

中世イングランドにおける救貧活動と介護施設の変遷

—— 都市のホスピタルを中心に ——

川 名 洋*

Abstract

The history of the poor in early modern England has been widely discussed from the perspective of the efficacy of the poor laws. Moreover, concepts, such as “the mixed economy of welfare” and “the economy of make-shift”, have been introduced to paint a realistic picture of poverty in the long eighteenth century. However, the mixture of private and public means to ameliorate the problems of income inequality has a longer history in England. Medieval towns are of special interest here, since nowhere were places more suited to make donations to charity than the numerous commercial centres, both large and small. The neglected history of medieval urban hospitals is a case in point. Hospitals were gradually transformed from informal-religious institutions to semi-formal civic facilities in the administrative context of civic corporation in the late middle ages. Thus, the history of medieval urban hospitals offers an excellent preview of the organized charities which would persist even after the implementation of the Elizabethan poor laws.

I. 序 論

1680年代以降のイングランドにおける困窮者対策を俯瞰するJ・イネスの論文では、ボランティアの伝統を基礎に組織化された救貧のあり方が明らかにされ注目を集めた¹⁾。1598年（及び1601年）に成立した救貧法²⁾に沿う公的

救済の仕組みは、その後、「長期の18世紀」³⁾において広く定着し運用されるようになるが、イネス論文では、王国に蓄えられた福祉資産が日常的な施しはもとより、ワークハウスや救貧社（the corporation of the poor）の設立、救貧、介護、医療目的のボランティア・アソシエーションの運営など個人の慈善活動を促進する組織を通じて広く分配されていた史実が強調されたからである。しかも、同法に沿う政策の不完全さを具体的に示しながら、公と私それぞれの制度は代替的というよりは、補完的關係にあったと見なす現実味ある説明がなされた。その論旨は、社会保障の組織化（施設化）とその財政措置の

* 東北大学大学院経済学研究科教授

本研究は、日本学術振興会科学研究費・2014～2017年度「挑戦的萌芽研究」の成果の一部である。

1) Innes (1996), 139-180.

2) 各教区の貧民監督官により認定された貧困者の救済を目的に同じ教区民が救貧税を支払うことを義務づける救貧法は、浮浪者の統制、健常貧民の強制労働など16世紀後半を通じて導入された一連の貧困者対策を束ねる形で世紀末までにその後の王国の社会政策の基盤となる。Slack (1988), 126-128.

3) 「長期の18世紀」は、近世の後半の17世紀（1680年代）から19世紀初頭までの長期間を指す。本稿における「中世」と「近世」の境は、ホスピタルに関連する史料および研究史に鑑み1530年代とする。

効率化という課題の歴史的検証へ向かう一方で、公共福祉の実現のために、社会は家族・親族間の助け合いや地域コミュニティの伝統の継承、それらを補完する非営利組織に広く依存せざるを得ない近現代の社会政策の出現、さらには、これら非行政的営みに問われる公正さと安定性を担保する難題をも見据える。かくして、近世後半のイングランドにおける救貧のあり方は「福祉の混合経済」(the mixed economy of welfare)として捉えられたのである⁴⁾。

エリザベス朝末期に導入された救貧法は、教会区を行政単位に施行された初の本格的な救貧政策であったのに対して、困窮者へ自発的に手をさしのべる行為を表すチャリティは、イングランドにおける貧困の歴史を通して見る限り、ある時代に限った特異な現象ではない。それゆえに、そうした行為を重視する意義は、イングランドにおける救貧について、同法が成立する1598年(及び1601年)以前の歴史を視野に長い時間軸を用いて論じる必要性を鮮明にした点にあると言えよう。「チャリティ」の組織化の面でも、中世からの連続性を推し量らないわけにはいかない。なぜなら、施し(alms)、動産や基金となる不動産の寄付(donations)、遺贈(bequests)など王国の慈善活動を支える行動はどれも、信仰に促された個人⁵⁾の意思と道徳的实践に依拠する古い伝統だからである⁶⁾。

4) 他方、政策論ではなく生活困窮者の目線に立ち、ライフサイクル上、貧困のリスクが高まる際に自らの人脈や物乞いなど身近にあるあらゆる手段に頼って生き延びる困窮者のリアルな生き様を積極的に取り上げる研究成果も強調された。いわゆる「メイクシフトの経済」である。King and Tomkins (2003), 13. 都市の事例については、川名 (2010), 187-203.

5) 本稿における「個人」とは社会集団を構成する個々の人々という意味であり、近代の意味における個人、あるいは、個人主義の発生を含まない。

6) 14~15世紀ヨーク市の遺言状の調査から、

むろん慈善活動の動向を正確に見極めるのは簡単ではない。貧困層に対する社会認識や総人口の変化のたびに慈善資金総額は増減を繰り返したからである。中世末の1530年代以降、救貧を長く主導した修道会・教会が弾圧され普遍的救済の思想基盤も壊される宗教改革の影響にもかかわらず、その後の慈善資金量の増加を世に示したW・K・ジョルダンの研究以来、そのトレンドの正否をめぐる論争が続いた。とくに、インフレーションや地代収入増が考慮されなかったために慈善の真のインパクトを正確に評価できないとする批判はよく知られている⁷⁾。宗教改革以前の慈善活動の動向についても見解は一致しない。例えば、ペストが蔓延する14世紀半ば以前の修道院に関する事例研究によれば、修道士らは早くも12世紀から徐々に施しに値する者とそうでない者とを区別し、特定の貧困者に限り施しを与えるようになっていたという⁸⁾。また、ペストの蔓延による人口減少とその後の慈善活動の停滞はその資金の減少を伴い、労働者不足で賃金が上昇する中、貧困に対する認識は変化し慈善資金提供の合理化を招いたと論じられた⁹⁾。一方、普遍的救済に対する後ろ向きの変化を示すこうした結論に対し、15世紀に死を間近にしたハル市の市民らが残した遺言状の記述内容の中で最も多かったのは、貧困者への遺贈に関する遺言であったという¹⁰⁾。また、14~15世紀ヨークの事例のように、2,200件あまりの市民の遺言状にしたためられた慈善への思いの強さを強調する研究成果も示されて

困窮者への施しは、聖書に記される「慈悲を示す七つの行い」(the Seven Works of Mercy)を実践する信仰の現れとして説明しようという。Cullum and Goldberg (1993), 28.

7) Jordan (1958); 146-165, 241-265; Bittle and Lane (1976), 203-210.

8) Harvey (1993), 19-22.

9) Knowles and Hadcock (1971), 41-42; Rubin (1987), 50-53.

10) Heath (1984), 224.

いる¹¹⁾。

当然のことながら、宗教改革前後の時期それぞれの慈善活動の動向についてはっきりした結論を得るには、慈善資金の増減以外の歴史にも目を向ける緻密さが必要になろう。しかしながら、個人の意味で救貧へ向かうという中世を通して続いた慈善の慣行は、救貧法施行以降も慈善組織の慣例が根強く残る現象とともに、途切れず変わらないようにも見える。近世の時代に入り議会において法制化の主要議題となった救貧は、確かにそれまで以上に公的、かつ世俗的な色合いを増す。また、とくに16世紀末に施行された救貧法から約90年後、1689年の名誉革命以降、ワークハウスの設立や救貧・介護目的の自発的結社づくりを通じて生活困窮者への対策に複眼的アプローチで臨む中間階層の人々(the middling sort)の働きもあって、その結果、慈善活動に公共性が付与されるという制度の工夫は、当該時期特有の歴史的文脈をよく示している。しかし、その一方で、病弱、あるいは肢体不自由ゆえに労働もおぼつかない弱い貧困者と貧しい健康者とを区別する救貧法の法理を無視し無差別に施しを与えようとする老若男女の振る舞いや、施し、寄贈・遺贈などの行為を信仰の実践と捉える個々の人々の運動が近世の初めから終わりまで根強く見られた事実を目の当たりにすると、深刻さを増す貧困対策において顕在化する公の力と私の力とが交錯する社会領域で起こるそれらの事象を中世の時期にまで遡り長期の歴史において見出さずにはいられない。その歴史的意義は、都市史の文脈において鮮明になると考えられる。

救貧法導入後、とくに名誉革命以降の貧困の歴史では「福祉の混合経済」という見方が強調されてはいるが、貧困者対策は都市史の観点から再評価に値するテーマといえる。なぜなら、

公と私が渾然一体となる救貧の実態は、筆者が提唱するところの3つの領域、すなわち、公共性を重視し法制度に沿う社会を是とする「公式な領域」と、個々の事情を優先する「非公式な領域」、さらには、これらが重なり都市社会の機能を発展させる「混在域」とにわけて考察できる典型的な経済社会の有様だからである。「公式領域」は公権力¹²⁾により増幅され、「非公式領域」はビジネスや貧困のコンテクストにより分厚くなり、「混在域」でそれらは調整されさらなる社会関係が創世される。とくにイングランドの自治都市は、先を行く経済と公的制度の移り変わりゆえに、社会の非公式性がかえって顕在化する傾向を内包していたことに注目したい。また、都市自治体の前身として成立する商工業カンパニーのように、また、都市自治体の権威の足下で組織されるフラタニティに共通するように、はじめは非公式ながら都市自治と都市市民の思いは一体化し、その後、公式な制度へと転化する例も珍しくなかった。チャリティの組織化が、本来、個人の自主的行動を主とする救貧や自助という行為と、公的義務や公共の福祉を旨とする公の要請、との狭間で権威付けされる経緯は、王権と都市市民との間に介在し躍動するこれらカンパニーやフラタニティが歩んだ

