

戦中期の医療体制整備と戦後医療政策の展開

宗前清貞*

Universal Medicine by War Welfare: How Health Care System Developed in Pre-war Japan

Kiyosada SOMAE

Osaka University of Pharmaceutical Sciences

4-20-1 Nasahara, Takatsuki, Osaka, Japan 569-1094

(Received December 24, 2014; Accepted January 15, 2015)

Abstract This article tries to explain how Japanese medical policy had developed, especially focusing on pre-war and post-war period. After critical examination of dominant explanations, the article will show post-war health care provision had been locked-in by National Mobilization System during WW2. Rural public health services had been promoted both for civil and military reasons with newly-institutionalized resident public health nurses responsible for mainly maternal health. Government-run hospitals were planned to build systematically nationwide to hospitalize necessary patients in much earlier stages so that national “physical power (Tairyoku)” as a whole would be kept at better level. These factors, of course, did not directly produce modern welfare system in Japan. Medical system today, however, would not have been realized without the factors; they are prerequisites for liberal welfare state.

Key words — Health Care Policy, Medical Provision, Welfare State, and Pre-war Social Policies in Japan

1. はじめに

本稿は戦後医療政策の展開を規定する要因が戦中期にあったことを論証する。そもそも政治学における医療研究は、健康保険制度を軸に、負担と給付のギャップから生じる紛争の過程として理解されることが多かった。

わが国は福祉国家建設の前提条件を豊富に有していなかったにもかかわらず、世界史的にはかなり早い段階に国民皆保険を成立させたため、健康保険制度の創設についてもともと研究上の関心が深かった¹。また、わが国の医療のほぼすべては保険医療によるものであり、その金額は40兆円に迫る巨額であって、保険制度をめぐる紛争は規

模も範囲も大きくなる。加えて、1980年代からわが国の政治は、配分を求める利益政治から財政的制約を強く意識する「歳入の政治」へとその基調を変化させた(村松1994)。そのため、健康保険財政をめぐる政治過程はより厳しくなり、アクター間の駆け引きは「派手」なものとなった。

ただし、医療政治の実証分析において、健康保険をめぐる政治過程(あるいはその派生系としての診療報酬をめぐる政治)が重要であったとしても、医療が成立するには、医療の提供それ自体が当然の前提となる。社会からの信用を得た医療(専門)職があまねく存在し、物理的に接近可能な範囲に医療機関があり、同時代的に期待可能な水準の診療がそこで実施されていること。さらに

* 大阪薬科大学人間文化学グループ, e-mail: somae@gly.oups.ac.jp

1 普遍的医療制度(ユニバーサル・ヘルスケア)の達成は、皆保険以外に直接供給を保障するなど様々な手法があった。初期のユニバーサル・ヘルスケアは1930年代に社会主義国であったソビエト連邦や労働党政権下のニュージーランドで構築され、戦後はNHS制度を導入したイギリス、スカンジナビア3国やアイスランドが続き、日本はデンマークと同年の1961(法案成立自体は1958)年に完成している。

診療提供という狭義の医療に留まらず、公衆衛生行政の浸透を含めた広義の医療を実現させていること。こうした政策展開を前提とした上で、経済的保障としての健康保険制度が、医療の普遍化を推進する手段となる。

ところで先述したように、わが国の皆保険制度導入は早かった。なぜこうした時に制度を実現できたかを解明することは重要な問いである（北山 2011, 5 頁）。もしも医療が福祉政策の下位分野ないし構成要素であると考えれば、日本の福祉国家建設は憲法構造が変わり経済発展を遂げた戦後に構築されているため、医療体制の整備も戦後に行われたと考えられようである。しかし医療供給体制は憲政構造が大きく変化したからと言って、連動して変容するわけではない。医師を含めた医療職養成のメカニズム、医療機関のあり方、そうした医政を所管する官公庁の所在など、より具体的な（それゆえ憲政のあり方が直接的に作用しない）要素によって医療供給体制は決定される。皆保険の具体化による医療福祉観が社会的支持を得たことは、戦後十年あまりの間に起きた変化としてはかなり大きい。

筆者はこうした変化が戦後のみで発生したのではなく、実際にはいくつかの偶発的な要素も関係しながら戦中期にその原型が出来たことで、戦後医療体制の基本的枠組みが決定されたと考えている。特に、戦時動員体制を福祉国家の原型あるいは擬似福祉国家として理解することが研究上の流行になっているが（高岡 2011, 序章）、こうした視座を積極的・批判的に取り込みながら、戦時期と戦後の医療政策の連続性について考察し、現代的医療供給体制成立の要因を探る。

2. 理論的枠組

本節では、医療政策を考えるための基本的な枠組みについて考察を行う。第一に医療政策を含めた福祉政策は、戦後日本政治においてどう位置づけられたかを素描する。そのことで、福祉政策に

対する現代社会の「イメージ」を明らかにできるからである。さらに現代資本主義国家において国家が福祉政策を実施することにはいかなる意味があるかを整理する。特に構造的、機能的に国家が社会政策を必要としているといったような経済学系理論を踏まえて理解したい。またそもそも福祉国家はどのように理解するべきかを、主に比較政治経済学系の理論を整理して、福祉国家形成と発展の理念型を描き、わが国の医療政策形成がその枠組みに妥当するか否かを考える。最後に、医療供給のように継続的かつ差別的な変化で形成される制度装置の分析に有益だと考えられる歴史的制度論の視座を考察する。

2.1. 福祉政策をめぐる政治的対立軸

こんにち福祉政策が意味するものは、国民が快適に生活できる環境を保障することであり、そうした環境を形成するため国家が社会に対して積極的に介入することが許容される。具体的には国家が応能主義原則に基づいて徴税し、さまざまな社会サービスを政策的に提供して富の再配分を行う。国家が社会介入を行うには、そもそも政治過程の基底である憲法に社会権が認められていなければならない。そうした規範的構造を前提とした上で、現実に国民各層に社会サービスを提供するには、それを可能とする程度の資本蓄積の現存が必要である（鎮目・近藤 2013, 北山・城下 2013）。

わが国の福祉政策が政治の焦点と化したのは戦後であるという点に多くの論者は異論を挟まない（新藤 1990, 村松 1992, 岡田 2009）。特に新藤は、福祉国家建設に関して戦前の先駆的衛生行政の価値は認めつつ、「憲法の生存権規定（二五条）が果たした貢献は、どんなに強調してもし過ぎることはない」と述べ、憲法構造の変化が福祉国家化の最大の要因であると断定している²。それでは戦後憲法、福祉政策、そして戦後政治の三者はどのように理解されてきたのだろうか。

2 新藤前掲書, 39 頁。なお村松 1992 も新憲法構造について触れているが、彼の論点は国家体制が戦前から連続性を欠く側面を強調しており、社会権を強調する新藤の憲法像と必ずしも同期していない点は留意する必要がある。

戦後政治のイデオロギー構造について最も体系的な分析を行ったのは大嶽秀夫である（大嶽1994）。大嶽は、戦後政治の分岐点であった1980年代中曽根政権の諸改革を分析する際、政治体制全体においてそれら改革がどう位置づけられるかを明示するため、具体的な制度に内包されている「思想」の比較を行った。大嶽の言うイデオロギーとはこうした思想を指している。例えば税制においては、累進課税の最高税率や所得段階の設定に、社会民主主義的あるいは経済自由主義的イデオロギーを読み込むことができる。税制改革は、こうしたイデオロギーの変容による政治過程と理解される。

