

論文の内容の要旨

論文題目：「医薬・医療の近代化過程における伝統と変革
—社会経済史の視点からみた近代日本の経験—」

氏名：二谷（中西） 智子

本稿では、19世紀後半～20世紀前半の日本の医薬・医療を、社会経済史的視点から分析した。すなわち、本稿の課題と分析方法を述べて研究史整理を行った序章に続き、第1～3章で西欧近代医療の導入に起因した医薬行政と医薬の質的变化や西欧近代医療の効力を実感した人々の意識と医療行動を検討し、第4・5章で近世来の伝統医療である富山配置売薬業を事例に、西欧近代医療の導入に伝統医療業界がとった対応を考察し、第6章で西欧近代医療と伝統医療が併存した医療環境下での人々の医療行動を、開業医と家計の両面から分析した。そして本稿の構成に対応し、西欧近代医療の導入、伝統医療業界の対応、人々の医療行動からみた西欧近代医療と伝統医療、の3点から終章で結論をまとめた。

日本の医療の歴史的変遷を大きくとらえると、5世紀初頭に中国医学が伝わり、近世期には、今日まで「漢方」の主流を形成した古代中国医学の『傷寒論』の伝統を継いだ古方派

と、金元医学の伝統を継いだ後世派の2派が存在し、他方で16世紀中葉にイスパニア（スペイン）から南蛮医学、17世紀初頭にオランダから蘭方（和蘭医学）が伝えられた。幕末日本では蘭方の効果を認められ、蘭方医は増えつつあったが、それでも漢方医は明治初年で3万有余人存在した。この状況下で、維新政府はドイツ式医学を正式医学に採用し、それに基づいてドイツ式薬学を導入したなかで医薬行政は展開し始めた。

第1章では、日本政府の医薬行政の展開を検討して以下の事実を解明した。政府は、売薬取締の基本的理念を1870（明治3）年の「有効無害」主義から72年の「無効無害」主義に転換し、売薬営業税および売薬印紙税をかける一方で、内務省衛生局が86年に「売薬検査心得」を制定し、売薬配伍薬品の許認可制度を作った。19世紀後半以降は世界的に薬学の進展が著しい時期で、新薬・新製剤の配合が売薬にも許可され、売薬方剤の改良は着実に進んだ。1909年に売薬取締の方針は「有効無害」主義に転換したが、その際、1886年の「心得」で「性効不明」の理由から配合を禁じられた和漢薬のうち、古来漢方医や本草綱目で使用された薬種は売薬への配合が許された。伝統的売薬は「心得」により近世時の処方内容を変更させられたが、1909年以降、再び和漢薬の配合がある程度認められた。

政府は医薬取扱人に関する理念型を1874年「医制」で提示したが、19世紀中は、近世来の医師や薬種商の業態を活かす過度的性格を帯びた諸制度を運用するに止め、その後1906年に医師法、26（大正15）年に薬剤師法を施行し、資格試験受験の要件を設けた上で、医学・薬学の高等教育機関での修学者を中心に医師・薬剤師資格が付与された。こうして資格制度面では1874年「医制」の理念型に近づいたが、医制に提示された医薬分業の法的成立は第二次世界大戦後の1951（昭和26）年で、医薬分業の現実的な達成度は2001（平成13）年時点でも44.5%であった。売薬の調製資格に注目すると、1914年の売薬法は、売薬の調製者を薬剤師・薬劑師を使用するもの・医師に限定し、特に法人の場合は薬剤師の使用を義務付けたが、家伝薬に関しては、従来の売薬営業者に1代限りの調製権を認め（売薬法第24条）、毒劇薬・指定医薬品を配合しない売薬は無資格者にも売薬調製を認め（売薬法第25条）、少なくとも売薬法施行時点ではそれまでの売薬営業が認められた。

このように日本では、医薬行政も売薬行政も、従前の業界の様相を一変させる革新的政策は断行されず、時間を費やして次第に業態を変革する手法が採られた。

第2章では、こうした政策の下での医薬品の質的变化を、医師の処方薬と薬種商・薬局の販売薬を比較して検討した。幕末維新时期でも医師の処方薬と消費者が薬種屋で購入した薬は異なり、病人は社会的身分と家計が許す範囲で複数の医療サービスを選択し得た可能

性があった。20世紀初頭には、許可された原料薬の種類と配伍許可量の規制が行われ、開業医の処方薬と消費者が薬局で購入した薬の質的な差が明確となった。1930年前後には、開業医は各種注射液を購入して治療に使用したが、消費者が薬局から購入した薬品は、解熱剤・パップ剤・防腐消毒剤・包帯・眼帯・氷枕など、今日も薬局で購入する救急医療用品と同じで、現代の消費者が薬局で購入する医薬品の原型は1930年前後には存在した。

第1章では、売薬への新薬・新製剤の使用により、第一次世界大戦後は、医師の処方薬と売薬方剤の質的差異は、毒劇薬の使用制限と毒劇薬が許可された場合の用量制限に限定されたとした。毒劇薬を除けば、1930年前後に、服用薬や外用薬では、開業医の処方薬と売薬方剤の原料薬品の違いはなくなりつつあったが、開業医のみが注射薬を購入したように、消費者が薬局から直接に購入できない薬品も存在しており、第2章のように時代が進むにつれ、開業医の処方薬と薬種商・薬局の販売薬の質的差異はより明確になった。

