

生命を分ける

川越修・鈴木晃仁 編著

法制出版社 (2008)

第4章 治療の社会史的考察

滝野川健康調査（一九三八年）を中心に

鈴木 晃仁

一 医学史における水平的アプローチとリスク論

現代の公衆衛生や開発医療において、「垂直的アプローチ」と「水平的アプローチ」の対立と呼ばれているものがある。これらは、一九六〇年代の開発途上国の保健衛生政策をめぐる議論のなかで二つの手法として明示的に捉えられて以来、現在にいたるまで開発医療政策を構想し議論するさいの基本的な枠組みとなっている。垂直的なアプローチとは、単一の疾病を対象にした集中的な政策により、短期間に当該疾病の根絶やコントロールをを目指すものをいい、水平的なアプローチは、多様な疾病や広範な健康リスクに対処するための医療資源を配置して、長期的な健康の改善を目指すものをいう。前者は、当該疾病についての医学技術の専門家が主導するテクノクラティックな性格をもち、後者は、より総合的・全体的で社会経済的な志向をもつことが多い (Mills 2005)。

この「垂直的」「水平的」という二分法は、医学史研究のヒストリオグラフィにも当てはめてみるこ

とができるだろう。「垂直的」というのはある単一の病気にしぼって歴史をみる視角、「水平的」なアプローチとは、過去の社会における広範な病気と健康の問題を検討する視角というわけである。そのように考えて近代日本の医療の社会史の研究状況を眺めてみると、近年の成果の多くは「垂直的な」医学史に分類できるだろう。藤野豊のハンセン病、飯島渉のマラリア、ウィリアム・ジョンストンや青木純一の結核など、単一の疾患を扱った「垂直的な」医学史の著作が数多く発表されているのに対し、「水平的な」医学史のまとまった著作は、筆者が気づいている範囲では非常に少ない。近代日本の医療の社会史研究は「垂直的な」視角に支配されているといつてよい（藤野 一九九三、Johnson 1995、青木 二〇〇四、飯島 二〇〇五）。

医学史における「垂直的」「水平的」なアプローチに優劣をつけることはできない。両者は医学の歴史のそれぞれ別の側面に光を当て、相互補完的でどちらも必要なるものであるのもつとも賢明であろう。ハンセン病や結核のように、特定の病名を冠した法律が作られ、国家や地方自治体などの行政組織が動員され、医学の基礎研究と臨床がその装置のなかで機能した病気は、国家による「強制された健康」・福祉政策の側面や、専門的な医学の問題を考えるのに適した素材である。その一方で、垂直的なアプローチでは捉えられず、水平的なアプローチがふさわしい医学の歴史上の問題も確かに存在する。本書の主題である、過去の人びとが多種多様な病気のリスクにどのように対応したかという問題は、水平的なアプローチでなければ扱えない問題の代表であろう。ロベール・キャステルは、リスク論の古典的な論文のなかで、専門家による臨床的な個人の観察にもとづいた「危険」の問題系から、統計的に計算された多様なファクターのたばとしての「リスク」の問題系の移行を論じた（Castel 1991）。垂直

的なアプローチが明らかにしたハンセン病と結核の対策は、そのコアにおいては「危険な個人」の処置であった。これらの疾病においては、「危険」の内実は明らかであり、単一の病原体を対象にすればよかった。それに対して、ある社会がさまざまな疾病や傷害に対してどのように対処しているのかという問題は、「多様性」の問題であり、「リスク」論の問題であって、こういった医学史の側面を明らかにするには水平的なアプローチがふさわしい。

この章が取り上げる「滝野川健康調査」は、まさに水平的なアプローチとリスク論の視点からの分析にもっとも適した史料である。これは、一九三八年の五月から一九三九年の四月までの一年にわたって厚生省がおこなった調査であり、当時の東京市滝野川区（現在の北区の一部）の三五四世帯二二五人を対象に、期間中にどのような病気にかかり、どのような治療法をとったのかを調べたものである（小峰 一九四一、鈴木 二〇〇四）。この調査のアーカイブは現在小峰研究所が保存しており、もっとも重要な「傷病記録票」はすべての個人について保存されている。「傷病記録票」には、一人ひとりについて、虫刺され、しもやけ、肩こりなどのごく小さな傷病から、結核、心臓病、赤痢などの生死にかかわるような病気まで、かかった病気とその治療法と費用が記録されている。そこに記されている多様な病気に対する多様な対応を分析するなかで、昭和戦前期の日本の医療をめぐる人びとの戦略の一端を明らかにして、リスク論の視点をもった医学史研究の可能性を示すことが、この章の目標である。第二節では滝野川健康調査の背景を概観し、第三節では多様な治療手段のなかからある治療法を選択するときのパターンを論ずる。

二 昭和戦前期の医療の多元性と危機

「医療の多元性」という概念は、もともと医療人類学のなかで使われていたもので、複数の医学体系にもとづいた治療者たちがある社会のなかで並存している状態を指す。当初は、アフリカやアジアなどの開発途上国において、移植された西洋医学と土着の医学が並存している医療の状況を説明するのに用いられたが、その後、正統医学と補完代替医療などが並存しているアメリカや、西洋医学と漢方医学が並存している日本などの研究でも使われている概念である (Baer 2004; Lock 1981)。

医学史においても、医療人類学からの刺激を受けながら、医療の多元性をめぐる研究が一九八〇年代以降に確立された。この研究の流れには「英雄史観」と呼べるものからの離脱と、社会的な視点の導入が大きく与っている。一九八〇年代以降の医学史は、かつての「偉大な医科学者による発見の歴史」という枠組みとは異なったヒストリオグラフィをとり、草の根の治療者たちと患者に研究の重心を移してきた。同時代のアメリカとヨーロッパでの「代替医療」の流行もあって、新しい医療の社会史が、非正統的な治療者にも興味を示したのは当然の流れであろう。内科医を頂点として外科医・薬種商から形成される制度的な訓練と資格のシステムをもつ医療者と、それ以外のさまざまな医療者たちからなる多元的な医療の構造がどのように変化し、そのなかで患者たちはどのように行動してきたかというテーマは、新しい医学史研究の核になるトピックのひとつであった。

そのなかで、大きく分けて二系統のヒストリオグラフィが発達してきた。ひとつは主として初期近代についての一連の研究にみられるもので、医療者たちのなかではもともとエリート性が強い内科医たちが、医療全体を統制する権限を手にしようと試みた過程を明らかにするものである (Cook 1986; Ramsey 1988; Lindeman 1996; Pelling 2003)。もうひとつは一九世紀以降のいわゆる代替医療の研究であって、「正統」医療とは意識的に差異化された治療技術なり人体観・世界観なりをもち、独自性、特殊性を前面に押し出した治療法の歴史の研究である。ドイツのザムエル・ハーネマンが始めたホメオパシーなどがこの代表である。とくに一九世紀は医学的なセクターの黄金時代と呼ばれる時代であって、正統医療に對抗するセクターが百家争鳴する状態がヨーロッパ各国やアメリカで現出した (Bynum and Porter 1987; 服部 一九九七)。

滝野川健康調査がおこなわれた時点で、日本の医療が多元的なものであったこと、そしてその多元性が調査の設計者たちによって意識されていたことは明らかである。滝野川健康調査は、人びとの傷病に対する治療行為を複数のカテゴリーに分類している。それは、(一) 医師による治療、(二) 調剤による治療、(三) 売薬・家庭薬による治療、(四) 民間療法、(五) 療術行為による治療、(六) 信仰療法、の六つであった。滝野川健康調査は、まさに医療の多元性を前提として、医師資格を持つ者による正統医療とは違ったジャンルの傷病治療行為が存在することを認め、それらを医師による治療とひとまず同じ水準において組織的に研究しようとしている。すなわち、西洋医学を学んで医師資格を持つ医者によっておこなわれるものだけが正當な「医療」であるという狭い理解から離れて、医療という現象を「人びとが傷病を治療するために求めるサービスや商品の総体」と包括的・社会的に捉えようという視点がそ