12) 中世から近世にかけて広域に通用する政治的、経済的特権を蓄積し、法人団体設立特許状を取得する自治都市は、どこよりも早く救貧施策が試される国家形成期の政策拠点でもあった。むろん、全国への適用を前提に立法化を先導する枢密院や議会(Parliament)と、開封勅許状や法人格に裏付けられて自治権を行使していた都市自治体とでは、管轄権が自ずと地域的に限られる後者の制約を考慮すると、それぞれ異なる権力の影響を「公式性」の淵源として同一視することはできないが、法制度を記す文書を重視し「公共性」をレトリックに統治を正当化する両者の立場は共通している。法人格概念に規定されたイングランド特有の王権と都市との関係性については、坂巻(2016)を参照。

11) Cullum and Goldberg (1993), 37-39. 他にも Thomson (1965), 178-195を参照。

都市史の観点から見ればそう違和感はない¹³⁾。

こうした都市特有の構造を踏まえ貧困の歴史に接近すれば、そこに公権力が積極的にかかわる「公」と個人の意思を色濃く反映する「私」両方の力が強く働く「混在域」が生じ、近世に至るまで構造として長く持続する理屈について、都市自治が芽生える中世の時代まで遡り具体的に考察できる。さすれば、16世紀末の救貧法以前から貧困対策の試みが主要都市の政府によって始められていた事実の重みを再認識できるはずである¹⁴⁾。一方、「福祉の混合経済」の地ならしともとれる救貧史の長い歴史の経路には、後に、かかる福祉経済を下支えすることになる私的論理を盤石にする助走距離も含んでいたと見ることができるであろう。ここに、中世都市の歴史において生活困窮者に対する人々の対応について考察する意味がある。

本稿では、こうした問題認識をもとに、中世に設立され近代まで存続するホスピタル（施療院）の設立について主に都市との関連性に着目して考えてみたい。もとより、チャリティの実践はホスピタルに独占されていたわけではない。教会並びに教会区は、元来、信仰と物質の両面で困窮した信者を救うコミュニティとして存在した。また、宗教フラタニティをはじめ学寮、学校などの組織も、生活困窮者を救済するため施しを与えていた。さらに、貧困者らは、組織を介さずとも個々の温情を示す遺言状の指示に沿って遺言者の死後数年、あるいは、半永久に続く物的、金銭的施しを当てにすることができた。増え続ける生活困窮者を助けるホスピタルの貢献度は、こうした慈善活動全体から見ればあくまで部分的であったと言えよう。しかし、救貧法導入以前、何世紀もかけて変貌を遂げるホスピタルの歴史は、移住と社会的分業が

繰り返される都市生活圏が広がる中、家族・親族以外に生活困窮者の拠り所を誰がどのようにして提供するのかという普遍的課題への初期的対応事例として注目されることは論を待たない。以下では、ホスピタルの盛衰について都市の「公式な領域」、 「非公式な領域」、そして「混在域」に照らして主な論点を整理したい。

II. ホスピタルの発祥

6世紀イタリアのベネディクト派修道会は、修道院内で罹患、あるいは、高齢のため衰弱した修道士を特別に見守り、労る役を院内に設けた。また、同修道院を訪れる旅人や病人らは院内で手厚くもてなされ、さらには、院の出入口付近で生活困窮者へ生活物資の施しがされていた。816年のエクスの教会会議（the Synod of Aix）において認められ、後にホスピタルの特徴的活動となるこうしたサービスはいつ頃イングランドに定着し始めたのか特定するのは困難であるが、N・オルムとM・ウェブスターによれば、同地におけるベネディクト派の伸張時期、すわなち、後期サクソン期と重なるという¹⁵⁾。11世紀後半には、例えば、1077～1089年にかけてカンタベリー大司教、ランフランクによって設けられた施設のように、地元の聖職者や病人、身体障害者を収容する「ホスピタル」が主に司教座都市に設立された¹⁶⁾。1170年以降、同

13) 都市における「公式」と「非公式」に着目し都市固有の政治、経済、社会構造を捉える方法については、川名（2010）を参照。

14) Slack (1998), 11-14.

15) 病人や貧困者にケアと施しを与えるベネディクト派の方針は、965～975年にはイングランドの主な修道院で承認され、同会派は、13世紀の初めには、貧しい巡礼者と一般の貧困者が集まる都市部で彼・彼女らを受け入れた最大の修道会の一つとなった。Harvey (1993), 9-10, 16-17; Orme and Webster (1995), 17-18; Goose (2010), 3.

16) Clay (1909), 15-16; Orme and Webster (1995), 20. ヨークシャの事例研究によれば、病人と貧困者合わせて200名以上を収容したとされるヨークの聖レナード・ホスピタルやベ

教会が殉教者トマス・ベケットの聖地になると、地元カンタベリーをはじめロンドンやスタムフォードなど主要な街道沿いの地に多くの慈善施設が貧しく弱った巡礼者を労るために設けられたという¹⁷⁾。その後、11～13世期にかけて「ホスピタル」に相当する施設は、修道院内だけでなく、都市内部、あるいは都市郊外にも設立されるようになっていく。その主体となったのは、聖職者のみならず、王権、貴族をはじめ都市自治体といった世俗の権力、また、フラタニティやカンパニーと呼ばれる経済社会組織であった¹⁸⁾。そのような施設では、本来、ハンセン病¹⁹⁾が疑われる患者に加え、それ以外の病、あるいは、加齢による虚弱者を主な対象とし、治癒するかやむなく死亡するまでの長期収容を想定していたが、実際には、設立者の意思や困窮者の事情に応じて長期か、短期かを見極めて収容したり、男女を区別したり、さらには一時的な施しを外部の困窮者へ供与して済ますなど、施設やサービスの多様化が進む。ノルマン期の大司教座都市カンタベリーは、その後、イングランド各地で顕著になるこのようなホスピタル設立のトレンドを生む主要都市となった²⁰⁾。

中世のホスピタルでは、単なる病気の治癒で

ヴェリーの聖ジャイルズ・ホスピタルなど1066年以前の設立を示唆する後代の文書による言及はあるものの、実証は困難とされる。Cullum (1989), 13-19; Cullum and Goldberg (1993), 30.

17) Clay (1909), 4-5.

18) Rubin (1987), 100-102.

19) 1873年におけるらい菌の発見に因んだ名称ではあるが、本稿では、中世において使用された英語表記“leper”の訳語として「ハンセン病」を用いる。後述の如く、かつては不治の病とされ差別の原因となったが、現在は投薬により症状を抑制できることがわかっている。Rawcliffe (2006), 1-3.

20) Orme and Webster (1995), 20-23.

はなく、清潔で暖かいベッドと食事、それに看護と祈りによって身体・精神両面において患者を労る行為をサービスとして提供していた。現代の「ホスピタル」(病院)とは異なり、中世イングランドのホスピタルでは患者のための専門的医療が施される体制は整っていなかったとされる²¹⁾。一方、収容者たちは施設において寝食を共にし、規則的な祈りの時間を過ごすなど聖職者の下で集団生活を送っていた。施設の人間関係の基礎となる「チャリティ」という考え方は、資金や土地を提供する設立者とその恩恵を受けるため施設に入る貧しい収容者との上下関係を想起させるが、実際には、施設内の看護師と収容者との関係や、収容者同士が祈り労り合うなど、水平的関係を表す概念でもある²²⁾。収容者の集団的アイデンティティは共通のローブやガウンを身にまとうことで外部にわかるよ

21) 修道院内の診療所(monastic infirmary)には医療を施す、「医師」と呼ばれた修道士はいたが、13世期前期以降、修道院の聖職者らは出血を伴ういかなる医療処置に携わることも禁じられた。そのため医療行為は医務室長(infirmarer)のアドバイザーとして雇われる外科担当の「医師」に任されたものの、他で得られる高額報酬を期待できないホスピタル医療を希望する外科医は少なかったという。初期のホスピタルは、病気や怪我の治療の場というよりも、あくまで祈りを通して信仰を实践する宗教施設であった。Rawcliffe (1984), 7-8, 11; Carlin (1989), 29; Harvey (1993), 81-82.

22) 1244年にダラム司教により規約が定められた、ヨークシャ北部の小都市、ノーサラートン(Northallerton)にある聖ジェームズ・ホスピタルでは、病人や聖職者の他に、パン屋や醸造業者、調理師、庭師、その他数人の健常者が共に生活していたという。Cullum (1989), 60-62. 一方、ホスピタルが保有する地内の住民に地代を抑える便宜をはかったり、施設に入れない困窮者の埋葬を受け入れたりするなど、「チャリティ」の実践は施設外へも及んだ。Horden (1988), 369.

