで - 安定成長期 (GDP10,000ドル~13,000ドルの時代) -

この10年は、がんや循環器系疾患による疾病が増え、高齢化が進んだ時代であった。1973年に老人医療費の無料化が実現し、病床数は急激に増加した。医師不足は引き続き重要性の高い政策課題とされると共に、新たに医師の地理的偏在が政策課題として深刻に認識された。そのような状況で、政府は地方の県の医科大学/医学部の開設を緩和した。地方自治体は共同して自治医大を設置し、地方勤務を希望する学生に対して特別なインセンティブ・メカニズムを設けた。へき地保健医療計画が改正され、政府からへき地に派遣される医師へのコストや手当の補助が行われた。

慢性的な看護婦不足に対し、1974年に中期的な看護婦の需給計画が導入された。看護養成校の一部は短大に移行した。地域保健の権限や機能の大部分は県に移り、公害や老人保健が保健婦の活動に加わった。施設分娩の増加により、助産婦の職務の機会は減少していった。

2. 開発途上国への日本における保健人材の歴史からの教訓

以上のような1980年までの日本の保健人材政策の経験に基づき、1980年までの日本の保健人材政策における特徴を述べると共に、今日の開発途上国に対する教訓を提示したい。

(1) 1980年までの日本の保健人材政策の特徴

戦前を含め1980年までの期間における日本の保健人材政策の特徴は以下の7点である。

第一に、保健人材政策の焦点は、保健人材の向上と拡大だけでなく、地域保健に関わる人材にも置かれていたことである。終戦直後は、母子保健と結核対策のために、公衆衛生サービスを担う人材の強化が大きな政策課題であった。高度経済成長に伴う医療施設の拡充、国民皆保険制度の整備により医療サービスを担う保健人材の数、質の拡充が図られた。それと同時に疾病予防、健康増進などの公衆衛生・地域保健事業を担う保健婦や医師の強化も課題になった。その際に、人材課題だけでなく、その活動環境、例えば保健所の機能強化なども同時に政策的な対応がなされた。

第二に、医師についての政策は大学教育の段階 (entry) に重点が置かれたことである。医師についての政策の重点は、WHOが提示した entry - workforce - exit の三つの保健人材の生涯段階のうち、entry に該当する大学教育と資格付与の段階に置かれた。具体的には教育機関に対する施設基準、入学資格、定員数、さらには資格試験での質的管理を含めた質と量両面に亘る法・制度整備がなされた。また、医師の地域偏在への対応についても医科大学の地方設置や自治医大での地域医師養成など、entry 段階で

の政策が重点であった。一方で、workforce 段階での専門医、さらには医師のキャリア形成にかかる卒業研修などは学会や大学医局、医師会が中心となって進められた。

第三に、看護婦についての政策は entry、workforce、exit の各段階で行われたが、現状に対して受身的であって、積極的な対応ではなかったと考えられるものであったことである。戦前では看護婦については実際にはかなり早期にその職種が実践的に機能していたにも関わらず、資格や養成に関する法・規制は 20 年から 30 年程度遅れて整備されている。戦後においても、資格制度については早期に整備したものの、看護婦不足に対する准看護婦制度での対応や養成・教育制度の整備などは、十分な実施体制の準備がない中で現状対処的に制度整備が進められていった。

第四に、助産婦について、明治初期に医師と同時に資格、養成の制度が整えられ、戦前期においては、独立した専門保健職として扱われたが、戦後は施設分娩の普及に伴い、職務を行う機会が減少していったことである。

第五に、政府は人材養成機関の設置基準を主導し、実際の教育・養成機関の設置と運営は民間セクターが重要な役割を果たしたことで、医科大学/医学部の入学定員数と学校数は政府によって厳格にコントロールされたが、看護婦、助産婦、保健婦については緩やかであったことである。

第六に、厚生省と文部省の分業は明確に定められ、厚生省によって策定された保健人材政策は、文部省によって適切な予算措置を伴って効果的に実施されたことである。

第七に、医師が標榜することが可能な診療科目についての法的な規制は緩やかであったこともあり、政府は、疾病構造の変化に対応するために診療科毎の医師数を調整することについては殆どインセンティブを有していなかったことである。

