

Title	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
Sub Title	Typhoid fever and urban sanitary environment : the case in Tokyo during the Taisho period
Author	永島, 剛(Nagashima, Takeshi)
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	2005
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.97, No.4 (2005. 1) ,p.541(79)- 559(97)
JaLC DOI	10.14991/001.20050101-0079
Abstract	<p>本稿は、近代における生活環境とその変化を多面的に捉える試みの一環として、水系感染症のひとつである腸チフスの罹患・死亡データが、都市の衛生環境を検討する際に重要な手がかりとなることをしめす。事例として、大正期東京市をとりあげる。とくに山手地域で腸チフスが多発していたことを指摘し、その要因として、急速な都市化の過程で顕在化した給水、下水処分の問題に注目する。</p> <p>As part of a project exploring historical changes in living environment, this study shows that morbidity and mortality data of water-borne infectious diseases, in particular typhoid fever, can be important indicators of urban hygienic environments.</p> <p>As a case study, this article considers the city of Tokyo during the Taisho era. It examines why uptown Tokyo had a higher incidence of typhoid, focusing on the problems relating to water-supply and sewage treatment which arose in the rapid urbanization process.</p>
Notes	小特集：日本における生活水準の変化と生活危機への対応：1880年代-1980年代
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-20050101-0079

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.

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—

Typhoid Fever and Urban Sanitary Environment : The Case in Tokyo during the Taisho Period

永島 剛(Takeshi Nagashima)

本稿は、近代における生活環境とその変化を多面的に捉える試みの一環として、水系感染症のひとつである腸チフスの罹患・死亡データが、都市の衛生環境を検討する際に重要な手がかりとなることをしめす。事例として、大正期東京市をとりあげる。とくに山手地域で腸チフスが多発していたことを指摘し、その要因として、急速な都市化の過程で顕在化した給水、下水処分の問題に注目する。

Abstract

As part of a project exploring historical changes in living environment, this study shows that morbidity and mortality data of water-borne infectious diseases, in particular typhoid fever, can be important indicators of urban hygienic environments. As a case study, this article considers the city of Tokyo during the Taisho era. It examines why uptown Tokyo had a higher incidence of typhoid, focusing on the problems relating to water-supply and sewage treatment which arose in the rapid urbanization process.

「三田学会雑誌」97 卷 4 号 (2005 年 1 月)

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——

永 島 剛

要 旨

本稿は、近代における生活環境とその変化を多面的に捉える試みの一環として、水系感染症のひとつである腸チフスの罹患・死亡データが、都市の衛生環境を検討する際に重要な手がかりとなることをしめす。事例として、大正期東京市をとりあげる。とくに山手地域で腸チフスが多発していたことを指摘し、その要因として、急速な都市化の過程で顕在化した給水、下水処分の問題に注目する。

キーワード

罹患率・死亡率、腸チフス、都市衛生環境、感染症への被曝、給水、下水処分

I. はじめに

イギリス産業革命期生活水準論争は、従来おもに「実質賃金」に関心を集中させてきた。しかし論争当初から、実質賃金だけでは人々の生活変化を捉えられないことは、論者の間で了解があったようである。とくに実質賃金データに懐疑的な E. J. ホブズボームは、「社会」的な指標も必要であるとし、その筆頭に「死亡、罹患、および身体測定データ」をあげている⁽¹⁾。また、実質賃金データの使用に積極的だった論者のなかでも、M. W. フリンが E. チャドウィック『イギリス労働者の衛生状態にかんする報告書』(1842 年)の主要な紹介・解説者だったことは想起されてよい。周知のよ

* 本稿は、「暦象オーサリングツールによる危機管理研究」(文部科学省学術創成研究費、2002 - 2006 年度、代表友部謙一)の研究成果の一部である。

(1) H. J. Hobsbawm, 'The British standard of living, 1790-1850', originally published in *Economic History Review*, 2nd ser. X, 1957, reprinted in A. J. Taylor (ed.), *The Standard of Living in Britain in the Industrial Revolution*, London, 1975, pp.66-68. R. M. ハートウェルとの論争を回顧したホブズボームは、「論争は実質所得水準の一般的変動を主に、まさに排他的に扱っていた」が、「これが『生活水準』という問題の一部にすぎないということは、両者とも受け入れていたと思う」とも述懐している。*Ibid.*, p.179. 論争については、松村高夫「イギリス産業革命期における生活水準論争再訪(上)(下)」『三田学会雑誌』82 卷 2 号, 1989 年, 165-184 頁; 83 卷 1 号, 1990 年, 133-155 頁参照。

うに同報告書は、都市の労働者街における平均死亡年齢がきわだって低いことに注目し、劣悪な衛生環境が感染症の蔓延を助長しているためであると指摘したものである。フリンは、19世紀初頭に労働者の実質賃金が上昇した時期があったことを指摘するいっぽう、同時期に彼らの衛生環境の悪化が進行していたことにも注意を喚起している⁽²⁾のである。

実質所得といった数量的な経済指標だけでは生活の「質」は捉えられないという批判は、もはや当然となっているともいえる⁽³⁾。たしかに、生活は数値だけでは計測しきれない。しかし質的な側面について、数値データを用いたアプローチがまったく不可能というわけでもない。ホブズボームが指摘したように、死亡や罹患などにかんする統計は、生活の質的諸側面のなかでも大切なもののひとつと思われる健康生活とそれを取り巻く諸要因を考察するうえで、重要な手がかりを与えてくれる。本稿では、近代における人々の生活環境とその変化を多面的に捉える試みの一環として、ホブズボームやフリンの問題意識も受け継ぎつつ、健康状態にかんする基本データである疾病別の死亡・罹患統計の利用可能性を探ってみ⁽⁴⁾たい。今回は腸チフスのデータに注目する。まずII節・III節においていくつかの先行業績を概観しながら視角を絞ったうえで、IV節では事例として大正期東京市データを紹介する。

II. 疾病のローカル・スタディへ——イギリスにおける研究史から

ホブズボームが「死亡・罹患」という場合、念頭においていたのはバーミンガム大学公衆衛生学教授 T. マッキオンらによる死亡率にかんする研究であった⁽⁵⁾。マッキオンらによる19世紀後半にはじまる長期的な死亡率低下にかんする研究は、中央登録局（General Register Office, 1837年～）の原因別死亡データを初めて本格的に用いた先駆的なものであった。原因別死亡統計の分析には、登録局の創始者でもある W. ファー以来、多くの疫学者・公衆衛生家が従事していたが、歴史研究とし

- (2) M. W. Flinn, 'Introduction' to E. Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Gt. Britain*, edited by Flinn, Edinburgh, 1965; M. W. Flinn, 'Trends in real wages, 1750–1850', *Economic History Review*, 2nd ser. XXVII, 1974, pp.395–411.
- (3) たとえば、斎藤修「経済発展と生活の質」慶應義塾大学経済学部編『経済学の危機と再生』弘文堂、2003年、45–65頁参照。
- (4) ホブズボームがあげた指標のうち残る「身体測定データ」は、イギリスでは R. フラウドを先駆に研究が進んでいるが、本稿では扱わない。R. Floud, 'The origins of anthropometric history: a personal memoir', *Social Science History*, 28, 2004, pp.337–343.
- (5) Hobsbawm, 'The British standard of living', p.67. ただしマッキオンは、19世紀後半の死亡率低下についてはその究極要因を栄養状態の改善と考え、産業革命にともなう実質賃金の向上にその根拠を求めていた。死亡率低下が実質所得の向上に連動していたとみる点では、必ずしもホブズボームの「悲観論」を全面的にサポートするものとはなっていない。T. R. McKeown and R. G. Record, 'Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century', *Population Studies*, 16, 1962, pp.94–122.

