

Title	ヴィクトリア時代ロンドンの篤志病院：セント・ジョージ病院を中心として
Sub Title	Voluntary hospitals in Victorian London with special reference to St. George's Hospital
Author	永島, 剛
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	1995
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.88, No.3 (1995. 10) ,p.463(131)- 485(153)
JaLC DOI	10.14991/001.19951001-0131
Abstract	
Notes	論説
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-19951001-0131

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

ヴィクトリア時代ロンドンの篤志病院

—セント・ジョージ病院を中心として—

永 島 剛

I. はじめに

1720年のウェストミンスター病院の設立以来、イギリスでは篤志病院ヴォランタリー・ホスピタルの開設が相次ぐ。篤志病院とは、富裕層の拠出・寄付によって開設・運営され、貧民の診療をおこなう慈善施設である⁽¹⁾。中世以来、慈善活動による施療院は存在していたが、ある程度の規模をもって18世紀まで運営が続いたものはごく限られており、ロンドンではセント・パーソロミュー、セント・トマスの二病院のみであった。ロンドンで今日まで継続している主要な病院の多くは、この1720年以降に篤志病院として開設されたものである（表1参照）。

なぜ18世紀になって篤志病院の設立が相次いだかについては、当時「啓蒙の時代」であったことが考慮されるべきであろう。啓蒙思想の影響によって、国富とともに人民の福祉を考える人道主義・博愛主義がこのころ富裕層のあいだに普及するに至っていた。こうした視点にたてば、疾病貧民を勤勉なるレスpekタブルな生活に復帰させるためにも、病院建設は意義あるものであった。とくにロンドンでは人口が増加し、既存の救貧体制のみでは対応できないという状況のなかで、病気の貧民を収容する施設が必要とされたのである。むろん出資者個人個人が啓蒙思想の影響を受けていたかは必ずしも特定できないが、すくなくともこうした博愛主義の時流にのって篤志病院に拠出することは、自身の名声を高めるうえで当時の富裕層には都合のよいものであったといえよう。こうした状況で一般の富裕層の慈善施設への拠出がある程度一般化したことが、その後19世紀にかけ

(1) イギリスの病院制度の変遷についての先駆的研究として、B. Abel-Smith, *The Hospitals, 1800-1948, A Study in Social Administration in England and Wales*, 1964. エイベルスミス、多田羅浩三・大和田建太郎訳『英国の病院と医療』保健同人社 1981年。篤志病院について総括的に扱ったものとして、J. Woodward, *To Do the Sick No Harm. A Study of the British Voluntary Hospital System to 1875*, 1974. ロンドンの病院制度の発展については、G. Rivett, *The Development of the London Hospital System 1823-1982*, 1986.

表1 ロンドンにおける12の篤志病院（医学学校を付属するもの）

〔1889年における状況〕

	創立者	年収入(£)	看護スタッフ(人)	ベッド数(床)
St.Bartholomew's	1122	70500	197	667
St.Thomas's	1207	67000	116	436
Westminster	1719	14000	63	205
Guy's	1721	34000	130	578
St.George's	1733	28000	90-100	356
The London	1740	59000	218	776
Middlesex	1745	20000	86	307
Royal Free	1828	6000	40	160
University College	1833	20000	78	270
Charing Cross	1834	6000	51	175
King's College	1839	11000	80	220
St.Mary's	1845	14000	60	281

資料) G, Rivett, *The Development of the London Hospital System 1823-1982*. 1986, p.139.
より転載。

て篤志病院の開設が続いていく大きな理由と考えられる⁽²⁾。

ヴィクトリア時代初期までにロンドンに設立された篤志総合病院のうち、12の病院は医学学校も併設し、ロンドンの医療の中心的存在となっていく。本稿ではそのうちの一つであるセント・ジョージ病院(St.George's Hospital)を中心として、ヴィクトリア期におけるロンドンの篤志病院の運営の特徴と問題点を考察する。セント・ジョージ病院は1733年、ハイドパーク・コーナーに30床のベッドをもって開設された。ウェストサイドに面した病院として、当時は周囲の環境もよく、周辺の疾病貧民を収容した。その後1827-34年の病棟建てかえをへて、ヴィクトリア期には350床(1854年までに設置)をもつ、ロンドンでもっとも大きい病院の一つとなっていた⁽³⁾。

ヴィクトリア時代の医療にかんしては、公衆衛生改革など予防的な施策については、比較的よく知られている⁽⁴⁾。本稿はそれに対し、治療の場としての病院に注目しようとするものである。篤志病院は、直接公的な政策に関係しない私的慈善によるものであったため、わが国においてはこれまで主要な研究対象とはなっていない⁽⁵⁾。もとより、病院にかんする論点は多岐にわたるが、本稿ではそのような研究史上の状況もふまえて、まずは篤志病院の性格とヴィクトリア時代におけるその

(2) 個々の病院の直接的な設立動機は多様であるが、一般的には以上のような点が指摘できるだろう。Woodward, *op.cit.*, pp.9-11.; Rivett, *op.cit.*, p.27.

(3) セント・ジョージ病院の年代記的な通史として、J.Blomfield, *St.George's 1733-1933*, 1933.

(4) 永島剛「ヴィクトリア時代ロンドン・ハックニー地区における衛生改革の展開」『三田学会雑誌』84-4 1992年、参照。

(5) 安元稔「産業革命期イギリス工業都市の疾病一リーズ篤志総合病院入院台帳(1815-1817年)のメ

変容を把握することを主眼としたい。今世紀に入ってからの一連の保健政策を理解する上でも、既存の医療施設においていかなる問題が生じていたのかを検討しておくことは有用であろう。

医療史の上では、ヴィクトリア時代はいわゆる近代医療の確立期にあたる。近代医学の科学としての「進歩」を背景として、医師集団の専門職化がすすんでいった時期であるとされている。⁽⁶⁾ヴィクトリア期の篤志病院をみる上では、こうした変化が実際の病院の現場ではどう現れたのか、そしてその結果どのような問題が生じたのかということが焦点となろう。⁽⁷⁾慈善施設としての篤志病院において医療の比重が相対的に高まっていく過程と、それによって生じた問題、とりわけ病院の患者受け入れ方針をめぐる問題点について、セント・ジョージ病院理事会簿を主要な史料として検討したい。⁽⁸⁾

II. 篤志病院の運営とそのイニシアティブ

1. セント・ジョージ病院の運営体制

まず、ヴィクトリア女王即位の前年、1836年に公表されたセント・ジョージ病院の「規約」によ⁽⁹⁾って、同病院のヴィクトリア初期の頃の運営体制をみてみよう。

この規約からよみとれる運営の大きな特徴は、病院運営にかんする決定権が、寄付者のなかから選出された「理事」^{ガヴァナー}によって構成される「週理事会」^{ウィークリー・ボード}および「四半期理事会」^{クォーターリー・ボード}にあった、ということである。この「理事」になるためには、5ギニ（5.5ポンド）以上の拠出金、あるいは50ポンド以上の寄贈を行っていることが条件とされた。この条件を満たしていれば、誰でも理事として理事会に参加することができた。さらに、理事のなかから互選で財務理事が二名が選ばれることにな⁽¹⁰⁾っていた。理事長には代々王室が就任し、副理事長も名誉職であったので、実質的には財務理

、分析』『社会経済史学』59-1 1993年。は、わが国における先駆的研究といえよう。なお本稿では、安元論文にあるような、疾病状況など患者についての詳細な分析には史料の制約もあって立ち回らない。また、本稿で考察するロンドンの状況と、リーズのような地方都市との対比も、今後検討すべき課題である。

(6) イギリスにおける最新の医療史概説では、ヴィクトリア期をへてほしい第一次大戦前後に最終的な「近代医療の確立」を位置づけている。C.Lawrence, *Medicine in the Making of Modern Britain 1700-1920*. 1994. ; W.F.Bynum, *Science and the Practice of Medicine in the Nineteenth Century*, 1994.

(7) 近年の医療の社会史研究をふまえた病院史のサーヴェイとして、V.Berridge, 'Health and Medicine', in F.M.L.Thompson (ed.), *The Cambridge Social History of Britain 1750-1950*, 1990, vol. 3, esp. pp.203-209. ; L.Granshaw, 'The Rise of Modern Hospital in Britain', in A.Wear (ed.), *Medicine in Society*, 1992.