こにうかがえる。言葉をかえると、このような視点を必要とするほど、一九三八（昭和一三）年当時の日本の医療は、医療の多元化と、少なくとも部分的にはそれに由来する混乱を経験していた状況にあった。そしてその混乱を全体としてみると、日本の医療の危機とすら呼んでいいものであった。

昭和戦前期を「医療の危機の時代」と捉えるのは、川上武の『現代日本医療史』以来の伝統的な史観である。川上らは、日本資本主義の問題が激化するにつれて、患者が個人で費用を払って医者に診療してもらおうという開業医制の限界が浮き彫りにされていく過程を、「医療の危機」として捉えている（川上 一九六五）。川上たちが問題にしたのは、開業医が都市部に集中したため農村の住民には医療が供給できず、また都市においても医療が高価なために、病気になるがちな貧しい者が医者にかかることができない状況であった。そして、いわゆる「医療の社会化」はこのような危機に対応するものであった。「医療の社会化」については、川上を筆頭に多くの優れた研究があるので詳細な説明を繰り返すことはしないが、慈恵医療、実費診療所、セツルメント運動、健康保険、医療協同組合運動や国民健康保険などを通じて、医療を無料あるいは低額なものにして受療者の経済的な負担を軽減し、広範な地域と社会階層に行きわたらせるための社会的な装置や制度をつくりだす一連の政策や運動と捉えられる。資本主義の発達と開業医制の限界が産んだ「医療の危機」に対し、上からと下からの双方の医療の社会化が進行していたというのが、昭和戦前期の医療の歴史を捉える大きな枠組みであった。

川上らの「医療の危機」と「医療の社会化」の捉え方は、近代日本の医療史の本質的な問題のひとつを的確に把握している。しかし、この小論がいう昭和戦前期の「医療の危機」は、川上のそれとは多くの点で異なった概念であり、より広い現象を捉えようとしている。川上の「医療の危機」の概念の核心

は、正統医療の供給の量と配分が適正でなかったことであつたのに対し、この小論が指す「医療の危機」は、非正統医療を含んでいる。川上がいうところの「医療の社会化」の一連の動向は、開業医たちには深刻な問題であつたが、そこで提供されているのはあくまでも医師資格を持つ者たちによる医療であつた。ここで理解されている「医療の社会化」は、先駆的な医者が、社会活動家、国家、地方自治体などの後押しを受けて、開業医制度に挑戦するというものであつた。そのなかには、セツルメント運動のように、東京帝国大学の医学部などのエリート機関出身の医師が深く関わっているものもあつた。川上の理解によれば、医療の危機は、医者が提供する医療の不足であり、医療の社会化は、医者による適正な医療の供給であつた。川上たちの視点は、正規の教育を受けた医者たちの内部でのビジョンの違いにかかわるものであつた。

しかし、昭和戦前期の医療の危機は、正規の医者との内部での闘争だけにかかわるものではなく、多様な治療者を包み込んでいたものであつた。とくにそれを象徴するのは、「療術行為」あるいは「医療類似行為」などと呼ばれた治療者が群をなして現われ、近代科学にもとづく日本の正統医学に対して明確に異なったイデオロギーを分節化したことである。すなわち、イギリスやアメリカの医学史研究において「オルタナティブ医療」と呼ばれているものと、いくつかの特徴を共有している治療者たちが現われたことである。瀧澤利行らが示すように、彼らの多くは「健康法の時代」の開始を告げる治療者たちであり、東洋的な身体観への回帰を唱える反近代主義者であり、それと同時に、健康と身体のみならず、社会を体現する存在でもあつた（瀧澤 一九九八、田中 一九九六）。この昭和の療術行為の歴史についてはまとまつた研究がなく、全体像を描くことはいまだできないが、いくつかの重要な特徴を指摘する

ことはできる。療術行為というのは、もともととは按摩、鍼灸などを指す言葉であり、法律でその範囲を定めて営業を許可することは以前からおこなわれていた。盲人に対して按摩の営業を許可することは、一種の貧困者や障害者の救済であって、生計を立てる手段が著しく限られている個人に対して、ある種の専門技能を要する病気の治療に携わることの許可したものである。^[1]明治以降も引き継がれたこの慣行によって療術行為は認められてきた。しかし、大正・昭和期にこの治療の領域は大きく変質して、障害者の救済としての意味よりも、正統医学への明確な挑戦という性格が大きくクローズアップされるようになる。

療術行為が新たな性格を帯びて、その存在感が大きくなったことをはっきりと示唆するのが、一九三〇（昭和五）年に東京府で出された「療術行為に関する取締規則」（警視庁令第四十二号）である。この法令の目的は、「現行の法令によって認められている資格を持たないが、疾病の治療または保健の目的で、光熱機械・器具などを使用し、あるいは手技を用いて他人に施術を行うものを登録させ取り締まりの対象とすること」であった。この法令をきっかけにして、同年の神奈川県、翌年の岐阜県と、すみやかに類似の法令が作られる。東京府がこの法令を出した背景には、医療類似行為の拡大と、それに対して内務省衛生局と司法の双方が容認する方向をとったという事情がある。医師資格を持たない者が「医療に類似した」行為をおこなうことが医師法に触れるのではないかという地方から衛生局への問い合わせは、一九一九（大正八）年の鹿児島からの問い合わせを皮切りに、一九二七（昭和二）年三月の警視庁からの取り締まりを強硬に要求する問い合わせ、同年一〇月の北海道からの問い合わせなどがあつた。これに対して衛生局は、これらの医療類似行為は、医師法の違反とは言いがたいと一貫して解答

していた。一九二九（昭和四）年の七月に衛生局は、「社会通念上、医業と認められる範囲にあるかどうか、医師法に違反するかどうかの基準である」という方針を発表し、「社会通念」というきわめて曖昧な基準を採用した（柿本 一九三三、池松 一九三六）。行政と同様に、司法の側も、医療類似行為がすべて医師法に反するものとは判断しなかつた。一九二六年に海軍の予備役大佐である八田寅次郎が、肩こりや胃弱などを心霊術により治療する治療所を開業するに先立って、あらかじめ東京地方裁判所に、これは医師法に違反するかという問いを立てたところ、裁判所は違反ではないという判断を示した（『読売新聞』一九二六年五月三〇日、朝刊三画）。

この療術行為のひろがりに対して、医師免許を持つ医師たちは、療術行為はインチキであり非科学的であり国民の健康と生命を危険にさらすから取り締まるべきであると要求しており、行政と司法の判断は医師たちを失望させるものであつた。そして、東京府が一九三〇（昭和五）年に出した取り締まり規則は、療術行為を晴れて合法化する結果をもたらし、登録された療術行為者の数は急増した。一九三一年（昭和六）年には東京電医学学校を経営する清松卓也を中心に、「市内だけで四〇〇〇人以上の公認の治療所」を持つ治療者を糾合して「東京無業医師会」を結成する動きもあつた（『読売新聞』一九三一年一月二日、朝刊七画）。一九三二（昭和七）年の警視庁の調査によれば、届出をおこなっている療術行為者は、電気療法関連のもの一六三三名を筆頭に、手技、温熱、光線、精神療法などを含めて三七三二名である（柿本 一九三三）。同年の東京府医師会の会員数が五八六〇名であつて、届出をおこなっていない者も含めた療術行為者の数は、正規の医師数と大差ないという観察をした柿本庄六の観察はあながち荒唐無稽ではない。当時の新聞広告には「電気治療所を一五円で開業できる」「一ヶ月の自宅講習

