

## 第5章 医学部の発展と変容

橋本 鉦市

1. はじめに
2. GHQ/PHWによる改革：一元化の達成
3. 第1期から2期：厳格な抑制と拡大への胎動
4. 第3期：大拡大の実現
5. 第4期：再び抑制へ
6. おわりに

### 1. はじめに

本稿は、戦後の医学部（医科大学）の変遷を国立大学を中心としてあとづけ、その設置および統廃合に絡む社会的・経済的・政策的な背景を、福祉国家形成とその変容を視野に入れて考察することを目的としている。

医学部・医科大学は中世ヨーロッパ以来の古典的な専門職教育の一つであり、その目的は基礎研究者も含めた医師養成というただ一点にあるといっても過言ではない。その点で医学教育は、「医療」というマーケットと密接にリンクしており、そのレリバンスの強さは他の学部教育とは大きく性格を異にしている。したがって、医学部・医科大学による医師の養成計画・政策は、大学外部の社会的・経済的・政治的な動きと連動しており、またそうならざるを得ない。わが国の戦後60年近い医学部・医科大学の歴史も、それぞれの時代の状況が刻印されている。いくつかのターニングポイントを挙げてみると、戦後直後から始まる占領期軍（GHQ/PHW）による抜本的改革、その改革への反発・反省から惹き起されたインターン闘争、厳格な抑制期に突如起こった開業医集団を中心とした私立医大設立ラッシュ、田中内閣におけるいわゆる「1県1医大」政策による国立医大設立、医療費抑制と連動した医学部抑制政策への転換、保健学科増設などコ・メディカル包摂化の動き、など、その歩みは学問内的な動機・発意からというよりも、むしろ医療マーケット、福祉政策など大学外部の論理と影響力に大きく影響され、突き動かされてきたと言ってもいいだろう。その意味で、医学部の発展と変容を分析する際には、マーケットにおける需給バランス、ひいては「福祉国家」化とその見直しといった政策的な文脈において把握しなければ、その本質は理解し得ないと思われる。

本稿では、こうした問題関心から、戦後直後の改革から1980年代における抑制期に至るまでの医学部・医科大学の発展と変容をあとづけていくが、すでにそうした論考は発表している<sup>1)</sup>、その内容とできるだけ重複しない形で、国立大学に焦点を絞り、クリティカルな転換点となった70年代の「無医大解消政策」の時期を中心的に扱いたい。すなわち、各県に1医大（医学部）設置を目標とする計画が実施された時期であり、その端緒となったのは1970（昭和45）年の秋田大学医学部の開設である。これ以降各地方政府に医学部設置運動が燎原の火の如く広がり、それに乗る形で無医大解消が政治的にアピールされた。この結果、わが国の医学部・医科大学、ひいては福祉国家における中核的な医療マン

パワーの養成システムは、ドラスティックな改編を経験することになった。以下では、この時期を中心として、どのような社会的な要因を背景として、医学部・医科大学の拡充が進行したのか、そしてそれは福祉国家形成に当たって、どのようなインパクトを与えたのかについて詳述する。

なお、本稿では、戦後の60年近い医学部・医科大学の歴史を、(1)戦後直後～1960(昭和35)年、(2)1961(昭和36)年～1969(昭和44)年、(3)、1970(昭和45)年～1980(昭和55)年、(4)1981(昭和56)年以降、の4時期に便宜的に分けて論じていきたい。それぞれの期間の特徴を概観しておくなら、第1期は、GHQ/PHWのラディカルな改革と、それに続く厳格な抑制時期、第2期は開業医集団を中心とした拡大への蠢動と、それに対抗する文部・厚生両省および日医の対処的対策の時期、第3期は大幅な定員増員と多数の医学部(医大)新設による医師養成大拡充の時期、第4期は医学部・医科大学数抑制と定員削減という抑制への急転換の時期、と整理できる。

## 2. GHQ/PHWによる改革：一元化の達成

まず、戦後直後の改革から始まる医学部(医大)の変遷を大まかに追っておきたい。この時期、戦後直後のGHQ/PHWによる強権的な医学教育の抜本的な改革がなされ、明治以来大学と医学専門学校に分極化していたわが国の医学教育システムは初めて一元的な六年制教育が実現されたのである<sup>2)</sup>。

さて、1939(昭和14)年、軍医増産の要求に応えるため、旧七帝大医学部および新潟・岡山・千葉・金沢・長崎・熊本の六医科大学に、軍医急増を目的として増設された臨時附属医学専門部が設置されたが、これが嚆矢となり、戦争末期までに大量の4年制医専が新設されることとなった。この結果、敗戦時点での国内の医学校及び医学生数は、帝大7校と官公私立の医大11校のほか、医専は官立19校、公立20校、私立13校の計52校を数え、総数70校、入学定員は優に1万人を凌駕することとなった<sup>3)</sup>。

(図表5-1、参照)。

図表5-1 戦後直後の医育機関

設置者別	学校別	名称	校数
官立	帝国大学医学部	東京、京都、東北、九州、北海道、大阪、名古屋	7
	医科大学	新潟、岡山、千葉、金沢、長崎、熊本	6
	医学専門学校	上記13大学付属医専、前橋、青森、松本、東京医科歯科、徳島、米子、 <u>(樺太)</u>	19
公立	医科大学	京都府立	1
	医学専門学校	鹿児島、 <u>徳島(県立)</u> 、岐阜女子、三重女子、名古屋女子、山口、兵庫、福島女子、横浜市、大阪市、 <u>山梨、山梨女子、高知女子、福岡医科歯科、京都府立附属女子</u> 、北海道女子、 <u>秋田女子</u> 、奈良、和歌山、広島	20
私立	医科大学	慶応、慈恵会、日本医科、日大	4
	医学専門学校	東京女子、東京、帝国女子、大阪高等、九州高等、岩手、大阪女子、昭和、順天堂、 <u>慶応附属、慈恵会附属、日本医科附属、日大附属</u>	13

注 \*下線部イタリックの学校は、1951(昭和26)年に廃止。

さらに、外地の軍医及び開業医たちが続々と内地へ引き揚げてきたのに加え、戦争末期の新設医専の卒業生が大挙して医界に参入し、戦時中は一万人そこそこの「老令の医師と病弱者と女医さん」<sup>4)</sup>で切り抜けていた医師数が、一挙に七万人近くにまで膨れ上がった<sup>5)</sup>。こうした「医師過剰」を抑制し、また軍医増産の大義名分の下に粗製濫造された医専を整理・抑制するため、文部省は、戦後直後の1945(昭和)20年11月、官立ならびに私立大学の付属医学専門部に対する方針について発表し、各大学・医専に定員の縮減を求め、戦争以前の昭和16年次と同等レベルの医師数を維持することを意図しようとした。

しかし、GHQ内の公衆衛生福祉局(PHW、局長C・サムス)は、1946(昭和21)年2月11日、日本における医学教育水準改革に関する方策覚え書きを作成し、より抜本的な改革に乗り出す。同月23日、PHWでの医学教育審議会結成準備会を経て、27日、第1回医学教育審議会発足総会が開催される(座長はアメリカ留学経験のある草間良男慶応医学部長、そのほか西野忠次郎(慶応)、高木喜寛(慈恵)、田宮猛雄(東大)、木下良順(阪大)のほか、文部省、厚生省、日医の代表者から構成)。サムスの訓辞(発足総会)やモルトンの記者会見(5月6日)では、これまでのドイツ式の医学校・カリキュラム・施設・テキストなどの改革、インターン制度、医師国家試験などの導入を図ることが示されているが、これらはアメリカにおける1910年のフレクスナー改革を念頭においたものと思われる。

これらの意向を受けて、翌1946(昭和21)年の8月に「国民医療法施行令の一部改正」がなされ、国会試験制度とインターン制度の導入が実施され、10月には、「医学教育刷新改善要綱案」が文部省の手でまとめられた。また1947(昭和22)年4月には、審議会は、アメリカのメディカルスクールを模したと考えられる新制大学3年修了を課す医学教育7年制案や、講座制廃止・教室制度の採用などを答申した(が、結局、実現はされなかった)。