(8) *St.George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*. (以下 *SGH.Minutes*, と略), vols.24-50, 1834-87.

(9) 'The Laws of St.George's Hospital' in *SGH.Minutes*, vol.24, 1834-38, pp.304-360.

(10) *Ibid.*, p.304.

事が運営の中心的存在であった。⁽¹¹⁾とはいえ、いずれの理事も専任で病院の運営にあたるわけではなく、アマチュア運営であった。これは慈善団体に一般的にみられる特徴でもある。⁽¹²⁾

理事会は、医師、看護婦、事務職等、すべての病院スタッフについて、直接・間接的に任命・解雇の決定権をもち、いずれのスタッフも理事会の決定に従わなければならなかった。⁽¹³⁾端的に言えば、病院運営のイニシアティブは、実際の診療にあたる医師ではなく、寄付者である理事の側にあったということである。これは、18世紀における病院創立の経緯に由来する。篤志病院設立の主導者は、医師ではなく博愛主義の影響を受けた富裕層であった。たしかに創立当初以来、医学史上にも名を残すジョン・ハンターをはじめ、セント・ジョージ病院の医師には代々医学界の指導的人物が就任していたが、彼らといえども自らのイニシアティブで病院を運営していたのではなかった。医師たちはむしろ寄付者たちによって登用される側だったのである。

ヴィクトリア期をつうじて、理事会が病院運営の最高意思決定機関であるという大枠の形式において、運営体制は変化することはなかった。しかし、より詳細に分析してみると、若干の変化を見いだすことができる。

一つは、事務職が改組されたことである。1836年の「規約」においては、事務職として、「執事」^{ステュワード}が院内の食事その他家政を統括し、「秘書」^{セクレタリー}が出納や理事会の設定など病院運営一般事務をとりおこなう、というように規定されていた。⁽¹⁴⁾両者が並立して、理事会のもとに事務を遂行することになっていたわけである。しかしその後、1861年に「規約」が改正され、「事務長」^{スーパーインテendant・セクレタリー}が病院運営上の事務全般とともに病院内家政をも統括することになり、執事は事務長のもとで家政にかんする業務をおこなうポストとなった。さらに病院事務にかんしては数人の「事務員」^{クラーフ}が補佐するという体制になった。⁽¹⁵⁾この改組には、一人の専任の事務長に事務全般を統括させることによって、理事によるアマチュア的運営を補強する意味があった。とくに19世紀後半には、後述するように病院の財政危機や、業務の拡大・複雑化といった事態が現出するにいたり、事情に精通する事務長の地位は、重要性を増すことになっていったと考えられる。

いま一つの変化は、医師任命の方法がかわったことである。前任者の退任によって空席ができたときに、理事会の決定によって新たな医師が任命されるという大枠については変化はなかった。しかし、その決定過程に変更がみられる。1836年の「規約」のもとでは、理事全員が投票権をもつ選挙によって被任命者を決定していた。⁽¹⁶⁾しかし、1877年に規約が改正され、一旦理事会内において医師選出のための指名委員会が選出されることになった。この委員会は、理事21人およびセント・ジ

(11) *Ibid.*, pp.320-321.

(12) R.J. Morris, 'Club, Societies and Associations', in Thompson (ed.), *op.cit.*, pp.412-413.

(13) *SGH.Minutes*, vol.24, 1834-38, p.314.

(14) *Ibid.*, pp.332-334, 337-339.

(15) *Ibid.*, vol.31, 1859-62, pp.304-307.

(16) *Ibid.*, vol.24, 1834-38, pp.339-343.

ョージ病院の正内科医・正外科医によって構成された。この指名委員会において討議し、新任医師を選出する⁽¹⁷⁾という間接選挙の形がとられることになったのである。これは少数で冷静に候補者を検討するためのものであったが、なによりも医師がこの指名委員会に入った点が重要である。それまでのように世俗的なコネクションではなく、医学的見地からも適任者を判断できるようになったためである。

たしかに、制度上は理事会による運営体制は変化していない。しかし以上の考察から、実質的には、ヴィクトリア期をつうじて事務職や医師たちに、イニシアティブを発揮する場が広がってきたと考えられるのではないだろうか。この問題に答えるために、次にこれら医師をはじめとする病院内の医療従事者について検討することにしよう。

2. 医療スタッフの拡充・整備

篤志病院の多くが設立された18世紀前半には、医師集団は専門職として確立途上にあった。18世紀後半から19世紀中葉にかけて、科学としての近代医学の「進歩」を背景に、にせ医者との分離を明確にしようとする医療改革運動が展開したが、それをつうじて医師集団は、その地位を確立しつつあった。1858年 メデイカル・アクト 医師法において、緩やかな形ながら ロイヤル・カレッジ・オブ・フィジシャーンズ 王立内科医協会や ロイヤル・カレッジ・オブ・サージョンス 王立外科医協会といった資格付与団体によって公認された免許をもつ フオリファイド 「正規医」と、それをもたない アンクオリファイド 「無資格医」の区別が規定されたが、この区別は医師集団の専門職化の一つの画期とみることができる。⁽¹⁸⁾

こうした専門職化の流れには篤志病院もかかわっていた。それは、篤志病院には患者の治療のほかに、医学教育の場を提供するというもうひとつの大きな役割があったからである。当時、従来の医学教育の中心であったオックスブリッジでは学位はだすものの実際の教育は有名無実化していたし、もうひとつの伝統的医学教育の場であったギルド機構も衰微していた。こうした事情を背景として、19世紀前半までに、セント・ジョージ病院を含むロンドンの12の主要な篤志総合病院は付属 メデイカル・スクール 医学学校を併設した。篤志病院の医師を教師とする医学学校の講義と病院における実習とが結びつくことによって、篤志病院が当時の医学教育の主流となり、専門職育成の場となっていた。⁽¹⁹⁾ セント・ジョージ病院の医師たちが指導的人物であったことはすでにのべたが、かれらのような篤志

(17) *Ibid.*, vol.41, 1876-77, pp.507-508.

(18) 医療改革運動自体の担い手は、病院のエリート医師ではなく一般医 (General Practitioner) であった。I.Loudon, 'Medical Practitioners 1750-1850 and the Period of Medical Reform in Britain', in Wear (ed.), *op.cit.* 医師の専門職化については、M.J.Peterson, *The Medical Profession in Mid-Victorian London, 1978*, ; 村岡健次「医師法 (1858年) に見る自由放任と国家干渉—イギリス医療の近代化過程」『ヴィクトリア時代の政治と社会』ミネルヴァ書房 1980年: 同「19世紀イギリスにおけるプロフェッショナルリズムの成立—医業を中心として—」(川北稔他編『生活の技術 生産の技術』世界史への問い・2, 岩波書店 1990年.) も参照。

(19) 村岡, 「19世紀イギリスにおけるプロフェッショナルリズムの成立」, 240ページ。

病院医師たちによる専門教育が、医師層全体の専門職化に基礎を与えることになったのである。

では、篤志病院内部における医師スタッフの構成はどのようになっていたのであろうか（表2参照）。セント・ジョージ病院における医師スタッフは、二つのカテゴリーに分けることができる。ひとつは「名誉スタッフ」、もうひとつは「住み込みスタッフ」である。後者は病院に住み込みで常駐し、調剤や名誉スタッフの勤務時間外のケアを担当する補助的な役割を果たした。とくに「病棟医」は、病院付属の医学学校の生徒から選ばれていた⁽²⁰⁾。したがって、セント・ジョージ病院における診療・教育の中心となっていたのは、前者の名誉スタッフであった。前述した理事会における選挙によって任命される医師は、この名誉スタッフのカテゴリーにはいり、基本的な役職としては、フイジシャン アシスタント・フイジシャン サージョン アシスタント・サージョン正内科医・助内科医、正外科医・助外科医があった。

表2 セント・ジョージ病院医師スタッフ〔1836年〕〔1892年〕

[Honorary Staff (名誉医師)]	
1836年	1892年
Physician (正内科医 4人)	Physician (4人)
Assistant Physician (助内科医 1人)	Assistant Physician (2人)
Surgeon (正外科医 4人)	Surgeon (4人)
Assistant Surgeon (助外科医 2人)	Assistant Surgeon (2人)
	Obstetric Physician (正産科医 1人)
	Assistant Obstetric Physician (助産科医 1人)
	Ophthalmic Surgeon (眼科医 1人)
	Aural Surgeon (耳科医 1人)
	Dental Surgeon (歯科医 1人)
[Resiednt Staff (住み込み医師)]	
1836年	1892年
House Surgeon (病棟外科医 2人)	House Physician (病棟内科医 2人)
Apothecary (薬剤医 1人)	House Surgeon (2人)
Assistant Apothecary (助薬剤医 1人)	Resident Medical Officer (1人)
	Obstetric Resident M.O. (1人)

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vol.24, 1831-38, pp.339-353.; *British Parliamentary Papers. Select Committee of the House of Lords on Metropolitan Hospitals*. 3rd Report, 1893. より作成。

篤志病院の名誉医師スタッフの大きな特徴は、病院からは給与を受けていなかったことである。病院勤務は当番制で、自分の当番以外の時間にはこれらの医師は、自ら別に開業するなどして収入を得ていたのである。無給であっても病院医師になった理由としては、まず第一に、大病院の医療

(20) *SGH.Minutes*, vol.24, 1834-38, p.356.