うに高められることもあった²³⁾。修道院内から派生した初期のホスピタルの生活スタイルは14世紀半ばのペストの蔓延以降、すなわち中世後期には崩れていくものの、その運営は、医療機関としての「病院」の歴史的文脈というより、宗教施設のそれに沿うものであった²⁴⁾。

とはいえ、世俗権力の影響も無視できない。初期のホスピタルが教会と世俗の政治力・経済力の「交配」により増えた経緯を理解するためには、地域面で王国の中でどこよりも商業が発達し比較的大きな都市を含むイースト・アングリア地方からロンドンを含む南東部方面において設立が集めた点に気づく必要があり、また、都市と農村の区別で言えば、前者を注目する必要がある²⁵⁾。12世紀後半、修道院各会派による運動の活発化に乗じて顕著になる設立数の増加傾向は、13世紀初期になると、都市民や下層地主らの宗教的実践を反映し引き継がれていく。都市民のホスピタル設立への関心は、まずハンセン病が疑われる患者を収容する施設の設立に現れるという。例えば、ヨークシャーでは、1200年までにバラ特許状 (borough charters) を得た20の特権都市のうち、ハンセン病患者専用の、あるいは、同患者受け入れ可能の施設を有する都市は半数以上の11市であった。その他のホスピタルを加えれば、その時期までに同地のほとんどの特権都市にホスピタルが設立されていたことになる²⁶⁾。14～15世紀には、とくに都市の大商人層による設立が顕著となったとされる。著名なロンドン商人リチャード・ウィットintonをはじめ、地方でも、スタムフォードの羊毛商ウィリアム・ブラウン、また、零細な行商人から度々市長に選出されるまでに成功したニューカスル・アポン・タインのロ

ジャー・ソントンらの施設はその代表例となった²⁷⁾。かくして、大司教座都市に限らず、商工業で潤う中規模都市にもホスピタルは設立されるようになる。また、そのための慈善資金は、大貴族だけではなく商業化の恩恵を受けた新富裕層からも提供され、それをもとに設立された施設は、ハンセン病を疑われた患者とは別に都市民や移住民を含む一般の生活困窮者をも受け入れるようになった²⁸⁾。

弱者を労るこうした施設が中世を通じて、「ホスピタル」以外にも「レパーハウス」(leper house)、「救貧院」(almshouse) など種々の呼称で呼ばれるようになる経緯は、施設の大きさや機能の多様化が進展していた証であろう²⁹⁾。施設数の増加傾向も、統計上、明らかである。地名ごとにホスピタルの設立記録を詳細に調べたD・ノウルズとP・N・ハドックの調査をもとにした推計によれば、12世紀までにイングランドにおいて少なくとも250ヶ所の施設が設立され、13世紀の半ばまでに確認できる約390の施設数は、ペストが蔓延する直前の14世紀の半ばには540あまりに増加していたという³⁰⁾。一方、施設数の増減を機能別・種類別にみると、まず中世末までにレパーハウスはホス

27) Clay (1909), 82-83.

28) Orme and Webster (1995), 41-43; Barrow (2000), 143-4; Sweetinburgh (2004), 31-32; McIntosh (2012), 71.

29) 明確な定義は見当たらないものの、その他にも 'bedehouse' や 'maisons dieu' といった名称が用いられた。本稿では「ホスピタル」をこれら別称でよばれた施設を含む総称として用い、後述するように、文脈に即して「ホスピタル」の代わりに「救貧院」などの別称を使う。

30) ノウルズとハドックは、1080年代から1530年代までの期間にイングランドおよびウェールズにおいて確認できる全ホスピタルのリストを作成した。そのリストは、その後、施設に関する研究の基礎データとなる。Knowles and Hadcock (1971), 313-410; Orme and Webster (1995), 10-11, 23.

23) McIntosh (2012), 82.

24) Knowles and Hadcock (1971), 40.

25) Sweetinburgh (2004), 29-31.

26) Cullum (1989), 27-39, 50-51; Sweetinburgh (2004), 27-28.

ピタル設立総数 1,103 ケ所のうち約 310 ケ所 (28%) 確認できるという³¹⁾。文字通りレパーハウス (leper house) と呼ばれ、入市を禁じられたハンセン病患者 (leper) のために郊外に設立されたホスピタルは最多であったが、その多くが 1250 年以前に設立され、患者数の減少が加速する 15 世期の半ばまでに多くは廃止されるか、他の困窮者を受け入れるようになっていた³²⁾。一方、その他のホスピタルは、初めからハンセン病以外の病人や貧しい旅人、巡礼者らを受け入れ、施設によってその対象者は異なっていた。例えば、ノウルズとハドックの推計によるホスピタル設立総数のうち、主に旅人や巡礼者を受け入れていた施設は 136 ケ所 (12%) であり、主に病人を対象としていた施設はわずか 112 ケ所 (10%) であったという³³⁾。また、中世後期には、同じように介護サービスを提供する施設でも、初期のホスピタルのように修道院内ではなく、世俗の富裕層を設立者とする、救貧院とよばれる小規模なホスピタルが増加していく³⁴⁾。M・マッキントッシュの独自の調査によれば、1350 年から 1600 年の 250 年間で確認できるホスピタルの総数は 1,051 ケ所であり、そのうち救貧院と呼ばれるものはピーク時の 1520 年に 617 ケ所 (59%) を数えるまでは徐々に増加する傾向にあった³⁵⁾。

31) ノウルズとハドックの推計による。但し、施設数を機能別・種類別に把握する場合には、それぞれの名称に明確な基準がなかったことから慎重さを要する。

32) Carlin (1989), 23; Sweetinburgh (2004), 22-33. 同施設減少の要因は、不適切な施設運営や資金不足の他に 14 世期半ばに蔓延したペストの影響により、ハンセン病患者数自体が減少したことによると考えられるという。Clay (1909), 36-43.

33) Carlin (1989), 23.

34) Rosser (2000), 366-367.

35) McIntosh (2012), 7-8. 調査期間は異なるが、ノウルズとハドックの調査をもとにした推計

むろん、文書記録だけから施設数やそのクロノロジーを分析する場合には、残存する史料状況によるバイアスを考慮せざるを得ない。というのは、修道院に付属する施設はそれ以外の同様の施設よりも記録が残りやすい傾向にある一方で、特許状や規約など正式な文書による裏付けを欠く小規模な施設の痕跡はほとんど残らず、また、短期間で廃止される施設も多かったからである。しかし、当初、修道院内に設けられた施設が都市の生活圏内に増え、やがて一般の病人や貧困者を受け入れるようになる流れは、限られた史料により明らかとなる。初期のホスピタル史の重要な変化を示すものと言えよう。

中世において都市の人口規模や経済力とそこに設立されるホスピタルの分布との関連について考察することも、史料が乏しいゆえに困難な作業である。しかし、本稿では課税記録及び世帯数をもとに上位 81 都市を順位付けした A・ダイヤーの報告³⁶⁾と上記のノウルズとハドックそれぞれの調査結果³⁷⁾を参考に、その様子を概略として示すことができる。まず、ホスピタルの立地はどの程度、「都市」に集中していたのかを見てみよう。表 1 は、ノルマン王朝初期の 1080 年頃から修道院の解散が起こる 1530 年代までの約 450 年間に於いて、施設の記録が 3 ケ所以上残る 85 の地名のうち、中世を通じて都市ヒエラルキー上位を占める都市となる 56 (上位 66%) の都市名と同一の場所にある施設の記録数を示したものである。施設記録が 3 ケ所以上残る 85 の地名のうち、上記の 56 の地名を除いた 29 の地名は、本分析において都市ヒエラルキー上位に確認できないため同表には含めないが、本稿の分析により、これら 29 の地名のうち 22 の地名はバラ特許状の取得地名と照

によれば、救貧院数は全体の 67% にあたる 742 ケ所であった。Carlin (1989), 23.

36) Dyer (2000), 768-770.

37) 脚注 30 を参照。

表1 中世イングランドにおけるホスピタル記録
数3ヶ所以上の主要56都市

	記録数		記録数
York	33	Chichester	5
London	25	Ipswich	5
Bristol	17	Newark	5
Norwich	17	Northampton	5
Newcastle-upon-Tyne	14	Plymouth	5
Exeter	13	Reading	5
Beverley	12	Bodmin	4
Hull	12	Bridgnorth	4
Hereford	9	Colchester	4
Canterbury	8	Doncaster	4
Oxford	8	Dover	4
Bury St. Edmunds	7	Lichfield	4
Coventry	7	Ludlow	4
Lynn	7	Salisbury	4
Thetford	7	Sudbury	4
Derby	6	Abingdon	3
Durham	6	Banbury	3
Leicester	6	Bath	3
Lincoln	6	Carlisle	3
Nottingham	6	Chester	3
Pontefract	6	Cirencester	3
Scarborough	6	Gloucester	3
Shrewsbury	6	Huntingdon	3
Stamford	6	Lewes	3
Winchester	6	Newbury	3
Windsor	6	Southampton	3
Worcester	6	Wells	3
Cambridge	5	Yarmouth	3

出典) Knowles and Hadcock (1971), pp. 313-410 ;
Dyer (2000), pp. 768-770.

