

同時代史学会 News Letter

第 39 号 (2022 年 4 月) ISSN 1347-7587

〈今号の内容〉

- ・ [告知：同時代史学会・第 50 回定例研究会](#)
- ・ [告知：同時代史学会・第 32 回関西研究会](#)
- ・ [告知：『同時代史研究』第 16 号の投稿原稿の募集について](#)
- ・ [研究大会の記録：2021 年度大会 自由論題報告、全体会「医療の同時代史」](#)
- ・ [研究会の記録：第 31 回関西研究会](#)
- ・ [編集後記](#)

【告知】第 50 回定例研究会のお知らせ

■ 同時代史学会・第 50 回定例研究会

院生・若手修士論文報告会（*今回は zoom にて開催致します）

〈報告〉

- ・ 白鎮慶氏（東北大学文学研究科日本史専攻分野博士後期課程）「日中戦争期華北における新
民会の展開と衰退」（開始予定時刻 14 時 00 分）
- ・ 山崎香織氏（東京大学総合文化研究科地域文化研究専攻博士課程）「『人権外交』再考ーカ
ーター政権下の米韓関係」（開始予定時刻 15 時 25 分）

日時：2022 年 7 月 9 日（土）14:00～17:00

お申し込み：

会員・非会員とも Google フォームからのお申し込みになります。以下にアクセスし
てください。

同時代史学会第 50 回研究会申込みフォーム

<https://forms.gle/HGzW4e475JKxMk8DA>

*追ってお申し込みの際にご記入いただいたメールアドレス宛に、zoom の URL とパスワー

ド、レジユメ・資料の URL をお送りします。

参加費：無料（会員外の方にもお声をおかけ下さい）

連絡先：〒402-8555 山梨県都留市田原 3-8-1

都留文科大学文学部 比較文化学科 菊池信輝研究室

E-mail: n-kikuti@tsuru.ac.jp

【告知】第 32 回関西研究会のお知らせ

■ 同時代史学会・第 32 回関西研究会

日時：2022 年 7 月 16 日（土）14 時～17 時

報告：徳山倫子氏（京都大学）

詳細については、同時代史学会ウェブサイト（<http://www.doujidaishi.org/>）および同時代史学会電子メールニュースにてお知らせいたします。

【告知】『同時代史研究』第16号の投稿原稿の募集について

同時代史学会編集委員会

『同時代史研究』第16号（2023年9月刊予定）の投稿原稿を募集いたします。
奮ってご投稿くださいますよう、お願い申し上げます。

投稿規定、審査規定、執筆要領については、同時代史学会のホームページをご覧ください。

http://www.doujidaishi.org/journal/journal_rules.html

スケジュール・投稿手続きは下記のとおりです。

2022年7月31日（日） 投稿原稿のエントリー締め切り

- ・投稿をご希望される方は、電子メールで編集委員会宛に、名前・所属・原稿種別・題名をご連絡ください。

アドレス：journal●doujidaishi.org（「●」を「@」にかえて下さい）

- ・投稿原稿を提出する段階で、題名を若干修正することは認められます。
- ・1週間以内に返信いたしますので、万が一到着しない場合には、必ずお問い合わせください。
- ・会員以外の方は投稿できませんので、ご注意ください。
なお、入会手続きはこちらをご覧ください。

<http://www.doujidaishi.org/about/admission.html>

2022年10月20日（木） 投稿原稿・要旨提出の締め切り

- ・原稿と要旨（800字程度）を、それぞれ3部ずつ提出してください。
- ・送付先は以下の通りです。封筒表紙に「同時代史学会学会誌原稿在中」と朱書きして下さい。当日の消印まで有効です。

〒169-8050 東京都新宿区西早稲田1-6-1 早稲田大学国際教養学部 岡本公一

- ・あわせて締め切りまでに、原稿・要旨のPDFファイルを、編集委員会宛に電子メール添付にてご送付ください。
- ・原則として投稿後3ヶ月以内に審査結果をお伝えします。掲載決定後は掲載決定証明書を発行できますので、ご相談ください。

- ・お送りいただいた原稿・電子ファイルは、厳重に管理し、査読後はこちらで破棄いたします。
- ・エントリー後に投稿を辞退される場合も、ご連絡をお願いします。

2023年1月 審査結果通知（予定）

2023年9月 刊行（予定）

投稿について、ご不明の点やご相談などがありましたら、電子メールで編集委員会（下記アドレス）へ問い合わせください。

同時代史学会編集委員会 journal●doujidaishi.org
（「●」を「@」にかえて下さい）

【研究大会の記録】

2021 年度大会 自由論題報告、全体会「医療の同時代史」

日時 2021 年 12 月 11 日（土）10:30～18:00

場所 Zoom によるオンライン開催

〈自由論題報告〉10:30～11:35

[牧野良成（大阪大学大学院文学研究科博士後期課程）](#)

[「日本労働組合総評議会大阪地方評議会における〈地区共闘組織〉の通時的検討」](#)

〈総会〉12:30～13:30

〈全体会〉14:00～18:00

研究報告

[佐藤沙織（尾道市立大学）「戦後日本における医療の福祉的機能」](#)

[高岡裕之（関西学院大学）「1960～70 年代の「国民医療」と「医療の社会化」](#)

コメント

[廣川和花（専修大学）](#)

[中北浩爾（一橋大学）](#)

〈自由論題報告要旨〉

日本労働組合総評議会大阪地方評議会における〈地区共闘組織〉の通時的検討
—地区編成をめぐるローカルな運動空間の軌み—

牧野良成（大阪大学大学院文学研究科博士後期課程）

【1. 問題設定】

日本労働組合総評議会（総評）は、1950 年に産業別組織の連合体として出発してから 89 年の解散に至るまで、左派労働運動の全国中央組織として戦後の革新勢力を牽引してきた。こうした総評の運動を各地で支えたのが、総評加盟の単産支部・単位組合が中心となって所在地の都道府県下の小地区（おおむね市区郡）単位で構成した労組の連絡協議体（以下〈地区共闘組織〉と記す）であり、これら〈地区共闘組織〉は全国的には「地区労」という通称で知られている。

「地区労」が、選挙運動はもちろん反公害・反戦・反原発など、日本各地で展開された革新的な諸運動の動員に介在していた事実は、綱領・方針といった同時代の各種文書上の位置づ

けにも明らかであるばかりでなく、すでに数多の研究が指摘するところでもある。しかしその反面、当時の実態調査や『総評四十年史』（第一書林、1993年）における全国レベルの概説、総評本部によるその位置づけの変遷の検討（赤堀正成『戦後民主主義と労働運動』御茶の水書房、2014年）を除けば、「地区労」そのものに関心が向けられる例は稀である。以上のような研究状況は、一口に「地区労」と言ってもその出自も実態も各地で一様でないがゆえの、独特の捉えがたさと無縁ではない。

わけても大阪の場合、戦前には労働組合・無産政党運動の中心地だったという運動史的文脈に由来する、全国的にみても特異な状況への留意が求められる。総評の地方下部組織として結成された総評大阪地方評議会（大阪地評。1951年2月～89年10月）は、府下の総評加盟労組のみで構成される〈地区共闘組織〉として、1950年代なかば以降「地区協議会」・「地区評議会」を整備した。ただし大阪では、戦前の日本労働総同盟の系譜を汲む右派勢力が全国的にみても強力な組織を擁しており、60年代以降の「地区同盟」など、右派系の〈地区共闘組織〉も併存していた。さらにこれらとは全くの別組織として、府下の衛星都市には、中立・無所属労組も参加する〈地区共闘組織〉があり、これが大阪では「地区労」と通称されてきた。このように、大阪の「地区労」や、動員構造に「地区労」を含む諸運動を検討しようとするとき、全国的通例で理解されるところの「地区労」を念頭に置いたままでは、少なからぬ混乱が生じかねない。そこで本報告では、大阪地評の〈地区共闘組織〉の通時的検討を通じて、戦後大阪の社会運動を支えた「地区」という単位の編成において、そして個別の「地区」において働いた、諸勢力間の力学の理解に資するような、基礎的な事実の解明を期した。