現場あるいは医学学校と常に関係を保つことによって、最先端の医学知識に接することができる点
があげられる。第二に、大病院の名誉スタッフであるということは、社会的に高い名声を得られる
ということであり、開業医としての自身の活動にも良い影響を与えることにもなった点があげら
⁽²¹⁾れる。それゆえ、篤志病院のポストをめぐる⁽²²⁾は、熾烈な競争があった。

つぎに、ヴィクトリア期において、セント・ジョージ病院の医師スタッフ構成にはどのような変
化があったのかをみてみよう。ヴィクトリア時代の前期（1836年）と後期（1891年）におけるスタ
ッフ構成の比較から、ポストの数が増えていることがわかる。しかしこのポストの増加は、質的な
変化を内包していた点に留意する必要がある。前期においては、単に内科医、外科医とよばれる医
師たちが、内科・外科の区分だけで患者に対応していたが、総合病院であるセント・ジョージ病院
において、特定の症状を専門に扱う専門医が置かれたのである。ヴィクトリア期の医療界では、医
学・医療技術の「進歩」の結果として、特定の症状の患者のみを扱う専門化の動きが活発化して
⁽²³⁾いた。こうした専門化の動きに対応して、セント・ジョージ病院でも、産科医（1835年～）、歯科医
（1857年～）、眼科医（1867年～）、耳科医（1872年～）のポストが設置されていった。これらの医師
も、病院での診療とともに、付属の医学学校での研究・教育にあたるようになっていた。⁽²⁴⁾

以上のように、ヴィクトリア時代におけるロンドンの篤志病院医師たちは、医学界における指導
的立場をいかして、医師層の専門職としての地位の確立に寄与していった。また、そうした医師層
全体の専門職化のながれは、病院内における医師の立場を強めることにもなった。内科医・外科医
にくわえて専門医が採用されることにより、病院内における医療のしめる比重が高まっていったの
である。

セント・ジョージ病院では、ヴィクトリア時代の末に医師出身の財務理事が誕生している。それ
まで代々セント・ジョージ病院の財務理事には、ウェストミンスター公爵、カドガン伯爵など、社
会的身分の高い人物が就任していた。セント・ジョージ病院外科医在任中から自ら寄付者でもあつ
たティモシー・ホームズは、外科医退任後、1894年に財務理事に選任された。⁽²⁵⁾外科医出身のホーム
ズの就任によって、医師が病院運営の中心の一角に参入することになったのである。前述したよう
に、1877年の新規医師の選出方法の変更も、病院内で医師たちが発言力を増してきた過程における
一つの指標であったが、この延長線上に位置づけられよう。

つぎに、医師とともに病院内での患者のケアに際し重要な役割を担うようになった看護スタッフ

(21) Peterson, *op.cit.*, p.154.

(22) たとえば1834年のセント・ジョージ病院の助外科医選挙では、*Lancet* など医学雑誌をも巻き込ん
だはげしい争いになった。Blomfield, *op.cit.*, p.53.

(23) Granshaw, *op.cit.*, p.207.

(24) Blomfield, *op.cit.*, pp.111-113. ただし1835年に任命されたとされる産科医のポストについては、
1836年の「規約」においてはまだ規定がないため、表1の1836年の項には記載しなかった。

(25) *Ibid.*, p.81.

についても簡単にみておこう。

ヴィクトリア時代前期においては、看護スタッフは婦長が選んだ人物を理事会が承認するというかたちで採用された⁽²⁶⁾。しかし、この時期の看護婦は特別な訓練をへたわけではなく、専門職としては未確立であった。したがって必ずしも質のよい看護婦が採用されていたわけではなく、まじめな勤務態度をとらない看護婦が解雇されることもしばしばあった。セント・ジョージ病院では、たとえば1855年5月に看護婦の一人が任務不履行で解雇されている⁽²⁷⁾。翌年7月には病室内で看護婦と准看護婦との間で口論が生じた。理事会が調査した結果、准看護婦に非があったとして解雇している⁽²⁸⁾。

こうした、専門職としては未確立という当時の看護職一般の傾向にたいして改革を促したのが、フローレンス・ナイティンゲールであった。1854年から56年にかけて、クリミア戦争で傷病兵の看護をおこない名声を得たナイティンゲールは、イギリスへ帰国後、その経験を生かして病院の看護職の改革につとめた。1860年には『看護ノート』“*Note on Nursing*”を刊行する一方、ロンドンのセント・トマス病院に看護学校を開設し、「実習制度」を導入することによって実際に看護婦の養成を行った⁽²⁹⁾。ナイティンゲールによる看護職改善の運動は、イギリスの他の医療施設にも影響を与えた。セント・ジョージ病院はすでに1856年にナイティンゲールを名誉理事として処遇した⁽³⁰⁾。『看護ノート』刊行に際しても、直ちに購入しその内容を検討することが理事会で提案された⁽³¹⁾。しかし、本格的に看護改革に着手したのは1867年からであった。改革の第一点は、まず実習生を有給で採用し、三年間の職場訓練をへたのちに正規に採用するという訓練システムの導入である。第二点は、家婦的な性格をもっていた婦長職を、文字どおり専門に看護部門の責任者としての職責を担うものに変更したことで⁽³²⁾ある。なおセント・ジョージ病院の看護婦に初めてユニフォームが採用されるのは1869年のことである⁽³³⁾。このように、一連の看護改革により今日の専門職としての看護職が確立していったのである。

以上のように、セント・ジョージ病院ではヴィクトリア中期頃までに、医師・看護婦といった医療スタッフの体制が拡充・整備され、病院内における医療の比重が高まった。病院設立当初からむしろ従属的立場にあった医療スタッフは、病院内で実質的に発言力を増していった。寄付者＝理事主導の慈善施設であったセント・ジョージ病院は、こうして医療スタッフによる専門的な治療施設としての性格も明確にもつようになったのである。

(26) *SGH.Minutes*, vol.24, 1834-38, pp.353-355.

(27) *Ibid.*, vol.29, 1853-56, p.341.

(28) *Ibid.*, p.600.

(29) エイベルスミス, 前掲訳書, 100-101ページ。

(30) *SGH.Minutes*, vol.29, 1853-56, p.555.

(31) *Ibid.*, vol.31, 1859-62, p.94.

(32) *Ibid.*, vol.34, 1866-68, pp.414-417.

(33) Blomfield, *op.cit.*, p.64.

