

「戦後の医療供給体制の整備動向に関する一考察」

A Study on the Arrangements of Medical Care Service Systems in Post-War Japan.

番匠谷 光 晴

Banshouya, Mitsuharu

要旨

医療供給体制とは、医療を国民に提供するために必要な医療機関（病院、診療所等）と医療従事者（医師、看護師等、人材養成等）の供給構造を指す。医療保険給付は、その受け皿である医療供給体制が無ければなし得ないものである。

戦争直後の焼け野原で最悪の衛生状態と財政難のなかでわが国を立て直し、医療供給体制を整えるために、医師や看護師等の人材養成の再構築と医療機関の整備に躍起になって急いだ。1948（昭和23）年には医療供給体制の法律である医療法、医師法、保健婦助産婦看護婦法等をまとめ直した。

戦後の修復期における医療の普及計画は、1950（昭和25）年から5カ年整備計画として病床の目標数を決定し整備された。1955（昭和30）年の病床数実績を対比すると量的には、ほぼ目標どおり整備されている。

戦後の混乱期において「医師が過剰であったとする説」と「医師が不足していたとする説」があるが、前提条件が異なるため結論的には両方のことがいえる。

昭和30年における病床数や有病率、受療率などをもとに医療供給体制の推移について検討をおこなった。

キーワード：戦後の混乱期、医療供給体制、医療計画、有病率、受療率

はじめに

医療供給体制とは、医療を国民に提供するために必要な医療機関（病院、診療所等）と医療従事者（医師、看護師等）の供給構造を指す。医療保険給付と医療供給体制の間には不可分性がある。

本研究ノートは医療供給体制の整備動向について戦後混乱期から皆保険推進期までの公的資料を中心に検証することにする。

戦後復興に際して大変な困窮と苦難があったと記載された文献の記述が多い。しかしながら、近年ではデータを省みしていない状況があるのではないかとと思われる。そのため思い込みが増幅した形で解説されている文献も散見される。そのようなことからデータに基づ

き医療供給体制の整備状況について検証し確認してみたい。また、新しい知見もありうると思っている。

本稿においては、医療供給体制の動向を論ずるにあたり医療供給体制と医療保険給付との需給関係をもとに医療保障体制の整備の系譜を視座においたうえで、時代の区分をしておきたいと思う。

戦後の社会保障の展開過程においてどのように区分するかは研究者により様々である¹⁾。筆者は終戦直後から国民皆保険の成立を経て福祉元年の頃までを次のように区分する。

「戦後の混乱期」は、終戦直後の激しいインフレと国民生活の窮乏により医療の保険と医療供給体制の需給関係がアンバランスであった。健康保険は財政的に余裕があった。1945（昭和 20）年から 1947（昭和 22）年までをいう。

「戦後の修復期」は、医療法、医師法などの医療供給体制関係の法の制定や改正をおこなってまとめ直し、戦後の出直し（リセット）をおこなった時期である。健康保険については 1948（昭和 23）年頃より急速に保険医療の需要が高まった時期である。1950（昭和 25）年には被保険者の利用の拡大などにより赤字に転落した。国民健康保険については整備が遅れていた時期である。そして、1950（昭和 25）年 6 月からの朝鮮戦争の特需や 1950（昭和 25）年 10 月社会保障制度審議会勧告もあった。健康保険は、朝鮮戦争の特需から被保険者の拡大、保険料の引き上げなどにより黒字に転換、その後、再び赤字に転換などを繰り返していた。1948（昭和 23）年から 1952（昭和 27）年までをいう。

「皆保険推進期」は、1953（昭和 28）年国民健康保険については初めて 2 割の国庫負担が実現した。医療の保険では最初の給付の国庫負担ができた。共済組合など医療の保険も成立し始め、国民健康保険をはじめ被保険者数が伸展し、5 人未満の事業所の被用者を除き一応の形態が出そろったことになる。朝鮮特需をきっかけに高度成長の始まりが予感され、人口の社会移動も始まりはじめ 1957（昭和 32）年には政管健保の国庫負担や国民健康保険の 7 割給付など給付の拡大もあった。医療機関との診療報酬の対立もあったが皆保険の推進をせまられた時期であった。ようやく経済的にも戦後の修復から高度成長ができ皆保険にむかった時期である。1953（昭和 28）年から 1961（昭和 36）年までをいう。

「拡充期」は、高度経済成長のもと医療機関と保険者側との抗争もあったが、経済の勢いにまかせ福祉元年をむかえる時期である。1962（昭和 37）年から 1970 年代前半（昭和 40 年代後半）（福祉元年）までをいう。

戦後の混乱期 1945（昭和 20）年から 1947（昭和 22）年まで

戦後の修復期 1948（昭和 23）年から 1952（昭和 27）年まで

皆保険推進期 1953（昭和 28）年から 1961（昭和 36）年まで

拡充期 1962（昭和 37）年から 1970 年代前半（昭和 40 年代後半）まで

ただし、本稿においては医療供給体制と医療保険給付との需給関係をもとに医療保障の系譜を時代区分したものであるから、西暦や和暦の各年をもって区切ることは難しい。状

況に応じて、例えば 1948（昭和 23）年を戦後の修復期としながらも戦後の混乱期として扱うなど時期を重複して言及することがある。

第 1 章 医療従事者の動向

第 1 節. 医療従事者の制度の経過

戦時体制において戦況が悪化するなか 1942（昭和 17）年に国民医療法（昭和 17 年法律第 70 号）が制定され、結核の根絶と無医村の克服のため日本医療団も組織された。国民医療法は医師会および歯科医師会を強制設立、強制加入とし、医師、歯科医師の身分および業務、医師会および歯科医師会の国策への協力、病院・診療所などの指導および監督、日本医療団によって病院などを組織化し、病院・診療所等の経営、医療関係者の指導および錬成、医療債権の発行など、いわゆる「医療法典²⁾」として、以前あった醫師法（明治 39 年法律第 47 号）、歯科醫師法（明治 39 年法律第 48 号）（以下、旧医師法、旧歯科医師法に統一）をも吸収したものであった。

終戦を迎え G H Q（General Headquarters, the Supreme Commander for the Allied Powers）（連合国最高司令官総司令部）の P H W³⁾（Public Health and Welfare）（公衆衛生福祉局）のもとで改革が進められた。戦前戦中からの不衛生な状態からの疾病や結核（亡国病）の蔓延のうえ、医師の要員不足のため戦時中には臨時附属医学専門学校などの医学教育機関の節操のない増設と医学教育の速成に加えて、医療施設の荒廃と医療水準の低下、医薬品など医療の供給不足という実情があって、あらゆる医療供給体制の改革に先立って医師、歯科医師の資質の向上を急ぐ必要があった。

G H Q の要請により、1946（昭和 21）年 8 月国民医療法施行令の一部を改正（昭和 21 年勅令第 402 号）し、新しく医師国家試験の受験資格として一年以上の診療及び公衆衛生に関する「^{ママ}実地修練」制度の義務化（改正国民医療法施行令 1 ①、②）（以下、インターン制度という）と、新しい医師国家試験制度を導入した。従来も一年以上の診療の修練が医師免許の取得条件（国民医療法施行令昭和 17 年勅令第 695 号）（国民医療法施行令 1 ①、②）になっていたが、教育期間中の修練で代用し繰り上げ卒業もあった。インターン制度義務化と新しい医師国家試験制度のもとでの試験は、事実上、1947（昭和 22）年 5 月 15 日実施の第 2 回医師国家試験からである。ただし、医師の資格取得には 1955（昭和 30）年代初頭まで引揚医⁴⁾や医師国家試験予備試験の特例など様々なルート⁵⁾が存在した。なお、新医師国家試験の合格者出身数が医師総数の過半数に達したのは 1965（昭和 40）年であった。

1948（昭和 23）年には医療機関整備の改善を答申した医療制度審議会⁶⁾の方針も取り入れた医薬制度調査会⁷⁾が医師法案、歯科医師法案、保健婦助産婦看護婦法案および医療法

案を政府に答申し、1948（昭和 23）年に医師法（昭和 23 年法律第 201 号）、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）、保健婦助産婦看護婦法（昭和 23 年法律第 203 号）（以下、保助看法に統一）が制定された。

医師法は 1948（昭和 23）年 7 月に制定されたが医師法の施行は 1948（昭和 23）年 10 月 27 日からである（昭和 23 年医師法の施行期日を定める政令第 325 号）。

医師の診療行為における当該医師法の立場は、医師のおこなう診療行為に対して、外部からの要求や制限を加えることは反ってその技能や判断を躊躇させ十分に発揮できないこともありうるため、医療技術の向上を阻害することにもなりかねない。そのため、医師になるための資格は高度で厳格におこない、その後は信頼と技術の向上に期待し、自由に医師の裁量で執り行おうとするものである⁸⁾。そのため、医師の業務に対するなんらの診療行為の制限などは添えられていない（医師法 17 ～ 24）。

医療法も 1948（昭和 23）年 7 月に公布され医師法の施行日と同時に施行された（医療法附則 46）。医師の診療行為に対しては高度な裁量を許しているが、一方で医療施設に対しては管理面、人的構成、設備構造の面においても科学的で適正な診療がおこなえるよう厳格な整備基準が作られた。

1948（昭和 23）年 7 月制定の保助看法の学校および養成所の指定に関する部分（保助看法 21、22）は医師法の施行日からであるが、看護婦に関する部分は 1950（昭和 25）年 9 月 1 日からの施行となっている（保助看法附則 46）。

したがって、国民医療法にもとづく看護婦規則（大正 4 年内務省令第 9 号）により 1950（昭和 25）年 8 月 31 日までは、看護婦についての必要な事項についての命令とされている（保助看法附則 50 ②）。