【2. 大阪地評関連資料の検討】

大阪地評の地区対策に関しては、結成時から組織部長を務めた中江平次郎（1919～99年。1974～84年には地評議長）が、私家版の論考・回想録（『戦後大阪の労働運動』1984年、および『回想の戦後運動と生活』1997年）や大阪社会運動協会編『大阪社会労働運動史』第3～5巻（有斐閣、第3巻1987年・第4巻91年・第5巻94年）の執筆担当項目に、みずからまとまった叙述を残している。ただし中江による叙述は1960年代なかばで途絶しており、大阪地評の〈地区共闘組織〉の推移を通覧する試みは未だない。そこで報告者は、現在は大阪産業労働資料館エル・ライブラリー所蔵の「中江資料」を中心に、大阪地評関連資料の検討にあたった。具体的には、地評の年次定期大会にあたって作成された各年度『一般経過報告書』における、組織対策担当部局（組織部・組織局）の活動報告を確認し、各年度の常任幹事会・幹事会の『議事要録』もあわせて参照しつつ、関連資料の特定を進めた。

【3. 大阪地評における〈地区共闘組織〉の40年】

以上の作業を経て本報告は、40年にわたる大阪地評の〈地区共闘組織〉の推移を、以下の6期に区分した。まず、大阪地評結成に先立つ〈① 前史〉の時期である(1945年8月~50年)。この時期には、戦前来の諸派の統一を目指した総同盟系の「地区協議会」をはじめ、共産党に近い産別会議系や、所属不問の〈地区共闘組織〉が並存していた。

大阪地評は、1951年2月の結成からすぐさま、〈地区共闘組織〉設置を目指す〈② 模索期〉に入った(~54年8月)。官公労の政治闘争偏重・経済闘争軽視の傾向への疑義を理由として、結成まもなく大阪地評を脱退した総同盟右派の動向を念頭に、大阪地評は、中小企業の組織化対策のため、総評系組織のみで〈地区共闘組織〉を編成して組織体制を整備する必要に迫られたのである。大阪地評は、総評に加盟する諸単産の地区組織は「地区協議会」(地協)を構成することができる旨を、結成時の規約や活動方針書に明記し、各単産の地区組織に地評の決定を実践させ、連携させることを目的とした。この時期には、東淀川や大正などの一部の小地区で、先行して地協が結成された。

大阪地評の〈地区共闘組織〉の骨格が完成する〈③ 確立期〉と言えるのが、1954年8月から62年9月までである。54年8月の第4回地評定期大会で、地協組織の確立が盛り込まれた年度運動方針案が決定され、府下全域を10の中地区——南大阪[大阪市内湾岸地域南部]・西大阪[大阪市内湾岸地域北部]・北大阪[大阪市内淀川流域と豊能地域]・北摂[三島地域]・城北[北河内地域と大阪市内北東部]・東大阪[中河内地域と大阪市内東部]・東南[南河内地域と大阪市内南東部]・中央[大阪市東区・南区]・堺[堺市]・阪南[堺市を除く泉州地域]——に分けて地協を編成し、総評加盟単産の地区組織は原則地協を構成するものとする方針が固まった。10地協の設置は1957年2月までに完了し、勤評闘争や60年安保闘争などの動員構造として機能した。1960年9月の第11回地評定期大会では、従来の10地協を「地区評議会」(地区評)へと再編・強化し、地区評の下に置かれた小地区共闘の単位が新たに「地協」として機能化されることになった。

10地区評体制が確立した1962年9月以降、大阪地評の地区対策は〈④ 強化期〉とでも呼ぶべき時期に入る(~74年9月)。60年代前半には、右派社会党系による民社党結党、民社党の支持母体となる同盟(全日本労働総同盟)の結成、共産党指導下労組の独自路線化など、総評にとっての逆境が相次いだ。総評本部はこうした状況を背景に、1964年7月の第26回定期大会で決定した「組織方針第二次草案」において、「未組織労働者の組織化」を「日本労働者階級の戦略的方針」と位置づけ、その具体化を産業別統一闘争のみならず「地区労」に求める考えを打ち出した。総評本部はこの方針を前提に、1964年5月の「全国地区労研究集会」以来3回にわたって研究討論集会を催し、各地における〈地区共闘組織〉の活動の実情の交換を図った(第2回は66年1・2月、第3回は67年5月)。1964年度から66年度まで大阪地評に置かれた諮問機関「組織対策特別委員会」では、このような全国的動向をも参考にしつつ議論が進められ、地区評管轄区域の再編や、総評加盟外の労組の参

加もみとめて地区評・地協を「地区労化」する案もあがったものの、役員・専門部・地域センターの設置など、機関としての強化が優先された。

地区評再編がふたたび議題にあがり始めたのは、1973年秋の第一次石油危機を経て高度経済成長が終わりを迎え、国民春闘の構図が形骸化するに至った1970年代なかばである。この〈⑤ 再編期〉(1974年9月～80年9月)における議論が本格化するのには、1975年9月の第28回地評定期大会における提起以降で、1979年度の組織強化特別委員会の答申を受け、従来の10地区評を衆議院中選挙区に対応した7地区評へと再編し(南大阪・中央・北摂・北河内・東部大阪・東南・泉州)、各地区評の議長を新たに地評の常任幹事化することが決まった(ただし、泉州地区評の再編は1987年6月まで停滞)。

これ以降、〈⑥ 総評解体・移行期〉(1980年9月～89年10月)では地協・地区評の体制に大きな変更は加えられなかったが、総評本部が1979年から88年まで毎年開催した「地域労働運動を強めるための全国集会」が、総評解散後の地域労働運動のあり方を検討・展望する場となった。たとえば大阪市内の地区評には、今日では「ユニオン」として知られる個人加盟型の一般労組を結成する地協も現われ、総評解散後も活動を継続してゆくこととなった。

【4. 課題と補足】

本報告は大阪地評の組織対策の推移の把握に力点を置いたため、各地区評・地協レベルの具体的な活動状況や、地区共闘をめぐる諸単産間の温度差については、ほとんど言及できなかった。また、史料面での限界としては、大会・幹事会・常任幹事会といった地評の組織系統内でも上位の機関における報告・議案になって以降の段階を扱うに留まっており、総評本部・各産別・地区評・地協代表者などとの間で行なわれた議論の記録が未発見・未特定である点を挙げなくてはならない。これらの点については関係者への聞き取りも視野に入れ、機会を改めて論じたい。

最後に、大会当日の質疑応答の際にも論点となった、同時代大阪の政治史的な背景に関して補足しておきたい。大会後に公刊された論考となるが、本報告では十分な目配りがかなわなかったこの政治史的な視座について、戦前の運動からの経験的・人的連続性を踏まえつつ、革新大阪府政・大阪市政の成立過程に即して戦後大阪の政党・労組など革新諸勢力の動向を検証した、黒川伊織氏の論考「戦後大阪の革新勢力：一九六〇年代を中心に」(『年報・日本現代史』第26号、現代史料出版、2021年12月)から、報告者は重大な示唆を受けた。上掲の時期区分のなかでも〈③ 確立期〉〈④ 強化期〉について、諸勢力の関係に介在していた運動路線やイデオロギーをめぐる対立構図を読み取る観点を取り入れたうえで再検討することを、今後の課題としたい。