III. 篤志病院の財政運営

ヴィクトリア期ロンドンの篤志病院について、財政運営の面からも概観しておこう。⁽³⁴⁾

篤志病院は慈善施設であり、いうまでもなく富裕層からの寄付金とその財政収入の基本となっていた。セント・ジョージ病院における寄付の形態には、「拠出金」、「寄贈」、「遺贈」の三種類があった。「拠出金」(Subscription)は一年ごとに一定の継続性をもって行う寄付、「寄贈」(Donation)は比較的大きな額を一回限りで寄付するもの、そして「遺贈」(Legacy)は物故した人物の遺産を、故人または遺族の意志によって病院に寄せるものである。大規模寄付者(£100以上の年拠出および寄贈者)のリスト(表3)には、ウェストミンスター公爵、ビュート侯爵といった爵位をもつ貴族や、著名な金融資産家ロスチャイルド家の名前がみえ、セント・ジョージ病院の財源は少なくとも一部はこうした土地貴族や金融資産家によって支えられていた。⁽³⁵⁾もちろん、このほかに小規模な寄付があったが、セント・ジョージ病院の位置するウェストミンスター地区は、議員をはじめ多くの有力者が在住する地域であり、ロンドンのなかでももっとも裕福な地域のひとつであり、寄付の集まりやすい環境にあった。

表3 セント・ジョージ病院：大規模寄付者〔1879年〕

£100以上の年拠出	(£)	£100以上の寄贈	(£)
The Duke of Westminster	200	The Rev.E.Wyatt Edgell	1,000
The Marquis of Bute	100	The Baroness Lionel de Rothschild	500
Lord Leconfield	100	Miss Gordon	400
Miss Gordon	100	Messrs. Arther, Francis, and Frederick Pritchard	300
		The Viscount de Stern	100
		The Rev.W.H.and Messrs.H.F.and H.J.Jackson	100
		Mrs. Charles Turner	100

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vol.44, 1879-80, p.432. より転載。

(34) セント・ジョージ病院理事会簿には、1856年より財政収支表が掲載されている。それをもとに作成した同病院財政の推移(1856-87年)の詳細については、永島剛「ヴィクトリア時代ロンドンの慈善病院—セント・ジョージ病院を中心として」(慶應義塾大学大学院経済学研究科修士論文(非刊行), 1992年), 62ページ(図3-2)および69ページ(表3-9)参照。

(35) 1880年のセント・ジョージ病院の寄付拠出者約2000人のうち300人程が准男爵(女性の場合レディ)以上の爵位保持者であった。*Annual Report of St. George's Hospital and Atkinson Morley's Hospital for the year 1880*, pp.25-63. より算出。ヴィクトリア期の富の分布を明らかにしたルビンシュタインはロンドン在住の貴族や商人・金融業者に優越性を認めているが(W. D. Rubinstein, *ノ*

しかし、基本的というべきこれら寄付収入だけでは病院財政をまかなうことはできなかった。とくに寄贈や遺贈の収集が芳しくない年には、三つの寄付項目を合計しても全体の半分にも満たないことがしばしばあった。このような寄付金収入の不足分を補っていたのが、公債、株式などの証券に関連する収入であった。セント・ジョージ病院は、当該時期において政府・自治体の公債及び国内鉄道会社の株券を常に一定量保持していた。これらの証券から、定期的に利子および配当をフローとして取得することができたし、これらを切り売りすることによって臨時的に収入を得ることができた。⁽³⁶⁾ 財政状態に比較的余裕のあるときに証券を買いたして、一定量のストックを保持していたと考えられる。

また、1870年代以降新たな財源として、^{ホスピタル・サンデー・ファンド} 病院日曜基金及び^{ホスピタル・サタデー・ファンド} 病院土曜基金からの給付金が増えた。病院日曜基金は、教会をつうじて病院の資金を集めるための全国組織で、1873年に設置された。これは、セント・ジョージ病院も含めて各篤志病院への募金を促進し、適切な配分を行うためのものであった。日曜基金が主として上流・中流階級の募金からなる組織であったのに対し、1874年に設置された病院土曜基金は労働者による基金であった。主な目的は、「一時に多額の金を払えない階級の人たちから毎週少しずつ寄金を集めること」であり、集められた資金は各病院の業

表4 セント・ジョージ病院：歳入および歳出〔1860年〕〔1861年〕

歳入項目	1860	1861	歳出項目	1860	1861
	£ (%)	£ (%)		£ (%)	£ (%)
年拠出金	6081 (23.7)	5173 (31.6)	食料費	4983 (19.4)	5242 (32.3)
寄贈	1901 (7.4)	399 (2.5)	給与	1948 (7.6)	1691 (10.4)
遺贈	8455 (32.9)	327 (2.0)	貸金	1801 (7.0)	2839 (17.5)
配当	3723 (14.5)	4069 (29.1)	医務費	2189 (8.5)	2885 (9.7)
証券売却益	0 (0.0)	2687 (16.6)	証券購入	7098 (27.6)	0 (0.0)
繰越金	3260 (12.7)	2688 (16.6)	その他	4986 (19.4)	3609 (22.3)
その他	2273 (8.8)	913 (5.6)	繰越金	2688 (10.5)	793 (4.9)
合計	25692	16210	合計	25692	16210

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors, vol.31.* より作成

、'Wealth, Elites and the Class Structure of Modern Britain,' *Past and Present*, 1977.), 首都ロンドンにおける慈善の担い手の特徴としても、地方都市にくらべて「ジェントルマン的」であったといえよう。R.J.Morris, 'Voluntary Societies and British Urban Elites, 1780-1850', *Historical Journal*, 26, 1983, p.96.

(36) たとえば、1860年には多額の寄贈および遺贈による収入が得られたため証券の売却は控えられているが、1861年は寄贈・遺贈が低調だったため、証券の処分によってこれが補われている(表4参照)。

務内容や経済状態などにしたがって配分された⁽³⁷⁾。土曜基金からの調査状は、1874年、セント・ジョージ病院にも寄せられている。土曜基金では配分金の見返りとして、病院に、募金者である労働者の診察枠を確保できた。したがって土曜基金は、患者となる労働者自身が病院に拠出するためのものであった。富裕者が貧者に施すという本来の篤志病院の趣旨とは異質な要素を含んでいた点は、注目に値いしよう。

以上が、ヴィクトリア期セント・ジョージ病院の主要な収入項目である。つぎに、実際の財政状況をみてみよう。

史料上の制約により、1850年代前半より前の財政状況は、詳らかにならないが、残存する史料から、すでに1860年において、セント・ジョージ病院が財政的に厳しい状況にあったことがわかる。セント・ジョージ病院では、病院の拡大によって生じる財政問題を討議するため、1860年3月に臨時ファイナンス・コミッティの財務委員会が開かれた。その財務委員会の報告では、過去30年間にベッド数の増加にともない諸経費ならびに人件費が増大したのに対し、収入規模はほとんど変化していないことが問題とされていた。病室の一部を閉鎖し支出をおさえるという応急策も検討の対象となったが、とりあえずそうした事態をさけるために、寄付金収入の増加によって財政状況の好転をめざす内容になっていた⁽³⁹⁾。

この財務委員会はさらに、寄付収集の上での当病院の有利な立地条件にもかかわらず、寄付が思うように集まらない原因を、セント・ジョージ病院の財政状態は良好であるという周辺住民の思い込み⁽⁴⁰⁾においていた。それをもとに、同年には新聞広告や集金係の活動などのアピールが行われ、そのため1860年に限って寄付は増加した。しかし、翌1861年には寄付収入、とくに寄贈・遺贈が落ち込んでいる（表4）。拠出金は継続的に行われるため増減の幅は小さく、比較的安定していたが、寄贈及び遺贈は単発的に行われる寄付であるため、かなりの高額が集まった年もあれば、ほとんど集まらない年もあり、年によって増減の幅が大きく、財源としては不安定なものであった。

支出面についてみれば、前節でみたような看護改革や、患者数増大（次節参照）にともなう病院業務の拡大・複雑化によって職員が増員されたことなどのため、人件費は増加傾向にあった。

メデイカル・アンド・サージカル・エクスペンズ
医療費については、薬剤費とアルコール飲料費が主要部分をしていた。患者に与えるアルコールが医療費に分類されていること自体、今日的にみれば奇異な印象をうけるが、薬剤とともにアルコールの消費抑制は理事会でもしばしば問題とされていた⁽⁴¹⁾。さらに、患者の増加に対応するため、病棟の修理も頻繁に行われ⁽⁴²⁾、ヴィクトリア期のセント・ジョージ病院では経費を増

(37) 日曜基金および土曜基金については、エイベルスミス、前掲訳書、160-161ページ。; Rivett. *op. cit.*, pp.121-123.

(38) *SGH.Minutes*, vol.39, 1874-75, p.303.

(39) *Ibid.*, vol.31, 1859-62, pp.105-109.

(40) *Ibid.*, p.106.