さて、1947(昭和22)年から1948(昭和23)年にかけて、戦前から存続していた上記の医学校の整備・再編が進められた。1947(昭和22)年3月には教育基本法、学校教育法が公布、続いて医学教育刷新改善要綱が閣議決定され、医学教育は1951(昭和26)年以降は全てこれを大学教育(6年制)に統一すること、医学専門学校は大学昇格の可能性を調査して判定することなどが取り決められた。3月29日の全国官公私立医専校長会議において、この大学昇格の可能性の判定基準について発表があり、施設、設備、病院、教授陣などの有無によって、「A級(クラス)」と「B級(クラス)」に分けられることとなった。前者は大学昇格あるいは在籍する生徒の卒業まで存続が認められる学校群で45校、後者は1947(昭和22)年4月以降は廃校と判定された6校となった。この結果、50校以上あった医専はそのうち24校が廃校となった(A級は、上の通り最後の卒業生をもって廃止)が、医専の学生は、「A級」の場合、第4学年終了後、更に1カ年の一般教育と若干の基礎医学科目の補習を完成させた上に、1カ年の実地修練後、国家試験受験の資格を得ることができ、また「B級」の医専の生徒の場合、試験の上、特設高等学校、あるいは同程度の大学予科へ転校、又は「A級」校へ試験の上1年下級学年に転入、というルートが残されることとなった<sup>6)</sup>。

このドラスティックな改革の結果、1949(昭和24)年の新制大学発足時には、医育システムは国立19、公立13、私立13の計45校に整理され、明治以来の大学教育と医学専門学校という二元的な跛行的形態はここによりやく終焉を迎え、六年制教育として医育一元化が達成されたのである。

### 3. 第1期から2期：厳格な抑制と拡大への胎動

#### 3-1 「不作為」の政策

さて、この後、第1期を通じて、医師の養成計画や政策は、ほとんどなされることは無かった。しかし、それが「無策」であったということでは決してない。国内の医師は相対的な過剰状態であるとの認識が一般的であったため、日医からの有形無形の圧力もあって、厚生省は厳しい抑制方針を採り、その意を汲んで文部省は、「不作為の政策」を続けたのである。文部省では、定員を60名にしぼり続けた。

1961（昭和36）年、池正勸告を契機に、大学設置認可基準が大幅に緩和、学科増設・定員変更の「認可制」から「届出制」が容認されるが、文部省は、拡充の準備はあったものの、医・歯学系に関しては、他の学部・学科とは異なり、届出制への変更が容認しない方針を採った。日医・厚生省の意向を受けてのことである。

しかし、この1961（昭和36）年は国民皆保険が開始された年にも当たっていた。これを境に、医師一人当たりの患者数が激増する契機となっていく<sup>7)</sup>。その結果、医師はますます多忙となり、診療を受けるための待ち時間が長いことなどから、医師が絶対的に不足していること、特に医師の都市偏在（僻地における無医師地区の拡大）が、世論として大きくクローズアップされてくる<sup>8)</sup>。厚生省は、こうした地方の声を取り込む形で、これまでの医師過剰論から不足論へと状況認識を修正させ、文部省に内々に医学部の入学定員数の増加を依頼するに至る。文部省もそれに応える形で、既設の医学部の定員を38年以降徐々に増員させる方策を採っていくこととなった。

#### 3-2 秋田大学医学部の新設：奇蹟の実現

しかし、こうした方策は対処療法的なものでしかなかったため、特に僻地医療を担う医師の払底は続き、医大（医学部）を持たない地方自治体では当然その設置が医師供給につながるものとして、医大（医学部）設置への気運が、澎湃として起こってきた。明らかに、医大（医学部）を持たない地方では、医師数（対人口比）が極端に少なかったからである。特に医師不足に困窮していた秋田県・秋田大学では、1967（昭和42）年度以降の医学部の拡充が具体的な運動として結実し、1970（昭和45）年度医学部開設が認められた。また他方では、一部の開業医を中心とした私立医大の開設運動も胎動してきており、家業継承のために自分らの子弟を収容する自前の医科大学を新設しようとする背景があった。

非常に厳しい抑制時期に「全く常識外の奇蹟であった」<sup>9)</sup>とまでいわれた秋田大学医学部がなぜ実現までこぎつけることができたのか。まず、秋田県の人口10万人対医師数は、全国でも特段に低く（全国平均113人に対して、秋田県は85.8人。埼玉、茨城、宮崎、山形について全国5番目）、東北ブロックでみれば東北大、弘前大医学部、ならびに岩手医大（私立）しか存在しておらず、医師数の不足は誰が見ても明らかであったこと、1945（昭和20）年4月に開校した県立女子医専はGHQ/PHWによって廃校処分となり（図表5-1参照、他の県立医専はほとんど医大に昇格している）、その附属病院が県立病院となったが、その主体は旧女子医専の教授陣達で、彼らの間では医学部の復活を念願する声が高くそれが誘致運動の基盤となったこと<sup>10)</sup>、また県知事が個人的に自民党文教族ならびに参議院議長などと個人的にも親しく、灘尾文部大臣（当時）への陳情に功を奏したことなどがあげられる<sup>11)</sup>。

しかし、文部省にとって、この秋田大学医学部の新設はまさに「特例」という扱いであった。これ以

降、全国の他の地方政府の間で医学部（医大）設置誘致運動が本格化していくが、文部省としてはそれを認可できない事情があったからである。このうち 1971（昭和 46）年に公表される坂田文相の医学部拡充の基本方針にも端的に示されることになるが（後に詳しく詳述）、最もネックとなっていたのは、総定員法による公務員数の制限の問題である。「秋田でも、病院だけでも定員四百八十ございます。これは、実は定員法をかぶっておりながらこの四百八十取ったというのは、相当なわれわれの努力なんです」<sup>12)</sup>と、秋田の外にも医学部を新設せよと委員に詰め寄られた際に坂田文相がこう漏らしたように、総定員法による公務員数制限は、国立大学の 신설・増設にも、大きな足かせとなっていたのである。特に、附属病院の看護婦等を含め、完成年度には千人近い人員を抱えることになる医大（医学部）設置は、総定員法ができて間もない時期に、とうてい行政管理庁が許可するはずのないものであった。したがって、坂田文相自身、不正入試や多額の寄付金を徴収している私立医大を忌避し、「社会正義」のためにも「何といたしましても国立の医科大学あるいはまた医学部というものはぜひともつくらなきゃならない」<sup>13)</sup>と述べてはいたものの、実際にはせいぜい「(最小限度) 二つか三つは国立の医科大学あるいは医学部を増設しなきゃならぬ」<sup>14)</sup>というのが、現実的な線であった。

また第二に、医学部設置に必要な巨額な経費の問題があった。特に広大な用地買収、校舎・附属病院建設を含めた概算 70 億円以上の巨費捻出が課題となっていた。秋田県・秋田大学医学部の場合、5 万坪以上を要求された用地の買収は県が行い、さらに校舎を建設した上で国に「寄付」するという方策を採った（実際は国有財産との交換・差額支払）。また附属病院に関しては、秋田大学医学部新設準備当時の原則では、学部開設と同時に病院開設も求められていたが<sup>15)</sup>、実際には戦後医学部が新設されることはなかったために、この秋田大学医学部への適用が初めてのケースとなることもあって、この原則の適否自体が議論の対象となった。そこで文部省は、設置審医学専門委員会に諮り、この秋田大学医学部の開設に合わせて、附属病院の開設は「遅くとも第五年次の始まるまでに」という例外規定を設けることとした（1969（昭和 44）年 5 月 29 日）。こうして、秋田県では旧女子医専の附属病院を母体とする県立中央病院を「暫定病院」として、これを将来的に国に移管することとなった。しかし、これらの寄付・移管という方途は、経費的にも時間的にも大きな節約が期待できたが、これらは明らかに「地方財政再建特別法」に抵触するもので自治省が難色を示し、文教委員会でも大きく取り上げられ議論となっている<sup>16)</sup>。

さらに、当時全国の大学で吹き荒れた大学闘争が、文部省の医学部新設への対応に与えた影響も無視できない。1967（昭和 42）年 3 月の青年医師連合によるインターン制度反対、医師国家試験ボイコットから始まった全国医学部・医科大学での混乱は、1968（昭和 43）年にはいると東大医学部学生の無期限ストライキへとつながり、6 月には全学に闘争が広がり安田講堂が占拠され、1969（昭和 44）年度入学試験は結局取りやめという事態にまで発展した。文部省は、この大学闘争の原因は旧来の医学教育にあると考えてきたから、秋田県・秋田大学のように医師不足の解消のために医学部設置の必要は暗に認めつつも、これまでと同様の医学部を設置すべきものかと逡巡していたことは確かであろう。実際、すでに 1969（昭和 44）年度予算として「創設準備費」がついていたものの、1969（昭和 44）年 8 月の 45 年度概算要求の段階になって、大学学術局長から「今は客観情勢が悪い。大学立法その他でエネルギーを多方面に割く余裕がない。もう 1 年延ばしてはどうかと思っている」という発言があったことが記録