大嶽はイデオロギー対立が政治・経済・文化の3段階で発生し、政治上の対立とは概ね「管理と参加」の対峙³、経済的には自由主義（市場重視）と社会民主主義（平等重視）、そして文化的には家族や性を含む社会秩序などについての伝統的保守主義と社会自由主義（リベラリズム）に現れると述べる。こうした対立に関してわが国と欧米諸国の差が端的に表れるのは防衛政策である。欧米では、東側諸国に敵対的な自由主義、あるいは宥和的な社会民主主義という外交スタンスの違いとして防衛政策が理解されるのに対し、日本の場合は近代化によって解体される現況への文化的抵抗（つまり社会秩序の維持）として防衛問題を理解する保守層と、そうした動きが近代民主主義に対する脅威であるとして政治体制レベルで防衛問題をとらえる革新陣営の対立が存在した（大嶽1994：25-27頁）と述べる。

その結果、本来は政策的次元が違うために当然に結合するわけではない福祉政策と防衛政策の支持層が合致することとなった。具体的には、近代性を重視する都市部のホワイトカラー層が、保守的政治体制を忌避するが故に平和運動に積極的な革新陣営の中核を形成した。都市化が産み出した

「都市的」階層は文化的自由度を求める傾向が強く、大嶽のいう文化的自由主義（反・保守的社会観）との親和性も高かった⁴。日本における「革新陣営」とは、経済的には左派、社会的には進歩派であり、政治的近代化という意味で反軍国主義（反・戦前）だった。それを象徴する存在が戦後に制定された新憲法であり、国民が求める経済的繁栄を平和が保障するという意味で、憲法9条は「革新」の象徴となったのである。

この結果、福祉政策と軍事的政策は相互に相容れない存在であり、戦前的なるものが戦後に接続して理解されるべきでないという（規範的）政策イメージが形成されたのであった。

2.2. 福祉国家形成のフレームワーク

前節では戦後日本政治の対立軸をイデオロギー構造として理解した。その結果、福祉政策とは戦後的なものの象徴であり、戦前を代表する軍事防衛問題とは対局にあるという社会一般の合意が描かれた。

ところでそもそも福祉国家はなぜ成立するのか。言い換えればいかなる政治社会関係によって「福祉政策の束」としての福祉国家が生まれるのか。本節では、マクロ社会分析としての社会政策論と、メゾレベルの体制分析である福祉レジーム論について論じ、医療政策の具体的な分析とそれらマクロ／メゾ分析がどのように関連するかを明らかにする。

i) 社会政策論

福祉国家の定義はたいへん幅広く、一望の下にとらえることは困難であるが、この用語を用いる論者の最大公約数的イメージとして「所得保障や社会サービスを用いて、出生から死亡までの生活上のリスクに対応し、国民の生活を安定させる」

3 こうした巨視的関心は、待鳥聡史によるアメリカ政治の理解であるマクロトレンドモデルにおいても見いだすことができる。財政規律と国民の政治参加がトレードオフの関係にあるとされる「民主主義のジレンマ」は、条件が整えば解決可能であることを待鳥は示している（待鳥2003）。

4 現代社会において政策が有する一般的な方向性について、松下圭一は都市型生活様式が政府に一定の政策を要求すると考え、これを「都市型社会」と理解した（松下1988, 6章）。ちなみに都市型社会は経済発展の帰結であるから、そうした前提を元に軍事的・防衛的安全保障を考える松下は、憲法9条ベースの防衛政策ではなく、国際化と分権化を基軸にした防衛論を求めた（同書, 10章）。この点で松下はいわゆる進歩的文化人としては異質の論客であった。

機能を展開する政治体制であると考えられる（近藤・鎮目 2013：3 頁）。現代の福祉国家は社会権を理論的前提として成立しており、いわば民主主義を生活レベルで具現化可能な制度を福祉国家と見なすことができる⁵。その意味で、革命による体制転覆を伴わなければ労働者階級の本来的な解放はあり得ないと考える社会主義・共産主義思想とは異なっている。むしろ、そうした革命を未然に防ぎ、資本主義の永続性を保障するシステムが福祉国家なのである。

資本主義体制の構造分析は、経済史（いわゆるマルクス主義経済学）分析において発達した分野である。しかしマルクスが 19 世紀末に予測したように、資本主義自体の内部矛盾から自己崩壊を起こすことはなかった。社会主義革命はイングランドやフランスのような「先進国」ではなく、同時代的には周辺国だったロシアやドイツで厭戦を契機に発生した。また、第一次世界大戦後の労働運動の隆盛に対して、先進国では社会保険や公衆衛生、安全衛生などの社会政策を通じて、社会内部の階級的緊張を緩和することに努めた。その結果、労資間の緊張が必然的に高まり、資本主義内部からの自壊が促されることは必然ではなくなった。

こうした事実を前に、経済学では方法論的マルクス主義による社会理解を行いつつ、革命に至るロードマッピングではない政策理解が深まった。これが社会政策論の発生である。日本における社会政策論は、経済学者・大河内一男の理論的開拓が非常に強い影響力を持ったが、その概略は次の通りである。

現代経済は、資本の私有制と労働力の商品化（＝賃労働化）を前提とする。また、実在する個々の資本（つまり企業家たち）とは別に、資本主義生産システム全体の利害を代表するものとして「社会的総資本」を措定し、国家はこの総資

本を意思を代弁して行動すると考える。つまり、個々の資本家の意向に逆らっても、長期的・全体的に資本主義経済の維持にメリットのある諸政策を国家が打ち出すのである（石畑・牧野 2003：21-23 頁）。

資本主義経済自体が拡大再生産されるためには、生産力を適切に保持しなければならないが、個別の企業は労働力の収奪によって短期的に利益を上げうる。競争状態にある各企業家はそのため、労働力の保全を優先せず、社会全体としては経済の発展を阻害することがありうる。いわゆる合成の誤謬が生産力保全と経済成長の間に成立するのである⁶。経済成長（資本蓄積の継続的拡張）を維持するには、①労働力の円満な確保②労働力の保全③国家による反応と調整を必要とする。

このような社会政策の理解は、なぜ国家は社会政策を行うのかという「本質論」とでも言うべきマクロな把握である。より接近した視野で社会関係を理解するには、具体的にどのような要因が生産力の保全を阻害するかが問われる。生産力が継続的安定的に供給されるということは、個々の労働者の多くが窮乏化しないことが求められる。そして普遍的福祉政策が提供されるまでの近代で、疾病は貧困への最短ルートであった。したがって、一連の工場立法によって、労働者に安全な就業環境を用意し（労働安全）、さらに医療アクセスを経済的に保障すること（社会保険）は、社会政策における労働者対応の基本といえる。社会政策における医療とは、何よりも社会保険の問題として捉えられているのである。

ii) 福祉レジーム論

前項で述べた社会政策論による社会分析は方法論的マルクス主義を採るために、政治（上部構造）を下部構造（経済）に還元しすぎる傾向が強い。分析の有用性があると仮定しても、その射程は非常に

5 したがって、戦時体制や国家社会主義体制のような政治体制下で社会サービスが豊富に提供されていても、それが社会権に基づく普遍的な人権保障という含意を欠くなら、福祉国家と呼ぶべきでないことになる（鎮目・近藤前掲書、4 頁）。同じく、高岡裕之は総力戦体制の理解に「擬似福祉国家」を見いだす研究潮流を批判的に検討し、両者を同一視すべきでないと警告している（高岡 2011:8-10 頁）。

