

Title	大正期日本における感染症の突発的流行：発疹チフス1914年
Sub Title	Epidemic outbreaks in Taisho Japan : a study of the typhus outbreak in 1914
Author	永島, 剛(Nagashima, Takeshi)
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	2006
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.99, No.3 (2006. 10) ,p.393(41)- 412(60)
JaLC DOI	10.14991/001.20061001-0041
Abstract	日本では20 世紀初頭になると、かつて1880–90年代に頻発したコレラ流行ほど激的な爆発的流行は下火になったが、急性感染症の突発的な流行自体がなくなったわけではなかった。本稿では事例として、1914(大正3)年に東日本を襲った発疹チフス流行に注目する。その伝播リスクの所在を検討する作業をつうじ、当時の社会状況、とくに人びとの労働・生活環境のあり方と病気の流行との関係の考察を試みる。 While cholera epidemics became less explosive and conspicuous, this did not mean that outbreaks of acute infectious diseases generally disappeared in Japan during the first half of the twentieth century. As a case study, this article focuses on the typhus epidemic that struck Tokyo and the regions of north-eastern Japan in 1914. By searching into factors enhancing the risk of diffusion, this article examines the relationship between socio-economic conditions, particularly labour and living environments at the time, and the spread of infectious diseases.
Notes	小特集：「人体計測・市場・疾病の社会経済史：ユーラシア大陸とアメリカ大陸」(2006年度慶應国際ワークショップ)
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-20061001-0041

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.

大正期日本における感染症の突発的流行—発疹チフス 1914 年—

Epidemic Outbreaks in Taishô Japan — A Study of the Typhus Outbreak in 1914 —

永島 剛(Takeshi Nagashima)

日本では20 世紀初頭になると、かつて1880-90 年代に頻発したコレラ流行ほど激的な爆発的流行は下火になったが、急性感染症の突発的な流行自体がなくなったわけではなかった。本稿では事例として、1914(大正 3)年に東日本を襲った発疹チフス流行に注目する。その伝播リスクの所在を検討する作業をつうじ、当時の社会状況、とくに人びとの労働・生活環境のあり方と病気の流行との関係の考察を試みる。

Abstract

While cholera epidemics became less explosive and conspicuous, this did not mean that outbreaks of acute infectious diseases generally disappeared in Japan during the first half of the twentieth century. As a case study, this article focuses on the typhus epidemic that struck Tokyo and the regions of north-eastern Japan in 1914. By searching into factors enhancing the risk of diffusion, this article examines the relationship between socio-economic conditions, particularly labour and living environments at the time, and the spread of infectious diseases.

大正期日本における感染症の突発的流行

——発疹チフス 1914 年*——

永 島 剛

要 旨

日本では 20 世紀初頭になると、かつて 1880–90 年代に頻発したコレラ流行ほど激烈な爆発的流行は下火になったが、急性感染症の突発的な流行自体がなくなったわけではなかった。本稿では事例として、1914（大正 3）年に東日本を襲った発疹チフス流行に注目する。その伝播リスクの所在を検討する作業をつうじ、当時の社会状況、とくに人びとの労働・生活環境のあり方と病気の流行との関係の考察を試みる。

キーワード

伝播リスク、発疹チフス、自由労働者、出稼ぎ労働者、人夫部屋、凶作

1. はじめに

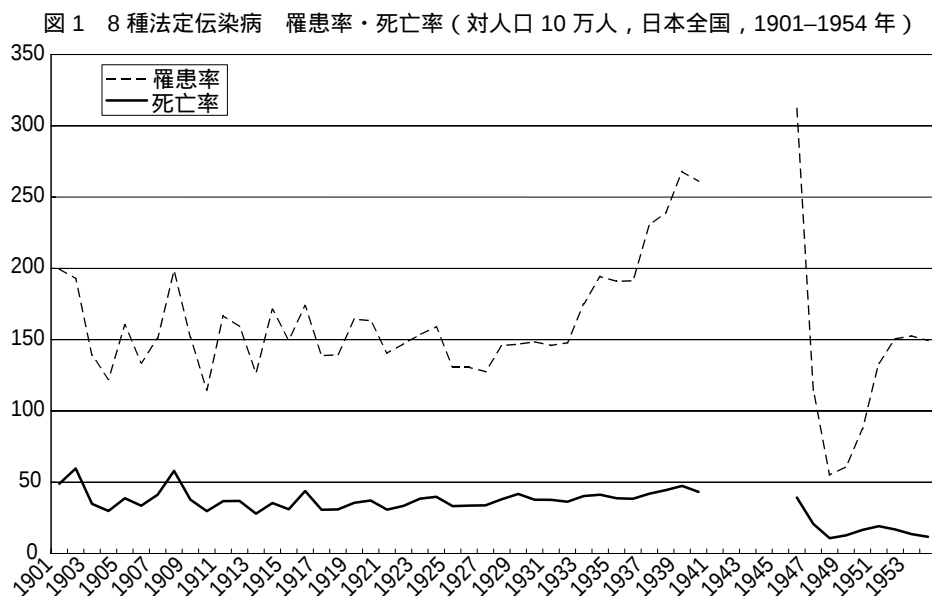
いわゆる「法定伝染病」とは、1897（明治 30）年に公布された伝染病予防法において、患者発生時の当局への届出が規定された伝染病のことである。このとき、1880（明治 13）年の伝染病予防規則ですでに届出が義務化されていたコレラ、赤痢、腸チフス、ジフテリア、発疹チフス、痘瘡（天然痘）に、猩紅熱とペストを加えた 8 種の急性感染症が「法定伝染病」となった。⁽¹⁾ 届出の義務化にともない、これらの感染症にかんしては死亡数に加えて罹患数の統計もとれるようになった。内務省（1938 年以降は厚生省）の『衛生局年報』に、その集計が掲載されている。⁽²⁾

* 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。本稿の英文草稿は、慶應義塾経済学会カンファレンス「人体計測・市場・病気の社会経済史 - ユーラシア大陸とアメリカ大陸」（2006 年 3 月 22–25 日、慶應義塾大学）において発表した。発表の機会を与えて下さった友部謙一教授、コメントして下さいったカンファレンス・メンバーに感謝したい。

(1) この後 1911 年にパラチフス、1918 年には流行性脳髄膜炎が法定伝染病となった。第二次大戦後は、日本脳炎が法定伝染病に加えられるいっぽう、新たに「届出伝染病」というカテゴリーが設けられ、麻疹、百日咳、インフルエンザなど多くの感染症の届出も規定された。現在では「感染症法」（1998 年公布）のもとで、病気の重要度に応じた新たなカテゴリー分けが採用されている。

(2) 「暦象オーサリング」プロジェクトでは、『衛生局年報』に記載されている法定伝染病府県別統計の

こうして膨大に残された感染症統計を、近代社会史理解の豊富化のために活用できないだろうか。いま試みに、20 世紀前半における 8 種法定伝染病の罹患率・死亡率（日本全国・対人口 10 万人）を図示してみよう（図 1）。資料上の問題があるため、第二次大戦時のデータは省略したが、戦争直前直後の罹患率の異常な乱高下をみるだけでも、これらの急性感染症統計と当時の社会状況とのなんらかの关系到に注意がひかれる。



資料）『衛生局年報』各年版

注）内閣府統計局推計人口（1901–19 年），国勢調査人口および推計人口（1920–54 年）の 1,000 以下切捨値で算出。

戦前期の罹患率に注目してみると、20 世紀初めから 1930 年代初頭にかけては、年ごとに高下しながらも 150 の水準をはさんで推移している。その後は上昇傾向をしめし、1939（昭和 14）年には 250 の水準を突破した。もちろん、まず考えなければならないのは、統計そのものにかんする諸問題である。人びとによる伝染病の「隠蔽」⁽³⁾（意図的な届出不履行）、医療アクセスへの限定性、鑑別診断・統計分類上の難しさなどを勘案すると、これらの統計データと真正な発生状況との間には誤差が存在していることが考えられる。たとえば 1930 年代の罹患率上昇には、おもにジフテリア、猩紅熱および赤痢が寄与しているが、集団検診などの施行にともない、以前は診断を逃れていた軽症患者が統計に計上されるようになった可能性もある。

ただ、そうした問題を勘案した上でもなお、日本における 8 種の法定伝染病全体の罹患リスクは、

データベース作成を試みた。疾病研究班リーダーの鈴木晃仁教授のイニシアティブに感謝したい。また作成にあたり、プロジェクト内外から多くの方の協力を賜ったことにも謝意を表したい。

