

「日本の近代化と健康転換」(学術振興会 科学研究費研究 2007-2009)

Working Paper 001

治療の社会史的考察 — 滝野川健康調査(1938)を中心に

鈴木晃仁(慶應義塾大学)

注記：このワーキングペーパーは、2008年度に法政大学出版局より出版予定の『分別される生命—20世紀社会の医療戦略』(東京：法政大学出版局、2008 予定)の鈴木晃仁による同じタイトルの章の原型です。書籍の刊行後は、引用は書籍から行ってください。

1 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(the vertical approach) と水平的アプローチ (the horizontal approach)の対立と呼ばれているものがある。1960年代の開発途上国の保健衛生政策をめぐる議論の中で二つの手法として明示的に捉えられて以来、現在に至るまで開発医療政策を構想し議論する際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目指すものを言い、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言う。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持ち、後者はより総合的・全体的で社会経済的な志向を持つことが多い。(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あ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絞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 1993、Johnston 1995、青木 2004、飯島 2005)

公衆衛生におけるのと同様に、医学史における「垂直的」「水平的」アプローチに優劣をつけることは簡単なことではない。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ものであると考えるのが最も賢明であろう。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中で機能した病気は、国家による「強制された健康」や福祉政策の側面や、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、過去の人々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・キャストルは、20世紀医学史におけるリスク論の古典的な論文の中で、かつての専門家による臨床的な個人の観察に基づいた医学的な「危険」dangerousnessの問題系から、統計的に計算された多様なファクターの束としての「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。この調査は、これは、1938年の5月から一年にわたって厚生省によって行われた調査であり、当時の東京市滝野川区（現在の北区の一部）の354世帯2215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取ったのかを調べたものである。(小峰 1941、鈴木 2004) 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、最も重要な「傷病記録票」は全ての個人について保存されている。これは、被調査世帯が付けていた日記形式の記録に基づいて、一ヶ月に一度世帯を訪問した調査員が転記したものを清書したものであり、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、詳細に記され、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中で、昭和戦前期の日本の医療をめぐる人々の戦略の一端を明らかにして、リスク論の視点を持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中からの選択のパターンを論ずる。

2 昭和戦前期の医療の多元性と危機

医療の多元性 (medical pluralism) という概念は、もともと医療人類学の中で使われていたものである。複数の医学体系に基づいた治療者たちがある社会の中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、医療の多元性をめぐる研究は、医療人類学からの刺激を受けながら、1980年代以降に確立された。ここには医学史における「英雄史観」とでも呼べるものからの離脱と、社会史的な視点の導入が大きく与っている。1980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採り、草の根の治療者たちと患者に研究の重心を移してきた。折から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持つ医療者と、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、その中で患者たちはどのように行動してきたかというのは、<新しい医学史>の核になるトピックの一つであった。その中で、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。一つは主として初期近代についての一連の研究に見られるもので、医療者たちの中では最も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努力して総じて失敗した過程を明らかにするものである。(Cook 1986, Ramsey 1988, Lindeman 1996, Pelling 2003) もう一つは19世紀以降のいわゆる代替医療の研究であって、医療とは意識的に差異化された治療技術なり人体観・世界観なりを持つ、アイデンティティが明確な治療法の歴史の研究である。ドイツのハーネマンが始めたホメオパシーなどがこの代表であり、特に19世紀には医学的なセクトの黄金時代と呼ばれる時代であって、正統医療に対抗するセクトが百家争鳴の状態がヨーロッパ各国やアメリカで現出した。(Bynum & Porter 1987, 服部 1997)

滝野川健康調査が行われた時点で、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、人々の傷病に対する治療行為を複数のパターンに分類している。それは、1) 医師による治療、2) 調剤による治療、3) 売薬・家庭薬による治療、4) 民間療法、5) 療術行為による治療、6) 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、医師資格を持つもの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。即ち、西洋医学を学んで医師資格を持つ医者によって行われるものだけが正当な「医療」であるという狭い理解からひとまず離れて、医療という現象を「人々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伺える。言葉を換えると、このような視点を必要とするほど、昭和13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見ると、日本の医療の危機とすら呼んでよいものであった。