保助看法制定の 1 年前である 1947（昭和 22）年 7 月には保健婦助産婦看護婦令（昭和 22 年政令第 124 号）（以下、旧保助看令に統一）が国民医療法第 27 条に基づき公布されている。旧保助看令によると、この政令は学校及び養成所の指定に関する部分は公布の日（昭和 22 年 7 月 3 日）から、看護婦に関する部分は 1949（昭和 24）年 9 月 1 日から施行（旧保助看令附則 58）するとなっており保助看法とは齟齬しているが、この部分については保助看法の制定により切断されている。

旧保助看令では看護婦は甲種看護婦、乙種看護婦があり（旧保助看令 4）、乙種看護婦は以後における准看護婦に相当するものである。甲種看護婦の試験は、文部大臣の指定した学校において 3 年以上看護に関する学科を修めた者や厚生大臣の指定した甲種看護婦養成所を卒業した者などが受験資格であった（旧保助看令 23）。乙種看護婦試験は、文部大臣の指定した学校において 2 年以上、あるいは厚生大臣の指定した乙種看護婦養成所を卒業した者などが受験資格であった（旧保助看令 24）。旧保助看令は、国民医療法の廃止によって保助看法に引き継がれたが、受験資格においては甲種、乙種とも旧保助看令と保助看法（保助看法 21、22）との間に異同はない。保助看法における看護婦に関する事項の施行日が

1950（昭和 25）年 9 月 1 日となっているのは従前の看護婦の身分を継承しながら学校および養成校の設立の期間を考慮したものである。その一年後の、1951（昭和 26）年には保助看法の一部改正（昭和 26 年法律第 147 号）がなされ、甲種・乙種看護婦を一本化し、准看護婦制度ができた。（昭和 26 年 9 月 1 日施行）

第 2 節．医療従事者の身分

医療従事者の範囲は、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦、助産婦、保健婦、柔道整復師、あん摩師、鍼師、灸師や終戦後にできた歯科衛生士、歯科技工士、診療エックス線技師、臨床検査技師、衛生検査技師などがあるが、本稿では医師法と同時に制定された医療法、保助看法に関連して医師、看護婦、准看護婦の身分について述べることにする。これらの資格は准看護婦を除き、厚生大臣が実施する国家試験に合格し、厚生大臣に登録することによって厚生大臣が「免許⁹⁾」を付与することになっている。准看護婦は都道府県知事が実施する准看護婦試験に合格し都道府県知事に登録することによって免許が与えられる。これらは身分免許であるので一度免許を取得した者は、業務に従事するしないに拘らず、終身の資格を保有する。医師は、業務独占¹⁰⁾（医師法 17）、かつ、名称独占¹¹⁾（医師法 18）資格である。看護婦・准看護婦は、医師、歯科医師、保健婦、助産婦を除き、業務独占かつ名称独占資格である¹²⁾。准看護婦は看護婦の指示を受けて同様に業務独占かつ名称独占資格である。

第 3 節．看護婦の推移

看護婦及び看護人については、GHQのPHWのもと衛生の観点からも医療供給体制を、いの一番に進める必要があった。終戦直後は都会には医療施設の準備もなく、看護婦は過剰となっていた¹³⁾。1948（昭和 23）年には医師法、医療法、保助看法が制定されている。看護婦総数については 1941（昭和 16）年の 149,992 人が、1944（昭和 19）年 30,641 人となり 20％に減ってしまった。1945（昭和 20）年は 34,914 人、1946（昭和 21）年は 164,460 人、1947（昭和 22）年は 162,170 人、1948（昭和 23）年は、139,115 人、1949（昭和 24）年は 125,676 人、1950（昭和 25）年は、129,641 人であった。

看護婦については、新制度のもと新養成所の第一回卒業が 1950（昭和 25）年 8 月、第一回甲種看護婦国家試験は 1950（昭和 25）年 10 月となっており、それまでは看護婦の養成のため旧制度でしのぐことも要因のひとつで、1948（昭和 23）年から 1950（昭和 25）年までは、看護婦総数が減少している。看護婦見習い中の者を加えて対処しようとしているが、その総計が増え始めるのは 1951（昭和 26）年を待たなければならなかった。なお、1952（昭和 27）年の『衛生年報』によれば、看護婦総数は 207,337 人で、新製の准看護婦 1 人、

旧制の准看護婦が3,900人である。そのうち旧制の看護婦数は203,436人で、内訳は旧制試験合格101,920人、指定学校又は講習所卒業97,023人、その他4,493人であった。看護人については、総数は1,107人であった。1951（昭和26）年は看護婦総数は153,984人で、1952（昭和27）年は207,337人となっており1952（昭和27）年においては大幅に53,353人増加したことになる。

第4節．医師数の推移

戦前より我が国の医療は、概ね明治時代から確立され、いわゆる開業医を基盤とする制度であった。医師の診療所の開設や、医師自ら開設する病院は、ほとんど自由に開設できた。1937（昭和12）年の診療所においては36,838所のうち95%にあたる34,853所が医師自ら経営にあたっていた。これらの収入は、ほとんど患者の全額自費負担による診療の収入で成り立っており、ほぼ自由競争に託されていた。医師数の推移については表1のとおりである。

表1 医師数の推移

	医師総数	開業・開設者	勤 務	研究、保健行政(附属病院臨床勤務者含む)その他	人口1万人 当り	医師1人当り 人口
	計					
昭和12(1937)年	61,799	—	—		7.65	1308
昭和13(1938)年	62,934	—	—		7.18	1393
昭和14(1939)年	64,234	—	—		7.47	1339
昭和15(1940)年	65,332	—	—		7.38	1355
昭和16(1941)年	67,612	—	—		7.30	1390
昭和17(1942)年	50,677	—	—		—	—
昭和18(1943)年	34,423	—	—		—	—
昭和19(1944)年	11,136	—	—		6.05	1654
昭和20(1945)年	12,812	—	—		6.21	1610
昭和21(1946)年	65,301	—	—		8.28	1207
昭和22(1947)年	70,636	—	—		9.0	1111
昭和23(1948)年	72,521	—	—		9.0	1111
昭和24(1949)年	73,195	41,542	23,041	7,338	8.9	1117
昭和25(1950)年	76,446	41,118	28,351	6,797	9.1	1088
昭和26(1951)年	84,091	41,085	29,966	13,040	9.9	1006
昭和27(1952)年	85,374	41,564	28,734	15,076	9.9	1006
昭和28(1953)年	89,885	42,645	29,387	17,853	10.3	968
昭和29(1954)年	92,442	44,017	30,862	17,563	10.5	955
昭和30(1955)年	94,563	44,642	32,539	17,382	10.6	944
昭和31(1956)年	96,139	45,432	33,173	17,534	10.7	939
昭和32(1957)年	98,268	46,716	34,210	17,342	10.8	927
昭和33(1958)年	99,876	47,907	35,042	16,927	10.9	921
昭和34(1959)年	101,449	49,090	35,983	16,376	10.9	916
昭和35(1960)年	103,131	50,298	36,346	16,487	10.9	906
昭和36(1961)年	104,280	50,917	37,027	16,336	11.1	904

『衛生年報』（1946（昭和21）年～1959（昭和34）年）、『医療施設調査 医師・歯科医師・薬剤師調査』（1960（昭和35）年～1961（昭和36）年）、『完結 昭和国勢総覧 第一巻』より筆者作成。（合計数が一致しないところは不明者がいる為である。）

医師の数は太平洋戦争が開始された 1941（昭和 16）年には 67,612 人で戦前のピークであった。太平洋戦争が激化し、医師の召集などにより 1944（昭和 19）年には 11,136 人となりボトムをつけた。医師数は、およそ、1941（昭和 16）年のピーク時の 16% になってしまったのである。1945（昭和 20）年 12,812 人、1946（昭和 21）年 65,301 人、1947（昭和 22）年 70,636 人、1948（昭和 23）年 72,521 人、1949（昭和 24）年 73,195 人、1950（昭和 25）年 76,446 人となった。1941（昭和 16）年の医師数を超えたのは 1947（昭和 22）年である。ただし留意しなければならないのは、前述したように戦時中に医師の量産のため、臨時医専を設立したり一定の講習要件により歯科医師も医師になれた（昭和 20 年勅令第 216 号醫師免許ノ特例ニ關スル件）のである。このようなこともあって、終戦直後、医師は戦地から引き揚げてきており、朝鮮、台湾、樺太、満州で医業を行っていた引揚医や、臨時医専を繰上げ卒業し終戦をむかえた者など様々なルートの医師が存在したため、都市部においては医療機関の荒廃と相まって医師数は過剰になっていた。

第 5 節．保険医制度

現在では、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）（以下、健保法に統一）のほか健保法以外の医療保険各法による療養の給付等を担当する（健保法 60、70 ①、②）場合には、厚生労働大臣の指定を受けた病院もしくは診療所（以下、保険医療機関という）でなければならない。さらに、保険医療機関において健保法のほか健保法以外の医療保険各法の診療に従事する医師は厚生労働大臣の登録を受けた医師（以下、保険医という）でなければならないことになっている（健保法 64、71）（いわゆる二重指定制）。

戦時体制中は国民医療法により医師は、健保制度の保険医として強制指定されていた。（医師会強制設立、強制加入、健保保険医強制指定）1948（昭和 23）年 7 月には第七次改正健保法（昭和 23 年法律第 126 号）が制定され、1948（昭和 23）年 8 月 1 日からは、医師は保険医指定願を提出し「懇切丁寧に社会保険診療を担当」すべき旨の同意書の添付を要することとしたうえで都道府県知事が指定する任意指定（改七健保法 43 ノ 3 ①）をすることとなり、指定替えが一斉に行われた（昭和 23 年厚生省令第 32 号）（任意一重指定）。これは、まだ個人の医師の診療所や病院も多く、開業医の自由を尊重したものであった。その後、皆保険をむかえるにあたり 1957（昭和 32）年 3 月に第十二次改正健保法（昭和 32 年法律第 42 号）により、療養の給付を担当する場合には都道府県知事の指定を受けた病院もしくは診療所（保険医療機関）（改十二健保法 43 ①）であって、かつ、保険医療機関に従事する医師は都道府県知事の登録を受けた医師（保険医）（改十二健保法 43 の 2）でなければならないこととなった¹⁴⁾。（任意二重指定）