（3） 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，42 頁。

戦前期を通じて今よりもはるかに日常的に存在していたといえるだろう。これまで、急性感染症のなかでも歴史家の関心が集中してきた 19 世紀第 4 四半期（明治 10–20 年代）に頻発したような爆発的なコレラ大流行は、図 1 の時期にはもはや起きてはいない。⁽⁴⁾しかし、そうした突発的なコレラ大流行が下火になった後も、日本社会と急性感染症一般との一進一退の攻防は継続していたのである。

A. オムランは、近代の疾病構造の変化を 3 段階にわけて把握している。⁽⁵⁾

第 1 期 悪疫と飢饉の時代（the age of pestilence and famine）

第 2 期 感染症大流行減少の時代（the age of receding pandemics）

第 3 期 慢性病・生活習慣病の時代（the age of degenerative and man-made diseases）

第 1 期から 3 期までの変化のプロセスを「疫学的転換（epidemiologic transition）」と呼ぶが、20 世紀前半の日本をこれに照らしてみた場合、すでに第 2 期には達しているものの、第 3 期への移行には至っていないとみるのが妥当であろう。⁽⁶⁾もちろんこれは抽象モデルにすぎず、現実にはあらゆる社会が不可逆的に同じタイムスパンでオムランの考えるプロセスを辿るわけではない。日本の場合、コレラや痘瘡などの罹患数が年間で 10 万 15 万をこえるような襲来・突発型の大流行は、20 世紀に入ると鳴りをひそめるが、依然として比較的小規模な襲来・突発型流行はしばしば起こった⁽⁷⁾し、常在型の感染症のなかにはむしろ 20 世紀に入ってから罹患が増加したと思われる病気もあつた。⁽⁸⁾

明治 10–20 年代のコレラ大流行時ほど激烈ではないが、なお感染症リスクが現代よりも日常的に存在していた 20 世紀前半。当時の社会およびその変化を理解するうえで、感染症統計が有用な糸口

（4） コレラにかんする先駆的な著作として山本俊一『日本コレラ史』東京大学出版会、1982 年。研究史については、二谷（中西）智子「伝染病の侵入と防疫」石井寛治・原朗・武田晴人編『日本経済史 1 幕末維新时期』東京大学出版会、2000 年、283–291 頁。

（5） A.R. Omran, 'The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change', *The Milbank Quarterly*, 49, 1971, reprinted in *The Milbank Quarterly*, 83, 2005, pp.737–738.

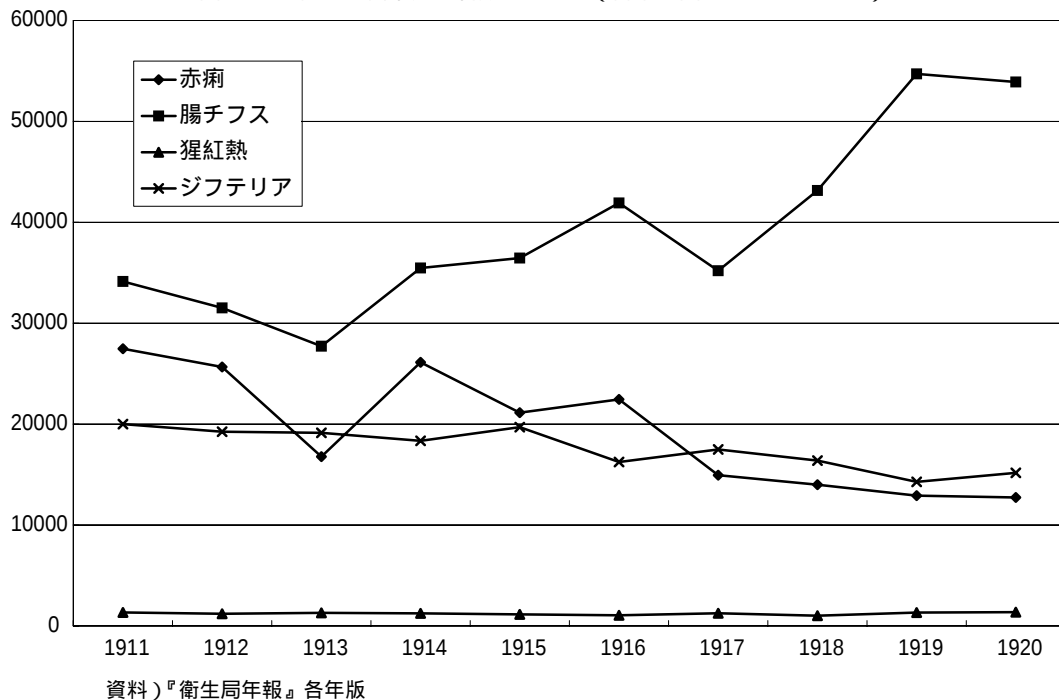
（6） 死亡原因でもみても、1935（昭和 10）年の時点で、感染症による死亡が 43.4 %をしめている。厚生省医務局『医制百年史付録衛生統計からみた医制百年の歩み』22 頁。

（7） たとえばペストは 1899 年から 1926 年にかけて散発に流行した。もっとも大きな流行（1905–10 年）でも、期間中の全国総罹患患者数は 2200 人程度だが、かならずしも罹患患者数の多寡だけで流行の社会へのインパクトは測れない。坂口誠「近代大阪のペスト流行 1905–1910 年」『三田学会雑誌』97 巻 4 号、99–119 頁。法定伝染病以外では、インフルエンザ流行（1918–19 年）が顕著である。これについては先駆的な著作として、速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ 人類とウイルスの第一次世界戦争』藤原書店、2006 年を得た。

（8） 常在型急性感染症のうちジフテリアについては、鈴木、前掲論文参照。腸チフスについては、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、79–97 頁。なお慢性感染症である肺結核も、20 世紀前半に増加（一時的な減少も含む）をみた病気である。W. Johnston, *The Modern Epidemic: A History of Tuberculosis in Japan*, Cambridge (Mass.), 1995, esp. p.39.

になり得ることを例示したいというのが、本稿の主要な目的である。F. ブローデルも指摘するように、「すべての病気は、独自の自律的な歴史をもつ」⁽⁹⁾。いま 1910 年代に限定して 8 種法定伝染病のそれぞれの罹患数の推移をみてみよう。図 2A にしめした赤痢・腸チフス・ジフテリア・猩紅熱が毎年一定の罹患数を出し、その上で変動をみせているのにたいし（常在型）、図 2B のコレラ・痘瘡・発疹チフスは、罹患の多い年と少ない年の落差が明確である突発型の流行様態をとっている。それぞれのグループとも異なった感染経路で流行する病気が混在しており、コレラ・赤痢・腸チフスは水系感染、痘瘡・ジフテリア・猩紅熱が空気感染、発疹チフス・ペストはそれぞれシラミ・ノミという媒介生物を経て感染する。病原体と人間・社会との関わり方がそれぞれ違うために、流行様態も異なるのである。ひとまず個別の病気ごとに考察することが有用であろう。異なった病気に注目することで、社会の異なった諸側面に焦点をあてることができる可能性が広がる。