1. Covid-19 禍の病床逼迫に関する問い

Covid-19 禍の日本で起きたのは、病床数世界一にもかかわらず患者を受け入れる病床が不足する「病床逼迫」という事態であった。実際、第5波の緊急事態下で即応病床として稼働したのは日本の病床全体の2%程度であった。病床全体には一般の急性期から精神、結核、リハビリ、慢性期まで複数の機能が含まれている。それを一般病床だけに限定しても全体の4%しか患者受け入れをすることはしなかった。なぜ日本では病床数世界一にもかかわらず、病床が逼迫するのか。一部の論者はすでにその問いについて以下の答えを提示している。

- ①日本の病院の7割前後が医療法人などによる「民営」である。（森田 p.38）、
- ②それらの民間病院は200床未満の中小規模で乱立しており、限られた医師・看護師・医療機器が分散しているため受け入れ能力がない。（野口 p.32、渡部・アキ p.137-138）
- ③それらの民間病院は、経営を意識して空床があるならそれを“有効活用”して、在院日数の長い長期入院も受け入れ、平時から空床がないように経営されている。それゆえ、そもそも Covid-19 患者を受け入れられるような空き病床がない。（渡辺・アキ p.81）

以上の理由から日本では多くの病院が Covid-19 患者受け入れに対応できなかったという。

だが、そもそもなぜ日本では、中小規模の病院が乱立し、過剰な病院数・病床数に対して医師や看護師が分散する低密度医療が提供されることになったのか（=問い(1)）。そして、なぜそれらの病院は、治療に特化する医療施設としてではなく、空き病床を利用した長期入院施設として、いわば社会福祉施設のように利用されることになったのか（=問い(2)）。

問い(1)については、近年、公的病院のほうから低密度医療を解消するための再編統合の動きが加速している。民間病院については手つかずの状態である。今後の日本社会で限りある医療資源を効率的に活用するには、現在の医療供給体制の将来的な再編統合は避けられない。ドラスティックな改変は多くの人々に大きな痛みを伴うものになるため、問い(1)を検討することで、現在の医療供給体制において歴史的に動かしがたい部分と、今後のために議論が必要な部分を考察する作業が必要である。

問い(2)については、2000年の介護保険制度、2013年の障害者総合支援法などによって、

病院外で療養できる施設やサービスが量的拡大している。2000年以降の新制度創設による長期入院需要の解消は今後さらに期待できるにしても、病床逼迫の現状をより根本的に説明し、医療者が治療に専念しやすい環境を整えるために、2000年以前までの段階で「なぜ日本の病院は長期入院施設として空床なく利用されることになったのか」、換言すれば「なぜ日本の医療は福祉的機能を担うことになったのか」という問い(2)を検討する必要がある。

2. 方法

問い(1)(2)を検討する方法として、本報告では戦後日本ではどのような社会保障政策が講じられ、それを受けて医師たちはどのように病院を開設・経営してきたのかについて、史料とインタビュー調査をもとに具体化した。本報告が歴史的アプローチを採用したのは、現在の民間病院を中心とする医療供給体制は、終戦後に講じられた社会保障政策と、それを受けて判断した医師たちの行動の帰結であると考えられたためである。

用いた史料は、政府が発刊している『医制百年史』『医療金融公庫二十年年史』、国会会議録、『医療施設調査・病院報告』『患者調査』『病院要覧』『厚生指針 保険と年金の動向』『週刊社会保障』『税務統計から見た法人企業の実態』『社会医療診療行為別調査』、業界誌である『病院』『日本医師会雑誌』『日本病院会雑誌』『週刊社会保障』『日経メディカル』、業界団体や病院から収集した『医療法人三十年の歩み』、医師らの手記、医療法人病院の発刊する記念史などである。

医師たちの病院経営の実態については、医療法人の利益団体である医療法人協会の関係者2名、医療法人の理事長である医師5名、民間病院向けの税務を長年担当してきた公認会計士1名と税理士2名にインタビュー調査を実施した。

対象期間は、終戦後に医療供給体制の整備方針について議論が始まる時期から、長期入院の是正に向けて具体的な制度改正が始まる1980年代までである。以下では、終戦から1960年代、1970年代、1980年代に分けて、それぞれの年代の社会保障政策と病院経営の概要を整理する。

3. 終戦から1960年代までの社会保障政策と病院経営

終戦当初の日本では、公的医療機関を中心とした医療供給体制の整備が構想されていた。しかし、緊縮財政や補助金の活用が進まなかったこと、公的病院への病床規制によって、公的医療機関の整備は進展しなかった。

一方、終戦処理に伴う徴税攻勢に喘いだ開業医の救済策として医療法人制度が創設され、開業医のオーナーシップを担保しながら、利益を内部留保として蓄積し、医業を継続できる道が拓かれた。これを皮切りに、1人医師の診療所や個人病院の租税負担を軽減する医師優遇税制、医療施設の開設と設備投資を促す医療金融公庫が創設された。

こうして1960年代までに、個々の開業医が病院を開設し、利益に応じて規模を拡大させやすい条件が、以上の制度創設によって整えられた。1967年には医療法人が供給する一般病床数が市町村のそれを上回ることになる。

4. 1970年代の社会保障政策と病院経営

1970年代は医業経営全般にとって黄金時代であったが、診療所よりも利益が上げにくい病院では、技術料が評価されない点を考慮した経営判断が求められた可能性がある。

老人福祉法改正によって老人医療費無料化が実施され、老人福祉施設やその他サービスなどの福祉ニーズに対応する本来の給付より、医療給付費のほうが拡大することになった。老人福祉法全体の給付は、予算制約の厳しい公費から支出されるため、医療給付費の増大は、限られた予算のなかで医療以外の給付費の拡大可能性を制約した可能性がある。

老人福祉の医療給付費以外の給付（＝老人福祉施設やその他サービス）で対応できない福祉ニーズの受け皿になったのは、他にもない民間病院であった。民間病院は、プラス改定の続く診療報酬によって利益を上げ、内部留保を蓄積し、患者需要に応じた増床など、設備投資がしやすい状態であった。民間病院のなかには、意図せず高まった高齢者たちの入院需要に渋々対応しているものもあったが、診療報酬点数において入院は高い価格設定となっていたため、経営的にデメリットにはならなかったと考えられる。

こうして老人福祉法から医療給付費を中心とした給付が増大し、病院が長期入院を受け入れるというかたちで、医療が福祉的機能を担うことになった。

5. 1980年代の社会保障政策と病院経営

1980年代には、老人医療費無料化による医療費高騰を受けて、病院での長期入院を是正する政策が講じられた。まず1983年からの老人保健法の施行により高齢者の医療費について自己負担が導入され、老人医療費無料化には歯止めがかけられた。同法改正によって1986年には退院後の中間施設である老人保健施設が制度化された。

診療報酬改定では、「在宅医療の促進と入院期間の適正化」が繰り返し強調され、入院時医学管理料の逡減制の価格改定により、長期入院によって減収する仕組みが強化された。

1985年には第1次医療法改正がなされ、都道府県ごとに地域医療計画が策定されることになった。これにより必要病床数を超える地域では、都道府県審議会の意見を聴いて、病院の新規開設、増床、病床種別の変更に関して、都道府県知事が勧告できるようになった。しかし、地域医療計画による病床規制は、法的拘束力を持たない「勧告」にとどまった。