ではマッキオンらの業績を嚆矢とみてよいであろう⁽⁶⁾。彼らは、イングランド・ウェールズの死亡率低下の牽引役として肺結核による死亡の減少が重要であるとし、肺結核について当時の衛生政策・医療活動はほとんど無力であったことから、死亡率一般の低下における医学の果たした役割は限定的なものにすぎず、生活水準の向上にともなう栄養状態の改善こそが、死亡率低下の主因であると結論した。

このいわゆるマッキオン・テーゼをめぐるのは、その後さまざまな角度から議論・再検討がおこなわれてきた。代表的なものにS. シュレターによる批判がある。彼はマッキオンが死亡率一般に対する肺結核の影響を過大評価したと批判し、急性感染症の減少に果たした公衆衛生政策の役割も正当に評価されるべきであるとした⁽⁷⁾。以来、死亡率低下の要因をめぐる議論は、「栄養状態の改善」重視派と「公衆衛生」重視派とにわかれる傾向にある。病気にたいする人間側の「抵抗力 (resistance)」重視派と、病原体への「被曝 (exposure)」の度合の軽減すなわち環境要因重視派と言い換えてもよいかもしれない⁽⁸⁾。

ただし、議論の単純化を危惧する論者もいる。はたして近代における人々の健康状態の改善を、一国の死亡率動向の問題に収斂させ、その究極的な要因として2つの選択肢のうちどちらかを選ぶことだけでよいのか。R. ウッズは、「地域」や「病気」によっては、死亡パターンはさまざまであったことに注意をうながしている。ウッズがとくに注目しているのが「都市化」の影響である。行政区別の死亡統計を検討しつつ、一般的には農村地区が都市地区よりも健康であったこと、しかし病気によって、あるいは属性別グループ（男女、年齢など）によってはそうした都市・農村格差がはっきりしていないものもあると指摘する。感染症流行における「都市ペナルティ」は、チャドウィックやファーの時代から認識されていたことではあるが、けっしてすべての感染症があらゆる場所で同程度都市化にたいしてセンシティブであったわけではない⁽⁹⁾。各感染症は独自の疫学的特徴をもち、その場所における諸要因の特殊な絡み合い方によって違った流行様態をとりうるのである。

ウッズによるこうした疾病パターンの多様性にかんする指摘は、個々の病気についての地方史研究の重要性を示唆しているように思う。たんに人々の健康状態の良し悪しをその社会全体としての

(6) 一連の研究は T. McKeown, *The Modern Rise of Population*, London, 1976 にまとめられている。

(7) S. Szreter, 'The importance of social intervention in Britain's mortality decline c. 1850-1914', *Social History of Medicine*, 1, 1988, pp.1-37.

(8) 最近の研究史サーヴェイとして、B. Harris, 'Public health, nutrition, and the decline of mortality: the McKeown thesis revisited', *Social History of Medicine*, 17, 2004, pp.379-407 参照。関連する邦語文献としては、見市雅俊「医療と近代における人口動態——イギリスを中心に」社会経済史学会編『社会経済史学の課題と展望』有斐閣、1992年、356-367頁；安元稔「産業革命期イギリスの人口と疫病」速水融・町田洋編『講座・文明と環境 第7巻 人口・疫病・災害』朝倉書店、1995年、131-152頁参照。

(9) R. Woods and N. Shelton, *An Atlas of Victorian Mortality*, Liverpool, 1997, pp.142-151.

死亡率一般の議論で済ませてしまうのではなく、どんな病気が何処でいかなる要因によって流行し誰がどの程度そのリスクに直面していたのか、いまして細分化して情報を集め分析してみることである。ちなみに言い添えれば、ウッズ自身は、「多様であったこと」をそのまま済ませようとしているわけではない。理論的な考察をおこなう志向を強くもっているし、全国レベルでの死亡率や都市ペナルティの捉え方などにかんしても、シュレターらと論争を繰り広げている⁽¹⁰⁾。ただ、そうした論争が成立する背景には、欧米において個別の疾病に注目した地方史研究の蓄積が徐々に進みつつあることは看過できない。

1984年にウッズがJ. ウッドワードとともに編集した *Urban Disease and Mortality* は、都市史家、医療の社会史家、人口学者、地理学者など学際的なメンバーが寄稿している感染症死亡の地方史研究のイギリスにおける先駆的論文集である。本稿が目にする腸チフスについては、ウッズ自身のバーミンガム、B. ルーキンによるロンドンの事例研究が言及している⁽¹¹⁾。また、都市別の感染症の社会史研究ということでは、A. ハーディの19世紀後半ロンドンにかんするモノグラフを忘れることはできない。百日咳、麻疹、猩紅熱、ジフテリア、天然痘、発疹チフス、肺結核とともに、腸チフスも取り上げられており、病気ごとに異なる流行パターンの要因が目配りよく検討されている⁽¹²⁾。

III. 都市衛生環境の指標としての腸チフス

腸チフスは、水・食物による経口感染で広まる、いわゆる「水系感染症」である。同じ水系感染症のなかでも、おもに外からやってきてある限られた期間に大量の患者を発生させる、いわば「襲来型」の流行様態を取るコレラとは違い、腸チフスはエンデミック (endemic)、すなわち常に一定の患者は存在し、ときには大きな流行もみせるという「常在型」の急性感染症であった。汚染された水や食物を感染源とする腸チフスの消長は、その地域の衛生環境の状態に敏感であると考えられる。さらに常在型であることにより、腸チフスの統計は、連続した時系列として参照できる。このため腸チフスの患者あるいは死亡数の統計は、その地域の衛生環境を考える上で、ひとつの重要な指標⁽¹³⁾となると考えられている。すなわち、とくに「被曝」の具体的なパターンを検討する材料になる。

(10) Harris, 'Public health, nutrition, and the decline of mortality', pp.394-396.

(11) B. Luckin, 'Evaluating the sanitary revolution: typhus and typhoid in London, 1851-1900', R. Woods, 'Mortality and sanitary conditions in late nineteenth-century Birmingham', both in R. Woods and J. Woodward (eds.), *Urban Disease and Mortality: Nineteenth-Century England*, London, 1984. またルーキンのロンドン研究として、B. Luckin, *Pollution and Control: A Social History of the Thames*, Bristol, 1986 も参照。

(12) A. Hardy, *The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856-1900*, Oxford, 1993.

(13) *Ibid.*, p.155.