このように西欧近代医療は確実に日本に導入されたが、それが人々の間で定着する契機として19世紀後半のコレラ流行が重要であった。第3章では、石川県における1879年のコレラ流行を事例に、宮林家の書簡を分析して、西欧近代医療の効果を身近で実感した人々の意識と行動の変化を検討した。一般の地域住民は、流行初期に伝統的な売薬や有名売薬の服用で対応しようと試みたが効果はなく、コレラが猖獗を極めて初めて、政府の奨める石炭酸による消毒の効果を経験的に実感し、その使用を受け入れた。廻船経営を営む宮林家は、地元で流行が始まる前に、自船の船頭から、また人脈を活かして医療情報を収集し、客観的に判断して自主的に防疫対策を行い、地域住民への石炭酸等の施薬も行った。

かくして、西欧近代医療は、人々の間に次第に定着したが、同時に伝統医療にも根強い需要は残った。そこで第4・5章で、その代表例として越中国（富山県）の配置売薬業を分析した。薬は人間の命に深く係わる財としての特徴をもつため、薬業に関わる業種は本来的に法的規制を受けやすい。近世日本でも薬種流通は幕府の強い統制下におかれ、大坂から諸藩が薬種を移入した後も、各藩では薬種流通の取締を行っていた。

配置売薬業への規制は、近世期は販売面、近代期は生産面＋販売面と、近代以降に規制力を増したが、近世後期の諸藩の規制下で近代以降の新たな規制に対応し得るような帳主の階層分化が進行し、売薬業者は「堂号組織」（後に売薬会社）を結成するなどして制度的変化にある程度柔軟に対応した（第4章）。とはいえ近代期の医薬行政の「有効無害」主義への転換は、富山の配置売薬業が「方剤統一」を進めざるを得ない状況を作り出し、最大の売薬会社であった廣貫堂の生産構造も、「協同組合」的生産から会社生産へ大きく転換した。

そして富山売薬業は、政府が安価な医療として期待した「特効薬」的売薬を、薬剤師の管理の下で生産し、売薬の品質と有効性を均一化するのに適合した生産構造へと変革した。ただし消費者の薬の需要は「特効薬」的売薬に止まらず、人々の体質の多様性もあり、「家伝薬」的売薬の根強い需要が存在し続けた。それゆえ小生産者による「家伝薬」的売薬生産も売薬会社の生産と併存し続け、富山売薬業は伝統医療の性格も持ち続けた（第5章）。

このように近代日本では、近世来の漢方医や配置売薬、有名売薬、民間療法に加え、西欧近代医学を修得した開業医、病院、洋薬配合の各種売薬などの医療サービスが利用可能であったが、それらを人々がどのように利用したかを第6章で検討し、以下の結論を得た。資産家の家では20世紀初頭から第一次医療技術革新（対症療法的治療技術や看護技術の革新）の結果かなり多様な医療サービスを楽しむことができたが、抗生物質が未開発の段階では、急性感染症の脅威は残った。とはいえそのような医療技術水準でもそれを楽しむには多額の費用が必要で、家族が入院した年と通常年で医療関連支出に大きな差が出た。その傾向は、都市民衆で比較的所得の多い世帯にも見られ、通常年の医療関連支出は、各社会階層間でそれほど大きな格差はなかった。ただし重病のような事態が生じた時は、病気の症状に適応した医療サービスが高額となり、医療サービスを受け得た範囲に社会階層間の格差が生じた。家計における医療関連支出は、通常は家計を圧迫する要因ではないが、緊急の事態が生じた場合に必要不可欠な経費として家計を制約する重要な要因となった。

最後に終章で以下の点を指摘した。明治政府初期の西洋近代医学を基盤とする医薬の普及を図るという基本方針は、約半世紀以上かけて実現し、それに応じて売薬方剤の内容が変容した。ただし配置売薬業の場合、洋薬や新薬・新製剤を配合した新商品も生産された一方で、近世から人々の日常生活に馴染み親しまれた和漢薬方剤が消費者の根強い需要に応じて生産され続けた。配置売薬で明確となった洋薬方剤と和漢薬方剤の共存の姿は、19世紀後半から20世紀前半の家計における医療支出にも現れた。急性感染症の事例からみて西欧近代医療は必ずしも万能ではなく、人々は、20世紀に入っても加持祈祷・配置売薬・店舗売薬・近隣の開業医・遠距離の近代的病院など、伝統医療と西欧近代医療を織り交ぜて、病状や医療環境に応じて、経済的負担の可能な範囲で様々な医療サービスを利用した。近年、日本では「代替医療」が注目され、西欧近代医学・伝統医学・民間医療など、様々な治療法で病を癒す取り組みが行われている。近代日本の人々も西欧近代医療のみに依存して病を癒したわけではなく、現代の私たちも労を惜しまず医療情報を収集し、西欧近代医療とその他の医療とを比較検討して、主体的に治療方法を選択することが重要である。