されている<sup>17)</sup>。

翌年1970(昭和45)年4月、秋田大学医学部は開設が実現し、それを見て取った他の地方政府は自県内の医学部・医科大学設置誘致運動を本格化させていくわけだが、しかし、いずれにしても、この時点では文部省は全国的な医大(医学部)配置計画を見通していたわけでは、決してない。それは、「率直のところを申し上げますと、日本列島全体を考えまして地域的にどういうふうにするかということについての計画をわれわれ持っておりません。」<sup>18)</sup>という坂田文相の発言にも見て取れる(1970(昭和45)年3月時点)。

### 3-3 自民党による医療対策大綱

さて、文部・厚生両省とも、この時点ではあまりに制約が多すぎ、独自には明確なビジョンを持った医師養成計画を打ち出せず、行政的には既設医学部・医大の定員増という漸進的な対応しか対応できなかったと言えるだろう。しかし一方、秋田大学医学部設置が議論されている中、自民党の医療基本問題調査委員会は1969(昭和44)年4月、「国民医療対策大綱」を発表し、「少なくとも昭和六十年までに人口十万人対の医師数百五十人程度、・・・を確保することを目標とする」として、医師の養成計画を樹立し、教育制度や医療施設の整備・拡充を提唱した<sup>19)</sup>。具体的な方策は何ら記載されておらず、これは医療全般にわたる各集団の利害を総花的にとりまとめた「もともと国会対策上の産物」<sup>20)</sup>という性格に止まっていたが、しかし自民党のこの「大綱」に医師の拡充が数値目標として掲げられたことは、医大(医学部)の拡充が政策的に「課題設定」(アジェンダ・セッティング)されたことを意味する。アジェンダ・セッティングで重要なのは、誰がどのような争点を「どのように定義するか」という点であるが<sup>21)</sup>、この意味でいえば、医大(医学部)拡充は、自民党が、各地方からの陳情をすくい上げる形で「国民医療対策」の見地から重要な政治課題であると定義づけたのである。秋田大学医学部の創設準備費が1969(昭和44)年度に初めて予算計上されたのが、灘尾文部大臣をはじめとする自民党文教委員会の影響力であったことに象徴的に表されているように、この医大(医学部)拡充というアジェンダ・セッティングは、1970年代初頭にはじまる医療・福祉充実という国民的な大義名分を背景に、各地方政府からの陳情を機を見るに敏な自民党(文教族)が福祉国家形成政治課題の重要項目として政治的妥結をはかっていくという政策形成プロセスのあり方の一端を予感させるものであった。文部省は、そうした熾烈を極めた下からの陳情と自民党の狭間にあって、適正な地域配置という文部省の伝統的な基本方針を固守しつつも、インクリメンタル(漸進的・増分主義的)な行政的対応しかとれなかったとあって良いだろう。その政策過程を、以下に分析していく。

## 4. 第3期：大拡大の実現

### 4-1 自治省医専構想案：拡大へのブレークスルー

1970(昭和45)年7月4日、自治省は中学校卒業後6年制の「医学高等専門学校」構想を突如発表する。これは、制定されたばかりのいわゆる「過疎法」(過疎地帯の緊急措置法)において、過疎地域における無医地区の医師及び歯科医確保が国及び地方公共団体の責任として明記されているところから、自治省はそれを楯に過疎法執行の主務官庁として、この意表をつく構想を打ち上げたのである。「科学技術

庁設置法 11 条」を根拠とした科技庁長官の池正勸告に似たものがある。ただ、その背景には、秋田大学医学部開設に見られたように医師不足に悩む各地方政府と医療担当者の切実な要求があった。彼らは、40 年代にはいるころから再三にわたり、政府・自民党に速成的な医師養成機関を新設するよう要請していた。たとえば、1966（昭和 41）年 10 月 17 日、全国 7 県の各知事は、当時の鈴木厚生・塩見自治両大臣に対し、「僻地などの医師充足対策として、医学専門学校を創るよう文部省と一緒に検討して欲しい」と要請<sup>22)</sup>、また 1967（昭和 42）年末の全国知事会議では、中学卒業後 6 年間で養成する高等医専設置の具体的プランが明らかにされ<sup>23)</sup>、さらに 1969（昭和 44）年 8 月の全国知事会議においても、45 年度国の施策並びに予算に関する重点要望綱目の中で提案されている<sup>24)</sup>。こうしてみれば、地方自治体を統括する自治省が打ち上げた医専構想も、あながち唐突な形でもないわけだが、当の文部・厚生両省にとっては、まさに「寝耳に水」<sup>25)</sup>であり、各方面に大きな物議を醸し出した。

厚生省は、これに促される形で、同月 27 日、医師の需給対策について発表した。医師の必要数の算定には「決め手になるものを見出すことは困難」であり、先進諸国でも「いろいろの角度から検討されてはいるが、人口との対比という常識的な線で医師の必要数を算定するという結果に終わっている」として、わが国では「人口の増加よりも国民の受療率の伸びの方が著しい点からみて、疾病楮の変化・受療率の推移に基づいて必要数を判断することが望ましい」ことから、「医師不足感が訴えられる前の状態すなわち昭和 35 年における医師数と患者数との相対的比率を一応の基準として昭和 43 年における必要医師数を算定」した。それによれば、最小限必要な医師数を「米国並に」10 万人対 150 人とし、これを昭和 60 年度を目途に達成しようとするなら、「当面ここ 4～5 年のうちに医科大学の入学定員を 1700 人程度増加させ、約 6000 人に引き上げる必要がある。」と推論づけたのである。また、医大（医学部）附属病院の必置を回避するため、各地の国公立病院を教育病とする方式（いわゆる厚生省のいう教育病院具構想）を採用することが重要だと導いている。この構想は、これまでの医大（医学部）附属病院の財政的制約を大幅に緩和し、大学病院による医師の地域的偏在を回避し、国公立病院の医療水準の向上が期待でき、地域の特殊性に応じた研究と教育が促進でき、僻地医療の「親元病院」の役割を果たすこともできる、とそのメリットばかりがあげられている。要するに、厚生省としては、財政的・人的な制約のために医大（医学部）附属病院の建設ができないといった批判が出てきている機に乗じて、採算の悪い国公立病院の改革と利用という懸案も、ここで一気に解決したいという意図が明らかであった。その後、9 月 14 日には、厚生省は医務局長名で医学部（医大）の学生定員増員などの措置について、上記と同様の数値を上げ、「学生定員の増、医科大学（医学部）の新設について特別の措置を講じられるよう格段のご配慮をお願い」したいとする依頼を文部省大学学術局長宛に出している。

さて、いずれにしても、厚生省の試算では、少なくともここ 5 年で 1700 名の増員を期待していた。但し、具体的に、どれほどを既設医学部（医大）の定員拡充、ならびに医大（医学部）新設で振り分けるのかといったことまでには、文部省の管轄の手前、踏み込んではいない。1970（昭和 45）年当時の医大（医学部）数は 50 校、定員数総計 4380 名（1 校あたり定員平均 87.6 名）であったから定員を 120 名にすれば（1978（昭和 43）年 9 月 19 日の医学部設置基準では上限 120 名まで）、合計 6000 名となり医大（医学部）新設はしなくてもその数値の達成はぎりぎり可能なはずであったが、医大（医学部）新設に関しても「ご配慮」をお願いしているところからすれば、ある程度の新設を期待していたとも言え

る。

さて、10月16日には文部・厚生・自治省は三者会議を開催して、辺地医師の不足解消として新たな養成機関の設置（正規の大学6年制教育）に努力すること（のちに自治医科大学に結実）、など意見の統一を図った<sup>26)</sup>。

