

本論文の目的は、「医療」というサービス商品の供給と需要の歴史的事実を明らかにすることを通じて、既存の日本医療史研究に社会経済史的アプローチを導入することである。またその際に本論文が特に重視しているのは、医療が需要され供給される場である、ローカルな「地域」の歴史的社会経済的な実態に引き付けて実証することである。

こうした問題関心は経済史研究においてどのように位置づけられるのか。近年の日本経済史研究においては、「生産」のみならず「消費」、あるいは「生活」といった領域に問題関心が拡大している。そうした消費・生活の局面を対象とした研究においては、一つには商品の流通・販売形態を解明しようとする研究、いま一つには家計消費の実態を解明しようとする研究の動向があると思われる。

この場合、前者の研究においては流通・販売の対象とされるのはその特性からモノ商品に限られ、医療のようなサービス商品は視野に入っていない。その一方で、後者の研究においてはモノ商品に加えて、借家の場合における居住や観光・旅行、あるいは保健・衛生といったサービス商品を含む消費支出が対象になる。そこでは医療サービスに対する支出が、家計の階層性と社会環境の観点から分析されることになる。

しかしながら、「家計消費における医療関係支出」という分析視角では、開業医や病院あるいは薬局といった医療関連事業者の存在が所与の前提とされることになる。そこでは医療需要側の支出行動は判明するが、医療供給を可能にする条件といった供給側の事情にアプローチすることができない。さらに言えば、医療関連支出が行われていることが家計史料分析の前提となるため、医療支出を可能にする条件の解明という課題にアプローチすることについても、方法的な限界を抱えている。

また、「身体」「衛生」「疾病」などといった切り口による社会経済史のアプローチは、すでに研究領域として確立したとあってよいであろう。そして、その隣接領域に「医療」という領域も位置付けることができる。しかし、医療機関の具体的な供給とそれに対する人々の受療機会の確保といった、サービス商品としての医療の需給という問題関心に基づく研究が進展しているとは言い難い。

本論文ではそうした研究状況を踏まえて、医療供給面では既存の医療史研究の通説を乗り越えつつ、とりわけ高度な医療サービスを供給する病院医療の供給様式を検討するとともに、医療需要面では、受療を可能にする制度的な条件としての公的医療保険の展開過程を明らかにしていく。

またこの際、本論文は「福祉の複合体」史を意識している。これは福祉国家論における多元主義的アプローチとしての「福祉の複合体」論を、歴史理解に応用しようとする高田実が提起した議論である。そこでは「大きな政府」対「小さな政府」、国家対市場という二

項対立的な議論」の克服が意図されており、「大きな政府」の極に国家福祉、「小さな政府」の極に家族福祉を対置した場合、その中間の領域に位置する「地域社会や相互扶助団体などの共同性を表す諸集団の歴史的役割」が重視されることとなる。これを本論文に当てはめてみると、医療供給主体もしくは医療保障主体の一方の極に中央政府を、もう一方の極に開業医あるいは自費診療を対置させた場合、その中間領域における地域社会であるとかそこにおける名望家、有力者のネットワーク、協同組合、あるいは地方自治体などが重視されることになる。

本論文の構成は次の通りである。

第 1 章では、近代日本の民衆にとってそもそも「医療」とはどのように位置づけられるものだったのか、という問題を検討する。そこでは近代日本において医療供給が最も充足していたのが東京市であったこと、さらにはそこでの住民による医療へのアクセスが 1930 年代までには一定程度向上していたことを確認した上で、民衆による「治病」行動にはなお幅広いバリエーションがあったことが明らかにされる。そこでは、人々が医師による医療や病院を求める意味が、「主体的な「治病」行動の選択肢を高度化の方向で拡大しようとする要求」であることが確認される。そのことを前提としつつ、以下の各章では「より高度な医療」としての医師による医療、あるいは病院医療をいかにして地域に供給するか、あるいは供給された医療に対する支払いをいかに可能にしていくのか、という問題が問われることになる。