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から診療してもら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 1965) 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、病気になり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経済的な負担を軽減し、広範な地域と社会階層に行渡らせるための社会的な装置や制度を作り出す一連の政策や運動であり、後の日本の医療福祉の起源となる極めて重要な位置づけがされてきた。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一つを的確に把握している。しかしこの小論が言う昭和戦前期の「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。大きな違いの一つは、正統医療の供給の量と配分が適正でなかったことが川上の「医療の危機」の概念の核心であったのに対し、この小論は非正統医療を含みこんで医療の危機を理解していることである。川上が言うところの「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ったが、そこで提供されているのは医師資格を持つものたちによる医療であった。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った。その中には、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った。川上が理解する医療の危機は、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った。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ヴィジョンの違いを問題にかかわる

ものであった。

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った。特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れ、近代科学に基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「オールタナティブ医療」と呼ばれているものと幾つかの特徴を共有している治療者たちが現れたことである。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、健康と身体の本質を体現する存在でもあった。(瀧澤 1998, 田中 1996) この昭和の療術行為の歴史についてはまとまった研究がなく、全体像を描くことはいまだできないが、幾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行われていた。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が、ある種の専門技能を要する病気の治療に携わることが許可されたものである。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、昭和5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、翌年の岐阜県と速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取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」行為を行うことが、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、大正八年の鹿児島からの問い合わせを皮切りに、昭和二年三月の警視庁からの取締を強硬に要求する問い合わせ、同年十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、これらの問い合わせがあつた医療類似行為は、医師法の違反とは言いがたいと一貫して解答していた。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」という極めて曖昧な基準を採用した。(柿本 1933、池松 1936) 行政と同様に、司法の側も、医療類似行為が全て医師法に反するものとは判断しなかった。1926年に海軍の予備役大佐である八田寅次郎が、肩凝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伺いを立てたところ、裁判所は違反ではないという判断を示した。(読売新聞、1926/5/30)

医師免許を持つ医師たちは当然のごとく、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った。そして、東京府が昭和5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。昭和6年には東京電医学校を経営する清松卓也を中心に、「市内だけで4000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った。(読売新聞、1931/11/02 朝刊7面)。昭和7年の警視庁の調査によれば、届出を行っている療術行為者は、電気療法関連のもの1633名を筆頭に、手技、温熱、光線、精神療法などを含めて3732名である。² (柿本 1933) 同年の東京府医師会の会員数が5860名であって、届出を行っていないもの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15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って指導する」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、1931/03/09 朝刊5面、1935/08/17 朝刊5面)

医師たちが、行政と司法が療術行為に対して取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ことが明らかになる。医師たちが療術行為をただのインチキだといって済ませられなかった理由は、行政と司法の「無理解」だけではなく、療術行為の支持層であり顧客層の問題であった。療術行為は、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ているイデオロギー的な盟友でもあり、医師たちが無知蒙昧であると蔑む階層ではなかった。(柿本 1933) 療術行為の顧客を論じた医師たちの論考の中には、盟友に裏切られたショックがにじみ出ている。

このような状況を鑑みて、当時の正統医療に対する医師たち自身の「反省」とすら言ってよいものが明確な形で伺える。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って、医者と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。正規の医者たちに欠けているのが人間としての患者に応接する態度であるという意識を持っていた。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 1933)

さらに、療術行為と比べた時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、医学研究の経験を持ち医学博士の学位を持った医師が急増した。これらの新たな医学教育の体制で作られた医師たちは、トータルで全人的な病人の理解ができず、患者たちをそのような医師に対して不満を持っている、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論考が現れる。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 1933) 富士川遊(サンズイに遊ぶ)は1934年の『日本医学会誌』に掲載された「医術の史的考察」という論考の中で、ヴォルテールの警句を踏まえて、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。「まことに非医者が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 1980) 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中で述べている「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している。(池松 1936) 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間では、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止められていたことも事実である。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行っていると考えたのは、療術行為者だけではなく、一部の医師たちもそう考えていた。