#### 4-2 坂田文相の所信表明：医大新設にあたっての難問

自治省の独自の医師拡充政策や厚生省の依頼に押される形で、文部省も医師養成に関する具体的計画を策定する必要に迫られた。坂田文相は、たびたび文教委員会などで、国立の医大（医学部）の拡充の必要を説きつつも、当時全国を席卷していた大学闘争の問題の発端は医学部にあるとしその改革も視野に入れて46答申の最終報告（1971（昭和46）年5月）を待ちたいと答弁していたが、1971（昭和46）年3月26日の衆議院文教委員会で、改めてこれまでの発言をまとめる形で、「医師養成に関する当面の考え方」を公表するに至る。この後7月に「医科大学（医学部）設置調査会」（黒川利雄癌研究会附属病院院長を座長）を発足させ、この黒川調査会は9月に中間報告、12月7日に「最終報告」（「医師養成の拡充について」）を公表するが<sup>27)</sup>、その内容はこの3月の坂田文相の所信表明を踏襲したものであり、これ以降の文部省のいわば基本方針ともいべきものなので、以下に詳しく見ておきたい。

まず、文相の現時点での個人的意見であると前置きしたあと、先に見たように厚生省による人口十万人につき百五十人という必要医師数の提起と、文部省への医学部拡充の依頼を受ける形で、これまでの既設医学部の逐次入学定員の増加に加えて、「昭和46年度における増員予定数（260人）を加えても、なおさらに1500人近い入学定員の増加を図る必要」があると認識していた。そのためには、まず従来の方策の継続として、「国公私立を通じ教員組織および施設などの充実している既設医学部について、入学定員を現行定員から100人程度まで引き上げることを検討」して、約500人の増員をはかること、また第2の施策として「さしあたり、地域的配置状況等をも考慮しつつ、昭和47年度以降国立の医科大学または医学部を2ないし3増設することを検討するとともに、私立につきましても若干の拡充新設を期待できる」とした。

したがって、文部省の計画では、厚生省からの依頼1700名分の増員分のうち46年度における増員予定分（260名）分を差し引いた約1500名分の拡大を、既設医大（医学部）の入学定員増で500名、残り1000名分は医大（医学部）新設で賄うということである。この時点では文部省は私立医大の新設は「若干の拡充新設」としか認めない腹づもりのようであり、また実際に各地方政府による公立医大設置に関しては、地方財政の困窮から、その可能性はきわめて低かったから、つまるところ、新設分は全て国立でまかない、その数は7校から8校程度を計画していたものと考えられる。そして、この時点では、さしあたり47年度以後の近い将来に新設予定の2、3校を検討中であることを示唆している。

ただ、仮に45年度時点で総数50校あった既設医大（医学部）の入学定員を上限ぎりぎり120名まで引き上げるとすれば、それだけでじゅうぶん計画増員数の達成は可能なのであり、新たな医大（医学部）設置が必要がないことは、先の厚生省の試算の検討の際にもみたとおりである。文部省自身は、この後も具体的な新設医大計画数を公表することはなかったので（同年の黒川調査会の報告でも定員増加数の予定数は打ち出されたが、医大設置の予定数は明記されなかった）、文部省の新設医大数計画の腹案はせ



いぜい8校程度と、関係者に受け取られることになった。1972（昭和47）年8月に田中首相が48年度予算大綱中に「医科大学未設置県解消」を打ち出した後も、この坂田文相の発言は各地方関係者にとってこの7校から8校という線に滑り込めるかどうかという焦燥感を募らせ、疑心暗鬼にさせるに十分なものだった。こうした不明確な数値設定が、各地方政府・地方国立大関係者医大の（医学部）設置誘致運動と陳情を熾烈化させるものとなったことは疑いが無い。（たとえば、大分県では、1973（昭和48）年5月の段階でも、「田中角栄内閣総理大臣が無医県大13県の解消を発表したが、文部省内など8校程度の新設で医師充足はこと足りるという意見がある」<sup>28)</sup>として、悲愴感を持って受け止められている。

さて、秋田大学医学部新設の際にも言及されていたが、医大（医学部）設置には様々な難問が山積しているとして、坂田文相はこの所信表明の中で初めてそれらの問題点を総ざらえする形で以下の8点をあげており、各地方政府と文部省間で取りざたされる問題が総括されている。

まず第1に、先にも触れたいいわゆる総定員法の問題である。「医学部の新設についてはきわめて多数の教職員を必要とする」という点である。第2には、これも先に触れたが、地元の積極的な協力体制についてであり、「敷地の確保、代用病院の提供等」を受けねば新設はできないと言う点である。第3点は、附属病院の基準、すなわち「基準上最低六百床以上の規模の付属病院」というものであり、1968（昭和43）年9月19日、大学設置審議会医学専門委員会」で規定されたものである。この基準に関しては、1972（昭和47）年5月31日に、基準を改正し、第4点で問題となる関連教育病院を設ける場合には、600床で設置可能とすることとなる。第4点は、この関連教育病院に関してであるが、厚生省の「教育病院構想」（医学部・医科大学が全く大学附属病院を持たず国公立病院を利用）を敷衍する形で、市中の国公立病院を、診療研修の一環として大学附属病院と連携させることで、附属病院の必要病床数を縮減させることとなる。第5点は、学生2人につき一体という基準の献体数の確保の問題である。第6の問題点は、医師不足に困窮する地方政府に配慮して、特に公立医大への助成補助の拡大、第7、8点は、私立医大（学生）への経常費補助（育英奨学金の拡充）、などといった問題であった。

#### 4-3 黒川調査会による計画：計画なき計画

さて、こののち4月12日、文部省は、坂田文相が明らかにした上記の医師養成構想について、斯界の意見を聞くため、『医学教育に関する懇談会』を開催し、さらに7月「医科大学（医学部）設置調査委員会」（黒川利雄、癌研附属病院長）を発足、同調査会は9月に中間報告12月に最終報告を報告した。この黒川委員会の報告書は、戦後初めて文部省が公式に打ち出した医師養成計画ともいえるが、当時の文部省のスタンスが明確に現れている。しかしながら、この報告は実は全く「計画」になっていない点が、後々大きな問題を引き起こす原因ともなった。

この報告は先の厚生省による試算を下敷きにしている。まず必要医師数については、厚生省の意向を反映して人口10万人対医師150人という数値を目安として、それを「適正值」となぞっており、またその根拠も国民階級保険以前と以後の医師数と患者数の比率の維持、ならびに諸外国との比較検討という手法も、厚生省と同様のものである。厚生省の試算地を錦の御旗にした上で、医師の絶対数を増加させる必要を認め、既存の入学定員の増加と医大の新設という2つの方途があることを示しつつも、しかし文部省としては、教官や看護婦などスタッフの需給バランスを考慮して、まずは既設医学部の入学定員の

増加に努めるべき、とした。文部省としては、医学部の教育・研究の質の維持・確保の点から、新設医大の急激な拡大を懸念し、既設大学による定員増加でこれを乗り切りたいというのが本心であったことが見て取れる。また、私立医大に関して明確に抑制政策を打ち出し、医師の養成の拡充は、あくまでも国立主導で行いたいというのが文部省の意思であった。

実際の具体的な「計画」の部分では、「増員を考えるについて、仮に、人口10万人につき150人の医師を確保するとすれば、今後数年間に約1400名の医学部入学定員を増加したとしても、ようやく昭和60年に達成される程度」ではあるものの、教員や看護婦等の確保が難しいので、一挙に医師養成数を増大することは困難であるとして、「当面、昭和47年から51年までの5年間に少なくとも1200~1300人程度の入学定員の増加を行うべきである」としている。しかし、前段の1400名という定員増の数値は、先に厚生省が「50年度までに医大の定員数をあと1700人増やす必要がある」という試算値とはそぐわない上に、後段ではさらに1200から1300名の増員計画となっており、この記述の意図が奈辺にあるのか、杳として分からないものであった。また、この1200~1300人程度増加させるべき「入学定員」とは、既存の医学部のそれを指すのか、あるいは新設の医学部のそれを含めたものなのかが必ずしも明確に区別されていない。