第 2 章では、そうした高度な医療としての病院医療が開業医によっては供給されることがなかった地域において、誰がどのような仕組みによって病院医療を供給していくのか、その一つの解決類型を島根県鹿足郡地域の事例を通じて明らかにする。この地域では明治中期以降名望家によって病院が設立され、一時は診療所も含めた医療ネットワークが形成されるが、名望家の没落によって次第に縮小することになる。しかしこれと入れ替わる形で 1930 年代になると医療利用組合による病院医療が供給されるようになり、戦後の厚生連病院につながっていく。

第 3 章では、逆に開業医によって設立された病院に注目する。これは長野県飯田地域の事例であるが、開業医が設立した病院が感染症を背景とした地域の医療需要の高まりによって移転拡張をする際に、開業医の医業経営だけではこれを成し得ずに、郡範囲の地域から広く拠出を募って病院医療供給を拡大するというものである。このことは、名目上開業医が設立した病院であっても、実態としては地域社会が深く関与して設立されている病院があり得ることを示している。そしてこの事例は、猪飼にせよ川上らにせよ、近代日本の医療供給の主体を開業医に求める既存研究の根強い議論を突き崩す「蟻の一穴」となるであろう。

第 4 章では、「開業医制」論に見られるように医療供給への行政の関与を単なる国家統制とみなす見解を批判するため、戦時期における露骨な医療統制機関として 1942 年に発足した日本医療団の活動と戦後における解体過程を、中央レベルの政策に加えて新潟県地域の

事例をも併せて検討する。日本医療団は医療統制の名のもと全国の医療施設を統合するとともに一部新設を試みるが、組織としては拡大するものの戦時下の制約によって実態が伴わず、敗戦後の1947年以降解体に向かうことになる。しかし、この解体過程で各々の医療組織が都道府県あるいは市町村に移管されることになり、戦後公的医療機関整備の一環を形成することになる。加えてこの場合の「公的医療機関」は、単純な医療の国家統制の成果ではなく、医療労働者を中心とする運動によって新たに住民のための医療機関として位置付けられる性格を有していたのである。

第5章では、1950年代における地方都市においてもまた、公的医療機関としての市立病院の設立が求められていたことに加え、その呼び水として国民健康保険の導入が中央の「国民皆保険」政策とは異なる文脈で取り込まれていたことを明らかにする。ここでは神奈川県小田原市の事例を検討するが、1950年代の小田原市では市長の主導のもと国民健康保険導入が図られる。しかしその実施のためには、医師会に集う開業医の協力に加え、安定的な保険料徴収のために自治会単位の地域社会の協力を必要とした。もっともこの事例において、開業医たちは国民健康保険の導入に概ね協力的であった。すでに保険診療が浸透しつつある以上これに協力して患者および収入の確保に努めるとともに、条件闘争として税制面での優遇措置を勝ち取ることを、1950年代小田原市の開業医は選んだのである。また、市立病院の設立をめぐる市側と開業医側は対立するものの、市立病院は高度医療、開業医は一般診療と棲み分けることを合意して対立は終息する。患者の受診行動の実態をみると必ずしもそのような棲み分けは実現していないが、市立病院は多くの周辺住民の支持を得ていたことがわかる。この事例は、公的医療機関整備を「医療の国家統制の深化」と捉える理解が、いかに一面的であるかを示すものでもある。

第6章では、前章で扱った戦後地方都市における国民健康保険導入過程を踏まえて、「国民皆保険」成立の障害となっていた大都市における国民健康保険の導入過程とその成立条件について、名古屋市的事例から明らかにする。名古屋市では職域保険が適用される住民が多かったが、それでも約4割（1957年時点）の住民が無保険状態に置かれており、そうした人々は主として零細事業所で働く若年層や自営業者たちであった。この人々を公的医療保険に包摂する国民健康保険の実施については、中央政府の国民皆保険政策＝新国民健康保険法を待つまでもなく、敗戦後1948年頃から市行政では構想されていた。にもかかわらず大都市特有の「実施上の隘路」によってその実施は1961年までずれ込むことになる。これは新国民健康保険法によって市町村に実施が義務づけられたタイミングと一致するため、一見中央政府の政策が貫徹した結果のように見える。しかし、その過程を丁寧に明らかにすることによって、大都市行政独自の粘り強い取り組みが何より重要であったことが明らかになる。

