

<論 説>

近代日本の地方小都市における病院医療供給と地域社会 ——「私立病院」の拡張と感染症への対応——

中 村 一 成

I 課題と対象

1 病院医療供給と感染症

本稿の課題は長野県下伊那郡飯田地域における病院医療供給の展開過程を検討することを通じて、一つには「近代日本における「私立病院」をすべて開業医の経営発展の延長線上に位置づけてよいのか」という問いについて考察すること、そしていま一つには、「感染症の拡大に対して近代日本の地域社会はどのように対応したのか」という問いについて考察することである。

筆者は別稿において、近代日本における病院医療供給の通説的な説明の仕方を「開業医モデル」と位置付け、それに対して「地域社会モデル」による病院医療供給のパターンが存在することを指摘した¹。その研究史的含意を簡単に整理しておく、近代日本医療史研究の基本的枠組みを構築した川上武や佐口卓の議論²にせよ、そのパラダイムを転換しようとした猪飼周平の議論³にせよ、従来の通説では近代日本における病院医療供給は開業医の経営発展の延長線上

¹ 中村一成「近代日本の農山村における病院医療供給と地域社会—名望家から産業組合へ—」(『歴史と経済』第234号, 2017年1月)。

² 川上武『現代日本医療史 開業医制の変遷』(勁草書房, 1965年), 佐口卓『医療の社会化 第二版』(勁草書房, 1982年)。

³ 猪飼周平『病院の世紀の理論』(有斐閣, 2010年)。

に位置づけられていた(「開業医モデル」)。そこでは、診療所の経営を通じて蓄積された資本によって、病院設立に必要な初期投下資本が賄われることが暗黙の裡に想定されていたことになる。しかし、開業医にとって診療所を病院に拡張するほどの経営拡大が困難な農山村地域においても、実態としては病院が設立される場合がある。その場合いかなる主体が病院医療を供給するのか、という問題に対して、筆者は「地域社会モデル」として名望家および協同組合方式による病院医療供給が行われた事例を明らかにしたのである。

このことによって、近代日本の病院医療供給様式を多元的に理解する必要を示すことができたと考えるが、さらにその末尾では、名目上医師が設立した病院であって統計上も「私立病院」として括られる病院群の中に、実態としては「地域社会モデル」として設立されている病院があり得るとして、飯田地域の事例がそれにあたることを示唆しておいた⁴。本稿はその内実を具体的に明らかにすることを通して、近代日本の「私立病院」を当然のように(もしくは無自覚なまま)開業医の経営発展の延長線上に位置づけてきた先行研究の大前提に、「蟻の一穴」を穿つことを一つの目的としている。

加えて本稿では、地域における感染症の流行という問題の解決に「地域社会モデル」による病院医療供給が一定の寄与をするとともに、感染症に対する地域社会の対応が病院医療供給を促進するという相互作用が生じた事例として、飯田地域における事例を検討することをもう一つの目的とする。

感染症は歴史研究ないし経済史研究においても強い関心事であり、ヒトとモノの移動に関わって貿易・流通・労働移動などを反映したペスト、マラリアなどの生物媒介感染症や、乳児死亡を媒介として人口動態と密接に関連する性感染症、あるいは感染症に対する国家・社会の権力作用、などといった問題に関して研究が蓄積されている⁵。そうしたなかで本稿は、水の摂取と尿尿処理に関わるシス

⁴ 前掲、中村一成「近代日本の農山村における病院医療供給と地域社会」、17頁、脚注97。

⁵ まとまった研究成果として、見市雅俊『コレラの世界史』(晶文社、1994年)、飯島渉『ペストと近代中国—衛生の「制度化」と社会変容』(研文出版、2000年)、見市雅俊・斎藤修・脇村孝平編『疾病・開発・帝国医療—アジアにおける病気と医療の歴史学』(東京大学出版会、2001年)、飯島渉『マラリアと帝国—植民地医学と東

テム、すなわち上下水道インフラの状態を反映する水系感染症に注目する。

日本における水系感染症についての歴史分析の多くは、これまでコレラに注目してきた。コレラは感染源が社会の外部から侵入し、突発的な大流行と急速な終息を繰り返す点に特徴がある。そうした「襲来型」と呼ばれる感染症に対する民衆の意識や地域社会の変貌、あるいは流行開始後の「隔離・消毒」という対応の警察的権力的性格や衛生行政の確立過程などが、これまで分析の焦点とされてきた⁶。しかし明治後期以降の日本ではコレラの大流行が終息したため、それ以上の研究の広がりを見せていない。

これに対して、イギリスにおける研究動向を踏まえて腸チフスに注目し、感染症を通じた日本社会の歴史分析に新たな可能性を開いたのが永島剛の研究⁷であった。腸チフスはコレラほど爆発的な流行を見せないものの、常に一定の患者発生をみる「常在型」と呼ばれる感染症として連続した統計的把握が可能な場合が多い。永島はそれを地域の衛生環境を敏感に反映する指標として用いることによって、関東大震災を挟んだ時期における東京市の社会経済状況を描いたのである。本稿は永島の方法に学びつつ、よりローカルな地域社会における感

アジアの広域秩序』(東京大学出版会, 2005年), 速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』(藤原書店, 2006年), 永島剛・市川智生・飯島渉『衛生と近代—ペスト流行にみる東アジアの統治・医療・社会』(法政大学出版局, 2017年), 秋田茂・脇村孝平編『人口と健康の世界史』(ミネルヴァ書房, 2020年)などがある。また以下のように、いくつかの優れたレビューも発表されている。鈴木晃仁「医学と医療の歴史」(『社会経済史学の課題と展望』有斐閣, 2002年), 脇村孝平「医療・公衆衛生システム」(『社会経済史学の課題と展望』有斐閣, 2012年), 鈴木晃仁「医学史の過去・現在・未来」(『科学史研究』第269号, 2014年), 飯島渉「感染症と権力をめぐる歴史学」(『第4次 現代歴史学の成果と課題 第2巻 世界史像の再構成』績文堂出版, 2017年)。

⁶ 安保則夫『ミナト神戸 コレラ・ペスト・スラム』(学芸出版社, 1989年), 鹿野正直編『週刊朝日百科日本の歴史89号 コレラ騒動 病者と医療』(朝日新聞出版, 2004年)など。

⁷ 永島剛「感染症統計にみる都市の生活環境—大正期東京の腸チフスを事例として—」(『三田学会雑誌』97巻4号, 2005年1月)。なお腸チフスを地域の衛生指標として用いるという方法については、永島論文で言及されている Anne Hardy, *The epidemic streets : infectious disease and the rise of preventive medicine, 1856-1900* (Oxford University Press, 1993) の Chapter6. Typhoid を参照されたい。

感染症に対する社会的対応を、より具体的に明らかにしようとするものである。

この際、対象を東京のような大都市ではなく地方小都市に設定するとともに、永島論文で焦点とされた上下水道整備および屎尿処理といった衛生的対応については別稿に譲り⁸、病院の隔離病床増設という医療的対応に注目しながら検討していきたい。これは1910年代半ばに進行した私立飯田病院の移転拡張事業として現れ、その中心的内容は後述するように隔離病床の増床であって、明らかに腸チフス流行への対応を見せたものであった。この際、周辺地域から広く出資を募ることで費用を賄っており、病院の移転拡張はいわば地域社会による共同事業という性格を併せ持つものであった。