(2) 今日の開発途上国への教訓

以上のような日本の保健人材政策の経験を踏まえて、開発途上国に対する教訓は以下のとおり要約される。

なお、日本が、多くの開発途上国とは違い、幾つかの有利な条件を有していたことも注記されるべきであろう。すなわち、医療の近代化以前に、伝統的な保健人材がある程度存在していたこと、20 世紀初めまでに初等教育の無償義務化が開始されたこと、戦前に健康保険が既にある程度普及していたことである。

以下の教訓は、むしろ、保健人材の量がある程度確保されながらも、高齢化や経済成長に伴う医療需要の変化に直面する中所得国に参考となるものの方が多いかもしれない。しかし同時に、公衆衛生上の課題に対する政策対応には低所得国にも参考になる点があることを期待したい。

① 保健人材の養成と確保にはそれを堅実に実行していく政治的なリーダーシップが極めて重要である。

日本では、明治期の富国強兵、昭和初期の健兵健民という国家目標が、保健人材の近代化、国民皆保険、公衆衛生を強く後押しした。さらには戦後の公衆衛生事業の普及と保健人材の確保についても政権与党である自民党が、同じ政策課題を掲げる社会党、共産党と競争しながら、保健医療の拡充を優先施策としてプッシュした。

このように、政治的なリーダーシップによって、保健人材の開発が継続的に政治的な課題となり、多様な取組みを行うことは重要である。地域における保健医療の話は有権者にとって分かりやすく、途上

国における政治的リーダーシップにおいて票に結び付きやすいものである。普遍的かつ平時でも魅力的な政策課題と言えることに留意しておく必要がある。

- ② 保健人材が著しく不足し、その育成に年月を要する状況では、疾病予防、感染症対策、母子保健サービスを多くの人々に、よりコストをかけずに提供するために、地域保健あるいは地域保健に関わる人材への投資が優先されることが望ましい。

保健衛生の体制が未整備な多くの開発途上国においては、感染症対策や母子保健の改善が大きな健康課題である。限られた保健予算、施設を有効に活用してこうした健康課題に対応するには、地域住民全体の健康向上、疾病予防を図る人材の確保が最優先の課題であろう。日本でも終戦直後の悪化した生活環境の中で、上位資格と位置付けられた保健婦を中心に保健所を拠点とした公衆衛生活動に重点が置かれた。

地域の公衆衛生の向上には、疫学的知識を使って十分な現状情報を収集分析して、限られた資源を効果的に活用して活動計画を策定する人材と、地域社会で住民を的確に啓発、指導する保健人材の確保が重要である。また、こうした人材が活動を円滑に行うようにするためには、その拠点となる例えば保健所のような施設の整備と、行政官などのチーム体制の構築、そして中央もしくは地方行政機関からの予算確保と研修が必須の要件となる。保健所の施設整備は国が負担、運営経費は国と地方自治体が折半し、厚生省予算に占める保健所補助費の額は地域保健活動が決定的に重要であった 1950 年代においても 2% 強に過ぎなかった。

- ③ 保健人材の深刻な不足に対応するため、准看護婦のような保健人材の速成を導入する際には、義務と仕事の内容について明確に定義すること、将来のキャリアと質の向上に向けての方策を計画していくことが必要である。

WHO が定義する、深刻な人材不足の状況にある国々の中には、医師、看護師、助産師といった専門職を補完する類似の職種を速成的に育成せざるを得ない国も多い。例えば、エチオピアでは、コミュニティ・レベルでの保健人材不足に対して、2000 年代後半に新たな速成型の職種として保健普及員の制度を導入した。こうした速成職種の人材を持続的に活用していくには、該当する人材の将来に亘る質（知識・技能）の向上や、上位の職種へのキャリア・アップ支援の方策を予め検討しておくことが重要である。

日本では、看護婦と比べて養成期間の短い准看護婦の数が増大することが看護業務全体の質の低下を招くと危惧する声に応え、1951 年の制度導入から 6 年後に厚生省は、准看護婦から看護婦へのキャリア・アップを支援する 2 年間の看護婦教育課程を制度化した。また、日本では准看護婦導入後に看護婦との職務分担の混乱が生じた。