言葉を換えると、この時代の少なくとも一部の医者たちは、医療の多元化の進展を深刻に受け

止めていたのである。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間の摩擦から生まれていた。

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、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、医師の処方に基づいて調剤を行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。³（篠原 1936）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、これを破って値下げをする業者が問題になっていた。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言われている。1930年の読売新聞は、売薬の価格協定を守った定価販売が行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、1930/??/??）東京で売薬の「価格協定破壊」が本格化したのは、1933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2-8割引きでの「大ダンピング」をはじめ、同区の他の三十三軒の薬店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見せた。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50円の支払いをヤマト薬局に要求したが、それから2ヵ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かわりに、薬店は5割までの値引きを認められることになった。（読売新聞、1933/??/??）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、1936）内務省衛生局の『衛生局年報』によれば売薬の免許方数は大正15年の16万方から昭和15年の40万方へと増加しているにも関わらず、全国の「売薬請負業者」の数を見ると、昭和3年には23万7千人いた営業者が、昭和12年には20万8千人に減少しており、この予想が当たっていることが示唆される。（衛生局年報 1926, 1937）

昭和戦前期の医療の危機の中で、最も直接的に目に見える形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。周知のごとく、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初めてではない。1914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 2 倍から 3 倍に高騰した。この危機に際して、政府と薬業者たちが協力して対応にあたり、国内の医薬品産業を自立へと向かうことになった。(中川 1967)

1937 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、抱水クロラール、ブロムカリなどが品不足状態になっていた。1937 年の 7 月と 38 年の 2 月の医薬品の価格を比較した調査によれば、マラリ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 25 グラムで 1 円 90 銭であったものが半年余りで 2 円 60 銭に高騰し、防疫用の消毒剤である石炭酸は 500 グラムで 88 銭であったものが 1 円 80 銭にまで値上がりした。同調査によれば、78 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 64 種類におよび、そのうち 2 倍以上に騰貴しているものが 12 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 1938 年に新設された厚生省がリーダーシップを取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た。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) などによって代用する方針が立てられた。流通に関しては、1938 年の 7 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。この決定に基づいて 35 点の輸入薬品と 43 点の和漢薬品の値下げが行われた。(小峰 1939)

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。医師たちが特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。昭和 13 年当時において、日本は二億五千万円の医薬品を消費していたが、これらのうち売薬が八千九百万円、売薬類似の家庭薬が五千三百万円を占め、医師が用いるのは一億一千万円で全体の半分以下に過ぎなかった。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っ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うのである。(小峰 1939, 119 ページ)

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っ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、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、欧米諸国に比した時に 5 年から 10 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並んで、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一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の活動は、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然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。「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 1939)

即ち、「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間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、昭和 13 年 4 月から 1 年にわたって行われたのが、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至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。一言で言えば、医療を正統医療とそのデリヴァリーの問題として狭く理解した時の「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。

3 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、昭和13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%で用いられたかを表したものである。(それぞれのパーセントを合計すると100%を超えるのは、一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も多いからである。) 全体の傷病エ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言って最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至るまで、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関っていたという数字は直観的に言って意外に多いというべきであろう。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。現実に用いられていた療術行為が少なかったことは、上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。この問題は後に再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止めたわりには、人々の健康行動に大きな影響を与えてはいなかったと考えるべきであろう。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(71件中35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36件のうち半分の18件は単一の世帯(滝野川43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基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、昭和13年の東京には全く当てはまらない。

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(2世帯)、借家(230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(138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特に記されていない。⁴ <表1>

表1 治療タイプ別傷病件数

治療タイプ	件数	%
医者	1573	32.2
売薬	3068	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	4879	—

風邪に対して、売薬を飲んだ上で医者に行くなど、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。

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に、いくつか気をつけなければならない点がある。一つは「家賃」によって年齢構成が大きく違うこと、もう一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。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、0歳から10歳までの乳幼児と若い子供は、他の年齢階層と較べて高い割合で傷病に