しかも、既存の医学部の入学定員の拡大の上限は120名までとし、また医大（医学部）の新設の「少なくともその半数程度」は「国、公立」によるとしていたが、46年度当時、国立大学は25校、定員数2400名、公立は9校640名だったからであったから、それぞれ1校あたり120名を上限として増員すると、国立では計3000名、公立では計1080名となり、国立600名分、公立440名分、合計1040名の増員ができる。したがって、1200から1300名の入学定員の増員を達成するには、医大（医学部）新設によって、あと160名から260名分、すなわち2校から3校分の定員増が必要となる。また、全て国立でまかなうとすれば、600から700名の増員、すなわち6校から7校程度の医大（医学部）新設が必要である。またいずれの試算も私立医大の定員増を加えれば、国立の新設分は少なくなり、また全く国公立既設医学部の定員増を行わず新設医大によるとすれば12~13校ということになる。なお、報告書では、医大（医学部）の新設は、「少なくとも半数程度は、国、公立」によるとしているが、実際には、不正入試・寄付金問題から、設置認可がきわめて厳格にされたため、47年度以降の私立医大の新設は、ほど不可能になっており（46年度以前に申請のあった獨協医大のみ。49年度設置の東海、近畿大学は、いずれも総合大学の1学部であり、単科の私立医大は巨額の自己資本の証明、開設年度中に病院完成を要件とされるなど殆ど新設は不可能となっていた）、医大新設による入学定員の増加方法には私立医大は無関係と考えて良い。

さて、現実的には、全ての医大（医学部）が定員増をするのは、スタッフ数・施設・設備の違いなどから難しく、また全国医学部長・病院長会議からも批判と抵抗があったように、既設医学部では定員増はさらなる教育負担を教官に強い、また教育条件が悪化することもあって、実現は難しいと見られていた。したがって、ある程度既設の定員増を行うにしても、医大（医学部）の新設は避けられず、実際には、前述の通り坂田文相が所信表明をした際に想定されていたように、せいぜい8校あたりという線が妥当だと考えられていたと思われる。しかし、いずれにしても、この黒川調査会の報告は、どのようでも融通の利く玉虫色の方針ともいえるべきもので、「計画」という名に値しないものであったが、しかし、

その報告書に別記され添付された「当面の医科大学医学部設置場所選定基準」（1. 当該地域に医科大学（医学部）が存在せず、当該地域の人口に比し医師数が著しく少ないこと、2. 医科大学（医学部）の存立、発展の条件が整っていること、3. 医科大学（医学部）の体制が整っていることなどを条件とする）は、その後の各地方政府にとって、医大（医学部）誘致運動の際の金科玉条となっていく。

さて、こうして、「特例」としての秋田大学医学部新設、ならびに自治省による過疎法に基づく医専構想は、文部・厚生両省をして具体的な医師拡充計画策定の必要性を認識させる引き金となり、特に文部省は「計画」とは言えないにしても、その後の医大（医学部）拡充の際の設置基準ともいえるべき基本方針を公表せざるを得なくなったのである。その際の新設医大（医学部）数は8校程度、というのが実際の線と考えられることは、これまで見てきたとおりである。その意味で、各地方政府の医師底の危機感とそれにもなう陳情、またそれを汲んだ自治省の行動は、自治医大実現への第一歩を踏み出すことに成功したと共に、それ以降の医師拡充計画にも火をつけたこととなったのである。

#### 4-4 医師不足の実態と地方政府の対応

##### 4-4-1 医師不足と地域医療の困窮化

では、秋田大学設置以降本格化することとなった各地方政府による医大（医学部）設置誘致運動は、具体的にはどのような形をとってその設置実現を達成できたのか。各地方政府の熾烈ともいえるべき誘致運動と陳情合戦のなかで、田中内閣による「無医大県解消」政策が登場してくるのであり、この1県1医大政策によって医大が設置されていったわけではない。その設置誘致運動・陳情の背景と過程を概観しておこう。

まず、当時の各地域の医療状況を概観してみると、「農村漁村、特にへき地住民にとって、医療を受けるための経済的、時間的な制約などが大きいだけでなく、市町村立診療所は勿論、広域圏および町立病院でさえ、医師が得られない理由で縮小、休止、廃止といった事態が続き、新設など思いもよらない事態に追い込まれるなど医師不足によって町村自体の住民医療の確保には容易ならざるものがあつた。」<sup>29)</sup> これは大分県のケースであるが、どの地域にも、特に医大を持たない地方ではこうした状況は共通したものであつた。

医師の供給が戦後長い間抑制されてきたこともあるが、従来から地域で家業として開業していた医師達が老齢・病気などのために引退・死亡しても、その子弟が都市部を志向してその跡を継がないことから、特にへき地における医師不足が社会問題化してきたものと考えられる。こうした医師不足の対策として、特に「へき地診療所および中核病院の整備事業に対する補助、県立病院医師等による巡回診療、保健所と地域医師の協力による特別へき地巡回診療・・・、無医地区から医療機関までの機動力の確保として、へき地を有する町村にマイクロバス、ライトバンの整備」が、各地方自治体によって図られてきた。また、「広域圏および町立病院医師確保のための県立病院医師の派遣、保健婦常駐困難なへき地町村に対し、県保健婦を併任させるなど」の施策を講じられたが、これは厚生省が31年以来進めてきた「へき地医療対策」に後押しされたものであつた<sup>30)</sup>。

## 4-4-2 各地方政府による陳情方式

こうした逼迫する医師不足から、地方政府は、議会ならびに知事からの要請によって、その地の国立大学に医学部を増設するという決議がなされるようになる。つまり、国立大学における学部新增設の一般的なパターンのように、大学内部から文部省に概算要求されるという形ではなく、医学部増設に関しては、地方政府議会・知事レベルにおいて医大（医学部）設置が決議され、その後地方国立大学に協力が求められ、文部省にその要求が上げられるというパターンがとられたことである。しかも、医学部が大学闘争の温床であると見た自民党・文部省は、これまでのように総合大学の一学部として医師を養成するのではなく、他学部の教職員ならびに学生などから切り離した単科大学のシステムを構想していた。この単科医大の構想は、次章で見るように、1972（昭和42）の田中政権下での医学教育プロジェクトチームが公表する「養成計画」の際にも意図されていたが、各地方自治体に公式に伝えられるのは、1973（昭和48）年の夏の49年度概算要求時である。この単科医大方式は、専門教育を楔形に取り入れた6年制一貫教育を可能にし、早期の医師への社会化を促すなどのメリットがあると表向きには説明されたが、これは明らかに大学の管理運営を容易にするためであり、また同時期の筑波大学の新構想に通じるものとして受け取られた。いずれにしても、この単科医大方式への政府・自民党の方針転換の結果、山形県、愛媛県の例に見られるように、誘致運動の初期には地方国立大学に設置運動が委任される形で、結果的にも医学部として設置されたものの、この1973（昭和48）年の夏以降は、地方国立大学から文部省へ概算要求として上げられるというこれまでのルートでは立ちゆかなくなる。それまでもイニシアティブは事実上、県・市が主体ではあったが、それ以降積極的に新たな大学を誘致運動することとなり、その本部事務局も大学ではなく県庁などに置かれることとなった。「48年夏、競争県の9県、知事市長が、党の文教部会、文教制度調査会の合同会で熱意あふれる誘致陳情を行った。これまで県や市が経験したことのない競願の陳情方式であった。」と、島根医大が設置されることとなる出雲市長の述懐にも見られるように<sup>31)</sup>、県（知事、職員）や市（市長）を中核として「医大設置期成同盟会」などの組織が結成されてその運動の担い手となり、より直裁的に政府・自民党にたいする陳情攻勢に拍車をかけることとなった（以上、図表5-2、参照）。

各地方政府の医大誘致運動を具体的に垣間見てみると、まず、その陳情先は、各県選出の自民党議員のルートを通じて、総理・副総理を始め、3役（幹事長、総務会長、政調会長、それぞれ正副）、政策審議会（会長、副会長、委員）、文教部会（会長、副会長、委員）・文教制度調査会、文部省（大臣、次官、大臣官房、大学学術局、管理局）、厚生省（大臣、次官、医務局）、大蔵省（大臣、次官、主計局）、行政管理庁（大臣、次官、管理局）、法務（大臣、次官）などで、これほどの無医大県でも共通している<sup>32)</sup>。また、旭川医大のケースに見られるように、ポスター・パンフレットの大量頒布、タブロイド版の誘致機関誌発行、北海道新聞紙上での3回にわたるキャンペーン広告、はがきでの道民への署名運動、など、各道・県内での大規模なキャンペーンも、異様な盛り上がりを見せたようである<sup>33)</sup>。