2 長野県における感染症と飯田地域の腸チフス

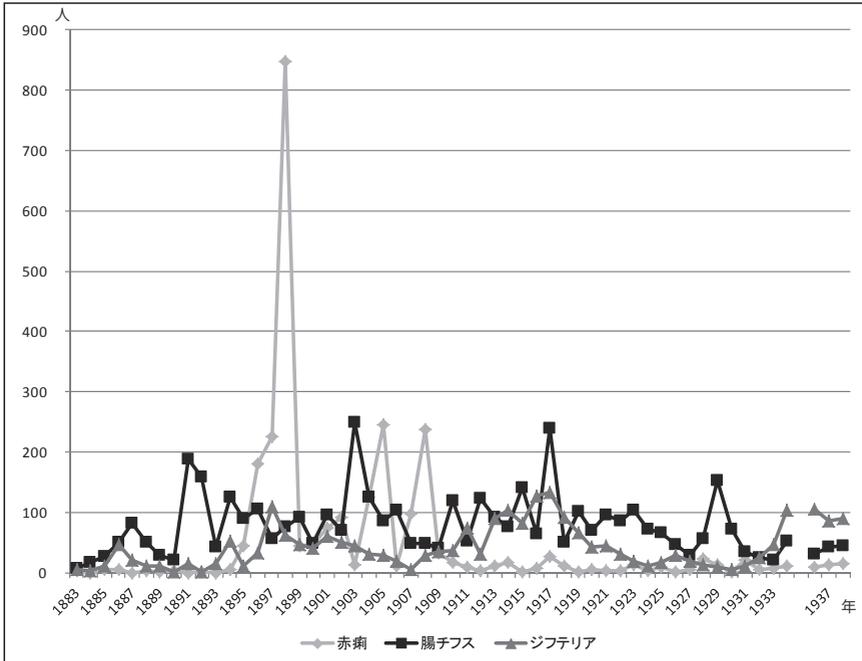
長野県では1882年(患者1,525名、死者851名)と1886年(患者3,940名、死者2,282名)にコレラの大流行が発生するが、下伊那郡にはこの大流行は波及せず、僅かに1892年に患者4名、死者2名が記録されているのみである⁹。そのため、近代下伊那郡の社会をコレラで分析することは適当でない¹⁰。近代下伊那郡で統計上確認できる主要な感染症は、【図表1】に示すように赤痢、腸チフス、ジフテリアの三つであった。このうち赤痢は1898年に爆発的な流行を見せるものの、その後は流行が落ち着き1910年代以降は患者数が1桁にとどまる年が続くようになる。それに対して腸チフスは、赤痢ほどの大流行は見せないものの断続的に流行を起し、1920年代に至るまで一定数の患者を毎年発生させていることが確認できる。「常在型」感染症たる所以である。ジフテリアもまた継続的に患者が発生しているが、飛沫感染を主な経路とする感染症であり本稿の方法とは異なるため検討の対象から外すことにする¹¹。以下、腸チフスの断続的な流行に対して地域社会がどのように対応したのかということにつ

⁸ 中村一成「水の利用をめぐる対立」(飯田市歴史研究所編『飯田・上飯田の歴史 下巻』飯田市教育委員会、2013年、第3章第3節)。

⁹ 『長野県統計書』長野県、各年次。

¹⁰ 「なぜ1882年と1886年の大流行は下伊那郡に波及しなかったのか」という問題設定は可能であるが、本稿の主題からは外れるためここでは追求しない。

【図表1】下伊那郡感染症患者数(1883~1938年)



〈出典〉『長野県統計書』各年次より作成。

いて、下伊那郡に即して具体的に検討していくことにする。

本稿が主として検討の対象とする地域は、下伊那郡のなかでも特に飯田町とその北西に隣接する上飯田村である。【図表2】に見るように飯田町は土地の大部分を宅地が占め、商工業および雑業が集積する町場を形成している一方、上飯田村は土地の大部分を田畑と山林原野が占める農山村地域であった。しかし注目しなければならないのは、1917年から1926年にかけて上飯田村においても宅地が増加していることである。【図表3】に示すように、飯田町では19世紀

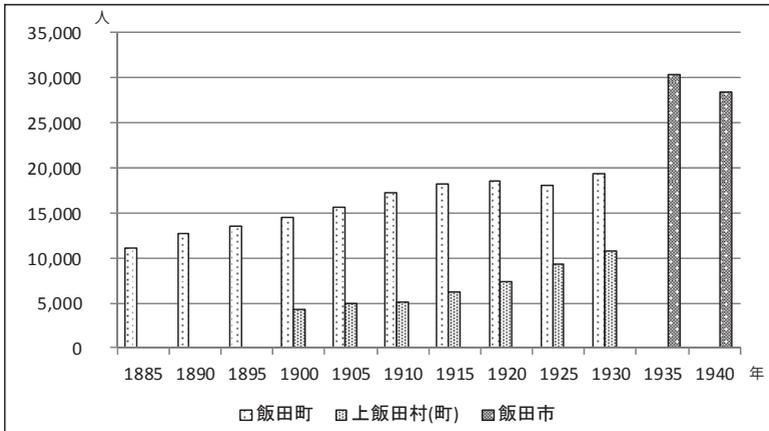
¹¹ 赤痢およびジフテリアについては、鈴木晃仁「近代日本におけるジフテリア疾病統計の分析」(『三田学会雑誌』97巻4号, 2005年1月), および馬場わか「日本における赤痢の流行と感染症対策の変遷 1890-1930年」(『三田学会雑誌』99巻3号, 2006年10月)でそれぞれ検討されているので参照されたい。

【図表2】飯田町・上飯田村概要

飯田町 (1917年)				上飯田村 (1917年)		上飯田村 (1926年)	
土地		戸口		土地		土地	
宅地	180,051坪	商業	2,235	宅地	99,853坪	宅地	130,621坪
田	247反	工業	504	田	166町	田	154.36町
畑	367反	農業	96	畑	204町	畑	206.43町
山林	25反	庶業	113	山林	4,776町	山林原野	4,994.42町
原野	26反	雑業	605	原野	224町	其他	

〈出典〉『大正七年飯田町勢要覧』(県立長野図書館所蔵)、「大正六年中上飯田村事務報告」
「大正十五年昭和元年上飯田村事務報告書」(飯田市歴史研究所所蔵)。

【図表3】飯田町・上飯田村人口推移



〈出典〉『長野県統計書』『下伊那郡統計一斑』『飯田町勢要覧』『飯田市勢要覧』
『国勢調査報告』より作成。

後半からの人口増加が1910年代には頭打ちになり、代わって上飯田村の人口が増加し始める。これは飯田町の限られた町域での人口収容力が飽和し、宅地が上飯田村域まで拡大していったことを示している。その後、飯田町と上飯田村(1929年には上飯田町となる)は1937年に合併して人口3万人規模の飯田市を形成することになる。また、水の利用についても上流の上飯田村と河川および用水を通じて下流に位置する飯田町は、互いに強く結びつきながら小都市を形成する地域であった¹²。そのため、本稿では飯田町と上飯田村を合わせて「飯田地域」と表記する。

【図表4】飯田地域腸チフス患者数

年	「飯田市 街地」	飯田町	上飯田村 (町)	飯田市	合計	年	「飯田市 街地」	飯田町	上飯田村 (町)	飯田市	合計
1883	3				3	1915		43	18		61
1884	12				12	1916			21		21
1885	2				2	1917		95	21		116
1886	28				28	1918		18	6		24
1887	21				21	1919		45	10		55
1888	22				22	1920		39	10		49
1889	8				8	1921		32	14		46
1890	4				4	1922		13	7		20
1891	95				95	1923		31	3		34
1892	61				61	1924			10		10
1893	61				61	1925			12		12
1894	6				6	1926			4		4
1895						1927			5		5
1896						1928			8		8
1897						1929			12		12
1898						1930		28	12		40
1899						1931		6	4		10
1900						1932					
1901						1933		6			6
1902						1934					
1903				9	9	1935		2			2
1904				2	2	1936		9			9
1905				1	1	1937				19	19
1906		22		1	23	1938				16	16
1907		2		2	4	1939				12	12
1908		4		0	4	1940					
1909		32		8	40	1941				16	16
1910		23			23	1942					
1911		17			17	1943					
1912				8	8	1944					
1913		62		6	68	1945				10	10
1914				2	2	1946				2	2

