

平成 21 年 6 月 12 日現在

研究種目：若手研究 (B)

研究期間：2006～2008

課題番号：18730191

研究課題名 (和文) 近代日本病院史に基づく医療政策の長期的展望

研究課題名 (英文) A Long-term Perspective of Health Care Policy from the Social History of the Modern Hospital in Japan

研究代表者

猪飼 周平 (IKAI SHUHEI)

一橋大学・大学院社会学研究科・准教授

研究者番号：90343334

研究成果の概要：

本研究では、20 世紀日本における病院史を概観することを通じて、日本における治療医学への社会的信頼を基盤とする 20 世紀医療システムは、その歴史的役目を終えつつあり、今日は医療の歴史にとっておよそ 1 世紀ぶりの大きな転換期となっていることを示した。20 世紀的システムに替わる医療システムの形を見出すためには、医療を含む健康戦略の全体像についての展望的知識に基づく政策へと移行しなければならない。

交付額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2006年度	1,400,000	0	1,400,000
2007年度	1,300,000	0	1,300,000
2008年度	700,000	210,000	910,000
年度			
年度			
総計	3,400,000	210,000	3,610,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：経済学・経済政策

キーワード：医療 歴史 福祉

1. 研究開始当初の背景

わが国では 1990 年代以降繰り返し医療改革が行われてきているが、それは長期的な展望に基づいているというよりは、目前の医療費抑制を実現するという短期的な視野に基づいてきたといえる。その意味において、医療供給システム改革についての長期的展望を形成することは喫緊の課題となっていた。

2. 研究の目的

本研究は、20 世紀の病院を中核とした医療

供給システムを概観することを通じて、医療政策に対して長期的な展望を開くことを目的としている。

3. 研究の方法

本研究では、歴史的アプローチを採ることによって、今日の医療システムを歴史の延長線上に位置づけることを目指す。この方法は、政策における将来展望を開く上で効果が期待できる。

4. 研究成果

本研究の研究成果は、主に以下の3点にまとめられる。

1) 日本の病床形成とその意義

従来日本の医療史において、19-20世紀転換期の重要性は知られていなかったといえる。だが、この時期以降、日本に限らず世界各国では、19世紀後半以降の医学・医療技術の発達の結果として、社会における治療医学に対する期待の高まりを経験してきた。その結果、日本を含む当時の先進諸国では、プライマリケア/セカンダリケアという機能分業的構造、医師の専門分化、病院制度の発達といった、20世紀的を代表する医療における機能・制度的特徴を帯びて行くことになる。

20世紀における日本の医療システムは、その一つの型であると理解することができるが、その最大の特徴は、開業医の手による病床蓄積によって医療供給システムを発展させていったことである。

この日本的あり方は、病床を効率よく増加させて行く上で有効であった。

第一に、日本においては、欧米諸国のように、慈善的資金によって建設されるボランティアホスピタルの伝統が存在していなかった。これは、欧米諸国に一般にみられる非営利病院に連なる病院群を生み出す力が日本には乏しかったことを示している。

第二に、救貧法に基づくワークハウスに由来する公立病院の伝統も存在していなかった。日本は明治期以来戦前を通じて、地方財政が極めて脆弱であった。このため、府県・市町村にとって公立病院を建設すること自体に困難が伴っていた。そして、この障害を克服できた場合でも、欧米諸国のように、それらの病院を施療病院（貧困患者を無料で診療する病院）とすることはできず、基本的に経常費については診療代で賄わなければならなかった。

このような条件の下、日本では、20世紀初頭以来、医師自身が病床を所有するという形態が一般化していった。そこには、次の3つの要素がかかわっていた。第一に、20世紀初頭以降、卒後比較的長期に病院において勤務した後に開業するパターンが、医師の間で一般化していったことで、能力面において、病院開業の可能性が医師たちに開かれていたことである。第二に、戦前の戸数割税資料からの推計結果によれば、病院開業した医師は、そうでない医師に比べて高い所得を享受していた、いいかえれば、病院開業が儲かる事業形態であったということである。