腸チフスは長らく発疹チフスとともに「チフス」として混同されていた。発疹チフスとは別個の病気であることが指摘されるようになったのは1830年代フランスにおいてであったが、イギリスでは登録局の原因別死亡統計において「腸チフス」の項目が独立するのは1860年代末からであった。したがってイギリスの統計上、発疹チフスと混同されていない「腸チフス」データが参照できるのは1870年代以降であり、ウッズ、ルーキン、ハーディらの研究もその時期以降を中心に扱っている。バーミンガムやロンドンでは、この時期すでに腸チフスは趨勢としては減少局面に入りつつあった。したがって彼らの主要な関心は、その減少の要因、とくに衛生改革の影響をさぐることにむけられている。

彼らに共通する視角として、都市内の地区による死亡率格差に注目していることもあげられよう。ウッズによれば、1880年代バーミンガムでは、一部例外はあるものの、市中心部の密集地域で腸チフス死亡率が高く、それをとりまく郊外部では低い傾向がはっきりしている。当時バーミンガムでは、階層による居住分離 (residential segregation) がますます明確になりつつあった。富裕層は密集を嫌い広々とした郊外に転出することが可能であったのに対し、低所得層は中心部に居残ることになったためである。富裕層の住宅の多い郊外地区では、最新の水洗トイレ (W.C.) の普及率も高かったのに対し、中心部にはいまだに古く狭い背合わせ型 (back-to-back) の集合住宅が残っているところもあった。こうした居住環境の差が、地区による腸チフス死亡率の差に反映したものとみられる。仮に多少の実質賃金向上があったとしても、自らの居住環境までは変える資力をもたなかった人々が腸チフスの被害をもっとも蒙っていたわけである。40年前にチャドウィックが強調した古典的なパターンが、1880年代バーミンガムにも当てはまるとみてよいかもしれない⁽¹⁵⁾。

同時期のロンドンも状況は似通っていた。ルーキンによれば、ホワイトチャペル、ベスナルグリーン、ショーディッチなど市中心部およびイーストエンドの低所得層集住地区で、腸チフスによる死亡率が高かった。ただ、ここで注意しておきたいのは、いわゆる貧困地区で死亡率が高い傾向にあったことは確かであるが、経済的な意味での貧困そのものが高死亡率の直接の原因ではないということである。腸チフスは、水・食物をとりまく衛生状態の悪い環境で蔓延しやすい。そして、過密居住、水道など衛生施設へのアクセスの困難などのため衛生状態の悪いところでの生活を余儀なくされていたのが、多くの場合低所得層の人びとであった。貧困そのものというより、ルーキンの表現を借りれば、貧困に付随しがちな「環境面での収奪 (environmental deprivation)」が問題ということになる⁽¹⁶⁾。

(14) C.W. LeBaron and D.W. Taylor, 'Typhoid fever', in K.F. Kipple (ed.), *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge, 1993, p.1075.

(15) Woods, 'Mortality and sanitary conditions', pp.197-200; R. Woods and J. Woodward, 'Mortality, poverty and the environment', in the same book, pp.25-26.

(16) Luckin, *Pollution and Control*, pp.123-124.

したがって衛生環境上の問題については腸チフス流行は、低所得者居住地区でより一般的ではあったが、それ以外の地区に住む比較的富裕な人々にとっても無縁というわけではなかった。象徴的な出来事としては、1861年のヴィクトリア女王の夫君・アルバート公の腸チフスによる死去がある。また、1870年代においては、イズリントン、ハムステッド、ケンジントンなどに住む富裕層のあいだでも突発的に比較的大きな流行がみられた。これらの原因としては、牛乳を飲料用にすすめる際に使用された水の汚染が疑われている。⁽¹⁷⁾ たとえ目立たない、部分的な衛生上の問題であっても腸チフスの流行を促すことがあり、そうした場合、病気は貧富に関係なく人々を襲ったのである。その意味では、ハーディの表現によれば「民主的 (democratic) な病気」としての側面も見せていたということになる。⁽¹⁸⁾

IV. 大正期東京市における腸チフス

前節で概観したロンドン、バーミンガムというイギリスの大都市にかんする研究から、都市内地区別分析の視角を受け継ぎつつ、以下では東京市の腸チフス・データを検討してみよう。

1. 資料・データ

中心的な資料となるのは『警視庁統計書』である。伝染病予防法（1897 = 明治30年）にもとづく患者発生の届出事務は警察の管轄下にあり、法定伝染病のひとつである腸チフスの罹患・死亡数の記録も警視庁統計に含まれているのである。

日本における感染症届出制度の全国的な成立は、イギリスよりも早かった。イギリスで、地方当局に強制届出制施行の権限をあたえる法律が初めて成立したのは1889年、全地方当局にそれを義務化したのは1899年のことであつた。⁽¹⁹⁾ したがって、1890年代になってようやく一部の地方で主要感染症の罹患統計があらわれるようになったが、上述のウッズらのように、研究対象としてその前の時期からカバーしようとする場合、届出制による罹患統計は使いづらい。彼らが感染症を論じる際に、罹患 (moribidity) ではなく、登録局の死亡 (mortality) データに拠らざるをえなかったのは、ひとつにはそうした理由による。これに対し日本では、1880 (明治13) 年の伝染病届出規則により、腸チフスを含む6種伝染病の医師による当局への届出が義務化された。患者隠蔽 (意図的な届出不履行) の問題、当時の医療へのアクセス状況、「誤診」の可能性などを考えると、こうした届出制にもとづく罹患データを鵜呑みにすることは危険である。しかしそうした問題点を充分ふま

(17) *Ibid.*, pp.125–126.

(18) Hardy, *Epidemic Streets*, p.151.

(19) Infectious Disease (Notification) Acts, 1889, 1899. 1889年法については、永島剛「19世紀末イギリスの保健行政」『社会経済史学』68巻4号, 2003年, 30頁.

た上では、感染症の流行パターンの指標としては「死亡」よりもさらに有効と思われる「罹患」のデータによって議論できる可能性も開かれている。

『警視庁統計書』には、その創刊時（1893＝明治26年）から東京府各郡市区別の伝染病患者数・死亡数の記載がある。しかし今回は1912（明治45・大正1）年以降に分析対象時期を限定したい。これは、罹患率・死亡率を算出する際の人口データの都合による。『警視庁統計書』に郡市区別の現住人口統計が記載されるのが、その年以降であるためである。

1920（大正9）年の国勢調査以前の静態人口統計には何種類かあるが、いずれもその正確性については人口学者から疑念が出されている。また1920年以降の公式統計においても、国勢調査施行年以外の年は推計の記載があるのみである。本来であれば、正確性を期した推計にもとづく系統的な人口データを用意すべきであるが、今回はそれができないので、便宜的に警視庁の戸口調査にもとづく現住人口データを用いたい。同データも問題点を含んでいると考えられるが、1912年以降は毎年継続して記載があるので、少なくとも途中で異なった系統のデータに切り替えることによって生じる問題を避けることができるという考慮から、これを使用する。

警視庁の管轄は東京府全域であるが、本稿では東京市部の15区に注目する。東京市は1932（昭和7）年に隣接5郡を加え35区に拡大するが、本稿で示すデータのカバー範囲は1932年以降も基本的に旧15区地域に限定する。

2. 東京市全体

東京市全体の各年の罹患率・死亡率の推移をしめしたものが図1である。

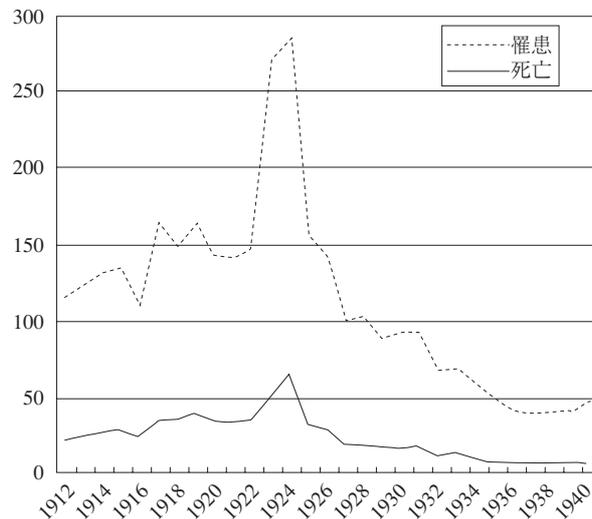


図1 東京市 腸チフス罹患率・死亡率（対人口10万人）

まず起点を確認しよう。最初の年 1912 年における人口 10 万人当たりの死亡数は約 21 である。参考までに、ルーキンによるロンドンの数字をみると、1871—80 年が 30, 1881—90 年は 18, 1891—1900 年が 12 となっている。ルーキンの統計は 1900 年までしかないが、20 世紀に入ってから、ロンドンにおける腸チフスは急速な低下傾向が続く⁽²⁰⁾。東京市の腸チフス死亡率水準は、ロンドンの 1880 年代のそれとほぼ同等であるが、以後ロンドンとは逆に増加傾向になる。イギリスは 20 世紀転換期ごろを境に、疾病構造における比重が急性感染症から慢性疾患に移行するいわゆる「疫学的転換 (epidemiologic transition)」が進行しつつあったのにたいし、日本では 1910 年代当時は、腸チフスをふくむ急性感染症はまだ増加する傾向にあった。