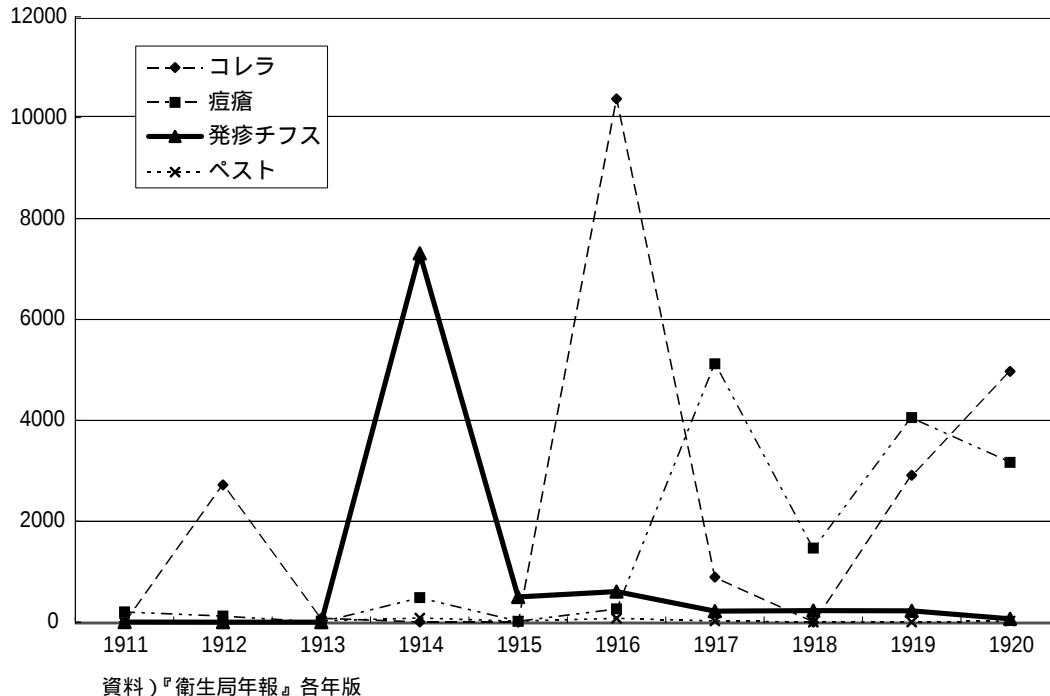
図 2A 8 種法定伝染病患者数 その 1（日本全国 1911–1920 年）



以下本稿では、1914（大正 3）年に突発した発疹チフス流行に注目したい。1914 年の発疹チフス罹患数は、腸チフス・赤痢・ジフテリアなどその頃の毎年の罹患数に比べれば少ないが、こうした突発的流行は、不意であるがゆえに世間への（少なくとも衛生当局への）インパクトはかならずしも小さくはなかった。危機意識の高まるこうした流行の場合、衛生当局によって『流行記事』ないし『流

(9) F. Braudel, *Capitalism and Material Life 1400–1800*, translated by M. Kochan, New York, 1967, p.51.

図 2B 8 種法定伝染病患者数 その 2 (日本全国 1911-1920 年)



行誌』といった報告書がとりまとめられることが多かった。この発疹チフス流行に際しても、『大正三年発疹室扶斯流行誌』(以下『流行誌』と略記)が内務省衛生局によって発行された。これにより『衛生局年報』には含まれないより詳細な情報を使つての分析が可能になる。『流行誌』を主要な資料とし、どのような経緯で流行が広まったのかを検討することをつうじて、当時の社会状況の一端を探ってみたい。

2. 発疹チフス流行の発覚：1914 年 2 月

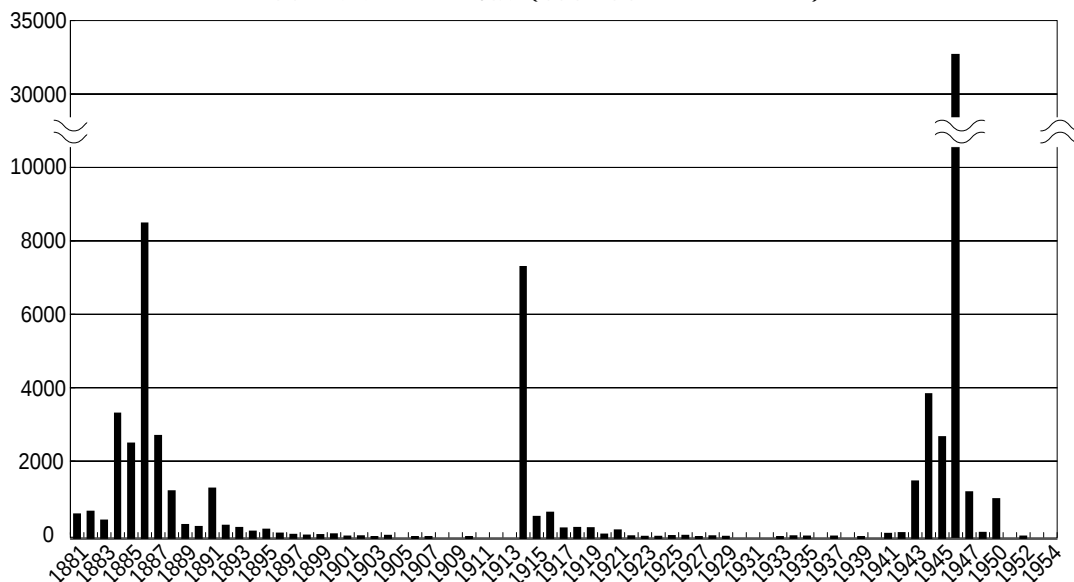
発疹チフスはさまざまな異名をもつが、なかでも「戦争の伝染病」そして「飢饉の伝染病」が有名である。とくにヨーロッパなどで、戦争や飢饉などが起こったとき、発疹チフスが流行し災厄を深刻化させることが多かったためである。戦争や飢饉にともない生活状況の悪化した人びとを病気が襲い、社会の不安定化による異常な人的・物的移動が感染を拡大する。発疹チフスは、なんらかの危機にともない劣悪な生活を余儀なくされた人びとの存在、および社会の不安定化をクローズアップする病気とみることができる。⁽¹⁰⁾

(10) V.A. Harden, 'Typhus, epidemic' in K. F. Kiple (ed.), *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*, Cambridge, 2003, pp.352-355.

戦時の発疹チフスとしては、第一次大戦期のヨーロッパにおける大流行が有名である。東部戦線セルヴィアで対峙中の軍隊内で発生した流行は、周辺住民に伝播し、やがて東欧からロシアを中心とする大流行に発展した。戦地の不衛生で粗末な兵営で生活をしていた兵士たち、戦火をさけて避難生活を余儀なくされた住民たちから流行が広まったのである。⁽¹¹⁾

日本における発疹チフス罹患数をみてみよう（図3）。一見すると、20世紀前半日本における発疹チフスも、まさしく「戦争の伝染病」であるかのようだ。第一次大戦（1914–18年）および第二次大戦（太平洋戦争、1941–45年）とタイミングが一致している。このうち後者の流行は1946（昭和21）年がピークであるが、まさしく戦中・戦争直後に多くの人の生活状態が悪化したこと、そして混乱期の異常な人的・物的移動とが爆発的大流行につながった例としてみなすことができる。この流行は、危機感を強めたGHQにより大量に散布されたDDTとともに記憶されている。⁽¹²⁾

図3 発疹チフス患者数（日本全国 1881–1954年）



資料)『衛生局年報』各年版；『医制百年史 資料編』厚生省医務局，1976年

いっぽう今回注目する1914年流行は、じつは第一次大戦とは関係がない。流行が露見したのは同年の2月であり、大戦の勃発より早い。では、戦争でないとすれば、なにが流行を発生させる要因になったのだろうか。発疹チフス流行の通例のように、社会のなんらかの不安定化と関係している

(11) H. Zinsser, *Rats, Lice and History*, London, 1935. H. ジンサー（橋本雅一訳）『ねずみ・しらみ・文明』みすず書房，1966年，321–326頁；M. Harrison, *Disease and the Modern World: 1500 to the Present Day*, Cambridge, 2004, pp.153–156.

(12) 東京都衛生局予防部編『昭和21年の発疹チフス大流行を顧みて』東京都，1954年；C.F. サムス（竹前栄治編訳）『DDT 革命：占領期の医療福祉政策を回想する』岩波書店，1986年，142–151頁。

のだろうか。以下では、まず流行始動の状況から考察してみたい。

1914 年流行における最初の発疹チフス患者は、東京で記録された。この年の 2 月、東京市本所、深川、浅草各区の木賃宿、職業紹介所、無料宿泊所などで、発疹をともなう熱病患者が相次いで発見された。当初は腸チフスの可能性が疑われたが、臨床的および細菌学的検査（ヴィダール検査）の結果、腸チフスではないことが判明。以後、発疹チフスの可能性が取沙汰されるようになった。発疹チフス病原体が発見される以前のこの時、公衆衛生担当者が細菌学的にこれを検査する手段はなかったが、3 月 17 日、東京市の伝染病病院である駒込病院の宮本^{はじめ} 叔院長が、北島多一、志賀潔、遠山椿吉ら伝染病学界の重鎮たちとも協議のうえ、おもに臨床的観察から一連の熱病は発疹チフスであるとの公式見解を発表した。⁽¹³⁾