〈出典〉『長野県統計書』『下伊那郡統計一斑』『飯田町勢要覧』『飯田市勢要覧』より作成。

〈注〉空欄は史料欠落による。「飯田市街地」は当該期の『長野県統計書』の項目。上飯田村は1929年以降上飯田町。飯田町と上飯田村は1937年に合併して飯田市となる。

次に、飯田地域における腸チフスの発生状況を示したのが【図表4】である。史料が十分に残存しておらず断片を集めたデータにならざるを得ないが、それでも1891～1893年と1910年代、とりわけ1913年と1917年に大きな流行がある

¹² 前掲、中村一成「水の利用をめぐる対立」。

ことがわかる。なかでも1917年の大流行は大きな社会問題となり、飯田町行政では町内の開業医を顧問として集め、予防注射や用水路消毒、あるいは健康診断などの対策を検討し始めた¹³。そうした一連の対策のなかで最も大きなものが、私立飯田病院の移転拡張に伴う隔離病床の大幅増床という対応であった。もっとも飯田病院移転拡張の当初の目的は、腸チフスへの直接的対応というよりは、より一般的な課題としての「医療の病院化」に対応しようとするものであった。それが腸チフス流行への対応と合流していく過程について、次に詳しく検討していこう。

II 飯田病院移転拡張事業と地域社会

1 飯田病院と新病院建設事業

飯田病院は、1903年に医師である原耕太郎が開業した私立病院である。内科・産婦人科・外科・皮膚病梅毒病科を標榜する、この時期の下伊那郡において唯一の病院¹⁴であった。当初は医師3名、「看護婦」ほかスタッフ10名、普通

¹³ 「窒扶斯菌全町を蔽ふ 飯田町の大恐慌 徹底的撲滅策を講ず」(『南信』1917年9月8日付)。

¹⁴ 近代日本における「病院」とは、病床を10床以上有する医療施設として、無床あるいは少数の病床しか有しない「診療所」とは区別される。『長野県統計書』の「病院」欄に拠ると、下伊那郡では1886年まで私立の「天龍医院」があったが、記録されている入院数は1884年に70人、1886年には40人のみであり、入院治療を特徴とする「病院」としてどれだけ機能したのかは疑わしい。同院の記載が消えて以降、下伊那郡については県立病院一つの記載が1902年まで続くが、これは飯田町における遊郭の存在に対応した「県立飯田梅毒病院」であり、下伊那郡において飯田病院開設までは疾病一般の受診を想定した病院は長らく存在しなかった。なお、飯田町にはほかに「町立飯田伝染病院」があり、病床は13床あったと見られる(前掲「窒扶斯菌全町を蔽ふ 飯田町の大恐慌 徹底的撲滅策を講ず」に拠る)が、これも一般病院ではなく「伝染病隔離病舎」である。ここでは、赤痢や腸チフスなどの感染症患者が発生した際に開所して患者を収容し、町内の開業医が往診をするほか看護人が付き、患者の転帰によって閉所するという運用がなされていた。1911年には看護人が患者からの感染により発病して死亡し、町から葬祭料や遺族扶助料を支出する事態が生じている(「飯田町役場事務報告書」『(明治44年)会議録』飯田町役場、飯田市歴史研究所所蔵)。

【図表5】飯田病院病床数・患者数

	病床数					入院患者		外来患者	
	普通	精神	隔離	結核	計	患者数	患者延数	患者数	患者延数
1910年	12	0	0	6	18	331	6,725	3,979	-
1911年	12	0	0	6	18	465	8,917	3,372	-
1912年	12	0	0	6	18	468	5,367	3,878	-
1913年	16	0	0	0	16	366	4,124	3,788	16,239
1914年	16	0	2	0	18	313	3,708	3,467	13,868
1915年	12	0	4	2	18	277	3,501	3,895	15,424
1916年	18	0	60	2	80	284	3,657	3,703	16,606
1917年	38	0	68	0	106	373	8,849	3,308	16,540
1918年	42	0	68	0	110	305	6,406	3,369	16,844
1919年	42	0	68	0	110	360	7,467	2,489	16,747
1920年	42	0	68	0	110	265	7,155	2,645	11,373
1921年	42	0	68	0	110	252	7,308	2,739	12,873
1922年	42	0	68	0	110	276	8,280	3,037	15,185

〈出典〉『長野県衛生統計書』各年次より作成。

病床12床および結核病床6床(1910年時点)¹⁵という小規模な病院であったが、やがて患者の増加に病院の収容力が追い付かなくなっていく。

【図表5】に示すように、飯田病院では1911年に8,917人ももの入院患者延べ数を記録した。単純計算で1日当たり24~25人の入院患者がいたことになり、これは結核病床を含めて公称18床の飯田病院の収容力を大きく超える事態であった¹⁶。この事態を受けて、原耕太郎は病院の移転拡張に着手する¹⁷。この際興味深いのは、原が1913年に発表した次の病院設立呼び掛け文である。

(前略—引用者) 晩近社会の文明科学の応用は駸々乎として長足の進歩を来

¹⁵ 『明治四十四年 長野県衛生統計書』(長野県警察部, 1913年) 100頁。

¹⁶ ただし、この年および翌1912年にかけて飯田病院の入院患者を増加させていた病類は「皮膚及筋病」および「骨及関節病」である。新病院が稼働を開始する1916年まで、飯田病院では腸チフスによる入院実績がなかった。

¹⁷ この事業の経過を示す史料が、現在の医療法人栗山会飯田病院に所蔵されている。以下この史料(「飯田病院史料」)に依拠しながら、飯田病院移転拡張事業の経過を明らかにする。なお引用にあたっては、適宜現代表記に改めるとともに必要に応じて句読点を補った。

し、殊に吾が医学界に於ては日進月歩著大なる面目を改めて進み居り候。斯の氣運に際し、日進の医術と器械材料を応用し吾か伊那郡をして文明の恩澤に浴し濟生の本義に適合せしむるは、医師道德の最大なるものにして亦地方衆人の幸福至大なるものと考へ候得共、其設備に要する費用は多大にして微力の致すべき処にあらず。(中略—引用者) 依て左記方法により資金を知己或は博愛慈恵なる有志諸賢より借り、更に完全なる院室を建築し設備及材料を改善し甚深の学識材能ある士を聘して文明的医療を行ひ、初一念を貫徹し以て吾地方一般に幸福を享受せしめん事を思念して已まさる儀に御座候。(後略—引用者)¹⁸

ここでは、日進月歩で発展する医学を伊那地方で実践したいが、その設備費用は多額に上るため、小病院を経営するに過ぎない原の手には負えないことが率直に吐露されている。と同時に、地域の人々の出資によりその費用を賄うことによってこの地方で「文明的医療」を行うこと、そしてそれが地域社会の利益になるのだということも述べられている。

この文書をもって、原は地域社会に広く新病院設立のための拠出を呼び掛けた。そしてこれを受け、地域社会の側では指導者たちが新病院設立に主体的に関わっていくことになる。1914年12月17日、飯田町において「町村長及尽力者相会し(新病院設立の一引用者)準備会を開き仮原案を作成」し、翌日「創立総会を開催該原案に就き審議を遂げ満場一致を以て別紙決議を可決確定し及び選挙の上役員も選任相成」という展開があった¹⁹。ここでの「決議」は次のようなものである²⁰。

調達資金額は1口100円を1,000口、つまり100,000円を目標とし、そのうち

¹⁸ 「(大正二年七月 原耕太郎発新病院設立呼び掛け書簡)」(飯田病院史料)。

¹⁹ 「(大正三年十二月二十日 飯田町飯田病院内病院建設発起者 原耕太郎発書簡)」(飯田病院史料)。

²⁰ 以下この決議に関する引用は、「病院建設創立総会決議書」(飯田病院史料)による。なおこの決議案の内容については、地元紙『南信』1914年12月19日付でも報じられている。