で技術が習得できる」「短期卒業まで責任を持つて指導する」などの、新規に療術行為を開業することを誘う言葉が並んでいる（『読売新聞』一九三二年三月九日、朝刊五面、一九三五年八月一七日、朝刊五面）。

医師たちが、行政と司法が療術行為に対してとった容認的な態度に憤るとともに、これらの行為を非科学的な詐欺行為として糾弾したことは予想できる。しかし、医師たちの療術行為に対する批判を注意して読むと、そこには重要な側面が隠されている。医師たちは療術行為をただのインチキだといつてすませられなかった。その理由は、療術行為の支持層であり顧客層の問題であった。療術行為が中産階級に支持されていることは早くから指摘されていた。柿本は「ブル（ジョワジー）」階級と知識階級」と表現している。これは医師たちにとって顧客の中心であり、少なくともかつては文化の発展と医療の進歩を信じるイデオロギーを共有する階層であり、医師たちが無知蒙昧であると蔑む人びとではなかった（柿本 一九三三）。

療術行為の顧客を論じた医師たちの言葉には、盟友に裏切られたショックがにじみ出ているだけでなく、医師たち自身の正統医療に対する「反省」とすらいつてよいものが明確なかたちでうかがえる。医師たちは、療術行為者たちを観察して、彼らは患者の情意の動きを洞察するのが巧みであり、患者の操縦が上手いという。この評価は二面的であつて、医者は科学の徒であるから患者におもねることをせず真理を告げているという自負と同時に、自分たちは患者を満足させていないという意識が隠れている。正規の医者たちには人間としての患者に応接する態度が欠けているのではないかという反省である。柿本はドイツの医者の言葉を引いて、療術行為者たちには「人格的な魅力」があると表現している（柿本

一九三三）。

さらに、療術行為と比べたときの正規の医学の欠陥は、たんなるエチケットにとどまらず、当時の医療の根本とも深くかかわっている問題であると医師たちは捉えていた。その問題とは、専門分化と過度の学問化の弊害であった。大正期以降、帝国大学医学部と医科大学が急速に充実し、医学研究の経験をもち医学博士の学位をもった医師が急増した。これらの新たな医学教育の体制でつくられた医師たちは、トータルで全人的な病人の理解ができず、患者たちはそのような医師に対して不満をもっている、だから患者たちは療術業者に惹きつけられているという反省的論考が現われる。柿本の「今日の医学教育は学問のための学問になっている……医もまた人なり。学問技術がいかに優秀であろうとも、これを応用するに人を持たざれば何をかせんや」という言葉は、療術行為の流行という問題が、当時の医学の過剰な科学志向という本質にかかわっているという医者たちの危機意識を象徴している（柿本 一九三三）。

富士川游は一九三四年の『日本医学会誌』に掲載された「医術の史的考察」という論考のなかで、ヴォルテールの警句をふまえて、療術行為者の横行は、医学が反省すべきことであるという内容のことを書いている。「まことに非医者か時を得顔に世の中に跋扈することは、一面においては医家が嘘つきであり、一面においては病者が愚であるためであると言わねばならぬ。そうしてそれは、わが医学にとりては大なる恥辱であるとせねばならぬのである」という文章がそれである（富士川 一九八〇）。衛生局の行政官である池松重行が療術行為を論じた著書のなかで述べている「医療界乱れて療術師現はる」という警句も、富士川のそれとほぼ同じ内容を言い表わしている（池松 一九三六）。医師たちにとって、療術行為者が人気を博している現実、当時の医療の根本的な問題を映し出す鏡であった。

これを大きな脈絡で捉えると、昭和戦前期の医師たちのあいだでは、明治以来の科学としての医学の進歩が実地の医療を改善するという、無条件の科学信仰が大きく揺らいでいることを現わしている。当時の日本の医学の科学的な水準が上がっていたことは確かである。しかしこの方向性は、医者たちにとって全面的には歓迎されないものと受けとめられていたことも事実である。少なくとも一部の医師たちは、医学の科学化は、患者に対する対人的な行為としての医療をむしろ魅力がないものにしてしまうと考へられていたのである。

言葉をかえると、この時代の医療の多元化の進展は、医療の危機として深刻に受けとめられて、西洋から輸入された医科学を進歩普及させることを無条件に善としていた価値観が正統の医療職の内部から反省される状況が、医師と療術行為者という多元的な医療の二つの要素のあいだの摩擦から生まれていたのである。

調剤と売薬という多元的な医療の別の構成要素も、昭和戦前期の医療の危機に包み込まれていた。この時期に彼らに衝撃を与えたのは、いわゆる「売薬の濫売」である。医薬分業が成立していなかった当時の薬剤師や薬局にとって、医師の処方にもとづいて調剤をおこなうことは彼らのビジネスの重要な部分ではなく、薬剤師たちはその収入を売薬に頼ることとなっていた（篠原 一九三六）。売薬はそれぞれの府県の組合が公定価格を定めていたが、一九二〇年代にはこれを破って値下げをする業者が問題になっていった。この動きは大阪と堺の業者から始まり、急速に全国に伝播した。これは売薬の生産者が不況を切り抜ける手段として、小売商に対して割引の払い戻しを始めたのに対し、一部の小売商が廉価販売を始めたものが拡大したものだといわれている。一九三〇年の『読売新聞』は、売薬の価格協定を守

った定価販売がおこなわれていたのは東京と横浜市だけであると報じている（『読売新聞』一九三〇年五月二八日、朝刊三面）。東京で売薬の「価格協定破壊」が本格化したのは、一九三三年の秋であった。浅草区象潟町でヤマト薬局を経営する大和信一が、化粧品や売薬の二八割引きでの「大ダンピング」をはじめており、同区の他の三三軒の薬局もこれに従って価格競争に入った。この波はすぐに下谷区と神田区にも波及し、ほどなく東京全体に広がる形勢をみせた。東京都売薬同業組合は、定価販売を定めた組合の定款の違約金として五〇円の支払いをヤマト薬局に要求したが、それから二カ月後には組合は妥協を余儀なくされる。ヤマト薬局は廉売の広告を控える代わりに、薬店は五割までの値引きを認められることになった（『読売新聞』一九三三年一月一日、朝刊七面）。このような状況を観察して、ある識者は、売薬の「濫売」と組合による価格統制の崩壊は、アメリカのドラッグ・ストアのような形態をもたらして、大資本・大規模な薬局が小規模の薬局を淘汰していくだろうと予測していた（篠原 一九三六）。実際、内務省衛生局の『衛生局年報』によれば、売薬の免許方数は一九二六（大正一五）年の一六万方から一九四〇（昭和一五）年の四〇万方へと増加しているにもかかわらず、全国の「売薬請負業者」の数をみると、一九二八（昭和三）年には二三万七〇〇〇人いた営業者が、一九三七（昭和一二）年には二〇万八〇〇〇人に減少しており、この予想が当たっていることが示唆される（『衛生局年報』一九二六、一九三七）。

昭和戦前期の医療の危機のなかで、もっとも直接的に目に見えるかたちで医療を揺さぶって、滝野川健康調査の直接の引き金となったのは、中国における戦争がもたらした医薬品の不足であった。日本の医学界が戦争によって深刻な医薬品の不足を経験したのは昭和戦前期がはじめてではない。一九一四年