すなわち、これまでは医師は保険医として指定されて個人で担当していたのが、病院、診療所（保険医療機関）が療養の給付を担当することになり、保険医療機関が前面にたっ

て役割を担うことになった。これは、国民皆保険をむかえ医療組織の実態に合わせようとしたもので保険医療機関と保険医の双方で責任を負う方式となっている。

旧国民健康保険法（昭和 13 年法律第 60 号）（以下、旧国保法に統一）については、国民医療法により医師は地方長官の認可を受けた医師が旧国保法の保険者との契約で療養担当者を定めていた。ただし、地方長官からの指定は強制指定であった（療養担当者強制指定）。旧国保法については 1948（昭和 23）年 6 月に第二次改正旧国保法（昭和 23 年法律第 70 号）により以前は、原則的には普通国保組合（市町村区域に設立）と特別国保組合（同一事業または同種の業務者の集団）があつて、任意設立、任意加入であつたものを普通国保組合は市町村公営の任意設立、強制加入となった。任意設立の保険者（市町村および特別区）は療養担当者の申し出による任意の契約によって療養の給付を担当した（旧国保法 8 の 5）。

1958（昭和 33）年には新国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）（以下、新国保法に統一）が制定され、強制設立、強制加入となる。これにより、新国保法における療養を担当しようとする医師は都道府県知事の登録を受けなければならない（国民健康保険医という）（新国保法 36 ③、38）。さらに、病院もしくは診療所は療養の給付を取り扱おうとするときは、都道府県知事にその申出をしなければならないこととなった（療養取扱機関という）（新国保法 37）。

憲法施行にさきがけ 1946（昭和 21）年 8 月旧生活保護法（昭和 21 年法律第 17 号）（以下、旧生保法に統一）が 1946（昭和 21）年 10 月 1 日より施行（昭和 21 年勅令第 437 号）された。これに基づき医療保護をおこなうこととなった（旧生保法 11）。これに対する医療保護を担当する医師については原則、市町村の指定した医師によるものとした（生活保護法指定医という）（旧生保法施行令（昭和 21 年勅令 438 号））。

新生活保護法（昭和 25 年号外法律第 144 号）（以下、新生保法に統一）は 1950（昭和 25）年 5 月 4 日から施行された。新生保法の医療機関の指定は国が開設した病院、診療所については厚生大臣が、その他の病院もしくは診療所または医師については都道府県知事が本人の同意を得て医療扶助のための医療を担当させる機関を指定した（指定医療機関という）（新生保法 49）。指定医療機関の診療方針及び診療報酬については、市町村に国民健康保険制度が行われているときは、その診療方針および診療報酬の例により、市町村に国民健康保険制度が行われていないときは、健康保険の診療方針および診療報酬の例によるものとした（新生保法 52）。

第3章 医療施設の動向

第1節. 改革した医療施設の構成

医療施設については、戦時体制において成立した国民医療法の後、新しく医療法を制定し、1948（昭和23）年10月27日から施行された。「病院」（医療法1①）とは、患者数20人以上（従前は10床以上）の収容施設をいい、「診療所」（医療法1②）とは患者の収容施設を有しないもの、又は患者19人以下の収容施設をいう。病院を開設しようとするときは、開設地の都道府県知事の許可¹⁵⁾を受けなければならないことになっている¹⁶⁾（医療法7）。戦時下の国民医療法と異なる新しい医療施設についての基準は、

（1）従前は収容施設10床をもって病院と診療所を区別していたが、今後、病院は傷病者を科学的で適正な診療を受ける施設として位置づけすることとなった。そのため、患者収容施設20床以上有すること、さらに、一定数の決められた医師数、歯科医師、看護婦等の医療従事者を配置し、診療室、処置室、X線装置、調剤所、臨床検査施設、消毒施設、給食施設、汚物処理施設、その他所定の構造設備を有するものとした（医療法21）（法律施行から3年間は経過措置を設けた。都道府県知事の許可を受けたときは、さらに2年間の経過措置があった（医療法附則47③、④））。一方、診療所については、患者を収容しないことを目的に同一の患者を原則48時間以上収容してはならない（医療法13）ものとし、病院と診療所の役割の棲み分けをおこなった。

（2）また、総合病院制度（医療法22）は、当時、病床100床以上の病院で、内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科などの各診療科目をもち、化学・細菌および病理検査施設や病理解剖室その他所定の施設を設け、都道府県知事の承認を受ける。総合病院としてインターンの受入、医療水準の向上、医療関係者の資質の向上を目的に一般病院、診療所の模範となる病院になることを目的に制度化されたものである。

（3）医療監視員制度（医療法26）により医療施設の改善、医療水準の向上を目的に、国・都道府県に医療監視員を配置し医療施設の構造設備について立入検査を年1回行うこととした。そして、その結果によって人員、構造設備、病院管理の面から格付けを行ない質の向上をはかる対策がとられた。

（4）公的医療機関の制度（医療法31）は、各地域における偏在する医療に対し国民に必要な最小限度の医療を確保し、中核的な医療機関として医療の向上を画策したものである。公的医療機関は都道府県、市町村、その他大臣の定めるものの開設する病院または診療所で設立に際し国庫補助（医療法33）があり、厚生大臣は必要と認める場合は、設置命令を出すことができる（医療法34）ことなどを制度化した。

（5）「医療機関整備審議会（医療法32）、診療報酬審議会（医療法38）、公的医療機関運営審議会（医療法36）¹⁷⁾」の審議会を設置した。

第2節. 病院および病床数の推移

病院及び病床数については、表2の示すとおりである。大正時代から私立病院を中心に増加し、昭和初期には病院数及び病床数においては私立病院が全体の病院の過半数を超えていた。全体の病院数及び病床数は、太平洋戦争が開始された1941（昭和16）年には病院数4,858施設、病床総数は199,831床で、そのうち一般病床は108,033床であってピークとなった。その後は、戦時体制での医師の召集などにより廃業する病院も急増し、さらに1944（昭和19）年以降には空襲により病院や診療所は崩壊状態となった。終戦時における病院数は、1941（昭和16）年からみると4858施設が645施設となり1941（昭和16）年のピーク時の13%になってしまった。病床総数においても199,831床が31,766床となり16%に減少してしまった。1946（昭和21）年には病院数は3842施設で病床総数は158,984床、1947（昭和22）年には病院数は4413施設で病床総数は283,311床、1948（昭和23）年には病院数は36332施設で病床総数は256,696床、1949（昭和24）年には病院は4412

表2 病院数と病床数の動向

	病院数	病床総数	（一般病床）	（精神病床）	（結核病床）	（らい病床）	（伝染病床）
昭和12(1937)年	4,487	166,768	97,049	21,325	10,607	5,887	23,255
昭和13(1938)年	4,615	175,978	98,549	21,883	14,138	8,108	24,160
昭和14(1939)年	4,631	179,309	95,797	22,642	18,671	8,858	23,928
昭和15(1940)年	4,732	188,655	101,883	23,555	21,446	9,078	24,017
昭和16(1941)年	4,858	199,831	108,033	23,958	24,348	9,958	24,862
昭和17(1942)年	4,225	152,643	88,208	17,444	17,259	3,970	18,936
昭和18(1943)年	2,193	77,833	44,328	12,677	725	2,905	13,359
昭和19(1944)年	908	37,969	20,531	6,754	627	800	8,001
昭和20(1945)年	645	31,766	21,031	3,995	150	215	5,671
昭和21(1946)年	3,842	158,984	112,581	13,182	-	9,280	23,031
昭和22(1947)年	4,413	283,311	189,491	17,196	53,399	9,509	13,716
昭和23(1948)年	3,633	256,696	166,383	15,333	53,392	9,044	12,544
昭和24(1949)年	4,412	276,811	166,500	15,762	80,518	9,040	9,728
昭和25(1950)年	3,408	275,802	183,649	17,686	65,579	8,890	...
昭和26(1951)年	3,796	313,504	191,795	19,482	84,352	10,000	7,875
昭和27(1952)年	4,142	358,478	214,027	22,975	102,215	11,021	8,240
昭和28(1953)年	4,340	387,402	165,199	28,146	166,871	11,755	15,431
昭和29(1954)年	4,779	461,927	181,961	37,849	210,062	14,045	18,010
昭和30(1955)年	5,119	512,688	198,983	44,250	236,183	14,095	19,177
昭和31(1956)年	5,418	559,249	216,718	54,866	252,803	14,260	20,602
昭和32(1957)年	5,648	598,892	237,162	64,725	261,375	14,260	21,370
昭和33(1958)年	5,833	631,397	257,387	74,460	263,235	14,260	22,055
昭和34(1959)年	6,000	662,233	280,678	84,971	260,104	14,260	22,220
昭和35(1960)年	6,094	686,743	302,495	95,067	252,208	14,260	22,713
昭和36(1961)年	6,229	716,372	327,123	106,265	245,975	14,260	22,749