300口を院主である原耕太郎が出資、残りの700口を「一般より募集」とした。そして毎年の利益金のうち、7割を出資金に対する年5%の利子支払いなどに充て、残り3割は「病院拡張費施療費其他災害に備ふる為予備金として積立」てることとした。つまり、病院建設のために5分利付債券を発行して出資を募るということになる。この際、「出資者は監督者五名を選任し会計及び業務の監督をなす事を得」「院主は監督者の承諾を求め臨機資金の全部又は一部の還済をなすことを得」とされ、募債で集めた資金の処分は原耕太郎の独断では行い得ず、監督者の管理下に置かれることになった。さらに「院主原耕太郎と病院との財政関係を全然明瞭に分離して混同せざること 但し院主は相当の手当を受くること」とされ、病院経営における家計と経営との分離が明文で規定されている。

加えて、「出資者は其の意見を代表し院主を督励し病院設立に付き当初の目的を貫徹せしむる為め協議員を置くこと」とされ、飯田町から20名、村部から25名、原の親戚から7名の協議員を出すことが規定された。このうち村部に25名もの協議員の割当てがなされていたことは、飯田病院の移転拡張事業では当初から飯田町のみならず、下伊那郡内の村々にも広く出資を募ることが想定されていたということを示している。

この決議の時点で選出された協議員は【図表6】の通りである。各町村とも現役・元職あるいは後年の町村長など、行政の役職関係者が名を連ねていることが確認できる。また飯田町選出の協議員は、行政の役職関係者に加え、有力商人や金融機関幹部、そして商工会議所幹部など経済界の中心人物たちであった。これらのことから、飯田病院の新病院建設事業は開業医の経営発展の延長上にあったというよりは、飯田町を中心とする下伊那郡の地域社会全体の共同事業、すなわち「地域社会モデル」による病院医療供給事業として推進されたということが言えるであろう。

ただし、後に見るように資金拠出は各町村の有力者が個人として行っており、各町村の行政費が投じられたわけではないことには注意が必要である。この時期の下伊那郡地域では、病院医療供給は行政課題として位置付けることは出来ず、あくまで有力者の私的資金による共同拠出事業という位置づけにとどまっていた。

【図表6】新飯田病院設立協議員(1914年12月18日時点, ☆は専務委員)

飯田町	
伊原五郎兵衛☆	飯田町長(1898~1899年), 漆器商, 百十七銀行取締役
市瀬泰一	飯田市長(1939~1941年), 元結商
市瀬五三郎	呉服商, 飯田商工会議所常議員, 飯田商工会議所副会頭, 飯田信用組合理事
井村萬之助	
原吉郎☆	
林雅次	南信自動車商会営業主, 飯田町会議員, 飯田商工会議所常議員, 飯田信用組合理事, 飯田町政友会支部長, 南信新聞専務取締役
本田善四郎	質業, 飯田商工会議所代議員, 信産銀行取締役
大原六兵衛	飯田商工会議所常議員
吉澤新兵衛	元結商, 飯田信用組合理事, 信産銀行取締役
横前蝦太郎	飯田町会議員, 飯田商工会議所常議員, 飯田商工会議所副会頭, 飯田信用組合理事, 蚕具商
田口政次郎	飯田町会議員
中島勝	元結商
成瀬政治	
上柳喜右衛門☆	飯田町長(1905年), 酒造業, 百十七銀行取締役
上柳緑	飯田町長(1917~1918年), 質業, 伊那銀行取締役
野原文四郎☆	飯田町長(1909~1917年), 飯田市長(1937~1939年), 酒造業, 飯田商工会議所会頭, 伊那銀行取締役, 飯田実業銀行取締役, 飯田信用組合組合長理事, 飯田信用組合組合長
野原半三郎	金物商, 飯田商工会議所副会頭, 飯田信用組合副組合長
山口新一郎	
松下徳五郎	飯田信用組合理事
篠田半次郎	
村部	
中島鉄二郎(大島村)	大島村会議員(1901~1904年, 1907~1910年, 1925~1933年), 大島村助役(1908~1910年), 大島村長(1910~1921年)
中平嘉市(山吹村)	山吹村助役(1906~1910年), 山吹村長(1911~1916年, 1919~1921年)
北原銀作(市田村)	市田村助役(1899~1909年), 市田村長(1909~1917年)
北原源三郎(座光寺村)	座光寺村議(1904~1910), 座光寺村長(1905~1935年), 県議, 下伊那郡農会評議員, 下伊那郡農会議員
北原阿智之助(上郷村)☆	上郷村長(1909~1923年, 1929~1934年), 飯田実業銀行取締役
高田茂(上飯田村)	上飯田村長(1889~1895年, 1896~1902年, 1906~1929年), 上飯田町長(1929年), 県議, 下伊那郡農会評議員, 下伊那郡農会議員
野口唯次郎(鼎村)	鼎村長(1915~1918年), 上飯田村助役
片山愿治(伊賀良村)	伊賀良村会議員(1889~1898年, 1907~1924年), 伊賀良村長(1913~1920年)
太田實三(山本村)☆	山本村会議員(1904~1925年), 百十七銀行取締役
北原藤吾(会地村・智里村)	会地村助役(1904~1914年), 会地村長(1914~1920年)
平野桑四郎(伍和村)	智里村長(1890~1893年), 伍和村長(1899~1903年, 1912~1919年), 県農会議員, 下伊那郡農会議員
森本勝太郎(松尾村)	松尾村長(1882~1886年, 1895~1899年, 1914~1929年)

下平鎮直 (竜丘村)	竜丘村会議員 (1889～1891年, 1904～1925年), 竜丘村助役 (1891～1897年), 竜丘村長 (1913～1918年)
今村信夫 (下川路村)	下川路村村会議員 (1904～1917年, 1921～1925年), 下川路村助役 (1900～1902年), 下川路村村長 (1904～1906年, 1907～1910年, 1912～1915年), 伊那銀行取締役, 飯田実業銀行取締役
玉置駒太郎 (三穂村)	三穂村村長 (1911～1922年)
古田増蔵 (下條村)	下條村助役 (1914年), 下條村村長 (1914～1918年)
熊谷敬三 (富草村)	富草村会議員 (1904～1925年), 富草村助役 (1912～1914年)
金田理玖 (大下條村)	大下條村会議員 (1913～1942年), 大下條村収入役 (1898～1899年), 下伊那郡農会議員
大平裕郎 (千代村)	千代村会議員 (1925～1937年), 千代村村長 (1944～1946年), 百十七銀行頭取, 八十二銀行取締役, 伊那電監査役, 下伊那在郷軍人会連合会長, 県会議員, 千代在郷軍人分会長, 千代自動車会社社長, 野地愛林組合長, 千代森林組合長, 消防組頭 (1915～1926年), 下伊那郡農会副会長
久保田巧 (上久堅村)	上久堅書記, 上久堅村会議員, 上久堅収入役, 上久堅村助役, 上久堅村村長 (1907～1911年, 1914～1919年)
木下富 (龍江村)	龍江村村長 (1907～1909年), 下伊那郡農会議員
澤柳賢宗 (喬木村) ☆	喬木村会議員 (1910～1913年, 1917～1921年, 1925～1935年), 喬木村村長 (1925～1935年)
片桐達治 (神稲村)	神稲村村長 (1903～1920年)
芦部三重 (河野村)	河野村村長 (1897～1909年), 下伊那郡農会議員
松下金平 (生田村)	生田村村長 (1911～1915年, 1924～1928年)
親戚	
松下修一郎	飯田信用組合専務理事
細田榮治郎 ☆	
伊藤藤太郎 ☆	
千葉直四郎	
牧島金吾	
原六太郎	
原梅次郎 ☆	