「チフス」という呼び名を共有しながらも、前節でみたように腸チフスと発疹チフスはまったく別の感染症である。ただし症状については、若干似ている部分もあったため混同されることが多かった。1883（明治 16）年の G. ガフキー（独）による腸チフス菌の発見に続き、1896（明治 29）年には G.W.F. ヴィダール（仏）によって細菌学的な腸チフス診断法が開発された。いっぽうの発疹チフスについては、その病原体が通常の細菌よりも小さな微生物であると H. リケット（英）が気づいたのが 1910（明治 43）年、ロッカ・リマ（ブラジル）がついに病原体の同定に成功したのは 1916（大正 5）年のことだった。⁽¹⁴⁾ ヴィダール診断法が開発後も、腸チフスと疑われたすべてのケースについて適用されたわけではなく、以後も腸チフスと発疹チフスとの混同は、直ちにはなくならなかったと思われる。

発疹チフスが常在型の腸チフスと異なる点のひとつは、流行期と非流行期がはっきりしていることである。ふたたび図 3 をみよう。公式統計上、1880 年代に顕著な流行期がみられる。⁽¹⁵⁾ しかし 1886（明治 19）年のピーク後罹患数は低下傾向をしめし、1896 年には全国年間の罹患数は 100 以下、1905（明治 38）年以降には 10 以下となるなど、発生記録は散発的になっていく。1913（大正 2）年にいたっては 1 人の患者も記録されなかった。こうした 10 数年にわたる非流行期をへて、発疹チフスはいわば「忘れられた伝染病」になりかけていたようである。1914 年 2 月に、直ちに発疹チフスと診断がつかなかったことも、そうした状況が関係しているであろう。こうして一旦「忘れられ」てしまうと、医師たちが発疹チフスを見過ごしてしまう、あるいは多少の疑念を持ちながらも腸チフス

（13）東京市報告「東京市立伝染病院に収容せらるる一種の伝染病に関する略報」1914 年 3 月 7 日（内務省衛生局『大正三年発疹室扶斯流行誌』（以下、『流行誌』と略記）、1916 年、442–451 頁に再録）；宮本叔他「近時流行の発疹室扶斯に就て」『東京医事新誌』1864 号、1914 年 4 月（『流行誌』再録、452–462 頁）；『駒込病院百年史』東京都立駒込病院、1983 年、283 頁。

（14）リケットの功績にもとづき、発疹チフス病原体タイプの微生物はリケッチアとよばれることになった。

（15）診断の難しさ、とくに腸チフスとの混同を考えると、当時の公式統計と真正な罹患数との間には大きな誤差がある可能性があるが、発疹チフス流行自体まで否定できるような決定的な証拠はない。

などと診断して済ませてしまうケースも多かった可能性がある。すなわち、1914 年 2 月に東京で流行が露見する前に、すでに潜在的な流行が国内のどこかで始まっていたが、診断を逃れていた可能性もあるのである。

1914 年 3 月、駒込病院宮本院長のもとを、山形県庄内地方加茂町の石原捷二医師が訪れた。石原は、宮本が東京の症例を発疹チフスと考えていることを知り、駒込病院に収容されている患者たちの症状を、自らも診てみたいと上京したのである。というのも、宮本らの報告する症状とよく似た症状をしめす患者が、過去に加茂町周辺でも診察されていたためである。石原は、地域の医師仲間とともに、その加茂町周辺における症例の記録を集めていた（表 1）。それによれば、1901（明治 34）年には同町周辺だけでその症例の記録が 117 にのぼり、以来しばしば同様の症例がまとまって発見される年があった。前年の 1913 年には、41 人の患者に同様の症状がみとめられたという。これらが腸チフスである可能性が否定されたのち、発疹チフスである可能性も疑われたが、細菌学的に証明することはできなかったため、そのまま発疹チフスとしての届出は行われないうままになっていた。駒込病院で実際に発疹チフス患者をみた石原医師は、過去の加茂町周辺の症例も、実は発疹チフスであったことを確信するに至った。⁽¹⁶⁾

表 1 山形県における発疹性熱病（1897–1913 年）

	庄内地方における発疹 熱患者（石原データ）	発疹チフス届出患者数 （山形県）	発疹チフス届出患者数 （全国）
1897 （明治 30）	-	11	58
1898 （明治 31）	-	6	41
1899 （明治 32）	-	32	55
1900 （明治 33）	-	22	73
1901 （明治 34）	117	17	21
1902 （明治 35）	-	20	22
1903 （明治 36）	22	-	8
1904 （明治 37）	-	33	35
1905 （明治 38）	41	-	2
1906 （明治 39）	-	-	4
1907 （明治 40）	25	-	8
1908 （明治 41）	3	3	3
1909 （明治 42）	-	-	3
1910 （明治 43）	2	-	5
1911 （明治 44）	-	-	3
1912 （明治 45）	-	-	1
1913 （大正 2）	41	-	-

資料）石原（1914），『衛生局年報』各年版

（16）石原捷二「山形県庄内地方に流行する発疹熱の実験」『中外医事新報』817 号，1914 年 4 月（『流行誌』再録，550–610 頁）。

山形県では、非流行期に入ってから 1904（明治 37）年までは、公式統計上でも比較的多くの発疹チフス患者が記録されている。たとえば、1901・02 年および 04 年の全国発疹チフス罹患数のほとんどは山形県における届出が占めている。1905 年以降、公式統計上の発生はほぼ途絶えるが、もし石原医師の報告する症例がすべて発疹チフスであったとみなした場合、山形県内ではその後も小規模な流行がしばしば起こっていたと考えることができる（表 1）。もちろん、公式統計および石原報告の両者ともに記録がない年もある。しかし、現代の疫学的知見によれば、とくに 15 歳以下の子供が発疹チフスに感染しても、多くの場合その症状は軽くすみ、診断を逃れることもありうるという⁽¹⁷⁾。患者がまったく記録されなかった年も含めて、発疹チフスが県内に「常在」していた可能性がある。

同様に、後追いで発疹チフスではなかったかと疑われるケースは青森県にもあった。1908（明治 41）年から 13 年にかけて、腸チフスと届出られた症例のなかに、ヴィダール検査には反応しなかったものが多数含まれていた。1914 年の発疹チフス流行露見後の時点から振り返って、これは発疹チフスだったかもしれないと考えられるようになった。すなわち流行発覚前から、毎年発疹チフス患者が出ていたというわけである。また北海道では、1911（明治 44）年に天塩の鉄道工事現場から発生した「熱性病」が、翌々年すなわち発疹チフス発覚の前年まで、石狩・北見・小樽・函館など広範囲にわたる地域の鉄道工事・炭鉱・漁場などへ伝播していた。これらは再起熱であると報告されていたが、これも発疹チフスだった可能性が指摘されるようになった。⁽¹⁸⁾断片的ながら、こうした時間遡及的な発疹チフス発生にかんする証言をかんがみると、北海道・東北地方においては、1914 年以前にも公式統計以上に発疹チフス患者がいたことが推察される。発疹チフスは、元来寒冷の地に多い病気である。とくに雪の多い地帯では、冬場は閉め切った家屋のなかで、シラミの好む綿製の（場合によっては、それほど頻繁に洗濯しない）衣服などを着込んでの生活を余儀なくされる場合もあるため、発疹チフスが潜伏するには好ましい条件がそろっている。⁽¹⁹⁾このように北海道・東北地方で散発・局地的にひそかに感染者をだし、ときには目立つ流行をおこしていた発疹チフスが、なんらかの要因で東京に伝播したことが、1914 年の流行につながった可能性が高い。

3. 1914 年の流行状況

どのように発疹チフスは伝播したのだろうか。まず 1914 年の流行発覚後の状況を概観してみよう。

図 4 には、月別の患者数を地方別にしめた。2 月に最初の患者が発覚して以来、3 月も患者届出は東京に集中している。4 月になると東京以外の地方でも患者届出が増える。物流および人的な移

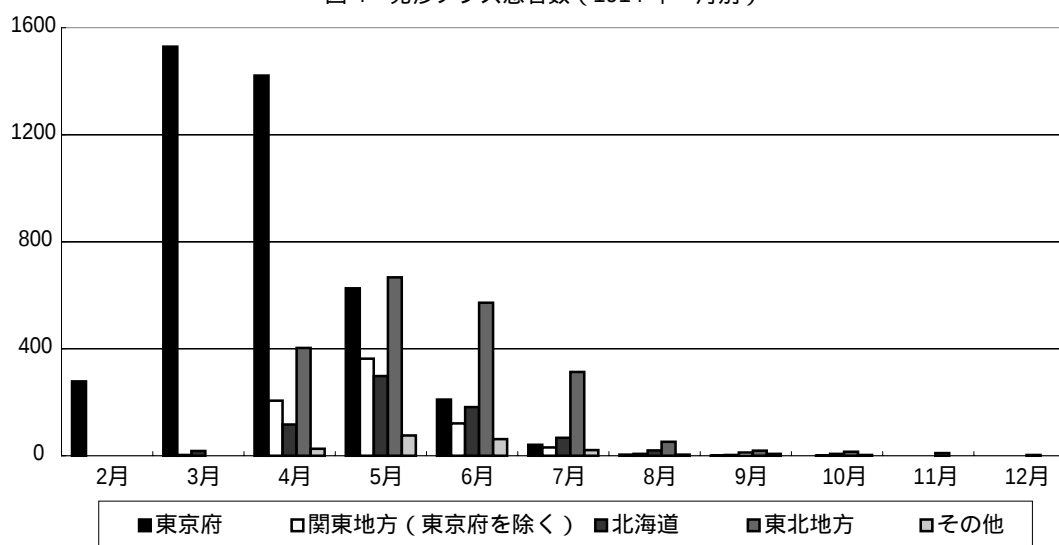
（17）A. Hardy, *Epidemic Streets. Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine 1856–1900*, Oxford, 1993, p.198; Harden, *op.cit.*, p.353.