註：病院数については一般病院、精神病院、結核病院、施療病院、らい療養所、娼妓病院、伝染病院の総計である。

昭和23年からは医療法により病院の基準が変わっているため注意を要する。

厚生省医務局編『医制百年史 資料編』より筆者作成。

施設で病床総数は276,811床、1950（昭和25）年には病院は3408施設で病床総数は275,802床であった。一般病床数をみるとボトムは1944（昭和19）年の20,531床（一般病床は1945（昭和20）年がボトムではない）であって1941（昭和16）年のピークから19%に減ってしまった。そして、1945（昭和20）年は、21,031床、1946（昭和21）年は、112,581床、1947（昭和22）年は、189,491床、1948（昭和23）年は、166,383床、1949（昭和24）年は、166,500床、1950（昭和25）年は、183,649床である。太平洋戦争開始の1941（昭和16）年の一般病床数の108,033床は、統計上からは1946（昭和21）年に一般病床は112,581床¹⁸⁾となり、すぐに盛り返している。そして、1948（昭和23）年からは病院数は減り始め、一般病床数も減っている。その後、1951（昭和26）年からは病院数および病床数は増加し始めるのである。しかしながら、この傾向の留意点は1948（昭和23）年10月施行の医療法によるものである。医療法において、病院とは従前は10床以上であったが、20床以上となり、さらに、一定数の決められた医療従事者やX線装置や臨床検査施設、消毒施設、給食施設など求められ、基準が高くなったためであって（経過措置あり）、1941（昭和16）年の4,858施設を上回るのには、1955（昭和30）年のことであった。同じく一般病床の数が上回るのは昭和31年である。この間、全国的に医療施設整備を急いだのである。

一般診療所について、一般診療所のピークは1940（昭和15）年の36,416カ所であったが終戦直後の1945（昭和20）年には6,607カ所となりピークの18%に減ってしまった。1946（昭和21）年は、37,906カ所、1947（昭和22）年は、41,739カ所、1948（昭和23）年は、44,797カ所、1949（昭和24）年は、46,092カ所、1950（昭和25）年は、43,827カ所となっている。

第3節．戦後の修復期の医療施設の普及計画

わが国において終戦の壊滅状態から医療供給体制を立ち上げ、国民に対し適正な医療を普及させるには、公共医療機関を整備し普及させることになる。そのため、GHQの示唆のもと政府は1947（昭和22）年に医療制度審議会に対し「医療機関」の整備、改善方策を諮問し、医療制度審議会は「医療機関の整備改善方策¹⁹⁾」を1948（昭和23）年5月に答申を出した。これを受けて医療法に盛り込まれた。

その後、中央医療機関整備審議会は、1950（昭和25）年2月「医療機関整備計画²⁰⁾」を策定した。これによると、病院、診療所の量的な確保と適切な配置をもとに医療機関全体の体系の構成を策定している²¹⁾。医療機関の体系とは、人口2000人に対し少なくとも1診療所を確保し、病院の種類ごとに病床数の目標を定め、一般病院は都道府県立の公的医療機関を中心に中央病院、地方病院、および地区病院という順に序列させ病床数の目標に達するまで整備することとし、公的診療所は公的病院の出先機関としたうえ伝染病院は原

則として地区病院に附置させることとした。この策定計画は、1950（昭和 25）年の社会保障制度審議会の勧告²²⁾にも反映されている。計画の実行において一般病院は戦後のインフレなどによる国民経済の窮乏も参酌して予算の範囲で重点的にすることとした。まず、1951（昭和 26）年 8 月「基幹病院整備計画要綱²³⁾」を策定し、基幹病院として都道府県に最高水準の能力を有する中央病院（A 級病院）を 1 ヶ所、都道府県内の主要市に地方病院（B 級病院）、各保健所地域ごとに地区病院（C 級病院）を整備し都道府県単位で上級から下級の病院を体系的に整備することを進めた。

表 3 病床の目標数と実績（1950（昭和 25）年の 5 年整備計画と 1955（昭和 30）年実績）

	5 ヶ年後の医療機関整備計画（昭和 25 年 2 月答申）			昭和 30 年の 実 績
	現在病床数	目標病床	増 床	病床数実績
(イ) 一般病院	159,800 (20.00)	235,900 (26.50)	76,100	198,983
内訳				
その他（一般）	130,300 (16.00)	178,000 (20.00)	47,700	
産科病床	4,500 (0.56)	13,400 (1.50)	8,900	236,183
結核病床	25,000 (3.10)	44,500 (5.00)	19,500	
(ロ) 結核療養所	55,000 (6.90)	100,000 (11.00)	45,000 (内 900 既定)	
(ハ) 伝染病院	12,400 (1.55)	31,100 (3.50)	18,700	19,177
(ニ) 精神病院	15,700 (1.90)	40,000 (4.50)	28,300	44,250
(ホ) らい療養所	8,615	17,000	8,385 (内 2,000 既定)	14,095
(ヘ) 肢体不自由児施設	0	11,700 (1.50)	11,700	—

註：カッコ内は人口 1 万当り病床数、5 年後の人口は人口問題研究所、将来人口の第 2 推計により 8900 万人とする。

1950（昭和 25）年 2 月医療機関整備中央審議会決定の「医療機関整備計画」と厚生省編『医制百年史 資料編』により筆者作成。

表 3 は、1950（昭和 25）年 2 月中央医療機関整備審議会が策定し答申した「医療機関整備計画」で、病床数の現状並びに各種予防及び福祉の対策を考慮調整して 5 年後の病床整備目標を策定したものに、昭和 30 年の実績を対比した表である。これによると、ほぼ目標どおりの病床数が整備された。

第4章 医療従事者・医療施設・患者の需給関係

第1節 戦後混乱期の医師数と医療施設の状況

表4は「1946（昭和21）年の各都道府県における医師数及び医療機関の収容能力状況や太平洋戦争による建物の被害戸数」である。都道府県別の人口1万人当りの医師数の比較と都道府県別の一般病院の収容定員や診療所数の比較、それに空襲により被害を受けた建物の状況を都道府県別に比較したものである。表4によれば1946（昭和21）年当時の医療機関の場合は、「患者収容定員」となっている。1947（昭和22）年から「病床数」となる。1946（昭和21）年は戦後の混乱期のなかで病床数として捉えられていないが厚生省医務局では病床数の年次推移については1946（昭和21）年当該数値を用いている。すなわち、患者収容定員と病床数は統計上同様に扱われている。

なお、前掲表3の1950（昭和25）年医療機関整備中央審議会決定の医療機関整備計画によれば5年後（1955（昭和30）年予定）の一般病院における目標病床数は人口10万人あたり265床（計画には一般病院の結核病床も含む）を目標にしている。また、人口1万人あたりの医師数の目標は当面10.0人を予定していた。

石川県は戦争による建物の被害はほぼ無く、無傷である。医療機関の荒廃は無かったこともあって、患者収容定員は人口10万人あたり450.5人で、全国一位である。医師1人あたりの人口の一位は572人で東京都である。二位が大阪の679人で、次に京都、福岡、兵庫と続く。B29などによるガソリンをゲル状にした焼夷弾や爆弾による空襲の建物被害戸数の一位は、東京で、次に大阪、兵庫、愛知、神奈川の順である。医療機関の荒廃が大きかった都市部にも拘らず、医師1人あたりの人口の上位は都市部に集中している。それに、病院の患者収容定員（人口10万人あたり）をみると東京の292.2人、大阪の252.9人となっており医療機関の収容能力は終戦後も高い。全国平均の患者収容定員154.0人と比較すると東京の場合1.9倍となる。また、医師1人当りの人口の全国平均の1207人と比較すると、東京の場合2.1倍となる。すなわち、戦後の混乱期において、都市部において医者も多かったが、病院の収容能力もあったことになる。地方においては、まちまちであるが、地方にある多くの県は人口1万人当りの医師数が全国平均よりも少なく、医者が少なかった。また、人口10万人当りの一般病院の患者収容定員や診療所数は全国平均よりも少ない。ここで加味しなければならないのは、当時の状況である。

・厚生省は敗戦に伴う失業問題について第一次・第二次軍復員や一般人の帰還、産業の整理による失業を併せて784万人の失業人口を生ずるものと推定している（1945（昭和20）年10月4日付『朝日新聞』）。

・石炭飢饉の影響を報じている。石炭が無ければ汽車が止まる。物資の輸送ができなくなる。家庭用ガスをはじめ、鉄、ソーダ、肥料、医薬品、染料、陶器の製造、味噌、醤油、酒、塩