速成型の職種の導入に際し、その職種の職務内容、範囲を既存の他職種との関係において予め明確に規定化しておくことが日本の経験からの教訓となる。

- ④ 伝統的産婆や漢方医など、既存の保健人材と新しく導入する保健人材との間の政治的な摩擦を避けるためには、経過措置を設けることは検討に値する。

日本では、西洋医学に基づく医師資格制度の導入にあたり、当時、医師の大多数を占め、かつ強い政治力も持っていた漢方医に対し、既に開業している漢方医とその子弟一代に限り、医師開業試験を免除する経過措置を行った。また産婆についても、従来開業していた産婆に一定の期間内に資格試験を受け

ることを条件として仮免許を与えた。さらに戦後、1948年、厚生省は既存の看護婦、助産婦、保健婦に対し無試験での国家資格を付与する措置を行っている。

西アフリカ諸国では、正規の助産師が育成され地域に十分に展開する以前に、伝統的な産婆による出産介助を認めないこととする政策を実施したために、多くの地域、特に新規の助産師の配置や定着が困難なへき地での出産介助に大きな支障が生じた。こうした状況に対して、伝統的産婆に出産の直接介助は認めないものの、その周辺の妊産婦ケアの役割を与えることで、過渡期の人材不足の一部を補いつつ、円滑に地域の保健システムの維持と新たな人材への移行を果たしたケースも見られる。

このように保健人材の制度の切り替えを行う際に、旧資格者に対して、暫定的な資格付与や技術補完の研修、さらに新たな役割の提供などの経過措置を採りながら、政治的な摩擦を避けて円滑に移行させていくことが重要である。

⑤ エビデンスによる保健人材の需給計画に基づいてより長期的な保健人材の養成計画を策定し実践することが極めて重要である。

保健人材の養成には年月を要し、また養成によって生じたインパクトも長期間に及ぶ。したがって、5年から10年間程度（医師であればさらに20年間程度）の長期的な需給予測に基づいた人材養成の計画を検討することが望ましい。すなわち、正確な人材需給予測と人材養成計画の策定には、国毎に保健人材の現状を的確にモニタリングすること同時に、国の社会経済状況、国際的な保健人材の動向、国民の健康ニーズの変化等の多様な情報を収集して多角的に分析して将来予測をする組織体制を構築する必要がある。そのためには政府の強力な政策的リーダーシップに加えて、WHO、GHWA、援助機関等による協力と支援も重要である。

日本の場合、1960年代当時の医師の充足度の検討資料を見ると、供給側からのみの比較的簡便な試算モデルが用いられており、人材の需要と供給を合わせた厳密な試算モデルは当時利用されていなかったとみられる。一方、看護職の需給見通しを見ると、医師のものと同様に簡便な試算モデルが使われていたが、予測期間が5年毎と比較的短かったこと、需要増が病床数変化と連動していたこと、養成機関と就業先が同一組織というケースも多いこと等から、比較的正確な需給予測がされていたとみられる。その結果、エビデンスに基づいた人材養成計画の策定、さらに予算要求が可能となり、予算拡大にもつながったと推察される。実際に看護分野では多くの養成支援事業が積極的に行われ、1970年代末には需給バランスが比較的安定した状態となった。

⑥ 保健人材政策の策定と実行に関して保健と教育に関わる省庁間の分業を明確に定義すること、省庁間の密接な連携を促すことが必要である。

開発途上国では、保健人材の需給を検討する省庁とその教育を実行する省庁、多くの国では保健省と教育省であるが、省庁間の役割や権限が明確ではない、またコミュニケーションが十分ではなく、予算確保の困難さも伴って人材の養成が進まない場合がある。また、省庁内、例えば保健省内に人材の需給と教育を行う部門がある国もあるが、省庁内でも同様の課題を抱える国もある。

日本においては、医師の養成に関し、厚生省が医師の需給を予測し、その結果を受けて文部省が大学医学部入学の定員の検討と策定を行い、医学部の経費を予算化する等の役割が明確であった。また、厚生省と文部省の担当局間では意見交換がなされ、また諮問委員会が設けられるなど、コミュニケーションも円滑であった。その結果、省庁間の調整に時間等を要さず、人材養成を進めることが出来た。