かくして、20世紀前半を通じて、日本においては病床数の8割-9割近くが私立病院によって占められるに至ったのである。また、1938年における内務省の調査によれば、当時開業医によって開設されていた病院・診療所総数約3万9千施設のうち、実に約1万4千施設が、病床を有する施設となっていたことがわかる。このことは、戦前から日本では、医師が病床を所有する慣行が広く存在していたことを示している。

このような医師自身の手による病床蓄積のあり方は、戦後においても、しばらくはきわめて効果的に機能していた。戦後、日本では医療法人制度、優遇税制、医療金融公庫、診療報酬点数の操作などによって、開業医の経営に便宜を図ってきた。この一連の施策は、戦後、日本において病床ストックを急速に蓄積する上で有効に機能したといえる。というのもこの体制は、開業医たちに、収益の大部分を自らの施設・設備に再投下し、資本の拡充に努めることを促すものだったからである。その結果、1970年代には、人口あたり病床数において欧米諸国を凌駕するまでに至った。

このように、欧米諸国にみられるフィランソロピーや救貧法の伝統のない中、日本の医療システムは、開業医による資本蓄積を軸とした発達を遂げ、それは日本の医療システムを国際比較的に見て効率性の高いシステムへと導いてきた。

その一方で、1970年代以降、日本の病床発展のメカニズムは、逆機能的存在となってもきた。というのも、このメカニズムは、病床の増加に歯止めをかけることが難しいことから、病床の飽和という状況への対応が難しいからである。このため、病院に高齢者が老人ホーム代わりに入院するという現象が広く見られるようになった。

2) 健康戦略の転換

1990年代以降、医療は大きな変化の時期にさしかかっている。それは、20世紀的な医療システム的前提を構成してきた治療医学の優位が解消することによって生じてきている。

第一に、戦後、人びとの健康・疾病のパターンは、大きく変化したということである。これには、栄養状態・生活環境の改善や、医学・医療技術の進歩など複合的な要因が関わっていると考えられているが、いずれにせよ、明確な事実として、人びとは簡単に死ななくなり、その結果、一度罹ると完治しない生活習慣病や、疾病や老化に伴う障害を抱えつつ、長生きするということが一般化したのである。

ここでポイントとなるのは、このような病
気や障害を抱えて生きる高齢者に対して、治
療医学の役割は限定的なものとならざるを
得ないということである。20 世紀前半におけ
るように、疾病構造が感染症中心の時期には、
治療医学は決定的な意味を持ち得た。という
のも、感染症の多くは、細菌やウイルスを駆
除できれば完治し、それができなければやが
て患者を死に至らしめたからである。その意
味で、治療医学で治せるか、治せないか、い
かに将来治せるようにできるかが患者の QOL
を決定的に規定していたのである。

ところが、今日の高齢者に対しては、治療
医学のこのような決定的な意味は失われてし
まっている。というのも、高齢者が抱えが
ちな生活習慣病は、一度罹ると基本的に根治
することができないものであるからである。
高齢者は治療によって完治したり直ちに死
亡したりするかわりに、病気それ自体・病気
の後遺症・老化によって心身の機能が次第に
低下してゆく。このとき、彼らは、生活に大
きな支障を来すことになるが、これに対
しても、治療医学ができることは決して多
くはない。これは、現在の医学が、いまだ老
化や人の死すべき運命に対して無力である
ことの一面を示す事実である。

このように、人口高齢化および疾病構造
の変化は、20 世紀を通じてみられてきた治
療医学に対する高い社会的期待を維持するこ
とを困難とする条件を形作ってきたといえる。