（18）『流行誌』85, 336–338, 359 頁。

（19）『流行誌』83 頁; Harden, *op.cit.*, p.352.

動の中心である東京から地方へ伝播したものと考えられるが、同時に診断・届出上のことも考える必要はあるだろう。地方とくに北海道・東北においては、2月3月にも患者は出ていたかもしれないが、発疹チフスとは診断・届出されなかった可能性がある。その場合、3月の東京での発疹性熱病の発疹チフス認定の公式発表をうけて、4月から地方でも発疹チフスとしての診断・届出が適切に行われるようになったとも考えうる。東京から伝播したケースとともに、前節でみたように、もともとから散発的に存在していた可能性も考えられるわけである。いずれにせよ、全体としてみた場合、晩冬から春にかけて発生が集中するのは、発疹チフスの通例の季節発生分布と合致している。

図4 発疹チフス患者数（1914年 月別）



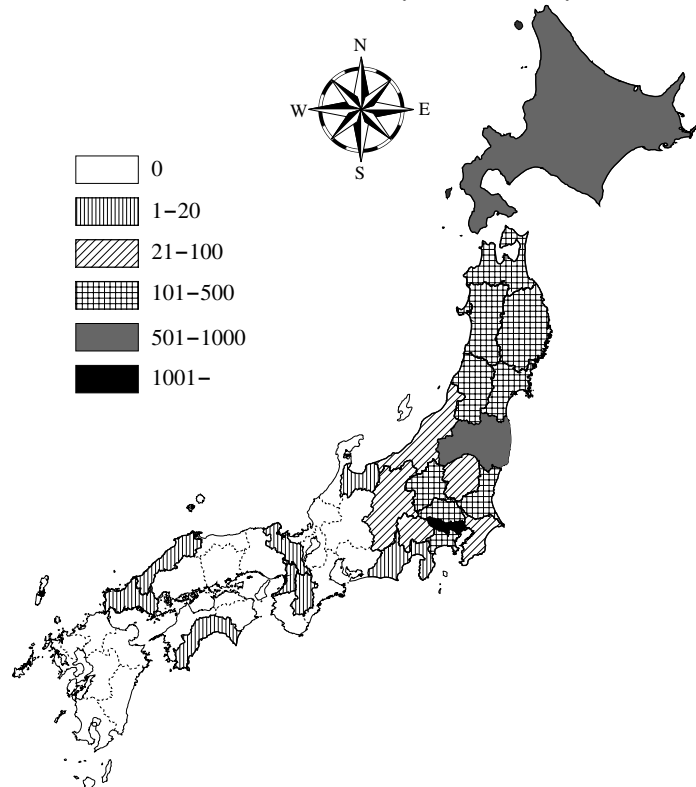
資料)『流行誌』

地域的な分布にかんしては、東日本にほぼ限定されているという顕著な特徴がある⁽²⁰⁾。地方といっても、患者届出が目立っているのは、関東、東北の諸県、そして北海道のみである。以下では、1914年における罹患届出数が100を超えた12の道府県にしばって、どのような人びとがおもに病気の被害を蒙ったのか検討してみよう。

図6は、各道府県の患者の年齢階層別の割合である。一見すると各道府県ばらばらのようにみえるが、いま2歳から19歳までの若年層と20代以上の労働年齢層との割合に注目してみよう。東京を含む関東各府県で労働年齢層の割合が高いのにたいし、東北地方各県では、若年層も含めて各世代で比較的均等に患者が出ている傾向がみてとれる。こうした関東と東北という地方によるコントラストは、男女比率においても確認できる(表2)。東京府の73%を筆頭に、関東地方の各県では男性の比率が高い。いっぽう東北各県では、ほぼ男女の割合が50%前後で拮抗しているか、むしろ

(20) 地図作成にあたっては市川智生氏(横浜国大)の援助を乞うた。記して感謝したい。

図5 発疹チフス患者数（県別 1914 年）



資料)『流行誌』

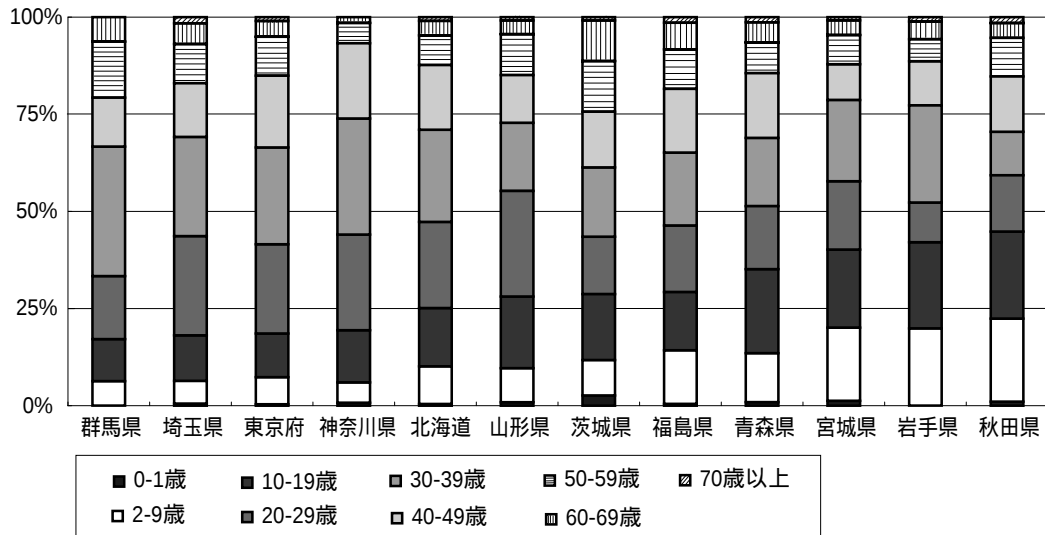
女性患者が多い県もある。すなわち、東北地方では特定の年齢階層・性別への顕著な偏りはみられないのに対し、関東地方では壮年の男性患者が比較的多かったということになる。

図7は、患者がどこで発見されたかについての統計である。東京および周辺各県では、「木賃宿・安宿・下宿屋」で発見された患者が多いことに気づく。神奈川県では約15%をしめる「鉾・土工部屋」も目立っているが、それも含めて労働者用の宿泊滞在施設での発見の割合が高いことが、関東地方の特徴としてあげられるだろう。これら宿泊滞在施設と対比してみたいのは「普通民家」の割合である。統計では「生活程度による区別」として上・中・下に区分されているが、区分の基準は明示されておらず、記録担当者の主観もまじえた道府県ごとにまちまちな区分だった可能性もある。しかし、上・中・下区分はともかく、東北各県における「普通民家」全体の割合が高いことはたしかである。逆に「木賃宿」などで発見された患者の比率は東北では低かった。

これらの対比から、東京および関東周辺で多かったと思われる一つの患者像が浮かび上がってくる。木賃宿など簡易宿泊施設に寝泊りする労働年齢層の男性である⁽²¹⁾。前述のように、最初に患者の

(21) 同様の傾向は、たとえば19世紀後半から20世紀初頭にかけてのロシアでの流行においても観察さ

図 6 発疹チフス患者年齢階層別割合（1914 年 主要 12 道府県）



資料)『流行誌』

表 2 発疹チフス患者 男性患者の割合
(1914 年 主要 12 道府県)