ロンドンと東京を比べる場合、急速な人口増加のタイミングに注意する必要がある。ロンドン市人口は 19 世紀初頭から中葉にかけて、20 年ごとに 40 %前後の増加を記録したのち、世紀末には増加率は鈍化し、20 世紀に入るとほぼ停滞する。いっぽう、東京市の人口は明治維新以降一旦減少したのち、1890 年前後にもとの水準を回復したとされる。伊藤繁の推計によれば、その後東京市 15 区域の人口増加率は 1903 年からの 15 年間に 71 %, さらに途中で併合される隣接 5 郡を加えた 1920 年から 35 年までの増加率は 75 %を記録している⁽²¹⁾。東京市では、むしろ 20 世紀に入ってから、旧江戸をこえる急激な都市化がみられたのである。これによる都市環境への負荷の増加が、1910 年代から 20 年代初頭における腸チフス増加にも関係していたことがまず考えられる。

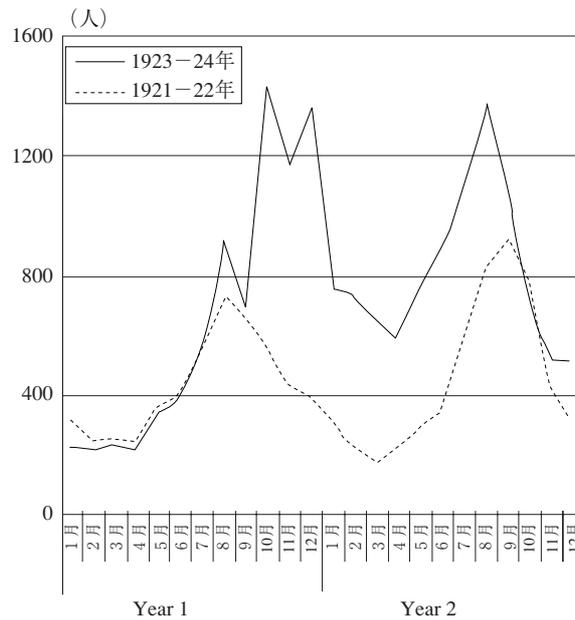
そして図 1 において顕著なのは、1923—24 年における罹患率の急激な上昇である。これは関東大震災の影響であることが明らかである。1923 (大正 12) 年 9 月に発生した大地震により、下町地域を中心に多くの建物が倒壊もしくは焼失し、幸いにして死を免れた人々も、以後バラックなどでの避難生活を余儀なくされた。水道をはじめとする衛生設備も打撃をうけた。とくに避難生活における衛生状態は劣悪化し、市内避難所において腸チフス、赤痢といった水系感染症が多発した⁽²²⁾。

1923—24 年における月別の腸チフス患者発生数 (東京府) をみると (図 2)、震災後の 10 月から 12 月に多く発生している。これは従来の月別発生パターンと比べると異常である。従来は、例えば 1921—22 年のように 8 月から 9 月に患者発生のピークがあったのにたいし、1923 年においては、例年どおり 8 月にいったんピークを記録したあと、10 月には再びそれを上回る上昇をみせているからである。地域的にみれば、この 23 年中における流行の中心は市中心部から東部にかけての震災被害がひどかった地区にあった。1924 年になると患者発生数は減少したが、それでも 1921, 22, 23 年の初頭の水準と比べると、まだかなり多い。そして 24 年 4 月から増加し、8 月には前年の 10—12 月の水準に再び達している。この 24 年においては、市の北西部の各区においても患者発生率が高

(20) Luckin, *Pollution and Control*, p.124; Hardy, *Epidemic Streets*, pp.183–184.

(21) 伊藤繁「都市人口と都市システム」今井勝人・馬場哲編『都市化の比較史 日本とドイツ』日本経済評論社、2004 年、表 2-2, 31 頁.

(22) 小田垣光之輔「東京伝染病状況」『都市問題』1 巻、1925 年、245–250 頁.



資料：山岸精実「東京府下に於ける大震災後の腸チフス流行の異常季節分布の統計学的研究」『実験医学雑誌』22 卷，1938 年，1543 頁。

図 2 東京府 腸チフス月別患者数

まった。震災の直接的影響が比較的軽かった地区にも、腸チフス流行は及んだのである。

こうした震災後の腸チフス大流行は、衛生担当者たちの危機感を高めた。1924 年 3 月には、警視庁の主催で、東京府、東京市の担当者および衛生・医療関係者をメンバーとする「防疫評議会」が招集され、緊急の腸チフス対策が決議されている。列举された緊急対策は多岐にわたるが、まとめれば以下のような⁽²³⁾になる。

- ・ 感染者の管理強化（早期発見，届出の徹底，隔離の徹底，発症者のみならず「保菌者」の監視など）
- ・ 食物衛生（ハエの駆除，飲食店・市場の清潔管理，飲食物の検査など）
- ・ 建物・家庭内の水まわりの清潔化（井戸の改善・消毒，水洗便所の普及，ゴミ・し尿処理の円滑化など）
- ・ 任意予防接種の施行
- ・ 避難生活者への特別防疫活動
- ・ その他（広報・啓蒙活動，関係諸団体との連携強化など）

こうした緊急の防疫活動強化のいっぽう、「震災復興計画」にあわせ、衛生関連のインフラストラクチャーの修復，さらには拡張も進められた。たとえば上水道にかんしては，既設部分の復旧にく

(23) 亀岡慶治「警視庁に於ける腸チフス予防施設に就て」『社会医学雑誌』476 号，1926 年，515-527 頁。

わえて拡張工事のうちもっとも緊要なものが帝都復興事業に繰り入れられ、1928（昭和3）年までに完了した。⁽²⁴⁾

図1にもどると、震災によって約280にまで急上昇した腸チフス罹患率は、1925（大正14）年にふたたび150の水準にもどった後、徐々にではあるが下降傾向がつづく。そして1930年代半ばには50を下回るまで低下した。震災直後は、とくに被災住民をとりまく衛生環境の劣悪化が腸チフスの大流行を誘発したものの、危機感のあおりでかえって防疫対策の強化や、震災復興事業の進展にともなうインフラ整備が進んだ。具体的にどの対策がどの程度寄与したかを特定することは困難であるが、震災後に集中的におこなわれた防疫対策・衛生改革が、腸チフスの持続的な低下のきっかけを作ったとみてよいであろう。