6 特に 20 世紀に入り大量生産大量消費経済（フォードイズム）が成立したため、労働者は生産力の源泉であるとともに消費者として無視できない規模となる。労働者の処遇を考慮することは、経済が成長するための与件であるから、社会政策はフォードイズム生産様式の内生的必然性に導かれて展開される（近藤・鎮目 2013：6 頁）。

長く、年単位で発生する政策の変化やそれを生み出し政治システムの変容を捉えることが難しい。そこで、政治システム自体により関心を集中させることで生み出された中距離理論がエスピン・アンデルセンらに代表される福祉レジーム論である。

工業化した先進国において国民の多くは賃労働に従事し、賃金水準や雇用のあり方が国民生活保障にとって重要である。こうした意味でレジーム論は社会政策論と前提を共有している。とはいえ、レジーム論は生活リスクの予防を中心に考えるので、脱商品化（賃労働離脱によって生活が保障される程度）と階層化（社会的階層固定化の度合い）によって福祉国家の類型化を行う（新川 2011: 序章）。こうした尺度を用いて洗練された類型を提示したのがエスピン・アンデルセンであった。彼は北欧諸国に見られる、脱商品化が進み階層化が低いシステムを社会民主主義レジーム、英米に見られる脱商品化が進まず階層化が強いシステムを自由主義レジーム、そして大陸ヨーロッパ諸国に典型的な、雇用の保障を中心に生活保障を行うために脱商品化は強いが職域ごとの格差が放置されている点で階層化が高いシステムを保守主義レジームと名づけた。

これを医療制度に敷衍して語ってみよう。普遍性の強いサービスを提供する社会民主主義レジームでは、単一支払制度 *Single Payer System* または国営医療に基づいて医療アクセスが保障される。したがって、国民は職業や所得、年齢などの社会的属性にかかわらず同じ内容の診療を期待できる。他方で保険者が独占的なので、総医療費が適切かどうかを市場経由で挙証できず、医療サービスに対する評価は国民の満足度に依存する。

これとは対照的な英米型の自由主義レジームにおいては、医療サービスは原則として自己責任で購入し、一定の基準に満たない階層へ選別的に福

祉サービスとしての医療が提供される。アメリカのメディケイドやメディケアが典型的であり、一般の国民はFRINGE BENEFITとして雇用主から提供される健康保険によって医療の経済的アクセスを保っている⁷。

わが国の医療保険制度に近似的なのは保守主義レジームである。ドイツなど大陸ヨーロッパ諸国で観察されるこの福祉体制では、健康保険は職域で構成される健康保険組合を通じて提供される。自由主義レジームと異なり、社会保険制度なので著しい格差が被保険者間に生じることは少ないが、保険制度の原理上、個々の職域（保険制度）を越えて再分配機能をもたらすことはできないため、保険間の格差を是正することはできない。やや中間的なこの制度が生じた要因として、キリスト教民主主義政党など保守政党の優位や、権威主義体制の遺制が影響したことなど、主に政治要因が挙げられている（鎮目・近藤 2013, 7-9 頁）。

ところで、レジーム論を基礎とした視野でわが国の医療体制を分析するには三つの難点がある。第一に、アンデルセン自身も自著で認めていることだが、アジアや南欧など、労働組合の動員が低く福祉機能の多くが家族に依拠しているような体制の類型がなく、日本にそのまま適用しづらい⁸点である（エスピン＝アンデルセン 2001: 日本語版への序文, 新川 2005: 269-274）。第二に、医療制度は各類型の理念型から逸脱が大きい点である。イギリスやフランスの医療は政府が医療アクセスを保障する普遍主義的の制度であり、イギリスは税方式、フランスは単一社会保険方式なので社会民主主義レジームに近い。そもそも医療制度自体が福祉国家よりはるかに先行して成立した社会的営みであり⁹、個々の社会において医療をどのように制度化・普遍化したのかは社会的制約の大きい過程なので、福祉レジームの類型内に医療制度

7 アメリカの医療保険の現況については山岸 2014 が詳しい。アメリカにおいては職層というよりも就業先によって提供される医療保険のグレードが異なっている点で、階層化の程度が先進国では著しい。また保険者の多くは HMO を含む民間保険会社なので、既往症を持つものが加入を拒否されたり、失業中の疾病が高額になったり、さらには各保険の医療機関に対する交渉力が異なるので価格の多様性が生じるなどの問題がある（山岸 2014: 12-16）。

8 なお宮本太郎は企業福祉を媒介として生活保障が成立している日本の福祉国家化を雇用・福祉レジームと総称している。ドイツ型保守主義レジームとの差異を踏まえた分析として当然考慮すべき視野である（宮本 2008: 特に 31-34）。

9 紙幅の関係でこの点を詳述しないが、医療が呪術・祈りから科学化し、技術として普遍化する過程については拙稿を参照されたい（宗前 2008:104-105 頁）。

を位置づけるのは単純でないのである。第三に、福祉雇用レジーム論自体が賃労働を基盤とした分析であるという点で社会政策論が有する医療分析上の難点を共有している。医療は、賃金や労資関係の延長線上に位置づけられる制度ではない¹⁰。

では医療制度を分析するためにはどのような射程を持つ視野が必要なのか。次節ではやや長い時間軸の上で公共政策を理解することを詳述する。

2.3. 歴史的制度論とロック・イン

一般に政治学では、公共政策の意志決定が諸アクターの力関係の均衡として成立すると考える。個々のアクターは自分の利益に忠実に行動するが、現代社会において、個人は複数の集団に所属するため、階級社会論が想定するような激烈な対立には至らない。むしろ駆け引き *bargaining* を通じて平和的に妥協を成立させる、多元主義的民主主義体制を形成する。こうした観察は、方法論上の個人主義を前提としており、各自は費用便益計算に基づいて自己の効用を最大化する合理的な主体として措定されている。

こうした理論的前提に対して多くの批判がなされてきた。特に経営学者のサイモンによる限定合理性の主張は、主体の能力に対するマイクロな批判となっている。他方で、そもそも人間の利得基準は内在的に構成されるものでなく、諸制度によって行動が制約される中で計算される。またそうした利得計算の基準は長期にわたって構成される。憲法を始めとする法体系、政党システム、政治文化や慣習、利益集団などのあり方が、その社会内部で「何を利益とするか」というマクロな方向性を規定する（山岸 2014: 20-21 頁）。これが制度論の視野である。

さらに制度の形成に関する分析視角が存在する。例えば、民族や言語、宗教などの社会的属性が類似するドイツとオーストリアの政治体制は大

きく異なっている。逆に前節でも述べたイギリスとフランスは、政治体制、民族、言語、その他の特徴が大きく異なるのに、医療制度はほぼ類似の発想で設計されている。こうした異同はなぜ起きるのかという問いに対して、歴史的な経緯を重視する分析が歴史的制度論である。

方法論的個人主義による決定過程分析は、利得計算に基づくゲームの帰結を表すため、端的に言えば時間軸がなく、利害は常に現在価値で計算することが含意される。仮にある時点で今後採るべき進路が従来と全く異なる方向であっても、それが合理的なら採用されるはずである。ところが現実世界では制度の変更に不確実性リスクを考慮する必要があり、実際に採りうる選択肢は従来の延長線上から大きく逸れることができない。ピアソンは、「ポリアの壺」と呼ばれる数学的比喩を用いて制度の不可逆性、あるいは定方向性を説明する。赤白の玉が多数詰められた壺から、任意にひとつ玉を取り出す。取り出した玉と同じ色の玉をひとつ加えて、二つの玉を壺に戻す。この試行を繰り返すのが「ポリアの壺」である。最初のうちは赤白どちらの玉がでるかは予測できない。しかし試行が進み壺の中の玉の色が偏り始めると、後の試行では偏った色の玉を取り出しがちになり、ますますその色への偏在が進む（ピアソン 2010: 21-23 頁）。この比喩は、政治体制が形成される初期のうちは、どのような選択肢も採り得るが、制度設計が進むにつれて、既得権や安心感など、蓄積された利益が阻害要因となって既存制度を保全する方向に機能し出すことを意味する。ピアソンはこれを「正のフィードバック」と呼ぶ（ピアソン 2010: 1 章）。