	(%)
東京府	73.0
神奈川県	64.9
群馬県	61.3
埼玉県	58.0
北海道	55.5
茨城県	53.0
青森県	51.6
福島県	51.0
岩手県	50.0
秋田県	47.1
宮城県	46.0
山形県	45.6

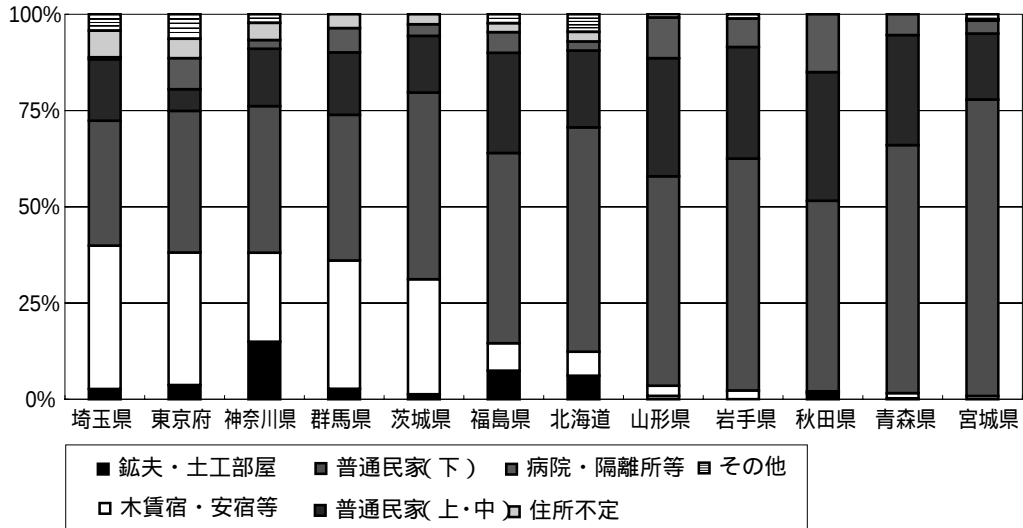
資料)『流行誌』

発生が確認されたのも、東京の本所、深川、浅草などの木賃宿、職業紹介所、無料宿泊所においてであった。多少時期をさかのぼるが、横山源之助『日本の下層社会』(1898 年)には、「⁽²²⁾ ぞろぞろ幾足となく油虫の灰を潜りて現はれ」る火鉢にあたる冬の木賃宿の人びとの描写があるが、不衛生状態は発疹チフスを媒介するコロモジラミの棲家としても適していたし、狭い空間における滞在者の

れている。D. Patterson, 'Typhus and its control in Russia, 1870-1940', *Medical History*, 37, 1993, p.365.

(22) 横山源之助『日本の下層社会』岩波文庫、1949 年、56 頁。

図 7 発疹チフス患者発見場所別割合（1914 年 主要 12 道府県）



資料)『流行誌』

過密は、感染の拡大を助長するものであっただろう。こうして発疹チフス流行は、劣悪な生活状態におかれている人びとの存在をクローズアップすることになった。もちろんこれには、木賃宿やそれらが密集する地区を「伝染病の巣窟」とみる否定的・差別的なニュアンスも含まれる。当時、あらゆる伝染病が、そうした地区でかならずしも多かったわけではない。⁽²³⁾しかし、発疹チフスのような突発的の流行が木賃宿で最初に発見されるという「事件」が、「巣窟」とそこに住む人びとにたいする蔑み・憐み・恐れなどを交えた感情、そしてなんらかの取締りへ要求を増幅させることになった⁽²⁴⁾と思われる。

東京のこうした安宿・木賃宿に滞在していたのは、『流行誌』によれば「流離常なき下層労働者、遊芸稼人、浮浪者」などであり、彼らの移動が感染のより広範な拡散を招いたとみる。⁽²⁵⁾やや後の調

(23) 東京では翌 1915 年および 16 年にも発疹チフスの小規模な流行があったが、「木賃宿」から拡散が始まった 14 年・15 年流行とは異なり、16 年流行は非下層の広々とした「独立家屋」から発生したという。村岡達三・武崎宗三・伴野末治「大正四、五年東京市に於ける発疹室扶斯に就きて」『衛生学伝染病学雑誌』13 巻、1918 年、675 頁。また、本所区横川町・深川区豊住町を対象とした警視庁『保健衛生に関する実地調査』(1919 年)には、いわゆる「細民地区」で急性感染症がとりわけ多発しているわけではない状況にかんして、暉峻義等によって書かれたと思われる以下のような記述もある。「六年間を通して住民約六百を上下する下層民の部落より僅かに二三名を出したるに過ぎず、而かも伝染の機会の当然多かる可くして割合に伝染力の著しかざるは一種の奇観……」。いっぽう常在型の腸チフスが、むしろ東京の「山手」に住むホワイトカラー層に多くの患者をだしていたことについては、永島、前掲論文参照。

(24) たとえば『読売新聞』1914 年 4 月 25 日の記事。「木賃宿」「貧民長屋」などの早急な「改良」を主張している。

(25) 『流行記事』85-86 頁。

査になるが、東京市社会局は、木賃宿などに滞在し不規則な労働に従事する人びとを「自由労働者」と呼んでいる。人夫請負業者や職業紹介所などを介して、土木建築、荷物運搬、あるいは塵芥処理・便所清掃はじめ衛生関連の現場など、市内各所で日雇いの不熟練労働に従事することが、主要な就労パターンとしてあげられている。また東京市内に限らず、期間限定的な雇用を得て地方の建設現場などにおもむくこともあった。その際には、いわゆる「土工部屋」「人夫部屋」などで期間中を過ごすこともある⁽²⁶⁾。「木賃宿」「土工部屋」などで発見された患者の比率が関東各県でも比較的高いことには、こうした東京を中心とする「自由労働市場」を通じた人の動きが関係していると思われる⁽²⁷⁾。

4. 凶作・出稼ぎ・発疹チフス

次に東京と東北・北海道との関係を考えてみよう。前述のように、山形の庄内地方をはじめ、東北地方には1914年以前から発疹チフスが散発していた地区があったと思われる。そして東京での流行勃発以後、東北地方でもより広範な地域にわたる本格的な流行となった。1914年2月以前の東京への伝播とそれ以後の地方内各地への拡散のうち、まずは前者、東北から東京への伝播の可能性について検討してみよう。1914年2月に東京市の木賃宿などで最初の患者が届出られた時点では、すでに周辺は蔓延の様相を呈しており、当時衛生当局はどこからどのように病気がもたらされたかを特定することには成功しなかった。もとより、今となってもそれは不可能である。以下では、実際の感染ルートを特定するというより、当時の社会がかかえていた伝播リスクを考えることに主眼をおきたい。

上野・青森間の東北本線全線の開通は1891(明治24)年、福島から山形・秋田をへて青森にいたる奥羽本線の全線開通が1905(明治38)年。その後も支線の建設・開通が徐々にすすんだ⁽²⁸⁾。一般的にみて、東北各地と東京との人の往来が以前より容易になるなかで、発疹チフスが東北地方から東京に伝播する潜在的なリスクも高くなっていったということができる。往来のなかに潜伏期(通常12日程度)にある感染者が混ったり、なんらかの状況下で感染シラミやその死骸・糞便などが輸送される確率も高まるからである。

そうしたなかで、1914年2月というタイミングで実際に流行が東京で始まったことにかんし、なにかリスクを高めた特別の要因を見出すことは可能だろうか。当時の衛生当局は『流行誌』のなかで、感染経路についてひとつの推論をしめしている。前年の東北地方における凶作の結果、例年よ

(26) 東京市社会局『自由労働者に関する調査』1923年。

(27) 『流行誌』の各県別の項には、東京から感染ルートが特定されているケースも報告されている。

(28) 奥羽線新庄駅から庄内地方を結ぶ酒田線(現・陸羽西線)の古口駅までの開業は流行発覚直前の1913年12月であった。

りも多くの出稼ぎ労働者が、一時的な雇用をもとめて農閑期である冬になって東京の木賃宿などに滞在したというのである。⁽²⁹⁾ 冷害によるこの 1913 (大正 2) 年の凶作は、東北地方の農家経済に深刻な影響を与え、1902 (明治 35) 年、1905 (明治 38) 年の凶作とともに、東北振興問題が論議されるきっかけともなった。⁽³⁰⁾ 多くの農民の生活が窮乏化したと伝えられている。凶作の数年後に発行された各県の被害記録誌によれば、凶作は農民の離村を促すことにもなり、移住・出稼ぎの数が増加したという。⁽³¹⁾ 東北地方の多くの人びとを困窮にさらし、通常とは異なる人的移動を促したこの 1913 年凶作は、東北地方の各所にひそかに散在していたと思われる発疹チフスを拡散させるリスクを高めた要因として注目に値する。