(41) たとえば、1879年の年次報告書では酒量の多い患者がリストアップされ、注意が促されている。*Ibid.*, vol.44. 1879-80, p.435.

(42) *Ibid.*, vol.50, 1886-87, p.74.

大きせる要因がいくつも存在していた。

1870年代以降、日曜・土曜基金という新たな収入源が加わったが、両基金の給付金をたしても、例年財政収入の5～10%程度にとどまった。また、ストック操作によって実際にはある程度融通のきく財務運営が可能であったが、基礎的な収入である寄付の不安定性と、支出の増加傾向のもとでは、財政の不安定感は払拭されることはなかった。

1860年に財務委員会が開かれてから約30年後の1891年、セント・ジョージ病院事務長は、財政的な苦境をのべている⁽⁴³⁾。この証言からも、19世紀後半をつうじてセント・ジョージ病院は、財政的に不安定な状態が続いていたと考えられる。結局、篤志寄付金を基盤とするかぎり、収入の安定と増加にはおのずと限界があったのである。それゆえにこそ、ヴィクトリア中期から後期にかけては、セント・ジョージ病院では、その限られた財政収入のもとでいかに病院を運営をしていくかが実際の課題となっていくのである。診療希望者の増加という事態に直面すれば、財政上の制約があるなかでは、その一部だけ患者として受け入れるしかない。問題は、だれを患者として受け入れるかであり、セント・ジョージ病院では、まさにこの問題が顕在化することになる。次節でこの問題を検討することにしよう。

IV. 篤志病院と患者

セント・ジョージ病院では、病気や怪我のために働くことができなくなった貧民であれば、患者となる資格があった⁽⁴⁴⁾。患者は診察料や滞在費を請求されることなく、健康が回復するまで医師の診察を受けながら病院に滞在することができることになっていた。施すに値する貧民^{デザーフイング・プア}を無料で受け入れることは、他の篤志病院にも共通することであった⁽⁴⁵⁾。

貧民が医師の診察を求めて病院に行くという習慣は、19世紀初頭でも必ずしもまだ一般化していなかったようである。近年の医療の社会史研究が明らかにしているように、人びとはその時代と場所に特有の医療文化のなかに生活していて、独自の健康や病気観、医療観をもっていた。18世紀頃のイギリスにおいても、身体に変調をきたした場合そのまま家庭内・共同体内で耐え忍ぶことが多かった。「自己治療」を試みたり、経済的に余裕のある場合には他人の力を借りる場合もあったが、そうした場合でも、当時の人びとの病気にたいする観念を反映して、決して近代医学に依拠する医師たち（とくに病院医師）だけが頼りにされたのではなかった。今日的にみれば妖しげな「にせ医者」も医療に参入する余地があった⁽⁴⁶⁾。

(43) *British Parliamentary Papers. Select Committee of the House of Lords on Metropolitan Hospitals, 1890-93. 2nd Report, p.108.* (セント・ジョージ病院事務長の証言)

(44) *SGH.Minutes, vol.24, 1834-38, p.355.*

(45) *Granshaw, op.cit., p.201.*

(46) *R.Porter, 'The Patient in England c.1660-c.1800' in Wear(ed.), op.cit., p.97.*

したがって病院患者となる人は一部にすぎず、また、すでにみてきたように、ヴィクトリア時代以前の段階では、病院内における医師や看護婦の役割、すなわち医療の占める比重は相対的に低かった。ヴィクトリア時代以前の病院は、少数の病人を収容し、治療とともに世話することを主眼とする性格をもっていたと考えられる。

こうした性格は、ヴィクトリア期においてどう変化したであろうか。また、財政的な制約のもとでどのような問題が生じたのか。本節では、セント・ジョージ病院の患者数の変化と、患者受け入れ基準の変容に注目しながら、ヴィクトリア期篤志病院の患者への対応について考察する。

1. 「患者紹介状」問題

セント・ジョージ病院では、運営維持のためにより多くの寄付金を集める方策として、寄付者にたいし「患者紹介状」の提出権を、その寄付の見返りとして認めていた。⁽⁴⁷⁾表5に示したように、一定の条件をみたす金額を寄付すれば、寄付者は、自分の知人をセント・ジョージ病院に優先的に入院させることができた。ロンドンのような都市の場合、寄付者の知己の貧者として考えられるのは、自分の家で雇っている家事使用人である。寄付者たちは、この紹介状の提出権を得ることによって、自分の家事使用人の入院枠を確保することができた。建てまえの上では、篤志病院は貧しい病人全てに開放された施設であったとはいえ、実際には寄付者の縁故者が優先的に患者となれるという性格ももっていたのである。博愛主義という建てまえに加えて、自分の縁故者の患者枠を確保するという、寄付者の実利的な動機もみてとれよう。

セント・ジョージ病院の理事会簿には、1853年から各四半期ごとの患者数が記載されるようになっていて、表6は、それをもとに19世紀後半における紹介状による入院患者の割合を示したもので

表5 セント・ジョージ病院：寄付者への患者紹介の権利規定

寄付内容	紹介できる患者
5ギニ以上の年拠出金 50ポンド以上の寄贈	入院患者：随時1人ずつ 外来患者：週に1人ずつ
3～5ギニの年拠出金 30～50ポンドの寄贈	入院患者：年に3人ずつ 外来患者：月に1人ずつ
2～3ギニの年拠出金 20～30ポンドの寄贈	入院患者：年に2人ずつ 外来患者：二月に1人ずつ

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vol.24, 1834-38, pp.319-320. より作成。

(47) *SGH.Minutes*, vol.24, 1834-38, p.319.

表6 セント・ジョージ病院：「患者紹介状」による入院患者数（1853-87年）

	入院総数	紹介状による 入院患者数	紹介状による 入院患者の割合 (%)		入院総数	紹介状による 入院患者数	紹介状による 入院患者の割合 (%)
1853-57	17676	12625	71.4	1873-77	16612	7177	43.2
1858-62	17889	12493	69.8	1878-82	18806	5928	31.5
1863-67	19086	11415	59.8	1883-87	19087	5442	28.5
1868-72	17941	9060	50.5				

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vols.28-51. より作成。

ある。これをみると、1850年代においては患者の7割が紹介状によるものであったことがわかる。1853年以前の割合は不明であるが、19世紀中葉においても、どのような患者を病院に受け入れるかについては、寄付者＝理事の利害がかなり反映されていたとみることができよう。

しかし1860年代以降、紹介状患者は絶対的にも相対的にも低下している。患者紹介状の効力、すなわち寄付者のもつ特権の発動が、徐々に減少したということになる。理事会簿からは、ある時点で紹介状の扱いについて方針変更があったとは読みとれない。では、この長期にわたる漸減をどのように捉えたらよいだろうか。

すでに述べたように、患者を選択しなければならなくなった財政的困難に留意する必要がある。寄付者の縁故者のみを優先する状況ではなくなったのである。かわって、受け入れ患者の選択に、医療スタッフの意図が優先される場面が多くなっていったと考えられる。医学・医療技術の「進歩」、医師層全体の専門職化、病院内における医療スタッフの立場の確立などを背景として、医師の判断によって治療の必要性を認められ、受け入れられた患者の数が増加していったのである。さらに、セント・ジョージ病院が、患者治療の場であると同時に教育・研究の場でもあったことも注目に値しよう。寄付者が紹介状を与える患者が、必ずしも医師の研究や教育に貢献するわけではないという考慮から、紹介状の効力も低下したと考えられよう。

以上のように、紹介状よりは患者の症状が重視されるようになった。この点は、1891年の同病院の方針において確認できる。入院枠が一人しか残っていないときに、入院必要度において同等のケースが同時に生じた場合にのみ、紹介状をもっている患者を優先させる、という方針が表明された⁽⁴⁸⁾。ヴィクトリア後期には、病状によって受け入れ患者を決めるという方針が優先され、紹介状はもはや二次的に考慮されるにすぎなくなった。こうした患者選択の変化に、病院内での医療スタッフの比重の実質的な高まりを確認することができよう。

2. 入院期間の短縮化とアトキンソン・モーリー病院

(48) *Select Committee*, 2nd Report, p.97.