長期入院の受け入れによって経営できた時代は終わり、「病院倒産時代」、「病院冬の時代」に突入したといわれている。しかし、老人保健法の施行や診療報酬の改定だけでは、患者の長期入院需要は解消されなかった。『医療施設調査』から1982年以降の開設主体別の平均

在院日数を確認すると、1980年代以降の民間病院では、むしろ平均在院日数が長期化していった。

6. 結論

本報告では、問い(1)「なぜ中小病院が乱立し、低密度医療が提供されることになったのか」という問いと、問い(2)「病院を長期入院施設として利用する傾向はなぜ生じてきたのか」、すなわち「なぜ日本の医療は福祉的機能を担うことになったのか」という二つの問いを検討するため、終戦後から1980年代までの日本で、どのような社会保障政策が講じられ、それを受けて医師たちはどのように病院を開設・経営してきたのかを、史料とインタビュー調査をもとに具体化してきた。

ここから明らかになったのは、1960年代までの段階で、荒廃した社会において、病院建設が進まない当時の状況を打開するため、開業医のオーナーシップを保ちながら、利益を上げて、増床しやすくする制度（＝医療法人制度、医師優遇税制、医療金融公庫）が整備されたことである。これによって中小病院が乱立し、病床数の量的拡大によって、（適正な価格設定で誘導できなければ）低密度医療が提供されうる経路が形成されたと考えられる。

加えて明らかになったのは、1970年代には、老人福祉法から、老人福祉施設やその他サービスのための給付費よりも、大きな割合の医療給付費が支出されていたことである。抑制された老人福祉給付によって対応されなかった人々の福祉ニーズの受け皿となったのが、量的拡大条件がそろっていた民間病院であった。民間病院は、技術料を評価せず、入院などが評価される当時の診療報酬点数の歪みを巧みに利用して、長期入院需要のある患者を受け入れ慢性期病院化していった。こうして戦後日本では医療が福祉的機能を担うことになった。

1980年代以降、民間病院による長期入院の受け入れ傾向を是正するため、法制度改革が繰り返されてきた。冒頭で述べたように2000年以降には、介護保険制度や障害者総合支援法などによって病院外の施設やサービスを増やすための改革も進んでいる。しかし、医療に福祉的な機能を担わせる日本的な傾向は、終戦後、長い時間をかけて構築されたものであるため、未だ解消されていない。こうした戦後史の延長上に、現在の病床逼迫—「空床がない」とか「病院数・病床数が多すぎて専門医や看護師が足りない」という現在の問題が発生していると考えられる。

以上を踏まえて、今後、病床逼迫の現状を打開するには、①自由な開業と経営が認められてきた開業医のオーナーシップをどうするか、②福祉給付全般を抑制し、結果として医療が福祉ニーズの受け皿となってきた状況をどうするか、③技術料や医療の質を評価できず、未だに長期入院を解消できない診療報酬制度をどうするかなどについて、さらなる社会的な議論が必要であると考えられる。

〔引用文献〕

- 野口晴子(2021)「コロナ禍での医療供給体制に対する一考察」『週刊社会保障』No.3137
森田洋之(2021)『日本の医療の不都合な真実 コロナ禍で見た「世界最高レベルの医療」の裏側』幻冬舎
渡辺さちこ・アキよしかわ(2021)『医療崩壊の真実』MdN

1960～70年代の「国民医療」と「医療の社会化」

高岡裕之（関西学院大学）

2020年以來、現在も続いているコロナ禍は、現代日本のさまざまな問題をあぶり出した
が、その一つに医療制度のあり方がある。日本の医療制度の特質は、「日本型医療システム」
論によく示されている。「日本型医療システム」論とは、1990年代、日本の医療システムの
独自性・効率性を強調する文脈で提唱されるようになった議論であり、その嚆矢となった小
坂富美子「戦争と厚生」（『岩波講座日本通史 近代4』岩波書店、1995年）は、「日本の医
療システム」の特徴を「医療供給の根幹は私的医療機関（個人・法人等）に依存する公私混
合体制で、医療費は、国民皆保険を前提に、支払いシステムを国家の統制下におく」こと
に求めた。このような「日本型医療システム」論は、戦時時期に大きな画期を認めるもので
あり、その意味で1990年代に大きな広がりを持った「戦時動員体制」論の一環をなすもの
もあった。

他方、報告者は、大正期から顕在化する「医療の社会化」の動きに着目することを通じて、
「日本型医療システム」とは異なる筋道の可能性を検証してきたが、その一方、こうした動
向は、国民皆保険体制の成立とその背景となった高度経済成長により終焉するものとして
見ていた。だが近年の研究は、国民皆保険体制の成立が医療をめぐる対立を解消したもの
では決してなく、1970年代に医療制度のあり方があらためて政治的イシューとして浮上
した事実
に光を当てている。そこで本報告では、1970年代に医療制度のあり方が政治の場に浮上
するに至るプロセスを、国民皆保険体制成立後における日本医師会と日本社会党の動向
を中心に検証してみた。分量の関係上、以下の要旨では、報告の要点のみを抄録する。

（1）国民皆保険体制と日本医師会

国民皆保険体制の成立には長い前史があるが、その制度的枠組みは、1958年に成立した
新「国民健康保険法」によって定められた。同法により、国民健康保険制度の実施は市町村
（および特別区）の義務とされ、その実施期限は1961年4月1日と定められた。

国民皆保険体制への移行は、その一方で医療の供給体制をめぐる議論を再燃させるもので

あった。たとえば厚生省の医療保障委員がまとめた「最終報告」（1959年）は、国内外を通じて「医療の社会化が一つの客観的な趨勢」であるとして、「今後公的な資本による病院の医療体系に占める比重は次第に増大する」という見通しを示し、その効率的運営のために「特殊法人による病院公社を設立して公的医療機関の運営をこれに委ねること」を提言していた。

このような動向に対し、強硬な対決姿勢をとったのが日本医師会会長の武見太郎（在任1957～1982年）であった。武見は、国民皆保険への協力姿勢を示す一方、それを機とする公営医療の拡大を警戒し、彼がそうした動向の震源地とみなした厚生省と闘争する必要を強調した。武見によれば、戦時期に医療の国家統制を推進した「国家社会主義思想」は戦後の厚生官僚にも継承されており、その現れである医療保障委員「最終報告」は「国家社会主義の理念に立つもので、ソ連、チリーの如き全体主義、共産体制の医療制度を最終目標とする如き、全く自由主義国家群のそれと対立的な方向を打出している」とされた（武見「日本医師会は何故厚生省と闘わねばならないか」『日本医師会雑誌』1959年9月）。

1960年代の日本医師会では、このような「全体主義」との闘争が大きな課題とされた。その典型が1964年、武見の指導の下に日本医師連盟（日本医師会の「医政」活動を担う組織）がまとめた「政治活動の基本理念」であり、そこでは、「資本主義体制はロストウの理論によるまでもなく、それぞれの段階を経て、産業社会を形成し、経済成長が進み、成熟しながら、福祉国家へと変質してきている」ので、マルクス主義はもはや時代遅れであることが強調されている（『日本医師会雑誌』1964年7月）。日本医師会の理論的支柱は、「近代化論」と「福祉国家」イデオロギーであった。武見は医師の自由な活動こそが、「福祉国家」における医療の基盤であるとし、医師会（開業医）中心の医療システムの構築を理念とした。