こうした本論文の各章で検討した個別事例は、病院医療供給の全国における配置において、どのように位置づけられるのであろうか。終章では、戦前の到達点である1938年と、戦後医療体制の改革が一段落した1951年の統計を見ることによって、限定的ではあるが本

論文が明らかにした事例の一般化を図ることを試みる。

1938年における道府県別の病院数を、設立主体別（私立、官公立）に上位から並べるとともに、それぞれの道府県において私立と官公立の比率を算出して同じく上位から並べると、次のようなことがわかる。「全国計」3,782病院中、私立は3,174病院（83.9%）、官公立は608病院（16.1%）であり、病院数においては圧倒的に私立病院が優位であることが見て取れる。そうした私立病院の量的な厚みが、従来の医療史把握において医療供給の主体一般を開業医に求める理解の基盤にあったことと思われる。

しかしながらこれを道府県別に見ていった場合には、全国単位で見た場合とは違った側面が明らかになってくる。私立病院の実数が多い道府県は、東京、福岡、大阪、兵庫、愛知、神奈川、京都など大都市を抱える府県や、広大な範囲を含むために実数が多くなる北海道が上位を占めている。こうした大きな人口や広大な地域を抱える道府県は官公立病院数においても上位を占めるが、そうした道府県の中に長野、宮崎、鹿児島などといった各県が入り込んでいることを見逃してはならない。それらの県における官公立病院の構成比は長野県49.5%、宮崎県52.0%、鹿児島県40.6%などとなっており、県によっては私立病院の比率は5～6割ほどに落ち込む場合があることがわかる。また私立病院の構成比が9割を超えるのは7府県にとどまっており、ほとんどの道府県において官公立病院が一定の役割を果たしていたことは明らかである。

そうした側面は、病院患者収容定員数および病院専属医師数の道府県別統計ではより明確に現れる。全国の病院患者収容定員数は私立病院65.0%に対して官公立病院35.0%、同じく全国の病院専属医師数は私立病院58.7%に対して官公立病院41.3%であり、全国値においても官公立病院の大きな役割を確認することができる。さらにそれを道府県別でみた場合、官公立病院の病院患者収容定員数が5割を超えているのは6県、官公立病院の専属医師数が5割を超えているのは10道府県となっており、地域によっては官公立病院の優位すら確認することができるのである。

さらに戦後の状況をみると、各都道府県のなかで「個人立」病院、すなわち従来「開業医モデル」によるものと見なされてきた病院が優位なのは21の県にわたり最多であり、全国平均でもこの設置主体が最も大きな割合を占めている。しかし一方で、「国立・都道府県立・市町村立」の病院が最も優位なのは10の道県に及び、地域によっては「開業医モデル」が優位とはならない場合があることは戦後においても変わらない。

さらに、19の都府県では「法人立」が最も大きな割合を占めているが、このカテゴリーには私的医療機関と公的医療機関が混在している。1950年の医療法改正によって医療法人制度が創設され、この時期「開業医モデル」の病院は法人化を進めつつあった。他方、第2章第3節において「地域社会モデル」の事例として扱った医療利用組合を起源とする病院群は、戦時経済団体統制で農業会に統合されたのち、農業会の解体を受けて厚生農業協同組合連合会（厚生連）へ移行しつつあった。こうした病院群も「法人立」のカテゴリーに含まれており、例えば秋田県では「法人立」19病院のうち9病院が厚生連病院であり、1951

年に公的医療機関指定を受けている。第 4 章で扱った新潟県においても、日本医療団解体後発足した新潟県立病院群とは別に、医療利用組合病院を統合した農業会の解散を受けて新潟県生産農業協同組合連合会が病院群を形成しており、「法人立」24 病院のうち 12 病院が同連合会の病院であった。要するに、「法人立」病院の性格もまた個別に検討していく必要があるということである。そして「個人立」病院についても、第 3 章で扱ったように、統計上は医師が個人で設立した病院として把握される事例においても、地域社会の様々な支援や介入によって病院が設立されている事例があり得る。