⑦ 保健人材の地理的偏在問題に対応するには、地方勤務を希望する学生に対し効果的なインセンティブを導入した自治医科大学のコンセプトは検討に値する。

保健人材の地理的偏在は開発途上国においても深刻な問題であり、多くの国で様々なインセンティブの政策が導入されている。メキシコなど多くの中南米諸国やタイで見られるように、医師資格取得の条件等として一定の年数に亘ってへき地に配置する制度などがある。一方で、へき地手当といった金銭的なインセンティブや、へき地勤務の見返りとしてへき地勤務後の希望勤務地への優先的な配置を認める、海外留学の機会を与えるなど等の金銭によらないインセンティブの提供などの工夫も多くの開発途上国で行われている。

日本では、1971年に全47都道府県が共同出資して、へき地医療の専門医を養成と確保することを目的として自治医科大学を設立させた。入学を認められた学生には各都道府県から学資が全面貸与され、卒業後9年間の地元都道府県でのへき地勤務を果たすと貸与額の全額が返済免除となるという金銭的なインセンティブが提供されている。

同様の医科大学を作るという選択肢が開発途上国において妥当性を持ちえるかを判断することは困難だが、雇用や資格取得の条件とする以外の政策オプションとして、保健人材のへき地での勤務を促す計画を検討する際に、日本の事例は参考になり得ると思われる。

⑧ 保健人材の職場定着を図るには、金銭的なインセンティブを補完する、勤務環境の改善、妊娠や育児などのライフ・プランに合わせた考慮を含めた非金銭的なインセンティブが必要である。

多くの国で既になされているが、日本でも、看護婦による労働条件の改善要求に対応する形で、1960年代以降、賃金の改善のみならず、看護婦の離職防止や復職支援対策として、職場内の託児施設整備、再就業のための訓練や雇用斡旋、夜勤当直のための仮眠施設の整備などライフ・プランに合わせた執務環境の改善が行われ、離職対策に一定の成果を挙げた。

高中所得国になっていた日本の労働条件の改善施策を、そのまま開発途上国の現状に適用することは適当ではないが、金銭的なインセンティブに限定せず、保健人材のキャリア・アップやライフ・プラン、安全確保などの保健人材の様々なニーズに応えられる非金銭的なインセンティブを検討する参考にはなるものとする。

■ 結語

本報告書においては、保健人材政策に関する途上国への教訓を抽出するために、日本が低所得国であった時代から高所得国に移行する時代に焦点をあてた。高所得国となった 1980 年代以降については、鈍化する経済成長の中、更なる高齢化と共に、医療費が一層増加し、今日の日本の主要課題として研究者の関心を集めている。1980 年以降の保健人材政策については、こうした主要課題を踏まえて分析する必要があることから、他の研究にその分析を譲ることとしたい。

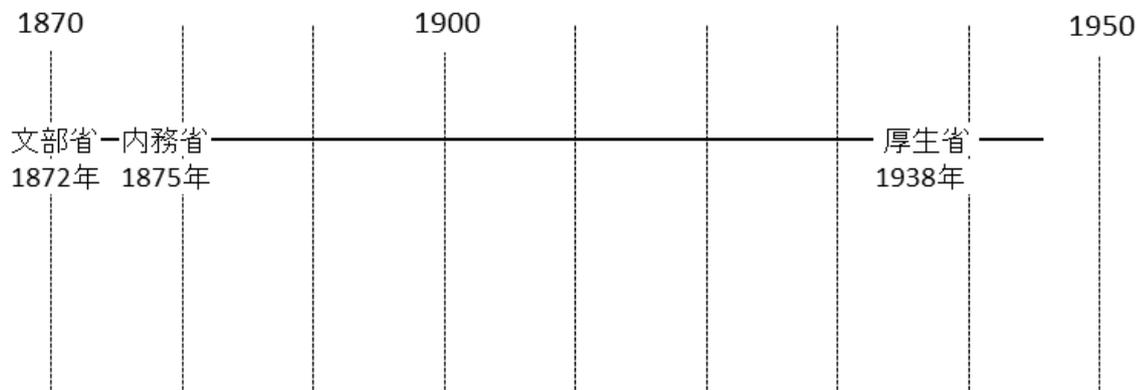
本年は、日本が I M F ・世界銀行に加盟して 60 周年になるが、日本は 1953 年から 1966 年にかけて世界銀行から借款を受けていた。異なった時代と異なった国を比較することは簡単なことではないが、厳しい財政状況下で保健人材を養成・整備し、直面する保健・医療の課題に取り組む開発途上国の政策に何らかの貢献ができればと分析をしてきたところである。もとより人材養成の基礎には教育制度があり、初中等教育の十分な普及なくして人材育成は考えられない。本報告書では保健人材に着目して分析を試みたが、保健システム、またその時々の疾病動向や医療財政の課題から離れて、人材育政策のみに着目した分だけ全体的に記述的になり過ぎて、分析が不十分との叱責もありうると思う。この点については当該分野を専門とする研究者による更なる分析研究にその補完を期待したい。