こうした事象は「経路依存性 *path dependency*」という用語で説明される。既に確立された制度から生じる拒否点が、後の決定を拘束する。拒否点において現実に拒否権プレイヤーが形成され、しかもそれらは政策転換を成し遂げようとするアク

10 この点について社会史家の猪飼周平によるエスピン＝アンデルセン批判が明瞭であり、かつ理論的頑健性を有しているように思われる。特に、猪飼は現代医療が「病院」という制度装置なしに機能しない（これを彼は「病院の世紀」と呼ぶ）ことを明示し、病院システムの類型で言えば病床開放性と医師の身分制によって、アメリカ（開放病床と専門医制）、イギリス（閉鎖病床と身分制）、日本（閉鎖病床と専門医制）に区分している。具体的な制度の展開でレジーム論を批判するとともに、供給面の史的分析を行うことでレジーム論の原理的批判にまで踏み込んでいる（猪飼 2010: 1 章）。

ター達よりも強固であることが多いからである(ツェベリス 2007: 5-11 頁). 国民健康保険制度に焦点をあててわが国の福祉国家形成を考察した北山俊哉は, こうした成熟段階における制度の固定化を「ロック・イン」と呼び, 「あるものがそれ以外の方向には行けずに, 閉じ込められてしまっているという状況¹¹⁾」を指すと解説する. また北山は, マホニーの議論を整理して, ①発生のタイミングが重要②特に初期段階の出来事は偶発性が強い③ある程度状況が均衡=安定すると, 経路依存性が強く働く, ことを示した(北山 2011: 36).

医療は制度として安定するのに時間のかかるシステムである. また, 健康保険制度は当初, 医療機関, 経営者, 労働者のいずれにも支持されない制度だった. 保険医療の報酬は安く, 経営者と労働者は保険料負担を嫌った. 昭和初期に, 製造業の職工たちを対象とした社会保険として始まった健康保険は, 農山村の貧窮対策としての国民健康保険, さらに戦後の保守政党による社会政策としての皆保険へと進化した. と同時に, パッチワーク的な制度であるわが国の健保制度は多くの課題が指摘され批判されてきたが, 単一支払制度による普遍主義的制度へ切り替わる様子はない. ことほどさように医療保険は「足の遅い」制度なのである.

さらに医療供給体制の整備となると, 不可逆性は一気に増大する. 例えば, 明治維新以後の急速な近代化で西洋化したわが国の場合, 「医師(くすし)」という職業を原型として供給体制を整備した. 医療自体は漢方から西洋医学に一気に転換したが, 医師の数は長期にわたって限られ, したがって受診自体が都市中間層以上の「贅沢」である時期が長く続いた.

とはいえ, 制度はときどき大きく「変容」する. いつそれが生じたのか. 先に解答を示すなら, のちの医療成熟がロック・インされる原点は戦前戦

中期にあった.

3. 戦前における医療政策の成立

本節では第二次世界大戦前の社会政策を概観し, 医療制度に対してそれらがどのような影響を与えたかを述べる. いうまでもなく戦前における社会政策は, 現代的な社会権や普遍的人権を具現化する政策ではなく, 体制を保全する社会機能として採用されたに過ぎない. しかしそうして採用された政策の影響が国民生活の深層に及ぶなら, 社会全体の政府機能に対する期待値を上げ, 福祉国家の必要性を求める言説の基盤となることはありうる.

戦時体制は, 女子の動員や兵士・労働者の福利厚生など, 「銃後の平等」をもたらした. 従来は, 戦前戦後の憲政構造が大きく異なるゆえに, 公衆衛生の断続を強調する通念が存在する(木村 2012: 1章2節). しかし, 江戸後期における寺子屋の存在が明治維新の学制を浸透させたように, 戦後公衆衛生政策の原型が戦前にあったと想定する方が自然である. しかも福祉政策の所管官庁である厚生省はまさに日中戦争期に軍部の後押しで内務省から分離独立していることを考えれば, 両者の連続性を吟味することは, 福祉政策の史的展開を考える上で不可欠だといえよう.

3.1. 農村の窮状と政府の対応

戦前昭和期の日本社会で大きな影響を与えた事象は, 昭和恐慌と日中戦争の拡大である. ウォール街の「暗黒の木曜日」に端を発した世界恐慌は, もともと関東大震災や昭和金融恐慌で弱体化していた日本社会を直撃した. 世界中の購買力が低下したことでわが国の輸出は激減し¹²⁾, その影

11 北山は同書で, タイプライターの QWERTY 配列を例に説明する. もともとこの配列は初期タイプライターの機械的精度が低く, 英語アルファベットで頻繁に用いられるキーを近隣に配置すると詰まりやすいことから発生した. 今日, パーソナルコンピュータのキーボードなどではこうした必然性を有さないし, また英語以外のヨーロッパ言語にとって QWERTY 配列はそもそも必然ではない. しかし英語圏でこの機械が発明され, 発展・普及し, それゆえ QWERTY 配列のタッチタイピング修得者が一定の数に到達すると, 仮に「合理的」な新配列が紹介されても, 苦勞して得たタイピング感覚を捨てて新着想に飛びつくことはない. これが経路依存性による制度の自己強化である.

12 各種の貿易統計によると, 1929 年で輸出額はいったんピークを迎えながらその二年後の 1931 年には半減している(主に吉原・和田 2008:66 頁など). 主要産品であった生糸や繭はだぶついたために価格が暴落し, 農村は経済的に激しい打撃を受けることとなった.

響は、農産品輸出国であったわが国において当然農村の窮乏を招いたことはいまでもない。より短期的な要因として、1930年の豊作による米価下落、さらに翌年の北海道東北地区を中心とした冷害による減収で、農作物生産における生産費と価格の逆転現象が発生した。家計レベルでは農家一戸あたりの負債が生計費を上回るようになったが、これは農業では生活が成立しない状況を意味していた。

加えて工業の不振により、生活保障制度の未熟な都市部工場労働者は帰郷を余儀なくされ、ただでさえ苦しい農山村は困窮の度合を増した（吉原・和田 2008: 66-68 頁）。こうした不安定な社会情勢は、軍部内の国粋主義的分子による昭和維新のような要人テロ事件を発生させている。1932年には血盟団事件や五・一五事件が発生し、政府に深刻な衝撃を与えた。また工業化によってそれ以前から漸増していた労働争議件数や労働組合員数は恐慌期に増加し、左右両翼の運動によって社会不安が増大する中で政府は抜本的な社会政策の必要性を認識し始めた。

このような状況で採られた政策が、日本版総需要刺激策である時局匡救事業と、政府による経済介入の端緒であった農山漁村経済更生運動であった。これらの政策が情勢を一変させるような政策的有効性を持っていたとは言い難い。しかし本稿の趣旨である戦後福祉国家の前提である行政国家化を理解するために、それぞれを素描しておきたい。