図表 5-2 新設医大設置過程での地方政府の役割

	医大設置の言い始め	県庁内部での部門	期成会結成時期	協会会財団法人化
秋 田	s41. 8. 22. 県議会全員協議会にて秋田大学に医学部誘致		s42. 6. 23. 秋田大学医学部設置期成同盟会	s44. 11. 18. 秋田大学医学部設置協力会
旭 川	s45. 7. 6 道議会で誘致審議	道庁内、旭川市役所内に「推進協議会」(s47. 2, s47. 3)	s45. 6. 旭川大学設立期成会(医大誘致決定。会はs24に設置)	s47. 8. 21総会(10. 4. 教育委員会から認可)
山 形	s43. 9. 18. 知事の依頼	s43. 12. 13. 県に山形大学医学部設立準備委員会設置	s44. 1. 30. 山形大学医学部設置促進期成同盟会	s47. 8. 14. 山形大学医学部設置協力会
愛 媛	s44. 1. 愛媛県、医科大学誘致推進本部設置	s44. 1. 14. 医科大学誘致推進本部	s46. 6. 愛媛大学医学部設置期成同盟会	
浜 松	s43. 県議会、医大設置に関する意見書			s48. 12. 国立医大設置協力会
宮 崎	s46. 7. 14. 県議会、医学部設置決議		s47. 9. 22. 宮崎大学医学部新設推進期成会	s48. 10. 26. 財団法人宮崎医科大学設置協力会
滋 賀	s46. 5. 19県、企画部、陳情開始。	企画部、厚生部	s47. 6. 1. 「国立医大滋賀県誘致期成会」	s48. 8. 31(?)
富 山	s47. 富山県知事が富山大学に要請。	s47. 6. 8. 県庁内に国立富山大学医学部誘致推進本部	s47. 6. 22. 国立富山大学医学部誘致期成同盟会	s49. 8. 6. 財団法人富山医科薬科大学協力開設率総会
島 根	s44. 2. 24. 県庁議で、島根大学に医学部設置検討を決定	s47. 4. 1. 総務部総務課に島根大学医学部設置期成同盟会事務局	s46. 3. 11設置期成同盟会	
高 知	s43. 7. 22. 県議会、高知大に医学部増設の意見書		s46. 7. 16. 高知大学医学部設置期成会	s51. 11. 1. 高知医大設置協力会
大 分	s 47. 3県議会の議員提出決議	s48. 6. 15. 「国立医科大学設置対策事務局」	S47. 5. 27	1974/5/7(6/5許可)：基金募集金額3億5000万
佐 賀	s46. 8. 1. 国立医大誘致促進期成会		s46. 8. 1. 国立医大誘致促進期成会	s51. 3. 29. 佐賀医大設置協力会発起人、4. 1財団化
山 梨	s47. 10. 31. 山梨大学から県知事に		s48. 6. 20. 山梨大学医学部設置期成同盟会開催	昭和60年以降
福 井	s46. 12. 県は国へ「福井大学医学部設置」を次年度重点要望	医大設置対策室設置	s47. 8. 30. 福井大学医学部設置期成同盟会	s51. 6. 19. 財団法人福井医大設置協力会総会
香 川	s47. 12. 14知事が議会で於いて誘致声明	s50. 10. 1. 誘致準備室	s48. 7. 27. 国立医大誘致期成会設置	s51. 12. 22. 財団法人香川医大設置協力会総会

#### 4-5 1 県 1 医大政策

##### 4-5-1 自民党文教部会による「養成計画」

地方政府による熾烈な医大誘致運動・陳情の社会的背景には、医師養成の拡充を不可欠とする意見が世論が大勢であり、70年代に入ってから福祉拡充の声は高まる一方であったという事実がある。1973(昭和48)年の第71回国会における健康保険法や国民年金法などの改正に伴って、「福祉元年」あるいは「医療元年」などのキャッチフレーズが流布したように、70年代前半期は経済優先の高度成長社会から、福祉社会へと転換するターニングポイントを迎えようとしていたのであり、明らかに様々な医療・福祉面の向上が大きな政治的イシューとなってきたのである。

こうした趨勢の中、1972(昭和47)年7月誕生した田中内閣が誕生するが、同月、田中総理は党副総裁や幹事長と会談、国公立医科大学の新增設を拡大する方針を固め、幹事長から自民党文教制度調査会および文教部会に具体案の作成を指示する。同年8月、総理は48年度予算大綱中に「医科大学未設置県解消」を盛り込み、つづいて10月には、先の総理による要請を受けて、自民党文教部会に医学教育問題に関するチーム(座長：塩崎潤)が設置され、「最近の医療需要の増大に対処するための医師等医療関係者の長期養成計画」として、「国としては昭和60年に人口10万対医師数160人の医師を確保することを目的」として、「特に無医大13県(山形、愛媛を含める場合15県)を中心として、・・・国立大を中心として医科大学(医学部)の増設を推進する」という「無医大県の解消」計画を発表した。ここで示された「年度計画」としては、昭和48年度3校、49年度4校、50年度4校、51年度4校、の計15

校の新設を行うとしている、この増設と既設学部の定員増により、「昭和51年度には入学定員8,020人、47年度に比し2,420人の増を見込む。(なお、46年度に比し3,300人の増となる。)」と目論んでいる。

この無医大県解消という政策は、これまでにのべてきたように田中内閣独自の産物と言うわけではない。地方自治体の陳情に乗る形で田中政権の日本列島改造論とリンクする形で、格好の政治的アピールとなったのであり、「耳ざわりのいいスローガン、つまりは選挙対策の意味合いが強い」<sup>34)</sup>と批判されている。また、すでに同年の5月には、社会・民社・公明党の共同提案として、「医療保障基本等」(「現に医学部を置く大学が設けられていない県に医学部を置く」)が発表されており、いかに医学部(医大)の新設が、左右を問わず、国内全体の政治的イシューとなっていたかがわかる。

また、自民党内でも、文教族を中心として、田中政権が発足する以前の1972(昭和47)年の春あたりから、すでに無医大県解消の目論見が出始めている。実際、高見文相は、「実は各県に一つ国立医科大学をつくるぐらいな考え方を持たなければならぬと思うのです」、「医科大学のない府県、これはどんなに小さい県でもやはり国立の医科大学を持つ必要がある」<sup>35)</sup>「望むらくは国公立の大学を未設置県に設置していきたい」<sup>36)</sup>と述べている。自民党文教部会内では、1972(昭和47)年に入ってから、無医大県構想はすでに既定路線だったことが示唆されている。

いずれにせよ、この無医大県解消計画に盛り込まれた数値目標は、厚生省の1970(昭和45)年時の計画における「46年度から50年度までに1700人の増員」、文部省の黒川調査会の報告における「47年度から51年度までに1200-1300人の増員」という目標に比して、「46年度から51年度までに3300人の増員」という拡充幅は、厚生省及び黒川報告の実に2~2.5倍近い拡充となり、それが自民党自らが言う「思い切った」<sup>37)</sup>ドラスティックな計画だった。

#### 4-5-2 設置過程の実際

さて、この段階にいたって、医大設置運動は現実味をさらに増し、各地方自治体関係者の誘致合戦には拍車がかかった。

無医大県解消政策に乗った新設医大群の実際的な設置過程を見てみると、まず「調査費」が計上され、次年度に「創設準備費」、さらに次の年度に「創設費」が計上されるというステップが踏まれている。滋賀大などでは調査費は計上されなかったから、創設準備費が個所づけされた時点で、ほぼ設置が決定されたと行ってもいいだろう。

図表5-3は、新設医大大群(琉球をのぞく)の設置のステップを示したものだが、第1期の旭川、愛媛、山形の医大(医学部)の場合、48年も後半に開学・学生受け入れが決定されているが、これは、いわゆる筑波法案とセットにされ審議が大幅に遅滞したためである。また第2期の浜松、宮崎、滋賀の各位大設置に関しては、年度も始まった中途半端な時期に設置・受け入れが決定しているが、これは特に予算・法案ともに大きな遅滞はなかったものの、その設置と開学を急いだためである。第3期以降の医大設置に関しては、設置が年度半ばにされているが、学生受け入れは、第3期では半年後、また第4期以降は、1年半の準備期間を設けていることが分かる。