現在は 60、70 年前の日本が置かれた国際環境とは異なり、保健政策に関する国際的な知識の積み上げ、集約が進んでいる。また、国際社会からの資金援助、技術支援も桁違いに発達してきている。さらに情報・通信技術の浸透はサブサハラ・アフリカ、南アジアですら驚くべき勢いで進行しつつあり、年月を要する保健人材養成の難しさを情報技術の進展で緩和させることが可能になりつつある。こうしたことから、人材育成に要する時間の長さを保健システムの効率を追求することで補える時代に来ているということである。

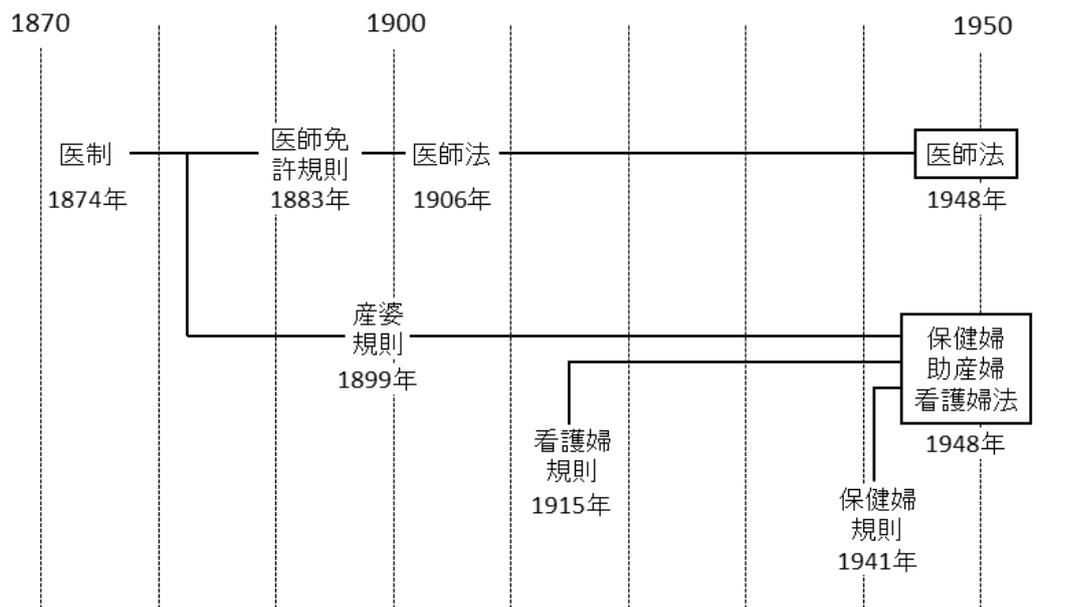
JICA はこれまでの保健人材育成支援の経験の蓄積に立ってさらに国際的な議論の潮流を咀嚼しつつ、保健システムのイノベティブな構築を積極的に展開し、途上国の人々の健康を守っていくことを改めて誓いたい。

