

自由論文

近世・近代日本における医療の特徴
—医療費を中心に—

松山 愛李珠

目 次

- I はじめに-研究のきっかけ-
- II 研究目的
- III 研究方法
- IV 近世における医療の特徴
 - 1. 医療の概要
 - 2. 将軍家の侍医団
 - 3. 医師の姿
- V 近代における医療の特徴
 - 1. 女医の誕生
 - 2. 明治期の治療の様子
- VI 近世、近代における診療方法と医療費
 - 1. 近世の治療
 - 2. 近世の治療代-往診料-
 - 3. 往診料の考え方と生活環境の関連
- VII 結果と考察
- VIII おわりに

参考文献・サイト

近代日本における医療の特徴

－医療費を中心に－

松山 愛李珠

I はじめに-研究のきっかけ-

筆者はメディカル秘書コースに在籍しており、診療報酬の勉強を1年あまり続けてきた。多くの医療行為を点数に帰る学修をしている中で、不思議に思う点数（時間に関係する加算）があった。往診料の加算構成は、診察料と少しかわっていて、以下のようにになっている⁽¹⁾。

診察料の加算

- ◇**時間外**加算・・・診療時間以外の時間に診察を受けた場合に算定する。
- ◇**休日**加算・・・日曜、祝日、年末年始（12月29日から1月3日まで）に診察を受けた場合に算定する。
- ◇**深夜**加算・・・午後10時から午前6時までに診察を受けた場合に算定する。

往診料の加算

- ◇**緊急往診**加算・・・標榜時間内に外来患者に対して診療に従事している時に、緊急に求められて往診を行った場合に算定する。
- ◇**夜間**・休日往診加算・・・夜間に往診を行った場合に算定する。夜間とは、深夜を除き、午後6時から午前8時までとする。
- ◇**深夜往診**加算・・・深夜に往診を行った場合に算定する。深夜の取扱いについては、午後10時から午前6時までとする。

この加算構成をみたとき、診察料は「時間外」なのになぜ往診料は「夜間」なのだろうと疑問に思った。インターネットで調べてみても、答えはまったく出てこなかった。正解を出すことはできなくても、近い答えを出すためには、診療報酬や医療の歴史を調べ、推測していくしかないだろうと思い、近世から近代にかけての医療を調べてみた。多くの研究を見ていくうちに、近代後期から近世前期にかけての西洋医学につながる時代が、現代の医療につながる重要な時期であることに気づいた。

II 研究目的

始めは往診から始まった興味だったが、研究は以下の2つの目的で進めることにした。

1. 近世、近代の医療の様子をできるだけ詳しく調べ、今の医療にどのようなつながっているかを考察する。
2. 診察料と往診料の時間に関する加算がなぜ違うのか、近世、近代の医療の様子から考察し、自分の考えをまとめる。

III 研究方法

1. インターネット、論文、書籍を使い、できるだけ多くの文献や資料を検索して近世、近代の医療について詳細に調べる。
2. 調べた内容から、現代の医療制度になるまでを考察する。
3. 同様に、診察料と往診料の時間に関する加算の違いを考察する。

IV 近世における医療の特徴

この章から、調べた内容に筆者の考察も加えながら記載していくこととする。

1. 医療の概要

江戸中期以降、西洋の医学である蘭学が盛んになり、伝統医学と西洋医学が巧みに融合し日本独自の医学を作り上げていき、近代医療の基礎となった。しかし、江戸時代の開業医はほとんど自宅を診療所としており、依頼があれば患者の家を往診する形式であった。医師は現在の薬剤師も兼ねており、診察をした後はその場で自ら調剤して薬を手渡していた。診察の合間には、医学書を読んだり、治療法などの執筆をするなど、研究に勤しむ医師もいた。診察室を持たない診察の形式は、明治期に入ってから日本の医療の特徴を形成するものになった。

18世紀以降、医薬への需要と民間教育の高まりにより、医家の子弟だけでなく、武士や有力農民の子弟からも、医師になる者が増加した。医師になるためには以下の方法があった。医師免許などもなかったため、各医家からの言い伝えにより治療法を確立していき、その詳細は門外不出であったようだ。