表4 1946（昭和21）年の各都道府県における医師数及び医療機関の収容能力状況や太平洋戦争による建物の被害戸数（年末現在）

	医師数	公立病院と私立病院の合計患者収容定員（一般病院）	診療所数（患者収容施設の有無不問）	戦争による建物の被害戸数	一般病院の患者収容定員（人口10万人当たり）	診療所数（人口10万人当たり）	人口1万人当たりの医師数	医師1人当たりの人口
全 国	60,557	112,581	37,906	2,361,906	154.0	51.9	8,28	1,207
北海道	1,738	5,528	926	4,274	158.5	26.6	4,98	2,007
青 森	567	2,076	208	10,380	190.6	19.1	5,11	1,921
岩 手	766	2,741	425	5,863	225.2	34.9	6,29	1,589
宮 城	1,192	1,301	571	12,821	88.9	39.0	8,15	1,227
秋 田	728	1,922	415	154	160.7	34.7	6,09	1,643
山 形	681	1,448	492	110	111.8	38.0	5,25	1,902
福 島	978	2,299	643	1,912	119.8	33.5	5,10	1,962
茨 城	1,150	2,517	735	33,169	129.7	37.9	5,92	1,688
栃 木	983	1,002	476	10,879	66.6	31.7	6,54	1,530
群 馬	898	689	671	15,278	45.2	44.0	5,84	1,698
埼 玉	1,183	1,343	941	5,568	66.2	46.4	5,34	1,715
千 葉	1,746	3,605	917	16,675	179.5	45.7	8,69	1,150
東 京	7,310	12,219	3376	713,366	292.2	80.7	17,48	572
神奈川	1,948	5,777	1226	148,243	286.0	60.7	9,64	1,037
新 潟	1,787	2,606	1050	12,746	111.8	45.1	7,67	1,304
富 山	620	1,503	435	22,984	161.2	46.7	6,65	1,504
石 川	912	3,952	422	1	450.5	48.1	10,40	962
福 井	508	2,224	419	25,740	319.8	60.3	7,30	1,369
山 梨	438	606	408	18,080	76.0	51.2	5,50	1,820
長 野	1,355	2,763	979	170	136.2	48.3	6,68	1,497
岐 阜	990	979	877	27,695	67.8	60.7	6,86	1,459
静 岡	1,373	328	1013	93,958	14.5	44.8	6,08	1,646
愛 知	2,137	1,722	1446	183,626	59.0	49.5	7,32	1,366
三 重	1,054	2,177	744	36,873	158.6	54.2	7,68	1,302
滋 賀	615	739	379	373	88.9	45.6	7,40	1,352
京 都	2,201	2,703	1226	531	166.6	75.6	13,57	737
大 阪	4,380	7,520	2118	343,927	252.9	71.2	14,72	679
兵 庫	2,005	3,047	1595	206,324	166.8	87.3	7,09	911
奈 良	485	1,350	458	92	181.1	61.5	6,52	1,535
和歌山	704	861	561	31,190	92.2	60.1	7,54	1,326
鳥 取	297	1,058	285	645	279.0	75.1	5,33	1,277
島 根	667	1,066	568	12	125.6	66.9	7,86	1,273
岡 山	1,279	1,782	861	25,717	115.8	56.0	8,31	1,203
広 島	1,844	1,859	1361	102,176	97.8	71.6	9,70	1,031
山 口	1,197	4,911	911	18,880	357.1	66.2	8,70	1,149
徳 島	477	493	364	18,151	59.4	43.9	5,75	1,739
香 川	568	2,184	335	18,953	250.3	38.4	6,51	1,536
愛 媛	863	1,498	664	28,372	108.5	48.1	6,25	1,600
高 知	558	446	420	14,096	55.9	52.6	6,99	1,430
福 岡	3,458	7,295	1515	54,920	250.8	52.1	11,90	841
佐 賀	769	1,734	538	959	202.4	62.8	8,98	1,114
長 崎	1,306	4,419	1116	32,989	384.5	97.1	9,21	880
熊 本	1,744	1,059	954	14,211	64.9	58.4	10,69	936
大 分	951	1,235	778	4,491	107.4	67.7	8,27	1,209
宮 崎	514	829	603	9,529	86.5	62.9	5,37	1,864
鹿児島	633	1,071	476	34,803	65.7	29.2	5,88	2,575

『昭和21年 衛生年報』及び東洋経済新報社編『完結昭和国勢総覧第一巻・第三巻』をもとに筆者作成。（合計数が多少一致しない表があるが、これは原典のタイプ印字が判読難の為である。）（医師数は診療に従業する医師数である。）

も作れず、セメント工業、繊維工業、病院も機能しなくなる（1945（昭和 20）年 11 月 29 日付『朝日新聞』）。

・政府は終戦直後のインフレに対抗し、1946（昭和 21）年 2 月 17 日預金封鎖を行ない預金払出し制限と新円発行を行なった（1946（昭和 21）年 2 月 17 日付『朝日新聞』）。

しかし、このインフレが終息するのは 1949（昭和 24）年のドッジ・ラインの制限均衡予算と朝鮮特需の頃になる。まだ、物資不足により大都市では配給だけでは生きていける状態ではなかったため、食料品や軍需工場の放出物資を売る闇市が各地に出現した。1946（昭和 21）年 5 月 19 日の食糧メーデーなどもあった。1946（昭和 21）年 7 月 27 日には内務省は闇市肅正のため全国に通牒を出している。基準価格とヤミ価格とは大きく乖離していた。

・1946（昭和 21）年 10 月 1 日押し出すように東京帝大や 1946（昭和 21）年 9 月 29 日早大などの卒業式が行われたが、わずかししか就職が決まっていなかったため「失業式」と揶揄された（1946（昭和 21）年 9 月 30 日付『朝日新聞』）。

戦後の混乱期の状況は医師に限らず誰もが就職難であった。医薬品も不足し高騰していた。医薬品のヤミ価格もあった。医師も外地から引き揚げてきており、また、医専の卒業生も終戦後に医師になった。「医師の不足があったとする説²⁴⁾」は、国民は医療を求めたことも逼迫する生活の中で受療することができず、また、医薬品の供給も少なかった。国民の多くは衛生状態が悪化するなか、ネズミ、ノミ、シラミなど伝染病媒体の繁殖も加わって赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフス、発疹チフス、痘瘡、しょう紅熱、結核、トラコーマなどの伝染病²⁵⁾も蔓延し、GHQ による DDT の散布をうけながら、医療供給体制が急がれた状況である。これを「戦時中より戦後の数年にかけては、医師の手不足、医薬品の欠乏等保険診療を妨げる幾多の事情が続出した」ことについて医師が不足していたと説明しているものと筆者は考えている。一方、「医師が過剰であったとする説²⁶⁾」は「医者になっても勤めるところがなく保健所も地方でないと勤め口がなかった」としているが、これは都市部において空襲による建物の破壊によって病院施設の建設などを急いだが医薬品も供給が少なかったため医療対応ができなかったものと考えている。なお、終戦時の 1945（昭和 20）年の全国患者収容定員数（公立病院と私立病院）は 21,031 人で、翌年末の 1946（昭和 21）年は 112,582 人、1945（昭和 20）年の全国病院数（公立病院と私立病院）431 施設、1946（昭和 21）年 2,727 施設であり、終戦直後の 1946（昭和 21）年末の約 1 年間で病院の稼働を 5 倍以上復活させている。

筆者としては、勤務医の過不足の件であるものか、不衛生な状況による傷病者の増加で対処できない状況をもつての医師不足というのか、前提条件が不足しているため断定することはできないが、都市部では 1946（昭和 21）年末までに多くの医療機関を稼働させているため、前述したように、一般病院の患者収容定員（人口 10 万人あたり）をみると東京は 292.2 人、大阪は 252.9 人となっており、全国平均の患者収容定員 154.0 人と比較すると東

京の場合 1.9 倍、大阪の場合 1.64 倍となる。また、医師 1 人当りの人口の全国平均の 1207 人と比較すると、東京の場合 2.1 倍、大阪の場合 1.78 倍となっている。つまり、1946（昭和 21）年末当時、都市部においては医師も多かったが、それにともなって患者収容定員も同じように多かったということであるから、こと医師の数と病床数に限れば平衡であったと考察している。

第 2 節．患者数と病床数の関係

表 5 は、1955（昭和 30）年における人口 10 万人当りの病院の病床数を示したものである。病院の病床数は一般病床より結核病床のほうが人口 10 万人当りの病床数は多い。

混乱期の 1946（昭和 21）年当時の患者収容定員と皆保険推進期の 1955（昭和 30）年とは保険による医療の給付状況と被保険者の拡大がおこなわれ医療の利用が飛躍的に伸展しているため 1946（昭和 21）年の患者収容定員（病床数）と 1955（昭和 30）年の病床数を単純に比較して適正であったかどうかということになるが、これには、有病率や受療率、保険適用状況などの推移、病床数などの医療供給体制の推移を鑑みて別稿にて検討することになっている。ただ、少しふれることにする。

表 5 1955（昭和 30）年の種類別にみた人口 10 万人当りの病院の病床数（年末現在）

年次	総数	精神	結核	らい	伝染	一般
昭和 30 年	574.3	49.6	264.6	15.8	21.5	222.9

出典：『昭和 30 年 衛生年報』49 頁。

表 6 1949（昭和 24）年 9 月の地域別有病率と被保険被保護その他の階層別有病率

地域 ²⁷⁾	有病率 ²⁸⁾ (期初)	治療しない者の 比率 (%)	階層	有病率 (期 初)	治療しない者の 比率 (%)
全国	29	2.9	総数	29	2.9
六大都市	31	3.0	被保険	33	3.9
その他の市	31	6.0	被保護	37	3.7
郡部	28	1.9	その他	24	2.7

註：調査の時期は 1949（昭和 24）年 9 月 1 日（期初）から 30 日（期末）までの月間調査である。

『医療統計調査報告 ²⁹⁾』をもとに筆者作成。（人口 1000 人当り）

表 6 が示すように有病率は、その他の市が六大都市と同じ（人口 1000 人当り 31 人）数値となっているが、期末の有病率（表未掲載）は、その他の市（35 人）が、六大都市（34 人）より幾分高くなっている。また、期初の有病率においては、郡部は市部より低くなっている。

階層別の「その他」とは自営業や農林水産などで当時、国保の社会保険未加入のものである。これらは全額自費負担することとなる。これらの有病率は低くなっている。

表 6 の傷病について治療をしたかどうかについて観察する。調査上の治療とは、医師、歯科医師による診療や医薬品の服用をはじめ、あん摩、はり、きゅう、柔復、指圧、その他何らかの治療措置をしたものも含む。その比率は、治療したものは 97.1%、しないもの 2.9%であった。地域別にみれば治療しないものの比率は六大都市 3.0%、その他の市 6.0%、郡部 1.9%である。

「被保険被保護その他の階層別」で比較してみる。被保険階層とは療養の給付や療養費の支給をなしている健康保険、国民健康保険、船員保険、共済組合等の社会保険（労働者災害補償保険は含めない）の被保険者および被扶養者のことである。被保護階層とは生活保護法の生活扶助をうけている者のことである。有病率は被保険階層より被保護階層の方が高い。治療しないものの比率は被保険階層 3.9%、被保護階層 3.7%、その他の階層 2.7%である。この治療しないものの比率について被保険階層が被保護階層より上回っていることになっている。また、地域別では郡部の治療しないものの比率は都市部より少ないことになっている。すなわち、被保険者よりも被保護者のほうが治療を受け、また都市部より郡部のほうが治療を受けている。しかし、この治療しないものの比率の地域別あるいは階層別の差異については、その傷病の内容の重さ軽さ、経済的理由、あるいは社会的理由によるものか、これだけでは判断することは難しい。