注) 中世において都市ヒエラルキー上位を占める
56都市。他に施設の記録3ヶ所以上でも本表
には未記載の29の地名が知られている(本
文参照)。ホスピタル数は1530年代までに各
地において設立記録が残る施設の総数であ
り、消滅時期および存続期間は考慮されて
いない。Londonの数値はシティ周辺の施設を
含まない。

表2 中世イングランドにおけるホスピタルの記録
数に準じた主要都市数と法人都市数

記録数	都市数 (A)	%	法人都市 数(B)	% (B/A)
≥8	11	14	11	100
7	4	5	4	100
6	12	15	11	92
5	7	9	7	100
4	18	23	8	44
3	26	33	11	42
合計	78	100	52	67

出典) Knowles and Hadcock (1971), pp. 313-410 ;
Tittler (1998), pp. 345-347 ; Dyer (2000),
pp. 768-770.

注) (A)はホスピタルの記録が3ヶ所以上残る都
市数。(B)は(A)のうち1640年までに法人
化された自治都市、あるいは、その候補地の
数。

ことができる³⁸⁾。このことから、施設が集中す
る85の地名のうち、表1の56と表以外の22
の地名を加えた少なくとも78の地名(85の
92%)は都市、あるいは、特権を有する小都市
の地名であったと確定でき、ホスピタルの痕跡
が集中する様子は、農村よりも都市に目立った
現象とすることができる。

次に、かかる78の都市を対象にホスピタル
の存在記録数に準じた都市数を示したのが表2
である。中世を通じて8ヶ所以上の存在記録が
残された都市は、ヨーク、カンタベリー、ベヴァ
リーなど大規模な修道院を有する宗教都市とロ
ンドン、ノリッジ、ブリストル、エクセターな
ど地方経済の中心となる大商業都市であった。
また、78都市のうち52市(67%)が1640年
までに法人格設立特許状を得た「自治都市」、
あるいは、その候補地であり、とくにホスピタ
ルの集中度が高い5ヶ所以上の記録が残る都市
では1市を除く全市であった。一方、3または

合できるため、これらも特権を持たない単なる
農村と区別しうる小規模な都市の地名と見なす

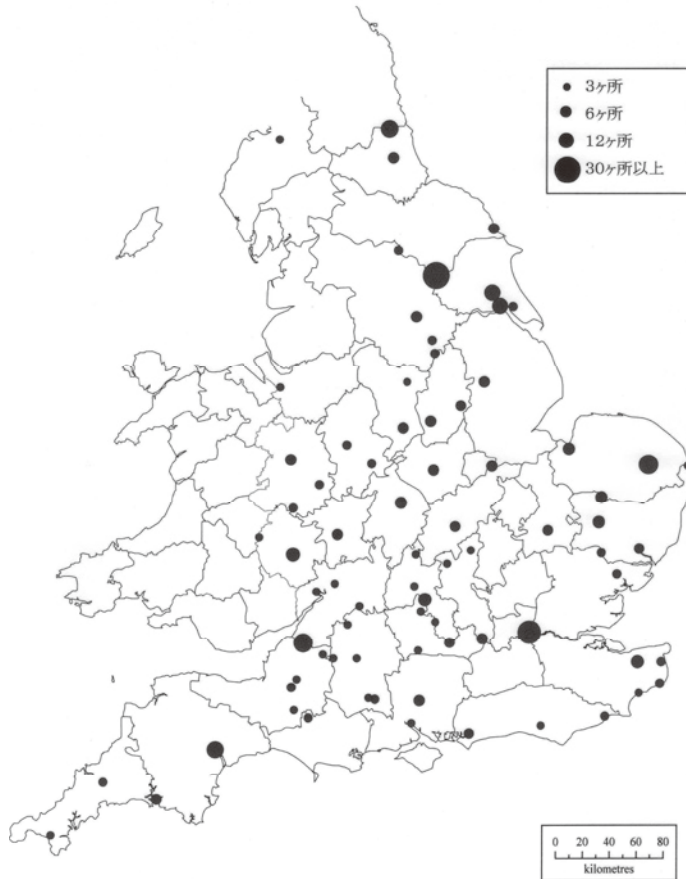
38) バラ特許状を取得した都市については、
Beresford and Finberg (1973)を参照。

4ヶ所の施設を有する都市がそれぞれ26市(33%)と18市(23%)あり、合わせると数の上では最多となる。これらの多くはバラ特許状を有するとはいえ比較的人口が少ない小都市であったと考えられ、ホスピタルが宗教的中心地である司教座都市や大都市以外の都市においても広く設立されていた様子を読み取ることができる。ノウルズとハドックの調査からは各ホスピタルの存続期間が明確にならないため、都市への集中度について厳密に論じることはできないものの、都市に集まる施設に限ったとしても、

12世紀以降増加するホスピタルが中世末までにはその慈善活動の根を全国的に張り巡らしていた様子を再現できる(図1参照)。

ホスピタルが主に都市、あるいは、その近隣に設立された理由は、都市の経済的、文化的機能に依るところが大きい。取引や巡礼を目的に都市を訪れる貧困者は、施設のホスピタリティにあずかることができ、施設の収容者らは逆に、都市を訪れる者の施しを当てにすることもできた。また、ホスピタル収容者の中から集金役(gatherer)に選ばれた者は、施しを集めるた

図1 ホスピタル記録数3ヶ所以上の中世イングランド都市



注) Knowles and Hadcock (1971), pp. 313-410; Dyer (2000), pp. 768-770 記載のリストをもとに作成。円の大きさは記録数に対応する。

めに都市内外を歩き回ることが許されていた³⁹⁾。人口密集地である都市は、近世に入り厳しく禁じられるまで黙認されていた物乞いに好条件を提供したことは言うまでもない。実際、付近の教会に頻繁に出入りするホスピタルの収容者らは、地元ではよく知られた存在であったと考えられる。また、商業化の進展により蓄積した都市民の資産はとくに大都市では施設の設立や運営に有利に働いたであろう⁴⁰⁾。そこでは、収容者は少額ながら頻繁に施しを受ける機会に恵まれ、ホスピタルは設立後、都市民からの寄贈や遺贈をもとに基金および収入を増やす便益も期待できたであろう⁴¹⁾。例えば、寄贈者のために代祷を行う個人用のチャペルや祭壇の場を施設内に提供することを名目に寄贈・遺贈を募るロンドンのホスピタルに対する都市民らの反応は概ね良かったとされる⁴²⁾。一方、イングランド東部最大の経済拠点、ノリッジ市に1370年から1532年にかけて残された遺言状の調査によれば、ホスピタルへの遺贈に言及した市民の割合はロンドンよりも多かったとされる。そのノリッジの聖パウロ・ホスピタルに収容された各修道女のために1シリングから1ペニーほどを残した市民の数は約3分の1に上ったという⁴³⁾。

都市経済はその脆弱性ゆえに生活困窮者があふれ、大きな都市ほど彼ら・彼女らを救済する施設をどこよりも必要とした。都市では、失業や不完全雇用の状態にあった貧困者の数が農村

よりはるかに多く、疫病などにより働き手の罹患率と死亡率も高く、寡婦、孤児、貧困者の割合は当然多かった。信仰をもとに慈善資金の提供を是とする世俗の富裕層によって設立されるようになるホスピタルの動向を考えれば、その実践の場として都市が積極的に選ばれたと解しても不自然ではあるまい。後述するように、中世後期に増える小規模なホスピタル、「救貧院」の設立事情は、そのことをよく現しているといえる⁴⁴⁾。

かくして、弱者を労り救済する専門的施設は、中世末までに都市に住む人々に身近な存在になっていったことは疑いえない。むろん、規模や資金基盤などを無視して施設数だけからホスピタルの勢いを評価する方法は正確さを欠く。しかし、施設に関する記録数の増加や人口密集地に集まるそのトレンドは、中世ホスピタルが、ジョルダン以来続く慈善のスケールと役割および救貧思想の変化に関する議論を深める好材料となることを示している。とくに目を引くのは、時代の変化に適応し存続するホスピタルの運営上の特質である。次節ではその特質について論を進めたい。

III. ホスピタルの運営—非公式な領域—

生活困窮者を受け入れるホスピタルではあったが、その設立趣旨は設立者個人の信仰にあり、施設の収入源となる遺贈も設立者個人の宗教心に依る。従って、ホスピタルの増加は、公共の福祉を目指す近世以降の救貧運動よりもはるかに個人的な事情に依拠した現象であったと言える⁴⁵⁾。上述の如く、「ホスピタル」という呼称が

39) McIntosh (2012), 52-56, 59-60.

40) Thrupp (1962), 177-180.

41) 1248年、ブリストルの聖マルコ・ホスピタルへの入院を希望して、同施設へ自分の保有地を譲渡した大工や、1391年にヨークの複数のホスピタルへ7シリングずつ遺贈した女性の例は、かかる傾向を示唆するものである。Ross (1959), xxxi; Cullum and Goldberg (1993), 32-33.