では、当時東北から求職を目的として東京に来ることは一般的だったのだろうか。秋田県にかんする清水洋二の分析によれば、1910 年前後を画期として、それまでもに県内完結的だった労働力移動は、それ以降県外を目的地とすることが多くなった。1920 (大正 9) 年以降、国勢調査を使つての分析が可能になるが、それによれば、秋田県からの人口流出先 (現在は他道府県に在住している秋田県出生者) の割合としては北海道の 57.7 % がもっとも多く、次いで東京・神奈川の 16.1 % となる。このなかに 1913 年凶作後に移住してきた人びとも含まれると思われる。⁽³²⁾ また、離村定着を志向した人びとは別に、一定期間滞在後帰村するいわゆる「出稼ぎ」労働者もいたはずだが、多くは一年以内のフローであるため、その量的な趨勢をとらえるのは難しい。いずれにせよ 1910 年代から 20 年代初頭においては、東京方面への流出労働力すべてが直ちに「工場労働者」となるわけではなく、とくに男性にかんしてはいわゆる「雑業の労働者」となる場合が多かった。⁽³³⁾ 東京市社会局のいう「自由労働市場」に参入した人もここに含まれよう。⁽³⁴⁾

量的な増減は定かではないが、1913 年凶作の前から、東北農村から東京への労働力移動の趨勢は始まっていたとみられる。したがって衛生当局者が考えたように、出稼ぎのために東北から上京し木賃宿に宿泊した人びとのなかに、発疹チフスを持ち込んだ人がいたこともあり得ることである。

(29) 『流行誌』86 頁。

(30) 西川秋雄「東北振興問題」農業発達史調査会編『日本農業発達史』第 7 巻、中央公論社、1954 年、383-423 頁。

(31) 青森県『大正二年青森県凶作救済誌』1915 年、267 頁；秋田県『大正二年・三年秋田県凶作震災史』1918 年、41 頁。

(32) 清水洋二「東北水稻単作地帯における農村労働力の流出構造 (一)」『社会科学研究』32 巻 4 号、1981 年、79, 89 頁。京浜圏への労働力移動増加にかんしては、第一次大戦期の好況の影響も大きいと思われるが、趨勢としてはそれ以前から始まっていたとみてよいであろう。

(33) 1917 (大正 6) 年以降をカヴァーしている農商務省『副業的季節移動労力に関する調査』(1922) にもとづく分析によれば、1910 年代後半の時点で出稼ぎ供給地としての東北地方、出稼ぎ需要地として京浜圏の台頭が始まっていたとみられるが、両者の直接的な関係は明らかにはならない。松田松男「労働市場の需要側からみた大正中期から昭和初期における出稼ぎ労働の特質—その予備的考察」『歴史地理学』131 号、1985 年、1-17 頁。

(34) 清水、前掲論文、94 頁。

東京では 1914 年春に「大正博覧会」の開会が予定されており、その施設工事現場ではたらく労働者のなかに、東北からの出稼ぎ労働者が混じっていたという情報もあった。⁽³⁵⁾ただここでは、当時東京だけが、東北の人びとにとっての移動先だったわけではなかったことにも注意をはらっておこう。そして、発疹チフスの潜在場所の住人が直接東京に病気を持ち込んだとも限らない。いまだ少し伝播リスクの幅を広げて検討しておきたい。

『流行誌』は、東北地方農家から東京へ出稼ぎ労働者にかんする推論にくわえ、函館の無料宿泊所である種の伝染病が続発したため、1912(明治 45・大正 1)年 12 月以降滞在者に旅費を給付し「内地に還送」した事実があることにも言及している。このなかに、過去に発疹チフスが発生していたと思われる山形県庄内地方・青森県弘前市周辺の出身者も含まれており、この伝染病が発疹チフスであったのではないかという。東京へ還送された人びとは本所・深川・浅草方面の安宿などに入っただけで、そこから東京での流行が始まった可能性もあるというのである。⁽³⁶⁾これについてもその真偽をたしかめる方法はないが、ここでは、このエピソードにおいて東北地方と東京との間に介在する函館・北海道に目をむけてみよう。

さきに引用した秋田県の分析においても注目されるのは、移動先としての北海道の存在である。東北各県は北陸地方とならび、北海道への移住民の主要な供給地であった。⁽³⁷⁾もちろん定着する人びとばかりではない。もともと東北の人びとにとって、北海道は漁業を中心に主要な出稼ぎ先でもあった。1914 年当時においても、東北の人びとにとって北海道は東京よりもはるかに一般的な出稼ぎ先であったと思われる。『青森県凶作救済誌』には、青森県から北海道・樺太・沿海州方面の漁労関係の出稼ぎに向かった人数の統計が載せられている。それによれば、1912 年には 2 万人弱であったのにたいし、1913 年には 2 万 5 千弱にまで増加、さらに 1914 年の 1 月から 4 月までの 4 ヶ月間で 1 万 8 千弱にのぼるなど、凶作の影響で出稼ぎが増加したと指摘している。⁽³⁸⁾19 世紀末から 20 世紀初頭にかけ開発が進展するにつれ、農業・漁業にくわえ、鉱工業および雑業と分類される移住者も一定以上の割合をしめるようになる。このなかには、出身地の家族との関係を維持したまま、その家計を補填するために「日雇・雇夫」的な就労を転々する出稼ぎ的な人びとも含まれると考えられる。⁽³⁹⁾

北海道へひきつけられた労働力は、東北地方からのものだけではない。上述した東京を中心とする「自由労働市場」も、北海道まで伸張していた。1920 年代初頭の東京市の調査報告書によれば、

(35) 『駒込病院百年史』36-37 頁。逆に、秋田県では大正博覧会の見物者が東京からウイルスを輸入した可能性も取りざたされている。『流行誌』371 頁。

(36) 『流行誌』86, 212 頁。

(37) 西川俊作「北海道への人口移動：1869-1970 年」『経済研究』(一橋大学)23 巻 4 号、1972 年、289-300 頁；猪股良夫「明治後期秋田県からの北海道移住」永井秀夫編『近代日本と北海道—「開拓」をめぐる虚像と実像』河出書房新社、1998 年、216-242 頁。

(38) 『大正二年青森県凶作救済誌』267 頁。

(39) 猪股、前掲論文、217-221 頁。

東京の「自由労働者」は、職業紹介所や請負業者などをつうじて東京市内もしくは近郊での日雇いの労働に従事するのが基本であったが、周旋業者を介した地方からの募集により土木・鉱山労働へ向かう場合もあった。⁽⁴⁰⁾なかば騙されるようなかたちで連れ出された人びともいたという。樺太・北海道は、そうした労働力の主要な需要地であった。鉄道・道路をはじめ土木工事現場での労働に従事し、契約期間中は「人夫部屋」に滞在することになる。⁽⁴¹⁾同様の募集は横浜・名古屋・大阪など他の大都市や、仙台・青森など東北の諸都市でも従来から行われていた。⁽⁴²⁾すなわち、東京方面からの労働者と東北で募集された労働者とが、樺太・北海道方面の労働現場および滞在先である人夫部屋や木賃宿で出会っていたことも考えられるのである。

また東北地方内においても、羽越線建設現場（秋田・山形）、猪苗代地区水力発電所建設現場（福島）など、東北地方および東京方面双方から労働者を集めていた現場があった。⁽⁴³⁾ここで依拠している東京市の報告書は1920年代初頭のものであるが、これらの事業はいずれも1913-14年当時には始まっていたものである。当時から東北地方および東京方面から来た労働者が、同じ現場で働き生活することがあったと考えてよいであろう。東京を中心とする「自由労働市場」と東北地方の「出稼ぎ労働市場」との交錯という言い方もできるかもしれない。