表 7 1955（昭和 30）年、1962（昭和 37）年、1972（昭和 47）年の有病率及び受療率と
受療率／有病率（人口 1000 人当り）

	有病率 (A)	受療率 (B)	B / A
1955（昭和 30）年	37.9	33.01	87%
1962（昭和 37）年	53.7	52.60	98%
1972（昭和 47）年	130.2	62.15	48%

『昭和 30 年 衛生年報』、『昭和 30 年及び昭和 47 年 患者調査』、『昭和 47 年 国民健康調査』により筆者作成。

表 7 は 1955（昭和 30）年の有病率で人口 1000 人当り 37.9 人となっている。1949（昭和 24）年の有病率 29 人に比べて年々有病率が高くなっている。国民皆保険達成後の 1962（昭和 37）年では 53.7 人、その後の福祉元年をむかえる 1972（昭和 47）年には有病率は 130.2 人と推移している。また、1949（昭和 24）年は調査開始初期のものであって受療率³⁰⁾を算出し難い。1953（昭和 28）年から始まった「患者調査」（指定統計第 66 号）には受療率が算出されている。その年次推移をみると 1955（昭和 30）年は人口 1000 人当り 33.01 人、1962（昭和 37）年は 52.6 人、1972（昭和 47）年は 62.15 人となっており、受療率も増加している。有病率と受療率との関係ではあるが、表 7 のとおり 1955（昭和 30）年

は 87%、1962（昭和 37）年は 98%、1972（昭和 47）年は 48%となっている。1962（昭和 37）年の頃までは有病率の増加の傾きより受療率の増加の傾きのほうが急になっている。また、1972（昭和 47）年の頃では有病率の増加の傾きより受療率の増加の傾きのほうが緩くなっている。すなわち、国民皆保険達成の時期までは、患者（病気やケガを自覚している者）は増加し、どしどし医療機関に受療しにいった。その後、福祉元年の頃には、逆に患者（病気やケガを自覚している者）が皆保険達成時から比べると 2 倍以上に膨れ上がっているにも拘らず、医療機関への受療率は半分以下になっているのである。この状況については、健康衛生管理の自覚の浸透もあって、有病率は戦後の焼け野原から修復をし始めた 1949（昭和 24）年に比べ、福祉元年をむかえる 1972（昭和 47）年とでは 4.5 倍に増大している。そして、国民皆保険を達成した 1962（昭和 37）年から 1972（昭和 47）年では療養の給付を得やすい状況であるにも拘らず受療率は半分になっている。このことは、医薬品の普及と医薬水準の高度化があると思われる。

小括 本稿で考察した医療供給体制と先行研究との比較

菅谷章³¹⁾は戦後の病院の推移について次の内容の報告をしている。本稿の表 2 と比較してみたが筆者と同旨の意見であった。

「1946（昭和 21）年には病院数は、はやくも前年の 6 倍強に、病床数も 5 倍強まで回復した。1948（昭和 23）年には医療法が制定・施行されて病院の基準が 10 床以上から 20 床以上に引き上げられたため私立病院の約 1000 施設が診療所に格下げされた。しかしながら、その後、着実に増加していった。すなわち医療法が実施された 1948（昭和 23）年とその 20 年後にあたる 1968（昭和 43）年と比較すると病院数は約 2 倍に、病床数は約 4 倍に増大したことになる。つまり、計算上では 1 病院あたりの規模が約 2 倍になっている。戦後の病院ブームは大都市のみならず地方都市にもおよんだ。」

表 7 の関係で有病率と受療率を採りあげた。筆者は 1949（昭和 24）年と 1972（昭和 47）年と比較し、また、その年次推移も考察した。この結果では、有病率は戦後の混乱期を脱していない 1949（昭和 24）年から福祉元年をむかえる 1972（昭和 47）年の 23 年間で 4.5 倍に増大している。このことは、健康管理、衛生思想の浸透が考えられる。そして、国民皆保険を達成した 1962（昭和 37）年から福祉元年をむかえる 1972（昭和 47）年では療養の給付を得やすい状況であるにも拘らず受療率は半分になっている。このことは、医薬品の普及と医薬水準の高度化があると推察した。

川上武は直接的ではないが次のような一文を述べている。「この時代の技術の特徴を一言でいえば、第一次医療技術革新期である。抗生剤、抗結核剤、その他ステロイドが発売された時期であり（中略筆者）この技術は手術室と薬が主となるので施設や場所をそれほど

必要とせず医療機関の大小に関係なく全国に普及したのが特徴である³²⁾。」

なお、表 6・表 7 の有病率と受療率の関係について、ある時点の年齢階級別の考察を行っている論文³³⁾には逢着するが、これは権利獲得の面から保険医療を検討したものであった。

それゆえ、表 6・表 7 の関係について考察した他の報告は現時点では見当たらない状況である。

おわりに

所定の紙幅がきたので筆を置かなければならない。

都市部と郡部の医療供給体制の地域差について少し断じておきたい。

1950（昭和 25）年 2 月の医療機関整備計画のように「一般病院は都市に偏在しているから今後の増設計画は地方に普及することを目標とし、病床の分布を人口万当り、市部においては大都市 40 床、他の都市は 30 床、地区においては 15 床を標準とする³⁴⁾」としており、都道府県中央病院は県内最高の総合的機能を有し、都道府県民の最終の医療の責任をもち、その下部に地方病院、さらに下に地区病院を置くこととなっている。すなわち、県内完結型で総合的最高水準の医療を求める場合は都道府県庁所在地に患者が集まることを配置計画としている。このようなことから、郡部においては医師が少なく病床数も少ないことをもって冷遇され医療供給体制が乏しく、地域差の問題があったとする見解は短慮である。地域差には医療費の地域差、医療機関による地域差、傷病の患者割合の地域差などがあり、患者の受療行動が地域差を招いている場合もある。これらのことについては、総合的に地域差について検討するべきものであるので別稿で論述することにする。

1) 村上貴美子は、時代区分を「第一期 1950 年社会保障制度体系期 第一段階 1945 年以降 1950 年 社会福祉政策理念生成期 第二段階 1950 年以降 1961 年 1950 年社会保障制度体系確立期 第三段階 1961 年以降 70 年代 1950 年社会保障制度体系拡充期」としている。村上貴美子『戦後所得保障制度の検証』（勁草書房、2000（平成 12）年）6 頁。小川政亮は、時代区分を「第一期 占領期（1945 年 8 月～1952 年 3 月）第二期 M S A 再軍備強行期（1952 年 4 月～1959 年）第三期 高度経済成長期（1960 年～1973 年）第四期 低成長あるいは軍事大国化の時宜（1974 年～）」としている。小川政亮著作集編集委員会 編『小川政亮著作集 第 2 巻 社会保障法の史的展開』（大月書店、2007（平成 19）年）374 頁。角田豊は「第一期 敗戦後から 1950 年社会保障制度審議会の第一次勧告まで。第二期 朝鮮戦争激化の時期からサンフランシスコ講和条約発効を経た、1957 年頃まで。第三期

国民皆保険四ヶ年計画の1957年から1962年の社会保障制度審議会勧告まで。第四期をそれ以降。」としている。角田豊『社会保障法の課題と展望』（法律文化社、1968（昭和43）年）4頁。横山和彦は「名実存亡の状況であった1945年～1948年。保険診療の確立 1948年～1957年。国民皆保険体制達成 1957年～1961年。」としている。横山和彦「Ⅱ第4章分立型国民皆保険体制の確立」横山和彦・田多英範 編『日本社会保障の歴史』（学文社、1991（平成3）年）123頁。社会保障研究所編『戦後の社会保障 本論』所収（至誠堂、1968（昭和43）年）3頁～109頁によれば、小山路男は「一般的窮乏と社会保障の登場 昭和20年代の前半期。経済自立と社会保障制度の展開 昭和20年代の後半期。安定成長期の社会保障 昭和30年代の前半期。転換期の社会保障 昭和30年代の後半期以降。」としている。平石長久は「混迷期の社会保険 昭和20年代の前半期。再建期の社会保険 昭和20年代の後半期。発展期の社会保険 昭和30年代の前半期。調整期の社会保険 昭和30年代の後半期以降。」としている。小沼正は「戦後緊急処理と近代的社会保障の芽生え 昭和20年代の前半期。生活保護制度の確立と膨大な低所得階層の存在 昭和20年代の後半期。生活保護の伸び悩み 昭和30年代の前半期。生活保護基準の大幅引上げとその矛盾の露呈 昭和30年代の後半期以降。」としている。橋本正巳は「公衆衛生の開化と医療制度の改革 昭和20年代の前半期。講和発効と公衆衛生の停滞 昭和20年代の後半期。都市化・工業化と環境衛生行政の前進 昭和30年代の前半期。高度経済成長政策と諸矛盾の顕在化 昭和30年代の後半期以降。」としている。