42) Rawcliffe (1984), 16.

43) Tanner (1984), 133-134.

44) Orme and Webster (1995), 41-44; Barrow (2000), 142-143; McIntosh (2012), 71.

45) R.N. スワンズンは、信者による寄付や遺贈が、義務による十分の一税支払いと並んで教会運営のために必要な資金・資産の形成に役立っていた点を強調する。Swanson (1989), 209-

様々な形式を有する大小の施設の総称として用いられていたいきさつが示すように、ホスピタルはもともと、定まった規定や目的、組織の体系から成る特定の施設を指す用語ではなかった。12世期までにホスピタルの設立特許状や年代記からはその実態について詳しく知る手掛かりはつかめず、運用上の規約を有する施設の痕跡すら見当たらない。制度基盤のはっきりしないホスピタルの存在を確実に把握できるのは、13世期に入り開封許状録 (Patent Rolls) の他に、その施設の運用をめぐる対立などを記した法廷記録や司教による巡察 (Visitations) の記録によくその営みを発見できるようになるからである⁴⁶⁾。基金となる財産 (endowment) を贈る個人の意思により比較的自由に設立できたことから、初期のホスピタルの多くは、公の記録に残りにくい非公式な施設として運用されていたと考えられる⁴⁷⁾。

一方、ホスピタルの建築様式という点でみれば教会と同じ宗教施設でありながらその体裁は定まらない。エクセターの聖ジョン・ホスピタルやスタッフォードに設立された同名の聖ジョン・ホスピタルのような大規模な施設からは、

228. 個人の宗教心によるこの「スピリチュアル・エコノミー」(the spiritual economy) の下では、ホスピタルの設立と運営において、「設立者」と「収容者」との間で「取引」が成立するかのごとき見方もできる。すわなち、死後に魂の救済を求める「設立者」とその家族らの煉獄 (purgatory) の苦しみを和らげる代禱 (the intercessionary prayer of the living) で、「収容者」は設立者の慈善に応じていたからである。信仰やモラルの実践を単なる経済行為に読み替える近代的な見方は時代錯誤の誹りを免れないものの、当事者以外の福祉を目指す社会政策の理念が当時のホスピタルには欠けていた事情を理解する上で興味深い論点といえよう。Burgess (1987), 846-847; Sweetinburgh (2004), 14.

46) Cullum (1989), 8-9; Watson (2006), 83-87.

47) Rubin (1987), 103-104.

教会建築の影響を読み取れるが、実際には「ホスピタル」として明確な建築様式が存在していたわけではなく、各部屋の配置等も施設ごとの資金や生活スタイルに応じて多様であった⁴⁸⁾。そうした事実は、個人の信仰と資産にその設立が委ねられた当時のホスピタルの実情を伝えている。

組織・運営の形式が明らかになる初期のホスピタルはもともと修道院との関係が強く、宗教施設としての性格を色濃く示す⁴⁹⁾。世俗財産を基金に設立される場合でも、運営上の規則やチャペルを設ける際には設立時に司教の認可を必要とした。また、ノッティンガムの聖ジョン・ホスピタルやチチェスターの聖メアリ・ホスピタルの収容者は、入院後、7日以内に全財産を院長へ渡すよう義務づけられていたように、収容者個人の財産所有は厳しく禁じられた⁵⁰⁾。収容者は、教会への出席以外、外出は制限され、とくにインやタヴァーンなどの飲食店への出入りに対する監視は厳しかったとされる⁵¹⁾。しかし、実際には、規則が明確なホスピタルでさえその運用となると他の施設との統一性を欠き、年に一度の司教巡察を除き院長 (wardens, masters) 個人に監督が任されていた施設では、院長自身の恣意的判断に多くが委ねられていたことは疑いえない⁵²⁾。

困窮者の救済とはいえ、施設への受け入れ条件には幅が見られた。病人の体調に応じて施設入口で受け入れの可否を判断する場合もあれば、施設のパトロンの薦めに基づく場合もあった⁵³⁾。また、後述するように、多額の財産を寄

48) Clay (1909), 106-125.

49) 例えば、収容者及び従業員ともに信仰告白の儀式を行うことが義務づけられていたという。Clay (1909), 128.

50) Clay (1909), 133.

51) Clay (1909), 136-137.

52) McIntosh (2012), 216-217.

53) 設立以来、貧しい巡礼者を受け入れてきたカンタベリーの聖トマス・ホスピタルは、1342

贈する者を優遇し受領権 (corrodies) を与える施設も増えていく。一方、判断の余地なく施設入院を拒絶される者は数多くいた。そのことを示すのが、ハンセン病を疑われた患者の入院拒否をはじめ、妊婦や疫病患者の敬遠、負傷者、身体・精神障害者の受け入れ不裁可の事例などである⁵⁴⁾。ホスピタルは男女を受け入れたが、後の救貧院の中には女性のみ収容する施設が増加したという。一方、収容者は貧困者に限られたわけではない。例えば、都市政府が運営に深くかかわるホスピタルは都市エリート層とその親族を、また、職業カンパニー主体の施設の場合にはその構成員を優先的に収容していた⁵⁵⁾。ブリストル、サンドウィッチ、ハルなどの河港都市では、船員を優先的に収容する船員専用に近いホスピタルも見られた⁵⁶⁾。受け入れ条件の背後にある個々の論理を探るのは困難であるものの、各条件が設立主体やそのエージェント(例えば、院長など)個人の判断に影響されたことは想像に難くない。間口を広げようとする理想に反し各施設によって条件が付けられる現実、入院時における生活困窮者の差別化という近現代の課題の歴史的源流を辿る上で示唆に富む。

設立者やそのエージェント個人の意向に左右

年以降、健康な巡礼者よりも病人の収容を優先する変更を行ったという。Clay (1909), 7.

54) 例えば、ハンセン病患者と精神障害者を受け入れないコヴェントリーの聖ジョン救貧院はその典型であろう。ルービンによれば、入院を求める妊婦の出産は婚外出産の確立が高く、負傷者は暴力的である可能性があり、身体・精神障害者は自立して暮らせないと信じられていたことが差別の要因であったという。一方、ソールズベリーのホーリー・トリニティ・ホスピタルのように、妊婦や精神障害者も収容を認めるケースが見られた。Clay (1909), 33-34; Rubin (1987), 157-159.

55) McIntosh (2012), 72, 75-76.

56) Clay (1909), 19; Orme and Webster, 43.

されるゆえに形式が定まらないホスピタルの状態は、しばしば運営上の問題を引き起こす遠因にもなっていた。ホスピタル運営の難しさは、ホスピタル特有の収入構造にある。その源となる遺贈の形式には、恒久的利用が保障された土地や基金、食料などの現物が一般的であったが、遺言により額、量が定められ、さらに資金の遣い道は建物の修繕、収容者の衣服代など細かく制約される場合もあった。ニューベリーの聖バーソロミュー・ホスピタルのように、ホスピタル主催の歳市から収入を補填し得る施設もあったが、その数は限られていたようだ。他に、入院時に提供される収容者の財産や一回限りの寄付もホスピタル全収入に加えられたが、当然、その額と量は一定ではなく、気前の良い者でもその収容期間が長期化すれば、結局、施設側の支出超過になる場合もあった。施設のパトロンは自らの親類・関係者のための葬儀やミサ、建物の修繕に向けた支出を優先させ、収容者の生活費の支払いを後回しにすることも珍しくなかったとされる⁵⁷⁾。物価変動などの経済変化に晒されながら、しかも設立者不在の状態でもこれら収入の管理と運用を永続させなければならぬとすれば、その難しさは容易に想像されよう⁵⁸⁾。

中世を通じて各地に残されるホスピタル絡みの法廷闘争の記録の数々は、かかる難しい運営の証左を今に伝える。例えば、ブリストルの聖マルコ・ホスピタル設立を指示した遺言状に沿って、サマセット州北部の不動産の購入が進められた際、アレクサンダー・ラトレル卿とその子孫らはホスピタル側の購入権を認めず、施設の収容者を追い出すまでに至ったという。その後、和解成立まで人民訴訟裁判所において係争は長期化した。ホスピタルにとって収入源となる不動産をめぐる同様の争いは、そう珍しく

57) Rawcliffe (2016), 95-96, 314.

58) Clay (1909), 178-193.