3.2. 時局匡救事業と農山漁村経済更生運動

前節で述べたように、不況や恐慌による社会不安は、治安対策上の理由で政府に政策的対応を求める。後発開発国であった我が国で、工場法や健康保険など製造業・労働者に向けた社会政策は細々とではあったが先行していたのに対し、いわゆる農村社会事業は立ち遅れていた。それゆえ、農村の窮乏で小作争議が頻発し、農業生産関係の危機が顕在化することで、農村社会事業の重要性・必要性は高まっていった。

この時期の農村社会事業の理論家では賀川豊彦が著名であった。生活協同組合運動の指導者でクリスチャンでもあった賀川が先導する事業像は、地域における自発的結社と友愛が強調されたのは当然である。しかし、賀川の理想を具現化するには前提となる運動や組織が十分でなく、しかも当時の農村窮乏は理想主義・精神主義で対処できるレベルではなかった（菊池ほか 2014: 114-115 頁）。結局、内務省を中心とした政府の強い危機意識が、日本版ケインズ主義経済政策である時局匡救事業を導入し、土木事業による現金収入をもたらすことで実体のある社会事業が初めて農村で展開されようとしたのである。

この案は内務省内でも社会局でなく衛生局が主導し、当初は救急的医療対応（いわゆる救療）が先行した。当時農村の惨状があまりに酷く、32年6月に開催された臨時帝国議会では農村救済が主題となり、農民救済の請願を受けて「時局匡救」決議がなされた。さらにその夏の臨時議会で具体策が議決され、前段で述べた日本版ケインズ主義である時局匡救事業の推進が三年度（実質的に二年半）にわたり実施された（菊池ほか前掲書：115-116 頁）。事業は国庫6億円と地方負担に相当する制度2億円に加えて預金部資金（現代の財政投融资）を同額加えた16億円規模で実施されたが、当時の国家予算20億と比較するといかにも巨額である。政府は短期効果を目指す農村土木事業と中長期的効果を目指す農村経済更生施設の両面作戦を採ったが、予算の多くは土木事業（その中の多くは資材費）に流れ、1934年には戦費増大の影響で事業は終了した。したがって、①経済政策として時局匡救になっていない②地方に財政負担が重く残された③結局は戦時体制に組み込まれる総動員体制成立過程の一環だったという否定的な評価が残る（菊池ほか前掲書：116 頁）。

しかし行政学者・市川喜崇は異なった視点で当該事業を位置付ける。戦前の中央地方関係は内務省＝府県体制であり、専門性を欠き、人事による統制を中心とした後進的な行政管理体制であった。ところが時局匡救事業によって農林省系の行政回路が創設され、しかも予算規模が拡大した

結果、「積極行政の全国化」がなされ、それが戦後の機能的集権化¹³につながると位置づけている(市川 2012: 84-86 頁)。

同様に、農山漁村経済更生運動の位置づけも一般的な理解と市川のそれは異なる。通説では、公益質屋や社会保険の導入などに評価すべきものはあるとしつつも、精神主義的要素が大きく、婦人会・産業組合・学校などの地域における末端機関を戦時動員体制に駆り立てていったという否定的評価がされている(菊池ほか前掲書: 117-118 頁)のに対し、市川は農林省が内務省を迂回した政策実施を余儀なくされたことで、地方行政において従来と異なる経路を打ち立てたこと、さらに所管侵食で激しく対立した内務省が、地方行政における経済政策の重要性を認識し、内務・警察・学務の府県三部制から経済部を追加したなど、行政機構上の(すなわち統治認識上の)変容が生じたことを指摘した(市川 2012: 86-88 頁)。

菊池らの分析は、到達点である現代の社会福祉を基準に過去の社会政策を断罪する点で厳しい評価を下しているが、ここではその是非に立ち入らない。筆者は、市川が指摘した新たな行政回路の樹立という側面を重視し、時局匡救事業や経済更生運動は、①農村社会事業が政府の行うべき任務であるという認識が深まった/定着したこと、したがって当該政策領域に関して政府への国民の期待が発生した/高まったこと、をさしあたり指摘しておきたい。

3.3. 体力概念と新官庁の設立

前節までに農山村の窮乏とその対処について述べてきた。特に時局匡救事業と農山漁村経済更生運動が総合行政体としての地方政府に国民の期待値が上昇する側面について、市川喜崇の議論に依拠して整理した。とはいえ、具体的な効果が薄

かった点について市川も否定しないように、農山村の困窮の度合はきわめて深く、しかもそれは対症療法よりも根本的な対応を必要としていた。その結果設立されたのが、内務省衛生局・社会局などを分離独立させた厚生省だった。

この流れについて一般的には次のように整理されるだろう。農山村の窮乏は、国民の栄養状態の悪化として具現化する。その結果、徴兵検査における優等合格者が減少するのに対応して、不合格者も増大した。栄養不良による体格の貧弱に加えて、当時の国民病であった結核罹患がその要因である。そうした中で、軍医トップの小泉親彦総監(中将)が体力向上を目指して衛生省構想を唱え、さらに近衛文麿首相も総合衛生行政を所管する大型官庁の新設を構想した。両者は両輪となって保健社会省設立を具体化させ、最終的に厚生省が1938年に設立された(新村 2006: 206-208)。

つまり厚生省の設立は、全国民レベルで健康状態を維持し、社会不安を一掃し、新兵の「供給源」たる農村の衛生状態を確保することに主眼がおかれることになる。その結果、治安(警保局的政策目標)と壮丁の体位(軍的政策目標)、そして国民福祉(社会局・衛生局的政策目標)が一体的に追求されるのである。近年、総力戦体制の再評価¹⁴が出現し、特に雨宮昭一や坂野潤治による総力戦体制の見直しは、社会格差が拡大している現代的課題との関連で注目されつつある。坂野は1925年に普通選挙制度が導入されて、政治的自由の度合は一応拡大したが、社会格差の是正自体は戦時体制下で最も進んだ(つまりそれ以前の自由主義体制では着手されていない)ことを展開している(坂野 2014: 174-175)。つまり、普選導入によって都市中間層らに支えられた大正デモクラシーは一つの政治的到達点を迎えるが、他方で農村の小作農なども含めた下位層と中上位層との格

13 機能的集権化とは市川が命名した用語であり、政府間関係における中央政府への権限集約が、反共や安全保障などの「政治」的理由に拠るのではなく、経済成長のための河川・道路・港湾管理など、もっぱら社会経済的効率性を根拠として進行する過程を指す。

14 これはいわゆる歴史修正主義に対応して戦時体制を肯定するものではない。総動員体制の構築の中で、あくまで戦時体制下の必然性であったとはいえ、女子就労拡大による女性の社会参加の進展や、皆保険構想を含む医療体制の整備、そして公衆衛生の整備など、一定の国民福祉をもたらす施策が実施されたこと自体は評価してもよいのではないか、あるいはそうした制度が戦後の福祉国家建設の起点になっているのではないかとする理解である。

差は拡大しており¹⁵、こうした問題の解消が政治的リベラリズムでは実現されなかったのである。

他方、厚生省が設立される過程は、先の概略でも示したように二つのルートがあった。一つは軍（小泉総監）の構想、もう一つが近衛首相＝内務省による構想である。この点を、歴史家・高岡裕之は次のようにまとめる。第一に、厚生省設立の原型となったのは第一次近衛内閣の閣議決定（「社会保健省設置方針」および「保健社会省設置要綱」）であり、日中戦争開始前のことだった。第二に、軍は36年6月に寺内陸相が「壮丁体位」を問題提起し、また小泉総監が衛生省構想を打ち出すなど、総合体力行政を所管する衛生省の設立を望んだ（高岡 2011: 24-29 頁）。