患者の扱いについて、医療スタッフの志向の強まりをしめす傾向をもうひとつ検討してみよう。

表7によると、セント・ジョージ病院の平均入院期間は、1809年の36.7日に対し1895年は24.3日となっており、短くなっている。この間の推移については、史料の制約上明らかにすることはできないが、平均入院日数は短縮傾向にあったとみられる。これについては、1850年代からはじまるセント・ジョージ病院の患者数の報告からも推察することができる。表8は、セント・ジョージ病院の入院患者の退院者（死亡者も含む）数を、退院時の状況別に示したものである。これによると、完全に「治癒して（cured）」退院した患者数が減っている一方で、いくらか「回復しかけの（relieved）」状態で退院した患者数が増える、というトレードオフの推移を示している。これは、完治しないまでも回復の見込みがついた時点で退院させることにより、入院期間の短縮をはかったことを裏付けるものと解釈できよう。⁽⁴⁹⁾ セント・ジョージ病院では、日々病室を巡回する病棟医は、退院該当者を探すことを任務のひとつとしていたからである。⁽⁵⁰⁾

限られた財政のもとでは、より多くの疾病貧民に治療を施すために、患者ひとりひとりの入院期間を短くし、ベッドの回転率をあげることが必要となる。患者一人当たりのコストを削減すること

表7 ロンドンの主要な病院の業務規模〔1809年〕〔1895年〕

	入院患者数		ベッド使用数		平均入院日数		外来患者数	
	1809	1895	1809	1895	1809	1895	1809	1895
St.Brtholomew's	3849	6774	440	584	41.7	30.4	4540	159063
St.Thomas's	2789	6150	417	366	54.5	21.4	4322	112056
Westminster	627	2934	73	181	42.4	22.8	687	24247
St.George's	1450	4191	146	280	36.7	24.3	1121	28392
The London	1406	10559	—	—	—	—	877	152411
The Middlesex	555	3404	—	—	—	28.0	522	41706

資料) G.Rivett, *The Development of the London Hospital System 1823-1982*, 1986, p.140. より転載。

表8 セント・ジョージ病院：退院患者の内訳〔1853-87年〕

	Cured	Relived	Dead	Other	Total		Cured	Relived	Dead	Other	Total
1853-57	8683	4401	1598	2860	17542	1873-77	3219	10476	1582	1585	16857
1858-62	7705	5114	1574	3346	17739	1878-82	3028	12261	1968	1507	18764
1863-72	5107	7460	1753	4505	18825	1883-87	2182	13203	2035	1650	19070
1868-72	5931	8729	1705	1534	17899						

資料) *St.George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vols.28-51. より作成。

(49) 当時の 'cure' という用語の意味については、F.B.Smith, *People's Health 1830-1910*, 1979, p.266. も参照。

(50) *Select Committee*, 2nd Report, p.99.

によって、効率的な慈善活動にすることができる。そして、実際の治療にたずさわる医師サイドの欲求からすれば、少数の患者を長期にわたって世話するよりも、治療が必要である患者をより多く受け入れることが望ましい。とくにセント・ジョージ病院の名誉医師スタッフは、病院での治療とともに併設の医学学校での研究・教育にたずさわっており、それは実際の病院の患者を教材としておこなわれていた。そのため、医師は研究・教育の材料として、より多くのさまざまな症状の患者をサンプルとして必要としていたことも考えられる。医師スタッフの病院内における地位の確保を考えあわせれば、しだいに病院を「世話」よりも「治療」を重視する場としようとする医師グループの志向性が要因となって、入院期間の短縮化が進んだと考えられる。⁽⁵¹⁾

1869年、セント・ジョージ病院を「回復しかけの」状態で退院した患者をひき続き療養するための付属施設として、アトキンソン・モーリー療養病院 (Atkinson Morley's Convalescent Hospital) が開設された。これには、こうした入院期間短縮化の傾向を補う意味があったと考えられる。

同療養病院は、ロンドンのバーリントン・ホテルの所有者で、セント・ジョージ病院の理事でもあったアトキンソン・モーリーの遺贈を資金として設立された。療養病院の場所には、患者の療養に適する環境のよい土地としてロンドン郊外のウィンブルドンが選ばれ、⁽⁵²⁾ 1869年に実際の運営が開始された。ベッド数は100床が備えられ、入院できるのはセント・ジョージ病院に入院していた患者だけであり、週ごとに、療養が必要であると判断された患者がセント・ジョージ病院から移送された。六ヶ月までの滞在が可能であった。運営はセント・ジョージ病院理事会の管轄下におかれた。⁽⁵³⁾

1869年の開設以来、セント・ジョージ病院の退院者のうち毎年20%前後の患者が、アトキンソン・モーリー病院に収容された (表9)。本院であるセント・ジョージ病院が、医学学校を併設するロンドンでもっとも大きな総合病院のひとつとして、「治療」に適するより多くの症例を求め、また財政的理由からも長期にわたる入院を回避しようとしていたのに対し、アトキンソン・モーリー病院はそれを補う施設としての意味をもっていた。⁽⁵⁴⁾ 篤志病院が「治療」機関としての機能をより鮮明にしていくなかで、その補完施設として、患者の「療養」のための施設が設置されたことは、ロンドンにおいて先駆的であった。⁽⁵⁵⁾

3. 外来部門の拡大と患者制限

入院部門においては、ベッドの回転率がよくなる傾向にあったとはいえ、1850年代にベッド350

(51) エイベル-スミスは、篤志病院の全般的な傾向についてこうした要因を重視している。エイベル-スミス、前掲訳書、74-75ページ。

(52) *SGH. Minutes*, vol.32, 1862-64, p.383.

(53) *Ibid.*, vol.35, 1868-70, p.461.

(54) それまで回復期患者の療養に使用されていた病室は、モーリー病院開設後、手術室として利用された。Blomfield, *op.cit.*, p.58.

(55) Rivett, *op.cit.*, p.31.

表9 セント・ジョージ病院からアトキンソン・モーリー病院への移送人数〔1869-87年〕

	セント・ジョージ病院の退院者数	そのうちアトキンソン・モーリー病院移送者数	アトキンソン・モーリー病院への移送者の割合		セント・ジョージ病院の退院者数	そのうちアトキンソン・モーリー病院移送者数	アトキンソン・モーリー病院への移送者の割合
1869	785	95	12.1	1879	3440	720	20.9
1870	3829	670	20.1	1880	3189	681	21.3
1871	2968	659	22.2	1881	3262	427	13.9
1872	3231	834	25.8	1882	3596	657	18.3
1873	3396	976	28.7	1883	3571	986	27.6
1874	2271	475	20.9	1884	3721	779	20.9
1875	3388	766	22.6	1885	3467	1089	35.5
1876	3117	810	26.0	1886	3168	1123	35.5
1877	3021	577	19.1	1887	3126	965	30.7
1878	3343	769	23.0	計	59389	14051	23.7

資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vol.51, 1887-88, p.425. より転載。

注) ・1869年は3ヶ月間のみ。

・1874年は修理のため一時閉鎖。

床がそろってからは、受け入れ患者の増加には限界があった。それに対し、ヴィクトリア期に著しく患者数が増えたのは外来部門であった。

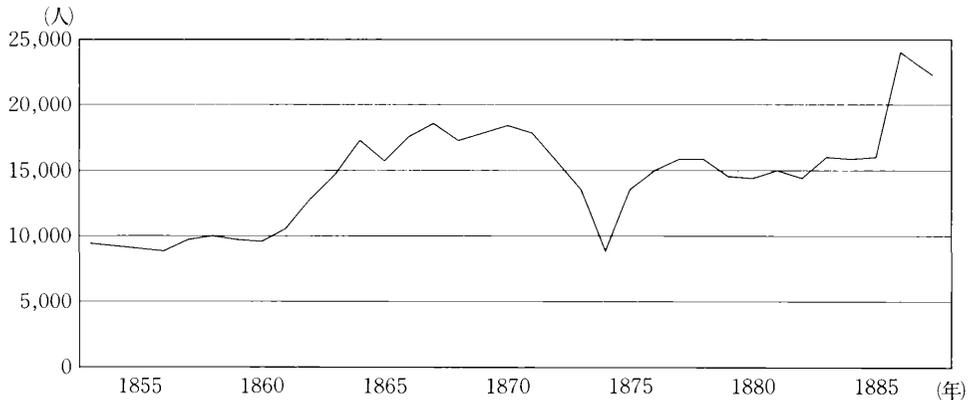
もともと病院は、病いに苦しむ貧民が健全な状態に戻れるように世話をするための施設として設立された。患者は病院に収容され、健康が回復するまでそこに滞在しながら医師の診察を受けた。しかし退院後も、体調が完全に回復するまでは病院に通い、医師の診察を受ける場合もあった。病院の外来部門は、もともとこうした退院後の患者を診察することから始まった。⁽⁵⁶⁾