かかりやすい。家賃階層による健康行動の違いを見るためには、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ない。それと関連して気をつけなければならないもう一つの点は、「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」のステータスを持っているものに較べて、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。家賃が最も高い 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 15 歳から 30 歳の家人 189 人が合わせて 290 件のエピソード（うち医師による治療は 121 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 144 人は、92 件のエピソード（うち医師による治療は 35 件）を報告しているにとどまっている。言葉を換えると、「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時に注意を要する点である。〈表 2〉

表 2 家賃階層別・家人傭人別年齢構成

	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+	17		19		22		48		106	0
不明			1						1	
合計	473	2	517	34	485	74	548	209	2342	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

このような点に留意した上で、「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幾つか挙げるができる。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、全てのエピソードのうち 16.0%において民間療法が用いられたが、B においては 10.3%、C は 6.0%、D は 6.4% である。この理由が民間療法の費用が極めて低い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 489 件において、他の項目の費用を排して民間療法に限った費用を計算すると、中央値が 5 銭になる。これは「自分で取ってきた」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 (0.00 円) というエピソードが 129 件も存在することが大きい。この 5 銭という中央値は、医師による治療は言うまでもなく、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 3071 件においては、その中央値は 20 銭であり、費用なしと記されているのは 4 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かったことはほぼ確実である。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。家賃が最も低いバンド A においてすら、民間療法を用いたエピソードは 198 件であり、医者にかかったエピソードの件数 351 件と較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見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見られたことも事実であった。上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エピソードの件数と、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 33% が医師による治療を受けているのに対し、C と D をあわせた世帯においては、この数字は 47% になる。あるいは、1939 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、より明確に「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 の世帯では麻疹に罹った子供 34 人のうち 5 人しか医師に掛かっておらず、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 29 件中 22 件、救命丸が 10 件に用いられ、鳥犀角と救命丸の併用も 5 件ある。⁵一方、家賃のバンドがCとDの世帯においては、25 件中 17 件が医師にかかっている。子供が麻疹にかかったときに、低所得層においては 14.7%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 68%に跳ね上がっている。〈表 3〉

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		
	医師による治療の割合(%)	医師を含む治療の件数	医師を含まない治療の件数	医師による治療の割合(%)	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	33.0	213	439	47.0	185	209
麻疹	15.0	5	29	68.0	17	8

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間違いない。医者にかかることは売薬を飲むことに較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、9 銭から 1 円 20 銭にわたり、平均は約 30 銭である。一方医師による治療は最低の 40 銭から最高は 5 円 60 銭にのぼり、平均は 2 円 50 銭である。⁶ 両者の価格差は非常に大きい。ここには、医療経済学者が言うところの代替現象が起きている。すなわち、低所得者たちはが、より価格が低い売薬で、医者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ほか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 19 個に分類し、傭人を取り除いた上で、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。⁷ 19 の疾病分類のうち 15 項目において、収入が高い層の方が、医師による治療を受けた件数の割合が高い。特に急性伝染病、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取れる。〈表 4

>

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	1917	37.7	776	1282

家賃が低いバンドの方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。

一方で、表 4 において収入が低い世帯の方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、幾つかの重要な意味を持っている。その一つは、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。例えば、「心臓・脳の疾患」のカテゴリーを例に取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 26 号の K 家の M 子の 1 円という数字であるが、これは発病した即日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 14 番の M 家の H 夫の 4.4 円から、中和地区 17 番の M 家の M 夫の 117 円に至るまで、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。特に家賃バンド A+B の妊産婦に見られる 3 件の「人工流産」が、それぞれ 24 円、32 円 70 銭、85 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、高額な医療費が掛かるケースが多い傾向があった。麻疹などを売薬で済ませて代替しても、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取れる。言葉を換えると、当時の低所得者にとって「代替が効かない」傷病が存在し、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であったのである。

傷病に費やした費用を、それぞれの項目ごとに現わすと表 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分かる。エピソード件数としては、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。特に、そのほかの項目に較べて、医者による治療は非常に高価になることがありえる項目で、500 円以上が 3 件（肺結核 2 件と肺炎 1 件）、100 円以上が 17 件あり、そのうち 5 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 9.5 円であるが、この数字はこれら的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 2.2 円である。（表 6）実際、医師による治療の費用の半分以上は 2 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見ると、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持ったオプションであるということになる。 <