東京市社会局は、こうした労働者の寝泊りする人夫部屋が「所謂監獄部屋」とよばれるような状態であったことを問題視している。⁽⁴⁴⁾過酷な労働条件にくわえ、劣悪な人夫部屋の生活状態を端的に表現するよび方である。ここで連想されるのが、「戦争」「飢饉」につづくいま一つの発疹チフスのあだ名、「^{ジェイル}監獄の伝染病」である。監獄のような閉ざされた狭い空間における多人数での生活。衛生の欠如は、発疹チフスを媒介するシラミの繁殖をまねき、病気の伝播に好条件を与えていたと考えられる。⁽⁴⁵⁾1911年に北海道・天塩の鉄道敷設現場で最初に発見された熱性病の流行も、こうした労働者の劣悪な労働・生活環境と関係があるろう。上述のように、これらは当初再起熱と報告されたのちに発疹チフスではなかったかと考えられるようになったが、いずれにせよ両者ともシラミが媒介する急性感染症である。

東京方面からの労働者の流動と、東北各地からの移民・出稼ぎ労働者の流動とが交錯する場所である北海道をはじめとする労働現場および宿所は、発疹チフスを伝播させるリスクを抱えていた。1913年凶作による出稼ぎ労働者の増加により、そのリスクがその年の冬から翌年の春にかけて高まったことが考えられる。1914年2月に東京で最初に発見された発疹チフス患者にいたる伝播、そ

(40) 東京市社会局『自由労働者に関する調査』94-95頁。

(41) 東京市社会局『地方人夫部屋に関する調査』1923年、44-55頁。

(42) 同上、6頁。

(43) 同上、56-63頁。

(44) 同上、1頁。堅田精司「北海道における土木労働者の労働運動—1920年代を中心に」永井編、前掲書、313-319頁も参照。

(45) Harden, *op.cit.*, p.352.

して4月以降に本格化する北海道・東北各地への伝播にかんしても、こうした労働者の流動と接触が要因となっていた可能性は高いと思われる。いまふたたび図7をみてみよう。1914年2月以降、「木賃宿・安宿等」「鉱夫・土工部屋」での患者発見の比率が東京府および関東各県で高かったことはすでに確認したが、福島県と北海道でも、関東各府県ほどではないにしろ東北の他の諸県よりは高い比率をしめている。これは福島県と北海道が、諸方面からの労働者の流動の交錯地・機会を多く抱えていたことを反映しているのではないだろうか。また、東北各県で「普通民家」における発見が大部分をしめるのは、それら交錯地で発疹チフスに罹り体調が悪くなった出稼ぎ者たちが帰郷・帰宅し、そこで感染が広まるが多かったためとは考えられないだろうか。

5. むすび

この病気の突発的流行がしばしばそうであるように、1914年発疹チフス流行も、社会の不安定化を要因としていたとみてよいであろう。1913年東北地方凶作にともなう人的な流動性の高まりによる不安定化である。凶作を遠因としていた点で、発疹チフスのもつ異名のなかでも「飢饉の伝染病」を連想させる⁽⁴⁶⁾。ただし、この凶作はたしかに多くの人びとを窮乏に陥れたものの、「飢饉」とよべるまでの全面的な事態には展開しなかったことには注意が必要だ。近代になって東北各地と他地域との人的・物的な流通が以前より頻繁・迅速化した結果、前近代にみられたように食糧・物資の流通を断たれ地域社会が全体として長期間孤立するという事態は避けられた⁽⁴⁷⁾。東北・北海道の開発の始動により、地域経済における農業以外の比重も少しずつ増加しつつある段階に入っていた。もし、これらを「近代化」とよぶとすれば、「近代化」により地域全体が「飢饉」およびそれにとまなう「モータリティ・クライシス死亡危機」に陥るような事態は回避されたといってよいであろう。しかし発疹チフスに限ってみれば、こうした「近代化」が逆に感染拡大のリスク、とくに「ハブ」としての東京への伝播リスクを高めていたとも考えることができる。「近代化」が、凶作の影響で窮乏に陥った東北の人びとの出稼ぎ先の範囲を広げ、東京をはじめ他の地域の人びととの接触の機会を増加させていたからである。

発疹チフス流行は、社会におけるいわば vulnerable な人びとの存在をクローズアップする。1914年流行に際して、本稿で注目したのは、東北地方の農家からの出稼ぎ労働者、および不定期労働に従事しつつ東京に滞留する人びとの存在である。農村からの労働力移動そして都市雑業層の問題は、日本経済史・労働経済論の中心的課題である。この小論では粗雑な把握にとどめざるを得なかった

(46) 凶作・飢饉と発疹チフスについては、以下の文献も参照した。J.D. Post, 'Famine, mortality, and epidemic disease in the process of modernization', *Economic History Review*, 2nd ser., 29, 1976, pp.14-37; A. Hardy, 'Urban famine or urban crisis? Typhus in the Victorian city', in R.J. Morris and R. Rodger (eds.), *The Victorian City: A Reader in British Urban History 1820-1914*, London, 1993, pp.209-240.

(47) 菊池勇夫『飢饉—飢えと食の日本史』集英社、2000年、47-49頁。

が、疾病史と他の研究領域とが交錯する重要なトピックであると認識している。今後、研究領域間の交流をつうじて社会史像の豊富化につながることが期待される。

本稿ではまた、人間社会の側の流行への反応については立ち入って検討することはできなかった。このうち東京の衛生当局の防疫対策にだけ簡単にふれておこう。1914年2月中旬発疹性熱病の東京の木賃宿における発見後、発疹チフスと確定する以前の3月上旬には伝染病予防法の準用が決定され、それにもとづく届出の義務化、検病調査、隔離などが行われた。発疹チフスと確定後は、病気の特徴・予防法などについての周知が印刷物や衛生講話などをつうじて展開された。当時、リケッチアはまだ同定されていなかったが、発疹チフスがシラミをつうじて感染することはC. ニコルの研究（仏、1909年）により知られていたため、家屋内とくに衣服や寝具を清潔に保つことが、予防の主眼とされた。東京市では、木賃宿などにたいして警察官による巡回が強化され、病人が発見された場合、警察官監視のもと隔離の徹底がはかられた。貧困者の場合には、隔離中の患者の生活費などは市費により負担された。⁽⁴⁸⁾防疫活動は多分に取締りの要素をもつものであり、そのあり方は是非は別に検討される必要があるが、病気の拡散を防ぐという観点に絞れば、一定の役割を果たした可能性がある。いずれにせよ関東以西への伝播はわずかにとどまり、オムランのいう「第1期」、すなわち飢饉と悪疫で社会が「死亡危機」に瀕する疫学的転換前に逆戻りするかのような大流行にはならなかった。⁽⁴⁹⁾

第一次大戦期セルビアを皮切りに自ら国際的な発疹チフス対策の前線で活躍したH. ジンサー（米）は、ニコルの発見により、発疹チフスと人間との戦いの「戦略的な主導権が初めて人間の手に渡った」とのべている。⁽⁵⁰⁾日本では、1914年流行が8月までにはほぼ終息したのち、1920年代初頭まで東日本を中心に100人以上の患者をだす流行がほぼ毎年つづいたが、徐々に散発化し、1920年代中頃からは再び「非流行期」に入ったといえる。人間側の「戦略」により、ひとまず発疹チフスを封じ込めることができたとも考えうる。しかし、1914年流行時にクローズアップされた都市下層や出稼ぎなどの労働・生活問題が根本的に解決されたわけではない。「近代化」する社会のなかで、流行リスク自体が消滅したわけではなかった。1935（昭和10）年の時点で、ジンサーはこうものべている。

「発疹チフスは死んだのではない。発疹チフスは今後も数世紀にわたって生きつづけるであろうし、人間のおろかさと残虐性によってその機会が提供されるようなときには、いつでも突然活動を

（48）『流行誌』133-137, 213-221 頁。東京市における防疫活動の詳細およびその医学史的背景については、渡部幹夫「大正三年、東京における発疹チフスの大流行について—防疫行政面からの一考察」『日本医史学雑誌』48巻4号、2002年、597-615 頁。

（49）なお本稿では、死亡（mortality）にかんする議論は行わなかった。『流行誌』のデータによれば、1914年全国の発疹チフスによる死亡数は1,345。罹患数が7,828であるから、致死率は約17%であった。

（50）ジンサー、前掲訳書、320 頁。

開始するであろう。⁽⁵¹⁾」

このあと戦争による混乱という「機会」を得て、日本において発疹チフスが爆発的流行をみせたのは 1946 年のことであった。

(専修大学経済学部専任講師)

(51) 同上 , 326 頁。