にドイツに宣戦して第一次世界大戦に参戦した折にも、それまで医薬品の輸入をほぼ全面的にドイツに依存してきた日本は大きな衝撃を受け、ドイツからの薬品の輸入が途絶すると、わずか数日で医薬品の価格は二倍から三倍に高騰した。この危機にさいして、政府と業者たちが協力して対応にあたり、国内の医薬品産業は自立へと向かうことになった(中川 一九六七)。

一九三七年に拡大した中国との戦争は、同じような現象をもたらした。漢薬の輸入は途絶え、ヨーロッパからの輸入も大きく制限された。完成品も材料も、その多くを輸入に頼っていた薬剤は不足し、価格が急速に上昇した。東京の医師たちが作った医師信用購買建築利用組合の調査によれば、キニーネ類、しょうこう、石炭酸などが輸入途絶のため品切れ状態であり、サリチル酸ソーダ、抱水クロール、ブルムカリなどが品不足状態になっていた。一九三七年七月と一九三八年二月の医薬品の価格を比較した調査によれば、マリアアの特効薬であり熱帯・亜熱帯地方の植民と軍事行動には不可欠であった硫酸キニーネは、二五グラムで一円九〇銭であったものが半年あまりで二円六〇銭に高騰し、防疫用の消毒剤である石炭酸は、五〇〇グラムで八八銭であったものが一円八〇銭にまで値上がりした。同調査によれば、七八種類の医薬品のうち、半年間でその価格が上昇している医薬品は六四種類に及び、そのうち二倍以上に騰貴しているものが一二種類もあった。このような医薬品の不足と価格の高騰の状況に対して、内務省衛生局や一九三八年に新設された厚生省がリーダーシップをとった対策が進められた。医薬品の生産と流通、そして配給に関する統制が進められ、不足している薬品の国産の代用品のリストが作られ、現在の言葉でいう国産のジェネリック薬品の利用が進められた。回虫の駆除薬としてソ連から輸入されたシナヨモギ類 (*Artemisia*) から作られていたサントニン は、カイニンソウ (海人草) などによつ

て代用する方針が立てられた。流通に関しては、一九三八年の七月には厚生省の指導のもと、中央医薬品自治統制委員会が設けられ、医薬品の卸売り価格を統制し需給の調整を計ることが決定された。この決定にもとづいて、三五点の輸入薬品と四三点の和漢薬品の値下げがおこなわれた(小峰 一九三九)。

この医薬品の不足に対応する政策は、単に代用品を生産し流通を統制するだけではなくて、希少な医薬品を有効利用するために、医療全体の構造を変革することも視野に入れていた。医師たちがとくに関心を注いだのが、医師が処方する薬品と、売薬として用いられる薬品のバランスであった。一九三八(昭和一二)年当時において、日本は二億五〇〇〇万円の医薬品を消費していたが、これらのうち売薬が八九〇〇万円、売薬類似の家庭薬が五三〇〇万円を占め、医師が用いるのは一億一〇〇〇万円で全体の半分以下にすぎなかった。滝野川健康調査の実行委員長であった小峰茂之は、この事態に触れて以下のように述べている

かくのごとく、我々直接疾病治療の第一線に立つ医師の使用する薬品が、売薬及び家庭薬品より少ない。右の事実は如何にわが国民が疾病の治療を医師以外のものに受けて居って、不合理にその薬品が濫費されているかを明瞭に物語るものである。故にかくのごとき非常時にあつてはこれらの点に対しても深甚なる考慮をなして、薬品の統制節約を計り真の医療の合理化を計るべきであると思ふのである。(小峰 一九三九:一一九)

健康調査の実施委員長であり、報告書を執筆した小峰茂之は、医療の多元性を問題の核心として捉え

ることをはつきりと志向していた。ファシズム期の日本の医療にまつわる出版物の常として、小峰の論評では、健兵健民政策というべきものが報告書の前面に押し出され、日中戦争と総力戦を戦うために人的資源の増強を要し、欧米諸国に比したときに五年から一〇年も短い平均寿命は、国家総体としての活動力の減衰を示すものであると、お決まりの警鐘が鳴らされている。そして、衛生思想の普及が徹底していないことや、国民の疾病における治病知識が乏しいこととならんで、治病形態が複雑化していることが、平均寿命が短いことのひとつの原因であるとしている。小峰にとっては、医療の多元化は貴重な医療資源を浪費して国力を弱める敵であった。「古代よりの本能的、経験的の所産としての売薬、民間療法、療術行為、精神療法としての信仰暗示的活動は、非医師の治療である」と分類し、このように多元的な医療、あるいは昭和に入って多元性がむしろ高まった医療が、医師による治療に使われてしかるべき国民の医療費を無駄遣いさせ、医療資源を無駄に消費していることこそが、国家の人的資源を危うくしていると小峰は論ずる。「生命に直接関係ある医薬品の浪費が、結局かくのごとく生命の浪費を生むことは実に恐怖すべき現象であって、国家としても国民としても時局柄憂慮せざるを得ない」。非科学的な治病行為は「保健国策一元化の建前より見て一日も早く是正すべきである」というのが、小峰の結論になる（小峰 一九三九）。

すなわち、「滝野川健康調査」の直接的な動機は、限定された医療資源を多様な医療者たちのあいだでどう分配するかという問題を解決するためにまず現実を調査することであり、その背後には昭和初期以来の多元的な医療の状況があった。この時期に療術行為の事実上の合法化によって正統医療の一部は自己反省へと追い込まれ、売薬の伝統的な流通機構の一部は崩壊し、資本主義の競争が薬局を脅かして

いた。このような「医療の危機」を背景にして、一九三八（昭和一三）年四月から一年にわたっておこなわれたのが、滝野川健康調査なのであった。川上武に代表されるような社会医学と医療福祉の進歩史観を奉ずる論者たちが問題にした、生物学的に定義・測定される健康状態に対して正統医療の供給が不足し配分が偏っている問題だけが、滝野川健康調査にいたった危機的な背景ではなかった。ここで問題にされているのは、生物学的に定義される健康状態というよりむしろ、文化的な行動としての健康行動であり、とりわけ消費活動としての健康への欲望である。そして、それに対して、単に正統医学だけの問題ではなく、多様化した健康サービス全体をどのように組織化し、それらに資源を配分するかの問題であった。言葉をかえれば、医療を正統医療とそのデリバリーの問題として狭く理解したときの「医療の危機」ではなく、さまざまなパターンの医療が、患者の健康行動に対応しながら競合している状況での「医療の危機」であった。

三 滝野川健康調査と治療の代替可能性

滝野川健康調査の結果を集計すると、一九三八（昭和一三）年の東京における治療の多様性が明らかになる。表1は、六つの治病行動の件数と、それが全体の傷病エピソードの何パーセントで用いられたかを表わしたものである（それぞれのパーセンテージを合計すると一〇〇パーセントを超えるのは、ひとつのエピソードに対して複数のタイプの治療が用いられたケースが多いからである）。全体の傷病エ

表1 治療タイプ別傷病件数

治療タイプ	件数	%
医者	1,573	32.2
売薬	3,068	62.9
調剤	439	9.0
民間療法	484	9.9
療術行為	173	3.5
信仰療法	71	1.5
全 体	4,879	—

註：風邪に対して、売薬を飲んで医者に行くなど、単一のエピソードに対して複数のタイプの治療法が用いられているケースが多数あるので、各項目の値を足しても全体エピソード数にはならない。