この両案の内容はかなり異なる。保健社会省設置要綱（以下、内務案と略記）は、大臣官房・労働局・社会局・体力局・衛生局・医務局・保険院（外局＝社会保険と通信省簡易保険などを統合）などから編制されており、現代的な総合社会政策の所管官庁に近い、内政官庁である内務省案らしいイメージと言える。他方、陸軍が提案した保健社会省二次案（以下、陸案と略記）では、官房・衛生局は同じだが、内務案の労働・社会局分離をせず社会局のまま、内務案の社会局保険部署を保険局に、通信省所管の簡保を簡保局に、内務案の医務局を医事局とし、さらに内務案より管轄の広い体力局、また陸案独自の保育局、生活合理化局を提案するなど、国民生活に対して介入の度合いが深いものだった（高岡前掲書：27, 60-61 頁）。陸案に色濃く反映されるのは、独特の国民「体力」観である。現代の語彙である体力 *physical strength* とは明らかに異なるこの「体力」とは何だろうか。

実は、壮丁の体位問題として顕在化した徴兵検査の不合格は、統計学的に見ると必ずしも国民の栄養不良や体格衰弱を表していない。実際には新兵需要が低下したため検査基準を引き上げたことに拠るもので、また身長や体重の経年変化は、東北地方でさえも漸増傾向にあった。しかし軍はそれらの体位向上を都会出身のヒョロヒョロした若

者が増えていると認知していたのであった（高岡前掲書：30-44）。軍部、特に軍医であった小泉親彦は、そうした統計的傾向を認知しつつ総合的な「体力」が低下することを憂えていた。

小泉の言う体力とは、「体格」「作業能力（＝運動能力）」「精神的能力（＝知力）」の融合概念である。体格は栄養の問題だが、作業能力や精神的能力は体育や知育という教育によって発展する。小泉は学校教育も含めた国民生活の「体力」を総合的に管理することを想定し、それによって人的戦力の底上げを意図していた。軍事的に重要な徴兵事務の移管すら予定された陸案の保健社会省とは、あくまで戦争遂行のための装置であり、いわば衛生主義的社会国家機関として機能することが期待されていた。小泉の言う「衛生」とは、消毒とか疾病予防といった局地的な対象ではなく、生活全般を管理する総合科学を意味する。その意味で「衛生」省とは、社会を対象とする総合行政を含意していた。

衛生省設立を前に、軍は国民体力管理法を提出した。法案は1940年に国民体力法として施行されており、「衛生思想」は順調に展開されているように見えた。しかし近衛内閣は新省の設立目的を社会政策の実施におき、軍案の独自性を示していた生活科学部局の設置を排除したほか、徴兵義務の移管も軍に留め置いたままだった。新省を総合軍事体制の要にしようとした軍の狙いは、近衛によって巧みに阻止されていた。軍は体力局を筆頭局とするなど巻き返しを図るが、最終的に人事体制について内務省と厚生省の間で一体の協約が結ばれた。これにより、軍側が人事面で新省を支配し、実質的に衛生国家の橋頭保とする目論見は瓦解した（高岡前掲書：66-68 頁）。

もともと小泉は軍人ではなく軍医という「専門技官」であり、軍における処遇は必ずしも恵まれたものではなかった。小泉の立論は、当初、あくまで軍衛生部内で行われ、全軍の総意を得るには至っていなかった（中静 1998: 219）。むしろ内務省衛生局などを中心とした医療政策の共同体において、小泉の意向を後押しし、本格的な公衆衛生

15 戦前家計では米価の比重が大きく、米価暴落は都市住民に歓迎された。デフレ下の俸給生活者家計は相対的に楽なので、農村部から見た不公平感は非常に大きかった。岩瀬彰, 2006, 『月給百円サラリーマン』, 講談社新書, 82-86 頁。

行政官庁を設立する期待感が高まっていたのが当初の経緯である。先にも記したように、小泉の衛生観は独特のものであり、学界や医療界の主流と前提を共有した構想とは言えない。この点で、本節冒頭に述べた厚生省設立経緯の概略における軍＝厚生省関係の理解は、一本化された軍の影響力を想定している点で単純化されたものだった。軍の後退は（近衛、あるいは内閣制度がまだ自律性を保持していたという時期的背景も含めて）必然的なものだったのである。

しかし不完全ながらも国民の発育状態を国家が管理し責任を持つ法案が成立した以上、保健政策は実施されなければならない。増加基調を国是とする人口政策を展開する以上、山間地を含めた全国で、特に周産期と幼年期の発育について国家が成果を追求しなければならなかった。次節では具体的制度装置としての保健婦を考察する。

3.4. 保健婦の誕生

わが国においては、看護師およびその上級資格である保健師・助産師について、保健師助産師看護師法（1948年制定）が免許や試験内容、業務内容について規定している。看護職と助産職は世界中でほぼ同一の職務が存在する一方、日本の保健師に相当する職務は必ずしも普遍的に存在するわけではない。いちおう保健師の英訳は公衆衛生看護師 Public Health Nurse/Community Health Nurse とされるが、地方政府にフルタイム雇用されてコミュニティの健康状態を監視・指導・巡回する職務が設置されている国は必ずしも多くない。例えば保健師の先駆けとなったイギリスにおいては、そもそも福祉に関する業務が市町村レベルの地方政府に委任／分権されていないために、このような職種を常時雇用する財政能力自体が期待されていない。またアメリカの地方政府に期待される任務がゾーニングを中心とした都市開発

（あるいは環境維持）であるために、コミュニティヘルスの専門職を採用するのは一般的でない。

わが国の地方政府レベルで雇用される保健師はここ数年コンスタントに3万人を越えており、しかも地方行革の影響で94年から2010年までの16年間に地方公務員総数は330万から280万まで減少している中で、その数はほぼ変動がないため、地方自治体における保健師業務は相対的に比重を増しているといっても過言でない¹⁶。保健師の教育は大学レベルで標準化されており¹⁷、社会学や疫学も含めた実証的社会分析の手法を学んでいる人材が、いかなる自治体にも遍く存在することは、地方政府の専門性を担保する意味でも重要な役割を演じている。

地域を巡回し公衆衛生をケアする意味での保健師は、19世紀末にイギリスで生まれたとされる。貧困地区に看護婦を派遣し住民のケアを行ったのは、1859年にリバプールの地区別訪問協会が最初に取り組んでおり、1862年のマンチェスターでは公衆衛生教育活動が行われている（菅原2001: 1-2頁）。さらにアメリカではニューヨークのイーストサイドでウォルドが貧困層への訪問看護を開始している（ドラン1978: 305-306頁）。この両者はいずれもいわゆるセトルメント活動であり、善意の寄附に基づく小規模な活動であった。

そのため、こうした活動がわが国に移入された際にも、ヒューマニズム的関心に基づく小規模あるいは局地的な展開を見せた（大国1973: 2-15頁）。都市部における貧困の顕在化と、社会不安の拡大を防止するために都市社会政策として公衆衛生活動を拡大することは連動するものではあった。例えば、ロックフェラー財団の寄附により、1935年に東京市内に京橋保健館が、また近郊農村のモデル事業として1938年に埼玉県入間郡に所沢保健館が設置され、本格的な公衆衛生活動に着手する意図は汲むことができる（大国1973: 76-77, 95-96）。しかし公衆衛生看護が救貧あるいは施療的対処に留まる限り、それはせいぜい都市

16 厚生労働省健康局がん対策・健康増進課保健指導室「自治体における保健師の配置・活動の動向について（速報）」、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002g2a8-att/2r9852000002g2k7.pdf>（2014/12/22閲覧）