図表 5-3 新設医大群の設置過程

設置過程 年 月	S46			S47			S48			S49			S50			S51			S52			S53			S54			S55			S56			S57			S58		
	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10	1	4	7	10			
第1期	旭川				◆						★	●																											
	愛媛				◆						★	●																											
	山形				◆						★	●																											
第2期	浜松							◆						●																									
	富崎							◆						●																									
	滋賀							◆						★		●																							
第3期	富山										◆						★		●																				
	島根										◆						★		●																				
第4期	高知										◆			◆						★			●																
	佐賀										◆			◆						★			●																
	大分										◆			◆						★			●																
第5期	山梨																◆									★			●										
	福井																◆									★			●										
	香川																◆									★			●										
琉球																												★			●								

こうしてみると、第1, 2期の医大(医学部)設置に関しては、何とか急場をしのいだ感が否めないが、それ以降は計画的に設置されていることが分かる。各地方政府の激しい陳情が波状的に続いたものの、文部省としては3期以降は無医大県解消政策にしたがって、順次設置していったことが示唆されている。

4-5-3 設置過程での諸問題

さて、文部省が順次設置が続いたとは言っても、医科大学(医学部)の設置の際に、最も問題となった点は、地元協力の度合いである。以下に挙げる用地買収などの点で、各地方自治体関係者は地元の協力がなければ設置は不可能と、政府・自民党から言われ続けたものであったが、それらのほとんどは先の坂田文相の所信表明の際に言及され、また黒川調査会の報告に添付された「当面の医科大学医学部設置場所選定基準」にも挙げられたものばかりである。

まず第1に、用地確保である。文部省の内部基準では22万平方メートルが必要とされており<sup>38)</sup>、その買収ならびに地権者との交渉は、どの地方政府にとっても最大の難問であった。また、大分医大の設置の際に、用地の基本条件とされたのは、(1)20キロメートル以内の診療券人口が、30万から50万人必要、(2)教育確保の面から、県庁所在地またはその近郊であること、(3)関連教育病院となる相当整備された公立病院が存在すること、の3条件であった<sup>39)</sup>。黒川委員会の「設置場所選定基準」でも、医大の設置地域は、「2医科大学(医学部)の存立、発展の条件が整っていること。」として、「(1)該地域に、医科大学(医学部)の教育、研究に必要な医療需要が十分見込める程度の人口があること。

(2)当該地域に医学教育に協力できる必要な公的病院があるか、またはその整備について確実な見通しがあること。」、しかも「医科大学(医学部)建設予定の敷地の位置、面積、形状等が適当であること。」などが要件とされている。したがって、これらの条件を満たす広大な敷地は、容易には見つからず、見つかったとしても、その買収には数多くの地権者との交渉が必要とされた。しかしその交渉がもつれた際には、高知医大の場合のように、土地収用法の適用に踏み切らざるを得ないケースもあった<sup>40)</sup>。

次に、教官と看護婦の確保である。新設医大の専門課程の場合、教官は、1 講座教授 1 名、助教授 1 名で基礎 14 と臨床 16 のあわせて 30 講座が標準とされ(それまでの基準では基礎 13 臨床 14 の 27 講座、助手は臨床 3、基礎 2)、教授・助教授だけでも 60 名のスタッフを確保しなくてはならなかった(完成年度)。しかし、1970 年代前半期の私立医大の乱造によって、「基礎医学の教官は、新設の私立医科大学に人材を採られたこともあって、底をつきかけていた」<sup>41)</sup>といわれていたから、特に基礎系教官の確保に各大学奔走することとなった。また看護婦も、600 床開設の場合には 300 人が必要とされ、しかも大学附属病院の場合には、正看護婦：准看護婦の比率は、8：2 の必要があった<sup>42)</sup>。看護婦も、常時不足していたから、各地方政府では、急遽公立の高等看護学校の定員を増員するか、あるいは医師会との関係が良好な場合には、医師介立の看護学校を新設するなどして、対応に迫られた。また、すでに看護職にあるものには、新設先輩校への研修委託などによって、大学病院の要件に合うように再教育・研修を施した(国立医大には暫定定員の運用で委託、厚生省病院には欠員の範囲で採用、などの方法を行った<sup>43)</sup>)。しかしながら、どの地域でも、病院や医師会などから、看護婦引き抜きに対する反対と抵抗が、非常に根深く、多くの地方政府では、医師会などと看護婦引き抜きを禁止する協約書を取り交わすなどの対策をとることとなった。

また、関連教育病院ほどの新設医大でも確定しなければならなかったが、ほとんどの場合、各地方政府は県立(中央)病院をそれに指定することとなった。しかし、自治体病院は地域医療で手一杯で医大の臨床指導まで手が回らない、病院側の指導医の身分保障がない、病院医師のランク付けは困る、医学教育の予算は自治体ではなく国が負担すべきである、複数の関連教育病院が必要であるなどの批判と反対が自治体病院側から出され<sup>44)</sup>、これに関しても一定の協約書が、医大側と病院側で交わされることとなった。また、「自治体病院協議会」からは、関連病院での臨床実習を、総実習の 3 分の 1 とするとあるが、無理であること、院長を大学教授会に参加させるべきであること、地方自治体方から言って、自治体病院を国の業務のために処理することは無理であること、など関連教育病院化に関する反対意見が発表されている<sup>45)</sup>。

また、献体数の確保(学生 2 人につき 1 体)、患者がとられるという医師会の抵抗・反対に対する対処、校舎建設・図書・実験機器購入の際の協力会からの寄付、など医大設置には、様々な難問が待ちかまえており、一つ一つクリアしなければならない問題であった。

これらの課題の法的な問題点については、個別大学ごとに個別事情が深く絡んでおり、またすでにその問題点の共通点は坂田文相の所信の中で言及された問題点と同様のものであり、すでに先に触れたのでここでは繰り返さない。

さて、こうして医師の拡充計画は、1970(昭和 45) 年を境として、急激に進展、1 県 1 医大政策も 1979(昭和 54) 年の琉球大学医学部の開設をもって、一応完成する。45 年度から抑制・削減期には入る 56 年度までの約 10 年ほどの拡大期に、結局医学部の入学定員は、2360 人(45 年度)から 4660 人(56 年度)に、また医学部(医大)数も 25 校から 43 校までに急増したのである。



## 5. 第4期：再び抑制へ

無医大県政策が軌道に乗り、これで1県1医大が実現するかと思われたが、しかし1980（昭和55）年、国の財政再建のため政府の年度予算は超緊縮となり、新設国立医大の計画的整備が難しいとの風評がたった。また1981年には臨時行政調査会が設置され、行管庁からは増員要求の半減、臨調からは医科大学には付属病院をつくらない、との意向がしめされ、当時まだ完成年度を迎えていなかった山梨医大など第5期の新設医大は、これらの風評の対応に右往左往することとなった<sup>46)</sup>。実際に、臨時行政調査会は、翌57年7月に、医師数について「過剰を招かないよう合理的な養成計画を樹立する」として、抑制的な医師養成計画の再検討を答申し、9月には政府は行革大綱において同様の趣旨を発表して医師養成計画の再検討を決定するして、無医大県解消政策のしきり直しを示している。

また一方、厚生省でも1980（昭和55）年12月、1979（昭和54）年末現在の「医師・歯科医・薬剤師調査概況」を公表し、当面の目標としてきた人口10万人当たり150人の医師数の達成が時間の問題であり、依然として地域的な偏在があるため、「現状では、まだまだ医師不足」としながらも、「長期的な養成計画からみると、今後目標数は、『これ以上増やすべきでない』とする抑制値とする必要がある」として、すでに検討を開始、近く医療関係者審議会に諮問すると、発表した。また、その抑制値は、具体的には、諸外国の例から見て、人口10万人当たり200人が一つの目安とする、ともしている<sup>47)</sup>。諸外国との比較考量にこだわる限り、「適正数」は時と共に変動せざるを得ず、医師が過剰であるとの認識を示した。これを契機に、厚生省は、1981（昭和56）年以降、本格的に医師数の抑制に乗り出していく。同年3月、衆議院予算委員会で、園田直厚生大臣は、「現状のまま医師数が増えると、5年から10年後には、医師が過剰になるかもしれない。早急に対応策を考えなければ行けない」と答弁、4月には琉球大学に医学部が新設され、無医大県の解消が実現されるが、それを待っていたかのように、厚生省は、6月「今後の医師数を人口10万対200人に抑制するため医学部定員の削減を検討する必要がある」と発表する。厚生省がこうした劇的な政策転換をするに至った背景には、医師数の増加が医療費そのものの増大に繋がることに強い危機感を抱いていたことにも関係している。厚生省は、同年、医療費抑制政策を打ち出すが、医学部定員の削減計画も、これと密接にリンクしていたのである<sup>48)</sup>。