出所：筆者作成。

する対応を記録した調査であることを考えると、三分の一弱のエピソードが医者にかかっていたという数字は直観的にいって意外に多いといえるべきであろう。

療術行為と信仰療法がごく少数しかなかったことは注意に値する。現実には用いられていた療術行為が少なかったことは、右に触れたような療術行為の拡大がもたらした反応の大きさに比してやや意外である。この問題は後にふたたび触れる機会があるが、とりあえずは、療術行為は、その推進者が喧伝し、その批判者が深刻に受けとめたわりには、人びとの健康行動に大きな影響を与えてはいなかったと考えべきであろう。一方、信仰療法については、それが用いられた範囲は、病気の種類についても個人についても限定されている。信仰療法は、「虫封じ」のお札などに代表されるように、その約半分（七一件中三五件）が乳幼児の疾病に対して用いられたものであり、残りの三六件のうち半分の一八件は単一

の世帯（滝野川四三番）の三人の成人女性に集中している。主として地方部の村落の研究にもとづいて医療民俗学者が唱える近代医療と前近代の信仰療法の二元論というモデルは、一九三八（昭和一三）年の東京にはまったく当てはまらない。

これらの治療方法は、収入や社会階層などによってどのように違ったのだろうか？ この調査では各々の世帯の収入そのものを計っていないので、「家賃」として記されているものを収入の代替指標として用いる。ここで記されている「家賃」というのは、間借り（二世帯）、借家（二三〇世帯）の場合には、支払っている月額の家賃そのままを、持ち家（一三八世帯）の場合には、賃貸で借りた場合には家賃はいくらになるかという換算数値である。換算の基準や方法などはとくに記されていない。

ある個人が所属している世帯の「家賃」によって当該個人の健康行動がどのように違うのかを数値化して比較するとき、いくつか気をつけなければならない点がある。ひとつは「家賃」によって年齢構成が大きく違うこと、もうひとつは家族と傭人という世帯内の地位の違いが存在することである。表2に掲げたように、「家賃」が低い世帯ほど年少の構成員が多く、高齢者が少ない一方で、「家賃」が高い世帯ほど年少の構成員の割合は小さいという大まかな傾向がある。筆者が別の場所で示唆したように、どの家賃階層においても、年齢によって傷病のエピソードの頻度が大きく変わり、〇歳から一〇歳までの乳幼児と若い子どもは、他の年齢階層と比べて高い割合で傷病にかかりやすい（鈴木 二〇〇四）。家賃階層による健康行動の違いをみるためには、年齢構成の違いをある程度コントロールしなければならぬ。それと関連して気をつけなければならないもうひとつの点は、「家賃」が高い世帯は、「傭人」と記されている使用人を数多く含んでいることである。この「傭人」はいわゆる女中にとどまらず、工

ピソードのうち三分の一弱が医者によって診察され、三分の二弱に対して売薬・家庭薬が用いられている。この二つがエピソードの数的にいってもっとも重要な治療法であり、調剤・民間療法は一割弱、療術行為、信仰療法はごく少ない。調査方法はかなり厳密なものであって、組織的で大きな記録漏れがあったと信じるべき理由は見当たらない。滝野川健康調査は、死にいたるような重病から、風邪や頭痛はもちろんのこと、ちょっとした切り傷やしもやけにいたるまで、およそ考えられる限りのあらゆる病気と怪我に対

表2 家賃階層別・家人傭人別年齢構成

年齢	A		B		C		D		合計	
	家人	傭人	家人	傭人	家人	傭人	家人	傭人	家人	傭人
0-4	68		63		60		43		234	0
5-9	86		64		64		59		273	0
10-14	78		62	5	58	6	64	21	294	32
15-19	36	1	52	22	48	45	59	90	353	158
20-29	41	1	69	7	62	22	93	90	385	120
30-39	73		90		88	1	59	2	313	3
40-49	49		66		47		70	4	236	4
50-59	25		31		36		53	2	147	2
60以上	17		19		22		48		106	0
不明			1						1	
合計	473	2	517	34	485	74	548	209	2,342	319

家賃：A=月額2.8-12.5円（87世帯）、B=13-20円（101世帯）、
C=21-35円（91世帯）、D=40-300円（91世帯）、以下同じ。

出所：筆者作成。

場経営者などの家に住み込んでいる労働者によって数が膨らんでいた。そして、この傭人たちは、同じ年代の同じ世帯で「家人」のステータスをもっている者に比べて、より少ないエピソードを報告し、また治療のパターンも違う。家賃がもっとも高いDのバンドに属する世帯において、一年間にわたって調査の対象になった一五歳から三〇歳の家人一八九人が合わせて二九〇件のエピソード（うち医師による治療は二二一件）を報告しているのに対し、同じ家賃バンドに所属し同じ条件を満たす傭人一四四人は、九二件のエピソード（うち医師による治療は三五件）を報告しているにとどまっている。言葉をかえると、「家賃」が高い世帯には、健康行動が大きく異なる家人と傭人という二種類の世帯構成員がいることになる。所属している世帯の家賃による健康行動の違いを計算するときには注意を要する点である。

このような点に留意したうえで、「家賃」の高低によって治療のパターンが異なることを明確に示す事例をいくつかあげることができる。まず民間療法について、所

得が低い層がこのタイプの療法をより頻繁に用いたことが明らかである。家賃バンドAにおいては、すべてのエピソードのうち一六・〇パーセントにおいて民間療法が用いられたが、Bにおいては一〇・三パーセント、Cは六・〇パーセント、Dは六・四パーセントである。この理由が民間療法の費用がきわめて低いからであることはほぼ確実であろう。民間療法が用いられたエピソード四八九件において、他取ってきた「ドクダミやツワブキ、「夏中自分の家で取ったヘチマ水」など、費用なし（〇・〇〇円）」というエピソードが一二九件も存在することが大きい。この五銭という中央値は、医師による治療はいうまでもなく、売薬よりもはるかに費用が小さい。売薬・家庭薬が用いられたエピソード三〇七一件においては、その中央値は二〇銭であり、費用なしと記されているのは四件しか存在しない。民間療法は、それが安価なゆえに低所得層に用いられることが多い。しかしその一方で、低所得層にとって民間療法が傷病の主体を占めていたというのは当たらない。低所得層においても民間療法は比較的マイナーな治療法であった。家賃がもっとも低いバンドAにおいてすら、民間療法を用いたエピソードは一九八件であり、医者にかかったエピソードの件数三五一件と比べるとはるかに少ないのである。

保険が広まる前には、低所得層は医者にかかることができず、民間療法で治療していたというようなステレオタイプは、事実と大きく反しているが、民間療法が低所得層に頻繁にみられたのとは反対に、「医者にかかる」という治療行動は、高所得層により頻繁にみられたことも事実であった。右に触れた高所得層の世帯に集中している「傭人」の影響を取り除くために、「傭人」がいない年齢階層である乳幼児の傷病エピソードについて、それぞれの家賃バンドにおいて、医師による治療を含んでいた傷病工

表3 家賃別(二分法)の治療のパターン医師による治療と医師によらない治療

	A+B			C+D		
	医師を含む治療の割合(%)	医師を含む治療の件数	医師を含まない治療の件数	医師を含む治療の割合(%)	医師を含む治療の件数	医師を含まない治療の件数
乳幼児麻疹	33.0 15.0	213 5	439 9	47.0 68.0	185 17	209 8