- 2) 中原健次衆議院議員の発言 第1回国会衆議院厚生委員会2号、1947（昭和22）年7月7日。
- 3) GHQの看護改革には特筆するものがあつた。GHQ公衆衛生福祉局の看護課長に抜擢されたグレース・E・オルト（1945（昭和20）年9月着任）は、「看護とは何か」、看護の本質に対して日本の関係者に理解させることに情熱を向けた。オルトは看護婦はもとより男性医師や役人までも納得させる迫力があつたという。敗戦直後、日本の看護婦たちは荒廃した医療施設のなかでアメリカの医師や看護婦が敵国であつた日本人の健康向上のため、献身的に公衆衛生、病院の看護サービス、看護教育の改善のために尽力する情熱に対し、日本の看護婦もGHQの看護婦の指導のもとに全力を尽くして改革に取り組んだ。病院の看護体制、サービスの改善について取り組み、また、GHQ公衆衛生福祉局の指導のもと規則や法令が都道府県に伝達されていった。ここには、PHWは財力でもなく奉仕でもない博愛の精神から医療に取り組んでいる。
- 4) 終戦に伴い日本の領土であつた朝鮮、台湾等において現地の制度により総督府等から医師、歯科医師免許を受けて現地で医業を行なっていた者が引き揚げてきた場合においては引揚者の特例（昭和21年勅令第42号）として、一定の審査のもとに、これらにも医師、歯科医師免許を与えた。
- 5) 医者になるルートは、国家試験合格者、引揚医で^{せんこう}証衡による者、引揚医で試験合格者、大学卒で無試験の者、医専卒で無試験の者、外国の医学校卒又は外国の医師免許取得者で無試験の者、旧医師試験合格者、医師免許規則による者などがあつた。1946（昭和21）年当時では医専卒で無試験の者が31,587人と大学卒で無試験者が27,209人で医師の大半を占めていた。
- 6) 医療制度審議会は、1947（昭和22）年1月閣議において国民医療法における日本医療団の解散処理について、その処理方法決定のため閣議決定し、1947（昭和22）年2月に設置されたものである。併せて医療機関の量的整備、質的改善の方向性を委ね、1948（昭和23）年5月6日医療機関の整備、改善、運営に関し厚生大臣に答申した。
- 7) 医薬制度調査会官制（昭和13年勅令473号）第一條「医薬制度調査會ハ厚生大臣ノ監督ニ屬シ其ノ諮問ニ應ジテ医薬制度改善ニ關スル重要事項ヲ調査審議ス」。昭和22年3月国民医療法の改正のため厚生大臣は医薬制度調査会に具体的法規の改正問題の討議を委ねた。

-
- 8) 立法府から委ねられた範囲内において行政機関自体が政策的、行政的判断によって行う「自由裁量行為」とは違い、医師は高度な裁量のもとに、法令、倫理に反しない限り、いかなる技術をもって診療行為を行っても支障はない。
- 9) 行政行為による許可と特許を含む概念であるが、医師免許の場合は許可に該当する。許可とは、禁止されている行為について行政が特定の人に対して禁止を解除することである。
- 10) その者でないと業務を行うことができない。
- 11) 他の者がその名称を用いることが禁止されている。
- 12) 名称独占について、保健婦助産婦看護婦法（昭和 23 年法律第 203 号）によれば、保健婦については「保健婦でなければ、保健婦又はこれに類似する名称を用いて、第 2 條に規定する業をしてはならない。」（制定時保助看法 29）となっている。助産婦については「助産婦でなければ、第 3 條に規定する業をしてはならない。ただし、医師法の規定に基いてなす場合はこの限りでない。」（制定時保助看法 30）となっている。看護婦については「甲種看護婦でなければ、第 5 條に規定する業をしてはならない。ただし、医師法又は歯科医師法の規定に基いてなす場合は、この限りでない。」（制定時保助看法 31）となっている。すなわち、助産婦と看護婦については名称独占となっておらず、保健婦については名称独占となっていることになっている。このため文献によっては保健婦のみ名称独占となっている記述に逢着する。しかし、筆者は助産婦・看護婦ともに実質上、名称独占となっているものと考えている。というのも、昭和 23 年の保助看法制定当時は保健婦の身分としての業務資格や名称は昭和 16 年の保健婦規則成立（保健婦規則昭和 16 年厚生省令第 36 号）から 7 年ほどしか経っていなかったため、看護婦（看護婦規則大正 4 年内務省令第 9 号）や助産婦（産婆規則明治 32 年勅令第 345 号）と比べて歴史が浅かった。保健婦はそもそも農村部の生活を援助する保健の指導者として始まり戦時体制とともに制度化されていったものである。その後、保健所の強化とともに戦後は、国保保健婦や保健所保健婦あるいは事業所・学校での保健婦の活躍があつて現在の権威がある。このようなことから、保助看法制定時には歴史の浅い保健婦は名称独占を謳う必要があつたのである。この条文を現在まで引きずっているため、あたかも助産婦・看護婦は名称独占ではないことになっているが歴史的にも実質的にも、助産婦・看護婦は名称独占である。なお、現在の法令では看護師資格を有しないと保健師、助産師になることができないことになっている。
- 13) 1947（昭和 22）年歌謡曲「星の流れに」（作詞：清水みのる、作曲：利根一郎、歌：菊池章子）は当時、外地より引き揚げてきた看護婦の就職難の状況から告発した歌である。
ただし、終戦前後には看護婦などの医療従事者は不足していたとする文献もある。金子光編著『初期の看護行政－看護の灯たかくかかげて』（日本看護協会出版会、1992 年）23 頁。
- 14) 現在の保険医の登録、保険医療機関の指定の手続は、「保健医療機関及び保険薬局の指定並びに保険医及び保険薬剤師の登録に関する省令」（昭和 32 年厚生省令第 13 号）による。
- 15) 許可の場合は、私人は許可を受けないで営業活動をすることができない。ただし、許可を受けないで行ったとしても罰則や強制執行が行われること（命令的行為）があるが、その取引行為自体が無効になるものではない。
- 16) 現在では病院の開設許可事項について一部変更がある場合には許可の申請を事前にしなければならない（医療法第 7 条第 2 項）。しかし、1948（昭和 23）年制定当時に医療法第 7 条第 2 項は無かった。当時は、国および都道府県に医療監視員を置き、医療施設の構造設備や清潔保持、診療簿などの状況について立入検査を行なうこととしており、医療機関の改善向上に期した。特に病院については、これに基づき、年一回、医療監視の結果によって病院の管理、構造整備、人員などから格付けを行った

(医療法第 26 条)。

- 17) 「医療機関の整備改善方策」(1948(昭和 23)年 5 月 6 日医療制度審議会答申)によれば、人口の分布等を基礎とする医療機関の整備普及計画に関する事項等を調査審議するため中央および都道府県に医療機関整備審議会を設置する。公的医療機関の運営に関する重要事項および相互の連繋に関し協議し適正かつ総合的に運営をはかるため都道府県に公的医療機関運営審議会を置くものとしている。これを受けて医療法は第 32 条で医療機関の整備に関する重要事項の調査審議は大臣または都道府県知事の監督する「医療機関整備審議会」の設置。第 36 条で公的医療機関の運営に関する重要事項の調査審議は、都道府県知事の監督する「公的医療機関運営審議会」の設置。第 38 条で診療報酬に関する事項を審議させるため大臣の監督する「診療報酬審議会」を置くこととされた。
- 18) 厚生大臣官房統計調査部編『昭和 21 年 衛生年報』資料による筆者の算出 112,582 人と厚生省医務局編『医制百年史 資料編』112,581 床とは 1 人の差が生じている。
- 19) 主な内容は(1)医療機関の整備については人口分布を鑑み医療機関の整備普及計画を調査審議するため中央および都道府県に医療機関整備審議会を設置する。明治期からの開業医を基盤とした医療機関は長所を助長しながら公的医療機関との役割の棲み分けをする。公的医療機関をすぐに整備し、戦災による医療機関の破壊の激しい地域については総合病院を、無医地区については公的診療所を早急に設置するように補助する。公的機関の経営主体は普遍的かつ平等、適正医療の実行、財政基盤があるなどの要件を具備する。代表的な公的医療機関は、医療関係者再教育の最高機関として国立病院を整備、公的医療機関の整備に関して国庫において相当額の負担をする。結核療養所とらい療養所は主として国営に、精神病院は将来国営とする。(2)医療機関の改善および運営については、総合病院を設ける。病院の構造設備のみならず診療、検査、消毒および給食等に関する設備ならびに従業員の定員基準を設ける。総合病院は「メディカルセンター」として開業医等も利用するとともにインターンの修習機関とする。公的医療機関は全面的に社会保険診療ならびに生活保護法による医療助産をおこなう。公的医療機関の経営に要する費用の一部を国庫負担する、医療機関運営審議会を置くことであった。社会保障研究所編『戦後の社会保障 資料』(至誠堂、1968(昭和 43)年)532～533 頁。厚生省医務局編『医制百年史 資料編』(ぎょうせい、1976(昭和 51)年)186～187 頁。
- 20) 「医療機関整備計画」の内容は(1)全国的施設の整備構想として一般診療所は、いかなる地域においても人口 2000 人の診療圏に対して少なくとも 1 診療所を配置する目標とし、この基準に足りない地域 3500(内無医村 1300)に一般診療所を整備する。病院は 5 年後の病床整備目標を(イ)一般病院については、現在病床 159800 床を目標病床 235900 床で増床を 76100 床する。その内訳は結核病床の現在病床 25000 床を目標病床 44500 床で増床 19500 床、産科病床の現在病床 4500 床を目標病床 13400 床で増床 8900 床、其の他の現在病床 130300 床を目標病床 178000 床で増床 47700 床、(ロ)伝染病院の現在病床 12400 床を目標病床 31100 床で増床 18700 床、(ハ)結核療養所の現在病床 55000 床を目標病床 100000 で増床 45000 床、(ニ)精神病院の現在病床 15700 床を目標病床 40000 床で増床 28300 床、(ホ)らい療養所の現在病床 8615 床を目標病床 17000 床で増床 8385 床、(ヘ)肢体不自由児施設の現在病床 0 床を目標病床 11700 床で増床 11700 床(2)その他配置計画としては、一般病院として都市に集中しているため今後の増設計画は地方に普及することを目標とし、人口 1 万人当り、大都市 40 床、他の都市 30 床、地区は 15 床を標準とする。配置は都道府県立病院を中核とする。都道府県中央病院は県庁所在地に置き、最高の総合的機能を有し都道府県民の最終の医療の責任を持ち県内の医療に関する指導的役割をおこなう 200～400 床の中央病院とする。地方病院は、おおむね 3～4 の保健所の管轄地域に少なくとも 1 つ配置し 100～200 床の公的医療機関総合病院とする。地区病院は、保