(出典) 協議員については「病院建設創立総会決議書」(飯田病院史料)。各人の経歴については、『飯田・上飯田の歴史 下巻』(飯田市教育委員会, 2013年) 360～361頁, 『信濃飯田商工案内 附下伊那郡勢総覧』(伊那商工評論社, 1925年), 『信濃飯田商工録 下伊那案内』(飯田出版社, 1932年), 『大島村誌』(大島村役場, 1956年) 357～361頁, 『高森町史 下巻』(同刊行会, 1975年) 673～4頁, 『座光寺年表 (座光寺村史別冊)』(同刊行委員会, 1993年) 84～87頁, 『上郷史』(同刊行会, 1978年) 79頁, 『鼎町誌』(同編纂委員会, 1969年) 199～202頁, 『伊賀良村史』(同刊行会, 1973年) 933～937頁, 『山本村誌』(同編纂会, 1957年) 286頁, 『阿智村誌』(同刊行委員会, 1984年) 185～188頁, 『松尾村誌』(同刊行委員会, 1982年) 336～337頁, 『竜丘村誌』(同刊行委員会, 1968年) 754～756頁, 『川路村誌』(同刊行委員会, 1988年) 286～288・578頁, 『三穂村史』(同編纂刊行会, 1988年) 645頁, 『下條村史』(同刊行会, 1977年) 926～927頁, 『阿南町史 下巻』(阿南町, 1988年) 120～131頁, 『千代村史』(同刊行会, 1965年) 484～499頁, 『上久堅村誌』(同刊行委員会, 1992年) 481～483頁, 『龍江村誌』(同刊行会, 1997年) 666頁, 『喬木村史 下巻』(同刊行会, 1979年) 150～160頁, 『豊丘村誌』(同刊行会, 1975年) 836頁, 『生田村誌』(同刊行委員会, 1981年) 741頁。

また、協議員の中から10名の専務委員が選ばれ実務を担うこととなり、1915年6月28日に開かれた専務委員会では、次のような職務分担がなされた²¹。出資者の勧誘及び資金徴収を担当する「資金徴収部」の主任には元飯田町長の伊原五郎兵衛、主任代理には飯田町財界から林雅次が就いた。主任の伊原は、飯田病院移転拡張事業と同時期に推進されていた伊那電気鉄道の飯田町への延伸事業にも中心人物として関わっており²²、飯田駅建設予定地をめぐる住民の利害調整のほかにも株主募集にも当たっていたことから、この担当が割り振られたのであろう。副主任の林は飯田町協議員や飯田商工会議所の役員を務めた人物であり、飯田町内の商工業者からの出資勧誘に適任であったであろう。

他にも、払い込まれた出資金の管理に当たる「資金支出部」の主任には、元飯田町長の上柳喜右衛門、主任代理には吉澤新兵衛が就いた。上柳は酒造業をはじめとして多方面での事業を展開する実業家でもあり、のちに設立された飯田町信用組合²³で理事に就くことになる吉澤とともに、事業の進行管理に手腕を振るうことが期待されていたのであろう。また、渉外業務など庶務全般を担当する「庶務部」主任には、現役の飯田町長である野原文四郎、副主任には同じく現役の上郷村長である北原阿智之助が就き、行政手続きなど役所への対応についても万全の体制がとられていた。

2 出資者たちと新病院の性格

こうした事業執行体制のもとで具体的に出資を募って新病院を建設すること

²¹ 『南信』1915年7月6日付。

²² 山口悠「伊那電の延伸と飯田駅開設」(前掲『飯田・上飯田の歴史 下巻』)140～141頁。なお伊那電気鉄道は、伊原と同じく元飯田町長で飯田病院移転拡張事業の協議員・専務委員である上柳喜右衛門が取締役となって設立された会社である。病院と鉄道の整備が同じ時期に同じ指導者によって推進されていたことは、大正期の地方小都市における社会資本整備の実態を示す事例として、今後分析されるべき課題の所在を示している。

²³ 飯田町信用組合は1924年設立。当初の理事18名のうち、野原文四郎、野原半三郎、市瀬文三郎、林雅次、吉澤新兵衛、横前鰻太郎の6名が飯田病院設立時の協議員と重複しており、初代組合長には野原文四郎が就任した。『伊那谷の歴史の中に飯田信用金庫五十周年記念誌』(飯田信用金庫、1976年)112～127頁。

になったが、出資者名簿によると出資勧誘は1914年7月頃から同年末にかけての半年ほどで行われたようである²⁴。当初は出資の承諾のみを得て出資口数は未定という出資者が多いが、先述のように同年12月17日に総会が行われた後に具体的な出資口数が確約されたと思われ、払込みが開始されたのは1915年以降のことである²⁵。

それでは、出資者たちはどのような人々だったのだろうか。【図表7】は出資者の地理的分布を示したものである。これによると、出資者が飛び抜けて多かったのはやはり飯田町である。同町は1915年時点で約18,000人の人口を抱えていたほか、出資が可能な程度に富裕な人々が多く、アクセスが容易で新病院による恩恵を享受しやすいことが、飯田町で出資が多く集まった要因であろう。

しかしより注目しなければならないのは、飯田町の出資者が占める割合は全体の約3分の1に過ぎないということである。ほかにも飯田町に近い伊賀良、市田、鼎、上郷、松尾、竜丘といった村や、原耕太郎の出身地²⁶である伍和村で多くの出資者を集めているほか、新病院へのアクセスが良いとはおおよそ言い難い智里、平岡、大下条、富草、大島、生田、大鹿といった下伊那郡の周縁部に位置する村からも、少数ながら出資があったことが重要である。このうち、智里村は熊谷愛次郎村長・美濃部彦三郎収入役、平岡村は宮澤直作元村会議員、大下条村は金田理玖村長、富草村は熊谷敬三村長、大島村は中島鉄二郎村長・宮下久三丞助役・米山長一郎収入役、生田村は松下金平村長など、周縁部の出資者の多くは村の指導者たちであった²⁷。先述した協議員の割り当て状況から

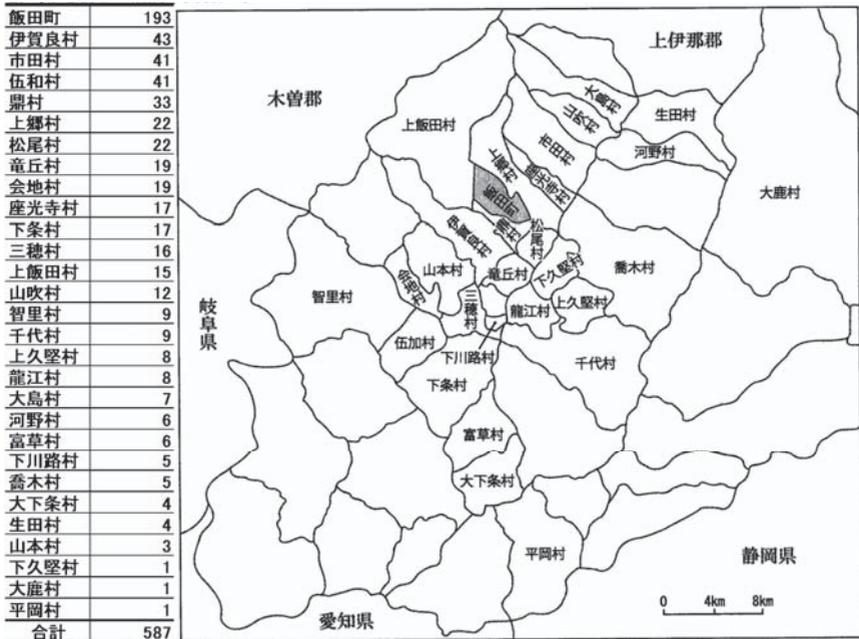
²⁴ 『飯田病院建設元資金芳名簿 副本』(飯田病院史料)。

²⁵ 「私立飯田病院建設資金出資證券」(飯田病院史料)。飯田病院では1978年に「創立75周年記念」事業として出資償還事業が行われ、出資證券の一部が回収された。『創立七拾週年記念事業』および『南信州』1977年9月8日付(飯田病院史料)。回収された證券裏面の払込み記録で最も早い日付は1915年1月15日、最も遅い日付は1918年9月6日であるが、1920年代に出資金を返還したと記録されている證券もある。なお、この證券については中村一成「疾病・医療と飯田病院」(前掲『飯田・上飯田の歴史下巻』)82～83頁に史料写真(表裏両面)が掲載されているので参照されたい。

