

## 62 近代日本の医療分野人材開発の政策 について（医師と産婆の役割）

○近藤 久禎・長谷川敏彦

### 〔目的〕

日本の過去の保健医療に関する状況、政策を紐解くと、現在途上国で起こっている問題と共通のものが少なくなく、国際保健医療を考える際の示唆に富むことが多い。今回、我々は日本の過去の人材開発について、医師数や産婆数などのデータ分析を交え考察した。

### 〔方法〕

文献より保健医療分野の人材開発にかかわる政策を整理した。また、都道府県別の医師数、産婆数などのデータを分析し、医師、産婆を中心とした人的資源の状況を把握し、政策の効果について分析した。

### 〔結果〕

（健康転換）保健医療と社会との関係を、歴史的に分析

する場合、健康転換の考え方をを用いるとわかりやすい。

健康転換とは、感染性疾患から退行性疾患へという保健医療の対象の変化を中心に、産業、経済、教育、人口、保健医療システム等を整理した考え方である。感染症期を一期、二期、退行性疾患期の三期、四期と、四つの時期に区分できる。

（政策）今回は、国際協力の見地より、政策を検討した。そのため、転換前、特に第二次大戦前の政策についてまとめた。健康転換第一期（一八六八年以降）は伝染病が主な疾病であった。西洋医学導入の方針決定とそのため資源不足が問題となっていた。政府は医制を發布し医師開業免許制度の導入を図った。その特徴は、すでに開業しているものは、漢方、西洋を問わず医師として認定したが、新規参入は西洋医学を習得したものに限った点である。健康転換第二期（一九〇〇年以降）は、蔓延性の感染症が問題となっていた。西洋医学が普及してきた反面、地域格差が問題となってきた。この格差への戦前の対策として、産婆、看護婦などによる地域保健活動などが挙げられる。また、国民健康保険も、この格差への対策と

して導入が図られた。

(データ分析)日本の人口一対医師数は、一九三〇年代までほぼ横ばい状態(約七・五)だが、以降増加している。県別の二五%<sup>②</sup>は一九二〇年まではほぼ変化なく、それ以降第二次大戦まではわずかに低下している。そして変動係数(CV)は高くなっている。医師数は増加しているのにも関わらず、二五%<sup>②</sup>は低下、CVは上昇している格差は増大している。産婆に関しては、一九〇五年の産婆規則制定以降、戦前は上昇している。一九〇〇年に人口一対産婆数は五であったのが一九三〇年代には八まで増えている。これに比べて二五%<sup>②</sup>も上昇、CVは低下している。また産婆と医師の合計を各県別で比較した。一九三〇年代以降のCVの上昇は見られず、二五%<sup>②</sup>は増加している。医師の少ない地域に産婆が配属されたことを示している。次に都市部と農村部の比較を行った。都市部としては、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫をあげ、農村部としては東北六県をあげ比較した。一九〇〇年頃の格差は小さい。しかしその後は都市部では医師数が増加しているが、東北部はやや低

下している。しかし従来開業医師数を比較すると、双方で変わらない。従来開業の医師は均等に分布していたことが分かる。戦前の格差の増大は地域医療を支えていた従来開業医の減少に加え、その後を埋めるべき新規の西洋医が地方には行かず、都市に集中したことによるものと考えられる。

#### 〔結論〕

日本は明治以来、健康転換の段階に応じた問題をもち、それに対応してきた。特に明治期、従来日本の各地で開業していた漢方医を医師として認定し、医師の不足に対処したことで、産婆を医師乏しき地域に配属したことなどは現在人的資源不足という問題を抱える国々での医療政策を考える上で参考となると考えられる。今後も日本の過去の特徴的な政策についても分析して行く必要がある。

(国立医療病院管理研究所)