はなかったと考えられる⁵⁹⁾。王権の息のかかったホスピタルや、相続者不在の土地を王権が取り戻す不動産復帰 (escheat) の手続きにより王権の管理下に置かれるようになった施設は、その権力を背景に法廷闘争において優位に事を進めることができたかもしれない。しかし、上述のごとく、遺贈はあくまで個人やその親族主体の行為であり、初めから公権力の庇護を当てにできなかったわけではなかった。

ひとりの院長がいくつもの施設を掛け持ちしていたために監督者不在となるが多かったことも、健全なホスピタル運営上の障害となった。また、記録に残る院長による汚職は、食事、洗濯、掃除といった収容者の身の回りの世話をするサービスの質を恒常的に悪化させただけでなく、施設の荒廃の原因となり、その結果、後の宗教改革期に施設の存続を危うくした一因にもなったとされる。実際、収容者の生活水準の低下が明るみになった際に浮上するのは、食料供給が滞るほどの単なる資金不足にとどまらず、院長や看護師らの無知や不作為、横領であった⁶⁰⁾。1387年にウィンチェスター司教がサザークにある聖トマス・ホスピタルの台所を調査したところ、収容者らの栄養不足が明るみとなり、同司教は院長に対し即時停職を念頭に改善命令を下した⁶¹⁾。1414年に下院議会は、限られた地代と施しに頼るホスピタルの状況に鑑み、施設のスタッフによる資金・物資の不適切な運用や着服が患者の死亡要因になっていた状況に対して警鐘を鳴らしたという⁶²⁾。

IV. ホスピタルの変容—公式な領域—

形式・秩序ともに安定しない中世のホスピタルではあったものの、その非公式な印象を過度に強調すべきではない。他の諸々の組織と同様、ホスピタルも、理屈の上では、宗教界を司る教会と俗界を支配する王権・議会双方の権威の下に置かれていたからである。上述の如く、司教はホスピタルの組織・運営について巡察を行う権限を持ち、国王は施設の庇護者となり、また、免税特権を付与するなどホスピタル関係者に影響力を行使した⁶³⁾。また、1180年頃から増えるホスピタル設立特許状の記述をみると、施しを受ける者の条件をはじめ、その組織や運用にかかわる遺贈者個人の意思はすでに記されていたが、13世紀半ばまでに新設されたホスピタルでは規約の文書化が進み、施設の公式性をさらに高める方向に向かっていくことも指摘できよう⁶⁴⁾。しかし、本稿でとくに着目したいのは、多くの施設が主要都市に設立され、事実上、都市自治体、あるいは、その息のかかったカンパニーの影響下に置かれていた点である⁶⁵⁾。従って、上述のように組織運営上の文書化が進むなど都市自治体との共通点を有するホスピタルの設立地は、同様の制度文化を都市支配層と共有し得るホスピタルにとって好都合な環境であったと考えられる。これらの点を踏まえ、ここでは、都市特有の政治的、法制度的側面から都市に設立されるホスピタルの事情について考察を加え、その公式性の程度に光を当ててみたい。

まず考慮すべきは、ホスピタルが集中する都市がその外部勢力と交わる政治的フォーラムで

59) Ross (1959), xxviii-ix. 16世紀に「信託」(trust)が立法化される以前に広く行われた遺贈の手続きについては後述する。

60) Clay (1909), 220-225.

61) Rawcliffe (1984), 13.

62) Rawcliffe (1984), 15.

63) Clay (1909), 194-196. 本格的な施設運営の改革は16世紀を待たねばならなかったものの、汚職や腐敗への対策に向け王立特別委員会による調査や議会を通じ立法も行われた。Rawcliffe (2016), 90-94.

64) Watson (2006), 91-92.

65) Rubin (1987), 123-124.

もあったことである。王権や教会、世俗の領主にとって領内の都市ホスピタルの庇護者になること、あるいは、多額の寄付や遺贈をもとにその設立者になることは、市内に政治的利権を有するのと同じ意味合いがあった。なぜなら、同施設の運営には手続き上、施設の院長の任免や収容者の認定を必要とし、そのたびに施設の庇護者・設立者として政治力を行使できたからである。ホスピタルは時の最高権力としばしば密接に結びつき運営されていた。不動産復帰や不動産没収の権限を有する王権は、不動産収入に依存するホスピタルの庇護者として最有力であった。一方、こうした都市外部の勢いに直面した都市自治体や都市市民も、ホスピタルの設立・運営を通して自らの政治的立場を強める術を探ることになる。後述するように、都市市民自らホスピタルを設立しようとした背景には、その運営に都市市民が采配を振るう条件を整えたいという思惑がはたらいた⁶⁶⁾。

次に、都市がその地に設立されるホスピタルの公式性を高めていたとする論拠は、先を行く法制度を有する都市自治体、あるいは、それに準ずる政体の存在に求められる。当時、不動産の遺贈の際、その使い道や受益者(困窮者)を指定し資産運用の意図と方法を封譲受人(feoffee)に託す「ユース」(use)と呼ばれる手続きが用いられた。ホスピタル運営の基金づくりには欠かせない同手続きだが、土地に付帯する封建的義務を回避しようとした財産管理の工夫は、領主経済に逆行する手段と考えられていたため、法律面で、16世期に立法化される「信託」(trust)以前の不確かな不動産運用手続きと見るべきであろう⁶⁷⁾。ここに、都市支配層と

ホスピタルとの利害の一致について着目する理由がある。なぜなら、所有権の曖昧な資産を運用し営むホスピタルにとって、住民の不動産を管理する先駆的システムとして都市政府は、どこよりも洗練された法制度的環境を提供しえたと考えられるからである⁶⁸⁾。前述の表2に示されるように、中世イングランドにおいてホスピタルの設立記録が3ヶ所以上残る78都市のうち、52都市(67%)は、近世前期までに法人格を付与され、都市不動産の管理を担う正規の自治体(corporation)となる都市であった。中世イングランドのホスピタル研究の先駆者、R・H・クレイによれば、実際、ホスピタルへ遺贈される財産を管理する事実上の受託組織となる都市自治体の例は、エクセター、ノーサンプトン、ノッティンガム、ベヴァリー、ベドフォード、グロスター、ハンティンドンなど地域の主要都市において広く見られたという⁶⁹⁾。後述の如く、中世後期において政体基盤の整う都市に数多く設立されるようになる「救貧院」とよばれる比較的小規模なホスピタルは、その運営場所として都市が理想的であったことを示す例として注目される。

都市会計の監査経験を持つ都市支配層が運営する職業カンパニーも、都市経済を支えながら地元ホスピタルへの寄贈・遺贈を容易にする受託組織となった。職業カンパニーの結成自体が、不安定な都市経済への対応として構成員の相互

判所の命令が執行された形跡もほとんど見当たらないとされる。Jones (1969), 6-9.

68) 16世紀に高まる都市法人化のプレリュードとなる中世都市の特権については、Weinbaum (1937), ch.2-3を参照。不動産管理に対する都市政府の関心は、不動産譲渡の頻度が高まる修道院解散以降に大きく膨らむとされる。Tittler (1998), 82-87. 市内の不動産の評価と管理は、法人となることで有利になる都市機能の一つであり、市議会の主要議題の一つとなることが珍しくなかった。川名(2010), 64-67.

69) Clay (1909), 16-17.

66) Sweetinburgh (2004), 36-39; Andrews (1997), 55-59.

67) 当時、コモン・ローでは認められなかった「ユース」をめぐる当事者間で争う際には衡平裁判所(大法官府裁判所)へ訴え出なければならなかったが、判決文書は残されておらず裁

扶助を目的になされたことを考えれば、それは自然な成り行きと見ることができよう。例えば、ロンドンでは、病や貧困で苦しむ都市民を対象に1424年、リチャード・ウィットントンにより設立されたホスピタル（救貧院）がモデルとなり、その後、何人もの地元商工業者による施設が設けられた。これら施設は主にアウグスチヌス派修道会の指針に従いながらも、実質的にはロンドン市長、あるいは、マーサーズ・カンパニーによって監督されていたという⁷⁰⁾。そのマーサーズ・カンパニーは、1514年には、聖トマス・アクトン・ホスピタルに対して会計簿を毎年提出するよう要請した。同ホスピタルのように職業カンパニーと長い関係構築期間を経てその監督下に入る施設もあれば、ウィットントンの施設のようにカンパニーとの関係が設立当初の規約（ordinance）に明記されるケースもあった⁷¹⁾。

以上のように、権力者のパトロネージと組織運営の制度基盤はいずれも都市にホスピタルを設立するインセンティブとなりうるが、その一方で、都市側にもホスピタルを活用したい内部事情があったと考えられる。施設の運用権限を都市エリート層自らが握ることは、都市自治の実践につながるからである。上述の如く、施設長や収容者の選出は、対外勢力との政争の具となりがちであったが、市内の施設であれば、都市民の意向を反映させやすい⁷²⁾。例えば、ヨークシャの都市、ベヴァリーの支配層は1390年代と1450年代において地元ホスピタルの収容者の受け入れや追放にかかわる判断を行ってい

た。首都ロンドンのある商人は、1479年に地元の4つのホスピタルへ約26ポンドの遺贈を行った際、素泊まり利用の浮浪者ではなく、真の困窮者のみをその対象にする自らの考え方をはっきり示していた⁷³⁾。チェスターのシェリフ、ロジャー・スミスは1508年の遺言状により、貧困に陥った同市の市参事会員や市議会議員のために彼の自宅を改造し、市自治体を庇護者とするホスピタル（救貧院）として使用し、市長に収容者の任命を託したという⁷⁴⁾。領主経済の下、市内にある公共施設の利用をめぐる外部勢力と争う都市自治体にとって、ホスピタルは自治体の影響力を市内外で強める重要な可能性を秘めていたとみることもできる。ホスピタル運営に都市自治体が積極的にかかわるこうした動きは、16世紀半ば以降の国家形成期において救貧が中央の政策として強く認識されるようになる中で顕在化することになる⁷⁵⁾。

一方、財産を残す都市民の立場から見れば、仲間の市民を構成員とする都市自治体やギルドの息のかかった公の組織に個人の資産を託す利点もあったであろう。例えば、ハル市の寡婦、ジョアン・グレッグは、毎年5ポンド4ペンスの地代を彼女が設立したホスピタル（救貧院）へ遺贈するため、自身の土地の相続権を市長と市議会に託す意思を1438年に作成された彼女の遺言状に書き残したという⁷⁶⁾。他方、施設側から見れば、資金基盤が弱く不正の温床にもなりかねない組織を運営するために、公の権限を有する施設外部の力に依存するようになるのは当然の成り行きとも言える。ブリストルの市民、ジョン・フォスターによって15世期後半に同市のステイプ・ストリートに設立されたホスピタル（救貧院）の例では、同市の市長を2度にわたり務めた市参事会員、ジョン・エスタフェ

70) Imray (1968), 107, 111.