- ① 医師に弟子入りして門下に加えてもらう
- ② 医学書を学んで儒者から儒医となる
- ③ 独学で学ぶ
- ④ 経験を積んでなる

診療科目は中世より大きく分けて内科（本道）と外科に分かれていたが、戦乱が

続き、外科の中でも傷の手当を行う金創（きんそう）医が増加した。この影響が江戸期に引き継がれていったようである⁽²⁾。

この時代までは、医学の内容がばらばらであることがわかった。医師によって治療のしかたが違い、門外不出なので、医師同士の情報共有もされていなかったのではないかと思う。現代では地域医療やチーム医療が発達しているが、近世ではその姿をまだ見ることはできなかった。しかし、診療科は現代とほぼ同じであり、引き継がれていることが分かった。また、医師になるための4つの方法は、身分に関係なく医師になれそうで、これも現代につながっているのではないかと思った。



図1 江戸期の内科医師
出所：薬の博物館ホームページ
(図1～4)



図2 江戸期の歯科医師



図3 江戸期の按摩専門医



図4 江戸期の鍼医・金創医

2. 将軍家の侍医団

江戸時代の医官制度は五代将軍・徳川綱吉の頃に整った。将軍家の侍医団は幕府の最高医官である典薬頭（てんやくのかみ）を筆頭に、奥勤、表勤、寄合医師、小普（こぶしん）請医師、小石川養成所医師で構成され、少なくとも数十名、多い時で200名の医師がいたようである。この制度は地方大名にも適用されていたようで、現在の岐阜県大垣市一帯を支配していた旗本高木家（西高木家）にも奥医師として西脇家、江馬家が代々仕えていた。西脇家、江馬家はその後、

近代西洋医学を定着させ、地域医療を支える重要な役割を担っていくことになる⁽³⁾。

ここでは、岐阜県大垣市の代表的な医家が、近世に入ってからでも活躍していたことが分かった。この人たちは明治に入ってから漢方から西洋医学（蘭学）に切り替えていったと思うが、そのときの具体的な記録を探すことはできなかった。推測になってしまうけれど、専門を変えることはとても厳しかったし辛いこともあったと思う。

3. 医師の姿

江戸期は、医師が高い身分になる時には、僧侶の位をもらう決まりで、剃髪して僧侶のような身なりにしていた。（図5）



図5 江戸期の僧医
出所：くすりの博物館
ホームページ
(図5,6)

また、儒学者から医師になった者は、図6のような儒学者風に束髪（髪を後ろで束ねた髪型）とし、僧医とは違う身なりをしていた⁽²⁾。



図6 江戸期の儒医

画像を探していると、医師の制服が過去にもあったことが分かり、これも現代につながっているのだと思った。図4は時代劇にも出てくるスタイルで、現代の白衣と同じようなイメージだったのだろうか。医師のイメージは今も昔も変わらない。

V. 近代における医療の特徴

1. 女医の誕生

明治に入ると 1884 年には女性の医術開業試験の受験が許可された。1885 年には荻野吟子が 35 歳で日本公許女医第 1 号として認められた。女医は古くは奈良時代にさかのぼることができる。律令には女医の記載があり、人員基準や教育制度なども定められていた。しかし、律令制度が崩れるとともに、この制度も衰退していき、女医への道は明治になるまで閉ざされてしまった⁽⁴⁾。

女医のことを調べるまでは、女性が職業を持つのは最近のことだと思っていたが、古代にはすでに女医が活躍していたことが興味深かった。なぜ、途切れてしまったのかまでは調べられなかったが、いつか明らかにしてみたい。

2. 明治期の治療の様子

この当時、公的な医療保険制度はなく、治療費は主に患者やその家族が直接医師に支払っていたが、その時期は年 2 回お盆と年末に限られていた。これを盆暮れ勘定という。医療費は決まっておらず、医師の決めた額で支払われていた。しかし、医師にかかり治療を受けられるのは身分の高い人だけだったので、庶民は「自分の病気は自分で治す」という生活意識が高かったようである。江戸後期になると、身分の低い民衆でも医師にかかることができるようになってきたが、現金で支払うことができず、野菜などの現物で納めることもあったようだ⁽⁵⁾。

VI 近世、近代における診療方法と医療費

1. 近世の治療

この時代は、まだ西洋医学の影響が少ない時期だったので、治療は日本古来のものだった。治療の手順は、既往症や症状を患者から聞く「問診」、患部に触れてみて患者の反応から診断する「触診」、患者の目や唇、舌など顔色や挙動を見て診断する「望診」がある。排泄物も診断の材料にしていたようだ。「聞診」は呼吸音や動機、体臭から診断していた。

例えば、後藤良山（ごとうこんざん）（1659-1732）という医師は既存の診察方法に「手足看法」と「候旨」、「按診」を加えている。「手足看法」は手足のむくみや腫れの有無を調べ、「候旨」は背骨の曲がりや肉付き、片寄りがないかを観察、「按診」は臓器がある部分を指で押して内臓の沈殿や動きを調べる方法である。