²⁶ 『飯田病院100周年記念誌』(医療法人栗山会、2004年)21頁。

²⁷ 出資者については、前掲『飯田病院建設元資金芳名簿 副本』。各人の役職については、『町村吏員名簿』下伊那郡役所(飯田市歴史研究所所蔵)、ただし平岡村の宮澤

【図表7】新飯田病院出資者(人数)分布



〔出典〕中村一成「疾病・医療と飯田病院」(飯田市歴史研究所編『飯田・上飯田の歴史 下巻』飯田市教育委員会、2013年)84頁より作成。原資料は『飯田病院建設元資金芳名簿 副本』(飯田病院史料)。

も明らかであるが、周縁部の村からも指導者たちによる出資があったことは、この新病院建設事業が下伊那郡地域全体の利益になるという認識が、指導者層において共有されていたことを示しているのである。

なお、出資者自身には「優待法」も定められた。出資にあたって定められた「約款」第8条には「院主は出資者の家庭に対し医治衛生の顧問たるは勿論疾病等の場合は誠意治療に尽し其家族及び紹介せる患者の為に特殊の便宜を与ふるものとす」²⁸と規定され、出資者およびその紹介患者を優遇することが定められていた²⁹。

については『天龍村史 下巻』(天龍村、2000年)207頁。

²⁸ 前掲「私立飯田病院建設資金出資証券」裏面。

²⁹ 病院に対する寄付への対価として患者紹介権を与えるという方法は、18世紀イギリス

このようにして、長期的な展望としては「文明的医療」を下伊那郡地域で行うことが目指された新しい飯田病院であるが、新病院の運用はその時点の飯田地域が差し迫って直面していた問題に直接規定された。すなわち感染症、とりわけ腸チフス流行への対応を新しい飯田病院は迫られることになったのである。

移転拡張前後の飯田病院における病床数の推移は【図表5】(前掲)に示した通りである。1918年までに移転は完了し、18床から110床への大幅な増床が行われたことが分かるが、新病院では6割以上の病床が隔離病床に充てられている。この背景には、感染症への医療的アプローチが単なる隔離ではなく積極的な治療に移行していたことを歴史的な前提として、【図表4】(前掲)で示した飯田地域における腸チフスの流行という差し迫った要因があった。とりわけ移転作業が続いていた1917年には、飯田町で95名、上飯田村で21名の腸チフス患者が発生しており、先述のように地域を挙げた対策が講じられた。そのひとつが、飯田病院への患者収容だったのである。

同年の飯田町における腸チフス流行の様子を地元紙『南信』の記事によって見ていくと、事態は次のように進行した³⁰。この年、2月に2名、4月に1名、5月に3名出た患者は、6月には22名に激増し、飯田町役場では予防注射や用

リスの voluntary hospital によく見られた特徴である。B・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—1800-1948』(保健同人社, 1981年)44ページ。なお、病院を地域社会で支えた仕組みという本章と同様の問題関心から voluntary hospital の構造を分析したものとして、長谷川貴彦によるパーミンガム総合病院の事例研究がある。同病院では、貴族・ジェントリや聖職者のみならず小経営の製造業者が寄付者の大多数を占めていたという点で、本章が検討する飯田病院の事例と共通点を見出すことができる。もっとも、パーミンガム総合病院の歳入は経常的には会員が毎年納入する年会費が支えていたが、飯田病院への出資は新病院建設への資本的支出に向けられたものであり、経常的支出は患者側が負担する医療費に依っていたという点には大きな相違がある。これはパーミンガム総合病院が慈善目的の施療病院であったのに対して、飯田病院は一般病院であったという点で、病院の性格が異なるからである。長谷川貴彦「イギリス産業革命期における都市ミドルクラスの形成—パーミンガム総合病院 1765~1800年—」(『史学雑誌』第105編第10号, 1996年10月)、長谷川貴彦『イギリス福祉国家の歴史的源流』(東京大学出版会, 2014年)第3章

³⁰ 前掲「窒扶斯菌全町を蔽ふ 飯田町の大恐慌 徹底的撲滅策を講ず」。

水路消毒，健康診断を実施した。しかし7月に5名，8月に10名，そして9月には記事が掲載された8日の時点で早くも12名の患者を数えるに至った。飯田町は，谷川という河川によって分断された二つの台地を繋ぐ長姫橋を境として「橋北地区」と「橋南地区」に分かれていたが，一度目のピークである6月には橋北地区にとどまっていた流行が，二度目のピークに差し掛かる9月には橋南地区を含む全町に拡大した。この間に転帰を迎えた患者のうち，21名が治癒したものの14名が死亡し，9月8日の時点で20名が飯田病院に収容されていた。

この記事では「飯田病院では五十六名を収容することが出来る」とされており，前年時点の隔離病床数を60床とした【図表5】(前掲)の統計とは若干の齟齬が生じている。しかしこの年の腸チフスの流行が，移転増床によって生じるはずだった隔離病床の余裕を早くも奪いつつあったことは確かである。この時飯田病院では，先述の20名の患者に加えて他村の腸チフス患者および赤痢患者を合わせて47名が入院していた。ピークの月に20名を超える腸チフス患者が発生する事態を前に飯田病院はさらなる増床を迫られ，結果として隔離病床は68床まで増床されることとなったのである。

このように，飯田病院移転拡張事業は，地域社会ぐるみで事業を推進すると同時に，その時点で地域が直面していた感染症流行という深刻な課題を反映するものとなったのである。

Ⅲ 地域の社会問題としての感染症と飯田病院

1 上飯田村における感染症と飯田町との紛争

新飯田病院における隔離病床増床には，単純に要収容者数が急増していたという上記の背景に加えて，飯田町・上飯田村間における感染症患者収容先をめぐる紛争という地域間対立の影響もあった。時間を少し遡って1912年の上飯田村の状況から見てみよう。

この年8月，上飯田村羽場区で「伝染病」患者1名が発生した³¹。具体的な病名は明らかではないものの，出典記事には「上飯田に伝染病発生すれば此の川

筋下の町村にも同じ種類の伝染病が起る事にもなる訳だ」とあり、水系感染症である腸チフスカ赤痢だったであろう。この時期まで上飯田村には隔離病舎がなく、代わりに患家を隔離病舎と見なす運用をしていたため、患者が発生しても家族がそれを隠匿してしまう恐れがあった。そのため「其の筋の注意に依り即時隔離病舎を設置し在来患者の収容をなすべく」³²、同年9月10日に村会が開かれ「仮設病舎の建設若くは適當の家屋を買入れ又は借入れをなして病舎に仮用すること」「右の費用及其他予防上の必要の費用に充つる為め一時借入金なすことを得」と決議した³³。そして9月29日の村会では、県からの伝染病予防委員設置指示に従って村議の中から6名の委員を選出したほか、医師委員として飯田病院長の原耕太郎を選任した。このことが後に上飯田村と飯田病院との関係を深めていくことになる。この日の村会では、ほかに隔離病舎の敷地選定委員も選挙され、下井田利作、吉澤利作、松澤源治、酒井紋吉、松下治三郎、松下卯三郎の各村議が選出された。もっとも1912年中にはこれ以上の進展はなく、冬に向かうなかで腸チフスの流行が終息したためか、この年には隔離病舎建設には至らなかった。