17 保健師は正看護師であることが前提となっており、看護学校や看護短大（3年制）を修了した後、一年制の保健師学校を修了するか、または四年制課程で看護師教育と保健師教育を同時に受講するので、いずれにせよ学士水準の教育を受けた専門職である。近年、大学院部局化した旧帝大系看護学課程では、保健師・助産師教育を大学院で実施するようプログラムを切り替えており、専門性が高まる傾向は継続している。

部における特殊な課題であるとの認識を越えることはなかった。

こうした状況を劇的に変えたのは戦時総動員体制の勃興による。1937年に前述の国民体力増強を目指して保健所法が制定され、所内の職制として保健婦が明記された。加えて1941年には保健婦の身分法である保健婦規則が制定されたが（厚生省医務局1976:207）、この時点における保健婦の役割期待は、国民各層に体力増強や公衆衛生の思想を浸透させることだった。例えば1942年1月の衆議院では、星一議員（星製薬の創業者でSF作家星新一の実父）が「衛生警察」構想を展開し、同じく三宅正一議員がそのためには保健婦を活用すべきであることを主張している（木村2012:23-25）。もともと体力増強の発想から国民皆保険制、すなわち国保組合設置による義務的保険料徴収という農民にとっての「ムチ」が予定されている以上、何らかの意味で供給を保障する「アメ」を用意しないわけにはいかない。とはいえ無医村を解消するほどの医師の絶対数がない以上、保健婦を活用する提言は具体化可能な案ではあった。つまり、国保組合と市町村保健婦は一つの組み合わせから生じており、1997年の改正地域保健法の全面実施まで続いた保健所（都道府県）保健婦と市町村保健婦の並存はこの時点から始まっている。

とはいえ、現実にすべての市町村が国保組合を設立できたわけでも、また設立しても保健婦を確保できたわけでもない。その矛盾を解決するための方策が、県採用の保健婦を各市町村に駐在させる駐在保健婦制度であった。

巨費を投じて保健婦制度、なかんずく駐在制を導入したのは人口政策確立要綱、すなわち「生めよ増やせよ」政策を農山村でも具現化するために必要だったからである。当時衛生行政は府県警察部の所管であったが、先述の「衛生警察」という用語が示すように、男性警察官であればとうてい介入し得なかった出産というデリケートな（しかし国策として

徹底が期待されていた）領域に、保健婦という女性の専門家が介在することで、国民生活の末端を動員したという否定的な評価を下せるかも知れない。他方で、この計画自体が急造であり、保健婦達は体系的な教育や準備を施されずに「現場」に投入されている。学歴が相対的に高く、しかも未婚である保健婦から出産の「指導」を受けることに対して、地域社会は必ずしも協力的ではなかった。それゆえ、保健婦達はコミュニケーションの能力を高め、そして何よりも周産期保健の指導による「成果」によって地域社会に受け入れられるほかなかった（木村前掲書：32-43頁）。

このことは、権力的・警察的な動機で導入された制度ではあっても、国民への浸透を意図して市町村ベースで活動するので、政府社会関係のきわめて密な関係性が構築されたこと、それゆえ、国民にとって保健衛生政策は結果の出る政策領域である、との期待値を高める事となった。1948年に高知県では65人の駐在保健婦が存在した。20世紀の県人口が70万内外で推移した高知県の、しかも非都市部において65人の公衆衛生専門家がいた意味は決して小さくない。木村哲也も述べるように「戦時・戦後の保健婦活動は、あくまで一貫した視野のもとに分析されなければならない」のである（木村前掲書：43頁）。

3.5. 軍医の拡大

戦線は拡大し、中国大陸はもちろんのこと東南アジアや太平洋諸島部を支配下に置きつつあった日本軍にとって、軍医の大量育成は必要不可欠であった。ところが当時の教育制度において医師は教育課程が長期に及ぶため、学生に人気のない進路だった。いわゆる帝大・官立大系の場合、旧制中学と高等学校（大学予科）を経て、4年間の学部専門教育を受けるため、その修学期間は18年程度になっていた¹⁸。このほか、修学年限の短い

18 中高一貫教育である七年制高等学校や、小学校や中学校の飛び級（いわゆる五修や四修）制度を利用することで修学期間を短縮することは可能だった。ただし高等学校自体が同世代の男子に対して1%程度しか進学できないエリート学校であった上に七年制はその中でも少数派だった。昭和15年の定員では、全高校が文理合計で7,790名、うち尋常科（旧制中学相当の課程）を有するのは官公私立と学習院を含め10校・725名だった。また五修（小5で中学進学）や四修（中4で高校進学）は非常にレアなケースであり、学制全体として代替ルートとは言えない。秦郁彦，2003、『旧制高校物語』，文春新書，表2-1参照。

私立大学や大学昇格基準に満たない専門学校（旧制高校相当）はあったが、総じて医師養成は社会全体の需要を満たすことさえまなならず、軍部の要望がかなう状況ではなかった。

そこで軍部の強い要望のもとに、1939年3月には文部省の専門学校担当部局は各帝国大学・官立医大に対し、促成機関である専門部を設置するよう強く求めた（橋本2008: 122頁）。当然のことながら、高密度の修練が必要とされる医学教育において、唐突な拡大要求は各大学の強い拒否にあった。しかし文部省（軍部）は打診から勅令発布まで三ヶ月という有無を言わさぬ強い態度で臨み、大学側はむしろ戸惑いにも似た感覚を吐露している¹⁹。

もともと医師養成は3000名前後で安定していた。先に述べたように長い修業年限を嫌って旧制高等学校理科からの医学部進学が不人気になっていたからである。今日状況とは全く逆に、医学部は学力エリートが好んで選ぶ進路ではなかった²⁰。文部省は本来、自省の意向とは異なる外部からの意向で教育政策が推進されることを好まない。したがって影響力を増していた軍部の要望に応えつつ、省の影響範囲が拡大するのは医学部・医科大学の増員・増設であるはずだった。しかし医学部不人気という社会現象を前に、軍部のいう「促成栽培」を押し切れず、せいぜい「臨時」と名付けることで例外的措置であると宣言することしかできなかった。しかも後に「臨時」は外されて、専門部短期教育は恒久化されるのである。

政治過程において当然関与すべき主体があと二つある。一つは発足間もない厚生省であり、もう一つは当時全員加盟制を採り、健康保険の監査権（レセプト点検）を有していた大日本医師会である。日医は戦前戦後を通じて供給拡大には常に反対した。都市部においていちおう需給バランスが

成り立っているのに、新規医学校卒業生が3000名程度しかいない狭いマーケットである医療界に、毎年1000名の追加卒業生が出ることは開業医の生活にとって無視できない影響があった。厚生省は、軍の後押しが成立に寄与した背景もあったし、また「戦後」に大量の元軍医がいることで供給過剰が生じる方が、省の志向する国営化医療にとって有利であることから、養成拡大に原則として反対しなかった。

その結果、敗戦の年である1945年には、医学校（医学部・医科大学・専門部・専門学校等の合計）の入学定員が10,533名に及び、その多くは専門学校級の課程に占められていた（藤井1995: 199-200頁）。医専は後にGHQの公衆衛生局長（PHW）となった軍医サムズ准将により閉鎖された。彼の目から見て科学技術の専門教育を施すにはそれら医専が水準を満たしていたとは言い難かったからである。しかし、戦時中の9期に過ぎない短命の制度とはいえ、9300名もの医師（ただし決して少なくない人数が戦死している）を社会に輩出したことは、当時の医療供給制度において衝撃的な要因となった。十分な医学教育を受けられなかった医専出身者たちは、結局大規模病院のような先端医療施設で働くことはできず、開業の道を選び、戦後医療は供給過剰から始まった。