表 5、表 6 >

表 5 治療タイプ別費用

	合計(円)	全体に対する割合
医師	12948.37	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	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・其他	92.08	0.4
療術行為・按摩	199.6	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	217.4	0.9
療術行為・接骨	210.8	0.9
療術行為・指圧	36	0.2
療術行為・其他	12	0.1
信仰・祈祷	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	0.0
信仰・其他	3.38	0.0
衛生材料	649.09	2.7
滋養物	1779.98	7.5
転地経費	252.5	1.1

看護料	1136.8	4.8
付帯雑費	3225.31	13.6
その他	412.07	1.7
治療費用合計	23800.58	100.0
人員数	1828	

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+	3
合計	1573

0 円の中には保険診療、救護法による診療券などを含む。

医師による治療の次に大きな割合を占めているのは 288 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は「お礼」の類である。医師や看護婦やお世話をしてくれた人々などに、請求された料金とは別に「お礼」をすることは現在でも行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 23 番の 74 歳の女性は、医師に 20 円支払ったのに加えて「自動車代・お礼」として 40 円を支出している。中里 7 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時に、医師に対する治療費 11.7 円とは別に、「車代・お礼」として 39 円を支出している。中和 4 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 15 円、看護婦に 40 円を正規に支払ったほか、「医師看護婦お礼」として 30 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際のお礼などの費用であった。この項目が 20 円以上の高額に上ったエピソードは 45 件あるが、そのうちの 20 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、20 歳から 39 歳までの女性に特にこの項目の支出が多いのは明らかに出産にともなう「お礼」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。「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分からない。これらの多くは医者の診療に付随する経費であると考えることができる。

7.5%で第三位を占めているのが 222 件の傷病に用いられている「滋養物」の項目である。病気の時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、菓子なども比較的によく使われている。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現わしている。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・家庭薬をあわせたものが全体の 6.2%、療術行為を合計したものが 3.9%、民間療法が 2.5%、調剤が 1.5%、信仰療法にいたっては 0.3%にすぎない。

エピソードの件数から見たときには全体の三分の一ほどにしか関わ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 7 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言ってもよい。そして、上にも触れたように、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中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 1%が全体の支出の 31%を、上位 5%が全体の 59%を占めているという、高額エピソードの集中現象が起きている。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、割合は低いが低所得者たちも含まれている。医師に 100 円以上支払った 17 件のエピソードのうち 4 件、50 円以上のエピソード 50 件のうち 10 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と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言われる「開業医の危機」の実態も明らかになるかもしれない。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、低額の治療費をこなして生計を立てている医師にとっては、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。特に大きな意味を持つのは、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。（表 7）特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 25 件の死に至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 14 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おり、100 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、死に至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間で存在しているが、これは事実から大きく離れている。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中に、昭和 13 年の東京の人々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。〈表 7・表 8〉

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	1801.5	3730.16	440	10
B	2140.54	5001.51	472	16
C	4338.74	7152.94	424	27
D	4667.59	7915.97	492	50
合計	12948.37	23800.58	1828	20

表 8 死亡に至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 A	年齢 A	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	40-49	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	30日朝倒れた
21	D	30-39	103	138.20	坐骨神経痛
22	D	30-39	4	6.80	肺炎
23	D	5-9	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

4 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関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見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、病気になった時にサービスの消費者として振舞っていた患者たちの姿であった。20世紀前半の日本、特に東京において進行した医療の多元化は、医師資格を持つものに脅威を与え、場合によっては彼らの自己反省まで起していた。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基づいて明らかにした結果の中で、二つの点が特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ということである。確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極めて少ない傷病がある＞という事実、即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、死に至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。例えば「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の治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見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（例えば売薬・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ときには、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って、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 (social epidemiology) 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れば、高額な医療費をもたらしたのは、複雑な外科手術などの高度な技術や、入院によらね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・セイヴィングな医療は、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、前者にとっ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伴い、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リスクと背中合わせで、滝野川健康調査を受けた人々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。

引用文献一覧

Castel, R. (1991), "From Dangerousness to Risk", in Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller eds., *The Foucault Effect: Studies in Governmentality with Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault*, Exeter: Wheatons Ltd., 281-298.