しかし翌1913年6月にも上飯田村で腸チフス患者が発生し³⁴、未だ隔離病舎を持たない同村では、患家隔離を継続するとともにその近隣の民家を借り入れて隔離事務所としたほか、患家裏手の用水路を通じた感染拡大を防止する措置を応急に施すなど、相変わらずその場凌ぎの対応を繰り返すことになった³⁵。ここに至って同村では隔離病舎建設に本腰を入れることとなり、同年8月1日に病舎敷地選定委員会を招集して①峯高寺裏附近の酒井紋吉村議所有地、②松澤源治村議宅より南方の一带、③高田茂村長宅の東北ないし東南一带の3ヶ所

³¹ 「上飯田村雑信」(『南信』1912年8月22日付)。

³² 「上飯田隔離病舎」(『南信』1912年9月10日付)。

³³ 『自明治四十五年一月至大正二年十二月 村会関係書類』上飯田村役場(飯田市歴史研究所蔵)。なおこの村会での村長の発言によると、この時点で問題とされていた「伝染病」はやはり腸チフスである。

³⁴ 「腸壘扶斯発生」(『南信』1913年6月28日付)。

³⁵ 前掲『自明治四十五年一月至大正二年十二月 村会関係書類』。

について、委員による実地踏査を行った。①②は病舎敷地選定委員の所有地、③は村長の所有地ということになる。踏査の結果②③は「湿潤地又は水路の関係」で不適当とされ、①を病舎建設地として選定した³⁶。そしてこのことが飯田町側との紛争を惹き起こすことになる。

この地は谷川および王竜寺川に挟まれた地でその間を用水が通っており、上飯田村が上流、飯田町が下流の位置関係にある。そのため現地の住民だけではなく飯田町の住民も、この地への隔離病舎建設に反対運動を起こすことになった。飯田町内の総代たちが警察署長や郡長に反対を申し入れたが、「其附近に川があっても消毒するから差し支えない」として警察はこれを許可してしまっていた³⁷。しかし飯田町側の反対は苛烈だったようであり、「伝染病隔離室建築に就いては村理事者も種々考案したるが其適当地を見出さず偶々見出すも種々なる事情の爲め揉消しとなり居れる」「中には飯田町と妥協してやってはどうかと云う説もあるが之とて早速な話にまともらずして行悩みの体」³⁸と報じられている。

先述のように、台地の上の狭い飯田町域ではすでに人口が飽和状態となっており、あふれた人口は上飯田村との境界を越えてスプロールし始めていた。そのためその町村境は、すでに都市的な集住地になっていたのである。そしてそうした地域に隔離病舎建設地が選定されれば、紛争が生じることは必至であった。上飯田村では後背地として広大な山地を持つにもかかわらず、敢えてそうした集住地に建設地が選定されることになった理由は、結局候補地そのものが敷地選定委員および村長といった病舎建設担当者の所有地しかなかったということに尽きる。患者隔離が目的とはいえ集落から遠く離れた山中に病舎を設置することは、患者およびその家族の心情からも利便性からも困難だったのであろう。一方集落内に設置するとなると、いくつかある集落そのものが飯田町との

³⁶ 「上飯田村隔離病舎」(『南信』1912年9月13日付)、および前掲『自明治四十五年一月至大正二年十二月 村会関係書類』。

³⁷ 前掲「上飯田村隔離病舎」(『南信』1912年9月13日付)。

³⁸ 「上飯田村雑信」(『南信』1912年9月29日付)。

町村境に近接しているため、同町との摩擦は避けられなかった。しかし迷惑施設としての隔離病舎に対して所有地の利用に融通を利かせることができた地主は、集落の有力者でもある村政担当者しか存在しなかったのである。

同年9月5日の村会では病舎建築費予算案が満場一致で可決された。しかしその直後、野口唯次郎助役より「該敷地に対しては隣町飯田町より余りに其箇所同町に接近せる故を以て他に適當の地所を選定されたま旨を飯田警察署長を経て申込て来れる旨を告げ之に対して何等相當の処置を講ぜられたき旨」³⁹が告げられた。野口助役は翌6日から7日にかけて飯田警察署において署長と交渉し、7日夜の村会委員会においてその内容を報告した。それによると、やはり候補地の飯田町への近接は忌避され続けているが、そのために上飯田村の隔離病舎建設が遅延するのであれば、一時的に町立飯田伝染病院に上飯田村の患者を收容するという新たな提案がなされたというのである⁴⁰。

それに対する委員会の協議では、「隣町に対する誠意を示す為めに現在一人の患者は飯田町伝染病院に收容を托し」て隔離病舎敷地は再度選定し直すこととした。ただし、この時点では「若し適當の箇所既決の敷地の外に無しとならば已むを得」ないとして、既に選定した峯高寺裏手の地に回帰する可能性も排除していなかった⁴¹。

その後上飯田村では、同年10月2日までに2名の患者を飯田町に委託收容した。そして10月5日に新候補地の選定作業を行い、同村東野区の峯高寺裏敷地より一丁ばかり西方の野原文四郎所有地南北2ヶ所を選定した⁴²。すでに述べたように、野原はこの当時現役の飯田町長である。ここでもやはり敷地選定のあり方は、感染症流行に対して地域指導者の所有地を利用してその解決を図るという期待に依っていたと思われる。あるいは飯田町側からの反発を利用して、その町長である野原が所有する土地の使用を要求することによって、膠着して

³⁹ 前掲『自明治四十五年一月至大正二年十二月 村会関係書類』。

⁴⁰ 同前。

⁴¹ 同前。

⁴² 同前。

いた隔離病舎敷地選定問題を突破したいという上飯田村側のしたたかな交渉術であったかもしれない。しかし、こうした露骨な要求は野原もしくは飯田町側には受け入れられなかったと見え、これ以降翌1914年秋までの1年間ほどこの問題は進展を見せなかった。

こうして隘路に陥った上飯田村と飯田町との隔離病舎建設地をめぐる対立を解消する突破口となったのが、飯田病院の移転拡張および隔離病床の増床だったのである。

2 上飯田村の感染症対策と飯田病院

1914年9月23日、上飯田村村会において「飯田病院設立に対する件」が協議された⁴³。ここでは「昨年来飯田病院長原耕太郎氏の計画しつつある大病院設立の件は本村十分に援助を与えること」という方針が打ち出されるとともに、「但し其敷地は上飯田村地籍にて選定することを希望す」として飯田病院を村内に誘致することが目指された。飯田病院の側でも移転先の土地として上飯田村に注目しており、同年12月には原耕太郎の代理人から上飯田村役場の移転と跡地利用を求める打診があった。それに対して村会では、「役場を移転するも可なり但其の場合に於ては現在の建設物は相当代価にて病院建設者に売渡しの希望なり」と、役場建物の売却を伴う移転をも受け入れるほどの歓迎ぶりであった⁴⁴。

もともと役場の退去を伴う飯田病院の移転は、同病院側の事情で保留された末に実現しなかった。にもかかわらず上飯田村では、翌1915年1月28日村会において「大正四年度内に病舎の建築を為するは(中略—引用者)為し能わざる」と、年初であるにもかかわらず早くも自前による年内の隔離病舎建設を放棄した。そして「以て同年度間引続き飯田町伝染病院を借り入るゝことに交渉し若し同町の承諾を得ずれば止むを得ざる場合なるに付昨年村会に於て挙げたる委員の選定せる東野区字羽根垣外野原文四郎の所有地を買入るゝことを交渉する