71) Clay (1909), 18; Rawcliffe (1984), 16-18.

72) Rawcliffe (2016), 46-47. 例えば、1244年にエクセター市長と同市自治体は、ハンセン病患者を収容者として入市させるという、それまで司教の権限で維持されていた慣習の不適切さを主張し、患者らを収容するホスピタルの運営を直接執り行うことを司教に認めさせた。Clay (1909), 54.

73) Rawcliffe (1984), 4.

74) Harris (1980), 183-184.

75) Slack (1988), 164-165.

76) Gregg (1984), 224-245.

ルドが封讓受人兼執行人の一人となり、さらには、1504年12月24日に市長と市長書記がホスピタル運営について監査と助言を行うよう決定された結果、同市に密着した慈善施設としてこのホスピタルの信頼性はより高められたと考えられる⁷⁷⁾。

ところで、修道院内において困窮者を収容した施設が、施設の大きさや機能に応じて「ホスピタル」以外にも異なる名称で呼ばれるようになった点については既に述べた。上記のロンドン、ハル、チェスター、ブリストルの状況が示すように、中世後期において都市に増えるホスピタルは、「救貧院」と呼ばれる比較的小規模な施設が大勢を占めるようになった。そうした傾向について分析することは、施設が都市へ集中する理由を読み解くヒントにもつながる。ホスピタル全体として見れば、教会や王権など有力な庇護者を後ろ盾とする施設が多数を占めていたものの、救貧院は、高齢者や障害を持つ貧困者を救済するという主に世俗の課題に応える施設として、その多くが有力な都市民や都市自治体主導で設立された。「ホスピタル」という総称と同じように、その概念として通用した「救貧院」という用語も厳密な規約のもとに定義づけられていたわけではない。しかし、いくつかの点で、「救貧院」と呼ばれた施設には独自の特徴が見られた。まず、救貧院専用で建てられた施設内の定員は主に弱い高齢者を対象に数名から十数名と比較的少なく保たれ、後の救貧法の時代のワークハウスのような過密化の問題は起こらなかった。雇われる聖職者の人数も限られ、運営基金の規模に見合っていた⁷⁸⁾。上述のジョン・フォスターによってブリストルに設立された施設の記録は、都市の救貧院の基本的な特徴をよく示している。同院には礼拝堂の他に14の部屋と庭があり、そこでは司祭と8名の

77) Veale (1951), 175-181; Burgess (1987), 846;

Rawcliffe (2016), 96-97.

78) McIntosh (2012), 7.

貧困男性、5名の貧困女性の共同生活が営まれていた。入院の条件は、年齢50歳以上の独身のイングランド人とされた。また、収容者たちは、寄贈者ジョン・フォスターのために祈る義務を負い週2ペンスの施しを受け、一方、司祭は毎日のミサに加え、日曜日と聖日には早祷と晩祷を取り仕切り、その際、寄贈者とその家族のために祈るよう求められ、5ポンド6シリング8ペンスの収入が認められた。寄贈者フォスターは1492年に他界し、その遺言により同施設の運営を引き継いだのが、封讓受人で、かつ執行人に指名されたジョン・ワルシュとジョン・エスタフェルドの2名であった⁷⁹⁾。

救貧院では、宗教的要素が弱まる傾向にあった。マッキントッシュの調査によれば、1350年から1539年にかけて設立された救貧院のうち、宗教的な名称を施設名に採用した施設は全体の9%にとどまり、設立者の名前(40%)が最多で、次に地名(13%)が多く、その他諸々の名称がつけられたという。施設内にチャペルを設けた例は少数であり、多くの施設では重病を受け入れなかったのも、収容者は自ら教区教会へ通う前提になっていたからである⁸⁰⁾。初期のホスピタルと異なっていたのは宗教的しきたりだけではない。食事を個々の部屋で済ませるなど自活できる者を受け入れる救貧院の運営方針は、共同ではなく個人生活を優先する傾向に合ったホスピタル施設としての変わりようを反映していたと考えられる。また、収容者が入院時に前払い金を支払い、あるいは、不動産を譲渡する見返りに生涯続く衣食や現金の受領権を獲得する慣行の広がりも、そうした方針と軌を一にした⁸¹⁾。収容者は付近に立つ市や店舗を

79) Burgess (1987), 846.

80) McIntosh (2012), 64.

81) McIntosh (2012), 77. 本来、無償のケアを重んじるホスピタルのサービスを、事実上、有償化するこうした行為は問題視されたが、収入不足の一方で、サービスの対価を負担しうる都市

頻繁に利用する都市経済に欠かせない消費者でもあった。

新たな救貧院の多くが都市中心街付近に設立されるようになる傾向も、ホスピタル施設が都市の商業社会に入り込み都市支配層へ接近していく経緯と見ることができる。初期ホスピタルには救済思想の一方で、特定の患者を隔離する差別も見られ、その多くが都市の「郊外」に建てられた点については既に述べた。また、そこには、夜間に閉じられた市門の外側で貧しい旅人を受け入れる事情もあったであろう。にもかかわらず、中心街に救貧院のような小規模なホスピタル施設が設立されるようになった事情には、当初、隔離を要するとされた患者数の減少の一方で、その運営に、都市の中心教区教会に属する都市支配層がかかわるようになったこともあったと考えられる⁸²⁾。中世都市の郊外は、政治的には都市行政の管轄権が曖昧であり、また、経済的には、地代が安く市内の規制をかいくぐる私的な取引がはびこり、さらには、違法な居酒屋や売春宿などの経営が目立つ非公式な地でもあった。こうした都市のトポグラフィを踏まえれば、ホスピタルの設立地が郊外から市内へ移るトレンドは、その公式性の程度を知る上でわかりやすい目安といえるであろう。施設を人目に付く場所に設立する工夫には、その公共的機能をアピールする都市とホスピタル双方の狙いを読み取ることもできる。実際、少額・少量の施しや遺贈の対象となった救貧院の運営

民の存在を知る施設では採用せざるを得ない事情もあったと考えられる。かかる運営方針は、小規模な救貧院に限られていたわけではない。ロンドンの主要なホスピタルでも臨時収入を得る工夫がなされていた。例えば、15世紀、聖アンソニー・ホスピタルは子供の教育サービスを提供し、一方、聖アンソニーや聖メアリ・ベツレヘムのように、四半期毎に6シリング8ペンスを収容者に課す施設も現れた。Rawcliffe (1984), 2-4.

82) Orme and Webster (1995), 44-45.

に地元民の関心は引きつけられ、事実上、救貧院は他の公共施設と変わらぬ都市の商業社会へ溶け込む存在になっていた⁸³⁾。

V. 結論—「公式」と「非公式」の層状—

個人による慈善と公の法制度それぞれの力が交錯する「福祉の混合経済」は、都市の成りたちと深い関係にある。まず、中世都市に集まるホスピタルの原動力は個人の事情から発せられていた点を少なく見積もるわけにはいかない。近世に入り救貧法導入後、救貧は公のサービスとして貧困問題を緩和し社会の負担軽減を目指す公共財と認識されるようになるが、その時期に比べれば、それ以前に救貧に対する広い社会的要請を強く意識していた者は、遺贈者にも、管理する側にも少なかったと考えられるからである。たとえ公共の場に設立されていたとしても、遺贈者個人の信仰上の求めや、また、身近な困窮者——高齢者、病人、寝たきりの者、身体・精神障害者——の生活上の要請に応える目的で設立され、運営自体も院長個人に一任されたホスピタルに、視野の広い社会政策上の効果を期待することは時代錯誤となるであろう。中世のホスピタルは、社会問題を緩和するための救貧・介護施設として、法律上、未整備であり、だからといってその課題に公の批判が継続して集まることもなかった事実は、そのことを物語る⁸⁴⁾。

それゆえに、中世末から近世初期にかけて貧困が社会秩序を脅かす社会問題としてよりはっきりと公に認識されるようになる大きな時代の変化に直面したホスピタルの動向は、解明すべき歴史的事象であろう。その変化は、やがて救貧政策という名目で宗教改革や国家形成を通じてより鮮明になっていく。しかし、ここでもそ

83) Watson (2006), 93.