このように病院の機能としては付随的であった外来部門も、19世紀の間に患者数が増大している。表7が示すように、ロンドンの主要な病院ではいずれも外来患者数は増加している。セント・ジョージ病院についても、1809年と1895年を比べると大幅な増加がみられる。1853年以降については、セント・ジョージ病院理事会における患者数の報告をもとにその推移をみることができる(図1)。それによれば、1850年代にはすでに1809年当時と比べて10倍近く外来患者が増え、1867年頃までにはさらに倍増している。

外来部門では、内科・外科の患者が「普通患者」として取り扱われたが、19世紀後半期にはそれ以外の専門的な症状の患者も取り扱われるようになっていく。すでに眼科患者は1853年以前から受

(56) *Select Committee*, 1st Report, p.49. (セント・ジョージ病院元外科医ティモシー・ホームズの証言)

図1 セント・ジョージ病院：外来患者数の推移〔1853-87年〕



資料) *St. George's Hospital. Minutes of the Board of Governors*, vols.28-51. より作成。

注) 1874年は修理のため一時閉鎖。

け入れられていたが、歯、耳、喉に関する疾患、整形外科、産科の患者も外来部門で取り扱われるようになった。また、怪我や急な発病により病院にやってきた患者は、普通患者とは異なり「^{カジュアルタイ}応急患者」として扱われた。その数は当該期にかなり増加しており、外来部門全体の増加にも寄与している⁽⁵⁷⁾。

従来、病院の機能は病人を収容し世話をすることに重点があった。しかし、19世紀後半においては、入院が必要な患者だけでなく、眼科、歯科など比較的症状の軽いとみられる患者も治療対象として扱うことによって、病院の外来部門が発達した。また、外来における応急患者の増加は、病院が救急の治療機関としての性格を明確にしていったこと示している。患者サイドからみれば、こうした外来部門の発達、病院を身近で日常的な存在にするものであった。というのは、それまでは体調が悪かったり怪我をしても病院に行く習慣が必ずしも一般的ではなかったからである。しかし同時に、外来への殺到によるマイナスの側面として、環境のあまりよくない待合室で長時間待たされたのち、短時間の診療ですまされてしまうことも、ロンドンの篤志病院では一般的なこととなった⁽⁵⁸⁾。

1870年代にはいと、セント・ジョージ病院理事会では、こうした外来部門の状況にかんして、外来患者の増大が慈善金の浪費になっているのではないかという疑念が提出されることになった⁽⁵⁹⁾。これは財政的な限界をもつセント・ジョージ病院にとっては、切実な問題であった。

病院が主として入院患者のみを受け入れていた時期には、少数の病人のみを患者として扱うだけ

(57) セント・ジョージ病院外来患者の詳細な内訳については、永島、「ヴィクトリア時代ロンドンの慈善病院」、93ページ、(表4-3) 参照。

(58) Smith, *op.cit.*, p.255.

(59) *SGH.Minutes*, vol.36, 1870-72, p.326.

済んだ。しかし外来部門の発達により、人びとがより「気安く」病院で医師の診察を受けることが可能になると、病院へくる必然性の低い者までが診療を受けるようになった。すなわち、経済的に比較的余裕のある者までが、ロンドンで有数の地位にある名誉医師たちの治療を無料で受けられるとあって、外来部門を利用する状況になっていたのである。もちろん、セント・ジョージ病院の対象は貧民に限定されていたとはいえ、救貧院のように厳格な審査があったわけではなかった。

篤志病院のなかには一部有料化にふみきる病院もあったが、セント・ジョージ病院では無料診療が維持された⁽⁶⁰⁾。その代わり、セント・ジョージ病院では、外来部門におけるこうした「慈善金の濫用」を防ぐため、1871年から「コミッテイ・オン・マネージメント・オブ・アウトバイシエント・デパートメント外来部門の運営に関する委員会」において患者制限が検討され、受診希望者のなかから慈善に適合する患者を選びだすための調査を行うことが提起された⁽⁶¹⁾。

この調査では、まず医療にたいして支払い能力のあるものを排除するために、フロウイント・ディスペンサリー共済診療所⁽⁶²⁾に加入しているかどうかを尋ね、加入している場合は診療をこたわった。また所得制限として、診療は年収10ポンド以下の患者に限定した。この所得制限に関しては、当初限度額を12ポンドにすることが提案されたが、12ポンドにすると多くの家事用人階層が患者から排除されてしまいうという一部の理事の反対により、10ポンドに引き下げられた⁽⁶³⁾。また、パリティ・レリーフ教区救済を受けている者、そして同一の疾患で同時に他の病院の診療を受けている者は、救済の「二重取り」を防ぐためにセント・ジョージ病院の外来部門における診療はことわられることになった⁽⁶⁴⁾。そして一日に取り扱う初診の数自体も、20件に制限された。以後同じ疾患で通院が必要な患者に対しては通院券が渡され、それをもっていれば次回の来院時には20件の制限以外の枠で、診療を受けられるシステムになった⁽⁶⁵⁾。

以上のような外来部門の患者制限のシステムは、1874年までに確立され実施された。受診希望者に対する調査については、本人の自己申告に基づくものだけに実際どれほどの効果を発揮したかは不明であるが、一日の診療件数を制限したために、以後10年間には外来患者の総数は大きな変動はみせていない。ただし、調査をする余裕のない緊急性をもつ患者、すなわち応急患者の場合には、この患者制限は適用されなかった⁽⁶⁶⁾。慈善施設にとっては、慈善に適合するかという経済的な受け入れ基準も重要なことではあったが、治療機関としての機能も鮮明化ようになっていた篤志病院にとっては、応急患者のように本当に「治療」に適合する患者を受け入れるという判断基準も重要となっていたのである。1886年以降には、応急患者の増加により外来部門全体の患者数が再び増大

(60) エイベル・スミス、前掲訳書、166ページ。

(61) *SGH.Minutes*, vol.36, 1870-72, pp.325-327.

(62) 保険原理によって資金を収集し加入者への診療を行う。労働者階級の自助の理念のもとに19世紀第三・四半期に発達。

(63) *SGH.Minutes*, vol.37, 1872-73, p.318.

(64) *Ibid.*, vol.38, 1873-74, p.90.

(65) *Ibid.*, p.167.

(66) *Ibid.*, p.91.

することになっている。

1880年にセント・ジョージ病院で診療を受けた外来患者の職業をみると（表10）、一般労働者（Labourers）のほかにも仕立工（Dressmakers）や針子（Needlewomen）など衣料ほか消費財生産にかかわる労働者が比較的多くみられる。その点では当時のロンドンの産業構造を反映しているとみることもできるが⁽⁶⁷⁾、とくに目につくのは召使（General Servants）やメイド（Housemaids）など家事使用人が多く来院していることである。セント・ジョージ病院の位置するハイドパーク・コーナー周辺には大邸宅が多く⁽⁶⁸⁾、その使用人たちが必要に応じて診療を受けたものと考えられる。また事務員（Clerks）や小店主（Shop Keepers）などいわゆる下層中産階級といわれる人びとも来院している⁽⁶⁹⁾。かれらの所得からすれば慈善の対象とはならないわけだが、治療の必要性という観点からすれば、実際には排除は困難であったことを示すものであろう。

表10 セント・ジョージ病院：外来患者の職業〔1880年〕

職種	人数	職種	人数	職種	人数
Bakers	69	Dressmakers	132	Nurses	87
Bricklayers	153	Footmen	63(29)	Painters	309
Butlers	260(144)	Gardeners	115	Plasterers	67
Cabmen	120	Gen.Servants	211(107)	Porters	321
Carmen	187	Groomes	123	Shoemakers	181
Carpenters	339	Housemaids	274(130)	Shop Keepers	53
Charwomen	151	Labourers	1478	Smith	59
Clerks	124	Laudresses	133	Stablemen	156(73)
Coachmen	218(152)	Masons	69	Tailors	153
Cooks	199(103)	Needlewomen	79	Widows	65

資料) *St. George's Hospital. Annual Report for the year 1880*, pp.97-98. より作成。

注) ・50人以上の職種のみ抜粋。

・患者が妻や子供の場合は、その夫・父の職業に分類。

・() 内数字は、含まれる失職・休職者数。

(67) G.Stedman Jones, *Outcast London*, 1971, pp.20-21.