3. 地区別流行状況

すでに震災後の大流行で下町から山手方面に患者多発地域が拡大したことには言及したが、その他の時期についても市内地区別の腸チフス発生状況をみてみよう。

当時、東京市は15区にわかれていた。各地区別の腸チフス罹患率を10年単位で計算して、地図上に表してみた（図3）。Aが1913（大正2）年からの10年間、Bは1925（大正14）年からの10年間である。色が濃いほど、高い罹患率をあらわしている。

まず図3Aに注目すると、牛込、本郷、麻布など市の北部・西部において罹患率が高い区が目立っている。前述のように、大震災およびその直後の1923・24年には、東京全市で異常に高い罹患率を記録したが、大震災以降（図3B）、罹患率の水準は全市にわたって低下するものの、西側・北側の各区で比較的高い傾向は続いている。罹患率の統計上は、明らかな西高東低が見て取れるのである。

これを時系列のグラフで確認するために、図4Aをしめす。ここでは全15区を当時警視庁が使っていた区分方法にしたがって、中心部の「商業地区」、隅田川以東の「工業地区」、市北西部のいわゆる山手にあたる「住宅地区」、そして「混合地区」の4地区にわけてある。⁽²⁵⁾ 傾向を見やすくするために、「異常年」である1923・24年をのぞき、各地区の各年罹患率の5年移動平均をとった。これを見ると、1910年代において市東部の「商業地区」「工業地区」は罹患率水準にほとんど変化がないか若干の減少傾向にあったのに対し、北西部「住宅地区」では増加傾向が明確であり、「混合地区」はその中間に位置している。前項でみた東京市全体の1910年代における罹患率上昇には、おもにこれらの地区の上昇が寄与していた。

ただし死亡率をみると、若干異なっている。図4のBは、Aと同じ方法で、地区別の死亡率の傾向をしめしたものである。1910年代に注目すると、罹患率では若干の減少がみられた「工業地区」

(24) 『東京近代水道百年史 通史』東京都水道局、1999年、16頁。

(25) 警視庁『乳幼児害因の統計報告』（1919年）で使用されている区分。

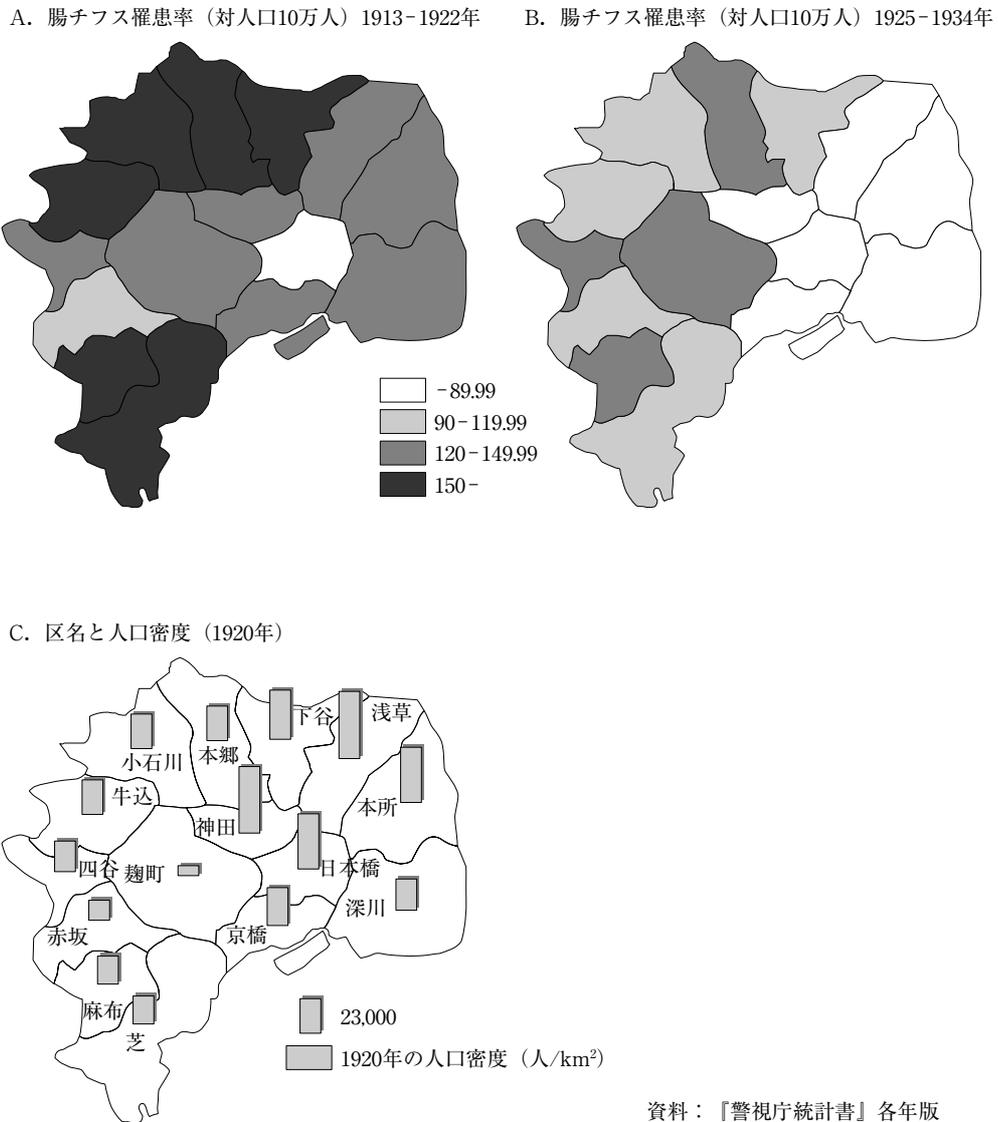
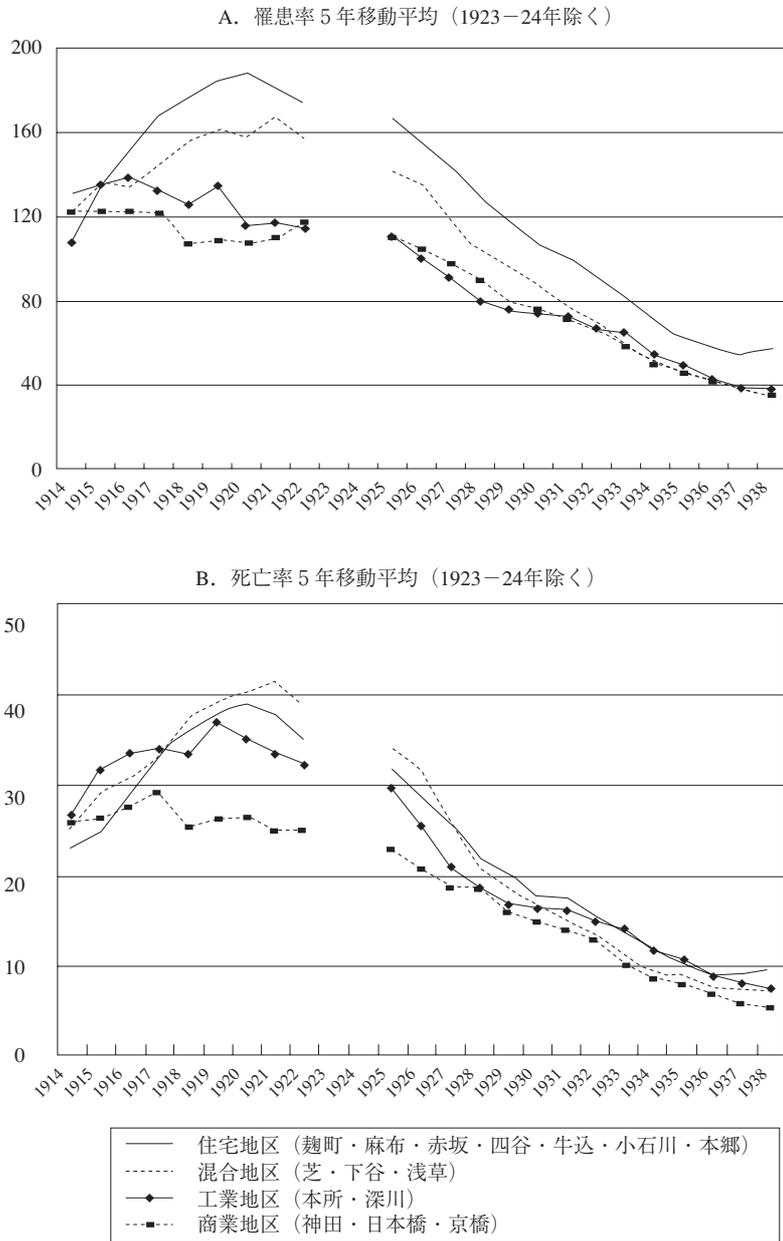