参考資料

(1) 所管省の変遷



(2) 関連法の変遷



* 年は制定された年を示す。

(3) 年表

年	医師	看護婦・助産婦・保健婦	日本	世界
1850				58 日米修好通商条約調印
1860	68 西洋医学の導入		68 明治維新	
1870	74 医制公布 74 医師開業免許制度創設 79 帝大医学部18名の卒業生(医学士)を輩出	74 医制により、産婆が免許制となる	72 文部省に医務課設置 75 内務省に衛生局設置(衛生行政は文部省より移管) 76 内務省衛生局による死亡統計開始	
1880	82 医師免許規則、医術開業試験規則の公布 82 太政官布達(東大卒業教官を有する官立医学校卒業生に開業試験の免除)		80 伝染病予防規則公布 85 内閣制度発足 89 大日本帝国憲法公布	
1890		99 産婆規則、産婆名簿登録規則	99 人口動態統計開始	
1900	05 教授体制の充実した私立医学専門学校に医術開業試験の免除 06 医師法・歯科医師法制定			05 第1次ロシア革命
1910	14 医術開業試験の廃止	10 産婆規則改定 15 看護婦規則制定 16 保健衛生調査会発足	18 インフルエンザ大流行	14~17 第一次世界大戦
1920		23 東京市、児童相談所を設置し、巡回看護婦配置、訪問介護活動開始 23 済生会、被災者の巡回訪問看護開始 24 大阪市、訪問看護婦設置 27 聖路加病院が公衆衛生看護部を発足、訪問看護事業開始 28 日赤で社会看護婦養成開始	20 国際連盟加盟 22 健康保険法制定 23 関東大震災 26 小児保健所指針	29 世界恐慌
1930	39 文部省が帝大・官立医大に「臨時付属医学専門部」設置を要請	37 保健所法施行 38 国民健康保険法制定	34 恩賜財団母子愛育会設立 35 都市保健館(京橋)開設 37 結核予防法改正 38 農村保健館(所沢)開設 38 母子保護法施行 38 厚生省創設	39~45 第2次世界大戦
1940	42 (~45) 医学専門学校32校が開設 42 国民医療法制定 47 医師国家試験の開始 48 医師法、歯科医師法公布	41 保健婦規則制定 47 新保健所法制定 48 保健婦助産婦看護婦法公布 49 保健婦業務指導指針発表	45 GHQによる統治(~52.4) 46 医学教育審議会設置 46 日本国憲法公布 47~49 第1次ベビー・ブーム 48 医療法の制定	45 国連発足 45 IMF、世銀設立 47 米、マーシャルプラン発表 48 WHO設立、世界人権宣言 49 NATO成立

1950	54 医学専門学校の廃止	50 第1回の看護婦国家試験、保健婦国家試験、助産婦国家試験実施 51 保健婦助産婦看護婦法の改正（看護制度の基盤確立） 57 看護教育2年課程（准看護婦の転進支援）の開設	50 UNICEF 援助物資供与（～64） 51 WHO に加盟 51 生活習慣病（脳卒中、がん、心臓病）死因の上位に 52 対日平和条約の発動（4月） 56 国連に加盟 56～62 第1次へき地保健医療計画	50 コロンボプラン発足 50 朝鮮戦争始まる 51 サンフランシスコ講和条約、日米安全保障条約調印（52年発効）
1960			60 年代前半 施設分娩の割合、過半数に達する 60 医療金融公庫法 61 国民皆保険実現 64 OECD 加盟 64 東京オリンピック 67 公害対策基本法公布 68～74 第3次へき地保健医療計画 68 水俣病を公害病と認定	60 OECD 設立 61 DAC 設立 61 国連開発の10年決議 66 UNDP 設立 66 アジア開発銀行設立 67 EC 発足
1970	71 医科大学設置調査会の設置 72 自治医科大創設 73 一県一医大構想閣議決定 79 琉球大学医学部開設（無医県の解消）		70 日本人口1億人突破 70 高齢化率7%突破（高齢化社会へ） 71～74 第2次ベビー・ブーム 74 へき地勤務医師等確保修学資金貸与事業の開始	70 第2次国連開発の10年 71 「ニクソンショック」 75 ベトナム戦争終結 76 第1回 ASEAN 首脳会議 78 WHO、UNICEF 国際会議（アルマ・アタ）（アルマ・アタ宣言採択）

(4) 2008年の一人あたりのGDP (1990年基準の国際平均価格)