4. 結びに代えて

これまで戦前に実施された国力増強対策のうち、主に戦時中に採られた医療供給体制の整備について分析した。その多くは治安や軍事上の理由で導入されており、いかなる意味でも普遍的な人権の保障を目指した、現代的意味の福祉国家的政策として採択されたとは言い難い。また、その多くは確固たる戦略のもとに着実に採択されたという

19 官立六医大の一角を占めた金沢医大（現：金沢大学医学類）では学長が「電話を以て申し越したるが本学に医学専門部を附属せしむるとの事にて実は当惑し居る次第なり…」と述べている。この打診から二ヶ月後の教授会では定員80名年限4年の附属臨時医学専門部の設置が可決されており、本土の七帝大や他官立5医大も同様の経緯を辿っている点から妥協の余地なく進められたことが推察される。金沢大学医学部十全同窓会編、2012、『金沢大学医学部創立百五十周年記念誌』、110-112頁。

20 倍近い志望者を集めた東京帝大と京都帝大を例外にすると、東北・九州の先発地方帝大で定員の九割、大阪・名古屋の後発帝大で定員の四割内外（北大は予科があり高校生の進路から外れていた）、官立六医大では二割から一割、熊本にいたっては80名定員に対し四名（そのうち2名は高校文科出身）が旧制高校からの志願者という状況だった。欠員の多くは専門学校等の卒業生で埋めざるを得ない状況だったのである。金沢大医学部十全同窓会、前掲書、109頁。

わけではなく、軍と内務省や、内務省と技術官庁、あるいは地方政府と中央政府などの対立の中で、いわば政治的妥協として偶発的に採択された側面もある。

したがって、そうしたことが戦後の福祉国家化を直接的に規定したとは言えない。また、坂野潤治による雨宮昭一分析のアンビバレントな評価を見ると、どの立場に与するにせよ規範的な論争が収束すると予見することは難しい。特に高岡裕之による戦前体制の福祉国家原型としての「過大評価」批判は極めて丁寧な反証を挙げての立論であり、両者の連続性を肯定的に評価することはできないように思われる。

しかし、連続か断続かの評価はさておき、中央・地方政府が経済政策や医療政策の「帰結に責任を持つ」ことになった戦前の一連の出来事が、戦後の政府社会関係に何の影響ももたらしていないと考えることも不自然である。保健婦制度が導入され、地域社会の専門家を全国的に整備するわが国独自の制度が発展していく過程、あるいは厚生省の想定通りに戦争が（敗戦によって）終了したのち医専の卒業生が大量に世に出たからこそ、不人気だった保険医療を昭和22年ごろから医師たちが受け入れ、結果として保険医療が標準化していった過程を、どのように理解すべきなのだろうか。

ここで冒頭に検討を終えたロック・イン概念応用の余地があると筆者は考える。ロック・インは時間軸の政策形成概念であるが、帰結が意図されたものか偶発かどうかの判断、また、因果関係（たとえば軍医の増大と戦後医療の保険化）に関して規範的判定をする必要がない。軍医が増え、保健婦への信頼が増し、市町村は住民の生活に責任を負うべきだという期待値が増大し始めると、それは現代的な意味での福祉国家へ至る不可逆的なステップを踏み始めているのである。

戦前の医療制度の構築は、それ以前には期待することさえなかった医療供給への要望を高める効果を持った。戦時医療体制の整備が、戦後福祉国家をロック・インしたのである。

【参考文献】

- エスピン＝アンデルセン, 2001, 『福祉資本主義への三つの世界』, ミネルヴァ書房
- 猪飼周平, 2010, 『病院の世紀の理論』, 有斐閣
- 石畑良太郎・牧野富夫, 2003, 『新版社会政策』, ミネルヴァ書房
- 市川喜崇, 2012, 『日本の中央－地方関係』, 法律文化社
- 大国美智子, 1973, 『保健婦の歴史』, 医学書院
- 大嶽秀夫, 1994, 『自由主義的改革の時代』, 中央公論社
- 岡田浩, 2009, 「日本政治の変容と政策課題」, 岡田浩・松田憲忠編『現代日本の政治 政治過程の理論と実際』, ミネルヴァ書房
- 川上武・小坂富美子, 1992, 『戦後医療史序説』, 勁草書房
- 菊池正治・清水教恵・田中和男・永岡正巳・室田保夫(編), 2014, 『日本社会福祉の歴史 [改訂版]』, ミネルヴァ書房
- 木村哲也, 2012, 『駐在保健婦の時代』, 医学書院
- 北山俊哉, 2011, 『福祉国家の制度発展と地方政府』, 有斐閣
- 厚生省医務局, 1976, 『医制百年史』, ぎょうせい
- 坂野潤治, 2014, 『〈階級〉の日本近代史』, 講談社選書メチエ
- 鎮目真人・近藤正基(編), 2013, 『比較福祉国家』, ミネルヴァ書房
- 新川敏光, 2005, 『日本型福祉レジームの発展と変容』, ミネルヴァ書房
- 新川敏光(編), 2011, 『福祉レジームの収斂と分岐』, ミネルヴァ書房
- 新藤宗幸, 1990, 「福祉国家化と行政機能」, 阿部斉・新藤宗幸・川人貞史『概説現代日本の政治』, 東京大学出版会
- 新村拓, 2006, 『日本医療史』, 吉川弘文館
- 菅原和子, 2001, 「『国家資格』としての保健婦の終焉・1」, 『現代社会文化研究』, 22巻, 新潟大学大学院現代社会文化研究科
- 宗前清貞, 2008, 「医療供給をめぐるガバナンスの政治過程」, 『年報政治学 2008-2』, 木鐸社

- 高岡裕之, 2011, 『総力戦体制と「福祉国家」』, 岩波書店
- ジョージ・ツェベリス, 2007, 「拒否権プレイヤー, アジェンダ設定, 政治学」, 眞柄・井戸編『拒否権プレイヤーと政策転換』, 早稲田大学出版部
- ジョセフィン・A・ドラン (小野・内尾訳), 1978, 『看護・医療の歴史』, 誠信書房
- 中静未知, 1998, 『医療保険の行政と政治』, 吉川弘文館
- 日本看護歴史学会編, 2008, 『日本の看護120年』, 日本看護協会出版会
- 橋本鉦市, 2008, 『専門職養成の政策過程』, 学術出版会
- ポール・ピアソン, 2010, 『ポリティクス・イン・タイム』, 勁草書房
- 藤井博之, 1995, 「医学教育の改革」, 後藤・吉岡編『通史日本の科学技術1』, 学陽書房
- 待鳥聡史, 2003, 『財政再建と民主主義—アメリカ連邦議会の予算編成改革分析』, 有斐閣
- 松下圭一, 1988, 『昭和後期の争点と政治』, 木鐸社
- 宮本太郎, 2008, 『福祉政治』, 有斐閣
- 村松岐夫, 1992, 「日本政治のアウトライン」, 村松岐夫・伊藤光利・辻中豊『日本の政治』, 有斐閣
- 1994, 「歳入歳出政治の設定—大平政治の役割」, 『大平正芳: 政治的遺産』, 大平正芳記念財団
- 山岸敬和, 2014, 『アメリカ医療制度の政治史』, 名古屋大学出版会
- 吉原健二・和田勝, 2008, 『日本医療保険制度史 [増補改訂版]』, 東洋経済新報社