現在でも漢方を専門にする医者は西洋医学を併用し、このような方法で診察している⁽⁶⁾。

2. 近世の治療代-往診料

近世末期では往診は、初回は 1 分 2 朱（1 朱は 1 両の 16 分の 1）、2 回目以降は 1 分に加えて駕籠代が 1 里まで 2 分、2 里で 1 両、5 里で 2 両と高額になった。1 里は三六町で、現代の単位で 3.93km（約 4km）である。天明寛政年間（1782

年から 1801 年) から支度料という名目で、乗り物代と弟子や従者の費用などを取るようになり、大名家では金 2 分から 3 分、旗本では錢 3 貫文 (1 両は錢約 6 貫文) でから金 1 分 1 朱、大店なら錢 4 貫文から 5 貫文を請求した。飯時に来て御供の分の弁当代を請求するあくどい医師もいたようである。

当時の費用をみると、往診は距離のみで値段が上がっていて、現代の加算と同じような考え方がすでに出来上がっている。しかし、現代の診療報酬では、「往診に要した交通費は、患家の負担とする」とあり、距離の差で往診料が変わることはない。「保険医療機関の所在地と患家の所在地との距離が 16 キロメートルを超えた場合又は海路による往診を行った場合で、特殊の事情があったときの往診料は、別に厚生労働大臣が定めるところにより算定する。」とあるので、現代では 16 キロメートルを超えた往診は原則として認められていない。近代では、まだ時間的な考え方はできていないようだった。

3. 往診料の考え方と生活環境の関連

近代に入ると、西洋医学が入ってきたため、治療内容は大きく変化してくるが、前に書いたように、多くの診察は患家で行われていた。したがって、往診は続いており、明治期の医療費の中心となっていた。医療費や医療の歴史を調べるのにとってもよい内容であることが改めてわかった。

往診の加算に似た考え方は大正 7 年の尾道市医師会が発表した医療費一覧表にもみられる。夜間往診料 但午後十時より午前六時までとあり、今の夜間加算のような考え方があった⁽⁷⁾。この頃の日本の状態を調べてみると、夜はとても危険だったようだ。江戸期などは四ツ刻 (よつどき。午後 10:00 ごろ) になると木戸番という番人が自分の管理する木戸を閉門し、原則として人が入れないように通行止めをしていた。その一方、救急患者がいれば深夜であってもそのまま通行することが出来た⁽⁸⁾。明治期に入り、治安が少しは良くなったとはいえ、夜の暗さは現代と比較にならないほどだったようだ。明治初期に街灯として使われていたガス灯の明るさは 16 燭光 (ロウソク 16 本分の明るさ) 程度だった。4m 離れた地点の法線面照度が約 1 ルクスのため、路面照度の大半は 1 ルクスを下回る⁽⁹⁾。往診に夜間、深夜の考えが出てきたのは、このような明るさにあるのではないか。夜間は暗くて危険であることは明らかであるし、夜遅くの往診も安全ではなかったと思う。

明治期に入ると、西洋医学を基本とした診療報酬の体系が出来てきた。地方の医師会が独自に医療費を決めていた。往診を中心としてその変化を見ていきたい。明治中期に函館区のある医師が決めた「医師定謝規則」によれば往診料は距離により定められており、交通費は患者支給であった。また、夜間の往診は昼間の倍額とされている。夜中の往診として、午後十時～午前六時を挙げており、現代の夜間往診、深夜往診に通ずるものを見つけた。夜間が安全でないための加算だと思われる。

以下にその条文を示す。

第四条 区外初回ノ往診料ハ医師ノ住所ヨリ起算シ每一里金一円ヨリ二円マデトス
第五条 其次回往診料ハ初回ト同ジ 車馬代ハ患者ヨリ支弁スベシ
(中略)
第八条 区ノ内外ヲ問ハズ夜中ノ往診料ハ昼間ノ倍額タルベシ
第九条 夜中ノ往診ハ午後第十時ヨリ午後第六時マデヲ似テ限トス

大正8年に距離で往診料を決める考え方が遠賀郡医師会(福岡県)にみられる。以下にその例を示す。

往診料 一里以内 金貳円以上
一里ヲ増ス毎二 金貳円以上
同年に尾道市医師会の定めた「医業報酬規程」には、夜間の考え方が初めて出されている。以下にその例を示す。
往診料 初回 金五捨銭以上
夜間往診料 一回 金五捨銭以上
但午後十時より午前六時まで