香港	31,704	タイ	8,750	キルギスタン	2,835
アメリカ	31,178	サウジアラビア	8,435	カーボベルデ	2,735
ノルウェー	28,500	シリア	8,360	イエメン	2,699
シンガポール	28,107	オマーン	8,332	カンボジア	2,482
アイルランド	27,898	アゼルバイジャン	8,097	ホンジュラス	2,323
オーストラリア	25,301	トルコ	8,066	バキスタン	2,239
カナダ	25,267	コスタリカ	8,032	ヨルダン川西岸ガザ地区	2,178
スイス	25,104	メキシコ	7,979	モザンビーク	2,160
オランダ	24,695	バーレーン	7,348	コンゴ(ブラザビル)	2,159
デンマーク	24,621	ボスニア	7,274	レソト	1,952
スウェーデン	24,409	イラン	6,944	アンゴラ	1,684
フィンランド	24,344	中国	6,725	ニカラグア	1,674
オーストリア	24,131	ユーゴスラビア	6,686	ラオス	1,669
イギリス	23,742	パナマ	6,675	ガーナ	1,650
ベルギー	23,655	ブラジル	6,429	タジキスタン	1,540
日本	22,816	コロンビア	6,330	ナイジェリア	1,524
フランス	22,223	セイシェル	6,109	スーダン	1,524
赤道ギニア	22,049	チュニジア	6,103	サオトメプリンシペ	1,484
トリニダードトバゴ	21,314	グルジア	5,984	セネガル	1,456
台湾	20,926	ヨルダン	5,702	ベナン	1,394
ドイツ	20,801	ペルー	5,388	モーリタニア	1,299
エストニア	19,951	ウズベキスタン	5,284	ジブチ	1,254
イタリア	19,909	ウクライナ	5,003	カメルーン	1,212
スペイン	19,706	ルーマニア	4,895	バングラデシュ	1,146
韓国	19,614	スリランカ	4,895	マリ	1,145
ニュージーランド	18,653	南アフリカ	4,793	ネパール	1,134
スロベニア	18,170	ボツワナ	4,769	北朝鮮	1,122
イスラエル	17,937	ナミビア	4,571	ケニア	1,098
カタール	17,311	ドミニカ共和国	4,464	コートダジュール	1,095
ギリシャ	16,362	グアテマラ	4,461	ブルキナファソ	1,063
アラブ首長国連邦	15,589	レバノン	4,453	イラク	1,049
プエルトリコ	15,074	インドネシア	4,428	ガンビア	1,043
ラトビア	14,816	トルクメニスタン	4,383	ルワンダ	1,020
モーリシャス	14,529	アルバニア	4,149	ウガンダ	1,008
ポルトガル	14,436	マケドニア	4,063	モンゴル	1,001
チリ	13,185	エクアドル	3,987	ソマリア	978
スロバキア	13,033	ガボン	3,811	アフガニスタン	869
チェコスロバキア	12,925	キューバ	3,764	エリトリア・エチオピア	867
クウェート	12,894	エジプト	3,725	ザンビア	845
チェコ	12,868	ジャマイカ	3,668	リベリア	802
ベラルーシ	12,607	セルビアモンテネグロ	3,620	ジンバブエ	779
アルメニア	11,630	モルドバ	3,540	タンザニア	744
リトアニア	11,342	アルジェリア	3,520	マラウイ	744
カザフスタン	11,245	モロッコ	3,465	マダガスカル	730
アルゼンチン	10,995	パラグアイ	3,295	チャド	706
ベネズエラ	10,596	スワジランド	3,150	シエラレオネ	686
マレーシア	10,292	ミャンマー	3,104	ハイチ	686
ポーランド	10,160	リビア	2,994	ギニア	628
ウルグアイ	9,893	インド	2,975	ギニアビサウ	617
ハンガリー	9,500	ベトナム	2,970	トーゴ	606
ロシア	9,111	ボリビア	2,959	コモロ諸島	549
クロアチア	8,904	エルサルバドル	2,940	中央アフリカ	536
ブルガリア	8,886	フィリピン	2,926	ニジェール	514
				ブルンジ	479
				ザイール(キンシャサ)	249

出典: Angus Maddison, Historical Statistics of the World Economy: 1-2008 AD, Table 3: Per Capita GDP Levels, 1AD -