(68) C.Booth, *Life and Labour of the People in London*, 3rd series, vol.3, 1902, p.136.

(69) 下層中産階級については G.Crossick (ed.), *The Lower Middle Class in Britain 1870-1914*, 1976.

島浩二他訳『イギリス下層中産階級の社会史』法律文化社 1990年。

V. む す び

ヴィクトリア期において、セント・ジョージ病院では医師・看護婦ら医療スタッフの拡充をみた。こうした病院内における医療スタッフの役割の増大にともない、病院は従来のように病人を院内に収容して健全な生活にもどれるようにするというような「世話」を主眼とするのではなく、むしろ治療機関としての性格を強めていった。アトキンソン・モーリー病院を分院として開設し、「世話」の機能を分化させたことは、本院の治療施設としての機能をより明確にするものであった。こうした傾向のもとで、医師スタッフは、医学学校をもち研究・教育の中心でもあった篤志病院の医師であるということで、病気や怪我は近代医学の実践によって治癒可能であるというような心性、換言すれば「治療」にたいする自信を徐々につよくもつようになっていったと考えられる。

患者サイドからみれば、こうした病院の治療機関としての発達は、それまで体調が悪かったり怪我をしても病院にいく習慣が必ずしも定着していなかった民衆にとって、一面ではそれを一般的にするものであった。篤志病院には、医療にたいして支払い能力のないような貧者だけでなく、治療をもとめて経済的には比較的裕福なものまで来院するようになった。ここに一般民衆の病院医療にたいする心性の変化をみることができる。このヴィクトリア時代を通じて近代医療の中心たる病院が身近な存在になるにつれ、民衆世界における伝統的な医療観は徐々に変化し、現代社会における医師—患者関係に近い形態が一般化していったものと考えられよう。

こうした病院にかかわる医療従事者側、患者となる都市住民側双方の医療にたいする心性の変化は、来院する患者が増大したことに具体的にみとれる。しかし病院としては、限られた財政状況のもとで、病院にやってくるもの全員を受け入れることはできなかった。そのためセント・ジョージ病院では、だれをどのような基準で患者として受け入れるかが問題となった。

セント・ジョージ病院を支えていたのは、レスpekタブルな社会における上流階級の任務を自認し、貧者にたいして名望家的・家父長的な立場から施しを行おうとする貴族や富裕な商人・金融業者などであった。こうした寄付者たちにとっては、施すに値するような貧民、更にいえば、紹介状を与えた者が受け入れられることが望ましかったと考えられる。しかし、医療スタッフの比重が高まり、一般都市住民の病院志向が強まると、かつてのように寄付者の意図だけが通る状況ではなくなった。とくに患者紹介状は、治療上の必要度を重視するという方針から、その意義は後退していった。

患者数の増加は、外来部門において顕著だった。1870年代にはじまった外来患者制限は、資産調査によって慈善に適合する貧民のみを、患者として受け入れることを意図したものであった。しかし、実際には治療に緊急性を要する場合には、調査は適用されなかった。従来、貧民を収容し世話する目的で設立された慈善施設でありながら、セント・ジョージ病院が治療機関としての性格を強

めた結果、もはや特定の貧民層だけに患者を限定することは困難になっていたのである。ここに、患者の選択における、「慈善」の基準と「医療」の基準との対抗をみることができる。

以上のような患者受け入れ方針にかんする問題は、セント・ジョージ病院に限ったことではなく、ロンドンの他の篤志病院も同様の傾向にあった。こうした事態は、篤志病院以外の医療施設との関連でも捉える必要がある。ロンドン医療界においては、篤志病院、救貧院病舎、プア・ロウ・インフアーマラー一般開業医ジェネラル・プラクティショナーといった各医療機関が、それぞれ独自に発展したため、それぞれの対象患者が重なるなど、機能分担が未確立であり、また地理的にも不均等に分布していたため、19世紀末までにしばしば利害が対立する局面をむかえていた。篤志病院の外来部門に比較的裕福な患者までが引きつけられることによって、一般開業医は「顧客」を奪われることになったし、1867年の首都病院局の設置によって整備されはじめた救貧院病舎も、「貧民の治療」という目的においては、篤志病院の入院部門と重複していたのである。⁽⁷⁰⁾

1890年には、上院に「セレクト・コミッティ・オブ・ザ・ハウス・オブ・ローズ・オン・メトロポリタン・ホスピタル首都病院に関する特別委員会」が設置された。本上院委員会は、実状調査のためロンドンの医療関係者の証言をもとにした報告書を作成した。⁽⁷¹⁾そこでは、篤志病院が「慈善の基準」をゆるめ、「医療上の基準」を重視することによって、患者の選択をおこなうようになったため、とくに一般開業医との軋轢を生んでいることが中心的問題として浮かびあがっていた。これまで考察してきたように、病院が治療施設としての機能を明確にした結果、本来の慈善活動の「貧民だけに医療を施す」という目的との間に齟齬が生じることは必然的なことであつた。同委員会の証言においては、慈善組織協会チャリティ・オーガニゼーション・ソサエティや一般医などは、厳格な規定のもとでの慈善医療の必要性を主張した。そして同委員会の最終的な提言においても、「富裕者が貧者にたいして施す」という私的慈善活動自体への疑念はだされなかった。したがって篤志病院の外来患者調査を更に徹底することや、各医療施設の協調性・計画性をはかるための民間の調整機関を設置すべき旨の提言をおこなつた。⁽⁷²⁾しかし他方、たとえば篤志病院を公的運営に切り替えたり、政府のイニシアティブで医療供給システムを整備するといった抜本的な改革案は、この段階ではまだ提出されなかった。

また、今世紀初頭の「リベラル・リフォーム」と称される一連の社会立法の最終段階である、1911年に成立した国民保険法には、失業保険とともに疾病対策としての健康保険が含まれていた。しかし同保険の給付は一般医による診療に限定されており、篤志病院はその適用外におかれた。法案の成立に中心的役割を果たした蔵相ロイド・ジョージは、資金収集に関してそれなりに機能してきた篤志病院制度に一定の利点を認め、それを存続させたためである。⁽⁷³⁾

(70) エイベルスミス、前掲訳書、132ページ。

(71) *British Parliamentary Papers. Select Committee of the House of Lords on Metropolitan Hospitals, 1st-3rd Reports, 1890-93.* (既出)

(72) *Ibid.*, 3rd Report.

(73) エイベルスミス、前掲訳書、255ページ。

整備された近代医療の必要性の認識が強まるなか、部分的に公的医療システムへの移行がすすむ一方で、篤志病院は20世紀に入ってからも存続した。医療従事者の治癒可能性への自信の表明、及びそれにとまなう一般住民の病院医療志向という傾向のもとで、財政問題、患者受け入れ基準をめぐる問題など、篤志病院は、私的慈善の限界性に根ざす複雑な問題をかかえこんでいた。しかし、近代イギリスに根付いた慈善救済のシステムは、ただちに撤廃されることはなかった。⁽⁷⁴⁾ 今世紀になってからも篤志病院にまつわる紆余曲折は続いた。篤志病院制度が廃止され、政府のイニシアティブによって階層・階級の区別なく全国民に無料で医療サービスが供給される体制になるのは、1948年に国民保健サービス（NHS）が実施されたときである。したがって、イギリスにおける漸進的な福祉国家の形成をみる上では、今世紀に入ってからの篤志病院についても考察する必要があるだろう。この問題については後日に期したい。

（大学院経済学研究科後期博士課程）

(74) 慈善活動の重要性については、F.K.Prochaska, 'Philanthropy', in Thompson (ed.), *op.cit.* とりわけ20世紀における篤志病院については、Prochaska, *Philanthropy and the Hospitals of London: The King's Fund, 1897-1990*, 1992.