健所地区ごとに配置し、一般病床の目標に到達するように地区病院を置く。特殊病院としては、結核療養所、精神病院、肢体不自由児施設は人口数および患者数を考慮して配置する。らい診療所は既存療養所の増床をもってあてて。伝染病院は、隔離病舎の一部を移築して地区病院に附置する。その他既存病院は増床計画と並行して整備改修をはかるとなっている。社会保障研究所編『戦後の社会保障資料』（至誠堂、1968（昭和43）年）533～534頁。厚生省医務局編『医制百年史 資料編』（ぎょうせい、1976（昭和51）年）188～189頁。

- 21) これらの医療機関の整備は量的、質的に合理的に配置するという昭和23年の医療制度審議会の方向性からは問題が残る。戦後の修復期においては医療機関の整備が急がれ量的整備に傾斜した。なお、医療機関の体系的整備の動きのなかで国立病院のあり方が検討されることとなり1952（昭和27）年1月の閣議決定で国立病院の整備方針が決定され、同年8月には地方に移譲する措置が進められた。
- 22) 昭和25年10月の社会保障制度に関する勧告「第3編 公衆衛生および医療 第2節 医療 第三 医療機関の整備」に謳われている。社会保障研究所編『戦後の社会保障 資料』（至誠堂、1968（昭和43）年）197頁。
- 23) 1951（昭和26）年8月10日医療審議会決定の「基幹病院整備計画要綱」によれば、国民経済の現状等を勘案し、まず第一に病院網の基幹となる医療機関を速やかに整備する。都道府県の区域を病院体系整備の単位とする。各都道府県に一つの最高水準の医療能力を有するA級病院を県庁所在地に置き、その規模は210床以上とし、内科、外科をはじめ11の診療科を有すること。B級病院は、都道府県内の主要な地に地方病院として置く。地方病院は人口5万以上の都市は120床、5万以下の都市は90床とし、精神科以外の10の診療科を有すること。C級病院は、各保健所地域の中心地に1つ地区病院として置くことなどであった。厚生省医務局編『医制百年史 資料編』（ぎょうせい、1976（昭和51）年）189～190頁。
- 24) 「戦時中より戦後の数年にかけては、医師の手不足、医薬品の欠乏等保険診療を妨げる幾多の事情が続出し」となっている。厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修『医療保険半世紀の記録』（社会保険法規研究会、1974（昭和49）年）42頁。

- 25) 伝染病全国状況 （罹患率は人口10万人当り）（但し、結核、トラコームは昭和22年資料）

	赤痢	ジフテリア	腸チフス	パラチフス	痘瘡	発疹チフス	しょう紅熱	流行性脳脊髄膜炎	結核	トラコーム
昭和20年患者数	96,462	85,833	57,933	10,059	1,614	2,461	2,405	4,384	—	—
昭和20年罹患率	134.0	119.2	80.5	14.0	2.2	3.4	3.3	6.1	—	—
昭和21年患者数	88,214	49,864	44,658	9,154	17,954	32,366	2,208	1,436	3,173,970	229,158
昭和21年罹患率	120.7	68.2	61.1	12.5	24.6	44.3	3.0	2.0	406.4	293.4

厚生大臣官房統計調査部『昭和21年 衛生年報』『昭和22年 衛生年報』より筆者作成。

- 26) 「戦後しばらくは、医師の数は相対的に過剰で推移した。戦争中に、軍はドロ縄式に軍医の養成を始め、全国に医専（県立大学の前身）をつくったが、その卒業生が敗戦後は医師になった。しかし、医者になっても勤めるところがなく、保健所も地方でないと勤め口がなかった。」となっている。川上武・小坂富美子『戦後医療史序説 都市計画とメディコ・ポリス構想』（勁草書房、1992（平成4）年）10頁。
- 27) 地域を層別に分け、六大都市については、その各都市を層とし、その他の都市については、武蔵野、川崎、堺、布施、吹田、守口、西宮、尼崎、芦屋、伊丹の各市は六大都市周辺の市の層とし、それ以外の市は地理的位置及び気象による5地域別と産業別就業者数及び率による農、工、鉱、水産、その他並びに政治的中心都市、地方的中心都市、その他の7分類による社会的経済的特徴によって層化し

た。

郡部（北海道においては支庁）については、地域産業及び無医村の有無により層化した。その地域別は、その他の市と同様、地理的位置及び気象による5地域別とし産業別は農、林、水産、鉱、工の就業者率とその組み合わせによる31種別とした。『医療統計調査報告』10頁。

- 28) 有病率（帯患率）とは、一定調査時期において調査された統計集団中に傷病にかかっているものの頻度である。便宜上、100倍して表す。傷病とは、「病気になったという感じ、あるいは外傷によって、医師又は歯科医師の診療を受けるか、あるいは何らかの治療措置を加えた場合をいう。もしくは、治療措置には該当しないが床に就くか日常の業務を中止するか、あるいは、その症状が24時間以上続いた場合、但し外傷の場合3日以内に自然に癒ったものを除くことをいう。」なお、正常産たる出産、何らかの治療措置もしていない症状の固定した身体障害、なんらの治療措置もしていない近視遠視乱視等は傷病として取り扱わない。治療は、医師、歯科医師による診療、医薬品の服用はいうまでもなく、あん摩、はり、きゅう、柔復、指圧等民間療法も含める。なお、1949（昭和24）年当時は百分率であったが、以後の「国民健康調査」においては人口1000人当りで表わしているため、筆者は当該図表において有病率を人口1000人当たりの数値に換算しなおしている。また、有病率は調査期初9月1日と期末9月30日の2時点について算出することとし、期初については調査期間前から繰越した傷病件数を、期末については調査期間中転帰をみないで継続中の傷病件数を、その傷病件数にあてて計量している。
- 29) 国民の傷病障害及び医療の実態を把握しようと1947（昭和22）年の初め厚生省の内部からなる医療統計調査委員会が設置され検討の結果、医療施設面からみた医療調査、世帯面からみた医療調査、医療経済調査、診療内容精密調査の統計調査が立案され実施することになった。医療施設面からみた医療調査は1948（昭和23）年11月に全国の病院及び診療所を対象として調査を行った。この調査は設備や従事者の調査と患者の調査とにわけて毎年実施するようになった。1953（昭和28）年からは医療の設備や従事者の調査が指定統計第65号の『医療施設調査』となり、患者の調査が第66号の『患者調査』となった。また、国民の傷病及び治療状況を把握することを目的として1948（昭和23）年11月に行なっている。この調査はのちに1953（昭和28）年指定統計第68号の『国民健康調査』となっている。すなわち、わが国では戦後のこれらの調査としては1948（昭和23）年11月が最初であり昭和24年9月は第2回目にあたるものである。
- 30) 受療率とは、病院・診療所の入院・外来患者をあわせた全国推計患者数を、当該年の推計人口で除して人口10万人当りの率として算出する。ただし、筆者は有病率1000人当りと対比させるため受療率も1000人当りに換算しなおしている。
- 31) 菅谷章『日本医療制度史』（原書房、1976（昭和51）年）423～429頁。
- 32) 川上武・小坂富美子『戦後医療史序説 都市計画とメディコ・ポリス構想』（勁草書房、1992（平成4）年）11頁～12頁。
- 33) 小川政亮「社会保障制度と家族」青山道夫・竹田旦・有地亨ら編『講座家族 7 家族問題と社会保障』（弘文堂、1974（昭和49）年）360～366頁。
- 34) 厚生省医務局編『医制百年史 資料編』（ぎょうせい、1976（昭和51）年）188頁。

参考資料

1. 厚生省大臣官房統計調査部編『衛生年報』（昭和 21 年～）
2. 厚生省大臣官房統計調査部編『国民健康調査』（昭和 28 年～）
3. 厚生省大臣官房統計調査部編『患者調査』（昭和 28 年～）
4. 厚生省大臣官房統計調査部編『医療統計調査報告』
5. 厚生省大臣官房統計調査部編『医療施設調査 医師・歯科医師・薬剤師調査』（昭和各年）
6. 厚生省五十年史編集委員会編『厚生省五十年史（記述篇）』
7. 厚生省医務局編『医制百年史 記述編』
8. 厚生省医務局編『医制百年史 資料編』
9. 東洋経済新報社編『完結 昭和国勢総覧 第一巻』
10. 東洋経済新報社編『完結 昭和国勢総覧 第二巻』
11. 東洋経済新報社編『完結 昭和国勢総覧 第三巻』
12. 社会保障研究所編『戦後の社会保障 本論』
13. 社会保障研究所編『戦後の社会保障 資料』

本稿における略語等使用例

1. 本稿における法令についての原典は国立公文書館デジタルアーカイブの「御署名原本」を使用した。
2. 公的統計調査や指定統計〔統計法（昭和 22 年法律第 18 号）（旧統計法という）〕については編著者や出版社の記載を省略している。
＜記載例＞『昭和 29 年 患者調査』・厚生省大臣官房統計調査部編『昭和 29 年 患者調査』厚生省大臣官房統計調査部（指定統計第 66 号）

3. 本稿で使用した括弧内の法令等の略語は次の例によっている。

国保法・国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）

旧国保法・国民健康保険法（昭和 13 年法律第 60 号）

健保法・健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）

旧生保法・生活保護法（昭和 21 年法律第 17 号）

新生保法・生活保護法（昭和 25 年号外法律第 144 号）

旧保助看令・保健婦助産婦看護婦令（昭和 22 年政令第 124 号）

第七次改正健保法・健康保険法の一部改正（第七次改正）（昭和 23 年法律第 126 号）

＜略語使用例＞

（制定時健保法 80）・健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 80 条

（改七健保法 43 ノ 3 ①）・第七次改正健保法（昭和 23 年法律第 126 号）第 43 条ノ 3 第 1 項

（健保法 71 ②二）・健康保険法第 71 条第 2 項第 2 号

本稿においては、同一法令で、かつ、同一条数、項番号であっても改正などによって条文の入替や修正などがなされており、改正時や制定時の条文であることを記載する必要がある。