出所: 筆者作成。

ピソードの件数と、非医師のみによる件数を比較すると、家賃バンドが低いAとBの世帯においては、乳幼児の傷病のうち三三パーセントが医師による治療を受けているのに対し、CとDを合わせた世帯においては、この数字は四七パーセントになる。あるいは、一九三九年の初頭から滝野川地区で流行があった麻疹に対する治療の記録を用いると、同一の疾患について高所得の世帯と低所得の世帯では対応が違うことを示すことができる。家賃のバンドがAとBの世帯では、麻疹にかかった子ども三四人のうち五人しか医師にかかっておらず、残りは売薬によって治療されている。麻疹に対する売薬治療は、特定の銘柄に偏っており、鳥犀角^{ウサイカク}が二九件中二二件、救命丸が一〇件に用いられ、鳥犀角と救命丸の併用も五件ある⁵⁾。一方、家賃のバンドがCとDの世帯においては、二五件中一七件が医師にかかっている。子どもが麻疹にかかったときに、低所得層においては一四・七パーセントしか医者に見せていないが、高所得層においてはこの比率は六八パーセントに跳ね上がっている(表3)。

この現象に、売薬と医者による診療の価格差が影響したことは確実であろう。医者にかかることは売薬を飲むことに比べて非常に割高なオプションであった。麻疹のエピソードについて検討してみると、売薬の金額は、九銭から一円二〇銭にわたり、平均は約三〇銭である。一方、医師による治療は最低の四〇銭から最高は五円六〇銭にのぼり、平均は二円五〇銭である⁶⁾。両者の価格差は非常

に大きい。ここには、医療経済学者がいうところの代替現象が起きている。すなわち、低所得者たちは、より価格が低い売薬で、医者⁷⁾の診療を代替していたと考えてよい。

このような売薬と医師による治療の代替現象は、大まかな傾向としてはその他の病気にも観察される。表4は、健康調査票の記述から病気のエピソードを一九個に分類し、傭人を取り除いたうえで、家賃が低いほうの二つの階層(A+B)と、高いほうの二つの階層(C+D)をそれぞれ合計し、医師を含む治療の件数とその割合を示したものである。一九の疾病分類のうち一五項目において、収入が高い層のほうが、医師による治療を受けた件数の割合が高い。とくに急性伝染病、熱などの項目においては、大きな差が出ている。収入が低い世帯においては、単価が高い医師による治療の代わりに、売薬に代表される治療を用いる傾向があったことが見てとれる。

一方で、表4において、収入が低い世帯のほうが、逆に医師にかかる割合が高い項目がいくつかあることには注意しなければならない。それぞれの項目のエピソードの件数は少ないし、差もそれほど大きいわけではないが、産婦人科、脚気、心臓・脳の疾患といった比較的重篤な疾患において、収入が低い世帯は、収入が高い世帯以上の割合で医者にかかっている。重篤な疾患などについては、低収入の世帯も活発に医師による治療を求めているというパターンは、いくつかの重要な意味をもっている。そのひとつは、これらの病気における診療などは費用がかさむことである。たとえば、「心臓・脳の疾患」のカテゴリーを例にとって医師に支払った金額を検討すると、最低は滝野川地区二六号のK家のM子の一円という数字であるが、これは発病した即日⁸⁾に脳溢血で死亡した例外的なエピソードである。それ以外のケースでは、中和地区一四番のM家のH夫の四円四〇銭から、中和地区一七番のM家のM夫の一七

表5 治療タイプ別費用

	合計 (円)	全体に対 する割合
医師	12,948.37	54.4
買薬	622.24	2.6
家庭薬	843.22	3.5
調剤による・処方箋	149.25	0.6
調剤による・無処方箋	202.46	0.9
民間療法・薬物	203.07	0.9
民間療法・食餌	303.95	1.3
民間療法・その他	92.08	0.4
療術行為・按摩	199.60	0.8
療術行為・鍼	85.15	0.4
療術行為・灸	157.91	0.7
療術行為・電気	217.40	0.9
療術行為・接骨	210.80	0.9
療術行為・指圧	36.00	0.2
療術行為・その他	12.00	0.1
信仰・祈禱	48.23	0.2
信仰・お祓い	9.55	0.0
信仰・護符	0.17	0.0
信仰・お守り	0.00	0.0
信仰・その他	3.38	0.0
衛生材料	649.09	2.7
滋養物	1,779.98	7.5
転地経費	252.50	1.1
看護料	1,136.80	4.8
付帯雑費	3,225.31	13.6
その他	412.07	1.7
治療費用合計	23,800.58	100.0
人員数	1,828	

出所：筆者作成。

円にいたるまで、いずれも高額な費用を医師に払っている。同様に、「産婦人科」のカテゴリーにおいても、高額な費用を医師に支払っている世帯が多い。とくに家賃バンドA+Bの妊産婦にみられる三件の「人工流産」が、それぞれ二四円、三二円七〇銭、八五円と非常に高額な数字になっている。収入が低い層においても医師による治療を受けているカテゴリーの傷病は、高度で専門的な医学的な介入が必要になり、高額な医療費がかかるケースが多い傾向があった。麻疹などを売薬ですませて代替しても、いざ重篤な疾患や高度な手術を受ける場合には、高額な医療費を払わなければならない医者による治療を受けているパターンが見てとれる。言葉をかえると、当時の低所得者にとって「代替が効かない」傷

表4 家賃別（二分法）・疾病分類別の医師による治療と医師によらない治療の割合

	A+B			C+D		
	医師を含む治療の割合(%)	医師を含む治療の件数	医師を含まない治療の件数	医師を含む治療の割合(%)	医師を含む治療の件数	医師を含まない治療の件数
愁訴・肩こり	0.0	0	68	7.8	6	71
皮膚・しもやけ	1.1	1	92	1.1	1	87
頭痛	2.0	1	49	11.1	5	40
虫*	4.8	1	20	0.0	0	15
外傷	16.8	29	144	19.6	33	135
皮膚	20.2	52	205	22.5	45	155
風邪	21.1	129	483	32.5	149	309
愁訴	22.0	29	103	31.1	33	73
消化器	27.6	107	281	33.6	80	158
熱	28.7	27	67	48.3	28	30
眼科	30.5	36	82	53.1	34	30
急性伝染病	36.4	28	49	72.2	39	15
呼吸器	36.5	61	106	47.1	66	74
産婦人科*	40.0	14	21	35.0	7	13
耳鼻科	61.7	37	23	83.3	55	11
歯科	66.7	98	49	86.5	134	21
脚気*	75.0	12	4	63.6	7	4
脳・心臓*	86.7	13	2	80.0	4	1
その他	44.8	56	69	55.6	50	40
合計	27.6	731	1,917	37.7	776	1,282

註：家賃が低いバンドのほうが医師による治療の件数の割合が高い疾病分類には*印を付した。

出所：筆者作成。

表6 医師による治療費の分布

医師による治療の費用 (円)	件数
0*	176
0-0.99	317
1-1.95	293
2-2.95	182
3-4.95	209
5-9.9	174
10-49	172
50-99	30
100-500	17
500以上	3
合計	1,573

註：0円のなかには保険診療、救護法による診療券などを含む。
出所：筆者作成。

項目に比べて、医者による治療は非常に高価になることがありうる項目で、五〇〇円以上が三件（肺結核二件と肺炎一件）、一〇〇円以上が一七件あり、そのうち五件は風邪をこじらせて肋膜炎や肺炎などを併発したものである。医師による治療の平均額は約九円五〇銭であるが、この数字はこれらの高額で例外的なケースによって押し上げられた平均であり、中間値をとると二円二〇銭である（表6）。実際、医師による治療の費用の半分以上は二円以下の費用しかかからないエピソードである。これを患者の側からみると、医者にかかるという選択は、時として非常に高額になるリスクをもったオプシオンであるということになる。