厚生省を敵視する武見医師会は、自民党との直接交渉によって、その要求を実現しようとした。その最初の成果が医療金融公庫の創設（1960年）であったが、1961年には保険医総辞退を武器として自民党三役との間に「四項目合意」を勝ちとった。そこには「医療保険制度の抜本改正」という項目が含まれていた。武見は国民皆保険体制の制度設計に大きな問題があるとし、複雑な医療保険制度を国民健康保険を中心に整理・統合すべきと主張していた。こうした日本医師会の動きは、やがて自民党の医療政策に影響を与えることになる。

（2）「革新」運動の動向

国民皆保険体制が成立した1961年は、「革新」運動の側からの「社会保障」論が最初の盛りあがりを見せた時期でもある。だがその論理は、戦前からの「医療の社会化」論の継承ではなく、「社会主義」イデオロギーに基づく理念的なものであった。当時の「革新」運動側の「社会保障」論に最も大きな影響を与えたのは、第五回世界労働組合大会（1961年）で採択された「社会保障憲章」である。そこでは「社会主義諸国に存在し、たえず改善されつつある包括的な社会保障制度は……社会保障の分野における社会主義体制の優位を雄弁に

立証している」とされ、医療についても「すべての働く人びととその家族の成員にたいして、全額無料の医療が保障されなければならない」とされた。このような「社会保障」論は、端的に言えば、真の社会保障は「社会主義」体制の下で初めて実現されるというものであった。

その一方、当時の「革新」運動は、自民党政権＝池田勇人内閣が進める高度経済成長政策を、「日米安保体制下の軍国主義復活と軍事力生産力の拡大」を「至上目標」とするものと捉えた上で、政府が推進する「福祉国家」政策は、こうした「至上目標」実現のために「社会保障という名で国民のフトコロをしぼりあげて行く」欺瞞的なものに過ぎないと批判した（総評・中立・春闘共闘委員会／社会保障推進協議会編『社会保障のてびき』1962年）。

1960年代の「革新」運動が、「社会保障闘争」に取り組んだことも事実であるが、そこにはさまざまな限界があった。闘争の中心たるべき労働運動は、「民間の場合は企業の中にとじこもり、その枠内の福祉に目が向いている……また官公労の場合は共済に逃避して、年金や医療問題に無関心」（太田薫「いまこそ社会保障闘争を発展させよう」『月刊総評』1965年4月）という状況を克服できなかった。また「革新」側の「社会保障」論も理念的・抽象的な次元にとどまり、社会保障研究者からは「極めて現実性に乏しく、したがって説得力に欠けたもの」（小川喜一「医療保険の行方」『ジュリスト』1969年10月1日）と批判されていた。

（3）医療問題をめぐる状況の変化

ところが医療問題をめぐる状況は、1960年代末に至り急転する。そのきっかけとなったのは、政府管掌健康保険の赤字を引き金とする診療報酬引き上げ問題であり、この問題をめぐる与野党の紛糾は、1967年に当時の佐藤栄作首相が「医療保険制度の抜本改正」を明言するという状況を生んだ。1969年に公表された自民党の「国民医療対策大綱」は、このような文脈から作成されたものである。

「国民医療対策大綱」は、「国民の生命と健康を守る根本には、先づ国民の一人一人が自分の健康は自分で守るという自己責任原理と、家族、近隣の者達、職場を同じくする者達がお互いに注意し合い、相い助け合う相互扶助の自覚がなければならない」という立場から「社会保険方式を今後も健康保険の方式の中核として堅持する」ことを謳う一方、①被用者健康保険の被保険者家族の国民健康保険（「国民保険制度」）への移管、②70歳以上を対象とする「老齢保険制度」の新設という方針を示したが、これらは日本医師会の提言をベースとしたものであった。

こうした政府・自民党側の「医療保険制度の抜本改正」への動きは、「革新」陣営の側に対抗構想を浮上させることとなり、1972年には社会党作成の「医療保障基本法案」が、民社・公明を含めた三党により提出される。1970年決定の「医療社会化への道」（大会決定「人間優先の社会経済改革」の各論）以来、党内で議論が重ねられ作成された「医療保障基本法案」

は、「将来の社会主義医療のビジョン」ではなく、「日本の現実に即応した医療保障の条件を一步一步かちとって行く」ためのものとされ、その基本には「日本憲法第二十五条の精神」が据えられた。そしてそこでは、①医療が「高度の公共性」を有するものであること、②「健康の保持増進及び疾病の予防に重点が置かれる」べきこと、③「主として公共医療機関の新設又は整備拡充」によって医療機関の体系的整備がなされねばならないことなどが謳われていた。

このような「医療保障基本法案」には、社会党における、かつての「医療の社会化」運動の「再発見」という文脈と同時に、従来「福祉国家」を象徴する存在である故に批判の対象とされていたイギリスのナショナル・ヘルス・サービス（NHS）的な方向へと踏み出すという、「社会主義」政党としての転換があった。それはまた、「自己責任原理」を堅持する自民党型「社会保障」と対決する、憲法第25条を根拠とする「権利としての社会保障」をめざす具体的構想の登場でもあった。

以上のように1970年代初頭には、「日本型医療システム」とは異なる方向を目指す、戦後版「医療の社会化」とも呼べる構想が「革新」運動の中から登場していた。日本の現代医療史は、こうした戦後版「医療の社会化」を一方の軸としてあらためて検討される必要があるし、1973年の「福祉元年」の歴史的位置も、このような動向をも踏まえて再検討される必要があろう。

〈全体会コメント〉

高岡報告・佐藤報告へのコメント

廣川和花（専修大学）

本コメントでは、近代日本の公的な「医療扶助（施療）」と「社会保障（救済）」の交錯、それと「医療の社会化」論の絡まりを概観することで、両報告の歴史的前提を確認し、そこから両報告について考えたことを述べる。

（1）近代日本における医療扶助と社会保障

近代日本における「医療扶助」と「社会保障」の諸政策の形成は、近世身分制の解体にもなって、その内部で機能していた多面的な救済が再編される過程でもある。貧困と疾病はしばしば分かちがたく結びついた問題であったことから、救済と施療の政策もまた密接に関連していた。「施療」は、もとより制限的な「救済」政策（恤救規則は幼弱・老衰・廢疾・疾病を対象とする）に包摂される関係にあった。

恤救規則の下での「救済」体制が固定化される中、明治期を通じて「福祉」を支えた条件は

公的救済制度ではなく残存する共同体的秩序（伝統社会の救済機能）であった。これを大きく変容させたのが第一次世界大戦期以降の資本主義化と都市人口の増大にともなう都市社会問題の発生である。都市社会問題は労働者保護対策としての健康保険法（1922）の制定を導く [高岡 2012]。またこの時期、恤救規則に代わり救護法（1929 公布、32 施行）が成立する。

上述の如く近代日本の公的な「救済」制度の沿革（恤救規則～救護法～戦後の生活保護法）が明確に描かれうるのに対し、「施療」制度は必ずしもそうでない。これは「施療」の法的枠組みや対象がとらえにくく、「救済」制度の変更とも連動していないことが一因であろう。

「施療（医療扶助）」に関して本企画とかかわる重要な点は、日露戦後の「済生勅語」以降、治療医学の有効化を前提とした多様な「医療の社会化」運動が展開したことである。「医療の社会化」運動における主な要求は健康保険制度の樹立（廉価な医療の実施組織と支払方式）であり、資本主義的営利を追求する「自由開業医制」を批判した。

「施療」のうち「救済」に包摂され得ない部分への対応が、世紀転換期以降に特定慢性疾患を対象とした医療扶助立法として徐々に現れてくる。1920～30 年代の日本は疫学的には急性感染症の大流行が減衰していく時期でもあり、医療政策の重心は防疫から社会問題へと移った。先述した健康保険法は、それまで極貧者に限定されていた施療（医療扶助）が国民全般を対象にした医療政策へ離陸するという意義をも有していた。つまり日本では医療保険が国民一般を視野に入れた社会保障制度の起点であり「社会国家」化の萌芽でもあった。