図3 東京市15区 腸チフス罹患率と人口密度

が、ここでは上昇傾向をしめしている。また、「混合地区」の死亡率が「住宅地区」のそれを上回っていることにも気づく。すなわち「工業地区」と「混合地区」では、統計上の致死率（患者に占める死亡者の割合）が「住宅地区」よりも高くなっているのである。これをどう解釈するかは難しい。データをそのまま受け取るとすれば、「工業地区」「混合地区」では、罹患する確率は「住宅地区」よりも低かったが、いったん罹患してしまうと、死にいたる確率は「住宅地区」よりも高かったことになる。たしかに、例えば看護・療養のアメニティなどの差が、両地区における致死率の差に影響し



資料：『警視庁統計書』各年版

図4 東京市地区別 腸チフス罹患率と死亡率 (対人口10万人)

た可能性はありえよう。しかし罹患数にかんしては、過少届出の可能性も充分に考慮する必要がある。「工業地区」「混合地区」では、「住宅地区」よりも腸チフス罹患時の届出が徹底されていなかったかもしれない。その場合、図4における「工業地区」「混合地区」の罹患率は、実際の罹患状況を過少評価していることになる。死亡を免れた罹患者が記録から脱漏してしまうためである⁽²⁶⁾。

ただ、大幅な罹患の届出過少の可能性を受け入れて、図4Bの死亡率のほうが実際の流行状況の地区間の差をより正確に反映しているとしても⁽²⁷⁾、1910—20年代をつうじて「住宅地区」の腸チフスの蔓延は依然として「工業地区」よりも深刻とみられ、さらに「商業地区」との差は歴然としている。これら4つの地区区分が、階層による居住分離と完全に一致していたとするには無理がある⁽²⁸⁾。しかし概括的にいえば、やはり「住宅地区」に分類された各区は比較的富裕な住民が多く、区全体としてみれば人口密集度も低かった。それに対し、「商業地区」「工業地区」は密集度が相対的に高く、とくに「工業地区」には低所得の労働者たちが多かったと考えられる（人口密度は図3C⁽²⁹⁾）。一般的に考えれば、「環境面での収奪」が比較的軽微であろうと思われる「住宅地区」で、腸チフスの蔓延がより深刻である状況が続いていたことは奇異にもみえる。

実際、同時代の公衆衛生関係者たちにとっても、腸チフスが「住宅地区」に多いことは不思議だったようである。本稿の範囲より少し前だが、1910（明治43）年の大流行の際、状況を伝える『大日本私立衛生会雑誌』の「中外彙報」は以下のようにのべている。

「比較的不健康の地と目せらるる本所、深川、浅草の各区に患者発生すること少なくして反って比較的健健康地と目せられ且つ中流以上居住民多き本郷区其他に患者発生のは聊か奇異の感を懐かしむ……」⁽³⁰⁾

ここでは、健康地・本郷と不健康地・本所、深川、浅草との対比に、「中流以上」が多い前者と比較

(26) たとえ罹患時に届出がなくても、死亡届出の際に死因が腸チフスと発覚した場合は、統計上罹患数に計上されていたと思われる。また、罹患の過少届出の要因として、住民の医療アクセス度は重要であろう。「工業地区」では発症しても医師にかかることができない、あるいは故意にかからない住民が多かったかもしれない。その場合、腸チフスという「診断」もありえず、「届出」も履行されない。

(27) 感染症の場合、死亡届出においても医師の協力による隠蔽（死因詐称）の可能性は排除できないが、罹患届出における脱漏ほど多くなかったのではないだろうか。この問題の検証は後日を期したい。なお、「罹患」と「死亡」統計の差をどう捉えるかについては、欧米においても論争がある。Harris, 'Public health, nutrition, and the decline of mortality', p.399 参照。

(28) たとえば、いわゆる「細民地区」についていえば、従来、本所・深川・下谷・浅草など（「工業地区」「混合地区」）に多かったが、山手「住宅地区」にもみられた。そして1910—20年代において、こうした地区はより小規模に分散する傾向にあった。中川清『日本の都市下層』勁草書房、1985年、151頁。

(29) このほか「混合地区」のうち、芝区は「山手」住宅地に区分できる地域が比較的広いのたいし、下谷区の大部分と浅草区の全域がいわゆる「下町」の密集した商工地区とみてよいであろう。一括しての扱いが難しいので、以後「混合地区」にはあまり言及しない。

(30) 中外彙報「東京府下に於ける腸壺扶斯流行の状況并に其の予防方法」『大日本私立衛生会雑誌』325号、1910年、318頁。

的所得水準の低い人々が多い後者という対比がオーバーラップされているとみられる。このあと記事は断片的ながら職業別の患者数をあげて、学生、会社員、官吏などホワイトカラーに多いと指摘している。本郷などに住むこうした人々の間で患者が多発する状況は、下層住民の密集する「工業地区」を「不健康」の地として問題視する従来の観点からすれば、奇異にみえたのである。

関東大震災直後腸チフスが流行したこともあって、それ以降専門誌に腸チフス関係の文献が増えるが、複数の論者が東京の山手で腸チフスが多いことを問題としている⁽³¹⁾。この頃までに少なくとも専門家の間では、「住宅地区」に腸チフスが多いという認識は一般的になりつつあったようである。

4. 上下水問題と腸チフス

以上のように大正期東京市では、富裕層の多い山手「住宅地区」における発生が、比較的低所得層の多い「工業地区」よりもむしろ多かったという意味において、腸チフスは「民主的」な病気としての様相を、ロンドンにおいてよりもさらに一般的に呈していたといえるだろう。住民たちの社会経済的地位における比較優位が、衛生環境におけるそれとは必ずしも一致していなかったのである。そこで、「環境上の収奪」は貧困に付随しがちであるという見方からひとまず離れ、腸チフス流行の要因となった衛生環境上の問題を考えてみる必要がある。以下では、おもに上水および下水の問題を検討してみよう。腸チフスの主要な感染源は罹患者および保菌者の排泄物、およびそれらに汚染された水、飲食物などであるから、上水・下水問題は腸チフス流行と密接に関係していたはずである。