医師による治療のつぎに大きな割合を占めているのは二八八件の「付帯雑費」である。項目の性格上、内容を具体的に特定するのは難しいが、大きな割合を占めているのは「お札」の類である。医師や看護婦やお世話をしてくれた人びとなどに、請求された料金とは別に「お札」をすることは現在でもおこなわれる慣行であるが、これが意外に高額である。「二階から落ちて頭に裂傷」を負った西ヶ原二三番の七四歳の女性は、医師に二〇円支払ったのに加えて、「自動車代・お札」として四〇円を支出している。中里七番のK家は、女の子の「大腸カタル・高熱下痢」で医師に治療を受けたときに、医師に対する治療費一一円七〇銭とは別に、「車代・お札」として三九円を支出している。中和四番のA家では、その母が「風邪で肺炎」になったときに、医師に一五円、看護婦に四〇円を正規に支払ったほか、「医師看護婦お札」として三〇円を別に支出している。しかし、この項目で何よりも大きな割合を占めているのは出産のさいのお札などの費用であった。この項目が二〇円以上の高額にのぼったエピソードは四五件あるが、そのうちの二〇件は出産にまつわるものであった。年齢階層別・性別で見ると、二〇歳から三九歳までの女性にとくにこの項目の支出が多いのは、明らかに出産にともなう「お札」の支出によるものである。それ以外は自動車代、電車代などであるが、「車代」と記されている項目が、医者に払ったいわゆる「お車代」なのか、医院などに行くのに使われたタクシー代なのかはわからない。いずれにせよ、これらの多くは医者への診療に付随する経費であると考えることができる。

七・五パーセントで第三位を占めているのが、二二三件の傷病に用いられている「滋養物」の項目である。病気のときに特別準備された食事と考えればよい。食品の品目が記されているが、牛乳、玉子、リンゴなどの果物がよく用いられ、パン、うどん、カステラ、菓子なども比較的よく使われている。所得によって異なった品目が使われたことはないようである。病人をケアする場の中心が家庭であるパラダイムにおいて、直接の治療費以外にも、病人が世帯の特別な支出の対象になっていたことを表わしている。それ以外の項目については、支出が少ないことが特徴であるというべきであろう。売薬・家庭薬

病が存在し、それらの傷病の治療は医者による診療を含む高価なものだったのである。
傷病に費やした費用を、それぞれの項目ごとに表わすと表5のようになり、一見して全体の半分強を医師による治療が占めることがわかる。エピソード数としては、売薬や家庭薬よりも少ない医師による治療が、費用の点では圧倒的な割合を占めているのは、医者による診療の単価が高いからである。とくに、その他の

を合わせたものが全体の六・二パーセント、療術行為を合計したものが三・九パーセント、民間療法が二・五パーセント、調剤が一・五パーセント、信仰療法にいたっては〇・三パーセントにすぎない。

エピソードの件数からみたときには全体の三分の一ほどにしかかかっていなかった医師による治療が、費用の点でいうと圧倒的な存在を示し、医師による治療の費用とそれに付随するさまざまな雑費を合計したものが、全体の支出の七割近くを占めているということが示される。これは医療の多元性が深まっている状況において、経済的なヘゲモニーを正規の医療が握っている状態といってもよい。そして、右にも触れたように、医師による治療においては、一握りの高額なエピソードが全体の費用のなかで大きな割合を占めていることであった。費用が高い順に並べたときの上位一パーセントが全体の支出の三パーセントを、上位五パーセントが全体の五九パーセントを占めているという、高額エピソードの集現象が起きている。そして、高額エピソードは高所得者たちが独占していたわけではなく、割合は低い低所得者たちも含まれている。医師に一〇〇円以上支払った一七件のエピソードのうち四件、五〇円以上のエピソード五〇件のうち一〇件は家賃バンドAとBの個人のものである。

高額のエピソードが患者が医師に払った費用のかなりの部分を占めているという事態を、医師の側から考えることもできるだろう。これについては滝野川健康調査は明確な回答を与えてくれないが、高額の治療費を受け取ることができる少数の医師たちと、そうではない医師たちの二極分化が進んでいたのかもしれない。そのように仮定すると、昭和戦前期においてしばしばいわれる「開業医の危機」の実態も明らかになる。また、パーセンテージとしては必ずしも大きな割合を占めていない療術行為は、一回のエピソードで高額の治療費を受け取ることができる医師にとっては大きな脅威ではないが、低額の治

療費のエピソードを多くこなして生計を立てている医師にとつては、滝野川健康調査の数字が示唆する以上に大きな経済的な脅威だったのかもしれない。

滝野川健康調査は、社会階層（この場合は所得）による受療行動の違いと共通性の双方を示している。所得によって選ばれる治療手段が変わってくるという代替現象は確かに存在する。民間療法は低所得者層に、医師による治療は高所得者層においてより頻繁に観察される。しかしその一方で、共通性も重要

表7 家賃バンド別治療費合計

家賃バンド	医師による金額 (円)	治療費用合計 (円)	人数	家賃中央値 (円)
A	1,801.50	3,730.16	440	10
B	2,140.54	5,001.51	472	16
C	4,338.74	7,152.94	424	27
D	4,667.59	7,915.97	492	50
合計	12,948.37	23,800.58	1,828	20

出所：筆者作成。

である。高所得者層も民間療法を用いているし、低所得者層も医者にかかっているのである（表7）。とくに大きな意味をもつのは、重篤な疾患であり費用が高額になっても、低所得者層の医者による治療が皆無になるわけではないということである。多様な医療サービス間における価格による代替の原理は、それほど強く働いているわけではない。とくに代替が効かなかった傷病は「死」であった（表8）。滝野川健康調査は合計で二五件の死にいたったエピソードを記録し、このうち家賃バンドAとBの世帯は一四件であるが、出産後の心臓麻痺で医師が呼ばれなかったケース（No.4）を除けば、健康保険と診療券を用いているNo.1とNo.3を含めて、一件残らず医者にかかっている。一〇〇円以上という相当高額な医療費を払っているケースも三件ある。低所得層は、死にいたる傷病に対しても民間療法や売薬で代替し、死亡証明書を書いてもらうためだけに医師を呼んでいたというステレオタイプが漠然と日本の医学史の研究者のあいだで存在しているが、これは事実から大きく

表8 死亡にいたったエピソードにおける医師による治療の日数と費用

No.	家賃 バンド	年齢 階層	医師による 治療の日数	医師による 治療の金額	病 名
1	A	30-39	123	健康保険	心脳炎
2	A	60+	3	7.00	脳溢血
3	A	20-29	114	診療券	梅毒, 心臓脚気
4	A	30-39	1	—	出産後心臓麻痺
5	A	20-29	76	389.50	バセイドウ氏病
6	A	15-19	56	114.60	肋膜炎・腹膜炎
7	A	60+	3	4.50	脳溢血
8	B	60+	60	128.80	尿道炎
9	B	0-4	2	8.20	赤痢
10	B	5-9	2	6.50	腸より脳膜炎
11	B	40-49	1	1.00	脳溢血
12	B	0-4	5	21.70	風邪から肺炎
13	B	0-4	2	16.00	生まれた翌日黄色いものをはいた
14	B	0-4	1	5.50	疫痢
15	C	0-4	1	1.50	発育不全
16	C	0-4	1	2.00	先天性発育不全
17	C	60+	8	11.70	頭を打ったため脳溢血
18	C	30-39	20	106.90	電車にはね飛ばされて前額骨折
19	C	40-49	243	659.30	肺結核
20	D	60+	2	8.50	朝倒れた
21	D	30-39	103	138.20	坐骨神経痛
22	D	30-39	4	6.80	肺炎
23	D	10-14	119	27.90	脊髄カリエス
24	D	0-4	8	96.22	百日咳から肺炎を起こす
25	D	60+	11	10.90	慢性腎臓