総力戦期には、農村の医療問題解決を主眼とした国民健康保険法（1938）の下での「国民皆保険」達成、国民医療法（1942）による日本医療団の設立・医師会官製化など、村落内の「相互扶助」では充足不可能な専門技術であるという特性ゆえに前景化してくる医療問題に重点化した社会国家的諸政策が展開した [高岡 2012]。こうして戦時期の健保・国保は「医療の社会化」運動が要求した医療費低減をある程度実現した。

占領期の「社会国家」解体と再編の中で、日本医療団の医療施設は健保・国保の「実施施設」として戦後版「医療の社会化」の基盤になりえたが、結果として解体の道をたどる。ただし国庫補助・国保組合直営の医療施設の普及という形で「医療の社会化」が実現された面もある [高岡 2000]。しかし佐藤報告が示すように、戦後、全体としては公的医療機関の量的拡充は進展しなかった。以上が両報告の前提となる歴史的経緯である。

（2）高岡報告に対するコメント

高岡報告は、これまで氏が論じてきた戦前・戦時期の「医療の社会化」要求の歴史的帰趨の結末を見届けるかのような内容であった。日本医療史の「先行研究」としても位置づけられてきた 1960 年代「医療の社会化」論者らが、いかなる同時代の医療問題と向き合い、何を歴史の中を探ろうとしたのか。「医療の社会化」論者が提示した歴史像の再考は、近年の日本

医療史全体の課題でもある。

ただし高岡報告で論じられた 1960-70 年代における「医療の社会化」論の問題意識は、国民皆保険が達成されている点において、戦前以来の「医療の社会化」論と前提が異なっている。また、国民の医療に対する「必要」にも変容があっただろう。この点で、1970 年代社会党の「医療の社会化」論は、60-70 年代に固有の医療の諸問題に対して、何を焦点化しようとしたのか。また医師の自由開業への国家的統制には医師会・革新勢力の双方が反対していたにもかかわらず、なぜ戦前以来の「医療の社会化」論の枠組みを使い続ける必要があったのか、という二つの疑問を抱いた。

(3) 佐藤報告に対するコメント

佐藤報告では、主に老人福祉法の医療給付費によって促進された高齢者の長期入院に注目し、それが 1980 年代以降も是正されなかったことが現在の病床逼迫の遠因であることが指摘された。同時代の革新勢力や「医療の社会化」論にとって「老人医療費無料化」は大きな達成であったと思われる。しかし、それが開業医を潤す源泉となり現在の病床逼迫の遠因となったとの指摘は、実に厳しい歴史の現実をつきつけられる感がある。ただし現状を形作った歴史的な径路をより幅広くおさえておく必要もあるように思われた。たとえば 1970 年代の診療報酬設定の偏りは、老人医療費無料化と同様、小規模診療所に有利になるよう設定されたものなのか、それとも伝統的な医療文化に基づく診療報酬体系が投影されているのかといった点である。

(1) で述べたように、医療と貧困、そして「施療」と「社会保障」の断ち切りがたい関係は、西欧で救貧院が病院へと展開しやがて機能分離したように、歴史的には長い間矛盾や疑問なく存在してきたものである。行き場がなく貧しい不治の病人を施設収容という形で処遇するのは日本では近代以降のことだが、近代日本の病院は施療機能を持たないことが特徴であり、病院が貧困病者を抱え込む事態は生じなかった。それゆえ病院に「福祉的機能」が入り込むことは、日本の病院の歴史においては戦後に特有の問題となった。こうした歴史をふまれば、本報告の半ば無意識的な前提となっている「医療と福祉を厳密に切り分けるべき（病院を医療の場として純化すべき）」という規範もまた、医療費削減・病床逼迫問題の解決策としては最適解であるとはいえ、ある段階で歴史的に生じたものとして一步引いたとらえ方をしてみてもよいのではないかと思う。

病院の福祉的機能が弱い一方で、20 世紀日本は多くの慢性疾患患者が療養所で長期療養する社会であった。慢性疾患の長期療養に対しては、むしろ施設収容が患者を社会から孤立させているという観点から強い批判が向けられることになった（脱施設化論）。病院という場がいかなる場である「べき」なのかを論じる際に勘案すべき多元的な要素を、改めて考えさせられた。

〔参考文献〕

佐藤沙織「日本の病院福祉的課題」『経済情報論集』Vol.21(1)、2021年

高岡裕之「占領下医療「民主化」の原像—日本医療団の解体過程—」プランゲ文庫展記録集
編集委員会編『占領期の言論・出版と文化—〈プランゲ文庫〉展・シンポジウムの記録』早
稲田大学・立命館大学、2000年

高岡裕之「「生存」をめぐる国家と社会—20世紀日本を中心として—」『日本史研究』594
号、2012年

政治史からのコメント

中北浩爾（一橋大学）

1. はじめに

今年度の全体会のテーマは、「医療の同時代史」です。新型コロナ・ウィルスが、中国の武漢で見つかったのが2019年12月、翌月には日本でも初確認され、それ以来、2年あまり、世界は新たな感染症との戦いを強いられています。各国とも対策に苦慮し、日本も例外ではありません。2021年夏には東京オリンピックの開催下、在宅で亡くなる人々まで出て、事実上の医療崩壊が起きました。高く評価されてきたはずの日本の医療システムが、なぜこのような事態を引き起こしたのか、このような問いに向き合おうというのが、今回の全体会の趣旨だと理解しています。

残念ではありますが、私は医療政策の分野は不案内ですので、自らの見解をお話することは避け、コメントでは、佐藤沙織・高岡裕之両氏の報告のポイントを整理した上で、以下のような質問をさせていただきました。

2. 佐藤沙織報告「戦後日本における医療の福祉的機能」

佐藤報告では、二つの問いが立てられています。一つは、中小規模の病院の乱立による低密度医療が提供されている理由です。この問いに対する解答は、終戦後、1960年代までに開業医を前提に病院建設を促進する制度が導入されたということです。例えば、1950年の医療法人制度、1954年の医師優遇税制、1960年の医療金融公庫です。こうした制度が開業医を増やし、その結果、公的医療機関の整備が進展しなかったとされます。

もう一つの問いは、これらが長期入院施設化した、言い換えれば社会福祉施設化したのはなぜかです。この問いに対する解答は、老人福祉よりも大きな割合の財政が医療費給付に支出されたという点に求められ、その最大の契機として、老人福祉法改正による老人医療費無

料化の実現が挙げられます。

以上の佐藤報告に対して、私からは二点、質問をさせていただきました。第一は、決定的岐路 (critical juncture) がどこに求められるのかです。制度の歴史的な規定性を重視する歴史的制度論は、様々な制度の選択肢が競合している状況から、ある特定の制度が選択され、それが経路依存性をもって持続するという認識に立脚します。キーボードの配列や左側・右側通行の例が挙げられますが、こうした特定の制度が選択される局面が決定的岐路です。上記の二つの制度が成立した決定的岐路はどこか。