以上のように、往診の考え方は大正初期には出来上がっていたようだ。昭和の初めになると、「加算」という言葉が日本医師会健康保険診療点数計算規程の別表にみられるようになった。「初診 初診ノ場合ハ別ニ三点ヲ加算ス」とあり、現代の診療報酬体系に近づいていることがわかる。

なぜ昭和の初めから医療で加算という考え方が導入されたのかという疑問に対し、AIは以下のように答えを出した。

診療報酬制度は、医療行為に対して厚生労働省が定めた診療報酬点数を基に、医療機関に支払われる仕組みで、この制度は、1927年に健康保険法が施行されてから幾度かの変遷を経て、昭和初期に、医療費の増大に対応するため、診療報酬に加算という考え方が導入されたとされています。

日本語 ChatGPT で作成

この結果を見ると、「医療費の増大」が主な原因であるとしていて、理解はできるが、加算の考え方は江戸期から始まっていて、これだけが原因ではないと筆者は考える。長い歴史の中で考え出された仕組みではないだろうか。

Ⅶ 結果と考察

近世では往診に時間外加算や休日加算がなかった理由は、明確にはわかっていない。しかし、当時の医療機関は、医師が自宅にすることが多く、患者の自宅に訪問することが一般的だった。そのため、医師が自宅から出向いて診察することが多かったため、時間外や休日に診察することが少なかったのではないかと考えられる。また、現代の往診には、緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算などの加算があるが、江戸時代には、これらの加算は存在しなかったため、医師たちは、時間外や休日に診察することが少なかったのではないかと考えられる。

Ⅷ おわりに

この研究を通して、近世・近代の医療費を見ると、医療に対する考え方にホスピタリティという考え方がないように感じた。距離で金額が上がっていくなど、現在の企業におけるお客様という概念があるように感じた。

短い期間だったが、就職する医療機関の歴史に触れることができた。さらに、友人や先生と研究に関する情報の共有をしたり、楽しく研究を進めたりできたので、卒業研究を通してとても良い時間を過ごすことができたと感じた。

【引用文献・サイト】

- (1) 医学通信社 (2022) 『医科診療報酬点数早見表 2022 年 4 月版』
- (2) くすりの博物館「もうひとつの学芸員室 医家の成り立ち 時代とともに変わる医師の姿」https://www.eisai.co.jp/museum/curator/yamazaru/viewpoint/history_01.html 2023 年 10 月 1 日参照
- (3) 黒野伸子、石川寛、大友達也 (2021) 「東海地方における近代地域医療の形成と西洋医学の受容 (1)」『岡崎女子大学・岡崎女子短期大学紀要 第 54 号』 pp47-56
- (4) 黒野伸子、大友達也 (2017) 「落窪物語における「病」の扱いについての一考察」『岡崎女子大学・岡崎女子短期大学紀要 第 49 号』 pp31-40
- (5) 黒野伸子、石川寛、大友達也 (2022) 「西洋医学の受容過程と近代地域医療の発展－東海地域における医師たちの活動をてがかりに－」『JADP 論文集 特別号』 pp1-10
- (6) あきば伝統医学クリニック「後藤良山ごとうこんざん」
<http://www.akibah.or.jp/publics/index/42/> 2023 年 11 月 5 日参照
- (7) 青柳精一 (1996) 『診療報酬の歴史』 思文閣出版
- (8) FEATURE 「お江戸の夜は危険がいっぱい？」
<https://mag.jpaaan.com/archives/151162> 2023 年 11 月 5 日参照
- (9) 東京都市大学 建築学科 小林研究室「明治初期の街の灯りの再現」

<https://kobayashilab.net/event/2012/kiyochika/index.html> 2023年12月
1日参照

【参考文献・サイト】

- ・エーザイ株式会社「くすりの博物館」
<https://www.eisai.co.jp/museum/index.html> 2023年12月1日参照
- ・「剣客商売」道場 <http://kenkaku.la.coocan.jp/> 2023年12月5日参照
- ・日本医史学会編（2022）『医学史辞典』丸善出版
- ・日本版 ChatGPT
- ・Wikipedia「病院の歴史」Wikipedia<https://ja.wikipedia.org> > wiki > 病院
2023年11月1日参照
- ・松下政経塾 富岡慎一「日本の近代医療史を振り返る」
<https://www.mskj.or.jp/thesis/9123.html> 2023年11月10日参照
- ・メディカルノート「病院の歴史を紐解く」
medicalnote.jp<https://medicalnote.jp> > 151106-000013-TXVWJY
2023年12月1日参照