また、日医も1982（昭和57）年4月以降、花岡堅而新体制のもので、医業経営検討委員会を発足、翌1983（昭和58）年に同委員会は人口10万対医師数は180人を適正とし、医学部定員を70名程度へ削減の必要を報告するのである。

このように、1985（昭和60）年という年は、国の財政再建、厚生省による医療費抑制政策への転換、臨調による緊縮財政など、福祉国家拡充に向けてひた走ってきたわが国の福祉政策見直しへの画期となった。医師養成政策も、それと無関係ですむわけはなく、それ以降、こうした抑制的な方針は58年以降さらに加速化し、厚生省は9月になると「医師数に関する検討会」を開催する。なお、日医はこの検討会に出席して上記報告の趣旨を発表している。続いて59年の4月には、「今後の医療政策の基本的方向」において医師数の再検討の必要と指摘、さらにそれに沿った形で、5月になると「将来の医師需給に関する検討委員会」を設置し、11月には、同委員会は中間報告として「当面、1995（昭和70）年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある」と発表するに至るのである（1986（昭和61）年6月、同内容の最終報告発表）。文部省も、こうした厚生省の意向を受ける形で、1985（昭和60）年

の 1 月に、「医学教育の改善に関する調査研究協力者会議」を設けて医学部定員についても検討を開始、4 月には、国立大学の医学部に関して、64 年の 4 月までに 10% 減を目標とした入学定員の削減が開始されることとなった。また、同会議は、翌 1986 (昭和 61) 年 7 月になって、「1995 (昭 70) 年度に新たに医師となる者を 10% 程度抑制することを目標」とする中間まとめを発表することとなった。こうして 1970 (昭和 45) 年から始まった医師拡充政策は、政府・自民党によって様々な計画として実現されながらも、10 年の後に抑制方針へと転換され、そして定員の 10% 削減が推進されることとなったのである。

## 6. おわりに

以上、わが国の戦後の国立大学による医師養成政策とその変遷を、「無医大県解消政策」を中心に考察してきた。近年では、附属の医療短大や看護学校医学部の中に保健学科など 4 年制課程に昇格しており、国立大学の医学部もコ・メディカルの養成も担当するようになりつつある。さらに言えば、無医大県解消政策で各県に設置された単科医大は、その県内の地方国立大学との統合の計画が進んでおり、今後どのような形で医学部が変容していくか見守っていく必要があるだろう。

いずれにしても、福祉国家拡充期に立ち現れ、強力な政治的影響力のもとに推進された無医大県解消政策とその所産である医大新設は、戦後の医学教育の歴史の中で大きな画期となったことは疑いがない。厳格な抑制から突然の拡充、そして再び抑制という一見無定見な政策とその成果の評価（医師の地域的偏在が解消がされたかどうかなど）については、ここでは紙幅の関係上言及せず、私立セクターの動向も視野に入れた上で、別稿を用意したい。

- 
- 注：1) 拙稿「戦後日本における専門職養成政策の政治プロセス」『東京大学大学院教育学研究科紀要』第 36 巻、41-60 頁、1996。  
 2) この事情については、拙稿「軍医増産の教育社会史—臨時附属医学専門部をめぐって—」、岩波書店『近代日本文化論』第 10 巻、181-196 頁、1999、に詳しい。  
 3) 神谷昭典『日本医学の相克』医療図書出版社、1992、329 頁。ただし、『[通史]日本の科学技術第 1 巻[占領期]1945-1952』学陽書房、1995、200 頁などの数値とは若干異なっている（後者では、帝大 7 校と官公私立の医大 11 校は同じだが、医専は官立 20 校、公立 19 校、私立 12 校の 51 校の総数 69 校としている）。厚生省自身、時代によって、その数が食い違っている（『医制八十年史』、1980、厚生省、では総数 63 校としているが、その後の『国民衛生の動向』などでは 68 校としているなど）。これらのデータの齟齬は、内地と外地をどう分けるか（権太医専（官立）の扱い）、また卒業生の出していない学校をどうカウントするか、などによって異なってくると考えられる。  
 4) 『激動の十三年—大阪大学医学専門部誌』、1984、287 頁。  
 5) 厚生省『医制八十年史』、五七五頁。  
 6) この項、『[通史]日本の科学技術第 1 巻[占領期]1945-1952』学陽書房、1995、『激動の十三年—大阪大学医学専門部誌』1984、『北大医学専門部史誌』1986、などを参照にした。  
 7) 1 人の医師が扱う患者数は、昭和 30 年に 1 日 26.7 人であったのが、昭和 35 には 36.2、40 年には 44.3 人、44 年には 50.7 人となった。「医師の養成について」『文部時報』1972、2 月号、61 頁、参照。  
 8) 『福井医科大学創設十周年記念誌』、3 頁。  
 9) 『秋田大学医学部創設十周年記念誌』、26 頁。  
 10) 同上、2 頁、木畑前知事の回想。  
 11) 同上、3 頁。  
 12) 国会議事録、参議院文教委員会、1971 (昭和 46) 年 3 月 18 日。  
 13) 国会議事録、参議院予算委員会、1971 (昭和 46) 年 3 月 5 日。  
 14) 国会議事録、参議院予算委員会第四分科会、1971 (昭和 46) 年 3 月 25 日。  
 15) 当時の「医科大学新設に関する基本原則について」(1965 (昭和 40) 年、10 月 14 日、大学設置審医学専門委員会) では、「医科大学 (大学の医学部を含む) の設置認可に当たっては、大学 (進学課程) の開設時に、少なくとも、大学附属病院となりうる規模、内容を有する病院が同時に開設されることが求められる」とされていた。  
 16) 国会議事録、衆議院文教委員会、1970 (昭和 45) 年 3 月 11 日。  
 17) 『秋田大学医学部創設十周年記念誌』、45 頁。  
 18) 国会議事録、衆議院文教委員会、1970 (昭和 45) 年 3 月 11 日。  
 19) 自由民主党『自由民主党党史 資料編』1987、653 頁。

- 20) 『朝日新聞』1969 (昭和44) 年6月11日付。
- 21) 伊藤光利ほか『政治過程論』有斐閣、2000、59頁。
- 22) 『日本医事新報』no2218、93p (S41、10/29)
- 23) 『日本医事新報』no2281、139頁、(S43、1/13)
- 24) 高安常任理事の弁。「常任理事会」『日本医師会雑誌』第64巻第4号、546頁。
- 25) 『朝日新聞』1970 (昭和45) 年7月5日付。
- 26) 『朝日新聞』1970 (昭和45) 年10月17日付。
- 27) 『文部広報』第537号 (昭和45、10.13.) による。
- 28) 『大分医科大学創設のあゆみ』11頁。
- 29) 『大分医科大学創設のあゆみ』、4頁。
- 30) 同上、5頁。
- 31) 『福井医科大学創設十周年記念誌』、16頁、出雲市長回顧。
- 32) 『大分医科大学創設のあゆみ』、24頁。
- 33) 『旭川医科大学の歩み』、24-25頁。
- 34) 『朝日新聞』1972 (昭和47) 年11月4日付。
- 35) 国会議事録、衆議院予算委員会第一分科会、1972 (昭和47) 年3月21日。
- 36) 国会議事録、衆議院社会労働委員会、1972 (昭和47) 年5月24日。
- 37) 同計画書。
- 38) 『高知医科大学創設十周年記念誌』、20頁。
- 39) 『大分医科大学創設のあゆみ』、50頁。
- 40) 『高知医科大学創設十周年記念誌』、21頁。
- 41) 『滋賀医科大学創設十周年記念誌』、17頁。
- 42) 『大分医科大学創設のあゆみ』、78頁。
- 43) 『佐賀医科大学創設十周年記念誌』、39頁。
- 44) 『宮崎医科大学創設十周年記念誌』、62頁。
- 45) 『旭川医科大学創設十周年記念誌』、46頁。
- 46) 『福井医科大学創設十周年記念誌』、写真部分。
- 47) 『朝日新聞』1980 (昭和55) 年12月25日付。
- 48) 池上直己他『日本の医療-統制とバランス感覚-』中央公論社、1996。なお、医師1人増えるごとに年間の医療費は病院では8033万円、診療所では5967万円増加すると計算されていた (1982調べ) 3章、123頁から。