第二の質問は、先行研究に対する新しさです。例えば、宗前清貞『日本医療の近代史』(ミネルヴァ書房、2020年)は、健康保険制度が拡大・定着した理由として、戦時中の医師拡大による医師余剰、開業医の困窮、市町村の戦前の国保運営の経験などを前提として、1948年から51年にかけて保険制度改革に成功したことを指摘し、さらに1947年に任意団体として日本医師会が発足し、診療報酬水準の引き上げを求める圧力団体化したことが挙げられています(第4章、終章)。また、民間病院が拡大した理由については、医療需要増大、1950年の医療法改正、長期低利融資、公的病床規制が示され(第5章)、弱い福祉と強い医療の理由については、日本の社会福祉が救貧対策に起源を持っていたために生活支援の普遍化に向かわなかったことや、企業別組合の定着が指摘されています(終章)。どこまで同じ主張で、どこが違うのでしょうか。

3. 高岡裕之報告「1960～70年代の『国民医療』と『医療の社会化』」

高岡報告の課題は、国民皆保険体制の成立で「日本型医療システム」は完成したのかという問いを考察することです。日本型医療システムとは、供給についての私的医療機関中心の公私混合体制、医療費についての国家統制による国民皆保険の二つの柱から構成されますが、実際には1961年の国民皆保険の実現後も日本医師会からは国家統制への批判が繰り返され、革新勢力からは社会主義体制の下でこそ真の社会保障が実現するという主張が続きました。そうしたなか、医療保険制度の抜本的な改正問題が浮上していきます。1968年の日本医師会の医療基本法構想、翌年の自民党の国民医療対策大綱という動きの一方で、社会党は医療の私的・営利的性格の規制、公費負担医療、診療所の固定報酬制といった主張を行い、1971年の医療基本法要綱草案、翌年の医療保障基本法案にみられるように、医療の社会化を目指します。

以上の高岡報告に対しても、私からは二点、質問をさせていただきました。第一は、1970年代の社会党の「医療の社会化」構想が持った意味です。それは日本型医療システムとは違う内容を持つ構想だったというだけなのか、それとも実際に日本型医療システムを変える、歴史的制度論的にいえば、制度の均衡を破る可能性を持っていたということなのか、社公民路線の再評価というニュアンスも感じますが、この構想にどのような可能性を見出している

のかというのが一つ目の質問です。

第二の質問は、1960年代と70年代の社会党についての評価です。高岡報告は、1960年代にはいささか原理主義的に社会保障問題にアプローチしていたのに対して、70年代に入ると、現実的な政策を打ち出したという評価をしているようですが、61年から67年にかけて社会党政策審議会で社会保障担当の書記を務めた高木郁朗さんは、社会党政審の活動のほとんどが革命（川の向こう側）の前の改良（川のこちら側）のための政策立案だったと回想しています（高木郁朗『戦後革新の墓碑銘』旬報社、2021年、74-75ページ）。

〈大会参加記〉

富山仁貴（関西学院大学研究員）

同時代史学会 2021 年度大会シンポジウムは、「医療の同時代史」と題し、佐藤沙織氏と高岡裕之氏による報告が行なわれた。今日における医療システムをめぐる諸問題の歴史的・構造的な解明を目指した有意義な企画であった。この間、新型コロナウイルス感染症の世界的な流行を背景として、「医療」をテーマに掲げる学会企画や雑誌特集が相次いでおり、私もささやかながらその企画運営に携わった。そうした経験を踏まえて、本シンポジウムの報告と討論を整理して、その意義と可能性を考えてみたい。

まず、佐藤報告は 1950～80 年代の社会保障政策において民間の病院経営がどのように位置づけられてきたかを論じたものであった。とくに、開業医の自由な開業と経営が保護されたことと、医療が広範な福祉的機能を担ったことを報告は指摘した。高岡報告は、1960～70 年代の日本医師会や日本社会党の医療・社会保障政策とその思惑を明らかにしたものであった。実現しなかったさまざまな可能性を含めて、「国民医療」や「医療の社会化」といった理念の多様性や多義性が存在したことを報告は指摘した。

続いて、佐藤・高岡報告に対して、廣川和花氏と中北浩爾氏からコメントがなされた。廣川コメントは、近世・近代移行期から現代にかけてのより広い視野から両報告を位置づけ、医療の福祉的機能や諸アクターの動向の意味を問うた。中北コメントは、政策史上の決定的岐路の所在や、医師会・社会党の機能などについて両報告者の評価を問うた。

さて、冒頭でも触れたように、2021 年の歴史系学会では「医療」をテーマに掲げる学会企画が相次いだ。主なものだけでも、日本西洋史学会の大会記念講演（5 月）、近現代史研究会の大会報告（6 月）、日本史研究会の近現代史部会大会共同研究報告（10 月）、歴史科学協議会の大会一日目（12 月）が挙げられよう。これらの企画に対して、本シンポジウムでは、戦後の医療政策に関わった多様なアクター（政府、医師会、社会党）の側面から、今日の医療システムの成り立ちを議論した。とくに開業医についての知見が深まったことは、本シン

ポジウムの重要な到達点であったと思う。周知のように、日本の医療システムの特徴の一つは開業医が大きなウェイトを占めてきたことであるが、民間小経営という性格ゆえに具体的に分析しづらい対象でもあった。本シンポジウムでは、開業医をめぐる政策や認識について具体的な議論を行なうことで、歴史的存在としての開業医に迫ることができた。今後の議論でさらに深められることを期待したい。

本シンポジウムでは福祉、財政、労働、社会運動など多くの論点が浮かび上がった。これらを総括することは筆者の手に余るが、付け加えるべき論点として、「地域」という視角に触れておきたい。「地域」に焦点を当てた「医療」の歴史研究としては、私も企画運営に携わった日本史研大会がテーマ「近代日本における医療システムと地域社会」を掲げている。同大会では、近代社会が成立する時期に焦点を当てて、「医療と地域の相互関係」を問う視角を提起した。すなわち、医師の存在形態、担い手や協力者、医療活動、病院の設置運営といった「医療」の社会的諸側面と、町村一郡一府県レベルへと広がる多元的な「地域」のあり様の交錯から近代日本社会を問う試みであった（『日本史研究』第714号、2022年2月）。この試みが成功したか否かは今後の批判に俟つほかないが、戦後においてもこのような視角から「医療の同時代史」を論じることはできたのではないか。実際に、本シンポジウムで司会を務めた鬼嶋淳氏の『戦後日本の地域形成と社会運動』（日本経済評論社、2019年）はまさにこうした視角に関わる研究であると言える。今回の両報告者の議論でいえば、戦後の医療政策に関わった諸アクターがどのような地域認識や地域利害のうえに開業医を位置づけようとしたのかに言及することで、開業医保護や国民医療／医療の社会化の射程をさらに広げることができたのではないか。

また、本シンポジウムに参加するなかで抱いたのが、「そもそも開業医をなぜ保護しなければならないのか」という疑問であった。言い換えれば、今日の医療改革でも自明視されている開業医制は、いかなる要因によって歴史的に存続してきたのか——ということである。「医療」において民間小経営が存立することの意味について、両報告者の見解を伺いたかった。

以上、大雑把に私の見解を述べてきた。この間の諸学会の企画・特集は、これまで「医療」を専門としてこなかった私自身にとっても貴重な機会であった。本シンポジウムで提起された議論を積み重ねた先に、「医療」をめぐる時代像を描出する可能性が開かれることを願ってやまない。

第31回関西研究会

日時 2022年3月13日(日) 14:00~17:00

場所 Zoomにて開催

〈研究報告〉

本岡拓哉氏(同志社大学)

「京都、橋の下に住まう人々」

〈報告要旨〉

京都、橋の下に住まう人々

本岡拓哉(同志社大学)

本報告では、第二次世界大戦終戦直後から1960年代中頃までを対象に、京都市内を流れる河川に架かる橋の下に住まう人々の生きる姿や生活実態の復原を試みるものである。京都の代表的地方紙『京都新聞』の関連記事と、京都市公文書「鴨川筋・高野川筋・桂川筋橋下居住者調査票(昭和38年実施)」を主な分析資料とした。