したがって、開業医に医療とりわけ病院医療の供給主体を求める既存研究は、それによって説明できる範囲を（場合によっては大幅に）縮小しなければならない。そして、中間団体を含めた医療供給主体の多元的な組み合わせにもとづく理解が求められるのである。

今日の日本社会においては、2000 年代に大きな社会問題となり 2010 年代に入っても基本的には解決していない「医療崩壊」問題であるとか、増大する国民医療費による財政の圧迫など、医療という領域は様々な困難に直面している。他方で、高齢化が進む 21 世紀の日本経済において、医療産業は介護産業などと並んで「成長産業」と目されており、実際に「医療・福祉」産業の就業者数は継続的な伸びをみせている。しかし今日の政府や財界が「医療を成長産業の軸にする」といった場合、想定されているイメージはグローバル企業としての医療機器メーカーや製薬メーカー、あるいは医療保険商品を販売する金融機関の利益拡大に偏っているように思われる。

今後の日本において医療という産業が社会的使命を果たすためには、ローカルな地域における医療需要をローカルな雇用に基づく医療供給が満たすという「地域内経済循環」を、ナショナルな社会保障が包摂して支えるというモデルを追求する必要がある。その際、本論文が検討してきたような地域における医療供給を支える仕組みや、医療供給と医療需要を結びつける公的医療保険を支える仕組みが、それぞれの地域に即して歴史的に解明されていかなければならない。そうした意味で、本論文が追求してきた課題、すなわち地域における医療供給を成り立たせる仕組みとそれを実行する主体の解明、あるいは地域における医療需要を満たす医療費支払いシステム、とりわけ公的医療保険が成立する仕組みの解明といった課題の研究は、今後さらに展開されなければならない。

その際求められることは、何より個別地域の実証事例をより多く積み重ねることである。本論文が扱ったのはごく限られた事例にとどまっており、「開業医モデル」だけでは近現代日本の医療を説明できないことを示したに過ぎない。「開業医モデル」の事例と「地域社会モデル」の事例を統合して包括的に説明する理論を構築するには、まだまだ実証が不足していると言わなければならない。

またその場合、近代において「開業医モデル」そのものが成立する仕組み、すなわち「医療と地域市場」という問題にも取り組まなければならない。個別の医療機関がどのように経営を成り立たせていたのか、あるいはどのようにして経営が成り立たなくなるのか、そうした課題について、近代の経営史料と社会経済状態を示す地域史料に基づいて歴史分析

を行った研究は、管見の限り存在しない。

さらには、公的医療保険が登場する以前の近代において人々の医療受療を成り立たせる仕組みそのものも、実はよく分かっていない。従来の医療史研究が漠然と想定していたのは、資産・所得・負債によって医療費を工面できる者が医療サービスを購入でき、そうでない者はそれを購入できないという単純な市場取引的イメージであった。このことを前提とすれば、上記の「医療と地域市場」という問題へのアプローチは（史料の発掘次第ではあるが）それほど困難ではないかもしれない。しかしながら筆者はすでに、近代日本の医療費支払い様式としては薬価掛け払い方式が根強く残存しており、医療サービスの享受時に費用を工面できるか否かというよりは、掛け払いが成立するために必要な信用を調達できるか否かが医療利用の可否を左右していた、ということを経験的にしつづつある。ということは、「医療と地域市場」という問題を解明するためには、個別の地域社会における信用調達様式をも解明しなければならない、ということである。

加えて、序章および第5～6章でも指摘してきたことだが、日本においては公的医療保険が極めて多くの保険主体のパッチワークによって形成されている。本論文ではそのうち国民健康保険に注目してきたが、雇用者が適用対象となる健康保険についての研究蓄積もまたほとんどない。とりわけ企業が単独で健康保険組合を設立する場合、当該企業の経営や労務管理のあり方と併せて医療費支払いシステムを検討しなければならない。しかし健康保険組合については存廃が激しく、全体像を把握することすら困難であるのが現在の研究状況である。

以上のように、本論文がタイトルに掲げた「医療の社会経済史」という領域には、様々な研究課題が今もって広く深く存在している。本論文はそのごく一部を取り上げたに過ぎない。こうした研究領域を今後より広くより深く切り開いていくため、本論文をその第一歩としたい。