東京市では1911（明治44）年に当初計画の市営近代上水道が開通した。しかし、急速な都市化・工業化により需要が急増し、すぐに拡張工事を余儀なくされたが、なかなか供給が追いつかない状況だった。資料上の制約のため、大正期の水道普及率を正確に知ることは難しいが、市統計書に掲載されている「専用給水栓数」と「共用給水戸数」の合計を警視庁統計の「現住戸数」で割った率を使って、市営水道普及状況における市内各区の格差をみてみよう。表1のE項がそれである。1920（大正9）年において、もっとも高率なのは「工業地区」の本所であった。いっぽう「住宅地区」に低率の区が多く、とくに四谷や小石川など市北部の区で低い。新たな宅地化の進行、起伏の多さによる導管・配水の困難、本来水質良好な井戸が使用可能であったことなどが、これら山手の各区で水道普及率が低かった理由として考えられる。そして当時警視庁の防疫課長・井口乗海などは、この井戸の使用こそ山手で腸チフスが多いことの最大の要因とみていた。腸チフス菌に汚染された汚水溜めからの漏水が、地中を通して井戸に混入するというわけである⁽³²⁾。

水道使用に関して、もうひとつ別の数値をみてみよう。全給水戸数にしめる「共用」の割合であ

(31) 亀岡「警視庁に於ける腸チフス予防施設に就て」、516-517頁；井口乗海「腸チフス予防と井戸改善」『公衆衛生』44巻、1926年、742頁など。

(32) 井口「腸チフス予防と井戸改善」742頁。

表 1 東京市の給水戸数 (1920 年)

	A	B	C (A+B)	D	E (C/D)	F (B/C)
	専用給水栓数	共用給水戸数	給水戸数総計	現住戸数	給水戸数/現住戸数 (%)	共用率 (%)
(商業地区)						
神田区	13107	6172	19279	26663	72.3	32.0
日本橋区	11968	2049	14017	20099	69.7	14.6
京橋区	10303	8987	19290	27717	69.6	46.6
(工業地区)						
本所区	10981	34210	45191	56634	79.8	75.7
深川区	7119	22391	29510	40332	73.2	75.9
(住宅地区)						
麹町区	6054	1819	7873	10410	75.6	23.1
麻布区	6950	5815	12765	18207	70.1	45.6
赤坂区	5881	1980	7861	11202	70.2	25.2
四谷区	4619	3020	7639	14713	51.9	39.5
牛込区	9011	6576	15587	25330	61.5	42.2
小石川区	7934	7740	15674	31329	50.0	49.4
本郷区	10291	5136	15427	25633	60.2	33.3
(混合地区)						
芝区	15111	10221	25332	33959	74.6	40.3
下谷区	10290	19556	29846	40848	73.1	65.5
浅草区	16125	26873	42998	57309	75.0	62.5

資料：(A, B)『東京市統計年表』1922 年版, (D)『警視庁統計書』1920 年版

注：A は栓数であり戸数ではないが、便宜的に同一とみなし C に計上。

る (表 1 の F 項)。これをみると、「工業地区」で高い。すなわち本所や深川では、自宅に水道栓をもっている世帯は少なく、共用栓から給水をうける世帯が多かった。このことが給水戸数の割合 (E 項) を押し上げていたわけである。低所得であることが「環境面での収奪」に直結しないよう、この共用給水というシステムがバッファとなっていたと考えてもよいのかもしれない。ただし、自宅から離れたところから汲んできて、使用するまで溜めておかなければならないため、専用栓の場合より汚染の確率は高かったかもしれない。「工業地区」における給水をめぐむ状況が恵まれていたとはかならずしもいえない。

また「住宅地区」のなかでも麹町区など、E・F の両項からみて、水道普及状況は比較的良好だったとみられる区がある。たしかに井戸使用の頻度の高さは、局所的に腸チフス感染リスクを高めていたと思われる。しかし「住宅地区」における蔓延の深刻さを、近代的上水道の未普及だけでは説明できないだろう。そこで次に、下水処分にも目を向けてみよう。

周知のように、都市で排泄されるし尿は、長らく肥料用として農村に還元するシステムが機能していた。近隣の農家が直接汲取りをおこなう場合もあれば、汲取り業者が介在する場合もあった。しかし、1910 年後半頃 (大正前期)、この従来のシステムが機能不全に陥る。大阪市衛生試験所の藤

原九十郎（のちの大阪市保健部長）によれば、東京・大阪をはじめとする大都市の汲取りをめぐる状況は「急転直下の一变」したという。この理由としては、以下のような点が考えられる。

- ・ 都市の人口増加により供給が過剰になったこと。
- ・ 宅地開発により、近隣農家の数が減り、供給地である住宅と農地の距離も離れる傾向にあったこと。
- ・ 人工の代替肥料が普及することにより、し尿の肥料としての需要が減少したこと。
- ・ 衛生観念の普及から、一般的にし尿の扱いを忌避する傾向が強くなったこと。
- ・ 第一次大戦期の経済的な好況により労賃があがり、汲取りのための人手を確保することが困難になったこと。

従来、有価物として需要者が料金を支払って住民から購入していたし尿は、1915（大正4）年頃には大都市で値段がつかなくなり無償汲取りとなった。さらに1918年頃になると、今度は逆に住民が料金を支払って汲取りを業者に依頼する状況になり、それがままならないところでは、汲取りが停滞するようになった⁽³³⁾。

東京市においては、この影響は、下町地域（「商業地区」「工業地区」、および「混合地区」の大部分）よりも山手地域（「住宅地区」、および「混合地区」の一部）で深刻だったとみられる。これには、地理的な条件が関係している。基本的に平地であり、水路もあった下町地域では、し尿の搬出が比較的容易であった。関東平野に広がる水路網を使って、より遠い農地に運ぶことも可能であった。いっぽう自動車の本格的普及前のこの時期、陸運を多用しなければならず、しかも起伏の多かった山手地域での搬出はより困難であったと考えられる。このため山手地域では、汲取り料が下町より高く、業者も山手地区での仕事を敬遠する傾向があった。こうしたなかで汲取りの停滞、また不法投棄などの問題が、山手地域でより深刻になったと考えられる⁽³⁴⁾。

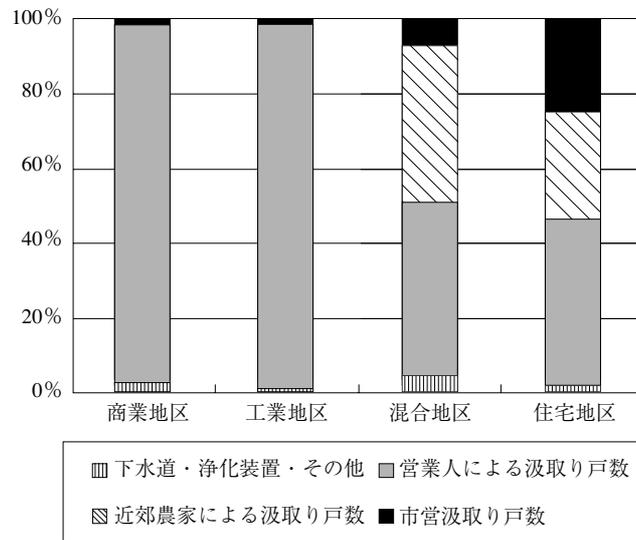
この問題については、東京市が対策に乗り出した。し尿汲取りの市営化である。当初は、汲取りの停滞がとくに深刻なところにおいてだけ、市が汲取りをおこなうという方針だった。全面的な市営化ではなく、民間セクターでは処理しきれない部分にだけ、市が介入したのである。こうして東京市の最初の汲取り事業は、1921（大正10）年、本郷、小石川、牛込の各区で始まった。以後、下町の一部でもおこなわれたが、東京市による汲取りサービスは、おもに山手地域で拡張されていった⁽³⁵⁾。