第二に、障害者福祉の発達である。この領
域は、戦後各国で確立をみた生存権概念を下
地として、様々な理念を生み出しながら発達
してきた分野である。生活習慣病や機能低
下を抱えた高齢者に対する治療医学の有効
性に限界がみえたとしても、それに替わるも
のがなければ、健康パラダイムの転換はな
い。この点で、新たなパラダイムにおける目
標概念を供給したのが障害者福祉において
形成された諸理念であったのである。実際、「
ノーマライゼーション」「自立」「エンパ
ワメント」「脱施設化」「アドボカシー」な
ど、今日高齢者福祉においても共有されて
いる諸概念は、基本的に障害者福祉の領域
から流入してきた概念であるといつてよい。

これらの諸概念が障害者福祉領域から高
齢者福祉領域へ流入してきたことが、治療
医学への不振が単に患者への治療中止を
意味するのではなく、治療からより生活
(QOL)を指向した支援のあり方へ、医療
それ自体の目標を転換させる力となつて
きたといえる。

これらの変化の中で、医療は従来の治療
医学の治癒を目指す健康戦略から、生活の
質を目指す健康戦略へと移行しつつあると
認められるが、このことは、20 世紀的医
療の終焉を意味する。というのも、新しい
健康パラダイムにおいては、プライマリ
ケア/セカンダ

リケアの機能構造や、病院・専門医とい
った中核制度による医療システムに対する
位置づけが変容せざるを得ないためである。

3) 医療政策パラダイムの転換

従来日本の医療システムの発展のあり方
が限界に達し、医療システムの目標概念が
変化する中で、日本の医療システムは、こ
れまで前提とされてきた多くの要素につ
いて、再検討が可能かつ必要な時期に
来ているといえる。

たとえば、以下の項目はいずれも、日
本の医療システムが永らく特徴として
きたものである。

- ①「フリーアクセス」、
- ②診療時間の短さ(「3 時間待って 3 分間
診療」)、
- ③病院と診療所の競合的關係、
- ④大きな病院外来部門の存在、
- ⑤病院による医師の直接雇用と外部者
への閉鎖性、
- ⑥私立病院・病床ストックの比率の高さ、
- ⑦病床の施設間における分散的分布、
- ⑧高額医療機器の分散的配置および保
有台数合計の大きさ、
- ⑨開業医の高い専門性、
- ⑩かかりつけ医が未確立、
- ⑪看護職における正/准構造、
- ⑫医局制度における平等主義的人事。

だが、これらはいずれも、治療医学に
対する高い社会的期待を前提としたシ
ステムであり、1) で述べた日本的な
病床発達の構造と不可分な特徴群であ
る。したがって、治療医学に
対する社会的期待が相対的に小さ
なってくることによって、その特徴
を支えている基盤が失われること
になる。

その意味において、今日、日本の
医療システムの主要な特徴につ
いては、見直しが必要となつて
きており、医療システムにつ
いてのグランドデザインを描く
ことができる政治構造の構築が
必要となっている。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者に
は下線)

〔学会発表〕（計 3 件）

① S. Ikai, “The Sick for the Bed, not for Medicine”, International Symposium on the Topology of the Body, 2008.2.16, 名古屋大学

② S. Ikai, “Recapitulating the Hospital-Centered Medical System in the 20th Century: Towards a Long Range Perspective of Healthcare Policy”, Asian Social Policy (EASP) Research Network International Conference, 2006.7.13、ブリストル大学

③ S. Ikai, “The Foundation of Proprietary Hospitals: The Growth of Hospital Practice in the First Half of the 20th Century in Japan”, Oxford Brookes Seminar Series, 2006.6.12, オックスフォードブルックス大学

〔図書〕（計 1 件）

①川越修・鈴木晃仁編『分別される生命 20世紀社会の医療戦略』（共著），法政大学出版局, 2008.5.23（猪飼周平分担部分：「近代日本における病床概念の意味転換－医療制度改革への歴史的アプローチ」（第 2 章），53-89 頁）

6. 研究組織

(1) 研究代表者

猪飼 周平 (IKAI SHUHEI)
一橋大学・大学院社会学研究科・准教授
研究者番号：90343334

(2) 研究分担者

なし

(3) 連携研究者

なし