Johnston, William (1995). *The Modern Epidemic: a History of Tuberculosis in Japan*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Ramsey, Matthew (1988) *Professional and Popular Medicine in France, 1770-1830*, Cambridge: Cambridge University Press.

Baer, Hans A. (2004), "Medical Pluralism", in Carol R. Ember and Melvin Ember eds., *Encyclopedia of Medical Anthropology*, 2 vols. New York: Kulwer Academic, vol.1, 109-115.

Lock, Margaret (1980), *East Asian Medicine in Urban Japan: Varieties of*

Medical Experiences, Berkeley : University of California Press.

Lindemann, Mary (1996), *Health and Healing in Eighteenth-Century Germany*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Cook, Harold (1986), *The Decline of the Old Medical Regime in Stuart London*, Ithaca: Cornell University Press.

Pelling, Margaret (2003), *Medical Conflicts in Early Modern London*, Oxford: Clarendon Press.

Bynum, W.F. and Roy Porter eds. (1987), *Medical Fringe and Medical Orthodoxy 1750-1850*, London: Croom Helm.

Mills, A. (2005), "Mass Campaign versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches", *Bulletin of the World Health Organization*, 84, no.4, 315-6.

田中 聡(1996) 『健康法と癒しの社会史』 青弓社。

飯島 渉(2005) 『マラリアと帝国 : 植民地医学と東アジアの広域秩序』 東京大学出版会。

藤野 豊(1993) 『日本ファシズムと医療』 岩波書店。

青木 純一(2004) 『結核の社会史 : 国民病対策の組織化と結核患者の実像を追って』 お茶の水書房。

小峯 茂之(1941) 『滝野川区健康調査報告書』 私家出版。

鈴木 晃仁 (2004) 「戦前期東京における病気と身体経験 - 『滝野川健康調査』(昭和13年)を手がかりに」 栗山茂久・北澤一利編『近代日本の身体感覚』 青弓社, 21-51.

服部 伸 (1997) 『ドイツ「素人医師」団 : 人に優しい西洋民間療法 (ホメオパシー)』 講談社。

川上 武 (1965) 『現代日本医療史』 勁草書房。

瀧澤 利行 (1998) 『健康文化論』 大修館書店。

柿本 庄六 (1933) 『療術行為取締問題』 日本医事新聞社。

富士川 游 (1980) 「医術の史的考察」『富士川游著作集』 全十巻 (京都: 思文閣、1980-82) 第二巻『医術と医業』 133-157.

篠原 清一 (1936) 『売薬問題の真剣なる検討』 吟葉社。

池松 重行 (1936) 『療術行為統制論』 医薬法令刊行会。

小峯 茂之 (1939) 『我邦に於ける医療報酬及び医薬品統制』 私家出版。

-
- ¹ その個人が経済的に自立できるような救済を行うことは、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行われていた。
- ² そのうち電気療法が 1417 名、高周波電気が 216 名で、両者を合わせて電気療法と考える徒 1633 名と群を抜いて多い。次いで「手技」の 581 名、温灸の 434 名、精神療法の 392 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、1996)
- 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り、x 年にも日本薬剤師協会はこれを会是として採択した。
- 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 2.8-12.5 円 (87 世帯)、B=月額 13-20 円 (101 世帯)、C=月額 21-35 円 (91 世帯) と D=月額 40-300 円 (91 世帯) のように世帯を四つに分けた時に、「家賃」が最も低い A においては 87 世帯のうち持ち家は 5 世帯しかないが、B においては 101 世帯のうち 23 世帯、C においては 91 世帯中 31 世帯が持ち家に住んでおり、最も高い D においては 91 世帯中 71 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持つ薬である。
- 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 54 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」という時の虫ではなく、「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。