1958年9月12日の記事「住宅難ここに問題あり(20)」によれば、同年7月の京都市統計課の調査を踏まえて、市内に暮らす約3万世帯が住宅問題に悩んでいることが報じられている。このうち最も深刻と位置づけられたのが、「土蔵、物置、バラック、橋の下などふつうの家といわれない場所に住んでいる人たち」であり、市内で1,020世帯を数えた。

1950年代においてこうした非住宅居住、さらには橋の下に住まう人々が生成する要因として、戦災による住宅破壊やアフォーダブル住宅の供給不足だけではなく、京都特有の状況も存在した。すなわち、他都市に比べて極めて空襲被害の少なかった「非戦災都市」ゆえに、戦後の流入人口が増加するとともに、政府施策の適用制限や資材の割り当て不足が起こったため、深刻な住宅難が引き起こされたのである。

橋の下に住まう人々が初めて記事の中に登場するのは、1948年10月21日記事「京の住人、五条大橋を焼く」である。五条大橋下の掘立小屋にくず拾いを生業とする男性の姿が報じられるが、同日の記事「橋下の浪人を取締」では、「市内各橋下に住浮浪者の実態を調査し近く各署を動員、橋の下の浮浪者一せい取締」とあり、複数の橋の下に居住者を確認できる。そして、1952年12月25日記事「収容所嫌う浮浪者」によれば、「市内各所の橋下居住者約二百人」と増加、拡散傾向を読み取れる。

こうした傾向に伴い、1950年代には橋下居住者を扱う新聞記事も多く現れる。かれらの境遇や生活史を取り上げる記事も多く含まれ、来歴／生活と労働／住まい／関係性の4つの

観点から橋の下に住まう人々の実態に迫ることができる。

まず、来歴については、生活の破綻に加えて、戦争による社会の変化が橋下居住へと誘引するとともに、居住地選択における彼ら自身の能動性も垣間見ることができる。1952年8月8日夕刊記事「二人は若い 橋下の新世帯」のように、橋の下という場所が、都市生活の橋頭堡や社会からの逃避先として機能したことも認識できる。

生活と労働の観点では注目すべきは多様な世帯と年齢構成であり、特に子供の存在が目を引く。「鴨川筋・高野川筋・桂川筋橋下居住者調査票（昭和38年実施）」では152世帯360人が対象となるが、10歳以下は55人を数えた。労働については、無収入や無職はわずかであり、バタ屋（廃品回収業）や日雇のほか、屋台経営や運転手、土木作業員、職人（大工・左官）などに従事するなど、労働者としての一面を有していたことも確認できる。

住まいについては、複数の橋に分散居住しているが、1950年9月13日の記事「“家は何とかする” 高山サン三條橋下を訪問」によれば、三条大橋の東西あわせて60人以上の居住者が見られるなど、橋の立地や形状によって、居住形態は様々であったことがわかる。住宅の建て方も、ムシロを引くだけの場合もあれば、テントやバラックを建てるケースもあった。1954年10月5日の記事「冷氣しのびよる“橋下住宅“」からは、京都の底冷えや雨漏りなどの悪条件に対応するための工夫があったことも認識できる。

関係性については、たしかに孤立した状況もあるだろうが、1957年7月5日記事「京の三悪 貧乏の巻一 橋下住民」で、勧進橋下の集団が共同で河原に井戸を掘り、保健所の水質検査にもパスしたことが報告されており、世帯同士が生活上支え合って暮らす共同性や連帯性を見出すことができる。一方で、周囲との関係で言えば、京都市長や民生委員、地域住民、人気俳優、さらには日本赤十字社や京都新聞社、児童相談所など、多様な主体および組織からの温情や配慮を受けたことも確認でき、橋の下に住まう人々と周囲の社会とは決して分断していなかったことがわかる。

このように橋の下に住まう人々をめぐる多様な状況が新聞記事を通して確認できるが、1960年前後に状況は大きく変わり始める。記事自体が減少するなか、温情的な記事はほとんど見られなくなる一方で、投書記事などで排他的な言説が目立つことになる。そして、1964年10月には、京都市土木局はオリンピック美観作戦として、鴨川、高野川両川筋28橋下に暮らす163世帯を一斉に撤去することとなったのである。この背景には、1950年成立する京都国際文化観光都市建設法のもと進められる、都市のインフラ整備や開発があったことが想起されよう。

以上、京都における橋の下に住まう人々に光を照らすことで、戦後都市社会の多層性ならびに住宅問題解消の複線性が明示されるとともに、京都固有の都市性を見出すこともできることを提示した。

【編集後記】

今号の編集は、ロシア軍のウクライナ侵攻による痛ましい事態が日々報じられるなかで行われた。侵攻の開始から約2か月、事態の着地点を見通すことは未だできない。この間、ロシア側の報道統制が強化されたこともあって、日本のマスメディアの情報源がウクライナや西欧、アメリカなどに偏していることに、より自覚的でなければならない状況が続いている。眼前の事態に興奮した者たち、あるいはこれに便乗しようとする者たちからは、「核共有」論やら「敵基地攻撃能力」ならぬ「反撃能力」の強化やらといった勇ましい提言が相次ぐようになった。しかし、このような状況だからこそむしろ、スパンを長くにとって考える歴史的思考がより求められるだろう。

そうした視点から大事にしたい論点の一つに、ロシアにおける国民統合の推移と現状がある。2010年代に入って低迷していたプーチン政権の支持率は、2014年のクリミア併合をきっかけに急上昇した。しかしそれも2018年の年金改革をきっかけに急落し、その後低迷が続いていた。そうしたなか、2021年の年末にウクライナとの国境地帯にロシア軍が集結し緊張が高まりつつあることが報じられるようになった。

他方それに先立って、ロシアでは2021年9月頃からCovid-19の新規感染者数および死者数が増加し始めていた。11月頃にはいったんピークをつけた新規感染の波は、2022年の年が明けるとそれまでとは比較にならない急速な増加を見せるようになる。これらの数値動向はロシア政府の公式発表をもとに集計されたREUTERSが発表するデータに拠ったものだが、そもそもロシア政府の公式発表には実態との大きな乖離の疑いが指摘されていた。しかしその上でなお、ロシア軍によるウクライナ国境における緊張の高まりと、ロシア国内におけるCovid-19の感染状況悪化との間には、一定の平行な関係を見出すことができる。そしてロシアがウクライナへの侵攻を開始した2月24日の数日前をもって、ロシア国内の新規感染者数は急速にピークアウトした、ことになっている。

以上の経過から想起されるのは、国内統治の揺らぎをもたらす国民の不満や不安の蓄積に対して対外的な軍事行動でガス抜きするという、歴史上幾度となく繰り返されてきた、いたってクラシカルな統治行動である。もしそうであるならば、私たちがしなければならないことは、今日のロシア国民や(日本国家が想定する)「脅威」国の国民が抱いている、あるいは今後抱くことになるであろう不満や不安がいかなるものであるかを知り、理解し、それを共に解決していく途を探っていくことだろう。それは「反撃能力」の牙を研ぐことなどよりもずっと、創造的な仕事になるはずだ。

(中村一成)

同時代史学会 News Letter 第 39 号

発行日：2022 年 4 月 30 日

連絡先：〒101-8375 東京都千代田区神田三崎町 2 - 3 - 1

日本大学法学部 9603 研究室 原山浩介 気付

電子メール：info@doujidaishi.org