84) Rawcliffe (2016), 93-94.

の端緒がどこよりも早く現れるのは、中世末に浮上する都市の政策においてであった。イングランドにおける救貧のあり方を長期の歴史の中で捉える際、都市民が関心を深める都市ホスピタルの運営が注目されるのは、高度に発達中の都市の史的文脈において、貧困の社会問題化という変化に適応していくホスピタルの姿から救貧を社会政策とみなす道筋がすでに中世の終わりまでには準備されていた様子を認識できるからである。

修道院から派生したホスピタルは、中世末までには主要都市の一郭を占める既成の施設として定着していた。その理由は、商業化の結果、人口が集中し都市民の間に救貧に当てられる富が蓄積してただけでなく、財源と人員にかかわるホスピタル運営の組織化に寄与する制度がそこに備わっていたからである。個人による寄贈・遺贈をもとに設立されたホスピタルは、修道院とのかかわりが希薄になるに従って、施設に対する公の認知を取り付け安定した財産管理と組織運営を促す必要に迫られる。むしろ、信託の概念はまだ法的に曖昧であり近代福祉経済においては不可欠な「信用」や「公共性」といった価値を国家や議会政治も未発達の中世社会にそのまま当てはめることはできない。しかし、ホスピタル運営のベクトルは、設立者個人の信仰の範囲を超え、慈善活動が公へ作用し公の場で機能する方向へ都市を介して徐々に向かい始めていたと言えよう。とりわけ主要都市は、王権、地主、教会の各勢力と都市民の力とが交わる政治的フォーラムであり、そこに施設運営に不可欠な信託に値する都市政府及びその傘下の諸団体が織りなす先進的な制度が集中していたからである。

このように、都市に設立されるホスピタルの歴史では、元来、「非公式性」の強い施設ゆえに、そこから個人資産を用いた信仰の実践が都市自治体という公式な制度の枠組みを借りて権威付

けされるプロセスを具体的に見いだしうる⁸⁵⁾。ホスピタルが都市に適合的であった理由は、都市には貧困者が絶えない「非公式性」の一方で、都市自治体という政体の「公式性」があり、運営上、両者を大事にしたいホスピタルに見合う環境がそこに備わっていたからである。中でも中世後半に増加する救貧院は、そうした都市の「混在域」に根ざした救貧活動と介護施設のイノベーションであったと見ることができる。

枢密院と議会制定法の威力が増し地方組織の法人化も勢いづき、ホスピタルが都市自治体の権威の下、より公式な組織へはっきりと上昇し始めるのは、1530年代以降に実施された宗教弾圧により激減した施設数が再び増加に転じる世紀後半を待たねばならない。しかし、その種は、公共の概念が未熟であったからこそ個人の信仰と財産に依存する度合いが大きかった中世社会の土壌に広く蒔かれ芽吹いていたことは明確である⁸⁶⁾。救貧のエネルギーが、当初、公共政策ではなく、富を残す個人の宗教実践に依拠していた事実を直視してはじめて、中世と近世という時代の境目において変化に直面しつつも連続する救貧の事情を見定めることができるのである。

参 考 文 献

- Andrews, J. et al. (1997), *The history of Bethlem* (Abingdon).
Barrow, J. (2000), 'Churches, education and literacy in towns 600-1300', in D.M. Palliser, ed., *The Cambridge Urban History of Britain, vol. I: 600-1540*

85) 例えば、1547年にロンドン市は、1247年に市内に設立された聖メアリ・ベツレヘム・ホスピタルを購入することになるが、それ以前に都市政府によって少なくとも数十年前からその準備は始まっていたことが知られる。Stow (1908), 164-165; Andrews (1997), 55-61.

86) 施設数の推移については、McIntosh (2012), 125-127を参照。

- (Cambridge).
- Beresford, M.W., and Finberg, H.P.R. (1973), *English medieval boroughs: A hand-list* (Newton Abbot).
- Bittle, W.G., and Lane, R.T. (1976), 'Inflation and philanthropy in England: A re-assessment of W.K. Jordan's data', *The Economic History Review*, vol. 29 (1976), pp. 203-210.
- Burgess, C. (1987), 'By quick and by dead': Wills and pious provision in late medieval Bristol', *The English Historical Review*, vol. 102, pp. 837-858.
- Carlin, M. (1989), 'Medieval English hospitals', in L. Granshaw and R. Porter, eds., *The hospitals in history* (London).
- Clay, R.H. (1909), *The medieval hospitals of England* (London).
- Cullum, P.H. (1989), 'Hospitals and charitable provision in medieval Yorkshire, 936-1547', Ph.D. thesis, University of York.
- Cullum, P.H., and Goldberg, P.J.P. (1993), 'Charitable provision in late medieval York: "to the praise of God and the use of the poor"', *Northern History*, 29, pp. 24-39.
- Dyer, A. (2000), 'Ranking lists of English medieval towns', in D.M. Palliser, ed., *The Cambridge Urban History of Britain*, vol. I: 600-1540 (Cambridge).
- Goose, N. (2010), 'The English almshouses and the mixed economy of welfare: Medieval to modern', *The Local Historian*, vol. 40, pp. 3-19.
- Granshaw, L., and Porter, R., eds. (1989), *The hospitals in history* (London).
- Harris, B.E., ed. (1980), *The Victoria County History of the County of Chester*, vol. 3 (Oxford).
- Harvey, B. (1993), *Living and dying in England, 1100-1540: The monastic experience* (Oxford).
- Heath, P. (1984), 'Urban piety in the later middle ages: The evidence of Hull wills', in B. Dobson, ed., *The church politics and patronage in the fifteenth century* (Gloucester).
- Horden, P. (1988), 'A discipline of relevance: The historiography of the later medieval hospital', *Social History of Medicine*, vol. 1, pp. 359-374.
- Imray, J. (1968), *The charity of Richard Whittington: A history of the trust administered by the Mercers' Company, 1424-1966* (London).
- Innes, J. (1996), 'The "mixed economy of welfare" in early modern England: Assessments of the options from Hale to Malthus (c.1683-1803)', in M. Daunton, ed., *Charity, self-interest and welfare in the English past* (London).
- Jones, G. (1969), *History of the law of charity 1532-1827* (Cambridge).
- Jordan, W.K. (1958), *Philanthropy in England 1480-1660: A study of the changing pattern of English social aspirations* (Westport, CT).
- 川名 洋 (2010), 『イギリス近世都市の「公式」と「非公式」』 (創文社).
- King, S., and Tomkins, A. (2003), *The poor in England 1700-1850: An economy of makeshifts* (Manchester).
- Knowles, D., and Hadcock, N. (1971), *Medieval religious houses: England and Wales* (Harlow; 2nd.).
- McIntosh, M.K. (2012), *Poor relief in England 1350-1600* (Cambridge).
- Orme, N., and Webster, M. (1995), *English hospital 1070-1570* (New Haven).
- Rawcliffe, C. (1984), 'The hospitals of later medieval London', *Medical History*, vol. 28, pp. 1-21.
- Rawcliffe, C. (2006), *Leprosy in medieval England* (Woodbridge).
- Rawcliffe, C. (2016), 'A crisis of confidence? Parliament and the demand for hospital reform in early-15th- and early-16th-century England', *Parliamentary History*, vol. 35, pp. 85-110.
- Ross, C.D. (1959), *Cartulary of St. Mark's Hospital Bristol* (Bristol Record Society).
- Rosser G. (2000), 'Urban culture and the church 1300-1540', in D.M. Palliser, ed., *The Cambridge Urban History of Britain*, vol. I: 600-1540 (Cambridge).
- Rubin, M. (1987), *Charity and community in medieval Cambridge* (Cambridge).
- 坂巻 清 (2016), 『イギリス近世の国家と都市—王権・社団・アソシエーション』 (山川出版社).
- Slack, P. (1988), *Poverty and policy in Tudor and Stuart England* (London).
- Slack, P. (1998), *From reformation to improvement: Public welfare in early modern England* (Oxford).
- Stow, J. (1908), *A survey of London*, ed. C.L. Kingsford, vol. 1. (Oxford).
- Sweetinburgh, S. (2004), *The role of the hospital in medieval England: Gift-giving and the spiritual economy* (Dublin).
- Swanson, R.N. (1989), *Church and society in late medieval England* (Oxford).
- Tanner, N.P. (1984), *The church in late medieval Nor-*

- wich 1370-1532 (Toronto).
- Thomson, J.A.F. (1965), 'Piety and charity in late medieval London', *The Journal of Ecclesiastical History*, vol. 16, pp. 178-195.
- Thrupp, S.L. (1962), *The merchant class of medieval London* (University of Michigan).
- Tittler, R. (1998), *The Reformation and the towns in England: Politics and political culture, c.1540-1640* (Oxford).
- Veale, E.W.W., ed. (1951), *The Great Red Book of Bristol, part III* (The Bristol Record Society).
- Weinbaum, M. (1937), *The incorporation of boroughs* (Manchester).
- Watson, S. (2006), 'The origins of the English hospital', *The Transactions of the Royal Historical Society*, pp. 75-94.

(2017年5月22日採用)