⁴³ 『大正三年 村会関係書類』上飯田村役場（飯田市歴史研究所所蔵）。

⁴⁴ 同前。

に決す」と、町立飯田伝染病院への自村患者収容継続か野原飯田町長所有地の買入れか、いずれかを飯田町側に迫る構えを見せた⁴⁵。1915年には上飯田村で18名の腸チフス患者が発生した⁴⁶が、結局同村は自前の隔離病舎建設への動きを見せることはなく、むしろ飯田病院の誘致とそこへの患者委託の方向を推進していくことになる。

1915年12月25日村会では、「(上飯田村では一引用者) 伝染病患者ある毎に飯田伝染病院を借り受け収容治療を施し居れり。然るに今回飯田病院に於て本村内宇土井地籍に病院新設し合せて伝染病室をも設立する場合となりたるに依り今後疫病患者を全病院へ委託治療を受くる事に為す」と決定し、下記の条項について「飯田病院主と相互協定を遂ぐる事」とした⁴⁷。

- 一 飯田病院建築工事費中へ凡金額二千円を貸付する事
- 二 右債権者は上飯田村の個人たる事
- 三 右債務者たる病院は上飯田村に於て伝染病患者発生ありたる時は之れを引受け収容し其入院費用は精算の上債権者へ対して返済の資に供する事
- 四 上飯田村は右両者の貸借及返済方法に対し中間に立て相互契約履行の監視に任ずること
- 五 本件の契約は唯に貸付金の償還のみに限らず(以下判読困難一引用者)とす

つまり、村会の意思として新飯田病院建設に対して2,000円の出資をなすものの、出資主体は村当局ではなく個人であって、村は出資者側と飯田病院側との間で契約履行を監視する立場に立つものであった。村当局が出資主体とならなかった(あるいはなれなかった)理由はここでは示されていないが、上飯田村は新病院建設事業に出資者を出すことによって、懸案であった隔離病舎建設

⁴⁵ 『自大正四年一月 村会関係書類』上飯田村役場(飯田市歴史研究所所蔵)。

⁴⁶ 「大正四年度上飯田村事務報告書」(前掲『自大正四年一月 村会関係書類』)。

⁴⁷ 前掲『自大正四年一月 村会関係書類』。

問題を解消することができるようになったのである。

一方、飯田病院側には上飯田村の「伝染病」患者収容引き受けの義務が生じることになった。それでは、この協定は飯田病院側にとっていかなる意味を持ったのであろうか。

1916年2月の村会で、飯田病院の原耕太郎から上飯田村に対する要望をまとめた「申込書」について協議がなされた⁴⁸。その要望は下記の通りである。

- 一 貴村内に発生したる伝染病患者は何時にても御申込次第収容出来得る限り当院に於て御委託に応じ丁寧親切に入院治療可致事
但し右患者の治療費は貴村に於て御負担可有之事
- 一 右患者治療費は一人一日に付当分の間後金二円にて引受可申候得共時勢の変遷物価の高低等もありて自然治療費に影響相生じ居事有之により毎年度貴村係員と御協議の上下廉を旨とし当院伝染病患者の院料の最低価を標準とし相定め可申事
但 ペスト コレラ 発疹チブス 痘瘡等の如き伝染力猛烈危険なる特殊の伝染病治療に付ては其の時状況により其の節更にては協定可申事

ここでは、上飯田村の「伝染病」患者を可能な限り飯田病院は入院させること、その費用は当面1人1日2円として上飯田村が負担すること、しかしその単価は物価上昇に応じて毎年協議すること、そしてより危険な「伝染病」の場合はその都度単価を協議することが求められている。それに対して上飯田村側は、1917年5月までに飯田病院側と患者数別の料金体系で合意した。それは、患者5人までは1人1日2円、6人以上10人までは同1円80銭とするのに加えて、5人増すごとに1人平均1日20銭ずつ逡増する、というものである⁴⁹。ここで重要なことは、患者の人数および在院日数が増えるごとに医療費が増加する出来高払いで契約がなされていることである。この契約によって、飯田病院では

⁴⁸ 同前。

⁴⁹ 『大正六年度村会々議録』上飯田村役場（飯田市歴史研究所所蔵）。

上飯田村の患者を優先的に入院治療するインセンティブを得ることになった。

こうして上飯田村では、1916年の事務報告書において「前記腸室扶斯患者は前年発生以来飯田町立隔離病院へ委託収容し来りし処 本村内に私立飯田伝染病院^(ママ)の設置なりたるを以て本年七月十三日より新患者を該病院へ改めて委託収容治療を受けしに全年十二月十二日を以て何れも治癒退院をなし爾来幸に新患者の発生なし」⁵⁰と記録するに至り、同村の隔離病舎建設問題は飯田病院への委託という解決をみた。そしてこれを飯田病院の側からみると、上飯田村の「伝染病」患者を一手に引き受けることによって、飯田病院は追加の出資を取り付けるとともに、その償還を終えた後には医療費未収の心配のない収入源を確保した、ということが出来る。腸チフスが猖獗をきわめている最中でこうした出来高払いの契約が結ばれたことは、出資に対する固定利子支払いを約して新病院を発足させたばかりの飯田病院にとって、収入面での大きな利点があったものと思われる。

なお、ここでは同村に新たに建設された飯田病院を「私立飯田伝染病院」と表記していることも注目される。前節で明らかにした新病院建設構想では、長期的な展望としては必ずしも感染症への対応に特化することが目指されていたわけではなかったのであるが、移転先の上飯田村が隔離病舎の建設地を巡って飯田町と紛争を抱えていたこと、そして何より新病院建設構想を実現していくまさにその時期において、上飯田村および飯田町において腸チフスが猛威を振るっていたことが、新病院落成当初の飯田病院に「伝染病院」と称されるほどの隔離病床の増床をもたらしたのである。

そして上飯田村に引き続いて飯田町においても、1924年以降になると感染症の患者を飯田病院に委託収容するようになる⁵¹。新飯田病院は飯田地域全体において感染症に対する医療的対応の拠点となったのである。

⁵⁰ 「大正五年中上飯田村事務報告」(前掲『大正六年度村会々議録』)。

⁵¹ 「日照りが続き伝染病が台頭」(『南信』1924年8月20日付)、「殿町から又チフス」(『南信』1924年8月27日付)など。

IV おわりに

以上みてきたように、飯田病院は1903年の設立当初こそ原耕太郎が設立した「開業医モデル」の病院であったが、1910年代の移転拡張事業を通じて「地域社会モデル」の病院に変貌したといえることができる。その背景には、一般の患者数の増加や医療の病院化および高度化への対応という時代の要請があった。また、同時期の飯田地域で流行した腸チフスへの対策としては、長期的には上下水道、短期的には少なくとも上水道の整備が必要であった。しかし地域を網羅する上水道の整備という衛生的対応には長い期間と多くの費用がかかるため⁵²、当座の対策としては感染患者の隔離治療という医療的対応が優先されることになった。このことが、隔離病床を中心とした増床を伴う新飯田病院建設という、当時の地域社会の要請を形成することになったのである。

これらのことから、統計上「私立病院」に分類される病院が多数であることをもって近代日本の病院設立パターンが開業医に拠っているとする通説的理解は表面的であり、たとえ開業医自身が設立した病院であっても、時代と社会の要請によってその性格を変化させることがある、ということが明らかになった。

このことはすぐに通説にとって代わる代案を提示するものではなく、様々な地域と病院の個別事例を分析する事例研究のさらなる積み重ねが重要であることを提起するにとどまる。そうした積み重ねが一定程度蓄積されたのちに初めて、近代日本の病院設立パターンを包括的に説明する方法が改めて見出されるであろう。

[本稿は JSPS 科研費 JP24830071, JP26870534, JP19K13760 による研究成果の一部である。]

⁵² 飯田町で上水道を整備するためには、水利権の制約を回避して遠方に水源を求めなければならないことが大きな課題であった。そうした課題を解決して一応の上水道整備が完成したのは1929年のことである。前掲、中村一成「水の利用をめぐる対立」113頁。