図5は、1929（昭和4）年の調査による、し尿処分方法別の家・建物（戸）の割合である。これをみてまず気づくことは、下水道に流すことのできた戸数の少なさである。当時市中心部および東部（「商業地区」と「混合地区」の一部）を中心に下水道の敷設は進行していたが、水洗便所も普及して

(33) 藤原九十郎「都市の屎尿処分問題 上」『都市問題』7巻、1928年、1176-1182頁。

(34) 東京市『東京市屎尿処分調査概要』1929年、7、12頁。

(35) 『東京都清掃事業百年史』東京都清掃局、2000年、59-60頁。



資料：東京市『東京市屎尿処分調査概要』（昭和4年）

図5 東京市におけるし尿処分方法 1929年

おらず各戸との連結は進んでいなかった。したがって4地区いずれにおいても、ほとんどが汲取りに依存している。このうち「商業地区」と「工業地区」では、依然として民間業者（営業人）による汲取りが大半を占めている。それに対し、「混合地区」と「住宅地区」、とくに後者においては、農家による汲取りと市営汲取りの割合が多くなっている。この時点（昭和4年）で市営汲取りが多いということは、その前の時期に、それだけ汲取りの停滞が深刻であったことを意味する。東京市は、停滞の深刻であったところから市営汲取りを始めたからである。

以上のように下水処分の分野では、「住宅地区」は「商業地区」「工業地区」よりも一般的に不利な状況にあったとみられる。これが、「住宅地区」における腸チフス蔓延の深刻さと大いに関係していたとみてよいであろう。もとより腸チフス流行の要因をすべてし尿処分問題に還元することはできない⁽³⁶⁾。しかし、し尿の滞留は、地域内での腸チフス菌の滞留の確率をあげることにもなる。これが給水の問題とも相俟って、感染リスクを高めていたことが考えられるのである。

下水問題にかんしてもう一点つけ加えるならば、1920年代後半から全市的に腸チフスが減少したが、これは近代的な下水道設備の普及がそれほど進んでいない状況下でおこったということである。下水道事業が迅速には進まないなか、東京市は汚水溜などへの監視を強めるとともに、し尿処分事業の市営化をすすめ、し尿処分の円滑化・衛生化をはかった。1930（昭和5）年の「汚物掃除法」改正により、原則として市がし尿処分事業に責任を負うことになり、1934（昭和9）年に東京市は15

(36) 本稿では、たとえば飲食物をつうじた感染、隔離など防疫対策の影響などには触れることができなかった。

区内全域における全面的な市営事業化に踏み切った。⁽³⁷⁾少なくとも戦前期においては、伝統的な処分システムを公的介入により修復・改善することで、危機をなんとか凌いだといえるだろう。⁽³⁸⁾もちろん下水道が完備していればそもそも腸チフス増加は防げたかもしれないし、市営化がどれほど減少に寄与したのかを実証することは難しい。ただ、水系感染症が減少しない原因を下水道整備の遅れに結びつける議論は一般的であると思われるが、少なくとも東京の場合、腸チフスの減少にとって下水道の役割は決定的ではなかった。ハーディの研究でも、水洗トイレの普及および下水道への連結は腸チフス減少要因として重視されているが、この点では東京はロンドンと事情が異なっていたようである。⁽³⁹⁾J. ライリーは、チャドウィック以来下水道建設を重視してきたイギリスの衛生改革モデルが、かならずしも普遍性をもち得ないことを指摘している。⁽⁴⁰⁾東京の例は、この指摘を裏付けているといえるかもしれない。

V. むすび

以上、疾病データを使うことで生活史理解を豊富化するという志向のもと、腸チフス・データを軸に、大都市とくに大正期東京における生活環境の一端を考えてきた。今回はおもにイギリスの研究史を参照したが、日本についても、人々の健康状態にかんする指標の検討をつうじて生活の歴史的变化を把握しようとする試みはなされてきている。

なかでも、都市生活における感染症のリスクの問題はひとつの焦点であろう。全国的な死亡統計からみても、都市における死亡超過の状態が明治以降も続いており、これには感染症流行の影響が大きいとみられている。⁽⁴¹⁾身体測定データを使った生活水準把握の試みにおいては、体位向上を抑制する要因として、とくに成長期における感染症罹患にともなう栄養消耗の影響が指摘されている。とりわけ都市部に関しては、感染症への被曝と抵抗力との綱引きの変化が、近代における体位向上を理解する鍵のひとつと認識されている。⁽⁴²⁾

もちろん被曝・抵抗力発動のあり方は、個々の感染症によって異なる。本稿がめざす研究の方向

(37) 『東京市政概要 昭和 10 年』東京市役所, 370 頁.

(38) データ上の問題のため数字はあげられないが、第二次大戦中には一時的に腸チフスは増加した可能性がある。しかし戦後は再び持続的低下が続く。

(39) Hardy, *Epidemic Streets*, pp.161–165.

(40) J. C. Riley, *Rising Life Expectancy: A Global History*, Cambridge, 2001, pp.76–77.

(41) 伊藤繁「近代日本の都市における疾病と人口」速水・町田編『人口・疫病・災害』, 183–196 頁.

(42) 斎藤修「体位の成長と経済発展——明治期山梨県学校身体検査記録の分析」『経済研究』（一橋大学）54 巻 1 号, 19–32 頁. また、被曝と抵抗力の観点からの近代日本における mortality の分析として、S. Ryan Johansson and C. Mosk, ‘Exposure, resistance and life expectancy: disease and death during the economic development of Japan 1900–60’, *Population Studies*, 41, 1987, pp.207–235 も参照。

は、こうした被曝・抵抗のあり方（本稿中では、おもに前者）を、病気ごとに、ひとまずローカルなレベルで具体的に把握しようというものである。これまで、生活の社会経済史的関心から個々の感染症に注目する場合には、コレラや肺結核が、とくに貧困問題との関連において取り上げられることが多かった。⁽⁴³⁾コレラと同じ水系感染症ながら、これとは別に本稿が腸チフスに注目したことのメリットのひとつは、大正期以降も扱うことができたことにある。大正前期までに、東京でのコレラ発生は散発的になっていたのに対し、腸チフスは同じころむしろ増加傾向にあった。そして、都市化がさらに急激化したこの時期の東京で、その負荷の影響を深刻に受けたのは、貧困層ばかりではなかったことは、腸チフスが富裕層の多い山手地域での蔓延がとくに深刻であったことから推察される。貧困－劣悪な衛生環境－伝染病－貧困という悪循環は、チャドウィック以来公衆衛生の中心的問題ではあるが、都市生活における被曝は、けっして貧困地区だけの問題ではなかった。

被曝の度合がかならずしも個人の経済状況と比例していたわけではないとすれば、その他さまざまな要因にも目をむけなければならない。地区別の腸チフス発生状況の違いを説明するために給水と下水処分の問題に注目したが、もとより感染症の流行パターンは諸要因の複雑な連鎖によって決まるものであり、本稿はその一端に触れることができたにすぎない。そしてその連鎖のあり方は、時と場所により異なってくる。これからさらにローカル・スタディがつみ重ねられるべきであると考えるゆえんである。

（慶應義塾大学グローバルセキュリティ研究所研究員）

(43) 東京については、石塚裕道『近代日本都市論 東京：1868-1923』東京大学出版会、1991年、84-122頁。