出所：筆者作成。

離れている。すなわち、死を低価格のタイプの医療では代替できない文化のなかに、一九三八（昭和一三）年の東京の人びとは生きていたのである。このことは、高所得層でも低所得層でも変わらなかった。

四 医療というリスク

この章の目標は、近代日本を対象にしたこれまでの「垂直的なアプローチ」の医学史が示したような、単一の疾病に対して国家が推進し専門家がかかわった対策が順調に進行した姿とは大きく異なった医学史の側面をみせる資料を分析することであった。垂直的アプローチが示したことが、国家と専門家による疾病の管理の「成功」であり「強制」であったとすれば、この章が論じたことは、多様で広範な医療者たちが営んでいた市場でのサービスとしての医療の多元性であり、病気になったときに商品やサービスの消費者としてふるまっていた患者たちの姿であった。二〇世紀前半の日本、とくに東京において進化した医療の多元化は、医師資格を持つ者に脅威を与え、場合によっては彼らの自己反省まで起こしていた。売薬の流通機構は激変して価格破壊が進行し、日中戦争の開始が惹き起こした医療資源の不足は、その分配方式を大規模な仕方に変える政策へと国家を向かわせていた。

この小論が滝野川健康調査の分析にもとづいて明らかにした結果のなかで、二つの点がとくに強調に値するだろう。第一の点は、所得による受療行動の違いは、「低所得者層は医者にかかれなかった」という言い方から漠然と予想されていたよりも、はるかに小さいということである。医師による医療は高

所得者層が独占しているものではなかったし、低所得者層は民間療法と売薬だけを使っていたのではなかったことである。たしかに所得によって医者にかかる頻度は変わっている。しかし、それは程度の違いであった。第二の点は、多元的な医療が成立している社会においても、収入にかかわらず、治病行動が限定され、ある手段以外に訴えることがきわめて少ない傷病があるという事実、すなわち代替不能性の概念である。滝野川健康調査の分析は、比較的軽微な傷病については治療の代替が効くが、死にいたるような重篤な傷病は、医師による治療以外の方法では代替できなかったことを示唆している。たとえば風邪や麻疹などのような比較的軽い病気においては、ある程度まで医療を売薬で、あるいは売薬を民間療法で代替していた低所得層においても、重篤な疾患については医師にかかって高額な医療費を払っているケースが存在している。そして、これらの重篤な疾患が費用の点でみると大きな割合を占めているのである。医療の多元性が進展し、医師による治療と、旧い非医師の治療法（たとえば売薬・民間療法・信仰療法）と、新しい非医師の治療法（電気治療などの療術行為）が混在していた状況においても、重篤で高価な治療においては、医師によるヘゲモニーが成立していたのである。

この状況は、医学史における新しいリスクの概念を示唆している。医学史においてリスクが問題にされる時には、疾病のリスクが主に問題になっていた。所得、居住地、性別、職業、教育などの要因によつて、死亡のリスク、罹患のリスクがどのように違うのかという問題については、膨大な研究の蓄積がある。現代社会における健康の不平等を取り上げる社会疫学も、死亡と罹患のリスクを問題にしている。それに対して、この小論の分析で明らかになったのは、〈受療するというリスク〉である。推測を許してもらえらるならば、高額な医療費がかかったエピソードには、複雑な外科手術などの高度な技術や、

入院によらなければ管理できないようなインテンシブなケアなどが含まれていたのだろう。医療の発達と進歩がもたらしたこれらのライフ・セイビングな医療は、おそらく恩恵であったと同時に、それを受けることが大きな経済的なりリスクになるようなものであった。こういった治療を受けることは、同じ額の医療費であっても低所得世帯と高所得世帯ではその「重み」が異なり、前者にとつてより重くのしかかるものであった。医療の発達と高度化にもなつて登場した、高額な医療を受療することになるかもしれない経済的なりリスクと背中合わせで、一九三八年の東京の人びとは暮らしていたのである。このリスクが、後の医療保険の拡大と医療の構造にどのような影響を与えたかという問題は、これからの分析課題であろう。

註記

- (1) その個人が経済的に自立させるために医療行為を許可することは、近代初期のヨーロッパにおいても珍しいことではない。貧しい老婆に医療や産婆を許可することは広くおこなわれていた。
- (2) そのうち電気療法が一四一七名、高周波電気が二一六名で、両者を合わせて電気療法と考える徒一六三三名と群を抜いて多い。次いで「手技」の五八一名、温灸の四三四名、精神療法の三九二名と続く。田中聡は、奇矯な言動を残した治療者や「ヘンな」健康法を重点的に取り上げているが、面白おかしい治療法や健康法が、このカテゴリーを代表しているわけではない（田中 一九九六）。
- (3) 医薬分業が成立していた西欧諸国とは異なり、日本の医療においては医師が薬を売って収入とすることが一般的であった。医薬分業は長いこと薬剤師たちの悲願であった。
- (4) 当然のことながら、「家賃」が高いほど持ち家の割合は高くなる。「家賃」の大小によってA〃月額二・八〇〜二・五円（八七世帯）、B〃月額一三〇〜二〇〇円（二〇一世帯）、C〃月額二二〇〜三五円（九一世帯）とD〃月額四

〇〜三〇〇円（九一世帯）のように世帯を四つに分けたときに、「家賃」がもっとも低いAにおいては八七世帯のうち持ち家は五世帯しかないが、Bにおいては一〇一世帯のうち二三世帯、Cにおいては九一世帯中三一世帯が持ち家に住んでおり、もっとも高いDにおいては九一世帯中七一世帯が持ち家である。

(5) 「ウサイカク」と表記された売薬の銘柄は多く、どれが用いられたのか明らかではないが、中国医学の伝統であるクロサイの角を原料に含む（あるいは含んだと称する）売薬である。救命丸も、江戸時代の初期に創製されたと伝えられる栃木の宇津救命丸が有名であるが、この時代には数多の類似品が作られていた。いずれも小児薬として長い伝統をもつ薬である。

(6) 麻疹の後に中耳炎を併発したために治療が長期にわたり、医師による治療費だけで五四円払っているケースを除いて計算した。

(7) なお、分類中「虫」とあるのは、「虫に刺された」というときの虫ではなく、「かんの虫」「虫が強い」などの「虫」であり、乳幼児がむずかる状態を指すのに使われた民衆医学の言葉である。

第5章

世紀転換期ドイツにおける病氣治療の多元性

ホメオパシー健康雑誌の記事を中心に

服部 伸

一 近代ドイツにおける死因の変化

(1) 問題の所在

ホメオパシーとは、一八世紀末にドイツの医師ザムエル・ハーネマンによって考案された治療法であるが、患者に現われている症状と類似した症状の原因となる薬物を、酒精や乳糖を使って極限まで希釈して患者に服用させる薬物治療である。彼は希釈を通して薬物もつエネルギーを引き出し、この力によって、病んだ身体に刺激を与えて、身体がもつ自然治癒力を呼び覚ますと主張した。ホメオパシーにおいては、疾病とは、身体がもつエネルギーの不足なのである。ハーネマン生存中から今日にいたるまで多くの医師たちが、治療法の有効性を疑ってきたが、ヨーロッパ、南北アメリカ、インドなどでは根強い信奉者が今日でも存在する。ホメオパシー信奉者の多くは、何らかの意味で、分析的で、機械論的な疾病観にもとづく科学的医学の治療効果に満足しない、あるいはその治療方法に不安をもつ患者であ